

๑/๑
ห.ท. ศ.มหกจศ ห.ร.ค.ศ.



มอบให้ห้องสมุด

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๓๖

Volume 5, Number 10, October 1953.

มะเร็งตัวมดลูกในผู้ป่วยอายุน้อย - ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.	๕๔๕
บันทึกการปฏิบัติ-ข้อแนะนำในการตรวจหาเชื้อบิดอะมีบิค - อนนต์ ประทัดสุนทรสาร พ.บ., M.P.H. (T.M.).....	๕๕๔
บทความพิเศษ: หลอดน้ำเหลืองของปอด - ภูเก็ต วาจนนท์ พ.บ.	๕๕๗
บทบรรณาธิการ: การวัดสมรรถภาพของปอด	๕๖๕
ปกิณกะ : อาจารย์โรงเรียนแพทย์	๕๗๕
หน้าสำหรับนิสิต: ช่วยจำ	๕๘๕

ย่อเอกสาร ข่าว ศิษย์เก่า บันทึกท้ายสมุด

* CORPUS CARCINOMA AT EARLY AGE - M.R. Songsri Ketusingh, M.B., Dr. med.	553
PRACTICAL NOTES : FECAL SPECIMENS IN EXAMINATION FOR AMOEBA	
- Anond Pradatsundarasara, M.B., M.P.H. (T.M.)	554
SPECIAL ARTICLE : PULMONARY LYMPHATIC SYSTEM - Bhuket Vachanondh, M.B.	557
EDITORIAL : ASSESSMENT OF PULMONARY EFFICIENCY	565
MISCELLANY : TEACHERS IN MEDICAL SCHOOLS	589

ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(* With English abstract)

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล เจ้าของ :: อวย เกตุสิงห์ พ.บ. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา :: วิทยากร์ เตชสัตย์ ผู้จัดการ
สำนักงาน แผนกสักร์วิทยาศิริราชพยาบาล :: ฉบับละ 1 บาท เก็บปี (12 เล่ม) 15 บาท รวมค่าส่งทางไปรษณีย์ ::

Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok.
Hon. Editor: O. Ketusingh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (12 Nos): 10 Bahts. Postage extra.

น.พ. ทะหนกต์ ทะหนกต์ .



มอบให้กองสมุด
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
ศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE



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

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๔๙๖

Volume 5, Number 10, October 1953

มะเร็งตัวมดลูกในผู้ป่วยอายุน้อย

ม.ร.ว. สังศรี เกตุสิงห์

พ.บ., Dr. med. (Leipzig)

(แผนกสูติศาสตร์นำรีเวชวิทยา)

ตั้งแต่ มกราคม ๒๔๙๑ ถึง มิถุนายน ๒๔๙๖, เป็นเวลารวม ๖๕ เดือน, แผนกสูติศาสตร์นำรีเวชวิทยาได้รับผู้ป่วยโรคมะเร็งตัวมดลูกไว้รักษารวม ๖๕ ราย. ส่วนมากในจำนวนนี้มีอายุเกิน ๔๐ ปีขึ้นไป. มี ๑ รายที่อายุ ๒๗ ปี, รัยไว้เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๒. มาในขั้นไทรบ ๑ รายที่มีอายุเพียง ๒๓ ปี, ซึ่งเป็นอายุน้อยมากสำหรับโรคมะเร็งตัวมดลูก. ท่านหัวหน้าแผนกจึงเห็นสมควรให้นำมาเสนอ, ทั้งรายงานสังเขปต่อไปนี้.

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย, อายุ ๒๓ ปี, สมรสเมื่อ อายุ ๒๒ ปี. สามแข็งแรงดี. เคยเป็นแผลกิ่งเนื้อในท้อง, ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นกามโรค.

ประวัติระดู เริ่มมีระดูครั้งแรกเมื่อ อายุ ๑๕ ปี. มีทุกเดือน. คราวละ ๕ วัน. ไม่มีปวดระดู. มีตกขาวในเกณฑ์ปกติมาโดยตลอด. นอกจากครั้งหนึ่ง, ก่อนสมรสซึ่งจำเวลาไม่ได้แน่, เคยมีตกขาวมาก, เป็นน้ำใส ๆ ออกจนชุ่มผ้า, จำนวนมากเท่า ๆ กับการ. ผู้ป่วยอ้างว่าเป็น

หลังจากกินผักเสี้ยนคอง. ครึ่งนั้นมียู
ไม่กวนก็หยุด. ไม่เคยมีเลือดปนตกขาว
เลย. แต่ชอบอาเจียงแตกได้ยาก เพราะ
ผู้ช่วยมักจะนุ่งผ้าสีดำ.

ประวัติการแท้งและการคลอด ผู้
ช่วยไม่เคยคลอดบุตร. สงสัยว่าจะเคย
แท้ง ๑ ครั้งเมื่อแต่งงานใหม่ๆ, ซึ่งจะได้
กล่าวถึงต่อไป.

ประวัติปัจจุบัน เมื่อแต่งงานได้เดือน
ครึ่งก็ขาดระยะไป ๒ เดือนกว่า. ไม่มี
อาการแพ้ท้อง. ในระหว่างนั้นมีไข้, ปวด
หัว, หนาวแต่ไม่สั่น. หมอฉึกยาเข้าที่
ตะโพกและให้กินยาควินิน (ตามที่คุณใช้
บอก). หลังจากนั้นไม่กี่วันก็มีเลือดออก
จากช่องคลอด, และมีปวดท้องน้อย. ผู้
ช่วยไม่ได้สังเกตว่ามีอะไรอื่นออกมาบ้าง
นอกจากเลือด. เลือดออกมากอยู่ ๓-๔
วัน จึงไปโรงพยาบาลจังหวัดชลบุรี. หมอ
รับไว้รักษาในโรงพยาบาล, ฉึกยาและให้
กินยา. เลือดออกไม่เกิน ๗ วันก็หยุด.
หลังจากนั้นก็มียูออกทุกเดือน, ครบ
ตามเวลาของระยะ, และมี ๓-๕ วันก็หยุด.
จำนวนก็เป็นปรกติ. นับว่ามีระยะอยู่ราว ๓
เดือน. พอเข้าเดือนที่ ๔ มีระยะ, แต่คราว

นเลือดออกมากและนานถึง ๘ วันแล้วยัง
ไม่หยุด. ขณะนั้นเข้ามารุงเทพฯ จึงไป
ตรวจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. แพทย์ได้
ชุกมกลูกและฉึกยาให้. รักษาที่โรง
พยาบาลได้ ๓ วันก็กลับจังหวัดชลบุรี. แต่
เลือดยังไม่หยุด. ได้ไปทานางผดุงครรภ์
ให้ฉึกยา และกินยาต่อไปอีก ๗-๘ วัน,
เลือดจึงหยุดสนิท. หลังจากนั้นก็กลับม
ระยะเป็นปรกติทุกเดือนราว ๔-๕ เดือน. ก็
มีตกเลือดออกพร้อมๆเวลาระยะ คราวน
ออกไม่มาก, แต่กะปริบกะปรอย, ครึ่ง
เดือนก็ยังไมหยุด. จึงไปที่โรงพยาบาล
จังหวัดชลบุรี. แพทย์ได้ชุกในโพรงมค
ลูกแล้วส่งเนื้อมาตรวจที่แผนกสีกศาสตร์
นาวเวชวิทยา, ร.พ. ศิริราช, เมษายน ๑๓
พฤษภาคม คกน. นายแพทย์ชระ สุขวัน
ได้อ่านผลทางจุลทัศน์ ดังต่อไปนี้:

“เนื้อเยื่อมกลูกที่ชุกมามีลักษณะ
ทางจุลทัศน์ไม่ตรงกับเวลาของรอบระยะ,
คือ ควรจะมีลักษณะของเยื่อมกลูกใน
เวลากลางรอบ (คนไข้มีเลือดออกมาแล้ว
ถึง ๑๕ วัน) ต่อมเยื่อมกลูกมีการเพิ่ม
จำนวนมากกว่าฮัยเปอรเพลเซียในรายที่
ฟอลลิเคิลค้าง (follicle persistence).
เซลล์ของสโตรมา มีลักษณะไม่สม่ำเสมอ

เสมอ. บางส่วนเป็นลักษณะสะโตรมาที่มี
เส้นใยมาก. เซลล์เย็บขลิบของต่อม
มีมาก, เรียงซ้อนกันจนเป็นชั้นซ้อนแท้.
รูปร่างของตัวเซลล์มีทั้งอัน และผอม.
นิวเคลียสแตกต่างกันตามลักษณะของตัว
เซลล์. จากการที่เซลล์เย็บขลิบมีมาก
จึงทำให้รูปร่างของต่อมมีขรุขระและกระพริบ
ยื่นออกไปหลายทิศหลายทาง. สืบจากที่
เห็นโดยทั่วไปจึงวินิจฉัยว่าเป็นอะดีโนคาร์
ซิโนมา”.

แพทย์ที่จังหวัดชลบุรีได้นำผู้ป่วย
มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่วันที่
๒๗ พฤษภาคม ๒๔๙๖. ในขณะนั้นเลือด
หยุดแล้ว ตลอดเวลาที่มีไข้มีตกเลือด
ก็มีตกขาวเบอน่าน้ำค้ำเป็นสีขาวๆ อย่าง
ธรรมดา. ไม่เคยสังเกตเห็นเลือดปน.

ประวัติการป่วยไข้ในอดีตไม่มีความ
สำคัญ.

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยผอม, ร่าง
แบบบาง, ซีกเล็กน้อย, ปอด, หัวใจ, ระบาย
ประสาทและกระเพาะอาหารลำไส้ตรวจไม่
พบสิ่งผิดปกติ. ฮีโมโกลบิน ๖๕ ปรส.
เม็ดเลือดแดง ๔.๒๐ ล้าน. ความกัน
เลือด ๑๑๐/๖๐. ในขี้สสาวะไม่พบแอล
บิวมีนและน้ำตาล.

ผลการตรวจทางช่องคลอด (โดย
ท่านหัวหน้าแผนก). เมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม
ค.ศ. ๑๙๕๖, ปรากฏว่าเป็นช่องคลอดของ
คนไม่เคยมีบุตร, มีมูกเล็กน้อย. ปอร์ซิ
โอขนาดปรกติ, สีทางค้ำหน้า. ไม่มีอิ
โรซัน. ปากมดลูกก้านนอกกลม, ใต้
ปลายนิ้วก้อยขนาดเล็ก ๆ ใต้. มดลูกอยู่
ในท่าพับไปข้างหน้า, ขนาดคล้ายไม้ขีด
เงิน. แอ็คเน็กซ์ปรกติทั้ง ๒ ข้าง.

เนื่องจากการตรวจพบไม่แน่ชัด, ใน
ขณะนั้นไม่มีเลือดออก, ตกขาวเป็นมูก
และมันน้อย, มดลูกไม่โต, ประกอบทั้งคน
ไข้มีอายุน้อยมาก, จึงได้ทำการขดมดลูก
อีกครั้งหนึ่งเมื่อวันที่ ๑ มิถุนายน. ไข้
น้อยไม่มาก. โพรงมดลูกยาว ๘ ซม. ผล
การตรวจจุลทัศน์ปรากฏว่าเป็น อะดีโนอะ
คันโธมา (Adenoacanthoma), จึงได้
ผ่าตัดเอามดลูก, ค่อมมดลูกและข้อมมดลูก
ออกหมด, เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน.

การตรวจมดลูกและข้อมมดลูกด้วยตา
เปล่าได้ผลว่ามดลูกโพรงยาว ๗.๕ ซม.,
ผนังหนา ๒ ซม. เยอบุทั่วไปหนา ๑.๒ มม.
ที่ผนังหลังใกล้ริมซ้ายบริเวณตัวมดลูกเยอ
นหนาขึ้น, ผิวขรุขระ, หนา ๔ มม. เห็น
โคเซอร์วิคซ์เรียบ. รั้งไข่มุกมีคอรัยัส

เตอุมยังใหม่อยู่ ๑ อัน. รังไข่ขวามี
ลักษณะปกติ.

เมื่อตรวจโดยจุลทัศน์พบว่า บริเวณ
ริมซ้ายที่หน้าขุ่นและเห็นด้วยตาเปล่าว่ามี
มีต่อมเยอบวมคดงอกแตกกิ่งก้านมากยิ่ง
กว่าที่ใดเห็นในเนื้อซอก, และมีกลุ่มเซลล์
สะเกวมัสเห็นชัดหลายตำแหน่ง. เซ็กชัน
ของเยอบวมคดงอกเข้าไปในมมผลอดมค
ดงอกข้างซ้ายก็มีต่อมทั้งอกและมีกลุ่มเซลล์
สะเกวมัสด้วย. เซ็กชันของเยอบวมคด
ทางด้านซ้ายของ อีสรั่มัส ตอนคอกยเอ็น-
โคเซอร์วิคซ์ ก็มีเนื้อมะเร็งแผ่ลงมาด้วย.
ตามเซ็กชันที่เห็นเหล่านี้ มะเร็งได้แผ่กระ
ยายตามผิวของเยอบวมคด ทางซีกซ้าย,
ไม่จำกัดตัวอยู่เฉพาะบริเวณเนื้อหน้าทรม
ซ้ายของตัวมคดเท่านั้น. แต่ก็ไม่บุกรุก
ลึกลงไปชั้นกล้ามเนื้อเลย. รังไข่ซ้าย
มีคอร์ปัสลูเตอุมใหม่ ๑ อัน. เยอบวมค
ดบริเวณอื่นอยู่ในระยะหลัง.

หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยสบายดี, ไม่มี
โรคแทรกและกลับบ้านได้ในวันที่ ๒๓. ได้
แนะนำให้มาฉายเอกซเรย์ลึกต่อไป.

อภิปราย

ในสมัยก่อน, มะเร็งตัวมคดเป็น

โรคที่พบน้อยกว่ามะเร็งที่คอมคดมาก
ตำราโดยมากกล่าวว่ามีมะเร็งตัวมคด
๑ รายต่อมะเร็งคอมคด ๕ รายหรือ ๘
ราย. ที่เช่นเช่นนี้คงเนื่องมาจากมะเร็งตัว
มคดไม่ค่อยมีอาการแจ้งและอาการตรวจ
พบ. การดำเนินของโรคส่วนมากก็เช่น
ไปอย่างช้า ๆ. การตกเลือดซึ่งเป็นอาการ
ข้อเท็จจริงที่ปรากฏก่อนมักจะถูกลงความเห็น
ว่าเป็นพวก functional bleeding. การ
ตรวจภายในก็ไม่ปรากฏผลชัดแจ้ง, เพราะ
แหล่งที่เลือดออกอยู่ลึกในโพรงของมค
ด. ตัวมคดก็ไม่โตกว่าปรกติจนเป็นที่
ผิดสังเกตในรายที่มะเร็งยังไม่กินลึกถึง
เนื้องอกกล้ามเนื้อมคด. จึงมีการวินิจฉัยผิด
ได้. มาในสมัยนี้การตรวจได้เช่นไปอย่าง
ละเอียดและถูกต้องขึ้น, คือมีการขูดเอา
เยอบวมคดของผู้ป่วยที่มีเลือดออกจาก
โพรงมคดทกรายมาตรวจด้วยกล้องจุล
ทัศน์, จึงพบว่าจำนวนของผู้ป่วย มะเร็ง
ตัวมคด มากขึ้น.

ในรายที่นำมาเสนอนี้ มีหัวข้อที่น่าสนใจ
หลายอย่าง, คือ:

๑. อายุของผู้ป่วย มะเร็งตัวมคด
เป็นโรคในคนแก่. ตามสถิติต่าง ๆ ที่เขา
ได้รวบรวมกันมาแล้วปรากฏว่าส่วนใหญ่

เกิดเมื่ออายุ ๕๐ ปีขึ้นไป, หรือในคนที่
 ระกอบแล้ว. (1.3.4) ถัดลงมาคือเป็นราย
 ที่ใกล้เคียงหมดกระดูก, คืออายุ ๔๐ ปีขึ้นไป.
 ในจำนวนผู้ช่วยด้วยมะเร็งที่มดลูกของ
 แผนกสรีรศาสตร์ ๖๕ รายที่รวบรวมได้,
 ปรากฏว่าเป็นกับคนที่อายุ ๕๐ ปีขึ้นไปถึง
 ๔๐ คน (๖๑.๕ ปร.), อีก ๑๕ คน
 (๒๕.๒ ปร.) พบในรายที่ใกล้เคียงหมดกระดูก,
 คืออายุ ๔๐ ปีขึ้นไป. ที่พบในอายุน้อย
 กว่า ๔๐ ปี มี ๔ ราย, คือ อายุ ๓๕ ปี
 ๑ ราย, ๓๗ ปี ๑ ราย, ๓๖ ปี ๑ ราย,
 และ ๒๗ ปี ๑ ราย. รายที่เสนอนมอายุ
 เพียง ๒๓ ปี ซึ่งนับว่าน้อยที่สุดในคนไข้
 ที่รวบรวมได้ในระยะ ๖๕ เดือน. Ro-
 bert Meyer พบ ๑ ราย อายุ ๗ ปี.
 Te Linde พบ ๑ ราย อายุ ๒๒ ปี. (5)
 Hertig พบ ๑ ราย อายุ ๑๖ ปี. (2) En-
 gelhorns รายงาน ๑ ราย อายุ ๒ ปีครึ่ง
 ซึ่งเป็นอายุน้อยที่สุด.

๒. การตกเลือด. เป็นอาการสำคัญ
 ในระยะที่หมดกระดูกแล้ว. อาการสำคัญ
 แรกเริ่มที่แสดง คือ การตกเลือดกะปริบ
 กะปรอย, หรือตกติดต่อกันไปเล็กน้อยๆ
 ตลอดเวลา. ส่วนในคนที่ยังไม่หมดกระดูก
 มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของระยะ, เช่นมี

เลือดระคายอกนาน, หรือออกนานและมาก
 ทีเดียว. หรืออาจมีเลือดออกนอกเวลาระค
 ก็ได้, ไม่เป็นกำหนด. ในผู้ช่วยที่นำมา
 เสนอนักมีการเปลี่ยนแปลงของระยะ. ผู้
 ช่วยมิได้มีการตกเลือดตลอดเวลา, แต่มี
 ระคายอกมากและนานสลับกับระคายปรกติเป็น
 คราวๆ ไป, เช่นเดียวกับในรายงานของ
 Semmers ที่พบว่าในผู้ช่วย ๑๖ รายที่
 อายุระหว่าง ๑๕-๓๕ ปี, แสดงอาการระ
 คายอกมาก (menorrhagia) ๑๔ ราย. นอก
 จากนั้นยังมีระคายอก (amenorrhoea)
 เป็นครั้งคราวสลับกันไปด้วย. รายของ
 เรายังนอกจากมีระคายอกในบางเดือนแล้ว
 ยังมีระคายอกล่วงหน้ามาก่อนด้วย, ถึง
 ปรากฏในรายงานว่าภายหลังสมรสมีระค
 ยอกได้ ๒ เดือนจึงมีเลือดออกผิดปกติ.
 ระคายอกในรายนี้อาจเป็นอาการร่วมกันไป
 กับระคายอก ซึ่งเป็นอาการที่พบในมะเร็งก็
 ได้, หรืออาจเกิดจากการตั้งครรภ์ก็ได้, ซึ่ง
 เราไม่มีหนทางจะพิสูจน์ในเวลานี้. ผู้ที่
 เป็นมะเร็งที่มดลูกก็อาจตั้งครรภ์ได้, ถึง
 มีรายงานไว้ ๔ ราย. ในจำนวนนี้แต่ง
 เสีย ๓ ราย, ที่คลอดเกือบครบกำหนด ๑
 รายเท่านั้น.

๓. การตกขาวอย่างผิดปกติ อาการนี้ซึ่งเข้าใจกันว่าเป็นอาการประจำอย่างหนึ่งของมะเร็งมดลูก, ไม่มีในรายงาน. ในการทบทวีต ซาร์จิกเนอ จากเอบีซี เลียมที คลุมพณผิวในบริเวณมะเร็งฉีกขาดไป, ทำให้มี เซรติคัส ซาร์จิกเนอ กับเลือดที่ออกจากการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอย, ทำให้ลักษณะเป็นคล้ายน้ำใสเนอ. แต่ถ้าหลอดเลือดใหญ่ ๆ ฉีกขาดก็มีเลือดไหลออกมาได้มาก ๆ จนกลายเป็นตกเลือดไปเลย. อย่างหลังนี้มักจะพบบ่อย. เพราะฉะนั้นอาการมีตกขาวที่ผิดปกติมากจึงพบน้อยและไม่สำคัญเท่ากับการตกเลือด. ในรายของเรานี้ผู้ช่วยมีตกขาว, แต่ไม่มีลักษณะผิดปกติ. มีอยู่คราวเดียวก่อนแต่งงาน, ซึ่งเขาจำไม่ได้แน่ๆ เมื่อไร, ที่เคยมีเป็นน้ำใส ๆ ออกมาคล้ายระค. แต่เป็นอยู่ไม่นาน ก็หยุด, และไม่มีมาอีกเลย.

๔. การตรวจภายใน ในบางครั้งไม่พบอะไรแน่นอนที่จะช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องได้. ขนาดของมดลูกไม่ใหญ่ขึ้นกว่าปรกติ, นอกจากมะเร็งงอกพหุหน้าเต็มโพรงมดลูก, กล้ามเนื้อมดลูกมีชัยเปอร์โตรพีย, มะเร็งกินลงไปชั้นกล้ามเนื้อ. ในผู้ช่วย

รายนี้มะเร็งเพิ่งจะเริ่มต้น, และเขายังไม่นานพอที่จะทำให้เกิดชัยเปอร์โตรพียของกล้ามเนื้อ, ยังมีได้กล้ามเนื้อมากมายหรือกินลึกเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ, มดลูกจึงมีขนาดปรกติ.

การตกเลือดอาจมีอยู่ไม่ตลอดก็ได้, เช่นในรายนี้, เพราะเนอเพิ่งเริ่มต้นงอกเนอเล็กน้อย, เลือดที่ไปเลี้ยงแผ่กระจายส่งได้ทั่ว, เนอจึงตายเป็นส่วนย่อย ๆ แต่เพียงเล็กน้อย. อร้อมโยติสและไฟโบรติสเกิดขึ้นนอกหลอดเลือดที่แตกได้เร็ว, จึงทำให้เลือดหยุดได้และไม่มีตกขาวผิดปกติ.

ผู้ช่วยจะยังคงมีระคได้ตามปรกติ, ถ้ามะเร็งจำกัดตัวอยู่ในส่วนน้อย. เยื่อมดลูกส่วนใหญ่ยังเป็นปรกติ, และมีการเปลี่ยนแปลงตามการโตต่อของฮอร์โมนของรังไข่ได้. แต่ส่วนที่เป็นเนอมะเร็งไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามฤทธิ์ของฮอร์โมน. ดังเช่นในรายนี้มีคอร์ปัสลเตอุมใหม่ ๑ อันในรังไข่ข้างซ้าย. เยื่อมดลูกก็มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะหลังโดยทั่วไป, นอกจากบริเวณที่เป็นเนอมะเร็งเท่านั้น.

ปัญหาของการวินิจฉัยทางจุลทรรศน์วิทยาในผู้ช่วยรายนี้ที่คงใคร่ควรวินิจฉัยอย่างถ่วงนุกคือในเนอที่โตจากการชด มดลูก

ครั้งแรก, คือหลังจากที่ไตตกเลือดมา แล้ว ๑๕ วัน, ท่อมในเยอบุมดลูกแสดง ลักษณะคล้าย แกลนคิวลาร์ซียเปอรเปลเซีย. ลักษณะที่ข้งว่า เป็นคาร์สิโนมาและ ไม่ใช่แกลนคิวลาร์ซียเปอรเปลเซียก็คือ:

๑. ลักษณะ ของ ท่อมที่ แดกกิ่ง ก้าน สาขามากมาย.

๒. สะโตรม่าของเยอบุมดลูกไม่มีซียเปอรเปลเซีย. ลักษณะในส่วนต่างๆ ผิด แยกจากกันและกัน. ในตำแหน่งที่ท่อม งอกมีกิ่งแยกและเบียดชนกันอย่างใกล้ชิด นั้นสะโตรม่าก็ถูกขจัดจนแทบว่าจะไม่มีเนื้อ คั้นระหว่างท่อมกับท่อม. จริงอยู่ในแกลนคิวลาร์ซียเปอรเปลเซียบางราย, ท่อมก็มี ซียเปอรเปลเซียมากและเบียดกัน, จนได้ สมญาว่า **non-resting type of hyperplasia**, แต่ยังมีลักษณะข้อที่ ๓ ที่ทำให้ แยกได้คือ:

๓. เซลล์เอพิเธลิยมของท่อมมีรูปร่าง และขนาด ไม่สม่ำเสมอ, และนิวเคลียสก็แตกต่างกันใน ขนาดและรูปร่าง. ลักษณะการแปรผันของเอพิเธลิยมของ ท่อมนี้เป็นข้อสำคัญที่สุดที่แยกซียเปอรเปลเซียอย่าง ไม่ร้ายออกจากอะคีโนคาร์สิโนมา.

๔. ข้อที่สนับสนุนว่าไม่ใช่แกลนคิวลาร์ซียเปอรเปลเซียอีกข้อหนึ่งก็คือภายใน รังไข่มีคอร์ปัสลยูเทอุม, ซึ่งกำลังทำ งาน.

หนึ่งฤทธิ ของฮอว์โมนของคอร์ปัสลยูเทอุมสามารถทำให้เยอบุมดลูกในแกลนคิวลาร์ซียเปอรเปลเซียเปลี่ยนเป็นเยอบุมในระยะหลังไต, แต่เนื้อที่เป็นมะเร็งจะไม่มี การโตคอบเลย, ดังเช่นในรายนี้.

ผลของการ ขุดมดลูกครั้งที่สองมีสิ่ง กระทบแปลกขนอกอย่างหนึ่ง, คือ มีเซลล์ ชนิดสะเกวมัสเป็นกระจุก (plaques) ซึ่ง งอกซ้อน ขึ้นไปจากเซลล์คอ ลิมินาร์ของ ท่อมเหล่านั้นในบริเวณของคาร์สิโนมา. ลักษณะของกระจุกเซลล์สะเกวมัสที่เป็น พืดคั้นนี้อาจพบได้ในเยอบุมดลูกที่มีการอก เลย, ในเนื้องอก (polyp) ของเยอบุมดลูก และในแกลนคิวลาร์ซียเปอรเปลเซีย, แต่ ในรายเหล่านี้เซลล์สะเกวมัสไม่มีลักษณะ ข้งว่าเป็นชนิดร้ายและถ้าได้รักษาหรือขุด เยอบุมดลูกหมดไปแล้ว, เซลล์เช่นนี้ ก็ไม่เกิดขึ้นอีก. แต่ในเยอบุมดลูกของผู้ บวยของเรานเซลล์สะเกวมัสพบไม่เพียง แต่จะงอกยื่นเข้าไปใน โพรงของท่อมเท่า นั้น, ยังงอกทะลุเซลล์ผนังท่อมและแทรก

ผ่านเยื่อฐานเข้าไปในสะโตรม่าด้วย, ทั้ง
ได้พบหลายแห่งในเนื้อที่ซุกออกมาและใน
เนื้อส่วนที่ไ้มากับมดลูกหลังผ่าตัด. ลัก-
ษณะอย่างนี้เป็นลักษณะของเนื้องอกอย่าง
ร้ายชนิดที่เรียกว่าอะคิโนอะคันโธมา.

สรุป

๑. ได้เสนอประวัติผู้ป่วยมะเร็งทวารมด
ลูก ๑ ราย, ซึ่งมีอายุเพียง ๒๓ ปี.
๒. อาการสำคัญมักตรวจเลือกเป็น
ครั้งแรก, ไม่มีตกขาวผิดปกติ, และระดู
อย่างปรกติยังมีได้ในบางเดือน.
๓. การขาดระดูอาจเป็นอาการแรก
ของโรคในรายนี้.
๔. การวินิจฉัยทำได้ถูกต้องก็เพราะ

ได้ใช้วิธีจุลทัศน์ตรวจเนื้อที่ซุกได้จาก
โพรงมดลูก.

๕. จากลักษณะจุลทัศน์, ให้การ
วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดอะคิโนอะคันโธ
มา (Adenoacanthoma).

เอกสาร

1. Henke-Lubarsch. Hdb. d. Spez. Path. Anat. u. Hist., I Teil (1930), S. 427-432.
2. Corscaden. Gynec. Cancer, pp. 200-210.
3. R. Schroeder. Gynaek. f. Stud. u. Praxis (1947).
4. E. Novak. Gynec. and Obst. Pathology, 3rd edit.
5. Te Linde. Oper. Gynec. (1953), p. 455.

ท่านผู้ส่งข้อสมุ่รวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่
ได้รับหนังสือ โปรดทวงถามแผนกจัดการสารศิริราชด่วน เพื่อสะดวกแก่การ
สอบสวน

(Abstract of the preceding Report)
CORPUS CARCINOMA AT EARLY AGE
A Case Report

M.R. Songsri Ketusingh
M.B., Dr. med. (Leipzig)
(Dept. of Obstetrics and Gynecology)

In a series of 65 cases of corpus carcinoma collected in the Dept. of Obstetrics and Gynecology during the 65 months between January 1948 and June 1953 the youngest patient was 27 years old. In May of this year a woman of 23 was admitted for treatment of malignancy of the corpus uteri of which the diagnosis of adenocarcinoma was established from histologic study of curettings. The history extended back to about one year before admission, beginning one and one-half months after marriage, with amenorrhea of two months' duration, which terminated in bleeding per vaginam, lasting about seven days, following exhibitions of quinine for the treatment of fever. There followed three months of normal periods, then at the fourth period there was prolonged bleeding which ceased only after various energetic treatments, including curettage. After another period of four or five months of normal menstruation there was again bleeding, beginning at an expected date, small but irregular and prolonged to about a fortnight. Curettage was performed at a local hospital and the tissues were sent for examination in the histological laboratory of the Department, to which the patient was referred when the diagnosis of carcinoma was known. Physical findings were not relevant save for a slight anemia. Examination per vaginam gave chiefly negative findings. The uterus was

not enlarged, and nothing abnormal was detected in the cervix. Curettage was repeated, giving the histological diagnosis of adenoacanthoma. Total hysterectomy was performed with success; recovery was without incidents. Examination of the specimens revealed that the growth was situated in the posterior wall of the corpus uteri towards the left side, where the endometrium was thickened to 4 mm. in contrast to the thickness elsewhere of 1.2 mm. The endocervix was normal. The left ovary contained a recent corpus luteum; the right was normal. Histologically the thickened endometrium contained actively proliferating glands with numerous squamous cell plaques. The same was seen in the endometrium projecting into the left tube, and in the isthmal part adjoining the endocervix. The findings showed that the growth was not confined to the left side of the corpus but was spreading superficially, leaving the deeper layers unaffected. In other parts the endometrium was in the secretory phase. Interesting features in this case, beside the comparatively early age, include the history of irregular bleeding interspersed between normal menstruations and periods of amenorrhea; the absence of abnormally profuse leucorrhoea; and the negative findings per vaginam. Differentiation from glandular hyperplasia was clear-cut with the aid of histological study.

(Five references)

บันทึกปฏิบัติ

ขอแนะนำในการตรวจหาเชื้อบิตอะมีบา

อาานนท์ ประทีตสุนทรสาร
พ.บ., M.P.H. (T.M.) (Tulane)
(แผนกพยาธิวิทยา)

ข้อความต่อไปนี้ไม่ใช่คำรา, เป็นเพียงข้อแนะนำซึ่งผู้เรียบเรียงหวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่แพทย์, พยาบาล, พนักงานวิทยาศาสตร์และนักศึกษาแพทย์โดยทั่วไป. ข้อแนะนำนี้คงมีการแก้ไขเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งได้ในภายหน้า. ดังนั้นผู้เรียบเรียงยินดีรับคำแนะนำและคำวิจารณ์เพื่อช่วยให้ข้อแนะนำนี้ดีขึ้นไปอีก.

บททั่วไป

เชื้อบิตอะมีบาในระยะตัวแก่ตรวจพบได้แต่ในอุจจาระเหลวหรืออุจจาระที่เป็นน้ำเท่านั้น, และระยะซีสต์ก็พบได้แต่ในอุจจาระแข็งหรือครึ่งแข็งครึ่งเหลว.

การตรวจอุจจาระซ้ำ ๆ กันทุกวันหรือตรวจทุกสัปดาห์, จะมีโอกาสพบเชื้อบิตอะมีบาได้มากกว่าการตรวจเพียงครั้งเดียว. ผู้ชำนาญหลายท่านลงความเห็น

ว่าในการตรวจอุจจาระผู้ช่วยที่มีเชื้อบิตอะมีบาด้วยวิธีตรวจครั้งเดียว, จะตรวจพบได้ไม่เกินหนึ่งในสามของจำนวนผู้ช่วย; แต่จะตรวจพบเกือบทุกรายถ้าทำการตรวจซ้ำทุกวัน, รายละเอียดอย่างน้อยหกวัน.

การใช้ยาดำยพวกคีเลอจะช่วยให้ตรวจพบได้ง่ายขึ้น, โดยตรวจอุจจาระที่เป็นน้ำครั้งแรก. บางคนเชื่อว่าการตรวจอุจจาระหลังจากถ่ายยาเพียงครั้งเดียวได้ผลเท่ากับอุจจาระธรรมดาทุกวันนี้ไปหกวัน.

เชื้อบิตอะมีบาที่กลูกตามไปตามอวัยวะต่าง ๆ เช่นตับ, ปอด, ฯลฯ เป็นระยะตัวแก่ทั้งนั้น, ไม่ใช่ระยะซีสต์. ดังนั้นการตรวจหนองจากฝั่ที่ตับหรือเสมหะตรวจพบได้แต่ระยะตัวแก่เท่านั้น.

การเก็บอุจจาระ

วิธีที่ถูกต้องคือให้ผู้ช่วยมาถ่ายอุจจาระที่ห้องปฏิบัติการเพื่อจะได้อุจจาระมาตรวจ

ทันที. ถ้าจะส่งแต่อุจจาระมาตรวจ, อุจจาระนั้นควรเป็นอุจจาระใหม่. ไม่ควรทิ้งไว้เกินสองสามชั่วโมง, เพราะจะทำให้การตรวจหาระยะตัวแก่ของอะมีบาผิดปกติได้ง่าย. แต่การตรวจหาเฉพาะระยะชีวิตของ อะมีบาอาจใช้อุจจาระที่ถ่ายไว้แล้วหลายชั่วโมงได้, ถ้าอุจจาระนั้นไม่แห้ง. ภาชนะที่ใช้เก็บอุจจาระเช่นหม้อ ถ่ายควรสะอาดและแห้ง, ไม่มียาฆ่าเชื้อหรือยีสต์สารที่จะทำให้ตัวแก่ของอะมีบาสลายตัวหรือหยุดเคลื่อนไหว.

ในอุจจาระไม่ควรให้มีวัตถุที่เป็นน้ำมัน, หรือบิสมัท, หรือแอสเบสตอสอยู่ด้วยเพราะจะทำให้การตรวจไม่แน่นอน. ดังนั้นควรงดยาถ่ายหรือยาที่ผสมด้วยวัตถุเหล่านี้ก่อนเก็บอุจจาระ.

การส่งอุจจาระไปห้องปฏิบัติการ

ถ้าจะต้องใช้เวลาในการส่งอุจจาระไปห้องปฏิบัติการราว ๆ สองสาม ชม. แล้ว, อุจจาระที่เหลวหรือครึ่งเหลวครึ่งแข็งควรจะทำให้อุ่นราว ๆ อุณหภูมิของร่างกายคนในขณะเดินทาง. แต่ถ้าอุจจาระแข็งก็ไม่จำเป็น.

สำหรับระยะชีวิตต้นความเย็นจะช่วยรักษารูปร่างไว้ได้เป็นวัน ๆ. ทางห้อง

ปฏิบัติการควรมีตู้เย็นอุณหภูมิ ๓๗°ซ. ไว้สำหรับพักอุจจาระที่จะตรวจหาระยะตัวแก่ และค้ำเย็นสำหรับเก็บอุจจาระที่มีระยะชีวิต, ในเมื่อการตรวจยังไม่สามารถลงมือได้ทันทีเมื่ออุจจาระมาถึง. แต่อุจจาระที่มีระยะตัวแก่ถึงจะพักไว้ในตู้เย็นก็ควรจะต้องตรวจภายในสองสามชั่วโมง, และต้องระวังไม่ให้อุจจาระแห้งได้ไม่ว่าจะพักไว้ในตู้เย็นหรือค้ำเย็น.

ถ้าต้องเสียเวลานานมากในการส่งอุจจาระไปห้องปฏิบัติการ, ควรส่งอุจจาระไปโดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้:

๑. ละเลงอุจจาระบนกระจกตรวจเซอและแช่น้ำยาเซาดินน์ (Schaudinn's fluid) ก่อนอุจจาระแห้ง, นาน ๑๐-๒๐ นาที, แล้วรีบแช่ในแอลกอฮอล์ ๗๐ เปอร์เซ็นต์ และส่งไปยังห้องปฏิบัติการโดยแช่กระจกอยู่ในแอลกอฮอล์ ๗๐ เปอร์เซ็นต์

๒. ใช้ PVA-fixative ตามวิธีของ Brooke และ Goldman (1949).

๓. ใช้น้ำยาไอโอดีนผสมกับอุจจาระทันทีภายหลังถ่าย, และต้องระวังยึกยักภาชนะให้แน่นจริง ๆ.

ทั้งสามวิธีนี้เราใช้ได้กับทั้งระยะตัวแก่

และระยะชีวิตของอะมีบา. แต่ถ้าต้องการ
ส่งอุจจาระแข็งไปเพื่อตรวจหาเฉพาะระยะ
ชีวิต, ควรส่งอุจจาระไปโดยใส่หลอดที่
แห้งและสะอาดจริง ๆ. อุจจาระส่งโดย
วิธีนี้จะใช้ได้ภายในอย่างน้อยที่สุดก็สาม
สัปดาห์.

การตรวจหนองจากฝีบิดอะมีบา

ถ้าฝีบิดอะมีบาไม่มีเชื้อแบคทีเรียปน,
ควรตรวจหนองจากฝนนทันทีเมื่อได้มา.
จะมีโอกาสพบระยะตัวแก่ของอะมีบาได้.
แต่ถ้าฝนนมเชื้อแบคทีเรียปน, จะตรวจ
พบได้ยากที่สุด.

ถ้ายังไม่ได้ชัดเจนของผลข้อมาตรวจ
ดู, อย่ารีบวินิจฉัยว่าฝนนไม่ใช่ฝีบิดอะมีบา.

การส่งอุจจาระเพื่อเพาะเชื้อบิดอะมีบา

อุจจาระที่มีระยะชีวิตของเชื้อบิดอะมี
บาใช้ในการเพาะเชื้อได้ผลดีกว่าอุจจาระ
ที่มีระยะตัวแก่, เพราะตัวแก่ของเชื้อบิด
อะมีบาอาจอ่อนเพลียหรือตายเสียก่อนทำ
การเพาะเชื้อ. ดังนั้นอุจจาระเหลวที่จะส่ง
เพาะเชื้อควรรีบส่งทันทีภายหลังถ่าย. ส่วน
อุจจาระแข็งนั้นอาจจะเข้าไปได้บ้าง, เพราะ
ระยะชีวิตทนกว่าและระยะชีวิตนั้นจะกลายเป็น
ระยะตัวแก่ในการเพาะเชื้อ.

โปรดทวงถาม

ท่านสมาชิก : หนังสือหาย
ย้ายสถานที่
หนังสือฉบับใดขาดหาย
โปรดติดต่อแผนกจัดการ.

บทความพิเศษ

หลอดน้ำเหลืองของปอด

ภูเก็ต วาจานนท์

พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

เนื่องจากปอด เป็นอวัยวะที่มีหลอดน้ำเหลืองอยู่ มากมายยิ่งกว่าที่พบในอวัยวะสำคัญ ๆ อื่นหลายอย่าง, และการระบายน้ำเหลืองของปอดก็มีความสำคัญ, อยู่ในความสนใจของทั้งนักพยาธิวิทยา, แพทย์ผู้รักษาและผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับทาง การแพทย์อยู่ มาก, เพราะทางน้ำเหลืองเป็นหนทางแพร่กระจายของเชื้อโรคได้, เช่น วัณโรค, หรือช่วยการหายจากปอดขวม เป็นต้น, จึงมีผู้ค้นคว้ากันมาเป็นเวลานาน. แต่จนกระทั่งบัดนี้ก็ยังไม่สามารถ แสดง การ ระบาย ของ น้ำเหลือง ของปอดให้ แจ่มชัดลงไป จนเป็นที่ยอมรับอย่างพร้อมเพรียงกันได้.

ตั้งแต่ Olof Rudbeck ใน ค.ศ. ๑๖๕๓ ได้พบหลอดน้ำเหลืองใหญ่ที่เยื่อ

หุ้มปอดของสุนัขในบริเวณซั้วปอด, ก็ปรากฏงานค้นคว้าของอีกหลายคน. มีทั้งผลที่สนับสนุนและทลยล้างกัน ด้วยข้อเท็จจริง, ซึ่งเพิ่มพูน ความรู้เรื่องทาง น้ำเหลือง ของปอดยิ่งขึ้นเป็นลำดับ. แต่ในบรรดาผู้ศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้เป็นจำนวนมากนั้น, W.S. Miller เป็นผู้ที่ได้ทำการทดลองศึกษาอย่างมากมาย, ทั้งประเด็นละเอียดละออ ด้วยวิธีคอนสตรัคชัน, และใช้เวลาศึกษาในเรื่องปอดโดยเฉพาะ เรื่องเดียวเป็นเวลานานกว่าห้าสิบปี. ผลงานของท่านจึงมีผู้ยอมรับนับถือกันอย่างกว้างขวางและได้เสริมความรู้ในเรื่องนี้ไว้เกือบสมบูรณ์.

ในปัจจุบันนี้ เรายอมรับกันว่า ที่ปอดมีระบบหลอดน้ำเหลืองเป็นหลอดปิด, ไม่ได้ติดต่อกับ Connective tissue space

หรือช่องเยื่อหุ้มปอดเลย. Klein (๑๘๗๕) เป็นผู้หนึ่ง ที่เชื่อว่าหลอดน้ำเหลืองเหล่านี้ คิดต่อกับช่องเยื่อหุ้มปอดด้วย รวบรวมเล็ก ๆ. เราพบหลอดน้ำเหลืองเหล่านี้ได้ในเยื่อหุ้มปอดแท้ (Visceral pleura), อินเทอร์โลบีวาร์ เซ็ปตา และในเยื่อพังผืดรอบระบบ หลอดลมกับหลอดเลือดของปอด, แต่ไม่มีในผนังระหว่างถุงลม (Alveolus).

เชื่อว่าหลอดน้ำเหลืองไปไกลเพียง ในเนื้อที่เป็นขอบเขตของ alveolar duct เท่านั้น.

ระบบหลอดน้ำเหลืองของ ปอดอาจแบ่ง ออกได้เป็น ๒ พวก, คือ พวกต้นกับพวก ลึก.

หลอดน้ำเหลืองพวกต้น | ทอดอยู่ใน ชั้นของเยื่อหุ้มปอดแท้. Sappey (๑๘๗๔) และ Miller ได้ผลสรุปอย่างเดียวกัน คือหลอดน้ำเหลืองในชั้นเยื่อหุ้มปอดติดต่อกันเป็นข่ายโดยตลอด และเรียงตัวเป็นรูปหลาย เหลี่ยม ตรง กับ ขอบเขต ผิวของ secondary pulmonary lobule. จาก ข่ายของ หลอดน้ำเหลืองจึง กล่าว แล้ว มี หลอด ฝอย แยกยื่น ออกไป แย่งพัน ผิวนูน ออกไปอีกตรงกับ primary pulmonary

lobule. นอกจากนั้น Miller ยังพบว่า หลอดน้ำเหลืองเล็ก ๆ ใน ขอบเขตย่อย นนย่นออกไปอีกคล้ายปลายนิ้ว, ซึ่งบาง อันอาจเป็นเพราะฉีกไม่เต็ม. บางอันก็ เป็นปลายตัน, แต่ไม่ใช่จากการฉีกขาด ของหลอดน้ำเหลือง, เพราะเห็นขอบเขต ได้ชัด.

หลอดน้ำเหลือง ของเยื่อหุ้มปอด นมี ลินอยู่มาก. แต่ Cruikshank (๑๘๕๐) กล่าวว่าหลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดมีการ ติดต่อกัน เองอย่าง สดวกจนทำให้ฉีก สีสู่เข้าใกล้ตลอด, และลินเหล่านี้ก็ไม่ได้ สีสู่ผ่านสู่หลอดน้ำเหลืองลึกลงไป ในเนื้อปอด. หลอดน้ำเหลือง ที่เยื่อหุ้มปอด รวบรวมกัน เข้าเป็นหลอดใหญ่ขึ้น และนำผ่านตามชั้น เยื่อหุ้มปอดสู่ต่อมขั้วปอด ซึ่งมีลินมากจน เมื่อใกล้ขั้วปอด.

หลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดมี ข่าย (เปตัสซัส) หลอดเลือดร่วมอยู่ด้วย, ซึ่ง พบโดย Sappey และ Dogiel. ข่าย หลอดเลือดในสุนัขได้จาก หลอดเลือดแดง พูลโมนารีย์, ในคนได้จากหลอดเลือดแดงบร็องเคียล.

หลอดน้ำเหลืองพวกลึก | แย่งออก ได้ตามความสัมพันธ์เป็น ๓ พวก, คือ:



ภูเก็ต วาจนนท์ พ.บ.

(๑) หลอดน้ำเหลืองตามหลอดลม (bronchial lymphatics). ทอกร่วมไปกับแขนงของระบบหลอดลม.

(๒) หลอดน้ำเหลืองตามหลอดเลือดแดง (arterial lymphatics). ทอกร่วมไปกับแขนงของหลอดเลือดแดงพลาโมนารีย์. พวกนี้เชื่อมประสานกับพวกแรก.

(๓) หลอดน้ำเหลืองตามหลอดเลือดดำ (venous lymphatics). ทอกร่วมไปกับแขนงของหลอดเลือดดำพลาโมนารีย์, โดยเฉพาะที่ทออยู่ในอินเทอร์โลยิวลาร์เซ็ปตา, ร่วมกับหลอดเลือดดำอินเทอร์โลยิวลาร์.

หลอดน้ำเหลืองทั้ง ๓ พวกนี้ ระบายเข้าสู่คอกซ์โพดเช่นเดียวกัน.

หลอดน้ำเหลืองตามหลอดลม

ตามหลอดลมใหญ่ ๆ มีหลอดน้ำเหลืองเรียงตัวเป็น ๒ ชุดโอบกระดุกอ่อน, และมีแขนงติดต่อกันระหว่างแผ่นกระดุกอ่อนนั้นด้วย. ตามหลอดลมขนาดเล็กลงมา, ข่ายหลอดน้ำเหลืองจะลดขนาดและความซับซ้อนลงมา, จนกระทั่งถึงปลายสุดของแอสไรว์โอลาร์คิคท์เหลือเพียงหลอดเล็ก ๆ ๒ หลอดเท่านั้น, ซึ่งไปติดต่อกับ

หลอดน้ำเหลืองที่ทอกร่วมมากับ radicles ของหลอดเลือดดำพลาโมนารีย์ในตำแหน่งนั้น. ไกลออกไปจากแอสไรว์โอลาร์คิคท์ Miller ไม่พบหลอดน้ำเหลืองอีกเลย. Wywodzoff (๑๘๖๖) ได้บรรยายถึง lymph space ในผนังของถุงลมด้วย, แต่ Miller เข้าใจว่าเป็นสิ่งลวงเนื่องจากน้ำเหลืองซึมออกนอกหลอด.

หลอดน้ำเหลืองตามหลอดเลือดแดง

มีหลอดน้ำเหลืองใหญ่ ๒-๓ หลอดร่วมกับแขนงของหลอดเลือดแดงพลาโมนารีย์, และมีหลอดหนึ่งอยู่ระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดลมที่ทอคู่กัน. หลอดน้ำเหลืองใหญ่เหล่านี้ติดต่อกันเองด้วยหลอดน้ำเหลืองจำนวนมาก, ทำให้เกิดเป็นข่ายขึ้น. หลอดน้ำเหลืองใหญ่ที่อยู่ระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดลมชนิดคล้ายกับเป็นหลอดร่วมกันของข่ายหลอดน้ำเหลืองของระบบทั้ง ๒ นั้น.

คามงานของCunningham(๑๙๑๖) พบว่าในการเจริญครั้งแรกหลอดลมและหลอดเลือดแดงมีข่ายหลอดน้ำเหลืองร่วมกันอยู่ก่อน, แล้วมาแปรรูปออกเป็น ๒ ส่วนตามหลอดลมและหลอดเลือดแดงในตอนหลัง. แต่อย่างไรก็ตาม, จะไม่แยกกัน

เด็กขาด, คือยังพบหลอดเชื่อมกันอยู่, โดยเฉพาะในตำแหน่งที่แบ่งตัวของหลอดลม, ที่ปลายสุดของแอสวี่โอลาร์คิคท์, และอาจมีที่ตำแหน่งอื่นอีกบ้างก็ได้. ส่วนแขนงเล็ก ๆ ของหลอดเลือดแดงมีหลอดน้ำเหลืองร่วมด้วยเพียงหลอดเดียว.

หลอดน้ำเหลืองตามหลอดเลือดดำ

พวกนี้ทอดรวมไปกับ radioles ของหลอดเลือดดำพุลโมนารีย์, นอกจากส่วนที่หลอดเลือดนี้เริ่มต้นจากผนังของถุงลมเท่านั้น. (หลอดเลือดดำพุลโมนารีย์เริ่มต้นจากเยื่อหุ้มปอด, จากผนังของถุงลม, จากปลายสุดของแอสวี่โอลาร์คิคท์และจากตำแหน่งที่หลอดลมแบ่งตัว.)

หลอดน้ำเหลืองทอดรวมกับหลอดเลือดดำจากหลอดลมจะไปเชื่อมกับระบบหลอดน้ำเหลืองตามหลอดลม. ส่วนที่รวมกับหลอดเลือดดำจากเยื่อหุ้มปอดจะต่อกับข่ายหลอดน้ำเหลืองพวกนี้, และในตำแหน่งที่ประสานจะมีหลอดน้ำเหลืองอยู่ด้วย.

หลอดเลือดดำที่มีขนาดใหญ่ขึ้นมีข่ายหลอดน้ำเหลืองมากขึ้น, โดยเฉพาะที่อยู่ในอินเทอร์โลบิวลาร์เซ็ปตา. Sappey เป็นคนแรกที่กล่าวถึงหลอดน้ำเหลืองใน

เซ็ปตา. Councilman (๑๙๐๐) ก็กล่าวถึง, แต่ไม่ได้ให้รายละเอียดของการสัมพันธ์กับแขนงของหลอดเลือดดำที่เริ่มต้นจากเยื่อหุ้มปอดแล้วผ่านตามเซ็ปตาเหล่านี้. Miller พบว่ามีหลอดน้ำเหลืองจำนวนมากเป็นข่ายรอบหลอดเลือดดำในเซ็ปตา, ประกอบขึ้นเป็นคล้ายโครงสานอยู่รอบ secondary pulmonary lobule.

จากงานของ Miller (๑๙๐๐ และ ๑๙๐๘), เรื่องการเจริญเติบโตของปอด, พบว่าในครั้งแรกทั้งหลอดลม, หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำพุลโมนารีย์ทอดรวมกันมาอย่างใกล้ชิด, แต่ในตอนปลายหลอดเลือดดำแยกตัวไปอยู่ทางขอบ ๆ ของ pulmonary lobule, จึงมีผลต่อข่ายหลอดน้ำเหลืองที่รวมมาด้วย.

หลอดน้ำเหลืองในอินเทอร์โลบิวลาร์เซ็ปตาเป็นทางเชื่อมระหว่างหลอดน้ำเหลืองชั้นคนกับชั้นลึก. แต่ยังเป็นปัญหาอยู่ว่า น้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดมีทางระบายเข้าสู่ต่อมขั้วปอดได้อย่างไร.

Cruikshank (๑๙๕๐) ว่ามีลักษณะเส้นน้ำเหลืองไว้, ไม่ให้ผ่านลึกเข้าไป. Miller (๑๙๐๒, ๑๙๑๕ และ ๑๙๓๗) เสนองานและให้ความเห็นว่าลึกลับปรากฏ

ในหลอดน้ำเหลืองติดต่อกับหลอดน้ำเหลืองที่ปลายซไปทางเยื่อหุ้มปอด, จึงกั้นกระแสน้ำเหลืองและสิ่งคัดไม่ให้อ่านจากเยื่อหุ้มปอดเข้าลึกสู่เนื้อปอดได้, แต่หน้าเหลืองจากเนื้อปอดในบริเวณติดกับเยื่อหุ้มปอดจะระบายมาทางเยื่อหุ้มปอดได้ตามทาง. ขอนอธิบายถึงการติดเชือขางอย่างทมทางแพร่กระจายจากเนื้อปอดมาสู่เยื่อหุ้มปอด. และถึงแม้ว่ามีลักษณะอันปรากฏให้เห็นว่าซปลายเข้าในกักตาม, เมื่อติดตามซเร็วลเช็ดชันไปแล้วจะกลายเป็นเพียงทางติดต่อรหว่างหลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดเอง, โดยเฉพาะจากก้านหนึ่งไปสู่อีกก้านหนึ่งอย่างบริเวณขอบขางของปอด.

Singer (๑๙๔๒) ศึกษาจากการฉีด Thorotrast เข้าช่องเยื่อหุ้มปอด. เขาพบวโรธรัสที่ใน หลอดน้ำ เหลือง และ lymph tissue ของเยื่อหุ้มปอดและที่ต่อมซปอด, แต่ไม่พบในเนื้อปอด.

Cunningham (๑๙๑๖) แสดงผลว่ามี การติดต่อกันอย่างสะดวก, โดยเฉพาะ แถวใกล้ซปอด, และเชื่อว่าน้ำเหลืองส่วนใหญ่จากเยื่อหุ้มปอดผ่านตามซายในชั้นเยื่อหุ้มปอดสู่ต่อมซปอด.

Ottaviani (๑๙๓๘) ศึกษาจากการ

ฉีดสฟยว่น้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดมีทางผ่านสู่ต่อมซปอดได้ทั้ง ๒ ทาง, และเน้นว่ามี pleural collecting vessels หลายหลอดโดยเฉพาะแถวใกล้ซปอด. เขาเชื่อว่าในชั้นเยื่อหุ้มปอดคนเป็นทางสำคัญที่จะระบายน้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอด.

Harveg และ Zimmerman (๑๙๓๕) ได้ผลว่าเส้นในหลอดน้ำเหลืองเหล่านั้นไม่มีเป็นระเบียบอะไรเลยที่จะแบ่งหลอดน้ำเหลืองของปอดเป็นพวกตนพวกเล็กได้เด็ดขาด. เขาพบว่ามี การติดต่อย่างสะดวกอยู่บ่อยๆ รหว่างหลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดและของอินเทอร์โลบิวลาร์เซปต้า.

Kampmeier (๑๙๒๘) ได้ผลจากการศึกษาเส้นของ หลอดน้ำเหลืองในปอดว่าไม่พยลันในขางบริเวณเช่น dorsolateral, dorsal และ vertebral surfaces ของปอด. นอกจากนั้นผู้ค้นคว้าบางคนพบว่าลักษณะของลนทพยขางอันเจริญน้อยจนเชื่อว่าไม่สามารถกั้นกระแสน้ำเหลืองไว้ได้.

Sappey (๑๘๗๔), MacCallum (๑๙๑๕) Mathis Holman และ Reichert (๑๙๓๒), Simer (๑๙๕๒) ใช้วิธีฉีดเข้าหลอดน้ำเหลืองที่เยื่อหุ้มปอด

โดยมีกระวีงไม่ใช้กำลังกันมากเกินไป. สรุปได้ผลว่ามีการเชื่อมประสานกันอย่างสะดวกระหว่างหลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดกับหลอดพวกเล็กในเนื้อปอด. สัตว์ทดลองผ่านเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองพวกเล็กและต่อมาช่วยปอดได้ง่ายและรวดเร็ว, แต่กระจายไปตามหลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดเองได้ไม่ถี่. จึงเชื่อว่าน้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดมีทางระบายสำคัญเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองพวกเล็กไปเข้าต่อมช่วยปอดได้โดยตรง. MacCallum ว่าการแพร่เชื้อจากเนื้อปอดสู่เยื่อหุ้มปอดนั้นเป็นการทวนกระแส น้ำเหลืองปรกติออกไป.

เมื่อมีการยดคคอย่างเรอริงระหว่างเยื่อหุ้มปอดแท้ (visceral) กับเยื่อหุ้มปอดส่วนผนัง (parietal), หลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอดจะงอกออกไปต่อกับหลอดของผนังอกและระบายน้ำเหลืองไปทางนั้น. ทั้งนี้สังเกตจากการพบผงถ่านไปติดอยู่ที่ผนังอก. แต่ น้ำเหลืองจะระบายจากผนังอกเข้าสู่เยื่อหุ้มปอดได้หรือไม่, ยังไม่พบรายงานใดกล่าวถึง.

น้ำเหลืองของเนื้อปอดระบายมาตามหลอดน้ำเหลืองที่ร่วมกับหลอดลมและหลอดเลือด. นอกจากบริเวณซีกเยื่อหุ้ม

ปอดก็กล่าวแล้วตามความเห็นของ Miller ว่าระบายออกสู่หลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอด, แล้วมาร่วมกับที่รวบรวมน้ำเหลือง (Collecting lymph vessels) จากเยื่อหุ้มปอดที่บริเวณช่วยปอด, นำไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณโคพูลโมนารีย์.

จากการศึกษาการเจริญของหลอดน้ำเหลืองของปอดโดย Kampmeier (๑๙๒๘) ในเด็กก่อนเกิด, พบว่าหลอดน้ำเหลืองเริ่มงอกเข้าไปในปอดเมื่ออายุ ๒.๒ เดือน, จนเมื่ออายุ ๓.๕ เดือนจึงแผ่ตลอดทั้งเนื้อปอดและเริ่มงอกเข้าไปในเยื่อหุ้มปอด. ในระยะนี้พบดินในหลอดน้ำเหลืองของเนื้อปอด, โดยเฉพาะบริเวณช่วยปอด, ปลายเข้าสู่ช่วยปอด. เมื่ออายุ ๓.๖ เดือนมีดินในหลอดน้ำเหลืองของเยื่อหุ้มปอด.

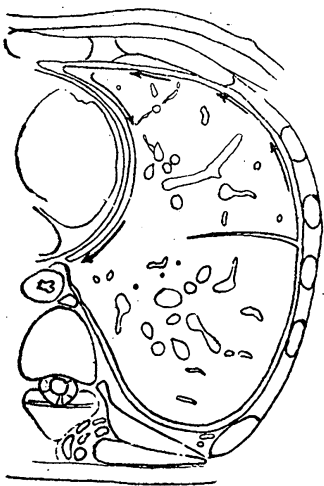
การศึกษาหลอดน้ำเหลืองของปอดนี้, ในแง่ของรูปพรรณ นัยว่าเกือบสมบูรณ์, และมีการตกลงกันได้เกือบทั้งหมด. ยังคงแต่การกระจายในส่วนละเอียด, คือส่วนของ air space ที่ไกลกว่าแอสวีโอลาร์คคิท, ว่ามีหลอดน้ำเหลืองอยู่หรือไม่. Miller และผู้ค้นคว้าส่วนมากค้นไม่พบตำแหน่งดังกล่าว. มีผู้ให้ความเห็น

ว่าในตำแหน่งผนัง ระหว่างถุงลมนั้นไม่
 เหมาะที่จะมีหลอดเลือดอยู่, เพราะ
 เป็นอันตรายได้ง่ายจากโรคหรืออันตราย,
 แล้วจะเป็นผลร้ายยิ่งขึ้นเมื่อถูกเบียดเข้าสู่อากาศ
 air space. ที่สชีวฟลลิกในตำแหน่งนั้น
 ก็มีจำนวนไม่มากมายอะไร. ทั้งยังเกี่ยว
 ข้องกับความไม่สะดวก ในการระบายออก
 กว้าง. Wywodzoff ว่ามีลิมฟัสเปสที่
 ผนังของถุงลม, ซึ่ง Miller ไม่เห็นด้วย.
 นอกจากนี้ในบริเวณของเยื่อหุ้มปอดที่แบ่ง
 ย่อย ๆ ออกไปจากขอบเขตผิวของ pri-
 mary pulmonary lobule ก็ยังไม่มีผู้

ใดทำให้แน่นแข็งไปกว้างานของ Miller.

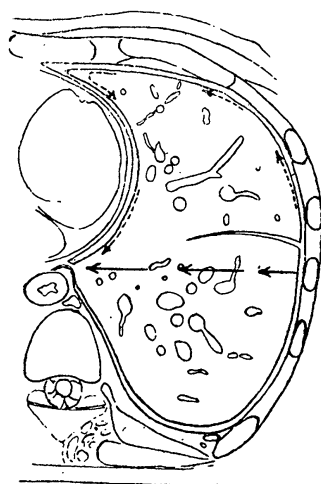
กระแสน้ำเหลืองยังเป็นปัญหาที่การ
 ค้นคว้ายังไม่ลงรอยกัน. ขณะนี้อาจแบ่ง
 ความเห็นออกได้เป็น ๓ พวก. ผู้ค้นคว้า
 ทางรูปพรรณเป็นส่วนใหญ่อ้างอิงการมีลิม
 ในหลอดคิดว่ากันว่ากระแสน้ำเหลืองไม่
 ให้ผ่านโดยตรงจากเยื่อหุ้มปอดเข้าลึก,
 สู่นอปอดและต่อมขั้วปอด, แต่ผ่านอ้อม
 ตามผิวใน ชั้นเยื่อหุ้มปอด สู่อ้อมขั้วปอด
 (รูปที่ ๑), และน้ำเหลืองจากส่วนผิวของ
 นอปอด, ผ่านมาที่เยื่อหุ้มปอดได้.

รูปสรุปแสดงทางระบายของน้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดตามความเห็นที่แตกต่างกัน ← ทางระบายสำคัญ
 ← ทางระบายอ้อมรอง



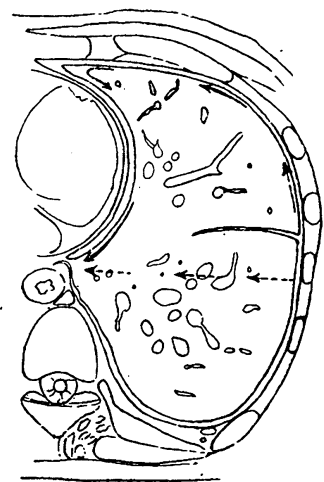
รูปที่ ๑

(ตามงานของ Cruikshank, Miller.)



รูปที่ ๒

(ตามรายงานของ Sappey, MacCallum Simer ฯลฯ)



รูปที่ ๓

(ตามรายงานของ Cunningham

Ottaviani)

ผู้ค้นคว้าที่ทำได้โดยวิธีฉีดสีเข้าหลอด
น้ำเหลืองก็ยืนยันจากผลงานว่าเมื่อฉีดสี
เข้าไปในเยื่อหุ้มปอด, สีนั่นส่วนใหญ่ผ่าน
เข้าหลอดน้ำเหลืองพวกหลอดสีที่ต่อมขั้วปอด,
และสรุปว่าน้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดมีทาง
ระบายสำคัญ โดยตรงผ่านเข้าหลอดน้ำ
เหลืองของเนื้อปอดที่ต่อมขั้วปอด (รูปที่ ๒).

ผู้ค้นคว้าอีกบางท่าน, แม้พบว่ามีการ
เชื่อมประสานอย่าง สะดวกระหว่างหลอด
น้ำเหลืองทั้งสองพวกก็ตาม, ยังเชื่อว่า
น้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดนั้นส่วนใหญ่ระ-
บายออกมาตามชั้นเยื่อหุ้มปอดที่ต่อมขั้ว
ปอด (รูปที่ ๓), เพราะมีท่อรวมน้ำเหลือง
ใหญ่ ๆ ที่เยื่อหุ้มปอดใกล้ขั้วปอด.

ขณะนั้นความเชื่อส่วนมากจึงเอนเอียง
ไปข้างว่าน้ำเหลืองจากเยื่อหุ้มปอดมีทาง
ระบายสู่ต่อมขั้วปอดได้ทั้งสองทาง, คือ
ผ่านทางตรงเข้าเนื้อปอด, ก็ผ่านทาง
อ้อมตามผิวปอด, จนถึงขั้วปอด. แต่
ทางไหนจะเป็นทางสำคัญยังไม่รับรองกัน.
ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความพากเพียร
และไหวพริบในการค้นคว้าศึกษาในเรื่อง

นี้ต่อไปอีกมาก, เพื่อพิสูจน์หาข้อเท็จจริง
มายืนยันจนกว่าจะได้ผลสรุปเป็นที่ตกลง
ยอมรับกันได้โดยปราศจากความเคลือบ
แคลงใจ ๆ.

ขอขอบคุณท่านศาสตราจารย์สุด แสงวิเชียรที่
กรุณาช่วยเหลือทุกอย่าง, และแพทย์หญิงตระหนัก
จิต हरินิสฺต ที่กรุณาให้ศพเด็กเพื่อศึกษา.

เอกสาร

1. E.R. Clark, 1946. Morris's Human Anatomy, 10th ed. (J. Parsons Schaeffer, Editor). (Blakiston Co., Phila.)
2. A.W. Ham, 1950. Histology. (J.B. Lippincott Co., Phila.)
3. W. S. Miller. 1937. The Lung. 2nd edition (Charles C. Thomas, Springfield)
4. Parke H. Simer, 1952. Drainage of Pleural Lymphatics. Anat. Rec. 3:369-283.

หมายเหตุ: งานของผู้อื่นที่อ้างถึงใน
บทความนี้ไม่อาจหาเอกสารต้นฉบับได้ แต่
มีกล่าวทบทวนไว้ในเอกสารของ Miller
(๓) และ Simer (๔)

บทบรรณาธิการ

การวัดสมรรถภาพของปอด

เนื่องด้วยปอดเป็นอวัยวะที่สำคัญและอาจเกิดโรคขึ้นในตัวเอง, เช่นปอดอักเสบหรือวัณโรค, หรือพลอยเกิดความพิการไปตามโรคของอวัยวะอื่น, เช่นปอดคายน้ำ, แพทย์รักษาจึงจำเป็นต้องทราบว่าปอดของคนไข้ผู้ใดได้เสื่อมเสียหนักไปแล้วมากน้อยเพียงใด. ความมากน้อยของการเสื่อมเป็นข้อบ่งชี้สำคัญสำหรับการรักษาและพยากรณ์โรค. โดยการตรวจร่างกาย แพทย์รักษา อาจบอกได้เพียงคร่าว ๆ ว่า ส่วนไหน ของปอด เป็นโรค หรือ พิการ. ภายถ่ายภาพเอ็กซเรย์อาจบอกความกว้างขวางของส่วนที่เป็นโรคได้. แต่ทั้งสองอย่างยังไม่อาจแจ้งให้ทราบได้ว่าการทำงานของปอดได้เสื่อมไปมากน้อยเพียงใด. เพื่อข้อความจำเป็นจำต้องใช้ วิธีวัดสมรรถภาพของปอด, ซึ่งอาศัยหลักสรีรวิทยาเป็นรากฐาน.

ในสมัยก่อน แพทย์รักษาได้ อาศัยการวัด "ปริมาตรหายใจเบ่ง" (ไวทัลแคปacity) เป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจว่าปอด

เสียหายไปแล้วมากน้อยเพียงใด. อาศัยการเปรียบเทียบ ปริมาตรหายใจเบ่งในคนไข้ที่เป็นโรคปอดหรือโรคที่ทำความพิการแก่ปอดโดยทางอ้อม, เปรียบเทียบกับปริมาตรในคนปรกติ, แพทย์พบว่าปริมาตรนี้ลดน้อยลงในโรคหลายโรค, เช่นวัณโรคเรื้อรังมีเยื่อเย็ด, วัณโรคปอดมีโพรง, โรคหัวใจในระยะแพ้ (คิค้อมเป็นเซชั่น) และโรคอื่น ๆ ที่ทำให้ปอดมีน้ำหนัก. การเปลี่ยนแปลงในปริมาตรนี้ชี้ให้ทราบการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคได้โดยใกล้เคียง. การวัดปริมาตรหายใจเบ่งยังเป็นวิชาศึกษาที่ใช้มาจนทุกวันนี้. อย่างไรก็ดี, โดยความก้าวหน้า, โดยเฉพาะในทางศัลยศาสตร์ของปอด, เพียงการวัดปริมาตรนี้อย่างเดียวเป็นการไม่พอเพียงเสียแล้ว, จึงได้มีการคิดค้นวิชาศึกษาอื่น ๆ เพิ่มขึ้นอีก เพื่อที่จะช่วยให้ ทราบถึงภาวะเป็นอยู่และสมรรถภาพของปอดได้ละเอียดยิ่งขึ้น. วิธีที่มีใช้อยู่ในเวลานี้ อาจแยกออกได้เป็นสองแนว, คือการวัดความจุและ

การวัดประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยน แก๊สในการหายใจ. แต่ละแนวมีวิธีศึกษา หลายวิธี, ซึ่งจะได้บรรยายโดยสังเขป.

การวัดปริมาตรต่าง ๆ ประกอบด้วย (๑) ปริมาตรหายใจเบ่ง, (๒) ความจุหายใจเข้า (อินสไปเรตอรีแควแปซิที), (๓) ปริมาตรหายใจเบ่งออก (เอ็กสไปเรตอรีรีเซอร์พ), (๔) ปริมาตรอากาศติดปอด (เรซิดวลแควแปซิที), (๕) ปริมาตรอากาศตกค้าง (ฟังก์ชันเรซิดวลแควแปซิที), (๖) ความจุรวมของปอด (โตทัลแควแปซิที), และ (๗) ปริมาตรเสียเปล่าในการหายใจ (เรสไปเรตอรีเดดสเปส). ส่วนมากของปริมาตรเหล่านี้อาจวัดได้โดยอาศัยเครื่องวัดง่าย ๆ, เช่นสไปโรมิเตอร์ของฮัทชินสัน. ปริมาตรบางอย่างต้องการเครื่องมือพิเศษ. และบางอย่างต้องอาศัยการคำนวณ. โดยที่การเรียกชื่อภาษาอังกฤษสำหรับปริมาตรต่าง ๆ นี้ได้เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยแพร่หลายอยู่แต่เดิม, จึงเห็นควรจะให้คำอธิบายศัพท์สั้น ๆ. ปริมาตรหายใจเบ่ง (ไวทัลแควแปซิที) เป็นปริมาตรของอากาศที่เบ่ง

เขาออกมาได้, โดยการหายใจออกอย่างเต็มที่ที่สุด ภายหลังที่ได้ออกเข้าอย่างเต็มที่ที่สุด. ในคนไทยปกติปริมาตรนี้มีค่าเฉลี่ยสำหรับชาย ๓,๒๗๔ ล.ซม., หญิง ๒๑๒๔ ล.ซม. (ทำย่น).⁽¹⁾ ความจุหายใจเข้า (อินสไปเรตอรีแควแปซิที), ตรงกับที่เดิมเรียกว่า คีอัมปลีเมนต์แควรรวมกับโตทัลแคว, เป็นจำนวนอากาศทั้งหมดที่สูดเข้าไปได้โดยการหายใจเข้าอย่างลึกที่สุดภายหลังการหายใจออกอย่างธรรมดา. ค่าเฉลี่ยในคนไทยชาย ๑,๕๒๑ ล.ซม. หญิง ๑,๒๐๘ ล.ซม.* ปริมาตรอากาศหายใจเบ่งออก (เอ็กสไปเรตอรีรีเซอร์พ), เดิมเรียกว่า “ซีอัมปลีเมนต์แคว”, เป็นจำนวนอากาศทั้งหมดที่เบ่งออกมาได้โดยการหายใจออกอย่างเต็มที่ที่สุดต่อจากที่ได้หายใจออกอย่างธรรมดาแล้ว. ปริมาตรเฉลี่ยในคนไทยชาย ๑๓๔๐ ล.ซม., หญิง ๗๕๓ ล.ซม.⁽¹⁾ ปริมาตรทั้งสามนี้อาจวัดได้โดยอาศัยสไปโรมิเตอร์, และควรนับว่าเป็นค่าที่มัประโยชน์มากที่สุดสำหรับแพทยรักษาทั่วไปที่ไม่มีเครื่องมือทดลองพิเศษจะใช้. ค่า

(1) ทั ชัยวัฒน์ฯ สารศิริราช ๒:๔๘ (๑๙๕๒).

(*) ตัวเลขนี้ได้จากการบวกค่าของ “ปริมาตรหายใจเบ่งเข้า “กั” อากาศเข้าออกใน” (1)

ทั้งสามนี้จะบอกให้ทราบไม่เพียงแต่ความ
ของปอดในภาวะต่าง ๆ เกี่ยวกับการหายใจ
เท่านั้น, ยังเป็นคุณแนะบอกให้ทราบถึง
ภาวะทั่วไป, ภาวะของระบบไหลเวียน,
และอื่น ๆ ได้อีกด้วย. อย่างไรก็ตาม, ใน
คำนำหน้าของปอดนั้นเพียงแต่ทราบเท่า
ยังหาอาจตัดสินใจได้ไม่ว่าเป็นปกติหรือ
เสื่อมโทรมเพียงใด. จำต้องอาศัยความรู้
ในด้านอื่น, โดยเฉพาะในข้อที่เกี่ยวกับการ
แลกเปลี่ยนแก๊สหายใจ, ประกอบอีกด้วย.

ปริมาณอากาศหายใจแบ่งตามที่ได้
โดยธรรมชาตินั้น เป็นผลรวมของการขยาย
และบีบปอดทั้งสองข้าง. ในสมัยหลังนี้
ผู้คิดวิธีที่จะวัดปริมาณสำหรับปอดแต่ละ
ข้างได้, ใช้วิธีที่เรียกว่า บร็องโคสไป
โรเมทรี.⁽²⁾ หลักของวิธีนี้คือสอดหลอด
เข้าไปในหลอดลมใหญ่, ให้อากาศจาก
ปอดซ้าย และปอดขวาเข้าออกคนละทาง
และแยกวัดปริมาณอากาศของแต่ละปอด.
วิธีนี้ให้ความรู้ที่มีประโยชน์มากในการ
ที่จะตัดสินใจหรือ ยบปอดข้างใดข้างหนึ่ง
เสีย.

ปริมาณอื่น ๆ ที่เหลืออีกสองอย่างนั้นคือ
อาศัยวิธีทางอ้อม สำหรับวัด หรือ คำนวณ.

“ปริมาณอากาศที่ปิด” (เรลิตวอลแค-
แปชิตี), เดิมเรียกว่าเรลิตวอลแอร์, หมายถึง
ความถึงจำนวนอากาศที่ตกค้างอยู่ในปอด
ภายหลังที่ได้หายใจออกอย่างเต็มที่แล้ว.
หากหายใจออกอย่างธรรมดา, จำนวน
อากาศที่เหลืออยู่นั้นเรียกว่า “ปริมาณ
อากาศตกค้าง” (ฟังก์ชันแนลเรลิตวอลแค-
แปชิตี). เห็นได้ว่าปริมาณอากาศทั้งสอง
อย่างนี้จะวัดอย่างธรรมดาไม่ได้, เพราะ
ไม่สามารถไล่ออกมาจากปอดได้. วิธี
ใช้หาปริมาณจริงของอากาศด้วยการเจาะ
แก๊สอย่างใด อย่างหนึ่งที่ไม่มีส่วนในการ
หายใจ และ อาจ เอาใส่ เข้าไป ใน ปอดได้.
แก๊สที่ใช้ในการนี้มีฮีโมโกลบิน, ฮีเลียม
และไนโตรเจน (ซึ่งมีอยู่แล้วในอากาศ
หายใจ).⁽³⁾ หากเอาค่าสำหรับปริมาณ
หายใจ แบ่งรวมเข้ากับ ปริมาณ อากาศที่
ปิดก็จะได้ความจรวมของปอด (โตทัล-
แคแปชิตี). โดยการเปรียบเทียบค่านี้,
อาจทำได้โดยใกล้เคียงว่าปอดส่วนที่เป็น
โรคและไม่อาจทำหน้าที่ในการถ่ายเท อากาศ
ได้ นั้นจักมีสักเท่าใด.

“ปริมาณเสียเปล่าในการหายใจ” หมายถึง
ความถึงส่วนในทางหายใจ, ซึ่งไม่ได้ทำ

(2) Jacobacus et al: Acta med. Scandinav. 79:174(1932) (From 3).

(3) Comroe: Methods in Med. Res.2: 92 (1950)

หน้าที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊ส, เพียงแต่เป็นทางนำอากาศเข้าไปสู่ส่วนลึกของปอดเท่านั้น. ตามกายวิภาคศาสตร์, ส่วนเช่นนี้ไ้แก่จมูก, ปาก, คอหอย, กระจับอกเสียง, หลอดคอ (เทรเคีย), หลอดลมและหลอดลมฝอย (บรอนคิโอไล). ปริมาตรของส่วนเหล่านี้ได้มีผู้วัดในศพ, แต่โดยที่ในระหว่างการหายใจ ส่วนเหล่านี้ย่อมมีการยุบหด, ตัวเลขที่ได้จากวิธีนี้จึงไม่เหมาะที่จะใช้เปรียบเทียบกับค่าอื่น ๆ ที่ได้ระหว่างการหายใจ. ปริมาตรของส่วนดังกล่าวนี้ระหว่างการหายใจคิดคำนวณได้จาก การเปรียบเทียบ ส่วนประกอบ ของอากาศหายใจเข้า, อากาศหายใจออกและอากาศในถุงลม (อัลวีโอลาร์แอร์). ปริมาตรเฉลี่ยเปล่าในชายเฉลี่ย ๒๕๖ ล. ซม., ในหญิง ๑๔๔ ล. ซม., สำหรับฝรั่ง.^(4,5)

นอกจากนี้มีการวัดเข้คเตล้าเกี่ยวกับ การหายใจ, เช่นปริมาตรอากาศถ่ายเทก่อนาที, ปริมาตรอากาศหายใจมากที่สุดก่อนาที, ความเร็วของอากาศเข้าออก,⁽³⁾ และอื่น ๆ, ซึ่งจะไม่บรรยายในที่นี้.

เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนแก๊สหายใจ ก็มีการวัด ทั้งทางตรงและทาง

อ้อม. การวัดทางอ้อมได้แก่การวิเคราะห์ ปริมาณออกซิจีนและคาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือดแดงและเลือดดำ, ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่สามัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างแก๊ส ทั้งสองนี้ในเลือด ก็มีการ เปลี่ยนแก๊ส ในปอดก็เป็นเรื่องที่ทราบกันดีอยู่แล้ว. มีผู้หาวิธีที่จะศึกษาให้ทราบหน้าที่ ของผนังถุงลมในการปล่อยให้แก๊สผ่านไปมา ระหว่างอากาศกับเลือด, โดยเปรียบเทียบความเข้มข้นของแก๊สที่ละลายอยู่ในเลือดในหลอดเลือดฝอยของ ปอดกับที่ผสม อยู่ในอากาศภายในถุงลม. เลขเปรียบเทียบนี้เขาเรียกว่า "ดิฟฟิวชันโคเอฟฟิเช้นท์ของปอด." คิดตามหลัก, ตัวเลขนี้จะบอกให้ทราบถึงภาวะของปอดในการที่จะปล่อยให้แก๊สหายใจผ่านเข้า และ ออกระหว่าง อากาศในถุงลมกับเลือด. อย่างไรก็ตาม, ในการปฏิบัติ มีความยาก เกี่ยวกับ เลือดในหลอดเลือดฝอยของปอด, ซึ่งไม่มีทางที่จะเขาออกมาวิเคราะห์ได้. ในการตรวจจึงใช้เลือดจากหลอดเลือดแดง, ซึ่งก็ไม่ตรงความจริงที่เคี้ยว. สำหรับอากาศในถุงลมนั้นก็พอจะเขาออกมาตรวจได้โดยมีความผิดไม่มากนัก. ส่วนประกอบของอากาศนี้,

(4) Hurtado: J. Clin. Invest. 13:169 (1934)

(5) Kaltreider: Am. Rev. Tuberc. 37:662 (1938).

นอกจากจะให้ตัวเลขสำหรับการคำนวณ
 กิฟพีวชนท์โคเฮฟพีชนท์, ยังชี้ให้ทราบ
 ใต้โดยใกล้เคียงว่า การแลกเปลี่ยน แก๊ส
 ภายในปอดนั้นดำเนินไปกี่เลวอย่างไร. ข้อ
 ที่ชักชวนใน การแปลผล คือ ความจริงที่
 ส่วนประกอบของแก๊สภายในถุงลมนั้นมีได้
 ขึ้นอยู่กับการแลกเปลี่ยนแก๊สระหว่างเลือด
 กับอากาศในถุงลมแต่อย่างเดียว, ยังขึ้น
 อยู่กับการไหลเวียนเลือดและเมตะบอลิซึม
 โดยทั่ว ๆ ไปด้วย.

เพื่อให้แพทย์รักษาสามารถทราบความ
 มากน้อยของออกซิเจนที่ผสมอยู่ในเลือด
 ของคนไข้ในขณะใดขณะหนึ่งได้โดยง่าย
 และสะดวก, ได้มีผู้คิดวิธีวัดอย่างง่าย ๆ
 ขึ้น, โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า "ออกซิ
 มิเตอร์". เครื่องนี้เป็นเครื่องเทียบสีแบบ
 หนึ่ง, สำหรับวัดความเข้มของสีเลือดที่
 ไหลผ่านใบหู, โดยอาศัย "นัยน์ตาไฟ
 ฟ้า" ประกอบกับแก้วกรองสี. ตัวเลขที่
 อ่านได้จากเครื่องนี้ถือเป็นเครื่องแสดงให้

ทราบโดยตรงถึงความเข้มออกซิเจนใน
 เลือด. ผลที่ได้เป็นเพียงความใกล้เคียง,
 แต่ก็มีประโยชน์ในทางเปรียบเทียบ. นัย
 ว่าพออาศัยได้.

ดังนั้นในคำปฏิบัติ, ในรายที่ความ
 ต้องการมีเพียงเพื่อทราบภาวะของปอดโดย
 ทั่ว ๆ ไปว่าอยู่ในขั้นใดเพียงใด, การ
 ตรวจปริมาณสามประการ ที่กล่าวถึงใน
 ตอนต้น, คือปริมาณหายใจเข้า, ความ
 จหายใจเข้า, และปริมาณหายใจเข้าออก,
 ก็น่าจะเพียงพอ. แต่ในรายที่ต้องการทราบ
 ละเอียดลงไปถึงหน้าที่ของปอดแต่ละข้าง,
 เช่นเกี่ยวกับ การต้อ การค้ำ ปอดหรือขยุ
 ปอดทั้งปอด, การตรวจพิเศษอื่น ๆ ก็เป็น
 ความจำเป็น, เพื่อช่วยให้แพทย์รักษา
 สามารถ ตัดสินได้ด้วย ความมั่นใจ ยิ่งขึ้น
 และเพื่อความปลอดภัยของคนไข้. เพื่อ
 การนี้จำเป็นต้องมีสถานศึกษาโดยเฉพาะ, ผู้
 ชำนาญและอุปกรณ์อย่างครบครัน.



แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ม.ร.ว. ธนยศภภักย์ เกษมสันต์ พ.บ., สวาท สุนทรภักดิ์ พ.บ.
ชาญ สถาปนกุล พ.บ., ตระกูล กิตติสิน พ.บ., สำราญ วงศ์พำเห่ พ.บ., อรุณ สันตตุลิต พ.บ.,
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๑. F.D. Ingraham, E.Alexander, Jr. and D.D. Matson: Polyethylene, a New Synthetic Plastic for Use in Surgery. (การใช้โพลีเอทิลีนซึ่งเป็นพลาสติกชนิดใหม่ในศัลยกรรม) J. A. M. A. 2:82-87 (1947).

ขณะนี้มีพลาสติกทำขึ้นหลายชนิดในอุตสาหกรรม, แต่มีจำนวนน้อยที่จะใช้ในร่างกายของมนุษย์ได้. ผู้ทดลองทั้ง ๓ คนได้นำพลาสติกชนิดใหม่มาทดลอง, คือโพลีเอทิลีน, ซึ่งมีสูตรเคมียุ่งยากน้อยกว่าชนิดอื่น ๆ, มีน้ำหนักอ่อนประมาณ ๑๘,๐๐๐, ทำให้ยึดออกเป็นแผ่นและทำเป็นหลอดได้โดยสะดวก. ได้ทดลองฝังเป็นหลอดเข้าไปในเนื้อของสมอง, สอดเข้าไปในช่องเจาะในกระโหลกศีรษะและใช้แทนแผ่นทิวรา. ใช้แมว, สุนัข, ลิงและกระต่ายเป็นสัตว์ทดลอง. ปรากฏผลว่าหลอดและแผ่นโพลีเอทิลีนที่ทำอย่างบริสุทธิ์ชนิดที่ไม่มีแอน

ติออกสีกั้นที่เจือปนนั้น, เนื้อของสัตว์ทดลองได้, มีปฏิกิริยาแต่เพียงเล็กน้อย, เปรียบเทียบได้กับเท่าเทียมทาลัม (tantalum) และเมทิลเมทาครีเลต (methylmethacrylate).

สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. Thomas E. McGeachy, M.D., and William E. Bloomer, M.D.: The Phenobarbital Sensitivity Syndrome. (กลุ่มอาการเกิดจากความไวต่อฟีโนบาร์บิทัล) Am. J. Med. 5: 600-607 (1953).

ปฏิกิริยาเป็นพิษรุนแรงจากฟีโนบาร์บิทัลที่กินในขนาดรักษาเคยมีรายงานไว้หลายราย. ผู้รายงานได้บรรยายผู้ป่วยอีกสามรายที่แสดงอาการของการแพ้ยานคนคนหนึ่งเป็นชาย, อายุ ๓๔ ปี, กินฟีโนบาร์บิทัล ๐.๒๕ เกรนรวมสี่สี่เม็ดภายในหกชั่วโมง. รุ่งขึ้นเกิดผื่นคันเป็นแผ่น

นอนตามตัวตัว, มีไข้ ๑๐๓° ฟ, ช่องปาก
ขวม. ถึงแก่กรรมในวันที่หก, เพราะการ
ไหลเวียนและการหายใจล้ม. คนที่สอง
เป็นหญิง, อายุ ๒๗ ปี, กินฟีโนบาร์บิทัล
ขนาดครึ่งเกรนวันละสามเวลา. ๔๘
ชั่วโมงหลังจากเริ่มกินยาเกิดผื่นแผ่นนูน
แดงตามตัวตัว, มีไข้ ๑๐๓° ฟ, ต่อมน้ำ
เหลืองทั่วไปโต, ขวมรอบกระบอกตาทั้ง
สอง. อาเจียนมาก. ไข้ลดลงและมีอาการ
ทางจิต. รักษาด้วยแคลเซียมกลูโคเนต,
เพนิซิลลิน, เบนาดริน, พาราอะมิโนเป็น
ไซอิกแอซิกไม่ไ้ผล. ผู้ช่วยยัสสาวะน้อย
และถึงแก่กรรมในวันที่เจ็ดเพราะการหายใจ
ล้ม. ตรวจศพพบเนื้องอกทำลายอย่าง
รุนแรงทั่วไป. อวัยวะอื่น ๆ ขวมและมีจุด
โลหิตออก. ผู้ช่วยรายที่สามเป็นชาย,
อายุ ๔๐ ปี, กินฟีโนบาร์บิทัลขนาด
หนึ่งเกรนก่อนนอนเป็นเวลาสี่วัน. สามวัน
ต่อมามีผื่นแดงเป็นแผ่นนูนกระจายเกือบทั่ว
ตัว. บางแห่งเป็นตุ่มมีหนองและมีจุดโลหิต
ออกใต้ผิวหนัง. มีไข้ ๑๐๑° ฟ., หนาวสั่น.
ช่องปากขวม, มีโลหิตออก. ให้พัลวีเป็น
สามวัน ๑๐๐ มก. ทุกสี่ชั่วโมง. ไข้สูง
ใน ๔๘ ชม. ไข้จำหน่ายผู้ช่วยในวันที่สี่.
แต่หลังจากนั้นสองวันเกิดผื่นตามอีก. มี

ไข้และเพลีย. ไข้ให้ยาแอสเพอริน, แต่
ไม่ไ้ผล. ไข้ให้โปรเคนเพนิซิลลินและ
ให้ยา. ในวันที่สองหลังวันรับ, มีอาการ
ทางจิต, ไข้ลดลง, ความดันโลหิต
๕๐/๖๕. ไข้ให้โปรเคน ๑ กรัมพร้อมน้ำ
เกลืออนอร์มัล ๑,๐๐๐ ล. ซม. เข้าหลอด
โลหิตวันละครึ่ง. ไข้ลดในวันที่ ๔-๕.
อาการทางจิตดีขึ้นในวันที่ ๑๑. อาการ
เป็นปกติและจำหน่ายในวันที่ ๒๑.

ผู้รายงานสรุปว่า: (๑) อาการผื่น
แดงทั่วตัว, ไข้สูง, จิตอลวน, ยัสสาวะมี
ไข่ขาว, เม็ดโลหิตแดงและคาสท์เล็ก
น้อย, และมีอาการทำลายของอวัยวะ
ต่าง ๆ เป็นผลจากการใช้ฟีโนบาร์บิทัล
ในขณะรักษา.

(๒) อาการเหล่านี้พบน้อยมากใน
การใช้บาร์บิตเรทอย่างอื่น. ผลที่น่าจะ
เป็นด้วยมีการเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ใน
ร่างกายบางคน, ปล่อยสารประกอบของ
ฟินอลออกมา, ทำให้เกิดการทำลายของ
เนื้ออวัยวะทั่วไป.

(๓) ยานี้ น่าจะไม่มีฤทธิ์กดไขกระดูก
อย่างเห็นชัด, เพราะไม่พบอาการ
โลหิตจางมาก.

(๕) อาการเหล่านี้จะเป็นอัลเลอร์ยี่หรือไม่นั้นยังบอกไม่ได้.

ผู้รายงานได้ย้ำว่าการรักษาด้วย โพรเคนดิกเข้าหลอดโลหิตดำมีผลก็อยู่ข้าง, และควรระวังหน้าทีของคั้วไวในการใช้ฟิโนบาร์บิทัล.

ม.ร.ว. ธัญโสภาคย์ เกษมสันต์ พ.บ.

๓. William Feindel, J.R. Hinshaw and G. Weddell: The Pattern of Motor Innervation in Mammalian Striated Muscle. (แบบแปลนประสาทสั่งการในกล้ามเนื้อลายของสัตว์มีนม) J. Anat. 86: 35-48 (1952).

ศึกษาในกล้ามเนื้อกระต่าย และลิงทั้งกล้ามเนื้อและโดยแยกออกเป็นเส้น ๆ, ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์. พบว่าเมื่อประสาทเข้าสู่กล้ามเนื้อลายแล้วมีแขนงที่สองแยกออกทำมุมกับแขนงใหญ่เป็นจำนวนมาก. ขางแขนงทอดคี่อนกกลับ. ท่อไปแยกเป็นแขนงปลายสุด ซึ่งให้โมเตอร์เอ็นด์เพลตอีกต่อหนึ่ง. ทงแขนงปลายสุดและโมเตอร์เอ็นด์เพลตมักจะอยู่เป็นกลุ่มราว ๑๕-๒๐ อัน, อยู่ภายในบริเวณจำกัด, ห่างกันเป็นระยะ ๆ. แอ็กซอนจากเส้นประสาทเดียวกัน

มักไปสู่เส้นใยกล้ามเนื้อบริเวณเดียวกัน, แต่บางเส้นแยกไปสู่บริเวณไกลออกไป. มักพบการแตกแขนงของแอ็กซอนตรงมุมระหว่างแขนงใหญ่และแขนงที่สอง. แต่การแตกแขนงอาจเกิดภายในแขนงใหญ่หรือเกิดตรงส่วนก่อนปลายสุดก็ได้. การแตกแขนงนี้พบมากในกล้ามเนื้อขนาดใหญ่, ทำให้แอ็กซอนเส้นหนึ่งๆ ส่งแขนงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เป็นอาณาเขตกว้าง. เส้นใยกล้ามเนื้อ ซึ่งได้รีโมเตอร์เอ็นด์เพลตจากแอ็กซอนเส้นเดียวกันมักจะแยกจากกันโดยเส้นใยกล้ามเนื้อที่เลี้ยงด้วยโมเตอร์เอ็นด์เพลตจากแอ็กซอนเส้นอื่น. เป็นผลให้มีการประสานและปะปนกันระหว่างโมเตอร์ยูนิตต่าง ๆ. พบมากที่สุด ในกล้ามเนื้อส่วนปลายของแขนและขา. เชื่อว่ามีประโยชน์ให้กล้ามเนื้อที่อยู่ไกลได้รับเลี้ยงจากรากประสาทหลายเส้นพร้อมกัน. การพบนี้นับสนุนงานทางสรีรวิทยาของ Sherrington (๑๘๙๒), Adrian (๑๙๒๕) และ Cooper (๑๙๒๕) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อซึ่งอยู่ไกลเคียงกัน. ที่น่าสนใจอีกข้อหนึ่งก็

คือยังไม่เคยพบว่า เส้นใย กล้ามเนื้อ เส้น
 เดียวจะมีไมโทคอนเดรียเซลล์มากกว่า ๑
 อัน, นอกจากเอ็นด์เพลทเหล่านั้นแตกมา
 จากแอ็กซอนเส้นเดียวกัน. แต่จะปฏิเสธ
 เสียทีเดียวก็ยังไม่แน่นอน. อีกข้อหนึ่งก็
 คือความหนาแน่นของเส้นประสาทในบริ-
 เวณต่างๆ ผิดกันไ้มาก. จากการทดลอง
 ตัดเส้นประสาทที่มาจากกล้ามเนื้อควิโค-
 ชีหรือยัด แล้วตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์, พบ
 ว่าประสาททั้งสองเส้น ต่างก็ให้ ปลายประ-
 สาทกระจายไปเลี้ยงทั่วกล้ามเนื้อ. ความรู้
 นี้จึงเป็นเครื่อง เตือนว่าใน การศึกษา การ
 แยกต่างกันในภาพบันทึกไฟฟ้าใน กล้าม-
 เนื้อมีคเดียวกันแต่ต่างบริเวณ, หรือใน
 กล้ามเนื้อต่างมัดกันนั้น, ต้องนึกถึงการ
 ประปนและประสานกันของไมโทคอนเดรียเซลล์
 นั้น, ต้องนึกถึงความหนาแน่นของเส้นประ-
 สาทซึ่งผิดกันในบริเวณต่างๆ, และต้อง
 นึกถึง ขนาด ของ อิเล็กโตรด ซึ่งจะไปแตะ
 กับเส้นประสาทจำนวนมากหรือน้อยผิดกัน.
 ต้องนำมาพิจารณาในขณะแปลผลจากภาพ
 บันทึกไฟฟ้า.

แปลน ประสาทใน กล้ามเนื้อ ที่อยู่ภาย
 นอกของลูกตามีประสาทหนาแน่นอย่างผิด
 ตา. ส่วนก่อนปลายสุดของเส้นประสาทมัก

ทอดขนานไปกับเส้นใยกล้ามเนื้อ. พบไม-
 โทคอนเดรียเซลล์อยู่เดี่ยว, ไม่ใคร่มีการ
 ประสานและประปนกันระหว่างไมโทคอนเดรีย
 และมักพบเอ็นด์เพลทหลายอันไปสู่เส้นใย
 กล้ามเนื้อเส้นเดียวกัน. ลักษณะปลาย
 ประสาทยังแปลกอีก. คือบางอันมีรูปเป็น
 แผ่นแบน. บางอันเป็นขมขนาดต่าง ๆ
 และบางอัน ก็มีลักษณะทั้งสองอย่างปนกัน.
 พวกหลังนี้ พบ มากใกล้ ที่เกาะ ปลาย ของ
 กล้ามเนื้อ. ลักษณะนี้ทำให้น่าสนใจในทาง
 สรีรวิทยา ที่กล้ามเนื้อ ผิด กับกล้ามเนื้อ
 ปลายอื่น ๆ ในเรื่องความเร็วของการหดตัว,
 ในเรื่องซึ่ง กล้ามเนื้อ นีมีไมโทคอนเดรียซึ่ง
 สามารถกระจายพลังออกไปด้วยความถี่สูง
 กว่า, และในเรื่อง ซึ่งเกี่ยวกับความไวต่อ
 ยาทางชนิด.

สวาท สุนทรภิติ พ.บ.

๔. W.R. Barclay, R.H. Ebert, G.
V. Le Roy, R.W. Manthei, and
L.J. Roth: Distribution and Ex-
cretion of Radioactive Isoniazid in
Tuberculous Patients. (การกระจาย
และการขับถ่ายเรคิโธแอคทีฟไอโซไซโนอะ

ซิกในคนไข้วัณโรค) J.A.M.A. 151: 16 (1953).

ผู้รายงานได้ใช้ไอโซโทปในอะซิกที่ทำเครื่องหมายในอะนุไวคัย C^{14} ละลายในน้ำยาโซเดียมคลอไรด์ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียวในผู้ป่วยวัณโรค ๓ ราย, ตามตรวจปริมาณของยาในร่างกายและสิ่งขับถ่ายด้วย isotope tracer technique. ปรากฏว่าปริมาณของยาในเลือดและปัสสาวะสูงสุดใน ๑ ชม. (ราว ๒.๘-๓.๕ ไมโครกรัมต่อ ล.ชม.) และลดลงโดยรวดเร็วใน ๘ ชม. แรก. เมื่อครบ ๑๒ ชม. เหลือราว ๐.๔-๐.๖ ไมโครกรัมต่อ ล.ชม., และ ๒๔ ชม. เหลือราว ๐.๑๒-๐.๑๔ ไมโครกรัมต่อ ล.ชม. แม้ใน ๓ และ ๗ วันก็ยังมีอยู่ได้ถึง ๐.๐๕-๐.๐๒ ไมโครกรัมต่อ ล.ชม. ในน้ำไขสันหลังของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นวัณโรคของเยื่อหุ้มสมองพบว่ามียาอยู่ถึง ๐.๓๑ ไมโครกรัมต่อ ล.ชม. ขณะที่ในเลือดมี ๑.๖๖ ไมโครกรัมต่อ ล.ชม. ในน้ำลายพบมากที่สุดที่ ๓ ชม. แรกและใน ๘ ชม. แรกระดับค่อย ๆ ลดช้ากว่าในเลือด.

การขับถ่ายส่วนใหญ่ออกทางปัสสาวะ. ใน ๖ ชม. ขับออก ๒๖ ٪ ของชนิด, ใน

๒๔ ชม. ขับออก ๘๔ ٪. ส่วนน้อยออกทางอุจจาระ. พบว่าใน ๓ วันออกทางอุจจาระ ๐.๖๑-๐.๖๕ ٪. นอกจากนี้ขับออกเป็นการขับออกไตออกไซค์ทางลมหายใจ. ในเนื้อที่ปรกติพบมากที่สุดที่ปอดและผิวหนัง, พบน้อยที่สุดในไขมันและกระดูก. สำหรับชั้นเนื้อที่เยื่อวัณโรคพบว่ายาซึมกระจายไปได้ดีมาก, และมีความเข้มข้นสูงแม้ในเนื้อเยื่อเยื่ออย่างแน่นทึบในปอดและต่อมน้ำเหลืองใน ๓-๕ ชม. หลังฉีดในน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดพบมียาสูงสุดใน ๒๕ ชม. และสูงสุดอยู่จนถึง ๗๕ ชม. แม้ครบ ๓ วันก็ยังเหลืออยู่บ้าง.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๕. H.L. White: Practical Tests of Kidney Function. (การทดลองหน้าที่ของไตที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติ) Am. Pract. and Dig. of Treatm. 6: 632-633 (1950).

(๑) การทดลองการทำเข็ม. ภายหลังจากอาหารมื้อเย็นแล้วคนไข้อดอาหารและน้ำเรื่อยไป. รุ่งเช้าให้ถ่ายปัสสาวะทิ้งแล้วตั้งตันทันเวลา. เก็บปัสสาวะเมื่อครบ ๑ ชม. และ ๒ ชม. ตามลำดับ. วัดความ

ถ่วงจำเพาะของน้ำขี้สสาวะ, ต้องใ้ไ้ไม่ต่ำกว่า ๑.๐๒๐ (ถ้าหากมีโปรตีนหรือน้ำตาลในขี้สสาวะก็จะต้องคิดหักออก). ถ้าไ้ความถ่วงจำเพาะเป็น ๑.๐๒๐ หรือสูงกว่านั้นและไม่มีโปรตีนในขี้สสาวะ, ก็ให้ถือว่าหน้าที่ของไตยังไม่เสียมากมายนัก. การตรวจแบบนี้ว่าเป็นวิธีที่ดีสำหรับหาหน้าที่ของไต, เพิ่มเติมจากการตรวจหาโปรตีนและเซลล์ต่าง ๆ. เป็นวิธีที่ง่ายและไม่ต้องใช้เครื่องมือมากมายด้วย. ข้อสำคัญคือต้องบังคับเรื่องไม่ให้กินอะไรเลยจริง ๆ แม้แต่น้ำภายหลังอาหารมื้อเย็น, มิฉะนั้นจะทำให้ผลผิดพลาดหมด.

(๒) การทดสอบการทำงาน. ถ้าผู้ถูกทดลองไม่สามารถทำให้ขี้สสาวะเข้มข้นได้, ก็ลองให้แยกทำให้ขี้สสาวะเจือจาง. ออกอาหารเช่นเดียวกัน. ถ่ายขี้สสาวะทิ้งแล้วให้ดื่มน้ำ ๑ ลิตร. เก็บขี้สสาวะทุก ๆ ๓๐ นาทีสักระยะ ๆ กัน. ผลคือต้องไ้ขี้สสาวะมากขึ้นและความถ่วงจำเพาะต้องลดลงเหลือ ๑.๐๐๑ ถึง ๑.๐๐๕. ถ้าหากไม่สามารถทำให้ขี้สสาวะมีความถ่วงจำเพาะต่ำกว่า ๑.๐๐๕ ได้, ก็ให้ถือว่าไตพิการมาก. (๓) การทดสอบ PSP. ก่อนทดสอบสักครึ่งชั่วโมงให้ผู้ถูกทดลอง

น้ำลึก ๒๐๐ ล.ซม. เพื่อให้ถ่ายขี้สสาวะสะดวก. ฉีก Phenolsulfonphthalein ๖ มก. เข้าหลอดเลือดดำ. เก็บขี้สสาวะทุก ๆ ๒๐ นาที ๓ ครั้ง. จะใช้ส่วนก็ได้ถ้าถ่ายเองไม่ออก. ผลคือในคนปรกติจะพบ PSP ในขี้สสาวะ ๓๐ ปร. ใน ๒๐ นาทีแรก, ๑๕-๑๘ ปร. ใน ๒๐ นาทีที่สองและ ๑๐ ปร. ใน ๒๐ นาทีที่สาม, หรือรวมเป็น ๕๕-๖๐ ปร. ใน ๑ ชั่วโมง. ไ้ที่เริ่มพิการจะไ้ ๒๐ นาทีแรกน้อยกว่า, แต่ ๒๐ นาทีที่สองและที่สามกลับมากกว่าปรกติ. เช่นอาจไ้ ๒๒ ปร. ใน ๒๐ นาทีแรก, ๒๐ ปร. และ ๑๕ ปร. ใน ๒๐ นาทีที่สองและที่สามตามลำดับ, ซึ่งถ้ารวม ๑ ชั่วโมงก็คงไ้ ๕๐ ปร. เหมือนคนปรกติเหมือนกัน. อาจทำให้แปลผลผิดไปได้.

(๔) ยูเรียในเลือด. อาจใช้ตรวจร่วมไปกับวิธีที่ ๑ แทนวิธีที่ ๓ ก็ได้. ถ้าไ้ผลว่า (ก) การทดสอบการทำงานเข้มปรกติ, และ (ข) ยูเรียในเลือดปรกติหรือ PSP ปรกติ, ก็ให้ถือว่าไตยังทำงานดีอยู่.

ตระกูล กิติสิน พ.ด.

๖. M. Suster: Rare Foreign Body of the Larynx Simulating Pertus-

sis (สิ่งตกค้างในหลอดเสียงทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นโรคไทรน) Acta Oto-Laryngologica.: 17, 563 (1952).

ผู้รายงานเสนอผู้ช่วยเด็กหญิงอายุ ๒ ขวบหนึ่งราย, มีอาการไอคึก ๆ กันเหมือนไทรน. ตรวจพบในหลอดเสียงขวมแดง คล้ายการอักเสบไขว่ช่องสายเสียง. รักษาอย่างโรคไทรน. ใช้ลดแค่งไฮแบกเคิม. ตรวจหลอดเสียงอีกก็พบว่ามีการตกขนาด ๐.๗x๐.๗ ซม. หุ้มด้วยแกรนินิวเลชัน ที่สชีวติคอยู่บริเวณใต้หลอดเสียง. เมื่อถึงออกแล้วเด็กหายเป็นปรกติ. ผู้รายงานได้สรุปว่าอาการคล้ายไทรนนี้เกิดจากวิเฟล็กซ์เกร็งของสายเสียงที่เนื้องมาจากปลายหนึ่งของสิ่งตกค้างยื่นเข้าไปในทางเดินอากาศ, รบกวนหลอดเสียงในเวลาหายใจออกแรง ๆ. ได้อ้างรายงานของผู้อื่นที่พบเช่น: Wiskovsky พบ ๑ ราย; Serceer พบ ๑ รายมีการตกไคติคในหลอดเสียงนาน ๒๑๐ วัน; Grossman และ Spies พบสิ่งตกค้างติคอยู่ถึง ๖ ปี และ Polednak พบ ๑ รายมีการตกไคติคอยู่ ๒๓ เดือน. เมื่อได้เอาสิ่งตกค้างออกจากหลอดเสียงแล้วผู้ช่วยก็หายเป็นปรกติ.

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ.

๗. Sydney Sunderland: Rotation of the Fingers by the Lumbrical Muscles. (การบิดหมุนของนิ้วมือโดยกล้ามเนื้อข้อมือ). Anat. Rec. 2: 167-169 (1953).

งานนี้ทำในผู้ช่วยจำนวนหนึ่งซึ่งมีประสาทมิเคยเป็นอันตราย ทาระกข้อมือหรือเหนือกว่า. เกือบทุกรายประสาทถูกตัดแล้วซ่อมแซมให้ค้ำใหม่. แต่บางรายประสาทมิได้ถูกตัดขาด. กัพนกัณคินสูสสภาพปรกติได้เอง. ภายหลังอันตราย, ทุกรายมีอัมพาตของกล้ามเนื้อข้อมืออันที่ ๑ และ ๒. ส่วนหน้าทของกล้ามเนื้ออินเตอร์อสเซียสไม่เปลี่ยนแปลง. แล้วมีการบิดหมุนของนิ้วและนิ้วกลางตามมา. โดยเฉพาะนิ้วชี้มีการ เอนตรงข้อต่อ เมตาคาร์โปฟาแลงเจียลไปทางใกล้กลางมากกว่านิ้วข้างปรกติแสดงว่าภายหลังเกิดอัมพาตแล้ว, การบิดหมุนไปทางใกล้ริมของนิ้วซึ่งเกิดจากหน้าทของกล้ามเนื้อจะหมดไป. นอกจากนพฤติกรรมของรายที่มีการพ่นกลับของกล้ามเนื้อข้อมือข้อมือจะช่วยสนับสนุนรายงานอันนียงขึ้น. คือนวตเสียงจะค่อย ๆ กลับคืนตามตำแหน่งเดิม, เพราะกล้ามเนื้อและประสาทพ่นคืนตามลำดับ.

รายงานนี้ช่วยสนับสนุนรายงานอื่น ๆ ที่กล่าวไว้ว่ากล้ามเนื้อลมบริคัลช่วยยกตัวให้อยู่ในแนวแกนโดยมีการบิดหมุนตรงข้อต่อเมตาคาร์โป - ฟаланเงียลเป็นมุมเล็กน้อยไปทางใกล้ริม.

อรุณ สันตดุสิต พ.บ.

๘. J.N. Mills: Alveolar Carbon Dioxide Tension during Sleep (ความดันเฉพาะส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์ในขณะหลับ) J. Physiol. 120: 10P (1953).

ตามวารสารต่าง ๆ ที่ได้อ้างไว้ว่าความดันเฉพาะ ส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้นระหว่างนอนหลับนั้น, ส่วนใหญ่ได้วิเคราะห์ในเวลากลางคืน. ผู้รายงานได้ทำการตรวจในผู้ถูกทดลอง ๕ คน. คนเหล่านี้ได้นอนอยู่ตลอดคืน. จะนอนหรือทำงานก็ตามมีการเพิ่มเติมเหมือนกันนอกจากหายใจเท่านั้น. อากาศตัวอย่างเก็บโดย end-tidal sampler อีทีโมมิเตอร์หรือโดยเครื่องวัดที่ใช้กับหลอดคอม. ผลแสดงว่าความดันเฉพาะส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างหลับไม่ได้สูงกว่าขณะตื่น. การนอนหลับในตอนบ่าย, บางครั้งใช้

เฮกโซคาร์บิโทนช่วย, ไม่ทำให้ความดันกล้าววมเพิ่มขึ้น. จึงเห็นว่าการนอนหลับนั้นไม่มีผลต่อความดันเฉพาะส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์. ความดันเพิ่มขึ้นในเวลากลางคืน, ไม่ว่าผู้ทดลองจะหลับหรือไม่หลับ.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๙. E. J. M. Campbell and J. H. Green: The Expiratory Function of the Abdominal Muscles in Man (หน้าที่ช่วยในการหายใจออกของกล้ามเนื้อหน้าท้อง) J. Physiol. 120: 409 (1953).

โดยอาศัยอิเล็กโตรมัยโอกราฟีศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าของกล้ามเนื้อเอ็กสเทอร์นัลโอบลิคและเร็คทัสแอบโดมินิส, พบว่าเมื่อทำการหายใจออกอย่างปรกติ, ขณะช่องอกขยาย, กล้ามเนื้อทั้งสองนั้นทำงานน้อยกว่าเมื่ออยู่ในท่าพักซึ่งเข้าใจว่าเนื่องด้วยความดันจากการหย่อนของกล้ามเนื้อของการหายใจเข้า. อย่างไรก็ตามก็ชัดเจนว่าหายใจเพิ่มกว่าปรกติเนื่องจากการขาดอากาศ (แอสฟิเคเซีย) เทียบกับขณะหายใจออกตามปรกติหรือตั้งใจ

หายใจเต็มที, การเปลี่ยนแปลงไฟฟ้า
ยังน้อยกว่าเมื่อใช้กล้ามเนื้อใน
ขณะเคลื่อนไหว. (ทรงเป็นการพิสูจน์
อย่างแน่นอนว่ากล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยใน
การหายใจออก).

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑๐. Tr. Baumgaertel and D. Zahn
Ueber die Darmbakterienflora
beim Karzinom (แบคทีเรียลำไส้ใน
โรคมะเร็ง) Dtsch. med. Wschr.
18: 658-661 (1953).

ผู้รายงานทำงานประจำอยู่ในสถานศึกษา
แบคทีเรียลำไส้ที่นครมิวนิค. ได้สังเกต
ว่าคนไข้โรคมะเร็งมักมีแบคทีเรีย
ในลำไส้เป็นชนิดแปลกไปจาก บี.โคไล,
คือเป็นชนิดพาราโคไลและโปรเทอัส, ซึ่ง
เป็นชนิดก่อโรค. ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ในโรค
มะเร็งของกระเพาะอาหารและลำไส้เท่านั้น,
แต่รวมมะเร็งท่อน้ำดีด้วย, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ในหญิง.
ความสัมพันธ์ระหว่างแบคทีเรียที่มักพบ

โรคมะเร็งจะมีอย่างไรยังเป็นที่ถกเถียง.
ข้อที่โต้แย้งก็คือคนไข้ที่พบเชื้อแปลก
ทั้งสองนี้มาก ๆ มักมีอาการทั่ว ๆ ไปแล้ว,
อาจเป็นเพราะการ "บ่อนพิษตัวเอง" (ออส
โตอินท็อกซิเคชัน). ในรายที่รักษาด้วยการ
ฉายรังสีแล้วเกิดอาการลำไส้ใหญ่อักเสบ
ชนิด (เรดิเอชันโคไลติส) ก็ตรวจพบ
แบคทีเรียสองชนิดนี้. ได้มีการทดลอง
ใส่แบคทีเรียทั้งสองนี้โดยการใส่เชื้อ บี.
โคไลเข้าไปในลำไส้ (จะใส่ยาฆ่าเชื้อใน
ลำไส้ไม่ได้, เพราะบี.โคไลจะถูกกำจัดไป
ด้วย) ได้ผลว่าส่วนมากของคนไข้ที่ทดลอง
มีอาการทั่ว ๆ ไปดีขึ้น และน้ำหนักตัว
เพิ่มขึ้น. เชื่อว่าการที่บี. พาราโคไลและบี.
โปรเทอัสมีมากจนนับเป็นผลของการเป็น
มะเร็ง, และการเปลี่ยนแปลงเชื้อกลับเป็น บี.โค
ไลทำให้ลำไส้มีสภาพกลับเป็นปรกติ. บี.
โคไลทำหน้าที่สังเคราะห์วิตามินต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์
(เช่นวิตามิน), เป็นเหตุให้ร่างกาย
แข็งแรงขึ้นและมีโอกาสต้านทานผลร้าย
ของมะเร็งได้ดีขึ้น.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

ปกิณกะ

อาจารย์โรงเรียนแพทย์

เซ็นต์หลุยส์

๓๑ ก.ค. ๕๖

ท่านบรรณาธิการทรวก

ได้อ่านหนังสือ "เมตริกัลอิคโนมิคส์" เกือบ ก.ค. นมีความเห็นเอกชนนำพียงงักตักส่งมาให้ด. ในเรื่องเฉพาะแพทย์ของเรารู้สึกมีความเห็นของคนทั่วไปว่าอย่างนี้. ส่วนครไม่รู้ว่าของเรามีอย่างชนิดไหนมากมายน้อยเพียงใด. และมีอีกอย่างหนึ่งที่ฝรั่งไม่ได้อกล่าวถึง, คือชนิดผสม, อย่างโน้นชนิดอย่างนี้หน่อย. ควรจะเป็นชนิด ๕, ความเห็นเอกชนท่านนี้มีดังต่อไปนี้.

โรงเรียนแพทย์ขาดแคลน "ครูแท้ ๆ" จริงหรือ

การจ่ายเงินเพื่อช่วยเหลือโรงเรียนแพทย์ได้บังเกิดความยุ่งเหยิงขึ้นเพราะมีการกล่าวโทษว่าคณะอาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ประกอบด้วยคนจำนวนมากซึ่งไม่ใช่ "ครูแท้ ๆ" คำกล่าวที่ททำายนมาจาก

จอห์น เอ็ม. วิลเซลล์, ผู้อำนวยการบริหารของมูลนิธิจอห์นและแมรี่ ฮาร์. มาร์ เกิล.

นายวิลเซลล์แยกประเภทอาจารย์แพทย์ออกเป็น ๘ พวก:

๑. "พวกที่ทำอะไรอื่น ๆ ไม่ได้."

๒. พวกที่ตกทรายผุผาย, ซึ่งมีรายได้อพิเศษส่วนตัวหรือมีเมียรวย.

๓. พวกมีโรคหัวใจ, ซึ่งหลบเลี่ยงความเห็นคัดค้านของอาชีพรักษาส่วนตัวโดยวิธีทำการสอน.

๔. พวกขคราน, ซึ่งเลือกการสอนเพราะเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องง่าย.

๕. พวกเล็งผลไกล, ซึ่ง "ใช้โรงเรียนแพทย์เป็นเครื่องโฆษณา."

๖. พวกอ่อนเขยง, ซึ่งไม่อาจทนคนไข้หรือการแข่งขัน.

๗. มีสชันนารี, ซึ่งกำลังทอดทิ้งพวกไร้ศาสนาเพื่อมารับใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์และแพทย์ในภายหน้า.

๘. "ครูแท้."

แต่นายรัสเซิลล์ก็ได้ปฏิเสธว่าโรงเรียนแพทย์จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือระหว่างที่รวบรวมหลักฐานสำหรับโจมตีพวกอาจารย์, เขาก็ได้ใช้จ่ายเงินไปจากมูลนิธิมารุเกิด แล้วเกือบสองล้านเหรียญให้แก่โรงเรียนแพทย์, เพื่อเพิ่มเติมเข้าไปในจำนวนเงินเดือนของพวกเขา, เฉพาะ “ครูแท้ๆ.”

ไม่ทราบว่าท่านบรรณาธิการจะนำลงให้หรือไม่.

ขอฝากความระลึกถึงมาด้วย, หวังว่าคงอยู่ดีด้วยกันทุกคน. คิดถึงทุกคน.

คิดถึง

ย.อ.

(เรานำลงให้ด้วยความเต็มใจ, เพราะเป็นเรื่องน่ารู้. นำทั้งที่แม้ในประเทศอเมริกาซึ่งร่ำรวยก็ยังมี การช่วยเหลือการยังชีพของ “ครูแท้” ในโรงเรียนแพทย์ด้วยเงินภายนอก. อเมริกาเป็นประเทศเสรีจึงพูดกันอย่างไม่ต้องเกรงใจ. เสียคายที่ไม่ทราบว่ามิปฏิบัติอย่างไรบ้าง. ในประเทศเราจะมีอาจารย์ประเภทไหนสักมากน้อยเพียงใดก็ไม่ทราบ, แต่ที่ทราบแน่แท้ก็คือยังไม่เคยมีใครสักคน เดียวที่จะช่วยการครองชีพของ “ครูแท้ ๆ” อย่างที่เขาทำกันนั้น. ย.ก.)

เงินค่าบำรุง

ค่าชอกรับเป็นสมาชิกรวมทั้งค่าส่ง ๑ ปี : ๑๕.๐๐ บาท

สถานที่ส่งจ่ายเงินทางธนาคาร : ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร

ส่งจ่ายเงินในนาม : ผู้จัดการสารศิริราช

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ค.พ.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน สิงหาคม ๒๕๕๖

๑. จำนวนผู้ป่วย (นอก = ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก. ใน = รับไว้รักษาในโรงพยาบาล)

	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๑,๕๕๒	๗๗๖	๕๕๕	๕๐๓	๑,๐๖๕	๒๖๗*	๕,๕๒๒
เก่า	๑,๔๕๘	๕๖๑	๑,๔๕๖	๘๖๒	๑,๖๕๗	๓๒๗*	๖,๘๐๑
รวม	๓,๐๕๐	๑,๓๓๗	๒,๐๑๑	๑,๓๖๕	๒,๗๒๒	๕๙๔*	๑๒,๓๒๓
<u>ใน</u>	๑๖๖	๒๒๑	๖๗๐*	๑๕๔	๒๐๔	—	๑,๔๑๕*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๓๐๒* จักษุฯ ๒๕๒ สูติ-นารีฯ ๑๓๗ รวม ๖๙๑* ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๑๗* หญิง ๒๐๑ รวม ๔๑๘* คน. คลอดตาย ชาย ๑๒ หญิง ๕ รวม ๑๗

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๒๓ คน (๘.๗ ป.ช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๔ ราย. (๑๕.๕ ป.ช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๔๕ ครั้ง. ข้างนอก ๑๗ ครั้ง. รวม ๓๖๒ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๒,๐๗๘ คน. รักษาใหม่ ๒๑ คน. รวมรักษาใหม่และเก่า ๗๔๒ ครั้ง

ข. ราเดียม รักษา ๒๐ คน รวมรักษาใหม่และเก่า ๔๗ ครั้ง.

ค. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ - ครั้ง รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๒ ครั้ง. วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๒,๘๐๗ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๔ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๗๓๐ (จากภายนอก ๕๘). แอ็กกลูตินิน ๕๐. วัตเซอร์แมนและคาร์ห์น ๑,๘๗๐. หมู่มเลือด ๖๐๐ นับเม็ดเลือด ๖๐๐. *ฟิล์มเลือด ๑๐๐. น้ำไขสันหลัง ๖๐ อุจจาระ ๓๗๔. บัสสาวะ ๑๒๓. เสมหะและอื่นๆ ๒๑๗* ปฏิกริยาตัวจืด ๔๘. เพาะเชื้อในเลือด ๑๐๕. นีดสัตว์ ๖. รวมตรวจต่างๆ ๔,๕๑๑ ครั้ง. ศพถูกตีรับไป ๕๖, กายวิภาครับไป ๔. สับเห็บรับไป ๘๔, รวม ๑๔๔ ศพ.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ เจาะท้อง ๘ ครั้ง. เจาะน้ำไขสันหลัง ๔ ครั้ง. เจาะตับ ๑ ครั้ง. เจาะช่องปอด ๑๐ ครั้ง. อัดลมเข้าช่องปอด ๒ ครั้ง. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๖ ครั้ง. ผ่าตัดเล็กโรคผิวหนัง ๑๗ ครั้ง. นีดยาซีฟาลีส ๓๗ ครั้ง.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๓๐* คน. ถอนฟัน ๒๕๘* คน. อุดฟัน ๑๐๓* ซ. ผ่าตัดช่องปาก ๒๘

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

อนุโมทนา มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และทรัพย์สินของบำรุงคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้ (เฉพาะ ที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐ ขึ้นไป)

๑. พลจ. ท่านนายกรัฐมนตรี มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาทบำรุงโรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นการบำเพ็ญกุศลสาธารณประโยชน์ เนื่องในวาระดิถีคล้ายวันเกิด ที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๔๕๖.

๒. พระยาราชนมตรี บ้านตำบลบางกระบือ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๕๐๐.๐๐ บาท ด้งเป็นทุน "สิ่งหลง" เพื่อเก็บดอกผลรักษาผู้ช่วยอนาถา หรือขอเวชภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลศิริราช เนื่องในการทำบุญวันเกิด และอุทิศส่วนกุศลให้แก่บรรพบุรุษ และบุพการีที่ล่วงลับไปแล้ว

๓. พ.ต.ท. หลวงรักษาพลไกร และนางรักษาพลไกร (จรรยาวัชรวิกรม) บ้านเลขที่ ๕๑ ตรอกโรงไหม ถนนเจ้าฟ้า ตำบลวัดชนะสงคราม อำเภอพระนคร จังหวัด พระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนบำรุงคนไข้อนาถาโรงพยาบาลศิริราช

๔. คุณหญิงแหวน ศิริราชอักษร

บ้านเลขที่ ๑๔ ก. ถนนพหลโยธิน จังหวัดพระนคร ให้ข่าวสารจำนวน ๕ กระสอบ ราคา ๘๐๐.๐๐ บาท แก่โรงพยาบาลศิริราช

ไปศึกษาต่อต่างประเทศ

๑. แพทย์หญิงวิไล เบญจกาจัน โดยทุนสมาคมสตรีอุดมศึกษา ออกเดินทางวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๑๙๕๖.

๒. นายแพทย์สุเชิด คชเสนี โดยทุนฟุตบอล ออกเดินทางวันที่ ๓ กันยายน ๒๔๕๖.

๓. นายแพทย์ทองน่าน วิภาตะวณิช โดยทุนบริติสเคานซิล ออกเดินทางวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๔๕๖.

ข่าวห้องสมุด ด้วยสมเด็จพระราชชนนีฯ ได้ทรงพระกรุณาประทานหนังสือของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์ จำนวน ๑๗ เล่ม ให้แก่ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์ฯ ด้รับไว้แล้วด้ด้วยความซาบซึ้ง ในพระกรุณาเป็นอย่างยิ่ง รายชื่อหนังสือมีดังต่อไปนี้:—

(1) Edinburgh Pathological Club : An Inquiry into the Medical Curriculum (1919); (2) J. Whitridge : Obstetrics (1917); (3) Sir D'Arcy Power and H.J. Waring : A short History of St. Bartholomews Hospital (1923); (4) Lewis D. Cruickshank : School Clinics at Home and Abroad (1913); (5) Francis Weld Peabody : The Care of the Patient (1928); (6) George Chandler Whipple : Vital Statistics : an Introduction to the Science of Demography (1919); (7) C.H. Fagge : Pocket Anatomy (1920); (8) Hiram B. Weiss and Raphael Isaacs : Manual of Clinical and Laboratory Technic 3rd. ed (1927); (9) William Edward Fitch : Pocket Medical Formulary, with an Appendix (1926); (10) The Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association : Useful Drugs, (1925); (11) John Tait and R. A. Krause : Aids to Physiology (1920); (12) George M. Gould : A Pocket Medical Dictionary (1922); (13) Maurice C. Anderson : Obstetric Tables (1923); (14) Harvey Cushing : Consecratio Medici and other Papers (1928); (15) John Scott Haldane : Organism and Environment as illustrated by the Physiology of Breathing (1917); (16) Hibbert Winslow Hill : Sanitation for Public Health Nurses (1919); (17) Earnest H. Starling : Principles of Human Physiology (1915)

การประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

บาลได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปี เดือน ธ. หอประชุมราชแพทยาลัย เริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ ๑๑.๐๐ น. มีเรื่องที่น่าสนใจดังต่อไปนี้.

เดือนกันยายน ๑. ครานิอุมมิพิคัม

โดย นายแพทย์ออคุม โปษะภฤชณะ

เดือนตุลาคม ๑. ข้อคิดในบ้านปฏิบัติเกี่ยวกับการประยุกต์หม้อเหล็ก ในการถ่ายเลือดโดย นายแพทย์สมศักดิ์ พันธุ์สมบัติ.

๒. การเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในเลือดของผู้ให้เลือดภายหลังการถ่ายเลือด โดย แพทย์หญิง พันิต เกยานนท์ (แพทย์หญิงนันทา คิตตะสิริผู้อ่านแทน)

อนึ่ง นอกจากการประชุมวิชาการแล้ว ทางแผนกศัลยศาสตร์, แผนกรังสีวิทยา, และแผนกอายุรศาสตร์ ยังจัดให้มีการแสดงทางวิชาการ โดยนายแพทย์ภายในแผนกชั้นอีก และได้เชิญชวนนายแพทย์ทางแผนกอื่นไปร่วมอภิปรายในการแสดงนั้นด้วย ปรากฏว่าการประชุมดำเนินไปได้ผลดี.

สารศิริราช ข่าวศิษย์เก่า

ไปศึกษาต่อต่างประเทศ

นายแพทย์สุธี ลิ้มอักษร นายแพทย์
ร.พ. ภูมิพลฯ คอนเมือง ไปศึกษาวิชา
โรคเด็กเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษ ออก
เดินทางแต่วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖.

กลับจากต่างประเทศ

นายแพทย์ วราภรณ์ อิศรางกูร
ณ อยุธยา ซึ่งได้ไปศึกษาวิชาแพทย์เพิ่ม
เติม ณ ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ ๑๐
กันยายน ๒๕๕๓ ได้รับ D.T.M. and H.
จากมหาวิทยาลัยลอนดอนและ D.P.H.
จากมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูล, ได้ทำงานต่อ
ทางการแพทย์ทหาร ณ ประเทศอังกฤษ
และอเมริกาอีกภายหลังโอนเข้าทนกอง
ทัพบก. ได้เดินทางกลับมาถึงเมื่อวันที่
๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๖.

อายุครบห้ารอบ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม
๒๕๕๖ บุตร หลานและมิตรสหายได้ร่วม

กันจัดทำการฉลองอายุคุณหลวงประจักษ์
เวชสิทธิ์ครบห้ารอบ ที่บ้านเลขที่ ๘๑/๑
ถนนทรัพย์ สรียวงศ์ มีพิธีสงฆ์ รศนำวย
พรและร่วมเลี้ยงอาหาร เป็นการนำชน
ชมยินดียิ่ง ในฐานะที่คุณหลวงประจักษ์ฯ
เป็นศิษย์เก่าและเป็นผู้อาวุโสในหมู่แพทย์
ของเรา โดยเฉพาะในคณะแพทย์ทาง
จักษุ โสตถ์ ศอ และนาสิก สารศิริราช
ขอแสดงความยินดีด้วยเป็นอย่างยิ่ง และ
ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยให้ช่วย
คุ้มครองให้คุณหลวงประจักษ์ฯ เจริญด้วย
จตุรพิภพรตอไปอีกเป็นเวลานาน

มงคลสมรส นายแพทย์กอบชัย พรหมิน
ทะโรจน์ (บุตร พ.ท. หลวงจรัสสุฤทธิ
แพทย์) ได้เข้าพิธีมงคลสมรสกับนางสาว
เกษมสุข พยัคฆะนิธิ เมื่อวันที่ ๒๓ กรกฎาคม
ค.ศ. ๒๕๕๖ สารศิริราชขอแสดงความ
ยินดีและขออำนวยการให้คู่บ่าวสาว ประสพ
แต่ความสุขความเจริญตลอดกาลนาน

ข่าวนักศึกษา

แพทย์ประจำนักศึกษา

โดยมติ คณะกรรมการ คณะแพทย์

ศาสตร์และศิริราชพยาบาลแต่งตั้งให้ ผู้มี
รายนามต่อไปนี้เป็นแพทย์ประจำนักศึกษา

ปี ๒๔๙๖-๙๗

- ๑. แพทย์หญิง ม.ร.ว. กัญนิกา เทวกุล
- ๒. นายแพทย์ ทองนอก นิตยสุทธ
- ๓. แพทย์หญิง มาลัย เหล่าสุนทร
- ๔. นายแพทย์สมโพธิ พุกกระเวส
- ๕. นายแพทย์คุษฎี ประภาสวัค
- ๖. นายแพทย์มุกดา ตฤณณานนท์
- ๗. แพทย์หญิง แฉล้ม วรธนานุสาร
- ๘. นายแพทย์ไพบูลย์ เอศวีกุล
- ๙. แพทย์หญิงเพทาย ศิริการุณ.

ทั้งนี้ แพทย์หญิง ม.ร.ว. กัญนิกา เทวกุล ได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าแพทย์ประจำนักศึกษา

ในปีนี้ แพทย์ประจำนักศึกษา ได้ทำการตรวจสุขภาพนักศึกษาทั้งหมด, การตรวจมีการตรวจร่างกายโดยทั่วไป, และการตรวจพิเศษ, ซึ่งมีการตรวจ Tuberculin test และปลูก B.C.G. Vaccine ร่วมด้วยในบางราย, การตรวจทางรังสีเอกซ์, การตรวจทางตา, หู, คอ, จมูก, การตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งมีการตรวจ Blood Kahn ตรวจอุจจาระทั้งนี้เพื่อสำรวจภาวะทั่วไปของนักศึกษาแพทย์.

ระเบียบการสอบไล่ของมหาวิทยาลัย

แพทยศาสตร์

คณะกรรมการ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้จัดวางระเบียบการสอบไล่ชั้นไว้ดังต่อไปนี้ คือ

(๑) นักศึกษาที่เข้าทำการศึกษาในคณะต่าง ๆ จะต้องใช้เวลามาเรียนในวิชาหนึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิชานั้น คณะจึงจะอนุมัติให้เข้าสอบไล่ในวิชานั้นได้ (๒) นักศึกษาจะต้องมาสอบไล่ ตามกำหนดเวลาที่คณะต่าง ๆ จะได้กำหนดขึ้น ผู้ที่ไม่เข้าสอบหรือ หมาดลิตที่ที่จะเข้าสอบในวันที่มีการสอบ ไม่ว่าจะในกรณีใดๆ อาจถือว่าขาดสอบและสอบไล่ตกในวิชานั้น.

(๓) นักศึกษาจะต้องสอบให้คะแนนในวิชาหนึ่งไม่ต่ำกว่าร้อยละหกสิบจึงจะถือว่าสอบไล่ได้สำหรับวิชานั้น เว้นแต่บางวิชาซึ่งคณะได้กำหนดไว้เป็นพิเศษ

(๔) นักศึกษาจะต้องสอบไล่ได้ทุกวิชาที่มีสอนในชั้นหนึ่ง ตามระเบียบที่คณะได้วางไว้ จึงจะถือว่าสอบเลื่อนชั้น หรือเพื่อรับอนุปริญญา หรือเพื่อรับปริญญาได้

(๕) นักศึกษาที่สอบไล่ไม่ได้ทุกวิชาที่สอนใน ชั้นหนึ่ง ๆ ให้แต่ละคณะ

พิจารณาว่า จะให้ภักท้องเรียนซ้ำในชั้นนั้น หรือจะให้สอบแก้ตัวในวิชาที่สอบได้ตกอีกครั้งหนึ่งก็ได้ ถ้าสอบแก้ตัวตกอีกให้ถือว่าตกท้องเรียนซ้ำชั้น เฉพาะในการสอบไล่เพื่อรับอนุปริญญาหรือปริญญาคณะหรือ คณะกรรมการ สอบไล่อาจ จะให้ทำงานในวิชาที่สอบไล่ตก ตามแต่จะกำหนดเวลาที่จะต้องทำงานก็ได้

ให้แต่ละคณะวางระเบียบรายละเอียดตามข้อเสนอมายังมหาวิทยาลัยเพื่อทราบและเสนอมาทุกครั้งที่มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง

(๖) นักศึกษาที่สอบไล่ตกสองครั้งในชั้นเดียวกัน หมกสิทธิที่จะศึกษาในประเภทวิชานั้นต่อไป

ใช้ระเบียบนี้ตั้งแต่วันที่การศึกษา ๒๔๕๖-๒๔๕๗

ทุนอุดหนุนการศึกษาเพิ่มเติม

ตามที่ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้เข้ตรับสมัครผู้ประสงค์ขอทุนอุดหนุนการศึกษาประจำปี ๒๔๕๖-๕๗ แล้วนั้น บัดนี้ มีทุนเพิ่มเติมซึ่งจะให้ในการศึกษานอก คือ "ทุน อารีย์ ลีวีระอนุสรณ์" ของบริษัทไทยพาณิชย์การ จำกัด

สำหรับให้แก่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๑ จำนวน ๑ คน โดยจะคัดเลือกจากนักศึกษาแพทย์ที่อยู่ในฐานะที่จะต้องการความช่วยเหลือจริงๆ เงินจำนวน ๔,๐๐๐.๐๐ บาท จ่ายปีละ ๑,๐๐๐.๐๐ บาท

ดังนั้น ให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๑ ผู้ประสงค์จะขอทุนดังกล่าวไปติดต่อกับร้อยโทสมิทร กรอกข้อความ และส่งที่ห้องคณบดีได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หมกเขตรับสมัคร วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๔๕๖.

ประกาศขอใบใจ

ตามที่แผนกศิริวิทยาได้ประกาศขอความช่วยเหลือจากนักศึกษาในระหว่างปีศึกษาต้นให้มาช่วยเหลือในการเปลี่ยนสายไฟฟ้าในบริเวณแผนก ฯ เพื่อช่วยประหยัดเงินรายได้ของโรงพยาบาล นั้น

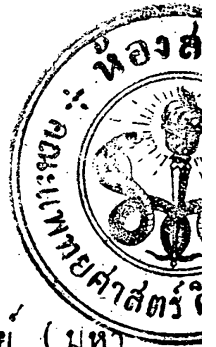
นักศึกษาผู้มีชื่อต่อไปนี้ ได้มาช่วยทำการเปลี่ยนสายไฟฟ้าดังกล่าว ด้วยความขันแข็งและตั้งอกตั้งใจโดยมิได้เห็นแก่เห็นคเหนอย และโดยมิไ้รับสิ่งใดตอบแทนเลย ทำให้การเปลี่ยนสายไฟฟ้าส่วนใหญ่สำเร็จไปได้ตามที่กำหนดไว้นับว่านักศึกษาเหล่านั้นได้ทำประโยชน์แก่

แผนกสตรีวิทยาเป็นอันมาก จึงขอแสดงความ
ความชอบใจอย่างยิ่งไว้ในที่นี้

รายนามนักศึกษาที่ช่วยในการต่อ
สายไฟฟ้า สุจริต งามรชต์, ชวิชัย รายนัย

โยธิน, สมศักดิ์ ทองเปล่งศรี, รุ่งอรุณ
ลักขณ์, พิพัฒน์ ชติชชุเดช, สมศักดิ์
มณีกุล, วิสุทธิ เผ่าทองสุข, สมพร พฤกษ
ราช, วิชัย หัมพานนท์.

ข่าวพยาบาล



กลับจากต่างประเทศ

๑. นางสาวนุช ฉันทวงศ์ ๒. น.ส.
สอางค์ โดม อาศน์สถิตย์, ๓. น.ส. ปราว
ณี ผลพันธ์, ๔. นางเกื้อนเพ็ญ ซาติ-
กานนท์ ครูพยาบาลทั้ง ๔ คน ซึ่งเดิน
ทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริ
กา เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๔๕๕ ได้
เดินทางกลับมา เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม
๒๔๕๖. ครูพยาบาลทั้ง ๔ นี้ได้รับประ
ภาคนียบัตรในวิชาที่ศึกษามา ขณะนี้ได้
กลับเข้าปฏิบัติงานทางแผนกการสอนวิชา
พยาบาล ร.พ. ศิริราช

โอน

๑. น.ส. กรองทอง ทิพทัศน์ โอนไป
กรมการแพทย์ (สมุทรสงคราม)
๑. กรกฎาคม ๒๔๕๖ ๒. น.ส. นฤดี

ศรีสมบัติ โอนไปกรมการแพทย์ (มหา
สารคาม) ๑ กรกฎาคม ๒๔๕๖

ลาออก

- ๑. น.ส. บุญสม ศาสตร์ระวี ออก
วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๔๕๖
- ๒. น.ส. สารี นกุลเชาว์ ออก วันที่
๑ มิถุนายน ๒๔๕๖
- ๓. นางอารี จันทร์ศิริ ออก วันที่
๑๖ กรกฎาคม ๒๔๕๖
- ๔. น.ส. เปรมจิตต์ กังสัมฤทธิ์ ออก
วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๖
- ๕. น.ส. จันทนา ธารวรินทร์ ออก
วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๖
- ๖. น.ส. วัฒนา ศรีวัฒนกุล ออก
วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๖
- ๗. น.ส. ฟูไร ตันทวรกุล ออก

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๖

๘. น.ส. เกรียงวดี สันทักการ ออก

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๖

การบรรเทา

คุณสุชาติ วรรณสุทร ซึ่งมาช่วยอยู่
ที่ตึกมหิตลวราณสรณ์ ได้ส่งภาพยนต์

พร้อมทั้งผู้ฉาย มาช่วยฉายให้พยาบาลกุ
ทุก ๆ วันเสาร์ ระหว่าง เวลา ๑๕.๐๐ น.
ถึง ๒๑.๐๐ น. ณ หอประชุมราชแพทย
าลัย ตั้งแต่เสาร์ที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๔๕๖
เป็นต้นมา ซึ่งนับว่าเป็นความกรุณาแก่
คณะพยาบาลอย่างยิ่ง.

(สอาดศรี เสมรสุต)

สำหรับท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการปกแข็ง	๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการปกอ่อน	๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	๒๐.๐๐ บาท
ค่าส่งทาง ป.ณ. เล่มละ	๒.๐๐ บาท

หน้าลำหรับนิลลิต

ช่วยจำ

อาจารย์และเพื่อน ๆ แนะนำวิธีทำให้
ดังนี้:

(๑) โรคฮีโมฟีเลียและธอมโบไซ
โทปีนิคเปอรเปอร่าเรามักจำสับสนกันเสมอ.
ไม่แน่ว่าอะไรมี “เวลาเลือดออก” นาน,
อะไรมี “เวลาเลือดแข็ง” นาน. จะจำดังนี้
บ้างก็ได้, คือ Hemophilia มี coagu-
lation time นานกว่าปรกติ, Throm-
boctopenic purpura มี bleeding
time นานกว่าปรกติ (สังเกต TB).

(๒) วีมัสซา. จำเลขสี่ไว้, ช่วย
ให้จำว่าน้ำนมวีมัสซาไขมัน ๔ ปรช., คาร์โบ
ฮัยเดรต ๔+๑ ปรช., และโปรตีน ๔
ปรช. (โดยประมาณ).

(๓) น้ำนมคน เทียบกับน้ำนมวีมัส
ซาอย่างหนึ่งเท่ากัน, อย่างหนึ่งมากกว่า,
อย่างหนึ่งน้อยกว่านมวัว. สิ่งที่เท่ากันคือ
ไขมัน. เวลาจะดื่ม น้ำนมวัวเรามักจะเติม
น้ำตาลเสมอ. ข้อนี้แนะนำให้จำว่าน้ำนม
วีมัสซา น้ำตาลน้อยกว่าน้ำนมคน. ดังนั้น
เหลือแค่โปรตีน, ซึ่งน้ำนมวีมัสซา

กว่าน้ำนมคน.

(๔) อาหารที่เรากินตามส่วนที่ตก
ต้องควรเป็น ไขมันหนึ่งส่วน ต่อคาร์โบฮัย
เดรตสองส่วน (โดยประมาณ). น้ำนม
คนเป็นอาหารที่ธรรมชาติสร้างมาตกส่วน
ก็มาก, คือมีไขมันหนึ่งส่วนต่อคาร์โบฮัย
เดรตสองส่วน. เราทราบแล้วว่าไขมันมี
๔ ปรช. ดังนั้นน้ำนมคนจึงมีคาร์โบฮัย
เดรต ๘ ปรช. (โดยประมาณ).

(๕) ความกันเลือดซีตโตลิต: ความ
กันโคแอสโตลิต : ความกันซีพอร = ๓:
๒: ๑ = ๑๒๐: ๘๐: ๕๐ (สูงไปประมาณ
๑๐ มม. ทุก ๆ อย่าง).

(๖) ซัลโฟนาไมด์ได้ชื่อเช่นนั้นเพราะ
เป็นสารที่ได้จากซัลโฟน. ซัลโฟนาไมด์
เป็นได้ทั้งยารงับเชื้อ (แบคทีริโอสเตติก)
และยาฆ่าเชื้อ (แบคทีริโอไซด์), แล้ว
แต่ความเข้ม. เมื่ออยู่ในเลือดมันมีความ
เข้มน้อย, จึงเป็นเพียงยารงับเชื้อ, แต่
เมื่อขับออกมาในปัสสาวะมันมีความเข้
มมาก, จึงเป็นยาฆ่าเชื้อ.

(๗) Atebrin. a = หนึ่ง. ง่าย ๆ ว่ากินยี่ของกันใช้ยี่สี่วันละ ๑ เม็ด, เม็ดละ ๐.๑ กรัมทุก ๆ ๑ วัน.

(๘) วิตามิน บีหนึ่ง, มนุษย์ต้องการวันละ ๑ มก.

(๙) วิตามิน บีสอง (ไรโบฟลาวิน), มนุษย์ต้องการวันละ ๒ มก.

(๑๐) วิตามิน บีสิบสอง, ขนาดใช้ ๑๒ ไมโครกรัม. ความต้องการ ๑-๒ ไมโครกรัม.

(๑๑) ลิ้มพ้อยต์ลิวคิเมียอย่างขั้จจุบันมักพบในเด็ก, อย่างเรอรั้งมักพบในคนอายุเกิน ๕๐ ปี.

มีข้อล้อยต์ลิวคิเมียทั้งชนิดขั้จจุบันและชนิดเรอรั้งมักพบในอายุกลางคน.

ลิวคิเมียชนิดขั้จจุบันมักพบในคนอายุน้อย, คนแก่เกือบไม่พบเลย.

ถึงนั้นอายุจึงเป็นหลักอาศัยคาดคะเนว่าควรหรือไม่ควรเป็นลิวคิเมียชนิดใด.

น.ศ.พ. ดิเรก ดำรงศักดิ์

ท่านสมาชิกที่ยังไม่ได้ชำระค่าบำรุง
โปรดรีบส่งไปชำระตามระเบียบ

๒๕๒
บันทึกท้ายเล่ม



๑ เราได้เคยชี้ให้หลักฐานสำคัญประการหนึ่งสำหรับการก้าวหน้าของวิชาแพทย์ในประเทศเรา คือการใช้วิทยาการมากขึ้นในการตรวจและรักษาโรค. ในฉบับนี้ยังมีตัวอย่างให้เห็นอีกในเรื่องแรก, โดย ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์. จากรายงานเห็นได้ว่าการวินิจฉัยโรคมะเร็งในคนไข้คนนั้นกระทำได้อีกเพราะการตรวจเนื้อที่ขูดออกมาโดยวิธีจุลทัศน์, การรักษาที่โรงพยาบาลแห่งแรกได้ผล, คนไข้ต้องไปเจ็บออก ๆ แอด ๆ อยู่อีกเป็นเวลานาน, ก็เพราะไม่ได้ทำการคั่งกล่าววัน, จึงไม่สามารถพบเหตุที่ถูกต้องได้. การวินิจฉัยยากขึ้นเป็นพิเศษ, เพราะคนไข้เป็นผู้มีอายุค่อนข้างน้อยสำหรับโรคมะเร็ง. คั้งนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่า แพทย์ผู้ตรวจไม่ได้เฉลียวใจและคงจะได้รับการรักษาไปอย่างมคดลกอีกเสียขรรวมคา. เป็นเคราะห์ดีของคนไข้ที่แพทย์ที่ ร.พ. ชลบุรีได้นัดถึงการขุดมคดลกเพื่อตรวจ, ซึ่งนำมาสู่การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง. รายงานเรื่องนี้จึงเป็นอุทาหรณ์ที่เหมาะสำหรับแพทย์ผู้รักษา, ซึ่งจะเตือนให้หนักถึงการขุดมคดลก

เพื่อวินิจฉัยในรายที่มีการตกเลือดกะปริบกะปรอยซึ่งต่อเนื่องอยู่เป็นเวลานาน.

๑ ในฉบับนี้เราได้เริ่มก้าวใหม่อีกประการหนึ่ง, ซึ่งเป็นการคล้อยลงไปกับการก้าวหน้าในการนำเอาวิธีวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแพทย์มากขึ้น, คือการเสนอบทความประเภท "บันทึกปฏิบัติ." จุดประสงค์คือแนะนำแพทย์ผู้รักษาและนิสิตให้กระทำถูกต้องในเมื่อต้องการตรวจหรือส่งสิ่งของบางอย่างไปให้ตรวจ, หรือปฏิบัติอย่างอื่นซึ่งมีวิธีการทำเฉพาะ. เราเริ่มบทความชุดนี้ด้วยเรื่องของคุณหมอนานนท์ ประทีปสุนทรสาร, ซึ่งต้องนับว่าสำคัญมาก, เพราะการตรวจอุจจาระหว่าเชือกคนนั้นเป็นเรื่องที่ควรกระทำกันอยู่เสมอ ๆ, และการปฏิบัติผิด, เช่นส่งชำเกินไป, ย่อมทำให้ได้ผลผิดไปด้วย. บางทีแพทย์รักษาย่นกะปอดกะแปดว่าเจ้าหน้าที่ตรวจเชือกหรือตรวจอย่างอื่นทำงานเสมอไม่ได้มัน, เหตุผลแท้จริงอาจอยู่ที่การกระทำของแพทย์ผู้รักษาเองก็ได้, เช่นการเอาตัวอย่างตรวจไม่ตรงเวลาหรือส่งล่าช้า เป็นต้น. บทความประเภทนี้จะช่วย

ให้การตรวจต่างๆ ได้ผลดีขึ้นและอาจช่วย
แก้ความเข้าใจผิดต่างๆ ลงได้ด้วย. เรา
ขอขอบใจคุณหม้อานนท์ในการเป็นผู้เริ่ม
เรื่องประเภทนี้ด้วย.

๑ ขบทความพิเศษในฉบับนี้ได้อมาจาก
ผู้เขียนที่หนุ่มที่สุดที่เคยเขียนบทความ
ประเภทนี้. นับว่าเป็น "ตางกั" อีกประ
การหนึ่งแสดงให้เห็นว่าศิริราชยังจะเจริญ
ต่อไปอีกนาน, เพราะคนรุ่นใหม่ก็ยังมี

สนใจในวิชาการต่างๆ อยู่. ที่พูดถึงความ
หนุ่มของผู้เขียนนี้มิใช่จะลค่าของบทความ
ความนั้น, ซึ่งท่านผู้อ่านคงเห็นเองแล้ว
ว่ามีความครบถ้วนเพียงใด, และมีผล
อย่างไรในการชี้ช่องโหว่ให้เห็นว่าในเรื่อง
ที่อ่านแล้วและถวรวรบายนำเหลือของ
บทความยังมีอะไรๆ อีกมากที่จะต้องคุย
เขียนชดกันต่อไปอีก. ขอขอบใจคุณหม้อ
นุก่อคอย่างยิ่งสำหรับเรื่องที่น่าอ่านนี้.

สารศิริราชพิมพ์เฉพาะแจกจ่ายแก่สมาชิกเท่านั้น
ท่านที่ต้องการเป็นสมาชิกใหม่โปรดสมัครแต่ต้นปี