



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๓๕ | Volume 7, Number 1, January 1955

สถิติของมะเร็งทางแผนกรังสีวิทยา ร.พ. ศิริราช

ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๑-๒๕๓๕ รวม ๑๕ ปี

โรจน์ สุวรรณสุทธิ

พ.บ., C.R., M.A.C.R.

(แผนกรังสีวิทยา)

เป็นที่ทราบกันอยู่โดยทั่วไปแล้วว่า มะเร็งในคนไทยมีมากและมีทุกประเภท, ไม่ต่างไปจากประเทศอื่น ๆ มากนัก, สถิติกันแต่ที่อวัยวะที่เป็นมะเร็งข้อนั้น, แตกต่างกันไปตามสัญชาติ. ในสหรัฐอเมริกา พอมะเร็งของระบบทางเดินอาหารมากเป็นที่หนึ่ง, ของมดลูก, ปากมดลูกเป็นที่สอง, และของเต้านมเป็นที่สาม.^(๑) ในประเทศจีน พอมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมากเป็นที่หนึ่ง, ของนาโสฟาริงซ์เป็นที่สอง.^(๒)

ตามรายงานที่เสนอนี้ปรากฏว่าในคนไทย พอมะเร็งของปากมดลูกและตัวมดลูกมากเป็นที่หนึ่ง, ทริมัสปากและในโพรงปากมากเป็นที่สอง, และของเต้านมเป็นที่สาม. ส่วนชนชาติอื่นนั้นปรากฏว่าเป็นมะเร็งที่ปากมดลูกน้อยที่สุด. การศึกษาถึงความแตกต่างกันทางเชื้อชาติ, ขนบธรรมเนียม, ประเพณีและนิสัย. อาจจะทำให้เข้าใจถึงมูลฐานอันเป็นสาเหตุของการเป็นมะเร็งได้, ซึ่งจะเห็นประโยชน์อย่างยิ่งในการ

ด้วยกันและรักษามะเร็ง.

สถิติของมะเร็งในประเทศไทย, เท่าที่ปรากฏในวารสารทั้งในและนอกประเทศ, ส่วนมากมาจาก ร.พ. ศิริราช. ผู้ที่รวบรวมพิมพ์เผยแพร่คนแรกคือ ศาสตราจารย์เฮลลิส.^(๓,๔) ท่านได้รายงานสถิติของเนื้องอกใน ร.พ. ศิริราช (ทุกแผนก) ในจดหมายเหตุทางแพทย์ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ใน พ.ศ. ๒๔๘๐, และได้แสดงให้เห็นว่าในจำนวนผู้ช่วยที่เข้ามารับรักษาตัวทั้งหมดใน ร.พ. ศิริราช, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๒ ถึง ๒๔๖๕ รวม ๕ ปี, เป็นผู้ช่วยทั้งสิ้น ๓๐,๗๓๑ ราย (ไม่รวมผู้ช่วยทางคลอดบุตรอีก ๕,๓๐๐ ราย) ผู้ช่วยโรคนองอก ๓๑๘๔ ราย, เท่ากับประมาณ ๑๐ เปอร์เซ็นต์. คือในผู้ช่วย ๑๐ รายจะพบผู้ช่วยโรคนองอก ๑ ราย, ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนไม่น้อย. ใน พ.ศ. ๒๔๘๓ น.พ. ทินรัตน์ สถิตินิมาณการ^(๕) ได้รายงานสถิติของเนื้องอกทางแผนกพยาธิวิทยาจากผลของการตรวจชิ้นเนื้อทั้งสิ้น ๘๖๑๔ ครั้ง, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๒ ถึง ๒๔๘๒ รวม ๓๑ ปี. ปรากฏว่าเป็นเนื้องอก ๓๕๓๖ รายหรือ ๔๕.๖๕ เปอร์เซ็นต์. หรือเกือบครึ่งหนึ่งของการตรวจทั้งหมด. รายงานนี้ไม่ได้รวม

การตรวจชิ้นเนื้อทางแผนกนรีเวชวิทยา, ซึ่งศาสตราจารย์เท็ม บุนนาค^(๖) ได้รายงานเขียนอีกส่วนหนึ่งต่างหากในขั้วเดียวกัน, ในเรื่องปัญหาและการต่อสู้กับโรคมะเร็งมดลูกในประเทศไทย. ท่านผู้นี้ได้รายงานสถิติเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๘ ถึง ๒๔๘๕ รวม ๑๒ ปี. มีผู้ช่วยเป็นโรคนองอก ๓๐๕๕ ราย, เป็นมะเร็งของคอมดลูกและปากมดลูกมากที่สุด. ใน พ.ศ. ๒๔๘๕ ท่านศาสตราจารย์หลวงพิณพากย์พิทยาเกท^(๗) ได้เสนอสถิติของมะเร็งของ ร.พ. ศิริราชในที่ประชุมคณะกรรมการวิจัยมะเร็งระหว่างชาติ ณ กรุงบอมเบย์ และได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าตัวเลขสถิติมะเร็งของเราใกล้เคียงกับของลังกา. อาจจะเป็นเพราะชนบทรวมนิยมประเพณีคล้ายคลึงกัน. ใน พ.ศ. ๒๔๘๖ น.พ. เวลลีโอส, น.พ. สังกิ กาญจนะกฤษ-ชร์ และ น.พ. ภิมย์ สุวรรณเคมี ได้รายงานเนื้องอกในประเทศไทยในวารสาร "แคนเซอร์" ของสหรัฐอเมริกา, ตามผลของการตรวจชิ้นเนื้อและตรวจศพของแผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราชและ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ร่วมกัน. ปรากฏว่าเป็นเนื้องอก ๓๘.๔ เปอร์เซ็นต์.^(๘)

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่าถ้าได้นำสถิติของผู้ช่วยด้วยโรคมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาทางแผนกรังสีวิทยา ร.พ. ศิริราชสงพิมพ์ไว้, เปรียบเทียบกับสถิติของท่านที่กล่าวมาข้างต้น, เท่าที่ทำได้, ก็จะเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้สนใจบ้าง, และอาจจะชักชวนให้เพื่อนแพทย์อื่นทั่วประเทศไทยรวบรวมสถิติของผู้ช่วยมะเร็งในวงการของท่านมาสงพิมพ์เป็นการเผยแพร่แลกเปลี่ยนความ

รู้ซึ่งกันและกัน, อันจะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น.

จำนวนผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางรังสีเรณทเกิน ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๑ ถึง ๒๔๙๕, รวม ๑๕ ปี มีทั้งสิ้น ๓๓๐๖ ราย. จำนวนผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกอย่างร้าย ๑๒๕๕ ราย, เท่ากับ ๓๘ ปรส. แยกจำนวนเป็นรายปีดัง ปรากฏใน ตารางที่ ๑. รายการอื่น ๆ ปรากฏในตารางที่ ๒ ถึง ๔.

ตารางที่ ๑. แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเป็นรายปี

(Table 1. Number of Patients receiving treatment, classified annually.)

พ.ศ. (Year)	รักษาด้วยเอ็กซเรย์ลึก (Deep X-ray Therapy)		จำนวนที่เป็นเนื้อร้าย (Cases of Malignancy)	รวมทั้งหมด (Total)	หมายเหตุ (Remarks)
	ปานกลาง (Medium)	ลึก (Deep)			
2481 (1938)	278	153	132	431	
2482 (1939)	297	151	122	448	
2483 (1940)	272	142	122	414	
2484 (1941)	338	226	195	564	
2485 (1942)	312	218	192	530	
2486 (1943)	202	95*	71	297	
2487 (1944)	117	—	34	117	*OST Deep ขาดหลอดเอ็กซเรย์
2488 (1945)	—	—	—	—	หลอดขาดและอยู่ ระหว่างสงคราม
2489 (1946)	—	—	—	—	
2490 (1947)	—	—	—	—	
2491 (1948)	—	—	—	—	
2492 (1949)	—	86	55	86	ม.ย.—ธ.ค. 7 เดือน
2493 (1950)	—	37	28	37	ม.ค.—พ.ค. 5 เดือน
2494 (1951)	—	164	120	164	(รวมระยะเวลาที่ทำการ รักษา 10 ปี)
2495 (1952)	—	218	189	218	
	1,816	1,490	1,255	3,306	

สารศิริราช

เนื่องด้วยแผนกรังสีวิทยามีเครื่องรักษาด้วยรังสีเร็นทเก็นตั้งอยู่เพียงเครื่องเดียว, เมื่อหลอดขาดลงในระหว่างสงคราม, หาหลอดใหม่ไม่ได้, ก็เลยต้องหยุดทำการรักษาไปถึง ๕ ปี. ในปลายปี

พ.ศ. ๒๔๙๗ นี้ ทางแผนกคงจะได้มีโอกาสใช้เครื่องรักษาด้วยรังสีเร็นทเก็นแบบใหม่เพิ่มขึ้นอีก ๒ เครื่อง, ซึ่งคงจะช่วยบรรเทาผู้ป่วยเข้ามารักษาได้มากขึ้น.

ตารางที่ ๒. แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางราเดียม ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๗ ถึง ๒๔๙๕, รวม ๙ ปี.

จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑,๐๘๒ ราย, เป็นมะเร็ง ๙๔๓ ราย, เท่ากับ ๘๖.๘ เปอร์เซ็นต์

(Table 2. Number of Patients receiving radium treatment from 1944 to 1952. Total number of patients 1,082, CA. 943 (= 86.9 per cent).

อันดับ (Item)	โรค (Cases)	จำนวนรวม (Total)	หมายเหตุ (Remarks)
1	มะเร็งปากมดลูก (CA. cervix)	598	ส่งไปฉายรังสีเร็นทเก็น 44 ราย
2	มะเร็งช่องปาก (CA. oral cavity)	318	" " 5 "
	ริมฝีปาก (lips)	147	" " 6 "
	เยื่อช่องปาก (buccal mucosa)	97	" " 7 "
	ลิ้น (tongue)	57	" " 1 "
	พื้นปาก (floor of mouth)	11	
	เพดานปาก (palate)	6	
3	มะเร็งช่องคลอดและช่องคลอด (CA. vulva and vagina)	8	
4	มะเร็งทวารหนัก (CA. anus)	7	
5	มะเร็งทอนซิล (CA. tonsil)	5	
6	มะเร็งเร็กตัม (CA. rectum)	3	
7	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA. bladder)	2	
8	มะเร็งโพรงกระดูกแก้มซิลลารี (CA. maxillary antrum)	1	
9	อื่น ๆ (others)	1	
	รวม (Total)	943	

ตารางที่ ๓. แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยรังสีเรินตเก้นและราเดียม, แยกตามอวัยวะที่เป็น.

(Table 3. Number of patients receiving roentgen and radium therapy, classified according to organ affected).

อันดับ (Item)	อวัยวะที่เป็นโรค (Affected Organs)	รังสีเรินตเก้น (Roentgen Therapy)	ราเดียม (Radium Therapy)	รวม (Total)	เปอร์เซ็นต์ (Per cent)
1	มดลูก (uterus)			683	31.00
	ตัวมดลูก (corpus uteri)	23	—		
	คอมดลูก (cervix)	62	598		
2	ช่องปาก (oral cavity)			586	26.70
	ริมฝีปาก (lips)	109	147		
	เยื่อในปาก (buccal mucosa)	72	97		
	ลิ้น (tongue)	53	57		
	พื้นปาก (floor of mouth)	3	11		
	เหงือก (gum)	17	—		
	เพดานปาก (palate)	14	6		
3	เต้านม (breast)	133	—	133	6.10
4	ต่อมน้ำเหลือง (lymph nodes)			112	5.60
	ลิมโฟซาร์โคมา (lymphosarcoma)	48	—		
	โรคฮอดจ์กิน (Hodgkin's disease)	12			
	เนื้องอกที่ต่อมคอ (malignant gland, neck)	21			
	มะเร็งแพร่กระจายที่ต่อมคอ (metastatic gland neck)	31			
	ตำแหน่งเริ่มต้นไม่พบแน่ (primary undetermined)				
5	รังไข่ (ovary)	98	—	98	4.46
6	กล่องเสียง (larynx)	94	—	94	4.30
7	ผิวหนัง (skin), มะเร็งและแผลโรเด็นท์ (CA. & Rodent ulcer)	76	—	76	3.46
8	องคชาติ (penis)	63	—	63	2.85
9	นาส-ฟาริงซ์ (nasopharynx)	35	—	35	1.60
10	นัยน์ตา (eye)	—	—	32	1.46
	เรตินอบลาสโตมา (retinoblastoma)	26	—		
	คาร์ซิโนมา (carcinoma)	6	—		

สารศรึราช
ตารางที่ ๓ (ต่อ)

อันดับ (Item)	อวัยวะที่เป็นโรค (Affected Organs)	รังสีเรินตเก้น (Roentgen Theaapy)	ราเดียม (Radium Therapy)	รวม (Total)	เปอร์เซ็นต์ (Per cent)
11	ระบบสร้างเลือด. ลิวคีเมีย (hemo- poietic system, leukemia)	27	7	27	1.26
12	ทอนซิล (tonsil)	16	5	21	0.96
13	หลอดอาหาร (oesophagus)	12	—	12	0.55
14	วิถ่านและช่องคลอด (vulva and vagina)	4	8	12	0.55
15	ขากรรไกรล่าง (mandible)	10	—	10	0.47
16	ธัยรอยด์ (thyroid)	8	—	8	0.37
17	ไต (kidney)	—	—	8	0.37
	เนื้องอกมบบ "Wilm" (Wilm's tumour)	7	—		
	มะเร็ง (CA.)	1	—		
18	ปอด (lung)	7	—	7	0.31
19	ทวารหนัก (anus)	—	7	7	0.31
20	เร็กตัม (rectum)	2	3	5	0.23
21	ลูกอัณฑะ (testis)	5	—	5	0.23
22	โพรงจมูกซิลลารี (maxillary an- trum)	4	1	5	0.23
23	กระเพาะปัสสาวะ (bladder)	3	2	5	0.23
24	สมอง (brain)	4	—	4	0.18
25	ต่อมพารอดิต (parotid gland)	4	—	4	0.18
26	หู (ear)	3	—	3	0.17
27	โปรสเทท (prostate)	2	—	2	0.09
28	เบ็ดเตล็ด			114	6.44
	ไฟโบรซาร์โคมา (fibrosarcoma)	14	—		
	อื่น ๆ (others)	126	—		
	รวม (Total)	1,255	943	2,198	100

ตารางที่ ๔. แสดงอวัยวะที่เป็นมะเร็งบ่อย ตามเปอร์เซ็นต์เปรียบเทียบกับผู้อื่น (Table 4. Incidence of CA. in various organs, compared with data previously published in Thailand).

ลำดับ (Item)	ตำแหน่ง (Organs)	แผนกรังสี (Radiol. Dept.) รายงานนี้ (Present Report) 81-95 (1938-1952)	ร.พ. ศิริราช (Siriraj Hosp.) น.พ. เอกกลิส (Ellis) ^{3,4} 72-79 (1929-1936)	แผนกสูติ-นารี ^๑ (Obs. & Gyn., Siriraj) น.พ. เต็ม (Term Bunnag) ⁶ 78-89 (1935-46)	แผนกพยาธิ ^๗ (Pathol. Dept.) น.พ. ทินรัตน์ (T. Stitni-mankarn) 62-92 (1919-1949)	แผนกพยาธิ ^๘ (Pathol. Dept.) น.พ. เวลลิออส (Vellios) 94 (1951)
1	มดลูก (uterus)	31 %	14.8 %	30.26 %	10.24 %	-
2	ช่องปาก (oral cavity)	26.7	24.2	-	19.0	11.1
3	เต้านม (breast)	6.1	6.2	-	10.56	12.8
4	ต่อมน้ำเหลือง (lymph nodes)	5.6	-	-	16.03	14.2
5	รังไข่ (ovary)	4.46	8.6	8.6	4.25	1.9
6	กล่องเสียง (larynx)	4.3	1.0	-	0.7	3.3
7	ผิวหนัง (skin)	3.46	10.5	-	6.0	10.4
8	องคชาติ (penis)	2.85	11.4	-	9.82	3.5
9	นาโส-ฟาริงซ์ (naso-pharynx)	1.6	-	-	0.2	5.7
10	นัยน์ตา (eye)	1.46	1.1	-	3.0	-
11	ลิวคีเมีย (leukemia)	1.26	-	-	-	-
12	ทอนซิล (tonsil)	0.96	-	-	0.3	-
13	ตับ (liver)	-	4.1	-	-	4.3
14	หลอดอาหาร (oesophagus)	0.5	3.1	-	0.26	1.9
15	กระเพาะอาหาร (stomach)	-	2.8	-	1.38	5.0
16	กระเพาะปัสสาวะ (bladder)	0.23	1.7	-	1.6	1.9
17	วิลาและช่องคลอด (vulva&vagina)	0.5	1.5	2.38	2.8	-
18	ลำไส้ใหญ่ (colon)	-	1.4	-	0.76	3.6
19	ต่อมลูกหมาก (prostate)	0.09	1.4	-	0.76	0.7
20	เร็กตัม (rectum)	0.23	1.3	-	1.06	3.6
21	ปอด (lung)	0.3	0.55	-	0.16	0.2
22	ต่อมน้ำลาย (salivary gland)	-	0.09	-	0.16	1.6
23	ต่อมไทรอยด์ (thyroid)	0.37	0.93	-	1.6	-
24	ลูกอัณฑะ (testis)	0.23	0.02	-	0.16	0.7
	อื่นๆ (others)					

[+ไต(kid)]

[+ลำไส้ใหญ่ (colon)]

คามสถิติที่รวบรวมในครั้งนปรากฏว่า
 มะเร็งของปากมดลูกมีมากเป็นอันดับหนึ่ง, รวม
 เกือบ ๓๐ ปีช. หรือ ๑/๓ ของมะเร็งทั้ง
 หมด. รองลงมาได้แก่มะเร็งที่ริมฝีปาก
 และในโพรงปาก, และมะเร็งที่เต้านม,
 เรียงลงมาเป็นลำดับ. เมื่อรวมกับมะเร็ง
 ที่ผิวหนังอีกแห่งหนึ่ง. จะเป็นจำนวนรวม
 เกือบถึง ๗๐ ปีช. ของมะเร็งทั้งหมด. มะ
 เร็งทั้ง ๔ ตำแหน่งนี้เป็นจำพวกที่การรักษา
 กระทำได้ง่าย, คือเข้าถึงได้ง่าย. ถ้าผู้ป่วย
 มาหาแพทย์แต่ในระยะแรกแล้วก็มีโอกาส
 หายมากกว่า ๘๐ ปีช. ดังนั้นในการปราบ
 มะเร็งในประเทศไทยเราก็ควรเร่งไป
 ทั่วกลุ่มสำคัญ ๔ กลุ่มนี้ก่อน. การที่จะ
 โฆษณาให้ความรู้แก่ประชาชนก็ดี, หรือ
 จะจัดหาเครื่องมือในทางบำบัดรักษาที่ดี, ก็
 ควรมุ่งไปที่มะเร็งทั้ง ๔ ตำแหน่งนี้ก่อน.
 ส่วนมะเร็งในตำแหน่งอื่น ๆ ที่พออาจจะ
 รักษาให้หายขาดได้ถ้ามาในระยะแรก, ก็
 มีมะเร็งที่กล่องเสียง ๔.๓ ปีช. ท้องซาคติ
 ๒.๘-๑๑.๔ ปีช. ที่กระเพาะปัสสาวะ
 ๐.๒๓-๑.๕ ปีช. ซึ่งรวมกันประมาณ
 ๗.๓-๑๗.๖ปีช., นับเป็นส่วนที่สำคัญรอง
 ลงมา. มะเร็งในส่วนนี้ออกจากนั้นเป็นพวกที่
 ยากแก่การรักษา, ถึงแม้จะมีแพทย์ที่ชำ-

นาญ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอ.
 สถิติในของอกที่ศาสตราจารย์เฮลลิสต์
 รวบรวมเป็นฉบับเดียว ที่รวมสถิติ จากทุก
 แขนก. สถิติของแผนกรังสี, ถึงแม้จะได้รับผู้
 บัวยไว้รักษาจากแผนกต่าง ๆ ก็ตาม ยัง
 ไม่ได้รวมขางประเภทของมะเร็งทางแผนก
 ศัลยศาสตร์, อายุรศาสตร์, และกุมารเวช
 ศาสตร์, ที่ไม่ได้ส่งมารักษาทางรังสีเรินท-
 เก็น, เพราะไม่เหมาะที่จะรักษาทางรังสี
 บ้าง. เช่นมะเร็งที่กระดูก, มะเร็งที่ตับ,
 ติวคี่เมียในเด็กชนิดปัจจุบัน, หรือได้รับการ
 รักษาทางผ่าตัดเพียงพอแล้ว, ไม่จำ
 เป็นต้องตามรักษาด้วยรังสีเรินทเก็นบ้าง,
 เช่นมะเร็งที่เต้านมในระยะแรก, ที่ผิวหนัง,
 ที่เป็นตุ่มเล็ก ๆ เป็นต้น. ด้วยเหตุนี้สถิติ
 ของผู้ช่วยประเภทนี้ทางแผนกพยาธิวิทยา
 โดยไม่ได้รับการตรวจโดยไข่อุปชัย์ก่อน,
 เช่นมะเร็งที่ริมฝีปาก. ใน ๒-๓ ปีหลังนี้
 การตัดชิ้นเนื้อส่งไปตรวจทางแผนกพยาธิ-
 วิทยาก่อนการ รักษาได้ทำ กันมากขึ้นกว่า
 แต่ก่อนมาก, ซึ่งเป็นที่หวังว่าจะช่วยให้
 สถิติแน่นอนขึ้นและให้ การรักษา ได้ผลดี
 ขึ้นด้วย.

สถิตินี้รายงานแต่เพียงจำนวนและประ
 เภทของมะเร็งตามตำแหน่งที่เป็น, ส่วน

รายละเอียดเกี่ยวกับสัญชาติ, เพศ, อายุ, นิสัย, อาการและลักษณะตรวจพบ, การรักษาและผลของการรักษา, ถ้ามีโอกาสก็จะได้รวบรวมมาลงพิมพ์เป็นโรค ๆ ไปเท่าที่จะทำได้. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าจะไม่ใช่มีแต่ข้าพเจ้าผู้เดียว, แม้นายแพทย์อื่น ๆ ก็มีเหมือนกัน, ทออยากจะเขียนเรื่องการรักษาโรคมะเร็งและมีกระอักอักใจอย่างยิ่ง, ที่ไม่สามารถจะแสดงผลของการรักษาที่ได้ศึกษามาเป็นระยะเวลานานพอ, เช่น ๕ ปี, ทั้งนี้เพราะมากกว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว, หายหน้าค่าตาไป, ไม่ปรากฏมาอีกแม้ใน ๑ ปีแรก. การศึกษาค้นคว้าไปรษณีย์, ก็ไม่ได้ผล. ทั้งนี้เพราะเหตุหลายประการ, ที่สำคัญได้แก่ :

ก. ความบกพร่องของผู้ป่วย :

๑. ไม่มีเงินพอสำหรับค่าพาหนะและค่ากินอยู่ที่จะต้องลงมาให้ตรวจทุกระยะ ๒-๓ เดือน.

๒. ไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องเสียเวลามาให้แพทย์ตรวจบ่อย ๆ.

๓. หายก็แล้วก็เลยไม่มา, หรือกลับเป็นใหม่ก็เห็นว่ามารักษาหนหนึ่งแล้วก็ยังไม่หาย, ก็เลยหันไปหาการรักษาทางอื่นต่อไป, ตามคำแนะนำของญาติมิตร.

ข. ความบกพร่องอยู่ที่การคมนาคมและการไปรษณีย์, ทิศค่อไม่ตีพอ, ทิศค่อไม่ได้, การไปมาลำบาก.

ค. ความบกพร่องอยู่ที่โรงพยาบาล. การลงทะเบียนคำขอลที่อยู่ไม่ถูกต้อง. เช่น ผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัด, มาพักที่บ้านเพื่อนหรือญาติในกรุงเทพฯ, ก็ส่งคำขอลทางกรุงเทพฯ. การศึกษาค้นคว้าก็ไม่ได้.

ง. ความบกพร่องอยู่ที่แพทย์ผู้รักษา, ซึ่งอาจจะไม่มีเวลาให้ความสนิทสนม, ความสนใจในตัวผู้ป่วย, และทำความเข้าใจให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องมาให้แพทย์ตรวจเป็นระยะ ๆ. ข้อบกพร่องเหล่านี้ข้าพเจ้าเชื่อว่าเราเองอาจจะแก้ไขได้เป็นข้อ ๆ ไป, นอกจาก, เรื่องการเงิน, การไปรษณีย์และการคมนาคมเท่านั้น.

ในประการสุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าอยากให้เห็นโรงพยาบาลของเรา มีแผนกสถิติพร้อมกับเครื่องมือที่ทันสมัย ซึ่งจะช่วยให้เราสามารถแยกแยะรายละเอียดของประวัติ, อาการและลักษณะตรวจพบ, ตลอดจนวิธีการรักษาและผลการรักษาได้มากมายหลายร้อยหัวข้อ, และสามารถจะค้นรายละเอียดต่าง ๆ เหล่านั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว, ไม่ต้องเสียเวลานานั่งอ่านและ

เก็บรายละเอียดทีละราย ๆ เป็นเวลาตั้งหลาย ๆ วันอย่างในทุกวันนี้. ในเวลาเดียวกัน แผนกรังสีวิทยาก็อาจจะจัดการติดตามผู้ป่วยและนำผลของการรักษามาแสดงได้, ซึ่งในปัจจุบันนี้เป็นอุปสรรคอันยิ่งใหญ่ซึ่งทำให้เราไม่สามารถแสดงผลของการรักษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศเขาได้เลย.

ข้าพเจ้าขอขอบคุณ น.พ. ภิรมย์ ประภาสวัต ที่ช่วยรวบรวมสถิติผู้ป่วยมะเร็งทางแผนกรังสีวิทยามา.

เอกสาร

1. United States Vital Statistics, Bureau of Census, Department of Com-

merce, after Geschickter Diseases of the Breast, 2nd ed., p. 395.

2. Shu Yeh & E.V. Cowdry: *Cancer*, 7:425-436, 1954.

3. A.G. Ellis: *J. Med. Ass. Siam*, 20: 87-95, 2480 (1938).

4. A.G. Ellis: *J. Med. Ass. Siam*, 20: 550-556, 2480 (1938).

5. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.ด. — เนื่องออกและสถิติทางพยาธิวิทยา, สมุดรวมเรื่องวิชาการแสดงในงานฉลองหกสิบปีศิริราช พ.ศ. ๒๔๘๓, หน้า ๒๐๐-๒๑๕.

6. เต็ม บุนนาค. — ปัญหาและการต่อสู้กับโรคมะเร็งมดลูกในประเทศไทย สารศิริราชฉบับพิเศษ, พ.ศ. ๒๔๘๓ หน้า ๑๐๘-๑๑๗.

7. หลวงพิณพาทย์พิทยาเกท. — การประชุมกรรมการวิจัยมะเร็งระหว่างชาติกรุงบอมเบย์. สารศิริราช ๕ : ๔๘๓ ๒๔๘๖.

S. F. Vellios, S. Ganchana Goonchorn, P. Suvanatemiya : *Cancer*, 6:188-191, 1953.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้

๒. ย้ายสถานที่

๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

(Abstract of the Preceding Article)

STATISTICAL SURVEY OF CANCER IN THE DEPARTMENT OF RADIOLOGY
OF SIRIRAJ HOSPITAL OVER A PERIOD OF 15 YEARS (1938-1952).

Rojana Suvanasuthi

M.B., C.R., M.A.C.R.

(Department of Radiology)

Statistical survey of tumours in every department of Siriraj Hospital has been reported by A.G. Ellis in 1937, those in the Department of Pathology and Gynaecology by Tinaratana Satbitnimankarn and Term Bunnag respectively in 1950 and those in Thailand (including Siriraj and Chulalongkorn Hospital) by Vellios in 1953. The present article concerns cancer treated with roentgen and radium in the Department of Radiology over a period of 15 years. This forms about 38% of all the tumours met with (Table 1). The number of patients receiving treatment is

classified annually from 1938 to 1952 (Table 1), and grouped according to organs affected (Table 3). The incidences of carcinoma in various organs are compared with data previously published in Thailand as shown in Table 4. The number of patients receiving radium treatment from 1944 to 1952 is shown in Table 2.

The author also discusses about the difficulties in getting the final result of treatment.

(Eight references)

T.K.

หลักการวิเคราะห์และบำบัดภาวะฉุกเฉินบางประการ ในระบบหายใจ

(MANAGEMENT OF MEDICAL RESPIRATORY EMERGENCIES)

ประเสริฐ กังสดาลย์
M.B., Ch.B. (Edin.), พ.ด.

และ

บัญญัติ ปรีชญาณนท์
พ.บ., F.C.C.P.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ภาวะฉุกเฉินในระบบหายใจมีได้หลายอย่างด้วยกัน. ภาวะที่เราพบได้ค่อนข้างบ่อยและจะนำมาอภิปรายในวันนี้คือ:—

(๑) การไอเป็นเลือด (hemoptysis).

(๒) ภาวะที่ตื้นตันรุนแรง (status asthmaticus).

(๓) ภาวะมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง (spontaneous pneumothorax).

(๔) การหอบเหนื่อยเนื่องจากจิตใจ (functional hyperpnoea), เช่น "hyperventilation syndrome".

(๕) ปอดแฟบขนาดมาก (massive pulmonary atelectasis).

(๖) การบวมคั่งในปอดอย่างเฉียบ

พลัน (acute pulmonary edema).

(๗) เอ็มโบลีสม์และอินฟาร์กชันของปอดชนิดเฉียบพลัน (acute pulmonary embolism and infarction).

ต่อไปนี้จะกล่าวถึงสาเหตุ, หลักการวินิจฉัย และการบำบัดภาวะต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วโดยย่อ.

(๑) การไอเป็นเลือด

เป็นอาการที่พบได้บ่อย ๆ. โดยมากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติตกใจมาก. การไอเป็นเลือดหมายความว่ามีการมีเลือดออกจากทางเดินแห่งลมหายใจในระดับหลอดเสียงหรือต่ำลงไปจนถึงเนื้อปอด. ปริมาตรของเลือดที่ออกอาจแตกต่างกันเล็กน้อยถึงออกมาก ๆ ก็ได้. การไอเป็นเลือดมัก

*ทางแผนกอายุรศาสตร์ ร.พ. ศิริราช ได้ไปต้อภิปรายเรื่องนี้ในคราวประชุมอบรมวิชาการ Post-graduate course แก่บรรดาแพทย์ที่สนใจ เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๕๗.

เป็นอาการของโรค ที่รุนแรงซึ่งเราจะต้อง ค้นหาสาเหตุของโรค

เมื่อเราพบผู้ป่วยที่มี อาการไอ เป็น เลือด, ข้อแรกที่เกี่ยวข้องต้องแยกจากอาการอาเจียนเป็นเลือดก่อน. บางครั้งก็แยกกันไต่ยาก. เราอาศัยประวัติและลักษณะของเลือดที่ออกมาเป็นสิ่งช่วยแยกอาการทั้งสองนี้. ถ้าไอก็จะต้องแยกจากเลือดที่ออกมาจากในจมูก, ในปาก, และฟาริงซ์, ซึ่งอาจพบได้นาน ๆ ครั้ง.

เลือดที่ออกโดยอาการไอนั้นโดยมากออกมาจากหลอดเลือดที่ค้ำ. เลือดมักจะหยุดเองเมื่อให้ผู้ป่วยนอนพัก. มีน้อยรายที่มีไอเป็นเลือดมากและถึงแก่กรรมทันที.

สาเหตุของการไอเป็นเลือด (ที่พบได้บ่อย ๆ)

- (๑) โรคหลอดลมพอง (bronchiectasis).
- (๒) วัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis).
- (๓) โรคลิ้นไมตรีลตีบ (mitral stenosis).
- (๔) เนื้องอกในปอดและหลอดลม. นอกจากนั้นก็มีสาเหตุอื่น ๆ ที่เราต้อง

นึกถึง, เช่นฝีในปอด, โรคของเลือด, หลอดลมอักเสบ, ปอดอักเสบบางชนิด, โรคหัวใจที่เนือปอด. ฯลฯ.

โรคหลอดลมพอง

เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยมากในการไอเป็นเลือด, โดยเฉพาะในเด็ก ๆ. โดยมากเลือดออกครั้งละน้อย ๆ, ออกบ่อย ๆ. การที่เลือดออกได้ ในโรค นี้ก็เนื่องมาจากผนังด้านในของหลอดลมที่ชั้นโรคนั้นถูกทำลายไปและเกิดมีเนื้อแกรนูลชัน (granulation tissue) มาแทน, ซึ่งมีเลือดมาเลี้ยงมากและมีเลือดออกได้ง่าย. ในรายที่เป็นโรคหลอดลมพองในขณะที่ไม่มีการอักเสบโดยเชื้อโรค, โดยมากมีอาการไอเป็นเลือดบ่อย ๆ, แทนที่จะมีอาการไอมีเสมหะมากอย่างรายทั่วไป. โรคหลอดลมพองพวกนี้กล่าวกันว่าชนิด "แห้ง" (dry-bronchiectasis). การวินิจฉัยโรคนี้ อาจทำได้จากประวัติ, การตรวจร่างกาย. การตรวจทางรังสีวิทยา, และที่แน่นอนก็โดยการทำ "บร็องโชมแกรม" (bronchogram).

วัณโรคปอด

พบได้บ่อยมาก, โดยเฉพาะในคนวัย

หนุ่มสาว. เลือดที่ออกอาจมีปริมาณได้มาก ๆ. การไอเป็นเลือดในโรคนี้อาจเกิดขึ้นได้ในหลายระยะด้วยกัน^(๑).

(๑) ในระยะแรกของโรคที่กำลังรุนแรง (acute exudative lesion). เนื้อปอดส่วนหนึ่งถูกทำลาย. เลือดออกเพราะว่าพยาธิสภาพลุกลามไปที่แขนงของหลอดเลือดปัลโมนารีย์ดำหรือแดง.

(๒) ในระยะเรื้อรังของโรค (chronic fibro-ulcerative type). เลือดอาจจะออกมาเนื่องจากการแตกของ "รัสมูเซ็น แอนิวรัสม" (Rasmussen's aneurysm)^(๒) ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการโป่งพองของหลอดเลือดแดงที่วิ่งผ่านไปอยู่ในโพรงที่มีผนังหนาเรื้อรัง. อาจทำให้มีเลือดออกได้มาก ๆ.

(๓) ในระยะที่โรคอาจจะหายแล้ว. ค่อมน้ำเหลืองที่มีหินปูนมาเกาะกกลางบนผนังของหลอดลมทำให้เลือดออกในหลอดลมได้.

(๔) ในระยะที่มีพยาธิสภาพรุนแรงในเยื่อหลอดลม (acute tuberculous ulceration of the bronchial mucosa).

(๕) ในระยะที่โรคในปอดหายแล้ว,

แต่มีส่วนของหลอดลมพองเหลืออยู่.

(๖) เมื่อมีพยาธิสภาพรุนแรงในค่อมน้ำเหลืองที่ช่วยปกคลุมไปยั้งผนังของแขนงของหลอดเลือดปัลโมนารีย์, อาจทำให้มีเลือดออกได้มาก ๆ.

การวินิจฉัยโรคในภาวะนี้ ก็เหมือนกับ การวินิจฉัยโรควัณโรค ปอด โดยทั่วไป, โดยอาศัยการตรวจร่างกาย, การตรวจทางรังสีวิทยาและตรวจเสมหะ, ฯลฯ.

โรคอื่นไม่ตรัสดับ

เป็นสาเหตุ อย่างหนึ่ง ที่พบว่า ทำให้มีการไอเป็นเลือดได้มาก ๆ. ในการตรวจศพ จาก ผู้ป่วย ที่ เบน โรคอื่นไม่ตรัสดับ, โดยมาก จะพบว่า มี หลอดเลือดค้ำบริเวณเฉียดพองชกใน ผนังชั้นใน ของ หลอดลมใหญ่ ๆ (bronchial varices) ซึ่งอาจมีเลือดออกได้ง่ายและออกได้มาก ๆ^(๓).

เนื้องอกในปอดและหลอดลม

ที่เราพบได้บ่อย ๆ ก็คือ เบริ่งโฆเจ-นิกคาร์ลีโนมา เป็นสาเหตุที่ทำให้มีการไอเป็นเลือดบ่อย ๆ ในคนที่มียายุประมาณ ๔๐ ปี หรือมากกว่านั้น. เลือดมักจะออกครั้งละน้อย ๆ, ออกบ่อย ๆ, การที่มีเลือด

ออกก็ เนื่องจาก มีเนื้อโครลีส ของ เนื้อปอก, หรือ เนื้ออก ลูกกลมไป ยังหลอกลือคใน ปอกหรือหลอกลม. แม้แต่เนื้ออกชนิด ไม่ร้ายแรง, เช่นอะทีโนมา, ก็อาจทำให้มี เลือดออกได้บ่อย ๆ, เพราะว่ามีชั้นนอก ของเนื้ออกพวกนี้มักมีเส้นเลือดอยู่มาก.

การ วินิจฉัยโรค พวกนี้ อาศัย ประวัติ, การตรวจในห้องทดลองเพื่อหาลักษณะของ เซลล์เนื้อร้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์. ฯลฯ สาเหตุ อย่างอื่นได้แก่ผู้ในปอก, โรคของเลือด, หลอกลมอักเสบ, ปอกอักเสบ (โดยเฉพาะ อย่าง ยิง ที่ เกิด จาก เชื้อฟริคแลนเคอร์บา ซิลลิส).

มีข้อสังเกตข้อหนึ่ง ที่ควรระ กล่าวไว้, คือลักษณะ ของ เลือดที่ เห็นด้วย ตาเปล่า. เลือดที่ออกมาจากเนื้อปอกมักจะเห็นสีแดง เกือบสด, และมีฟองอากาศ ฟองนี้บางทีก็ ยาก เพราะว่ามีมันผสมกันดี. แต่ถ้าใช้นิ้ว แตะจะพบว่าเลือดนั้นหนืด ๆ ไปได้. เลือด ที่ออกมาจาก หลอกลม หรือจากบริเวณซัว ปอกจะพบว่าไม่มีฟอง, และการไอบินอัย, มีแต่การกระแอม. บางครั้งผู้ช่วยเล่าว่า มีความรู้ สึกบาง อย่าง ผิดปกติที่บริเวณใต้ กระดูกหน้าอก แล้วก็ ขาก ออก มา มี เลือด

เป็นคำ ๆ.

ข้อสังเกตข้อที่สอง, คือเกี่ยวกับผู้ใน ปอกที่เกิดเนื่องจากเชื้ออหิวาต์. เรา พบผู้ช่วยหลายคนด้วยกัน ที่มาด้วยอาการ ไอบินเลือดบ่อย ๆ, ครั่งละมาก ๆ และ ได้รับความวินิจฉัยโรคว่า เป็นผู้ในปอกเนื่อง จากเชื้ออหิวาต์, ซึ่งรักษาได้ผลดีโดยการให้ ยาไอเมติน.

การบำบัดอาการไอเป็นเลือด

เราต้องพยายามวินิจฉัยสาเหตุให้ได้, เพื่อให้การรักษาได้ผลดี, เพราะว่าการ รักษาอย่างแตกต่างกันแล้วแต่สาเหตุ. เช่น หากเป็นเนื้ออกในปอกหรือหลอกลมพอง, เราการรักษาทางศัลยกรรม. ถ้าเกิดจาก ลินไมตรัสติบก็ต้องการรักษาทางอายุรกรรม เป็นต้น.

สำหรับในภาวะฉุกเฉินของการไอเป็น เลือด, โดยทั่วไปเราใช้หลักการบำบัด กังท้อไปนี้:

- (๑) ให้ผู้ช่วยนอนพักในท่าที่สบาย, เฝ้านั่ง และ อธิบาย ให้ ผู้ช่วย มั่นใจ และไว้ใจ (ปรัชัยโมเธอราชัย) ถ้ามีเลือดออกให้ ค่อย ๆ ขากออกมา, อย่าให้ไอแรง.
- (๒) ให้ยาระงับประสาท, เช่น ฟีน

บารบัตล.

(๓) ให้ยาระงับไอ, เช่นโคเคอีน. มอร์ฟีนไม่ควรให้. ถ้าจะให้ในรายที่มีอาการไอมาก ๆ ก็ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง, เพราะว่ามีมอร์ฟีนจะไปกดประสาท, ทำให้มีเลือดค้างอยู่ในหลอดลมมาก, ซึ่งอาจทำให้เกิดปอดแฟบ (atelectasis) หรือร่วร่วมกับปอดอักเสบอาจเป็นเหตุให้ถึงแก่กรรมได้.

(๔) ในรายที่เป็นวัณโรคปอด, ถ้าเลือดออกบ่อย ๆ และมีปริมาตรค่อนข้างมาก, อาจรักษาด้วยการอัดอากาศเข้าช่องท้องได้ผลดี. สำหรับการอัดอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดที่เคยใช้กันในสมัยหนึ่งนั้น, เราพบว่าบางครั้งอาจเกิดผลร้าย, เช่นอาจไปอุดตันข้าง, เพราะยาที่เราจะบอกว่าจะเลือดออกมาจากปอดข้างใด.

(๕) สำหรับยาเฉพาะโรคที่ใช้รักษาอาการไอเช่นเลือดนั้น, "ยาห้ามเลือด" ชนิดต่าง ๆ, เช่นวิตามิน เค, วิตามิน ซี, แคลเซียม หรือยาอื่น ๆ. เราไม่พบว่ามีผลเปลี่ยนแปลงในการรักษา (นอกจากในรายที่มีเลือดออกเนื่องจากเป็นโรคของเลือด). ถ้าจะให้ยาก็ใช้เพื่อผลทางจิตใจเท่านั้น.

เคยมีผู้กล่าวถึงการฉีดยา ปีตติทริน (Pituitrin) เข้าหลอดเลือดในการบำบัดภาวะเช่นนี้. เราไม่พบว่ามีผลเปลี่ยนแปลงอย่างใดเช่นกัน.

(๖) ยาที่ใช้รักษาโรคของขนานอาจทำให้เลือดออกได้ง่าย. เป็นการให้ผลตรงข้ามกับที่ของการ (therapeutic paradox), เช่น ซาลิซิลเลต หรือ พี. เอ. เอส. อาจทำให้โปรธรอมบินในเลือดลดลงซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้ง่าย.

(๗) ถ้ามีการอุดตันของหลอดลมเนื่องจากลิ่มของเลือดที่ออกมา, ควรใช้วิธีดูดโดยอาศัยเครื่องโอสโคป.

๒. ภาวะหัดชนิดรุนแรง

ภาวะนี้ เป็นอาการหนึ่งที่ทำให้คนใช้เวลานานมาก. คนที่สูงอายุ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีพยาธิสภาพในปอดหรือหัวใจด้วย, อาจถึงแก่กรรมได้. เรามักพบอาการนี้ในคนอายุ ๔๐-๖๐ ปี. การวินิจฉัยโรคทำได้ง่ายจากประวัติ และการตรวจร่างกาย. อาจจะได้ประวัติเป็นหัดเรื้อรังมานานแล้ว และมักพบว่ามีอาการอักเสบที่โพรงกระดูกข้างจมูกหรือที่หลอดลมเข้าร่วมด้วย. ถ้าเพิ่งเริ่มเป็นในระยะ

อายุมาก แล้ว ต้อง แยกจาก โรค อื่น ก่อน, เช่น หัวใจกำหนัดซ้ายหมดกำลัง หรืออยู่เมื่อย เป็นต้น.

อาการมีเหงื่อออกมาก. อาจหอบ อยู่ตลอดเวลาไม่มีหยุดเป็นเวลาหลาย ๆ วัน. หายใจเสียงดังหืด. มีเสมหะเหนียวมาก. เหงื่อออก. ไม่สามารถนอนหรือกินอาหารได้. ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นแทรก, ทำให้อาการเลวลงไปมาก, เช่นเสมหะไปอุดตันในหลอดลมทำให้ปอดแฟบ, เกิดปอดอักเสบหรือหัวใจวาย เป็นต้น.

การบำบัด

ถ้าทำได้ควรนำส่งโรงพยาบาล, จะเป็นผลทางรักษาใจ (รัชชโยธินเซอราซึย) และควบคุมภาวะแอสโตม. การบำบัดก็มีหลายวิธีด้วยกัน. จะยกมากล่าวเฉพาะบางวิธีเท่านั้น.

(๑) ฉีดแอสโตรีนระดับ ๑/๑๐๐๐ เข้าใต้ผิวหนัง (หรือฉีดแอสโตรีนระดับผสมยี่สิบ-ยี่สิบ). ฉีดครั้งละน้อย ๆ, เช่นหนึ่งหยดทุกนาที, เรื่อย ๆ ไปจนอาการดีขึ้น.

(๒) ให้ยาพวก เฮฟทริน เพื่อขยายหลอดลม. เฮฟทรินกินขนาดเกรน ๓/๘ ทุก ๔ ชม., หรือพ่นด้วยน้ำยาเฮฟทริน

๑-๓ ปช. เข้าในหลอดลมทุก ๒-๓ ชม., เป็นต้น.

(๓) ให้ออกซิเจน, เวลาสั้น ๆ, บ่อย ๆ (หรือออกซิเจน ๒๐ ปช. ก๊าซ ลิเทียม ๘๐ ปช.)

(๔) ให้ยาระงับประสาท, เช่น ฟีนobarบิทัล.

ไม่ควรให้มอร์ฟีน (หรือโคโคอิน, เค-เมอรอลหรือโคเลาติก) เป็นอันตราย. อาจมีผลร้าย ได้มากจนถึง ทำให้ผู้ป่วย ถึงแก่กรรมได้.

(๕) ให้ยาพวกอะมิโนพิลลัน (๐.๒๔ - ๐.๔๘ กรัม) ป่นกับน้ำตาลหรือน้ำกลั่น ฉีดเข้าหลอดเลือดซ้ำ ๆ, ทุก ๔-๖ ชม.

(๖) ถ้าเสมหะเหนียวมากควรให้ยาพวกขับเสมหะ, เช่น โยแคสเซียมไฮโอโคดีกีน, หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (Entodon).

(๗) ต้องให้ผู้ป่วยได้น้ำพอ, เช่น ฉีดกลูโคส ๕ ปช. เข้าหลอดเลือด หรือให้ดื่มน้ำมาก ๆ.

(๘) ควรให้ยาพวกแอนติไบโอติกด้วย (ซึ่งจะเลือกใช้ให้ได้ดี, โดยถือผลการย้อมสีแกรมของเสมหะเป็นหลัก).

(๙) ถ้าวิธีดังกล่าวมาแล้วไม่ได้ผล

กั, โดยเฉพาะในรายที่รุนแรง, เราพบว่า
ในคนไข้ของเราเคยใช้ยาพวก คอร์โมน
รักษาได้ผลดี, โดยขนาดคงกล่าวต่อไปนี้:

ก. คอร์ติโซน กินหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
(๔,๖) ขนาดในผู้ใหญ่: วันแรก ๒๐๐-
๓๐๐ มิลลิกรัม (แบ่งให้ทุก ๖ ชม.) วันที่
สอง ๑๐๐-๒๐๐ มิลลิกรัม วันที่สาม
๑๐๐ มิลลิกรัม. ให้ต่อไปจนอาการดีขึ้น.
แล้วค่อยลดขนาดทีหลัง ๗-๑๕ วัน.

บางคนนิยมใช้คอร์ติโซน โดยวิธีพ่น
ฝอย (แอโรโซล).

ข. เอ.ซี.ที.เอส. อาจใช้ ๒๐-๔๐ มิลลิ
กรัม, หยดเข้าหลอดเลือดซ้ำๆ (ใน
เวลา ๘ ชม.) วันละครึ่ง (อาจผสมอะมิ
โนพิยัลลินด้วย) เอ.ซี.ที.เอส. อาจใช้ฉีด
เข้ากล้ามเนื้อ, ครั้งแรก ๔๐ มิลลิกรัม
ต่อไป ๒๐ มิลลิกรัมทุก ๖ ชม. อีก ๒ วัน,
แล้วลดลงไปถึงวันละ ๔๐ มิลลิกรัมต่อวัน
ในวันที่ ๕ แล้วหยุด.

(๑๐) ถ้ามีเสมหะไปอุดหลอดลม,
อาจช่วยได้โดยการดูดโดยอาศัย บรีง
โฆสโคป. บางครั้งอาจเห็นทางช่วยชีวิต
คนไข้ได้.

(๓) ภาวะการมีอากาศในช่องเยื่อ หุ้มปอดชนิดเกิดเอง

ในที่นี้หมายความว่าถึงพวกที่มีอากาศ
ออกมาในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นปริมาณ
ค่อนข้างมากและในเวลารวดเร็ว. คนไข้
จะมีอาการไอ, แน่น, เจ็บหน้าอก, หอบ
อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน, หายใจไม่
ออก. หน้าเขียว, ฯลฯ.

สาเหตุของอาการนี้ที่เราพบใน ร.พ.
ศิริราช โดยมากเกิดจากการฉีกขาดของ
เยื่อหุ้มปอด, เนื่องจากวัย:

(๑) มีพยาธิสภาพของถุงน้ำหรือถุง
ลมที่โป่งโต (subpleural cyst or
emphysematous bulla) ชย์ชิดกับเยื่อ
หุ้มปอด, ซึ่งก็เหมือนกันที่มีรายงานไว้ใน
ต่างประเทศ (๘).

(๒) มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อยู่
ชิดกับเยื่อหุ้มปอด (subpleural tuber-
culous focus).

ผู้ป่วยที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดเหล่านี้
บางคนมีอาการรุนแรงกว่ารายธรรมดา.
ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่
อาจเสียชีวิตได้, เช่นในรายที่เกิดความ
ดันสูง. รายที่มีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด
ทั้งสองข้าง, รายที่มีเลือดและมีอากาศ

เกิดขึ้นร่วมกันในช่องเยื่อหุ้มปอด, หรือ รายที่ เกิด อากาศใน ช่อง เยื่อหุ้ม ปอดไม่ มาก แต่ มีโรคปอด หรือโรคหัวใจ อยู่เก่า แล้วเป็นต้น. รายเช่นนี้ควรได้รับการรักษา ใน ร.พ. ทันที.

การวินิจฉัยโรค

ภาวะการ มีอากาศในช่อง เยื่อหุ้มปอด อาจวินิจฉัยได้ง่ายจากประวัติและการตรวจ ร่างกาย.

การบำบัด

รายที่มีอาการ รุนแรงควร พยายามส่ง เข้ารักษาใน ร.พ.

(๑) ถ้าเราพบคนไข้คนที่มีอาการรุนแรงและเราไม่มี เครื่องมือและ ไม่อาจส่ง เข้า ร.พ. ได้ทันเวลา, เราอาจช่วยได้ โดยแทงเข็มฉีดยาขนาดใหญ่เข้าไปในช่อง เยื่อหุ้มปอดข้างนั้น ทิ้งคาเอาไว้แล้วส่งเข้า ร.พ.

(๒) เมื่อคนไข้เข้ามาใน ร.พ. เรา อาจวัดความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดได้โดยใช้เครื่องวัดอ็อกซ์มิเตอร์ และจะบอกได้ว่าภาวะมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดรายนั้น อยู่ในพวกใด, เช่น:

(ก) ปีนิวโมโอเร็กส์ซินิกซ์. เมื่อ เราตดอากาศออกโดยใช้เครื่องวัดอ็อกซ์มิเตอร์ ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นศูนย์หรือ เกือบลบแล้วทิ้งไว้ ๑๐-๑๕ นาที, ความดันก็คงเหมือนเดิม.

(ข) ปีนิวโมโอเร็กส์ซินิกซ์เปิด. ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดทั่วทุกที่ โดยใช้เครื่องวัดอ็อกซ์มิเตอร์เท่ากับความดันของบรรยากาศ. รายเช่นนี้ส่วนมากจะ ต้องรักษาทางศัลยกรรม, เนื่องจากมักมีโรคติดต่อระหว่างช่อง เยื่อหุ้มปอดกับหลอดเลือด (pleuro-bronchial fistula).

(ค) ปีนิวโมโอเร็กส์ซินิกซ์ตัน (valvular หรือ tension pneumothorax) เมื่อเราตดลมออกโดยใช้เครื่องวัดอ็อกซ์มิเตอร์อย่างข้อ (ก) ทิ้งไว้ ๑๐-๑๕ นาที จะพบว่าความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดจะคงมีขวงมากอย่างเดิมอีก.

(๓) การระบายอากาศออกใต้น้ำ (subaqueous drainage).^(๑๐) ในรายที่ไม่รุนแรงมากหรือรายที่เป็นชนิด "บีค", เราให้พัก ๕-๗ วันแล้วยังไม่ดีขึ้น, หรือ รายที่ปอดแฟบมากกว่า ๕๐ ٪., เราอาจให้การรักษาโดยการระบายอากาศออกใต้น้ำ, โดยการใส่หลอดยางหรือเข็มขนาด

ใหญ่ใส่ทางระหว่างช่องซี่โครง, เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างนั้น และใส่ปลายอีกข้างหนึ่งลงในขวค, ให้ปลายสายยางอยู่ที่ระดับน้ำไม่เกิน ๑-๑.๕ ซม. ถ้ามีความดันในถุงเยื่อหุ้มปอดเกิน ๑-๑.๕ ซม. อากาศก็จะออกมาในขวค.

(๔) การดูดอากาศออกตลอดเวลา (continuous intrapleural suction). มีสองวิธี:

(ก) การใช้เครื่องอัดปอดธรรมดาตลอดเวลา.

(ข) การใช้เครื่องที่ทำขึ้น โดยเฉพาะ.^(๑๑) ข้อบ่งชี้ของวิธีนี้ คือ.

(๑) ปневโมโอแรกส์ชนิดเปียก, ที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเกิดด้วย (เพื่อกันมิให้มีหนองเกิดในช่องเยื่อหุ้มปอด, ซึ่งเป็นพยาธิสภาพแทรกซ้อนที่มักเกิดร่วมได้บ่อย ๆ.

(๒) ปnevโมโอแรกส์ชนิดมีลิ้น.

(๓) ในรายที่ปอดข้างตรงข้ามมีพยาธิสภาพด้วย.

(๔) ในรายที่คนไข้มีพยาธิสภาพที่หัวใจด้วย.

ที่ ร.พ. ศิริราชโดยมากใช้วิธี (๓) กับ (๔) ในรายเช่นนั้น, ซึ่งเราพบว่า เป็นวิธี

ที่ได้ผลดี, เมื่อเห็นว่าความดันเป็นบวกมาก (กดลมที่ออกมาในการระบายอากาศออกใต้น้ำ) เราก็ใช้เครื่องอัดปอดธรรมดาที่ต่อสายยางเข้าไว้ร่วมกันกดออกชั่วระยะหนึ่ง (อาจใช้เข็มโค้งเพื่อให้มีอันตรายต่อเนื้อปอดน้อยที่สุด).

(๕) ในผู้ป่วยเช่นนี้เราต้องให้การรักษาอย่างอื่น. เช่น ออกซิเจน, มอร์ฟีนขนาดน้อย, และแอนติไบโอติก (เพื่อรักษาโรคแทรกซ้อนด้วย).

(๖) ในบางราย, เช่นเราทำการดูดอากาศตลอดเวลาไว้แล้วเกิน ๗ วัน, แต่ปอดยังไม่ยุบ, หรือรายที่เป็นซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง, เราอาจพิจารณารักษาทางศัลยกรรม, เช่น ผ่าผนังอก (open thoracotomy) และเย็บบริเวณที่มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มปอด, หรือตัดเฮซีสต์ หรือถุงอากาศที่โป่งพองออก.

ในรายที่เป็นเรื้อรังอาจให้การรักษาด้วย decortication หรือ ธอราโคเปคลีตตี. ^(๑๒)

(๗) ในรายที่เกิดซ้ำ ๆ บ่อย ๆ นอกจากการทำผ่าตัดแล้วอาจรักษาโดยวิธีทำให้เกิดเยื่อหุ้มปอดเทียมไว้ที่สเพื่อให้เกิดพังผืดบริเวณเยื่อหุ้มปอด, กันมิให้ปอดแพย

อีก, เช่นใส่ซิลเวอร์ในเครท หรือน้ำละลายกลูโคส ๕๐ ปช. หรือ ผงทาลคัมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด.

อภิปราย

ก. เกี่ยวกับวิธีการไอเป็นเลือด.

(๑) ยาห้ามเลือดบางชนิด, เช่นเคลลาเกิน, วิตามิน เค, จะมีประโยชน์ในการรักษาในอาการไอเป็นเลือดหรือไม่? (น.พ. เกริก ผลนิวัต).

ตอบ: ๑. เราไม่พบยาชนิดใดให้ผลที่แท้จริงในการใช้รักษาอาการไอเป็นเลือด, นอกจากอาการนั้นเกิดในโรคที่มีส่วนของเลือดผิดปกติ, เช่นโปรธอมบินต่ำเป็นต้น.

๒. ยาจำพวกนี้บาง อย่างอาจให้ผลร้ายได้, โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดเข้าหลอดโลหิตดำ, ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพ้, ไข้ขึ้น, ทनावสัน, ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง.

๓. ยาทั้งกล่าวมาแล้วอาจ ใช้เพื่อหวังผลทางจิตใจได้.

(๒) การ อักอากาศเข้าช่องท้องเพื่อรักษาอาการไอ เป็น เลือดนั้น ควร จะ เริ่มทำเมื่อใด? (น.พ. วนิทว เกิกหนนวงศ์).

ตอบ: เราใช้การอักอากาศเข้าช่องท้องในรายที่ผู้ป่วยไอเป็นเลือดบ่อย ๆ และค่อนข้างมาก. เท่าที่เราปฏิบัติ, ครั้งแรกใส่อากาศเข้าไป ๕๐๐-๖๐๐ ล. ซม. อาจจะซ้ำไปอีกครั้งหนึ่ง ๖๐๐-๘๐๐ ล. ซม. ใน ๘-๑๖ ชม. ต่อไป. การที่จะซ้ำอีกหรือไม่ก็ได้แล้วแต่อาการและความรู้สึกของคนไข้.

(๓) ในการอักอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อรักษาอาการไอเป็นเลือดในวัณโรคปอดอาจทำให้เกิดผลร้ายอย่างไร? (น.พ. ร.ท. จำนงค์ บุญมาก).

ตอบ: คนไข้ที่เป็นวัณโรคปอดนั้นบางครั้งเราเห็นว่ามีลักษณะพิการในปอดข้างหนึ่งมากหรือมีโพรงด้วย. แต่เมื่อมีอาการไอเป็นเลือด, เลือดอาจจะออกมาจากปอดข้างตรงกันข้าม, โดยมีลักษณะพิการเล็ก ๆ ที่เห็นไม่ชัด. เราเคยพบว่าถ้าอักอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดในตำแหน่งลักษณะพิการชัด, กลับทำให้เลือดออกมากขึ้น. ทั้งนี้เพราะว่าเลือดออกมาจากปอดข้างตรงข้าม, และมีเลือดมาอยู่มากขึ้น. ดังนั้นจะเห็นว่าการอักอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดอาจมีผลร้ายได้.

(๔) เวลาที่ คนไข้มีอาการ ไอเป็น

เลือด ควรให้นอนในท่าใด, และถ้าจะวางกระเป๋าน้ำแข็งบนหน้าอก ควรวางที่ส่วนไหน? (น.พ. จิรศักดิ์ บุญมงคล).

ตอบ: ให้นอนในท่าที่สบายที่สุด. บางคนนอนตะแคงข้างหนึ่งอาจทำให้มีเลือดออกมาก, ต้องตะแคงในค้ำตรงข้าม. ถ้ารู้สึกว่ามีเลือดออกต้องให้คนไข้อยู่ตัวและไอเอาเลือดออก, อย่าให้ค้างอยู่ในหลอดลม.

สำหรับกระเป๋าน้ำแข็งนั้น, ใช้วางบนหน้าอก ค้ำที่เข้าใจว่าจะมีเลือดออกมา. ถ้าไม่ทราบก็วางสลับกันทั้งสองข้าง. การวางกระเป๋าน้ำแข็งบนหน้าอก จะมีผลช่วยให้เลือดหยุดได้หรือไม่, ไม่มีใครพิสูจน์ได้. แต่อย่างน้อยก็ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและนอนนิ่ง ๆ, เป็นการช่วยทางอ้อม.

(๕) ในคนไข้ที่มีอาการไอเป็นเลือด ถ้ามีเลือดออกมาก, ควรให้เลือดหรือไม่? (น.พ. เฉียร อชยานัง).

ตอบ: ถ้ามีเลือดออกมาก และผู้ป่วยซีด, ซ้ำพรเร็ว, และความดันเลือดต่ำมาก, ก็อาจพิจารณาให้เลือดช้า ๆ ได้. แต่ถ้ารอได้ก็ควรรอให้เลือดหยุดสัก ๒-๓ วันก่อน.

ข. เกี่ยวกับภาวะที่คชนิครุนแรง.

(๑) ได้เคยรักษาอาการหอบหืดอย่างทกล้วนนี้โดยการฉีดยา เอ.ซี.ที.เอส. ครั้งละ ๑๐ มิลลิกรัมเข้าใต้ผิวหนัง วันละ ๔ ครั้ง, รวมครบ ๑๐๐ มิลลิกรัม. ผู้ป่วยมีอาการทุเลามาก. อีกเดือนหนึ่งต่อมาได้ฉีดยาอีกครั้งละ ๕๐ มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ พบว่าหลังจากฉีดยาครั้งเดียวผู้ป่วยมีอาการแพ้, หน้าแดง, แน่นหน้าอกคล้ายจะเป็นลม, แต่หายไปเองใน ๑ ชม. ต่อมา โดยมิได้รับการรักษาเฉพาะอย่างใด. อยากทราบว่า ในกรณีเช่นนี้ จะมีปฏิกิริยาอะนาฟัยแล็กซิสหรือไม่? (น.พ. โกวิทย์ อัครวณต์).

ตอบ: อะนาฟัยแล็กซิส ซ็อค ในรายที่ฉีดยา เอ.ซี.ที.เอส. อาจเกิดได้เพราะว่า เอ.ซี.ที.เอส. เป็นยาประกอบด้วยโปรตีนเหมือนกัน. เคยมีผู้พบว่าคนไข้มีอาการดังที่ถามมาได้.

(๒) อยากทราบว่า เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างใดจึงทำให้การรักษาอาการหอบหืดหายขาดได้? (น.พ. กมล เพ็งศรีทอง).

ตอบ: เท่าที่ทราบในปัจจุบัน ยังไม่มีใครอธิบายฤทธิ์ที่แท้จริงของ คอร์ติโคสเตียรอยด์

ไว้.

(๓) การใช้ เอ. ซี. ที. เอส. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและฉีดเข้าหลอดเลือดดำนั้นจะได้ผลแตกต่างกันอย่างไร? (น.พ. พิชิต เหล่าสุนทร).

ตอบ: การใช้ เอ. ซี. ที. เอส. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำก็เพราะต้องการให้ได้ผลเร็วที่สุดในรายที่เป็นหนัก ๆ ซึ่งถ้าให้วิธีอื่นอาจไม่ทันช่วยชีวิตคนไข้ไว้ได้. การใช้ เอ. ซี. ที. เอส. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยวิธีหยดเข้าที่ละน้อย ๆ เรามักใช้โดยปนกับน้ำเกลือหรือน้ำละลายกลโคส.

ผู้เบียดอกิปรายเรื่องนี้ขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์ สด แสงวิเชียร, น.พ. สุนทร ตันทนันทน์, น.พ. รจิต บรู, และท่านนายแพทย์อื่น ๆ ที่ได้รวมอกิปรายครั้งนี้ด้วย.

เอกสาร

1. C.R. Souder, and A.T. Smith, The

New England J. Med. 20:247, 1952.

2. O. Auerbach, Am. Rev. of Tbc. 39:115, 1939.

3. F.C. Ferguson, R.E. Kobelak, and J.E. Deitrich, Am. Heart. J. 28: 445-456, 1944.

4. M. Hemming, C.J. Stewart, Lancet 2:174, 1945.

5. E. Schwartz. J.A.M.A. 147:1734-1737, 1951.

6. W. Franklin, et al., J. Allergy. 23:27-31, 1952.

7. M.L. Gelfand, The New England J. Med. 245:293-294, 1951.

8. M.S. Segal, and J.A. Herschfus Dis. of the chest. 20:575-587, 1951.

9. M.R. Jones, H.A. Lyons, Am. J. Med. Science. 226:13-20, 1954.

10. J.N. Briggs, R.W. Walters, and F.X. Byron. Dis. of the chest 24: 564-570, 1953.

11. F.L. Erentzer, et al. Dis. of the chest 21:page, 1952.

12. E. Bernard, and A., Meyer, Dis. of the chest 19:641-651, 1951.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

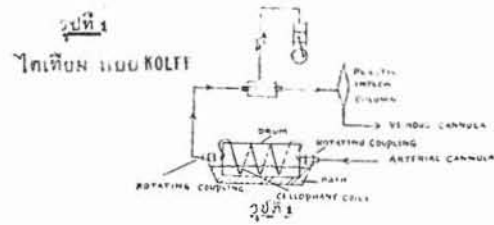
- ๑. ทวงหนี้
- ๒. ย้ายสถานที่
- ๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีราช

บทบรรณาธิการ

ไตเทียม

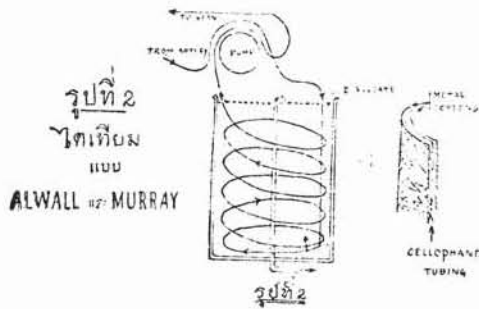
เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า เวลาผู้ป่วยเป็นโรคโพลีไอดีถึงกับกระบังลมเป็นอัมพาตไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถจะหายใจเข้าออกได้เหมือนอย่างคนปกตินั้น, ยังไม่สิ้นหวังเสียทีเดียว. โดยมีผู้คิดทำ "ปอดเหล็ก" ช่วยให้การหายใจดำเนินต่อไปได้. ก็ที่ขานเราเคยมีเรื่องเกรี้ยวกราวเกี่ยวกับมีปอดเหล็กไม่พอกับจำนวนคนไข้เมื่อ ๑-๒ ปีที่ผ่านมา. นั้นหมายความว่ามนุษย์สามารถ ประคองชีวิตไว้ชั่วคราวได้แทนของจริงบางอย่างได้. นอกจากปอดเหล็กแล้ว, บัดนี้มีผู้คิดทำไตเทียมขึ้นแทนไตจริง ๆ ใต้อีกอย่างหนึ่ง. คนแรกที่คิดประดิษฐ์ไตเทียมขึ้นใช้คือ W.F. Kolff เมื่อปี ๑๙๔๗. ต่อมา N. Alwall ชาวสวีเดนและ G. Murray ชาวแคนาดาทำงานต่างประคองชีวิตใต้อีกแบบหนึ่งซึ่งแตกต่างกับของ Kolff, ต่อมายังมีผู้อื่นประดิษฐ์ขึ้นใต้อีกเรื่อย ๆ. แบบของ Kolff ใช้เซลโลเฟน ทำเป็น ท่อยาว ๆ ไม่มีโครง. พันให้เป็นรูปเกลียวสว่าน (spiral)



รอบ ๆ drum ดังในรูปที่ ๑. drum นั้นแช่ไว้ในน้ำแช่ (bath fluid). เลือดแดงซึ่งเจาะจากเส้นเลือดแดงไหลเข้าในท่อเซลโลเฟนได้ โดยอาศัยแรงดันของเลือดเอง. เมื่อไหลไปถึงแกนของ drum หมดแรงไหลต่อไปไม่ไหว, แต่อาศัยแรงหมุนของ drum เพราะขณะทำงาน drum หมุนรอบตัวเองตลอดเวลา, เลือดก็สามารถไหลต่อไปได้ เมื่อไหลผ่านไปตามน้ำยาที่แช่อยู่, สารบางอย่างก็ซึมผ่าน (dialyse) ไปสู่น้ำยาได้. แล้วเลือดไหลต่อไปโดยอาศัยแรงของสับ, ซึ่งความจริงเป็นเพียงถุงพลาสติกมีลมทางเดียวง่าย ๆ. เลือดก็สามารถไหลกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำได้. วนเวียนติดต่อกันเช่นนั้นเรื่อยไป.

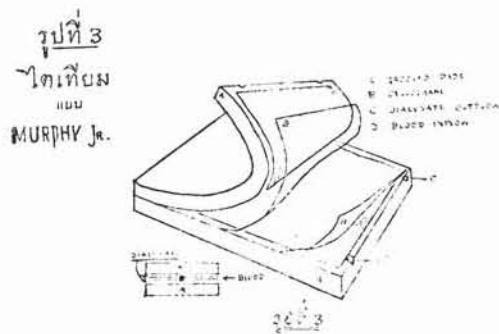
ส่วนแบบของ Alwall และ Murray นั้นใช้เซลโลเฟนทำเป็นท่อและพันเป็น

เกลียวส่วนารอยแผ่นโลหะสกรีน และมีแผ่นสกรีนอีกแผ่นหนึ่งซึ่งวางนอกตั้งรูปที่ ๒. คงแช่ไว้ในน้ำแช่เช่นกัน. เลือดไหล



ไปได้ด้วยแรงดันจากเครื่องสูบ และน้ำยาแช่นั้นก็ให้ไหลสวนทางกับเลือด. อาจเจาะเลือดแดงไปสู่เลือดดำ หรือจากเลือดดำไปสู่เลือดดำก็ได้. ใช้ความดันประมาณ ๒๐๐ มม.ปรอท ก็สามารถทำให้เกิดการฟیلเตรชันได้.

ต่อมาผู้คิดค้นอีกหลายแบบ. แตกต่างกันเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น. แบบใหม่ของ W.P. Murphy, Jr. ดังรูปที่ ๓. ประกอบขึ้นด้วยแผ่นเซลโลเฟนประกบกัน



สองแผ่น, และสอดท่อน้ำไว้ระหว่าง pads ซึ่งเจาะเป็นร่องรองรับพอดี้, เมื่อปิด pads ให้สนิทก็ไม่กกเซลโลเฟน ให้น้ำยาแช่ไหลผ่านไปบนคานาคัดกันหนึ่งของแผ่นเซลโลเฟนก็ได้. ส่วนเลือดให้ไหลไปตามช่องระหว่างแผ่นเซลโลเฟนและให้สวนทางกับน้ำยาแช่.

ทั้ง ๓ แบบที่กล่าวมาแล้วกำลังทดลองใช้กันอยู่. จะเห็นได้ว่าทุก ๆ แบบมีหลักการคล้ายคลึงกัน คือใช้เซลโลเฟนเป็น semi-permeable membrane สำหรับให้สารบางอย่างซึมผ่าน หรือฟิเตรทออกไปสู่น้ำยาแช่. เซลโลเฟนที่ใช้นี้ก็เป็นเซลโลเฟนที่ใช้ห่อของ, มีขายในตลาดทั่ว ๆ ไปนั่นเอง. เอมามาเคลือบด้วยกลีเซอรอลเพื่อยึดกันไม่ให้ชื้น และให้ทรงรูปอยู่ได้. เวลาจะนำมาใช้ในคนหรือสัตว์ทดลอง, จำเป็นต้องล้างและแช่น้ำจนกระทั่งกลีเซอรอลหลุดหมด แล้วต้มให้เดือดเพื่อฆ่าเชื้อโรค, แล้วจึงนำไปใช้ได้. รูในแผ่นเซลโลเฟนนี้มีรัศมีประมาณ ๓๐ Ångstrom Units. แอลบูมินผ่านไปได้. นอกจากนั้นตามแบบของ Kolff คิดแล้วไตเนอทสำหรับไตละลายซีลัสประมาณ ๒๒,๐๐๐ ตาราง ซม. ซึ่ง

นับว่าเป็นเครื่องที่ใหญ่ที่สุด. ส่วนเส้นเลือดฝอยในโกลเมอรูลัสของคนมีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ ๗,๖๐๐-๑๕,๐๐๐ ตาราง ซม.

สำหรับน้ำแช่ นั้นต้องให้มีอุณหภูมิคงที่ตลอดเวลาโดยใช้เทอร์โมสแตตที่วัดไว้ที่ก้นถัง. นอกจากนั้นต้องใส่ฟิเพอร์ไว้ด้วย, โดยมากใช้คาร์บอนไดออกไซด์, ไบคาร์บอเนตเป็นสิ่งสำคัญ. ใช้ไบคาร์บอเนต ๒๖ มิลลิโมลต่อ ๑ ลิตร. และคาร์บอนไดออกไซด์ ๑๐ ปร. ผสมกับออกซิเจน ๕๐ ปร. ปลอ่ยไว้บนผิวพื้นน้ำแช่เป็นบรรยากาศแทนอากาศธรรมดา. ปกติ น้ำแช่จะมี pH ราว ๘.๔ ต่อเมื่อโค่นกับคาร์บอนไดออกไซด์แล้วจะลดเหลือ ๗.๔.

ในการสร้างไตเทียมที่จะให้ไตผลดีจริง ๆ นั้น มีข้อที่พึงระมัดระวังสองประการ คือ หนึ่งต้องสร้างไม่ให้เลือดไหลแบบ laminar คือเร็วเฉพาะส่วนกลาง, และไหลช้าตามขอบ ๆ ที่สัมผัสกับเซลล์โกลเม. ถ้าเป็นเช่นนั้นจะทำให้เลือดแข็งตัวได้ และการซึมผ่านเยื่อกันก็จะน้อยลง. ประการที่สองคือต้องให้เครื่องมีออสซิลเลชัน (agitation) อยู่เรื่อย ๆ. เลือดจะได้กระเพื่อม และทุก ๆ ส่วนของเลือดก็สัมผัสกับเยื่อกัน, สารบางอย่างก็มีโอกาส

ซึมผ่านออกไปได้เต็มที่. จะให้ดียิ่งขึ้น, น้ำแช่ก็ควรสั้นกระเพื่อม หรือคอยเปลี่ยนใหม่บ่อย ๆ, มิฉะนั้นมันจะอิมตัวเร็ว. เมื่อมันอิมตัวแล้ว, อานาการซึมผ่านของสารก็จะลดลง, วิธีที่แก้ง่าย ๆ ก็คือให้น้ำแช่ไหลสวนทางกับกระแสเลือด. ส่วนแบบของ Kolff นับว่าดีที่สุดในสองประการ เพราะอาศัยการหมุนของ drum นั้นเอง และเลือดในท่อเซลล์โกลเมก็ไหลไปไม่ใช่แบบ laminar.

ตามแบบของ Kolff ยังพบว่าให้ drum หมุนแช่อยู่ในน้ำแช่เพียง ๕๐ ปร. ก็พอ เพราะแค่นี้ก็สามารถเอาเยื่อออกได้ถึง ๕๐ ปร. และ drum ควรจะหมุนเร็วเข้าเพียงใดจึงจะเหมาะสมนั้น, ทดลองกันแล้ว, เห็นว่าหมุน ๒๖ รอบต่ออนาทีกก็พอ.

ประโยชน์ของไตเทียม. ไตเทียมจะใช้ได้ประโยชน์จริงจึงแค่ไหนนั้นยังไม่มีผู้รับรองแน่นอน, เพราะจำนวนคนไข้ที่ได้ผ่านการทดลองยังมีน้อยอยู่. เช่นตามรายงานของ Fishman (๑๙๕๕). ได้ใช้แบบ Kolff ทดลองคนไข้ระยะ ๖ ราย. ๔ รายรักษาทางยาอย่างที่เคย, ผลปรากฏว่าตายหมดทั้ง ๔ ราย ส่วนอีก ๒ ราย รักษาด้วยไตเทียมปรากฏว่าอาการ

คิซึ เป็นลำคืบและรอกค้าย. Fishman ก็ยังไม่กล้ายืนยันว่า ไตเทียมช่วยให้รอกค้าย หรือว่าคนไข้อาจคิซึเอง. อย่างไรก็ตามก็คิต่อมาเท่าที่ไตทดลองกันมากขึ้น ๆ ก็พอจะกล้าพูดได้แล้วว่า ไตเทียมพอจะใช้ช่วยชีวิตคนไข้ได้ไม่น้อย. คนไข้ที่ของใช้ไตเทียมช่วย โดยมาก เป็นโรคไตที่มีในโตรเงินคั่งในเลือด. ดังตัวอย่างคนไข้ อายุ ๕๓ ปี เป็นโปลีซิสติกคิคิมา ๑๐ ปี. ในโตรเงินคั่งในเลือดมากขึ้น ๆ จนถึงหมดสติและชัก. ใ้รับการรักษาด้วยไตเทียมภายใน ๖ ชม. ยูเรียในโตรเงินในเลือดลดจาก ๒๒๓ ลงมาเหลือ ๔๓ มก. ปช. (ปกติมี ๑๐-๑๕ มก. ปช.) CO₂ content เพิ่มขึ้นจาก ๗.๒ เป็น ๑๗.๑ m Eq. คอสิตร (ปกติมี ๒๒-๓๑). ครวญยูเรียในโตรเงินที่ออกมาในน้ำเส้ได้ถึง ๕๑ กรัม. คนไข้ก็พ้นรอกค้าย, อาการคลื่นไส้, อาเจียนก็ทุเลาขึ้น. คนไข้สามารถนั่งและคุยกับญาติได้.

ในรายที่เข้แอนเรีย (anuria) ใ้มีผู้ทดลองด้วยเครื่องแบบ Alwall, ก็พอทำได้ โดยการเพิ่มความดันพิลเตรชั่นหรือความดัน ฮัยโตรสเตติกภายในท่อเซลล์เฟ่น, เพื่อที่จะใ้คิคิน้ำออกไปจากเยื่อ

ใ้มากขึ้น ปัญหาว่าจะนำไปใ้รักษาอาการขวมจากเหตุอื่นใ้หรือไม่, เช่น จากโรคหัวใจหรือโรคคืบแข็ง ในเมื่อสมรรถภาพของใ้คิยังคิอยู่. จากการทดลองพบว่าใ้ใ้ผล.

เนื่องจากไตเทียมทำหน้าที่คล้ายโกลเมอรูลเท่านั้น, มันไม่มีทบูลเหมือนใ้จริง ๆ, ฉะนั้นใ้ใ้ประโยชน์ใ้ในคนไข้ที่มีโบรไมด์เป็นพิษ (bromide intoxication). โบรไมด์คล้ายผลอไรด์ คิมันอยู่นอกเซลล์ (extracellular), ตามปกติเมื่อโกลเมอรูลของ ออก มาแล้ว, รัลทบูลจะคิกลับใ้ไปในกระแสโลหิตใหม่เป็นส่วนใหญ่, เพราะจึคิเป็นสารจำเป็นของร่างกาย. เพราะฉะนั้นจึคิถูกขับถ่ายออกมาในปัสสาวะเพียงส่วนน้อย. การเป็นพิษจึคิคงอยู่นาน. เมื่อใ้ไตเทียมรักษาพวกนี้จึคิใ้ผลดี. ดังตัวอย่างคนไข้หนึ่งรายมีอาการหมดสติใ้ใ้มา ๑๔ วัน. พอเริ่มใ้ไตเทียมรักษา, รุ่งชนกัพ้นพุงจาใ้, แต่โบรไมด์ในเลือดในวันแรก ๆ ลดคิเล็กน้อย, พอใ้วันที่ ๑๔ กบัลดชวลงทันที, ส่วนพวกที่รักษาด้วยวิธีธรรมดา ๓ อาทิตย์แล้วก็ยังคงมีโบรไมด์คิอยู่อีกถึงราว ๓๐ ปช. นับว่าใ้ใ้ประ

โยชน์คามาก.

เท่าที่ไ้รวบรวมย่อ ๆ มาให้อ่านเพื่อพิจารณาถึงว่าถึงเวลาแล้ว หรือยังที่โรงพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์ของเราควรระจัดหามาทดลองบ้าง เพื่อจะได้เป็นการช่วยชีวิตคนไข้ประเภทนี้, เพราะยอม

ทราบกันดีแล้วว่าโรคไตเป็นโรคที่ยังไม่มีหนทางจะเยียวยาให้หายได้. ประเหมาะเผื่อจะมีผู้สนใจ คิดประดิษฐ์ขึ้นใช้บ้าง ก็จะเป็นที่น่ายินดียิ่งนัก.

(รวบรวมจาก Transactions of the Third conference, 1951)

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สังข้อมุควิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ขอในฉบับนี้: สด แสงวิเชียร พ.ด., ดีดี จิ่งเจริญ พ.ด., Ph.D., ดิเรก พงศ์พัฒน์ พ.บ.
จรัญ ไชยโรจน์ พ.บ., วิจิตร ไชยพร พ.บ., จิตร วารินทร์ พ.บ., ประภัสสร อุลละวณิช พ.บ.
นิตยา สุนทรพานิช พ.บ., ม.ร.ว. จันทร์นิวัตร เกษมสันต์ พ.บ.

๑. W.C. Woodard and C.M. Pomerat: การเจริญของหลอดเลือดจากไขกระดูกซึ่งโคจรด้วยวิธีเพาะพิษซุ. Anat. Rec. 117:663-683, 1953.

ผู้ค้นคว้าทั้งสองได้อธิบายถึงวิธีทำให้เกิดมีหลอดเลือดขึ้นจากไขกระดูกที่ได้มาจากกระดูกซี่โครงของผู้ที่ได้ถูกผ่าตัดแล้วเอาไปทำให้เจริญโดยวิธีเพาะพิษซุ, แล้วศึกษาหลอดเลือดที่เกิดโดยวิธีข้อมสั, ควบคุมด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ phase และถ่ายเป็นภาพยนตร์. พบว่ามีหลอดเลือดฝอยปรากฏขึ้นในวันที่ ๖, แล้วเจริญย่นยาวถึง ๒ มม. ภายใน ๑ สัปดาห์, มีความกว้าง ๗ ถึง ๑๐๐ ไมครอน, ภายในมีเม็ดเลือด, ซึ่งเคลื่อนไหวโดยการไหลของน้ำที่ทําเป็นน้ำเซอหล่อเลี้ยง, และโดยการเคลื่อนไหวของตัวเม็ดเลือดขาวเอง. การเกิดของหลอดเลือดได้ผลตรงกับการศึกษาของเลวิสทำในการเพาะพิษซุ, และของคลาร์คที่ทําในหูกกระต่าย. ในวันที่

ที่ ๑๐ และที่ ๑๒ หลอดเลือดจะแสดงการเลื่อมพร้อมทั้งมีการละลายของวัตถุที่หล่อเลี้ยง.

สด แสงวิเชียร, พ.ด.

๒. J.A.V. Bakes: การกระตุ้นผิวใกล้กลางของสมองใหญ่ภายหลังการตัดสมองใหญ่ครึ่งซีก. Brain 76:405-447, 1953.

ในระหว่างตัดสมองใหญ่ครึ่งซีกในผู้ที่เป็น Infantile hemiplegia ๑๐ ราย, ได้เข้ดักัน ใกล้กลาง ของสมอง ใหญ่อีกครึ่งหนึ่ง ที่ยังค้อยู่และ กระตุ้นด้วย ไฟฟ้า, พบว่าทำให้ขาและแขนของซีกนั้น, ซึ่งเดิมเป็นอัมพาตกลับเคลื่อนไหวได้. ในบางรายขาและแขนของอีกซีกหนึ่งจะเกิดการเคลื่อนไหวตามมาด้วย. การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นนั้นค่อนข้างซับซ้อน, อาจกระตุ้นให้เกิดซ้ำอีกได้, แต่ไม่เหมือนการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการกระตุ้นด้านข้าง

ของสมองใหญ่นั้น.

ดีถึ จิงเจริญ พ.ด., Ph. D.

๓. J. Winberg, C.G. Bergstrand, B. Engfeldt and R. Zetterstrom: โรคกระดูกอ่อนทนต่อการรักษาด้วยวิตามินดีในครั้งแรก. Acta Ped. 43: 347-361, 1954.

ผู้รายงานได้รายงานเด็กที่เป็นโรคแขนง ๒ ราย. เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ ๑๕ เดือนและ ๒๐ เดือน. ทั้ง ๒ รายมีอาการและการตรวจพบเหมือนรายที่เรียกกันก่อน ๆ ว่าเป็นโรคกระดูกอ่อนที่ทนวิตามินดี, หรือฟอสฟาติกไตอะบิลิส. การตรวจทางห้องทดลองได้คัดแยกของ ฟอสฟาติกไตอะบิลิส ในการทดสอบกลับจากลำไส้หรืออาการแสดงของการทำลายตับหรือโกลเมอรูลัส หรือทิวบูลของไตเสื่อมสภาพออก. ทั้ง ๒ รายได้รับการรักษาด้วยวิตามินดีมาก่อน. รายแรก ๒๐ ล้านหน่วยสากลในระยะ ๒ ปี, รายหลัง ๓ ล้านหน่วยสากลในระยะ ๖ เดือน; แต่ไม่ได้ผล. หลังรับไว้ได้ให้วิตามินดีขนาดหนัก. รายแรกให้ ๒๒ ล้านหน่วยสากลในระยะ ๒ เดือน, และต่อไปวันละ

๑๕,๐๐๐ หน่วยสากลอีก ๓ เดือน. รายที่สอง ๔๕๕ ล้านหน่วยสากลในระยะ ๘ เดือน. ทั้งสองรายหายเป็นปกติทั้งอาการและโดยการตรวจพบทางเอ็กซเรย์ โดยการรักษาแขนงจะทำให้มีการคั่งของฟอสเฟสและแคลเซียมเพิ่มขึ้นมาก. การทำงานของแอลคาไลน์ฟอสฟาเทสในซีรัมน้อยลง.

ดีเรก พงศ์พิพัฒน์, พ.ม.

๔. J.P. Gilmore, C.M. Smythe and S.W. Handford: ผลของแอลกอฮอล์ในพรีนต่อจำนวนสับคิตของหัวใจระหว่างการตกเลือดในสุนัขถูกวางยาสลย. J. Clin. Invest. 33: 884-889, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลอง เพื่อแสดงให้เห็นการโต้ของระบบไหลเวียนของสุนัขต่อแอลกอฮอล์ในพรีน ระหว่างที่มีการตกเลือดเป็นระยะ ๆ. สรุปผลของการทดลองในสุนัข ๑๘ ตัว, พยว้ยานขนาด ๐.๑๕ มกก./นาทึ/กก. ทำให้มีการเพิ่มจำนวนสับคิตของหัวใจ และความดันเลือดแดงอย่างน่าทึ่ง. แต่หลังจากที่มีการตกเลือดจนถึงซ็อกที่ตนเองไม่ได้แล้ว, ยานไม่มีผลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของความ

หินเลือดแดง และ จำนวนสับคึกของหัวใจ
เลย. ไม่มีระยะไคของการที่มความกัน
เลือดต่ำจากกัรคกเลือด, ซึ่งแอลนอร์
เอปีเนฟรินสามารถทำให้มีการต้านทาน
ปลายทางเพิ่มขึ้น.

จรูญ ไชยโรจน์, พ.บ.

๕. F.L. Montemayor: การศึกษา
ผลของโรควินเปรียบเทียบกับข้อโมคิอาควิน
ในการรักษาโรคจากโยอาเคีย แลมเบลเลีย.
(*Giardia lamblia*). Am. J. Trop.
Med. and Hygiene. 3:709-711,
1954.

ในบางครั้งโยอาเคีย แลมเบลเลียก็ทำให้
งกคโรคได้. ยาที่รักษาได้ผลดีมากในเวลา
นี้มี ๒ ชนิดคือ ผลของโรควินและอโมคิ
อาควิน. ผู้รายงานได้ทดลองเปรียบเทียบ
การใช้ยาสองชนิดนี้ในผู้ป่วย ๑๐๐ คน,
อายุระหว่าง ๒-๓๕ ปี, เป็นชาย ๗๓ คน,
และหญิง ๒๗ คน. แบ่งเป็น ๒ พวก ๆ ละ
๕๐ คน. ในเด็กอายุ ๒-๑๒ ปีให้ผล
โรควินขนาด ๐.๒ ก. ทุกวันติดต่อกัน
๕ วัน, ผู้ใหญ่กินวันละ ๐.๓ ก. นาน ๕
วันเช่นกัน. พวกที่ใช้อโมคิอาควิน, ถ้า
เป็นเด็กอายุ ๒-๗ ปี, ให้กินวันละ ๐.๒

ก. วันละครั้งติดกัน ๒ วัน, เด็กอายุ ๘-
๑๒ ปี, ให้กิน ๐.๔ ก. ครั้งเดียว; และ
อายุตั้งแต่ ๑๓ ขึ้นไป, ให้กิน ๐.๖ ก.
ครั้งเดียว. ผลปรากฏว่า (๑) ยาทั้งสอง
ชนิดไม่ทำให้ปรากฏอาการเป็นพิษ. (๒)
ใช้ผลของโรควินได้ผล ๘๘ ปช. และอโม
คิอาควินได้ผล ๑๐๐ ปช. (๓) การใช้
อโมคิอาควินเพียงครั้งเดียวได้ผลดีกว่า
ใช้ผลของโรควินทั้งหลาย ๆ ครั้ง.

วิจิตร ไชยพร, พ.บ.

๖. R.F. Rushner, D.K. Crystal,
R.A. Tidwell and R.F. Crose: หลอด
เลือดใหญ่อยู่กลับที่. J. Ped. 42:189-
194, 1953.

ผู้รายงานได้ทำการตรวจศพ ๒ รายที่
ให้การวินิจฉัยว่ามี complete transpo-
sition ของหลอดเลือดใหญ่. รายที่หนึ่ง
ถึงแก่กรรมหลังจากทำการผ่าตัดแยกขล
ลือด และอีกหนึ่งรายหลังจากทำแองจิโ
คาร์ตีโอกราฟี. พอจะบอก clinical
pattern สำหรับช่วยวินิจฉัยได้ดังนี้ (๑)
อาการตัวเขียวตั้งแต่เกิด. (๒) มีการไหล
เวียนและจำนวนเลือดในหลอดเลือดข้ลโม
นาร์รี่มากกว่าปกติ. ภาพเอกซเรย์ของ

ปอดพบว่ามี prominent vascular marking. (๓) จาก ซีซีจี. พบว่ามีภาวะเจริญผิดปกติส่วนของเวนทริเคิลขวา. (๔) หัวใจโตขึ้นเรื่อย ๆ. (๕) การเจริญทางร่างกายและจิตใจช้ากว่าปกติ. (๖) แองจิโอคาร์ดิโอกราฟีพบว่ามี การ คัดต่อของเวนทริเคิลขวาและเอออร์ตา.

จิตร วารินทร์, พ.บ.

๗. S. Madsen: ทัชอักษะหลังการถ่ายเลือดและซีรัม. J. A. M. A. 15:1331-1332, 1954.

รายงานนี้เป็น สถิติจาก ผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ๔,๖๘๗ ราย. ทางโรงพยาบาลได้ คัดต่อกับผู้ป่วยเหล่านี้หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วทางจดหมายและได้รับคอบ ๘๘ ปช. ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้องรับการถ่ายเลือด, หรือถ่ายซีรัมรวมครั้งละ ๕๐๐ ล.ซม. คนละ ๑ ถึง ๕ ครั้ง. หลังจากได้รับการถ่ายเลือดหรือซีรัมแล้ว ในระหว่าง ๒๗ ถึง ๒๔๐ วัน, ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลือง, ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลว่าเป็นโรคทัชอักษะจากเชื้อไวรัส, ทาง

โรงพยาบาลรวบรวมไว้ ว่าทัช อักษะเกิดภายหลังจากการถ่ายเลือดครบ ๑ ปช., หลังการถ่ายซีรัมรวม ๓-๔ ปช., อีก ๐.๑๔ ปช. เช่นพวกที่ไม่ได้รับการถ่ายเลือดหรือซีรัมเลย, ที่เช่นเช่นนี้เข้าใจว่าเพราะติดเชื้อจากกระบอกฉีดยา, เข็มฉีดยาและเครื่องเจาะเลือด.

ประภัสสร จุลกะรัตน์, พ.บ.

๘. E.T. Heffer, R.D. Turin. S.R. Slater and I.G. Kroop: ค่าของคาร์ดิโชนขนาดมากในรายที่เป็นโรคมาติค คาร์ดิคิสเป็นครั้งแรก. J. Ped. 44:630-638, 1954.

ทดลองในเด็ก ๑๕ คน, อายุระหว่าง ๕-๑๕ ปี, มีไข้มาติคร่วมกับคาร์ดิคิสเป็นครั้งแรก. ผู้รายงานอาศัยหลักของโจนส์ คัดแปลงโดยเคนเน็และพวก. รักษาโดยการให้พัก, จำกัดเกลือ, ให้อาหารมีแคลอรีพอเพียง. ใน ๓ วันแรกให้โปรเคนเพนิซิลลิน ๓ แสนหน่วยเข้ากล้ามเนื้อเพื่อทำลายเชื้อเบตาฮีโมลิติกัสเตร็ปโทค็อกโคไคในคอ. ให้กินเพนิซิลลิน ๒ แสนหน่วยทุกวัน. ให้คาร์ดิโชน ๒๐๐-๓๐๐ มก. ใน ๑ วันโดยแบ่งกิน ๔ ครั้ง ให้

นาน ๒ สัปดาห์หรือนานกว่านั้นจนอาการและการตรวจทางห้องปฏิบัติแสดงว่าโรคสงบลงแล้ว, จึงค่อย ๆ ลดขนาดลง, แต่ถ้ามียามีอาการขึ้นอีกก็ให้ได้อีกและให้ได้ในขนาดสูงขึ้น. ผลหลังจากการให้ยากังกล่าว ๑๓ ราย, ปรากฏว่าไม่มีอาการทางหัวใจเหลืออยู่เลย, ในจำนวน ๑๐ รายได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ ๑-๒ ของโรค. ส่วนอีก ๖ รายที่ได้รับการรักษาเข้าไปนั้น, พบว่ายังมีอาการที่หัวใจเหลืออยู่.

นิตยา สุนทรพานิช, พ.บ.

๕. B.D. Love Jr. and M. Finland:

ความไวของเซอซีโมฟิลล์ อินฟลูเอนซ่า ชนิดต่าง ๆ ต่อแอนติไบโอติก ๑๑ อย่าง. J. Ped. 45 : 531-537, 1954.

ได้ทำการทดลองหาความไวของเซออินฟลูเอนซ่า ๑๐๒ ชนิด. ที่มีต่อแอนติไบโอติก ๑๑ อย่างคือ โปแตสเซียมเพนิซิลลิน, สเตรัปโตมัยซิน, ผลอร์เทอระซัยคลิน (ออเรโอมัยซิน), เทอระซัยคลิน (อะโครมัยซิน), ออกซ์เทอระซัยคลิน (เทอรัมมัยซิน), คาร์โบมัยซิน (แม็กนัมมัยซิน), ผลอร์แอมเฟนิคอล (ผลอโร

มัยซัยทิน). โปลีมัยซิน บี. ซัลเฟต (ฮอ-ไอส์โพริน), อีร์บีโชมัยซิน (อีโลทัยซิน), เบซิทราซินและนีโอมัยซิน ซัลเฟต. ผลก็มากน้อยคึกจากน้ำหนักของยา. พบว่าเพนิซิลลินให้ผลดีที่สุด, ต่อมาเป็นผลอแอมเฟนิคอล, แอนติไบโอติกอื่น ๆ มีผลเกือบพอ ๆ กันและมีผลน้อยกว่าผลอแอมเฟนิคอล, คาร์โบมัยซินมีผลน้อยมากและเบซิทราซินไม่มีผลเลย. ผลที่ได้คล้าย ๆ กันในการทดลองครั้งก่อน (๑๕๔๕) อย่างไรก็ตาม, นอกจากเพนิซิลลินแล้ว, เซอชนิดใหม่ที่น่าสนใจมาทดลองนมีการคือแอนติไบโอติกอื่น ๆ ในขนาดความเข้มข้นมากขึ้น.

ม.ร.ว. จันทรวัดท์ เกษมสันต์, พ.บ.

๑๐. S.O. Schwartz and F.S.

Stansbury: ความสำคัญของเม็ดเลือดแดงที่มีนิวเคลียสอยู่ในเลือด. J.A.M.A. 154: 1339-1340, 1954.

ผู้รายงานได้ทำสถิติเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีไข้ทารก ซึ่งมีเม็ดเลือดแดงที่มีนิวเคลียสอยู่ในเลือด ๑,๔๕๖ ราย, บ่อยเป็นโรคต่าง ๆ กัน. พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตรา

ตายสูงมาก, รวมกันทั้งหมดถึง ๔๘ ปช.
เมื่อแยกตามประเภทต่าง ๆ พบว่าในพวก
ที่เป็นลวกเมี่ยมมีอัตราตายสูงถึง ๗๖ ปช.
พวกเลือดจางจากการสลายตัวของเม็ด
เลือดมีอัตราตายต่ำที่สุดคือ ๒๐ ปช.,
พวกคิกเซอต่าง ๆ มีอัตราตาย ๕๗ ปช.,
พวกโรคมะเร็ง ๖๑ ปช., พวกตกเลือด
๓๖ ปช., พวกที่เป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ

๖๖ ปช., พวกที่เป็นโรคอื่น ๆ นอกจาก
ที่กล่าวแล้วมีอัตราตาย ๕๐ ปช. จึงสรุป
ได้ว่าโดยทั่วไปแล้ว, การที่มีเม็ด
เลือดแดงชนิดที่ยังมีนิวเคลียสอยู่ในเลือด
เป็นอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรค
ที่เลว.

จรูญ ไชยโรจน์, พ.บ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

ปกิณกะ

ทุนช่วยเหลือนักศึกษา

ในขณะทั้งประชาชนและราชการได้
เล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษายิ่งขึ้น
มีพยานแสดงความจริงซอมนักคือ มีทุนออก
หนุนการศึกษาทั้งชนโดยหน่วยต่างๆ ของ
ราชการ, และอุทิศให้โดยบุคคลหรือ
คณะบุคคล. ทุนที่ให้มักมีเป็นหลายประ-
เภท เช่น ให้ในการบำรุงการศึกษาทั่วไป,
บำรุงห้องสมุด, ออกทุนอาจารย์, ให้เป็น
ทุนนักศึกษาที่เล่าเรียน, และเป็นทุน
ช่วยเหลือนักศึกษาที่ขัดสน. ทุนประเภท
หลังนี้ถึงจะเป็นทุนที่จำเป็นอย่างยิ่ง ก็มัก
เป็นทุนที่ก่อความยุ่งยากอยู่เสมอ. ประการ
แรกก็คือ จำนวนทุน และผู้อุทิศ มักมีน้อยกว่า
จำนวนเงินและจำนวนผู้ขอมาก. ประ-
การที่สองเมื่อมีทุนน้อยแล้วก็จำเป็นต้องมี
การพิจารณาเลือกเฟ้น, แย่งผลัดให้กับ
ผู้ขอ, เพื่อให้ทุนเกิดเป็นคุณเป็นประโยชน์
ทุกชาติทุกสถาน โดยผู้ที่ได้รับทุนไปนำ
ไปใช้ด้วยความประสงค์ของผู้บริจาค. ฉะนั้น
จึงต้องตั้ง คณะกรรมการ พิจารณา และทำ
แบบฟอร์มขึ้นให้ผู้ขอกรอกข้อความ, เพื่อ

กรรมการจะได้มีแนวทางวินิจฉัยให้เป็นการ
ยุติธรรมต่อผู้ขอทุกคน. ในแบบ
ฟอร์มมีข้อความบางข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับ
กับการขอรับทุน, ผู้ขอทนายคนมักหลีกเลี่ยง
ไม่กรอกข้อความนั้นให้ละเอียดถี่
ถ้วน. เป็นเหตุให้กรรมการพิจารณาได้
เป็นสองแง่, แง่หนึ่งคือผู้ขอรับทุนที่ยัง
ฐานะความเป็นจริงของตัวหรือครอบครัว
ของผู้ปกครอง, อีกแง่หนึ่งก็คืออายุใน
ฐานะนั้น. คณะกรรมการต้องเรียกตัวมา
ซักฟอก, เพื่อหาความจริงเพิ่มเติมว่าจะ
เป็นผู้สมควรได้รับทุนหรือไม่. ในแบบ
ฟอร์มอย่างนั้นจำเป็นต้องมีผู้ใดผู้หนึ่งที่มี
หลักฐานเป็นที่เชื่อถือได้รับรองมาด้วย
แต่ตามความสังเกตของข้าพเจ้าในฐานะ
ที่ได้ร่วมอยู่ในคณะกรรมการแต่งตั้งโดย
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลมา
หลายปี, รู้สึกว่ามีบางท่านได้เซ็นชื่อลง
ไปคล้ายไม่เห็นความสำคัญในการรับรอง
นั้น, เป็นเหตุให้การพิจารณายุ่งยากยิ่งขึ้น
เพราะความประสงค์ของการมีผู้รับรองก็คือ

ต้องการให้ผู้ที่จะเซ็นรับรอง, ซึ่งในแบบฟอร์มก็มีข้อความไว้แล้วว่า “ใครรู้จักคุณเคยกับผู้สมัครและครอบครัวมาเป็นเวลา ๗ ข้างพเจ้าทราบซึ่งถึงฐานะของผู้สมัครดีและขอรับรองว่าข้อความที่ผู้สมัครแจ้งไว้ข้างบนนี้ตรงกับความเป็นจริงทุกประการ” ใต้เป็นผู้กรอกผู้สมัครขอรับทุนเสียชั้นหนึ่งก่อน, เพราะใ้กล่าวแล้วว่าทุนนั้นมันน้อยเปรียบเทียบกับไม่ได้กับจำนวนและทุนที่ผู้สมัครขอ. ปรากฏว่าทุกปีหลังจากการจ่ายทุนให้กับผู้ขอแล้ว, คณะกรรมการมักถูกหาว่าพิจารณาไม่รอบคอบ, ผู้ได้รับบางคนมีฐานะก็ไม่น่าจะได้รับ, ผู้ได้รับบางคนเอาเงินนั้นไปเลี้ยงคอกันหรือนำไปใช้จ่ายในสิ่งที่ไม่จำเป็น. ทั้งนี้ขี้ว่าเป็นการเหลือความสามารถของกรรมการที่จะเพ่งเล็งลึกซึ้งลงไปให้ทั่วถึงได้, กรรมการโดยเฉพาะตัวข้าพเจ้าถือหลักว่า ผู้ขอรับทุนก็ คือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทุกคน. การพลาดให้ทุนผู้ไม่สมควรไป ๑๐ คนควรถูกตำหนิน้อยกว่าการไม่ให้ทุนแก่ผู้สมควรได้รับ. เช่นเกี่ยวกับบุคลากรยอมถือว่าปล่อยผู้ที่ทำผิดเสีย ๑๐ คนก็กว่าทำโทษคนไม่ผิดหนึ่งคน. ฉะนั้นหน้าหนังสือไม่ค่อมมีใครขอกรับ. นอก

จากมีแต่โทษแล้วบางครั้งยังไปขู่ผู้ขอทุนแต่ไม่ได้ทุนให้โกรธอีกด้วย, โดยการเทศนาภคณ์ โทเรองการใช้จ่ายเพิ่มเพียงเกินฐานะนักศึกษา.

ฉะนั้นถ้าไม่คัดสรรจริง ๆ แล้วคณะกรรมการจะไม่แบ่งทุนไปให้เลย เพราะผู้ที่คัดสรรจริง ๆ นั้นมีมาก. เท่าที่ได้สอบถามมาแล้วหลายปี, บางคนไม่มีเงินพอซื้ออาหารกลางวันเลย. บางคนที่อาศัยเขาอยู่เขาเตรียมอาหารเช้าให้ไม่ทัน, แต่ตัวจะต้องรีบมาเข้าเรียนแต่เช้า, จะกินที่โรงเรียนก็ไม่พอสพอ, ต้องออกไปจนตลอดเช้าหรือบางคนต้องออกไปจนถึงเย็น. พวกเหล่านี้มักปรากฏว่าการเรียนเลวลง ๆ. ทางกรมมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องช่วยเหลือก่อนผู้อื่น. พวกที่ไม่มีที่อยู่อาศัยที่กรุงเทพฯ, บางคนลำบากจริง ๆ ก็ต้องไปเช่าเขาอยู่. บางแห่งที่เช่าเป็นโรงเรียน, กลางวันเข็นที่เรียนของนักเรียน, นักศึกษาที่เช่าเมื่อกลับไปก็เอาโต๊ะมาต่อเข้าทำเป็นนอน. พวกนี้คณะกรรมการพยายามหาทางพิจารณาให้ทุนจะได้เอาไปซื้อที่หลับที่นอนให้ดีขึ้น. ในบรรดาพวกที่กล่าวมาแล้วนั้นคงมีบางคนสงสัยว่าที่ เขาเรียนมาแล้วเขาทำมาได้อย่างไร. พวกนี้บางคน

แต่เดิมมีผู้ปกครอง, แล้วต่อมาผู้ปกครอง
 ทายหรือฐานะชาวเขเปลี่ยนแปลงไป, ทิว
 จะทงการเรียนก็เสียดายเพราะไต่ยากขึ้น
 มามากแล้ว, ก็ยากจะไปหาอาชีพใหม่ก็
 ยังไม่แน่ใจก็พ่นทนไป. ในพวกนี้บางคน
 ก็มีฐานะไม่ค้ำมาแต่เดิม, แต่ความอยาก
 เรียนทำให้ทำงานทำสะสมทนไว้. เมื่อ
 เขามาเรียนแพทย์, เวลาที่ใช้ในการศึกษา
 ฝึกมากไม่พอออกไปทำงานจึงเกิดการขัดสน
 ข้น.

พวกทศณะกรรมกรพิจารณาให้ทัน
 แต้น้อยหรือไม่ให้เลย ก็คือพวกที่ขอข้อ
 หนึ่งสี่. ทั้งนี้ไม่ใช่คณะกรรมการไม่เห็น
 ความสำคัญของตำราเรียน, แต่ทำให้
 เพราะในการสอบสวนบางคนไม่ได้ข้อผู้ปก
 ครอบ. ที่ร้ายกว่านั้นคือขอไต่มาแล้วกลับ
 เฉลไต่ไปใช้ทางอื่นหมด. ทั้งนี้ก็ศึกษาและ
 ผู้ปกครองควรระหนักว่าการ เรียนแพทย์นั้น
 ต้องลงทุน. ในต่างประเทศค่าเล่าเรียน
 แพทย์ในบางโรงเรียน ถึงปีละ ๖๐๐-
 ๗๐๐ เหรียญ คิดเป็นเงินไทยก็ปีละ
 ๑๒,๐๐๐ ถึง ๑๔,๐๐๐ บาท, ของเราปี
 ละ ๕๐ บาท และต่อมาไต่โลกเก็บอีกด้วย
 ทั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๓ จึงยื่นขอสำหรับ
 เช่นเรื่องแปลกในรายงานของศาสตราจารย์

Moore ทว่าค่าเล่าเรียนแพทย์เมืองไทย
 ปีละ ๕ เหรียญ. แต่นักศึกษาก็ควรพอใจ
 ว่า ถ้าคิดอัตราส่วนของคุณภาพตามจำ
 นวนเงินค่าเล่าเรียนแพทย์ที่สำเร็จจากต่าง
 ประเทศ ก็ควรจะมีคุณภาพสูงกว่าแพทย์
 ที่สำเร็จในเมืองไทยประมาณ ๑๒๐ ถึง
 ๑๔๐ เท่า, แต่ตามความจริงทุกคนถึง
 ยอมรับว่าคุณภาพไม่ได้แตกต่างมากมาย
 ถึงเท่านั้น. ฉะนั้นก็ควรคิดว่ารัฐบาล
 กับมหาวิทยาลัยได้ลงทุนเสียสละเพื่อกิจ
 กรแพทย์ของประเทศไปแล้วมากมาย
 เพียงไร. ถ้าผู้ปกครองและนักศึกษาก็
 ต้องลงทุนอีกซึ่งค่าใช้จ่ายจะกลายเป็นกำไรอัน
 งดงาม เช่นการลงทุนสะสมตำราก็คือเป็น
 การลงทุนที่สมควรอย่างยิ่ง. นอกจากนั้น
 แล้วคณะกรรมการยังเห็นว่าผู้ขอทุนพวก
 หลักรุ่นพอมิทางออกเช่นการขอยืมหนึ่งสี่
 จากห้องสมุดของคณะและของแผนก. ทาง
 การห้องสมุดคณะเวลานี้ได้ปรับปรุงกิจการ
 ให้ห้องสมุดเปิดตั้งแต่ ๘.๐๐ น. ถึง ๑๘.
 ๐๐ น., เพื่อให้โอกาสนักศึกษาได้มีเวลา
 ใช้ห้องสมุดหลังการเรียนมากยิ่งขึ้น, แต่
 ปรากฏว่าจำนวนที่เข้าไปศึกษาในห้องสมุด
 ยังไม่ได้ส่วนสัมพันธ์กับนักศึกษาทั้งหมด,
 คือมีเพียงวันละ ๕ ถึง ๗ คนเท่านั้น. ที่

จริงทางห้องสมุดขึ้นรับคำร้องเรียนถ้ามีสิ่งไรบกพร่อง หรือมีหนังสือใดที่จำเป็นมากต่อนักศึกษา. เท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ยังไม่เคยได้รับการร้องเรียนเลย. ฉะนั้นคณะกรรมการจึงเห็นว่าผู้ที่ขาดตำรานั้นยังมีความจำเป็นน้อยกว่าผู้ที่ขาดเครื่องอุปโภคบริโภค.

กระทรวงสาธารณสุข ในขณะนี้ได้ให้ทุนนักศึกษาเป็นรายปี โดยจ่ายเงินให้เป็นรายเดือน. มีข้อผูกพันต่อนักศึกษา คือเมื่อสำเร็จออกไปแล้วต้องไปปฏิบัติงานตามความต้องการของ กระทรวงจนครบตามสัญญา. ได้มีนักศึกษาหลายคนที่ได้รับทุนนี้ต้องขอทุนต่อคณะเพิ่มเติม. เท่าที่ได้สอบถามแล้วเป็นความจริง เพราะค่าครองชีพสูงขึ้น, และการจ่ายเงินนั้นต้องรอจนถึงวันที่ ๘ หรือ ๑๐ ของเดือน. ฉะนั้นผู้ที่ขาดการอุปถัมภ์จากท่อนด้วย, จึงมีไม่พอแต่เพียงค่ากินอยู่เท่านั้น, แต่ขาดแคลนเครื่องอุปโภคไปด้วย เช่นกางเกง, เสื้อ, เครื่องอุปโภคในการศึกษา เช่น สมุด, หนังสือ, เครื่องฟัง, หลอดดูดเลือดสำหรับตรวจนัย. กรรมการได้เคยเสนอความเห็นต่อคณะ ขอให้ทำการร้องเรียนไปทางกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเพิ่มเติมให้

กับนักศึกษาเหล่านั้นอีกเพราะคณะกรรมการมีความเห็นว่า การให้ทุนผู้ใดไปเรียนแล้วจะกลับเขาเขามาใช้ตามข้อผูกพันนั้น, จำเป็นต้องให้การกินอยู่กับเครื่องอุปโภคครบถ้วนถึงจะเล่าเรียนได้เต็มที่, หมคความห่วงกังวล, เกิดความรักเคารพในผู้ให้ทุน. เมื่อมาปฏิบัติงานภายหลังย่อมกระทำโดยความเต็มใจและเสียสละ, เป็นประโยชน์ต่อทางการยิ่งกว่าผู้ที่ได้ทุนไปอย่างขาดแคลน, ซึ่งถึงจะสำเร็จออกทำงานก็ปฏิบัติอย่างจำใจ, พยายามหาทางออกให้พ้นข้อผูกพันอยู่เสมอ, แต่ทางการของคณะก็ช่วยเหลืออะไรไม่ได้. เท่าที่ได้ทำได้ในขณะนี้ก็เพียงแต่ซื้อเครื่องฟังมาตรฐานมาเป็นจำนวนมากเพื่อขายให้นักศึกษาในราคาถูก. หาหนังสือเรียนมาช่วยนักศึกษาเพิ่มชน. ทางกระทรวงสาธารณสุขไม่รับพิจารณา.

จากการสัมภาษณ์นักศึกษาจำนวนมาก, ได้ความว่าค่าใช้จ่ายของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยนั้นสูงมาก. เด็กบางคนถึงผู้ปกครองจะมีฐานะไม่สู้ดีก็พยายามดิ้นรน (เข่ง) ใช้จ่ายให้เทียมเพื่อนฝูง. เป็นเหตุให้เกิดการขาดแคลนและเป็นหนี้สิน. สืบได้ว่าเจ้าของร้านขายอาหารบางราย มี

นักศึกษา เป็นลูกหนี้ อยู่เป็นจำนวนมาก
 อย่างไม่น่าเชื่อ. เด็กพวกหลังนี้เมื่อขาด
 แคลนเข้าจริง ๆ ก็ไปอาศัยเพื่อนฝูงให้การ
 เรือจานกันไป, แต่ตัวเองยังคงวางมาตร-
 ฐานของตัวไว้. พวกนี้เมื่อมาขอทุน, คณะ
 กรรมการมักจะเข้าใจผิดไม่ค่อยพยายาม
 พิจารณาให้การช่วยเหลือ.

กรรมการยังถือหลักอันตึงามของไทย.
 ฉะนั้นพวกที่มฟ ๆ อยู่ในฐานะที่จะอุปถัมภ์
 ในการศึกษาของน้อง ๆ ใต้แต่น้องกลับมา
 ขอทุน, พวกนี้มักถูกซักถามเวียนวนเป็น
 พิเศษ, เพราะถือว่าเมื่อบิดามารดาให้การ
 ศึกษาต่อตัวแล้ว, ก็เป็นหน้าที่ของตัวถ้า
 ยังพอหาได้ที่จะให้การศึกษาก่อนอื่น ๆ ต่อ
 ไป. การให้นอกจากจะเป็นการตอบแทน
 การอุปการะของบิดามารดาแต่เดิมแล้ว,
 ผลของการอุปการะนั้นองให้สำเร็จการศึกษา
 ก็จะช่วยให้ตระกูลมีฐานะมั่นคงขึ้น, เป็น
 ทัพพอาอาศัยของกันและกันต่อไป. แต่
 เท่าที่ไ้สัมผัสมาหลายปีปรากฏว่าฟ ๆ
 หลายรายล้มความสำคัญอันเสีย. นับ
 เป็นอันน่าเสียดายที่วัฒนธรรมอันตึงาม
 ของไทยนได้เสื่อมทรามลง, เป็นเหตุให้

นักศึกษาหลายคนทพอมฟ ๆ มีฐานะพอ
 ช่วยได้, จำเป็นต้องขอทุนช่วยเหลือเมื่อ
 บิดามารดาไม่มีฐานะ ทรุดโทรมลงภายหลัง.

ในมหาวิทยาลัยนอกจากค่าใช้จ่ายใน
 การอุปโภคบริโภคแล้ว, นักศึกษาของ
 มหาวิทยาลัยในขณะนี้ใช้จ่ายมากกว่าเมื่อ
 สมัยข้าพเจ้า. มีการเรียวกันก่อนข้าง
 มากและบ่อยเพื่อจัดงานต่าง ๆ ขึ้น. งาน
 บางงานก็จัด ประกวด ประชัน กันต้องหมด
 เปลืองมาก. นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้
 เกิดการขาดแคลนเงินภายหลัง. ทางกา
 ของมหาวิทยาลัย น่าจะได้ สอดส่อง ค ใน
 เรื่องนี้, เพื่อให้ นักศึกษาหัดเป็นคนประ-
 หยัดมากยิ่งขึ้น.

ในการที่ ค่าครองชีพ ด้ยตัวสูง ขึ้นอยู่
 เรือย ๆ ความจำเป็นในเรื่องทุนช่วยเหลือ
 นักศึกษาก็ยิ่งมาก. ข้าพเจ้าจึงวิงวอน
 ท่านทั้งหลายที่เล็งเห็น ประโยชน์ของการ
 ศึกษา, ขอให้มีการร่วมมือกัน. ผู้บริจาค
 ได้บริจาค, ผู้ประหยัดได้ประหยัด, เพื่อ
 ให้ทุนถึงมือผู้จำเป็นทั่วหน้ากัน.

สุด แสงวิเชียร

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ก.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๘๒๒	๘๖๕	๑,๐๘๓	๘๘๗	๑,๑๒๘	๓๑๘	๖,๓๑๕
เก่า	๒,๐๘๗	๑,๔๗๖	๑,๕๐๕	๑,๐๓๕	๑,๕๘๗	๓๐๗	๘,๔๑๗
รวม	๔,๐๑๘	๒,๓๔๑	๒,๕๘๘	๒,๐๓๒	๓,๑๒๗	๖๒๕	๑๔,๗๓๓
ใน	๑๖*	๒๘๕*	๘๕๐*	๑๐๒	๒๕๘	—	๑,๖๖๒

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๘๖* จักษุ ๒๘๓. สูติ-นารี ๒๓๒* รวม ๙๐๑ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๖๔. หญิง ๒๘๕* รวม ๕๔๙* คลอดตาย ชาย ๖. หญิง ๑๓ รวม ๑๙.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๒๕ คน (๗.๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ใต้ตรวจศพ ๔๖ ราย. (๓๖.๘ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๘๓* ครั้ง. ข้างนอก ๑๓ ครั้ง. รวม ๔๙๖* ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๕๒๒ คน. รักษาใหม่ ๒๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘๘ ครั้ง.
รังสีบำบัด รักษา ๒๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๐ ครั้ง. โคบอลต์เรอมีบ, รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๘๘* ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๘๘๐* ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๖ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๔๐๓ ราย. (จากภายนอก ๕๗ ราย). แอ็กกูติเนชั่น ๓๕. วัสดุเซอร์แมนและคาร์น ๒,๔๓๓* หมู่เลือด ๖๔๓. นับเม็ดเลือด ๓๕๔. หาเชื้อมัยโคพลาสมา ๗๘. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๑. อูจจาระ ๓๑๖. บัสสาวะ ๒๒๐. เสมหะและอื่น ๆ ๑๕. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๔๖. อูจจาระ ๑๑๔. บัสสาวะ ๖๐. น้ำไขสันหลัง ๑๘. เสมหะและอื่น ๆ ๒๐๔. ฉีดสัตว์ทดลอง ๓. เพาะเชื้อมัยโคพลาสมา ๔๖. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๒๘. ตรวจสพนติเวช ๖. ตรวจของกลาง ๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๓. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๔. น้ำช่องปอด ๓. อัดลมเข้าช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๐. ฉีดยาซีฟาลีน ๒๗.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๐๖. ถอนฟัน ๓๕๕. อุดฟัน ๘๓. ผ่าตัดช่องปาก ๔๐.

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาค
ทรัพย์, เครื่องเวชภัณฑ์และสิ่งของบำรุง
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล,
ประจำเดือนธันวาคมมีรายนาม ดังต่อไปนี้:-

๑. น.ส. ทองคำ เกตุสมณ, บุคคโล,
ธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท.

๒. คุณหญิงสิน ภักดีนครเศรษฐี,
พระนคร, บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท เพื่อ
สมทบทุน "พระยาภักดีนครเศรษฐี" ที่ตั้ง
ไว้, เนื่องในวันครบรอบยี่สิบถึงอนิจกรรม
ของพระยาภักดีนครเศรษฐี.

๓. บริษัทคัทแซลม จำกัด, พระนคร,
มอบยาแอนติไบโอติก "เทอร์รามัยซิน"
จำนวน ๖๐๐๐ แคปซูล คิดเป็นมูลค่า
๓๐,๐๐๐ บาท, เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลศิริราชและ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์" แห่งละครึ่ง.

๔. คุณหญิงพยุ่ง แสงอุทัย บางกอก
น้อย, ธนบุรี, บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท
บำรุงแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริ
ราช เนื่องในการทำบุญคล้ายวันเกิดอายุ
ครบ ๖ รอบ.

๕. บริษัทปูนซีเมนต์ไทย จำกัด, พระ
นคร, บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท เพื่อกำ
สารธารณกุศลในปี พ.ศ. ๒๔๙๗.

๖. หลวงประธานราษฎรนิกร พระ
โขนง, พระนคร, บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐
บาท เพื่อตั้งเป็นทุน "ประธานราษฎรนิกร"
สำหรับเก็บดอกผลบำรุงกิจการภายใน
แผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช.

๗. ชุนนรินทร์ชัย และ น.พ. เฉียบ
นิรันดร ร่วมกันบริจาคเตียงคนไข้จำนวน
๒ เตียงเป็นราคา ๕,๒๐๐ บาท, ให้แก่
แผนกสถิติ-นรีเวชวิทยา และแผนกศัลย-
ศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช แห่งละ ๑
เตียง.

งานต้อนรับปีใหม่ คณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล กำหนดงานฉลอง
ต้อนรับปีใหม่ ๒๔๙๘, ในวันที่ ๓๐
ธันวาคม ๒๔๙๗ ณ หอประชุมราช
แพทยาลัย. ในขั้นทางแผนกพยาธิวิทยา
เป็นผู้ดำเนินงานในนามของคณะ.

งานภาคบ่ายเป็นภาคกีฬา เริ่มแต่
เวลา ๑๕.๕๐ น. ณ บริเวณหอประชุม
ราชแพทยาลัย มีพิธีเปิดงานและเบิกพิธี
บาย. เวลา ๑๖.๐๐ น. เริ่มการแข่งขัน
กีฬากระหว่างแผนกต่าง ๆ. เวลา ๑๘.๐๐
น. ท่านคณะบดี กล่าวคำปราศรัยต้อนรับ
ปีใหม่ ต่อจากนั้น แจกรางวัลแก่ผู้ชนะการ

แข่งขันกีฬาแล้วร่วมกันรับประทานอาหาร.

ภาคกลางคืนเป็นภาคบันเทิง เริ่มแต่เวลา ๒๐.๐๐ น. เป็นการแสดงของแผนกต่าง ๆ. เวลา ๒๒.๒๐ น. มีการออกรางวัลสมนาคุณ. เสร็จแล้ว เริ่มการแสดงต่อ

ภาคหลัง ระหว่างการแสดงมีวงดนตรีของคณะนักศึกษาแพทย์. การแสดงดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและครึกครื้นตลอดไปจนถึงเวลา ๒๔.๐๐ น. ชีวร้องเพลงใหม่ๆแล้วก็งาน.

ข่าวนักศึกษา

ข่าวกีฬามหาวิทยาลัย

ผลการแข่งขันกรีฑาระหว่างมหาวิทยาลัย ปรากฏว่าที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้รัเกียรติเป็นทีมชนะเลิศ. รายนามผู้แทนคือ น.ศ.พ. ประสาท บัวทอง และ น.ศ.พ. สรินทร์ พินิจพงศ์ ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ศิริราช, น.ศ.พ. ศิริศักดิ์ภูมิพัฒน์ และ น.ศ.พ. ชาญ สุวรรณวิภาช ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์.

งานฉลองชนบปีใหม่

ทางแผนกกายวิภาคศาสตร์และแผนก

สรีรวิทยา ได้จัดให้มีการฉลองวันชนบปีใหม่ ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา กำหนดวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๔๕๘. เริ่มงานเวลา ๑๒.๐๐ น. ท่านหัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ ทำพิธีเปิดงาน, มีการร่วมรับประทานอาหารกลางวัน, การกีฬา, และการแสดงเบ็ดเตล็ดของนักศึกษา งานดำเนินไป ด้วยความครึกครื้น สนุกสนาน และสนุกสนาน เมื่อเวลาประมาณ ๑๘.๐๐ น. โดยท่านหัวหน้าแผนกสรีรวิทยากล่าวคำอวยพรวันบปีใหม่และปิดงาน.

ข่าวศิษย์เก่า

มงคลสมรส ๑. น.พ. อัฐิ เกตุสิงห์ กับ
พ.ญ. รำเพย ชัยปาณิ เมื่อวันที่ ๒ มกราคม

ค.ม. พ.ศ. ๒๔๕๘.

๒. น.พ. วิทย์ มีนระณินชู้ กับ น.ส.

พรเพ็ญ ผดุงเส้น เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ประการ.
พ.ศ. ๒๔๕๘.

๓. น.พ. มงคล โมกขะสมิตกัณน.ส.
สมุห์ศรี เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ.
๒๔๕๘.

เราขอแสดงความยินดี และขออำนวยการ
พรให้ประสบแต่ความสุขความเจริญทุก

ก็พาบริดจ์ ได้ทราบข่าวอันน่ายินดีว่า
สโมสรแพทย์ได้ครองตำแหน่งชนะเลิศ
บริดจ์ออกครึ่งหนึ่ง ผู้ที่ใคร่รับเกียรติเป็นผู้
แทนคือ น.พ. สอนอง อนาคต น.พ. บัณฑิต
ทวีพัฒน์ น.พ. มงคล สิบแสง และ นาย
โกวิท สุจริตกุล.

ข่าวพยาบาล

พยาบาลกลับจากอังกฤษ น.ส. ประณี
วิมุกตน์นัท หัวหน้าแผนกอาหาร, ซึ่งได้
เดินทางไปศึกษาวิชาอาหารเพิ่มเติม ณ
ประเทศอังกฤษโดยทุน F.A.O., ได้กลับ
ทางกลับถึงประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๒
ธันวาคม ๒๔๕๗. น.ส. ประณี วิมุกต-
นัท ศึกษาเป็นเวลา ๑ ปี ๘ เดือน ได้
รับ Certificate of Community De-
velopment Course และ Certificate
of Nutrition in Catering and
Cooking. ต่อจากนั้นได้ทำงาน ณ ประเทศ
ฝรั่งเศส, เคนมารัก, เยอรมัน, ชิลอน
และอินเดีย.

ผู้สำเร็จการศึกษา นักเรียนพยาบาลที่
เรียนและปฏิบัติงาน จนครบหลักสูตรและ
สำเร็จการศึกษา ในปีพ.ศ. ๒๔๕๗.

ในเดือนธันวาคม มีรายนามดังต่อไปนี้:-

๑. น.ส. กฤษณี พลกล้า, ๒. น.ส.
ชจรศรี สัจจามัน, ๓. น.ส. ขวัญเรือน
สุวรรณานนท์, ๔. น.ส. จรรยา ชูชมกลิ่น,
๕. น.ส. แฉล้ม ศิริโสคา, ๖. น.ส. ชมพู
สัตย์ประกอบ, ๗. น.ส. นิสากร อุดมภา
นันท์, ๘. น.ส. นุสสรณ์ บำรุงผลึก, ๙.
น.ส. นงลักษณ์ เลหาจินดา, ๑๐. น.ส.
นภพร วงศาโรจน์, ๑๑. น.ส. เพ็ญแข

รักตะบุตร, ๑๒. น.ส. พรรณี รัตนอมศักดิ์,
 ๑๓. น.ส. มนิกา จันทวิมล, ๑๔. น.ส.
 มะคมุ ศิริบุญ, ๑๕. น.ส. มาลี ไกร่ม
 บุญ, ๑๖. น.ส. ยุพา ภิงกช, ๑๗. น.ส.
 ยุพา จัรมณัมัย, ๑๘. น.ส. สาคกร รัตน-
 โกเมนทร์, ๑๙. น.ส. สชากา พลลาภ,
 ๒๐. น.ส. สุพรรณิ สวัสดิ์กฤทธิธ, ๒๑.
 น.ส. สุวิยา เกษมมงคล, ๒๒. น.ส. สุข
 ศิริ สุขอัมพร, ๒๓. น.ส. สัมพร ศรีสโนง
 เกียรติ, ๒๔. น.ส. กนกค์ ศรีกุล, ๒๖.
 น.ส. อารี อินทยศ, ๒๗. น.ส. อัจฉราภรณ์
 คันทกรรัตน์, ๒๘. น.ส. อุกม กาญจน
 โทติ, ๒๙. น.ส. ชัญญา ศิริวรรณบุรณ์,
 ๓๐. น.ส. กรรณิการ์ สุวรรณกิจ, ๓๑.
 น.ส. อมรา นาคสุสุข, ๓๒. น.ส. จันทร์
 เทียง เพียงสกุล, ๓๓. น.ส. วิรัตน์ ศุกร
 เศษ, ๓๔. น.ส. เรณู พานิช, ๓๕. น.ส.
 เพียว ศิริศุภลักษณ์, ๓๖. น.ส. จาร-
 วรรณ อาราวุฒิ, ๓๗. น.ส. รัตนอมศรี
 พุ่มอัมพล, ๓๘. น.ส. ก้อนแก้ว สง่าแสง,

ในเดือนมกราคม มีรายนามดังต่อไปนี้:-

๑. น.ส. รัตนอมศรี ผดุงแสง, ๒. น.ส.
 ถวิล คันทพิบูลย์, ๓. น.ส. นวลฉวี เพ็ชร
 รุ่ง, ๔. น.ส. ไพบุลย์ศิริ สุทธิศรี, ๕.

น.ส. สุนันท์ รอดโพธิ์ทอง, ๖. น.ส.
 สุมณา วาสักศิริ, ๗. น.ส. สุจิรา สุวรรณ
 ปรีชา, ๘. น.ส. แวว เขียวเวช.

รางวัล รางวัลสำหรับผู้มีสุขภาพที่ตลอด
 ยู่การศึกษาได้แก่

๑. น.ส. ยุพา ภิงกช, ๒. น.ส. สัม
 พร ศรีสโนงเกียรติ.

พิธีมอบหมวก เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม

พ.ศ. ๒๔๙๗, เวลา ๑๐.๐๐ น., ทาง
 แผนกพยาบาลได้กำหนดให้มีพิธีการมอบ
 หมวกอันเป็นประเพณี แก่นักเรียนพยา-
 บาลชั้นปีที่ ๑ ซึ่งผ่านการการศึกษา ๖ เดือน
 แรกมีจำนวนทั้งสิ้น ๘๘ คน. ในการนี้
 ท่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์และศิริราช
 พยาบาลเป็นผู้มอบ. หลังจากนั้น นักเรียน
 พยาบาลได้กล่าวคำปฏิญาณตน แล้วท่าน
 คณบดีให้โอวาทและอำนวยการ พิธีเสร็จ
 สิ้นลงเมื่อเวลา ๑๑.๐๐ น.

งานต้อนรับปีใหม่ นักเรียนพยาบาลได้
 จัดงานปีใหม่ ณ สนามหน้าคึกกอนในวัน

ที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๔๕๗, เริ่มงานเวลา ๑๗.๐๐ น. มีกีฬาระหว่างชั้น, แล้วรับประทานอาหารเย็น. มีการประกวดแฟนซี และการแสดงเช็กเทล์ค. งานได้สิ้นสุดลงด้วยความเรียบร้อย, สนุกสนานเป็นเวลา ๒๓.๐๐ น.

มงคลสมรส น.ส. สวรรณา ม่วงโมรา กับ นายเมฆ คินมาน เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๔๕๗.

โอน โอนไปกรมการแพทย์

๑. น.ส. แฉ่งน้อย คงสุวรรณ, ๒. น.ส. สมบูรณ์ คันจิตต์กุล, ๓. น.ส. ปราณี จันเกษม.

ลาออก ๑. น.ส. รำพึง สลายแก้ว ๒. น.ส. มาลัย ศิริบุญ, ๓. น.ส. ประพันธ์ สามสวัสดิ์, ๔. น.ส. ศรีสฎา พงษ์น้อย, ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๔๕๗.

๕. น.ส. สุรัตน์ อุไรสินธุ, ๖. น.ส. ประไพวรรณ เจียมเจริญ, ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๔๕๗.

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมัครรวมวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๕.๐๐ บาท
 สำนวนศิวิลาชฉบับพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท
 ส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

หน้าสำหรับนิสิต

การคัดเลือกนักศึกษาแพทย์

แพทยสมาคมโลก ด้วยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก, องค์การวิทยาศาสตร์การแพทย์ระหว่างชาติ, และสมาคมมหาวิทยาลัยระหว่างชาติ ได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการศึกษาแพทย์ทั่วโลกขึ้นในลอนดอนเมื่อราวกลางปี พ.ศ. ๒๔๙๖. มีผู้แทนเข้าร่วมประชุม ๖๐๐ คน จากกว่า ๕๐ ชาติ. ได้มีการอภิปรายกันถึงปัญหาต่าง ๆ. เพื่อปรับปรุงวิธีการสอนและการฝึกหัดนักศึกษาแพทย์ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโลก ซึ่งเปลี่ยนแปลงรวดเร็วอยู่ทุก ๆ วัน. ดังที่ Sir Lionel Whitby ประธานของประชุมนี้ กล่าวไว้ว่า "โลกเราทุกวันนี้หกลึกกลง, เนื่องจากการคมนาคมเจริญขึ้น จนเราไม่สามารถที่จะดำเนินการไปโดยลำพังตามความคิดเห็นของเราเองเสียแล้ว. ไม่ว่าจะในแง่เศรษฐกิจก็ดี, การเมืองก็ดี, สังคมก็ดี หรือเห็นอสังกตก็คือการแพทย์. เพราะ

เหตุที่ไม่มีการแข่งขันแพทย์และยาระหว่างประเทศ, และความสุขโดยปราศจากโรคเป็นอุดมคติของทุก ๆ ชาติในโลก."

Dr. M.G. Candaw, ผู้อำนวยการใหญ่แห่งองค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า "วิธีที่ก่อกำเนิดขึ้นในการที่จะช่วยประเทศต่าง ๆ เพิ่มพูนแพทย์และพนักงานสาธารณสุข, ก็โดยการช่วยให้เขาเหล่านั้นมีสมรรถภาพอันสูงส่งและมีฐานะเป็นผู้นำที่พึงตัวองได้. ขณะเดียวกันบรรดาแพทย์ต้องไม่หาเครื่องมือนวัตกรรมใหม่ ๆ, กับทั้งต้องตระเตรียมงานให้เหมาะสมกับการวิวัฒนาการและสังคมของประเทศ, และท้ายที่สุด ทุก ๆ ประเทศจะต้องปรับปรุงขยายงานเกี่ยวกับการศึกษาแพทย์แก้ไขแบบแผนและวิธีการให้เหมาะสมกับประเทศของตน."

เรื่องใหญ่ ๆ ที่ได้ประชุมปรึกษาหารือกันมี ๔ เรื่อง คือ.

๑. ความจำเป็นในการสอบคัดเลือก

* แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยได้ส่งศาสตราจารย์ หลวงพิณพาทย์พิทยบาล และศาสตราจารย์ หลวงพรหมทัตเวที เป็นผู้แทนเข้าร่วมประชุมด้วย.

สาขาโรงเรียนแพทย์.

๒. วัตถุประสงค์และหัวข้อของหลักสูตรวิชาแพทย์.

๓. เทคนิค และวิธีเรียนแพทย์.

๔. การสาธารณสุข และการแพทย์สังคม.

ว่าด้วยการคัดเลือกนักศึกษา. ใต้อ

ปัญหาและข้อถกเถียงกันมากมายว่าด้วยการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่สำคัญก็คือควรให้มีการ สอบ ความ สนใจนักเรียน (aptitude หรือ interest test) และการสอบสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล. ใต้อมีความเห็นว่า หลักสูตรของนักศึกษาไม่ควรจะให้ มากไป โดยการ เพิ่มวิชา เฉพาะต่าง ๆ. ส่วนผู้ที่จบแพทย์แล้ว, ถ้าต้องการศึกษาเพิ่มเติมสำหรับออกไปประกอบอาชีพส่วนตัวก็, หรือต้องการเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาหนึ่งสาขาใดก็, จำเป็นต้องรู้วิชาเบื้องต้นที่เรียนให้ละเอียด, เพื่อเป็นการง่ายในการเรียนวิชาเฉพาะต่อไป.

ปัญหาเกี่ยวกับประเทศที่ยังไม่เจริญ.

Dr. Edward Grzegorzewski ผู้อำนวยการสาขาการศึกษาและปฏิบัติขององค์

การอนามัยโลก ใต้อเน้นให้เห็นความสำคัญว่า, แพทย์ในประเทศที่ยังไม่เจริญนั้นทั้งครึ่งโลก มีใช้ทำงานในหน้าที่แพทย์อย่างเดียวกัน, แต่ในฐานะการศึกษา, มีตำแหน่งหน้าที่สูง, และเกี่ยวข้องกับสังคมทั่วไป จึงจำเป็นต้องเป็นผู้นำของสังคมและวัฒนธรรมด้วย, แม้ว่าเขาต้องการจะเป็นหรือมีประสงค์จะเป็นก็ตาม. ฉะนั้นจึงควรจัดหลักสูตรการศึกษาคือเป็นผู้นำเข้าไว้ด้วย, และจำกัดขอบรมกันโรงเรียนแพทย์, ไม่ว่าจะโดยการสอนโดยสปีริตของโรงเรียน หรือของผู้นำก็แล้วแต่.

ใต้อผู้รายงานถึงการทดลองของมหาวิทยาลัยเซอริงแฮม ในการจัดรวมแผนกกายวิภาคศาสตร์เข้ากับแผนกสรีรวิทยา, โดยมีคณะกรรมการของสองแผนกที่เกี่ยวข้องในการสอนร่วมกัน ว่าได้ผลดี. ในแผนกอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน มีการร่วมมือกันในการสอนพิเศษบางวิชา. เพราะนอกจากจะทำให้นักเรียนเข้าใจดีแล้ว, ยังช่วยระยะเวลาเรียนลงอีกด้วย. นอกจากนั้นเทคนิคอื่น ๆ ในการสอน เช่นแสดงการผ่าตัดให้นักเรียนดูก็, ฉายภาพกระจกประกอบการศึกษาที่ดี นับว่าเป็นการช่วยมาก.

ปัญหาสังคม. ในการประชุมครั้งนี้ ได้มีการอภิปรายกันมาก ถึงความต้องการที่จะแนะนำให้ นักศึกษาแพทย์ สนใจในค่านิยมสุขภาพและการแพทย์สังคมให้มากขึ้น. และหลักสูตรในการสอนเกี่ยวกับเรื่องนี้ก็มีข้อแตกต่างกันมากระหว่างประเทศหนึ่งกับอีกประเทศหนึ่ง. หรือแม้แต่โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ภายในประเทศนั้นเอง, ทั้งนี้เนื่องมาจากความแตกต่างของโรคและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ.

สรุปว่าผลจากการประชุมเกี่ยวกับการ

ศึกษาแพทย์ของโลกครั้งนี้นั้น คงจะก่อให้เกิดความสนใจ, และมีการเปลี่ยนแปลงในหลักสูตรการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ทั่วโลกในปีต่อไป, และหวังว่า การสัมพันธ์ระหว่างประเทศ, รัฐบาลและองค์การต่าง ๆ ในวงการแพทย์ติดต่อกันไปเช่นนั้นในอนาคต คงจะก่อให้เกิดสารัตถะประโยชน์สืบไป.

(จาก Chronicle of the World Health Organization, Oct. 1953.)

สนอง อุณาภูล

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

บทกทหายลุมุด

๑ สารศิริราช ฌยัณ ออกใน กำหนดวาระกิดช่นขัใหม่, เราขอราราณาสิ่งคักคัสิทธิ์ทงหลายจงทล บันกาลให้ท่านสมาธิกทุก ท่าน ประสพ แต่ ความ สุข ความ เจริญพรอมคัวยจตุพิพร คือ อายุ วรรณะ สุขะ พละ เทชญ.

๑ ก่อนอื่น อยากรจะซัอม ความเข้าใจให้ท่าน สมาธิกขาง ท่านหาย ซัองใจในขางสิ่งขางอย่างที่เราได้กระทำไปแล้ว และกำลังจะกระทำต่อไป. จุดมุ่งหมายอันสำคัญ คือ เราต้อง การเผยแพร่วิชาความรู้ ทั้งในท่านพิเศษและทั่ว ๆ ไป. นอกจากนั้นม้แทรกขงแถมเล็ก ๆ น้อย ๆ, แฝงไว้ซัองซัอกคิกทิม, ขบขันและชวนอ่านไว้คัวย, เพื่อเป็นการแบ่งเขาสมองขงท่านไม่ให้เคร้งเครียตลออกเวลา. ขทความขางเรื่องมีการคิในสิ่งทขบพรอง และสรรเสริญ ผู้ที่ไต้ปฏิบัติใน สิ่งคิงาม เป็นสาธารณประโยชน์แก่วงการแพทยขงเรา. การคินัน เป็นการคิเพื่อก่อ, มีไต้มุงหวังทำลาย. ขอย่าว่าเท่าที่เราได้ปฏิบัติไปแล้ว มีไต้มีเรื่องส่วนตัวเขาพวพนเลยแม้แต่นคิเดียว. เราต้องการเห็นศิริราช เจริญก้าวหน้า

หน้าไปทุก ๆ ด้าน, มีไต้แต่เจริญทางวัตถุอย่างเดียว, คีลปวิทยาการและคีลธรรมจรรยามารยาทต่าง ๆ ต้องเจริญตามไต้คัวย. ท่านคงทราบดีแล้วว่า การทำหนังสือพิมพ์นั้น มีแต่เสมอคัหรือไม่ก็ถูกค่า. สำหรับสารศิริราชนี้ก็เช่นเดียวกัน, เจ้าหน้าททำงานอยู่ทงวัน ล้วนแต่มีงานอนประจำอยู่แล้วทงนั้น, ยังต้องปลิกเวลามาช่วยทางคานหนังสือพิมพ์อีกคัวย. ไม่มีเจ้าหน้าทไต้โดยเฉพาะ เลย แม้แต่ คนเดียว. เท่าที่ทากัน อยู่ทงวันไม่ได้มีสินจ่างอะไรกันเลย. มีหน้าซ้าทางมหาวิทยาลัยแพทยก็ไม่ได้ไต้เสียเงินขประมาณในเรื่อนี้. เท่าที่สารศิริราช เลียงตัวอยู่ไต้ ก็ไต้โดยอาศัยน้ำพิกน้ำแรงขงเจ้าหน้า ทขางคนซัองกำลังจะเหือคแห้งไปแล้ว, เงินค่าแรงความ, และเงินที่ท่าน สมาธิกให้ค่าบำรุงตามทตั้งไว้เท่านั้นเอง. ถ้าล้าพั้งแต่ค่าบำรุงอย่างเดียว คือ เล่มละ ๑ บาทนั้น ก็ซาคทนย่อยยับไปนานแล้ว. คันทนพิมพ์คักเล่มละประมาณ ๓ บาท. เราไม่พยายามขึ้นราคาหนังสือ, ทง ๆ ทสมาธิกส่วนมากเห็นว่าควรระขึ้นราคาไต้แล้ว, ทงนี้ก็เพราะเราไต้

บอกไว้แล้วว่าต้องการเพียงเผยแพร่วิชาการเท่านั้นเอง. ส่วนเรื่องทางวิชาการและบทความซึ่งช่วยให้สารศิริราชมีอายุอย่างเขายาว ๗ ปี, และคงรวบรวมอยู่ที่โดยอาศัยบรรดาอาจารย์แต่ละแผนกในศิริราช และศิษย์เก่าบาง ท่านได้ ส่งเรื่องมา หล่อเลี้ยงให้มีชีวิตยืนยาวตลอดมา. ฉะนั้นถ้าหากผู้ใดเห็นว่าควรแก้ไข หรือควรเพิ่มเติมอะไร เพื่อให้สารศิริราชดีขึ้นกว่านี้ ขอให้โปรดเสนอความคิดเห็นมา. เรายินดีรับฟังและจะพิจารณาด้วยดี.

๑ ในฉบับกันยายน มีเรื่องที่น่าสนใจ ๒ เรื่อง. เรื่องแรกคือสถิติของมะเร็งทางแผนกรังสีวิทยา รวม ๑๕ ปี, ของคุณหมอรอจน์ สุวรรณสุทธิ. เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับทางด้านการรักษา. นับว่าเกือบจะครบเรื่องของเนื้องอกแล้ว คือ มีสถิติของทั้งโรงพยาบาล, ของแผนกพยาธิ ฯ และของแผนกสถิติ-นิวเคลียร์. ผลของการรักษาว่าจะหายขาดหรือไม่นั้น, ต้องคอยดูคนไข้เป็นระยะเวลานานสักหน่อย, แต่น่าเสียดาย ที่ทางแผนกรังสีไม่ได้รับความร่วมมือจากคนไข้ ดังที่คุณหมอรอจน์ได้เขียนไว้. ทั้งนี้นักกอยู่ทำการศึกษานั่นเอง. ถ้าคนไข้ได้รับการศึกษาดี, มีความ

ห่วงใยในเรื่องโรคของตัว, ต่อไปภายหน้าเราคงได้สถิติในทางรักษาแน่นอนขึ้น.

๑ เรื่องที่สอง คือ หลักการพิจารณาและบำบัดภาวะฉุกเฉิน ขางประการในระยะหายใจ ของท่านหัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ และคุณหมอมัญญู ปรีชญาณนท์. ความจริงเรื่องนี้ได้จัด เป็นทำนองบรรยายสั้น ๆ แล้วอภิปรายกัน, มุ่งเฉพาะในทำนุปรียกต์ และได้ประโยชน์ต่อคนไข้จริงๆ, เช่น ในอาการไอเป็นเลือดจะเห็นได้ว่ายาห้ามเลือดทั้งหลายไม่มีประโยชน์อะไรเลย, แต่เราก็ยังใช้กันอยู่เสมอ. เป็นการสิ้นเปลืองโดยไม่ใช้เหตุ, ได้ผลเพียงทางจิตใจเท่านั้น.

๑ หอบหืดเป็นอีกภาวะหนึ่งที่ทราบมานาน คนไข้อย่างแสนสาหัส, และยังไม่มียุญญาที่จะรักษาให้หายขาดได้. เพียงคอยระวังอาการหอบฉุกเฉินเท่านั้นเอง. เท่าที่ได้อภิปรายกันแล้วพอสรุปได้ว่าเวลานี้ คอร์ดิโอโซน และ เอ.ซี.ที.เอส. เป็นยาที่กำลังนำสมัยอยู่. ทั้งรายละเอียดที่มีอยู่ในรายงานนั้นแล้ว.

๑ เรื่องทุนช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ของ คุณหมอสัก แสงวิเชียร เป็นเรื่องน่าคิดและยังความหนักใจให้แก่ผู้เป็นกรรมการพิจารณา แบ่งปันเงิน ออกทุน ดังที่ คุณ

หมอลูกได้กล่าวไว้แล้ว. โดยปกติแล้ว
 ในใบสมัครเข้าเป็นนักศึกษาแพทย์มีคำบริ
 รongบ่งชี้ข้ออยู่ข้อหนึ่งว่า “ข้าพเจ้า (ผู้ปก
 ครอง) จะรับผิดชอบในการชำระ เงินค่า
 ธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำต้อง
 เสียเกี่ยวกับการเล่าเรียนของ
 เพื่อให้ได้เรียนจนสำเร็จ และถามหนี้สิน
 เกยค้างอยู่กับมหาวิทยาลัย ข้าพเจ้าจะ
 รับผิดชอบให้ทั้งหมด.” ทักเอาคำบริรongมา
 ข้างเช่นนี้ ก็เพื่อแสดงให้เห็นว่านักศึกษา
 ทุกคนจะเข้ามา เรียนแพทย์ได้ ต้องมีผู้ ส่ง
 เสียเงินทองให้จริง. แต่แล้วพอเข้กเทอม
 เข้าการณกลับปรากฏว่านักศึกษาจำนวนไม่
 น้อยไม่ชำระค่าธรรมเนียมต่าง ๆ. ส่วน
 มากอ้างว่า ผู้ปกครองยังไม่ ส่ง เงินมาให้
 นั้นหมายความว่า ผู้ปกครอง และผู้บริรong
 เช่นชอริบริรongไว้พอ เป็นพิธิไปเช่นนั้นเอง,
 หาได้สำนึกในหน้าที่ของตนไม่. แต่เท่าที่
 สืบได้หาได้เป็นจริงเช่นนั้นเสมอไปไม่. ผู้
 ปกครองย่อมตั้งใจกลทหลานของตนได้เรียน
 แพทย์ รับผิดชอบเงินให้โดยเร็ว เสียด้วยซ้ำ.
 หากเด็กกลับเอาเงินนั้นไปใช้จ่ายหาความ
 สนุกหรือไม่ก็เล่นการพนันเสียหมด. แล้ว
 กลับโยนความผิดไปให้ผู้ปกครอง. ฉะนั้น
 ทางที่ดีแล้วทาง มหาวิทยาลัยควรจะย้ายใน

เรื่องการบริรongนี้ และเรียกตัวผู้ปกครอง
 มาสอบสวนเอาความจริงกัน. เด็กจะได้
 เช็ดหลาย. ไม่กล้าประพฤติเสเพลอีก.
 ๑ สำหรับผู้ซัดสนจริง ๆ ก็ควรเรียกผู้
 ปกครองมายืนยันอีกที. ไม่ควรให้ใคร
 ต่อใครเช่นบริรong, เพื่อคักปัญหาเด็ก
 หลอกผู้ใหญ่. ส่วนทุนของกระทรวง
 สาธารณสุขนั้น เมื่อหวังจะให้ได้ผล คือ
 ใต้แพทย์ไปทำงานตามความต้องการของ
 ตนแล้ว ก็ควรหว่านพืชทักให้ทุนแก่นักศึกษ
 ษาให้มากพอจะกินก็อยู่ก็มีกำลังใจศึกษา
 และคิดถึงบุญคุณของเจ้าของตนโดยแท้
 จริง. เมื่อสำเร็จแล้วจะได้ไม่คิดเบี่ยงย้าย
 เป็นอย่างอื่น, ดังเช่นที่ปรากฏอยู่ในขณะนี้.
 ๑ การคักเลือกนักศึกษาแพทย์ ของ
 คุณหมอ สมอง อนุบาล ก็จัดอยู่ในประ
 เภทยุ่งยากเหมือนกัน. แต่ละข้เราจะพย
 ว่านักศึกษาแพทย์ บางคนไม่เหมาะสมที่จะ
 เรียนแพทย์เลย เมื่ออาจารย์พยายาม
 ปลอบถามข้อข้องใจ. ก็ได้ความจริงว่า
 ตนอยากเรียนอย่างอื่น, แต่พ่อแม่บังคับ
 ให้เรียนแพทย์ซึ่งตนไม่ชอบ แต่ไม่กล้า
 ซัดคำสั่งผู้ใหญ่ เลยจำใจเรียนไปอย่าง
 นั้นเอง. ผลสุดท้ายเด็กนั้นก็ไปไม่รอด.
 เป็นการเสียเวลาเปล่า ๆ. อีกประการหนึ่ง

ซึ่งเรามักจะพบเมื่อสายเสียแล้ว คือ นักศึกษาบางคนพอเข้าเรียนแพทย์ได้ สักครึ่งปีก็เริ่มขี้ขวย. เมื่อให้แพทย์ตรวจ, ก็พบว่า เป็นวัณโรค. ต้องพักการเรียนการราคาซึ่งอยู่. บางคนพักอยู่ตั้ง ๓-๔ ปีแล้วก็มี. ทั้งนี้เพราะทาง มหาวิทยาลัย เราไม่ได้ เข้มงวดเหมือนตอน ๆ คือไม่มีการ ตรวจร่างกาย ก่อนที่จะรับเข้าเป็นนักศึกษาแพทย์. ขอน

อาจารย์ส่วนมากเห็นว่าเป็นการนำเชื้อโรคติดต่อไปสู่ เพื่อนนักศึกษาด้วยกัน, เพราะกว่าจะรู้ว่าใครเป็นวัณโรค ก็สายเกินไปเสียแล้ว. เช่นที่นายอินต์ว่าใน ปีใหม่นี้จะได้มีการให้ตรวจร่างกายกันก่อน ถ้าหากเป็นความจริงแล้วเราขออนุโมทนาด้วย.

บ.ก.ร.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้ค้าง
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช