



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๐๐	Volume 8, Number 8, August 1956
--------------------------------	---------------------------------

มะเร็งของถุงน้ำดี

ประมวลมาลัย จันทร์เวคิน และ ทินรัตน์ สถิตนิมานการ
พ.บ. พ.ด.
 (แผนกพยาธิวิทยา)

เนื้องอกของถุงน้ำดีมีรายงานว่าพบน้อย. Ackerman⁽¹⁾ กล่าวว่าเนื้องอกชนิดไม่ร้ายของถุงน้ำดีแทบจะไม่มีเลย. ส่วนเนื้องอกชนิดคาร์ซิโนมา Russell⁽²⁾ บอกว่าเป็นโรคที่พบบ่อยน้อย, คือพบ ๒๕ รายที่คลีฟแลนด์คลินิคภายในระยะเวลา ๑๗ ปี (1932-1948) ในคนไข้ใหม่ ๓๕๐, ๐๐๐ คน, หรือพบ ๒๕ รายในการทำการตัดถุงน้ำดีออก ๑,๕๘๘ ราย. จำนวนหลังนี้เท่ากับ ๑.๕ ปรส. นอกจากนี้ก็มีผู้รายงานและศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง

ของถุงน้ำดีในวารสารต่าง ๆ. Jones⁽³⁾ วิเคราะห์ทางฝ่ายรักษาและทางพยาธิวิทยา ๕๐ ราย. Fitchett และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษา ๒๕ ราย. Cooke⁽⁵⁾ และคณะศึกษาทางสถิติ. Rivkin⁽⁶⁾ รายงานรายที่ทำผ่าตัด ๕๒ รายและรวบรวมรายการจากวารสาร. เขากล่าวว่าคนที่รายงานเรื่องมะเร็งของถุงน้ำดีไว้แต่แรก ๆ ได้แก่ Stoll ในปี ค.ศ. ๑๗๗๗ และ Halle ในปี ค.ศ. ๑๗๘๖. ขณะนี้มีรายงานไว้ทั้งหมดประมาณ ๒,๐๐๐ กว่าราย. Reese⁽⁷⁾ ราย

งาน ๒ รายที่เป็นมะเร็งของถุงน้ำดีและ
ทราบจากการทำชิ้นเนื้อแล้ว. ลักษณะที่
เห็นด้วยตาเปล่าเป็นหนองในถุงน้ำดี.

สำหรับเมืองไทยเรา, มะเร็งของถุงน้ำ
ดีพบน้อยมาก. จากการรวบรวมสถิติของ
เนื้องอกทางพยาธิวิทยา⁽⁸⁾ พบมะเร็งของ
ถุงน้ำดี ๒ รายจากมะเร็งทั้งหมด ๑,๘๘๔
ราย.

โดยการตรวจค้นที่มาจากรายงาน
การตรวจศพ ๒,๐๐๐ ราย, คือตั้งแต่ราย
งานการตรวจศพเลขที่ ๕๔๕๐ ถึงเลขที่
๗๔๔๕ ทำที่แผนกพยาธิวิทยา, ร.พ.
ศิริราช, ในระยะเวลา ๕ ปี, ตั้งแต่ ๓๐
กรกฎาคม ๒๔๕๔ ถึง ๒๐ กรกฎาคม
๒๔๕๙, พบมะเร็งของถุงน้ำดี ๑ ราย
เท่านั้น. ใ้แก่การตรวจศพเลขที่ ๖๕๘๓.

การตรวจค้นคราวนี้ทำให้พบอีกด้วย
ว่ามีเนื้องอกที่อนามองอกทงน้ำดี ๕ ราย.
ส่วนมาก, คือ ๕ ราย, เป็นลิมโฟมา
อย่างร้ายของต่อมน้ำเหลืองมีเซ็นเซอร์.
๒ รายเป็นมะเร็งของตับอ่อน. ๑ รายเป็น
มีวคอยด์คาร์สิโนมาของทางเดินอาหาร,
และ ๑ รายเป็นมะเร็งของท่อน้ำดี.

ต่อไปนี้เป็นรายงาน ๑ รายที่เป็นมะเร็ง
ของถุงน้ำดี.

รายงานการตรวจศพเลขที่ ๖๕๘๓ ทำ
การตรวจศพโดยแพทย์หญิงประมวณมาลัย
จันทร์เวคิน. ควบคุม, ตรวจสอยและ
ให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย โดยนายแพทย์
ทินรัตน์ สถิตินิมานการ.

ผู้ป่วย ชาย, จีน, อายุ ๖๗ ปี. วั้ไว้รัก
ษาในแผนกศัลยศาสตร์เมื่อวันที่ ๑๖
พฤศจิกายน ๒๔๕๘. ทำการตรวจศพเมื่อ
๑๗ พฤศจิกายน ๒๔๕๘.

ประวัติ ผู้ป่วยเคยมารักษาตัวในโรงพยา-
บาลนี้ครั้งหนึ่งเมื่อเดือนเศษมาแล้ว, โดย
มีการคลื่นไส้, อาเจียน, ท้องอืด, ท้องผูก.
การวินิจฉัยโรคในครั้งนั้นว่าเป็นคาร์สิโน
มาของลำไส้ใหญ่. เมื่อเย็บเข้าไปในช่อง
ท้องพบเป็นคาร์สิโนมาของส่วนโค้งใต้ตับ
(เฮปาทิคเฟล็กเซอร์) ของลำไส้ใหญ่ยึด
ติดกับตับ. ใต้ทำไฮเลโอทรานสเวอร์ส-
อะนาสโตโมสิสไว้. เมื่อแผลหน้าท้อง
หายผู้ป่วยก็ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้.

ก่อนจะมารักษาตัวในครั้งหลังนี้ผู้ป่วย
มีอาการคลื่นไส้, อาเจียน, อ่อนเพลีย,
ผอมลง, และทำทางเชื่อมซึม. อาเจียน
เสมอ, แต่ท้องไม่ผูก.

การตรวจร่างกาย. อุณหภูมิ ๓๖.๑° ซ.
ชีพจร ๗๐ ต่อนาที. หายใจ ๒๒ ต่อนาที.
ความดันเลือด ๑๐๐/๗๐ มม.ปรอท.
การตรวจระบบทางเดินอาหารไม่พบสิ่งผิดปกติ. หัวใจ, ปอด, และอื่น ๆ ปกติ.

การทำเนินของโรคและการรักษา ให้นำ
เกลือทางหลอดเลือด, และให้การรักษา
แบบประคับประคองและแก้อาการ. ผู้ช่วย
ศึกษา. นอนหลับ. ต่อมามีอาการหอบและ
อาเจียน. ไข้ให้ออกซัยเจน. ศึกษ
กระตุ้นหัวใจ. ในที่สุดผู้ช่วยถึงแก่กรรม.

การวินิจฉัยโรคทางฝ่ายรักษา

๑. คาร์โบไฮเดรตของส่วนโค้งใต้ค้ำ
ของลำไส้ใหญ่พร้อมทั้งการแพร่กระจาย.
๒. ไอเลโอทรานส์เวอร์สโตมีย์ เพื่อ
บรรเทาอาการ.

การตรวจศพ ร่างกายค่อนข้างผอม, ซีด.
ไม่มีน้ำอยู่ในช่องท้องหรือช่องอก. ส่วน
โค้งของกระบังลมอยู่ระดับช่องซี่โครงที่ ๔
ทั้งสองข้าง.

หัวใจหนัก ๒๗๐ กรัม; รูปร่างและ
ขนาดปกติ; ตรวจด้วยตาเปล่าไม่พบสิ่งผิดปกติ. ความหนาของผนังเว็นทริเคิลซ้าย

๑๐ มม., ขวา ๕ มม. ความยาวของ
เส้นรอบวงของลิ้นเอออร์ติก ๗๐ มม., ไม
ทรัล ๕๐ มม., พูลโมนารี ๗๐ มม.,
ไตรคัสปิก ๑๑๐ มม.

ปอดขวาหนัก ๔๗๐ กรัม, ซ้ายหนัก
๒๕๐ กรัม. เนื้อปอดอ่อนนุ่มและสีแดง
คล้ำ. มีเลือดคั่ง.

ม้ามหนัก ๕๐ กรัม, ขนาด ๗x๖x๑
ซม. ขนาดเล็กกว่าปกติเล็กน้อย. ผิวนอก
เรียบเนียน.

ในปากและหลอดอาหารไม่พบสิ่งผิดปกติ. ที่กระเพาะอาหารพบบก้อนสีแดง
ขนาด ๕x๔x๑ ซม. ติดอยู่กับผนัง
ของกระเพาะอาหารและติดกับมีเซ็นเทอ-
รีย. ลำไส้เล็กปกติ. ที่ผนังด้านนอกของ
ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นเห็นเป็นแผ่นสีขาว. ผนัง
ของลำไส้บริเวณที่ขึ้นและแข็ง, ทำให้
ช่องของลำไส้แคบลงจนเกือบจะตัน.

ตับหนัก ๑,๑๕๐ กรัม, ขนาด ๒๘x
๑๕x๕ ซม. เนื้ออ่อนนุ่มและมีสีแดงเข้ม.

ถุงน้ำดีมีขนาดใหญ่กว่าปกติ. ผนัง
หนาแข็ง. ภายในถุงน้ำดีพบหนองชั้น ๆ
และมีก้อนนิ่ว ๘ ก้อน, ขนาดต่าง ๆ กัน,
สีค่อนข้างดำ.

คัยอ่อนหนัก ๘๐ กรัม. ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ค่อมแควร์แนล ๒ ข้างรวมกันหนัก ๒๐ กรัม.

ไตหนักข้างละ ๒๖๐ กรัม., ขนาด ๑๐x๘x๒.๕ ซม. ฤงหุ้มเรียบ, ลอกออกง่าย. เนื้อไตแข็งและสีแดงคล้ำ. การวินิจฉัยทางกายวิภาค ๆ ของตน:

- ๑. คาร์ลีโนมาของลำไส้ใหญ่ส่วนชั้น
- ๒. นิ่วน้ำค
- ๓. เอ็มพัยอิม่าของถุงน้ำค

การตรวจทางจุลทัศน์

หัวใจ มีไขมันที่เยื่อคาร์เดียมเล็กน้อย. เซลล์จำพวก ลี้มฟอยค สอง สามตัวอยู่ในเยื่อหุ้มหัวใจ. กล้ามเนื้อหัวใจไม่แสดงลักษณะพยาธิอย่างใด, นอกจากวัตถุสีน้ำตาลหรือไลโปไครมที่ในชัยโคพลาสมี, ใกล้เคียงกับนิวเคลียส. เยื่อหุ้มหัวใจ (เอ็นโดคาร์เดียม) ไม่มีอะไรน่าสังเกต.

ปอด เยื่อหุ้มปอดแท้ (วิสเซอร์ัลพลิวรา) มีลักษณะแสดงชัยเปอร์เมียบ. ปรองมิโอด มีสารน้ำเกี่ยวกับขวม, เอ็มบิลีเยมที่ลอก

หลุดและเอ็กเซคตซึ่งส่วนมากเป็นไปลีย่มอร์โฟนิวเคลียร์ลิวโคซัยค. ฤงลม (แอลวีโอลัส) หลายอันยบแพบ. บางฤงมีเม็ดเลือดแดง, สารน้ำเกี่ยวกับขวมและเอ็กเซคต. มีฟาโกซัยคัขรรุเต็มไปค้วยวัตถุสีค้ำหลายตัว.

ม้าม เยื่อหุ้มม้ามหนาชั้นเล็กน้อยเนื่องจากไฟโบรลีส, และเทียวย่น. เห็นลีย่มฟอยคัทิสชีวในสภาพอะโทรฟัย. ทราเบคูลัมมากชั้นและโตชั้น. วัตถุสีน้ำตาลหรืออิมูซิเคอรินภายในเซลล์มีเพิ่มมากขึ้น. ผนังของอาร์เทอรียอลไปเป็นลักษณะฮัยอะลีน.

ลำไส้ เยื่อเมือกของลำไส้ใหญ่ส่วนชั้นเรียบริอยค, ไม่มีลักษณะเป็นโรค. เนื้อชั้นไตเยื่อเมือกหนาชั้นมาก และมีเซลล์เอมิลิลีเยมของเนอรัยมาแทรกซึม. ชั้นกล้ามเนื้อ และชั้นเซโรซาก็มีเซลล์เนอองอกแทรกอยู่ค้วย.

คัย เห็นเซลล์เนอองอกแทรกซึมเข้าไปในบริเวณไตเยื่อหุ้มคัย. เซลล์ของคัยขวม, ทำให้เห็นผนังเซลล์และลักษณะเป็นเม็ดๆ ในชัยโคพลาสมีชัดเจน. เซลล์คัยบางเซลล์มีฟองว่างใส (แวกิวโอล) ภายใน

ชัยโตพลาสม์. นิโครลิสในระยะแรก ๆ ของเซลล์ที่ปรากฏอยู่เป็นหย่อม ๆ.

ดูน้ำคั้น ผึ้งของดูน้ำคั้นรวม. เซโรซ่าหนาจนมากเนื่องด้วยไฟโบรลิส, และยักตึกกัณฑ์. ในเซโรซ่าเห็นเซลล์ที่แสดงถึงการอักเสบเรื้อรัง. กลุ่มเล็ก ๆ ของเซลล์ของคาร์ติโนมากระจัดกระจายทั่วไปในชั้นเยื่อเมือก, ชั้นนอกกล้ามเนื้อ, และชั้นเซโรซ่า.

ไต กลอเมอรูลหลายอันมีลักษณะไฟโบรติก. พยเซลล์กลุ่มเล็กซึมแทรกอยู่ในเนื้อส่วนอินเทอรัลตีเซลล์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณไตเยื่อหุ้ม. มีโปเลียมอร์โฟนิวเคลียร์ลิวโคซัยต์เป็นกลุ่ม ๆ, ชวนให้สงสัยว่าจะเป็นเม็ดเล็ก ๆ ในระยะแรก ๆ.

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย

๑. คาร์ติโนมาของดูน้ำคั้น, ชนิดแทรกซึม (อินฟิльтเรตตีฟ), มีการลามเข้าไปในเนื้อรอบ ๆ ลำไส้ใหญ่และตัวลำไส้ใหญ่ส่วนชั้น, ทำให้มีการอุดตันบางส่วน, และมีการลามเข้าไปในตับด้วย.

๒. นูนน้ำคั้น

๓. ดูน้ำคั้นอักเสบเรื้อรัง

๔. เลือดคั่งในปอดและปอดขวม

๕. หลอดลมอักเสบและชัยโปสเทติกบร็องไชซ์นิวโมเนีย

๖. ม้ามมีอะโทรฟี่เนื่องจากวัยชรา

๗. เนโฟรอะเคอโรลิสเนื่องจากวัยชรา

การวิจารณ์ ผู้ช่วยรายงานมีอาการอุดตันในทางเดินอาหาร. การวินิจฉัยโรคทางฝ่ายรักษาว่าเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่. การรักษาได้แต่เพียงทำอิลีโอทรานสเวอร์สอะนาสโตโมสิสเท่านั้น. เมื่อผู้ช่วยถึงแก่กรรม, การตรวจศพพบว่าเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่, พบน้ำในดูน้ำคั้นและเป็นหนองในดูน้ำคั้น. แต่เมื่อได้ตรวจทางกล้องจุลทัศน์แล้ว, การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายต้องเปลี่ยนไป, คือว่าเป็นมะเร็งของดูน้ำคั้น, แล้วลุกลามมาที่ลำไส้ใหญ่และตับ. แสดงว่าการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งของดูน้ำคั้นทำไม่ได้มาก่อนเลยทั้งทางฝ่ายรักษาและโดยการตรวจศพด้วยตาเปล่า.

เหตุผลที่การวินิจฉัยโรคได้เปลี่ยนไปก็เพราะพบเซลล์มะเร็งในผนังของดูน้ำคั้น, ทั้งดูน้ำคั้นมีก้อนนูนและมีหนอง. ส่วนที่ลำไส้ใหญ่ก็พบเซลล์มะเร็งเหมือนกัน, แต่

ลักษณะไม่แสดงว่าไตเริ่มเป็นไตล้มใหญ่ ก่อนแล้วไปออกที่ถุงน้ำดี. การทาคาเปลา มองเห็นเป็นแผ่นขาวทางค้ำนออกลำไส้ใหญ่, แสดงว่าเนื้อออกออกจากถุงน้ำดี แล้วงอกแทรกแซงผ่านทิสชิวรอย ๆ ลำไส้ใหญ่, แล้วจึงลุกลามจากผนังค้ำนออกของลำไส้ใหญ่เข้าไปข้างใน.

การพบก้อนนิ่วและหนองในถุงน้ำดี ช่วยให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของถุงน้ำดี มีน้ำหนักมากขึ้นอีก, เพราะตามวารสาร และตำราต่าง ๆ บอกว่าส่วนมากมะเร็งของถุงน้ำดีมักก้อนนิ่วอยู่ด้วย. จนสงสัยว่านิ่วในถุงน้ำดีจะมีส่วนช่วยทำให้เกิดมะเร็งของถุงน้ำดี. จากรายงานของ Reese⁽⁷⁾ ๒ รายก็เหมือน ๆ กับรายนี้, คือก้อนแรกคิดว่าเป็นหนองของถุงน้ำดี, แต่เมื่อตรวจทางจุลทัศน์แล้วจึงพบว่า เป็นมะเร็งของถุงน้ำดี.

มะเร็งของถุงน้ำดี เป็น โรคพบน้อย. (2, 9) โดยเฉพาะในเมืองไทยยิ่งพบน้อยกว่า. ทั้งนิ่วในถุงน้ำดีของคนไทยก็มีไม่มากเท่าในต่างประเทศ. (ไม่มีสถิติอ้างอิงยืนยันแน่นอน, แต่ทราบจากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ในการตรวจศพ.)

อย่างไรก็ดี, รายงานนี้มีใช้เป็นราย

แรก, เพียงแต่เป็นรายงานโรคที่พบน้อยเท่านั้น. ถ้าผู้อื่นได้ทำการตรวจศพเสมอ ๆ, ตลอดจนตรวจถุงน้ำดีเมื่อตัดออก มาแทนที่ะทิ้งไปเสีย, การพบบมะเร็งของถุงน้ำดีอาจมีจำนวนมากขึ้น.

สรุป

๑. ได้รายงานมะเร็งของถุงน้ำดี ๑ ราย, ซึ่งมีก้อนนิ่วและหนองในถุงน้ำดี, และมะเร็งลุกลามไปสู่ผิวหนังของตับและเนอรอย ๆ ลำไส้ใหญ่, ทำให้มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่.

๒. สามารถวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายว่าเป็นมะเร็งของถุงน้ำดีก็ต่อเมื่อได้ทำการตรวจทางจุลทัศน์แล้ว.

๓. โรคนี้พบน้อย, โดยเฉพาะในเมืองไทย.

เอกสาร

1. L.V. Ackerman: Surgical Pathology, 1953, p. 398.
2. P.W. Russell and C.H. Brown: Ann. Surg., 132: 121, 1950.
3. C.J. Jones: Ann. Surg., 132: 110, 1950.
4. C.W. Fitchett, A.J. Savitt and E.M. Alrich: Surg. 37: 726-31, 1955.
5. L. Cooke, F.A Jones and M.K.

ประมวลมัลย์ จันทรเวทิน และ ทินรัตน์ สถิตนิมานการ 459

Keech: Lancet 2: 585-587, 1953.

6. L.M. Rivkin: Arch. Surg., 70: 128-135, 1955.

7. A.J.M. Reese: Brit. M.J. 2: 430, 1953.

8. ทินรัตน์ : เนื้อออกและสถิติทางพยาธิวิทยา. สารศิริราช ฉบับรวมวิชาการ, 2493 หน้า 200.

9. C.D. Sawyer and J.F. Jr. Minnis: Am. J. Surg. 91: 99-105, 1956.



ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารศิริราชได้จัดพิมพ์สารศิริราชปีที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย หากท่านสมาชิกใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, และ ๗ (ซึ่งตีพิมพ์เสร็จในเดือนตุลาคมนี้) โปรดแจ้งให้แผนกจัดการสารศิริราชทราบด้วย

(Summary of the preceding Report)

CARCINOMA OF THE GALL - BLADDER

Pramualmal Chandravekin
M.B.

and

Tinarat Satitnimankarn
M.D.

(Dept. of Pathology)

Carcinoma of the gall-bladder appears to be rare in Thailand, as elsewhere. In a pathological survey of 1884 malignancies only 2 cases of this affection were found (Tinarat Satitnimankarn, Siriraj Hospital Gazette Special Commemorative Number, 1950, p. 200 et seq.). A recent survey made by the authors of the records from July 1951 to July 1956 revealed 1 more case. The patient was a Chinaman aged 67 who complained of chronic gastro-intestinal disturbances. Clinically diagnosed as a case of carcinoma of the colon laparotomy was performed. The hepatic flexure was found adherent to the liver with carcinomatous masses. Ileo-transverse anastomosis gave relief only for a short time, and the patient succumbed to exhaustion on re-admission about one month later. On post mortem examination the colon, the liver and the gall-bladder were found affected. In the ascending colon the mucosa was normal, but the submucous layer was thic-

kened and infiltrated with malignant epithelial cells, which were also seen in the muscular and the serous coats. The same type of cells were seen also under the capsule of the liver. Liver cells were swollen and vacuolated and some cells were in early necrosis. The wall of the gall-bladder was edematous. The serosa was much thickened with fibrosis, and adherent to the liver. Small clumps of carcinomatous cells are universally dispersed in the mucosa, the muscular coat, and the serosa. The final diagnoses were carcinoma of the gall-bladder, infiltrative type, with involvement of the tissues around the colon and the ascending colon itself, causing partial occlusion, and with infiltration into the liver; gall-stones; chronic cholecystitis; pulmonary congestion and edema; bronchitis and hypostatic bronchopneumonia; senile atrophy of the spleen and senile nephrosclerosis.

(Nine references)



๑๐ วันจึงมาโรงพยาบาล.

ตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นคนแข็งแรง, ร่างกายสมบูรณ์. มีแผลเป็นในบริเวณมูกบ้านบนทางซ้าย. กระจกมูกหัก. ด้านหน้าของกระจกมีกซิลลารีย์ใกล้มูกเป็นแผลขี้มลงไปแล้วเล็กน้อย. กลอกนัยน์ตาปกติ. มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตาขาวทางด้านล่างของนัยน์ตาซ้าย. สายตาขวา ๖/๖ และซ้าย ๖/๕.

การตรวจทางรังสีเรินต์เกินแจ้งว่าพบลูกปืนอยู่ในโพรงกระจกมีกซิลลารีย์ซ้าย, และกระจกมูกหัก (รูปที่ ๑.)

การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ได้ผ่าตัดเอาลูกปืนออกโดยผ่าเข้าทางบ้านข้างของมูก. พบมีลูกปืนตะกั่วขนาด ๒.๒x๑x๑ ซม. ฝังอยู่ในกระจกมีกซิลล่า. ด้านใกล้กลางของกระจกมีกซิลล่าหักติดต่อกับโพรงเคียวกับช่องมูก. ส่วนหน้าของลูกปืนฝังอยู่ในโพรงกระจกเคียวมอด. ส่วนท้ายของลูกปืนอยู่ในโพรงกระจกมีกซิลล่า. ลักษณะของลูกปืนขรุขระและเย็น (รูปที่ ๒).

หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติ. ได้แนะนำให้มารับการผ่าตัดเพื่อเสริมตมูก

ในคราวหลัง.

คนไข้รายที่ ๒ เป็นชายไทย, คู่, อายุ ๒๒ ปี (ล.ท. ๕๓๔๕.๕๕), มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๕ เพื่อขอให้ผ่าตัดเอาเหล็กสะเกศที่ฝังอยู่ในหน้าออก.

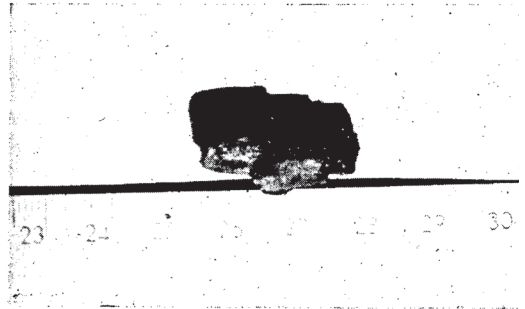
ผู้ป่วยเล่าประวัติว่าใช้ปืนที่ทำตนเองสำหรับยิงสัตว์. ขณะยิงปืนแตก. ตัวเหล็กสะเกศที่เขาทำส่วนท้ายของปืนระเบิดหลุดออกและวิ่งเข้าที่หน้า. ผู้ป่วยสลบไปไม่นาน. แพทย์ได้ทำปฐมพยาบาลให้, และควักตาข้างขวาออกเพราะเหล็กที่ขยออกมาหลังจากลูกปืนระเบิด. ต่อมาได้รับการรักษารักษาแผลหายและทำงานได้ตามปกติ. หลังจากนั้น ๕ เดือนจึงได้มาโรงพยาบาลเพื่อขอให้เอาเหล็กออก.

ตรวจพบว่าตาขวาถูกควักออกแล้ว. เยื่อตาที่ผนังตาล่างขมเล็กน้อย. ขอบตาล่างแยะออกไม่มาก. ที่ด้านขวาของหน้าในบริเวณกระจกมีกซิลล่าขี้มลงเล็กน้อย. ผู้ป่วยอ้าปากปกติ. มีชาบริเวณแก้มขวา. มูกข้างขวาหักและไม่ค่อยรู้สึกกลิ่น. นอกจากนี้ไม่มีอาการอะไรผิดปกติ.

การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์ไม่พบอะไรผิดปกติ.



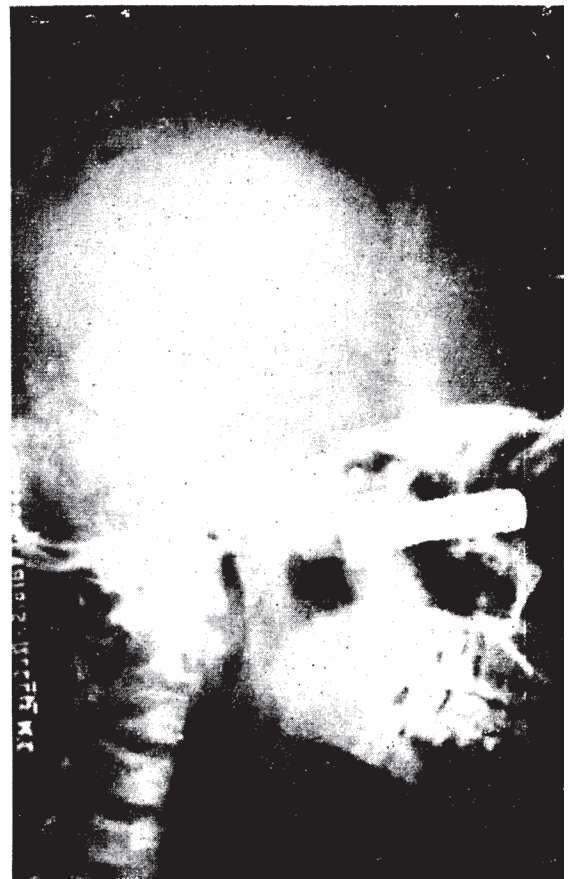
รูปที่ ๑



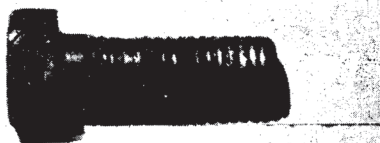
รูปที่ ๒



รูปที่ ๓



รูปที่ ๔



← รูปที่ ๕

การตรวจทางรังสีเร็นต์เกินพบเหล็ก
 สกรยาวประมาณ ๕ ซม., มีเกลียว, ฝัง
 อยู่ในบางส่วนของกระดูกแม็กซิลล่า, อยู่
 ใต้ฐานของเขี้ยว. กระดูกจมูกระหว่าง
 มอยคักทำลายหมด. หัวสกรไปติดกับ
 กระดูกสันนอยคักในระดัยจอณม. ปลาย
 สกรอยู่ในเขี้ยวทางส่วนล่าง (รูปที่ ๓
 และ ๔)

(จากกลม ๆ ทางปลายเหล็กสกรใน
 รูปที่ ๓ คือทางเข้า, ในรูปที่ ๔ คือระดัย
 จอณม)

ได้ผ่าตัดเข้าทางข้างของจมูกระหว่าง
 ปลายเหล็กสกรอยู่ในบริเวณกระดูกลา-
 นวียมีต. กระดูกจมูกระหว่าง. ด้านใกล้กลาง
 ของกระดูกแม็กซิลล่าหัก; ทำให้โพรง
 กระดูกแม็กซิลล่าติดต่อกับโพรงจมูกระหว่าง.
 ฟันกระดูกเขี้ยวข้างล่างถูกทำลายหมด.
 โพรงกระดูกเขี้ยวข้างขวาถูกทำลาย
 เช่นกัน. หัวสกรติดกับกระดูกสันนอยคัก
 และติดแน่นกับกระดูกเขี้ยวข้างส่วน,

และยังมีเนอพงคักแน่น, ทำให้เอาออก
 ยาก.

ได้พยายามเอาเหล็กสกรออกจน
 สำเร็จ. ในการผ่าตัดมีเลือดออกพอควร.
 ได้เหล็กยาวประมาณ ๕ ซม. หัวสกร
 กลม, เส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ ซม., ยาว ๔
 ซม. (รูปที่ ๕).

ภายหลังผ่าตัดผู้ช่วยเป็นปกติ. ไม่มี
 อาการแ้งและอาการแสดงของโรคแทรก
 ชันทางสมอง. อ้าปากได้เป็นปกติ. ยัง
 คงซาแก้มขวาอยู่. เมื่อกลับบ้านแผลผ่า
 ตัดคักคัก.

สรุป ได้รายงานผู้ช่วยสองรายซึ่งมีสิ่ง
 แปลกที่เข้าไปอยู่ในโพรงกระดูกของหน้า.
 ในรายหนึ่งเป็นลูกขี้, อีกรายหนึ่งเป็น
 เหล็กสกร. ทั้งสองรายได้รับอุบัติเหตุ
 เกี่ยวข้งกัน. ได้ผ่าตัดเอาสิ่งแปลกที่
 สองรายออกได้โดยเรียบร้อย.

(Summary of the preceding Report)

UNUSUAL FOREIGN BODIES IN THE FACIAL SINUSES

Report of Two Cases

Samran Wangsbha

M.B., C.Oph., C.Oto. (Harvard)

(Dept. of Ophthalmology, Oto-rhino-laryngology)

A Thai girl of 18 was admitted on the 25th of June 1955 with the history of having been shot at accidentally ten days before, the shot penetrating the nose and lodging itself in the left cheek. She complained of severe headache and pain in the eyes. The sight in the left eye was slightly dim. There was continual discharge of blood from the nose, but small in amount. The shot rendered the patient unconscious for a time. After ten days' nursing at home she wanted to have the shot removed. The nasal bones were found fractured, and the front part of the maxilla was depressed. X-rays revealed the shot in the left maxillary sinus. On operation the foreign body ($2.2 \times 1 \times 1$ cm.) was found to lie partly in the maxillary sinus and partly in the ethmoidal sinus. It was removed without difficulty and the patient recovered without incidents.

A Thai young man of 22 was admitted on the 27th of January 1956 for the removal of a screw bolt which had been embedded in his face for nine months. He was firing a home-made shot-gun when the bolt which formed the breech lock was blasted directly into his face. He fell unconscious for a

short time. A doctor gave emergency treatment and enucleated the right eye which was hanging out of its socket. The wound healed and the man went to work as usual. There were slight analgesia in the right cheek and obstruction with slight impairment of smelling in the right nostril. Beside these and the enucleated eye there were no other abnormal findings. Roentgenological examination located the bolt in the maxillary bone; the nasal bones and the ethmoid were destroyed. At operation the tail end of the bolt was found lodged in the lachrymal bone. The medial part of the maxilla was broken, and the maxillary sinus had become continuous with the nasal cavity. The floor of the orbit was completely destroyed; so was the right ethmoidal sinus. The head end of the bolt was lying against the sphenoid and a part of the ethmoid, to which it was tied down by bands of fibrous tissue so that removal was a bit difficult. The bolt was 5 cm. in length; the screw part was 1 cm. in diameter and 4 cm. long. The patient recovered without any complication. On discharge the analgesia of the right cheek still persisted.

อันตรายจากการถ่ายเลือด

และ

การรักษา

นที รัชพลเมือง

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ในปัจจุบันนี้การถ่ายเลือดเป็นการปฏิบัติที่ทำกันอยู่เสมอ ๆ, มีปริมาณการใช้เลือดเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก. ทั้งนี้อันตรายและโรคแทรกต่าง ๆ ก็เพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัวไปด้วย. ในโอกาสนี้ผู้เขียนจะได้บรรยายเรื่องเหล่านี้โดยสังเขป.

(๑) การให้เลือดผิดหมู่ ในสมัยก่อน, เมื่อยังใช้วิธีเจาะเลือดจากผู้ให้แล้วถ่ายเข้าในผู้รับโดยทันที, การให้เลือดผิดหมู่มักเกิดจากการไม่รอบคอบ, เช่นเจาะเลือดจากผู้ให้ซึ่งชื่อเดียวกัน โดยไม่ได้ถามถึงนามสกุลด้วย. ในปัจจุบันอุบัติเหตุนี้อาจเกิดได้ในการนำเลือดไปจากคลังเลือดพร้อม ๆ กันหลายขวดแล้วให้สลักร่วมกันโดยขาดการระมัดระวัง. นอกจากนี้อาจเกิดได้เนื่องจากความผิดพลาดในการทดลอง "ผสมสลักร่วม" (ครอสส์ แมทซิงค์) ระ-

หว่างเลือดกับซีรัมของผู้ให้เลือดและผู้รับ, เช่นโดยการทำให้เร็วเกินไปไม่มีเวลารอให้ปฏิกิริยาคำเนินไปถึงขั้นแน่นอนเสียก่อน, หรือแอกกลูตินินในซีรัมมีติเตอร์ต่ำทำให้แอกกลูตินินชั้นเกิดช้าและอ่อนจนอ่านผิด. อาการของการให้เลือดผิดหมู่จะปรากฏเมื่อให้ไปได้ประมาณ ๑๐ ล.ซม. หรือมากกว่าเล็กน้อย. มีอาการแน่นหน้าอกมาก, กระสับกระส่าย, ปวดเมื่อยเขวและชายกระเบนเหน็บ, หายใจหอบ, ผิวเขียว, รม่านตาเบิกกว้าง. มีเหงื่อออกตามปลายมือปลายเท้า, อาเจียน, หมดสติและอาจถึงตาย.

สำหรับการรักษาข้อแรกที่สุดคือหยุดให้เลือดโดยทันที. แล้วฉีกแอกวีนะลิน ๐.๕ ล.ซม. (๑:๑๐๐๐) เข้ากล้ามเนื้อโดยด่วน. อาจให้ซ้ำได้ทุก ๆ ๑๐ นาที.

ระหว่างนรีบาทเลือกที่เข้านี้ได้. ักการถ่ายให้ใหม่โดยเร็ว. การรักษาคือไปปฏิบัติเช่นเดียวกับในรายที่เม็ดเลือดถูกทำลาย. (กษัตริย์ ๓.)

(๒) อาการไข้ เริ่มขึ้นเกิดจากสารจำพวกพิโรเจน, หรือสารที่ทำให้เกิดไข้, ซึ่งไม่อาจทำลายได้โดยการนั่งฆ่าเชื้ออย่างธรรมดา. อาการไข้จะเกิดขึ้นในเวลาสองสามชั่วโมงภายหลังการให้เลือด, หรืออาจเกิดขณะกำลังให้, หรือในทันทีที่ให้เสร็จก็ได้. อาการสำคัญคือ ไข้ขึ้นสูงในทันที, อาจขึ้นถึง ๔๐ หรือ ๔๑.๖๗๗. และอยู่นานสามสี่ชั่วโมง. คนไข้มีอาการอ่อนเพลีย, คลื่นไส้, อาเจียน. ความดันเลือดเป็นปกติ. อาการแทรกนั้นไม่ค่อยพบเวลาให้เลือดในระหว่างวางยาสลย. เกลโกวิน (De Gowin) และฮาร์ดิน (Hardin) รายงานว่าในคนไข้ที่ได้รับเลือด ๒,๕๒๓ ราย, มีปฏิกิริยาเกิดขึ้นรวมทั้งหมดเป็น ๔.๘ ๗๗., มีแบบไข้ขึ้น ๒.๕ ๗๗.

การรักษาคือฉีดแอสกรินะลิน. ถ้ามีอาการปวดศีรษะมาก, อาจให้ยาลดไข้และยาระงับปวดได้.

(๓) เม็ดเลือดถูกทำลาย เกิดจากการให้เลือดซึ่งมีการทำลายของเม็ดเลือด (ซีโมลัยซิส) ชัยก่อนแล้ว, หรือเนื่องจากให้เลือดที่เข้านี้ไม่ได้กับนรีบาท, เช่นเม็ดเลือดที่ Rh ลบกับที่ Rh บวก. อาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงเพียงใดแล้วแต่จำนวนซีโมโกลบินที่ละลายอยู่ในเลือดโดยเสรี. ปฏิกิริยาชนิดนี้พบไม่บ่อยนัก, ประมาณ ๐.๑๕ ๗๗. ของจำนวนคนที่ได้รับเลือด, แต่มีอัตราตายค่อนข้างสูง, คือ ๕๐ ถึง ๖๖ ๗๗. อาการมีปวดมากที่บริเวณเอว, ปวดขา, แน่นหน้าอก, หนาวสั่น, ไข้สูง, ผิวหนังแดง, หายใจถี่และเร็ว, อ่อนเพลียมาก, ปวดศีรษะ, ชีพจรเร็ว, ความดันเลือดลดลงต่ำมาก. ความดันซีบีเอสโตลิกอาจเหลือเพียง ๖๐ มม.ปรอทหรือต่ำกว่า. อาการเหล่านี้ อาจเป็นอยู่ชั่วคราวหรืออยู่นานนับชั่วโมงก็ได้. ตามธรรมดาไม่ปรากฏอาการเหล่านี้ในระหว่างคมนาสดย, แต่จะสังเกตได้จากเวลาที่เลือดไหลออกจากแผลผ่าตัดมากกว่าควรโดยหาเหตุผลไม่ได้, และความดันเลือดต่ำมากกว่าควร. คนไข้มักมีผิวหนังคล้ำและอาจมีตัวเหลืองในเวลาประมาณ ๑๒ ชั่วโมงภายหลังการให้เลือด. อาการนี้จะเป็นอย่างหลายวัน. โดย

มากมีอาการไตหย่อนสมรรถภาพ. ฮีโม-
โกลบินยวเรียเกิดขึ้นภายในเวลารวดเร็ว,
เช่นสองสามนาทีก, หลังจากฮีโมโกลบิน
เสรีในพลาสมาเพิ่มขึ้นเกินระดับปกติ
(เทรชโฮลต์) ของไต (๘๐ ถึง ๑๐๐
มก. ต่อ ๑๐๐ ก.ชม.). มีแอลยิวมินย-
วเรียด้วย. ในตอนท้าย ๆ มีอาการคลื่นไส้,
อาเจียน. อาจหมดสติและตายในระหว่าง
วันที่ ๔ ถึง ๑๕ ภายหลังจากถ่ายเลือด.

สาเหตุของการทำลายเม็ดเลือดอาจ
เป็นได้หลายประการ.

(ก) ความเย็น. เช่นเกิดจากการเก็บ
เลือดไว้ในที่เย็นจัดเกินไป, จนเม็ดเลือด
แตกแตกทำลาย.

(ข) ความร้อน. เช่นเกิดจากการเอา
เลือดที่นำออกจากที่เย็นไปทำให้อุ่นขึ้นโดย
ใช้ความร้อนเช่นกัน. ในสมัยก่อนเชื่อกัน
ว่าการให้เลือดหรือสารน้ำเข้าหลอดเลือด
ในขณะที่ยังเย็นอยู่จะทำให้เกิดปฏิกิริยา.
แต่เด โกวิน, ชาร์คิน, และสวอนสัน
(Swanson) ให้เลือดที่มีอุณหภูมิห้องถึง
๑๐๐๐. หรือกว่า, ในอัตรา ๔๐ ก.ชม.
ต่อนาที, ไม่พบปฏิกิริยาอย่างใด, และ
อุณหภูมิของร่างกายก็ไม่เปลี่ยนแปลง
ด้วย. ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าไม่จำเป็นต้องอุ่น

เลือดก่อนให้.

(ค) การเก็บไม่ดี. เก็บนานไป, หรือ
เอาออกจากที่นานกว่าสองชั่วโมงแล้วเอา
กลับเข้าเก็บในตู้เย็นอีก, ซึ่งทำให้เกิดฮี-
โมลีสซิสได้. หรือเกิดจากการกระทบกระ-
เทก, เช่นถือขวดแกว่งไปมาแรง ๆ โดย
รู้เท่าไม่ถึงการณ์, ระหว่างที่นำเลือดจากคลัง
เลือดไปยังที่จะใช้เช่นกัน. ในการเก็บ
เลือดในน้ำยาไซเคียมซีเตรทอย่างเด็ว.

กลโคสในเลือดจะลดลงเรื่อย ๆ. ถ้าเก็บ
ไว้ประมาณ ๕ วัน, เม็ดเลือดที่เก็บไว้เช่น
นั้นจะสลายตัวโดยรวดเร็วในกระแสโล-
ทิต. แต่ถ้าใส่กลโคสลงไปด้วย, จะได้ผล
ดีขึ้น, โดยอาจเก็บได้ถึง ๑๐ วัน. ถ้าใช้
น้ำยา A.C.D. (Acid citric, Citrate
of sodium, Dextrose) ได้ผลดีมากขึ้น,
โดยอาจเก็บเลือดไว้ได้ถึง ๒๑ วัน.

(ง) การปนเลือดกับน้ำยาอื่น. การ
ให้เลือดโดยปนกับน้ำยาอื่นที่เป็น ฮัยเปอร
โทนิคหรือฮัยโปโทนิคอาจทำให้เกิดการ
ทำลายเม็ดเลือดได้.

(จ) การใช้เลือดจาก "ผู้ให้เลือดได้
ทุกหมู่" (ยูนีเวอร์ซัล โดเนอร์). แต่เดิม
มานั้นนิยมใช้เลือดจากผู้ให้เลือดได้ทุก
หมู่, เพราะเชื่อว่าแอกกลูตินินในเลือด

ของผู้ให้ถูกทำให้เจ็บจางด้วยซีรัมของผู้รับ, และไม่มีอันตราย. แคเลฟวิน (Levine) และมาบี (Mabee) แสดงความเห็นว่าเป็นไปในการให้เลือดได้ทุกหมู่อาจทำให้เกิดอันตรายได้เหมือนกันถ้าหากมีทีเคอร์สูง. เขาแนะนำให้ทดลองโดยเอาเลือดของผู้รับและผู้ให้มาปนกันในอัตราส่วนที่จะเป็นไปในเมื่อให้เลือดเสร็จแล้ว, และดูว่ามีปฏิกิริยาอะไรเกิดขึ้นหรือไม่. ในการใช้เลือดจากผู้ให้ได้ทุกหมู่, ทีเคอร์ออกกลูทีนินในซีรัมของผู้ให้ไม่ควรเกินกว่า ๑:๕๑๒.

เมื่อพบซีโมโกลบินในเม็บบหรือซีโมโกลบินยูเรียภายหลังให้เลือดต้องจัดการพิสูจน์ว่าเกิดจากปฏิกิริยาทำลายเม็ดเลือดหรือไม่, ตามแนวปฏิบัติต่อไปนี้โดยทันที.

(ก) ก่อนให้เลือดต้องเก็บเลือดของคนไข้ไว้เป็นตัวอย่างทุกครั้ง.

(ข) เาะเลือดคนไข้ในทันทีหลังให้เลือด. เอาทั้งสองตัวอย่าง (ก. และ ข.) ไปเข้าเครื่องหมุนเหวี่ยง (เซ็นทริฟิวจ์), แล้วเอาซีรัมมาทดสอบเปรียบเทียบกัน. ถ้าตัวอย่างอันหลัง (ข.) มีสีชมพูหรือแดงมากกว่าอันแรก, แสดงว่ามีซีโมโกลบินมากกว่าปกติ (เกิน ๑๐ มก. ต่อเลือด ๑๐๐

ล. ซม.).

(ค) ตรวจซีสภาวะ. ถ้ามีซีโมโกลบินโดยไม่มีเม็ดเลือด, แสดงว่ามีการทำลายเม็ดเลือดในร่างกาย.

ในการรักษาต้องหยุดการให้เลือดโดยทันที. แล้วรีบจัดการรักษาอาการของซีด, โดยรีบให้ยาขับหลอดโลหิตให้ความดันเลือดสูงขึ้น. ทั้งนี้เพื่อชดเชยอันตรายต่อหลอดฝอยของไต (รีเนลทิวบล) จากซีโมโกลบิน, ซึ่งจะเกิดขึ้นถ้าหากความดันเลือดต่ำมาก และ ไตขาดเลือดเลี้ยงเฉพาะแห่ง (อิสซีเมีย) อยู่เป็นเวลานาน, ต้องรีบจัดการหาเลือดที่ผสมเข้ากับเลือดของคนไข้ได้, นำมาถ่ายให้ใหม่. ยาขับหลอดเลือดที่อาจใช้ได้แก่แอสคอร์บิโนลิน (ลิโพวีเฟค) และเมธิลแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์. ยานี้ควรเคี้ยวลงในสารน้ำ (ฟลูอิด) สำหรับบริหารเข้าหลอดเลือดช้าๆ โดยวิธีหยด. ควรใช้สารน้ำที่ไม่มีพวกเกลืออิเล็กโตรลัยต์ละลายอยู่ด้วย, เช่นกลูโคส (เดกสโตรส) ๕ ปร. ละลายในน้ำกลั่น. ควรให้แอนติฮิสตามีนด้วย. โดยที่เชื่อกันว่าถ้าซีสภาวะเป็นกรด, ซีโมโกลบินจะตกตะกอนออกเป็นซีมาตินเกาะอยู่ภายในหลอดฝอยของไต, จึงนิยม

บริหารต่างให้แก่คนไข้, เช่น M/6 โซ-
เดียมแลคเตทหรือโซเดียมไบคาร์บอเนต,
เพื่อทำให้ยัสสาวะเป็นด่างเอาไว้. แต่ข้อ
นี้ใช้ได้เฉพาะเมื่อไตยังอยู่ในสภาพที่ดี.
ถ้าหากไตเสื่อมสมรรถภาพเสียแล้ว, การ
ให้ด่างมาก ๆ ย่อมก่ออันตรายเนื่องจาก
ด่างเกิน. ในภาวะไตหย่อนสมรรถภาพมี
การถ่ายยัสสาวะน้อย, และในยัสสาวะมี
อีโมโกลบินและแอลบูมิน, จำต้องระมัด
ระวังในการบริหารสารน้ำ (ฟลuid) มิให้
มากเกินไปจนสมควร, ซึ่งจะทำอันตรายต่อ
หัวใจและการไหลเวียนเลือด. จำนวนสารน้ำ
ที่จะให้ต้องจำกัดเพียงใกล้เคียงกับจำนวน
น้ำที่ร่างกายเสียไปเท่านั้น, เช่นที่เสียไป
ทางยัสสาวะ, ทางเหงื่อ, ทางการระเหยโดย
ไม่รู้ตัว (insensible loss), อาเจียน, ฯลฯ,
ซึ่งรวมกันแล้วมีประมาณ ๑๐๐๐ ล. ซม.
ต้องระวังให้อาหาร, เช่นกลูโคสและไขมัน
(Bull's emulsion), ให้ได้แคลอรีพอ
เพียงพอความต้องการของร่างกายด้วย.

๔. การเกิดเป็นลมพิษ พวกคนพบ
มากพอประมาณ. ในรายงานของเคโกวิน
ที่รวบรวมผลใน ๒,๔๒๓ รายมีเป็นลมพิษ
๑.๑ ปร. ซึ่งใกล้เคียงกับผลของผู้รวบรวม
คนอื่น ๆ. อาการสำคัญมีดังนี้, เช่นผื่น

ทั่วตัว, ซึ่งอาจรุนแรงจนมีลักษณะเป็น
แองจิโอเนิวโรติกอิกมีมา, ผื่นมักจะเกิดที่
หน้าและคอ, และอาจเป็นมากจนมีการ
บวมของเยื่อกล้ามเนื้อ. ผื่นมักจะอยู่นาน
สองสามชั่วโมง, และอาจตามหลังมาโดย
อาการหอบหืด.

การรักษาคือลดกรดในร่น.

ในเรื่องนี้การป้องกันเป็นเรื่องสำคัญ.
ควรถามประวัติของผู้ให้เลือดให้ละเอียด.
ถ้าเคยเป็นลมพิษหรือแองจิโอเนิวโรติกอิก-
มีมาต้องระมัดระวังมาก. ในพวกที่แพ้ง่าย ๆ
ควรเจาะเลือดในระยะอดอาหาร, เพราะพลาสมาไม่ข้นมากในเวลานั้น. นอก
จากนี้ยังควรให้ยาแอนติฮิสตามีนก่อนให้
เลือดด้วยเสมอ. ทั้งนี้อาศัยความเห็นของ
อีแฟวันส์ (Evans) ซึ่งพบว่าหากให้
แอนติฮิสตามีนไว้ก่อนจะลดจำนวนการเกิด
ปฏิกิริยาแอนแอลเลอร์ยีได้.

๕. ปฏิกิริยาต่อโซเดียมซีเตรท ซี-
อีนี้พบน้อยมาก. ที่พบมักเป็นรายที่ไตถ่าย
เลือดให้เป็นจำนวนมากจริง ๆ, เช่นเกิน
กว่าสิบขวดในเวลาติดต่อกัน. คนไข้อา
มีอาการตะคริว, ซึ่งอธิบายว่าเป็นผล
ของการที่ร่างกายได้รับซีเตรทเข้าไปเป็น

จำนวนมากและไปลดปริมาณของแคลเซียมในสภาพไอออนในเลือด. แต่ก็ได้เคยมีผู้ทดลองฉีดโซเดียมซัลเฟตถึง ๘ กรัมภายในเวลา ๑๐ นาทีโดยไม่มีอาการอะไรเลย (Neuhof และ Hirschfeld). ซาลานต์ (Salant) และไวส์ (Wise) กล่าวว่า ๕๐ ปช. ของซีเทรทถูกขับออกจากกระแสเลือดภายใน ๑๐ นาที, ถูกออกซิไดส์แล้วขับออกจากร่างกาย. ในโรงพยาบาลศิริราชเราเคยพบหนึ่งรายภายหลังที่ได้ให้เลือดประมาณ ๑๔ หน่วย.

๖. การติดโรคจากเลือดที่ถ่าย

(ก) ซัยฟลิส ติดได้ในระยะที่มัติวส์ไปโรคมักอยู่ในเลือดของผู้ให้. เริ่มมีอาการผื่นที่แขนและขา ก่อน. มีระยะฟักตัวระหว่าง ๑ ถึง ๔ เดือน. หากถ่ายเลือดจากผู้ที่มีโรคอยู่ในระยะฟักตัวหรือระยะโรคขั้นที่สาม (เทอร์เชียรี) ซึ่งไม่มีตัวเชื้อโรคในเลือด, จะไม่ติดโรค.

การป้องกันคือพยายามไม่ใช้เลือดของคนที่ได้รับภูมิต้านทาน. ต้องตรวจร่างกายผู้ให้เลือด, ควบคุมระดับพันธุ, ผิวหนัง, ฯลฯ. ควรใช้เลือดที่เก็บไว้แล้วอย่างน้อยสามวัน, เพราะว่าสไปโรคมักไม่ทน

ทนต่อความเย็น. ซันไดม์ผู้ทดลองหลายคน, โดยใส่เชื้อเทโรโปนีมาพัลลิกัมในเลือดผสมซีเทรท, เก็บไว้ในตู้เย็น ๓ ถึง ๕ ช. ๓ ถึง ๖ วัน, แล้วทดลองดูเห็นว่าไม่ทำให้ติดโรคได้. ดังนั้นการใช้เลือดที่เจาะใหม่ ๆ ไม่ปลอดภัยเท่าเลือดที่เจาะเก็บไว้แล้วหลาย ๆ วัน, เพราะเลือดใหม่ ๆ นั้น, แม้จะตรวจได้ค่าที่ลบก็น่าจะมีเชื้อสไปโรคมักอยู่ในนั้นได้, และเราไม่มีหนทางทราบ. เลือดที่มีภูมิต้านทาน, หากเราเก็บไว้ในตู้เย็นเย็นเวลานาน ๆ ก็พ้นอันตรายได้. ความปกติเราไม่นิยมใช้เลือดที่มีภูมิต้านทาน, แต่ในคราวจำเป็น, เช่นยามสงคราม, ก็จำเป็นต้องใช้เหมือนกัน.

(ข) มาลาเรีย แม้จะใช้เลือดจากผู้ให้ซึ่งไม่มีอาการของไข้จับสั่นเลยและตรวจเลือดไม่พบเชื้อมาลาเรีย, ก็ยังอาจทำให้ผู้รับเลือดเกิดเป็นไข้จับสั่นขึ้นได้. โดยมากมักเกิดภายใน ๕ ถึง ๓๐ วันหลังจากให้เลือด. ทั้งนี้เนื่องด้วยเชื้อมาลาเรียสามารถคงชีวิตอยู่ในตู้เย็นได้นานเท่า ๆ กับเม็ดเลือด.

๗. โฮโมโลกัลซีรัมจอนคิส ซัน
เป็นปัญหาสำคัญมาก, เกี่ยวกับการใช้
พลาสมาสารวม (pooled plasma) จาก
เลือดของหลาย ๆ คน, ซึ่งเริ่มใช้มาตั้ง
แต่ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง.
เมื่อปี ๑๙๔๓ มอร์แกน (Morgan)
และวิลเลียมสัน (Williamson) พบว่า
ในจำนวนคนไข้ที่ได้รับพลาสมา ๕๐ คน,
๕ คนจะมีอาการที่ช้ำเกิดขึ้นภายใน ๕๖
ถึง ๑๓๔ วัน, และมักตายด้วยนิโครซิส
ของตับอย่างช้าๆ. เกี่ยวข้องว่าต้น
เหตุคือการติดเชื้อไวรัสซึ่งอยู่ในเลือดของ
คนที่เข็นพาหะโดยไม่มีอาการ.

อาการของโรคแทรกกันมักเกิดขึ้นช้าๆ.
มีอาการอ่อนเพลีย, คลื่นไส้, อาเจียน. มี
ไข้. อาจมีท้องเค็ม. อาจคลำพบตับ, ซึ่ง
กดเจ็บ. ม้ามอาจโตร่วมด้วย. พบในคนที่
ได้รับพลาสมาสารวมมากกว่าที่ได้รับเลือด
ครบ.

การป้องกันที่อาจจะกระทำได้คือไม่ใช่
เลือดของคนที่มีประวัติตัวเหลือง, โดย
เฉพาะอย่างยิ่งในระยะหกเดือนก่อนหน้า
นั้น. การทำพลาสมาสารวมครั้งหนึ่ง ๆ
ไม่ควรเกินกว่า ๒ ลิตร, ซึ่งจะป้องกันไม่
ให้เขาพลาสมาจากคนจำนวนมากเกินไป

มารวมกัน.

๘. เลือดแน่นระบบไหลเวียน เกิด
จากการให้เลือดมากเกินไป, จนเกินกำลัง
ของหัวใจและหลอดเลือด. มักพบในคน
สูงอายุที่มีโรคของกล้ามเนื้อหัวใจหรือ
ของปอด. โคล (Cole) และพาร์ทแมนน์
(Partmann) ได้ทำการทดลองในสัตว์
ที่มีกล้ามเนื้อหัวใจพิการ, และพบว่าหัวใจ
เช่นนั้นไม่สามารถจะทนต่อการให้เลือด
มาก ๆ ได้.

อาการที่ปรากฏมีหลอดเลือดดำที่คอ
พองขึ้น, หายใจหอบ, ผิวน้ำเขียว, รู้สึกแน่น
ที่บริเวณหัวใจ, ใจเป็นฟองและมีเลือด
ปน. ฟังปอดได้ยินเสียงเปรี๊ยะ (วาล์ว).
หากเป็นมาก ๆ คนไข้อาจตายภายในสอง
สามนาที.

การรักษาของโรคกระทำโดยด่วน. พัน
ทูนิกัดร็อบแซนและซาทั้งหมด, เพื่อกัน
ไม่ให้เลือดดำไหลกลับเข้าหัวใจ, แต่
เลือดแดงยังไหลได้. ทุก ๆ ๒๐ หรือ
๓๐ นาทีต้องแก้ออกทีละข้างเพื่อให้เลือด
ไหลเสียคราวหนึ่ง, แล้วผูกใหม่, เปลี่ยน
ไปแก้อีกข้างต่อไป. ทำสลับเวียนไปเช่น
นี้ตามวิธีของเอเบอร์ท (Ebert) และสเตค

(Stead), ซึ่งระกักเลือดประมาณ ๑๕ ถึงเสียเท่ากับจำนวนเลือดที่ไตให้เข้าไป. ๒๗. ของทั้งหมดไว้ไม่ให้ไหลกลับเข้าหัวใจได้. ระหว่างนี้ต้องเจาะเอาเลือดออก ซึ่งอาจเกิดคามในภายหลังอีกด้วย.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

การประชุมเรื่องการศึกษาแพทยแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ของประเทศอินเดีย

(๑๗ - ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘)

หลวงพิณพากย์พิทยาเกท

พ.ด., M.D. (Jefferson), C.R. (Harvard)

(คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล)

เรื่องที่พิจารณาในที่ประชุมใหญ่

- (๑) การศึกษาเตรียมแพทย์, และคุณสมบัติของผู้จะเข้าศึกษาวิชาแพทย
- (๒) การคัดเลือกนักศึกษาเข้าเรียนวิชาแพทย
- (๓) วิชาในหลักสูตร, และชั่วโมงการเรียน
- (๔) วิชาที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ
- (๕) วิธีสอน
- (๖) การสอบไล่, และวิธีตรวจสอบความรู้นักศึกษา
- (๗) การคัดเลือกอาจารย์
- (๘) กำหนดเวลาสำหรับนักศึกษาเลือกปฏิบัติในทางวิชา
- (๙) กำหนดระยะเวลาสำหรับหลักสูตร
- (๑๐) ข้อตกลงของที่ประชุม

การศึกษาเตรียมแพทยศาสตร์, คุณสมบัติของผู้จะเข้าศึกษา, และการคัดเลือกนักศึกษา

คณะอนุกรรมการชุดที่ ๑ และชุดที่ ๒ ได้พิจารณาเรื่องเหล่านี้, และมีความเห็นแตกต่างกัน.

ชุดที่ ๑ มีความเห็นว่า:

(๑) ผู้จะเข้าศึกษาวิชาแพทย ควรเป็นผู้ได้รับปริญญาวิทยาศาสตร์บัณฑิตเสียก่อน, หรือได้รับปริญญาจากต่างประเทศซึ่งเทียบเท่า.

(๒) ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตพิเศษ, เวลาเรียน ๓ ปี, จะเหมาะสมสำหรับผู้จะเข้าเรียนแพทยศาสตร์.

(๓) วิชาเตรียมแพทย์ทั้งหมด เรียนในคณะวิทยาศาสตร์, และไม่ใช่ในโรงเรียนแพทย.

(๔) การกำหนดคุณวุฒิเช่นนั้นควรเริ่มใช้ได้ทันที.

การเตรียมดังกล่าวแล้วจะทำให้ให้นักศึกษาที่มีอายุสูงขึ้นกว่าเดิม, เป็นผู้ใหญ่มากขึ้น, และการศึกษามีรากฐานกว้างขวางยิ่งขึ้น. การเตรียมเพียง ๒ ปีนั้นนับว่าไม่เพียงพอ. การศึกษาแพทยศาสตร์ควรดำเนินไปเยี่ยงวิชาหลังปริญญา (post-graduate) ทั้งหลาย.

คณะกรรมการชุดที่ ๒ มีความเห็นว่า:

(๑) ให้มีการเรียนเตรียมแพทยศาสตร์เพียง ๒ ปี. ในปีที่ ๑ ควรเรียนภาษาอังกฤษ, ตรรกวิทยา, วรรณคดี, ประวัติศาสตร์, สังคมศาสตร์, คณิตศาสตร์, และวิทยาศาสตร์เบื้องต้น. ในปีที่ ๒ ควรเรียนฟิสิกส์, เคมี, ชีววิทยา, สถิติเบื้องต้น, เจเนติกส์เบื้องต้น, และภาษาอังกฤษ.

(๒) การคัดเลือกนักศึกษามาเข้าเรียนแพทยศาสตร์ ควรกระทำตั้งแต่ก่อนเข้าเรียนเตรียมแพทย์, โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและผลของการเรียนในชั้นเตรียมอุดมศึกษา.

ดังนั้น, ปัญหาสำคัญของเรื่องการ

ศึกษาเตรียมแพทยศาสตร์จึงเกิดขึ้นว่าควรให้ถึงขั้นปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตหรือไม่.

ฝ่ายที่เห็นว่าควร, มีเหตุผลว่า

(๑) วิชาที่ควรเรียนมีมากมายเกินกว่าที่จะเรียนให้จบใน ๒ ปี.

(๒) วิธีการและคุณภาพของการศึกษาเตรียมแพทยศาสตร์ที่สูงขึ้นจะเป็นผลดีต่อการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตร์เป็นอันมาก.

(๓) นักศึกษาจะเป็นผู้ใหญ่ยิ่งขึ้น, เพราะมีอายุสูงขึ้น.

(๔) หลักสูตรแพทยศาสตร์อาจลดให้สั้นลงได้โดยให้มีวันหยุดคน้อยลง, เวลาสอบไล่สั้นเข้า, และมีการสอบไล่ในเวลาปีภาค, เป็นต้น.

ฝ่ายที่เห็นว่าไม่ควร, มีเหตุผลว่า:

(๑) การเตรียมถึงขั้น วท.บ. ทำให้นักศึกษาคงหมดเปลืองยิ่งขึ้น.

(๒) ปรากฏว่าผู้ได้ปริญญา วท.บ. เรียนแพทย์ได้ไม่คิดว่าพวกไม่มีปริญญา.

(๓) ต้องพิจารณาถึงสถานะการณ์ของประเทศอันเคยโดยเฉพาะ.

(๔) ประเทศต้อง การเพิ่ม ปริมาณ แพทย์แผนปัจจุบันให้ทันความต้องการ.

(๕) ทำการคัดเลือกนักศึกษาเสียในระยะแรก ๆ และการเตรียมที่เหมาะสม, จะทำให้ได้คนดียิ่งขึ้น.

(๖) ความเป็นผู้ใหญ่ของคนไม่จำเป็นต้องอยู่ที่อายุอย่างเดียว.

เมื่อได้มีการพิจารณาในที่ประชุมใหญ่โดยละเอียดแล้ว, ที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันดังต่อไปนี้:

(๑) ให้ถือว่าการเรียนสำเร็จชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๔) เป็นพินความรู้ขั้นต่ำที่จะเข้าศึกษาเตรียมแพทย์. (มีข้อเสนอมิให้มีการเรียนชั้นเตรียมที่เรียกว่า pre-professional course อีก ๑ ปี.)

(๒) ให้ถือว่าการสำเร็จการศึกษา ๒ ปี, พร้อมด้วยวิชาวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย, เป็นพินความรู้ขั้นต่ำสำหรับเข้าศึกษาแพทยศาสตร์.

(๓) การคัดเลือกนักศึกษาเข้าเรียนวิชาแพทย์อาจกระทำได้ภายหลัง การสอบเข้ามหาวิทยาลัย (Secondary School-Leaving Certificate and Matriculation) และจะต้องพยายามคัดแปลงหลักสูตรการสอนและการปฏิบัติของนักศึกษาผู้สอบคัดเลือกได้, ตลอดระยะเวลาเตรียมแพทย์, เพื่อให้มีพินความรู้เหมาะสม

สำหรับจะเรียนแพทย์ต่อไป. นอกจากวิชาฟิสิกส์ เคมีและชีววิทยาแล้วควรต้องมีคณิตศาสตร์, เจเนติกส์, ตรรกวิทยา จิตวิทยา และภาษาอังกฤษรวมอยู่ด้วย.

การคัดเลือกนักศึกษาเข้าโรงเรียนแพทย์

คณะกรรมการชุดที่ ๑ เสนอว่า:

(๑) คัดเลือกโดยวิธีสอบแข่งขันและพิจารณาผลของการสอบแต่อย่างเดียว.

(๒) สอบเขียนในวิชา ก. เคมี, ข. ฟิสิกส์, ค. ภาษาอังกฤษ (ความเข้าใจชายช่ง).

(๓) ให้มีการตรวจร่างกายทางแพทย์, ทุกคน (รวมเอ็กซ์เรย์ ฯลฯ) อีกด้วย.

คณะกรรมการชุดที่ ๒ มีความเห็นว่าควรทำการคัดเลือกโดยพิจารณาข้อต่าง ๆ ดังต่อไปนี้:

(๑) ผลของการศึกษาตั้งแต่ชั้น ม.๔ ขึ้นไป.

(๒) การปฏิบัตินอกหลักสูตรการสอน (Extra-curricular activities) เช่นการกีฬา ฯลฯ.

(๓) อนุกรรมการบางคนมีความเห็นว่าควรทำการสัมภาษณ์พวกชายเส้นด้วย,

และอาจคัดเลือกสัก ๑๐ ปช. จากพวกนี้.

เมื่อได้มีการพิจารณาโดยละเอียดใน
ที่ประชุมใหญ่แล้ว, ที่ประชุมมีความเห็น
ร่วมกันดังต่อไปนี้:

โดยที่มีความยุ่งยาก เนื่องจาก โรง-
เรียนแพทย์ของประเทศใช้วิธีการคัดเลือก
นักศึกษาด้วยวิธีต่าง ๆ กัน, ดังนั้นการที่
จะจัดให้ใช้วิธีการอย่างเดียวกันจึงยังทำไม่
ได้. ต้องรอให้การปรับปรุงการศึกษาศึกษา
มัธยมของประเทศได้เป็นไปตามข้อเสนอ
ของคณะกรรมการพิจารณาแผนการศึกษา
(Mudaliar Commission) เสียก่อน.

ในขณะนั้นที่ประชุมเสนอว่า:

(๑) สำหรับเวลาต่อ ๆ ไปอีก ๒-๓
ปีข้างหน้า, โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ควร
ดำเนินการต่อไปตามที่เคยปฏิบัติมา, โดย
ให้คำนึงถึงข้อควรพิจารณาในการคัดเลือก,
คือ (ก) ผลของการเรียนของนักศึกษาแต่ละ
คน,

(ข) การปฏิบัตินอกหลักสูตรการสอน.

(๒) ในการพิจารณาผลของการศึกษา
จะต้องพิจารณาคะแนนการสอบเข้ามหาวิทยาลัย,
และคะแนนที่ได้รับในวิชาวิทยาศาสตร์
เตรียมแพทย์, ตลอดจนผลของการศึกษา
ในวิชาอื่น ๆ ตลอดระยะเวลา

๒ หรือ ๓ ปีก่อนรับเข้าเป็นนักเรียนแพทย์
อีกด้วย.

(๓) เมื่อได้พิจารณาคัดเลือกผู้ไม่
เหมาะสมตามข้อ (๒) ออกหมดแล้ว, ผู้ที่
เหลืออยู่จะต้องผ่านการสัมภาษณ์โดยคณะ
กรรมการคัดเลือกอีกครั้งหนึ่ง, ซึ่งจะสอบ
ถามในเรื่องการปฏิบัตินอกหลักสูตรการ
สอนและอื่น ๆ ต่อไป.

(๔) จะต้องเก็บหลักฐานของผู้สมัคร
แต่ละคนไว้, เกี่ยวกับ (ก) ผลของการ
ศึกษาที่ผ่านมา, (ข) การปฏิบัตินอกหลักสูตร
การสอน, และ (ค) ผลของการตรวจ
สอบเกี่ยวกับบุคคลลักษณะ, ความเหมาะสม,
และผลของการตรวจสอบชนิดอื่น ๆ
ซึ่งนำมาใช้.

(๕) ให้รวบรวมผลเหล่านี้ไว้และนำ
มาพิจารณาเป็นครั้งคราว, เพื่อเป็นหลักสำ
หรับวางระเบียบให้เป็นมาตรฐานสำหรับ
ทั้งประเทศต่อไป.

วิชาในหลักสูตรและชั่วโมงสอน

ในการวางหลักสูตรและชั่วโมงการ
สอนจะต้องคำนึงถึง:

วัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย- ศาสตร์:

(๑) วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดเพื่อ

สร้างแพทย์มูลฐาน.

(๒) ให้แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ในภาวะปกติสุข, และในภาวะที่มีโรคภัยไข้เจ็บ.

(๓) แพทย์จะต้องคำนึงถึงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วยเสมอไป, ในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย.

(๔) แพทย์จะต้องมีความเข้าใจเป็นอันดีว่าความไม่มีโรคนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของมนุษย์. ดังนั้น, หน้าที่สำคัญที่สุดของแพทย์ก็คือการระวังรักษาให้บุคคลมีพลานามัยดีอยู่เสมอไป, โดยใช้หลักของอายุรศาสตร์ของกัน, ดังนั้นจึงต้องศึกษาในท่าน้องกันไปด้วยจนตลอดหลักสูตร.

(๕) สอนให้นักศึกษารูจักใช้ความคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง, ไม่ใช่การท่องจำแต่อย่างเดียว.

ในการที่จะให้นักศึกษาได้เข้าใจถึงร่างกายมนุษย์ให้สมบูรณ์ถึงกล่าวแล้วในวัตถุประสงค์ การให้การศึกษาศมควรถ้าเนนไปในแบบร่วมประสาน (integration method) ให้วิชาที่สอนแต่ละวิชาสัมพันธ์ไปกับวิชาอื่นอย่างใกล้ชิด. การสอนในแบบร่วมประสานนี้จะทำให้เกิดผลดีหลายประการ, คือ

(๑) ช่องว่างระหว่างวิชาปรีคลินิกและคลินิกก็จะหมดสิ้นไป.

(๒) การสอนด้วยวิธีท่องตำราหรือท่องจำบทปาฐกถาของอาจารย์ก็จะหมดไปด้วย. นักศึกษาจะได้รู้จักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองโดยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์.

(๓) แทนที่จะศึกษาร่างกายมนุษย์ทีละส่วน ๆ ทั้งในท่านปรีคลินิกและคลินิกก็จะได้มีการศึกษาทั้งร่างพร้อมกันไป, ทำให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้นในทุก ๆ ด้าน.

หลักสูตรปัจจุบันในโรงเรียนต่าง ๆ ของอินเดีย

วิชา	ชั่วโมงเรียน		ชั่วโมงเรียน	
	อย่างสูง	อย่างต่ำ	เฉลี่ย	ตามข้อเสนอใหม่ (ของเรา)
Anatomy	๑๕๑๔	๖๓๕	๑๑๔๒.๘	๕๐๐ (๘๗๑)
Embryology				
Histology				

สารศิริราช

วิชา	ชั่วโมงเรียน			ชั่วโมงเรียน	
	อย่างสูง	อย่างต่ำ	เฉลี่ย	ตามข้อเสนอนี้ใหม่ (ของเรา)	
Physiology	๗๔๘	๒๔๕	๕๐๐	๕๐๐	(๕๔๘)
Biochemistry					
Pharmacology	๓๑๔	๑๓๑	๒๔๔	๒๐๐	(๒๗๖)
Toxicology					
Pathology	๖๔๘	๑๕๒	๕๒๐.๕	๕๐๐	(๖๗๑)
Bacteriology					
Parasitology					
Forensic Medicine					
Medicine	๑๒๕๕	๑๐๒๖	๕๒๑.๕	๕๐๐	(๑๐๕๘.๕)
Pediatrics					
T.B.					
Leprosy					
Skin					
Mental diseases					
Infectious diseases					
Preventive Medicine	๒๓๘	๕๐	๑๑๕	๓๕๐	(๑๓๘)
Surgery	๑๑๐๐	๗๑๐	๑๐๗๖.๑	๘๐๐	(๕๕๓)
Orthopedics					
E.N.T.					
Ophthalmology					
Dental medicine					
Anaesthesia					

H. & P.H.

วิชา	ชั่วโมงเรียน		ชั่วโมงเรียน	
	อย่างสูง	อย่างต่ำ	เฉลี่ย	คามข้อเสนอนี้ใหม่ (ของเรา)
Obstetrics	๕๓๘	๓๕๐	๓๒๖	๔๐๐ (๓๗๕)
Gynecology				
Total	๖๗๕๕	๔๒๕๖	๔๖๔๔.๘	๔๒๖๐ (๔๕๘๕.๕)

คณะกรรมการชุดที่ ๒ มีหน้าที่พิจารณาให้ความเห็นเกี่ยวกับวิชาในหลักสูตรและชั่วโมงการสอน, ได้ให้ความเห็นดังต่อไปนี้:

(๑) ในหลักสูตรโดยทั่วไป ให้เน้นความสำคัญให้นักศึกษาตระหนักอยู่เสมอไปว่าผู้ช่วยเป็นมนุษย์บุคคลหนึ่งเหมือนกัน, มิใช่เป็นโรคแต่อย่างใด. การวิจัยกันเป็นเรื่องสำคัญในการประกอบโรคศิลปะและควรส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความสนใจในปัญหาพิเศษต่าง ๆ เกี่ยวกับการอนามัยและการแพทย์ในท้องถิ่น, โดยให้ได้รับอบรมในเรื่องนี้, ทั้งเข้าร่วมมือในเรื่องการสาธารณสุขของท้องถิ่นโดยใกล้ชิดอีกด้วย.

(๒) ให้มีการฝึกฝนอบรมนักศึกษาในการวินิจฉัยโรคโดยไม่ท้องใช้เครื่องมือที่ย่างยากเกินไป.

(๓) สำหรับวิชาในหลักสูตรได้แนะนำ

นำให้มีการเปลี่ยนแปลงชั่วโมงเรียน, ทั้งในตารางข้างต้น, ซึ่งการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ได้แก่การตัดชั่วโมงในวิชากายวิภาคศาสตร์ให้น้อยลง, และเพิ่มชั่วโมงในพยาธิวิทยาและอายุรศาสตร์ ข้างกัน.

(๔) ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เลือกเรียนและปฏิบัติในแขนงที่ตนสนใจเป็นพิเศษเป็นเวลา ๑๕-๑๗ ปี. ของชั่วโมงเรียนทั้งสิ้นในหลักสูตร, โดยมีเครื่องมือเครื่องใช้ให้อย่างสมบูรณ์.

(๕) สำหรับหลักสูตรให้ใช้เวลาเรียน ๕ ปีครึ่ง, พร้อมทั้งบังคับให้เขียนแพทย์ประจำบ้านอีกหนึ่งปี, แต่อาจลดลงมาเป็นหลักสูตร ๕ ปีครึ่ง ๆ ก็ได้.

(๖) สำหรับการฝึกหัดแพทย์ประจำบ้านควรให้เป็นการหมุนเวียน, โดยให้ปฏิบัติอยู่ในแผนกอายุรศาสตร์, ในต่างจังหวัด, และในแขนงพิเศษอีก ๑ แขนง, ประเภทละ ๔ เดือน.

(๑) สำหรับภาษาที่ใช้สอนในขณะนี้ ควรใช้ภาษาของท้องถิ่นที่เคยปฏิบัติมา เพราะประเทศอื่นก็มีภาษาสำคัญใช้อยู่ในประเทศมากกว่า ๑๐ ภาษา. การใช้ภาษาอื่นเป็นภาษากลางของประเทศทั้งหมดจะกินเวลาอีกนาน. แต่ในขณะเดียวกันนักศึกษาก็ต้องมีความรู้ในภาษาต่างประเทศ, โดยเฉพาะภาษาอังกฤษซึ่งควรมีการสอนจนตลอดหลักสูตร.

เมื่อได้มีการพิจารณาโดยละเอียดในที่ประชุมใหญ่แล้ว, ที่ประชุมได้ตกลงให้เสนอข้อแนะนำต่าง ๆ ดังต่อไปนี้แล้วข้างต้นไปยังมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ทั่วประเทศ, เพื่อใช้เป็นหลักพิจารณาในการปรับปรุงหลักสูตรให้เข้าอยู่ในแนวเดียวกัน. เมื่อดำเนินการตามแนวนั้นไปได้ ๒ ปีแล้วให้นำผลขึ้นพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบในการศึกษาแพทย์อีกครั้งหนึ่ง.

การสอบไล่และวิธีตรวจสอบความรู้ของนักศึกษา

คณะกรรมการชุดที่ ๓ ได้พิจารณาให้คำแนะนำว่า.

(๑) วิธีการที่ใช้กันอยู่ในเวลานี้

ยังไม่เห็นพึงพอใจ. นักศึกษากดกันมาก.

(๒) แต่จะเลิกการสอบไล่เสียทีเดียวยังไม่ได้.

(๓) ควรให้มีการคิดแปลงใหม่. การตรวจสอบความรู้จะต้องใช้วิธี (ก) สอบไล่, (ข) ให้คะแนนการเขียนและการปฏิบัติ (อาจถึง ๕๐ ปช. ของคะแนนทั้งหมด, โดยวิธีค่อยทำค่อยไป, เพราะวิธีนี้จะต้องใช้อาจารย์จำนวนมาก.

(๔) กำหนดความสำคัญของการสอบไล่ในแผนกคลินิกเป็นพิเศษ. นักศึกษจะต้องได้คะแนน ๕๐ ปช. เป็นอย่างต่ำในประเภทนี้จึงจะถือว่าสอบไล่ได้.

(๕) สำหรับการสอบเขียนให้ค่อย ๆ ลดจำนวนการสอบประเภทนี้ให้น้อยลง.

(๖) สำหรับผู้สอบ, ให้มีผู้สอบจากภายนอกโรงเรียนด้วย.

(๗) สำหรับสถานที่สอบ, ควรเป็นสถานที่ซึ่งนักศึกษาได้รับการฝึกหัดอบรม)

(๘) ผู้สอบจากภายนอกจะต้องเป็นผู้ที่กำลังสอนในวิชานั้น, หากเป็นผู้ที่ออกไปจากมหาวิทยาลัยแล้ว, ก็จะต้องออกไปแล้วไม่เกิน ๓ ปี.

คณะกรรมการชุดที่ ๒ ได้พิจารณาให้ความเห็นว่า:

(๑) ควรเลิกการสอบเขียนให้หมด, คงที่ปฏิบัติกันอยู่ในประเทศเยอรมนี, ออส-เทรีย, สแกนดิเนเวีย, และรัสเซีย.

(๒) ให้เน้นความสำคัญของการสอนปฏิบัติและคลินิก (practical and clinical) และการสอบปากเปล่า, และให้มีการสอบประเภทนี้เป็นครั้งคราวตลอดปีการศึกษา.

(๓) เหตุที่นักศึกษาสอบตกมากก็เพราะ : (ก) การคัดเลือกยังไม่เหมาะ, หรือ (ข) การสอนยังอยู่ในมาตรฐานขั้นต่ำ. (ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง มีนักเรียนสำเร็จหลักสูตรเพียง ๕ ปช.)

(๔) นักศึกษาไปสนใจวิชาที่สอบไล่และคะแนนสอบไล่จนเกินไป.

(๕) วิธีการที่เป็นอนุคมคติควรเป็นวิธีที่เลิกการสอบไล่เสียเลย, และมีวิธทดสอบความรู้และให้คะแนน โดยไม่ให้ นักศึกษารู้ตัว.

(๖) การทดสอบความรู้ด้วยวิธีปฏิบัติของนักศึกษาคควรคิดเป็นคะแนนครึ่งหนึ่งของคะแนนทั้งหมด, และจะต้องใช้จำนวนอาจารย์ผู้สอบมากขึ้น.

(๗) การทดสอบความรู้นักศึกษาเป็นครั้งคราวตลอดปีการศึกษานั้นควรถือว่า

เป็นการช่วยเหลือให้มีความรู้, มากกว่าที่จะเป็นการลงโทษนักศึกษาเพราะขาดความรู้.

(๘) ควรถือผลของการศึกษาในระยะ ๕ เดือนแรกของหลักสูตร (ชั้นปีที่ ๑) เป็นหลักเพื่อพิจารณาว่านักศึกษาแต่ละคนมีความเหมาะสมที่จะอยู่ต่อไปจนตลอดหลักสูตรหรือไม่, และให้ผู้ไม่เหมาะสมทุกคนพ้นจากการเป็นนักศึกษาในโรงเรียนแพทย์.

เมื่อได้มีการพิจารณาหัวข้อต่าง ๆ ซึ่งคณะอนุกรรมการเสนอมาแล้วที่ประชุมใหญ่ได้ตกลงร่วมกันให้ความเห็นว่า:

(๑) วิธีการสอบไล่และทดสอบความรู้ นักศึกษาซึ่งปฏิบัติกันอยู่ในขณะนี้ยังไม่ทำให้เกิดผลที่พึงพอใจ.

(๒) การสอบเขียนยังต้องการเปลี่ยนแปลงอยู่อีกมาก.

(๓) ความสำคัญส่วนใหญ่ควรอยู่กับการทดสอบความรู้ในวันหนึ่ง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา, มากกว่าที่จะใช้วิธีการปฏิบัติกันอยู่ขณะนี้, และ

(๔) ให้โรงเรียนแพทย์ซึ่งสนใจและมีความปรารถนาจะทดลองวิธีการดังกล่าวแล้ว, เริ่มดำเนินการปฏิบัติได้ทันที.

การคัดเลือกอาจารย์

คณะกรรมการชุดที่ ๒ ได้พิจารณาเรื่องนี้และให้ความเห็นว่า:

(๑) ในการคัดเลือกอาจารย์นั้นวิธีการที่ปฏิบัติกันอยู่ขณะนี้ยังให้ผลไม่เป็นที่พึงพอใจ.

(๒) ในการเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น, มีอันตรายอยู่มากในการใช้หลักอาวุโสแต่อย่างเดียว. การรับคนใหม่จากที่อื่น. การเลื่อนบุคคลในแผนกให้มีตำแหน่งสูงขึ้นนั้นไม่ควรกระทำ, นอกจากผู้นั้นได้ไปปฏิบัติหน้าที่ ณ ที่อื่นจนเป็นที่พอใจเสียก่อน.

(๓) ควรมีการปรับปรุงฐานะอาจารย์ให้สูงขึ้น, เช่นเงินเดือนควรมีเพียง ๒ ชั้น, คือชั้นศาสตราจารย์และชั้นผู้ช่วยศาสตราจารย์เท่านั้น, และให้มีการเลื่อนอันดับสูงขึ้นได้ในแต่ละชั้นโดยพิจารณาสมรรถภาพเป็นเกณฑ์ในการเลื่อนอันดับ.

(๔) สำหรับแผนกวิชาอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, และวิสัญญีวิทยาอาจารย์ควรปฏิบัติเต็มเวลา (full-time). (แผนกวิชาปริคณิณปฏิบัติเต็มเวลาอยู่แล้ว)

เมื่อได้มีการพิจารณาในที่ประชุมใหญ่

แล้ว, ที่ประชุมตกลงให้ความเห็นร่วมกันดังต่อไปนี้:

(๑) อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ของรัฐบาลควรได้รับการคัดเลือกโดยคณะกรรมการ, ซึ่งมีผู้แทนของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ๑ คนและอย่างน้อยมีผู้เชี่ยวชาญในวิชานั้น ๆ อีก ๒ คนเข้าร่วมด้วย.

(๒) สำหรับโรงเรียนซึ่งไม่ใช่ของรัฐบาลการคัดเลือกควรทำในทำนองเดียวกัน, คือต้องประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในวิชานั้น ๆ อย่างน้อย ๒ คนเข้าร่วมด้วย.

(๓) อาจารย์ควรได้รับเงินเดือนเป็นจำนวนเพียงพอ, เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีความรู้ความสามารถเข้ามาเป็นอาจารย์ให้มากขึ้น, และต้องให้หลักประกันฐานะของบุคคลเหล่านั้นตลอดไปด้วย.

(๔) ให้มีการแข่งขันสำหรับตำแหน่งสูง ๆ, เปิดรับสมัครสำหรับบุคคลทั่วไป, แต่ให้อาจารย์ผู้น้อยในแผนกวิชานั้น ๆ มีสิทธิเข้าแข่งขันด้วย.

วิชาซึ่งมีความสำคัญเป็นพิเศษ

อนึ่ง, ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะว่าวิชาที่ควรได้รับความเอาใจใส่เป็นพิเศษนั้น

คืออายุรศาสตร์ด้วยกันและอายุรศาสตร์
สังคม, ความชำนาญในส่วนภูมิภาคและ
ชีวสถิติ. ทั้งนี้:

(๑) ทุก ๆ โรงเรียนแพทย์จะต้องมี
แผนกอายุรศาสตร์ด้วยกันและอายุรศาสตร์
สังคม, พร้อมทั้งมีอาจารย์ปฏิบัติงานเต็ม
เวลา.

(๒) การสอนในแผนกวิชานี้ควรทำ
ตั้งแต่ปีที่ ๑ ของหลักสูตรจนตลอด ๔ ปี,
และรวมบทเช่นแพทย์ประจำบ้านด้วย.

(๓) การสอนควรมีส่วนร่วมไปกับ
การสอนในแผนกวิชาอื่น ๆ, เช่นตัวอย่าง
งานในแผนกผู้ช่วยนอก (O.P.D.) นักศึกษา
ควรมีโอกาสติดตามเจ้าหน้าที่สังคมส่ง
เคราะห์ไปเยี่ยมผู้ช่วยจนถึงบ้าน, เพื่อ
โอกาสได้ศึกษาสิ่งแวดล้อมในด้านสังคม
และสิ่งอื่น ๆ, อันมีส่วนเกี่ยวข้องกับการ
เจ็บไข้ของผู้ป่วย. แผนกวิชาที่เกี่ยวข้อง
คืออายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, สูติศาสตร์,
นรีเวชวิทยา, กุมารเวชศาสตร์, และวิชา
โรคจิตก็เข้าร่วมดำเนินการศึกษาในค่านัน
ด้วยพร้อม ๆ กันไป, แล้วมีการประชุม
ปรึกษาหารือ (เซมินาร์) ร่วมกัน.

(๔) แผนกอายุรศาสตร์ด้วยกันและ
สังคมควรมีการติดต่อกันอย่างใกล้ชิด

กับสหศาสตร์ต่าง ๆ ทั้งในกรุงและต่างจั-
หวัด, ใช้สหศาสตร์เหล่านี้เป็นสถานปฏิบัติ
การ ซึ่งนักศึกษาจะได้รับความรู้ความชำนาญ
ในการปฏิบัติด้วยตนเอง, เป็นการส่งเสริม
ให้นักศึกษาได้มีความเข้าใจถึงปัญหา
การสาธารณสุขของท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด.
หากกระทำได้แผนกวิชานี้ควรมีหน้าที่
ควบคุมกิจการของสหศาสตร์เหล่านี้ด้วย.

(๕) สหศาสตร์ในต่างจังหวัดจะเป็น
สถานที่ให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการสา-
ธารณสุขในต่างจังหวัดแก่นักศึกษา.

(๖) การทดสอบความรู้ของนักศึกษา
ในวิชานี้ควรให้มีเป็นครั้งคราวจนตลอด
หลักสูตร.

วิชาชีวสถิติ (Biostatistics)

(๑) ในหลักสูตรเตรียมแพทย์ควรมี
คณิตศาสตร์เบื้องต้นเพื่อเป็นรากฐานสำ-
หรับการศึกษาวินิจฉัยสถิติในหลักสูตรแพทย์
ต่อไป.

(๒) วินิจฉัยสถิติเบื้องต้นควรเป็นวิชา
บังคับในระยะปริทัศน์โดยใช้ผลของการ
สำรวจตามท้องถิ่น (field surveys)
และผลของการปฏิบัติในท้องถิ่นโดย
เฉพาะในวิชาสัตววิทยาและเภสัชวิทยาเป็น

รายการผลสำหรับการฝึกฝน.

(๓) ควรให้เป็นวิชาเลือกเรียนได้ (elective) ในระยะคลินิกสำหรับผู้มีความสนใจ, และต้องการศึกษาโดยเฉพาะในทฤษฎีวิชาโรคระบบประสาทให้กว้างขวางยิ่งขึ้น.

วิชาการเวชศาสตร์

โดยที่กุมารเวชศาสตร์เป็นวิชาที่มีความสำคัญยิ่งในแผนการศึกษแพทยศาสตร์และโดยที่ได้มีการคลคลายยังเกิดขึ้นในขณะนี้หลายประการ, ที่ประชุมจึงได้พิจารณาให้ข้อแนะนำว่า:

(๑) ในโรงเรียนแพทย์ทุกโรงเรียนจะต้องมีแผนกกุมารเวชศาสตร์เป็นแผนกอิสระ.

(๒) การศึกษาในวิชานี้ควรกินเวลาไม่น้อยกว่า ๓ เดือน, เริ่มตั้งแต่เด็กก่อนเกิด, จนถึงความเจริญเติบโตของเด็กภายหลังคลอดก้วย.

หน่วยวิจัย

ที่ประชุมได้พิจารณาเห็นว่าในการที่จะส่งเสริมให้การสอนในโรงเรียนแพทย์ได้ผลดียิ่งขึ้นและส่งเสริมให้มีการวิจัยนั้น, ทุกแผนกวิชาจะต้องมีหน่วยวิจัย, มีอา-

จารย์และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในหน่วยนั้น, มีเงินเดือนสงพอสมควร, และห้ามการปฏิบัติงานนอกสถานทุกชนิด. (มีสมาชิกในที่ประชุมผู้หนึ่งกล่าวว่า "การสอนที่ไม่มีมีการวิจัยนั้นไม่ใช่การสอน, และการวิจัยที่ไม่มีมีการสอนก็ไม่ใช่การวิจัยเช่นกัน.")

อัตราส่วนระหว่างจำนวนอาจารย์และนักศึกษา

ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอว่าในการดำเนินการศึกษาให้ได้ผลดีนั้นจะต้องมีอัตราส่วนระหว่างอาจารย์และนักศึกษาดังนี้, คืออาจารย์หนึ่งคนต่อนักศึกษาห้าคน.

สรุป

การประชุมครั้งนี้นับว่าเป็นประโยชน์เป็นอันมากสำหรับผู้สังเกตการณ์จากประเทศต่าง ๆ. โดยเฉพาะประเทศไทยมีปัญหาในเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์คล้ายคลึงกับของประเทศอินเดีย. โดยที่ส่วนภูมิภาคยังมีความต้องการแพทย์แผนปัจจุบันอยู่อีกมาก, ทั้งในค้ำนรักษาและค้ำนป้องกันโรค, ดังนั้น การศึกษาแพทยจึงสมควรดำเนินไปในแนวทางผลิตแพทย์มูลฐาน

(basic doctor) เช่นเดียวกัน. หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ของเราซึ่งได้จัดวางขึ้นโดยรศ.ค.เฟลเลอร์มูนินิ ทั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๖๖ นั้นได้ดำเนินการเรื่อยมาจนกระทั่งบัดนี้, เป็นเวลา ๓๐ กว่าปีแล้ว, โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเลย. มีแต่เพิ่มชั่วโมงในหลักสูตร ๕ ปี จาก ๔,๖๒๐ ชั่วโมงเป็น ๔,๘๘๕.๕ ชั่วโมง, ซึ่งนับว่าเป็นหลักสูตรที่หนักมากสำหรับนักศึกษา. บัดนี้ถึงเวลาแล้วที่จะต้องคิดเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงหลักสูตรเพื่อให้เข้าสู่แนวทางปัจจุบันและให้เหมาะสมกับความต้องการของประเทศชาติ.

เป็นที่น่าสังเกตอีกด้วยว่า ในการประชุมครั้งนี้ นายกของสภาการแพทย์และนายกแพทยสมาคมอินเดียก็เข้าร่วมด้วย,

และบางครั้งก็ให้คำอธิบายอย่างรุนแรง, เพื่อรักษาผลประโยชน์ขององค์การนั้นๆ. ในวันสุดท้ายของการประชุมประชาชนที่ประชุมได้ขอให้ผู้แทนจากประเทศต่างๆ กล่าวคำปราศรัย. ข้าพเจ้าได้ถือโอกาสดกล่าวขอบคุณรัฐบาลอินเดียที่ได้ให้เกียรติเชิญมาร่วมประชุมครั้งนี้, ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกที่จัดแจงเรื่องการเดินทางและขอบคุณที่ประชุมที่ได้ให้โอกาสมาร่วมด้วยอย่างใกล้ชิดเช่นนี้, และโดยที่ Dr. Allen Gregg แห่ง รศ.ค.เฟลเลอร์มูนินิ ได้มาร่วมประชุมอยู่ด้วยตลอดเวลา, จึงถือโอกาสดกล่าวขอบคุณมูนินิในการที่ได้กรุณาช่วยเหลือให้การศึกษแพทยของประเทศไทยได้เจริญรุ่งเรืองขึ้นมาถึงระดับปัจจุบันนี้.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บทบรรณาธิการ

การถอนอมเล็ดไว้ถ่าย

การถ่ายเลือดเป็นวิธีการรักษาที่กล่าวถึงแพร่หลายและเพิ่มพูนขึ้นอย่างรวดเร็ว. ไม่จำเป็นจะต้องมองไปถึงต่างประเทศซึ่งมีบริการถ่ายเลือดและคลังเลือดเป็นขีปนาวุธมาตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สอง, เพียงแต่คิดในประเทศของเราเองก็เห็นความจริงในข้อนี้ได้อย่างชัดเจน. สถิติของโรงพยาบาลศิริราชเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๑ แสดงว่าหน่วยถ่ายเลือดทำการถ่ายเลือดภายในโรงพยาบาลเฉลี่ยเดือนละ ๑๑๔ ครั้ง. ใน พ.ศ. ๒๔๕๘ ทำการถึงเดือนละ ๔,๒๒.๕ ครั้ง. ในระยะเวลาไม่กี่ปีเกิดบริการถ่ายเลือดขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยทั่วถึงกัน, และมีการจัดตั้งคลังเลือดขึ้นหลายแห่งซึ่งนับว่ามีประสิทธิภาพพอสมควรแล้วทั้งนั้น. ข้อหนึ่งซึ่งเป็นที่รอนอกร้อนใจของผู้บริหารบริการเลือดทั้งหลายคือการที่จะจัดให้มีเลือดหมู่ต่าง ๆ ไว้ให้ครบถ้วนและพอเพียงกับความต้องการอยู่ตลอดเวลา. จุดประสงค์นี้จะสำเร็จได้ก็ด้วยการที่สามารถเก็บเลือดไว้ได้เป็น

เวลานานพอสมควร. เรื่องนี้หากคิดเผิน ๆ ก็รู้สึกว่าจะไม่น่าจะยากนัก; เพราะวัตถุดิบที่เรียกว่าถ่ายอย่างเราก็สามารถถอนอมไว้ได้เป็นเวลานาน ๆ แทบจะไม่จำกัด. แต่การเก็บเลือดไว้ถ่ายต่อไปนี้มีใช้มีแต่เพียงการขึงกันมิให้น้ำเท่านั้น, แต่ยังคงให้เซลล์เลือดคงอยู่ในสภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์อีกด้วย. ข้อที่ทำให้ยุ่งยากซับซ้อนเข้ามาอีกก็คือเซลล์เลือดทั้งหลายนั้นเป็นสิ่งมีชีวิต, จึงต้องใช้ออกซิเจนและใช้อาหารตลอดเวลาที่เก็บเอาไว้. การเก็บไว้ในสภาพเย็นแข็งซึ่งดูเหมือนจะเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดนั้นปรากฏว่าใช้ไม่ได้, เพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางประการซึ่งเป็นการเสื่อมคุณภาพ. การศึกษาค้นคว้าในเรื่องถอนอมเลือดคนได้กระทำกันอย่างแข็งขันมากและเป็นเรื่องที่น่ารู้เรื่องหนึ่ง.

การศึกษาค้นคว้าอย่างหนักหน่วงในระหว่างสงครามโลกครั้งที่แล้วได้นำให้วิธีถอนอมเลือดซึ่งใช้กันอยู่แพร่หลาย

และนับว่าดีที่สุด ในขณะที่, คือ วิธผสม เลือดครบ (whole blood) กับน้ำยาเอ. ซี.ที. (ซีเทรทอซิก, ซีเทรทอโฟโซ-เกียม, เค็กสโทรส) และเก็บไว้ใน อุณหภูมิ ๔° ซ. ซึ่งรักษาให้เลือดอยู่ใน สภาพใช้ได้ได้นานประมาณ ๓ สัปดาห์. การ ที่เก็บไม่ได้ นานกว่านี้ก็เพราะมีการ เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในเลือดอยู่เรื่อย ๆ. นอกจาก รปร่างของเซลล์จะเปลี่ยนไป, ยังมี การเปลี่ยนแปลงในคุณสมบัติบางประการ และ ส่วนประกอบบางอย่างด้วย.⁽¹⁾ ที่สำคัญได้ แก่เม็ดเลือดเปราะมากขึ้น, แดกทำลาย ง่ายขึ้น, และอำนาจการใช้กลโคสลดน้อย ลง, ซึ่งหมายความถึงชีวิตชีวาของเซลล์ โดยตรง. ความเปราะของเม็ดเลือดพิสูจน์ โดยจำนวนเปอร์เซ็นต์ที่เม็ดเลือดสลาย เมื่อใส่ในน้ำยาซี.เคียมผลอไรท์ ๐.๖ ๒๕. เม็ดเลือดที่เจาะได้ใหม่ ๆ ไม่มีการ แดกเลย, ถ้าเก็บไว้ ๒๐ วันแตกประมาณ ๒๐ ๒๕., ถ้าเก็บ ๓๐ วันแตก ๔๐ ๒๕., ถ้าเก็บ ๔๐ วันแตกถึง ๗๐ ๒๕. การ ใช้กลโคสก็ลดปริมาณลงเหลือเพียง ๕๐ ๒๕. ใน ๒๐ วัน, และประมาณ ๓๔ ๒๕. ใน ๔๐ วัน. การเปลี่ยนแปลงใน

ส่วนประกอบของเลือดที่เห็นได้ชัดเจนนคือ การย้ายที่ของโปแตสเซียมจากภายในเม็ด เลือดแดงออกมาอยู่ในพลาสมา, ซึ่งกำ เนินไปเรื่อย ๆ ระหว่างที่เลือดถูกเก็บ ไว้. โปแตสเซียมภายในเซลล์ลดลงจาก ๕๐ มิลลิอิกวีเวเลนซ์ต่อลิตรถึง ๔๕ มิลลิอิกวี เวเลนซ์ต่อลิตรภายใน ๔๐ วัน. ในเวลา เกียวกันโปแตสเซียมในพลาสมาเพิ่มขึ้น จากใกล้ศูนย์เป็นประมาณ ๒๐ มิลลิอิกวี เวเลนซ์ต่อลิตร, ซึ่งหมายความว่าเพิ่ม ขึ้นเกือบวันละ ๑ มิลลิอิกวีเวเลนซ์. การ เปลี่ยนแปลงในคุณภาพของเลือดที่เก็บไว้ เป็นเวลานานยังมีการลดจำนวนของเกล็ด เลือด (เพลตเล็ตหรือธโรมโบไซต์), ซึ่ง กำเนินไปเรื่อย ๆ ตามเวลาที่เก็บไว้; และการลดอำนาจแข็งตัวของเลือด, ซึ่ง อาจเป็นต้นเหตุแห่งอันตรายได้. นอกจาก นั้นในการถ่ายเลือดจำนวนมาก ๆ ที่ผสม น้ำยาเอ.ซี.ที. ยังมีอันตรายจากฮัยโปแคล ซีเมีย, เนื่องจากซีเทรทที่เกินต้องการนั้น อีกด้วย. ทั้งนี้ในรายที่ถ่ายเลือดจำนวน มากให้แก่คนไข้จึงจำต้องฉีดแคลเซียมให้ ทั่วเสมอ, เช่นในรายถ่ายเปลี่ยนเลือด ในโรคเฮรัยโรบลาสโตสิสเฟทาลิสเป็น

(1) Dennis M. Donohue, Clement A. Finch: J.A.M.A. 9: 784, 1956

กัน. (3) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้, และอื่น ๆ อีก, ทำให้เม็ดเลือดมีความอ่อนแอผิดปกติและมีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในสภาพที่จะทำหน้าที่ต่อไปเมื่อฉีกเข้าไปในผู้รับ. เม็ดเลือดที่ไม่สมบูรณ์จะถูกทำลายไปภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังจากการถ่าย. (1) เม็ดเลือดที่ปกติจะอยู่ได้ต่อไปจนครบอายุขัย, ซึ่งมีประมาณ ๓ ถึง ๔ เดือน. (2)

การทำลายของเม็ดเลือดแดงที่ถ่ายเข้าไป, ซึ่งไม่เหมาะที่จะทรงชีวิตอยู่ต่อไปตามปกติเกิดขึ้นเรื่อย ๆ ที่ระดับเล็กน้อยและไม่ทำให้เกิดอาการผิดปกติหรือผลร้ายอย่างใด. แต่ในโรคบางโรค, ที่ค่อนข้างหายาก, ปรากฏว่าการทำลายเม็ดเลือดนี้อาจกระตุ้นให้เกิดการทำลายต่อ ๆ ไปอีกได้, เช่นในโรคฮีโมโกลินมาโตสิสเช่นกัน. (2) ม้ามเป็นตัวสำคัญในการทำลายเม็ดเลือดที่ไม่แข็งแรง, ซึ่งอย่างมากก็เพียงทำให้เกิดอาการที่ข้านเล็กน้อย. จะทราบว่าเม็ดเลือดถูกทำลายเสียมากได้จากการทำงานของฮีมาโตคริต. ตามปกติเขาพบว่าภายหลังถ่ายเลือดให้ ๕๐๐ ล. ซม. ส่วนเม็ดเลือดแดงหรือฮีมาโต-

คริตจะเพิ่มขึ้น ๔ มม. (วินโทรบ). ถ้าเม็ดเลือดถูกทำลายเสียมาก, ค่าฮีมาโตคริตย่อมจะเพิ่มขึ้นน้อยกว่านี้.

การถ่ายเลือดที่ทำให้ประโยชน์ที่สุดแก่คนไข้คือการถ่ายเลือดสด ๆ. ความจริงข้อนี้เห็นได้จากจำนวนเม็ดเลือดที่ยังคงเหลืออยู่ในกระแสไหลเวียนในเวลาต่อ ๆ มา. โดโนฮิว (Donohue) และคณะ (1) พบว่าถ้าใช้เลือดสด, ภายหลัง ๑ สัปดาห์ยังเหลือเม็ดเลือดอยู่ในการไหลเวียนของผู้รับประมาณ ๕๐ ปช. ของที่ถ่ายเข้าไป, ภายหลัง ๒ สัปดาห์เหลือ ๔๐ ปช., ภายหลัง ๓ สัปดาห์เหลือ ๓๒ ปช., ภายหลัง ๔ สัปดาห์เหลือ ๒๕ ปช. ถ้าใช้เลือดที่ผสมกับน้ำยา เอ. ซี. ที. และเก็บไว้ในอุณหภูมิ ๔° ซ. เป็นเวลา ๒๑ วันแล้ว, ในตอนที่ให้ก็มีเม็ดเลือดที่ใช้ได้เพียง ๑๘ ปช., ๑ สัปดาห์เหลือ ๑๐ ปช., ๒ สัปดาห์เหลือ ๖๕ ปช., ๓ สัปดาห์เหลือ ๕๘ ปช., และ ๔ สัปดาห์เหลือเพียง ๕๐ ปช. ถ้าหากใช้เลือดที่ผสมอย่างเดียวกันแต่เก็บไว้นาน ๔ สัปดาห์, ในตอนถ่ายก็เหลือเม็ดเลือดที่

(2) Samson Wright: Applied Physiology, p. 186, 1953 (London, Oxford Univ. Press)

(3) ระเบียบ ฤกษ์เกษม: สารศิริราช 6:338-342, 2499

เพียง ๕๐ ปีช. เท่านั้นซึ่งลดลงเป็น ๔๐, ๓๕, ๓๐ และ ๒๐ ปีช. ในสปีคาที่ ๑, ๒, ๓, และ ๔ ตามลำดับ. ข้อสังเกตให้เห็นด้วยว่าแม้วิธินอมเลือกที่ทันท่วงทีที่สุดในเวลานี้ก็ทำได้เก็บเลือดไว้ได้ครบจำนวนในเวลาจำกัดไม่. ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการวางหลักไว้สำหรับการทดลองตรวจค้นต่อไปว่าวิธินอมเลือกที่จะถือไว้ใช้ไค้นั้นจะต้องรักษาเม็ดเลือดให้อยู่ในสภาพที่พอที่จะคงมีชีวิตอยู่ต่อไปในกระแสเลือดของผู้รับได้ในส่วนสักไม่น้อยกว่า ๗๐ ปีช. ของจำนวนทั้งหมดที่ถ่ายเข้าไป, ซึ่งหมายความว่าวิธีที่ทำได้เพียงเท่านั้นก็เป็นที่น่าพอใจแล้ว.

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการเก็บเลือดผสมน้ำยา เอ.ซี.ที., ซึ่งมีกระดกของข้ามไปเสียบ่อย ๆ, คืออุณหภูมิที่เก็บนั้นต้องอยู่ในระหว่าง ๒ กับ ๘ องศาเซนติเกรดตลอดเวลา. ถ้ามีการชน ๆ ลงบ่อย ๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูงชันกว่า ๘๐ ปีช., แม้ชั่วระยะเวลาสั้น, ก็อาจยังผลให้เม็ดเลือดเสื่อมคุณภาพมากกว่าที่ควร. ความขมกปร่องในเรือนเป็นต้นเหตุบ่อยที่สุดของการทำลายเม็ดเลือดเกินปกติภายใน

หลังการถ่ายเลือด.⁽¹⁾ การทำให้เลือดอุ่นขึ้นก่อนใช้ถ่ายโดยแช่ในน้ำร้อนก็อาจเป็นเหตุของการเสื่อมสรรพคุณได้เหมือนกัน, เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิอย่างรวดเร็ว.

สปราว (Sprague) และคณะ⁽⁴⁾ ได้ทดลองใช้เฮปียลีนไคอะมีนเตตราอะซีติกแอซิก, ซึ่งมีคุณสมบัติยับยั้งแคลเซียมไอออนได้คล้ายซีเตรท, ผสมกับกลีโคสเป็นน้ำยาถนอมเลือดแทนน้ำยา เอ.ซี.ที. เขาพบว่าน้ำยาใหม่ถนอมเลือดไว้ได้ใกล้เคียงกับน้ำยา เอ.ซี.ที. และมีข้อดีตรงที่มันทำลายเกล็ดเลือดน้อยกว่า. แต่อันตรายเกี่ยวกับภาวะแคลเซียมพร่องในเลือดมีมากกว่า, เนื่องด้วยเฮปียลีนไคอะมีนเตตราอะซีติกแอซิกต้องขับออกจากร่างกายทางไต ซึ่งกินเวลานาน, ส่วนเกล็ดซีเตรทนั้นถูกออกซิไดส์ในร่างกายหมดไปอย่างรวดเร็วกว่า.

แชปลิน (Chaplin) และพวกอ้างว่าสามารถเก็บเม็ดเลือดไว้ในสภาพคงชีวิตไค้นี้เป็นเดือน ๆ, โดยผสมกับกลีเซอรินและเอาไว้ในที่อุณหภูมิต่ำถึง ๒๐° ซ.

(4) J. Lab. & Clin. Med. 41:84-90, 1953.

ไตคนย์.⁽⁵⁾ ยังมีผู้นที่ใช้อุณหภูมิค่ามาก ถึงลบ ๗๐ และ ลบ ๑๔๐° ซ., ซึ่งเป็นระดับที่เม็กเลือกหยดใช้อาหาร, และอ้างว่าอาจเก็บเลือดไว้ได้นับจำนวน.⁽¹⁾ วิธีเก็บเช่นนี้นับว่าน่าสนใจมาก, แต่ในขณะที่ยังมีความยุ่งยากเกี่ยวกับการทำลายของเม็กเลือกดำเนินไปเรื่อย ๆ ในระหว่างเก็บไว้ประการหนึ่ง, กับความยากเย็นในการที่จะต้องล้างเม็กเลือกให้สะอาดก่อนที่จะใช้ถ่าย, อีกประการหนึ่ง.

ในเวลานี้มีผู้หันไปหาแนวใหม่ในการถนอมเลือดไว้ถ่าย, คือพยายามใช้วิธีเติมสารที่จำเป็นสำหรับเมตะบอลิซึมของเม็กเลือกแดงลงไปในน้ำยา เพื่อให้เม็กเลือกยังชีวิตอยู่ได้ชัดเจนและเป็นเวลานานขึ้น. ซึ่งเกิดจากการที่ไตคนย์พบว่าเม็กเลือกแดงที่เก็บไว้ในน้ำยา เอ.ซี.ที. นั้นทรงชีวิตไปได้ไม่นานเพราะเกิดขาดแคลนแอกซิโนซีนไทโรฟอสเฟต, ซึ่งเป็นตัวร่วมสำคัญในการเปลี่ยนกลูโคสเป็นกลูโคสฟอสเฟต, อันเป็นขั้นแรกในการใช้กลูโคส โดยเซลล์.⁽⁶⁾ ได้มีการทดลองเติมแอกซิโนซีน, อิโนซีน, และสารอื่นในจำพวกพิวรีนนิว-

คลีโอไซคัลลงในน้ำยา เอ.ซี.ที. ซึ่งเห็นว่าระแก้ความขาดแคลนดังกล่าวแล้วได้. เขาพบว่าการกระทำนั้นยกระดับยังชีวิตของเม็กเลือกได้. กายวิโอ (Gabrio), โทโน-ฮิวและฟินช์ (Finch)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบการยังชีวิตของเม็กเลือกที่เก็บในน้ำยา เอ.ซี.ที. อย่างเดียวกับในน้ำยา เอ.ซี.ที. ที่ผสมแอกซิโนซีนด้วย. เขาพบว่าพวกแรกตายหมดในเวลา ๕๐ วัน, ส่วนพวกหลังนั้นเมื่อถึง ๑๐๐ วันแล้วยังมีชีวิตอยู่ได้ถึงประมาณ ๓๕ ๒๕. ถ้าจะถือหลักการมีเม็กเลือกเหลือถึง ๗๐ ๒๕. เป็นใช้ได้, วิธีนี้ที่ใช้เก็บเลือดได้ถึง ๕๐ วัน.

ในขณะนี้จึงดูเหมือนว่าวิธีเติมสารจำพวกเมตะโบลิตที่จำเป็นลงไปในน้ำยาจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ถนอมเลือดไว้ถ่ายได้เป็นเวลานานที่สุด. แต่ความหมกหมองคงจะเป็นปัญหาสำคัญ, เพราะสารที่ใช้เติมนี้เป็นสิ่งหายาก. ทั้งนี้การค้นคว้าคงจะยังทำกันต่อไปอีก, และในวันหน้าอาจมีผู้พบวิธีที่ใช้ได้ผลดี, ราคาถูกและดีในแง่อื่น ๆ อีกด้วย.

(5) Lancet 1:852-858, 1954.

(6) J. Biol. Chem. 215:357-367, 1955.

(7) J. Clin. Invest. 34:1509-1512, 1952.

แผนกย่อยเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้ : สำราญ วงศ์พำห้ พ.บ., C.Oph., C.Oto.; เอนก เพ็ญวณิช พ.บ.;
ปราโมทย์ โลจนานนท์ พ.บ.; เกษม ลิมวงษ์ พ.บ.; อานนท์ ประทีตสุนทรสาร พ.บ., M.P.H.T.M.;
เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.; วสันต์ ใจเจริญ พ.บ., ศิว ลิมปพยอม พ.บ.;
ทินรัตน์ สติตนิมานการ พ.ด.

๑. E. Linner, H. Prijol: การตัดแก้ม
เกลียนซิมมพะเรคคทคคและการไหลของ
เอเควีสของตา. A.M.A. Arch. Ophth.
54: 831-833, 1955.

ผู้รายงานได้ทดลองในกระต่ายโดย
ตัดแก้มเกลียนซิมมพะเรคคส่วนคออันบน
ออก, แล้วศึกษาเกี่ยวกับการเกิดของ
เอเควีสในท้องถิ่นของลูกตา.

พบว่าในวันแรกความดันของลูกตาทำ
ลงมาก, และการเกิดของน้ำในท้องถิ่น
ลูกตาน้อยมาก. พอผ่านไปอีก ๒-๓ วัน
พบว่าทกอย่างกลับมาเป็นปกติและไม่พบมี
การเปลี่ยนแปลงในความดันของหลอดโล
หิตค่าเอบีสเคลอรัลด้วย.

(เอกสารอ้างอิง ๑๒ รายการ)

สำราญ วงศ์พำห้, พ.บ., C.Oph., C. Oto.

๒. H.P. Lowson: การรักษาพาราเลียลิส

ของสายเสียงแอ็บคคเคอร์ทั้งสองข้าง
J. Laryngol. & Otol. 6: 377-389,
1955.

ผู้เขียนบรรยายสาเหตุของพาราเลียลิส
ของสายเสียงแอ็บคคเคอร์ที่พบบ่อย, คือ
เส้นประสาทวีเคอร์เรนต์ลาวิงเจียลเป็นอัน
ทรายนเนื่องจากการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์, ทำให้
มีอาการหายใจหอบร่วมกับมีเสียงดังเว-
ลาหายใจเข้า; เสียงพูดเปลี่ยนไป; นอน
ลำบาก; ไซนัสอักเสบ; เกิดหลอดลม
อักเสบ, หรือโรคแทรกอื่น ๆ. เขาแนะนำ
การรักษาซึ่งใช้การผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่.
แยกคนไข้เป็น ๔ พวก, คือพวกที่ไม่ควร
ผ่าตัด, พวกที่อาจจะผ่าตัด, พวกที่อาจผ่า
ตัดเมื่อจำเป็น, กับพวกที่จำต้องผ่าตัด. ได้
ยกตัวอย่างแต่ละพวกไปด้วย. ส่วนวิธีผ่า
ตัดนั้นผู้รายงานได้กล่าวไว้, มีเจาะหลอด
คอ, ตัดสายเสียงออกหนึ่งข้าง, ย้ายที่สาย

เสียง, ผ่าตัดแบบของ King, แบบของ Kelley, แบบของ Hoover, และวิธีตัดแปลงจาก Hoover. เขาได้แรงซ็อกและข้อเสียของแต่ละวิธี, และว่าวิธีของ Hoover เป็นวิธีที่ถูกต้อง, โดยช่วยให้หายใจได้ถี่. ผู้รายงานคำนึงถึงเสียงเป็นส่วนน้อย. ในตอนท้ายผู้รายงานได้ย้ำถึงความสำคัญของการผ่าตัดว่าควรจะทำต่อเมื่อเข้าสังเกตคนไข้แล้วเป็นเวลา ๕-๑๒ เดือนหลังจากมีอาการแล้วไม่หาย, และว่าการตรวจคล่องเสียงก่อนและหลังผ่าตัดก่อนมีข้อยกเว้นของสำคัญ, โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ทำหลาย ๆ ครั้งยังจำเป็นต้องตรวจมากขึ้น.

เอนก เพทวนิช พ.บ.

๓. Joseph M. Miller et al. การวิจัยาไซนัสไฮคิสซินิกซ์ที่ขุ่นด้วยเพนิซิลลินร่วมกับสเตรปโตค็อกคัส. *Laryngoscope* 2: 143-147, 1956.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้สเตรปโตค็อกคัสและไฮคิสซินิกซ์ร่วมกับยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ ในคนไข้ที่เป็นฟรอนทัลไซนัสไฮคิสซินิกซ์ที่ขุ่น, ปรากฏว่าได้ผลดีมาก. เขาแนะนำว่าควรใช้การรักษาวินิจฉัยในผู้ป่วยที่

มีอาการไม่รุนแรงนัก, เพื่อคนไข้จะได้ไม่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล. แต่ผลการรักษานี้ยังต้องติดตามและศึกษาต่อไป.

ปราโมทย์ โฉนนานนท์ พ.บ.

๔. John R. Ross, Robert E. Crozier: เทคนิคของการทดสอบโดยวิธีก๊วยแปรงเพื่อศึกษาไซโตโลยีของกระเพาะอาหาร, *Surg. Clin. N. Am.* 3: 649-652, 1956.

ความลำบากที่เกิดขึ้นในการศึกษาเกี่ยวกับเซลล์ของมะเร็งในน้ำล้างกระเพาะอาหารคือปัญหาว่าเซลล์ที่ได้ นั้นมาจากแหล่งพยาธิสภาพที่ต้องการหรือไม่ประการหนึ่ง, กัยทำอย่างไรจึงจะได้เซลล์มามากและรวดเร็วพอที่จะย้อมทึบสีได้ไม่สลายเสียก่อนอีกประการหนึ่ง.

ปัญหาแรกแก้ได้โดยเปลี่ยนท่าของคนไข้บ่อย ๆ ในขณะล้าง, ทำให้น้ำล้างไปที่หัวกระเพาะได้.

สำหรับปัญหาที่สองนั้นเขาใช้การถูให้ถลอก (abrasive technique) ซึ่งมีเครื่องมือสองชิ้น, คือเรียกว่า "ลูกโป่งพานิกโก" (Panico balloon) กับ "ลูกโป่งชุกแอนทรมัม" (antral abrasive bal-

loon). ลูกโป่งปानीโกนั้นผ่านไปถึงส่วน
พัยลอร์สได้ยากกว่าลูกโป่งซุกแอนทรม.

นอกจากนี้ได้ใช้สารละลายเมือก, เช่น
ปลาแปนและซึบโมทรีปซิน. แม้กระนั้น
แล้วก็ยังพบว่ามีความผิดปกติอีกมาก.

ผู้รายงานได้นำเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่งที่
ประภัสสรุไทย Ayre, มีปลายเป็นแปรง
และมีแกนหมุน. เมื่อใส่เข้าไปถึงแหล่ง
พยาธิสภาพก็ขยับเอาเซลล์ออกมาจากผนัง
แล้วล้างกดออก.

แต่การใช้แปรงนี้มีวิธีการใส่ยาก, และ
มีข้อห้ามใช้มากกว่าการใช้ลูกโป่ง. ตามท
ปรากฎใน ๑๐๕ รายของผู้รายงานมีผล
ขวกเท็จเพียง ๑ รายเท่านั้น.

น่าจะกล่าวได้ว่าวิธีใช้แปรงนี้เป็นวิธีที่
ก็เพียงพอที่จะช่วยให้ไม่ต้องทำวิธีการ
ตรวจค้นอื่น ๆ, เช่นแก๊สโทรสโคปบีบหรือ
เอกซเรย์อีก.

เกษม ลิมวงศ์ พ.บ.

๕. K.K. Mustakallio, J.I. Saik-
koner: การกระจายอยู่ของควินาครีนใน
พยาธิที่คิตที่เนย ซาจินาตา. Exptl. Pa-
rasit. 2: 167, 1954.

ควินาครีนใช้เป็นยาถ่ายพยาธิที่คิตที่-

เนย ซาจินาตา ได้ผลเป็นที่รับรองกันทั่ว
ไป, แต่มันออกฤทธิ์อย่างไรต่อพยาธิยังไม่
ไม่มีใครทรวบ. ผู้รายงานจึงได้ศึกษาว่า
ยานจะพบได้ตามส่วนไหนบ้างของตัวพยาธิ,
และหวังว่าความรุนแรงอาจจะช่วยอธิบายวิธี
ออกฤทธิ์ต่อตัวพยาธิของยานได้.

ผู้รายงานได้ใช้ควินาครีนถ่ายพยาธิ
คิตที่เนย ซาจินาตา จากคนไข้ ๖ คน,
และได้พยาธิ ๖ ตัว. ได้ทำการศึกษาโดย
ใช้กล้องจุลทรรศน์ฟลูออเรสเซนซ์. พบว่า
ที่บริเวณอวัยวะสำหรับใช้เกาะคิตมีควินา-
ครินอยู่มากกว่าที่อวัยวะอื่น ๆ ของพยาธิ.
ผู้รายงานอธิบายว่าทั้งนี้เนื่องจากควินา-
ครินเป็นสัทัมประจุไฟฟ้าบวก, และอวัยวะ
สำหรับเกาะคิตของพยาธิมีประจุลบมากที่สุด,
จึงดึงดูดควินาครีนมาไว้มากกว่า
อวัยวะอื่นของตัวพยาธิ.

อานนท์ ประพัทธ์สุนทรสาร
พ.บ., M.P.H.T.M.

๖. Adalbert C. Bettman: ข้อห้าม
ใช้ฟัลลาสมาเป็นสารนำอย่างแรกในการรักร
ษาข้อคออย่างร้ายแรงภายหลังถูกไฟไหม้.
Amer. J. Surg. 6: 937-939, 1956.

คนไข้ที่ถูกน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้

เสียน้ำจากร่างกายโดยทางสำคัญ ๆ ได้สองทาง, คือ (๑) ชี้ออกทางขาดแผล, และ (๒) เสียน้ำภายในร่างกายโดยการขวม. การสูญเสียทั้ง ๒ ทางนี้ทำให้คนไข้ตกอยู่ในสภาวะของช็อคซึ่งทำอันตรายได้ง่าย. ผู้รายงานแนะนำวิธีแก้ไขการเสียน้ำตามทางแรกด้วยการปิดแผลด้วยผ้าก๊อชชุบกรดแทนนิก ๕ ปรซ., ตามด้วยผ้าชุบเกลือในเตรทของเงิน ๑๐ ปรซ. ตามแต่แห่ง. ส่วนการแก้การเสียน้ำตามหนทางที่สองนั้นก็โดยการชดเชยด้วยให้สารน้ำทางหลอดเลือด. ตามความเห็นเดิมเชื่อกันว่าพลาสติกเป็นสารน้ำที่จำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาแผลไฟไหม้เพราะเป็นแหล่งของไข่ขาวและโปรตีนชนิดอื่น. ผู้รายงานเห็นด้วยกับการรักษาขาดแผลไฟไหม้ด้วยพลาสติก, แต่ได้ชี้ให้เห็นอันตรายของการให้พลาสติกในระยะเวลาที่คนไข้กำลังช็อครุนแรง. เขาให้เหตุผลว่าในระยะของช็อครุนแรงนั้น, สารน้ำของโลหิตในร่างกายสูญเสียไปมากจนเลือดไม่พอไหลเวียน. การให้พลาสติกในระยะที่ร่างกายเสียน้ำอย่างรุนแรงนั้นโดยความดันออสโมติกของพลาสติกจะยิ่งคดน้ำจากส่วนอื่นของเลือด, และทำให้ความหนืดของ

เลือดเพิ่มขึ้น, เม็ดโลหิตเกาะกันเป็นก้อนได้ง่าย. ผู้รายงานได้เสนอผู้ช่วย ๑ รายที่ตกไฟไหม้ปานกลางและตายด้วยหลอดเลือดในสมองถูกอกุคภายหลังการให้พลาสติกมา.

ผู้รายงานมีความเห็นว่าในคนไข้ไฟไหม้ที่กำลังช็อครุนแรงนั้นควรทำแผลด้วยวิธีปิดมิดชิดดังกล่าว, ซึ่งได้ผลดี, แม้แต่ในคนที่ตกไฟไหม้เป็นเนื้อที่ถึง ๔๐ ปรซ., และการรักษาช็อครุนแรงจากไฟไหม้นั้นในระยะแรกไม่ควรให้พลาสติก, ควรจะให้กลโคส ๕ ปรซ. หรือน้ำเกลืออนอร์มัล. พลาสติกควรรอให้ในระยะหลัง.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๗. B.H. Bass ผลของโพลีอะมิโนสตัยรีนต่อกรวดในกระเพาะอาหาร. B.M.J. 4980: 1406-1407, 1956.

โพลีอะมิโนสตัยรีน (polyamino-styrene) เป็นเรซินแลกเปลี่ยนแอนไฮดรอนที่เปลี่ยนกรวดในกระเพาะอาหารให้เป็นเกลือ, แต่เมื่อผ่านเข้าลำไส้เล็กที่มีฤทธิ์เป็นด่างแล้วจะเปลี่ยนกลับเป็นสารเดิมอีก. ผลก็คือไม่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงกลูโคสอิลิค โท-

ล้วยค์ในร่างกาย. ผู้รายงานทดลองในคน ใช้ ๕ ราย. ได้ผลใน ๑๕ นาที, และ ผลอยู่นานสองชั่วโมง.

วสันต์ จงเจษฎ์ พ.บ.

๘. H. Lytton, การขยับตัวของทางไหล ของเอเควีสของตา. Brit. J. Ophth. 40: 104-107, 1956.

ผู้เขียนได้ทดลองการเกิดและการไหล เวียนของเอเควีส โดย ใช้หลอดทำเป็นวงกลมกดที่ตรงลิ้นขี้สเพื่อจะขยับไม่ให้เอเควีสไหลออกจากลูกตาได้. ได้ผลว่าผู้ ขยับทุกคนไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความ กันในลูกตา, ทั้ง ๆ ที่เขากดทางไหลออก ของเอเควีสด้วยหลอดแล้ว. เขาเลยให้ ความเห็นว่าอาจจะเป็นเพราะการเกิดของ เอเควีสมีน้อยลงมากเนื่องจากแรงกดก จากภายนอก. แต่เขาให้ข้อสังเกตว่าการ เกิดของเอเควีสนั้นเป็นไปตามอัตโนมัติ, โดยขึ้นอยู่กับความดันของลูกตาเพื่อรักษา ระดับความดันให้เป็นปกติเสมอ.

สำราญ วัศพำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๙. H.T. Laycock ขยับไปฟาริงเจียล- ไปลิ้นปีก่อนใหญ่ในชาวอาฟริกัน. J. Laryngol. & Otol. 627-630, 1955.

ชายชาวอาฟริกัน, อายุ ๒๘ ปี, สังเกตเห็นก้อนในปาก ๑ ปีก่อนมาปรึกษา. ไม่มีอาการอะไรผิดปกติจนกระทั่ง ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาเจียนหลังรับประทานอาหาร, ก้อนเนื้อโผล่ออกมาด้วยและเอาใส่ กลับบที่เค็มไม่ได้.

ผู้รายงานรักษาด้วยการผ่าตัดเอาออก ทางข้างของคอ. เอาออกได้ทั้งก้อน. หนัก ๑๕๐ กรัม, ยาว ๑๘ ซม., มีเส้นผ่าศูนย์กลางโดยเฉลี่ย ๓.๕ ซม. ก้อน อยู่ที่พีร์ฟอรัมไชนัสข้างขวา. ตรวจทาง รุกกายวิภาคเป็นโลโปมา. มีเยื่อใยเป็น ชนิดแคทรินัสชนิดสะเควมัส. มีการ ขวมและการอักเสบอย่างไม่รุนแรงนักอยู่ ด้วย.

นอกจากนี้ได้เล่าถึงเรื่องเนื้องอกบริเวณนี้เท่าที่มีผู้ได้เคยรักษาและรายงาน ไว้. พอจะรวมความได้ว่าคนไข้ที่เป็นเนื้องอกบริเวณนี้ไม่ค่อยจะมีอาการอะไรมากมายเลย.

ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๑๐. Zachary H. Benjamin ขยับรอยโรคที่สซินิกของปัจจุบัน. Am. J. Med. Sc. 18: 677-678, 1955.

โรคภัยหรือโรคพิษชนิดของไข้ขึ้นจำนวน ๑๘ รายที่รายงานไว้ในวารสารต่างๆ ภายในระยะ ๔ ปี (๑๙๕๑-๑๙๕๔) รักษาด้วยคอร์ติโซนหรือ ACTH ล้วนแต่ได้ผลดีมาก.

ผู้รายงานมีผู้ป่วยโรคนี้ ๒ ราย. รายแรกเป็นหญิงผิวขาวอายุ ๔๑ ปี, รักษาด้วยคอร์ติโซนได้ผลดีมากเช่นเดียวกัน. แต่รายที่ ๒ ซึ่งเป็นหญิงผิวขาวอายุ ๒๕

ปี, เมื่อให้คอร์ติโซนขนาดมากและนานพอแล้ว, ไม่มีอาการดีขึ้นเลย. จึงหยุดยา. ต่อมาให้การรักษาด้วยเฮ็กซเรย์, อาการทุเลาและหายเป็นปกติ. ทั้งนี้แสดงว่าผู้ป่วยรายที่ ๒ ไม่สนองต่อคอร์ติโซนขนาดมาก, แต่ดูเหมือนจะสนองต่อการรักษาด้วยรังสีเอกซ์.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.ด.

โปรดทราบ

ท่านผู้ส่งขอสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดติดต่อ
กับแผนกจัดการของสารศิริราช.

ปกิณกะ

๑. การศึกษาหลังจากเรียนสำเร็จแล้ว

ศาสตราจารย์วิลเลียม เอ็ดเวิร์ด กัลลีย์ (William Edward Gallie), ศัลยแพทย์มีชื่อของคานาดาและหัวหน้าศัลยแพทย์ของโทรอนโตเจเนอรัลฮอสปิเทล, เป็นผู้ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าการใช้เนื้อพังผืดแทนเอ็นข้อไปจากงานที่ไคตั้งตนไว้โดยศัลยแพทย์ชาวเยอรมันชื่อ คีร์ซเนอร์ (Kirschner), จนกระทั่งเป็นวิธีการที่ใช้ไคอยู่ในขณะนี้และทำให้ชื่อของกัลลีย์ติดอยู่กับประวัติศาสตร์การแพทย์ว่า "Gallie's graft" นั้น, ไคเขียนคำนำให้กับหนังสือ "Surgery of the Hand" ที่แต่งโดยลูกศิษย์ของท่าน, คือ ดร. จอห์น ฮาโรลด์ เคาช์ (John Harold Couch) ว่าโรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ทั่วไปต้องถือการสอนนักศึกษาแพทย์กับการสอนแพทย์ที่สำเร็จออกไปแล้วมีความสำคัญเท่าเทียมกัน. โรงเรียนไคที่ไม่สามารถให้การศึกษาโดยสวดกแก่อาจารย์ไค, โรงเรียนแพทย์นั้นจะไม่มีโอกาสไคชื่อว่าเรียนโรงเรียนแพทย์ที่ควรนับถือ. แต่การให้การ

ศึกษาแก่อาจารย์หรือแพทย์ที่สำเร็จออกไปให้เหมาะสมนั้นจะจำกัดโดยวิธีไคยังเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันมาก. สำหรับที่มหาวิทยาลัยโทรอนโตมีวิธีการหนึ่ง, คือให้โอกาสอายุรแพทย์และศัลยแพทย์หนุ่ม ๆ ไคทำงานที่คววชอบโดยสวดกและอิสระ. วิธีการภายในเวลาสิบปีไคทำให้ผู้ที่อยู่ในการดูแลของศาสตราจารย์กัลลีย์มีโอกาสไคเลื่อนฐานะขึ้นเป็นผู้ชำนาญในวิชาที่คววสนใจไค, ทั้งคววอย่าง ดร. เคาช์ ไคกลายเป็นผู้ชำนาญเกี่ยวกับศัลยกรรมของมือจนแพทย์อื่น ๆ ยกย่องและนำมาปรึกษาหาวิธีเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องนั้นเกิดขึ้น, และทำให้เกิดมีหนังสือตามที่ไคกล่าวแล้ว.

จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นว่าการเจริญก้าวหน้าของวิชาแพทย์ของประเทศนั้นไม่ไคอยู่ที่การศึกษาอบรมให้มีคนออกไปเป็นหมอเท่านั้น, แต่โรงเรียนแพทย์และคววแพทย์เองจำเป็นต้องมีหน้าที่ออกอย่างหนึ่ง, คือร่วมมือกันให้การศึกษาและทำการศึกษาลงจากที่จบการเรียนออกไปแล้ว. เท่า

ที่เป็นอยู่ในขณะรู้สึกว่าการนี้ในประ-
เทศเรายังมีการร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายน้อย
มาก, เพราะทั้งสองฝ่ายจะยังไม่เห็น
ความสำคัญ, ทั้งตัวอย่างที่เอามาอ้างอิง
ก็คือ:

๑. ในการประชุมทางวิชาการที่ได้
จัดขึ้นในสถานการแพทย์หลายแห่งยังมีผู้
เข้าร่วมฟังการประชุม (ผู้ศึกษา) น้อย
อย่างน่าเห็นใจทางฝ่ายผู้ให้การศึกษา (ผู้
ปราชญ์). ทั้งนี้จะมีข้ออ้างกันต่าง ๆ,
เช่นก็กระชั้นบ้าง, เวลาไม่เหมาะที่จะเข้า
ประชุมบ้าง, เรื่องที่ประชุมไม่ได้อยู่ในแนว
ที่ตัวสนใจบ้าง. ฉะนั้นในการประชุมทุก
ครั้งไม่เพียงแต่แพทย์ที่เพิ่งออกใหม่จะไม่
เข้าประชุมเท่านั้น, แต่แพทย์ผู้ใหญ่ซึ่ง
ควรจะเป็นตัวอย่างอันดีก็ปฏิบัติเสียอย่าง
เกี่ยวกัน. ฉะนั้นการประชุมทางวิชาการ
ของทุกแห่งจึงเรียกได้ว่าอยู่ในฐานะล้ม
ลุกคลุกคลาน, จนชาวต่างประเทศที่ออก
สำคัญเรื่อยมาอย่างคึกคักหายหลัง
กลับใจ, เพราะไม่คิดว่าประเทศไทยซึ่งได้
ชื่อตามข่าวว่ามีกิจการแพทย์เจริญที่
เทียบเท่ากับต่างประเทศและมีพลเมืองถึง ๑๘
ล้านคน, จะมีแพทย์มาฟังปราชญ์ถาวร
ละไม่เกียยติคนเท่านั้น. แลคงปราชญ์

เสร็จแล้วแทนที่ปราชญ์จะได้ความรู้ความ
คิดที่เกิดจากการซักถามและอภิปรายกลับ
หาผู้พบไม่ได้. คงได้เกียรติแต่เพียงคย
มือ, เพราะผู้ที่ควรจะฟังเรื่องและพบได้,
ไม่ได้เป็นผู้อยู่ในที่นั้น.

๒. ในการให้การศึกษาแบบการฟื้นฟู
ทางวิชาการซึ่งไม่ถึงขั้นไปสัต์แกรคยเขต
เช่นที่ท่ากัน ณ ต่างประเทศ, ที่โรงเรียน
แพทย์ให้แก่แพทย์ที่สำเร็จออกไปเป็น
ครั้งที่ ๓ แล้วนั้น, ผลที่ได้ก็น้อยเต็มที. ใน
เข้าวันแรกมีผู้มาลงชื่อฟังเป็นจำนวนมาก,
แต่จำนวนลดลงอย่างผิดสังเกตในภายหลัง
นั่นเอง, และคงเหลืออยู่จำนวนนั้นจนเสร็จ
การสอน. ในบางครั้งผู้ฟังและซักถาม
กลับเป็นอาจารย์ในสถานศึกษาเอง. โดย
ประการฉะนี้สถานราชการเกี่ยวกับการ
แพทย์บางแห่งจึงไม่ยอมให้แพทย์มาฟัง
การสอน. ผู้เขียนได้ริบการบอกเล่าว่าการ
ที่ผู้บังคับบัญชาไม่ยอมให้ลาเพราะกลัว
เสียเวลาราชการ; แต่จะเป็นความจริงได้
หรือไม่ว่าการที่ไม่ยอมให้ลาเพราะ
กลัวผู้ลามาจะไม่เข้าฟังการสอน, ซึ่งจะ
กลายเป็นความผิดไปถึงผู้บังคับบัญชา
ด้วย. ทั้งนี้ทำให้สะท้อนเป็นผลเสียแก่ผู้
ร่วมงานอื่น ๆ ที่ตั้งใจมาเรียนการสอน. แต่

ถ้าความจริงปรากฏว่าผู้บังคับบัญชาถือว่าการมาเรียนหนังสือทางวิชาการเป็นการเสียเวลาราชการแล้ว, ผู้เขียนขอวิงวอนว่าเป็นการตรงกันข้าม, เพราะกิจการแพทย์ที่แยกออกไปเป็นสาขาต่าง ๆ นั้น ถ้ามองแค่เพียงผิวจะเห็นว่าไม่สัมพันธ์กัน. เช่นสำหรับผู้ที่สนใจทางสาธารณสุข ผู้บังคับบัญชามักจะไม่ยอมให้มาฟังวิชาการเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา. แต่ขอให้เข้าใจว่าถึงจะสอนการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ไม่ได้ให้แต่หลักการเฉพาะเรื่องทั้งสองนี้เท่านั้น, ย่อมมีให้ที่มาแห่งโรค, การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพก่อนจะไปถึงการวินิจฉัยโรคได้, ซึ่งเป็นวิชาการที่แพทย์ถึงจะไม่ได้ทำการรักษา ก็ควรทราบ, เพราะเป็นรากฐานของวิชาสาธารณสุขเหมือนกัน. นอกจากนั้นในการเข้าฟังย่อมทำให้เกิดความคิดซึ่งในบางครั้งอาจเป็นคำทอขบปัญหาที่เคยข้องใจอยู่แต่ก่อนก็ได้, และในเวลาเดียวกันจะก็ได้ทราบว่าในเวลาอันในบ้านเรามีใครบ้างที่เราพอรู้ว่าเขามีความรู้ในวิชาการนั้น, ที่เราพอพึ่งพาได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น.

๓. ในแนวตามแบบของกัลลัตามที่

กล่าวถึงในตอนต้นนั้น ในขณะนั้นในบ้านเราเรียกว่ามีน้อยแทบจะหาไม่พบ, ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสองประการ, ประการแรกเรามีผู้ใหญ่ที่สนใจทางวิชาการอย่างจริงจังน้อยมาก, ไม่อาจเป็นที่พึ่งแก่คนหนุ่มสาวที่มีปัญหาทางวิชาการเกิดขึ้นได้ทุกขณะและทุกแขนงวิชา. ประการที่สองเรายังมีหนุ่มสาวที่อุทิศตัว, สละความสุขเพื่องานที่สนใจโดยแท้ยังไม่ได้. อาจเป็นเพราะการเงินบีบบังคับ, สังคมไม่นิยมคนรวยความรู้นอกจากเงิน, ถูกเพื่อนฝูงค่อนแคะจนหมดกำลังใจจะทำงาน.

เพียงตัวอย่างทั้ง ๓ ที่ยกมานี้พอจะทำให้เห็นได้ว่าที่รู้สึกกันว่ากิจการแพทย์ของเราเจริญทุกทีแยกต่างประเทศเขานั้นยังเป็นความคิดที่ผิด. ไม่เพียงแต่เราจะมีการสอนนักศึกษาแพทย์อ่อนกว่าเขาเท่านั้น, แต่กิจการที่จะเรียกได้ว่าเป็นการสอนแพทย์ที่สำเร็จออกไปแล้วนั้นเรียกว่าเรายังไม่มีเลย. ฉะนั้นจึงเห็นหน้าที่ของแพทย์ทุกคนที่จะต้องช่วยกันแก้ไข. จะให้คนใดหรือสถานที่แห่งใดทำให้เกิดผลขึ้นมาย่อมเป็นไปได้.

ส.ต. แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

(๒) จดหมาย

ฮัมเบอร์ก, ประเทศเยอรมนี

๕ สิงหาคม ๒๕๕๕

เรียน ท่านบรรณาธิการทีเคารพ

โดยความกรุณาของศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์, โรงพยาบาลเซ็ปเปินคอฟ, มหาวิทยาลัยฮัมเบอร์ก, ซึ่งผมทำงานอยู่ด้วย, ท่านให้ผมมีโอกาสได้เดินทางไปประชุมวิชาการโรคเด็กนานาชาติครั้งที่ ๘ ที่ กรุงโคเปนเฮเกน. ที่แผนกมีหมอไปด้วยกัน ๗ คน, คือ ท่านศาสตราจารย์เอง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ๒ คน, หมออื่น ๆ อีก ๓ คนและผมซึ่งเป็นชาวต่างประเทศคนเดียว. เราทั้ง ๗ คนได้ไปในฐานะเป็นสมาชิกสามัญของการประชุม. คนอื่น ๆ เขาได้ส่งข้อล่งหน้าไปก่อน. ผมเองไม่ทราบเรื่องและระเบียบการของเขา, ไปเรียนท่านศาสตราจารย์เอาตอนที่หลังว่าอยากจะไปด้วย. ท่านก็ได้กรุณาจัดการติดต่อให้และให้ร่วมไปด้วยกัน. ผมเดินทางออกจากฮัมเบอร์กโดยรถยนต์ของผู้ช่วยศาสตราจารย์คนหนึ่งตั้งแต่วันที่ ๒๑ กรกฎาคม. ถึงเค็นมาร์คในวันรุ่งขึ้น. การประชุมเริ่มในเย็น

วันนั้นเองโดยพระราชินีเสด็จมาทำพิธีเปิดที่ศาลาเทศบาล. ผมไม่ได้ไปในพิธีเปิดเพราะเดินทางไปถึงช้าไปหน่อย. สมาชิกที่เข้าประชุมมี ๒ พวก, คือสามัญสมาชิกซึ่งเข้าประชุมตลอดการประชุม, และสมาชิกประจำวันซึ่งเข้าประชุมเฉพาะวันหนึ่ง ๆ, ต้องไปลงทะเบียนเป็นวัน ๆ และเสียค่าธรรมเนียมวันละ ๓๐ โครน (ประมาณ ๑๒๐ บาทเศษ). ส่วนพวกสามัญสามัญเสียเท่าไรผมไม่ทราบ, เพราะท่านศาสตราจารย์จัดการให้ไปในคณะของแผนก. สมาชิกสามัญทุกคนเมื่อไปถึงโคเปนเฮเกนในวันที่ ๒๒ ต้องไปลงทะเบียนและได้รับแจกเข็มเครื่องหมายซึ่งเขียนชื่อตัวและประเทศสังกัดติดที่คอปกเสื้อนอก. ผมไปในนามของหมอเยอรมัน, ทางกาารเลยต้องแจกแจงเปลี่ยนเป็นชื่อผมและใส่ "ประเทศไทย" ให้ในวันนั้นเอง. สมาชิกสามัญทุกคนได้รับแจกสูบบุหรี่, หนังสือย่อเรื่องในการประชุม, รายการการแสดงต่าง ๆ, บัตรเชิญรับประทานอาหารและบัตรเชิญเที่ยวอีกหลายอย่าง.

ในค่านความสทกวกเขาจักไว้ไว้รับรองก็

มาก. ในบริเวณที่ประชุมมีหน่วยทำการไปรษณีย์ชั่วคราว, ธนาคาร, หน่วยโฆษณาแนะนำและให้ความสะดวกในการชมโรงพยาบาล, ชมบ้านเมือง, ฯลฯ มีห้องรับประทานเครื่องดื่มและของว่างโดยไม่ต้องเสียเงิน. สำหรับที่พักเขาจัดให้แยกกันพักตามโรงแรม, ห้องเช่า, และที่พักตามบ้านก็มี. ยัตร์เชิญต่าง ๆ ที่ผมได้รับมาแทบไม่ได้ใช้เลย, เพราะตอนกลางคืนผมรู้สึกต้องการพักผ่อนมากกว่า, ปล่อยให้ไปโคนลมแรง ๆ ที่นั่นทำให้ปวดต้นคอทุกวัน (เป็นเหมือนกัยตอนที่ผมมาถึงฮัมเบอร์กใหม่ ๆ). ผมได้ร่วมไปชมภูมิประเทศของเค็นมาร์คในตอนบ่ายวันที่ ๒๕ ซึ่งไม่มีการประชุม. เขาจัดการนำเที่ยว, มีรถบัสทั้งหมด ๑๕ คันซึ่งหมายความว่ามียานพาหนะไม่น้อย. โดยมากเป็นทอมออเมริกันซึ่งไปพร้อมทั้งภรรยาและบางทีก็มีบุตรไปด้วย. เขาพาไปโคโรงริคนมซึ่งเขาภูมิใจนักที่ชาวเค็นมาร์คดื่มมนมสดได้โดยไม่ต้องกลัวโรคเชื้อวัณโรค. พาไปชมพระราชวังซึ่งสวยงามมาก. ในห้องพระโรงแห่งหนึ่งยังมีแผ่นโลหะจารึกพระนามของเจ้าชายไทย ๒ องค์ที่ได้เสด็จไปเยี่ยมพระราชวังนั้น. คนเค็นมาร์คเชื่อว่า

พวกเขารู้จักเมืองไทยและคนไทยดีมาก. รถที่นำเที่ยวทุกคน ๆ มีมีคฤเทศก์ซึ่งพูดภาษาต่างประเทศได้, คืออังกฤษ, เยอรมัน, ฝรั่งเศส และสเปน, ซึ่งคอยอธิบายและตอบข้อซักถามตลอดเวลา.

การประชุมเริ่มวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๕.๐๐ น. ตอนเช้าวันแรกเป็นการประชุมใหญ่. เขาแปลเรื่องราวให้ฟังได้เป็น ๔ ภาษาทั้งที่กล่าวแล้ว. ตอนบ่ายเป็นการประชุมตามพวก. มีห้องประชุม ๕ ห้องด้วยกัน. ใครสนใจเรื่องอะไรก็ฟังเฉพาะเรื่อง. อยากรจะซักถามก็ได้, หรืออยากรจะเข้าประชุมโต๊ะกลมก็ไปเลือกเข้าได้. ในตอนบ่ายห้องประชุมบางห้องไม่มีการแปล. ผมฟังค่อนข้างลำบากหน่อย. ถ้าผู้บรรยายหรืออภิปรายพูดฝรั่งเศสกับสเปนก็เป็นอันว่าไม่รู้เรื่องเลย. แต่สองภาษานี้มีคนพูดน้อย. ในการประชุมห้องใหญ่ในภาคเช้าเขาไม่ให้อภิปรายมาก. ใครต้องการอภิปรายหรือการชี้แจงตอนใดยังไม่เป็นที่แจ่มแจ้งพอใจ, เขาจัดให้ไปพูดกันในห้องประชุมเล็กในตอนบ่าย. ตามระเบียบวาระมีเรื่องมาบรรยายทั้งหมด ๓๕๓ เรื่อง. นอกจากนี้ยังมีการแสดงความก้าวหน้าในทางกุมารเวชศาสตร์ ๑๕๓ เรื่อง, แสดง

เกี่ยวกับเครื่องใช้เทคนิค ๒๕ อย่าง, มีภาพยนตร์ฉาย ๖๐ เรื่อง. เรื่องที่สนใจกันมากและอภิปรายกันอย่างกว้างขวางได้แก่วัคซีนป้องกันโปลิโอ, วัคซีนบี.ซี.จี., และเมตาบอลิสม์ของกรดอะมิโน. เรื่องวัคซีนป้องกันโปลิโอั้นในประเทศเยอรมนียังไม่ได้ทำกันเป็นลำเป็นต้น. แต่ในเคมมารคัมทำมาจนถึงกับมีประกาศกติกทั่ว ๆ ไปให้คนอายุต่ำกว่า ๔๐ ปีไปรับการฉีดวัคซีนโดยไม่ต้องเสียเงิน. เรื่องบี.ซี.จี. ก็มีการอภิปรายกันมาก พร้อมทั้งเสนอสถิติมากมาย, สนับสนุนประโยชน์, และแสดงวิธีการที่จะฉีดให้ได้ผลเต็มที่. มีสถิติแสดงด้วยว่าฉีดบี.ซี.จี. ในบางแห่งแล้วอัตราตายจากวัณโรคชนิดรุนแรง, เช่นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ลดน้อยลงอย่างไร. วันหนึ่งมีการประชุมเกี่ยวกับโรคประเทศอื่น. พวก อินเดียน, ฟิลิปปินส์, อเมริกาใต้, ออฟริกาใต้, เขาเขาเรื่องโรคควาซิออร์คอร์ไปบรรยาย. ฟังเรื่องและสรุปที่มาแสดงก็ไม่ผิดอะไรกับที่เมืองไทย. เรื่องนี้ท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกมารไตร์รวบรวมตีพิมพ์ในเจอร์นัลออฟฟิสิกัลแอนดิโอทริคัลเมอซิกัล. เขาค้นคว้าละเอียดมาก. เป็นต้นว่าศึกษาเรื่องพลาสมาโปรตีน, เอ-

เรโซ, ภาพอเล็กโตรฟอริส, อเล็กโตรลิต์ในพลาสมา, ปริมาตรของสวามันออกเซลล์, ทริย์ปซิน, อะมิเลสและไลเปสของน้ำย่อยในควิโอดินัม. มีการเปรียบเทียบผลของการให้น้ำนมถั่วเหลืองกับการให้นมวัวที่มีไขมันน้อยเป็นการรักษาด้วย.

ผมกลับจากโคเปนเฮเก้นถึงซีมเมอร์กวันที่ ๒๕ กรกฎาคม. รุ่งขึ้นก็ไปทำงานในคลินิกตามปกติ. หมอที่ไปด้วยกันมาเล่าให้พวกที่ไม่ได้ไปฟังว่าผมไปทั้งที่ไม่ได้เห็นโคเปนเฮเก้น, แม้แต่ท่าเรือโคเปนเฮเก้นก็ไม่เห็น. ผมคิดว่าเรื่องนี้นั้นเอาไว้โอกาสหน้าว่าง ๆ คงพอไปเที่ยวกันได้เพราะไม่ไกลมาก. แต่คราวนี้เป็นโอกาสไปประชุมซึ่งอาจจะไม่ได้พบอีกตลอดชีวิต, ก็อยากจะเห็นอะไร ๆ ที่เขานำมาแสดงให้มาก ๆ.

ผมกำลังนึกใจเรื่องงานค้นคว้าอยู่มาก. ไม่ทราบว่าผลที่ออกมาจะใช้ได้แค่ไหน, แต่ก็ได้พยายามอย่างที่สุดแล้ว. มาอยู่ที่นี้ไม่ใช่บ้านเรา. บางครั้งก็ต้องมีความอดทนเป็นพิเศษ, ทั้ง ๆ ที่ผมก็ยอมยกย่องว่าคนเยอรมันคอยช่วยเหลือและเห็นใจคนต่างชาติเสมอ. ในงานค้นคว้าของผมนั้นผู้ถูกทดลองเป็นเด็กและต้องเจาะ

เล็กน้อย ๆ. บางครั้งลำบากมาก. ผม
ต้องระวังอย่างยิ่งเพื่อไม่ให้แพทย์ผู้ดูแล
เกือบรื้อนเวลาพบกับผู้ปกครองของเด็ก.

พวกผมทางซิมเมอร์ก็อยู่กันเรียบร้อย
ก็, เว้นแต่ตอนนั้นหมอเทียมจันทร์ และ

หมอสดุขก็วงษ์ไปเรียนภาษา, ทำให้สมา
ชิกลน้อยไปหน่อย. ในเวลาว่างมักจะมาพบ
กันที่บ้านผมเสมอ ๆ.

ด้วยความเคารพอย่างสูง.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์

๓. บันทึกกลับ

๑. โรคหนึ่งของความเจริญ ผลจาก
การตรวจศพ ๘,๑๘๓ รายระหว่าง ค.ศ.
๑๙๑๐ กับ ๑๙๕๔ ที่โรงพยาบาล
บาร์นส์, เซนต์หลุยส์ (มิสซูรี) ปรากฏ
ว่ามีโรคมีัยโอคาร์เคียดอินฟาร์คชัน
ปีรายันรวม ๕๐๐ ราย. ข้อที่น่าสนใจก็
คือจำนวนศพที่ตรวจพบโรคนี้มีเพิ่มมา
ขึ้นเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านไป. ระหว่าง
๑๙๔๕ กับ ๑๙๕๔ มีโรคนมากกว่า
ระหว่าง ๑๙๑๐ กับ ๑๙๑๕ ถึง ๒๐
เท่า. หนึ่งพบว่าผู้หญิงกำลังเป็นโรคนี้น่า
ขึ้นทุก ๆ ปี. เห็นได้จากการเปรียบเทียบ
จำนวนคนที่เข็นโรคนในชายและในหญิง.
คือตั้งแต่ปี ๑๙๑๐ ถึง ๑๙๓๕, ระหว่าง
เวลา ๓๐ ปี, จำนวนชายเทียบกัจำนวน

หญิงได้ ๒ ต่อ ๑; แต่ภายใน ๑๕ ปี
หลังนี้, คือ ๑๙๔๐ ถึง ๑๙๕๔, จำนวน
หญิงได้เพิ่มขึ้นโดยรวดเร็ว, จนส่วน
เปรียบเทียบชาย: หญิงเหลือเพียง ๑.๑:๑.
ผู้รายงานแสดงความคิดเห็นว่าการเปลี่ยนแปลง
ดังกล่าวนี้ "เป็นผลเนื่องมาจากความ
เจริญ". (Lee และ Thomas, A.M.A.
Arch. Int. Med. 97:421, 1956)

๒. การถูกพิษโบรไมด์ หญิงคนหนึ่ง
ได้รับโบรไมด์ครั้งละ ๑๒ เกรน (ประ
มาณ ๐.๘ กรัม), วันละ ๓ ครั้งอยู่ ๑
เดือนก็มีอาการอ่อนเพลีย, ซึม, และอา
การทางจิตหลายอย่าง, เช่นพูดเพ้อ, จิต
สับสน, ไม่เข้าใจคำพูด, ไม่เข้าหน้าผู้คน,

หุได้ยื่นเสียงหลอกหลอน, ไม่กินอาหาร, และไม่ยอมลุกจากเตียง. แพทย์ได้ให้หุคยาทันที, ให้สารน้ำจำนวนมาก. ตรวจหุชิมในวันที่สองได้โปรโมค ๑๕๕ มก. เปอรูเซ็นต์. ในวันที่เจ็ดกระปรีกระเป่วาหุชุนมาก, แต่ยังมีเสม็ดน้อย. ข้อพึงสังเกตคือโปรโมคเป็นยาที่ให้เพื่อรักษาโรคเส้นประสาทขางอย่าง, แต่พิษของมันทำให้มีอาการคล้ายกับโรคเส้นประสาทกำเวบ. หุชุนการวินิจฉัยโรคจึงยากมาก. ถ้าไม่สามารถตรวจโปรโมคในเลือดได้ก็จำต้องอาศัยการลองหุคยาว่าอาการค่อยยังหุชุนหรือไม่. ในการรักษาหุชุนเขาแนะนำให้บริหารผลอโรค (โซเคียมหรือแอมโมเนียม) จำนวนมาก ๆ ร่วมกับยาขับปัสสาวะจำพวกปรอท, เพื่อเร่งการขับถ่าย. (Hannigan, Ambrose, J. Maine M.A. 47: 71-72, 1956, จาก J.A.M.A. 161: 905, 1956)

๓. อะเซตะโซลอะไมด์ (ไดอะม็อกซ์) ในการรักษาโรคลมบ้าหมู Ansell และ Clarke (B.M.J. 1: 650, 1956) รายงานว่าได้ทดลองใช้อะเซตะโซลอะไมด์หรือโคอะม็อกซ์รักษาคนเป็นโรคลมบ้า

หุ ๒๖ คน, ในขนาด ๓ ถึง ๑๕ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ระหว่าง ๓ เดือนถึง ๑๕ เดือน. ได้ผลดีมากใน ๓ คน จากจำนวน ๖ คนที่เป็นโรคอย่างแรงและทาเหตุไม่ได้ (อิติโฮพาธิค) และ ๓ คน จาก ๕ คนที่เป็นโรคชนิดเดียวกันอย่างอ่อน. พวกที่เป็นลมบ้าหุเนื่องจากโรคอื่นทำท่าจะดีในตอนต้น ๆ, แต่ตอนหลังกลับไม่ดี. เขาเข้าใจว่าผลของยานี้เกิดจากการระงับคาร์บอนิคแอนฮัยเดรสในสมอง.

๔. ความอยากอาหารกับความเข้มของกรดอะมิโนในหุชิม Mellinkoff กับคณะรายงานใน J. Appl. Physiol มีค. ๑๕๕๖ ว่าในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของกรดอะมิโนในหุชิมของคนกับความอยากอาหาร, เขาได้ผลซึ่งชวนให้เข้าใจว่าความอยากอาหารเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับกรดอะมิโน. ถ้าทำให้กรดอะมิโนในหุชิมมีมากขึ้น, จะโดยกาให้กินโปรตีนหรือกรดอะมิโนก็ได้, หรือฉีดกรดอะมิโนเข้าหลอดเลือดก็ได้, ความอยากอาหารจะลดน้อยลงไป. ต่อมาเมื่อความอยากอาหารมีมากขึ้น, ก็ตรวจพบ

ว่าในชีวิตมีกรดอะมิโนน้อยเสมอ. เขา
เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงคู่กันนี้ มีใช้เพราะ
การบังเอิญ. ซ่อนก็คล่องจงไปกับการที่
ได้มีผู้พบว่าการฉีดกรดอะมิโนเร็วเกินไป
ทำให้เบื่ออาหารหรืออาเจียน. และการ
เคลื่อนไหวของ กระเพาะอาหาร ก็หยุดนิ่ง
ด้วย.

๕. โรคแพ้ดุนมือยาง คนบางคนแพ้
มือยาง: เวลาใส่แล้วมีอาการคันและเป็น
ผื่น, โดยเฉาะอย่างยิ่งที่หลังมือ. ทดลอง
ดูให้เห็นได้โดยตัดดุนมือชิ้นหนึ่งติดไว้ที่
ท้องแขนตอนใกล้ข้อมือ (ยึดไว้ด้วยผ้า
ยางหนึ่ก) เป็นเวลา ๒๔ ชั่วโมง. หาก
เย็บขึ้นพบบนที่ถือว่า เป็นผลบวก. วิธีแก้ไข
คือลองใช้ดุนมือชนิดอื่น, เช่นที่ไม่ใช้ทำ
ด้วยยางธรรมชาติ, แต่ทำด้วยยางเทียม
(บุน่า, ไฮคาร์, นีโอพรีน) หรือพลาสติก
(ไวนิลไคลด์, พอลิเอทิลีน). ถ้าจำเป็นต้อง
ใช้ดุนมือยางธรรมชาติ, มีวิธีลดหย่อน
หรือข่มกันการแพ้ โดยเอาแซ่น้ำละลาย
โซเดียมไบคาร์บอเนต ๕ ปร. ๑๕ นาที,
ล้างในน้ำสะอาดจนหมดเมือก, แล้วทำลาย

เชื้อก่อนใช้. เข้าใจว่าวิธีนี้ทำลายสารแอล
เลอร์เจ็นที่ผิวของดุนมือ. ต้องทำดังนี้ทุก
ครั้งก่อนใช้. (J.A.M.A.161:931,1956)

๖. วิตามิน บี ๑๒ ร. แพทย์สตีแมคม
อเมริกัน (๑๕ พค. ๑๙๕๖) สรุปเกี่ยว
กับวิตามิน บี ๑๒ (ซัยอะโนโคบาลามีน)
ไว้ดังต่อไปนี้: วิตามิน บี ๑๒ มีฤทธิ์กระ
ตุ้นการสร้างเลือดซึ่งคล้ายคลึงกันกับ
“แฟคเตอร์แก้โรคโลหิตจาง” ของดัย.
ใช้ให้ผลดีในการรักษาโรคโลหิตจางอย่าง
ร้าย (เปอร์นิเชียสอะนีเมีย), ทอบีคัล
สปรและน็อนทอบีคัลสปร, และมาโคร
ซัยคิอะนีเมียเหตุจากอาหาร. ยานี้มีระ
โยชน์ใช้แทนยาสะกดดัยในคนที่แพ้จำ
เพาะต่อดัย.. ผลร้ายของยานี้ยังไม่เคยพบ
กฏ, แม้จะเคยมีการบริหารในขนาดมาก
ถึง ๑,๐๐๐ ไมโครกรัม (๑ มก.) ทุก
วัน ๆ เป็นเวลาหลายเดือน. การลองใช้
ยานี้รักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับโลหิต
จางก็ดี, การกล่าวอ้างสรรพคุณว่าเป็น
“ยาบำรุงทั่วไป” (เจนอรัลโทนิค) ก็ดี,
เป็นการไร้หลักฐาน.

ผ.ม.

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

๑. คณะนายแพทย์รุ่น พ.ศ. ๒๔๖๘ ได้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๑๘,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน) เพื่อตั้งเป็นทุน "แพทยศาสตร์บัณฑิต ๒๔๖๘" เก็บดอกผลให้เป็นรางวัลประจำปีแก่นักศึกษาแพทย์ และนักเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ ฯ ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ที่มีคะแนนในทางปฏิบัติจนเรียนคนไข้และมีมรรยาทแพทย์ และมรรยาทพยาบาลเป็นเยี่ยมตามมติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ ฯ และเป็นอนุสรณ์ถึงเพื่อนแพทย์ร่วมชนที่ล่วงลับไปแล้ว คือ นายแพทย์บุญเรือนขุนนาค, ร.ท. พึ่ง ภูยานนท์ และนายแพทย์เครือ สัทธิเพ็ชร ก็เขียนเครือซองว่า ลี้กถึงโรงเรียนแพทย์อันเป็นสถานประสิทธิ์ประสาทวิชาชีพ.

๒. คณะกรรมการอำนวยการของค.การ China Medical Board of New York ได้ลงมติอนุมัติเงินจำนวน ๕,๐๐๐ เหรียญอเมริกัน เป็นทุนวิจัยให้คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อให้ นาย

แพทย์จำลอง ตรีวิณัฐ อาจารย์ในแผนกอายุรศาสตร์ ทำการวิจัยเรื่อง *Opisthorchis viverini* ภายในกำหนดเวลา ๓ ปี

การประชุมวิชาการประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดการประชุมวิชาการประจำเดือนของคณะในเดือนสิงหาคม ๒๔๘๕ ดังนี้:

วันเสาร์ ที่ ๑๑ สิงหาคม, เริ่มแต่เวลา ๑๐.๓๐ น., ณ ห้องประชุม แผนกพยาธิวิทยา, เรืองหน้าแสดง คือ:

๑. การทดสอบไอโอไดน์ในโรคต่างๆ. นายแพทย์วิภา วิรานุกต์ แห่งแผนกอายุรศาสตร์ เป็นผู้เสนอ.

๒. ซีโมโกลบินยูเรียซึ่งเกิดกลางคืน. นายแพทย์ มงคล เศวตราชูและนายแพทย์ประเวศ วัชรแห่งแผนกอายุรศาสตร์ เป็นผู้เสนอ.

๓. อาการซาคยาเสพย์ติค. นายแพทย์ประสพ รัตนกร แห่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยา เป็นผู้เสนอ.

อาจารย์กลับจากต่างประเทศ นายแพทย์สนอง ชูนากุล, อาจารย์เอกประจำแผนกวิชาสรีรวิทยา, คณะแพทยศาสตร์

และศิริราชพยาบาล, ได้เดินทางกลับจาก
 การทำงานในสหรัฐอเมริกาและเข้าประจำ
 หน้าที่เรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่วันที่ ๓๐
 กรกฎาคม ๒๔๕๕.

นายแพทย์สันของ อนุบาลได้รับทุนของ
 องค์การบริหารวิเทศกิจ ให้ไปทำงานในสา
 ขาวชิลาสิริเวคมี่และอาหารวิทยา ณ โรง
 เรียนแพทย์ฮาวาร์ด, เป็นเวลา ๕ เดือน.
 หลังจากนั้น ไปศึกษา "พลังงานปรมาณู"
 ที่ไฮคริกอินสทิทิวท์ ๑ เดือน, และไป
 ไปศึกษาสังเกตงานเกี่ยวกับการจัดหลัก
 สูตร และการสอนแพทยศาสตร์ของโรง
 เรียนแพทย์ต่าง ๆ มี: โบว์แมนเกรย์,
 ทูเลน, โคโลราโด, ยูทาห์และเวสต์เทอร์น
 ริเซอร์ฟ.

นายแพทย์สันของ อนุบาล เป็นอาจารย์
 อาวุโสผู้หนึ่งของแผนกสิริวิทยาในขณะนี้,
 และเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในวัยหนุ่มแน่น. จาก
 หน้าที่การงานที่ท่านผู้นี้ได้ปฏิบัติมาแล้ว
 แท้หมดแล้ว, แสดงให้เห็นว่าเป็นอาจารย์
 หนุ่มผู้มีอนาคตแจ่มใสมาก, ก็นั้น การ
 กลับมาด้วยความทุกข์กว้างไกลครั้งนั้นจึง
 เป็นความหวังดีในบรรดาศิษย์และเพื่อน
 ร่วมราชการของท่านทุกคน.

บำเพ็ญกุศลศพพระยาอุเทนเทพโก-
 สินทร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
 พยาบาล ได้กำหนดการบำเพ็ญกุศลศพ
 พระยาอุเทนเทพโกสินทร์ ตามรายการต่อไปนี้:

วันศุกร์ ที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๔๕๕

เวลา ๑๖.๑๕ น. คณะฯ วางพวง

มาลา

เวลา ๑๖.๓๐ น. พระสงฆ์ ๗ รูป

เจริญพระพุทธมนต์ แสดงพระธรรม

เทศนา ๑ กัณฑ์

เวลา ๒๐.๐๐-๒๒.๐๐ น. พระสงฆ์

๔ รูป สวดพระอภิธรรม

วันเสาร์ ที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๔๕๕

ถวายภัตตาหารเพล.

ในฐานะที่พระยาอุเทนเทพโกสินทร์
 เป็นผู้อุปการกิตติมศักดิ์ของคณะแพทย-
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาลตลอดมา ๒๗
 ปี, ได้ช่วยเหลือสนับสนุนการศึกษาแพทย
 ศาสตร์เป็นอย่างดี, ทางคณะจึงได้เชิญ
 ชวนบรรดาอาจารย์, ข้าราชการและนัก
 ศึกษาไปร่วมบำเพ็ญการกุศลและสักการ
 ศพท่านโดยพร้อมเพรียง.

ข้าวแผนกอายุรศาสตร์ สังก. ๕๕.

ชุมนุมวิชาในแผนก

รายงานผู้ช่วยทั่วไป

๑ ส.ค. ๕๕. ๑. รายที่ ๑. การใช้
คอร์ติโซนรักษาผู้ป่วยไขสันหลังอักเสบ
จากการฉีกฉีกชั้นข้อกระดูกสันหลัง, ได้
ผลดี ๑ ราย.

๒. รายที่ ๒. ผู้ป่วยมีไข้เรื้อรังเป็น
หลาย ๆ มา ๒ ปี. เส้นเอเพอการรักษาและ
การวินิจฉัย.

การร่วมชุมนุมวิชาการระหว่าง พ.ย. และ
พ.ย. ฮาวาโฮในแผนก

๑ ส.ค. ๕๕. ๑. ประโยชน์ของ
การใช้ยาพวกคาร์บูตาไมด์รักษาโรคเบา
หวาน

๒. การรักษาผู้ป่วยเลือดออกเนื่อง
จากความดันเลือดในระบอบไตลเวียนปอร์-
ทัลสูงจากโรคไตแข็ง

๕ ส.ค. ๕๕. ๑. การเลือกใช้ยา
รักษาวินโรค

๒. การใช้วีเซอรันในการรักษา
โรคความดันเลือดสูงในรายด่วน.

๒๓ ส.ค. ๕๕. ๑. ปฏิบัติจาก

การให้เลือด

๒. ภาวะหย่อนหน้าที่โดยขั้วหุ่นของ
เปลือกแอดรีนัล

๓๐ ส.ค. ๕๕. ๑. สาเหตุของการ
ชักในผู้ใหญ่

๒. รายงานผู้ช่วย, อายุ ๓๕ ปี, มี
ไข้มา ๓ สัปดาห์, ทุโชนนาการ, ท้อง
เสียตลอด ๒ สัปดาห์, มีวินโรคปอด.
ได้ให้ยารักษาวินโรค. อาการไม่ดีขึ้น.
การตรวจศพพบวินโรคของอิลเอ็ม และ
ท่อน้ำเหลืองในช่องท้องมาก.

ร่วมชุมนุมวิชาการนอกคณะ ฯ

๑๖ ส.ค. ๕๕. ในการร่วมชุมนุม
“ฮูเวซ” ที่แพทยสมาคม น.พ. บัญญัติ
ได้รายงานผู้ช่วย ๒ รายเป็น “ซินิวโมอี-
โมโอแรกส์เกิดเอง”

อาจารย์ในแผนกไปร่วมบรรยายในการ
ประชุมวิชาการของแพทย์ภาคกลาง ณ
หาดวอนนภา, คือ

๒๕ ส.ค. ๕๕. น.พ. ระจิต บุรี,
สุนทร คณิตานันท์ และ ประเวศ วะสีบรรยาย
งานผลการใช้คาร์บูตาไมด์ ในการรักษา
โรคเบาหวาน.

น.พ. สว เมศทิยวงศ์ บรรยาย “ไข้

วิชาชีส" บัญชีในการรักษา.

๓๐ ส.ค. ๕๕ น.พ. วิจิตร พานิช
บรรยาย "เคอร์มาไทคิส เมทิกาเม็นโท-
ซ่า"

พ.ญ. สุภา ฌ นคร และ น.พ. มงคล
เครือทราฐุ บรรยาย "ความรูใหม่ ๆ ใน
การรักษาลิวคีเมีย."

น.พ. วิจิตร วิจารณ์วิทย์ บรรยาย "คุณ
ค่าของการทดสอบด้วยไอโอไดน์"

น.พ. บัญญัติ ปรัชญานนท์ ร่วมใน
การอภิปรายหมู่ ในเรื่อง "วินิจฉัย, การ
ทำนายโรคการรักษาและการป้องกัน."

๓๑ ส.ค. ๕๕. น.พ. จิตต์ ทัจินคา
ได้รับเชิญเป็นประธาน ในการประชุมภาค
เช้า

นอกจากนี้อาจารย์ในแผนกที่ ได้ไป
ร่วมประชุมและช่วยอภิปรายคือ น.พ. จำ
ลองพระวิณสุต, ทรุหนักจิตต์ ทรุวิณสุต,
น.พ. ทองน่าน วิภาควณิชย์ ศาตราจารย์
ประเสริฐ กังสกาลย์ เขียนคำอภิปรายส่ง
ไปร่วมใน เรื่อง "บัสโทซิลลัสโทรฟิค
มีสคิวลาร์ดีคัสโทรฟิค, กล่าวถึงรายงานแรก
ที่พบในพ.ศ. ๒๔๗๕ และการใช้น้ำมัน
เมล็ดผักกาดได้ผล ๑ ราย.

ชาญ สถาปนกุล รวบรวม

ข่าวแผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตนา

สิกการังษักรกฏาคม ๒๕๕๕

มีการอ่านวารสารการแพทย์ต่อที่ประ
ชุมทุกวันจันทร์เวลา ๑๓.๐๐ น. เรื่องที่
นำมาเสนอในเคอนันคือ:

๑. ทางเดินของน้ำเอควีตในโรค
ต้อหินขางราย โดย น.พ. นิยม อุกฤษภาค.

๒. สาเหตุขางประการของโรคมะ-
เร็งของกล่องเสียง. โดย พ.ญ. ปรวโมทย์
โรจนานนท์

๓. การรักษาอัมพาตของสายเสียง
ทั้งสองข้างโดย น.พ. อเนก เพทวนิช

๔. การให้ยาชาในการผ่าตัดคัตตอกระ
ก โดย พ.ญ. สุกสวาท สิ้นเจิมศิริ

๕. ข้อสังเกตขางประการในเรื่องยวค
คัระและยวคตาในเด็กนักเรียนโดย น.พ.
ชลอ วุจิรวุฒิน

๖. การให้ยาสลบในการตัดต่อมท่อน
ซิลในเด็กโดย น.พ. สุนทร ทวีพานิชย

๗. การเก็บรักษาตาไว้เพื่อทำการ
ปลูกคอรับนัยโดย น.พ. บรรจงศักดิ์ นระมาตร

๘. ยาโคะม็อกส์ใช้ในโรคมานตา
และซิลิอารีบอคัยอักเสบโดย น.พ. ประ
เสริฐ ทุมวิภา

ในเดือนนี้ทางแผนกมีเรื่องแสดงใน โดย น.พ. สำราญ วงศ์พาศ์เมื่อ ๒๘
คราวประชุมวิชาการประจำเดือน ๑ เรื่อง, กรกฎาคม ๕๕.
คือเรื่องโรคแทรกของโรคเบาหวานทางตา ผิว ติมปพยอม พ.บ. รวบรวม

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชั้คเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บันทึกท้ายเล่ม

๑ เรื่อง “หายาก” พวกหนึ่งสำหรับสารศิริราชได้แก่เรื่องทางแผนกวิชาปริคตินิค. ในฉบับนี้เราเคราะห์ที่ใดเรื่องของคุณหมอทินรัตน์ สถิตินิมาการกับคุณหมอประมวลมาลัย จันทรวะคิน, ซึ่งก็ยังเชื่อกันว่าเป็นเรื่องของโรคที่ “หายาก” เสียด้วย. เป็นอันว่ามีอาการหายากถึงสองชั้น. สังเกตว่าโรคกระเร็งของงูน้ำคินมีเพียงแต่เป็นโรคหายากเท่านั้น, แต่ยังมีวินิจฉัยยากหรือ “พย” ยากเสียด้วย (คืออาจมีอยู่, แต่ตรวจไม่พย). กันเหตุนอกการวินิจฉัยยาก, นอกจากเพราะไม่ค่อยมีใครนึกถึงโดยที่เป็นโรคนาน ๆ พย, ยังเห็นด้วยอาการที่ปรากฏส่วนใหญ่เป็นอาการของการแพร่กระจายของมะเร็งเสียมากกว่าอาการที่งูน้ำคินเอง. คุณแต่รายนแม่ภายหลังการตรวจศพด้วยตาเปล่าก็ยังไม่ได้รับความจริง. ไปรับเอาข้อเมื่อตรวจทางจุลทรรศน์. พวกแพทย์เรามักผูกเข่ากันเสมอๆ ว่าหมอมือวินิจฉัยโรคได้แน่ที่สุดคือหมอปลาโต, ซึ่งบางทีก็มีคนซัดคอว่าหมอปลาโตก็ยังไม่อาจทำได้. เรื่องมะเร็งงูน้ำคินที่รายงานนี้ถ้าพยาธิแพทย์ไม่รอบคอบและ

ละเอียดละออก็อาจพลาดได้เหมือนกัน, เพราะไปกลั่นกรองพยเอาในตำแหน่งชั้นสุดท้าย.

๑ หมู่นักคุณหมอสำราญ วงศ์พาทย์ออกจะมีชื่อปรากฏในหน้าของสารศิริราชบ่อยมาก. โดยเฉพาะในแผนกย่อยเอกสารมีเป็นประจำ. มีหน้าซ้ำยังชวนลูกน้องในแผนก ๆ ส่งย่อยเอกสารให้เราจนต้องออกประกาศว่าเวลานี้สารศิริราช “ท่วม” ไปด้วยย่อยเอกสารจากแผนกอื่นๆ แล้ว, สมควรที่แผนกวิชาอื่นๆจะช่วยกันย่อยเรื่องส่งมาให้เราเพื่อรักษาสมดุลงไว้บ้าง, มิฉะนั้นสารศิริราชอาจกลายเป็น “สารจักษุ” ไป. เรื่องของคุณหมอสำราญในฉบับนี้เป็นเรื่องตรงไปตรงมา. ผู้เขียนบันทึกนี้อ่านจบแล้วแทนที่จะยังเกิดความตื้นในแง่วิชาแพทย์, กลับไปมีความพิศวงในอิทธิพลของปรากฏการณ์อะไรก็ตามที่เราเรียกกันว่า “โชค”. คนใช้ทั้งสองรายถูก “ยิง” ที่ศีรษะซึ่งเห็นตำแหน่งที่น่ากลัวอันตรายมากที่สุด. ถ้าทาง “กระสุน” สูงขึ้นอีกนิดเดียว, กระสุนก็จะแล่นเข้าเข้าตาและจะทะลุกระดูกขาง ๆ ที่ประกอบเป็นเข้าตา,

เลยเข้าไปในสมองได้โดยง่าย. ถ้าหาก
 ทำลงหน่อยหนึ่งก็อาจเข้าช่องปากและตรง
 ไปทำอันตรายแก่ก้านคอได้. อันตรายทั้ง
 สองแห่งน่าจะทำให้ตายทันที. แต่ในทั้ง
 สองคน “กระสุน” แล่นตรงไปเข้าที่
 กระดูกโหนกแก้ม (แม็กซิลล่า) ซึ่งเป็น
 กระดูกหน้าทึบที่ติดกระดูกหน้าหนึ่ง, และ
 มีโพรงอากาศติดต่อกับช่องอื่น, มีความ
 ยืดหยุ่นอยู่ในตัว, ช่วยพยุง “กระสุน”
 และช่วยชีวิตไว้ได้อย่างน่าประหลาด. ใคร
 จะเรียกว่า “โชค”, หรือ “การบังเอิญ”,
 หรือ “ยังไม่ถึงที” ก็คงถูกทั้งนั้น.

๑ เรื่องการถ่ายเลือดของคุณหมอน
 ที่ รักษพลเมืองเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ทั้ง
 ในแง่คำราและแง่ปฏิบัติ, ถึงแม้ว่าท่านเจ้า
 ของ, ซึ่งเป็นตัวตั้งตัวที่อยู่ในหน่วยถ่าย
 เลือดของศิริราช, จะได้ตั้งใจเขียนหนักไป
 ในแง่การปฏิบัติ. ความสำคัญของการ
 ถ่ายเลือดกำลังเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ วัน.
 เพียงแต่ในวงการของศิริราชเองจำนวน
 การถ่ายเลือดก็เพิ่มขึ้นถึงสี่เท่าภายใน
 เวลาไม่กี่ปี (คชทบรรณาธิการ). ในสหรัฐ
 อเมริกามีการใช้เลือดสำหรับประชาชน
 พลเรือนยี่สิบถึงห้าล้านหน่วย. คาดว่าจะ
 ขึ้นถึงห้าหรือหกล้านหน่วยในไม่ช้า. ความ

ก้าวหน้าที่ได้เห็นไปอย่างมากมาในระยะ
 สิบกว่าปีมานี้เป็นผลของสงครามโลกครั้งที่
 สอง, เพิ่มเติมด้วยสงครามเกาหลี, ซึ่ง
 ได้แสดงให้เห็นคุณประโยชน์และความจำเป็น
 ของการถ่ายเลือดอย่างชัดเจน. ช้าใน
 ตอนหลังนี้ความเตรียมพร้อมหรือความ
 กลัวต่อสงครามโลกครั้งที่สามยังมีส่วน
 ช่วยกระตุ้นการค้นคว้าอีกอย่างมากมา.
 ความรู้เรื่องการถ่ายเลือดจึงก้าวหน้าอยู่
 เสมอ. การที่คุณหมอนที่หยิบยกเอาเรื่อง
 อันตรายในการถ่ายเลือดมาขรรขยายนี้ต้อง
 นับว่าเลือกเรื่องที่จะเป็นประโยชน์มากที่
 สุด, แม้ว่าจะเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นใน
 วิชาเกี่ยวกับถ่ายเลือดก็ตาม. เราหวัง
 ว่าต่อไปคุณหมอนที่จะรวบรวมความรู้ใน
 แงอื่น ๆ ของเรื่องนี้มาเล่าสู่กันฟังอีก.

๑ ท่านคณบดี ๆ กรุณาส่งตอนสุดท้าย
 เกี่ยวกับการประชุมแห่งชาติของอิน-
 เดียเพื่อพิจารณาปัญหาการศึกษาแพทยมา
 ให้เราพิมพ์ออกตอนหนึ่ง. เป็นตอนที่คงจะ
 มีประโยชน์เป็นอันมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 เกี่ยวกับการที่เราเองก็จะได้จัดการประชุม
 ทำนองนี้ในไม่ช้า. อ่านเรื่องของท่าน
 คณบดี ๆ แล้วเราคงเห็นใจรัฐบาลอินเดีย

มากที่มีปัญหาหลายต่อหลายข้อซึ่งไม่มีทำ
ทางที่จะขบไขได้โดยง่าย. ปัญหาเหล่านี้ของ
อาศัยความร่วมมือจากคนหลายกลุ่ม, ซึ่ง
แต่ละกลุ่มก็มีผลได้เสียและชนบประเพณี
จำเพาะของตน. การที่จะให้หมู่ต่าง ๆ เหล่า
นั้นยังเกิดความเห็นคลั่งงองกันและยอม
เสียผลประโยชน์และประเพณีต่าง ๆ
แต่ตั้งเดิมมารับเอาของใหม่, ย่อมเป็น
เรื่องที่จะสำเร็จได้ยาก. เราหวังว่าประเทศ
เราซึ่งมีพลเมืองน้อยกว่าอินเดียเกือบสิบ
เท่า, คงจะไม่มีปัญหาเช่นนี้. นอกจากจะ
มีใครไปเพราะให้เกิดชนมา.

๑ เรื่อง "การศึกษาหลังจากเรียน
สำเร็จ" ของคุณหมอสุด แสงวิเชียรเป็น
เรื่องที่ทันสมัยมาก, เพราะเวลานี้กำลังมี
การค้นคว้าในเรื่องการประชุมทางวิชาการ

ต่าง ๆ อย่างคึกคัก, เห็นได้จากการเข้า
ร่วมอย่างอุ้นหนาฝาคั่งในเมื่อมีการประชุม
พิเศษต่าง ๆ. การให้สิทธิซึ่งคุณหมอสุดได้
กระทำในบทความเรื่องนคงจะเป็นประ-
โยชน์แก่ผู้ฟังหรือผู้ทศควรจะฟังเป็นส่วน
ใหญ่. เราอยากขอแถมว่า "ผู้พูด" หรือ
"ผู้ให้" ในการประชุมต่าง ๆ นี้ก็ควรจะ
ระลึกไว้ด้วยเสมอว่าเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ฟัง
มีน้อย, และเป็นเหตุที่สำคัญไม่ใช่เล่น
เหมือนกัน, คือการเสนอเรื่องโดยไม่นำฟัง.
เช่นไม่มีระเบียบ, ยึดเยื้อโดยไม่สมควร,
คลุมเครือ, เป็นต้น. ตามหลักธรรมดา
ถ้าของก็มีคนมาขยให้ก็น่าจะมีคนยินดีรับ
เสมอ, เว้นเสียแต่หากไม่มีใครรู้ค่า, หรือ
ของนั้นมักเจ็นคนเข็ดเสียแล้วเท่านั้น.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สำนักงานสารศิริราชได้จัดพิมพ์สารศิริราชปีที่ ๘ เพิ่มจำนวนเล็กน้อย
หากท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่เรียงอันดับที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, และ ๗
(ซึ่งตีพิมพ์เสร็จในเดือนตุลาคม) โปรดแจ้งให้แผนกจัดการสารศิริราชทราบด้วย