



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑๑-๑๒ พ.ย.-ธ.ค. ๒๕๑๑ Vol. 20, No. 11-12, Nov. - Dec. 1968

ประโยชน์ของการวัดความดันเลือดดำส่วนกลางใน ช็อคค์*

ยศวรี สุขุมาลจันทร์ พ.บ., F.A.C.P.

(แผนกหทัยวิทยา, ซีดาร์ส-สไน เมดิคัล เซ็นเตอร์)

(ลอส แอนเจลิส, แคลิฟอร์เนีย)

ในแง่สิริวิทยาภาวะ ช็อคค์ หมายถึง ภาวะซึ่ง ทิสซู่ ไครยเลือกไปเลี้ยงไม่พอ. ผลคือ ทิสซู่ ขาด ออกซิเจน และมี เมตะบอลิซึม แขนงไว้ ออกซิเจน เพิ่มขึ้น. เห็นได้จากการมีกรด แล็คติก มากขึ้น ในเลือด. ทั้งนี้เพราะปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยง ทิสซู่ ขึ้นอยู่กับ (๑) อัตราสยนิค ของหัวใจ, (๒) ความคั้นที่ส่งเลือดเข้าสู่ ทิสซู่ (เพอร์ฟิวชัน เพรสเชอร์). เพราะ

เรื่องย่อ สุขุมาลจันทร์, ยศวรี; ประโยชน์ของการวัดความดันเลือดดำส่วนกลางใน ช็อคค์. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ค.ศ. ๑๙๖๘), ๒๐: ๓๘๕ - ๓๘๘.

การวัดความดันเลือดดำส่วนกลางมีประโยชน์ในการรักษา ช็อคค์ จากทุกสาเหตุ, และในรายที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเลือดหรือน้ำเกลือทดแทนปริมาณน้ำที่เสียไป, ในโรงพยาบาลที่มีหน่วยโรคหัวใจน่าจะทำได้เพราะไม่ต้องเครื่องมือมาก.

ฉะนั้นภาวะ ช็อคค์ อาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งในสองชนิดนี้หรือทั้ง

* งานนี้ทำในขณะที่ได้รับทุน Harold J. Mirish Research Fellowship Grant, Cedars-Sinai Medical Center เป็นนักศึกษาหลังปริญญาของ Univ. of California School of Med. ที่ Los Angeles หัวหน้าแผนกโรคหัวใจ: H.J.C. Swan, M.B., Ph.D. (Lond.), F.R.C.P. (Lond.), F.A.C.P.

สองข้อร่วมกัน. โดยทั่วไป, การขาดออกซิเจน ในเลือดมักจะเป็นส่วนประกอบของสาเหตุที่กล่าวแล้วมากกว่าจะเป็นต้นเหตุของ ช็อก. ในทางคลินิก ช็อก หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการ ตัวเย็น, ชีต, เหงื่อออก, ชีพจรเบาและเร็ว, สติสัมปชัญญะลดลง, หรือหมดสติ, ความดันเลือดต่ำลง (ความดัน ซีสโตลิก ต่ำกว่า ๘๐ มม.ปรอท วัดด้วย สphygmomanometer) และปริมาณปัสสาวะลดน้อยลง. (2)

อัตราสับนิกของหัวใจขึ้นอยู่กับปัจจัย ๒ ข้อ, คือ (๑) ความสามารถหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ, และ (๒) ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ. ปัจจัยแรกมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการ ช็อก จากเหตุทางหัวใจ (คาร์ดิโอเจนิค). การลดน้อยลงในปริมาณเลือดไหลเวียนอาจเป็นผลจากการเสียเลือดหรือ พลาสมา ออกจากหลอดเลือด (แอสโซลท ชัยโปโลลิเมีย), เช่นในรายที่ตกเลือดจากทางเดินอาหาร, ทางบาดแผล, หรือเสีย พลาสมา เข้าไปในช่องท้อง ในรายที่ช็อกอื่นอีกเสียอย่างรุนแรงและเนือตาย, หรือเขยอชองท้องอีกเสียปัจจุบัน. ฯลฯ. ในอีกพวกหนึ่ง

ปริมาณเลือดในการไหลเวียน เป็นปกติ; แต่มีการขยายตัวของหลอดเลือดหรือการขยายปริมาณทางไหลของเลือด (วาสคูลาร์ เบ็ค), เช่นในรายที่ใช้ยาชาทางสันหลังหรือ ช็อก จาก เซ็ปติซีเมียชนิด แกรมลบ, หรือคนไข้ อินฟาร์คต์หัวใจบางราย. (6,7,8)

โดยทั่วไป เมื่ออัตราสับนิกของหัวใจลดลง, หลอดเลือดส่วนปลายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำจะหดเกร็ง, ทำให้ความต้านทานในวงจรส่วนกาย (ซีรัลตีมิค) หรือส่วนปลาย (เพอริเฟอร์ัล) สูงขึ้น. ทั้งนี้เป็นผลของการกระตุ้นประสาท ซิมพะเธติก และต่อม แอดรีนัล (9,10,11,12) และมีผลในเชิงเพิ่มความดันเลือด. อาการตัวเย็น, ชีต, เหงื่อออก และชีพจรเบาเร็วเป็นผลของการกระตุ้นประสาท.

เมื่อปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง ปริมาณเลือดไหลกลับหัวใจก็ลดลงด้วย. ในรายที่หัวใจทำงานปกติความดันเลือดต่ำในหลอดเลือดส่วนกลาง (เช่นตรัล วินัสเพรสเชอร์) ก็ลดลงไปตามส่วน, ถ้าไม่มีการหดตัวของหลอดเลือดดำเป็นการทดแทน. โดยทั่วไปมักจะมีการหดตัวของ

หลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่ม การไหล กลีบของ
เลือดที่หัวใจ. ในรายเช่นความดันเลือด
ต่ำส่วนกลางที่วัดได้จะสูงกว่าควร, ซึ่ง
เป็นข้อ จำกัดถึง ประโยชน์ที่จะได้รับ จาก
การวัดความดันนี้. นอกจากนั้นความดัน
เลือดต่ำส่วนกลางยังขึ้นอยู่กับการทำงาน
ของหัวใจซึ่งขว้างอีกด้วย. แม้ว่าปริมาณ
เลือดไหลเวียนลดลง. แต่ถ้าหัวใจซึ่ง
ขว้างล้ม, ความดันเลือดต่ำที่สังเกต, ข้อ
อาจ เป็นเหตุ อย่างหนึ่ง ที่ทำให้ ความดัน
เลือดต่ำส่วนกลางไม่มีความสัมพันธ์ ใกล้
ชิดกับ ปริมาตร ของเลือดที่วัดได้ โดยวิธี
ราก็โอไอโซโทป ใน ผู้ป่วยที่มีอาการ
ช็อค. (13) อย่างไรก็ตาม, การวัดความ
ดันนี้มี ประโยชน์ในผู้ป่วยที่ ช็อค จาก
การลดลงของปริมาตร เลือดไหลเวียน
เช่นตกเลือดหรือเสียน้ำจากท้องเค้น. การ
วัดมีประโยชน์เป็นเครื่องชี้ถึงการทดแทน
ปริมาตรของเลือดหรือ พลาสมา ที่เสียไป
ว่าเพียงพอหรือไม่. การที่ความดันเพิ่ม
มากกว่าปรกติ (ค่าปรกติประมาณ ๖ ถึง
๕ มม. ปรอท) แสดงถึงการให้สารน้ำ
ทดแทนมากเกินไป, หรือแสดงว่าผู้ป่วย
เริ่มมีอาการหัวใจล้มร่วมด้วย. ผู้ป่วยที่
ช็อค อยู่ยาวนาน ๆ ไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตาม

ในระยะท้าย ๆ จะมีอาการหัวใจล้มร่วม
ด้วย, เป็นผลจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจ
ได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ. (14)

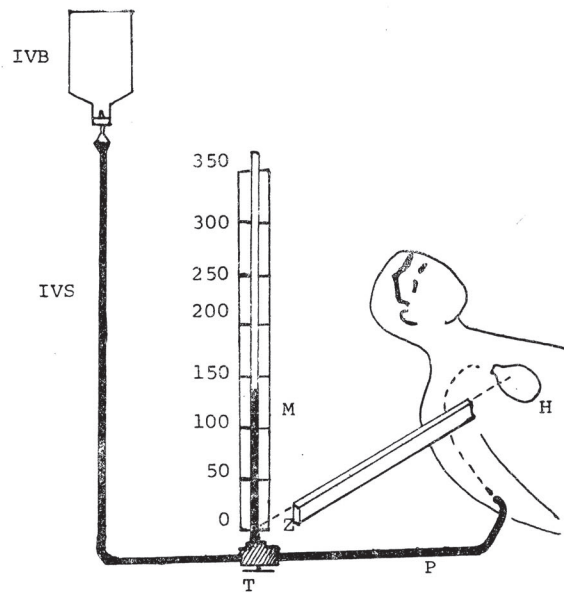
การวัดความดันเลือดต่ำส่วนกลางทำ
ได้ง่าย, ไม่ต้องการเครื่องมือมาก, แม้
ว่าจะมีความจำกัด ในการแปลผลก็ตาม.
ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ช็อค
ไม่ว่าจากสาเหตุใด, ควรทำการวัดความ
ดันเลือดต่ำส่วนกลางทุกราย. ในผู้ป่วย
ที่ ช็อค การวัดความดันเลือดต่ำส่วน
ปลายอย่าง ธรรมดา มักจะ ผิดพลาด มาก
เนื่องจากการหดตัวของหลอดเลือด. ความ
ดันที่วัดได้จะแตกต่าง จากความดันเลือด
ต่ำส่วนกลาง. ในผู้ป่วยที่มีความดันต่ำ
เราควร ให้สารน้ำจน ความดันขึ้นมาเป็น
ปรกติเพื่อเพิ่ม ปริมาตร เลือดไหล กลีบ
หัวใจ. การเพิ่มนี้จะเพิ่มความดันเลือดใน
ระยะท้ายของ ไคอัสโตลี (เอ็นท์ ไคอัส-
โตลิต เพรสเชอร์), ทำให้หัวใจเต้นแรง
ขึ้น (กฎของ สตาร์ลิงก์). (15) ผู้ป่วยซึ่ง
เสียน้ำหรือสูบน้ำในร่างกายนอกจากสาเหตุใด
ก็ตามแม้ว่าจะไม่มีอาการ ช็อค, การ
วัดความดันเพื่อแสดงให้ทราบการทดแทน
ปริมาตร น้ำที่เสียไปโดยการ ใช้เลือด,
พลาสมา, น้ำละลาย อัลบูมิน, เด็กซ์-

ควาน, น้ำเกลือ, หรือน้ำละลายกลุโคส (๗ ปร. ในน้ำ).

วิธีวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง แสดงไว้ในรูปที่ ๑. เราสอดหลอดพลาสติก ขนาดยาวประมาณ ๔๐ หรือ ๕๐ ซม. เข้าไปในหลอดเลือดดำ, ซึ่งอาจใช้หลอด เบสิลิก หรือ เฟมอรัล ก็ได้. การสอดนี้อาจใช้เทคนิค ของ Seldin-

ger. (16) ในปัจจุบันมีชุดเครื่องสำเร็จ ของบริษัทต่าง ๆ ซึ่งใช้เข็มซีกที่มีหลอดพลาสติก ติดอยู่ด้วยแทงเข้าโดยตรง, แล้วสอดหลอดพลาสติก ผ่านเข็มเข้าสู่ หลอดเลือดดำ. หรืออาจจะใช้วิธีผ่า ผิวหนังเป็นแผลเล็กแล้วแหะเข้าหาหลอด เลือดดำโดยตรงก็ได้ (วินเซ็คชั่น). เมื่อ สอดหลอด พลาสติก เข้าหลอดเลือดดำ

FIGURE I
DIAGRAM OF CENTRAL VENOUS PRESSURE DETERMINATION



- H = Heart
- IVB = I.V. Fluid Bottle
- IVS = I.V. Fluid Infusion Set
- M = Water Manometer
- P = Plastic Tube Catheter
- T = Three - Way Stopcock
- Z = Zero Point

ได้แล้วเราก็ทำให้หลอดนั้นค่อย ๆ เลื่อนเข้าไปจนปลายอยู่ใน วนา คาวา. (ที่จริงหากหลอดเข้าไปอยู่ในทรวงอกก็เพียงพอแล้ว.) ถ้าเข้าทางหลอดเลือดดำ เฟอโมรัล ปลายของหลอดจะต้องเข้าไปถึงระดับเหนือกระดูกบังลม, มิฉะนั้นผลที่ได้จะผิดไปมาก เพราะ อินฟิเรียร์ วนา คาวา ถูกกดโดยความดันในช่องท้อง. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันสูงในช่องท้อง, เช่นมีท้องมาน, หรือท้องอืดแน่น, ผลก็จะยิ่งผิดพลาดมาก. ค่าที่วัดได้จะสูงกว่าความจริง. ปลายข้างนอกของหลอด พลาสติก ต่ออกกับอกสามทาง. ทางที่สองของอกต่ออกกับหลอดแก้วหรือหลอด พลาสติก เช่นที่ใช้วัดความดันของน้ำไขสันหลัง (มาโนมิเตอร์ น้ำ). ทางที่สามต่ออกกับชกให้น้ำเกลือซึ่งติดกับขวน้ำเกลือ, ซึ่งต่อไว้กับขวนบรรจุน้ำเกลือ. ระดับศูนย์ของการวัดอยู่เสมอรระดับ เอเทรียม ข้างขวา. ในคนทอนอนราบระดับนี้จะตรงกับเส้นกลางรักแร้ (มีคแฮ็กซิลลารี) โดยประมาณ. น้ำเกลือในขวนควรผสม เฮปาริน เล็กน้อยเพื่อกันเลือดแข็ง (ใช้ประมาณ ๑,๐๐๐ หน่วยต่อน้ำเกลือ ๕๐๐ ล. ซม.). เครื่องที่ประกอบขึ้นนอกนอกจากจะใช้วัดความดัน

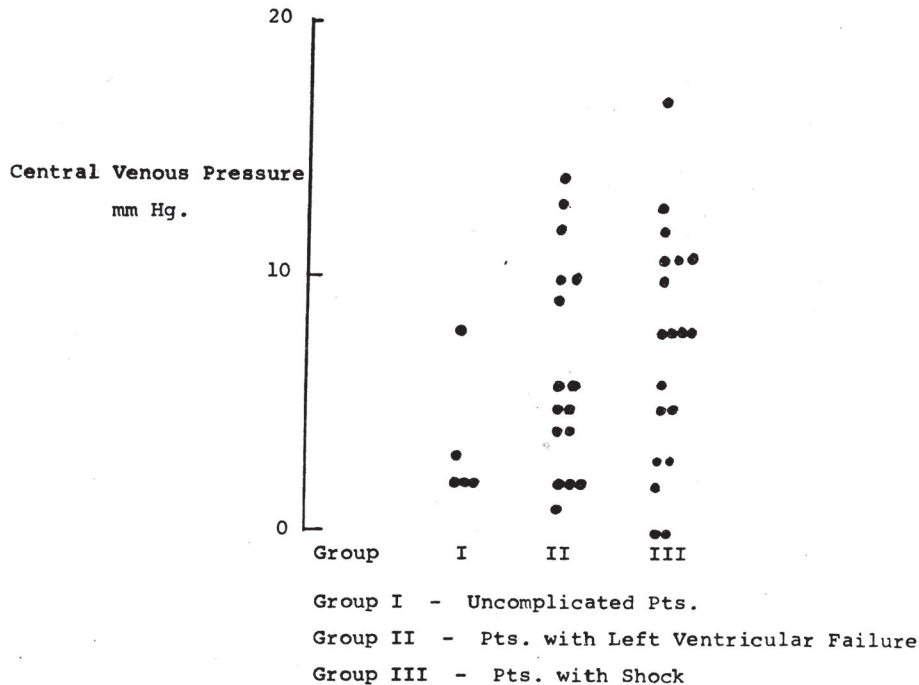
เลือดดำแล้วยังสามารถใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้อีก, คือ (๑) ใช้เป็นทางให้น้ำทดแทนที่เสียไป, หรือให้อาหารผู้ป่วยที่กินอาหารไม่ได้, (๒) ใช้เป็นทางบริหารยาต่าง ๆ ที่ต้องการฉีดเข้าหลอดเลือด, โดยเฉพาะในเวลาเกิดเหตุปัจจุบันทันด่วนที่ต้องการผลอย่างรวดเร็ว, เช่นหัวใจเกิดหยุดเต้น, (๓) ใช้เป็นทางดูดเลือดสำหรับส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ (๔) ในรายผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจอาจใช้เป็นทางดูดเอาเลือดออก (เฟลโบโตมีย์) เมื่อผู้ป่วยเกิดมีอาการ ปอดขวม น้ำ (อีดิม่า) อย่างปัจจุบัน. อันตรายสำคัญที่อาจเกิดได้คือการติดเชื้อ, โดยเฉพาะในแผลที่ผิวหนังที่ใช้สอดหลอด พลาสติก เข้าไปหรือที่ตัวหลอด พลาสติก เอง, หรืออาจมีการติดเชื้อเข้าไปในกระแสเลือด (แบคทีริเมีย), และ ธีร้อมโบลิส ร่วมกับการอักเสบในหลอดเลือดดำ. ในผู้ป่วย ๑๗๖ รายซึ่งรายงานโดย Collins และคณะ (17) มีการอักเสบของหลอดเลือดดำเกิดขึ้น ๓๕ ๒๕., การติดเชื้อเฉพาะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยประมาณ ๑/๓ ของทั้งหมด, และการติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ ๒ ๒๕. การเกิดโรคแทรกซ้อนมีมากขึ้นตามระยะ

เวลาที่ทงหลอดพลาสติก คาวัว. ยิ่งทั้ง
ไว้นานขึ้น อุบัติการ ของเรอง แทรกซ้อนก็
ยิ่งมากขึ้น. เหตุแทรกซ้อนจะน้อยลง
อย่างมาก ถ้าเรา ระมัด ระวัง เรอง เทคนิค
แบบไรเซอเกี่ยวกับเครื่องมอ, ผิวหนัง
ของผู้ป่วยและของผู้กระทำการ. ผลที่
เกิดขึ้นจากการสอดหลอดพลาสติก ควร
ทาด้วยขีผึ้งผสม แอนติไบโอติก, เช่น
โพลีเอมิกซิน บี, นีโอมัยซิน และ ยาซี-
ควาซีน. หลังจากนั้นควรบีคผลด้วย

ผ้าสะอาด. อุบัติเหตุเกี่ยวกับกาที่หลอด
พลาสติก หัก และ เศษของมัน หลุดเข้าไป
ในระบบเลือดไหลเวียน, หรือหลอด
พลาสติก ทางทะเลหลุดเลือดกำออกไป
ในเนอรอย ๆ ก็เคยมีรายงาน. เหตุแทรก
ซ้อนแบบนี้มีน้อยมากถ้าทำการด้วยความ
ระมัดระวัง, ไม่ใช่กำลังฝืนคั้นหลอด
พลาสติก เข้าไปแรง ๆ. การติดเชือใน
หลอดเลือด เมื่อเกิดขึ้น มักจะทเลาลงโดย

FIGURE II

CENTRAL VENOUS PRESSURE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION



เร็วถ้าคงเอาหลอดพลาสติก ออก. การ
อีกเสขของหลอดเลือดดำ ก็หายไปโดยวิธี
เกี่ยวกับแต่ซ้ำ.

ในผู้ป่วยที่ เกิด อินฟาร์คต์ หัวใจอย่าง
ปัจจุบัน ความดันใน หลอด เลือดดำ ส่วน
กลางอาจแตกต่างกันได้มาก ๆ. รูปที่
๒ แสดงค่าความดันเลือดดำส่วนกลางใน
ผู้ป่วย ๕๐ รายที่รับไว้ในหน่วยของเราใน
ระยะหกเดือนที่แล้วมา. ผู้ป่วยซึ่งมีอาการ
หัวใจ ซัก ซ้าย ล้ม ทราย จาก การ มี เสี่ยง
หัวใจที่สาม เกิดขึ้น หรือมี วาล์ว ในปอด
ร่วมกับ อาการ แสดงว่า มีเลือดคั่งในปอด
จากการตรวจรังสีทรวงอก. ผู้ป่วยที่อยู่ใน
ในภาวะ ช็อค อาจ มีความดัน เลือดดำ
ส่วนกลางต่ำ, ปกติ, หรือสูงก็ได้, แสดง
ว่าในบางรายแม้หัวใจซีกซ้ายจะมีการล้ม
แต่ถ้าหัวใจซีกขวายังทำงานได้ก็ก็ยังช่วย
รักษาให้ความดันนั้นปกติอยู่ได้. อาการ
ช็อค ในผู้ป่วยจาก อินฟาร์คต์ หัวใจใน
ระยะแรก ๆ มักไม่ได้เกิด จาก การ ขาด
ปริมาณเลือดไหลเวียน (ฮัยโปโวลีเมีย),
แต่การขาดเช่นนี้อาจพบได้ในราย (๑)
ไทรียาซียัสสภาวะมานาน ๆ, หรือ (๒)
มี ช็อค มานาน ๆ. พวกหลังนี้มี

การซึมของ พลาสมา ออกไปนอกหลอด
เลือด (เพอร์มิอะบิลิตี ของ หลอด เลือด
ฝอยเพิ่ม) ซึ่งอาจเป็นผลของการทเนอเยอ
ซาค อ็อก ซัย เจ็น (ฮัยโปอ็อก เซีย) (18).
นอกจาก นั้นการให้ยาเพิ่ม ความดัน เลือด
(เวโสเพรสเซอร์) นาน ๆ ก็ทำให้ พลาสมา
ซึมออกไปมากขึ้น. Allen รายงานว่าใน
๒๐ ปช. ของผู้ป่วยที่มีอาการ ช็อค จาก
อินฟาร์คต์ หัวใจมีปริมาณเลือดไหลเวียน
น้อยกว่าที่ควร (19). ในผู้ป่วยพวกนี้ถ้าให้
กลูโคส ๕ ปช. ในน้ำ, จำนวน ๑๐๐ ถึง
๓๐๐ ล.ซม. เข้าหลอด เลือด อย่างเร็ว ๆ
(ใน ๕ ถึง ๑๕ นาที), อัตราการสับฉีด
ของหัวใจมักจะเพิ่มขึ้น, ความดันเลือด
แดงสูงขึ้น, และอาการ ช็อค จะดีขึ้น.
มี น้อย ราย ที่ไม่ สมอง ต่อ การ กระทำ นี้.
เห็นได้จากการที่อัตราการสับฉีดของหัวใจ
ไม่เปลี่ยนแปลงหรือกลับลดลง, และ
ความดันเลือดดำ ส่วน กลาง เพิ่มขึ้น อย่าง
มาก. พวกนี้มักจะไม่พ้นจาก ช็อค และ
มักตายในเวลาไม่นาน. จากข้อตรวจพบ
นี้ไม่ว่าจะรักษาอย่างไรก็ตาม, พวกที่มี
อาการเช่นที่กล่าวที่หลังนี้ แสดงว่า กล้าม

TABLE I
 EFFECTS OF FLUID-LOADED ON HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH SHOCK
 FROM ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Name	Cardiac Output		Heart Rate per min.	Stroke Volume ml.	Arterial Blood Pressure	Central Venous Pressure mm. Hg.
	l./minute					
B.S.	Before	2.54	93	27.3	110/50 (75)	0
	After	2.40	96	25.0	140/60 (87)	2
S.C.	Before	3.74	96	39.0	97/45 (60)	5
	After	3.92	96	40.9	100/48 (60)	10
J.A.	Before	2.12	96	23.1	88/55 (63)	2
	After	2.04	97	21.0	90/55 (67)	5
D.A.	Before	4.33	102	42.3	60/43 (52)	0
	After	5.58	106	52.6	72/45 (55)	6
F.U.	Before	2.07	94	22.0	75/35 (47)	0
	After	2.75	88	31.2	80/38 (52)	0

๑. เชนนอยชอม

เวลาไม่ช้า,

เราใช้วิธีนี้

ยกการให้หน้า,

ลดยมน เขา

14.

tension,

Edited by

1965, Gr

15.

y :

1965, 27

16. S

ol.

1953, 39

17.

บทความพิเศษ

๑. ออทิโโลยี

พูนพิศ อมาตยกุล พ.บ., M.A., Cert. E.N.T.

(คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี)

วิชา ออทิโโลยี (Audiology) เป็นวิชาวิทยาศาสตร์สาขาหนึ่งว่าด้วยการรับฟังเสียงซึ่งเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับหู วิชานี้มีใช้วิชาใหม่, เพราะเคยมีการสอนรวมอยู่ในกลุ่มของวิชา ฟิสิกส์ มาก่อน จนกระทั่งในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่สอง วิชาจึงได้ขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวาง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับวิชาแพทย์ในแขนงโสต, นาสิก และ ลาริงซ์วิทยา. หน้าที่และการปฏิบัติงานทาง ออทิโโลยี จึงได้ขยายตัวขึ้นเรื่อย ๆ จนได้รับการยกย่องให้เป็นแขนงวิชาชีพพิเศษชนอีกแขนงหนึ่ง, ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๘๕ เป็นต้นมา. เราเรียกผู้ชำนาญทางสาขานี้ว่า ออทิโโลยิสต์ (Audiologist) หรือบางแห่งอาจจะเรียกว่า คลินิกัลออทิโโลยิสต์ (Clinical Audiologist).

จุดประสงค์สำคัญของวิชานี้ พอจะ

แบ่งแยกออกไปได้เป็น ๓ ประการ คือ—

๑. เพื่อตรวจสอบสมรรถภาพการรับฟังของหู, อันจะนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรค, การพยากรณ์โรค, และการแปลผลการรักษาโรค.

๒. เพื่อเป็นการค้นคว้าวิจัยโรคของหูอันจะนำมาซึ่งแผนการ การป้องกันและการรักษาโรค, เพื่อมิให้เป็นอันตรายต่อประชาชนในโอกาสข้างหน้า.

๓. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหูหนวก, ซึ่งไม่สามารถจะรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ทั้งทางยาและการผ่าตัด, โดยใช้เครื่องช่วยการรับฟัง (Hearing Aid), ช่วยเหลือในด้านการแนะนำ, การศึกษา, การสังคม และอาชีพ สำหรับผู้ป่วยที่มีประสาทหูพิการ.

การศึกษาวิชา ออทิโโลยี เท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่มีการศึกษาโดยตรง

ในชั้นปริญญาตรี, แต่จะเริ่มมีตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไปจนถึงปริญญาเอก. เหตุที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะว่า วิชาที่จะต้องอาศัยหลักความรู้แขนงต่าง ๆ ทั้งทางด้านการแพทย์, วิทยาศาสตร์, อักษรศาสตร์และสังคมศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญ, ซึ่งพอจะแยกออกให้เห็นได้เป็น แขนงต่าง ๆ ดังนี้ :

๑. วิชาฟิสิกส์, ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้เบื้องต้นของพลังงานเสียงต่าง ๆ ชนิด, รวมทั้งความรู้ทางด้านวิชาไฟฟ้า.

๒. วิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์, ต้องการความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหูรวมทั้งพยาธิวิทยาของหูด้วย.

๓. วิชาจิตวิทยา, ต้องการพื้นฐานความรู้ว่าด้วยอุปนิสัย, จิตใจ, การแสดงอาการตอบรับต่อเสียงกระตุ้น, ความเข้าใจความหมายของเสียงกระตุ้นเหล่านั้น ตลอดจนจิตวิทยาของคนหูหนวกด้วย.

๔. วิชาอักษรศาสตร์, ว่าด้วยเรื่องของภาษาพูดการใช้ภาษาพูด, ความหมายของภาษาพูด, และจะต้องอาศัยหลักวิชาใหญ่สองวิชาคือ ดิงกวิสติก และ โฟเนติกส์

๕. วิชาการศึกษา, ว่าด้วยการให้ความรู้แก่คนที่มีพยาธิสภาพในหู โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งหูหนวกมาตั้งแต่กำเนิด. ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการศึกษาในเด็กเหล่านั้น และป้องกันมิให้เด็กเสียโอกาสเป็นผู้พิการอย่างสิ้นเชิง.

๖. วิชาสังคมสงเคราะห์, ว่าด้วยการช่วยเหลือผู้ช่วยให้มีสมรรถภาพก็พอที่จะใช้ชีวิตประจำวัน ร่วมกับบุคคลปกติได้อย่างราบรื่นพอสมควร. ทั้งนี้เพื่อจะดำรงชีวิตอยู่ได้ดีในสังคมปัจจุบันและอนาคต.

จะเห็นได้ว่า วิชาที่เป็นวิชาที่ประโยชน์ต่อประชาชนวิชาหนึ่งและโดยเฉพาะอย่างยิ่ง, เป็นวิชาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและเป็นประโยชน์ในทางด้านการแพทย์. ผู้เขียนจึงขอถือโอกาสแนะนำเรื่องต่างเกี่ยวกับวิชา ออทิโอโลยี เพื่อให้ท่านผู้อ่านได้เห็นว่าการที่จะช่วยแพทย์และผู้ช่วยได้อย่างไรบ้างและเพียงใด.

งานประจำอันเป็นหน้าที่หลักของออทิโอโลยีก็คืองานตรวจการได้ยินของผู้ป่วย, ซึ่งจะช่วยการวินิจฉัยโรคหัดได้สะดวกยิ่งขึ้น. ผู้ตรวจอาศัยเครื่องมือที่เรียกว่า ออทิโอมิเตอร์ (Audiometer).

ในการตรวจนั้น มักจะเริ่มตรวจด้วยเสียงบริสุทธิ์ก่อน, เรียกว่าทำ เพียว โทน ออดิโอเมทรี (Pure tone Audiometry), แล้วจึงตามด้วยการตรวจโดยอาศัยเสียงพูด, เรียกว่าทำ สปีช ออดิโอเมทรี (Speech Audiometry).

เสียงบริสุทธิ์ที่ใช้ตรวจผู้ป่วยนั้น มีความถี่ของเสียงตั้งแต่ ๒๕๐ จนถึง ๘,๐๐๐ รอบต่อวินาที, อันเป็นช่วง ความถี่ที่ หูปรกติของคนเราจะรับฟังได้กตที่สุด. เหตุที่เลือกใช้เสียงบริสุทธิ์ตรวจก็เพราะต้องการที่จะแยกให้ชัดเจนลงไปว่า หูของผู้ป่วยนั้น จะรับฟังคลื่นเสียงใดที่กความถี่สำคัญ ๆ เหล่านั้นได้หรือไม่; และถ้าได้, ได้กี่หรือเฉพาะใด. ทั้งนี้ถือว่าผู้ป่วยได้รับการ ตรวจทั้งทางด้าน คุณภาพ และสมรรถภาพของหูนั้นๆ. ผลการตรวจจะเขียนลงบนตาราง, เรียกว่า ออดิโอแกรม (Audiogram).

เมื่อใช้เสียงบริสุทธิ์ตรวจทั้งทางด้าน การนำในอากาศ และการนำโดยกระดูกแล้ว, จะสามารถบอกพยาธิสภาพของหู นั้นได้เพียงคร่าวๆว่า ความสามารถในการรับฟังของหูนั้นๆ ได้ลดลงไปในแบบอย่างชนิดใด. โดยทั่วไปเราแบ่งความ

สามารถออกได้เป็น ๓ หมู่ กว้าง ๆ คือ ความลดแบบ คอนดักทีฟ, เช่น เซอร์รี่-นิวรัล และผสม (Conductive, Sensori-neural and Mixed Hearing loss). เพียงแต่ทำ เพียว โทน ออดิโอเมทรี เท่านั้น ก็จะสามารถบอกการวินิจฉัยโรคได้, และสามารถแยกโรคของหูชั้นกลางออกจากโรคของหูชั้นในได้. นอกจากนี้ยังมีโรคบางอย่างที่ให้ลักษณะเฉพาะของ ออดิโอแกรม ช่วยบอกลงไปว่า เป็นโรคชนิดใด เช่น Acoustic Trauma หรือหูหนวกแต่กำเนิด เป็นต้น.

เหตุผลที่จำเป็นต้องใช้เสียงพูดตรวจผู้ป่วย, หรือที่เรียกว่าทำ สปีช ออดิโอเมทรี ก็เพราะว่าในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นเราเกือบจะไม่ได้ยินเสียงบริสุทธิ์เลย. ส่วนใหญ่ของเสียงที่มากกระทบหูนั้น เป็นเสียงผสมทั้งสิ้น, และเสียงผสมที่สำคัญที่สุดในชีวิตประจำวันนั้นก็ คือ เสียงพูดของคนเราเอง. ภาษาพูดจะนำมาซึ่งความเข้าใจถึงความหมาย. ดังนั้นถ้าระบยการทำงาน ของหูรับฟังเสียงได้, แต่ไม่สามารถช่วยในการ แปลผล ของเสียงนั้นแล้ว, ประโยชน์อันแท้จริงของหูก็จะสลายไป. มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

ที่รบกวนเสียงได้ แต่ไม่เข้าใจ ความหมาย
ของเสียงนั้น, ด้วยเหตุนี้เอง สปีช ออทิโอ-
เมตริย์ จึงมีความสำคัญในการพิจารณา
หน้าที่ในช่วงที่สำคัญที่สุด ของระบบการ
ได้ยินของหู, คือหน้าที่ตั้งแต่หูชั้นในเข้าไป
จนถึงสมองที่เรียกว่า ออทิโทรีย
คอร์เท็กซ์. ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนนก็คือ
ออทิโอแกรม ของผู้ป่วยด้วยโรคเนื้องอก
ของประสาทหูที่ ๘ (อคูสติค นิวโรมา
หรือ ชีร์เบลโลพอนทิน แองเกลิน ทเมอรั),
ซึ่งส่วนมาก การรบกวนเสียงบริสุทธิ์ของผู้
ป่วยจะอยู่ในเกณฑ์ที่ คืออว่องไว, แต่การ
แปลความหมายคำพูดจะเร็วมากจนเกือบ
ใช้ไม่ได้เลย.

ในกรณีที่ ออทิโอแกรม แสดงว่าผู้
ป่วยมีการเสียแบบ เช่นเซอร์รียนนิวรัล แสดง
ว่า มีความผิดปกติในระบบการรับฟังซึ่ง
อยู่ลึกเข้าไปในหูชั้นใน คือ เซอร์รียน
เอนคิ ออร์แกน, หรืออาจจะร้ายกว่านั้น คือ
มีความผิดปกติในส่วนของเส้นประสาทหู
(ประสาท โคนีเลียร์) ตลอดจน ออทิโทรีย
แตรคท์ จนถึง ออทิโทรีย คอร์เท็กซ์
ก็ได้. เป็นการยากที่เครื่องมือนตรวจห
ธรรมดาจะสามารถตรวจและบอกตำแหน่ง
ของพยาธิสภาพได้โดยละเอียด. ในกรณี

เช่นนี้, ออทิโอโลยีสท์ จะตรวจด้วยวิธี
การพิเศษเรียกว่า Special Audiometry
ซึ่งผลจากการตรวจสามารถจะช่วยวินิจฉัย
ได้ว่าพยาธิสภาพนั้นอยู่ใน โคนีเลียร์ เอง
หรือหลัง โคนีเลียร์ ออกไป.

จะเห็นได้ว่า ในเรื่องของการวินิจฉัย
โรคหู, ออทิโอโลยีสท์ สามารถให้ความ
กระจ่างเกี่ยวกับประเภทของพยาธิสภาพ
รวมทั้งตำแหน่งของพยาธิสภาพได้พอสมควร,
ซึ่งผลในการตรวจอันนี้จะให้ความ
สะดวก ในการส่ง ผู้ป่วย ไปหาผู้ชำนาญ
โรคตามสาขาย่อยอื่น ๆ.

การวินิจฉัยอีกแบบหนึ่งซึ่ง ออทิโอ-
โลยีสท์ จะต้องทำก็คือ ผู้ป่วยในต่านนิตี-
เวชวิทยา. ทั้งนี้เพื่อประกอบหลักฐาน

การสูญเสียความสามารถของหูอันเกี่ยว
เนื่องกับกรณีพาท. ในที่นี้หมายถึงผู้ป่วย
ที่หูเสียจริง ๆ และต้องการฟ้องร้องเอาค่า
เสียหาย, รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่เสียจริง
แต่พยายามจะเรียกร้องค่าเสียหายด้วย.

งานอีกด้านหนึ่งของ ออทิโอโลยีสท์
ซึ่งจัดว่าเป็นงานค่อนข้างใหญ่ที่จะต้องใช้เวลา
และความอดทน มากเป็นพิเศษ คือ
งานทางด้านการศึกษาเกี่ยวกับโรคของ

ห. งานเหล่านี้จะต้องอาศัยความมีใจรัก
 ๑๒
 ๑๓
 ๑๔
 ๑๕
 ๑๖
 ๑๗
 ๑๘
 ๑๙
 ๒๐
 ๒๑
 ๒๒
 ๒๓
 ๒๔
 ๒๕
 ๒๖
 ๒๗
 ๒๘
 ๒๙
 ๓๐
 ๓๑
 ๓๒
 ๓๓
 ๓๔
 ๓๕
 ๓๖
 ๓๗
 ๓๘
 ๓๙
 ๔๐
 ๔๑
 ๔๒
 ๔๓
 ๔๔
 ๔๕
 ๔๖
 ๔๗
 ๔๘
 ๔๙
 ๕๐
 ๕๑
 ๕๒
 ๕๓
 ๕๔
 ๕๕
 ๕๖
 ๕๗
 ๕๘
 ๕๙
 ๖๐
 ๖๑
 ๖๒
 ๖๓
 ๖๔
 ๖๕
 ๖๖
 ๖๗
 ๖๘
 ๖๙
 ๗๐
 ๗๑
 ๗๒
 ๗๓
 ๗๔
 ๗๕
 ๗๖
 ๗๗
 ๗๘
 ๗๙
 ๘๐
 ๘๑
 ๘๒
 ๘๓
 ๘๔
 ๘๕
 ๘๖
 ๘๗
 ๘๘
 ๘๙
 ๙๐
 ๙๑
 ๙๒
 ๙๓
 ๙๔
 ๙๕
 ๙๖
 ๙๗
 ๙๘
 ๙๙
 ๑๐๐

หวังประโยชน์ในการคัดเด็กที่สงสัยว่า ห
 ๑๒
 ๑๓
 ๑๔
 ๑๕
 ๑๖
 ๑๗
 ๑๘
 ๑๙
 ๒๐
 ๒๑
 ๒๒
 ๒๓
 ๒๔
 ๒๕
 ๒๖
 ๒๗
 ๒๘
 ๒๙
 ๓๐
 ๓๑
 ๓๒
 ๓๓
 ๓๔
 ๓๕
 ๓๖
 ๓๗
 ๓๘
 ๓๙
 ๔๐
 ๔๑
 ๔๒
 ๔๓
 ๔๔
 ๔๕
 ๔๖
 ๔๗
 ๔๘
 ๔๙
 ๕๐
 ๕๑
 ๕๒
 ๕๓
 ๕๔
 ๕๕
 ๕๖
 ๕๗
 ๕๘
 ๕๙
 ๖๐
 ๖๑
 ๖๒
 ๖๓
 ๖๔
 ๖๕
 ๖๖
 ๖๗
 ๖๘
 ๖๙
 ๗๐
 ๗๑
 ๗๒
 ๗๓
 ๗๔
 ๗๕
 ๗๖
 ๗๗
 ๗๘
 ๗๙
 ๘๐
 ๘๑
 ๘๒
 ๘๓
 ๘๔
 ๘๕
 ๘๖
 ๘๗
 ๘๘
 ๘๙
 ๙๐
 ๙๑
 ๙๒
 ๙๓
 ๙๔
 ๙๕
 ๙๖
 ๙๗
 ๙๘
 ๙๙
 ๑๐๐

ได้ยินไม่ชัดโดยเฉพาะเสียงพูด. เพราะฉะนั้นเด็กจึงไม่สามารถจะเข้าใจภาษาพูดได้. และการพูดจะเจริญขึ้นอย่างเชื่องช้ามาก. บางรายอาจจะกลายเป็นทงหนวก, ทงใบ.

หของ เด็กพิการ มาแต่กำเนิด เหล่านี้ไม่ได้หนวกสนิททกรายไป. ส่วนมากยังมีสมรรถภาพของการรับฟังเหลืออยู่บ้าง. เรียกการรับฟังที่เหลืออยู่นี้ว่า "Residual Hearing". ในกรณีเช่นนี้, เครื่องช่วยการฟังอาจจะช่วยยกระดับการได้ยินนั้นให้ดีขึ้น, โดยช่วยขยายเสียงให้ดังขึ้น. เด็กเมื่อใช้เครื่องช่วยการฟังแล้ว ออทิโอโลยีสต์ ยังมีหน้าที่ต่อไปอีก คือ ฝึกฝนผู้ช่วยเหล่านี้ให้รู้จักการรับฟังและโต้ตอบ, ซึ่งถือว่า มีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้เด็กเหล่านี้ใช้ความสามารถของหูที่เหลืออยู่นั้นให้เป็นประโยชน์อย่างจริงจัง. เด็กที่ได้รับการฝึกฝนแล้วจะสามารถเข้าเรียนในโรงเรียนสามัญได้, ไม่จำเป็นต้องส่งเข้าโรงเรียนสอนคนหูหนวกทกรายไป. ทั้งนี้ถือว่าเป็นผลดีต่อโรงเรียนสอนคนหูหนวก ซึ่งมีงานรับเด็กหูหนวกอย่างล้นมือ. ข้อสำคัญที่สุดก็คือ เด็กที่ได้รับการฝึกฝนทางด้าน การฟัง และการ

พูดเพียงพอแล้วจะสามารถติดต่อกับคนอื่นได้โดยไม่ต้องใช้ภาษามือ. ทั้งนี้เป็นการคัดถอน ปรมาจารย์ของผู้ช่วยที่ว่าจะต้องใช้มือและนิ้วเป็นเครื่องช่วย การติดต่อกับซึ่งเป็นลักษณะเด่นชัดของคนพิการ. ปัญหาเรอบุคลิกภาพของผู้ช่วยว่าเป็นคน พิการจะหมกไปได้.

การติดต่อกับประสานงาน ถือเป็นความจำเป็นอย่างหนึ่งของ ออทิโอโลยีสต์ ทกคนที่จะต้องผ่านและจะต้องทำอยู่เป็นประจำ. บุคคลที่ ออทิโอโลยีสต์ จำเป็นต้องฟังพาอาศัยอย่างซอกมมิได้ ก็คือ แพทย์, โดยเฉพาะแพทย์ทางหูคอจมูก, กุมารแพทย์, จิตแพทย์ แพทย์ผู้ชำนาญทางด้านประสาทวิทยา, นักจิตวิทยา รวมทั้งนักสังคม สงเคราะห์ และแม่แต่ครู ที่สอนอยู่ตาม โรงเรียนหูหนวกและ โรงเรียนสามัญด้วย. ปัญหาต่าง ๆ ที่ ออทิโอโลยีสต์ จะต้องประสบมิได้มีแต่เพียงปัญหาเรื่องโรคเท่านั้น, ปัญหาเรื่องวินิจฉัยโรคนี้เป็นเรื่องหลักที่ดำเนินไปตามแผนตายตัว. แต่ปัญหาว่าช่วยการรักษและการช่วยเหลือในกลุ่มคนพิการทางหูนั้นว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่จะต้องอาศัยความพินิจพิจารณาอย่างรอบคอบ, เพราะปัญหา

ชีวิตของผู้ช่วยพิการเหล่านั้น ย่อมมี
แตกต่างกัน. ความมีเมตตาจิตและ
ความอดทนเป็นคุณสมบัติสำคัญของ
ออกซิโอสติส. ความมีโชคคี่ของ ออกซิ-
โอสติส คือการได้ทำงานข้างเคียงกับ
แพทย์. ความภาคภูมิใจนั้นมิใช่เสมอ,
เพราะเป็นที่ไว้อ่อนไหวของแพทย์รวมทั้ง
มีความรู้สึกยินดีที่ได้มีส่วนช่วยเหลือคน
พิการ, ในขณะที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกอันใจ

มิแพทยเป็นเสมือนหนึ่งโล่คอยบังกันอยู่
ข้างตัวด้วย.

เอกสาร

1. Davis H. and S.R. Silverman:
Hearing and Deafness. Revised Edition;
Holt, Rinehart and Winston, N.Y.
1960.
2. Gloric, A.: Audiometry, Prin-
ciple and Practice: Williams and
Wilkin Co., Baltimore. 1966.

๒. จิตบำบัด

บรรยง โพธารามิก พ.บ.

(โรงพยาบาลสมเด็จพระยา, ธนบุรี)

จิตบำบัดเป็นวิธีการอย่างหนึ่ง, ซึ่ง
อาศัยความสัมพันธ์ของอารมณ์, ความ
คิด, ความรู้สึกระหว่างคนไข้กับผู้รักษา
เพื่อแก้ไขเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก, ความ
นึกคิดและความประพฤติของผู้ป่วย, ช่วย
ให้อาการทางจิตบรรเทาลง, แก้ไขปัญหา
ต่าง ๆ ในชีวิตของคนไข้ให้ดีขึ้น.

อาการของผู้ป่วยที่ต้องการรักษาอาจ
เกิดจากจิตใจโดยตรง, หรือมีความ

สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรค
ทางกายร่วมด้วยก็ได้. ก่อนทำจิตบำบัด,
จำเป็นต้องตรวจร่างกายซักถามประวัติ
คนไข้อย่างถี่ถ้วน. ถ้าไม่พบโรคภัยไข้เจ็บ
ก็ทำให้หมดหวังถึงความผิดปกติทาง
กาย. เวชชนเป็นข้อเสียเปรียบสำหรับผู้ที่
ไม่ใช่แพทย์ซึ่งอาจทำจิตบำบัดคนไข้ที่มี
อาการเกิดจากโรคทางกายได้.

ทุกครั้งที่มีความสัมพันธ์พบระหว่าง

แพทย์กับคนไข้, ย่อมถือได้ว่ามีขาดแท้ของการทำจิตบำบัดที่รวมอยู่ด้วย. คนไข้ที่มาหาจะมีความท้อหรือสนใจ, ต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำจากผู้ที่เชื่อถือ, ซึ่งอาจช่วยให้กินหรือกลืนทำให้การรักษาไม่ได้ผลก็ได้. ท่าทีและคำพูดของผู้บำบัดมีความสำคัญกับคนไข้มาก. เช่น การจับปล่อยประโลมใจของแม่จะช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยของลูก. ผู้ใหญ่บางคนถ้าถูกทักเสมว่าไม่สบาย, ไม่เข้าอาจรู้สึกไม่สบายจริงๆ. อิทธิพลของคำแนะนำจะแตกต่างกัน, สำหรับผู้ที่มีชื่อเสียงก็ยอมรับมากกว่า. ทุกคนขณะเจ็บไม่สบายจะถูกแนะนำชักชวนง่ายกว่าธรรมดา. ยาที่มฤตุน้อยเพียงเม็ดเดียวแต่ได้รับความเชื่อใจจะทำให้อาการดีขึ้น. ยาบางชนิดได้รับการบอกเล่าว่าทำให้อาเจียน, บางครั้งกินแล้วกลับไม่มีอาการอย่างใดเลย. ถ้อยคำกิริยาท่าทางของแพทย์ขณะตรวจก็มีส่วนช่วยการรักษา. เช่น ได้ยินเสียงหัวใจเต้นผิดปกติเล็กน้อย, ไม่สำคัญ, ผู้ตรวจก็พักพล่อยออกมาว่ามีโรคหัวใจเกี่ยวข้องกับตัว, ซึ่งอาจทำให้คนไข้ถือเป็นเรื่องจริงจัง, กลับมีอาการมากขึ้น.

การให้คำรับรองจนมั่นใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของร่างกายโดยไม่พบสมมุติฐานจะช่วยลดความวิตกกังวลได้. แต่บางครั้งการพูดแค่นั้นไม่พอ. คนไข้ที่รู้สึกหัวใจเต้นเร็วอาจไม่เชื่อที่ไม่พบอะไรผิดปกติ. ในรายเช่นนี้ควรให้คำแนะนำอย่างอ่อนโยนว่า, ที่เต้นผิดปกติก็เนื่องด้วยอารมณ์ไม่ใช่จากโรคหัวใจ. จริงอยู่คำพูดเท่านั้นมิได้ช่วยบำบัดความวิตกกังวลในพื้นฐานของจิตใจ, แต่ก็คุ้มค่าพอที่จะลดความวิตกกังวลลงได้บ้าง.

สำหรับปัญหาทางจิตเวช, การพิจารณาแต่เพียงอาการสิ่งแวดล้อม, ลักษณะความโน้มเอียงเท่านั้นยังไม่พอ, จำเป็นต้องทราบชีวประวัติพบเพื่อกันอย่างละเอียดเพื่อรู้จักคนไข้, ในรูปคนทั้งคน. เช่น ความสัมพันธ์กับพ่อแม่พี่น้องซึ่งมีส่วนเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลิกภาพ, ประวัติความเจ็บป่วยของตัวคนไข้และครอบครัว, การเกิด, ชีวิตขณะเป็นทารก, ความยุ่งเหยิงของอารมณ์, อาการประสาทในวัยเด็ก, ตำแหน่งและบทบาทในครอบครัว, การศึกษาที่โรงเรียน, ระดับสติปัญญา, ความประพฤติ, การปรับตัวเข้ากับสังคม, ครอบงำง่ายหรือยาก, ความอดทนต่อสิ่ง

ในสนามกีฬา, กามารมณ์กับศีลธรรม, การทำงาน, ความรอบรู้ในอาชีพ, นิสัย, ความพอใจ, ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ, การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจในอดีต ฯลฯ การสืบประวัติด้วยคำถามที่เหมาะสมช่วยให้ได้คนใช้ในสภาพ "คนทั้งคน" และสามารถค้นหาสาเหตุของ ความยุ่งยากใจที่ก่อกวนแก่คนใช้ในปัจจุบันได้

การสนทนาอย่างเป็นกันเอง ถึงความกลัว, ความไม่สมหวังกับผู้ป่วย, ซึ่งรับฟังด้วยความเห็นใจ, จะลดความเครียดของอารมณ์และภาวะอันหนักในจิตใจได้เป็นอย่างดี. ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เหตุผล, ทราบว่าอะไรปกติและผิดปกติ. แม้ว่าอาการทางจิต อาจเกิดจากปัญหาที่ซ่อนอยู่ในบ้านซึ่งยากแก่การแก้ไขและรักษาให้หายได้ก็จริง, แต่ความยุ่งยากเหล่านี้จะเกิดขึ้นถ้าคนไข้มิมีโอกาสปรึกษาหารือแบ่งเบาให้ผู้อื่นได้บ้าง.

ผู้ทำจิตบำบัดควรระลึกไว้เสมอว่า ทำหน้าที่รักษามนุษย์ซึ่งมีชีวิตทั้งคน ไม่ใช่รักษาอวัยวะที่เจ็บป่วยส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย. ดังนั้นจึงควรสมรรถนะด้วยคุณสมบัติทางประการ, ได้แก่เป็นผู้ฟังที่ดี, ให้ความสนิทสนมง่าย, มีความ

ประณีต, หยิ่งความคติประสพการณ์, สดกัยทรายถึงความกลัว, ความหวัง, และความไม่สมหวังของคนไข้ได้ถูกต้อง; ใจเย็นพอจะรับฟังถ้อยคำไม่เข้าเรื่องเข้าราว, อคติต่อการ อธิบาย บิดเบือนข้อมูลจากที่หมายซึ่งผู้บำบัดได้กำหนดไว้; ไม่พุดน้ำหรือแสดงความรู้สึกไม่พอใจเพราะคนไข้ถามความรู้สึกไว้ต่อคำที่ชม, อาจกลายเป็นเยื่อใยได้ทันทีเมื่อรู้ตัวหรือไหวทัน.

วิชาแก้ปัญหาวางจิตที่สลับซับซ้อนต้องทำจิตบำบัดให้ลึกพอที่จะไปค้นหาความลึกถึงความรู้สึก, ความจำในความไร้สำนึก. ถ้าสิ่งที่อยู่ในความไร้สำนึกที่กล่าวนั้นถูกนำขึ้นมาให้ ทราบใน ความรู้สำนึกของคนไข้เสียก่อนมาบำบัด, ก็จะแปรปร, ปรียบปรองใหม่และถูกควบคุมไว้, ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษา. ดังนั้นการทำจิตบำบัดแบบลึกจึงต้องการเทคนิคและความชำนาญเป็นพิเศษ.

การทำจิตบำบัด, คนไข้จะย้ายความคิด, ความรู้สึกอารมณ์, มาสู่ตัวผู้บำบัด โดยคิดว่าผู้บำบัดเป็นเหมือนตัวแทนของใครคนหนึ่ง ใน ความไร้สำนึก ของคนไข้. การปฏิบัติงานอันนี้เป็นจิต กลไกเรียกว่า

การย้ายหรือ แทรนซ์เฟอเรนซ์ (transference). ตัวอย่างคนไข้จะคิดว่าผู้บำบัด เหมือนกับพ่อแม่หรือผู้ใดที่ตนเคยมีความสัมพันธ์. อาจเป็นบวกคือความรัก, หรือ มีตรึงขวางที่มึนช้ำแก่ของกามารมณ์ปนอยู่ด้วย. ถ้าเป็นลบ, ใ้แก่ความเกลียดชังเป็นศัตรู, มากน้อยแล้วแต่เหตุการณ์. จิตกลไกอันซ่อนอยู่กับภาพเงาทำที่ของผู้บำบัดที่สร้างขึ้นในจิตใจของคนไข้: ส่วนใหญ่จะเกิดจากอารมณ์และประสบการณ์ของคนไข้แต่เก่าก่อน, ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบิดามารดาครั้งเป็นทารก. ความมุ่งหมายของการรักษาอยู่ที่ทำให้ การย้ายหรือ แทรนซ์เฟอเรนซ์ ของคนไข้ที่มีต่อผู้บำบัดที่สลายตัว, ช่วยให้รู้จักตนเอง, ไม่เอาอารมณ์, ความรู้สึก, ความคิด, ไปพึ่งพาผู้อื่น.

การปฏิบัติงานของจิตกลไกภายนอกอาจเปลี่ยนแปลงข้ามกลัยกัน, คือเกิดในตัวผู้บำบัดเองไปสู่คนไข้. ตัวอย่าง, ผู้บำบัดอาจมีความรู้สึกนึกคิดอารมณ์โดยไม่รู้ตัวว่าคนไข้ที่ตนบำบัด เป็นเหมือนตัวแทนของผู้หนึ่งผู้ใดในความไร้สำนึกของผู้บำบัดเอง. จิตกลไกอันนี้เรียกว่า เคาน์เตอร์-แทรนซ์เฟอเรนซ์ (Counter-trans-

ference). ตรงข้ามกับ แทรนซ์เฟอเรนซ์, เป็นได้ทั้งลบหรือบวกเช่นเดียวกัน. ดังนั้นผู้บำบัดจะต้องเข้าใจควบคุมตัวเองและวางใจเป็นกลาง.

จิตวิเคราะห์เป็นเทคนิคพิเศษในการทำจิตบำบัดแบบลึก. หลักสำคัญคือใช้วิธี ฟรีแอสโซซิเอชัน (free association) ช่วยสืบค้นความทรงจำที่ไม่ทราบในความไร้สำนึก, โดยให้ผู้ช่วยอยู่ในสภาพตามสบาย, มีผู้บำบัดนั่งอยู่ด้วยในสถานที่สงบเงียบ, จะช่วยส่งเสริมให้คนไข้พูดเรื่องราวชีวิตแต่ครั้งเยาว์วัย. ขณะทำการวิเคราะห์ดำเนินไปอาจมีประสบการณ์ที่ลืมแล้วกลับมาสู่ความไร้สำนึกและสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในปัจจุบันของคนไข้. ระยะเวลาเป็นจังหวะเหมาะที่นักวิเคราะห์หรือผู้บำบัด จะช่วยแปลความหมายของเนื้อหาคำพูดที่เข้กเผยออกมาให้คนไข้เข้าใจ. ผู้บำบัดบางคนอาจอยู่เฉย, ปล่อยให้คนไข้ใช้เวลาแปลความหมายคำพูดเขาเอง.

ความฝันที่เกิดจากแรงผลักดันของอารมณ์ในความไร้สำนึกอาจให้ข้อมูลอันมีค่าในการทำ ฟรีแอสโซซิเอชัน. ความหมายแท้จริงของความฝัน, บางครั้งแสดงออกในรูปความปรารถนาที่ไม่ได้ปลอม

แปลง. แต่มีปรากฏในแบบซ่อนเร้น, ไม่
ติดต่อกัน, เป็นสัญลักษณ์ของความคั่ง
การและอารมณ์, ซึ่งอยู่นอกขอบเขตที่จะ
ทราบในความรู้สำนึก. การทำ ฟรีแอส-
โซซิเอชัน ก็ช่วยค้นหาความหมายของ
ออกมาอย่างชัดแจ้ง (manifest dream)
จะช่วยเปิดเผยความหมายของความฝันที่
ซ่อนเร้น (latent dream) ออกมาได้.

ตามแบบจิตวิเคราะห์ของ ฟรอยด์ คือ
ความผูกพันของกามารมณ์ในระยะทารก
กับความขัดแย้งของจิตใจในความไร้
สำนึก, ซึ่งได้แก่ประสบการณ์ที่ติดตัวคนไข้
มาตั้งแต่เป็นทารก. เน้นหนักถึงพัฒนา
การขบคัลลิกภาพในระยะแรกเกิดจนถึงสี่ห้า
ขวบ ว่ามีความสัมพันธ์กับความรักและ
ทำที่ของแม่ที่ติดต่อกันมาก. ถ้าทารกขาด
ความรักของแม่ในระยะนี้ จะทำให้การ
พัฒนาขบคัลลิกภาพชะงักงัน, ไม่เคลือบ,
เกิดผลสะท้อนถึง ความผิดปรกติของ
อารมณ์และขบคัลลิกภาพในเมื่อโต เป็น
สาเหตุของโรคจิตโรคประสาทได้.

ฟรอยด์ ย่างถึงปม เอดิปัส (Oedipus
Complex). คำนี้ได้จากนิยายกรีกโบราณ.
เรื่องย่อมีว่า ชายหนุ่มชื่อ เอดิปัส, เพราะ
ความไม่รู้ได้ฆ่าพ่อ, เหาแม่เป็นเมีย. เมื่อ

แม้รู้ความจริงเสียใจ, ฆ่าตัวตาย. โซโฟ-
คลีส, นักประพันธ์ชาวกรีก, แปลงมาเป็น
บทละครสดใจ. มีตอนหนึ่งกล่าวว่า
โจรสลัดแม่ของ เอดิปัส เมื่อทราบว่าได้
ลูกเป็นผิว, จึงพลอยโยน เอดิปัส ว่า
ได้มีชายหนุ่มเป็นจำนวนไม่น้อยที่เคยฝัน
ไปนอนร่วมเตียงกับมารดาของตน.
ฟรอยด์ ได้ขรรจงขยายความจากข้อความ
ตอนนั้นว่าเด็กชายในระยะอายุหนึ่งจะ
พยายามค้นหาความพึงพอใจอันเกิดด้วย
อารมณ์ความรู้สึก, สัมผัสจากแม่และ
มองพ่ออย่างอิจฉาริษยา. ปม เอดิปัส
ตามนัยนี้จะเติบโตขึ้นเป็นธรรมชาติถ้าไม่
ปรากฏความผิดปรกติของความรู้สึกใน
กามารมณ์กิริยาท่าทางและการปรับตัวใน
สังคมที่ติดตามมา. มีอีกปมหนึ่งที่เกิดจาก
ความกลัวจะถูกตัดอวัยวะเพศ (Castration
Complex), ซึ่งเป็นกลุ่มอารมณ์และ
ปฏิบัติการอันเนื่องมาจากความเข้าใจผิดของ
เด็กชายว่ากายวิภาคของสตรีเพศเป็น
ผลจากการสูญหายของอวัยวะต่าง ๆ ใน
เพศชาย. ช่วยให้เกิดความคึดกลัวอย่าง
เด็ก ๆ ว่า ตนเองอาจถูกตัดอวัยวะเพศเป็น
การแก้แค้นจากความริษยาของพ่อ, ทำให้
เด็กผู้ชายมีแรงผลักดันทางกามารมณ์กับ

แม่. พรอชต์ เรียกพลังงานอันนี้ว่าการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองในทารก (infantile masturbation).

ความเห็นของ ยุงก์ (Jung) ว่าการทำจิตข้ายึดเป็นปรัชญามากกว่าเทคนิคของการรักษา. ยุงก์ เน้นถึงส่วนจิตใต้เทวกับขบคลึงภาพของมนุษย์, ไม่เอาการรวมกันเป็นสำคัญ. ดึงเอาสิ่งที่อยู่ในความไร้สำนึก, ไม่เฉพาะบุคคลหนึ่งบุคคลใด, แต่หลายคนร่วมกัน, ซึ่งเป็นผลจากการตกตะกอนในจิตใจของสิ่งที่ประสบมาในสากลโลกของบุคคลทั่วไปและมีอยู่ตลอดเวลา, เรียกว่าความไร้สำนึกร่วมกัน (collective unconsciousness). ความไร้สำนึกตามความหมายของ ยุงก์ มิใช่มีเฉพาะสิ่งที่จะขึ้นมาสู่สำนึกตัวเท่านั้น, แต่ครอบคลุมถึงทุกสิ่งทุกอย่างในจิตใจของหมู่มนุษย์ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน อันเกิดจากความเชื่อดั้ง, ปรัชญา และศาสนาของมนุษยชาติทั้งหมด.

สำหรับ แอดเลอร์ (Adler) ดึงสภาพบุคคลทั้งคนและความสัมพันธ์กับปัญหาต่าง ๆ ภายนอกเป็นเรื่องสำคัญกว่าขบคลึงภาพ, สัญชาตญาณและความไร้สำนึก. แอดเลอร์ เน้นถึงความมุ่งหมายของแผน

การดำเนินชีวิต, พฤติการณ์ที่ทำการวางตัวของบุคคลผู้นั้น, ว่าเป็นประโยชน์หรือไร้ประโยชน์. การเป็นโรคประสาทหมายถึงบุคคลผู้นั้นเลือกใช้แบบแผนดำเนินชีวิตในทางที่ผิด, ไม่เหมาะสม. แอดเลอร์ เป็นคนนำเอาคำ "feeling of inferiority" มาใช้, หมายถึงความรู้สึกต่ำต้อยอันเป็นผลสืบเนื่องมาแต่ครั้งเป็นเด็ก. มีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอต่อกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับพ่อแม่ เกิดความไม่แน่ใจ, ต้องพึ่งพาผู้อื่น, ยากจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่, ไม่พอใจในความเป็นรอง. เพื่อชดเชยความรู้สึกน้อยใจเหล่านี้จะพยายามหาวิธีกลบเกลื่อนจนมากเกินไป (over-compensation) โดยสร้างความรู้สึกเกินหรือเชื่อว่า มีความสำคัญจนเลยเถิด, แล้วก็ไม่พยายามอย่างจริงจังที่จะก้าวหน้าดำรงชีวิตอย่างที่ควรจะเป็น. อาการอย่างนี้ในผู้หญิง แอดเลอร์ เรียกว่า "การคัดค้านเพศชาย เพื่อความต้องการเกินของเพศหญิง (masculine protest to the female desire for superiority)". และว่าโรคประสาทในผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดจากความปรารถนาที่จะครองอำนาจและสิทธิพิเศษของผู้ชาย.

เขาเชื่อว่าความริษยาในเด็กที่มีตนเอง ๆ, ปฏิกริยาทางจิตใจคือความต่ำต้อยของอวัยวะในร่างกายและความหวังขาดอารมณ์อบอุ่น, ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายหลังจากการเจ็บไข้สมัยเป็นเด็ก, มีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพ.

การทำจิตบำบัดแบบไฮนิกตาม, ประารถนาให้คนไข้ได้พบแสดงความคิดเห็น, ความรู้สึกออกมา. แต่ในเด็กมีสติปัญญาอ่อน, ยังกเล็ก, ไม่สามารถจะใช้การวิเคราะห์หรือทำจิตบำบัดโดยวิธีที่กล่าวมาแล้วได้, นักจิตวิทยาจึงใช้เครื่องเล่นแทน (play therapy) เพื่อให้เด็กแสดงความรู้สึกแย้งในจิตใจ, ความสอครุสอเห็น, ความกลัว, ความริษยา, ผ่านทางของเล่นเป็นสื่อกลาง. กิริยาท่าทางคำพูดอารมณ์ในขณะที่จับต้องตุ๊กตาของเล่นที่แสดงออกมาจะช่วยให้เห็นถึงปัญหาในครอบครัวของเด็กเอง. การปฏิบัติงานแบบนี้ของจิตเรียกว่า แอ็บริแอคชั่น (abreaction), หมายความว่าความถึงแก่เจ็บปวดปล่อยคำพูดการกระทำความรู้สึกอารมณ์และประสบการณ์อันหม่นหมองไม่สบายใจที่ถูกกดเก็บไว้ในความไร้สำนึกให้กลับคืน

เข้าสู่ความสำนึกอย่างกระตือรือร้น, ช่วยสืบสาวเอาสิ่งที่บรรจุอยู่ในความไร้สำนึกของเด็กออกมาปรึกษาได้, ซึ่งวิธีอื่นไม่อาจทำได้.

การเรียกเอาความทรงจำอารมณ์และประสบการณ์ทำให้ความปวดร้าวใจที่อัดอั้นอยู่ให้กลับคืนมาสู่ความรู้สึก, โดยแสดงออกเป็นความหมายของถ้อยคำสีหน้ากิริยาท่าทางอย่างแจ่มแจ้ง, ช่วยให้จิตใจสบายขึ้น. พรอยด์ ใช้คำว่า คาธารซิส (catharsis) คือการขับถ่ายออกแทน, ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกับ แอ็บริแอคชั่น. วิธีนี้จะลดความรู้สึกที่ไวต่อความจำในอดีตให้น้อยลง, ช่วยบรรเทาความเครียดโทมนัส, เป็นเหตุให้คนไข้สามารถยอมรับเอาสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจนั้นไว้ได้. การทำจิตบำบัดแบบ แอ็บริแอคชั่น, จะช่วยลดวงเอาสิ่งที่ถูกกดเก็บไว้ในความไร้สำนึกคืนมาสู่ความรู้สึก.

ยาหลายชนิดใช้ทำ แอ็บริแอคชั่นหรือ คาธารซิส ได้. พวกยาทำให้ง่วง เช่น เบนโทธาต, ถ้าฉีดเข้าหลอดเลือดซ้ำ ๆ ในห้องเฝ้ายามมีผลดี, ขนาดทำให้คนไข้เคลิ้มหลับ, ขณะการควบคุมความรู้สึกสำนึกอ่อนกำลังลง, คนไข้จะระบาย

ความในใจอารมณ์ออกมาเป็นถ้อยคำ. จะตอบคำถามได้อย่างเสรี, ไม่มีที่ยังเกี่ยว, ซึ่งปรกติแล้วจะไม่พูด, ทำให้การทำแอสริแอสชัน เป็นไปอย่างสะดวก. แต่ก็ไม่แน่ว่าถ้อยคำที่พูดในขณะที่ใช้ยานี้จะต้องเป็นจริงเสมอ. บางครั้งอาจไม่จริงเป็นเพียงคำพูดเพื่อผู้อื่นเท่านั้น. นอกจากนี้ อาจใช้ยาเสพติดให้คม เช่น อีเธอร์, แกลสคาร์บอน ไทออกไซด์, หรือ โซเดียมอมิตาล ก็ได้.

ยา L.S.D. หรือ Lysergic acid diethylamide. ถ้ากินขนาดน้อยจะไปกระตุ้นความทรงจำสิ่งต่าง ๆ ที่ถูกกดกั้นไว้ในความไร้สำนึก ให้ออกมาสู่ ความรู้สำนึกอย่างชัดแจ้ง. ช่วยคนไข้สามารถระลึกถึงประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนใจครั้งเป็นเด็ก, อาจทำให้ปรับปรองตัวเข้าสู่ชีวิตใหม่ได้.

การสะกดจิต, บางโอกาสได้นำมาใช้ทำจิตบำบัด. โดยชักจูงผู้ถูกสะกดจิตให้อยู่ในสภาพนิ่ง, จิตสำนึกไม่ทำงานเหมือนคนนอนหลับ. ถ้าการสะกดไม่ลึกมาก, ผู้ถูกสะกดจะไต่ยินเสียงและปฏิบัติตาม คำสั่ง ที่มี ความ มุ่งหมาย เพื่อ ขจัดอาการทางจิตและทางกายของคนไข้ตาม

ความปรารถนาของผู้สะกด. อาจช่วยให้คนไข้มีอาการดีขึ้น.

วิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้, ในตัวของมันเองไม่ใช่การรักษา. คงเป็นแต่เพียงส่วนประกอบช่วยเหลือในการทำจิตบำบัดเท่านั้น.

ข้อเสนอแนะในการทำจิตบำบัด

การทำจิตบำบัดแบบตื้น (superficial psychotherapy) จิตทำเวลาใดก็ได้ สำหรับคนไข้ที่มีความวิตกกังวลและมีท่าทีสมควรพอจะทำได้.

จิตบำบัดแบบลึก (deep psychotherapy) ควรลงมือทำก็แต่เมื่อประเมินสภาพ การณ์ทั้งหมดของคนไข้อย่างรอบคอบแล้ว. บางครั้งอาการของผู้ป่วยเกิดจากปัญหาในจิตใจเป็นสำคัญ, การขัดเข้านอาการทางประสาท โดยไม่สามารถปลดปล่อยความยุ่งยากภายในจิตออกไปได้, แทนที่จะช่วยให้หายหรือดีขึ้น, กลับเป็นอันตราย, อาจทำให้คนไข้มีอาการเลวกลายเป็นโรคจิตได้.

ผู้ทำจิตบำบัดแบบลึก ต้องมีความสามารถฝึกฝนมาอย่างดีพอที่จะรู้ว่าผู้ช่วยคนใดเหมาะสำหรับการบำบัด. ที่สำคัญ

ก็คือทราบว่า ผู้ใดควรได้รับการบำบัด, รั้ง
ทันและเข้าใจถึงสัญญาณอันตรายของการ
บำบัด, ควบคุมตนเองได้ก็จากการมี
เคาน์เตอร์แตรนซ์เฟอเรนซ์ กับคนไข้,
และสามารถปลดปล่อย แตรนซ์เฟอเรนซ์
ของคนไข้ออกจากผู้บำบัดได้.

ข้อสำคัญ ในการเลือกคนไข้ ทำจิต
บำบัด. คือต้องมีความเต็มใจ, มิฉะนั้น
อาจไม่ให้ความร่วมมือในเวลาชั่ว, มี
สติปัญญาความสามารถเข้าใจภาษาพูด
พอที่จะรับบำบัดได้, อยู่ในวัยหนุ่มสาว,
จิตใจยืดหยุ่น, แปรเปลี่ยนแบบของความ
รู้สึกและความประพฤติได้ง่าย.

การวิเคราะห์ หรือจิตบำบัดนั้น ปล่อย
เวลามาก. อาจนั่งสนทนากันสัปดาห์ละ
หลายครั้ง. บางทีใช้เวลาแรมเดือนหรือ
หลายปีจนกว่าจะถึงที่สุด. คนไข้ควรมี
รายได้พอ. เพราะเสียค่าใช้จ่ายมาก.
ถ้าทำจิตบำบัดโดยปราศจากความชำนาญ
จะทำให้คนไข้กลายเป็นผู้มีอาการเรื้อรัง,
พล่าเวลาส่วนใหญ่ของตนเองไปในการคิด
ว่าฟังถึงข้อบกพร่องในอดีต, ทั้งที่เป็น
เรื่องจริงและเป็นความคิดฟุ้งซ่าน, ทำให้
ชีวิตปัจจุบันอยู่อย่าง หมกสมรรถภาพใน
การทำงาน. การทำจิตบำบัดไม่มีทางทราบ

แน่ว่า ใช้เวลานานแค่ไหนจึงจะได้รับผล
สำเร็จ, และรียประกันไม่ได้เมื่ออาการก็
แล้วจะหายขาดถาวร. จะอย่างไรก็ตาม
การทำจิตบำบัดแบบลึกนี้ยังให้ผลดีแก่คน
ไข้บ้าง, แม้จะน้อยก็ยังดีกว่าไม่ทำเสีย
เลย. ทั้งนี้ผู้ทำจิตบำบัดควรเก็บความ
ชำนาญความสามารถไว้ช่วยคนไข้ที่เห็น
ว่ามีอาการรุนแรงความเป็นอยู่พอจะบำบัด
ได้, ดีกว่าคนไข้ที่คิดว่าจะช่วยให้ทุ
เลาขึ้นได้ยาก.

คนไข้สติปัญญาต่ำ, อาชญากรและ
พวกอันธพาล (psychopaths) ก็ยากจะ
รักษาให้หายด้วยวิธีทำจิตบำบัด. การทำ
จิตบำบัดผู้ช่วยโรคจิตแท้ ๆ อาจได้ผลน่า
พอใจ, แต่ก็เหมาะเพื่อการวิจัยค้นคว้า
หาความรู้มากกว่าจะรักษาให้หายได้จริง
จึงตามความต้องการ.

คนไข้ที่อยู่ในระยะวิกฤตกังวลมาก เช่น
ฮิสทีเรีย, กามตายคาม, ซาเย็นเกี่ยว
กับประสาทและพวกไม่สามารถปรับตัวเข้า
กับชีวิตสมรส, อาชีพและสังคมได้,
เหมาะที่จะรักษาด้วยจิตบำบัดแบบลึก,
เพราะสิ้นค่าใช้จ่ายน้อย, ไม่เปลืองเวลา.
ผู้ทำจิตบำบัดไม่จำเป็นต้องเสียเวลาค้นหา
บำบัดอาการที่เกิดขึ้นโดยทันที, เว้นแต่

จะมีอาการ ปรักท้วงในสังคมไม่เหมาะสมมากและแน่นซัด เพราะเป็นการเสียเวลาที่ จะรักษาอาการที่ยังยาก, ซึ่งอาจจะหายเองได้ในเวลาไม่ช้านัก. พวกคามวิปริต และโรคประสาท, ย้ำคึกย่ำทำ (obsessional neurosis) ที่เป็นมานานอาการมาก ก็ยากที่จะใช้วิธีรักษาให้ดีขึ้น.

การทำจิตบำบัดหมู่

คือการ สนทนา โต้วนอน้อย่าง เสรีถึง ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์, ความคิด, ความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ. วิธีทำควรจัด คนไข้ที่มีปัญหาความเจ็บป่วยคล้ายกันเป็น หมู่เล็ก เพื่อให้สมาชิก ได้แสดง ความคิด เห็นทั่วหน้า, โดยมีผู้บำบัดนั่งอยู่ด้วย. เทคนิค การทำจิตบำบัดหมู่ แตกต่างกันไปมาก. วิธีง่ายก็คือ พดอชบายถึงกลไกของ อาการทางประสาท, เปิดโอกาสสมาชิก ได้ระบายอารมณ์, ความคิดและพฤติกรรมออกมาอย่างอิสระ. ช่วยให้ เห็น ความคล้ายคลึง และแตกต่าง ระหว่าง ปัญหาที่ทุกคนมีอยู่. เป็นการเกี่ยวโยง ความรู้สึกนึกคิดการกระทำจากส่วนลึกจิตใจของ แต่ละคนกับความรู้สึกนึกคิดการ

กระทำของผู้อื่น. ทำให้แนวความคิด ของสมาชิกกว้างขวาง, ให้การศึกษากันและกัน, ปลดปล่อยความเข้าใจผิด ในเรื่องความเจ็บป่วย, ให้เข้าใจถูกว่า ตนเองเป็นอย่างไร. คนไข้ที่แยกออกจาก สังคม, ใจลอย, จะได้ประโยชน์มาก โดยได้เรียนรู้ว่ามีผู้อื่นอีกหลายคนที่มี ความยุ่งยากคล้ายกับตน.

การทำจิตบำบัดหมู่, บางครั้งจัดอย่าง ไม่มีพิธีรีตอง. ปลดปล่อยให้คนไข้เลือกเรื่อง ที่จะพูดเอง. ในบรรยากาศที่ไม่หวงห้าม เช่นนี้ทุกคนจะแสดงความคิดเห็นส่วนตัว ได้ง่าย. อาจมีบางคนแสดงกิริยาเกะกะ รวรานพุดจาเกรี้ยวกราด, แต่ท่าทีของ หมู่คณะ จะเป็นเหมือน เกรงมือควบคุม อารมณ์ร้ายต่าง ๆ ช่วยให้คนไข้เข้าใจ, เกิดการเอาอย่าง (identification) กับหมู่ คณะ, ทำให้ปรับตัวเข้าสังคมได้.

การคัดเลือกคนไข้ในกลุ่มแสดงละคร (psycho-drama) เกี่ยวกับชีวิตประวัติของ ตนเองเป็นอีกแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัด หมู่. ทำให้ผู้แสดงมองเห็นชีวิตของตัวเอง. หลังจาก เล่นละคร ควรเปิด การ สนทนา อย่างเสรีถึงบทบาทที่แสดงเพื่อช่วยคนไข้ ในกลุ่ม เห็นความแตกต่าง ความคล้าย

คลั่งกันและเข้าไปไขปัญหาชีวิตมากขึ้น.

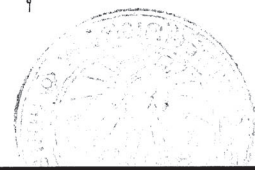
ประโยชน์สำคัญของการทำจิตบำบัด
หมึกคือ ผู้บำบัดมีโอกาสช่วยคนไข้ได้
มากกว่า แต่การทำจิตบำบัดตัวต่อตัว
ก็ยังจำเป็นอยู่.

ได้มีผู้พยายามรวบรวมแยกประเภท
โรคจิตเพื่อหาจุดสำคัญในการรักษา. แต่
เรื่องโรคจิตเอาแค่เพียง การตัดสินใจโรค
และให้ข้อก็ยังหาความแน่นอนไม่ได้.
บางโรคจะมีอาการหลายชนิดปนกัน. คน
ไข้อย่างคนก็มีอาการคล้ายเป็นโรคจิต
หลายอย่าง. จะอย่างไรก็ตามการดูแล
รักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นงานควรสนใจและ
นำอันโมทนา. ความเมตตากรุณา, ความ
เข้าใจ, สภาพอ่อนโยน, ความอดทน,
รู้จักกาลเทศะ, ผ่อนหนักผ่อนเบาและ
สุขุมรอบคอบ, เป็นคุณสมบัติประจำตัว
ของผู้บำบัด, ซึ่งไม่อาจหาได้จากคำ
ตำราหรือฟังคำบรรยาย. ถ้าปราศจาก
คุณสมบัติดังกล่าวมาแล้ว, แม้จะเป็น
แพทย์หรือพยาบาลที่มีความรู้และวุฒิสูง
มากเพียงใดก็ตามก็ยากที่จะดูแลรักษา
คนไข้ทางจิตเวชให้เป็นผลดีได้.

มีคำกล่าวว่าการทำจิตบำบัดนั้น ผู้
บำบัดควรไว้ใจเพราะเหตุตัวเอง, เพื่อให้

เข้าใจรู้จักตนเองดีเสียก่อนที่จะไปทำจิต
บำบัดผู้อื่น. ตรงนี้ทำให้หนักถึงพระพทธเจ้า.
ในพระพทธประวัติปรากฏว่าทรงเป็นผู้ฝึก
สอนที่มีความสามารถดีเลิศ ยากจะมีผู้ใด
เสมอเหมือน. ทรงมีพระสัมปัญญาญาณ
ว่า ขณะใดเวลาไหน, ผู้ใด, ควรและไม่
ควรจะได้รับการอบรมสั่งสอน. พุทธ-
ศาสนิกชนคงทราบถึงพฤติการของพระ
พทธองค์, ที่ทรงแผ่พระเมตตา, โปรด
องค์ลีมาลให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทัน
เวลา ก่อนที่ จอมโจรผู้จะทำมาตุฆาต,
อันเข่นอนันตริยกรรม, ซึ่งเป็นกรรมมี
โทษหนักที่สุดหมกทางที่จะทรงโปรดได้,
และทรงแสดงธรรมต่อบิเลสององค์ลีมาลจน
สำเร็จอรหัตผลเป็นพระอรหันต์ในพระพทธ
ศาสนา.

มีหลักปฏิบัติบางประการในการโปรด
เวไนยสัตว์ของพระพทธองค์. ประการ
แรกก็คือ ทรงพิจารณาก่อนว่าผู้ใดควร
จะได้รับการโปรด. ผู้ที่ทรงเห็นว่าโปรด
ไม่ได้ก็จะไม่ทรงกระทำเพราะเป็นการเสีย
เวลา, ไร้ประโยชน์. ประการที่สอง, ทรง
เลือกจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการทำ,
เช่น ทรงโปรดองค์ลีมาล. ประการที่สาม,



ทรงมีวิธีการหลายอย่างแตกต่างกันตาม
ลักษณะจิตใจและบุคคลิกภาพของบุคคล.

ประการสุดท้าย และสำคัญที่สุดก็คือ
พระศาสดาผู้เป็นดวงประทีปของโลก,
นอกจากจะสามารถสั่งสอนผู้อื่นได้แล้ว,
ยังทรงปฏิบัติได้ด้วยพระองค์เอง. สมควร
อย่างยิ่งที่ทรงเป็น “อัญชลีภรรณีโย” คือ

ผู้ที่ควรได้รับการกราบไหว้จากบุคคลทุก
ชั้นในทุกภพ. พระองค์เป็นเอกอรรค-
มหาบรมผู้เอกมด้วย พระมหากษัตริย์คุณ,
พระปัญญาคุณและพระบริสุทธิคุณ, ซึ่ง
พทธศาสนิกชนพร้อมแล้วที่จะถวายอภิ-
วาทเมอระลึกหรือมีผู้เฝ้าถึงพระนามพระ-
พทธเจ้าของเรา.

มูลนิธิสารศิริราช

ขอเชิญชวนบริจาคสมทบทุนมูลนิธิ ฯ ตามกำลังศรัทธา
และขอเชิญชวนเป็นสมาชิกอุปการะของสารศิริราชโดยบริจาคหนึ่งพันบาทขึ้นไป
ท่านจะได้รับสารศิริราชสมนาคุณตลอดชีพ

บทความพิเศษ

หลังเกษียณอายุราชการ

กาญจนา โสภโณตร อ.บ.

(หอสมุดศิริราช)

เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๑๐ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดให้มีการแสดงปาฐกถาเรื่อง “๕๓ ปีในศิริราช” โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ อำนวย เสริมสุข เนื่องจากเกษียณอายุราชการ, ท่านคงบ่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ ได้กรุณาชวนผู้เขียนไปฟังปาฐกถานี้ด้วย. ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับชีวิตและงานของผู้บรรยายและความเป็นไปในศิริราชพอสมควร. ท่านศาสตราจารย์นายแพทย์ อำนวย ได้บริจาคเครื่องใช้ และอุปกรณ์ทั้งหมดในการรักษาโรคมะเร็งด้วยแร่เคียมให้แก่ศิริราช. ในตอนสุดท้ายได้กล่าวอ้อล่าเป็นที่ประทับใจแก่ผู้ฟังว่า “ท่านจะหยุดทำราชการ, หยุดประกอบอาชีพส่วนตัว, แต่จะไม่หยุดรักศิริราช.” ต่อมาสมาคมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้ลงมติแต่งตั้ง

ให้ เป็น ศาสตราจารย์ อปการคุณ ในแผนกรังสีวิทยา, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๑๐. การฟังปาฐกถานี้ทำให้ผู้เขียนเกิดความคิดที่จะศึกษาเรื่องการออกจากราชการเนื่องด้วยเหตุสูงอายุต่อไป.

ทุกท่านคงจะได้พบเห็นหรือได้ยินได้ฟังมาว่า บุคคลผู้นั้นผู้นั้นขณะที่ยังทำงานอยู่ก็มีร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บไข้ได้ป่วย, พอปลดเกษียณแล้วทำไมจึงเจ็บป่วยบ่อย ๆ, สามวันก็สิ้นไข้, บางคนหงุดหงิดโมโหง่าย, บางคนก็แก่ไปมาก. คำปรารภหรือ ทักทาย ท่านเองจะได้พบเสมอ ๆ ในชีวิตประจำวัน. เนื่องจากผู้ที่ต้อง ออกจากงานด้วยเหตุสูงอายุในยี่หนึ่ง ๆ มีเป็นจำนวนมาก, ซึ่งมีทั้งผู้ที่อยากปลด และพวกที่ถูกปลดด้วย. บุคคลเหล่านี้เมื่อออกจากงานแล้วไปทำ

อะไร, ที่ไหน, มีความเป็นอยู่ที่หรือก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอย่างไร, ยังมีผู้สนใจศึกษาน้อยมากและไม่ค่อยได้บันทึกไว้เป็นหลักฐานเท่าที่ควร.

เมื่อการปลดออกจากการ หมายถึงงานประจำวันอย่างหนึ่งเกือบชั่วชีวิตคนจะตั้งจบลง โดยไม่มีอะไรจะเข้าแทนที่ไว้, ไม่ว่าจะเป็นอย่าง กระทั่งหันหรือค่อยเป็นค่อยไปก็ตาม, ผู้ที่ถูกปลดออกจะต้องดำเนินชีวิตในแนวใหม่, หางานใหม่ทำเป็นประจำหรือเป็นบางเวลา, เรียนรู้การจัดการกับรายได้อันลดลง, จะต้องใช้เวลาว่างที่มากขึ้นอย่างไร, หรือหาความพอใจอย่างใหม่มาแทนที่เวลาที่หมดไปกับการงานได้อย่างไร. บุคคลเหล่านั้นบางคนอาจจะรู้สึกว่า ตนไม่ได้มีความสำคัญต่อชุมชน หรือ ส่วนราชการนั้น ๆ อีกต่อไปแล้ว, เกิดความท้อใจในจิตใจ. การออกจากราชการด้วยเหตุสังอายุไม่ถึงมีผลสะท้อนต่อบุคคลเหล่านั้นต่าง ๆ กัน. ดังตัวอย่างจากบทความของศาสตราจารย์ นายแพทย์แดง กาญจนารัตน์⁽¹⁾ ที่ได้บรรยายไว้ว่า ท่านได้พบกับเพื่อนฝูง

จำนวนไม่น้อยที่อายุครบ ๖๐ ปีแล้วออกวัยชราอายุ, ใ้รับค่าชดเชยแล้วถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของเพื่อนวัยนี้, ไม่ใช่ลำพังแต่ท่านเท่านั้นที่รู้สึกเช่น, แม้แต่เพื่อนก็ยอมจะเป็นเช่นเดียวกัน, เพราะสิ่งใดถ้าไม่โดนเข้าก็ตัวเองแล้วก็ยากที่จะซวยซึ่งหรือเห็นอกเห็นใจผู้อื่น. ท่านเล่าว่าผู้ปลดชราอย่างท่านรู้สึกเหงามากเพราะไม่ได้ไปทำงานทุกวันอย่างเคยจึงต้องฆ่าเวลาด้วยการนั่งรถเมล์สายต่าง ๆ ทุกวัน ๆ ละสายจนกว่าจะค่อยค่อยไปเอง. บางท่านตอนแรก ๆ ต้องแต่งตัวออกไปกินอาหารกลางวันกับเพื่อนฝูงที่เคยทำงานร่วมกันมา, แล้วค่อย ๆ เว้นไปบ้างจนกว่าจะเคย, จึงจะกินข้าวกลางวันที่บ้าน. บางท่านมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงกลายเป็นคนหงุดหงิดโมโหง่าย, เพราะไม่รู้จะไปคุยกับใคร, ต้องอาศัยเวลานานจึงจะทะเลาะลงได้โดยหันไป "เล่น" ต้นไม้เป็นการคลายอารมณ์ไ้บ้าง. หลายท่านบอกว่าตั้งแต่ออกจากราชการวัยชราแล้ว, สุขภาพก็พลอยเสื่อมโทรมไปเพราะไม่ได้ทำอะไรมาก, นั่ง ๆ นอน ๆ จึงสามวันก็สิ้นใจ. ส่วน

ท่านที่เคยมีตำแหน่งราชการใหญ่โตก็รู้สึกไม่มีใครสบายใจ, เพราะเคยมีอำนาจ, สิ่งให้ใครทำอะไรก็ต้องปฏิบัติตาม. บางท่านเคยอยู่บ้านหลวง, ใช้น้ำและไฟฟรี, มีรถยนต์ประจำตำแหน่งพร้อมด้วยคนขับ, แต่เมื่อครบเกษียณต้องออกจากราชการ สิ่งเหล่านี้ก็ต้องพลอยหมดไปด้วย, จึงทำให้เกิดปัญหาอย่างมากมาย. ข้าราชการบำนาญที่เป็นแพทย์นั้นว่ามีโชคดีกว่าพวกอื่น ๆ. เพราะเมื่อออกจากราชการแล้วก็ยังประกอบอาชีพโดยการตรวจและรักษาคนไข้เป็นการส่วนตัวได้เป็นอย่างดี, แม้ว่าจะต้องลดงานบางอย่างลงบ้างที่ยากเกินไปสำหรับผู้มีอายุ, เช่น การไปตรวจที่บ้าน, การเยี่ยมใช้ในเวลากลางคืนหรืองานทางสถิติศาสตร์ และศัลยศาสตร์. ด้วยเหตุนี้เรื่องเกษียณอายุราชการจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมาก.

เรื่องอายุของเกษียณ ในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ Hinds⁽²⁾ รายงานว่า International Labour Office แห่งสหประชาชาติได้ตีพิมพ์รายละเอียดประมาณ ๕๐ ประเทศที่กำหนดอายุการออกจากงานเพื่อรับ

บำนาญ. อายุค่าสุดท้ายที่สมควรออกก็ขึ้นอยู่กับอายุของประชากรแต่ละประเทศต่าง ๆ กัน, ในประเทศแคนาดา, นอร์เวย์และไอร์แลนด์ ชายและหญิงจะปลดเกษียณเมื่ออายุ ๗๐ ปี, แต่ ๕๐ ปีทั้งหญิงและชายในประเทศอิตาลี, ส่วนออสเตรเลีย, เบลเยียม, ออสเตรเลีย, กรีซ, อิหร่าน, อิสราเอล, โปแลนด์และสหภาพแอฟริกาใต้ใช้แบบเดียวกับสหราชอาณาจักร บริเตนใหญ่คือชาย ๖๕ ปี และหญิง ๖๐ ปี. รายละเอียดเรื่องบำนาญคงมีต่าง ๆ กัน. ของเอกชนส่วนมากกำหนดอายุการปลดออกจากงานสำหรับชาย ๖๕ ปี, และหญิง ๖๐ ปี, แต่สำหรับประเทศไทยคงใช้ ๖๐ ปีเท่ากันทั้งหญิงและชาย.

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว⁽³⁾ ได้บรรยายไว้ว่า จำนวนผู้สูงอายุกว่า ๖๐ ปี ในเมืองไทยเมื่อปี ๒๕๐๑ มี ๑,๐๘๐,๐๐๐ คน ซึ่งเทียบเท่ากับร้อยละ ๔.๔ ของพลเมืองทั้งหมด. จำนวนผู้ช่วยโรคจิตเวชชราในไทยมีประมาณร้อยละ ๒ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล.

จากผลของการสำรวจสำมะโนประชากรในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๓ มี ๒๖.๓๘ ล้านคน ในจำนวนนี้มีสถิติคือ⁽⁴⁾

อายุ	พ.ศ. ๒๕๕๐		พ.ศ. ๒๕๐๓	
	ประชากร	ร้อยละ	ประชากร	ร้อยละ
๖๐-๖๔ ปี	๒๘๑,๒๐๕	๑.๖	๔๗๓,๕๖๐	๑.๘
๖๕-๖๙ ปี	๒๐๔,๘๕๕	๑.๒	๓๑๒,๖๐๐	๑.๒
๗๐ ปี ขึ้นไป	๒๔๖,๐๖๒	๑.๔	๔๒๒,๐๕๕	๑.๖

สำหรับประชากรวัยทำงาน หรือแรงงานมี ๑๕ ล้านคน. เป็นแรงงานที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ๖ แสนคนเศษ, หรือประมาณร้อยละ ๔ ของแรงงานของชาติ. (5) จะเห็นว่าภายในระยะเวลา ๑๔ ปี ค.ศ. ๒๔๕๐-๒๕๐๓ ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว. แต่ยังไม่ได้มีการค้นคว้าและวิจัยถึงปัญหาและอุปสรรคการทำงานของคนเหล่านี้.

ครั้นเมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๐๔ ระหว่างที่การประชุมสังคมนิยมแห่งชาติครั้งที่ ๒ สภาปราชญ์อาวุโสท่านหนึ่งได้ตั้งคำถามในที่ประชุมว่า "ข้าพเจ้าได้นั่งฟังการประชุมมาหลายวันแล้ว, รู้สึกว่าข้อเท็จจริงและปัญหาที่พุดกันเกือบทั้งหมดเป็นเรื่องราวของเด็กและเยาวชนเกือบทั้งสิ้น. ยังไม่เคยได้ยินใครพุดถึงเรื่องราวของผู้มีอายุเลย, จึงสงสัยว่าเรื่องของคนสูงอายุไม่ใช่เรื่องที่ควรสนใจหรือ

ประการใด." เป็นที่น่าอินที่ว่า ในเวลาต่อมา องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ยกเอาปัญหาการทำงานของคนที่มีอายุเป็นหัวข้อสำคัญให้ที่ประชุมขององค์การสมัยที่ ๔๖ ได้พิจารณาด้วย. เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนมากและมีปัญหาแตกต่างไปจากของคนทั่วไป, เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๖ ทางโรงพยาบาลประสาท พญาไท จึงได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น, และได้เปิดคลินิกผู้สูงอายุทำการตรวจเพียงสัปดาห์ละ ๑ วัน. ในบ่ายวันพฤหัสบดีตั้งแต่ ๘ มกราคม ๒๕๐๗ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๐๗ มีสถิติผู้สูงอายุมารับการตรวจถึง ๖๗๑ คน, ซึ่งแบ่งตามอายุได้ดังนี้: (6)

อายุ ๖๐-๗๐ ปี	มี ๓๗๒ คน
อายุ ๗๑-๘๐ ปี	มี ๒๐๔ คน
อายุ ๘๑-๙๐ ปี	มี ๒๕ คน
อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป	มี ๑ คน

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในจำนวนผู้ที่ไปรับการตรวจรักษาทั้งหมด, ส่วนมากมีอายุระหว่าง ๖๐-๗๐ ปี. และแน่นอนจะต้องมีเป็นจำนวนไม่น้อยที่เป็นข้าราชการนอกประจำการ. จำนวนผู้ปลดเกษียณรวมทั้งประเทศ ในปีหนึ่งๆ มีจำนวนเท่าใดนั้นยังหาข้อมูลไม่ได้, แต่จากสถิติที่กองทะเบียนประวัติ, สำนักงาน ก. พ., รวบรวมได้มีดังนี้คือ (7) จำนวนผู้ปลดเกษียณที่เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ, วิสามัญ และตำรวจ ในปี ๒๕๐๘ มี ๕๔๔ ราย, ปี ๒๕๐๙ มี ๕๒๖ ราย และปี ๒๕๑๐ มี ๗๓๐ ราย, ทั้งนี้ไม่รวมข้าราชการครู, ทหาร และตุลาการ. แสดงว่าข้าราชการที่มีอายุถึง ๖๐ ปี ได้ถูกบังคับให้ออกจากงาน, จะโดยความสมัครใจหรือไม่ก็ตาม, มีจำนวนสูงขึ้นตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น. อันก่อให้เกิดปัญหาทางการแพทย์และสังคมนานาประการ, ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น ๒ พวกใหญ่ ๆ คือ (2)

(๑) ทางด้านการแพทย์. ที่สำคัญก็เนื่องมาจากความมีอายุทำให้ความกระฉับกระเฉง, การรับรู้ และสมองพลอยชราไปด้วย. เกิดเป็นโรคเรอริง, โท

เฉพา อย่าง บัง ซ้อ อักเสย, หลอกลม อักเสย, การเปลี่ยนแปลงทางหัวใจและหลอดเลือด, โรคหัวใจและโรคปอดอย่าง ช้จขบหรืออช้คเหตุ เป็นต้น. เมื่อร่างกายมีความเสื่อมตามสภาพ, กำลังกายลดลง, เริ่มเซื่องช้าลงเมื่ออายุมากขึ้น และสมรรถภาพในการทำงานต่ำลงด้วย, จึงเกิดความไม่ต้องการผู้สูงอายุในองค์การ, ส่วนราชการ, โรงงานอุตสาหกรรมและวิทยาศาสตร์, แม้แต่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอนามัยก็พลอยหมดโอกาสไปด้วย.

(๒) ทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม. ได้แก่ที่อยู่อาศัย, ความเปลี่ยวเปลี่ยวของ จากถูกแยกแอกเทศ จากครอบครัวและญาติมิตร, หรือการไม่มีบุตร, ความเบื่อหน่าย, การปรียปรังตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และสิ่งเร้าอย่างรีบเร่งไม่ได้. การสูญเสียอิสรภาพและการขาดผืนดินก่อให้เกิดความท้อและอารมณ์ตั้งเครียดยิ่งขึ้น; ส่วนในเรื่องการเงิน, เนื่องจากมีรายได้น้อยลงทำให้เกิดความกังวลเรื่อง การครองชีพ, และท้ายที่สุด คือ งานอดิเรก, ซึ่งก็จะสำคัญที่สุดที่จะช่วยทาง ด้านจิตใจ.

เพราะเหตุ ๒ ประการนี้ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากต้องผกผันตนเองด้วยการนั่ง ๆ นอน ๆ อยู่ที่บ้าน.

ผู้ปลดเกษียณใหม่ย่อมต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ไปธรรมดา หรือมีปัญหาเฉพาะบุคคลอยู่เสมอ ๆ. ภาวะสุขภาพอนามัยหลังจากหยุดทำงานจะเป็นเรื่องสำคัญที่สุด. บางรายความเจ็บป่วยที่ไ้เรอรังตั้งแต่ยังทำงานอยู่ก็จะค่อย ๆ ก่อตัวมากขึ้นเมื่อไม่ได้ทำงาน. ผู้ที่กระทำการไว้วงหน้าว่า ถ้าปลดออกจากงานแล้วจะใช้เวลาว่างไปในการทำสวน, วาดรูป, ตกแต่งบ้าน, อ่านหนังสือหรือกิจการอื่น ๆ, ในไม่ช้าบุคคลเหล่านั้นจะพบว่า สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ช่วยให้เวลาหมดไปตามที่คิดไว้. ไม่ได้เกิดความพอใจหรือเร้าใจตามที่ส่วนมากเชื่อกันอยู่. ยิ่งทำงานอยู่. เมื่อมีเวลาว่างมาก ก็ต้องพยายามหาสิ่งที่น่าสนใจนอกบ้านบ้าง เช่น อยากรจะทำงานเป็นบางเวลาหรือเต็มเวลาเพื่อต้องการใช้เวลาให้หมดไปและเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัวได้ตลอดด้วย. แต่ผู้สูงอายุเกิน ๖๐ ปี ก็ทำงานไม่ไ้่ง่ายนัก. เมื่อสิ่งเหล่านี้ไม่สมความมุ่งหมาย, ขาดเครื่อง ประกัน ความมั่นคงในครอบครัว,

ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แก่เร็ว และเป็นอันตรายทางจิตใจมากกว่าโรคร้ายไข้เจ็บเสียอีก. การนอนไม่หลับเนื่องจากความกังวลทำให้ การเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ, เกิดเป็นโรคข้ออักเสบ, โรคของต่อมธัยรอยด์, โรคประสาทและโรคอื่น ๆ ไ้่ง่าย. จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไปหาหมอบ่อยกว่าผู้ที่มอายุน้อยในชุมชนเดียวกัน. เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้น, หากกำลังใจไม่คึกเป็นทนอยู่แล้ว, โอกาสที่โรคจะหายเร็วก็มันน้อยลง.

ผู้ปลดเกษียณ มาก รายที่ มีความรู้ ความชำนาญยิ่ง และยังสามารถทำงานต่อไปได้ก็, เมื่อถูกปลดออกจากงานเมื่อถึงอายุที่กำหนด, จะเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยากในการที่จะบรรจบบุคคลเข้าแทนในตำแหน่งที่ว่างเหล่านั้น. ในบรรดาพวกที่ถูกปลด, บุคคลเหล่านั้นไ้่งานใหม่มาทดแทนงานเก่าได้หรือไม่. มีการแนะนำต่อผู้ที่หางานทำต่อไปไม่ไ้่อย่างไ้่ข้าง. ปัญหา นี้จะมีความสำคัญต่อผู้ที่เริ่มคิดถึงอนาคตและเตรียมตัวไว้เมื่อถึงเวลานั้น, เป็นการดีกว่าที่จะไม่ไ้่เตรียมพร้อมไว้เลย. บางคนไ้่เตรียมตัวไว้ก่อนแล้ว, สามารถปรับตัวให้มีความสุขต่อการอยู่

ว่างและโยกย้ายไปอยู่ในที่ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมที่น่าอภิรมย์. แต่บางคนเมื่อตกปลดออกจากงานแล้ว, เกิดมีความรู้สึกว่าหมดสิ้นทุกอย่าง, ทั้งผู้ร่วมงาน, ค่าแรงงาน, ตำแหน่งหน้าที่, และมีความท้อท้ออาลัยในชีวิต. เหล่านี้เกิดขึ้นกับผู้ที่ปลดเกษียณโดยไม่ได้เตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้า.

ผู้เขียนมีความเห็นว่า การใช้เวลาว่างให้หมดไปอีกวิธีหนึ่งก็คือ การเขียนหนังสือ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยยังมีความสำคัญมาก, เพราะสรรพวิชาความรู้มักจะหมดไปพร้อมกับร่างกายที่ตายจากไปก็เลย. นำเอาอย่างอังกฤษและอเมริกาที่ ประชาชนส่วนมากนิยมการอ่านหนังสือ. ไม่ยอมปล่อยให้เวลาให้เสียไปโดยเปล่าประโยชน์แม้ขณะนั่งรถโดยสาร. เมื่ออ่านแล้วมีความนึกคิดอย่างไรหรือมีความรู้แขนงใดก็มักจะเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร, เพื่อผู้อื่นที่อยู่ในสมัยเดียวกันหรือคนรุ่นหลังได้ทราบ. ภัยเหตุนานประเทศเหล่านี้จึงมีหนังสือหรือสิ่งพิมพ์มากมายจนนับไม่ถ้วนและถือกันว่าสิ่งพิมพ์ของแต่ละคนเป็นอนุสรณ์แทนตัวที่จะช่วยให้ชื่อของตนไม่สูญหายไปจากโลก

เช่นเดียวกับร่างกาย. ยิ่งผู้ที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานใหญ่โตเช่นศาสตราจารย์ในมหาวิทยาลัยหรือเทียบเท่า, บุคคลเหล่านี้ย่อมมีความจริงจังในการทำงานของตนเองเป็นอย่างดี, เมื่อปลดเกษียณแล้วทางมหาวิทยาลัยหรือส่วนราชการนั้น ๆ มักจะขอรับรองให้อยู่ต่อไปโดยเสนอแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษา หรือเป็น "ศาสตราจารย์เกียรติคุณ" (Emeritus Professor น่าจะใช้คำนี้มากกว่า "ศาสตราจารย์อุปการคุณ"), เพราะถือเป็นเกียรติยศของสถาบันนั้น ๆ. เป็นการชักจูงให้มีผู้มาศึกษาหรือสนใจอยากจะทำงานในที่แห่งนั้น เพราะชื่อเสียงของศาสตราจารย์ผู้นั้น. ในขณะเดียวกันทางมหาวิทยาลัยก็อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้, เป็นต้นว่า จัดห้องทำงานให้พร้อมด้วยอุปกรณ์และผู้ร่วมงาน. แม้ว่าจะไม่ได้มีตำแหน่งเป็นที่ปรึกษาหรือศาสตราจารย์เกียรติคุณ, หากบุคคลผู้นั้นประสงค์จะแต่งตำราหรือยื่นทุกประการตลอดชีวิตของการทำงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อชนรุ่นหลังแล้ว, ทางสถาบันนั้น ๆ ก็จะทำให้ความสนับสุนนเต็มทุก ๆ ทาง, รวมทั้งด้านการเงินด้วย. การทำเช่นนั้นย่อม

เป็นการเข้าใจให้มีผู้อยากเขียนหนังสือมากขึ้นและเป็นการช่วยให้ผู้ปลกเกษียณมีความเพลิดเพลินกับงานใ้้อีกทางหนึ่ง. ในเมืองไทยมีข้าราชการผู้เชี่ยวชาญที่ปลกเกษียณออกไปชละมากมาย, โดยเฉพาะ สาขา แพทย์ และ วิทยาศาสตร์ ที่เกี่ยวข้อง. การผลิตผลงานออกเป็นเล่มหนังสือหลังเกษียณอายุราชการเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้ เป็น สัมผัส แก่ คนรุ่นหลัง, หากจะเริ่มทำกันให้เป็นที่นิยมเสียแต่บัดนี้, ย่อมจะเกิดประโยชน์อย่างหา คำนีไ้ที่เดียว, เพราะในปัจจุบันบริการต่าง ๆ ของ ห้าง สุมักก็ เจริญ ก้าว หน้า ไป มากแล้ว, อุปสรรคในการหาเอกสาร ประกอบการค้นคว้าก็ มี น้อย มาก.

วิธีการ ช่วยเหลือ ผู้ปลกออกจากงานที่ร้ายเหตส่งอายุในต่างประเทศ เช่น⁽⁸⁾ ในเมืองเบอร์มิงแฮม, ประเทศอังกฤษ. ได้แก้ปัญหานี้โดยการจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือกัน ประมาณ ๖ สัปดาห์. สำหรับคนทำงานที่มอายุถึง ๕๐ ปี, ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ มาบรรยาย เกี่ยวกับการปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม, สุขภาพอนามัย, การทำงานและการอยู่ ว่าง, การจัดระเบียบความเป็นอยู่, และ

การเงินเป็นต้น. มีผู้สนใจต่อวิธีการนี้มาก และมี โครงการที่จะ เปิด อบรมระยะสั้น สำหรับผู้ที่ใกล้จะปลกออกจากงานด้วย.

ที่เมืองกลาสโกว์, สกอตแลนด์, ได้ จัดให้มีการประชมราว ๗ สัปดาห์. มี หัวข้อ การประชุมที่ เป็นหลัก เช่น เกี่ยว กับที่ เมืองเบอร์มิงแฮม จัดขึ้น; แต่เพิ่มการบรรยายเกี่ยวกับการปลกคืนไม้, การตกปลา, คุณค่าของการดนตรี และละคร. หลาย บริษัทตกลง อนุญาต ให้คนงานส่งอายุ ได้หยุดงาน สัปดาห์ละ ๑ วัน เพื่อเข้าร่วมอบรม. หลักสตรเกี่ยวกับการปลกออกจากงานนี้ ได้ดำเนินการจัดทำ โดยผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์พิเศษต่าง ๆ, ซึ่งก็ได้รับผลเป็นที่พอใจ. กิจกรรมเกี่ยวกับการปลกออกจากงานและช่วยเหลือผู้ปลกได้จัดขึ้นในรูปต่าง ๆ, ไม่ว่าจะเป็นการบรรยาย, การอภิปรายหรือการเข้ารับการอบรม, ซึ่งล้วนแต่ประสังค์จะขจัดความกังวล, ความเบื่อหน่ายและอาการซึมเศร้าที่ เกิดขึ้นสืบเนื่องจากการตกปลกออกจากงานทั้งสิ้น.

ในสหรัฐอเมริกา⁽⁹⁾ ได้จัดให้มีการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความชราชนทกรงวอชิงตันเมอวันที่ ๓-๕ เมษายน ๒๕๑๐. นับเป็นครั้งแรกและเป็นก้าวหนึ่ง

ที่จะนำไปสู่ การค้นคว้า เรื่องราวของการ
ปลดออกจากงาน ด้วยเหตุสูง อายุว่าเป็น
ระยะหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์.
ผู้ที่เข้า ประชุมได้ ให้ความเห็นว่าเป็น
การแพทย์, ไม่มีอะไรที่จะทำให้ผู้สูงอายุ
ได้วัยผลเสียมากเท่ากับการ ปลดออกจาก
กิจกรรม. การประชุมได้แบ่งออกเป็น
๒ ภาค, ซึ่งภาคหลังได้จัดให้เมื่อวัน
๑๕ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๑๐. ที่ซึ่งไปก็
จะมีการ ประชุมอภิปรายขึ้นอีก ในปี พ.ศ.
๒๕๑๑ และ ๒๕๑๒ เพื่อ จะหาแนวทาง
นำไปสู่ โครงการค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับ
การ ปลดออก จากงาน ด้วยเหตุ สูงอายุ.
การ ประชุม นี้ อยู่ใน ความ อุประ มณี ของ
National Institute of Child Health and
Human Development, Adult Develop-
ment and Aging Branch ซึ่งจะเป็น

ประโยชน์ ต่อผู้สูงอายุ ที่ถูกปลดออกจาก
งานไม่น้อยทีเดียว.

เอกสาร

1. แดง กาญจนารัตน์ "เมื่ออายุครบ ๖๐ ขวบ"
ศิริราชอนุสรณ์ ฉบับสำเร็จการศึกษาครบรอบ ๒๕ ปี
๒๕๑๐ ฐาน ๒๔๘๔ - ๒๔๘๕ หน้า ๖๕-๗๐.
2. Hinds, S.W.: The personal and
socio-medical aspects of retirement.
Roy. Soc. Health J. (1963, 83:281-85.)
3. ฝน แสงสิงแก้ว "สุขภาพจิตของผู้ชรา"
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๐๓, ๕:
๗๕-๗๘.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปลสถิติรายปี
ประเทศไทย บรรพ ๒๔, ๒๕๐๖ หน้า ๔๑.
5. ประชาสงเคราะห์, กรม กองแรงงาน "ปัญหา
การทำงานของคนสูงอายุ" รายงานสัมพันธ์ ๒๕๐๕,
๓: ๑-๔ (มีค.)
6. ประสพ รัตนากร "โรค ผู้สูงอายุ ในโรง
พยาบาลทั่วไป" เวชสารกรมการแพทย์ ๒๕๐๕, ๑๕:
๔๑-๖.
7. จำลอง อินทรกำแหง, ติดต่อด่วนตัว.
8. Preparation for retirement. Lan-
cet 1962, 1:1057-8.
9. Carp, F.M.: Retirement crisis.
Science 1967, 157:102-03.

บันทึกคดี

วิธีการ ชิโรคคาร์

ป้องกันครรภ์แฝดคลอดก่อนกำหนด

รายงานคนไข้หนึ่งราย

เกออร์ก เอช. อี. คลุทเค, M.D., Bd. Obst. Gynec. ดาราเพ็ญ จิวลักษ์ณ์ P.B.

(ร.พ. ไอควด, มิชิแกน, สหรัฐ.)

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าครรภ์แฝดนั้นมักคลอดก่อนกำหนดเสมอ. ครรภ์แฝดมีเรื่องต่างจากครรภ์ปรกติคือทารกมีขนาดเล็ก, ปากมดลูกขยายและบางมากกว่าธรรมดาเนื่องจากมีน้ำหนักลดลงมากกว่าปรกติ, ทังแรงมดลูกหดตัวทำให้เกิดการขยายตัวของปากมดลูกก็น้อยกว่าเพราะกล้ามเนื้อมดลูกถูกยึดเกิน. การขยายตัวของปากมดลูกจนบางลงมักเป็นสาเหตุชักนำไปให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดที่ทารกจะสามารถยังชีพอยู่ต่อไปหลังคลอด. ปากมดลูกนั้นดูเหมือนว่าไม่สามารถพยุงทารกและถุงน้ำไว้ได้ (relative incompetent cervix). รายงานคนไข้รายนี้ควรเป็นแรงกระตุ้นและการตัดสินใจสำหรับการใช้วิธีการ ชิโรคคาร์ เพื่อเสริมกำลังของ

ปากมดลูกให้พยุงทารกและถุงน้ำไว้ได้นานขึ้นเท่าที่จะนานได้จนทารกมีโอกาสอยู่รอดหลังคลอด.

รายงานคนไข้

คนไข้อายุ ๓๑ ปี, อาชีพงานบ้าน, มาหาแพทย์เมื่อประมาณสามปีแล้วมาเนื่องจากต้องการมีบุตรอีก. เธอมีบุตรแล้วหนึ่งคนอายุ ๓ ขวบครึ่ง, เป็นชายมีน้ำหนักเมื่อคลอด ๘ ปอนด์ ๑๑ ออนซ์. การตรวจไม่พบสิ่งผิดปกตินอกจากช่องคลอดอักเสบด้วย ทริโซโมนาส, ซึ่งเมื่อหายแล้วเธอก็ตั้งครรภ์ใหม่. เธอคลอดบุตรคนที่สองเป็นชายมีน้ำหนัก ๘ ปอนด์ ๕ ออนซ์.

เจ็ทเดือนต่อมาเธอได้รับการตรวจอีกครั้งหนึ่งเนื่องจากมีระคน้อย. ระคน้อยก่อนหน้านั้นเป็นปรกติ. จากการตรวจทางช่องคลอดให้การวินิจฉัยว่าเธอตั้งครรภ์. จากการตรวจครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์พบขนาดของมดลูกโตเร็วกว่าปรกติ. แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์แฝดและภาพรังสีสันหลังยืนยันว่าเป็นครรภ์แฝด. อายุประมาณ ๒๖ สัปดาห์. ในตอนนั้นพบปากมดลูกขยายตัวและบางมาก. ใ้รับคนไข้ไว้ในโรงพยาบาลเมื่อครรภ์ประมาณ ๒๘ สัปดาห์, ซึ่งในคราวนั้นมองเห็นเยื่อถุงน้ำถึง ๓ ซม. ใ้รับรักษาด้วยวิธีการ ชิโรดคาร์ (Shirodkar) โดยใช้เอ็น Mersilene เย็บผูกรอบ เอ็นโตเซอร์วิซ. ต่อจากนั้นก็เข้าโรงพยาบาลอีกเป็นครั้งคราวเนื่องจากการหดตัวของมดลูกอย่างไม่สม่ำเสมอ. ทุกครั้ง ตรวจพบว่าปากมดลูกไม่ขยาย. หลังจากใช้วิธีการ ชิโรดคาร์ คนไข้ตั้งครรภ์ต่อไปได้อีกเกือบ ๘ สัปดาห์. ก่อนถึงวันคลอดครบกำหนดเพียง ๓ สัปดาห์ มดลูกของคนไข้หดตัวแรงขึ้นและเริ่มต้น

การคลอด. แพทย์ได้ตัดเอ็นที่เย็บรอบปากมดลูกออกและให้คนไข้คลอดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่. ระยะแรกของการคลอดกินเวลา ๔ ชั่วโมง ๕๐ นาที, ระยะที่สองใช้เวลา ๓๐ นาที. ทารกออกท่าหัว ๓ คน, เป็นหญิงทั้งหมด, หนัก ๓ ปอนด์ ๔ ออนซ์, ๓ ปอนด์ ๕ ออนซ์และ ๔ ปอนด์ ๒ ออนซ์ตามลำดับ. คนสุดท้ายเป็นชาย, คลอดท่าก้นโดยต้องใช้เครื่องกดช่วย.

หลังคลอดมารดาและทารกเป็นปรกติ. เสียเลือดในการคลอดประมาณ ๑๕๐ มล. มดลูกหดตัวดีเมื่อให้ ซิยีนโทซิโนน หยดเข้าหลอดเลือด. ไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ.

สรุป

รายงานนี้แสดงว่าวิธีการของ ชิโรดคาร์ มีประโยชน์และสมควรนำมาใช้ได้ ในกรณีที่กล้ามเนื้อหรือชั้นในมีการหย่อนสมรรถภาพโดยเปรียบเทียบ, เพื่อช่วยป้องกันมิให้เด็กคลอดก่อนถึงระยะที่สามารถรอดชีวิตต่อไปได้ เมื่อมีครรภ์แฝด.



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เพ็ชรพสาย พ.บ.
นันทน์ พนมพสิณ พ.บ.
ทิว บุญโชติ พ.บ.
สมชัย บรรณกิจติ พ.ต.
ประหยัด หัตถนาถรณ์ พ.บ.

ยี่สิบปีแห่งการวางรากฐาน

สารศิริราชได้เริ่มปฏิสนธิเป็นรูปอักษรบนบันทึก ซึ่งผู้เขียนบทบรรณาธิการได้เสนอต่อ คณะกรรมการ คณะแพทย-ศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาลในหัวข้อ “โครงการส่งเสริมการประชุมวิชาการ และการออกวารสารของศิริราช” ในการประชุมครั้งที่ ๒๒๖ วันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๑. (ค.เอกสารหมายเลข ๑.) ที่ประชุมได้รับข้อเสนอบริการโดยเอกฉันท และลงมติให้ผู้เสนอเป็นบรรณาธิการ, รับดำเนินงานต่อไป. ในการประชุมครั้งต่อมา, วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๕๑, จึงได้เสนอรายละเอียดเพิ่มขึ้น, เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่, ลักษณะของหน้าปก, ประเภทของเรื่องที่พิมพ์, และเรื่องการเงิน. (ค.เอกสารหมายเลข ๒.) เมื่อเห็นตกลงกันแล้ว จึงได้ออกหนังสือชักชวนให้สมัครเป็นสมาชิก และ หนังสือชักชวนให้

ลงแจ้งความโดยลำดับ (เอกสารหมายเลข ๓, ๔, ๕). การเสนอได้รับการสนองอย่างก็เกินคาด. ภายในวันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๔๕๒ “สารศิริราช” ฉบับปฐมฤกษ์ ก็ได้คลอดออกมาสู่บรรณโลกด้วยหน้าตาที่สะอาดงดงาม อย่างเรียบร้อย สมกับฐานะวารสารวิชาการ, และมีความหนาเกินกว่าที่กะไว้ถึงเท่าตัว. มีพระบรมสมเด็จพระราชูปถัมภ์ เป็นภาพนำเพื่อศิริมงคล และเพื่อเทิดทูนความที่ได้ทรงสนพระทัยในวิชาการแพทย์ เป็นแบบฉบับสำหรับแพทย์ไทยทั่วไป. บรรณาธิการได้เขียนคำอภิศิวไว้ว่า “ในวารคดีที่ก่อกำเนิดสารศิริราชขอน้อมเกล้าฯ สดกที่พระเกียรติคุณแห่งพระองค์ผู้ได้ทรงประทานทุกสิ่งทุกอย่างโดยไม่มีขีดชั้นเพื่อความเขินขกแผ่นแห่งศิริราชพยาบาล และโรงเรียนแพทย์, ความสำนึกในหน้าที่, ความไว

(เอกสารหมายเลข ๑)

โครงการส่งเสริมการประชุมวิชาการและการออกวารสารของศิริราช

๑. การส่งเสริมการประชุมวิชาการ

- ก. เพิ่มความสะดวกของผู้บรรยาย เช่นช่วยทำภาพประกอบ ทำการฉายภาพ ถ่ายภาพ พิมพ์บทบรรยายให้ เป็นต้น
- ข. เพิ่มความสะดวกสบายของห้องประชุม เช่น เปิดทางถ่ายเทอากาศ ติดพัดลมเพิ่มขึ้น บังแดดจัดให้ปิดมิดได้ (สำหรับฉายภาพ) เป็นต้น
- ค. หาเรื่องแสดงใหม่ได้บ่อยขึ้น, อย่างน้อยควรมีได้ทุก ๆ เดือน รวมทั้งระหว่างปีภาคด้วย อาจหาเรื่องได้โดยเชื้อเชิญอาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิมาบรรยาย และรับเรื่องกึ่งวิชาการเข้ามาด้วย
- ง. จัดรางวัลให้แก่ผู้บรรยายเรื่องดี ๆ ในรอบปี อาจมีหนึ่งรางวัลหรือหลายรางวัลก็ได้

๒. การออกวารสารศิริราช

- ก. ขอเสนอชื่อ "สารศิริราช" ชื่อภาษาอังกฤษ "Siriraj Hospital Gazette."
- ข. เห็นควรพิมพ์ออกให้บ่อย เช่นอย่างน้อยเดือนละฉบับ ถึงแม้จะเล่มบางสักหน่อย
- ค. ในชั้นต้นนี้ ควรจำกัดความหนาเพียง ๓-๔ ยก (ขนาด ๘ หน้ายก เท่าจดหมายเหตุของแพทยสมาคม) อย่างสูงสุดไม่เกิน ๕ ยก
- ง. เพื่อเลี่ยงวารสารนี้ ควรรับลงแจ้งความบ้าง แต่อยู่ในวงจำกัด ไม่ให้กลายเป็นหนังสือหาขายได้ ควรมีเนื้อที่ให้แก่แจ้งความประมาณ $\frac{๑}{๕}$ ถึง $\frac{๑}{๕}$ ของเล่ม และเลือกเฉพาะเรื่องที่อยู่ในแนวทางการแพทย์
- จ. เจ้าหน้าที่ อาศัยเจ้าหน้าที่ประจำที่มีอยู่แล้ว โดยคิดค่าตอบแทนให้สำหรับการทำงานนอกเวลาเพียงเป็นสินน้ำใจ
- ฉ. เพื่อการเผยแพร่ ควรขยายการรับวารสารนี้ออกไปยังแพทย์ที่อื่น หรือบุคคลภายนอกด้วย
- ช. เรื่องที่จะนำลง นอกจากเรื่องการประชุมวิชาการ (อาจลงเต็มหรือย่อก็ได้แล้วแต่กรณี) ควรมีการสรุปจากเอกสาร ความเห็นทางวิชาการ และข่าวจากศิริราช อนึ่งเพื่อเพิ่มความสนใจสำหรับแพทย์ทั่วไป ควรมีแผนกข้อความ (แอสเสแตรีคท์) จากวารสารการแพทย์รวมอยู่ด้วย
- ซ. สำหรับราคาควรจะจำหน่ายได้ฉบับละ ๕๐ สต. เพื่อให้แพร่หลาย สำหรับที่ต้องส่งทางไปรษณีย์ก็คิดเพิ่มเฉพาะค่าไปรษณีย์การ
- ณ. ผลประโยชน์ที่ได้รับ เมอรวมทั้งแจ้งความเข้าด้วยแล้ว น่าจะเพียงพอสำหรับสัหัยทั้งหมด และอาจมีเงินเหลือสำหรับการขยายงานต่อไป และสำหรับช่วยในโครงการที่ ๑ (เช่นตั้งเป็นเงินรางวัล) ด้วยบ้างก็ได้

(เอกสารหมายเลข ๒)

สารศิริราช

<u>เจ้าของ</u>	คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลเป็นตัวแทนคณะ
<u>บรรณาธิการ</u>	ร.ท. อวย เกตุสิงห์ ร.น.
<u>ผู้จัดการ</u>	นายวิชฎฐ์ เตชะสิต
<u>โรงพิมพ์</u>	โรงพิมพ์โสภณพิพัฒนาการ
<u>ผู้พิมพ์ผู้โฆษณา</u>	ร.ท. อวย เกตุสิงห์ ร.น.
<u>หน้าปก</u>	มีเครื่องหมายเป็นรูป ศ หมายถึงศิริราช มีพระเกี้ยวอยู่ข้างบนหมายถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ผู้พระราชทานกำเนิด โรงพยาบาล ศิริราช และโรงเรียนแพทย์ และมีงูพันคราอยู่ในวงศ หมายถึงวิชาแพทย์.

๑. เรื่องที่น่าสนใจพิมพ์

- ก. เรื่องริเริ่ม
 - ข. เรื่องแปล ถอดความ ย่อ หรือเรียบเรียงจากต้นตออื่น ๆ
 - ค. เรื่องย่อจากวารสาร
 - ง. เรื่องความเห็นเฉพาะที่เกี่ยวกับการแพทย์หรือการศึกษาแพทยศาสตร์
 - จ. ข่าวสารจากศิริราช
- รับเรื่องจากอาจารย์และแพทย์ในศิริราชก่อนของผู้อื่น ในรายที่เห็นควรอาจรับจากบุคคลภายนอกด้วย สำหรับเรื่องที่เขียนโดยนักศึกษาต้องมีอาจารย์ผู้ใหญ่นำเสนอและรับรอง เรื่องย่อจากวารสาร ควรให้มีเป็นประจำ เล่มหนึ่งสัก ๑๐ ถึง ๒๐ หัวข้อ เรื่องริเริ่มควรให้มีทุกเล่ม

๒. แจ้งความทราบถึงพิมพ์

รับโดยจำกัด เนื้อที่แจ้งความทั้งหมดไม่ให้เกินกว่าเศษหนึ่งส่วนสี่ของเล่ม (ไม่รวมในปก) ข้อความที่นำลงต้องอยู่ในหลักต่อไปนี้

- ก. เป็นเรื่องเกี่ยวกับการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์การแพทย์
 - ข. เป็นข้อความที่แจ้งแก่แพทย์ไม่ใช่แก่คนไข้
 - ค. ไม่มีข้อกล่าวอ้างซึ่งเห็นได้ง่าย ๆ ว่าเกินขอบเขต
- ในขั้นต้นนี้จะติดต่อขอแจ้งความจากบริษัทห้างร้านที่ใหญ่ ๆ ก่อน

๓. การจำหน่าย

จะหาสมาชิกจากนายแพทย์ นักศึกษาแพทย์ พยาบาลและนักศึกษาหรือทำงานเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ หนังสือนี้ไม่ออกจำหน่ายทั่วไป แต่ผู้ใดจะบอกรับก็ได้

๔. ราคาจำหน่าย

ขายปลีกฉบับละ ๑ บาท รั้งปี (๑๒ เล่ม) ๑๐ บาท รั้งปี ๖ บาท ค่าส่งต่างหาก สำหรับ
นักศึกษาคิดทั้งปี ๘ บาท รั้งปี ๔ บาท

๕. ค่าลงแจ้งความ

ในเล่มคิดหน้าละ ๑๐๐ บาท ปกในและปกนอกคิดเพิ่มตามส่วน หน้าปกไม่ลงแจ้งความ เพื่อให้
นำดู ค่าลงแจ้งความนี้อาจต้องเปลี่ยนแปลงบ้างตามความจำเป็น

๖. เจ้าหน้าที่ ควรมี

ก. บรรณาธิการ ดูแลเกี่ยวกับเรื่องตีพิมพ์

ข. ผู้จัดการ ดูแลเกี่ยวกับแจ้งความ การตีพิมพ์และธุรการอื่น ๆ

อาจมีผู้ช่วยบ้างตามสมควร นอกจากนั้นสมควรขอรับรองแพทย์บางคนให้รับหน้าที่ทำข้อความจาก
เอกสารเป็นประจำ

๗. การเงิน ราชบัณฑิตยสถานและราชบัณฑิตยสถาน คิดโดยสมมติว่า พิมพ์ฉบับละ ๕๐๐ เล่ม

ก. รายรับ

๑. การจำหน่าย กระจายจำหน่ายแก่นักศึกษา ๒๕๐ ฉบับ แก่ผู้อ่าน ๒๕๐ ฉบับ รายได้
ทั้งปีประมาณ ๔,๕๐๐ บาท

๒. ค่าลงแจ้งความ กระจายประมาณปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท รวมรายรับประมาณ ๑๔,๕๐๐ บาท

ข. รายจ่าย

๑. ค่าตีพิมพ์ คิดยกละ ๑๓๐ บาท (ต่อ ๕๐๐ เล่ม) ฉบับละ ๔ ยก
ตกฉบับละ ๕๒๐ บาท รั้งปี ๖,๒๔๐ บาท
คิดเพิ่มค่าปลอก ๗ ล. ๗,๐๐๐ บาท

๒. ค่าแรงงาน เช่นในการขนส่ง ห่อหนังสือ ฯลฯ คิดประมาณ ๕๐๐ บาท ต่อปี

๓. ค่าพาหนะ คิดประมาณ ๑๐๐ บาท ต่อฉบับ รั้งปีเป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

๔. เบ็ดเตล็ด ๕๐๐ บาท

รวมทั้ง ๔ รายการเป็นเงินประมาณ ๘,๒๐๐ บาทต่อปี

ค. การเก็บรักษาและจ่ายเงิน

เพื่อความสะดวกและเพื่อให้ฐานะของหนังสือมั่นคง ควรให้มีการเงินเป็นอิสระ

๘. เกี่ยวกับการบรรจุเรื่องในหนังสือพิมพ์

๑. ให้หนังสือพิมพ์ลงข่าวของคนละที่เป็นทางการ โดยให้เลขานุการคณะบดีเป็นผู้รวบรวมข่าว
และได้รับอนุญาตจากคณะบดีก่อน

๒. เรื่องคนภายนอก ถ้าส่งมาเองไม่รับ แต่จะรับลงเรื่องที่ได้อบรมบรรยายในที่ประชุม

๓. ผู้เขียนเรื่องมาลงจะได้รับเรื่องของตนเป็นจำนวน ๒๕ ชุด ถ้าบรรณาธิการเห็นสมควร

(เอกสารหมายเลข ๓)

“สารศิริราช”

นิตยสารวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ด้วยความมุ่งหมายที่จะเผยแผ่ความรู้ทางแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลจะได้ออกนิตยสารรายเดือนชื่อ “สารศิริราช” สำหรับตีพิมพ์เรื่องต่าง ๆ ซึ่งเขียนโดยอาจารย์และนายแพทย์ในคณะฯ เกี่ยวกับผลการทดลองตรวจค้น ค้นคว้า ประสพการ ความชำนาญ ความเห็น และความรู้ที่รวบรวมและเรียบเรียงจากตำรับตำราต่าง ๆ กับเพื่อประโยชน์ของนายแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดจะจัดให้มีความย่อ (แอบสแตรกต์) จากเรื่องที่นำเสนอในนิตยสารต่างประเทศอีกด้วย อนึ่งเพื่อเป็นการเชื่อมโยงศิษย์เก่ากับสถานศึกษาจะได้ลงข่าวสารของศิริราชและของศิษย์ด้วยพอสมควร

“สารศิริราช” มีขนาดประมาณ ๑๘×๒๕ ซม. เล่มหนึ่ง ๆ มี ๓๒ ถึง ๔๐ หน้า ขายราคาเล่มละ ๑ บาท เป็นสมาชิกทวีปละ ๑๐ บาท ครั้งปี ๖ บาท ถ้าส่งทางไปรษณีย์ต้องเสีค่าส่งต่างหากอีกปีละ ๑.๕๐ บาท ครั้งปี ๑ บาท สำหรับนักศึกษาและนิสิตในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คัดอัตราพิเศษ คือทวีป ๘ บาท ครั้งปี ๔ บาท แต่ทั้งนี้จะส่งให้แต่เฉพาะทมหาวิทยาลัยหรือคณะเท่านั้น และถ้าหากจะรวมกันตั้งผู้แทนสำหรับให้ส่งหนังสือได้พร้อม ๆ กันก็จะเป็นความสะดวกมาก หนังสือจะไม่มั่วว้างขาย

ถ้าจะเทียบราคากับหนังสืออื่น ๆ ก็เห็นได้ว่า “สารศิริราช” มีราคาถูกมาก ทั้งนี้เพราะทางการไม่ประสงค์จะกำไร และมีความมุ่งหมายแต่จะเผยแผ่ความรู้เท่านั้น

ฉบับแรกกำหนดออกในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๑๒ ผู้ที่มีความประสงค์จะเป็นสมาชิกตั้งแต่ต้นโปรดส่งนาม ตำบล พร้อมทั้งเงินค่าบำรุง (และค่าส่งทางไปรษณีย์) ไปยังผู้จัดการ ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ศกน

ทางการเสียใจที่จะไม่ส่งหนังสือให้แก่ผู้บอกรับซึ่งมิได้ส่งเงินล่วงหน้าครบถ้วน เพราะคงราคาไว้มากอยู่แล้ว และจะไม่มีเงินสำรองจ่าย

“สารศิริราช”

เจ้าของ	คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
บรรณาธิการ	อวย เกตุสิงห์
ผู้จัดการ	วิจิตรู เตชะสิต
สำนักงาน	แผนกสรีรวิทยา ศิริราชพยาบาล โทรศัพท ๒๒๐๕๐

(เอกสารหมายเลข ๕)

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ธนบุรี

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๑๑

เรื่อง เชิญชวนให้ลงแรงใจใน “สารศิริราช”

จาก บรรณาธิการ “สารศิริราช”

ถึง ท่านผู้จัดการ

ด้วยคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เห็นสมควรที่จะจัดออกนิตยสารเป็น
อุปกรณ์ในการศึกษาและเผยแผ่วิชาการในบรรดาแพทย์ นักศึกษาและนักวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการ
แพทย์ หนังสือกำหนดออกเป็นรายเดือน ๕ ถึง ๕ ๕ ยก และเพื่อให้เป็นที่แพร่หลายจริง ๆ สมกับ
ความมุ่งหมายที่จะเผยแผ่ความรู้ จึงวางราคาให้ต่ำที่สุดที่จะทำได้ คือขายปลีกฉบับละ ๑ บาท รับทั้งปี
๑๐ บาท สำหรับนักศึกษาคิดเพียง ๘ บาท ในขั้นต้นนี้กำหนดจะพิมพ์เล่มละ ๑,๐๐๐ ฉบับ เล่มแรก
กำหนดออกในวันที่ ๑ มกราคม สกหน้า

เพื่อช่วยเหลือในการใช้จ่าย ทางการจะเบ็ดรับลงแรงใจด้วย แต่เพื่อรักษามาตรฐานของ
นิตยสารวิชาการไว้ จึงได้จำกัดการลงแรงใจนี้ไม่ให้มีปริมาณเกินสมควร และได้วางระเบียบไว้ว่าจะรับลง
แต่แรงใจที่คุ้มค่าสมบัติตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้เท่านั้น คือ

๑. เป็นแรงใจที่เกี่ยวกับการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ที่สัมพันธ์กัน
๒. เป็นข้อความที่แจ้งแก่แพทย์ ไม่ใช่แก่คนไข้
๓. ไม่มีข้อกล่าวอ้างที่เห็นได้ง่าย ๆ ว่าเกินขอบเขต

นอกจากเพื่อรักษามาตรฐานของหนังสือแล้ว เชื่อว่าท่านคงเห็นด้วยว่าการจำกัดเช่นนี้ย่อมช่วย
รักษาผลประโยชน์ของผู้แจ้งใจตัวเองอีกชั้นหนึ่ง

เพื่อให้เป็นการง่ายในการตกลงตามหลักเกณฑ์ข้างบนนี้ ทางการสารศิริราชจึงได้เลือกติดต่อ
เชื้อเชิญเฉพาะแต่บางบริษัทและห้างร้านเท่านั้นและในชั้นนี้ขอจำกัดเนื้อที่ แต่เพียงหน่วยละ ๒ หน้าก่อน
หากท่านมีความประสงค์จะได้มากกว่านั้นก็ขอได้โปรดแจ้งเป็นหมายเหตุไป ถ้าพอจัดให้ได้ทางการก็ยินดีจะ
สนองความประสงค์

พร้อมกันนี้ได้แนบอัตราค่าลงแรงใจมายังท่านเพื่อพิจารณาด้วย ถ้าหากท่านมีความประสงค์
จะตกลงในเรื่องนี้ประการใด ขอได้โปรดติดต่อโดยด่วนกับนายวิญญู เตชะสิต ผู้จัดการ “สารศิริราช”
แผนกศิริวิทยา ศิริราชพยาบาลจะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(เอกสารหมายเลข ๕)

เจ้าของ : คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
บรรณาธิการ อวย เกตุสิงห์

อัตราค่าจ้างความ
ใน
นิตยสารรายเดือน "สารศิริราช"

ขนาดหนังสือ ๑๘×๒๕ ซม. (หรือขนาด ๘ หน้าค่อนึ่งยก)
กำหนดออก : ภายในวันที่ ๗ ของเดือน

	<u>ครึ่งปี</u>	<u>หนึ่งปี</u>
หน้าธรรมดา เต็มหน้า	๕๐๐.๐๐ บาท	๙๕๐.๐๐ บาท
หน้าธรรมดา ครึ่งหน้า	๔๐๐.๐๐ ,,	๖๐๐.๐๐ ,,
ปกหลัง	๑,๑๕๐.๐๐ ,,	๒,๑๖๐.๐๐ ,,
หลังปกหน้า	๕๕๐.๐๐ ,,	๑,๘๐๐.๐๐ ,,
ปกหลังหน้าใน	๕๐๐.๐๐ ,,	๑,๖๘๐.๐๐ ,,

ติดต่อหรือขอทราบรายละเอียดได้ที่ นายวิจิตร เดชะสิต หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ

สำนักงาน : แผนกสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

โทรศัพท์ ๒๒๐๕๐

เกียรติในวิชาชีพ และ ความ เสียสละ เพื่อ
สถานศึกษา, จะเป็นเค็ชฌน้อยส่วนหนึ่ง
ซึ่ง เรา ทั้ง หลาย จักพึงกระทำไ้ ในความ
พยายามที่จะดำเนินตามรอยพระยุคลบาท
แห่งพระองค์ผู้ประเสริฐเป็นการเฉลิมพระ
เกียรติและแสดงกตัญญูต่อพระกรณา-
ธิคุณอันใหญ่ยิ่งนั้นแล. เรื่องที่พิมพ์เป็น
การประเดิมมี “ การเรียนหมอ ” ของนาย
แพทย์เฉลิม พรหมมาส, อธิการบดีมหา-
วิทยาลัยแพทยศาสตร์, “ การเผยแพร่
วิชาแพทย์ ” ของหลวง พิณพากย์พิทยา-
เภท, คณบดี, “ พยาธิลำไส้ตัวกลมกับ
คล้ายกรรม ” ของ นาย แพทย์ ประ จักษ์ณ
ทองประเสริฐ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์,
“ สังเขปนันทองงานที่ผ่านมา ” ของ นาย
แพทย์ประเสริฐ กังสกาลย์, หัวหน้า
แผนกอายุรศาสตร์, “ ข้อสังเกตบาง
ประการ เกี่ยวกับการใช้ เมานคิงกัมเค็ชฌ
และการทดลองใช้ยางสน ” ของนายแพทย์
สุก แสงวิเชียร, หัวหน้าแผนกกายวิภาค
ศาสตร์. บรรณาธิการเขียนเรื่อง “ ประทุ
เป็ค ”, บรรยายถึงประโยชน์ของสาร-
ศิริราชซึ่งจะรับเป็นพาหะของความรู้ทั้งใน
ทางนำออกและนำเข้า. มี “ ย่อเอกสาร ”

๖ เรื่อง, เขียนโดยนายแพทย์จิตต์
ต์จินตา, แพทย์หญิงจินตภา สายณห-
วิกลิต, นายแพทย์ธระ สุขวจัน, นายแพทย์
เพ็อง สัตยสงวน, นายแพทย์สุก แสง-
วิเชียร, และนายแพทย์สุขุม ภัทราคม.
ในแผนกข่าว มี หัว ข้อ “ สถิติ การรักษา
พยาบาล ของ โรงพยาบาลศิริราช ประจำปี
เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๑ ”, “ ตึก
ใหม่ของแผนกมารเวชศาสตร์ ”, “ ห้อง
รักษาพิเศษ ”, “ สถานศึกษา ” (งบ
ประมาณขยายตึกพยาธิวิทยา, กายวิภาค
ศาสตร์, สรีรวิทยาถกตัด, และการสร้าง
ห้องปฏิบัติการเภสัชวิทยาชั่วคราว), “ ถึงส่ง
น้ำประปา ”, “ ไปต่างประเทศ ” (นาย
แพทย์จรลพัฒน์ อิศรางกร, นายแพทย์
ดิถี จิงเจริญ, นายแพทย์สมศักดิ์ พันธุ์
สมบุญ, นายแพทย์ตระกูล ถาวรเวช,
นายแพทย์วิจิ วิรานวิคิต, แพทย์หญิง
จินตภา สายณหวิกลิต, ศาสตราจารย์
ประจักษ์ณ ทองประเสริฐ), “ ลาออก
และย้าย ”, “ เปลี่ยนนามสกุล ” (นาย
แพทย์พร วราเวชช์), “ ฉาปนกิจ ”,
“ ขำรงและเออเพื่อสารศิริราช ”, และ
“ ข่าวศิษย์เก่า ”. เรื่องสุดท้ายในเล่มคือ

“บันทึกท้ายสมุด” ซึ่งบรรณาธิการได้เริ่มต้นด้วยประโยคที่ว่า “สารศิริราชควรมีไว้ว่าเป็นของกายสิทธิ์ เพราะก่อประโยชน์จาก ‘พลังจิต’ ซึ่งไม่มีตัวตนแท้ ๆ” และในตอนหนึ่งได้อ้างว่า “ปัญหาข้อหนึ่งที่สำคัญของการ : ได้พิจารณาเป็นพิเศษ คือ การกระทบกระเทือนถึงจิตหมายเหตุของแพทย์สมาคมเพราะส่วนมากของเรื่องในหนังสือนั้นออกไปจากศิริราช. สารศิริราช อาจแย่งเรื่อง มาเสียหมดก็ได้. แต่เมื่อไตร่ตรองโดยรอบคอบแล้วก็เห็นกันว่าความกริ่งเกรงนี้เป็นการมองในแง่ร้ายมากเกินไป การพิมพ์สารศิริราช จะกลับกระตุ้นให้มีผู้เขียนเรื่องมากขึ้นอีกด้วย. สารศิริราชรับลงแต่เรื่องจากสมาชิกของศิริราชเท่านั้น. หมายเหตุ : ลงเรื่องของใคร ๆ ก็ได้ทั่วประเทศ, รวมทั้งจากสมาชิกศิริราชด้วย, เพราะมิได้มีการผูกขาดแต่ประการใด” เหตุการณ์ต่อมาได้พิสูจน์แล้วว่าความคิดเห็นนี้ตรงกับความเป็นจริง.

นโยบายหลักของสารศิริราชซึ่งบรรณาธิการได้กำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มแรกมีดังต่อไปนี้.

(๑) การส่งเสริมกิจการภายในคณะ, โดยช่วยให้มีทางเผยแพร่กิจการนั้น ๆ โดยสะดวกและเป็นหลักฐาน, ช่วยให้ผู้ทำรู้สึกว่าการดำเนินงานอยู่ยั่งยืน, ไม่สูญหายไปเช่นที่เป็นอยู่แต่ก่อน.

(๒) การเผยแพร่ความรู้ภายในศิริราชออกไปสู่เพื่อนร่วมวิชาชีพในภายนอก, และการนำความรู้จากภายนอกเข้ามาเผยแพร่ในหมู่ชาวศิริราช.

(๓) การอบรมทางด้านจิตใจ, โดยการเผยแพร่บทความเกี่ยวกับศาสนา, จรรยา, ประเพณี และวัฒนธรรมอื่น ๆ ของไทย.

(๔) การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างศิษย์เก่า, ศิษย์ปัจจุบันกับศิริราช, โดยเฉพาะในแง่ของความกตัญญูแก่เวที.

(๕) การกระจายวารสารให้แพร่หลายไปในวงกว้างที่สุดที่จะเป็นไปได้, โดยกำหนดค่าสมาชิกภาพไว้ต่ำที่สุด และมีอัตราพิเศษสำหรับนิสิตนักศึกษา.

เพื่อประโยชน์แห่งนโยบายข้อที่ ๑ สารศิริราชรับเรื่องทุกประเภทจากสมาชิกของศิริราชโดยไม่ไต่คำนึงถึงปัญหาเรื่อง “มาตรฐาน”. ในระยะยี่สิบปีที่ผ่านมา มีเรื่องที่ได้แนะนำให้ส่งไปทอน (ส่วน

มากส่งไปให้จดหมายเหตุ ฯ ของแพทย -
สมาคม ฯ) หลายเรื่องเพราะมีความยาว
มากเกินไปกว่าที่ สารคดีราช จะลงให้ได้,
แต่ที่ ต้อง “ส่ง คน” เพราะ คุณ ภาพ มี
เพียงเรื่องเดียว. ทั้งนี้เพราะ สารคดีราช
เป็นของ ศิริราช, จึงควร จะยอม ให้ เป็น
สนามฝึกซ้อม สำหรับ ผู้ที่ เริ่ม หัก เขียน หนังสือ
วิชาการ เพื่อจะได้ มี โอกาส ชัก เกลา คน
เอง ให้ คชิน เรื่อย ๆ. การ ปฏิบัติ กิจนี้ ทำให้
สารคดีราช ตก ทราน้ำ ย่อย ๆ ว่า “ไม่
ถึง มา มาตรฐาน”, ซึ่ง บรรณาธิการ ก็ ยอม
รับ โดย คุ้น. แต่ถ้า หาก ผู้ใด ลอง อ่าน
เรื่อง ที่ นำ ลง ใน ฉบับ นี้ ๆ ของ หนังสือ
เปรียบ เทียบ กับ เรื่อง ใน ฉบับ หลัง ๆ, ก็ คง
จะ เห็น ได้ เอง ว่า สารคดีราช ของ เรา คชิน
เรื่อย ๆ, และ ผู้ที่ จะ เห็น ได้ ก็ ที่ สด ก็ คือ ผู้
ที่ เขียน เรื่อง นั้น ๆ, ซึ่ง จะ รู้ ได้ ว่า คน
เอง เขียน ได้ คชิน เพียง ไร. คน พวก นี้ มี อยู่ เป็น
จำนวน ไม่น้อย, และ ยังมี อีก หลาย คน ที่
ได้ อาศัย สารคดีราช เป็น บัน ไต่ ไต่ ขึ้น ไป สู่
ข้อ เลียง ใน ทาง วิชาการ.

ความสำเร็จ เกี่ยว กับ นโยบาย ข้อ ที่ หนึ่ง
นี้ เห็น ได้ ชัด เจน โดยการ เปรียบ เทียบ จำนวน
เรื่อง วิชาการ ที่ เสนอ ใน ที่ ประชุม ของ คณะ ฯ
ใน สมัย ก่อน กับ สมัย ปัจจุบัน.

นโยบาย ข้อ ที่ ๔ ได้ ให้ ผล อย่าง น่า
ปลื้มใจ ยิ่ง ใน การ ลด งบ หัก สิบ และ ลด งบ
เจ็ด สิบ สอง ปี ศิริราช. หอ ประชุม ราช -
แพทย าลัย, ซึ่ง สร้าง ขึ้น ด้วย เงิน สมทบ
จาก ศิษย์ เก่า แพทย ทั้งหมด, และ ตัก “พระ
จุลจอมเกล้า ฯ” (ตัก เจ็ด สิบ สอง ปี), ซึ่ง
เป็น รูป ร้าง ขึ้น ด้วย ทรัพย์ แรง ของ สมา -
ชิก ของ ศิริราช ทุก ๆ สมัย, เป็น หลัก ฐาน
อย่าง ที่ แห้ง ประโยชน์ ของ สารคดีราช ใน
ด้าน สัมพันธ์ ระหว่าง ศิษย์ เก่า กับ โรง
เรียน เก่า. “หอ กิฬา” เป็น ผล ประการ
น้อย ๆ อีก ข้อ หนึ่ง ของ ความสำเร็จ ใน
ด้านนี้.

เพื่อความ สำเร็จ แห่ง นโยบาย ข้อ ที่ ๕
คณะ ผู้ จัด ทำ สารคดีราช ได้ วาง แผน
ประหยัค อย่าง มาก ที่ สด ที่ จะ ทำ ได้, โดย
การ รัย เรื่อง สั้น ๆ (เป็นการ ส่ง เสริม การ
เขียน สั้น ซึ่ง เป็น ข้อ พึง ประสงค์ สำหรับ
บทความ วิชาการ), หลบ เลี่ยง การใช้
บล็อก, จำกัด ภาพ ประกอบ, ฯลฯ. การ
ปฏิบัติ นี้ ได้ ผล คชิน ใน ระยะ ต้น ๆ. ทั้ง ๆ ที่ คิด
ค่า รัย ต่ำ กว่า ทน, และ คิด ค่า แจึง ความ ถู ก
กว่า วิทยาสาร อื่น ๆ, ก็ ยังมี เงิน เหลือ ไว้
จ่าย ช่วย กิจการ ของ คณะ ฯ ได้ ปี ละ หลาย ๆ
อย่าง, เช่น ช่วย พิมพ์ เอกสาร เผยแพร่,

พิมพ์ สิบปี, ฯลฯ. แต่ต่อมาโล่ห์การพิมพ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ, ปริมาณแจ้งความลดลง, ส่วนสารคดีวิราชไม่ยกรวบรวมทั้งสมาชิกและผู้แจ้งความ, การเงินจึงตกต่ำลงเป็นลำดับ. ในตอนหลัง ๆ นี้กล่าวได้ว่าหนังสือทรงตัวอยู่ด้วยการชักข้างหลังมาปะข้างหน้าข้าง, เอาเนื้อหน้ามาเจือเนื้อข้างข้าง. การขยายตัวจะทำได้ด้วยการปฏิวัติในหลักการ "ไม่ยกรวบรวม" ดังกล่าวนี้.

นอกจาก นโยบาย หลักห้า ประการ ที่กล่าวแล้ว, สารคดีวิราชยังมีความตั้งใจสำคัญอีกข้อหนึ่ง, คือพยายามที่จะทำให้เป็นหนังสือของไทยอย่างสมบูรณ์, โดยใช้ภาษาต่างประเทศให้น้อยที่สุด. เหตุผลของความตั้งใจนี้ไม่จำเป็นจะต้องบรรยาย, เพราะเป็นเรื่องที่รู้ ๆ กันอยู่แล้วและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันไม่รู้จักจบ. อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้ยังผล สองประการ ซึ่งมีประโยชน์, คือ การวางระบบเขียนทับศัพท์ต่างประเทศด้วยอักษรไทยสำหรับคำแพทย์, และการเสนอศัพท์แพทย์ภาษาไทยเทียบ กับภาษาอังกฤษ. การเคลื่อนไหวนี้ยังจะต้องทำต่อไปอีกเป็นเวลานาน, ด้วยความร่วมมือของผู้ที่เห็นชอบด้วย, และคงจะต้อง การ

เวลา อีกหลายปี หรือ หลายสิบปี ก่อนที่ประโยชน์แท้จริงจะปรากฏชัดเจน.

นอกจาก ความพยายาม ไม่ใช่ภาษาต่างประเทศเกินจำเป็น, สารคดีวิราชยังมีลักษณะอีกบางประการซึ่งนับว่าเป็นลักษณะจำเพาะหรือเป็นผลของการริเริ่ม, ได้แก่ การใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นประจำ, การทำเรื่องย่อภาษาอังกฤษ สำหรับเรื่องที่ชาวต่างประเทศน่าจะสนใจ, และการทำสรุปเรื่อง ไว้ ใน ตอนต้น ของบทความที่สำคัญ.

การกระทำตามนโยบายและความตั้งใจต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ ได้ดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป, โดยถือหลักมีชนิมาปฏิบัติ, ให้ผู้อ่านค่อย ๆ คืบกับการเปลี่ยนแปลงทีละน้อย ๆ, ไม่ประสงค์จะให้เกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ. แม้กระนั้นบางท่านก็ได้แสดงปฏิกิริยาให้ปรากฏ, แต่เป็นส่วนน้อย.

ในคำนำที่เกี่ยวกับ ประเภทของเรื่องพิมพ์, นอกจากบทความริเริ่มและความเห็นต่าง ๆ แล้ว, ในขั้นต้นก็ได้มีเรื่องพจนานุกรมสำหรับการทบทวนความรู้, บทความพิเศษ ซึ่งจัดเข้าประเภทไม่สะดวก, และเรื่องย่อจากเอกสาร. สำหรับประเภทหลังนี้

มุ่งหมายจะให้ เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะแก่ แพทย์ที่อยู่ห่างไกลจากต้นตอ ความรู้ เช่น หอสมุดหรือโรงพยาบาลใหญ่ ๆ. ในชั้นต้น ได้ตั้งใจจะให้ มีถึงยี่สิบเรื่อง ในฉบับหนึ่ง ๆ. แต่แม้จะพยายามเพียงใดก็ยังไม่เคยทำได้ถึงจุดหมาย, ทั้ง ๆ ที่โดยเหตุผลน่าจะทำได้, เพราะในเคสหนึ่ง ๆ มีการทำ "วารสารสโมสร" ในศิริราช มากกว่าจำนวนนี้. ต่อมาได้แยกแผนก ปกติดกระชั้นเพื่อลงพิมพ์เรื่องสั้น ๆ ทั้งที่เป็น วิชาการและไม่เป็น, รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับ ศาสนาและวัฒนธรรมด้วย. แผนกนี้ทำให้ศิริราช มีรสชาติต่าง กับวิทยาการ แพทย์ส่วนมากทั้งในและนอกประเทศ, และเป็นช่องทาง ให้สมาชิกได้มีช่อง เยี่ยมชมอย่าง, ทั้งในทางรับและทางให้. นอกจากนี้ ได้แยก แผนกพิเศษ สำหรับ สมาชิก บางประเภทขึ้น, คือ "มุมสำหรับนิสิต", "บทความสำหรับอาจารย์" และ "แผนก วิชาพยาบาล". แต่แผนกเหล่านี้ไม่ค่อย จะเจริญ และ ต้องเลิก ล้มไป โดยปริยาย เพราะ ไม่มีผู้ เขียน. ใน สมัยหลัง ได้ เปลี่ยนจาก "บันทึกท้ายสมุด" มาเป็น "สุจิตพากย์", สำหรับให้บรรณาธิการหรือ ผู้แทนชแจะ หรือสังสรรค์กับท่านสมาชิก.

ที่เปลี่ยนก็เพราะว่าในแผนกนี้ มีการเกริ่น ถึงเรื่องทัศนพิมพ์ในเล่ม, และการเกริ่นใน ท้ายเล่มนั้นไม่ค่อยถูกต้องด้วยเหตุผล.

ในกลางปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สารคดีราช ได้รับมอบหมายให้จัดออก "รายงานข่าว" เพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่ง, ตามความต้องการ ของคณะกรรมการประจำคณะฯ, โดยเฉพาะ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ แกง กัญจนารัตน์, เพื่อให้สมาชิกของศิริราช ได้รู้ การเคลื่อนไหว และเปลี่ยนแปลง ใน คณะอย่างทันการณ. (ดูเอกสารหมายเลข ๖.) แต่กิจการค่านนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง, ไม่ค่อยได้รับข่าว ตามที่ควร, จึงไม่ก้าวหน้า, และได้หยุด ไปพร้อมกับ การสละ สันอายุราชการ ของ บรรณาธิการ. ทราบว่าคณะฯ ได้แต่งตั้ง คณะผู้จัดทำขึ้นใหม่, ต่างหากออกไปจาก สารคดีราช, และข่าวสารฉบับใหม่จะได้ แสดงโฉมหน้าพร้อมกันใหม่. หวังว่า กิจการจะราบรื่นกว่าที่แล้วมา.

ในระหว่าง ยี่สิบปีที่ผ่านมา นพ จะ กล่าวได้ว่าคุณภาพของเรื่องที่น่าสนใจพิมพ์ ค่อย ๆ สูงขึ้น. แต่ที่จะให้มี "มาตรฐาน" เช่นหนังสือของประเทศไทยเจริญกว่าเรานั้น คงยังไม่ได้. เหตุผลสำคัญที่สุดคือเรายัง

(เอกสารหมายเลข ๖)

สำนักงานสารศิริราช แผนกสรีรวิทยา ๑๗ สิงหาคม ๒๕๐๒

เรียน

ตามมติคณะกรรมการ ฯ ให้จัดการออกหนังสือสำหรับแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงและกำหนดการต่าง ๆ ภายในคณะ ฯ และได้มอบหมายให้สำนักงานสาร ศิริราชรับไปจัดทำเป็นงานอีกส่วนหนึ่งนั้น, ได้กำหนดงานเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

๑. ขอหนังสือ เพื่อหลีกเลี่ยงความยุ่งยากในการที่จะต้องจดทะเบียนสิ่งพิมพ์โฆษณาใหม่ เห็นสมควรใช้ชื่อ "สารศิริราชรายงานข่าว" โดยถือว่าสิ่งพิมพ์ใหม่เป็นภาคผนวกของสารศิริราช

๒. กำหนดออก สัปดาห์ละครั้ง ในเช้าวันจันทร์

๓. ขนาดและความหนา ขนาดฟูลสแคป (กระดาษแผ่นนี้) ๔ ถึง ๘ หน้า.

๔. การพิมพ์และการแจกจ่าย พิมพ์โรเนียว. แจก (ก) หัวหน้าแผนก (ข) เจ้าหน้าที่ข่าวประจำแผนก (ค) ห้องสมุดกลางและห้องสมุดแผนก (ง) สำนักงานทุกแผนก (จ) หอพักนักศึกษาแพทย์และนักเรียนพยาบาลทุกคน (ฉ) ห้องรักษา (วอร์ด) ทุกห้อง (ห้องรวม, ชั้นละ ๑ ฉบับ). (ซ) สำนักงานคณบดี

๕. ประเภทของข่าว (ก) กิจกรรม, เช่นการประชุมวิชาการ, ตรวจศพ, พิธีการต่าง ๆ ฯลฯ (ข) การเคลื่อนไหว, เช่นคนไปมา, ย้ายที่ทำงาน, ไปประชุมพร้อมที่อื่น, ไปอบรมที่อื่น ฯลฯ (ค) การเปลี่ยนแปลง, เช่น เลื่อนชั้น, ย้ายหน้าที่, แต่งงาน ฯลฯ, ทั้งนี้เฉพาะที่เกี่ยวกับศิริราชและเป็นที่น่าสนใจของส่วนรวม.

๖. การส่งข่าว แต่ละแผนกมีเจ้าหน้าที่ข่าวประจำ, ผู้ทำหน้าที่รวบรวมและร้อยกรองขึ้นต้น, แล้วส่งให้สำนักงานสารศิริราช "แผนกรายงานข่าว" ภายใน ๑๒.๐๐ น. วันพฤหัสบดี ฯ.

๗. การส่งหนังสือ สำนักงานสารศิริราชจะจัดส่งหนังสือที่พิมพ์เสร็จแล้วให้ที่สำนักงานของทุกแผนกภายในเช้าวันจันทร์. ส่วนการแจกจ่ายต่อไปภายในแผนกเป็นหน้าที่ของแต่ละแผนก.

๘. การเริ่มงาน ขอความกรุณาท่านหัวหน้าแผนกแต่งตั้ง "เจ้าหน้าที่ข่าว" ประจำแผนกของท่าน ๑ คน. ควรเป็นคนที่เข้าใจในการเขียนข่าวและอยู่ในฐานะที่จะคัดเลือกข่าวว่าข่าวใดควรข่าวใดไม่สมควรเผยแพร่. (ผู้รวบรวมถือสิทธิบรรณาธิการในการกลั่นกรองอีกชั้นหนึ่ง.) ขอนัดประชุมเจ้าหน้าที่ข่าวทั้งหมดที่ห้องปาฐกถาแผนกสรีรวิทยา ในวันพฤหัสบดี ฯ ที่ ๒๐ สค. ๒๕๐๒ เวลา ๑๑.๐๐ น. เพื่อชี้แจงนโยบายและทำความเข้าใจอื่น ๆ. (ไม่มีหนังสือเชิญพิเศษนอกจากนี้.)

แผนกและหน่วยต่าง ๆ ที่ได้รับเชิญให้ส่งเจ้าหน้าที่ข่าวร่วมประชุม คือ ๑. ภาควิทยาศาสตร์ ๒. สรีรวิทยา ๓. พยาธิวิทยา ๔. อายุรศาสตร์ ๕. สูติศาสตร์ ฯ ๖. กุมารเวชศาสตร์ ๗. รังสีวิทยา ๘. จักษุวิทยา ๙. พยาบาล ฯ ๑๐. เกษษกรรม ๑๑. แผนกคนไข้นอก ๑๒. ห้องสมุด ๑๓. นักศึกษาแพทย์ ๑๔. นักเรียนพยาบาล ๑๕. สำนักงานคณบดี ๑๖. เลขฯ ๑๗. คลัง ๑๘. แผนกธุรการ ๑๙. แผนกสารบรรณ ๒๐. สถิติ ๒๑. สโมสร น.ศ.พ.

๙. จำนวนหนังสือที่ต้องการ ขอความกรุณาแจ้งจำนวนหนังสือที่ต้องการสำหรับแผนกของท่าน (ตามหลักการข้างต้น) ในครั้งหนึ่ง ๆ, โดยแจ้งด้วยว่าต้องการสำหรับส่วนใด (เช่นแผนกอายุรศาสตร์ ต้องการสำหรับ ๑. หัวหน้าแผนก ๒. เจ้าหน้าที่ข่าว ๓. สำนักงาน ๔. อัยยงค์ชาย ๕. อัยยงค์หญิง ๖. อัยยงค์ ๓, ฯลฯ) โปรดส่งจำนวนภายใน ๑๒ น. วันพุธที่ ๑๕ เดือนนี้ที่บรรณาธิการสารศิริราช.

ขอแสดงความนับถือ

บรรณาธิการสารศิริราช

ไม่มีเรื่องที่จะเลือก. เพียงมีพอ บรรจ ให้
เต็มเล่มกันขวักขวากอยู่แล้ว. ขอนเป็น
ภาวะแท้จริงในบ้านเรา, ไม่เฉพาะในกรณี
ของสารคดีราช, และ “มาตรฐาน”
สำหรับเราก็คือแค่ที่เราทำได้. ถ้าเราไม่
ทำเท่าที่ทำได้แล้ว, จะไปทำอะไรที่ไหน.
ไม่มีข้อสงสัยเลยว่าเมื่อเราทำเรื่อย ๆ ไป
พร้อมกันก็ไปว่าเราจะต้องทำให้คน,
มาตรฐานของเราคงจะทัดเทียมของคน
ใดสักวันหนึ่ง.

ในบ้านหน้าตาของหนังสือ, ปัจจุบัน
สำคัญคือการเงิน. เราก็คงอยากทำให้
หนังสือของเราสวย, ใช้กระดาษขาว
สะอาดหรือกระดาษมัน, มีรูปสีฝรั่ง. แต่
การกระทำเช่นนั้นคงจะขัดข้อนโยบายเผยแพร่,
เพราะจะทำให้หนังสือแพงขึ้น, ผู้
สามารถรับได้จะมีน้อยลง. เราจึงคิดว่า
ให้เขาได้อ่านหนังสือ, ได้รับความรู้, คง
สำคัญกว่าเสนอหนังสือสวย ๆ แต่ไม่มีผู้
อาจจะรับได้.

ผลของการอุทิศเงินของสารคดีราช
และผลของการดำเนินงานของหนังสืออื่นจะ
มีเพียงใด, ขอทิ้งไว้ให้ผู้ที่จะมาในภาย
หลังเป็นผู้วิเคราะห์. ในทันทีเห็นสมควร
กล่าวว่าสารคดีราชได้ช่วยกระตุ้นความ

สนใจในวิชาการไม่เพียงแต่สมาชิกของ
คดีราชเท่านั้น, แต่สมาชิกของหน่วยการ
แพทย์ในท้องถิ่น ๆ ด้วย. ในบางแห่งก็เห็น
ได้ชัดว่าสารคดีราชได้มีส่วนสนใจอยู่ไม่
น้อยในกิจกรรมด้านศิลปเผยแพร่.
อย่างไรก็ดี, ไม่มีความจำเป็นและไม่
มีเหตุผลที่จะต้องทำให้วารสารการแพทย์ทั้ง
หลายมีลักษณะเหมือนกันหมด. นอกจาก
ไม่มีใครจะยืนยันได้ด้วยหลักฐานว่าของ
ใครดีกว่าแล้ว, ยังเป็นการถูกต้องอีก
ด้วยที่วารสารแต่ละฉบับควรจะมีลักษณะ
จำเพาะของตนเอง. ฉบับหนึ่งอาจมีใน
แง่หนึ่ง, ฉบับอื่นอาจมีในแง่อื่น. หาก
เอามาทำให้เหมือนกันหมด, อาจจะเหลือ
แต่ส่วนที่คอยทั้งนั้นก็ได้.

ในบ้านส่วนตัวของบรรณาธิการ, จำ
ต้องรับว่าได้รับทั้งอิฐฐารมณและอนิฐฐา-
รณณจากงานสารคดีราช. แต่สรุปแล้วก็
กล่าวได้ว่ามีกำไร. คือนอกจากได้หัด
เขียนหนังสือด้วยตนเองแล้ว, ก็ได้ช่วยหัด
ให้ผู้อื่นเขียนด้วย; นอกจากได้ช่วยเผยแพร่
ความรู้ให้แก่ผู้อื่นแล้ว, ตนเองก็ได้
รับความรู้ใหม่ๆ ด้วย; นอกจากได้ฝึก
กายให้สามารถทำงานหนักแล้ว, ยังได้
ฝึกใจให้มีความอดทนต่อการกระทบ

กระทั่ง, ได้ชักชวนให้อัสมิมาเน่ค่อย ๆ
น้อยลงด้วย: นอกจากได้ช่วยเผยแพร่
เกียรติคุณของศิริราชแล้ว, ยังได้รับใช้
เพื่อร่วม อาชีพ และ ร่วม ซาติอีก ไม่น้อย
ด้วย, เมื่อนกตงผลที่ได้รับเช่นนี้แล้วก็
รู้สึกว่าคุณมีการที่ไต่สละกำลังใจ, กำลัง
กาย, ตลอดจนกำลังทรัพย์ให้แก่วารสาร
นี้. เป็นโอกาสพิเศษที่ใครรับใช้อย่างเต็ม
ที่และชิวเวลานาน.

ข้อหนึ่งใจในขณะนั้นก็คือความเห็นใจ
ผู้ที่จะมีรายชื่องหน้าทีต่อไป, ซึ่งจะต้องรับ
ไปทั้งข้อบกพร่องเรื่องงานและเรื่องเงิน. ข้อ
ปลอบใจสำคัญคือผู้เป็นผู้มีความสามารถ
และ — ที่สำคัญกว่านั้น — มีความเต็มใจ
ที่จะทำงานให้แก่คณะ แพทยศาสตร์ และ
ศิริราชพยาบาล; จะมีคณะผู้ร่วมงานซึ่ง
สนใจและเต็มใจช่วย; และจะมีแหล่ง
ทรัพยากรพิเศษที่อาจหยิบฉวยได้เมื่อ
จำเป็น, (โดยเฉพาะอุปกรณ์) ซึ่งจะช่วยให้
การทำงานมีความไหวตัวได้คล่องขึ้นกว่า
แต่ก่อน. หวังว่าคณะผู้จัดทำต่อไปนี้จะ
สามารถทำให้วารสารศิริราชเจริญขึ้น, ให้มี
มาตรฐานสูง สมควรกับเกียรติภูมิของ

ศิริราช, และยืนยงอยู่คู่เคียงกับโรงเรียน
แพทย์แห่งนี้ไปชิวกาลนาน.

ในทันผู้เขียนระลึกถึงความช่วยเหลือ
อย่างเสียสละของ ผู้ร่วมงานต่าง ๆ ที่ได้
ทำให้วารสารศิริราชคลคลายขึ้นมาสู่สถานะ
ปัจจุบัน, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณวิจิตร
เทศะสิทธิ์, ผู้ได้ช่วยวางแบบแผนของ
หนังสือ และให้ความรู้แก่ชาวคณะต่าง ๆ
คน, และได้เสียสละอย่างยิ่งเพื่องาน
พิเศษนี้, ซึ่งความจริงหนักกว่างานประจำ,
และไม่เคยได้รับการตอบแทน สำหรับงาน
หนักนเลย, เช่นเดียวกับผู้ร่วมงานอื่น ๆ.
คณะเราน่ารักก็ในข้อนี้, และยินดีทำเพราะ
เชื่อในผลทางใจ.

ตลอดเวลายุบยิบ ปีที่ได้รับใช้ ท่าน
สมาชิกมา, ผู้เขียนไม่เคยเขียนชื่อในท้าย
ขทบรณาธิการเลย, เพราะเห็นว่าเป็นงาน
ประจำ. แต่คราวนี้เป็นครั้งแรกที่ขยับ
ใช้ ในฐานะบรรณาธิการ วารสารศิริราช จึงขอ
เขียนชื่อเป็นการปิดท้ายและขอกล่าวอ้อลา
สิน ๆ ว่า “เจริญ, สุข, สวัสดิ์”.

อวย เกตุสิงห์

แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ภักดี ลิ่มสุวรรณ พ.บ., Dr. med., ชีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ.
อุทัย เจนพาณิชย์ พ.บ., C.S., F.I.C.S., นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.
กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med. บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑. Nalin, D.R., et al: การให้ของเหลวทางปากเพื่อรักษา ประคับ ประคอง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นอหิวาตกโรค. *Lancet* 1968, 2: 370-372.

ผู้รายงานรักษาผู้ป่วย อหิวาตกโรค ๒๕ คน โดยในระยะเริ่มแรก ให้ของเหลวหยดทางหลอดเลือดเพื่อรักษา ช็อค ก่อน. ต่อมาแบ่ง ผู้ป่วยเป็นสามพวก สำหรับการรักษาประคับประคอง; พวกที่หนึ่งให้ของเหลวทาง หลอด พลาสติก สู่ กระเพาะอาหาร, พวกที่สองให้กินเอง, และพวกที่สามให้ทางหลอดเลือด (พวก ค็อนโทรล). การถ่ายอุจจาระลดน้อยลง จนสู่ปกติในเวลาไล่เลี่ยกันทั้งสามพวก. ระวังของ อีเลคโตรไลต์ ในเลือดก็ใกล้เคียงตลอดการรักษา. ผู้ช่วยทนการให้ของเหลวทางปากได้ดี. ข้อตรวจพบแสดงว่า การให้น้ำยา กลูโคส และ อีเลคโตรไลต์ ทางปากสามารถลดจำนวนน้ำยาที่จำเป็นต้องให้ทางหลอดเลือดได้ถึงร้อยละแปดสิบ. จึง

เหมาะสำหรับ แหล่งที่มา โรคกระเพาะ และแหล่ง ทักษะ แคลน อดิ ภาส และ น้ายาสำหรับให้ทางหลอดเลือด. ความสำเร็จของน้ำยาที่ให้ทางปากนั้น ก็อาจจะชั่งไว้ล่วงหน้า, เก็บไว้และทำขึ้นได้ง่าย; ราคาที่ถูกลง. ในรายที่เป็นน้อย (ไม่ ช็อค) ก็อาจจะให้น้ำยาทางปากแต่เพียงอย่างเดียวก็ได้.

ภักดี ลิ่มสุวรรณ พ.บ.,
Dr. med., D.T.M.
(บริษัทดีแทค)

๒. Zubrod, C.G.: การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดปัจจุบัน. *Cancer Research* 1967, 27: 2557-2560.

ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดปัจจุบันนั้นอาจพิจารณาได้เป็น ๓ ทางคือ :

๑. การควบคุมทางเคมี. ใช้สารเคมีทำลาย ลิวคีเมีย เซลล์. ในราย ลิวคีเมีย-ไฟซัยติก ลิวคีเมีย ชนิดปัจจุบันอาจใช้เพร์ตินโนส, เมโทเทร็กเซต, ๖-เมอร์-

แคปโทพรีน, ซัยโคลฟอสฟาไมค์, วิน-
คริสทีน, ซัยโทสีน อะราบิโนไซด์, เทา-
โนมายซิน, หรือเมธิลกลัยอ็อกซาล บิส-
กวานีลล์ซัยตราโซน. เมื่อบริหารยา
เหล่านี้ขนาดมากในระยะสั้น, พิษของยา
ต่อไขกระดูก และระบบทางเดินอาหารลด
ลง, แต่พิษต่อตับเพิ่มขึ้น. ยังมีปัญหาเกี่ยว
กับการเลือก ไซยาและการตัดสินใจการหยุด
ยา.

๒. การควบคุมทางสูติวิทยา. เกี่ยวกับการ
การที่มีเลือดออกเล็กน้อยซึ่งทำให้เกิดอาการ
เลือดออกง่าย, ซีด, ยเรต ตกตะกอนที่ไต,
การติดเชื้อ, พิษต่อตับ, ลิวคีเมีย ของระบบ
ประสาทกลาง, ซึ่งยังต้องการการค้นคว้า
เพิ่มเติมอีก.

๓. การควบคุมโรค, ซึ่งต้องการที่จะให้
การรักษาอย่างง่ายเพื่อให้สามารถใช้ได้ทั่วๆ
ไป, ไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ศูนย์รักษาเท่านั้น
เพราะศูนย์เหล่านี้มีน้อย. นอกจากนี้ยัง
แนะนำให้วงการแพทย์ว่า การรักษามะเร็ง
เม็ดเลือดขาว นั้นควร รักษาที่ศูนย์รักษา
โรคนี้เพียงเท่าที่การรักษาต้องการ การ
ควบคุมที่ซับซ้อนเท่านั้น.

ธีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ.

(ร.พ. สี่ใน/ศิริราช, มิชิแกน)

๓. Wright, D.H.: ระบาดวิทยาของ
เบอร์คิทท์ ทเมออร์. Cancer Research 1967.
27:2424 - 26.

ในการศึกษาระบาดวิทยาของ เบอร์-
คิทท์ ทเมออร์ (Burkitt tumour), ซึ่งเป็น
ลิวคีเมีย ชนิดหนึ่ง, พบว่ามีมากในที่
สูงน้อยกว่า ๕,๐๐๐ ฟุต, อากาศอบอุ่น
และชุ่มชื้นในแอฟริกา, พบประปรายใน
ยุโรป, สวิส, แคนาดา, อเมริกาใต้และ
หมู่เกาะอินทิสตะวันตก, อินเดีย, มาเล-
เซีย, สิงคโปร์, ฮ่องกง, ออสเตรเลียและ
ไทย. พบน้อยในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ขวบ
และอาจกล่าวได้ว่าไม่พบเลย ในเด็กอายุ
ต่ำกว่า ๑ ปี. ระหว่างอายุ ๕-๙ ปีพบ
๕๐ ๒๕., พบมากที่สุดระหว่างอายุ ๑๐-๑๖
ปี (๓๐ ๒๕.), ๕๕ ๒๕. เกิดก่อนอายุ ๒๐
ปี. ในการเป็นโรคไม่พบความแตกต่าง
ระหว่างเชื้อชาติและเผ่า. ยังไม่พบว่าการ
ฉายรังสี และอาหารจะมีอิทธิพลสำคัญต่อ
การเกิด เบอร์คิทท์ ชนิดนี้.

จากความเกี่ยวข้อง ในระดับ ความสูง
และอากาศทำให้ เบอร์คิทท์ คงที่อยู่ว่า
เนื่องกันเกิดจากการติดเชื้อซึ่งอาจเป็น
ไวรัส, และแมลงซึ่งอาจเป็นยุงคือพาหะ.

เมื่อตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์ อิเล็ก-
ตรอน พบชิ้นส่วนคล้าย เซอร์บัส ไวรัส
ในสิ่งเพาะจาก เซอร์คิทท์ ทูเมอร์ เซลล์
และจากตัวอย่าง ไข่อ่อนพืช ที่ พืช หน่อก,
และยังพบใน มัยโอโกลาสติก อะนิเมีย,
ในเนื้ออกหลายชนิดที่พบในแอฟริกา
ตะวันออก. แยกได้เชื้อไวรัสจากชิ้นเนื้อ
ของมะเร็งนี้ได้บ่อย ๆ และพบ แอนติบอดี
ไคโตอี ในเด็กที่เป็นมะเร็งมากกว่าเด็ก
ปกติในเขตเดียวกัน.

บางคนแนะนำ มาลาเรียอาจทำให้
การ สมอง ต่อ สิ่ง ที่ ทำให้ เกิด มะเร็ง ของ
แอฟริกาเปลี่ยนแปลงกลายเป็น เซอร์คิทท์
ทูเมอร์, แต่ยังคงต้องการการศึกษาต่อไปอีก.

จากการศึกษา เซ็คชั่น ของ ลิ้ม โฟมา
ชนิดร้าย ของ เด็กชาย ต่ำกว่า ๑๓ ปี จาก
โรงพยาบาลเด็ก และ โรงพยาบาลศิริราช
จำนวน ๒๐ ราย, ไม่พบ เซอร์คิทท์ ทู-
เมอร์. แต่ เซ็คชั่น อื่นหนึ่ง จาก เด็กชาย
๖ ขวบ จาก โรงพยาบาล ฟ้าลง กระจก แสดง
ลักษณะเฉพาะที่เกี่ยว. ในตับและน้ำมูกของ
เด็กคนนี้นักพบมี วัตถุ สี่ จาก มาลาเรีย มาก
มาย.

ธีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ.
(ร.พ. สีใน, ดัทรอยด์, มิชิแกน)

๔. Miller, R.W. : บุคคลผู้เสี่ยงภัยต่อ
การ เป็น มะเร็ง เม็ด เลือด ขาว. Cancer
Research 1967, 27: 2420-23.

บุคคลผู้เสี่ยงภัยต่อการเป็นมะเร็งเม็ด
เลือดขาวได้แก่

๑. ยีสเปอริเซ็นต์ ของ ค่ แผล ไข ไข
เกี่ยวกันมีโอกาสเป็นโรคนั้น ได้ ในเวลาไม่
นาน, เมื่อ ค่ แผล ออก คนหนึ่ง เริ่ม เป็น แล้ว.

๒. บุคคล ที่ เป็น โรคทาง พันธุกรรม
ซึ่งมีความโน้มเอียงในการทำให้ โนโร-
โมโซม แตก. เช่น กลุ่มอาการ บลุม, ซึ่ง
เป็น ฮอโตโซมัล รีเซสส์ฟว, ๑ ใน ๘
ของผู้ที่เป็น ที่ แลง จี เอกทาเซีย ชนิดไวต่อ
แสงของ หน้า จะ เกิด เป็น มะเร็ง เม็ด เลือด
ขาวภายในอายุ ๓๐ ปี, รวมทั้ง พันโคนิ
อะพลาสติก อะนิเมีย และ อะแทกเซีย
ที่ แลง จี เอกทาเซีย.

๓. ผู้ที่เป็นโรค โนโรโมโซม แตก
เนื่องจากเหตุอื่น. ที่สำคัญคือ ใกรับพวก
เบนซีน หรือรังสีชนิด ไอออนไนส์. ได้พบ
ลิวกี่เมีย ปัจจุบันและ แกรนโลซัยติก
ลิวกี่เมีย เรอริงในพวกที่ถูกรังสีประมาณ
ในระยะ ๑,๐๐๐ เมตร, ซึ่ง ๑/๖๐ คน
จะเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวภายใน ๑๒ ปี,
และ ใน พวก ที่ เป็น โรค กระ กูด สัน หลัง

อีกเสวยคืดแข็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี.

ในโรคเม็ดเลือดแดงเกินที่รักษาด้วยรังสีหรือ ฟอสฟอรัส³² มีอัตราเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ถึง ๑๖ ปีช., แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาเช่นนี้เกิดเพียง ๑.๖ ปีช. สารเคมีเช่น แอลเอสดี ๒๕ สามารถทำให้ไนโรโมไซม แตกคล้ายพวกกลุ่มอาการขลุยม และกลุ่มอาการ ฟันโคนิ.

๔. ผู้ที่มี ไนโรโมไซม เกิน, เช่นกลุ่มอาการ คาวน์ (มองโกลิสม์), ไคลน์-เฟลเตอร์และ คี-ไทรโสมมี เป็นต้น.

๕. ในบรรดาพี่น้องของเด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ๑๒๐ คน มีโอกาสเป็นโรครังสีกล่าว ๑ คน.

ธีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ.
(ร.พ. สิว, ดัทรอยด์, มิซิกาน)

๕. Nixon, P.G.F., et al.: แผนนอนหลับสำหรับผู้ป่วยโรค อินฟาร์คชัน ของกล้ามเนื้อหัวใจ. Lancet 1968, 1: 726.

อินฟาร์คชัน ของกล้ามเนื้อหัวใจในระยะเริ่มแรกนั้น ล่อแหลม ต่อความตายมากที่สุด. ความกลัวและความเจ็บปวดมักจะทำให้เกิด เว้นทริกคูลาร์ ไฟบริลเลชันจากการหลั่ง คะทีนอลอะมีน. ผู้รายงาน

ได้ จัด ให้มี แผน ทำให้ นอน หลับ เพื่อลดความเจ็บปวดและลดความเครียดทางจิตสำหรับผู้ป่วย ๕๕ ราย ในหน่วยรักษาผู้ป่วยหนัก.

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับยาให้นอนหลับอย่างสั้น ๆ (โปรเมธาซีน และ เพธิดีน), จะถูกปลุกเฉพาะตอนกินอาหาร, อาบน้ำ และรับการรักษา. แผนนอนหลับนี้กระทำติดต่อกันจนผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ, ไม่มีการรบกวน, ไม่มีความเจ็บปวด, ความคันเลือดตกต่ำและการไหลเวียนเลือดปรกติ. ระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับนาน ๑-๗ วัน, เฉลี่ย ๒ ๑/๒ วัน. มีพยาบาลคอยเฝ้า เป็นประจำเพื่อการเปลี่ยนแปลง. ภายหลังแผนหลับ ๓-๕ วัน ก็สามารถย้ายผู้ป่วยไปอยู่หอพักผู้ป่วยธรรมดาได้.

มีผู้ป่วยหนึ่งคนตายในหน่วยรักษาผู้ป่วยหนักจากการที่มเลือดออกในกระเพาะทางเดินอาหาร. ๘ คนตายหลังจากย้ายออกจากหน่วยรักษาผู้ป่วยหนักแล้ว. ขณะที่อยู่ในหน่วยรักษาผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วย ๓๒ คน มีอาการ อธิวัณเมีย, แต่เป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น.

แผนหลังรับปลูกถ่ายและควรปฏิบัติกับผู้ป่วยโรค อินฟาร์คชัน อย่างขังขันของกล้ามเนื้อหัวใจ. การไม่มี ฮอร์ยัมเมียคือและไม่ตายเพราะหัวใจภายในวันแรก, ซึ่งมักมีอัตราตายสูงสท, แสดงว่าแผนนี้ได้กติกแปลงประวัติศาสตร์ของโรคคนแล้ว.

อุทัย เจนพานิชย์ พ.บ.,

C.S., F.I.C.S.

(ร.พ. ประจำจังหวัดสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี)

๖. Beare, A.S., M.L. Bynoe, and D.A.J.

Tyrrell: การขังขันใช้หัวใจใหญ่ด้วยสารสังเคราะห์ ไอโซควิโนลิน. Lancet 1968, 1:843.

ผู้รายงานได้ให้ ย.เค. ๒๓๗๑ แก่ผู้อาสารับการทดลอง ๓๔ คนในขนาดกิน ๑.๕ กรัมต่อวัน, เป็นเวลา ๗ วัน. ส่วนพวก ค็อนโทรล ๓๓ คน ได้รับยาหลอก. ในวันที่สองของการทดลองทั้งสองพวกได้รับเชื้อใช้หัวใจใหญ่พวก ย. ทังยังมีชีวิตอยู่ โดยการพ่นเข้าทางจมก. ผลของการทดลองปรากฏว่า พวกที่ไ้รับ ย.เค. ๒๓๗๑, ๗ ราย มีอาการ และ ๕ รายมีหลักฐานทางห้องทดลองว่ามี การติคเชื้อ.

ส่วนพวก ค็อนโทรล, ๑๓ รายมีอาการ และ ๑๗ รายมีหลักฐานทางห้องทดลองว่ามี การติคเชื้อ.

การให้ ย.เค. ๒๓๗๑ ขังขันจะลดความเจ็บป่วยทางคลินิกและการติคเชื้อไวรัสลงได้ครึ่งหนึ่ง, และไม่พบฤทธิ์ข้างเคียงเลย.

รายงานนี้เป็นรายงานแรกทีกล่าวถึงการใช้อินพันซ์ของ ไอโซควิโนลิน และยาอื่น ๆ ในการขังขันการติคเชื้อไวรัสทีกล่าว.

อุทัย เจนพานิชย์ พ.บ.,

C.S., F.I.C.S.

(ร.พ. ประจำจังหวัดสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี)

๗. Bailey, D.H.: ฤทธิ์ของ ซิยมพะโ-ไม่เมติก อะมีน ที่อกกล้ามเนื้อเรียบจากกระเพาะหนตะเภา. Brit. J. Pharmacol. 1968, 34: 204.

แยกชนกล้ามเนื้อเรียบจากผนังกระเพาะของ หนตะเภา โดยตัดขนาน กับส่วนโค้งน้อย (กล้ามเนื้อทางยาว) หรือโดยตัดตรงมมขวาของส่วนโค้งน้อย (กล้ามเนื้อวงรอบ). ชนกล้ามเนื้อที่แยกออกมาแสดงการทำงานโดยอัตโนมัติเมื่อแขวน

ไว้ในน้ำยาของ เคอร์บี ที่ ๓๕๗. และให้ แกสด้วยหลอดเวลา (๕๕ ๒๗. อ็อกซี- เจน และ ๕ ๒๗. คาร์บอนไดออกไซด์). การทำงานของกล้ามเนื้ออกและหย่อน ตัวเมื่อใส่ ไอโซพรีนาลีน. ผลตอบสนอง ต่อ ไอโซพรีนาลีน (๐.๑-๑ ไมโครกรัม/ มล.) นตกต่อต้านด้วยฤทธิ์ของยาพวกที่ บล็อก เบตา รีเซ็ปเตอร์, โพรปราโนลอล (๑.๐ มก./มล.). แอคริโนลิน และ นอร์แอคริโนลิน (๐.๑-๕.๐ ไมโครกรัม/ มล.) ทำให้เกิดได้ทั้งการหย่อนตัวและ การหดตัว, หรือมีการหย่อนตัวแล้วตาม กับการหดตัว.

จากการศึกษาโดยใช้ยาบล็อกแอลฟา รีเซ็ปเตอร์ และ เบตา รีเซ็ปเตอร์ แยก กัน, ได้ผลตอบสนองที่แสดงว่าส่วนที่ ยับยั้งนั้นเนื่องจาก เบตา รีเซ็ปเตอร์ และ ส่วนที่ทำให้เกิดการ ตันกระตุ่น เนื่องจาก แอลฟา รีเซ็ปเตอร์.

นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.

๘. Luukkainen, T., et al.: ฤทธิ์ของ เอธิล แอลกอฮอล์ ต่อการทำงานของ มดลูกขณะตั้งครรภ์ของคน. Acta Obst. Gynec. Scand. 1967, 46 : 486.

เมื่อให้หญิงมีครรภ์คนแอลกอฮอล์ใน

ระยะแรกของการคลอดจะทำให้ความบ่อย และความแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง, และผลนี้จะคงอยู่ภายหลังมานาน ถึง ๘๐ นาที. ในรายที่มีการคุกคาม ของการคลอดก่อนกำหนด, ถ้าให้แอลกอฮอล์วันละสามครั้ง จะเลื่อนการคลอดออกไปได้นานกว่า ๔๘ ชั่วโมงในรายที่ ๑๒๐ ชั่วโมงในรายที่ดูน่าคร่ายิ่งก็อยู่. ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อการ ทำงาน ของ มดลูกจะเด่นชัดกว่า, ในเมื่อครรภ์ยังไม่ ครบกำหนด. เมื่อครรภ์ครบกำหนดผู้ช่วย จะต้องใช้รีบีแอลกอฮอล์เทียบเท่าแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ถึง ๒๐ กรัมจึงจะเห็นผลถึง กล่าว, ส่วนมดลูกของครรภ์คลอดก่อน กำหนด จะรับสนอง ต่อแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ เพียง ๑๐ กรัมเท่านั้น.

ผลนี้ รวบรวม จากหญิงมีครรภ์ครบ กำหนดในระยะแรกของการคลอด ๑๖ ราย และหญิงที่มีการคลอดก่อนกำหนด ๔๐ ราย, ซึ่งมีการฉีกขาดของ เยื่อถุงน้ำคร่ำ ๑๕ ราย.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ., Dr. med.

๘. Fischl, J., N. Pinto, and C. Gordon:
วิธีวิเคราะห์สารพิษ ฟอสฟอรัสอินทรีย์
อย่างรวดเร็ว. Clin. Chem. 1968, 14: 371.
วิธีที่ใช้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ
ที่ไม่ต้องการความชำนาญด้วย. วิธีที่ใช้
ใช้คือกระดาษกรองซบ อะเซทิลโคลีน
ใน บัฟเฟอร์, ใช้เป็น สับสเตรท, มี ฟอสฟอ-
เรท เป็น อินดิเคเตอร์ และมี ๑,๒ โพร-
บิกลินกลัยคอล เป็นตัวข่มกันบัคเตรีและ
ทำเยือก. ห่อกระดาษกรองนี้ไว้ในแผ่น
โพลีเอทิลีน.

ใน ชีวิตประจำวัน เอ็นไซม์ อะเซทิลโคลีน
โคลีนเอสเตอเรส สลาย อะเซทิลโคลีน
ให้ โคลีน และกรด อะซิติค ซึ่งจะเปลี่ยน
ส ฟอสฟอเรท เป็นสีเหลือง. ฟอสฟอรัส
อินทรีย์ ทำลาย การทำงานของ เอ็นไซม์
ดังกล่าว, สีของ ฟอสฟอเรท บนกระดาษ
จะคงเป็นแคงม่วงอยู่.

วิธีทดสอบนี้เหมาะสำหรับ การตรวจ
พิษทั้งในคนและในสิ่งทาส่งสัย เช่นอาหาร,
เสื้อผ้า, น้ำ, ดินและอากาศ. สำหรับการ
การทดสอบสารนอกร่างกายให้เอาสารที่
สงสัยใส่ลงในกระดาษกรองแล้วหยดชีวิต
คนปรกติที่ยังไป ๑ หยดแล้วห่อกระดาษ
กรองไว้ดั่งเดิม. ถ้าสงสัยว่าคุณถูกพิษให้

เอา ชีวิต ของผู้อื่นหยดลงไปบนกระดาษ
กรองดังกล่าว ๑ หยดแล้วห่อกระดาษ
กรองไว้เช่นกัน. อ่านผลหลังจากนั้น ๑๕
นาที. ถ้าสีบนกระดาษกรองเป็นสีเหลือง
แสดงผลลบ, ถ้าเป็นสีแคงม่วงแสดงผล
บวก.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med.

๑๐. Baylor, C.H., and N.K. Weaver:
การสำรวจสุขภาพของคนทำงานเกี่ยวกับ
ไฮโดรเจนซัลไฟด์. Arch. Environ.
Health 1968, 17: 210-214.

เป็นเวลาหลายมาแล้วที่ผมเอาส่วน
น้ำมันหนักที่เป็น กากเหลือ จากการ กลั่น
น้ำมันดิบ ขยายผิวหนึ่ง หนักจก เป็นเวลา
นานและทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้, นอก
จากนี้ผมรายงาน ว่า หนักจก เป็น
มะเร็ง ไฮโดรคาร์บอน ของปอดกันมากเมื่อ
ถูกขยายด้วยน้ำมันดิบ, หนักจก สารถ
มะเร็ง หรือเมื่อหายใจเอาฝุ่น จากถนน
ลาดยาง. เนื่องจากส่วนน้ำมันหนักนั้นมี
มากในยาง ฮีลฟลด์ จึงเป็นที่น่าสงสัยว่า
ยาง ฮีลฟลด์ อาจเป็นสารก่อมะเร็งได้
หรือไม่.

จากการค้นหาใน อินเทอร์เน็ต เมทิกัล
ในระหว่างยี่สิบปีที่ผ่านมา, ไม่มีรายงาน
ปรากฏว่าผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับ ออสฟัลต์ บัวย
เพราะมะเร็งของปอดหรือผิวหนังในอัตรา
สูงกว่าผู้อื่น.

ผู้รายงานได้รวบรวมข้อมูลต่างๆ จาก
ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับ ออสฟัลต์ ตั้งแต่ ๕ ปี
ขึ้นไป เทียบกับ คีออนโทรล โดยการส่งใบ
ตอบคำถามไปยังบริษัทที่ผลิต ออสฟัลต์
๗ บริษัท. สอดถามไปยังศูนย์บริการ
แพทย์ของ บริษัท ก่อสร้าง ทางหลวง ๓๑
บริษัท, บริษัทใหญ่สาขาของหลังคา ๓

บริษัท, บริษัทใหญ่เกินรถขนส่งสินค้า ๔
บริษัท (มีคนงานรวมทั้งสิ้นประมาณ ๖ พัน
คน), นอกจากนี้ก็ถามไปยังบริษัทรับ
ประกันชีวิตหลายบริษัท.

จากสถิติของข้อมูลดังกล่าว พอสรุป
ได้ว่า ทรายเท้าที่เจียมนั้นยังไม่พบว่า
ออสฟัลต์ เป็นภัยร้ายแรงต่อสุขภาพ. ที่
เจ็บป่วยเนื่องจาก ออสฟัลต์ ก็มีบ้าง, แต่
เป็นจำนวนน้อยและไม่รุนแรง, เช่นเป็น
โรคผิวหนังอักเสบ เป็นต้น.

บุญเรือง นิยมพร P.U., Dr. med.

มูลนิธิสารศิริราช

- ๑ ต้องการผลประโยชน์ต่อบุคคลจากเงินกองทุนอย่างน้อยสามแสนบาท.
- ๑ ขอเชิญชวนบริจาคเงินสมทบทุนมูลนิธิฯ ตามกำลังศรัทธาเพื่อประโยชน์
ของท่านผู้อ่านร่วมกัน.
- ๑ ขอเชิญชวนเป็นสมาชิกอุปการะของสารศิริราชโดยบริจาคตั้งแต่หนึ่งพัน
บาทขึ้นไป. ท่านจะได้รับสารศิริราชสมนาคุณตลอดชีพ.

ปกิณกะ

๑. แจงความเรื่อง “มูลนิธิสารศิริราช”

เรียนท่าน สมาชิก ของ คณะ แพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาลทุกท่าน ทั้งเก่าและ
ใหม่

ด้วยหนังสือสารศิริราชได้รับใช้คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลมาเป็น
เวลาสิบปีเต็มในการเผยแพร่กิจวิชาการ,
สื่อสารสัมพันธ์กับศิษย์เก่า, และส่งเสริม
วัฒนธรรมในหมู่คณะ, โดยมีได้รับหรือ
เรียกร้องความช่วยเหลือทางการเงินจากคณะ
แพทยศาสตร์โดย, ชาติชัยรายได้ของหนังสือ
เองทั้งสิ้น. เนื่องด้วยอัตราค่าบำรุงได้
ตั้งไว้ต่ำมากเพราะต้องการให้หนังสือแพร่
หลาย, ดังนั้นส่วนสำคัญสำหรับการจัดทำ
จึงได้จาก ค่า แจงความ เป็น ส่วนใหญ่.
ในสมัยหลัง ๆ รายได้ส่วนนี้ตกต่ำลงมาก,
ประกอบกับสมาชิกติดค้างค่าบำรุงอยู่เป็น
จำนวนไม่น้อย, จึงเกิดความขลุกขลัก
ทางการเงินขึ้น.

ในโอกาสที่จะเปลี่ยนตัวบรรณาธิการ

และคณะในต้นปี พ.ศ. ๒๕๑๒ นี้, คณะผู้
จัดทำมีความประสงค์จะ ปรับปรุงกิจการ
เป็นการใหญ่. ได้มีผู้เห็นใจในความ
ลำบากทางการเงินแนะนำให้จัดทำ “มูล
นิธิสารศิริราช” ขึ้นเพื่อหารายได้พิเศษ
มาส่งเสริมกิจการ. ในขั้นดำเนินการ
ก่อตั้งก็ปรากฏมีผู้เห็นด้วยและให้ความ
สนับสนุนอย่างน่าพอใจยิ่ง.

โดยที่มูลนิธินี้จะทำการได้ประโยชน์
สมควรมุ่งหมายก็ต่อเมื่อมีเงินทุนอยู่ไม่
ต่ำกว่าสามแสนบาท, และโดยที่คิดว่า
ในหมู่สมาชิกของ “ศิริราช” ทั้งเก่า
และใหม่คงจะมีผู้สนใจออกมากที่เห็นด้วยกับ
การก่อตั้ง มูลนิธิ และ ยินดี ให้ความช่วย
เหลือทางการเงิน, จึงขอเรียนว่าท่านที่
ประสงค์จะสมทบทุนขอให้ส่งเงินที่อุดหนุน
สำราญ วงศ์พำห้ (เหรัญญิกของ
สารศิริราช) ซึ่งรับหน้าทรวงรวมในระยะ
ก่อตั้ง

หวังว่า "มูลนิธิสารศิริราช" จะได้รับ ความสนับสนุนจากท่านทั้งหลายอย่างแข็งขัน, จนสามารถช่วยสารศิริราชให้รับใช้คณะ แพทยศาสตร์ ของเราด้วยผลดียิ่งขึ้นและดำรงคงอยู่เป็นอาณาจักรล้ำค่าชิ้นหนึ่งของ "ศิริราช" ชั่วกาลนาน.

ในนามของผู้ก่อตั้ง มูลนิธิ ขอขอบคุณล่วงหน้าสำหรับการสนับสนุนจากทุกๆ ท่าน.

อวย เกตุสิงห์
บรรณาธิการสารศิริราช

๒. ศีรษะวิทยาของแอนโดรเจนัส

แอนโดรเจนัส เป็นสารที่ทำให้เกิดลักษณะเพศชายชั้นรอง (Secondary sexual characteristics) ในการทดลองกับสัตว์ทดลองแล้ว. ในทางอายุรศาสตร์คลินิก แอนโดรเจนัส รวมสารซึ่งแสดงคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งของแอนโดรเจนิก สเตอรอยด์ ตามธรรมชาติ, ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม, เทสโทสเตอโรนเป็น แอนโดรเจนิก สเตอรอยด์ ธรรมชาติชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด, และเป็นสิ่งที่สร้างจาก เลย์ดิก เซลล์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของอัณฑะ.

ฤทธิ์ของแอนโดรเจนัส

เห็นได้ชัดเมื่อมีการ แสดง ออกทาง

คลินิกของภาวะ แอนโดรเจนัส เกิน, ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ และเพศ, กล่าวคือ:

ก. ทารกในครรภ์ ทำให้ ทารกในครรภ์ที่เป็นหญิง มีลักษณะเป็นชาย, (วิโรไลเซชัน), และมีขนาดของอวัยวะเพศโต (มาโครเจนีโตโซเมีย) ในทารกในครรภ์ที่เป็นชาย.

ข. ทารกหลังคลอด ทำให้ทารกหลังคลอดหญิงมีลักษณะเป็นชาย, และทำให้มีลักษณะของวัยรุ่นก่อนกำหนด ในทารกหลังคลอดชาย,

ค. วัยเจริญภาพ ทำให้เกิดสิว, มีการขยายตัวของต่อมไขมัน, มีขนรักแร้และขนหัวหน่าวในทั้งสองเพศ, มีการบีบของ อัณฑะ, มีเสียงเปลี่ยนแปลง

ในเพศชายซึ่งเป็นผลเกิดจาก เทสโตสเทอโรน, และมี วิริไลเซชัน ของ โนโรโมโซม เพศ โมเซอิกส์ ร่วมกับเนื้ออวัยวะ.

ง. หญิง ทำให้มี เออร์ชติสม์, เสียงเปลี่ยนแปลง, ขนาดของ คลิตอริส ใหญ่, ไม่มีระก, มีสี, ความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น และ ทำให้ มีการ เจริญ ของ กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น.

จ. ชาย ในกลุ่มอาการ วายวาย (YY) ซึ่งร่วมกับรูปร่างสูง, โรคจิตเภท (สซิสโซฟรีเนีย) และความประพฤติก่อต้านสังคม, ส่วนใหญ่พบว่า มีระดับ เทสโตสเทอโรน สูงกว่าปกติ, แม้บางรายจะมีภาวะ ฮัยโปโกแนดิสซึม.

พรอนทัล ริเซชัน, โรคของหลอดเลือด โคโรนารี และต่อมลูกหมากโต อาจเกิดจากผลที่มี แอนโดรเจนส์ สูง, ยกเว้นในกลุ่มอาการ เทสทิคูลาร์ เฟมิไนเซชัน ซึ่งมีลักษณะภายนอกเป็นหญิง, ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ ในครอบครัวและเกิดจากการที่อวัยวะเข้าหามาไม่ตอบสนองต่อฤทธิ์ของ เทสโตสเทอโรน.

แหล่งเกิดตามธรรมชาติของ แอนโดรเจนส์

ก. อวัยวะ เป็นที่สร้าง เทสโตสเทอโรน

ข. รังไข่และต่อมหมวกไต สร้าง ๓๕-๕๐% ของแอนโดรเจนส์ในเพศชาย, เทสโตสเทอโรน และ แอนโดรสเตนทีโอน. สารอย่างแรก นั้น ตามปกติสร้างจากต่อมหมวกไต และ สาร อย่าง หลัง ตาม ปกติสร้างจากรังไข่, แต่อาจสร้างจากต่อมหมวกไตด้วย.

ค. ตับ สร้าง แอนโดรสเตนทีโอน, ซึ่งต่อมาจะถูกเปลี่ยนเป็น เทสโตสเทอโรน กลูคโคโรนิก ซึ่งไม่มีฤทธิ์. ในหญิง, ๕๐% ของสารนี้ยังคงมีฤทธิ์หมุนเวียนอยู่ในเลือด.

การเปลี่ยนแปลงและการทำลายของ แอนโดรเจนส์

แอนโดรเจนส์ จะจับกับ อัลบูมิน แต่อาจเปลี่ยนกลับเป็นรูปเดิมได้. สารนี้จะผ่านเข้าสู่ ส่วนของ น้ำนอกเซลล์, ถูกขับถ่ายออกโดยเร็วทางตับ, มีระยะเวลาครึ่งชีวิตเพียง ๓๐ นาที, และถูกจับ

โดย นิวเคลียส ของ เซลล์ เป้าหมาย. สาร
นี้ถูกขับออกมาทางขั้วสภาวะในรูปของ ๑๗-
คีโตสเตอรอยด์.

ระดับปรกติของ เทสโตสเตอโรน

ก. การสร้าง ๓-๖ มก. ต่อวันใน
ชาย และ ๐.๕-๑ มก./วันในหญิง.

ข. ระดับในเลือด ในชาย ๐.๓-๑๐
ไมโครกรัม ๒๕., ในหญิงไม่เกิน ๐.๑
ไมโครกรัม ๒๕.

ค. เทสโตสเตอโรน กลูคูโรไนด์ ใน
ขั้วสภาวะ ในชาย ๓๐-๑๕๐ ไมโคร-
กรัม/วัน, ในหญิง ๒-๒๐ ไมโคร-
กรัม/วัน.

การควบคุมการสร้างเทสโตสเตอโรน

ก. ในชาย กระตุ้นโดย ลูเทออีในซิงก์
ฮอร์โมน (L.H. หรือ I.C.S.H.) มีการ
เปลี่ยนแปลงระหว่างวัน, ระดับจะตก ๒๕
๒๕. จนถึงหมดไปในเวลาเย็นหรือค่ำ.
อาจถูกกดโดย เอสโตรเจน.

ข. ในหญิง ถูกกระตุ้นโดย ลูเทออี-
ในซิงก์ ฮอร์โมน และ โชมริออนิก โภณา
โทโทรฟิน. มีระดับสูงในระหว่างตั้งครรภ์

และระยะกลางของรอบระค.

ค. ในพยาธิสภาพ พบในการบริหาร
เอ.ซี.ที.เอส., เนื้องอกซังสร้าง โภณาโท-
โทรฟิน และซังมีผล วิริไลเซชัน.

การวินิจฉัยแยกโรค เฮอร์ซูติสม์

ก. สาเหตุไม่ทราบ. อาจเพราะมี
การกระตุ้น ฟอลลิเคิล ของชน.

ข. โรคของรังไข่และซังเชิงกราน,
เช่น กลุ่มอาการ สไตน์-ลีเวนธาล,
ฮัยเปอร์เพลเซีย ของ อีคา เซลล์, เนื้องอก
ของ เลย์ดิก เซลล์, อาร์วีทีโนปลาส-
โตมา, ส่วนค้ำของต่อม แอกรินัล ใน
ซังเชิงกราน.

ค. โรคของต่อมหมวกไต, เช่นกลุ่ม
อาการ คัสซิงก์, กลุ่มอาการ แอดรีโน-
เจนิตัล.

ง. โรคของต่อม ปีตือตารีบี และ
ฮัยโปธาลามัส, เช่น อะโครเมกาลีบี,
กลุ่มอาการ คัสซิงก์, กลุ่มอาการ สจ๊วต-
มอร์แกนญีมอเร็ต ซึ่งพบในหญิงหลัง
หมดระคแล้ว, เป็นกลุ่มอาการซึ่งพบใน
ครอชครว, มีอาการปวดศีรษะและ ฮัย-
เปอร์ออสโตสิส ฟรอนทาลิสอินเทอร์นา.

จ. สาเหตุอื่น ๆ, เช่นจากยา ไค-แลน คีน, สารพวก โปรเจสโตเจน, สเตอโรอยด์: จากเนื้องอกเช่น ไขมัน-ไลมา, เทราโทมา; โรค ฮอร์พี้เรีย, มัลติเบิล สเคลอโรสิส, โรคของปลายประสาท, โรคเนื้อสมองอักเสบ, สมองได้รับการกระทบกระเทือน.

การวินิจฉัยภาวะ แอนโดรเจเนซิส เกินในสตรี อากัย :

ก. ประวัติการเจ็บป่วย, รูปถ่าย, ประวัติโรค, สภาพเป็นหมัน, และอุณหภูมิของร่างกาย.

ข. การเจริญของร่างกาย, การ

กระจายของตำแหน่งขน, เสียง, กล้ามเนื้อ, ขนาดของ คลิตอริส, สิว, การคลำพบก้อนในท้องและการตรวจภายใน.

ค. ประวัติครอบครัวและสีผิว.

ง. ปริมาณของ ๑๗-คีโตสเตอโรอยด์ในปัสสาวะมากกว่า ๑.๐ มก./วัน ในทารกเกิดใหม่, ๑๖ มก. / วัน ในเด็กวัยรุ่นสาว, และ ๑๐ มก. / วัน ในผู้ใหญ่.

(เรียบเรียง จากปาฐกถาของ นายแพทย์ เบอร์นาร์ต ไคลแมน แห่งโรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์ เจเนอรัล, โรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด.)

ธีระ อ่ำสวัสดิ์ พ.บ.

(แมสซาชูเซตส์ เจเนอรัลฮอสปิตัล, บอสตัน)

๓. ตึกพระราชอุทิศ ๒๒ หลัง

สมเด็จพระราชบิดา กรมหลวง-สงขลานครินทร์ ทรงเป็นพระราชบิดาของการแพทย์ของประเทศไทยและมีพระคุณอย่างล้นพ้นต่อโรงพยาบาลศิริราชเหลือที่จะพรรณนา. ในสมัยนั้น โรงพยาบาลศิริราช ยังเป็นสถานพยาบาลไม่ใหญ่นัก และเป็น โรงเรียนแพทย์ ที่ ขน ท่อ ขุฟ้า-

ลงกรณมหาวิทยาลัย, พระองค์ท่านได้ทรงพยายามที่จะ ขยาย ขยาย สถานที่ ให้กว้างขวางขึ้น และสร้างตึกอาคารถาวรและใหญ่โตทันสมัยได้สมัยเป็นโรงเรียนแพทย์. พระองค์ได้ทรงใช้ทรัพย์สินส่วนพระองค์ และ ทรัพย์สิน ของ พระบรมวงศานุวงศ์, และ ทรง ขอ พระราชทาน จาก



พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอภัย. เมื่อคราวที่เสด็จไปสหรัฐอเมริกา ก็ได้ทำสัญญาขอความร่วมมือกับ ร็อกคิเฟลเลอร์มูลนิธิ ให้ช่วยสร้างโรงเรียนแพทย์. ในสัญญานั้น รัฐบาลไทยจะสร้างตึกปาโกลีย์หลังหนึ่ง (คือตึกที่ทำกรณินิเวศวิทยาในปัจจุบัน), สถานที่บัญชาการหลังหนึ่ง (คือตึกอำนวยการ ๒ ชั้นของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล. ในปัจจุบันนี้ได้สร้างเสริมเป็น ๓ ชั้น.), และเรือนคนไข้ขนาดใหญ่, เรือนละประมาณ ๕๐ เตียง, ๒ หลัง. รวมเป็นราคายเงินประมาณ ๔๕๐,๐๐๐ บาท. ส่วนร็อกคิเฟลเลอร์มูลนิธิจะสร้างตึก อานาโตมิ และฟิสิกส์ไอโลยี หลังหนึ่ง (คือตึกกายวิภาคศาสตร์ในปัจจุบันนี้, เดิมเป็นตึก ๒ ชั้น), และสถานที่คล้ายกรรมหลังหนึ่ง (คือตึกผ่าตัดปัจจุบันนี้), รวมราคาเป็นเงินประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ บาท.

เรือนคนไข้ขนาดใหญ่ นั้น ได้ แก่ ตึกอิมูจันต์ซึ่งสมเด็จพระราชบิดา ฯ ได้ขอพระราชทานทุนสร้าง ตึก นั้น ต่อ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว, จากเงินที่เหลือจากพระราชกุศลพระราชทานเพลิงศพพระหม่อมอิมูจันต์ ฯ. ส่วนตึกอีกหลัง

หนึ่งนั้น สมเด็จพระราชบิดา ฯ ได้ทูลเกล้า ฯ ขอพระราชทานเงินต่อพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว. หลังจากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทอดพระเนตรแผนผังตึกและทรงทราบถึงพระประสงค์ของ สมเด็จพระราชบิดา ฯ แล้ว ก็ได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ที่จะสร้างอีก ๒ ตึก ที่เหลือให้แก่โรงพยาบาลศิริราช ตามคำกราบทูลของ สมเด็จพระราชบิดา. ได้มีพระราชกระแสรับสั่ง แก่เสนาบดีกระทรวงธรรมการ (พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าธานีนิวัต) เมื่อครั้งจะเสด็จไปเยื่ตึกอิมูจันต์ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน พ.ศ. ๒๔๗๑ ว่า "ยินดีจะไปเยื่ตึกอิมูจันต์, และสำหรับเงินจะสร้างตึก นั้น หากพร้อมที่จะสร้าง เมื่อไร, จะได้พระราชทานเงินให้". ตึก ๒ หลัง นั้นได้แก่ตึก "จุฑาธุช" และตึก "ตรีเพชร". ค่าก่อสร้างรวมทั้งเครื่องใช้ประจำตึกทั้งสองอยู่ในวงเงิน ๑๖๐,๐๐๐ บาท.

การสร้างตึกนี้กระทำโดยการประมูล. มีบริษัทรับเหมาก่อสร้าง ๗ บริษัทเสนอราคา. ปรากฏว่า ราคาที่ต่ำสุดยังสูงกว่าที่ได้ทูลเกล้า ฯ ไว้. คณะกรรมการ

ขยายเขตและก่อสร้างโรงพยาบาลศิริราช, ซึ่งมีมหาเสวกโทพระยาไพศาลศิลปศาสตร์ เป็นประธาน, ได้ประชุมกันที่กระทรวง ธรรมการ เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๔๗๑, และลงมติยืนยัน ตาม แยกแปลนเก่า และ ไม่ยอมเปลี่ยนแปลง, จึงได้ทูลเกล้าฯ เสด็จ ทงหมตผ่าน ทางราช เลขาธิการเพื่อ ขอพระราชทานเงินจำนวนใหม่, ครั้งสำเนา ต่อไปนี้:-

ที่ ๒๔๒/๑๑๖๒๕ กระทรวงธรรมการ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๔๗๑

เรียน มหาเสวกเอก เจ้าพระยามหิธร ราชเลขาธิการ

เนื่องจาก หนังสือ กระทรวง ธรรมการ ที่ ๑๓๐/๗๒๘๑ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ค.ศ. ทลเกล้าฯ ถวายแผนผังตึกพระราช อกที่ ๒ หลัง ซึ่งจะทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ได้สร้างขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช โดยประมาณหลังละ ๘๖,๐๐๐ บาท และ พระราชทานพระราชกระแสว่า พร้อมทั้ง จะลงมือก่อสร้างเมื่อไร ให้นำความกราบ บังคมทูลพระกรุณา เพื่อจะได้โปรดเกล้าฯ สั่งจ่ายเงินพระราชทานนั้น พระเดชพระ คุณล้นเกล้าฯ หากสุจริตได้ กระทรวง ธรรมการ ได้เรียก ประมูลราคา และ

ประชุมกรรมการเปิดซองใบประมูลราคา เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ค.ศ. นี้ราคา อย่างต่ำเฉพาะตัวตึก ๒ หลัง ซึ่งมีเครื่อง ประกอบ เช่น ท่อและรางสำหรับห้องน้ำ ห้องผ้าตัดกล้วย เป็นเงิน ๑๖๘,๘๐๐ บาท สูงกว่าราคา ที่ ประมาณ ๘,๘๐๐ บาท และกรรมการไม่เห็นควรลดสิ่งใด.

อนึ่ง ยังมีที่จำเป็นสำหรับตึกอีก การ ติด ไฟฟ้า พร้อม กล้วย เครื่อง ประกอบ ประมาณราคาไว้ ๓,๕๐๐ บาท ซึ่งจะ ได้ จัดการเมื่อตึกจวนเสร็จแล้ว.

นอกนั้น ก็มีเครื่องใช้ สำหรับตึก ตามความต้องการของแพทย์ประมาณ ๘,๐๐๐ บาท แต่รวมทั้งสิ้นให้อยู่ในวง เงิน ๑๘๐,๐๐๐ บาท ซึ่งปรากฏอยู่ใน รายงานประชุมกรรมการ ซึ่งส่งมาพร้อมกับหนังสือนี้ด้วยแล้ว ขอเจ้าคุณได้โปรด นำความ กราบ บังคมทูล พระ กรุณา ทราบ ฝ่าละอองธุลีพระบาท จะควรประการใด สุกแล้วแต่จะทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ

ควรมีควรแล้วแต่จะโปรด
เสนาบดีเสด็จราชการหัวเมือง
มหาเสวกโท พระยาไพศาลศิลปศาสตร์
ปลัดทูลฉลองลงนามแทน.

หลังจากที่พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงทราบถึงความประสงค์ของนายแพทย์ และความจำเป็นทางการแพทย์อย่างประการ, ก็ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ อนุมัติจ่ายเงินให้กระทรวงธรรมการ นำไปก่อสร้างตึกราชชอกติค จำนวนหนึ่งแสนแปดหมื่นบาท, แบ่งเป็นค่าก่อสร้างหนึ่งแสนหกหมื่นแปดพันร้อยบาท (เป็นราคาต่ำสุดที่นายเหนียว ฟักก็ประมูลได้) และค่าไฟฟ้าและเครื่องประกอบสามพันสี่ร้อยบาท, ค่าเครื่องมือเครื่องใช้แพทย์แปดพันบาท.

เมื่อกระทรวงธรรมการได้ทำการก่อสร้างตึกนี้ใกล้จะเสร็จลง มหาอำมาตย์เอก พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าธานีนิวัต เสนาบดีกระทรวงธรรมการ ได้ทูลเกล้าฯ ขอพระราชทาน ชอติค เพราะได้ทราบแต่เพียงว่า ตึกพระราชชอกติคนี้ เป็นตึกสำหรับสุติกรรม และ นรี เวชกรรม และได้เคยมีพระราชปรารภว่าจะพระราชทาน สมเด็จพระเจ้าพญาเธอเจ้าฟ้า กรมขุนเพชรบูรณ์อินทราชัย. แต่ตึกสองหลังนี้ มีสะพานเชื่อมถึงกัน และอาจจะทรงพระราชชอกติคสองรายก็ได้. จึงได้เรียนไปยังราชเลขาธิการว่าเจ้าฟ้าที่ยังไม่ได้ทรงพระราชชอกติค

นั้นก็เจ้าฟ้ากรมขุนเพชรบูรณ์อินทราชัย และสมเด็จพระเจ้าพญาเธอเจ้าฟ้าตรีเพชรรัตนมอญ. ในที่สุดก็ได้รับแจ้งจากมหาอำมาตย์เอก เจ้าพระยามหิธร, ราชเลขาธิการ, ว่าโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามตึกตรีเพชร หลังหนึ่ง, ตึกจุฑาธุช หลังหนึ่ง.

เมื่อตึกสองหลังนี้สร้างเสร็จแล้ว พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จพระราชดำเนินมาทำพิธีเปิดในวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๗๒ พร้อมด้วยสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี.

ก่อนเสด็จพระราชดำเนินได้มีพิธีสงฆ์ที่ตึกทั้งสอง. ได้นำพระพุทธรูปประจำพระชนมวาร ของสมเด็จพระเจ้าพญาเธอเจ้าฟ้าตรีเพชรรัตนมอญ ไปประดิษฐานไว้ที่ตึกตรีเพชร, และพระพุทธรูปประจำพระชนมวาร ของ สมเด็จพระเจ้าพญาเธอเจ้าฟ้า กรมขุนเพชรบูรณ์อินทราชัย ไปประดิษฐานที่ตึกจุฑาธุช. พิธีสงฆ์เริ่มขึ้นเมื่อเวลา ๑๕.๐๐ น. โดยมีพระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าธานีนิวัต เสนาบดีกระทรวงธรรมการเป็นประธาน. พระสงฆ์ทำพิธีทั้งสองตึก ๆ ละ ๕ รูป. เมื่อสวดพระพุทธมนต์ แล้วนิมนต์ พระสงฆ์ จากตึก จุฑาธุช

ไปคอย ถวายอนุโมทนาารวมกันที่ตึก
ศิริเพชร.

เวลา ๑๗.๐๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี ทรงรถยนต์พระที่นั่ง ออกจากพระที่นั่งอัมพรไพศาลพระราชวัง กสิศไปยังท่าราชวรดิษฐ์แล้วเสด็จประทับ เรือพระที่นั่งไปขึ้นท่าโรงพยาบาลศิริราช. เสด็จพระราชดำเนินไป ประทับพระราช- อาสน์เหนือเวที ณ สนามหน้าตึกศิริเพชร. แล้วพระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าชานันต์, เสนาบดีกระทรวงธรรมการ, ทรงอ่านรายงานการสร้างตึกกราบบังคมทูลพระกรุณา มีความดังต่อไปนี้:

ขอเดชะ ฝ่าละอองธุลีพระบาท ปกเกล้า
ปกกระหม่อม

ในวาระอันเป็นมงคลสมัยซึ่งใต้ฝ่า-
ละอองธุลีพระบาทเสด็จพระราชดำเนินมา
ประทับเป็นประธาน ณ ที่นี้ ข้าพระพุทธเจ้า
ในนาม แห่งบรรดา อาจารย์ และนักเรียน
กิตติงเจ้าพนักงานทุกชั้นแห่งจุฬาลงกรณ
มหาวิทยาลัย, ขอพระราชทานพระบรม
ราชวโรกาส กราบบังคมทูล แสวง ความ
ปรีชาในพระมหากรุณาธิคุณ เป็นล้น

เกล้าสนกระหม่อม.

ตึกทั้งสองหลังนี้ ใต้ฝ่าละอองธุลีพระ-
บาทได้ ทรง พระราช ศรัทธา พระราชทาน
พระราชทรัพย์ส่วนพระองค์สร้างขึ้น, เป็น
เงิน ๑๘๐,๐๐๐ บาท. ทรงพระราชขอทูล
ส่วนพระราชกศล พระราชทานแก่สมเด็จพระ
เจ้าฟ้ายาเธอ เจ้าฟ้าศิริเพชรรัตนมอญ,
และสมเด็จพระเจ้าฟ้ายาเธอ เจ้าฟ้าจุฑาธุช
ธราดิลก กรมขุน เพชรบูรณ์อินทราไชย,
เพื่อเป็นที่เชิดชวพระเกียรติสืบไป.

การก่อสร้างสิ้นเวลา ๒๓ เดือนเศษ.
สิ้นเงินค่าก่อสร้างตัวตึก ๑๖๘,๘๐๐ บาท
และ ค่าเครื่อง ประกอบต่าง ๆ ๑๑,๒๐๐
บาท.

ทางจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยมุ่ง
หมายจะ จัด ให้ เป็น ตึกพยาบาลใช้ทาง
นรีเวชกรรมกับทางสติกกรรม. ชั้นล่างของ
ตึกสองหลัง จัดใช้สำหรับพยาบาลใช้ทาง
นรีเวชกรรม, มีห้องคนไข้ขนาดใหญ่ ๕
ห้อง, ขนาดเล็ก ๖ ห้อง, และยังมีห้อง
แพทย์, ห้องนางพยาบาลและห้องทำการ
สอนอีก. ชั้นบนของ ตึกทั้งสอง จัด ใช้
สำหรับพยาบาลใช้ทางสติกกรรม, มีห้อง
คนไข้ขนาดใหญ่ ๓ ห้อง, ห้องคลอดบุตร
ขนาดใหญ่, ห้องทารกขนาดใหญ่ ๒ ห้อง,

ห้องคนไข้ขนาดเล็ก ๖ ห้อง, และยังมี
ห้องแพทย์และห้องนางพยาบาลอีกพร้อม
เสร็จ.

ข้าพระพุทธเจ้าขอพระราชทานพระ-
มหากรุณา ทรงเปิดผ้าคลุมนามตึกและ
เสด็จพระราชดำเนินทรงเหยียบตึกทั้งสอง
หลังนี้เพื่อเป็นสิริมงคลแก่สถานที่และ
ผู้ที่จะมาพักรักษาในนั้นสืบไป.

ควรมีควมแล้วแต่จะทรงพระกรุณา
โปรดเกล้าฯ

ขอเดชะ.

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมี
พระราชดำรัสตอบดังต่อไปนี้:

ข้าพเจ้าขอขอบใจเจ้าหน้าที่ทั้งหลายที่
ให้บริการ จัดการก่อสร้างตึกสำหรับ
สติกกรรมและนรีเวชกรรมขึ้นที่โรง
พยาบาลนี้สำเร็จเรียบร้อยสมความ
ประสงค์ของข้าพเจ้า. การอุปการะเพื่อ
ความสะดวกในทางบรรเทาทุกข์นั้น
ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นกมลอันมีค่ายิ่ง. ทงเห็น
ประจักษ์อยู่ว่าเมืองไทยเรายังไม่มีสถานที่
เหล่านี้เพียงพอ, จึงมีความยินดีและเต็ม
ใจที่จะสละทรัพย์ออกหนุนในทางนี้. หวังว่า
ตึกทั้งสองหลังนี้จะกระทำประโยชน์ตาม

สมควรแก่สภาพได้อย่างที่พอใจแก่
คณะแพทยศาสตร์และคนไข้ที่ได้พักอาศัย
ทั้งหลายทั้งปวง.

บัดนี้ประจวบวาระอันเป็นมงคลฤกษ์,
ซึ่งข้าพเจ้าจะได้ดำเนินพิธีเปิดเพื่อให้เริ่ม
ใช้สถานที่ตามแผนการที่กำหนดไว้.
กศลยญใด ๆ อันจะพึงเกิดขึ้นในกาลต่อไป
ข้าพเจ้าขออภิวายแก่สมเด็จพระปยา
เชอ เจ้าฟ้าตรีเพชรบรมฉัตร กับสมเด็จพระ
พระเจ้าพยาเชอ เจ้าฟ้าจุฑาธุชธราดิลก
กรมขุนเพชรบูรณ์ อินทราชัย, ดังได้
จารึกพระนามประจำตึกไว้แล้วคือ "ตึก
ตรีเพชร" กับ "ตึกจุฑาธุช".

ด้วยอานภาพคุณพระศรีรัตนตรัยขอ
จงคุ้มครองผู้ให้บริการบรรเทาทุกข์นั้น
ให้พ้นโรคร้ายไข้เจ็บโดยเร็วพลัน, กับขอ
ตึกทั้งสองนี้จงถาวรมั่นคง เป็นประโยชน์
แก่ประชาชนชั่วกาลปาวสานเทอญ.

เมื่อจบพระราชดำรัสตอบแล้วพระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงทำพิธีเปิดตึก.
เสนาบดีกระทรวงธรรมการกราบบังคมทูล
พระกรุณาเชิญเสด็จพระราชดำเนินขึ้น
ตึกตรีเพชร. ทรงจุดธูปเทียนนมัสการ
พระพุทธรูป. แล้วทรงพระเคนจตุปัจจัย
ไทยธรรมแก่พระสงฆ์ ๑๐ รูป. พระสงฆ์

ถวายอนโมทนา. พระราชาคณะถวาย
 อภิเษก. เจ้าพนักงานนิมนต์พระสงฆ์ ๒ รูป
 ปรึนน้ำไปรยทรายพระพุทธรูปในบริเวณ
 ๒ หลัง. แล้วพระบาทสมเด็จพระเจ้า
 อยหัว และสมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระบรม
 ราชนินาถเสด็จพระราชดำเนิน ทอดพระ-
 เนตรคัก และประทับเสวยพระสุธารสและ
 เครื่องว่าง แล้วเสด็จ พระราช ดำเนินกลับ
 พระราชวังคีต.

คักทั้งสองหลังนี้สำเร็จลงไค้เพราะ
 พระวิริยะ อุตสาหะ ของ สมเด็จพระราช
 บิคา ฯ ที่ทรงคิจะขยายโรงเรียนแพทย์

ให้ใหญ่โตและทันสมัย. แต่เป็นทน่าเสีย
 ภายที่สมเด็จพระราชบิคาเสด็จท้วงคคเสีย
 ก่อน เข็คคักน. หาก ว่า พระองค์ไค้ทรง
 ทรายด้วยญาณวิถึไค้ ๆ ก็ตามว่าคคสอง
 หลังนี้ไค้ เป็นที่ข้ายคคทุกขขำรุงสุขแก
 ประชาชนทกชนทกวรรณะ, และเป็นท
 คคกษาของนคคกษาแพทย์และพยาบาลมา
 เป็นเวลา ๓๐ ปีแล้วตลอดมามิไค้ขาด,
 สมคคททรงคคพระปณิธานไว้, ก็คคจะทรง
 สำราญพระหฤทัยเป็นอย่างยิ่ง.

สำราญ วัศพาท

๔. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอนตั้งมาครบ ๔๕๐ ปี

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอน
 ไค้ถือกำเนิดขึ้นโดย พระราชานุญาตของ
 พระเจ้าเฮนรียท ๘ แห่งประเทศอังกฤษ
 เมอวนท ๒๓ กันยายน ค.ศ. ๑๕๑๘.
 ๕๗ ถึงปี ค.ศ. ๑๕๖๘ (พ.ศ. ๒๕๑๑) น,
 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ จึง คค มา ครบ
 ๔๕๐ ปี พอคค. นขไค้ว่าเป็นสถายันทาง
 แพทย์ทเกาทศคคของอังกฤษ. ผู้ทเกอย
 ข้อง ใน ระยะ แรก คค ราช วิทยาลัยแพทย์

แห่งนี้เป็นแพทย์เพียง ๖ คน. สามคนเป็น
 แพทย์ประจำราชสำนัก, ก็มิมีพระราชา
 คณะในคคสนาคค ๑ องค์. คณะไค้ย่น
 ฎากาต่อพระเจ้าเฮนรียท ๘ จนไค้ประสบผล
 สำเร็จ, ไค้รับพระราชานุญาตให้ตั้งราช
 วิทยาลัยไค้. นายแพทย์ โทมัส ลินาคอร์
 ไค้ขอว่าเป็นหัวหน้าคนสำคัญททำให้ราช
 วิทยาลัยแห่งนคคงชนมาไค้. มูลเหตุ
 สำคัญทุงใจให้พระเจ้าเฮนรียท ๘ พระ

ราชทานพระราชานุญาตให้นักแพทย์ให้
 วิทยาลัยแพทย์ แห่งนี้เป็นสถาบันสำคัญที่
 จะยั้งความพยายามของหมอผีและหมอ
 เถื่อนทรกษาศาสตร์ผู้ช่วยอย่างไม่ถนัดซึ่งมีอยู่
 มากในสมัยนั้น, และเพื่อให้มาตรฐาน
 ของ การ ประกอบ โรค ศัลยกรรม และ เป็น
 ระเบียบถูกต้อง. รวมทั้งทรงเห็นด้วยว่า
 การแพทย์ในประเทศอังกฤษในขณะนั้นยัง
 ค่อนข้างความเจริญกว่า ประเทศอื่นในยุโรป
 เช่นอิตาลี, เยอรมันและฝรั่งเศส. โดย
 พระราชานุญาตฉบับนี้, ราชวิทยาลัยอายุร
 แพทย์มีหน้าที่สำคัญ ๔ ประการในกรุง
 ลอนดอน และบริเวณรอบ ๆ ๗ ไมล์,
 กล่าวคือออกใบอนุญาตแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติ
 จะประกอบโรคศัลยกรรม, ทำโทษผู้ทำผิดทาง
 แพทย์, ทำโทษการประกอบโรคศัลยกรรม
 โดยผิดวิธี, ไม่ว่าจะประกอบขึ้นโดยผู้ที่มี
 ใบอนุญาตหรือไม่ก็ตาม, และให้มีอำนาจ
 ควบคุมเกสท์สถานต่าง ๆ. เพียงไม่กี่ปี
 หลังจากได้ตั้งขึ้นแล้ว, ราชวิทยาลัย
 อายุร แพทย์ก็ ได้รับอำนาจโดย กฎหมาย
 ให้มีอำนาจตลอดทั่วอังกฤษและเวลส์.

นายแพทย์ โทมัส ลินาเคอร์ ซึ่งเป็น
 ผู้นำสำคัญในการก่อตั้งราชวิทยาลัยอายุร
 แพทย์ ได้รับเลือกเป็นนายกคนแรกของ

ราช วิทยาลัย และ ได้ดำรง ตำแหน่งนี้จน
 ตลอดชีวิต. ท่านผู้สำเร็จแพทย์จาก
 ปากัว ในอิตาลี, ซึ่งในสมัยนั้นอยู่ใน
 สาธารณรัฐ เวนีซียันรุ่งเรืองมาก. ท่าน
 เป็น เฟลโลว์ ของมหาวิทยาลัย อ็อกซ-
 ฟอร์ด และได้รับปริญญาแพทยศาสตร
 ศษภูษิตจากมหาวิทยาลัย อ็อกซ-
 ฟอร์ด และ เคมบริดจ์. ท่านเป็นทั้งแพทย์
 ประจำราชสำนักและ แพทย์ ส่วน พระองค์
 ของพระเจ้าเฮนรี่ที่ ๘ และได้แต่งและ
 แปลหนังสือหลายเล่ม. โดยเฉพาะได้
 แปลตำราของ กาลีน จนมีชื่อเสียงไปทั
 ยุโรปในสมัยนั้น. ท่านเป็นผู้ปลการะคน
 แรกของ ราช วิทยาลัย แพทย์ แห่งนี้แม่
 แต่สำนักงานแห่งแรกของราช วิทยาลัย
 ก็อยู่ที่บ้านของท่าน.

ตลอดเวลา ๔๕๐ ปีที่ผ่านมา, ราช
 วิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอนได้ผ่าน
 และเผชิญอุปสรรคนานาประการหลายยุค
 หลายสมัย, และก็ได้ประสบความสำเร็จที่
 ทำให้มีชื่อเสียงขึ้นเช่นอันมาก. ราชวิทยา
 ลัยแพทย์แห่งนี้เป็นสถาบันของผู้มีความ
 รับผิดชอบในอังกฤษซึ่งอยู่นอกมหาวิทยา
 ลัยนานถึง ๑๔๔ ปีจนกระทั่งราชบัณฑิตย
 สถานได้ตั้งขึ้นในปี ๑๖๖๒. ที่จริงผู้ก่อ

ทั้งส่วนหนึ่งก็เป็น เฟลโลว์ ของราชวิทยาลัย
 ราชวิทยาลัยแพทย์ แห่งลอนดอนนั่นเอง.
 ราชวิทยาลัยแพทย์ ได้ตีพิมพ์ ลอน-
 ดอน ฟาร์มาโคเปีย และบันทึกของราช
 วิทยาลัย (ทรานแซคชั่น) อันมีชื่อเสียง, มี
 เฟลโลว์ และสมาชิกซึ่งได้ทำให้ราชวิทยา
 วิทยาลัยแพทย์ได้เป็นจำนวนมากมาย. ตัวอย่าง
 อย่าง เฟลโลว์ ส่วนหนึ่งที่ได้ทำให้ราช
 วิทยาลัยมีชื่อเสียงได้แก่ วิลเลียม ฮาร์วีย์
 ผู้ค้นพบการไหลเวียนของเลือด, อเล็ก-
 ซานเดอร์ เฟลมมิงก์ ผู้พบ เพนนิซิลลิน,
 ไบรจ์ท ผู้พบไตออกเสีย, จอห์น ฮิว์กลิงส์
 แจ็คสัน ผู้พบโรคลมชัก แจ็คโซเนี่ยน,
 วิลเลียม ออสเลอร์, อดัมส์ ชัยเคนแฮม ผู้
 พย ชัยเคนแฮม ไนเรีย, เฮเบอร์เทน ผู้
 บรรยาย แองไจนา เป็คทอริส, เป็นต้น.
 นอกจากนั้นราชวิทยาลัยแพทย์แห่ง
 ลอนดอนยังมีประเพณีที่จัดให้มีการบรร-
 รยายที่สำคัญๆ หลายเรื่องเป็นประจำทุก ๆ
 ปีซึ่งยังมีอยู่จนบัดนี้, เช่นการบรรยาย
 ฮาเวอเยน, การบรรยาย ลัมเลเยน, (ซึ่ง
 เป็นการบรรยายที่ วิลเลียม ฮาร์วีย์ ได้บรร-
 รยายเรื่องการพบการไหลเวียนของเลือด)
 และการบรรยาย กุลส์โทเนี่ยน เป็นต้น.
 ราชวิทยาลัยได้ให้คำแนะนำอิสระแก่รัฐ-

บาลหลายเรื่องตลอดมา. สิ่งหนึ่งซึ่งราช
 วิทยาลัยยังคงรักษาไว้ตลอด ๔๕๐ ปีที่
 ผ่านมาคือ มาตรฐานอันสูงของ แพทย์ผู้
 ประกอบโรคศิลป์. การสอบเพอร์บี
 สมาชิภาพของราชวิทยาลัยแพทย์แห่ง
 นี้ เอ็ม. อาร์. ซี. พี. เป็นที่รู้จักกันโดยทั่ว
 ไปว่ามีมาตรฐานอันสูงยิ่ง, เป็นคุณวุฒิที่
 สูงสุดทางอายุรศาสตร์ในประเทศนั้น และ
 เป็นคุณวุฒิที่จำเป็นสำหรับ แพทย์ ซึ่งจะได้
 รับการแต่งตั้งให้เขียนแพทย์ ที่ปรึกษาต่อไป
 ในประเทศนั้นด้วย.

ในปัจจุบัน ราชวิทยาลัย อยากร แพทย์
 แห่งลอนดอน มีจุดประสงค์เพื่อรักษาไว้
 และ สนับสนุน มาตรฐานอันสูงของการ
 ประกอบโรคศิลป์ ทาง แพทย์ ศาสตร์ และ
 ในเขตต่าง ๆ ของแพทย์, เพื่อสนับสนุน
 และรักษาความ สะดวก และ พร้อมเพรียง
 ของการศึกษาต่อไป, เพื่อให้คำแนะนำ
 อิสระในปัญหาต่าง ๆ และเพื่อ สนับสนุน
 ความสัมพันธ์ระหว่าง เฟลโลว์ และสมา-
 จิก. ในยุคปัจจุบันที่ราชวิทยาลัยอยากร-
 แพทย์ได้เข้าสมัยที่ ๔๕๐ นี้, นอกจาก
 ราช วิทยาลัยจะ ได้รักษาประเพณีอันดีแต่
 เดิมซึ่งมีมาแต่ก่อนเช่นการจัดให้มีการ
 บรรยายต่าง ๆ แล้ว, ยังได้จัดให้มีการ

เพิ่มพูนมาตรฐานของการศึกษาชั้นบัณฑิต
วิทยาลัย, มีการบรรยายใหม่เกี่ยวกับความ
ก้าวหน้าในวิชาแพทยศาสตร์, มีการตั้ง
คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ
ของแพทยศาสตร์, จัดการรวบรวมหนังสือ
ทั้งเก่าและใหม่ที่เกี่ยวข้อง ประวัติการ
แพทย์จนได้ชื่อว่าห้องสมุดประวัติการ
แพทย์ที่คึกคักแห่งหนึ่งของโลกและได้จัด
ให้มีการประชุมร่วมกับวิทยาลัยแพทย์
ของสหรัฐอเมริกา, ทั้งได้ตีพิมพ์เผยแพร่
กิจการของราชวิทยาลัยแพทย์เป็นครั้ง
คราว. ในปัจจุบันราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
แห่งลอนดอนมีเฟลโลว์ประมาณ ๑,๒๐๐
คน และสมาชิกประมาณ ๔,๐๐๐ คน.

เอกสาร

1. Clark, G.: A History of the Royal College of Physicians of London. Oxford Univ. Press Vol. 1, 1964, and Vol. 2, 1966.
2. Clark, G.: History of the Royal College of Physicians of London. Brit. Med. J. 1965, 1:79.
3. Newman, C. E.: Royal College of Physicians of London-450 Years. Brit. Med. J. 1968, 4:108.
4. Rosenheim, M.: 450 Years Old-What of the Future? Ann. Intern. Med. 1968, 5:1115.
5. Rosenheim, M.: What does the Future Hold? J. Roy. Coll. Phycns. Lond. 1968, 3:231.
6. Wolstenholme, G.: Royal College of Physicians of London Portaits. J.A. Churchill Ltd., 1964.

อดุลย์ วิริยเวชกุล พ.บ., น.บ.,
M.R.C.P. (Glasg.), M.R.C.P. (Lond.)

๕. รายนามแพทย์, เกษีกรและพยาบาลของคณะ ฯ
ที่ไปปฏิบัติราชการ ณ จังหวัดอุดรธานี

วันที่ ๑๓

(๑ พค.-๒ มีย. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดร ฯ

- (๑) น.พ. ทองนอก นิตยสุทธิ (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ (ครึ่ง)

- (๓) น.พ. สมโพธิ พกกระเวส
- (๔) น.พ. วิสุทธิ วุฒิพฤกษ์ (ครึ่ง)
- (๕) พ.ญ. ฤกษ์ ปลื้หจินดา (ครึ่ง)
- (๖) พ.ญ. สันนทา จารุคม (ครึ่ง)
- (๗) พ.ญ. บังอรรัตน์ สติริบุตร (ครึ่ง)

- (๘) น.ส. นวลทรง วัฒนปฤดา (ครึ่ง,
วิสิญญ์)
(๙) พ.ญ. จีรพรรณ มัชฌิมจันทร์
(ครึ่ง)
(๑๐) นางรัตนา ศักดิ์ศิริ (เกสซ์กร)
(๑๑) น.ส. สมพร โรจนปรีชา
(๑๒) น.ส. สมจิตต์ วิจารณ์กรกิจ
(๑๓) น.ส. ศิริเพ็ญ ทักษิณ
(๑๔) น.ส. พลผล คำสนนันทน์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. เฉียบ นิรันดร
(๒) น.พ. ประวิทย์ ศักนภาพรชัย
(ครึ่ง)
(๓) น.พ. ประพันธ์ อภิสารณรักษ์
(ครึ่ง)
(๔) น.ส. เพ็ญศรี ระเหยบ
(๕) น.ส. พัทธ์ณี พัฒนจรส.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอนองหาร

- (๑) ศจ. น.พ. สังกี กาญจนกฤษ
(ครึ่ง)
(๒) ศจ. น.พ. สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ
(ครึ่ง)

- (๓) น.พ. วารินทร์ ศักดิ์ศิริ
(๔) น.พ. อำนวย ศักดิ์ศิริ (ครึ่ง)
(๕) น.พ. ทิฆัมพร วงศ์พิทยาศัย
(ครึ่ง)
(๖) น.ส. เกรววัลย์ ต้นยี่ชาติ
(๗) น.ส. มิ่งเมือง วงศ์ก.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอบัวลำภู

- (๑) พ.ญ. สรรพ์ศิริ สุขวจัน
(๒) น.พ. วิทยา วัฒนโภาส
(๓) พ.ญ. ขวัญฤทิ์ เกษาศิวงค์ ณ
ชยุทยา
(๔) น.พ. ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา
(๕) น.ส. พรรณี จิตนิยม
(๖) น.ส. เสาวภรณ์ พันธุ์ประภา.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอฝอ

- (๑) น.พ. ชรรณพ สุวีระ
(๒) น.พ. เฉลิม สันหลวี (ครึ่ง)
(๓) น.พ. ปรีชา บุณยะสารนันท์
(ครึ่ง)
(๔) น.ส. พนตรี โสเมศกริน
(๕) น.ส. พาณี บงใจยุทธ์.

วันที่ ๑๔

(๑ มี.ย.—๒ ก.ค. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. วิชัย ขำรุงผล
- (๒) น.พ. เอนก เพทวนิจ
- (๓) น.พ. วิสวัช วัฒนพิทักษ์ (ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. ฤดี ปลื้หินตา (ครึ่ง)
- (๕) พ.ญ. รัตนา หริทวาร (ครึ่ง)
- (๖) น.พ. ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี (ครึ่ง)
- (๗) พ.ญ. ชนิกา คุ้มจินดา
- (๘) พ.ญ. สุนิตย์ สุทธิสารวรรณกร (ครึ่ง)
- (๙) พ.ญ. อุส่าห์ การานนท์ (ครึ่ง)
- (๑๐) นางถาวร ศิริพาณิชย์ (เภสัชกร)
- (๑๑) น.ส. เรณู ภาคอรรถ
- (๑๒) น.ส. ลำควน ภูมิโคกรักษ์
- (๑๓) น.ส. คัคณา เฟ่งสุวรรณ
- (๑๔) น.ส. ประไพพรรณ สุนทรไชยา

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) พ.ญ. อมร เกิดสว่าง
- (๒) น.พ. วรรณะ อนากุล (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. มานิต สุชาติานนท์ (ครึ่ง)

- (๔) น.ส. ยพที ประักกะมานนท์
- (๕) น.ส. อ่อนโหม ธัญญกิจ

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. สมบัติ สคนธพันธ์ (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. สุนทร ทัศนันทน์ (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. พัชรา วิสตุกล
- (๔) น.พ. สมศักดิ์ มาสมบูรณ์
- (๕) นางพลศรี สุทธิเวช
- (๖) น.ส. กาญจนา พลวัฒน์

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ลาภ

- (๑) น.พ. เกษม วรทวี
- (๒) พ.ญ. อัสสร ทวงทอง
- (๓) พ.ญ. นฤมล ศิริสุธาพรรณ (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. บวร รัตติธรรม (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. รัศมี โพธิ์ขันธ์
- (๖) น.ส. ไพรัตน์ โยธามาตร

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอฝ้อ

- (๑) น.พ. พิเศษ มกราริมย์
- (๒) พ.ญ. มิตรรา อินทุประภา (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. วิวิทย์ บุญญพิสิฐ (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. ยุกธนา ชาญกิจ
- (๕) น.ส. กษมา ทองสังโสม

วันที่ ๑๕

(๑ กค.-๓ สค. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) ศจ. น.พ. กษาน จาทิกวณิช (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. ชีระ ลิมศิลา (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. อรุณ หงษ์หทัย
- (๔) น.พ. เทียนไชย ชัยสวัสดิ์
- (๕) พ.ญ. ผิว ลิมปพยอม
- (๖) น.ส. ทิพา โพธิผล (วิสัญญี)
- (๗) นางกาญจนา อัมระपाल (เภสัชกร)
- (๘) น.ส. จารวรรณ ศีวรรณันท์
- (๙) นางวิภา ไชรณางกร
- (๑๐) น.ส. ชวนชม นิชย
- (๑๑) น.ส. คมขำ ทรัพย์ไทรยก.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. ถนอมศักดิ์ กุลละวณิชย์
- (๒) น.พ. ปรีชา มีกังวาล (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ศศิประภา ตูจินตา (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. อ่อนจิตต์ เวโรจนกุล
- (๕) น.ส. จีราภา ทองขัติโชติ.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. ม.ร.ว. วีรพันธ์ ทวีวงศ์
- (๒) น.พ. บรรจบ อินทรสุขศรี
- (๓) น.พ. วิเชียร ทองแดง (ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. สมิทร เว่งเพ็ชร (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. สุภา เหมแย้ม
- (๖) น.ส. ขวัญใจ เทียวสุรินทร์.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัวลำภู

- (๑) น.พ. วิจิตร พานิช (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. ทองน่าน วิภาทวณิช (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. แฉล้ม วรรณานสาร
- (๔) น.พ. พิทยา กำรงค์วัฒน์
- (๕) น.ส. เนตรทราย สุขยิ่ง
- (๖) น.ส. ประเทือง ภูมิคง.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอฝ่อ

- (๑) น.พ. จำเรียง ศันทวารวณิช
- (๒) น.พ. สมชาย ผลเยี่ยมเอก
- (๓) น.ส. กัญญา บุชาสุข
- (๔) น.ส. จรรยา สีสสมาน.

รุ่นที่ ๑๖

(๑ สค. - ๓ กย. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ
- (๒) น.พ. ประเสริฐ ทุมวิภาต (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. ชวช โลพันธ์ศรี (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. ชวลิต ปรีชาสมบัติ
- (๕) น.พ. ทิเรก คำรงค์ศักดิ์
- (๖) นางกัญญา ชีระเนตร (วิสัญญี)
- (๗) น.ส. สุวณี กาญจนลักษณ์
(เภสัชกร)
- (๘) น.ส. ระเบียบ สุขสมนิต
- (๙) นางเฉลา สุกพิทักษ์
- (๑๐) น.ส. สลวย เศรษฐโชภณ
- (๑๑) น.ส. สายใจ สมิโตบล.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. เวช วุฒิภุมิ (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. อภิชาติ วิชชาญาณรัตน์
(ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ปราณี สิงห์ประเสริฐ
(ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. ภามรา ตาละลักษมณ์
(ครึ่ง)

- (๕) น.ส. วิจิตรา รังสิวงศ์
- (๖) น.ส. กอบกุล สืบสุข.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. วิฑูร โอสถานนท์
- (๒) น.พ. วีระ วิเศษสินธุ์
- (๓) พ.ญ. วิภาธร อินทอง (ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. ทศนีย์ จงศุภชัยสิทธิ์
(ครึ่ง)
- (๕) น.ส. ระวีวรรณ จันทร์ฉาย
- (๖) น.ส. ทศนา ศาสตร์ระวี.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัวลำภู

- (๑) น.พ. จวล เกวินพงษ์
- (๒) พ.ญ. วรช อนุภัก
- (๓) น.ส. มณี มโนสาร
- (๔) น.ส. สุวณีย์ ชุตีพงศ์พิสิษฐ์.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอฝ่อ

- (๑) น.พ. สุรศักดิ์ เมืองสมบัติ
- (๒) น.พ. เกรียงม จินฉวาโส (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ทวงตา พงศ์หิรัญ (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. อาสา ชรรมวิรักษ์
- (๕) น.ส. นรา ชนชุ่มจิตต์.

วันที่ ๑๗

(๑ กย. - ๓ ตค. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดร ฯ

- (๑) น.พ. ทองนอก นิตยสุทธิ (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ประเจียด ขุนนาค
- (๔) พ.ญ. ม.ร.ว. จันทรวินิต์ เกษมสันต์
- (๕) พ.ญ. ช่อฟ้า แก้วจินดา
- (๖) นางกัญญา ชีระเนตร (วิสัญญี)
- (๗) น.ส. สรวดี วิบูลย์เจริญ
- (๘) น.ส. ไร่ไพ ศักดิ์สถิต
- (๙) น.ส. สุกวัฒนา กุ่มทอง
- (๑๐) น.ส. ทองรวม สิ้นธุสุวรรณ
- (๑๑) น.ส. เวียงฤดี ณ นคร.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. วิจิตร พานิช (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. กวี เจริญลาภ (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. สุวณีย์ วิมลสถิต
- (๔) น.ส. วัฒนา รุ่งสกุล
- (๕) น.ส. กอบกุล สีขสุข.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. จงรักษ์ นิภาวงศ์
- (๒) น.พ. อนันต์ คณมชุกุล
- (๓) พ.ญ. เสาวรส สรรพพากย์-พิสุทธิ (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. โชคชัย สิตตะไพโรจน์ (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. อรพินธ์ วิเชียรวงศ์
- (๖) น.ส. สอางค์ ศรีเทียมอินทร์.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัวลำภู

- (๑) น.พ. โชติ พานิชกุล
- (๒) น.พ. เกษม แก้วอิม
- (๓) พ.ญ. มณฑนา แก้วอิม
- (๔) น.ส. พงษ์ณี งามเจริญ
- (๕) น.ส. ละเอียด ชื่นเวหา.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอผือ

- (๑) น.พ. เตมีย์ ชีรมิตร
- (๒) น.พ. ประเสริฐ พิบูลนฤกษ์ (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. แม้น หรพงค์ (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. ประภาภรณ์ วัฒนพิมล
- (๕) น.ส. สมนึก ทองเงินเจริญ.

รุ่นที่ ๑๘

(๑ ตค.- ๓ พย. ๒๕๑๐)

โรงพยาบาลอุดร ฯ

- (๑) น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี
- (๒) น.พ. บรรจงศักดิ์ นระมาตร
- (๓) น.พ. ทิเรอ คำรงค์ศักดิ์ (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. พัทธนะ สวรรคทัต (ครึ่ง)
- (๕) พ.ญ. จุฬารัตน์ มหาสันตะ
- (๖) พ.ญ. อุทัย สวาสดุ
- (๗) นางลดาวัลย์ ไคละสุต
(เภสัชกร)
- (๘) น.ส. เนียน สหสัมพันธ์
- (๙) น.ส. วิไล น้อยนาค
- (๑๐) น.ส. จันทร์เพ็ญ ชโลปถัมภ์
- (๑๑) น.ส. อมรา ไวจนกิจ.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. วราวุธ สุมาวงศ์
- (๒) น.พ. อภิชาติ วิชชาญาณรัตน์
(ครึ่ง)
- (๓) น.พ. ขจร รัตติธรรม (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. จิระพันธ์ เขรวานะกุล
- (๕) น.ส. ไพบุลย์ ชนะโชติ.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- (๑) น.พ. สัทธ ทัศระกัมพูช (ครึ่ง)
- (๒) พ.ญ. อาริจิตต์ นวลศรี (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. พนัสข สัทธิพันธ์ (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. นิพนธ์ วีระวัฒน์ (ครึ่ง)
- (๕) น.พ. วารินทร์ ศิณทศกศิริ
- (๖) น.ส. นางเยาว์ จันทร์นาค
- (๗) น.ส. ทิพวัลย์ อินทรสุขศรี.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนอง
บัวลำภู

- (๑) น.พ. สง่า นิลวรางกร (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. สมชัย ขวรงค์ (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. ศุภวัตร พรรณเชษฐ์
- (๔) น.พ. สมาน ภิรมย์สวัสดิ์
- (๕) น.ส. พรรณี จิตนิยม
- (๖) น.ส. สีนินาฏ กุลเสถียร

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอผือ

- (๑) น.พ. วิโรจน์ กิจวานิช
- (๒) พ.ญ. เบญจวรรณ จามิกร
(ครึ่ง)
- (๓) น.พ. อำนาจ สารสาส (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. เทียมจันทร์ จิตแสงพันธ์
- (๕) น.ส. จันทร์เพ็ญ วิลาเลิศ.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน									รวม
ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	ออร์โธ	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๗๖๕	๒,๑๘๕	๔๕๒	๒,๑๕๖	๒,๐๕๕	๓,๐๘๕	๘๕๕	๑๕,๖๗๑
	เก่า	๘,๓๔๖	๓,๖๖๖	๑,๑๖๒	๖,๖๘๐	๓,๔๒๐	๕,๕๒๓	๑,๓๕๐	๓๐,๑๕๓
	รวม	๑๓,๑๑๑	๕,๘๕๑	๑,๖๑๔	๘,๘๓๖	๕,๔๗๕	๘,๖๐๘	๑,๒๐๕	๔๕,๘๒๔
ใน		๒๓๘	๔๕๒	๔๗	๑,๕๔๖	๓๑๕	๔๘๒	—	๓,๕๘๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๕๑, จักษุ ๘๗๕, สูติ—นรี ๗๓๖, รวม ๒,๑๖๒ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๗๑๑, หญิง ๗๑๐, รวม ๑,๔๒๑. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๑๘, รวม ๒๙.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๐๑ คน (๕.๗๖๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๓๑ ราย (๑๕.๔๒๖ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๗๕ ครั้ง, มหันตโทษ ๒๒๑ ครั้ง, ฤดูโทษ ๓๕ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๗๕ ขวด, จากญาติ ๖๕ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๐๗๘. ทำโครอสแมตซิงก์ ๒,๑๖๓. ทำพลาสติกแข็ง ๔๐, เกิดเลือด ๓๔.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๖๑๓ คน. รักษาใหม่ ๑๕๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๔๕๕ คน. รักษาติดตาม ๑,๒๑๒ คน, เติบมรักษาใหม่ ๒๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๒ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๓๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๑๐ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่ ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕ คน, โคบอลต์รักษาใหม่ ๑๑๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๒๗๘ คน, รัดิโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๑๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๑๖๗ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๑๑๓ ครั้ง, การตรวจพิเศษ — ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๓๑ ราย, ตรวจเนื้อจากศพ ๖๔๓ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๘๐๑ ชิ้น, (จากภายนอก ๒๐๔ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๘๔ ราย. การตรวจเชรุ่มวิธีวัดค่า ๔๗ ราย. การตรวจวิธี วิ.ดี.อาร์. แอล. ๓,๒๔๕ ราย. การตรวจวิธีพอลิเมอร์ ๑๕. หมู่เลือด ๑๕. นับเม็ดเลือด —. วิธีไมโครบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๒๘๕ ราย. ตรวจอุจจาระ ๒๖๖ ราย. การตรวจวิธีคัมบ์ ๘ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๒๗๑. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๕๔. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. —. การตรวจวิธีไรเตอร์โปรเทอีน ๒๖๐ ราย.

๕. แผนกปรสิตวิทยา เพาะเชื้อบิด ๔ ราย. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๓๕ ราย. การนับไข่พยาธิ ๑. การตรวจพิเศษ ๑๐.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๒๕๒. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๕. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๓๔. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๕๕๕. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๔๐. นิติศาสตร์ทดลอง ๔. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๘๒. ตรวจหาแหล่งเกี่ยวกับไวรัส ๓๘. เพาะเชื้อรา ๒๘.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๓๗ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๑๕ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๑๐๓ ราย. ตรวจผู้ช่วยคดี ๕๐๘ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๒ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๕ ราย. ไปศาล ๑๒ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๑๖๔, แจ้งข่าว —.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๓. เจาะตับ ๖. เจาะน้ำช่องปอด ๔. เจาะเลือด ๔๐๕. อัดลมเข้าช่องปอด—, อัดลมช่องท้อง—. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๓. จี้ผิวหนัง ๑๑. นิติยาทั่วไป ๒,๘๔๔. ให้น้ำเกลือ ๓๖๕. ให้เลือด ๑๑. เบาหวาน ๓,๕๓๖. คลินิกวัณโรค ๑๑๓.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคปาก ๔๘๕. ถอนฟัน ๒,๐๑๒. อุดฟัน ๕๔๕. ผ่าตัดช่องปาก ๑๐๗. ชะแผล ๘๐. นิติยา ๔๗.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ชอและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน หรือใช้เช็คออมสิน.

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน									
ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	ออร์โธ	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวม	
นอก	ใหม่	๔,๖๑๗	๒,๒๖๕	๔๕๑	๒,๓๘๐	๒,๑๐๗	๓,๐๑๕	๗๐๓	๑๕,๕๓๒
	เก่า	๘,๑๘๑	๓,๓๔๘	๑,๒๖๘	๖,๗๗๑	๓,๓๖๑	๕,๕๔๕	๑,๕๒๕	๓๐,๐๐๓
	รวม	๑๒,๗๙๘	๕,๖๑๓	๑,๗๑๙	๙,๑๕๑	๕,๔๖๘	๘,๕๖๐	๒,๒๒๘	๔๕,๕๓๕
ใน		๒๕๔	๔๖๔	๕๔	๒,๐๗๔	๒๘๗	๕๐๒	—	๓,๖๓๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๘๘, จักษุ ๔๓๘, สูติ-นรีฯ ๘๐๖, รวม ๑,๘๓๒ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๘๒๗, หญิง ๗๕๒, รวม ๑,๕๗๙. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๑๑, รวม ๒๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๕ คน (๕.๘๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๓๕ ราย (๑๘.๑๓ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๐๔ ครั้ง, มหันตโทษ ๓๕๕ ครั้ง, หลุโทษ ๖๐ ครั้ง. รับจากสถานเสาวภา ๖๗ ขวด, จากญาติ ๕๕ ราย, อื่นๆ — ราย, รวม ๑,๑๔๕. ทำ กรอสเมตซิงก์ ๒,๑๔๘, ทำพลาสมาแข็ง —, เกิดเลือด —.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๖๘๘ คน. รักษาใหม่ ๑๖๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๕๕๔ คน. รักษาติดตาม ๑,๒๘๑ คน. วัคซีนรักษาใหม่ ๒๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๓๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๐๐ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๓ คน. โคบอลต์รักษาใหม่ ๑๐๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๔๓๔ คน, วัคซีนไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๓๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๒๔๗ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๓๖๔ ครั้ง, การตรวจพิเศษ —.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๓๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๔๗๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๔๐ ชิ้น. (จากภายนอก ๑๕๘ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๓ ราย. การตรวจเซรัมวิธีวัดค่า ๖๘ ราย. การตรวจวิธี วัต.อาร์. แอล. ๓,๔๗๐ ราย. การตรวจวิธีพอลบันเนล ๗. หมู่เลือด ๘ นับเม็ดเลือด —. วัตซ์โมไกลบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๓๐๔ ราย. ตรวจอุจจาระ ๓๒๐ ราย. การตรวจวิธีคัมบ์ ๑๓ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๓๑๗ ราย. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๕๑. การตรวจวิธี อาร์.เอช. — ราย. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. —. การตรวจวิธีไรเตอร์ โปรเทอีน ๒๒๑ ราย.

๕. แผนกพยาธิวิทยา เพาะเชื้อบิตี ๖. ตรวจทดสอบตัวจิต ๒๐. การนับไข่มดไข ๖. การตรวจพิเศษ ๒.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๘๓. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๕๕. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๔๓. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๗๒๗. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๓๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๕๐. นิโคตีตัวทดลอง ๖. ทดสอบความไวของเชื้อคอตีบ ๑๑๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๖๗. เพาะเชื้อรา ๓๗.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๔๓ ราย. การตรวจวัตถุพยาน ๗๔ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๗๕ ราย. ตรวจผู้บ่วยคดี ๖๔๓ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๑ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๕ ราย. ไปศาล ๘ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๑๑๘. แจ้งข่าว —.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้บ่วยนอก) เจาะท้อง ๑๖. [เจาะน้ำสันหลัง ๖. เจาะตับ ๔. เจาะน้ำช่องปอด ๑. เจาะเลือด ๔๐๖. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๑. จมูก ๒๔. นิโคตีทั่วไป ๓,๒๐๒. ให้น้ำเกลือ ๓๖๕. ให้เลือด ๕๑. เบาหวาน ๓,๕๒๓. คลินิกวัณโรค ๑๒๘.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๒๕. ถอนฟัน ๑,๒๑๑. อุดฟัน ๕๖๗. ผ่าตัดช่องปาก ๖๑. ชะแผล ๕๓. นิโคตี ๑๒.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ถ้าชื่อ, นามสกุลและที่อยู่ของท่านไม่ถูกต้อง โปรดแจ้งให้ทราบ.
๒. ถ้าท่านย้ายที่อยู่โปรดแจ้งที่ส่งใหม่ด้วย.
๓. ถ้าไม่ได้รับหนังสือโปรดทวงถาม.

การอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับนิพนธ์ทาง
การแพทย์

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
ได้ทำการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับนิพนธ์ทาง
การแพทย์ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้สนใจ
ศึกษา การเขียน เอกสาร วิชาการทางการ
แพทย์, ทั้งรายการต่อไปนี้

๑๘ พย. ๒๕๑๑

๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. เรื่อง "แบบ
ของนิพนธ์ทางการแพทย์" โดย ศจ. น.พ.
อวย เกตุสิงห์.

๑๙ พย. ๒๕๑๑

๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. เรื่อง "เทศ-
นิก, ศิลปะและเชิงการเขียน" โดย ศจ.
น.พ. อวย เกตุสิงห์.

๒๐ พย. ๒๕๑๑

๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. เรื่อง "การ
จัดทำต้นฉบับเพื่อการตีพิมพ์" โดย น.พ.
สมชัย ขวรกิตติ.

๒๑ พย. ๒๕๑๑

๑๔.๐๐ น. เรื่อง "ภาพถ่าย,
ตาราง, และภาพแสง" โดย ศจ. น.พ.
สุก แสงวิเชียร.

๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. เรื่อง "เอก-
สารอ้างอิง, วิธีอ้างอิง ฯลฯ โดย น.ส.
อุทัย ทุติยะโพธิ์.

๒๒ พย. ๒๕๑๑

๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. อภิปรายหมู่
"นิพนธ์ทางการแพทย์ในประเทศไทย".
ผู้อภิปราย คือ น.พ. สงก เปล่งวานิช,
น.พ. สมัย จันทร์วิมล, ศจ. น.พ. อวย
เกตุสิงห์, ศจ. น.พ. สุก แสงวิเชียร,
น.พ. สมชัย ขวรกิตติ, และ ศจ. น.พ.
เสนอ อินทรสุขศรีผู้ดำเนินการอภิปราย.

สำหรับท่านที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมจะ
ติดตามรายละเอียดได้ในสารคดีราชฉบับ
ต่อไป.

การประชุมวิชาการปีการศึกษา ๒๕๑๑-

๒๕๑๒

ครั้งที่ ๑๕ ๑ พย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "การศึกษาโรคระบาดวิทยา ระ-
หว่างการระบาด พ.ศ. ๒๕๑๐ - ๑๑",
โดย น.พ. ประเสริฐ ทองเจริญ, พ.ญ.
มณฑนา แก้วอิม, พ.ญ. มาลินี เทพ-
พิทักษ์ และ พ.ญ. จันทร์พวงษ์ ประกอบผล
(จุฬาลงกรณ์).

ครั้งที่ ๑๖ ๘ พย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "อินเทอร์แซกซ์ซัลลิคีย์ ในเด็ก, รายงานผู้ช่วย", โดย น.พ. ชวลิต ปรีชาสมัคต์ (รามมา).

ครั้งที่ ๑๗ ๑๕ พย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "การศึกษาเกี่ยวกับ ชาลัส-ซีเมีย ในประเทศไทย", โดย น.พ. ประเวศ วะสี และ ศจ. พ.ญ. สุภา ฌ นคร (ชาयर).

ครั้งที่ ๑๘ ๖ ธค. ๒๕๑๑.

(๑) เรื่อง "อิทธิพลของ เคเซอีนระดับต่าง ๆ ในอาหารต่อการเจริญของร่างกายและกระดูก", โดย น.พ. วิเชียร ทิลกสัมพันธ์ (กาย).

(๒) เรื่อง "การทดสอบประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดตามวิธี ซไนเคอร์", โดย น.พ. สลิล ศุขโรจน์ (สิริ).

(๓) เรื่อง "รีเฟล็กซ์ จากหัวใจ", โดย น.พ. ธงฉัตร โคละทัต และ ศจ. น.พ. คีดี จึงเจริญ (สิริ).

ครั้งที่ ๑๙ ๒๐ ธค. ๒๕๑๑.

(๑) เรื่อง "อุบัติเหตุของ อธิยัคฆ์

แอนติบอดี ในผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายเลือด", โดย พ.ญ. ทศน์ยานี จันทนียงง และ น.ส. ปวีณา เมธเศรษฐ์ (คลังเลือด).

(๒) เรื่อง "กระดูกคอ พิเอร์หักรักษาค้วยสังสร้างเสริมตะโพก (ชิปพรอสทีสิส)", โดย น.พ. นที รัชพลเมือง (ออร์โธ).

ครั้งที่ ๒๐ ๒๗ ธค. ๒๕๑๑.

เรื่อง "การบำบัดมะเร็งมดลูกด้วยเพลท์เซอร์ ใช้ โลกกิงก์ เทคนิค, รายงานเริ่มต้นในผู้ป่วย ๑๐๐ ราย", โดย น.พ. ทองพูน วัฒนวิทย์, พ.ญ. ถวิลศักดิ์ วิจารณ์ และ น.พ. พัทธนะ สวรรคทัต (รังสี).

การบรรยายพิเศษปีการศึกษา ๒๕๑๑-๒๕๑๒

ครั้งที่ ๖ ๒๕ พย. ๒๕๑๑.

เรื่อง "จากรัสเซียด้วยรัก?" โดย น.พ. ภาเกศ วาจานนท์. บรรยายเกี่ยวกับประสบการณ์ในการไปร่วมสัมมนาว่าด้วย การจัดการอบรมพนักวิชาสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ณ สหภาพโซเวียต.

ครั้งที่ ๗ ๑๓ ธค. ๒๕๑๑.

เรื่อง “การศึกษาแพทย์ในสหภาพโซเวียตรัสเซีย” โดย น.พ. ภูเก็ท วาจนนท์. บรรยายประมวลสาระสำคัญของ การอบรมศึกษาแพทย์ คาสทร์ และอบรมศึกษาเพิ่มพูนวิชาสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของสหภาพโซเวียต.

ปาฐกถาพิเศษโดยอากันตุกะ

ครั้งที่ ๑๒ ๕ พย. ๒๕๑๑.

เรื่อง “การศึกษาการขบคัสติ (มีข้อมูลบางประการจากกรุงเทพฯ)”, โดย Dr. Avinoam Adam ท่านผู้เป็นอาจารย์ผู้บรรยายวิชามนุษยพันธุศาสตร์ของโรงพยาบาล Tel Hashomer, อิสราเอล.

ครั้งที่ ๑๓ ๗ พย. ๒๕๑๑.

เรื่อง “เคมีบำบัดของมะเร็งในปัจจุบัน”, โดย Dr. Kumabe, ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางเคมีบำบัดของบริษัท ไคโอวา ประเทศญี่ปุ่น. ท่านได้เป็นผู้ร่วมงานค้นคว้าอยู่ในคณะผู้ค้นพบยา ไมโทมัยซินซี.

ประชุมพิเศษ

๕ พย. ๒๕๑๑

เนื่องในโอกาสที่คณะแพทย์อเมริกัน ได้เดินทางมายังประเทศไทยในรายการ Fifth Annual Medical Seminar Trip to the Orient. คณะฯ ได้จัดให้มีการประชุมสัมมนาอย่างกันเอง ระหว่าง คณะแพทย์อเมริกัน กลุ่มนี้ กับอาจารย์ของคณะฯ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวิธีการรักษาโรค อัลเลอร์จี และในเรื่อง อิมมูโนโลยีย์ ณ ห้องประชุมจิงจินต์ รุจิรวงศ์, สำนักงานสาธารณสุข.

๒๑ พย. ๒๕๑๑

Dr. Klaus Eichler ได้แสดงและบรรยายเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ทางแสง ในปัจจุบัน สำหรับงานทางวิทยาศาสตร์, การวิจัย และ การอบรมศึกษาโดยเน้นถึงการประยุกต์ในทางการแพทย์, เช่นการถ่ายภาพทางคลินิก และ ภาพยนตร์ คัลยกรรมต่าง ๆ. ผู้บรรยายเป็นนักสรีรวิทยา และนักวิจัยของบริษัท แอร์นส์ท์ ไททซ์ เวทซ์ลาร์ ในเยอรมันตะวันตก.

งานวันสงฆ์บายเก่า - ต้อนรับปีใหม่

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล ได้จัดงานวันสงฆ์บายเก่า และต้อนรับปีใหม่ขึ้นในวันที่ ๓๐ ธ.ค. ๒๕๑๑ โดยมีการตัดขาดรพระสงฆ์จำนวน ๑๐๐ รูป ในตอนเช้า, และรับประทานอาหารกลางวันอย่างกันเองร่วมกันทั้ง บรรดาอาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์, นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษากายภาพบำบัด, นักศึกษาช่างภาพการแพทย์, นักเรียนผู้ช่วยพยาบาลและผู้รับการอบรมพนักงานวิทยาศาสตร์. ท่านคณะก็ได้แถลงกิจกรรมที่คณะฯ ได้กระทำล่วงไปแล้วในรอบปีรวมทั้ง โครงการ และงบประมาณที่ได้รับในปี ๒๕๑๒. ได้ชมเชยท่านที่น่าเกียรติและชื่อเสียง มาสู่ คณะ และให้โอวาท. สโมสรนักศึกษาแพทย์ได้นำวงดนตรีมาเพิ่มความครึกครื้น. งานได้ล่วงไปด้วยความเรียบร้อยท่ามกลางบรรยากาศที่เป็นมิตร.

ไปประชุม

นายแพทย์ มุกตา ตฤณธานนท์, หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ป้องกัน และสังคม, ได้เดินทางไปร่วมในการประชุม

นานาชาติ เกี่ยวกับ โรคเมืองร้อน และ มาลาเรียที่ประเทศอิหร่านและร่วมในการประชุมนานาชาติ เกี่ยวกับ เวชศาสตร์ป้องกันที่ประเทศอิตาลีและกรุงทอซัน. ได้กลับมาปฏิบัติงานตามปกติแล้วตั้งแต่วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๑๑.

มุลนิธิสารศิริราช

เป็นที่น่ายินดีอย่างยิ่งว่านับตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง มูลนิธิสารศิริราช เป็นต้นมา ได้มีหลายท่านที่เห็นใจและยินดีสนับสนุนการดำเนินงานของสารศิริราช. หลายท่านได้บริจาคเงินสมทบทุนมูลนิธิฯ แล้วเป็นอันมาก และอีกหลายท่านได้แจ้งความจำนงแล้วแต่ยังมีได้ส่งเงินมา. หลายท่านแจ้งความจำนงเป็นสมาชิกอุปการะของสารศิริราช โดยการบริจาคเป็นงวดๆ รวมทั้งสิ้นจะไม่ น้อยกว่าหนึ่งพันบาท. สารศิริราชขออนุโมทนาและขอสมนาคุณท่านสมาชิกอุปการะโดยจะส่งสารศิริราช (และสิ่งพิมพ์อื่นจากสำนักงานฯ) ให้จนตลอดชีพ.

รายนามผู้บริจาค ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน-กายนจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๑๑ มีดังต่อไปนี้:

- | | |
|---|---|
| ๑. ศจ. น.พ. อวย เกตุสิงห์
๕,๐๐๐.๐๐ บาท | ๑๓. น.พ. สำราญ วังศ์พำห้
๑,๐๐๐.๐๐ บาท |
| ๒. ศจ. น.พ. บรรจงศักดิ์ นะมาตร์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๑๔. ผู้ไม่ประสงค์ออกนาม
๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท |
| ๓. พ.ญ. บุญเรือง นิยมพร
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๑๕. น.พ. สุขุม สมศิริ
๑,๐๐๐.๐๐ บาท |
| ๔. น.พ. กำรง เพ็ชรพลาย
๑,๐๒๕.๕๐ บาท | ๑๖. น.พ. อาจันต์ บุณยเกตุ
๕๐๐.๐๐ บาท |
| ๕. พ.ญ. มาลัย เหล่าสุนทร
๕๐๐.๐๐ บาท | ๑๗. น.พ. ภูเก็ท วาจานนท์
๒,๐๕๕.๕๐ บาท |
| ๖. ศจ. น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๑๘. น.พ. เมษยน เผื่อนปฐม (สองงวค)
๒๐๐.๐๐ บาท |
| ๗. ศจ. น.พ. เพ็ญ สัตย์สงวน
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๑๙. ศจ. น.พ. สุก แสงวิเชียร (สองงวค)
๔๐๐.๐๐ บาท |
| ๘. ศจ. น.พ. อุดม ไชยะกฤษณะ (ใน
นามของแพทย์ไทย ๘ มลรัฐ, สรช.
พ.ศ. ๒๕๑๑) ๘,๐๐๐.๐๐ บาท | ๒๐. น.พ. ม.ร.ว. วีรพันธ์ ทวีวงศ์
(งวคแรก) ๑๐๐.๐๐ บาท |
| ๙. น.พ. ประเสริฐ ทุมวิภาค (สองงวค)
๒๐๐.๐๐ บาท | ๒๑. น.พ. นันทวัน พรหมผลิน
(งวคแรก) ๒๐๐.๐๐ บาท |
| ๑๐. น.พ. ประพันธ์ อารีย์มิตร
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๒๒. น.พ. สภา ลิมพาณิชยการ
(งวคแรก) ๑๐๐.๐๐ บาท |
| ๑๑. ศจ. น.พ. ม.ร.ว. สังศรี เกตุสิงห์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๒๓. น.พ. วิเชียร ทิลกสัมพันธ์
(งวคแรก) ๓๐๐.๐๐ บาท |
| ๑๒. พ.ญ. ณีว ลิมปพยอม
๑,๐๐๐.๐๐ บาท | ๒๔. ศจ. น.พ. กษาด จาติกวณิช
(งวคแรก) ๑,๐๐๐.๐๐ บาท |

๒๕. น.พ. ประเวศ วะสี
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๒๖. ศ.จ. น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๒๗. น.พ. ปภาพ ไชววิทรกิจ
๑๐๐.๐๐ บาท
๒๘. ศ.จ. น.พ. สร เมศทิยวงศ์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๒๙. น.พ. อภิลักษณ์ วิริยเวชกุล
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๓๐. น.พ. สัมชาย ขวรงค์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๓๑. น.พ. รุ่งธรรม ลักพลี
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๓๒. นางสาวพร ธรรมวัฒน์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๓๓. น.พ. มงคล เครือตราฐ
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๓๔. พ.ญ. ผ่องใสม อัคระสัมปณณะ
๒๐๐.๐๐ บาท
๓๕. บริษัท เลอเปออคต์ (ประเทศไทย)
จำกัด ๑,๕๐๐.๐๐ บาท
๓๖. น.พ. ม.ล. เทอ สนิทวงศ์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท

๓๗. น.พ. พิศักดิ์ สุ่มสวัสดิ์
๑,๐๐๐.๐๐ บาท
๓๘. พ.ญ. นันทา มาระเนตร
๕๐๐.๐๐ บาท
๓๙. น.พ. หุ่น ศิลป์พันธ์
๑๐๐.๐๐ บาท
๔๐. น.พ. ศุ ชัยวัฒน์
๒,๐๐๐.๐๐ บาท
๔๑. ผู้ไม่ประสงค์ออกนาม
๑๑.๐๐ บาท
- รวมทั้งสิ้น ๕๓,๐๐๐.๐๐ บาท

อนุโมทนา

นายพงษ์ชัย ชัยสันธิพ, ๒๓๗/๑
ชอยสารสิน อ. ปทุมวัน ได้บริจาคเงิน
จำนวน ๒๖,๐๐๐ บาทเพื่อชื้ออุปกรณ์
ของห้องปฏิบัติการ ของ หน่วย คลัง เลือด
ในอาคาร ๗๒ ปีศิริราช.

มงคลสมรส

๑. พ.ญ. จิราศรี เนตราคม กับ
น.พ. บงกช วิชรกุลย์ เมอ ๒๓ พย.
๒๕๑๑.
๒. น.ส. อรสา ศุขะทัต กับ น.พ.
เคชา คันไพจิตร เมอ ๒๒ ธค. ๒๕๑๑.
ขอแสดงความยินดีด้วย.

ข่าวพยาบาล

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชได้จัดงานชุมนุมศิษย์เก่าครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๑๖ พย. ๒๕๑๑ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. มีพิธีสงฆ์ในตอนเช้า และออกบ้านขายสินค้าต่าง ๆ ตลอดวัน. ในตอนค่ำมีการแสดงขบวนที่และลีลาศที่ศาลาโคกเขตกษณม์. ได้เงินสุทธิหลังจากหักค่าใช้จ่ายแล้วเป็นเงิน ๕๖,๘๘๐.๕๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันแปดร้อยแปดสิบบาทห้าสิบบาทห้าสตางค์). เงินจำนวนนี้ได้นำเข้าสมทบทุนของสมาคมฯ ซึ่งขบวนเงินรวมทั้งสิ้น ๕๒๒,๘๒๐.๖๒ บาท (ห้าแสนสองหมื่นสองพันแปดร้อยแปดสิบบาทหกสิบบาทห้าสตางค์). ดอกผลจากเงินทุนนี้จะได้นำมาใช้สำหรับสวัสดิการของสมาชิก และช่วยในการศึกษาทั้งในและนอกประเทศของพยาบาลสืบไป.

มงคลสมรส

น.ส. จรวยพรรณ ไม่นุ่ม กับ ร.ต. ชัยยันต์ นาทะสิริ เมื่อวันที่ ๑๗ พย. ๒๕๑๑.

ขอแสดงความยินดีด้วย.

รายชื่อแพทย์, เกสซ์กรและพยาบาล
ของคณะฯ ที่ไปปฏิบัติราชการ ณ
จังหวัดอุดรธานี

วันที่ ๓๑

(๑๒๓คค.-๑๐ พย. ๒๕๑๑)

โรงพยาบาลอุดรธานีฯ

๑. น.พ. พลภักดิ์ ตาละลักษมณ์ (ครึ่ง)
๒. พ.ญ. ทศนพร บัณฑิตรุ่งโรจน์ (ครึ่ง)
๓. น.พ. รุ่งธรรม ลักพลี (ครึ่ง)
๔. น.พ. อรุณ บัญประกอบ (ครึ่ง)
๕. น.ส. สมหญิง สิงห์เสนี (วิสัญญี)
๖. พ.ญ. รัตนา หริตวร
๗. นางกสิมา สงเคราะห์พันธ์ (เกสซ์กร)
๘. น.ส. เรณู ภาคอรรถ
๙. น.ส. ละเอียด อภิจิตร.

สถานอนามัยชนนง อำเภอกู่เพ็ญ

๑. น.พ. จงรักษ์ นิภาวงศ์
๒. พ.ญ. ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา

๓. น.ส. พอตา ปลิมฤทธิ
๔. น.ส. ปานสร สาระจำนง.

วันที่ ๓๒

(๕ พย. - ๘ ธค. ๒๕๑๑)

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาน

๑. น.พ. เข็มย เศษรฤทธิ (ครึ่ง)
๒. พ.ญ. อรุณวรรณ ยงใจฤทธิ (ครึ่ง)
๓. น.พ. พนม พงษ์เชิดชู (ครึ่ง)
๔. พ.ญ. สุกิตร ประสานสุข (ครึ่ง)
๕. น.ส. อรพินธ์ วัชวิวงศ์
๖. น.ส. สมปอง ปรางขำ.

โรงพยาบาลอุดรธานี

๑. ศจ. น.พ. เปรม บริ (ครึ่ง)
๒. พ.ญ. สุจิตรา ปรีชาหาญ (ครึ่ง)
๓. น.พ. สัมพันธ์ ตันติวงศ์ (ครึ่ง)
๔. น.พ. พลลภ โภธิพฤษ (ครึ่ง)
๕. พ.ญ. กัลยงหา ภวกุล (ครึ่ง)
๖. น.ส. ทองกร ชาระวานิช.
(วิสัญญี, ครึ่ง)
๗. น.ส. จำนงค์ นวัตรกุล
(เภสัชกร, ครึ่ง)
๘. น.ส. สุรศักดิ์ วิบูลย์เจริญ
(เภสัชกร, ครึ่ง)
๙. น.ส. สมจิต เหลืองอร่าม
๑๐. น.ส. จินตนา วรรณประภา.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
ลำภู

๑. น.พ. ประเสริฐ นิลประภัสสร
๒. น.พ. สพนธ์ อ่างแก้ว (ครึ่ง)
๓. น.ส. รัศมี โภธิปัญ
๔. น.ส. ปราณี โกมุตสกุล.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอฝอ

๑. น.พ. ณรงค์ สิงห์ประเสริฐ
๒. พ.ญ. กวงตา พงศ์หิรัญ (ครึ่ง)
๓. น.พ. วีรวิทย์ บุญญสิษฐ์ (ครึ่ง)
๔. น.ส. กัญญา พิศาล
๕. น.ส. ชนชม เพชรช่อ.

๑. พ.ญ. ทองกี อ่องแสงคุณ
๒. น.พ. วัชรวิ พรหมทักเวที (ครึ่ง)
๓. ศจ. น.พ. สุก แสงวิเชียร (ครึ่ง)
๕. น.ส. สุนันทา นวัตรวรรณ
๖. น.ส. บรรลุ ครอบงมยติ.

สถานื่อนามยัชนหนึ่ง อำเภอนองหาน

๑. น.พ. กวี เจริญลาภ (ครึ่ง)
๒. พ.ญ. อัมพร อรุณินทร์ (ครึ่ง)
๓. น.พ. สมชัย ขววกิตติ (ครึ่ง)
๔. พ.ญ. ประเจียก ขนนาค (ครึ่ง)
๕. น.ส. เควอวัลย์ ต้นขีชาติ
๖. น.ส. ราศรี วงศ์เกษม.

สถานื่อนามยัชนหนึ่ง อำเภอนองบัว
ลำภู

๑. น.พ. วารินทร์ ตัดคัมศิริ (ครึ่ง)
๒. น.พ. วิโรจน์ กิจวานิช (ครึ่ง)
๓. พ.ญ. พนัสข สัทธิพันธ์ (ครึ่ง)
๔. พ.ญ. ศรีประไพ ขุณหคานติ (ครึ่ง)
๕. น.ส. พรรณ จิตนิยม
๖. น.ส. เรณู ชาราณติ.

สถานื่อนามยัชนหนึ่ง อำเภอฝอ

๑. น.พ. คณิต พานิชกนก (ครึ่ง)
๒. พ.ญ. สุมิตร เร่งเพียร (ครึ่ง)
๓. น.พ. ริงสิรรค์ บัญญาชญญะ (ครึ่ง)
๔. น.พ. ไชคชัย สิตตะไพโรจน์ (ครึ่ง)

๕. น.ส. สมจิต คิวลิย
๖. น.ส. พอสุข พงษ์หิรัญ.

รุ่นที่ ๓๓

(๗ ธค.๒๕๑๑ - ๕ มค. ๒๕๑๒.)

โรงพยาบาลอุดรธานี

๑. น.พ. ชีระ ลิมคิตลา (ครึ่ง)
๒. น.พ. เสน่ห์ เขียวสกุล (ครึ่ง)
๓. น.พ. กิจจา สีนธวานนท์ (ครึ่ง)
๔. พ.ญ. วรวรรณ สมบรมวิทย์ (ครึ่ง)
๕. พ.ญ. กัดยงหา ภวกุล (ครึ่ง)
๖. น.พ. ปรีชา เอกาสนานนท์ (ครึ่ง)
๗. น.ส. สมบุญ ภวณิชย์ (เภสัชกร, ครึ่ง)
๘. น.ส. ทศนีย์ โมวีชาติ
๙. น.ส. ระเบียบ สุขสมนิต.

สถานื่อนามยัชนหนึ่ง อำเภอฝอ

๑. น.พ. สัมคักดิ์ อินพงค์พิพัฒน์
๒. ศจ. พ.ญ. สภา ฒ นคร (ครึ่ง)
๓. น.พ. บัญญัติ ปรีชญานนท์ (ครึ่ง)
๔. น.ส. ปราณี โสคติยัฒตะ
๕. น.ส. รัชณี รัตนไชย.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

- ๑. น.พ. ชลธิ์ สมบัติบรรณ (ครึ่ง)
- ๒. พ.ญ. มิตรรา อินทประภา (ครึ่ง)
- ๓. ศ.จ. น.พ. ชุต อภัยสวัสดิ์ (ครึ่ง)
- ๔. น.พ. ไพโรจน์ อ้นสมบัติ (ครึ่ง)
- ๕. น.ส. นางเยาว์ จันทนาคม
- ๖. น.ส. ศิริพันธ์ ศิริภักดิ์

- ๒. น.พ. สหสิ์ สัตยวณิช (ครึ่ง)
- ๓. น.พ. จำเรียง คณทววรรณะ (ครึ่ง)
- ๔. น.พ. วิสุทธิ์ วุฒิพฤษย์ (ครึ่ง)
- ๕. น.ส. สุภา เอ็มแย้ม
- ๖. น.ส. คมคาย นาคะขันธ์

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ลำภู

- ๑. น.พ. วีระ วิเศษสินธุ์ (ครึ่ง)

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- ๑. น.พ. เวียงศักดิ์ ชิวพฤษย์
- ๒. น.ส. อธิชา อร่ามศรี
- ๓. น.ส. กรรณิการ์ บัญชิตรรพ์

มูลนิธิสารศิริราช

- ๑. ต้องการผลประโยชน์ต่อผู้จากเงินกองทุนอย่างน้อยสามแสนบาท.
- ๒. ขอเชิญชวนบริจาคเงินสมทบทุนมูลนิธิฯ ตามกำลังศรัทธาเพื่อประโยชน์ของท่านผู้อ่านรวมกัน.
- ๓. ขอเชิญชวนเป็นสมาชิกอุปการะของสารศิริราชโดยบริจาคตั้งแต่หนึ่งพันบาทขึ้นไป. ท่านจะได้รับสารศิริราชสมนาคุณตลอดชีพ.