



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

พ.ศ. ๒๔๘๐
มกราคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๐๐	Volume 9, Number 6, June 1957
---------------------------------	-------------------------------

การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีเรินทเก้น

โรจน์ สุวรรณสุทธิ

W.B., C.R.

(แผนกรังสีวิทยา)



การใช้รังสีเรินทเก้นรักษามะเร็งปากมดลูก ทำได้ ๓ วิธี:

๑. ใช้รักษาด้วยรังสีเรินทเก้น อย่างเดียว. โดยใช้ฉายผ่านเข้าทางช่องคลอด, และฉายรอบนอกของอุ้งเชิงกรานตามไปทั่ว. วิธีนี้ผู้เห็นด้วยหลายคนเช่น ริกาโต และ ซอสส์^(1,2,3,4), โดยให้เหตุผลที่สำคัญ ๔ ประการ:

- ก. ผู้ป่วยไม่ต้องนอนอยู่โรงพยาบาล.
- ข. ไม่มีโรคติดเชื้อแทรกซ้อน.
- ค. โรคแทรกเนื่องจากรูกระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ หรือ เรคตัม

มีน้อยมาก.
ง. บังคับรังสีให้ไปตกมดลูก และอวัยวะข้างเคียงได้สม่ำเสมอดีกว่า.

๒. ใช้ร่วมกับราเดียม

ก. ใช้รังสีเรินทเก้นเป็นหลักสำคัญ, ใช้ราเดียมเป็นส่วนประกอบ, โดยวางแผนคำนวณอย่างถ่วง, เพื่อให้มีความแรงของรังสีพอที่จะทำลายเซลล์ของมะเร็งโดยสม่ำเสมอ, ทั้งอุ้งเชิงกราน.

ข. ใช้ราเดียมเป็นหลักสำคัญในการทำลายมะเร็งที่ปากมดลูก, และใช้รังสีเรินทเก้นฉายเพิ่มเติมที่พารามเตรียมและ

ที่ผนังคานในของอั้งเซ็งกราน.
 วัสดุเหล่านี้นั้นใช้กันมานานแล้วและ
 ใช้กันเป็นส่วนมาก. ท. ร. พ. ศิริราชเราก็
 ใช้รักษาแบบหลังนี้.

๓. ใช้ร่วมกับการผ่าตัด

ทำไมจึงต้องฉายรังสีเร็นตเก็นเพิ่มเติม

๑. เพราะขนาดของรังสีแกมมาจากราเคียม ซึ่งมีอยู่หนาแน่นรอบบริเวณปากมดลูก (5,6,7,8), คิดเฉลี่ยประมาณ ๒๐,๐๐๐ แกมมาเร็นตเก็น และจะลดลงอย่างมาก, เมื่อระยะห่างออกไปจากปากมดลูก. เช่นที่จุดสมมติ เอ (ซึ่งอยู่ ๒ ซม. ห่างจากแกนกลางของโพรงมดลูก และส่งขึ้นไปข้างบนห่างจากเยื่อเยื่อเคล็ดฟอรันนัส ๒ ซม.) จะเหลือประมาณ ๗,๐๐๐ แกมมาเร็นตเก็น และที่จุดสมมติ บี. (ซึ่งห่างจาก เอ มาอีก ๓ ซม.) จะเหลือประมาณ ๒,๐๐๐-๒,๔๐๐ แกมมาเร็นตเก็น (ทั้งนี้สมมติเอาว่าตัวมดลูกอยู่ตรงกลางพอดี ไม่เอียงไปทางใด). จะเห็นได้ว่า, ถ้าเซลล์ของมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่ปากมดลูก และทวาร

ามเตรียมข้างเล็กน้อย, ก็จะถูกทำลายได้หมด. แต่ถ้าเซลล์ของมะเร็งกระจายไปที่ต่อมมาเหลืองตามขออั้งเซ็งกรานแล้ว, ก็จะไม่รอดจากการถูกทำลายได้. ขณะนี้เหตุผลที่แสดงว่า, ทำไมมะเร็งปากมดลูกระยะที่ ๑, จึงประสบความสำเร็จ ในการหาย ๕ ปี ๒๐ ปี.ช., ในระยะที่ ๒ ถึง ๔๐ ปี.ช.

๒. ความเห็นข้างต้นนี้, ได้รับการพิสูจน์จากรายงานของ เมก(๙) ซึ่งได้ทำการผ่าตัดตรวจมดลูก, พบว่ามะเร็งของปากมดลูกในระยะที่ ๑ นนมเซลล์ของมะเร็งกระจายไปที่ต่อมมาเหลืองแล้ว ๑๗ ปี.ช., ในระยะที่ ๒ ถึง ๔๐ ปี.ช., ผลของการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูกในระยะ ๑-๒ ที่ต่อมมาเหลืองไม่มีมะเร็ง, มีผลหาย ๕ ปี ๘๒ ปี.ช., ในรายที่กระจายไปที่ต่อมมาเหลืองแล้ว หาย ๕ ปีเพียง ๓๓ ปี.ช..

๓. ผลของการรักษาโดยฉายรังสีเร็นตเก็นเพิ่มเติมทวารามเตรียม, ดีกว่าการรักษาด้วยราเคียมอย่างเดียว.

ผลหาย ๕ ปี	รักษาด้วยราเคียม อย่างเดียว	รักษาด้วยราเคียม ตามด้วยรังสีเร็นตเก็น
อินสติวส์ เดอ ราเคียม ปารีส (8)		
ระยะ ๓	๐	๒๘ %
ระยะ ๔	๐	๒๕ %
วอเตอร์แมน(01) ทุกระยะ	๓๕.๔	๔๕.๔ %

ควรรายรังสีเรินตเกินรักษา, ในระยะ
ใดและเวลาไหน?

เลเทอร์แมน⁽⁵⁾ ให้ฉายในทกระยะของ
มะเร็งปากมดลูกนอกจาก:

๑. เริ่มแรกขอระยะ ๑ และเซลล์
ของมะเร็งไม่ใช่ชนิดอนาพลาสติก.
 ๒. ผู้ป่วยที่อายุมาก, ในระยะ ๑-๒.
 ๓. ผู้ป่วยที่อ่อนมาก, ในระยะ ๑-๒.
- ร.พ. ออกจากแห่งในสหรัฐอเมริกา,
ฉายในทกระยะของโรค. แต่ที่แมนเชสเตอร์-
เตอร์รองกฤษ, ฉายรังสีเรินตเกินเพิ่มเติม
แต่ในระยะ ๓-๔ เพราะตามสถิติของเขา
การฉายเพิ่มในระยะ ๑-๒ ผลของการรักษา
หาย ๕ ปี ไม่ดีกว่ารักษาด้วยวาเคียม
อย่างเคียว.

ร.พ. บางแห่ง⁽¹⁰⁾ ฉายรังสีเรินตเกิน
๖-๘ อาทิตย์หลังจากการใส่วาเคียม, เพื่อ
ให้ปฏิกิริยาจากวาเคียมลดน้อยลง. บาง
แห่งฉายพร้อมๆ ⁽¹¹⁾ ไปกับการใส่วา-
เคียม และบางแห่งก็ฉายตามทันที⁽⁵⁾ ถ้า
คิดตามหลักชีววิทยาทางรังสีแล้ว, ก็ควร
ฉายตามแผนที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อน
แล้ว, ว่าจะให้โตขนาดของรังสีทั้งหมด
๖,๐๐๐ เรินตเกิน, ใน ๖ อาทิตย์, ทวีตัง
ฮิงเซิงกราน.

ควรวางแผนการรักษาก่อนให้การรักษา
ทุกราย

ในการรักษามะเร็งปากมดลูกทางทต
สติก, นรีเวชแพทย์และรังสีแพทย์ ควรร่วม
มือตรวจและวางแผนการรักษาในผู้ป่วยแต่ละ
รายร่วมกันโดยวิธีล่วงหน้าว่า.

- ก. เป็นรายที่รักษาให้หายขาดได้.
- ข. เป็นรายที่รักษาอย่างยั่งยืนเทา.
- ค. เป็นรายที่อยู่ระหว่างกลาง ๑กับ๒
คืออาจจะมีโอกาสหาย (๕ ปี) ก็ได้.

แล้ววางแผนการรักษาให้เหมาะแก่ราย
นั้น ๆ เป็นราย ๆ ไปโดยจะทำการรักษา
ด้วยการผ่าตัดหรือวาเคียมอย่างเคียว, หรือ
จะต้องฉายเอ็กซ์เรย์ตามในรายนั้น ๆ ในระ
ยะเวลาเท่าใดที่กำหนดไว้ล่วงหน้า. ความ
สำคัญของการหายและไม่หายอยู่ที่ว่า เรา
วางแผนและให้การรักษามาตามที่เรากำหนด
ไว้ในชนิดนั้น รอยคอบคิเพียงใด. ให้เทศ-
นิคและขนาดถูกต้องหรือไม่ ถ้าให้การ
รักษาพลาดในชนิดนั้นแล้ว. รายที่มีโอกาส
หายได้ก็จะหมดโอกาสหาย การรักษาโดย
รังสีเพิ่มเติม ในครั้งที่สอง, ที่สาม, มัก
ไม่ใคร่จะได้ผล หมายความว่าถ้ารักษาไม่
หายในครั้งแรก ผู้ป่วยก็หมดโอกาสหาย
กันเท่านั้น.

เทคนิคของการรักษาด้วยรังสีเร็นต- เกิน.

ท.ร.พ. ศิริราชใช้เทคนิคฉายทวารบริเวณ
ข้างเชิงกราน, โดยใช้เครื่องรังสีขนาด
๓๕๐ เค.วี. ซาฟวาลเลย์ ๓.๓ มม. ท้อง
แดง ระยะ ๕๐ ซม. เนื้อฉาย วงกลม
ขนาด ๑๕-๒๐ ซม., ตรงไปที่คานหน้า
และหลังของเชิงกราน. ขนาด ๔,๐๐๐
เร็นตเกินใน ๑ เดือน.

ก. ในรายหลังจากใส่ร่าเคียม, ใช้
ตะกั่วหนา ๔ มม. ขนาด ๖x๔ ซม. ปิด
หัวหน้าและคานหลังที่ตรงกันกับบริเวณ
ก้นมดลูกและปากมดลูกก่อนฉายทุกครั้ง.

ข. ในรายหลังผ่าตัด ฉายคลุมหมก
ทวารเชิงกราน.

อาการเนื่องจากการฉายรังสีเร็นตเกิน

ก. อาการทั่วไป, มีเบื่ออาหาร, อ่อน
เพลยเกือบทุกราย. อาเจียนเป็นขางราย,
อาเจียนมากมี ๒ ราย.

ข. อาการทางลำไส้มีท้องเดินอาการ
เหลวเป็นน้ำ, จะปรากฏในวันที่ ๗-๓๐.
มีประมาณ ๓๖ ป.ช. เป็นขิก, จะปรากฏ
ตั้งแต่หลังจากฉายครบจนถึง ๒ ปี, ส่วน
มากปรากฏ ๕ เดือนหลังจากฉาย. มีประ-
มาณ ๕ ป.ช. ในรายที่ฉายหลังผ่าตัดและ
๑๕ ป.ช. ในรายที่ฉายหลังจากใส่ร่าเคียม.

ผล

เท่าที่รวบรวมได้จากผู้ช่วยมะเร็งปาก
มดลูก ๑๔๘ รายระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๖-
๒๔๕๘ มีดังนี้:

ก. ผ่าตัดแล้ว ฉายตามด้วยรังสีเร็นตเกิน ๒๓ ราย

ยังมีชีวิตอยู่	มะเร็งระยะ ๑		มะเร็งระยะ ๒	
	ดี	มีโรค	ดี	มีโรค
๐-๑ ปี				
๑-๒	๘	-	๒	-
๒-๓	-	๑	-	-
๓-๔	๒	-	-	-
ฉายไม่ครบ				
รวม	๑๐		๓	

'ดี' หมายความว่า ผู้ป่วยสบายดี ตรวจไม่พบมะเร็งเกิดขึ้นใหม่.

ข. ใ้รำเค็ยม แลวณายตามด้วยรังสีเรินตเกิน ๑๒๕ ราย

ยังมีชีวิตอยู่	ระยะ ๑		ระยะ ๒		ระยะ ๓		ระยะ ๔		
	ดี	มีโรค	ดี	มีโรค	ดี	มีโรค	ดี	มีโรค	ตาย
๐-๑ ปี	๒	—	๖	๖	๒๓	๒๐	๑๐	๕	๑
๑-๒	—	—	๑	—	๕	๒	—	—	๑
๒-๓	—	—	—	—	—	๑	—	๑	—
๓-๔	—	—	—	—	—	—	—	—	—
รักษาไม่ครบ			๑		๓๒		๔		
รวม	๒		๑๔		๘๓		๒๖		

'ดี' หมายความว่า ผู้ป่วยสบายดี ตรวจไม่พบมะเร็งเกิดขึ้นใหม่.

เนื่องจากระยะเวลาที่ยังสันและผลที่ตกตามไคโนยจนงลงความเห็นอะไรไม่ได้ มีขอทนาสังเกตขางประการคือ:

๑.) ๑๐๕ รายหรือ ๘๐ ป.ช. เป็นในระยะ ๓-๔. ๓๓ ป.ช. ของจำนวนนี้ มะเร็งกระจายไปทอนแล้ว, ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยรังสีเรินตเกิน. ในรายเหล่านี้ไม่ได้ผลดีในการรักษา.

๒.) มีผู้ป่วยที่หายจากการผ่าตัดอย่างเฉย ๘ ปี ๑ ราย, กลับมีมะเร็งเกิดขึ้นใหม่ที่ต่อมน้ำเหลืองอัลแอกทั้งสองข้าง. ได้รับการฉายรังสีเรินตเกินไม่ครบชุด, เพราะอาการหนัก. ตอนหลังมีอาการของลำไส้อุดตัน.

มีผู้ป่วยที่หายจากการรักษาด้วยยาเคมีอย่างเฉย ๘ ปี ๑ ราย, ๗ ปี ๑ ราย. กลับมีมะเร็งเกิดขึ้นนอกที่ต่อมน้ำเหลือง

อัลแอก ๑ ราย, ท้องคลอ ๑ รายและต่อมน้ำเหลืองอัลแอก. ในรายแรกก่อนยบลงเล็กน้อย, อาการไม่ดีขึ้น. ในรายหลังผู้ป่วยอยู่ต่อมาได้อีก ๑ ปี ก่อนเกษย, เกิดก้อนใหม่อีก.

เป็นที่เห็นได้ชัดว่าการรักษาจะได้ผลดีมากในระยะแรกของโรค, ถ้ามะเร็งได้กระจายออกไปที่ต่อมน้ำเหลืองตามข้อข้างกรานแล้ว, การรักษาได้ผลน้อย. ถ้าพ้นขอบเขตของข้อข้างกรานออกไป และก้อนโตจนคล้ำไคแล้ว, การรักษาแทบไม่ได้ผลเลย.

ในที่สุดขอสรุปตามคำกล่าวของวิกาโตว่า, ถ้ายรรคาแพทย์ทั้งหลาย จะใช้เครื่องมือทอมอยู่ (เครื่องตรวจภายในช่องคลอ) ให้เป็นประโยชน์, ก็จะทำประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย, ได้มากกว่า รังสีแพทย์

นรเวชแพทย หรือ ศัลยแพทย ที่ทำได้ใน
โลกน.

เอกสาร

1. L.V. Ackerman, & J.A.: Del Regato, Cancer, Diagnosis, Treatment & Prognosis: C.V. Mosby Co., 47: p. 888.
2. J.A. Del Regato: The Role of Roentgen Therapy in the Treatment of Cancer Cervix Uteri; Am. J. Roentgenol. 63: 63-65, 1952.
3. J.A. Del Regato: Transvaginal Roentgen Therapy in Carcinoma of the Cervix Uteri; Radiology 49: 413, 1947.
4. R.M. Chalk: Clinical Therapeutic Radiology; Portmann, Thomas Nelson & Son, 1950: p. 343.
5. M. Lederman, L.F. Lamerton: Dosage Estimation and Distribution in the Radium Treatment of Carcinoma of the Cervix Uteri; Brit. J. Radio. Vol. 21, 1126, 1948.
6. Boneboake, Sherman: Am. J. Roentgenol. Vol. 68, 925-934, 1952.
7. J. A. Corscaden & Robert A. Butz: Intracavitary Radium Technic in the Treatment of Carcinoma of the Cervix uteri; J. Roentgenol; Vol. 68, No. 1, 47-57, 1952.
8. S.T. Cantral: Radiation Therapy in the Management of Cancer of the Uterine Cervix; Charles C. Thomas publisher, 1950.
9. W. Liu & Meig: Radical Hysterectomy and Pelvic Lymphadenectomy of Primary Invasive Carcinoma Cervix; Am. J. Obst. & Gynec. 69: 1-32, 1955.
10. G.W. Waterman & Sumner I. Raphael: The Role of Interstitial Radium Therapy in the Treatment of Carcinoma of the Cervix; Am. J. Roentgenol; Vol. 68, 58-62, 1952.
11. Jan. G. Winternitz: A Discussion of the Value and Technic of Supplement X-Ray Ther;apy Brit. J. Radiol. Vol. 21: 27, 1948.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ขำระเงินค่าขำรง
 ๓. ขอกวขเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ

(Summary of the preceding Article)

THE ROENTGEN TREATMENT OF CARCINOMA OF CERVIX

Rochana Suvanasuthi

M.B., C.R.

(Dept. of Roentgenology)

The technic of roentgen therapy at Siriraj hospital is as follows: 350 KV. 3.3 mm. Cu. HVL, 50 cm. FSD. Field 15 × 20 cm. over the anterior and posterior parts of the pelvis. Tumour dose is 4000 r/1 month. Lead shield 4 mm. thick, 6 × 4 cm. in diameter, was placed over the suprapubic region and on the corresponding posterior part in every case treated previously with radium. The general roentgen reaction was present in almost every case. Severe vomiting developed in 2 cases. Radiation proctitis

usually appeared 5 months after irradiation. In post-operative cases (without radium treatment) there was about 5% of complication from radiation proctitis, whereas in the post-radium cases there was 15%. of 148 cases (from 1953-1956) 80% were in the stages 3 and 4; 20% were in stages 1 and 2. The result in early cases was promising, but the follow-up time was short. The importance of early diagnosis was emphasized.

(11 references)

RC 1

รากิ ไอไอโอทีน ในการรักษามะเร็งของต่อมธัยรอยด์

ร่มไทร สุวรรณิก

W.B., M.Sc. (Med.), F.I.C.S., Cert. Radio-isotope.

(แผนกรังสีวิทยา)

สำหรับการรักษามะเร็งของต่อมธัยรอยด์ด้วย I^{131} นั้น, มีความละเอียดซงก่อนข้างพิศดาร, ทงประวัติธรรมชาติ (natural history) ของมะเร็งของต่อมธัยรอยด์เอง, วิธีการรักษาตลอดจนการป้องกันรังสี.

๑. การเลือกดูด (Selective absorption)

สิ่งที่น่าสนใจ คือ, มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ เป็นโรคที่รักษาได้, แม้ว่าจะมีการแพร่กระจายไปไกลแล้ว. ทงนเพราะเซลล์ของมะเร็งในจุดแพร่กระจายก็อาจจะพลอยมี "การเลือกดูด" ต่อไอไอโอทีนได้ เช่นเดียวกับเซลล์ของต่อมธัยรอยด์. เฮมตันและพวก⁽¹⁾ (๑๙๕๐) ได้เริ่มให้ขนาดการรักษาของ I^{131} . การเลือกดูด ของจุดแพร่กระจายเหล่านี้แสดงได้โดยการวัดจากข้างนอก และการทำอโทรกราฟี. เคสตันและพวก⁽²⁾ (๑๙๕๒) ได้รายงานปรากฏการณ์นี้ไว้ และจนกระทั่งไซคัลลินและมารินลล์⁽³⁾ (๑๙๕๖) ได้รายงานผลสำเร็จในการรักษา, รวมทั้งผลของ

การติดตาม⁽⁴⁾ (๑๙๕๕) ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งของต่อมธัยรอยด์, จนกระทั่งมีอาการคั่นและหาย เป็นรายตัวอย่าง. ตงแต่นั้นมากมีรายงานติดตามออกมาเรื่อย ๆ (5-12)

ประวัติธรรมชาติ ของมะเร็งของต่อมธัยรอยด์ข้างรายอาเจยาวนาน, และมีจำนวนค่อนข้างน้อย. จำนวนในทงนหมายถึงจำนวนของผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการรักษาด้วย I^{131} โดยมีการคั่น I^{131} เพียงพอนนมน้อยมาก, คือ ราว ๑๕ ปช. เท่านั้น แพทเทอร์สันและพวก⁽¹⁵⁾

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งของต่อมธัยรอยด์นั้น มีได้หลายชนิด, แต่ที่สำคัญ ๆ แบ่งตามลักษณะของเซลล์ได้ ๓ อย่างด้วยกัน คือ:

(๑) อะดีโนคาร์ซิโนมา ซึ่งมีลักษณะคล้ายฟอลลิเคิล ของต่อมธัยรอยด์ซึ่งมักมีการเกิดคอลลอยด์อยู่ด้วย.

(๒) แปซิลาเรีย คาร์ซิโนมา ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบ แปซิลาเรีย อัดกันอยู่และมี

คอลลอยค้อยู่ประปรายระหว่างแปบิลเล.

(๓) อะนาพลาสติก คาร์บอนมา ประกอบด้วยเซลล์ที่จำแนกมิได้.

การกำเนินของโรค, ก็อาจเป็นไปได้หลายอย่าง, เช่นคนว่า อาจมาก่อนมะเร็งที่ต่อมน เช่นเวลา ๑๐ ปี หรือนานกว่านั้น, และเกิดมีอาการช่นคอเมออาการแทรกจากจุดแพร่กระจาย เช่น กระจกหักโดยพยาธิสภาพเป็นต้น. หรือตรงกันข้ามอาจมาก่อนเกิดช่นอย่างรวดเร็วกคอ, และทำให้ถึงแก่กรรม ก่อนที่จะเกิดจุดแพร่กระจายก็ได้.

เซลล์มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ ที่ทำหน้าที่ เหมือน เซลล์ปกติของ ต่อม ธัยรอยด์เท่านั้นที่จะคดไอไอคินไว้ได้, และโดยมากจะคด I¹³¹ ไว้ได้มากหรือน้อยก้แล้วแต่กิจกรรมของการจำแนกเซลล์ แต่การที่ตัวมะเร็งจะมีปฏิกริยาต่อ I¹³¹ มากหรือน้อยแค่นั้นคงสัดแต่ความไวต่อรังสีของมัน.

โดยทั่วไปแล้ว อะคิโนคาร์บอนมาทม คอลลอยค้มักจะคด I¹³¹ ได้ดีกว่าช่นคอน, แต่อะนาพลาสติก คาร์บอนมานั้นมีความไวต่อรังสีมากกว่า, แม้ว่าจะคดได้น้อยก้ตาม.

มีช้อยก เว้นคออ ชอ กลาว เช่นน ได้มาก เช่นคนว่า คาร์บอนมาที่จำแนกได้คบบางรายอาจไม่คด I¹³¹ มากก้ได้. บางที

มะเร็งที่ต่อมอาจไม่คด I¹³¹ แต่เซลล์ของจุดแพร่กระจายอาจคด I¹³¹ ได้มาก ๆ. หรือบางที มะเร็งที่ต่อมธัยรอยด์อาจคด I¹³¹ ได้ในเมื่อให้ I¹³¹ ในขนาดรักษาเป็นครึ่งที่สองหรือครึ่งที่สาม.

ดังนั้นเราจะบอกการคด I¹³¹ จากลักษณะทางจุลพยาธิอย่างเดี่ยวไม่ได้. ชอแรก ก่อนลงมอรักษา, เราคต้องให้การทค สอชขนาดน้อยเสียก่อน เพคคว่า มะเร็งในรายนเช่นมะเร็งช่นคทค I¹³¹ หรือเปล่านอกจากนั้น ยังเพคคชขนาดของ I¹³¹ ที่จะให้ค้วย.

๒. การทดสอบขนาดน้อย (Tracer test)

ในการพิเคราะห์ มะเร็งของต่อมธัยรอยด์. การทดสอบนี้ ให้ประโยชน์ได้น้อยมาก, เพราะเหตุว่า เซลล์ของมะเร็งนั้นอยู่แห่งคิ้ว กย เซลล์ ปกติ ของ ต่อม ธัยรอยด์. ถึงแม้ในจุดแพร่กระจายก็ตาม, โดยมาก จะมี อัคราราคิ ไอไอคิน เคคคิ รานช เป็น ๑/๑๐ เท่าของเซลล์ ปกติ ของต่อมธัยรอยด์. จำนวนกัมมันตภาพรังสีเพียงเล็กน้อย เท่านั้น จะพย ได้ชคกคคอ เมอมน อยู่ห่างจากต่อมธัยรอยด์, กระจเพาะอาหาร, คัย, และกระจเพาะบัสสาวะ. แต่อย่างไรก้ตามชอ

ที่อาจช่วยเหลือน้อยได้บ้างในการพิจารณาหัก
เพื่อคุณการคุณ I¹³¹ ของ มะเร็งและ จุดแพร่
กระจาย ในบางราย, และเป็นทางให้ ก่า-
หนดขนาดของ I¹³¹. มีวิธีการทำดังนี้ คือ:

(๑) หาจำนวนของ I¹³¹ ที่ถูกขับออก
ทางขี้ส้วม และจำนวน I¹³¹ ที่ต่อมธัย
รอยด์.

(๒) สำนวจด้วย เครื่องวัด หุ้ม ตะกั่ว
ชนิดไวต่อรังสีแกมมา และแอสเสี่ยจำนวน
ของ I¹³¹ ด้วยเครื่องวัดธรรมดาเพื่อรู้จำ-
นวนของ I¹³¹ ที่อยู่ในจุดแพร่กระจายถ้า
หากมีการคุด I¹³¹

(๓) แอสเสี่ย I¹³¹ ของเนื้อที่ตัดมา
ตรวจ ถ้าหากมี, และทำเพื่อศกการกระจาย
ของ I¹³¹ ในหมู่เซลล์ของมะเร็ง.

ก. รายที่เริ่มเป็น

สำหรับ "โนคล" ที่แข็ง ก่อนทำการ
ตัดต่อมธัยรอยด์ ถ้าสำรวจแล้วไม่มี I¹³¹
ที่โนคล ซึ่งเราเรียกว่า "โนคลเย็น" ทำ
ให้สงสัยมะเร็ง.

แต่ถ้าหากคุด I¹³¹ เราไม่สามารถ
แยก โนคล นนออกจากต่อมธัยรอยด์ปกติ
ได้. ก็ควรเอาส่วนของต่อมธัยรอยด์ออก
ให้เพียงพอ หรือทำการตัดต่อมธัยรอยด์ทั้ง

หมคเพื่อทำการตรวจเนื้อ และ ออโตราดิ-
โอกราฟี เพื่อหาลักษณะจุลพยาธิ และ
เพื่อแยกออกจากโรคซาชิมโต และไร
เคลส์สตรีมา, เราไม่สามารถจะหากันที่ม
ที่คุดไอโอคนได้โดยวิธีนี้.

ข. สำหรับก้อนขนาดใหญ่ที่โตเร็ว และมี
อาการเบียดหลอดลม.

ในรายเช่นนี้จะเสียเวลาหากการทดสอบ
ขนาดน้อยและใช้ I¹³¹ รักษาไม่ได้. ควรให้
การฉาย เอ็กซเรย์รักษาพอให้ก้อนยบลงพอ
สมควร, แล้วค่อยให้การรักษาด้วย I¹³¹
ตามภายหลัง.

ค. รายที่ทำการแพร่กระจายแล้ว โดยมาก
แพร่ กระจายไป ที่กระดูก และ บางรายไปที่
ปอด. บางที่จุดแพร่กระจายอาจเกิดขน
และ ทำให้ เกิดอาการ ก่อนที่จะพบ ค้นต่อที่
ต่อมธัยรอยด์. การแสดงโดยทำการทศ
สอบขนาดน้อย และสำรวจผู้ช่วยอาจจะพบ
จุดแพร่กระจายจากมะเร็งของต่อมธัยรอยด์
ได้ก่อนจะพบในฟิล์มเอ็กซเรย์.

ง. รายหลังผ่าตัด ก็ใช้การสังเกตเป็น
ระยะ ๆ , และให้การฉายเอ็กซเรย์รักษา
หลังผ่าตัดให้อย่างระมัดคัล, ถ้าเกิดอาการ

อย่างใดภายหลังก็ให้การศึกษาขนาดน้อย
สำหรับการเกิดใหม่และจุดแพร่กระจาย.

๓. การรักษา

ให้ขนาดของ I^{131} ในขนาดที่มากพอที่
ร่างกายจะทนได้, โดยไม่มีอันตรายต่อผู้
ป่วย, โดยเฉพาะ จากการฉายรังสีทั่วตัว,
ด้วยการให้ I^{131} โดยเฉพาะ ไม่เกิน ๗๐
อาร์. ในวงจรไอโอดีนเบื้องต้น (first iodine
cycle) ตอนที่ต่อมธัยรอยด์และไตแย่งกัน
ดูด I^{131} . ระวังไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลง
ของเม็ดเลือดขาวและเพลทลีสให้ขนาด
๑๐๐ - ๒๐๐ มิลลิกรัม, โดยรับประทาน,
และให้ซ้ำทุก ๖-๘ สัปดาห์. จนกระทั่ง
การรับลดลง และขนาดของก้อนทมลด
ลง, และให้ออกห่างชนๆ, จนถึง ๖ เดือน.
งักได้ในเมื่อก้อนทมดูด I^{131} ได้น้อยกว่า
๐.๐๑ ปร. (ฮิลตันและพวก⁽¹⁴⁾ 1954).
ระหว่างนั้นถ้ามีพิษที่มา, ก็ให้ยาสะกด
ต่อมธัยรอยด์และควรชี้แจงอาณาเขตของจุด
แพร่กระจาย และ กัมมันตภาพของ การดูด
 I^{131} ทุก ๆ คราว.

๔. เทคนิคของการเพิ่ม การ ดูด ของ
 I^{131} ของมะเร็งของต่อมธัยรอยด์

ก. โดยการทำลายเซลล์ของต่อมธัย-

รอยด์ปกติ, โดยการตัดต่อมธัยรอยด์ทั้ง
หมด หรือด้วย I^{131} โดยทำลายเซลล์
ปกติที่จะแย่งดูด I^{131} และทำให้เกิดมีพิษ
ที่มา. โดยวิธีนี้อาจทำให้การรับเพิ่ม
มากขึ้นได้ในจุดแพร่กระจาย (ไซคัลลินและ
พวก⁽⁴⁾ 1949). รอร์สันและพวก⁽⁹⁾ 1956
เข้าใจว่าทำให้เกิด ที.เอส.เอช. มากขึ้น
และไปกระตุ้นหรือชักนำให้มีการดูดในต่อม
ธัยรอยด์. แต่ผู้ป่วยอาจลำบากด้วยการเกิด
มีพิษที่มา, ถ้าหากชนิดของเซลล์เป็นชนิด
ที่ไวต่อรังสีมาก และยังเป็นเซลล์ที่จำแนก
ได้ก็ด้วย, ก็เหมาะสำหรับการใช้ I^{131} .
แต่บางครั้ง I^{131} อาจลดการทำหน้าที่ของ
จุดแพร่กระจายไป, โดยไม่ลดขนาดของ
จุดแพร่กระจายนั้น ๆ. ดังนั้นถ้าเป็นไต
ควรทำการตัดต่อมธัยรอยด์ทุกราย.

ข. ภายหลังตัดต่อมธัยรอยด์ทั้งหมดให้
เมธิลล์ หรือโปรบิลล์ ไฮโออราซิล ในขนาด
มาก(๑.๐-๑.๕ กรัมต่อวันเป็นเวลา ๓-๘
เดือน) อาจเป็นการขับ ที.เอส.เอช. ได้,
รอร์สันและพวก⁽¹⁸⁾ 1953 เชื่อว่า ไฮโออรา
ซิลไปเพิ่มการขับ ที.เอส.เอช. และช่วย
ทวิฤทธิของมันมากขึ้น. เวลาที่เหมาะสมที่
จุดแพร่กระจายดูด I^{131} ไว้ได้มากที่สุด
คือ ๔๘ ชม. ภายหลังหยดยา. วิธีนี้ผู้

ช่วยมี มกชคคมา อย่าง หนัก อยู่ ตลอด เวลา, หนักได้.
และอาจได้รับอันตรายจากยาได้.

ค. การฉีก ท.เอส.เอส. เพื่อกะตุ๋น
ให้เจดแพร่กระจายคต I 131. หรือถาคคอยู่
แล้วให้คคคมากชนได้. ขนาดทให้โดย
มาก ๕ หน่วยย.เอส.พ. วันละ ๒ ครั้ง, ให้
อยู่ ๓-๗ วัน.

การกระทำเหล่านี้ในขางครว อาจให้
ผลไม่ค, โดยกลับทำให้ขนาดของจ
กระจายมากชน, โดยไม่ทำให้มีอำนาจ
คต I 131 เพิ่มชน. (มาลฟและพวก (12)
1956 และสเคอร์เจียนและพวก (19) 1953)

๕. ข้อปฏิบัติ

จำเป็นตองใช้เครื่องกำบัง ทำด้วยตะก
หนาสำหรับผู้จับตอง. สำหรับบัสสาวะอนๆ
ตองเก็บและระบายเป็นพิเศษ.

เมย์นอร์ค, (20) 1950 และในรายงาน
ของ Protection Committee of Interna-
tional Congress of Radiology (21) 1954 ได้
รายงานไว้ละเอียด โดยเฉพาะการระมัด
ระวังภายในคคผู้ช่วย, และการตรวจคคพ.
แต่อย่างไรก็ตาม. ผู้ช่วยในโรงพยาบาล
ถาคำนวณรังสีเกมมาจากเคขงผู้ช่วย, ใน
วันละ ๘ ชั่วโมง, จะมีตัวเลขคากว่าขนาด

๖. ผลของการรักษา

ไม่อาจบอกได้เป็นอัตรารอดชีวิต ๕ ปี,
เพราะว่าผู้ช่วยที่ไม่ได้รับการรักษาบางอย่างท
ก็อาจอยู่ได้หลาย ๆ ปี การเลือกผู้ช่วยท
รักษาผกนแต่ละสถานท และผลคน
ย่อมชนอยู่กับชนคของเซลล์.

พวกทมีพยาธิสภาพ ในกระคก โดยมี
การทำลาย ของกระคก หรือ มีเจดแพร่ กระจาย
ในปอก, ทรักษาโดยวิธีอื่นไม่ได้แล้ว,
มีผลคทงอาการ ยอกเลาและการตรวจพบ,
คกนเงงทำให้ผู้ช่วย ประเภททแม่จะมีการ
แพร่กระจายแล้ว, มีหวังอยู่ขางในการ
ทเลาไททงอาการ และอาการแสดงคชน
ได้หลาย ๆ ปี.

เอกสาร

1. J.G., Hamilton, M.H., Soley, and K.B. Eichorn, (1940) Univ. Calif.: Publ. Pharmacol. 1, 339.
2. A.S., Keston, R.P., Ball, V.K. Frantz, and W.W. Palmer, (1942): Science. 95, 362.
3. S.M., Seidlin, L.D., Marinelli, and E. Oshry, (1946): J.A.M.A. 132, 838.
4. S.M., Seidlin, I., Rossman, E., Oshry, and E. Siegel, (1949): J. Clin. Endocrinol. & Metab. 9, 1122.

5. L.D., Marinelli, F.W., Foote, R.F., Hill, and A.F. Hocker, (1947): Amer. J. Roentgenol. 58, 17.
6. R. Paterson, (1950): Brit. J. Radiol. 23, 553.
7. E.E. Pochin, (1950): Lancet 2, 41:84.
8. R.J. Walton, (1950): Brit. J. Radiol. 23, 559.
9. R.W., Rawson, and J.B. Trunnell, Manual of Artificial Radio-isotope Therapy. (P.F. Hahn, ed.). New York. Academic Press, 1951. pp. 103-138.
10. S.M., Seidlin, Med. Clinics No. America (1952) 36, 663.
11. E.E., Pochin, G. Hilton, N.B., Myant, A.J., Honour, and B.D. Corbett, (1952): Brit. Med. J. 2, 1115.
12. F., Maloof, A.L., Vickery, and B. Rapp, (1956): Clin. Endocrinol & Metab. 16, 1.
13. W.V., Mc Dermott, Jr., W.S., Morgan, E., Hamlin, Jr., and O. Cope, (1954): J. Clin. Endocrinol. & Metab. 14, 1336.
14. G., Hilton, R.M., Cunningham, H., Billion, and E.E. Pochin, (1954): Acta Radiol. Stockh., I.C.R. Suppl.
15. Paterson, Ralston Morley and, John : British Practice in Radiotherapy (British authors) London. Butterworth. 1955. pp. 378-379.
16. M., Perlmutter, S.L., Slater, and J. Attie, (1954): J. Clin. Endocrinol. & Metab. 14, 672.
17. P.C. Johnson, and W.H. Beierwalter, (1955): J. Clin. Endocrinol. & Metab. 15, 865.
18. R.W., Rawson, J.E., Rall, and J. Robbins, (1953): AMA Arch. Int. Med. 92, 299.
19. C.T., Sturgeon, F.E., Davis, B., Catz, D., Petit, and P. Starr, (1953): J. Clin. Endocrinol. & Metab. 13, 1391.
20. W.V. Mayneord, (1950): Brit. J. Radiol. Suppl. No. 2.
21. Protection Committee of the International Congress of Radiology (1954): Brit. J. Radiol. 27, 254.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

RADIO-ACTIVE IODINE IN THE TREATMENT OF THYROID CANCER

Romsai Suvaniga

M.B., M.Sc. (Med.), F.I.C.S., Cert. in Radio-isotope.

(Dept. of Roentgenology)

The author gives a brief description of a treatment policy for cases of advanced thyroid cancer. I^{131} as a therapeutic and adjunctive agent has limited value in selected cases. The limitations comprise the natural history of the tumour, the selective absorption, which depends upon cellular differentiation, and metabolism of the indivi-

dual patients. The line of treatment in the early, late and post-operative cases is discussed. The techniques of enhancing uptake by the malignant foci, as well as precautions in the handling of radioactive isotopes, are mentioned. The results of treatment are spectacular in a few cases.

(21 references)

202

ไส้เลื่อนไฮอะคัส
ประเสริฐ นิลประภัสสร
พ.บ.
(แผนกรังสีวิทยา)

ไส้เลื่อนไฮอะคัส หรือไส้เลื่อนของกระเพาะอาหารผ่านช่องหลอดอาหารเข้าทรวงอก, พบบ่อยในต่างประเทศ(1). โกลเคน(2) รวบรวมได้ ๓.๕ ปช. ของจำนวนคนไข้ที่ได้รับการตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ทางรังสี. บริคค์(3) รวบรวมได้ถึง ๓๐๘ ราย จากจำนวนคนไข้ ๓๔๔๘ ราย, ซึ่งเท่ากับ ๘.๕๓ ปช. ในประเทศไทยยังไม่ปรากฏว่ามีรายงานเลย.

ไส้เลื่อนไฮอะคัส เป็นชนิดหนึ่ง ของไส้เลื่อนกระบังลม ซึ่งแบ่งไว้ดังนี้:

๑. ผ่านช่องหลอดอาหาร คือไส้เลื่อนไฮอะคัส
๒. ผ่านช่องพลโรเปอริโทเนียม
๓. ผ่านช่องมอว์กานย
๔. ผ่านส่วนอื่นของแต่ละข้างของกระบังลม.

สถิติของโรค สำหรับไส้เลื่อนไฮอะคัส พบน้อยกว่าชนิดอื่น. ตามรายงานของชาร์ริงตัน(4) จากจำนวนของไส้เลื่อนกระบัง

ลม ๔๐๔ ราย พบดังนี้:

ไส้เลื่อนไฮอะคัส	๒๘๑
ชนิดหลอดอาหารสั้น	๓๓
ชนิดผ่านช่องพลโรเปอริโทเนียม	๕
กระบังลมส่วนหลังไม่มีผ่านช่องมอว์กานย	๑๒
เนื่องจากถูกอันตรายของกระบังลมข้างซ้าย	๕๔
ผ่านกระบังลมข้างขวา	๑

ไส้เลื่อนไฮอะคัสมักพบในคนรูปร่างสมบุรณ์. อายุเฉลี่ยกลางคนคือระหว่าง ๕๐ ถึง ๗๐ ปี. พบน้อยในชายหรือหญิงที่ไม่มีบุตร, หรืออายุต่ำกว่า ๓๐ ปี.

สาเหตุ ๑. การผิดปกติแต่กำเนิด. พบในระยะแรกเกิด เช่นในรายหลอดอาหารสั้นแต่กำเนิด หรือกระเพาะอาหารไม่เลื่อนต่ำลงสู่ปกติ. มักพบร่วมกับการผิดปกติแต่กำเนิดอย่างอื่น.

๒. บกพร่องภายหลัง. โดยมีช่องหลอดอาหารกว้างขึ้นตามอายุ.

โดยความคั้นในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น อ้วนหรือตอครรรก.

โดยการคั่งรังษนของ ภาวะเพาะอาหาร เช่น แผลเปปติก ของหลอดอาหารเป็นแผล เป็น หรือเนื่องจากเวโกเวกตรเฟลกซ์, มีการหดตัวของกล้ามเนื้อตามยาวของหลอดอาหาร, ในรายมีสิ่งผิดปกติในท้อง เช่น โรคของระบบน้ำดี หรือแผลกโคโนมี.

อาการ แสงค์ส(4) ว่า ๒๐ ปช. ของระยะแรกไม่มีอาการเลย. อาจมีอาการเมื่อไรก็ได้และอาการมากขึ้นตามลำดับที่ไล่เลือนใหญ่ขึ้นหรือไม่สามารถเลือนกลับเข้าที่ไต่. บางคนสรุปว่ารายที่เลือนเข้าที่ไต่หรือมีการขัดขวางการขยายตัวของกล้ามเนื้อเยื่อใหญ่จึงมีอาการ. แบ่งอาการไต่เป็น ๒ พวกคือ

๑. เกยวกับตัวภาวะเพาะอาหารเองจากผลของการเลือนขึ้นไป, เช่น แน่นอึดขอกอกหรือหลังกระตอกหน้าอก, ปวดตามไปถึงหลัง, สำรอกหรืออาเจียน. อาจเพราะสำรอกเสมอ ๆ หรือเพราะระคายเคืองร่งทำให้เกิดการอักเสบของหลอดอาหารส่วนล่าง. อาจเป็นแผล ทำให้เกิดเลือดออกอาเจียน เป็นเลือดหรืออุจจาระดำจนช้ดไต่. บางรายเป็น อาการ ของ ลำไส้อุดตัน หรือ

อาการของโรคของถุงน้ำดี

๒. เป็นผลจากการกดต่ออวัยวะใกล้เคียงในช่องอก, เช่น หัวใจเต้น, หายใจไม่สะดวก, ปวดแขนแอนไจน่า, สระอกหรือเป็นลม.

การแบ่งชนิดของไส้เลื่อนไฮอะตัส

แบ่งแบบ ชาร์วริงตัน (รูปภาพที่ ๑)

ก. เป็นมาแต่กำเนิด. หลอดอาหารสั้นกย มีบางส่วนของภาวะเพาะอาหารอยู่ในทรวงอก หรือภาวะเพาะอาหารไม่เลือนต่ำลงสู่ตำแหน่งปกติตามธรรมชาติ.

ข. ชนิดเกิดภายหลัง

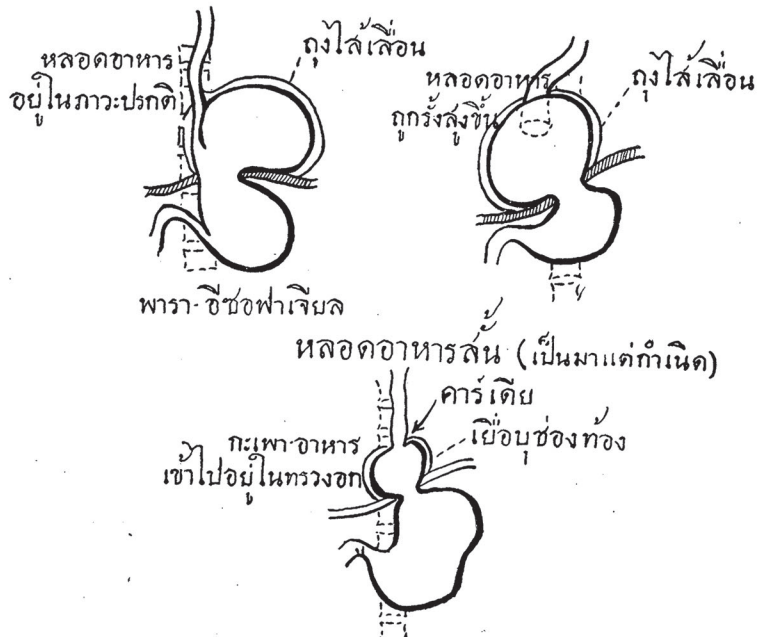
แบบที่ ๑ หลอดอาหารยาวปกติและอยู่ในตำแหน่งปกติ, ส่วนพันคัสของภาวะเพาะเลือนขึ้นผ่านข้างหลอดอาหารเข้าไปในเมคิเอสตีนิ่มส่วนหลัง, เรียกแบบพาราอซอเฟาเจียล มักเล็กและต่อไปกลายเป็นแบบที่ ๒.

แบบที่ ๒ ส่วนใหญ่ของภาวะเพาะอาหารเลือนขึ้นพาเอาหลอดอาหารขึ้นไปด้วย. บางครั้งกมภาวะเพาะอาหารทั้งหมด, โอเมนตัมหรือบางส่วนของลำไส้ใหญ่ขึ้นไป. ภาวะเพาะอาหารมักพลิกคว่ำ.

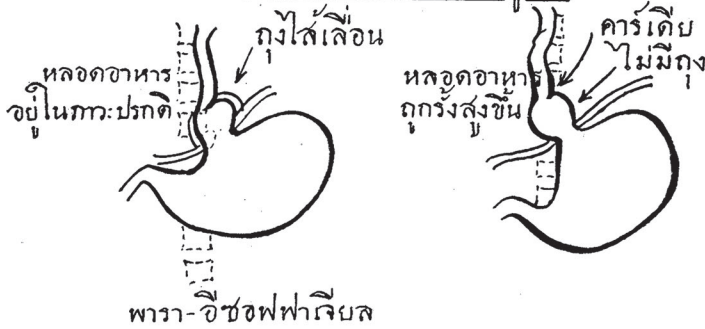
แบบที่ ๓ ชนิดถกคั่งรังษน (Pulsion or traction) เนื่องจากการคั่งของแผลเป็น

ไส้เลื่อนไฮเอะตัส

ภาพที่ ๑

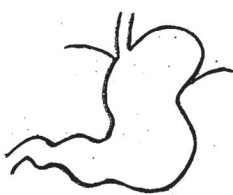


ไส้เลื่อนไฮเอะตัสชนิดตกรัง



ภาพที่ ๒

แบบ ๑.



แบบ ๒ ก.



แบบ ๒ ข. และ ค



ทำให้หลอดอาหารสั้นลง พาเอา กระเพาะอาหารขึ้นไปด้วย. หลอดอาหารจะเบียดเข้าส่วนยอดของกระเพาะอาหาร.

แบบที่ ๔ ชนิดถูกดึงลงเช่นกัน, กระเพาะอาหารขึ้นไปเป็นรูปกรวย โดยมีหลอดอาหารมาเบียดตรงยอดสุด, แต่ไม่มีถุงหุ้มแท้จริง.

แต่แข่งคัส(๔) แนะนำให้แบ่งง่าย ๆ และเพื่อประโยชน์ทางรังสีดังนี้:

๑. ชนิดสามารถเคลื่อนกลับเข้าที่ได้อีกชนิดนี้อาจตรวจไม่พบได้ง่าย. ต้องอาศัยการตรวจพิเศษ, โดยเฉพาะในรายเป็นน้อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้ทุกครั้งตรวจ.

๒. ชนิดไม่สามารถกลับเข้าที่เดิมได้พวกนี้ตรวจพบง่าย.

ซิคัยคามอร์(๕) แบ่งอีกแบบ (ดูภาพที่ ๒) คือแบ่งตามลักษณะทพบทางรังสี คือ:

๑. รอลลิงก์ (พาราอซอฟฟาเจียล)
๒. สไลดิงก์
- ก. เอกเซนตริก (พาราอซอฟฟาเจียล)
- ข. คอนเซนตริก (หลอดอาหารสั้น)
๓. ชนิดหลอดอาหารสั้นแต่กำเนิด

การวินิจฉัย การวินิจฉัยได้เลื่อนไปของคัส

ต้องอาศัยการตรวจทางรังสี เป็นสำคัญ. แม้ได้เลื่อน กระบังลม ชนิดอื่น อย่างร้ายได้เลื่อนผ่านช่องพลูโรเปอริโทเนียมทวายนานไว้ในสารคดีราช(๖) ก็อาศัยการวินิจฉัยทางรังสี.

การตรวจทางรังสี

๑. จากภาพเอกซเรย์ทรวงอก. ในรายได้เลื่อน คัสอยู่บริเวณหลัง หรือข้าง ๆ หัวใจ, บริเวณซึ่งเงาข้างไปเป็นเงาของอากาศในกระเพาะซึ่งเลื่อนขึ้นไป. อาจมีเป็นระดับของเหลว หรือมีของ บววมืดบน ออกไปข้าง ๆ, เหล่านี้ต้องแยกจากฝีในปอดหรือข้างกระดูกสันหลัง, เยื่อหุ้มปอด ค้านเมดิแอสติเนียมอกเสบ, ปอดกลีบล่าง แผลบ, หัวใจค้านขวาโป่งผิดปกติ, เนื้องอกหรือคาร์ติโอสซิสซั่ม.

๒. การตรวจโดยอาศัยวัตถุทึบ รังสี เช่นแบเรียม. ต้องอาศัยการตรวจหลายท่า, ตั้งแต่ท่ายืนและนอนแบบต่าง ๆ, อาจเป็นนอนหงาย, นอนตะแคง. แล้วให้รับประทาน แบเรียม ทีละน้อย ตรวจตลอดเวลา. อาจมีอยู่ท่าเดียวเท่านั้นที่เห็นได้, จึงต้องถ่ายภาพลม ในขณะนั้นทันทีด้วย.

นอกจากนี้ ส่วนมากยังต้องอาศัย การ

เพิ่มความคันใน ทรวงอก หรือในช่อง ท้อง, เช่น วิชาลาซาลวา, ทำเทรนคิเลนเบอร์ก, กัมทิวไปข้างหน้า, ยกขาทั้งสองข้างขึ้น หรือยกขยอกอก. อาจใส่ลมเข้าลำไส้ใหญ่ ให้โป่ง. บางรายอาศัยคอนหาใจออกให้ กระบังลมหย่อน.

อีกวิธีซึ่งอ้างว่าได้ผลคือ (7) อยู่ในท่า นอนหงาย หรือ เทรนคิเลนเบอร์ก แล้วถ่ายภาพ ลมตามขวางด้านข้าง. ถ่ายพร้อมก้มก้น แขนเหยียดตลอดเวลา. จะเห็นส่วนพนักซี่ของ กระเพาะอาหารอยู่ต่ำกว่าระดับหลอดอาหาร. แขนเหยียด จะค้างอยู่ในส่วนไส้เลื่อนให้เห็น ไปได้.

๓. โดยอาศัยกล้องตรวจหลอดอาหาร. บางครั้งการหาตำแหน่งแน่นอนของรอยต่อ ระหว่างหลอดอาหารกับกระเพาะทำได้ยาก. ปกติที่เห็นในภาพเอกซเรย์ตรงรอยต่อนี้เป็น วงแหวนรัศมีขอบกว้างและมน. รายที่ไม่ แน่อาศัยกล้องตรวจหลอดอาหารก็ตำแหน่ง รอยต่อหลอดอาหารกับกระเพาะแล้วใช้ซิล- เวอร์เบอร์นคลิปปกติไว้, แล้วจึงตรวจโดยใช้ แขนเหยียดต่อไปภายใน ๑ ชม.

พาล์มเมอร์ (8) ทำการตัดเนอctrองตรงตำแหน่งที่จะคลิปลีกก่อนได้ผลแน่นอน ขนออก, ถ้าไม่ถูกต้องใช้กล้องตรวจทำการ ตรวจเนอและเอาคลิปปกติใหม่

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่จะพบได้ใน
ไส้เลื่อนไฮอะตัส

๑. พบ ส่วนของกระเพาะอาหารขึ้นไป อยู่เหนือกระบังลม. อาจมีลำไส้เล็ก, โอมেন্টัม หรือส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง ขึ้นไปด้วย.

๒. คลื่นเคลื่อนไหวของ หลอดอาหาร ลงมาหยดที่รอยต่อหลอดอาหารกับกระเพาะ, พาเอาแบเรียมเข้าไปในไส้เลื่อน หรือแบเรียมย้อนกลับขึ้นมาจากกระเพาะส่วนล่าง.

๓. พบ ร่อง ตามแนว ขวาง ตั้ง ขนาด กว้าง ๆ, เป็นร่องบนเข้าไปในกระเปาะของ ไส้เลื่อน.

๔. ลักษณะเยอบุซึ่งหนาและขรุขระอัน เป็นลักษณะของกระเพาะอาหาร, อยู่เหนือ กระบังลม. บางรายยังหนากว่าปกติมาก เพราะเลือดคั่ง.

๕. พบช่องผ่านหลอดอาหารกว้างกว่า ปกติ, คือจาก ๑ ซม. เป็น ๓-๕ ซม. หรือมากกว่า.

๖. พบรอยต่อระหว่างหลอดอาหารกับ กระเพาะอยู่เหนือกระบังลม.

๗. ในราย ชนิดไม่กลีบ เข้าที่ อย่าง เล็ก ๆ, มักพบว่าการโค้งพับของกระเพาะ อาหาร น้อยไป และ ส่วนไพลอร์สตีไป ข้าง ๆ.

ในรายซึ่งตรวจไม่พบก็อย่าเพิ่งแน่ใจว่าไม่มี ควรตรวจซ้ำอีก.

นอกจากนี้ในการตรวจยังต้องคำนึงถึงโรคอื่นซึ่งอาจพบร่วมด้วยกับไส้เลื่อนไฮอะตัส, เช่น นิ้วน้ำค, แผลเปปติก, ถุงโย่งของหลอดอาหารหรือของคูดินมี, มะเร็งกระเพาะอาหาร, เนื้องอกของกระบังลม, อ้วนเกินขนาด หรือหลอดอาหารอักเสบ.

พยาธิสภาพอื่นที่พบเกี่ยวกับไส้เลื่อนไฮอะตัสอีก

๑. เซนทัส ไทรแอก, หมายถึงรายที่มีไส้เลื่อนไฮอะตัส, ไทเวอร์ติคัลัมของลำไส้ใหญ่, และนิ้วงูมากรวมกัน. พบได้บ่อยในรายที่มีไส้เลื่อนไฮอะตัส. พาล์มเมอร์ (9) รายงาน เซนทัส ไทรแอก ๕ ราย จากจำนวนไส้เลื่อนไฮอะตัส ๓๑ ราย, จาฟฟ์ และ สซ์โย (10) รายงาน ๒ ราย จากจำนวนไส้เลื่อนไฮอะตัส ๒๕ ราย และเชื่อว่าถ้าได้ตรวจทกระบบจะได้จำนวนมากกว่านี้ ซึ่งมีความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาที่สมบูรณ์.

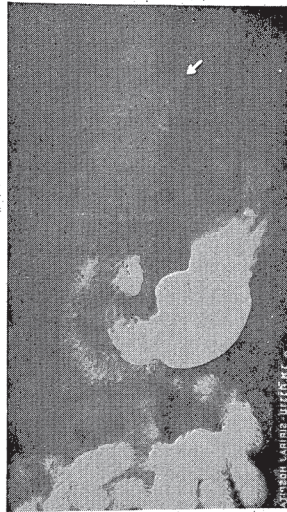
๒. อมาเลเซียมร่วมกับไส้เลื่อนไฮอะตัส, (8) มักเป็นในชนิดที่หลอดอาหารเบียดเข้าออกกระเพาะโดยตรง. พบน้อยมาก.

จะต้องแยกให้ได้ว่าหลอดอาหารใหญ่ชั้นเยื่อผลของอมาเลเซียมไม่ใช่เพราะการบีบเนื่องจากไส้เลื่อน.

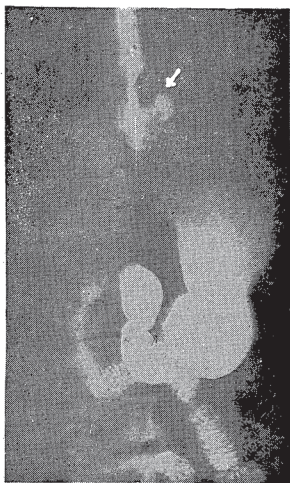
๓. การปลิ้นเข้าไปของหลอดอาหาร, เข้าไปในไส้เลื่อนไฮอะตัส (11) คือส่วนล่างของหลอดอาหารกับไส้เลื่อน กลืนกันแบบอินทัสซัสเซปชัน, มักเป็นกับไส้เลื่อนเล็กๆ. พบมี ๕๐ ปช. ของรายที่มีการกลืนลำบาก, จึงควรนึกถึงเสมอและต้องสังเกตให้ดี. เพิ่งมีรายงานเพียง ๑๔ ราย.

สำหรับศิริราชทั้งที่คอยสังเกตตลอดมาเพิ่งได้พบหนึ่งรายคงที่จากรายงานไว้ต่อไป. ความจริงอาจจะพบบ่อยกว่านี้, แต่ถ้าการตรวจต้องทำกันอย่างเร็วโดยวิธีธรรมดา เพื่อดูอันตรายจากรังสีและเพื่อให้ทันกับจำนวนคนไข้, ย่อมมีโอกาสดูดพื้นสายทง่าย. ทงการที่จะบรรจงตรวจหาในสิ่งที่ไม่ใช่จุดประสงค์และไม่หวังว่าจะพบในห้องออบทยและมีอันตรายนั้นไม่ใช่วิธิน่ากระทำนัก.

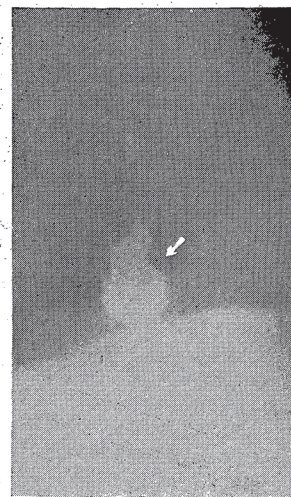
รายงานผู้ช่วย หมอหญิง, อายุ ๗๓ ปี, เลขที่ทวไป ๖๖๖๔๕.๕๕. มาตรวจที่แผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้ช่วยนอก, เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๕, โดยมีอาการสำคัญว่าอาเจียนบ่อยมีเลือดปนมา ๒ เดือน.



ภาพถ่ายระบบอาหารภายหลัง
การตรวจ ยังมีแบร่เริ่มค้างอยู่
ในส่วนที่เป็นไส้เลื่อน เหนือ
กระบังลม.



ภาพถ่ายเฉียง เห็นรอยว่าซุ
ระคล้ายเป็นแผล ด้านซ้าย
ของถุงไส้เลื่อน.



ภาพหลอดอาหารถ่ายเฉียง เห็น
หลอดอาหารเปิดเข้าสู่ส่วนไส้เลื่อน
ของกระเพาะอาหารโดยตรง

ผู้ช่วยไม่มีอาการอะไรมาก่อนเลย. จนกระทั่ง ๒ ขกก่อนมา ร.พ., เริ่มมีอาการปวดศีรษะ. มักปวดบริเวณหน้าผากและต้นคอ. ๒ เดือนก่อนมา ร.พ. จึงมีอาการแน่นในท้อง ส่วน ขน และ เวอเปรี้ยวบ่อย ๆ, มีอาเจียนตอนกลางคืน ๒-๓ ครั้ง, มีเลือดสีแดงเข้มไม่เป็นก้อนและไม่มาก. ไม่มีปวดท้องเลย แต่เข้ออาหาร. บางครั้งไอออกมา มีเลือดคคเป็นสาย ๆ ปนกับเสมหะ. ไม่มีไข้. ไม่เคยสังเกตว่ามีอุจจาระดำ.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซนติเกรด. ชีพจร ๘๔ ต่อนาที. แรงดันโลหิต แขน ขวา ๑๖๐/๘๐ มม.ปรอท. รูปร่างอ้วน.

การตรวจระบบต่างๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ. ได้ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเช่น: ๑. ความดันซิสโตลิกสูง. ๒. อาเจียนเป็นโลหิต อาจเพราะ (๑).

เนื่องจากไม่มีอาการหนัก, ไม่ช็อคเลย, อาการทั่วไปก็, จึงให้ตรวจระบบอาหารส่วนต้นทางรังสีก่อน.

การตรวจระบบอาหารส่วนต้น ทางรังสี
(ภาพถ่ายเอกซเรย์)

ใช้วิธีรับประทานแบเรียมมอดเคียว. หลอดอาหารส่วนบนปกติ, ปลายล่างเปิด

เขาที่ส่วนบนของ กระเพาะ ขนาด กำขึ้นเด็ก, อยู่นอกกระบังลมหลังหัวใจ. เยื่อกระเพาะเป็นร่องใหญ่และคคเคียวแบบของกระเพาะอาหาร, คคคกลงไปที่กระบังลมเข้าไปในกระเพาะส่วนล่าง. แบเรียมค้างอยู่ในกระเพาะในช่วงเวลา จึงมีการ เคลื่อนไหวพาตาลงไป. ทางผนังด้านซ้ายของกระเพาะมีรอยหัวขรุขระยื่นไปข้างๆคล้ายแผล. กระเพาะอาหารส่วนล่างใต้กระบังลมอยู่ค่อนข้างสูง, มีการเคลื่อนไหวปกติ. คุโอดินมีขนาดและรูปร่างปกติ.

จากภาพเอกซเรย์ทรวงอกแม้ว่าไม่ชัดเจนพอ, กระแนนกยงพอมองเห็นเงาจางๆ บริเวณหัวใจเห็นอกกระบังลมได้.

ให้การวินิจฉัยได้ว่าเป็นได้เลื่อนไฮอะคัส (สงสัยมีแผลร่วมด้วย).

จึงได้ทำการตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่ง พบเป็นได้เลื่อนไฮอะคัสจริงแต่ไม่พบแผล, ได้เลื่อนเป็นชนิดได้เลื่อนไฮอะคัสแบบพลซ์ชัน.

ผู้ช่วยไม่ยินยอมเมื่อได้รับการแนะนำให้รักษาโดยการผ่าตัด, เลยไม่ได้มาติดต่ออีก, หหมดโอกาสที่จะตรวจคนอย่างอื่นต่อไป.

สรุป ได้รวบรวมเรื่อง เกี่ยวกับได้เลื่อนไฮอะคัส, วิธีตรวจ, ลักษณะที่จะพบ และ

ส่งที่จะพบเป็นร่วมควยทางรังสี. ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในด้านการวินิจฉัยทางรังสีต่อไป.

พร้อมกันนี้ ได้รายงานผู้ช่วย ๑ ราย ซึ่งเป็นใส่เลื่อนไฮอะตัส, เป็นหญิงจีน, รูปร่างอ้วน, อายุ ๗๓ ปี, มีอาการแน่นและอาเจียนมเล็ดปน.

ความเห็น แม้ว่าจะเพ่งมรายงานเป็นครั้งแรก

ในประเทศไทย, แต่ก็หวังว่าน่าจะพบได้มากและคงมีรายงานต่อไปอีก, ถ้าหากรังสีแพทย์ คัด ถึงพยาธิสภาพไว้บ้างและพยายามตรวจหาตามวิธี. หากไม่สามารถทำการตรวจเป็นพิเศษได้ทุกราย, ก็ควรคิดถึงบางในรายละเอียดเหล่านี้คือ:

๑. ผู้ป่วยซึ่งมีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป, รูปร่างสมบูรณ์, โดยเฉพาะในหญิงซึ่งมีบุตรมาก.

๒. ในรายซึ่งพบมีถุงไคเวอรัคควิล์มของลำไส้ใหญ่, หรือรายที่মনวในถุงน้ำค, ควรตรวจหาใส่เลื่อนไฮอะตัสควยเป็นพิเศษ.

๓. ในกรณีทีหาสาเหตุของการที่มเล็ด ออกในทางเดินอาหาร ส่วนต้น อย่างอื่น ๆ ไม่พบ.

๔. ในกรณีทกลนอาหารลำบาก, แล้วตรวจโดยวิธีธรรมดาไม่พบสาเหตุ.

๕. ในการตรวจทรวงอกทางรังสีทั้งใน

ห่องมคหรือจากภาพถ่าย. คอยสังเกตบริเวณข้าง ๆ เห็นอกระบังลม บริเวณหัวใจควยเสมอ.

ขอขอบพระคุณอาจารย์ น.พ. โวจนสุวรรณสุทนต์ ทศรุตพรอภิมเติมสนันสนุน และแนะนำให้รายงาน, ขอขอบคุณ น.พ. อารุศร์สุกรทศช่วยถ่ายภาพให้.

เอกสาร

1. L.R.S ante, Principles of Roentgenological Interpretation, 8th. Edition 1941.
2. Ross Golden, Diagnostic Roentgenology, Vol. 1. 1950.
3. I.B. Brick, Clinical Significance of Hiatus Hernia, Miss. Valley Med. J. Jan. 1949 Vol. 71 No. 1.
4. S.C. Shanks, A Text-book of X-ray Diagnosis, 2nd. Ed. Vol. 3. 1952.
5. Leslie K. Sycamore, Radiological Diagnosis of Hiatus Hernia. Gastroenterology J., Aug. 1956 Vol. 31 No. 2.
6. ชุชาติ ทองจักษ์ ใส่เลื่อนกระบังลม สารศิริราช April 1954, Vol. 6 No. 4.
7. Joseph C. Weisman, Improved Method for Demonstration of Hiatus Hernia. Year Book of Radiology 1955-1956.
8. Eddy D. Palmer, Achalasia. Radiology. July. 1956 Vol. 67 No. 1.
9. Eddy D. Palmer, Saint's triad. Hiatus Hernia, Diverticulosis coli and Gall stone. Am. J. of Digest. Dis., Aug-1951, Vol. 18.
10. Jaffe and Szabo. Saint's triad.

J. of Int. Coll. of Surg. Sept. 1956
Vol. 26 No. 3.

gination of the Oesophagus in Hiatus
Hernia. Radiology Vol. 67 No. 4, Oct.

11. Edmund W. Klinefelter, Inva-

1956.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราชปี ๒๕๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้
รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัด
ส่งให้ตามประสงค์

(Summary of the preceding article)

HIATUS HERNIA

Prasoeth Nilprapassorn

M.B.

(Dept. of Roentgenology)

This is a report of a case of hiatus hernia with brief review of incidence, etiology, types, diagnosis, roentgenologic findings and associated pathology.

The patient was an obese chinese woman, 73 years old. She came with the chief complaint of vomiting blood for 2 months. She had abdominal discomfort, anorexia and paroxysmal coughing. The sputum was bloody. Vomiting of blood was worse at night.

On admission the body temperature was 37°C., pulse rate 84, blood pressure 160/80. Systemic physical examination

revealed no abnormal findings.

Roentgenological study by single meal revealed distention of distal part of oesophagus into a pouch, about the size of a fist. The pouch lay over the left dome of the diaphragm. The mucosal lining of the pouch resembled gastric rugae and the markings continued into the stomach. Roentgenological study was repeated and the final diagnosis was "Pulsion Hiatus Hernia"

The patient denied operation.

(11 references.)

2103

รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ ทางรังสีวินิจฉัย

โชติ ธรรมาสถิตย์

พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

ผู้ป่วยรายที่ ๑

ชายไทย อายุ ๖๒ ปี, วัณโรคในแผนก
ศัลยศาสตร์ วันที่ ๒๒ ธ.ค. ๕๕. เลขที่
ไป ๒๑๓๖๖/๕๕.

อาการสำคัญ มีก้อนในท้องโตซ้ายโครง
ข้างขวา มา ๖ เดือน.

ประวัติการป่วย ๖ เดือนก่อนมา ร.พ. มี
จุดเนื้องอกบริเวณหน้าอกอยู่หลายวัน. ต่อมา
คลำพบก้อนโตซ้ายโครงขวา ยื่นออกมา
ขนาดเท่าฟองไข่ไก่. แพทย์ตรวจพบว่าตา
และทวารเหลือง. ให้การรักษา, ตาและทวาร
เหลืองหายไปเอง, แต่ก้อนยังโตขึ้น, เคลื่อน
ไหวไปข้างๆ โตเล็กน้อย, ไม่มีไข้.

๑ เดือนก่อนมา ร.พ., ปวดท้องคล้าย
ก้อนขยิบตัว, เป็นอยู่ ๒ ชม. ในระยะนมอม
ลงและเข้อาหาร.

ตรวจร่างกาย ชีพจร ๘๐/นท. อุณหภูมิ
๓๗.๐° ซ. หายใจ ๒๐/นท. แรงดันเลือด

๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท. ผอมเล็กน้อย. ไม่
เหลือง. ชีตเล็กน้อย. ปอดและหัวใจปกติ.
โตซ้ายโครงขวา, คลำพบก้อนขนาด
๘x๑๐ ซม., ผิวเรียบ, ขอบชัด, ไม่เจ็บ,
เคลื่อนไหวไปข้างๆ โตเล็กน้อย. ตับโต
๒ นิ้วมอและขอบชัดแยกจากก้อนโตชัดเจน.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดแดง
๓.๘๔ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๖๑๕๐, โป-
ลีมอร์ฟ ๗๔%, อีโอสิโนฟิล ๖%. ไม่พบ
มาเลเรีย. อจจาระสีปกติ, ไม่มีไข่พยาธิ.
ปัสสาวะไม่พบน้ำตาล. ผลเคมีเลือด, อัลบิว-
มิน ๔.๐%, โกลบูลิน ๒.๖%, เอ็น.พี.
เอ็น. ๓๘.๕ มก.%, ครีอาตินิน ๑.๑
มก.%.

การวินิจฉัยทางคลินิก เนื้องอกในช่องท้อง,
ธรรมชาติไม่ทราบแน่.

การตรวจทางรังสีวิทยาและการวิจารณ์
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบทางเดินอา-

หาร ในห้องฟลอรูโรสโคปี และถ่ายภาพเอกซเรย์ (ทั้งภาพที่ ๑). พบว่ากระเพาะอาหารปกติ, ติโอดินัลแคป และไพโรลิกแอนทรม์ถูกกดด้วยก้อนเนื้อแข็งขนาดใหญ่, ซึ่งอยู่ทางด้านหน้า. ก้อนเคลื่อนไหวไปข้างๆ ใต้น้อยมาก และแยกจากขอบตับได้.

วิจารณ์ การตรวจพบวาคูโอดินัลรูปปกติ. ก้อนเนื้ออกนไม่ใช้ก้อนทุมจากโรโทรเพอริโตเนียม. เงาของขอบไตขวาส่วนบนเห็นจากภาพเอกซเรย์ปกติ, ซึ่งแสดงว่าไม่ใช่เนื้องอกจากไตหรือต่อมหมวกไตแน่นอน.

วาคูโอดินัลรูปไม่กว้าง, จึงไม่ข้งวามมะเร็งหรือซัยสติกแฉวหวัตยฮอน. จากเงาของส่วนโค้งพยับเฮปาทิกของโคลอนเป็นปกติ, แต่ถกดันลงต่ำเล็กน้อย, แสดงว่าเนื้องอกนั้นไม่ได้มาจากส่วนบนของโคลอน.

การตรวจงูงนาคด้วยการฉีกยลลิกกราฟฟัน ๗๐% เขาหลอดคเลอดค้ำ (ภาพเอกซเรย์ที่ ๒), พบเงาของก้อนเนื้องอกขนาด ๘x๑๐ ซม., เบียดคณงูงนาคซึ่งเห็นได้ชัดไปข้างๆ. เนื้องอกก้อนนั้นอยู่ตรงคองของงูงนาค. ระบายทางเดินนาคปกติ.

วิจารณ์ ภาพงูงนาคเห็นปกติคทงขนาดและหน้าท, แสดงว่าเนื้องอกนนั้นไม่ได้มา

จากงูงนาคหรือทางเดินนาค, เพราะก้อนเนื้องอกใหญ่ขนาดคนถามาจากทางเดินนาค, คงจะทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินนาค.

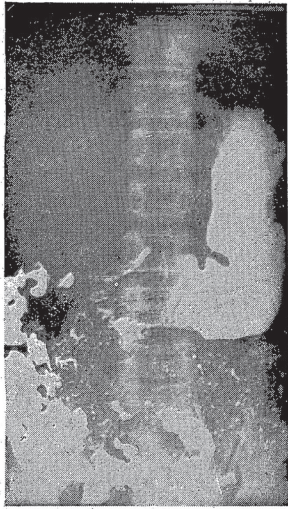
โรคทนายจะคิดถมถน.

- ๑. มะเร็งของตับ.
- ๒. เนื้องอกของระบบน้ำเหลืองในช่องท้อง, เช่นพวกลิมโฟซาร์โคมา ฯลฯ. พวกนี้มักจะพบหลายก้อน ขรุขระ และมีมีการเรียงตัวในแนวทมเส้นเคอริเกาซังเป็นแนวเฉียงจากข้างซ้ายบนลงมาขวาล่างมาสู่ซีกม. ภายนอกเป็นไต (หายาก) ค่อมเพียงก้อนเดียวและอยู่ใต้ตับกัยกระเพาะอาหาร.

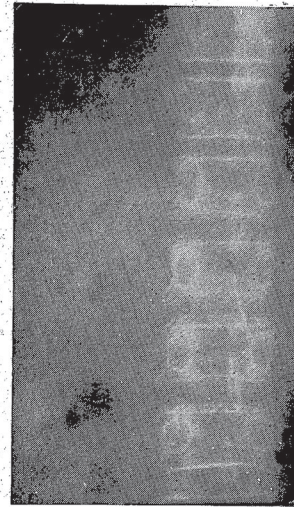
การวินิจฉัยทางรังสีวิทยา

ก้อนเนื้องอกนอกระบบทางเดินอาหาร, มาจากบริเวณตับใกล้เคียงของงูงนาค. ระบายทางเดินนาคปกติ.

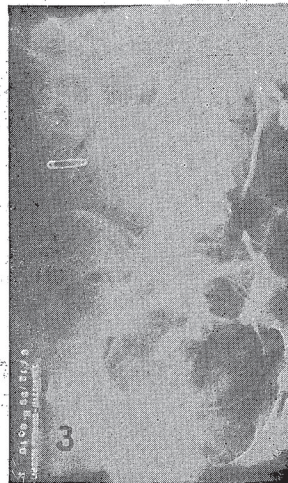
ผลของการผ่าตัด พบว่าเป็นเนื้องอกของตับ, ซึ่งยื่นออกมาจากผิวตับด้านใต้. ก้อนขนาดเท่าในภาพเอกซเรย์. ันถงนาคไปข้างๆ. ผิวของก้อนขรุขระ, ก้อนห้อยทับลงบนคโอดินัลแคปและไพโรลิกแอนทรม์. มะเร็งยังไม่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น จึงคคส่วน



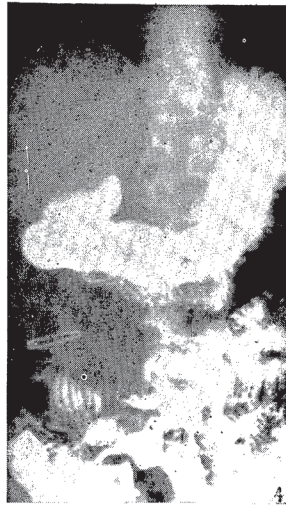
ภาพที่ ๑. ภาพกระเพาะอาหาร
มาก่อนเนื้องอกกดตรงตุ่ม
น้ำดี และโพลีคริคแอนตรัม.



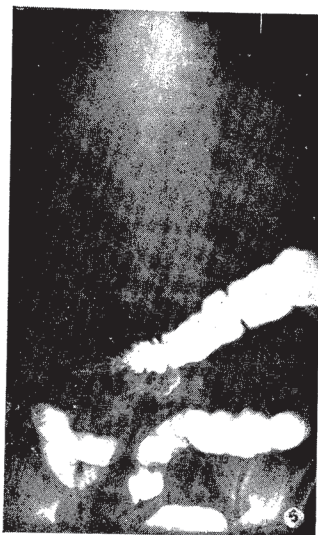
ภาพที่ ๒. ภาพถุงน้ำดีถูกกด
และดันออกไปข้างๆ โดยก้อน
เนื้องอก.



ภาพที่ ๓. ภาพรีโทรเกรดโพ
โลแกรม มีเงาก่อนเนื้องอก
ตรงบริเวณไตขวา และเงา
แคลซฟิเคชัน ตรงกระดูกสัน
หลังที่ ๓.



ภาพที่ ๔. ภาพตรวจกระเพาะอาหาร มีเงาของก้อนทึบตรงใต้กระเพาะอาหาร



ภาพที่ ๕. ภาพตรวจลำไส้ใหญ่ พบก้อนทึบอยู่หลังลำไส้

นนออก. ผากอนคุมสนากมาก และเป็น แฉกๆ คังโลปยุลของตัย.

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

มะเร็งของตัย, ชนิดเยปพาโคมา.

ผู้ป่วยรายที่ ๒

ชายไทยหม้าย อายุ ๖๖ ปี. รั่วไว้ใน แผนกคลัยศาสตร์เมอวนท ๑ ค.ค. ๕๕. เลขททั่วไป ๗๔๓๐๐/๕๕. บ้านเดิมอยู่ อีสาน,

อาการสำคัญ เป็นฝ ทหลังมา ๒ ปี.

ประวัติการป่วย ๖ ปีกอนมาร.พ. มีก้อนใน ท้องทางด้านขวาของสะดือ, ขนาดเท่าไข่ไก่, เคลื่อนไปมาได้. กอนโตขึ้นเรื่อยๆ จนเท่าหัวเด็ก. ไม่มีไข้, ไม่เจ็บปวด, ไม่ผอมลง, ไม่เบื่ออาหาร.

๒ ปีกอนมาร.พ. มีอีกเสบริอนแดงท ข้างหลังใกล้บนเอวขวา, ไม่มีไข้ ๑ เดือน ต่อมาแตกออก, มีหนองสีขาวปนเขียวไหล ออกตลอดเวลาพอชุ่มผ้า, ไม่เจ็บปวด. ปัสสาวะปกติ.

๓ เดือนก่อนมาร.พ. แพทย์ได้ทำ การผ่าตัดตรงทหนองไหล สอง ครั้ง แต่ไม่

หาย.

ตรวจร่างกาย ชพจร ๘๐/นท. อุณหภูมิ ๓๖.๘๕. หายใจ ๒๐/นท. แรงดันเลือด ๑๓๐/๗๐ มม.ปรอท. แข็งแรง ผอมและ ชกเล็กน้อย ปอดและหัวใจปกติ, หน้าท้อง นูนตรงบริเวณบนเอวข้างขวา คลำได้ก้อน แข็ง เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่เจ็บ ผิวเรียบ กอนขนาด ๑๓x๒๐ ซม. ตัยม้ามไม่โต ข้างหลังบริเวณไตขวานูนโป่งออก, มีหนอง ไหล.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดแดง

๖.๘ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๑๔๐๐๐, โปลัยมอร์ฟ ๗๒%; ลิมโฟซัยท์ ๒๘%; ไม่พบมาเลเรีย. ผลเคมีเลือด อลิวมิน ๔.๐% โกลบูลิน ๒.๒%; เอ็น.พี.เอ็น. ๓๑.๖ มก.%; คุริอะตินิน ๑ มก.%; นาทาล ๗๔ มก.%; อูจจาระปกติ. ปัสสาวะพบ เม็ดเลือดขาว ๑๕-๒๕/ช.ค.

การวินิจฉัยทางคลินิก

๑. ไตเป็นหนองและมีผวยๆ ใ้ร่วม
๒. หนองออกในช่องท้อง, เคอร์มอยต์ ชัยสัต?

การตรวจทางรังสีวิทยา และการวิจารณ์

ผ.ป. ได้รับการตรวจระบบทางเดินปัสสาวะอย่างรีโทรเกรด (ภาพที่ ๓) ปรากฏว่าใส่สายสวนหลอดไตเข้าข้างซ้ายได้ ส่วนข้างขวาติด.

การวิจารณ์ จากการตรวจร่างกายและผลจากห้องทดลองบ่งชี้ว่า ผ.ป. เป็นหนองในไตและมีผวอย ๆ ไตขวา. แต่เพราะก้อนใหญ่และเคลื่อนไหว ใน ช่อง ท้อง ได้ มาก, และจากภาพรังสี พบเงาทบออกกอนหนึ่งตรงบริเวณกระดูกสันหลัง, และมีเงาค้างคัลซี-เคชั่นในกอนบน, ทำให้เข้าใจว่าทตรงเงาที่บนเป็นเงาของเนองอกอกกอนหนึ่งซึ่งอยู่ในช่องท้อง. คัลซีแพทย์ได้ให้ความเห็นต่อไปว่าถ้ากอนบนเป็นไตซึ่งมีผวอย ๆ ไตอยู่ กอนจะติดแน่นไม่เคลื่อนไหวได้มากดังนั้น ออกท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า ถ้ากอนบนเป็นนวมอยู่, และทำให้เกิดหนองในไตก็ควรจะหนักถึงไตปรเกอกม้า (Horse-Shoe Kidney) เพราะกอนบนอยู่ล้าเข้ามาตรงกลางมาก.

ได้ทำการตรวจทางรังสีต่อไป. ได้ตรวจระบบทางเดินอาหารภายในห้องฟลูออโรสโคป. (ภาพเอกซเรย์ที่ ๔) พบว่ากระเพาะ

อาหารถูกขับไปข้างซ้ายโดยคัยซ้าย, คโยคินัลลปลุกคนขนบนเล็กน้อย. ระบบทางเดินอาหารปกติ.

การตรวจลำไส้ใหญ่โดยฟลูออโรสโคป (ภาพเอกซเรย์ที่ ๕), พบว่ากอนเนองอกนน้อยอยู่ข้างหลังลำไส้ใหญ่และเป็นกอนนอกลำไส้.

วิจารณ์ การตรวจทั้งสองอย่างบ่งสนับสนุนว่า, กอนนน้อยรีโทรเพอริโตเนียม, ซึ่งอาจจะเป็นมะเร็งของไตขวาและมีการเกิดเป็นหนองร่วม, หรือมะเร็งของรีโทรเพอริโตเนียมเองแล้วไปกดไตทำให้เกิดไตเป็นหนอง. แต่จากประวัติการป่วยของ ผ.ป. เป็นมานานเกินไปที่จะวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง. ดังนั้นความเห็นของคัลซีแพทย์จึงหนักไปทางว่ากอนเคอร์มอยคัลซีสติกในช่องท้องมากกว่า, และกอนบนกดไตขวาหรือกลุกลามเข้าไปไตขวาแล้ว.

การวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เนองอกภายนอกระบบทางเดินอาหาร, คโยคินัลลปลุกคนขนและอยู่หลังลำไส้ใหญ่. คยชกซ้ายไตคันกระเพาะอาหารไปข้าง ๆ.

ผลการผ่าตัด จากการเปิดหน้าท้อง, พบกอนขนาดใหญ่, นุ่ม, เคลื่อนไหวได้มาก

ก่อนคนโคคนิลปลี่ยนขน. มีก่อนเล็กกรอง
 ลงไปติดต่อกากอนใหญ่ขึ้นไปทางซ้ายบน,
 คั้นกระเพาะอาหารออกไปข้าง ๆ. คับไม่โต
 ทำการเลาะเพอริโตเนียมทคลุมก่อนออก.
 พยว่าเป็นเนื้อไต. เจาะได้หนอง ๒๐๐๐
 กว่าลบ.ซม. หนองมีอยู่หลายช่อง. ที่กรวย
 ไตโตมากจนคล้ายไตแข็งทางหน้าท้อง. มี
 ก่อนนวลอยู่คงที่พบในภาพเอกซเรย์. นวล
 ปากที่ขยับสภาวะพอก. กระเพาะอาหารถูก

คั้นโดยกรวยไตซึ่งโตจากหนองซึ่งอยู่, และ
 ส่วนนวลแน่นเนื่องจากแอคซิซัน, และมีทาง
 หนองออกไปสู่ข้างหลังคงที่พบจากภายนอก.
 เมื่อเอาหนองออกมากที่สุดแล้ว ได้ เลาะ ไต
 ข้างบนออกได้โดยง่าย.

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

ไตขวาเป็นหนองเนื่องจากมี นวลอยู่ที่ใน
 กรวยไต.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ชำระเงินค่าบำรุง
 ๓. ขอกรับเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ

บันทึกปฏิบัติ

เทคนิค การตรวจต่อมหน้าลายด้วยรังสีเร็นต์เกน

ทวี บุญโชติ

พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

ต่อมหน้าลายเป็นอวัยวะที่ไม่พบต่อรังสีเร็นต์เกน. การตรวจต้องใช้วัตถุทึบแสงใส่เข้าไปในท่อของต่อมหน้าลาย, ซึ่งงานนี้ไ้เริ่มทำโดยบาร์โซเนียและคาร์ลสเทนในปี ๑๙๒๖. ต่อมหน้าลายที่ตรวจบ่อยคือ ต่อมพาโรติกและสียแมนคิปลาร์. ทั้งนี้เพื่อวินิจฉัยว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอยู่ในหรือนอกต่อมหน้าลาย, และมีความเกี่ยวข้องกับอย่างไร.

หลักในการตรวจก็คือต้องทำให้วัตถุทึบแสงเข้าไปในท่อหน้าลายและแขนงที่อยู่ภายในต่อมหน้าลาย, แล้วดูการเปลี่ยนแปลงของท่อเหล่านั้น.

วัตถุทึบแสงที่ใช้, มีทั้งส่วนผสมเช่น นามันและน้ำ เช่น Lipiodol, Iodipin, Dionosil, Neohydrial.

ข้อบ่งชี้ในการทำ เพื่อกันหาการ

ผิดปกติของท่อของต่อมหน้าลาย, นิ้วในต่อมหน้าลาย, พิษตลา, การอักเสบ และก้อนทึบของต่อมหน้าลาย, หรือเพื่อแยกก้อนทึบอื่น ๆ ออกจากต่อมหน้าลาย.

ข้อห้ามในการทำ ไม่ควรทำในระหว่างที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันของต่อมหน้าลาย.

การเตรียมผู้ป่วย เพียงให้ผู้ป่วยทำความสะอาดภายในปาก, โดยการบ้วนปาก ทันที ก่อน ทำ เป็น การเพียงพอ. และในการทำไม่ต้องใช้ยาบรรเทาความรู้สึก

อุปกรณ์ในการทำ

- วัตถุทึบแสง (Dionosil 50% W/V) ประมาณ ๒-๕ ลบ. ซม.
- กระบอกเข็มฉีดยาที่ปลอดครีมีลแบบไมเออร์สหรือใช้กระบอกเข็มสำหรับ

ฉกษาอย่างธรรมดา ซึ่งหาง่ายกว่าก็ได้
ใช้เข็ม ฉกษา ทศตปลายและฝน ให้ ทุแล้ว,
งอครึ่งกลางตัวเข็มให้โตมมประมาณ ๓๐-
๕๕ องศา, เพื่อให้รูปร่างของเข็มเป็นไป
ตามทางเดินของท่อनाลาย.

๓. อาจจะต้องมีเอ็นแมวทแขงหรือ
ลวดขนาดต่าง ๆ กัน เพื่อใช้สำหรับขยาย
รูเบ็ดของท่อनाลาย. หรือจะใช้เข็มฉกษาที่
ไม่ใช่แล้ว, ตัดและฝนปลายให้ทุ เป็นตัว
ขยายก็ได้.

๔. แสงสว่าง.

ในรายที่หารเบ็ดไม่พบ, ต้องกระตุ้นให้
น้ำลายออกโดยใช้นิ้วกเขา ๆ บริเวณต่อม
น้ำลาย, หรือจะใช้ของเปรี้ยวให้อม. อาจ
ใช้วิธีกระตุ้นทางจิตใจก็ได้, จะทำให้น้ำ
ลายไหลออกและเห็นตำแหน่งของรูเบ็ดของ
ท่อनाลาย.

เทคนิค ในการทำ การถ่ายภาพ
รังสีเรนต์เก้น ถ่ายในท่าหันข้าง, พี.เอ.
หรือ เอ.พี. และอาจจะเพิ่มท่าโดยการถ่าย
แบบสเตอริโอ.

ให้ผู้ช่วยอยู่ในท่าเตรียมพร้อมที่จะถ่าย,
ใส่ยาในหลอดฉก, ค่อย ๆ สอดเข็มเข้าไป
ทางรูเบ็ด, และให้ทิศทางของเข็มไปตาม
ทางเดินของท่อनाลาย. ลึกประมาณ ๑-๒
ซม. ค่อย ๆ ฉกษาจนกว่าจะรู้สึกปวดท
บริเวณต่อมनाลาย, ให้ถ่ายภาพทันที. จะ
ใช้วิธีเอาเข็มออกหรือปล่อยให้เข็มอุดรูเบ็ด
ของท่อनाลาย, เพื่อยกกันไม่ให้วัตถุท
แสงไหลออกมาในขณะที่ถ่ายภาพก็ได้.

หลังจากถ่ายภาพแรกแล้ว, ถ้าต้อง
การศึกษาเพิ่มเติมถึง การขยับน้ำลายของ
ต่อมनाลาย, ต้องถ่ายภาพต่อไปทุก ๕
หรือ ๑๐ นาที, สักแล้วแต่ภาพที่ถ่ายออก
มาจะให้ผลอย่างไร, ซึ่งจะช่วยวินิจฉัยว่า
ควรจะถ่ายต่อไปหรือไม่.

อาการแทรกซ้อนจากการทำ

๑. เกิดการอักเสบของต่อมनाลาย
๒. ท่อनाลายฉกขาด
๓. แพ้ยา

บทบรรณาธิการพิเศษ

กัมมันตภาพรังสี

อำนาจ เสมรสต์

พ.ด., D.M.R.F. (Camb.)

ศาสตราจารย์รังส่วทยา

ในปัจจุบัน, หรือในสมัยที่พวกเรารู้จัก
ว่า "ยุคปรมาณู", ท่านคงได้ยินบ่อย ๆ
เกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสี ทั้งในทางที่เป็น
คุณและเป็นโทษ. เป็นธรรมดาที่สติปัญญา
ของมนุษย์จะหันมาสนใจในสิ่งใหม่ ๆ. ท่านที่
ได้ฟังข่าวในทางนี้คงจะรู้สึกพอใจ. ที่เด็ก
สาวเกี่ยวกับอันตรายของมันก็ย่อมเกิดความ
หวาดกลัวขึ้น. ยิ่งเมื่อท่านได้พบว่า
มนุษย์เราจะไปอยู่ที่ไหนบนพื้นพิภพก็ตาม,
จะต้องได้รับกัมมันตภาพรังสีจากธรรมชาติ
อยู่เรื่อย ๆ. ในปัจจุบันยังมีผลผลิตจาก
กัมมันตรังสีเทียม, คือ ไอโซโทปสังเคราะห์,
และยังมีกัมมันตรังสีอื่นเกิดมาจากการ
ทดลองระเบิดปรมาณูขึ้นอีก, ก็ย่อมจะทำให้
ท่านยังเกิดความหวาดกลัวมากขึ้น.
ท่านจะบรรเทาความหวาดกลัวลง, ในเมื่อ
ท่านได้ศึกษาเรื่องนี้โดยละเอียด. รู้ว่าผู้ที่

ทำงานอยู่ใกล้ชิดกับกัมมันตภาพรังสีเขา
ปฏิบัติกัน และวางกฎเกณฑ์ไว้อย่างไรใน
การป้องกันอันตรายอันจะเกิดขึ้น.

เมื่อสมัยก่อนพบรังสีเอกซ์ หรือก่อน
ยุคปรมาณู, เรายังไม่เข้าใจในเรื่องกัม-
มันตภาพรังสีเลย. จนกระทั่ง พ.ศ. ๒๔๓๘
(หรือ ค.ศ. ๑๘๙๕) ศาสตราจารย์เร็นต์-
เกนได้ประดิษฐ์รังสีเอกซ์ขึ้น. ใน ๒-๓ ปี
ต่อมา, เขาค้นพบได้ว่าคนพบธาตุกัมมันต-
ภาพรังสีซึ่งอยู่ในธรรมชาติ คือ ยูเรเนียม,
มาตามคร พวราเคียม, และต่อ ๆ มา มีผู้
ค้นพบอีก คือ ทอเรียม, ออคทเนียม, และ
ลูกหลานของมันอีกหลายสิบชนิด. การค้น
หาทางกัมมันตภาพรังสีได้เริ่มขึ้นโดยนัก
วิจัย. ยิ่งซุ่มก่อกำเนิดขึ้น, เมื่อมีผลผลิตไอโซ-
โทปสังเคราะห์เมื่อ ๒๕ ปีมาแล้ว, และเมื่อ
ระเบิดปรมาณูได้ประดิษฐ์ขึ้น, ได้นำมาระ-

เปิดทำลายชีวิตมนุษย์เสียมากมาย, จาก
ความร้ายแรงของกัมมัตถภาพรังสีซึ่งบัง
เกิดขึ้น.

รังสีที่เกิดจะไ้รับจากการประทุษจาก
ธาตุกัมมันตรังสีในธรรมชาติ และจากการ
ผลิตขึ้น คือ รังสีเอกซ์, รังสีแกมมา, รังสี
เบตา และรังสีนิวตรอน.

นอกจากกัมมัตถภาพรังสีดังกล่าวแล้ว,
มีผู้สำรวจพบว่า กัมมัตถภาพรังสีจำนวน
น้อย ๆ กระจายอยู่ทั่วไปบนผิวโลก, ซึ่ง
เกิดเนื่องจากรังสีคอสมิกที่สลายมาจาก
จักรวาลภายนอกโลก, เป็นรังสีที่มีพลัง
งานสูงมากกว่าพลังงานใด ๆ ในโลกนี้.

แต่กว่าจะผ่านอุปสรรคในชั้นบรรยากาศมา
ถึงพื้นโลก, คงเหลือพลังงานอยู่เป็นส่วน
น้อยจนนับว่าปราศจากอันตราย. แต่ถึง
กระนั้นในขณะนัยยังมีผู้ทำการค้นคว้าใน
เรื่องผลของพลังงานของรังสีคอสมิกกันอยู่
อีก, โดยเฉพาะเรื่องอำนาจของรังสีเกี่ยว
กับการผสมพันธุ์ เป็นต้น.

ปัจจุบันนี้เครื่องวัดกัมมัตถภาพรังสีซึ่ง
ประดิษฐ์ขึ้น, สามารถทำการวัดรังสีได้
ละเอียดละออมากขึ้น. ได้พบว่ารังสีแกม
มาจำนวนน้อย ๆ สลายออกมาจากหิน
เช่น หินแกรนิต, ในบ้านที่อยู่อาศัยได้

สำรวจพบว่า, ในบ้านที่ปลูกสร้างด้วยไม้,
มีกัมมัตถภาพรังสีกระจายอยู่อ่อนมากกว่า
บ้านที่ก่อด้วยอิฐ และบ้านคอนกรีต. ไป-
แต่สเชียม และ การขอนทมิอยู่ภายในร่าง
กายของมนุษย์และสัตว์กัมมัตถภาพ-
รังสีจำนวนน้อย ๆ สลายออก, แต่เป็น
จำนวนที่ไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย.

ภายหลังการพบรังสีเอกซ์ใหม่ ๆ, ได้มี
ผู้เกิดผิวหนังใหม่ และเป็นแผลเนื่องจากถูก
รังสีมากเกินไปจนขอบเขต. เขคเคอเวลด และ
มาตามครี ก็เคยถูกรักษาใหม่. จาก
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, จึงได้นำมาใช้ทำลาย
เนื้องอกมะเร็ง เพราะมีทั้งอำนาจทำลายและ
อำนาจทะลทะลวงลึกเข้าไปภายในร่างกาย
ด้วย. แต่ได้หลังใช้รักษากันอย่างสม่ำเสมอ
ทำจนเกินขนาดทควร, จนพลอยไปทำลาย
เซลล์ปกติของร่างกายด้วย. ทำให้เกิด
ความเข้าใจผิดว่า, ทั้งรังสีเอกซ์ และรังสี
แกมมาจากรักษาเคยมอันตรายมากกว่าที่จะ
ใช้ในการรักษา. ต่อมาเมื่อได้จัดวางขนาด
ของการรักษาให้ถูกต้องขึ้น, เอกซ์เรย์
และร่าเคยมจึงไ้ร้รับรองกันในการแพทย์
ว่าสามารถใช้รักษาโรคมะเร็งได้ดีในเมื่อรู้
จักการวาง ขนาดการรักษาให้เหมาะสม.
นอกจากนี้ยังได้นำมารักษาโรคอื่น ๆ อีก

หลายประการ. เมื่อไอโซโทปรังสีได้ผลิตขึ้น, ก็ได้พยายามนำมาใช้ในการรักษาแทนเอกซเรย์และวาทียมบางประการ. ได้นำมาละลายน้ำนม หรือน้ำคั้นหรือสกัดนมเข้าในร่างกาย, ทำให้ได้ผลในการรักษาเป็นที่พอใจหลายประการ, และไตซังก็เข้มนำทำการทดลองค้นคว้าเพื่อให้ได้ผลดียิ่ง ๆ ขึ้นไป.

อันตรายต่อร่างกายเนื่องจากไอโซโทปรังสี เช่นจำนวนมากเกินขอบเขต, จะพบแก่ผู้ช่วยที่ไต่รับการรักษาผิดขนาด และผู้ทำงานเกี่ยวกับรังสี. จากสถิติปรากฏว่ารังสีแพทย์ถึงแก่กรรมเพราะโรคมะเร็งเม็ดโลหิต หรือลิวคีเมียเป็นจำนวนร้อยละห้า. แพทย์อื่น ๆ มีอันตรายเพราะโรคนี้ไม่ถึงร้อยละหนึ่ง. คนงานในโรงงานทำหน้าขั้วหม้อน้ำพิก้าพรายน้ำ, บ่อยเป็นโรคโลหิตจางอย่างแรงกันมาก, เพราะหายใจเอาฝุ่นวาทียม ซึ่งใช้ผสมทำพรายน้ำเข้าไป, หรือตกปลายนอกกัน ซึ่งย้ายพรายน้ำเพื่อทำให้แหลมเป็นอาเจณ. ปรากฏว่าคนทำงานในข้อแรมุราเนียมตายเพราะโรคมะเร็งปอดเป็นจำนวนมาก. ในปี ค.ศ. ๑๙๒๕-๑๙๓๘ คนงานที่ขั้วโยคิมัสคาล, ในเช็คโกสโลวาเกีย, ที่ตายไปครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งในปอด.

มนุษย์เราไต่รับกัมมันตรังสีมา ๒ ทาง คือ:

๑. รับรังสีจากภายนอกจากร่างกายทั่วตัว หรือส่วนใดส่วนหนึ่งจากรังสีแกมมา รังสีเอกซ์ และรังสีนิวตรอน.

๒. ไต่รับรังสีโดยคชซึมเข้าร่างกาย โดยการหายใจเข้าไปหรือจากการค้ม, การกินสารกัมมันตรังสี ซึ่งปล่อยรังสีแอลฟา หรือเบตา. บางคราวกัมมันตรังสีแกมมาด้วย.

รังสีเอกซ์และรังสีแกมมาเข้ามาถึงหลอดรวงสูงมาก. เมื่อผ่านเข้าร่างกายเกินขนาด, จะทำลายอวัยวะสร้างโลหิต และอวัยวะระบายน้ำเหลืองในร่างกาย. การตรวจโลหิตจะพบจำนวนเม็ดโลหิตแดง และเม็ดโลหิตขาวผิดปกติ. เฉพาะที่ผิวหนังจะแดงพอง เป็นแผลไม่รู้จักหายและปวด. ถ้าจากรังสีทะเลาะเล็กน้อยนาน ๆ ย, ผิวหนังจะแห้งเหี่ยวแตกเป็นแผลเรื้อรัง. ในที่สุดกลายเป็นมะเร็งไต่. อวัยวะสืบพันธุ์เมื่อจากรังสีเกินขนาดจะเกิดเป็นหมัน. ผู้ทำงานเกี่ยวกับรังสีจึงต้องมีความระมัดระวังของกันตัวเอง. การจากรังสีอื่น ๆ ในเวลานาน ๆ มาหลายสิบชั่วอายุคน ของรังสีคอสมิก, เชื่อกันว่าทำให้ค้อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงในการผสมพันธุ์ ซึ่งเป็นเรื่องที่กำลังทำการวิจัยกันอยู่.

รังสีเอกซ์, มีกำลังทลทลวงน้อย. ใ้
รับจากภายนอกจะทำอันตรายแต่เพียงผิว
หนัง เช่นเคยวกับรังสีเอกซ์ และรังสี
แกมมา.

รังสีแอลฟา, มีกำลังทลทลวงน้อย
มาก ไม่สามารถทลทลวงหนังกำพร้าไปได้
จึงไม่ยังเกิดอันตรายแก่ภายในร่างกาย.

นิวตรอน, มีกำลังทลทลวงสูงมาก.
เมื่อผ่านเข้าร่างกาย พลังของมันจะเปลี่ยน
เป็น รังสีแกมมา, เบตา และแอลฟา.
จึงทำอันตรายแก่ร่างกาย เช่นรังสีอื่น ๆ.
ปรากฏว่าผู้ทำงานเกี่ยวกับนิวตรอนเกิดตา
เป็นต้อกระจกกันมาก.

รังสีเอกซ์ และแอลฟา, เมื่อเข้าในร่าง
กายจากการหายใจ, การดื่มหรือกิน, หรือ
บางคราวดูดซึมตามแผลที่ผิวหนัง, จะทำ
ให้เกิดอันตรายแก่ภายในร่างกาย, คือ
ทำลายโลหิต จะทำให้เกิดโรคโลหิตจาง
อย่างแรง, โรคมะเร็งเม็ดโลหิตและโรค
มะเร็งปอด ดังกล่าวแล้ว.

ในเมื่อปรากฏว่ารังสีต่าง ๆ นอกจาก
จะมีประโยชน์ในการแพทย์, แต่เมื่อได้รับ
รังสีเกินขนาด ทำให้เกิดอันตรายได้มาก
มาย, ประเทศที่สนใจในงานเกี่ยวกับรังสี
จึงได้พยายามวางมาตรฐานว่า, รังสีขนาด
เท่าใดจะเกิดอันตรายแก่ร่างกาย, ควรจะ

จำกัดให้ร่างกายได้รับรังสีได้อย่างมากเท่า
ใด. สหประชาคมเรินต์เก็นแห่งประเทศอังกฤษ,
ได้เริ่มศึกษารายงานมาแต่ ค.ศ. ๑๙๑๕, และ
อีก ๖ ปีต่อมาได้กำเนิดคณะกรรมการ
การป้องกันรังสีเอกซ์ และเรียมแห่งประ
เทศอังกฤษขึ้น. ได้ออกบัญญัติต่าง ๆ ใน
การป้องกัน และได้แก้ไขให้เหมาะสม
ตลอดมา, เพื่อให้โรงพยาบาลและสถาบัน
ต่างๆตลอดจนโรงงานอุตสาหกรรมปฏิบัติ.
สหรัฐอเมริกาและฝรั่งเศส ก็ได้ดำเนิน
งานเช่นกันในเวลาต่อมา.

ในปี ค.ศ. ๑๙๒๕, ในการประชุม
นานาชาติครั้งแรกทางรังสีวิทยา, ก็ได้
พิจารณากันถึงหลักใหญ่ในการป้องกันรัง-
สี, และตั้งคณะกรรมการระหว่างชาติ
ในการป้องกันรังสีขึ้น. ได้กำหนดหน่วย
ของขนาดรังสีขึ้นเรียกเป็น r หรือ "เรินต์
เก็น" และได้กำหนดจำนวนรังสีที่ร่าง
กายสามารถรับได้โดยไม่อันตราย.

ในปี ค.ศ. ๑๙๔๖, คณะกรรมการ
แห่งชาติในการป้องกันรังสีแห่งสหรัฐอเมริ
กานำเสนอว่า, ร่างกายควรได้รับรังสีไม่
เกิน ๐.๓๕ r ต่อหนึ่งสัปดาห์. สำหรับ
อวัยวะเกี่ยวกับการทำโลหิต ๐.๓r ต่อหนึ่ง
สัปดาห์. บริเวณขาและแขนสามารถรับได้
๑.๕r ต่อหนึ่งสัปดาห์. ยุติเหตุได้รับ

รังสีที่วางภายในครึ่งเดคาเดไม่เกิน ๒๕ r ไม่มีอันตราย.

เมื่อไควว้าง หลก เกณฑ์ อัตรารังสีอันตรายแล้ว, ก็ไควว้างหลักปฏิบัติในการป้องกันชน, เช่น ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับรังสีให้ใช้ถุงมือ ยางละลายปนด้วยตะกั่วและใช้เอียมผลของกันทำควยขางปนตะกั่ว. ด้เก็บราเคียมต้องขควย ตะ กั่ว หนาถึง ๑๐ ซม. เป็นต้น. สำหรับการป้องกันผลกัมมันตภาพรังสีที่จะหายใจหรือคิมกันเข้าไป, ใช้การป้องกันทางอ้อม, เช่น ห้องปฏิบัติงานให้มอากาศถ่ายเทสดอากาศ, วางระเบียบในเรื่องความสดอากาศของเครื่องมือ, เครื่องใช้ และเสื้อผ้า, และมีเครื่องสำรวจกัมมันตภาพรังสีคอยสำรวจอยู่เสมอเป็นต้น ผู้ทำงานเกี่ยวกับรังสีมเวลาทำงานจากต, มเวลาพักผ่อนอย่างนอยในยหนง ๔ สัปดาห์, มการตรวจร่างกายและตรวจโลหิตเป็นประจำ.

เรื่องการป้องกัน, กรรมกรรททาการเกี่ยวกับรังสี, องค์การกรรมกรรนาชาติ (International Labour Organisation) ได้ประชุมกันที่เจเนวาเมื่อธันวาคมพ.ศ. ๒๔๙๗, และได้้นำรายละเอียดเสนอแก่ที่ประชุมนานาชาติทางพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ (International Conference on the Peaceful

Uses of Atomic Energy) ซึ่งประชุมเป็นครั้งแรกเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๔๙๘. แสดงให้เห็นว่าแม้ กัมมันตภาพรังสี จะมีอันตรายเพียงไร, แต่กัมมันตภาพรังสี จะมอันตรายทางวิทยาศาสตร์ยังพยายามนำมาใช้ในทางที่เป็นประโยชน์และคนคึกคักที่จะให้ประโยชน์ในทางสันติให้มากที่สุดค้อยุ่เรื่อยๆ ส่วนในทางป้องกันนักไควพยายามหาทางแก้ไขให้ไควผลชนเรื่อยๆ เช่นกัน.

สำหรับอันตรายจากฝุ่นกัมมันตภาพรังสีซึ่งเกิดจากระเบิดปรมาณู ซึ่งมีผู้หวาดกลัวกันอยู่เป็นอนมกานน มอยู่ ๓ ชนิดคือ:

๑. Close-in fall out, ตกในระยะใกล้ เคียงกยบริเวณตกลง, หรือบริเวณทิ้งระเบิด. ในเวลา ๑๐-๒๐ ชั่วโมง, หลังการทิ้งระเบิด. มอันตรายสำหรับผู้ยู่ใกล้เคียง, จึงไม่เกี่ยวกับประเทศเราในปัจจุบัน.

๒. Intermediate fall-out, ตกในระยะกลาง, ลอยอยู่ในอากาศ ๒-๓ สัปดาห์. ลอยไปตกไค้ไกลในระยะหลายพันไมล์, แล้วตกลงมาพร้อมกยหิมะหรือฝน. เขาได้ทำการวัดคแล้วว่าฝุ่นกัมมันตภาพรังสีจำนวนมากๆ จะทำอันตรายหรือไม่. โดยทำการวัดที่เมืองอลบาน และ คัทรอยท์, ซึ่งอยู่ห่างจากที่ทำการตกลงระเบิดปรมาณูที่

ทะเลทรายเนวาดา, ในรัฐเนวาดา ๒๐๐๐ ไมล์, แต่อยู่ในทิศทางของลมพอกที่จะนำฝุ่นกัมมันตภาพรังสีไปมากทศ. วิกได้ ๐.๑ r หรือเพียง ๑ ปช. ของจำนวนที่จะไ้รับครึ่งหนึ่งมือนตราย. เมืองนิวออร์คไม่อยู่ในทิศทางลมจึงไม่ไ้รับฝุ่น.

๓. Delayed fall-out, ตกในระยะไกล, จะลอยอยู่ในอากาศสูงระดับ ๔๐๐๐ ฟุต, ไ้เป็นเวลานาน ๆ หลาย ๆ เดือนหรือปี. กว่าจะตกลงมาเป็นเวลานานจึงหมดอำนาจทางกัมมันตภาพรังสีลง, และกระจายออกไปทำให้มือนตรายน้อยลงกว่าจะมาถึงพื้นดิน. มกัมมันตภาพรังสีจากที่ปนอยู่ใน

ฝุ่นเท่านั้นที่หมดอำนาจช้ากว่าเวลา ๑๕.๕ ปี, จึงจะหมดไปครึ่งหนึ่ง. ถ้ามีตกลงมากมากจะมีมือนตรายไ้. ขณะกำลังทำการตรวจสอบกันอยู่โดยละเอียดในประเทศที่อยู่ไกลออกไป. ในประเทศไทยกำลังทำการตรวจสอบอยู่.

ตามที่เขาไ้ตรวจสอบมาแล้วทั่วโลก, ยังไม่พบว่าจะมีมือนตรายเกิดจากฝุ่นกัมมันตภาพรังสี. แม้แต่ค่ายลทพบว่ามกัมมันตภาพรังสีสูงทศ, ก็ยังไม่พบว่าส่งจนถึงขนาดมือนตราย. เมื่อวัดรวมกันทั้งหมดก็มเพียง ๓ ปช. ของรังสีคอสมิกและรังสีอนัตมอยู่ทั่วไป ในพินพิภพ.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราชย์ ๒๕๕๕ ไ้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉัยแล้ว ท่านสมาชิกผู้ไ้ไ้รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชต์วัย สำนักงานจะจัดส่งให้ตามประสงค์

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R., ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ., C.R.
สนวน บุณณวงศ์ พ.บ., ทวี บุญโชติ พ.บ., ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑. James E. Perkins: ความสำคัญ
ของการเอกซเรย์ปอดต่อการตรวจรังสีทรวงอก.
Tuberculosis Abstract. Vol. XXX No.
1 Jan. 1957

จากรายงานผลของการสำรวจของคณะ
กรรมการ ๖ คณะของเนชันแนล อคา-
เดมี ออฟ ไซแอนส์, เกษียณการทดลอง
ชีววิทยาคณิต, ว่าจะยังผลให้กระทบกระ-
เทือนต่อประชาชนอย่างไร และคำนวณถึง
รังสีที่จะแผ่กระจายออกไปในภายหน้า ถ้า
ได้นำพลังงานปรมาณูออกใช้ในทางสันติ.
การใช้รังสีในทางแพทยก่อก่อภัยภัยขม
มาพิจารณาด้วย. คณะกรรมการได้ชี้ให้
เห็นว่า, รังสีทุกประเภทเป็นอันตรายต่อ
ประชาชนในแง่เจเนติกส์ จะทำให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงในเซลล์ของต่อมเพศ, ผลที่
ได้ร้าย อันตรายต่อการตรวจรังสีจะพอกพูน
มากขึ้นถ้าได้รับรังสีเพิ่มเติมมากขึ้น, และ
ถ้าหากไม่มีการควบคุมกันอย่างระมัดระวัง
แล้วผลที่จะปรากฏอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้,
คือ อัตราตายสูงขึ้น อัตราเกิดคลดลง และ

ในที่สุดก็สูญสิ้นพันธุ์มนุษย์.

ในแง่พันธุศาสตร์ ซึ่งจะต้องมองในระ-
ยะไกลแล้ว, การที่เซลล์ของรังไข่และ
อองเทะ จะได้รับรังสีแม่จำนวนเล็กน้อยก็
ไม่เป็นการคิดทงน, และตามธรรมชาติ
เราย่อมได้รับรังสีคอสมิก จำนวนหนึ่ง ซึ่ง
กระจายมาจากนอก โลกเรายู่เสมอแล้ว.
นักวิทยาศาสตร์ได้แนะนำว่า, มนุษย์เรา
ตั้งแต่เกิดมาจนอายุถึง ๓๐ ปี ควรได้รับ
รังสี (ที่ผลิตขึ้นโดยมนุษย์เอง) ให้ต่ำกว่า
๑๐ เรนตเกินต่อมเพศ. ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้อง
ทำงานเกี่ยวกับรังสี, ก็ควรให้ตรวจต่ำกว่า
๕๐ เรนตเกิน และไม่ให้เป็นอีก ๕๐
เรนตเกินในระหว่างอายุ ๓๐-๕๐ ปี.

ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดครั้งหนึ่งๆ ต่อม
เพศจะได้รับรังสี ๐.๐๐๕ เรนตเกิน. ใน
การถ่ายภาพปอด (ฟิล์ม ๑๔x๑๗ นิ้ว)
ต่อมเพศจะได้รับรังสี ๐.๐๐๐๒๕ เรนต-
เกิน. ในการถ่ายภาพฟิล์มเล็ก ๐.๐๐๕
เรนตเกิน, และในการถ่ายภาพฟิล์มเล็ก
ซึ่งใช้ระบบกระจกเงาแบบใหม่, จะได้รับ

๐.๐๐๑๕ เริ้นตเกิน. จากตัวเลขข้างบน จะเห็นว่า, คนหนึ่งๆ จะได้รับการตรวจด้วยฟิล์มเล็กได้ ๒๐๐๐ ครั้ง, ในระยะเวลา ๓๐ ปี, ซึ่งตามปกติคนหนึ่งๆ ก็จะถูกตรวจไม่เกิน ๑๕ ครั้ง (คิดบละครั้ง ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป). แต่การตรวจด้วยฟลยอโรสโคปนั้น, คอมเพคจะไ้รับรังสีสูงมาก.

ผู้รายงานสรุปว่า (๑) ไม่ควรใช้ฟลยอโรสโคป เพื่อสกรีนนง แต่เพอการวินิจฉัยเท่านั้น. (๒) การตรวจด้วยเอกซเรย์ที่ไม่ให้คณค่า, ควรรยกเลิก (เช่นใช้เอกซเรย์ตรวจดูเท้าว่าจะเหมาะกัขวงเท้าหรือไม่). (๓) การใช้เอกซเรย์ฟลยอโรสโคปตรวจประชาชน ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี, ไม่เป็นการสมควร. (๔) การตรวจเอกซเรย์ปอดของผู้สูงอายุที่มีครอบครัวแล้ว, ไม่มีความสำคัญในแง่พันธุศาสตร์ (๕) การตรวจเอกซเรย์ปอดด้วยฟลยอโรสโคป ขนาด ๑๔x๑๗ นิ้ว คอมเพคจะไ้รับรังสีในขนาดค่า. (๖) การใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลยอโรสโคปที่มีระยะขงใช้กระจกเงาแบบใหม่, จะทำให้คอมเพคไ้รับรังสีลดน้อยลงกว่าใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลยอโรสโคปธรรมดา ๓ เท่า. (๗) ถึงแม้จะใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลยอโรสโคปธรรมดา, ตรวจสกรีนนง หัวธโรค ในหมู่ชนที่ยังไม่ได้มีครอบครัว, ก็ใช้ได้. (๘) ชนหมู่ใดที่สม-

ควรจะไ้รับการตรวจ สกรีนนง ด้วยเอกซเรย์ปอดค่อๆ ไปควรไ้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือคณะกรรมการ, ที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำ.

โรจน์ สุวรรณสุทธ พ.บ.

๒. M.G. Flannery and Milton P. Caster:
เฮแมงจีโอมาส์ของกระเพาะอาหารและการพิเคราะห์ทางรังสี A.J.R. Radium Therapy and Nuclear Medicine. 1 Vol. 77: 38-39, 1957.

ผู้รายงานได้กล่าวไว้ว่า เฮแมงจีโอมาส์ของกระเพาะอาหารพบไม่บ่อยนัก. มีผู้รายงานแล้ว ๒๕ ราย. รายงานเป็นรายที่ ๒๖ และนับเป็นรายแรก. ที่ให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องก่อนทำการผ่าตัด.

เฮแมงจีโอมาส์จะอยู่ในพวกก้อนทวมที่ไม่ร้ายของกระเพาะอาหาร. อิลัยสันและวีไรท์ เคยค้นคว้าเกี่ยวกับพวกก้อนทวมไม่ร้าย ๑๐๐๐ ราย. พบว่าเป็นมีโอมาส์ ๕๗.๓ ปช. ปาบีลโลมาส์ ๗.๘ ปช. โพลีปีปล์; อะคิโนมาส์; ซิสต์ และไลโปมาส์ อย่างละ ๕ ปช., แองจีโอมาส์ ๑.๗ ปช.

เฮแมงจีโอมาส์ของกระเพาะอาหารเกิด

จากเอ็มไบรโยโอนิครีสท์ ของเยอเนอ
เมโสเทอร์มัล. อาจเป็นชนิดคาบิลลาร์หรือ
คาเวอร์นัสก็ได้. ก่อนทมนเกิดในชั้นซัพ-
มิวโคซัล. มักจะมีลักษณะเป็นสีน้ำตาล
ดำหรือแดง, ก้อนเรียบ. นุ่ม กลมเหมือน
“กลุ่มตัวหนอน” และอาจมีขว.

หลักที่ใช้สำหรับวินิจฉัยทางเอกซเรย์
มีอยู่หลักเดียว, สำคัญและยังไม่เคยมีผู้
กล่าวไว้โดยหลักก็คือ จะพบจุดกลมเล็ก ๆ
ทึบคล้ำสีไฟคของเพลบ โปลิธัสภายในตัว
กระเพาะอาหาร.

ฉะนั้นเครื่องแสดงอนัน, เราจะต้องค้น
หาในทุกรายของผู้ช่วยทมนการตกเลือดของ
กระเพาะอาหารและลำไส้ที่ไม่ทราบสาเหตุ
แน่.

สนวน บุรณภวังค์ พ.บ.

๓. M. Slater: การทะลุของทวารหนัก
A.J.R. Radium Therapy and Nuclear
Medicine Vol. 77: 66 - 68, 1957.

ความประสงค์ของผู้รายงานที่ต้องการ
จะแสดงรายน. เพื่อจะวิจารณ์และแสดง
ให้เห็นถึง ลมที่ อยู่ทาง ข้าง ผนังของ ทวาร
หนักเพื่อช่วยในการวินิจฉัยทวารหนักทะลุ,
ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจาก:

๑. อันตรายจากภายนอก
ก. จากกระสุนปืนหรือแผลถูกแทง
ข. การฉลายจากถูกขบ (Crushing
injuries)
๒. อันตรายจากภายใน
ก. ทะลุขณะทำการตรวจด้วยปรอท
โคสโคป.

ข. ทะลุโดยการสวนทวารหนัก
ค. ทะลุโดยมีวัตถุสวนทะลุขึ้นไปทาง
ทวารหนัก

๓. ไม่เกี่ยวข้องอุบัติเหตุ
ก. การแตกของผนังข้างทวารหนักเข้าไป
ในทวารหนัก

ข. ทะลุเอง (โดยไม่ทราบเหตุ)
ในรายที่สงสัยทวารหนักทะลุทุกรายไป
ควรจะถ่ายภาพรังสีช่องท้อง.

๑. ท่านงหรือย่น
๒. ท่านอนให้ตกเพลวิสด้วย
ทวารหนักทะลุได้ ๒ อย่าง:
๑. อันตรายเปรีโตเนียล
๒. เอกซตราเปรีโตเนียล
ในทมนจะกล่าวเฉพาะอันหลังนี้
ลักษณะที่เห็นทางเอกซเรย์ที่ช่วยในการ
วินิจฉัยทวารหนักทะลุอย่างเอกซตราเปรี-
โตเนียล, ในฟิล์มช่องท้องที่ตกเพลวิส
ด้วย, จะพบลมภายในพาราราคัลที่ซิว

เป็นทางยาวอยู่ทางขอบของเพลวิส, แลต-
เตอร์ลต่อทวารหนัก. ทางยาวนี้เป็นรูปโค้ง
ไปตามรูปของเพลวิส, แล้วหมุนไปทาง
แนวกลางใกล้ไปทางช่องทวารหนัก. อาจ
เห็นข้างเดียวหรือสองข้าง. ในทางของลม
มัน, ถ้าตีให้ดูจะเห็นพองลมเล็กๆ อยู่ด้วย,
จะเห็นเป็นรากโอดูเช่นค้กว่าลมในทวาร
หนัก, ไม่เปลี่ยนรูป แม้จะเปลี่ยนตำแหน่ง,
และคงเป็นเช่นนี้อยู่ได้นานนับจำนวนชั่วโมง
ๆ. อาจจะมีเพิ่มอาณาเขตออกไปได้. ถ้า
นานมาก, และมีโคลอนแบซิลลีสอินเฟค-
ชันด้วย.

सनवन बुरणवङ्क प.ब.

4. E.W. Davis and R.G. Klepser :
“ความสำคัญของการกั้นทึมต่างๆในปอด”
Surgical Clinic of North America Dec. :
1707, 1950.

เงาของเม็ดกลมเดี่ยว ๆ ในปอด, ที่
ปรากฏในการตรวจทางเรินตเกินนั้น, มี
จำนวนรายเพิ่มขนทุกที. ส่วนใหญ่ของราย
ที่พบเช่นนี้, มักไม่มีประวัติอะไรเลย. บาง
คนก็อาจมีอาการไอ, ไอเป็นเลือด, น้ำหนัก
ลด, หรือเป็นไข้บ้างบางครั้ง.

ประมาณ ๕๐ ปีช. ของผู้ช่วยประเภท
นี้, มีสาเหตุเนื่องมาจากมะเร็ง, ซึ่งอาจ

เป็นมะเร็งต้นคอ หรือส่วนแพร่กระจายของ
มะเร็งจากส่วนอื่นของร่างกาย. แต่ส่วน
มากมักจะเห็นมะเร็งต้นคอเดี่ยวราว ๑๕ ต่อ
๑. เนื้อของชนิดนี้ ถ้าหากพบลักษณะ
เปลี่ยนแปลงของปอดคั้งกล่าว, การพิ-
เคราะห์ก็มักจะชี้ไปทาง มะเร็งต้นคอ ของ
ปอดมากกว่าอน.

ทเซอร์คิวโลมาของปอด, พบมากเป็น
ทั้งสอง คือประมาณ ๒๕ ปีช. ของรายทึม
เม็ดเดี่ยวๆ ในปอด. ส่วนอีก ๒๕ ปีช. ที่
เหลือเป็นแกรนโนโลมาส์, จากการอักเสบ
เรื้อรังอย่างอน, ซัสตหรือกอนเนองอกชนิด
ไม่ร้าย, เช่น ไมโอไฟโบรมา และ ฮาร์มา-
โตมา.

การพิเคราะห์ทางคลินิกในรายเช่นนี้,
นับว่ายาก. ประวัติและการตรวจร่างกาย
มักจะไม่แสดงความผิดปกติ. บรองโคส-
โคย์อาจช่วยได้ในน้อยราย, เพราะเม็ดนั้น
อยู่ตรงขอบๆ ของปอด. เสมหะและน้ำจาก
หลอดลมที่ไต่จากบรองโคสโคย์ และการ
ตรวจทางจุลวิภาคของเซลล์บรอก, บาง
ครั้งก็พบเซลล์มะเร็ง. การตรวจที่ให้ผลลบ,
ไม่ใช่แยกมะเร็งออก. การทดลองที่ผวหนึ่ง
สำหรับวินิจฉัยโรค, ถ้าให้ผลลบ, มักจะแยก
วินิจฉัยออกไปได้. แต่อย่างไรก็ตาม ๒๕
ปีช.ของผู้ช่วยวินิจฉัย อาจมีการทศอช

ทเซอร์คลินลยได้.

การตรวจโดยวิธีเร็นทเก้น, โดยถ่ายภาพลิมนานหน้าและข้าง, ยังคงเป็นวิธีแสดงทกทสคเทาทมอย. การทมแคล-เซียมอยู่ในเมคนน, มักแสดงวากอนนเนนเนองอกชนคไมรายหรือเนองการอกเสยเรอรง, หรืออาจแสดงขอบทชรขระของกอนนควยการถ่ายคค (โตโมแกรม), ซึ่งแสดงวากอนนน่าจะเป็นมะเร็ง (ริก-เกลอ์).

โดยทั่วไป รายเช่นน, การรอกอยสังเกทว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรต่อไปกับเมคนน, อาจทำให้เกิดผลเสย. ถ้าหากพยเมคเคยว ๆ เช่นนในปอด และการวินิจฉัยยังไม่สามารถยืนยันเนนอئكควรเบ็ดชองอก. เพราะมะเร็งของปอดชนคน, มักกระจายแพ้วหลายโดยคั่นคอกของมันอาจเปลี่ยนแปลงน้อยมาก. การผ่าคคเอามะเร็งออกทนเวลาเทานน, ททาให้มควมหวังหายขาดได้. นอกไปจากน การผ่าคคเอาออกก็เนนวิธีรักษาผู้วยทมทเซอร์คล-มา และกอนเนองอกชนคไมราย. ทงนนการเบ็ดชองอกและคคกอนออก ก็ให้ควมสำเร็จในการพิเคราะห์และการคแลผู้วยไคถึง ๕๐ ปร.

ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ., C.R.

๕. Earle M. Chapman, Farahe malooof,

Jorge Maisterrena, and Jorge M. Martin.

สืบในความชำนาญในเรื่อง กัมมันตภาพ

ไอไอโคค J. Clin. Endocrinol. 14:

45 - 55, 1957.

ไอไอคิน ๑๓๑ มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหอบคสม. ผู้เขียนได้รายงานผู้วยทไทรยการรักษาควยไอไอคิน ๑๓๑ ทงหมค ๔๖๕ ราย. ภายหลังกการ้วยประ-ทานขนาดรักษาของไอไอคิน ๑๓๑, ส่วนมากครวงเคยว, ๓๗๔ ราย หรือประมาณ ๘๐ ปร. ได้ผลค.

ภายหลังกการรักษา ๖-๑๒ เดือน, จึงอาจพิจารณาเกยวักการให้ขนาดรักษาของไอไอคิน ๑๓๑ ต่อไปอีก, ระยะเวลาเชล-เมตาบอลิซมจะกลับสู่ชคปกติ. เฉลยประ-มาณ ๒ เดือน. ระยะเวลาจะเกิดมิกชคมา, เฉลยประมาณ ๔ เดือน. มิกชคมาเกิดชนประมาณ ๘ ปร.

ผู้วยทถึงแก่กรรมโดยเหตุอน, และเคยได้รักษาขนาดรักษาของไอไอคิน ๑๓๑ มาแล้ว ๘ ปี. ไม่มีลักษณะทางจลพยาธิของค่อมชยวอยค เป็นคาร์สโนมาเลย.

ภายหลังกการรักษาด้วยไอไอคิน ๑๓๑ การตรวจค่าของการ้วยไอไอคิน ๑๓๑

ซีรัมโปรตีน เยาวนค์ ไอโอคีน และเบซัล เมตาโบลิซึมมีค่าแสดงต่างๆ กัน. ผู้ช่วย อาจมี มีกซ์คี่มา หรือ ยธิรอยค. หรืออาจ มีชัยเปอร์ธิรอยคี่สมีไต, โดยแสดงค่า ของการตรวจทางห้องทดลองอย่างถูกต้อง. แต่บางพวกก็อาจแสดงค่าของการตรวจทาง ห้องทดลองแตกต่างกันออกไป.

ร่วมไทร สุวรรณิก พ.บ., C.R.

๖. John M. Bleyer, M.D. and Joseph H. Marks, M.D. : ทูเบอร์คูลโลมา และ ซามาร์โตมาของปอด, และการศึกษา เปรียบเทียบ ๖๖ ราย The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 6: 1013-1022, 1957.

ผู้เขียนได้ศึกษาผู้ช่วยซึ่งเป็นทูเบอร์คูลโลมาในปอด ๔๑ ราย. และซามาร์โตมา ในปอด ๒๕ ราย. ได้สรุปการพิเคราะห์ แยกระหว่างทูเบอร์คูลโลมาและซามาร์โตมา คือ:

ในทูเบอร์คูลโลมา:

- (๑) พบย่อยในผู้ช่วยอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี.
- (๒) พบมีเส้นซัดเจน (strands) ว่าง จากตำแหน่งท่มพยาธิสภาพไปยังชวปอด

ได้ย่อยกว่าซามาร์โตมา.

- (๓) มีพยาธิสภาพอยู่หลายแห่ง.
- (๔) บางครั้งจะพบบริวารอยู่รอบๆ ตำแหน่งท่มพยาธิสภาพ.
- (๕) บริเวณที่โปร่งแสงในก้อนทูเบอร์คูลโลมาจะพบได้ย่อยกว่า.
- (๖) ในราย “ผลบวก” ของทูเบอร์คูลโลมาจะไม่ค่อยพบหินปูนมาเกาะ แต่พบได้ย่อยในราย “ผลลบ”.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๗. Charles Stuart M.C., M.B., B.S. DMR., M.C. R.A., Perth Western Australia : คัดยอนอกเสียบเฉียบพลัน, อาการแสดงทางรังสีซึ่งจะค้นพบได้เบองแรก The Journal of the Faculty of Radiologists. 1 : 50 - 57, 1956.

การอักเสบเฉียบพลันของคัตยอนสำมารณินิจนัยจากการถ่ายภาพรังสีเรินตเกินอย่างธรรมดา. โดยถ่ายภาพช่องท้อง พ.เอ. ในท่านั่ง; พ.เอ. หรือ เอ.พ. ในท่านอนราบ และค่านข้างในท่านอน. จากการศึกษารายถ่ายภาพช่องท้องธรรมดาในคนปกติ ๑๐๐ ราย, พบ ๕๘ รายท่มลม หรือ ท่งลมและอุจาระในลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง.

ในการอักเสบเฉียบพลันของตับอ่อน ในภาพรังสีเรตินคเกินธรรมดาของช่องท้องจะพบว่าไม่มีลมในส่วนกลางของลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Gas "cut-off" sign). ใ้รายงานผู้ช่วย ๖ คนที่มตยออ่อนอักเสบเฉียบพลัน และพบเครื่องแสดงนทกคน.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๘. Jerome A. Urban, M.D.: การตัด

เต้านมอย่างขคราก รวมทั้งการตัดต่อมนานาเหลืองอินเทอร์นัลแมมมารี The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 3: 431-437, 1957.

ผู้เขียนมีความเห็นว่า, ในมะเร็งของเต้านมที่ยังอยู่ในระยะที่ ๑ หรือเริ่มระยะที่ ๒. ควรได้รับการผ่าตัดเอาเต้านมออกแบบขคราก, พร้อมทั้งเอาต่อมนานาเหลืองอินเทอร์นัลแมมมารีออกทั้งหมด (en bloc resection) ในเวลาเดียวกัน. ได้แสดงจำนวนผู้ช่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีนี้ ๒๑๕ ราย. พบว่า ๔๓ ปช. ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมนานาเหลือง; ๗ ปช. ไปเฉพาะที่ต่อมนานาเหลืองอินเทอร์นัลแมมมารี; ๒๒ ปช. เฉพาะต่อมนานาเหลืองทรวงอก และ

๒๘ ปช. กระจายไปยังต่อมนานาเหลืองทง ๒ แห่ง. ผลภายหลังผ่าตัด ๓ ปี มีชีวิตอยู่ ๘๑ ปช. และ ๖๗ ปช. มีชีวิตอยู่โดยไม่มีอาการแสดงของโรคทางคลินิก. ถ้าพบการกระจายของมะเร็ง, ไปยังต่อมนานาเหลืองทรวงอกของรักแร้ หรือท่อนทอรวนล-แมมมารี ซึ่งอยู่ช่องซโครวงที่ ๑, ควรต้องได้รับการรักษาโดยรังสีเรตินคเกินลกพื้นฐานของคอกภายหลังผ่าตัด.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๙. J.C. De Paepe; A. Fieg: การ

ศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของกรตนิวคลิอิกและโปรตีนในเยื่อใยของปากมดลูก. British J. of Rad. Vol. 30 351 : 141 - 144, 1957

การศึกษานกเพอจะตการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมของกรตนิวคลิอิกกับโปรตีน, ในระหว่างการเจริญเติบโตของเซลล์ปากมดลูก. และเพอจะตผลถึงความไวคอบต่อรังสีแกมมาในการรักษา. จึงได้ทำการศึกษาโดยการทำไบออพซี้จากปากมดลูก ทั้ง ราย ปกติ และ ราย ที่เป็นมะเร็ง, สำหรับรายที่เป็นมะเร็งนั้นได้ทำหลังจากใส่ราเคียมครบแล้ว ๓-๗ วันอก ๑ ครั้ง เอา

ชันเนอตกคนนไปไว้ในเตาอบซึ่งมีอุณหภูมิ ๓๗ ซ., ใสไว้ใน ๐.๕ ลบ. ซม. ของ ชรัมเลอค, ซึ่งมกมมันตภาพอะเคนน ๑๔๐ แกมม่า. หรือกมมันตภาพเฟนนิล อะลันน ๒๘๐ แกมม่า, อยู่เป็นเวลานาน ๑, ๓ หรือ ๕ ซม. ค่อมมาใส่ในอะเซติก- แอลกอฮอล์แล้วทำการตกเนอเพื่อตรวจทาง จุลทัศน์. ทำออโทรากิโอกราฟทวย II-ford G5 nuclear emulsion. บอมควยวิชิ ของอันนา. อากัยทอะเคนนจะไปจับกับกรค นิวคลีอิก, ส่วนเฟนนิลอะลันนจะจับกับ โปรเทอีน, ทำให้ช่วยทวยผลในการตก- ลงคอง:

(ก) ในเยอบยปกติ, ภายหลังเอาเข้า เตาอบแล้ว ๑ ซม., อะเคนนจะจับมาก อย่างชัคเจนในชันเบซัลและพาราเบซัล ถ้า อยไว้ ๓ - ๕ ซม. จะเห็นว่าจับกระจาย ทั่วไปเท่าๆ กัน. แสดงว่านิวคลีอิกเมตา- บอลิซึมของเซลล์มีมากในชันเบซัล. ทรง กันข้ามกับเฟนนิลอะลันนกลัยไปจับในชัน อินเทอร์มีเคียมมากกว่า, จนกว่าจะอยอยู่ นาน ๑ ซม. จึงจะพบในชันพาราเบซัล ยั้ง, ส่วนในชันเบซัลและส่วนผิวๆ นั้นไม่ มีเลย. เหล่านี้แสดงถึงว่ากรคนิวคลีอิกมี ส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการสังเคราะห์ โปรเทอีน,

(ข) ในเยอบยเช่นมะเร็ง, ในราย กอนให้การรักษายะจับได้มากกว่ารายปกติ. ภายหลังการรักษาสังเกตคเซลล์เนองอก ซึ่งมารวมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ สามารถจับกับ อะเคนนได้น้อยลง. ใน ๑๐ ราย พบว่า ๘ รายทการจับกับอะเคนนน้อยลงไป. แต่ กยังมีเซลล์บางกลุ่มยังมีลักษณะแอกคตฟอย์ เทาเคิม. อีก ๒ รายยังคงจับกับอะเคนน ใต้เท่ากยก่อนการรักษา.

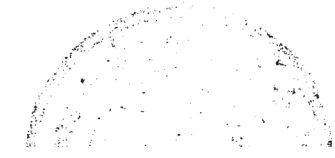
การศึกษานนยว่ามีความสำคัญเกยว กับทวยถึงความไวคอบ และประสิทธิภาพ ของรังสีแกมม่าที่จะใช้รักษา.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๐. Torsten Norin: การรักษามัยอิล- ม่าควยรังสี และการคานงถึงขนาดทไซ Acta Radiologica Vol. 47: 46-54, 1957.

โดยเหตุทมัยอิลม่าคูลัยว่าจะพบ มากจนๆ. จึงควรพิจารณาถึงความไว คอบของมนตอรังสีรวมทั้งขนาดทควรจะใช้. ส่วนมากแล้วมักให้ขนาดปานกลางพอให้ อากาปรคยรวรเทาหลง.

ผู้รายงานได้รวบรวมผู้ช่วย ๓๐ ราย. (บค.ค. ๑๕๔๓-๑๕๕๓) เป็นชันคิทเยน หลายๆ แห่ง. ทั้งหมดนับได้ ๕๓ แห่ง, รักษาควยรังสีทกราย. ให้ขนาด ๑๗๐-



๒๐๐ K.V.; ๑๐-๑๕ M.A. ๐.๕ มม. ของแคง + ๑ มม. อาลูมิเนียม. (บางรายที่อยู่ผิว ๆ ให้ ๕ มม. อาลูมิเนียม); พัลสขนาด ๕๐-๒๕๐ ค.ร.ซม. ให้อัตรา ๓๐๐-๕๐๐ อาร์ ทวหนึ่ง, ทกวั้นและเว่นวันอาทิตย์. ในรายที่เม็ดเลือดขาวต่ำก็ให้ห่างเป็นระยะ ๆ.

ลักษณะที่แสดงว่าได้ผลคือ (๑) ก้อนที่คล้ำไถนหายไป (๒) เกิดกระดูกใหม่หนาขึ้นในส่วนกลางของกระดูกที่ถลอกทำลาย (๓) ในรายกระดูกสันหลังที่ถลอกทำลายลง, อาการชาของแขนและขากลับคืน.

ผลที่ได้รับจากการรักษาคือ อาการปวดหายไปทุกราย. ๒๗ แห่งให้ผลดีตามลักษณะที่กำหนด ๒๖ แห่งไม่ได้ผลดี. โดยเฉพาะในรายที่ให้ขนาดควมิลเลทฟ. ควรให้ประมาณ ๑๕๐๐ อาร์ ซึ่งเท่ากับ ๓๕๐๐ อาร์ต่อ ๑๕ วัน หรือ ๕๐๐๐ อาร์ต่อ ๓๐ วัน.

นับได้ว่ามัยอิลโลมาเป็นเนื้องอกชนิดไวต่อบทอรังสีพอประมาณ. ชนิดเป็นหลาย ๆ แห่งไม่ไวต่อบทอรังสีนัก. แต่ชนิดเดียว ๆ นับได้ว่าเป็นชนิดที่รังสีจะบังคับไว้ได้.

พร้อมกันนี้ผู้รายงานได้รายงานถึงผู้ช่วย ๔ ราย, เป็นมัยอิลโลมาในที่ต่าง ๆ กัน. รักษาได้ผลดีทุกราย. แต่ภายหลังไปเป็น

ทอน ๆ อัก และถึงแก่กรรมในที่สุด.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๑. Paul Strickland: การทำลายทวารหนักในการรักษามะเร็งของปากมดลูกด้วยวราเคียม British J. of Rad. Vol. 27 323: 630-634, 1956.

ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๕๗-๑๙๕๒, มีผู้ช่วยที่เป็นมะเร็งของปากมดลูกได้รับการรักษาด้วยวราเคียม ๕๐๑ คน. ปรากฏว่ามีอยู่ ๕ คน ที่มีการทำลายต่อทวารหนัก. มอก ๓ คนที่ยังไม่แน่ชัด. นับได้เป็น ๒.๔ ๒๕. การรักษาด้วยวราเคียมนี้, ได้คิดแปลงมาจากวิธีของสต็อคโฮล์ม. การกระทำโดยใช้ยาสลบและให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าลิโธโตม, ทำไข่อฟซทแผลของปากมดลูกแล้วถ่างช่องมดลูก. ใส่วราเคียมชนิดหลอด ๕๐ มก.; หลอดเงินหนา ๓.๐ มม.; ยาว ๖.๕ ซม., หรืออาจใช้อย่างสั้น ๒.๕ มก.; หลอดทองแดงหนา ๓.๓ มม. ส่วนในช่องคลอดใช้หลอดวราเคียมชนิดรูปไข่ ๒ อัน, ทำควยเบเคไลท์, มีวราเคียมอยู่ ๒ ขนาด, คือ ๓๐ มก.; หลอดทองแดงหนา ๒.๖ มม. หรือ ๒๐ มก.; หลอดทองแดงหนา ๒.๒ มม., ใส่ให้ก่อนมาทางค้ำนอก

และหน้าตาสดเพื่อให้ห่างจากทวารหนัก, ยึด
 กล้วยฝากอชฟลาวน, เพื่อให้หลอดราเคียม
 อยุ่ คงที่ แล้วถ่าย ฟลุ่ม ต่ำแห่งเอาไว้,
 เมื่อบริบ ๒๒ ซม. ก็เอาออก. ใส่อีกภายใน
 หลัง ๗ และ ๒๑ วัน. ระหว่างนั้นใช้รักษา
 กล้วยรังสีเร็นทเกนด็ก. ทส่วนข้าง ๆ ของ
 มดลูก. ใช้ฟลุ่มขนาด ๑๕x๑๐ ซม.,
 ด้านหน้า ๒ ฟลุ่ม, ด้านหลัง ๒ ฟลุ่ม,
 ขนาด ๒๒๐ KV ๑๐ M.A., ๔๐ ซม.
 F.S.D. ความหนาทองแดง ๑.๕ มม.
 ให้ ๑๘๐๐ อาร์ ต่อ ๒๑ วัน. จำนวน
 “อาร์” ที่ทวารหนักวัดได้ต่าง ๆ กัน,
 แล้วแต่ตำแหน่งของมดลูก, ขนาดของ
 ช่องคลอดและการใช้ผ้ายึดไว้. โดยทั่ว ๆ
 ไปในท่านอนวัดได้ ๖๐๐๐ อาร์.

ใน ๕ รายนั้น, เกิดอาการช่นของทาง
 ทวารหนัก ภายหลังจากใส่ราเคียมไปแล้ว ๖
 เดือนเป็นจำนวน ๗ ราย. ๑ รายหลังใส่
 ๑๑ เดือน และอีก ๑ รายหลังใส่ ๒ ปี.

อาการทางทวารหนักที่เกดช่นมีดังนี้:

- (๑) ท้องเดิน, มีอาการเป็นเลือดคืด
 มุกเล็กน้อย. (๒) มีอาการปวดเบ่ง. (๓)
 เวลาถ่ายปวดมากที่ทวารหนัก. (๔) บาง
 รายมีอาการผูกพรอมมากขมเลือดคืดออก
 ออกมาด้วย. (๕) บางรายมีการตกเลือด
 ออกมาทางทวารหนัก.

เวลาใช้นิวตรอนทวารหนัก, พบว่าไม่
 รู้สึกเจ็บมาก แต่จะมีเลือดคืดออกมาบ้าง,
 กล้วยปรอคโทสโคป, จะเห็นเยอบทวาร
 หนักคล้าย ๆ กับกระดาษขี้สัสมพทช่ม
 หนา, ผิวขรุขระและมีจุดเลือดออกทั่ว ๆ ไป.
 บางรายเห็นมแผลตื้น ๆ. ภายหลังจาก
 รักษาจะเห็นเยอบม สัซค ๆ หนาและบาง
 รายมีขวม ๆ.

ในการรักษา ให้อยู่โรงพยาบาลอย่าง
 น้อย ๑ เดือน. ให้อาหารทมแคลอรีสูง ๆ
 และมีกากน้อย. ให้พักรพื่นเหลว ๆ ขนาด
 น้อย ๆ. อาจให้พวกทิงค์เจอร์โคลโรฟอร์ม
 กับมอร์ฟีนบ้าง.

ผู้รายงานให้ความเห็นว่า, การทำลาย
 คอทวารหนักน่าจะแบ่งได้เป็น ๒ แบบ คือ
 (๑) ปฏิกริยาภายในจะพบแผลมีลักษณะ
 เป็นสันหนา ๆ ทางด้านหน้าของทวารหนัก,
 บริเวณระดับปากมดลูก ซึ่งเกิดจากให้ขนาด
 ราเคียมมากเกินไป (๒) ปฏิกริยาภายนอก
 จะพบเนอทาง ส่วนหลัง ของอู้ง เซ็งกราน
 รอย ๆ ทวารหนักหนาเป็นแผ่นแข็ง, เกิด
 จากการมีครอมโบลีสทำให้มีอินฟารคชัน.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๒. Basil A. Stoll: ยาใหม่ในการ
 แก้กการแปร่งศ Radiology Vol. 683:

380-385, 1957.

เกี่ยวกับการแพรงสี, โคทคลองไซยาต่าง ๆ มีพวกคลอโปรมาซีน (ลารแกค-ทิล), ซัยโคลซีนซัยโครคลอไรท์ (มารซีน), พาคาคัลซัยโครคลอไรท์, โดยเปรียบเทียบกับไพริคอกซินซัยโครคลอไรท์, ซึ่งนับว่าได้ผลดีและใช้กันมานานแล้ว, ยาแต่ละอย่างใช้นาน ๑ สัปดาห์. ถ้าไม่ไดผลก็เปลี่ยนเป็นยาอื่นแทนต่อไป ๑ สัปดาห์. รวมการทดลองทั้งหมด ๒๑๒ ครั้ง ในเวลา ๑๘ เดือน ทงนตองคำนงถึงความรุนแรงของการแพรงสีด้วย, ซึ่งยอมแล้วแต่ตำแหน่ง, พันธุกรรมและขนาดที่ให้. ขนาดยาที่ใช้:

ไพริคอกซิน ๒๕ มก.

คลอโปรมาซีน ๒๕ มก.

ซัยโคลซีน ๕๐ มก.

พาคาคัล ๕๐ มก.

ยานใช้ฉีดเมอรัยประทานไม่ไดผล. อาการแพ้ยาพบมีแต่ง่วงนอนในรายที่ใช้คลอโปรมาซีน. ผลปรากฏว่าเฉพาะการแก้คลื่นไส้และอาเจียนได้ผลดังนี้:

ซัยโคลซีน ๔๘-๗๐ ปช. = ๕๕ ปช.

ไพริคอกซิน ๕๓-๗๑ ปช. = ๖๒ ปช.

คลอโปรมาซีน ๖๑-๗๕ ปช. = ๖๘ ปช.

พาคาคัล ๗๔-๘๕ ปช. = ๘๒ ปช.

นอกจากนี้ยังได้ผลในรายที่ให้การรักษาบริเวณช่องท้องโตกระบังลมและเหนอกระบังลม และผลการแก้อาการเบื่ออาหาร, อิกทงอาการเหงาซึมออกด้วย. สรุปผลได้ว่าพาคาคัลให้ผลดีกว่าไพริคอกซินและยาอื่น ๆ. คลอโปรมาซีน, ไพริคอกซินและซัยโคลซีนได้ผลดีตาลงมาตามลำดับ.

สำหรับรายที่รักษาด้วยรังสีหน้าท้อง, พาคาคัลและคลอโปรมาซีนให้ผลดีพอ ๆ กัน และดีกว่าไพริคอกซินและซัยโคลซีนอย่างชัดเจน. สำหรับการรักษาเหนอกระบังลมมน ๆ ยาทั้ง ๔ ชนิดให้ผลดีพอ ๆ กัน. อาการคลื่นไส้อาเจียนนกรักษาได้ผลดีกว่าการแก้อาการเบื่ออาหารและอาการเหงาซึม.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๓. George W. Chamberlin M.D. and Irving Imber M.D. การถ่ายกรวยไตเพื่อการพิเคราะห์โรคทรวงและทางของตับอ่อน Radiology Vol. 63. 5: 722-729, 1954.

อาศัยการเปลี่ยนแปลงของภาพการถ่ายกรวยไตข้างซ้าย สามารถบอกตำแหน่งที่มพยาธิสภาพทรวงหรือทางของตับอ่อน, ซึ่งอาจเป็นซิสต์หรือมะเร็งได้, โดยที่บางราย

ตรวจไม่พบโดยวิธีอื่น. ตามปกติไตอาศัย การ ผลิตลักษณะ ของเยื่อ ขภาวะ เพาะ อาหาร หรือการรบกวนคโอเคนม, ส่วนหลังเยื่อ ข้องท้อง หรือบนลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง, ซึ่ง นับว่าขอกไตยาก และตรวจพบได้ช้ากว่า.

ลักษณะที่จะพบ คือ จากการถ่ายภาพไตข้างซ้าย เงาของไตกว้างและยาวขนาดเล็กนอย เคล็ดขัสถกยขาวออกโดยไม่ใช่ จากถูกคนผิดปกติไปหรือมีการอุดตัน. กรวยไตมีรอยถูกกด. หลอดไตส่วนต้นอาจถูก ถิ่นไปทางหลังและข้าง ๆ. การถูกถิ่นไปข้างหลังของไตเองไม่เห็นได้เสมอไป, แต่ ข้างที่กพบได้โดยถ่ายค่านข้าง. ถ้าไตไม่ถูกยคคคกยกับของตบ้ออน, ลักษณะการ กจะหายไปเมื่อถ่ายภาพกรวยไตในท่าขื่น.

การทำกรถ่ายภาพกรวยไตโดยวิธีโทร เกรด ก้อาจพบการเปลี่ยนแปลงไตเช่น เคียวกัยการทำโดยการฉีควัตถุขรังสีให้ ขบ์ออกทางไต, แต่ต้องระวังไม่ใช่ส่วนยา ให้กรวยไตถ่างขยายเกินไป. วิธีเหล่านี้ ต้อง ให้ เทรยมผู้ช่วยไว้อย่างค้และระวัง.

พร้อมกันนี้ไตรายงานคนไข้ ๖ ราย, ซึ่งตรวจพบโดยวิธีอื่น. ขางรายคล้ำไม่พบ กอนหน้าทอง. เป็นชาย ๓ ราย, หญิง ๓ ราย. เป็นขัสถของตบ้ออน ๑ ราย, นอก นนเป็นมะเร็งของตบ้ออน.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๔. Robert B. Eagle, George Jacobson, Eleanor R. Ftaser. การพิเคราะห์มคลูก ชนิก ไบคอร์นเอท โดยทำพลาเซนโตกรา- W Radiology Vol. 68, 3: 408-410, 1957.

มคลูกชนิกไบคอร์นเอทหมายรวมถึง แต่พวกทมคลูกแยกเป็นสองโดยมีคคมคลูก ขนเคียว, มคลูกทมผนังกนโดยตลอดหรือ ไม่ตลอดจนถึงเกือบปกติ คคมีมคลูกชนิก อารคเอดส์.

การผิดปกติของมคลูกทำให้เกิดอาการ แทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น ปวดมคลูก, แท้ง, รกลอกตัวก่อนกำหนด, รุกเกาะตา, คลอดช้า, มคลูกแตก, ผนังคร้าแตกก่อน กำหนด, คลอดก่อนกำหนด, มคลูกอ่อน กำลัง, รุกค้างหรือตกเลือดหลังคลอด.

ไตรายงานคนไข้ ๓ ราย ซึ่งให้การ วินิจฉัย ได้ว่าเป็นมคลูกชนิกไบคอร์นเอท โดยอาศัยภาพถ่ายซอพท์ ทีซีซีวี พลาเซน โตแกรม. เห็นเค้กอยู่ในท่า "เปลญวน" คล้ายทำกน, มีส่วนตัวและหัวอยู่ทางค่าน หนึ่งของท้องแม่, หัวอยู่สูง, ตะโพกทอด ต่ำลง, ส่วนขาแยกห่างจากลำตัวเหยียด ไปค่านตรงข้าม, คอส่วนหัวและลำตัวอยู่ ในมคลูกช่องหนึ่ง, ส่วนขาไปอยู่อีกช่อง หนึ่ง.

ต้องแยกจาก ทำขวาง ในมดลูก ยักติ. ในทำขวางกระดูกสันหลังของเด็กจะโค้งงอมากกว่า, ส่วนขาถูกพับมาข้างหน้า. แขนงชี้คกขส่วนตัวและแขนเด็ก.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๕. Herman Lodin : การพิเคราะห์มัยโคมาของปอดทางรังสี Acta Radiologica Vol. 47 1: 23-28, 1957.

มัยโคมาของปอดหรือฮีเปอร์จิลโลมาเกิดจากเซลล์, ส่วนมากเป็นพวกฮีเปอร์จิลลิส, นอกจากนั้นก็มีไมเนเลีย, คันทาคา และสเตรพโตมัยเซส อาจเริ่มที่ขรอกคัสปกติแล้วทำให้เกิดพยาธิสภาพขรอกคัสหลังหรือเริ่มที่ขรอกคัส ซึ่งเคยมีพยาธิสภาพอยู่แล้ว เช่นเป็นขรอกคัสเอคเทซีส, ผหหรือซิสต์ ฯลฯ ก็ได้.

อาศัยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก, ให้การวินิจฉัยได้โดยเห็นเป็นก้อนทึบสม่ำเสมอ, กลมคล้ายลูกบอล, ขยี้ได้อยู่ในถุงบาง ๆ โดยมีขรอกคัส ๑ อันหรือมากกว่าไปติดต่อกับขรอกคัสอื่น ๆ. ระหว่างก้อนกบผนังของถุงเป็นชั้นของอากาศ ซึ่งอาจมีแคลเซียมจับอยู่. ก้อนนี้ประกอบด้วยมีซีเลียทรวมกลุ้ม, คุกคล้ายก้อนทึบเดี่ยว ๆ ในปอด, ซึ่งมักพบในส่วนยอด

ของปอด. ควรถ่ายภาพรังสีหลายท่า, ประกอบกับการถ่ายภาพโทโมกราฟด้วย.

การพิเคราะห์แยกโรค, แยกจากจากผลที่ปอดและมีเนื้องอก, นอกจากนั้นยังต้องแยกจากทิวเบอร์คูลโลมา. ในทิวเบอร์คูลโลมา จะเห็นโพรง ขรุขระ หรือเป็นรูปพระจันทร์เสี้ยวในก้อน, แต่ในมัยโคมาเห็นเป็นชั้นของอากาศรอบ ๆ ก้อน.

ได้รายงานคนไข้ ๔ ราย (เพิ่มเติมจากที่เคยมีรายงานไว้แล้วแต่ปี ๑๙๓๘ เรียบมารวม ๔๐ ราย) เป็นชายอายุ ๖๕ ปี ๑ ราย, อายุ ๕๖ ปี อีก ๑ ราย, เป็นสาวพวกเอ็นโคมัยซเตส. เป็นหญิงอายุ ๔๗ ปี ๑ ราย, สาวพวกไมเนเลียแคนคาคา. หญิงอายุ ๕๒ ปี อีก ๑ รายเป็นชนิด ฮีเปอร์-จิลลิส รายงานหลังนิตยสารทางรังสีไม่ชัดเจน.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

๑๖. Ralston Paterson : "การรักษาทารังสีเพื่อกำจัดมะเร็งปอด" The Journal of the Faculty of Radiologists. 4: 235 - 238, 1957.

มะเร็งในรายที่เป็นมากจนไม่สามารถที่จะรักษาหายได้แล้ว, การช่วยเหลือกเพียงแต่เพื่อบรรเทาอาการและผ่อนคลายอัน

ทวาย. การใช้การรักษาทางรังสีเป็นวิธี
หนึ่งที่ได้ผลดีมาก.

ข้อที่จะต้องคำนึงถึงในการรักษา คือ:

๑. จะต้องหวังผลในการบรรเทาอาการ
ให้แน่นอน, ไม่ใช่ทำให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป
โดยยังมีความเจ็บปวดทรมานอยู่.
หน้าที่ของแพทย์คือทำให้อายุยืนนานต่อไป
ไม่ใช่ทำให้อาการตายนานไป. เกยวกับ
มะเร็งปอด อาการทรมานที่สำคัญคือความ
ปวด, หายใจขัด, อาการกระดูกเมดิแอสทีนัม
ส่วนบน. ได้ยกตัวอย่างรายหนึ่งมีเสียง
แหบ, ไม่มีอาการรอนและแข็งแรงก็, พย
เป็นมะเร็งของปอด. ฉะนั้นรายนี้ให้กดคือ
โรคต่อไป.

๒. ระยะเวลาการรักษาให้สั้นที่สุดและมี
ปฏิกริยาน้อยที่สุด. ควรใช้เวลา ๘-๑๐
วัน. ข้างรายเพียงครึ่งเคียวก็พอ. เช่นลำ
หรือมะเร็งกระจายมาที่กระดูกแห่งหนึ่งจาก
มะเร็งเต้านมก็ให้ขนาด ๑๒๕๐ อาร์. ครึ่ง
เคียวแก้อปวด. หายปวดหมด ๕๐ ปช. ผล
ดีมาก ๘๐-๕๐ ปช. การให้ระยะนานไม่
ช่วยให้ดีกว่า.

๓. ขนาดที่ให้น้อยกว่าขนาดรักษาหาย
แต่ก็ไม่น้อยเกินไป. โดยทั่วไปให้ขนาด
๒-๓ ของขนาดรักษาเต็ม. ยกตัวอย่าง
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้ ๓๐๐๐อาร์ ใน ๘

วัน.

๔. เมื่อเข้าระยะบรรเทาแล้ว การช่วย
บรรเทาที่ไม่สามารถเป็นไปได้. มีแต่จะ
ทรุดลง, การรักษาอย่างใดก็ไม่เป็นการ
กรุณาอีกอาจทำให้ถึงที่สุดเร็วขึ้น, ราย
เช่นนั้นจึงปล่อยให้เขาตายโดยสงบเถิด.

๕. การรักษาทางรังสีต้องให้ผลดีกว่า
วิธีอื่น. ต้องเปรียบกับพวก. (ก) ยาต่าง ๆ
เช่นฝิ่น, มีหญิงคนหนึ่งเป็นมะเร็งเต้านม
ซึ่งกระจายไปตามกระดูกทั่วไป อยู่ได้ถึง
๖ ปีโดยอาศัยฝิ่นเท่านั้น. (ข) คำนัลย-
กรรม เช่นคัลยกรรมประสาท แก้อปวดโดย
ฉีดยาเข้าไขสันหลัง, คัดทางประสาทไข
สันหลัง ฯลฯ หรือโดยแก้อการรอน เช่น
เจาะเยื่อกระดูก, ถ้าใส่ใหญ่ ฯลฯ (ค)
พวกฮอร์โมน. (ง) การรักษาทางจิตใจ.

๖. หลีกเลี่ยงจากการ "เห็นเลือดปะ-
จวรเข้า", คือไม่กล้าทำให้เกิดเป็นการตาย
ที่กลับทรมานมากขึ้นไปอีก. อย่างรายมะ
เร็งปากมดลูก ซึ่งลามเข้ากระดูกกระเพาะปัสสาวะ
และออกนอกเชิงกรานแล้ว, ก็ให้ตายเพราะ
การคิดเชือดกเลิกคิดว่าจะรักษาแล้วเกิด
พิศคลา, ไซอาติก้า, หรือปวดหลังจนทน
ไม่ได้.

นอกจากนี้ให้ช้คิดเห็นว่า, สำหรับ

ในรายที่รักษาไม่หายแม้แต่เป็นพวกไวทอย
ต่อรังสี และโรคยังคงดำเนินไปได้นาน เช่น
ลึคเมีย, เอมไบรโยไนต์ทเมอร์ หรือเซน
ซิติฟ ซาร์โคมาก็น่าจะให้รังสีรักษา.

แต่การที่จะรับการรักษาทงหมดโดยไม
เลือกนนมผลเสียทางอ้อมคือ ทกรายที่ร
ษาแล้วเลวลง, ก็จะเป็นตัวอย่างทำให้คน

ใช้รายต่อมาแม้จะเป็นรายที่จะรักษาให้หาย
ขาดได้ก็ไม่ยอมให้รักษาด้วยรังสี. นอก
จากนี้ในการรับทุกรายที่เขาส่งมาให้รักษา
นั้น, ผู้ส่งเองอาจนึกครหาว่าไม่มีหวัที่จะ
ให้การตัดสินใจเสียเลย, ไม่รู้ว่าอะไรควร
ไม่ควร รัับรักษาอะไรหมด.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. “ค็อกเตอร์”

พจนานุกรมได้ให้ความหมายของคำว่า “ค็อกเตอร์” ไว้ไม่ต่ำกว่าสิบสองอย่าง. แต่เฉพาะที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการแพทย์นั้นมีความหมายอยู่สองนัยด้วยกันคือ, ปรินญาที่ประสาทโดยมหาวิทยาลัย และชื่อที่ใช้เรียกผู้ประกอบโรคศิลปะ.

ปรินญา “ค็อกเตอร์” นี้ใช้เป็นครั้งแรกในโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยซาเลอร์โน, ในราวกลางศตวรรษที่ ๑๑. ถัดไปก็ได้ใช้ในโรงเรียนกฎหมายของมหาวิทยาลัยโยโลญญาในราวกลางศตวรรษที่ ๑๒. ฝรั่งเศสใช้ปรินญานเป็นครั้งแรกสำหรับโรงเรียนทางศาสนา. ต่อไปจึงได้ใช้กับโรงเรียนกฎหมายและโรงเรียนแพทย์. เช่นเดียวกับมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ดของอังกฤษ ซึ่งได้สถาปนาขึ้นเมื่อ ค.ศ. ๑๑๖๗ ได้ให้ปรินญาค็อกเตอร์ทางศาสนามาก่อน, แล้วจึงใช้กับทางกฎหมายและแพทยศาสตร์ในศตวรรษที่ ๑๓.

สำหรับประเทศอังกฤษในสมัยก่อน ๆ ขึ้นไป, การประสาทปรินญาทางศาสนา,

กฎหมายแพ่งและแพทยศาสตร์นั้น, ถ้านอกจากมหาวิทยาลัยแล้ว, ก็ตกเป็นหน้าที่ของสันตปาปา. จนกระทั่งสมัยพระเจ้าเฮนรท ๘, อำนาจเหล่านี้ได้ถูกโอนมาเป็นของอาร์คบิชอปแห่งแคนเทอร์เบอรี, ปรินญาเหล่านี้ในปัจจุบันเรียกกันว่าแลมเบิร์ตค็อกเตอร์, และปรินญาสุดท้ายทางแพทยศาสตร์ได้ให้เมื่อ ค.ศ. ๑๕๘๐.

ก่อนนองฤกษ์เรียกผู้ประกอบโรคศิลปะว่า “ลัซ” (คำเดียวกับที่แปลว่าปลิง). จนมาถึงสมัยโซเซอร์ในปี ค.ศ. ๑๓๘๖, จึงมีการใช้คำว่า “ค็อกเตอร์”, และในศตวรรษที่ ๑๗ ได้เปลี่ยนคำว่า “ลัซ” ไปใช้เรียกพวกสัตว์แพทย์.

เมื่อราชวิทยาลัยแห่งอายุรแพทย์ได้ตั้งขึ้นใน ค.ศ. ๑๕๑๘ บรรดาสมาชิกและผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรจากราชวิทยาลัยนั้นไม่เรียกตัวเองว่าค็อกเตอร์, นอกจากผู้ที่ได้รับปรินญา “ค็อกเตอร์ออฟเมดิซิน” จากมหาวิทยาลัย. ในสมัยนั้นและต่อมาอีกสามร้อยกว่าปีก็ยังไม่มีใครเรียกบรรดาคล้าย

แพทย์ว่าคอกเตอร์เลย, และกมคัลยแพทย์
เพียง สอง สาม คน เท่านั้นที่ ใ้รับ ปรึญญา
“คอกเตอร์ออฟเมคซึน”.

ในระหว่าง ค.ศ. ๑๘๑๕ และ ๑๘๘๓,
สมาคมเภศักรเจริญรุ่งเรืองมากชึน, จน
ถึงกับมีผู้ใ้รับอนุญาตใ้ประกอบโรคคัลยปะ
ไ้ไม่ต่ำกว่า ๓๑,๐๐๐ คน. มีหลาย
คน ในพวกนี้ที่ไ้ชานานนามตัวเองว่าคอก
เตอร์. ทำให้เกิดแสดงใจชึนกับพวกราช
วิทยาลัยแห่งอายุรแพทย์, จนเ็นคคพอง
ร้องกันยังโรงศาล. ศาลในขณะนั้นไ้คค
สิ่นว่า “ถ้าเขาผู้นั้นไ้ชึนทะเลเยนแล้ว, เขา
จะเรียกตัวเองว่าอย่างไร, ก็แล้วแต่
ใจเขา.”

ราชวิทยาลัยแห่งอายุรแพทย์ไม่ใ้คคกับ
คำตคสิ่นคคน, และใน ค.ศ. ๑๘๖๒ ไ้
บัญญัติข้ขัง คับ ชึนมีใจ ความว่า ชานันคร
แห่ง “คอกเตอร์ออฟเมคซึน”, หรือชอ
ยค และเครองหมายอนไ้, อนจะแสดงว่า
เ็นผู้สำเร้วิชาแพทย์จาก มหาวิทาลัย,
ใ้ไ้แต่เฉพาะผู้ใ้รับ ปรึญญาทางแพทย-
ศาสตร์จากมหาวิทาลัยเท่านั้น. และไ้
แกใจในย ค.ศ. ๑๕๑๒ เ็นว่า, ผู้ที่
ใ้คำว่า “คอกเตอร์ออฟเมคซึน” หรืออภึ
ไ้โดย “เอม. คี.” หรืออภษรอนทแสดงว่า
สำเร้ การคคษาจาก มหาวิทาลัยค้คท้าย

ชอชองคนนั้น, คองเ็นผู้ใ้รับ ปรึญญา
อนจะใ้สิทธและคคคนน.

ในปั้จบุ้ณผู้ประกอบ โรคคัลยปะทงหลาย
ก็ไ้ชานาน นามตัวเอง หรือถูก เรียก โดยผู้
บ้ยว่า “คอกเตอร์”, ไม่ว่าผู้นั้นจะใ้รับ
ปรึญญา “คอกเตอร์ออฟเมคซึน” หรือหา
ไม่. แต่บรรดาแพทย์ประจำชานที่สำเร้
ใหม่มีใ้รับเกยรคอินน, คอในบางโรง
เรียนแพทย์, ทงแพทย์ประจำชานทางอายุร
กรรมและคัลยกรรมจะถูกเรียกว่า “มึส-
เตอร์”. ในบางแห่งเรียก “มึสเตอร์” แต่
เฉพาะแพทย์ประจำชานทาง คัลยกรรมเท่า
นั้น. ในโรงพยายาลที่ไม่มีการสอน, ส่วน
ใหญ่ใ้เรียก “คอกเตอร์” ทงน.

ถึงแม้ราชวิทยาลัยแห่งคัลย แพทย์จะ
ไ้พยายามที่จะเปล่ยนชอข้คับ ของคน,
เพื่อใ้สมาชิกไ้ชานานนามตัวเองว่า “คอก
เตอร์” บ้าง, แต่บรรดาสมาชิกชองราชวิท
ยาลัยน, รวมทงมหาวิทาลัยเอคินเคอร์ระ
ค้วยปฏิเสชที่จะถูกเรียกว่า “คอกเตอร์”,
คงยนกรานทจะให้เรียกคนว่า “มึสเตอร์”,
คลายกบจะถอว่า “มึสเตอร์” นนเ็น
ปรึญญาทสูงกว่า “คอกเตอร์”. ทงนเขา
ใจว่าเ็น ผลชอง ปฏิกรรม เก่าระหว่างราช
วิทาลัยแห่งอายุรแพทยกับคัลยและคัลย

แพทย์บรรพชิต ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๕๕๐, ซึ่ง
ในสมัยนั้นบรรพชิตคือ แพทย์ต้องเป็นสมา-
ชิกอยู่, โดยมีการศึกษาต่ำกว่าอาจารย์แพทย์
และหายากที่จะมีศิษย์แพทย์ที่ใคร่ขบปรัชญา
“คอกเตอร์ออฟเมดิซิน”, สมาชิกวิชา
วิทยาลัยแห่งสตรีแพทย์ก็เช่นกัน, ไม่

ยอมให้ใครเรียกว่าคอกเตอร์, และคอกเจอร์
ภูมิใจอยู่เสมอที่จะให้เรียกว่า “มิสเตอร์”.

ส.ม.

เก็บความจาก “Doctor” โดย George Graham,
M.A., M.D.,(Camb.),F.R.C.S., The Lancet,
No. 9667, Vol. CCLXXII, Feb. 2, 1957

๒. ผู้หนักมนตรังสี

ตามข่าวหนังสือพิมพ์แพร่หลาย,
เกยวกับเหตุที่เขาใจว่าใครขอนตรายเพราะ
รังสีจากฝุ่นปรมาณู, และตายที่โรงพยาบาล
ศิริราชนั้น, ความเห็นทางรังสีวิทยา
รวมได้ว่า, ไม่ได้ตายด้วยรังสีจากฝุ่นปรมาณู
โดยเหตุผลดังต่อไปนี้:

๑. ถ้าจะได้รับอันตรายจากฝุ่นปรมาณู
(Radioactive Fall-out), ก็ควรมีคนได้รับ
ในเวลาเดียวกัน และในสถานที่ใกล้เคียง
กันเป็นจำนวนมาก. ไม่น่าจะใคร่รับแต่เพียง
เด็กคนนั้นคนเดียว, อย่างน้อยคนในครอบครัว
หรือ บ้านใกล้เคียงก็ควรได้รับบ้าง.

๒. อันตรายจากฝุ่นปรมาณูเท่านั้น,
ควรมีอาการที่ตอ้งเห็น คือ, ผิวหนังแดง
คล้ายกับไหม้, บางทีเป็นแผล, และมีขน

ร่วง, ผมร่วงบ้าง (เด็กคนนั้นไม่มีอาการ
อย่างนั้นเลย), นอกจากนั้น ก็มีอาการอา-
เจียนรุนแรง, ท้องร่วง, ความร้อนสูงขน
เรอบ. ผอมลงรวดเร็ว, มีเม็ดเลือดขาวต่ำ
และซบซด. มีอาการเลือดออกภายใน, ใน
ภายหลัง.

๓. อาการเหล่านี้ เป็นการถูกต้องกับ
รังสี จำนวนน้อย ๆ และเป็นเวลาดอนช้า
นาน. อาการที่เห็นเด่นชัดที่สุด คือ
มีเลือดออกใต้ผิวหนังนั้น, ถ้าจะเป็นอันตราย
จากรังสีจริง, ก็จะต้องถูกต้องกับรังสีเป็น
จำนวนมาก คือ ตั้งแต่ ๑๐๐-๕๐๐ เรินท-
เกิน, ในหนึ่งชั่วโมงครึ่งทั่วตลอดทั้งตัว,
ซึ่งเป็นไปได้สำหรับเด็กคนนั้น ถึงจะถูก
ต้องเช่นนั้นจริง ก็ไม่ใช่จะตายทุกราย คือ

มีเปอร์เซ็นต์กรดมากกว่า ๕๐ ปซ.

๔. ระดับของกัมมันตภาพรังสี ในอากาศ, น้ำ, อาหาร บางชนิด, เนื่องจากฝุ่นกัมมันตรังสี ของการระเบิดปรมาณูนั้น, พบว่าไม่มีระดับที่เพิ่มขึ้นจนอันตราย คือ เป็นเศษส่วนที่น้อยมาก, ถ้าเทียบกัมมันตภาพรังสีที่มีอยู่ แล้ว ทั่วไป ในธรรมชาติ. เพราะฉะนั้น จึงไม่ทำให้เกิดอันตรายทางรังสี (นอกจากในบริเวณใกล้เคียงกับการทดลองระเบิดปรมาณู).

การทดลอง เกี่ยวกับ การวัดต่าง ๆ, ห้องปฏิบัติการและวิจัยไอโซโทปรังสี แผนกรังสีวิทยาโรงพยาบาลศิริราช, ได้เคยวัดหลายครั้ง ด้วยเครื่องมือที่ไวและละเอียดเพียงพอ, เช่น น้ำฝนกลางแจ้ง, อาหารบางชนิด, ไม่ปรากฏมีกัมมันตภาพรังสีที่ส่งอันตราย. แมแต่ที่รังสีวิทยา ที่มีการทำงานเกี่ยวกับรังสี ตามจุดต่าง ๆ ในบริเวณตก เวลาปฏิบัติงาน กวัดไติ้ไม่เกินขีดอันตราย. (๗.๕ มิลลิแตรด/ซ.ม. หรือ ๓๐๐ มิลลิแตรด/สปีคาร์ท, ถูกต้องตลอดทั่ว).

เกี่ยวกับอากาศ, จากรายงานฉบับหลังสุด (ไอเซ็นชัค) วัตรังสีแกมมาจากฝุ่นปรมาณูในตำแหน่งที่ไกลจากการทดลองระเบิดปรมาณูออกไป, เฉลี่ยไต่ ๑๐ มิลลิ-

แตรด ต่อ ๕ ปี (รวมทั้งตัวเลขจากสถานีอากาศในประเทศไทย).

กัมมันตภาพรังสี มีอยู่แล้วในธรรมชาติ จากรังสีคอสมิก, แร่ธาตุในพื้นดิน และในร่างกายของคนเรา มีอยู่แล้ว ๓๐๐ มิลลิแตรด ต่อ ๕ ปี.

เมื่อเทียบระยะเวลาของชีวิตที่มนุษย์ได้โดยไม่มีอันตราย กับ กัมมันตภาพรังสี ที่มีอยู่ในธรรมชาติ ในขนาด ๓๐๐ มิลลิแตรด เท่ากัน, ก็ได้เท่ากับ หนึ่งสปีคาร์ท ต่อ ๕ ปี.

ดังนั้น รังสีเพิ่มเติมจากการระเบิดปรมาณูเพิ่มเติมที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ, เป็นเพียง ๓ ปซ. ของที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ, และเป็นเศษส่วนที่น้อยกว่าความแตกต่างโดยธรรมชาติของรังสีในธรรมชาติ, จากประเทศหนึ่งกับอีกประเทศหนึ่งในโลก.

๕. เท่าที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นการแผ่รังสีภายนอก จากฝุ่นกัมมันตภาพรังสีที่เจือปนในอากาศ.

การแผ่รังสีภายใน, อาจเกิดขึ้นได้จากการ รับประทานวัตถุที่ เจือปนกัมมันตภาพรังสี.

สำหรับการรับประทานนี้ คิดเทียบเป็นวัตถุกัมมันตรังสีที่สำคัญ คือ สตรอนเชียม ๙๐, เพราะว่าเป็นชนิดที่ทำอันตรายต่อชีวิตได้มากที่สุดสองประการ, คือ มีฤทธิ์

ทางรังสีนานประการหนึ่งและมี คุณ สมบัติทางเคมี คล้ายแคลเซียม, ซึ่งมันจะเข้าไปรวมอยู่ที่กระดูก และก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบของการเกิดเมคเลอค.

ในน้ำ และอาหารบางชนิด, วิตแล้ว, ไม่มีกัมมันตภาพรังสีเพมขน ดังที่ไคเรียนไว้แล้ว. สตรอนเซียม ๕๐ คล้ายวาเคียม, ในคนธรรมดาประมาณ ๑๐-๔ ไมโคร-กรัม. ขดททนไค สำหรับจำนวนวาเคียมที่อยู่ในร่างกายโดยไม่มีอันตราย=๐.๑ ไมโครกรัม. เพราะฉะนั้น คนปกติมีเป็น $\frac{๑}{๑๐,๐๐๐}$ เท่าของขคอันตราย.

ในน่านม มีสตรอนเซียม ๕๐ ประมาณ ๓ ไมโคร ไมโครกรัม ต่อ ๑ กรัม ของแคลเซียม. กระดูกของคนรวมแคลเซียมประมาณ ๑,๐๐๐ กรัม.

ในกระดูก จำนวนของขคททนไค ถ้ามีสตรอนเซียม ๕๐ อยู่ในร่างกาย = ๑ ไมโครกรัม. เพราะฉะนั้น ในร่างกายของคน

เราอาจมีสตรอนเซียม ๕๐ โดยไม่เป็นอันตรายได้ถึง ๑,๐๐๐ ไมโครกรัม ต่อ ๑ กรัม ของแคลเซียม หรือ เท่ากับ ๓๕๐ เท่าของจำนวนสตรอนเซียม ๕๐ ที่มีอยู่ในน่านม

เด็ก ๆ ธรรมดาที่มีสตรอนเซียม ๕๐ อยู่แล้ว, แต่เป็นจำนวนน้อยมาก คือ $\frac{๑}{๑,๐๐๐}$ ของขคอันตราย.

สรุป

เด็กคนนั้น เป็นโรคที่ไม่ใช่เพราะรังสีจากฝุ่นปรมาณู, และในเวลาอันรังสีจากฝุ่นปรมาณูในประเทศไทย ไม่มาถึงขคอันตราย.

เอกสาร

- Eisenbud, Merril : Radioactive Dust from Nuclear Detonations Science, 1956
- Eisenbud Merril: Personal Communications.

รมัไทร สุวรรณิก พ.บ., C.R.

๓. จดหมายจากเยอรมนี

Tubingen Wilhelmstzasse 14
b. Weiskircunes.
๑๖ เม.ย. ๒๕๐๐

กราบเรียนอาจารย์ทเคารพียง.
ผมได้เดินทางมาถึง Tub ตั้งแต่วันที่
๕ เม.ย. ๒๕๐๐ พอมาถึงเข็นวันเสาร์พอดี



หมอพยพที่ไคฟาไปเยี่ยม อ.จ. น.พ. ทท Heildenbery และแพทย์เวทเมืองกษซอของท นน ๒ วัน ระยะเวลาถึงเขาหน้า Ostun พอ ที่ ผมได้เข้าพบ prof แล้วและท่านได้แนะนำ มาเริ่มงานหลัง Ostun ตอนแรกจะเริ่มวันที่ ๑๕ เม.ย. ๒๕๐๐ นี้ ซึ่งไม่มีคนมาทำงาน กันนัก. อากาศที่หนาวมากสำหรับผมและ คุณหมอเหมือนหมาขี้ แต่ชาวบ้านเขาว่าขี้ นอากาศไม่ใคร่หนาวเท่าไรนัก ผมอ่านจาก ปรอทมันอยู่ระหว่าง 7-12 องศา ขณะนั้นผม ยังหาบ้านพักไม่ได้อาศัยอยู่กับหมอพยพที่ ไปพลางก่อน อาหารการกินค่อนข้างแพง ตามท้องตลาด แต่ถ้าไปรับตาม Menas ตก มอละ ๑. D.M. ผมเพิ่งทำ Mensa พบเมื่อ ๒-๓ วันน รู้สึกว้าวคล้ายากเล็กน้อย และ มนกรเวียน ๒ พวก Assistant มารับกินหนา แน่นผมกับคุณหมอเหมือนหมาขี้ เดินเที่ยว ตลาดกษานเมืองทน ชาวบ้านเขาบอกว่าเป็น ญบ้นกนทงนน เท่าที่ผมได้เดินรู้สึกว้า ขานเมืองทนค. เจยขสังข. และมีแผนก ต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยมากมาย สม่กั เป็นเมืองมหาวิทยาลัย มนกรเวียนประมาณ ๗,๐๐๐ คน จะเข้คเรียน Sommer Semester ในเดือนพฤษภาคมน

สำหรับการเดินทางของผม ตั้งแต่ ออก จากกรุงเทพฯ มาจนถึง Jeddah รู้สึกว่า

เรียบร้อยดีมาก ชาวเรือเขาบอกว่าไม่เคยมี การเดินทางครั้งใดที่เรือจะผ่าน ทะเล เรียบ อย่างครึ่งนเป็นเวลาานถึง ๑๐-๑๑ วัน คนโดยสารที่อยู่ในความคแลขของผม ๘๐๐ คนซึ่งเข้ชชาวไทยมสลิมทงนน เลยปลอก ภัยและสขสขบาย อาหารการกินขนเรอณบ ว่างมาก เมื่อขนจากเรือคณหมอเหมือน หมอยานาหนักเพมขน ๖ กก. ผมเพม ๒ กก. เท่านั้น เพราะขนเรอไม่ตองทำงาน ะไรมากนั้ เพียงแต่เข้ากัขย้ายไปคิน ทรวงคคนโดยสารวันละ ๒ ครั้ง ซ่งเป็น การคีนคมากกว่า เพราะพคกัไม่เรออง เลย พกนเขาพคภาษามลายุกนทงนน พค ุไทยไม่คได้เลยเป็นส่วนมาก นอนวันละเกอบ ๑๔ ชม. ขนเรอผมกัหมอเหมือนหมาขี้ กัคคหคภาษาเยอรมันไปคั ข้าง เล็ก น้อย พคคนโดยสารขนเรอททาเมือง Jeddah แล้ว ผมตองนอนรอเครื่องขนขนเรอออกเกอบ ๒ วัน จงคัขนค่อไป. เนื่องจากไม่มเครื่อง ขนขนตรงมา Stuttgart ผมจงคัคมีโอกาศ เปลยขนเครื่องขนถึง ๓ คอน คอนแรกลงพค ุท Beiruth รวว ๘ ชม. ทางขรยษทเครื่อง ขนจคทาโรงแรมให้พคฟรเศร์จ. ผมและคณ หมอเหมือนหมาขี้เลยคัคเทยวทนนานรู้สึ กว่าคนมากมายเหลือเกินขานเมืองสังข. ผม

ยังไต่ลงไปเที่ยวท เจนวา อิก ๕ ชม. และ
ท ชูริค อิก ๒ ชม. ผมถึง Stuttgart
๑๖.๓๐ น. วันที่ ๕ และได้ขอให้ตำรวจ
แนะนำรถและทางมายัง Tub จนได้อย่าง
เรียบร้อย.

คุณหมอเหมือนหมอยังพูดภาษาเยอรมัน
มันไม่ใคร่ได้ และคนทเยอรมันตอนนทพูด
ภาษาอังกฤษไม่ใคร่ได้เป็นส่วนมาก และ
ภาษาเยอรมันทเขาพูดก็รู้สึกแปร่ง ๆ ฟัง
ยากมาก แต่พูดกันซา ๆ ก็พอเข้าใจกันได้
ง่ายบ้าง.

ตอนนผมรู้สึก หว้าเหว่ และ เงียบเหงา
คิดถึงบ้านเหลือเกิน รู้สึกว่าทกสิ่งททุกอย่าง
รอบ ๆ ตัวมันแปลกและไม่เป็นเพื่อนเลย
ผมเองภาษาก็ยังไม่ใคร่คล่องนัก ต้องเรียน
พิเศษอีกสัปดาห์ละ ๕ ชม. กับครูพิเศษเขา
คิดถูกกว่าบ้านเรามากเพียง ชม. ละ ๔

D.M. และต้องเรียนกลางคนผมต้องเดินชน
ภูเขาไปเรียน คนสอนก็เข็นนักเรียนมหา-
วิทยาลัยกำลังทำ Doctor Arbeit ทาง
Philosophie อากาศหนาวมากสำหรับผม
ผมคิดว่าพอได้เข้าทำงานก็คงพอจะคุ้นกับ
ภาษา และทำให้ความเปล่าเปลี่ยวหายไป
ได้ คุณหมอเหมือนหมอยังคงอยู่ท
อาศัยห้องของ หมอพยนต์ พวอมกับผมและ
คอยจดหมายฝากตัวกับ Ooethe Institut ที่
มันเช่นจากอาจารย์

ในที่สุดผมขอขยพระคุณอาจารย์เป็น
อย่างขงทใดให้คำแนะนำ และทกเดือนอน
มาก็อย่างขงก่อนมาประเทศนี้ สำหรับผม
จะพยายามศึกษาเล่าเรียนให้มากที่สุดและ
ทที่สุดเพื่อกลับไปรับใช้โรงเรียนของเรา.

ด้วยความเคารพและรักอย่างสูง.

รศมี วรรณิสร

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราชปี ๒๔๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้
รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัด
ส่งให้ตามประสงค์

จากกัมมันตภาพรังสีแขนงไอ. ห้ามญาติเข้าไปในห้องแพทย์หรือพยาบาลที่จะเขาไปในห้องนี้ ควรสวมเสื้อคลุม สำหรับผู้ช่วยแยก. สวมถุงมือยาง และมผลมอย่างใช้ถ่ายพื้นแผ่นเล็ก ๆ สอดไว้ภายในเสื้อคลุมอีกทีหนึ่ง. ผลมจะเป็นเครื่องวัดว่าพื้นนถกรังสีมากน้อยเพียงไร, เกินขนาดอันตรายหรือไม่.

การเก็บปัสสาวะ.

ก่อนจะให้ผู้ป่วยรับประทานยา, ควรใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เสียก่อน, เพื่อจะเก็บปัสสาวะทั้งหมดของผู้ป่วย, นับแต่ได้รียาแล้วส่งไปห้องปฏิบัติ การ แผนกรังสีวิทยา, แต่ไม่ปล่อยให้ปัสสาวะไหลอยู่เรื่อย ๆ เช่นการสวนคาธรรมดา. ตามปกติจะต้องบีบแคลมป์ให้แน่นไว้เสมอและคอยเปิดให้ปัสสาวะไหลออกทุก ๒ ชม., โดยบีบแคลมป์ให้ไหลลงสู่ขวดใหญ่ที่หุ้มไว้ด้วยตะกั่วออกซิหนึ่ง (ตะกั่วเป็นวัตถุช่วยกำบังรังสีได้ดี). การถ่ายปัสสาวะลงขวดทางท่อขายนต้องทำด้วยความระมัดระวังอย่าให้หกได้. ควรหาทางป้องกันไว้โดยใช้กระดาษหนาหลายชั้นปรองไว้ที่พนักก่อนลงมือบีบแคลมป์. เมื่อปล่อยให้ปัสสาวะไหลลงจนหมดแล้วจึงบีบแคลมป์เสียอย่างเดิม.

เขาปลายสายสวน ทบคแล้ววางไว้ไว้ในขวดว่างอีกใบหนึ่ง, เพื่อรองรับหยดปัสสาวะที่อาจจะค้างอยู่ในสายสวน, หรือในกรณีทแคลมป์อาจไม่สนิท, รวบรวมปัสสาวะทั้งหมดส่งแผนกรังสีวิทยาทุก ๒๔ ชม. รวมเป็นเวลา ๗๒-๙๖ ชม.

ถ่ายปัสสาวะของคนไข้ในระยะนี้กลางบนพื้น, ต้องแจ้งไปยังแผนกรังสีวิทยาทันที, เพื่อจะได้ใช้เครื่องวัดรังสีวัดคเสีย ก่อน การ เช็ดกลาง. การชำระปัสสาวะที่หกนต้องกระทำโดยเจ้าหน้าที่เฉพาะผู้ได้รับการอบรมในวิชาความสะอาดจากแผนกรังสีวิทยาคแล้วเท่านั้น. ไม่ให้ผู้ที่มิได้รับการอบรมกระทำเป็นอันขาด. เมื่อขจัดกลางเสร็จแล้วต้องวัดรังสีทบริเวณนอกรวงหนึ่ง. ถ้ายังอ่านได้เกินกว่า ๖ มิลลิเรนต์เกินต่อ ชม. เป็นระดับอันตราย. ต้องล้อมบริเวณห้ามมิให้ผู้อื่นเข้าไปจนกว่าจะวัดรังสีได้ต่ำกว่า ๖ มิลลิเรนต์-เกินต่อ ชม. ลงมาเสียก่อน.

วิธีปฏิบัติต่อเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ใช้ใน
ห้องผู้ป่วย

เสื้อคลุมที่เประระเบอนวตถกัมมันตรังสี, ต้องเปลืองออกทันที, และห่อด้วยกระดาษ หรือกระดาษหนังสือพิมพ์เพื่อนำไปกำจัด หรือส่งไปเก็บในภาชนะพิเศษที่แผนก

รังสีวิทยา.

ถ้าผิวหนังของผู้พยาบาลเขื่อนวัดถ้ำกม-
ม่นตรงสี่, ต้องชำระล้างทวายนานและสับ
มาก ๆ, แล้วใช้เครื่องวัดรังสีตรวจคอก
อย่างน้อยสองครั้ง, เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มี
อำนาจทางกม มนตภาพรังสีอยู่เกินขีด
อันตราย.

เสื้อผ้าทกชั้น, เครื่องใช้, ถ้วยชามท
ใช้กบผู้ช่วย ต้องแยกไว้ต่างหาก. เสื้อผ้า
และฝาดอน ๆ เช่นผ้าปูที่นอน, ปลอกหมอน
และผ้าเช็ดตัว, ควรมีเครื่องหมายพิเศษ
เช่นขลิบด้วยแถบแดง, เพื่อให้สังเกตเห็น
ได้ง่าย, และแยกจากฝาดอน ๆ อย่างเด็ด
ขาด. ผ้าที่ใช้แล้วเก็บไว้ในถังพิเศษซึ่งหุ้ม
ด้วยโลหะทกชั้นหนึ่ง. บัตรป้ายให้ทราบว่า
เป็นผ้าทกมกมมนตภาพรังสี. ผ้าเหล่านี้ต้อง
ใช้เครื่องวัดรังสีตรวจทกชั้น. ผ้าที่ไม่
ปรากฏว่ามีกมมมนตภาพรังสีอยู่เลยให้ส่งไป
แผนกซักฟอกได้, แต่ต้องแยกเอาไปทำการ
ซักฟอกเป็นพิเศษจากฝาดอน ๆ. ส่วนผ้าทก
กมมมนตภาพรังสีทกคอกต้องส่งไปแผนกรังสี
วิทยา, เพื่อเก็บไว้ในภาชนะพิเศษซึ่งทำ
ด้วยตะกั่ว จนหมดฤทธิกมมมนตภาพรังสี จึง
นำออกซักใช้ใหม่.

เครื่องใช้อื่น ๆ ก็ต้องใช้เครื่องวัดรังสี
ตรวจดูเสียก่อนเช่นเคยกน. เมื่ออ่านได้ค่า

กว่า ๖ มิลลิเร็นทเก็นต่อ ชม. จึงจะนำออก
จากห้องผู้ช่วยเพื่อทำความสะอาดได้. ถ้า
ยังอ่านได้ตงแต่ ๖ มิลลิเร็นทเก็นต่อ ชม.
ขึ้นไป, จะต้องล้างทวายนานๆ เสีย
ก่อน, แล้วใช้เครื่องวัดรังสีตรวจคอกครั้ง
หนึ่ง. ตามปกติหลังจากได้ชำระล้างครั้ง
หนึ่งแล้วจะขจัดกมมมนตภาพรังสีออกไปได้
มาก, และจะวัดได้ต่ำกว่า ๖ มิลลิเร็นทเก็น
ต่อ ชม. เสมอ. แต่ถ้ายังวัดได้สูงกว่าระ
ดับดังกล่าวแล้ว, จะนำเครื่องใช้เหล่านี้ออก
จากห้องผู้ช่วยยังไม่ได้จนกว่าอำนาจของ
กมมมนตภาพรังสีทกคอกจะลดลงต่ำกว่า ๖
มิลลิเร็นทเก็นต่อ ชม.

เสียมหะ, นามก, นาลายของผู้ช่วย,
ควรใช้กระดาษเช็ดมอมม ๆ เช็ดคอกจาก
ปาก, จมก, ใส่รวมไว้ในถุงกระดาษทกคอก
ห้อยอยู่ข้างเตียง, และนำไปเผาในเตาเผา
ขยะทก ๆ วัน. ถ้าผู้ช่วยอาเจียนต้องแจ้ง
ไปขงแผนกรังสีวิทยาทนท, เพื่อจะได้มา
ตรวจวัดรังสีในอาเจียนนก่อนการชำระ
ล้าง.

ระยะเวลาแยก

ตามปกติ จะต้องแยกผู้ช่วยไว้ในห้อง
เฉพาะเป็นเวลา ๔๘-๗๒ ชม. จึงจะให้
ออกจากห้องนได้. ห้องที่ใช้แล้วจะต้อง

ทววจวครงสัโดยทวถง. มเจาหนาทา
ความสะอาคเฉพาะทำการขคกลางเครื่องประ
คยหองและพนหองทวยนากบสย ภายใต
ความควบคมของเจาหนาทแผนกรงสัทวทยา
เสรจแลวจงเบคหองทงไว ๒๔ ชม.

การพยาบาลทั่วไป

จากวธขางตนจะเห็น ไค วา ผู้พยาบาล
ทองระมทระวงเพอ ความ ปลอดก ภัย ของ ตน
และบคคททเกยวของอน ๆ. ในขณะเกยว
กนพยาบาลจะคองคแล้ให้การพยาบาลอย่าง
ททสคแกผู้บวยควบ. การพยาบาลทคองระ
วงรคษาความปลอดกภัย ของ ทว ผู้พยาบาล
เองทวยเชนน, ยอมเ็นการขคคคความรู
สคของผู้บวยอยไม่นอย. พยาบาลจะคอง
เข้าใจจิตใจของผู้บวย, และสามารถจะ
อธบายเหตุผลให้ผู้บวย หมค ความ กัง วล,
ความไม่พอใจและความสงสยต่าง ๆ ทอาจ
เกคจากการปฏิบัติอย่างกวคขนนน. เ็นตน
วา เหตุไรพยาบาลจงคองรบออกจกหอง
ททททาการพยาบาลท จา เ็น เสรจ แลว.

การทคองสรวมเสอคคคและถงมอเมอเขา
มาในหอง, และการทามมีใหญาตเขาเยยม
เ็นตน. ทงจะคองทำให้ผู้บวยเกคความอบ
อนใจและเชอถอในวธการรคษา. นอกจก
นน ผู้บวยทคองนอนอยเเฉ ๆ คนเกยว
นนาน ๆ ยอมว่าคาญ, หงคหงค และคคคค
ชานไค. ควรหาเครื่องแกเหงาหรือให้ความ
เปลคเปลนขาง, เ็นตนความหนงสอใหอา
ตามรสนยมของผู้บวย, หนงสอพมพ,
ปรคณาอภยรไว, พงวทย หรือทาการผมอ
แยบต่าง ๆ เ็นตน. สงเหล่านเมอจะนำ
ออกจกหองผู้บวยทองทวจรงสัทวยเครอง
วครงสคกอนเสมอ. ถาปรากฎว่ามวคคคค
มนตรงสออยู่, อาจคองนำไปเผาทหรือสงไป
เกบไวในภาชนะตะกัวในแผนกรงสั ทวทยา,
จนกว่ากมมันตภาพรงสัจะสลายหมค, จง
จะนำไปใช้ตามปกติไค.

เอกสาร

The American Journal of Nursing
Nov. 1956.



ขอความเพิ่มเติม

สำหรับการใช้รากิไอไอโซโทปในการ
ทวจและรคษาโรคในเมองเรานนนไคเริ่มใช้

ข่างแลว, ทแผนกรงสัทวทยา โรงพย...
ศัรราช เมอ พ.ศ. ๒๔๙๘-๙๙. โดยไค

นำวาคีไอโกลด์หรือทองคำมัมมัตรังสี, ซึ่งจากประเทศอังกฤษมาใช้รักษา ประทับจำนวนนาทีก่อกวกับข้มเร้งของรังไข่. โดยใส่เข้าไปในช่องท้อง. วาคีไอโกลด์มีเวลาครึ่ง อายุสั้นมากเพียง ๒.๖๕ วัน. ดังนั้นจึงต้องขนส่งทางเครื่องบิน และนำมาใช้กับผู้ป่วยทันที. สำหรับการระมัดระวังของภักนินน วิททนแอนอนทส์คกคค, การอยู่ห่างผู้ป่วย และการปฏิบัติอย่างอื่น ๆ ซึ่งหวังว่าคงจะได้มีการรวบรวมต่อไปอีก.

ส่วนวาคีไอไอโอดีนหรือไอโอดีน ๑๓๑ นั้น, ทางหน่วยวาคีไอไอโซโทปแผนกรังสีวิทยา, ศิริราช ได้เริ่มใช้เพื่อการตรวจและการรักษาโรคของต่อมธัยรอยด์ เป็น ประจำตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. ๒๕๐๐ น.

สำหรับการตรวจการปฏิบัติหน้าที่ของต่อมธัยรอยด์นั้น, ขนาดที่ใช้ของไอโอดีน ๑๓๑ น้อยมากเป็นไมโครคูรี (๑/๑๐๐๐ มิลลิวรี) ไม่มีผลทางรังสีต่อผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องแต่อย่างใด. การข้อมกนจึงไม่เป็นสิ่งจำเป็น.

แต่ในรายที่ให้เพื่อการรักษาในผู้ป่วยคอพอกเป็นพิษ, ขนาดของไอโอดีน ๑๓๑ ที่ใช้ในการรักษาอยู่ในระหว่าง ๔-๘ มิลลิวรี. การเกี่ยวข้องของผู้ป่วยในระยะธรรมดาค่าไม่ม่อนตรายแต่อย่างใด. การข้อมกนที่สำคัญคือการเก็บขั้วสภาวะส่งแผนกรังสีวิทยา ๒๔ ชม. เป็นเวลาอย่างน้อย ๗๒ ชม. แต่โดยมากผู้ป่วยก็เป็นผู้ป่วยนอกซึ่งจะได้รับคำอธิบายให้เก็บขั้วสภาวะมาส่งเอง.

ในรายที่ให้เพื่อบรักษาข้มเร้งของต่อมธัยรอยด์, ขนาดของไอโอดีนที่ใช้ในการรักษามีจำนวนสูงมาก การข้อมกนจึงต้องกระทำโดยระมัดระวังเพิ่มขึ้น, แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่ต้องเคร่งครัดจนเกินไปนัก. เก็บขั้วสภาวะ ๒๔ ชม. ส่งแผนกรังสีวิทยา. ไม่อยู่ใกล้กับผู้ป่วยเกินไป. จะรู้ได้ว่าติดเขอนวัดถกมัมมัตรังสีมากน้อย เพียงไรหรือไม่, โดยใช้เครื่องวัดกัมมัตถภาพรังสีที่เรียกว่า Geiger survey meter หรือ Cutie Pie วัด. นอกจากนั้น ขอความละเอียดกมอยู่ ในบทความข้างต้นแล้ว.

รมไพโร สุวรรณิก พ.บ., C.R.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๕๓๓	๑,๐๕๘	๑,๒๘๓	๑,๒๓๓	๑,๓๓๓	๓๒๐	๗,๒๕๓
เก่า	๓,๒๒๔	๑,๕๒๔	๒,๕๓๖*	๑,๔๓๐	๑,๘๗๕	๓๔๗	๑๑,๓๓๖
รวม	๔,๗๕๗	๓,๐๒๒	๓,๘๑๙*	๒,๖๖๓	๓,๒๐๘	๖๖๗	๑๘,๕๘๙
<u>ใน</u>	๒๐๕*	๓๐๒*	๑,๑๑๖*	๑๓๓	๒๕๑	—	๒,๐๕๑*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๕๔. จักษุ ๒๕๕. สูติ-นารี ๒๖๐.* รวม ๘๖๙ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๕๗. หญิง ๓๓๘. รวม ๖๙๖. คลอดตาย, ชาย ๑๘. หญิง ๘. รวม ๒๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๖ คน (๗.๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๐ ราย. (๓๔.๒ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๓๖ ครั้ง. ข้างนอก ๕ ครั้ง. รวม ๔๔๑ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๖๘๔ คน. รักษาใหม่ ๓๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๒๐ ครั้ง. รadium, รักษา ๒๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๑ ครั้ง. โคอะเธอรัมีย์, รักษาใหม่ ๑ ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า ๘ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๗๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๑๕๔ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๐ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๒๓๓ ราย. (จากภายนอก ๘๒ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๒๓๔.* วัชเชอร์แมนและคาน์ ๑,๗๘๗. หมู่เลือด ๓๒๗. นับเม็ดเลือด ๓๔๕. หาเชื้อบักเตรี ๑๗๘. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๖๑ อุจจาระ ๓๗๓. บัสสาวะ ๒๕๕. เสมหะและอื่นๆ ๒๔. เพาะเชื้อจากเลือด ๘๗. อุจจาระ ๕๑. บัสสาวะ ๖. น้ำไขสันหลัง ๑๑. เสมหะและอื่นๆ ๕๐. นิติสัตว์ทดลอง — เพาะเชื้อบักเตรี ๑๑. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๗. ตรวจศพนิเวศ ๑๐. ตรวจของกลาง —.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๓. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๕. น้ำช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๖. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๒. นิติชายรัยฟลิส ๒๔.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๒๐. ถอนฟัน ๓๕๘. อุดฟัน ๑๓๓. ผ่าตัดช่องปาก ๓๑. (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเข้ยม

สารศิริราช

คำสั่งที่ ๒๓/๒๕๐๐

เรื่อง แต่งตั้งผู้รักษาการแทนบรรณาธิการสารศิริราชและบรรณาธิการรองลาออก

โดยมติกรรมการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ ๓๘๗ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๐๐ อนุมัติให้ นายแพทย์ตระกูล กิตติสิน พ้นจากตำแหน่งบรรณาธิการรองสารศิริราช ให้ นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี เป็นผู้รักษาการแทนบรรณาธิการสารศิริราช ในระหว่างบรรณาธิการสารศิริราช ใ้รับอนุมัติให้ลาออกการไปอุปสมบท

ทรง ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๐๐ เป็นต้นไป

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๐๐

พิณพาทย์ทยาเกท

คณบดี

ข่าวอนุมัติ ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน

บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

- ๑. ขุนสุนทรสมบัติ บ้านเลขที่ ๑ ซอยฟ้าดงกรณ ๑๒ ถนนพญาไท จังหวัดพระนคร นำส่งเงินรายได้ของ น.ส. เจริญสุขเกษ ผู้ขายขนม งวทท ๑๑ เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน "น.ส. เจริญสุขเกษ" ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๒. นางวารวณิชิต บ้านเลขที่ ๒๑/๑

ถนนพหลโยธิน จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน "วิมุกตะกอล" ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เนื่องในวันครบรอบยี่สิบแห่งการตั้งแกกรรมของหลวงวารวณิชิต

แต่งตั้งผู้รักษาการหัวหน้าแพทย์ประจำ

บ้านทั่วไป

โดยมติกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ ๓๘๖

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๐๐ อนุมัติให้ นายแพทย์วิชย บำรุงผล พ้นจากตำแหน่ง หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไป และให้นาย แพทย์ชาญ สถาปนกุล เป็นผู้รักษาการหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไป เป็นผู้แทนนาย แพทย์ผู้อำนวยการนอกระบบราชการ คอย คุมดูแลหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ ประจำบ้าน

ทรง ดงแต่เป็นคนเป็นคนไป.

ข่าว แผนก อายุรศาสตร์ พฤษภาคม

๒๕๐๐

ชุมนุมวิชาการในแผนก

การร่วมชุมนุมทบทวนวิชาการระหว่าง

พ.บ. และหัวหน้าพ.บ. ในแผนก

๖ พ.ค. เรื่องที่ ๑. สาเหตุที่ทำให้การใช้ ปฏิชีวนะสารไม่ได้ผล

๑. ใช้รักษาใช้และโรคที่ยังวินิจฉัย หรือหาเชื้อไม่ได้แน่นอน ใช้แน่นอนไม่ได้ เกิดจากการติดเชื้อ (เช่น เนื้องอกร้าย, เลือดออกภายใน, โรคทางโลหิตวิทยา, ภาวะหลังผ่าตัด) หรือเชื้อมดลูกทำลาย โดยยานัน, เชื้อคอกา, ขนาดและระยะเวลาที่ใช้ยาไม่พอหรือเปลี่ยนยาเสียก่อน.

๒. ระหว่างการใช้ยาอาจแทรกซ้อน โดยเชื้อใหม่. เป็นการกำเริบของเชื้อที่มี อยู่เดิมเป็นปกติ, สาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ การดูดซึมของยาเสียไป.

๓. ยาเข้าไม่ถึง ทำให้ความเข้มข้น ของยาที่จะไปทำลายเชื้อต่ำกว่าที่ควร เช่น พยาธิสภาพทมิไฟโบรซิสหรือมีหนองที่ อกไม่ออก, การคั่งของหลอดเลือดทำให้ เสมหะออกยากและยาพ่นเข้าไม่ถึง.

๔. โรคเดิมและการติดเชื้อเป็นคนละ โรค เช่น แผลจากการอุดตันของหลอดเลือด แดงปลายทาง และมีการติดเชื้อร่วมด้วย เมื่อใช้ ปฏิชีวนะสารทำลาย บัคทีเรียได้หมด แต่แผลไม่หาย เพราะแผลเดิมเกิดจากสาเหตุ ไปเลย.

๕. สาเหตุจากร่างกายผู้ป่วยมีความ ต้านทานต่ำ ใ้รับอาหารไม่พอ ซากน้ำและ เกลือที่ร่างกายต้องการ มีโรคบางอย่างอยู่ ควบคู่และไม่ได้ออกกำลังกาย เช่น โรคเบาหวาน.

๖. สาเหตุ เบ็ดเตล็ดที่เคยพบมาแล้ว เช่น ยาปลอม ผู้ป่วยไม่กินยาตามสั่งด้วย เหตุใดก็ตาม, เกิดการยกยอกยาไปขาย วิชาให้ยาไม่ถูกต้อง (เช่น ให้คนกำลังอาเจียน และ ท้องเดิน กินยาที่ ต้องการการดูด ซึม หรือฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่

ขวมมาก ๆ).

เรื่องที่ ๒. พืชเกิดกบยประสาทจากการใช้สเตรปโตมัยซิน ผลสมกับไฮโดร-สเตรปโตมัยซินอย่างละเท่า ๆ กัน รายงานจากวารสารต่าง ๆ ที่ผ่านมานี้ไม่ปรากฏว่าการผสมแขนงจะลดพืชเกิดกบยประสาททั้งหมด เมื่อใช้ยาระยะยาวนาน, เมื่อเทียบกับการใช้ สเตรปโตมัยซินอย่างเฉยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการไคยีน อ้างอิง Dis. of The Chest: 30: 628-632, 1956.

๒๑ พ.ค. เรื่องที่ ๑. ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาพวก “แตรวงควิลลีย์ซึ่ง

ยกรถ” ยกตัวอย่างยาพวกนทมิไซ ในบ้านเราขณะนี้ เช่น ยาจาก “ร็อดโวลเพีย เซอร์เพนติน่า” ฆลอร์โปรมาซีนไฮโดรคลอไรด์ (ลาร์แกคทิล, ฮอราซีน), เมโพรบาเมท (มิลทาวน์, อีควานิล), ยาพวก “พีนไนโธอาซีน” (เช่น พาคาคาล), คอริเคน, โนลคา.

ผล แทรกซ้อน จากยา พวก ร็เซอร์พินอาการแสดงทาง ผิวหนังร่วมกับการขยายตัวของเส้นเลือดฝอย, ลมพิษ, คัดจมูก, อ่อน

เพลยและปวดเมื่อยตามขา, คอนแทคเคอร์มาไตติส.

ฆลอร์โปรมาซีน อาจทำให้มีคคจุมก, ฝนและแกงตามผิวหนังของลำตัว, แขนขา ปากทวารหนัก, และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์, ไม่ค่อยปรากฏบริเวณหน้า, ผ่านมือฝ่าเท้า, ค้นตามตัวแม้ไม่ปรากฏอะไรบนผิวหนังเลย, โฟโตเซนซิทิวิตี, มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่, อะแกรนูโลซัยโตซีส, ทัย์อักเสยและกษาน.

ยาพวกเมโพรบาเมท (เช่น มิลทาวน์หรืออีควานิล) อาจทำให้เกิดลมพิษ และแองจิโอนิวโรติกอิดีมา มักพร้อมกบยมีไข้สูง ปวดตามข้อ.

เคย มีรายงาน เกิดกรอม โปซัยโทพีนิคเพอร์เพอร์รา, และ น็อน-กรอมโปซัยโทพีนิคเพอร์เพอร์รา.

หัวใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ มีเอคโตปีคบีท, ฟลัทเตอร์-ไฟบริลเลชัน (ม.ท. การใช้ยาช่วยให้ผู้ช่วยสงบด้วยยาพวกน ถ้าใช้นาน ๆ อาจยังอาการของโรคอื่นได้. ผู้ช่วยคัดคล้ายส่ายคอยู่เรื่อย ไม่ปวดหรือปวดน้อย. ข้าพเจ้าเองเคยได้รบยทเรียนแล้ว ๑ ราย เป็นผู้ช่วยสูงอายุ เพศหญิง มีแรงดันเลือดสูง จิตใจกังวลและกะวนกะวายเสมอ

โมโหง่าย ใต้ให้ยาลดแรงคันเลอคเซอร์ปาลิซล, ร่วมกับแกงเกลยอนบลดอกคองเอเจนท์, ให้มีผลทาว่นวันละ ๒ เมค ท้องผูกเสมือ. อยู่มาวันหนึ่ง ฝวดยบ่นเจ็บท้องน้อย ขวาทแต่ไม่รุนแรง บอกว่าเพงรสักมา ๒ วัน คลำพบกอนขนาดกำขุ่น แขงปานกลาง อยู่กับที่ ไม่มีไข้ อาการทั่วไปก็ทกอย่าง กินอาหารได้ตามปกติ. ข่าพเจ้าและคัลยแพทยคึกว่าเ็นมะเร็งของซัคม. ใน ๑ สัปดาห์หลังจากรับไว้ใน ร.พ. ก้อนนุ่มเข้า เล็กลงภาพรังสีว่าเป็นก้อนนอกลำไส้. เมื่อผ่าลงไปพบก้อนของ แกรนเลชันทีชชีวอยู่รอบไส้ต่งตอกเสยจนและแล้ว แสดงว่าการอกเสยมีมาหลายวันแล้วโดยผู้ช่วยสขายคิเพราะมียากคอยู่.)

เรื่องท ๒. การรักษาเพมฟักสควยคอรติไซน, เอ.ซี.ที.เอช. และ โปแคสเซียมพารอะมิโนเบนโซเอท

ยาทง ๓ อย่างทำให้โรคทเลาหรือหายไปชั้วครวว ไม่มีหายขาด บางรายคองการยาอยู่เ็นประจำ พอหยคยากเ็นอก.

โปแคสเซียม พารอะมิโนเบนโซเอทให้วันละ ๑๘ กรัม อาจใช้ร่วมกับคอรติไซนได้.

คอรติไซนวันละ ๒๐๐-๓๐๐มก., เอ.

ช.ท เอช. วันละ ๒๕-๕๐ มก. ทก ๒-๓ วัน.

การให้นานเท่าไร ขนาดยาเท่าไร คองให้พอกทเมคได้ ๆ บนผิวนั่งไม่เหือชนมา. บางราย เมอหาย แล้วก็ไม่คองการยาอีก, บางรายกคองการอยู่เวือย.

ยาเฉพาะท เช่น แซควย ๑/๘๐๐๐ โปแคสเซียม เอรเมงกานาท, ขผงทเข้าปฏิชีวนะสาร, ๑% เอนเซียลไวโอเลทใน ๑๐% แอลกอฮอล์

ประกอบกิจทางวิชาการนอกคณะ

๑-๘ พ.ค. น.พ. สร เมตคียวงค์ กับ น.พ. รจิต ขริ ได้ร่วมไปในหน่วยผลสมของ ยชอม-กรมการแพทย-กรมมหาวทิยาลัย แพทยคาสตร์, เพื่อให้การพนฟูวิชาการคองแพทยในภาคใต้, เขยมตรวจและรับปฤกษาผู้ช่วยท รพ. ประจำจังหวัดภูเก็ต, พังงา, ตรัง, พัทลุง, นราธิวาส, ชัตตาน, สงขลา, สุราษฎร์ธาน, เรือทน่าไปบรรยายมี:

Present Day Treatment of Skin Diseases; Systemic L.E. โดย น.พ. สร เมตคียวงค์

Precordial Pain-Diff.Diag.; Cardiac Risk in Noncardiac Operation. โดย น.พ. รจิต ขริ

(ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม)

สารศิริราช
ข่าวศิษย์เก่า

ข่าวอุปสมบท

น.พ. ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี อุปสมบท
ณ พัทธสีมาวัดสุวรรณเวฬุวิหาร เมอวน
อาทิตย์ที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๐๐.

ข่าวมงคลสมรส

ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๐๐ มีศิษย์
เก่าได้เข้าสู่พิธีสมรส ดังรายนามต่อไปนี้:

๑. พ.ญ. แฉล้ม ทวี กับ ว่าที่ ร.ต.
ทองนิยม น้อมศิริ ประกอบพิธี ณ สโมสร
นายทหารโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า
เมอวนที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๐๐

๒. น.พ. จิตร วารินดี กับ น.ส. วาณ
ศรีสมวงศ์ ประกอบพิธี ณ บ้านเลขที่ ๓๕๐

ก. ซอยศรีขำเพ็ญ ทุ่งมหาเมฆ เมอวนที่
๑๒ พฤษภาคม ๒๕๐๐

๓. น.พ. ฉลาภ ธีรพัฒน์ กับ พ.ญ.
ชมนาค วิมุกตะนั้นันท์ ประกอบพิธี ณ
แพทยสมาคม ตำบลศาลาแดง เมอวนที่
๑๒ พฤษภาคม ๒๕๐๐

๔. พ.ญ. ประไพศรี สุวรรณิน กับ
พ.ต. วีระ ศรีสวัสดิ์ปริษา ประกอบพิธี
ณ วิังสวนกุหลาบ เมอวนศุกร์ที่ ๑๗
พฤษภาคม ๒๕๐๐

เราขออำนวยพรให้คู่สมรสทั้ง ๔ นี้
เจริญด้วยศิริสวัสดิ์ พิพฒน มงคลสมปรา
รณาจงทุกประการ

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

๖๕๒ บันทึกท้ายสมุด

๑) สารศิริราชฉบับนี้ เป็นฉบับที่เรียก
ได้ว่ายาก “แผนกรังสวัดยา” มาทั้งหมด
เพื่อช่วยสร้างสรรให้ ฉบับนี้ อยู่ในสถานะ
ที่เรียกว่า “สมบูรณ์” เป็นอย่างคียง.

๑) เรื่องน่าขบ คอเรื่อง “การรักษ
มะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีเรนต์เกน” ซึ่ง
น.พ. โรจน์ สวรรณสถิต, อาจารย์ผู้หนึ่งที่
เราขอยืมได้อย่างเต็มคำว่าเป็น “เส้า
เอก” ต้นหนังสือของแผนกรังสวัดยา, เป็นผู้นำ
เรื่องเสนอ. ระยะเวลาในการรักษาที่ นำ
มาเสนอนั้น, แม้ว่าจะอยู่ในเวลาอันสั้นก
จริง, แต่ก็ยังเรียกได้ว่า, ความหวังของ
การรักษาใกล้สัมฤทธิ์ผลข้างแล้ว. ความ
ยุ่งยากของการรักษาโรคมะเร็ง, ไม่ว่าใน
ตำแหน่งใด, ที่ก่อความยุ่งยากจนแก่รังสี
แพทย์อย่างมากที่สุดก็คือ การติดตามผล
การรักษา, ถึงแม้ว่าจะได้พยายามหลายต่อ
หลายวิธีด้วยกัน ที่จะแนะนำให้ ผู้ป่วย ได้มา
ติดต่อ ช้อย ๆ ภายหลัง ที่ให้การรักษา ไป
แล้ว, เรายังผิดหวังในการที่จะได้ติดต่อ
กับผู้ป่วยไปไต่จนครบ ๕ ปีหรือ ๑๐ ปีตาม
แผนการณการติดตามผู้ป่วย. ทงนี้อาจด้วย
เหตุผลหลายอย่างเช่น ผู้ป่วยขาดความสน
ใจตนเอง, การอาชีพและธุรกิจที่จะต้องหา
เลี้ยง ชีวิต ซึ่ง ผูกพัน อยู่มากกว่าจะ คิดถึง

การช่วยเจ็บของตนในเมื่อโรค กลับเริ่ม เป็น
ใหม่ ๆ ออก, การคมนาคมที่ไม่สะดวก, การ
ติดต่อไม่สะดวก ฯลฯ . เหล่านี้จึงเป็นปัญหา
ที่จะต้องขบคิอย่างหนักที่สุด, เมื่อเราจะจัด
ตั้ง “หน่วยหรือองค์การโรคมะเร็ง”, ตราย
ใดที่ยังขจัดปัญหาเหล่านี้ไม่ได้, การติดตาม
ผลต่าง ๆ จะไม่ได้ ผลหรือได้ ก็น้อยที่สุด.
จนทำให้หน่วย หรือ องค์การทาง ชนโดยม
ความหวังผลอย่างเลิศนั้น ล้มเหลว และไร้
ผล. ผลจะเกิดขึ้นใดเต็มทีก็ต่อเมื่อ “ทาง
การ” ให้การร่วมมืออย่างเต็มที่. ตัวอย่าง
ง่าย ๆ ก็คือ เราจะติดตามผลการรักษาได้
อย่างไร ในเมื่อการติดต่อจะโดยทางจด-
หมายหรือโทรศัพท์ ติดตามยังกระทำไม่ได้
ทุกราย, หรือหากว่าติดต่อได้, ผู้ป่วยจะเดิน
ทางมาให้ตรวจอีกได้อย่างไร ในเมื่อการ
คมนาคมยังไม่สะดวกหรือ “ขาดเงิน” ที่
จะใช้ในการเดินทาง. แต่ความหวังผลเลิศ
ของเราอาจสำเร็จในอนาคต เพราะความ
“ตั้งใจ” ของเรายังมีอยู่อย่างเต็มที่.

๑) คุณหมอ รมั ไทร สวรรณสถิต, รังสี
แพทย์เอกผู้หนึ่ง ที่จะมื่อนาคดอนรุ่งโรจน์ใน
กาลข้างหน้า, ได้เสนอเรื่อง “โรคไอโอไอโอ
ต้นในการรักษา มะเร็งของ ต่อมธัยรอยด์”,
อันเป็นเรื่องอนคย ๒. การนำเอาสารกัม-

มันตภาพรังสี มาใช้ประโยชน์ในทาง การแพทย์, กำลังอยู่ในยุค “เฟื่อง”. เรืองนิจเป็นเรื่องที่น่าสนใจไม่น้อยของแพทย์ ทวไป, ซึ่งถึงแม้จะไม่เกี่ยวข้องกับหน้าตาทางรังสีวิทยาโดยตรง, ก็จะต้องได้มีส่วนพัวพันเข้าไป เกี่ยวข้อง ในการรักษาอยู่ด้วยเสมอในเวลาข้างหน้า, เพราะการให้การรักษาคด้วย สาร กัมมันตภาพรังสีจะ ถูก นำมาใช้ มากขึ้น ๆ เป็นลำดับ. นอกจากนี้ก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจ ทุกคน ตลอดไปจนถึง รัฐบาล ควรจะให้การสนับสนุนอย่างจริงจังกันต่อไป

เมื่อการรักษาคด้วยกัมมันตภาพรังสี, ซึ่งกำลังก่อตัวขึ้นนั้นจะขยายตัวกว้างขวางขึ้น ๆ

๑ “ใต้เลนโซอะตัส” ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก, เป็นเรื่องที่คุณหมอประเสริฐ นิลประภัสสร นำมารายงาน, พร้อมก็ได้กล่าวถึง ทัศนคติของโรคนิวโรไลติกพอใช้. พอจะนับได้ว่า เป็นรายแรกของประเทศไทย ที่ได้ตีพิมพ์ลงในวารสาร. ต่อไปด้วยความเอาใจใส่เป็นพิเศษของรังสีแพทย์, เราคาดว่าคงได้พบโรคนิวโรไลติกเพิ่มจำนวนขึ้นอีกมาก.

๑ “รายงานผู้ช่วยที่น่าสนใจทางรังสีวินิจฉัย” ของคุณหมอโชติ ธรรมาสถิตย และ “เทคนิคในการตรวจต่อมน้ำลายด้วยรังสีเรตินาเกิน” ของคุณหมอทวิ บุญโชติ, ช่วยเสริม ค่าของ สารศิริราช ฉบับนี้ให้เด่นชัดขึ้นมีใช้น้อย

๑ ในขบถบรรณาธิการพิเศษ, เราได้บรรจุ เรื่องของ ศาสตราจารย์ น.พ. อำนวย เสริมรส, ผู้เชี่ยวชาญทางรังสีวิทยา. ในหัวเรื่อง “กัมมันตภาพรังสี” นอกจากจะเป็นความรู้พิเศษแล้ว ยังจะทำให้สันักงาถึงกัมมันตภาพรังสีที่แผ่ กระจายไปรอบทิศ หลังจากการทดลองระเบิดปรมาณู ที่หลายต่อหลายคน ประวิตกว่าจะผ่านมา ถึงประเทศไทย.

๑ แผนกย่อยเอกสาร, ซึ่งมีแต่เรื่องรังสีวิทยาล้วน ๆ ได้บรรจุไว้ในฉบับนี้เช่นเดียว อย่าง “อิม” เกี่ยวข้องกับปกิณกะมเรื่อง ทนารู, ซึ่งตีพิมพ์ไว้ว่าไม่ควรพลาดที่จะเอา “อาหารทก” บรรจุสมองของผู้อ่าน.

๑ สักต่ายของฉบับ, เราถือเป็นนิมิตอันดีของการก้าวหน้าของสารศิริราช ก็คือมีเรื่อง ของฝ่าย วิชาการ พยาบาล อยู่ด้วย, เป็นเรื่องที่น่าสนใจมีใช้น้อยเช่นกัน.

๑ ศิริราช พยาบาล ใน เดือนนี้ ทางงานหนักเพิ่มขึ้นเกินเท่าตัว, เพราะใช้หวัคใหญ่ระบาทมาสู่ประเทศไทย. ทุก ๆ คนเหนื่อยเพลียตาม ๆ กัน, คล้าย ๆ กับความเพลียของ “สารศิริราช” ของเรา. แต่ในไม่ช้าเมื่อรวบรวมกำลังขึ้นมาใหม่, สารศิริราช ของเราก็คง จะก้าววิ่ง รุกหน้าต่อไปได้อย่างแน่นอน.