



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๓๗ Volume 6, Number 7, July 1954

สถิติเนื้องอกในแผนกพยาธิวิทยาในระยะสามปี

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ

พ.ด.

(แผนกพยาธิวิทยา)

คำนำ เรื่องสถิติของเนื้องอกผู้เขียนได้ทำการรวบรวมและนำเสนอ ต่อที่ประชุมวิชาการในงานฉลองหกสิบปี ศิริราช, และได้พิมพ์แล้วในสมุทรวินิจฉัยการในงานนั้น. การเสนอสถิติในครั้งนั้นเป็นเรื่องของเนื้องอกทั้งหมด (เนื้องอกทุกชนิดทั้งอย่างไม่ร้าย และอย่างร้าย) ที่พบในแผนกพยาธิวิทยา นับตั้งแต่ ได้มีการ ตรวจมานับเป็นเวลา ๓๑ ปี. การรวบรวมครั้งนี้จะกระทำจากการตรวจเนื้อที่ได้ออกจากการผ่าตัด และมีได้รวมเนื้องอก ที่ตรวจ พย โดยการ

ตรวจศพ. เนื้องอกที่พบได้แบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ. ได้พิจารณาถึงความสัมพันธ์ของชนิดของเนื้องอกกับอายุ, เพศ, เชื้อชาติ และตำแหน่งในร่างกาย, และเปรียบเทียบเนื้องอกอย่างร้ายชนิดซาร์โคมา กับคาร์ซิโนมา.

นับตั้งแต่เริ่มมาจนบัดนี้เป็นเวลา ๓ ปี มีเนื้อส่งมาตรวจทางแผนกพยาธิวิทยามากขึ้นตามลำดับ. ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ตรวจ ๘๘๑ ราย (ที่ถูกต้อง ๘๘๑ ครั้ง, เพราะบางรายตรวจหลายครั้ง); พ.ศ. ๒๕๓๔

ตรวจ ๑๕๒๖ ราย และพ.ศ. ๒๔๕๕
ตรวจ ๑๕๔๓ ราย. รวม ๓ ปีตรวจเนื้อ
ที่ได้จากการผ่าตัด ๔๓๕๐ ราย. จึงเห็น
สมควรเสนอ สถิติของเนื้องอก ทางพยาธิ-
วิทยาเพิ่มเติมในระยะ ๓ ปีหลังนี้, เพื่อจะ
ความเนื้องอกเพิ่มขึ้นหรือไม่, หรือมีเนื้อ
อกชนิดใหม่ ๆ ที่ไม่เคยทำการพิจารณาที่
มาก่อน, เหล่านี้เป็นต้น. ทั้งนี้โดยทำการ
เปรียบเทียบสถิติเดิมที่ทำมาแล้ว.

อนึ่งสถิติของเนื้องอก, นายแพทย์
เอ.จี. เอ็ดลิสได้เคยรวบรวมตีพิมพ์มาแล้ว
ครั้งหนึ่งเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๐; เป็นสถิติของ
ร.พ. ศิริราชทั้งหมด.

วิธีการรวบรวม รวบรวมจากการตรวจเนื้อ
ที่ได้จากการผ่าตัดเท่านั้น (ไม่นับการตรวจ
เนื้องอกจากการตรวจศพ) ซึ่งส่งมาตรวจที่
แผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราช, สำหรับ
ปี พ.ศ. ๒๔๕๓, ๒๔๕๔ และ ๒๔๕๕;
ตั้งแต่เลขทะเบียนเนื้องอกจากการผ่าตัด เลข
ที่ ๘๓๖๔ ถึง ๑๒๗๑๓, รวม ๔๓๕๐
ราย. หรือถูก ๔๓๕๐ ครั้ง, เพราะผู้ช่วย
บางรายตรวจหลายครั้ง.

นับจำนวนเนื้องอกทั้งหมดที่พบ, ไม่ว่าจะ
เป็นชนิดไม่ร้ายหรือร้ายก็ตาม, แล้ว
แย่งแยกเนื้องอกออกเป็นชนิดต่าง ๆ. สำ-
หรับเนื้องอกชนิดที่พบบ่อย และสำคัญคือ
คาร์ซิโนมา, ได้พิจารณาแยกตำแหน่ง
ที่เกิด, ตลอดจนถึงความสัมพันธ์ระหว่าง
อายุ, เพศ, และเชื้อชาติด้วย.

ในท้ายที่สุดได้ทำการเปรียบเทียบสถิติ
ที่ได้จากการรวบรวมใหม่นี้กับสถิติเก่า.

ผลที่ได้ จากจำนวนชิ้นที่ตรวจ ๔๓๕๐
รายนั้นปรากฏว่าเป็นเนื้องอก ๑๖๔๖ ราย
จำนวนนี้เท่ากับ ๓๗.๘๔ เปอร์เซ็นต์ ของเนื้อที่
ตรวจทั้งหมด.

ชนิดของเนื้องอกเรียงตามลำดับที่พบ
มากลงไปหาชนิดที่พบน้อย, ปรากฏใน
ตารางที่ ๑.

ตำแหน่งของคาร์ซิโนมากับความสัมพันธ์
พันธ์ระหว่างเพศและชาติปรากฏในตาราง
ที่ ๒.

ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของ
คาร์ซิโนมากับอายุ ปรากฏใน ตารางที่ ๓.

ตารางที่ ๑ ชนิดของเนื้องอก

Carcinoma	701	Lymphangioendothelioma	2
CA. metast. to lymph nodes	126	Chondrosarcoma	2
Lymphosarcoma	98	Neurofibrosarcoma	2
Haemangioma	78	Dentigerous cyst	2
Adenoma	68	Synovioma	2
Papilloma	67	Mixed cell sarcoma	2
Fibroma	67	Adenolymphoma	2
Fibroadenoma	66	Haemangiolympangioma	1
Mixed tumour	38	Haemangioperithelioma	1
Fibrosarcoma	30	Angioendotheliosarcoma	1
Lipoma	27	Chondroma	1
Neurofibroma	21	Osteochondroma	1
Basal cell carcinoma	20	Fibromyxoma	1
Malignant melanoma	18	Fibrolipomyxoma	1
Osteoclastoma	14	Fibroliposarcoma	1
Fibrolipoma	14	Myxosarcoma	1
Neurilemmoma	13	Liposarcoma	1
Neuroblastoma	13	Acanthoma	1
Embryoma	13	Cementoma	1
Adamantinoma	11	Syringocystadenoma papilliferum	1
Osteogenic sarcoma	10	Neuroma	1
Teratoma	9	Astrocytoma	1
Leiomyoma	8	Meningioma	1
Lymphangioma	8	Myeloma	1
Haemangioendothelioma	8	Leiomyosarcoma	1
Fibromyoma	7	Lipomyosarcoma	1
Dermoid cyst	6	Rhabdomyosarcoma	1
Cystosarcoma phyllodes	5	Malignant synovioma	1
Osteoma	4	Interstitial cell tumour	1
Seminoma	4	Glomangioma	1
Hypernephroma	4	Chloroma	1
Cholesteatoma	4	Pericytoma	1
Myxoma	3	Theca cell tumour	1
Mesenchymoma	3	Lymphoma	1
Xanthoma	3	Unknown type	10
Lymphoepithelioma	3		
Pigmented mole	3		
		Total	1646

ตารางที่ ๒ ความสัมพันธ์ระหว่างคาร์ซีโนมาของอวัยวะต่างๆ กับเพศและเชื้อชาติ

อวัยวะที่เน้น	จำนวนรายทั้งหมด	ชาย	หญิง	ไทย	จีน	อื่นๆ
เต้านม	๑๑๓	—	๑๑๓	๘๖	๑๗	—
ตับ	๖๐	๔๘	๑๒	๓๘	๒๒	—
กระเพาะอาหาร	๕๓	๓๕	๑๘	๓๒	๒๑	—
องคชาติ	๔๓	๔๓	—	๓๗	๖	—
หลอดอาหาร	๓๓	๒๘	๕	๑๘	๑๕	๐
เหงือก	๒๘	๑๔	๑๔	๒๕	๔	—
กระบอกเสียง	๒๘	๒๗	๑	๒๖	๒	—
เร็กตัม	๒๖	๑๘	๘	๑๘	๖	๐
ริมฝีปาก	๒๕	๑๐	๑๕	๑๘	๖	—
แก้ม	๑๘	๑๑	๗	๑๖	๒	—
ลิ้น	๑๘	๑๑	๗	๑๔	๔	—
ปาก	๑๖	๑	๑๕	๑๔	๒	—
ลำไส้ใหญ่	๑๕	๑๑	๔	๑๕	—	—
ซีกมัม	๖	๕	๑	๕	๑	—
ปรอสเตท	๕	๕	—	๔	๑	—

ตารางที่ ๓ ความสัมพันธ์ระหว่างคาร์ซีโนมาของอวัยวะต่างๆ กับอายุ

อวัยวะ	จำนวนรายทั้งหมด	อายุ ๑๖-๒๐	อายุ ๒๑-๓๐	อายุ ๓๑-๔๐	อายุ ๔๑-๕๐	อายุ ๕๑-๖๐	อายุ ๖๑-๗๐	อายุ ๗๑-๘๐	อายุ ๘๑-๙๐	ไม่ทราบ
เต้านม	๑๑๓	—	๒	๑๘	๕๔	๒๐	๑๔	๖	—	๒
ตับ	๖๐	—	๒	๑๕	๒๕	๑๓	๕	๐	—	๑ รายอายุ ๙๐ ปี.
กระเพาะอาหาร	๕๓	—	๑	๕	๑๒	๒๑	๑๒	๒	—	๐
องคชาติ	๔๓	๑	๑	๑	๑๑	๑๐	๘	๒	—	๐
หลอดอาหาร	๓๓	—	—	—	๑๑	๘	๑๐	๒	—	๐
เหงือก	๒๘	—	—	๑	๑๕	๑๑	๘	๔	—	๒
กระบอกเสียง	๒๘	—	—	—	๑๒	๑๐	๕	๑	—	๑
เร็กตัม	๒๖	๒	๒	๖	๖	๕	๒	๑	—	๑
ริมฝีปาก	๒๕	—	๑	๑	๘	๖	๑๐	๓	—	๑
แก้ม	๑๘	—	—	๒	๒	๕	๖	๒	—	๑
ลิ้น	๑๘	—	—	๒	๑๕	๕	๕	๑	—	๑
ปาก	๑๖	—	—	๒	๓	๓	๖	๒	—	๑
ลำไส้ใหญ่	๑๕	—	๑	๑	๓	๖	๒	—	—	๑
ซีกมัม	๖	—	๑	—	๑	๑	๑	—	—	—
ปรอสเตท	๕	—	—	—	—	๑	๓	๑	—	—

การวิจารณ์^๕ เนืองออกชนิดที่พบมากที่สุด^๖ คือ คาร์ซีโนมาของอวัยวะต่าง ๆ, พบ ๗๐๑ ราย, เท่ากับ ๔๒.๕๘ ปช. ของจำนวนเนืองออกทั้งหมด. รองลงไปคือ คาร์ซีโนมา, ที่แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง, พบ ๑๒๖ ราย (๗.๖๕ ปช.) พวกนี้ไม่ทราบตำแหน่งต้นตอโรค. ดังนั้นรวมคาร์ซีโนมาทั้งหมดเป็น ๘๒๗ ราย, หรือเท่ากับ ๕๐.๒๔ ปช., คือประมาณครึ่งหนึ่งของเนืองออกทั้งหมด. ทั้งนี้แสดงว่าคาร์ซีโนมาเป็นเนืองออกชนิดร้ายที่พบบ่อยมาก และมีความสำคัญสำหรับเมืองไทยเรา.

เนืองออกชนิดอื่นที่พบบ่อยรองลงไปก็มี ลิมโฟซาร์โคมา, ซิแมงจิโอมา, ไฟโบรมา, อะทีโนมา, ปาซีลโลมา, และไฟโบรอะทีโนมา. ชนิดอื่นนอกจากนี้ไม่ถึง ๕๐ ราย.

ตำแหน่งของคาร์ซีโนมาที่พบบ่อยที่สุดคือ เต้านมของผู้หญิง, พบ ๑๑๓ ราย, หรือเท่ากับ ๑๖.๑ ปช. ของคาร์ซีโนมาที่พบทั้งหมด (๗๐๑ ราย). ตำแหน่งที่พบบ่อยรองลงไปคือ คอ, ภาวะอาหาร, องคชาติ, ตามลำคอก.

พึงสังเกตว่าเนืองออกของอวัยวะสืบพันธุ์

ของสตรีพบน้อย, เช่น มะเร็งของมดลูก, เนืองออกของรังไข่, โผลริโอเอปี้ซัลโอมา, มัยโอมา, ฯลฯ. ความจริงเนืองออกเหล่านี้พบบ่อยในผู้บวช, แต่ชิ้นเนื้อส่วนมากได้ถูกส่งไปตรวจทางแผนกสรีรศาสตร์ในรั้วมหาวิทยาลัย.

ความสัมพันธ์ระหว่างคาร์ซีโนมาของอวัยวะต่าง ๆ กับเพศของคนไข้, ปรากฏว่าหากไม่นับคาร์ซีโนมาขององคชาติและปรัสเตทแล้ว, คาร์ซีโนมาของคอ, ภาวะอาหาร, หลอดอาหาร, ภาวะอกเลี้ยง, เร็คคัม, ลำไส้ใหญ่, ซิคมพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อย่าง ชัดเจน. โดยเฉพาะคาร์ซีโนมาของภาวะอกเลี้ยงพบในเพศชาย ๒๗ ราย, ในเพศหญิงเพียง ๑ รายเท่านั้น.

พดง่าย ๆ ว่า คาร์ซีโนมาของระบบทางเดินอาหารพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง. ทั้งนี้ยกเว้นคาร์ซีโนมาของริมฝีปาก, เหงือก, แก้ม, ปาก, ลิ้น ซึ่งพบพอ ๆ กันทั้ง ๒ เพศ. สำหรับคาร์ซีโนมาของเต้านม ๑๑๓ รายล้วนแต่พบในเพศหญิงทั้งสิ้น.

คาร์ซีโนมาของอวัยวะต่าง ๆ พบในคนไทยมากกว่าคนจีนทุกอวัยวะ. ทั้งนี้

เป็นการยากที่จะลงความเห็นให้แน่นอนลงไปได้, เพราะจำต้องอาศัยเทียบส่วนกับจำนวนทั้งหมดของผู้ป่วยของโรงพยาบาลว่าเป็นคนไทยกี่คนและจีนกี่คนในขั้นหนึ่ง ๆ. เรื่องนี้ต้องรอการศึกษาต่อไป.

ในเรื่องความสัมพันธ์ของคาร์ซิโนมาของอวัยวะต่าง ๆ กับอายุ, ปรากฏว่าคาร์ซิโนมาของเต้านม, องคชาติ, กระบอกเสียง, ไร่คตัม, หลอดอาหาร และตับพบบ่อยที่สุดในระหว่างอายุ ๔๑-๕๐ ปี. คาร์ซิโนมาของกระเพาะอาหารและเหงือกพบบ่อยที่สุดในระหว่างอายุ ๕๑-๖๐ ปี. คาร์ซิโนมาของริมฝีปาก, แก้ม, ปาก, ลิ้น และปรอัสเตทพบบ่อยในอายุแก่กว่านั้น, คือระหว่าง ๖๑-๗๐ ปี.

คาร์ซิโนมาของกระบอกเสียง, หลอดอาหาร และปรอัสเตทไม่พบบนคนอายุต่ำกว่า ๔๑ ปีเลย.

เมื่อเทียบสถิติของเนื้องอกในระยะ ๓ ปีหลังกับเมื่อ ๓๑ ปีก่อน, พบสิ่งแตกต่างหลายอย่างซึ่งควรกล่าวไว้ คือ:

๑. มีเนื้องอกชนิดใหม่ ๆ ซึ่งเดิมไม่เคยให้การวินิจฉัยไว้ ได้แก่ Neurolemmoma, cystosarcoma phylloides, seminoma, interstitial celltu-

mour, lymphoepithelioma, adenolymphoma, synovioma, mesenchymoma, cholesteatoma, glomangioma, chloroma, theca-cell tumour, acanthoma, pericytoma.

๒. เนื้องอกที่พบบ่อยขึ้นในระยะ ๓ ปีหลัง, เมื่อเทียบกับ ๓๑ ปีก่อน, ได้แก่ คาร์ซิโนมาของตับ, กระเพาะอาหาร, เหงือก, ไร่คตัม, กระบอกเสียง, หลอดอาหาร, ลำไส้ใหญ่ ซึ่งเข้าใจว่าเป็นเพราะมีการส่งเนือมาตรวจทางพยาธิวิทยามากขึ้นอย่างหนึ่ง, และมีวิธีการตรวจทางฝ่ายรักษาเพิ่มขึ้นใหม่ ๆ, เช่นการทำไบออปซี้ของตับโดยใช้เข็มเจาะอีกอย่างหนึ่ง. ทั้งนี้ทำให้คิดเหมือนเนื้องอกบางอย่างมีมากขึ้น, ซึ่งความจริงอาจมีได้เพิ่มขึ้น.

๓. เนื้องอกบางอย่าง เช่น cystosarcoma phylloides ซึ่งเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายของเต้านม, พบ ๕ รายภายในระยะ ๓ ปีท้าย, ในเมื่อเดิม ๓๑ ปีมิได้เคยวินิจฉัยเลย, เป็นการยากที่จะบอกว่าเดิมไม่มีโรคนี้อยู่, หรือเดิมไม่ได้ให้การวินิจฉัยด้วย.

๔. คาร์ซิโนมายังคงเป็นเนื้องอกที่พบบ่อยและสำคัญทั้งใน ๓๑ ปีก่อนและ

ใน ๓ ปีหลังนี้. คาร์ซีโนมาจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจทั้งทางฝ่ายรักษา, ทางรังสีวิทยาและทางพยาธิวิทยา.

สรุป

๑. ได้เสนอสถิติของเนื้องอกจากเนื้องอกการผ่าตัดซึ่งส่งตรวจที่แผนกพยาธิวิทยา, ร.พ. ศิริราช, ในระยะ ๓ ปี. พบว่าเนื้องอก ๑๖๔๖ รายจากเนื้องอกตรวจทั้งหมด ๔๓๕๐ ราย. จำนวนเท่ากับ ๓๗.๘๔ ปร.ศ.

๒. ชนิดของเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดคือคาร์ซีโนมาของอวัยวะต่าง ๆ, ซึ่งมี ๗๐๑ ราย, เท่ากับ ๔๒.๕๘ ปร.ศ. ของเนื้องอกที่พบทั้งหมด.

๓. ตำแหน่งของคาร์ซีโนมาที่พบบ่อยที่สุดคือเต้านม. รองลงไปเป็นตับ, กระเพาะอาหาร, อวัยวะ, ตามลำดับ

๔. คาร์ซีโนมาของทางเดินอาหารพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง. คาร์ซีโนมาของกระบอกเสียงพบในเพศชาย ๒๗ ราย แต่พบในเพศหญิง ๑ รายเท่านั้น.

๕. คาร์ซีโนมาของเต้านมพบแต่ในเพศหญิงทั้งสิ้น.

๖. คาร์ซีโนมาของอวัยวะต่างๆ ส่วน

มากพบในระหว่างอายุ ๔๑-๕๐ ปี. คาร์ซีโนมาของกระเพาะอาหารพบบ่อยที่สุดในระหว่างอายุ ๕๑-๖๐ ปี, ของปอดเพศหญิงพบระหว่างอายุ ๖๑-๗๐ ปี, คาร์ซีโนมาของกระบอกเสียง, หลอดคออาหาร, และปอดเพศชาย ไม่พบในคนอายุต่ำกว่า ๔๑ ปีเลย

๗. ได้เปรียบเทียบสถิติในระยะ ๓ ปีหลังกับสถิติเมื่อ ๓๑ ปีก่อน. พบว่าคาร์ซีโนมาคงเป็นเนื้องอกชนิดที่พบบ่อยและสำคัญ. นอกจากนั้นเนื้องอกหลายชนิดที่ไม่เคยให้การวินิจฉัยมาก่อน, และได้มีการวินิจฉัยขึ้นในระยะ ๓ ปีนี้. มีเนื้องอกหลายชนิด พบบ่อยขึ้น, ซึ่งเข้าใจว่าเป็นเพราะมีการตรวจเนื้อมากกว่าก่อน ๆ และมีวิดิโอเนื้องอกที่ช่วยมาตรวจโดยวิธีใหม่ จึงดูเหมือนพบบ่อยขึ้น ซึ่งความจริงอาจมีได้มีการเพิ่มขึ้น.

ขอขอบคุณคุณนิติธร สุวทรพานิช คุณประไพ โลจนาพันธ์ และคุณวิไลพร ประเสริฐกุล ซึ่งช่วยเหลือในดาระรวบรวมสถิติครั้งนี้.

เอกสาร

๑. ทินรัตน์ : เนื้องอกและสถิติทางพยาธิวิทยา, ศาสตร์รวมวิชาการในงาน

ผลของทกลีบศิริราช. หน้า ๒๐๐-๒๑๕ XX, No. 2 pp. 87-95. .
(พ.ศ. ๒๔๕๓).

๓. A.G. Ellis, (1938) : Sta-
tistics of Tumors at Siriraj
Hospital, J. Med. Ass. Siam,
Vol. XX, No. 6 pp. 550-556.



โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อแผนกจัดการของสารศิริราช.

(Abstract of The preceeding article.)

STATISTICS OF TUMOURS IN SIRIRAJ HOSPITAL

Over a period of Three years (1950-1952)

Tinaratana Sathitnimankarn

M.D.

(Department of Pathology)

The author presents a statistical study of tumours recorded in the Department of Pathology of Siriraj Hospital over a period of three years (1950-1952). Out of 4350 pieces from surgical section 37.84% are diagnosed as tumours, of which 42.59% are carcinoma. Carcinoma of the breast is most common, while that of the prostate is very rare. The occurrence of carcinoma of various organs is most frequent in the age group of 41 to 50 years.

This study also shows that carci-

noma is still most prevalent in comparison with other forms. This has been so far the past 31 years.

Some new tumours are found, for example, neurilemmoma, cystosarcomaphyllodes, seminoma, synovioma etc. Some are found more often than before; this may be due to the application of new methods for sectioning of tumours and the increasing amount of patients.

(Three references)

(T.K.)



รายงานหัวใจผิดปกติหนึ่งราย มีเอเตรียมซ้ายแบ่งออกเป็น ๒ ห้อง

สุด แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

หัวใจที่ผิดปกติโดยมีเอเตรียมซ้ายปรากฏเป็น ๒ ห้อง. เป็นสิ่งทพบได้น้อยมาก. ในรายงานที่พบ ๒ ฉบับ, ของ Palmer (๑๙๓๐) และ McLester กับพวก (๑๙๔๐) คงมีกล่าวถึงรวมทั้งหมด ๑๒ รายเท่านั้น. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหัวใจที่ผิดปกติแบบนี้ไม่ได้เป็นสาเหตุให้ผู้ช่วยพิจารณาหรือถึงแก่กรรมทุกราย, ฉะนั้นจึงเป็นการพบโดยบังเอิญมากกว่าที่จะพบเนื่องจากการตรวจโรคหรือเจาะจงจากการตรวจศพ. ในรายที่จะรายงานนั้นก็เช่นเดียวกัน. พบในศพที่ใช้ชำแหละ, โดยแพทย์หญิงจิตรา ช่วงสวัสดิ์ เมื่อครั้งเป็นนักเรียนแพทย์สัตตคทา (พ.ศ. ๒๔๘๒), มาขอเรียนกายวิภาคศาสตร์เพิ่มเติม. ศพมีประวัติแต่เพียงย่อ ๆ คือเป็นศพส่งมาจากโรงพยาบาลกลาง, ตายด้วยโรคโรคแห่งยอด, เป็นศพชายไทยอายุ ๔๕ ปี,

อาชีพขอทาน. ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ ไม่ได้เลย. คณะหมोजิตราหลังจากตัดเอาหัวใจออกได้เย็บหัวใจเพื่อจะเรียนส่วนภายใน. หลังจากเย็บเอเตรียมและเวนทริเคิลข้างขวาแล้ว, ได้ตัดผนังของเอเตรียมซ้ายจากขอบหลังไปถึงขอบหน้า, และเอเตรียมเย็บเวนทริเคิลซ้ายต่อไป. แต่เมื่อเย็บเข้าไปในเอเตรียมซ้ายไม่เห็นลิ้นใบคัสปีด, จึงนำเอามาถามข้าพเจ้า. เมื่อได้ช่วยกันตรวจดูปรากฏว่าช่องที่เย็บเข้าไปเป็นช่องบนของเอเตรียม, มีแผ่นกั้นแยกออกจากช่องล่าง, ทำให้ไม่เห็นลิ้นระหว่างเอเตรียมกับเวนทริเคิล. หัวใจผิดปกติรายนี้ถึงจะพบมาก่อนรายของ McLester และ พวกก็ไม้อาจเสนอเป็นรายงานได้, เพราะไม่เข้าใจแจ่มแจ้งในสาเหตุที่ทำให้เกิดการผิดปกติ. คำอธิบายของ Palmer (๑๙๓๐) มีข้อสงสัย. ในการ

ที่เสนอเป็น รายงานชน มาครรวน เนื่องจาก
ในขณะนี้ได้มีการค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ
การเจริญของหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์,
ซึ่งจะใ้ใช้เป็นหลักอธิบายสาเหตุของการ
ผิดปกตินี้ได้.

ลักษณะหัวใจ หัวใจมีขนาดโตเท่าหัวใจ
ปกติของผู้ใหญ่. ภายนอกไม่เห็นว่ามีการ
ผิดปกติที่ใด. ตำแหน่งต่าง ๆ ของหลอด
เลือดคงเหมือนของหัวใจธรรมดา (รูป ๑,
๒). ที่เอเทรียมซ้ายมีแผ่นกั้น. ลักษณะ
เป็นแผ่นหนา, เหนียว, เป็นพังผืดมากกว่า
กล้ามเนื้อ (ไม่ได้ทำเซ็คชันเพราะเนื้อ
เยื่อเยื่อ). แผ่นกั้นภายในของเอเทรียม
จากบนลงล่างและทอดเฉียงเล็กน้อยจาก
หน้าไปหลัง. ขนาด ๕.๒๓ x ๕.๑๑ ซม.
ขอบหนึ่งติด กบเซ็ปตัม ระหว่าง เอเทรียม,
ต่ำกว่าฟอราเมนโอวาล์, ซึ่งบีคสนิท.
แผ่นกั้นแบ่ง เอเทรียมซ้าย ออกเป็น ห้องบน
และห้องล่าง, ขนาดไว้เรียกว่ากัน. แผ่นกั้น
เกือบเป็นแผ่นตลอด, นอกจากมีรูเล็ก
ขนาดยาว ๑.๑๑ ซม., กว้าง ๐.๕๘ ซม.,
ซึ่งอยู่ทางค้ำล่างและหลังที่สุดของแผ่น
(รูป ๓). เมื่อมองคจากห้องบนไม่สามารถ
เห็นส่วน ใดของ ห้อง ล่าง เลยรวม ทั้ง

เอเทรโอ - เว็นทริคิวลาร์ทางซ้าย. ที่ขอบ
ของรูมีเยื่อแข็งเล็ก ๆ, เข้าใจว่าเกิดจาก
การแคลซิฟิเคชันของเยื่อเวเจเตชัน (ve-
getations). ข้าง ๆ รูมีแองกูปรอย, มี
ฐานกว้าง ๐.๕๗ ซม., ยาว ๐.๖๖ ซม.,
ลึกระมาณ ๐.๕ ซม., แต่ไม่เป็นทางคิก
ต่อระหว่างช่องบนและช่องล่าง. ที่ส่วนบน
ใกล้กับขอบบนของแผ่นกั้นมีแองกูปรอย
เล็ก ๆ เช่นเดียวกันขึ้นไปจาก ห้องล่าง
กว้าง ๐.๗๐ ซม., ยาว ๑.๐๕ ซม., ลึก
๐.๗๐ ซม. หลอดเลือดดำทั้ง ๔ เบียดเข้า
สู่ช่องบน. ช่องล่างไม่มีหลอดเลือดใดมา
เบียดเข้าเลย. คงมีทางเบียดติดต่อกับออร์-
เคิลทางด้านซ้ายของช่อง. เลือดจากปอด
ผ่านโดย ทางรู เล็กจาก ช่องบน เข้าสู่ห้อง
ล่าง (รูป ๕ ตามลทศร), แล้วผ่านลิ้น
เอเทรโอ - เว็นทริคิวลาร์เข้าสู่ เว็นทริเคิล
ซ้าย. ลักษณะแบบนี้ทำให้ McLester
และพวก (๑๙๕๐) อธิบายว่าเหมือนผู้นั้น
มีหัวใจพิการแบบลิ้นไมตรีลตีบอย่างมาก.
ฉะนั้น McLester จึงอธิบายสาเหตุการ
เปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในรายของ
เขาเช่นเลือดคั่งในปอด, ฮัยเปอโรโทรฟีย
ของออร์เคิลซ้ายในส่วนที่ต่ำกว่าแผ่นกั้น,
ฮัยเปอโรโทรฟีย ของ เว็นทริเคิล ขวาและ

อาการหัวใจล้มเหลวเนื่องจากอาการพิการนั้น.
อาการเหล่านี้ไม่ชัดเจนในรายของเรา.

นอกจากการผิดปกติที่สำคัญดังกล่าวแล้ว, ลิ้นระหว่างเอเทรียมกับเวนทริเคิลซ้ายมีลักษณะเป็น ๓ ใบ (cusps): ใบหนึ่งใหญ่อยู่ทางซ้าย, สองใบเล็กอยู่ทางขวา แต่แยกออกจากกันไม่ชัดเจน, ลิ้นระหว่างเอเทรียมกับเวนทริเคิลขวากลับมีเพียง ๒ ใบ: ใบหนึ่งอยู่หน้า, อีกใบหนึ่งอยู่ข้างซ้าย ใกล้กับผนัง (septal)

เหตุที่ทำให้เกิดการผิดปกติ เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดได้พบการผิดปกตินี้ในหัวใจที่กำลังเจริญเติบโต, หรือพบส่วนใดที่จะยืนยันได้ว่าต่อไปจะต้องเปลี่ยนแปลงเป็นแผ่นกัน, ฉะนั้นคำอธิบายต่อไปในใจของดิอเป็นแต่เพียงข้อสันนิษฐานที่อาศัยการเจริญเติบโตของหัวใจปกติเป็นหลัก.

จากขนาดของแผ่นที่กันและการที่ไม่พบพยาธิสภาพในส่วนใดส่วนหนึ่งของหัวใจ, ทำให้เข้าใจว่าแผ่นที่กันเอเทรียมซ้ายจนทำให้กลายเป็นสองห้องนั้นเป็นการผิดปกติมาแต่กำเนิด, ไม่ใช่จากเอ็นโตคาร์ดิทิสที่เกิดขณะเป็นฟอสซิลหรือจากออร์แกนิเซชันของร็อมบัส, เช่นที่ Palmer

ตั้งเป็นข้อสันนิษฐานไว้อย่างหนึ่ง. ความเห็นตรงกันของ McLester และพวก, พบในชายอายุ ๑๘ ปีซึ่งก่อนหน้าการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายที่ทำให้ถึงแก่กรรมไม่ปรากฏการเจ็บป่วยใดที่ยังจะเห็นสาเหตุของโรคหัวใจ. นอกจากนี้ก็มีรายงานของ Hosch (๑๙๐๗) ซึ่ง Palmer อ้าง, พบในเด็กอายุ ๒๕ วัน.

ในการเจริญของเอเทรียม Arey (๑๙๔๘) อธิบายว่าเอเทรียมซ้ายของหัวใจที่เจริญเต็มที่แล้วเกิดจากปลายของหลอดเลือดดำพัลโมนารียที่เอเทรียมดั้งเดิม (primitive atrium) รวมเอาเข้าไป. ตัวเอเทรียมดั้งเดิมได้กลายเป็นออริเคิล. คำอธิบายนี้, แผ่นกั้นที่เกิดผิดปกติก็จำเป็น ต้องเกิดขึ้น ภายใน หรือสัมพันธ์กับหลอดเลือดดำพัลโมนารีย, เพราะในรายที่รายงานนี้มีออริเคิลชัดเจนติดต่อกับห้องล่าง. Palmer ก็สันนิษฐานว่าแผ่นกั้นเกิดจากผนังของหลอดเลือดดำพัลโมนารียเหมือนกัน, โดยอ้างว่าแผ่นกั้นนี้อยู่สูงกว่าตำแหน่งของฟอราเมนโอวาแล้ว, และเนื่องจากในรายของ Palmer มีหลอดเลือดดำพัลโมนารียเพียงหลอดเดียว. ความสัมพันธ์กับตำแหน่งของฟอ-

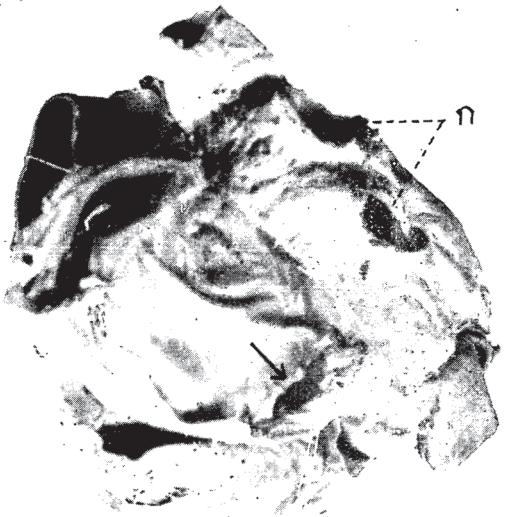


1



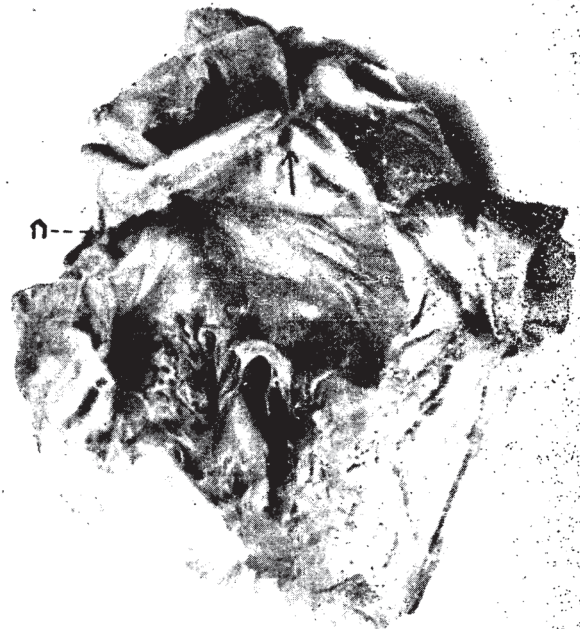
2

รูป ๑. และ ๒. แสดงด้านหน้าและด้านหลังของหัวใจที่รายงาน ไม่ปรากฏลักษณะผิดปกติจากภายนอก.

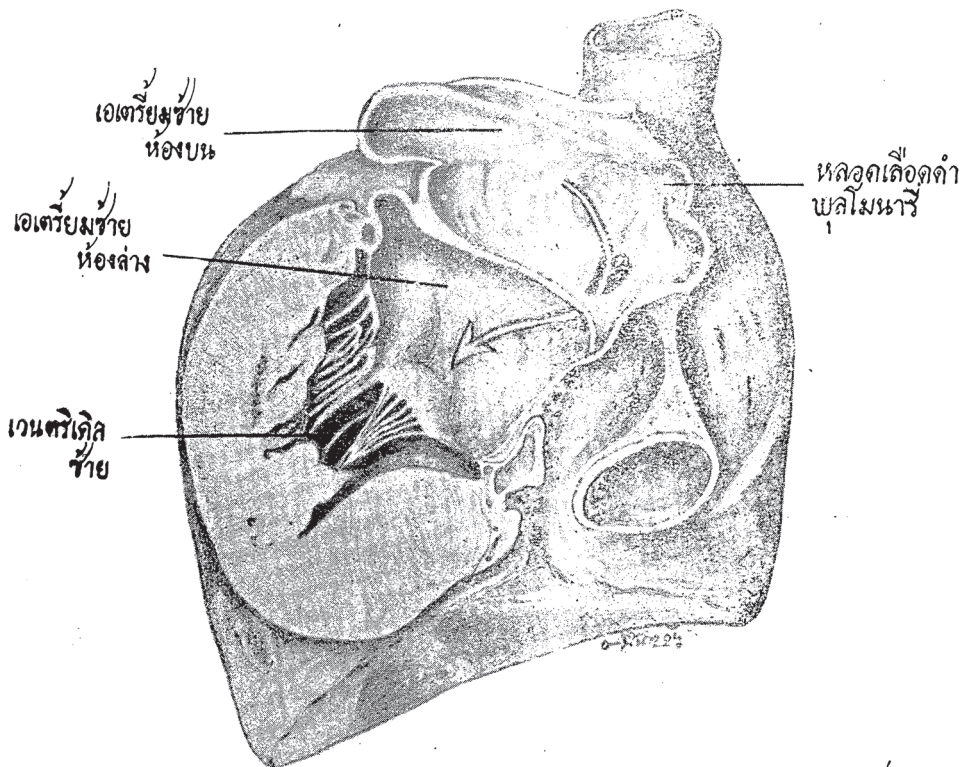


3

รูป ๓. แสดงห้องบนของเอเตรียมซ้าย ลูกศรทออยู่ที่แผ่นลิ้น ปลายซี่ที่รูเปิด ก. หลอดเลือดดำพุงโมร หลอดบวมและล่างข้างขวา.



รูป ๔. แสดงห้องล่างของเอเตรียมซ้าย ติดต่อกับเวนทริเคิล ลูกศรทออยู่ที่แผ่นลิ้น ปลายซี่ที่รูเปิด ก. ออริเกิล.



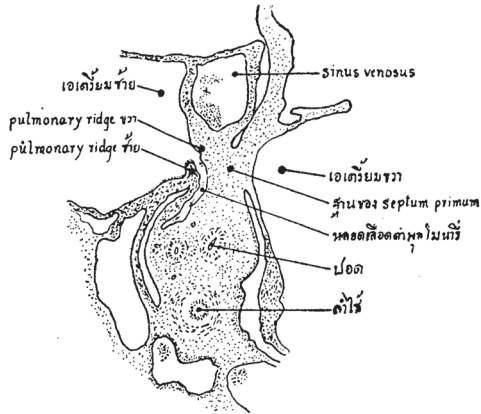
รูป ๕ แสดงรูปสัมพันธ์ เหมือนตัดเอาส่วนหนึ่งของผนังของเอเทรียม และเวนทริเคิลซ้ายออกไป ให้เห็นแผ่นกั้นและทางเดินของกระแสเลือด (ตามลูกศร) จากห้องบนสู่ห้องล่างของเอเทรียม

ราเม็นโอวาเล่. ใช้เป็นหลักไม่ได้, เพราะในรายที่เสนอนแผ่นกั้นคึกกับผนังของเอเทรียมต่ำกว่าตำแหน่งของฟอราเม็นโอวาเล่. แต่ในการพบหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์ เช่น หลอดเคียนนมี ความสำคัญมาก, เพราะแสดงว่าในรายของ Palmer หลอดเลือดดำพัลโมนารีย์ ยังคงแสดงลักษณะที่หลอดเลือดดำปรากฏในระยะต้นของการเจริญเติบโต, และแสดงว่าเอเทรียมซ้ายไม่ได้ขยายตัวออก, จึงยังไม่ได้รวมเอาหลอดเลือดดำเข้าไป. ลักษณะเป็นการหยุดยั้งของการเจริญเติบโต. อะไรเป็นสาเหตุของการหยุดยั้งนั้นจนทำให้เกิดเป็นแผ่นกั้นแย่งเอเทรียมซ้ายเป็น ๒ ห้อง, Palmer ถือว่าเป็นการปลิ้นเข้า (inversion) หรือเป็นการยื่นโดยตรงของผนังของหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์. ซ่อนเป็นคำอธิบายที่ก่อให้เกิดการสงสัย.

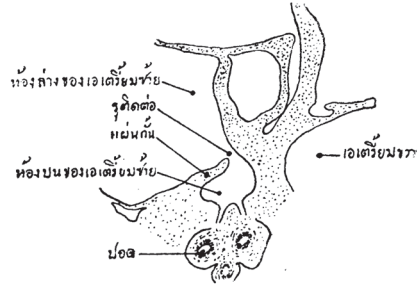
จากงานของ Auër (๑๙๔๘) ซึ่งเป็นการศึกษาใหม่ที่สูกเกี่ยวกับการเจริญของหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์ในคน, ได้พบว่าในเอ็มบริโอขนาด ๒-๗ มม. มีการปลิ้นออก (evagination) จากบริเวณ sinu-atrial ของหัวใจไปทางหัวและทางหางของเอ็มบริโอเข้าไปใน dorsal

mesocardium. ส่วนที่ยื่นขนทางหัวนั้นต่อไปจะกลายเป็นขั้วของหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์, ไม่ใช่หลอดเลือดดำพัลโมนารีย์เกิดจากการคัดแปลงของสะเป่ลิ่งคีนิกเป่ลิ่งซัส, เช่นที่ Brown (๑๙๑๓) เข้าใจจากการศึกษาในแมว, เช่นเดียวกับ Davies กับ MacConaill (๑๙๓๗).

จากสองข้างของหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์ที่กำลังเจริญเติบโตนั้นมีสันขนานอยู่ ๒ อัน, ข้างขวาและซ้าย, เรียกว่า "pulmonary ridge" (รูป ๖). สันอันขวารวมกับ septum primum ซึ่งเกิดขึ้นก่อนเอเทรียม ขวาออกจากเอเทรียมซ้าย. แต่อันซ้ายจะยื่นไปง่เข้าไปในช่องของเอเทรียมซ้าย (งานของ Auër หมดเพียงเท่านั้น). เมื่อผนังของหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์ถูกรวมเข้าไปในช่องเอเทรียมซ้าย, สันอันซ้ายนั้นก็ควรหายไป. แต่ถ้าสันนั้นไม่หายไป. ความดันของเลือดที่ผ่านจากปอดเข้ามาสู่หลอดเลือดดำพัลโมนารีย์จะทำให้ส่วนต้นของหลอดเลือดขยายตัวออก (รูป ๗), กลายเหมือนเป็นส่วนหนึ่งหรือห้องหนึ่งของเอเทรียมซ้าย, ติดต่อกับหลอดเลือดดำพัลโมนารีย์จากปอดทั้งหมด. สันนั้นก็กลายเป็นแผ่นกั้น ๆ ห้องที่กล่าว



รูป ๖ แสดงการเจริญของหลอดเลือดดำพลาโมนารี กับ pulmonary ridges ขวาซ้ายในเอมบริโอของคนขนาด ๙ มม. (จาก J. Auër)



รูป ๗ รูปสมมติถ้า pulmonary ridges อันซ้ายไม่หายไป ความดันของเลือดจากปอดจะทำให้ส่วนต้นของหลอดเลือดดำพลาโมนารีขยายตัวออกเป็นห้องบนของเอเดริยมซ้าย และ pulmonary ridges กลายเป็นแผ่นกั้น.

แล้วออกจากเอเดริยมดั้งเดิม. ห้องทั้ง ๒ คงติดต่อกันด้วยขนาดเล็ก, ซึ่งเป็นรเคิมระหว่างหลอดเลือดดำพลาโมนารีกับเอเดริยมดั้งเดิมนั่นเอง.

ฉะนั้นโดยอาศัยงานของ Auër ข้าพเจ้าจึงให้คำสันนิษฐานว่าการฝักปกตินี้เกิดจาก left pulmonary ridge เหลืออยู่, ทำให้เลือดผ่านจากหลอดเลือดดำพลาโมนารีเข้าสู่เอเดริยมซ้ายไม่สะดวก, มีผลทำให้ส่วนต้นของหลอดเลือดดำพลาโมนารีแต่เดิม, โย่งออกเป็นห้องหนึ่งของเอเดริยม (รูป ๗).

ข้าพเจ้าขอขอบคุณแพทย์หญิงจิตรา ช่วงสุวนิช ผู้พบหัวใจนี้และได้นำมาให้ข้าพเจ้าศึกษา, และนายแพทย์นันทวัน พรหมผลินในการช่วยเขียนภาพที่ ๕.

เอกสาร

1. L.B., Arey, 1948. *Developmental Anatomy*, 5th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia p. 329.
2. J. Auër, 1948. The development of the human pulmonary veins and its major variations. *Anat. Rec.* vol. 101, pp. 581-594.
3. A.J. Brown, 1913. The development of the pulmonary vein in the domestic cat. *Anat. Rec.* vol. 7, pp. 299-329.
4. F. Davies, and M.A. MacConaill, 1937. Cor bioculare, with a note on the development of the pulmonary veins. *J. of Anat.* vol. 71, pp. 437-446.

5. Peter Hans Hesch. 1907, Zur Lehre der Missbildungen des linken Vorhofes I. Ein Sehnenfaden im linken Vorhof. II. Ein Herz mit linken Doppelvorhof Frankfurt. Ztschr. f. Patt. 1:563 (อ้างถึงโดย Palmer).

6. J.B. McLester, J.D. Bush and J.S. Dubois 1940. Congenitally double left auricle. Amer. Heart J., vol. 19, No. 4.

7. G.A. Palmer, 1930. Cardiac anomaly (so-called double left auricle). Amer. Heart J., vol. 6, pp. 230-236.

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง	ราคา ๓๔.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน	ราคา ๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์	เล่มละ ๒.๐๐ บาท

(Abstract of the foregoing Report)

A CASE OF CARDIAC ANOMALY—DOUBLE LEFT ATRIUM

Sood Sangvichien

M.B., M.D.

(Department of Anatomy)

The author describes a case of double left atrium. The cadaver dissected is of a man aged 45 years having no definite past history. The cause of death was pulmonary tuberculosis. Dissection showed a slightly enlarged heart with normal external appearance. Incision of the muscular wall revealed a thick fibrous septum dividing the left atrium into two chambers which are communicated by a small opening (Fig. 3). All the veins empty into the upper chamber; blood flows through the small opening into the lower chamber

and thence through the atrio-ventricular valve into the left ventricle. This valve has three cusps instead of the normal two. That on the left is large and separated off definitely, whilst the remainder on the right are smaller and less definitely separated. Contrarily, the right atrio-ventricular valve is bicuspid.

The possible causes of double left atrium are reviewed.

(7 figures and 7 references).

(O.A.)

ภูมิโนฮีมาโตโลยีในการถ่ายเลือด

๑๑๕

สมศักดิ์ พันธุ์สมบูรณ์

พ.บ., M.S., Ph.D.

(แผนกพยาธิวิทยา)

ภูมิโนฮีมาโตโลยี (immunohematology) เป็นวิชาที่ว่าถึงอิมมูนวิทยาที่มีอยู่ในเลือด, พกง่าย ๆ ว่าเป็นวิชาที่ว่าด้วยแอนติบอดีและแอนติเจนที่ตกตะกอนที่มีอยู่ในเลือดทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เป็นโรค. แต่ในทันทีจะกล่าวถึงเพียงแอนติเจนที่อยู่ในเม็ดเลือดแดงและแอนติบอดีที่ทำให้เกิดปฏิกิริยากับแอนติเจนเหล่านั้นและประยุกต์เกี่ยวกับการที่จะต้องเตรียมตัวก่อนที่จะถ่ายเลือดจากผู้ให้ไปให้ผู้รับ.

เมื่อก่อนสงครามโลกครั้งที่สองเรารู้จักหมู่เลือดเพียง ๒-๓ หมู่, คือระบบ A-B-O, M-N และ P-p. ที่สำคัญที่สุดคือระบบ A-B-O. ในระหว่างและหลังสงครามโลกครั้งที่สองมีผู้พบหมู่เลือดที่สำคัญ ๆ อีกหลายหมู่, เช่น Rh, Kell, Duffy, Lewis และ Kidd อาจจะมีต่อไปอีกหลายระบบ. มีการใช้ชื่อย่อโดยใช้ตัวอักษรของฝรั่ง, เช่น A - B - O,

C-D-E (ระบบ Rh แบบของอังกฤษ), Fy (ระบบ Duffy), Jk (ระบบ Kidd), K (ระบบ Kell), Le (ระบบ Lewis), M-N, Pp, Rh (ใช้แบบของอเมริกัน) และอื่น ๆ.

สำหรับเวลานี้จะมีหลายท่านที่สนใจในระบบ Rh. ข้าพเจ้าได้เขียนเรื่องไว้แล้วในจดหมายเหตุทางแพทยสมาคม พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๔๘๖ อย่างค่อนข้างละเอียด. ถ้าแบ่งตามระบบ Rh จะแยกมนุษย์ออกได้เป็นสองพวก, คือ Rh บวก (positive) และ Rh ลบ (negative), ตามแต่ว่าเม็ดเลือดแดงของคน ๆ นั้นมี D หรือ Rh แอนติเจนอยู่ในเม็ดเลือดแดงหรือไม่. ถ้ามีก็เรียกว่า Rh บวก ถ้าไม่มีก็เขียน Rh ลบ. เมื่อพ.ศ. ๒๔๘๐ ข้าพเจ้าได้ทดสอบเลือดคนไทยกว่า ๗๐๐ คนเศษไม่พบผู้เป็น Rh ลบเลย, และได้เทียบกับเลือดของฝรั่งไว้ดังนี้:

	Rh บวก	Rh ลบ
คนผิวขาว (Caucasian)	๘๕	๑๕
คนไทย *	๑๐๐	๐

ถ้ามองในแง่ D หรือ Rh แอนติเจนอย่างเดี่ยว, ระบบ Rh ในคนไทยก็หย่อนความสำคัญลงไปมาก.

นอกจากนี้วิชาความรู้ที่เกี่ยวกับคุณสมบัติทางฟิสิกโคเคมีของพวกแอนติบอดีก็ก้าวหน้าไปอีกมาก. สรุปความแล้วว่าเวลานี้แอนติบอดีต่อแอนติเจนในเม็ดเลือดแดงมีอย่างน้อยสองชนิด. พวกหนึ่งเรียกว่า saline หรือ complete หรือ bivalent antibodies ซึ่งจะแสดงตัวออกมาในซีรัมที่ต้มเกลือนอร์มัล. อีกชนิดหนึ่งเรียกว่าแอลบูมินหรือ incomplete หรือ univalent หรือ blocking โปรตีน, เช่นพลาสมาหรือเซรัมหรือ ๒๐ ปีซ. แอลบูมินของวัว.

แต่อย่างไรก็ดี, ไม่ต้องวิตกว่าถ้าเรา

ไม่ทดสอบหมู่เลือดเหล่านั้นเราจะทำการให้เลือดไม่ได้. ข้อสำคัญให้ดำเนินการทดสอบเป็นขั้น ๆ อย่างที่เคยทำมา, คือ:

๑. หาหมู่เลือด
๒. ทดลองผสมกลับกัน (cross-matching)

สำหรับข้อหนึ่ง, หากทำการทดสอบระบบ A-B-O ให้ถูกต้องเป็นการใช้ได้. ในกรณที่เราควรจะมีแอนติเซรัม ๒ ชนิด, คือ anti-A กับ anti-B. ส่วนเลือดที่จะทำการทดสอบจะใช้เจาะจากนิ้วมือก็ได้. แต่ทางที่ควรจะใช้เลือดที่แข็งเป็นลิ่มแล้วเพราะเราสามารถจะเก็บไว้ทำทดลองผสมกลับกันต่อไป. บางท่านยังนิยมใช้เลือดผสมซีเตรทหรือออกซาลेट ซึ่งส่วนมากก็ใช้ได้. นอกจากนี้ในบางรายซึ่งมีแอนติบอดีเช่นพวกอิมมูนหรือฮีโมลิสซัน มันจะไม่แสดงออกมาให้เห็นชัด. ปฏิบัติการจะเป็นได้สัอย่าง ดังนี้

	anti-A serum	anti-B serum	ผล
เม็ดเลือดแดงจาก เลือดแข็งแล้ว	$\left\{ \begin{array}{l} + \\ - \\ + \\ - \end{array} \right.$	-	หมู่ A
		+	หมู่ B
		+	หมู่ AB
		-	หมู่ O

* ตามที่พูดกันว่าคนไทยสืบเชื้อสายมาจากจีนนั้น, หลักฐานทางหมู่เลือด (Bioserology) ไม่ได้บ่งสนับสนุนเลย.

ส่วนหมู่เลือดอื่น ๆ เช่น Rh, Kell, Duffy, Kidd ก็ไม่ควรวิตกอะไรมากนัก. ถ้าเลือดมันเข้ากันไม่ได้มันจะเกิดการจับกลุ่ม (แอ็กกลูตินเนชัน) กันขึ้นในเวลาทำการทดลองผสมกลับกัน, ถ้าเราใช้เซรุ่มหรือ ๒๐ ๒๕. แอลบิวมินเป็นมันซ์นิม. ขึ้นต่อไปก็ทำการทดลองผสมกลับกัน. คือเอาเซรุ่มของคนไข้มาปนกันกับเม็ดเลือดแดงของผู้ให้ ในจำนวนที่เท่ากันในแผ่นกระจกหรือหลอดแก้ว, เรียกว่าเป็น major reaction. แล้วเอาเซรุ่มของผู้ให้ มาปน กับ เม็ดเลือดแดงของคนไข้. เรียกว่าเป็น minor reaction. ถ้าทำได้ถูกต้องก็จะมีอาการจับกลุ่มทั้งสองครั้ง.

อนึ่งข้าพเจ้าขออย่าว่าในระหว่างผู้ให้ กับผู้รับ, ควรจะใส่หมู่เลือดให้ตรงกันเสมอ, เช่นหมู่ A ต่อหมู่ A. การที่จะ

ให้เลือดหมู่ O กับหมู่ A นั้นเราสงวนไว้กระทำเมื่อมีภาวะรีบด่วนจริง ๆ. ส่วนเทคนิคของการเก็บและถ่ายเลือดนั้นข้าพเจ้าเห็นว่าควรจะทำอย่างวิธึสากลนิยม, คือเก็บเลือดในขวดแก้วซึ่งมีน้ำยากันไม่ให้เลือดแข็ง และในขณะเดียวกันก็เขย่าสงวนกันเสียด้วย. เรียกว่าน้ำยา A-C-D, และมีส่วนผสมดังนี้:

Trisodium citrate (dihydric)	1.54 gm.
Citric acid (monohydric)	0.55 gm.
Dextrose (anhydrous)	3.0 gm.
Distilled water (pyrogen-free)	120.0 c.c.

จำนวนนี้ใช้ผสมกับเลือดได้ตั้งแต่ ๕๐๐-๕๐๐ ล.ซม. ในตำรายกไว้ว่าให้ใช้เลือดที่เก็บโดยวิธีนี้ภายใน ๓ สัปดาห์, แต่ข้าพเจ้าขอแนะนำเป็นความเห็นส่วนตัวว่าควรจะใช้ให้เสร็จภายใน ๗ วันจะได้ผลดีกว่ามาก.

(Abstract of the Preceding Practical Note)

IMMUNO-HEMATOLOGY IN BLOOD TRANSFUSION

Somsuk Phansomboon

M.B., M.S., Ph.D.

(Department of Pathology)

Suggestions are given regarding blood transfusion. Firstly, grouping and secondly, cross-matching should be done. Grouping according to the A-B-O system is sufficient using anti-A and anti-B sera. Other types e.g. Rh, Kell, Duffy and Kidd are not of much importance; if there is incompatibility between the donor's and the recipient's blood agglutination occurs during cross-matching. Typing of seven hundred blood samples from Thai by the author showed total absence of Rh. nega-

tive sample.

Both minor and major reactions in cross-matching should be performed. Compatibility shows no agglutination.

Finally, the author suggests that donor and recipient should always belong to the same blood group and that the general donor of group O should be reserved only for emergency.

Method for collecting and storing blood samples is described.

(O.A.)

บทบรรณาธิการพิเศษ

๐๐๖

ฤทธิ์ของน้ำชาต่อการย่อยอาหาร

ตระกูล กิตติสิน พ.ด.

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า น้ำชาใช้เป็นเครื่องดื่มกันมานานแล้ว. จีนเป็นประเทศแรกที่ใช้ก่อน. สมัยนั้นเรียกกันว่า "ชา" หรือ "ฟาห์" (Fah). ในยุโรปเริ่มใช้กันเมื่อศตวรรษที่ ๑๗. ในสหรัฐอเมริกาปัจจุบันใช้กันถึงปีละ ๕๕,๐๐๐,๐๐๐ ปอนด์. ในเมืองเราก้ใช้กันมีใช้น้อยโดยเฉพาะในหมู่คนจีนและตามบ้านผู้มีหลักฐาน, และตามร้านขายอาหารทั่วไปนิยมใช้ดื่มแทนน้ำเปล่า.

ที่หยิบยกเอาเรื่องน้ำชาขึ้นมาเขียนเป็นเรื่องเป็นราวนี้ ถ้าคุณเห็น ๗ รู้สึกว่าช่างเป็นเรื่องธรรมดาเสียเหลือเกิน. แต่ถ้าพิจารณาให้ดีกว้างขวางแล้วจะเห็นว่าเราขี้รู้เรื่องของน้ำชาไม่ละเอียดนัก ทั้งในแง่ส่วนประกอบและคุณสมบัติต่าง ๆ ที่มีอาจแสดงออกต่อการย่อยอาหาร, และที่ข้อผู้เขียนเฝ้าใจเกี่ยวกับภาวะอาหาร. ใน

ตำราเภสัชวิทยาและเภสัชกรรมอธิบายไว้เพียงสั้น ๆ ว่า ไบซามีส่วนประกอบสำคัญอยู่ ๒ อย่างคือ แคลเฟอีนและแทนนิน. ฤทธิ์ต่าง ๆ ของไบซาก็คือฤทธิ์ของแคลเฟอีนและแทนนินนั่นเอง. ในไบซามีแคลเฟอีนอยู่ราว ๒-๓ เปอร์เซ็นต์, ซึ่งนับว่ามากเหมือนกัน. ใช้ดื่มแก้ง่วงนอน. แต่คนส่วนมากชอบดื่มกาแฟมากกว่าน้ำชาและได้ผลดีกว่า. ทั้งนี้เพราะไบซามีแทนนินมากกว่า, ซึ่งคอยรบกวนและทำให้ท้องผูก. นั่นเป็นความรู้ดั้งเดิมที่พวกเราเห็นว่าใช้ดื่มแก้ง่วงนอน. แต่ในแง่ที่ว่าน้ำชาจะมีประโยชน์หรือโทษต่อการย่อยอาหารอย่างไร? แค่นี้? นั้น, เรายังรู้ไม่กระจ่างพอ.

บางคนได้มีผู้ศึกษาทดลองเรื่องของไบซาละเอียดขึ้น, ทั้งในแง่ส่วนประกอบและฤทธิ์ของมัน เกี่ยวกับ การหลั่งน้ำย่อยและ

การขบตัวของกระเพาะอาหาร, ผู้ที่ศึกษาเรื่องนี้คือ C.W. Writs; M.E. Reh-fuss; W.J. Snape และ P.C. Swen-son แห่งมหาวิทยาลัยเจฟเฟอสันที่เมืองฟิลาเดลเฟีย. ลงพิมพ์ไว้ในวารสาร J.A.M.A. 8:725-729, 1954.

นอกจากมีแคฟเฟอีนและแทนนินแล้ว ไบซายังมีสารอื่น ๆ อีกอย่างละเอียดละน้อย, เช่น น้ำมันระเหย, ธาตุบางอย่าง, วิตามินบี, สารที่ได้จากแทนนินและละลายน้ำได้, คลอโรฟิลล์, โปรตีน และคาบอรัลซัยเครตหลายอย่าง.

ฤทธิ์ของไบซาโดยทั่วไปก็คือฤทธิ์ของแคฟเฟอีนและแทนนินทั้งที่กล่าวไว้แล้ว, แต่เรายังรู้เรื่องของแทนนินในไบซาแคบอยู่. ส่วนมากเข้าใจกันว่ามัน ออกฤทธิ์ต่อทางเดินอาหารเหมือนกับแทนนินหรือกรดแทนนินธรรมดาของมันเอง. คือออกฤทธิ์ร่วมกับโปรตีนและเจลาตินทำให้โปรตีนและเจลาตินตกตะกอน, ซึ่งจะทำให้ตัวเป็น "ยาสมาน" และมีฤทธิ์ทำให้เย็บชินหลังน้อยลง, ให้การดูดซึมช้าลง, และยังทำให้ เยอบ กระเพาะอาหาร เกิดระคายเคือง. แต่เดี๋ยวนี้เรารู้เพิ่มขึ้นอีกว่า แทนนิน ในไบซานั้น มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

ชิดกับเอริโอติซัยคอล (eriodicytol), ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับวิตามินพี. มีผู้ทดลองให้แคฟเฟอีนอย่างเดี่ยวหรือแทนนินอย่างเดี่ยว ตามขนาดที่มีอยู่ในไบซา, ปรากฏว่าแต่ละอย่างทำให้เกิดอาการไม่เกิดขึ้น. แต่เมื่อให้คิมน้ำชาแทน, กลับไม่มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น. เช่นอาการท้องผูก, คลื่นไส้และบางที่อาเจียรจะเกิดขึ้นเมื่อให้กรดแทนนิน ๐.๓๒ กรัมหรือแคฟเฟอีน ๐.๑๖. กรัมเป็นครึ่งทั้งสอง. ถ้าเอาสองอย่างผสมกันก่อน, กรดแทนนินจะรวมกับแคฟเฟอีนทำให้เกิด อาการไม่เกิดขึ้นลงไปมากหรือไม่เกิดเลย, เมื่อใช้น้ำชาแทนจึงไม่พบอาการดังกล่าวเลย, ถึงแม้จะให้คิมถึงสองถ้วย.

นอกจากนั้นเขายังศึกษาต่อไปถึงฤทธิ์ต่อการย่อยอาหาร โดยทั่วไป ไปเช่นผลที่จะยังเกิดแก่จำนวนกรดเกลือ, เย็บชิน, และ pH ของน้ำย่อยอาหาร, และผลต่อการผ่านไปสู่ลำไส้ของอาหารเร็วหรือช้า, และจะช่วยทำให้หายอึดอัดท้องภายหลังกินอาหารใหม่ ๆ ได้อย่างไร?

ในการทำน้ำชาเขาใช้หลักอย่างเดียวกับที่ชาบ้านใช้กันทั่วไป, คือใช้ไบซาหนึ่งถุง (มีสารรว ๒.๓ กรัม) ใส่ลงไป

น้ำเค็มหนึ่งถ้วย (๑๕๐ ล.ซม.) แช่ไว้ ๓ นาที. เอน้ำชาที่ต้มไว้วิเคราะห์, ปรากฏว่ามีแคฟเฟอีนอยู่ประมาณ ๔๕ มก. ต่อ น้ำชาหนึ่งถ้วย. เวลาทดลองจริง ๆ, เขาใช้น้ำชา ๓๐๐ ล.ซม. ทุกครั้ง ผสมน้ำตาลลงไป ๑๐ กรัม. เขาทดลองแล้วว่า น้ำตาล ๑๐ กรัมไม่มีใ้ทำให้ผลผิดแปลกไปจากการไม่ใส่น้ำตาลเลย. การที่ใส่น้ำตาลด้วย ก็เพราะประชาชนชอบคิมอย่างนั้น. จึงได้พยายามทดลองให้เหมือนของจริง.

การทดลองได้แบ่งออกเป็นพวกๆและใช้เทียบกับน้ำเปล่า. ปรากฏว่าได้ผลดังต่อไปนี้.

๑. เกี่ยวกับ pH. กรดเกลือเสริม, กรดเกลือทั้งหมดและเบโซซิน เขาทดลองโดยค่น้ำย่อยออกมา, แล้วเติมน้ำชา ร้อน ๆ ลงไปตามอัตราส่วน ๑:๓, ตั้งทิ้งไว้ ๓๐ นาที, แล้วตรวจหาสิ่งที่ต้องการถึงกล่าวแล้ว. ใช้เปรียบเทียบกับน้ำเปล่า. ปรากฏว่าได้ผลเหมือนกับน้ำเปล่า คือทำให้เจือจางลงทั้ง ๔ อย่าง.

๒. เกี่ยวกับการหลั่งน้ำย่อยในคนที่เป็นแผลย่อย ในกระเพาะอาหารอยู่แล้ว. วิเคราะห์ทดลอง โดยย่อคือให้ผู้ป่วย ออกอาหาร

หนึ่งมื้อ, แล้วให้น้ำชาร้อน ๓๐๐ ล.ซม. (อุณหภูมิ ๖๐°ซ. และผสมน้ำตาล ๑๐ กรัม) ทางสายยาง. ค่น้ำย่อยออกมาตรวจทุก ๆ ๓๐ นาที. พบว่าเมื่อให้น้ำชา, กรดเกลือเสริมเพิ่มขึ้นสูงสุดราว ๕๐ ปซ. ใน ๑ ชม. แล้วค่อยลดลงไป. pH ลดลงราว ๕ ปซ. และเบโซซินเพิ่มขึ้นราว ๔๖ ปซ., เมื่อให้น้ำเปล่า, กรดเกลือเสริมเพิ่มขึ้นสูงสุดราว ๒๗๐ ปซ., ในเวลา ๕๐ นาที, pH ลดลงต่ำสุดราว ๒๕ ปซ. ใน ๒ ชม., และเบโซซินเพิ่มขึ้นราว ๘๑ ปซ. จะเห็นได้ว่าไม่มีความสำคัญอะไร. ให้น้ำเปล่าก็ได้ผลคล้ายคลึงกัน.

๓. เกี่ยวกับการผ่านไปสู่อำไส้ ของอาหารชนิดต่าง ๆ (gastric emptying):

(ก) อาหารไขมันใช้ ๒๕๐ ล.ซม. ของ ๔๐ ปซ. น้ำมันโอลิฟอีมัลชัน, และให้น้ำชาร้อน ๓๐๐ ล.ซม. ด้วย. คดอาหารออกมาตรวจทุก ๆ ๓๐ นาที. ใช้เปรียบเทียบกับน้ำเปล่าร้อนเช่นเดียวกัน. แตกต่าง กันที่ เวลาของ อาหารที่ ผ่านลงสู่อำไส้เท่านั้น. คือเมื่อให้น้ำชาร้อนอาหารผ่านหมดเร็วกว่าให้น้ำเปล่าร้อน. และยังผ่านหมดเร็วขึ้นเมื่อให้น้ำชาเย็น ๆ.

(ข) อาหารโปรตีน ใช้ ๔๐ ปซ.

เป็นโตน. ทำแบบเดียวกับข้อ (ก). ปรากฏว่าได้ผลเร็วขึ้น เมื่อให้ซาร์ออน หรือเย็น. เร็วกว่าเมื่อให้น้ำเปล่าร้อนหรือเย็นเช่นเดียวกัน.

(ค) อาหารคาร์บอไฮเดรท ใช้น้ำตาลละลาย ๔๐ ปช. ได้ผลเช่นเดียวกับข้อ (ก) และ (ข).

(ง) อาหารรวม. ไข่เอ็กนอค. คงได้ผลเช่นเดียวกัน.

๔. เกี่ยวกับการบีบตัวของกระเพาะอาหารโดยใช้วิธีอื่นที่ว่่าแกสทริกคอลลูน. พอให้ดื่มน้ำซาร์ออน ๒๕๐ ล.ซม., กระเพาะอาหารบีบตัวเพิ่มขึ้นทันที. แต่พอให้ดื่มน้ำเปล่า, กระเพาะอาหารคลายตัวหมด. ไม่มีการบีบตัวเลย.

จากการทดลองที่ได้อธิบายให้อ่านพอ

จะเห็นได้แล้วว่า (๑) น้ำซาร์ออนช่วยให้อาหารผ่านจากกระเพาะไปสู่ลำไส้ได้เร็วขึ้นไม่ว่าจะเป็นอาหารชนิดใด ๆ. (๒) น้ำซาเย็น ๆ ให้ผลดีกว่าน้ำซาร์ออน. (๓) น้ำซาช่วยกระตุ้นให้กระเพาะบีบตัวดีขึ้น. (๔) น้ำซาไม่ได้ทำให้การหลั่งของน้ำย่อยของกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น.

เท่าที่ได้รวบรวมเรื่องน้ำซามาเล่าสู่กันอ่านเช่นนี้ หวังว่าคงจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาย่าง, โดยเฉพาะเกี่ยวกับคนไข้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารเช่นแผลเปื่อย. น้ำซามีใช้เป็นของต้องห้ามเลย. คงให้ดื่มได้อย่างปกติ.

(เรียบเรียงจาก C.W. Writs et al, J.A. M.A. 8:725 - 729, 1954.)

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดติดต่อกับแผนกจัดกักรสารศิริราช เพื่อจะได้จัดการสอบสวน.

แผนกยอเอกสาร



ผู้ย่อในฉบับนี้: สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ดิถี จิ่งเจริญ พ.ด., Ph.D., จริญญา ไชยโรจน์ พ.บ.
อัญญา อิศรางกูรฯ พ.บ., นันทา ติตตะศิริ พ.บ., สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ., อุไร อรรถลักษณ์ พ.ด., Ph.D.,
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., นกุล ปริญญาสุสรณ์ พ.บ.

๑. H.Ehas, and D. Petty.: (เทอร์มินัลคีลลิตรีบิวชันของหลอดเลือดแดงเฮปาทิก) Anat. Rec. 116:9-17, 1953.

เพื่อศึกษาว่าวิถีหลอดเลือดแดงเฮปาทิกเข้าไปหมกอย่างไรในตับ, ผู้ศึกษาได้ใช้สีฉีกเข้าไปในหลอดต่าง ๆ ของตับในแมว, สุนัข, กระจ่าง, และคน. ปรากฏว่าทิวบริเวณช่องปอร์ทัลมีหลอดเลือดฝอยแขนงของหลอดเลือดแดงเฮปาทิกอยู่รอบท่อน้ำทึ. ถ้าเป็นท่อนขนาดเล็กจะมีร่างแหชั้นเดียว ถ้าเป็นท่อนขนาดใหญ่มี ๒ ชั้นได้เซลล์บุและไตเนอพังผลที่หุ้มห่อ. หลอดฝอยเหล่านี้จะติดต่อกับหลอดเลือดดำปอร์ทัล. ภายในโลบลูมีหลอดเลือดฝอยของหลอดเลือดแดงเฮปาทิกมากกว่าทิวบริเวณพาราปอร์ทัล. หลอดเหล่านี้เข้าเข้าสู่ไซนัสชอยล์เป็นระยะ ๆ, ไม่ได้ผ่านเข้าสู่ส่วนกลาง $\frac{2}{3}$ เท่านั้น. หลอดเลือดฝอยเหล่านี้มีหรือทำให้สามารถควบคุมการให้ออก-

ซิเงินต่อบริเวณต่าง ๆ ของตับได้.

สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. W. H. Abelmann, N. R. Frank A.E. Gaensler, and D. W. Cugell. ผลของความตึงจากน้ำในช่องท้องต่อปริมาตร และการถ่ายเทอากาศของปอด Arch. Int. Med. 93: 528-540, 1954.

จากการศึกษาปริมาตรและการถ่ายเทอากาศ ของปอดในผู้ป่วย มีน้ำในช่องท้อง ๑๔ ราย ทั้งก่อนและหลังเจาะ, พบว่าเมื่อน้ำภายในค้ำผนังท้องให้ขยายจะทำให้การถ่ายเทอากาศน้อยลง. คิคเฉลี่ยปอดแฟบลง ๑๑ ๒๕. ความจุลดลง ๑๕ ๒๕. และความสูงที่สุดของการหายใจลดลง ๑๔ ๒๕. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบากและอาจมีโรคแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย.

ดิถี จิ่งเจริญ พ.ด., Ph.D

๓. R.L. Marsh, J. W. Coxe, W.L. Ross and G.A. Steven.: แผลเคอร์ที่ ทำให้แผลแยก. J. A. M. A. 155:1197-1200, 1954.

ผู้รายงานได้ศึกษาคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ๑,๐๐๐ ราย โดยแบ่งเป็นสองพวก คือ แผลที่ผ่าตัดตามขวาง, และที่ผ่าตัดตามยาว, ทั้งนี้ไม่นับรวมการผ่าตัดไส้ติ่งและการผ่าตัดไส้เลื่อน. ปรากฏว่าการแผลแยกมิได้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดก็ตามขวางหรือตามยาว, แต่เกี่ยวข้องกับสิ่งสำคัญเหล่านี้ คือ ๑. การขาดอาหาร ซึ่งเนื่องมาจากโรคมะเร็ง, การติดเชื้อ และความอ่อนแอของร่างกายที่เนื่องมาจากเหตุอื่น. ๒. แผลเคอร์ที่ทางเมคแคนิกส์, เช่น การไออย่างรุนแรง และการทรมานที่ขึงตึง. ๓. ชนิดของการเย็บปิดแผล, โดยที่ปรากฏว่าแผลที่ไต่เย็บอย่างถูกต้องตามแบบมาตรฐาน, ไม่ว่าจะเป็น การผ่าตัดตามขวางหรือตามยาว, ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน อย่างอื่นแล้วแผลไม่แยก. ๔. อายุพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่แผลแยก เท่ากับ ๕๖ ปี. ส่วนพวกที่แผลหายเร็วหรือดีตั้งแต่แรกมีอายุ

เฉลี่ยต่ำกว่า ๔๕ ปี.

จรูญ ไชยโรจน์ พ.บ.

๔. จดหมายเหตุสุสานควบคุมศุภเคราะห์ ฉบับเมษายน ๕.: ๑๔, ๒๔๕๗. แอนติไบโอติกในการรักษาศุภเคราะห์. ๕.: ๑๔, ๒๔๕๗.

เนื่องจากการฉีดเพนิซิลลิน ๖๐๐, ๐๐๐ หน่วยครั้งเดียว สามารถบำบัดศุภเคราะห์ระยะแรกหายได้เกือบ ๑๐๐ ปช. จึงมีผู้สนใจค้นคว้าแอนติไบโอติกอีก ๓ ชนิดคือ.

๑. ออร์โธมัยซิน พบว่าใช้ขนาด ๒๕ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ทุกวันครบ ๑๔ วัน. ในผู้ใหญ่ให้วันละ ๑ ก. ๑๔ วัน, เด็ก ๕-๑๐ ขวบให้วันละ ๐.๕ ก., เด็กทารกให้วันละ ๐.๒๕ ก. ทดลองในผู้ป่วยศุภเคราะห์ ๘๑ ราย. ภายหลังรักษา ๕ เดือน, หาย ๘๒.๕ ปช., ไม่หาย ๑๐ ปช. กลับเป็นอีก ๗.๕ ปช. ไม่พบอาการแพ้ยา.

๒. คลอแอมเฟนิคอล ใช้ขนาดเท่า ออร์โธมัยซิน ในผู้ป่วย ๕๕ ราย. ภายหลังรักษา ๕ เดือน, หาย ๗๕ ปช., ไม่หาย ๓๕ ปช., กลับเป็นอีก ๑๗.๕

ปช. ไม่มีแพ้ย่า.

๓. เทอรัมยชิน ขนาดใช้ทำเคม
ใน ๘ ราย. ภายหลังรักษา ๓ เดือน,
หาย ๕ ราย ทุเลา ๓ ราย, ภายหลัง
กินยาแล้วมีกระหายน้ำทุกราย.

ผลทางเซรุ่มวิทยา พบว่าคั้งหลัง
ให้ยา ๑ ปี.

ผู้รายงานได้ให้ความเห็นว่า การรักษาด้วยยารักษาแบบนี้ สดวกกว่ายาชนิด นอกจากในคนที่มีการศึกษาต่ำ อาจไม่ร่วมมือเพราะคิดว่าสู้ยาชนิดไม่ไ้, และข้อเสียอีกข้อหนึ่งคือ ยาเหล่านี้ราคาแพงกว่าเพนิซิลลินมาก. ในบ้านเรายาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับปัจจุบันก็คือเพนิซิลลิน.

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.

๕. Alam Kekwick and G.L.S. Pawan.: การให้ผู้ป่วยโรคแอดคิสนหนึ่งรายกินแอลโคสเทอโรน. Lancet. 4: 162-164, 1954.

ผู้ป่วยหนึ่งรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแอดคิสน, เคยได้รับการรักษาโดยการฉีคอ็อกซัยคอร์ดโทนอาซีเทท ๕ มก. เข้ากล้ำมนเอนอาทิกยลละ ๓ ครั้ง, อาการไม่ดีขึ้น. ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล,

ให้หยุดการรักษาเคมทุกอย่าง; แล้วให้อาหาร, น้ำและเกลือแร่ในจำนวนจำกัดทุกวัน ในระยะที่ ๑ ให้แต่อาหารแบบนี้อย่างเดียว ๔ วันเป็นคอนโทรล. ในระยะที่ ๒ เพิ่มให้กินแอลโคสเทอโรนเป็นวันละ ๕๐ มก. เป็นเวลา ๖ วัน. ระยะที่ ๓ ให้แอลโคสเทอโรนเพิ่มขึ้นเป็นวันละ ๑๐๐ มก. ระยะที่ ๔ หยุดให้ยา, ให้แต่อาหารจำนวนจำกัด เป็นคอนโทรล. ระยะที่ ๕ ฉีคอ็อกซัยคอร์ดโทนอาซีเททเข้กล้ำมนเอนวันละ ๓ มก. (เท่ากับ ๓๐ เท่าของแอลโคสเทอโรนที่ให้ในระยะที่ ๓) ทุกวัน.

เพื่อตัดสินผลของการรักษา, ได้ตรวจหาจำนวนโซเดียม, โปแตสเซียม, ผลิตไรต์, ในโตรเจน และน้ำ ที่ขับออกมาในปัสสาวะและอุจจาระ. ผลที่เห็นเด่นชัดที่สุดคือ โซเดียม, ในระยะที่ ๓ และ ๕ มีการขับถ่ายลดลง. (อยู่ในภาวะสมคูลย์โซเดียม ซึ่งในระยะ ๑,๒ และ ๔ อยู่ในภาวะสมคูลย์โซเดียมลบ. การขับถ่ายโปแตสเซียม และในโตรเจนเพิ่มขึ้นบ้าง. ผลิตไรต์เป็นเช่นเดียวกับโซเดียมแต่ไม่ชัดเจน. จำนวนน้ำที่ขับออก และน้ำหนักตัวไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง. การตรวจสอบ

ความทนต่อน้ำตาลกลับมาเป็นปกติ. โดยทั่วไปผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น, ความคันเล็กน้อยเพิ่มขึ้น, pigmentation ในปากและผิวหนังจางลง.

เห็นได้ว่า การให้กินแอลโดสเทอโรวันละ ๑๐๐ มก. ให้ผลดีเท่ากับการฉีดเตลอส็อกซัยคอร์ทอนอาซีเตท ๓ มก. และการให้ยากี่สตกเพราะให้ไต่ทางปาก. (รายงานในผู้ป่วยเพียงรายเดียวเพราะยานยังหาได้ยาก.)

นันทา ติตละสิริ พ.บ.

๖. E.A.J. Alment and C.S. Nicol.: ช่องคลอดที่เป็นแผลจากต่างทัยทิม. Brit. Med. J. 2: 759-760, 1953.

รายงานผู้ป่วยสาว ซึ่งมีเลือดออกทางช่องคลอดเนื่องจากใช้ต่างทัยทิมเม็ดสอดในช่องคลอดเพื่อทำให้แท้ง. ทกรายอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ๕-๒๔ สัปดาห์. ผู้ป่วยตกเลือดมาก, แม้ไม่ถึงกับต้องให้เลือดหรือห้ามเลือดตามวิธีคลยกรวม.

สองรายแสดงให้เห็นแผลวงกลมชัดในช่องคลอด, รายที่สามมีแผลที่คอมทลกด้วย. การวินิจฉัยทราบได้จากการตรวจพบแผลในอวัยวะสืบพันธุ์พร้อมทั้งมี

ต่างทัยทิมเป็นเม็ดหรือมีเศษเนอสันน้ำตาลไหม้ จากแมงกานีสไดออกไซด์ตกค้างอยู่.

รายที่สี่ไม่พบแผล, แต่มา ร.พ. ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังจากใส่ต่างทัยทิมเม็ดแล้ว. ทกรายผลคนหลัง. ผู้รายงานได้ชี้ให้เห็นว่า แผลจากต่างทัยทิมอาจสัมพันธ์กับแผลจากซีฟลิสม์ได้, ถ้าคนไข้ไม่ให้ประวัติ, และสองรายในจำนวนนี้ไต่ไปยังศูนย์การรักษาศีฟลิสม์มาก่อน.

ต่างทัยทิม เป็นยาที่หาซื้อได้ง่ายจากท้องตลาด มักจะใช้เป็นยาทำให้แท้งกันทั่วไป แม้ไม่ค่อยได้ผล. แผลที่เกิดขึ้นมักหายไต่เร็ว. ไต่รายงานเพิ่มเติมที่อธิบายถึงผู้ป่วยหนึ่งราย มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก, จนต้องจับและผูกเส้นเลือดแดงที่แผล ซึ่งมีทงคานหนาและหลังผนังช่องคลอด. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไต่สอดต่างทัยทิมในช่องคลอดเนื่องจากกลัวการตั้งครรภ์.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๗. E.E. Phillipp.: เลือดออกทางช่องคลอดเนื่องจากต่างทัยทิม. Lancet. 2: 1280, 1953.

ไต่รายงานผู้ป่วย ซึ่งมีเลือดออกทาง

ช่องคลอด ๑๑ ราย. เนื่องจากสอตกต่าง
ที่ขั้วมเม็คเข้าไปในช่องคลอด ระหว่างปี
๑๙๕๑-๑๙๕๓. ทั้งหมดกระทำไปเนื่อง
จากความเชื่อที่ว่า ค่างขั้วมเม็คและ
ผิงสามารถทำให้แห้งได้.

เข้าใจว่าค่างขั้วมเม็คความชื้นของ
ผนังช่องคลอดแล้วสลายออกเป็นไปแคส
เซียมซัยครอกไซค์ทำให้เกิดแผลเล็ก ซึ่ง
บางครั้งเป็นอันตรายได้ง่าย.

การรักษาทำได้โดยการล้างออก และ
ห้ามเลือกส่วนมากใช้เย็บ ใต้เดือนให้หนัก
ถึงว่า แผลที่หายมักเกิดแผลเป็นหนา
มาก.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๘. L.L. Campbell.: ธีรอมโบพลาสติก-
ทินจากเออร์ต้าส่วนนอกของวัว. J.Amer.
Pharm. Ass. Sci. Ed. 43:359, 1954.

ผู้รายงานได้สกัดเออร์ต้าส่วนนอกของ
วัวด้วยน้ำเกลือ. น้ำสกัดที่ไคเมอซันให้
ใส แล้วนำมาใช้หาเวลาโปรธีรอมบิน
โดยวิธีของ Quick; พบว่าใช้ได้ดีเหมือน
ธีรอมโบพลาสติกที่เตรียมจากสมองกระ-
ต่ายหรือปอกวัว. และคิดว่าที่ไม่มีเม็ค
เลือดและส่วนประกอบต่าง ๆ ของพลาสติก

ปนอยู่เหมือนในธีรอมโบพลาสติกที่เตรียม
จากอวัยวะอื่น ๆ.

สามารถกันไม่ให้ น้ำสกัดเสียโดยใส่
๑.๕ ปร. ฟีนอลลงไป.

ทดลองแยกเออร์ต้าออกเป็นสามชั้น
ตามกายวิภาคแล้วสกัดแต่ละชั้นต่างหาก.
พบว่าฤทธิ์ธีรอมโบพลาสติกมีมากที่สุดทุกใน
ชั้นนอกและน้อยที่สุดในชั้นในสุด.

อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph.D.

๙. F.A. dePeyster and R.K. Gil-
christ: ผลของการรักษาภาวะน้ำตาลใน
เลือดต่ำเองด้วยอาหารและยา J.A.M.A.
10:884-889, 1954.

เนื้องอกของตับอ่อน (Insulinoma),
ชนิดที่ขับอินซูลินออกมามากทำให้น้ำตาล
ในเลือดต่ำลง. ข้อสำคัญที่ช่วยในการ
วินิจฉัย คือ (๑) อาการและอาการแสดง
ของอินซูลินซ็อกซึ่งมักทำให้เกิดโดยการ
อดอาหารหรือการออกกำลังกายมาก. (๒)
น้ำตาลในเลือดมักต่ำกว่า ๕๐ มก. ปร.
(๓) รักษาอาการให้ทุเลาได้ด้วยการให้
กลูโคส.

การรักษาที่ได้ผลดีคือการผ่าตัดเอา
เนื้องอกออก, แต่ก็ไม้อาจทำได้ทันทีในผู้

ช่วยทกราย. ผู้รายงานจึงทดลองศึกษาในผู้ป่วย ๓ ราย, เพื่อรักษาอาการให้หายหรืออย่างน้อยก็เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด, ด้วยการให้อาหารและยาต่าง ๆ.

ในรายที่มีอาการแสดงอย่างปัจจุบัน ก็รักษาด้วยการฉีกรักษาโคสเข้าหลอดเลือดดำได้ผลดีที่สุด, สำหรับพวกที่ไม่รีบด่วน, การให้อาหารโปรตีนอื่นมาก, ไขมันตามต้องการ และคาร์โบไฮเดรตต่ำเป็นอาหารประจำวัน วันละ ๓ มื้อ และให้อาหารเพิ่มเติมข้างในระหว่างมื้อหนึ่ง ๆ ด้วย, ทำให้อาการทุเลาได้. การใช้ฮัลลอคซานฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (๑๕๐-๒๕๐ มก./กก.) เพื่อทำลายเซลล์ของไฮสเลทอพลิงเกอร์ฮานไม่สามารถควบคุมอาการชักได้. Corticotropin ๒๕ ถึง ๗๕ มก. ควบคุมอาการชักได้. Cortisone ๕๐ มก. อย่างเดียวหรือรวมกับ Corticotropin ข้องกันอาการชักไม่ได้. ผู้รายงานสรุปว่าการผ่าตัดได้ผลดีที่สุด.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๑๐. L. Cudkowig and J.H. Jacobs: เพลินบิลทาโซนในการรักษาโรคข้ออักเสบเรื้อรัง. *Lancet.* 5:223-224, 1953-

การใช้ Phenylbutazone (Butazolidine) ในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ๓๔ ราย. ๒๐ รายได้ผลดี. ทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้มากขึ้น, กำลังของกล้ามเนื้อดีขึ้น และลดอาการปวด. ๒ รายอาการมากขึ้น. ในการรักษาโรคข้ออักเสบอื่น ๑๖ รายคือ แองคิโลซิ่ง สปอนไดไลติส, ออสติโออาไรทรติส, และสปอนไดไลติส-เอสิส, ส่วนมากทำให้อาการดีขึ้น. ทั้งนี้โดยฤทธิ์ระงับอาการปวดได้ดีกว่าแอสไพรินหรือโคคีน, ซึ่งใช้กันมานานแล้ว. จำเป็นต้องเลือกผู้ป่วยสำหรับการรักษาด้วยยานี้เพราะมีอาการแทรกเกิดขึ้นใน ๔๔ เปอร์เซ็นต์ เป็นผื่นที่ฉีก, ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด, ทำให้อาการของโรคแผลเปื่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น, มีการคั่งของน้ำและเกลือ และทำให้ขวม, และมีผื่นตามตัว.

นุกูล ปริญญาสุสรณ์ พ.บ.

ปกิณกะ



ข้อความบางประการเกี่ยวกับการแพทย์ ในสหรัฐอเมริกา

เมื่อวานนี้ผมไปฟังศาสตราจารย์ เคนนี่ เบรอัน (Denny Brown), ศาสตราจารย์ ประจำมหาวิทยาลัยแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด พูดเรื่องเกี่ยวกับประสาทวิทยาที่โรงพยาบาลแห่งเมืองบอสตัน (Boston City Hospital) แก่เกิดใจที่เล่าเรื่องที่เขาไปเยอรมันนี้และสวีเดนในฐานะผู้แทนของสหรัฐอเมริกาที่กำหนดเวลา ๒ เดือนให้ที่ประชุม. สาระสำคัญของการเล่าก็คือ เยอรมันนี้ตะวันตกได้ค้นคว้าจากมหาสงครามที่ ๒ อย่างมหัศจรรย์ เมืองต่าง ๆ ที่ราบลงไปเพราะระเบิดปรมาณูของอเมริกันกลบกลืนใหม่เหมือนถกซบ สกชงงดงามเหมือนแต่ก่อน เมืองซิมบอร์ก รุ่งเรืองกว่าก่อนมหาสงครามทั้ง ๆ ที่ก่อนสงครามสินค้าส่งไปทางตะวันออกกว่า ๗๐ ปีช. และเขตรัสเซียก็อยู่ภายใน ๓๐ ไมล์ของชายเมือง คอสเซลดอร์ฟแห่งแม่น้ำไรน์ก็รุ่งเรืองไม่น้อย มีถนนสำคัญงดงามไม่แพ้ฟิฟท์อเวนิว (Fifth Avenue) แห่งนครนิวยอร์ก ทั้งสองฟากของถนนมี

ของงาม ๆ จากทั่วทิศตั้งไว้ขาย เกี่ยวกับการแพทย์ มีสถาบันและโรงพยาบาลบูรณะและสร้างขึ้นใหม่มาก มีเครื่องมือทันสมัยพร้อมมูล ทุนแห่งความเจริญรุ่งเรืองอันพึงปรารถนา ซึ่งเกิดขึ้นได้จากกองอิฐ ทราบ ภายในเวลาไม่กี่ปีขึ้นไปได้ เพราะ ชาวเยอรมันเชื่อมั่นว่า ในอนาคตอันใกล้ เขาจะต้องมีอิสรภาพเต็มที่ และกลับคืนเป็นมหาประเทศเป็นหลักสำคัญของยุโรปประเทศหนึ่ง.

เมื่อเร็ว ๆ นี้ ลุดวิก แอร์ฮาร์ด รัฐมนตรีเศรษฐกิจการเยอรมันนี้ตะวันตกได้ไปเป็นทูตสันถวไมตรี ณ ประเทศอเมริกาได้ได้ถูกต้อนรับอย่างมโหฬาร ฐานะเป็นผู้วิเศษการเงินซึ่งทำให้เยอรมันนี้ตะวันตกเฟื่องฟู นักการค้า, ศาสตราจารย์ให้เกียรติยศอย่างสูง เมื่อถูกถามถึงสาเหตุสำคัญของการฟื้นตัว ท่านตอบอย่างง่าย ๆ ว่า "ไม่มีสิ่งมหัศจรรย์อะไร ในการฟื้นตัวของเยอรมัน อิสรภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลคือรหัสลับสำคัญ"

นอกจากเรื่องนั้นแล้วยังมีเรื่องอื่นอีกมากซึ่งส่งเสริมความขยันหมั่นเพียรและสติปัญญาของชาวเยอรมัน ชาวอเมริกัน ทนชมเชยเยอรมันมาก จนมีคำกล่าวที่ว่า “The German lives to work” และเสริมว่า ความขยันและงานดีของชาวเยอรมัน ควรจะเป็นบทเรียนอันดีของชาวโลกทั่วไป.

ประเทศไทยเราเจริญรุ่งเรืองในระหว่างที่อเมริกายังเป็นข้ารุกราน อเมริกาเริ่มเจริญ เมื่อคนไทยหนีภัยพม่ามาสร้างกรุงเทพฯ เมื่อ ๑๗๐ ปีมาแล้ว ชั่วเวลาเพียงศตวรรษกึ่งกว่า ๆ อเมริกาหันหน้าไปไกลลิบ ไกลจนบรรพบุรุษและอาจารย์ในยุโรปและอาฟริกันขี้ดอ กำลังเป็นเจ้าโลกอยู่ถ้าไม่มีรัสเซียเข้ามาขวางเหตุสำคัญของความเจริญรุ่งเรืองนี้ ไม่ใช่เพราะความมีทรัพยากรมหาศาลอย่างเคียว แต่เป็นเพราะ คนมีคุณสมบัติ, มีความขยันหมั่นเพียรฝึกฝนตนเอง ต้องการก้าวหน้าเสมอ.

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีทอง มีมณีอันมีค่า มีทรัพยากร เป็นที่ปรารถนาของชนต่างชาติ ลกไทยมีสติปัญญา ไปประเทศใดก็เรียนวิชาการได้ดีไม่แพ้ใคร.

ถึง สมเด็จพระปิยะ มหาราช ทรง พระราชนิพนธ์ไว้ว่า ความรู้อาจเรียนกันหมด แต่ทำไมเมืองไทยไม่เจริญรุดหน้าไปอย่างประเทศที่กล่าวแล้วข้างต้น. ข้าพเจ้าคิดว่า คุณสมบัติที่เราขาด คือ ความเอาจริง. ทุก ๆ คนบ่นหนักหนาว่ารักชาติ การรักชาติไม่ได้หมายความว่า ไปรบ และแสดงความกล้าหาญ ตายเพื่อชาติเสมอไป. การทำงานเพื่อให้ชาติรุ่งเรืองก็เป็น การรักชาติสำคัญอย่างหนึ่ง. คุณสมบัติของบุคคลแต่ละบุคคลก็คือคุณสมบัติของประเทศ, เหมือนรัฐมนตรีแอร์ฮาร์ดที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น. ถ้าคนไทยทุกคนช่วยกันทำงานด้วยความจริงใจอย่างเยอรมันหรืออเมริกัน สพานพระรวมหกของเราก็คงเปิดให้ขบวนต่าง ๆ ผ่านไปได้มานานแล้ว, ถนนต่าง ๆ คงเรียบร้อย ลาดด้วยคอนกรีต หรือมอสตอย ไฟฟ้าสว่างถึงกลางวัน น้ำประปาใสสะอาดไหลตลอดเวลา เหมือนใน สหรัฐอเมริกา ซึ่งท่านผู้ใหญ่มืองไทยเคยได้ชมมาแล้วคนละหลาย ๆ รอบจนเบื่อ. คนไทยตั้ง ๕๕ ปีช. รวมทั้งชายหญิง, หนุ่มหรือแก่อยากมา “เมืองนอก” เวลานี้สหรัฐอเมริกาเป็นแม่เหล็กที่มีมาสำหรับคนไทย และชาติ

อื่น ๆ รวมทั้งรัสเซียด้วยซึ่งมีความปฏิ-
 พจน์ในเอส-บอมบ์เป็นพิเศษ. ที่แจ้งไว้
 เป็นทางการว่า มาศึกษาเห็นจะมากกว่า
 เพื่อน พวกที่มา “เมืองนอก” แล้วกลับไป
 ไปทำประโยชน์ให้เมืองไทยได้จนเป็นที่
 นิยมนับถือของคนไทยหรือต่างชาติ, มีพอ
 นับตัวได้. พวกที่เด่นอยู่เวลานี้, ถ้าเรา
 กลับไปพลิกประวัติของเขาจะเห็นว่า เขา
 มาเมืองนอกและทำงานจริง ๆ ทำตาม
 ฝรั่งกันหรือดีกว่าฝรั่ง. ผู้ที่ได้มาเมือง
 นอกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับทุนรัฐบาล
 หรือรัฐบาลช่วย ควรจะนับว่าเป็นลาวอัน
 ประเสริฐ, เมื่อมาแล้วควรจะตั้งหน้าตั้ง
 ตาเรียนจริง ๆ เอาวิชาที่ตนตั้งใจมาเรียน
 นั้นไปใช้ประโยชน์ที่เมืองไทยให้ได้
 จริง ๆ. ในประเทศนี้ เรามีแบบฉบับที่ดี
 อยู่แล้ว ศาสตราจารย์ อาจารย์ผู้มีอาวุ
 โส มีความรู้ ความชำนาญ ความหมั่น
 เพียร มากกว่าลูกน้องเสมอ มาทำงาน
 ก่อนลูกน้อง กลับทีหลังลูกน้อง เป็นที่
 ประึกษาได้ทุกโอกาสเมื่อตัดขาดในปัญหา
 เรื่องอะไรก็ตาม แพทย์ตัวอย่างอันดีของ
 ศิษย์และศิษย์หรือลูกน้องก็พยายามที่สุด
 ที่จะแข่งความดีกับอาจารย์ ทำไมนัก
 ศึกษาไทยไม่เอาอย่างเขา แบบฉบับที่ดี

จากอาจารย์เหล่านี้ น่าจะเอาคิดตัวไปเป็น
 สมบัติของตนตลอดชีพ ถ้านักเรียนไทย
 เอาคุณสมบัติของอาจารย์ ไปใช้ ในเมือง
 ไทย แม้ไม่เต็ม ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ เพียง ๕๐ เปอร์เซ็นต์
 เท่านั้น เวลานี้เมืองไทยจะไปไกลแค่ไหน
 ตามกำลังเกิดพวกที่มาเมืองนอกไม่พยายาม
 ทำงานตามอย่างเขา เอาแต่ความสยบ
 ของตนเป็นใหญ่มาค้ำเพียง ๕-๖ เดือนก็
 คิดว่าอะไรหมดแล้ว ศาสตราจารย์ต่าง ๆ
 ที่เขาทำงาน อย่าง เดียวกัน จำเจ มาตั้ง
 ๒๐-๓๐ ปียังไม่รู้จักเขื่อ คนใหญ่โต
 ในโลกมีชื่อเสียงนอกจากเหตุอย่างอื่นแล้ว
 ยังมี ความพอใจ ในงาน ของตน อยู่เสมอ
 อาชีพของตนคือชีวิต อาร์ตูโร ทอสคานินี
 (Arturo Toscanini) นายวงดนตรีผู้
 ยิ่งใหญ่ที่สุดในโลกคนวงดนตรี (ครั้งสด
 ทัย NBC ซิมโฟนี) มา ๖๘ ปีแล้วยัง
 ไม่เขื่อ มีชีวิตเป็นดนตรีเสมอ จนกระ
 ทั่งจำสำเนียงของคนตีฉิ่งประจำที่ขึงคน
 ได้ เมื่อมีผู้อื่นมาตแทน แก่จำเสียงได้
 ร้องถามว่าใครเป็นคนม้แทน. การมา
 เมืองนอกเมื่อวันแรก ๆ อาจจะมีคนต่ง
 เป็นธรรมดาของมนุษย์ทุกคน และทุกคนก็
 มีสิทธิที่จะเขื่อเขื่อได้เพราะเป็นความ
 รู้อย่างหนึ่ง แต่อย่ามัวเที่ยวเล่นเสียเป็น

นิจลิน จนไม่เขียนอันเรียนและทำงาน เขา
อย่างเจ้าของบ้านเขาบ้าง เพราะเขาเองก็
มีโอกาสเที่ยวอย่างมากที่สุดที่สี่ปีภาคละ
ครั้ง

ในการศึกษาวิชาทั้งหมด ผลที่สุด
ย่อมขึ้นอยู่ที่บุคคลเป็นใหญ่ เมื่อตั้งใจ
มาจริง ๆ แล้วก็ตั้งใจว่าจะนำวิชาไป
ใช้ให้ได้จริงในเมืองไทย การที่จะเอกซ-
เปอร์ตัววิชาเหล่านี้คิดตัวมาได้ก็ต้องอาศัย
ความเพียรพยายาม ๓ ของสูงเป็นหลัก
มองแก่เงาของครูบาอาจารย์ เมื่อเขา
เรียนกันไว้ ๓ - ๔ ปีก่อนที่เป็นผู้ชำนาญ
ไว้ ก็ควรจะเรียนอย่างนั้น ผู้ที่เคยเป็น
อาจารย์มาแล้วก็ควรจะถามอย่างอาจารย์ที่
นั้นทุกถ้อย เขาแบบอย่างทุกของเขาให้ได้
เมื่อกลับไปเมืองไทยแล้วหมั่นฝึกฝน เก็บ
คุณสมบัติเหล่านั้นให้แน่นหนา เหมือน
รักษาเงินทองของตน ถ้ามีโอกาสก็
เปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นตามกาลเทศะ, ดังนั้น
ในเวลาไม่ช้าเมืองไทยที่รักของเรา คง
จะมีอะไรแสดงให้เพื่อนแพทย์ต่างชาติดู
ได้ และเพื่อนชาวไทยทั้งหลายจะนอนตา
หลับ เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็มีคนที่สามารถ
ตรวจตรารักษาอยู่

ขอสงทับยบทความนี้ ด้วย คำของ
เซอร์วิลเลียมมอสเลอร์แพทย์ชาวคานา-
ดาผู้พลิกแผนการศึกษาแพทย์ของสหรัฐ-
อเมริกา ทั้งสมเด็จพระราชาธิบดีาทรงนำ
การศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันมาประทานให้
แก่เมืองไทย ซึ่งให้แก่การศึกษาแพทย์
ดังต่อไปนี้:

“กุญแจของตอกนั้นมีประโยชน์ในการ
เปิดประตูทุกชนิด เป็นสิ่งที่ทำให้มีสมรรถ
เกิดขึ้น เป็นหินกายสิทธิ์ที่เปลี่ยนแร่ทุก
ชนิดของมนุษยชาติให้เป็นทอง คนโง่
ในพวกท่านให้มีความสว่าง (Bright),
พวกที่สว่างแล้วให้แจ่มกระจ่าง (Bril-
liant), พวกแจ่มกระจ่างแล้วให้แน่นแผ่น
ต่อไปเรื่อย (Steady)”

กุญแจของนี้ (Master word) คือ
การทำงาน (Work) เป็นคำเล็ก ๆ แต่จะ
นำผลมหาศาลมาสู่ท่าน ถ้าท่านสามารถ
จะรักไว้ได้ในหัวใจของท่าน หรือผูก
ไว้บนหน้าผากได้

อุดม โปษะกฤษณะ
บอสตัน

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ท.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๘๒๔	๘๐๑	๕๔๓	๕๘๘	๑,๔๒๖	๒๘๖	๖,๒๓๘
เก่า	๑,๕๗๓	๑,๓๓๑	๑,๓๕๑	๕๗๕	๑,๖๔๗	๒๘๕	๗,๑๖๖
รวม	๓,๓๙๗	๒,๑๓๒	๒,๒๙๔	๑,๑๖๓	๓,๐๗๓	๕๗๑	๑๓,๔๐๔
<u>ใน</u>	๑๐๘	๒๕๔	๓๓๖	๑๒๕	๒๔๕*	—	๑,๐๖๘*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๒๔๑ จักษุ ฯ ๒๗๑ สูติ-นารี ฯ ๑๒๗ รวม ๖๓๙ ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๓๘ หญิง ๒๔๐ รวม ๔๗๘ คลอดตาย ชาย ๗ หญิง ๑๐ รวม ๑๗

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๔* คน (๑๑.๑๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๓* ราย (๒๘.๗ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๑๒ ครั้ง. ข้างนอก ๘ ครั้ง. รวม ๓๒๐ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๑,๘๕๐ คน. รักษาใหม่ ๑๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕๗ ครั้ง
 ราเดียม รักษา ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๒ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๕* ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๒,๗๔๔ ครั้ง

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๗ ราย ตรวจเนื้อ ๗๗๕ ราย (จากภายนอก ๒๕๕ ราย). แอ็กกูติเมชั่น
 ๕๐. วัตเซอร์แมนและคาร์น ๑,๕๕๐ หมู่เลือด ๕๗๒ นับเม็ดเลือด ๑๓๐ หาเชื้อแบคทีเรีย ๗๔ ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๒ อุจจาระ ๓๑๐ ปัสสาวะ ๒๑ เสมหะและอื่น ๆ ๒๕ เพราะเชื้อจากเลือด ๖๗ อุจจาระ ๘๖ ปัสสาวะ ๑๕ น้ำไขสันหลัง ๑๒ เสมหะและอื่น ๆ ๗๕ นิติศัตว์ทดลอง ๒, เพราะเชื้อบิต ๕๕ ตรวจทดลองสัตว์ ๑๕ ตรวจสพนินิเวซ ๒๑ ตรวจของกลาง ๕'

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๕ เจาะน้ำสันหลัง ๔ เจาะตับ ๑ น้ำช่องปอด ๓
 อัดลมเข้าช่องปอด - อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๕ ผ่าตัดผิวหนัง ๑๔ นิติชายฟิสิกส์ ๓๔

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๐๘ ถอนฟัน ๓๐๗ อุดฟัน ๘๖ ผ่าตัดช่องปาก ๒๘

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

อนุโมทนา มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคทรัพย์ และสิ่งของ บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้

นายถนอม พุกกระวีวัน ร้านเวชคาม โอสถ เลขที่ ๑๑๕๕ ในเขตเทศบาล อำเภอบางมุลนาถ จังหวัดพิจิตร มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาทตั้งเป็นทุน "ถนอม-บุญผืน พุกกระวีวัน" เพื่อให้เกิดผลกอบผลบำรุงผู้ช่วยยอนาถา แผนก จักษุวิทยาและวิทยาโสตศรนาสิกการังษ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ข่าวนักศึกษา เมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๗ สโมสรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการต้อนรับน้องใหม่ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย งานเริ่มตั้งแต่ ๑๕.๐๐ น. โดยน้องใหม่ทั้งหมดเริ่มลงเรือข้ามฟากตามธรรมเนียมที่เคยปฏิบัติมา เริ่มเช่นท่า ร.พ. ได้เดินแถวเข้าไปถวายบังคมพระรูปพระราชาบิดา เสร็จแล้วตรงไปยังหอพัก น.ศ.พ. ชายเพื่อนมีสักการพระพุทธรูปประจำหอ หลังจากนั้นได้เข้าไปยังหอประชุม ท่านคณบดีแพทยศาสตร์ ฯ ได้ให้โอวาท หลังจากนั้น อาจารย์ น.พ.

เดิม บุนนาค อาจารย์ผู้ปกครองได้กล่าวคำต้อนรับ และรองลงมาก็เป็น น.ศ.พ. รุ่นพี่ หลังจากนั้นได้มีการเล่นกีฬาเล็กน้อยเพื่อความรื่นเริงและสามัคคี

เวลาประมาณ ๑๘.๓๐ น. ได้มีการร่วมรับประทานอาหาร

เวลาประมาณ ๒๐.๐๐ น. ได้มีการแสดงพิพิธทัศน์ของ น.ศ.พ. ชั้นต่าง ๆ ตลอดเวลาได้รับความสนใจจากผู้ชมเป็นอันมาก งานได้สิ้นสุดลงเมื่อเวลาประมาณ ๒๔.๐๐ น. ทั่วด้วยความเรียบร้อยทุกประการ

คณะกรรมการนักศึกษา ข้าราชการ

๒๕๕๗ - ๕๘ นักศึกษาแพทย์พร้อมกันเลือก คณะกรรมการ สโมสร นักศึกษาแพทย์เพื่อกำเนนกิจการของสโมสร เช่น เกี่ยวกบขบัก่อน ๆ ปรากฏว่านักศึกษาผู้มีชื่อต่อไปนี้ได้รับเลือก ตั้งเป็น คณะกรรมการ ฯ คือ

- ๑. นายประมุข จันทวิมล นายก
- ๒. นายอุดม สุกฤษณะ อุปนายก
- ๓. นายบรรณศาสตร์ สกลผดุงเขตต์ เลขา
- ๔. นายแฉม ทพิยทพพิจารณ์ เทรวิญญิก
- ๕. นายสุพจน์ สัมปัตตะวนิช ปฏิคม
- ๖. นายมณู จันทวิมล กรรมการกีฬา

๗. นายสุรินทร์ พิชัยศรีทัต บรรณารักษ์
 ๘. นายไพโรจน์ กลวิวัฒน์ สารานุกรม
 ๙. น.ส. เหมือนใจ ควบกุล หัวหน้านักศึกษ
 หญิง ๑๐. นายสมนึก ผลเจริญ หัวหน้า
 นักศึกษาชั้นปีที่ ๓ ๑๑. นายประยูร
 กลิ่นชม หัวหน้าชั้น ๒ ๑๒. นายจุฑา
 เลิศติลก หัวหน้าชั้น ๑

และอนุกรรมการดังต่อไปนี้ คือ

๑. นายโอภาส นิติพน ประธานแผนก
 วิทย ๒. นายเอนก เพทวนิช ประธาน
 ฟุตบอล ๓. นายวิชัย สังข์สุวรรณ
 ประธานบาสเกตบอล ๔. นายสุนทร
 สุทธิพิณธุ ประธานเทนนิส และกีฬากลาง

แจ้ง ๕. นายทวี ทั้งสุขบุตร ประธาน
 แบดมินตัน ๖. นายโอภาส ธรรมวานิช
 ประธานกีฬาทางน้ำ ๗. นายอารักษ์ ปร
 ษักษขาม ประธานกีฬาต่อสู้และป้องกันตัว
 ๘. นายเลิศ จิระศิริ ประธานกีฬาในร่ม
 และบิลเลียด ๙. นายสิงห์ สงเคราะห์
 พันธุ์ ประธานรณรงค์และดนตรี ๑๐. นาย
 วิชัย ชัยประภา ประธานถ่ายรูป

การต้อนรับน้องใหม่ ^{ผู้} คณะกรรมการ
 กำหนดงานต้อนรับน้องใหม่ของ ส.พ.ศ.
 ๒๔๕๗-๕๘ ในวันเสาร์ ที่ ๒๖ มิถุนายน
 เวลา ๑๓.๓๐ น.

ข่าวศิษย์เก่า

ไปต่างประเทศ แพทย์หญิงวิไล ลิม-
 อักษร ได้เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม ณ
 สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม
 ๒๔๕๗

อุปสมบท (๑) น.พ. มงคล เศวตราชู
 ได้ทำการอุปสมบท ณ พัทธสีมาวัดมัชฌิม

วาส อ. เมือง จ. สงขลา เมื่อวันที่ ๑๖
 ก.ค. ๕๗. (๒) น.พ. คำรบ เพ็ชรน้อย
 ได้ทำการอุปสมบท ณ พัทธสีมาวัดม
 ชาติ พระนคร เมื่อวันที่ ๑๕ ก.ค. ๕๗.

งานฉลองแพทย์อาวุโส แพทย์สมาคม
 และสโมสรแพทย์ได้ร่วมกันจัดงานทำบุญ

อายุครบ ๘๐ ปี ของสมาชิก ปรากฏว่ามี ๑ ท่าน คือ นายแพทย์อภัย หะสิทธิ์เวช ซึ่ง เป็น แพทย์อาวุโส ที่สุดของ โรงเรียน แพทย์ศิริราช ท่านได้เฝ้าประจำตัว ๑ ในทะเลเบียน งานมีในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๔๕๗ ได้มีสมาชิกแพทย์มาชุมนุมร่วมกันอย่างอบอุ่น มีพิธีทางศาสนาในคอน ย่าย ต่อจากนั้นมีการร่วมรับประทานอาหาร และมีการแสดงเบ็ดเตล็ดร่วมไปด้วย ระวัง

หว่างการเลี้ยง นายแพทย์อภัย หะสิทธิ์เวช ได้แสดงสุนทรพจน์เป็นเวลานาน เล่าถึง ชีวิตแพทย์ในสมัยนั้น ปรากฏว่าเป็นที่ สนใจและปลายปลมแก่บรรดาแพทย์น้องๆ โดยทั่วกัน งานเสร็จสิ้นลงด้วยความ เรียบร้อยทุกประการ.

เราขอ อำนวยพร ให้ท่าน นายแพทย์ อาวุโส จงมีอายุยืน ชวิญยืน สืบต่อไปอีก เทอญ.

ข่าวพยาบาล

รับนักเรียนพยาบาลรุ่นใหม่ นักเรียน พยาบาลรุ่นใหม่มีจำนวน ๕๐ คน ได้เข้ามา อยู่ใน โรงเรียน พยาบาลแล้ว แต่ในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๔๕๗

เลี้ยงส่ง Miss McIntosh ซึ่งเดินทาง กลับ แผนกพยาบาลได้จัดให้มีการเลี้ยง น้ำชา เพื่อเป็นการ ไว้อาลัย และอำลาแก่ Miss Elizabeth McIntosh พยาบาล ที่ปรึกษาจาก F.O.A. ซึ่งมาช่วยอยู่ ๘ เดือนและจะเดินทางกลับ ประเทศสหรัฐ-

อเมริกา เมื่อวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๔๕๗ เวลา ๑๕.๓๐ น. ณ หอประชุมมารชแพทยาลั ย มีหัวหน้าแผนกพยาบาล ๗ เป็นประธาน และมีครู ผู้ตรวจการ หัวหน้า ป.ก. และนักเรียน ไปร่วมงาน ด้วย ประมาณ ๒๐๐ คนเศษ เสร็จการเลี้ยงเวลา ๑๖.๓๐ น.

ในโอกาสนี้ Miss McIntosh ได้ เล่าถึงความรู้สึกของเธอให้ที่ประชุมพยาบาลฟังว่า ก่อนที่เขาจะมาถึงประเทศไทย นั้น มีทราบดีว่าจะได้พบบุคคลและปัญหา

ต่าง ๆ อะไรบ้าง ครั้นมาถึงแล้วก็ได้รับ
ความร่วมมือกันผู้ร่วมงาน และความชอบ
คุณจากการที่ไ้พยปะกัยพยาบาลทุกแห่ง
และประชาชนทั่วไป Miss McIntosh
กล่าวในที่ประชุมด้วย ท่าทีที่เต็มเปี่ยมไป
ด้วยความปลอดภัยในการจากไปครั้งนี้

อนึ่งแผนกพยาบาลได้มอบแหวนนพ-
เก้าให้เป็นที่ระลึกด้วย ๑ วง Miss Mc-
Intosh ได้เดินทางกลับไปประเทศสหรัฐ
อเมริกาแล้วแต่วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๔๕๗
เวลา ๑๗.๓๐ น. จากท่าอากาศยาน
คอนเมือง มีพวกพยาบาลตามโรงพยา-
บาลไปส่งกันด้วย

เข็มรางวัลทุนสุวรรณประทีป ผู้ที่ได้รับ
ทุน "สุวรรณประทีป" ขึ้นได้แก่ น.ส.
มยุรา กาญจนางกร นักเรียนพยาบาล
ปีที่ ๓ ซึ่งหัวหน้าแผนกพยาบาล ฯ ได้
มอบให้คำขอหาที่ประชุมหัวหน้า เมื่อวันที่
๑๕ มิถุนายน ๒๔๕๗

สมรส ๑. น.ส. บรรจง รุ่งสุวรรณ กับ
พระยาวิชาคารวัชรรมพิสิฐ เมื่อเดือน
เมษายน ๒๔๕๗, ๒. น.ส. อรุณี เขียม-

มงคล กับเรือเอกสุรทิน จันทร์ภักดิ์ เมื่อ
วันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๔๕๗

ลาออกในเดือนพฤษภาคม—มิถุนายน

- ๑. น.ส. บรรจง รุ่งสุวรรณ ๒. นาง
เฉลิมศรี อารีย์ชน ๓. น.ส. ประทุม
อภิสิทธิ์ ๔. น.ส. อรุณี เขียมมงคล
๕. น.ส. เฉลิมสมัย ห่อทอง ๖. นาง
พะเยียบ ผลาภรกุล

บรรจุในเดือนมีนาคม—เดือนมิถุนายน

- ๑. น.ส. ศิริสุภา พงษ์นัย ๒. น.ส.
ประคอง วิสูตรโยธิน

เบ็ดตกมันชั้นบน โรงพยาบาลได้ทำบุญ
เข็ดตกมัน เล้าหเคระขูชั้นบน ที่ได้สร้าง
เสร็จขึ้นจากเดิมซึ่งมีเพียงชั้นเดียวขึ้นเป็น
๒ ชั้นสำหรับรับคนไข้เด็ก ๒๘ เตียง ใน
วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๔๕๗ เข้าเริ่ม
ย้ายและรับเด็กคนไข้เข้าอยู่ในตึก ๑๐ น.
พระสงฆ์ ๘ รูป เจริญพระพุทธมนต์ เสร็จ
แล้วถวายอาหารเพลแล้วจึง และประ-
พรมน้ำพระพุทธมนต์ เพื่อความสุขสวัสดิ์
สืบไป

ในการนี้ ผู้อำนวยการไค้เชิญ คุณหญิงเพิ่ม โสฎักราชเศรษฐี ท่านผู้บริจาทรักษาพยาบาลเพื่ออุทิศร่วมกันด้วย

อนึ่ง คณะที่ ผู้อำนวยการ หัวหน้า

แผนกกุมาร ฯ หัวหน้าแผนกกายวิภาค ฯ หัวหน้าแผนกวิชาพยาบาล ฯ แพทย์และพยาบาลก็ไปร่วมการทำบุญด้วย

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

คณะกรรมการแพทยสมาคม ฯ ได้กำหนดการประชุมใหญ่ครั้งที่ ๓๓ และงานรื่นเริงประจำปี ๒๔๕๗ ในวันเสาร์ ที่ ๒๕ มกราคม ๕๔๕๘ เริ่มประชุม ๑๓.๓๐ น. ที่สำนักงานของสมาคม ฯ ศาลาแดง พระนคร ตามระเบียบขวาระต่อไปนี้:—

๑. สุนทรพจน์ของนายกแพทยสมาคม ฯ
 ๒. เลขานุการ ปฏิคม เทรญญิก บรรณารักษ์ และบรรณาธิการ แดลงกิจการ
 ๓. เลือกตั้งกรรมการแทนผู้ที่ต้องออกไปตามวาระ ๕ นาย ตามข้อบังคับข้อ ๓๐
 ๔. เสนอแต่งตั้งผู้ตรวจบัญชี
 ๕. สมาชิกเสนอข้อสังเกตและความคิดเห็น (กรุณาส่งถึงเลขานุการก่อนวันประชุมใหญ่ ๑๕ วัน)
 ๖. บรรยายทางวิชาการ เรื่อง “กามโรค ในทัศนะต่าง ๆ” โดย นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว — แพทย์หญิงเพ็ชร เวชบูล — นายแพทย์บุญ สุวรรณศรี — แพทย์หญิงตระหนักจิต ตรีณาสัต
- เวลา ๑๘.๓๐ น. งานรื่นเริง (ร่วมรับประทานอาหาร และลิลา)

หน้าลำหรับนิลลิต

โรคคอแข็ง

“โรคคอแข็ง” ที่จะบรรยายต่อไปนี้มีใช้ที่เคยเรียกกันว่า “ใช้กาฬกนางแอ่น” หรือ “ใช้กาฬหลังแอ่น” ซึ่งหมายความถึงชีวิตโบริสไปนัลเมนิไนทิส และไม่ใช้เป็นผลของเยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลังอักเสบ, ที่ทำให้เกิด “ลักษณะของเคอนิก”, แต่เป็นโรคของสมองอย่างหนึ่ง. ถ้าจะพูดอย่างถึงแก่นก็ต้องเรียกว่าเป็นโรคแห่งจิต. โรคนี้มีแพร่หลายทั่วโลก, ไม่เลือกดินฟ้าอากาศ, ไม่เลือกเชื้อชาติ. เป็นได้ทั้งชายและหญิง, แต่ในชายก่อนข้างจะพบมากกว่า. อย่างไรก็ดี, ถ้าเกิดขึ้นในหญิงมักมีอาการรุนแรงกว่าและน่ารังเกียจมากกว่าในชาย. เกี่ยวกับอายุ, ปรากฏว่ามีมากในวัยรุ่นที่ค่อนข้างจะสูงมากแล้ว. ในคนอายุต่ำกว่าวัยสี่ขวบพบน้อย, มีเพียงประปราย. โดยมากเริ่มมีอาการพอสังเกตเห็นได้ตั้งแต่อายุ ๒๒ หรือ ๒๓ ปี. อายุแก่ขึ้นก็เห็นมากขึ้น. ส่วนมากอาการกำเริบถึงขีดสุดในระยะ ๒๔-๒๕ ปี, แล้วทรงอยู่ต่อไปอีกหลายปี. ในตอนหลัง, คือ

ระหว่างอายุ ๒๕ ถึง ๓๐ ปี, บางคนก็ยังมีอาการหนักอยู่, จนถึงคนที่ทำงานการประกออาชีพอะไรไม่ได้หรือไม่เป็นลำเป็นสัน. ต้องหยุด ๆ ลา ๆ, หรือแม้เปลี่ยนงาน. ที่มีอาการมากจนถึงขนาดที่เรียกกันว่า “เสียคน” ไปเลยก็มี. ชื่อนี้ขว่า เป็นเพราะผลร้ายรุนแรงประการหนึ่งของโรคนี้, นอกจากจะทำความยุ่งยากให้แก่ชีวิตของบุคคลแล้ว, บางครั้งยังก่อผลเสียหายไปถึงเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย, เพราะผู้ที่มีการศึกษาชั้นสูงและมีความรู้ดีต้องจมไปเพราะโรคนี้. ต้องนับว่าเป็นโชคดีประการหนึ่งที่ความรุนแรงของโรคมักเข้าขาลงภายหลังอายุสามสิบปี, และเกือบจะหาอาการใด ๆ ไม่พบเมื่อพ้นวัยสี่สิบปีไปแล้ว. เป็นอันว่าแม้โรคนี้จะทำผลร้ายมากเพียงใดในระยะรุนแรง, พอพ้นไปแล้วก็ผ่านเลยไป, ไม่ทิ้งความทพพลภาพอย่างใดไว้ให้เห็น. ผลตามหลังอย่างมากที่สุดที่อาจพบในวัยกลางคนแล้วนั้นที่บ่อยที่สุดก็เพียงความ ระลึกลับอนหลัง ที่ชวนให้ยัง

เกิดอารมณ์เศร้าอย่างเห็นครั้งคราว. อย่างไรก็ดี, นาน ๆ ใ้พบตัวอย่างที่โรคยังคงรุนแรงอยู่แม้อายุล่วงเข้าวัยชราแล้ว.

ต้นเหตุของโรค, ทิ้งกล่าวแล้ว, เป็นความวิปริตบางอย่างในสรีรวิทยาของสมองส่วนที่เกี่ยวข้อง. ในทางพยาธิวิทยาไม่พบความเปลี่ยนแปลงทางกาย แต่อย่างไรก็ตามจะนับได้ว่าเป็นลักษณะจำเพาะของโรค. อาการสำคัญของโรคนี้ตรงตามชื่อ, คือคอแข็ง. ในตอนเริ่มต้นมีอาการผิดปกติที่กระดูกสันหลังก่อน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนอก, ทำให้ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ว่าหลังแข็งกว่าที่เคยเห็น. สำหรับเจ้าตัวเองอาจไม่รู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีอาการแปลกไปจากปกติ. อาการแข็งนี้ เป็นผลของการเพิ่มความตึงตัว (โทนัส) ของกล้ามเนื้อที่ยึดกระดูกสันหลัง, มีสาเหตุเนื่องเพราะการหดค้ำง (คือเอ็นทรอคเซอร์) หรือเพราะข้อตาย (แอ็งคีย์โลสิส). ข้อนี้พิสูจน์ได้ง่าย ๆ โดยสังเกตว่าหากคนไข้ตั้งใจอหลัง, จะโดยลำพังใจเองหรือโดยคำสั่งของผู้อื่นก็ตาม, ก็อาจงอได้ก็เช่นคนปกติ. อาการแข็งปรากฏต่อเมื่อไม่มีพลังประสาท (เนอร์ฟิมพัลส์) สั่งการออกจากเปลือกสมองใหญ่เท่านั้น.

เมื่อโรคดำเนินก้าวหน้าไป, อาการ

แข็ง จะลุกลามขึ้นไปสู่ส่วนสูงชนที่ลดน้อย ๆ. ในชั่วเวลาสองหรือสามยกจะขึ้นไปถึงคอ. ก่อนถึงระยะนี้คนไข้ยังงอตัวคอบและก้มศีรษะได้คล้ายคนปกติ. เมื่อโรคเริ่มจับส่วนขน, คอจะงอได้ยากกว่าธรรมดา, เห็นได้ชัดในตอนที่คนไข้ทำการเคลื่อนไหวซึ่งควรจะเป็นการก้มศีรษะจากคอ, จะกลายเป็นการผงกศีรษะคล้ายพะยักหน้า, ขณะที่ส่วนคอตึงตรง. ตอนนั้นว่าโรคกำเริบถึงขั้นที่หนึ่งในระยะรุนแรง. ในขั้นที่สองนั้นอาการแข็งลุกลามไปถึงข้อต่อระหว่างกระดูกแอ็คคลาสกับกระดูกแอ็กสิส. แม้แต่จะผงกศีรษะหรือพะยักหน้าคนไข้ก็ทำไม่ได้. ในบางคนมีความผิดปกติที่ข้อต่อแอ็คแลนโต-ออคลิปีทัลด้วย, ยังผลให้ศีรษะหันเอียงไปข้าง ๆ และหน้าไม่มองไปตรง ๆ ในเวลาเดิน. อาการหลังบางที่เป็นแบบกระดูกชั่วคราว (สปีดโมติก), ทำให้ผู้ที่เดินสวนกับคนไข้มีความเข้าใจผิดว่าคนไข้สะบัดหน้าหนีไปในเวลาที่เข้าใกล้กัน. ถึงแม้ว่าอาการดังกล่าวนี้ว่ารุนแรงมากแล้ว, แต่ก็ยังมีชนที่สามซึ่งร้ายกว่าขึ้นไปอีก. ในระยะสุดท้ายนั้นนอกจาก อาการ แข็ง เป็นอยู่ ตลอด ลำสันหลัง, ยังแต่ก้นกบจนถึงท้ายทอย, การเพิ่ม

ความกังวลของกล้ามเนื้อในกลุ่มคาร์ทีล และเซอร์วิลีสร้างท้ายทอยและฐานของกระดูกสันหลังระยะหางไปทางหลังอย่างชัดเจน. คนไข้มีลักษณะหน้าแดงเล็กน้อยอยู่ตลอดเวลา, ทำให้ดูเหมือนกับตามองข้ามศีรษะใคร ๆ ไปทั้งสิ้น, อย่างที่เรียกกันตามปากตลาดว่า "มองไม่เห็นหัวคน." อาการดังกล่าววินิจฉัยว่าเป็นที่ร้ายแรงที่สุด. นอกจากทำให้คนไข้เองขาดความสุขทางกายและใจ, ยังทำให้ผู้อื่นที่ได้เห็น, และไม่ทราบว่า เป็นโรค, เข้าใจผิดในส่วนที่คนไข้บอกด้วย. บางครั้งถึงกับตีตกร คบค้า สมาคม ไปเลย ก็มี. เพราะหัดที่มันน้อยคนซึ่งโรคดำเนินไปไกลจนถึงขั้นสุดท้ายนี้.

การพยากรณ์โรคอาศัยความรุนแรงของอาการและการดำเนินของโรคเป็นหลักสำคัญ. ถ้าหากโรคหยุดก้าวหน้าในระยะสั้น ๆ, การพยากรณ์ก็ค่อนข้างหวังดี. ถ้าหากโรคดำเนินไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีท่าทางจะหยุดชะงัก, และเลยไปจนถึงขั้นที่สามในระยะรุนแรง, การพยากรณ์ก็เลว, เพราะโดยมาก มักมีโรคแทรกแซงอย่างอื่น, ซึ่งขัดขวางต่อการแก้ไข.

การรักษาด้วยยาต่าง ๆ มักไม่ได้ผล.

พวกยาระงับเซอ, รวมทั้งซัลโฟนาไมด์ และแอนติไบโอติก, ไม่มีประโยชน์อะไรเลย, เพราะไม่ใช่เป็นโรคติดเชื้อ. เนื่องด้วยสมมุติฐานแท้จริงเป็นความผิดปกติทางสรีรวิทยาแห่งจิต, ดังนั้นการรักษาที่ได้ผลต้องอาศัยจิตแพทย์. วิธีชักจูงใจดูเหมือนจะให้ผลดีที่สุด, ถ้าผู้รักษารักษาใช้วิธีการที่อ่อนโยน. โดยมากคนไข้พวกนี้อารมณ์อ่อนไหวง่าย, เชื้อตัวเองหนักแน่นและขงชาตัวเองก่อนอื่น ๆ. การทำช็อคไฟฟ้าน่าจะไม่มีประโยชน์, เพราะรุนแรงเกินไปและคงไม่ให้เกิดการ. วิธีสะกดจิตยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทดลอง.

ข้อที่น่าสนใจ มากก็คือ โรคนี้มีแพร่หลาย ไม่น้อย ในหมู่นักศึกษาแพทย์. เพราะหัดที่มันน้อยคนที่เป็นอย่างรุนแรง. โดยมากเป็นเพียงขั้นที่สอง. อย่างไรก็ตาม, อุตสาหกรรมการของโรคในหมู่นักเรียนแพทย์กำลังทวีขึ้นเรื่อย ๆ, และยังไม่มียุติสนใจจัดการรักษาให้ขาดอันตรายที่หนึ่ง. อาจเป็นเพราะยังไม่ปรากฏการตายขึ้น. แต่โดยที่โรคนั้นเป็นโรคจิต, อาจเป็นผลของการชักจูงใจโดยตัวอย่างที่เราเห็นอยู่รอบ ๆ ก็ได้, การรักษาผู้ที่เป็นโรคแล้วจึงเป็นการป้องกันการเกิดโรคในผู้อื่นต่อไปอีก

ด้วย. ดังนั้นแม้ไม่มีแพทย์ผู้ใดสนใจ
จัดการรักษา, ผู้ที่เป็นโรคก็น่าจะตั้งอก
ตั้งใจรักษาตนเอง, ตามหลักของการชก
รงใจ, โดยอาศัยสังเกตตัวอย่างจากผู้
ที่ไม่เป็นโรค, ซึ่งมีอยู่ไม่น้อยเหมือนกัน.
กล่าวโดยทั่ว ๆ ไป, นักเรียนที่อยู่ชั้น
ปีที่หนึ่งมักจะปลอดภัยจากโรคนี้, และ
เป็นตัวอย่งที่ดีสำหรับผู้ที่ป่วย, เกยว
กับการโค้งหลัง หรือก็มีศีรษะได้ค่อม-
แคลงในเวลาที่สมควร. พอชั้นชั้นปีที่
สองโรคนี้มักเริ่มจับ ในประมาณเศษหนึ่ง
ส่วนสี่ของจำนวนนักเรียน. ส่วนมากมี
อาการเพียงหลังแข็ง, ยังคงมีศีรษะได้.
พอถึงชั้นปีที่สาม, ประมาณครึ่งหนึ่งจะมี
อาการแข็งขึ้นไปถึงคอ, ทำอาการได้
เพียงพยักหน้าหรือผงกศีรษะหงิก ๆ เท่า

นั้น. ในที่สุดท้ายกล่าวได้ว่าเกือบทั้งหมด
แสดงอาการของโรค, ตั้งแต่ขั้นรุนแรง
ปานกลางจนถึงขั้นรุนแรงมาก. ส่วนมาก
อยู่ในขนาดหน้าเข็ด. มองได้แต่สิ่งสูง ๆ,
ก้มหน้าไม่ลง. อาการบางอย่างที่คิดตัวออก
ไปจากโรงเรียนด้วย, และทำความเข้าใจ
ยากให้แก่อาชีพของคนไข้เอง. โดยที่
อาการของโรคนี้ในบางระยะอาจทำให้ผู้อื่น
ที่ไม่ทราบถึงสมุฏฐาน, เข้าใจผิดว่าคน
ไข้ไม่ได้รับการอบรมสั่งสอน ในด้านที่
อันเป็นการ กระทบกระเทือนมาดังครูบา
อาจารย์, จึงเป็นการสมควรที่บรรดาผู้ที่
เกี่ยวข้องกับการอบรมจะตั้งอกตั้งใจช่วย
กันรักษาเสียตั้งแต่ต้นมือ, ก่อนที่โรคจะ
ลุกลามจนถึงระยะรักษายาก.

อ.ก.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซอสมุฏฐานวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

๖๕ บนทกทายสัมมุต

๑ ท่านผู้อ่านคงจะแปลกใจที่ว่า เหตุใดสารศิริราชจึงเพิ่รออกเพียรเดือนกรกฎาคมเท่านั้นเอง ทั้ง ๆ ที่กำลังชนปีใหม่แล้ว หรือว่ากำลังจะ “ม้วนเสื่อเสียบแล้ว”, สมาชิกบางท่านอุตุลสำหรับมาถามถึงสำนักงาน. เราขอตอบด้วยความหวังว่าขอให้ท่านคอยอ่านเดือนต่อ ๆ ไปเถิด. ได้กำลังจัดพิมพ์ทะยอยออกเรื่อย ๆ แล้ว ซึ่งจักเป็นการตอบสาเหตุของความล่าช้าให้ทราบไปตามลำดับ.

๑ เรื่องนำในฉบับนี้ คือเรื่องของคุณหมอทินรัตน์ อาจารย์หนุ่มของแผนกพยาธิวิทยา ถึงแม้ท่านจะมีร่างกายผอมสูง แต่มีความเข้มแข็งในการทำงานเป็นพิเศษ, และรับรองได้ว่าท่านได้อ่านเรื่องของท่านผู้เขียนเสมอ ๆ. แม้ว่าสถิติของอกในระยะ ๓ ปี จะไม่ใช่เรื่องพิศดารอย่างใด แต่กว่าจะรวบรวมมาได้ ต้องอาศัยความอุตสาหะเป็นอันมาก. เมื่ออ่านแล้วก็ให้ความรู้เราได้ว่า ในบ้านเรานั้นมีเนื้องอกชนิดอะไรมา, เป็นในคนอายุเท่าใด และเป็นส่วนไหนของร่างกายมาก. เหล่านี้เป็น ประโยชน์ ที่จะเปรียบเทียบกับสถิติ

ของต่างประเทศเขาได้.

๑ เรื่องที่สองเป็นของคุณหมอ สด, ไม่ต้องบอกก็ได้ว่าท่านศาสตราจารย์ผู้มีความสามารถแค่ไหน. ท่านกรุณาเขียนส่งมาขออนสารศิริราชเป็นประจำ, ความดีเด่นของเรื่องยังอยู่ในตัวเองแล้ว, ไม่จำเป็นต้องอธิบายอีกก็ได้.

๑ เรื่องของคุณหมอสมศักดิ์ ก็นับว่าให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องเลือด. การถ่ายเลือดสมัยนี้ถือว่าเป็นกิจสำคัญมาก, โดยเฉพาะทางศัลยกรรม. ปัจจุบันนี้ในเรื่องหมู่เลือดกำลังก้าวหน้าไปไกลมาก. คุณหมอได้ทำการทดสอบในคนไทยแล้ว, รายงานผลให้เห็นว่าไม่น่าวิตกกังวลในเรื่องหมู่เลือดแปลกย่อยนัก.

๑ เรื่องข้อความบางประการเกี่ยวกับการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา ของคุณหมออุตม ซึ่งท่านผู้เขียนยังทำงานอยู่ในสหรัฐอเมริกา, ย่อมจะเสท็อนใจบางท่านที่ไปเมืองนอกโดยมุ่งหวังไปเที่ยวเป็นส่วนใหญ่, กลับมาเมืองไทยแล้วไม่ได้ทำประโยชน์อะไร. เรื่องนี้จึงเป็นข้อเตือนสติท่านเหล่านั้นให้ตั้งหน้าแสวงหาประโยชน์ที่

ก็ และกลับมากำทำประโยชน์ให้คุ้มค่า, เพื่อเห็นแก่ความเจริญในวิชาและประเทศชาติต่อไป.

๑ “โรคคอแข็ง” ในหน้าหนังสือก็ เช่นกัน ขางท่านอ่านแล้วอาจค่อนข้าง, หนักว่าพวกอาจารย์คงอยากได้ลูกศิษย์โค้ง คำนับเลียเต็มประดา, ซึ่งความจริงหา

ได้, เรามุ่งสอนทั้งวิชาและมรรยาทไป ด้วยกัน. การมีวิชาท่วมหัว แต่ถ้ามรรยาท ทำต่อยก้ออาจเอาหัวไม่รอด. ฉะนั้นเมื่อ เราเห็นว่านิสัยศัลยหลายคนกำลังเอนเอียง ไปในทางเสื่อม ก็จำเป็นต้องกระตุกให้ กลับเข้าสู่ทางที่ถูกต้องไป.

ต.ก.

โปรดทราบ

๑. สโมสรรวมวิชาการ

๒. สารคดีราชฉบับพิเศษ

หนังสือทั้งสองเล่มนี้ คงมีเหลืออยู่เพียงจำนวนน้อย ผู้ประสงค์ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือ หรือต้องการซื้อไว้ประจำตู้สมุด โปรดติดต่อขอทราบรายละเอียดได้จากสำนักงานสารคดีราช