



**สารศิริราช**  
**SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE**

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๕๓๘

Volume 7, Number 4, April 1955

**อะมิบิโอซิสของระบบขับถ่ายปัสสาวะ\***

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

ตระหนักจิต กระจินสุต  
P.B., D.T.M. & H., V.D.O.

และ

สุนทร ตัญทะนันท์  
P.B., F.C.C.P.

(แผนกอายุรศาสตร์)

อะมิบิโอซิสคือการติดเชื้อโดย อี. ฮีสโตลิยติกา. อวัยวะที่พบเป็นโรคนี้บ่อยที่สุดคือ ลำไส้ใหญ่ รองลงมาตามลำดับก็คือ คับ ปอด ผิวหนัง สมอง ม้าม ฯลฯ อะมิบิโอซิสของเยื่อหุ้มปอด, เยื่อหุ้มหัวใจ, กระดูก, ไต, กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด และปากมดลูก ก็ได้เคยมีผู้รายงานไว้บ้างแล้วเหมือนกัน.

อะมิบิโอซิสของระบบขับถ่ายปัสสาวะ

เป็นโรคที่ไม่พบบ่อยนัก. แมนชัน-บาร์ (๑๙๔๐), สติทท์ (๑๙๔๒) เครทและเฟาส์ท (๑๙๔๓) กล่าวไว้ว่ามีเป็นภาวะแทรกซ้อนของบิดลำไส้ที่พบบ่อยมาก. ในราวต้นศตวรรษนี้มีรายงานว่าพบบ่อยในอินเดียและอเมริกาใต้.

เบลล์ (๑๙๔๓) เป็นคนแรกที่รายงานว่าพบตัวอะมิบิาในปัสสาวะของหญิงญี่ปุ่นซึ่งป่วยด้วยโรคปอด, อวัยวะสืบ

\* บรรยายในการประชุมวิชาการ วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๓๘ ณ หอประชุมแพทยาลัย ร.พ. ศิริราช.

พันธุ์และชนิดย่อย. ยีสต์สภาวะที่เขาสวน ออกมามีลักษณะหนองและทึบชีวิตตายแล้ว. เขาพบอะมีบาเป็นจำนวนมาก, ขนาด ๕๐ ไมครอนมีซัยโทพลาซึ่มและเวสิคูลาร์ นูเคลียส. มันเคลื่อนไหวว่องไว. เบลซ เข้าใจว่าเป็นอะมีบาพันธุ์ใหม่, จึงให้ชื่อว่า "เอ็นทามีบา บโรเนนิตาเลียส" แต่ไม่ได้ตรวจชำระในผู้ช่วยรายงาน. ฉะนั้นจึงไม่ทราบว่าอะมีบิเอซิสล่าได้ด้วยหรือไม่. ต่อจากนั้นมีรายงานอีกกว่า ๕๐ ราย, มิได้ถึง ๑๐ รายก็อธิบายลักษณะอะมีบาที่พบไว้อย่างละเอียด. ฉะนั้นจึงยังคงเป็นปัญหาว่าตัวที่เขาพบกันนั้นเป็นอะมีบาจริงหรือไม่.

อะมีบิเอซิสของระบบขับถ่ายยีสต์สภาวะ ไม่มีอาการแสดงทางคลินิกที่ผิดจากการติดเชื้ออื่น ๆ ของระบบ. การวินิจฉัยโรคอาศัยหลักสองข้อ คือข้อแรก พบตัว อี. ฮีสโตลิยติกาในยีสต์สภาวะ และข้อสองรักษาหายโดยอิมเมคิน. สำหรับประการหลังนี้ Deschiens และ Khouri (1924) ยังว่าในพยาธิสภาพอื่น ๆ เช่น Bilhazial cystitis, อิมเมคินก็ให้ผลก็เช่นเดียวกัน. ฉะนั้นการพบกัวยีสต์สภาวะจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด.

อะมีบาจะอยู่ในยีสต์สภาวะได้หรือไม่ เป็นปัญหาที่ถกเถียงกันมาก. Khouri (1924, 1929, 1930, 1931) ตรวจยีสต์สภาวะ ๕๐,๐๐๐ ราย ในจำนวนมากกว่า ๑ ปช. มิได้ออก. ไม่พบ อี. ฮีสโตลิยติกา ในยีสต์สภาวะสักรายเดียว. อีกคนหนึ่งศึกษา ค้นเรื่องนมากคือ Farmakide (1930) ซึ่งทำงานอยู่ที่อะเล็กซานเดรียหลายปี, กล่าวว่าได้พยายามค้นหาโรคนี้หนักหนาแต่ก็ไม่พบเลยแม้แต่รายเดียว ทั้ง ๆ ที่ขณะนั้นแพทย์อื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงรายงานว่าพบย่อย.

Deschiens และ Melnette (1928) Alexeieff (1926 & 1927), Thomson (1926) กล่าวว่าการย้อมด้วย Iron-haematoxylin เป็นวิธีที่ถูกต้องที่สุดที่ตัดสินว่าตัวนั้นเป็นอะมีบาหรือไม่, และสามารถที่จะแยกจาก haematophagous, leucocytes ขนาดใหญ่ได้.

Carvaillo และ Soutet (1926) ทดลองในโลกแมว ทำซปรอพบิก ซียส์-โทสโตมัย แล้วฉีดเชื้ออะมีบาเข้ากระเพาะยีสต์สภาวะ, ทดลองหลายครั้งแต่ก็ไม่ปรากฏว่าลูกแมวเป็นโรคนี้เลย.

Yokochi (1926) กล่าวว่าอะมีบาอยู่

ในบัสสาวะไม่ได้. Watson (1945) ทดลองเจือจางบัสสาวะให้มีความเข้มข้นต่างๆ กัน. พบว่าแม้ในบัสสาวะที่มีความเข้มข้นเพียงหนึ่งในสี่ในอุณหภูมิ ๓๗° ซ. อะมีบาก็อยู่ไม่ได้. ในบัสสาวะที่ไม่ได้เจือจางอะมีบาเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วเพียง ๒ ชม. ต่อจากนั้นก็อยู่นิ่งแล้วสลายตัว

Macfie (1916) กล่าวว่า ถ้าบัสสาวะมีความเข้มข้นอสโมติกต่ำ, แอมโมเนียและยูเรียน้อย, และ pH สูง, อะมีบาอาจอยู่ได้. ถ้าออสโมลิตีของระบบทางเดินบัสสาวะถูกทำลายด้วยเหตุอื่น, อะมีบาก็อาจเข้าไปและเจริญอยู่ในทิวชีว ทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น ณ ที่นั้น เช่นที่กระเพาะบัสสาวะ. เมื่อกระเพาะบัสสาวะบีบตัว, อะมีบา, หนอง และทิวชีวที่ตายก็ถูกขับออกมา. การที่ตรวจพบตัวอะมีบาหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ตรวจหลังจากอะมีบาหลุดมาจากแผล และเข้าอยู่ในน้ำบัสสาวะ ถ้าบัสสาวะนั้นได้รับการตรวจเร็ว (ภายใน ๒ ชม.) ก็สามารถพบตัวอะมีบาที่เคลื่อนไหวว่องไวได้. ถ้าตรวจช้ากว่านั้นอาจพบเพียงอะมีบาที่กลมไม่เคลื่อนไหว. ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานก็จะตรวจไม่พบอะมีบาเพราะมันตายและสลายไปหมดแล้ว.

Dobell (1919) กล่าวว่าอะมีบอซิซิสของระบบขับถ่ายบัสสาวะต้องเป็นเซกันการีย์ต่ออภิลำไส้เสมอ. Watson (1945) กล่าวว่าอะมีบาอาจไปถึงระบบขับถ่ายบัสสาวะได้ ๔ วิธี คือ:

- (๑) เข้าไปทางทวารเบาจากภายนอก.
- (๒) เข้าไปทางพีสตุลาคีคที่ต่อจากลำไส้ใหญ่.
- (๓) จากฝักในตับลูกกลมแตกเข้าไต.
- (๔) ไปตามกระแสเลือดหรือน้ำเหลือง.

สำหรับข้อแรก อจจาระอาจเปราะและแข็งไปจนถึงทวารเบาและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เกิดอะมีบอซิซิสของส่วนนั้น. มีผู้รายงานไว้หลายรายเช่น Shih, Wu และ Lieu (1939), Hermann และ Barman (1942), Bacigalupo, Julien และ Paga (1942). ส่วนในรายของ Lyun (1914) ผู้ป่วยใช้กระบอกฉีดยาอันเคี้ยวกันสำหรับล้างทวารหนักและกระเพาะบัสสาวะ

สำหรับข้อสอง ลำไส้ใหญ่และกระเพาะบัสสาวะต้องติดต่อกับแผลในลำไส้ใหญ่เล็กและทะลุเข้ากระเพาะบัสสาวะเช่นในรายของ Craig (1911), Goyena

(1926), Pawan (1926), Gambier (1930), การทะลุคอกที่ระหว่างลำไส้และกระเพาะปัสสาวะอาจพบในรายที่เป็นซิสโตไซติสของกระเพาะปัสสาวะ อยู่แล้ว เช่น ในรายของ Nogue (1922).

ส่วนข้อสาม เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้วว่าฝีคัณฑในคัณฑอาจแตกเข้าอวัยวะใกล้เคียงได้. ถ้าแตกเข้าไตหรือลูกกลามมาถึงไต, ไตและทางเดินของปัสสาวะก็จะพลอยเป็นแหล่งเจริญเติบโตของอะมีบาได้ เช่นในรายของ Worsley และ Bateman (1924), Craig (1934), Carbonaro (1934). ส่วน Kirsh และ Diaz-Rivera (1943), Ross (1944) พบฝีรอบ ๆ ไต (perinephric abscess) ซึ่งลูกกลามไปจากคัณฑและลำไส้.

สำหรับข้อสี่ อะมีบาในแผลลำไส้อาจหลุดเข้าไปในเส้นเลือดและถูกพาไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น คัณฑ ปอด สมอง และอาจไปถึงระบบซัยด้ายปัสสาวะได้. วิธีนี้มักจะยากสักหน่อยเพราะ อะมีบาต้องผ่านการกรองจากคัณฑและปอดมาแล้ว.

ในประเทศไทยเราพบยีสต์ลำไส้และผู้ยีสต์ในคัณฑเนื่องจากอะมีบาช้อย ๆ. ผู้ยีสต์ที่ปอดก็พบบ้าง, แต่อะมีบิเอซิสของระบบซัย

ด้ายปัสสาวะยังไม่เคยมีใครรายงานไว้เลย, ผู้เขียนจึงเห็นสมควร ที่จะเสนอ รายงานผู้ช่วยยีสต์.

### รายงานผู้ช่วย

ผู้ช่วยหญิงไทยคู่อายุ ๓๕ ปี เลขที่ทั่วไป ๓๒๑๐๘.๘๔ เลขที่ภายใน ๘๒๐๕.๘๔ รั้วไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชเมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๘๔ โดยมีอาการสำคัญว่าขอมทั่วตัวมา ๒๐ วัน. ผู้ช่วยมีสุขภาพสมบูรณ์ดีเรื่อยมาไม่เคยเป็นยีสต์ (ก่อนผู้ช่วยมาร.พ. ๕ เดือน ลูกชายอายุ ๕ ปี ถึงแก่กรรมด้วยโรคยีสต์) ๖ เดือนก่อนมาร.พ. ผู้ช่วยมีอาการปวดท้องท้องเสียบ่อย ๆ. ใ้ได้รับประทานยากกลางบ้าน และอดของแสลงแต่อาการไม่ดีขึ้น. ๓ เดือนก่อนมาร.พ. มีอาการชามือและเท้า แขนขาไม่มีแรง. อาการทั้งสองอย่างนี้เป็นมาช้านาน. ๒ เดือนก่อนมาร.พ. ผู้ช่วยลุกไม่ขึ้น ต้องนอนอยู่กับยีสต์. ๒๐ วันก่อนมาร.พ. มือเท้าขวมแล้วขอมทั่วตัว. ๖ วันก่อนมาร.พ. อุจจาระบ่อยมีมูกและเลือด.

เมื่อแรกรับ, อุณหภูมิ ๓๗° ซ. ชีพจร ๘๐/นาที, หายใจ ๒๔/นาที แรงดัน

เลือก ๑๓๖/๘๐ มม.ปรอท. ชุ่ม, ชัก  
ปานกลาง, ขวม กดยุ่มทั่วตัว, ผิวหนังตก  
เส็ก, ตาแดง, ปากแห้งแตก ลื่นฝ้า ท้อง  
ขวมมีน้ำ. กดเจ็บท้องแอคเฟอัสข้างทั้งสอง  
ข้าง. คับมีนมคล้ำไม่พวย. หัวใจโตเล็ก  
น้อย, เสียงหัวใจเต้นปกติแต่เบา. ปอด  
เคาะไม่ทึบ, เสียงหายใจตอนล่างเบาทั้ง ๒  
ข้าง. ไม่มีปฏิกิริยาเข้ากระดูก และข้อเท้า  
กระดูก, ความรู้สึกตรวจไม่ได้เพราะผู้ช่วย  
ชุ่มมาก. เลือด: ซีโมโกลบิน ๘๒ ปรซ.,  
เม็ดเลือดแดง ๒.๕ ล้าน/ล.มม., เม็ด  
เลือดขาว ๖,๒๕๐/ล.มม., นิวโทรฟิล  
๗๕ ปรซ., ลิมโฟไซต์ ๒๐ ปรซ., เยโซ  
ฟิล ๑ ปรซ., ซีรัมแอลบูมิน ๒.๗ กรัม  
ปรซ., โกลบูลิน ๑.๕ กรัม ปรซ., บีสสาร  
ปกติ. อุจจาระมีมูกเลือด, ไม่พวย อี. อีส-  
โตลิย์ติกา.

เมื่ออยู่ในห้องรักษาผู้ช่วยมีไข้ต่ำ ๆ,  
ชุ่ม แต่บางครั้งก็เซอะ, ใค้ให้การรักษา  
ตามอาการ. ๕ วันหลังจากรับไว้ตรวจ  
บีสสารพบตัว อี. อีสโตลิย์ติกา. (vege-  
tative form) มีการเคลื่อนไหวของไว,  
มีชโคบ็อก, เช็กโตพลาซมีโส และมีเม็ด  
เลือดแดงในตัวด้วย. วันต่อ ๆ มาได้สอน  
เขาบีสสารซ้ำอีก ๒ ครั้ง ก็พวย อี. อีสโต-

ลิย์ติกาเช่นเดียวกัน. บีสสารมีทั้งเม็ด  
เลือดแดง, เม็ดเลือดขาว และไข่ขาว,  
pH ๖.๕ และ ๗.๖ ซีบัสโทสโคปี้ พบ  
ว่าเยื่อกระดาษบีสสารมีเลือดคั่งทั่วไป,  
มีทิศชีวิตตายแล้วทึบมม. รูเบ็คของท่อ  
บีสสารปกติ. ไม่เห็นหนองออกจากข้าง  
หนึ่งข้างใด. ไม่เห็นฟิสต์ดำ. การเพาะเชื้อ  
อี. อีสโตลิย์ติกาในอุจจาระได้ผลบวก. ใค้  
เริ่มการรักษาโดยให้อี. เมคินอัย โครมอล  
โรคเข้าใค้ผิวหนังวันละครึ่งเกรน.

วันต่อมาผู้ช่วยมีอาการไอนิกน้อย,  
ไม่มีเสมหะ, เสียงหายใจตอนล่างยังคง  
เบาเช่นเดิม. ไข้สูง, เม็ดเลือดขาว ๑๑,  
๕๐๐, นิวโทรฟิล ๕๐ ปรซ. ตรวจทางรัง  
สีพบเนอปกอกซิกเสบห้อยมเล็ก ๆ หลาย  
แห่ง, จึงให้เพนิซิลลินควยไปก้วย. อาการ  
ผู้ช่วยไม่ดีขึ้น. แรงคันโลหิตลคเหลือ  
๕๒/๗๒. จึงให้อี. เมคิน หลังจากทำให้ใค้  
๖ วัน (สามเกรน). ใค้ฉีดวัคซีนและ  
โคโอโคควินแทน. ขณะนั้นอุจจาระไม่มี  
มูก. บีสสารยังคงมีเม็ดเลือดแดงและ  
เม็ดเลือดขาวบ้าง. ตรวจไม่พวย อี. อีสโต-  
ลิย์ติกาทั้งในบีสสารและอุจจาระ. ตรวจ  
ทางรังสีเงาที่ขยับหายไป (๗ วันห่างจากครั้ง  
แรก) แต่อาการทั่วไปของผู้ช่วยหนักลง.

ผู้ช่วยถึงแก่กรรมหลังจากวัยไว้ ๒๐ วัน.

การตรวจศพ (ทำโดย น.พ. สังก  
กาญจนกฤษ) พบ:

(๑) เป็นยี่คล้ำไล่เรอจริง, เป็นทชกัม  
และเร็คตัม.

(๒) ภาวะบัสสาวะอักเสบชนิดเป็น  
ผลและมีเลือดออก.

(๓) ไตทั้งสองเป็นฝีหนองหลาย  
หย่อม พร้อมท่อบัสสาวะพลอยติดเชือก  
ด้วย.

(๔) ซัยโตรเปอร์ริคาร์เทียม.

(๕) ปอดมีซัยโปสเทติก คอนเยส  
ชันและขวมน้ำ.

(๖) สมอมีคอนเยสชันและขวมน้ำ.

(๗) ตับมีคอนเยสชัน, การเปลี่ยน  
แปลงทางไขมันและเปอร์ริพอร์ตัลอินฟิล  
เทรชัน.

ตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์ พบ อี. ฮีสโต  
ลียัติกาทังที่ลำไส้ใหญ่และ ภาวะบัส-  
สาวะ.

#### การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย.

(๑) อะมีบิเอซีส

— ของลำไส้, ชนิดเรอจริงและกำลัง  
กำเริบขึ้นเล็กน้อย.

— ของภาวะบัสสาวะ

— ของปอดทั้งสองข้าง

(๒) โรคขาดอาหาร พร้อมกัมเป็น  
เห็นชัดตามมาจาก (๑) และขาดอาหาร.

(๓) พัยอิลเนียบไฟรคิสทั้งสองข้าง  
(วินิจฉัยได้ก่อนตรวจศพ)

#### วิจารณ์

ผู้ช่วยรายนี้เป็นอะมีบิเอซีสลำไส้ที่อยู่  
แล้ว. อาการอักเสบของภาวะบัสสาวะ  
คงจะตามมาทีหลัง ซึ่งตรงกับความคิด  
ของ Dobell. อะมีบิเอซีสจะไปถึงภาวะ  
บัสสาวะโดยวิธีใด. การตรวจโดย  
ซัยสโตสโคปก็ดี หรือการตรวจศพก็ดี,  
ไม่พบฝีสกล่าติดต่อระหว่างภาวะบัส-  
สาวะและลำไส้ใหญ่ และไม่พบฝักคัย  
ด้วย. ฉะนั้นจึงคัดสองวิธีนี้ออกไปได้.  
ส่วนเรื่องท่อน้ำจะเข้าไปทางทวารเบาจาก  
ภายนอกนั้นก็ไม่น่าจะเป็นไปได้. ผู้ช่วย  
รายนี้ไม่มีแผลแถวทวารเบาเลย และก็ไม่  
มีประวัติการสวนบัสสาวะมาก่อน. ฉะนั้น  
ในรายนี้ อะมีบิเอซีสจะไปทางเลือดหรือน้ำ  
เหลือง. ภาวะบัสสาวะและลำไส้ใหญ่  
ส่วนเร็คตัมอยู่ใกล้ซีกกันมาก, หลอด  
น้ำเหลืองของอวัยวะทั้งสองก็ติดต่อกัน

(anatomosis). จากการตรวจศพพบ  
แผลบิชกัมและเร็คคัม. ถ้าอะมีบ่าจะไป  
ตามกระแสเลือดจากแผลทชกัม, คัยก็  
น่าจะเป็นตำแหน่งแรกทคต; แต่ถ้าไปจาก  
แผลทเร็คคัม, เลือดจากตำแหน่งนี้ไม่  
ผ่านเข้าคัย, อวัยวะที่น่าจะไปคัยคือ  
ปอด. ในรายงานการตรวจโดยรังสีทศพบ  
การอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งหายไปใ  
๗ วัน. ระหว่างนั้นผู้ช่วยได้รักษาอเมตัน  
และเพนิซิลลิน. ฉะนั้นสาเหตุของพยาธิ  
สภาพในปอดจึงยังคงเป็นปัญหาอยู่.

อะมีบิเอซิส ไม่ได้เป็นเหตุ ตายของผู้  
ช่วยรายงาน. ผู้ช่วยมีการขาดอาหารมานาน  
และยังมีการคคเคออินควย คือ ไตเป็นผ  
มหนอง (pyogenic abscess)

### สรุป

(๑) ผู้รายงานได้รวบรวมย่อเอกสาร  
เรื่องอะมีบิเอซิสของระบบขับถ่ายบัสสาวะ  
พร้อมทั้งรายงานผู้ช่วยเป็นอะมีบิเอซิสของ  
กระเพาะบัสสาวะหนึ่งราย.

(๒) ได้วินิจฉัยโรคขณะผู้ช่วยยังมี  
ชีวิต อยู่ โดย พบ อี. อีสโตลิยติกาใน  
บัสสาวะ (ทั้งที่ส่วนและไมส่วน) และเห็น  
แผลในกระเพาะบัสสาวะได้ยืนยันการวินิจฉัย  
โรคโดยการตรวจศพ

(๓) อะมีบิเอซิสของกระเพาะบัสสาวะ  
ในผู้ช่วยรายงานเป็นเชกกันตารัยจากบิลลา  
ไล. อะมีบ่าคงจะผ่านจากบิลลาไลไปถึงกระ  
เพาะบัสสาวะโดยทางเลือดหรือน้ำเหลือง.

ในที่สุดผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์  
ประเสริฐ กังสตาลย์ หัวหน้าแผนก  
อาหุศาสตร์ ที่ได้ให้คำแนะนำอันมีค่า,  
นายแพทย์สังค กาญจนกฤษร ที่ได้ช่วย  
ตรวจศพและได้พยายามค้นหาตัวอะมีบ่า  
ในเช็คชันศพ, ซึ่งถ้าปราศจากท่าน  
พยาธิแพทย์แล้วเราก็คงไม่ได้รายงานนี้.

### เอกสาร

- (1) R. Carvaillo and J. Soutet. Trop. Dis. Bull. 24: 18, 1927.
- (2) C.F. Craig, (1934) Amoebiasis and Amoebic Dysentery. Springfield III.
- (3) C.F. Craig and E.C. Faust. (1943) Clinical Parasitology. London 3rd edition.
- (4) C. Dobell, (1919) The Amoebae Living in Man, London.
- (5) J. Khouri. Trop. Dis. Bull. 22: 674, 1925.
- (6) P. Manson- Bahr. (1940) Manson's Tropical Diseases. London.
- (7) E.R. Stitt. (1942) Diagnosis, Prevention and Treatment of Tropical Diseases. 6th edition.
- (8) J.M. Watson. Ann. Trop. Med. and Parasit. 39:101, 1945.
- (9) J.M. Watson. Trop. Dis. Bull. 12: 947, 1945.
- (10) นายแพทย์สุต แสงวีระ: ติดต่อด้วยตนเอง.



# บทความพิเศษ

ยูริเมีย

ตระกูล กิติลิน พ.ศ.  
(แผนกสรีรวิทยา)

คำว่า "ยูริเมีย" ตามศัพท์แปลว่า มีน้ำยัสสาวะอยู่ในเลือด. Piorry และ Lhéritier เริ่มนำศัพท์มาใช้เป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๘๔๐ เพื่ออธิบายอาการเป็นพิษซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากไตไม่สามารถทำให้เลือดบริสุทธิ์ได้เพียงพอ. ศัพท์นี้ใช้ได้กันเรื่อยมา. แต่ในระยะหลัง ๆ นี้เมื่อความรู้ทางชีววิทยาก้าวหน้ามากขึ้น, รู้สึกว่าคำจำกัดความของ Piorry แคบไปเสียแล้ว. Bull (๑๙๕๕) จึงให้คำจำกัดความใหม่ พร้อมทั้งแสดงการเปลี่ยนแปลงของสารต่าง ๆ ในเลือดโดยละเอียด. จึงขอรวบรวม มาให้อ่านพอสังเขปดังต่อไปนี้.

คำจำกัดความ. ยูริเมียหมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อไตไม่สามารถรักษา

การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายให้อยู่คงที่, จนเกิดการไม่สมดุลขึ้นระหว่างสารเคมีที่ใคร่หรือที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาในร่างกายกับจำนวนการขับถ่ายของสารนั้น ๆ.

คำจำกัดความนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ ๓ ประการ คือ :

๑. ในรายที่เกิดไตวาย (renal failure) มิได้มีอาการแสดงเพียงอย่างเดียว.

๒. ยูริเมียเกิดขึ้นจากการไม่สมดุลระหว่างสิ่งที่ใคร่เข้าไปกับหน้าที่ของไต. ข้อนี้มีความสำคัญมากเกี่ยวกับการรักษา.

๓. ยูริเมียยังรวมถึงอาการที่เกิดขึ้นเมื่อไตไม่สามารถสงวนไว้ซึ่งสิ่งจำเป็นของร่างกายด้วย.

พยาธิสภาพ. สมัยก่อนเชื่อกันว่า สารที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดอาการยูริเมียก็คือ เอ็น. พี. เอ็น โดยเฉพาะยูเรีย, แต่จากการทดลองต่าง ๆ พิสูจน์ได้ว่าหาใช่ ยูเรียหรือ เอ็น. พี. เอ็น. อย่างเดียวไม่, มันกลายเป็นน้ำ และ อิเล็กโตรลัยท์.

เมื่อคราวประชุม Transections of the Third conference Oct. 1951. เกี่ยวกับหน้าที่ของไตนั้น, ใ้มีผู้ตั้งปัญหาถามว่า ในยูเรียนั้น ตัวยูเรียเองทำให้เกิดอาการอะไรอย่างหรือเปล่า? Miller ได้ทดลองฉีดน้ำยาวยูเรียบริสุทธิ์เข้าหลอดเลือดในคนจนขึ้นถึง ๑๕๐-๑๘๐ มก. ๒๕. ก็หาอาการอะไรเกิดขึ้นไม่. ฉะนั้นที่เขาใจกันว่ายูเรียทำให้เกิดเป็นพิษขึ้นได้ นั้น, คงจะเกี่ยวกับอาการขาดน้ำหรือจากของไม่บริสุทธิ์ เช่นแอมโมเนีย ซึ่งปนอยู่กับยูเรียก็ได้.

อาการต่าง ๆ ที่อาจพบได้ในยูริเมีย.

๑. ภาวะเลือดเป็นกรด (acidemia). ภาวะนี้เกิดขึ้นเมื่ออัตราส่วนของ anion ชนิดแรง คือ ฟิกซ์เบสเพิ่มสูงขึ้น. อาจพบในโรคไตด้วยเหตุผลต่อไปนี้

ก. ใ้รับ anion (โดยเฉพาะพวก

ซัลโฟไรต์, ฟอสเฟตและซัลเฟต) มากเกินกว่าที่ไตจะสามารถขับถ่ายออกได้.

ข. อาจเสียฟิกซ์เบส โดยที่กลไกในการเก็บเบสของไตเสื่อมไป.

ค. อาจเสียฟิกซ์เบสทางอุจจาระเวลาที่ท้องเสีย.

ภาวะเลือดเป็นกรดนี้ มีอาการที่เด่นคือ ถอนหายใจลึก, แล้วตามด้วยอาการโคม่า. อาการอื่น ๆ ที่มักแสดงร่วมด้วย มีกระสับกระส่าย, ปวดศีรษะ และคลื่นไส้, และบางครั้งอาจมีเมนิงจิสม์.

จะวินิจฉัยภาวะกรดเช่นนี้ได้ ก็โดยการตรวจหาพลาสมาไบคาร์บอเนต ( $\text{-HCO}_3$ ), ซึ่งจะลดจำนวนลง. เวลาทำฮัยเปอร์เวนทิลเลชัน  $\text{-HCO}_3$  ก็ลดเช่นเดียวกัน, แต่ pH เอียงไปทางด่างด้วย. นอกจากนั้นมักเกิดเตตานี้ด้วย, แต่ไม่เกิดในภาวะเลือดเป็นกรด

๒. ภาวะเลือดเป็นด่าง (alkalae-mia) ภาวะนี้ไม่ค่อยพบในโรคไต, มักจะเกิดตามมาไ้เวลาขาดโปแตสเซียม; เช่น เวลาคนไข้อาเจียนมาก ๆ, ทำให้เสียซัลโฟไรต์และโปแตสเซียม; หรือคนไข้ใ้รับด่างมากเกินไป.

อาการแสดงที่เด่นคือ เตตานี้, ซึ่ง

เกิดขึ้นทางอ้อมโดยระดับไอออนไนต์แคลเซียมลดต่ำลง. อาการอื่น ๆ อาจมีซึม: ปวดศีรษะ, อาการเปลี่ยนแปลงง่าย หรืออาจถึงพิษไฮโปซีตัส.

การตรวจหาพลาสมา  $\text{-HCO}_3$  และ pH ของเลือด จะให้การวินิจฉัยแน่นอนขึ้น คือ ไคโตซิส.

๓. เลือดมีโปแตสเซียมมาก (Hyperpotassaemia).

การเปลี่ยนแปลงของโปแตสเซียมในโรคไตยังมีความรู้้น้อยมาก. ถ้าโปแตสเซียมไอออนในน้ำนอกเซลล์ (extracellular fluid) เปลี่ยนแปลงมาก, จะทำให้เกิดอาการถึงตายได้. เลือดมีโปแตสเซียมมากอาจพบได้ในภาวะต่อไปนี้ :

ก. ใ้รับโปแตสเซียมมากเกินไปกว่าที่ไตจะสามารถขับถ่ายออกได้. ซันต์ซิง ฟิงส์วอร์ธไว้, เพราะแพทย์มักจะเคยชินต่อการสั่งยา. มักจะสั่งให้โปแตสเซียมไฮดรอกไซด์ เป็นยาขับปัสสาวะในโรคไตอักเสบเฉียบพลัน และมักให้ด้วยยาซัลโฟนาไมด์เสมอ, ซันต์เป็นต้นเหตุให้คนไข้ตายได้ไม่น้อย.

ข. โปแตสเซียมในเซลล์จะสลายหลุดออกจากโปรตีน, แล้วซึมผ่าน

ออกมาอยู่ในน้ำนอกเซลล์ได้. ภาวะนี้พบได้เวลาว่างกายมีคาแคชอลิซึมสูง, เช่น คนไข้ที่ไม่มีปัสสาวะออกเลย (anuria) และใ้รับอาหารน้อยเกินไป, หรือในคนที่เป็นไข้ตกเซอ.

ในภาวะเช่นนี้ คนไข้มักจะยังไม่ทันมีอาการแสดงให้เห็นว่าเกิดมีโปแตสเซียมมากในเลือด, คนไข้ก็ถึงวณตายเสียก่อนด้วยอาการหัวใจหยุดทันที. ECG อาจช่วยบอกได้บ้าง, เพราะเมื่อโปแตสเซียมในเลือดสูง ทำให้ลักษณะรูปของ ECG เปลี่ยนไปเหมือนกัน.

๔. เลือดมีโปแตสเซียมน้อย (Potassium deficiency)

ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นได้เวลาที่ใ้รับเข้าสู่ร่างกายน้อย พร้อมกับมีการสูญเสียไปมาก อาจทางไต หรือ ทางกระเพาะอาหารลำไส้ก็ได้. อาจพบได้ในภาวะการณต่อไปนี้ :

ก. เมื่อเริ่มเป็นทุบรู้นไครซีต, ทุบรู้นไม่สามารถ คดโปแตสเซียม กลับเข้ากระแสเลือดได้เหมือนปกติ.

ข. ในโรคไตอักเสบเรอรั้ง.

ค. อาเจียนมาก หรือ ท้องเสีย.

อาการแสดงที่สำคัญคือ มี flaccid

areflexic paralysis.

การวินิจฉัยให้แน่นอนต้องอาศัยการตรวจซีรัมโปแตสเซียม หรือ ทำ ECG.

๕. ความผันผวนของแคลเซียม (Disturbances in calcium level).

ในภาวะไตวาย แคลเซียมในน้ำนอกเซลล์อาจเปลี่ยนแปลงได้. เหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้ คือ พลาสมา pH และ พลาสมาอินออร์แกนิกฟอสเฟต เปลี่ยนแปลงไป. ระดับฟอสเฟตจะสูงขึ้นขนานไปกับฮิโซที่เมีย (azotaemia) เมื่ออัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลง, เหตุนี้เองจึงทำให้ระดับแคลเซียมต้องลดลงและทำให้เกิดเตตานี.

๖. ความผันผวนของแมกนีเซียม.

ในภาวะไตวาย อาจพบแมกนีเซียมในเลือดมากขึ้นกว่าปกติ เช่นเวลากินอาหารที่มีแมกนีเซียมไอออนสูง และอัตราการขับถ่ายน้อยลง. มักจะเกิดในเวลาที่ยากินยาถ่ายพวกคิเกลือ. อาการแสดงที่สำคัญคือ ง่วงนอน เหมือนกับให้ยานอนหลับ.

ส่วนภาวะเลือดมีแมกนีเซียมน้อยลงนั้นอาจพบได้ในรายที่เป็นทูลาร์นิโครซิสเฉียบพลัน, ซึ่งในระยะแรกจะมีการขับซีลีลเร็ว. อาการแสดงยังไม่สามารถ

บอกได้แน่นอน.

๗. ความผันผวนของสมกัลย์น้ำ. ความผันผวนของสมกัลย์น้ำเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าอย่างอื่น แต่ไม่ค่อยมีใครสนใจหรือรู้เรื่องก็. มันเป็นเหตุให้คนไข้ตายได้มากกว่าภาวะอื่น ๆ.

ความผันผวนนี้อาจพบได้ ๔ ชนิด คือ.

ก. เซลล์มีน้ำมากเกินไป (cellular overhydration) เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุด. โดยเฉพาะในเวลาที่ไม่ขับซีลีลออกเลย. นอกจากนั้นอาจพบได้ในไตวายเรื้อรังและในภาวะที่ไตได้รับเลือดไม่เพียงพอ. สาเหตุสำคัญที่อาจทำให้เกิดภาวะนี้ คือ (๑) การที่ไตรับน้ำ กับ การขับถ่ายไม่สมกัลย์กัน. และ (๒) ความดันออสโมติกของน้ำในร่างกาย, ซึ่งเกี่ยวข้องกับอิลเล็กโตรไลต์ที่ไตรับกับที่ขับถ่ายออกมาไม่สมกัลย์กัน. อิลเล็กโตรไลต์ของน้ำนอกเซลล์ลดน้อยลง, เลยทำให้น้ำซึมเข้าไปอยู่ในเซลล์มากขึ้น.

ในการรักษาโรคไต เรามักสั่งให้คนไข้กินอาหารที่มีเกลือน้อยอยู่แล้ว. ถ้าคนไข้ยังเอิญเกิดท้องเสีย หรืออาเจียน หรือเหงื่อออกมาก หรือขับถ่ายทางไตมาก, ก็เลยทำให้เกิดลือในน้ำนอกเซลล์

ลดต่ำได้ง่าย.

อาการ แผลงของ เซลล์มีน้ำ มากเกินไป คือ เยื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน, อ่อนเพลีย, ซึม งง, อารมณ์เปลี่ยนแปลง, โคม่า, ชักแบบลมบ้าหมู; และอาจเกิด ภาวะคิ่ว, แต่ไม่เสมอไป.

การตรวจทางห้องทดลอง มีซีรั่มโซ-  
ลิตีมต่ำ, mean corpuscular Hb  
concentration ต่ำ และ mean cor-  
puscular volume ต่ำ.

ข. น้ำนอกเซลล์มากเกินไป (Ext-  
racellular overhydration). อาจ  
เกิดได้ ๒ แบบ คือ

(๑) บริเวณนอกเซลล์ของไตออก  
ไปอย่างเคี้ยว โดยที่ปริมาตรของพลาสมา  
ไม่เพิ่มขึ้น เช่น เยื่อเนโฟรซิส, คงทำให้  
เกิดอาการบวมน้ำ (edema) อรวมเทาเท่า  
นั่นเอง

(๒) บริเวณนอกเซลล์ของไตออก  
ไปพร้อมกับปริมาตรของพลาสมาเพิ่มขึ้น  
ด้วย, แบบนี้ร้ายแรงกว่า. พบได้ในเวลา  
มี congestive heart-failure อยู่แล้ว,  
ยังให้แอสโตรโนคอร์ติโคสเตอรอยด์เข้าไปอีก  
มาก ๆ, และในโรคไตที่ยังคงให้กินน้ำ  
และเกลือมากเกินไปจนเกินความสามารถของ  
ไตจะขับออกได้. หรืออย่างก็เห็นได้ชัด

คือ ในคนไข้ที่ไม่มีขั้วสภาวะออกเลย, แล้ว  
ยังได้รับการ ฉีคน้ำเกลือเข้า หลอดเลือด  
อีกมาก ๆ.

ภาวะนี้พอจะรู้ได้โดยอาศัยประวัติ และ  
การตรวจร่างกาย. วัดความดันเลือดค่า,  
ความถ่วงจำเพาะของพลาสมาต่ำมาก.

ค. น้ำในเซลล์น้อยเกินไป (cellu-  
lar underhydration) เกิดขึ้นได้เวลา  
ที่ร่างกายได้รับน้ำน้อยกว่าที่เสียไปทุก ๆ  
ทาง. ภาวะนี้มักพบน้ำนอกเซลล์พลอย  
น้อยร่วมกันไปด้วย. ความถ่วงจำเพาะ  
ของพลาสมาสูงขึ้น. Phillips (1950)  
ได้ทดลองหาไว้ให้ว่า, คนไข้ขาดน้ำไป  
๒๐๐ มล. ชม. ต่อทุก ๆ ๐.๐๐๑ ของ  
ความถ่วงจำเพาะของพลาสมาที่สูงขึ้นจาก  
ปกติ (๑.๐๒๗)

นอกจากนี้ อาจพบได้อีกว่า เวลาที่  
น้ำในเซลล์น้อย แต่น้ำนอกเซลล์คงปกติ  
หรือมีมากกว่าปกติก็มี, เช่นเวลาให้น้ำ  
เกลืออนอร์มัลแก่คนไข้ที่ขาดน้ำ, แล้วไม่  
ได้ให้น้ำตามเข้าไปอีก, น้ำในร่างกายคง  
สูญเสียน้ำไปเรื่อย ๆ ทางหายใจ, ทางเหงื่อ,  
ทางไต ฯลฯ. จึงทำให้น้ำนอกเซลล์ขึ้น  
ขึ้นกลายเป็นฮัยเปอร์ทอนิก, เลยถึงน้ำ  
ในเซลล์ออกมาอยู่นอกเซลล์.

ถ้าคนไข้ยังมีสติ เขาจะบ่นกระหาย

น้ำ. ต่อมาจะซึมหรือหมดสติไป. บางราย อาจมีกล้ามเนื้อกระดูก คล้ายในเซปติค โคมาก็ได้. สำหรับในเด็ก, อุณหภูมิของ ร่างกายอาจสูงขึ้นถึง ๑๐๓° ฟต.

หลักฐานที่ยืนยันว่าน้ำในเซลล์น้อยเกินไปก็คือ พลาสมาโซเคียมสูงขึ้น.

ง. น้ำนอกเซลล์น้อยเกินไป (Extracellular underhydration). อาจพลอยเกิดร่วมกับภาวะอื่น หรือเกิดขึ้นเอง โดยลำพัง เช่นเวลาไอออนในน้ำนอกเซลล์มีน้อยกว่าปกติ.

อาการแสดงสำคัญคือ หน้าตาโหล ลึก, หนังเหี่ยว, ต่อมาแรงดันเลือดลดลง, ชีพจรเร็วขึ้น. ความถ่วงจำเพาะของ พลาสมาโซช่วยในการวินิจฉัยได้มาก.

ภาวะนี้ถือว่าสำคัญเป็นพิเศษ เพราะ อาจเป็นต้นเหตุให้เกิดการไหลเวียนปลาย ทางล้มเหลว พร้อมกับไตได้รับเลือดไม่ เพียงพอได้.

อาการอื่น ๆ ซึ่งเรายังไม่รู้กลไก ของมันแน่นอน มี:

๑. โลหิตจาง รายที่เป็นเรื้อรังมักมี อาการโลหิตจางชนิด normocytic normochromic ค่อนข้างน้อย. ยังมีสารเฮโมฟี เซนคิงมากก็ยังช้ำมาก. โลหิตจางชนิด

นี้ใช้ยาบำรุงโลหิตก็ไม่ได้ผล.

๒. เปอเปอรา (purpura) พบบ่อย ในยูรีเมียระยะสุดท้าย.

๓. ความผันผวนในทางเดินอาหาร. ในภาวะไตวายอย่างรุนแรง อาจพบปาก เยื่อ, ภาวะอาหารอืดเสบ, ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่อืดเสบ. อาการเหล่านี้ อาจเกิดจากมีแอมโมเนียเกิดมากขึ้นในผนัง เยื่อของภาวะอาหาร และลำไส้มากขึ้น, โดยอาศัยยิวรีเอสย่อยเรื้อรังนั่นเอง.

๔. เยื่อหุ้มหัวใจอืดเสบ. พบในภาวะ ไตวายระยะสุดท้าย.

๕. การคึกเขือ พบบ่อยที่สุดในระยะ สุดท้ายของยูรีเมีย. เป็นเหตุให้คนไข้ตาย ได้มาก.

สรุป ความผันผวนต่าง ๆ ที่ได้กล่าว มาแล้วทั้งหมด เราจะพบได้ในภาวะไต วาย, มีใช้เพียงอาการอย่างหนึ่งอย่างใด เท่านั้น, ทั้งที่เราเคยเข้าใจกันมาแต่ก่อน.

สำหรับการรักษายูรีเมีย จะรวบรวม มาให้ท่านอ่านในโอกาสหน้า.

เอกสาร

1. G.M. Bull. Lancet. 15:731-736, 1955.  
2. Transactions of the Third conference Oct. 1951.

# บทบรรณาธิการ

## การกระจายแพทย์

เกี่ยวกับวงการแพทย์ของเรา ใคร ๆ ต่างพากันย่น ๆ ว่าเรายังมีแพทย์ไม่พอใช้, เพราะกำลังในการผลิตแพทย์ของเรามีน้อย. เวลานั้นรัฐบาลตำรวจจะเปิดคณะแพทยศาสตร์ขึ้นอีกแห่งแห่งที่จังหวัดพิษณุโลก เพื่อช่วยเหลือในการผลิตให้ได้ปริมาณแพทย์มากขึ้น. ขณะนั้นในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ของเรา มีคณะแพทยศาสตร์อยู่แล้ว ๒ แห่ง: แห่งที่แรกคือที่ ร.พ. ศิริราช, ส่วนอีกแห่งหนึ่งคือที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ซึ่งเริ่มตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๑. สำหรับคณะแพทยศาสตร์ ร.พ. ศิริราชนั้นได้เริ่มสอนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๓๕. ครั้งแรกสอนเพียงชั้นแพทย์ประกาศนียบัตรตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๓๕ ถึง พ.ศ. ๒๔๗๐ ซึ่งเป็นเวลา ๓๕ ปี ผลิตแพทย์สำเร็จออกมาเพียง ๕๖๕ คน. เฉลยแล้วได้ยล ๑๖ คนเท่านั้น. เหตุผลสำคัญคือสมัยนั้นไม่มีใครค่อยสนใจในการเป็นแพทย์. ทางรัฐบาลต้องลงทุนจ้างให้เรียนกัน, จึง

มีผู้มาเรียนอย่างประปราย. ต่อมา พ.ศ. ๒๔๗๑ รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญในวิชาแพทย์มากขึ้น, และได้ปรับปรุงให้การศึกษาวินิจฉัยเพิ่มเติมเป็นลำดับมา จนกระทั่งได้เลื่อนจากแพทย์ประกาศนียบัตรเป็นแพทย์ปริญญา, จึงได้มีผู้สนใจเรียนกันมากขึ้น.

ต่อมา พ.ศ. ๒๔๘๕ รัฐบาลได้แยกคณะแพทยศาสตร์ออกจากมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ซึ่งชนกกับกระทรวงศึกษาธิการ, มาตั้งเป็นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ชนกกับกระทรวงสาธารณสุข. นับว่าเป็นศักราชใหม่แห่งวงการแพทย์. คณะแพทยศาสตร์คอยรับนักศึกษาที่สำเร็จเตรียมแพทย์ยบทสองจากมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ เช่นเค็ม. ต่อแต่นั้นมามหาวิทยาลัยแพทย์ผลิตแพทย์ออกมาได้ไม่ต่ำกว่า ๓๐ คนต่อหนึ่งปี. มีผู้หญิงสนใจเรียนแพทย์กันมากขึ้นด้วย.

ครั้นถึง พ.ศ. ๒๔๘๑ รัฐบาลจึงได้เปิดคณะแพทยศาสตร์ขึ้นอีกแห่งหนึ่ง คือ

ที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ โดยอาศัยสถานที่และ  
 คุกของ ร.พ. จุฬาลงกรณ์นั่นเอง, อาจารย์  
 แต่ละแผนกก็ย้ายไปจากศิริราชบ้าง, ได้  
 เชื้อเชื้ออาจารย์เก่าที่ออกไปแล้วบางท่าน  
 และจาก ร.พ. อื่น ๆ บ้างมาช่วยสอน. ทั้ง  
 นี้เพราะสถานที่เรียนทางศิริราช คับแคบ  
 มาก; ห้องเรียนซึ่งเตรียมไว้สอนนักศึกษา  
 เพียง ๓๐-๕๐ คน; เมื่อมีนักศึกษาเพิ่มจำ  
 นวนถึง ๑๐๐-๑๕๐ คน; แต่ห้องเรียนคง  
 เท่าเดิม. อาจารย์ต้องทนลำบากสอนไปจน  
 ได้โดยแย่งนักศึกษาออกเป็น ๒ พวก. มี  
 อยู่ ๑ ปี ต้องแบ่งออกถึง ๓ พวก. สอนตั้ง  
 แต่ ๘.๐๐ น. ถึง ๒๐.๐๐ น. เพราะใน  
 นั้นมีนักศึกษามากเป็นพิเศษ. ทางฝ่าย  
 มหาวิทยาลัยได้พิจารณาอนุมัติสร้างตึก  
 เรียนเพิ่มเติมขึ้น, เพื่อขยายคณะแพทย  
 ศาสตร์ศิริราชพยายามให้รับนักศึกษาได้  
 มากขึ้น, แต่ไร้ผล. ขยประมาณถกคักทุก  
 ปี. ในที่สุดก็ปรากฏว่าหาทางออกได้ คือ  
 คัดตั้งคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์  
 ใหม่ และก็ได้สำเร็จสมประสงค์ถึงความ  
 ปรารถนาของรัฐบาล. นับว่ายังเป็นโชค  
 ของเหล่านักศึกษาที่ ได้สถานที่เรียนเพิ่ม  
 ขึ้น. ในครั้งแรก คือ พ.ศ. ๒๔๕๑ รับนัก  
 ศึกษาแพทย์เพียง ๓๐-๔๐ คน. ปีต่อ ๆ

มาขอรับเพิ่มขึ้นเป็น ๖๐-๗๐ คน. ส่วน  
 ที่เหลือทั้งหมดคงให้ทางศิริราชรับไว้หมด.  
 ในที่สุดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๔-๕๕ เป็นต้น  
 ตันมา มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์สามารถผลิต  
 แพทย์ออกมาได้รวมทั้งสองคณะเกือบ  
 ๒๐๐ คนต่อ ๑ ปี. พ.ศ. ๒๔๕๖-๕๗  
 ผลิตได้ถึง ๒๑๓ คน. รวมทั้งตั้งแต่ พ.ศ.  
 ๒๔๓๕ จนถึง พ.ศ. ๒๔๕๘ เรามียุทธ  
 ติงหมด ๒๐๕๘ คน และได้ถึงแก่กรรมไป  
 แล้วเท่าที่พอหาหลักฐานได้ประมาณ ๑๕๐  
 คน. ฉะนั้นเวลานั้นประเทศไทยเรามีแพทย์  
 ไทยประมาณ ๑๕๐๐ คนเท่านั้น. ถ้าประ  
 เทศไทยขณะนั้นมีพลเมือง ๒๐ ล้านคน,  
 คิกเฉลี่ยแล้วคงได้พลเมือง ๑๐,๐๐๐ คน  
 ต่อแพทย์ ๑ คน. นับว่าเรายังมีแพทย์น้อย  
 มาก. ถ้าจะคิกต่อหนึ่งจังหวัด, ประเทศไทย  
 ไทยมีจังหวัดอยู่ ๗๒ จังหวัด, ฉะนั้น  
 จังหวัดหนึ่ง ๆ จะได้แพทย์ไว้ประจำราว  
 ๒๖ คน. จะเห็นว่าพอสมน้ำสมเนื้อกัน.  
 แต่ความจริงหาเป็นเช่นนั้นไม่. แพทย์ส่วน  
 มากไปกระจุกกันอยู่ในจังหวัดใหญ่ ๆ เช่น  
 กรุงเทพฯ, ธนบุรี, เชียงใหม่, สงขลา,  
 นครราชสีมา เหล่านี้ เป็นต้น. โดยเฉพาะที่  
 กรุงเทพฯ จะเห็นได้ว่ามีร้านขายยาและรึก  
 ษาโรคกันคาคคันไปหมด. ส่วนจังหวัด

เล็ก ๆ หรือที่ทรงกันดารหน่อยไม่มีใครอยากไปอยู่. ทักกล่าวมาแล้วจนรวมทั้งแพทย์ทรรย ราชการและแพทย์ทำอาชีพส่วนตัว. สมัยก่อนเมื่อเงินไทยเรายังมีค่าแพงอยู่. ผู้ที่รับราชการได้เงินเดือน ๒๐-๓๐ บาท ก็กินอยู่กันอย่างสบาย. พวกแพทย์เงินเดือน ๑๖๐ บาท ยิ่งสบายใหญ่; รัฐบาลไม่กั บ่อยามีรถยนต์งาม ๆ นั่งและมัตกสวยอยู่ อย่างโอโงง. ฉะนั้นส่วนมากจึงชวนชวนย ให้ได้เข้ารับราชการกันเป็นพน; เพราะการ ทั้งร้านรับรักษามีโอกาสขาดทุนหรือรายได้ น้อยกว่าการรับราชการ. สมัยนั้นเราจึง ไม่ค่อยเห็นร้านขายยารักษาโรคมากมาย เหมือนหลังสงครามโลกครั้งที่สองนี้. สมัย นั้นหาแพทย์เข้ารับราชการได้ยาก และที่ สมัครเข้ามาก็ต้องการตำแหน่งดี ๆ และ ต้องการอยู่เฉพาะในกรุงเทพฯ หรือจังหวัด ใหญ่ ๆ. ถ้าไม่ได้ทั้งนี้, เขาก็ไม่วิตกกัง วลอะไร. เขาหากินส่วนตัวได้ และมีราย ได้งามกว่าเป็นข้าราชการเสียอีก. เมื่อ ต้องการให้แพทย์เข้ารับราชการและต้อ งการให้กระจายออกไปอยู่ตามต่างจังหวัด ให้มากเท่าที่จะมากได้, ทางราชการจึง ควรคิดและแก้ไขสิ่งบกพร่องต่อไปนี้:

๑. ต้องจัดการคมนาคมให้สะดวกขึ้น

กว่าเท่าที่เป็นอยู่ขณะนี้ หมายความว่าต้อง สร้างถนนหนทางติดต่อระหว่างจังหวัดต่อ จังหวัด, ระหว่างอำเภอต่ออำเภอ ฯลฯ ให้ สะดวก เพื่อติดต่อไปมาถึงกันได้รวดเร็ว. แพทย์ที่สำเร็จใหม่ ๆ ล้วนแล้วแต่กำลัง อยู่ในวัยหนุ่มสาวทั้งนั้น. ยังต้องการความ สนุกเพลิดเพลินเพิ่มเติม บัดชบทั้งหลาย. กรุงเทพร เป็นจังหวัดเดียวที่เต็มไปด้วย สิ่งให้ความบันเทิงและสิ่งเบ้าบอนต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้เองส่วนมากจึงอยากจะอยู่แต่ใน กรุงเทพร, ทั้ง ๆ ที่ค่าครองชีพแพงกว่า ต่างจังหวัด. เมื่อการคมนาคมสะดวกดี. เขาอาจยินดีไปอยู่ต่างจังหวัดก็ได้ เพราะ ถึงยามว่างเขาก็เข้ากรุงเสียทีโดยไม่ต้อง เสียเวลาการเดินทางมากเกินไป.

๒. สร้างโรงพยาบาลให้ทั่วทุกจังหวัด และสร้างสุขศาลาชั้นหนึ่งให้ทั่วทุกอำเภอ. ควรแก้ไขทัศนัยตง สุขศาลาให้มีบริการ มากขึ้น. มิใช่เพียงแต่ปลูกไม้ ๒-๓ เมล็ด หรือจำหน่ายยาตำรายาหลวงเท่านั้น. หน้าที่ ของ ออนามัย จังหวัด ซึ่งก่อนนี้ เคยถือว่า สาธารณสุขจังหวัด มิใช่ควรมีหน้าที่เพียง คอยจกฉฉฉฉฉ ฉฉฉฉฉ ฉฉฉฉฉ หรือ คอยแต่ข้อมกัน โ คง. เท่านั้น. ควรหาหน้ าททางอื่น ที่เป็นารช่วย ฟูฟูฟูฟูฟู

ของเขาให้มากขึ้น. เพราะเท่าที่เป็นอยู่  
 เวลาส่วนมาก ย่นว่ามีงาน อะไรจะทำ  
 กัน; มีเวลาสนทนากันและกินเหล้ากัน  
 มากเกินไป. สุขศาลาส่วนมากไม่มีแพทย์  
 มีแต่ผู้ช่วยแพทย์ประจำอยู่. ราษฎรส่วน  
 มากเข้าใจผิด. นึกว่าผู้ช่วยแพทย์เหล่านี้  
 นั้นแหละคือแพทย์จริง. เพราะจากข้อเท็จ  
 จริงปรากฏว่า ผู้ช่วยแพทย์เหล่านั้นแสดง  
 ความเป็นหมอรักษาโรคทั้งในเวลาราชการ  
 และนอกเวลาราชการ ซึ่งเป็นพฤติกรรม  
 เกินขอบเขต ในสิทธิและหน้าที่ของเขา.  
 หากไม่มีผู้ใหญ่ดูแลทั่วถึง, เขาจึงกล้า  
 ประพฤติเช่นหมอเรื่อยไป. เมื่อราษฎรได้  
 พบปะกับผู้ที่ไม่ใช่หมอ แต่ทำตัวเป็นหมอ  
 รักษาโรค ไม่หายซ้ำพลอยทำให้คนไข้  
 ตายไปด้วย; ราษฎรบางแห่งจึงไม่เลื่อม  
 ใสสุขศาลา. ถ้าหากได้แก้ไขคัดแปลง  
 เป็นสุขศาลาชั้นหนึ่ง เอาแพทย์จริง ๆ ไป  
 ประจำให้ทั่ว, ให้เข้กเป็นสถานตรวจโรค  
 และมีเตียง สำหรับรับคนไข้ ลุกเดินด้วย,  
 ราษฎร ก็จะค่อยหัน เข้าหาทาง ที่ถูกเอง.  
 ต้องคอยควบคุม ให้ทุกคนสำนึก ในสิทธิ  
 และหน้าที่ของแต่ละคน: เช่นแพทย์ก็ทำ  
 หน้าที่ของแพทย์; ผู้ช่วยแพทย์ก็ต้องทำ  
 หน้าที่ของผู้ช่วยแพทย์เท่านั้น. มีใช้ทำ

ตัวเป็นหมอไปด้วยกับปัจจุบันนี้.

๓. ปรับปรุงวิถียะฐานะ หมายความว่า  
 ว่าควรหาทางจงใจให้แพทย์ที่ตกลงไปอยู่  
 ในจังหวัดไกล ๆ ให้มีความหวังในทาง  
 ก้าวหน้าในหน้าที่: เช่นให้เขาได้มีโอกาส  
 ได้เลื่อนเงินเดือนเร็วกว่าผู้ที่อยู่ในกรุง,  
 หรือมีเงินพิเศษช่วยเหลือเขา, ให้เขาได้  
 มีโอกาสไปศึกษาตงานในต่างประเทศเร็ว  
 กว่าผู้ที่อยู่ในกรุง เหล่านี้เช่นต้น.

เมื่อได้มีการแก้ไขในข้อบกพร่องต่างๆ  
 อย่างจริงจังแล้ว, ในเวลาเดียวกันรัฐบาล  
 ต้องคำนึงถึงการผลิตแพทย์ด้วย. ต้อง  
 คำนึงถึงคุณภาพเป็นใหญ่, อย่าหวังแต่  
 ปริมาณอย่างเดียว. เพราะแพทย์มีหน้าที่  
 รักษาเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน, เขาจะต้องมี  
 ความรู้จริง. มีความละเอียดในการตรวจ  
 โรค. มีความรอบคอบในการใช้ยาบำบัด  
 โรค. มีใช้แต่ฉึกยาเป็นก็ถือว่าหมอ  
 ได้. ทุกคนต้องการได้หมอดี ๆ มารักษา  
 เมื่อยามเจ็บไข้. ฉะนั้นในการที่จะให้ผู้ที่  
 สำเร็จแพทย์ ได้ชื่อว่าเป็น แพทย์ดี ๆ ก็  
 ต้องอาศัยอาจารย์แพทย์ที่ดีมีความรู้จริง,  
 สนใจ ในการศึกษา ค้นคว้า ตลอดเวลา,  
 เพื่อให้ได้มาซึ่งวิชาความรู้ใหม่ ๆ ไม่  
 หลงเชื่อ ในผลงาน ผู้อื่น ตะพึดตะพือไป.

นอกจากนั้นอาจารย์แพทย์ต้องเอาใจใส่ นัก  
ศึกษาแพทย์จริงๆ ไม่ใช่เพียงพอสิ้นขี้กาก็ให้  
ไต่เลื้อยขึ้นขึ้นไป. ต้องพยายามพรั่าสอน  
ให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจจริง. ความ  
ชำนาญเป็นหลักสำคัญที่จะให้เป็นแพทย์  
ที่ดี ๆ. มิใช่เพียงแต่ท่องตำราเก่งอย่าง  
เดียว. ข้อนางท่านอาจจะไต่ยืน ไต่ฟ่ง  
ยตรหลานของท่านที่กำลังเรียนแพทย์อยู่  
บ่นทว่า อาจารย์ช่าง เข้มงวดกวดขันใน  
เวลาทำการทดลองเสียจริง ๆ, ซึ่งความ  
จริงแล้วอาจารย์ปรารถนาจะให้ลูกศิษย์ของ  
เขาเป็นแพทย์ที่ดีต่อไปนั่นเอง.

เมื่อรัฐบาลสังเกตเห็นความสำคัญในการ  
ผลิตแพทย์แล้ว ก็ควรหาทางช่วยเหลือ  
ในเรื่องสถานที่เรียนให้เหมาะสมกับจำนวน  
นักศึกษา; เช่นที่ศิริราช แผนกกายวิภาค

ศาสตร์กับแผนกสรีรวิทยา อยู่ในตึก ๓  
ชั้นหลังเดียวกัน โดยแบ่งกันคนละชั้น  
ครึ่ง. ตึกนี้สร้างไว้สำหรับสอนนักศึกษา  
แพทย์ ๕๐ คน แต่ในระยะ ๕-๖ ปีมานี้  
มีนักศึกษาเพิ่มขึ้น ๑๕๐-๑๕๐ คน ตึก  
ก็ยังคงเท่าเดิม, ไม่ได้รับการขยายหรือ  
ก่อสร้างเพิ่มเติมขึ้นอีก. ฉะนั้นถึงเวลา  
แล้วที่จะต้องก่อสร้างเพิ่มเติมกันเสียที.  
ส่วนที่จะแยกคณะแพทย์ขึ้นใหม่ที่พิษณุโลก  
นั้นก็นับว่าเป็นโครงการดีทีเดียว. ขอแต่  
เพียงให้รัฐบาลเร่งผลิตอาจารย์ที่จะไปสอน  
เสียก่อน ให้ทันกับเวลาที่สร้างตึกเสร็จ,  
แล้วในไม่ช้าประเทศไทยเราก็จะมีแพทย์  
เต็มเมือง, และเป็นแพทย์ที่เขามาตรฐาน  
ได้ด้วย.

บ.ก.ร.

### โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ  
หนังสือ โปรดติดต่อขอกลับแผนกจัดการของสารศิริราช.

## แผนกย่อเอกสาร

ผู้ขอในฉบับนี้ : สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., อรุณ อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph.D., วิจิตร วีรานุกต์ พ.บ., M.P.H.T.M.

สวาท สุนทรภักดี พ.บ., ไพบุลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ., จำลอง แพ่งสภา พ.บ., จริญญา ไชยโรจน์ พ.บ.

ถนอมศรี ศรีชัยกุล พ.บ., บังอร กุศลกุล พ.บ.

๑. C.D. Clemente and W.F. Windle: การฟื้นตัวของเส้นใยประสาทของไขสันหลังของแมวที่ถูกตัด. J. Comp. Neurol. 3:691-731, 1954.

ผู้ศึกษาทั้งสองได้ทำการทดลองเพิ่มเติมเพื่อแสดงให้เห็นว่าเส้นใยประสาทของไขสันหลังที่ถูกตัดนั้นสามารถฟื้นตัว (regenerate) ได้. ได้ใช้แมวที่โตเต็มที่แล้วเป็นสัตว์ที่ทดลองจำนวน ๑๕ ตัว. ตัดไขสันหลังที่บริเวณส่วนทรวงอกและส่วนเอว, แล้วแบ่งออกเป็น ๒ หมู่. หมู่หนึ่งไม่ได้รับยาอย่างใดเลย. อีกหมู่หนึ่งได้ pyrogenic bacterial polysaccharide, Piromen ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ; แบ่งเป็น ๒ พวก, พวกหนึ่งได้รับยาขนาดมากและอีกพวกหนึ่งได้ขนาดน้อย. ๔ ตัวให้เอชทีเอช.

ปรากฏว่าในเคสแรก ผลของการหายแตกต่างกันในพวกที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา. แผ่นบาง pia-glia, ซึ่งเกิด

ขึ้นทันทีที่ไปหุ้มไขสันหลังที่ถูกตัด, แต่ไม่เกิดขึ้นในสัตว์ที่ได้รับไฟโรเมน. บริเวณแผลของพวกที่ได้รับไฟโรเมนมีหลอดเลือดมาสู่มาก, มีเซลล์ที่ยังไม่แยกออกเป็นชนิดโคและเซลล์พวกมาโครเฟสปรากฏอยู่เป็นเวลานาน. พังผืดที่จะไปแทนบริเวณที่มีหลอดเลือดมีน้อยกว่าพวกที่ไม่ได้รับยา. เนื่องจากไม่มีแผ่นบาง pia-glia, ทำให้พังผืดประสมกับเนื้อของไขสันหลัง.

ในระยะแรกการทำลายและการเกิดใหม่ของเซลล์ในไขสันหลังเหมือนกันทั้ง ๒ พวก. หลังผ่าตัดได้ ๑๕ วันจะมีส่วนยื่นจากประสาทที่ถูกตัดผ่านเข้ามาถึงบริเวณที่ผ่าตัด. ในพวกที่ไม่ได้รับไฟโรเมน, ส่วนยื่นนี้จะมาติดกับแผ่นบาง pia-glia วกกลับไปและไม่สามารถฟื้นตัวได้อีกต่อไป. พวกที่ได้รับไฟโรเมนและพวกที่ได้รับเอชทีเอช, ส่วนยื่นจากประสาทไม่มีแผ่นบาง pia-glia กันจึงสามารถ

เจริญขึ้นเข้ามาในผนังที่มีอยู่หลวม ๆ ไปได้. การฟื้นตัวของอาศัยปลายของไซลินหลังที่ถูกตัดต้องเข้ามาอยู่ชิดกัน, ควรจะน้อยกว่า ๒ มม. ถ้าเกินกว่า ๒ มม. คงมีเส้นใยประสาทพันตัวเหมือนกันแต่มีเพียงเล็กน้อยที่ทอที่ปลายตลอด.

สุด แสงวิเชียร พ.ด.

๒. J. Weiss: การรักษา "กลุ่มอาการท้องร่วง" ด้วย resin รวมกับโพลีมีนซินและฟูราลิยัลซิลฟาเซตาไมท์. Am. J. Gastroenterol. 22:64-71, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยา resin ซึ่ง เป็น Polyamine anion exchange resin synthetic aluminium silicate และ synthetic magnesium aluminium silicate. เนื่องจากยานี้มีอำนาจในการกักกฤษลิวโซ ซึ่งมีกำจัตอามันที่เป็นพิษ, กิ่งกวดพวกบัคเทเรียลเมตาบอลิท์และพวกสารที่เป็นพิษต่าง ๆ. ส่วนโพลีมีนซินและฟูราลิยัลซิลฟาเซตาไมท์นั้น ฤทธิ์ไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อให้กินรวมกับ resin. โพลีมีนซินไม่ถูกดูดซึมมาก, มีฤทธิ์ฆ่าบัคเทรียแกรมลบ, และหยุดยั้งการเจริญของเชื้อรา Candida

albicans ในขนาดยาต่ำ ๆ และยังมีฤทธิ์เสริมร่วมกับฟูราลิยัลซิลฟาเซตาไมท์. ยา ๓ อย่างจึงเป็นยาที่มากในการรักษาการติดเชื้อของทางเดินอาหาร. ผู้รายงานใช้ยา ๓ อย่างในขนาด ๑ ซ้อนโต๊ะ วันละ ๔ ครั้ง.

๑) กลุ่มอาการท้องร่วง ๑๒ ราย. ผู้ป่วยหายจากอาการท้องร่วงในเวลาเฉลี่ย ๔๘ ชม. อาการปวดท้อง, ท้องอืด หายใน ๗๒ ชม. หยุดยาใน ๕ วัน.

๒) ท้องเสีย จากลำไส้ใหญ่อักเสบ เป็นแผล ๑๐ ราย. ไม่ได้ผลเลย. เข้าใจว่าเนื่องมาจากจิตใจเป็นต้นเหตุของโรคมากกว่าการติดเชื้อ.

๓) Irritable colon มีอาการท้องร่วง ๗ ราย, ๔ รายผลดีมาก. อูจจาระเป็นก้อน, ปวดท้องหายใน ๓๖ ชม. ใน ๕ วันหายก็ทุกราย. อีก ๓ รายเพิ่มยาโซมาโทรซีนเมธิลโบรไมด์ ๒ มก. วันละ ๔ ครั้ง ทุกรายได้ผลดี.

๔) ท้องร่วงหน้าร้อน (Summer diarrhoea) ๒๖ ราย. ๑๕ รายหายใน ๒๔ ชม. ๘ รายใน ๓๕ ชม. ๒ รายใน ๔๘ ชม.

วิจิตร วิจารณ์วัตต์ พ.ม.

๓. G. Keynes: การตัดต่อมไทมัส. Lancet 1:1197-1202, 1954.

ในการวิจารณ์ว่าการตัดต่อมไทมัสจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยด้วยโรคมีธัยแรนยี-เกรวิตหรือไม่นั้น ผู้เขียนได้ชี้ถึงความสำคัญในการแยกแยะระหว่างรายทมิเนอออกของต่อมน และรายทมิเนอออก. พวกแรกจะมีอาการทางคลินิกและการบำบัดแตกต่างอย่างชัดเจนไปจากพวกหลัง. การบำบัดด้วยแสงรังสีก่อนแล้วตามด้วยการผ่าตัดก็จะให้ผลดีกว่าการผ่าตัดต่อมไทมัสอย่างเฉยๆ. ในพวกที่เป็นมีธัยแรนยี-เกรวิต โดยมีต่อมไทมัสเนอออกของต่อมไทมัส. การบำบัดโดยการผ่าตัดก็ให้ผลดีกว่าการใช้ยา. ผู้รายงานได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วย ๒๐๐ ราย เช่นนี้แยกอายุระหว่าง ๒๑ และ ๖๖ ปี ๒๑ ราย การตรวจทางห้องทดลองโดย Wilson พบว่าน้ำสกัดจากต่อมไทมัสที่ตัดออกมานั้นมีฤทธิ์กันไม่ให้พลังประสาทผ่านไปยังเนื้อกล้ามเนื้อฤทธิของทโยครารีน. ฤทธิจึงกล่าวถึงพบทั้งในอวัยวะทดลองที่ตัดออกจากตัวสัตว์และในตัวสัตว์เอง.

เมื่อคำนึงถึงความรุนแรงของการล้มเหลวระหว่างประสาทและเนื้อกล้ามเนื้อซึ่งพบ

ในเนื้องอกของเอพิทิลีเยลเซลล์ในต่อมนแล้ว. ก็คล้ายกับว่าต่อมไทมัสเป็นแหล่งเกิดของสารที่ออกฤทธิ์, มิใช่เป็นแต่เพียงคลังเก็บ.

อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด.

๔. A.R. Muir: การเจริญของระบบล่อนำของส่วนเวนครีเคิลของหัวใจแกะ J. Anat. 3:381, 1954.

มีผู้อธิบายกำเนิดของเอควีโอเวนครีเคิลว่าเกิดขึ้นและแขนงของมันต่างกันเป็น ๔ ทฤษฎี. คือ (๑) อาจเป็นส่วนที่อยู่เหนือเวนครีเคิลเจริญลงไป, (๒) อาจเป็นกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งยังอ่อนอยู่ทอดขึ้นไปจากเวนครีเคิล และระหว่างที่เคียบโตขึ้นมีการเปลี่ยนรูปร่างไปบ้าง, (๓) อาจเป็นเพียงเศษที่หลงเหลืออยู่จากแผนภูมิในสัตว์ชั้นต่ำซึ่งเคยเกิดต่อระหว่างเอเทรียมและเวนครีเคิล, และ (๔) มันอาจเจริญเป็นรูปใหม่เพราะมีหน้าที่พิเศษ. ผู้รายงานพยายามศึกษาการเจริญของขั้วเกิดส่วนนี้ในแกะ, โดยทำเซ็คชันและย้อมด้วย Hollandé's chlorcarmine. พบว่าทรงตัวเริ่มปรากฏขึ้นในขนาด ๗ มม. เป็นส่วนแรกโดยตัดแปลงมาจาก

กล้ามเนื้อหัวใจที่อยู่ทางผนังหลังของช่องเออเทรียมเหนือปลายหลังของแผ่นกั้นอินเตอร์เวนทริคูลาร์ขณะที่มันจะทอดผ่านไปข้างหลังของทอร์ซัลเอนโตคาร์เดียมลคชั่น. ส่วนเอทรีโอเวนทริคูลาร์ โนคเกิดซ้ำว่าคือเกิดเมื่อ ๑๑ มม. และตลอดทุกกระยะของการเทียบโต. โนคจะมีเส้นใยคิคคอกกับกล้ามเนื้อของเอเทรียมและของบันเกิด ส่วนแขนงต่าง ๆ ของบันเกิดจะเปลี่ยนมาจากกล้ามเนื้อของเวนทริคิล. การเปลี่ยนแปลงนี้จะแผ่กระจายคิคคอกกันไป และปลายของเพอร์คินจีไฟเบอร์เหล่านี้จะคิคคอกออกไปกับโยกล้ามเนื้อ. ในระยะ ๑.๘๖ มม. จะเริ่มเกิดแขนงซ้ายขึ้นก่อน, แขนงขวาเกิดภายหลัง. เมื่อ ๗๐ มม. เริ่มพบซัพเอนโตคาร์เดียมเนทเวอร์คและเมื่อ ๑๐๐ มม. เริ่มพบอินทรามายโอคาร์เดียมไฟเบอร์. ตลอดกระยะของการเจริญเทียบโตไม่เคยพบการแบ่งเซลล์เลย. แสดงว่าไม่มีการเทียบโตแบบอินเตอร์สทิเชียล. Erlanger (1909) ก็แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีอันตรายขึ้นที่บันเกิด, จะไม่มีการเสริมสร้างขึ้นใหม่. เหล่านี้แสดงว่าเพอร์คินจีไฟเบอร์เจริญเปลี่ยนแปลงมาเพื่อทำหน้าที่เฉพาะ.

สวาท สุนทรภักดี พ.บ.

๕. M.H. Gleeson-White: ทอกซินของคลอสตริเดียมเวลชายเช็ปซิลอนในลำไส้ของคน. Lancet. 8: 384-385, 1955.

แต่เดิมมาเคยมีผู้ตั้งสมมุติฐานว่าในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้อย่างเฉียบพลันนั้น, คลอสตริเดียมเวลชายซึ่งมีปกติในลำไส้คงมีส่วนในการสร้างทอกซินซึ่งไปทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้น, และเคยมีผู้ทดลองใช้แอนติทอกซินในผู้ป่วยรายเช่นนี้และอ้างว่าสามารถลดคออัตราตายลงได้, แต่ไม่ได้มีการพิสูจน์กันแน่นอนว่ามีทอกซินเกิดขึ้นจริงหรือไม่. สมมุติฐานนี้จึงค่อนข้างจะเลือนลอย.

ผู้รายงานได้สังเกตว่าในผู้ป่วยที่มีการอุดตันอย่างเฉียบพลันของลำไส้ มักมีอาการมากคล้ายกับอาการของแคะที่มีอาการเอ็นเทอโรทอกซีเมีย อันเกิดจากคลอสตริเดียมเวลชายชนิด D. จึงได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายเพื่อสนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าวข้างต้น.

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการอุดตันของลำไส้อย่างเฉียบพลันมา ๒๔ ชม. ได้รับความผ่าตัดโดยด่วน, แต่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม ๓ ชม. ต่อมา. จากการตรวจศพพบว่าสาเหตุโดยตรงของการตายของผู้ป่วยเกิดจากการตก

เลือกในช่องท้องหลังผ่าตัด. แต่มีข้อนำ  
สังเกตคือ จากส่วนน้ำปนเลือดที่เขาจากลำ  
ไส้บริเวณที่มีการอุดตันและได้รักษาผ่า  
ตัด, เขามาแยกได้และพิสูจน์ได้ว่ามีเยื่อช  
ลอนทอกซิน และการเพาะเชื้อก็พบทั้ง  
คลอสทริเดียมเวลชายชนิด A และชนิด  
D. เพื่อที่จะหากลางข้ออ้างที่ว่าอาจเป็นเหตุ  
บังเอิญ, ผู้รายงานได้ทำการตรวจหาทอกซิน  
และแยกเชื้อจากลำไส้ของผู้ป่วยซึ่งถึงแก่  
กรรมด้วยโรคอื่น ๆ ถึง ๓๓ รายก็ไม่พบ  
ทอกซินในทั้ง ๆ ที่แยกเชื้อคลอสทริเดียม  
เวลชายได้ถึงกว่าครึ่งของจำนวนที่ทดสอบ.

ด้วยเหตุดังกล่าวแล้วจึงชวนให้คิด  
ว่าอาจจะเป็นไปได้ว่าในขณะที่มีการอุดตัน  
ของลำไส้โดยเฉียบพลัน คงมีการเปลี่ยนแปลง  
อันทำให้การเจริญของแบคทีเรียต่าง ๆ  
ในส่วนของลำไส้ที่ถูกอุดตันมีการเปลี่ยนแปลง  
ไป มีคลอสทริเดียมเวลชายบาง  
ชนิดเจริญมากขึ้น แล้วสร้างทอกซินจนไป  
ทำให้อาการของผู้ป่วยหนักมากขึ้นก็ได้.

ไพบุลย์ เอื้อทวักุล พ.บ.

๖. L.G. Suhrland and A.S. Weis-  
berger: รัศยาลิวคิเมียด้วยยูเรินทาง  
ทวารหนัก. J.A.M.A. 17:1415-1417,

1954.

ผู้เขียนได้รายงานผลการใช้ยูเรินโดย  
ให้ทางทวารหนักในการรักษาโรคลิวคิเมีย  
ในจำนวนผู้ป่วย ๒๐ ราย. ใช้ยูเริน ๑  
กรัมผสมขมิ้นและน้ำมันอีโอบรมาทำเป็น  
แท่งเหน็บให้วันละ ๓-๖ กรัม, ใช้ยู่  
นาน ๒ สัปดาห์ถึง ๒๒ เดือนเป็นราย ๆ  
ไป. ผลของการรักษาได้ผลดีเท่ากับการ  
ให้กิน, และให้ผลเท่ากับใช้น้ำยาเฟอว์-  
เลอร์. ผลแทรกแซงน้อยมาก. มีหนึ่ง  
รายที่เกิดมีอาการมึนงงศีรษะมาขึ้น ภาย  
หลังให้ยูเริน ๑ กรัมอยู่ ๑๒ เดือน.  
การให้ทางทวารหนักจึงนับว่าดีมาก เพราะ  
ตัดกังวลเรื่องอาการแทรกแซงทางระบบ  
ทางเดินอาหารเช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้  
อาเจียน. เป็นการช่วยรักษาสุขภาพทั่วไป  
ของผู้ป่วยด้วย.

จำลอง แพ่งสภา พ.บ.

๗. E.P. McCullagh, W.N. Fa-  
well and F.J. Lane: ความสำคัญ  
ของฮัยเปอร์กัลลิซีเมียโดยไม่มีกลัยโค-  
ซูเรีย. J.A.M.A. 10:925-929, 1954.

เนื่องจากคนที่เห็นโรคเบาหวานอย่าง  
แรง มักมีคาร์ดิโอวาสคูลาร์โรนัล ก็เ-

เนอเรชั่น. ถ้าเราสามารถวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ตั้งแต่ตอนแรก ๆ แล้ว, การรักษาก็อาจป้องกันการแทรกซ้อนนี้ไว้, โดยเฉพาะพวกคนไข้ที่มีแต่เพียงระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีน้ำตาลในปัสสาวะ, และไม่แสดงอาการของโรคเลย. จากการศึกษาคิดตามคนไข้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ๒๐๐ คน, เปรียบเทียบกับคนไข้ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติจำนวนเท่ากัน, ผู้รายงานพบว่าในระยะเวลาเท่า ๆ กัน คนไข้พวกแรกได้กลายเป็นโรคเบาหวานถึง ๒๕ ปช., ส่วนพวกหลังมีเพียง ๑๐ ปช., เท่านั้น. ฉะนั้นการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากในการวินิจฉัยโรคเบาหวานในระยะแรก ๆ. คนไข้ที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแม้เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีน้ำตาลในปัสสาวะ ก็ควรจะได้รับการรักษาอย่างโรคเบาหวานอย่างอ่อน, โดยเฉพาะพวกที่มีประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน, พวกที่ช้วนมาก ๆ และอายุมากกว่า ๕๐ ปี.

จรรยา ไชยโรจน์ พ.บ.

๘. B.H. Scribner and J.C. Cailouette: วิธีหาไบคาร์บอเนตในซีรัมแบบง่ายและสะดวก. J.A.M.A. 7: 644-648, 1954.

รายงานวิธีการหาค่าของไบคาร์บอเนตในซีรัมซึ่งได้ปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีเดิมที่ผู้รายงานได้รายงานไว้ก่อนแล้วใน Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 25: 641-648, 1950, วิธีใหม่นี้ ผู้รายงานอ้างว่าทำได้ง่ายและได้ผลแน่นอนกว่าเดิม ๒-๔ เท่า, และแน่นอนพอที่จะใช้แทนการหาความสามารถในการรวมกับคาร์บอนไดออกไซด์ของเลือด โดยวิธี ปริมาตรของ Van Slyke ได้ดี. หลักการที่ใช้คือแปลงมาจากวิธีไตเตรทของ Van Slyke, กล่าวคือ ใช้กรดมาตรฐานที่รู้จำนวนแน่นอนใส่ลงไปในการซีรัมหรือพลาสมา, เพื่อที่จะไปทำปฏิกิริยากับไบคาร์บอเนตทั้งหมดที่มีอยู่. ต่อไปที่ไตเตรทกลับมาสู่ pH 7.4 ตามเดิมโดยใช้น้ำยาข้างมาตรฐานจุดจบ (end point) ของการไตเตรทสังเกตได้จากการเปรียบเทียบสีน้ำยาบิเฟอโรมาตรฐาน pH 7.4 โดยใช้ phenol red เป็นอินดิเคเตอร์. ค่าของไบคาร์บอเนตที่ทราบได้โดยคิดจากจำนวนของกรด

ที่ทำปฏิกิริยาพอกคักขัยไยคาร์บอนเนตนั่นเอง. และค่าของไยคาร์บอนเนตนเราคำนวณเป็น ปริมาตร ปช. ของความสามารถในการ รวมกับคาร์บอนไดออกไซด์ได้. เครื่อง มีที่ใช้ ประกอบด้วย กระจก ฉักยาชนิด ทเขอร์คลิน ทนน้ำมากที่เปลี่ยนแปลงตรงปลายเสีย เล็กน้อย ๓ เครื่อง และหลอดสำหรับ ใช้ในการโคเตรทอีก ๒-๓ หลอดเท่านั้น.

จรูญ ไชยโรจน์ พ.บ.

๘. D.J. Reinhardt and J.M. Val-  
dron: อะเปรโซลินอาจทำให้เกิดลูบัส-  
อริยอมาโทลิส (ล.อ.) J.A.M.A. 7:  
1491-2, 1654.

ผู้รายงาน ได้กล่าวถึง การเกิด กลุ่ม อากาศคล้ายลูบัสอริยอมาโทลิส (ล.อ.) ในผู้ป่วยซึ่งเป็น โรคความดันเลือดสูงหนึ่ง รายเพิ่มเติมจากที่มีผู้เคยรายงานไว้แล้ว. ผู้ช่วยรายงานนอกจากมีแรงดันเลือดสูงยังมี ผลเป็นทหน้า, ประกอบด้วยคลอชด์ และบางส่วนของโคโรนารีด้วย. ผู้รายงานได้ ให้อะเปรโซลิน ๖๐๐ มก. ต่อวันรวมกับ ยาอื่นเป็นเวลา ๕ เดือน. ปรากฏว่าหลังจากนั้น ผู้ป่วยมีไข้และ ปวดบวม ตามข้อ. อาการเหล่านี้หายไปเมื่อหยุดยา. ได้ทัก

ลองให้อะโปรโซลินอีกครั้งขนาดเท่าเดิม ก็กลับมีอาการเช่นอีก. ๑๒ วันต่อมา มี ไข้และปวดข้อ ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว แผลที่หน้าใหญ่ขึ้น และบางแห่งมีตุ่มดำ, มีโนคลไคผิวหนังขนาด ๑.๕ มม., ทข้อ คอกขวาเกิดขนใหม่. การตรวจอื่น ๆ พบ ว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ. ทนาคของตับ เสื่อม. และการตรวจ ล.อ. เซลล์ในเลือด ให้ผลบวก. ให้คอร์ติโซน ๒๐๐ มก. ต่อวัน อาการต่าง ๆ หายไป. และตรวจ ไม่พบ ล.อ. เซลล์ในเลือดอีกเลย.

ผลการตรวจชิ้นเนื้อจากแผลที่หน้า ปรากฏว่ามีคอแลนเจนมาก และเกิดนิโคร ลิสอย่างเฉียบพลันเป็นหย่อม ๆ. ผู้รายงาน ได้ให้ความเห็นว่า อะเปรโซลินอาจ ทำให้เกิด โรคข้ออักเสบเรื้อมาตอชด์ และ ลูบัสอริยอมาโทลิสได้.

ถนอมศรี ศรีชัยกุล พ.บ.

๑๐. W.B. Tucker. การรักษาวัณโรค ปอดที่เป็นมากด้วยไวโอมซิน. Amer. Rev. Tuberc. 70: 812-840, 1954.

รายงานคนไข้ ๑๒๕ รายซึ่งป่วยด้วย วัณโรคปอดเข้าชั้นเป็นโพรงระยะร้ายแรง และกำลังกำเริบ ได้รับการรักษาคด้วยไว

โอมัยซินวันละ ๒ กรัม สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง เป็นเวลา ๕๖ วัน. ๓๑ ทรายรักษาด้วย ไวโอมัยซินอย่างเดี่ยว. ๒๗ ทรายรักษา ไวโอมัยซินและ พี. เอ. เอส. วันละ ๑๒ กรัม; ๓๐ ทรายรักษาด้วยไวโอมัยซิน และไอโซในธาตุวันละ ๓๐๐ มก. นอก นั้นรักษาด้วยยาฆ่าเชื้ออย่างอื่น. ปรากฏ ว่าได้ผลน้อยที่สุด ในพวกที่รักษาด้วย

ไวโอมัยซินอย่างเดี่ยว, หรือไวโอมัยซิน ร่วมกับออกซิเตตราซัยคลิน หรือพัยราซิ นามาไมท์. ถ้ารายที่รักษาด้วยไอโซในธาตุ, สเตอริปโตมัยซิน และ พี. เอ. เอส. ไม่ได้ผลแล้ว, อาจจะใช้รักษาด้วยไวโอมัย ซินได้, แต่ต้องระวังพิษของมันโดยหมั่น ตรวจอาการต่าง ๆ ให้ละเอียดถี่ถ้วน.

บังอร กุสกูล พ.บ.

### ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ข้าราชการบำนาญ

ไปรษณีย์ที่ออกกับแผนกจัดการสารนิเวศ

# ปกิณกะ

## การเพิ่มจำนวนแพทย์

การเพิ่มจำนวนแพทย์ให้ใกล้เคียงกับความต้องการของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศในโลกไม่แต่ประเทศไทยเท่านั้น. ปัญหาแก้ไขยากก็เพราะการเรียนแพทย์ต้องใช้เวลานาน และต้องการอุปกรณ์ในการสอนและอบรมนักศึกษาแพทย์มากอย่างด้วยกัน. การเพิ่มจำนวนโดยลดคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่โรงเรียนทุกแห่งพยายามหลีกเลี่ยงให้ไกลที่สุดที่จะทำได้. ในสหรัฐอเมริกาซึ่งประเทศไทยกำลังพยายามเดินตามรอยอยู่นั้น ก็มีเหตุการณ์ซึ่งวงการแพทย์ของเราควรจะเอาเป็นตัวอย่างไว้บ้าง, เพราะเป็นตัวอย่างที่ดี ถือเป็นตัวอย่างเบสิกได้ คือ ในขั้นสมาชิกรัฐสภาอเมริกันได้เสนอโครงการ ๕ ปี โดยใช้เงิน ๒๕๐ ล้านดอลลาร์ (ราวห้าพันล้านบาท) เพื่อช่วยเหลือโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ในการก่อสร้างเพิ่มเติมหรือดัดแปลงโรงเรียนแพทย์ให้ทันสมัย จึงได้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาโครงการนี้ ซึ่งมีคณะ

โรงเรียนแพทย์หลายแห่ง และผู้แทนแพทย์สมาคมอเมริกันเข้าร่วมด้วย ผู้แทนฝ่ายการแพทย์ได้ขอให้ตัดข้อความตอนหนึ่งออกจากร่างรัฐบัญญัติ คือ ตอนที่ว่ารัฐบาลกลางจะให้เงินช่วยเหลือโรงเรียนแพทย์ตั้งแต่ ๕๐ ถึง ๖๐ เปอร์เซ็นต์ ของค่าก่อสร้างทั้งสิ้น ถ้าโรงเรียนแพทย์เพิ่มจำนวนนักศึกษาแพทย์ในปีใหม่ขึ้นอีก ๕ เปอร์เซ็นต์ของปีที่แล้ว.

Dr. F.J.L. Blasingame (a trustee of the Council on Medical Education and Hospital) ผู้แทนคนหนึ่งของแพทย์สมาคมอเมริกัน ได้แถลงเพื่อขอตัดข้อความในร่างเทศบัญญัติเป็นใจความตอนหนึ่งว่า ถึงแม้จำนวนที่จะให้เพิ่มขึ้น ๕ เปอร์เซ็นต์นั้นเป็นจำนวนน้อย แต่การบรรจุข้อความนี้ลงไปเป็นการผิดหลักการ และท่านได้กล่าวอีกตอนหนึ่งว่า เป็นการตรงข้ามกับความเข้าใจผิดโดยทั่วไป สมาคมแพทย์อเมริกันไม่เคยพยายามที่จะควบคุมจำนวน

แพทย์ซึ่งสำเร็จจากโรงเรียนแพทย์เลย. สมาคมนคอยแก้พยายามชักชวนโรงเรียนแพทย์ที่จะรับนักศึกษาแพทย์เป็นจำนวน มากจนเกินกำลังอาจารย์หรืออุปกรณ์การ สอน (faculties or facilities) เรื่อย มา. การเพิ่มจำนวนแพทย์ที่ไ้รับการ อบรมไม่เพียงพอมีแต่จะทำลายมาตรฐาน การแพทย์ซึ่งไ้เจริญรุ่งเรืองมานานกว่า ครึ่งศตวรรษแล้ว.

ท่านเชื่อว่าโรงเรียนแพทย์ท้มีอาจารย์

และอุปกรณ์การสอนมากและดีพอแล้ว ย่อมจะต้องรับรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มจ้ำน นวนขึ้นเองแน่นอนโดยไม่ต้องมีใครบังคับ.

จากตัวอย่างที่เล่ามานี้ อย่างน้อยก็ แสดงให้เราเห็นว่า การเพิ่มจำนวนแพทย์ โดยกะเกณฑ์โรงเรียนแพทย์ผลิตแพทย์ ออกมาเป็นจำนวนเท่านั้นเท่านี้โดยสร้าง ตึกให้ แต่ไม่คำนึงถึงสิ่งอื่นอีกเลยย่อม เป็นการข้ันทอนมากกว่าสร้างเสริมมาตรฐานการแพทย์.

อานนท์ ประทศสุนทรสาร พ.บ.

### ไสยศาสตร์บัณฑิต

เมื่อแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยมีการประชุมทางวิชาการปรากฏว่ามีคนสนใจ ฟังประมาณ ๒๐-๓๐ คน. ครั้นเมื่อสมาคมแพทย์แห่งเดียวกันนั้นมีการประชุม เกี่ยวกั้ไสยศาสตร์ปรากฏว่ามีคนฟังราว ๓๐๐-๔๐๐ คน. บางคนถึงกั้เสียใจที่ ไม่รู้ข้าง, มาไม่ไ้ข้าง, ขอให้มีการประชุมเรื่องนี้อีกเด็ก, นี้แปลว่าคนเราชอบ

และสนใจไสยศาสตร์มาก. จะเป็นเพราะ ว่าคนเราเชื่อหรือไม่สนใจการประชุมทาง วิชาการหรือเนื่องจากอะไรก็ตาม, ผู้เขียน ไม่ขอออกความเห็น. แต่การที่เขียนเรื่อง นี้ก็เพราะไสยศาสตร์ มีการเกี่ยวข้องอย่าง ใกล้ชิดกั้วิชาแพทย์ปัจจุบัน, ซึ่งผู้เขียน ถือว่าวิชาแพทย์เป็นควมรู้วิทยาศาสตร์, เป็นวิชาการศึกษาถึงความจริง, ถึงเหตุและ

พยาธิสภาพของโรค, เป็นการศึกษากว้าง  
 ทั่ว, กว้างมือ, กว้างกล้องจุลทรรศน์, และกว้าง  
 การทดลอง, ให้เวลาศึกษาหลาย ๆ ปี,  
 เสียเงินเสียทองเสียทั้งเวลา. นักศึกษา  
 หลายคนเกิดความท้อใจและขี้ใจเมื่อได้  
 ทราบไต่ยินข่าวต่อไปนี้ :

(๑) เด็กคนหนึ่งแขนหัก. แพทย์ที่  
 โรงพยาบาลบอกว่าต้องเข้าเฝือก ๑ เดือน.  
 พ่อแม่ของเด็กไม่ยอม, พาเด็กกลับบ้าน  
 ไปหาหลวงพ่อให้รักษาน้ำมนต์, เด็กก็วิ่งได้  
 ภายใน ๓ วัน.

(๒) เด็กอีกคนหนึ่งเป็นอัมพาตเดิน  
 ไม่ได้. พ่อแม่พาไปหาหลวงพ่อให้รักษาน้ำ  
 มนต์. เด็กคนนั้นก็วิ่งได้ภายในไม่กี่วัน.

(๓) คนไข้หญิงรายหนึ่งมักนอนตกคอ.  
 หมอบอกว่าเป็นมะเร็งรักษาไม่หาย. คนไข้  
 จึงไปหาหลวงพ่อให้รักษาทางไสยศาสตร์,  
 รนก่อนนั้นยุบหายไป.

(๔) คนไข้ชายมีน้ำในช่องท้องหรือ  
 ท้องมาน. มาเจาะที่ศิริราช ๒ ครั้ง. เมื่อ  
 เจาะครั้งสุดท้ายคนไข้ถามหมอบอกว่าเป็นโรค  
 อะไร, มีหวังหายหรือไม่. หมอบอกว่าเป็น  
 โรคตับแข็ง, รักษาไม่หาย. ผู้ป่วยจึงกลับไป  
 บ้านและเลิกรักษาทางแพทย์ปัจจุบัน. แล้ว  
 ไปหาหลวงพ่อ, กินยาต้มและรนน้ำมนต์,

ใช้เวลาไม่นานท้องก็ยุบ, จึงกลับมาหา  
 หมอ, บอกว่าบั้นตื้นมากท้องไม่วมอีก  
 แล้ว. ท่อ ๆ มาแก่ก็มาโรงพยาบาลอีก,  
 มากับคนอื่นบ้าง, มาให้หมอบอกอ้างว่าแก  
 หายจริง ๆ เพราะน้ำไม่มีในท้องอีก.

เมื่อนักศึกษาแพทย์ไต่ยินเรื่องต่าง ๆ  
 นี้ก็พากันเกิดความขี้ใจและท้อใจว่าจะ  
 เรียนแพทย์ไปหาวิมานอะไรกัน, ในเมื่อ  
 ออกส่าหัดหลบข้อคนอนเวียนจนท้าวจะบึก  
 แล้วก็รักษาไม่หาย. ส่วนหลวงพ่อไม่ได้  
 เล่าเรียนกายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา,  
 พยาธิวิทยา ฯลฯ. แก่ก็รักษาหายและเร็ว  
 เสียด้วย.

ผู้เขียนได้ขอให้นักศึกษาแพทย์นั้น ๆ  
 ตั้งใจเรียนแพทย์ให้สำเร็จเป็นหมอเสีย  
 ก่อนแล้วจะบอกความลึกลับมหัศจรรย์แห่ง  
 ไสยศาสตร์ให้.

นักศึกษาแพทย์ได้ถามปัญหาแก่ผู้  
 เขียนรวมใจความได้ดังนี้ :

(๑) อะไรทำให้ประชาชนหลงเชื่อ  
 ไสยศาสตร์.

(๒) ไสยศาสตร์รักษาโรคได้หรือไม่.

(๓) ไสยศาสตร์มีผลเสียอย่างไรแก่ผู้  
 บัวยังอย่างไร.

(๔) โสยศาสตร์มีผลดีแก่ผู้ช่วยอย่างไร.

(๕) โรคอะไร ควรรักษาด้วยไสยศาสตร์.

(๖) เหตุใดประชาชนบางคนจึงเปลี่ยนใจไม่เลื่อมใสแพทย์แผนปัจจุบัน.

๑. ประชาชนหลงเชื่อและเลื่อมใสในไสยศาสตร์ก็เพราะ.

ก. ไม่เคยรู้ไม่เคยเห็นปรากฏการณ์ธรรมชาติแห่งร่างกาย.

ข. ไม่เคยรู้ข้อเท็จจริงแห่งการป่วยไข้.

ค. ไม่เคยทราบหรือศึกษาค้นเหตุและพยาธิสภาพของโรค.

ง. ขาดการศึกษา.

จ. ขาดความเข้าใจในเหตุผลของเรื่องต่าง ๆ.

ฉ. ข้อนในสติปัญญาและรู้เท่าไม่ถึงการ.

ด้วยเหตุดังกล่าวแล้ว, ประชาชนจะค้นต้นและแปลกใจเมื่อเห็นเมื่อรู้สิ่งที่ไม่เคยเห็นเคยรู้, จะหลงเชื่อและเชื่ออย่างงมงายจนตกหลอกลวงได้โดยง่าย. หญิงสาวคนหนึ่งมีความมั่นใจตั้งแต่เด็ก

เมื่อมารดาบอกว่าตัวเธอรอดจากท้องมารคาทางสะก้อ. เมื่อโตขึ้นสาวก็อายุสะก้อ. ส่วนร่างกายส่วนอื่นไม่ค่อยผิดปกตินัก. ยอมให้ถูกต๋องไ้. กว่าจะรู้ความจริงก็เมื่อตัวเธอมาคลอคลกที่โรงพยาบาล. คุยสมัครหนึ่ง, ภายหลังที่แต่งงานแล้ว ๕ ปีไม่มีบุตร, ไปปรึกษาหมอ. ซักไซ้ได้เลียงไปมากไ้ก็ความจริงว่าทั้งสองคนมีความเชื่อมั่นสอดคล้องกันว่ แต่งงานแล้วอยู่กินนอนกันเฉย ๆ ก็เกิดลูกไ้, ก็ขึ้นยืนตน.

๒. ไสยศาสตร์รักษาโรคได้หรือไม่.

อีกนัยหนึ่งกล่าวไ้ว่าการรักษาโรคด้วยไสยศาสตร์คือเท่ากัให้ธรรมชาติรักษา. โรคใดที่หายเองไ้โดยธรรมชาติ, โดยการซ่อมแซมของธรรมชาติ, ภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ หรือภูมิคุ้มกันที่ไ้รับมา, โรคนั้นก็หายไ้โดยไสยศาสตร์. เช่นผิวน้ำลูกมีคยา, หายเองไ้โดยการซ่อมแซมของร่างกาย. ไสยศาสตร์ก็ทำให้ยากแฉลนั้นหายไ้. กระดูกหักแล้วมีการซ่อม, มีการสร้างกระดูกใหม่ไ้โดยธรรมชาติของร่างกาย. ไสยศาสตร์ก็รักษาหายไ้. คนไข้เข็นมาลาเรียก็หายเองไ้โดยภูมิคุ้ม

กันธรรมชาติและภูมิคุ้มกันที่ไ้รับ (โดยมากเฉพาะ พ. ไวแวกส์), ไสยศาสตร์ก็รักษาหายได้.

**๓. ไสยศาสตร์มีผลเสียหายแก่ผู้บ่วยอย่างไร.** ตัวอย่างผลเสียหายแก่ผู้บ่วยคือ โรคเมเร็งทันมีในระยะแรกเริ่มอากรักษาให้หายได้ โดยการ ผ่าตัดและฉายแสง, แต่ผู้บ่วยที่อาจไม่ยอมให้หมอตรวจและรักษา, ก็รักษาทางไสยศาสตร์. เมื่อโรคเป็นมากแล้วจึงมาหาหมอในระยะที่ไม่มีโอกาสช่วยได้. ผู้บ่วยเป็นมาลาเรีย, ถ้ามีวรรณำมนต์จนเชอชนสมองแล้วโดยมากไม่ค่อยรอด. คนไข้เข้เข้นทัยพอยัก, เป็นไข้อยู่หลายวัน. พ่อแม่ว่าถูก "คุณ" หรือถูก "กระทำ", ให้หลวงพ่อรคณำมนต์จนตายด้วยนิ้วโมเนย. คนไข้กระตักหักทกรักษาด้วยไสยศาสตร์หายแล้ว, มาหาคุณหมอมทศิริราช, ปรากฏว่าซาสนไปข้างหนึ่ง, หรือแขนคอกไปทั้ง ๒ ข้าง, งอและพยไม่ไ้, หรือกระตักเกยกกันจนขิดแขนไม่ไ้. แปลว่าไสยศาสตร์ไม่สามารทำให้กระตักเข้รูปเคิมไ้, หรือไม่สามารถแก้ไขสิ่งทพิการไ้. เหล่านั้แสดงว่าไสยศาสตร์ทำ

ให้ผู้บ่วยไ้รับการรักษาที่ถูกต้องเข้าไป.

#### ๔. ไสยศาสตร์มีผลดีแก่ผู้บ่วย

**อย่างไร.** ไสยศาสตร์มีส่วนท้ในการเพิ่มกำลังใจแก่ผู้บ่วยที่ ทราบว่าตนเองไ้รับการรักษาไม่ว่าโดยวิธีใด, และเพิ่มกำลังใจแก่ทุกคนไม่ว่าในกรณีใด. คนทุกคนในเวลาปกติไม่เจ็บไข้ก็เข้เป็นคนเห็นแก่ตัวอยู่แล้ว. เวลาเจ็บไข้ก็มีความเห็นแก่ตัวเพิ่มช้นอีกหลายเท่า. ฉะนั้นคนไข้เมื่อเห็นหน้าหมอมารักษา, ก็เท่ากัยเห็นเทวดา. เสียเท่าไรร้เสียไปขอให้หมอรับรักษาไ้แล้วกัน. การรักษาผู้บ่วยด้วยไสยศาสตร์ จึงทำให้จิตใจคนไข้ดีขึ้นไ้มาก ๆ. แม้เพียงรู้ว่ามิคนมารักษา, ถึงแม้ผู้รักษาจะอยู่เชิงร่าย, และคนไข้อยู่ ในกรุงเทพ ๆ ก็ตาม, คนไข้ก็มีจิตใจสบายช้น. โรคก็หายวันหายคืน. ผลที่ล้าคัญคือผู้บ่วยไม่ต้งเสียเงิน. ช้อนอาจเป็นเหตุหนึ่ง ที่ทำให้จิตใจคนไข้สบายไ้มาก.

**๕. โรคอะไรที่ควรรักษาด้วยไสยศาสตร์.** ช้อนนคศึกษาจะต้งกันควัและศึกษาเข้เนราย ๆ ไปว่ารายใดและโรค

อะไรควรจะรักษาด้วยไสยศาสตร์.

๖. เหตุใดประชาชนบางคนจึงเปลี่ยน

ใจไม่เลื่อมใสในการแพทย์แผนปัจจุบัน.

เมื่อเปรียบเทียบกับการแพทย์สมัยเมื่อตั้ง  
โรงพยาบาลศิริราชใหม่ ๆ คือราวหกสิบ  
กว่ามาแล้วนั้น, นับว่าการแพทย์แผน  
ปัจจุบันได้เจริญขึ้นตามลำดับ, เช่นที่นิยม  
ชมชอบของประชาชนส่วนใหญ่ด้วยก็. แต่  
ก็มีบางคนที่เคยเลื่อมใสในวิชาแพทย์แผน  
ปัจจุบันแล้วกลับหมดความเลื่อมใสดังตัว  
อย่างต่อไปนี้. ผู้ช่วยชายคนหนึ่งเป็นแผล  
เหม็นเน่าที่เท้า, มาตรวจที่โรงพยาบาล  
ศิริราช. แพทย์ผู้ตรวจบอกผู้ช่วยว่าเป็น  
มะเร็งโดยไม่ได้ทำไบออปซีย์และแนะนำ  
ผู้ช่วยว่าต้องตัดขา, เพราะรักษาด้วยยา  
ไม่หาย. ผู้ช่วยไม่ยอมเพราะกลัวจะเดิน  
ไปหากินไม่ได้. ในที่สุดจึงกลับบ้านและ  
ไปรักษาที่อื่นโดยใช้ยาใส่แผลธรรมดาจน  
หายเป็นปกติ. เหตุการณ์เช่นนี้ย่อมทำให้  
ประชาชนคิดว่าแพทย์แผนปัจจุบันก็คือ  
แพทย์ตามบุญตามกรรมนั่นเอง. ไม่ก็ไป  
กว่าหมอไสยศาสตร์เท่าไหนก็และค่อย ๆ  
หมดความเลื่อมใสจากแพทย์แผนปัจจุบัน.  
ทันเหตุเกิดเพราะการวินิจฉัยโรคโดยการ

เทาสวด. แพทย์แผนปัจจุบันที่หมอเสียง  
เป็นที่ยกย่องนับถือของประชาชน ก็เพราะ  
สามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำถูกต้อง.  
เมื่อการวินิจฉัยโรคแน่นอนแล้ว, การ  
รักษาก็ไม่มีปัญหาอะไร.

สำหรับปัญหา ๔ ข้ออื่นเป็นข้อข้องใจ  
ของนักศึกษาแพทย์นั้น, ผู้เขียนขอเฉลย  
ดังนี้. ข้อ ๑. กระจกเล็ก ๆ เวลาหักถ้า  
ไม่ใช่หักชนิดกระดกออกนอกเนื้อ, มัก  
จะหักแบบเคาะ, คือหักแบบไม่อ่อน, หัก  
แล้วไม่เคลื่อนที่หรือแยกกัน. คงมีเนื้อ  
เอ็นพังผืดยึดกันอยู่ได้. การหักแบบนี้ถึง  
ไม่เข้าแผลก็หายได้, เคนได้โดยไม่เจ็บ  
ปวดมากมายนัก. แต่การที่หมอแนะนำ  
ให้ใส่แผลก็เพื่อจะให้กระดูกที่หักนั้นอยู่  
เฉย ๆ, กระจกจะติดกันเร็วขึ้น, และ  
เพื่อป้องกันไม่ให้มันหักออกไปอีกหรือ  
แยกกัน. ถ้าเคลื่อนไหวหรือหักล้มลงอีก  
ก็จะหักโดยง่าย. ถ้าใครเดินไปทั่วคยริ-  
เวณข้างสะพานพระราม ๖ จะพบว่าหลัง  
กัญหหลวงพ่อมักองเฝือกปูนเฝือกไม้เกือบ  
เท่ากองภูเขา, ที่ได้เขาออกจากผู้ช่วยที่  
ใส่เฝือกจากโรงพยาบาลมาทั้งสิ้น. ผู้ช่วย  
เหล่านั้นพอใส่เฝือกปูนได้ประมาณ ๒-๓  
สัปดาห์ก็มักทนไม่ไหว, เพราะคั้นข้าง,

เจ็บข้าง, อายเพื่อนข้าง, อายคู่รักข้าง, ราคายข้าง, พอมีคนข้างบ้านบอกว่าทวิต นันท์, ที่โน้นนั้, ไม่ต้องใส่เสื้อเอามัน เพราะใช้ก็เกี่ยวกับติดกันเลย, ก็รีบไปทันที. หลวงพ่อก็รีบตัดเสื้อกออก, แล้ววคนำ มนต์หรืออะหมันค้อโต้หรือไม้ตีพริกนวด สัก ๒ ที, ก็รับรองว่าหายทุกราย. ทั้งนี้ เพราะคนโคยมากที่ไปหาหลวงพ่อก็ราว ๆ ๑๐ วันไปแล้ว, ซึ่งยอมมีไฟโรลิส, มี คิลซิพีเคชั่นและการซ่อมแซมแล้ว. คน ไข้ก็เดินได้สบาย, เพราะเท่ากับเอาเสื้อ ออกเร็วก่อนกำหนดไปเท่านั้นเอง. สำหรับ หลวงพ่อก็ก็นำคนไข้ไปกวนแกให้เอา เสื้อออก, ซึ่งถ้าไม่มีกรรไกรพิเศษ สำหรับตัดเสื้อปกก็คงเล่นเอาตุลิกทะเล พอก. ทั้งคนไข้ก็บอกต่อ ๆ กันไป. จึง ทำให้เสื้อกของโคได้ดังเพียงนั้น. ที่น ทวนกลับมากลาคุดหมอจริง ๆ ที่รักษากระ ก. ลองถามว่าต้องลำบากใจลำบากกาย ในกรที่ จะคิดแก้ไข พวกคนไข้ ที่ไปหา หลวงพ่อ โดยไม่ได้ใส่เสื้อ ไปก่อนว่า ลำบากเพียงใด. บ้างก็ต้องทำให้ขาเท่า กัน, บ้างก็ต้องแก้แขนคอก, เพราะกระดูก ทหักแล้วถ้าไม่แก้ทันทีจะมีพิการ, เช่น เคลื่อนที่หรือเกยกัน. ถ้าเป็นแล้วก็ทำ

ลำบากทสก. บางรายก็ไม่สามารถแก้ไข ได้, จึงต้องปล่อยให้แขนคอกเป็นสัญญ- ลักษณ์แห่งหลวงพ่อนั้น ๆ.

ข้อ ๒, อัมพาชในเด็ก ๆ โดยมาก เนื่องจากแอนโทเรียโรโปลิโอมีอีไลคิสหรือ เอ็นเซฟาไลคิส อย่างอ่อนที่หาเหตุ ไม่ได้ แน่นนอน. มีความรุนแรงต่าง ๆ กัน, อาจ หายเองได้ภายใน ๑ วันถึง ๑ หรือ ๒ ปี, หรือไม่หายเลย, เช่นแก่ทเลาชันพอกเกิน ได้. บางคนทเลาพอกเกินได้แล้ว, แต่พ้อ แม้ยังไม่ได้ลงให้เกิน. พ้อไปถึงหลวง พ่อก็นำมนต์เสร็จแล้ว, หลวงพ่อบอก ให้เกินเด็กก็ใจออกวิ่ง.

ข้อ ๓, ผู้ป่วยเป็นก้นคอกและรคนำ มนต์แล้วขยับได้. แปลว่าก้นนั้นไม่ใช่ มะเร็ง, อาจจะเป็นองการอิกเสบหรือ ความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งหายได้. หมอคนที่ให้ การวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งนั้น เป็นหมอสันนิษตามบุญตามกรรม.

ข้อ ๔, ผู้ป่วยมีท้องมาน ไม่ได้เป็น เพราะเนองจากตับแข็ง (cirrhosis) อย่าง เกียวเสมอไป. เมื่อน้ำในท้องหมดไปก็, ก็แปลว่าคนไข้อาจมีการดูดกันชั่วคราวใน าระขยปอร์ตุส, เนองจากเหตุใดก็ตาม, แต่ไม่ถึงขั้นเซอร์โรลิส. เมื่อเหตุของ

การออกกั้นหมกแล้ว, เลือดเกินสควก,  
น้ำกั้นหมกไป. ดังนั้นเราจำเป็นต้องเปลี่ยน  
การวินิจฉัยโรคจากเซอร์โรสิสทันที เรา  
จะวินิจฉัยโรคว่าเป็นเซอร์โรสิสที่แน่นอน  
ไม่ได้จนกว่าจะทำไบอ็อปซีย์ตึบ หรือทำ  
การตรวจศพแล้ว.

ในที่สื่อกนี้ผู้เขียนขออย่างเดียวกับเท่านั้น,  
อย่าให้ แพทยศาสตร์ บัณฑิต กลายเป็น  
ไสยศาสตร์บัณฑิต, หรือหมอกตามบุญ  
ตามกรรม. ขอให้พยายามรักษาความ  
ศักดิ์สิทธิ์ วิชานแพทย กระจก เก ลือรักษา  
ความเค็มของมันไว้.

ประดิษฐ์ ต้นสุรต พ.ด., Ph.D.

### โปรดทราบ

๑. สมุทรวมวิชาการ
๒. สारศิริราชดขัยพิเศษ

หนังสือทั้งสองเล่มนี้ คงมีเหลืออยู่เพียงจำนวนน้อย ผู้ประสงค์ทราบราย  
ละเอียดเกี่ยวกับหนังสือ หรือต้องการซื้อไว้ประจำตัวสมุท โปรดติดต่อขอทราบราย  
ละเอียดได้จากสำนักงานสารศิริราช.

# แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๑,๔๕๐	๘๑๖	๑,๐๘๒	๘๓๒	๑,๐๘๕	๒๓๖	๕,๕๕๑
เก่า	๑,๘๖๐	๑,๑๘๘	๑,๔๓๕	๘๓๘	๑,๓๖๘	๑๕๒	๗,๓๔๓
รวม	๓,๓๑๐	๒,๐๐๔	๒,๕๑๗	๑,๖๗๐	๒,๔๕๓	๓๘๘	๑๒,๘๙๔
<u>ใน</u>	๑๓๘	๒๓๕	๓๔๐	๑๐๕	๒๔๓	—	๑,๕๕๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๓๖. จักษุฯ ๒๓๖. สูติ-นรีฯ ๑๕๒. รวม ๖๖๔ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๓๒. หญิง ๒๒๗. รวม ๔๕๙. คลอดตาย ชาย ๑๗. หญิง ๕ รวม ๒๒.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๑ คน (๘.๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ใ้ศตรวศพ ๓๘ ราย. (๒๖.๘ ปช. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๗๘ ครั้ง. ข้างนอก ๔ ครั้ง. รวม ๔๘๒ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๐๘๘ คน. รักษาใหม่ ๒๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘๒ ครั้ง. รวเดียม รักษา ๒๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๒ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๒ ครั้ง. รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๖๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๑๔๐ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๓๘ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๘๐๓ ราย. (จากภายนอก ๘๘\* ราย). แอ็กกูตินเนชั่น ๑๑๘. วัตเซอร์แมนและคาร์สัน ๑,๘๑๕. หมู่มเลือด ๕๘๗. นบีเม็คเลือด ๓๒๒. หาเชื้อบักเตรี ๑๒๒. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๔. อูจจาระ ๒๕๖. บัสสาวะ ๑๘๑. เสมหะและอื่น ๆ ๒๖. เพาะเชื้อจากเลือด ๗๖. อูจจาระ ๕๕๑. บัสสาวะ ๒๖. น้ำไขสันหลัง ๑๒. เสมหะและอื่น ๆ ๑๔๑. นีคส์ตัวทดลอง ๓. เพาะเชื้อบัก ๔๗. ตรวจทดลองตัวจัด ๓๖. ตรวจสพนติเวช ๑๑. ตรวจของกลาง ๗.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๒. เจาะน้ำสันหลัง ๑๖. เจาะคืบ ๕. น้ำช่องปอด ๑๑. อัคติมเข้าช่องปอด ๓. อัคติมเข้าช่องท้อง ๔๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๕. ฉีดยาซีฟาลีส ๒๖.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๔. ถอนฟัน ๒๘๕. อุดฟัน ๕๑. ผ่าตัดช่องปาก ๒๘.

(โดยความเอื้อเฟื้อของ นายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติขอเดชม



แพทยศาสตร์ได้ดำเนินกิจการตามพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ๒๔๘๖ ในการให้การศึกษาวิชาชีพประเภทแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ ทันตอนามัย วิชาการสาธารณสุข พยาบาล สาธารณสุข วิชาพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย และในปีนี้ได้เพิ่มการศึกษาวิชาเทคนิคการแพทย์ชั้นเอกวิชาหนึ่ง

**จำนวนนักศึกษา**

จำนวน นักศึกษาของมหาวิทยาลัยมีรวมทั้งสิ้น ๑,๕๘๖ คน จำแนกตามประเภทวิชาได้ดังต่อไปนี้

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๖๐๐ คน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ๓๐๑ คน คณะทันตแพทยศาสตร์ ๖๕ คน คณะเภสัชศาสตร์ ๑๐๕ คน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ๑๗ คน แผนกวิชาทันตอนามัย ๒๒ คน แผนกวิชาการสาธารณสุข ๑๒๖ คน แผนกวิชาพยาบาลสาธารณสุข ๒๘ คน แผนกวิชาพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย ๓๑๒ คน แผนกวิชาเทคนิคการแพทย์ ๑๐ คน

จำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรี

รวมทั้งสิ้น ๓๕๕ คน

เฉพาะคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล มีรายนามผู้สำเร็จการศึกษาดังต่อไปนี้

**ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต**

**เกียรตินิยม อันดับ ๒**

- ๑. นายเกษียร ภูงคานนท์
- ๒. นายประเวศ วัชรวิทย์
- ๓. น.ส. ศิวาลักษณ์ เข้มมณี
- ๔. นายโอภาส ชรรฆวนิช

**ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต**

- ๑. นายทวี ทัพย์บุตร
- ๒. น.ส. กัญชารัตน์ รัชตะศิริ
- ๓. นายกิตติประวิติ สุขุม
- ๔. นายโกมินทร์ กาญจนกุล
- ๕. น.ส. จามวี ฉาวรสุข
- ๖. นายเจริญ บุญยประเสริฐ
- ๗. นายจิระ อินทร์มพรรย์
- ๘. นายเจตสิทธิ์ ผดุงชีวิต
- ๙. นายจำนงค์ มิสมพันธ์
- ๑๐. นายเฉลิม รชทสุวรรณ
- ๑๑. นายฉันท กุลกิจโกวินท์
- ๑๒. นายชลธิชา วัชรวิวัฒน์
- ๑๓. นายชเชิด ศิวะสมบุญ
- ๑๔. นายโชติ ชรรฆมาศดิษฐ์
- ๑๕. นายณรงค์ พิชัยชาญณรงค์
- ๑๖. นายคณีย์ สุวารีย์
- ๑๗. นายแถม ทัพพ-

ขุทธรวิจารณ์ ๑๘. นายทวักกิกี้ วรรณารด  
 ๑๙. นายทรงวุฒิ สรสุชาติ ๒๐. น.ส.  
 ทองดี เรืองไพโรจน์ ๒๑. นายธรรมนัญ  
 ประไพวงษ์ ๒๒. นายธำรงรัตน์ แก้ว-  
 กาญจน์ ๒๓. น.ส. นันทา จินทานนท์  
 ๒๔. น.ส. นันทนิกย์ บุรณานวัค ๒๕. น.ส.  
 นันทพร นิลวิเศษ ๒๖. นายนิคย์ กองสุ-  
 วรรณ ๒๗. นายนิคค์ สำนวรวมผล  
 ๒๘. นายนิยม เกษจำรัส ๒๙. น.ส. น้อย  
 อยู่บิยะ ๓๐. นายบรรณศาสตร์ สกลผลกุง-  
 เขตต์ ๓๑. นายบำเพ็ญ กำเน็คศิริ ๓๒.  
 นายบำรุง ปัญญาประทีป ๓๓. นายประ-  
 จักษ์ โล่ห์สุวรรณ ๓๔. นายประชุม  
 ทาสุคนธ์ ๓๕. นายประคิมฐ์ สักยธรรม  
 ๓๖. นายประภัศร์ พิศาลพงษ์ ๓๗. นาย  
 ประมุข จันทวิมล ๓๘. น.ส. ประมวลมาลัย  
 จันทรวะดิน ๓๙. น.ส. ปราณี แพร่ศิลป์  
 ๔๐. น.ส. ปรีห์กมล ศุภสุวรรณ ๔๑. นาย  
 ปัญญา อยู่ประเสริฐ ๔๒. นายพนัค  
 ธิ์ใจประการ ๔๓. น.ส. พัชรา วิสสุกุล ๔๔.  
 นายพนัธิ์พินธ์ สุภากรพนัธิ์ ๔๕. นายพิศิษฎ์  
 รุสฤกษ์ ๔๖. นายไพโรจน์ กสิวัฒน์ ๔๗.  
 น.ส. พรรณพิศ พันธิ์สุวรรณ ๔๘. น.ส.  
 ภัทพร พรรณเชษฐ ๔๙. นายมนัญ จันท-  
 วิมล ๕๐. นายมนเทียร ยิ่งยง ๕๑. นาย

เมธิ์ โดยสุขโข ๕๒. น.ส. ยุพา สนั่นวร-  
 เวช ๕๓. นายยศพร จิตตะเสนีย์ ๕๔.  
 น.ส. รวีวรรณ พิบูลภาณวัฒน์ ๕๕. น.ส.  
 รัตนา นาควิชะระ ๕๖. น.ส. เรณู สุนทร-  
 สัมมะ ๕๗. นายเรวัช สวัสดิศุบุตร ๕๘. นาย  
 เล็ก ศฤงคไพบุลย์ ๕๙. นายเลิศ จิระศิริ  
 ๖๐. น.ส. วไล สุวัฒนาคาร ๖๑. นาย  
 วิจิตร พัวพันธ์ ๖๒. นายวิชัย กุศลาคัย  
 ๖๓. นายวิทยา ลีละวัฒน์ ๖๔. นาย  
 วิเลิศ วิชยานนท์ ๖๕. นายวิสูตร เชาวน์-  
 ชูเวชช ๖๖. น.ส. วิจิรินทร์ พิมพ์ะจันทร์  
 ๖๗. น.ส. ศรีลักษณ์ เนียมทันต์ ๖๘.  
 น.ส. สัมย์ พินิจชอบ ๖๙. นายสาโรจน์  
 คงประศาสน์ ๗๐. นายสิระ บุณยะวัคเวช  
 ๗๑. นายสุริยะ ผลากรกุล ๗๒. นายสิ-  
 ริวิศาล พิงพระเกษรติ ๗๓. นายสิงห์  
 สงเคราะห์พนัธิ์ ๗๔. นายสุพันธ์ สัมปค-  
 ณะวนิช ๗๕. นายสุรินทร์ พิชัยศรีทัต  
 ๗๖. นายสมบัติ ชัยเพ็ชร ๗๗. นาย  
 สมพงษ์ จันทพันธ์ ๗๘. นายสมศักดิ์  
 ประภาวิวัฒน์ ๗๙. นายสำเนา โกลัญ-  
 นาท ๘๐. นายสรรเสริญ กันสุขเกษม  
 ๘๑. น.ส. เหมือนใจ ควกุล ๘๒. นาย  
 อภิเรก จารุมลิตนท ๘๓. นายอนันต์ สุร-  
 ยท ๘๔. นายอเนก เพทวนิช ๘๕. น.ส.

อรุณ เวชชแพทย์ ๘๖. นายอานันท์ ส-  
 คนธำภกรมย์ ๘๗. นายอารักษ์  
 ปรบักษ์ขาม ๘๘. นายอิศรา สุขมาล-  
 จันทร ๘๙. นายอุดม ชนะโชติ ๙๐.  
 นายอุดม สลักขณะ ๙๑. นายอภัย เจน-  
 พาณิชย์ ๙๒. นายอภัย คุ้มจินดา ๙๓.  
 นายอุทิศ ถิ่นระวัค ๙๔. นายโสภาส  
 นิกิพน

แผนกวิชาพยาบาล — ผดุงครรภ์และ  
อนามัยคณะแพทยศาสตร์และศิริราช

พยาบาล

ผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาล-ผดุงครรภ์  
และอนามัย

๑. น.ส. กฤษณี พลกล้า ๒. น.ส.  
 กรรณิการ์ สุวรรณกิจ ๓. น.ส. เกษร  
 หทัยธรรม ๔. น.ส. กอนเงิน สง่าแสง  
 ๕. น.ส. กิติวรรณ มีทรัพย์ ๖. น.ส. ขจร  
 ศิริ สัจจามัน ๗. น.ส. ขวัญเรือน สุวรรณ-  
 ฉานนท์ ๘. น.ส. จรรยา สุขุมกลิ่น ๙.  
 น.ส. จารวรรณ อาราวุฒิ ๑๐. น.ส. จันทร์-  
 เทียง เพ็ญสกุล ๑๑. น.ส. แฉล้ม ศิริ-  
 โสคา ๑๒. น.ส. ชุ่มชื่น เสนีย์วงศ์ ณ  
 อยุธยา ๑๓. น.ส. ชมพู่ สักยประภอย  
 ๑๔. น.ส. ถวิล คณพิบูลย์ ๑๕. น.ส.

ถนอมศรี ผดุงแสง ๑๖. น.ส. ถนอมศรี  
 พุ่มอิมผล ๑๗. น.ส. นิสากร อุปถัมภา-  
 นนท์ ๑๘. น.ส. นุสสรณ์ บำรุงผล ๑๙.  
 น.ส. นงลักษณ์ เล้าหะจินดา ๒๐. น.ส.  
 น.ส. นงลักษณ์ ศศิณาวิน ๒๑. น.ส.  
 นางเยาว์ สุนทรยาทร ๒๒. น.ส. นพพร  
 วงศาโรจน์ ๒๓. น.ส. นवलฉวี เพ็ชรวิง  
 ๒๔. น.ส. นवलปรางค์ ชะเอมพันธ์ ๒๕.  
 น.ส. บัวยล เพ็ชรบุตร ๒๖. น.ส. ประ-  
 คง สยามนปาล ๒๗. น.ส. ประทีน อมร-  
 กุล ๒๘. น.ส. บัญญา ศิริวรรณบุรณ  
 ๒๙. น.ส. พรพเยาว์ ศิริศุภลักษณ์ ๓๐.  
 น.ส. เพ็ญแข วัคตะบุตร ๓๑. น.ส.  
 ไพบลย์ศิริ สุนิสร ๓๒. น.ส. พรรณี  
 ถนอมศักดิ์ ๓๓. น.ส. มนिका จันทร์วิมล  
 ๓๔. น.ส. มะตม ศิริบุญ ๓๕. น.ส. มาลี  
 ใต้ร่มบุญ ๓๖. น.ส. ยุพา จัระมณีนัย  
 ๓๗. น.ส. ยุพา ภิงกช ๓๘. น.ส. รุจิรา  
 สุวรรณปรีชา ๓๙. น.ส. เรณู พานิช ๔๐.  
 น.ส. โมทนีย์ สมนศรี ๔๑. น.ส. วิรัตน์  
 คุกรเศษ ๔๒. น.ส. แวว เขียวเวช ๔๓.  
 น.ส. สากร รัตนโกเมนทร์ ๔๔. น.ส.  
 สิริพร ลิมประเสริฐ ๔๕. น.ส. สุชาดา  
 พูลลาภ ๔๖. น.ส. สุกิน ลัพธิโสภณ  
 ๔๗. น.ส. สุนันท์ รอคโพธิทอง ๔๘.

น.ส. สุพรรณิณี สวัสดิ์กฤตทิริณ ๔๕. น.ส.  
 สุริยา เกษมมงคล ๕๐. น.ส. สุมณา วา-  
 ลิกศิริ ๕๑. น.ส. สขศรี สุขอัมพร ๕๒.  
 น.ส. สมทรง ทันเรืองชาติ ๕๓. น.ส.  
 สมทรง ศรีอักษรินทร์ ๕๔. น.ส. สมพร  
 ศรีสนองเกียรติ ๕๕. น.ส. อนงค์ ศรีกุล  
 ๕๖. น.ส. อัมรา นาคสุสุข ๕๗. น.ส.  
 อารีย์ วิเศษ ๕๘. น.ส. อารีย์ อินทยศ  
 ๕๙. น.ส. อัจฉราภรณ์ ทันกุลรัตน์ ๖๐.  
 น.ส. อุดม กาญจนโหทิ ๖๑. น.ส. ทรงศรี  
 แฉมเงิน

รางวัลในการศึกษาของมหาวิทยาลัย  
แพทยศาสตร์ นักศึกษาในคณะแพทย-  
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้รับรางวัล  
 ประจำปีการศึกษา ๒๔๕๗-๕๘ ดังต่อไปนี้

นักศึกษาแพทยศาสตร์

เหรียญทอง สำหรับผู้ได้คะแนนเป็น  
 ที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ นายประเวศ  
 วรรสี

เหรียญเงิน สำหรับผู้ได้คะแนนเป็น  
 ที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. ศิวาลัย  
 เข้มยงศิริ

เหรียญทองแดง สำหรับผู้ได้คะแนน  
 เข้มในวิชา ศัลยศาสตร์ ได้แก่ นาย  
 ประเวศ วรรสี สติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา  
 ได้แก่ นายประเวศ วรรสี กายวิภาคศาสตร์  
 ได้แก่ น.ส. ช่อทิพย์ สุพรรณโรจน์ สรีร-  
 วิทยา ได้แก่ น.ส. ช่อทิพย์ สุพรรณโรจน์  
 พยาธิวิทยา ได้แก่ นายสิงห์ สงเคราะห์-  
 พันธุ์

แผนกวิชาพยาบาล-ผดุงครรภ์และ  
อนามัย

เข็มรางวัล สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่  
 ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. ยพา  
 จัระมณัมย์

สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๒ ตลอด  
 หลักสูตร ได้แก่ น.ส. ยพา ภิงกช

ทุนอุดหนุนการศึกษาในคณะแพทย-

ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในปีการ  
 ศึกษา ๒๔๕๗-๕๘ นี้ คณะได้ริบเงินทุน  
 ว่าง ๆ เพิ่มเติม เพื่อจ่ายอุดหนุนการ  
 ศึกษาและการวิจัยดังต่อไปนี้

๑. ทุน “พระมรกดสมเด็จพระราช  
 บิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดชกรมหลวง  
 สังฆลานครินทร์” จ่ายช่วยเหลือแพทย์

และพยาบาลในคณะ ฯ ซึ่งเดินทางไปศึกษา  
เพิ่มเติม ณ ต่างประเทศ ๑๕ คน เงิน  
๔๓,๕๐๐.๐๐ บาท

๒. ทน “สมเด็จพระราชชนนีศรีสัง-  
วาลย์” เกือบออกผลสมทบทุนเพื่อช่วย  
เหลือนักเรียนพยาบาลผู้มีความประพฤติดี  
เอาใจใส่ในการเรียนและเป็นผู้ซื่อสัตย์  
ขึ้นได้รับพระราชทานเพิ่มเติม เงิน ๓,๖๒๔.  
๗๕ บาท

๓. ทน “ประสานบรรณศิริ” ของ  
พระยาอเทนเทพโกสินทร์ ให้เป็นรางวัล  
แก่นักศึกษาแพทย์ผู้สอบไล่ได้คะแนนสูง  
สุดประจำชั้น ๔ คน เงิน ๑,๐๐๐.๐๐  
บาท

๔. ทน “สุวรรณประทีป” เกือบออก  
ผลเป็นรางวัลแก่นักเรียนพยาบาลผู้เอาใจ  
ใส่ในการเรียน และมีความประพฤติดี ขึ้น  
ได้รับเพิ่มเติม เงิน ๒๖๗.๐๐ บาท

๕. ทน “มหิตลอคุศลเขต” ของผู้ที่  
เคยได้รับพระอุปการะจากสมเด็จพระราช  
บิดาเจ้าฟ้ามหิตลอคุศลเขต กรมหลวง  
สงฆสถานครินทร์ ขณะเมื่อไปศึกษาวิชา  
ณ ต่างประเทศ ร่วมใจกันบริจาคออกหนุน  
นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ ๔ จำนวน ๒ คน  
เงิน ๗,๐๐๐.๐๐ บาท

๖. ทน “มูลนิธิของโรงเรียนเซเม-  
ศิริอนุสรณ์” ของครูและนักเรียนโรง  
เรียนเซเมศิริอนุสรณ์ และพระประย  
ญาติของหม่อมเจ้าพนศรีเกษม เกษมศรี  
เพื่อใช้ในการค้นคว้าวิชาแพทยบนได้รับ  
เพิ่มเติม เงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท

๗. ทน “วันมหิดล” เกือบออก  
ผลบำรุงการศึกษาในคณะ ฯ ขึ้นได้รับ  
เพิ่มเติม เงิน ๒๒,๘๒๐.๐๐ บาท

๘. ทน “แพทยศาสตร์บัณฑิต วัน  
พ.ศ. ๒๔๗๑” ของแพทยศาสตร์บัณฑิต  
วัน พ.ศ. ๒๔๗๑ เกือบออกผลออกหนุน  
นักศึกษาที่เรียนตั้งแต่ชั้นต้น ขึ้นได้รับเพิ่ม  
เติม เงิน ๖,๐๒๐.๐๐ บาท

๙. ทน “นางทัตติมา จันทนิมิต” ของ  
นายทัตติมา จันทนิมิต ขึ้นได้รับเพิ่มเติม  
เพื่อซื้อเครื่อง เข็มชเรย์ ขนาดเล็ก ใช้ใน  
การสอน และการ ค้นคว้า ของแผนกศิริวิ-  
ทยา เงิน ๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๐. ทน “มหาวรรณ มันทาภรณ์”  
ของนายแพทย์สमान มันทาภรณ์ ให้เป็น  
รางวัลประเภทอัตราค่าธรรมเนียมแก่นัก  
ศึกษาชั้นปีที่ ๒ ที่สอบไล่ได้คะแนนรวม  
เป็นเยี่ยม ในวิชากายวิภาคศาสตร์และ  
ศิริวิทยา เงิน ๒๑๕.๐๐ บาท และใน

๙๕. ทุน "บ่มข้าว" เพื่อเป็นทุน เก็บคอกผล  
ให้รางวัลในวันต่อไป เป็นเงิน ๕,๐๐๐.  
๐๐ บาท

๑๑. ทุน "ปฏิพัทธ-เนืองเกษมศรี"  
ของโอรสธิดาในหม่อมเจ้าปฏิพัทธ และ  
หม่อมเนือง เกษมศรี เพื่อเก็บคอกผล  
ออกหนุนอาจารย์ ในชั้นไต่รับเพิ่มเติม เงิน  
๑,๒๐๐.๐๐ บาท

๑๒. ทุน "นายผาง สิ้นสอาด" ของ  
นายผาง สิ้นสอาด เพื่อเก็บคอกผลออกหนุน  
นักศึกษาแพทย์ทชตสน ชั้นไต่รับเพิ่มเติม  
เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

๑๓. ทุน "เพ็ญศิริพันธ์" ของนาย  
บุญมี เพ็ญศิริพันธ์ เพื่อใช้ในการค้นคว้า  
วิชาแพทย์ ชั้นไต่รับเพิ่มเติม เงิน ๕๐๐.  
๐๐ บาท

๑๔. ทุน "ปรีชานสาสน์ ชั้นยารชุน"  
ของพระยาปรีชานสาสน์ เพื่อเก็บคอก  
ผลออกหนุนอาจารย์ในแผนกปรีคลินิก ชั้น  
ไต่รับเพิ่มเติม เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท

๑๕. ทุน "คุณแม่ท้อ คุปตะวานิช"  
ของนางทองเค็ม ทิพยวรรณ เพื่อเก็บ  
คอกผลออกหนุนการค้นคว้าวิชาแพทย์ ชั้น  
ไต่รับเพิ่มเติม เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท

๑๖. ทุน "กนกกุล" ของนายกิมจิว

กนกกุลและบุตรธิดา เพื่อช่วยนักศึกษา  
แพทย์ทชตสน หรือใช้ในการวิจัยการ  
แพทย์ ชั้นไต่รับเพิ่มเติม เงิน ๒,๐๐๐.  
๐๐ บาท

๑๗. ทุน "วรรณ วรรณสทร" ของ  
นายมน ยประพัฒน์ เพื่อเก็บคอกผลใน  
การใช้รักษาพยาบาล และศึกษา ค้นคว้า  
เกี่ยวแก่โรคสตรีและเด็ก ชั้นไต่รับเพิ่ม  
เติม เงิน ๕๐๐.๐๐ บาท

๑๘. ทุน "อินทรมนตรี" ของคุณ  
หญิงอินทรมนตรี เพื่อเก็บคอกผลบำรุง  
กิจการในแผนกพยาบาล-ผดุงครรภ์ ชั้น  
ไต่รับเพิ่มเติม เงิน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๙. ทุน "นายพลคำวาท หลวง  
พิชิต ธุระการ (หลง อัครวิทย์) ของนาย  
พลคำวาท หลวงพิชิตธุระการ เพื่อ  
เก็บคอกผลบำรุงการศึกษาของคณะ ฯ  
เงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๒๐. ทุน "ม.ร.ว. หญิงชั้น เกษม  
ศรี" ของ ม.ร.ว. หญิงชั้น เกษมศรี เพื่อ  
เก็บคอกผลออกหนุนนักศึกษาของคณะ ฯ  
ทชตสน เงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท

๒๑. ทุน "พระบริรักษ์ โภคภักดิ์  
(เชม กิติสิน)" เพื่อเก็บคอกผลออกหนุน  
นักศึกษาของคณะ ฯ ทเวยนคิ แต่ชตสน

เงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท

๒๒. ทน "ศักดิ์เส็น เสนีย์วงศ์" ของนางทาทิม เสนีย์วงศ์ ณ อโยธยา เพื่อเก็บคอกผล ใช้ในการค้นคว้าเกี่ยวกับกระดูกเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท

๒๓. ทน "ทุนศิษย์และญาติมิตรของ ศาสตราจารย์นายแพทย์เทิม บุนนาค" ของศิษย์และ ญาติมิตรของ ศาสตราจารย์นาย

แพทย์เทิม บุนนาค บริจาคในวันฉลองอายุครบ ๖๐ ปีของศาสตราจารย์นายแพทย์เทิม บุนนาค เพื่อเก็บคอกผลอุดหนุนนักศึกษาแพทย์ และนักเรียนพยาบาลทชตสนเป็นรายปี เงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท

๒๔. ทน "นางเฮอ เจียมประเสริฐ" เพื่อเก็บคอกผลอุดหนุนนักศึกษาแพทย์ที่เรียนดี แต่ขัดสน เงิน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท.

### เฉพาะท่านที่สนใจ

สารศิริราชฉบับพิเศษ	ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์	เล่มละ ๒.๐๐ บาท



เพิ่มปอร์ลิจัยรัสอันล่าง (inferior) จะมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าข้างเดียวกัน. นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเคลื่อนไหวของไหล่และแขนร่วมไปด้วยเมื่อกระตุ้นที่เพิ่มปอร์ลิจัยรัสอันกลางและอันล่าง และมีการเคลื่อนไหวของขาเมื่อกระตุ้นเพิ่มปอร์ลิจัยรัสอันล่าง ถ้ากระตุ้นในบริเวณหลังของ temporal lobe. พบว่ามีการเคลื่อนไหวของขาและแขนโดยไม่มีการเคลื่อนไหวของหน้า.

ผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดเอาสมองใหญ่ออกครึ่งหนึ่ง (Cerebral hemispherectomy), ผลเสียที่เกิดขึ้นต่อระบบประสาทนั้น น้อย กว่า ที่ คาดหมายเอาไว้หรือผิดแปลกไปจากความรู้อย่างยิ่ง. ในผู้ป่วยที่เคยเป็นอัมพาตครึ่งซีกตั้งแต่เด็ก ๆ (Infantile hemiplegia) มาก่อน, ผลของการผ่าตัดก็แตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีอาการ อัมพาตครึ่งซีกที่เกิดขึ้นทีหลัง. ความปกติเมื่อสมองส่วนที่ควบคุมหน้าที่สั่งงาน (motor function) ของร่างกาย ในผู้ใหญ่ถูกทำลายไป, ก็จะมีอาการอัมพาตครึ่งซีกอย่างมากระกิดขึ้น. และไม่มีอาการกลับคืนก็ยิ่งเห็น. แต่ในเด็กที่เคยเป็นอัมพาตตั้งแต่ในระยะทารกหรือระยะ

เด็กเล็ก ๆ ผลของการผ่าตัดก็ผิดไปมากจากผู้ใหญ่ ซึ่งจะผิดกันอย่างไร ก็จะได้รายงานผู้ป่วยจากวารสารต่างประเทศเพื่อเปรียบเทียบกัน.

จากรายงานของ L.A. French และ D.R. Johnson<sup>(๒)</sup> ได้รายงานผู้ป่วย ๘ ราย ซึ่งมีอาการอัมพาตครึ่งซีกในระยะทารก หรือเด็กเล็ก, พร้อมทั้งมีอาการชักอยู่ด้วย และได้รับการผ่าตัดเอาสมองใหญ่ข้างหนึ่งรวมทั้งคอเทคนเคลียสออกด้วย. ผลของการผ่าตัดเป็นที่พอใจ ทั้งตัวอย่างผู้ป่วย ๑ รายดังต่อไปนี้:—

ผู้ป่วยชายอายุ ๑๗ ปี ได้รับความพิการอย่างแรงหลังคลอดเล็กน้อย. เมื่ออายุได้ ๓ เดือนมีอาการชัก Grand mal แขนและขาข้างขวาอ่อนเปลี้ยไป. การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ. เมื่ออายุ ๕ ปีผู้ป่วยมีนิสัยคว่ำ เกเร ซอซอทำลายของ. ต้องส่งเข้า ร.ร. เด็กของรัฐบาลเมื่ออายุได้ ๑๐ ปี เนื่องจากนิสัยเกเรและมีอาการชักบ่อย ๆ. ตั้งแต่นั้นมาผู้ป่วยชักราวปีละ ๖๕-๑๖๐ ครั้ง โดยไม่หยุดถึงแม้จะให้ยาระงับชัก.

การตรวจร่างกาย พบว่าเป็นเด็กร่างกายสมบูรณ์. ความคึกคักอันเจริญซ้ากว่า

ปกติ. I.Q.=86 มีอัมพาตของประสาทเพ  
เซียมแลแบบ Central type และมีอัมพาต  
ครึ่งซีกชนิดเกร็งข้างขวา, อะโทรฟิซของ  
กล้ามเนื้อครึ่งขวาของร่างกาย แต่กล้ามเนื้อ  
ที่ไหล่ขวา, ข้อศอก ขาขวายังแข็งแรง  
ดีมาก. ความรู้สึกต่าง ๆ ยังรู้สึกดีแต่ช้า  
กว่าปกติ. รีเฟล็กซ์ข้างขวาไวมาก. มี  
Babinski sign ข้างขวา ฯลฯ ได้ทำ  
การผ่าตัดเอาสมองใหญ่ข้างซ้าย (รวมทั้ง  
คอเคทนต์เคลียส.) ออกเมื่ออายุได้ ๑๕ ปี.  
๑ วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว  
ไหล่ขวาได้. พกได้เป็นปกติ ๕ วัน  
หลังผ่าตัด ยืนได้เองคนเดียว. ๗ วัน  
หลังผ่าตัด. เดินได้เหมือนก่อนทำผ่าตัด  
หลังผ่าตัดแล้ว ๖ เดือน ก็ไม่มีอาการชัก  
เลย. หน้าที่สั่งงานคงเหมือนก่อนผ่าตัด  
ยกเว้นงานละเอียดด้วยนิ้วมืออย่างเคียว  
ก็ยังคงทำไม่ได้ก็เท่าเด็กอายุขนาดเคียว  
กัน.

จากผู้ป่วยรายงานว่า การที่หน้าที่สั่ง  
งานกลับคืนก็โดยรวดเร็วเวลานั้น และกลับ  
คืนได้เท่าระยะเดิมก็คงเป็น เพราะสมอง  
ใหญ่ซีกขวาได้ทำงานแทนซีกซ้ายมาตั้ง

แต่แรกแล้วเป็นเวลาหลายปี. ในผู้ป่วย  
ทั้งหมด คอเคทนต์เคลียสก็เหมือนจะไม่  
มีความจำเป็น ต่อหน้าที่สั่งงานของด้าน  
ตรงข้าม.

ในผู้ป่วยประเภทนี้ พบว่าหลังผ่าตัด  
ทันทีที่มีพาราเลียซซีกชนิดอ่อนโยน และ  
ต่อมาจึงค่อย ๆ กลายเป็นชนิดเกร็ง.

Hillier Jr. ได้รายงานผลของการ  
ผ่าตัดสมองใหญ่ข้างซ้ายในผู้ป่วยอายุ ๑๔  
ปี ซึ่งเป็นกลีโอม่าร้ายแรง. ได้ตัดเอา  
ก้อนเนื้อออกออก, แต่อาการกลับเป็นได้  
อีก. เขาจึงได้ทำการตัดเอาสมองใหญ่  
ซีกซ้ายออกอีกที่. คราวนี้อาการต่าง ๆ  
ดีขึ้น. พอเดินได้และอ่านหนังสือออก  
ภายหลังผ่าตัดแล้ว ๒๗ เดือน.

เมื่อเปรียบเทียบ รายงานทั้งสองราย,  
จะพบว่ารายแรกมีพยาธิสภาพตั้งแต่เกิด.  
ฉะนั้นสมองใหญ่ส่วนขวาที่ค้ำอยู่ก็คงปรับ  
ปรุ่งตัวทำงานแทนมาตั้งแต่แรก ๆ. เมื่อ  
ตัดซีกซ้ายออกก็ไม่มีผลเสียหายอันใด.  
แต่ในรายหลังสมองใหญ่ส่วนซ้ายทำหน้าที่  
มาเรื่อย ๆ. เมื่อมาถูกตัดไป, สมอง

ชักช้าซึ่งไม่ได้ทำหน้าที่เต็มที่มาก่อนแต่แรก, ก็ทำไม่ได้ก็เหมือนรายแรก. อาการที่เสียไปจึงพบบ่อยมาก. เปรียบเหมือนผู้ที่ไม่ชำนาญงานชนิดนั้นมาก่อน, เมื่อเขาไปทำ เขาก็ได้ผลไม่เต็มที่ ทั้งความคาดหมาย.

#### เอกสาร:

(1) Richard C. Schneider and Elizabeth C. Crosby: J. Am. Acad. Neurol 8: 612-622, 1954.

(2) Lyle A. French and David R. Johnson: Neurol 1: 11-14, 1955.

(3) William F. Hillier Jr.: Neurol 9:718-721, 1945.

วันดี ไวสำรวจ พ.บ.

#### โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

## บทกท้ายลุ่มด

๑ สารศิริราชฉบับนี้จัดทำเป็นฉบับวัน  
ประสาทปริญญา, เพื่อเป็นเกียรติแก่คุณ  
หมอที่สำเร็จใหม่. เราขอแสดงความยินดี  
กับท่าน เหล่านี้ ได้ บรรลแล้ว ซึ่งจุดหมาย  
ปลายทาง, ซึ่งจักถึงความปลายนลุ่มแก่  
บิตามารดาและญาติมิตรทั่วไป, เพราะจะ  
ได้เป็นที่พึ่งของเขาในยามเจ็บไข้. นอก  
จากนั้นแพทยศาสตร์ยังเป็นวิชาที่ควร  
การยกย่อง แล้วว่า เป็นวิชาที่มีเกียรติสูง.  
เมื่อได้รับการยกย่องเช่นนั้น บรรดาท่านผู้  
เป็นบัณฑิตใหม่ก็ควรพยายามรักษาเกียรติ  
ไว้ให้มั่นคงถาวร, ตลอดเวลาที่ท่านยัง  
คงได้สัญญาว่าเป็น “แพทย์”. ประคองเกด  
รักษาความเค็มของมันฉะนั้น. บางท่าน  
อาจคิดว่าเหตุใดเราถึงต้องเขียนแนะนำกัน  
เช่นนั้น, เพราะเป็นเรื่องที่เขารู้คิดกันแล้วทั้ง  
นั้น. จริงคอก, เราไม่เดียง, เราเพียง  
เขียนขึ้นเพื่อให้เกิดสติสัมปชัญญะ, ในบาง  
ครั้งบางคราวที่ท่านอาจพลั้งเผลอไปได้,  
เป็นการช่วยให้ซึ่งทิศทางในฐานะที่เราเคยพบ  
ผ่านมาแล้ว, ย่อมเป็นความจริงว่าได้ประ  
สพภาวะการณ์ต่าง ๆ มาก่อน. ท่านผู้สำเร็จ  
ใหม่ ๆ, ยังอยู่ในวัยหนุ่มวัยสาว, อาจ

มีโอกาสให้ก้าวออกไปสู่โลกภายนอกซึ่ง  
เต็มไปด้วยสิ่งเย้ายวนต่าง ๆ ให้ผิดพลาด  
ได้. บางท่านอาจรู้สึกซึกซึกใจว่าบัณฑิต  
เราเป็นหมอแล้ว, ย่อมมีสติที่มีเสียงเค็ม  
ที่. ไม่ต้องกลัวหรือเกรงใครอีกแล้ว. หาก  
ผู้ใดคิดเช่นนั้นย่อมถือว่าผิดแน่ ๆ. การที่  
ท่านบรรลถึงจุดหมาย ปลายทาง นึกคือจุด  
แรกเท่านั้นเอง. จุดต่อไปนั้นยิ่งสำคัญนัก;  
เพราะท่านจะ ต้องใช้ความสำเร็จในวัน  
เป็นภูมิฐานรองรับ ความสำเร็จในวันหน้า,  
ท่านต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงาน, รับ  
ผิดชอบในชีวิตคนไข้. ชีวิตคนถือว่ามีค่า  
ยิ่งจะหาสิ่งใด เปรียบหรือจะตราค่ากันด้วย  
เงินไม่ได้, จึงมีพึงใช้ชีวิตคนเป็นเครื่อง  
ทดลอง. หมายความว่าต้องตรวจให้ละเอียด  
ถี่ถ้วนและรักษาเขาอย่างดีที่สุดที่ท่าน  
จะสามารถทำได้. ไม่เพียงแต่ตามอาการ  
แล้วก็จักการรักษาโดยมิได้ตรวจร่างกาย  
ให้ถี่ถ้วนก่อนว่า เขาจะเป็น โรคอะไรแน่.  
ข้อที่เราได้ฟังมาจากรู้สึกละอายใจ. เท่า  
ที่ทราบมาเพราะหมอบางคนมีคนไข้มาก,  
ถ้าจะตรวจให้ถี่ถ้วนก็จะเสียเวลาและอาจ  
ขาดผลประโยชน์กันขึ้นไป. นั้นแสดงว่า

หมอกคนนั้นกำลังละเลยหน้าที่อันดีงามของแพทย์ไปเสียแล้ว, ซึ่งเป็นเยี่ยงที่ไม่ควรเอาอย่าง. อนึ่ง “หน้าที่” เป็นสิ่งสำคัญมาก. ถ้าไปรับราชการแห่งใดก็ตาม, การปฏิบัติให้เสมอต้น เสมอปลายเป็นหลักสำคัญอย่างยิ่ง: อย่าขยันแต่ในตอนแรก ๆ เท่านั้น; จะทำให้ท่านเสียนิสัย. ประการสุดท้ายที่เราอยากขอฝากไว้คือ ต้องเป็นผู้เข้มแข็งอ่อนโยนแต่อย่าอ่อนแอ. การเป็นผู้ขยันในเวลาอันควรเป็นผู้ใหญ่ในภายหน้า. ฉะนั้นท่านต้องฝึกจิตใจให้เข้มแข็งในหน้าที่การงาน และอ่อนโยนต่อผู้ใหญ่และผู้ใฝ่บังคับบัญชา แต่อย่าอ่อนแอเป็นอันขาด. ในการปกครองคนมาก ๆ เช่นอาจได้เป็นผู้ช่วยการโรงพยาบาลแห่งใด, ถ้าเป็นผู้มีจิตใจอ่อนแอ. ใครพูดอะไรหรือเสนออะไรเป็นเห็นก็เห็นชอบไปหมดทุกอย่าง, เช่นนั้นแสดงว่าเป็นผู้แพ้ตัวเองแล้ว, ความก้าวหน้าในชีวิตการงานก็มีผลลบล้าง.

๑ เรื่องนำในฉบับนี้ได้แก่เรื่อง อิมิชิเอซึสึของระบบซึบด้าย ของคุณหมอตระหนักจิต หาริณสุต และ คุณหมอสุนทรทัศนันทน์ นี้ว่าเป็นรายแรกที่มีรายงานขึ้นในเมืองไทย ความจริงแม้ในต่าง

ประเทศก็หายาก. ในบ้านเรามีโรคบิดลำไส้มากมาย. ฉะนั้นอาจเป็นโรคเริ่มต้นให้คุณหมอทั้งหลายเริ่มเอาใจใส่ต่อไป, ยางที่อาจพบคนไข้อาการเช่นนั้น. แต่เราไม่ได้นึกถึงว่าเชอบิกจะเข้าไปสู่กระเพาะปัสสาวะได้. เลยไม่ได้สนใจ. นับว่าเป็นบทเรียนที่ละเลยเสียมิได้. เราคงตรวจคนไข้ให้ละเอียดถี่ถ้วนทุกราย. อย่าได้มุ่งบังใจเสียก่อนว่าคนไข้ควรจะเป็นโรคนั้นโรคนั้น.

๑ เรื่อง ยริเมียบ เป็นบทความทำนองทบทวนวิชา. โรคไตเป็นโรคสำคัญมากซึ่งเรายังไม่มีหนทางจะเยียวยาให้หายขาดได้. เมื่อถึงขั้นยริเมียบ ยิ่งทำให้คนไข้ตายเร็วขึ้น. การแพทย์แผนใหม่ได้มีคำค้นคว้าทดลองกันเรื่อยไป ทำให้เราได้รู้ถึงสาเหตุของอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยละเอียดละออขึ้น. มิใช่เข้าใจแต่ว่ายริเมียบและเอ็นพีเอ็นเป็นต้น เหตุสำคัญของอาการยริเมียบ เท่าที่รวบรวมและเรียบเรียงมาให้อ่านกัน หวังว่าคงจะเป็นประโยชน์บ้างไม่มากนักน้อ.

๑ เรื่องสมองใหญ่กับอัมพาตครึ่งซีกของคุณหมอวันดี ไวสารวัจ ก็จัดอยู่ในประเภทให้ความรู้ใหม่. ในคำราเก่า ๆ

สอนเราว่าถ้าสมองใหญ่ซีกใดพิการจะเกิด อัมพาตขึ้นในซีกตรงข้าม. อย่างเช่นคนที่ เป็นแรงคันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมอง แตก, เลือดออกไปกตสมองใหญ่ทำให้ เกิดอัมพาตของหน้า แขน และขาของซีก ตรงข้าม. แต่จากการศึกษาค้นคว้าใหม่ ๆ นี้กลับให้ความรู้ใหม่ว่า ถ้าตัดสมองใหญ่ ซีกที่เป็นโรคออก. อาการอัมพาตกลับ หายไป. และถ้าเป็นอัมพาตอยู่ก่อนนาน ๆ เช่นเป็นในเด็ก ๆ. พอทำผ่าตัดเอาสมอง ใหญ่ออกซีกหนึ่ง กลับมีอาการดีขึ้นรวดเร็ว. แสดงว่าสมองใหญ่ที่เหลือทำงาน แทนได้หรือบริเวณสั่งงานมีอยู่ที่อื่นอีกก็ได้. จึงเป็นเรื่องที่เราจะต้องศึกษากันต่อไป.

ไปไม่มีที่สิ้นสุด. ใครหยุดเรียนคนนั้นก็ ตามโลกไม่ทัน.

๑ ส่วนเรื่องการกระจายแพทย์ และการเพิ่มจำนวนแพทย์เขียนโดย บ.ก.ร. และอานนท์ ประทีปสุนทรสาธน์ เป็น เรื่องที่เคยกล่าวขวัญกันมานานแล้ว. ผู้ เขียนทั้งสองอยากจะเห็นความเจริญก้าวหน้าในวงการแพทย์ของไทยเราด้วยใจจริง. อยากให้แพทย์ไทยมีปริมาณมากขึ้นและ ในเวลาเดียวกันก็ต้องมีคุณภาพที่ดีด้วย. จะ ใ้เป็นทีเชือดข้อแก่วงการแพทย์ในต่างประเทศทั่วไปด้วย. พอจะสรุปเป็นสมการได้ ดังนี้.

เด็กเรียน (และอุปกรณ์การสอน) น้อย	+ อาจารย์น้อย	+ นักศึกษามาก	→	ได้แพทย์มากแต่คุณภาพพห้อย
เด็กเรียนน้อย	+ อาจารย์มาก	+ นักศึกษามาก	→	ได้แพทย์มาก
เด็กเรียนมาก	+ อาจารย์มาก	+ นักศึกษามาก	→	ได้แพทย์มาก ๆ
เด็กเรียนมาก	+ อาจารย์มากและดี	+ นักศึกษามาก	→	ได้แพทย์มาก ๆ และดี

ฉะนั้นเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้อง ศึกษาค้นคว้าเองว่าจะเลือกปฏิบัติตามสมการ อันไหนดี.

๑ สำหรับไสยศาสตร์บัณฑิต ของ คณะหมอประชีวิน คุนสุรต เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก เมื่อได้อ่านแล้วช่วยจักษุย์เข้า ความเข้าใจผิดบางประการได้. อย่างไรก็ตาม

ก็เรื่องทั้งหลายอยู่ที่การศึกษามากกว่าเท่า นั้น. ถ้าประชาชนได้รับการศึกษาก็มีความรู้รอบตัวดี เขาก็จะไม่ลุ่มหลงไปใน ทางผิดต่อไป. อย่างไรก็ตามเราก็ยังไม่มีเหตุผล หรือข้อพิสูจน์ที่จะหักล้างไสยศาสตร์ หรือปรากฏการณ์บางอย่างได้. ฉะนั้นจะ ยืนยันว่าไสยศาสตร์เป็นสิ่งเหลวไหล

ทั้งหมดที่เคี้ยวก็ไม่ได้. จำเป็นจะต้องช่วย  
กันศึกษาค้นคว้าต่อไป.

๑ ก่อนจะเขียนถึงท้ายสมุดฉบับนี้,  
เราใคร่เรียนให้ทราบว่า ฝ่ายจัดการของ  
สารศิริราชได้สำรวจค่าบำรุงหนังสือของ

สมาชิกปรากฏว่ามีจำนวนประมาณ ๓๐  
ปช. ค่าชำระค่าบำรุง. บางท่านค้างถึง  
๔-๕ ปี. ทั้งนี้คงจะเป็นเพราะหลงลืม  
ด้วยกันทั้งสองฝ่าย ขอท่านได้โปรดจัก  
การให้เราช่วยเมื่อได้รับใบเตือน.

บ.ก.ร.

### ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช