



# สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๓ มีนาคม ๒๕๓๕	Volume 3, Number 3, March 1951.
-------------------------------	---------------------------------

## การศึกษาศรีวิทยา

### ๓. การทดสอบความทนต่อกลูโคสในคนไทย

อวย เกตุสิงห์ พ. ด.

อัฐ เกตุสิงห์ และ มงคล โมกษะสมิต

(แผนกสรีรวิทยา)

การทดสอบความทนต่อกลูโคส, หรือความทนต่อน้ำตาล, หรือความทนต่อคาร์โบไฮเดรต, เป็นการตรวจอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์หลายประการในการศึกษาโรคที่เกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต. การทดสอบนี้วัดความสามารถของร่างกายที่จะจัดการกับกลูโคสที่เข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ปล่อยให้เกิดความผิดปกติเกินสมควร, ซึ่งอาจตรวจพบได้จากเลือดและปัสสาวะ. ความผิดปกติที่กล่าวนี้คือ ฮัยเปอร์กลัยซีเมีย และ กลัยโคซูเรีย

ตามลำดับ. ส่วนมากของคนปกติ, ภายหลังจากได้กินกลูโคส ในจำนวนระหว่าง ๑.๕ ถึง ๑.๗๕ ก.ต่อ กก., จะมีน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ, แต่ไม่เกิน ๑๖๐ มก. ต่อเลือด ๑๐๐ ล.ซม., และจะไม่ขับน้ำตาลออกมาในปัสสาวะให้ตรวจพบได้ในการตรวจตลอดเวลาสอง หรือ สามชั่วโมงหลังจากกินน้ำตาล.<sup>(1)</sup> การตรวจที่กล่าวถึงนี้ปฏิบัติหลายวิธี, ซึ่งแตกต่างกันเล็กน้อย, เกี่ยวกับจำนวนน้ำตาลที่กินและระยะเวลาที่ตรวจเลือดและปัสสาวะ.

วิธีใหม่ที่สุดคือวิธีฉีดน้ำตาลเข้าหลอด เลือดแทนให้กิน, ซึ่งให้ผลต่างจากวิธี กินเล็กน้อย. ในโรคที่ร่างกายมีประสิทธิ ภาพเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต เปรตเลเวล, ความทนต่อกลูโคสต่ำกว่า ปกติ, พยน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงผิดปกติ, สูงยาวนานกว่าธรรมดา, และมี กลัยโคซูเรียอย่างเด่นชัด. ผลเช่นนี้พบ ในโรคเบาหวานและซัยเปอรียอโรยติส. ตรงกันข้าม, เมื่อร่างกายมีความอ่อนไหว เกิน ปกติในการเมตาบอลิซึมกลูโคส, เช่นในโรคซัยเปอรียอโรยติสหรือซัยโป รียอโรยติส, เราพบว่าน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นช้า, ขึ้นเพียงเล็กน้อย, และลดลง สู่ระดับปกติในเวลาสั้น. โดยความจริงที่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลในเลือดเกี่ยว กับการทำงานของหลายอวัยวะร่วม และ เกี่ยวเนื่องกัน, ผลของการทดสอบความ ทนต่อน้ำตาล จึงแปลโดยลำพังไม่ได้, ต้องอาศัยประวัติและ การตรวจอย่างอื่น, โดยเฉพาะการตรวจร่างกาย, ประกอบ กัวย.

การตรวจคนที่จะรายงานต่อไปนี้มีความ มุ่งหมายที่จะศึกษาผลในคนไทยที่ได้จาก การปฏิบัติ ทดสอบตามวิธี ที่ใช้ กินอยู่แพร่

หลายสองวิธี, คือที่เรียกว่า “วิธีสองชั้ว โมงกินครั้งเดียว” (Two-hour One -dose Test), กับ “วิธีหนึ่งชั้วโมงกิน สองครั้ง” (One -hour Two -dose Test), เพื่อความเชื่อถือได้ของวิธี, และเปรียบเทียบผลกับคนผิวขาวด้วย.

### วัตถุประสงค์และวิธี

การตรวจค้นได้กระทำในคนปกติ, เท่าที่ตรวจทราบได้. ผู้ถูกทดลองทั้งหมด เป็นนักศึกษาแพทย์, ซึ่งสมัคร. มีชาย ๒๘ คน, หญิง ๒๑ คน, รวม ๔๙ คน วิธี “สองชั้วโมง” ใช้ ๒๑ คน, และ วิธี “หนึ่งชั้วโมง” ใช้ ๒๘ คน. ที่ใช้ จำนวนคนในวิธีหลังนี้มากกว่าวิธีแรกก็ เพราะวิธีหลังนี้ใหม่กว่าวิธีแรก, และยังมี การยืนยันน้อยกว่า. ในวิธี “สองชั้วโมง” ให้ผู้ถูกทดลอง, ซึ่งอดอาหารเช้า, กิน น้ำตาลในขนาด ๑.๗๕ ก. ต่อ กก., ภาย หลังเจาะเลือดวิเคราะห์น้ำตาลและตรวจ น้ำตาลในปัสสาวะเป็นค้อนโทรลไว้แล้ว, แล้วเจาะเลือดตรวจน้ำตาลและเก็บปัสสาวะ ตรวจอีกเมือครบ ๓๐ นาที, หนึ่งชั้วโมง, และสองชั้วโมง. ในวิธี “หนึ่งชั้วโมง” ให้ผู้ถูกทดลอง, ซึ่งอดอาหารเช่นกัน, กิน กลูโคส ๑๐๐ ก. เท่ากันทุกคน, โดย

ตารางที่ ๑  
การทดสอบ “สองชั่วโมงกินครั้งเดียว”

อันดับ	ชื่อ	เพศ	อายุ	น้ำหนัก ก.ก. สูง ซม.	น้ำหนักในเลือด ม.ก./๑๐๐ ล. ซม.			
					ก่อนโทรล	๓๐ นาที	๖๐ นาที	๑๒๐ นาที
๑	ค.ค.	ญ	๒๒	๕๐.๘/๑๕๒.๕	๘๕.๕๗	๑๕๘.๐๒	๑๕๗.๗๘	๑๖๐.๓๕
๒	ก.ว.	ญ	๒๑	๕๕.๕/๑๕๘.๕	๘๒.๓๐	๑๖๐.๐๑	๑๗๓.๕๗	๑๓๐.๗๒
๓	น.ส.	ญ	๒๑	๕๐.๘/๑๕๕.๕	๑๐๕.๓๑	๑๗๓.๕๗	๑๕๕.๑๗	๑๕๑.๕๒
๔	ส.ส.	ญ	๒๒	๕๑.๒/๑๕๑.๕	๘๓.๓๓	๑๕๗.๐๖	๑๕๑.๕๒	๕๖.๖๒
๕	ช.ค.	ญ	๒๒	๕๒.๘/๑๕๖.๕	๘๐.๕๗	๑๕๖.๒๒	๑๖๖.๖๗	๑๓๗.๕๖
๖	ส.ถ.	ญ	๒๓	๕๘.๓/๑๕๕.๐	๘๑.๖๓	๒๒๑.๐๕	๑๕๕.๑๗	๑๐๘.๑๑
๗	อ.ค.	ช	๒๐	๕๑.๖/๑๗๖.๕	๗๘.๑๓	๑๒๕.๐๐	๑๒๒.๖๕	๑๑๗.๖๕
๘	ช.ว.	ญ	๒๐	๕๖.๖/๑๕๒.๕	๘๒.๕๕	๑๗๒.๕๕	๑๗๐.๕๕	๑๖๒.๖๐
๙	ส.ส.	ช	๒๑	๕๑.๗/๑๗๒.๐	๗๕.๐๕	๑๖๐.๐๑	๑๕๑.๘๕	๑๓๒.๕๕
๑๐	ป.พ.	ญ	๒๑	๕๑.๕/๑๖๓.๐	๘๖.๕๘	๑๗๒.๕๒	๑๓๑.๕๘	๑๒๕.๑๘
๑๑	ส.ว.	ช	๒๑	๕๗.๕/๑๖๑.๐	๕๑.๗๕	๑๖๕.๕๕	๑๓๕.๘๘	๑๐๖.๕๕
๑๒	อ.ว.	ช	๒๐	๖๑.๓/๑๖๖.๒	๕๓.๕๐	๑๒๒.๐๐	๑๑๕.๐๕	๑๒๐.๕๕
๑๓	ว.ว.	ช	๒๒	๕๕.๕/๑๖๕.๕	๘๑.๖๓	๑๖๑.๒๘	๑๓๑.๕๘	—
๑๔	อ.ค.	ช	๒๒	๕๕.๕/๑๖๕.๐	๗๗.๕๒	๑๕๐.๕๘	๑๗๐.๕๕	๑๑๘.๒๘
๑๕	ช.ค.	ญ	๒๒	๕๕.๓/๑๕๗.๐	๕๑.๓๓	๑๖๕.๓๐	๒๐๘.๓๐	๑๗๒.๒๘
๑๖	ว.ค.	ช	๒๒	๕๘.๑/๑๖๓.๕	๕๑.๗๕	๑๕๒.๘๖	๑๕๖.๒๒	๑๓๐.๗๒
๑๗	น.ค.	ญ	๒๑	๕๕.๓/๑๕๒.๐	๕๐.๐๕	๑๖๓.๕๕	๑๑๗.๖๕	๑๒๕.๑๘
๑๘	อ.ว.	ช	๒๑	๕๕.๕/๑๖๕.๕	๕๖.๖๒	๑๐๕.๗๑	๑๖๑.๒๘	๑๑๖.๕๕
๑๙	ว.อ.	ช	๒๐	๕๑.๐/๑๗๑.๕	๑๐๓.๐๕	๑๖๒.๖๐	๑๒๐.๕๕	๕๗.๐๕
๒๐	ป.ว.	ช	๒๐	๕๐.๑/๑๗๐.๐	๘๓.๖๘	๑๖๒.๖๐	๑๗๐.๕๕	๑๒๕.๐๐
๒๑	น.ส.	ญ	๒๐	๓๕.๕/๑๕๐.๐	๗๘.๕๓	๑๓๕.๘๘	๑๗๓.๕๕	๑๒๕.๕๘
				เฉลี่ย	๘๖.๕๓	๑๖๐.๒๖	๑๕๕.๕๗	๑๒๖.๕๕
				Sd.	๗.๕	๒๕.๑๐	๒๖.๕๐	๒๐.๕๐

ตารางที่ ๒  
การทดสอบ “หนึ่งชั่วโมงกินสองครั้ง”

อันดับ	ชื่อ	เพศ	อายุ	น้ำหนัก ก. ก. สูง ซม.	น้ำหนักในเลือด ๑๐๐ล. ชม.		
					ก่อนโทรล	๓๐ นาที	๖๐
๑	ม.ม.	ช	๒๐	๕๒.๕/๑๖๖.๕	๕๒.๕	๑๔๓.๖๕	๑๔๗.๑๕
๒	ส.จ.	ช	๒๒	๖๑.๓/๑๖๒.๐	๗๑.๓๐	๑๕๓.๗๕	๑๕๗.๗๓
๓	ท.จ.	ญ	๒๒	๓๗.๑/๑๕๓.๐	๗๕.๒๕	๑๖๒.๖๐	๑๖๕.๗๗
๔	พ.พ.	ญ	๒๓	๔๑.๐/๑๖๒.๕	๗๕.๕๑	๑๕๐.๓๗	๑๖๖.๕๒
๕	ร.ท.	ช	๒๓	๔๒.๐/๑๖๑.๐	๖๕.๕๒	๑๒๒.๖๕	๑๒๕.๗๒
๖	ท.ส.	ช	๒๑	๖๐.๒/๑๖๗.๕	๗๕.๗๖	๑๓๓.๓๕	๑๒๖.๕๗
๗	พ.อ.	ช	๒๒	๔๗.๗/๑๖๕.๐	๖๒.๕๐	๑๓๕.๑๕	๑๓๐.๕๒
๘	ช.ท.	ช	๒๓	๕๗.๒/๑๖๓.๕	๗๖.๒๑	๑๔๗.๑๕	๑๔๗.๗๖
๙	พ.ว.	ช	๒๓	๔๕.๕/๑๖๐.๕	๗๒.๗๑	๑๑๕.๕๗	๑๓๓.๗๕
๑๐	ก.ส.	ช	๒๑	๕๗.๐/๑๗๕.๐	๕๕.๓๕	๑๓๓.๓๓	๑๕๓.๗๕
๑๑	ช.พ.	ช	๒๓	๕๓.๕/๑๖๖.๐	๗๓.๖๗	๑๒๗.๓๕	๑๓๕.๗๗
๑๒	น.ท.	ญ	๒๓	๔๗.๕/๑๖๐.๐	๕๓.๑๖	๑๖๐.๐๑	๑๖๗.๖๗
๑๓	จ.จ.	ญ	๒๓	๓๕.๕/๑๕๕.๐	๗๒.๕๕	๑๔๐.๗๓	๑๕๗.๗๒
๑๔	ก.ท.	ช	๒๒	๕๕.๕/๑๗๐.๐	๗๑.๖๓	๑๑๗.๖๕	๑๔๕.๗๕
๑๕	ช.ศ.	ช	๒๓	๖๑.๕/๑๗๕.๒	๕๓.๕๐	๑๖๒.๖๐	๑๖๕.๗๕
๑๖	น.ป.	ญ	๒๓	๔๒.๐/๑๕๕.๕	๗๓.๖๗	๑๖๖.๖๗	๑๖๑.๗๗
๑๗	ว.ส.	ช	๒๐	๕๓.๖/๑๖๗.๐	๗๕.๕๕	๑๒๑.๒๑	๑๓๗.๕๖
๑๘	อ.ป.	ช	๑๕	๕๕.๕/๑๗๑.๕	๑๐๒.๕๗	๑๕๐.๓๗	๑๓๓.๓๕
๑๙	ส.ม.	ช	๒๓	๕๑.๕/๑๖๗.๐	๗๕.๐๓	๑๓๓.๓๓	๑๕๕.๗๖
๒๐	ส.พ.	ช	๒๑	๖๖.๗/๑๖๕.๕	๕๐.๐๕	๑๓๑.๕๗	๑๕๕.๕๗
๒๑	ส.ก.	ช	๒๓	๖๑.๗/๑๗๕.๕	๗๗.๗๒	๑๓๕.๑๕	๑๖๓.๕๕
๒๒	ร.ช.	ญ	๑๗	๔๕.๖/๑๕๓.๕	๗๒.๓๐	๑๕๖.๗๕	๑๕๗.๑๕
๒๓	ท.ก.	ช	๒๐	๕๕.๕/๑๖๖.๕	๗๗.๕๕	๑๗๐.๕๕	๑๗๓.๕๑
๒๔	พ.ศ.	ญ	๒๒	๕๗.๖/๑๕๗.๐	๑๐๕.๗๒	๒๕๐.๐๐	๒๓๗.๑๐
๒๕	ศ.ช.	ญ	๒๐	๓๕.๑/๑๕๒.๕	๗๕.๗๕	๑๗๑.๗๒	๒๕๓.๒๑
๒๖	อ.อ.	ญ	๒๑	๕๒.๕/๑๖๐.๕	๗๗.๕๓	๑๖๖.๕๒	๒๕๓.๗๐
๒๗	น.ม.	ญ	๒๓	๔๗.๖/๑๕๗.๕	๗๖.๕๕	๒๑๐.๕๐	๒๕๓.๗๐
๒๘	ท.พ.	ช	๒๒	๕๕.๕/๑๖๕.๕	๕๖.๖๒	๑๐๑.๕๒	๑๖๓.๕๗
				เฉลี่ย Sd.	๗๕.๕๖ ๕.๗๕	๑๕๐.๑๓ ๓๐.๗๕	๑๕๗.๕๕ ๓๖.๕๐

ไม่คำนึงถึงขนาดและน้ำหนักตัว, โดยแบ่งให้กินทีละครึ่ง, ครึ่งแรกในทันที เจาะเลือดออกตรวจและเก็บปัสสาวะตรวจแล้ว, และครึ่งที่สองให้กินในเวลา ๓๐ นาทีต่อมา, ภายหลังที่เจาะเลือดตรวจเป็นครั้งที่สอง. ต้องเจาะเลือดวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลและเก็บปัสสาวะตรวจน้ำตาลอีกครั้งหนึ่งเมื่อครบหนึ่งชั่วโมง. คำนวณวิธีทั้งสองนทางกันจำนวนน้ำตาลที่กินและเวลาที่ตรวจน้ำตาล. ทั้งสองวิธีจะลายกลุโคสในน้ำให้มีความเข้มข้นประมาณ ๕๐ เปอร์เซ็นต์; อาจเติมน้ำมะนาวเล็กน้อยให้กินง่ายเข้า. สำหรับการตรวจปัสสาวะเราใช้น้ำยาเบเนดิกต์, และสำหรับวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาล ในเลือดเราใช้วิธีไมโครตามแบบของโพลิน-วู. (8)

**ผล**

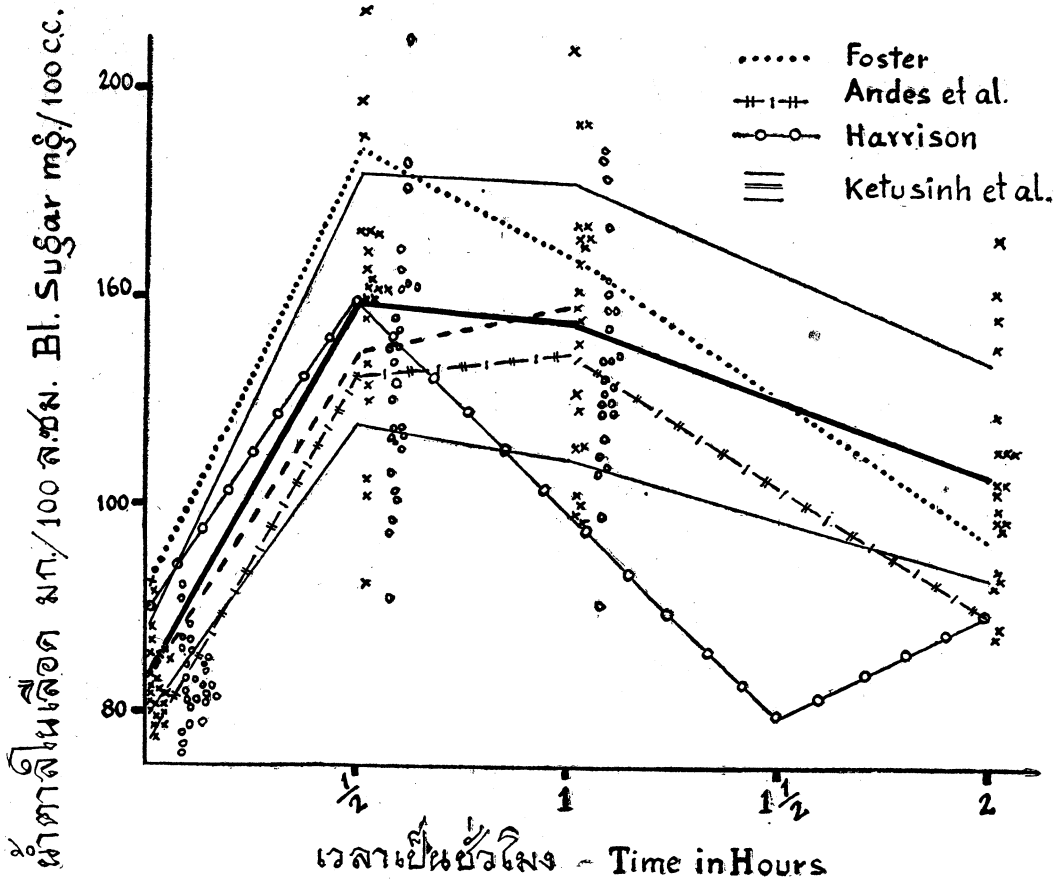
รายการผลปรากฏในตารางที่หนึ่งและที่สอง. ภาพที่หนึ่งแสดงการขึ้นและลงของน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย, และตามรายบุคคล, เปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยซึ่งปรากฏในตำราของต่างประเทศ.

การทดสอบทั้งสองวิธีให้ผล "คือนโทรล" ใกล้เคียงกัน (๘๖.๘๓ และ ๘๔.๘๖ มก. ต่อเลือด ๑๐๐ ล. ชม.). ภายหลังกินน้ำตาลในวิธี "สองชั่วโมง" น้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น ๑๖๐.๒๖ มก. ในเวลา ๓๐ นาที, และกลับลดลงเป็น ๑๕๕.๘๗ มก. เมื่อครบ ๖๐ นาที. ส่วนในวิธี "หนึ่งชั่วโมง" นั้นน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็น ๑๕๐.๑๓ และ ๑๕๘.๔๕ มก. ตามลำดับ. ดังนั้นในวิธีแรกเราเห็นได้ว่าเมื่อครบหนึ่งชั่วโมงนั้นน้ำตาลเริ่มลดลงแล้ว, แต่ในวิธีหลังน้ำตาลยังไม่ลด, ยังคงขึ้นต่อไปอีกเล็กน้อยเสียด้วยซ้ำ. ความแตกต่างคงเกี่ยวกับเวลาที่กินน้ำตาลเข้าไปอีก ๕๐ กรัม. เมื่อครบครึ่งชั่วโมง. ในวิธี "สองชั่วโมง" นั้นเมื่อครบกำหนดแล้วน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่าระดับปรกติ (คือนโทรล) อีกเกือบ ๔๐ มก. หากใช้วิธีเอ็กซตราไปเลชั่น ก็อาจคำนวณได้ว่าน้ำตาลจะลดลงไปถึงระดับคือนโทรล ในเวลาไม่ช้ากว่า ๓ ชั่วโมง ๑๕ นาทีภายหลังกินน้ำตาล.

ในภาพที่เสนอมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลในเลือดได้ตามลำดับเวลา. สำหรับวิธี "หนึ่งชั่วโมง" (เส้นขาดตอน, หนา - -) แสดงแต่ผลเฉลี่ยอย่างเดียว, ส่วนสำหรับวิธี "สองชั่วโมง" แสดงทั้งผลเฉลี่ย (เส้นเต็ม, หนา) และขอบเขตของการแกว่ง (เส้นเต็ม, บาง), ซึ่งรวมเฉลี่ยสองส่วนสามของรายการผลทั้งหมดเข้าไว้ในระหว่างขอบเส้นข้างทั้งสองนั้น. สำหรับทั้งสองวิธีได้ใส่จุดแสดงการกระจายของค่าของแต่ละคนไว้ให้เห็นด้วย (= ๐ สองชั่วโมง, x = หนึ่งชั่วโมง)

**วิจารณ์ผล**

พึงสังเกตว่าผลการวิเคราะห์ของเราเป็นค่าน้ำตาลในเลือดที่ได้จากหลอดเลือดฝอย, ซึ่งในภาวะอดอาหารมีส่วนประกอบเช่นเดียวกับเลือดในหลอดเลือดแดง.



(ภาพที่ ๑)

โดยปกติ, น้ำตาลในหลอดเลือดแดงสูงกว่าในหลอดเลือดดำระหว่าง ๑๐ ถึง ๕๐ มก. ต่อเลือด ๑๐๐ ล. ช.ม., เฉลี่ย ๒๕ มก. (3) (อาร์เทอร์ โอวินส์ คีฟเฟอร์เร็นส์). ดังนั้นถ้าจะเปรียบเทียบผลของการทดสอบอื่นๆ ซึ่งโดยมากใช้เลือดที่เจาะได้จากหลอดเลือดดำ, จะต้องลดจำนวน น้ำตาลของ เราลงประมาณ ๒๕ มก. ทุกครั้ง. เพื่อ การเปรียบเทียบได้ชัดกราฟ ซึ่งถือกันว่าเป็นตัวอย่างปกติในชาวอเมริกัน (4) และอังกฤษ (5) สำหรับเลือดจากหลอดเลือดดำ, มาแสดงไว้ด้วย. สำหรับเลือดที่เจาะได้จากนิ้ว (เลือดจากหลอดเลือดฝอย) เราได้อาศัยรายการผลของ Foster (2), ซึ่งทำในนักเรียนแพทย์สองสามคนเท่านั้น, และได้เฉลี่ยผลมาเขียนเป็นกราฟขึ้นเอง

เปรียบกับเลือดที่ไต จากหลอดเลือดฝอยด้วยกัน, เห็นได้ชัดว่ากราฟของเราทอดต่ำกว่าของฝรั่งตั้งแต่ต้น (คืออินโทรล) จนเกือบตลอด. ในตอนครึ่งสองชั่วโมงเท่านั้นที่ค่าเฉลี่ยของเราสูงกว่าของฝรั่งเล็กน้อย (๑๒ มก.). ถ้าเปรียบกับเลือดจากหลอดเลือดดำ, โดยยึดหลักว่า น้ำตาลในเลือดแดงสูงกว่าเลือดดำ ๒๕ มก., ก็เห็นได้เช่นเดียวกัน, คือกราฟของเราอยู่ในระดับต่ำกว่าของฝรั่ง, นอก

จากในตอนที่ครบสองชั่วโมง, ซึ่งเท่ากันพอดี. สำหรับคนปรกติ, กราฟที่ได้ในการทดสอบความทนต่อกลูโคสโดยใช้เลือดเจาะจากนิ้ว, หรือเลือดแดง, เปรียบเทียบลักษณะกับกราฟที่ได้จากเลือดดำได้ผลแตกต่างกันสำคัญคือ: (๑) กราฟของเลือดแดงพุ่งขึ้นชันกว่า, และขึ้นถึงระดับสูงกว่า. ที่ยอดสูงสุดน้ำตาลสูงกว่าเลือดดำ ๑๐ ถึง ๕๐ มก. (๒) ในตอนลด, กราฟของเลือดแดงลดช้ากว่า, และ (๓) น้ำตาลลดถึงระดับปรกติในสองชั่วโมงครึ่งถึงสามชั่วโมง.<sup>(๕)</sup> เห็นได้ว่ากราฟของเรา มีลักษณะตรงตามนี้เป็นส่วนมาก, ยกเว้นเสียแต่ระดับต่ำ, คงกล่าวแล้ว. สำหรับข้อหลังนี้ยอมแปลได้ว่าผู้ถูกทดลองของเรามีความทนต่อกลูโคสมากกว่าฝรั่ง, ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อที่เขากล่าวว่าคนไทยเรากินอาหารคาร์โบไฮเดรตมากกว่าฝรั่ง, เพราะปรากฏจากการค้นคว้าว่าการกินคาร์โบไฮเดรตมากๆ ทำให้ความทนต่อน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น.<sup>(๖)</sup>

เปรียบเทียบผลของวิธี "หนึ่งชั่วโมง" กับวิธี "สองชั่วโมง," เห็นได้ชัดว่าในวิธีแรกนั้นน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นช้ากว่า, โดยเมื่อครบหนึ่งชั่วโมง ๑๘ คนกำลังมีน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น, ๕ คนกำลังลง; เปรียบ

กับวิธี "สองชั่วโมง" ในเวลาเท่าๆกัน ๕ คนกำลังขึ้น, และ ๑๒ คนกำลังลง. ความแตกต่างคงเกี่ยวกับวิธีกินน้ำตาล, และอาจทำให้การแปลผลในวิธี "หนึ่งชั่วโมง" ขู่ยากก็ได้, ในคนที่เมื่อครบหนึ่งชั่วโมงแล้วน้ำตาลยังไม่เริ่มลด. เพราะเหตุนี้ในการปฏิบัติวิธี "สองชั่วโมง" น่าจะมีความสะดวกในการวินิจฉัยผลมากกว่า.

ผู้ถูกทดลองคนหนึ่ง (พ.ศ.) มีน้ำตาลสูงถึง ๒๕๐ มก. ระหว่างทดลอง, แต่การตรวจอย่างอื่นไม่พบความผิดปกติ.

### สรุป

(๑) จากการทดสอบความทนต่อกลูโคสในคนไทยปรกติ ๒๑ คนตามวิธี "สองชั่วโมงกินครั้งเดียว", และ ๒๘ คนตามวิธี "หนึ่งชั่วโมงกินสองครั้ง", โดยใช้เลือดเจาะจากนิ้ว, ได้ผลเฉลี่ยซึ่งใกล้เคียงกันในตำราอังกฤษและอเมริกัน

(๒) ในวิธี "สองชั่วโมง", ภายหลังกินกลูโคส, น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นสูงสุดภายใน ๓๐ นาที, แล้วกลับลดลงช้าๆ, ซึ่งคำนวณว่าจะถึงระดับปรกติภายในเวลาประมาณ ๓ ชั่วโมง. ระดับน้ำตาลสูงสุดเฉลี่ย ๑๖๐ มก. ต่ำสุด ๑๐๐ ล.ซม. ไม่มีผู้ใด มีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ.

เปรียบเทียบ กับผล ของ วิธีเดียวกันในฝรั่ง  
เห็นได้ว่าผู้ถูกทดลองของเรามีความทน  
ต่อกลูโคสมากกว่าฝรั่งเล็กน้อย.

(๓) ในวิธี "หนึ่งชั่วโมงกินสองครั้ง"  
เมื่อครบหนึ่งชั่วโมง, เศษสองส่วนสาม  
ของผู้ถูกทดลองมีน้ำตาลในเลือดกำลัง  
เพิ่มขึ้น. ข้อนี้ อาจทำความยากในการ  
แปลผลเกี่ยวกับความผิดปกติ. เพราะ  
ฉะนั้นวิธี "สองชั่วโมงกินครั้งเดียว" น่าจะ  
ให้ความแม่นยำในการแปลผลมากกว่า.  
ข้อนี้ตรงกับที่ผู้แสดงความคิดเห็นไว้แล้ว.(3)

ผู้รายงาน ขอขอบคุณนักศึกษาแพทย์ทั้งหลายที่  
สมัครเป็นผู้ทดลอง, ซึ่งนับว่าได้บำเพ็ญตนเป็นประ  
โยชน์แก่การศึกษาอย่างยิ่ง.

### เอกสาร

1. N.W. Jenney and V.I. Isaacson: J.A.M. A., 1918, 70, 1131.
2. G.L. Foster: J. Biol. Chem. 1923, 55, 291.
3. A. Cantarow and M. Trumper: Clinical Biochemistry, 1949 (Philadelphia and London).
4. J.E. Andes and A.G. Eaton: Synopsis of Applied Pathological Chemistry (St. Louis).
5. G. A. Harrison: Chemical Methods in Clinical Medicine, 1937 (London).
6. Himsworth and Scott: J. Physiol., 1938, 91, 447 (From G. Lovatt Evans, Principles of Human Physiology, 1949 (London).
7. W.G. Exton: Am. J. Clin. Patho., 1934, 2, 65.
8. O. Folin and H. Wu: J. Biol. Chem. 1920; 41, 367.

คนไม่ทำอะไรผล นกจะไม่จับ, ปลาที่โรรมไม่ สัตว์จะไม่อาศัย, เถาวัลย์ที่ไร้ดอก  
แมลงจะไม่เกาะ, ถ้าอาหารที่ไร้กระแสน้ำ ปลิงจะไม่อยู่, ชายที่ไร้ทรัพย์และความ  
หนุ่ม หญิงจะออกหาก, และนายที่ไร้ความสมบูรณ์ บ่าวจะหนี, นั่นแหละถึงว่าโลก  
นี้ตั้งอยู่ได้ ก็ด้วยความคิดถึงตัวเองเป็นใหญ่.

นิติโคลกของฮินดู

(Abstract of the preceding article)

PHYSIOLOGICAL STUDIES

3. GLUCOSE TOLERANCE TESTS

Ouay Ketusinh, M. D.

Ath Ketusinh and Mongkol Mogkhasamit

(Dept. of Physiology)

Using finger-blood and a micro modification of the Folin-Wu technique, the "two-hour one-dose test", with 1.75 gm. of glucose per Kg., in 21 subjects, and the "one-hour two-dose test", with 100 gm. of glucose in divided doses, in 28 subjects, all normal male and female medical students, suggest that carbohydrate tolerance is slightly higher in Siamese than in Americans or English. In the former test, which is deemed the more useful, the

blood sugar reaches the summit within 30 minutes after ingestion, and declines slowly to reach the normal level within about 3 hours. The average maximum sugar level is 160 mg. per cent, which would correspond to about 135 mg. per cent in venous blood. No case of glycosuria was detected. In the "one-hour two-dose method" the blood sugar is still rising at the end of the test in most cases.

( Eight references. Two Tables. One figure )

อาจแก้ไฟได้ด้วยน้ำ, แก้แตรอันได้ด้วยกะตัง, แก้ช้างชั้มันได้ด้วยขอม, แก้โคฟ้าด้วยตะของ, แก้พยาธิได้ด้วยประกอขยา, แก้พิษได้ด้วยประโยชน์ต่าง ๆ: สิ่งทั้งปวง ย่อมมียาตามคำขวัญไว้ทั้งนี้; แต่สำหรับคนเขลา หายาแก้ไม่ได้.

นิติศตกะ

# ธอราโคพลาสติกในการรักษาเอมพโยมาเรอริง

รายงานคนไข้สราย

ตี ชัยวัฒน์

พ. บ.

กั

นที รัชพลเมือง

พ. บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

การรักษาเอมพโยมาเรอริงด้วยยามักไม่ค่อยได้ผล, เนื่องจากเยื่อหุ้มปอดหนาและปอดมักแฟบ, ไม่มีโอกาสขยายออกได้. ถ้าหากไม่จัดทำให้ช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งกว้างนั้นหายไป, หนองก็มีโอกาสจะเกิดขึ้นอีกได้เสมอ ๆ. ด้วยเหตุนี้การผ่าตัดจึงเป็นการจำเป็น. วิธีที่เราใช้มีอยู่สามวิธี, คือ (๑) ธอราโคพลาสติก (Thoracoplasty) (๒) ธอราโคพลาสติกผสมกับการตัดเยื่อหุ้มปอด (Thoracoplasty with pleurectomy) (๓) ธอราโคพลาสติกผสมกับการเลาะปอดโดยไม่ตัดเยื่อหุ้ม (Thoracoplasty with extrapleural pneumolysis). ธอราโคพลาสติกเป็นการผ่าตัดซึ่งในโรงพยาบาลศิริราช เพิ่งมีทำมาได้ประมาณสี่ปี, ส่วนมากโดยอาจารย์นายแพทย์เพอง สัตยสงวน, และโดยมากเพื่อรักษาวัณโรคของปอด.

สำหรับการรักษาเอมพโยมาเรอริง, ถ้าหากเป็นมาไม่นานนัก, เยื่อหุ้มปอดยังไม่หนามากและช่องเยื่อหุ้มปอดยังไม่กว้างนัก, เพียงธอราโคพลาสติกอย่างเดียวก็น่าจะเพียงพอ; ถ้าหากเป็นนานและเยื่อหุ้มปอดหนามาก, อาจจะต้องตัดเยื่อหุ้มปอด (pleurectomy) ด้วย, แต่ถ้ายื่อหุ้มปอดไม่หนาเกินไปก็อาจทำให้โพรงหายไปได้โดยธอราโคพลาสติก ร่วมกับ เลาะปอดโดยไม่ตัดเยื่อหุ้ม.

ต่อไปนี้ขอเสนอรายงานผู้ป่วยสี่คน, ซึ่งป่วยเป็นเอมพโยมาเรอริง, และได้รักษาด้วยธอราโคพลาสติกได้ผลดี.

รายที่หนึ่ง. ชายไทย, อายุ ๓๒ ปี, รับไว้เมื่อ ๑๓. ก.ย. ๕๓, ด้วยอาการสำคัญว่าเป็นไข้มาเกือบหนึ่งสัปดาห์และหอบเหนื่อยมาสองวัน. ประวัติอดีต, เคยเป็นไข้จับสั่น. ประวัติปัจจุบัน, เริ่มด้วยเจ็บแหวะและเสียด

หน้าอกข้างซ้ายภายหลังยกของหนัก. มีไข้, หนาวสั่น. ต่อมามีเหนื่อยหอบ, ต้องนอนตะแคงข้างซ้าย. สองวันก่อนมามีไอแห้ง ๆ, เจ็บหน้าอกลดลง, แต่ยังมีไข้และหอบ.

**ตรวจร่างกาย:** ชีพจร ๑๐๐. หายใจ ๓๒. อุณหภูมิ ๓๗.๒ ซี. ความดันเลือด ๑๒๘/๘๖. ผอม, ชีต, บวมเล็กน้อย, หอบ. ออกข้างซ้ายโป่ง. เคลื่อนไหวน้อย, เคาะทียตลอกอย่างชัดเจน, ไม่ได้ยินเสียงหายใจ, วัคัลเรซอนนัซเขามาก. หัวใจถูกคั้นไปทางขวา. เมื่กลัดอกแดง ๓.๖๕ ล้าน, เมื่กลัดอกขาว ๘๕๐๐. โปลัยมอร์ฟ ๗๒ เปอร์เซนต์, ลิมโฟซัยต์ ๒๘ เปอร์เซนต์. อย่างอื่น ๆ ไม่พบผิดปกติ.

**การวินิจฉัย.** เอ็มพิอีมา, ข้างซ้าย.  
**การรักษา.** รักษาอาการ. ให้เพนิซิลลินไซเคียม ๒,๑๕๐,๐๐๐ หน่วย. ส่งตรวจทางรังสีวิทยาได้ผลสนับสนุนการวินิจฉัย. เจาะโพรงเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย ๔ ครั้ง, ได้หนองสกปรกสีขาวปนเทา, แกรมเชียวอ่อน, จำนวน ๓๖๐๐, ๗๐๐, ๑๖๐๐ และ ๖๐๐ ล.ชม. ตามลำดับ. หลังเจาะได้ได้เพนิซิลลิน ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย ทุกครั้ง. ส่ง

หนองเพาะเชื้อได้สะเตร็ปโตค็อกคโค. ภายหลังรักษาได้ ๒๐ วัน หนองยังไม่หมด, จึงได้ตัดซี่โครง. ถ้ายเลือกให้ ๒ ครั้ง, ๒๐๐ และ ๓๐๐ ล.ชม. ตามลำดับ. หนองไหลออกทางหลอดแตรนลดลงตั้งแต่วันละ ๕๐๐ ล.ชม. จนถึง ๑๐ ล.ชม. สิบเก้าวันหลังตัดซี่โครงวัคัลโพรงหนองได้ปริมาณ ๑๒๕๐ ล.ชม. หัววันต่อมาเอกซเรย์พบว่าปอดแฟบหมด และมีโพรงในช่องเยื่อหุ้มปอด, จึงทำอวราโคปลาสติ, ตัดซี่โครงที่ ๓, ๔, ๕, และ ๖, แล้วทำ extra pleural pneumolysis เลาะเยื่อ pleura ออกจากซี่โครงที่ ๑, ๒, ๓, และ ๔ แล้วกดลงไปชิดกับเยื่อ visceral pleura. สิบสองวันต่อมาเอกซเรย์แจ้งว่า โพรงเล็กลงมาก, หนองยังมีเล็กน้อย. ตั้งใจจะทำการขีดยประสาทเฟรนิก (phrenic avulsion) แต่ตรวจทางเอกซเรย์พบว่ากระบังลมตึกเสียแล้ว, จึงทำ. ทำอวราโคปลาสติกระยะที่สอง, ๒๒ วันหลังจากครั้งแรก, ตัดซี่โครงที่ ๗ และ ๘ ออกและเลาะเยื่อพลิวว่าออกจากซี่โครงที่ ๘. การผ่าตัดของซี่งักกลางคั้นเพราะไม่มีเลือดจะถ่ายให้. หกวันหลังจากผ่าตัดวัคัลโพรงเหลือ ๒๐ ล.ชม. เข้าใจว่า

ระแพยหมคไปเอง, เพราะเล็กมากแล้ว.  
คนไข้กลับบ้านได้ในวันที่ ๓ ธ.ค. ๕๓,  
แข็งแรงและสบายดี.

ผลทดลอง. ชายไทย, อายุ ๓๗ ปี, วั  
ไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อ ๑๐.ก.ค.๕๓  
ด้วยอาการสำคัญคือเจ็บชายโครงขวา  
สัปดาห์เศษ. เริ่มด้วยจุดเล็กที่ชายโครง  
ขวา, ผอมลง. ต่อมา, เมื่อสามเดือนก่อน  
มาโรงพยาบาล, ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด,  
เหม็นคาว. สิบห้าวันก่อนมาโรงพยาบาลไอ  
มาก, จุกเสียดมากขึ้น. มีไข้, ไม่เห็นอ้อยหอย.

ตรวจร่างกาย. ชีพจร ๑๐๐, หายใจ  
๒๕, อุณหภูมิ ๓๕.๒ ซ. ความดันเลือด  
๕๕/๗๐. ผอม. ชีตมาก. คลำพบตับ  
และตับม้ามโตที่ชายโครงขวา, กดเจ็บ.  
อกขวาเคลื่อนไหวน้อย, เคาะที่ทรวงอก,  
เสียงหายใจเรี่ย, วัคัลเรซอเนียนซ์น้อย  
มาก. หัวใจถูกกันไปทางซ้าย. ซีโมโกล  
บิน ๓๑ เปอร์เซ็นต์. เม็ดเลือดแดง ๒,๒๑  
ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๑๕๓๐๐, โปลียมอร์ฟ  
๘๗%, ลิมโฟซัยต์ ๑๓% ตรวจเลือด  
ทางเคมีพบเครอธาตินิน ๒.๕ มก. เปอร  
เซ็นต์, N.P.N. ๓๘.๒ มก. เปอรเซ็นต์.  
ในอุจจาระพบซีตของ อี.ซี.อี.อี.อี.อี.อี.อี.  
โคไล, และไข่ของทริคิอริสทริคิอูรา.

ตรวจเอกซเรย์ได้รับรายงานว่ามีน้ำ  
มากในช่องพลิวร่าข้างขวา.

การวินิจฉัย. เอ็มพิอีม่าเรอริงข้างขวา  
เนื่องจากผอมและมีคตับ.

การเปลี่ยนแปลงและการรักษา. อยู่ใน  
แผนกอายุรศาสตร์ ๓๔ วัน, ใต้รักษา  
รักษาอาการ. เจาะช่องพลิวร่า ๒๕ ครั้ง.  
ครั้งแรกได้หนองสีเหลือง, ชัน, ปนเลือด,  
จำนวน ๘๐๐ ล. ซม. จำนวนหนองค่อย ๆ  
ลดลงถึง ๒๐๐ ล. ซม. ให้อิมเมตินรวม  
๑๘ เกรน. ยังคงมีหนองและไข่, ถึงแม้  
เจาะทุกวันและใส่อิมเมตินครึ่งเกรนในช่อง  
อก. เอกซเรย์อีก, ใต้รายงานว่ายอกขวา  
แพยหมคและมีหนองเล็กน้อย, จึงส่งมา  
แผนกศัลยกรรม. ภายหลังรักษาอาการ  
อยู่ ๑๔ วัน, จึงตัดซี่โครงที่ ๕. มีหนอง  
ไหล ออกทางท่อ เทรน วัน ละ ๕๐ ถึง  
๒๐๐ ล. ซม. ให้อิมเมตินอีกรวม ๑๘  
เกรน, และใส่เพนิซิลลินโซเดียม ๑๐๐,  
๐๐๐ หน่วย. ให้อิมเมติน ๒ ครั้ง. เอกซเรย์  
แจ้งว่าพบบิวโมโธแรกซ์และพลิวร่าหนา.  
จึงตัดสิบลำหลังจากตัดซี่โครง อากรรดิ  
ชันมาก, จึงทำออร่าโคปลาสติกในชั้นแรก.  
ตัดซี่โครงที่ ๕, ๖, ๗, ๘. แผลหายดี. สิบ  
สองวันหลังผ่าตัดเอกซเรย์เห็นว่าโพรง

ยังแพยไม่หมด. ต่อมาอีก ๕ วันทำ  
 ธรราโคปลาสต์ชิ้นที่สอง. ตักซ์โครงที่ ๔  
 และทำ extra-pleural pneumolysis  
 โดยเจาะปลิวร่าจากซี่โครงที่ ๑,๓,๒ คืน  
 ให้ซิกกับ visceral pleura จนโพรง  
 หมดไป. อาการทั่วไปดีขึ้นเห็นลำดับจนเกิน  
 กลับบ้านได้ภายหลังรักษาอยู่รวม ๑๖ ๕ วัน.

รายที่สามและที่สี่มีปลิวร่าหนาถึง ๑  
 หรือ ๒ ซม., จึงทำการตัดปลิวร่า  
 ประกอบกับธรราโคปลาสต์ด้วย.

รายที่ ๓ ชายไทย, อายุ ๓๕ ปี, รัยไว้  
 เมื่อวันที่ ๑๕ ต.ค. ๕๒ ด้วยอาการสำคัญ  
 คือไอ, เจ็บอกและหอบ. มีประวัติว่าประมาณ  
 หนึ่งเดือนก่อนมาได้ถูกฝน, แล้วต่อมาเย็น  
 ไข้, ปวดหัวและแน่นหน้าอกข้างซ้าย. ไอมี  
 เสมหะสีขาวข้น, ไม่มีเลือด. เวลาไอเจ็บ  
 ที่ชายโครงซ้าย. ไอมากขึ้นและเจ็บมาก  
 ขึ้น. ต่อมามีแน่นหน้าอกด้วย, อ่อนเพลีย  
 มาก, ต้องนอนหงาย, หรือตะแคงซ้าย.  
 หอบเล็กน้อย. ประวัติก็ไม่มีอะไรสำคัญ.

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ ๓๘.๕°ซ.,  
 ชีพจร ๑๑๐, หายใจ ๒๖, ความดัน  
 เลือด ๑๑๐/๘๐. ผอม, ซีด, แต่ไม่เหลือง.  
 หอบ, นอนตะแคงขวาไม่ได้. ไม่ขวม. ไม่  
 เชียว. เวลาหายใจหน้าอกซีกซ้ายเคลื่อนไหว

ไวน้อยกว่าขวา, เคาะที่ขยับเจนนทั้งแถบ  
 ซ้าย, ไม่ไคยบิ้นเสียงหายใจ, วัคัลเรซอ  
 นานซ์เขามาก.

ตรวจทางห้องทดลอง. ซีโมโกลบิน ๖๐  
 เปอร์เซ็นต์. เม็ดเลือดขาว ๘,๒๐๐.  
 โปลียูมอร์ฟ ๘๖ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟ-  
 ซัยต์ ๑๔ เปอร์เซ็นต์. ไม่พบเชื้อมาลาเรีย.

เอกซเรย์ (ฟลูออโรสโคปี) แจ้งว่า  
 มีน้ำมากมายในช่องปลิวร่าซ้าย.

การวินิจฉัย เอ็มพีอีมา, ซ่างซ้าย.

การรักษาและการเปลี่ยนแปลง. เจาะ  
 ช่องปลิวร่าครั้งแรกได้หนึ่งซัน, ลีเขียว  
 อ่อน, เหลียว, รวมจำนวนประมาณ ๑๕๐๐  
 ล. ซม. สะเมียร์ไม่พบเชื้อ, คัลเชอร์ไม่  
 ขึ้น. ใส่เพนิซิลลินโซเดียม ๒๐๐,๐๐๐  
 หน่วยในโพรง. ฉีดเพนิซิลลินใต้ผิวหนัง  
 ๒๕,๐๐๐ หน่วย ทุก ๓ ชม. เจาะหนอง  
 วั่นวั่นครั้งรวม ๘ ครั้ง. หนองเหลือน้อย  
 มาก, แต่โพรงยังอยู่. คนไข้ชอกกลับใน  
 วันที่ ๒๐ เพราะไม่ยอมผ่าตัด. ไปได้ ๕  
 วันกลับ มาอีก เพราะสังเกต มีเสียงดังใน  
 หน้าอกเวลาเคลื่อนไหว. ตรวจพบอาการ  
 แสคองของของเหลวในโพรงอกซ้าย, ใ้  
 มุมล่างของกระดูกซี่ก. หัวใจถูกดันไป  
 ทางขวา. ทำ intercostal closed

**drainage** ใต้ของลักษณะเช่นเดิม. สะเมียร และเพาะเชื้อไม้ไ้ ความมีอะไร. ยี่สิบสองวันจากทำ, เอ็กซ์เรย์แจ้งว่าหนอง เหลือน้อยมาก, โพร่งยังโต, จึงทำ ออราโคปลาสต์ชนิดหนึ่ง, ตักซี่โครง ที่ ๘, ๙, ๑๐ ออกทางค้ำหลังจนกระทั่ง ถึงคอซี่โครง, รวมตักออกประมาณเศษ สอง ส่วนสามของความยาวของซี่โครง. คั้นพาไรเอตลพลิวว่าลงไป, แล้วใส่ เทรนอย่างหลอดไว้ด้วย.

หลังผ่าตัดมิใช่สูงไม่เกิน ๓๘.๓ ซม. ถ่ายเลือด ๓๐๐ ล. ซม., ให้เพนิซิลลิน ๑,๕๐๐,๐๐ หน่วย, สะเตร็ปโตไมซิน ๑๐ ก. เอ็กซ์เรย์, แจ้งผลการตรวจว่า โพร่งค่อยเล็กลงจนเหลือประมาณครึ่ง เทียบ, หนองยังมีเล็กน้อย. ภายหลัง ๑๒๓ วันต่อจากการผ่าตัดจึงทำออราโคปลาสต์ชนิดที่สอง, ตักเอาซี่โครงที่ ๔, ๕, ๖, ๗ ออก. พบพาไรเอตลพลิวว่าหนา หนึ่งเซ็นติเมตรเศษ. ในโพร่งไม่มีหนอง. วิสเซอร์ลพลิวว่าหนาเช่นกันและขรุขระ. ใต้ตักเอาพาไรเอตลพลิวว่าและบางส่วน ของวิสเซอร์ลพลิวว่าออก. ไม่มีอาการ ร้ายแรงหลังผ่าตัด. สิบแปดวันต่อมาเอ็กซ์ เรย์พบว่าโพร่งหายไป. แต่ต่อมาอีกสิบ

แปดวันเกิดหนองขึ้นอีก, และมากขึ้น ด้วย, ต้องผ่าตัดอีก, โดยขยายการตัด ซี่โครงให้มากขึ้น, และตัดพลิวว่าออก มากที่สุดที่ทำได้. ให้เลือด (๓๐๐ ล. ซม.) และเพนิซิลลิน (๖๐๐,๐๐๐ หน่วย). คราวนี้ปรากฏว่าโพร่งหายไป, และแผล หายก็. อาการดีขึ้นช้าๆ. คนไข้กลับบ้าน ได้ในวันที่ ๓๕ หลังผ่าตัดครั้งสุดท้าย.

**รายที่ ๔.** หญิงไทย, อายุ ๒๗ ปี. รัยไว้ เมื่อวันที่ ๒๓ มี.ค. ๕๓ ด้วยอาการสำคัญ คือมิใช่และเจ็บชายโครงซ้ายมาสามเดือน. ไข้มีในตอนบ่ายๆ. ไอเล็กน้อย. เสมหะ เป็นมูกสีขาว, ไม่มีเลือด. ไอมากขึ้น, และ เจ็บชายโครงซ้าย. ต่อมามีหอบ, นอน ตะแคงขวาไม่ได้. ผอมลงมาก. ประวัติ อักดีไม่มีอะไรสำคัญ

**การตรวจร่างกาย.** อุณหภูมิ ๓๖.๘๖ ซม. ชีพจร ๑๐๘. หายใจ ๓๑. ผอมมาก, หนึ่ง หุ้มกระดูก. ซีด. การเคลื่อนไหวของอก ซักซ้ายน้อยกว่าซักขวาเห็นชัดเจน, ช่อง ระหว่างซี่โครงก็ตั้งกว่า, เคาะไตเสียง ทัยชัดเจนถึงระดับซี่โครงที่สอง, เสียง หายใจไม่ได้ยิน, โวคัลเรซอานซ์เบา มาก, หัวใจถูกคั้นเคลื่อนไปทางขวาประมาณสองนิ้วมือ.

การตรวจทางห้องทดลอง. ซีโมโกลบิน ๕๐ เปอร์เซ็นต์. เม็ดเลือดขาว ๘๐๐๐. โปลียมอร์ฟ ๘๐ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟ-ซัยต์ ๒๐ เปอร์เซ็นต์. ไม่พบเชื้อมาลาเรีย.

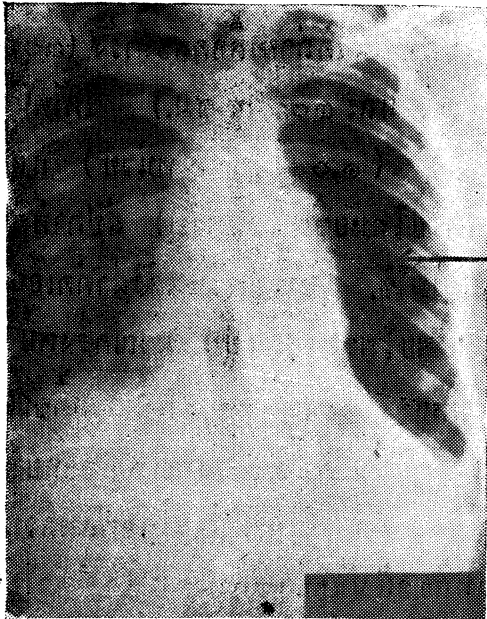
การวินิจฉัย เอ็มพีอิม่า, ซ้าย.

การรักษาและการเปลี่ยนแปลง. วันแรกเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดใต้หนอง สี่เชียวป่นน้ำตาล ๑๖๕๐ ล. ซม. ย่อมและเพาะเชื้อไม่ได้ผล. อีก ๔ วันต่อมาเจาะอีก, ใต้หนอง ๑๕๐๐ ล. ซม. ได้ทำ intercostal closed drainage ใต้หนองไหลอยู่เสมอๆ, และลดจำนวนลงเรื่อยๆ, สิบเจ็ดวันหลังทำการเจาะโพรงใต้ปริมาตร ๒๔๐ ล. ซม.; อีก ๑๘ วันต่อมาวัดได้ ๑๒๐ ล. ซม.; อีก ๖ วันต่อมาวัดได้ ๑๔๐ ล. ซม. เห็นว่าโพรงกำลังจะกลับใหญ่ขึ้นจึงทำธอราโคพลาสติกชนิดหนึ่ง. ตัดซี่โครงซี่ที่ ๗, ๘, ๙ ออกตั้งแต่ส่วนโค้ง (แองเกิล) จนถึงระดับเส้นแอนทีเรียร์แอ็กซิลลารี. พบพลิวราหนาประมาณ ๒ ซม., ผิวค้ำ, ขรุขระ, แข็ง. วิตเซอร์ลพลิวรากี่เช่นเดียวกัน. ปอดแฟบ. ได้ตัดพาไรเอทัลพลิวราและบางส่วนของวิตเซอร์ลพลิวราออก. ถ่ายเลือดขณะทำ ๓๐๐ ล. ซม. ในสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดมี

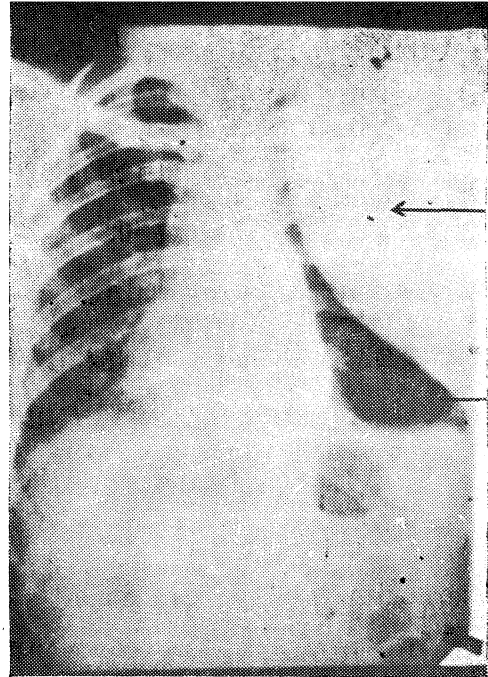
ใช้ไม่สง. การหายใจเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย. ใต้ถ่ายเลือดสองครั้ง (๓๐๐ ล. ซม. และ ๓๐๐ ล. ซม.) ให้เพนิซิลลิน (๑,๐๐๐,๐๐๐ หน่วย) และสเตอริปโตมัยซิน (๔ กรัม) สัปดาห์ต่อไปไม่มีไข้. สิบแปดวันหลังผ่าตัดเอกซเรย์พบโพรงเหลืออยู่ประมาณครึ่งหนึ่ง, ไม่มีหนอง, ใต้ทำธอราโคพลาสติกชนิดสอง, ตัดซี่โครงที่ ๓, ๔, ๕, ๖ ออกยาวเท่าครั้งแรก, และตัดพาไรเอทัลพลิวราที่เหลืออยู่นั้นออกอีกมากที่สุดที่ทำได้. ใต้ตัดวิตเซอร์ลพลิวราออกด้วย. หลังผ่าตัดมีไข้อยู่สองวัน, และหายใจเร็วกว่าธรรมดาในวันแรกวันเดียว. แปดวันหลังผ่าตัดส่งเอกซเรย์พบว่าส่วนใหญ่ของโพรงหมดไป, เหลือเพียงกะเปาะ, ซึ่งน่าจะหายไปเองได้. ยี่สิบเจ็ดวันหลังผ่าตัดคนไข้กลับบ้านได้, ในสภาพสมบูรณ์ปานกลางและเดินได้.

อภิปราย

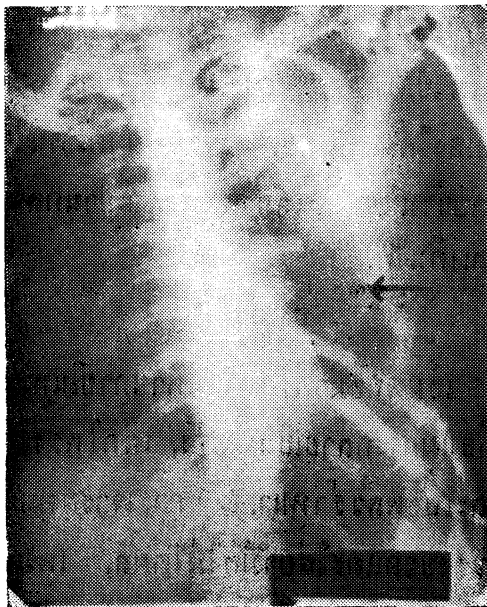
เอ็มพีอิม่าที่รักษาไม่หายภายในหนึ่งเดือนมักจะกลายเป็นเรื้อรัง, เกิดโพรงโตและเยื่อพลิวราหนา. การเจาะคุดเอาหนองออกและใส่ยามักไม่ได้ผล, เพราะโพรงไม่หมดไป, ย่อมเกิดหนองขึ้นใหม่



ภาพที่ ๑. โปรงที่เหลือภายหลังการเทรน (ลูกศรแสดงโปรงที่ม้อากาศเต็ม)



ภาพที่ ๒. ภายหลังธอราโคปลาสต์ชั้นที่หนึ่ง (ลูกศรบน, โปรงที่คั้นแพยแล้ว ลูกศรล่าง, โปรงที่เหลือ)



ภาพที่ ๓. ภายหลังธอราโคปลาสต์และเลาะซอก (ชั้นที่สอง) (โปรงหายไปเกือบหมด)

ภาพเอ็กซเรย์จากคนไข้  
รายที่สี่

อยู่เสมอ. เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องใช้ศัลยกรรมเข้าช่วย, พร้อมกับการรักษาค้นเหตุของโรคด้วย. อนึ่งคนที่เข็นโรคนั้นแทบทุกรายมีร่างกายทรุดโทรมและผอมซดทั้งนั้นก่อนผ่าตัดต้องบำรุงร่างกายเสียก่อน. โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายเลือดเป็นเรื่องจำเป็นแทบทุกราย.

การรักษาทงศัลยกรรมมักเริ่มด้วยการเตรน, ซึ่งมีสองวิธี, คือวิธี "ปิด" (closed drainage) กับวิธี "เปิด" (open drainage). วิธีแรกใช้ในรายที่โพรงมีผนังที่ยังยึดหยุ่นได้, และตัวโพรงอาจยุบได้, มีข้อดีคือโอกาสเกิดการติดเชื้อ (เซกันแตรอนเฟคชัน) มีน้อย. ถ้าหากโพรงมีผนังหนาและแข็ง, ก็จำเป็นต้องใช้วิธี "เปิด", ซึ่งช่วยให้หนองออกสะดวก. ภายหลังกการเตรน, หากโพรงยังโตอยู่, ก็ควรทำโอบลาโคพลาสติก, ซึ่งทำเป็นชั้น ๆ แล้วแต่ว่าโพรงโตเพียงใด. ถ้าโพรงเล็กก็ทำเพียงชั้นเดียวหรือสองชั้น, ถ้าโตมากก็ต้องทำถึงสามชั้น. ในรายที่พลิวราหนาหรือคืด, อาจต้องทำเอ็กซเตราพลิวรัลบีโนวโมลยซิสเพิ่มชั้นอีกด้วย, ซึ่งช่วยให้คันพาไรเอตัลพลิวราเข้าไปชิดกับวิสเซอร์ลัลพลิวรา, ทำให้

โพรงหายไปได้.

ในคนไข้ของเราสองรายมีพาไรเอตัลพลิวราหนากว่า ๑ ซม. และมีลักษณะแข็ง, จึงจำเป็นต้องตัดพลิวรา (พลิวเร็คโตมี) ด้วย. ใต้คัตพาไรเอตัลพลิวราออกมาที่สุดที่ทำได้, และตัดวิสเซอร์ลัลพลิวราออกบ้างเพื่อช่วยให้ปอดขยายออกมาด้านล่างโพรงในช่องพลิวราเสียได้, ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของการทำธอราโคพลาสติก, ไม่ว่าจะในโรคที่เกิดจากวัณโรคหรือมิใช่วัณโรค. แต่ในวัณโรคนั้น, โดยที่มีความพิการในเนื้อปอดอยู่ด้วย, ในการทำธอราโคพลาสติกจึงพยายามทำให้เนื้อปอดแฟบ, ขณะเดียวกันที่ทำให้โพรงในช่องพลิวราหายไป.

ผลของ การทำธอราโคพลาสติก เพื่อรักษาเอ็มพิยอ์มาเรอรั้ง, เท่าที่ปรากฏมา, เห็นว่าน่าพอใจมาก. การผ่าตัดทำให้โพรงหมดไป, หนองหยุด, และอาการไม่กลับมามีอีก. เท่าที่ได้ทำมาแล้วในโรงพยาบาลศิริราช, ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยแพทย์เฟื่อง สัตยสงวน เป็นผู้ทำ, ยังไม่มีใครเป็นอันตราย.

ในรายเอ็มพิยอ์มาเรอรั้ง, การเจาะและล้างช่องพลิวรา มักไม่พอเพียงที่จะ

รักษาโรคให้หายขาด. Penington กล่าวว่าในคนไข้ เอ็มพัยอิม่า เนื่องจาก วัณโรค, เมื่อไม่มีเหตุขัดข้องต่อการผ่าตัด, ควรทำธอราโคปลาสติกที่กระทำจะรอดผลของการเจาะและล้างช่องปลิวว่า, ซึ่งอาจทำให้พลาดโอกาสรักษา, และทำความยุ่งยากในการผ่าตัดภายหลัง. การใช้สเตร็ปโตไมซินอย่างเดียวไม่มีผลในการรักษา เอ็มพัยอิม่า เนื่องจากวัณโรค, เพราะมิให้ผลอย่างไรสำหรับปลิวว่าที่หนาซึ่งเป็นผนังของโพรง. การศึกษาขององค์การทหารผ่านศึกอเมริกันแสดงชัดเจนว่า สเตร็ปโตไมซินให้ผลน้อยต่อเอ็มพัยอิม่า ในรายที่มีร่องโคปลิวโรควิเดเนียสพีลคูล่า, และหากจะใช้สเตร็ปโตไมซินก็ควรใช้พร้อมกับทำการผ่าตัด, เพื่อยุ่งกันการที่เชื้อโรคทนต่อยา. ส่วนใหญ่ของเอ็มพัยอิม่า เพราะวัณโรค ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด. การเตรนโดยวิธีเบ็คอาจทำให้เป็นปลิวโรควิเดเนียสพีลคูล่าซึ่งมีการติดเชื้อมัน (เซกันแตรอินเพ็คชัน) อย่างเรอริง, ซึ่งรักษาหายยาก, และคนไข้อาจตายเพราะที่อกซี่เมีย.

การเตรนอย่างเดียวจะทำให้โพรงหายไปไต่ยาก. ธอราโคปลาสติกให้ผลมากที่สุด.

ส.ค. Brock กล่าวว่าทำการผ่าตัดนั้นควรทำไต่ ๆ เวลาทำการเตรน, ถ้าหากเข้าไป, เกิดไฟบรินมากมาย, โพรงหายช้า, อาจกินเวลานานขึ้น, และเตรนต้องใส่ไว้นานโพรงหมดไป. โดยการทำธอราโคปลาสติก ร่วมกับการ เตรนโดยผ่าตัด, บรีอคอ้างว่า คนไข้ของเขา, ซึ่งเป็นเอ็มพัยอิม่าเพราะวัณโรค, มีอัตราตายเพียง ๑๔ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น.

เอ็มพัยอิม่าเรอริงซึ่งไม่ได้ทำให้โพรงหมดไป, จะมีอาการกลับเสมือ, ตามที่เราได้พบเป็นประจำในโรงพยาบาลศิริราช.

### สรุป

๑. รายงานนี้ เสนอการรักษา คนไข้ เอ็มพัยอิม่าเรอริง, โดยวิธีธอราโคปลาสติกประกอบด้วยเอ็กซทราพลิวัลบีนิวโมไลซิส ๒ ราย, และธอราโคปลาสติกประกอบด้วยปลิวเร็คโตมิ ๒ ราย.

๒. ผลของกวรรักษาทำให้โพรงยุบ, และเอ็มพัยอิม่าหายทุกราย.

๓. ใน การ อภิปรายได้แสดง เห็นว่าเอ็มพัยอิม่าเรอริงไม่อาจรักษาทางยาให้ไต่ผลดี, ต้องใช้การผ่าตัด. ธอราโคปลาสติกอาจทำเพียงชั้นเดียวหรือหลายชั้น, และอาจเพิ่มการตัดปลิวว่าหรือเกาะ

ปอดจากส่วนคึกคักด้วยก็ไต้, แล้วแต่ความ  
ใหญ่ของ โพรง และ ความ หนา ของ เยื่อ  
พลิวร่า.

เอกสาร

1. George Bankoff: Operative  
Surgery, 1946 ( London ).

2. W.H.C. Romanis and P.H.  
Mitchiner: The Science and  
Practice of Surgery,1948 (London).

3. A.H. Penington: Med. J.  
Australia, June 1949, 1: 769.

ไข่มุกคีมมีประโยชน์อะไรแก่เนื้อและรก ของกินของคีม อันคีมมีประโยชน์  
อะไรแก่ฟ้า ประทับเป็นประโยชน์อะไรแก่คนตาบอด เพลงขับเป็นประโยชน์  
อะไรแก่คนหูหนวก ขรรวมกลาเป็นประโยชน์อะไรแก่คนพาล

สุภาษิตรัตนภักดีทาศาร

(Abstract of the fore-going article)

THORACOPLASTY IN CHRONIC EMPYEMA

Report of Four Cases

Tu Jayawatna      Nathee Ragsbolmuang  
M. B.                      and                      M. B.

(Dept. of Surgery)

The authors report four cases of chronic empyema treated successfully by thoracoplasty, in two cases with extrapleural pneumolysis, and in the remaining cases with pleurectomy. Three patients were men, aged 32, 37 and 35 respectively. The fourth was a woman 27 years old. All were nontuberculous, all in very poor general condition, with the disease having been running for one to four months. Rib resection alone failed to bring about

cure, though thoracoplasty quickly ended the trouble. In the first two cases the operation was performed in two stages, and extrapleural pneumolysis was highly successful. In the third and the fourth cases the pleura was one to 2 centimetres thick, and pleurectomy - visceral as well as parietal - was necessary. All cases required repeated blood transfusion, while infection was treated with penicillin or streptomycin, or both.

(Three references)

ต้นไม้อัดทางมีเงา ปราศจากงู งอกงามดี ให้ผลอันดี ผู้มีวิชาดี  
กว้างใหญ่ย่อมเกิดมา. เพื่อความเจริญแห่งคนอื่น ฉะนั้น

สุภะไตรตันภัณฑาคาร

# บทความพิเศษ

## ความต้องการโปรตีน

สนอง อุณาภูล

พ. ด.

(แผนกสรีรวิทยา)

สารคดีวิรัช ฌชัยเดโชน พุศศิจิกายน ๒๔๕๓ ได้ตีพิมพ์บทความวิชาการเรื่อง “โปรตีนในการรักษา”, ซึ่งข้าพเจ้า เห็นว่าน่าสนใจมาก, ประกอบกับเป็นเรื่อง ในสาขาวิชาที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษาอยู่, จึงเขียนบทความนี้ส่งมาเพื่อเพิ่มเติมและ สนับสนุนเล็กน้อย, โดยหวังว่าจะเกิด ประโยชน์บ้าง.

ทุกคนคงทราบกันดีแล้วว่าส่วนประกอบส่วนใหญ่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เรา, ตลอดจนกระทั่งเม็ดเลือดและน้ำ เลือด (พลาสมา) นั้นคือโปรตีน. อาหารประเภทโปรตีนและพิวรีน, ซึ่ง มักจะเรียกรวมกันไประยะ “นิวคลีโอโปรตีน,” เป็นตัวสำคัญในการสร้างเนื้อ หนึ่ง. ส่วนอาหารประเภทคาร์โบไฮ

เดรตและไขมัน เป็นแต่เพียงเชื้อเพลิงและ สะเปียงกรังที่ให้ความร้อนและพลังงาน แก่ร่างกายเท่านั้น, ไม่ได้สร้างเนื้อด้วย. อย่างไรก็ตาม, เราคงถือว่าอาหารแต่ละ อย่างต่างก็มีความสำคัญต่อร่างกายทั้ง สัน, เสมือนหนึ่งมือและเท้ายากที่จะตัดสินว่าอย่างไหนสำคัญกว่า. ถ้าหากร่างกายขาดคาร์โบไฮเดรตและไขมันร่างกาย ก็จำเป็นต้องเอาโปรตีนไปใช้แทนในการทำให้เกิดความอบอุ่นแก่ร่างกาย, เพราะ ฉะนั้นอาจจะไม่เหลือพอสำหรับไปสร้างเนื้อ หนึ่งก็ได้. เชื่อกันว่าอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตก็, โปรตีนก็, สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงเป็นไขมันได้ในร่างกาย, และในทำนองเดียวกันอาหารประเภทไขมันและโปรตีนก็สามารถเปลี่ยนแปลง

(\*) ในปัจจุบันกำลังศึกษาเพิ่มเติมในวิชาชีวเคมีมหาวิทยาลัยมินเนโซต้า

เป็นคาร์โบไฮเดรตได้; แต่ทว่าทั้งคาร์โบไฮเดรตและไขมันหาสามารถเปลี่ยนให้เป็นโปรตีนได้ไม่. เพราะฉะนั้น, ถ้าจะเลี้ยงกันในแง่แล้ว, ก็คงไม่เป็นปัญหาที่จะพบว่าโปรตีนเป็นอาหารที่สำคัญและจำเป็นต่อร่างกายยิ่งกว่าอาหารประเภทอื่น ๆ. อนึ่ง, เราจำเป็นต้องกินโปรตีนทุกวัน, เพราะถึงแม้ร่างกายสามารถสะสมคาร์โบไฮเดรตในรูปของไกลโคเจนเก็บไว้ได้ทันทีและตามกล้ามเนื้อ, สะสมไขมันไว้ได้ตามที่ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย แต่สำหรับโปรตีนร่างกายจำต้องได้มาและใช้ไปหมดในวันหนึ่ง ๆ, โดยไม่มีการสะสมไว้, นอกจากมีในส่วนเนื้อหนังซึ่งจะเรียกว่าเป็นการสะสมยอมไม่ได้.

อนุที่เล็กที่สุดของโปรตีนคือกรดอะมิโน, ซึ่งร่างกายดูดซึมจากลำไส้เล็กเข้าไปใช้สำหรับสร้างและซ่อมแซมเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย, ตลอดจนสร้างฮอร์โมนและเอ็นไซม์ทุกชนิด, แม้กระทั่งน้ำมัน, เอ็น, ขน, ผมและเล็บ ฯลฯ. ในปัจจุบันนี้เชื่อว่ามีการกรดอะมิโนชนิดที่จำเป็นต่อร่างกาย, และซึ่งร่างกายจะขาดเสียมิได้กับทั้งร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ได้อยู่ ๑๐ ชนิด. ศาสตราจารย์เควิด

กลัดแห่งมหาวิทยาลัยมินเนโซต้าได้แนะนำวิธีจำที่มาก, ซึ่งยังไม่ได้ตีพิมพ์ในหนังสือตำราใด, ดังนั้นคือ Any Help In Learning Ten Little Molecules Proves Truly Valuable ซึ่งข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นถ้อยคำที่อธิบายของขงสละสลวยดีมากสำหรับช่วยความจำของนักเรียน. (\*\*\*) มีข้อที่น่าสังเกตคือกรดอะมิโนที่จำเป็นเหล่านี้มีความสำคัญไม่แตกต่างกันไปกว่าวิตามินเลย. เพราะอาร์จินีน อย่างเคียวเท่านั้นในสิบชนิดนี้ที่มีความสำคัญน้อยกว่าเพื่อน, คือเมื่อขาดไปจะไม่ถึงกับทำให้คนและสัตว์ทดลองต้องถึงแก่ความตาย, เพียงแต่การเคียวโตหยุดชะงัก, และตัวเซอัสยพันซ์ลดจำนวนลงและไม่ใคร่แข็งแรง, อันเป็นเหตุให้ผู้ชายเป็นหมันได้. เขาเปรียบเทียบกรดอะมิโนที่จำเป็นเหล่านี้เสมือนแผ่นอิฐที่จะสร้างตึก. ด้ยจำเป็นจะต้องมีการกรดอะมิโนครบทั้ง ๕ ชนิด (ยกเว้นอาร์จินีน), จึงจะสามารถสร้างโปรตีนขึ้นได้สำเร็จ. ถ้าแม้ขาดเพียงอย่างหนึ่งอย่างใด, การสร้างนั้นก็ไร้ผล.

การขาดโปรตีนเป็นเรื่องที่พบบ่อยๆ ในกองทหารระหว่างทำการรบ, ในหมู่

(\*\*) A=Arginine; H=Histidin; I=Isoleucine; L=Leucine; T=Threonine; L=Lysine; M=Methionine; P=Phenylalanine; T=Tryptophane; V=Valine.

คนยากจน, และในหมู่คนมั่งมีที่ยังมีความเชื่อองมงายในเรื่องของแสงที่มีได้รักษาโรคภัยโดยทางแพทย์. ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์เป็นเหตุอันตรายแก่ชีวิตและสุขภาพอย่างน่าเสียดายยิ่ง.

เมไฮโอนินเป็นกรดอะมิโนชนิดหนึ่งซึ่งมีความสำคัญมากเป็นพิเศษในการป้องกันและรักษาโรคตับ มีมันจก แน่น (แฟตคิลเวอร์). เกี่ยวกับเรื่องนี้มีขอที่ควรสังเกตอย่างหนึ่งคือตับของคนที่ขาดอาหารโปรตีนจะเกิดความพิการขึ้นได้ง่ายมาก. ในการทดลองพบว่าถ้าให้สุนัขที่ขาดโปรตีนคมโคลโรฟอร์มเพียง ๑๕-๒๐ นาทีเท่านั้นก็อาจทำให้มันตายได้แล้ว, ส่วนสุนัขปกติแม้จะคมโคลโรฟอร์มอยู่นานถึง ๕๐ นาทีก็ยังไม่เป็นไร. เพราะฉะนั้นในคนที่ เป็นโรคเกี่ยวกับตับ, เช่นตับอักเสบและตับแข็ง, จึงมักนิยมให้กินโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น, ส่วนไขมันให้ลดลง.

การสร้างแกมมา-โกลีบิวลิน, ซึ่งจัดว่าเป็นตัวป้องกันของร่างกาย (แอนติบอดี) ก็จำเป็นต้องอาศัยโปรตีน. เพราะฉะนั้นคนที่อดอาหาร, หรือกินอาหารไม่ได้ส่วน, ความต้านทานของ

ร่างกายจึงลดต่ำ, ทำให้เป็นหวัด, เป็นแผล, เป็นไข้และติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย. กรดอะมิโนบางอย่าง, เช่นกลัยซีน, กลูตามีน, ซีสเทอีน, ฮอรัอินและเมไฮโอนินจัดได้ว่าเป็นหน่วยย่อยกันของร่างกายอีกประเภทหนึ่ง. ในรายที่ร่างกายได้รัยวัตถุพิษ, เช่นเกลือเป็นโซเดียม, ตับจะทำลายพิษโดยจับรวมกับกลัยซีน, กลายเป็นกรดชิปีวริก, ซึ่งมีพิษน้อย, แล้วขับออกมาทางปัสสาวะ. ชีอนินเป็นรากฐานของวิธีทดสอบสมรรถภาพของตับวิธีหนึ่ง (คูสารศิริราช, ธ.ศ. ๒๔๕๓, หน้า ๖๑๒-๖๑๘).

มีข้อที่ควรสังวรระวังอีกข้อหนึ่ง, คือผู้ช่วยที่นอนอยู่นาน ๆ อาจมีकुสัยในโคโรเงิน (ในโคโรเงินอีกวิดิเบรียม) ผิดปกติ, โดยที่กล้ามเนื้อไม่ได้ทำงานและเกิดความชยทรมาม (อะโทรฟี) ขึ้น, และสารในโคโรเงินถูกขับออกมาทางปัสสาวะ. ผู้ช่วยเช่นนี้จำเป็นต้องได้รับอาหารโปรตีนมากกว่าคนธรรมดา. ในคนแก่, ร่างกายต้องการปริมาณของอาหารน้อยกว่าคนหนุ่มสาว, แต่ยังคงต้องการโปรตีนมากอยู่เช่นเดิม; ส่วนที่ลดคือคาร์โบไฮเดรตและไขมันเท่านั้น. ในการรักษาเพื่อลด

น้ำหนักคนอ้วนเกินปรกติ, อาจต้องลดจำนวนคาร์โบไฮเดรตในอาหารลงเหลือเพียงหนึ่งในสาม, และไขมันอาจทยอยที่เดียว, แต่ปริมาณของโปรตีนจำต้องให้คงเดิม.

ในการรักษาโรคที่เกี่ยวกับการขาดโปรตีน, กงรคิกคำนวณจำนวนโปรตีนที่ควรใช้ต้องทำโดยละเอียด, มิใช่ทำงานๆ หรือโดยผิวเผิน. ขอยกตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยที่มีโปรตีนในเลือดต่ำ. สมมติว่าเราตรวจพบว่าผู้ป่วยมีโปรตีนในเลือด ๔ กรัมเปอร์เซ็นต์. ต้องการทราบว่าถ้าจะรักษาให้ผู้ป่วยกลับมีสภาพปรกติภายในเวลาหนึ่งเดือน, จะต้องให้กินเนื้อวัววันละเท่าใด. หลักในการคิดคำนวณมีดังต่อไปนี้:

๑. ในคนปรกติ, น้ำเลือด (พลาสมา) มีอยู่ ๕ เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัว. สมมติว่าผู้ป่วยหนัก ๕ กก. เพราะฉะนั้นส่วนน้ำเลือดคงเป็น  $\frac{๕}{๑๐๐} \times ๕๕ = ๒.๗๕$  กก.. คิดคร่าว ๆ ว่าเป็น ๒๗๕๐ ล.ซม.

๒. คนปรกติมีโปรตีนในน้ำเลือกรวม ๗ กรัมเปอร์เซ็นต์. เพราะฉะนั้นในรายนี้ (ซึ่งมีโปรตีนเพียง ๔ กรัม

เปอร์เซ็นต์) ขาดโปรตีนในเลือดไป  $\frac{๓}{๑๐๐} \times ๒๗๕๐ = ๘๒.๕$  กรัม.

๓. ใต้มีการพิสูจน์ว่า, หากโปรตีนอื่นในเลือดลดลงไปหนึ่งกรัมเปอร์เซ็นต์, ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายจะมีโปรตีนน้อยลงไป ๓๐ กรัม. เพราะฉะนั้นในรายนี้ร่างกายส่วนอื่น ๆ ขาดโปรตีนไปรวม  $๘๒.๕ \times ๓๐ = ๒๔๗๕$  กรัม.

๔. รวมโปรตีนที่ร่างกายขาดไปทั้งสิ้น  $๒๔๗๕ + ๘๒.๕ = ๒๕๕๗.๕$  กรัม.

๕. ในคนปรกติ, ร่างกายต้องใช้โปรตีนในการซ่อมแซมความสึกหรอเป็นประจำ, เฉลี่ยวันละ ๒๕ กรัม. เพราะฉะนั้นในระหว่าง ๓๐ วันที่จะทำการรักษา, จะต้องให้โปรตีนสำหรับการนี้  $๓๐ \times ๒๕ = ๗๕๐$  กรัม.

๖. รวมโปรตีนซึ่งจำเป็นต้องให้แก่คนไข้คนนี้ในเวลาหนึ่งเดือน  $๒๕๕๗.๕ + ๗๕๐ = ๓๓๐๗.๕$  กรัม.

๗. เพราะฉะนั้นในหนึ่งวันต้องให้  $๓๓๐๗.๕ \div ๓๐ = ๑๑๐.๒๕$  กรัม. จำนวนนี้หมายถึงโปรตีนที่คดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตแล้วและร่างกายใช้ได้. ถ้าหากเป็นโปรตีนที่ให้อิน, ต้องถือหลักว่าควรรักษาของเท่าของจำนวนที่ต้องการ, เพื่อ

ชดเชยการสูญเสียไปในลำไส้ระหว่างการย่อยและดูดซึม. เพราะฉะนั้นตามหลักผู้ช่วยของเรา ควรได้กินโปรตีนวันละ ๒๒๐.๕ กรัม.

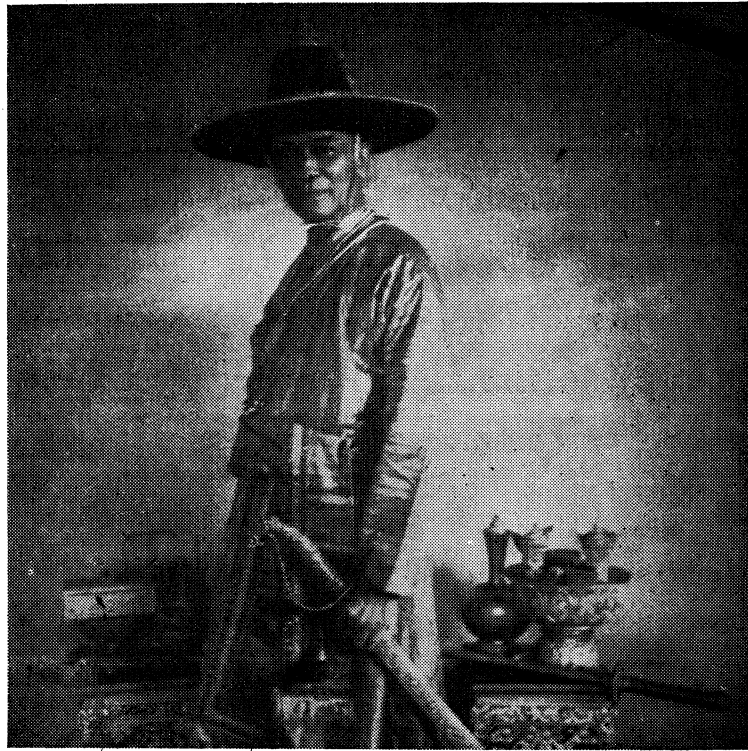
๘. ถ้าจะให้ผู้ช่วยกินเนอวู, ต้องไม่ลืมว่าเนอวูมีโปรตีนเพียงประมาณ ๒๕ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น. เพราะฉะนั้นในหนึ่งวันผู้ช่วยจะต้องกินเนอวู  $220.5 \times \frac{100}{25} = 882$  กรัม.

ในสมัยปัจจุบันนี้, วงการแพทย์ในอเมริกาคำนึงถึงความสำคัญของโปรตีนต่อร่างกายมาก. โดยเฉพาะศิษย์แพทย์นึกถึงเรื่องนเสมือในการผ่าตัดใหญ่. โดยมากผู้ช่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดมักมีร่างกายทรุดโทรมและคุลย์ในโตรเงินไม่ปรกติ แพทย์ทุกรายจำต้องให้ยารักษาบำรุงให้แข็งแรง

และทนทานต่อการผ่าตัดได้เสียก่อน. เขามักใช้การฉีดโปรตีนฮัยโตรลีสเสต, ในขนาด ๔๔ ถึง ๒๒๐ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๗๐ กก. (น้ำหนักฝรั่ง), ต่อวัน, โดยให้ล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัด ๑ ถึง ๒ สัปดาห์. ต่อปรากฏผลว่าผู้ช่วยแข็งแรง กระชุ่มกระชวยขึ้น, เม็ดเลือดเพิ่มจำนวน, น้ำหนักตัวมากขึ้นและคุลย์ในโตรเงิน, ปรกติ, จึงจะลงมือทำการผ่าตัด. หลังจากผ่าตัดแล้ว, ก็ยังให้โปรตีนฮัยโตรลีสเสตต่อไปอีก. โดยการปฏิบัติดังกล่าวนี้ปรากฏว่าอัตราการตายของผู้ช่วยผ่าตัดใหญ่ได้ลดลงไปเป็นอย่างมาก, นับว่าเป็นความก้าวหน้าก้าวหน้าใหม่ในวงการศัลยกรรม ซึ่งอาศัยหลักความรู้ทางสรีรวิทยาและสรีรเคมีเข้าช่วย.

ความเป็นไปของคนใจเด็ด มีคติเป็นสองสถาน เสมือนช่อดอกไม้  
สำหรับชนทั้งปวงประดับศิระ หรือมีฉนวนกั้นโอรมแห่งอยู่ในป่า.

นิติศตกะ



## บทบรรณาธิการ

ศิริราชกำจรด

ข่าวการสิ้นพระชนม์ของพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระชินนารถเรนทร, ผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์, ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน, เป็นที่สลดใจของประชาชนชาวไทยทั่ว ๆ ไปมากเพียงใด, ย่อมเป็นที่สะท้อนใจของเหล่าชาวศิริราชมากกว่านั้นอีกหลายเท่า, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ศิษย์เก่ารุ่นอาวุโสซึ่งได้มีโอกาส

พบเห็นการบำเพ็ญของพระองค์ท่านเพื่อสถานศึกษาแห่งตนด้วยตนเอง. แม้ผู้ที่่างเข้าสู่ศิริราชในสมัยหลัง, หากได้ทราบซึ่งในพระกรณียกิจแห่งพระองค์, ก็ย่อมจะอดมิได้ที่จะยังเกิดความรู้สึกว่าศิริราชได้สูญเสียพระผู้ทรงพระคุณยิ่งไปเสียแล้วอีกพระองค์หนึ่ง. พระคุณของพระองค์ท่านมีอยู่แก่โรงเรียนแพทย์, โรงเรียน

นางพยาบาล, และโรงพยาบาลมากมาย  
เพียงใด, ได้เคยเผยไว้แล้วในหน้ากระ  
ดาษของหนังสือ (1). ในวาระที่พระองค์  
เสด็จจากไปอย่างไม่กลับ, เห็นเป็นการ  
สมควรที่จะรอฟนพระคุณของ พระองค์ขึ้น  
มากล่าวอ้างอีกครั้งหนึ่งโดยสังเขป, เพื่อ  
เป็นการ ถวาย ความอาลัยและ สำนอง พระ  
เดชพระคุณตามสมควร.

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระชินนาท  
นเรนทร, พระนามเดิมพระองค์เจ้ารังสิต  
ประยูรศักดิ์, เป็นพระราชโอรสพระองค์  
ที่ ๕๒ ในพระบาทสมเด็จพระจุลจอม  
เกล้าเจ้าอยู่หัว, และเจ้าจอมมารดาหม่อม  
ราชวงศ์หญิงเนื่อง (สนิทวงศ์), ประสูติ  
เมื่อวันพฤหัสบดี, เดือน ๑๒ ขึ้น ๖ ค่ำ,  
พระกา, ทรงกษัตริย์ ๑๒ พฤศจิกายน  
พ.ศ. ๒๔๒๘. โดยที่พระมารดาได้ถึง  
แก่อนิจกรรมตั้งแต่พระองค์ทรงพระเยาว์,  
สมเด็จพระนางเจ้าสว่างวัฒนา, พระพันวัส  
สาอัยิกาเจ้าในปัจจุบัน, ได้ทรงเฝ้าอุปการะ  
พระอนุเคราะห์ตลอดมา, เป็นเหตุให้ได้  
ทรงสนิทชิดเชื้อกับสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล—  
ธกุลยศ, สมเด็จพระราชบิดาใน

รัชกาลปัจจุบัน, ซึ่งยังผลใหญ่หลวงใน  
กาลภายหลัง (2). เมื่อทรงเจริญวัยพอสมควร  
ได้เสด็จไปศึกษาวิชาเบื้องต้นใน  
ประเทศอังกฤษ, แล้วต่อมาย้ายไป  
ประเทศเยอรมนี. พระองค์มีพระประสงค์  
ที่จะทรงศึกษาวิชาแพทย์, แต่สมเด็จพระ  
พุทธเจ้าหลวงทรงแย้งว่าไม่เหมาะสมกับ  
พระฐานันดรศักดิ์, ความเป็นความเห็นสม  
มุข, คงจะทรงปฏิบัติวิชาซึ่งไม่ได้ผล,  
พระองค์จึงทรงเปลี่ยนเป็นวิชาการศึกษา,  
โดยทรงเพ่งเล็งถึงประโยชน์ที่จะเกิดจาก  
การอบรมวิชาความรู้แก่กุลบุตรเป็นส่วนใหญ่.  
สมเด็จพระพุทธเจ้าหลวงทรงสนชม  
เป็นอันมากในการคัดเลือกพระทัยคังนั้น,  
พระราชทานลาพระราชหัตถ์ไปว่าทรงยินดี  
ที่พระองค์เลือกงานที่ทำประโยชน์มาก  
แต่มีการยกย่องน้อย. โดยที่ยังทรงรัก  
วิชาแพทย์อยู่, เมื่อได้เข้าทรงศึกษาใน  
มหาวิทยาลัยไฮเติลแบร์กจึงได้ทรงติดคอ  
ขอเรียนวิชาวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับวิชา  
แพทย์ใน สำนักศาสตราจารย์ทมชอเสียง  
หลายท่าน, ทำให้พระองค์ทรงมีความรู้  
รากฐานอันเป็นประโยชน์โดยตรงต่อพระ  
ภาระในภายหลัง.

(1) "เสด็จในกรม ฯ" สารศิริราช, มีนาคม ๒๔๕๓, หน้า ๑๓๘-๑๔๘.

(2) พระนิพนธ์ประทานสารศิริราช ฉบับพิเศษฉลองหกสิบปีศิริราช, พฤษภาคม ๒๔๕๓.

เมื่อเสด็จ กลับจาก การ ศึกษา ก็ได้  
เข้ารับราชการในตำแหน่งผู้ช่วยปลัดทูล  
ฉลองกระทรวงธรรมการ, ทรงมีหน้าที่  
พิเศษเป็นผู้ ตรวจ การ โรงเรียนฝึกหัดครู  
และโรงเรียนราชแพทยาลัยด้วย. ทั้งนี้  
นับว่าเป็นการสมพระประสงค์ทั้งในด้านการ  
ศึกษาและด้านวิชาแพทย์, และเป็นการ  
นำพระองค์ เข้าคลุกคลี กับ ศิริราช ตั้งแต่  
เริ่มทรงปฏิบัติราชการ. ต่อมาใน พ.ศ.  
๒๔๕๘ พระองค์ได้ทรงรับตำแหน่งผู้  
บัญชาการราชแพทยาลัย, อันเป็น  
ตำแหน่งชั้นใหม่, มีอำนาจสูงสุดใน  
การกิจการ เกี่ยวกับ โรงเรียน แพทย์ และ  
โรงพยาบาล, เป็นโอกาสให้พระองค์ได้  
ทรงปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ได้ตามที่  
ทรงเห็นชอบ. อย่างไรก็ตาม, มหาสงคราม  
ที่ยังเกิดขึ้นใน เวลาใกล้ เคียงกัน นั้น เป็น  
อุปสรรคสำคัญมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
ยังทำความ สัมผัสให้แก่โครงการของ  
พระองค์ที่จะเสาะหายุคคณาจารย์  
จากยุโรปและอเมริกาเข้ามา ทำการ สอน  
ในโรงเรียนแพทย์, แทนอาจารย์ในขณะ  
นั้นซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้ปฏิบัติวิชาชีพ  
ทั่วไป. สมควรบันทึกไว้ว่าพระองค์ทรง  
เป็นผู้ริเริ่มในการติดต่อกับร็อคกีเฟลเลอร์

มูลนิธิ, เกี่ยวกับการขอรับให้เขาช่วย  
จัดหาอาจารย์, ดังกล่าวนี้, ซึ่งเป็นต้น  
เหตุความสัมพันธ์, อันสมเด็จพระราช  
บิดา, กรมหลวงสงขลานครินทร์, ได้ทรง  
ปฏิบัติต่อมาจนยังเกิดผลงดงามใหญ่หลวง  
ต่อโรงเรียน แพทย์ และ การ สาธารณ สุข  
ของประเทศ, ตามที่ทราบกันอยู่แล้ว. การ  
ที่สมเด็จพระราชบิดาได้ทรง เปลี่ยนพระทัย  
จากการทหาสนใจในการแพทย์ก็เนื่อง  
ผลการปฏิบัติของเสด็จในกรม, ซึ่งทรง  
ปรารถนาที่จะได้อาศัยอิทธิพลของ สมเด็จ  
เจ้าฟ้าเจ้ามาช่วยเขียนฐานะของโรงเรียน  
แพทย์ให้สูงขึ้น (๒), เป็นนโยบายที่ยังผล  
มหาศาล, เกินความคาดหมายเป็นอัน  
มาก.

นอกจากที่เกี่ยวกับสมเด็จพระราชบิดา  
และร็อคกีเฟลเลอร์มูลนิธิ, พระภารกิจ  
ที่น่าจะยกย่องว่า สำคัญและมี ประโยชน์  
ใหญ่หลวง คือการ เปลี่ยนแปลง หลักสูตร  
วิชาแพทย์, ซึ่งได้ทรงส่งเสริมการสอน  
วิทยาศาสตร์ แพทย์ให้เด่น จิ่งจิ่ง ขึ้น มา,  
โดยการจัดหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะวิชาเข้า  
มาเป็นอาจารย์; ทรงตัดเวลาเรียนแพทย์  
แผนโบราณออก, เพราะทรงเห็นว่าไม่ได้  
ประโยชน์จริงจัง, และใส่วิทยาศาสตร์เข้า

แทน, และได้เพิ่มเวลาเรียนแพทย์จาก สิบ ชม เป็น ห้า, และ ทบทวน คำสำคัญ, การเปลี่ยนแปลง เหล่า นี้ มี ผล สำคัญ ยิ่ง เกี่ยวกับการเตรียม โรงเรียนและ นักเรียนของเรา ให้ อยู่ใน สถานะ สูง พอ สมควร ที่จะ รับความช่วยเหลือจาก รัฐบาล เพื่อ เลือกรวม ทุน ทุน ใน ภาย หลัง. พด สัน ๆ ว่า พระองค์ ได้ ทรง เริ่ม งาน จริง จึง ที่ เปลี่ยน การ เรียน แพทย์ ของ เรา จาก ครั้ง ๆ กลาง ๆ ระหว่าง แผนโบราณ กับ แผนใหม่ ให้ เป็น แผน ชัย ชัย น อย่าง แท้จริง, ซึ่ง มี วิทยาศาสตร์ เป็น ราก ฐาน. พระ ภารกิจ ประการ ที่ สอง ที่ ควร กล่าว ถึง, คือ การ ที่ ทรง จัด ให้ มี การ สอน วิชา ประ ยา ชัย ใน โรง พยาบาล ศิริ ราช, นับ ว่า พระองค์ เป็น ผู้ ประทาน กำเนิด แก่ เกส ศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ ใน ประเทศไทย อย่าง แท้จริง. (2,3) ประการ ที่ สาม, ซึ่ง เป็น พระ ภารกิจ ที่ มิ คุ้ม ไม่ ค่อย มี ผู้ ทราบ, ทั้ง ๆ ที่ มีความ สำคัญ ไม่น้อย และมี ผล กว้าง ขวาง มาก, คือ การ ปรับปรุง เกี่ยวกับการ เรียน วิชา พยาบาล และ การ ประกอบ วิชา ชี พ น. ใน คำน วิชา การ, พระ องค์ ได้ ทรง สน พระ ทย์ แก่ ไข หลั ก สุต ร และ การ สอน หลาย อย่าง ซึ่ง ทำให้ ความ มี รั ส ชัย. (4) ข้อ ปรับปรุง ที่ สำคัญ ยิ่ง ประการ หนึ่ง ซึ่ง สำเร็จ ได้ ด้วยการ

ทรง ฝึ ก อบรม และ การ รั บ ฝึ ก ซอ ย อย่าง มาก คือ การ ที่ ทรง จัด ให้ นาง พยาบาล, ซึ่ง แต่ ก่อน นั้น ให้ พยาบาล แต่ละ คน ไข หู หนึ่ง, ให้ พยาบาล คน ไข ซาย ทั่ว. สำหรับ รั ส ชัย น ย่อม เห็น การ จัด ตั้ง นี้ เป็น ของ ธรรมดา, แต่ ใน สมิ ย นัน มี ความ ยาก ลำบาก หลาย ประ การ ที่ จัด ได้ ทั่ว ทั่ว อา คัย พระ ฐานัน ทร คัก กิ และ พระ ปรี ชา สามารถ ทำ นั้น. การ จัด ซอน สำ เร็จ เป็น ซอ ท ทรง พอ พระ ฤ ฤ ติ ย อยู่ เสมอ, และ ทรง ขรร ขาย ไข อย่าง ละ เอียด ใน พระ นิ พน ธิ ที่ อ่าง แล่ว. (2) นอกจาก พระ ฤ ฤ ติ ย กิจ ทั้ง สาม ประ การ นี้, ซึ่ง เป็น ราก ฐาน ของ ความ เจริญ ก้าว หน้า ของ การ แพทย์ แห่ง ประเทศ อย่าง แท้จริง, ยัง มี การ ปฏิ บั ติ ของ พระ องค์ อีก หลาย ประ การ, ซึ่ง ส่ง เสริม โรง เรียน แพทย์, โรง เรียน พยาบาล, และ โรง เรียน ประ ยา ให คำน เนิน เข้าสู่ สถานะ ที่ มั่น คง ใน เวลา ต่อ มา. ข้อ หนึ่ง ที่ เสด็จ ใน กรม เอง ทรง กล่าว ถึง เสมอ ๆ คือ วิ ธี การ ที่ พระ องค์ ได้ ทรง ใ ช้ เพื่อ ปลุก ความ นิยม ใน วิชา ชี พ แพทย์ และ พยาบาล. ก่อน สมิ ย ของ พระ องค์ คน วิชา พยาบาล เป็น ที่ ถู ก ของ คน ส่วน มาก, เห็น เช่น อา ชี พ ของ คน รั ย ใ ช้, วิชา แพทย์ ก็ ถู ก เหยียด ว่า เป็น วิชา ของ คน ครี และ สก ปร ก โส ม ม. วิชา

(3) สมุดที่ระลึกสามสิบหกปีแห่งคณะเภสัชศาสตร์ ๒ มิถุนายน ๒๔๘๒.  
 (4) นางพิณพาทย์พิทโธเกท. สารศิริราชฉบับพิเศษฉลองหกสิบปีศิริราช พ.ศ. ๒๔๘๓.

ทั้งสองจึงหาผู้สมัครเข้าเรียนได้ยาก. เสด็จในกรมฯได้ใช้พระวิริยะอุสาหะคอยชี้แจงประโยชน์และความสำคัญของวิชาพยาบาล, และยกย่องให้เห็นแก่การกุศลของวิชาชีพนั้น, ชักชวนให้ท่านผู้ลากมากดี, แม้กระทั่งเจ้านาย, ส่งลูกหลานและคนในปกครองมาเข้าเรียน, ซึ่งเห็นตัวอย่างให้ผู้อื่นเลื่อมใส ความคิดไม่คิดแต่เดิมเสีย. ในบ้านส่งเสริมนักเรียนแพทย์พระองค์ใดที่ทรงดำเนินนโยบายอย่างเฉียบแหลม. พระองค์เองปฏิบัติพระภารกิจในโรงพยาบาลอย่างไม่ทรงรังเกียจใดๆ, แม้กระทั่งทอดพระเนตรการตรวจศพ, ทรงชักชวนคนชั้นสูงและมีวิชาความรู้ดีให้มาเรียนแพทย์, โดยมีข้อจูงใจต่างๆ, และยังได้ทรงชักจูงแม้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวให้ทรงนิยมโรงเรียนแพทย์และนักเรียนแพทย์, เช่นโดยการทรงรับ "กรมแพทย์เสื่อข้าราชการหลวง" เข้าไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์และทรงแสดงละครเกี่ยวเงินบำรุงโรงเรียนแพทย์เป็นต้น.

เมื่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงตั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๖๐, ทรงเห็นว่าไม่มีผู้ใดเหมาะกว่าเสด็จในกรมฯสำหรับตำแหน่ง

ผู้นำในสถานศึกษาชั้นสูงที่คงชนใหม่ขึ้น จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เสด็จไปดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมมหาวิทยาลัย, ในกระทรวงธรรมการ, เป็นประเดิม. ในการวางนโยบายสร้างเสริมมหาวิทยาลัยบนเสด็จในกรมฯทรงมีความเห็นส่วนพระองค์ไปในทางปฏิบัติให้ได้ประโยชน์จริงจึงมากกว่าในทางความสง่าหรูหรา, ซึ่งยังเผชิญขัดแย้งกับความเห็นของผู้อาวุโสบางท่าน (๒). พอดีมีการจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงมหาดไทยใน พ.ศ. ๒๔๖๑, พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระดำริเห็นว่าเสด็จในกรมฯทรงมีลูกศิษย์ลูกหาเป็นแพทย์อยู่เป็นอันมาก, คงจะทรงบำเพ็ญประโยชน์ในด้านนั้นได้มากกว่า, จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ทรงย้ายไปรับหน้าที่อธิบดีกรมสาธารณสุข. นับว่ากรมนี้เป็นกรมที่สองซึ่งเสด็จในกรมฯได้ทรงดำรงตำแหน่งอธิบดีคนแรก.

แม้ว่าในตอนหลังนี้เสด็จในกรมฯจะทรงมีพระภาระอยู่นอกวงการของศิริราช, แต่พระองค์หาได้ทรงละเลยสถานที่จะได้เคยทรงพระกรุณาและอุปถัมภ์มาตั้งแต่ต้นไม่. พระองค์สนพระทัยส่งเสริมด้วยประการต่างๆ อยู่ตลอดมา. บรรดาแพทย์, เภสัช

กรและพยาบาลที่ใดก็ตาม วิชา ระหว่าง ที่พระ  
องค์ดำรง ตำแหน่งที่ ศิริราชก็ ทรง ถือว่า  
เป็นศิษย์, และทรงติดตามความเจริญ  
ก้าวหน้าอยู่เสมอ. เคยทรงรับสั่งว่ารู้สึก  
ว่าศิริราชเป็นประหนึ่งลูกคนหนึ่ง, และ  
พวกศิษย์ ศิริราชก็เหมือน กับเป็น ลูกของ  
ศิริราช, ความสนพระทัย, การปฏิบัติ  
อย่างกันเอง, และการทรงวางพระองค์  
สนิทสนมกับบรรดา ชาวศิริราช ที่พระองค์  
ท่านทรงรู้จัก, เป็นความจริงซึ่งทุก ๆ คน  
ยืนยันอยู่เสมอมา, เช่นเคยกับการทรง  
พระทัยทนบำรุงและปรับปรุงการศึกษาต่าง  
ต่าง ๆ ในโรงเรียนและโรงพยาบาล. (1)  
สังเกตได้ว่าเสด็จในกรมฯ มิได้ทรงถือว่า  
ศิริราช เป็น เพียงบรรดาคนหนึ่งซึ่งได้ทรง  
อาศัยก้าวผ่านขึ้นไปสู่ขั้นสูงต่อไป. เมื่อ  
พระองค์ผ่านเข้ามาในศิริราชก็ถือพระองค์  
เป็นส่วนหนึ่งของศิริราชด้วย. แม้จะทรงผ่าน  
เลยไปแล้ว, ความรู้สึกเพื่อศิริราชก็ยัง  
คงฝังอยู่ในพระทัยนั่นเอง.

ครั้งสุดท้ายที่เสด็จในกรมฯปรากฏพระ  
องค์ใน ศิริราช ต่อหน้า ชาว คณะ จำนวน  
มากหลายคือในพระราชพิธีเปิดงานฉลอง  
หกสิบปี ๆ และเปิดพระรปอนุสาวรีย์สมเด็จพระ  
เจ้าพระราชบิดาเมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน

๒๔๕๓. ระหว่างที่พระบาทสมเด็จพระเจ้า  
อยู่หัวเสด็จพระราช ดำเนินทอด พระเนตร  
การแสดงต่าง ๆ, เสด็จในกรมฯ มิได้โดย  
เสด็จพระราชดำเนินด้วย, เพราะทรงถูก  
ห้อมล้อมโดยบรรดาศิษย์ของพระองค์ท่าน  
ซึ่งมีทั้งแพทย์, พยาบาลและเภสัชกร,  
ล้วนแต่เจริญด้วยวัยวุฒิ, จับกลุ่มใหญ่  
อยู่ใกล้ทางเข้านั่นเอง. พระองค์ทรงพัก  
ทายทิวทัศน์อย่างกันเอง, ทรงสรวลเส  
เฮฮาโดยไม่ถือพระองค์. พระพักตร์แจ่มใส  
ด้วยอารมณ์ดีอันเหลือ. พระองค์คง  
ทรง รู้สึกเสมือนหนึ่งได้กลับคืนเข้าสู่บ้าน  
เก่าที่เคยรัก, และสูดกลิ่นลูกหลานที่ทรง  
เอ็นดูอย่างแท้จริง.

ในสมัยนี้, ซึ่งมนุษย์คิดถึงตัวเป็น  
ใหญ่, การเสียสละเพื่ออุดมคติเป็นการ  
หายากขึ้นทุก ๆ วัน. การที่เสด็จในกรมฯ  
ได้ทรงบำเพ็ญเพื่อความเจริญของศิริราช,  
มิเพียง แต่ได้ปฏิบัติ ราชกิจไปตามหน้าที่,  
หากแต่ทรง คร่ำคว้านงหา ช่องทาง หลาย  
หลากที่จะปรับปรุงและจัดอุปสรรคโดย  
ไม่หยุทหยุอน, และทรงดำเนินการโดย  
ทุกวิถีทาง, แม้ด้วยการเสี่ยงความเชื่อ  
ถือและอธิธิพลส่วนพระองค์, เพื่อให้การ  
สำเร็จไปถึงความมุ่งหมาย, ค่อนข้างเป็น

ตัวอย่างการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสำนึกสูง, ด้วยความเสียสละเพื่อออกมคคืออย่างแท้จริง. เมื่อผู้เขียนคนเดียวกันนั้นยกพระกรณียกิจในบทความ “ศิริราชระลึก”, เมื่อหนึ่งมาแล้ว, รู้สึกมีความลำบากใจเป็นอย่างมากที่ของระมิตระวังถ้อยคำมิให้ล่วงล้ำไปในทางที่จะถูกกล่าวหาว่าเหยียด; แต่บัดนี้, เมื่อพระองค์สถิตอยู่สูงพ้นจากพายุแห่งการติชมทั้งปวงแล้ว, ก็ใครจะเปรียบเทียบกับ, ในเมื่อสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวงได้ทรงพระราชทานกำเนิดแก่ศิริราช, อันเป็นพระมหากษัตริย์คุณยิ่งยอด, และสมเด็จพระราชบิดาฯ ได้ทรงประทานพระอนุเคราะห์สร้างเสริมให้บังเกิดความเจริญก้าวหน้าขึ้นมาจนถึงขั้นปัจจุบัน, เป็นพระคุณใหญ่หลวง; เสด็จในกรมก็ได้ทรงบำเพ็ญด้วยพระอุสาหะวิริยะ, วางรากฐานให้แก่สถานศึกษานี้ให้มั่นคงเพียงพอที่จะ

รองรับการ สร้างเสริมต่อมาได้อย่างสะดวกและปลอดภัย, สมควรนับเป็นพระคุณเหลือล้นเช่นกัน.

ขอ ประชม ราชแพทยาลัย มีช่องในผนัง สำหรับตั้งรูปปั้นผู้ทรงอุปการคุณแก่ศิริราช, ที่สมควรแก่การยกย่องเป็นพิเศษ. คงไม่มีปัญหาว่าพระรูปของเสด็จในกรมฯ จะได้ประดิษฐานอยู่ในช่องที่เด่นที่สุดช่องหนึ่ง. ชาวศิริราชทุกคนคงจะยินดีกับสิ่งของพระเดชพระคุณของพระองค์ท่านด้วยประการฉะนี้, อันเป็นเพียงส่วนน้อยที่เขาอาจทำได้. ทุกคนคงจะรู้สึกซาบซ่านด้วยความกตัญญูกตเวทิต์ในเมื่อทราบพระกรณียกิจและได้เห็นพระรูป, ได้เห็นแนวพระเนตรอันเต็มไปด้วยพระเมตตา. ถ้าหากมีทางใดจะทำให้พระรูปนั้นเปล่งเสียงได้, ก็น่าที่จะได้คำว่า “ฉันทำหน้าที่แล้ว, เชอละ.”

ขอพระวิญญูณของพระองค์จงเสวยสุขในสรวงสวรรค์ชั้นวันันต์.

SIRIRAJ LAMENTS  
HIS ROYAL HIGHNESS PRINCE RANGSIT OF CHAINAD

---

In the early morning of Wednesday, the seventh of March, 1951, death occurred unexpectedly to His Royal Highness Prince Rangsit of Chainad, Regent, ushered in by an acute cardiac failure following a series of asthmatic attacks. With his demise His Majesty loses a beloved uncle and a trusted counsellor, the country loses one of her ablest sons, and the Medical School, its first Director General and one of its greatest reformers.

His Royal Highness was the fifty-second son of King Chulalongkorn, born of Chao Chom Marda Mom Rajawongse Nuang Sanidwongse on the twelfth, of November 1886. Following the untimely death of his mother he passed under the gracious care of Her Majesty Queen Sawang Watana, Mother of His Royal Highness Prince Mahidol of Songkla, Father of the reigning King. His close childhood association with the latter prince was destined to turn out highly profitable to the country, for it was Prince Rangsit who persuaded Prince Mahidol to give up his naval career for a medical one, thereby starting the series of achievements which led to Prince Mahidol's being acclaimed Father of Modern Medicine in Siam.

When of suitable age Prince Rangsit was sent to England for his education, but soon went over to Germany. He had wanted to become a doctor, but at that time the profession was thought to be in-

compatible with his royal birth; thereupon he decided to devote himself to education and took the normal course of pedagogics at the University of Heidelberg. However, at heart he had not quite given up the thought of studying medicine and took every opportunity to attend various courses in hygiene and the medical sciences. Also in Heidelberg, it might be noted, His Royal Highness found a lovely friend who later became his most faithful life companion, Mom Elizabeth Rangsit.

On returning to the country, in 1913, His Royal Highness was at once nominated Deputy Secretary of State for Education, with special assignment as Inspector of the Royal Medical College at the Siriraj Hospital. Thus he became associated with the School right at the beginning of his career, and although this later proved highly diversified, just as his luck in life, there was every indication that the Medical School and the Siriraj Hospital remained in the deepest corner of his heart all through the lapse of years.

His Royal Highness found the School and the Hospital to be in a highly unsatisfactory state, in spite of the industry of the then Director. The School was wanting in trained teachers, especially in premedical subjects, and the curriculum was overcrowded with unnecessary items. The Hospital lacked specialised staff and had not sufficient accommodation in the

face of rising popularity. To enable His Royal Highness to bring about all the necessary changes, he was named Director General of the Royal Medical College, with supreme command over the School and the Hospital. He at once attacked the problem of the curriculum. The course in Medicine was lengthened from four to five years, then to six. Several unimportant subjects were deleted and in their places the sciences were introduced. His Royal Highness' chief concern was certainly the search for teachers. Practically the whole country was sifted for suitable men of knowledge. Doctors and scientists of all nationalities were recruited. There were English, German, American, Spanish, French, Italian, Canadian, Danish and Indian lecturers, beside a number of Siamese educated in various countries, including Japan. The faculty was definitely international in character, as one of the students at that time remarked. The Prince himself gave lessons in Latin and attended autopsies and operations, fulfilling his duties without reserves.

One of the most consequential steps of His Royal Highness was his request to the Ministry of Education, asking it to ask help from the Rockefeller Foundation for the supply of teachers. This was really the start of a relationship which later, with the valuable intervention of His Royal Highness Prince Mahidol of Songkla, ended in an agreement which enabled Siam, with the generous assistance of the Rockefeller Foundation, to place her medical education on a sound, modern footing. At that time, however, Prince

Rangsit's request met with unsurmountable obstacles, though it was in other ways highly fruitful. Due to the outbreak of the first World War and the increased demands for teachers, only one professor could be acquired for Siam, the historical Dr. A. G. Ellis who for many years, in the capacity of Dean and Professor of Pathology, directed the pace of the Medical School towards modernisation.

His Royal Highness Prince Rangsit will be remembered also as the initiator of pharmaceutical education in Siam, as it was he who, in 1913, suggested that a class in pharmacy be opened at the Royal Medical College. Also it was he who started the employment of female nurses for men as well as for women patients. He designed the first nurse's uniform. He made nursing a popular career by inducing high ranking people to send their children to his School for Nurses, and definitely changed people's opinion that doctors were a grimy, dismal group by showing off his smart and energetic students in the renowned Wild Tiger Scout's Royal Medical Corps, which found so much favour from His Majesty King Rama VI that he took it under royal patronage and himself produced plays to raise funds for the Medical School.

There is not enough space to disclose all that His Royal Highness did for the School and the Hospital. Let it suffice to state that he did all in his power, without hesitation at exploiting his personal influences of a royal prince, for the benefit of the School and its pupils. Perhaps the most poignant evidence of his success was

the fact that when the Rockefeller Foundation, in 1921, sent its representative to probe the possibility of rendering assistance, he found the School in a suitable and highly promising state. Personally His Royal Highness was well loved by his pupils. His genial nature and kindly disposition, his friendliness towards everybody, will be long remembered by all who came into contact with him.

With the institution by His Majesty King Rama VI, of the Chulalongkorn University in 1917, Prince Rangsit was appointed General Director of the Department of the University in the Ministry of Education. The next year, with the founding of the Public Health Department,

he was deemed the only right man available and was consequently transferred to direct the new enterprise. For several years he occupied this important position until he retired in favour of one of his former pupils. In 1944, with the accession of King Bhumiphol, he became Prince Regent, and it was in this capacity that Death claimed him and put an end to his long and active life. He was sixty-five and is survived by his consort and three children. Their hard lot at this time is shared by all the people of the nation, and in particular by His Royal Highness's pupils and friends in the medical and the nursing schools at Siriraj.

May his soul enjoy eternal peace in heaven!

ก็ผู้เป็นหน่อพระพุทธเจ้า ทำบุญทั้งหลายมีทานเป็นต้นอยู่ จากภพไปแล้ว  
จะเป็นผู้ดีพร้อมพร้อมด้วยองค์ทุกอย่าง อันไตรโลกียะก่องนั้ดือ.

ธรรมนิติ

## แผนกย่อเอกสาร

(หมายเหตุ. การที่ใช้อักษรเล็กในบางตอนก็เพื่อประหยัดเนื้อที่, ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ.)

**1. John Ingham: Simple and Reliable Test for Bile Pigments in Urine.** (วิธีอย่างง่ายและเชื่อถือได้สำหรับตรวจสีน้ำตาลในปัสสาวะ) *Lancet*, Jan. 20, 1951, p. 151.

ผู้รายงานแจ้งวิธีตรวจซึ่งไว้มาก, และมีสีจำนวนน้อยก็ใช้ได้, ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิธีโครมาโตกราฟีคอลลอยด์ชั้น, ควบคู่กับวัสดุซับติดกับแผ่นคอลลอยด์ (gel mat) แล้วทดสอบด้วยน้ำยาจำเพาะ.

วิธีตรวจ. ชั้นแรกทำแผ่นคอลลอยด์ "เจล แมต" สำหรับกดซับเสียก่อน, โดยเอาสำลีทุกหลอกรวบรวมแล้ว, แล้วเทน้ำยา "สีตอก คอลลอยด์" ลงบนสำลี, เกิดเป็น เจล แมต ขึ้น. ต่อไปเทปัสสาวะให้ไหลผ่าน เจล แมต, ซึ่งจะกดซับสีไว้, แล้วทดสอบโดยหยดน้ำยาลงบนเจล แมต. ถ้ามีสีอยู่น้อย, จะเกิดสีเข้ยมรกต (เนื่องจากการออกซิไดส์บิลิรูบินเป็นบิลิเวอร์ดีน). ถ้ามีสีมาก, ใต้สีเข้ยมรก. อาจอาศัยวิธีนี้วิเคราะห์ ปริมาณโดยการเทียบสีได้.

น้ำยา สีตอก คอลลอยด์ ทำโดยใส่แอมโมเนียมอะลัม ๕๐ ก. ในน้ำกลั่น ๑ ลิตร, ละลายด้วยความร้อน, ทำให้เย็นลงถึง ๕๐° ซ., เติมน้ำละลายแอมโมเนียมซัลเฟต (๕ เปอร์เซ็นต์) จนเป็นค้างคอลลิมัส. ใส่น้ำละลายแอมโมเนียมอะลัม (๑ เปอร์เซ็นต์) จนกลายเป็นกรกคอลลิมัส. ทั้งค้างคั้น. เทส่วนนำทาง. ส่วนตะกอนเข้ยกกับน้ำกลั่น ๕๐๐ ล.ซม. ทั้งไว้ค้างคั้น. รุ่งเช้าเทส่วนใส่ออกประมาณเศษสองส่วนสาม. ส่วนที่เหลือคือสีตอกคอลลอยด์.

น้ำยาจำเพาะทำโดยละลายกรกไทโรลอร์อะซีติก ๒๖ ก. ในน้ำกลั่น ๑๐๐ ล.ซม., แล้วเติมเฟอร์รัส ซัลเฟต คริสตัล ๑ ก.

(หมายเหตุของผู้ย่อ. ต่อมาเมื่อมีความเพิ่มเติม (M.J.H. Smith, *Lancet*, Jan. 27, 1951), แจ้งว่าวิธีนี้ตรวจได้เฉพาะบิลิรูบิน. วัสดุในปัสสาวะที่ไม่ปรกติอาจแยกออกเป็นสองพวก, คือพวกบิลิรูบินและบิลิเวอร์ดีนพวกหนึ่ง, กับพวกยูโรไบลินและยูโรไบลินอินเงินอีกพวกหนึ่ง. ใช้วิธีตรวจต่างกัน. สำหรับการตรวจพวกหลัง, นอกจากจะช่วยในการจำแนกโรคดีซ่าน, ยังอาจบอกระยะและการดำเนินของโรคอินฟัลตีฟ เฮปะไตติส อีกด้วย.)

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.

2. Key, J.A.: Blood Vessels of a Gastric Ulcer. (หลอดเลือดในแผลของกระเพาะอาหาร) B.M.J., No. 4695, Dec. 30, 1950.

เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร, ผู้รายงานได้ใช้วิธี micro-angiography ตรวจดูกระเพาะที่เป็นแผลซึ่งผ่าตัดจากผู้ช่วย. ในรายแผลเรื้อรังพบว่าบริเวณรอยแผลเกิดเป็น ischaemic zone, ท่อนของแผลไม่มีหลอดเลือดมาสู่เลยตลอดทุกชั้นของกระเพาะ เยื่อหุ้มค้ำรอยแผลคงมีหลอดเลือดมาสู่เป็นปรกติ, แต่ในผนังท่อม แนวของแผล ห่างออกไปจากแผล ๑-๒ ซม. มีหลอดเลือดเล็ก ๆ เท่านั้น, และมีภาวะผิดปกติของหลอดเลือดในชั้นหุ้มมิวโคซ่าด้วย. ลักษณะเช่นนี้ช่วยอธิบายว่าเพราะเหตุไรแผลกระเพาะอาหารจึงไม่หายและมักจะลามใหญ่ขึ้น.

ในแผลที่เพิ่งเป็นพบว่าหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นในชั้นมิวโคซ่า, มีการเรียงกระจุกกระจายไม่เป็นระเบียบแผ่ไปห่างจากบริเวณที่เป็นแผล. หลอดเลือดในเยื่อหุ้มค้ำค้ำสูงปรกติจนถึงขอบแผล. ขอบหนึ่งของแผลแฟบลงไป, แสดงว่าแผลเพิ่งเป็นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชั้นใต้เยื่อหุ้มมิวโคซ่าโดยหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นและเรียงตัวระเบียบไป, และการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เกิดการแตกแยกของเยื่อหุ้มค้ำค้ำ.

สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

3. Bernard Hall and Harold O. Paterson: Deformities of the

Bladder secondary to Ureteral Stone. (ความพิการของกระเพาะปัสสาวะเนื่องจากนิ่วในหลอดไต) Amer., J. Roentgen. and Rad. Ther., v. 62, No. 5, Nov. 1949.

เมื่อค้นคว้าซิสโตสโคปีในรายที่มีก้อนนิ่วอยู่ในตำแหน่ง Jintramural ของหลอดไตพบว่ามียืดค้ำค้ำและขมขมบริเวณปากช่องหลอดไต, บางคราวมีเลือดออกจากเยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะ. ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาพเอกซเรย์ได้ โดยการทำให้ Intravenous urogram อาจจะมีรอยแห้ว (filling defect) ในตำแหน่งปากช่องหลอดไตในจำนวนคนไข้ ๒๖ ราย ที่มีก้อนนิ่วอยู่ในตำแหน่ง intramural ของหลอดไตพบว่ามียืดค้ำค้ำถึง ๑๕ ราย. ก้อนนิ่วในตำแหน่งนี้เล็กมาก และยากแก่การวินิจฉัย. โดยเฉพะรอยแห้วที่กระเพาะปัสสาวะช่วยการวินิจฉัยได้มาก ถ้าเป็นชนิดที่ไม่ทบค้ำค้ำเอกซเรย์. ลักษณะรอยแห้วมักคล้ายคลึงกับในรายที่เป็นมะเร็ง

ของกะเพาะปัสสาวะ, แต่การตรวจด้วยซิสโตสโคป จะบอกได้ว่า เป็นมะเร็งหรือไม่.

จากการตรวจโดยซิสโตสโคปจะเห็นอติมาและการขวมกลัยเป็นปรกติภายใน ๑ สัปดาห์หลังจากก้อนนี้หลุดไปแล้ว. ข้อสันนิษฐานที่มีความสำคัญเกี่ยวกับคนไข้, ซึ่งมีประวัติ ureteral colic แล้วอาการเจ็บปวดหายไปโดยยังไม่ได้ทำ intravenous urogram. ก้อนนี้หลุดไปโดยยังไม่มีหลักฐานการอุดตันที่หลอดไต. แต่ urogram ก็สามารถขอรอยแหวนที่แน่นซึ้กได้, และผู้รายงานก็เคยเสนอ ปรากฏการณ์อื่นนี้ไปแล้ว, ซึ่งเป็นประโยชน์ในการหาสาเหตุของการปวดท้อง.

สนอง กาญจนาลัย พ.บ.

4. W. Philip Ball, Archie H. Baggenstoss and J. Arnold Bargen;  
Pancreatic Lesions Associated with Chronic Ulcerative Colitis.  
(ความพิการของตับอ่อนที่พบบนกับลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง) Arch. Path., v. 50, No. 3, September 1950, pp. 347-358.

จากการศึกษาโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลชนิดเรื้อรังรวม ๘๖ ราย, เปรียบเทียบกับก้อนโทรลที่ไม่มีโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นจำนวน ๘๖ รายเท่ากัน, ตรวจตับอ่อนทั้งตาเปล่าและด้วยกล้องจุลทรรศน์, พบว่า ๑๔ ราย จาก ๘๖ รายที่เป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง, แสดงว่าตับอ่อนปรกติเมื่อตัดด้วยตาเปล่า, และ ๔ ราย ตับอ่อนหดเหี่ยวเล็กน้อย, ๓ รายแข็งกว่าปรกติ, ๒ รายมีไขมันมาแทนที่เนื้อตับอ่อน, ๑ รายตับอ่อนมีสีเหลืองกว่าธรรมดา, ๑ รายมีเลือดออกเป็นก้อน, และ ๑ รายมีถุงน้ำขนาด ๐.๖ ซม. อยู่ที่ตอนหางของตับอ่อน. ส่วนในกล้องจุลทรรศน์, ตับอ่อนแสดงว่ามีการอักเสบอยู่ด้วย ๔๖ ราย, มีไฟโบรซิส ๓๔ ราย, มีเอซในขยายกว้าง ๔๖ ราย, มีแฟตตีโครซิส ๔ ราย, อินฟาร์กชัน ๒ ราย, เลือดออก ๑ ราย, ไอส์เล็ทมีไฮอาไลน์ ๑ รายและมีอะมีล้อยต์ ๑ ราย.

การอักเสบของตับอ่อน ๔๖ รายนี้ปรากฏว่าเป็นชนิดรวดเร็วรุนแรง ๒ ราย, เป็นเรื้อรังและเป็นขนาดมาก ๕ ราย, อักเสบเรื้อรังขนาดปานกลาง ๑๗ ราย, และเรื้อรังขนาดน้อย ๒๒ ราย.

ในพวกก้อนโทรล, ตับอ่อนแสดงการอักเสบเพียง ๓ ราย, มีไฟโบรซิส ๑๒ ราย, และเอซในขยายกว้าง ๑๖ ราย.

ทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือการตรวจพบทางฝ่ายรักษาซึ่งจะแสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแก่ตับอ่อน.

การอักเสบที่เกิดขึ้นนี้เป็นชนิด chronic interstitial pancreatitis, และไฟโบรซิสของตับอ่อนอาจเนื่องมาจากการหายของการอักเสบเอง.

อนึ่ง ผู้รายงานเรื่องนี้ได้เปรียบเทียบกับการมีไขมันมาแทนที่คัย, พบว่าคัยมักมีไขมันมาแทนที่คู่กันไปกับการมีการเปลี่ยนแปลงที่คัยอื่น.

สรุปความว่าในโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเช่นแผลเรื้อรัง, มักมีการเปลี่ยนแปลงที่คัยอื่น, โดยมากเป็นการอักเสบเรื้อรัง, มีเอซีในขยายกว้าง และคัยอื่นเกิดไฟโบรซิส, ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่มีอาการอะไร, หรือการตรวจทางฝ่ายรักษาไม่มีอะไรบ่งว่ามีความผิดปกติเกิดแก่คัยอื่น, และการตรวจคัยอื่นด้วยตาเปล่าแสดงว่าคัยอื่นปกติเป็นส่วนมาก.

ทินรัตน์ สถิตินิมานการ พ.บ.

5. J.M. Swanson: Complication of Para-Aminosalicylic Acid Therapy. (อาการแทรกซ้อนระหว่างรักษาด้วย P.A.S.) *Lancet*, 1949, 257, 175.

ผู้เขียนรายงานว่าลองใช้ P.A.S. รักษาโรครุมมาต้อยต์อาร์ไทรคิส ๖ ราย, ปรากฏว่า ๕ รายเกิดอาการแทรกขึ้นมา, คือเป็นฮัยโปทรอมบินเมีย, ภายหลังให้

กินยาขนาด ๑๕ กรัมต่อหนึ่งวัน, แบ่งให้กิน ๕ ครั้ง.

ตระกูล กิติสิน พ.บ.

6. A.V. Jackson: Salicylates Toxicity during Pregnancy. (พิษของยาจำพวกซาลิไซลด์ระหว่างตั้งครรภ์) *J.Path. Bact.*, 1948, 60, 587.

ในตำราเภสัชวิทยามีการกล่าวถึงอันตรายซึ่งอาจเกิดได้จากการใช้ซาลิไซลด์ขนาดมากในหญิงมีครรภ์, แต่ทางแผนกรักษาไม่เห็นค่อยมีรายงานสนับสนุนไว้เลย. ผู้เขียนค้นคว้าโดยทดลองดูในกระต่ายและหนู, ซึ่งการซึมผ่านทางรก (Placenta Permeability) ของมันคล้ายคลึงกับของคน. เขาพบว่าในกระต่ายซาลิไซลด์ซึมผ่านทางรกเข้าไปอยู่ในโลหิตของทารกได้ถึง ๒ ใน ๓ ส่วน. ถึงแม้จะให้ขนาดมากจนทำให้แม่กระต่ายตายหนึ่งตัวจาก ๔ ตัว, ลูกในท้องของมันคงมีชีวิตอยู่ได้. พวกหนูไม่มีตายเลยทั้งแม่และลูก. สรุปได้ว่า ยาพวกซาลิไซลด์ อาจเป็นพิษทำให้แท้งหรือทารกตายในท้องได้ถ้าให้ขนาดทำให้แม่ตาย. อาการเป็นพิษจากซาลิไซลด์ไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแน่นอนเด่นชัดในทางจุลกายวิภาค, เพียงแต่เข้าใจว่าอาจมีการรบกวนใน intracellular enzyme activity เท่านั้น.

ตระกูล กิติสิน พ.บ.

7. John F. Le Cocq et al: Preliminary Report on the Use of Bone Bank Bone. (รายงานเบื้องต้นในการใช้กระดูกจากคลังกระดูก) *Surg., Gynac and Obst.*, v. 91, No. 3 Sept. 1950.

การมีคลื่นกระดูกนั้นย่อมมีความจำเป็นในทางออร์โธปิดิกส์. วิธีเก็บกระดูกเหล่านี้ไว้ นั้น ต้องใช้ในภาชนะที่ปราศจากเชื้อ, แล้วเก็บไว้ในตู้เย็นจัด, อุณหภูมิตั้งที่ -๒๐ ถึง -๒๕ เซ., โดยไม่จำเป็นต้องใส่น้ำยาอย่างอื่นใดเลย. ก่อนนำมาใช้ควรยอมลี้ตรวจหาเชื้อเสียก่อน. กระดูกที่เก็บนั้น ต้องตรวจผู้ให้กระดูก นเสียก่อนว่าปราศจากซิฟิลิส, โรคติดเชื้ออื่น ๆ, หรือโรคมะเร็ง. กระดูกที่เก็บไว้ อาจเก็บไว้ได้นานเป็นเวลา ๕-๕๐ วัน.

ในการทดลองใช้กระดูกจากคลังเลือกนี้, ส่วนใหญ่มักใช้ในการ Spinal fusion ในโรค กระดูกสันหลังเอียง, วัณโรคกระดูกสันหลัง, และโรคของกระดูกสันหลังตอนล่าง, การทำให้ข้อแข็ง, และการใส่กระดูก ลงไปให้เต็ม ซิสต์ ของกระดูก.

ปรากฏว่า โรคแทรกหลังการใช้กระดูกเหล่านี้มีน้อยมาก. ใน ๗๔ รายเกิดการติดเชื้ออื่น ๓ ราย, และมีปฏิกิริยาต่อวัตถุภายนอกร่างกาย (Foreign Body) เพียง ๑ ราย. มี ๕๖ รายที่ติดตามตรวจผลการดำเนินต่อไปได้. อีก ๑๘ รายทำแล้วไม่กลับมาก็คัดข้อ. ใน ๕๖ รายมี ๘

รายที่ไม่ได้ผล, และแปลกที่ว่า ๘ รายนี้ล้วนแต่ใช้ในการทำ Spinal fusion ของกระดูกสันหลังโยเซครัลทั้งนั้น. อนึ่งได้ผลก็เต็มที ในรายที่เป็นวัณโรคของกระดูกหรือข้อ, ซึ่งแต่ละรายก็ได้ใช้กระดูกจากผู้ช่วยที่มีโรคติดเชื้อจากวัณโรคทั้งนั้น.

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ.

8. Vera B. Dolgopol and Mary D. Crangan: Myocardial Changes in Poliomyelitis. (การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ ในโรค โพลิโอ มัยเอไลติส) Arch. of Path. v. 46, No. 3, September 1948, pp. 202-211.

ผู้เขียน ศึกษา การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของหัวใจด้วยกล้องจุลทรรศน์, ในผู้ป่วย โพลิโอ มัยเอไลติส ๕๒ ราย. ปรากฏว่าเป็นแอกคิวท์โฟคัลมัยโอคาร์ดิอิติส ๑๖ ราย (๑๗.๔ เปอร์เซ็นต์). ในจำนวน ๑๖ รายนี้ระยะของโรคอยู่ระหว่าง ๒-๑๐ วัน, แต่ส่วนมาก (๑๒ ราย) ไม่เกิน ๕ วัน. อายุของผู้ป่วยมีตั้งแต่ ๑๓ เดือนถึง ๓๗ ปี. มี ๔ รายที่ตายด้วยคาร์ดิโอแอกเฟลเลอร์, ๒ รายมีอาการของหัวใจ, ๒ รายได้รับการฉีดเซรัม, ๑ ราย

ตายด้วยนิวโมเนีย, และอีก ๗ รายตายด้วย บัลบาร หรือเรสไปแรคทอพาราไลซิส.

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของกล้ามเนื้อหัวใจแยกออกได้เป็น ๓ ชนิด. ชนิดแรกกล้ามเนื้อหัวใจชุ่มฉ่ำ, บาง, ยืดยาวออก, แสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย; พบใน ๕ ราย. ชนิดที่ ๒ มีกลุ่มของเซลล์แทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อหัวใจ, ส่วนมากเป็นโมโนนิวเคลียร์เซลล์, พบ ๘ ราย, ชนิดที่ ๓ มีเซลล์ล้อมรอบเส้นเลือด, พบ ๓ ราย.

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีมากหรือน้อย, ไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการที่เป็นโรคนั้นมานานเท่าใด. อนึ่ง การเปลี่ยนแปลง นี้จะเห็น เป็น เพียง อาณา เขตเล็ก ๆ และเป็นหย่อม ๆ, ไม่ใช่พบกระจายทั่วไปในหัวใจ.

มี ๖ ราย, จาก ๘๒ ราย, แสดงอัตรามีของกล้ามเนื้อหัวใจ.

นอกจากนี้กล้ามเนื้อหัวใจจะแตกเป็นชั้น ๆ อยู่ในปอดชราโคเลมแมล. แต่คงมีสไตรอซัน. พบมากในหัวใจที่ไม่มีมัยโอคาร์ไตติส, และพบ ๒—๓ รายในหัวใจที่มีมัยโอคาร์ไตติส.

ผู้เขียนได้เห็นว่า ในโรคโพลิโอไมัยเอไลติส, มีมัยโอคาร์ไตติสเกิดขึ้นได้, และคงเกิดจากเชื้อไวรัส, เพราะโรคอื่นจากเชื้อไวรัสอื่น ๆ เช่นคางทูมหรืออินเฟ็คเชียสโมโนนิวคลีโอซีส, ก็อาจพบมัยโอคาร์ไตติสได้. อีกประการหนึ่งมีผู้รายงานไว้ว่ามัยโอคาร์ไตติส อาจเกิดจากโรค นิวโมเนียซึ่งเกิดจาก บัคเทรีย. แต่ ๑๖ รายที่พบมัยโอคาร์ไตติส มีถึง ๘ ราย ที่ไม่มีการอักเสบใด ๆ เลยใน

ปอด, ส่วนอีก ๘ รายมีข้างกันน้อย, ไม่น่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดมัยโอคาร์ไตติส. อีกประการหนึ่งการให้เซรัมเคมมีคนรายงานว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจเกิดขึ้นได้, แต่ ๒ รายที่ให้เซรัมพบว่าตายเร็ว, คือ ๑ และ ๓ วันภายหลังให้, ซึ่งเร็วจนคิดว่าไม่ใช่เซรัมเป็นตัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจสำหรับ ๒ รายนี้.

ท้ายที่สุดผู้เขียนเรื่องนี้เห็นว่าจำนวน ๑๖ ใน ๘๒ รายหรือ ๑๗.๔ เปอร์เซนต์ที่พบน้อยไป, เพราะเนื้อหัวใจจะนำมาตรวจมีน้อยชิ้น. ถ้าแยกเป็น ๔๗ รายที่ไตเนื้อหัวใจมาตรวจเพียงชิ้นเดียว, พบว่ามีมัยโอคาร์ไตติสเพียง ๕ ราย, เท่ากับ ๑๐.๖ เปอร์เซนต์เท่านั้น. ส่วนอีก ๔๕ ราย, แต่ละรายได้ตรวจเนื้อตั้งแต่ ๒—๘ บล็อก, จึงพบมากกว่า, คือ ๑๑ ราย, เท่ากับ ๒๖.๖ เปอร์เซนต์. ฉะนั้นในผู้ช่วยที่ตายด้วยโรคโพลิโอไมัยเอไลติส, จะพบมัยโอคาร์ไตติสราว ๆ ๒๗ เปอร์เซนต์, ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่า.

กัณรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

# ปณิธาน

## ๑. ความรื้อนามัยสำหรับประชาชน

หนังสือ "ทูเคย์ส เฮลท์" ซึ่งเป็น  
นิตยสารเกี่ยวกับความรู้ทางแพทย์สำหรับ  
ประชาชน ซึ่งแพทยสมาคมอเมริกันจัด  
พิมพ์ขึ้น ใ้กว้างนโยบายไว้เจ็ดประการ  
คือ

๑. ทำให้อากาศในนครต่าง ๆ สอาด  
ปราศจากฝุ่นละออง

๒. ทำให้ การ สาธารณ สุข ของ ทุก  
ตำบลอยู่ในขั้นดี

๓. ช่วยให้ประชาชนได้มีการประกัน  
สุขภาพและอนามัย และให้ทุกตำบลได้มี  
ที่พกรักษาสำหรับผู้ป่วยอนาถา

๔. ให้ทุกคนได้ดื่มน้ำและกินอาหาร  
ที่สะอาดและมีประโยชน์

๕. ให้เด็กนักเรียนทุกคนได้ รัยสุข  
ศึกษาและความรู้ในทางป้องกันโรค

๖. ให้ทุกครอบครัวสามารถมีแพทย์  
ประจำ

๗. ให้ช่วยกันปราบหมอดเอนและยา  
ปลอม

ในสมัยก่อนเคยมีนิตยสารของแพทย  
สมาคมแห่งประเทศไทย ซึ่งมีเข็มมุ่ง  
หมายคล้ายกับหนังสือดังกล่าวนี้ แต่ได้  
ล้มเลิกไปนานแล้ว เวลานี้มีหนังสือของ  
เอกชนทำขึ้นแทน ถ้าหากแพทยสมาคม  
หรือองค์การอื่นใดจะจัดออกมาอีก เป็น  
การช่วยกันหลาย ๆ มือ โดยมุ่งหวังการ  
สุขศึกษาเป็นใหญ่ และถ้าไรหรือขาดทุน  
เป็นรอง จะมีดีหรือ

### สมาชิกเลขที่ ๘๒

(เรานำความเห็นนี้ลงให้เพราะเห็นว่า  
เป็นความหวังดีต่อประชาชน สำหรับเรา  
ไม่ขอออก ความเห็น อย่างใด นอกจากว่า  
การออกหนังสือพิมพ์นั้นสนุกก็แต่จะเพาะ  
ในเมื่อไม่ต้องกลัวว่าจะล้มเท่านั้น !)

๒. เรื่องของการสอบไล่

เรียน.....

ผมยังเฝ้าผ่านไปทาง ..... กำลังมีการสอบไล่ประจำปี มองเข้าไปในห้องมีนักเรียนนั่งสอบค่อนข้างจะใกล้กัน เพราะห้องเล็ก มีอาจารย์คนหนึ่งนั่งอ่านหนังสือพิมพ์อยู่ที่โต๊ะ หน้ากระดานคำอย่างพลิกพลิก ทหน้าห้องผมพบเพื่อนคนหนึ่งนั่งอ่าน.....อยู่ แวะนั่งคุยกัน ผมแอบกระซิบถามเขาว่า สอบไล่ทำไมไม่เห็นอาจารย์เดินตรวจดูทั่วๆ ไปอย่างสมัยเรา เพื่อนเขาตอบว่า สมัยนี้เขาไว้ใจและให้เกียรตินักเรียน อาจารย์ไม่ต้องคุมมากนัก ผมออกจะเอะใจเพราะเคยได้ยินบ่อยๆ ว่า บางทีมีคนสอบไล่ได้โดยไม่มีความรู้ แต่อาศัยถามเพื่อนโดยมาก นักเรียนเองเห็นคนมาเล่าภายหลังสอบเพื่อนเขาบอกว่า นักเรียนไม่กล้าถามเพราะอาจารย์คอยนั่งฟังอยู่ ผมสงสัยว่าอาจารย์ คน เดียว แล้วก็นั่งอ่านหนังสือพลิก อาจไม่ได้ยินกระมัง เพื่อนคนนั้นเขาหัวเราะแล้วก็บอกว่า เขาเองเป็นกรรมการอีกคนหนึ่ง ผมเห็นว่าพูดได้คำต่อคำแล้ว เลยคุยอีกนิดหน่อยก็ลา

ผมรู้สึกร้อนใจว่านักเรียนคนไหนที่สอบไล่ได้โดยอาศัยถามเพื่อน ตามที่เคยทราบข่าว และที่ผมไปเห็นนั้นก็ชวนให้สงสัยว่า อาจเป็นได้จริง ๆ เพราะนักเรียนนั่งใกล้กันมาก กระซิบกันได้ บางทีอาจส่งกระดาษก็ได้ อาจารย์คนหนึ่งก็อยู่นอกห้อง มองไม่เห็นข้างใน คนที่อยู่ในห้องก็ตั้งหน้าแต่อ่านหนังสือ.....ทำอย่างนั้นผมว่าพอที่นักเรียนจะไม่ถามหรือโกงอย่างอื่นก็อาจถาม.....มันล่อใจมากนัก

โดยความนับถือ

ย.ท.

(เราเริ่มนำ จดหมาย ฉบับนี้ลง พิมพ์เพราะ เห็นว่ากำลังเป็นฤดูสอบไล่ ก่อนอื่นขอแสดงความหวังว่าเหตุการณ์ที่เล่านี้คงไม่ใช่ที่ศิริราช ทั้งนี้เพราะคณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล ได้สนใจ เรื่อง การควบคุมสอบไล่เป็นพิเศษ และได้วางระเบียบสอบไล่เอาไว้อย่างรอบคอบ มีหลักสำคัญที่ควรเผยแพร่ดังนี้คือ (๑) คณบดีเป็นผู้รับผิดชอบการสอบไล่ประจำปีโดยทั่วไป เป็นผู้ตั้งกรรมการคุมสอบแต่ละวิชา, แต่ละวัน, และแต่ละห้องสอบ (๒) คณบดีเป็นผู้กำหนดห้องสอบ โดยกะจำนวนนักเรียนที่เข้าสอบให้เหมาะสมกับขนาดของห้อง ไม่ให้ขัดเขียดเกินสมควร (๓) แต่ละห้องสอบต้องมีกรรมการประจำไม่ น้อยกว่า สองคน ถ้าห้องใหญ่ก็มีมากกว่าสองคน และอย่างน้อยหนึ่งคน,



# แผนกข้าว

## ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

**สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มกราคม ๒๕๕๔**

๑. จำนวนผู้ป่วย	(ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล							
	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก		
ก. (นอก) ใหม่	๑๔๗๐	๖๘๒	๖๘๘	๗๑๓	๗๐๐	๔๒๕๓		
เก่า	๑๗๘๕	๘๖๕	๑๒๓๔	๕๓๗	๑๑๕๘	๕๖๒๓		
รวม	๓๒๕๕	๑๕๔๗	๑๙๒๒	๑๒๕๐	๑๘๕๘	๘๘๗๖		
ข. (ใน)	๑๑๘	๒๔๑	๔๕๕	๑๒๑	๑๒๒	๑๐๕๗		
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ	๒๕๔	จักษุฯ	๒๑๐	สูติ-นารีฯ	๑๑๓	รวม	๕๗๗
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๑๕๖	หญิง	๑๓๔	รวม	๒๙๐		
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย	๑๕	หญิง	๘	รวม	๒๓		
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๑๐๓ คน (๘.๔ ในร้อยของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๖ ราย (๑๕.๕ ในร้อยของที่ตายทั้งหมด)							
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๑๗๗ ข้างนอก ๒ รวม ๑๗๙							
๗. แผนกรังสีวิทยา								
ก. รังสีเอ็กซ	ตรวจ ๑๔๕๘ คน รักษา (ใหม่) ๖ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๑๓๓ ครั้ง							
ข. ร่าเดียม	รักษา ๑๕ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๗ ครั้ง							
ค. โคบอลต์	รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง							
	รวมตรวจและรักษา ๑๔๗๓ คน จำนวนครั้ง ๑๖๒๘							
๘. แผนกสรีรวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๕ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๑,๕๔๖ ครั้ง							
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๑๖ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๓๑ (จากภายนอก ๓๑) แอ็กกูติเนชัน ๑๐๒ วัตเซอร์แมนและคานัน ๑๕๐๐ หมู่เลือด ๗๒๖ นับเม็ดเลือด ๕๓* ฟิล์มเลือด ๓๖ น้ำไขสันหลัง ๖๗* อูจจาระ ๓๖๐ บัสสาวะ ๖๖ เสมหะและอื่นๆ ๔๖ ตรวจทดลองตัวจืด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๑๓ เพาะเชื้อใน เลือด ๕๐ ฉีดสัตว์ ๒ รวมตรวจต่าง ๆ ๓๓๘๓ อย่าง ศพญาติรับไป ๖๒ ศพ ภายวิภาครับไป ๑๓ ศพ สปีเพอร์รับไป ๖๓ รวม ๑๓๘ ศพ (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และ แผนกสถิติ)							

\* สถิติของเคมิช

**ทูลพระอาจารย์ทวยาคม** ในการพระราชทานเพลิงศพพระอาจารย์ทวยาคม (หมอยอร์ชแมคฟาแลนด์) บรมครูของศิริราช เมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๔๕๓ บรมศิษย์ของท่านอาจารย์ได้มีจิตศรัทธาร่วมกันบริจาคเงิน ๑๕๒ ราย เป็นจำนวนเงิน ๑๕,๒๖๐ บาท และได้มอบให้แก่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตั้งเป็น "ทูลพระอาจารย์ทวยาคม (หมอยอร์ชแมคฟาแลนด์)" สำหรับเก็บคอกผลช่วยเหลือนักศึกษาที่อดคึกคักแคลนแต่เล่าเรียนที่ ทงนเพื่อให้เป็นพระลูกและอุทิศส่วนกุศลให้แก่ท่านอาจารย์

เราเชื่อว่าชาวน คงเป็นที่เห็นชอบด้วยของศิษย์อื่น ๆ ของคุณพระอาจารย์ทวยาคม และอาจมีผู้ ครุฑ ชาติต้องการสมทบทุนอีกก็ได้ ถ้าหากคุณพระอาจารย์ สามารถทราบการปฏิบัติของศิษย์ของท่านทั้งนี้ คงจะยินดีและปลื้มปดด้วยเป็นอันมาก

**อนุมิตนา** คุณหญิงนลราชสุวัจน์ (อ่อนนลราชสุวัจน์) บ้านตำบลคลองตัน อำเภอพระโขนง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกคัลยศาสตร์ เพื่อดูแลคนไข้หรืออุปการณการแพทย์อื่น ๆ

**สมรส** ๑. นายแพทย์วิเชียร คิลกสัมพันธ์ พ.ย. อาจารย์แผนกกายวิภาคศาสตร์ กับ ม.ร.ว. หุยิงจันทร์จรลี จรณโรจน์ ป.พยาบาลฯ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔

๒. นายประสาร ไศละสุต ภ.ย. แผนกเภสัชกรรม กับ นางสาวดาวลัย พลังกู ภ.ย. แผนกเภสัชกรรม เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔

เราขออำนวยการและแสดงความยินดีด้วยอย่างยิ่ง

**ไปต่างประเทศ** แพทย์หญิงบุญพอด เพ็ญผล พ.ย. ไปศึกษาวิชากุมารเวชศาสตร์โดยทุนต่างประเทศที่สหรัฐอเมริกา ได้ออกเดินทางไปแล้วเมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔

นายแพทย์สุขุม ภัทราคม พ.ด. อาจารย์แผนกพยาธิวิทยา (ศิริราช) กับ นายแพทย์สมศักดิ์ เกษะโกสยะ พ.ย. อาจารย์แผนกพยาธิวิทยา (จุฬาลงกรณ์) ได้ออกเดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔

เราขอแสดงความยินดีและช่วยพรแก่ทุก ๆ ท่านให้ประสบความสำเร็จทุกประการ

**กัลป์จากต่างประเทศ จากสหรัฐอเมริกา**

๑. แพทย์หญิงจินคาภา สายัณห์ทวีกสิศ พ.บ. M. P. H. อดีตอาจารย์แผนกสตรีวิทยา กัลป์จากศึกษาเพิ่มเติมในการมารักษาทางรังสีเพราะที่ เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔ และเข้ารับราชการในกรมสาธารณสุข

๒. นายแพทย์ยัญญุสม มาร์ติน พ.บ. อดีตอาจารย์แผนกอายุรศาสตร์ กัลป์จากศึกษาเพิ่มเติมเมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔ และเข้ารับราชการประจำในกรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

**ศิษย์เก่า ในสหรัฐอเมริกา สมทบทุน**

**หกลีบศิริราช ศิษย์ศิริราชที่กำลัง**

ศึกษาเพิ่มเติมในสหรัฐอเมริกาได้รวบรวมเงินกันเพื่อสมทบทุนสร้าง หอราชแพทยาลัย ในงานฉลองหกลีบ ซึ่งเราได้รับทราบข่าวนี้ด้วยความยินดีและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง เพราะแม้ว่าทุกท่านจะอยู่ห่างจากโรงเรียนเก่าแสนไกล แต่ใจก็ยังระลึกถึงศิริราชด้วยความรักและความเป็นห่วง ต้องการเห็นความรุ่งเรืองของสถานศึกษาของท่านอยู่เสมอ เงินที่รวบรวมกันได้ทั้งหมดเป็นจำนวนถึง ๒,๕๗๕ บาท ซึ่งมี

รายนามผู้สมทบทุนดังต่อไปนี้ ๑. นายแพทย์ประเทือง สิงคาลวณิช ๒. นายแพทย์ประคิษฐ์ ทัศนาศุริกัน ๓. นายแพทย์โกมล เฟื่องศรีทอง ๔. นายแพทย์สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ ๕. นายแพทย์ทงวิริยะชาติ ๖. นาวาอากาศตรี สติชัย ธีระกุล ๗. นายแพทย์สนอง อุณาภูล ๘. แพทย์หญิงประทุม ฌ นคร ๙. นายแพทย์ถวิล ทัศนิกกุล ๑๐. นายแพทย์บรรจงศักดิ์ นະมาทร ๑๑. นายแพทย์คณีย์ สนิทวงศ์ ๑๒. นายแพทย์พิศิษฐ์ วิเศษกุล ๑๓. นายแพทย์ประการ พิศาลย์ บุตร ๑๔. แพทย์หญิงมยุรี สุนทรเวช

เราขอเสนอข่าวนี้ด้วยความปลื้มใจ และขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยจงกลบรรคาลให้ความสำเร็จทุกประการบังเกิดแก่ทุกๆ ท่าน เพื่อให้กลับมาเห็นหอราชแพทยาลัย ซึ่งท่านได้มีส่วนช่วยร่วมมือ แม้จะอยู่ไกล นับเป็นตัวอย่างอันดีสำหรับ "ชาวศิริราช" ทุกท่าน.

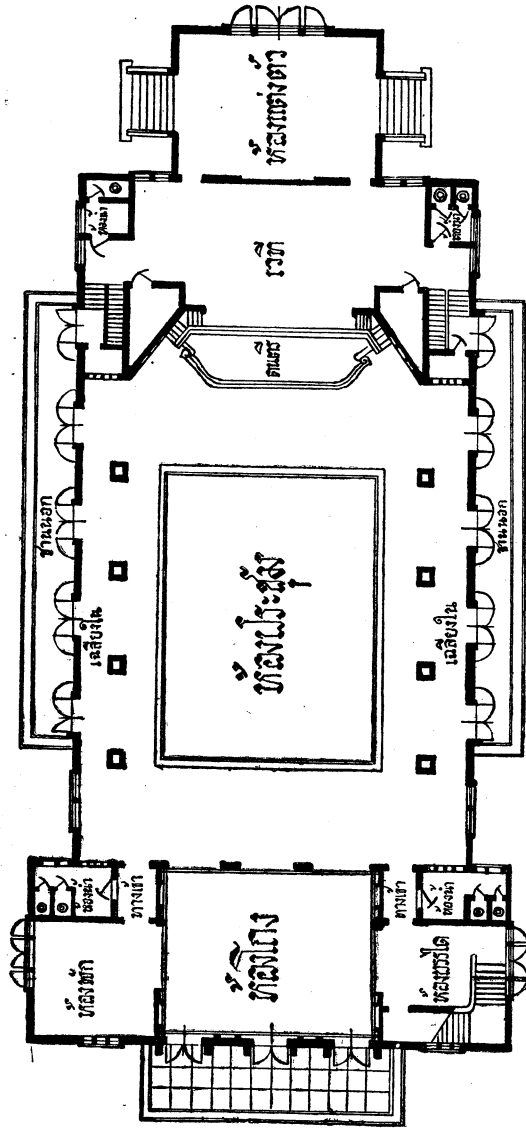
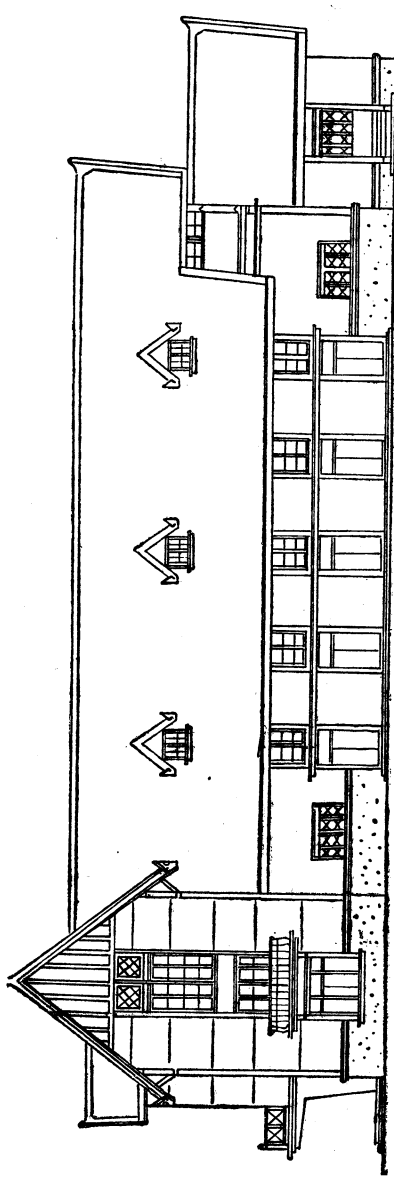
**การวางศิลาฤกษ์หอประชุม ราชแพทย-**

**าลัย** เมื่อวันที่พฤหัสบดี ๑ มีนาคม ค.ศ. คณะแพทย์ศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้ประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์หอประชุม

ราชแพทยาลัย พล. ท. น้อม เกตุคุณิ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ได้มาเป็นประธาน ท่านเจ้าคุณธรรมวโรคม เป็นประธาน ในการกระทำพิธีทางศาสนา เมื่อได้เวลาฤกษ์ซึ่งเริ่มแต่ ๐๙.๕๒ น. ท่านคณะที่ใดกล่าวเชิญให้ท่าน รัฐมนตรี เป็นผู้วางศิลาฤกษ์ และได้กล่าวถึงความ เป็นมาของงานฉลองโรงเรียนแพทย์ครบ รอยหกสิบและกำเนิดความได้มาของหอ ประชุมราชแพทยาลัยนี้ เสร็จแล้วผู้เป็น ประธานได้กล่าวทอขอจากนั้นท่านคณะ ที่ ๖ ได้นำผู้เป็นประธานไปสู่พิธีมณฑล ทำการวางและฝังศิลาฤกษ์ ตลอดเวลา พระสงฆ์ได้สวดชัยมงคลคาถาและท่าน เจ้าคุณธรรมวโรคมได้มาสักพิธิมณฑลและ ประพรมน้ำพระพุทธมนต์เพื่อสวัสดิมงคล หลังจากนั้นได้มีการเล็งพระทิวบริเวณปราศ พิธิ ในพิธีวางศิลาฤกษ์นี้แม้ว่าหมายกำหนดการจะได้ออกกระทันหัน แต่ก็มิมีบรรดา คิษย์เก่าทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ศึกษารย์และคิษย์ปัจจุบันมาร่วมโดยพร้อม เปรียงกัน พิธิได้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และน่าชื่นชมอย่างดียิ่ง ในขณะที่การก่อ

สร้างได้ดำเนินไปด้วยความแข็งขัน และ ในเวลาอีก ๘ เดือนข้างหน้าเราก็จะได้ ชม หอประชุมราชแพทยาลัย เป็นอันว่า ความเห็นคเห็นอຍเพื่อความหวังที่ใดจัก ทำงานฉลองหกสิบปีของโรงเรียนก็ได้ ประจักษ์ผลอย่างน่าพึงพอใจ สมควรที่ ชาวศิริราชทุกคนจะยินดีในความสำเรื่ แห่งสถานศึกษาของเรา

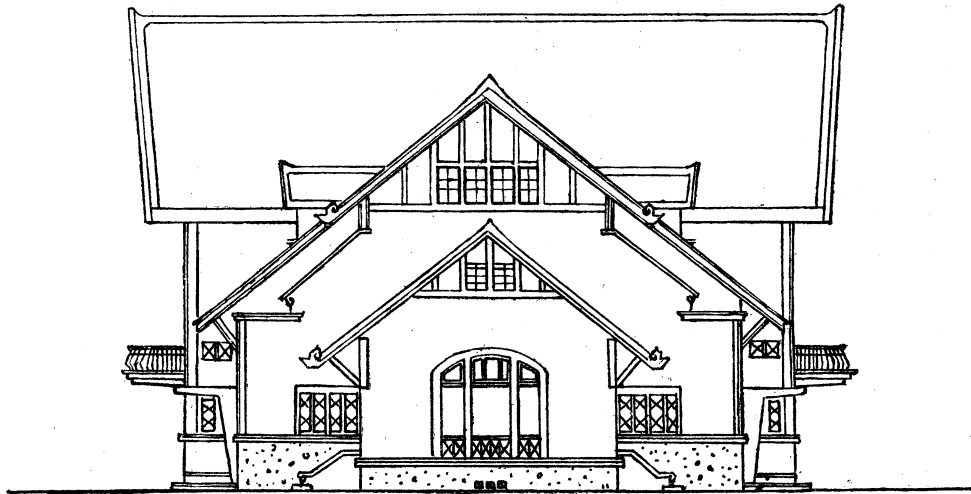
ในแผนกข่าวนี้ เราได้ลงพิมพ์แผน ผังและภาพหอประชุมซึ่งหม่อมเจ้าไวศย ยากร วรวรรณ ทรงออกแบบ และคณะกรรมการได้รับแล้ว บริษัทแข่งกี ผู้ประมูล ได้ ได้ลงมือก่อสร้างรากฐานแล้ว หาก เปรียบหอประชุมนี้กับหออื่น เช่นที่จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย คงเห็นกันว่าเล็ก เพราะมีขนาดเพียงกว้าง ๒๔ เมตร ยาว ๕๑.๕ เมตรเท่านั้น ถ้านั่งอย่างสบายๆ ประมาณ ๑๒๐๐ คน ถ้าเขยคสักหน่อย จะจุได้ ๑๕๐๐ คน ซึ่งเพียงพอสำหรับ ศิริราชแล้ว และถ้าจำเ็นกันนั่งบนระเบียบ ชั้นบนรอบ ๆ ใดอีกคะเนว่ารวมทั้งหมคอง รัยได้เกือบ ๒๐๐๐ คน



หอประชุมราชแพทยาลัย (ภาพบน) ภาพด้านข้าง, (ภาพล่าง) แผนผัง.



ด้านหน้า มาตรฐาน 1:300



ด้านหลัง มาตรฐาน 1:300

ภาพในหน้าและหน้าก่อนเราขออนุญาตคัดจากแบบของหม่อมเจ้าโวฒยากร  
วรวรรณ สถาปนิก (คัดโดยฝีมือคุณพน งามละออ แผนกกายวิภาคศาสตร์) เพื่อให้  
ท่านผู้อ่านได้เห็นเค้าโครงของหอประชุมฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้ำพักน้ำแรงของพวกชาว  
ศิริราช

ข่าวพยาบาล

- ลาออก** ๑. น.ส. นิยมลักษณะ เกษะ- ๒. น.ส. นาคนคร จาติกรัตน์ ๓. น.ส. โกมล วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๔ มาลินี ชลานุเคราะห์ ๔. น.ส. สุการี ๒. น.ส. อุทัย พันธุ์พิทยแพทย วันที่ ๑ เวณโกเศศ ๕. น.ส. พาณี สิริสุขการ มีนาคม ๒๔๕๔ ๖. น.ส. วาจา ข้าไฟพัสดร์ ๗. น.ส. โอน ๑. น.ส. สมหญิง หวังเจริญ โอน นฤมล รุดกุลย์ ไปกรมการแพทย์ ๑ มีนาคม ๒๔๕๔
- บรรจุใหม่** ๑. น.ส. สุการี ขำรงราชนิตี (ด้วยความเอื้อเฟื้อ ของ คุณ เดือนเพ็ญ สนทยานนท์)

เอื้อเฟื้อสารศิริราชพิเศษ

๑. ขุนประนุดนรยาสาส์ สุราษฎร์ ๓๐ บาท ๒. น.พ. อภัย ถนอมสิงห์  
 ฉะเชิงเทรา ๒๐ บาท ๓. คุณสุนทร เสพย์ธรรม นครศรีธรรมราช ๒๐ บาท  
 ๔. น.พ. สำเนียง จารุมิลินทร์ ทุ่งสง ๕๐ บาท ๕. คุณทิพมาศ จินดาวงศ์ ๒๐  
 บาท ๖. น.พ. เสถียร ตูจินดา หาดใหญ่ ๒๐ บาท ๗. น.พ. น้อม ผลัดศรี  
 ธนบุรี ๕๐ บาท ๘. น.พ. ชุก อยู่สวัสดิ์ ศิริราช ๒๐ บาท ๙. ร.ท. ชำนาญ  
 วัฒนกุล ๒๐ บาท ๑๐. น.พ. จง เมฆสุท พระนคร ๕๐ บาท ๑๑. น.พ. โรจน์  
 เหล่าสุนทร ปากน้ำโพ ๕๐ บาท ๑๒. น.พ. มน แมนมนตรี เชียงใหม่ ๒๐ บาท
- เราขอขอบคุณในไมตรีจิตตทั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง รายงานซึ่งยังมีได้บันทึกไว้  
 ครองน จะได้นำลงในโอกาสต่อไป

# หน้าสำหรับนิสสิต

## การเตรียมสอบไล่

“นักเรียนเก่า” เขียนมาว่า :

ทุก ๆ ระยะเวลา สอบไล่ก็มีเหตุ นักเรียนไม่สบาย ขณะสอบ เพราะอดหลับอดนอนมากเกินไป และภายหลังสอบแล้ว ก็มักมีพวกผู้ปกครองที่ชั่ว ตีโพยตีพาย ว่าลูก หลาน ของท่านห้อง หนังสือไม่ได้หลับไม่ได้นอน ตั้งเจ็ดแปดวันยังสอบไล่ตก ดุที่อาจารย์จะเข้มงวดเกินไปเสียแล้ว อย่างนี้ไม่ใช่นักเรียนคงคาชหมด เรื่องนกลีลาคิดหน่อยเดียวก็จะเห็นได้ว่า เหตุอย่างหนึ่งที่ช่วยทำให้ตกก็คือการอดหลับอดนอนทั้งหลาย ๆ กันนั่นเอง ผู้เรียนคงลืมนึกไปว่าการเรียนต้องใช้สมอง และสมองนั้นไม่ใช่เครื่องจักรจะได้เดินเรื่อย ๆ ติดต่อกันไปได้เป็นเวลานาน ๆ และมันก็ไม่ใช้หีบ จะได้อาหาร ความรู้ดีใส่เข้าไป ๆ ให้เก็บไว้ได้ สมองก็เป็นอวัยวะ เหมือนกับอวัยวะอื่น ๆ มีเหนื่อ มีเปลือย มีเวลาทำงานคล่องไม่คล่อง ๆ ล ๆ มันจะทำงานได้ดีก็ต้องมีการพักผ่อนเพียงพอ และต้องมีการฝึกฝนอยู่เสมอ ๆ ให้มีความชำนาญ เช่นเดียวกับการบริหารกาย เพราะฉะนั้น ถ้า นักเรียน คนใด ลงดู หนังสือ หามรุ่ง หามค่ำ ติด ๆ กันตั้งครึ่งเดือนก่อนสอบไล่ ก็มักจะท้อได้เกือบไม่พลาดทีเดียวว่า คนนั้นถ้าไม่ตกก็เคราะห์ดีมาก

ในฐานที่ได้ผ่านการ สอบไล่มาหลายครั้ง แล้ว ด้วยผลดี ข้าพเจ้าขอถือโอกาสขยายวิธีการที่ข้าพเจ้าและเพื่อน ๆ เคยใช้มาแล้วแก่รุ่นน้อง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. **เตรียมตลอดปี** หลักสำคัญ ยอดยิ่งในการเตรียมสอบไล่ให้ได้ผลดีคือ “เตรียมตลอดปี” พอเริ่มเรียนในวันแรก ก็บอกตนเองไว้ที่เคี้ยวว่า “อีก (ประมาณ) ๒๗๐ วันก็จะสอบไล่แล้ว เพราะฉะนั้น

ต้องเริ่มทบทวน” พอรุ่งขึ้นวันที่สองก็เตือนตัวเองอีกว่า “เหลืออีก ๒๖๙” วันต้องทบทวนหนังสือมากกว่าวันแรกอีก เช่นนี้เรื่อยไปเป็นลำดับ เป็นอันว่า เตรียมสอบไล่ทุกวัน ตลอดปีการศึกษา เพราะฉะนั้นความรู้อะไรที่จำเป็นก็ค่อย ๆ ใส่เข้าไปใน สมอง วัน ละ เศษหนึ่งส่วนสองร้อยเจ็ดสิบ ย่อมได้ประโยชน์มากกว่าจะยัดเข้าไปวันละเศษหนึ่งส่วนเจ็ด ระหว่างขมวันหยกก็อาจพักสมองได้โดยใจคอสบาย ไม่ต้องเป็นห่วงว่าจะทบทวนหนังสือไม่ทัน ถ้าหากมีข้อสงสัยอย่างใดในโน้ตหรือตำรา ก็มี โอกาส มาก มากที่จะคน หนังสืออื่น ๆ หรือซักถามอาจารย์ได้ อนึ่งการทบทวนหนังสือทุก ๆ คืนหรือทุก ๆ วัน ทำให้เกิดความเคยชิน ไม่เบื่อ ไม่ง่วง สมองมีความชำนาญจดจำได้ง่าย และเป็นนิสัยติดต่อกันไปในภายหน้าด้วย เพราะหมอนั้นย่อมต้องอ่านหนังสือทุก ๆ วันจึงจะรู้ทันเทียมผู้อื่นเขา

๒. เรียนอย่างมีระเบียบ การศึกษาในมหาวิทยาลัยต่างกับการศึกษาในโรงเรียนอย่างหนึ่งคือ ผู้เรียนต้องทำตนเองให้มีความรู้ การสอนของอาจารย์ขึ้นเพียงช่องทางให้เท่านั้น ในโรงเรียนสามัญนั้นใครรู้เท่าที่ครูสอนไว้ ก็เพียงพอแล้ว แต่ในมหาวิทยาลัยนั้นนักเรียนต้องค้น หนังสือ เพิ่มเติม และใฝ่ตรอง ค้นหาความจริงเอาเองอีกเป็นส่วนใหญ่ การเรียนด้วยตนเองสำคัญกว่าพึ่งอาจารย์เสียอีก เช่นเดียวกับการเรียนในโรงเรียนต้องมีตารางสอน การเรียนด้วยตนเองก็ต้องมีระเบียบ เช่นมีการกำหนดไว้ว่าในสัปดาห์หนึ่ง ๆ จะเรียนกี่วันกี่ชั่วโมง หนึ่ง ๆ (ความจริงคงเป็นกลางคืน) จะเรียนสักกี่ชั่วโมง วันไหนจะเรียนอะไร โดยมาก ควรกำหนดให้คล้องจองกับการเรียนในโรงเรียน คนที่ละเอียดรอบคอบมีแบ่ง ชั่วโมง เป็นเวลา พัก ผ่อน และเล่นกีฬาหลังจากการเรียนในโรงเรียน กินอาหารเย็นแล้วพัก หรือเดิน เล่น เล็ก น้อย อดน้ำ แล้วเริ่มคหนังสือ ตอนหัวค่ำยังไม่่วงมักกำหนดวิชาที่ยาก ตอนคึกคึกวิชาที่ง่ายหรือที่ตนชอบและเห็นว่าสนุกจะได้ไม่่วงเร็ว ฯลฯ กำหนดเข้านอน นอน

ก็ชั่วโมง บางคนมีระเบียบคนเวลาเข้ามดและค หนังสือหรือทำงานอีก หนึ่งหรือสองชั่วโมง จึงเตรียมตัวไปโรงเรียน บางคนเข้านอนแต่หัวค่ำแล้วคค ๆ ต้นชั้นทำงาน บางคนกำหนดตายตัวว่าวันเสาร์ต้องเที่ยงหรือตภาพยนต์ ฯลฯ การมีระเบียบเช่นนี้ นอกจากจะให้ผลดีในการเรียนเพราะสมองเคยกักงาน ยังมีประโยชน์ในทางอบรมตัวเองให้เป็นคนมีระเบียบโดยทั่ว ๆ ไปอีกด้วย

๓. เรียนถุกวิธี วิชาแพทยกว้างขวางมาก เพราะมีแขนงหลายแขนง แต่ละแขนงละเอียดลึกซึ้ง มีข้อความที่ต้องรู้มากมาย เป็นการสควิสิยที่จะเรียนโดยวิธีที่องจำได้ เพราะฉะนั้นจึงมีวิธีแบ่งเขา ภาระใน การเรียนซึ่ง สรุปได้ ดังนี้ คือ “เรียนเข้าใจ”, “เรียนหลัก”, และ “เลือกเรียน”

“เรียนเข้าใจ” ในการเรียนวิชาใดก็ตามควรพยายามเข้าใจกลไก หรือ ความสัมพันธ์ ทางกาย หรือ ทาง เหตุผล ของแต่ละหัวข้อ เช่นการดำเนินของโรค วิชาโรค ฯลฯ ความรู้ในเรื่องการเกี่ยวโยงสัมพันธ์กันระหว่างหัวข้อต่าง ๆ จะช่วยให้จำแต่ละอย่างได้ง่ายขึ้น และถ้า

หากล้มข้อใด อาศัยข้ออื่นที่ทำได้ช่วยให้  
ระลอกได้ ถ้าหากเรียนจำเป็นเรื่อง ๆ ไป  
เมื่อล้มข้อใดเสียก็ไม่มีหลักอื่นใดจะช่วย  
ความทำได้ แต่ทั้งนี้ก็บางวิชาซึ่งต้อง  
ใช้ความจำโดยเฉพาะ

“เรียนหลัก” คือการค้นหาหลัก  
ความจริงในวิชาต่าง ๆ เช่นที่มันซึ่งจาก  
หลักเหล่านี้ อาจแยกแขนงความรู้ออกไป  
ให้แตกฉานยิ่งขึ้นได้ หลาย ๆ หัวข้ออาจมี  
หลักทำนองเดียวกันก็ได้ ถ้ารู้หลัก  
สำหรับหัวข้อหนึ่ง อาจนำไปเปรียบเทียบกับ  
ใช้สำหรับอีกหัวข้อหนึ่งก็ได้ ดังนั้น การ  
เลือกค้นให้ได้หลักสำคัญของหัวข้อวิชา  
ต่าง ๆ เสียทีหนึ่งจึงเป็นการทวนเวลาและ  
ทวนสมอง

“เลือกเรียน” คือเลือกหัวข้อเรียน  
ตามความสำคัญ อย่างไรก็ดีสำคัญมาก  
ก็เรียนให้ละเอียดลึกซึ้งและให้รู้ที่จริง ๆ  
อย่างไรก็ดี สำคัญน้อย ก็เรียน พอสมควร  
อย่างไรก็ดี ไม่ค่อยสำคัญก็เรียนเพียงหลัก  
ทั่ว ๆ ไป ประกอบกับลักษณะจำเพาะ  
ตัวอย่างเช่นในอายุรศาสตร์โรคที่พบบ่อย ๆ  
ในเมืองเราต้องนับว่าสำคัญมาก พวกนี้  
ต้องเรียนรู้อย่างคล่องทุก ๆ หัวข้อ นับ  
ตั้งแต่ต้นเหตุ อาการ การวินิจฉัย การ

รักษา การพยากรณ์ ฯลฯ โรคที่พบ  
ไม่บ่อยนัก สำคัญเป็นรอง ก็เรียนให้รู้  
พอปานกลาง โรคที่นาน ๆ พบครั้งก็เรียน  
เพียงคร่าว ๆ ให้ทราบลักษณะพิเศษ  
หากว่าถูกถามขึ้นมาในเวลาสอบไล่ ก็จะ  
ตอบได้ โดยอาศัยความรู้หลักประกอบกับ  
ลักษณะพิเศษนั้น สังเกตว่าวิธีนี้ไม่ใช่วิธี  
แทงหวย ผิดกันตรงที่วิธีเลือกเรียนนี้เรียน  
หมดทุก ๆ อย่างที่ควรเรียน เว้นแต่เลือก  
เรียนมากในหัวข้อที่สำคัญมาก เรียน  
น้อยในวิชาที่สำคัญน้อย ส่วนวิธีแทงหวย  
นั้น แม้เรื่องหนึ่งอาจสำคัญ เช่นเป็น  
โรคที่พบบ่อย แต่ถึงว่าเวลาสอบไล่จะ  
ไม่ถาม ก็ไม่เรียน ถ้ายังเผลอถามขึ้นมา  
ก็ตอบไม่ได้ ดังนั้นการแทงหวยเป็นการ  
เสี่ยงต่อการสอบตกเสมอ แต่การเลือก  
เรียนไม่ต้องกลัวสอบตก เพราะถามอะไร  
ก็ตอบได้ เว้นแต่จะได้ค้หรือไม่ได้เท่านั้น

๔. เครื่องช่วยความจำ เครื่องช่วย  
ความจำมีอยู่หลายอย่าง ที่มีประโยชน์  
มากและใคร ๆ ทำได้ คือโน้ตย่อ กับ  
ภาพเข้าใจ (ไดอะแกรม) โน้ตย่ออาจทำ  
ขึ้นจากปาฐกถา หรือตำรา หรือทั้งสอง  
รวมกันก็ได้ วิธีทำคืออ่านตำราให้จบไป  
ตอนหนึ่งแล้วปิดหนังสือและนึกดูว่ามีข้อ



ย่อไม้ที่ชั่วโมงก็จบ และก็ได้จบจริง ๆ  
ทั้งแต่ต้นจนปลาย ไม่ต้องใช้วิธีแทงทวย  
ซึ่งบางทีก็ทิ้งต้องรื้อไปอีกหนึ่งยี่ง่างแก  
ทัวได้

โน้ตย่อที่จะใช้ใ้ผลคั้นนี้ ต้องทำให้  
ปราณีต เขียนตัวบรรจง วางรูปร่างให้ได้  
จังหวะ แบ่งเป็นตอนเป็นยทให้เรียบร้อย  
สวยงาม บางคนคัดแล้วคัดอีก คัดทีหนึ่ง  
ก็แก้ไขให้สิ้นกระทั่งคัดและซักเงินขึ้นไปอีก  
อย่างนี้ได้ประโยชน์สองต่อ ประการหนึ่ง

ความปราณีตและมีระเบียบช่วยให้สมอง  
จำได้ง่ายขึ้น ประการสองการเขียนซ้ำ ๆ  
นั้นเองช่วยให้จำแม่นและแน่นยิ่งขึ้นอีก

เพราะโน้ตย่อมีประโยชน์มาก บาง  
คนเลยถือเป็นเรื่องนิยมย่อหมดทุกอย่าง  
แม้กระทั่งรายงานคนไข้ของเขา ก็ย่อเก็บ  
เอาไว้สำหรับช่วยความจำเวลาอาจารย์  
เยี่ยมคนไข้ และสำหรับค้นคว้าหลังอีก  
หลาย ๆ ปีก็ได้ บางคนอ่านนิตยสารพบ  
เรื่องที่สนใจก็ย่อเก็บเอาไว้ เป็นคำวาพิเศษ  
ซึ่งคนอื่น ๆ ไม่มี

อันคนที่มีสติยสนทกตเทียง  
ช่วยชบเสียงชเชิตให้เชิตคลาย  
เขาไว้ใช้ใกล้ชิตไม่คิคร้าย  
เขารักตายด้วยได้ด้วยใจตรง  
อันโซ่ครวนพวนพันมันไม่อยู่  
คงหนีสู่อ้อมหมอนในฝันผง  
แม่นผลใจไว้ด้วยปากไม่จากองค์  
อุส่าหทรงทรายแบยทแบยคาย

เพลงชาวถวายโอวาท

## บันทึกท้ายสมุด

๑ เดือนมีนาคม ๒๔๙๔ นี้เห็นที่จะ  
เป็นเดือนสำคัญอะไรบางอย่างในดวงชะตา  
ของศิริราช ทั้งนี้ได้หมายความว่าเรา  
คงคนเป็นโหรขึ้นมา แต่เพราะสังเกตค  
มเหตุการณ์เกิดขึ้นทั้งร้ายและดีสำหรับ  
ศิริราช ในทางร้ายคือการสูญเสียเสด็จ  
ในกรมพระชัยนาทฯ พระองค์ผู้ทรงพระ  
คุณยิ่งแก่ศิริราชมาตั้งแต่อดีต ซ้ำยัง  
ต้องเสียศิษย์เก่าไปถึงสามคนในเวลาห่าง  
กันไม่ถึงสามวัน ศิษย์เก่าทั้งสามคนคือ  
ท่านขุนประนุตน รายนาส แพทย์หญิง  
สมจิตต์ พิณระภาคี และนางสาวประสงค์  
ทรงธนศักดิ์ (พยาบาล) รายละเอียด  
เกี่ยวกับผู้มรณะทั้งสามนี้เรากำลังรวบรวม  
เพื่อลงพิมพ์ในเล่มต่อไป ในด้านดีคือ  
ศิริราชได้เห็นความสำเร็จ ซึ่งต้องนับว่า  
ใหญ่หลวง คือการเริ่มก่อสร้างหอประชุม  
ราชแพทยาลัย (ดูหน้าข่าว) ซึ่งจะเห็น  
เครื่องหมายของความร่วมใจของชาว  
ศิริราชทั้งอดีตและปัจจุบัน ทั้งแพทย์  
พยาบาลและเภสัชกร ซึ่งยังผลเป็นรูป  
ร่างขึ้นมาทันตาเห็น นำเสียทายที่กำหนด

การวางศิลาฤกษ์ได้เป็นไปอย่างกระตือรือร้น  
ทำให้พี่น้องศิริราชที่อยู่ไกลออกไปไม่ได้  
รับการบอกกล่าวทันทั่วถึงที่จะมาร่วม  
งานได้ แม้กระนั้นก็มีผู้มาเป็นจำนวนไม่  
น้อย ขณะที่ประกอบพิธีวางศิลาจารึก  
พระสงฆ์สวดชยันโต สังเกตได้ว่าดวง  
หน้าของผู้ที่อยู่ในงานนั้นต่างก็สดใสแจ่ม  
ชื่น ไม่ต้องสงสัยว่าทุกคนในทันนั้นคงได้  
มีส่วนวิ่งเต้นช่วยเหลือต่าง ๆ ในงานหก  
สิบปีฯ คงจะปลาบปลื้มด้วยความคิดว่า  
หอประชุมนี้ก่อกำเนิดขึ้นมาจากเมล็ดแห่ง  
สามัคคีธรรม และงอกงามผลุดพันดิน  
ขึ้นมาโดย “รกรากด้วยหยาดเหงื่อ”  
ของพวกเราทั้งหลาย เราหวังว่าพี่น้อง  
ศิริราชที่อยู่ห่างไกลคงจะยินดีเช่นกัน  
ช่างภาพิกิตติมศักดิ์ของสารศิริราชได้บันทึก  
เหตุการณ์สำคัญในประวัติของศิริราชครั้ง  
นี้ไว้แล้ว และเราจะได้เสนอท่านผู้อ่านใน  
ฉบับต่อไป

๑ เรื่องวิชาการเรื่องแรกในเล่มนี้  
เป็นผลของการร่วมมือระหว่างอาจารย์กับ  
ศิษย์ เจ็บเวลาระหว่างปีภาคเรียนมา

ทำการตรวจค้นซึ่งคงจะเป็นประโยชน์ทั้ง  
 ในด้านวิชาการโดยตรงและด้านการศึกษา  
 เรื่องที่สองของแผนกศิลปศาสตร์เป็นเรื่อง  
 ที่ได้เสนอในที่ประชุมวิชาการของคณะ  
 แพทยศาสตร์มาแล้ว และแสดงผลที่  
 ได้รับจากวิจิตรศึกษา ซึ่งนับว่าใหม่สำหรับ  
 เมืองไทย และมีวิปฏิบัติซึ่งอ่านดูตาม  
 รายงานแล้วรู้สึกว่าจะไม่ยากแต่ความจริง  
 นั้นคงไม่่ง่ายนัก เพราะแม้ในต่างประเทศ  
 การผ่าตัดนั้นก็ทำแต่เฉพาะในโรงพยาบาล  
 ใหญ่ๆ เท่านั้น นายอินทที่เราก็มีคนซึ่ง  
 สามารถทำได้อย่างเรียบร้อยและปลอดภัย  
 ไม่แพ้คนอื่น ๆ

๑ เราหวังว่าท่านผู้อ่านที่ต่างสังเก  
 คงไม่นึกออกเลยว่า สวรรคิราษเลือกบทความ  
 ความพิเศษของ คน คณะหนึ่ง คณะใด  
 เพราะในฉบับนี้พิมพ์เรื่องของคุณหมอส  
 หนอง อนุบาล อาจารย์ในแผนกสรีรวิทยา  
 (ซึ่งขณะนี้อยู่ในต่างประเทศ) หลังจาก  
 ทดพิมพ์เรื่องของอาจารย์แผนกนี้มาแล้ว  
 ในฉบับที่สอง ความจริงนั้นในฉบับนี้เรา  
 มีเรื่องของอาจารย์ผู้หนึ่งในแผนกศิลป  
 ศาสตร์อยู่ในมือแล้ว เป็นเรื่องค่อนข้าง  
 ยาว ุประมาณแปดเก้าหน้า พอที่มีข่าว  
 สันพระชนม์ของเสด็จในกรมฯ นั้น ซึ่งเรา

เห็นสมควรที่จะอุทิศหน้ากระดาษถวาย  
 เป็นพิเศษ ประกอบกับเรื่องวิชาการที่พิมพ์  
 ไปแล้วก็ค่อนข้างยาวทั้งสองเรื่อง ทั้งม  
 ภาพแซกอีกหลายภาพ ผู้จัดการขอรับ  
 ให้พยายามประหยัดหน้ากระดาษให้มาก ๆ  
 สักหน่อย กำลังขยับเขยื้อนอยู่ที่พอดีได้รับ  
 เรื่องของคุณหมอสหนอง ซึ่งนอกจากเป็น  
 เรื่องที่มีประโยชน์จริง ๆ แล้วยังมีขนาด  
 ความยาวพอเหมาะอีกด้วย เราจึงยก  
 เรื่องเดิมออกและเอาเรื่องใหม่เข้ามาใส่แทน  
 เราขอขอบคุณคุณหมอสหนองเป็นสองเท่า  
 ที่มาช่วย ยกเราออกจากหลุมแห่งความ  
 อึดอัดไปได้ และหวังว่าท่านเจ้าของเรื่อง  
 เตรียมไว้เต็มนี้คงไม่เสียใจจนถึงกับจะต่อ  
 ว่า หรือตัดความสัมพันธ์เสียเลยทีเดียว

๑ ทั้ง ๆ ที่เราได้พยายามประหยัด  
 หลายอย่างแล้ว สวรรคิราษฉบับนี้เห็นจะ  
 เป็นฉบับหนึ่งลงทุนมากที่สุด เพราะนอก  
 จากมีความหนาพอประมาณแล้ว ยังมี  
 ภาพเส้นเกือบสามหน้าและภาพสีกรีนอีก  
 สี่ภาพ ซึ่งรู้สึกว่าหลายเลยไม่ได้ทั้ง  
 นั้น เราเสนอขอขึ้นเพื่อขอความเห็นใจให้  
 แก่ผู้จัดการของเรา ซึ่งต้องมีภาระหนัก  
 หนักในการพยายาม “ชักหน้าให้ถึง

หลัง” ให้แก่สารศิริราชทุก ๆ เล่ม  
 ประกอบกับมีท่านสมาชิกแสดงความเห็น  
 มาว่าบันทึกท้ายสมุดไม่จำเป็นเราก็เลยถือ  
 โอกาสเขียนน้อย ๆ ในหน้านั้น เป็นการ  
 คล้องจองกับโครงการประหยัคของเราด้วย

ขอขอบคุณท่านสมาชิกนั้นอีกครั้งหนึ่ง

๑ ก่อนจบ สารศิริราชขอแสดงความ  
 ขอบคุณหนังสือพิมพ์ สะเตนคาร์ค ทีเอช  
 เพื่อให้ยืมบล็อกพระรูปเสด็จในกรมพระชัย  
 นาทฯ สำหรับตีพิมพ์นำทยบรรณาธิการ.

ของแถม มี ใน หน้า ต่อ ไป

## ของแถม

### วิธีการรักษาโรคของธรรมชาติ

มีผู้สังเกตมานานแล้วว่าหญิงที่เป็นโรครุมมาต้อยค์อาร์ไธริติส มักทุเลาระหว่างตั้งครรภ์และกลับเป็นอีกภายในสองเดือนหลังคลอด ดร. Louis W. Granirer แห่งควีนส์เจเนอรัลฮอสปิทัล (นิวยอร์ก) มีความเห็นว่าเลือดของหญิงมีครรภ์คงมีสารอะไรซึ่งช่วยรักษาโรคนี้ และได้ทดลองโดยเจาะเลือดหญิงที่คลอดบุตรแล้วใหม่ ๆ คนละ ๒๐๐ ล. ซม. แยกเอาพลาสมาฉีดให้แก่ผู้ป่วยโรครุมมาต้อยค์อาร์ไธริติส ในขนาดประมาณ ๕๐๐ ล. ซม. ปรากฏว่าได้ผลทำให้อาการดีขึ้นมาก ผู้ป่วยที่ลุกไม่ได้หรือฝ้ายผอม กลับลุกเดินได้และน้ำหนักขึ้น เขาได้รายงานผลการรักษาผู้ป่วย ๒๔ คนต่อสมาคมนิติเวชวิทยาว่าเป็นที่พอใจ เขาได้ทดลองมาเป็นเวลาสองปี และได้พยายามลดจำนวนพลาสมาลงจนเหลือเพียง ๒๐๐ ล. ซม. ผลที่ได้ปรากฏภายหลังเวลาประมาณสองเดือน ซึ่งช้ากว่าผลของ ACTH หรือคอร์ติโซน แต่เชื่อว่าผลของพลาสมา นี้อยู่ยาวนานกว่า ถ้าหากให้พลาสมาซ้ำประมาณ ๓-๔ ครั้งในระหว่างหนึ่งปี ผู้ป่วยด้วยกันไม่ให้โรคกลับเป็นอีกได้ นับว่าดีกว่าการรักษาโดยวิธีอื่น ดร. การ์มันเรอร์อ้างว่าตั้งแต่ทดลองมานี้ยังไม่ปรากฏผลร้ายจากการรักษาเลย

ถ้าหากการรักษาแบบนี้ได้ผลจริง ก็อาจถือเป็นตัวอย่างการรักษาโรคตามธรรมชาติ สำหรับข้ออักเสบ ซึ่งดูเหมือนจะเป็นวิถีที่ปลอดภัยที่สุด

(หมายเหตุ ข้อความนี้คัดลอกมาจากหนังสือพิมพ์ไทม์ ๒๗ พ.ย. ๑๙๕๐ ยังไม่พบรายงานในนิตยสารวิชาการ)

วันดี ไวสำรวจ พ.บ.