EARLY GASTRIC CANCER ที่ญี่ปุ่น

สมหมาย วิไลรัตน์ พ.บ. D.T.M. (Hamburg) *

Early Gastric Cancer คืออะไร

มะเร็งของกระเพาะอาหาร เป็นโรคที่แพทย์ทั่วไปได้ทราบกันดีแล้วว่า เมื่อผู้ป่วยใดได้ป่วยด้วยโรคนี้แล้วหมายถึงระยะสุดท้ายของชีวิตอยู่ใกล้เต็มที ประเทศไทยปรากฏว่าโรคนี้ได้บั่นทอนชีวิตผู้ป่วยลงปีละไม่น้อย แม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่อยู่ในอันดับนำของโรคมะเร็งก็ตาม ปรากฏว่าแพทย์ไทยเราให้ความสนใจในเรื่องนี้น้อยกว่าที่ควร ทางภาคตะวันออกไกลในทวีปนี้ ประเทศเกาหลีเกาะไต้หวัน และประเทศญี่ปุ่น ปรากฏว่าอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งของกระเพาะอาหารอยู่ในระดับสูงที่เดียว ฉะนั้น ข้าพเจ้าขอเล่าเรื่องเกี่ยวกับมะเร็งของกระเพาะอาหารในระยะแรก ๆ ที่แพทย์ญี่ปุ่นได้มุ่งความสนใจต่อเรื่องนี้เป็นพิเศษไว้พอเป็นสังเขปในที่นี้

Early gastric cancer เป็นชื่อที่แพทย์ญี่ปุ่นนำมาใช้เรียกมะเร็งของกระเพาะอาหารในระยะเริ่มแรก ซึ่งหมายถึงเซลล์ของมะเร็งจำกัดอยู่แค่ชั้นเยื่อบุ (mucosa) เท่านั้น และยังไม่มีการลุกลามไปถึงชั้นกล้ามเนื้อเยื่อหุ้มกระเพาะ หรือต่อมน้ำเหลืองไกล ๆ (ผู้เขียน) ในกรณีเช่นนี้ศัลยแพทย์สามารถให้การรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคนี้ได้ (เกินห้าปี) ในปี ค.ศ. ๑๙๓๒ Broder A.C. ได้เรียกมะเร็งชนิดแรกเริ่มนี้ว่า Carcinoma in situ และเคยมีผู้ได้พยายามให้การวินิจฉัยมะเร็งในระยะนี้กันมานานแล้ว เช่น Lenk. R., Eisler. F., Prevot. R., ในปี ค.ศ. ๑๙๓๔ ๑๙๓๖ และ ๑๙๓๗ ตามลำดับ เป็นต้น

ประเทศญี่ปุ่นมีพลเมืองมากกว่าหนึ่งร้อยล้านคนในขณะนี้ และที่นครใหญ่ ๆ เช่น นครโตเกียวมีพลเมืองมากกว่าสิบสามล้านคน และที่นคร Osaka, Nagoya ก็เช่นเดียวกันมีพลเมืองแห่งละเกือบสิบล้านคน ดังนั้นนครใหญ่ ๆ ต่าง ๆ เหล่านี้ จึงปรากฏว่ามีโรงพยาบาลที่ทันสมัยกระจัดกระจายอยู่เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้มีศูนย์การศึกษา และการวิจัยทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงอยู่หลาย

* แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย

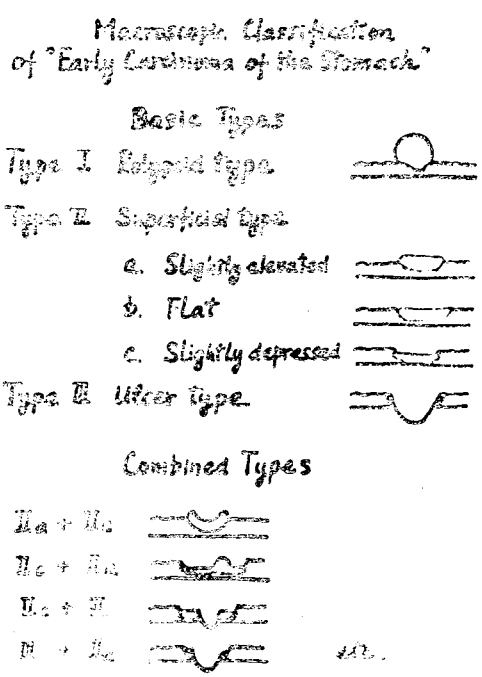
แห่ง และเฉพาะในด้านของมะเร็ง ได้แก่ National Cancer Center ที่นครโตเกียว ซึ่งเจ้าหน้าที่แพทย์จากสถานที่แห่งนี้ได้มาปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติของเราอยู่หลายคน และอีกที่หนึ่งคือ Cancer institute, Japanese Foundation for cancer research ที่ Jutendo University ซึ่งอยู่ที่นครโตเกียวเช่นเดียวกัน สองสถาบันนี้ได้ปฏิบัติงานทางด้านการวิจัย การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งโดยเฉพาะซึ่งปัจจุบันนี้ ปรากฏว่าผลงานจากที่นี้ได้เป็นประโยชน์ต่อมนุษยชาติอย่างกว้างขวาง

โรคมะเร็งซึ่งได้จากสถิติของ National Cancer Center ในประเทศญี่ปุ่นปรากฏว่าประมาณ ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร ส่วนอีก ๕๐ เปอร์เซ็นต์นั้นจะเป็นมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และที่สถานที่นี้ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารจะได้รับการตรวจตามวิธีการของเขา เช่นการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ การตรวจด้วยกล้องส่องภายในกระเพาะอาหาร การตรวจเซลล์ของมะเร็ง ผลการตรวจนี้ พบว่า เป็นมะเร็งระยะแรกของกระเพาะอาหารถึง ๒๕ เปอร์เซ็นต์ และการตรวจอีกประเภทหนึ่งซึ่งกระทำต่อคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมหนักทั่ว ๆ ไป เรียกว่า Mass survey โดยใช้รถซึ่งมีอุปกรณ์การตรวจพร้อมสรรพ เช่น เอ็กซเรย์ Gastroscope, Gastrocamera เป็นต้น ซึ่งมีแพทย์และเจ้าหน้าที่รวม ๓ คน การตรวจนี้ใช้เวลาประมาณคนละ ๒๐ นาที การตรวจจะถูกบันทึกเป็นภาพไว้ โดยตลอดและทุกคน ฉะนั้นค่าใช้จ่ายคนหนึ่ง ๆ ตกประมาณ ๓ เหรียญอเมริกัน จากการทำ Mass Survey นี้ ปรากฏว่าพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกของกระเพาะอาหารเป็นจำนวนมาก ฉะนั้นแพทย์ญี่ปุ่นจึงได้มุ่งความสนใจในเรื่องมะเร็งของกระเพาะอาหารมากในปัจจุบันนี้

ด้วยเหตุนี้เอง รัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้ทุ่มเททุกอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยโรคนี้ในระยะแรกแน่นอน ตลอดจนทำการค้นคว้าเรื่องโรคนี้ และการรักษาอย่างไม่หยุดยั้ง ดังนั้นจึงปรากฏว่า ในระยะสิบปีหลังนี้ ญี่ปุ่นได้ประดิษฐ์ Gastroscope ชนิดต่าง ๆ ออกมาใช้แล้วมากกว่าสิบชนิด และแต่ละชนิดก็ให้ความสะดวกในด้านต่าง ๆ กัน จนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าญี่ปุ่นเป็นชาติที่นำหน้าในด้านนี้อย่างแท้จริง และการใช้ Gastroscope หรือ Gastrocamera ก็ดี ปรากฏ

ว่าแพทย์ญี่ปุ่นได้ใช้กัน แพร่หลายมาก แม้กระทั่งแพทย์อิสระก็ใช้เครื่องมือเหล่านี้อย่างชำนิชำนาญน่าสนใจยิ่ง

ก่อนอื่นข้าพเจ้าขอแทรกความหมายของ Early gastric cancer ในทรรศนะของแพทย์ญี่ปุ่นไว้ในที่นี้อีกครั้งหนึ่ง นอกเหนือไปจากเซลล์มะเร็งซึ่งจำกัดอยู่ในชั้นเยื่อบุของกระเพาะอาหารแล้วแพทย์ญี่ปุ่นยังได้แบ่งย่อยในส่วนที่เป็นมะเร็งเล็ก ๆ ลงไปอีก และเป็นที่ตกลงกันทั้ง Radiologists และ Clinician ดังนี้ (รูป)



Lesion ของ Early gastric cancer นั้นส่วนมากเส้นผ่าศูนย์กลางต่ำกว่า ๑๐ ม.ม. และใหญ่ไม่เกิน ๔๐ ม.ม. ที่เล็กที่สุดจึงเห็นได้ด้วยเอ็กซเรย์และกล้องตามรายงานที่ปรากฏประมาณ ๓ × ๓ มิลลิเมตร ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพของการตรวจมีมากที่เดียว และการตรวจนั้นได้รับการยืนยันด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาทั้งสิ้น

จะเป็นการตรวจด้วยกล้องก็ดี หรือเป็นการตรวจด้วยภาพถ่ายเอ็กซเรย์ก็ดี มากกว่าครึ่งหนึ่งของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในด้านนี้มีความสามารถที่จะทำการตรวจได้ทั้งสองประเภท ซึ่งหมายถึงอายุรแพทย์และศัลยแพทย์ ฉะนั้นความแน่นอนในการตรวจจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับการฝึกฝนและเวลาดังตัวอย่างในด้านความแน่นอนในการใช้ Endoscope เฉพาะ Gastrocamera อย่างเดียวที่ National Cancer Center ปรากฏผลดังนี้

Percentage of accuracy

July 1962 – June 1963	57%
July 1963 – June 1964	70%
July 1964 – June 1965	83%
July 1965 – June 1966	90%

และในปัจจุบันจากรายงานของสถานที่แห่งเดียวกันนี้ มีความแน่นอนสูงถึง

๙๓—๙๗ เปอร์เซ็นต์ และผลแน่นอนจำนวนนี้ปรากฏว่าในที่โรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น Tokyo University branch hospital ก็ได้ผลใกล้เคียงกัน

ข้าพเจ้าในฐานะอายุรแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับโรคของระบบทางเดินอาหารมานานพอสมควร พอที่จะกล่าวได้ว่ายังไม่ปรากฏว่ามี Gastrocopist ของไทยคนหนึ่งคนใด หรือรังสีแพทย์คนใดได้เคยให้การวินิจฉัยมะเร็งระยะเริ่มแรกของกระเพาะอาหารตามแนวการแบ่งของแพทย์ญี่ปุ่นดังกล่าวข้างต้นมาก่อนเลยในสหรัฐอเมริกา Dr. J.M. Rumdell กล่าวว่าที่ Chicago พบ Early Gastric Cancer (หลังผ่าตัดอยู่ได้เกิน ๕ ปี) มีเพียง ๑๒ รายในระยะเวลา ๑๕ ปี ตรงข้ามที่ Aichi Cancer Canter ที่ Nagoya (ประเทศญี่ปุ่น) เพียงแห่งเดียว ภายในระยะเวลา ๕ ปี พบ Early gasatric cancer ถึง ๘๕ รายด้วยกัน จากการเปรียบเทียบระหว่างสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นนี้ มะเร็งของกระเพาะอาหารในญี่ปุ่นมีจำนวนมากกว่าหลายเท่าทีเดียว สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่ตรวจพบโดยมากแทบทุกรายเป็นระยะที่เรียกว่า ลุกลามมาก (Advanced) แล้วแต่จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งของกระเพาะอาหารก็ยังไม่มากเมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่น ยิ่งเมื่อพิจารณาถึง Early gastric cancer ด้วยแล้ว เรายังไม่สามารถที่จะให้จำนวนตัวเลขได้ในปัจจุบันทั้งนี้เป็นเพราะเหตุที่น่าคำนึงสองประการคือ ประการแรก การศึกษาเรื่องมะเร็งระยะเริ่มแรกของกระเพาะอาหารยังไม่เริ่มในบ้านเราเลย ยิ่งกว่านั้นในการทำที่เรียกว่า Mass survey กระเพาะอาหารสำหรับประชาชนที่ทำงานตามโรงงานต่าง ๆ **เรายังไม่นิยมทำกัน** จะเป็นด้วยเหตุใดก็สุดที่จะเดาได้ และอีกประการหนึ่ง เจ้าหน้าที่ (แพทย์และช่างเทคนิค) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการทำงานด้านนี้ยังมีน้อยที่สุดและรัฐยังไม่มีนโยบายที่จะสร้างบุคคลเหล่านี้ด้วยในปัจจุบัน นอกจากนี้เทคนิคในการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของการกระเพาะอาหาร จำเป็นต้องดัดแปลงบ้างเพื่อเพิ่มเติมประสิทธิภาพในการตรวจให้ได้ผลดียิ่งขึ้นอีกด้วย ซึ่งเรายังอยู่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้นในขณะนี้

ข้อที่น่าสังเกตุในการทำงานด้านนี้ของแพทย์ญี่ปุ่น ปรากฏว่า Endoscopist, Radiologist และ Pathologist ได้ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกันมาก และได้ช่วยแนะนำให้ความรู้ซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา ภาพที่ถ่าย

จากกระเพาะอาหารด้วย Gastroscope หรือ Gastrocamera ก็ดี และภาพที่ถ่ายจากเอ็กซเรย์จะต้องนำมาเปรียบเทียบกับชิ้นเนื้อกระเพาะที่ตัดได้จากผู้ป่วยเสมอทุกๆ รายและในรายที่เป็นปัญหาหรือน่าสนใจจะต้องมีการให้ความเห็นหรืออภิปรายกันอย่างละเอียดซึ่งตลอดเวลาจะมีแพทย์เข้าร่วมฟังด้วยเป็นจำนวนมากเสมอ ในการอภิปรายเรื่องเหล่านี้แพทย์อาวุโสน้อย เช่นแพทย์จบใหม่ ๆ จะเป็นผู้ที่ถูกเชิญให้ออกความเห็นก่อน ซึ่งในทรรศนะของข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นการฝึกแพทย์ใหม่ ๆ ที่ดีมากวิธีหนึ่งทีเดียว และแพทย์ผู้อาวุโสเจ้าของผู้ป่วย จะเป็นผู้ให้ความเห็นเพิ่มเติมแก้ไขข้อคิดเห็นต่าง ๆ ให้ถูกต้องในที่สุด

ทำไมประชาชนญี่ปุ่นจึงเป็นมะเร็งของกระเพาะอาหารกันมาก คำถามนี้ได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางเพื่อจะให้ได้คำตอบที่ถูกต้อง นักวิทยาศาสตร์ได้พยายามสกัดสารจากอาหารแทบทุกชนิด แม้กระทั่งข้าวที่ใช้รับประทาน และนำมาให้สัตว์ทดลองกินแล้วเฝ้าคอยดูการเปลี่ยนแปลงของเยื่อกระเพาะอาหารของสัตว์นั้น ๆ ว่าจะเกิดเป็นมะเร็งขึ้นได้หรือไม่ ปรากฏว่าพบสารหลายชนิดที่ทำให้เกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารในหนูและสุนัขได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถที่จะให้คำตอบการเกิดมะเร็งของกระเพาะอาหารในชนชาวญี่ปุ่นได้ นายแพทย์ Sakita ที่ National Cancer Center ได้พยายามศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแผลเป็นติด (Gastric ulcer) ว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารได้ แต่สถิติการเป็นแผลเป็นติดของชนชาวญี่ปุ่น มิได้มากไปกว่าชนชาติอื่นเลย ฉะนั้นความสัมพันธ์ของแผลเป็นติดกับมะเร็งของกระเพาะอาหารจึงเป็นเรื่องที่จำต้องทำการศึกษาต่อไปอีก

ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ลักษณะอาหารที่ชนชาวญี่ปุ่นรับประทานกันตลอดมานั้น เป็นพวกเนื้อ ปลาดิบ และสัตว์น้ำเค็มต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องจิ้มซึ่งรสจัด เหล่านี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคนี้ด้วยก็ได้เพราะลักษณะอาหารเหล่านี้มีชาติที่นิยมรับประทานแบบเดียวกันได้แก่ชาวเกาหลี และเกาะไต้หวันบางตอนในทำนองเดียวกันปรากฏว่าในหมู่ชนเหล่านี้ มีอัตราการเป็นมะเร็งของกระเพาะอาหารสูงเช่นเดียวกับชาวญี่ปุ่นด้วย

การทำ Mass survey ก็ดี และการตรวจที่มีประสิทธิภาพสูง เช่นการทำ Gastroscopy และการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ก็ดี มี

ส่วนช่วยให้สามารถพบมะเร็งระยะแรก ๆ ของกระเพาะอาหารได้มากกว่าชาติอื่น ๆ ฉะนั้นถ้าแพทย์ไทยได้เริ่มศึกษาเรื่องนี้กันบ้าง คงจะเป็นการช่วยให้พบมะเร็งของกระเพาะอาหารในระยะแรกเริ่มได้ไม่น้อยทีเดียว และเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวต่อไปได้อีกมากทุกอย่างถ้าเริ่มต้นแล้วจะไม่มีการที่เรียกว่าล้าหลังได้เลย

ข้าพเจ้าได้มีโอกาสคลุกคลีกับการทำงานของแพทย์ญี่ปุ่น จึงอยากเขียนเล่าในสิ่งที่พบเห็น นอกเหนือไปจากเรื่อง Early gastric Cancer บ้าง เพื่อที่จะได้พิจารณาเปรียบเทียบกับการทำงานของเราดูบ้าง ว่าแตกต่างกันตรงไหน แพทย์ญี่ปุ่นแบ่งเป็น ๔ ระดับ ด้วยกัน

๑. แพทย์จบใหม่ Intern และ Junior Staff

๒. Senior Staff หรือ Instructor (เฉพาะโรงเรียนแพทย์)

๓. Assistant Professor (โรงเรียนแพทย์)

๔. Professor (โรงเรียนแพทย์), Director หรือ Chief (สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป)

แพทย์ **Intern** และ **Junior Staff** มีการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในตึกผู้ป่วย มีหน้าที่เขียนประวัติ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย สิ่งที่น่าสังเกตคือการเขียนประวัติผู้ป่วยของแพทย์ญี่ปุ่นเขียนสั้นมากเกินไป เพราะมุ่งหนักไปในทางการค้นคว้าด้วยการใช้เครื่องมือ และผลการตรวจทางห้องทดลองเป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้นประวัติผู้ป่วยและการตรวจร่างกายจึงน้อยไป บางครั้งบกพร่องมาก (ในทรรศนะของผู้เขียน) สำหรับผลการตรวจด้วยเครื่องมือและจากห้องทดลองนั้น (ซึ่งทำได้ทุกอย่าง) บันได้ทึกไว้ด้วยภาพที่ถาวรและเป็นหลักฐาน แม้การผ่าตัดจะไม่เขียนรายงานการผ่าตัดอย่างละเอียด แต่เขียนเป็นภาพร่างวิธีการผ่าตัดและการพบไว้ โดยบรรยายย่อย ๆ ตามตำแหน่งต่าง ๆ ที่เห็นสำคัญ ซึ่งข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นการปฏิบัติที่ฉลาด ทุ่นเวลา และเป็นหลักฐานที่ถาวรน่าชมยิ่ง ดังนั้น Intern และ Junior Staff ทุกคนจึงมีฝีมือในการเขียนภาพร่าง (Diagram) ได้เป็นอย่างดี ความจริงเรื่องเหล่านี้การฝึกฝนพวกนักศึกษาแพทย์ของเราก็มีอาจารย์หลายท่านได้นิยมการเขียนภาพร่างประกอบคำบรรยายอยู่แล้วแต่แพทย์ที่จบใหม่ ๆ และเก่าส่วนมากของเรา ไม่นิยมการ

เขียนภาพร่างกาย ซึ่งน่าเสียดายเป็นอย่างมากที่เราได้ละเลยสิ่งที่ดีไปเสีย ฉะนั้นการเขียนประวัติการตรวจพบของเรา จึงเต็มไปด้วยคำบรรยายซึ่งบางครั้งสละสลวยมาก แต่บางครั้งอ่านแล้วเข้าใจผิดจากเจตน์จำนงค์ของผู้เขียนก็มี ฉะนั้นถ้าเราเขียนประวัติได้เรียบร้อยกระทัดรัด ตลอดจนเขียนภาพร่างสิ่งต่าง ๆ ที่ตรวจพบประกอบในทะเบียนประวัติคนไข้ด้วยแล้ว จะทำให้รายงานผู้ป่วยของเรามีค่ามากยิ่งขึ้นกว่านี้แน่นอน

ในด้านงานที่นอกเหนือจากงานประจำของแพทย์ประเภทนี้ ก็คือการรวบรวมรายงานหรือแยกประเภทเรื่องโรคของผู้ป่วยจากรายงาน โดยมีแพทย์อาวุโสมอบหมายให้ ทั้งนี้เพื่อจะใช้ประกอบเป็นสถิติต่าง ๆ ในการเขียนวารสารทางการแพทย์ และแพทย์อาวุโสน้อยเหล่านี้จะมีชื่อปรากฏในวารสารทางการแพทย์ในเรื่องที่ตนได้ร่วมมือด้วยเสมอ ซึ่งเป็นกำลังใจและเป็นการฝึกฝนให้แพทย์ใหม่ ๆ เหล่านี้เป็นผู้รู้จักเขียน และค้นคว้าในภายหน้าต่อไป การเขียนเรื่องตำราทางการแพทย์นั้น แพทย์อาวุโสเป็นผู้ที่ทำตัวอย่างให้เห็นและช่วยเร่งสนับสนุนแพทย์เหล่านี้ทั้งสิ้น ฉะนั้นการพิจารณาคุณสมบัติในการเข้าทำงานในสถานทางการแพทย์ที่ต่าง ๆ (นอกจากที่เดิม) จึงใช้คุณสมบัติในทางวิชาการเป็นเครื่องชี้ประกอบกับหนังสือรับรองจากแพทย์อาวุโสด้วยอีกโสดหนึ่ง ฉะนั้นจึงปรากฏว่าแพทย์ใหม่ ๆ มีความขยันขันแข็งกันมากเพื่อมุ่งความก้าวหน้าทั่วทุกคน

แพทย์อาวุโสสูงขึ้น (Senior Staff) แพทย์ในระดับนี้จะเป็นหัวแรงหรือเป็นกำลังในโรงพยาบาลมาก เพราะเป็นผู้ที่ให้การวินิจฉัยโรค และทำการรักษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งงานประจำค่อนข้างหนักมาก นอกจากนี้ต้องทำงานวิจัยและเขียนวารสารทางการแพทย์ ในเวลาที่ว่างจากงานประจำทั้งนี้เพื่อแพร่ชื่อเสียงในการที่จะได้รับการพิจารณาเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นไปด้วย ถ้าเป็นโรงเรียนแพทย์ในระดับนี้จะช่วยทำการแนะนำนักเรียนแพทย์และแพทย์ฝึกหัดที่ขึ้นปฏิบัติงานประจำตึกต่าง ๆ ด้วย

ตำแหน่ง Assistant Professor และ Professor เป็นตำแหน่งทางวิชาการที่มีเกียรติยศสูง และแพทย์ที่อยู่โรงเรียนแพทย์มีความปรารถนาที่จะถึงตำแหน่งนี้ด้วยกันทั้งสิ้น สำหรับในประเทศญี่ปุ่นนั้นเป็นสิ่งที่ยากมาก ทั้งนี้เพราะตำแหน่ง Assistant

Professor เป็นตำแหน่งที่มหาวิทยาแต่ตั้งขึ้นพิจารณาในแง่คุณสมบัติในทางวิชาการเป็นเยี่ยมจริง ๆ นอกจากนี้คุณธรรมในตัวของผู้ที่จะได้รับแต่งตั้งก็ต้องเป็นที่ยอมรับกันในหมู่แพทย์ด้วย เพราะตำแหน่งนี้จะต้องเป็น Professor ซึ่งหมายถึงหัวหน้าแผนกในอนาคต และสังคมยอมรับและให้เกียรติยศอย่างแท้จริง สำหรับภารกิจของแพทย์ระดับนี้จะมุ่งเฉพาะทางวิชาการ ไม่ปรากฏว่า Assistant Professor หรือ Professor ญี่ปุ่นต้องมีภาระกิจในทางธุรการ เช่นคอยตรวจสอบเวลาทำงานของแพทย์ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาว่าใครเซ็นชื่อในสมุดทำงานหรือไม่ (โดยไม่คำนึงถึงว่าจะเซ็นตรงตามเวลาหรือเปล่า) หรือคอยเซ็นอนุมัติหรือไม่ยอมเซ็นในการเบิกของจุกจิกจิปาถะต่าง ๆ เช่น กระดาษ ฯ หรือฟิล์มถ่ายภาพเป็นต้น ฉะนั้น ศาสตราจารย์แพทย์ของญี่ปุ่นจึงเด่นในทางวิชาการแต่ด้านเดียว เพราะมีเจ้าหน้าที่อีกฝ่ายหนึ่งทำงานในด้านนี้อยู่แล้ว

ดังนั้น Professor และ Assistant Professor ญี่ปุ่นในทางการแพทย์จึงมีหน้าที่สำคัญที่ตนต้องพยายามรักษาเกียรติยศอันนี้ไว้ คือการทำตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีที่ชอบให้ผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชาประพฤติและปฏิบัติตาม และในเวลาเดียวกันแพทย์ผู้น้อยก็ทำตัวให้มีค่าและมีเกียรติให้สมกับรัฐไว้วางใจและเพื่อผลดีแก่ประเทศชาติเป็นที่สุด ซึ่งสิ่งนี้รัฐบาลญี่ปุ่นได้ตอบแทนความดีแก่เจ้าหน้าที่อย่างยุติธรรมและทั่วถึงยิ่งผู้ใดมีความรู้ความสามารถดีเด่น รัฐจะสนองตอบในความสามารถพิเศษนี้อย่างเต็มที่และในทุกทางที่เป็นไปได้ บุคคลที่มีความสามารถเหล่านี้โรงพยาบาลจะให้ความสะดวกในทางวิชาการและสนับสนุนให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยไม่คำนึงถึงว่าจะไปล้ำหน้าแพทย์ที่อาวุโสซึ่งอยู่เบื้องหน้ามาก่อนเลย ฉะนั้นในโรงพยาบาลญี่ปุ่นจะพบแพทย์แก่ ๆ เดินตามหรือคอยศึกษาความรู้จากแพทย์หนุ่ม ๆ ที่มีความสามารถสูงอยู่เสมอ จิตใจอันสูงส่งของชนชาวญี่ปุ่นที่ยอมรับนับถือบุคคลที่มีความรู้ความสามารถตลอดจนความซื่อตรงสุจริตใจต่องานที่ทำเพื่อประเทศชาตินั้นเป็นเป้าหมายร่วม ฉะนั้นจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ประเทศญี่ปุ่นเจริญรุดหน้ายิ่งกว่าชาติใดในภูมิภาคนี้

เวลาทำงานประจำวันตามโรงพยาบาล (เข้าใจว่าที่อื่น ๆ ด้วย) ได้เริ่มงานตอน

๙.๓๐ นาฬิกา และเลิกเวลา ๑๗.๐๐ นาฬิกา วันเสาร์เลิกเวลา ๑๒.๐๐ นาฬิกา สำหรับแพทย์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคนิคทำงานที่ตนรับผิดชอบบางครั้งงานต้องเลิกล่าช้าซึ่งถือเป็นของธรรมดา และไม่มีใครสนใจในผู้ใดว่าจะทำงานหรือไม่ทั้งนี้เพราะถือเป็นหน้าที่ซึ่งแต่ละคนมีความซื่อตรงในงานต่อกัน ดังนั้นวันหนึ่ง ๆ แพทย์และเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ จะหมกมุ่นอยู่ในห้องทำงานของตนและทำงานเรื่อย ๆ โดยไม่มีความวิตกกังวลใด ๆ ทั้งสิ้น จะพบปะคุยกันประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงก็ในตอนรับประทานอาหารเท่านั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่เหล่าต่าง ๆ ได้ช่วยเหลือให้ความสะดวกต่อกันและรวดเร็วมาก การติดต่อใช้โทรศัพท์เป็นพื้น ข้าพเจ้าไม่เคยเห็นเจ้าหน้าที่คนใดใช้โทรศัพท์คุยหรือจับกลุ่มคุยกันในเวลาทำงานเลย สิ่งที่พบเห็นนี้อาจเป็นนิสัยของคนญี่ปุ่นก็ได้

ประเทศไทยเป็นมหาอำนาจมาแต่ในอดีต และเป็นประเทศเอกราชยืนนานที่สุดในเอเชียอาคเนย์ (รัฐท่านว่าอย่างนั้น) ซึ่งเป็นความภูมิใจที่รัฐได้ชี้ให้เห็น ประชาชนก็ได้รับความปีติอันนี้โดยทั่วถึง จะมีสักกี่มากน้อยที่มิได้คิดเช่นนั้น ประเทศญี่ปุ่นย่อยยับจากมหาสงครามโลกครั้งที่สองซึ่งทราบกันดี แต่ขณะนี้เพียงประมาณสิบปีเศษเท่านั้นญี่ปุ่นเป็นประเทศหนึ่งที่ให้ความช่วยเหลือทุกประเทศในภูมิภาคแถบนี้อย่างกว้างขวางเวลาเดียวกันในระยะนั้นประเทศไทยถูกเรียกว่าเป็นประเทศด้อยพัฒนา (Underdeveloped Country) เวลาผ่านไป เท่า ๆ กัน ประเทศไทยก็ยังคงถูกเรียกว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนา (Developing Country) เท่านั้น ทำไมจึงใช้เวลานานมากสำหรับการพัฒนาประเทศก็ไม่ทราบได้

Early Gastric Cancer ในประเทศญี่ปุ่นรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งได้ผลดีเลิศ ประชาชนมีความผาสุกโดยทั่วหน้า ข้าพเจ้าเขียนเรื่องนี้ขึ้นด้วยเหตุที่ว่าประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศอยู่ในทวีปเอเชียเหมือนกัน จึงได้เน้นหนักในทรรศนะของคนเอเชียมองกันเอง ครั้นจะมองไกลเกินไปคือ ทวีปยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา ก็จะดูเป็นการเปรียบเทียบระหว่างฝรั่งกับคนเอเชียซึ่งจะไม่เป็นการยุติธรรมนัก ฉะนั้นข้อเขียนข้างต้นนี้อาจช่วยสกิดใจผู้ที่เกี่ยวข้องบ้าง ว่า

เราควรจะเริ่มในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อชาติเราบ้าง ไม่มีอะไรที่เรียกว่าสายเกินไปถ้าจะเริ่มกันเดี๋ยวนี้

ในท้ายที่สุดนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณรัฐบาลญี่ปุ่นที่ได้ให้ทุนไปศึกษาและดูงานในครั้งนี้ ในรูปของโครงการการร่วมมือทางเทคนิคโพ้นทะเล (Oversea Technical Co-operation Acency. OTCA) ภายใต้แผนโคลัมโบ และบริษัท Eisai Company Limited ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือและความสะดวกต่าง ๆ ในระหว่างที่พำนักในประเทศญี่ปุ่นไว้ในโอกาสนี้ด้วย.