



# สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๐๐

Volume 9, Number 9, September 1957

ลำไส้แตกจากภยันตรายของช่องท้องซึ่งไม่มีแผล

ร.ต.อ. โกมินทร์ กาญจนกุล

พ.บ.

(ร.พ. ตำรวจ)

ในบรรดาภยันตรายของช่องท้อง, ภยันตรายที่ไม่ปรากฏบาดแผลทางหน้าท้องนั้นว่าเป็นปัญหาที่ยากยิ่งกว่าภยันตรายที่ปรากฏบาดแผลในการวินิจฉัยโรคและพิจารณาความรุนแรงของโรค, โดยการทำการแตกทะเลของลำไส้. Estes<sup>(1)</sup> ได้รายงานไว้ในปี ๑๙๔๒ กล่าวถึงความลำบากในการวินิจฉัยการแตกทะเลของลำไส้ในคนไข้ประเภทนี้, เพราะคนไข้มีอาการแสดงไม่ชัดเจนในตอนแรก, แต่ชัดเจนในตอนหลัง. รายงานของนายแพทย์เชิด โทณะวณิก และตำรวจ ทองโสภิต<sup>(2)</sup> ก็แสดงให้เห็นความจำเป็นในการรอดสังเกต

อาการในรายที่การตัดสินใจยังไม่แน่นอนในขั้นแรก. คนไข้มีอาการแตกทะเลของลำไส้จากภยันตรายประเภทนี้ในตอนแรกมักไม่แสดงอาการรุนแรงให้ปรากฏ. ถ้าแพทย์ได้พบบาดแผลที่ร่างกายแล้วอาจจะล้มเลิกถึงความสำคัญที่จะต้องดูแลใกล้ชิดและการรักษาที่รีบด่วน. บางทีอาจจะปล่อยคนไข้กลับไปได้, ซึ่งต่อมาคนไข้จะมีอาการรุนแรงจนทุกทีจนกระทั่งปรากฏอาการช็อคชันทันที, หรือปรากฏอาการแสดงชัดเจนซึ่งสายเกินไปที่จะช่วยคนไข้ให้ปลอดภัยได้เพียงพอ. เพราะฉะนั้นการนำรายงานมารายงาน ก็เพื่อจะให้เพื่อนแพทย์ได้ฟัง

สังวรณ ไร่เมื่อพบเห็นคนไข้ ประเภทนี้ว่ามีความสำคัญเพียงไร, แม้คนไข้จะไม่มีแผลหรือ รอยชำเขยว ท บริเวณ หน้า ท้อง เลย. การวินิจฉัยโรคของคนไข้ที่ไ้รับรักษันตรายประเภทนี้ได้อีกต้องรวดเร็วจะลก่อนตรายลงมาก. การพยากรณ์โรคคนไข้ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วของการวินิจฉัยโรค.

ภยันตรายที่เกิอกด้วยวัยระยา ในช่องท้องโดยไม่มีขาดแผลใดแก่การถกกระแตกอย่างแรงทหน้าท้อง, เช่นถกรถชน, ถกขบท้อง, ถกชกท้อง, หรือถกควายชวคท้อง เป็นต้น. อันตรายอาจเกิดชกนกับอวัยวะชงม่งเหยาย ๆ เป็น ๓ ส่วน, (3) คือ:

(๑) อันตรายต่อผนังหน้าท้อง. อาจมีการฉีกขาดชงกลามเนอเวคคัสแอบคอมีนิส. อาจมีอันตรายต่อหลอดเลือดแดงชอปลีกาสตรีคหลอดคคก, การฉีกขาดชงเยอบชองท้องและแผ่นเนอ กลลามและพังผคชก.

(๒) อันตรายต่ออวัยวะที่เป็นโพรง. ไ้แก่ทางเตินอาหาร, ชงพยาธิสภาพทเกิอกชกนกมการกระแตกช่าและการแตกชงมอันตรายถแก่ชวค, อันเป็นหวัชชอทนารายงานในนท.

การ กระแตก ช่าชง ผนังลำไส้ อาจจะมีกิตำแหน่งเค็ยวหรือหลายตำแหน่ง. ถ้า

เป็นเค็นอัยกจะหายเองได้. ในรายทเป็นมากมีอันตรายโดยการแตก ทะลชงลำไส้ชงเกิอกทหลัง, เมื่อแผ่นเนอทตายหลุดออกมา.

การฉีกขาด ชงลำไส้ อาจ จะขาดออกมาชกนหมคหรือไม่หมค. อันตรายทเกิอกคือเยอบชองท้องอัยเสย. ตำแหน่งทมีการฉีกขาดไ้ชอชคคือเจจนม, และมักจะเป็นส่วนคณ, คอชคทหนึ่ง, สอง, และสาม, ชง เป็นส่วนทชววง กัยกระคก สันหลังส่วนเอว. อิกตำแหน่งหนึ่งกคือส่วนปลายชงอเลอม. ชงเป็นส่วนทอัยชคกัยส่วนยนชงเซคริม และเซโครอิลอิคชงนชอนโครลิส. เหตุทมีการฉีก ขาดชง ลำไส้ ก็นอชง จากแรงคคททางหน้า ท้องหรือ แรงคคชงอวัยวะออกมาชงส่วนทตรงเนนอัย, หรืออาจเกิอกจากแรงคคนภายในลำไส้ออกมา. สาเหตุ ๒ ประการหลังพบไ้ช่าก.

(๓) อันตรายต่ออวัยวะที่เป็นเนอเนน. อาจจะมีการฉีกชงคัย, ม้ามและคัยออน. อันตรายนจะมี อาการชงการถก เลือคภายในหรือชอชคเป็นสำคัญ.

การ วินิจฉัย การแตก ทะลชงลำไส้ (4) การแตกทะลชงลำไส้เป็นสาเหตุททำให้เยอบชองท้องอัยเสยมากทสุดในราย

ทมออันตรายของช่องท้อง, ซึ่งเป็นอันตราย  
 ที่น่ากลัวเพราะคนไข้มักเสียชีวิตฉับพลัน  
 ไม่ได้ทันทั่วทั้งที. อาการแสบและอาการ  
 แสบคองของเยื่อช่องท้องอักเสบไม่ได้อีก  
 หนึ่งหลังจากไทรอยอันตราย, และอาจคง  
 อยู่เช่นนั้นหลาย ๆ ชั่วโมงซึ่งกว่าจะวินิจฉัย  
 ได้ หรือ แสบคอง อาการ แน่น ชัดก็ ไม่อาจช่วย  
 ชีวิตคนไข้ไว้ได้. ตามปกติลำไส้ส่วนที่ไทรอย  
 อันตรายหายคนไข้, ไม่มีการขบขุด, เนื่อง  
 จากโรคเพลิงหรือเนื่องจากอัมพาตของผนัง  
 ลำไส้เอง. ถ้าแตกทะลุที่ลำไส้เล็ก, เยื่อ  
 เยื่อเมือกอาจขึ้นมาอุดรูทะลุได้. เมื่อคนไข้  
 งดกินอาหารลำไส้ก็จะอยู่นิ่ง, และคนไข้ไม่  
 มีอาการแสบผิดปกติ. หากหลังจากนั้น  
 แพทย์ผู้เฝ้าดูอาการคิดว่าไม่มีอันตรายต่อ  
 อวัยวะภายในช่องท้อง, และให้คนไข้กิน  
 อาหาร, ลำไส้ก็จะมีการเคลื่อนไหวและ  
 ทำให้ลำไส้ทะลุออก จึงเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ.

Zachary Cope ได้กล่าวถึงการวินิจฉัย  
 การแตก ทะลุของลำไส้ ในระยะแรกว่าต้อง  
 แยกอันตรายของไส้ชั้นหลัง, ช่องอก, และ  
 ไตออกเสียก่อน, และควรส่งส่งการแตก  
 ทะลุของลำไส้ถ้ามีอาการต่อไปนี้ :

(๑) คนไข้มีความเจ็บปวดอยู่นานกว่า  
 ๖ ชั่วโมงหลังจากไทรอยอันตราย, โดย

เฉพาะถ้ามีอาการอันรวมด้วย, คืออาการ  
 อาเจียน, และยังมีเนื้องอกที่อาเจียนมานาน,  
 อาการอื่น ๆ อีกมีชีพจรคอบเร็วขึ้นเล็กน้อย,  
 การ แข็งตึงเฉพาะที่ ของหน้าท้อง ซึ่งคงอยู่  
 นาน, หรืออาการกดเจ็บลึก ๆ, และหายใจ  
 ใจตน.

(๒) ถ้าคนไข้ ไม่มี อาการปวดท้อง,  
 หรือมีปวดแต่น้อยและอาการชัดไม่เพิ่มมาก  
 ขึ้น, ก็ควรสงสัยชีพจรของคนไข้เร็วขึ้น  
 เรื่อย ๆ ทุกชั่วโมงประจวบกับคนไข้มีอาการ  
 การกระสับกระส่ายไม่สยบ.

ถ้ามีอาการ ดัง กล่าว และ ตรวจ พยา  
 ความทบขยบริเวณขยับลง, หรือพบอาการ  
 การแสบคองของน้ำในช่องท้อง, หรือตรวจ  
 ทาง ทวารหนักมีอาการ กดเจ็บที่ เยื่อช่อง  
 ท้องส่วนเพ็ลวิก, ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้อง  
 ทันที.

การฟังเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้, ถ้า  
 ตรวจซ้ำหลายครั้ง ไม่มีเสียง ก็ต้อง สงสัย  
 ภัยอันตรายต่อลำไส้.

การตรวจทาง เอกซเรย์ ในราย ที่มีการ  
 แตกทะลุของลำไส้จะมี แก๊สคงอยู่ ที่บริเวณ  
 ใกล้เคียง ๆ ลำไส้ส่วนที่แตกทะลุ.

การพยากรณ์ โรคในราย ที่มีการ แตก  
 ทะลุของลำไส้ต้องว่าไม่ดี, เพราะวินิจฉัย  
 ได้ยากและกว่าจะวินิจฉัยได้ก็เสียเวลานาน

ซึ่งทำการผ่าตัดช่วยเหลือ ไม่มีความปลอดภัยพอเพียง.

การแตกทะเลของลำไส้ จากอุบัติเหตุรายที่ ๓ ไม่ขาดผลพบได้บ่อยพอใช้. ที่ ร.พ. ดำรวจในระยะ ๑๒ เดือนพบคนไข้ซึ่งได้รับอุบัติเหตุราย ทางหน้าท้อง โดยไม่มีขาดผล ๖ ราย. ในจำนวน ๕ รายมีการแตกทะเลของลำไส้. มีเพียงหนึ่งรายที่มดขี้แตก. เห็นได้ว่าการแตกทะเลของลำไส้พบบ่อยกว่าอันตรายต่ออวัยวะเป็นเนื้อเน่น. ทั้งนี้เพราะอวัยวะเป็นเนื้อเน่นซึ่งมีตับ, ม้าม, ตับอ่อนและไต, อยู่ในช่องท้องส่วนบนซึ่งมีกระดูกซี่โครงป้องกันอยู่. อันตรายต่ออวัยวะเป็นเนื้อเน่นบางทีกทำให้การวินิจฉัยยากถ้าหากไม่รุนแรง, ซึ่งรายที่เราพบก็เป็นตัวอย่างอันดี, จึงนำมารายงานรวมไปด้วย. แต่ไม่ว่าจะเป็นอันตรายชนิดไหนการรักษาก็เหมือนกัน, คือต้องทำการผ่าตัดโดยเร็วทัน. หากปล่อยไว้นานคนไข้จะมีข้อบกพร่องขึ้นเนื่องจาก เยื่อช่องท้อง อักเสบหรือเนื่องจากการตกเลือด. อาการข้อบกพร่องเป็นข้อบกพร่องในระยะเน่น, ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยมีความเจ็บปวดอยู่ เป็นเวลานานเกินไปก็ได้. (5)

### รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑. ผู้ป่วยชาย, ไทย, โสภ,

อายุ ๑๘ ปี, ถกรถสามล้อเครื่องชนสี่ขา  
ขวาวขณะเดินข้ามถนน ถึงกับล้มคว่ำหน้า.  
ยังรู้สึกตัว. มีอาการปวดและแน่นท้องมาก.  
ถูกนำส่ง ร.พ. หลังเกิดเหตุ ๑ ชม.

อาการแรกเริ่ม ไม่มีข้อค. อุณหภูมิ ๓๗.๐  
ซ. ชพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที. การหายใจ  
๑๘ ครั้ง/นาที. ความดันเลือด ๑๓๖/  
๗๐ มม.ปรอท. มีอาการกระตือรือร้น,  
แสดงถึงความวิตกกังวลมาก. ซึมจนไม่รู้สึก  
และสติ. ความจำพอใช้ได้. มีเบ่ง  
ใจเป็นบางคราว.

การตรวจทางหน้าท้อง กล้ามเนื้อท้องแข็ง  
ตึงทั่ว ๆ ไป. เคลื่อนไหวน้อยตามการหายใจ.  
กดเจ็บตามบริเวณใต้ชายโครงข้าง  
ซ้าย. เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่ได้  
ยินเลย.

การตรวจทางทวารหนัก คลื่นเคอซัดตง.  
ส่วนขี้ส้วมตรวจพบว่ามี. ใต้หิ้นทก  
ชพจรและความดันเลือด, พร้อมยกข้อ  
สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง. ขณะเดียวกัน  
ก็เริ่มให้แอนติไบโอติกและใส่หลอดดูดทาง

กระเพาะอาหาร. ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง  
ของชีพจรและความดันโลหิตผิดปกติ. จน  
กระทั่งประมาณ ๑๖ ชม. หลังรับผู้ช่วยมี  
อาการกระสับกระส่ายมากกว่าปกติ, และ  
มีอาการช็อคแก้ไขไม่ทัน, ผู้ช่วยถึง  
แก่กรรม.

การตรวจศพ กระเพาะอาหารขนาดโตผิดปกติ.  
เลือกคั่งทั่วไปตามเยื่อช่องท้องส่วน  
คลุมอวัยวะ. มีทะเล ๒ แห่งที่ลำไส้, คือ  
ทอเลอิม ๑ แห่ง, เป็นรูขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง  
ประมาณ ๑ ซม. ขอบแผลเบี่ยงซ้าย;  
อีกแห่งหนึ่งคือที่โค้งสปลันคของลำไส้  
ใหญ่. รูเล็กกว่าแห่งแรกเล็กน้อย. เยื่อ  
ช่องท้องอกเสี้ยว ๆ ไป. และในช่องท้อง  
มีน้ำเหลืองขุ่นเล็กน้อย.

รายที่ ๒ ผู้ช่วยชาย, ไทย, โสภ, อายุ ๒๗ ปี, ถูกแผ่นเหล็กทหารรถแทรกเตอร์  
ชกคั้นกระแทกที่ท้อง ๒ ครั้งขณะนอน  
หงายแก้ไขเครื่องยนต์ที่ท้องรถ มีอาการ  
ปวดท้องและแน่นท้องมาก. บางคราวแน่น  
ขึ้นมาที่หน้าอกเป็นพัก ๆ. ไม่มีอาการอื่น.  
ถูกนำส่ง ร.พ. หลังเกิดเหตุประมาณ ๖ ชม.  
อาการแรกเริ่ม ไม่มีช็อค อุณหภูมิ ๔๓.๐  
ศ. ชีพจร ๕๖ ครั้ง/นาที. การหายใจ

๒๐ ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต ๑๔๐/  
๑๐๐ มม.ปรอท. มีอาการซึม. ไม่กระสับ  
กระส่าย. ทำทางเจ็บและอึดอัดในท้อง.

การตรวจหน้าท้อง พบว่ากล้ามเนื้อหน้า  
ท้องแข็งตึงทั่ว ๆ ไปและบ่งเล็กน้อย. กด  
เจ็บที่บริเวณเอวข้างซ้าย ประมาณระดับสะดือ,  
ห่างจากสะดือ ๓ นิ้ว. เสียงการเคลื่อนไหว  
ของลำไส้ค่อยกว่าปกติ. ขี้ส้วมาตรวจ  
พบว่าใส.

การตรวจทางทวารหนัก พบว่าคัลเดอซัค  
โป่งเล็กน้อย. เนื่องจากผู้ช่วยไม่มีอาการ  
แน่นกระสับกระส่ายจึงให้คอยสังเกตดูอาการ,  
ซึ่งไม่มีอะไรผิดปกติ.

การตรวจทางเอ็กซเรย์ ได้ตรวจในเวลารุ่ง  
เช้า. พบว่ามีแก๊สที่ในท้องส่วนล่างข้าง  
ซ้าย. เป็นแก๊สที่อยู่นอกทางเดินอาหาร.

การตรวจเลือด ฮบ. ๗๕ ปช. ม.ล.ค.  
๔.๑๔ ล้าน. ม.ล.ช. ๒๐,๕๐๐/ล มม.  
ไปลัย. ๕๐ ปช. ลิ้มฟ. ๑๐ ปช.

ผู้ช่วยยังไม่หายจากอาการแน่นอึดอัด,  
จึงได้ทำการผ่าตัดเวลา ๑๔.๐๐ น., คือ  
ประมาณ ๒๓ ชม. หลังจากเกิดเหตุ.

ในการผ่าตัดได้เปิดหน้าท้องเป็นทาง

ยาวตามแนววงกลาง. พบนาสแดง ๆ คล้ำ ๆ ไหลออกมาจากช่องท้อง. กดออกได้ประมาณ ๒๐๐ ล.ซม. ซีกข้างซ้ายมีเอ็กซัยโมสิสของ เยอเยอ ช่องท้อง ส่วนผนัง. ลำไส้ใหญ่ทะลุที่ตำแหน่งระหว่างลำไส้ส่วนลงกับส่วนซีกมอยด์, และฉีกขาดตกลงไปฝังเมโซซีกมอยด์และเยอเยอช่องท้องส่วนผนังทางด้านหลัง. มรอนชา ๒ แห่งทงเจนนี. ไ้เย็บต่อโคลอนแยกประสานปลาย (เอ็นค ทุ เอ็นค) และเย็บเมโซโคลอน. ใ้ท่อระบายจากแอ่ง ข้างลำไส้ ใหญ่ข้างซ้าย และจากคิลเคอซัค. หลังผ่าตัดวันแรกไข้ขึ้นสูงมาก, อุณหภูมิถึง ๔๐.๔ ซ., ชีพจรเบาและเร็ว, รูปร่างตัวกลมแคระ, กระสับกระส่าย. ในวันต่อมาอาการดีขึ้น. ในวันที่สามลำไส้เริ่มทำงาน. อาการทั่ว ๆ ไปดีขึ้นทุกที. ไม่มีโรคแทรก. วันที่ ๑๕ จึงให้กลับบ้าน.

รายที่ ๓ ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่, อายุ ๓๔ ปี. ถูกสามล้อเครื่องวงมาชนที่ถนนขณะ ทกมจต ตะเขียงหลัง รถจักรยานสามล้อของคนอยู่. ผู้ป่วยกระเด็นไป, หน้าท้องกระแทกกับ ตัวรถสามล้อที่ อยู่ข้างหน้า. มี อาการเจ็บ หน้าอกข้างขวาและแน่นท้องมาก. ถูกนำส่ง ร.พ. เวลา ๒๐.๐๐ น.,

หลังเกิดเหตุราวครึ่งชั่วโมง.

การตรวจแรกพบ อุณหภูมิ ๓๗.๒ ซ. ชีพจร ๗๐ ครั้ง/นาที. การหายใจ ๑๖ ครั้ง/นาที. ความดันเลือด ๑๑๐/๗๖ มม.ปรอท. ท่าทางแน่นท้อง. ต้องใช้มอกรมชายโครงขวา. มีอาการไอ. ขณะไ้รู้สึกเจ็บหน้าอกมากจน. ลูกขนนงได้.

การตรวจระยขการหายใจและระยขการไหลเวียน ปกติ.

การตรวจทางหน้าท้อง พบว่ามีช่องเห็นซัคที่หน้าท้องส่วนล่าง. กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งตึงทั่ว ๆ ไป, แต่ทางขวามากกว่าทางซ้าย. กดเจ็บที่หน้าท้องแถบขวา. เคาะได้เสียงโปร่งทั่ว ๆ ไป. เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นปกติ. ความตยขบริเวณคัปกติ.

ตรวจทางทวารหนัก คิลเคอซัคไม่โป่ง.

ส่วนขั้สวาระตรวจพบว่าใส. ใ้สังเกตุอาการต่อไปจนกระทั่งวันรุ่งขึ้น. ผู้ป่วยยังมีอาการคงเดิม. ปวดแน่นท้องตลอดคืน.

ตรวจเลือด ใ้ผล ม.ล.ข. ๗,๘๐๐-ไปลัย์. ๗๑ ปซ. ลิ้มฟ. ๒๕ ปซ.

การตรวจทางเอ็กซเรย์ พบว่ามีแก๊สมากในลำไส้เล็กทางบ้านซ้าย. บ้านขวาใ้เงาที่ข

มากกว่าปกติ.

ได้ให้ การรักษาแบบ ประคอง ประคอง, โดยให้ หลอด ตกแก๊สทาง กระเพาะ อาหาร ตลอดเวลา. ให้สารน้ำอิเล็กโทรลิต และแอนติไบโอติก. ประมาณ ๑๕.๐๐ น. วันนั้นผู้ช่วยรำคาญ จึงเอาสายยางออกจาก กระเพาะเสียเอง, และเริ่มอาเจียนหลาย ครั้งตก ๆ กันจนเหนื่อยหอบ. สั่งอาเจียน เป็นนาซีสเขียว ๆ. หลังจากอาเจียนผู้ช่วย จึงมีอาการช็อคขมก้น. ได้ทำการถ่าย เลือดให้ ๓๐๐ ล. ซม. และรักษาช็อค. ตรวจเลือดอีกครั้งพบ ม.ล.ช. ๑๖๐๐๐. ต่อมาอีก ครั้ง ชีว โมง อาการ ช็อค คับ ขน ความดันเลือด ๕๐/๔๐ มม.ปรอท, ชีพจร ๑๑๘ ครั้ง/นาที, จึงนำเข้าห้องผ่าตัด.

ขณะผ่าตัดได้ให้สารน้ำและเลือดตลอด เวลา. ผ่าตัดตามแนวเส้นกลางเข้าไปใน ช่องท้อง. พบว่ามีเลือดสีแดงคล้ำและลิ่ม เลือดเป็นจำนวนมากในท้องแถบขวา, โดยเฉพาะบริเวณโค้งลำไส้ใหญ่ใต้คืบ. ได้ คุกเลือดและเอาลิ่มเลือดออก รวมประมาณ ๗๐๐ ล. ซม. ตรวจอวัยวะในช่องท้องพบว่า ลิ่มเลือดแทรกใน ซันไตเยอเมอของ ส่วนบนของลำไส้ส่วนใหญ่ส่วนบน และส่วน ขวางแถบขวา, ทำให้ซันเยอเมอแยกเป็น แผ่นออกไปจากซันกลามเนอ และเยอเลย์น

(ซีโรซ่า) ทั้งหมด. ลิ่มเลือดมีทั่ว ๆ ไปใน เมโซโคลิออนส่วนขวาง. ภายหลังได้ทำการ ตัดลำไส้ใหญ่ครึ่งทางขวาออกและต่อลำไส้ ใหญ่กับอิลีอัม (แบบ “ปลายประสาทรกั ข้าง”) เพราะเห็นว่าผู้ช่วยจะทนการผ่าตัด ใต้. ผู้ช่วยถึงแก่กรรมขณะเย็บปิดหน้าท้อง.

รายที่ ๔ ผู้ช่วยชาย, ไทย, โสค,

อายุ ๒๔ บ. มีประวัติซ้อมชกมวยกับเพื่อน. ถูกชกท้องข้างซ้าย. อาการมีเพียงเจ็บ ท้อ ๆ. ยังคงซ้อมต่อไปได้อีก ๑ ยก. เลิก ซ้อมแล้วจึงมีอาการปวดท้องแน่นข้างซ้าย มาก. มีอาเจียน ๑ ครั้ง. ปวดแน่นท้อง ไม่หายจึงมา ร.พ. หลังจากเกิดเหตุประ- มาณ ๔ ชม. (รับไว้ใน ร.พ. ประมาณ ๒๑.๐๐ น.).

คนก่อนซ้อมมวย, กินยาถ่าย, ท้อง เต็มมาก.

อาการแรกเริ่ม ไม่มีช็อค. อุณหภูมิ ๓๖.๖ ซ. ชีพจร ๕๒ ครั้ง/นาที. การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที. ความดันเลือด ๑๑๒/๗๔ มม.ปรอท. กระสับกระส่ายมากและมี อาการคลื่นคลั่ง, รำคาญ, ลูกขนรืองเอ็ด ตะโร, เตะเตียงและเกา, ชกหมอน, เป็นต้น. การตรวจระบอบหายใจและการไหล



เลือกไม่พบความผิดปกติ.

ตรวจหน้าท้อง กดเจ็บทั่วไปที่หน้าท้องและ  
ชายโครงแถบขวา. กล้ามเนื้อหน้าท้องตึง.  
ข้างขวาตึงมาก. ข้างขวาตึงน้อย. เสียง  
การเคลื่อนไหวของลำไส้ ค่อยกว่าปกติ.  
ความตึงบริเวณตับปกติ.

การตรวจทางทวารหนัก พบคลเคล็ดชคตง  
เล็กน้อย. การตรวจอย่างอ่อนพบว่ากระดูก  
ต้นแขนข้างซ้ายหักชนิดสมบูรณ์. ใต้สัง-  
เกตศอกอาการเปลี่ยนแปลง, บนทกซฟพร,  
อุณหภูมิและความดันเลือดเป็นระยะ ๆ. วัน  
รุ่งขึ้นผู้ป่วยยังแน่นท้องและหน้าอกไม่หาย.

ตรวจทางเอ็กซเรย์ ในท่านั่งไม่มีแก๊สได้  
กระบังลม. ตรวจเลือดพบ ม.ล.ข. ๑๖๒๐๐.  
โพลัย ๗๘๒๗. ลิ้มฟ. ๑๗๒๗. โมโน. ๒  
๒๗. มาสทเชลล์ ๓๒๗. เสียงการเคลื่อนไหว  
ของลำไส้หายไป. ได้ตัดสินใจทำการ  
ผ่าตัดหน้าท้อง ส่วนบนตามแนวเส้นกลาง  
ตัว. ขณะผ่าตัดทำการถ่ายเลือดให้และให้สาร  
น้ำ. ในการผ่าตัดพบว่ามีเลือดตกในช่อง  
ท้องประมาณ ๑๕๐ ล. ซม. หลังจากดูด  
เลือดออกจนแห้ง พบว่าขอบล่างของตับกลีบ  
ขวามือรอยฉีกยาวประมาณ ๒ ซม. หลัง  
จากทำการเย็บแล้ว ไม่มีเลือดออกมาก.

จึงใส่ท่อระบายและเย็บปิดหน้าท้อง. หลัง  
ผ่าตัดผู้ป่วยมีท้องอืดอยู่สองวัน แล้วลำไส้  
จึงเริ่มทำงาน. เอาท่อระบายออกในวันที่ ๓.  
ตัดไหมในวันที่ ๕. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อย  
ๆ ไม่มีโรคแทรก. กลับบ้านในวันที่ ๑๔ หลัง  
ผ่าตัด.

รายที่ ๖ ผู้ป่วยเด็ก, ชาย, ไทย,  
อายุ ๑๓ ปี. ถูกควายชวิดที่ท้องโดยไม่มี  
ปรากฏบาดแผลที่หน้าท้องเลย. มีอาการ  
แน่นท้องมากและอาเจียนเป็นเศษอาหาร  
หนึ่งครึ่ง, แต่ไม่มีอาเจียนน้ำ. ถูกนำ  
ส่งโรงพยาบาลหลังจากเกิดเหตุประมาณ ๖  
ชั่วโมง. (รับไว้ในโรงพยาบาลประมาณ  
๑๖.๓๐).

อาการแรกเริ่ม ไม่มีซีด. อุณหภูมิ ๓๗.๖  
ซ. ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที. การหายใจ  
๒๒ ครั้ง/นาที. ความดันเลือด ๑๑๒/๗๒  
มม.ปรอท. มีอาการกระสับกระส่ายเล็กน้อย  
และอึดอัด. นอนตะแคงและงอขาซึ่ง  
เป็นท่าสบายที่สุด.

การตรวจระบบการหายใจและระบบการ  
ไหลเวียนเลือดไม่พบผิดปกติ.

การตรวจหน้าท้อง หน้าท้องย่องชัดเจน,  
เคลื่อนไหวตามการหายใจน้อย. กดเจ็บ

บริเวณใกล้เคียง. กล้ามเนื้อหน้าท้องตึงแต่ไม่แข็ง. เคาะได้เสียงโปร่งทั่วๆ ไป. เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ยินค่อย.

การตรวจทางทวารหนัก คัดเคอซัคไม่โป่ง. ขัสสาวะใส.

ในรายงานปฏิบัติเช่นเคยวกบร่ายก่อนๆ, คือได้ให้โรคอุจจาระต่อไปเป็นระยะๆ. ประมาณ ๕ ชม. หลังรับไว้ผู้ป่วยแสดงอาการอึดอัดและกระวนกระวายมากขึ้นเป็นบางครั้ง. บางคราวก้นอ่อนสยบได้. เอ็กซเรย์ซึ่งถ่ายในท่านั่งแสดงว่าแก๊สคงได้กระบังลมข้างซ้าย, เป็นแก๊สนอกกระเพาะอาหาร. ผลตรวจเลือดปรากฏว่า ม.ล.ข. ๑๖๑๕๐/ล. มม. อุดหนุมิ ๓๘.๕ ช. และชีพจร ๑๒๘ ครั้ง/นาที. การตรวจหน้าท้องได้ผลคงเดิม, จึงได้รักษาโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง.

การผ่าตัด ผ่าตัดเปิดหน้าท้องตามแนวกลางตัวเหนือระดับสะดือขึ้นไป. เมื่อยกเจนนมชนมมาสเซวชนเล็กนอยพรอมกขไฟบรินซึ่งอยู่ทขวของเมโซโคลอนจำนวนเล็กนอย, และพบรูทะลุของเจนนม ๑ แห่ง, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑ ซม. อยู่ห่างจากลิแกเมนต์ของไตรคัสประมาณ ๑.๕ ซม., มีไฟบรินยึดทรวน. นอกจากน

ยังมีรอยช้ำอยู่ ๓ แห่งบนเจนนม. ได้เย็บปิดรูทะลุ, ใส่ท่อระบายจากคัลเคอซัคและเย็บปิดหน้าท้อง. หลังผ่าตัดอาการดี. ลำไส้เริ่มทำงานในวันที่ ๒ หลังผ่าตัดและเอาท่อระบายออกได้. ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ ๑๑ หลังผ่าตัด.

อภิปราย คนไข้ ๖ รายที่น่ามารายงานน, ทกรายได้รัยข้อคิดเหตุโดยการระแทกอย่างแรง ทหน้าท้อง และไม่มีขาดแผลภายนอกเลย. ทกรายในการตรวจครั้งแรกอยู่ในเกณฑ์สงสัยว่าจะมีอวัยวะภายในแตกหรือทะลุหรือไม่, เพราะวินิจฉัยได้ยาก. ทกรายมาโรงพยาบาลหลังจากได้รัยข้อคิดเหตุใหม่ ๆ, จึงมักมีอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ, มีกระสับกระส่ายมาก, และมีอาการคลุ้มคลั่ง. อาการแ้งและอาการแสดงว่าอวัยวะภายใน เช่นอันตราย ก็ไม่ชัดเจนในตอนแรก. ในกรณีเช่นนี้แพทย์อาจไม่กว่ามการแตกหรือทะลุของอวัยวะภายในช่องท้อง. การปล่อยปลละละเลยคนไข้, ไม่ติดตามอาการต่อไปโดยใกล้ชิด, จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายหลัง.

อาการของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่หน้าท้องทกรายเหมือนๆ กัน, คือมีอาการแน่นท้องอยู่ตลอดเวลาโดยไม่ทุเลา, นอก

จากที่ให้อาหารขบอย่างมากรวม, ซึ่งเมื่อหมด  
ฤทธิ์ยา ก็มีอาการปวดแน่นท้องอย่าง เคมิม,  
หรือเป็นมากจนกว่าเคมิ. ลักษณะการปวด  
แน่นท้องนั้นเมื่อพบครั้งแรกแสดงออกที่คน  
ไม่มากนักน้อย, แล้วแต่ว่าแต่ละคนมีความ  
ทนทานต่อการปวดมากน้อยเพียงใด. แต่  
การปวดแน่นท้องคงอยู่นั้นเป็นผลคสังเกตุ.  
อาการคงเคมิหรือปวดมากจน, ไม่ทะเลง  
เช่นนั้น ทำให้สงสัยว่าจะมีการแตกหรือทะลุ  
ของอวัยวะภายในช่องท้อง, ซึ่งทุกราย  
ก็เป็นความจริงเช่นนั้น.

คนไข้ทุกรายในก่อนแรกยังไม่มีอาการ  
ช็อค. การไหลเวียนเลือดก็. อาการช็อค  
มีปรากฏให้เห็นในตอนหลัง ๒ ราย. ราย  
หนึ่งมีอาการ ช็อค เกิดขึ้นทันทีทันใด หลัง  
จากการอาเจียนหลายครั้งติดๆ กันใน ๒๓  
ชั่วโมงหลังจากรับไว้ที่อาการ. อกรายหนึ่ง  
เกิดอาการช็อคขึ้นทันทีทันใด หลังจากการ  
ออกแรง อย่างมาก โดย ลูกชุน อะอะอะอะ-  
วาค. การอาเจียนและการออกแรงมากน  
เป็นการ เพิ่มอันตรายแก่อวัยวะภายในช่อง  
ท้องซึ่งเป็น แต่เคมิ อยู่แล้วทั้งสอง ๒ ราย.  
แม้จะได้รับการรักษาอาการช็อค ให้ดีขึ้นบ้างและ  
ทำการผ่าตัดช่วยเหลือทันที, ก็ไม่สามารถ  
แก้ไขอาการช็อคได้, จนถึงแก่กรรม.

ผู้ช่วยทุกรายมีหน้าท้องตึง, และส่วน

มากแข็งทวย. อาจจะมีลักษณะป่องหรือ  
ไม่มี. บางรายก็มีการข้องที่ท้องส่วนใด  
ส่วนหนึ่งซีกเจเน. อาการกดเจ็บมีทุกราย  
เสียง การ เคลื่อนไหว ของ ลำไส้ พย ใต้ทง  
ปกติ, ค่อย, และไม่ไคยินเลย. แต่  
ทุกรายมีเสียงการ เคลื่อนไหวของลำไส้,  
ถ้าคอยหมั่นตรวจดูบ่อยๆ แล้วก็พบว่าเสียง  
การเคลื่อนไหวค่อยๆ ลดลง, และหายไป  
ในที่สุด. การตรวจความทึบบริเวณคัพและ  
การตรวจทางทวารหนักก็เช่นเดียวกัน, มี  
การเปลี่ยนแปลงได้. เช่นรายที่ ๔ การ  
ตรวจแรกพบปกติทั้งสองอย่าง, แต่หลังจาก  
ผู้ช่วยออกแรงอย่างมากถึงกับช็อค, การ  
ตรวจความทึบบริเวณคัพหายไป, และตรวจ  
ทางทวารหนักพบว่าคัพเคอซิคโป่ง. การ  
เปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ ของ สิ่ง ตรวจ พยทาง  
หน้าท้อง ดังกล่าวมานี้แสดงว่า อวัยวะภายใน  
มีการแตกหรือทะลุแล้ว. การเปลี่ยนแปลง  
ต่าง ๆ เหล่านี้ จะทราบได้ ต้องอาศัย  
การเฝ้าสังเกตของแพทย์ คนเดียวกันกับที่  
พบผู้ช่วยในครั้งแรก.

การตรวจด้วยเอกซเรย์ ในรายที่ ๓ การ  
แตกหรือทะลุ ของอวัยวะภายใน ช่องท้องก็  
ไม่จำเป็นที่จะต้องพบแก่สอัยไต กระ บังลม  
เสมอไปทุกราย. ในรายงานนี้พบอยู่เพียง  
๑ รายโดยการถ่ายในท่านั่งหรือยืน. สอง

ใน ๔ รายของผู้ป่วยที่ไทรอยการตรวจด้วยเอกซเรย์ ในทางตรงรายงาน, พบมีแก๊สคงมากที่ด้านซ้ายและด้านขวา ในช่องท้องอย่างละ ๑ ราย. แสดงว่าการพบแก๊สคงมากที่ส่วนใดส่วนหนึ่งในช่องท้องซึ่งอาจไม่ใช่ได้กระบังลม, ก็ควรทำให้สงสัยการแตกหรือทะลุของอวัยวะภายในช่องท้องได้.

การตรวจเม็คเลอคซาวก็มีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยที่ไทรอยการกระแตกอย่างแรงที่หน้าท้อง. การตรวจเม็คเลอคซาวสำหรับผู้ป่วยที่การแตกหรือทะลุของอวัยวะภายในช่องท้องในช่วงเวลาใด ๆ พบว่าเม็คเลอคซาวส่งทราย. การนับแยกชนิดเม็คเลอคปรากฎว่าชนิดไปลิมมอร์ฟอสซันควย. ฉะนั้นตามความเห็นของผู้รายงานคนไข้ที่ไทรอยการ กระแตก อย่างแรง ที่หน้า ท้องซึ่งสงสัยว่าจะมีอันตรายต่ออวัยวะ ภายในช่องท้องควรจะได้รับการตรวจนับ เม็คเลอคซาว และการนับแยกชนิดด้วย, นอกเหนือจากการตรวจอย่างอื่น. การตรวจนับเม็คเลอคซาวนั้นควรตรวจเป็นระยะ ๆ, เช่นทุก ๔ ชั่วโมง, เพราะอาจแสดงการเปลี่ยนแปลงซึ่งช่วยในการตัดสินใจทำการผ่าตัดหน้าท้อง.

ผู้ป่วยที่สงสัยว่าอวัยวะภายในช่องท้องแตกหรือทะลุ, และได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง แกะไข่มุม มีการพยากรณ์โรคดีกว่า

รายที่รอดอาการจนกว่าปรากฏชัดเจนนึ่ง จะทำการผ่าตัด. ผู้ป่วย ๖ รายที่นำมา รายงานไทรอยการผ่าตัด ๔ ราย. ๒ รายไทรอยการ ผ่าตัด ขณะอาการไม่รุนแรงชัดเจนนึ่ง, และหลังผ่าตัดผู้ป่วยรอดทั้ง ๒ ราย. อีก ๒ รายไทรอยการผ่าตัดขณะที่เกิดอาการรุนแรง ชัดเจนนึ่ง ชนแล้วและหลัง ผ่าตัดผู้ป่วยถึงแก่กรรมทั้งสองราย. ฉะนั้นการผ่าตัดยิ่งทำในระยะแรก ๆ ก็ยิ่งปลอดภัยแก่ชีวิตมากเช่นเท่านั้น, ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นหลักรักษาคณใช้จำพวกนี้ใน ร.พ. ตำรวจ.

การรักษาสำหรับผู้ป่วยที่อาการแตกหรือทะลุของอวัยวะภายในช่องท้องก็คือการผ่าตัดโดยรีบด่วนเท่านั้น. ยิ่งไทรอยการผ่าตัดช้าอันตรายยิ่งสูงขึ้น. แต่ประวัติ, อาการ และข้อตรวจพบ ครั้งแรกอาจจะทำให้แพทย์ผู้ตรวจที่ไม่ค่อยจะได้พบผู้ป่วยประเภทนี้, ไม่แน่ใจพอที่จะตัดสินใจ ทำการ ผ่าตัดเปิดหน้าท้องทันที. ผู้รายงานใคร่ขอเสนอข้อพิจารณาบางอย่างเพื่อประกอบการตัดสินใจในรายที่ควรทำผ่าตัดโดยรีบด่วน, ดังนี้:

(๑) ควรสังเกตจากอาการ ปวดแน่นท้อง, ซึ่งจะต้องแยกจากความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหน้าท้อง, หรือจากรอยชอกช้ำซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่า. ถ้าคนไข้มีอาการปวดแน่นท้องมากผิดปกติจนเกิดออก

อืดและคลุ้มคลั่ง, ก็ควรสงสัยการแตกหรือทะเลของอวัยวะภายในช่องท้อง. สำหรัยในรายที่ความปวดแน่นไม่รุนแรงก็อาจจะรอดต่อไปได้. ถ้าอาการยังคงเดิมหรือมากขึ้น ก็เป็น เครื่องช่วย ประกอบ พิจารณาอย่างหนึ่ง ซึ่งจะต้องร่วมกับการตรวจอย่างอื่น. การรอนไม่ควรจะนานเกิน ๖ ชั่วโมง.

(๒) การตรวจบริเวณหน้าท้องทมิฬอาการตึงและกดเจ็บที่ใดที่หนึ่ง, ถ้าการตรวจพบยังคงเป็นอยู่เช่นเดิมหรือมากขึ้น, ก็เป็น เครื่อง ช่วย ประ กอบ การ พิจาร ณาอีกอย่างหนึ่ง. ข้อสำคัญต้องหมั่นตรวจและสังเกตอาการคนไข้บ่อย ๆ.

(๓) การตรวจหน้าท้องอย่างอื่น ๆ, มีการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้, การตรวจทวารหนักดูความโป่งของคิลเคอซัค, และการตรวจความทึบบริเวณตับ, เหล่านี้ควรจะตรวจเป็นระยะ ๆ บ่อย ๆ. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเลวลง, อาศัยการตรวจเหล่านี้ประกอบการพิจารณากับการตรวจในข้อ ๑ และ ๒, ก็สมควรจะตัดสินใจทำการผ่าตัดเปิดหน้าท้องได้ ภายในเวลาไม่นาน, ดีกว่าจะคอยดูอาการของเย็บช่องท้องอีกเสียอย่างชัดเจน, หรือคอยจนกว่าจะเกิดอาการช็อคขึ้นทันที. ใครจะขอয়াว่าผู้ตรวจต่าง ๆ ดัง กล่าวควรจะเ็น แพทย์คนเดียวกันที่ใดตรวจผู้ช่วยเป็นคนแรก.

(๔) การตรวจเอกซเรย์เพอคแกสคิงในช่องท้อง ก็เป็น ประ โยชน์ อย่าง ยงถามีเวลาและโอกาสทำได้. แต่การคิงของแกสไม่จำเป็น จะคิง อยู่ใด กระบังลม เสมอไป. แกสอาจจะคิงที่ข้างใดข้างหนึ่ง ในช่องท้องในรายที่ลำไส้แตกทะเล.

(๕) ขณะรอสังเกตอาการ ควรจะนั้ยชีพจร, วัดความดันเลือดทุกครึ่งชั่วโมง, ตรวจนั้ย เม็ด เลือด ขาว และ นั้ย แยก ชนิด, พร้อมก็ให้ การรักษาแยบ ปรึกษั้ประคอง, คอใ้ หลอดคค อากาศ ใน กระเพาะ อาหาร และ ใ้ น้า เกลอเขาหลอดเลือดควย.

ผู้รายงานขอแสดง ความชอบ พระคุณ พ.ต.อ. แสง วัจนะสวัสดิ์, หัวหน้ากองแพทย์ตำรวจ, ที่ได้อนุญาตใ้ น้าผู้ช่วยมารายงาน, และท่านศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไ้ยะภฤชณะ, นายแพทย์ที่ปรึกษา, และ อาจารย์นายแพทย์อุทัย ศรีอรุณ, หัวหน้าแผนก ศัลยศาสตร์ ร.พ. ตำรวจ, ที่สนับสนุนใ้ เขียนรายงานนี้และแนะนำและตรวจแก้ไขใ้ เป็นอย่างดี, กับนายแพทย์สุปรีชา รัตนกนก, ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดควย. แต่ละท่านมีส่วนสำคัญข้งในการเสนอรายงานนี้.

เอกสาร

1. W.L. Estes, Jr.: Surg., Gynec. & Obst. 74: 419, 1942.
2. เจ็ด โทณะวัฒน์ และ สำรวบ ทองโสภิต: ภัยอันตรายของช่องท้องที่ไม่มีแผล. เวชสาร สิงหาคม ๒๔๔๖
3. R.M. Handfield-Jones: Essentials of Modern Surgery, 4<sup>th</sup> edition.
4. Zachary Cope: the Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 10<sup>th</sup> edition.
5. Samson Wright: Applied Physiology, 9<sup>th</sup> edition, p 343.

(Summary of the fore-going Report)

TRAUMATIC INTESTINAL RUPTURE WITHOUT EXTERNAL LESION

Komintr Kanchanakul

M.B.

(Police Hospital, Bangkok)

---

The author reviews the clinical features of intestinal rupture caused by trauma to the abdominal wall without evident external injuries, and then cites six instances from his cases (including one of hepatic rupture). All patients were men. The injury was the result of an impact on the abdomen, the result of traffic accident in 3 cases, occupational in 2, sporting in 1 (boxing). Principal symptom was sustained abdominal oppression; in a few cases there were also mental symptoms. In 3 cases the rupture was not recognised or recognised only at operation; two of

the patients succumbed to shock. In the other 3 cases the diagnosis was clinched by the finding of gas bubble in the abdominal cavity; one patient died in this group. The author emphasizes upon early diagnosis, based upon abdominal signs (rigidity and tenderness, absence or gradual disappearance of gurgling sounds), continued oppression with or without distension, leucocytosis, and the identification of free gas in the abdominal cavity. Early operation gives the patient a better chance of recovery.

(Five references).

74 1

---

# สายตาสั้นอย่างมากและลานสายตาแคบ

รายงานคนไข้ ๒ ราย

ร.อ. เลิศ วิริยะพานิช

พ.บ.

(แผนกจักษุ, โสต, คอ, นาสิกกรรม, ร.พ. ภูมิพลฯ)

โรคสายตาสั้นเป็นโรคที่พบเสมอที่รพ. ภูมิพลอดุลยเดช, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในทหารใหม่ที่ถูกเกณฑ์เข้ามา. สายตาสั้นมาก ๆ เป็นการขัดข้องการรับราชการทหาร. แต่ก็น่าสนใจแพทย์ที่ทำการตรวจคัดเลือกคนหนุ่มมากในระยะเวลาจำกัด, และเครื่องมือเครื่องใช้ในการตรวจก็ไม่บริบูรณ์, ไม่สามารถจะบอกได้ทันทีว่าผู้มาตรวจสายตาสั้นจริงหรือเปล่า, จึงต้องคัดเลือกว่าก่อน. ทหารใหม่ที่สายตาสั้นจริงจะถูกส่งมาให้ตรวจที่แผนกได้ ๒ ทาง, คือทางหนึ่งผู้บังคับบัญชาส่งมาเพราะทำการฝึกหัดไม่ได้. บางคนเห็นไม่ถนัดว่าครูฝึกทำท่าทางให้ได้อย่างไร, ทำตามไม่ได้. บางคนฝึกโตช้าไม่ทันเพื่อน. บางคนถูกทำโทษเสมอ, เพราะมักทำผิดโดยมองไม่เห็นชัด. ที่รายงานว่าบางคนสายตาสั้นมากจนเดินสะดุดหกล้มบ่อย ๆ เพราะไม่เห็นอะไรก็คขวางทาง. หลายคนพอดูกำไปไหนไม่ได้เพราะมองไม่เห็นในที่มืด.

อีกทางหนึ่งทหารใหม่มาตรวจที่แผนกโดยแพทย์ที่ทำการตรวจร่างกายทั่วไปภายหลังเกณฑ์ส่งมา.

## โรคสายตาสั้น (มัยโอเปีย) แบ่งตาม

ขนาดของสายตาสั้นได้ ๒ อย่าง, (1) คือ

### ๑. สายตาสั้นไม่มาก คนไข้มักจะมี

สายตาสั้นน้อยกว่า - ๖.๐๐ D.S. ประวัติมักจะเริ่มตั้งแต่อายุมากกว่า ๘-๑๐ ปีขึ้นไป. สายตาสั้นเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนกระทั่งอายุ ๒๑ ปี จึงหยุดสั้น. พวกนี้หลังใส่แว่นแล้วมักจะเห็นชัด, ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในลูกตา, จึงนับว่าเป็นสายตาสั้นอย่างธรรมดา (Simple myopia). การพยากรณ์โรคนี้ว่าดี.

### ๒. สายตาสั้นอย่างมาก เป็นชนิดที่

สั้นมากจนทุกที. มีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อม และตรวจพบพยาธิสภาพในลูกตา. นับเป็นโรคสายตาสั้นอย่างร้ายแรง. มีข้อ

เรียกหลายอย่าง, เช่น Progressive myopia, degenerative myopia, pathological myopia หรือ malignant myopia. (2) คนไข้มักจะมีสายตาสั้นมากกว่า - ๖.๐๐ D.S. มักจะเริ่มรู้สึกวาทาสนีก่อนอายุ ๔ ขวบ. สั้นมากและมากขึ้นทุกที. ถึงได้ใส่แว่นแล้วก็มักเห็นไม่ชัด. มีการเปลี่ยนแปลงในลูกตา. การพยากรณ์โรคนี้ข้วร้ายมาก, เพราะมองเห็นน้อยลงทุกทีจนอาจจะขอดได้.

โรคสายตาสั้นอย่างมาก มักมีประวัติบิดามารดาหรือพี่น้องสายตาสั้นด้วย. การที่ใส่แว่นแล้วมองเห็นไม่ชัดเนื่องจากเรติน่าบริเวณม่านตาถูกขย, เพราะลูกตาวางออกไปข้างหลัง, หรือเพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพม่านตาหรือวitreous ชุ่น. มีการขอดในทมตเพราะเรติน่าส่วนขอมมีการฝ่อลย, ทำให้การทำงานของรตคนน้อยลง. มีการเปลี่ยนแปลงของอาณาเขตการเห็น, เช่น "จุดขอด" ใหญ่ขึ้นเนื่องจากมีมัยโอปิคเครสเซนต (myopic crescent), มีเซนโตรคาลสโคโตมา (centrocaecal scotoma), และริงกัสโคโตมา (ring scotoma) (3) เพราะเรติน่ามีอะโทรฟิคไมรอยโคติสหรือมีการฝ่อลย.

การเปลี่ยนแปลงทางพันศัพยว่ามีการฝ่อลยของเรติน่าทั่ว ๆ ไป. มีมัยโอปิคเครสเซนตทางคานขมขของออปติคคิสต์, มากล้าผิดปกติ. อาจมีเลือดออกที่ขนไมรอยคท์มากล้า และมากล้ามีการเสื่อมโทรม. มีโปสทีเรียร์ตาศัพยโลมา. ทัพนศมีไมรอยคัลอะโทรพย. ที่แรกพยทางคานขมขของออปติคคิสต์ก่อน. ต่อมาเป็นรอย ๆ และอาจมีขนหย่อม ๆ ทอนรวมทงที่มากล้า. มีขยสคอกค คเเนเอเรชันทออรรา เซอร์วาทา.

วitreous มีการเปลี่ยนแปลง, เช่นลอกหลด, มีขนขุ่นลยอยู่ข้างใน, หรือวitreous เหลวลงไป, หรือมีมัสแค โวลิตันเตส (muscae volitantes).

โรคแทรกซ้อน มีเรติน่าฉีกขาด, เลือดออกหรือลอกหลด. มีไมรอยคัล หรือมัยโอสิส. มีเลือดออกในวitreous และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่วitreous ทงกล่าวแล้วข้างบน. เลนส์อาจเสื่อมโทรมทำให้เป็นตอกระจก (แคตาแรคท์) ชนคโปสทีเรียร์โปลาร์. บางทีพยตอหิน (glaucoma).

ต่อไปน เป็นรายงานคนไข้สายตาสั้นอย่างมาก ๒ ราย

รายชื่อ ๑

พลทหาร ส., ไทย, คู่, อายุ ๒๔ ปี  
(ล.ท. ๖๑๘๑/๕๕, ล.น. ๓๕๑๔/๕๕)

อาการสำคัญ สายตาตั้งแต่เล็ก.

ประวัติการป่วย สายตาตั้งแต่  
เด็กจำความได้. เวลาเรียนหนังสือถึงกับ  
ก้มลงไปมองชด หนังสือก็ยังไม่เห็นชัด.  
ในที่สุดเรียนไปพออ่านออกเป็นตัว ๆ. อ่าน  
เป็นคำไม่ได้. กลางคืนมองไม่เห็นอะไร  
ในทมก. ตามมองไม่เห็นไม้ชดจนขคน.

เมื่อ ๒ ปีก่อนได้ลองแว่นตาที่ขานนอก  
และขอแว่นมาใส่. รู้สึกว่ามองเห็นค  
ขนขาง.

ประวัติครอบครัว บิดาเป็นจีน, ถึง  
แก่กรรมตั้งแต่คนไข้เล็ก ๆ. ไม่ทราบว่า  
ตาสนิทหรือเปล่า. มารดาไม่ใส่แว่น. ทำ  
งานได้, แต่ไม่ใช่งานที่ตองใช้สายตามาก.

มีพี่น้องทองเคยขวนอก ๓ คน. พชาย  
สายตาสนิทมากกว่าผู้ขวย, มองไม่เห็น  
อะไรเลย, ทำอะไรก็ไม่ได้. พชายออก  
คนหนึ่งและพี่สาวตาไม่สนิท. ลูกพอเคย  
กนอก ๒ แม่มีออก ๕ คน, สายตาสนิท ๑  
คน, มองไม่เห็นไม้ชด, แต่เป็นไม้มาก.  
ไม่ตองใส่แว่น.

ผู้ขวยมีบุตร ๑ คน. ยังเล็กอยู่.

การตรวจ ก. สายตา. ไม่ใส่แว่น,  
ขวา ๒/๖๐, ซ้าย ๒/๖๐. ใส่แว่น,  
ขวา ๔/๖๐, ซ้าย ๔/๖๐.

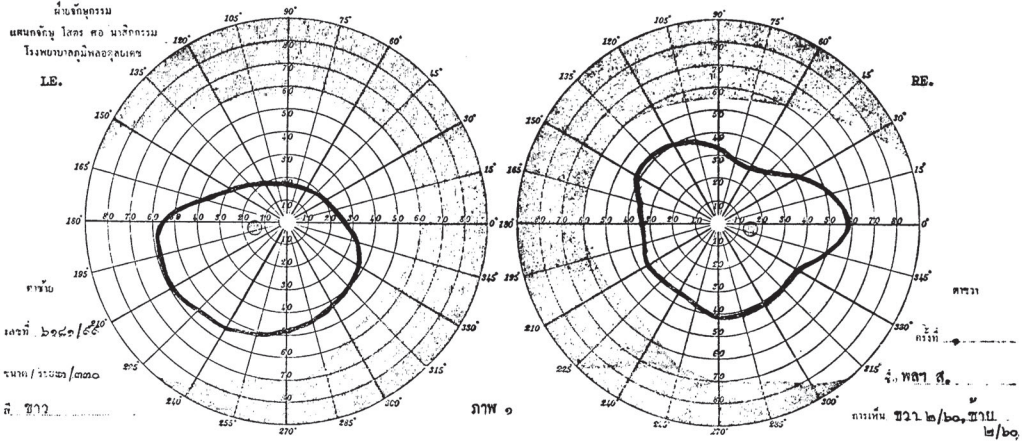
ข. ขนาดแว่นที่ใส่. - ๒.๐๐ D.S.  
ทั้งสองข้าง.

ค. ความคั้นลูกตาโดยการ สัมผัส.  
ปกติ.

ง. คอนจังก์ติวา, มีฟอลลิเคิลที่หนังตา  
บนทั้ง ๒ ข้าง.

จ. สลิตแลมพ์ กระจกตา (คอรีเนีย),  
ม่านตา, รูม่านตา, ห้องหน้าและเลนส์  
ปกติ.

ฉ. อ็อพติคัลโมสโคป. ลูกตาสายไปมา  
ทั้ง ๒ ข้างขณะตรวจ, เพราะมองเห็นน้อย,  
ไม่มีการหยุดเพ่ง. วิเทรียสขวา, ขุ่นมาก,  
มีก้อนสีน้ำตาลลอยไปมาและวิเทรียสเหลวเป็น  
น้ำ (liquefied); ซ้าย, ขุ่นเล็กน้อย, ไม่มี  
ก้อนน้ำตาลลอยไปมา. ฟันคัสขวา, ตรวจ  
เห็นไม้ชด, - เนื่องจากวิเทรียสขุ่นมาก,  
เห็นเพียงสีแดงทั่วไปของเรตินา, และที่  
บริเวณออปติคัลคิสต์เป็นสีขาว, ขนาดใหญ่  
กว่าขรรวมตา; ซ้าย, เห็นไม้ชดเหมือนกัน,  
ฟันเรตินาทั่วไปสีแดง, ออปติคัลคิสต์ขนาด  
ใหญ่, เบี้ยวไปทางค่านขมข้, มีมัยโอ-  
บิคเคอร์สเซ็นต์และอะโทรฟิคโมร็อยโคคิสต์,



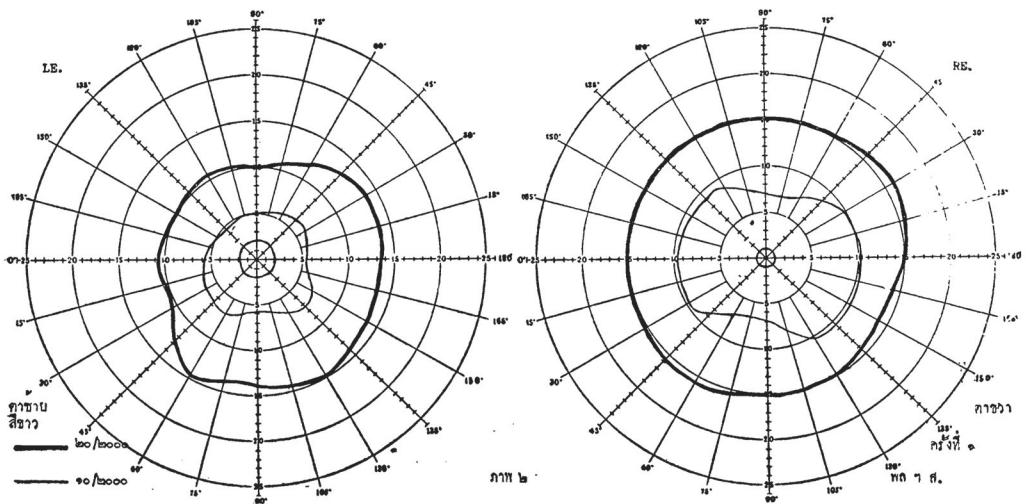
เห็นหลอดเล็กเตมและคำเวคิน่าขนาดใหญ่  
 ว่างผ่านออกจากกิสต์, ไม่เห็นหลอดเล็ก  
 ขนาดเล็กและส่วนละเอียด, มองไม่เห็น  
 มาตรฐานและโฟเวีย.

การตรวจทางห้องทดลองและการ  
 ใช้เครื่องมือพิเศษ

เลือก, บัสสำวะเป็นปกติ. ในอจจาระ  
 พบไข่ของทเนยซาจินาตา. คาหน ๑ ขวก.

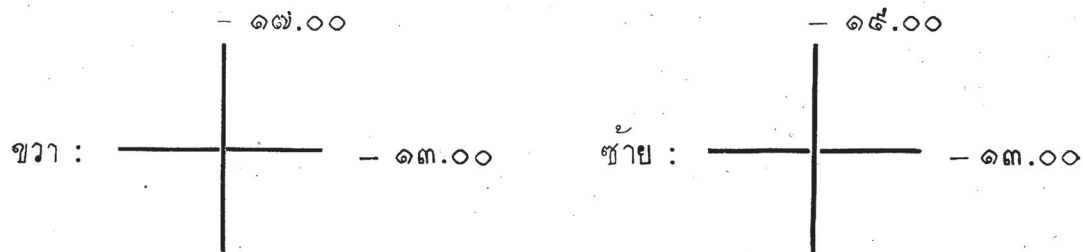
ลานสายตา ก. ลานรอบนอก โดยใช่  
 Brombach perimeter, ระยะ ๓๓ ซม. ไข่  
 จุดสีขาว ๓ มม. ทง ๒ ข้าง. ลานแคบ  
 มาก, ประมาณ ๔๐° ทางค่านมุม, และ  
 ๖๐°-๘๐° ทางค่านขมัย (ภาพ ๑).

ข. ลานส่วนกลาง โดยใช่ Bjerrum's  
 screen. ระยะ ๒ เมตร. ไข่จุดขาว ๒๐  
 มม. พบว่าลานแคบมาก, ขนาด ๑๕° และ



มีจุดขบตรงกลาง (central scotoma) ขนาด ๒-๔. ถ้าใช้จุดขาวขนาด ๑๐ มม. เป็น ขนาด ๕-๑๐ เท่านั้น. (ภาพ ๒)

การวัดสายตา ก. Objective test โดยใช้ Streak retinoscope การมองเห็นก่อนตรวจ, ขว ๒/๖๐, ซ้าย ๒/๖๐.



ขวา : - ๑๔.๐๐ D. Sph. / - ๓.๕๐ D. Cyl. มม ๑๘๐°. เห็น ๖/๓๖  
 ซ้าย : - ๑๕.๐๐ D. Sph. / - ๖.๐๐ D. Cyl. มม ๑๘๐°. เห็น ๖/๓๖  
 การมองใกล้, เพิ่มอีก + ๕.๐๐ D. Sph. อ่านได้ J<sub>1</sub>

รายท ๒

พลทหาร ล., ไทย, โสภ, อายุ ๒๔ ปี (ล.ท. ๕๐๘๓/๕๕, ล.น. ๑๕๒๘/๕๕).

อาการสำคัญ มองเห็นไม่ชัดตั้งแต่เล็ก.

ประวัติการป่วย ตามองเห็นไม่ชัดตั้งแต่จำความได้. เวลาเรียนหนังสือมองกระดานคำไม่เห็น. เวลาอ่านต้องก้มหน้าไปเกือบชิดหนังสือ. ในที่สคเรียนพออ่านออกเขียนได้. กลางคืนมองเห็นไม่ชัด. ไม่เคยใส่แว่นและไม่เคยได้รับการตรวจรักษา

มาก่อน.

ประวัติครอบครัว บิดามารคายังมีชีวิตอยู่. ตาคู่ ทั้งคู่. พี่น้อง ๒ คน. น้องชาย ตาสั้นมาก อย่าง เกยวกับช่วย. น้องสาว เห็นชัดทำงานได้.

การตรวจ

ก. สายตา. ขว ๓/๖๐, ซ้าย ๓/๖๐.  
 ข. ความดันลูกตา. โดยการสัมผัส, ปกติ.

ค. สลิตแลมพ์ กระจกตา, ม่านตา, ร่ม่านตา, ห้องหน้าและเลนส์ปกติ.

ง. ออฟทัลโมสโคป วิเทรียส, ปกติ.

พ่นกัสนว : เห็นออฟติกคิสต์ ไม่กลม, เนื่องจากทาง คำนขมขมมีมัยโอปิอะโครฟิค ไนร็อยไตติสขนาดเท่ากับ 1 D.D. (disc diameter), สีเหลืองอ่อน, มีขอบชัดเจน, มี พกเม้นตารับเงาเอนเวชันอยู่ กระจกกระ- จายทั่วไปและตามขอบ ๆ มองเห็นหลอด เลือดไครร็อยไตติสอยู่ลึกลงไป, มีหลอดเลือด เวกินัลทวคผ่านทาง คำนขมไครร็อยไตติส สัน ลามไปประมาณ ครึ่งหนึ่ง ทางคำน จมกของ อ็อฟติกคิสต์, ทำให้คิสต์เล็กลงไปมาก. มากุลา, เห็นจุดสะท้อนแสง. โฟเวียกว้าง กว่าธรรมดา, แต่ยังมีอยู่ชั้นปกติ.

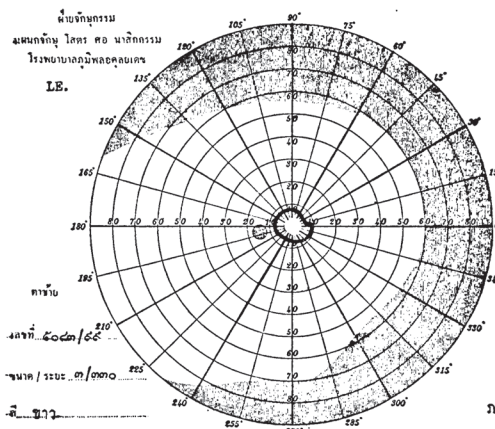
พ่นกัสนวมีมัยโอปิอะโครฟิค ไครร็อยไต- ทิสขนาดเล็กลงกว่าตาขวา, และไม่ลามเข้าไปในออฟติกคิสต์.

การตรวจทางห้องทดลอง และการ ใช้เครื่องมือพิเศษ

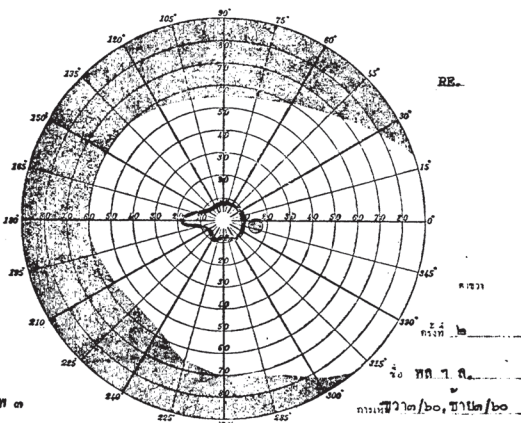
เลือด, บัสสวาระ, อูจวาระ, และคานท์ ปกติ.

ลานสายตา ก. ลานรายนอก ตรวจ ๒ ครั้ง. ใช้จุกขาวขนาด ๓ มม. เป็นลาน แยกท่อน้ำ. ครั้งแรกกว้างประมาณ ๒๐°. ครั้งหลัง (ห่าง ๒ เดือน) เล็กลง, ไม่ถึง ๑๐°. (ภาพ ๓).

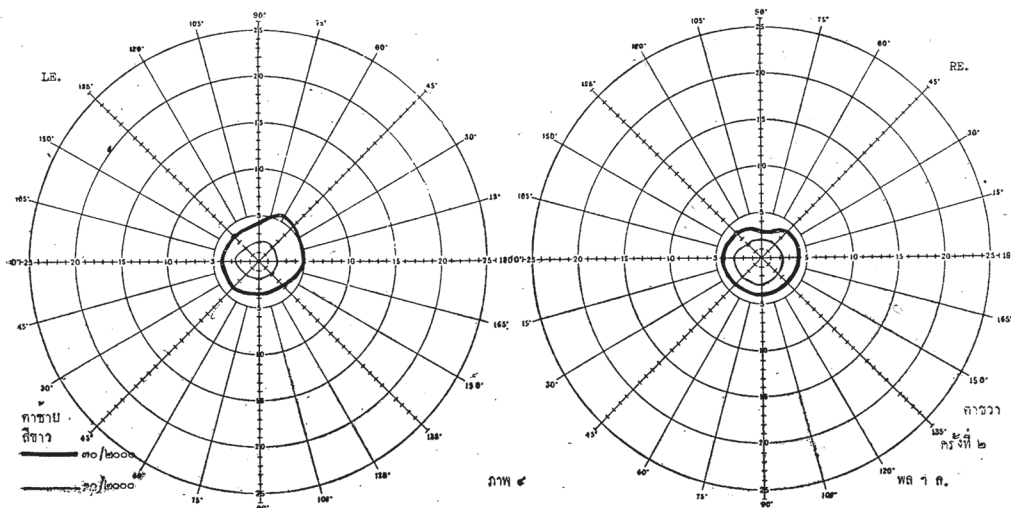
ข. ลานส่วนกลาง ครั้งแรกพบว่าลาน สายตาทั้ง ๑ ข้างประมาณ ๑๐°. ครั้งหลัง เล็กลงไปเหลือประมาณ ๕°. (ภาพ ๔)



ภาพ ๓



ภาพ ๔

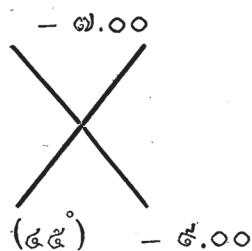


การวัดสายตา    ก. Objective test

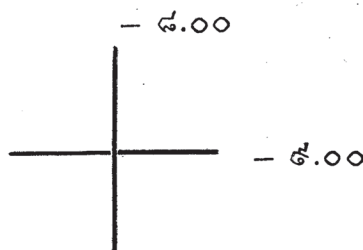
สายตาคนตรวจ, ขวา ๓/๖๐,

ซ้าย ๓/๖๐.

ขวา :



ซ้าย :



ข. Subjective test

ขวา : - ๕.๐๐ D. Sph.    / - ๒.๕๐ D. Cyl.    มม ๔๕°    เห็น ๖/๒๔  
 ซ้าย : - ๘.๕๐ D. Sph.    / - ๑.๕๐ D. Cyl.    มม ๕๐°    เห็น ๖/๒๔  
 การมองใกล้, ถ้าเพิ่มอีก    + ๓.๐๐ D. Sph.    ทั้งสองข้าง,    อ่านได้ J<sub>2</sub>

วิจารณ์

คนไข้ทั้ง ๒ รายมีอาการร่วมกันหลายอย่าง, คือตามองเห็นไม่ชัดตั้งแต่เล็ก, มีพบนองสายตาเห็นชัดไม่เช่นนั้น, ตายอกในท

มค, ลานสายตาแคบ. วัดสายตาพบว่าต้องใส่แว่นแว่นเกิน - ๖.๐๐ D. Sph. แสดงว่าเป็นโรคสายตาสั้นอย่างมาก. แต่ตามประวัติและข้อตรวจพบ ทักกล่าวมาน จะต้อง

วินิจฉัยแยกโรคจากพวกไพรมารวยพิกเมนต์-  
คาร์บี ทีเจเนอเรชันของเรตินา, ซึ่งได้แก่  
โรคเรติไนติสพิกเมนต์โตซ่า, เรติไนติสพิก-  
เมนต์โตซ่า ซิเนพิกเมนต์โตและเรติไนติส-  
ฟังก์ตาตาอัลเบสเซนส์.

ไพรมารวยพิกเมนต์คาร์บี ทีเจเนอเรชัน  
ของเรตินามีประวัติและข้อตรวจพบที่สำคัญ  
คือมกรวมพินธิ, ตาขอดในทมต, ลานสาย  
ตาแคบมาก, หลอดเลือดแดงและดำเรตินัล  
แคบคืบมาก, ออปลุกคิสต์มีการฝ่อลยสี  
เหลืองคล้ายสขมง. ลักษณะปลัดย้อยของ  
ชนิดต่าง ๆ ผิดกัน, คือในเรติไนติสพิก-  
เมนต์โตซ่ามีการเปลี่ยนแปลงของพิกเมนต์  
เป็นรูปคล้ายคอร์ปัสเซลล์ ของกระดูก อยู่ทาง  
ส่วนรอบ ๆ นอกของพินคัส. เรติไนติส  
พิกเมนต์โตซ่าซิเนพิกเมนต์โตไม่มีการเปลี่ยน  
แปลง อย่างอน เกยวกับ พิกเมนต์ ทพินคัส.  
ส่วนเรติไนติสฟังก์ตาตาอัลเบสเซนส์ เห็น  
ทุกชาว ๆ อยู่ทางรอบนอกแทน. ทง.๓  
ชนิดคนชนิดแรกพบข้อยกว่าเพื่อน. ส่วนอีก  
สองชนิดนั้นพบน้อยมาก.

ขอทแสดงว่าคนไข้ทง ๒ รายงานเป็นโรค  
สายตาสันอย่างมา, ไม่ใช่เรติไนติสพิก  
เมนต์โตซ่าก็คือ:

๑. คนไข้มีประวัติมองเห็นไม่ชัด ทง  
แต่เด็กจนโต, ซึ่งเป็นไปได้ในคนสายตาสัน

อย่างมาก. แต่ในคนไข้เรติไนติสพิกเมนต์  
โตซ่ามักจะพบเมื่ออายุมากจน. บางคนทง  
ที่เป็นมากจนมีลานสายตาแบบท่อน้ำกยังมี  
การเห็นในส่วนกลางชัดก็.

๒. คนไข้ที่เป็นเรติไนติสพิกเมนต์โต-  
ซ่า มักไม่ค่อยพบว่าสายตาสัน, แม้สัน  
ก็ไม่มาก.

๓. ลานสายตาในคนไข้เป็นลานแบบ  
ท่อน้ำก. แต่ร้ายแวกมจคมตรงกลาง  
ทวย. ลานสายตาแบบท่อน้ำกเป็นลักษณะ  
ของเรติไนติสพิกเมนต์โตซ่า. แต่ Duke-  
Elder<sup>(1)</sup> ว่าในโรคสายตาสันอย่างมาอาจ  
มีลานสายตาแคบหรือ ring scotoma ได้.  
Miles<sup>(4)</sup> รวบรวมจากรายงานต่าง ๆ กล่าว  
ว่า ๒๕ ปร. ของสายตาสันอย่างมา  
มีการเปลี่ยนแปลงทางลานสายตาได้, เช่น  
centro-caecal, ring scotoma หรืออื่น ๆ.  
เหตุผลข้อสำคัญก็คือตาม Traquair<sup>(3)</sup>  
กล่าวว่าในเรติไนติสพิกเมนต์โตซ่าซิเนพิก-  
เมนต์โต มักจะพบริงส์โคโตมา, แต่ไม่  
พบเช่นทรลส์โคโตมา, ซึ่งพบในคนไข้  
รายงาน.

๔. เรามีความเห็นว่คนไข้ทงสองราย  
นี้เป็นโรคสายตาสันอย่างมา, เพราะผล  
การตรวจทวยออปัลโมสโคปพบมีไฮปีค-  
เครสเซนต์, อะโทรฟิ์โม่รอยโคคิสและ

วิเทรียส ตีเจเนอเวชัน, ไม่พบลักษณะของ  
เรติไนติสฟิเคเน็ทโคซ่า, เช่นหลอดเลือด  
แดงดำคืบเล็กลง, และออปติคัลคิสต์สึเหลือง  
ซก. ทศาคัญคือการมองเห็นคนมากหลัง  
จากให้ใส่แว่นตา.

การพยากรณ์โรคทั้ง ๒ อยู่นอยู่ในคน  
ร้าย. การรักษาคือให้คนไข้ใส่แว่นซึ่ง  
ทำให้มองเห็นคนขางและทำงานมากกว่า  
แต่ก่อน.

สิ่งที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง ในคนไข้  
ทั้งสองคือคนไข้รายแรกสายตาเห็นชัดน้อย  
กว่า, แต่ลานสายตากว้างกว่าคนไข้ราย  
ที่สอง, ซึ่งแสดงว่าในโรคสายตาสั้นการ  
เปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพทางส่วนกลาง  
กับส่วนขอบไม่จำเป็นต้องไปส่วนกัน.

### สรุป

ไทรายงานคนไข้ ๒ รายซึ่งมีอาการ  
เหมือนกัน, คือตาเห็นไม่ชัดตั้งแต่เด็ก ๆ,  
ตาขอก ใน ทมค และลาน สายตา แคบมาก.

มีญาติมีอาการคล้ายกันด้วย.

การตรวจด้วยออปติคัลโมสโคปพบว่าคน  
ไขคนแรก มีก่อนลอยนวนอยู่ในวิเทรียสและ  
วิเทรียสเหลวทั้ง ๒ ขาง; รายที่ ๒ มี  
มัยโอปี้คเคเรสเซ็นต์ และอะโทรฟิคโพมร็อย  
ไตคิสทั้ง ๒ ขาง. เมื่อวัดสายตาและประ-  
กอบแว่นแล้ว, สายตาคคนมาก. ไทวินิจฉัย  
แยกโรคกับเรติไนติสฟิเคเน็ทโคซ่า.

### เอกสาร

1. Duke-Elder; Textbook of Ophthalmology, vol. 4. C.V. Mosby Co., St. Louis, 1950, pp. 4334-4335.
2. Duke-Elder: Practice of Refraction, J. & A. Churchill Ltd., London 1949.
3. H.M. Traquair; Introduction to Clinical Perimetry, C.V. Mosby Co., St. Louis, 1949.
4. P.W. Miles; A.M.A. Arch. Ophthal. 6; 888-908, 1956.
5. Duke-Elder; Parson's Diseases of the Eye. J. & A. Churchill Ltd., London 1954.

548

(Summary of the preceding Report)

HIGH GRADE MYOPIA WITH CONTRACTED VISUAL FIELD

Report of Two Cases

Flight Lt. Lert Viriyapanich

M.B.

(Royal Thai Air Force Medical Dept.)

---

The author gives the accounts of high grade myopia found in two recruits of the RTAF, both showing severe myopia since early childhood, with indications of familial tendency, night-blindness, and tubular vision. One patient had vitreous floater and liquefaction of vitreous; the other showed myopic crescent

and atrophic choroiditis. Retinitis pigmentosa was excluded in the differential diagnosis. Both patients needed correcting lenses over -6.00 D sph. and showed marked improvement in vision after correction.

(Five references)

new 2

---

# ไส้ตึงอกเสียบปัจจุบันร่วมกับพยาธิตัวตืด

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย

ร.ท. อนันต์ สุรบถ

พ.บ.

(ร้อย.สร. ร. ๖ อุบลราชธานี)

ไส้ตึงอกเสียบเป็นโรคผ่าตัดที่พบบ่อยมากชนิดหนึ่ง. ถ้าเกิดการอักเสบขึ้นมาครั้งหนึ่งแล้ว, มักจะมีการอักเสบเกิดขึ้นอีกเสมอ, แม้ว่าจะหายไปไ้เองหรือใช้แอนติไบโอติกหลาย ๆ ชนิดมาเป็นจำนวนมากแล้วก็ตาม. การรักษาให้หายไ้เด็ดขาดก็มีวิธีเดียวกับที่คือการตัดไส้ตึงที่อักเสบนั้นออกเสีย.

ไส้ตึงที่เรวตักออกนั้นควรจะตรวจว่ามีอะไรอยู่ในโพรงของไส้. ควรทำทุก ๆ ครั้งเพื่อจะพบอะไรแปลก ๆ บ้าง. เช่นเคยมีผู้พบพยาธิไส้เดือนตัวกลม, พยาธิเส้นค้าย, ก้อนหิน, ก้อนอุจจาระ, และเชอบิตอะมีบา, เป็นต้น.

ในผู้ป่วยที่รายงานนี้ไ้พบปล้องแก่ของพยาธิตัวตืดอยู่ในโพรงของตัวไส้ตึง. ส่วนปลายพยาธิคุดโพรงอยู่ออกมาไ้ไ้, จึงเกิดการเน่าของส่วนปลายไส้ตึงขึ้น.

## รายงานผู้ป่วย

พลทหาร ค., อายุ ๒๑ ปี, รั้วไว้กองสร. มทบ. เมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๔๙๕ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องน้อยข้างขวา มา ๑๕ ชั่วโมง.

ประวัติปัจจุบัน เริ่มมีอาการปวดท้องตรงด้นข้. ต่อมา ๓ ชั่วโมงมาปวดที่สะดือ. เป็นอยู่นาน ๖ ชั่วโมงก็ย้ายมาปวดที่ท้องน้อยข้างขวา. ปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลา. พร้อมกันนั้นมึนคลื่นไส้กับอาเจียนและท้องผูก. ทั้งนี้ไม่มีอาการเจ็บปวดมาก่อนเลย.

ประวัติอดีต และ ประวัติครอบครัว.

ประมาณ ๑ ปีมาแล้วเคยเจ็บท้องน้อยข้างขวามาก. เป็นอยู่นาน ๑ วัน. กินยากลางบ้านก็หายไ้. เคยถ่ายอุจจาระมีพยาธิตัวตืดมาแล้วมากกว่า ๑๐ ตัว. มีนิสัยชอบกินเนื้อวัว. ไม่เคยเป็นบิด.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ ๓๖.๕°ซ. ชีพจร ๙๔/นาที. หายใจ ๒๐/

นาท. ภาวะทั่วไปดี, ไม่มีลักษณะขาดน้ำ. หน้าท้องมีรูปร่างปกติ. กตเจ็บและมีกล้ามเนื้อแข็งที่เหนือแอ่งอิลีอิคข้างขวา ตรงจุดของแม็คเบอร์นี. ตรวจไข่อากการแสดงของรอฟว์ซิงก์. ตับและม้ามคล้ำไม่พ. เสียงลำไส้เคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ. ระบบอื่น ๆ เป็นปกติ.

ตรวจทางทวารหนัก กตเจ็บทางค้ำขวา.

การตรวจทางห้องทดลอง เลือดมี ฮย. ๕๐ ปช., ม.ล.ท. ๔.๗ ล้าน, ม.ล.ช. ๑๖๕๐๐ ต่อ ล. มม. โปลียี ๘๔ ปช. ลีซมีโฟ ๑๒ ปช. อีโอ. ๔ ปช. ในปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ. ในอุจจาระมีไข่ของพยาธิตัวตคมากมาย.

การวินิจฉัยเบื้องต้น ไล้ติ่งอักเสบปัจจุบัน.

การผ่าตัด เบ็คช่องท้องมีโอเม้นตัมยึดติดกับปลายไล้ติ่งซึ่งโป่งและมีลักษณะแก๊งกรีน. ทวีไล้ติ่งทอดขึ้นไปตามลำไล้เล็กส่วนอิลีอัมและอยู่ข้างใต้. ได้ตัดและผูกโอเม้นตัม. เลาะไล้ติ่งตัดออกและเย็บหุรตรอบโคนไล้ติ่ง. ผู้ช่วยพันหลังการผ่าตัดโดยไม่มีอาการแทรกซ้อน. สบายคิจนย้ายไปถ่ายพยาธิตัวตคที่แผนกอายุร-

ศาสตร์. แต่น่าเสียดายที่ผู้ช่วยล้มถ่ายในหม้อถ่ายจึงไม่ได้ทวีไล้ติ่งมาตรวจ.

การตรวจทางพยาธิวิทยา. กตด้วยตาเปล่า ไล้ติ่งมีลักษณะอักเสบปัจจุบัน. ส่วนปลายเกิดแก๊งกรีน. ผ่าตช่องในจากโคนจนถึงใกล้ส่วนปลายเล็กน้อยเย็บผ้า. ตรวจส่วนปลายพบปล้องแก่ของพยาธิไล้ติ่งตัวแบน ๒ ปล้องยังเคลื่อนไหวได้ ร่องไว, ลอยอยู่ในน้ำเลือดเก่าปนอุจจาระ, กลิ่นเหม็นจืด.

กตด้วยกล้องจุลทัศน์ ลักษณะพยาธิเป็นไล้ติ่งอักเสบปัจจุบัน, และมีปล้องของที่เนี่ยซาจินาตา ๒ ปล้อง, กำลังตกไข่, อยู่ในช่องภายในของไล้ติ่งส่วนปลายซึ่งเป็นแก๊งกรีน.

อภิปราย

รายนี้เป็นรายแรกที่พบไล้ติ่งอักเสบพร้อมกตมีพยาธิตัวตคอยู่ในซึ่งพบ ณ กอง สร. มทบ. ๖. ได้สอบถามทาง ร.พ. อุดยาก็ไม่เคยพบ. ใน ร.พ. ศิริราชก็เคยพบรายเดียว. สำหรับรายนี้เป็นข้อยุหาอยู่ว่าการอักเสบอย่างปัจจุบันนี้เกิดจากปล้องแก่ของพยาธิไล้ติ่งตัวแบนหรือเปล่า, ซึ่งยังไม่ทราบได้. แต่อาจารย์นายแพทย์

อนันต์ ประทศสุนทรสาร ได้กรุณาให้  
 ความเห็น ว่า เติม ที่มี การอักเสบ อยู่แล้ว  
 (จากประวัติอดีต) พอมีปล้องแก่หลุดเข้าไป  
 ไปแล้วออกมาไม่ได้, ก็เลยเป็นสาเหตุ  
 ร่วมหรือเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้มีการอักเสบ  
 ซ้ำและรุนแรงมากขึ้น, จึงได้เกิดการเน่า  
 ของส่วนปลายไส้ติ่ง.

### สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน  
 ที่ พบ ร่วมกับ พยาธิตัวติ่ง ๑ ราย. การ  
 ผ่าตัดและการรักษาภายหลังผ่าตัดช่วยให้  
 ผู้ป่วยหาย โดยเรียบร้อย.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์  
 ทินรัตน์ สถิตนิมานการ ที่ได้กรุณาอ่านผลการตรวจ  
 ชั้นเนื้อ, และอาจารย์นายแพทย์อนันต์ ประทศสุนทร-  
 สาร ซึ่งกรุณาตรวจปล้องแก่ของพยาธิไส้เดือนตัว  
 แบน, ได้บอกชนิดและได้ให้หัวข้อคิดในการอภิปราย

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

662

(Summary of the preceding Article)

ACUTE APPENDICITIS ASSOCIATED WITH TAENIA SAGINATA

A Case Report

Anant Suraboth

M.B.

(Army Medical Unit, Ubol)

---

A private of twenty-one was admitted (1. Sept. 1956) for the treatment of acute abdominal pain with nausea and vomiting. Symptoms and signs of acute appendicitis were obvious, and operation was at once undertaken. Adhesion was found between the greater omentum and the tip of the vermiform appendix be-

neath the terminal ileum. The appendix was excised, and the patient recovered without incidents. Gross and microscopic examinations of the excised organ revealed two living and gravid segments of taenia saginata incarcerated in its gangrenous terminal portion.

me 3

---

# โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

สมัย พินิจชอบ

พ.บ.

(รักษาการผู้อำนวยการ)

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์เป็นโรงพยาบาลขึ้นกับจังหวัดประจวบคีรีขันธ์, อยู่ในสังกัดกองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลนี้ ตั้งอยู่ที่ตำบลเกาะหลัก, อำเภอเมือง, จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. มีเนื้อที่ประมาณ ๑๑ ไร่ ๑ งาน ๒๗ ตารางวา. ได้เริ่มทำการก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๕๖-๒๔๕๗ และได้ทำพิธีเปิดรับคนไข้เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๔๕๘ โดยนาวาอากาศเอก พิเชิต ขุนยเสนา ผู้บังคับกองบินน้อยที่ ๕ ประจวบคีรีขันธ์, ซึ่งขณะนี้ได้เลื่อนเป็น พลอากาศจัตวา พิเชิต ขุนยเสนา, ดำรงตำแหน่งรองเสนาธิการกองบินยุทธการ, กองทัพอากาศ. ขณะนั้น นายแพทย์เชิด คีตะจิตต์ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนี้.

อาคารที่ได้ก่อสร้างแล้วเสร็จในปัจจุบัน มีดังนี้ :

ตึกคนไข้นอก ๑ หลัง

เรือนพักคนไข้ ๒๕ เคียง ๑ หลัง.  
(ขณะรวมทั้งชายหญิงและเด็ก.)

บ้านพักข้าราชการชั้นโทและชั้นตรี, รวม ๔ หลัง.

บ้านพักข้าราชการชั้นจัตวา ๕ ห้อง ๑ หลัง.

บ้านพักคนงาน ๖ ห้อง, ๑ หลัง.

โรงซักฟอก ๑ หลัง.

โรงครัว ๑ หลัง.

โรงเก็บศพ ๑ หลัง.

## ข้าราชการ

นายแพทย์เชิด คีตะจิตต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, ไปศึกษาต่อต่างประเทศ เมื่อเดือนมิถุนายน ๒๔๕๘.

แพทย์หญิงสมัย พินิจชอบ รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่อมา.

แพทย์หญิง นันทนิตย์ บุรณานวัฑฒน์ แพทย์โท ประจำโรงพยาบาล.

นายชอบ วงศ์สุวรรณ ประจำแผนก.

## สารศรียาข

นางเสาวณีย์ วงศ์สุวรรณ พยาบาล ประจำโรงพยาบาล.	นายโสภณ นันทเกษมร พยาบาลชาย ผู้ช่วย.
นางสุทธิลักษณ์ มีจันทร์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาล.	นางทองขาว วีระกุล เสมียนประจำ แผนก.
นายชน เนียมหอม พยาบาลชาย ผู้ช่วย.	นอกจากนี้ มีคนงานประจำโรงพยาบาล ทั้งหมด ๑๘ คน.

## สถิติคนไข้

จำนวนคนไข้ที่รักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่		ผ่าตัดเล็กน้อย
พ.ศ. ๒๔๙๘	๑๓ ราย	๗๗ ราย
พ.ศ. ๒๔๙๙	๓๓ ราย	๑๘๗ ราย
พ.ศ. ๒๕๐๐ (ถึง มี.ค.)	๑๒ ราย	๑๖๒ ราย

จำนวนคนไข้ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล		ผู้ที่รักษาแล้วกลับบ้าน
พ.ศ. ๒๔๙๘	๓๗๙ ราย	ตั้งแต่โรงพยาบาลเบิกจน ปัจจุบัน (มี.ค. ๒๕๐๐)
พ.ศ. ๒๔๙๙	๖๙๒ ราย	รวมทั้งสิ้น ๗,๐๙๐ ราย
พ.ศ. ๒๕๐๐ (ถึง มี.ค.)	๑๕๓ ราย	

ความเป็นมาของแพทย์ในโรงพยาบาล  
ประจำวชิรชน

ในครั้งแรก, เมื่อโรงพยาบาลเริ่มทำ  
การก่อสร้างเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๖-๒๔๙๗  
และได้เปิดเมื่อ ๒๔ มิถุนายน ๒๔๙๘ นั้น,  
มีแพทย์อยู่เพียงคนเดียว, คือ นายแพทย์

เชิด คีตะจิตต์. โรงพยาบาลได้ก่อรูปขึ้นมา  
ก็โดยความสามารถของท่านผู้หนึ่ง. ต่อ  
มานายแพทย์เชิด คีตะจิตต์ ลาออกเมื่อ  
สิงหาคมถึงตุลาคม ๒๔๙๙. ทางกรม  
การแพทย์ได้แต่งตั้งให้นายแพทย์ บำรุง  
ศรีเปล่ง, ซึ่งขณะนั้นเป็นแพทย์โทประจำ

โรงพยาบาลเพ็ชรบุรี, มาดำรงตำแหน่ง  
 วิชาการแทนผู้อำนวยการชั่วคราว, จน  
 นายแพทย์เชิดลาสิกขาบท. ในขณะนั้น  
 เองกรรมการแพทย์ได้แต่งตั้งให้แพทย์หญิง  
 สมัย พินิจชอบมาดำรงตำแหน่งนายแพทย์  
 โทประจำโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เมื่อ  
 กันยายน ๒๔๕๘, และ ต่อ มา เมื่อ  
 พฤศจิกายน ๒๔๕๘ กรรมการแพทย์ได้  
 แต่งตั้งแพทย์หญิงนันทนิตย์ บุรณานวัฑ  
 มา ดำ รง ตำแหน่ง นาย แพทย์ โท ประจำ  
 โรงพยาบาลอีกคนหนึ่ง. ประกอบกับนาย  
 แพทย์เชิดลาสิกขาบทออกมาโรงพยาบาล  
 จึงมีแพทย์ร่วม ๓ คน. ครั้นในเดือน  
 กุมภาพันธ์ ๒๔๕๘ กรมส่งนายแพทย์  
 เจริญ บุญยประเสริฐ มาดำรงตำแหน่ง  
 แพทย์โทอีกคนหนึ่ง, รวมเป็น ๔ คน. แต่  
 ต่อมาเมื่อกันยายน ๒๔๕๘ ทางกรมได้  
 ย้ายนายแพทย์เจริญ ไปดำรงตำแหน่งนาย  
 แพทย์โทโรงพยาบาลชัยภูมิ, และ เมื่อ  
 มิถุนายน ๒๔๕๘ นายแพทย์เชิด คีตะจิตต์  
 ได้ไปศึกษาต่อต่างประเทศด้วย. ดังนั้น  
 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จึงมีแพทย์  
 หญิงสมัย พินิจชอบรักษาการแทนผู้อำนวยการ  
 การโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์, และมี  
 แพทย์หญิงนันทนิตย์ บุรณานวัฑเป็นแพทย์

โทประจำโรงพยาบาลตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา.

### การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

เนื่องจากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์  
 เป็นโรงพยาบาลที่เข้คใหม่ มีจำนวนเตียง  
 เพียง ๒๕ เตียงเท่านั้น ในระยะแรกความ  
 นิยมเลื่อมใสของชนชาวประจวบคีรีขันธ์  
 ต่อโรงพยาบาลน้อยมาก. ทั้งนี้เพราะ  
 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีกองบินน้อยที่ ๕  
 ตั้งอยู่, และในกองบินแห่งนี้สถานพยาบาล  
 ซึ่งเข้ครับคนไข้ทั้งทหารและพลเรือนมา  
 เป็นเวลานานยี่สิบปีที่เข้คแล้ว. ประชาชนทุกคน  
 รู้จักดี. เมื่อโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์  
 เข้คใหม่ ๆ คนไข้้น้อยมาก, เพราะยังไม่  
 ใครรู้จักโรงพยาบาล. ต่อมาเมื่อเจ้าหน้าที่  
 ของโรงพยาบาลได้ร่วมมือกันพยายามรับ  
 คนไข้เข้าไว้รักษาพยาบาลในโรงพยาบาล  
 โดยเสียสละไม่เก็บค่ารักษาพยาบาลตลอด  
 จนค่าอาหารรับประทาน, ซ้ำยังจะ  
 กลับบ้านยังช่วยออกค่ารถค่ารับประทานให้  
 เรียบร้อย และ ส่งเขา กลับบ้าน ด้วยความ  
 ปลอดภัย, เพื่อให้เขาเหล่านั้นไปเป็นปาก  
 เลี้ยงโสมณาคุณความดีของโรงพยาบาล  
 และชักจูงให้ประชาชนรู้จักโรงพยาบาล  
 มากขึ้นด้วย. ดังนั้นต่อมาเมื่อประชาชน

รู้จักโรงพยาบาลมากขึ้น, จำนวนคนไข้ทั้งคนไข้ในและคนไข้ในก็มากขึ้น, การบำรุงโรงพยาบาลก็มีมาก, เงินทุนสะสมสำหรับหมุนเวียนภายในโรงพยาบาลก็มากขึ้นด้วย. สามารถจะให้ความสะดวกกับคนไข้ได้มากขึ้น. เป็นต้นว่าการพักรักษา, ความสะอาด, และเวชภัณฑ์ต่างๆที่จำเป็น, นอกจากเงินงบประมาณ.

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์นี้เป็นโรงพยาบาลที่เพิ่งเปิด. อุปกรณ์ต่างๆยังมีไม่ครบตลอดจนเครื่องมือผ่าตัดต่างๆก็พอมีพอใช้, แต่ไม่ถึงขั้นดี. เท่าที่ได้คำนวณดูปรากฏว่า ประชาชนในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์, ซึ่งมี ๔ อำเภอด้วยกัน, รวมประชาชนได้ประมาณ ๑๑๗,๗๗๗ คน. ประชาชนส่วนมากถูกคุกคามด้วยโรคไข้จับสั่นเรื้อรัง, โดยเฉพาะอำเภอของสะพาน. จากการพบปะกับชาวบางสะพานเป็นจำนวนมากจึงพบว่าร่างกายมักชยผอมและค่อนข้างเหลืองทั้ง ๆ ที่ผิวค่อนข้างคล้ำ. คุณลักษณะส่วนมากไม่ค่อยสมบูรณ์. ม้ามโตโดยมาก. ที่ตรวจพบไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่จะคล้ำได้เต็ม ๆ ฝ่ามือเสมอ. เมื่อก่อน ๆ แล้วทางอำเภอของสะพานมีชื่อในเรื่องไข้จับสั่นเป็นอย่างมาก. ถ้าข้าราชการใด

ถูกย้ายไปอำเภอของสะพานถือว่าเป็นการลงโทษอย่างรุนแรง. แต่ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลมีมาก, จึงนับว่าชาวอำเภอของสะพานได้เป็นผู้มีโชคคิขึ้น.

โรคทางอายุรศาสตร์ที่รอลงมาจากไข้จับสั่น เห็นจะได้แก่ วัณโรคของปอด. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภูมิประเทศของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ช่วยส่งเสริมด้วย. ในหน้ามรสุมพบว่าเด็ก ๆ อายุต่ำกว่า ๕ ปี ลงมา โดยเฉพาะพวกที่อยู่แถบชายทะเล, เป็นบร็องไชน์นิวโมเนียเป็นจำนวนมาก, และในผู้ใหญ่ก็พบโรคนี้เสมอ.

โรคที่พบรอลงมาอีกได้แก่โรคผิวหนัง. พบเสมอไม่ว่าในเด็กและผู้ใหญ่และก็ได้ให้การรักษาเท่าที่สามารถจะทำได้.

ส่วนทางแผนกศัลยกรรมนั้นพบเป็นประจำได้แก่อุบัติเหตุต่าง ๆ, เป็นต้นว่า รถยนต์ชนกัน, รถไฟชนกัน, รถยนต์ชนคน เป็นต้น. นอกจากนั้นพบมากเป็นรองก็เกี่ยวกับคดี, เช่นถูกยิง, ถูกแทง, เป็นต้น.

ในรายโรคต่าง ๆ นทางแพทย์และพยาบาลต่างก็ใช้ความสามารถเท่าที่เวลา เครื่องมือและเวชภัณฑ์จะอำนวยให้. โดยปกติแล้วเมื่อมีการผ่าตัดใหญ่, ทุกคนช่วยเหลือกัน. แพทย์ ๒ คนผลัดกันเป็นผู้

ผ่าตัด, พยาบาลส่งเครืองมือ ๑ คนและเป็นผู้หมุนเวียน ๑ คน, พยาบาลชายผู้ช่วยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ยาสลบ๑คน. ตามปกติใช้วางยาสลบโดยวิธีหยด, ซึ่งแพทย์คนหนึ่งคนใดเป็นผู้วางก่อน, แล้วต่อด้วยพยาบาลชายผู้ช่วย. นอกจากนั้นมีคนงานเป็นผู้คอยช่วยเหลืออยู่ภายนอกอีก ๑-๒ คน. ถ้าไฟดับต้องรีบส่องไฟฉาย, หรือในรายที่ต้อการอุ้มน้ำเกลือหรือน้ำกลั่นก็เรียกใช้ได้ทันที. ทุกครั้งที่มีผ่าตัดใหญ่, ถ้าในเวลาจำเป็นจำเป็นต้องปลุกทุกคนขึ้นช่วยเหลือกัน, และดูเหมือนทุกคนลุกขึ้นด้วยความเต็มใจ, เพราะอยากทราบว่าเมื่อผ่าตัดแล้วคนไข้จะเป็นอย่างไร. แต่ส่วนมากแล้วเกือบทุกรายปลอดภัยด้วยการผ่าตัด, ถ้าหากว่าคนไข้มาถึงโรงพยาบาลภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากได้รับบาดเจ็บ. ขอที่ทุกคนชอบที่สุดก็คือเมื่อเสร็จจากการผ่าตัดแล้ว จะต้องมีการ เลียง อาหาร กันเสมอ.

ในบางครั้งเมื่อแพทย์อยู่คนเดียว, อีกคนหนึ่งมีกิจธุระจำเป็นจะต้องเข้ากรุงเทพฯ, การผ่าตัดใหญ่ก็ทำได้โดยแพทย์ ๑ คนนั้น กับ พยาบาลผู้ช่วยชาย และ พยาบาลที่ส่งเครืองมือ. ฉะนั้นจะเห็นว่าการผ่าตัดใหญ่

ที่เกิดขึ้นโดยกระทันหันนั้น แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแต่ผู้เดียว. บางครั้งก็เกิดความยุ่งยากใจ. แต่ก็พยายามตัดสินใจอย่างดีที่สุดและคิดว่าถูกต้องที่สุด, แม้ว่าจะเป็นการเสี่ยงต่อชีวิตของผู้เคราะห์ร้ายก็ตาม. แต่ก็มี ความภูมิใจที่ได้พยายามช่วยจนสุดความสามารถ, และทุกคนพร้อมอยู่ในทีมผ่าตัดใหญ่นี้ต่างก็หายเหนื่อยและจิตใจที่คนไข้ปลอดภัย.

ในปัจจุบันนี้คนไข้ที่มารับการรักษาทั้งภายนอกและภายในมากขึ้น, ทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกคนภูมิใจที่ความพยายามทั้งหลายสำเร็จ, แม้จะไม่ทันเทียมเท่าอันใดแต่ก็มากสำหรับโรงพยาบาลเล็ก ๆ ที่เปิดใหม่ในจังหวัดเล็ก ๆ.

รายได้ของโรงพยาบาลประจำวนัชนี

๑. จากเงินงบประมาณที่แบ่งจากกรมการแพทย์. จะไม่ชอกกล่าวในทันที.
๒. รายได้จากผู้บริจาค. รายได้นี้ได้จากคนไข้ที่มารับการรักษาทั้งภายนอกและภายใน, ที่ได้ช่วยเหลือเป็นค่ารักษาพยาบาลและค่ายา. ในขณะที่โรงพยาบาลเพิ่งเปิดใหม่ ๆ ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลส่วนมากจ่ายฟรี, เพราะคนไข้ไม่ค่อยมีเงิน

ให้, และบางรายเป็นข้าราชการที่รู้จักคุ้นเคยกัน. แต่ต่อมาในปัจจุบันนี้ทุกคนยินดีเสียสละค่ายาตามที่โรงพยาบาลได้กำหนด โดยทางกรมการแพทย์เป็นผู้วางอัตราให้. แต่ก็มีไม่น้อยที่ต้องรักษาให้เปล่า ๆ เพราะไม่มีให้จริง ๆ, ซึ่งทางโรงพยาบาลก็ต้องให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี.

๓. รายได้พิเศษ. เกิดจากความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคน. โดยทางโรงพยาบาลได้เข้าภาพยนตร์ไทยมาฉายในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทุกอำเภอ และกิ่งอำเภอ, เป็นเวลา ๗ คนเพื่อหารายได้เข้าโรงพยาบาล. ทางโรงพยาบาลได้นำเงินจำนวนนั้นไปสร้างรั้วและถนนของโรงพยาบาล. ทั้งนี้เพื่อความเรียบร้อยและสวยงาม. การหารายได้นี้ทำโดยการจำหน่ายบัตรล่วงหน้า, โดยอาศัยคณะกรรมการของโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่ทางฝ่ายปกครองทุกอำเภอ, ร่วมมือกับประชาชนจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. รายได้จากภาพยนตร์เมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วเหลือเป็นเงินสต็อกที่นำมาสร้างรั้วโรงพยาบาลที่เห็นในปัจจุบันนี้เงินเป็นเงิน ๒๑,๕๐๕.๖๕ บาท. ในการนี้คณะกรรมการที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ขอขอบพระคุณต่อทุกท่านที่กล่าว

มาแล้ว.

๔. รายได้พิเศษที่กองทัพอากาศได้ช่วยเหลือเป็นค่ารักษาพยาบาลคนไข้ที่ถูกระเบิดเมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๔๙๙, เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๖,๒๗๒.๐๐ บาท.

### การปกครองภายในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ในฐานะที่ผู้ปกครองเป็นผู้หญิง, การปกครองจึงดำเนินไป เป็นคนละแบบกับผู้ปกครองที่เป็นชาย. ทั้งนี้อาศัยหลักที่ว่าปกครองอย่างกันเอง, แต่ขอให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชารู้จักหน้าที่ของแต่ละคนว่าหน้าที่อะไร. เมื่อต่างรู้จักหน้าที่และพยายามทำตามหน้าที่, ทุกอย่างก็มีระเบียบโดยมิต้องมีการบังคับ. เหตุการณ์ก็เรียบร้อย.

### บทส่งท้ายสำหรับประชาชนจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ขอแนะนำให้ท่านรู้จักประชาชนจังหวัดนี้. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มี ๔ อำเภอ กับ ๑ กิ่ง, คือ:-

(๑) อำเภอเมือง

(๒) อำเภอบางสะพานใหญ่

(๓) อำเภอหัวหิน

(๔) อำเภอปราณบุรี

(๕) กิ่งอำเภอทับสะแก

มีพลเมืองทั้งหมดประมาณ ๑๑๗,๗๗๗

คน.

ด้วยเหตุที่เป็นเมืองชายทะเล, อาหาร  
อุดมสมบูรณ์, ประชาชนส่วนมากมีอาชีพ  
เกี่ยวกับการประมง. อากาศสดชื่นเย็น  
สบาย, ซึ่งเป็นที่รู้จักดีของทุกท่านที่มา

ตากอากาศ.

นิสัยใจคอของราษฎร, โดยเฉพาะใน  
อำเภอเมือง, ทุกคนเอื้ออารีย์, เป็นกันเอง.  
ผู้ที่อยู่ก็อยู่อย่างสงบสบาย.

ความดีของจังหวัดคนมีต่าง ๆ กันไปแต่  
ละอำเภอ, ซึ่งส่วนมากคงเคยได้ยิน, เป็น  
ต้นว่าทองคำต้องที่อำเภอบางสะพาน, สัปรด  
ต้องที่ปราณบุรี, และที่ตากอากาศก็ต้อง  
หัวหิน, เป็นต้น.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ

๒. ชำระเงินค่าบำรุง

๓. ขอรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกกิจการ

## บทบรรณาธิการพิเศษ

โดยรอยพระยุคลบาท

เรียนจริงเมื่อเรียน

สุขุม ภาทราคม

พ.ศ., Ph. D.

(แผนกพยาธิวิทยา)

ท่านบรรณาธิการสารคดีราชได้ติดต่อขอให้ข้าพเจ้าเขียนเรื่องเกี่ยวกับทลกระท่อม ๗ เพื่อตีพิมพ์ในสารคดีราชฉบับวันมหิดล, เพราะทราบว่าข้าพเจ้าได้สมัครรับที่ปฏิบัติงานวิชาวิทยายกเทร็ดของทลกระท่อม ๗ เมื่อครั้งยังทรงศึกษาวิชาการสาธารณสุขอยู่ ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด จากศาสตราจารย์ เจ. เจ. บรอนเฟินเบิร์นเนอร์. ข้าพเจ้าตกลงใจสนองตอบไม่ตรีจิตที่ท่านบรรณาธิการสารคดีราชมีต่อข้าพเจ้าเป็นเวลาช้านานมาแล้ว, ด้วยการบินที่ข้อความที่ทราบจากปากคำของศาสตราจารย์ เจ. เจ. บรอนเฟินเบิร์นเนอร์, ผู้เคยเป็นอาจารย์สอนวิชาวิทยายกเทร็ดถวายทลกระท่อม, ภายใต้การควบคุมของศาสตราจารย์

โรซีเนาผู้เป็นหัวหน้าแผนกวิชา. เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๑. ศาสตราจารย์บรอนเฟินเบิร์นเนอร์ได้เก็บสมัครรับที่ปฏิบัติงานนี้ไว้เป็นพิเศษเป็นเวลาถึง ๓๔ ปี, จึงได้มอบให้ข้าพเจ้านำสมัครรับที่อันล้ำค่านี้กลับประเทศไทย.

มีหลายท่านได้เขียนพรรณนาพระองค์ท่านในค่านต่าง ๆ ไว้มากหลายแล้ว, อาทิ ในค่านที่พระองค์เป็นตัวอย่างที่ดีในขณะปฏิบัติหน้าที่อาจารย์, เป็นตัวอย่างที่ดีในขณะที่เป็นแพทย์และพระกรณียกิจต่าง ๆ ที่ต้องเสียสละทั้งกำลังกาย, กำลังใจ, และกำลังทรัพย์ เพื่อความเจริญของกิจการแพทย์ของประเทศเรา, ข้าพเจ้าจึงขอโอกาสนี้เล่าถึงตัวอย่างที่ดีขณะพระองค์

1. bacteriology.

## Laboratory Note book

Name: M. Songkla.

Class: M. 2.

Subj:

Desk: 8.

Room: 2002

Section: 8.

Grades: (1) (2) (3)

Average grade for Lab:

" " " Course:  
final " " " :

If this book is found anywhere,  
please return to the owner.

M. Songkla.

329. Songwood Ave.

Boston, Mass.

Reward!

สมุดบันทึกงานของทุกกระหม่อม ๆ  
หน้าต้นของสมุดบันทึกปฏิบัติ ๆ วิทยาลัยเทร

## Exercise 26.

### 1. B. Coli.

- 1) Agar. Growth: abundant. Form: spreading. Elevation: slightly raised. Lustre: glistening. Topography: smooth. Opt. Character: Translucent, Chromogenesis: none, odor: meat consistency: viscid, medium: normal.
- 2) Sugar free bouillon: slightly cloudy. No precipitation.
- 3) Litmus Milk. Acid and slight coag.
- 4) Peptone. Cloudiness. no sediment.
- 5) Dextrose gelatine puncture. whitish growth on the line with many gas bubbles.
- 6) Serum water litmus dextrose: coag. acid. gas bubbles.
- 7) Serum water litmus lactose: same.
- 8) " " mannite: same only to a less intensity.

### B. Typhosus.

- 1) Agar. Growth: abundant, Form: spreading. Elevation: slightly raised, Lustre: glistening. Topography: smooth. Opt. Character: opaque white.
- 2) Sugar free bouillon: cloudy.
- 3) Litmus milk: slightly acid, no coag.
- 4) Peptone: slightly cloudy.
- 5) Dextrose gelatine puncture

สมุดบันทึกงานของทุลกระหม่อม ฯ  
ลายพระหัตถ์จากหน้าหนึ่งในตอนกลาง ฯ

ท่านเป็นศิษย์ศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยฮาร์-  
วาร์ดจากปากคำของอาจารย์พระองค์ท่าน  
เอง, เพื่อที่ท่านทั้งหลายโดยเฉพาะนัก  
ศึกษาระดับบัณฑิตเป็นตัวอย่างที่ดีพระองค์  
ไว้กระทำให้ตัวอย่างไว้ให้เราเจริญรอยพระ  
ยุคลบาท.

ในระหว่างที่ พระองค์ทรงศึกษาอยู่ที่  
มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดพระองค์ทรงใช้พระ  
นามว่านายมหิตล สงขลา, เขียนย่อใน  
สมุดบันทึกปฏิบัติว่า M. Songkla, อย่าง  
สามัญชน. ทรงปฏิบัติงานเช่นเดียวกับนัก  
เรียนอื่น ๆ. ศาสตราจารย์ เจ. เจ. บรอน  
เฟ็นเบร์นเนอร์เล่าให้ข้าพเจ้าฟังเมื่อ พ.ศ.  
๒๔๕๕ ว่าในชีวิตของท่าน, เป็นอาจารย์  
สอนวิชาวิทยาศาสตร์มาร่วม ๔๐ ปีแล้ว,  
มีศิษย์ทั้งที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาและที่มา  
จากต่างประเทศก็มากมาย, แต่ท่านภูมิใจ  
มากที่สุดที่ได้เคยใกล้ชิดกับคนไทยที่มีความ  
สุภาพอ่อนโยน, ทั้งใจศึกษาอย่างจริงจัง,  
ถึงเช่น "Prince Songkla" ท่านยกย่อง  
ว่าทลกระหม่อมทรงสนพระทัยศึกษา, ขยัน  
หมั่นเพียร, ทำงานเป็นระเบียบเรียบร้อย,  
มีความประณีตในการปฏิบัติงาน, ตลอดจน  
ทั้งการบันทึกรายงานผลที่ได้และรูปภาพที่  
เขียนประกอบ, เป็นคนช่างสังเกต; ยินดี

สิ่ง ที่ พบ เห็น จาก การ ทค ลอง ไว้ อย่าง  
ละเอียด. แม้เวลาจะล่วงไปกว่าสามสิบปี  
ท่านก็ยังคงระลึกถึงและจดจำพระอริยาสัย  
ของทลกระหม่อม ๆ ได้เป็นอย่างดี ขอน  
เป็นเหตุที่ทำให้ท่านต้องเก็บสมุดบันทึก  
ปฏิบัติงานของทลกระหม่อมไว้เป็นพิเศษ.  
ข้าพเจ้าเชื่อว่าท่านพูดด้วยความจริงใจ,  
เพราะเมื่อต้น พ.ศ. ๒๔๕๕ ในโอกาสที่  
ค็อกเตอร์ฮอร์ไปแวะเยี่ยมศาสตราจารย์  
บรอนเฟ็นเบร์นเนอร์ที่มหาวิทยาลัยวอชิง  
ตันเมืองเซนต์หลุยส์, เมื่อทราบว่ามีคน  
ไทยกำลังศึกษาอยู่ที่นั่น, ค็อกเตอร์ฮอร์  
ได้ขอร้องให้ศาสตราจารย์บรอนเฟ็นเบร์น  
เนอร์พาเขามาพบข้าพเจ้าที่ห้องทำงาน.  
ค็อกเตอร์ฮอร์ได้คุยท้าวถึงความหลังและ  
ยกย่องสมเด็จพระอริยาสัยอันละมุนละไม  
ของทลกระหม่อม ๆ ซึ่งท่านคุ้นเคยและรู้  
จักดีให้ข้าพเจ้าฟังอยู่เป็นเวลานาน, ทำให้  
ข้าพเจ้าปลาบปลื้มยินดีเป็นอย่างยิ่ง.

สมุดบันทึก ปฏิบัติ งาน ใน วิชา วิชา  
บันทึกที่ข้าพเจ้าได้รับมานี้, เท่าที่สังเกต,  
ท่านศาสตราจารย์บรอนเฟ็นเบร์นเนอร์ได้  
เก็บรักษาใส่แฟ้มไว้ดีมาก, ยังอยู่ในสภาพ  
ดี, เพียงแต่กระดาษเปลี่ยนสีไปบ้างเพราะ  
เวลาล่วงเลยมานาน. ที่แฟ้มที่ท่านได้เขียน





๒. D.E. Howells: นัยสแตกมัสในฐาน  
อาการแสดงของการออกเหล้า Brit. Med.  
J. 1: 1405-1406, 1956.

การทดลองนเพื่อจะสนับสนุนว่า กินเอ-  
ธิลแอลกอฮอล์ขนาดมากจะทำให้มีอาการ  
ตากระตุก (นัยสแตกมัส) ได้. ได้ทดลอง  
ในผู้อาสาสมัคร, ให้กินเอธิลแอลกอฮอล์  
ขนาด ๐.๗ ๑ ลิ.ชม./๑ กก. คนหนึ่ง ๆ  
กินขนาดเฉลี่ย ๕๐ ลิ.ชม. ของแอลกอฮอล์  
ล้วน. ขนาดนี้ทำให้เกิดตากระตุกได้.  
สำราญ วังสพาท พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๓. A. Goldin et al: ฤทธิ์ต่อต้านลิวคิเมีย  
ของริเซอริบีน. Science 3239: 156-157,  
1957.

ริเซอริบีนซึ่งสกัดได้จากราก ระยะเวลา  
ฤทธิ์ต่อต้านลิวคิเมียได้. ผู้รายงานทดลอง  
ในหนูบงกรพันธุ์หนึ่ง โดยฉีดเซลล์ลิว-  
คิเมียเข้าใต้ผิวหนัง ท้าหาหน และ ปล่อยให้  
เกิดก้อนมะเร็งขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประ-  
มาณ ๕-๑๒ มม. แล้วฉีกริเซอริบีนขนาด  
มากให้หนนนเพียงครั้งเดียว, ได้ผลทำให้  
ก้อนมะเร็งนไม่โตขึ้นกว่าเดิม, และหนนม  
ชีวิตอยู่ได้เกิน ๕ วัน. ส่วนหนนพวกที่ไม่ได้  
ฉีกริเซอริบีน มีขนาด ก้อน มะเร็งโตขึ้นกว่า

เดิมมากและตายหมดใน ๕ วัน.

เขาได้ทดลองเอาม้ามของหนนที่เป็นมะ-  
เร็งมาปลูกในหนนทดลอง เพื่อทำให้เกิดมะ-  
เร็งทวาร่างกายและทดลอง ฉีกริเซอริบีนเพื่อ  
รักษา. แต่ผลปรากฏว่าไม่เกิดมะเร็ง  
เฉพาะที่.

สรุปผลการใช้ริเซอริบีน:

(๑) มฤทธิต่อต้านลิวคิเมียทำให้ก้อน  
มะเร็งไม่โตขึ้น. ในบริเวณที่ฉีกริเซอริบีน  
ก้อนมะเร็งหายไป.

(๒) เมตะบอลิซึมของ ร่างกาย มีการ  
เปลี่ยนแปลงหลังใช้ริเซอริบีน. นำหนักตัว  
ลด ๓๐ ปช. ใน ๘ วัน.

(๓) การให้ริเซอริบีนน้อย ๆ ศึกษาคือ  
กันได้ผลดีกว่าให้ครั้งเดียวมาก ๆ.

(๔) อนุพันธ์อื่น ๆ ของริเซอริบีนก็ได้  
ผลเช่นเดียวกัน.

สายสงวน สุนทรเวช พ.บ.

๔. M.T. Hockenga: การทดลองรักษา  
โรคพยาธิไส้มาและพยาธิปากขอ Am. J.  
Trop. Med. and Hyg. 5: 529, 1956.

ในประเทศซอนครัส ผู้ที่เข่นโรคพยาธิ  
ไส้มา ๗๓๔ ราย และพยาธิปากขอ ๔๕๗  
ราย ได้รับยารักษาพยาธิต่าง ๆ กัน,

คอบีเปอรราชัน ซิเตรท, อิกเปท และฟอส-  
เฟท, เมธิลเบนซีน (โทลีน), ปาเปน,  
เฮกซัลเรซอซินอล, เทตราคลอเอธิลน,  
และยานู. ยาพวกกลุ่มบีเปอรราชันคล้าย  
จะให้ผลดีกว่าอย่างอื่น. แต่อย่างไรก็ตาม,  
ยาทกขนานที่กล่าวแล้วให้ข้อควรหาไม่เกิน  
ร้อยละ ๕๐. ผู้รายงานนิยมใช้เทตราคลอ  
เอธิลน ๒.๗ ล.ช.ม. และน้ำมันเมนโปล-  
เคียม ๐.๓ ล.ช.ม., ให้ผู้ช่วยเวลาท้อง  
ว่างและให้ยาถ่าย ๓ ชั่วโมง ภายหลังกิน  
แต่ต้องระมัดระวังโดย (ก) ไม่ให้ยาเมอม  
พยาธิใส่เคอนอยู่ด้วย, เพราะอาจไปกระตุ้น  
มันให้รวมตัวเป็นก้อนทำให้ลำไส้อุดตันได้.  
(ข) ห้ามให้พร้อมกบแอลกอฮอล์, ไซมัน  
หรือน้ำมัน, เพราะอาจทำให้มีการกดซึม  
ของยาเกิดเป็นพิษขึ้น. (ค) ห้ามให้กับผู้  
ป่วยที่เป็นโรคชอยู่ก่อนแล้ว.

จำลอง हरินสูต พ.ด., Ph. D., D.T.M.

๕. F.J. Putney: การใช้ชีวิตคานาเหลือง  
เวลาหลังตกกลองเสียงและผ่าตัดแตรคอ.  
Surg. Gynec. & Obst. 103:244, 1956.

หลังจากที่ผ่าตัดเอากลองเสียงและตอม  
นาเหลืองบริเวณคอออกแล้ว, เขาใช้เครื่อง  
กดคอกับท่ออย่างที่ได้ไว้เพื่อให้คานาเหลือง

และเลือดที่ผิวหนังตรงแผลผ่าตัดคอก. กด  
ไว้ตลอดเวลา. ปรากฏว่าได้คานาเหลืองออก  
มา ๑๑๐-๑๕๕ ล.ช.ม. เขาใช้คนผ่า  
คอกกลองเสียง ๑๑ คน. ผ่าคอกตอม  
นาเหลืองบริเวณคอออก ๕ คน. และผ่าคอก ๒  
อย่างในคนเดียวกัน ๑๖ คน. ปรากฏว่า  
ได้ผลดีมาก. ผู้เขียนให้ความเห็นว่าวิธีนี้ทำ  
ให้ไม่มีคานาเหลืองและเลือดซึ่งอยู่ใต้ผิวหนัง,  
ซึ่งจะทำให้คอกเซอได้ง่ายและแผลไม่ติดกัน.  
ปรากฏว่าผู้ช่วยออกจาก ร.พ. ได้เร็วขึ้นและ  
แผลทะลุคอกกับผิวหนังมีน้อยลง.

สำราญ วงศ์พำห้ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๖. B. Rosmit, G. Kaplan, H.G. Jacobson:

อาการเกิดจากการอุดตันของวงาคาวา  
หลอดคยในบริเวณโพเจนิคคาร์ลีโนมา.  
Radiology 61: 722-737, 1953.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา  
๓๘ ราย, ซึ่งมีการอุดตันของวงาคาวา  
หลอดคย, ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทรมกพบเสมอ  
ในผู้ป่วยทมนเองอกของหลอดลมทางขวา.  
เซลล์โดยมากเป็นอะนาพลาสติก, เกิดขึ้น  
ในประมาณ ๑๕ ปีช. ของผู้ป่วยทั้งหมด.  
การอุดตันเกิดขึ้นโดยการเบียดจากภายใน,  
โดยทวนเองอกเองหรือตอมนาเหลือง

ที่โต. บางทีโดยการกลกลามเข้าไปภายใน หลอดเลือด, และน้อยมากที่จะเกิดรวมโบลีส.

จะมีหลอดเลือดคอลลีเทอรัลเกิดขึ้นในระบบหลอดเลือดดำจากศีรษะ, คอ, แขน และอกส่วนบนสู่ห้องขวาของหัวใจ. ผู้ป่วยส่วนมากมีการอุดตันเหนือหลอดอะซัยกอสซึ่งทำหน้าที่แทนวาคาหลอดบน. ถ้าอุดตันต่ำกว่าอะซัยกอส, หรือที่โค้งของอะซัยกอสผู้ป่วยจะลำบากมากขึ้น. ความดันเลือดดำสูงและการพยากรณ์ไม่ดี.

**เทคนิค** ใช้รังสีทอมอานาเจอร์ลทะเลวงมาก, 400 kv. half value layer 4.7 มม. ทองแดง ระยะแรกให้วันละ ๗๕-๑๐๐ อาร์, เพิ่มจนจนถึงวันละ ๒๕๐ อาร์. ขนาดท่อนเนื่องอกได้รัย ๑,๐๐๐-๕,๐๐๐ อาร์ โดยให้อย่างน้อยสองแห่งควบกัน. ถ้าสามารถให้ได้, ให้ถึง ๓,๕๐๐-๔,๕๐๐ อาร์. ถ้านอนคว่ำลำบากก็ให้หนึ่ง.

รังสีและไนโตรเจนมีสสารก่ดลยกันให้ผลในทางบรรเทาประมาณ ๗๖ ปช. ของรายผู้ป่วย. อาการแน่น, หายใจลำบาก, เจ็บปวด, ไอ, อาการเขียวจะน้อยลง. อาการบวมที่หน้าและที่คอหายไปใน ๒๔-๔๘ ชม. อาการปวดศีรษะ, มึนงงและหน้า

มืดน้อยลง. ผู้ป่วยมักกำลังและน้ำหนักเพิ่มและอยากกินอาหารมากขึ้น.

ร่วมไทร สุวรรณิก พ.บ., M.Sc, F.I.C.S.

๗. R.H. Parrott: เอ.พ.ช. ไวรัสในโรคของทางหายใจ. Laryngoscope 66 : 628, 1956

เอ.พ.ช. ไวรัสเป็นไวรัสที่น่าสนใจมาก, และจับตัวออกมาได้ครั้งแรกจากอะคีนอยค, เยอบุตา, และฟาริงซ์. มันทนต่อเอธิเออร์, ผ่านเครื่องกรองไต, ไม่ทนต่อความร้อน, ทนต่อแอนติไบโอติก และยาเคมีเกือบทุกชนิด. เชื้อนี้เกิดระบาดได้บ่อย. พะระบาดเป็นหย่อม ๆ. ติดต่อกันง่าย, ง่าย, ระยะฟักตัว ๕-๖ วัน, ระยะติดเชื้อมถึง ๕ วัน. อาจมีโรคแทรกซ้อนได้เวลาเป็นโรค, เช่นหน้าหนาว, โพรงกระดูกบริเวณหน้าอกเสีย.

อาการสำคัญมี ๔ อย่าง, คือ

(๑) เป็นไข้, ๑๐๒-๑๐๔ ฟ ใน ๔-๕ วัน.

(๒) เจ็บคอ.

(๓) ตาแดง. เยอบุตาอักเสบ.

(๔) ต่อมน้ำเหลืองข้างคอข้างหลัง

โต, ๒ ข้างหรือข้างเดียว. อาจมีอาการอื่น ๆ อีก.

ตำราญ วังสพาท พ.บ., C.Oph., C. Oto.

๘. D. Robert Axelrid, David E. Bass:

คล้อยเล็กน้อยที่และคล้อยกรค่างในฮัยโปเธอร์เมีย. Am. J. Physiol 1: 31-33, 1956.

ผู้รายงานได้ศึกษาผลของการที่มอดุทมิร่างกายลดต่ำลงจากปกติ (ฮัยโปเธอร์เมีย). ทดลองในสุนัข ๘ ตัว. แซ่ในน้ำใส่น้ำแข็งจนอุณหภูมิที่หัวใจลดเหลือ ๓๐° ซ. และ ๒๕° ซ. ตรวจพหุของเลือด, พลาสมาคาร์บอนไดออกไซด์, อเล็กโตรลิต์และโปรตีน, ออสโมลาริตี, ฮีมาโตคริตและอัตราเต้นของหัวใจ.

ปรากฏผลว่า อัตราเต้นของหัวใจลดลงเรื่อยเมื่อตัวเย็นลง. ฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นในระยะแรก, พลาสมาโปรตีนและออสโมลาริตีไม่เปลี่ยนแปลง, พลาสมาพหุตาล, ความเข้มข้นของโปรแตสเซียมและคลอไรด์ไม่เปลี่ยนแปลง. เมื่อดูดุทมิลดตอนแรกแคลเซียมเพิ่มขึ้น, โซเดียมลดลง, แต่เมื่อดูดุทมิลดออกก็ไม่เปลี่ยนแปลงต่อไป. แมกนีเซียมและคาร์บอนไดออก

ไซด์สูงขึ้นเมื่อดูดุทมิลดลงในระยะที่๒ เขาเข้าใจว่าการที่พหุตาลต่ำลงเมื่อดูดุทมิลด, คงเป็นเพราะการละลายของคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นเป็นเหตุสำคัญมากกว่าเรื่องอื่น. เมอเปรียบเทียบกับอะลิตีโตลิสจากความเย็น กับอะลิตีโตลิสจากการหายใจถูกกดปรากฏว่ามีการแตกต่างกันในการเปลี่ยนแปลงของอเล็กโตรลิต์.

ผู้รายงานให้ชื่ออะลิตีโตลิสในขณะอดุทมิร่างกาย ลกค่านวว่า "อะลิตีโตลิสเย็น" (โคลด์ อะลิตีโตลิส).

วัฒนา ผลากรกุล พ.บ.

๙. Albert A. Kattus Jr., Robert Watanabe:

แทรนสอะมิเนสในซรัมเกี่ยวกับวินิจฉัยอินฟารคชันปัจจุบันของกล้ามเนื้อหัวใจ. J.A.M.A. 1: 16-20, 1956.

แทรนสอะมิเนส (อะมิโนเฟอเรส) เป็นเอ็นไซม์พบในเนื้อชนิดต่าง ๆ ของสัตว์, แต่พบมากเป็นพิเศษในกล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อลาย. มีผู้พบว่าระดับของซรัมแทรนส อะมิเนส จะ สูง ขึ้น ในราย ที่มีอินฟารคชันของกล้ามเนื้อหัวใจ อย่างปัจจุบัน. ผู้รายงาน ได้ ทด ลอง ทหาระดับของซรัมแทรนสอะมิเนสในผู้ถูกทดลองปกติ ๑๑คน.

ในผู้ป่วยที่ไม่สงสัยว่าจะเป็นอินฟาร์กต์ของ กล้ามเนื้อหัวใจ ๒๒ คน. ได้ค่าระหว่าง ๑๑-๔๒ หน่วย, เฉลี่ย ๒๐.๕ หน่วย. ในผู้ป่วยซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นอินฟาร์กต์ กล้ามเนื้อหัวใจอย่างปัจจุบัน ๑๔ รายได้ค่า สูงชน ๑๓ ราย. อีกรายหนึ่งตาย ๓ ชั่วโมงหลังมีอาการ. ในรายงานไตค่าปกติ. ระวังของซรั่ม แทรนสอะมีเนส เริ่มชน ภายหลังเวลา ๖-๑๒ ชั่วโมง, สูงสุด ๒๔-๓๖ ชั่วโมง, แล้วจะค่อย ๆ ลดลงสู่ระดับ ปกติในเวลา ๕-๖ วัน. ในผู้ป่วยที่มีโรค ภัย ระวังของซรั่ม แทรนสอะมีเนส จะชนสูง เหมือนกัน, แต่จะคงอยู่เป็นเวลานาน.

ประเวศ วะสี พ.บ.

๑๐. A.S. Ridolfo, W.R. Kirtley : การ ใช้คาร์บตาไมด์รักษาเบาหวาน. J.A.M.A. 15: 1285-1288, 1956.

การรบตาไมด์คือททางเยอรมันเรียกว่า BZ ๕๕. ยานถูกดูดซึมไ้เร็ว, แต่ขับถ่าย ออกช้า. ระวังของยาชนสูงสุดใ้เลือดภายใน ๓-๖ ชั่วโมง. ระวังน้ำตาลใ้เลือดลด

ลงอย่างชัดเจน ๒-๓ ชั่วโมง ภายหลัง กินยา ๒.๕ ก. ครึ่งเคียว. ตำแหน่งและ กลไกของการออกฤทธิ์ยังไม่แน่. ทาง เยอรมันพบว่าสารพวกนี้ออกฤทธิ์ เลือกลำลายแอลฟาเซลล์ใ้ตับอ่อนของสัตว์, อัน เป็นทซึ่งเชอกันว่าสร้างกลูคากอน, สาร ซึ่งทำให้เกิด ฮัยเปอร์กลัยเซเมีย. บางคน ว่ายานเป็นทห้ามอินสูลินส์. ยังไม่พบพิษ ทร้ายแรงของยา. เทาทพบใ้เยอรมันก มีไข้, ผน, มีอาการเหลืองหนึ่งคน (แต่สงสัยว่าเป็นจาก คับอกเส็บ ซึ่งกำลังระขาด). คนไข้ของใ้ รายงานเอง ๓๑ รายเกิดเป็น พิษชน ๑ ราย. มีอาการชม, ผนชน, เมต โลหิตขาวท. ใ้รายงานททดลองใ้ให้ขนาด เฉลี่ย ๒.๕ กรัมใ้วันแรก, ๑.๕ กรัมใ้ วันที่สอง, ต่อไปวันละ ๑ กรัม. พยายาม ระวังระดับใ้เลือดใ้ใ้ใ้ใ้ ๑๐ มก.ปช. จากการศึกษาของเขาและจาก ประสพการใ้เยอรมัน เห็นว่ายานใ้ผล คใ้คนไข้ทอายุมาก, อ้วน, เป็นอย่างอ่อน และเฟ็งเป็นใ้ระยะอินสูล.

ประเวศ วะสี พ.บ.

# ปกิณกะ

## ๑. "วันมหิดล ๒๕๐๐"

วันที่ ๒๔ กันยายน อันเป็นวันคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของทูลกระหม่อม สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสิงขลานครินทร์นั้น, นอกจากพิธีสงฆ์, การวางพวงมาลาถวายความเคารพ พระรูปอนุสาวรีย์และอ่าน เรื่อง ที่ ประ กวด ชิง รวง วิล แล้ว, นักศึกษาของ คณะ แพทย ศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล, โดยคำชักชวนของท่านหัวหน้าแผนกสรีรวิทยา, มักจะร่วมมือกันทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่เป็น ประ โยชน์ ให้ กับสถานศึกษาแห่งนี้. โดยมากงานที่เคยปฏิบัติมากคือการทำ ความสะอาดสถาน ที่ เรือนและบริเวณรอบ ๆ. สำหรับบนเนืองจากท่านหัวหน้าแผนกสรีรวิทยาอุปสมบท, ผู้ที่เรียกสมัครนักศึกษาจึงขาดไป. แต่เป็นที่น่ายินดีที่จะขอแจ้งให้ทราบทั่วกันว่า นักศึกษาบนไม่ต้องเรียกสมัคร, เต็มใจมาทำเอง. นับเป็นชาวที่ทุกคนที่เกี้ยวของอยู่กับการศึกษาควรวินดีด้วยอย่างยิ่งที่นักศึกษาได้ช่วยซึ่งถึงประโยชน์ของการปฏิบัติงาน แขนงนี้. เนื่องจากเป็นเวลาภาระงานจึงจัด

ให้นักศึกษาช่วย ทำความ สะอาด ให้ กับ แผนกกายวิภาคศาสตร์เท่านั้น. ทางแผนกได้แบ่งนักศึกษาเข้าทำความสะอาดตั้งแต่ห้องเก็บของที่อยู่บนเพดาน จนกระทั่งถึงห้องเก็บศพ. กวาดหยักรไต่ตั้งแต่เพดาน จนถึงการซักและถนอมห้องเรียนและห้องนำ. ทุกคนไม่ได้แสดงความรังเกียจเลย. บางคนที่เกิดขึ้น ไม่อยู่ในฐานะที่จะซักและถนอมห้องนำ, แต่ในวันนั้นก็ยินดีทำด้วยความเต็มใจ. ไม่มีการรังเกียจเคียดชังกัน ในระหว่างผิว. ทั้งคนไทยและคนผิวขาวก็มีความสามารถในการซักและถนอมพอ กัน. ทุกคนกินอาหารที่นักศึกษาช่วยกันทำในวันนั้นเหมือนกันทุกคน. เป็นที่น่าปลื้มใจของผู้ที่เฝ้ามองเห็นเป็นอันมาก, ที่ว่า นักศึกษาของเราได้รู้จักงานตั้งแต่ตาที่สัจจนงานที่สูงที่สุดของงานรับผิดชอบต่อชีวิตของประชาชน. เช่นการฝึกไว้เพื่อฟันผ่าอุปสรรค ที่อาจจะ เกิดขึ้น ขณะที่ตัวออกไปปฏิบัติงาน. นอกจากนี้ยังได้แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานแบบนี้ น่าจะ ได้ขยาย

ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น. ไม่เพียงแต่ปฏิบัติเฉพาะวันสำคัญ ๆ เท่านั้น, แต่เวลาว่างของนักศึกษาอาจจะใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อีกมาก. เช่นเท่าที่ใดที่คล่องไปแล้ว, มีการสมัครเข้าช่วยในกิจการของห้องสมุด โดยมีค่าตอบแทนพอสมควร, เข้าช่วยปฏิบัติงานของแผนกในระหว่างปีการศึกษา และบางคนเข้าช่วยในการค้นคว้าของบางแผนก. ปรากฏว่าไต่ผลเป็นที่พอใจ. ต่อไปนักศึกษาอาจเข้าช่วยในงานเสียมย, งานรวบรวมสถิติ, ตลอดจนใช้เวลาว่างในวันอาทิตย์ทำความสะอาดสิ่งรกรุงรังรอบสถานศึกษาแห่งนี้. การปฏิบัติแบบนี้ไม่ใช่จะช่วยเฉพาะฐานะการเงินของนักศึกษาเท่านั้น, แต่อาจจะเราให้นักศึกษารังสรรค์และหวงแหนสถานศึกษาของตัวเองขึ้น, สืบ

เป็นนิสัยให้รักสถานที่ ๆ ทั่วไปปฏิบัติงานและต่อไปจนถึงประเทศชาติ. อนาคตของประเทศก็อาจจะมองดูแจ่มใสกว่าขณะนี้. เท่าที่ปรากฏอยู่ในเวลานี้ว่ากิจการต่าง ๆ ไม่ก้าวหน้าขึ้น, เป็นเพราะต่างคนคิดเสียว่าไม่ใช่เรื่องของตัวเอง. กิจการของคณะ, สิ่งของของคณะจะเสียหาย, ที่ใครจะสักปรกรกรุงรังก็หาใช้ภาระของตัวเองไม่. แทนที่ทุกคนจะช่วยกันลงมือทำก็เพียงแต่ใช้ปากเท่านั้น. ฉะนั้นถ้าทุกคนเห็นว่างานทุกอย่างไม่อาจสำเร็จไปด้วยปากแล้ว, ก็คาดหวังว่ากิจการของสถานที่ต่าง ๆ และของประเทศชาติจะเจริญก้าวหน้าไปกว้างขวางมาก.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

### ๓. เรื่องของเพศ

ตามหลักความรู้อย่างหนึ่งในการทายเพศให้แน่นอนว่าเป็นหญิงหรือชายนั้นยากมาก. หลักมูลฐานของ การ ทาย เพศ ก็นอยู่ที่ โชมโมโซมเพศ. ถ้ามี โชมโมโซม XX ก็เป็นผู้หญิง, XY เป็นผู้ชาย. โชมโมโซม Y

มีขนาดเล็กมากกว่า X. ในปี ๑๙๔๕ Barr และ Bertram ได้สังเกตเห็นในเนื้อประสาทและในเนื้อของแม่ว่าเฉพาะแม่วัวตัวเมียเท่านั้นที่มีก้อนโครมาตินเล็ก ๆ ๑ ก้อน, ซึ่งเขาเรียกว่า "นุกูลีโอลาร์-

เซลล์ไลท์” (nucleolar satellite). ใน  
 ก่อนนมกรตเศสออกซัยโรโบสนคลอติค. มี  
 ลักษณะเป็น เซเทอโรโชมมาติก และเซเทอ  
 โรบัยคโนติก, อันเป็นลักษณะของโชมโม  
 โชม เพคใน ระยะ พัก (คือระยะที่ไม่มีการ  
 แบ่งตัว). ก่อนทพบน จึงเป็น XX โชมโม  
 โชมเพคหญิงที่มารวมกันเข้า, หรืออย่าง  
 น้อย ก็แสดงว่ามีโชมโมโชม XX อยู่ใน  
 นุเคลียส. ส่วนในผู้ชายซึ่งมีโชมโมโชม  
 XY นั้นเขาไม่พบลักษณะอย่างนั้น. นอกจาก  
 ในแมวตัวเมียเขาได้พบใน สัตว์ตัวเมียออก  
 หลายชนิด, เช่น สุนัข, นาก, ม้า, เต็น,  
 เพอร์เรต, วิกุน, สังกะ, แพะ, และ  
 กวาง, และยังพบในมนุษย์ด้วย, แต่ไม่พบ  
 ในพวกสัตว์แทะ (โรเคนท์).

ก่อนที่กล่าวนี้ในปัจจุบันเรียกว่า  
 “เซลล์โชมมาติก” และพบได้ ในราว  
 ๕๐ ปช. ของนุเคลียสของเซลล์ที่อยู่ในชน  
 ฐานของผิวหนังของผู้หญิง, ซึ่งถ้าตัดให้  
 ไคระคัย กับเส้นผ่ากลางของเซลล์ ก็ให้เห็น  
 ได้ดี. มีลักษณะเป็นก้อนทบเล็ก ๆ และมีรูป  
 ทว่าซอขนุน (คือเนเคไวค่อนเว็กซ์), อยู่ติด  
 กับเยื่อหุ้มของนุเคลียสเป็นประจำ. ลักษณะ  
 อย่างนี้ของนุเคลียสพบได้ ในผู้ชายเพียง ๑๐  
 ปช. หรือต่ำกว่านั้น, และเชื่อว่าเป็น อาร

ตแพคต์เกิดจากการทเยอหุ้มนุเคลียสไป  
 ในขณะที่ถูกตัด. เป็นที่น่าทึ่งว่าโดยการ  
 ตรวจนับโชมมาติกเพคในผิวหนังหลายร้อย  
 ราย, เขาสามารถบอกเพคได้ตรงกับเพค  
 จริงทราย. ถ้าตัดผิวหนังโดยระมัดระวัง  
 ไม่ให้ยุบคลายมาก และยอมค้แล้วจะไม่ มีที่  
 สงสัยเลย. การนับโชมมาติกเพคจะบอก  
 ได้ทันทีว่าเป็นชายหรือหญิง.

เมื่อไม่นานมานี้ Davidson และ Smith  
 ได้พบสิ่ง ที่แสดง การแตกต่าง ของเพคใน  
 นุเคลียสของโปลีอิมอร์โฟเนเคลียลวิโคซัยค  
 ของเลือดที่ไหลเวียนว่าในหญิงจะมี ส่วนที่  
 ยื่นออกมาจากนุเคลียสเป็นแท่งมีปมที่ปลาย  
 คล้ายไม้คกกลอง. แต่ยังไม่แน่นอนว่าวิธี  
 จะแม่นยำเท่าวิธีตรวจผิวหนังหรือไม่.

ในทางคลินิกได้เริ่มใช้วิธีนี้ตรวจหา  
 เพคในกระเทยเทียม (ยิวโตเซอร์มาโฟร  
 ไคท์) แล้ว. ปรากฏว่าการแจ้งเพคตรงกัน  
 กับต่อมเพคที่ตรวจพบโดยการผ่าตัดเสมอ,  
 ไม่ว่าจะ เป็นเนออดทะเลหรือรังไข่. จึงรู้สึก  
 ว่าอาจใช้แทนการผ่าหน้าท้อง เพื่อดูตรวจไต,  
 และเป็นวิธีที่ไม่ยาก.

ในรายที่เป็นผู้หญิงแท้โดยกำเนิด, แต่  
 มีร่างกายลักษณะเป็นชาย เนื่องจาก มีการ  
 เปลี่ยนแปลง ใน ฮอร์โมน, จำเป็นต้อง



๓. ออร์โอมัยซินในการรักษาโรคค้ำแข็ง

ได้มีผู้ทดลองใช้ ออร์โอมัยซิน ในการรักษาโรคค้ำแข็ง, โดยให้ทั้งทางปากและทางหลอดเลือด. พบว่าได้ผลดี. มีนัยร้ายที่ให้ทางปากแล้วอาเจียนและท้องร่วง, ซึ่งแก้ไขได้โดย การให้ ขนาดลดน้อยลงในบางครั้งบางคราว.

อาการขบขี้สสาระ เพิ่ม ขึ้น เมื่อ ผู้ป่วยมีอาการทั่วๆ ไปดีขึ้น, จึงทำให้อาการรวมและท้องมานลดน้อยลงหรือหายไป. แต่ขณะนี้จะไม่ได้อผลในคนไข้ที่ คอต่อขยาย.

พวกที่เป็นคอชานักค้อยทเลา, และบิดรบนเมยกลัย สู่ระคัมปกติได้. ไซลคลง.

ผลของ การรักษาน อาจ ทำให้ผู้ช่วยมีชวคยคยวท่ไปอีกนาน. เขาโคทคลงรักษาผู้ช่วย ๑๗ คนด้วยกัน. ๕ คนเป็นผู้ช่วยทรักษา กันมาเรื่อย ๆ และได้ผลดีมาก.

๔ คนทำใหม่ชวคยคยวชน. ๔ คนเริ่ม

รักษาในระยะอาการหนัก, และไม่ได้อผล. ๒ คนเพิ่งรักษาอยู่ในระยะเวลานั้น, ผลยังไม่แน่นอน. อีก ๒ คนนับว่าไม่ได้อผล. อาการแพ้ยายังไม่ทราบแน่นอนว่าจะมีอะไรบ้าง. แต่สำหรับผลทางขบขี้สสาระ, คือผลต่อหน้าทของไต, โคทคลง ยานเปรียเทียบกัน ในคนที่ปกติ และ คนที่ เป็นโรคค้ำแข็ง, ปรากฏว่าผลขบขี้สสาระในระยะสทท่าย. แต่ผลการทคสอไซเคียมไรโอซลเฟต และกรคอะมิ โนฮิปปริค เคล็ด รันชย์ังได้อผลที่ไม่แน่นอน.

อย่างไรก็ดีพอสรุปผลได้ว่า ออร์โอมัยซิน เป็นยาที่แสดงฤทธิ์คอคย, และมีผลทางอ้อมต่อไต. กลไกคือการออกฤทธิ์ของมันและการทำลายของเนอคย, และลดการทคยถูกพิษคย. (จาก J.A.M.A. 160 : 719-720, 1956.)

นวรรตน์ วัฒนานิกร พ.บ.

## แผนกข่าว

### สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๓,๓๑๔*	๕๔๓	๑,๐๗๕	๕๐๒	๒,๔๕๕*	๒๖๕	๘,๕๖๒
เก่า	๓,๘๘๓	๑,๗๐๖	๒,๑๕๖	๑,๑๗๘	๓,๐๓๕	๓๗๖	๑๒,๓๗๔
รวม	๗,๑๙๗*	๒,๖๔๙	๓,๒๓๑	๒,๐๘๐	๕,๔๙๐*	๖๔๑	๒๑,๓๓๖
ใน	๓๐๘*	๓๒๐*	๑,๐๐๔	๑๓๕	๓๘๘	—	๒,๑๕๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๓๖๐. จักษุฯ ๒๖๔. สูติ-นารีฯ ๑๖๐. รวม ๗๘๔ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๖๔. หญิง ๓๐๗. รวม ๖๗๑. คลอดตาย, ชาย ๔. หญิง ๘. รวม ๑๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๔๖\* คน (๑๑.๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๗ ราย. (๒๗.๒ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๑๒ ครั้ง. ข้างนอก ๕ ครั้ง. รวม ๔๑๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๔๘๖ คน. รักษาใหม่ ๓๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕๖ ครั้ง. รานี้ดม รักษา, ๑๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสูรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๑ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๐๓๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๕๗๖ ราย. (จากภายนอก ๔๗ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๑๑๕. วัชเชอร์แมนและคานัน ๑,๖๘๒. หมู่เลือด ๓๓๘. น้บเม็ดเลือด ๒๕๓. หาเชอบักเตรี ๘๕. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๔. อูจจาระ ๒๕๔. บัสสาวะ ๒๐๑. เสมหะและอื่นๆ ๒๐. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๕๕. อูจจาระ ๒๔. บัสสาวะ ๓. น้ำไขสันหลัง ๑๔. เสมหะและอื่นๆ ๒๗๓. \* น้ดสีตัวทดลอง - . เพาะเชื้อบิตี ๕. ตรวจทดลองตัวจิต ๒๐. ตรวจสพนิตีเวช ๑๗. ตรวจของกลาง - .

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๐. เจาะน้ำสันหลัง ๕. เจาะตับ ๗. น้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด - . อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๔. น้ดขยี่ฟิลิส ๑๗.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๑๒. ถอนฟัน ๓๗๒. อุดฟัน ๑๔๐. ผ่าตัดช่องปาก ๒๒. (โดยความเออเฟอของนายแพทย์สรรค ศรีเพญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเยี่ยม

หมายเหตุ: - ใช้หวัดใหญ่ยังคงระบาดอยู่

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของ บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เฉพาะมีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป คือ :

๑. สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานใช้ใ้จำนวน ๖๐๐ ฟอง แก่แผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ซึ่งทางแผนกได้จัดการให้เป็นไปตามพระราชประสงค์แล้ว

๒. นางเจิม จารศิริ บ้านเลขที่ ๒๒๕๒ ง. ตรอกจันทร์ ซอย ๒ อำเภอยานนาวา จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท บำรุงตึกวิบูลย์รักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

๓. นายเฉลิม เชยสวัสดิ์กุล บ้านซอยราชครุ ถนนพหลโยธิน จังหวัดพระนคร บริจาคคูปองยี่ห้อครอสส์เลย์ ขนาด ๘.๑ คิวซันพิเศษ ราคา ๘,๐๐๐ บาท ให้ตึกวิบูลย์รักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

๔. นายทข นลราชสุวรรณ บ้านเลขที่ ๓๔ ซอยอารี ถนนกรุงเทพ-สมุทรปราการ จังหวัดพระนคร นำส่งเงินจำนวน ๑๐๓,๕๕๗.๘๖ บาท อันเป็นเงินจากการขายทรัพย์สินพระยานลราชสุวรรณ ผู้ถึงแก่อนิจกรรม ที่เหลือจากส่วนแบ่ง ซึ่งพระยา

นลราชสุวรรณ ได้ทำพินัยกรรมยกให้โรงพยาบาลศิริราช ตั้งเป็นทุน "พระยานลราชสุวรรณ (ทองคำ นลราชสุวรรณ)" เพื่อดำเนินกิจการอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไป

๕. นางสาวเนียง ภิรมย์ภักดี บ้านเลขที่ ๑๑๕ ปากซอยภิรมย์ ถนนกรุงเทพ-สมุทรปราการ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "สำเนียงภิรมย์ภักดี" เพื่อเกี่ยทอดผลบำรุงโรงพยาบาลศิริราช

๖. เจ้าของและคณะครู, นักเรียนโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ ถนนชาวสามเสน จังหวัดพระนคร ได้จัดเครื่องสักการะบูชา ประคิษฐ์ด้วยธูปเทียนมูลค่า ๕,๐๐๐ บาท ถวายบังคมพระรูปอนุสาวรีย์ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลา นครินทร์ เนื่องในงานตระลึง "วันมหิดล" ประจำปี ๒๕๐๑ เพื่อสมทบทุน "มูลนิธิของโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ เพื่อกิจการแพทย์ในพระบรมราชูปถัมภ์" ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๗. นายหย่ง เท้าแก่น ห้างหุ้นส่วนจำกัด ห้างครามายน เลขที่ ๒๒๗-๒๒๘ ถนนราชวงศ์ อำเภอสัมพันธวงศ์ จังหวัด

พระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท อันเป็นเงินในกองมรดกของนางผิว แซ่เจิน ผู้ล่วงลับไปแล้ว บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อเป็นตระกูลแก่นางผิว แซ่เจิน ทนเป็นไปตามพันธกรรมของนางผิว แซ่เจิน ทมคาสงให้ชายทรัพย์มรดกบำรุง การ กุศล หรือ องค์การ สาธารณะประโยชน์ต่าง ๆ

### การประชุมทางวิชาการประจำเดือน

ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนสิงหาคม ในวันเสาร์ที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๐๐ เริ่มเวลา ๑๓.๑๕ น. ณ ห้องปาฐกถา แผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่เสนอคือ

๑. กิฟิรติก คาร์โคทิส. แผนการบำบัดที่ปรับปรุงให้ดีขึ้น. รายงานผู้ช่วย ๓ ราย. ผู้เสนอ: นายแพทย์สวัสดิ์ สกลไทย, นายแพทย์ปรีชา วิชิตพันธ์, แผนกกุมารเวชศาสตร์.

๒. ซีโมโกลบิน เอช และ อินคลูชันของคัย ในเลือดจากสายสะดือ (รายงานทารก ๒ ราย). ผู้เสนอ: แพทย์หญิงสุคสาคร คุ้มจินดา, นายแพทย์จิตร วารินิล, แผนกกุมารเวชศาสตร์.

๓. ความก้าวหน้าเกี่ยวกับคลัยกรรมเด็ก. ผู้เสนอ: นายแพทย์เสนอ อินทรสุข-

ศิริ, แผนกคัลยศาสตร์.

ในวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๐๐, เริ่มเวลา ๑๓.๑๕ น. ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยาโรงพยาบาลศิริราช. เรื่องที่แสดง คือ

๑. หมู่เลือดคนไทย. ผู้เสนอ: นายแพทย์สังกรานต์ นิยมเสน และ นายแพทย์สมพล กฤตลักษณ์, แผนกพยาธิวิทยา.

๒. การศึกษาสำรวจพยาธิใบไม้คัยในผู้ช่วยของโรงพยาบาล ๑๕ แห่งของภาคอีสาน. ผู้เสนอ: นายแพทย์จำลอง หาริณสุต, แผนกอายurvedศาสตร์, แพทย์หญิงสุวัชร วิษรเสถียร, กรมอนามัย, นายแพทย์เลิศ จิระศิริ, กรมการแพทย์ทหารบก.

๓. รายงาน เม็คเคิลส์ ไทเวอร์ ติคูลัม ๑ รายทมนอกตับอ่อนแทรก. ผู้เสนอ: นายแพทย์กิติ ตยัคคานนท์, โรงพยาบาลลพบุรี, ศาสตราจารย์สุต แสงวิเชียร, แผนกกายวิภาคศาสตร์.

### หมายกำหนดการ

เสด็จพระราชดำเนินถวายบังคม พระ  
รูปสมเด็จพระราชบิดาฯ

ณ ศิริราชพยาบาล วันที่ ๒๔ กันยายน  
๒๕๐๐

๑. เวลา ๑๖.๐๐ น. พระบาทสมเด็จพระ

พระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถเสด็จโดยรถยนต์พระที่นั่งถึงโรงพยาบาลศิริราช. นายกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เจ้าทูลละอองธุลีพระบาท ทูหน้าศาลาอำนวยการ. นักศึกษาและนักเรียนพยาบาลเข้าแถวเรียงรายรับเสด็จพระราชดำเนินทั้งสองข้างทาง.

๒. เสด็จพระราชดำเนิน ไป ทรงวางพวงมาลาและถวายบังคมพระรูปสมเด็จพระราชบิดาฯ. แล้วเสด็จประทับ ณ พระราชาคณะในกระโจมพิธี.

๓. นายกรรมการ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์อ่านคำกราบบังทูล.

๔. พระราชทานรางวัลแก่นักศึกษาผู้ได้รับรางวัลในการประกวดเรียงความ (น.ส. สมวงศ์ โพธิ์ศิริ)

๕. เสด็จพระราชดำเนินกลับ. นายกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตามส่งเสด็จจนถึงรถพระที่นั่ง.

นักศึกษาและนักเรียนพยาบาลถวายพระพรขณะรถพระที่นั่งเคลื่อนออกจากที่.

(การแต่งกาย อาจารย์และข้าราชการแต่งเครื่องแบบปกติ นักศึกษาและนักเรียนพยาบาลแต่งกายตามระเบียบ).

กำหนดการสังเขป

งานพิธี วันมหิดล

๒๔ กันยายน ๒๕๐๐

๑. พิธีสงฆ์ (เวลา ๗.๓๐ น.) พระสงฆ์ ๗ รูปเจริญพระพุทธมนต์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. อาจารย์, นักศึกษา แพทย์และนักเรียน พยาบาล นั่ง ตาม ที่ ๆ กำหนดให้. เสร็จแล้วถวายภัตตาหาร.

๒. พิธีวางพวงมาลา (เวลาประมาณ ๘.๓๐ น.) เมื่อเสร็จพิธีสงฆ์แล้วอาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์และนักเรียน พยาบาล ในคณะ แพทยศาสตร์ฯ ทั้ง หมกเข้าแถวทูลนามदान เหนอ ของ หอประชุมราชแพทยาลัยเป็นหมวดหมู่ตามลำดับขบวนต่อไป:

๑. คณะกรรมการประจำคณะฯ พร้อมทั้งอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ทุกแผนก คือ แผนกกายวิภาคศาสตร์, แผนกสัตววิทยา, แผนกพยาธิวิทยา, แผนกอายุรศาสตร์, แผนกศัลยศาสตร์, แผนกสูติศาสตร์นรีเวช

สารศิริราช

วิทยา, แผนกวงส้ววิทยา, แผนกจักขุวิทยา, แผนกกุมารเวชศาสตร์, แผนกพยาบาล ผดุงครรภ์, แผนกเภสัชกรรม, แผนกทันตกรรมและแผนกธุรการ.

- ๒. นักศึกษาแพทยชั้นบ ทส.
- ๓. นักศึกษาแพทยชั้นบ ทสาม.
- ๔. นักศึกษาแพทยชั้นบ ทสอง.
- ๕. นักศึกษาแพทยชั้นบ ทหนึ่ง.
- ๖. นักเรียนพยาบาล ฯ
- ๗. นักเรียนผู้ช่วยพยาบาล.

ผู้เขียนประธานนำแถวเดินไปสู่พระรพอนสาวรบ. ตงแถวในสนามสองข้างตามทซงเจาหน้าทกำหนด. คณบดี ฯ นำคณะกรรมาการประจำคณะ ฯ เข้าวางพวงมาลาและถวายบังคม, แล้วกลบเขาทเดิม. หัวหน้าแผนกและหัวหน้าหน่วยต่าง ๆ นำคณะของตนเข้าถวายบังคมตามลำดับ, แล้วกลบเขาท. เมื่อถวายบังคมทวงกันแล้วผู้เขียนประธานนำแถวไปเขาทนงในหอประชุม ฯ

- ๓. การอ่านเรียงความ (เวลาประมาณ ๕.๓๐ น.) นักศึกษาแพทย์ผู้ชนะการประกวดเรียงความเนื่องใน "วันมหิดล" อ่านเรียงความ
- ๔. การแสดงสุนทรพจน์ คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลกล่าวสุนทรพจน์.

อนึ่ง, เพื่อกำเนนตามนโยบายจัด "วันมหิดล" คณะกรรมาการ ฯ จะได้จัดทำพวงมาลาพวงเคียวสำหรับ ทง คณะ ฯ และส่งวงเงินค่าพวงมาลาที่แต่ละแผนกรวบรวมไคเข้าสมทบทุนนค่อไป เช่นที่ไดปฏิบัติใน พ.ศ. ๒๕๕๕

ณ วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๐๐

พันพากย์พิทยาภท

คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

รายการละเอียดและกำหนดหน้าทใน "วันมหิดล" พ.ศ. ๒๕๐๐

- ๑. การจกสดานท: เกยวภยพิชสังฆณ หอประชุมราชแพทยาลัย และจกสดานทบริเวณพระรพให้ เขนหน้าทของแผนกธุรการ.
- ๒. พชสังฆและการเลียงพระ: ให้เขนหน้าทของแผนกพยาบาล - ผดุงครรภ์และนายแพทย์โรจน สุวรรณสทภ. (๑) นิมนต์พระสังฆ ๗ รูป (เขนพระภิกษุขวชใหม่ของคณะ ฯ ๔ รูป). (๒) จกทบูชาและอาคนพระขนเวทหอประชุม ฯ. (๓) เทรียมอาหารและจกการเลียงพระ โดยร่วมมอกษโรงครว. (๔) จกของถวายพระ และรูปุเทยนสำหรับจกทพระรพ.



เอกชเรยพยกระบังลมสูงชันทางซ้าย. มี  
ก้อนคันกระเพาะไปทางขวา. มีค่านเล็ก  
น้อย. เส้นเลือดค้ำหน้าท้องโตซัด. ม้าม  
โต ๓ นิ้วมอ. ไอโอดีนเทสต์ ๑ ขวก.  
ซิงค์ซัลเฟต ๑๘ หน่วย. สรรปว่าสังสัย  
ซัยสต์ของคับออน.

### รายงานผู้บวยโรคทางทรวงอก

๑๔. ก.ย. ๑. ผู้บวยมีนาเลอกคิน  
ช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย. มีลอรยอลพลเทร  
ชันข้างขวา. มีก้อนกลมทขวปอดซ้ายแต่  
มีโพรงคล้ายวัณโรค. สงสัยเมตาสเตติค  
คาร์ซิโนมา.

๒. เส้นอกการคิตตามผู้บวย "มัลติ-  
เชิล ลิงก์ ซัยสต์" ในปอดขวา, หน้าอก  
ขวาโป่ง, ไอมีเสมหะเสมอ. บรองโพ-  
แกรมพยโพรงโต ๆ. ขางอนมีฟลอค. มี  
บรองมิเอ็คเตซีส.

การผ่าตัดปอดพบว่า เป็น คอน เจนิตัล  
ลิงก์ซัยสต์, และมีเฮอรินเอชันของปอด  
ซ้ายไปข้างขวา.

### การ ทบ ทวน วิชา การ ระหว่าง แพทย์ ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านอาว- โส

๖. ก.ย. และ ๑๓ ก.ย. เรื่อง  
การรักษาโรค "ลมบ้าหมู"

ศึกษาต่อต่างประเทศ น.พ. ประเวศ  
วารี, หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านแผนกอายุร-  
ศาสตร์, ได้รบพระราชทานทนส่วนพระ  
องค์ของ พระบาท สมเด็จพระ เจ้าอยู่หัว ไป  
ศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา กำหนด ๒ ปี.  
ได้ออกเดินทางตั้งแต่วันที่ ๑๔ ก.ย. ๒๕๐๐.

### ย้ายสำนักงานแผนกอายุรศาสตร์ เนื่อง

จากตึกที่ไซโยน "สำนักงานแผนกอายุร-  
ศาสตร์จะไกรอเพื่อสร้างตึกใหม่, จึงได้  
เริ่มขนย้ายที่ทำการ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ก.ย.  
และจะไกรเริ่มรอลอนในต้นเดือนหน้า

### ร่วมการประชุมทางการแพทย์ต่างประเทศ

๑๔. ก.ย. พ.ญ. สุภา ฌ นคร ได้  
เดินทางไปยงนคร "อิสตันบลู" ประเทศ  
เตอร์กีย, เพื่อร่วมในการประชุม "ซี-  
โพเซียมอน แอ็บนอร์มัล อีโมโกลบิน",  
ทงนได้รบเชิญจาก The Council for  
International Organization of Medical  
Science (C.I.O.M.S.), ในความอุปถัมภ์

ของ W.H.O. และ UNESCO มีแพทย์จาก ๑๕ ประเทศนำเรื่องชนแสดงและเบ็ดขมิ- ปราย, และจากอีก ๕ ประเทศเข้าร่วมฟัง และรับการอบรมซึ่งได้จัดให้มีขึ้นหลังการประชุม. เรืองทพ.ญ. สุภาไศนาชนแสดง คติ "Hemoglobinopathies in Thailand".

เสร็จจากการประชุมแล้วได้เดินทางไปยัง ประเทศเยอรมันตะวันตก เพื่องาน และเยี่ยมชมห้องปฏิบัติการงานวิจัยที่ Freiburg, Bonn และ Hamburg.

การเดินทางไปประชุมและดูงานครั้งนี้ ทางองค์การ C.I.O.M.S. ได้เป็นผู้ออกค่า เดินทางไปกลับระหว่างกรุงเทพฯ อีสตันบลู, พร้อมก็ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายบางประการ. ทางรัฐบาลโดย ความ สนับสนุน ของ กระทรวงสาธารณสุขได้ ช่วยเหลือ เรื่องค่าใช้จ่ายด้วย.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม

ข่าวแผนกจักษุโสตนาสิกตารังสีวิทยา  
กันยายน ๒๕๐๐

๑. การอ่านวารสารการแพทย์. มีหัวข้อเรื่องดังนี้

๑. การคุ้มกันจากกลูตาธิโอนในการ

รักษาด้วยรังสีเอกซ์

๒. ยาคลอโรโปรมาซีนในการผ่าตัดต่อกระจก.

๓. การใช้พลาสติกเค้นส์ใส่ในช่องหน้าลูกตา.

๔. การรักษาอาการหูหนวกด้วยการผ่าตัด.

๕. การอักเสบของลูกตาที่ลุกลามจากเชื้อเอสเมริเมียโคไลจากโรคกรวยไตอักเสบ.

๖. ฤทธิ์ของซีกซีนัลโกลินต่อกล้ามเนื้อนอกลูกตาและต่อแรงดันภายในลูกตา.

๗. การรักษาโรคขี้ไต่ในขี้จุกขี้.

๘. สิ่งผิดที่ในทางเดินอาหารและแคลซิพีเคชั่นของกระดูกอ่อนลารียงซ์.

๙. การวินิจฉัยแยกโรคเรติโนยลาสโตมา.

๑๐. การถูกทำลายของลารียงซ์, ฟารียงซ์และหลอดอาหารหลังการฉายรังสี.

๑๑. การรักษาโรคทางตาด้วยเข้ตา.

๑๒. การประชุมเรื่องพยาธิสภาพของลูกตา, พร้อมทั้งฉายสไลด์ประกอบ, เรื่อง "กระจกตา (คอรีเนีย) เป็นแผล."

ผิว ลิมป์พยอม พ.บ. รวบรวม

# หน้าสำหรับนิสิต

## เสาโคม

### พระธรรมวราภรณ์ (วัดบวรนิเวศวิหาร)

บุคคลในโลกที่จดเป็นคู่ใดก็ถูกคู่หนึ่งคือ  
ครู (หรืออาจารย์) และศิษย์ จะขอว่าครู  
ก็ต้องมีศิษย์ จะขอว่าศิษย์ ก็ต้องมีครู  
ตกลงว่า ครมศิษย์ และศิษย์มีครู เมื่อมี  
หนึ่ง ก็ต้องมีอีกหนึ่ง เป็นคู่กันอยู่ตงน.

คำว่าศิษย์มีครู เป็นถ้อยคำที่แสดงถึง  
ความเก่งกล้าสามารถถกถวย เช่น เมื่อ  
พูดว่า “เขากเป็นศิษย์มีครู” ก็เพื่อให้  
เป็นที่ยำเกรงของฝ่ายเรา หรือเมื่อพูดว่า  
“เรากเป็นศิษย์มีครู” ก็เพื่อให้เป็นที่ยำ  
เกรงของฝ่ายเขา แสดงว่าทางเราทางเขา  
เมื่อต้องการจะแสดงตนให้เป็นที่ยำเกรงของ  
อีกฝ่ายหนึ่ง ก็ต้องอ้างครูขึ้นมาช่วย สัม  
กับคุณของครูในข้อว่าเป็น ทานทานในทิศ  
ทั้งหลาย แม้ในคราวทำอะไรผิดพลาด  
ต้องการจะปลอบใจตนเอง และประสงค์จะ  
ให้ความผิด พลาดนั้น เกิดเป็นประโยชน์ ชน  
ก็กล่าวว่ามีผิดเป็นครู.

อนึ่ง เมื่อใครมีลักษณะเป็นที่สนใจของ

ผู้อื่นในทางใดทางหนึ่ง ก็มักจะถูกถามว่า  
เป็นศิษย์ของใคร ใครเป็นครู หรือคงท  
ถามกันตามสมัยว่า เรียนจากสำนักไหน  
โรงเรียนไหน วิทยาลัยไหน และเมื่อ  
ทราบว่า เป็นศิษย์ของครูคนไหน ชนเช่นผม  
ชอเสียง ก็เกิดความนิยมนับถือในศิษย์นั้น  
ชนทันที สัมกับคุณของครูขอทว่า ทำความ  
ยกย่องให้ปรากฏ ทงทครูเองในข้างครู  
ก็ไม่ทราบ แต่เกียรติของครูก็ติดตามไปก  
ศิษย์เสมอ. ในพุทธประวัติมีเล่าว่า พระ  
พุทธเจ้าเมื่อตรัสรู้ใหม่ ๆ ได้เสด็จจาก  
พุทธคยา เพื่อไปโปรดพระปฐมเจดีย์ ณ  
สารนาถ อกภาชวกเดินสวนทางมา เห็น  
พระองค์มีพระฉวรวรรณผ่องใส จึงถามว่า  
ใครเป็นครู พระองค์ตรัสตอบว่าทรงเป็น  
สยัมภตรัสรู้เอง. อาชวกก็หาได้เชื่อไม่  
ผู้ที่จะรู้ศิลปวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้  
เอง ไม่ต้องมีครูนันหาได้ยากในโลก  
นาน ๆ จะมีสักคนหนึ่ง จึงเป็นอันจรรยบุคคล

เพราะต้องบำเพ็ญยารมมาในพุทธภูมิ ส่วนบุคคลทั่ว ๆ ไปก็ถือว่าอยู่ในสภาวะภูมิ คือของเล่าเรียน ศึกษาจาก สำนักครู คนใดคนหนึ่ง หรือสถานใดสถานหนึ่ง จึงจะได้ปัญญาในศิลปวิทยานั้น ๆ.

ปัญญาเป็นแสงสว่างในโลก แสงสว่างที่เสมอด้วยปัญญาไม่มี เพราะปัญญาเป็นแสงสว่างของชีวิต เป็นเครื่องส่องให้เห็นทางดำเนินของชีวิต ให้สามารถทำตนให้หลีกเลี่ยงทางเสื่อม ดำเนินไปในทางเจริญ แสงสว่างคือปัญญา เป็นสิ่งที่ศิษย์ มครูทุกคนได้มา จากการ ขอกแนะ สั่งสอนของ ครู ครูจึงเป็นเหมือนเสาโคมที่คอยให้แสงสว่างแก่คนเดินผ่านมาในเวลากลางคืน คนเดินผ่านไปแล้งก็มี กำลังเดินผ่านอยู่ก็มี จะเดินผ่านมากมี เสาโคมก็คงยืนเป็นหลักให้แสงสว่างอยู่เสมอ. ครูก็เหมือนเช่นนั้น คงยืนเป็นเสาโคมประสาธน์สอน ศิลปวิทยา

แก่ศิษย์ที่เข้ามาแล้วออกไปเป็นรุ่น ๆ บัแล้ว บัเล่า ด้วยใจรักเป็นครู.

เมื่อมเส้าโคมส่องสว่าง คนเดินผ่านไป ช่างมีตาและลมตากด จึงมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ เพราะอาศัยเส้าโคม เมื่อมครู ประสาธน์สอนศิลปวิทยา ศิษย์ ซึ่งมี พชปัญญา และมีความพากเพียรเล่าเรียน ศึกษา ย่อมปลุกปัญญาให้เจริญขึ้นได้โดยลำดับ เพราะอาศัยครู เหมือนดังคนเดิน ทางในเวลากลางคืนที่อาศัยเส้าโคม ฉะนั้น ครูจึงเป็นเส้าโคมของโลกอย่างนั้น.

พระพุทธเจ้าซึ่งเป็นพระบรมศาสดาของ พุทธศาสนิกชนทั้งหลาย ก็ทรงได้วิปัสสนา เสรีญาในการ แสดงธรรม สั่งสอนว่า เหมือนอย่างชูประทปในทมค เพื่อว่าคนมี จักษุจักได้มองเห็นรูปทงหลายแล.

(คัดจากหนังสือ "เรื่องครู" พิมพ์เป็นที่ระลึกในงานบำเพ็ญกุศลอายุครบ ๖๐ ปี นางนิลรัตน์ บรรณสิทธิวรสาสน์, โดยได้รับอนุญาต).

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

## บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคิริราช ฉบับนี้ ต้องนับว่าเป็น "พิเศษของพิเศษ" หรือ "พิเศษซ้อน", เพราะเป็นทั้ง "ฉบับวันมหิดล" และ "ฉบับศิษย์เก่า" ตามปกติฉบับพิเศษทั้งสองนี้ แยกกัน. แต่เนื่องด้วยในชั้นบรรณาธิการ ตัดทิ้งเรื่องจำเป็นบางประการ, ตัดต่อท่านศิษย์เก่าไม่ทันกาล, ใ้เรื่องไม่พอที่จะทำเป็นฉบับศิษย์เก่าโดยเฉพาะ. ประกอบด้วย "ฉบับศิษย์เก่า" ใ้เจียบไปเสียนานแล้ว, จึงรอต่อไปอีกเห็นว่า จะขาดไปนานยิ่งคนอื่น, จึงใ้ตัดคิดสนใจทำการ ที่ไม่เคยและไม่ควร, คือเอาสองฉบับพิเศษมารวมกันเสีย. ทั้งนี้ก็เพื่อไม่ให้ขาดสิ่งที่เคยมี. แม้จะแปรไปบ้างก็งกกว่าขาด, จึงหวังว่าท่านผู้อ่านคงให้อภัย.

๑ ส่วนประกอบสำคัญที่ขาดเสียมิได้สำหรับ "ฉบับวันมหิดล" ก็คือบทความเกี่ยวกับทูลกระหม่อม ฯ สมเด็จพระราชบิดา. ในชั้นเราใ้ "บทบรรณาธิการพิเศษ", ซึ่งเขียนโดยคุณหมอสุขุม ภทราคม. ผู้ใ้คิดใ้ศึกษาร่วมสถานศึกษา และใ้ทำความรู้จักโดยใกล้ชิดกับอาจารย์ของทูลกระหม่อม ฯ. แม้บทความนั้นอาจสั้นไปหน่อย แต่เนื้อหาเป็นบท สอน ทมค่า

มาก, และยังเพิ่มคำขวัญนอกทมิฬภาพถ่ายจากหน้ากระดาษในสมุดบันทึกการปฏิบัติงานของสมเด็จพระราชบิดา ฯ ประกอบอยู่ด้วย. นับว่าเป็นสิ่งมีค่ายิ่งในทางประวัติศาสตร์ และในทางอบรมจิตใจ. เราหวังว่าท่านสมาชิกทมิฬจะคิดว่า "บันทึกเรื่องเกี่ยวกับทูลกระหม่อมน้อยไปหน่อย" คงจะนึกต่อไปว่า "แต่เรื่องทมิฬจะหาทอนออกคงไม่ได้"

๑ เราใ้รวบรวมเรื่อง จากศิษย์เก่าลงพิมพ์ในฉบับนี้ ๔ เรื่องด้วยกัน. เป็นเรื่องจากตำรวจ, ทหารอากาศ ทหารบก, และพลเรือน. (เรื่องจากทหารเรือมาถึงถ้าไปใ้จึงจักเขาเล่มด้วยไม่ได้.) เรื่องของคุณหมอโกมินทร์ แห่ง โรง พยาบาล ตำรวจ ใ้เป็นเรื่อนำเพราะเป็นประเภท "วิเคราะห์" ข้อสังเกตทางคลินิก, มีเนื้อหาทมิฬมากสำหรับเตือนใจท่านผู้อ่านใ้ระลึกลงถนุ-คราย จาก อคติ เหตุ ทหนาทองซึ่งไม่มีขาดแผดภายนอก. เป็นเรื่องทมิฬที่ทุกคนคงจะใ้ได้พยัสถ์กันหนึ่ง, และถ้าใ้ได้พยแล้วนึกถึงบทความของคุณหมอโกมินทร์ไว้, ก็อาจช่วย คนใ้ใ้หรือคัพันจาก อันตรายร้ายแรงได้. เรื่องของคุณหมอเล็ก (โรงพยาบาลภูมิพล ฯ) ออกจะเขียน "วิชาเฉพาะ"

มากสักหน่อย. ผู้อ่านหลายท่านอาจไม่เข้าใจเรื่องการตรวจต่าง ๆ ที่มแสดงไว้. แต่ก็คงจะได้รับความรู้หลายอย่าง, เช่นรู้ว่าคนสายตาสั้นมาก ๆ นั้นตกอยู่ในที่ล้ายากเพียงไร, โดยที่สายตาไม่เพียงแต่สั้นอย่างเดียวแต่ยัง "มองเห็นแคบ" อีกด้วย. ทั้งยังเห็นว่าวิชาจักษุวิทยา ในสมัยนี้ ก้าวหน้าไปมากเพียงไร จากรายการวิจิตรตรวจต่าง ๆ ที่ใช้กันอยู่. ส่วนเรื่องของคุณหมออนันต์ เป็นตัวอย่างความรู้ ที่อาจได้ และมีแจกจ่ายแก่ผู้อื่นโดยการเอาใจใส่กับสิ่งเล็กน้อยๆ, เช่นชนเนตผ้าตักเอาออกมา. ไม่โยนทิ้งไปเสียเปล่า ๆ. บางครั้งก็ได้เรื่องแปลก ๆ ที่มประโยชน์, เช่นในเรื่องนี้เป็นต้น.

๑ เมื่อเดือนเมษายน ๒๕๐๐ บรรณาธิการได้รับคำบอกเล่าว่าโรงพยาบาลที่ประจวบฯ มีแพทย์อยู่สองคนและเป็นหญิงทั้งคู่. ก็ยังเกิดความอยากรู้อยากเห็นว่าเมื่อไม่มีหมอผู้ชายอยู่เลย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัด, จะมีความยากลำบากอย่างไรบ้าง, เช่น เมื่อมีคนมาตามไปตรวจ ใช้ ในเวลากลางคืน เป็นต้น. ต่อจากนั้นไม่ช้า ก็มิใช่คิดได้พบกับคุณหมอรักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้น. จึงได้ขอรองให้เขียนเรื่องมาตีพิมพ์ในสารคดีราช. คุณหมอก็นัดสนอง

คำขอ. ปรากฏเป็นเรื่องราวลงพิมพ์ในเล่มนี้. เรื่องของคุณหมอสัมพันธ์นอกจากให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะและปัญหาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลในจังหวัด ๆ เล็ก ๆ แห่งหนึ่ง, ยังมีข้อสนใจหลายอย่างแฝงอยู่ด้วย. การอ่านเรื่องนี้ อาจชวนให้หมอใหม่ ๆ ออกหัวเมืองบ้างก็ได้, หรืออาจชวนให้ไม่ออกก็ได้, แล้วแต่จิตใจของผู้นั้นจะชอบในทางร้ายหรือชอบดีสักปาน. อย่างน้อยที่สุดเราเห็นว่า เรื่อง ของโรงพยาบาลประจวบ ฯ นี้คงจะเป็นหลักฐาน ได้ประการหนึ่งที่จะต่อสู้กับความรังเกียจของทางราชการ ส่วนที่มอยู่ที่ต่อแพทย์ผู้หญิง.

๑ ในเล่มนี้ นักศึกษาแพทย์ มี เรื่องที่ควรสนใจเป็นพิเศษถึงสองเรื่อง, คือเรื่อง "วันมหิดล ๒๕๐๐" ในแผนกปกิณกะ และเรื่อง "เส้าโคม" ในหน้าสำหรับนิสิต. เรื่องแรกของอาจารย์หมอสัตย์เป็นเรื่องอบรมจิตใจให้รู้จักเสียสละ ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม. เรื่องหลังของเจ้าพระคุณพระธรรมวราภรณ์แห่งวัดบวรนิเวศวิหาร เป็น เรื่อง อบรมให้รู้จักพระคุณของครูบาอาจารย์. ทั้งสองเรื่อง เกยวกับอุดมคติซึ่งแพทย์ควรจะยึดถือ, จึงเหมาะอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาแพทย์.

## ของแถม

ในปี ๑๙๕๒ เฮลิสและสตอลล์ ร่วมกันใช้ยาแก้อาการแพ้รังสี, ซึ่งมีอาการคลื่นไส้, อาเจียน, อ่อนเพลีย, และเบื่ออาหาร, ถึงอาการของผู้ทดลองรังสีของระดับปริมาณหลังจาก ๒-๓ ชม. สาเหตุของการแพ้ไม่ทราบชัด. แต่เชื่อกันว่าเนื่องจากเซลล์ถูกทำลาย, เกิดสารพิษที่อื่นและปฏิกิริยาอื่นไปทำให้ออกซิเจนในทิสซิวน้อยลง. ยาบรรเทาอาเจียนหรือแอนติฮิสตามีนจะช่วยมาก, แต่ไม่สามารถแก้อาการอ่อนเพลียได้. ผู้รายงานทำการทดลองยาแก้อาการแพ้รังสี ๒๑๒ ครั้ง ในเวลา ๑๘ เดือน, โดยให้ยา ๑ สัปดาห์แล้วตามอาการ, และให้แล็คโทสเม็คเป็นยาหลอก, สลับกับยาที่ใช้. พบว่ายาหลอกทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนหายได้ ๕๒-๖๕ ปร. แต่ไร้ผลในรายที่ฉายแสงบริเวณช่องท้อง. ยาที่ใช้มี

(๑) พาคาทาล ฮัยโคโรมลอไรด์, ๕๐ มก., วันละ ๓ ครั้ง. ได้ผล ๘๒ ปร. เป็นยาที่ใช้มากในโรคจิต. แพ้น้อยกว่า

(๒) ฆลอว์โปรมาซีน ฮัยโคโรมลอไรด์, ๒๕ มก., วันละ ๔ ครั้ง. มีผลดีมากในรายที่ฉายแสงที่ระดับกระบังลมลงไป. ได้ผล ๖๘ ปร. ยาทั้งสองอย่างนั้นมักทำให้หลับง่าย.

(๓) พัยร็อกซีน ฮัยโคโรมลอไรด์, ๒๕ มก., วันละ ๔ ครั้ง. เป็นยาเก่าที่นิยมมานาน เคยมีผู้กล่าวว่าได้ผล ๕๐ ปร. แต่ในการทดลองนี้ได้ผล ๖๒ ปร.

(๔) ไชด์คลิซีน ฮัยโคโรมลอไรด์ ๕๐ มก., วันละ ๓ ครั้ง. ได้ผล ๕๕ ปร. ยานทำให้หลับง่าย.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

(จาก Radiol, 68: 380-385, 1957)