



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

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๕๐๐	Volume 9, Number 4, April 1957
-------------------------------	--------------------------------

**ลำไส้กลืนตัวในเด็กและผู้ใหญ่**

**ทวี ทังสุบุตร**

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ลำไส้กลืนตัว เป็นโรค ที่อาจ รักษาให้หายได้ถ้าแพทย์ทายโรคได้ในระยะแรก ๆ. แต่ในขณะปรากฏว่าอัตราตายของโรคนี้ในประเทศไทยค่อนข้างสูง. ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์ที่รักษามองข้ามโรคนี้ไปหรือไปพบโรคภายหลังที่เข็ดหน้าท้องเข้าไปแล้ว. ที่รพ. ศิริราช, ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๔ ถึง ๒๔๕๘, มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ๓๖ ราย, เป็นเด็ก ๒๓ ราย, ผู้ใหญ่ ๑๓ ราย. ทายโรคได้ก่อนทำการผ่าตัดในเด็กเพียง ๘ ราย, ในผู้ใหญ่เพียง ๓ ราย เท่านั้น. ฉะนั้นจึงเห็นเป็นการสมควร ที่จะไต่รวบรวม

รายงานไว้เพื่อประโยชน์ในการนึกถึงโรคนี้ได้ในคราวต่อไป.

**คำจำกัดความ** ลำไส้กลืนตัว หมายถึง ทางเดินอาหาร ส่วนหนึ่งถูกกลืน เข้าไปในอีกส่วนหนึ่งของทางเดินอาหาร ที่อยู่ติดต่อกัน. อาจพบได้ตั้งแต่กระเพาะอาหารถึงทวารหนัก. ๕๐-๕๕ ปีช. เกิดขึ้นในเด็ก, และนับเป็นโรค ที่พบบ่อย ในเด็ก รองลงมา จากไส้ติ่งอักเสบ, พบได้ตั้งแต่อายุ ๑ เดือนขึ้นไป. เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งของลำไส้อุดตัน. ในผู้ใหญ่พบน้อย. ทำให้ทายโรคได้ยาก.

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ลำไส้  
 กลืนตัวอาจจะเป็นอย่างชนิดธรรมดา, คือ  
 มีเป็น ๓ ชั้น, ชั้นใน, ชั้นกลาง, และ  
 ชั้นนอก (รูปที่ ๑). ชนิดที่เป็นอย่างกลืน  
 ชอนพบได้บ่อยมาก. บางครั้งทำให้เป็นชั้น  
 ชอนกัน ๕ ถึง ๗ ชั้น. โดยมากส่วนที่กลืน  
 กลืนมักเป็นส่วนที่อยู่ทางต้นของทางเดิน  
 อาหาร และส่วนที่กลืนมากเป็นส่วนที่อยู่  
 ทางปลาย. แต่ในบางคราวอาจกลับกันได้,  
 เช่นพบในการต่อของลำไส้เล็ก กับกระเพาะ  
 อาหาร. รูของลำไส้ส่วนที่กลืนมักแคบ  
 ลงอย่างมากจนทำให้มีการอุดตัน. แต่ส่วน  
 ที่สำคัญจะทำให้เกิดอันตรายก็คือ ขวลำไส้  
 ถูกขบและถูกคั่งคอง, ทำให้การไหลของน้ำ  
 เหลืองและเลือดฝืดกัก, ยังผลให้ลำไส้  
 ขวมและรูแคบยิ่งขึ้น. นอกจากนั้นทำให้มี  
 ชวมและเลือดออกจากชั้นเยื่อเมือกและเยื่อ  
 หุ้มชั้นนอกด้วย, เป็นเหตุให้ส่วนของลำไส้  
 ที่ถูกกลืนยึดติดกัน. ประกอบกับลำไส้ขวม  
 มากจนทำให้การพยายาม คลายลำไส้ไม่  
 อาจเป็นไปได้, หลังที่โตปล่อยไว้นานเกิน  
 ๓๖ หรือ ๗๒ ชม. หลอดเลือดแดงไม่  
 สามารถนำเลือดมาสู่ลำไส้ส่วนนั้นได้, ทำให้  
 เกิดเน่าและเยื่อเย็บ. บางครั้งเพราะเหตุ  
 ลำไส้ที่เย็บ ยู่อาจ หลุดผ่าน ไปตามช่อง

ของลำไส้ได้โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ. แต่  
 ส่วนมากทำให้ลำไส้ทะลุ, ช่องท้องอักเสบ,  
 เป็นเหตุให้ถึงแก่กรรม.

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่ลำไส้แล้ว,  
 จวกการเสียน้ำ และ สารเคมี โดย การ อา-  
 เจียนและการดูดซึมของพิษจากการทำลาย  
 เนื้อ, ผู้ป่วยจะมีอาการทางร่างกายทั่วไป  
 ด้วย.

ในบางรายโรคนี้อาจเป็นอย่างรวดเร็วอยู่  
 หลายวันก็ได้, โดยไม่มีการขวมและการ  
 เน่าของลำไส้ชนิดนี้พบในรายที่มขวลา-  
 ไส้ยาว.

#### อายุและเพศ จากสถิติของต่างประเทศ

๘๐ ปี. พบในเด็กอายุภายใน ๒ ขวบ.  
 ในจำนวนนี้ ๖๕ ปี. พบได้ในเด็กอายุ ๑  
 ขวบหรือต่ำกว่า. ไม่ค่อยพบในเด็กเกิด  
 ใหม่. แต่มีมากจนเมื่ออายุเกิน ๓ เดือน.  
 ที่ รพ. ศิริราช ๗๐ ปี. พบในเด็กต่ำ  
 กว่า ๑ ขวบ. ๕ เดือนเป็นอายุน้อยที่สุด  
 (ตารางที่ ๑). มักพบในเด็กที่มร่างกาย  
 อ้วนท้วน.

โรคนี้อาจพบในคนมีอายุมาก ๆ ก็ได้.  
 ที่ ศิริราช อายุมากที่สุดคือ ๗๐ ปี. พบ  
 ในชายมากกว่าในหญิง, ทั้งในเด็กและ  
 ผู้ใหญ่.

สาเหตุ ในเด็กโดยมากไม่รู้สาเหตุ. จาก รายงานทั้งหมดที่ รพ. ศิริราช ๘๘ ปช. ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุ. ทหาสาเหตุได้มี ๑๒ ปช. มีมัยกโชมาท ลำไส้เล็ก ส่วนปลาย ๑ ราย. ๒ รายมีอาการ อักเสบ บริเวณ ท ม อากาศ กลืน คว. รายหนึ่งมีประวัติท้องเดินก่อนเป็น. อีก รายหนึ่งมีประวัติเป็นขีตชนิคอมมามาก่อน. มีประวัติรายละเอียดคงต่อไป. เด็กหญิง, ไทย, อายุ ๗ ปี, รับไว้รักษาเมื่อ ๒ มีนาคม ๕๖ (ล.ท. ๘๗๒๒ - ๕๖ ล.น. ๒๘๑๐ - ๕๖) ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องมา ๖ วัน, ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดมา ๔ วัน. มีประวัติว่าเคยถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด. แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างใด. อุจจาระมีเลือดเหนียว, สีคล้ายเลือดหม. ตรวจร่างกาย พบว่า อุณหภูมิ ๓๗. ๔ ซี. ชีพจร ๑๒๐ ครั้งต่อนาที, ชัน. หน้าท้องค่อนข้างบวม. เห็นการหดตัวของลำไส้เป็นลูกคลื่น. คลำได้ก้อนลักษณะคล้ายกล้วยหอม ที่ช่องท้องส่วนบนทางขวา. ช่องท้องส่วนล่างทางขวาวางเปล่า. ได้ทำการสวนด้วยยาเตรียม พบว่าเป็นลำไส้กลืนกันชนิดอีเลโอโคลิค. จึงได้ทำการผ่าตัด. คลายลำไส้ส่วนที่กลืนกันออก. ๑๐ วันหลังผ่าตัดผู้

ช่วยยังมีอุจจาระเป็นมูกเลือดอยู่เรื่อยๆ. ได้ทำการตรวจอุจจาระพบว่ามีเชื้ออมา, ทงชนิดตัวอ่อนและชนิดตัวเกาะ. นอกจากนั้นยังพบผลึกซารโคตเลย์เด่นด้วย. จึงได้ทำการรักษาแบบขีตอมา. ผู้ช่วยหายสบาย. ผู้ช่วยรายงานทำให้เราได้ข้อสังเกตว่าขีตอมาที่พบมากในย่านเราอาจทำให้เกิดลำไส้กลืนกันได้.

รายงานในต่างประเทศกล่าวถึง เม็คเคิลส์ไคเวอร์ติคูลัม เป็นสาเหตุมากที่สุด นอกนั้นอาจเกิดเนื่องจากถุงเนอ, เนองอก, แผ่นพังผืดทิ่มแต่กำเนิด, ตับอ่อนอยู่ผิดปกติ, และเปอเปอราเนอจากอดเลอริยเย Nothnagel (๑๘๘๘) ได้ทดลองงัดลำไส้กระถ่ายด้วยไฟฟ้าฟาราดีค. เขากล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้ลำไส้กลืนกันคือการหดเกร็งของลำไส้, คอส่วนที่หดเกร็งจะถูกดันเข้าไปในรูของลำไส้สักส่วนหนึ่ง, เหมือนอาหารที่ถูกดันเข้าไปในลำไส้. มีผู้ให้สาเหตุต่าง ๆ ในคนดังต่อไปนี้ :

๑. การเปลี่ยนอาหารจากอาหารอ่อน (น้ำนม) เป็นอาหารแข็ง. เชื่อว่าขีตอมาให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ.
๒. มีการอักเสบในชั้นเยื่อเมือกของลำไส้.

๓. มีการถูกพิษอย่างใดอย่างหนึ่ง, ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวผิดปกติ.

๔. เป็นการผิดปกติในระบบประสาทอัตโนมัติ, ทำให้การควบคุมการเคลื่อนไหวไม่เป็นไปโดยสมคณ.

๕. ลินอเลอซิคัลหย่อนสมรรถภาพ, ทำให้ลำไส้เล็กส่วนปลายยื่นเข้าไปในซีกม.

๖. มีการผิดปกติในส่วนต่าง ๆ ของลำไส้, เช่นซีกมเคลื่อนไหวได้มากกว่าปกติ, ซึ่งพบมากในเด็ก; ลินอเลอซิคัลยื่นเข้าไปในซีกมมากกว่าปกติ; ในเด็กช่องของลำไส้ใหญ่โตเร็วกว่าลำไส้เล็ก.

๗. ค่อมานาเหลืองที่ส่วนปลายของลำไส้เล็กมีการอักเสบและโตขึ้น, ทำให้เกิดการเกร็งเฉพาะที่. นอกจากนี้ยังมีพบว่าลำไส้ถ่วงตัวมักเกิดร่วมหรือภายหลังการอักเสบทางระบบหายใจ. ทักลาวมาแล้วเป็นแต่ที่ฤดูหนาวเท่านั้น, เพราะมากกว่า ๗๐ ปีช. ไม่อาจพบสาเหตุได้. ในผู้ใหญ่พบสาเหตุได้มากกว่าในเด็ก. ในต่างประเทศ (ตาราง ๓) พบได้ถึง ๘๐ ปีช.

Donhauser และ Kelly (๑๙๕๐) พบว่า ๔๔ ปีช. ของโรคนี้เกิดจากท้องเนอและเนอของอกชนิดไม่ร้าย. ๒๖ ปีช. เกิดเนอจากเนอของอกชนิดร้าย. ๕ ปีช. เกิดเนอ

จากเม็คเคิล'สไทเวอร์คูลัม. ๖ ปีช. เกิดหลังผ่าตัดต่อกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็ก. ๓ ปีช. เกิดจากมีแผลที่ลำไส้. ที่ รพ. ศิริราช พบสาเหตุ ๗๗ ปีช. ๓ รายเนอจากท้องเนอ, ไลโอมัยโอม่า ๒ ราย, มะเร็งของซีกมย่อยที่โคลอน ๒ ราย, โรคมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ ๑ ราย, เป็นแผลที่ซีกม ๑ ราย, และอีก ๑ รายมีการอักเสบเฉพาะที่ของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่.

### การแยกชนิด

แย่ง ออก เป็น ชนิดธรรมดา และ ชนิดผสม, และแย่งตามตำแหน่งที่เกิด.

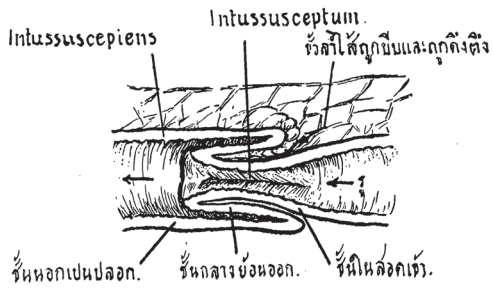
๑. ชนิดธรรมดา, มีตำแหน่งที่กลืนตัวเพียงแห่งเดียว.

ก. ชนิดลำไส้เล็ก, อาจพบที่ทอเลอ-อิม, เจจูนัมหรือส่วนต่อระหว่างอิลเลียมและเจจูนัม.

ข. ชนิดลำไส้เล็กกับลำไส้ใหญ่, อาจเกิดระหว่างอิลเลียมกับลำไส้ใหญ่หรือระหว่างอิลเลียมกับซีกม. แต่เป็นการยากที่จะแยกทั้ง ๒ ชนิดออกจากกัน.

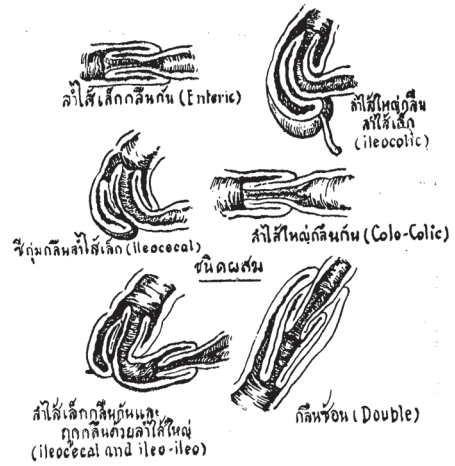
๒. ชนิดผสม.

ก. ชนิดอิลโอ-อิลโอโคลิค. ลำไส้เล็กส่วนอิลเลียมกลืนตนเอง, แล้วทั้งสองถูกกลืนเข้าไปในลำไส้ใหญ่.



รูป ๑ แสดงลักษณะของลำไส้กลืนกันอย่างธรรมดา (ดัดแปลงจาก Orloff)

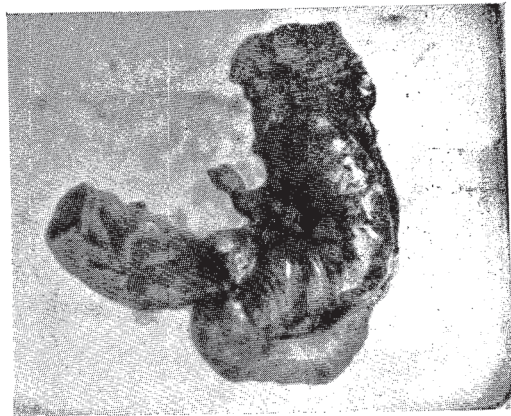
ชนิดธรรมดา



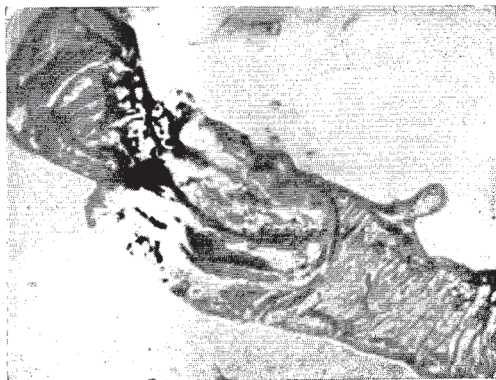
รูป ๒ แสดงชนิดของลำไส้กลืนกัน (จาก Orloff - ซึ่งลอกจาก Cleveland)



รูปที่ ๓

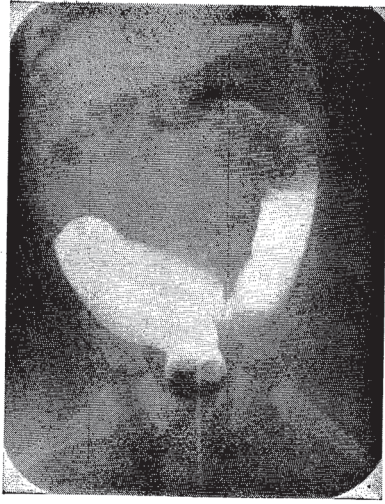


รูปที่ ๔



รูปที่ ๕

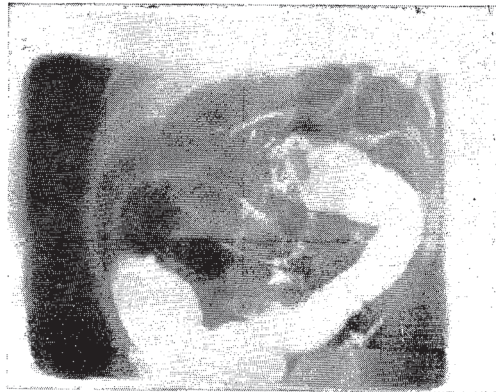
รูปที่ ๓ - ๕ แสดงลำไส้กลืนกันแบบอิลีโอโคลิคที่ตัดออกจากผู้ป่วยที่แผนกศัลยศาสตร์ ร.พ. ศิริราช



รูปที่ ๖



รูปที่ ๗



รูปที่ ๘

รูปที่ ๖ - ๘ ภาพลำไส้กลืนกันที่สวนด้วยบาเรียม

ข. ชนิดกลืนซ้อน. คือลำไส้ส่วน  
อืดมกกลืนกันเองแล้ว ทงก่อนถุกกลืนโดย  
ส่วนของอืดมที่อยู่ที่คไป.

ค. ชนิดกลืนหลายแห่ง. มีการกลืน  
มากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป.

ง. ชนิดกลืนย้อนทาง. คือส่วนที่ถูก  
กลืนย้อนเข้าไปทางส่วนต้น. ลำไส้เล็กถูก  
กลืนเข้าไปในกระเพาะอาหาร. พบในคน  
ไข้ที่ถูกผ่าตัดเอากระเพาะอาหาร คอลำไส้  
เล็ก, คูโอคินัมถูกกลืนเข้าไปในกระเพาะ  
อาหาร.

จากสถิติพบว่าชนิด ลำไส้เล็กถูกกลืน  
เข้าไปในลำไส้ใหญ่พบมากที่สุด, คือ ๘๕  
ปช. ชนิดลำไส้เล็กและชนิดลำไส้ใหญ่  
พบได้น้อย. ที่ศิริราชพบชนิดลำไส้ใหญ่  
๒ ราย, ชนิดลำไส้เล็ก ๒ ราย. ชนิดที่  
คูโอคินัมเข้าไปในกระเพาะ กับชนิดเจจุนัม  
เข้าไปในกระเพาะยังไม่เคยพบเลย.

การกลืนอาจเป็นชนิดปัจจุบัน, ชนิด  
เรอหรือเป็นชนิดกลืนซ้ำๆ อย่างเรอจริง,  
คือกลืนแล้วคลายตัวไปเอง, แล้วกลืน  
กลืนอีก. ที่ รพ. ศิริราชพบ ๑ ราย, มี  
อาการเหมือน ลำไส้กลืนกัน อย่างปัจจุบัน.  
ได้เข้ามา รพ. ๒ ครั้ง, และได้รับการ  
รักษาอย่างธรรมดาหายไปไ้ทั้ง ๒ ครั้ง,  
ทั้งรายงานต่อไป :

เด็กชาย, ไทย, อายุ ๕ เดือน (ล.ท.  
๕๗๕๓๐ - ๕๖, ล.น. ๑๕๔๑๔ - ๕๖).  
รับไว้เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๕๖, ด้วย  
อาการสำคัญว่าถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ๆ  
มา ๑ วัน. มีอาเจียน, คนและร้องเสียง  
ดัง. ต่อมากถ่ายอุจจาระเป็นโลหิตสด ๆ.  
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นลำไส้กลืนกัน. ได้  
สวนด้วย ขาแรมมู และถ่ายด้วย รังสี เวน-  
เกิน. พบว่าขาแรมมูไปติดเหนือลำไส้ใหญ่  
ส่วนซีกม้อยค. ต่อมาได้ทำการสวนด้วย  
ความดันสูงกว่าธรรมดาอีกครั้ง, ท้องก็ยัง  
อืดอยู่. จึงตัดสินใจจะทำการผ่าตัด. แต่ผู้  
ป่วยได้ผายลมออกมาเสียก่อน. ท้องยุบ.  
จึงกลับมารักษาทางยาต่อไป. ได้ให้กลับ  
บ้านในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๕๖. ๑๕ วัน  
ต่อมา, วันที่ ๑๕ มกราคม ๕๗. มีอาการ  
เช่นเดิมออก. จึงได้รับไว้อีกครั้งหนึ่ง. ได้  
รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด. อาการดีขึ้นเอง. อยู่  
โรงพยาบาลได้ ๑๐ วัน ก็ให้กลับบ้านใน  
วันที่ ๒๖ มกราคม ๕๗.

อาการ มักมีอาการเป็น ๓ ประการ, ซึ่ง  
ชัดเจนมากในเด็ก.

(๑) ปวดท้อง, มักเป็นอาการแรก.  
ปวดคล้ายบิดได้, เป็นระยะ ๆ, ครั้งหนึ่ง  
ประมาณ ๑๕ นาทีถึง ๒ นาที, และเวียน

ไปประมาณ ๑๐-๒๐ นาที. ขณะนั้นไม่มีอาการเจ็บปวดเลย. สำหรับเด็กเล็กที่ยังพูดไม่ได้, มักสังเกตได้จากอาการร้องของเด็กร, มีหน้าตาขบเขยว, ซด, นาคาไหล, และเด็กมักจะอขาทั้งสองข้างขึ้นมาหน้าท้อง.

(๒) อาเจียน. มักพบเสมอ. ในระยะแรกอาจเกิดก่อนอาการปวดท้องเป็นรีเฟล็กซ์. ต่อมาอาเจียนเพราะลำไส้ถูกอุดตัน.

(๓) อุจจาระเป็นมูกเลือด. เด็กอาจถ่ายออกมาเองโดยมีมูกเลือดคลุกก่อนอุจจาระหรืออาจพบได้ขณะตรวจทางทวารหนัก.

มอนราจ (๑๙๒๖) กล่าวว่าอุจจาระเป็นมูกเลือดจะพบได้ ๑๒ ซม. หลังลำไส้กลืนกัน, สำหรับชนิดลำไส้เล็กกลืนกันลำไส้ใหญ่, และชนิดลำไส้ใหญ่. ถ้าเป็นชนิดลำไส้เล็กไม่ค่อยมีอาการหรือถามักชามาก.

จากสถิติของเด็กที่รับไว้ใน รพ. ศิริราชมีปวดท้อง ๕๑ ปช., อาเจียน ๘๐ ปช. และมูกอุจจาระเป็นมูกเลือด ๖๕ ปช. เท่านั้น. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการตรวจทางทวารหนักน้อย, หรือตรวจอุจจาระไม่ถี่ถ้วน. (ตารางที่ ๔).

อาการของร่างกายทั่วไปมักมีอาการช็อค, ผิวหนังเขียว, เนื่องจากเสียน้ำ, อ่อนเพลยและกระสับกระส่าย.

ในผู้ใหญ่อาการเหล่านี้มักไม่ชัดเจนและไม่แสดงอาการรวดเร็วอย่างเด็ก. นอกจากนี้อาการที่เกิดจากสาเหตุเดิมอาจกลายเกลื่อนอาการของลำไส้กลืนกันได้. การปวดท้องอาจมาเป็นพักๆ. บางทีอาจรุนแรงและปัจจุบัน. บางรายก็มีปวดท้องเพียงเล็กน้อย. มีอาการคลื่นไส้อาเจียน. แต่อุจจาระเป็นมูกเลือดไม่พบเหมือนในเด็ก. อาจมีท้องอืด, อุจจาระผูก, นานักกลด, เลือดที่ออกอาจมาจากแผลที่เป็นสาเหตุ.

#### การตรวจร่างกาย มักคลำได้ก้อน

ทางหน้าท้องหรือโดยการตรวจทางทวารหนัก. ถ้ารวมกับอาการทั้ง ๓ ทกล่าวแล้ว นานักถึงโรคคนมากที่สุด. การคลำพบก้อนในรายงานต่างประเทศพบถึง ๘๒ ปช. แต่ที่รพ. ศิริราชมีรายงานที่พบเพียง ๔๗ ปช. เท่านั้น. ก่อนที่คลำได้จะมีรูปเหมือนกล้วยหอมหรือไส้กรอก. ส่วนโค้งเกิดจากการดึงของขวลาไส้. ถ้าตรวจขณะลำไส้หดตัวหรือขณะเด็กร้องกอนจะแข็งขึ้น. กอนอาจอยู่ในตำแหน่งใดก็ได้. ถ้าอยู่ใต้คยหรือใต้ชายโครงซ้ายจะคลำได้ยากหรือไม่ได้เลย.

อาจพบว่าค่าน้ำล้างทางขวาของช่องท้องว่างเปล่า, เรียกว่า “ลักษณะตรวจพบของคานซ์.” ชนิดลำไส้เล็กก่อนอาจเล็กมากจนคล้ำไม่พบ. บางทีก่อนอาจยื่นออกมาทางทวารหนัก, ทำให้คิดว่า เป็นโรคติ่มย้อย. ถ้าเป็นลำไส้กลืนตัว, นวัตกรรมอาจแทรกเข้าไปในระหว่างชั้นของลำไส้ที่ถูกกลืนกับทวารหนักได้. ในการตรวจทางทวารหนักมักพบเลือดคั่งติดออกมาด้วย.

อาการของเยื่อหุ้มช่องท้องอีกเสบมมักไม่ค่อยพบ, นอกจากเป็นมานานจนลำไส้เน่า, จะมีอาการท้องอืดและลำไส้อุดตัน.

รายที่เป็นมากๆ จะแสดงอาการเสบมและช็อค. ผู้ป่วยจะมีไข้ประมาณ ๑๐๐ ฟ. ถ้าไข้ถึง ๑๐๒ ฟ. แสดงว่าโรคได้ดำเนินไปไกลแล้ว.

การตรวจร่างกายผู้ใหญ่มักไม่ช่วยอะไรได้มาก, เพราะผู้ใหญ่มักมีอาการท้องเจริญดี, ทำให้การคลำยาก. ก่อนที่พบในผู้ใหญ่มักไม่แน่ใจว่าจะเป็นลำไส้กลืนกันเสมอไป, มักไปคิดถึงโรคอื่น. เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งทรพ. ศิริราช, คลาพบก้อนทวารเยื่อเยื่ออกกลับไปคิดว่า เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร, จึงรายงานต่อไป:

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๔๐ ปี, รัยไว้ในทรพ. เมื่อ ๒๗ มีนาคม (ล.ท. ๑๗๑๓๑-๕๕,

ล.น. ๔๕๓๘-๕๕) ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องมา ๑๐ วัน. ๑๐ วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยไปทำงานในนา. ขณะทักมีตัวลงรู้สึกปวดท้อง. ต่อมามีอาการปวดบ่อย ๆ ทวารเยื่อเยื่ออก. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน. มเรอบ่อย ๆ. ไม่มีไข้. อัจจาระทุกวัน, เหลว, สีเหลือง. ขณะทักปวดท้องมาก, คลำรู้สึกมีก้อนวังในท้อง. ในระยะหลัง ๆ ปวดท้องมากทุกวัน, กินอาหารไม่ได้. ถ้ากินอาหารเข้าไปปวดท้องมากขึ้น.

ในการตรวจร่างกายพบ ผู้ป่วยผอมช็อค, ทำทางอ่อนเพลียมาก. เสียงหัวใจค่อย. ฟันสีกปรก. ลิ้นฝ้า. คลำได้ก้อนขนาด ๘x๔ ซม. ทวารเยื่อเยื่ออก. ลักษณะแข็ง, ผิวเรียบ, เปลี่ยนขนาดได้, ไม่มีการเต้น, ตึกแน่น, ไม่เคลื่อนไหวตามการหายใจ. ผิวหนังที่ปกคลุมไม่มีอาการอักเสบ. กดเจ็บ. ลักษณะยาว. เคาะได้เสียงโปร่ง. ฟังได้เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ. ไม่มีเสียงกลอกกลิ้ง. ตรวจทางทวารหนักไม่พบสิ่งผิดปกติ. ตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ชย. ๑๑ก. ม.ล.ท. ๔.๘๐ ล้าน, ม.ล.ช. ๑๒๓๐๐, ป. ๗๖, ล. ๒๔ปช. อัจจาระและปัสสาวะไม่ผิดปกติ. ได้ทำการวิเคราะห์พบว่ากระเพาะมีกรดต่ำ, มีกรดเสรีเพียง ๑๐ หน่วยเท่า

นั้น. วิจัยพบว่า เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร. การตรวจทางรังสีพบว่า มีอวัยวะบริเวณกระเพาะและลำไส้ติดกับบริเวณนั้น. อาจเนื่องมาจากการอักเสบของตับอ่อน. การรักษาได้ให้น้ำและอาหารทางหลอดเลือด. ให้ยาระงับปวดต่างๆ. อาการไม่ทุเลา. ใต้ผ้าทอเข้าไปจึงพบว่า เป็นลำไส้กลืนตัวชนิดลำไส้ใหญ่ต่อลำไส้ใหญ่. ได้ตัดลำไส้ใหญ่ทางขวาออกไปหมด. หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดี, กลับบ้านได้. ในรายนี้ไม่ได้กินถั่ว ไรคาล์วกลืนตัวเลย.

ในผู้ใหญ่อาจพบว่า มีท้องอืด, เสียงลำไส้ผิดปกติ, ลำไส้วิ่งเป็นลูกๆ, แต่ก็เป็นอาการของลำไส้อุดตันธรรมดาเท่านั้น, ไม่ได้ช่วยในการทลายโรคอย่างใดเลย.

การตรวจทางรังสี การตรวจทางรังสีช่วยให้การทลายโรคได้มาก, แต่ไม่ใช่ของจำเป็น. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเด็ก, ประวัติและการตรวจร่างกายก็พอช่วยให้ทลายโรคได้. การตรวจทางรังสีควรถ่ายในท่านอน. ในรายที่เป็นชนิดลำไส้ใหญ่กลืนลำไส้เล็ก, จะพบว่าไม่มีแก๊สทางด้านขวาของช่องท้อง เพราะการกลืนจะไล่อากาศออกจากช่องนี้ และลำไส้ใหญ่ส่วนต้น. อาจพบส่วนหนึ่งของลำไส้มีเส้นเงาของอากาศ ๒ เส้นขนาน

กันเนื่องจากอากาศเข้าไปแทรกอยู่ระหว่างชั้นของลำไส้ที่กลืนกัน.

ในระยะแรกจะได้ภาพรังสีเหมือนปกติ, แต่ในระยะหลังจะมีลักษณะเหมือนลำไส้เล็กอุดตัน, มีการโป่งของลำไส้เล็กและมีระดับน้ำให้เห็น.

นอกจากชนิดลำไส้เล็กและชนิดการกลืนซ้อน, การใช้ยาเร่งมสวนมีประโยชน์มาก, เพราะ:

(๑) การสวนด้วยยาเร่งมอาจทำให้ลำไส้ที่กลืนกันคลายออกได้.

(๒) ลักษณะของลำยาเร่งมทำให้การทำนายโรคแน่นอนยิ่งขึ้น.

ลำของยาเร่งมเมื่อเข้าไปถึงยอดของลำไส้ที่กลืนกันจะมีรูปเป็นพระจันทร์เสี้ยว. ถ้ายาเร่งมผ่านระหว่างชั้นของลำไส้ที่กลืนกันไปได้, รูปพระจันทร์เสี้ยวจะเปลี่ยนเป็นรูปโค้งเต็มมือ. ยาเร่งมที่เขาไปแทรกอยู่ในช่องแคบต่างๆ จะเป็นรูปวงแหวนคล้ายลวดสะปริง. พบได้ทันทีหลังจากถ่ายเอายาเร่งมออกแล้ว. ถ้ายาเร่งมผ่านไปรอบๆ ลำไส้ที่ถูกกลืนอาจพบยาเร่งมเป็นปลอกมีรอยแหวนอยู่ตรงกลาง. ตำแหน่งที่ยาเร่งมผ่านไปไม่ได้จะคลำก้อนได้. ลำไส้ที่อยู่ติดกันไปจากที่ถูกกลืนจะโป่งขึ้น. อาจเห็นยา-

เริ่ม ผ่านเข้าไป ในรูของ ลำไส้ ที่ถูกกลืน เป็นทางขนานกับความยาวของลำไส้.

ในผู้ใหญ่ต้องใช้การตรวจทางรังสีเป็น เครื่องช่วยวินิจฉัย. ถ้าเป็นชนิดลำไส้เล็ก, เราใช้วิธีการกินยาเรียมแทน. จะพบว่ากินเวลา นานกว่าปกติในการผ่านของยาเรียม

การวินิจฉัยแยกโรค ในผู้ใหญ่ต้อง แยกออกจากโรคที่ทำให้ลำไส้อุดตันทั้ง หลาย. ในเด็กต้องแยกจากไส้ติ่งอักเสบ ชนิดปัจจุบัน ซึ่งมักไม่พบก้อนในระยะแรกๆ, ไม่มีเลือดออกทางทวารหนัก, ลำไส้อักเสบ, ไม่มีอาการเริ่มท่อนอย่างรวดเร็ว, มีไข้ก่อน, อจจาระเหลว, เห็บมันมาก, คลำก้อนไม่ ได้. นอกจากนี้ยังต้องแยกจากโรคคัมมัยอย, เม็คเคิลส์ไดเวอรัคคูลัม, อิลเลอรับิค เปอร์เปอรา (Hennoch-Schenlein), ท้องผูก เรอริง, ถูกพิษตะกั่วปัจจุบัน, เซอร์เนียบิค, ลำไส้บิค (วอลวลัส).

การพยากรณ์โรค เกยข้องโดยตรงกับ ระยะเวลาที่เห็น. ถ้าได้รับการรักษาภายใน ๒๔ ชม. มักรักษาได้ผลดี. ถ้ามีไข้สูง กว่า ๑๐๒ ฟี. จะมีอัตราตายสูง, เพราะ ว่ามีการตายของลำไส้. ถ้าลำไส้ที่ถูกกลืน ลงมาถึงเร็คตัม, แสดงว่าได้เป็นมานาน, การพยากรณ์ไม่ดี. ในต่างประเทศพบว่า

การกลืนทลำไส้เล็กมีอัตราตายสูงมาก, การกลืนซ็อนเป็นที่สอง. ที่ รพ. ศิริราชมี การกลืนซ็อน ๒ ราย, ตายทั้ง ๒ ราย; ชนิดลำไส้เล็กมี ๒ ราย, รอดทั้ง ๒ ราย; ชนิดลำไส้ใหญ่ ๒ ราย, รอดทั้ง ๒ ราย. ที่เราพบในศิริราชส่วนมากเป็นชนิดลำไส้ ถูกกลืนโดยลำไส้ใหญ่. ไม่อาจบอกผลได้ แน่นนอนว่าชนิดไหนตายมากเพราะจำนวนผู้ ช่วยยังมีน้อยอยู่.

เกยข้องของท่อนของร่างกายเมื่อมาถึง รพ., รวมผู้ช่วยทั้งเด็กผู้ใหญ่ ๓๖ ราย, พวกที่ไม่ได้ใช้คือประมาณ ๕๘-๕๙ ฟี. รอดตายหมด. หากมีไข้เล็กน้อย ๕๕- ๑๐๐ ฟี. มีอัตราตาย ๒๒.๒ ปร. ถ้า ระหว่าง ๑๐๐-๑๐๑ ฟี. อัตราตายขึ้นไป ถึง ๘๕.๗ ปร. ถ้า ๑๐๒ ฟี. ขึ้นไปตาย ๑๐๐ ปร. พวกกลืนลำไส้ทะลุแล้วและมีช่อง ท้องอักเสบทั่วไป.

การรักษา มี ๒ วิธีคือ วิธผ่าตัดและวิธ ใช้สวนควยบายาเรียม.

ในวิธสวนควยบายาเรียม, เตรียมผู้ช่วย อย่างเดียวกับเตรียมผ่าตัด. ไม่ต้องใช้ยา สลบหรือใช้เพียงเล็กน้อย. ใช้สายยางสวน ที่มัลกโย่งค็อคอยู่หรือสายยางชนิดฟลอร์เรย์ ใหญ่ ๆ ใส่เข้าไปในทวารหนัก, ไม่ใช่ใน

มนทา. เมื่อเขาเร่คัมแล้วเขาลงโขงให้สายยางอยู่กับที่ไม่ให้หลุดออกมา, ใช้ปลาสเตอร์ปิดก้นขอยเขามาหากัน. ใช้ยาเรยมีส่วนเข้าไป, ใช้ความดัน ๕๐ ซม. และดูโดยแสงเรนทเก็น. ถ้ายาเรยมีไปหยดอยู่ที่ใดถึง ๕ นาทีก็ดึงสายยางออก. ให้เด็กถ่ายออกมาแล้วสวนใหม่อย่างมาก ๓ ครั้ง. ถ้าไม่สำเร็จผ่าตดทันที. ถ้าสำเร็จใส่ผงถ่านเข้าไปในกระเพาะโดยให้เด็กกินหรือใส่ทางสายยาง. ภายหลังนั้น ๖ ชม. ทำการสวนอุจจาระเด็ก. ควรพผงถ่านออกปนกับอุจจาระเด็ก.

ขอทแสดงว่าลำไส้คลายตัวอย่างสมบูรณ์คือยาเรยมีเข้าไปเต็มซีกคัมและอาจไหลต่อไปในลำไส้เล็ก. เมื่อถ่ายยาเรยมีออกจะมีอุจจาระออกมา, และผายลมออกด้วย. ก่อนหายไข้. อาการทั่วไปดีขึ้น. ๖ ชม. หลังให้กินผงถ่านจะพผงถ่านออกมากกับอุจจาระ. ต้องถือเป็นกฎว่าหลังจากการสวนด้วยยาเรยมี, ถ้าอาการไม่ดีขึ้นต้องทำการผ่าตดทันที. การใช้ยาเรยมีรักษาควรใช้ในเด็กอายุไม่เกิน ๕ ขวบและมีอาการมาไม่เกิน ๒๔ ชม. รังสีแพทย์ควรมีความชำนาญทางนี้. ศัลยแพทย์ควรเตรียมผ่าตัดให้พร้อม. ใช้ความดันไม่เกิน ๕๐ ซม.,

และห้ามใช้มอขยขยาลำไส้. ถ้าสงสัยควรทำผ่าตัดทันที. ในรายที่เป็นๆ หายๆ ไม่ควรทำโดยวิธีนี้.

### การผ่าตดในรายที่สามารถคลายตัวได้

ใช้ผ้าในแนวพารามิตี้นขวา. การใช้ผ้าเช่นนี้เพราะตอนทคลายตัวยากที่สุด คือตอนลดนอเลโอซคิล. หายอดของส่วนที่กลดกันแล้วค่อยๆ ขยับออก. พอมาถึงโคล็ดอนส่วนต้นค่อยๆ เอาออกมาคลายบนผนังหน้าท้อง. อาจตัดตรงทมรอยคอดและเย็บคอดหลังก็ได้. ต้องแน่ใจว่าลำไส้ยังมีชีวิตอยู่. ต่อจากนั้นจึงเย็บขั้หน้าท้องได้

ไม่ควรทำอะไรให้นาน, เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ. นอกจากในรายที่มีไส้ติ่งเน่าจึงยอมเสียเวลาตัดออก. ทศศิริราชรักษาโดยวิธีคลายตัวอย่างเคี้ยว ๑๐ ราย, ตาย ๓ ราย. ที่คลายตัวแล้วยังไปเสียเวลาตัดไส้ติ่งมี ๔ ราย, ตายถึง ๓ ราย.

### การผ่าตดในรายที่ไม่สามารถคลายตัว

ได้ ในรายเช่นนอตราตายสูง, ในต่างประเทศ ๕๐ ปีช. หรือมากกว่า. ทศศิริราชมีนอตราตาย ๖๒ ปีช. วิธีที่ใช้กันมากที่สุดคือวิธีตัดคอไส้. วิธีปลอบทสยที่สุด

คือวิธีของมิกคิลิคซ์. Gross (1928-39) ได้แนะนำให้ตัด Spur ใน ๒-๓ วันแล้วขี้คผนังลำไส้ใน ๑ สัปดาห์. Bentley (1954) ได้แนะนำให้ทำการตัดลำไส้และเบีคลำไส้ทั้งสองส่วน (double enterostomy) ปล่อยไว้ ๔๘ ชม. แล้วจึงเย็บ.

การรักษาในผู้ใหญ่, การผ่าตัดเหมือนในเด็ก, แต่มีรักษาตนเหตมากกว่า. ผู้ใหญ่ทนการผ่าตัดได้ดีกว่าเด็กจึงใช้วิธีตัดบางส่วนออกและต่อชนกันเลย. ถ้าอาการทั่วไปไม่ค้, เราอาจตัดและเบีคลำไส้ทั้งสองส่วนไว้ก่อน. ก่อนทำผ่าตัดควรเตรียมลำไส้ไว้ก่อน, เพราะผู้ใหญ่โดยมากเป็นชนิดเรอริง.

ที่แผนกศัลยกรรม รพ. ศิริราชระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๔-๕๘ ไม่ได้ใช้วิธีรักษาโดยการสวนควยบาเวียมเลย.

**อัตรตาย** อัตรตายที่ ร.พ. ศิริราชในผู้ใหญ่มี ๒๓ ปร.ศ., ในเด็กสูงมากถึง ๕๖.๕ ปร.ศ. ในต่างประเทศอัตรตายในเด็กประมาณ ๑๐-๑๘ ปร.ศ. (ตารางที่ ๕)

การที่ม้อตราตายสูงที่ศิริราชเข้าใจว่าเนื่องจากผู้ป่วยมาหาแพทย์ช้าจนโรคได้ดำเนินไปมากแล้ว. ผู้ป่วยที่มาหาแพทย์ภายใน ๒๔ ชม. หลังจากเกิดอาการแล้ว

มีเพียง ๘ รายเท่านั้นในจำนวนผู้ป่วย ๓๖ คน. ในออสเตรเลียผู้ป่วยที่ไปร.พ. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการมาแล้วเฉลี่ยประมาณ ๑๗ ชม. ผู้ป่วยที่มา ร.พ. ศิริราชมีลำไส้ทะลุแล้ว ๕๐ ปร.ศ. เมื่อเบีคหน้าท้องเขาไปพบมีเอ็กซุเตคเป็นหนอง ๑๓ รายหรือ ๔๓.๓ ปร.ศ., เอ็กซุเตคเป็นน้ำใส ๘ ราย หรือ ๒๖.๖ ปร.ศ. ผู้ป่วยที่มา ร.พ. ภายใน ๒๔ ชม. หลังจากเริ่มมีอาการม้อตราตาย ๐ ปร.ศ. พวกที่มาในระหว่าง ๒๔-๔๘ ชม. ตาย ๖๐ ปร.ศ. พวกที่มาในระหว่าง ๔๘-๗๒ ชม. ตาย ๖๒ ปร.ศ. พวกที่มา ระหว่าง ๗๒-๙๖ ชม. ตาย ๗๕ ปร.ศ., พวกที่มา ระหว่าง ๙๖-๑๒๐ ชม. ตาย ๑๐๐ ปร.ศ. พวกที่มาหลังจาก ๑๒๐ ชม. แล้วตาย ๑๘ ปร.ศ. คือถ้าผู้ป่วยอยู่ได้เกิน ๑๒๐ ชม. หลังจากมีอาการ, อัตรตายลดน้อยลงเนื่องจากพวกนี้เป็นชนิดเรอริง. สรุปได้ว่าลำไส้กลั่นกันอย่างข้จนม้อตราตายน้อยหรือมากขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาหาแพทย์. ถ้ามาหาเร็ว, อัตรตายก็น้อย. นอกจากนการผ่าตัดควรใช้เวลาให้น้อยที่สุด, ทำเท่าที่จำเป็นเท่านั้น, ถึงที่ใดกล่าวไว้แล้ว. ในพวกที่เอาลำไส้ออกจากกันได้, ถ้าเราเอาออกอย่างเดียว, อัตร

ตาย ๓๐ ปช., แต่ถ้าไปทำการตัดไส้ติ่ง  
เพิ่มเข้าอีกอัตราตายถึง ๗๕ ปช.

### สรุป

ได้บรรยายเรื่องลำไส้กลืนตัวในเด็ก  
และผู้ใหญ่, ในหัวข้อพยาธิวิทยา, อุบัติ  
การ, สาเหตุ, การแยกชนิด, อาการ,  
การตรวจร่างกาย, การตรวจทางรังสี,  
การวินิจฉัยแยก, การพยากรณ์โรค, การ  
รักษาและอัตราการตาย, โดยยกเอาสถิติและ  
ตัวอย่างผู้ช่วยของแผนกศัลยศาสตร์โรง  
พยาบาลศิริราชชนบทและเป็นที่อา-  
ทรณ์ด้วย.

ในที่สุดขอขอบพระคุณศาสตราจารย์  
นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ, หัวหน้า  
แผนกศัลยศาสตร์, ที่ได้กรุณาแนะนำให้  
ศึกษาและอนุญาตให้เสนอรายงานนี้. ขอ  
ขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์สุ  
เมธ วิเชียร ที่ได้กรุณาถ่ายรูปประกอบ,  
ตลอดจนแนะนำต่างๆ ให้งานนี้สมบูรณ์  
ขึ้น.

หมายเหตุ โดยคำแนะนำของท่าน  
หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ ได้ศึกษาผู้ช่วย  
โรคลำไส้กลืนตัวในปี พ.ศ. ๒๔๕๕ เพิ่ม  
เต็มชนอก. มีเด็ก ๑๐ คน, ผู้ใหญ่ ๒

คน. วินิจฉัยโรคถูกต้องก่อนผ่าตัดในเด็ก  
๘ คน, ผู้ใหญ่ ๑ คน. อายุ, เพศ, สาเหตุ  
และชนิดของโรคเป็นเช่นเคยกับที่พบใน  
พ.ศ. ๒๔๕๔-๕๘. แต่ในข้ออาการมี  
อุจจาระเป็นมูกเลือดมากจนถึง ๘๐ ปช.,  
และคลำพบก้อน ๘๐ ปช., ซึ่งใน พ.ศ.  
๒๔๕๔-๕๘ พบ ๖๕ ปช. และ ๔๗ ปช.  
ตามลำดับ. อัตราตายลดจาก ๕๖.๕ ปช.  
เป็น ๒๐ ปช. สามารถวินิจฉัยโรคได้ภายใน  
๒๔ ชม. หลังจากเริ่มมีอาการใน ๘๐  
ปช. ของราย. อีก ๒๐ ปช. เป็นโรคชนิด  
กลืนซ้ำ, คือกินแล้วและผ่าตัดเข้าไปเอา  
ออกจากกันแล้ว, กลายเป็นชนอก. จำต้อง  
ผ่าตัดใหม่, จึงตายเนื่องจากการผ่าตัด  
ครั้งที่สอง. อีกคนหนึ่งเป็นโรคมานาน ๔ วัน  
แล้ว, ได้ผ่าตัดตรวจและตัดลำไส้ใหญ่  
ส่วนขวา, จึงตาย. ผู้ช่วยที่รอดตายทั้ง  
หมดสามารถแก้อาการกลืนตัวของลำไส้ได้  
ทั้งสั้นและใช้เวลาผ่าตัดครึ่งชั่วโมงเป็น  
อย่างมาก.

### เอกสาร

1. Gross: Surgery of Infancy and Childhood (Saunders), pp. 281-300.
2. M.J. Orloff: Surg., Gynec., Obst. 102: 313. 1956.
3. H.C. Cleveland: Am. J. Surg. 81: 431, 1951.

4. J. M. Ferrer, Jr.: Surg. Clin N. Amer. 30: 515, 1950.
5. D.C.L. Fitzwilliams: Lancet 1: 622, 1908.
6. T.A. Hindmarsh et al.: B.M.J. 2: 382, 1945.
7. T.C. Moore: Ann. Surg. 135: 184, 1952.
8. J.D. Mortimer: Lancet 1: 1144, 1891.
9. H.G. Nichols: Surg., Gynec., Obst. 73: 832, 1941.
10. M.M. Ravitch: Ibid. 99: 431, 1954.
11. M.M. Ravitch and P.H. Morgan: Ann. Surg. 135: 596, 1952.
12. C.W. Ware and R.J. Coffey: Surg., Gynec., Obst. 91: 173, 1950.
13. N. Arenson: J. Florida Med. Ass. 37: 31, 1950.
14. P.H. Bentley: Arch. Surg. 68: 894, 1954.
15. P.L. Hipsley: Med. J. Austral. 2: 201, 1926.
16. S. Monrad: Acta Ped. 6: 31, 1926.
17. A. Roper: Surg., Gynec., Obst. 103: 267, 1956.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

## สารศรราช

## ตารางที่ ๑

ถ้าใส่กลิ่นตัวในเด็ก. อุบัติการตามอายุ.

ผู้รายงาน	อุบัติการตามอายุ, เปอร์เซนต์			
	จำนวนราย	๑ ปีและต่ำกว่า	๒ ปี	เกินกว่า ๒ ปี
Gross	702	75	10	15
Perrin-Lindsay	400	69	9	22
Knock-Oerum	397	60	11	29
Monrad	115	63	20	17
Mussil	105	69	19	12
Oberhelman-Condon	95	69	20	11
รวม	1814	69	11	20
แผนกศัลย, ศรราช	23	70	13	17

## ตารางที่ ๒

ถ้าใส่กลิ่นตัวในเด็ก. อุบัติการตามเพศ.

ผู้รายงาน	จำนวนราย	เพศชาย, เปอร์เซนต์	เพศหญิง, เปอร์เซนต์
Gross	702	65	35
Wade	519	72	28
Ravitch-McCune	152	62	38
Monrad	115	67	33
Hipsley	105	69	31
Nyborg	108	81	19
รวม	1701	68	32
แผนกศัลย, ศรราช	23	70	30

## ตารางที่ ๓

ถ้าใส่กลิ่นตัวในผู้ใหญ่. สาเหตุของโรค.

ผู้รายงาน	จำนวนราย	ทราบสาเหตุ, ปช.	ไม่ทราบสาเหตุ, ปช.
Donhauer-Kelly	636	75	25
Nichol	211	93	7
Ferrer	25	88	12
รวม	862	80	20
แผนกศัลย, ศรราช	13	77	23

กวี ท่งสบตร

205

ตารางที่ ๔

ถ้าใส่กลิ่นตัวในเด็ก. อาการ.

ผู้รายงาน	จำนวนราย	ปวดท้อง, พร.	อาเจียน, พร.	อุจจาระมีเลือด, พร.
Gross	702	90	75	85
Nordentoft	404	98	93	70
Ravitch-Morgan	152	68	93	91
Oberhelman-Condon	95	89	94	86
Ware-Coffey	65	95	91	74
รวม	1418	90	84	80
แผนกศัลย, ศิริราช	23	91	80	65

ตารางที่ ๕

ถ้าใส่กลิ่นกันนในเด็ก. อัตราตาย

ก่อน ค.ศ. ๑๙๒๕				หลัง ค.ศ. ๑๙๒๕			
ผู้รายงาน	ปี	จำนวนราย	อัตราตายพร.	ผู้รายงาน	ปี	จำนวนราย	อัตราตายพร.
Leichtenstern	1873	593	73	Vicken	1929/47	755	11.5
Wichman	1893	138	70	Nordentoft	1928/35	440	18
Hess	1905	1020	50	Gross	1928/39	202	13
Perrin-Lindsay	1903/20	400	35	Hogg-Donovan	1927/45	123	13
Clubbe	1907	114	33	Nyborg	1930/41	108	7
Romanis	1918	374	32	Mussil	1933/43	105	17
Close	1904/27	363	31	Snyductal	1938/48	143	5
				Nelson	1949	102	10
				แผนกศัลย, ศิริราช	1951/55	23	56.5

(Summary of the preceding Article)

## INTESTINAL INTUSSUSCEPTION

in Children and Adults

Kavee Tangsubutr

M.B.

(Dept. of Surgery)

This is a review of literature with statistics and case reports from the Dept. of Surgery, Siriraj Hospital as illustration. During the years 1951-1955 there were 23 cases in children and 13 cases in adults. Among children, 70 per cent of patients were under 1 year of age, the youngest patient being 4 months old. The oldest patient was aged seventy. Males were afflicted twice as often as females. Organic causes were more or less determined in only 12 per cent of the cases in children; these included myxoma, inflammation, diarrhea, and amebic dysentery. Organic causes were found in 77 per cent of the adult cases: polypus, leiomyoma, carcinoma of sigmoid colon, Hodgkin's disease, cecal ulcer, and local inflammation. Repeated intussusception was found in a five-month old baby, treated by barium enema, and the patient recovered. Important symptoms in children were abdominal pain (91 %), vomiting (80 %), mucous and

bloody stools (65 %), and shock, dehydration, weakness, and restlessness. In adults the symptoms were less definite, being mostly due to obstruction. Abdominal mass was palpable in 47 per cent of child patients. Roentgenological examination was definitely helpful. The prognosis depends upon the duration of the disease up to admission, the degree of fever, and the mode of treatment. In 10 cases in which simple reduction was possible, the mortality rate was 30 per cent; in 4 cases of reduction with appendectomy, the mortality rate was 75 per cent. When reduction was impossible, the mortality was 62 per cent. The average mortality rate in adults was 23 per cent; in children 56.5 per cent. Chief cause responsible for the high mortality was probably late hospitalisation.

(Seventeen references. Five tables. Six figures.)

1250 1

# ผีบิโอะมีบิโอะในคืบแตกเข้าสู่ลำไส้ใหญ่

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

ลีระ บุนยรัตเวช

พ.บ.

(แผนกคัลยศาสตร์)

ผีบิโอะมีบิโอะในคืบเป็นโรคที่พบบ่อยมากในประเทศแถบโซนร้อน, โดยเฉพาะในประเทศไทย. การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแต่แรกเริ่มเป็นของสำคัญมาก, เพราะถ้าไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและให้การรักษาได้ทันที่แล้ว มักจะมีโรคแทรกเกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดอัตราตายสูง. Ochsner และ DeBakey ได้ให้อัตราตายสำหรับผีบิโอะมีบิโอะในคืบที่มีโรคแทรกไว้ถึง ๓๕.๔ ๖๕., ซึ่งนับว่าสูงมากถ้าหากเปรียบเทียบกับผีบิโอะมีบิโอะในคืบที่ไม่มีโรคแทรก, คือ ๘.๕ ๖๕. (4)

ในบรรดาโรคแทรกของโรคนี้, ทรมานแรงมากได้แก่การทะลุแตกเข้าอวัยวะหรือช่องว่างใกล้เคียง, ซึ่งพบได้ไม่น้อย. Maxwell (1910) พบการแตกของผีบิโอะมีบิโอะในคืบ ๒๕ ๖๕. และในจำนวน ๖๐ ๖๕. แยกเข้าสู่ปอดหรือช่องเยื่อหุ้มปอด, ๒๐ ๖๕. แยกเข้าสู่ช่องท้อง, และ ๑๒ ๖๕.

แตกเข้าสู่ลำไส้และกระเพาะอาหาร. (3) Craig (1934) ได้รวบรวมคนไข้ที่เป็นโรคผีบิโอะมีบิโอะในคืบ ๖๐๔ ราย. เขาพบว่ามีการแตกถึง ๑๕๐ ราย, และในจำนวนที่แตกนั้น, ๑๑๗ รายแตกเข้าสู่ปอดและช่องเยื่อหุ้มปอด. ๓๗ ราย แยกเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ. ส่วนที่เหลือแตกเข้าสู่อวัยวะและหลอดเลือดใกล้เคียง, ได้แก่กระเพาะอาหาร, ท่อน้ำดี, ทางเดินน้ำดี, เวนาคาวา, ไต, บริเวณเอวและลำไส้ใหญ่. มีที่แตกเข้าสู่ลำไส้ใหญ่เพียง ๖ รายเท่านั้น. สำหรับในประเทศไทย, นายแพทย์จำลอง หริณสวัสดิ์ พบว่าในผู้ช่วย ๘๘ รายมีการแตกของผีบิโอะมีบิโอะในคืบ ๒๑ ราย (๒๓.๘๕ ๖๕.), คือแตกเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด ๑๔ ราย, แยกเข้าสู่ช่องใต้กระบังลม ๒ ราย, และแตกเข้าช่องท้อง ๕ ราย. (2)

ความมุ่งหมายของรายงานนี้เพื่อที่จะเสนอโรคแทรกของผีบิโอะมีบิโอะในคืบที่แตก

ลงสู่ลำไส้ใหญ่, ซึ่งเป็นเรื่องท่อก่อนข้างจะ  
หายาก, และในผู้ป่วยรายนี้เราสามารถ  
ให้การวินิจฉัยโรค, สามารถแสดงให้เห็น  
การแตกโคโคโดยภาพรังสี, และสามารถ  
พิสูจน์ได้แน่นอนจากการตรวจศพ.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่, อายุ ๔๐ ปี  
(เลขที่ภายนอก ๕๒๓๗๓/๕๕, เลขที่  
คล้ายศาสตร์ ๒๐๗๑/๕๕), รั่วไว้ใน  
แผนกคล้ายศาสตร์เมอวนท ๒๗ สิงหาคม  
๒๕๕๕ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องมาก  
และตัวเหลืองมา ๒๐ วัน. อาการปวดท้อง  
ของผู้ป่วย เริ่มมาตั้งแต่ ประมาณเดือนมิถุน  
ายน ๒๕๕๕, โดยรู้สึกปวดท้องท่อก  
โครงทางด้านขวา. พรอมก้นนูนกรู้สึกว่า  
มักอนและกดเจ็บที่บริเวณนทวย. ได้รับ  
การรักษาด้วยยา กลางบ้าน และ ฉายยา.  
อาการปวดท่อกเลาลงเป็นพัก ๆ, แต่ยังคงรู้  
สึกว่ามักอนอยู่ท่อกชายโครงทางด้านขวา.  
ผู้ป่วยรู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวบ่อย ๆ. ไม่มี  
คลื่นไส้หรืออาเจียน.

เมื่อประมาณวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๕  
อาการปวดท้องมีมากขึ้น. คราวนี้ปวดท่อก  
ชายโครงขวาและร้าวไปทางด้านหลังท่อก.

ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน. ผู้ป่วยรู้สึกอ่อน  
เพลียงไปมาก, เบื่ออาหาร ถ่ายอุจจาระ  
เป็นฟองสีเหลือง, กลืนเหม็นจืดและถ่าย  
บ่อย. ในระยะนี้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตาและตัว  
เหลืองจนเล็กน้อย. ปวดอยู่เช่นนี้ได้ ๑๕  
วันจึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนท  
แผนกผู้ป่วยนอก. แพทย์สงสัยว่าจะเป็น  
โรคตับคอเมบคในคย. ได้ทำการเจาะค  
ไม้โคหนอง, จึงให้ยาไปรับประทานท่อก.  
อาการปวดยังคงมีอยู่เช่นเดิม. ผู้ป่วยจึง  
กลับมารับการตรวจออกคร่งหนง. คราวนี้  
จึงได้รับเข้ามาในแผนกคล้ายศาสตร์, โดย  
สงสัยว่าจะเป็นโรคถุงน้ำคอกเสีย.

เมื่อสัปดาห์มาแล้วผู้ป่วยเคยมีอุจจาระ  
เป็นมูกเป็นเลือด, วันละหลายคร่ง.

การตรวจร่างกาย เมื่อแรก รับพบว่า  
อุณหภูมิ ๓๗.๓ ค., ชีพจร ๑๓๒/นาที,  
หายใจ ๓๖/นาที, ความดันโลหิต ๑๐๐/  
๕๐ มม.ปรอท. ผู้ป่วยมีลักษณะผอมซค,  
ตัวเหลืองเล็กน้อย, หายใจค่อนข้างเร็ว,  
และท่าทางอ่อนเพลียงมาก. ท่อกบริเวณโค  
ชวยโครงข้างขวา กดเจ็บและมีผนังท่อก  
บริเวณนทวยแข็งตง, จึงทำให้คล้ายคยไม้โค  
ถนคว่าจะโคสึกเพียงโค. ท่อกบริเวณมม  
คอสโค เวนเรเต บรลค่าน ขวาคค เจ็บและมี

รอยชำ ๆ ทลวนหนึ่งเป็นจุด ๆ สีม่วงอ่อน ๆ. หน้าท้องทั่วไปเคาะโปร่ง. บังคับมีเสียงซังเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ตามปกติ.

การตรวจทางห้องทดลองได้ซีโมโกลบิน ๓๕ ปช., เม็ดโลหิตแดง ๑.๑๒ ล้านต่อ ล.มม., เม็ดโลหิตขาว ๑๗,๕๐๐ ต่อ ล.มม., นิวโทรฟิล ๗๕ ปช., ลิมโฟไซต์ ๒๑ ปช. บัสสาวะมีไข่ขาวพอเห็น. อุจจาระมีกลิ่นเหม็นเน่าจืด, มีมูกและเลือด, ตรวจพบเอ็นตะมีบาสิสโตลิต์คา, ชนิดเคลื่อนไหวได้.

การตรวจเคมีเลือดพบว่าม.เอน.พ.เอน. ๔๒.๘ มก.ปช., เครอาตินิน ๑.๔ มก.ปช., แอลบูมิน ๒.๓ ปช., โกลบูลิน ๔.๓ ปช., อิกเตอร์สอินเด็กซ์ ๑๓.๗, แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส ๖.๗๔ หน่วยโยแคนสกี. ไอโอคันทีสต์ ๔ ขวก.

**การดำเนินของโรค** ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคชนิดนี้เป็นถึงนาคอกเสบชนิดปัจจุบัน. ในการถ่ายภาพรังสีเอกซ์กลีบพบว่า มีเงาของฟองอากาศอยู่ที่บริเวณของตับกลีบขวา เพื่อกันไม่ให้ได้แน่ชัดว่ากลุ่มอากาศนี้ไม่ได้อยู่ในลำไส้, จึงได้ถ่ายภาพรังสีซ้ำในเวลาต่างกันออกสอง

ครั้ง. ก็ปรากฏว่าเงายังคงมีอยู่ที่เดิม. ในขณะนี้ได้ให้การรักษาผู้ป่วยไปในทางตรงนาคอกเสบอย่างปัจจุบัน, โดยให้เพนิซิลลินและโคชัยโครสเตรฟโตมัยซิน, และการรักษาอย่างอื่นเพื่อแก้อาการและบำรุงลักษณะทั่วไปของคนไข้. คนไข้ไม่ได้แสดงอาการว่าดีขึ้นเลย. ได้ทำการเจาะตับตรงบริเวณที่ตรงกับเงาของกลุ่มอากาศที่เห็นจากภาพถ่ายรังสีเอกซ์, ได้เห็นของสีกระป๋องสีเขยวอ่อน ๆ ประมาณ ๑๕๐ ล.ซม. มีกลิ่นเหม็นเหมือนอุจจาระ. ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบตัวอะมีบาชนิดเคลื่อนไหวได้และมีทริโอมโมนาสอยู่ด้วยกัน. การตรวจทางวิทยาคีเตรพบยี่โคลิคคอมมูนีออร์ในหนองนควย. ได้คลิกสารทบรังสีเข้าไปในโพรงของฝีและถ่ายภาพรังสีทันที. ผลที่ได้ปรากฏว่า สารทบแสงสามารถแสดงขอบเขตของฝีในตับให้เห็นได้ อย่าง ชัดเจนว่าขยายลงสู่เบองล่าง ได้ถ่ายภาพซ้ำหลังจากให้คนไข้ นั่งพักสัก ๑ ชม. จึงเห็นได้ชัดว่า มีช่องทางคืดต่อระหว่างฝีในตับกับลำไส้ใหญ่ ทางคืดคืดเห็นชัดมาก จนเมื่อถ่าย ครึ่ง ที่สาม, อีก ๑ ชั่วโมงต่อมาครบ.

เมื่อได้ทราบอย่างแน่นอนแล้วว่าผู้ป่วย

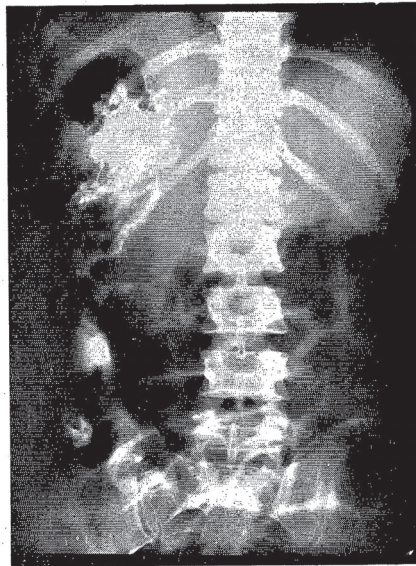
มีผลในคืบ จึงได้ให้การรักษาคืบ อีเมติน  
 ทนที, และเปลี่ยนแอนติไบโอติกจากเพน-  
 ซิลลิน และไคยัลโทร สเตอโรโต มีซิน เป็น  
 เทอรรามycin เพื่อที่จะรักษาการติดเชื้อตาม  
 หลังของคืบในคืบคืบ. หลังจากการฉีด  
 อีเมตินไปได้เพียง ๓ เกรนคนไข้ มีความคัน  
 โลหิต ชี้นี สโตลิคตกลง จาก ๑๕๐ มม.  
 ปรอท. เป็น ๘๔ มม. ปรอท. ชีพจรเบา,  
 เรวชน. จึงได้หยุดให้อีเมติน เปลี่ยนเป็น  
 ให้ผลโรควินและการรักษาทั่วไปอื่น ๆ.  
 คนไข้ ไม่มีอาการคืบและ ถึง แก่กรรมอีก  
 สองวันต่อมา.

ในการตรวจศพพบว่าคืบโตประมาณ ๕  
 นิ้วมอต่ำกว่าชายโครงขวา. ผิวล่างของ  
 กลีบขวาของคืบคืบกับส่วนโค้งเซปาคิคของ  
 ลำไส้ใหญ่. เมื่อผ่าคืบออกพบมีหลาย  
 แห่งทั้งเล็กและใหญ่. ขนาดที่ใหญ่ที่สุด  
 มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๕ ซม. ภายใน  
 มีหนอง สีและลักษณะเกือบก้นกบที่เจาะ  
 ใต้. ผนังคืบแตกออก, ทะลุเยื่อหุ้มคืบลงสู่  
 ส่วนโค้งเซปาคิคของลำไส้ใหญ่. รอยแตก  
 น้อยชุกกับคืบหน้าของไตข้างขวา, ซึ่ง  
 ปรากฏว่ามีฝักรอยไต (เพอร์เนฟริกแอ็บ-  
 เซสส์) และมีหนองลักษณะเกือบก้นกบที่  
 คืบ. ไตข้างขวายวมและมีเลือดมาคั่งมาก.

มีผลเล็ก ๆ หลายแห่งในไตข้างนั้น. นอก  
 จากนี้ในลำไส้ใหญ่ยังมีแผลคืบทั่วไปหมด.  
 การตรวจชันเนอคืบของจุลทัศน์  
 สันนิษฐานว่าเป็นคืบในคืบ, โดยพบตัว  
 อะมีบาที่เนอคืบตามขอบของโพรงฝ.

อภิปราย

ในรายงานผู้ช่วยรายนัยุหาที่น่าจะ  
 พิจารณาาคือคืบในคืบใต้แตกลงสู่ลำไส้  
 ใหญ่หรือพยาธิสภาพจากลำไส้ใหญ่ลุกลาม  
 มายังคืบ. เมื่อพิจารณาอาการของผู้ช่วย  
 รายนแล้ว, น่าจะเข้าใจว่าคืบในคืบใต้  
 แตกเข้าสู่ลำไส้ใหญ่, เพราะผู้ช่วยมีอาการ  
 ของคืบในคืบมาก่อน, คือปวดท้อง, ตัว  
 เหลือง, คลำพบก้อนใต้ชายโครงข้าง  
 ขวา, และกดเจ็บทขบริเวณนั้น. ต่อมากคือ  
 ประมาณวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๔๙๕ จึงได้  
 มีอาการถ่ายอุจจาระข่อย, ปวดท้องมาก,  
 ชน, อุจจาระมีฟองและเหม็นเน่าจัด. นอก  
 จากอาการตรวจศพพบว่ามฝในคืบหลาย  
 แห่ง, ซึ่งมีพยาธิสภาพเหมือนกัน, ก็น่า  
 จะช่วย สันนิษฐานว่าคืบในคืบแตก เข้าสู่  
 ลำไส้ใหญ่, ไม่ใช่พยาธิสภาพจากลำไส้  
 ใหญ่ลุกลามมายังคืบ, เพราะคืบในคืบ  
 อื่นหลายแห่งนั้นไม่ได้มีทางติดต่อกับลำไส้  
 ใหญ่เลย.



ภาพรังสีภายหลังฉีดอากาศและสารทึบแสง.  
แสดงโพรงฝีในตับ และทางติดต่อกับลำไส้ใหญ่.

ออกสั่งหนังสือสมควรจะพิจารณาคอเมอ  
 ฝักในคัยแตกลงสู่ลำไส้ใหญ่แล้ว, เหตุใด  
 ฝักย่อยจึงมีลักษณะทั่วไปแทนที่จะชนกลบ  
 เลวลง, ทงๆ ทมทางให้หนองไหลออกจาก  
 ฝักในคัยได้ ปัญหาสามารถจะอธิบายได้  
 ๒ ประการ. ประการแรกคอเมอมีทางให้  
 หนองไหลออกมาได้นั้น, ก็ย่อมจะมีช่อง  
 ทางให้ขี้เควซึ่งทรายนกอยู่แล้วว่ามีมาก  
 มากในลำไส้ใหญ่, เคลื่อนขนไปในโพรง  
 ของฝักในคัย, ทำให้เกิดการคักเซอแทรก  
 ซ้อนได้. ออสมส์เนอร์และเคอชัค(4)  
 ได้กล่าวว่า ฝักย่อย ฝักในคัย แต่ อย่าง  
 เดียวโดยไม่มีโรคแทรกกัน, มีลักษณะ  
 ทั่วไปไม่เลวมากเหมือนอย่างฝักย่อยฝัก  
 ในคัย และแทรกซ้อน ด้วยการคักเซอภาย-  
 หลัง. ประการที่สองคณไขมีอาการไม่  
 ชน, อาจเป็นเพราะว่าทางเดินหนองไหล  
 ลงสู่ลำไส้ใหญ่นั้นไม่กว้างเพียงพอที่จะให้  
 หนองไหลออกได้สะดวก, ดังเห็นได้จากการ  
 ที่เราสามารถเจาะ เอาหนองทง คงค้างอยู่  
 ในโพรงฝักในคัยได้ถึงประมาณ ๑๕๐ ล.  
 ซม., และจากการที่สารทงรังสีไหลลงไป  
 ในลำไส้ใหญ่ได้เข้ามา; กว่าจะเห็นได้  
 ชัดเจนต้องรอเวลาถึง ประมาณ ๒ ซม.  
 (รูปที่ ๔).

รายงานนี้ได้แสดงถึงความสำคัญของ  
 ภาพรังสีเอกซ์ ในการ ช่วย สนับสนุน การ  
 วินิจฉัยโรค. การเจาะเอาหนองออกมาจาก  
 คัยขอกได้แต่เพียงว่าคนไขมีฝักในคัย, แต่  
 การศึกษาโดยใช้สารทงรังสีบอกถึงขนาด  
 ของฝักและการคักคอกของฝักย่อยวระอน ๆ,  
 ถ้าหากมี. การตรวจหนองที่ได้มาจากการ  
 เจาะฝักในคัยใน รายงาน ก็บอกเราได้มาก  
 เหมือนกัน, เพราะตามปกติหนองที่เจาะ  
 ออกมาจากฝักในคัยเป็นสีไรเซอถึง๘๖.๓  
 ๒๕. ของราย. (4) ในผู้ช่วยรายน, การ  
 ทหนองมีกลิ่นเหม็นเหมือนอจจาระ, การ  
 ตรวจพบ บี. โคคคคอมมูนีออร์และพบทริโม  
 โมนาสร่วมไปกับตัวอะมีบา, น่าจะบ่งถึง  
 การคักคอกกับลำไส้ใหญ่.  
 การรักษาโรคฝักในคัยในรายนควร  
 จะถือเสมือนหนึ่ง การรักษาฝักในคัย ทม  
 การคักเซอแทรกซ้อน. การรักษาทยอมรับ  
 กันอยู่ขณะนคคือการผ่าตัดให้หนองไหล  
 ออกได้สะดวก. (6) ได้มีคนพยายามรักษา  
 โดยวิธีไม่ผ่าตัด. Alport และ Ghaliaungui  
 ได้รักษาโดยการคักเอาหนองออกและให้ยา  
 พวกซัลโฟเนไมคทงเฉพาะทและเข้าร่าง-  
 กายทั่วไป. Noth และ Hirschfeld ได้  
 รายงานว่าใช้เพนิซิลลินรักษาแบบเดียวกัน

นี้เพื่อรักษาการติดเชื้อแทรกซ้อนและไซโอเมคินฮัยโทรมลอโรครักษาฝักในคัย. (6) ในคนไข้รายนี้การรักษาทดทลคัยน่าจะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด, เพื่อให้มั่นใจว่าหนองไหลออกได้สะดวก, และเพื่อขจัดการติดเชื้อระหว่างลำไส้ใหญ่ และฝักในคัย, เพื่อระงับการติดเชื้อจากอวัยวะ. แต่เนื่องจากลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเลวมากและน่าจะทนการผ่าตัดไม่ไหว, จึงได้รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด.

อีกสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจและสมควรจะนำมากล่าวไว้ในบทความนี้คืออาการที่ผิดปกติซึ่งเกิดจากเชื้อฝัก. Kirsh และ Diaz-Rivera ได้รายงานว่า เป็นของหายาก, และได้รายงานไว้เป็นรายแรกเมื่อปี ๑๙๔๓. (5) ออสมัสเนอร์และเคอชคัยกได้รายงานว่า เป็นของหายากด้วยเหมือนกัน. แต่สำหรับผู้ป่วยของเรา, โรคนี้ไม่ได้แสดงอาการให้เห็นชัด, เป็นเพียงสังเกตพบจากการตรวจศพเท่านั้น.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย ๑ ราย ซึ่งเป็นโรค

ฝักอะมีบิในคัยและฝักแตกลงสู่ลำไส้ใหญ่, ซึ่งเป็นของหายาก. ภาพถ่ายจากรังสีเอกซ์แสดงการติดเชื้อระหว่างฝักในคัยและลำไส้ใหญ่. ได้บรรยายการวินิจฉัยโรคและการรักษาในรายนี้ไว้อย่างสั้น ๆ.

ในที่สุดนี้ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์นายแพทย์อดม โปษะกฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่ได้อนุญาตให้เสนอรายงานนี้; อาจารย์นายแพทย์ลิม คุณวิศาล เจ้าของผู้ป่วย; อาจารย์นายแพทย์จำลอง หาริมสุต และอาจารย์นายแพทย์วิจิตรานวัฑฒ์ ที่ได้ให้คำแนะนำอันมีค่า; และนายแพทย์เกษียร ภักคัยนัฑ ที่ได้ถ่ายรูปจากภาพรังสีเพื่อประกอบรายงานนี้.

เอกสาร

- (1) จำลอง หาริมสุต: วิทยานิพนธ์เพื่อแพทยศาสตรบัณฑิต, รับรองและนำเสนอคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล โดย ป. กังสดาลย์ ๒๔๘๔.
- (2) Craig: Amaebiasis and Amaebic Dysentery, pp.144-146 (Bailliere, Tindall & Cox, 1934)
- (3) S.S. Lichtmann: Diseases of the Liver, Gall Bladder and Bile Ducts (Lea & Febiger, Philadelphia, 1953)
- (4) Ochsner, DeBakey: Surg. Gynec., Obst. 69: 392-409, 1939.
- (5) Kirsh, Diaz-Rivera: Am. J. Med. Sc., 206: 372-377, 1942.
- (6) Noth, Hirshfeld: J.A.M.A. 124: 643-646, 1944.

(Summary of the preceding Report)

AMEBIC LIVER ABSCESS WITH RUPTURE INTO THE COLON

Sira Bunyaratavej

M.B.

(Dept. of Surgery)

---

A Thai man, forty years old, came for the treatment of abdominal pain. The complaint began about three months prior to admission. Two and a half months later the pain increased in severity and there developed also mild degree of jaundice, frequent diarrhea and very foul smelling stools. On admission the patient appeared very toxic with mild jaundice. The right upper quadrant of the abdomen was rigid and extremely tender; palpation of the liver was impeded. The tenderness extended as far back as the right costo-vertebral angle where there were several bluish red spots in the skin. X-ray examination revealed an unusual collection of air in the right lobe of the liver. It was

revealed as the cavity of a liver abscess by puncture. *E. histolytica* and *trichomonas* were found in the aspirated pus. Injection of opaque medium into the abscess demonstrated that the abscess had ruptured into the hepatic flexure of the colon. The condition of the patient excluded operative measures. Emetine and antibiotics brought no improvement, and the patient died two days after commencement of treatment. The connection between the abscess and the colon was clearly demonstrated at autopsy. Many other abscesses as well as amebic perinephric abscess of the right kidney were also found.

(Six references. One figure.)

1202

---

# การใส่หลอดสวนคอไอดินน์ ประวัติ, ประโยชน์, และวิธีปฏิบัติ

เฉลิมชาติ รัตนเทพ

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

การแก้อาการท้องอืดเกิดเป็นปัญหาที่  
รบกวนสำหรับแพทย์, เพราะเป็นอาการที่  
ที่ทราบ และคงคามชีวิตคนไข้อย่างยิ่ง.  
อาการท้องอืดเกิดจากการพอกพองน้ำและ  
อากาศในกระเพาะและลำไส้ ทมการออกกน  
หรือมการขับตัวช้ากว่าปกติ. ตำแหน่งทม  
การออกกนที่พบโดยมากอยู่ต่ำกว่าคอไอดินน์.  
เพราะเหตุนี้เองการแก้อาการท้องอืดโดย  
การดูดลมจากกระเพาะแต่อย่างเดียวยังใช้  
อยู่ตามธรรมดาจึงมักจะไม่ไ้ผล. ทงน  
เป็นเพราะ pyloric และคอไอดินน์ ทำหน้า  
ที่เขนลนกันไม่ให้อาหารยอนสู่กระเพาะไ้,  
และลำไส้เล็กนั้น โดยปกติก็มีการขับรด  
ในทิศทางจากต้นไปปลาย แต่ทางเดียว  
(Evans). การแก้อาการท้องอืดโดย การ  
สอดหลอดยางเข้าไปในลำไส้เล็กจึงเป็นวิธี  
ที่จคว่าดีที่สุดที่ใช้เวลานาน.

John Hunter (1790) เป็นคนแรกทนำ  
เอาหลอดสวนกระเพาะอาหารมาใช้. หลัง  
จากนั้น มามีผู้ประยุกต์นำหลอดยางแบบ

ต่าง ๆ มาใช้แก้อาการท้องอืดมากจน.  
อุปสรรคในการสอดหลอดยางเข้าสู่คอไ-  
อดินน์มีผู้พยายามแก้ไขมานาน, โดย  
ประยุกต์หลอดยางแบบต่าง ๆ ที่สามารถ  
สอดผ่านทรวงพยัลลอร์คเข้าสู่คอไอดินน์ได้ง่าย  
และสามารถใส่ไ้เร็วโดยทรมานคนไข้  
น้อยที่สุด, เช่นหลอดของ Levin (1921),  
หลอดของ Rehfuß, Ryle, Cantor, จน  
กระทั่งหลอดของ Miller - Abbot ซึ่งจคว่า  
ไ้ผลดีที่สุด (Wangensteen, 1949).

หลอดสวนกระเพาะอาหารและคอไอดิน-  
น์ทคนจะตองมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้, คือ  
ปลายนุ่มและไม่เป็นโลหะ, มีลักษณะมน,  
ไม่ทำอันตรายหรือก่อการระคายแก้มาก  
และคอหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของทางเดิน  
อาหารทงเวลาใส่เข้าและเวลาดึงออก.  
หลอดยางควรระมีความแข็งพอควร, เพื่อ  
ไ้ผ่านพยัลลอร์คไ้ง่าย, มีช่องกว้างพอ  
สมควร, มีรูข้างๆหลายรู เพื่อให้มีโอกาส  
ถูกดูดคั้นน้อยที่สุด, และมีความทขรับสมอง

เห็นในผลออโรสโคปโคปไตต์ (Levin, 1921).

หลอดมิลเลอร์ - แอ็บซอดทอนนัมชอกเป็น พิเศษที่ว่า ปลายเป็น ลูกโป่ง ทำให้พองและ ขยี้ได้จากภายนอก. เวลาผ่านคูโอคินัม แล้วเมื่อเข้าลูกโป่ง, ปลายหลอดก็จะถูก แรงขยี้ของ ลำไส้ นำพาไป ยังส่วน ของ ลำไส้ ที่มีการออกกันได้. ในคนไข้บางราย อาจจะไปถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายๆ ได้. ฉะนั้นจึงสามารถลดอาการท้องอืดได้ดีกว่า หลอดขางแบบอื่น ๆ ทดสั้นแค่คูโอคินัม. แต่หลอดมิลเลอร์ - แอ็บซอดทอนนัมชอก ก็มีข้อเสีย ที่ว่าราคาแพง, ใส่ผ่านจมูกคนไข้ได้ยาก กว่าและผ่านสู่ลำไส้เล็กช้ากว่า หลอดสวน คูโอคินัมธรรมดา. บางรายกินเวลานับวัน (Wangensteen, 1949), โดยเฉพาะรายที่ มีอะคัยนามิคอิลเลียส (Sodeman, 1956). หลอดสวน คูโอคินัม ธรรมดา นั้น กิน เวลา ผ่านสู่ลำไส้เล็กอย่างช้า ๕๐ นาที (Lyon, 1919). ถึงแม้ว่าจะมีความ ยาว น้อยก็ สามารถ คัดน้ำ และอากาศ จากลำไส้ ส่วน ล่าง ๆ ได้ดีพอ, เพราะ ลำไส้เล็กนั้น ปราศจากลนกันขวางโดยธรรมชาติ, และ เวลาที่มีการ ออก กันนั้น ลำไส้ จะ หดสั้นลง โดยการหดตัวของเนอ กล้าม ผนังตามยาว (Wangensteen).

ประโยชน์ของหลอดสวนคูโอคินัม

๑) รักษาอาการท้องอืดได้ดีกว่าหลอด สวนกระเพาะธรรมดา.

๒) เตรียมคนไข้ ในการ ผ่าตัด ช่อง ท้อง, โดยเฉพาะรายที่มีการออกกัน, ได้ดี ทที่สุด.

๓) เป็นทางให้อาหารได้.

๔) เป็นหนทาง कुคูลังสาร มีพิษ ใน กระเพาะอาหาร.

๕) ใช้ในการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับคูโอคินัม, เช่นโรคที่มีการออกกันทางเดินน้ำค, นิ้วในทางเดินน้ำค, การออกกันทางเดินน้ำ ค่อยของตับอ่อน, ได้เป็นอย่างดีไม่แพ้ การตรวจทางรังสี (Lyon and Swalm, 1919, Weiss).

๖) ใช้หลัง การ ผ่าตัด ต่อ กระ เพาะ อาหารและลำไส้.

เทคนิคของการใส่หลอดสวนคูโอคินัม

มี ๒ วิธี:

๑) ใส่โดยอาศัยฟลออโรสโคป. วิธี นี้กินเวลา ๒ ถึง ๑๕ นาที (Morgensteen) เป็นวิธที่ค, รวดเร็ว, แต่ต้องอาศัยความ สดวกของแผนกรังสีวิทยาด้วย.

๒) วิธีไม่อาศัยรังสี, หรือวิธีใส่โดย

ไม่ต้องมองเห็น. คือสอดหลอดยางผ่านช่องจมูก เช่นเดียวกับหลอดสวน กระเพาะอาหาร. ท่อนที่จะผ่านพัลลอร์สให้คนใช้นอนตะแคงทับขวาในท่าที่สบายที่สุด. ในรายที่มอาเจียนมากในตอนแรก, Weiss แนะนำให้ฉีดยาอะโทรปีน ขนาดปกติ เพื่อกดการทำงานของพัลลอร์ส. เมื่อหลอดยางผ่านสู่พัลลอร์สแล้ว (๕๕ ซม. จากจมูก) ค่อย ๆ ให้คนไข้กินหลอดซ้ำ ๆ ในอัตรา ๓ ถึง ๕ ซม. ต่อ ๕ นาที. อาจจะช่วยให้คนไข้สบายโดยให้กินน้ำควบกัน. การผ่านหลอดยางซ้ำ ๆ นี้จะขยับถ่วงการมีวงอในกระเพาะ. โดยวิธีหลอดยางจะผ่านถึงส่วนที่ ๒ ของคูโอดินัมใน ๑๕ ถึง ๒๕ นาที (๗๕ ซม. จากจมูก), พยายามทำซ้ำถ้าหลอดยางไม่ลงในคูโอดินัม.

วิธีที่ ๒ นี้ เช่น วิธี ที่กล่าว ใน เอกสารทั่ว ๆ ไป (Lyon, Weiss). วิธีที่เสนอต่อไปนี้เป็นวิธีที่คิดแปลงวิธีต่าง ๆ ที่อ่านพบในเอกสาร, รวมทั้งบทเรียนที่ไต่รับจากการใส่หลอดสวนคูโอดินัมในคนไข้ ๓๐ ราย, ทั้งที่ทำการออกกันส่วนต่าง ๆ ของลำไส้และในคนปกติที่ทำการตรวจการถ่ายเทของคูโอดินัม โดยวิธีของ Lyon และ Swalm โดยใช้หลอดแบบ Levin และแบบ Ryle. วิธีปฏิบัติ คือ:

๑) ล้างกระเพาะให้สะอาดก่อนที่จะผ่านหลอดยางเข้าคูโอดินัม. โดยวิธีนี้เมื่อปลายหลอดเข้าคูโอดินัมก็จะมียาคออกมาให้เห็นทันที.

๒) ระหว่างที่คนไข้กินหลอดยางซ้ำ ๆ ทั้งกล่าวข้างบนนั้น, ฉีดยาเกลืออ่อน ๆ ๑๐ ล. ซม. เข้าไปทางหลอดยางเพื่อช่วยถ่วงพัลลอร์สให้กว้าง. การฉีดยาเกลืออ่อนยังมีประโยชน์ คือเป็นการกระตุ้นหรือช่วยออกดีให้เบียดปล่อยน้ำค้อออกมาจำนวนมาก. เวลาล้างเอาน้ำเกลือออกก็จะสังเกตเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น. นอกจากนี้อาศัยความชำนาญการล้างด้วยน้ำเกลือสามารถบอกได้ว่าปลายหลอดยางอยู่ในกระเพาะหรือในคูโอดินัม, โดยสังเกตจำนวนน้ำที่ค้อออก. ถ้าเท่ากยที่ค้อเข้าไปหลอดยางอยู่ในกระเพาะ. ถ้าจำนวนน้ำที่ค้อออกน้อยกว่า, แปลว่ามีน้ำบางส่วนเล็ดลอดผ่านไปสู่ลำไส้ส่วนล่าง, และถ้าส่วนของน้ำเกลือที่ค้อออกมานั้นมีขนาดเข้มข้นจนกึ่งแน่ใจได้ว่าท่อทางที่ใส่นั้นถูกทกแล้ว. โดยวิธีนี้ผู้เขียนใส่หลอดสวนคูโอดินัมได้สำเร็จทุกราย. กินเวลานานที่สุด ๕๐ นาที, เร็วที่สุด ๕ นาที. และพบว่าคนไข้ที่ทำการออกกันนั้นใส่ได้ง่ายกว่าในคนปกติ.

วิธที่จะทราบว่า หลอดสวนคอไค้คั้นมีอยู่ในคอไค้คั้นหรือไม้นั้น มีหลายวิธี :

๑) โดยฟลูออโรสโคปีย. (ผู้เขียนไม่เคยใช้เลย.)

๒) โดยการตรวจปฏิกิริยากรดต่างของน้ำย่อยที่คคอกออกมาด้วยน้ำยาเทิฟเฟออร์. น้ำย่อยในกระเพาะเป็นกรด, แต่ในคอไค้คั้นเป็นด่าง, วิธนี้ไม่ค่อยแน่นอนนัก.

๓) โดยการใส่หึ่งที่หน้าท้อง, ทรงตำแหน่งคอไค้คั้น, แล้วฉกฉมเข้าทางหลอดคยาง. ถ้าหลอดคยางอยู่ในคอไค้คั้นจะไค้ยีนเสียงสูงต่างกับข้อยู่ในกระเพาะ, ซึ่งเสียงต่ำ, วิธนี้แต่ต้องอาศัยความเคยฟังข้อย ๗.

๔) โดยวิธีล้างเอาน้ำออกมาและสังเกตความเข้มข้นของส่นาคทไค้ คยทกล่าวนมา, วิธนี้สะดวกและแน่นอนค้.

ความสำเร็จในการใส่หลอดสวนคอไค้คั้นนั้นนอกจากจะอาศัยความใจเย็นของผู้ทำแล้ว, การปฏิบัติที่ค้คนไข้และการพยายามข้แรง อย่าง นมนวล เพอที่จะไค้มาขงความร่วมมือของคนไข้ นั้น ก้มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน.

### สรุป

๑. ไค้รวบรวมประวัติข้อยของหลอดสวนกระเพาะอาหารและคอไค้คั้นมี.

๒. ไค้เปรียบเทียบข้อยค้และเสียงของหลอดชนิดต่าง ๗.

๓. ไค้แนะนำวิธีใส่หลอดสวนคอไค้คั้นมีโดยไม้ต้องมองเห็น.

### เอกสาร

1. Evans : Starling's Human Physiology, p. 890 (Lea and Febiger, Phila., 1949).

2. John Hunter : quoted by Wangenstein.

3. A.L.Levin : J.A.M.A. 76 : 1007, 1921.

4. Lyon and Swalm : J.A.M.A. 73: 981. 1919. •

5. Morgensteen : J.A.M.A. 97: 175, 1931.

6. J.R.Paine et al. : J.A.M.A. 100 : 1910, 1933.

7. W.A.Sodeman : Pathologic Physiology, p. 597 Saunders, Phila., 1956).

8. O.H. Wangenstein : Intestinal Obstruction, (Thomas, 1949).

9. S. Weiss : Duodenal, Clin. Drainage, Lectures on the Gall Bladder and Bile Ducts, p. 110 (Year Book Publ. Inc., Chicago, 1944).

## อีแคล์มพ์เซย์ และ ปรีอีแคล์มพ์เซย์

### ความเห็นใหม่ ๆ เกี่ยวกับสมุฏฐาน, การป้องกัน, และการรักษา

จากสถิติของประเทศอเมริกา, สวิตเซอร์แลนด์และเมืองแฮมเบิร์ก, ประเทศเยอรมัน, ปรากฏว่า ในจำนวนผู้คลอด ๑๐๐, ๐๐๐ คน ตายด้วยโรคอีแคล์มพ์เซย์เสีย ๓๕-๓๗ คน, ซึ่งเป็นที่น่าเสียดาย, เพราะโรคนี้เราสามารถรักษาและป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้. โรคนี้อาจแบ่งออกเป็น ๒ พวก, คือ

(๑) พวกที่หาสาเหตุไม่ได้. เกิดอาการของโรคขึ้นหลังจากตั้งครรภ์ได้ประมาณ ๔ เดือน, และไม่เคยมมีอาการแจ้งหรืออาการแสดงของโรคมามาก่อนการตั้งครรภ์เลย.

(๒) พวกที่มีอาการคล้ายอีแคล์มพ์เซย์และภาวะใกล้เคียงอีแคล์มพ์เซย์ (ปรีอีแคล์มพ์เซย์) แต่ไม่เคยแสดงอาการมาก่อนหน้าเลย. ได้แก่โรคของหัวใจร่วมหลอดเลือดที่มีความดันเลือดสูง, โรคไต, โรคตับ, โรคเบาหวาน, โรคมาลาเรียและโรคขาดวิตามิน.

พวกที่หาสาเหตุไม่ได้ อาจแบ่งออกเป็น ๒ แบบ, คือ:

(๑) แบบที่ไม่มีอาการชัก, ที่เรียกว่า "ใกล้เคียงอีแคล์มพ์เซย์." พวกนี้ยังจำแนก

ออกไปเป็นโรคขนาดเบาซึ่งมีอาการเพียงขมที่ขาหรือท่อนเล็กน้อย, นอนพักไม่หาย, ความดันเลือด ๑๕๐-๑๖๐/๙๐-๑๐๐. มีไข้ขาวในสี่สัปดาห์ ๐.๐๑-๐.๐๒ ปช.; กับโรคขนาดรุนแรง, ซึ่งขมขมมากโดยทั่วไป, ความดันเลือด ๑๖๐/๑๐๐ หรือกว่า, มีไข้ขาวในสี่สัปดาห์ ๐.๐๒ ปช. ขึ้นไป.

(๒) แบบที่มชักและหมดสติที่เรียกว่า อีแคล์มพ์เซย์แท้, ซึ่งแบ่งออกเป็นพวกที่มีความพิการทางหน้าที่, และพวกที่มีความพิการทางกายของอวัยวะต่าง ๆ ด้วย.

ในระหว่างสงครามโลกทั้งสองคราวจำนวนของผู้ป่วยด้วยโรคอีแคล์มพ์เซย์ลดลง. ในสงครามครั้งแรกหลังสงครามมามากที่สุดจนถึงปี ๑๙๔๓. หลังจากนั้นจนถึงปี ๑๙๔๘ จำนวนผู้ป่วยกลับเพิ่มขึ้น. ทั้งนี้เนื่องจากระหว่างนั้นอาหารและกินเกลือกันมาก (เพื่อทำให้รสขม). การกินอาหารทำให้แคลอรีน้อย ทำให้จำนวนคนเป็นโรคอีแคล์มพ์เซย์ลดลงด้วย.

อีแคล์มพ์เซย์มีอันตรายมากกว่าปรีอีแคล์มพ์เซย์. ดังนั้นจึงต้องคอยตรวจหา

การเหล่าน้อยเสมอ คือ: ความคัดเลือก  
เพิ่มสูงขึ้น, ไข่ขาวในไข่สัตว์และน้ำหนัก  
ตัวเพิ่มมากขึ้นใน ๓ เดือนสุดท้ายของครรภ์.  
น้ำหนักตัวในระยะนี้ไม่ควรเกิน ๕๐๐  
กรัมต่อ ๑ สัปดาห์. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง  
ดังกล่าวมาแล้วเกิดขึ้น, แสดงว่ากำลังเป็น  
ปรีดแคลมพีเซีย. ต้องงดการกินต่อไปน,  
คือ:

(๑) ให้อาหารในวันหนึ่ง ๆ เพียง  
๒๕๐๐ กิโลแคลอรีเท่านั้น.

(๒) ลดหรืองดเกลือในอาหาร.

(๓) ให้โปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์เช่น  
นม, ไข่, วันละ ๑.๕ ถึง ๒ กรัมต่อน้ำหนัก  
ตัว ๑ กิโลกรัม.

ถ้าน้ำหนักยังเพิ่มขึ้น, ต้องลดอาหาร  
ลงเหลือวันละ ๑๕๐๐-๑๗๐๐ กิโลแคลอรี,  
มีโปรตีน ๗๐-๑๒๐ กรัม. ถ้ามีไข่ขาว  
ในไข่สัตว์มากต้องเพิ่มโปรตีนในอาหาร  
อีกมาก.

ถ้ามีอาการขวมมาก, ให้ลดน้ำตาล  
กลโคสซึบเปอร์โทนิค (๔๐ ปร.ซ.) เข้าหลอด  
เลือด. มีผู้ให้เพอร์สโทนิค "เอ็น" เข้าหลอด  
เลือดถึง ๒๐๐ ล.ซม. หรือ ๔๐๐ ล.ซม.  
ใน ๑ วันปรากฏว่าได้ผล.

ถ้าการกระทำเหล่านี้ไม่ได้ผลเลยหลัง  
จาก ๓ สัปดาห์, ก็ให้เร่งจัดการทำให้

คลอด, เพื่อช่วยแม่.

ในรายที่เป็นอแคลมพีเซีย, ให้การรักรักษา  
ยาแบบประคับประคอง, คือใช้ยา, การทำ  
ซีซาเรียนเซ็คชันนั้นทำให้ช็อคได้ง่าย. ยา  
ที่ใช้คือคือเวราทรม, ฟัธาลาซินและระ  
ย่อม. การใช้ยาเหล่านี้ร่วมกันให้ผลดีมาก  
ที่สุด. เมื่อพ้นระยะชักแล้วให้เร่งการคลอด  
ทางช่องคลอด.

ยาที่ใช้, โดยเฉพาะพวกที่ลดแรงคั้น  
ต่าง ๆ นั้น, ยังอยู่ในระหว่างการทดลองกัน  
อยู่. ผลอาจไม่แน่นอนได้. พวกมอร์ฟีน  
และบาร์บิตูเรตออกฤทธิ์ต้านระงับประสาท,  
แต่ไม่ลดความคั้นเลือดและมีผลไม่ค้ำทางไต  
(เช่นมอร์ฟีน) และกดการหายใจ (เช่นบาร์  
บิตูเรต).

แมกนีเซียมซัลเฟตและฟิโนโซอีนมี  
ฤทธิ์ระงับสมอง, แต่ไม่ลดความคั้นเลือด  
มากพอ. ถ้าใช้รวมกันขย้านลดความคั้น  
เลือดก็.

ยาจำพวกสะกดกั้นแก่เกล็ดไม่เหมาะ  
ที่จะใช้ในโรคทกล้วน, เพราะทำให้หลอด  
เลือดปลายทางขยาย, เลือดตกไปคั่งอยู่  
ตามส่วนนั้น ๆ, ทำให้เลือดไปสู่อวัยวะภายใน,  
เช่นไต, น้อยลง, จึงไม่สมควรใช้.

แอลคาลอยด์ของเวราทรมและฟัธาลา

ชั้นลดการหดเกรงของหลอดเลือด. ความ  
ดันเลือดตก. พิจารณาช่วยขับปัสสาวะ,  
แต่มีฤทธิ์ชั่วคราว อันสั้น และเกิดการ ทนยา  
ง่าย, จึงจำเป็นต้องเพิ่มขนาดและทำให้เกิด  
ผลแทรกแซงง่าย. ควรใช้ร่วมกับระย้อม.

แอลคาลอยด์ของระย้อมลดความดัน  
เลือดได้ไม่เท่าเวลาที่มีและพิจารณาชั้น,  
แต่มีฤทธิ์ระย้อมและไม่มีผลแทรกแซง.  
ก่อนที่จะนำผู้คลอทเป็นนอแคลมพีเซบ  
ไปโรงพยาบาลควรให้เมกาเฟน ๒๕-๕๐  
มก. เขากลาม, หรือแยงคอกเขาหลอดเลือด  
ด้วย. เมอดังโรงพยาบาลแล้วจงรักษาด้วย

ระย้อมซึ่งมีผลว่าให้ผลดี.

เมอรักษาจนหายชั้ได้แล้ว, วิมโฮ  
เพื่อเห็นว่าควรให้คลอททางช่องคลอทเอง,  
เป็นการปลดปล่อยที่สด. เขาพบว่าหากทำ  
ให้มีการคลอทหลังจากชั้ไปแล้ว ๒๔ ชั่วโมง  
ผู้คลอทไม่เสียชีวิตเลย. เพราะฉะนั้น  
เขาจงรักษาอย่างประคัยประคองที่สด.  
นอกจากช่วยเจาะงน้ำในยางรายเท่านั้น.  
ปรากฏว่าไม่มีผู้เสียชีวิตเลย.

(เก็บความจาก Wimhofer, Pfau: Dtsch. med.  
Wschr. ๑๘ พ.ค. ๑๕๕๖, และ ๒๕ พ.ค. ๑๕๕๖)

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med

### ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราช ปี ๒๕๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้  
รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัด  
ส่งให้ตามประสงค์

# บทบรรณาธิการ

## แต่หม่อใหม่

### ๑. กตัญญูกตเวทิต

กตัญญูกตเวทิตเป็นคุณธรรมมูลฐานซึ่งปรากฏในมนุษย์และในสัตว์.

อำนาจของความกตัญญูสามารถทำให้บุคคลละได้แม้ชีวิตด้วยความเต็มใจ. ในทางขนานกัน, ความกตัญญูอาจส่งเสริมบุคคลให้ขวนขวายในสุข, ลาภ, ยศ, และสรรเสริญ.

กตัญญูต่อผู้มีคุณทั่ว ๆ ไป, ทอแทนด้วยการทำความดีตอบแทน.

กตัญญูต่อบิดามารดา, ทอแทนด้วยการเคารพเชอฟัง, คำรงวงษ์ตระกูลให้เจริญ, ประนนิบัติเมือชรา, และทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้เมือท่านล่วงลับไปแล้ว.

กตัญญูต่อครูบาอาจารย์, ทอแทนโดยศึกษาด้วยคารวะและอุสาหะ, นอยน้อม

แม่เมือผ่านพ้นการเรียนไปแล้ว, ยกย่อง, และเคารพนับถือวิชาความรู้ที่ไทรย.

กตัญญูต่อสถานศึกษา, ทอแทนด้วยการประกอบกรรมดี, รักษาชื่อเสียง, ไม่ประพฤติเสียมหายให้สะท้อนไปถึงโรงเรียน, ระลึกถึง โรงเรียน และพยายาม ส่งเสริมให้ถาวรและวัฒนาขง ๆ ขนไป.

ผู้มีความกตัญญูยอมไม่ขาดผู้ปกครอง; แม่ลาซากก็ไม่ขยจน, แม่ชดสนกตกตาอยู่ไม่นาน.

ผู้ไร้กตัญญูยอมดำเนินชีวิตไปโดยไม่มืหลัก; แม่ขนส่งก็มักไม่ขยจน, หากเพลยงพลากรงแต่ถกซาเติม.

ผู้ใฝ่เจริญพงษคกตัญญูเป็นสาระแห่งการครองตน.

### ๒. สายสัมพันธ์

นักเรียนที่เรียนจบชั้นสูงแล้วจำต้องออกจากโรงเรียน, เพื่อไปศึกษาต่อหรือประ

กอบอาชีพ, ย่อมจะมีความรู้สึกว่าเหว, ห่วงหน้าห่วงหลัง, บางทักทวนในอนาคต.

ถ้าเป็นฝุ่ใจอ่อนสั๊กหน้อย, เช่นฝุ่หึง, ข้างตักถกขยหลังนาคา. เราไม่มีทางจะ ซัขทรวายไต่ว่านักรเวณแพทยขัสดทายเมือ สอขไลไต่ปริณญาแลวจะมีความรัสึกอย่าง ไรอย่างเกยวกับ การที่ จะ ต้อง จาก โรงเรณ. ถ้าสังเกตจากกริยาอาการทแสดง, น่าจะ แบ่งฝุ่สำเร้ใจใหม่ออกไค เป็นสองพวก - เรา จะไม่พคถงพวกทซัคคัคไคทำงานต่อไป ใน โรงเรณ. พวกหนงเปรยขเส้มนนทถก เบคปลอยจากกรงขง. พอหลคออกไคกับน พร้อไป โดย ไม่ เหลยว กลย หลง เสย เลย, หายหน้าตาไปเป็นข้ๆ, ข่วครวไม่ม่กลย เขามาออกเลย. อกพวกหนงเปรยขเส้มนน ฝง, ซงเมือออกจากรงไปแลวควนเวณ กลยมาออกครงแลวครงเล่า, ไม่หลงเลย หรือละทงไปอน. ถ้าจะให้ททายจิตใจคนก อยากจะททายว่าคนในพวกแรกนถอว่าโรง- เรณเป็นทชขบคว, เมือช่วยทำให เป็น แพทยขนมาไคสำเร้จแลวก็ขเป็นอนว่าหมค เรองกนท. ไม่จำเป็นต้องม่เยอโยคคคอกน อย่างไรต่อไป. ส่วนคนในพวกหลงนรสิท ว่าโรงเรณแพทยขเป็นเส้มนนขาน, เพอน ร่วมนำนขเป็นเส้มนนพนง; ขานเป็นคูนข กลางสำหรับพนงอย่างไร, โรงเรณก็ เป็นคูนขกลางสำหรับเพอนฝงคูนน. คน

เราจะกระจัดกระจายกันไปทางไหนต่อไหน ข่างถตาม, นานๆ เขากขอมจะนถถขาน, และออกเวณกลยมาไม่ไค. เช่นเคยวกัน, ขคคคในพวกหลงนถอไม่ไคทจะหาโอกาส เลกๆ น้อยๆ เทาทม, แวะมาทโรงเรณ, เยยมครวขาอาจารย์ข่าง, พยปะพคคยกับ เพอนๆ หรือแพทยร่นนงๆ ข่าง. ถ้าจะ ประมาถครวๆ ก็พอจะกล่าวไคว่าพวก หลงนม่มากกว่าพวกแรกประมาถครงหนง, คอหคสขเปอรเช่นค, ของฝุ่ทจขออก ไปทง หมคจคเข้าไคในพวกหลง, อกสขสขเปอร เช่นคเขาพวกแรก. ทประมาถคงนอาคข ทไคพยเห็น, ประกอบกับขอสังเกตสองประ- การ. ประการหนงเมือครวถลอง "ทก สขขศิริราช" - คอการถลองวาระครวทก สขขของโรงเรณแพทยทศิริราช - ไคม่ การคคคขอความสนบสนนจากคขขเก่า ทงมवलในการกอสว่างหรือประชมสำหรับโรง เรณขน. ไครบการช่วยเหลอจากคขขเก่า เกินกว่าครงหนงของจำนวนทงหมค-หลาย คนเป็นคขขทออกจากโรงเรณไปร่วมหคสข ขแล้ว. อกขอหนงทอาคขเป็นเครองประ- มาถ, คอการทประมาถเจคสขขทำเปอร เช่นคขของสมาซคศิริราชเป็นคขขเก่า ของศิริราช, ถ้าค่านวถกลยไปเทยขคแล้ว ก็ไคผลไคคเคยงกับหคสขเปอรเช่นคขของ

จำนวนศิษย์เก่าทั้งหมด. เราไม่ทราบตัวเลข  
ของต่างประเทศ, จึงไม่สามารถจะเปรียบเทียบ  
เทียบดูได้ว่า ศิษย์เก่าของศิริราช กับศิษย์  
เก่าของโรงเรียนแพทย์ทอนนินพวกไหนจะมี  
เยื่อใยติดต่อกับโรงเรียนเก่ามากกว่ากัน.  
อย่างไรก็ดี, เรารู้สึกว่าการศึกษาที่สหประชา  
ชาติ ของศิษย์เก่ายังยินดีติดต่อกับโรง-  
เรียน, แม้กระทั่งยินดีช่วยเหลือด้วยทุน  
ทรัพย์, นับว่าเข่นทานชนสมอยู่แล้ว.

การที่เรายกขอนมากล่าวแก่ "หมอม  
ใหม่" ก็เพื่อถอโอกาสเตือนให้ระลึกถึง  
"โรงเรียนเก่า" ของท่านไว้บ้าง, ซักชวน  
ให้ถือว่า "โรงเรียนเก่า" เป็นเสมือน  
บ้านที่ที่เคยพักพิงและได้รับการอบรมบ่ม  
นิสัยให้เป็นผู้เจริญด้วยคุณ. ความสำนึก  
ถึงที่ชักชวนนี้จะกระตุ้นให้ "หมอมใหม่"  
ซึ่งกลายเป็น "ศิษย์เก่า" ไปแล้วรู้สึก  
ว่าสายสัมพันธ์อะไรก็เหินหวายอยู่กับโรง-  
เรียนเดิม, ซึ่งย่อมหมายความว่าสายสัม  
พันธ์กับเพื่อนฝูงและครูบาอาจารย์ยกด้วย.  
ธรรมดาคนทมเพื่อนมาก, มีอาจารย์มาก,  
แม้จะอยู่ห่างไกล, ก็ย่อมจะมีความมั่นใจ  
ในตัวเองและไม่หวาดหวั่นว่าเหว้ในเมื่อประ

สพอสรรค. ทงนหมายควมว่าควมรู้สึก  
ทเวา ซักชวน ให่กอ ชนน จะเป้น เสมอประ  
หนงเทพารภษผคอุยปกข์องผองภย, และ  
สนยสนนให่บงเกศก่าล้งใจ, ส่ามรณ  
พ่นผ่าเครองกคขวงทงปวงไปสู่ควมสำ  
เรจใค้เสมอ.

ถึงแม้ท่านจะไปอยู่ในที่ห่างไกลหรือทร  
กนคานสัก็เพียงใดก็ตาม, สายสัมพันธ์  
จากโรงเรียนเก่าก็ จะติดต่อกันได้  
ทุก ๆ แห่ง, ในรูปของ "สารศิริราช"  
ซึ่งนอกจากเสนอข่าวสารในค่านิตยสาร  
เพื่อช่วยให้ท่านเป็นผู้ทันสมัยในค่านนอยู่  
เสมอแล้ว, ยังเสนอข่าวกิจการของโรง  
เรียน, ความเขินอยู่ของอาจารย์และการ  
เปลี่ยนแปลงในหมู่เพื่อนร่วมสำนักของท่าน  
อยู่เสมอๆ. ภาระของสารศิริราชคงกล่าวมา  
นี้จะลุล่วงไปด้วยดีขงชน ในเมื่อศิษย์เก่าทง  
หลาย ช่วยกัน ส่งข่าว คราวให้เราได้ นำลง  
พิมพ์เป็นระยะ ๆ ไป. โดยการร่วมมือเช่น  
นี้สาร ศิริราช ก็จะเป็นสาย สัมพันธ์ ระหว่าง  
ศิษย์เก่าด้วยกันและระหว่างศิษย์เก่ากับโรง  
เรียนแพทย์โดยสมบูรณ์.

## แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : วัฒนา ผลากรกุล พ.บ., วิชิตี ธรรมาสถิตย์ พ.บ.,  
ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R., ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ.,  
วิทย์ มั่นะภณินธุ์ พ.บ., ไพบุลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ., สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๑. Committee for the Study of Motion Sickness of the U.S. Armed Forces: การศึกษาคุณค่าของยาป้องกันอาการเมาการเดินทาง J.A.M.A. 9 : 755 - 761, 1956

กองทัพบก, เรือ, และอากาศของสหรัฐ ฯ ได้ร่วมมือกันศึกษาคุณค่าของยาป้องกันอาการเมาการเดินทาง, โดยทดลองกับทหารที่ถูก ล่าเลียน ทางเรือ ข้ามมหาสมุทรแอนแลนติก. มีผู้ถูกทดลอง ๑๖, ๕๒๐ คน. ใช้ยาทดลอง ๒๖ ชนิด และมีการใช้ยาหลอกด้วย. ยาทุกชนิดได้ผลคล้ายกันหมด, ให้กิน. ตัดสินการเมาจากการอาเจียน. - ปรากฏว่ายาที่ไดผลดีที่สุดคือ: เมคลิซีน (Meclizine) ขนาด ๕๐ มก. วันละครั้งหรือ ๓ ครั้ง, ซัยคลิซีน (Cyclizine) ขนาด ๕๐ มก. วันละ ๓ ครั้ง, โปรเมธาซีน (Promethazine) ขนาด ๒๕ มก. วันละ ๓ ครั้ง. นอกจากนี้ที่ไดผลดีพอใช้คือ UCB 158,

Benz-Tropine methanesulfonate, Buclizine hydrochloride, Parsidol hydrochloride, Dramamine, Benadryl hydrochloride, Sandostene, Trimeton maleate. ยาที่ทำให้เกิดอาการแหวกแฉงมากที่สุดคือ สโคโปลามีน ซัยโคโรโบรไมด์ และแอลคาลอยด์ของระย่อม (ร้าวอลเฟีย). พวงวิตะมินไม่ให้ผลเลย.

รายงานสรุปว่า อาการเมาคลื่นเกิดในคนอายุน้อยง่ายกว่าในคนอายุมาก; ผู้ที่อยู่หัวเรือและท้ายเรือเมาคลื่นง่ายกว่าผู้ที่อยู่กลางเรือ; คนที่เคยเมาคลื่นมาแล้วเป็นง่ายกว่าคนที่ยังไม่เคย. ผู้ที่ออกทะเลเป็นครั้งแรกเป็นง่ายกว่าผู้ที่เคยออกทะเลมาแล้ว.

วัฒนา ผลากรกุล พ.บ.

๒. Robert S. Sherman, Kenneth Y. Song: การวินิจฉัยชยส์ตกระดุกเนองจากแอนิว-

วิสัยโดยวิทยรังสี. Radiology 1 : 54 - 63,  
1957

ภาพเอกซเรย์มักพบที่ไตอะพิคัลส. มีลักษณะโป่งออก. ภายในมีช่องโพรงเล็กๆ มากมาย. พยาธิสภาพยังไม่แน่ชัด. ในคนไข้ ๔๓ ราย (ชาย ๑๕ หญิง ๒๘, อายุ ๔ ถึง ๖๑ ปี) พบมากในวัย ๑๐ ถึง ๑๕ ปี. พบย่อยทกระดุกยาว, นวมอ, นวเทา, มักมีอาการก่อนประมาณ ๗ เดือน จึงวินิจฉัยได้. ในเด็กเล็ก ๆ มักเป็นทอน. เช่นกระดุกคาง, ซัน, สันหลัง. แบ่งประเภทตามภาพเอกซเรย์ไตดังนี้ :

ก. กระดุกยาว. (๑) ชนิดเค้เค้เช่นตริก, มี ๑๐ ราย. เป็นลักษณะจำเพาะของโรคนี้. อยู่ที่ไตอะพิคัลส. โป่งออกเป็นรูปไข่มงอกเล็กๆ คั่นด้วยผนังบางๆ. ภายในคล้ายรังผึ้ง. แต่ผนังไม่สมบูรณ์. ขอบรอยนอกชัดเจนน, ไปติดกับคอร์เทกซ์ที่ถูกคนออกมา. ซัสตัสคนคนมักโป่งออก, ไม่คนเขาข้างในเนอกระดุก. เปลือกนอกคล้ายเปลือกไข่. พบตำแหน่งกลางทอนกระดุกหรือบริเวณเมตาพิคัลส. (๒) ชนิดพารอสเตียม, มี ๔ ราย. ลักษณะโป่งออกทั้งหมด. อาจเข้าคอร์เทกซ์เล็กน้อย. คล้ายชนิดที่ ๑ มาก. เยื่อหุ้มกระดุกโป่งออก, ทำให้วินิจฉัยผิดไปเป็นมะเร็งก็ได้.

(๓) ชนิดเซ็นตริก, มี ๑๓ ราย. รูปคล้ายลูกแพร์หรือกระสวยอยู่ในเนอกระดุกตรงกึ่งกลางหรือปลายกระดุก. อาจเป็นส่วนเซ็นตริกไตอะพิคัลส, พบเป็นกักระดุกนวมอทงซัน, และอาจเข้าคอร์เทกซ์ด้วย. อาจเป็นส่วนเซ็นตริกเมตาพิคัลสซึ่งต้องแยกจากซัสตัสกระดุกในเด็ก, พบตามกระดุกแขนขา (มี ๓ ราย.).

ข. กระดุกสั้นหลัง. มีส่วนแนว ๔ ราย, ส่วนก้น ๑ ราย. มักเป็นทาลามิน่า. เป็นเยื่อเค้เค้เช่นตริก, มีกระดุกละลายไปก่อนแล้วค่อยๆ กลายเป็นยางตึงเปลือกไข่. กินถึงกระดุกสั้นหลังแล้วทำให้ยุบลงได้ด้วยการกด.

ค. กระดุกเชิงกรานและอื่น ๆ. เป็นที่รามัส ๔ ราย, ทอลอมี ๒ ราย, ทบกของอิลีอิค ๑ ราย. มักพบกระดุกถูกทำลายมาก. อาจวินิจฉัยผิดไปเป็นมะเร็ง. ตรงกลางมีกระดุกไสยาง. ขอบหนา. ผนังไม่ชัด.

ในการติดตามดู ๑๗ รายระหว่าง ๓ เดือนถึง ๓ ปีโดยไม่รักษาเลยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็น ๓ ระยะ, คือ (๑) ระยะละลาย. ลักษณะของซัสตัสปรากฏชัดมากขึ้น; (๒) ระยะก่อนแคลเซียมจับ. มีการ

หยาบขยายตัว; (๓) ระยะแคลเซียมจับ. สำหรับระยะหลังนพบ ๓ ราย. ถ้าได้รักษาด้วยเอ็กซเรย์หรือการผ่าตัดจะมักกระดูกหนาขึ้นมาก. อาจเป็นถุงนออยู่หลายเดือนถึงหลายปี. บางรายภายหลังฉายเอ็กซเรย์พบกระดูกถูกทำลายมากขึ้น, เป็น "ผลตรงข้ามกับทควรเป็น". ไม่พบรายใดกลายเป็นมะเร็ง. การรักษาคือ ๑๔ ราย, ชุดแล้วใส่ชิ้นกระดูกด้วย ๘ ราย. ๑๐ รายมีโรคกลับ. ฉายเอ็กซเรย์ (๒๐๐๐ ร. ใน ๒ สัปดาห์). ๑ รายไม่ได้ผล.

การวินิจฉัยแยกโรคต้องนึกถึงมะเร็งชนิดเซลล์ยักษ์ (แยกจากชนิดเอ็ดเช่น ตรีคซิกเอบีพีพีลิส), ไฟโบรมาบางชนิด, มัยโอไซติส ออสตีไฟแคนส์ (แยกจากชนิดพาร์ธัสเตียม), ซีสต์กระดูกในเด็ก (แยกจากชนิดเซ็นตริก), ซีสแมงจิโอมาของกระดูกเล็ก, อีโอสิโนฟิลิกแกรนูโลมาและพลาสมาเซลล์มีโอโลมา (แยกจากโรคที่กระดูกเชิงกราน). ข้อที่พวงสังวรณคอเมอพบโรคนี้ในระยะแรก ต้องรีบตัดเนอออกตรวจ.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

๓. O.H. Beahrs, R.F. Ryan, R.A. White : โรคแทรกในการผ่าตัดอวัยวะ.

J. Clin. Endocrin. and Metab. 16 : 1456, 1956

พบถึงประวัติทางศัลยกรรมของต่อมธัยรอยด์ และกล่าวถึงอัตราตายกับโรคแทรกทเมโยคลินิค. เกี่ยวกับประวัติการผ่าตัดและโรคแทรกก็มีภาวะตกเลือด, พาราเลียซีสของสายเสียง, และตะตะนัย. การผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ในโรครภาวะธัยรอยด์เกินมีอันตรายมากในสมัยก่อน. จนมาใช้ไฮโอดีนก่อนผ่าตัดอันตรายจึงลดลง. อันตรายอื่น ๆ มีการติดเชื้อ, ปอดบวม.

เมื่อ ๑๐๐ ปีมาแล้วอัตราตายของการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์สูง ๔๐ ปช., แล้วลดลงมาเรื่อย, จนขณะนั้นไม่เกิน ๑ ปช. อัตราตายที่เมโยคลินิคภายหลัง ค.ศ. ๑๙๔๖ ลดลงมากผิดปกติ, เพราะมีการเลือกคนใช้ทำผ่าตัดด้วยความระวังมากขึ้น, และเพราะมีแอนติไฮโอดิกใช้. ก่อน ค.ศ. ๑๙๔๖ ตาย ๐.๗ ปช., ภายหลัง ค.ศ. ๑๙๔๖ ตาย ๐.๑ ปช. เท่านั้น. พวกที่ตายส่วนมากเป็นอะดีโนมาที่สกลอยเตอร์ทมีภาวะธัยรอยด์เกิน, และตายเพราะปอดบวมหรือแผลติดเชื้อ. แต่ภายหลัง ค.ศ.

๑๕๕๕ แล้วไม่มตายเพราะเหตุนี้เลย. การผ่าตัดโรคเกรฟว์ไต้ทำน้อยลงเพราะใช้รักษาด้วยรากิโอแอ็คทีฟไอโอดีน. ขณะนี้การตายเกิดจากหัวใจล้ม, โดยเฉพาะพวกเป็นภาวะธัยรอยด์เกิน. อัตราตายนอกจากนี้ถ้าใช้การรักษาด้วยรากิโอแอ็คทีฟไอโอดีนแทนการผ่าตัด. อัตราตายจากการผ่าตัดมีแรงของธัยรอยด์สูง, เพราะมีโรคแทรกทางปอดหรือทางเดินลมหายใจอันเนื่องมาจากเนื้องอกเอง, ไม่ใช่เนื่องมาจากการผ่าตัด, จึงข้อยกเว้นไม่ได้. ส่วนการผ่าตัดอะดีโนมาตัสกลอยเตอร์รวมตายไม่มีภาวะธัยรอยด์เกิน. อัตราตายควรร่ำมาก, เกือบ ๐ ปร.ศ.

โรคแทรกจากการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ ๑๐๒๑ รายที่เมโยคลินิกใน ค.ศ. ๑๕๕๔ มีพาราไธสิสของสายเสียง ๑.๓ ปร.ศ. เติตะนัย ๐.๒ ปร.ศ. ส่วนมีกระดูกมาเกิด ๓๐ ปร.ศ. ของพวกธัยรอยด์ไต้ติส. มีตกลือก ๒ ราย, ท็อกสิคธัยโคซิส ๑ ราย. มีการอุดตันของทางเดินลมหายใจ ๒ ราย, หัวใจหยุด ๑ ราย. ต้องทำเทรณีไอโอดีน ๑๕ ราย.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., พ.ด.

๔. Thomas H. Walsh, Victor M.

Tompkins: ปานแดงชนิดสตรีชวเบอร์รี่.

Cancer 9: 869-903, 1956

ปานแดง ชนิดสตรีชวเบอร์รี่นั้นเป็นเนื้องอกของหลอดเลือดฝอยซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะหายไปเองได้. ปานแดงนี้จะโตเร็วหรือช้าย่อมแล้วแต่ตำแหน่งของปานแดงกับหลอดเลือดแดงใต้ผิวหนังที่จะเข้ามาหล่อเลี้ยง. ผู้รายงานได้รักษาเด็กป่วยด้วยโรคนี้จำนวน ๑๕๒ ราย, ตั้งแต่ปี ๑๕๔๕ ถึง ๑๕๕๔, รวม ๕๗, เช่นเพศชาย ๖๐, หญิง ๑๓๒ ราย, ๕๔ ราย เป็นมากกว่าแห่งเดียว. ที่เป็นมากกว่า ๑๒ แห่งมี ๒ ราย.

วิธีการ: (๑) ครัวโยเธอราบี. ใช้คาร์บอนไดออกไซด์แช่แข็ง, หรือ "น้ำแข็งแห้ง" จ. ถ้าเนื้องอกหยดกลดลามก็แสดงว่าจะได้ผล. ถ้าไม่หยดก็ไม่ได้ผล. ๑๓๑ รายรักษาโดยวิธีนี้, ไม่ได้ผล ๒๕ ราย (ประมาณ ๒๒ ปร.ศ.) โดยมากเห็นว่าเพราะผิวหนังตรงที่เป็นโรคหนาเกินกว่า ๕ มม. การจี้ใช้ ๒ ครั้ง ๆ ละ ๓ วินาที.

(๒) ไซยาไนด์. ในรายที่เห็นว่าเนื้องอกอยู่ลึกใต้ผิวหนังมาก, หรือใช้วิธีแรกไม่ได้ผล, ได้รักษาโดยวิธีนี้ ๑๑๖ ราย.

ไม่ได้ผลเพียง ๔ ราย (ประมาณ ๓ ปช.)  
วิฉกตองหาตำแหน่งหลอดเลือดแดงที่จะ  
เข้ามาหล่อเลี้ยงตรงกลางเนองอก, ซึ่งมี  
ตำแหน่งที่คงที่และมักจะรู้ก่อนว่าอยู่ตรง  
ไหน. ยาทใช้ฉกคคือโซเคียม เตตราซัยล  
ซัลเฟท ๑ ปช. ใช้กระบอกฉีกขนาด ๒  
ล.ซม. ฉีกเข้าไปในหลอดเลือดแดงเส้นนั้น.

โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R.

๕. M. J. Roper-Hall: การใช้ออกซิฟีน  
เนียมเป็นยาแทนอะโทรปีน ในทางจักษุฯ  
Br.J. Ophth.4:238-242, 1957.

เนื่องจากบางครั้งการใช้อะโทรปีนหยอด  
ตานาน ๆ ทำให้เกิดการระคาย, จึงได้มีผู้  
พยายามหายาทดแทนสมบัติเท่าเทียมอะ-  
โทรปีนในทางขยายม่านตาและในขณะเคียว  
กันไม่เกิดการระคายเคืองด้วย. ลาเชสซีน  
(Lachescine) เป็นตัวอย่างอันหนึ่งที่น่าสนใจ,  
ใช้, แต่มักถูกรู้ก่อนกว่าอะโทรปีนจึงเลิก  
ไป, เช่นเดียวกับไดบูโตนิน (Dibutolin).  
ต่อมามีผู้นิยมใช้ออกซิฟีนเนียม (ฮาเทร  
นิน) แทนซึ่งการทดลองในกระต่ายยานได้  
ผลดีในความเข้มสูง. ฟลูมเมอร์และพวก  
(๑๕๔๖) ใช้ ๒ ปช. ออกซิฟีนเนียม.  
พบว่ามกถูกรู้ก่อนกว่าอะโทรปีนขนาด ๐.๕

ปช. ส่วน ฮาเวเนอร์และพวก (1953) ใช้  
ออกซิฟีนเนียมขนาด ๕ ปช. จึงได้ผล  
เป็นทพอใจ.

ผู้รายงานได้นำมาใช้กับผู้ป่วย ๕๗  
ราย. ในจำนวน ๓๕ รายเคยใช้ยาอย่าง  
อื่นทำให้ม่านตาขยายมาก่อน. ๑๖ ราย  
ใช้ยานี้เป็นครั้งแรกและ ๒ รายเคยใช้ลา-  
เชสซีนก่อนเปลี่ยนยา. เมื่อให้ออกซิฟีน  
เนียมแทนทั้งหมดยกปรากฏว่าได้ผล ๔๕  
ราย, ไม่นอน ๕ ราย, และอีก ๓ ราย,  
หยุดให้เนื่องจากไม่ถูกขยา. ความเข้ม  
ของออกซิฟีนเนียมที่ใช้ในขนาด ๒ ปช.  
พอเพียงที่ทำให้ม่านตาขยายเท่าอะโทรปีน.

ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ.

๖. B.A.Landes, B.F.McCade: การเปลี่ยนแปลง  
ของเสียงเนื่องจากคว้นหฐ. Laryn-  
gosc. 2: 155-156, 1957.

รายงานผู้ช่วยหญิง ๑ รายอายุ ๓๘ ปี,  
มีอาการเปลี่ยนแปลงของเสียงทุกครั้งที่ไ  
รับคว้นหฐ, เฉพาะคว้นหฐมวนอย่าง  
เดียว (ซีกาเรต, ไม่รวมคว้นถ่านและใบ  
ไม้เฝ้า). เสียงจะเปลี่ยนเป็นแหะลงและจะ  
กลับคืนอย่างเดิมเมื่อคว้นนหมดไปในเวลา  
ใกล้เคียง, ตามจำนวนมากน้อยของคว้น.

แต่ละครั้ง.

การตรวจร่างกายทั่วไป และ เฉพาะ ใน คอบริเวณสายเสียงไม่พบสิ่งผิดปกติ. ใน ขณะตรวจแพทย์ได้จุกคอหอยและให้ผู้ป่วยออก เสียงด้วย. ปรากฏว่าเสียงเริ่มเปลี่ยนจน เป็นเสียงแหบ. การตรวจในคอขณะนั้นไม่ พบสิ่งผิดปกติ. เมื่อปล่อยให้คว่ำหน้าไป เสียงกลบคันทงเดิม. การตรวจได้ทำซ้ำ อย่างเต็ม ๑ สัปดาห์ต่อมา, คงได้ผลเช่น เดียวกัน.

การตรวจเกี่ยวกับการแพ้จำเพาะ (อัล- เลอร์จี้) ไม่พบมีปฏิกิริยาอย่างใด. ในการ รักษาได้ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการตกต้องควน ขนหยาบและในขณะที่เกิดเสียงแหบให้ใช้สุดลม หายใจช่วยเปลี่ยนเสียง.

ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ.

๗. Milton Marmell, Aaron Prigot: การ ให้ไปแทสเซียม เพนิซิลลิน จี. ทางปาก ร่วมกับโปรเมเนซิด ในการรักษาโรคโก- โนเรียในผู้ชาย AM. J. of Med. Sc. 223: 256, 1957.

ผู้บรรยายได้แสดงถึงประโยชน์ของการ กินเพนิซิลลิน ร่วมกับโปรเมเนซิด (p- (di-n-propyl sulfamyl) benzoic acid)

สามารถทำให้ความเข้มข้นของยาในเลือดมี ระดับสูงกว่าอย่างอื่น, และคงอยู่นานกว่า การให้เพนิซิลลินแต่อย่างเดียว. โดยการ ให้กินยาควบ เช่นนี้ ทำให้ความเข้มข้น สูง เท่า ๆ กับการบริหารทางอื่นในขนาดยา เท่ากัน.

ในการรักษาโกโนเรียของหลอดขี้สสาวะ อย่างขี้จุกในผู้ชาย, มีผู้รายงานว่าหาย ๘๘ ๒๕. โดยการให้เพนิซิลลิน จี. ๓๐๐,๐๐๐ หน่วย ร่วมกับ ๑ หรือ ๒ กรัม โปรเมเนซิด.

วิชาศึกษา ผู้ช่วยที่มารับการรักษาต้อง พบเชื้อและมีอาการแสดงของโรค. หลัง จากการรักษาต้องเพาะเชื้อและสัะ เมื่อไม่ พบเชื้อ อย่างน้อย ๖ วันจึงถือว่าหาย.

การรักษาให้กินเพนิซิลลิน จี (พ.) เม็ด ละ ๑ แสนหน่วย และโปรเมเนซิด (ป.) เม็ดละ ๐.๒๕ กรัม. ได้ทดลองใช้ขนาด ยาต่าง ๆ ดังนี้: (ก.) ขนาดยาทั้งหมด พ. ๘๐๐,๐๐๐ หน่วยกับ ป. ๒ กรัม, แบ่ง ให้ครั้งละเท่า ๆ กัน ๔ ครั้ง. (ข.) ขนาด ยาทั้งหมด พ. ๖๐๐,๐๐๐ หน่วย กับ ป. ๑.๕ กรัม แบ่งให้ครั้งละเท่า ๆ กัน ๓ ครั้ง. (ค.) ขนาดยาทั้งหมด พ. ๔๐๐,๐๐๐ หน่วย กับ ป. ๑ กรัม. ให้ครั้งแรก ป. ๒๐๐,๐๐๐ หน่วย และ ป. ๐.๕ กรัม.

ต่อไปให้ พ. ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย และ ป. ๐.๒๕ กรัมออก ๒ ครั้ง, ห่างกัน ๖ ชม. (ง.) ขนาดยาทั้งหมด พ. ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย กับ ป. ๒ กรัม. กินครั้งเดียว. (จ.) ขนาดทั้งหมด พ. ๕๐๐,๐๐๐ หน่วยกับ ป. ๑.๕ กรัม. กินครั้งเดียว. (ช.) ขนาดทั้งหมด พ. ๕๐๐,๐๐๐ หน่วยกับ ป. ๐.๗๕ กรัม. กินครั้งเดียว.

ในจำนวนคนไข้ ๑๒๕ คน, ติดตามดูผลได้ ๕๒ คน, มีรักษาตามแบบ ก. ๑๒ คน, แบบ ข. ๒๒ คน, แบบ ค. ๑๓ คน, แบบ ง. ๒๗ คน, แบบ จ. ๑๐ คน, แบบ ช. ๘ คน, แบบ ก. (๑๒ คน) ข. (๒๒ คน) รักษาหาย ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์. แบบ ค. (๑๓ คน) รักษาหาย ๕๒ เปอร์เซ็นต์. แบบ ง. (๒๗ คน) รักษาหาย ๘๘ เปอร์เซ็นต์. แบบ จ. (๑๐ คน) รักษาหาย ๘๐ เปอร์เซ็นต์. แบบ ช. (๘ คน) รักษาหาย ๖๒.๕ เปอร์เซ็นต์.

วิทย์ มั่นะกนิษฐ พ.บ.

๘. M. Green. et al. : เชื้อลิวไลติสจาก เชอซีโมพลัส อินฟลูเอนซ่า ชนิด บี. Pediatrics, 19: 80-83, 57.

ผู้รายงานได้รายงานผู้ช่วย ๖ ราย ซึ่ง มีอาการเชื้อลิวไลติสซึ่งเกิดจากเชอซีโมพ-

ลัส อินฟลูเอนซ่า ชนิด บี และไตส์รปซัส สังเกตที่สำคัญดังนี้: (๑) โดยปกติเชอซีโมพไม่ใช่สาเหตุที่พบบ่อยของเชื้อลิวไลติส. (๒) เชื้อลิวไลติสที่เกิดจากเชอซีโมพในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี. (๓) อาการของเชื้อลิวไลติส จาก เชอซีโมพชนิด บี สังเกตพบที่น้ำสังเกต คอมักจะเป็นบริเวณแถม. อาจจะเป็นเนืองจากการกลุ่ลลามของเชอซีโมพจากการอื่กเสยภายในโพรงกระดูกหรือทางเดินหายใจส่วนบน, แต่ส่วนมากมักจะเกิดในรายที่ม้แบคทีเรียเมยจากเชอซีโมพลัส อินฟลูเอนซ่าชนิด บี โดยไม่มีอาการนำที่เด่นชัดมาก่อน. บริเวณที่เป็นมีลักษณะเด่นเฉพาะคือกับเชื้อลิวไลติสจากเชอซีโมพเป็นสีม่วงๆแดงๆ, ตรงกลางแข็ง, ขอบจาง, ขอบมีลักษณะบวมๆ แต่ไม่แข็ง. ถ้าเป็นบริเวณแถมเยื่อในช่องปากข้างนั้นจะบวมด้วย. (๔) นอกจากบริเวณหน้าท้พบบ่อยแล้วอาจจะเป็นเชื้อลิวไลติสที่บริเวณอื่น ๆ ก็ได้. (๕) การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนอาศัยการเพาะเชื้อไตจากเลือด. การเพาะเชื้อไตจากคอและจมกนนั้นเป็นเพียงข้อเสนอเท่านั้น, ไม่เป็นการวินิจฉัยโรคที่เด็ดขาดดังที่พบเชอซีโมพในเลือด.

ในผู้ช่วย ๖ รายนั้นเมื่อเพาะเชื้อไตแล้ว

ไม่ได้มีการทดสอบ ความไวของ เซลล์ต่อปฏิชีวนะ, ผลการรักษารักษาใช้ ซัลโฟนาไมด์ หรือ สเตรปโตมัยซิน หรือคลอโรแอมเฟนิคอล ซึ่งได้ผลดีทุกราย.

ไพบูลย์ เอศวกุล พ.บ.

๕. Wallace B. Hamby: การรักษาไทรเจมีนลินิวรัลเจ็ยโดยผ่าตัด. J. Internat. Coll. Surg. 24: 305-311, 1956

ความเจ็บปวดที่เกิดจากไทรเจมีนลินิวรัลเจ็ยได้ก่อให้เกิด ความ ขวน ขวาย ของ คลีบแพทขนมาก. การหาวิธีทำลายประสาททำให้คนไข้หายเจ็บปวดได้. ผู้รายงานได้พยายามที่จะทำเพื่อเปรียบเทียบผลได้เสียของวิธีการผ่าตัดเพื่อรักษา, ก็พบว่า ผลที่ได้ขึ้นขึ้นอยู่กับการกลึงงอกใหม่ของประสาท, ซึ่งแตกต่างกันในวิธีต่าง ๆ. ผู้รายงานได้อธิบายวิธีทำการผ่าตัดต่าง ๆ อย่างย่อ ๆ เช่น Rhizotomy, Tractotomy, Decompression ของรากประสาทตามวิธีของ Taarnhoej และ Shelden, และ Gangliolysis ตามวิธีของ Stender.

สำหรับคีอัมเปรสชันนั้นความเจ็บปวดจะไม่หายไปทันทีแต่จะค่อย ๆ หายไป, ต้องใช้เวลาเกือบสัปดาห์. แต่ถ้าทำไรโซโตมัย

และความเจ็บปวดคงอยู่เกิน ๑ วันแสดงว่าการตัดนั้นไม่หมดสิ้น, อาจต้องเข็ดเข้าไปตัดส่วนที่เหลือออก.

เขาเปรียบเทียบ ผลต่อ มา ปรากฏว่า :

(๑) ๑๖๘ รายในการทำเต็มปอร์ดีไรโซโตมัยมีอาการกลึงเป็นอีก ๒๗ ราย (๒๑ ปช.), จนต้องทำการตัดมากขึ้น; มีอัตราตายเพียง ๑ ปช. (๒) ๓๐ รายในการทำซึ้อออกซึบคัลไรโซโตมัย อาการกลึงเป็นอีก ๑ ราย. ไม่มีตายเลย. (๓) ๔๑ รายในการทำแทรกโทโตมัยยังคงมีอาการปวดอีก. ๕ ราย (๒๒ ปช.) ซึ่งต้องทำไรโซโตมัยในเวลาต่อมา; มีอัตราตายถึง ๓.๔ ปช. (๔) ๒๐ รายในการทำคีอัมเปรสชันแบบเซ็ลเค้นมีอาการอีก ๒ รายซึ่งต้องทำไรโซโตมัย; อัตราตาย ๕ ปช. (๕) ๓๐ รายในการทำคีอัมเปรสชันแบบทาร์นเฮ็ช, ๑๓ รายยังคงมีอาการปวดอยู่บ้าง, และ ๖ รายมีมากขึ้นจนต้องทำซ้ำอีก. ส่วนอีก ๗ รายต้องทำไรโซโตมัย. ไม่มีตายเลย.

เขาสรุปว่าการทำไรโซโตมัยหรือตัดข้างส่วนของรากประสาทไทรเจมีนลินิวรัลเจ็ยเป็นการกระทำที่ควรพิจารณาในการรักษา. ภาวะแทรกซันพบน้อยมาก. มีราว ๒-๓ ปช.

ที่เกิดเฟเซยลพาราไลสิสชั่วคราว. อาการ  
ชาของผิวหนังม่นอยลงไปอีก. ทงแผล  
เป็นก้อนในแนวผมซึ่งเมื่อผมงอกก็ไม่เห็น.  
การผ่าตัดใช้เวลาเพียง ๒๐-๔๕ นาที  
เท่านั้น.

เขาได้กล่าวถึงการฉีดแอลกอฮอล์เข้า  
ประสาทว่าจะกลับเป็นปกติเร็วมาก, และ  
ต้องทำซ้ำ ๆ อยู่เรื่อย ๆ.

เกษม ถีมวงศ์ พ.บ.

๑๐. J.P. Bound, T.P. Teffer: ผลของ  
วิตามิน เค. ต่อระดับบิลิรูบินในพลาสมาของ  
ทารกคลอดก่อนกำหนด. Lancet 2: 720-  
721, 1956

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความโน้ม  
เอียงที่จะตกเลือดได้ง่ายในสัปดาห์แรกของ  
ชีวิต. จึงได้มีการแนะนำให้บริหารวิตามิน  
เค. แก่ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นการป้องกัน.  
ในบางแห่งเคยมีผู้ใช้ขนาดมากถึง  
๕๐ มก. ผู้รายงานได้ทดลองโดยแยก  
ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นสองพวก. พวก  
ก. ใ้รับวิตามิน เค. (ชยันคาวิท) ฉีดเข้า  
กล้ามเนื้อทุกวัน, วันละ ๑๐ มก, รวม ๓  
วัน. พวก ข. ใ้รับเพียง ๑ มก. ฉีดเข้า  
กล้ามเนื้อในวันแรกวันเดียว. การเจาะเลือด  
หาปริมาณของ บิลิรูบิน ใน เลือด แสดง ว่า

ขนาดของวิตามิน เค. ที่บริหารแก่ทารก  
พวกนี้ ผลต่อระดับของบิลิรูบินที่สูงขึ้นใน  
เลือดในวันต่อมาหลังคลอด. ประมาณ ๕๐  
ปช. ของทารก พวก ก. (รวม ๕๕ ราย)  
มีบิลิรูบินในพลาสมา ๑๘ มก. ปช. หรือ  
มากกว่า, และมีสองรายที่ตายด้วยแคว้น  
อิคเทอรัส. (ในโรคเกี่ยวกับเม็ดเลือดสลาย  
ในเด็กเกิดใหม่, ถ้าพบบิลิรูบินในพลาสมา  
มากกว่า ๑๘ มก. ปช. แสดงว่าจะมีอัน-  
ตราย, เพราะว่าอาจเกิดแคว้นอิคเทอรัส,  
และบางที บิลิรูบินมาก ๆ เช่นนี้อาจ ทำอัน  
ตรายต่อทารกโดยตรงก็ได้.) ในทารกพวก  
ข. มีเพียง ๒ ราย (๔ ปช.) ที่บิลิรูบินใน  
พลาสมาถึง ๑๘ มก. ปช. หรือมากกว่า  
ในวันต่อมาหลังคลอด. ผลทงนี้แสดงว่า  
โอกาสที่จะเกิดแคว้นอิคเทอรัสมีมากขึ้นถ้า  
หากบริหารวิตามิน เค. แก่ทารกคลอดก่อน  
กำหนดในขนาดมาก. โดยที่เล็ทมันน์ได้  
แสดงว่าวิตามิน เค. ขนาด ๐.๕ ถึง ๑.๐  
มก. บริหารเพียงครั้งเดียวก็ให้ผลในการ  
ป้องกันชั้ไปโปรหรือมยนี้เมื่ในทารกเท่า  
เทียบกับการบริหารในขนาดมากหรือหลาย  
ครั้ง, ผู้รายงานจึงเสนอว่าควรให้วิตามิน  
เค. เพียง ขนาด น้อย แก่ทารก คลอดก่อน  
กำหนดเพื่อป้องกันแคว้นอิคเทอรัส.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

ปกิณกะ

๑. ข่าวดี

Telephone : Langham 2727. Telegramme : Genmedicum, Wesdo, London.  
GENERAL MEDICAL COUNCIL  
44, Hallam Street, London, W. 1.

Communications to be addressed to  
THE REGISTRAR.

Your reference

In reply please quote: MRD/AMB

27 th February, 1957.

Dear Sir,

Further to my letter of February 21 I am writing to let you know that the Council have now decided to recognize the degrees of the University of Medical Sciences, Bangkok, for the purpose of temporary registration in the United Kingdom.

Yours faithfully,  
M.R. Draper.

The Superintendent,  
Thai Government Students' Office.  
28 Princes Gate,  
London, S.W. 7.

CERTIFIED TRUE COPY.

## ๒. ชาวไม่ค้อยดี

## “จดหมายจากประเทศไทย”

“ฉันไม่เคยเล่าเรียนอะไร, ฉันเพียงแต่ช่วยพ่อกับแม่ และเพื่อนบ้าน ของฉันเท่านั้นเอง”, นี่เป็นคำกล่าวอย่างถ่อมตัวที่ได้ยินเสมอๆ จากปากของหมอแผนโบราณตามหมู่บ้านของไทย. แต่ทว่า ก็เป็นบุคคลคนนแหละ — โดยมากเป็นชาวนาที่ขี้ขลาดเสียงในหมู่บ้านว่าเป็นผู้ชำนาญในการรักษาผู้ป่วย — ที่ใครๆ ก็ไปหาก่อนเพื่อนเมอมการเจ็บป่วย.

นี่เป็นข้อสังเกตของกล่มคนค้อยดีของเราในระหว่างที่ทำการศึกษาย่อยหนึ่งขบที่หมู่บ้านชาวนาหมู่บ้านหนึ่ง บนที่ราบกลางของประเทศไทย. และในระหว่างรวบรวมรายการผลสำหรับการศึกษาซึ่งความจริงเกี่ยวกับอาหาร, เราได้ค้นเคยกับสิ่งที่ยื่นยอดของการประกอบโรคศิลปะ ทันทีและปัญหาเกี่ยวกับอนามัยทั่วไปของประชากร.

นอกจากพวกหมอแผนโบราณ ก็ยังมีโรงเรียนแพทย์แผนปัจจุบัน, ซึ่งมีแพทย์ชนบท (ผู้ที่มีปริญญา) และแพทย์ชนบทสอง (ผู้มีการอบรมที่ไม่สมบูรณ์). ในพระราชอาณาจักรที่มีผลเมืองมากกว่า ๑๕

ล้านคน มีแพทย์ชนบทหนึ่งพันคนและประมาณ ๒๐๐๐ คน และแพทย์ชนบทสอง ๖๐๐ คน.

## งานหมอดำแบบบรมบรรณ ใน

ที่หลายแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันยังเข้าไปไม่ถึงเลย. ส่วนมากของหญิงที่คลอดบุตรได้รับการบริบาลจากหมอดำแบบโบราณซึ่งอยู่ในตำบลเดียวกัน. ในปี ๑๙๕๓ อัตราตายของทารกในประเทศไทย เท่ากับ ๖๔ ต่อการคลอดมีชีวิต ๑๐๐๐ ราย, และไม่มีข้อสังเกตเลยว่ายาคณะก็เป็นต้นเหตุของส่วนหนึ่งในความตายเหล่านั้น. ยกตัวอย่างหมู่บ้านที่เราทำการศึกษา, พวกหมอดำเขาอาศัยสะกดวางลงบนอกคนก่อนหนึ่งหรือหว่าอะไรที่แข็งๆ, แล้วกดคิ้วด้วยไม้ไผ่ปลายแหลม!

โครงการสำหรับอนามัยของ มารดา และทารก, จัดการร่วมกันโดยรัฐบาลไทย, ยูนิเซฟ, และองค์การอนามัยโลก, ได้เริ่มขึ้นในปี ๑๙๕๑. ได้มีสถานอนามัยตงชนสองแห่ง — แห่งหนึ่งกรุงเทพฯ และแห่งหนึ่งที่เชียงใหม่ — เห็นได้ว่าอิทธิพล

ของ โครง การน บังไป ไม่ถึง หมู่บ้าน ที่เรา  
ศึกษา.

อย่างไรก็ดี, มีข้อหนึ่ง ที่มารดาและ  
เด็กอ่อนได้รับการเอาใจใส่ตาม ประเพณี ดั่ง  
เดิมซึ่งต้องนับว่าเป็นการดี, คือว่าระหว่าง  
ระยะพักหลังคลอด นักน้าอาบสำหรับ  
มารดาและทารกนั้นคงดื่มเสียก่อน. นอก  
จากนั้นแล้ว พวกชาวบ้านก็นำที่ ได้มาโดย  
ตรงจากฝ่น, บ่อหรือคลอง.

โรคพยาธิลำไส้มีแพร่หลาย, และโรค  
ลำไส้อยู่ในระดับสูงในฐานะต้นเหตุแห่งความ  
ตายในราชอาณาจักร์น. วิศวกรรสาภิบาล  
อเมริกัน, ส่งมาตามโครงการช่วยเหลือ  
ทางวิชาการ, ได้แสดงให้พวกชาวนาเห็น  
วิธีที่จะสร้างซ่อม ที่ถูกหลักอนามัย ในราคา  
ต่ำ, และในหมู่บ้านแห่งหนึ่งที่เขาพาเจ้าได้  
ไปเยี่ยม, แทบทุก ๆ บ้าน ได้สร้างซ่อม  
แซมจนไว้แล้ว.

วิศวกรอเมริกันได้ให้แบบที่ใช้ได้สะดวก  
ไว้สามแบบ. แต่มีแบบหนึ่งซึ่งชาวนาไทย  
ผู้หนึ่งได้คิดดัดแปลงขึ้น, ทำให้เขาพาเจ้า  
ชอบใจเป็นอันมาก. ฝาของซ่อมซึ่งเป็น  
ชนิดนี้ของ ๆ นี้เขาค่อยออกไปทางประตู. กัง  
นั้นจะต้องปิดฝาเสียก่อนผู้ ที่อยู่ข้างในจึงจะ  
ออกไปได้. อย่างไรก็ดี, การสร้างซ่อม

ที่ถูกหลัก อนามัย ไม่ใช่ เป็น เรื่องง่าย ในที่  
ราชอาณาจักรกลางน ซึ่งระดับนาในพนดิน อยู่สูง  
มากและมีน้ำท่วมบ่อย ๆ.

การสุขาภิบาลคชน การศึกษาของ  
เราเกี่ยวกับอาหารเข็ดเผยว่าถึงแม้ว่า  
“โรคอ้วน” จะไม่ใช่ปัญหาของชนอย่าง  
แน่นอน, “โรคหิวท้องแห้ง” ก็ไม่ใช่  
ปัญหาเช่นเดียวกัน. แต่โรคเหน็บชาเป็น  
ต้นเหตุของความตายในอินเดียที่เก่า. ใน  
จำนวนคน ๕๐๐ คนที่ได้ตรวจ, มีมาก  
กว่าครึ่งหนึ่ง เล็ก น้อย ที่ แสดง หลักฐาน  
อย่างใดอย่างหนึ่งของการขาดอาหาร.

ถึงแม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันคงจะยัง  
ไม่แพร่หลายอย่างทั่วถึงในประเทศไทยใน  
เวลาอีกหลายปี, ประชาชนก็มีความเชื่อ  
ถือการแพทย์แผนโบราณมากเพียงพอแล้วที่จะ  
ยอมต้อนรับผู้เคียงไปกับ การแพทย์แผน  
โบราณ. อย่างไรก็ดี, สำหรับคนจำนวนไม่  
น้อยนการแพทย์แผนปัจจุบันมีความหมาย  
แต่เพียงอย่างเดียว, และอย่างเดี่ยวเท่านั้น,  
คือยาฉีด. เพราะหัตถยาพวกนมชื้อเสียดย  
ค่อนข้างคืออยู่มาก.

H.M.H., Ph.D.

(จากเมตคัลนิสต์ ๑๗ ธ.ค. ๑๙๕๖)

(หมายเหตุของผู้แปล: ถ้าหากสำเนียงของบทความข้างบนนี้แปลก ๆ เป็นฝรั่งพูดไทยอยู่มาก, ก็เป็นเพราะได้พยายามที่จะรักษาถ้อยคำในภาษาเดิมไว้อย่างมากที่สุดขอความจะถูกต้องเพียงไรเราไม่จำเป็นต้องอภิปราย. แต่อย่างน้อยหนึ่งข้อที่ผิด

แน่: คือตกลงว่าแบบชัวมว่าชาวอเมริกันยังคงเปลี่ยนแปลงจากแบบของวิคตอเรียอเมริกัน, เห็นได้ว่าเขาหมายถึง "ชัวมบุญสอาก" ซึ่งผู้แปลได้เคยเรียนรู้อีกระหว่างเป็นนักเรียนแพทย์เมื่อ ๒๖ ปีมาแล้ว. อ.ก. ผู้แปล)

### ๓. จดหมายจากออสเตรเลีย

๑๕ โอเวียสครัท, แซคส์วูด, นิวเซาท์เวลส์  
วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๘๕

กราบ ท่านอาจารย์

ผมมาถึงซิดนีย์เมื่อวันที่ ๒๖ ต.ค.

ระหว่างทางจากสิงคโปร์ถึงซิดนีย์เจอพายุ  
เกือบตลอดทางเลยครับ.

ระหว่างนั้นตอนเช้าต้องไปเรียนภาษา  
๒ ชั่วโมง. แล้วมีป่าจุกตาเกวกับออสเตรเลีย  
เตรเลยให้ฟัง ๑ ชั่วโมง. ตอนบ่ายพาไป  
เที่ยวที่ต่าง ๆ. ได้ไปพิพิธภัณฑ์. นั่งเรือ  
ไปเที่ยวรอบบริเวณท่าเรือ. พรุ่งนี้เขาจะพา  
ไปสวนสัตว์ครับ.

เขาจ่ายให้สัปดาห์ละ ๑๐ ปอนด์ ๑๕  
ชิลลิงก์. ต้องจ่ายค่าเช่าบ้านเสีย ๕ ปอนด์

๑๐ ชิลลิงก์. รวมทั้งค่าที่พักเฟอร์นิเจอร์  
ของกินแพงมากเหลือเกิน, เกือบเท่าๆกับ  
ในกรุงเทพฯ. ผมขอเช็คตราค่านอกจากสิงคโปร์  
ไว้ตัวละ ๑ ปอนด์ ๑๐ ชิลลิงก์, ๓  
๕ ปอนด์ครับ.

ผมอยู่คนเดียวในครอบครัวแห่งหนึ่ง.  
วันแรก ๆ เหงา, คิดถึงบ้านเหลือเกิน. ตอน  
แรกก็ฟังเขาพูดไม่รู้เรื่องเลย. สำเนียง  
เพี้ยนมาก. (บ้านผมอยู่ห่างจากในเมือง  
๘ ไมล์.) เช่น "เปย์เออร์" พูดว่า  
"ไฟเพอร์", "คว" ว่า "แคว".  
"กตกเคย์" เป็น "กตกคาย". ต่อมาผม  
ใช้วิธีช่วยเขาทำงานแล้วคุยกับเขาไปเรื่อย  
เดี๋ยวก็ชินใจแล้ว. ผมช่วยเขาทำงาน

ทุกอย่าง, ซักผ้า, วิกผ้า, แม่เงินทำกับข้าว. เลขสนิทกัันมากเป็นพิเศษ. แม่บ้านแกหงข้าวให้ผมทกเย็นเลยครัับ.

นักเรียนทนโคลัมโบมาจากอินโคโนีเซียมากทสี่ตครัับ, ถึง ๑๓๐ คน. แต่พวกเขาของเขาวททยาลัยเทคนคเกอบทงหมท. นักเรียนไทยเข้มาหวททยาลัยไค้เลยครัับ.

อาหารกลางวัน ทน แพง มากครัับ. แซนค้วชอนละ ๑ ซิลลิงก. ผมต้องนำไปจากบ้าน, แลวชอนมกึน, ๑ ครอบงอใหญ่ๆ ๕ เพนนยครัับ. นิสัยชาวออสเตรเลียส่วนมากครัับ. มีควมสนใจในกีฬามาก. พอเขาทรบว่ามาจากไทย, เขาบอกว่ไทยมีนักมวยคกอนอย่างอินเลยครัับ. แต่ผมรู้สึกว่อาจรจกคนทนน้อยมาก.

ขณะทนกำลังเป็นฤดูใบไม้ผลิ. ฤดูนี้ได้แก่กันยายนถึงพฤศจิกายน, ฤดูร้อนจากธันวาคมถึงกุมภาพันธ์, ฤดูใบไม้ร่วงจากมีนาคมถึงพฤษภาคม, ฤดูหนาวจากมิถุนายนถึงสิงหาคม. อุณหภูมิขณะ ๖๕ ฟ., ฝรั่งยังว่ร้อน. บางวันตอนเที่ยงลงถึง ๖๐ ฟ. ครับ. อุตๆ ทนเขาแน่นมาก, บอกว่วันนไม่ฝน, ก็ไม่มีจริงๆ คัยครัับ. ถนนหนทางเขาค้มาก, ไม่ค้อยไค้ยืนเสียงแตรรถยนต์เลย. รถสาธารณะ

ของเขาตรงเวลามากครัับ. ผมเคยขึ้นแต่รถไฟจากบ้านไปในเมือง. รถยนต์ประจำทางและรถรางยังไม่เคยขึ้น, แต่เพื่อนๆ บอกว่แพง. รถไฟจากบ้านถึงในเมืองวงเวลา ๑๕ นาทีเป้งทกทสี่เลยครัับ. ค่ารถไปกลับ ๒ ซิลลิงก ๕ เพนนย. มีออกทกๆ ๓ นาทีระหว่างเวลาทมการทงาน, และค้อจากนทกๆ ๑๕ นาทีจนถึง ๑.๓๐ น.

ผมไค้ไปค้หนังหนเคียวครัับ. อัตราค่าทสี่ท ๒ ซิลลิงก ๖ เพนนย, สูงสท ๕ ซิลลิงก. ฉายนาน ๓ ชั่วโมงครึ่ง ถึง ๔ ชั่วโมง. เป็นหนังยาวสองเรื่อง. แต่รู้สึกว่จะเก่กว่าทเมืองเรามาก.

ขณะผมยังค้ค้สนใจไม่ถกเลยครัับว่จะเรียนทบริสเบนหรือชตนิย. ทเมลเบอร์นเข้าไม่ไค้, เพราะโคเวค้สำหรับชาวเอเชียเต็มแล้ว. ทชคนยชอเสียงค, แต่คนมากเหลือเกิน. ยทหนงคง ๖๐๐ คน. ฝาคคคพลละ ๖ คน. ทบริสเบนยังไม่ค้อยมคนรัฐจัก. อากาคค. คนน้อย. ใจอยากจะไปเรียนทบริสเบนมากกว่าครัับ, เพราะว่ผมไม่ถ้อว่มหวททยาลัยสำคัญนัก. อยู่ทควเรามากกว่า. แต่ทเมืองไทยเราค้อยมหวททยาลัยกัน, เลยงไปครัับ. อาจารย์เห็นอย่างไครครัับ. เขาบอกว่ถ้าอยาก



นักเรียนแพทย์ สอบ ตก กัน มาก เหลือ  
เกินครึ่ง. บัณฑิตหนึ่งหมกรอยกว่าคน. ไป  
ถึงบัณฑิตสองเหลือสามร้อยกว่า, ซึ่งสอบจน  
บัณฑิตสามได้ไม่ถึงร้อยห้าสิบคนครึ่ง. ผู้ค  
แลของผมตอนนั้นนักเรียนนา, กลัวผมจะ  
สอบ ตก. เวลานั้น ผม เลย ขอให้ เขา จัก  
อาจารย์เฉพาะสำหรับภาษาอังกฤษให้ครึ่ง.  
เรียนอาทิตย์ละ ๓ ครั้ง.

เมื่อสอง อาทิตย์ ก่อน ผม พบ อาจารย์  
นารศิริ มหาวิฑูรย์, คุณหมอมหะหมัด  
วิฑูรย์, และคุณหมอดวงภากร ธรรม-  
พานิช, ได้ ไป เทียบ กับ อาจารย์ ตามที่  
ต่าง ๆ. คุณหมอดวงภากรได้เดินทางไป  
สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๒ เดือนกันยายน.

เวลานั้นอากาศกำลัง หนาว ย่างแล้ว  
ครึ่ง. มีชัยโคลนอยู่เรื่อย ๆ เหมอนกัน.  
ฝนตกสามวันไม่หายสักทีครึ่ง. ต้อง  
เดินตากฝน จากบ้าน ไปสถานรถไฟราว ๆ  
๑ ไมล์ครึ่ง. กางเกงที่นพอกโชนเข้า  
เสื้อรอยหมก. กระผม ต้อง ทำตัว เป็น  
“คนซกแห้ง” เองบ่อย ๆ ครึ่ง.

ถ้าอาจารย์เห็นว่าสิ่งไรที่ผมควรจะประ  
พจน์ให้เหมาะสม, ขออาจารย์กรุณาเตือน

ด้วยเถิดครึ่ง. ผมรู้สึกตัวว่าเป็นเด็ก  
เหลือเกิน, ซ้ำยัง ต้องเรียน ถึงสองวิชา  
ควบกัน, คือ แพทย์ศาสตร์ และภาษา  
อังกฤษ.

ผมขอฝากกราบ มายังท่าน อาจารย์ ที่  
เคารพทุกท่านด้วยครึ่ง.

ด้วยความเคารพอย่างขง

โกวิท พันธมนาวิน

(อาจารย์ทักคนบันทึกไทยควรวจาก  
ศิษย์ผู้หนึ่ง, ซึ่งเขาใจว่าเป็นนักเรียนไทยคน  
แรก ที่ไปตั้งตนเรียนแพทย์ ที่ออสเตรเลีย.  
อาจารย์ ขอบใจที่ส่งข่าว ควรว เกย  
กับการเรียน, คินฟ้าอากาศ, และความ  
เป็นอยู่, ซึ่งล้วนแต่จำเป็น. อาจารย์  
ปล่ายปลิม ที่ยังถือเป็นศิษย์อาจารย์กันอยู่,  
ทั้ง ๆ ที่แยกออกไปไกลแล้ว. อาจารย์  
เข้าใจที่สังเกตได้จาก จดหมายว่าศิษย์ ผู้  
มีสติปัญญาพอที่จะช่วยตัวเองได้แม้ในต่าง  
ประเทศ. อาจารย์หวังและเชื่อว่าศิษย์ ผู้  
คงจะเรียนได้สำเร็จด้วยลำแข้งของตนเอง.  
ขณะเดียวกัน อาจารย์ ก็ระลึกลง และเอา  
ใจช่วยอยู่ตลอดเวลา.)

## ๔. จดหมายจากอเมริกา

แผนกกุมารเวชศาสตร์  
โรงพยาบาล แห่ง มหาวิทยาลัย เพนซิลเวเนีย  
เวเนีย, พลาเคิลเพีย, เพนซิลเวเนีย

๒๕ มกราคม ๒๕๐๐

กราบเรียน ท่านอาจารย์ทศพรและนียบ-  
ถือทราบบ

ผมจากศิริราช ไปตั้งแต่วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๔๙๘ โดยทน ไอ.ซี.เอ. กำหนด ๑๒ เดือน, และทุนเลิศสิ้นอีก ๒ ปี. ได้เข้าเรียน ใน วิชาศต หลัง ปรินญา สำรับกุมารเวชศาสตร์ที่แกรดยเอตสกล ออฟ-แมคซัน, มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย เมอบ ทแล้ว. ขณะเขาฝึกงานในตำแหน่งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน (เรสิดเ้นท์) ปีที่ ๑ สำรับกุมารเวชศาสตร์ที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๔๙๘. ในโอกาสกึ่งพททกาล ผมมีความระลึกถึงศิริราชเป็นกำลัง, และเห็นว่าไม่มีอะไรดีกว่าจะเขียนเรื่องส่งมา ก้อนลสารคดีราช. แต่ก็ไม่มีอะไรจะเขียน เป็นเรื่อง, นอกจาก ย่อเอกสาร เล็ก ๆ น้อย ๆ, ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์บ้าง. ถ้า

หากท่านอาจารย์เห็นสมควรช่วยโปรดอนุ-  
เคราะห์นำลงให้ด้วย.

พลาเคิลเพียนมหม่อไทย เป็นจำนวน มากเสมอ. มีประมาณสามสิบคนใน ปี ส่วนมากเขาเรียนที่แกรดยเอตสกล ออฟ-แมคซัน, มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย. หลังจาก นนกรมกเขาฝึกงาน, เพื่อทำวิทยานิพนธ์สำหรับขอสอบ เอาปรินญาชั้นสูง ต่อ ไปตามแขนงวิชาของตน. มีผู้ได้รับความ สำเร็จไปแล้วหลายแขนง, เช่น สติศาสตร์ นารเวชวิทยา, จิตวิทยา, ศัลยศาสตร์. ทางแขนงอื่นกยังมีผู้กำลัง พยายาม ทำอยู่ เพื่อเกียรติแก่ศิริราชของเรา. ทางกุมาร เวชศาสตร์ คณะหมอ อารี วิลยะสเวี กำลัง จะรับปรินญา ในอีกสองสัปดาห์ข้างหน้า, และเป็น คนไทย คนแรก ที่ เรียบ สำเร็จ ใน แขนงกุมารเวชฯ ทน. คณะหมอ อารี เป็น คนเก่งและมีมานะจริงจังคนหนึ่ง. ทงน ผมกล่าว โดยไม่ต้อง การ จะยก ยกกันเอง เลย. วิทยานิพนธ์ ของคณะหมอ อารี ได้รับ รางวัล ทหนึ่ง ของ สมาคม กุมาร เวช แห่ง พลาเคิลเพีย. ขณะคณะหมอ อารี ผ่านการ สอบภาคเขียน สำรับ สภา ผู้ ชำนาญ การ

(American Board of Specialty) ในวิชา  
กุมารเวชศาสตร์ของอเมริกาไปแล้ว. ถ้า  
ดิฉันจะเข้าสอบสัมภาษณ์ ในกลาง เดือนหน้า  
นี้. ถ้าหากสอบได้, คุณหมออาร์จะเป็น  
คนไทย คนที่สองที่สอบ ได้จาก สภา ผู้ช้  
นาฎการ, ต่อจากอาจารย์หมอโรจน สุ  
วรรณสถิตที่สอบได้เป็นคนแรกในวิชารังสี.

อนึ่ง, ในกลางปี นี้คุณหมออาร์ ได้รับ  
เกียรติจากคณาจารย์ แพวล์ กยอร์ก  
ให้เป็นผู้คุมงานวิจัยเกี่ยวกับอาหารวิทยา  
คอร์ปัสคริสตี ในรัฐเท็กซัส. ผมเห็นว่า  
ขอ เช่น เกียรติยศ ที่ คนไทย น้อยคน จะมี  
โอกาสได้รับ, จึงเล้ามาให้ท่านอาจารย์  
ฟังในฐานะที่คนไทยคนหนึ่งกำลังทำเกียรติ  
ให้แก่ศิรัราชของเรา.

ผมขอแสดงความยินดีที่ โรงเรียนของ  
เรากำลังก้าวหน้า ทั้งในด้านวิชาการ และ  
ด้านวัตถุ, เช่นเกี่ยวกับก่อสร้างอาคาร  
ต่าง ๆ. ทั้งนี้ ผมได้รับข่าวเสมอ ๆ จาก  
บรรดาลูกศิรัราชที่ผ่านพลาเคลเพย. ผม

ไม่ทราบว่าจะมีโอกาสได้รับใช้ท่านอาจารย์  
ในขณะที่ผมอยู่ใน ส.ร.อ. นี้ ทางใดบ้าง.  
หากมีความประสงค์ อย่างไม่ ไช้ โปรค  
แจ้งให้ทราบด้วย.

ในที่สุดนี้ ผมขอฝากความ ระลึก ถึง  
มายังบรรดาอาจารย์และเพื่อน ๆ ในศิรัราช  
โดยทั่วกัน.

ด้วยความเคารพและนับถืออย่างสูง  
สมโพธิ พุกกะเวส

(ขอขอบคุณคุณหมอที่ให้ ความดีใจ พร้อม  
กันถึงสองขอ: ขอหนึ่ง, ที่ยังระลึกถึง  
ศิรัราชและสารศิรัราช, อุด้าให้ส่งเรื่องมา  
ให้ (นำลงให้ในฉบับนี้แล้ว); ขอสอง,  
ที่ส่งข่าวความสำเร็จ และเกียรติ ของ คิษย์  
เก่าของศิรัราช มาให้ พวกเรา ได้ยินดี ด้วย  
ทั่ว ๆ กัน. สิ่งที่ปรารถนาให้คุณหมอกะ  
ทำเป็นอย่างยิ่ง, คือ เรียบและทำงานให้  
ได้ดีเด่น เช่น คุณหมอ อาร์ - หรือดีกว่า  
ยิ่งขึ้นไปอีก.)

๕. จดหมายจากเยอรมัน

อันเตรอัสตราสเซ่ ๒๐, ซัมบวร์ก ๓๕,  
เยอรมัน

กราบเรียน อาจารย์ ท เคารพและนับถือ  
อย่างย้ง

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๐

ผมได้มาถงเยอรมัน และเข้าทำงานใน

โรงพยาบาลเอปเป็นคอร์ฟแล้ว. ประจำอยู่ที่หอคนไข้ ที่ ๖๐. คลินิกกุมารเวชศาสตร์ที่หอคนไข้อยู่หลายหอด้วยกัน. หมอภมราทำงาน อยู่หอที่ ๒๔. หมอพิชัยคุ่มเหมือนอยู่หอที่ ๖. นอกจากนยงแผนกตรวจคนไข้ นอกและหออื่น ๆ อีก. ที่หอที่ ๖๐ นมคนหมอก็เริ่กอยู่กับผม. แต่ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม คนหมอก็เริ่ก ไปเรียนวิชาโรค ประเทศอื่นพร้อมกับหมอภมรา, หมอस्थ्यกิจวงษ์ และคนอื่น ๆ อีกหลายคน. ตกกลางเลยเหลือผมเป็นคนไทยคนเดียวที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ในเวลานั้น. ผมยังฟังภาษาไม่ค่อยรู้เรื่อง. กำลังชวนช่วยเกี่ยวกับการจรรยา งาน. การบันทึกประวัติคนไข้. การตรวจ, การค้นคว้า, เอกซเรย์และการวินิจฉัยโรค. ต้องเข้ตักคชันนารกันเรื่อย ๆ. และบางทีก็ถามคุณหมอก็เริ่กที่บ้าน, เพราะส่วนมากเป็นศัพทเฉพาะวิชาแพทย์, หายากในคชันนาร. เวลานั้นผมรู้จักศัพทพวกนี้หลายสื่ยคำแล้ว. ส่วนการเรียนภาษาผมก็เริ่กเรียนควบไปควบ, สื่ยคำห้ละ ๔ ครั้ง, คือ จันทร์, พุธ, ศุกร์และเสาร์. ค่าเรียนชั่วโมงละ ๕ มาร์ก. ครมาสอนถึงที่พัก, สักพัก. ครูผู้สอนเป็นนักศึกษาคณะ

ศาสตร์. สอนได้ทีมาก. เคยสอนคุณหมอก็เริ่กและนักเรียนไทยอื่น ๆ อีกหลายคน. ครูคนนพถพถนและละเอียดละออมากเป็นพิเศษในการออกเสียง. แกร์ถึงข้อบกพร่องของนักเรียนไทยเราเริ่กเกี่ยวกับการออกเสียงภาษาเยอรมันอย่างทีมาก. บางครั้งแกเขียนรูปภายในช่องปาก, ขอกตำแหน่งของลิ้นให้เราก็เริ่กด้วย, เริ่กเกี่ยวกับการออกเสียงคำทียาก ๆ.

มหาวิทยาลัยจะเข้ตักภาคเรียนใหม่ในเดือนพฤษภาคม. ผมคิดว่่าจะถึงเวลานั้น คงจะพอทำงานและฟังภาษาเข้าใจทีคชัน, เริ่กเกี่ยวกับการฟังปาฐกถาและการประชุมวิชาการต่าง ๆ. ทีอาจารย์เคยบอกว่่าทีเยอรมันเขาทำงานกันอย่างเริ่กจริงเริ่กจริงทงนนั้น, เช่นความจริงอย่างทีสื่ก. งานของเราเริ่กเริ่กตั้งแต่ ๘.๓๐ น., และต่อไ้จน ๑๔ น. ระหว่าง ๑๒ กับ ๑๓ น. มีเวลาหยุดพักกินอาหารเพียง ๑๕ หรือ ๒๐ นาที. ตอนเริ่กเริ่กงานนอกในเวลา ๑๖.๓๐ น. และทำเรอไปจนเส้ร้งงาน, ซึ่งเป็นเวลาใกล้ค่ำแทบทงวัน. เพราะฉนั้นผมจึงไม่ค่อยมีเวลาเขียนจดหมายมาถงอาจารย์. หวังว่่าอาจารย์คงให้อภัยด้วย. ผมพยายามตีตามคงานอยู่แทบตลอดวัน, นอก

จากเวลา ๑๕ ถึง ๑๖ น. ในบางวันผม  
 ต้องไปเรียนภาษา. หวหนาคงทผมอยู่แ  
 คงเข้าใจความยากลำบากของผม และส่ง-  
 ธารผม. จึงในคำวหนังสือผมกำลังช่วยนับ  
 จำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่. แยกออกกับผมว่า  
 อนุญาตให้เจาะเลือด เตกที่รับเข้ามาใหม่  
 เพื่อส่งไปตรวจวัดเซอร์แมนไนไต. ผมกริบ  
 ไปเจาะเส้นที่กระหม่อม. พอเจาะไตเลือด  
 ภูเขาพอใจมาก, ชมเชยใหญ่. นับเป็นครั้ง

แรกที่ผมไตแสดงฝีมือ. ผมขอจบครั้น.  
 เคารพและระลึกถึงเสมอ

สุขสวน มฤคทัต

(บันทึกไตขาวและเห็นใจในความยาก  
 ลำบากของคุณหมอ. ที่ไม่ค่อยได้ส่งข่าว  
 นั้นไม่ว่าอะไรเลย, เพราะตัวเองก็อยู่ใน  
 ภาวะคล้ายคลึงกัน. มีแต่งงาน, ไม่มีเวลา  
 วางสำหรับเขียนส่งข่าวคราวกับใคร. บันทึก  
 ไตแสดงฝีมือ. หวังว่าคงไตแสดงบ่อย  
 ชนและแสดงไตคชนเรื่อย ๆ.)

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
  ๒. ชำระเงินค่าบำรุง
  ๓. ขอกริบเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ

## แผนกข่าว

### สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๗๑๐	๕๕๒	๑,๑๑๑	๕๕๕	๑,๑๔๒	๒๔๗	๖,๑๕๗
เก่า	๓,๐๕๖	๑,๕๒๕	๒,๒๕๘	๑,๓๘๕	๑,๕๓๔	๒๘๖	๑๐,๔๘๘
รวม	๔,๗๖๖	๒,๕๗๗	๓,๓๖๙	๒,๓๘๔	๓,๐๗๖	๕๓๓	๑๖,๖๔๕
<u>ใน</u>	๑๕๗	๒๗๕	๑,๐๑๔	๑๐๓	๓๐๔	—	๑,๘๕๓

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๕๗. จักษุ ๓๔๗. สูติ-นารี ๒๖๐.\* รวม ๙๖๔ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๗๓. หญิง ๓๔๐. รวม ๗๑๓. คลอดตาย, ชาย ๑๓. หญิง ๑๐. รวม ๒๓.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๓ คน (๑.๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๑ ราย. (๔๒.๗ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๒๔ ครั้ง. ข้างนอก ๔ ครั้ง. รวม ๕๒๘ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๓๕๓ คน. รักษาใหม่ ๔๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๐๖ ครั้ง. ราน้ำเต้า, รักษา ๑๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๓ ครั้ง. ไดอะเทอร์มี, รักษาใหม่ ๒ ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า ๑๕ ครั้ง.
๗. แผนกสูติวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๒๒๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๑ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๓๕๓ ราย. (จากภายนอก ๑๑๖ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๑๕. วัสเซอร์แมนและคานัน ๑,๗๕๘. หมู่เลือด ๒๘๗. นับเม็ดเลือด ๔๓๘. หาเชื้อบักเตรี ๑๒๕. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๕๐. อุจจาระ ๓๔๗. ปัสสาวะ ๑๓๑. เสมหะและอื่น ๆ ๒๔. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๘. อุจจาระ ๗๕. ปัสสาวะ ๑๕. น้ำไขสันหลัง ๒๐. เสมหะและอื่น ๆ ๑๔๖. นิติสัตว์ทดลอง — เพาะเชื้อบิด ๒๘. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๒๔. ตรวจศพนิเวศ ๑๗. ตรวจของกลาง ๑.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๖. เจาะน้ำสันหลัง ๘. เจาะตับ ๕. น้ำช่องปอด ๑๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔. นิติชายชีพีส ๒๘.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๕๓. ถอนฟัน ๓๓๕. อุดฟัน ๑๓๓. ผ่าตัดช่องปาก ๒๓.  
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติขอดีเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน  
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
(เฉพาะท่มมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)  
คือ:

ม.จ. พันศรีเกษม เกษมศรี แห่งโรง-  
เวียนเขมะศิริอนสรณ์ ถนนขาว สามเสน  
จังหวัดพระนคร ทรงบริจาคเงิน ๕,๐๐๐  
บาท เป็นรางวัลสำหรับขอตำราใหม่ๆ ของ  
ต่างประเทศให้แก่กศศึกษาแพทย์ที่สำเร็จ  
ได้รับปริญญาในชั้น ซึ่งเป็นผู้สอบได้  
ทางทฤษฎีและปฏิบัติได้คะแนนสูงที่สุดในวิชา  
คัลยศาสตร์, สติศาสตร์, อายุรศาสตร์,  
กุมารเวชศาสตร์ จักษุวิทยา และรังสี  
วิทยา สาธารณสุขศาสตร์ คนละ ๑,๐๐๐  
บาท และขออุทิศส่วนกุศลถวาย สมเด็จพระ  
ราชบิดาเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรม  
หลวงสงขลานครินทร์ ผู้ได้ทรงริเริ่มสอน  
แก่นักศึกษาแพทย์ชั้น ปริญญารุ่นแรกใน  
ประเทศไทย

พิธีประสาทปริญญา พิธีการประสาท  
ปริญญาแห่งข้าราชการ ๒๔๕๕-๒๕๐๐  
ของคณะวิชาต่างๆ ในมหาวิทยาลัยแพทย  
ศาสตร์ ซึ่งได้กำหนดไว้ในวันเสาร์ที่ ๖  
เมษายน ๒๕๐๐ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ

หอประชุมราชแพทยาลัย ในบริเวณคณะ  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลนั้น พระบาท  
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงพระกรุณาโปรด  
เกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินมาประทับเป็น  
ประธานคงเคย

กำหนดการ ๑๒.๔๕ น. บัณฑิตผู้รับ  
ปริญญาเข้าประจำที่

- ๑๓.๐๐ น. คนตรีบรรเลง
- ๑๔.๐๐ น. เสด็จพระราชดำเนินถึงหอ  
ประชุม

นายกกรรมการรายงานกิจการ, พระ  
ราชทานปริญญา, บัณฑิตกล่าวคำปฏิญาณ  
พระราชทานรางวัล, พระราชทานพระบรม  
ราโชวาท แล้วเสด็จพระราชดำเนินกลับ  
แต่งกาย: แต่งเครื่องแบบปกติสวม  
ครุฑวิทยฐานะ

กำหนดหน้าที่ในงานพิธี เนื่องในงานพิธี  
ประสาทปริญญาครั้งนี้ คณะแพทยศาสตร์  
และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดเจ้าหน้าที่  
ในคณะเป็นกรรมการในหน่วยต่างๆ ดังต่อไปนี้:

- ๑. การรับแขก ประธาน: ศาสตราจารย์  
แต่ง กาญจนารมณ์. กรรมการ: น.พ. เขียว

สารศึรราช

อชยานัง, น.พ. สชม ภาทราคม, น.พ. สรรค ศรีเพญ, น.พ. บรรจงคักค นะมาทร, น.พ. โรจน สุวรรณสุทธิ, น.พ. สนวน บุรณะภวงค์, น.พ. ประสงค์ ติุจินดา, น.พ. ทองนอก นิตยสุทธิ, น.พ. บัญญัติ ปริชญาณนัท, น.พ. วิชัย บำรุงผล, น.พ. ประพนธ อารมิต

๒. การจั้ดแ้ถว้รับเสด็จ ศาสตราจารย์ เติม บุนนาค, น.พ. สาโรจน ปรบั้กษัชาม.

๓. การเลียงนำ น.ส. สำรวย ศิริภาคัย, น.ส. วิเชยว ทวลาก, น.ส. ทวี บุนนาค, น.ส. ประชุม ติณจินดา, น.ส. มยุรา กาญจนางกู

๔. การกระจายเสียง น.พ. สุนทร บุญญานิตย

คำกราบบังคมทูลของนายกกรรมการ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในพิธีประสาทปริญญาและอนุปริญญา พุทธศักราช ๒๕๐๐

ขอเศชะเผ่าละของธลั้พระบาทปกเกล้าปกกระหม่อม ในโอกาสที่ไ้เผ่าละของธลั้พระบาทไ้เสด็จมาทรงเป็นประธานในพิธีประสาทปริญญาและอนุปริญญาของมหาวิทยาลัยแพทย

ศาสตร์ในวันนั นั้ว่าเป็นเกียรติอย่างยิ่ง แก่มหาวิทยาลัยน และเป็นพระมหากรุณาธิคุณแก่คณะกรรมกรมหาวิทยาลัย ขวรคณาจารย์ และนักศึกษาทั้งหลายโดยทั่วกัน ในนามของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ข้าพระพุทธรเจ้า สำนักในพระมหากรุณาธิคุณ ทรงนเป็นลนเกล้าฯ

บัดนี้ ข้าพระพุทธรเจ้าขอพระราชทานพระบรมราชวโรกาสกราบบังคมทูลรายงานกิจการของมหาวิทยาลัยในชวบวอบุ้บการศึกษ พุทธศักราช ๒๔๙๕-๒๕๐๐ ด้งต่อไปนี้ :

การศึกษา บัน นยเป็นยท ๑๕ ชงมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไ้ดำเนินกิจการ ตามพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พุทธศักราช ๒๔๘๖ ในการให้การศึกษา ะชนสูงและวิชาช้พชนมหาวิทยาลัยประเภทต่าง ๆ

ในชัน เป็นยแรกทมผู้สำเร็จการศึกษาในชันอนุปริญญาเทคนิคการแพทย

จำนวนการศึกษา จำนวนนคักษาของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มัรวมทงสน ๑๕๖๗ คน จำแนกตามประเภทวิชาต่างๆ ได้ด้งต่อไปนี้ :

วิทยาศาสตร์หลักสำหรับเตรียมวิชา-  
ชีพประเภทต่าง ๆ ๒๔๔ คน

แพทยศาสตร์ (๒ คณะ) ๕๗๘ คน

ทันตแพทยศาสตร์ ๖๕ คน

เภสัชศาสตร์ ๑๘๓ คน

สาธารณสุขศาสตร์ ๒๕ คน

ทันตอนามัย ๖๑ คน

การสุขาภิบาล ๒๕ คน

พยาบาลสาธารณสุข ๔๒ คน

เทคนิคการแพทย์ ๕ คน

พยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย ๓๓๕  
คน

จำนวนนักศึกษาที่เรียนสำเร็จตามหลัก

สูตรปริญญาและอนุปริญญา รวมทั้งสิ้น

๓๗๘ คน จำแนกประเภทได้ ดังนี้ :

สาธารณสุขศาสตร์ มหาบัณฑิต ๑๕  
คน

เภสัชศาสตร์ มหาบัณฑิต ๔ คน

แพทยศาสตรบัณฑิต ๑๒๑ คน

ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ๒๖ คน

เภสัชศาสตรบัณฑิต ๕๕ คน

ทันตอนามัย ๒๗ คน

วิชาการสุขาภิบาล ๒๕ คน

พยาบาลสาธารณสุข ๒๒ คน

เทคนิคการแพทย์ ๕ คน

พยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย ๗๔  
คน

จำนวนผู้ที่ทรงคุณวุฒิสมควรแก่ปริญญา-

ญากิตติมศักดิ์

แพทยศาสตรคุณวุฒิ ๑ คน

เภสัชศาสตรคุณวุฒิ ๑ คน

เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ๑ คน

ทุนอุดหนุนการศึกษา

ในระหว่างปีการศึกษา ณ มหาวิทยาลัย  
ไทรโยคต่าง ๆ เพื่อจ่ายอุดหนุนส่งเสริม  
การศึกษา คือ :

๑. การศึกษาแพทยศาสตร์ของมหา-  
วิทยาลัย ไพรกเกล้าพระราชทานแก่ผู้  
สอบสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ ประจำ  
ปีเช่นเคยม ตามหลักเกณฑ์ที่ไทรโยค  
ราชทานไว้ให้ไทรโยค “ชานันทมหิดล”  
เพื่อไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ จำนวน  
หนึ่งทุนเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๘ ในขณะ  
ที่ไทรโยค รัชพระราชทานทุนให้แก่ นายจรูญ สุวรรณ  
เวลา

ในปี พ.ศ. ๒๔๕๕ ไม่มีผู้ใดเข้าอยู่  
ในหลักเกณฑ์ที่จะไทรโยค รัชพระราชทาน

ในปี พ.ศ. ๒๕๐๐ มีผู้อยู่ในหลักเกณฑ์ที่สมควรจะไ้รับพระราชทานทุนหนึ่งคน คณะกรรมการทุนอานันทมหิดลจะไ้ดำเนินการพิจารณาและนำผลขึ้นกราบบังคมทูลพระกรุณา

๒. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน ๓๑ ทุนเงิน ๒๑๕,๑๑๔ บาท

๓. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน ๓ ทุนเงิน ๑๗,๘๐๐ บาท

๔. คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน ๖ ทุนเงิน ๑๓,๖๕๕.๕๐ บาท

๕. คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน ๒ ทุนเงิน ๑,๒๐๐ บาท

๖. การประชุมเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ จอมพลป. พิบูลสงคราม นายกสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ อนุมัติจ่ายช่วยการจัดการประชุมเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

### การช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศ

ในระหว่างปีการศึกษา มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ไ้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ จากองค์การต่างประเทศ คือ:

#### ๑. องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา

ให้ทุนอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๕ คน  
ส่งอาจารย์มาช่วยสอน ๑ คน

จ่ายช่วยในการจัดการประชุมเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์ เงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

#### ๒. China Medical Board แห่งสหรัฐอเมริกา

ให้หนังสือสำหรับห้องสมุด

ให้ทุนสำหรับทำการวิจัย เงิน ๕,๐๐๐ ดอลลาร์

จ่ายช่วยในการจัดการประชุมเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์เงิน ๕,๐๐๐ ดอลลาร์

#### ๓. องค์การอนามัยโลก

ให้ทุนอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๑ คน  
ส่งอาจารย์มาช่วยสอน ๒ คน

#### ๔. การจัดการตามแผนการโคลัมโบ

ให้ทุนอาจารย์และข้าราชการไปศึกษาเพิ่มเติม ๖ คน

#### ๕. มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด แห่งสหรัฐอเมริกา

ให้ทุนอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๑ คน

๖. วอคคิเฟลเลอร์ มูลนิธิ แห่งสหรัฐอเมริกา

ให้อุปกรณ์การสอน คิดเป็นเงิน ๗,๖๑๓.๐๗ ดอลลาร์

๘. สมาคมสตรีอุดมศึกษาอเมริกัน

ให้เครื่องสำหรับฝึกหัดเคินใช้กับคนพิการ ๒ เครื่อง

การก่อสร้าง

ในชั้น มหาวิทยาลัยได้ทำการก่อสร้างอาคารต่าง ๆ เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้ คือ:

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๑. สร้างเพิ่มเติมโรงประกอบอาหารพร้อมด้วยเครื่องประกอบอาหารจากเงินอุดหนุนข้าราชการพลเรือนผ่านศึก เงิน ๔๕๐,๐๐๐ บาท

๒. สร้างเพิ่มเติม ตึก “นฤเบศรมานิต (สงวน-แซ จุฑาเทมย์)” จากหลวงและนางนฤเบศรมานิตเงิน ๒๒,๐๐๐ บาท

๓. สร้างกำแพง, รั้ว และประตูของโรงพยาบาล

จากเงินรายได้ เงิน ๑๑๐,๕๐๐ บาท

๔. สร้างเพิ่มเติมตึก “อานันทมหิดล” ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้นำส่วนหนึ่งใน

กองมรดกของ ม.จ. หญิงไขศรี ปราโมช พระราชทานสมทบ เงิน ๑๒๐,๐๐๐ บาท

๕. สร้างชน ๔ ของตึกนอนพยาบาล จากเงินงบประมาณ พ.ศ. ๒๔๕๕ เงิน ๓๓๘,๐๐๐ บาท

กิจการของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เป็นมาในระหว่างปี ตั้งที่ข้าพระพุทธเจ้าได้กรวยยังคมทลมาน ยศนี้ ได้เวลาอันเป็นศกมมงคล ข้าพระพุทธเจ้า ขอพระราชทานพระมหากรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมโปรดพระราชนิพนธ์ปฏิญญาถกติมศักดิ์ ปฏิญญาและอนุปริญญาแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และแก่นักศึกษาที่สอบไล่ได้ ซึ่งคณะกรรมการมหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วว่า เป็นผู้สมควรแก่ปฏิญญาและอนุปริญญานาน ๆ เพื่อความศรีสวัสดิ์มงคลแก่ผู้ ที่ไต่รับพระราชทานสืบไป

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ผู้ได้รับ ปฏิญญา แพทย ศาสตร์บัณฑิต

เกียรตินิยม อันดับ ๒

นายรุ่งธรรม ลัดพลี

ผู้ได้รับปฏิญญา แพทย ศาสตร์ บัณฑิต

นายกรงไกร เจนพานิชย์, นายเกรียงศักดิ์ ศรีนุต, นายเกษม แก้วอม,

นายกัมปนาท พลากร, นายกิตติ  
 กะลัมพะเทก, นายกฤษณ์ บัฒมสูตร, นาย  
 จรัส บุญช่วย, น.ส. จันทระเกษม โพธิ์ทัก  
 น.ส. ฉลของขวัญ ศิลปาจารย์, น.ส. แฉล้ม  
 ทวี, นายชรินทร์ อาศนะเสน, นายชวินทร์  
 ปวีตภา, นายชลอ สุวรรณพันธ์, นายชิน  
 ขวชิต, นายชินชล เสริมสุวรรณ, นาย  
 ชูศักดิ์ เวชชแพทย์, นายชูศักดิ์ ทิพย์-  
 สว่าง, นายทิลก ทิวทอง, นายดำรง  
 กิจกศล, นายทวศักดิ์ กสิวัฒน์, นาย  
 ทหาร พันธุ์, นายธรรมนิตย์ อังศ์สิงห์,  
 นายธรรมณู กะลัมพะเทก, นายธวัช  
 โดพันธ์ศรี, นายธวัชชัย เพ็ญวฒิวาญ,  
 นายณยศนต์ วงศ์เจริญรัตน์, นายณิตย  
 ชัยเกษรติ, นายณิตย์ ศุภะพงษ์, น.ส.  
 บุญล้วน วงศ์วัฒนา, น.ส. ประทีน วิริยะ-  
 วิทย์, นายประทีป หุตางกร, นายประทีป  
 อิงคตานรัตน์, นายประเทือง อ่างแก้ว,  
 นายประเสริฐ กาญจนภา, นายประเสริฐ  
 ทองเจริญ, นายปรีชา เพชรานนท์, น.ส.  
 ปรียา กาญจนวดี, นายผจวบศักดิ์ หงสกุล  
 น.ส. ผ่องโสม อัคระสัมปณณะ, นาย  
 พยอม บำรุงกิจ, น.ส. พรรณี สุ่มสวัสดิ์,  
 นายพิพัฒน์ ชุติชูเดช, นายพิสิษฐ์ พันธุ์  
 จินดา, น.ส. พลศรี สติรแพทย์, นาย

ไพรัช อัครวานิช, น.ส. ภัทรพร ปรีภาภา,  
 น.ส. มณรัตน์ ธรรมสโรช, นายมานพ  
 แก้วจินดา, นายยังสันต์ ศรีทอง, น.ส.  
 เยาวรัตน์ จริญญานท์, นายเลโอน ฤทธิ-  
 จันทรสุข, นายวรวุฒิน ชุมสาย ณ อยุธยา,  
 นายวรวุฒ สุมาวงค์, นายวรินทร์ เล็กประ-  
 เสริฐ, นายวิชิต เทพรตน์, น.ส. ศิริ  
 แจ่มนภา, น.ส. ศรัวิไล พูลประเสริฐ,  
 น.ส. สงข มาลีแก้ว, น.ส. สมถวิล  
 พานิชประไพ, นายสมภพ เรืองตระกูล,  
 นายสมหมาย สหพัฒน, น.ส. สิ้นเลิศ  
 เกตุทัต, นายสุทัศน์ เวชโช, นายสุพจน์  
 ศิริรัตน์, นายสุรนต์ ธนยติ, น.ส. สุวนัย  
 วิมลสิท, นายสุวัฒน์ จันทรวงษ์, นาย  
 อราม ธรรมธช, นายอุดม เล็กสัมบุรณ,  
 นายอุดม เอกตาแสง, น.ส. อภารณ  
 บุญเอกกุล, นายอรุณ บุญประกอบ,  
 นายโอภาส บุญสิทธิ, นายอำนาจ สุนันท์-  
 นายอมฤต ณ สงขลา, น.ส. อัมพร  
 วรรณประภา

รายชื่อผู้ได้รับรางวัลในปีการศึกษาของ  
มหาวิทยาลัย แพทย ศาสตร์ ประจำปี  
การศึกษา ๒๔๕๕-๒๕๐๐

### ๑. มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

เหรียญทอง สำหรับผู้ได้คะแนนเป็น

ที่ ๑ ในวิชาแพทยศาสตร์ ใต้แก่ น.ส.  
ศรีจิตรา เจริญจรมพร

เหรียญเงิน สำหรับผู้ใต้คะแนนเป็น  
ที่ ๒ ในวิชาแพทยศาสตร์ ใต้แก่ นายรุ่ง  
ธรรม ลักพล และ นายวิศิษฎ์ สัตยปรีชา

๒. คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราช

พยาบาล

เหรียญทอง สำหรับผู้ใต้คะแนนเป็น  
ที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ใต้แก่ นายรุ่งธรรม  
ลักพล

เหรียญเงิน สำหรับผู้ใต้คะแนนเป็น  
ที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ใต้แก่ น.ส. ผ่องโสม  
อัคระสัมปณะ

เหรียญทองแดง สำหรับผู้ใต้คะแนน  
เยี่ยมในวิชา กายวิภาคศาสตร์ ใต้แก่  
นายวินัย สวัสดิ์. พยาธิวิทยา ใต้แก่ นาย  
รุ่งธรรม ลักพล

รายพระนามและนามผู้บริจาคทุนอุด  
หนุน การศึกษา มหาวิทยาลัย แพทย-  
ศาสตร์ ประจำปีการศึกษา ๒๔๕๕ -  
๒๕๐๐

ในระหว่างปีการศึกษา มหาวิทยาลัย  
ได้รับทุนต่าง ๆ เพื่อจ่ายอุดหนุนการศึกษา  
และการวิจัย ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

และคณะต่าง ๆ คือ:

๑. มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

“ทนชานันทมหิตล” ของพระบาท  
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช โปรด  
เกล้าพระราชทาน เพื่อจตุสดมภ์สำเร็จ  
หลักสูตรสอบไล่ได้ เป็นเยี่ยม ของ แพทย-  
ศาสตร์บัณฑิตไปศึกษาวิชาแพทยศาสตร์  
ณ ต่างประเทศจำนวน ๑ ทุน

๒. คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราช

พยาบาล

๑. ทนพระมรดก “สมเด็จพระราช  
บิดา” เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวง  
สงฆสถานครินทร์” เก็บดอกผลจ่ายช่วย  
เหลือแพทย์และพยาบาลผู้ไปศึกษาเพิ่มเติม  
ณ ต่างประเทศ รวม ๑๘ คน เงิน ๕๕,๐๐๐  
บาท

๓. ทน “มหิตล อุดมเดช” ของ  
สมาคมนักเรียนเก่าแห่งสหรัฐอเมริกา  
บริจาคประจำปี เพื่อช่วยเหลือนักศึกษา  
แพทย์ชั้นปีที่ ๔ รวม ๒ คน เงิน ๗,๐๐๐  
บาท

๔. ทน “ประสาร บุรณศิริ” ของพระ  
ยาอเทวนเทพโกสินทร์ ให้เป็นรางวัลแก่นัก  
ศึกษาผู้สอบไล่ได้คะแนนสูงสุดประจำชั้นทาง

๔ ชน เงิน ๑,๐๐๐ บาท

๕. ทน “มูลนิธิของโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์” ของคณะครูและนักเรียนโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ และพระประยูรญาติของหม่อมเจ้าพนศรี เกษมศรีเพื่อยใช้ในการวิจัยในวิชาแพทยศาสตร์ ในชั้นบริจาคนำเงิน ๖,๐๐๐ บาท

๖. ทน “มหาวรรณ มันทาภรณ์” ของนายแพทย์ สیمان มันทาภรณ์ ให้เป็นรางวัลประเภทอัคราคำธรรม เนียมแก่นักศึกษาชั้นปีที่ ๒ ที่สอบไล่ได้คะแนนรวมสี่เยี่ยมในวิชากายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา ประจำปี เงิน ๒๐๐ บาท

๗. ทน “กนกกุล” ของนายกิจากนกกุล และบุตรธิดา เพื่อยกย่องผลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่ขาดแคลน หรือใช้ในการวิจัยในวิชาแพทยศาสตร์ ชั้นบริจาคนำเงิน ๕,๐๐๐ บาท

๘. ทน “เพ็ญศิริพนธ์” ของนายขนิม เพ็ญศิริพนธ์ เพื่อยกย่องผลให้ในการวิจัยในวิชาแพทยศาสตร์ ชั้นบริจาคนำเงิน ๕๐๐ บาท

๙. ทน “ศรีนาราพล เกตสิงห์” ของหลวงศรีนาราพล เพื่อยกย่องผลออกทุนอาจารย์ในแผนกปริศนาค ชั้นบริจาคนำเงิน ๑,๑๕๐ บาท

๑๐. ทน “มูลนิธิ สุวรรณประทีป” ของบุตรธิดา และอนุภรรยาของหลวงและนางอนกุลราชกิจ เพื่อยกย่องผลออกทุนนักเรียนพยาบาลคราวละ ๑ คน ชั้นบริจาคนำเงิน ๕๒๓ บาท

๑๑. ทน “อินทรมนตรี” ของคุณหญิงอินทรมนตรี เพื่อยกย่องผลบำรุงกิจการในแผนกโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ ชั้นบริจาคนำเงิน ๑,๐๐๐ บาท

๑๒. ทน พระยาอนบาลคิตถกรรม” ของพระยาอนบาลคิตถกรรม และคุณหญิง เพื่อยกย่องผลออกทุนนักศึกษาแพทย์บริจาคนำเงิน ๒๐,๒๖๐ บาท

๑๓. ทน “หม่อมเข็น สนิทวงศ์ อนุชยา ในพระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าสาย สนิทวงศ์” เพื่อยกย่องผลออกทุนนักศึกษาแพทย์ที่เรียนที่แต่ขาดแคลน ชั้นบริจาคนำเงิน ๑,๐๐๐ บาท

๑๔. ทน “แพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น พ.ศ. ๒๔๗๑” เพื่อยกย่องผลออกทุนนักศึกษาแพทย์ที่เรียนที่แต่ขาดแคลน ชั้นบริจาคนำเงิน ๒,๔๘๐ บาท

๑๕. ทน “นางเอื้อ เข้มประเสริฐ” ของนายนิพนธ์ เข้มประเสริฐ เพื่อยกย่องผลออกทุนนักศึกษาแพทย์ที่เรียนที่แต่ขาด

ชดส่น บริจาคเพิ่มเติมในยื่น เงิน ๑,๐๐๐ บาท

๑๖. ทน “ปฏิพัทธ เนอง เกษมศรี” ของโอรส อีตา ในหม่อมเจ้าปฏิพัทธและหม่อมเนอง เกษมศรี ณ อยุธยา เพื่อเก็บดอกผลออกหนุนอาจารย์ บริจาคเพิ่มเติมในยื่น เงิน ๑,๐๐๐ บาท

๑๗. ทน “นางเทียบ วงศ์แซ่” ของนายบุญธรรม บรรณิกนตเกษตร เพื่อเก็บดอกผลออกหนุนนักศึกษาแพทย์ทชดส่น บริจาคเพิ่มเติมในยื่น เงิน ๓,๗๕๐ บาท

๑๘. ทน “พระอนันตราชพิศาล” ของพระอนันตราชพิศาลและศิษย์ เพื่อเก็บดอกผลให้เป็นรางวัลแก่นักศึกษาแพทย์ชั้นบท ๔ ที่ไต่คะแนนเป็นเยี่ยมในวิชาอายุรศาสตร์ เงิน ๑๕,๐๐๐ บาท

๑๙. ทน “เย็น เทพหัตถิน ณ อยุธยา” ของนายนาค เทพหัตถิน ณ อยุธยา เพื่อเก็บดอกผลออกหนุนอาจารย์ เงิน ๓,๐๐๐ บาท

๒๐. ทน “แพทย์ศาสตร์บัณฑิต วัน พ.ศ. ๒๔๗๘” เพื่อเก็บดอกผลเป็นรางวัลแก่นักศึกษาแพทย์และนักเรียนพยาบาลที่คะแนนในทางปฏิบัติขงผู้ช่วยและมมรรยาทเป็นเยี่ยม เงิน ๑๘,๐๐๐ บาท

๒๑. ทน “มันคิลย์ สีนาคโยธา-รักษ์” ของพลโท ชิต มันคิลย์ สีนาคโยธา-รักษ์ เพื่อเก็บดอกผลออกหนุนนักศึกษาแพทย์ทชดส่นแต่เวียนค เงิน ๑๓,๖๗๑ บาท

๒๒. ทน “วิท อัยสวัสดิ์” ของนายแพทย์ ชด อัยสวัสดิ์ เพื่อเก็บดอกผลบำรุงแผนกจักษุวิทยาฯ และนักศึกษาแพทย์ เงิน ๔,๐๐๐ บาท

๒๓. ทน “ทองคำ อัยสวัสดิ์” ของนายแพทย์ ชด อัยสวัสดิ์ เพื่อเก็บดอกผลบำรุงแผนกจักษุวิทยาฯ และนักศึกษาแพทย์ เงิน ๓,๐๐๐ บาท

๒๔. ทน “แพทย์หญิง ประทุม (นตถล) อัยสวัสดิ์” ของนายแพทย์ ชด อัยสวัสดิ์ เพื่อเก็บดอกผลบำรุงแผนกจักษุวิทยาฯ และนักศึกษาแพทย์ เงิน ๓,๐๐๐ บาท

๒๕. ทน “หลวงเชาว์ปรีชาลภิชณ” ของบุตรธิดาหลวงเชาว์ปรีชาลภิชณเพื่อเก็บดอกผลให้เป็นรางวัลแก่นักเรียนพยาบาลที่ขยันหมั่นเพียร ไม่ขี้ขลาดหลักสิทธิ์ เงิน ๕,๐๐๐ บาท

๒๖. ทน “พระยาบรรณสาริพงศ์” ของพระยาบรรณสาริพงศ์ เพื่อเก็บดอกผลสำหรับชอตำราแพทย์ เงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๒๗. ทน “พระศรีสมุทรโภาค (อม) และลินจ รมจินดา” ของนายพน นางคัย บัญศิริ เพื่อกำหนดออกผลออกหนนนักศึกษา แพทย์ ปรึกษาเพิ่มเติมในปี น เงิน ๕,๐๐๐ บาท

๒๘. ทน “บศรอังกร” ของนายศิริ บศรอังกร เพื่อกำหนดออกผลออกหนนนักศึกษา แพทย์ ปรึกษาเพิ่มเติมในปี น เงิน ๑,๐๐๐ บาท

๒๙. ทน “การวิจัยโรคที่เกิดจาก ไวรัส” ของหลวงและนางอายุรวิจิโกศล เงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๓๐. ทน “สมทบเพื่อสร้างตึกในศิริราชพยาบาล” ของข้าราชการ เจ้าหน้าที่ นักศึกษาและนักเรียนของคณะที่ชอยบทร ชำมทำเรือศิริราช-ท่าพระจันทร์ โดยความร่วมมือมือของคุณสุภัทรา (สิงหลกะ) มีชชน ผู้เข้าทำ เงิน ๘,๑๐๕ บาท

๓๑. ทน “แพทย์ศาสตร์บัณฑิต วัน พ.ศ. ๒๔๗๔” เพื่อกำหนดออกผลออกหนน นักศึกษาแพทย์ทชดสนและชชนหมนเพวร อทิส่วนกศลถวยสมเค็จ พระราชบิดาเจ้า พำมหักลลคชยเคช กรมหลวงสงขลานครินทร์ และอาจารย์กบเพอนรวมชนทลวง ลัยไปแล้ว เงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

การพนวิชาการทางแพทย์ ครั้งที่ ๕

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้ เข้การพนวิชาการแพทย์ครั้งที่ ๕ ในวัน จันทรท ๒๕ มีนาคม ถึงวันเสาร์ท ๓๐ มีนาคม มีกำหนด ๕ วันครั้ง ในปี นคณะ ได้มอຍให้คาสตราจารย์ สุก แสงวิเชียร คำนเนินการ

๑. การพนฟหนักไปในทางวิชาสคิ นารเวชวิทยาและกุมารเวชศาสตร์ แทนท ไม่ไทม์ในปี ๒๔๕๕ แต่เนื่องจากอาจารย์ ในสองวิชา นมีจำนวนน้อยและมีภาระอน มาก พรอมทงมเวลาตระเตรมมจากค ฉะนจไม่อาจทำไ้ไ้เต็มตามทกะไว้ ทประ ชมไ้คคกลงแทรกวิชาอื่น ๆ ทแพทย์มารย การพนวิชาครั้งที่แล้วไ้แสดงทงความจำนง ไว้เข้าไ้ด้วย

๒. การบรรยายไ้รวมเป็นเรืองใหญ่ โดยมผู้บรรยายหลายคนจากแผนกวิชา ต่าง ๆ เพื่อไ้มีโอกาสศึกษาตงแคว้ชาปร คลินคคองคคินคค

๓. คณะรยเงินเป็นค่าอาหารกลางวัน จนตลออกการประชมเป็นจำนวน ๒๕.๐๐ บาท เช่นทเคยปฏบคไ้เมอบทแล้ว และเงิน อัก ๕.๐๐ บาทเป็นค่าพิมพ์พระเบยบวาระแจก เพอความสควกแกผู้ ประสงค์จะรยประทาน อาหารกลางวัน ไ้จคเจ้าหนาทรยเงินท

โต๊ะวางสมุดจดรายชื่อนามผู้เข้าร่วมการพบ  
วิชา วันเสาร์บ่ายคณะได้เชิญรับประทานอาหาร  
อาหารกลางวันร่วมกันทุกท่าน

๔. สถานที่บรรยายคงเป็นห้องบรรยาย  
ของแผนกพยาธิวิทยาเช่นที่ปฏิบัติเมื่อ  
แล้ว

๕. มีพพรภณฑ์ขอยยแสดง specimens  
และเครื่องมือของแผนกต่าง ๆ คงทของ  
ปฏิบัติการของแผนกพยาธิวิทยาเช่นบท  
แล้ว นอกจากนั้นเพื่อให้เกิดความสนก สัน  
ใจและพินิจพิเคราะห์ในการวินิจฉัยภาพรังสี  
แผนกรังสีวิทยาได้จักภาพรังสีปริศนา ใ้  
ส่งฟิล์มมาให้ชมตั้งแต่วันแรก และได้  
เฉลยและอธิบายในเช้าวันสุดท้าย ผู้จัก  
ภาพรังสีปริศนาได้เชิญแพทย์ทุกคน (ยก  
เว้นรังสีแพทย์ของทุก ร.พ.) เข้าร่วมใน  
การทายนควย.

รายการพบวิชาการแพทย์ คณะแพทย์  
ศาสตร์ และ ศีร ราช พยาบาลครั้งที่ ๕

พ.ศ. ๒๕๐๐

วันจันทร์ที่ ๒๕ มีนาคม เวลา ๕.๐๐-  
๕.๑๐ น. ท่านคณบดีกล่าวเปิดการพบ  
วิชาการ, ๕.๑๐-๑๒.๐๐ น. การรักษ  
มะเร็งปากมดลูก, บรรยายหมู่:

น.พ. ชระ สุขวจน์ แผนกสูตินารีเวช  
วิทยา ๑ ชม. น.พ. อำนวย เสริมสศ  
แผนกรังสีวิทยา (การใช้เรเดียม) ๓๐ นาที  
น.พ. โรจน์ สวรรณสทธิ แผนกรังสีวิทยา  
(การใช้แสงเร็กซ์เก้น) ๑๕ นาที. ชักถาม  
๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. การใช้ฮอร์โมนใน  
โรคเฉพาะสตรี น.พ. สาโรจน์ ประักษ์ขาม  
พ.ญ. วิไล เบญจกาญจน์ แผนกสูตินารีเวช  
วิทยา ชักถาม.

วันอังคารที่ ๒๖ มีนาคม เวลา ๕.๐๐-  
๑๐.๐๐ น. การพิเคราะห์โรคตั้งครรภ์นอก  
มดลูก น.พ. เต็ม ขุนนาค แผนกสูตินารี  
เวชวิทยา. ๑๐.๐๐-๑๑.๐๐ น. การตั้ง  
ครรภ์คว่ำวาคอมี น.พ. สุนทร บุญนิตย์  
แผนกสูตินารีเวชวิทยา ๑.๑.๐๐-๑๒.๐๐  
น. การระวังรักษาก่อนคลอด น.พ. สาโรจน์  
ประักษ์ขาม แผนกสูตินารีเวชวิทยา. ๑๔.  
๐๐-๑๖.๐๐ น. การทำให้แท้งเพื่อ  
ประโยชน์ในทางแพทย์ น.พ. เต็ม ขุนนาค  
ชักถาม.

วันพุธที่ ๒๗ มีนาคม เวลา ๕.๐๐-  
๑๒.๐๐ น. ทโภชนาการ (จากการศึกษา  
รายงานผู้ บัวยในแผนกกุมารเวชศาสตร์)  
คณะอาจารย์ของแผนกกุมารเวชศาสตร์.  
๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. การชักถามอย่าง

กันเองพร้อมทั้งการแสดงผู้ช่วยที่หรือผู้ช่วย  
ของแผนกกุมารเวชศาสตร์.

วันพฤหัสบดีที่ ๒๘ มีนาคม วิทยุที่ออก  
สี่โคสตี น.พ. สุนทร ศันสนันท์ แผนก  
อายุรศาสตร์ ๓๐ นาที น.พ. สอนอง อนาถ  
แผนกสูรวิทยา (สูรเคมีและสูรวิทยา  
ของอัยรยคัสโรมัน) ๒๐ นาที น.พ. อุดม  
โปษะกฤษณะ แผนกคัลยศาสตร์ (คัลย-  
กรรม) ๑ ชม. น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก  
แผนกรังสีวิทยา (การรักษามะเร็งด้วย  
เรดิโอไอโอดีน) ๔๕ นาที ชักถาม. ๑๔.๐๐-  
๑๕.๑๕ น. ไรคคัยแข็ง พร้อมทั้งวิชาการ  
วิทยาทางอายุรศาสตร์และคัลยศาสตร์ น.พ.  
วชิ วิจารณ์ต แผนกอายุรศาสตร์ น.พ.  
เปรม ตรี แผนกคัลยศาสตร์ น.พ. ร่มไทร  
สุวรรณิก แผนกรังสี. ๑๕.๑๓-๑๖.๓๐ น.  
การรักษารังสีโรคทางอายุรศาสตร์ น.พ.  
บัญญัติ ปริชฌานนท์ แผนกอายุรศาสตร์.

วันศุกร์ที่ ๒๙ มีนาคม เวลา ๕.๐๐-

๑๐.๑๕ น. ฮัยเปอร์เทนชัน น.พ. ประเสริฐ  
กิงส์ตาลย์ แผนกอายุรศาสตร์ พ.ญ. ตระ  
หนักจิตต์ หารินสุต ๑๐.๑๕-๑๒.๐๐ น.  
นิติเวชวิทยาในแง่ปฏิบัติ น.พ. สงกรานต  
นิยมเสน แผนกพยาธิวิทยา. ๑๔.๐๐-  
๑๕.๐๐ น. อุบัติเหตุทูลุกตา น.พ. ชุก  
อุยสุวิศ แผนกจักษุ. ๑๕.๐๐-๑๖.๐๐ น.  
เนื้องอกในนาโสฟาริงก์ น.พ. สำราญ  
วงศ์พาท แผนกจักษุ น.พ. โรจน์ สุวรรณ  
สุทธิ แผนกรังสีวิทยา

วันเสาร์ที่ ๓๐ มีนาคม เวลา ๕.๐๐-  
๑๐.๐๐ น. กายบำบัด แผนกคัลยศาสตร์.  
๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น. การแสดงภาพรังสี  
ปริศนา ๑๕ รายเฉลยและอภิปรายภาพรังสี  
ปริศนาที่โตใส่ตีสองพลมตงไว้ให้ชมตงแต่  
วันแรกในห้องแสดงทางพิพิธภัณฑ์ ถึง  
๑๒.๓๐ น.

อภิปรายแสดง ความคิดเห็นในการคำ  
เนื้องอกในข้อมือ. ปิดการพินพิวิชาการ.

## บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีราชชนนเกอบบเป็น “ฉบับ ศัลยศาสตร์” อย่างหวดหวิด, เพราะ มีเรื่องจากแผนกศัลยฯ เสียสามเรื่อง, ซึ่ง ล้วนแต่เป็นเรื่องซึ่งเหลือค้างมาจาก “ฉบับ แพทย์ประจำบ้าน” ทั้งสิ้น, ทงนเนองด้วย เราได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากแพทย์ ประจำบ้านศัลยกรรม, ซึ่งมีคนทกคักคัก ในการงานอยู่เป็นส่วนมาก. เรื่องจาก แผนกศัลยศาสตร์สามเรื่องนี้เป็นเรื่องสาม ประเภท, คือประเภทศึกษารายงานเก่า หนึ่งเรื่อง (ถ้าได้กลิ่นตัวของคุณหมอกวี ทั้งสับตร), รายงานคนไข้ของตัวเองหนึ่ง เรื่อง (ผุบคอะมีบิคทะเลเข้าลำไส้, ของ คุณหมอสิระ บุษยะรัตเวช), และเป็น เรื่องเกี่ยวกับกรปฏิบัติหนึ่งเรื่อง (หลุด ส่วนลำไส้เล็ก, ของคุณหมอเฉลิมชาติ รัตนเทพ). นับได้ว่าสามเรื่องก็สามรส, มีความสำคัญและประโยชน์แตกต่างกัน ไป. คุณหมอกวี ทั้งสับตร ต้องตรวจค้น และรวบรวมสถิติระหว่างหลายปี, นับว่า เป็นงานก้อนใหญ่. คุณหมอสิระ บุษยะ- รัตเวช ต้องติดตามคนไข้เพื่อรวบรวม ข้อเท็จจริงตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาลจน

กระทั่งถึงเคียงตรวจศพ, นับว่าเป็นงานที่ ละเอียคและถึงแก่นจริง ๆ. คุณหมอ เฉลิมชาติ รัตนเทพต้องค้นหนังสือตำรา เพื่อศึกษาประวัติศาสตร์และเปรียบเทียบ วิธิต่าง ๆ ที่มีผู้ใช้กันอยู่แล้ว, และต้องทดลองวิธิตามที่เสนอขึ้นใหม่นี้. แม้ว่าจะเป็น งานเล็กน้อย, แต่ก็มีประโยชน์มาก, นับ ว่าเป็นงานที่มีคุณค่าพิเศษและเพ่งเล็งถึง การปฏิบัติเป็นเบื้องต้น. เรามีความยินดี ด้วยแผนกศัลยศาสตร์มากที่หมอมหอม ๆ ที่ขยันขันแข็งและสนใจ ในกิจการเช่นจำ นวนหลายคนคงที่เห็นอยู่, เป็นเครื่อง แสดงถึงอนาคตอันแจ่มใสของแผนกนี้.

๒ เรื่องของ ม.ร.ว. สังกศิ์ เกิดสิงห์ อยู่ในประเภทรวบรวมจากวิทยาสาร, มี เนื้อหาเกี่ยวกับโรคอัมพาตเฉียบพลัน, ซึ่งเป็น โรคที่มีความสำคัญในบ้านเรามาก ๆ เท่า กับในประเทศอื่น. ความขทความนอแคลมพ์เซียบ เป็นโรคที่ของกันได้. จะขยงกันได้ อย่งไรนั้นคงเห็นได้จากรายละเอียดตามที บรรยายไว้ในเรื่องนั้น.

๓ บทความสำหรับ “หมอใหม่” ใน

## สารศิริราช

ฉบับนี้จะสั้นมากกว่าที่เคย ๆ เป็นมา. ทั้งนี้เพราะเราเชื่อตามหลักที่บอกว่า “เล็กเร็วไปหน่อย, ดีกว่าช้าไปหน่อย”. หวังว่าข้อความสั้น ๆ ทั้งสองบทในหัวข้อ “แค่มอใหม่” ในฉบับนี้จะมีประโยชน์จริงจังในแง่เตือนสติ, ทั้งสำหรับมอใหม่และมอเก่า.

๑ เราหวังใจว่า “แผนกปกิณกะ” ในฉบับนี้จะได้รับความสนใจจากท่านสมาชิก

เพิ่มขึ้นกว่าในฉบับก่อน ๆ, เกี่ยวกับความ “หลายรส” สมช้อปกิณกะ, และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับ “ข้าวดี” “ข้าวไม่ค้อยดี”, ดังที่ปรากฏอยู่แล้ว. เนื้อเกี่ยวกับ “ปกิณกะ” มีความยืดหยุ่นมากเป็นพิเศษ, เราจึงขอท “หน้าสำหรับนิสิต” ในฉบับนี้ไว้คราวหนึ่ง. ในฉบับหน้า “หน้าสำหรับนิสิต” จะเป็นเรื่องโดยเฉพาะสำหรับนิสิตจริง ๆ.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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