



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๕-๖ พ.ค.-มิ.ย. ๒๕๑๑	Vol. 20, No. 5-6, May - June 1968
--------------------------------------	-----------------------------------

วงอัสตรัสของหนูพุกขาวของแผนกกายวิภาคศาสตร์

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., พ.ด., Cert. Anat.
สุรภี สุขโรจน์ พ.บ., สุเทพ เตียงพิทักษ์ พ.บ.
(แผนกกายวิภาคศาสตร์)
(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร)

สัตว์มันนมาขางชนิดมีการเปลี่ยนแปลง
ทรงไข่ และมีการสูกของ ไข่ เป็น ระยะ ๆ.
ระยะที่สัตว์ตัวเมียมีความต้องการทางเพศ
และยินยอม ให้ สัตว์ ตัวผู้ ทบ นน เรียกว่า
ระยะ อัสตรัส (oestrous). การเปลี่ยนแปลง
ของรังไข่ระหว่างที่มี อัสตรัส ครั้ง
หนึ่งกับ อัสตรัส ครั้งถัดไปเรียกว่า วง
อัสตรัส. ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น
ที่รังไข่นั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของ เยื่อ
มดลูก และ เยื่อ ข้อง คลอดก็ เป็น วง ตาม
ไปด้วยพร้อม ๆ กัน. วง การ เปลี่ยน

เรื่องย่อ ดิลกสัมพันธ์, วิเชียร, สุรภี
สุขโรจน์, สุเทพ เตียงพิทักษ์: วง อัสตรัส
ของหนูพุกขาวของแผนกกายวิภาคศาสตร์.
สารศิริราช ๒๕๑๑ (ก.ศ. ๑๕๖๘), ๒๐:๑๒๕-
๑๔๔.

แผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้เลี้ยงหนู
จำนวนมากจากการผสมพันธุ์ของหนูพุกคู่เดียว
เมื่อ ๔๐ ปีก่อน. เนื่องจากการศึกษาสิ่งบ้าย
จากช่องคลอดของหนูพุกมีประโยชน์มากใน
การศึกษาเกี่ยวกับ ฮอร์โมน เพศหลายชนิด
รวมทั้งสารต่อต้าน ฮอร์โมนเหล่านั้นด้วย, ผู้
รายงานจึงได้ทำการวิจัยวง อัสตรัส จาก
สิ่งบ้ายจากช่องคลอดของหนูพันธุ์นี้เพื่อใช้เป็น
มาตรฐาน. พบว่าหนูพุกส่วนใหญ่มีวง อัสตรัส
สม่ำเสมอดี, เหมาะสมที่จะใช้สำหรับการ
ศึกษาและวิจัยต่อไป.



แปลงของเยอบช่องคลอดอาจตรวจได้จาก
การนำเอา นำ หลัง ภายใน ช่อง คลอด มา
ตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์. (3, 4)

ช่วงระยะเวลาว่างที่มีการสูกของ
ไข่หรือระยะผสมพันธุ์แต่ละครั้งอาจยาว
นานหรือเร็ว, ขึ้นอยู่กับชนิดของสัตว์,
เช่น สุนัข และวัวตัวเมีย มีระยะพัก หรือ
ระยะไม่ผสมพันธุ์เป็นเวลานาน, แต่แมว
และหนูมีระยะพักหรือไม่ผสมพันธุ์สั้น. (5)

สัตว์มีนมประเภทแทะ, โดยมากมีช่วง
ระยะเวลา ของ การ สูก ของ ไข่ สั้น และ
สม่ำเสมอ. ได้ มี ผู้ ศึกษา วง อีสตรัส
ของสัตว์แทะมาแล้ว เช่น หนูยักษ์, (1)
หนูตะเภา, (6) และหนูพุกพันธุ์ Long-
Evans (4) ปรากฏว่าสัตว์แทะเหล่านี้มี
วง อีสตรัส สั้นและสม่ำเสมอตลอดไป.
โดยเฉพาะหนูพุกเป็นสัตว์เลี้ยงง่าย, สั้น
เปลืองน้อย, เจริญเติบโตเร็วและมีลูกได้
หลายครอก, (7) จึงเหมาะที่จะใช้เป็นสัตว์
ทดลองทางชีววิทยา. หนูที่เลี้ยงไว้ใน
แผนกกายวิภาคศาสตร์ ผสมพันธุ์จาก หนู
คู่เดียวและคุ้นกับสภาพคินฟ้าอากาศ ใน
ประเทศไทยมานานกว่า ๔๐ ปี. คณะผู้
รายงานจึงได้ศึกษาสิ่งย้ายจากช่องคลอด,
โดย มีความ มุ่งหมาย ที่จะ ได้ ทราบ ว

อีสตรัส ของหนูปรกติไว้เป็นมาตรฐาน
สำหรับการศึกษา และ วิจัย ต่อ ไป เกี่ยวกับ
ฤทธิ์ของยาและ ฮอร์โมน ต่าง ๆ ที่มี
ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของรังไข่, ซึ่งอาจ
ตรวจทราบ ได้จากการ ศึกษา สิ่ง ย้าย จาก
ช่องคลอด.

วิธีการศึกษา

ใช้หนูขาวตัวเมียจำนวน ๓๐ ตัว. ภาย
หลังหย่านมเมื่ออายุ ๒๒ วันแล้ว, แยก
หนูเหล่านี้ จาก แม่ และ เลี้ยง ด้วยอาหาร
สูตร ๒ ของ วิเชียร ทิลกสัมพันธุ์. (7)
ตรวจปาก ช่อง คลอด ทุกวัน จน ปาก ช่อง
คลอดเปิด. เริ่มตรวจสิ่งย้ายจากช่องคลอด
ทันทีที่ปากช่องคลอดเปิด. โดยใช้หลอด
หยดกดหน้าเกล็ด นอร์มัล ๑-๒ หยด, บีบ
ใส่ช่องคลอดหนู, แล้วกดกลับเอามาหยด
บนแผ่นกระจก. ตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์
ทันที. บางครั้งปล่อยให้แห้งแล้วย้อมด้วย
เมธิลีนบลู หรือ ซีม้าที่ออกซัลฟีน สำหรับ
ศึกษาเพื่อความแน่นอนอันร่วมไปด้วย. ต่อ
ไปตรวจ สิ่ง ย้าย จาก ช่อง คลอด ทุก ๒๔
ชั่วโมง จนได้วง อีสตรัส สม่ำเสมอ
๓ วงขึ้นไป.

การศึกษาวง อีสตรัส ไข่หลัก

เกณฑ์ การ คัด ลี น จาก สั ง ขั ย จาก ช่ อ ง
คลอ อ ก กั ง น ค อ :

ระ ยะ ไค อัส ตริ ส (Dioestrus) ใน สั ง
ขั ย จาก ช่ อ ง คลอ อ ก กั ง น ค อ เลื อ ก ขาว จ ำ น ว น
ม ำ ย ม ำ ย (กร ป ที่ ๑). อ ำ จ พ ย เซ ล ล์
อ ี ขั ้ อ เลื ย ม ที่ มี นุ เคลื ย ส (nucleated
epithelial cells) ปะ ป น ข ำ ง เ พ ย ง เลื ก น อ ย ี .

ระ ยะ โป ร อัส ตริ ส (Proestrus) มี แ ต่
เซ ล ล์ อ ี ขั ้ อ เลื ย ม ที่ มี นุ เคลื ย ส ม ำ ย
ม ำ ย แ ต่ อ ย ำ ง เกื ย ว (กร ป ที่ ๒).

ระ ยะ อัส ตริ ส (Oestrus) มี แ ต่ เซ ล ล์
อ ี ขั ้ อ เลื ย ม ข น ำ ก ไท ญ ี่ ที่ มี นุ เคลื ย ส
ม ำ ย ม ำ ย อ ย ำ ง เกื ย ว เ รื ย ก ว่า Squamous
plates (กร ป ที่ ๓).

ระ ยะ เม ท อัส ตริ ส (Metestrus) พ ย
ส เ ค ว ม ี ส เ พ ล ท ปะ ป น กั บ เมื ก เลื อ ก ขาว
(กร ป ที่ ๔).

ผล

๑. เวลาที่ปากช่องคลอดเปิด (ตารางที่ ๑)

ภ ำ ย แ ล ้ง ห ำ น ม (เม อ อ ำ ย ๒๒ วัน)
ป ำ ก ช่ อ ง คลอ อ ก กั ง น ค อ ฝ ำ ย บั ง คั ง บั ด อ ย ี
มี ล กั ษณะ เป็น ร อ ย ค ำ ม ข ว ำ ง, อ ย ี หน ำ

ท ว ำ ร หนั ก เลื ก น อ ย ี . ป ำ ก ช่ อ ง คลอ อ ก กั ง น ค อ เ ป้ ก
กั ก เ ลื ย เม อ อ ำ ย 58.23 ± 11.33 วัน.
เ ป้ ก เร็ ว ที่ ส ก เม อ อ ำ ย ๔๑ วัน, ช ำ ท ส ก เม อ
อ ำ ย ๘๐ วัน.

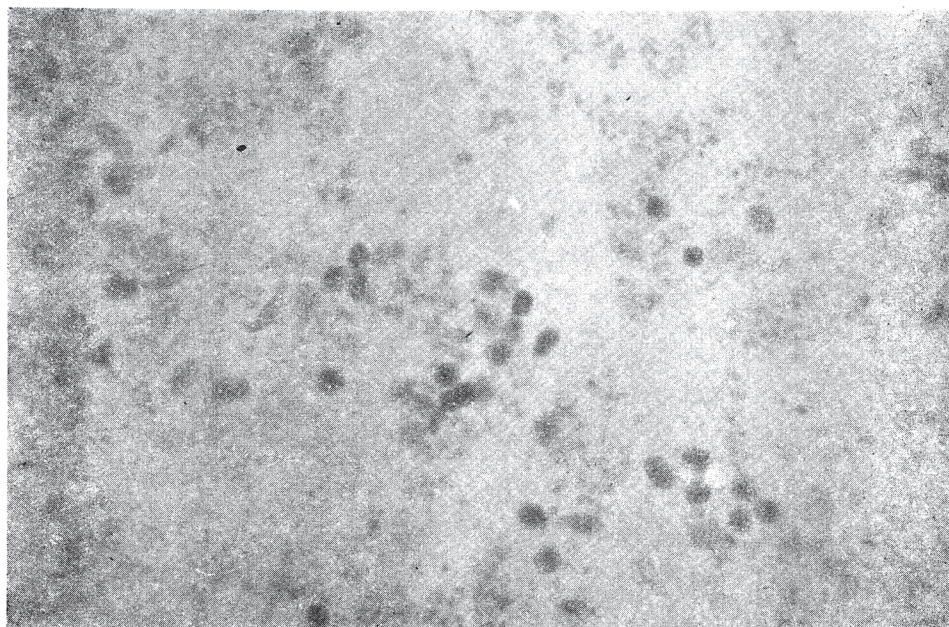
๒. ระ ยะ อัส ตริ ส ครั ง แ ร ก (ตารางที่ ๑)

จ ำ ก การ ต ร ว จ สั ง ขั ย จาก ช่ อ ง คลอ อ ก
ท ก ๒๔ ชั ว โ ม ง, พ ย ระ ยะ อัส ตริ ส ครั ง
แ ร ก เ ลื ย เม อ อ ำ ย 63.50 ± 12.63 วัน
(พ ย ไค เร็ ว ที่ ส ก เม อ อ ำ ย ๔๔ วัน, ช ำ ท ส ก
เม อ อ ำ ย ๑๐๐ วัน), หรือ พ ย ระ ยะ อัส ตริ ส
ครั ง แ ร ก เม อ 5.67 ± 5.42 วัน ภ ำ ย แ ล ้ง
ป ำ ก ช่ อ ง คลอ อ ก เ ป้ ก (พ ย ไค ตั ง แ ต่ ๑-๕๑
วัน ภ ำ ย แ ล ้ง ป ำ ก ช่ อ ง คลอ อ ก เ ป้ ก).

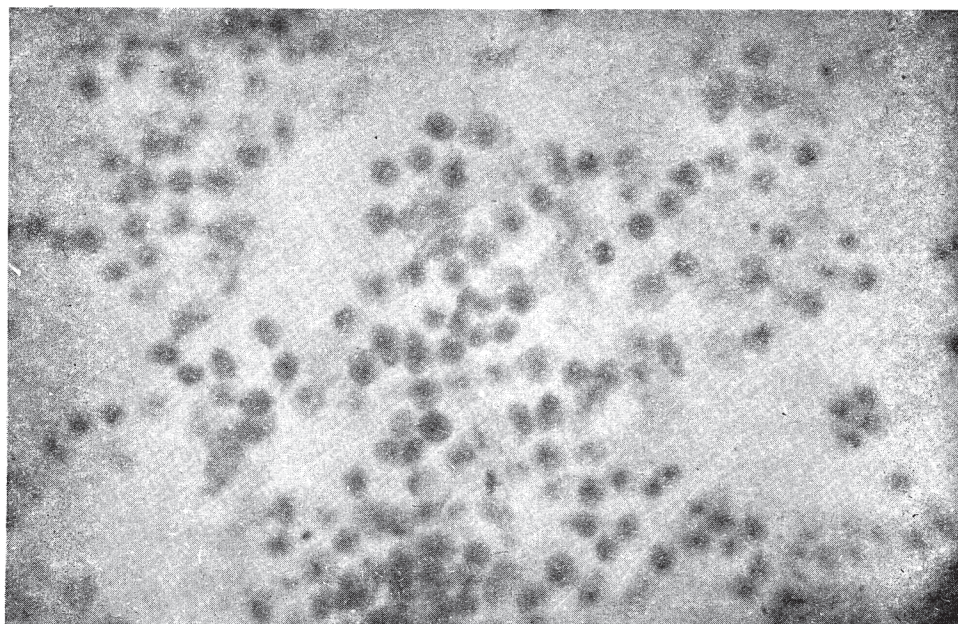
๓. ความสม่ำเสมอของวง อัสตริส (ตารางที่ ๑)

จ ำ ก การ คั ก ษ ำ ความ ส ำ ม ำ เ ส ม อ ของ
วง อัส ตริ ส จ ำ ก สั ง ขั ย จาก ช่ อ ง คลอ อ ก,
ท ำ ให้ แ บ ่ ง หน ท คั ก ษ ำ อ อ ก ไค เป็น ๓ พ ว ก
ค อ :

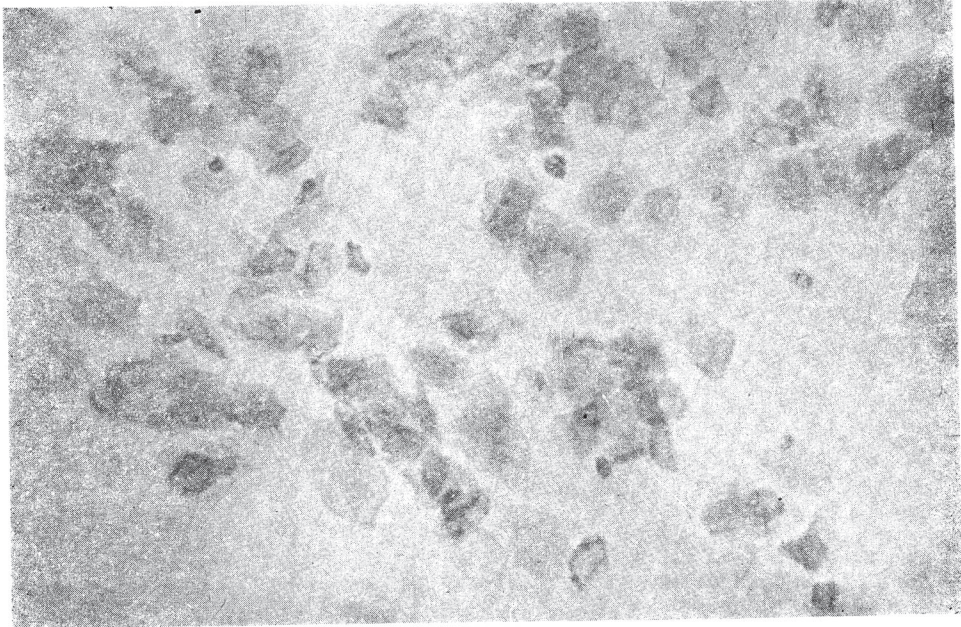
พ ว ก ที่ ๑ มี วง อัส ตริ ส ส ำ ม ำ เ ส ม อ
ค ล อ ก ไท ้ หน ที่ แ ล ้ง จ ำ ก ช่ อ ง คลอ อ ก เ ป้ ก. ใน
พ ว ก นั มี จ ำ น ว น ๑๕ ตัว (๖๓.๓ ปี ช.).
พ ย ระ ยะ อัส ตริ ส ครั ง แ ร ก เม อ อ ำ ย เ ลื ย



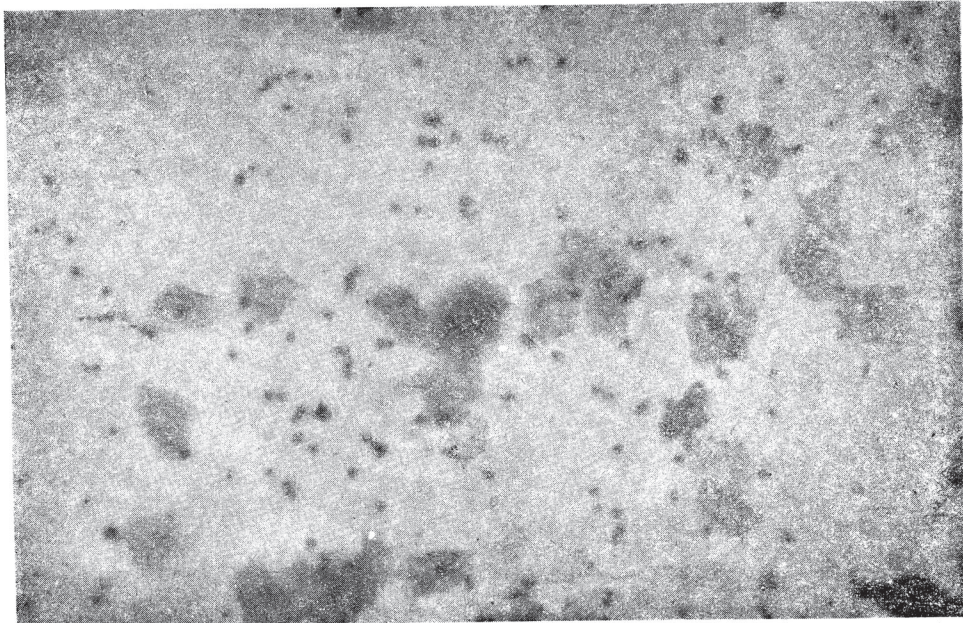
รูปที่ ๑ ระยะ ไดอัสตรัส



รูปที่ ๒ ระยะ โปรอัสตรัส



รูปที่ ๓ ระยะ อิสรวิสัย



รูปที่ ๔ ระยะ เมทอิสรวิสัย

ได้ 63.21 ± 10.67 วัน หรือภายใน
หลังช่องคลอดออกเยือกเพียง 2.74 ± 2.05
วัน (ตั้งแต่ 1-7 วันหลังปากช่องคลอด
เยือก).

พวกที่ 2 มี 5 ตัว (30.0 ปช.) มี
วง อีตริส ไม่สม่ำเสมอชั่วระยะเวลา
หนึ่ง แล้วจึงกลับมีวงสม่ำเสมอต่อไป.
วง อีตริส ที่สม่ำเสมอจะเริ่มต้นเมื่ออายุ
ประมาณ 44.33 ± 11.31 วัน.

ในพวกนี้พบระยะ อีตริส ครั้งแรก
เมื่ออายุประมาณ 61.44 ± 13.04 วัน,
แต่จะมีวง อีตริส ไม่สม่ำเสมอระยะเวลา
หนึ่ง, นานประมาณ 25.55 ± 13.07
วัน. หลังปากช่องคลอดเยือกแล้วจึงจะเริ่ม
มีวง อีตริส สม่ำเสมอเมื่ออายุประมาณ
 44.33 ± 11.31 วัน.

พวกที่ 3 มี 2 ตัว (6.67 ปช.)
มีวง อีตริส ไม่สม่ำเสมอตลอดไป. หน
พวกนี้เริ่มมี อีตริส ครั้งแรกเมื่ออายุ
63 วัน และ 100 วันตามลำดับ, แล้ว
มีวง อีตริส ไม่สม่ำเสมอตลอดไป.

4. ช่วงเวลาของวง อีตริส (ตาราง
ที่ 2, 3)

พวกที่ 1 ซึ่งมีวง อีตริส สม่ำ
เสมอตลอดไป. ได้ศึกษาจากหนู 15 ตัว,

พบ 152 วง อีตริส ในเวลา 650 วัน.
ทั้งนี้เฉลี่ยวง อีตริส หนึ่งกินเวลา
 4.28 ± 0.55 วัน.

พวกที่ 2 ซึ่งมีวง อีตริส ไม่สม่ำเสมอ
ระยะแรก, ต่อไปวง อีตริส สม่ำ
เสมอตลอดไป. ได้ศึกษาในหนู 5 ตัว พบ
ว่ามีวง อีตริส ไม่สม่ำเสมอ 15 วงใน
เวลา 263 วัน, และเฉลี่ยวง อีตริส
หนึ่งกินเวลา 14.61 ± 7.35 วัน, แต่ละ
วงกินเวลา 6-34 วัน (ดูตารางที่ 3).
พบว่า มีวง อีตริส สม่ำเสมอ 44 วง,
เป็นเวลารวม 204 วัน. เฉลี่ยวงที่สม่ำเสมอ
กินเวลา 4.63 ± 1.20 วัน, แต่
ละวงอาจกินเวลา 2-7 วัน.

พวกที่ 3 ซึ่งมีวง อีตริส ไม่สม่ำเสมอ
เสมอตลอดไป. จากหนู 2 ตัว, พบว่ามี
วงไม่สม่ำเสมอ 4 วง, กินเวลาทั้งหมด
75 วัน, เฉลี่ยวง อีตริส หนึ่งกินเวลา
 4.88 ± 2.50 วัน.

ถ้าจำแนกเฉพาะวง อีตริส ที่สม่ำเสมอ
จากพวกที่หนึ่งและสอง, มีวงสม่ำเสมอ
ทั้งหมด 156 วง, กินเวลาทั้งหมด
454 วัน. เฉลี่ยหนึ่งวง อีตริส สม่ำ
เสมอกินเวลา 4.38 ± 1.04 วัน (ดู

ตารางที่ ๒). วง อัสตรี หนึ่งอาจกินเวลา ๒-๗ วัน, แต่โดยมากจะกินเวลา ๔ หรือ ๕ วัน (ดูตารางที่ ๓).

ถ้าจำแนกเฉพาะวง อัสตรี ที่ไม่ สม่่าเสมอจากพวกที่สองและสามทั้งหมด, มี ๒๖ วง, กินเวลาทั้งหมด ๓๔๒ วัน, เฉลี่ย ๑๓.๕๕ ± ๖.๖๔ วัน, แต่ละวง อาจกินเวลาดังแต่ ๖ ถึง ๓๔ วัน (ดูตาราง ที่ ๓).

๕. ระยะเวลาต่างๆ ของวง อัสตรี ที่ ตรวจพบ (ตารางที่ ๔)

วันที่ปากช่องคลอดของหนูเบ็ด. สิ่ง ข้ายจากช่องคลอดอยู่ในระยะ โปริอัสตรี ๗ ตัว, โปริอัสตรี ระยะท้าย ๕ ตัว และ ระยะ ไคอัสตรี ๑๘ ตัว.

การตรวจ สิ่งข้ายจาก ช่องคลอดทุก ๒๔ ชั่วโมงตั้งแต่ปากช่องคลอดเปิดจาก หนทั้งหมกรวม ๑,๔๐๗ ครั้ง, พระยะ ไคอัสตรี ๕๕๘ ครั้ง, ระยะ โปริอัสตรี (รวมทั้งระยะต้นและระยะท้ายของ เมท- อัสตรี) ๑๓๕ ครั้ง.

ระยะต่างๆ ของวง อัสตรี นี้ อาจ ตรวจได้มากกว่าหนึ่งครั้ง เช่น ตรวจพบ ทุก ๒๔ ชั่วโมงเป็นเวลา ๒-๕ ครั้งติด

ต่อกัน. แสดงว่าระยะต่างๆ ของวง อัสตรี อาจกินเวลาได้ตั้งแต่ ๒ ถึง ๕ วัน.

เฉพาะพวกหนที่มีวง อัสตรี สม่่า เสมอจากพวกที่หนึ่งและพวกที่สองรวมกัน ๑๕๖ วง. จากการตรวจทั้งหมด ๕๕๕ ครั้ง, พระยะ ไคอัสตรี ๓๖๖ ครั้ง, ระยะ โปริอัสตรี ทั้งหมด ๒๖๖ ครั้ง, ระยะ อัสตรี ๒๗๗ ครั้ง, และระยะ เมทอัสตรี ทั้งหมด ๘๖ ครั้ง. จากนี้ เห็นได้ว่า พวกวง สม่่า เสมอมีระยะ ไคอัสตรี มากที่สุด, และระยะถึงกล่าว อาจตรวจพบติดต่อกันได้ตั้งแต่ ๒-๕ วัน. แสดงว่าระยะ ไคอัสตรี นี้เป็นระยะยาวนานที่สุดของวง อัสตรี. ระยะ โปริ- อัสตรี และระยะ อัสตรี นั้นพบจำนวน ใกล้เคียงกันและกินเวลานาน ๑-๓ วัน เท่ากัน. แสดงว่าทั้งสองระยะนี้กินเวลา นานเท่าๆ กัน. ระยะ เมทอัสตรี พบ ได้น้อยครั้งที่สุดและโดยมาก กินเวลา เพียง ๑ วัน. มีส่วนน้อยที่พบ ๒ วันต่อ หนึ่งอกัน. แสดงว่าระยะ เมทอัสตรี นี้ กินเวลาน้อยที่สุดของวง อัสตรี.

เฉพาะ พวกหนที่มีวง ไม่ สม่่า เสมอ จากพวกที่สองและพวกที่สาม รวมกัน,



ตารางที่ ๑ แสดงอายุเฉลี่ยของหนูเมอบอกช่วงของคลอดปกติ, เมอบอก อีสตรัส ครั้งแรกและเมอบอก อีสตรัส สิ้นสุด

พวกของหนู	จำนวนหนู	อายุของหนูเมอบอกช่วงคลอดปกติ (วัน)*	อายุของหนูเมอบอกอีสตรัสครั้งแรก (วัน)*	อายุของหนูเมอบอกอีสตรัสสิ้นสุด (วัน)*
มีวงสม่ำเสมอตลอด	๑๕	๖๐.๔๗ ± ๑๑.๐๔ (๔๑-๗๕)	๖๓.๒๑ ± ๑๐.๖๗ (๔๔-๗๐)	๖๓.๒๑ ± ๑๐.๖๗ (๔๔-๗๐)
มีวงไม่สม่ำเสมอระยะแรก	๕	๕๔.๗๗ ± ๑๒.๕๐ (๔๓-๗๐)	๖๑.๔๔ ± ๑๓.๐๔ (๔๕-๗๕)	๗๔.๓๓ ± ๑๑.๓๑ (๖๕-๑๐๑)
มีวงไม่สม่ำเสมอตลอด	๒	๕๒.๕๐ ± ๓.๕๐ (๔๕ และ ๕๖)	๗๑.๕๐ ± ๑๗.๕๐ (๑๐๐ และ ๖๓)	—
รวม	๓๐	๕๗.๒๓ ± ๑๑.๓๓ (๔๑-๗๐)	๖๓.๕๐ ± ๑๒.๖๓ (๔๔-๑๐๐)	๗๐.๐๐ ± ๑๔.๖๕ (๔๔-๑๐๑)

* = mean ± Standard deviation

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนวงศ์ธรรมแต่ละช่วงเวลาระหว่างอัตราส่วนของวงศ์ธรรมที่เข้ามาเสมอและไม่เข้ามาเสมอ.

พวกของหนู	จำนวนหนู	วงศ์ธรรมที่เข้ามาเสมอ			วงศ์ธรรมที่ไม่เสมอ		
		จำนวน	รวมเวลา (วัน)	เฉลี่ย* เวลา (วัน)	จำนวน	รวมเวลา (วัน)	เฉลี่ย* เวลา (วัน)
พวกวงสม่ำเสมอตลอด	๑๕	—	—	—	๑๕๒	๖๕๐	๔.๒๗ ± ๐.๕๕
พวกวงไม่สม่ำเสมอ ระยะแรก	๕	๑๗	๒๖๓	๑๔.๖ ± ๗.๓๕	๔๔	๒๐๗	๔.๗๓ ± ๑.๒๐
พวกวงไม่สม่ำเสมอตลอด	๒	๗	๗๕	๕.๗๗ ± ๒.๕๐	—	—	—
รวม	๓๐	๒๖	๓๔๒	๑๓.๕๕ ± ๖.๖๔	๑๕๖	๘๕๗	๕.๓๗ ± ๑.๐๔

* = Mean ± Standard deviation

ตารางที่ ๓ แสดงช่วงเวลาของวงอัสตรัสและจำนวนวงอัสตรัสทั้ง สม่่าเสมอ และไม่
สม่่าเสมอในหน้ทั้งหมค (๓๐) ด้ว

ช่วงเวลาของวง (วัน)	วงอัสตรัสสม่่าเสมอ		วงอัสตรัสไม่สม่่าเสมอ	
	จำนวนวง	รวมเวลา (วัน)	จำนวนวง	รวมเวลา (วัน)
๒	๒	๔	-	-
๓	๓๔	๑๐๒	-	-
๔	๘๒	๓๒๘	-	-
๕	๕๔	๒๗๐	-	-
๖	๑๔	๘๔	๑	๖
๗	๑๐	๗๐	๒	๑๔
๘	-	-	๔	๓๒
๙	-	-	๓	๒๗
๑๐	-	-	๑	๑๐
๑๑	-	-	๑	๑๑
๑๒	-	-	๒	๒๔
๑๓	-	-	๓	๓๕
๑๔	-	-	๒	๒๘
๑๕	-	-	๒	๓๐
๑๖	-	-	๑	๑๖
๑๗	-	-	๑	๑๕
๑๘	-	-	๑	๑๒
๑๙	-	-	๑	๑๕
๒๐	-	-	๑	๑๒
๒๑	-	-	๑	๑๖
๒๒	-	-	๑	๑๖
๒๓	-	-	๑	๑๖
๒๔	-	-	๑	๑๖
๒๕	-	-	๑	๑๖
๒๖	-	-	๑	๑๖
๒๗	-	-	๑	๑๖
๒๘	-	-	๑	๑๖
๒๙	-	-	๑	๑๖
๓๐	-	-	๑	๑๖
รวม	๑๕๖	๘๕๘	๒๖	๓๔๒
เฉลี่ย	๑	๔.๓๘ ± ๑.๐๔	๑	๑๓.๕๕ ± ๖.๖๔

ตารางที่ ๔ แสดงระยะต่าง ๆ ของวงอสังขัตตกรรมทุก ๒๔ ชั่วโมงจากวงอสังขัตตกรรมมาเสมอ ๑๕๖ วง และสภาพวงอสังขัตตกรรมมาเสมอ ๒๖ วง.

พวกของหนู	จำนวนวันที่ตรวจพบติดต่อกัน	ได้อสังขัตตกรรม	โปรอสังขัตตกรรม			อสังขัตตกรรม	เมอสังขัตตกรรม			รวมจำนวนครั้ง
			ระยะต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย		ระยะต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย	
พวกอสังขัตตกรรมมาเสมอ	๑	๕๕	๔๑	๔๒	๔๓	๑๗๒	๕	๖๑	๑๐	๕๕๓
จากพวกหนึ่ง (๑๕ ตัว)	๒	๗๘	๕	๗	๑๑	๔๕	—	๕	—	๑๕๕
และพวกที่สอง (๕ ตัว)	๓	๒๔	๒	—	—	๕	—	—	—	๓๑
	๔	๖	—	—	—	—	—	—	—	๖
	๕	๓	—	—	—	—	—	—	—	๓
รวมเป็นจำนวนครั้งที่ตรวจพบ		๓๖๖	๖๕	๕๖	๑๐๕	๒๗๗	๕	๗๑	๑๐	๕๕๕

พวกของหนู	จำนวนวันที่ตรวจพบติดต่อกัน	ได้ออสตราส ¹	โปรออสตราส ²			ออสตราส ³	เมทอสตราส ⁴			รวมจำนวนครั้ง
			ระยะต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย		ระยะต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย	
พวกออสตราส ¹ ไม่สม่ำเสมอ จากพวกที่สอง (๕ ตัว) และพวกที่สาม (๒ ตัว)	๑	๓๘	๒๖	๓๘	๒๗	๒๖	๑	๒๓	๓	๑๘๒
	๒	๒๑	๔	๖	๖	๕	-	๗	๑	๔๕
	๓	๑๔	๑	๒	๓	-	-	๒	-	๒๒
	๔	๘	๑	-	-	-	-	-	-	๕
	๕	๓	-	-	-	-	-	-	-	๓
	๖	๒	๒	-	-	-	-	-	-	๒
	๗	๑	-	-	-	-	-	-	-	๑
	๘	๑	๑	-	-	-	-	-	-	๑
	๙	๑	๑	-	-	-	-	-	-	๑
รวมเป็นจำนวนครั้งที่ตรวจพบ		๑๕๒	๔๑	๔๖	๔๘	๓๖	๑	๔๓	๕	๔๑๒

พวกของหนุ	จำนวนวันที่ตรวจพบติดต่อกัน	ได้อัตร์	โปร้อตร์			อ้อตร์	เม้อตร์			รวมจำนวนครั้ง
			ระยะต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย		ระยะต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย	
พวกของหนุ รวมทั้งสามแฉะไม่ สามแฉะของหนุทั้งสามพวก	๑	๑๓๗	๑๒๐	๑๑๐	๑๕๘	๕	๘๕	๑๓	๗๓๕	
	๒	๕๕	๘	๑๗	๕๐	—	๑๒	๑	๒๐๐	
	๓	๓๘	๒	๓	๕	—	๒	—	๕๓	
	๔	๑๔	๑	—	—	—	—	—	๑๕	
	๕	๖	—	—	—	—	—	—	๖	
	๖	๒	—	—	—	—	—	—	๒	
	๕	๑	—	—	—	—	—	—	๑	
รวมจำนวนครั้งตรวจพบ		๕๕๘	๑๔๒	๑๕๓	๓๑๓	๖	๑๑๔	๑๕	๑,๔๐๗	

วงจากการตรวจทั้งหมด ๔๑๒ ครั้ง พบ
ระยะ ไค้อีสตริส ๑๕๒ ครั้ง, ระยะ
โปรอีสตริส ๑๓๕ ครั้ง, ระยะ อีสตริส
๓๖ ครั้ง, และระยะ เมทอีสตริส ๔๕
ครั้ง. จากนั้นเห็นได้ว่าในพวกวงไม่สม่ำเสมอ
อันพบระยะ อีสตริส น้อยครั้งที่สุด
และพบเพียง ๑-๒ วันติดต่อกัน, แต่
พบระยะอื่น ๆ จำนวนมากกว่า. จึงทำให้
เกิดเป็นวง อีสตริส นานกว่าปรกติขึ้น.
การที่ มิวังไม่สม่ำเสมอ เกิดจากมี ระยะ
ไค้อีสตริส และ โปรอีสตริส ซึ่งกินเวลา
นานกว่าธรรมดา (๑-๕ วัน). นอกจากนี้
นบางครั้งการเปลี่ยนแปลงของวงไปไม่ถึง
ระยะ อีสตริส แต่ข้ามระยะจาก โปร-
อีสตริส ไปเป็น เมทอีสตริส หรือระยะ
ไค้อีสตริส เลย.

วิจารณ์

Long และ Evans⁽⁴⁾ ได้ศึกษาใน
หนูพันธุ์ของเขาเองพบว่า ปากช่องคลอด
เปิดเมื่ออายุประมาณ ๗๒ วันและมี อีส-
ตริส ครั้งแรกเมื่ออายุ ๗๗ วัน (๔๕-
๑๔๗ วัน), หนูพันธุ์ของเราที่ได้ออกมา
พบว่าปากช่องคลอดเปิดเมื่ออายุ ๕๘.๒๓
± ๑๑.๓๓ วัน (๔๑-๘๐ วัน) และมี

อีสตริส ครั้งแรกเมื่ออายุ ๖๓.๕๐ ±
๑๒.๖๓ วัน (๔๔-๑๐๐ วัน) แสดงว่า
หนูพันธุ์ของเราเข้าสู่ระยะวัยเพศสุก หรือ
ระยะผสมพันธุ์ ได้เร็วกว่าหนูพันธุ์ Long-
Evans.

หนูส่วนมาก (๖๓.๓ ๒๗.) มีวง
อีสตริส สม่ำเสมอทันทีภายหลังปากช่อง
คลอดเปิด, จึงเป็นประโยชน์มากที่จะใช้
หนูเหล่านี้สำหรับศึกษาและวิจัยได้แม้ใน
ขณะที่อายุยังน้อยและศึกษาไคทันทที่ภาย
หลังปากช่องคลอดเปิด. หนูบางพวก
(๓๐ ๒๗.) มีวงไม่สม่ำเสมอและช่วง
เวลาระหว่าง อีสตริส นานในระยะแรก,
แต่ก็เป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น, และเป็น
อยู่ช่วงเวลาเพียง ๒๕.๕๕ ± ๑๓.๐๗ วัน
หลังปากช่องคลอดเปิดเท่านั้น. พออายุ
ได้ ๘๔.๓๓ ± ๑๑.๓๑ วันก็จะกลับมี
วงสม่ำเสมอต่อไป. มีหนูเพียง ๖.๗ ๒๗.
เท่านั้นที่มีวงไม่สม่ำเสมอตลอดไป, นับ
ว่าน้อยมาก. หนูพันธุ์นี้จึงเหมาะสมที่จะ
ใช้ในการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับรังไข่และ
วง อีสตริส ได้เป็นอย่างดี.

ช่วงเวลาของวง อีสตริส กินเวลา
๕.๓๘ ± ๑.๐๔ วัน, และวง อีสตริส
ส่วนมากกินเวลา ๔ หรือ ๕ วัน. นับว่า

ใกล้เคียงหรือเหมือนกับผู้อื่นใดศึกษา
มาแล้ว, เช่น Davson และ Eggleton
(2) พบว่าหนึ่งวง อัสตรี กินเวลา ๔-๕
วัน และ Rowett (5) พบว่ากินเวลา ๔ ถึง
๕ วัน.

ระยะต่างๆ ของวง อัสตรี สม่่า
เสมอ, พบว่าระยะ ไคอัสตรี ซึ่งเป็นระยะ
พักหรือระยะไม่ผสมพันธุ์, ตรวจพบไค
มากครั้งที่สุดและอาจตรวจพบติดต่อกันได้
ตั้งแต่ ๑-๕ วัน. แสดงว่าระยะพักกิน
เวลานานที่สุดของวง อัสตรี, ซึ่งตรง
กับ Davson และ Eggleton (2) พบระยะนี้
นานสุดเช่นเดียวกัน. ส่วนจำนวนครั้งที่
ตรวจพบระยะ โปรอัสตรี กับ อัสตรี พบ
ได้ใกล้เคียงกันและอาจตรวจพบติดต่อกัน
ได้ตั้งแต่ ๑-๓ วันเช่นเดียวกัน. เป็น
เครื่องยืนยันว่าทั้งสองระยะนี้กินเวลาเท่า ๆ
กัน, เช่นเดียวกับที่ Davson และ Eggle-
ton (2) ได้พบ.

ระยะ เมทอัสตรี หรือระยะที่อวัยวะ
สืบพันธุ์เปลี่ยนแปลงมา เป็นระยะพักหลัง
จากไข่สุกแล้ว, ตรวจพบไคน้อยครั้งที่สุด
แสดงว่าระยะนี้น่าจะกินเวลาสั้นที่สุด, ซึ่ง
แตกต่างกับผลของ Davson และ Eggle-
ton (2), ซึ่งพบว่าระยะนี้นานกว่าระยะ

โปรอัสตรี และ อัสตรี.

ระยะต่างๆ ของวง อัสตรี ไม่สม่่า
เสมออันพบระยะ ไคอัสตรี มาก
ครั้งที่สุดและกินเวลานานวันที่สุด ๑-๕
วัน. ถ้ามารวบรวมระยะ โปรอัสตรี และ
เมทอัสตรี มากน้อยตามลำดับ, และพบ
ระยะ อัสตรี น้อยที่สุด. จึงเกิดมีช่วง
วง อัสตรี ยาวซึ่งเกิดจากมีระยะอื่น ๆ,
เช่น ระยะ ไคอัสตรี และ โปรอัสตรี,
ซึ่งกินเวลานานแทรกอยู่ในวง อัสตรี
จึงทำให้ช่วงวง อัสตรี เน้นนานออกไป.
ยิ่งกว่านั้นจากระยะ โปรอัสตรี ยาว
ที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะ อัสตรี,
แต่ข้ามไปเป็นระยะ เมทอัสตรี เลย, ซึ่ง
ทำให้ช่วงวง อัสตรี ยิ่งเน้นนานออกไป
อีก.

สรุป

การศึกษาสิ่งขี้จากช่องคลอดของ
หนูพุกขาวพันธุ์เลี้ยงไว้ในแผนกกายวิภาค
ศาสตร์ ๓๐ ตัว, เพื่อศึกษาวง อัสตรี
ไว้เป็นมาตรฐานสำหรับการศึกษาและวิจัย
ต่อไปพบว่า

๑. ช่วง คลอดของ หนู เบ็ด เมอธอัส
๕๘.๒๓ ± ๑๑.๓๓ วัน.

๒. หนูวัยมี อีสตรัส ครั้งแรกเมื่อ อายุ ๖๓.๕๐ ± ๑๒.๖๓ วัน (หรือหลัง ปากช่องคลอดเปิดแล้ว ๕.๖๗ ± ๕.๔๒ วัน).

๓. หนูส่วนมาก (๖๓.๓ ป.ช.) มี วง อีสตรัส สม่ำเสมอทันทีหลัง ปากช่องคลอดเปิดแล้ว. หนูบางตัว (๓๐.๐ ป.ช.) มี วง อีสตรัส ไม่สม่ำเสมอชั่วระยะเวลาหนึ่ง, ประมาณ ๒๕.๐๕ ± ๑๓.๐๗ วัน หลังปากช่องคลอดเปิด, แล้วกลับมี วง สม่ำเสมอต่อไป เมื่ออายุ ๘๔.๓๓ ± ๑๑.๓๑ วัน. มีหนูส่วนน้อย (๖.๗ ป.ช.) มี วง อีสตรัส ไม่สม่ำเสมอตลอดไป.

๔. ช่วงเวลา วง อีสตรัส ที่สม่ำเสมอ กินเวลา ๔.๓๘ ± ๑.๐๔ วัน (โดยมาก ๔ หรือ ๕ วัน).

๕. การตรวจระยะต่างๆ ของ วง อีสตรัส สม่ำเสมอพบว่าระยะ ไคอีสตรัส นานที่สุด, ระยะ โพรอีสตรัส และ อีสตรัส นานเท่าๆกัน ระยะ เมทอีสตรัส สั้นที่สุด.

การตรวจระยะต่างๆ ของวง อีสตรัส ไม่สม่ำเสมอพบว่าระยะ ไคอีสตรัส นานที่สุด, ถัดไปเป็นระยะ โพรอีสตรัส, ระยะ เมทอีสตรัส และระยะ อีสตรัส ตามลำดับ.

ผู้รายงานขอขอบคุณหัวหน้าแผนก กายวิภาคศาสตร์ ที่ได้กรุณาสนับสนุน, ตรวจทาน, แก้ไขและอนุญาตให้ตีพิมพ์ไว้.

เอกสาร

1. Allen, E.: Am. J. Anat. 1922, 30: 297-371.
2. Davson, H., M.G. Eggleton: Principles of Human Physiology, 1962, 13th ed., J. & A. Churchill Ltd., London.
3. Donaldson, H.H.: The Rat, 1924, 2nd ed., Philadelphia.
4. Long, J. A., and H. M. Evans: Memoirs Univ. Calif., U. of California Press, 1922.
5. Rowett, H.G.Q.: The Rats as a small Mammal, 1960, 2nd ed., John Murray.
6. Stockrrd, P. and G.N. Papanicolaou: Am. J. Anat. 1917, 22: 225.
7. วิเชียร ดิลกสัมพันธ: สารศิริราช ๑๕๖๑ ๑๓: ๕๑.

(Summary of the preceding Article)

OESTROUS CYCLES OF ALBINO RATS REARED IN
THE DEPARTMENT OF ANATOMY

Vichien Diloksambandh, M.B., M.D., Cert. Anat.
Surapee Sukarochana, M.B., Sutep Tiengpitak, M.B.

Vaginal smear of 30 female albino rats, reared in the Department of Anatomy, was studied every 24 hours after the time of vaginal opening. It was revealed that:

1. The time of vaginal opening was at 58.23 ± 11.33 days of age.
2. First oestrus was found at 63.90 ± 12.63 days of age.
3. 63.3% of rats had regular oestrous cycles immediately after the vaginal opening. 30.0% had irregular oestrous cycles for a period of 29.05 ± 13.07 days, after that they had regular cycles at the age of 48.33 ± 11.31 days. Only 6.7% had irregular

cycles all the time,

4. The duration of the regular cycle lasted 4.38 ± 1.04 days (usually 4 or 5 days).

5. In the regular cycle, the duration of the stage of diestrus was the longest, proestrus and oestrus were equal, and metestrus was the shortest; but in the irregular cycle, the duration of diestrus was the longest, then proestrus, metestrus and oestrus respectively.

V.D.

(Seven references, four figures)

อุบัติการผลบวกในการทดสอบเซโรโลยีสำหรับซัยฟิสิส (STS)
ที่ศิริราชพยาบาล

ปรานี สิงห์ประเสริฐ พ.บ., Cert. in Hematoimmunology
เบญจวรรณ จามักกร พ.บ., ปส.วท. แพทย์คลินิก
สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ พ.บ., M.S., Ph.D.
(สาขาพยาธิวิทยาคลินิก แผนกพยาธิวิทยา)
(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ดัณสรัต)

ห้องปฏิบัติ การพยาธิ วิทยา คลินิก
แผนกพยาธิวิทยา, ได้เปลี่ยนวิธีทดสอบ
ซัยฟิสิส ประเภทลิปิค แอนติเจน ตาม
วิธีของ คาคัน มาเป็นวิธี VDRL (Vene-
real Diseases Research Laboratory) (1)
ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นต้นมา ทั้งนี้
ตามคำแนะนำขององค์ การ สาธารณสุข
ของสหรัฐอเมริกา และทั้งนี้เพราะเห็นว่า
VDRL Antigen บริสุทธิ์มากกว่า, วั
กระทั่งหาหน้าหนักอ้อมได้ เท่ากับ ๒๑๕๕,
และมี ไอโอเกิน นิมเมอร์ ๑๒๐-๑๒๕.

วัตถุประสงค์

ใช้น้ำเหลืองและทำตามวิธีของ Pang-
born (2) และคณะ.

เรื่องย่อ สิงห์ประเสริฐ, ปรานี, เบญจวรรณ
จามักกร, สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ: อุบัติการ
ผลบวกในการทดสอบ เซโรโลยี สำหรับ
ซัยฟิสิส ที่ศิริราชพยาบาล. สารศิริราช ๒๕๑๑
(ก.ศ. ๑๕๖๘), ๒๐: ๑๔๖-๑๔๘.

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นต้นมา ห้อง
ปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก, แผนกพยาธิวิทยา
ได้ใช้วิธี VDRL สำหรับทดสอบ ซัยฟิสิส.
พบว่าได้ผลบวก ๘.๖ ปช. ถ้าใช้วิธี RPCF มา
เทียบ, วิธี VDRL ให้ผลบวกเท่า ๑๘.๖ ปช.

ผลของการทดสอบ

ทุก ๆ แผนกของโรงพยาบาลศิริราช
ได้ส่งน้ำเหลืองมาทดสอบ STS รวมทั้ง
หมด ๑๔๘,๘๕๕ ราย (กตาราง ๑).

ได้แยกน้ำเหลืองหญิงมีครรภ์ออกไว้
ต่างหากอีกชุดหนึ่ง, ทั้งนี้เพราะว่าซัยฟิสิส
ในหญิงมีครรภ์เป็นเรื่องสำคัญมากจนกระ
ทั่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ ดังนี้:

หลักการวินิจฉัยการระบาดของกามโรค

“หากปรากฏว่า ผลการตรวจเลือดของหญิงมีครรภ์ในประเทศใดผลเลือดบวกตั้งแต่ร้อยละสองขึ้นไป, ให้ถือว่า กามโรค ประเภท นั้น กำลัง เป็น ปัญหา ในทาง

สาธารณสุขของประเทศแล้ว, ควรจะได้ริ้ทำเนนการควบคุมโรคนี้โดยด่วน.”

การ ทด สอย นำ เหลือของ หญิงมี ครรภ์ สำหรับ ซีรี่ฟลิส ได้ผลแสดงอยู่ใน ตาราง ๒.

Table I.

Result of STS (B.E. 2509-2510)
at Siriraj Hospital

No. of Sera (all departments)	VDRL Reactive	Positive RPCF [@] reaction	Biological False Positive (BFP)
149,845	12,954 (8.6%) P.H. ³ = 8.0% (average)	10,545	2409 (18.6%) #

@ = RPCF = Reiter Protein Complement Fixation.

P.H. = Department of Health, Ministry of Public Health.

= U.S.A. approximately 20%.

Table II.

Incidence of STS in Pregnant Women

No. of Sera (2 years)	VDRL reactive	Positive RPCF reaction	BEP
42,902	3,879 (9.3%) P.H. ⁽³⁾ in Bangkok area = 10.9%	3,526	353 (9.1%)

P.H. = Department of Health, Ministry of Public Health.

สำหรับปฏิกิริยาแลบเทจ ทางสาขามี
ประสิทธิภาพน้อยมาก, ไม่เกิน ๓ ราย
ในระยะ ๓ ปีที่ผ่านมา, จนไม่สามารถ
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ได้. ทั้งนี้ อาจเพราะว่า
นำเหลืองที่ส่งมาทำ STS นี้, คงได้มา
จากคนที่ได้รับเชื้อ T. Pallidum แล้ว
อย่างน้อย ๒-๓ เดือนขึ้นไป, จึงได้ผล
ผลบวกทั้งหมด. อย่างไรก็ตาม, ได้ทำ
ตารางสาม แสดงถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจ
ทำให้เกิดปฏิกิริยาแลบเทจได้.

Table III.

False Negative Reaction (FNR) for Lipid Antigen (Seronegative Syphilis),
assuming the Technique is correct.

FNR in Condition:	Most Probable Cause
1. Early stage of Primary Syphilis	No or very little antibody (reagin)
2. Congenital Syphilis with "Zonal Effect"	Too much antibody causing a wrong ratio between antigen and antibody
3. The patient is a poor guinea pig (very rare).	Inability to form antibody
4. Presence of inhibiting substance in patient's blood	very rare
5. Some type of Neurosyphilis	Antibodies in blood are too weak.

สรุป

ได้แสดงอุบัติการณ์ของ STS จากผู้ป่วย
ของ โรงพยาบาลศิริราช ทุกแผนก. ได้
VDRL Reactive ๘.๖ ٪., และจาก
หญิงมีครรภ์ ๘.๓ ٪. และได้ BFP
๑๘.๖ ٪.

ผู้รายงานขอขอบคุณพนักงานวิทยา-
ศาสตร์, นางนภพร วาจันนท์ และนาย
บุญยัง สุขสว่าง ที่ได้ช่วยทำการทดสอบ
ทั้งหมด.

เอกสาร

1. Manual of Serologic Tests for Syphilis, 1964, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
2. Pangborn, M.C., F. Maltaner, A.M. Silverstein and W.R. Thompson: Cardiolipin Antigens, WHO Monograph Series No. 6, 1955, Geneva, Switzerland.
3. รายงาน การประชุม คณะ กรรมการ พิจารณา การทดสอบการตรวจโลหิตเกี่ยวกับโรคซีสฟิลิส ครั้งที่ ๑-๔ กรมอนามัย ๒๕๐๘.

(Summary of the preceding Report)

THE INCIDENCE OF SEROLOGICAL TEST FOR SYPHILIS (STS)
at Siriraj Hospital

Pranee Singhaprasert, M.B., Cert. in Hematoimmunology
Benjawan Jameekorn, M.B., Somsak Phansomboon, M.B., M.S., Ph.D.
(Dept. of Pathology)
(Head of Dept.: Professor Dr. Pradit Tansurat)

By using cardiolipin antigen and VDRL method in the serological test for syphilis (STS), the incidence of VDRL reactive in Siriraj Hospital is 8.6%; and by applying the RPCF

method as a verification test, the incidence of biological false positive is 18.6%.

S.P.
(Three references)

บทความนิติเวชวิทยา

หน้าทของแพทยและพยาบาลในภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวของกับกฎหมาย

ทรงนัตร โทยยานนท พ.บ.

(แผนกนิติเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน)

ยามเมือบ้านเมืองตกอยู่ในภาวะคับขัน, เช่นเกิดสงคราม, หรือขณะบางภาคของ ประเทศถูกรบกวณ จากผู้ก่อการร้าย, แพทย์ยอมปฏิบัติหน้าที่ตามปรกติ. อาจมากขึ้นกว่าเดิม. ส่วนในค่านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, มีสิ่งซึ่งแตกต่างออกไปอย่างจึงเห็นสมควรเขียนเล่าสั้นอ่าน.

กฎหมายเกี่ยวของ กับชีวิตประจำวันของเรา อยู่ตลอดเวลานับแต่ลมตาขึ้นมา, อาทิ เช่นขั้รถออกมาจากบ้านก็ต้องหยุดเมือมีสัญญาณไฟแดง; ก่อนเข้าอนค T.V. หรือเข้ทีวี, จะเข้คังมากก็ไม่ได้, อาจมีความผิดลหุ, ฐานกระทำความอื้อฉงจนทำให้ประชาชนเข้ครอื่น.

ก่อนอื่นขอทำความเข้าใจ เรื่องการกระทำความผิดอาญา. พวกเรากลัวกัน

นักกว่าทำอย่างโน้นจะเป็นความผิด, อย่างนี้จะเป็นความผิด. จึงขออย่าว่าการกระทำ ความผิดอาญานัน จะต้องมีเจตนาถึง มาตรา ๕๕, แต่มีข้อยกเว้น ๓ ประการ คือ:

๑. กระทำโดยประมาท.

๒. กฎหมายระบุไว้เลยว่าต้องรับผิด, แม้ไม่มีเจตนา. เช่นพระราชบัญญัติ ศุลกากร ฯลฯ.

๓. ความผิดลหุโทษ มาตรา ๑๐๔ บอกไว้ว่าความผิดลหุโทษทั้งหมด, แม้ไม่มีเจตนาที่มีความผิด, นอกจากจะมีบทบัญญัติให้เห็นเป็นอย่างอื่น. ความผิดลหุโทษ คือความผิด ซึ่งต้อง ระวัง ไทย จำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน, หรือปรับไม่เกิน หกพันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.

ไม่ว่าบ้านเมือง อยู่ในภาวะ เช่นใด,

เราราษฎรไทยมีหน้าที่ต้องปฏิบัติ ตามกฎหมายทั้งนั้น, และจะปฏิเสธว่าไม่รู้กฎหมายก็ไม่ได้.

เมื่อคนไข้ซึ่งเกิดอุบัติเหตุมาหาแพทย์จำนวนมาก, จากสาเหตุใดก็ตาม, แพทย์จะทำการรักษาได้อย่างไร, แค่นี้, ต้องขออนุญาตใครบ้างหรือไม่, เป็นสิ่งแรกที่ควรทราบ.

การรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาล ของพยาบาล ต้องอยู่ในข้อจำกัด และเงื่อนไข ในการ ประกอบโรคศิลป์, ตามกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์, เช่น พยาบาลคัดแขนคนไข้ไม่ได้, มิฉะนั้นอาจมีความผิดทางอาญาคือ ประมาทละ.

ในทันขอแบ่งคนไข้ออกเป็น ๒ ประเภท คือ (๑) คนไข้ โคมา, (๒) คนไข้ที่มีสติ: และแบ่งบุคคลออกเป็น ๖ ประเภทตามความสามารถ คือ:

๑. ผู้บรรลุนิติภาวะ (๒๐ ปีบริบูรณ์),
๒. ผู้เยาว์, ต้องมี ผู้แทน โทษชอบธรรม,
๓. บุคคลวิกลจริต, ต้องมี ผู้พิทักษ์,
๔. คนไร้ความสามารถ, ต้องมี ผู้อุปการ,

๕. คนเสมือนไร้ความสามารถ, ต้องมี ผู้พิทักษ์,

๖. หญิงมีสามี.

ถ้าคนไข้ โคมา ถูกนำมาหาแพทย์ และไม่มีญาติ, แพทย์ทำการรักษาได้ทันที เพื่อช่วยชีวิตโดยไม่ ต้องรอ ให้ใครยินยอม, และไม่ต้องกลัวมีความผิดฐานทำร้ายร่างกายหรืออื่น ๆ, เพราะมีกฎหมาย มาตรา ๖๗, ๖๘ และ ๗๐ คุ้มครองอยู่. หากมีญาติมาด้วยปฏิบัติเช่นเดียวกับคนไข้สติ.

มาตรา ๖๗. ผู้ใดกระทำความผิด ด้วยความจำเป็น.

๑. เพราะอยู่ในที่คับคับหรือ ภายใต้ อำนาจ ซึ่งไม่สามารถ หลีกเลยง หรือ ชักขึ้นได้ หรือ

๒. เพราะเพื่อให้ตนเอง หรือผู้อื่นพ้น จากอันตรายที่ใกล้จะถึงและไม่สามารถ หลีกเลยงให้พ้นโดยวิธีอื่นได้, เมื่ออันตรายนั้นตนมิได้ก่อ ให้เกิดเพราะ ความผิด ของตน.

ถ้าการกระทำนั้นไม่เป็นการเกินสมควร แก่เหตุแล้ว, ผู้นั้นไม่ต้องได้รับโทษ.

มาตรา ๖๘. ผู้ใดจำต้องกระทำการ โทษผู้อื่นอันสิทธิของตนหรือของผู้อื่นให้



พยานตราย ซึ่งเกิดจากการ ประทษร้าย
อันละเมิดต่อกฎหมาย, และเป็นพยานตราย
ที่ไกลจะถึง, ถ้าได้กระทำพอสมควรแก่
เหตุ, การกระทำนั้นเป็นการป้องกันโดย
ชอบด้วยกฎหมาย, ผู้นั้นไม่มีความผิด.

มาตรา ๗๐. ผู้ใดกระทำตามคำสั่ง
ของเจ้าพนักงาน, แม้คำสั่งนั้นจะมีชอ
ด้วยกฎหมาย, ผู้กระทำมีหน้าที่เชื่อโดย
สุจริตว่ามีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม, ผู้นั้น
ไม่ต้องรับโทษ. เว้นแต่จะรู้ว่าคำสั่งนั้น
เป็นคำสั่งซึ่งมีชอด้วยกฎหมาย.

ถ้าคนไข้มีสติ, วิธีป้องกันตัวควร
ให้คนไข้ เช่นยินยอม ให้เรารักษาหรือผ่า
ตัดก่อนจะดีกว่า, โดยเฉพาะผู้ที่ไม้อาจ
ยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้เยาว์, คน
เสมือนไร้ความสามารถ. คนกลุ่มหลังนี้
แม้เจ้าตัวจะยินยอม, แต่ถ้าผู้แทนโดย
ชอบธรรม หรือบุคคลอื่น ทรบไว้ตามกฎหมาย
ไม่ยินยอมแพทย์ก็จะรักษาหรือผ่า
ตัดไม่ได้, แม้จะเห็นว่าถ้าไม่ทำเขาจะ
ต้องตายก็ตาม. อาทิเช่น บางศาสนาไม่
ยินยอมให้เอาเลือดคนอื่นใส่. ถ้าเขาไม่
ยอมยอมให้ไม่ได้, ทั้งๆที่ถ้าไม่ให้คนไข้
จะต้องตายก็ตาม. สำหรับหญิงมีสำมน
ให้ความยินยอมได้, นอกจากเรื่องบาง

อย่างที่ระบไว้ในกฎหมายแพ่งเท่านั้น.

ถึงนั้นพวก กลุ่มที่ไม่อาจยินยอมได้
ด้วยตนเอง, ถ้าญาติมาต้องให้ญาติที่
อ้างว่าเป็นผู้ปกครอง เช่นยินยอม ไว้เลย.
แต่ถ้าไม่มีญาติมา, อาทิเช่นลูกกระเบิ
ลง, ผู้ยากเจ็บถูกขนมาโรงพยาบาลโดย
รถพยาบาล ฯลฯ, กรณีสามารถปฏิบัติ
ได้ทันทีเพื่อช่วยชีวิตโดยไม่ต้องรอ, โดย
อาศัยกฎหมายอาญา มาตรา ๖๗ และ
๖๘ และ ๗๐ เป็นเครื่องป้องกันตัวเช่น
เดียวกัน.

ในการประกอบโรคศิลปะ, ถ้าตรวจ
ผู้ช่วยโดยไม่ยินยอม, อาจมีความผิดตาม
ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๑๐, คือ
ผู้ใดท่วงเหนี่ยว, หรือกักขังผู้อื่น, หรือ
กระทำด้วยประการใดให้ผู้อื่นปราศจาก
เสรีภาพในร่างกายต้องระวางโทษจำคุก
ไม่เกินสามปี, หรือปรับไม่เกินหกพันบาท
หรือทั้งจำทั้งปรับ.

ถ้าการกระทำมีความผิดตามวรรคก่อน
เป็นเหตุให้ผู้ถูกท่วงเหนี่ยว, ถูกกักขัง
หรือต้องปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้น
ถึงแก่ความตายหรือรับอันตรายสาหัส, ผู้
กระทำ ต้องระวางโทษถึงทัณฑ์ุณัติไว้ใน
มาตรา ๒๕๐ มาตรา ๒๕๑ หรือมาตรา
๒๕๘.

สำหรับการเปิดเผยความลับของคนไข้, ก่อนอื่นขออ้างประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๒๓ ดังนี้ “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้หมิ่นหน้าที่, โดยเหตุที่ประกอบอาชีพแพทย์, เภสัชกร, คนจำหน่ายยา, นางผดุงครรภ์, ผู้พยาบาล, นักยวช, หมอความ, ทนายความ, หรือผู้สอบบัญชี หรือ โดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น, แล้วเปิดเผยความลับนั้นในการที่นำจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรกเปิดเผยความลับของผู้อื่นอันตนได้ล่วงรู้หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้นในการที่นำจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด, ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน.

เรื่องที่มีผู้ถกเถียงกันมากว่าการกระทำอย่างใดจึงจะเรียกว่าเป็นการเปิดเผยความลับ, และเราควรยึดแค่ใดเพียงใด, ผู้เขียนขอออกความเห็นส่วนตัว, ซึ่งเป็นความเห็นเดียวกับ Prof. Keith

Simpson แห่ง Guy's และผู้พิพากษาศาลฎีกาอีกหลายท่าน.

ขอแบ่งความลับนี้ออกเป็น ๒ ประเภท:

๑. Professional Secrecy. เป็นความลับซึ่งได้มาโดยวิชาชีพ และห้ามมิให้เปิดเผย, เช่นคนไข้เป็นโรคมะเร็งไม่ต้องการให้ใครรู้ เป็นต้น.

๒. Privileged communication. เนื่องจากสิทธิที่มคอชมน, ดังนั้นความลับใดซึ่งเกี่ยวข้องกับสังคมอื่น ๆ แพทย์อาจเปิดเผยได้และควรเปิดเผย, เช่น คนไข้เป็นชิวฟีลิส มาพักโรงแรมที่มีสระว่ายน้ำ, เราแนะนำว่าไม่ควรลงไปนอนเพราะอาจแพร่เชื้อ, เราอาจบอกเจ้าของโรงแรมให้เชิญผู้นั้นออกไป. ถึงแม้ว่าคนไข้จะไปฟ้องว่าเราเปิดเผยความลับ, เราก็ไม่น่าจะมีความผิด.

แต่ความลับเหล่านี้, ถ้าเป็นความต้องการของการของศาล, แพทย์จำเป็นต้องเปิดเผย.

มาตรา ๒๓๑ ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา “เมื่อคู่ความหรือผู้ใดจะต้องให้การหรือส่งพยานหลักฐานอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้:

๑. เอกสาร หรือ ข้อความที่ยังเป็นความลับในราชการอยู่.

๒. เอกสารหรือข้อความลับซึ่งได้
มาหรือทราบเนื่องในอาชีพหรือหน้าที่ ของ
เรา.

๓. วิธีการแยแ่แผนหรืองานอย่างอื่น
ซึ่งกฎหมายคุ้มครอง ไม่ยอม ให้ เบ็ด แฝง,
ข้อความหรือบุคคลนั้น มีอำนาจ ไม่ยอม ให้
การหรือส่งพยานหลักฐาน, เว้นแต่ได้รับ
อนุญาต จาก เจ้าหน้าท หรือ บุคคล ที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งกัความลับนั้น.

ถ้าข้อความหรือบุคคลใด ไม่ยอม ให้
การหรือไม่ส่ง พยาน หลักฐาน ดังกล่าว
แล้ว, ศาลมีอำนาจหมายเรียกเจ้าหน้าท
หรือบุคคลผู้เกี่ยวข้อง กัความลับนั้นมา
แถลงต่อศาล, เพื่อวินิจฉัยว่าการไม่ยอม
นั้น มีเหตุผลจำเป็นหรือไม่. ถ้าเห็นว่าไร
เหตุผล, ให้ศาลบังคับให้ ๆ การ หรือ
ส่งพยานหลักฐานนั้น."

ใน ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา
ความแพ่ง มาตรา ๑๑๘ เกี่ยวข้องกั
การซักความพยานและการตอบกัน่าสนใจ
ที่เกี่ยวข้องกัความลับเช่นกัน. "ในการ
ซักความฝ้ายที่อ้างพยานจะ ซักถามพยาน
กัหรือถามถึงพยานกั, ห้ามไม่ให้
ความฝ้ายนั้น ใช้คำถามนำ, เว้นแต่
ความ อักฝ้าย หนึ่ง ยินยอม, หรือ ได้รับ

อนุญาตจากศาล."

"ในการซักความฝ้าย ที่อ้างพยานจะ
ถามถึงพยาน, ห้ามมิให้ข้อความฝ้ายนั้น
ใช้คำถามอื่นใดนอกจากคำถามที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งกัคำถาม เบิก ความ ตอบคำถาม
ค้ำ."

"ไม่ว่ากรณีใด ๆ ห้ามมิให้ข้อความ
ฝ้ายใดฝ้ายหนึ่งถามพยานด้วย

๑. คำถามอื่น ไม่เกี่ยวข้อง กั ประเด็น
แห่งคดี.

๒. คำถามที่อาจทำให้พยาน, หรือ
ข้อความอักฝ้ายหนึ่ง, หรือบุคคลภายนอก
ต้องรับโทษทางอาญา, หรือคำถามที่เป็น
หมิ่นประมาทพยาน, เว้นแต่คำถามเช่น
ว่านเป็นข้อสารสำคัญในอันที่จะชชชชชช
พิพาท.

ถ้าข้อความฝ้ายใดฝ้ายหนึ่งถามพยาน
ฝ้ายนั้นตอบทบัญญัติแห่งมาตรฐาน, เมื่อศาล
เห็นสมควรหรือเมื่อข้อความ อักฝ้าย หนึ่ง
ต้องคัดค้าน, ศาลมีอำนาจที่จะชชชชชช
ควรให้ ใช้คำถามนั้น หรือไม่ ในกรณีเช่น
นั้น. ถ้าข้อความฝ้ายที่เกี่ยวข้องของคดีค้ำค้ำ
ชชชชชชของศาลก่อนที่ ศาลจะ กำหนดคดีต่อ
ไปให้ศาลจกไว้ ในรายงานซึ่งคำถามและ
ข้อคัดค้าน. ส่วนเหตุที่ข้อความคัดค้านยก

ซึ่งข้างนั้น, ให้ศาลใช้กลพินิจตกลงไว้ใน
รายงาน, หรือกำหนดให้ค่าความฝ้ายนั้น
ยื่นคำแถลง, เป็นหนังสือเพื่อรวมไว้ใน
สำนวน."

จะเห็นว่าถ้าเป็นคดีแพ่งแล้ว, กฎหมาย
ห้ามไว้เลยว่าไม่ให้ถาม ข้อความที่จะทำ
ให้พยาน, เช่นแพทย์ต้องเปิดเผยความ
ลับ, อันอาจมีความผิดอาญา.

มีปัญหาสำคัญว่า ถ้าคนร้ายหรือผู้ก่อ
การร้ายมาขอรับการรักษายาบาล, บัง
ถ้าเป็นพวก คอมมิวนิสต์ ด้วยแล้วเราจะทำ
อย่างไร?

ขั้นแรก, เราต้องปฏิบัติหน้าที่แพทย์,
คือ ให้การรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด.

ขั้นสอง, ในฐานะ พลเมืองดี และเป็น
ราษฎรไทย, แพทย์หรือพยาบาลควรต้อง
แจ้งแก่ เจ้าหน้าที่จะมี คนร้าย มา ปรึกษา
รักษาพยาบาล เพื่อ จะให้ ดำเนิน การ ตาม
กฎหมายต่อไป. ทั้งนี้ โดยอาศัยประมวล
กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ตั้งแต่
มาตรา ๗๗ ถึง ๘๖ เรื่องการจับขัง หรือ
อาจจะกระทำการจับได้เองก็ได้ โดยอาศัย
กฎหมายดังกล่าว.

มาตรา ๗๘. "ราษฎรจะจับผู้อื่นไม่ได้
เว้นแต่จะเข้าอยู่ในเกณฑ์แห่งมาตรา ๘๒

หรือเมื่อผู้นั้นกระทำความผิด ซึ่งหน้า และ
ความผิดนั้นได้ระบไว้ในบัญชีท้ายประมวล
กฎหมายนี้ด้วย"

มาตรา ๘๐. "ที่เรียกว่าความผิดซึ่ง
หน้านั้น ได้แก่ ความผิดซึ่งเห็น กำลัง
กระทำ, หรือพบในอาการใด, ซึ่งแทบจะ
ไม่มีความสงสัยเลยว่าเขาได้กระทำ มา
แล้วสัก ๆ. อย่างไรก็ตาม, ความผิดอาญา
ซึ่งระบไว้ในบัญชีท้ายประมวลกฎหมายนี้
ให้ถือว่าความผิดนั้นเป็นความผิดซึ่งหน้า
ในกรณีดังนี้

๑. เมื่อบุคคลหนึ่งถูกไล่จับตั้งผู้กระทำ
โดยมีเสียงร้องเอะอะ.

๒. เมื่อพบบุคคลหนึ่งแทบจะทันที
ทันทีหลังจากการกระทำใน ถิ่นแถว ใกล้
เคียงกับที่เกิดเหตุนั้น, และมีสิ่งของที่ใด
มาจากการกระทำผิด, หรือมีเครื่องหมาย,
อาวุธหรือวัตถุอย่างอื่นอันสันนิษฐานได้ว่า
ได้ใช้ ในการกระทำผิดหรือมีร่องรอยพิรุธ
เห็นประจักษ์ที่เสื้อผ้าหรือเนื้อตัวของผู้นั้น.

มาตรา ๘๒. "เจ้าพนักงานผู้จัดการ
ตามกฎหมายจับจะขอความช่วยเหลือจาก
บุคคลใกล้เคียงเพื่อจัดการ ตามหมายนั้น
ก็ได้, แต่จะบังคับให้ผู้นั้นช่วยโดยอาจเกิด
อันตรายแก่เรานั้นไม่ได้."

เห็นได้ว่า ในการช่วยจับนั้นถ้าเรา
ราษฎรเห็นว่าอาจเกิดอันตราย, คำรวจจะ
ยังคงให้เราช่วยไม่ได้.

“มาตรา ๘๔, ย่อหน้าที่ ๓. ถ้า
ราษฎรเป็นผู้จับให้บนทักขอ, อาชีพ, ที่อยู่,
ของผู้จับออก ทั้งขอ ความและ พฤติการณ์
แห่งการจับนั้นไว้, แล้วให้ผู้จับลงลายมือ
ชื่อกำกับไว้เป็นสำคัญ.”

ความผิดในกฎหมายลักษณะอาญาที่
มาตรา ๑๕ อ้างถึงราษฎรมีอำนาจจับได้
โดยไม่ต้องมีหมาย, มี:

๑. ประทษร้ายต่อพระบรมราชตระกูล.
๒. ขบถภายในพระราชอาณาจักร.
๓. ขบถภายนอกพระราชอาณาจักร.
๔. ความผิดต่อทางพระราชไมตรีกับต่างประเทศ.
๕. ทำอันตรายแก่ธง หรือ เครื่องหมายของต่างประเทศ.
๖. ความผิดต่อเจ้าพนักงาน.
๗. หลบหนทคุมขัง.
๘. ความผิดต่อศาสนา.
๙. ก่อการจลาจล.
๑๐. การกระทำให้เกิดภัยอันตรายแก่สาธารณชน, กระทำให้สาธารณชนปราศจากความสะดวกในการไปมาและการส่งข่าวและของถึงกัน, และกระทำให้

สาธารณชนปราศจากความสุขสบาย.

๑๑. ปลอมแปลงเงินตรา.
๑๒. ข่มขืนกระทำชำเรา.
๑๓. ประทษร้ายแก่ชีวิต.
๑๔. มีประทษร้ายแก่ร่างกาย.
๑๕. ความผิดฐานกระทำให้เสื่อมเสียอิสรภาพ.
๑๖. ลักทรัพย์.
๑๗. วิ่งราว, ชิงทรัพย์, ปล้นทรัพย์, และโจรสลัด.
๑๘. กรรโชก.

นอกจากนั้น พระราชบัญญัติซึ่งกัน
การกระทำอันเป็น คอมมิวนิสต์ พ.ศ.
๒๔๘๕ มาตรา ๕ กล่าวว่า ผู้ใดขบถ,
แนะนำเสื่อมสอน, โฆษณาชวนเชื่อ, มั่ว
สุม, สวมทบ, บินยอม, ตกลงกับผู้อื่น,
หรือเตรียมการที่จะให้มีการกระทำอัน
เป็นคอมมิวนิสต์, หรือรู้ว่า, หรือจะมี
การกระทำผิดตามพระราชบัญญัตินี้ช่วย
ปกปักรักษาได้เอาความไปร้องเรียนขึ้นกัก, มี
ความผิดต้อง ระวังโทษจำคุก ตั้งแต่ห้าปี
ขึ้นไปจนถึงสิบปี.

ดังนั้นหากผู้ก่อการร้ายมาหาเราเพื่อ
รักษาแล้วเราไม่แจ้งความ, ปกปักรักษาไว้,
ก็อาจมีความผิดตาม ๕ มาตรา, และ
ต้องขึ้นศาลทหารกลางใหม่.

ก่อนจะต่อไปดูเรื่องอื่น ๆ ขออย่าเรื่อง Dying declaration คือถ้อยคำที่ผู้ตายได้พูดก่อนตาย. คนใช้ก่อนตายอาจพูดสิ่งอะไรไว้กับแพทย์. ถ้อยคำเหล่านั้นศาลเชื่อถือ และใช้เป็นพยานหลักฐานสำคัญได้, เพราะเชื่อว่าคนเราก่อนจะตายมักไม่พูดปด, อาทิเช่นสารภาพว่าเป็นผู้ฆ่าใคร, หรือใครเป็นผู้กระทำให้แก่แก่ให้เหล่านั้น เป็นต้น. แพทย์หรือพยานที่รับฟังมากมีสิทธิพูดและควรพูดเมื่อถูกถามโดยศาล.

เรื่องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรม. แพทย์มักเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ในฐานะพยาน, ในฐานะแพทย์ผู้ตรวจคนไข้, หรืออาจจะในฐานะเป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมายในที่สุด.

ประการแรกที่ควรกล่าวคือ อันตรายที่เกิดจากเครือญาติหลายคน, เช่น พ่อแม่ ลูก หรือสามี ภรรยา. มาตรา ๑๗ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บัญญัติไว้ว่า "ถ้าบุคคลหลายคนถึงชีวิตอันตรายในเหตุภัยอันตรายร่วมกันและเป็นการพ้นวิสัยที่กำหนดไว้ว่าคนไหนถึงชีวิตอันตรายก่อนหลังไซ้, ท่านให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าตายพร้อมกัน." ทั้งนี้เกี่ยวกับเรื่องมรดกต่าง ๆ.

มาตรา ๑๔๕๒ "เมื่อชายหญิงของ

ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือทั้งสองฝ่ายตกอยู่ในอันตรายใกล้ความตาย, ถ้าชายหญิงนั้นได้แสดงเจตนาจะสมรสกันและถ้าต่อมาได้จดทะเบียนสมรสแล้ว, ให้ถือว่าการสมรสนั้นมีผลแต่วันแสดงเจตนา." มาตรา ๕๕๕ เกี่ยวกับเรื่องมรดกเช่นเดียวกัน.

เรื่องพินัยกรรมเป็นเรื่องยาว, แต่ควรนำมากล่าวไว้ในที่นี้คือ มาตรา ๑๖๖๓ ของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, เรื่องพินัยกรรม. "เมื่อมีพฤติการณ์พิเศษซึ่งบุคคลใดไม่สามารถจะทำพินัยกรรมตามแบบอันที่กำหนดไว้ได้, เช่นตกอยู่ในอันตราย ใกล้ความตาย หรือเวลามีโรคระบาศ, หรือสงคราม, บุคคลนั้นจะทำพินัยกรรมด้วยวาจาได้. เพื่อกำหนดผู้ทำพินัยกรรมต้องแสดงเจตนา กำหนดชื่อพินัยกรรมต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคน, ซึ่งอยู่พร้อมกัน ณ ที่นั้น. พยานสองคนนั้นต้องไปแสดงตนต่อกรรมการอำเภอ โดยมีชั่งชั่งและแจ้งข้อความที่ทำพินัยกรรมไว้ด้วยวาจาว่า, ทั้งต้องแจ้งวัน, เดือน, ปี, สถานที่ทำพินัยกรรม, และพฤติการณ์พิเศษนั้นไว้ด้วย."

เห็นได้ว่าบางครั้งคนไข้อาจจะทำพินัยกรรมด้วยวาจาต่อหน้าแพทย์และพยาบาลที่กำลังรักษาเขาก่อนตายก็ได้.

ข้อสำคัญคือ ฝืนกรรมนี้ จะสมรรถก็
ต้องต่อหน้าพยานสองคน, และทั้งสองคน
นี้ต้องรีบไปแจ้งต่อกรมการอำเภอโดยเร็ว
ที่สุด.

มาตรา ๑๖๖๕. “ในระหว่างเวลาที่
ประเทศตกอยู่ในภาวะการรบหรือการ
สงคราม, บุคคลที่รับราชการทหารหรือทำ
การเกี่ยวของอยู่กับราชการทหาร, จะทำ
ฝืนกรรมตามแบบที่บัญญัติไว้ในมาตรา
๑๖๕๘ มาตรา ๑๖๖๐ หรือมาตรา
๑๖๖๓ ก็ได้. ในกรณีเช่นว่านั้น, ให้นาย
ทหารหรือข้าราชการฝ่ายทหารชั้นสัญญา
บัตรมีอำนาจและหน้าที่ เช่นเดียวกับกรม
การอำเภอ.”

“บทบัญญัติวรรคก่อนให้นำมาใช้ยัง
คดีแก่กรณี ที่บุคคลที่รับราชการ หรือทำ
การเกี่ยวของอยู่กับราชการทหารทำฝืน
กรรม ในต่างประเทศ, ในระหว่างที่ปฏิบัติ
การเพื่อ ประเทศในภาวะการรบหรือการ
สงคราม ในต่าง ประเทศ โดยอน โลม,
และในกรณีเช่นว่านี้ ให้แพทย์ทหารหรือข่า
ราชการฝ่ายทหารชั้นสัญญาบัตรมีอำนาจ
และ หน้าที่เช่นเดียวกับพนักงาน ทดหรือ
กงสุลฝ่ายไทย.”

“ถ้าผู้ทำฝืนกรรมตามความในสอง
วรรคก่อนนั้นช่วยจับหรือต้องขาดจับ, และ

อยู่ในโรงพยาบาลให้แพทย์แห่งโรงพยา
บาลนั้น มีอำนาจและหน้าที่ เช่นเดียวกับ
กรมการอำเภอหรือพนักงาน ทด, หรือ
กงสุลฝ่ายไทยแล้วแต่กรณีด้วย.”

มาตรา ๑๖๕๓ ระบุไว้ว่า “ผู้เขียน
หรือพยานในฝืนกรรม (รวมทั้งคู่สมรส)
รับฝืนกรรมไม่ได้.”

เรื่องสุดท้ายที่สำคัญคือเรื่องการจัด
ทำรายงาน การชันสูตร บาดแผลและราย
งานการ ชันสูตรศพ จำเป็นต้องทำโดย
ละเอียดไม่มีข้อบกพร่อง, เพราะในขณะมี
การก่อการร้าย, หากคนร้ายถูกจับได้ก็
ต้อง มีการดำเนินคดีกัน ในศาล เช่นเดียว
กัน. แม้แต่ในสงคราม, ศพที่ตายก็คงถือ
ปฏิบัติว่าต้องชัน สตร ศพ ตาม ประมวล
กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาเช่นเดียว
กัน.

การรวบรวมพยานหลักฐานต่าง ๆ ที่
ได้จากบาดแผลควรเก็บทุกสิ่งทุกอย่าง, เพราะ
เป็นประโยชน์มาก ต่อพนักงานสอบสวนที่
จะสืบสวนและดำเนินคดีต่อไป, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งหวักระสุนที่พบในบาดแผล. พวก
เรามักจะเลยทำให้เกิดผลร้ายอย่างขมเ
ได้อาวุธและตัวผู้กระทำความผิดมา, แต่ไม่มี
หวักระสุนจะเปรียบเทียบ เพราะทิ้งไปเสีย
แล้ว.

บทความพิเศษ

การกระจายของพยัญชนะตัวแรกของชื่อไทย

ภูเกตุ วัฒนานนท์ พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

คำนำ

การเก็บรวบรวมรายชื่อหรือแฟ้มเรื่องราวบุคคลโดยเก็บเรียงลำดับอักษรนั้น, ในชั้นต้นเราแยกเป็นหมวดหมู่ โดยอาศัยลำดับพยัญชนะตัวแรกของชื่อหรือชื่อสกุลเป็นเกณฑ์, ซึ่งพยัญชนะแต่ละตัวนั้นมักใช้ในการประกอบชื่อย่อไม่เท่าเทียมกัน. เรายังไม่มีเกณฑ์สำหรับประมาณว่าหมวดพยัญชนะหนึ่ง ๆ ของชื่อหรือชื่อสกุลในภาษาไทยจะมีมากน้อยแตกต่างกันเพียงใด, ที่จะใช้เป็นแนวทางให้กำหนดเน็ตแยกบรรจบรวมรายชื่อหรือแฟ้มเรื่องราวบุคคล, ได้ถูกต้องล่วงหน้า, ไม่เสียเวลาในการโยกย้ายจัดใหม่ภายหลัง, จึงทำให้คิดถึง การสำรวจชื่อไทยขึ้นไว้สำหรับการนี้.

จุดประสงค์

การสำรวจชื่อไทยคราวนี้เพื่อศึกษา

การกระจายของพยัญชนะตัวแรกที่ใช้ในการประกอบเป็นชื่อสกุลในภาษาไทยและหาสัดส่วนอย่างง่าย ๆ ของความบ่อยในการใช้พยัญชนะเหล่านั้น เพื่อเป็นเกณฑ์ประมาณสำหรับใช้การต่อไป.

หลักการและวิธีการ

พยัญชนะตัวแรกของชื่อตัวหรือชื่อสกุล หมายถึงพยัญชนะไทยตัวแรกที่ประกอบเป็นชื่อนั้น ๆ และรวมถึงรูปสระฤ และ ฦ ที่ทำหน้าที่เป็นอักษรตัวแรกของชื่อย่อ. ชื่อตัวที่ใช้ในการศึกษาสำหรับรายงานนี้ ๓,๐๘๔ ชื่อ เป็นชื่อแพทย์ศิริราชรุ่น พ.ศ. ๒๔๕๕-๒๕๑๐, รวม ๑,๕๕๐ ชื่อ; และชื่อพยาบาลศิริราชรุ่น พ.ศ. ๒๔๕๕-๒๕๑๐, รวม ๑,๐๘๔ ชื่อ. ส่วนชื่อสกุลที่ใช้ในการศึกษาสำหรับรายงานนี้ ๔๐๐๓ ชื่อ. เป็นชื่อสกุลของแพทย์ศิริราชรุ่น พ.ศ. ๒๔๗๑-๒๕๑๐,

ตารางที่ ๑

สัดส่วนการกระจายของพยัญชนะตัวแรกของ "ชื่อตัว"

หน่วยบรรพ	พยัญชนะ	สัดส่วนพยัญชนะในหน่วย
(รวม ๒๐ หน่วย)		
๑.	ก : ข ค ฅ ง	๔ : ๑
	ข : ค : ฅ ง	๑ : ๑ : น้อยมาก
		(๑ : ๓ : น้อยมาก)
	จ ฌ ฉ ฌ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ฎ	๖ : ๕ (๕ : ๑)
๒.	จ ฌ :	๓ : ๑ (๕ : ๑)
	ช : ฌ ฌ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ : ฎ	๑๒ : น้อยมาก : ๑
		(๑ : น้อยมาก : น้อยมาก)
๑.	ท : ต : ถ : ท : ต	๔ : ๑ : ๒ : ๖ : ๕
		(๒ : ๑ : ๑ : ๖ : ๑)
๒.	น : บ	๑ : ๑
๒. (๑)	ป	
๒	ผ : ฝ : พ : ฟ	๑ : น้อยมาก : ๕ : น้อยมาก
๑	ภ : ม : ย	๑ : ๓ : ๑
		(น้อยมาก : ๖ : ๕)
๑. (๒)	ร : ฤ ฌ : ล	๒ : น้อยมาก : ๑
		(๑ : น้อยมาก : ๑)
๒	ว : ศ : ษ	๕ : ๒ : น้อยมาก
		(๕ : ๔ : น้อยมาก)
๔	ส	
๒	ห : พ : ฮ : ฮ	น้อยมาก : น้อยมาก : ๑ : น้อยมาก

หมายเหตุ ในวงเล็บเป็นส่วนสัดส่วนสำหรับกลุ่มชื่อหญิงล้วน ที่แตกต่างไปจากกลุ่มรวม

“ข้อตัว” และ “ข้อสกล”.

แถวแรก แสดง “หน่วยบรรจุ” หมวก
พญูชนะ, รวมทังสนม ๒๐ หน่วย.
หน่วยบรรจุอาจเป็นลนชัก, ช่องบรรจุ,
บตรหรือแพมหรือค้.

แถวที่สอง แสดงหมวกพญูชนะ
ต่าง ๆ ที่จัดสรรเป็นลาคัยให้กนเนอทบรรจุ
เหมาะสมเป็นหน่วยค้.

แถวที่สาม แสดงส้ค้ส่วนการกระจาย
ของพญูชนะในแต่ละหมวก.

ตัวเลข หรือข้อความ ในวงเล็บ เป็นส้ค้
ส่วนการกระจายของพญูชนะ เฉพาะใน

กลุ่มข้อหญิงล้นทแปรไปจากกลุ่มรวม.

จากตารางผลสรุป จะเห็นได้ว่าเรา
จัดแบ่งลาคัยพญูชนะออกเป็นหมวก, แต่
ละหมวกมีจำนวนตัวพญูชนะไม่เท่ากัน.
ทังนแล้วแต่ว่าข้อที่ใช้พญูชนะนั้น ๆ
รวมกันแล้วจะต้อง การเนอทบรรจุค้เป็น
หน่วยเหมาะสมเพียงค้, เพราะบาง
พญูชนะมีทใช้มาก, บางพญูชนะมีทใช้
น้อย. ในการเรียงลาคัยอักษรด้วยข้อตัว
หรือข้อสกลค้ตาม, เราสามารถกำหนด
หมวกพญูชนะค้เป็นแบบเดียวกัน ค้คือ:

ก	ข	ค	ฅ	ฉ	ช	ฌ	ญ	ฎ	ฏ	ฐ	ฑ	ฒ	ณ
ค	ค	ถ	ท	ธ	น	บ	ป	ผ	ฝ	พ	ฟ	ภ	ม
ร	ฤ	ฤ	ล	ว	ค	ฅ	ย	ส	ห	ฬ	อ	ฮ	

สำหรับเนอทบรรจุรวมเป็น ๒๐ หน่วย
เท่ากัน, หากแต่ว่าหมวกพญูชนะที่ตรง
กนในเรื่องข้อตัวกับข้อสกลนั้น ต้อง การ
เนอทต่าง กัน. เช่น หมวกพญูชนะ
ก ข ค ฅ, สำหรับข้อตัวต้องการเนอท
๑ หน่วย, สำหรับข้อสกลต้องการเนอท
๒ หน่วยเป็นค้.

ด้วยเหตุนี้การเรียงลาคัยอักษรด้วย

ข้อตัวกับสกลจึงต้องการจัดสรรเนอทบรรจุ
ค้ตามหมวกอักษรต่าง ๆ แตกต่างกน.

นอกจากนตารางสรุปผลค้แสดงให้
เห็นถึงส้ค้ส่วนการกระจายของพญูชนะ
ในแต่ละหน่วย, ซึ่งต่างกนในเรื่องข้อ
สกลกับข้อตัว, และในบางหมวกยังแตก
ต่างกนในเรื่องข้อของเพศหญิงด้วย, ค้
แสดงส้ค้ส่วนไว้ต่างหากในวงเล็บแล้ว.

เช่นหมวก จ ฉ, ลีคส์ส่วน จ : ฉ สำหรับ
ชอสิกสเป็น ๑๐ : ๑, สำหรับชอตัวกลม
รวมเป็น ๓ : ๑, สำหรับชอหญิงล้วนเป็น
๔ : ๑ เป็นต้น.

อภิปราย

ในการศึกษาคณะวิชาของคนไทยนั้น
ถ้าพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่ามีเสรีอยู่
มาก. เราซื้อใหม่เพิ่มเติมอยู่เสมอ, ไม่
มีจำกัด. ชอโกทโชกนจนเขอหรือจนครว,
เจนตา, ซินห, ก็ลดความนิยมลง, แต่
ก็มีผู้นำมาตกแต่งต่อเติมให้กลายเป็นชอ
ใหม่ที่ไพเราะใหม่ห, แปรลกทาชินและได้
รับความนิยมแพร่หลายต่อไปใหม่. เป็น
การเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อยไป. จึงอาจ
กล่าวได้ว่าชอ ภาษาไทยมีลักษณะเป็น
คัยนามิค ยิ่งกว่าชอในภาษาตะวันตก,
โดยเฉพาะชอที่องอยู่ในกรอบของลัทธิ
ศาสนาหรือจะให้ลกคองยง ซนก็ว่าชอ
ภาษาไทยมีลักษณะเป็น พลาสติก คือปรับ
รูปได้อยู่เสมอ. อย่างไรก็ตามการประกอบ
ตัวอักษรจนเป็นชอ, โดยเฉพาะการใช้
พยัญชนะตัวแรกที่เรากำลังพาคพิงถึงและ
จะใช้เป็นประ โยชนในการเรียงลำดับอักษร
นั้น, มีปัจจัยสำคัญที่เป็นพิภคอยู่ ๒ กรณ

คือ (๑) คำที่ใช้ในภาษา กัย (๒) ความ
นิยม.

(๑) คำที่ใช้ในภาษา เป็นพิภค

ของต้นทจากคสิคส์ส่วนของ การ ใช้พยัญ
ชนะตัวแรกของชอไทย. จะเห็นได้ว่า
พยัญชนะไทยแต่ละตัวที่ใช้ในฐานะเป็น
พยัญชนะแรกของค้านั้น ไม่ทคเทียบกัน.
บางตัวที่ใช้บ่อยมากมาย เช่น ส ว อ พ ย
 เป็นต้น. บางตัวเกือบจะไม่ค้ใช้ในฐานะ
เป็นพยัญชนะตัวแรก เช่น ฃ ง ฅ ฉ ญ ฎ
 ฏ ฐ ฑ ฒ ฝ พ ฤ ฎ ษ ฬ และ ฮ, แต่มี
ที่ใช้เป็นค้วรอง คือ ฑ ฐ ษ ฅ และ ฑ.
หากจะเป็นพยัญชนะ ตัวแรกของ พยาคค
เป็นพยาคคหลังเสียบเป็นส่วนใหญ่. ดังนั้น
ชอไทยจึงพมมีลคส์ส่วนคสิคส์ไปในการทำ
เกี่ยวกับคำที่ใช้ในภาษาไทย.

(๑) ความนิยม เป็นพิภคอีกชนหนึ่ง

ในการคังชอ. ความนิยมจนรวมทง คค
นิยมทัวไป, ความนิยมจำเพาะทงถน
หรือชมชน, ความนิยมส่วนบุคคลของฝ
ทเกี่ยวของกัยการคังชอ, และสังเหล่าน
ยงจนอยู่กัคสิคส์นิยม, สังคมและระคัย
การคังชออีกค้วย.

ความนิยมส่วนบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนใหญ่แล้วชอบต่งให้คนอื่นเจ้าตัวเอง
ไม่มีส่วนรู้เห็นด้วย, เพราะยังเขี้ยวเกิน
ไป. มีผู้เกี่ยวข้องเช่น พ่อ, แม่, ญาติ,
พระสงฆ์, ครู, โจร, พนักงานท้องถิ่น,
พนักงานอำเภอ, อาจหลายฝ่ายรวมกันก็
ได้, และการต่งชอนนอาศัยไต่ทงความ
บันดาลใจ, ความประทับใจ, ความเชื่อยศ,
ตำราการต่งชอ, ความพึงใจหรือแม่แต่
ความขเลน. บางครั้งเจ้าตัวก็ขอเปลียน
ชอเมื่อเคยโตชน เพื่อความเหมาะ สัม
ต่าง ๆ. เหล่านี้ อาจ ทำให้ เกิด การ เล่น
อักษร หรือ จำกัก อักษรเพื่อ ความ เป็น คีร
มมงคลตามความเชื่อยศได้.

ความนิยมจำเพาะท้องถิ่นหรือ

ชุมชน ในท้องถิ่นที่ภาษาถิ่นจะเห็นว่า
ชอที่นิยมในนั้นๆเป็นพิเศษ, เช่น ขิวแก้ว,
ขิวคำ, ขิวเขี้ยว, ขิวเทพ, คำแวน,
คำแก้ว, คำหล้า, ในภาคเหนือ เป็นต้น.
กรณีเช่นนี้ก็มีส่วนทำให้ สักส่วนการใช้
พยัญชนะตัวแรกของชอแตกต่างกันไปได้.

คตินิยมทั่วไป เช่น พระนามเจ้านาย,
ราชทินนาม, ชอพระราชอาณะ, เหล่านี้
มักเป็นชอยาว, คล้องจองและอาจจำกัก

พยัญชนะตัวหน้า. เช่น กรณชอพระ-
ราชาอาณะ มีเทพ-,ราช-,พทช-, ธรรม
เป็นต้น, หรือราชทินนามข้าราชการ
กระทรวงยติธรรมที่นำมาหน้าด้วย อรรถด-
ม้อย่มากมาย. ส่วนชอสามัญชนก็จะไม่
เลียนแบบเจ้านายด้วยคติความรู้จักที่ค่าท
สูง. ดังนั้นชอสามัญชนในสมัยก่อนจึงสน
ส่วนมากพยางค์เดียว. แต่ต่อมาก็คล
คลายเพิ่มพยางค์และมีการประคิษฐีมาก
ขึ้น, โดยเฉพาะชอสกุลใหม่ ๆ, ซึ่งใน
กรณีหลังนี้ อาจ มีเหตุผล โดยเฉพาะก็ได้.
คตินิยมอีกอย่างหนึ่งที่เป็นของ ใหม่และ
โดยตลอดเป็นแบบแผนปฏิยัคกันทั่วไปแล้ว,
คือการต่งชอที่แตก ต่าง กันระ หว่างเพศ,
ซึ่งเริ่ม เป็นกั ลักษณะ ในสมัย วัฒนธรรม
กำลังเฟื่องและเป็นสิ่งที่ประชาชนเห็นชอย,
จึงยังย่นต่อมา.

สังคมและระดับการศึกษา ผู้ที่อยู่

ในแวดวงที่มีการศึกษาสูง, มีความรู้ใน
วัฒนธรรมและภาษาดี, ก็ย่อมมีโอกาส,
มีความคิดเลือกเฟ้นหรือประคิษฐีชอได้ยิ่ง
กว่าบุคคลที่ด้อยการศึกษาว่า. คนใน
กรงจึงมีชอที่ก้าวหน้ากว่า, บางทตง
พิสดาร. คนในส่วนภูมิภาคที่ห่างไกล
สังคมย่อมกำหนดชอเพียงง่าย ๆ, สามัญ

สำหรับการเรียกขานรู้จักกันดี เป็นสำคัญ. ข้อที่แปลกกว่าเดิมอาจได้มาจากชื่อยุคคลที่มาติดต่อกัน, ชื่อจากละครวิทยุ, ภาพยนตร์, หนังสืออ่านเล่นเป็นต้น. ข้อส่วนใหญ่ในชนบทจึงเป็นชื่อที่ตามหลังชาวกรุงหรือชาวเมือง.

สมัยนิยม ได้กล่าวมาข้างแล้วในตอนแรกว่าคนทั่วไปสมัยเก่ามีชื่อสั้น ๆ เพียงพยางค์เดียว, ทั้งหญิงและชาย, ต่อมาขยายมากขึ้น, มีคำผสมไพเราะมากขึ้น. บางสมัยชื่อชายกลับสั้นเป็นพยางค์เดียวเพราะเลียนแบบพระเอกหนัง, หรือไม่ก็ต่อท้ายหรือค้ำหน้าด้วยคำบางคำ เช่น “ศักดิ์”, ในสมัยอื่นเป็นต้น, หรือชื่อตามบุคคลที่เด่นในยุคนั้น ๆ.

จากพิกัดต่าง ๆ ในการตั้งชื่อจึงกล่าวมาข้างต้นย่อมจะเป็นปัจจัยให้ชื่อส่วนหนึ่งของพยัญชนะตัวแรกของชื่อในคนต่างกลุ่มกัน, ต้องผิดเพี้ยนจากกันไม่มากนักอ้อ, อาทิ:

- ก. กลุ่มหญิงล้วน, อย่างรายชื่อนักเรียนโรงเรียนสตรี, สหประชาสตรีต่างๆ.
- ข. กลุ่มชายล้วน, อย่างรายชื่อนักเรียนโรงเรียนชาย, ทหาร, ตำรวจ,
- ค. กลุ่มที่มคนเชื้อสายต่างกัน, เช่น

จีน ย่อมจะมีชื่อแบบจีน, ซึ่งใช้พยัญชนะ ซ ฮ หรือพยัญชนะอื่นมากขึ้นแยกต่างกันไป.

ง. กลุ่มคนในภูมิภาคต่างกัน, ย่อมมีชื่อส่วนการใช้พยัญชนะตัวแรกของชื่อผิดเพี้ยนไปเพราะอิทธิพลภาษาถิ่น.

จ. กลุ่มคนต่างวัยกัน, โดยเฉพาะที่ต่างกันมาก ๆ เพราะต่างสมัยนิยมกันเมื่อตั้งชื่อ.

ชื่อส่วนของคนกลุ่มต่าง ๆ ข้างต้นในหมู่ประชากร จึงอาจผันแปรชื่อส่วนของพยัญชนะตัวแรกของชื่อไปได้.

การวิเคราะห์ในรายงานนี้ทำแต่เพียงกลุ่มเดียวคือแพทย์และพยาบาลจึงไม่อาจเป็นบรรทัดฐานตายตัวแทนกลุ่มชื่อไทยทั้งหมดได้. อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษานั้น ก็อาจใช้เป็นแนวทางได้พอสมควร, เพราะแสดงเค้าให้เห็นว่า พยัญชนะใดใช้มากหรือน้อยอย่างชัดเจนจากพิกัดของคำในภาษา. นอกจากนี้ยังแสดงแนวทางของความแตกต่างของชื่อต่างเพศด้วย.

สำหรับชื่อสกุล ที่ใช้พยัญชนะบางตัวมากกว่าใช้ในชื่อตัวนั้น อาจเป็นเพราะชื่อสกุลมีค่าประกอบยาวกว่า, มีโอกาสผสมคำต่าง ๆ ออกไปได้มากอย่างอื่น.

การใช้ประโยชน์จากสัดส่วนของพยัญ- ชนะตัวแรกของชื่อไทย

๑. เป็นเกณฑ์กำหนดลวงหน้าสำหรับเนื้อที่บรรจบอักษรย่อ, แฟ้มเรื่องราวบุคคล, ซึ่งอาจใช้กับการบริหารงานบุคคล, ทะเบียนผู้ช่วย, ทะเบียนผู้รับบริการงานแผนกครอบครัว, ทะเบียนลูกค้า, รายชื่อผู้พนันเอกสารวิชาการต่าง ๆ ฯลฯ ทั้งระบบที่ใช้ชื่อเต็มหรือระบบรหัสที่ใช้พยัญชนะตัวแรกของชื่อรวมด้วย.

๒. ในการลงทะเบียนรับสมัครตามอักษร, เช่นการรับสมัครนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวนมาก, เมื่อรู้เกณฑ์สัดส่วนของชื่อไทยเช่นนั้น, ก็อาจกำหนด

เวลาลงทะเบียนสมัครตามช่องอักษรให้พอที่ไล่ลวงหน้า.

อย่างไรก็ตามทั้งสองกรณีต้องเป็นจำนวนมาก ๆ จึงจะแม่นยำมากขึ้น.

ประโยชน์จากการศึกษาในเรื่องนี้จะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น, ถ้าได้มีการศึกษาลงลึกส่วนพยัญชนะของชื่อไทยในท้องถิ่นต่างๆ ในเพศและในเชื้อชาติต่างๆ. นอกจากนี้หากมีการศึกษาถึงการกระจายของพยัญชนะตัวที่สองของชื่อด้วย, โดยเฉพาะในกลุ่มพยัญชนะที่ใช้มาก, เช่น ส ว อ ฝ พ, ก็จะช่วยให้ทราบเกณฑ์ในการแบ่งหน่วยบรรจุย่อยสำหรับชื่ออักษรนั้น ๆ ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในทางปฏิบัติยิ่งขึ้นอีก.

โปรดแก้คำผิด

ตกพยัญชนะ ง. ในสารศิริราช ฉบับที่ ๓-๔, มีค.-เมย. ๒๕๑๑ หน้า ๘๘,
คอลัมน์ขวา, บรรทัดที่ ๑๑.



ประกาศของกรมการศึกษา

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เข็มพรพลาย พ.บ.
นันทน์ พรหมผลิน พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ.
สมชัย ภารกิจติ พ.ต.
ประหยัด ทัศนการณ์ พ.บ.

กีฬาวิเศษ*

“กีฬา กีฬา เป็นยาวิเศษ ค้ำของ
กิเลส ทำคนให้เป็นคน”.

คำข้างบน นี้ เป็น ของ ท่านเจ้าพระยา
ธรรมศักดิ์มนตรี (สนั่น เทพหัสดิน ณ
อยุธยา), ก็มาจากตอนต้นของเพลง
กราวกีฬา, ซึ่งบรรยายสรรพคุณของการ
ออกกำลังกายได้อย่างกระตือรือร้นและซื่อสัตย์.
ท่านออกเสนาบดี กระทรวงธรรมการเขียน
เนื้อเพลงนั้นเมื่อกว่าสิบปีมาแล้ว, ใน
สมัยที่ยังมองเห็น การกีฬา เป็น การเล่น
และเป็นเรื่อง ของเด็ก ๆ หรือคนหนุ่มสาว,
ยังไม่ มีใครคาด ว่า จะกลายเป็นเรื่อง ของ
บ้านเมืองทั้งในทวณัน. เคยรับรู้กันว่า
การออกกำลังกายเป็นการจำเป็นสำหรับทุก ๆ
คน. ตั้งแต่วัยเด็กไปจนวัยแก่. แม้คน

เจ็บคนไข้ก็ยังต้องออกกำลังกาย, เพื่อจะช่วยให้
ฟื้นสภาพรวดเร็วขึ้น. การออกกำลังกาย
เป็นกระบวนการธรรมชาติ อย่างหนึ่ง ซึ่งมี
บทบาทในการดำเนินของชีวิต, เปรียบได้
กับการกินอาหาร หรือ การขับถ่าย ปฏิเสธ
แต่ผลของ การขาด การออกกำลังกาย คือ ย่ำ
เพิ่มความรุนแรงขึ้นอย่างช้า ๆ, และ
อาการไม่มีลักษณะที่บ่งให้ทราบต้นเหตุได้
โดยง่าย. คนทั่วไปหรือแม้แต่แพทย์
ไม่ได้สงสัยถึงสาเหตุแท้จริงและหลงโทษ
เหตุอื่น ๆ, จึงแก้ไขไปตามอาการ, และ
ต้องรักษากันอย่างไม่ม้วนหายเพราะไม่ได้
ตัดต้นเหตุ. ในสมัยหลังนี้มีแพทย์เวช -
ศาสตร์ การกีฬาได้สนใจศึกษาโรคเรื้อรัง
หลายโรค ซึ่งเคยเชื่อกันว่ามีสาเหตุมาจาก

* ปรับปรุงจากบทความตีพิมพ์ในหนังสือ “บริรักษ์เวชการอนุสรณ์”, กระทรวงสาธารณสุขจัดพิมพ์โดยเสด็จ
พระราชกุศล ในการพระราชทานเพลิงศพ พระยาบริรักษ์เวชการ, องคมนตรี, (ศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช,
อดีตอธิบดีกรมสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข), ๒๖ มิถุนายน ๒๕๑๑.

“การเสียบคัลย์” ต่างๆ กัน, และแสดงหลักฐานที่น่าเชื่อว่าภาวะเหล่านี้มีต้นเหตุมาจาก “การขาดการเปลี่ยนอิริยาบถ” (ฮัยโปคิเนเซีย), คือขาดการออกกำลังกายนั่นเอง. ต่อมาจึงได้ใช้การออกกำลังกายรักษาโรคเหล่านี้ และปรากฏผลดีอย่างน่าทึ่งมาก. แม้กระทั่งโรคบางอย่างซึ่งเคยเชื่อกันว่าต้องห้ามการออกกำลังกาย, เช่นโรคหัวใจ, ก็รักษาได้ผลดีด้วยการออกกำลังกาย. ข้อสำคัญคือต้องควบคุมโดยแพทย์ผู้ชำนาญ และต้องกำหนดปริมาณของการออกกำลังกาย, ทำนองเดียวกับกำหนดขนาดให้ของยา, ให้เหมาะแก่สภาวะของคนไข้แต่ละคน. เห็นได้ว่าในปัจจุบันนี้เราอาจใช้การกีฬาไม่เพียงแต่ช่วยรักษาสุขภาพเท่านั้น, แต่ใช้ป้องกันและรักษาโรคได้ก็ด้วย.

การออกกำลังกาย แสดงผลต่อร่างกายอย่างไร เป็นเรื่องที่ทราบกันอยู่แล้ว. กล้ามเนื้อที่ถูกใช้เสมอๆ ย่อมขยายตัวโตขึ้น, และมีกำลังมากขึ้น, เป็นไปโดยกฎธรรมชาติสองประการ. ประการหนึ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง “รูป” กับ “การงาน”. ในเบื้องต้น “รูป” เป็นตัว

กำหนด “การงาน”. กล่าวคืออวัยวะใดจะทำงานชนิดใดหรือทำได้มากน้อยเพียงใดก็แล้วแต่ “รูป” ของอวัยวะนั้น, เช่น “รูป” ของข้อศอก กำหนดให้เคลื่อนไหวได้แต่เพียงงอพับและเหยียดตรงๆ. จะหมุนเหมือนอย่างข้อไหล่ไม่ได้. นี่เป็นตัวอย่างของการที่ “รูป” กำหนด “การงาน” อย่างตายตัว. ที่กำหนดอย่างไม่ตายตัวก็มี. เช่นแขนที่กล้ามเนื้อเล็กย่อมยกน้ำหนักได้น้อย. ถ้ากล้ามเนื้อใหญ่ก็ยกได้มาก. ในอีกทางหนึ่งนั้นถ้าเราใช้แขนที่กล้ามเนื้อเล็ก ยกน้ำหนักมากที่สุดก็พอยกได้ทุกๆ วัน, วันละหลายๆ ครั้ง, กล้ามเนื้อของแขนนั้นจะโตขึ้นๆ. นั่นคือ “การงาน” กำหนด “รูปร่าง”. งานที่มากจนทำให้กล้ามเนื้อรูปร่างใหญ่ขึ้น. ถ้าหากเราเลิกใช้แขนข้างนั้นทำงานหนัก, กล้ามเนื้อก็ทำงานเบาๆ, ไม่ช้าก็กล้ามเนื้อที่เคยโตนั้นจะเล็กลง. นี่ก็เป็นผลของ “การงาน” กำหนด “รูป”, แต่เป็นในทาง “ผลลบ” หรือทางเสื่อม. เพราะฉะนั้นกฎข้อที่หนึ่งนี้ แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง “รูป” และ “การงาน” ทั้งในแง่เจริญขึ้นและเสื่อมลง.

กฎข้อที่สองคือ "การรักษาสภาพ
 คุลย์" (โฮมีโอสเตสิส). ความเป็นอยู่
 ของร่างกายเราขึ้นอยู่กับการทำงานของ
 อวัยวะ, และการทำงานของอวัยวะขึ้นอยู่กับ
 คุลย์หลายอย่าง, เช่น คุลย์กรรค่า,
 คุลย์ความดันเลือด, คุลย์อุณหภูมิ-
 ภาย ฯลฯ. คุลย์เหล่านี้เป็นประเภทที่เรียก
 ว่า "คุลย์แกว่งไกว" (ทีชานามิค อีควิลิ-
 เบรียม), คือจุดหรือขีดของการไต่คุลย์มี
 ใต้มันค่าแนวแนตยตัว, แต่แกว่งไกว
 คือ ขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่ในขอบเขตจำกัด. ข้อ
 นี้ช่วยให้ร่างกายสามารถปรับตัวเข้ากับ
 ความจำเป็นที่เกิดขึ้นหรือเข้ากับภาวะแวดล้อม
 ที่เปลี่ยนแปลงไป, โดยรักษาสภาพ
 คุลย์ไว้ได้. ตัวอย่างเช่นเมื่อมีการใช้กำลัง
 มากขึ้น, เช่นในการฝึกซ้อมกีฬา, กล้าม
 เนื้อซึ่งแต่เดิมไม่เคยกับการใช้กำลังนั้น ๆ
 และในขั้นต้นต้องใ้รับการปรับปรุรงหลาย
 ทางเพื่อให้สามารถรับหน้าที่ใหม่ได้, จะ
 ค่อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในซึ่ง
 เพิ่มสมรรถภาพขึ้น, ทำให้ทำงานตาม
 ความต้องการได้โดยไม่ต้องมีการปรับปรุรง
 เฉพาะหน้ามากเช่นในตอนแรก ๆ. การ

เปลี่ยนแปลงทางกายที่สำคัญคือ กล้าม
 เนื้อเจริญเติบโตขึ้น, มีเส้นใยมากขึ้นและ
 มีองค์ประกอบและสารประจำที่สำคัญเพิ่ม
 มากขึ้น เช่น โปรตีน, แอ็คโตไมยโอ-
 ซิน, กลัยโคเจน, เอ.ที.พี., มัยโอโกลบิน,
 กรดแอ็คซอร์บิค, วิตามินต่าง ๆ, เอนไซม์
 ต่าง ๆ. อาจจะมีการเพิ่มจำนวนหลอด
 เลือดฝอยภายในกล้ามเนื้อด้วย. พร้อม
 กันนั้นก็มีการเปลี่ยนแปลงทางการงานยัง
 ผลให้กล้ามเนื้อทำงานไ้ว่องไวขึ้น, โดย
 ประหยัดมากขึ้น, ออกทนขึ้น, เพลียช้าลง,
 และฟื้นตัวเร็วขึ้น. การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้
 เป็นผลของการที่ เมตะบอลิซึม ภายใน
 กล้ามเนื้อดำเนินไปโดยรวดเร็วขึ้นเพราะมี
 เอนไซม์ มากขึ้น, และการที่กล้ามเนื้อ
 สร้างพลังไ้มากขึ้นโดยใช้ ออกซิเจน
 น้อยลง.

นอกจากผลในกล้ามเนื้อ, ยังมี
 การเปลี่ยนแปลงในทางเจริญเกิดขึ้นใน
 ระบบต่าง ๆ อีกหลายประการ, ซึ่งมีผล
 รวมทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นและเจริญ
 เติบโตขึ้น. การดึงของกล้ามเนื้อที่จก
 ยักยอน กระตุกต่าง ๆ เป็นตัวกระตุ้นการ
 งอกของกระดูก, ซึ่งเห็นผลไ้ชัดเจ

ในเด็ก ๆ, เช่นทำให้กระดูกโตขึ้น, ช่วงไหล่กว้างขึ้น, ขนาดรอยชอกยาวขึ้น, ความสูงเพิ่มขึ้น. ผลข้างอย่างเห็นได้แม้ในผู้ใหญ่, เช่น ผิวแข็งของกระดูกหนาขึ้นและเนื้อฟองน้ำของกระดูกแน่นขึ้น. ข้อต่อที่ใช้เสมอ ๆ จะแข็งแรงขึ้นและคล่องแคล่วขึ้นด้วย. ตรงกันข้ามกระดูกและข้อต่อที่ไม่ได้รับการกระตุ้นโดยการใช้งาน, จะเสื่อมสภาพ. กระดูกจะบางลงและข้อต่อจะเคลื่อนไหวได้ไม่คล่องแคล่วเช่นเคย. ฟังสังเกตว่าการใช้งานหนักเกินสมควรก็ส่งผลให้กระดูกมีการเสื่อมสภาพได้.

ระบบไหลเวียนเลือดเป็นระบบที่แสดงผลของการออกกำลังอย่างชัดเจนมาก. โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้กำลังอย่างหนักหน่วงพอควร, เช่นในการทำงานที่ค่อนข้างหนักและกินเวลานาน. ในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ออกกำลังเป็นประจำ, เช่นนักกีฬา, กับผู้ที่ใช้กำลังเพียงเล็กน้อย ๆ, เช่นพวกที่ทำงานเขียนหนังสือในสำนักงาน, ใ้พบความแตกต่างอย่างตรงกันข้ามในระบบการไหลเวียนหลายประการ. กล่าวสั้น ๆ ได้ดังต่อไปนี้: เปรียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลัง, นัก

กีฬา (หรือผู้ที่ออกกำลังเป็นประจำ) มีหัวใจใหญ่กว่า, หัวใจหนักมากกว่า, หัวใจมีปริมาตรมากกว่า, จำนวนหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อหัวใจมีมากกว่า, อัตราชีพจรช้ากว่า, ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดต่อนาทีน้อยกว่า, ความดันเลือดซิสโตลิกต่ำกว่า, ช่วงความดันซิสโตลิกโตซิสโตลิก (ความดันชีพจร) แคบกว่า, งานของหัวใจระหว่างพักมีน้อยกว่า, ปริมาตรเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างพักมีน้อยกว่า, ปริมาตรการใช้ ออกซิเจน ของหัวใจระหว่างพักมีน้อยกว่า, ปริมาตรสำรองของหลอดเลือดหัวใจมีมากกว่า, ความเร็วของกระแสเลือดมีน้อยกว่า, ความเร็วของคลื่นชีพจรมีน้อยกว่า, ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดมีมากกว่า, และจำนวนหลอดเลือดฝอยในส่วนปลายทางมีมากกว่า. สถิติของต่างประเทศแสดงว่าพวกนักกีฬาและผู้ที่ใช้กำลังโดยสม่ำเสมอ มีโรคหลอดเลือดแข็ง, โรคหลอดเลือดโคโรนารี, โรคความดันเลือดสูงและโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากความบกพร่องทางประสาทควบคุมการไหลเวียนเลือด, เป็นส่วนน้อยกว่าพวกที่ไม่ค่อยได้ออกกำลัง. กล่าวโดยสรุปได้

ว่าการออกกำลังโดยสม่ำเสมอทำให้หัวใจสามารถทำงานตามปรกติได้ โดยประหยัดพลังงานและประหยัดการใช้ ออกซิเจน. เพราะฉะนั้นเมื่อมีความต้องการใช้การไหลเวียนมากขึ้น, เช่นในขณะออกกำลังอย่างหนัก, หัวใจก็สามารถเพิ่มปริมาณของงานขึ้นให้พอกับความต้องการได้. ส่วนคนที่ไม่ออกกำลังนั้นตรงกันข้าม, แม้ในขณะที่อยู่เฉยๆ หัวใจก็ต้องทำงานมากอยู่แล้ว (ชีพจรเร็ว, ปริมาตรสลับมาก, ความดันเลือดสูง ฯลฯ). เมื่อมีความต้องการเพิ่มขึ้น, หัวใจก็ทำงานเพิ่มขึ้นไม่ได้อีกเท่าไร, การไหลเวียนล้ม จึงเกิดได้ง่าย. หลอดเลือดของผู้ที่ออกกำลังเสมอๆ นั้นต้องต้านทานความดันที่สูงอย่างต่ำอย่างสลบกันอยู่เสมอๆ, จึงรักษาความยืดหยุ่นไว้ได้. ส่วนหลอดเลือดของผู้ที่อยู่เฉยๆ เป็นส่วนมากนั้นไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกล่าว, จึงมีความโน้มเอียงในทางที่จะแข็งเร็วกว่า. โดยทำนองเดียวกันระบบประสาทควบคุมการไหลเวียนของพวกนี้ ก็พำต้องทำงานหนักบ่อยๆ, เท่ากับไ้รับการฝึกซ้อมอยู่เสมอ, จึงรักษาสมรรถภาพไว้ได้, และไม่ค่อยแสดงอาการล้มเหลวหรือบกพร่องให้

ปรากฏ. มีคำพังเพยกล่าวไว้ว่า “บุคคลย่อมหนุ่มเท่ากับความยืดหยุ่นของหลอดเลือดของเขา”. เพราะฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังเสมอๆ จึงหนุ่มอยู่นานกว่าพวกที่ไม่ได้ออกกำลัง.

เกี่ยวกับ การไหลเวียน ยังมีลักษณะของเลือดอีกประการหนึ่งซึ่งแสดงความแตกต่างชัดเจนระหว่างคนที่ออกกำลังเสมอๆ กับคนที่ไม่ได้ออกกำลัง, โดยคนพวกแรกได้เปรียบในทุกๆ แห่ง. กล่าวคือพวกที่ออกกำลังเสมอมีปริมาณเลือดรวมหมดมากกว่า, มีจำนวนเม็ดเลือดแดงทั้งหมดมากกว่า, ปริมาณฮีโมโกลบินสูงกว่า, ส่วนสีกของเรติคูลอไซต์สูงกว่า, จำนวนเม็ดเลือดขาวระยะอ่อนมากกว่า, และจำนวนลิมโฟไซต์และอีโอซิโนฟิล มากกว่า. ทั้งหมดนี้ยังผลให้ผู้ที่ออกกำลังเสมอๆ มีสมรรถภาพในการขนส่งออกซิเจนสูงกว่าพวกที่ไม่ได้ออกกำลัง, และมีอำนาจต้านทานโรคสูงกว่าด้วย.

ในแง่ของเคมีเลือด, ผู้ที่ออกกำลังเป็นประจำมีปริมาณ “ต่างสารอง” (อัลคาไลน์รีเสอร์ฟ) สูงกว่าผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลัง, และมีลิปิดส์และไขมันน้อยกว่า.

การมีทางสำรวจมากช่วยให้คนนั้น ๆ สามารถทนต่อกรดไค่มากขึ้น, ซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยให้สามารถออกกำลังต่อไปได้อีกนาน ทั้ง ๆ ที่กล้ามเนื้อได้รัย ออกซิเจน ไม่เพียงพอ (มี "หนี้ ออกซิเจน"), คือทำให้ออกกำลังได้ อย่างอดทนดีกว่าผู้ที่ไม่มีทางสำรวจน้อย. ส่วนการที่เลือดมีสารประเภทไขมันน้อย นั้นอาจเป็นเหตุให้พวกออกกำลังมาก ๆ ไม่ค่อยเป็นโรคของหลอดเลือด, เช่น หลอดเลือดแข็ง หรือหลอดเลือดเสื่อมสภาพ.

ระบบหายใจเป็นอีกระบบหนึ่งซึ่งแสดงผลของการออกกำลังอย่างชัดเจน. กล้ามเนื้อของการหายใจ, ทั้งกระบังลม, กล้ามเนื้อทรวงอก, ไคองและกล้ามเนื้อช่วยต่าง ๆ แสดงการงอกเจริญ (ฮัยเปอร์โทรฟี). ปอดโตขึ้น, ทั้งในด้านปริมาตรและด้าน ความจุเลือด (ในหลอดเลือดฝอยของถุงลม). เนื้อที่ผิวถุงลมมีมากขึ้น. "ความจุของปอด" หรือปริมาตรหายใจเบ่ง (ไวทัล แคนแปซิทีตี) สูงขึ้น. ปริมาตรอากาศหายใจสูงสุด (แม้คซิมีมปริอึงก์ แคนแปซิทีตี) เพิ่มขึ้น. ปริมาตรอากาศหายใจสูงสุดก่อนที่ (แอร์ มินิต วอลยุม) เพิ่ม

ขึ้น. ปริมาตรออกซิเจน คคซึมผ่านปอด ในเวลาจำกัดมีมากขึ้น. การหายใจทำงานด้วยความประหยัดมากขึ้น. กล่าวคือระหว่างอยู่เฉยมีอัตราการหายใจต่ำและ ปริมาตรอากาศหายใจน้อย กว่าคนที่ไม่มีออกกำลัง. แต่เมื่อถึงเวลาออกกำลังกลับ สามารถเพิ่มปริมาตรอากาศหายใจได้มากกว่า. เพราะฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังเสมอ ๆ จึงมี "กำลังสำรอง" ในการหายใจมากกว่าผู้ที่ไม่มีได้ออกกำลัง.

เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติมีหน้าที่กำกับและควบคุมการทำงานของอวัยวะหลาย อย่างที่เกี่ยวกับ การออกกำลัง, เช่นหัวใจ, หลอดเลือด, การหายใจ ฯลฯ, ในผู้ที่ทำการออกกำลังเสมอ ๆ ระบบประสาทนี้จึงได้รับการกระตุ้นเป็นระยะให้ต้องทำงานตามหน้าที่, ซึ่งผลให้ประสาทนั้น ๆ มีสภาพทางการงานดีขึ้น, ทำนองเดียวกับหลอดเลือดที่กล่าวมาแล้ว. เพราะฉะนั้นเมื่อมีความต้องการเกิดขึ้น, เช่นในการออกกำลังอย่างหนัก, ประสาทในระบบนี้ทำการร่วมงานกันได้เป็นอย่างดี, ทำให้การปรับการไหลเวียนเลือดเข้ากับภาระงานดำเนินไปโดยราบรื่น. การออกกำลังก็ผ่านไปไคโดยไม่มีข้อบกพร่อง

และการฟื้นฟูจากการออกกำลังก็เกินไป โดยรวดเร็ว. ตรงกันข้ามผู้ที่ไม่ค่อยได้ ออกกำลัง, มีแต่นั่ง ๆ นอน ๆ, ระบาย ประสาท ออกโทโนมิก จะมีความอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อมีความ ต้องการเกิดขึ้น, และการออกกำลังอาจทำ ให้เกิดผลผลิตปรกติ, มีอาการไม่สบายขึ้น ได้. ผลักของการออกกำลังยังปรากฏใน บ้านอื่นอีก, โดยเฉพาะเกี่ยวกับ การที่ ประสาทจำพวก พาราซิมพะเรติก (เว- กัส ฯลฯ) มีสภาพการงานแข็งแรงขึ้น, ทำให้หัวใจเต้นช้าลง, ความดันเลือดต่ำ ลง, การหายใจช้าและลึกขึ้น, ภาวะเพาะ อาหารและลำไส้เคลื่อนไหวดีขึ้น, หลังนำ ย่อยมากขึ้น, ท้องผูกน้อยลง, นอนหลับ ง่ายขึ้น, หลับสนิทมากขึ้น ฯลฯ. อวัยวะ อื่นที่ได้รับผลในเชิงดีจากการออกกำลัง ได้แก่ เปลือกต่อมหมวกไต (แอดรีนัล คอร์เทกซ์) ซึ่งมีการงอกเจริญ (ฮัยเปอร์ โทรฟี) และมีสารประเภท คอร์ติโคอยด์ เก็บสำรองไว้มากขึ้น, ตับโตขึ้นและหนัก ขึ้น, มี กลัยโคเจน และสารอื่น ๆ สะสม ไว้มากขึ้น, และมีไขมันโตขึ้นโดยเฉพาะใน พวกที่ออกกำลังอย่างหนัก และติดต่อกันเป็น ระยะเวลาานาน.

ทั้งหมดนี้เป็นผลของการ ออกกำลัง, ซึ่ง เป็น ไปในแง่ ส่งเสริมสุขภาพ และ สมรรถภาพ. ในกรณีตรงข้าม, คือการ ไม่ออกกำลังหรือขาดการออกกำลัง, เช่น ในคนที่ทำงาน ประจำกับโต๊ะ ทุก ๆ วัน, หรือคนที่นั่ง ๆ นอน ๆ, ขาดการเปลี่ยน อิริยาบถ, ผลก็เป็น การเสื่อมสุขภาพและ หย่อนสมรรถภาพ, เช่น แทนที่หัวใจจะ แข็งแรง, มีกำลังสำรองมาก, กลับอ่อน แอ, ไม่มีกำลังสำรอง, ทำการงานหนัก ไม่ได้, ออกกำลังเข้าหนักหนอยก็เหนื่อย, ขางที่หน้ามืดเป็นลม, ฯลฯ. ระบาย ประสาท ออกโทโนมิก อ่อนแอ, ปรับตัวกับ สิ่งแวดล้อมไม่ดี, ทำให้มีอาการผิดปกติ บ่อย ๆ เช่น วิงเวียน, หน้ามืด, เป็นลม, ปวดศีรษะ ฯลฯ, มีอาการทางระบบอาหาร, เช่นอาหารไม่ย่อย, ท้องขึ้น, ท้องเฟ้อ, ท้องผูกเรื้อรัง, เบื่ออาหาร ฯลฯ. การ เสียดลยระหว่างประสาท ซิมพะเรติก กับ พาราซิมพะเรติก ชวนให้เกิดโรค ความดันเลือดสูง, ใจคอหงุดหงิด, นอน ไม่หลับ, เหนื่อยง่ายหายใจ ฯลฯ. อาการ ต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นพบเสมอ ๆ ในคนตั้ง แต่วัยรุ่นจนถึงวัยชรา, และคงจะมีส่วน ไม่น้อยที่เกิดจากการขาดการเคลื่อนไหว,

คือ ไข้ไปคิเนเซียม. ถ้าหลักฐานทางคลินิก บ่งว่าเป็น “โรค” นี้จริง, ก็อาจรักษา ให้หายไปได้โดยใช้การออกกำลังที่ “ จึก ขนาด ” ให้เหมาะ กับ สภาพ ของ คน ใช้. การออกกำลังนี้อาจมีลักษณะต่าง ๆ ตาม ความ สะดวก และ ความ สามารถ ของ คน ใช้. อาจ เป็น วิธีง่าย ๆ เช่น การ เดิน, หรือ อาจ เป็น วิธี ที่ ต้อง ผัก หัก หรือ ใช้ อุปกรณ์ช่วยก็ได้. ข้อสำคัญคือต้องให้ หนักพอทำให้เหนื่อย, และต้องทำโดย สม่ำเสมอเรื่อยๆไป. การรักษาโดยการ ออกกำลัง นานๆทีให้ผลดีกว่าวิธีอื่นอย่าง ไม่น่าเชื่อ, และดีกว่าการใช้ยาโดยไม่ต้อง สงสัย, เพราะไม่ทำให้คนไข้ต้องเป็น ทาส ของยา, และเป็นการรักษาที่ต้นเหตุของ “โรค”

เรื่องที่น่าทึ่งอย่างยิ่งในการรักษาโรค วิชาคือการทำให้ฟื้นสภาพ (รีฮาบิลิเตชัน) ของคนที่เป็นโรคหลอดเลือด โคโรนารี อีตีหรือตัน, ซึ่งคนเฒ่าๆ เป็นการคำนึง ความเชื่อว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจ, โดยเฉพาะ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด โคโรนารี, จะ ต้องเป็นคน ทพพลภาพ หรือ กึ่งทพพลภาพ ต่อไปตลอดชีวิต. การออกกำลังก่อนข้าง มาก, เช่น เล่นกีฬา, จะทำไม่ได้เป็นอัน

ขาด. ที่สถาบันเวชศาสตร์ประสิทธิภาพ ปรองเบอร์ดิน มีสถิติ การ รักษา คนไข้โรค หัวใจเกิดบร้อบรายในระหว่างห้าปีที่ผ่านมา นี้, ทำให้ฟื้นสภาพกลับ เป็น คน ที่ สามารถ ประกอบอาชีพอย่าง ปกติได้, โดยไม่มีผู้ใดตาย เพราะการ รักษาเลย. บางคนยังสามารถเล่นกีฬาที่ค่อนข้างหนัก ได้เป็นอย่างดีเสียด้วยซ้ำ. รากฐานของ การ รักษา ก็คือ การ เปลี่ยนแปลง ที่ เกิด ขึ้นจากการออกกำลัง, เช่น หัวใจแข็งแรง ขึ้น, มีกำลังสำรองมากขึ้น, มีหลอดเลือด ฝอยเพิ่มมากขึ้น. ฯลฯ วิธีที่ใช้คือการ “ จึกขนาด ” ของการออกกำลังให้เหมาะ กับ สมรรถภาพของ หัวใจเท่าที่ เหลืออยู่, ให้ออกกำลังในขนาดนั้นซ้ำ ๆ เป็นประจำ โดยสม่ำเสมอ, ตรวจสอบสมรรถภาพ เป็นระยะ ๆ, และค่อย ๆ เพิ่มขนาดของ การออกกำลังจนเมื่อมีหลักฐานว่าหัวใจ แข็งแรงขึ้นแล้ว. การทดสอบสมรรถภาพ และการกำหนด “ขนาด” ของการออก กำลังเป็น “หัวใจ” ของการรักษาแบบนี้, ต้องใช้วิธวิทยาศาสตร์แม่นยำและอาศัย ผู้ชำนาญ เป็นผู้ ทดสอบ และกำหนด หลัก ของวิธีการทดสอบ, คือให้คนไข้ ออก กำลังโดยสามารถวัด “ผลงาน” ได้,

เช่นใช้จักรยานวิ่งกำลัง (เออร์โกมิเตอร์), พร้อม กัมพู ฟัง หัวใจและบันทึก อิเล็กโตรคาร์ดิโอแกรม ไปด้วย, เพิ่มปริมาณของ "ภาระ" การทำงานให้มากขึ้นเป็นลำดับ. พอเสียงหัวใจ หรือภาพ อิเล็กโตรคาร์ดิโอแกรม แสดงว่าหัวใจเริ่มผิดปกติ, ก็หยุดการทดลอง. ถ้าเอาปริมาณ หรือ "ภาระ" ที่ต่ำกว่าที่วัดได้เล็กน้อย เป็นกำหนด "ขนาด" ของการ ออกกำลัง ที่แนะนำให้คนไข้ทำต่อไปโดยสม่ำเสมอ. นักคนไข้มาทดสอบสมรรถภาพเป็นระยะ. เมื่อปรากฏว่า สมรรถภาพดีขึ้น ก็เพิ่ม "ภาระ" ของ การ ออก กำลัง ให้สูงขึ้น, โดยอาศัยการตรวจหัวใจเป็นหลักเช่นครั้งแรก. โดยวิธีนี้สามารถทำให้หัวใจฟื้นฟูสภาพและแข็งแรงขึ้นได้เรื่อยๆ, จนถึงขั้นสูงของหัวใจคนนั้น. วิธีรักษานี้ช่วยให้คนไข้ส่วนมากกลับมีอาชีพปกติ, ซึ่งอาจเป็นอาชีพเดิมหรืออาชีพอื่นซึ่งเหมาะกับสมรรถภาพของหัวใจของแต่ละคน.

นอกจากใช้ การ ออก กำลัง เป็น วิธีรักษาโรคเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติ และเกี่ยวกับหัวใจดังกล่าวมาแล้วนั้น, ยังอาจใช้รักษา โรคใน ระบบ อื่น ได้ อีก, เช่น ระบบ การ หาย ใจ และ ระบบ อาหาร,

โดยเฉพาะ อย่าง ยิ่ง ใน การ ทำ ฟื้นฟู สภาพ การออกกำลังมีประโยชน์มาก, เช่นในพวกที่เป็น อัมพาต และ พวก ที่มี วัณโรค เพราะการทรงตัวผิดปกติ ฯลฯ แต่ประโยชน์ที่สำคัญกว่านั้น, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของปริมาณและคุณค่า, คือการใช้สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. จากที่ไต่ บรรยายมาแล้วจะเห็นได้ว่าผู้ที่ ออกกำลังเสมอจะมีร่างกายสมบูรณ์และแข็งแรง, และอาการต่างๆที่เกิดจากการขาดการเปลี่ยนอิริยาบถ (ฮัยโปคิเนเชีย) จะไม่เกิดแก่คนที่ออก กำลังพอ สมควร. นอกจาก นั้น ผู้ที่ แพทย์ ตรวจ สอบ พบ ว่าหัวใจไม่ปกติตั้งแต่อาการยังไม่ปรากฏ, ก็อาจ ใช้ วิธี "ออกกำลังตามขนาด กำหนด" เช่นที่ใช้ในการทำ ฟื้นฟู สภาพ ของคนเป็นโรคหัวใจ, มาทำให้หัวใจแข็งแรงขึ้น และป้องกันการเกิดโรคอย่างจริงจังได้.

ผู้ที่รู้สึกตัวว่าขาดการเปลี่ยนอิริยาบถ เพราะงาน ประจำ ยังคับให้ ต้องนั่ง อยู่กับโต๊ะทำงานทั้งวันๆ ก็ดี, หรือผู้ที่มีอาการต่างๆ ที่บ่งว่ามีการเคลื่อนไหวไม่เพียงพอ ดังกล่าวมาแล้วก็ดี, ควรสละเวลาวันละสิบ หรือ สิบห้า นาที ให้ แก่ การ ออก กำลัง

กายเพื่อสุขภาพ. จะใช้วิธีอย่างใดก็ได้, เช่นการออกกำลังกาย, กระทบเชือก, วิ่งอยู่กับที่, เดินอย่างรวดเร็ว, หรือเล่นกีฬาต่าง ๆ. ข้อสำคัญคือต้องให้เหนื่อยพอสมควร. สำหรับผู้ที่ร่างกายเป็นปกติและไม่มีเหตุที่จะทำให้สงสัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด, อาจถือหลักง่าย ๆ ว่าออกกำลังจนกระทั่งชีพจรเร็วขึ้นกว่าปกติห้าสิบครั้งต่อนาทีเป็นพอ, เช่นชีพจรปกติมีอัตรา ๗๐ ครั้งต่อนาทีก็ให้ออกกำลังจนชีพจรถึง ๑๒๐ ครั้งต่อนาที. ต้องออกใน "ขนาด" นี้ประมาณวันละ ๕ นาที. ซึ่งอาจจะทำหลาย ๆ ครั้งให้ได้เวลารวมกันเป็น ๕ นาทีก็ได้ (คือพอเหนื่อยก็หยุดเสียครึ่งหนึ่ง, พอหายเหนื่อยก็ออก

กำลังต่อไปอีก). ง่ายมากหรือน้อยไม่ขึ้นอุปสรรคของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแบบที่กล่าวนี้, ข้อสำคัญคือออกให้มากพอ, แต่อย่าให้เกินไป. ผู้ที่ไม่ปกติและโดยเฉพาะผู้ที่สงสัยว่ามีโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดต้องให้แพทย์ที่ทดสอบเพื่อกำหนดขนาดของการออกกำลังกายให้, และต้องตรวจสอบซ้ำเป็นระยะ ๆ. ผู้ชำนาญทางเวชศาสตร์การกีฬายืนยันว่าผู้ที่ออกกำลังกายตามกำหนดทุกวัน, จะอยู่ถึงอายุ ๗๐ ปีหรือมากกว่าได้โดยไม่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด.

นั่นแหละคือ "กีฬา กีฬา เป็นยาวิเศษ", ใช้ได้ทั้งสร้างเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค, และรักษาโรค.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีวิรัช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: สมเกียรติ ศรีสอาด พ.บ., นันทา มาระเนตร พ.บ.,
วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ., วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.ด., Cert. Anat.,
ประหยัด ทศนากรณ์ พ.บ., Cert. Med. Myco., ช่อฟ้า แก้วจินดา พ.บ.

๑. Secker-Walker, R.H.: ซินทิลเลชัน สแกนนิ่ง ของปอดในการวินิจฉัย เอ็มโบลีสม์. Brit. Med. J. 1968, 2: 206-208.

ในปี ค.ศ. ๑๙๖๔ Taplin และคณะ แสดงวิธีทำซินทิลเลชันสแกนนิ่ง (Scintillation scanning) ของปอดด้วย ^{131}I -MAA ในการวินิจฉัย เอ็มโบลีของปอด, ซึ่งเขากล่าวว่าปลอดภัยและให้ผลดีมาก. ได้มีผู้สนับสนุนหลายท่านและแสดง ประโยชน์ในโรคปอดชนิดอื่นด้วย. Harper และคณะ ใช้ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MAA แทน, เริ่มในปี ค.ศ. ๑๙๖๖. สารถีมี มั่นตรึงสันติกว่าเพราะให้รังสีต่อปอดน้อยมากและมักงายสั้นเพียง ๖ ชั่วโมง. ไม่พบฤทธิ์ข้างเคียง และการแพ้เกิดขึ้น เพราะการฉีกสารนี้. จากการทำ สแกนนิ่ง ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี เอ็มโบลีในปอด, พบว่ามีผลปรกติ ๕๐ ปร., ความต้านในหลอดเลือด พัลโมนารี สูง ๑๐ ปร., ผลปรกติเล็กน้อย ๑๘ ปร., และ

ปรกติ ๒๒ ปร. จากนั้นในการวินิจฉัยได้ ๗๒ ปร. โดยที่ ๕๐ ปร. ช่วยสนับสนุน และอีก ๒๒ ปร. ขจัดไป; ๑๐ ปร. สงสัย มีความต้านในหลอดเลือด พัลโมนารี สูง และอีก ๑๘ ปร. ไม่มีประโยชน์ในการวินิจฉัย. วิธีนี้สามารถแสดงความผิดปกติของการกระจายเลือดในปอดได้, ซึ่งจากการถ่ายภาพรังสีธรรมดาอาจบอกไม่ได้, และยังช่วยบอกว่าไม่มี เอ็มโบลีในปอดด้วย. การทำซ้ำช่วยบอกการดีขึ้นหรือไม่ ของ กระแสเลือด ในปอด และบอกผลของการใช้ยากันเลือดแข็งหรือยาละลายก้อนเลือด.

สมเกียรติ ศรีสอาด พ.บ.

๒. Ahlquist, R.P.: อัครีนอร์จิก รีเซ็ปเตอร์. J. Pharm. Sci. 1966, 55: 359.

อัครีนอร์จิก (อัครีนอโรปิค) รีเซ็ปเตอร์ หมายถึงตำแหน่ง โมเลกุลจำเพาะ (specific molecular site) หรือ โครรง

สร้างที่อยู่ในหรืออยู่บนตัว เอ็มเฟ็คเตอร์ เซลล์, ซึ่ง โมเลกุล ของ อีทรีเนอร์จิก อโกนิสต์ส (เอบีเนเฟริน ฯลฯ) ทำปฏิกิริยา ทั่วแล้วทำให้เกิดการสนองตอบจำเพาะ ของ เซลล์, หรือจะพูดอีกนัยหนึ่งว่า รีเซ็ปเตอร์ เป็นตำแหน่งของการทำปฏิกิริยา ระหว่างยาและเอ็มเฟ็คเตอร์, ซึ่งทำให้เกิดการสนองตอบที่สังเกตได้. อีทรีเนอร์จิก รีเซ็ปเตอร์ อาจแบ่งออกเป็น ๒ ชนิด โดยอาศัยการตอบโต้ต่อ ซีมพะโอะไมมีติก อะมีนส์ ต่าง ๆ คือ (๑) อัลฟา รีเซ็ปเตอร์ เกี่ยวข้องส่วนใหญ่กับหน้าที่ การเร่งเร้าต่าง ๆ (excitatory functions) ได้แก่การหดตัวของหลอดเลือด, และการ หักตัวของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก, แผ่น เยื่อ นิกคิตเดตังก์, หลอดไต, และกล้ามเนื้อ ขยายรมาตา; และเกี่ยวข้องกับหน้า ที่ขยับยั้งที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การคลาย หย่อนตัวของลำไส้. ลักษณะจำเพาะของ มันคือมีการสนองตอบที่สาคต่อ เอบีเนเฟ- ริน และน้อยที่สาคต่อ ไอโซโพรเทอเรนอล. (๒) เบต้า รีเซ็ปเตอร์ เกี่ยวข้องกับหน้าที่ ส่วนใหญ่กับหน้าที่ทางการยับยั้ง ได้แก่ การขยายหลอดเลือดและการยับยั้งกล้ามเนื้อ

เนื้อเรียบของมดลูกและหลอดลม; และ หน้าทรวงเร้าที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ กระตุ้น กล้ามเนื้อหัวใจ. ลักษณะจำเพาะของมัน คือมีการสนองตอบที่สาคต่อ ไอโซโพรเร นอล และ เอบีเนเฟริน, และน้อยที่สาคต่อ ลิวาร์เทอเรนอล.

อัลฟา รีเซ็ปเตอร์ บล็อกเคด

หมายถึง การที่ การ สกักกันการสนอง ตอบต่างๆ ที่ควบคุมโดย อัลฟารีเซ็ปเตอร์. ไคเบนามีน, เฟนิออกซีเบนซีน, และ เฟน คอลอะมีน เป็นสารที่รู้จักกันมานานแล้ว ว่าสามารถสกักกันการสนองตอบชนิดเร่ง เร้า, ส่วนใหญ่ต่อ เอบีเนเฟริน และ คา- เทมอลอะมีนส์ อื่นๆ. การสนองตอบ ชนิดเร่งเร้าที่ไม่ถูกสกักกันได้แก่ฤทธิ์ที่ ทำให้การเต้นของหัวใจแรงขึ้น และฤทธิ์ ต่อระยะเวลาที่อัตราการเต้นของหัวใจ.

ในการตรวจสอบสาร สกักกัน อีทรี เนอร์จิก จะพบว่าสารสกักกันชนิด อัลฟา จะลดหรือขยับยั้งฤทธิ์ของ เอบีเนเฟริน และ เฟนิลเอเฟริน คือ รีแทรคเตอร์ เฟนิล; จะ สกักกัน ฤทธิ์ เพิ่มความดันเลือด ของ เฟนิลเอเฟริน, จะกลับฤทธิ์เพิ่มความดัน เลือดของ เอบีเนเฟริน, และไม่เปลี่ยนแปลง สลักสำคัญต่อการตอบสนองต่อ ไอโซ

โปรเตอเรนอล. นอกจากนั้นพบว่าสาร
เหล่านี้ช่วยสกัดกั้นฤทธิ์ของ เฟนิล
เอเฟริน ต่อลำไส้ ท้วม.

เบต้า อัดรีเนอร์จิก บล็อกเคด :

ถึงแม้ว่า เอซียลนอร์เอปิเนเฟริน และ
บิวทียิลซึ่มพาทอล จะเป็นสารพอก่อน
และมีฤทธิ์สกัดกั้น เบต้า (beta blocking
agent). แต่ความถี่กระจ่ายชกไตเริ่มเมื่อ
ปี ค.ศ. ๑๙๕๘ เมื่อ เพาเวลล์ และ สเล-
เตอร์ ได้อธิบายถึงฤทธิ์ของ dichloro
analog ของ ไอโซโปรเตอเรนอล (DCI),
ซึ่งเป็นผลจากการสกัดกั้น (บล็อกเคด)
เบต้า อัดรีเนอร์จิก รีเซ็ปเตอร์. ในปัจจุบัน
สารสกัดกั้น เบต้า อัดรีเนอร์จิก ที่สำคัญ
มีดังนี้: ไคคลอโร ไอโซโปรเตอเรนอล,
แนฟธิล ไอโซโปรเตอเรนอล (หรือ โปร
เนทาลอล). ๑ - ไอโซโปรบิยัลอะมีน - ๓
(๑ - แนฟธิลออกซิชี) - ๒ โปรปานอล
(หรือ โปรปราโนลอล), ๔ - (๒ - ไอโซ
โปรบิยัลอะมีน - ๑ - ซัยคร็อกซิชีเอ-
ธิล) มีเซนสัลฟานิลไลต์, และ ๔ - (๒ -
เมธิลอะมีน - ๑ - ซัยคร็อกซิชีโปร-
บิยัล) มีเซนสัลฟานิลไลต์.

ฤทธิ์ต่อ เมตะบอลิซึม ของ คาเต-
มอลอะมีนส์: นอกจากฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อ

เนื้อเรียบและกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว เอปิ
เนเฟริน และ อนพินธ์ต่าง ๆ ยังมีฤทธิ์ต่อ
เมตะบอลิซึม หลายอย่างได้แก่การสลาย
ของ กลัยโคเจน ในตับ, การสลายของ
ลิพิด ใน ทิสซุ ไขมัน, และการเพิ่มกรก
แล็คติก ในเลือด. เพอร์ชกอทท์ ได้แนะ
นำว่าเป็นฤทธิ์ซึ่งควรจับไว้ต่างหากเป็น
แกมมา อัดรีเนอร์จิก รีเซ็ปเตอร์.

นันทา มาระเนตร พ.บ.

๓. Huber, O.: วิธีตรวจหาตะกั่วโดยวิธี
ง่าย ๆ ในขาดแผล กระสุนขึ้น ระยะใกล้.
Archiv für Kriminologie 1968, 141:
45-50.

เนื่องจากการตรวจเขม่าคินขึ้นโดยหา
เกลือ ในเตรต และ ในไตรต์ ท้วม
ไทเฟนิลลามีน (พาร์ฟีน เทสต์) นั้นให้
ผลบวกเท็จมาก, และคินขึ้นในข้จยบนมี
ตะกั่วอยู่มาก, ผู้รายงานได้อธิบายวิธีท
ทดสอบตะกั่วอย่างง่าย ๆ จากขาดแผล
กระสุนขึ้นโดยใช้สาร ทิจโซน ใน คาร์-
บอน เตะระผลอไรต์. ผู้รายงานกล่าวว่า
ในขาดแผล กระสุนขึ้น ระยะใกล้ นั้นปฏิ-
กิริยานี้ให้ผลบวกชัดเจน, แต่ความไว
ของปฏิกริยานี้ก็ไม่ไวมาก จนให้ผลบวก
กับเกลือของ ตะกั่วที่เป็นฝุ่นผง หรือเค็ยคิน



ที่ติดอยู่ตามเส้นผ่าหรือตามผิวหนังของร่างกาย. (วิธีทำต้องมี ค้อนโทรล ทั้งผลลยและผลบวก.) สำหรับยากแผลกระสุนขึ้นระยะห่างนั้นปฏิบัติการบวกที่เกคนนอ่อนและไม่ชัดเจน. อาจใช้วิธีนี้ตรวจเป็นขั้นแรกเสียก่อนการตรวจโดย สเป็คโตรกราฟ ได้.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๔. Staah, M.: นิโคโรสิส ของกล้ามเนื้อหัวใจในเด็กอายุ ๔ ปีภายหลังขาดเจ็บ. Deustch Z. für gerichtl Med. 1968, 62, 14-29.

รายงานเด็กวัยอายุ ๔ ปีถูกรถชนหมดสติ. ได้รับความรักษาในโรงพยาบาล ๖ วัน ในสภาพหมดสติตลอดเวลาและถึงแก่กรรม. การตรวจศพพบเลือดออกใต้เยื่อ อวัยวะน้อย, กล้องเสียงขวมปวกขวมและเลือดคั่งและพยาธิสภาพที่น่าสนใจคือ ที่ผนังระหว่าง เว้นทริเคิล มีรอยซ้ำแดงเป็นวงขนาดประมาณ ๑ ซม., ตรงกลางมีสีน้ำตาลแกมเหลือง, นุ่มและยุบ. การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบว่าบริเวณนี้มี ไฟบริน จับกันหลวม ๆ, ไม่มีระเบียบ, มี อีโอสีโนฟิล กระจายทั่ว ๆ,

รอย ๆ เป็น แกรนเลชัน ทีสซ ที่มี ไฟโบรบลาสต์ และ ฮิลต์โอซัยต์ ซึ่งบางเซลล์ก็คล้ายกับไม่มี ซัยโทพลาสซึม หรือมีน้อย, กล้ามเนอรอย ๆ มี นิโคโรสิส.

ผู้รายงานได้วิจารณ์และให้ความเห็นว่า ลักษณะพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่พบในรายนี้น่าจะถึง แกรนโลมาตัส มัยโอคาร์ไดทิส, ซึ่งมีผู้กล่าวว่าเกิดจากกระบวนการ ฮอโตอิมมูน. แต่ในภาวะที่มีการแปรปรวนของแร่ธาตุในร่างกาย, เช่นภาวะมี แคลเซียม น้อยในเลือดจนถึงตาย, ก็อาจพบพยาธิสภาพเช่นนี้ได้. สำหรับรายนี้เมื่อคำนึงถึงอายุ, ประวัติการได้รับขาดเจ็บ, และระยะเวลาที่ผู้ตายยังมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับขาดเจ็บแล้ว, ชวนให้คิดว่าพยาธิสภาพดังกล่าว อาจจะเป็นผลจากการขาดเจ็บได้.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๕. Motta, M., F. Frasschini, and L. Martini: ฤทธิ์เป็นต่อมไร้ท่อของต่อมไพนัล และ เมลาโทนิน. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1967, 126: 431-435.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองดังนี้ (๑) ตัดต่อมไพนัล ในหนูตัวผู้ระยะสืบพันธุ์,

(๒) ฉีก เมลาโทนิน (สารที่ได้จากต่อมไพเนียล) วันละ ๒๐๐ ไมโครกรัมแก่หนูอ่อนก่อนระยะสืบพันธุ์ทั้งตัวผู้และตัวเมีย. ฉีกนาน ๒๑ วัน. การศึกษาอาศัยน้ำหนักของอวัยวะข้างล่างจำนวนการหลั่ง ฮอร์โมน กระตุ้น ฟอลลิเคิล (FSH) และน้ำหนักของต่อมลูกหมากและ เซมินัล เวสเคิล บ่งชี้การหลั่งของ LH ในเชิง ฮอร์โมน (LH). ผลปรากฏว่า (๑) การฉีกต่อมไพเนียล ในหนูตัวผู้ระยะสืบพันธุ์ ทำให้น้ำหนักของอวัยวะ, ต่อมลูกหมาก, และ เซมินัล เวสเคิล เพิ่มขึ้น. แสดงว่าโดยปกติต่อมไพเนียล มีฤทธิ์กดการหลั่ง LH และ FSH. (๒) การให้ เมลาโทนิน แก่หนูอ่อนตัวผู้ ทำให้น้ำหนักของต่อมลูกหมากและ เซมินัล เวสเคิล ลดลง, แต่ น้ำหนักของอวัยวะไม่เปลี่ยนแปลง, แสดงว่า เมลาโทนิน มีฤทธิ์กดการหลั่ง LH, แต่ไม่ชักขวางการหลั่ง FSH. (๓) การให้ เมลาโทนิน แก่หนูอ่อนตัวเมีย ทำให้การเข้าของช่องคลอดช้า, น้ำหนักของรังไข่และมดลูกลดลง. แสดงว่า เมลาโทนิน ทำให้หนูเข้าสู่วัยสืบพันธุ์ช้าและลดการหลั่ง LH.

ผลของการศึกษานี้บ่งชี้ว่า นอก

จาก เมลาโทนิน แล้วต่อมไพเนียล ยังมีสารอื่นอีกที่ไปกดการหลั่ง FSH.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., พ.ด.,
Cert. Anat.

๖. Sandison, A.T., J.C. Gentles, C.M. Davidson and M. Branko: แอสเปอรกิลโลมา ของ พาราเนซัล ไชนัส และเข้าตาในชาวซูดานเหนือ. Sabouraudia 1967, 6:57-69.

ใน ซูดาน เหนือโรคเนื้องอกในเข้าตาเป็นผลให้เกิดการกินเอาลูกตาไปนอกรมานานพอไต่บ่อย ๆ. แต่เดิมเข้าใจว่าเป็นโรค แกรนูโลมา ของเข้าตาที่ลดลามออกมาจากโพรงของกระดูกข้างเคียง. คณะผู้รายงานพยายามศึกษาหาสาเหตุของโรคนี้ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย ๖ ราย. ได้ศึกษาชิ้นเนื้อมาศึกษาทางพยาธิวิทยา, พบว่ามีสาเหตุจากเชื้อราเป็นลักษณะของ แอสเปอรกิลโลมา. จึงได้ทำการศึกษาเพาะ แยกเชื้อจากชิ้นเนื้อในรายที่ ๕ และ ๖. ผลปรากฏว่าเป็นราแอสเปอรกิลลัส ฟลาวส. ราพันธ์ที่แยกได้ไม่สร้าง สปอร์ที่ออกซิม.

ผู้รายงานได้เอาสิ่งบ้าย จากจมูกของ

คนปรกติ ๑๕ รายมาแยกเชื้อ. พบว่า
ทุกคนมีราพวก แอสเพอร์กิลลัส พันธุ์
ต่าง ๆ อาศัยอยู่แล้ว. ทำให้เข้าใจว่า
ต้นกำเนิดของเชื้อมาจากจมนนเอง. ผู้
ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อ
ออก และเปิดช่อง อากาศให้กว้างเพื่อ
สะดวกในการถ่ายเท. ผลของการรักษา
เป็นที่น่าพอใจ. ผู้รายงานได้ทบทวน
วารสารต่าง ๆ ว่าโรคนี้มีรายงานอยู่บ้าง
แล้วจากประเทศอินเดีย, สหรัฐอเมริกา
และสหภาพโซเวียต.

ประหยัด ทศนากรณี พ.บ.,
Cert. Med. Myco.

๗. Taylor, R.L., Chiraphan Duang-
mani: แหล่งอุบัติของ ครีบีโตค็อคคัส
นีโอฟอร์แมนส์ในประเทศไทย. Am. J.
Epidemiology 1968, 87: 318-322.

ผู้รายงานได้สำรวจตัวอย่างตรวจ ๓๗
ตัวอย่างซึ่งเป็นดินปนขี้นกพิราบบนและขี้นก
กาเหว่าจากที่ต่าง ๆ ในภาคอีสาน, ภาค
กลาง, และภาคตะวันออกเฉียงใต้ของ
ประเทศไทย, เพื่อหาเชื้อ ครีบีโตค็อค-
คัส นีโอฟอร์แมนส์. ได้พบเชื้อใน ๘
ตัวอย่างโดยมีรายละเอียดดังนี้ (๑) ใน
จังหวัดอุดรธานี. เก็บขี้นกพิราบบนได้ต้นไม้

แห่งหนึ่ง ซึ่งอยู่ในใจกลางที่ชุมชนมา ๓
ตัวอย่าง, แยกได้เชื้อใน ๒ ตัวอย่าง;
และเก็บในรังนกเก่ายนต้นไม้ ๒ ตัวอย่าง,
แยกไม่พบเชื้อ. (๒) ในจังหวัดพระนคร.
เก็บดินบริเวณบ้านคนไข้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
ราชนิดนี้ ๑ ราย, จำนวน ๖ ตัวอย่าง,
แยกไม่พบเชื้อเลย. บริเวณบ้านคนไข้ไม่
มีขี้นกเลย. คนไข้เคยอยู่ประเทศอังกฤษ
เป็นเวลา ๕ ปี. ในบริเวณใกล้สถานี
หัวลำโพง, เก็บขี้นกพิราบบน ๑ ตัวอย่าง,
พบเชื้อ. เก็บขี้นกในกรงเก่า ๆ ๓ ตัว
อย่าง. บริเวณคานเหนือของกรุงเทพฯ
เก็บขี้นกพิราบบน ๒ ตัวอย่าง, พบเชื้อทั้งค. เก็บ
ขี้นกในบริเวณลานวัดต่าง ๆ ในกรุง-
เทพฯ ๑๓ ตัวอย่าง, ไม่พบเชื้อเลย.
เก็บขี้นกในสวนสัตว์คีต ๖ ตัวอย่าง, ไม่
พบเชื้อเลย. (๓) ในจังหวัดจันทบุรี. เก็บ
ขี้นกพิราบบน ๔ ตัวอย่าง, ไม่พบเชื้อเลย.
ในขี้นกกาเหว่า ๒ ตัวอย่าง, พบเชื้อใน
๑ ตัวอย่าง.

หมายเหตุ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๖ ผู้ย่อได้
ทำการสำรวจดินและขี้นกที่อาศัยอยู่ตาม
วัด, โดยเก็บที่บริเวณโบสถ์, ได้ต้นไม้
ใหญ่ในป่าช้าของจังหวัดนครปฐมทั้งหมด ๕๒

วัดโดยวิธีเกี่ยวกับข้าราชการข้างบนเพื่อหาเชื้อ ครีพโตคือคัส นีโอฟอร์แมนส์ และ ฮิสโตพลาสมา แคปสลาตม. ผลปรากฏว่าไม่พบเชื้อเลย จึงไม่ไต่รายงานไว้ในวารสาร.

ประหยัด ทัศนารณ ๑ พ.บ.,
Cert. Med. Myco.

๘. Khilnani, M.T., R.M. Abrams, and E.R. Beranbaum: ลักษณะของ แองจิโอกราฟี ของ ฮามาร์โตมาของไต. *Radiology* 1968, 90: 999-1000.

ฮามาร์โตมา (Hamartoma) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้าย, เกิดกับไตและพบได้ยากมาก. อาจเป็นที่เกี่ยวทั้งสองข้างก็ได้, ส่วนประกอบเป็น ทิสซุ ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งชนิด. มี ทิสซุ ไขมันหรือกล้ามเนื้อ, หรือหลอดเลือดอย่างไรอย่างหนึ่งรวมอยู่ด้วย. การตรวจด้วยวิธีธรรมดา อาจจะไม่เห็น, ถ้าก้อนเนออนประกอบขึ้นด้วย ทิสซุ ไขมันเป็นส่วนใหญ่. คนไข้ ๗ รายได้รับการตรวจโดยการฉีดสีทึบที่แสงเข้าหลอดเลือดแดงของไต. พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดอย่างชัดเจน. รายที่รายงานนี้เป็นหญิงอายุ ๒๕ ปี, มีอาการเจ็บเขว้านซ้ายมา ๓ สัปดาห์.

คล้ายพบไตซ้ายโต. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปรกติ. IVP และ เนโฟโรโตโมแกรม เห็นก้อนเนื้อไม่ชัดอยู่ที่ส่วนบนของไตซ้าย, เขี่ยกรวยไตและ เคลิกซ์. ใส่น้ำสีเข้าหลอดเลือดแดงของไตและพบการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (๑) หลอดเลือดแดง รินดี มีขนาดปรกติ. หลอด ที่แยกไปเลี้ยงส่วนที่ก้อนเนื้ออยู่มีขนาดใหญ่ขึ้น, บิดคดเคี้ยว และ โย่งพอง คล้ายดังหลายแห่ง. ตรงตำแหน่งนี้มีหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ที่มีขนาด โย่งพอง และคดเคี้ยวแยกออกไปอีกมากมาย. วัดด้วยแสงจะยังคงอยู่ในส่วนที่ โย่งพองคล้ายดังนั้นใน venous phase. (๒) ใน venous phase เห็นลักษณะเป็นวง ๆ คล้ายกัน หอยอันเป็น ลักษณะที่ แสดงว่ามีพวกเนื้อกล้ามเนื้ออยู่. (๓) บริเวณที่โปร่งใสคือบริเวณที่เป็น ทิสซุ ไขมัน. (๔) ลักษณะที่พบในกรณีที่เป็น ฮีเปอร์เนโฟรมา ไม่เหมือนกับที่เห็นใน ฮามาร์โตมา. ฉะนั้นจึงใช้แยกเนื้องอกทั้งสองชนิดออกจากกันได้ก็ง่าย.

ผลของการตรวจเนื้อเป็น แองจิโอไลโปไลโอมา (ฮามาร์โตมา) ของไต.

ข้อฟ้า แก้วจินดา พ.บ.

ปกิณกะ

๑. กุมารรังสีวิทยา

การประชุมของสมาคมกุมารรังสีวิทยา (Pediatric Radiology) เริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๕๗. สมาคมนี้ได้เจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว, ทำให้เกิดปัญหาในการที่จะฝึกอบรมแพทย์ให้เรียนกุมารรังสีแพทย์. กล่าวคือ ถ้ากุมารแพทย์จะต้องการเป็นกุมารรังสีแพทย์ทวยจะต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างรังสีแพทย์มาตั้งแต่ต้นเต็มตามหลักสูตรของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทางรังสีวิทยา ขวกับ การฝึกอบรมพิเศษทางกุมารรังสีวิทยาหรือไม่. ถ้าต้องทำคั้งนี้จะต้องใช้เวลาหลังจากการเป็นแพทย์ฝึกหัดแล้วอีก ๗ ปี, ซึ่งเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ. ถ้ารังสีแพทย์ต้องการจะเป็นนักกุมารรังสีก็จะต้องใช้เวลาในการฝึกอบรมมากกว่าหนึ่งปี, จะทำให้การฝึกอบรมหลังปริญญาเกินเวลาไปถึง ๔ ปีครึ่งหรือ ๕ ปี. ตามความเห็นของ นายแพทย์ เบเคอร์ แล้ว

เห็นว่าควรใช้เวลาฝึกอบรมเพิ่มอีก ๒ ปี จึงจะทำให้รังสีแพทย์มีความรู้ความสามารถในวิชากุมารรังสีโรค, และสถานที่ที่จะฝึกอบรมนั้นก็ควรจะเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีหลักสูตรการอบรมแพทย์ฝึกหัดทางกุมารเวชศาสตร์ และรังสีวิทยา, และเพื่อที่จะลดเวลาในการฝึกอบรมกุมารรังสีวิทยาก็ควรจะได้ทำในแผนกกุมารรังสี, ซึ่งจะทำได้ให้มีแผนผสมผสานกันระหว่างแผนกกุมารเวชศาสตร์และรังสีวิทยา. สำหรับการให้ประกาศนียบัตรนั้นก็ควรได้คั้งนี้ว่าเขาได้รับการฝึกอบรมมาในด้านกุมารรังสีวิทยาพอเพียงหรือไม่, ได้รับการฝึกอบรมทางรังสีวิทยาทั่วไปมากน้อยเพียงใด, เช่นเดียวกับแขนงวิชาพิเศษอื่น ๆ ของรังสีวิทยา, และจะให้แยกออกไปอีกแขนงหนึ่งต่างหากจากประกาศนียบัตรทางรังสีวินิจฉัยหรือไม่.

อนึ่ง, หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์
ก่อนปริญญาของ โรงเรียนแพทย์ ชั้นนำ
บางแห่งในสหรัฐอเมริกา ก็ควรมีการให้
ความรู้ทางพื้นฐานทางรังสีวิทยาและให้
โอกาสเลือกแก่นักเรียนที่ประสงค์จะเป็น
“แพทย์ประจำบ้านยักษะ” ในภายหน้า.

ปัญหาเหล่านี้ต้องการเวลาศึกษาอย่าง
ละเอียด, ซึ่งอาจ จะทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงในวิธีการสอน และการให้
ประกาศนียบัตรทางรังสีวิทยา.

โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., พ.ด.

(เรียบเรียงจาก Baker, David H. (President-
Elect, Society of Pediatric Radiology):
Editorials - Pediatric Radiology, The
First Decade- The Second Decade? Am.
J. Roentgenol. Radium and Nuclear
Medicine. 1968, 103: 224-225.)

๒. คำปราศรัยของอาจารย์ผู้ปกครอง*

(เนื่องในวันเปิดภาคเรียนปี พ.ศ. ๒๕๑๑ - ๒๕๑๒, วันที่ ๒๗ พค. ๒๕๑๑)

ณ หอประชุมราชแพทยาลัย

ในฐานะของอาจารย์ผู้ปกครอง, ผมขอ
ต้อนรับทุก ๆ คนด้วยความยินดีอย่างยิ่ง.
ถ้าหากจะเปรียบ “ศิริราช” สถาน
ซึ่งอำนวยวิชาชีพแพทย์ให้แก่พวกเราและ
เป็นสถานที่ที่เราเคารพบูชาแห่งหนึ่งเสมือนกับ
แม่แล้ว, ในวันนี้ศิริราชกำลังอำแขนออก
เพื่อจะโอบอุ้มลูกน้อยอีกจำนวนถึง ๑๕๓
คนเข้าไว้แนบอ้อมด้วยความปลื้มปิติ,
ด้วยความเอ็นดู. และพร้อมที่จะให้ความ

รัก, ความปรานี, เมตตา, พร้อมที่จะให้
การอบรมสั่งสอนให้พวกลูก ๆ ที่อยู่ใน
อ้อมอกทั้งที่ใหม่และมาอยู่เดิมแล้วนั้น,
รู้จักว่า, คลาน, นั่ง, ตั้งไข่, ยืน, เดิน,
วิ่ง และได้ออกไปพบกับโลกภายนอกที่
ไปด้วยความมั่นใจว่าลูก ๆ ทั้งหลาย จะ
ออกไปได้, ก็เช่นเดียวกับพวกพี่ ๆ ที่พ้นจาก
อ้อมอกของแม่ไปแล้ว.

* ศจ. น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี.

เมื่อพวกท่านทั้งหลายได้เข้ามาอยู่ในสถานแห่งนี้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกที่มาอยู่ใหม่นั้น, ก็ย่อมเหมือนกับบุคคลที่ได้เข้ามาอยู่ในบ้านใหม่. ยิ่งไปกว่านั้น, ศิริราชของเราไม่ต่างไปจากเมืองเล็ก ๆ เมืองหนึ่ง และยังมี ความแตกต่างไปจากเมืองอื่น ๆ หรือสถาบันการศึกษาอื่น ๆ. ในเนื้อที่เพียงไม่กี่ไร่กันเรามาสมัครหรือพลเมืองของเมืองนี้อยู่เกือบ ๔ พันกว่าคนด้วยกัน. พวกที่เข้ามาใหม่ย่อมจะต้องคุ้นเคย, แยกตา, แยกใจต่อความเป็นไป และขนบธรรมเนียมของที่นี่อย่าง. ผมจึงใคร่ขอเวลาสักเล็กน้อยเพื่อนำผู้มาอยู่ใหม่ให้ทราบเพื่อการปรับตนเองให้เข้ามาสู่สถานที่นี่ได้อย่างสะดวก สบายใจ, และยิ่งเพื่อเป็นการขอรับรองให้พวกที่อยู่เก่าได้ช่วยเหลือผู้มาใหม่ด้วย.

เป็นเวลา ๗๕ ปีเต็ม ๆ แล้วที่พวกเราตั้งแต่รุ่นปู่, รุ่นพ่อแม่พี่ช้าน้าอาว, ของเราได้อยู่กันมาในศิริราชนี้ ด้วยความรักใคร่สามัคคีกันอย่างที่สุด. เราอยู่ร่วมด้วยกันฉันพี่น้อง, เหมือนกำเนิกชนมาในครอบครัวตระกูลเดียวกัน. เคารพนับถือกันด้วยวัยและด้วยคุณวุฒิ, ต่างก็เคารพนับถือ ในสิทธิ และหน้าที่ของกัน และกัน.

ผู้น้อยเคารพผู้ใหญ่. ผู้มาใหม่เคารพผู้ อยู่เก่า. ผู้ใหญ่รักใคร่ปรานีผู้น้อย. ผู้ อยู่เก่าซึ่งถือว่าเป็น พืเมตตาและเห็นใจผู้ มาใหม่ก็ถือว่าเป็นน้อง. เมื่อท่านอยู่ไปนานพอในระยะหนึ่ง, ท่านจะเห็นว่าใน ศิริราชนี้แตกต่างกับสถาบัน การศึกษา หรือสถานราชการอื่น ๆ ทั้งสิ้น. เราไม่มีการกระทำตนเป็นนายหรือลูกน้อง. เรามีแต่ความเป็นอาจารย์และศิษย์. มีแต่ความเป็นพี่และน้อง. เมื่อมีปัญหาคือ ไร ๆ, เราจะสั่งสอนแนะนำกันด้วยความปรารถนาที่จะให้ทุกคนเป็นคนดี. ไม่ว่า ปัญหาทางส่วนตัวใด ๆ, อาจารย์ทุกคนพร้อมที่จะให้คำแนะนำ, ช่วยแก้ไขปัญหา ให้ได้เสมอด้วยความเห็นอกเห็นใจ, และ จะพบกันโต้เสมอตลอดเวลา, ไม่ว่าที่ห้อง ปลายูกตา, ห้องทำงานส่วนตัวหรือกลาง ทางที่เราเดินไปมาในศิริราชนี้.

เมื่อท่านได้เข้ามาอยู่ในที่นี่, ขอให้ พวกท่านพึงภูมิใจ และหยิ่งในตนเองเถิด ว่าท่านเป็นคนหนึ่งที่ได้เดินเข้ามาสู่สถาบัน เก่าแก่ที่มีเกียรติสูงแห่งหนึ่งของประเทศไทย, ซึ่งอีกหลายล้านคนไม่มีโอกาส, ไม่มีบุญวาสนาพอที่จะมาได้.

เมื่อเป็นเช่นนั้น, ท่านกฟงจะได้ทำตนให้สมกับเป็นคนผู้หนึ่ง ในสถาบันแห่งนี้, ทำตนให้สมกับเป็น ‘ลูกศิรวิชา’ นับแต่วันนี้ไปจนตลอดชีวิต.

ประการแรก, ผมได้กล่าวแล้วว่าเรามีความรักใคร่สามัคคีกัน, มีความเคารพนับถือกันและกัน, ดังนั้นท่านต้องรู้จักที่จะสร้างตนเองให้เป็นผู้รู้จักที่ค่าทสูง, รู้จักเคารพต่อสถานที่, เคารพผู้ใหญ่กว่า, เคารพพี่ ๆ, เคารพผู้มีความรู้, เคารพเพื่อน ๆ, และเคารพตัวของตัวเอง, เคารพในความเป็นนักศึกษาแพทย์ศิรวิชา.

ความซื่อสัตย์สุจริต, เป็นสิ่งที่แพทย์เราปรารถนาเพราะเป็นคุณธรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญของผู้แพทย์, ขอให้ทุกท่านมีความซื่อสัตย์ต่อหน้าที่, คือการศึกษาของตน, ซื่อสัตย์ต่อบุคคลทุกคน และซื่อสัตย์ต่อตนเองตลอดไป.

ชีวิตเพียงไม่กี่ปีของท่านก็จะศึกษาสำเร็จได้เป็นแพทย์ผู้หนึ่ง. ท่านจะต้องออกไปมีหน้าที่โดยใช้วิชาที่ตนรักรักษาความเจ็บไข้ให้คน, ต้องช่วยแนะนำผู้อื่นไม่ให้เกิดความขวยเจ็บแก่คน. ท่านก็ต้องเริ่มต้นให้รู้จักถึงเรื่องความเป็นคน. สำหรับเรื่องนี้มีความสำคัญนัก.

ทลกระท่อมสมเด็จพระราชบิดาฯ ก็ยังเคยตรัสไว้ว่า “ฉันไม่ต้องการจะให้พวกท่านเป็นแค่แพทย์อย่างเดียว, หากแต่อยากให้เป็นคนด้วย”. นั่นคือการจะเรียนรู้ถึงความเป็นคนของผู้อื่น, ตนเองจะต้องกระทำตนให้เป็นคนก่อน.

เมื่อได้เข้ามามีชีวิตศึกษาแพทย์เช่นนั้น, ท่านทั้งหลายก็อย่าได้ลืมตัวไปว่าเราไม่ใช่คนธรรมดาเสียแล้ว, เราจะได้เป็นแพทย์, จะเป็นคนเห็นคนอื่น ๆ, เพราะแพทย์เป็นอาชีพที่มีเกียรติอันสูงส่งเห็นอาชีพใด ๆ ทั้งสิ้น. ถ้าหากท่านคิดเช่นนั้น, ท่านลืมความเป็นคนของตัวเองแล้ว และเริ่มรู้สึกเหยียดหยามคนอื่นด้วยกัน, อีกทั้งยังหมิ่นอาชีพอื่น ๆ. ท่านจะออกไปปฏิบัติตนเพื่อทำประโยชน์และเสียสละเพื่อคนอื่นไม่ได้. ทุกคนย่อมเป็นคนเหมือนกันหมด. มีความดีของการเหมือนกัน, มีความพอใจและไม่พอใจเหมือนกัน, มีจิตใจอย่างเดียวกันทุกคนในสิ่งอันพึงปรารถนา. อาชีพทุกอาชีพมีความสำคัญและจำเป็นต่อการเจริญก้าวหน้าและความเป็นอยู่ของสังคมของบ้านเมืองและของประเทศชาติเท่า ๆ กัน. หากมีอาชีพใดที่สำคัญยิ่งหย่อนกว่ากันไม่. ขอให้ทุกคน

ฟังสำนักเสมอว่าเราเกิดมาเป็นคน, เรา
ต้องใช้สิ่งต่าง ๆ ในโลกนี้ร่วมกับคน,
เราต้องศึกษาต้องทำงานร่วมกับคนและ
เรามีชีวิตอยู่ในสังคมนี้ได้ก็เพราะคน, จะ
เจริญก้าวหน้าและอยู่อย่างมีความสุข ได้ก็
เพราะคน. เพราะฉะนั้นเราจะต้องใช้เวลา
แก่คน, รู้จักสนใจคน, ให้ความรักเมตตา
ปรานีคน, สนับสนุนคน, ช่วยเหลือคน,
ทำประโยชน์ให้แก่คนและพยายามสร้าง
ความเจริญให้แก่คน. ถ้าท่านมีความ
สำนึกเช่นนั้นและปฏิบัติได้แล้ว, เมื่อนั้น
แหละท่านเป็นคนโดยสมบูรณ์และเป็น
แพทย์ที่ดี ตามอุดมคติที่ท่านเคยคิด
ปรารถนาไว้เมื่อใต้อุทิศตนมาเพื่อการศึกษาวิชาแพทยัน.

เรื่องการเงิน, เรืองนเขียนเรื่องหนึ่งที่
เราเป็นห่วง. การเรียนวิชาแพทยันนอก
จากใช้เวลานานแล้วยังต้องใช้จ่ายเงิน
มากกว่าการเรียนวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย.
ดังนั้นเรื่องเงินจึงเป็นปัญหาสำคัญอย่าง
หนึ่ง, ที่นักศึกษาพึงจะรู้จักใช้ด้วยความ
ระมัดระวังอย่างยิ่ง, รู้จักประหยัด, รู้จักว่า
สิ่งใดควรใช้จ่ายเงินซื้อหามาและสิ่งใด
ไม่ควร. การใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือยโดยไม่

ได้ผลประโยชน์คุ้มค่าหรือใช้ไปในทาง
ผิด ๆ อันเป็นอบายมุขนั้น, ไม่เพียงแต่
แสดงถึงความเป็นคนไม่รู้จักค่าของเงินแล้ว
ยังจะก่อนิสัยอันไม่ดีให้แก่ตนเองในเมื่อ
สำเร็จเป็นแพทย์ออกไปประกอบอาชีพ
โดยเห็นค่าของเงินที่คนใช้ ช่วยเหลือ
จนเจตต่ออาชีพของตนนั้นมค่าน้อยไม่สม
กับความอยากได้ของตน, จนเป็นเหตุให้
ล้มลงศีลธรรมจรรยาและอุดมคติอันดีของ
ตนได้ง่าย. อย่างน้อยที่สุดการใช้จ่าย
อย่างฟุ่มเฟือย โดยไม่มีความสำนึก
ถึงกล่าววนนั้นก็โทษถือว่าผู้นั้นขาดความ
กตัญญูต่อพ่อแม่หรือผู้ให้ทุนตนมาศึกษา,
ซึ่งกว่าจะได้เงินมานั้นต้องเหน็ดเหนื่อย,
ต้องเสียเหงื่อ, และบางทีต้องเสียแม่แต่
น้ำตาเพื่อให้ได้เงินมาให้ตนเรียนเพียงใด
อีกด้วย. ขอให้ท่านทุกคนที่เป็นนักศึกษา
สำนึกในข้อนี้ไว้ให้ดี.

พูดถึงความกตัญญูต่อกตเวทิต์แล้ว, ผม
ก็ขอเตือนว่าเรองนมความสำคัญต่อชีวิต
ของคนเราอย่างหนึ่ง. ผู้ที่มีความกตัญญู
ต่อกตเวทิต์นั้นย่อมถือว่าเป็นผู้มีมงคล, มี
ความเจริญก้าวหน้าและประสบผลสำเร็จ
ในชีวิต. ขอให้ท่านทุกคนพึงเป็นบุคคลที่
รู้จักบุญคุณที่ท่านเคยได้รับ. ให้รู้จักมี

ความสำคัญต่องานต่อสถานศึกษา, บิคา
มารดา, ครูอาจารย์, เพื่อนฝูง, ตลอดจน
สิ่งซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่คน, แม้แต่
ทราบศัพท์, สัตว์ที่ใช้ทดลองและบรรดาคน
เจ็บไข้ทั้งหลายที่เราถือเสมือนตำราของ
เรา. อย่างน้อยก็ให้ความเคารพนับถือ
ตามควร.

คราวนี้มาถึงการศึกษา. พวกท่าน
ทุกคนที่มาใหม่, นับตั้งแต่วันนี้ไปท่านจะ
พบด้วยตนเองว่าการศึกษาศิลปะนั้นมี
ความแตกต่างไปจากที่อื่น ๆ ที่ท่านได้
เคยผ่านมาแล้ว, ต่างกันอย่างฟ้ากับดิน
ก็ว่าได้. ท่านอาจเคยเรียนมาแบบเรียน
ตามสหาย. วันนี้ยังไม่อยากเรียนหรือ
ตลอดทั้งเดือนยังไม่อยากท่องไม่ยอก
คำรามไม่ยอกคันควัว, ไม่ยอกปฏิบัติ
งาน, รอเอาไว้ใกล้ ๆ จะสอบไล่จึงค่อย
คิดขยัน, ใช้เวลาตลอดการศึกษานั้นส่วน
ใหญ่อยู่กับกิจกรรมนอกหลักสูตรหรือ
ประเพณีนิยมอะไร ๆ ของสถานศึกษานั้น
ก็ยังพอได้. แต่มาที่นี่ท่านจะไม่มีโอกาส
ทำเช่นนั้น. แพทย์เรานั้นมีขอที่จะต้อง
สำนึกใส่ใจว่า "การแพทย์นั้นไม่มีการ
เรียนที่สิ้นสุดลงได้". ดังนั้นท่านจะตกให้
เปลี่ยนวิธีการศึกษาอย่างแทบตั้งตัวไม่

ทัน, เพราะสถานที่แห่งนี้เราใช้เวลาเพื่อ
เรียน—เรียน—และเรียน. ท่านจะต้องรีบ
ปรับตัวเองเสียแต่วันนี้. ถ้าหากเพลินกับ
เรื่องอื่นและหลงตัวเมื่อใดท่านจะผ่านการ
ศึกษาแต่ละชั้นไปได้ยาก, หรืออาจพ้นไป
จากศิริราชหนักก็ได้. เมื่อนั้นความใฝ่ฝัน
ของท่านที่เคยมีมาจะไม่กลายเป็นความจริง
จริงไปได้เลย.

ความขยันหมั่นเพียรและการตั้ง
ศึกษาอย่างหนักเป็นสิ่งที่เราต้องการ
และจำเป็น. นอกจากจะเป็นการอบรมให้
ท่านเป็นคนที่มีค่าของเวลา, มีค่าของการ
ศึกษาแล้ว, ยังจะทำให้ท่านออกทนต่อ
ความยากลำบากและเผชิญกับงานหนัก
ตลอดจนชินต่อเวลาต่าง ๆ โดยไม่เลือก
ว่าจะเป็นเวลาใด. กลางวันหรือค่ำคืน
ก็คน, ร้อนหรือหนาว, กำลังสนุกสนาน
หรือกำลังหลับอย่างเพลิดเพลิน, ท่านจะ
สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ของการเป็น
แพทย์ได้เสมอ.

ดังนั้นหน้าที่ของท่านทุกคนในเมื่อ
เป็นนักศึกษาคือต้องศึกษา. ผมได้เคย
พบกับนักศึกษาอยู่เสมอแม้แต่พวกที่เป็น
ส่วนตัวเมื่อมีโอกาสบางครั้งว่า ถ้าจะ
เปรียบศิริราชเหมือนกับห้องทุ่งนา, ก็

เป็นทองทั้งนาทมคนกตสกล, ได้ทำการ
คราคไถและปลุกข้าวไว้ในแควกรวงเหลือง
อร่ามแล้ว, พวกท่านที่เป็นนักศึกษาและ
พวกแพทย์ทุกคนที่อยู่ในศิริราชซึ่งเราก
ดึกกว่า เป็น นักศึกษาด้วยกัน ต่างก็มี
หน้าที่เกี่ยวข้องด้วยกันได้. ใครตั้งใจ,
ขยันดี, ก็เกี่ยวข้องวางข้าวคือ ความรู้
ความสามารถได้มาก. ใครไม่ตั้งใจ,
เกียจคร้าน, ก็เกี่ยวข้องไปได้น้อยหรือ
บางคนอาจหมดโอกาสได้เกี่ยวข้องเลย
ก็ได้. เพราะฉะนั้นท่านเองมีงานเพียง
ท่านเกี่ยวข้องคือเกี่ยวข้องวางข้าวโดยไม่ต้อง
เป็นผู้ตั้งคราคไถ, หวานคำข้าวด้วย
เลยเช่นนั้นก็เกี่ยวข้องเขาไปให้ได้เต็ม
ทีเดียว.

พดเช่นนี้, อาจมีบางท่านเข้าใจผิด
คิดว่า การมาเรียนแพทย์นั้นจะเอาแต่เรื่อง
เรียน, เรียนกันอย่างไม่ลืมหืมตา. ผม
ก็ขอยกให้เข้าใจว่า ความรู้เป็นแพทย์หรือ
ในวงการแพทย์ไม่ต้องการได้คนแบบนี้
แต่อย่างเดียว, และคำว่า "เรียน"
ก็ไม่ใช่ว่าจะแนะนำให้เรียนแต่ตำรา, เมื่อ
สำเร็จเป็นแพทย์แล้วก็มีวิชาความรู้ทาง
การแพทย์เป็นอย่างดี, เพราะผมได้พบ
มาแต่ต้นแล้วว่า เราต้องเรียนความ

คนด้วย, เพื่อที่เราจะออกไปอยู่ร่วมกับ
คนและเข้ากับคนอื่น ๆ เขาได้โดยไม่ไป
กระทำตนผิดไปจากคนอื่นโดยความหลง
ในตนเอง.

การเป็นแพทย์นั้นย่อมจะต้องเข้ากับ
คนอื่นได้ไม่ว่าเพศใด, วัยใด, เชื้อชาติใด,
หรือยากก็มิจนอย่างไร. แพทย์จะต้องทำ
ตนเหมือนปลดชนอรรคาสามัญที่เข้าได้กับ
คนทุกชน. ผู้ที่จะเป็นแพทย์จึงควรจะมี
ฝนตนเองให้รู้จักการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง,
รู้จักใช้คำพูด, ถ้อยคำ, สำเนียงให้ถ
ต้องและเหมาะสมต่อคนแต่ละชน. รู้จัก
การเข้าสังคม, รู้จักการให้การอบรมสั่ง
สอนแนะนำผู้อื่น. รู้จักแสวงหาความรู้
รอบตัวให้มาก. รู้จักการอ่านหนังสือทุก
ประเภท. รู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
แก่ตน. รู้จักแบ่งเวลาในการเล่นกีฬา,
การพักผ่อนหย่อนใจและงานอดิเรกต่าง ๆ.
ความรู้ความสามารถต่าง ๆ เหล่านี้จะ
ทำให้แพทย์เข้ากับใคร ๆ ได้มากเป็นอัน
ดัยแรก, ยิ่งเสียดกว่าวิชาชีพแท้ ๆ ของ
ตนซึ่งถือได้ว่าเป็นอันค้ำต่อลงมาอันเสียด
อีก.

ดังนั้นผมจึงขอแนะนำให้คุณให้ท่าน
จงเรียน, เรียนทั้งวิชาชีพโดยเฉพาะ, และ

เรียนให้รอดความรอบรู้ทั่วไป, ที่จะทำให้
ท่านเป็นไ้ทั้งแพทย์และทั้งคนในอนาคต,
ซึ่งจะทำให้ศิวิราชนี้พลอยภูมิใจในโลก
ศิวิราชของตคนกวัย.

พวกเราแต่ละคน อาจมาจากสถาน
ศึกษาต่างกัน, มาจากครอบครัวที่มีฐานะ
ต่างกัน, มาจากที่ต่างกัน, นัยศีลธรรม
นิยมต่างกัน, มีความคิดเห็นต่างกัน,
แต่เมื่อได้มาอยู่ในศิวิราชเช่นนี้, เราไม่
มีความแตกต่างกันอย่างไ้ทั้งสิ้น. เรา
ต้องมีความเป็นไปอย่างเดียวกัน, เหมือน
กับคน ๆ เดียวกัน. ทุกคนเป็นเลือดเนื้อ
เชื้อไขศิวิราช, มีความเคารพนับถือกัน
เหมือนพี่น้องร่วมท้องเดียวกัน, สามีภ
ริกาใคร่กัน, เอ็นคนเมตตาปรานีกัน, อย่า
ไ้แตกแยกกัน.

ผมคิดว่าผมได้พอกมามากพอสมควร,
แม้ว่าจะยังมีเรื่องอื่นควรจะทำก็ยังคง
ยังมีเวลาที่เราจะไ้พบปะและพูดคุยกันอีก
นานนับปีในชั่วระยะที่ท่านไ้เข้ามาอยู่ใน
อ้อมแขนของศิวิราชนี้. ผมจึงขอให้ทุก
คนทั้งนักศึกษาเก่าและใหม่ไ้ตระหนัก
ว่าบรรดาท่านอาจารย์ทุกท่านล้วนแต่มี

ความหวังดีต่อท่าน. ทักท่านอาจารย์
ปรารถนาที่จะเห็นพวกท่านเป็นคนดี, มี
ความรู้, มีความประพฤติดี, มีความ
สำเร็จในชีวิต, เป็นผู้ทำชื่อเสียงอันไ้แก่
ให้แก่ศิวิราช, ให้ความเมตตาปรานีและ
พร้อมเสมอที่จะให้คำแนะนำสั่งสอน,
อำนวยความสะดวกให้ อย่างเต็มความสามารถ.
ก็ยังพร้อมเสมอที่จะให้คำแนะนำใน
ปัญหาต่าง ๆ ที่ท่านอาจปรึบทุกข์ไ้ทุก
เวลา. อาจารย์ทุกคนพร้อมแล้วที่จะเป็น
ครู, เป็นพี่และเป็นเพื่อนที่ดีของท่านไ้
เสมอ.

ในวันเปิดภาค การเรียนใหม่ นี้ขอ
เป็นนิมิตอันดีงามวันหนึ่งของชีวิตพวก
ท่านทั้งหลาย. ผมขอให้ทุกคนจงประสบ
ความสำเร็จในการศึกษาตามที่มุ่งหวังไว้
ด้วยแรงแห่งออกมคติ, ด้วยแรงแห่งความ
ขยันหมั่นเพียร, การศึกษารอบรู้ความ
เป็นคน, ความรักใคร่สามัคคีกันและกัน,
ความเคารพนับถือกันและกันและด้วยแรง
แห่งความกตัญญูกตเวทิต่อสถานที่และผู้
มีพระคุณ.

๓. แนะนำหนังสือ

หนังสือ Sciatic and pelvic pain due to lumbo - sacral nerve root compression.

ผู้แต่ง Lennart HERLIN M.D., Head of the Neuro - traumatological Section, Department of Neurosurgery, Karolinska Medico - Kirurgiska Institute, Stockholm, Sweden.

โรงพิมพ์ Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A., 1966.

ขนาด ๘ ๑/๒" x ๑๑", ๒๓๖ หน้า ไม่นับชีวประวัติและสารบัญ.

อะไรเป็นสาเหตุของอาการปวดหลังและไซอาติคายังเป็นที่ข้องใจและสนใจสำหรับศัลยแพทย์ผู้ที่เคยผ่านการรักษาผู้ป่วยประเภทนี้อยู่เสมอ. ตำราเล่มหนึ่งๆ มักจะอธิบายกลไกของอาการปวดตามเหตุผลของผู้เขียน, อาศัยตัวเลขสถิติผลของการรักษาเป็นพื้นฐาน, หาได้เคยมีผู้ใดลงทุนนำรายละเอียดของผู้ป่วยจำนวนมากๆ มาแยกแยะแต่ละรายไม่.

ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้เป็นศัลยแพทย์ระบบประสาท, นำรายงานผู้ป่วยที่ผู้เขียนทำผ่าตัดแต่ผู้เดียวและติดตามมาเสนอดัง

๑๐๖ ราย. นับว่าเป็นการรวบรวมและลงทนเผยแพร่มัคคุดค่าง. ผู้ที่ผ่านหนังสือเล่มนี้จะได้ประจักษ์ความจริงหลายประการ, คือ

๑) ในโรคปวดหลังนั้น, ผู้ป่วยแต่ละรายมีความพิการไม่เท่ากัน. การเปรียบเทียบผลของการรักษาด้วยแต่ละวิธีโดยอาศัยตัวเลขรวมทางสถิตินี้, ไม่ตรงกับข้อเท็จจริงนัก.

๒) ความซำรคของหมอนกระดูกสันหลังจนถึงขนาดที่เคลือบเคลอนที่พบในเวลาผ่าตัดนั้นมิได้เป็นเหตุของอาการปวดประสาทเสมอไป. การรักษาให้ได้ผลก็จำต้องอาศัยความสามารถในการตรวจประกอบ. ผู้เขียนได้จำแนกอาการผู้ป่วยที่พบในเวลาตรวจออกเป็น

ก) ผู้ที่มีอาการประสาทระคายเคว.

ข) ผู้ที่มีอาการประสาทระคายเคว. เซอร์มิ.

ความแตกต่างของผู้ป่วยสองพวกนี้มีความสำคัญแก่ศัลยแพทย์อย่างมาก, ซึ่งผู้เขียนได้บรรยายไว้อย่างชัดเจนกว่าตำราทั่วไป.

ผู้ที่มีอาการประสาทระคายเคืองต่างๆ จะมีสาเหตุรบกวนประสาทนั้นๆ ตามจุดต่างๆ, ตั้งแต่จุดที่รากประสาทนั้น ยังอยู่ในถุงคร่ามาเตอร์ จนถึงตำแหน่งที่รากประสาทนั้นออกไปไกลแล้วใน อินเตอร์เวอร์ทีบรัลฟอรัมเม็น. ผู้เขียนจึงแนะนำให้ทำการตัดข้อต่อ อไปฟัยเซียล ข้างที่เจ็บเพื่อติดตามรากประสาท ให้ได้ไกลที่สุดในการรักษาผู้มีอาการ ไชอาติคา.

ถึงแม้ว่าจะเคยทำการผ่าตัดและเคยพบกลไกของอาการปวดในผู้ช่วยมามาก ต่อมาก, ผู้เขียนก็ยังยอมรับว่า ไม่อาจอธิบาย สาเหตุของอาการปวดกะเบนเหน็บ (lumbago), ซึ่งพบอยู่เสมอ; และสาเหตุของกลุ่มอาการอิกกลุ่มหนึ่งซึ่งผู้เขียนใช้ศัพท์ว่า Painless lateral 5th lumbar root syndrome (ในหน้า ๒๒), ซึ่งอาจแปลตรงๆ ว่า อาการรากประสาทเอวที่ ๕ ถูกเขี่ยก้านนอกจนเป็น อัมพาตแต่ไม่มีอาการปวดเจ็บ. โดยที่รากประสาทสันหลัง ระเบียบเอวเป็น ประสาทชนิดผสมรับความรู้สึกเจ็บและบังคับเอ็นกล้ามเนื้อ, เหตุที่การดึงกล้ามเนื้อน่าจะเห็นไปได้. แต่ก็มีตัวอย่าง (ในหน้า ๑๘๗). ผู้เขียนสัน

นิษฐานว่า รากประสาทนั้นคงถูกเขี่ยก้านเกินควร. โดยเหตุนี้, การผ่าตัดครั้งแรกเริ่มมีอาการ จึงน่าจะให้ผลดีกว่ารอลอง รักษาด้วยวิธีการอื่นที่ตำราส่วนมากแนะนำอยู่ในเวลานี้.

มีตัวอย่างผู้ช่วย ไชอาติคา หลายรายมีอาการทางขั้วสภาวะและระบบสืบพันธุ์ควยอยู่ด้วย. อาการเหล่านี้หายไปพร้อมๆ กันหลังการรักษา ไชอาติคา หาย, ชวนให้เกิดแง่คิด ได้ว่าผู้สูงอายุที่ขั้วสภาวะลำบาก และ ตรวจพบ ว่าต่อมลูกหมากโตนั้น, อาจจะมีสาเหตุมาจากรากประสาท, โดยที่ต่อมลูกหมากนั้นมิได้มีส่วนเกี่ยวข้อง.

นอกจากแง่คิดดังกล่าวข้างต้นแล้ว, หนังสือเล่มนี้ยังมีข้อคิดอีกหลายประการ, โดยเฉพาะภาคบรรยาย กลุ่มอาการ รากประสาทระคาย เคชรัม ซึ่งหาอ่านได้ยากด้วยภาพ ไคอะแกรม ประกอบที่เข้าใจง่าย, ตัวหนังสือใหญ่ เรียงพิมพ์เพื่อประหยัดเวลาอ่าน, และภาษาที่กระตือรือร้น, ทำให้หนังสือเล่มนี้เป็นอีกเล่มหนึ่งที่ผู้ทสสนใจเกี่ยวกับโรคนี้ และ ศัลยแพทย์ ที่สนใจเพิ่มพูนประสบการณ์ของตนจะต้องผ่าน.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

กรรมการห้องสมุดคณะแพทยศิริราช

๔. หน้าบ้านของศิริราชสมัยประวัติศาสตร์

ถ้ามีใครคนหนึ่งพบว่า โรงพยาบาลศิริราช ตั้ง อยู่ บนฝั่ง ตะวันตก ของ คลอง บางหลวง, ก็เป็นการถูกต้อง, แต่ไม่ถูกต้องกาลสมัย; เพราะว่าเมื่อ ครั้นมีคลองบางหลวงก็ไม่มีโรงพยาบาลศิริราช, มีแต่บ้านและสวน, ครั้นมีโรงพยาบาลศิริราชคลองบางหลวงก็ใหญ่เกินกว่าที่จะเรียกว่าคลอง.

ในรัชสมัยพระที่นั่งราชจักรีราช ครอบ ราช สมัยที่ กรุงศรีอยุธยาเมือ พ.ศ. ๒๐๗๗ - ๒๐๘๘, ได้โปรดเกล้าโปรด กระทบ่อม ให้ขุดคลองลัดแม่น้ำเจ้าพระยา ที่ตำบลบางกอก, เพื่อความสำคัญทาง ทหาร. พระองค์จะไ้ใช้เรือเร็ววิ่งลัดเข้า คลองนี้เพื่อสกัด กันเรือ สิ้นค้าหรือเรือ ขาคักไ้โดยสะดวก, และยั้งเพื่อความ สะดวกรวดเร็วในการคมนาคมด้วย. ใน สมัยนั้นแนวแม่น้ำเจ้าพระยา วิ่งเข้าคลอง บางกอก น้อย มาออก ทาง คลองบาง กอก ใหญ่. ฉะนั้นคลองลัดที่ตักหน้าบริเวณ สถานีบางกอกน้อยผ่านมหาวิทยาลัยธรรม ศาสตร์, หน้าโรงพยาบาลศิริราช, ผ่านวัด

ระฆัง มาถึง พระราชวัง เดิม หรือ วังหลัง, คลองนี้คือคลองบางหลวง. ต่อมาความ แรงของน้ำที่ไหลมาจากทางเหนือไ้ผ่าน คลองนี้ตลอดเวลา, เซาะกินทั้งสองฝั่ง ออก ไปมาก, จนเป็นคลองใหญ่ไปซึ่งกลายเป็น แม่น้ำ. ต่อมาประมาณร้อยปีเศษ, ใน แผ่นดินสมเด็จพระนารายณ์มหาราช, ปี พ.ศ. ๒๑๕๕ - ๒๒๓๑, คลองนี้ไ้กลายเป็น แม่น้ำไปแล้วและมีความ สำคัญมาก ในทางยุทธศาสตร์. สมเด็จพระนารายณ์ มหาราช จึงโปรดเกล้าฯ ให้เจ้าพระยา วิชเยนทร์สร้างป้อมขึ้น ๒ ป้อม, เรียกว่า ป้อมฉนวนบริ. ในปัจจุบันยังเห็นป้อมวิชัย ประสิทธิ์ที่ยังเหลืออยู่ทางบ้านทิศตะวันตก ของแม่น้ำเจ้าพระยา, และอีกป้อมหนึ่ง ทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยา คือ ที่บริเวณโรงเรียนราชินีล่าง. ถ้าเราดูใน แผนที่ซึ่ง เมอซีเออร์ วอลสันต์ เกส เวนส์ เกนส์ เขียนไว้ในสมัยนั้น (พ.ศ. ๒๒๓๑) จะเห็นว่าป้อมนี้ใหญ่กว่าป้อม วิชัยประสิทธิ์มาก. แต่ต่อมาป้อมทางฝั่ง ตะวันออกไ้ถูกรื้อทิ้งเสียหมดในสมัย

พระเพทราชา ซึ่งไ้รบแย่งข้อมกับทหาร
ฝรั่งเศส. พอฝรั่งเศสแพ้กลับปารีส, ข้อม
นักถกรอทองไปหมด. ทดินบริเวณรอบข้อม
นักเป็นส่วนม่งคคสวนเงาะ และสวนดั้น,

ซึ่งในปัจจุบันนี้ไม่เหลือเลย, คงเหลือแต่
บริเวณฝั่งธนบุรี, แต่ก็กำลังจะหมดไป
ทุกที่ ๆ, กลายเป็นบ้านเมืองไปหมด.

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ.

๕. เจ้านายสมัยโน้น

(ตอนจบ)

ในพระบรม มหาราชวังเท่าที่จำได้ใน
สมัยนั้น, พระที่นั่งจักรมหาปราสาทข้าง
หน้าเป็นที่เสด็จออก. ด้านในเป็นที่ประทับ
เรียกว่าทบน. ใกล้ ๆ ที่ประทับมีทำเป็น
สวนดอกไม้เรียกว่าสวนสวรรค์. มีพระที่
นั่งสององค์ ปรปร่างคล้ายโขน, อยู่ติดกัน
ใกล้ ๆ กับทบนค่านขวาและซ้าย, เรียก
ว่าพระปลัดซ้ายและพระปลัดขวา. ติด ๆ
กับพระปลัดมีส่วนดอกไม้, เรียกสวนซ้าย
และสวนขวา. และยังมีสวนสำคัญแห่ง
หนึ่ง ประตุนั้นรูปวงกลมก็มี, เป็นรูปสี่
เหลี่ยมคดคดมมกม. เป็นแบบประตูของจีน
โดยตรง. ตลอดถนนและตลอดสาย, เรียก
กันว่าสวนเต่า. ทางราชการเรียกสวน
ควาลัย. เป็นสวนใหญ่และสำคัญแห่ง

หนึ่งของพระบรมมหาราชวัง, อยู่หลัง
พระที่นั่งบรมพิมาน, เป็นที่สำหรับทรงมี
งานอะไรใหญ่ ๆ เช่น มีการ แสวง ละคร
หรืองานอุทยานสโมสร เป็นต้น. สวน
ควาลัยนี้ใคร ๆ ก็คงรู้จักกันมาก. มีพระ
ที่นั่งไพศาลทักษิณ, พระที่นั่งบรมพิมาน,
พระที่นั่งอมรินทร์, พระที่นั่งจักรมหา-
ปราสาท, พระที่นั่งจักรพรรดิพิมาน. แยก
ออกเป็นฝ่ายหน้าฝ่ายใน. พระที่นั่งสุลลิต
มหาปราสาท เป็นที่ตงพระบรมศพหรือพระ
ศพพระอรรคมเหสี และเจ้านายชั้นเจ้าฟ้า,
และมีพระที่นั่งอะไรอีกจำไม่ได้. ที่ตงพระ
ศพเจ้านาย ธรรมดา และ เจ้าจอม มารดา
เรียกหอธรรมสังเวช, หอนิเพทพิทยา.
เมื่อเจ้าจอมมารดาสุกถึง อดิฉุกรรมก็ตง



ศัพทหอนิเพทพิทยา. พระราชทานเพลิงที่
พระเมรุสนามหลวง. ในงานพระเมรุคราว
นั้นจำได้ว่ามีพระศพลมเด็จพระเจ้าฟ้า
เยาวมาลย์นฤมล, พระธิดาพระอรรค -
ชายาองค์ใหญ่, พระองค์เจ้าอุบลรัตนนา
วาท. ศพคุณจอมมารคาสุทธพระราชทาน
เพลิงพร้อม กับศพคุณจอมมารคาม
สนมเอก. ศพคุณจอมมารคามต้องแห
ออกเป็น กระบวนหน้า เพราะ ท่าน เป็น พระ
สนมเอก. ศพคุณจอมมารคาสุทธต้องเป็น
กระบวนหลัง. ผู้เขียนอยู่บ้าน, เสกขันธ์
ให้ไป เชิญเครื่องยศ สำหรับ ตำแหน่งเจ้า
จอมมารคาตามโกศศพ. มีเครื่องยศ
เชิญคราวนั้น ๖ คน, เป็น ๓ คู่. พอ
เสร็จงานเมรุศพคุณจอมแล้วผู้เขียนก็ไกล
อยู่ในวังอีกพักหนึ่ง, ถูกตามออกไปเรียน
หนังสืออีกจนได้. บ้านหลังพระบรมมหา
ราชวัง เช่น บ้าน ตรง กัน ข้าม กับ วัด พระ
เชตุพน. มีตึกแถวยาวตลอด, มีประตู
ระหว่าง ๓ ประตูเป็นตึกแถว ๒ ชั้น. เรียก
ว่าแถวเต็ง, สำหรับพนักงานคนรัราช -
การอยู่กัน. เจ้าหน้าที่ในพระบรมมหา
ราชวังสมัยก่อนมีตั้งแต่คุณท้าว. ส่วน
มากคุณท้าวท่าน มา จาก เจ้าจอมมารคา

เช่น คุณท้าววรจันทร์ ว่าการ ภายใน พระ
บรมมหาราชวัง. ภายหลังพระองค์
นภาพรเป็นแทนเรียกใหม่ว่าอริยศักดิ์. คุณ
ท้าวทรงกันทรว่าการคลัง. ต่อลงมา
ถึงคุณเจ้าแก้ว, นายโชตนเป็นหัวหน้า
โชตนลูกแถว. โชตนมีหน้าที่เฝ้าประตู
พระบรมมหาราชวังฝ่ายใน. ฝ่ายข้าง
นอกใช้ทหารมหาดเล็ก เรียกว่าทหาร
รักษาวัง. ถ้าผู้ชายจะเข้าไปในวังหรือ
ตาม ตำแหน่งเจ้านาย จะ ต้อง มี คุณเจ้าแก้ว
และกรมวังไปทูล. รวมทั้งทหารรักษาวัง
และโชตนรวมเป็นเจ้าหน้าที่ ๔ คนด้วยกัน
เป็นผู้ควบคุม. มีที่แห่งหนึ่งเรียกว่า
อโฌงค์, อยู่ที่คอกขี้ก่าแพวงบ้านใกล้
ท่าเตียน. ใช้ก่าแพวงเป็นฝาถนนหน้า
บ้านหลัง, ส่วนด้านหน้าใช้ก่าแพวง
ทูลอริยศักดิ์, มีประตูเข้าเป็นตอน ๆ กับก่าแพวง
เดี่ยว ๆ เป็นฝาแบ่ง, แบ่งเป็นห้องใหญ่ ๆ
มีม้ายาวเจาะ เป็น ช่อง เอาตั้งใส่ไว้ได้,
เป็นแถวยาว มีม้า และ ตั้ง ตั้ง ๔ บ้าน,
เว้นแต่พอเป็นประตูเข้าเท่านั้น. เวลาเข้า
ไป ถ้ายัน เห็น หน้ากัน ทกคน เป็น ของ
ธรรมดา. เวลา ๘ ทุ่ม จะมีคนมาเปลี่ยน
เอาตั้งเก่าไปเอาตั้งใหม่มาแทน. ทั้งหมด
มีประมาณ ๖ หรือ ๘ ห้อง, ห้องหนึ่งมี

ประมาณสัก ๑๕ - ๑๖ ถึง, สำหรับคน
ในวังใช้เป็นส้วม. หน้าอุโมงค์มีต้นไม้
ใหญ่หลายต้น, ต้นพิกุลก็มี, ต้นขบ, ต้น
พุดปลูกมากแถวหลังเตง. ซอสดานที่
ต่าง ๆ ในพระบรมมหาราชวังนั้น, ผู้เขียน
ขออธิบายจะเรียกชื่อผิดพลาดไปได้เพราะ
เป็นเวลานานมาแล้ว, และได้มีการ
เปลี่ยนแปลงไปบ้าง. ผู้เขียนไม่มีเวลาจะ
ไปตรวจสอบ, นึกได้อย่างไรก็เขียนไป
อย่างนั้น. ถ้าขึ้นมาดูไปสอบแล้ว, ก็เห็น
จะไม่ได้เขียนแน่. ขอให้โปรดนึกเสียว่า
เป็น ความจำของ เด็กอายุ ๑๒ - ๑๓ ปี,
ย่อมจะแม่นยำถูกต้องเท่าผู้ใหญ่ไม่ได้.
ผู้เขียนต้อง กลับออกไปอยู่บ้าน เรียนหนังสือ
ต่อ. อีกไม่นานก็ได้ข่าวว่าในหลวง
สวรรคตเสียแล้ว. ข้าราชการก็ต้องรีบ
แต่งตัวไว้ทุกข์เข้าวัง. ราษฎรร้องไห้ร้อง
ห่มกัน แซงแซ่ไม่เป็น อันทำงาน ทำการ
อะไร, แม้แต่อาหารการกินก็หลังล้ม,
ไม่รู้สึกหิวโหย, เอาแต่พากันร้องไห้.
จัดหาผ้าดำ มาแต่ง กันทั้งบ้าน ทั้งเมือง.
คนที่เข้าไปใน พระบรม มหาราชวัง ตอน
ประ ทวี เศษ ไชย ศรี ต้อง แต่ง ตัว ขาว
ล้วน. ผ้าขาวผ้าดำขายคิขขายคิทุกร้าน.

ทางราชการ แจกผ้าดำแก่ราษฎรบ้าง.
บ้างเอาผ้าสีมาย้อมเป็นสีดำ. พระพุทธ
เจ้าหลวงไคร้ขี้สังไว้ก่อนสวรรคตว่า ถ้า
พระองค์ เส็จสวรรคตไม่ต้องนุ่งขาว และ
โกนหัวกันทั้งเมือง, ให้แต่เพียงตัดผม
สั้นและแต่งคำเท่านั้น. นี่เป็นวัฒนธรรม
ใหม่ของพระองค์แน่หนึ่ง. ผู้เขียนได้ไว้
ผมยาวก็ถูกตัดเป็นผมสั้น. คนที่ไว้ผมสั้น
อยู่เดิมแล้ว ก็ไม่ต้องทำอะไรเกี่ยวกับผม.
ตอนย้าย พระบรมศพ แห่ง จาก วังสวนกุหลาบ
ผ่าน หน้าบ้าน ไปสู่ พระบรม มหาราชวัง.
คุณพ่อตั้งโต๊ะบูชาตามเคย. พระบรมศพ
เชิญประดิษฐานบนพระที่นั่งกสิกรรมมหาปรา-
สาท. คุณจอมหม่อมราชวงศ์สดับก็ตัดผม
ยาวออก, นุ่งขาวห่มขาว, มีหน้าที่เขียน
ต้นเสียนางร้องไห้, และมีนางร้องไห้
อื่น ๆ ร้องรับหลายคน, ผู้เขียนจำไม่ได้
ว่าประมาณเท่าใด. ผู้เขียนและราษฎรทั้ง
หลายพากันไปถวายบังคมพระบรมศพกัน
ล้มหลาม, เขี่ยกันแน่นขนัดตลอดเวลา
ที่ทำการเขี่ยให้ถวายบังคม. นางร้องไห้
นั้นร้องให้กันจริงๆ ไม่ใช่ร้องตามธรรมเนียม.
ร้องมาจากหัวใจของทุกคน. บางคนร้องไม่ออกมาเป็น ถ้อยคำชัดเจนได้แต่

ร้องให้สะอึกสะอื้น. คนที่ไ้ยินไ้ฟังก็ช่วยกันร้องให้ ปรนกับเสียง นางร้องให้ไปคั้วย. พอคุณจอมสกับคนเสียงร้องว่า "ไอ้พระทูลกระหม่อมแก้ว", แล้วก็เลยร้องต่อไม่ออก. ทุกคนเศร้าโศกกันทั่วหน้า. แม้แต่ซาตอิน ๆ ที่ไ้เข้ามาฟังพระบรมโพิธิสมภาร, ก็พลอยทกข์โศกร้องให้. ไม่ว่าหญิงหรือชาย, เสียใจร้องไ้ยิ่งกว่าพ่อแม่ของตัวตายเสียอีก.

เสด็จใน กรม พระ จันทบุรี ๖ ทรง สนิทสนมกับสมเด็จพระราชบิดา (กรมหลวงสงขลานครินทร์) ถึงสองชั้น. นอกจากพระองค์เอง จะทรงเป็นพระเชษฐา ของสมเด็จพระราชบิดา, หม่อมเจ้าหญิงอัยยรรสมาน (พระชายา) ยังเป็นพระญาติสนิทของ สมเด็จพระพันวัสสา และ สมเด็จพระพันยลวง. สมเด็จพระองค์ทรงเป็นพระกนิษฐาของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาเทวงษ์วโรประการ และเป็นพระพี่นาง ของ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระสวัสดิ์วัฒนวิศิษฐ์. สมเด็จพระองค์เป็นพระโอรส และธิดาของเจ้าคุณจอมมารดาเปี่ยม, ทร่กมลสรีรติกล. ในรัชกาลที่ ๖ ไ้ทรงสถาปนาพระอัฐิขึ้นเป็น

สมเด็จพระปิยมมาภิเศกวิศิธรินทรราชมาตา. ท่านหญิงอัยยรรสมานเป็นพระธิดาองค์ใหญ่ของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาเทวงษ์วโรประการ, เพราะฉะนั้นท่านหญิงใหญ่ จึงทรงเป็นหลานสนิทของสมเด็จพระองค์, เป็นทั้งทางฝ่ายพระบิดาและพระมารดา. ท่านหญิงใหญ่ทรงเรียกว่าสมเด็จพระอา. โดยเหตุนี้ นอกจากทูลกระหม่อมฟ้าชายแล้ว, ทูลกระหม่อมฟ้าน้อย คือพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๗ พอเสด็จกลับจากเมืองนอก สมเด็จพระพันยลวง ก็รับสั่งให้เสด็จมาเล่นทวงนเหมือนกัน, ทูลกระหม่อมฟ้าน้อยทรงรับราชการเป็นทหารบก, มีพระยศเป็นนายร้อยตรี. ทูลกระหม่อมฟ้าชายทรงเป็นนายเรือโท. มีผู้ตามเสด็จทูลกระหม่อมฟ้าน้อยที่สำคัญควรจะกล่าวในที่นี้ คือ ท่านหญิงนา, หม่อมเจ้าหญิงรำไพพรรณี, พระธิดาสมเด็จพระกรมพระสวัสดิ์และพระองค์เจ้าหญิงอาภาพรรณี. หม่อมเจ้าหญิงรำไพพรรณี ภายหลังไ้อภิเษกสมรสกับทูลกระหม่อมฟ้าน้อย. เมื่อทูลกระหม่อมฟ้าน้อยไ้เสด็จขึ้นเสวยราชเป็นสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๗

ใต้ทรงสถาปนาชนชั้นสมเด็จพระนางเจ้า
รำไพพรรณีพระบรมราชินี. ในเวลาที่ท่าน
หญิงนาตามเสด็จทลกระหม่อมฟ้าน้อยมา
ทวง, พระองค์ยังทรงไว้พระเกษาจาก.
ทรงงดงามน่ารักก็ถูกขี้ตึกอื่น ๆ เพราะ
พระองค์เสด็จออกมาเพื่อเป็นมิ่งขวัญของ
ประชาชนคนไทย. ผู้ใดได้พบเห็นพระองค์
จะพากันรักเสียดังแต่ยังไม่ทราบว่าพระ-
องค์จะทรงเป็นเจ้าแม่อยู่หัวของไทยเรา
พระองค์หนึ่ง. และยังมีหม่อมเจ้าชายอีก
องค์หนึ่ง, พระนามว่าหม่อมเจ้าวรพจน์-
วรวัฒน์ได้ตามเสด็จมาด้วยทุกครั้ง. ท่าน
วรพจน์เป็นนักเรียนนายร้อย. วันหนึ่ง
ท่านวรพจน์เล่นเรือกบตลกระหม่อมฟ้าน้อยที่
โประิมแม่น้ำใกล้กับท่าหนักที่ประทับของ
เสด็จ, ท่านวรพจน์พลัดตกจากเรือลงไ้
ลอยอยู่ในแม่น้ำ, พอขึ้นมาเครื่องแต่ง
องค์แยกหมด. ผู้เขียนไปเที่ยวเยี่ยมเสด็จ
มาจากเจ้านายที่วังถวายให้ทรงเปลี่ยน
ใหม่. วันหลังท่านก็นำมาคืน. เมื่อไม่
นานมานผู้เขียนได้ไปในงานพระราชทาน
เพลิงศพนายตำรวจ เพื่อนท่าน วรพจน์
และเป็นญาติของผู้เขียน, ยังได้คุยกันถึง
เรื่องครั้งนั้น. ท่านวรพจน์ท่านรับราช
การเป็นตำรวจ, เห็นทรงจักรยานบนตวง

ตามถนนบ่อยครั้ง.

ทลกระหม่อมฟ้าน้อยโปรดเสวยข้าวที่
วังหง. รัชสังว่าชาวที่ห้องเครื่องต้น
สมเด็จพระพันปีเสวยไม่อร่อย. เวลานั้น
สมเด็จพระพันปีประทับพระราชวังพญาไท.
ทลกระหม่อมฟ้าน้อยโปรดวิ่งเล่นช้อนหา
กับเจ้านายเล็ก ๆ บนตำหนัก, ได้จับกัน
เลี้ยงกันไปหมก. ขางคราวพระองค์ไป
แอบข้างม่าน. ไม่ถือพระองค์, โปรดเล่น
กับเด็ก ๆ. เวลาเสด็จมาทวงทลกระหม่อม
ทั้งสองพระองค์โปรดทรงแต่งพระองค์ด้วย
สนับเพลาแพรสีต่าง ๆ (กางเกงแพรจีน
ตามสมัยนิยม). ทลกระหม่อมฟ้าชาย
โปรดทรงฉลองพระองค์ แพรขาวหรือผ้า
บ้านขาวคอกลม, สวมได้โดยไม่ต้องผ่า
อกแบบกระลาสาทหารเรือสวม. ทลกระหม่อม
ฟ้าน้อยโปรดทรงฉลองพระองค์ แพรขาว
คอคอก, ผ่าอกเล็กน้อย, ติ๊กม ๑ เมตร.
เมื่อทลกระหม่อมฟ้าน้อยโปรดข้าวทวงหง,
ท่านหญิงใหญ่รับจะถวายทุกวัน. ท่าน
ทรงลูกชันทอนเข้ามาทรงหงเอง, ลูก
จากขรรคมตอน ๒ โมงเศษ. มีเตาไฟตั้ง
ที่เฉลียงบนตำหนักข้างห้องเสวย, หง
ด้วยหม้อกินใบเล็ก ๆ. ไม่ทรงยอมให้
ข้าหลวงหงเพราะจะทรงทำถวายด้วยพระ-

องค์เอง. ตอนสายจะมีมหาดเล็กถอดหม้อมารัชข้าวไปถวาย, เพื่อเสวยในตอนกลางวัน. มีคราวหนึ่งท่านหญิงใหญ่เสด็จไปหัวหินตามเสด็จสมเด็จพระพันยี่หลวง ๆ ประทับตำหนักกรมพระนเรศวรสถิตย์ที่ไฮเตลของกรมรถไฟเคยวัน, แต่ตอนนั้นยังไม่มีโรงแรมหรือบ้านคนพักตากอากาศอย่างเคยวัน. ถนนทรงจะเล่นก็ไม่มี, มีแต่ทางเกวียน. สถานีรถไฟก็ไม่มี, มีแต่ที่พักรถชั่วคราวของลงพระเคยวเคยว. ลงจากรถไฟแล้วจะมีเกวียนมารัช. ต้องนั่งเกวียนไว้ก่อนล่วงหน้าว่าจะให้ไปรัชวันใดเวลาใด. ท่านหญิงใหญ่ทรงพักบ้านพลับข่า, เป็นตำหนักของสมเด็จพระกรมพระยาเทววงษ์ฯ พระยิตา. ท่านหญิงใหญ่ต้องเสด็จไปเฝ้าสมเด็จพระพันยี่ทกคืน. ไปเสวยที่ประทับสมเด็จพระ, กว่าจะได้เสด็จกลับที่พักก็ในราวตี ๑-๒. ต้องเสด็จกลับเมื่อสมเด็จพระพันยี่เขาที่บรรทมแล้ว. ขอให้ท่านคิดว่าการเดินทางจากบ้านพลับข่าตามชายหาดไปถึงไฮเตลทุกวัน, เดินทั้งไปและกลับก็ไกลไม่ใช่น้อย. ท่านหญิงใหญ่ก็ทรงมีพระชนม์มากแล้ว, ไม่ใช่คนหนุ่มสาว. ท่านทรงมีความอดทนถวายความ

จงรักภักดีต่อสมเด็จพระเต็มความสามารถ, ทรงเรียกสมเด็จพระทั้งสองว่าสมเด็จฯ. สมเด็จฯทรงโปรดให้เจ้านายที่เป็นโอรสธิดาของท่านหญิงใหญ่เรียกพระองค์ว่าสมเด็จฯ ยาย. พระราชทานเกียรติพิเศษแก่โอรสธิดาของท่าน. เจ้านายหลานเธอของสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง เรียกสมเด็จฯ ทั้งสองพระองค์ว่าสมเด็จฯ ย่า. ที่เรียกว่าสมเด็จฯ ยายก็แต่เฉพาะของท่านหญิงใหญ่เท่านั้น. ท่านหญิงใหญ่ทรงเกรงว่าสมเด็จฯ จะทรงเจ็บชบเหงา, รัชสั่งให้นายชองอ้วนสับบุญเรือง นำหนังสือของพัฒนารไปถวายถวายให้ทอดพระเนตรที่หัวหิน. สถานที่สร้างโรงหนังสือพัฒนาร เป็นที่ดินของท่านหญิงใหญ่, เคยวันประทานให้แก่หม่อมเจ้าอมรสมานลักษณศักดิ์ยากรพระโอรสองค์ใหญ่. สมัยนั้นเป็นหนังสือเย็บ, เรียกว่าหนังสือเย็บเพราะเย็บขึ้นเป็นผู้นำเข้ามาขายเป็นครั้งแรก. แต่ความจริงเป็นหนังสือฝรั่ง. มีตัวหนังสืออังกฤษบรรยาย. หนังสือเย็บต้องใช้แคตร. เข้าให้มันตั้ง, เข้าโหมโรงล่วงหน้าเสียพักใหญ่แล้วจึงขาย. การเข้าแคตร ทำให้หนังสือมีชีวิตชีวาขึ้น. หนังสือตอนนั้นเป็นหนังสือกลกมีชาลีแซปลินแสดงข้าง, ชาโรลด์ลอยด์กลกแวนตาโต

ข้าง. มีหนังสือยาวเป็นเรื่องผจญภัย. มีนางเอกชื่อเฟลไวท์ และร็อบโรแลนก์. หนังสือยาวจะจบมีวันตอนพระเอกตกเขา, นางเอกถูกมัดไว้ให้รถไฟที่ขอล. ทำค้างไว้ให้ตกใจ, จะไปขอยากดตอนคือว่าพระเอกนางเอกจะตายหรือเปล่า. สมเด็จพระพันยี่ไปรศพระราชทานตราพระเสาวนีย์แก่นายชองฮง สืบดูเรื่องคดีหน้าโรงหนังพัฒนาการ.

ทลกระหม่อมพ้าน้อยก็เสด็จไปพักกับสมเด็จพระแม่เป็นครั้งคราว. มักจะเสด็จไปเสวยที่บ้านตำหนักพลับพลาอยู่. ยังทรงโปรดเสวยข้าวของของท่านหญิงใหญ่อยู่ตามเดิม. ท่านหญิงใหญ่จะต้องลุกจากบรรทมมาทรงหุงข้าวถวาย, แล้วกลับไปเข้าบรรทมต่อ. มีอยู่ไม่กี่ครั้งทรงให้ผู้เขียนหุงข้าวถวายแทน. วันนั้นต้องเป็นวันเสด็จกลับจากเฝ้าสมเด็จพระพันยี่มาก. บางวันเกือบสว่างกว่าจะถึงตำหนักก็มี. วันนั้นแหละจะทรงให้ผู้เขียนหุงแทน. ท่านไม่ทรงทราบว่าผู้เขียนหุงข้าวไม่เป็น. แต่การที่จะทูลท่านหญิงใหญ่ว่าหุงข้าวไม่เป็น, ก็เป็นการไม่สมควรอย่างยิ่ง. ถึงอย่างไรก็ต้องพยายามมีข้าวที่หุงโดยเฉพาะถวายจนได้. มีข้า

หลวง ท่านหญิงใหญ่คนหนึ่งชื่อแม่ผ่น. เขาหุงข้าวและทำครัวให้สาร์พัก. จึงกราบไหว้อ้อนวอนให้แม่ผ่นเขาช่วยทูลเวลาข้าวเดือด. คุณแม่คิดว่าสักขนาดไหนจึงจะเข็ดน่าใจ และเวลาเอาข้าวขึ้นตวงนานเท่าใดจึงจะสกปรก, และไม่ไหม้ถ้วย. แม่ผ่นรับทูลให้ ๒ ครั้ง, นอกนั้นต้องทำเอง. ถ้าต้องหุงแทนท่านคราวใด, ก็ต้องรบกวนแม่ผ่นทุกครั้ง. ผู้เขียนชอบเย็บเสื่อผ้า, ก็ต้องเลยเล่าเสียถ้วยว่าเรื่องเย็บเสื่อเป็นสาเหตุให้ผู้เขียนได้มีโอกาสเฝ้าสมเด็จพระราชาธิบดีฯ เป็นครั้งแรก. ถ้วยท่านหญิงใหญ่ได้ขอให้ผู้เขียนไปเย็บฉลองพระองค์ถวายท่านกับท่านหญิงกมลปราโมทย์พระธิดาพระองค์ใหญ่, ทรงใส่ไปในงานวันเฉลิมพระชนม์พรรษาของสมเด็จพระพันยี่. งานนี้เป็นงาน ๓ วัน ๓ คืน, ต้องเสด็จวันละ ๒ ครั้งทั้งสองพระองค์, คิดเป็นฉลองพระองค์ทั้งหมด ๑๒ ตัว. ท่านได้ให้พวกชฎอนที่โสดสามเสนเย็บข้าง, ให้คณจอมทูลอยู่ในวังหลวงเย็บข้าง. เย็บทั้งสองแห่งแล้วยังเสร็จไม่ได้ทัน, จึงให้ผู้เขียนไปเย็บถวายอีกคนหนึ่ง. เป็นคนเทศที่ผู้เขียนไปอยู่วังนั้นชั่วคราว. ถึงเวลาจะเสด็จไปหัวหิน, ผู้เขียนอยาก

ไปเที่ยวหัวหินเพราะไม่เคยเห็น. นี่จึง
เป็นเหตุให้ผมเรื่องมาเล่าต่าง ๆ คงที่ได้เล่า
มาแล้ว, และยังมีได้เล่าต่อไป. ผู้เขียน
ไม่เคยเห็นแม่แต่รถไฟ, ก็ได้ขึ้นรถไฟ
เลย. ความใจไม่เคยไปไหนเห็นคันข้าว
กำลังขึ้นเขาสวยเรียบเหมือนสนามหญ้า.
คิดในใจว่าสนามหญ้าของใครนะดูใหญ่โต
กว้างขวางกว่าทุ่งพระเมรุ (สนามหลวง)
มาก, รถไฟแล่นผ่านไปคังนานยังไม่
หมดสักที. ผู้เขียนชอบศึกษาขนบธรรมเนียม
นิยมเจ้านาย, จึงยังไม่ยอมกลับบ้าน,
อย่างเคียวกับเข้าไปในวังสวนกุหลาบแล้วไม่
ยอมกลับบ้าน จนคุณพ่อตกลงยอมให้ไปเรียน
พยาบาลที่ศิริราช, จึงได้กลับไปเข้าเรียน
พยาบาล. ตอนแรกที่คุณพ่อไม่ยอมนั้น
เพราะไม่ชอบคุณ เป็นผู้ชาย มาสอนการ
คลอดบุตร. ที่ศิริราชเองผู้เขียนได้มี
โอกาสเฝ้าสมเด็จพระราชบิดาฯ อีกครั้ง.
หัวหินนั้นเดิมไม่มีใครมีบ้านพักตากอากาศ
สักแห่ง. เห็นมีตำหนักของกรมพระนครสวรรค์
ที่สมเด็จพระพันปี ไปประทับกับตำหนักบ้าน
พลับพลาซึ่งอยู่ใกล้ลงหนองแก, และบ้าน
ใกล้ ๆ เขาตะเกียบอีกหนึ่งบ้าน. ตรงที่ตง
โฮเต็ลเดี่ยวนั้นยังเป็นทิวา่งเปล่า. ตำหนัก
พระองค์จุลฯ พงจะมีตอนหลัง. เวลานั้นยัง

ไม่มีถนนหนทาง, จะไปไหนก็ไปตามทาง
เกวียน. ทำไร่แต่งโมกันส่วนมาก. ใคร
เข้าไปในไร่, กินแต่งโมไม่ต้องซื้อ. ถ้า
จะเอาไปบ้านราคาถูกลง ๑๐ สตางค์. ลูก
ใหญ่มากและยังแถมให้อีกด้วย. ต้น
สามสิบเอารากมาทำเชือกมกรอบรอบยี่.
เห็นต้นสูงเพียงคืบสองคืบเท่านั้น, พอขุด
ลงไปไ้รากทั้งชลอมใหญ่. ใช้เป็นของ
ฝากคนกรุงเทพฯ ก็เพราะเป็นของแปลก.
ตัวแ้ววังให้ปลานไปตามทางเดิน. นาง
เก่งและกระต่ายก็หากินง่าย, มีชาวบ้าน
เอามาขายเกือบทุกวัน. หอยทิมสวยสด
เต็มชายหาดไปหมด. เอามือกวาดกอบ
ใส่ถังหรือกระป๋อง ขนบั้ง ที่หมดแล้วมา
ฝากพวกบ้าน. เรื่องหอยทิมแล้วจะขน
เป็นขี้ก็ได้. เดี่ยวนหาทำยาตากเพราะ
ชาวบ้านเก็บเอาไปขายพวกทำของประทับ
เสียหมด. หอยตลับมีมากหลายขนาด.
เอามาฝากคนกินหมาก, ใช้ทำเป็นตัวย
ยาฝอยและตัวยขผึ้ง. ที่หลักฐานหน้อยก็
เลี่ยมทองเลี่ยมมาก. อย่างเพลฯ ก็
เลี่ยมเงิน. มีอีกชนิดหนึ่งตัวยาวและ
ค่อนข้างกลม, เอามาฝากฝ่ายชายทำ
ตุ้มเสื่อ. อย่างไม่เอาของอันกวาดเอา
ทรายขาว ๆ มาฝาก คนกรุงเทพฯ ก็ไ้,

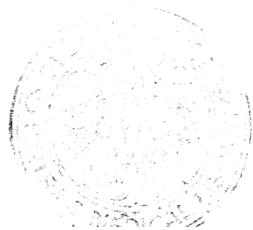
เพราะคนกรุงเทพฯไม่เคยเห็นทรายสีขาว. การไปเที่ยวเขาตะเกียบแต่ละครั้ง, ต้องตื่นแต่เช้าตรู่ เริ่มออกเดินทางไปแล้ว. ต้องเตรียมอาหาร และน้ำติดตัวไปด้วย. ของใครก็ต้องเอาติดตัวไปเอง. เจ้านายก็ต้องทรงถือไปเอง, เพราะทางไกลเพียงแต่เดินก็แทบเอาตัวไม่รอด. ผู้เขียนไม่เคยไปเขาตะเกียบเพราะเดินไม่ไหว, พังจะไปตอนมีถนนแล้วและนั่งรถไฟ. อาหารและน้ำแข็งต้องส่งไปจากกรุงเทพฯ ทุกวัน. ถึงเวลาต้องเอาเกวียนไปรอรับที่รถไฟหยุด. ต้องรีบขนลงเร็ว ๆ, รถไฟไม่ยอมหยุดนาน. ขวางคราวต้องโยนลงมาขณะรถเริ่มออกวิ่ง. รถไฟสมัยนั้นห้องน้ำห้องส้วมไม่มีขบวนรถ. รถชั้นหนึ่งสะดวกหน่อยมีห้องเล็กๆ, พอที่จะเอาโต๊ะหรือกระโถนไปตั้งไว้ถ่ายได้. ชั้นธรรมดาารถเต็มทนต้องวิ่งลงไปถ่ายข้างล่าง, เวลาารถหยุดตามสถานี. ผู้ชายพอจะทน, ถ้าผู้หญิงหมดโอกาส, พอจะชักสินใจ

ตกลงรถก็ออกเสียแล้ว.

ในทะเลแมงกะพรุนไฟมีมาก. เวลาไปเล่นน้ำต้องระวังถ้าไปถูกแมงกะพรุนไฟเข้า, ทำให้ปวดแสบร้อนคล้ายถูกไฟลวก. กลางคืนต้องระวังเสื้อลงมาจากภูเขา, ไม่กล้านอนตามระเบียงกลัวเสื้อลากเอาไปกิน. ตอนเช้าบางครั้งวพยรอยเท้าเสื้อในบริเวณลานบ้านที่พัก. หลายปีต่อมาหัวหินเขาขึ้นเจริญมีผู้คนในกรุงเทพฯ นิยมไปปลูกบ้านพักตากอากาศในฤดูร้อน. ทลกระหม่อมฟ้าหญิงไต้โปรคให้ปลูกพระตำหนักเป็นที่ประทับแรมหนึ่งหลังในบริเวณบ้านพลับข่า, และมีเรือนเล็ก ๆ สำหรับมหาดเล็ก กรมวัง อยู่อีก ๒ หลัง.

เท่าที่เขียนมานั้นเป็นความจำที่มาแต่หลัง. มีทั้งที่เป็นเรื่องข้าง, ไม่เป็นเรื่องข้าง. แต่หวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่คนรุ่นหลัง ๆ น.

เพทาย พยุงเวชศาสตร์



แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน									รวม
ผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๖๐๐	๒,๗๘๔	๒,๔๓๔	๒,๓๖๘	๒,๗๖๑	๕๐๕	๔๕๓	๑๖,๓๔๕
	เก่า	๘,๐๐๔	๓,๔๑๔	๖,๐๓๗	๓,๓๘๔	๔,๕๕๕	๑,๗๕๖	๑,๐๓๗	๒๗,๑๕๑
	รวม	๑๒,๖๐๔	๖,๑๙๘	๘,๔๗๑	๕,๗๕๒	๗,๓๑๖	๒,๖๖๑	๑,๕๙๐	๔๔,๕๓๖
ใน		๒๑๑	๔๐๖	๑,๘๑๗	๓๓๒	๔๒๗	—	๕๔	๓,๒๔๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๕๘, จักษุ ๖๐๓, สูติ—นรี ๖๒๗, ออร์โธ —, รวม ๑,๗๘๘ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๕๒, หญิง ๖๕๕, รวม ๑,๓๐๗. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๑๑, รวม ๒๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๘ คน (๕.๔๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๑๗ ราย (๕.๕๕ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๔๕๗ ครั้ง, มหันตโทษ ๑๒๕ ครั้ง, ฤทธิ์โทษ ๔๑ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๖๑ ขวด, จากญาติ ๘๕ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๘๖๕. ทำครอสแมตซิงก์ ๑,๖๗๔, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๒๗๐ ครั้ง, ทำพลาสมาแข็ง ๑๐๕, เกิดเลือด ๑๐๕.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๘๐๒ คน. รักษาใหม่ ๑๖๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๒๓๗ คน. รักษาติดตาม ๗๐๑ คน, เติ้มรักษาใหม่ ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๓๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๐๐ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่—คน, รวมรักษาใหม่เก่า—คน. โคบอลต์รักษาใหม่ ๑๑๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๕๕๘ คน, รัตไอโอโซโทป รักษาใหม่ ๒๘๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๘๖๐ คน, รัตไอโอโซโทปวิจัย — คน, ไดอะเธอร์มีย์ — คน.

๗. แผนกขลุ่ยเค็ม วิเคราะห์ทางเค็ม ๖,๕๗๗ ครั้ง, การตรวจพิเศษ — ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๗ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๒๕๘ ชิ้น ตรวจเนื้อ ๑,๕๗๗ ชิ้น (จากภายนอก ๖๓๕ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๕ ราย การตรวจเซรัมวิธีวัดตาล ๖๑ ราย. การตรวจวิธี วิ.ดี.อาร์. แอล. ๓,๕๕๕ ราย. การตรวจวิธีฟอลบันเนล ๑. หมู่เลือด ๑๖. นับเม็ดเลือด —. วัตอีโมโกลบิน —. ตรวจบัสสวาระ ๔๔๗ ราย. ตรวจอุจจาระ ๔๓๗ ราย. การตรวจวิธีคัมบี้ ๒ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๔๔๘. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๓๒. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. ๔. เพาะเชื้อบิด —. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด —. ตรวจพิเศษ —. การตรวจหาแอนติบอดีของซัยฟลิส — ราย. การตรวจวิธีไรเตอร์โปรเทอน ๕๘ ราย

๕. แผนกปาราสิตวิทยา เพาะเชื้อบิต ๘ ราย. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๓๔. การนับไข่พยาธิ ๓. การตรวจพิเศษ ๑.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๒๕๓. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๒๐๕. เพาะเชื้อจากปัสสาวะ ๒๖๕. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๗๑๑. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๐. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๐๑. นีตีสัตว์ทดลอง ๕. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๘๔. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๓๒. เพาะเชื้อวา ๑๕.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๕๒ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๕๕ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๖๐ ราย. ตรวจผู้บ่วยคดี ๗๖๕ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ — ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๑๐ ราย. ไปศาล ๔ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๖๑, แจ้งข่าว —.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้บ่วยนอก) เจาะท้อง ๑๗. เจาะน้ำสันหลัง ๒๑. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๔. เจาะเลือด ๔๐๒. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๕. จมูกหนัง ๑๕. นีตยาทั่วไป ๒,๕๑๕. ให้น้ำเกลือ ๓๖๕. ให้เลือด ๑๑๑. เบาหวาน ๔,๕๐๒. กลืนก้อนโรค ๑๕๐.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคปาก ๔๑๒. ถอนฟัน ๑,๕๒๘. อดฟัน ๑,๑๕๕. ผ่าตัดช่องปาก ๕๕. ชะแผล ๕๕. นีตยา ๒๗.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน หรือใช้เช็คออมสิน.

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน								รวม	
ผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๒๓๘	๒,๖๓๗	๒,๓๒๑	๒,๕๒๗	๒,๔๑๕	๕๑๓	๕๕๒	๑๕,๖๔๗
	เก่า	๗,๓๑๘	๓,๕๘๗	๕,๕๑๒	๓,๖๑๗	๔,๒๔๕	๑,๕๕๒	๑,๓๖๖	๒๗,๕๕๗
	รวม	๑๑,๕๕๖	๖,๒๒๔	๗,๘๓๓	๖,๑๔๔	๖,๖๖๐	๒,๘๖๕	๑,๙๑๘	๔๓,๒๐๔
ใน		๒๖๐	๔๔๑	๑,๖๗๑	๓๕๕	๓๖๕	—	๕๒	๓,๑๕๕

๒. **จำนวนการผ่าตัด** ศัลย ๕๘๑, จักษุ ๖๒๕, สูติ-นรีฯ ๖๕๘ ออร์โธ —, รวม ๑,๕๐๔ ราย.
๓. **จำนวนเด็กเกิด**, ชาย ๖๖๖, หญิง ๕๖๐, รวม ๑,๒๒๖. กลอดตาย, ชาย ๓๖, หญิง, ๑๑, รวม ๔๗.
๔. **ผู้ป่วยตาย** ๒๖๖ คน (๗.๑๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๓๖ ราย (๑๕.๕๒ ปช. ของที่ตาย).
๕. **คลังเลือด** เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๗๖ ครั้ง, มหานครโทษ ๑๓๗ ครั้ง, ลพบุรี ๓๒ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๖๑ขวด, จากญาติ ๓๗ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑๐๔๓. ทำคอรอสเมตซิงก์ ๑,๘๘๔, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๒๓๒ ครั้ง, ทำพลาสมาแข็ง ๑๘๕, เก็ตเลือด ๖๓.
๖. **แผนกรังสีวิทยา** รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๔๕๑ คน. รักษาใหม่ ๑๓๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๕๓๕ คน. รักษาติดตาม ๘๘๑ คน. ราเคมีรักษาใหม่ ๓๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕๕ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๓๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๔ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ รักษาใหม่ ๗๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๗๕๒ คน, รมดิโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๗๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๒๕๗ คน.
๗. **แผนกชีวเคมี** วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๓๑๕ ครั้ง. การตรวจพิเศษ — ครั้ง.
๘. **แผนกพยาธิวิทยา** ตรวจศพ ๓๖ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๔๕๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๗๘ ชิ้น (จากภายนอก ๗๖๐ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๗๔ ราย. การตรวจเชรุ่มวิธีวัดตาล ๗๑ ราย. การตรวจวิธี วัต.อาร์. แอล. ๓,๖๖๓ ราย. การตรวจวิธีพอดมันเนด ๑. หมู่เลือด ๔๒. นับเม็ดเลือด —. วัตฮีมโกลบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๕๕๖ ราย. ตรวจอุจจาระ ๓๓๘ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๑๐ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๓๐๗. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๑๕. การตรวจวิธี อาร์.เอช. — ราย. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. ๑. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีฟลิส — ราย. การตรวจวิธีไรเตอร์ โปรตีน ๑๘๓ ราย.

๘. แผนกปาราศาสตร์วิทยา เพาะเชือกบิต ๑๒. ตรวจทดสอบตัวจิต ๓๒. การนับไข่มพยชาติ ๒. การตรวจพิเศษ ๕.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๒๕. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๒๔๔. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๑๘. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๐๔. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๓๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๑๑. นิตยสารทดลอง ๕. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๖๘. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๘. เพาะเชื้อรา ๑๕.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๕๕ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๘๖ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๑๑ ราย. ตรวจผู้บวชคดี ๖๕๔ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๒ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๕ ราย. ไปศาล — ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิพ, รับข่าว ๑๒. แจ้งข่าว —.
๑๒. แผนกกายวิภาคศาสตร์ (เฉพาะผู้บวชนอก) เจาะท้อง ๑๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๓. เจาะตับ ๖. เจาะน้ำช่องปอด ๘. เจาะเลือด ๓๖๓. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๐. จมูกหนัง ๒๓. นิตยาทั่วไป ๒,๘๒๗. ให้น้ำเกลือ ๓๕๖. ให้เลือด ๘๘. เบาหวาน ๔,๔๕๖. คลินิกวัณโรค ๑๒๕.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๕๓. ถอนฟัน ๑,๖๓๑. อุดฟัน ๑,๑๖๕. ผ่าตัดช่องปาก ๖๗. ชะแผล ๕๗. นิตยา ๔๔.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การอบรมทางวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้ส่งเสริมการฟื้นฟูและเพิ่มวิทยาการให้แก่แพทย์, พยาบาล, นักศึกษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง, เป็นพิเศษในระหว่างปีภาคเรียนดังนี้ :

๑ การอบรม ระยะสั้นเกี่ยวกับหลัก

การทางครุศาสตร์ ตั้งแต่วันจันทร์ที่ ๑๖ เมษายนถึงศุกร์ที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๑๑, เวลา ๑๔.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น. ทุกวัน, รวม ๑๔ วัน. หัวข้อในการบรรยายมีดังนี้: (๑) สาระสำคัญของวิชาครู,

ศาสตร์, (๒) จิตวิทยาการศึกษา, (๓) สังคมศาสตร์การศึกษา, (๔) การออกมศึกษา, (๕) ศิลปศาสตร์กับวิชาชีพ, (๖) วิชิตสอนระดับอุดมศึกษา, (๗) โสภคทัศน์-ปกรณกับการสอนระดับอุดมศึกษา, (๘) การวิจัยผลในระบับอุดมศึกษา, (๙) หลักการวิจัยผลแนวใหม่, (๑๐) วิชการวิจัยผล, และมีการอภิปรายกลุ่ม ในหัวข้อดังต่อไปนี้: (๑) ความสัมพันธ์ระหว่างครุศาสตร์ กับศาสตร์อื่น โดยเฉพาะแพทยศาสตร์, (๒) หลักสูตร และการสอน ระดับ อคมศึกษา กับวิชาแพทยศาสตร์, (๓) หลักการทางครุศาสตร์กับการสอนวิชาแพทยศาสตร์.

ในการนี้ท่าน คณะบดีคณะครุศาสตร์, พุฒางกรณมหาวิทาลัย, ศาสตราจารย์ พุทธิพิชัย นพวงศ์ ณ อยุธยา, ร่วมกับ รองศาสตราจารย์ ดร. จรูญทัศน์ พุกกะมาน, รองศาสตราจารย์ลำภา วรวงกร, ศาสตราจารย์ผู้ช่วยสุจริต เพียรชอบ, ศาสตราจารย์ผู้ช่วย ดร. สายสุรี จุติกุล, อาจารย์ประคอง กรวรรณสถ, อาจารย์ ดร. พรรณิน สาคริก, และอาจารย์ ดร. วิจิตร ศรีสอ้าน, ได้ช่วยเพิ่มพูนความรู้ที่จะเป็นแนวทางให้มีการปรับปรุง แนวการสอน

และตัวอาจารย์ผู้สอน ให้เหมาะสมในการสอนนักศึกษา. ได้มีผู้เข้าฟังการบรรยาย และร่วมอภิปรายอย่างคึกคักทุกวันตลอดรายการ, และรู้สึกชอบคล่องในความอนุเคราะห์และซาบซึ้งเป็นอันมาก ในไมตรีจิตของคณาจารย์คณะครุศาสตร์. นับเป็นครั้งแรก ในประวัติของ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลที่ “ครุแพทย์” และ “ครุพยาบาล” ได้ศึกษาวិชาคร. เนื่องจากยังมีผู้สนใจเข้ารับ การอบรมในหัวข้ออื่นต่อไป, คณะครุศาสตร์จะได้พิจารณาจักการ อบรมเพิ่มเติมต่อไปในโอกาสอันควร.

๒. การอบรมระยะสั้นวิชา เมคิคัล อีเล็คตรอนิกส์ ตั้งแต่วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๑๑ เป็นต้นไปรวม ๑๒ วัน. สอนภาคทฤษฎีเวลา ๑๐.๐๐ ถึง ๑๒.๐๐ น., และภาคปฏิบัติเวลา ๑๓.๓๐ ถึง ๑๕.๐๐ น. ผู้อบรมคือศาสตราจารย์ น.พ. คีดี จึงเจริญ, หัวหน้าแผนก สรีรวิทยา. ใ้รับผู้เข้าอบรมในภาคปฏิบัติ เพียง ๑๐ คน เพื่อประโยชน์ทางการใช้ การ และเพื่อประสิทธิภาพ ในการ อบรม. สำรับทางภาคทฤษฎีนั้นได้มีผู้สนใจเข้า ฟังการบรรยายเป็นจำนวนมาก.

๓. การอบรมเกี่ยวกับการบริหารผู้
ช่วย วิชาความรู้ เริ่มเมื่อ ๑๔ พฤษภาคม
ถึง ๒๔ เดือนเดียวกัน, เวลา ๑๓.๐๐ ถึง
๑๖.๐๐ น. หัวข้อการอบรมมีดังนี้:
(๑) เลือดออกและการห้ามเลือด (ศจ.
เพ็ญ สัตย์สงวน), (๒) ช็อคค้ำ และการ
ทดแทนสารน้ำ (สง่า นิลวรางกร), (๓)
การขาดเลือดที่สมอง (ศจ. อภิคม โปษะ
กฤษณะ), (๔) การขาดเลือดที่กระดูกและ
ข้อ (นที รัชพลเมือง, สิทธิ เทศะกัมพช,
ประพันธ์ จิตจำนงค์), (๕) การขาดเลือด
ของกระดูกสันหลัง (นที รัชพลเมือง),
(๖) การขาดเลือดของ ทรวงอก (กัมพล
ประจวบเหมาะ) (๗) การขาดเลือด ของ
ช่องท้อง (ทองนอก นิตยสิทธิ์) (๘) การ
ขาดเลือดของ ระบบสืบพันธุ์ และปัสสาวะ
(ทัชชวิวัฒน์), (๙) การขาดเลือดจาก
กระเพาะ, การขาดเลือด, และกระสุนปืน (พ.ต.
บุญเกตุ เหล่าวณิช) (๑๐) แผลไหม้
จากของร้อน (นกุล ปรีชญานุสรณ์),
(๑๑) การเจ็บป่วยจากรังสี (ศจ. โรจน์
สุวรรณสุทธี) (๑๒) บรรยายและแสดง
เรื่อง การช่วย การหายใจ และหัวใจ
(ประสิทธิ์ เจริญไทยทวี, บัญญัติ ปรีชญา

นนท์), (๑๓) การถ่ายเลือด (ทัศนยานี
จินทนียงยง), (๑๔) การขาดเลือดของ
ประสาทส่วนปลาย (ศจ. เพ็ญ สัตย์
สงวน), (๑๕) การตัดอวัยวะ (ศจ. เพ็ญ
สัตย์สงวน), (๑๖) การขาดเลือดของตา
และหู (ศจ. ชุก อยุธยาวิสิทธิ์, เชิญ เศรษฐี)
(๑๗) การขาดเลือดบริเวณหน้า, คางและคอ
(ศจ. พิสิษฐ์ วิเศษกุล), (๑๘) การทดแทน
สารน้ำในเด็ก (ม.ร.ว. จันทน์วิภาณี เกษม-
สันต์), (๑๙) การขนย้ายผู้ขาดเลือด (พ.ต.
บุญเกตุ เหล่าวณิช), (๒๐) การขาดเลือด
ของหลอดเลือด (เกษม ลิ่มวงศ์), (๒๑)
การพยาบาลทั่วไป (คุณสงวนสุข ฉันท-
วงศ์), (๒๒) ғанันติเวชวิทยาเกี่ยวกับผู้
ขาดเลือดและตาย (สงกรานต์ นิยมเสน),
(๒๓) ยาระงับประสาท และยาระงับปวด
(ประสิทธิ์ เจริญไทยทวี).

ในการอบรมนี้ได้รับความร่วมมือจาก
พ.ต. น.พ. บุญเกตุ เหล่าวณิช แห่ง
ร.พ. พระมงกุฎเกล้าฯ ซึ่งมีประสบการณ์
มามากเกี่ยวกับผู้ขาดเลือดในสงคราม, มา
บรรยายเรื่องการขาดเลือดจากกระเพาะ และ
การขนย้ายผู้ขาดเลือด. ได้มีผู้สนใจเข้าฟัง
การบรรยายอย่างเนืองแน่นทุกวัน.



๔. การฉายภาพยนตร์เกี่ยวกับวิชาการแพทย์ และ พยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๖ ถึง ๒๔ พฤษภาคม, เวลา ๑๒.๓๐ ถึง ๑๓.๐๐ น. มีผู้สนใจเข้าชมพอสมควร.

ผลของการอบรมระยะสั้นในแขนงวิชาต่าง ๆ ทั้งโดยตรงและวิชาที่เกี่ยวข้องในคราวปิดภาคเรียนนี้ ได้ผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ.

การเปิดภาคเรียนประจำปี ๒๕๑๑ - ๒๕๑๒

เมื่อวันจันทร์ ที่ ๒๗ พฤษภาคม ได้มีการชุมนุมอาจารย์และนักศึกษา ณ หอประชุมราชแพทยาลัยเพื่อกระทำพิธีการเปิดการศึกษาใหม่เช่นที่เคยปฏิบัติ. หลังจากที่ได้คบคิดกล่าว อารัมภบทแล้ว ศจ. ม.ร.ว. พ.ญ. สังศรี เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนกสรีรศาสตร์ และศจ. น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี อาจารย์ผู้ปกครองให้โอวาทและกล่าวคำปราศรัยแก่นักศึกษาตามลำดับ. จบแล้วมีการแจกรางวัลการศึกษาสำหรับชั้นที่ผ่านไป.

พิธีไหว้ครูประจำปี

การไหว้ครู ประจำปี นี้ ได้จัดขึ้นเมื่อ

วันที่ ๑๓ มิถุนายน โดยได้ร่วมการตัดบัตรพระสงฆ์จำนวน ๑๐๐ รูป. พระสงฆ์ ๕ รูป เจริญพระพุทธมนต์ แล้วฉันภัตตาหารเช้า. ทอดผ้าสัปดาห์ปรกณแล้ว อาจารย์ผู้ปกครองอ่านรายพระนามและนามของบรรพจารย์ผู้มีอุปการคุณ ทูลวงลัยไปแล้ว. จบแล้ว พระสงฆ์ ชกผ้ายสังกถ, ถวายเครื่องไทยธรรม, พระสงฆ์อนุโมทนา. ต่อไปเริ่มพิธีไหว้ครู, คณบดีฯ และคณาจารย์เข้านั่งที่เพื่อบริสัการะ. นักศึกษาของคณะเข้ามาอบถอกไม้ธูปเทียนสักการะ แก่ท่าน คณบดีฯ ในฐานะตัวแทนคณาจารย์, เสร็จแล้วพร้อมกันกล่าวคำไหว้ครู. ท่านคณบดีฯ ให้โอวาทแล้วร่วมกันร้องเพลงสรรเสริญ ศิริราชและเพลงสรรเสริญพระบารมีเป็นเสร็จพิธี.

ข่าวนำยินดี

๑. แต่งตั้งอาจารย์ชนพิเศษ มีพระบรมราชโองการ โปรดเกล้าฯ แต่งตั้งอาจารย์ชั้นพิเศษของ คณะแพทยศาสตร์ และศิริราช พยาบาล ดังรายนาม ต่อไปนี้
(๑) พ.ญ. นันทา ศิตตะศิริ, แผนกชีวเคมี
(๒) พ.ญ. พันติ อธิสุข, แผนกสรีรวิทยา
(๓) น.พ. วิเชียร ศิลกสัมพันธ, แผนก

กาย วิชาศาสตร์ (๔) น.พ. ทองน่าน วิชาเวช, แผนกอายุรศาสตร์ (๕) น.พ. ทินรัตน์ สถิตินิมาการ, แผนก พยาธิวิทยา.

๒. รั้วพระราชทานเหรียญกษัตริย์มาลา เข็มศิลปวิทยา ศจ. น.พ. อุกุม ไยยะ กฤษณะ และศจ. น.พ. วิจิตร วิรานวิทย์ ได้รับพระราชทานเหรียญกษัตริย์มาลา เข็มศิลปวิทยาเมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ค.ศ.นี้.

ไปต่างประเทศ

(๑) น.พ. ปัญญ์ บุรณศิริ, แผนกอายุร- ศาสตร์, ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สรช., ออกเดินทางเมื่อ ๖ มิถุนายน. (๒) น.พ. อำนวย อนนะนันท์, แผนกออร์โธปีดิกส์, ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สรช., ออกเดินทาง เมื่อ ๖ มิถุนายน. (๓) พ.ญ. สันนิทา พลขัตติ, แผนกจักษุ, ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ประเทศเยอรมนีด้วยทุน คี.เอ.เอ.ที., ออกเดินทางเมื่อ ๕ มิถุนายน. (๔) น.พ. ประเสริฐศักดิ์ คุ้มจินดา, แผนกเภสัช วิทยา, ไปศึกษาเพิ่มเติมเป็นเวลา ๓ ปี ด้วยทุน คี.เอ.เอ.ที. ณ ประเทศเยอรมนี. ออกเดินทางเมื่อ ๕ มิถุนายน. (๕) น.พ. จรัส เกรัมย์พงษ์, แผนกคัลยศาสตร์,

ไปศึกษาเพิ่มเติมที่นอร์เวย์ ยูนิเวอร์ซิตี เมทคัล เช่นเตอร์, สรช., ออกเดินทาง ๕ มิถุนายน. (๖) น.พ. อติเรก จิววงษ์, แผนกออร์โธปีดิกส์, ไปศึกษาต่อ ณ ประเทศเยอรมนีด้วยทุน คี.เอ.เอ.ที., ออก เดินทางเมื่อ ๕ มิถุนายน. (๗) น.พ. จิเรณ วิเศษกุล, แผนกพยาธิวิทยา, ได้รับ ทุนจาก มหาวิทยาลัยวิสคอนซินไป ศึกษา และวิจัยวิชาพยาธิวิทยาเป็นเวลา ๔ ปี, ออกเดินทางเมื่อ ๑๕ มิถุนายน. (๘) น.พ. พัทธนะ สวรรคทัต, แผนกรังสี วิทยา, ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สรช. (๙) น.พ. เทียนไชย ชัยสวัสดิ์, แผนกรังสี วิทยา, ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สรช. (๑๐) น.พ. มั่นสิทธิ์ คุ้มเอนก, หน่วยโลหิต วิทยา, แผนกอายุรศาสตร์, ไปศึกษา เพิ่มเติม ณ สรช., ออกเดินทางเมื่อ ๒๒ มิถุนายน. (๑๑) พ.ญ. จุฬารัตน์ มหาสันทนะ, ไปศึกษาเพิ่มเติมวิชากุมาร โโลหิตวิทยา, ณ สรช. (๑๒) น.พ. ประพาส เพ็ชรเลิศ, แผนกสูติฯ-นรี- เวชฯ, ได้รับทุนของมูลนิธิฟอร์ด ไป ศึกษาและทำงาน ณ สรช. มีกำหนด ๒ ปี, ออกเดินทาง ๒๒ มิถุนายน.

ไปประชุมและดูงาน

(๑) น.พ. อร่าม อรมวิชัย ไปประชุมเกี่ยวกับโรคของกระดูก, ข้อ, ปอดและโรคเชื้อราที่มหาวิทยาลัยจากการ์ต้า, ประเทศอินโดนีเซีย, ตั้งแต่วันที่ ๑๒ ถึง ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๑๑. (๒) ศาสตราจารย์ น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก ไปร่วมประชุมสมาคมเวชศาสตร์นิวเคลียร์ที่เซ็นทรัลหลุยส์, สวิส., วิทยุของรัฐบาลไทย และ ไซน่าเมติกัลเลอร์ท. ได้บรรยายผลงานค้นคว้าเรื่อง บี.เอส.พี. สแกนนิ่ง ของตับแล้วดูงานใน สวิส. และยุโรปอีกประมาณ ๒ เดือน. ออกเดินทางวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๑๑.

กลับ

คุณวิไลวัจน์ (อนุบุญเรือง) เกษณระภาทิ หัวหน้าหน่วยสังคมสงเคราะห์ได้กลับจากการศึกษาและดูงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ณ ประเทศออสเตรเลียในเดือน มิถุนายน.

ได้บุตร

น.พ. ประกิจจุ์ เจริญไทยทวี ได้บุตรสาว ๑ คนเมื่อวันที่ ๒๘ พค. ๒๕๑๑. ยินดีด้วย.

มรณกรรม

(๑) ได้รับข่าวที่น่าสลดใจยิ่งว่า น.พ. พิระพล สุนทรพะดิน แห่งแผนกคัลยศาสตร์, ซึ่งได้ลาไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชาคัลยกรรมตกแต่ง ณ สวิส. เมื่อ ๔ มิถุนายน ๒๕๐๘, ได้ประสบอุบัติเหตุถึงแก่กรรมเมื่อ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๑๑. นับว่าคณะได้เสียอาจารย์หนุ่มผู้นำจะมีอนาคตที่มากไปคนหนึ่งอย่างน่าเสียดายยิ่ง. (๒) ท่านชนอิสถกรรม (เชอมนรัตนะกนก), คิษย์เก่าวันที่ ๒๒, พ.ศ. ๒๔๕๘ ได้ถึงแก่กรรมเมื่อ ๒๕ มิถุนายน. ท่านคิษย์เก่าผู้นระหว่างที่มิชวติอยู่ได้เอาใจใส่ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของศิริราชเสมอมา.

ขอแสดงความเสียใจเป็นอย่างยิ่งต่อครอบครัวของท่านทั้งสอง.

ข่าวพยาบาล

พระราชทานอนุปริญญา ฯ เมื่อวันที่

๒๗ มิถุนายน ๒๕๑๑ เวลา ๑๕.๐๐ น.
สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ
เสด็จพระราชดำเนินมา พระราชทาน อนุ-
ปริญญา ทาง การศึกษาวิชาพยาบาล และ
อนุปริญญาพยาบาลและอนามัยกับประกาศ
นียบัตร ๘๓๖๓๓ ๓ หอประชุมราช-
แพทยาลัย.

เลื่อนเป็นชนเอก

(๑) น.ส. ส้ารวบ ศิริภักย์, (๒)
น.ส. เฉลิมวรรณ จันทร์จันทร์, (๓) น.ส.
ประถัมภ์ ทรงชนคักกี, (๔) น.ส. พรรณี
จำนงค์วงศ์, (๕) นางศรีสอางค์ พาชี-
รัตน์. ขอแสดงความยินดีอย่างยิ่ง.

ไปต่างประเทศ

(๑) น.ส. นันทวัน ปราชญ์โยธิน
(๒) น.ส. วิมลทิพย์ โรหิตร์ตะนะ (๓)
น.ส. สุนทรี สัตถ์นาวิน, อาจารย์พยาบาล
ทั้งสามท่านนี้ได้เดินทางเพื่อไปทำปริญญา
วิชาการศึกษาพยาบาล, อาจารย์ศาสตร์
และศัลยศาสตร์ตามลำดับ ณ มหาวิทยาลัย-
ลัย บอสตัน, สหรัฐ., ตั้งแต่วันที่ ๒๗
๘ มิถุนายน ๒๕๑๑.

กลับ

น.ส. ปรีญา เสวีกุล, อาจารย์พยาบาล
แผนกศัลยศาสตร์, กลับจาก สหรัฐ. แล้ว
ตั้งแต่วันที่ ๒ มิถุนายนพร้อมด้วยปริญญา
โท สาขาแม่ และเด็ก จาก มหาวิทยาลัย
บอสตัน. ยินดีด้วย.

ของแถม

แอลกอฮอล์ในเลือดภายหลังตาย

เป็นที่ยอมรับกันว่าการเอาเลือดจากศพไปตรวจหา แอลกอฮอล์ นั้น, ตำแหน่งที่สกัดจะทำให้ค่าของ แอลกอฮอล์ ในเลือดตกต้งภายใน ๒๕ ชม. หลังตาย ก็คือที่หลอดเลือดดำ เฟมอรัล หรือที่หลอดเลือดดำ แอ็กซิลลารี. ค่า แอลกอฮอล์ ในเลือดจากหัวใจศพนั้นเชื่อกันว่าสูงกว่าค่าที่เป็นจริง, เพราะ แอลกอฮอล์ สามารถซึมจากกระเพาะอาหารเข้าไปในหัวใจได้. แต่ผู้รายงานนี้เคยรายงานไว้ว่าค่า แอลกอฮอล์ ในเลือดจากหัวใจก็จากหลอดเลือดดำ เฟมอรัล นั้นไม่แตกต่างกันจนทำให้การแปลผลผิดไป จากที่เป็นจริง.

ในรายงานนี้ผู้รายงานได้ทดลองว่า แอลกอฮอล์ จะซึมจากกระเพาะอาหารเข้าไปในหัวใจได้หรือไม่, โดยกรอก แอลกอฮอล์ เข้าไปในกระเพาะศพ ๒๐ ศพ, แล้วทิ้งไว้ ๖ ถึง ๕๐ ชม. ก่อนทำการตรวจศพ. ขณะทำการตรวจศพทุกคนในกระเพาะ, เจาะเลือดจากหัวใจและจากหลอดเลือดดำ เฟมอรัล, นำไปหาความเข้มข้นของ แอลกอฮอล์, เปรียบเทียบกับค่าที่ได้จากการตรวจก่อนกรอก แอลกอฮอล์.

นอกจากนี้ยังเอาน้ำในถุงหุ้มหัวใจ และน้ำในช่องปอด ไปตรวจหาความเข้มข้นของ แอลกอฮอล์ ด้วย.

ผลปรากฏว่าความเข้มข้นของ แอลกอฮอล์ ในน้ำในถุงหุ้มหัวใจและในช่องปอดมีค่าสูงใกล้เคียงกับค่าที่ตรวจจากน้ำในกระเพาะ. แสดงว่า แอลกอฮอล์สามารถซึมจากกระเพาะเข้าไปในถุงหุ้มหัวใจและเข้าไปในช่องปอดได้. ส่วนค่าที่ได้จากเลือดในหัวใจนั้นไม่แตกต่างกับค่าที่ได้ก่อนกรอก แอลกอฮอล์ จนถึงกับจะทำให้การแปลผลผิดไป. แสดงว่า แอลกอฮอล์ ไม่อาจซึมเข้าไปในหัวใจจนถึงกับทำให้ความเข้มข้นของ แอลกอฮอล์ ในเลือดในหัวใจสูงขึ้นกว่าค่าที่ควรจะได้. ฉะนั้นค่า แอลกอฮอล์ ในเลือดที่ได้จากเลือดในหัวใจนั้นถือ เป็นค่าที่แท้จริงได้ เช่นเดียวกับค่าที่ได้จาก หลอดเลือดดำ เฟมอรัล.

(จาก Plueckhahn, V.D. และ B. Ballard: Diffusion of Stomach Alcohol and Heart Blood Alcohol Concentration at Autopsy. J. For. Sc. 1967, 12: 463-470).

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.