



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๕๐๑

Volume 10, Number 4, April 1958.

พยาธิไส้เดือนในท่อน้ำคิ

เกษม ดิมวงษ์

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)



โรคในเมือร่อนส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิ, โดยเฉพาะในระบบทางเดินอาหาร. ในการตรวจอวัยวะของผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เราพบไข่ของพยาธิไส้เดือน (Ascaris lumbricoides) บ่อยมาก. ส่วนใหญ่ของพยาธิอยู่ในลำไส้เล็ก. อาการต่าง ๆ ที่เกิดจากพยาธิไส้เดือนมีส่วนไม่น้อยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษา, เป็นต้นว่าการอุดตันลำไส้ส่วนต่าง ๆ. นอกจากระบบทางเดินอาหารแล้วพยาธิไส้เดือนอาจทำให้เกิดอาการในระบบอื่น ๆ ได้ด้วย, เช่นในอวัยวะทรวงอกของมัตต้องผ่านไปและอวัยวะทรวงอกติดต่อกับทางเดินอาหาร. ทางเดินน้ำคิเป็นระบบ

ทางทวารอนก่อให้เกิดอาการได้. E.H.R. Altounyan (๑๙๕๑) ได้รายงานผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีพยาธิไส้เดือนอกในท่อน้ำคิ. ในระยะเวลาไม่นานมานี้ Liang Shu-Fang กับพวก (๑๙๕๗) ได้รวบรวมงานจากโรงพยาบาล ๖ แห่งในเซียงไฮ้, พบผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินน้ำคิเพราะพยาธิไส้เดือนถึง ๑๓๘ ราย.

อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิไส้เดือนในระบบทางเดินน้ำคิอาจแบ่งออกได้เป็น ๒ พวกใหญ่ด้วยกัน คือ:

(๑) อาการที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทัน โดยการอุดตันของทวารอนในทาง

เกินส่วนใดส่วนหนึ่งทันที, ทำให้มีอาการเหมือนการอุดตันเพราะนวดนาค. จะทำให้มีอาการปวดท้องบริเวณชายโครงขวาแบบโคลิคทั่วไปถึงขั้นหลัง. บางครั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียน. อาการเหล่านี้ทำให้แพทย์ผู้รักษาคิดถึงโรคนี้ในทางเดินน้ำคั่งเสมอ. แต่สำหรับเมืองร้อนกว่าจะคิดถึงพยาธิในไวย่าง. ยิ่งในรายที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่าจะนึกถึงโรคนี้มากจน.

(๒) อาการที่เกิดขึ้นเรื้อรัง อาการที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง โดยทั่วไปพยาธิในท้องอาการที่ชาน. เนื่องจากอาการในระยะปัจจุบันน้อยและเมื่อถึงวันเขาจะมีการเพิ่มจำนวนของพยาธิหรือจากอาการที่ชัดเจนสองร่วมด้วย, ทำให้นึกไม่อาจไล่ไล่ไล่สะควกและทยอยเสื่อมสมรรถภาพ. บางครั้งถึงกับเกิดผลขึ้นในตย.

นอกจาก ๒ พวกที่กล่าวแล้วยังมีภาวะอย่างหนึ่งซึ่งเกิดจากพยาธิไส้เดือนก่ออาการแทรกซ้อนขึ้นในการรักษาโรคอื่น ๆ ของท้องทางเดินน้ำคั่งด้วยการผ่าตัด. คือการที่พยาธิเขาไปอุดตันหรือทอระบายน้ำที่ภายหลังผ่าตัด, ทำให้นึกไล่ไล่ไม่สะควก

และรวเข้าสู่ช่องท้อง, เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง. แม้จะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนักแต่ถ้าเกิดขึ้นแล้วก็ก่อให้เกิดความลำบากแก่แพทย์ผู้รักษามีใช้น้อย, เพราะการพยากรณ์โรคเร็วมาก.

การวินิจฉัยโรคนี้ให้ถูกต้องทำได้ยากมาก. การตรวจพบไข่ของพยาธิในนาคที่ได้จากการใส่ท่อเข้าไปในลำไส้ส่วนที่โอดันมี, ประกอบกับประวัติของการอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระมีตัวพยาธิ, เป็นสิ่งช่วยในการวินิจฉัยโรคได้. การตรวจพบน้ำในเงาภาพรังสีก็ไม่แยกโรคนี้ออกไปได้, เพราะโรคทั้งสองอาจเกิดร่วมกันได้. แต่ในรายที่เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนในการรักษาโรคของทางเดินน้ำคั่งนั้นเราสามารถขจัดได้โดยการฉีควัดฤทธิแสงเข้าไปทางท่อระบายน้ำ. ในภาพรังสีจะปรากฏเงาของตัวพยาธิ.

ในการรักษาการผ่าตัดเอาตัวพยาธิออกจะทำให้อาการของผู้ป่วยหายได้. แต่สิ่งสำคัญคือการตรวจนาคในวันหลังผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง. การตรวจพบไข่พยาธิในนาคเป็นเครื่องบ่งว่าอาจมีพยาธิในท้องน้ำส่วนใดขึ้นไป, หรือไม่กมตัวพยาธิขึ้นขึ้นไปอีก.

รายงานผู้ป่วย

พวกที่ ๑ อาการเกิดขึ้นอย่างปัจจุบัน

รายที่ ๑ ผู้ป่วยหญิง, จีน, โสภ, อายุ ๑๖ ปี (เลขที่ภายใน ๕๘๑๒/๕๐๐), ไข้หวัดเพราะมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นและท้องน้อยมาราว ๑/๒ ชม.

มีประวัติปวดท้อง ทึบหลังมาบ่อย.

อาการ ทเลาโดย รับประทาน ยาแก้ปวด เป็น ๆ หาย ๆ เรื่อยมา. เมื่อ ๓ วันก่อน มาเป็นไข้หวัด. ราว ๑/๒ ชม. มานพอรู้สึกว่าพันทวจากไข้หวัดมีอาการปวดท้อง ทซ้ายโครงขวา. ปวดจนกินและปวดกร้าว ไปถึงสันหลังในระดับเดียวกัน. ได้รับการ ฉดยา ๑ เข็มพร้อมทั้งให้ยาเม็คไปกินที่บ้าน. วันรุ่งขึ้นอาการปวดไม่ทเลา. บาง ครั้งก็ปวดมากกว่าเดิม. มันปวดลึกกลงไป ทางด้านหลัง. ไม่มีประวัติของการอาเจียน. ไม่เคยถ่ายอุจจาระมีไส้เดือน.

เมื่อวัยไม่มีไข้. ร่างกายทั่วไปแข็งแรง ค. ไม่เหลือง. มีอาการตรวจพบก็แต่เพียง กดเจ็บทวนหน้าท้องแต่มากที่สุดที่บริเวณลิ้น และสันหลัง. ท้องไม่แข็ง, ไม่อืด. ผล การตรวจทางห้องทดลอง: เม็คเล็กขาว ๑๐๘๕๐ ต่อ ล.มม., นิวโทรฟิล ๘๘ ปร. ลิมโฟซัยต์, ๑๖ ปร. ในอุจจาระและ

ขี้สสาระไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ผลการ ตรวจทางรังสีวิทยาพบแต่เงา ของลำไส้เล็กโป่งพองกว่าปรกติเล็กน้อย. ภายหลังที่ได้ให้การรักษาและสังเกตการ ต่อมาถึง ๒๔ ชม. ผู้ป่วยมีอาการปวด ท้องและอาเจียนเป็นพัก ๆ. มีไข้ต่ำ ๆ. ท้องอืดมากขึ้นและเริ่มมีอาการแข็งเกร็ง. จึงสงสัยว่าคงจะมีการอักเสบของเยื่อช่อง ท้องแต่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน. ได้ทำการ ผ่าตัดค้นพบว่าการอักเสบและโตขึ้นของถุง นาค. ในทอรวมนาคมพยาไส้เดือนชดออก อยู่. เมื่อผ่าเอาทวพยาธินนออกและไส้ทอระบายไว้, ผู้ป่วยก็หายเป็นปรกติ. การ ตรวจทางรังสีวิทยาในระยะต่อมาก็ไม่พบสิ่ง ผิดปกติแต่อย่างใด.

รายที่ ๒ ผู้ป่วยหญิง, ไทย, โสภ, อายุ ๒๑ ปี. (เลขที่ภายใน ๑๕๐๕/๕๑) มี อาการปวดท้องได้ซ้ายโครงขวามา ๑ วัน. ประวัติการปวดท้องบริเวณนี้และทั่ว ๆ ท้อง เป็นมาบ่อย ๆ ตั้งแต่เด็ก ๆ. เมื่อ ๒ ปีก่อนเคยปวดท้องอย่างรุนแรงบริเวณลิ้น และเป็นไข้. ได้มารับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดว่าเป็นนิ่วในถุงและท่อนาค. ได้ตัด ถุงนาคพร้อมทั้งเอานิวออกและไส้ทอระบาย ไว้. อาการหายเป็นปรกติ. หลังจากนั้น



อีก ๑ ชั้กมีอาการปวดอกและไ้มีารับการ
รักษาโดยการผ่าตัดเอาในว ในท่อน้ำค้ออก.
อาการกั้หายจนกระทั่ง ๕ วันก่อนมากลยมี
อาการปวดท้องอกเหมือนเช่นเดิม. อาการ
ปวดไ้เป็นมาากช่น. ปวดจนทนเป็นพัก ๆ.
บางคร้งอาเจียน. แต่ไม่มีไข้เหมือนคร้ง
ก่อน ๆ.

การตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ
อะไรนอกจากผู้ช่วยแสดงสัหน้าปวดและทน
ร่นกระทั่งกระส่ายมาก. ไ้ให้การวินิจฉัย
ว่าเป็นการเกิดซ้าของน้วในท่อน้ำค้. การ
ตรวจทางห้อง ทดลองไม่พบสิ่งผิดปกติ.
เมื่อให้ยาแก้ปวดอาการ กั้หายไป เป็นคร้ง
คราว. จึงไ้ทำผ่าตัดกั้กลับพบว่าแทนที่จะ
เป็นก้อนน้ว กลับพบตัวพยาธิ ไ้เดือนออกตัน
อยู่ในท้อร่วมนาค. เมื่อไ้เอาตัวพยาธิ
น้นออกและไ้ที่อระบายไว้ผู้ช่วยก็หายเป็น
ปกติ.

๑ บั้หลังจากน้นผู้ช่วยไ้กลับม้อการ
อย่างเดิมอก, และไ้รับการผ่าตัดเอาอกน
น้วออกจากท่อน้ำค้อก. ในระยะเวลาหลัง
จากน้น ๒ บั้ และ ๖ บั้ กั้มีอาการอก. รวม
ทงหมด ๓ คร้ง. คร้งสุดท้ายน้นผู้ช่วยไ้
กลับม้ออาการปวดท้องทชายโครงขวา
อก. อาการปวดคร้งน้นเป็นพัก ๆ. มีคลื่น

ไ้, อาเจียนและปวดร้าวไปท้สันหลังและ
ไหล่ขวา. เพิ่งเป็นไ้ ๓ วันก่อนมา. ตรวจ
พบว่าม้กตเจ็ยเล็กนอยทชายโครงขวาทำ
น้น. การตรวจทางห้อง ทดลองพบเม็ดเลือด
ขาว ๑๑๐๐ ต่อ ล.มม.? นิวโทรฟิล ๘๔
ปช. ลยมีโพซัย ๑๖ ปช. อจจะระไม่พบสิ่ง
ผิดปกติ. ไ้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นการเกิด
ซ้าของ น้วนาค หรือพยาธิ ไ้เดือน ออกตัน.

หลังจากรับไว้ ๑ สั้พักไ้ทำการตรวจ
ทางรังสีวิทยาไ้ไม่พบสิ่งผิดปกติ. จึงไ้
ทำการผ่าตัดกั้พบว่ามีทงก้อนน้วและพยาธิ
ไ้เดือนในท้อร่วมนาค. เมื่อไ้พยายาม
เอาทงก้อนน้วและตัวพยาธิออกหมดแล้วผู้
ช่วยก็หายเป็นปกติ. การตรวจทางรังสี
วิทยาไม่ปรากฏว่ามีน้วหรือพยาธิอกเลย.

วิจารณ์ อาการท้เกิดช่นอย่างบั้ๆช่น
น้นวินิจฉัยแยกจากอาการของน้วไ้ยากมาก
หรือไม่ไ้เลย. แม้ในรายท้เป็นการเกิดซ้า
ของน้วก็ยังมีพยาธิซ้าเดิมไ้. สำหรับ
รายท้ ๒ น้นชวนให้สงสัยไปว่าพยาธิจะเป็น
ตัวก่อให้เกิดน้วช่นซ้า ๆ ซาก ๆ, หรือการ
ทมกการเปลย่น แปลง ของนาค ในชณะทม
พยาธิสภาพของทางเดินนาคเป็นสังชวนให้
พยาธิไ้เดือนเข้าไปสู่ทางเดินนาค.

พวกท ๒ อาการที่เกกชนอย่างเวอรวง

รายท ๓ ผู้ช่วยเกกหญิง, ไทย, ตาย

๓ ปี. (เลขทภายใน ๑๓๖๕๑/๕๕).
 มาโรงพยาบาลด้วยอาการว่ามีไข้และปวด
 ท้องมากมา ๕-๖ วัน. เคยมีประวัติกระ
 คกชโครงอกเสยเมื่อ ๒ ปีก่อน. เป็นยัก
 ชนคมทวเมื่อ ๖ เดือนที่แล้ว. เป็นทอมน
 เหลืองทคออกเสยเป็นหนองเมื่อ ๓ เดือน
 มาแล้ว. มีพยาธิไส้เดือนออกมาทางทวาร
 หนักเมื่อถ่ายอุจจาระบ่อยๆ. ประวัติควรง
 นรมเมื่อ ๒๐ วันมาแล้ว. มีอาการปวด
 ท้องเป็นพักๆ. เวลาหายก็วิ่งเล่นได้เป็น
 ปกติ. เมื่อ ๑๐ วันก่อนหน้าไนไกรยการ
 ถ่ายพยาธิควยยากกลางบ้าน. มีพยาธิไส้
 เดือนออกมา ๑๐ ตัว. รวรสัปดาห์หนึ่งมา
 นผู้ช่วยเป็นไขนอนซมตลอดวัน. ปวดท้อง
 ใต้ชายโครงขวามาก. เบื่ออาหารและท้อง
 ผก. เมื่อให้ยัประทานยาถ่ายออกมาเป็น
 นาสัปดาห์อมกขควพยาธิไส้เดือนหลายตัว.
 ๒ วันก่อนจะมาปวดท้องมากทัวท้อง. บาง
 ครั้งปวดจนคน. อาเจียนมีพยาธิไส้เดือน
 ออกมา ๒ ตัว. หลังจากนนท้องแข็งตงก
 เจ็บทัวๆไป. เมื่อรวไว้มไซสูง ๕๐ ซม.
 ชฟจร ๑๓๐ ครั้งตอนาท. เหลืองเล็ก
 น้อย. นอนซมตลอดเวลา. ท้องค่อนข้าง

อก. กคเจ็บและแข็งตงทัวๆไป. คับเคาะ
 ทบเป็นปรกติ. เสียงกลอดกลนน้อยกว่า
 ปกติ. ผลการตรวจทางห้องทคลงพวว่า
 เลือดและยัสตวเป็นปรกติ. อุจจาระพ
 ไซพยาธิไส้เดือนจำนวนมาก.

เนื่องจากการตรวจร่างกายบ่งชี้ความ
 การอกเสยของเยอบชองท้อง. จึงได้รักษา
 ด้วยการผ่าตัด. กพว่ามีหนองในช่องท้อง
 สักค่อนข้างเหลือง, ไม่มกลน, ประมาณ
 ๑๕๐ ล.ซม. มีพยาธิไส้เดือนทวหนึ่งปน
 อยู่กับหนองนั้น. ไม่พชรทะเลทล้าไส้ส่วนใด
 เลย. ทคขกลยขวาเห็นอระคยตงนาคเล็ก
 น้อยเป็นโพรงผขนาดผลส้มเกลยงแตกเข้า
 สัชองท้อง. มีควพยาธิไส้เดือนอยู่ในโพรง
 ผนั้น. ได้พยายามคคเอาหนองออกไส้ที่อ
 ระบายไว้. การตรวจหนองไม่พบเชออนใด
 อก.

หลังผ่าตัดผู้ช่วยท้องอดมากชน. ใน
 วันที่ ๑๑ หลังผ่าตัดได้คักใหม่ที่ยัแผล
 ออก, แผลหน้าท้องจึงแยกโดยคลด. ได้
 เย็บขัไว้ใหม่แต่อาการกลยทวคหนักงไป
 เรวยๆ และตงแยกกรรมในวันที่ ๑๕ หลัง
 ผ่าตัด. สำหรับผู้ช่วยรายนเป็นทนาเสย
 ภายว่าไม่ได้ทำการตรวจคพเพราะญาคไม่
 อนุญาต.

รายที่ ๔ ผู้ป่วยเด็กหญิง, จีน, อายุ ๓ ปี,
(เลขที่ภายใน ๓๑๒๗/๕๘) มีอาการเป็น
ไข้มาเกือบหนึ่งสัปดาห์และไอมากมา ๓ วัน. ประ-
วัติการคลอดและการเจริญเติบโตเป็นปกติ.
เมื่อ ๑ เดือนเศษมานเป็นไข้ต่ำ ๆ. ได้มา
ตรวจว่าเป็นไข้รากสาคน้อย. ใ้รับการรักษา
ยาโดยให้มิลดอร์แอมเฟนิคิล. อาการดีขึ้น
เป็นลำดับ จนกระทั่งราว สัปดาห์หนึ่งมาน
อาการกลับทรุดหนักลงไปอีก. ซึมและอ่อน
เพลีย. ซท. สองสามวันมีอาการไอมาก.
บางครั้งมีเสลดเหนียว ๆ ออกมาด้วย.

เมื่อตรวจร่างกายในแผนก กุมารเวช-
ศาสตร์พบว่ามีอาการอ่อนเพลีย. เท้าวม
ทั้งสองข้าง. มีเสียงกรอຍแกรบที่บริเวณ
ปอดขวาบนและเกาะที่ปอดขวาส่วนล่าง.
ค้ำค้ำใต้ ๒ นิ้วมอ จาก ชายโครง ขวา,
แข็งและค่อนข้างขรุขระ. ท้องอืดแต่ไม่แน่น
ว่าจะมีน้ำในท้องหรือไม่. ผลการตรวจทาง
ห้องทดลอง, สมรรถภาพของค้ำได้ผลสอง
บวก. เม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติเล็กน้อย.
มีไขปวยาสีใสเกือบในอูจจาระจำนวนมาก.
ภาพรังสีของปอดแสดงการแพบ
ของปอดกลีบขวาล่าง. ใ้รับการรักษาใน
แผนกกุมาร ๗ อยู่ ๑๐ วัน. ท้องอืดมากขึ้น.
สงสัยว่าจะมีการอักเสบของเยื่อช่องท้อง.

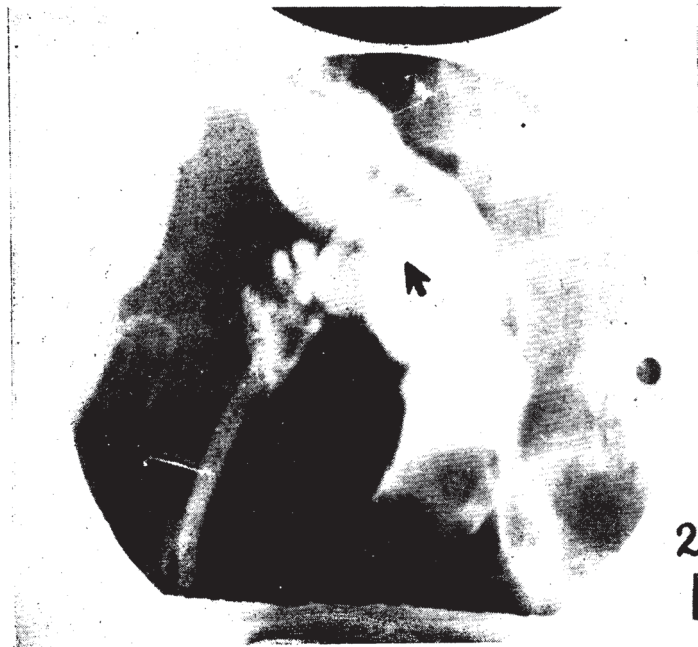
ขณะอยู่ในแผนกกุมาร ๗ มีอาการ อาเจียน
และมีคัพยาสีใสเกือบออกมาหลาย ครั้ง.
วันหลัง ๆ ไม่มีไข้สูง. ใ้ย้ายมาทำการผ่า
ค้ำ. พบหนองในช่องท้องไม่มากนักแต่ไม่
พบแหล่งเกิดหนอง. ใ้เจาะลำไส้เอาเศษ
อาหาร และลมออก เพื่อให้เย็บค้ำหน้าท้อง
ใ้. ๔ ชม. หลังผ่าค้ำผู้ป่วยถึงแกกรรม.

ในการตรวจศพ พบมีคัพยาสีใสเกือบ
ในลำไส้และค้ำโดยเฉพาะในท้องนาค้ำเล็ก ๆ.
มีผลหลายแห่งในค้ำ. มีโพรงใหญ่ของผ
แตกเข้าสู่ช่องปอดขวา, ทำให้มีการแพบ
ของปอดกลีบล่างขวา. เยื่อช่องท้องบริเวณ
เห็นอศับขวาแสดงการอักเสบ.

รายที่ ๕ ผู้ป่วยหญิง, ไทย, กู๋, อายุ ๔๕
ปี, (เลขที่ภายใน ๗๒๑๔/๕๕). รั้วไว้
ด้วยอาการปวดท้องได้ชายโครงขวามา ๑๔
วัน. อาการปวดท้องเช่นเคยเป็นมาเรื่อยๆ
เกือบ ๒๕ ปีมาแล้ว. บางครั้งมีตัวเหลือง,
ตาเหลือง. อาการปวดค้อ ๆ. ไม่มีคลื่นไส้
อาเจียน. ใ้รับการรักษาด้วยยากกลาง
บ้านอาการก็ทุเลา. ราว ๒ สัปดาห์มานมี
อาการปวดค้อย่างเดิมอีกและหน้าท้องแข็งตง
โดยเฉพาะชายโครงขวา. ใ้ส่งสาวะสีจก.
อูจจาระสีไม่ชัด. เคยมีปวยาสีใสเกือบออกมา
มากขอจจาระเสมอ.



๑. ภาพโพแสงจิโอกราฟยแสดงเงาของพยาธิไส้เดือนในท่อน้ำดีร่วม



๒. ภาพถ่ายเฉพาะแห่งจากภาพ ๑. เพื่อให้เห็นชัดยิ่งขึ้น

เมื่อแรกพบไม่มึนไข้. ตัวและตาไม่เหลือง. กดเจ็บบริเวณชายโครงขวาเล็กน้อย. นอกนั้นไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ อีก. การตรวจทางห้องทดลองพบเลือดและอุจจาระเป็นปกติ. อุจจาระมีไข่ของพยาธิไส้เดือนและพยาธิเข็มหมุด. การตรวจทางรังสีไม่พบความผิดปกติ. หน้าที่ต่าง ๆ ของดวงนาคที่ปรากฏเป็นปกติ. วันที่ ๗ หลังรับไว้ ได้ทำการผ่าตัด. พบว่าที่อรวมนาคโตกว่าปกติประมาณ ๕ เท่า. ภายในเต็มไปด้วยตัวพยาธิไส้เดือนยัดเยียดกันอยู่. ในดวงนาค และ ทอดวงนาค ก็ยังมี ตัวพยาธิเข้าไปอยู่ด้วย. ได้ตัดเอาดวงนาคออกและได้ผ่า ทอรวมนาค เอาตัวพยาธิไส้เดือนออกหมดแล้วใส่ท่อระบายไว้. ปรากฏว่านาคไหลออกได้สะดวก. ในวันที่ ๑๑ หลังผ่าตัดได้ทำการตรวจทางรังสี. เมื่อฉีดทนต์ทนต์แสงเข้าไปก็เห็นเงาของตัวพยาธิไส้เดือนในทอรวมนาค. ได้พยายามใช้ยาถ่ายพยาธิ. มีตัวพยาธิออกมามากมายกับอุจจาระ. แต่แม้กระนั้นเมื่อลองทำการตรวจท่อนาค โดยการใส่รังสีก็ปรากฏภาพเงาของตัวพยาธิอยู่. จึงได้ทำการผ่าตัดไปตัดทอรวมนาคออกครึ่งหนึ่ง ก็ไม่ปรากฏ มีตัว พยาธิ อีก เลย. การตรวจในการตรวจจากเงาภาพรังสีก็ไม่ปรากฏตัวพยาธิอีก. อาการทั่วไปของผู้ป่วยก็

ดีเป็นปกติ.
วิจารณ์ ในรายที่เป็นอย่างเรอจริงว่า อาจจะวินิจฉัยได้ถูกต้องกว่ารายที่เป็นอย่างปัจจุบัน. แต่แม้กระนั้นก็ตามยังเป็นสิ่งที่หาได้ยาก. การใส่ท่ออย่างเข้าไปในคอโอดันและตัดเอานาคมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาไข่พยาธิ, และการตรวจทางรังสีโดยให้รับประทานยาที่ให้วัตถุทนต์แสงในนาคก็ควรจะเป็นสิ่งช่วยในการวินิจฉัยได้บ้าง. การรักษายังเป็นสิ่งที่หายากเพราะหน้าที่ของตับในรายเช่นนี้ ย่อมเสื่อมสมรรถภาพไปยิ่งกว่าในรายที่เป็นอย่างปัจจุบัน. ผู้ช่วยมีอาการแทรกซ้อนในการรักษาได้ง่ายยิ่งกว่า.

พวบท ๓. ภาวะแทรกซ้อน ในการ รักษา
อาการทางระบบนาค

รายที่ ๖ ผู้ป่วยชาย, ไทย, โสภ, อายุ ๑๓ ปี (เลขที่ภายใน ๗๑๒๓/๕๕). ได้มารับการรักษา อาการ ปวดท้อง และมีก้อนโตชายโครงขวา. ซึ่งได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องานาคและอดตัน, ทำให้ดวงนาคเกิดการอักเสบ. ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการเช่นเมื่อ ๑ เดือนเศษมานและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับอักเสบ, รักษาหายไปแล้ว. ครึ่งนักได้รับการผ่าตัดเอาดวงนาคออกพร้อม

เป็นลำดับจนหายกลบข้าน.

วิจารณ์

โดยทั่วไป, เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง บริเวณ ซ้าย โคน ขวา เป็นชนิด โคลิค และปวดร้าวไปถึงสันหลังในระดัยเดียวกัน, บางครั้งไปถึงไหล่ขวา, และอาจมีอาการชานข้าง, โรคแรกทแพทย์ส่วนมากมักถกคือนวาค. การรักษาดวยยาต่างๆ บางครั้งก็ทำให้อาการหายไปไ้, แม้การวินิจฉัยจะไม่ใคร่แน่นอน. บางครั้งเมื่อให้การรักษาทางยาไม่ได้ผล, ก็รักษาด้วยการผ่าตัด. แต่ก็อาจไม่พบก่อนนัว. ในจำนวนเหล่านี้คงมีจำนวนไม่น้อย, ซึ่งถ้าหากได้รักษาตรวจตราให้ละเอียด, ก็อาจพบว่าอาการโรคเกิดจากพยาธิไส้เดือนเข้าไปอุดทอนาค. ในประเทศไทยมีคนเป็นพยาธิชนิดนี้มาก, โดยเฉพาะในจังหวัดภาคใต้ มีผู้ป่วยพยาธิชนิดนี้ถึง ๖๐ ปีช. ของพลเมือง. ดังนั้นโอกาสที่จะพบโรคเนองจากพยาธิดังกล่าวจึงน่าจะมอຍไม่น้อย.

ข้อสังเกตที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งจากผู้ช่วยเหล่านี้คืออาการปวดนั้นแม้จะมีลักษณะเป็นแบบโคลิค, แต่ก็ไม่รุนแรงเหมือนการปวดในผู้ป่วยนัว. อาการคลื่นไส้, อาเจียนที่เกิดขึ้นมักมีการปวดก็ม่น้อยกว่ามาก.

บางรายไม่มีเลย. อาการใช้มชื้นซ้าๆ และไม่สูงนัก, โดยมากประมาณ ๓๘ ซ. อาการใช้สิ่งทเกิดขึ้นโดยทันทีได้พบเฉพาะในรายที่ม่นวรวมมอຍด้วย. ข้อเหล่านี้อาจช่วยให้แยกจากอาการของ นัวนาค ได้บ้าง. แต่คงไม่เด็ดขาดนัก. ข้อสำคัญคือจำนวนคนใช้ยังมีน้อย. หากศึกษาต่อไปอาจได้ผลไม่ตรงตามนักได้.

จะเห็นได้ว่ากรรมทพยาธิไส้เดือนเข้าไปในทอนาคภายหลังการผ่าตัดเพอการรักษาโรคของระบบทางเดินนาคนั้นก่อให้เกิดผลเสียได้คงแต่เนอยทศคคือการที่ผู้ป่วยหายซ้าไปกว่าทควร, จนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้. แม้ว่ารายที่ ๗ จะไม่ถึงตายแต่ก็ทำให้การพยากรณ์โรคเลวลงมาก. ทั้งนี้เพราะการรวของนาคเขาส์ของท้อง. เป็นททรวกันอยู่แล้วว่าการอุดเสีย ของ เยอบช่องท้องโดยนาคทศคเชื่อมการพยากรณ์โรคที่เลวเพียงใด. ยิ่งในรายทเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดด้วยแล้วคงเลวมากลงไปอีก. ฉะนั้นจึงเป็นสิ่งทควร จะคิดไว้ เสมอว่าในการรักษาโรคที่ระบบนาค อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้. เป็นการสมควรที่จะให้การรักษาพยาธิเสียก่อนผ่าตัด, โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติของพยาธิ. วัชนจะลดคอตราตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้ไม่

น้อย. ทั้งนี้คงจะเป็นไคเฉพาะในรายที่ไม่
รับควมเกินไป.

แม้ว่ารายงานนี้จะรวบรวมคนไข้แต่
เพียงจำนวนน้อย, ตามที่ไคพบเห็น, แต่ก็
หวังว่าจะพอเป็นตัวอย่างสำหรับการศึกษ
ต่อไป, และคงจะให้หัวข้อคิไคบ้างเกยว
กัการวินิจฉัยโรค, การรักษาและการ
พยากรณ์โรค.

สรุป

การทพยาศิไคไคเอนเข้าไคสู่ระบบทาง
เกินของนาคอาจก่อให้เกิดอาการชงแบ่งไค
เป็น ๓ พวก, คือ พวกทมอาการอย่างข้จ
ยนี้, พวกทมอาการอย่างเรอริง, และทม
อาการเกิดเป็นภาวะแทรกช้อน การผ่าค้.
ในรายงานนไคไคเสนอผู้บ้วย ๗ คน. สองคน

แรกอยู่ในพวกเกิดอาการอย่างข้จยนี้. อีก
สามคนมีอาการอย่างเรอริง. สองรายสค
ทาย เกิดอาการ ชนเป็น ภาวะแทรกช้อนใน
การผ่าค้รักษาโรคของระบบท่อน้ำค้.

ผู้รายงาน ขอขอบ พระคุณ อย่างสูง ทอ
ท่านคาสตราจารย์หัวหน้าแผนกค้ลยคาสค
ท่อนุญาค้ไคไคเสนอรายงานนี้, และท่าน
คาสตราจารย์กษยาณ จากค้กวณชทไคไคให้ค้
แนะนำหลายประการ. นายแพทย์เกษิณ
ภังคานนทไคไคช่วยถ่ายภาพไค, น้ขว่าเป็น
การช่วยเหลือทมค้มาาก.

เอกสาร

1. E.H.R. Altounyan: Brit. Med. J. 2:338, 1951.
2. Liang Shu-Fang, Wang Hs'eh -Chiao, Wang Ts'ui-Hsiang, Liu-meifang: China Med, J. 75:418, 1957.

การส่งเงินค้บ้ารุง

๑. ไปรคเขียนช้อและนามสกุลให้ช้ค้เงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้ค้การสารค้วิราช
๓. ส่งจ่ายเงินท ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Report)

ASCARIDES IN THE BILIARY PASSAGES

Kasem Limwongse

M.B.

(Dept. of Surgery)

The symptom complex that follows obstruction of biliary passages by the entry of ascarides — an involvement of fairly common occurrence in the tropics — may present the clinical picture of either acute obstruction, simulating an impacted calculus, or chronic obstruction with jaundice, secondary infection and liver damage. A third group of cases develop the obstruction as complication to operation on the bile passages. The author cites as illustration 2 cases in the first group, 3 in the second, and 2 in the third. Acute abdominal pain was the principal symptom in the first group. Ascarides were found lodged in the common bile duct in both cases. One of these had the same affection 3 times in succession at one or two years' intervals. In the second group the chief complaint was recurrent pain in two cases and fever with cough in one case. In the last case multiple liver abscesses with perforation into the base of the right

lung were found at autopsy. In the other case which died of purulent peritonitis ascarides were found in a cavity in the liver and in abscesses near the gall-bladder. The patients in the third group were operated upon for cholecystectomy. Signs of biliary obstruction developed 2 and 11 days after the operation respectively. The first case was re-operated and an ascaris and a small stone were removed from the common bile duct. In the second case an ascaris emerged through the drain tube all by itself on the third postoperative day, and when the tube was taken out to determine the cause of recurrent obstruction a few days later another worm was found impacted inside. The patient recovered without re-operation.

The author emphasizes that in the tropics the possibility of ascarides being involved in biliary obstruction should always be kept in mind.

ศีรษะชอกช้ำในกีฬาชกมวย

อุดม ไพบรรณิการ

W.M., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

(แผนกศัลยศาสตร์)

กีฬาชกมวย (Body contact sports)⁽¹⁾ มีความหมายว่ากีฬาที่นำตัวของคู่แข่งเข้าไปสัมผัสกัน. กีฬาจำพวกนี้ได้แก่ฟุตบอล, รักบี้, มวยปล้ำ, มวยชก, ฮ็อกกี้ และ บาสเก็ตบอล.

ฟุตบอล ในที่นี้หมายความว่าฮ็อกเคอร์, ไม่ใช่ฮ็อกอเมริกันฟุตบอล. เป็นกีฬาที่พวกเรารู้จักกันทุกคน. เป็นกีฬาที่อันตรายน้อย, นอกจากจะเขี้ยวกันมาก ๆ. อันตรายที่เกิดขึ้นจนถึงตายโดยมากเกิดแก่ช่องท้อง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งลำไส้เล็กแตกเพราะถูกเตะหรือถีบ. ท่านศาสตราจารย์ชุนเกดทศน์วิทยาพยาธิผู้เคยมีชื่อเสียงโด่งดังในการฟุตบอล กล่าวว่า ในระยะเวลากว่า ๒๐ ปีที่ท่านสนใจในการกีฬาชนิดนี้ไม่เคยเห็นมีใครตายเพราะสมองช้ำ. แต่มีเรื่องน่ารู้เรื่องหนึ่ง. คือนายแพทย์รุ่น ๒๐ (ปี ๒๔๕๗) โหม่งฟุตบอลที่ถูก

เตะมาด้วยกำลังแรง, แล้วเลยมีอาการเหมือนคนเมาเหล้าอยู่หลายเดือน.

รักบี้ เป็นกีฬาที่รุนแรงกว่าฟุตบอลและมักต้องปะทะกันในระหว่างสกัดและปะทะ.

การบาดเจ็บจะเกิดได้โดยการถูกเตะ, ถูกเข้า, ถูกกระแทก, ถูกล้มทับ, ศีรษะชนกัน. ตำแหน่งที่เจ็บมีที่ขา, เเชิงกราน, และศีรษะ. ศีรษะอาจเป็นห้อเลือดที่หนังศีรษะ, ชอกช้ำภายในสมอง, และตกเลือดนอกและใน (subdural hemorrhage และ epidural hemorrhage), กระดูกคอหักและเคล็ด.

ในเมืองไทย ศาสตราจารย์หลวงศรีสมรรถวิชากร, อาจารย์ชั้นลายครามผู้หนึ่งในกีฬาชนิดนี้แจ้งว่า ในระหว่างเวลาไม่น้อยกว่า ๒๕ ปีที่เขวข้องกับกีฬา. ยังไม่พบว่ามีใครได้รัยบาดเจ็บที่สมองถึงสาหัสเลย.

(1) Gonzales, T.A. Fatal Injuries in Competitive Sports. J.A.M.A. 146, 16, : 1506-1511, 1951.

ชกมวย ก็พ้ามวย เป็นกีฬาประจำชาติของไทย, เป็นศิลปะแห่งการต่อสู้สำคัญอย่างหนึ่ง. เป็นที่นิยมของประชาชนส่วนมากและก็ยังอยู่ในความนิยมไม่สร่าง. ผิดกับกีฬาอื่น ๆ ของไทย ซึ่งนับวันจะสูญไป. มวยไทยเป็นมวยที่ทำให้คู่ต่อสู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรง, ผิดกับมวยสากล, เพราะนอกจากหมัดแล้วยังใช้อาวุธทุกอย่างซึ่งมีประจำกายได้. ที่อนุญาตเวลานิมิตชก, เข้าและเท้า. อวัยวะประจำกายแต่ละอย่างเหล่านี้ มีอำนาจมากกว่าหมัดทั้งนั้น. นอกจากนั้นในสมัยก่อนยังอนุญาตให้ใช้เล็บเท้าซึ่งมีไว้สำหรับจับฟง. นาลายก็ใช้ได้, สำหรับถ่มเข้าตาให้คู่ต่อสู้มองไม่เห็นไปชั่วขณะ. ฟันก็ใช้ได้เมื่อถึงที่อวัยวะจริง ๆ และศีรษะก็ใช้ชีวิตได้ถ้าหากมีโอกาสเหมาะ. เพราะฉะนั้นการบาดเจ็บซึ่งได้รับจากการชกมวยไทยจึงควรรุนแรงกว่าการชกมวยสากล.

การบาดเจ็บซึ่งจะเกิดแก่สมองได้นั้น มีหลายอย่าง :

เกิดจากศอก : คือแตก, หนึ่งศีรษะแตก, สมองช้ำ, (cerebral contusion),

หน้าแตก, ศีรษะแตก.

เกิดจากเข่า : ในท่าเพลงมวยชก หนึ่งมาดหมัดตอ—คือศูนย์กลางของกระดูกกราม อาจจะกระแทกอวัยวะคล้ายโปรเซสส์แตก, ถูกเข่าเข้าไปในช่องสมองช่องกลางได้. การพยายามล้มทับลงบนศีรษะของคู่ต่อสู้ เป็นวิธีอันตรายที่สุด. สมมติว่าน้ำหนักของศีรษะนักมวยมี ๑๐ ปอนด์, และตกลงมา ๑๐๐ นิ้ว. กำลังกระแทกจะเท่ากับ ๑๐๐ นิ้ว—ปอนด์ ซึ่งมากพอที่จะทำให้กระดูกท้ายทอยแตก. เมื่อชกกับน้ำหนักของคู่ต่อสู้ที่พยายามล้มทับมาก็เป็นอย่างน้อยทว่าคิด. ความชอกช้ำต่อสมองก็เพิ่มขึ้นเป็นทวีหรือทวีคูณ.

สาเหตุแห่งการตายของนักมวยคือ :

(๑) ตกเลือดใต้คร่า⁽²⁾ (subdural hemorrhage) ซึ่งมีถึง ๗๕ ปช. ทั้งนี้เป็นผลของการขาดของหลอดเลือดดำสะพานจากสมองไปคร่าโดยมาก. มีส่วนน้อยที่เกิดเพราะหลอดเลือดฝอยที่เปลือกสมอง (cortical arterioles) และหลอดเลือดสมองใหญ่แตก. จำนวนเลือดที่ซึ่งอยู่ในช่องใต้คร่ามี ๖๐-๒๕๐ ลูกบาศก์

(2) Vance, R.M.: Ruptures of Surface blood vessels on Cerebral hemispheres as cause of Subdural hemorrhage. Arch. Surg. 61:992-1006, 1950.

เช่นตีเมตร.

นอกจากตกเลือดใต้คร่าแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สมองหลายอย่าง.

(๒) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดคือตกเลือดจุดเล็ก ๆ ทั่วไปที่เนื้อขาวของสมองใหญ่, ขั้วสมอง, เบซัลแก็งเกลีย (corpus striatum, Thalamus).

(๓) ตกเลือดใต้อะระฆนอยต์.

(๔) อีร้อมโบลีสของหลอดเลือดที่เปลือกสมอง, ซึ่งทำให้เกิดอินฟาร์คต์และการอ่อนนุ่มของสมองที่เลี้ยงด้วย เส้นโลหิตนั้น.

(๕) ฉีกขาดที่สมองส่วนหน้า, ข้างๆ, และส่วนท้ายทอย.

นักมวดยพวกที่มีตกเลือดใต้คร่าถึงแก่กรรมระหว่างชั่วโมงครึ่งถึง ๓๖ ชม. ภายหลังขาดเจ็บ ๗๐ ปี.ช. นอกจากนั้นตายเพราะโรคแทรกแซง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งปอดขวมและโลหิตเป็นพิษ.

พยาธิสภาพอีก อย่างหนึ่ง ที่พบเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่ใต้คร่าแล้วคือ สมองขวม (Cerebral Swelling หรือ Hirn-schwellung).

สมองขวม คือการที่สมองใหญ่กว่าปรกติ, จนความแตกต่างระหว่างขนาดของ

สมองและขนาดของกระโหลกศีรษะน้อยกว่า ๘ ปี.ช. สมองขวมเริ่มด้วยมีน้ำเข้าเซลล์ก่อน. ต่อมามีน้ำขังอยู่นอกเซลล์, มีการละลายตัวของสมอง. สมองขวมเป็นเหตุที่ทำให้มีพยาธิวิธรรูปภาพต่าง ๆ ซึ่งเป็นเหตุโดยตรงของการตาย, คือ (๑) การเลื่อนของซิงกเลตจิวรัสเข้าไปใต้ริมของฟลซเซเวบริ. (๒) การเลื่อนของฮิปโปแคมปัสจิวรัสเข้าไปในอินลิซร่าเท็นโตเรียมเซเวเรเซลล์ทำให้มีการกดขาของสมอง (Brainstem) และขั้วของสมอง (cerebral peduncle). (๓) การเลื่อนของท่อนซิลของสมองเล็กผ่านช่องฟอราเมินแม็กนัม.

มวดยปล้ำ มักจะมีขาดเจ็บที่ศีรษะน้อย, นอกจากจะจับกันชนเอาคืนชีพภาวะแตกศีรษะกบพัน. ที่พบมีการแตกของฮิวเวยะภายในช่องท้อง, เช่น ม้าม, และกระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังหัก.

การขาดเจ็บที่ศีรษะในการเล่นบาสเกตบอลยังไม่ปรากฏในเมืองไทย. ข้อคิดเห็นที่พบบ่อยจะไม่มีการรู้จักเลยจึงไม่ชื่อนามากกล่าวในทันที. โดยเหตุที่มวดยชกเป็นกีฬาที่มีผู้นิยมมากที่สุดในเวลาอัน

จึงใคร่นำโรคต่างๆที่เกิดขึ้นเพราะชกมวย
มาบรรยายข้าง.

น็อกเอาต์⁽³⁾ คือสภาพที่นักมวยหมดการ
บังคับของสมองและร่างกายไปชั่วขณะหนึ่ง.
นักมวยจะทรุดลง เพราะ กล้ามเนื้อ หมด
กำลัง. การหมดสติเกิดขึ้นและหายไป
อย่างรวดเร็ว. เข้าที่สำคัญของการน็อก-
เอาต์คือลูกคางและข้างของคาง, ลินปัส (so-
lar plexus knockout), หัวใจ, ข้างคอ
(carotid sinus knockout), หลังคอ, และ
ใต้เข็มขัด (ลูกอัณฑะ). น็อกเอาต์ชนิด
คลาสสิก (ปลายลูกคาง) เกิดเพราะกลไก
อย่างไรในสมองยังไม่มีใครทราบแน่. คำ
อธิบายที่เข้าเคาท์สุดท้ายคือการสั่นสะเทือน
ของชาตมอซง (Oscillation, Jokl, Winters-
tein, Gonzales, ฯลฯ.) ซึ่งแบ่งออกเป็น
๒ ระยะ. ระยะแรก, พอนส์และส่วนบน
ของเมกัลลากระแทกกับไคลวัสและริมหน้า
ของโพราเม็นแมกนัม. ระยะสอง โดยการ
สะเทือนกลับ (Contre-coup), เมกัลลา
กระแทกกับกระดูกท้ายทอยและริมหลังของ
โพราเม็นแมกนัม.

บาดเจ็บอน ๆ

นักมวยฝีมือดีของเราหลายคนได้รับ
บาดเจ็บต่าง ๆ, เช่นคางหัก, จมูกทรุด,
ขาหัก, นอกนั้นมีโรคของนักกีฬา (Athlete's
sickness), คือการอาเจียนเป็นพัก ๆ เกิด
ขึ้นภายหลังที่ไต่ซ้อมอย่างหนักเหนื่อย,
การบาดเจ็บที่เข่าตา, และลูกตา.

โรคเมาหมัด (Punch drunkenness).⁽⁴⁾

เป็นชื่อที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๑๙๒๘ โดย
Martland มีชื่อทางวิทยาศาสตร์หลายชื่อ,
เช่น Traumatic encephalopathy, dementia
pugilistica แต่ไม่ถี่เท่า. เป็นโรคจิตที่เกิด
เพราะบาดเจ็บแก่สมอง (traumatic demen-
tia). มักจะเกิดในพวกนักมวยอาชีพชั้น
สองที่มีหมัดหนัก, ชกอย่างคึกคักไม่ถอย
(slugger) ล้มแล้วไม่ยอมให้ขึ้น. นักมวย
พวกนี้มีสติปัญญาในการชก. เขาศีรษะ
และร่างกายเป็นเข้าหมัดของคู่ต่อสู้. เมื่อ
เริ่มอาชีพใหม่ ๆ อาจจะเป็นคารวุง. แต่
ต่อมาก็ตกเรื่อยถนัดน้อย. จนในที่สุด
จนเวทไม่ได้เป็นแต่ไก่ รองบอน สำหรับให้
นักมวยฝีมือดีเป็นคู่ซ้อม.

(3) Critchley, M. (1957). British Medical Journal Feb. 16, 1957.

(4) Martland, Harrison S. : Punch Drunk, J.A.M.A. 91:1103-1107, 1928.

อาการของคนพวกนี้ค่อย ๆ คืบคลานเข้ามาช้า ๆ. ที่แรกจะเกินขาข้อ, เกินแกว่ง ๆ เมื่อขึ้นเวทีเคลื่อนไหวและชักช้าไปแต่ก็ไม่ทำให้การชักเสีย. อาการทางจิตมีการพดขำ, การคิดขำ, หลงลืม, ซึมเศร้า, เริ่มมีนิสัยเป็นพาลหรือหน้าเขิน.

ต่อมาไม่ช้าก็จะมีสติและการกระทำคล้ายคนดื่มสุรา, มีอัมพาต, พดไม่ชัด. การเคลื่อนไหวช้ามากเข้า. เช่นง้างจะชักแล้วชักไม่ออกจนแล้วจนรอด. ปล่อยให้ประจักษ์ถ่วงลงไปจนให้นับอย่างสบาย. บางคนสิ้นมากจนกรรมการคิดว่าเมาสุรา, ถูกไล่ลงจากเวทีก็มี.

ตามประสาทวิทยา พวกอาการเมาหมักมีอาการไปทางพียร์วามิตัล, เอ็กซเตราพียร์วามิตัลและสมองเล็ก. พวกหนึ่งมีอาการคล้ายสมองส่วนหน้า. พวกหนึ่งมีอาการคล้าย general paralysis. พวกหนึ่งคล้าย disseminated sclerosis. พวกที่พบบ่อยที่สุดคือพวกมีอาการคล้าย post-encephalitic parkinsonism.

Martland มีความเห็นว่าโรคเมาหมักเกิดขึ้นเพราะมีความชอกช้ำของสมองโดย

การถูกชกบ่อย ๆ ที่ศีรษะและกราม, ซึ่งทำให้มีการตกเลือดจุดเล็ก ๆ ในส่วนลึกของสมองใหญ่ เช่น corpora striata, corona radiata. แต่ไม่มีที่เปลือกสมองใหญ่และใต้เส้นใยเยื่อหุ้มสมอง. การตกเลือดเหล่านี้ต่อไปก็ถูกแทนที่ด้วยกลีโอสิต.

Cassasa อธิบายว่าการตกเลือดเป็นจุดเล็ก ๆ (5) ที่เห็นในเนื้อขาวของสมองที่กล่าวมาแล้วนั้น, ถ้าตัดด้วยกล้องจะเห็นว่าอยู่รอบ ๆ หลอดโลหิตในช่องของ Virchow-Robin. การที่มีตกเลือดอย่างนี้ขึ้นเพราะขณะที่กระโหลกศีรษะกระทบของแข็งอย่างแรง, เช่นเตะแล้วศีรษะฟาดพื้น, กระโหลกศีรษะนั้นจะมีการยืดหยุ่นกดลงบนผิวของสมอง, ทำให้เนื้อที่ตรงนั้นน้อยลง. นำหลอดสมองเมื่อไม่มีทางไปทางไหนก็ดันเข้าไปในช่องรอบหลอดโลหิต, ทำให้ช่องนั้นพองตัว. ใยที่ติดต่อกันระหว่างผนังนอกของหลอดโลหิตและเนื้อสมองรอบ ๆ จะยึดตัวดึงเอาหลอดโลหิตนั้นขาด, ทำให้มีเลือดออกเป็นจุดเล็ก ๆ ดังกล่าวแล้ว.

Martland และ Beling สันนิษฐานสาเหตุของโรคนี้ว่าถ้ากระโหลกศีรษะแตก, การ

(5) Cassasa, C.B.: Multiple Traumatic Cerebral hemorrhage, Proc. New York Path. Soc. 24:101, 1924.

ตกเลือดในสมองมักจะไม่เกิด, เพราะเมื่อ
กระแสโลหิตคั่งแล้วความดันในสมอง
จะไม่มี. การตกเลือดเป็นจุด ๆ จะเกิด
แถว corpora striata, ไม่ค่อยพบแถว
เปลือกของสมองใหญ่และสมองเล็ก. ที่
เป็นดังนี้เพราะมีการเคลื่อนที่ของน้ำหล่อ
สมอง, จาก C. interpeduncularis, โดย
ผลของการสะท้อนกลับเข้าไปใน perivas-
cular space ของ corpora striata.

จากผลงานของ Cohnheim (1889),
Ricker (1919), Chase (1938), Echlin
(1942), Scheinker (1948) ปรากฏว่าการ
ตกเลือดจุดเล็ก ๆ นั้นเกิดเพราะมีหลอดเลือด
ถูกพาราไลส์เพราะอันตราย. หลอด
โลหิตฝอย และ หลอดโลหิตเล็ก เมื่อถูก
ระคายจะบีบตัว, และต่อให้ขยายตัว. แต่
หลอดเลือดแดงส่วนต้นทางนั้นจะบีบตัวอยู่.
ผลก็คือกระแสโลหิตในหลอดเลือดฝอยจะ
ช้าลงจนหยุด. เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้มีน้ำ
และเม็ดโลหิตแดง ออกนอกหลอดเลือด,
ทำให้มีการตกเลือดเป็นจุด ๆ.

เมื่อปี ๑๙๕๔ ได้มีรายงานเป็น
รายแรกในการตรวจสมองของพวกเมาหมัก,

โดย Brandenburg และ Hallervorden. (6)
การตรวจพบที่สำคัญก็คือมี senile plaques
กระจายอยู่ทั่วไปบนเปลือกสมองที่หดเหี่ยว.
โดยเฉพาะอย่างยิ่งแถวสมองส่วนหน้ามี
มีลักษณะต่าง ๆ คล้ายพยาธิสภาพที่พบใน
Alzheimer psychosis.

การตรวจพิเศษอื่นที่จะช่วยให้ทายโรค
นี้ได้ก็มี ๒ นิวโมเอ็นเซฟาโลกราฟี และ
การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (E.E.G.) แต่การ
ตรวจพิเศษทั้งสองอย่างนี้ก็ไม่ไวพอเท่ากับ
การตรวจทางคลินิก, เช่นอาการและการ
ตรวจพบบ่อยอยู่ครบถ้วนแล้ว, E.E.G. ยัง
ปรกติก็มีบ่อย, และ E.E.G. กลับมาปรกติ
แล้วแต่คนไข้ยังมีอาการอยู่ก็มี.

โรคมึนหมัด (Groggy States)

เกิดขึ้นเพราะถูกชก รุนแรงบนเวที
ทำให้เกิดมีอาการหลงและลืม, (confusion
และ amnesia) และหย่อนสมรรถภาพใน
การชก, ชกซ้ำไม่มีความแม่นยำ. นักมวย
ผู้นั้นจะชกได้เหมือนหุ่นยนต์และเปราะมาก.
ภายหลังการชก อาจจะมีปวดศีรษะ, เวียน
ศีรษะ, โคลงเคลง, ซึม, พกไม่ชัด. เมื่อ

(6) Brandenburg, W., & Hallervorden, J. (1954). Virchows Arch. path
Anat. 325, 680.



ตายเพราะชอกช้ำที่สมอง. การตายโรค
ยากมาก, เพราะเราไม่มีเครื่องมือพร้อม
มูล. การรักษาก็ลำบากเพราะไม่แน่ใจใน
การตายโรค. ค่อยไปนี้เป็นตัวอย่างคนไข้
& รายซึ่งมีอาการทางสมองเพราะเล่นกีฬา
ชนิดตัว.

รายที่ ๑ สมอขบวมเพราะสักรักรักบี้

คนไข้ชาย, อายุ ๒๑ ปี (เลขที่ภายใน
๔๐๕๘.๕๘). รัยไว้ที่ ร.พ. ตำรวจ เมื่อ
วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๕๘ ด้วยอาการ
สำคัญว่าซึมและขาหักเพราะการเล่กรักบี้.
ขณะที่สักรักรักบี้ช่วยโดนชนที่บริเวณหน้า
ซีกขวาโดยแรงจนเกือบหมดสติ รู้สึกเจ็บ
เท้าขวาจนลุกไม่ขึ้น. ตั้งแต่นั้นมาก
ซึมเรื่อย, จนเข้ามาร.พ.

การตรวจแรกรัย ชีพจร ๖๔, หายใจ ๑๖,
อุณหภูมิ ๓๖.๖°ซ. ความดันโลหิต ๑๓๖
/ ๘๖ มม.ปรอท. พกจาไม่มีเรื่อง ไม่
ตอบคำถาม. มีเขียวช้ำที่หนังตาของตา
ขวาและที่บริเวณหน้าผากและที่คอกอกไม้,
ม่านตากร้างเท่ากันทั้งสองข้าง. ตรวจทาง
ประสาทอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ. มีกระดูก
หักที่ ๑/๓ ล่างของกระดูกที่เขี่ยทางขวา.

น้ำสันหลังใส, มีความคัน ๒๐๐ หยดต่อ
นาที. เร็นตเกินครึ่งระยะไม่มีแตกที่ไหน.
ระหว่างที่อยู่ใน ร.พ. ชีพจรคงอยู่เรื่อย
ราว ๆ ๖๐ ต่อนาที. ความดันของโลหิต
สูงขึ้นเล็กน้อย (๑๔๐/๕๘). ม่านตา
เท่ากันทั้งสองข้าง. สติเลวลง, ซึม, ไม่
พูด. เพราะเกรงว่าจะมีการตกเลือดภายใน
ศีรษะจึงได้ทำ subtemporal decompression
ทางขวาเมื่อวันที่ ๕ ของอุบัติเหตุ. พบว่า
สมอขบวมมากจนตร่างตั้งและคันออกมา.
เมื่อเขี่ยไม่มีการตกเลือดนอกและในตรา.
ผู้ช่วยมีอาการดีขึ้นเห็นได้ชัด. ภายหลัง
ทำคัสคอมเปรี๊สชั่น, อัตราชีพจรขึ้นมา ๘๐.
ในวันรุ่งขึ้น สติแจ่มใสขึ้นทุกวันจนถึงวัน
ที่ ๖ ของการผ่าตัด, สามารถอ่านหนังสือ
อ่านเล่นได้. ต่อมาอีกหนึ่งสัปดาห์อาการ
ทางสมองก็หายไปหมด.

วิจารณ์ คนไข้รัยนี้ได้รับการกระทบ
กระเทือนที่สมอง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งแถว
ปลายของสมองส่วนหน้าทางขวา. แต่
ความรุนแรงนั้นหาได้ทำให้สมองแตกไม่,
เพราะ น้ำหล่อสมอง และ ไซสันหลังยังมี
ลักษณะใสธรรมดาอยู่, และไม่ทำให้หมด
สติไป. ความรุนแรงนั้นทำให้เกิดมีสมอง



ขวม, ซึ่งเห็นชัดในการผ่าตัด, และอาการอื่น ๆ, คือซึม, ปวดศีรษะ, ชีพจรช้า. การเปลี่ยนแปลงที่เนื้องอกของสมอง, เช่นตกเลือดเป็นจุด ๆ แถวขาสมองคงไม่มี. ถ้ามีคงจะทำให้คนไข้ซึมและหมดสติ.

รายที่ ๒ สมองส่วนหน้าขวมเพราะซัอมมวย

คนไข้ชาย, อายุ ๒๖ ปี (เลขที่ภายใน ๔๓๔๐.๕๘). รัยไว้ที่ ร.พ. ตำรวจ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๔๕๘ ด้วยอาการสำคัญว่าถูกชกที่ขมับขวา. พดเพื่อคลงมาประมาณ ๓ ชม. ผู้ช่วยได้ซัอมชกมวยใช้นวมขนาด ๑๒ ออนส์. ถูกหมัดค้ค้ต้อสู้ทกกดขวาล้มลง. แต่ย้งลกลงซัอมต้อขไปได้. หลังจากซัอมกลับมาทพักได้ครึ่งชั่วโมงก็รู้สึกปวดศีรษะทางแถบขวามากจนทุกที, จนแพทย์ประจำหน่วยต้องนำมาร.พ.

การตรวจแรกรัย อุณหภูมิ ๓๗.๖°ซ. ชีพจร ๖๔/นาที. หายใจ ๒๐/นาที. ความดัน ๑๒๐/๘๘ ม.ม. พรอท. คนไข้กระวนกระวาย, คั้น, พดเพื่อ, ไม่ต้อขคำถามหรือต้อขลยสน. ผลและการฟกซ้ที่ศีรษะไม่มี. แต่มีขวมเล็กนอยที่หน้าข้างซ้าย. ม่านตาทั้งสองข้างโตขนาดธรรมดา

เท่ากัน. การตรวจอื่น ๆ ไม่พบอะไรผิดปกติ. น้ำสันหลังปรกติ. เรนตเกินปรกติ. ใต้ไห้กลโคส ๕๐ ปรช. เข้าหลอดเลือด. ภายหลัง ๒๔ ชม. อาการดีขึ้นมากจนภายหลัง ๔๘ ชั่วโมงผู้ช่วยเป็นปรกติ. ชีพจรขึ้นมา ๘๐. ต้อขคำถามได้เรยขรอย. เล่าเรองที่เกิดเหตุได้ค้.

วิจารณ์ ผู้ช่วยคนนี้มีอาการของสมองส่วนหน้าชัดเจน, คือมีกระวนกระวาย, สติพื้นเพอน, ซึ่งเกิดเพราะถูกหมัด. ต้นเหตุของการปวดศีรษะซึ่งเกิดขึ้นครึ่งชั่วโมงภายหลังถูกชกล้มอาจจะเป็นได้หลายอย่าง: (๑) การขาดของหลอดโลหิตเมนินเจียลหลอดกลาง, ซึ่งในรายที่ถูกหมัดที่ขมับอย่างนี้อาจจะเป็นไปได้. (๒) สมองฉีก. (๓) สมองขวม. ผู้เขียนเชื่อว่าสมองขวมมากกว่าอื่นเพราะน้ำสันหลังปรกติและการหายรวดเร็วภายใน ๔๘ ชม. หลังจากขาดเจีย. คนไข้ที่มีอาการอย่างนี้ควรจะได้รัยการดูแลใกล้ชิดในเวลา ๒๔ ชม. แรก ๆ. โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรระนบ้ชีพจร, การหายใจและวัดความดันโลหิตไว้ทุก ๆ ๑๕ นาที. เพราะถ้ามีการตกเลือดภายในกระโลกศีรษะ, ในเวลาเพียง ๑๕ นาทีก็พอจะ

ทำให้คนไข้เปลี่ยนสภาพจาก compensation ไปสู่ decompensation ได้.

รายที่ ๓ สมองส่วนท้ายทอยชำ เพราะมีการแกว่งของสมองเมื่อศีรษะฟาดพื้น.

คนไข้ชาย, อายุ ๒๘ ปี, (เลขที่ภายใน ๕๖๓๗). เป็นนักมวยอาชีพ. รัยไว้ที่ ร.พ. ตำรวจ, เมื่อวันที่ ๕ กันยายน ๒๔๕๘.

ประวัติ ๑๕ วันก่อนมาร.พ. ผู้ป่วยชกมวย ทะยะลา. ถูกชกศีรษะหายไปฟาดกับพื้น. ทำให้มึนงงมาก, เกือบสลบ, แต่ยังไม่สลบ. ผู้ป่วยจึงถูก T.K.O. ต่อมามีอาการปวดศีรษะและมึนงงอยู่เสมอ. ปวดบริเวณท้ายทอย. ไม่มีอาเจียน. แต่มีคลื่นไส้บ่อยๆ,

การตรวจแรกรัย ชีพจร ๕๕/นาที. หายใจ ๒๐/นาที. ความดันเลือด ๑๒๐/๗๐ ม.ม.ปรอท. นำสนหลังมีสีเหลืองเล็กน้อย. คนไข้สติดี, รัยที่อยู่วะเวลา, บ่นปวดศีรษะและคลื่นไส้. ใต้ให้กลุโคส ๕๐ ป.ช. และวิตามินบีและซีเข้าหลอดเลือด. คนไข้หายปวดศีรษะและคลื่นไส้ ๔ วันหลังจากมาอยู่ ร.พ. อัตราชีพจร ๘๐. ความดันเลือด ๑๒๐/๘๐ ม.ม.ปรอท, ๓ วันหลังจากมาอยู่โรงพยาบาล.

วิจารณ์ ผู้ป่วยถูกชกล้มลงท้ายทอยกระแทกพื้น, แล้วปวดศีรษะอยู่เป็นเวลา ๒๓ วัน. แต่ไม่มีอาการซึมหรือง่วง, อาจจะเป็นการขมหรือชอกชำของสมองส่วนท้ายทอยได้. น่าจะเป็นการชอกชำได้มาก เพราะปวดศีรษะนาน. โลหิตออกเล็กน้อย อาจจะเป็นเครื่องช่วยทำให้ระคายเคืองมาก. มีนำสนหลังเพิ่มขมมาก. ขาดเจ็บชนิดนี้คล้ายการขาดเจ็บแบบ oscillation ของ Gonzales.

รายที่ ๔ ชอกชำที่ Contrencephalic system.

ผู้ป่วยชาย, อายุ ๑๘ ปี, (เลขที่ภายใน ๕๐๔๐). รัยไว้ที่ ร.พ. ตำรวจ เมื่อวันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๔๕๘ ด้วยอาการสำคัญว่าไม่รู้สึกรักตัวมา ๔ ชั่วโมง.

ประวัติ ในตอนเย็นผู้ป่วยชกมวย ถูกชกตามศีรษะหลายครั้ง. ในที่สุดศีรษะชนกับศีรษะคู่ชกอย่างแรงที่หัวควข้างขวา. ตอนนั้นไม่รู้สึกระไร. ยังอาบน้ำได้. ภายหลังอาบน้ำแล้วอาเจียน ๑ ครั้ง. ต่อมาเป็นลมนอนหลับเรื่อยมาไม่รู้สึกรักตัว. ญาติจึงนำมา ร.พ.

การตรวจแรกพบ ชีพจร ๕๘/นาที. หายใจ ๒๔/นาที. อุณหภูมิ ๓๖.๗๐°ซ. ความดันเลือด ๑๐๐/๖๐ ม.ม. ปรอท.

ผู้ป่วยอยู่ในโคมา. ซ่อม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง, แคบ, มีปฏิกิริยาต่อแสง. คอแข็ง. นอกนั้นไม่พบอะไรผิดปกติ. เจาะน้ำสันหลังครั้งแรกไม่ได้ผลเพราะมีเทรมา. เจาะครั้งที่สองได้ผลปกติ. มีความดันสูงเล็กน้อย. ๕๘ ซม.ม. ภายหลังรับไว้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น. แทนที่จะอยู่ในโคมา, เข้ามาอยู่ในคอนฟิวชั่น. ต่อเนื่องมา ๑๐ วัน สติสัมปชัญญะของผู้ป่วยขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่เรื่อย. บางครั้งก็เกือบแจ่มใส. บางครั้งก็ฝันเพี้ยน. ชีพจรค่อนข้างช้า ๖๐ ต่อ นาที แล้วลงมาถึง ๕๐ ในวันที่ ๑๑ ภายหลังจากรับไว้. ต่อเนื่องมาก็ค่อย ๆ ดีขึ้นจนถึงวันที่ ๑๔ ลุกเดินได้. แต่ยังมีมันติธรรมะมาก. คนไข้อยู่ ร.พ. ๒๔ วันจึงกลับบ้าน. ไม่ปวดศีรษะ. เดินได้.

วิจารณ์ คนไข้คนนี้มีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั้ง ๓ ที่บรรยายมา. คือมีโคมาอยู่ประมาณ ๖๐ ซม.ม. แล้วยังมีคอนฟิวชั่น

และร่วงซึมต่อมาอีก ๑๐ วัน.

Penfield⁽⁹⁾ เรียกกลีบขมับ (เท็มปอรัล) และสมองส่วนกลาง (reticular formation) ว่า Centrencephalic system เพราะทำงานร่วมกัน. มีหน้าที่เกี่ยวกับการคุมสติสัมปชัญญะ. การที่ศีรษะถูกกระทบแรง ๆ ตี ๆ กันทำให้มีการเคลื่อนไหวของ centrencephalic system, ภาวะแตก incisura, เกิดการชอกช้ำและหมดสติ.

รายนาม ๕ การชักแบบลมบ้าหมูในนักมวย
ชั้น ๑

คนไข้คนสุดท้ายคือนักมวยเอกชาวไทยที่ไปชิงแชมป์โลกรุ่นหนึ่งชานฟรานซิสโก เมื่อหลายปีมาแล้ว นักมวยคนนี้มีประวัติว่าเคยถูกชกที่ศีรษะไม่น้อยครั้งและในการชกชิงตำแหน่งครั้งถัดมาชกจนต้องแพ้แบบ T.K.O. แต่ไม่ได้ถูกนับและไม่สลบ. เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๔๕๘ (สองสัปดาห์ภายหลังจาก) ได้มีการชักทั้งตัว (Generalized convulsive seizure) จึงได้ถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่ง นีวยอร์ก ในความดูแลของ

(9) Penfield, W.: Epileptic automatism and the centrencephalic Integrating system. Research Publ., A. Nerv & Ment. Dis. 30:513-529, 1952.

Dr. Bronson S. Ray, โพรเฟสเซอร์ของ
ประสาท ศัลยศาสตร์ แห่ง มหาวิทยาลัย
คอร์เนล. เมื่อไปถึง ร.พ. ผู้ป่วยฟื้น
แล้ว. แต่ยังมีปวดศีรษะอยู่. ภายในเวลา
๑๘ ชั่วโมงได้มีการชักอีก ๒ ครั้ง, ชนิด
เกี่ยวข้องกับชักครั้งแรก.

ในการตรวจร่างกายและทางประสาท
พบว่าไม่มีอะไรผิดปกติ. น้ำสันหลังปกติ
ทั้งความดัน, เอนไซม์และเซโรโลยี. เวนคเกิน
แสดงว่ากระโหลกศีรษะไม่แตก. E.E.G.
มีการเปลี่ยนทางพยาธิเล็กน้อยทั่วไป, ซึ่ง
ตรงกับการชักทั่วไป. ยีนัวโมเอ็นเซฟา-
โลกราฟียก็ปกติ. Dr. Bronson Ray เชื่อ
ว่าการชักเป็นผลของการชอกช้ำของศีรษะ
ที่ได้รับในอดีต. เมื่อมาอยู่ในเมืองไทย
ก็มีชักอีก ๒ ครั้ง. มีปวดศีรษะ. แต่ยังไม่
มีอาการเมาหมัด.

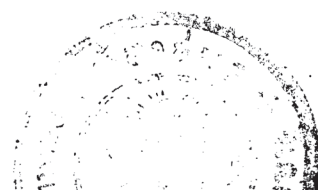
ข้อควรคิด การชกมวยเป็นกีฬาที่ทำให้
เกิดชอกช้ำแก่ศีรษะได้มากกว่ากีฬาชนิด
อื่น ๆ. พยาธิสภาพที่พบบ่อยคือสมองขวม,
ซึ่งทำให้ความดันภายในกระโหลกศีรษะ
สูงขึ้นทันที, ทำให้ปวดศีรษะ, ช้ำ, และ
ชีพจรช้า. สมองขวมผิดกับสมองช้ำ.

เพราะสมองช้ำมีตกเลือดจุดเล็กซึ่งต่อไป
มักจะรวมกันเป็นแผ่นใหญ่ ๆ ซึ่งเกิดเพราะ
หลอดเลือดแตก. การหมดสติอาจเกิด
ได้หลายอย่าง: (๑) เพราะเซลล์ประสาท
ระส่ำระสายพันจากหน้าที่ปกติชั่วคราว⁽¹⁰⁾
(๒) เพราะการชอกช้ำของ Centrence-
phalic system, โดยการกระทบกระเทือน
ข้างเดียว, สองข้าง, หรือมีการแย่งที่เห็น
เห็นโตเร็ว, ทำให้มีการเคลื่อนไหวของ
ระบบนี้. (๓) การชอกช้ำทั่วไปของคนัย
ต่าง ๆ ที่ขาของสมอง, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
reticular substance ของสมองส่วนกลาง.

การทายโรคว่าเป็นสมองขวม, สมอง
ช้ำ, สมองฉีก, หรือตกเลือด, ค่อนข้าง
ยาก, เพราะเราใช้แต่ทางคลินิกเท่านั้น,
ไม่ได้เอาวิธีตรวจสมสมัยที่พึงใช้มาใช้, เช่น
ยีนัวโมเอ็นเซฟาโลกราฟียและ E.E.G.

การถ่ายภาพหลอดเลือด สมองและ
ยีนัวโมเอ็นเซฟาโลกราฟีย ถ้าเราได้นำ
มาใช้จะทำให้การทายชนิดและตำแหน่ง
ของโรคดีขึ้น. การลังเลใจ, ตัดสินใจไม่
เฉียบขาดว่าจะเจาะกระโหลกศีรษะหรือไม่,
จะได้แน่นอนลง. แต่อย่างไรก็ดี, เมื่อไม่มี
ใครตายเพราะชอกช้ำที่ศีรษะเลย, ก็ทำให้

(10) Evan, J.P., McLaurin, R.L.: Treatment of craniocerebral injuries. The
Surg. Clin. North. Amer. 34, 4:1077-1093, 1954.



เข้าใจว่าการตายโรคของเราถก.

การศึกษาเรื่องนี้ทำให้ได้ความคิดหลายอย่างเกี่ยวกับยาที่จำเป็นซึ่งจะเป็นประโยชน์มากในการศึกษาต่อไปในภายหลัง.

สิ่งที่พึงสังเกตอย่างหนึ่ง, คือการตายของนักมวยเพราะศีรษะชกซ้ำในเมืองไทยเรา, แม้ว่าจะใช้อาวุธประจำกายหลายอย่างก็จริง, มีน้อยมาก. นายเจือ จักษุรักษ์, ประธานกรรมการกีฬามวยแห่งประเทศไทย, ผู้ที่ฝึกฝนนักกีฬาชนิดนี้มาไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี, เล่าให้ฟังว่าพบคนตายเพราะสมองซ้ำเพียง ๔ คนเท่านั้น. แต่โรคเม้าท์มีมาก. ในสมัยเมื่อนักมวยไทยคาดเชือกไม่ปรากฏว่ามีโรคเม้าท์. ในตอนหลังเมื่อเปลี่ยนจากการคาดเชือกไปใช้นวม ๔ ออนซ์, ๖ ออนซ์, และ ๘ ออนซ์ มีโรคเม้าท์เกิดขึ้น. ยิ่งใน ๕ ปีหลังยังมีมาก. ในปัจจุบันในพระนครเท่านั้นมีไม่น้อยกว่า ๑๐๐ ราย. นักมวยพวกนท้าว, พุดอ้อแอ้เหมือนคนเสพสุรา, เต้นขยับเขยื้อนเวลาอยู่นอกเวที, ขนเวทีที่ใส่เข้าไปไม่มีดอย. แต่เมื่อโค่นหมัดเข้า ๒ หรือ ๓ ทีก์โค่นแล้ว. มักจะเป็นคนว่างงานเพราะสมองทึบ, ทำอะไรไม่ได้แม้แต่ทำงานเขา. ที่มีโรคเม้าท์

เพิ่มขึ้นมากในเมืองไทยครั้งนี้ คุณเจือให้เหตุผลว่าส่วนมากของนักมวยไทยปัจจุบันไม่มีศิลปะในการชก, ไม่ได้รำเรียนเพลงมวยไทยให้แตกฉาน. พอชกกระสอบทรายถก, เตะได้ยอก ๆ แยก ๆ ก็พอแล้ว. เอาหน้าและศีรษะเข้าแลกหมัด. มันหมายความว่าน่าจะชกต่อสู้. ผลก็คือถูกชกที่ศีรษะและหน้าบ่อยครั้งไม่ถ้วน. ความเห็นของคุณเจือ ตรงกับความเห็นของผู้ชำนาญฝ่ายตะวันตกมาก.

เวลานี้ในประเทศที่เจริญแล้ว, เช่นอเมริกา, อังกฤษ, ฝรั่งเศส, เยอรมนี, ได้มีแผนการป้องกันสุขภาพของนักมวย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกอนามิส. เพื่อจะให้แผนการรัดกุมขึ้น. ควรจะแบ่งหน้าที่ออกเป็นดังนี้

หน้าที่แพทย์

๑. นักมวยอาชีพจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
๒. นักมวยที่ถนัดชกเข้าศีรษะจะต้องได้รับการตรวจภายในเวลา ๒ สัปดาห์.
๓. นักมวยที่มีอาการน่าสงสัยว่าจะผิดปกติจะต้องได้รับการตรวจบ่อย ๆ.

การตรวจนับ (11, 12) ประกอบด้วย:

- ๑. ประวัติทางแพทย์ในอดีต
- ๒. ความสมบูรณ์ของร่างกาย
- ๓. สมรรถภาพในการชกมวยในอดีต
- ๔. การตรวจทางประสาทและอื่น ๆ

เช่น psychometric testing

๕. เริ่นตเกินของกระโหลกศีรษะ

๖. E.E.G.

เมื่อประมาณ ๔-๕ ปีมานี้เชื่อกันว่า E.E.G. เป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการสืบสวนความพิการในสมอง. แต่เดี๋ยวนี้เชื่อกันว่าการตรวจพหุทางคลินิกสำคัญไม่น้อยกว่าหรือสำคัญกว่า.

หน้าที่กรรมการและนายสนาม เล็ก

สรรแต่ นักมวยที่ได้ฝึกหัดมา มีเวลาพอเพียง. ศึกษาถึงอาการต่างๆ ของโรค มีหมัดและเมฆหมัด. สังเกตตนนักมวยไว้. ถ้าคนไหนมีอาการขยับไปทางนั้น ก็ควรจะปรึกษาแพทย์ประจำสนามให้จัดการตรวจรักษาจนกระทั่งสังหยดการชก. กรรมการตัดสินบนเวทีควรจะทราบว่านักมวยที่โชเซชนเวทีไม่ได้มาเหล้าเสมอไป. นักมวย

ที่พอชนเวทีก็ถูกชกน็อกเอาต์, ก็ไม่ได้ล้มเสมอไป. นายสนามควรใช้นวมขนาด ๘ ถึง ๑๐ ออนซ์. ทางม้าที่บรรจุไว้จะต้องตรงไว้ด้วยตาแตกซ์. พื้นเวทีแทนที่จะใช้ผ้าใบควรใช้เอ็นโคโลดซ์, ซึ่งป้องกันการชกซ้ำเมื่อเวลาล้มได้มาก. ผงโรยบนควรใช้แคลเซียม คาร์บอเนต แทนยางสน ซึ่งมีอันตรายต่อตา. เมื่อเวลานักมวยล้ม, กรรมการจะต้องเข้าไปช้อนศีรษะไว้เพื่อป้องกันการศีรษะฟาดกับพื้น. พื้นและกรามควรจะต้องกันด้วยยางวินิลเรซิน, ซึ่งมีคุณภาพดีกว่ายางขึงกันชนิดอื่น.

หน้าที่ของนักมวย นักมวยส่วนมากมีอาชีพอื่นเป็นหลักฐาน, หันมาชกมวยเพราะใจรัก. รางวัลที่ได้รับน้อยมาก, ไม่พอแก่ค่ารักษา. เพราะเหตุนี้ในเมืองไทยส่วนมากได้รับการรักษาโดยปราศจากมูลค่า. นักมวยควรจะได้รับรางวัลให้พอเพียงสมกับที่ได้พลีร่างกายของตนเข้าไปแข่งขัน, และเพื่อจะให้ นักมวยได้อยู่ดีกินดี, มีสุขภาพและจิตภาพดี, ทำการฝึกฝนได้เต็มที่. หัวหน้านักมวยในฐานะที่เป็นอาจารย์, ควรจะมีใจรักศิษย์ของตนจริงๆ

(11) Bronstein, J.L., & Clarke, E. British Med. Journal, 2:1523, 1954.
(12) Kaplan & Browder J.A.M.A. 156:1138, 1954.



ควยคุมดแลสังสอนคิษย์ให้เคร่งครัด. เมื่อ
 ซ้อมก่อนจะชกก็ต้องซ้อมกันจริงๆ, มีหลัก
 มีระเบียบในการซ้อม. บนเวทีเมื่อเห็นคิษย์
 ของตนถูกชกล้มแล้วล้มอีก, ก็อย่าปล่อย
 ให้เนิ่นนานเกินไป, สมควรจะแพกให้ยอม
 แพ้เสีย, คิษย์จะไต่ไม่เสียคน.

หน้าที่ประชาชน ประชาชนผู้ควยคว
 เห็นในนักควยบ้าง. นักควยชนหนึ่งอาจ
 จะดำรงตำแหน่งนี้ไต่เมื่อ ๑๐ ปีที่แล้ว.
 เมื่อมีอายุเกิน ๓๐ ปีแล้วความทรหด, ความ
 ว่องไว, ความทนก็ไม่ใช่เหมือนก่อน. อีก
 ประการหนึ่งเมื่อไต่ชกนานๆแล้วมาเช็ด
 ให้ชกกันตำแหน่งก็เช่นธรรมดาอยู่เองที่
 นักควยผู้นั้นจะต้องเป็นฝ่ายแพ้ผู้ชกที่หนักกว่า.
 การลงประชกที่แก่ นักควยผู้นั้นด้วย
 ขวตนาต่างๆชนิดจึงเป็นการลงโทษที่หนัก
 เกินกว่านักควยผู้นั้นจะรับได้. นักควยที่
 ชนชกได้เพียงยกสองยกแล้วเกิดมีอาการ
 เซงเซ่ดๆเหมือนเมาเหล้า; อย่าให้ให้ลง
 เพราะคิดว่าเป็นเมาเหล้า. ควรจะให้กรรมการ
 ชชกก็คิดว่า, นักควยจะไต่ไม่โตมนัสเกิน
 ไป. ในทำนองเดียวกันนักควยผู้มออก
 พอชนเวทีประหมัดไต่ไม่คว้นาที่ถกชก
 ล้มก็ไม่ได้แสดงว่านักควยนั้นล้มควย. ทง

สองพวกมีโรคประจำกาย, และก็ไม่ใช่โรค
 เมาชู้.

ในที่สุดความเห็นของแพทย์ประจำ
 สนามในการตัดสินเกี่ยวกับสุขภาพของ
 นักควยควรจะเป็นความเห็นที่พึงปฏิบัติตาม,
 มากกว่าความเห็นของผู้มีอิทธิพลทั้งหลาย.

เอกสาร

1. T.A. Gonzales; J.A.M.A. 146: 1506-1511, 1951.
2. B.M. Vance: Arch. Surg. 61. 992-1006, 1950.
3. M. Critchley: Brit. Med. J. Feb.16, 1957.
4. Harrison S. Martland: J.A. M.A. 91:1103-1107, 1928.
5. C.B. Cassasa: Proc. New York Path Soc. 24:401, 1924.
6. W. Brandenburg: Virchows Arch. path. Anat 325:680, 1954.
7. J.L. Blonstein, E. Clarke: Brit. Med. J. Eeb. 16, 1957.
8. E.W. Busse, A.J. Silverman: J A.M.A. 149:1522-1525. 1952.
9. W. Penfield: Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis. 30:513-529, 1952.
10. J.P. Evans, R.L. McLaurin: Surg. Clin. N. Amer. 34:1077-1093, 1954.
11. J.L. Bronstein, E. Clarke: Brit. Med. J. 2:1523, 1954.
12. Kaplan, Browder: J.A.M.A. 156:1138, 1954.

บทความนิติเวชวิทยา

ใบรับรองแพทย์อนเบนเทจ

สงกรานต์ นียมเสน

W.M., B.M., Dr. Med. (Hamburg).

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: คาสตราจารย์ ชุนเกตุทัศน์วิทยาพยาธิ)



เอกสารรับรองในทางแพทย์, ออกให้
โดยผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง
สาขาเวชกรรม, ย่อมได้รับความเชื่อถือ
รับรองจากทางราชการ, ทางกฎหมาย,
และทางประชาชน. เมื่อแพทย์มสทธิ
ออกใบรับรองได้, ก็หมายความว่าผู้ประกอบ
กฎหมายที่จะต้องออกให้ด้วยความจริง. ถ้า
ออกให้ด้วยความเท็จก็มีความผิดถึง
ชั้นฉกษัตริย์, คือประมวลกฎหมายอาญา
มาตรา ๒๖๕, กับพระราชบัญญัติควบคุม
การประกอบโรคศิลป์อีกชั้นหนึ่ง.

ใบรับรองแพทย์ อาจออกให้ ได้หลาย
กรณี เช่น :

ก. เพื่อแสดงว่าร่างกายปรกติปราศ
จากโรค, เข้าราชการได้, หรือเข้า
ศึกษาได้.

ข. เพื่อแสดงว่าเจ็บป่วยทุพพลภาพ,
รับราชการต่อไปไม่ได้.

ค. เพื่อแสดงว่าป่วยเป็นโรคจิต, ได้
รับความยกเว้นตามประมวลกฎหมายอาญา
ม. ๖๕.

ง. เพื่อลาราชการเพราะป่วย.

จ. เพื่อแสดงว่าคงครมภ์, ควรได้
รับการยกเว้นหรือได้สิทธิพิเศษ, เช่นการ
คุมขัง, ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา
ความอาญา ม. ๒๔๖.

ฉ. เพื่อแสดงว่าฟังกดออก, ควรได้รับ
การยกเว้นหรือได้สิทธิพิเศษ, เช่นหยุดงาน
สามสิบวันภายหลังคลอดตาม พ.ร.บ. แรง
งาน.

ช. เพื่อแสดงอาการทุพพลภาพตาม
พ.ร.บ. แรงงาน.

ข. เพื่อแสดงว่าไร้ความสามารถหรือเหมือนไร้ความสามารถ, ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์.

ฎ. เพื่อแสดงว่าได้รับการขังกันโรค, เช่นฉีดยาขังกันอหิวาตกโรค, ปลูกฝี, ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ.

ฏ. เพื่อแสดงว่าได้รับการขังกันโรค, เช่นฉีดวัคซีนอหิวาตกโรค, ไข้รากสากน้อย, ปลูกฝี, ในกรณีไปต่างประเทศ.

จ. เพื่อแสดงว่าร่างกายปรกติ, สำหรับริบประณชีวิต.

ช. เพื่อบรรองเหตุตาย, หรือทวารกตอตกตายในครรภ์, ตาม พ.ร.บ. ทะเบียนราษฎร, และอื่น ๆ.

เป็นที่น่าสลดใจอย่างยิ่งที่แพทย์บางท่านได้มีเจตนาทุจริต, ออกใบรับรองอันเป็นที่อันเป็นการฝ่าฝืนต่อกฎหมายและมารยาทแพทย์. บางรายออกให้โดยไม่มีเจตนาทุจริต, เพียงแต่เสียอื้อนชวนเพื่อนไม่ได้, เช่นเพื่อนแต่งงานไปเที่ยว, แล้วมาขอรองให้แพทย์เพื่อน กันออกใบรับรองว่าช่วย, โดยให้คำรับรองว่า "ไม่เป็นไร. นายเขาไม่เอาเรื่อง. ขอให้มิใบรับรองก็แล้วกัน." แพทย์ผู้นั้นอดไม่ได้ให้ไป, แล้วก็เกิดเรื่อง.

ความผิดทางอาญา ประมวลกฎหมาย

หมายอาญา มาตรา ๒๖๕ ได้บัญญัติความผิดไว้ โดยเฉพาะและหนักกว่าสามัญชน, เพราะถือว่าใบรับรองมีความสำคัญมาก.

"มาตรา ๒๖๕. ผู้ใดในการประกอบกรงานในวิชาแพทย์, กฎหมาย, ขันยชี, หรือวิชาอื่นใด, ทำการรับรองเป็นเอกสารอันเป็นที่, โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี, หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.

ผู้ใดโดยทุจริตใช้หรืออ้างการรับรองอันเกิดจากการกระทำผิดตามวรรคแรก, ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน."

ตามมาตรานี้ถือหลักเจตนาเป็นสำคัญ. ถ้าไม่เจตนา, เช่นผู้ช่วยเป็นโรค, แต่แพทย์ ตรวจไม่พบเพราะหย่อนความสามารถ, หากเป็นความผิดตามมาตราอื่นไม่. อนึ่งกฎหมายยังลงโทษผู้ใช้ไว้ด้วยโทษหนักเท่ากัน. ตกกลงทั้งแพทย์และผู้ช่วยมีความผิดทั้งคู่.

ความผิดทางมารยาท นอกจาก

ความผิดทางอาญาแล้ว, แพทย์ผู้นั้นยังต้องพบข้อหาของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ในฐานะผิดมารยาทแพทย์,

คือผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมการประ-
กอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๕ กฎกระทรวง
ฉบับที่ ๓ หมวด ๔ ว่าด้วยมารยาทแห่ง
วิชาชีพ ข้อ ๒๕. อาจถูกลงโทษพักหรือ
เพิกถอนใบประกอบโรคศิลปะ.

“ข้อ ๒๕ ผู้ประกอบโรคศิลปะทุกสาขา
ต้องรักษามารยาทแห่งวิชาชีพ, โดยไม่
ประพฤติ, หรือกระทำการใด ๆ อันอาจ
เป็นเหตุเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
ของตน, และต้องไม่ประพฤติหรือทำการ
ดังต่อไปนี้ :

๑. โฆษณา, ไซ้, จ้าง, หรือยิน
ยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบโรคศิลปะ,
ความรู้, หรือความสามารถของตนไม่ว่า
ด้วยประการใด ๆ.

๒. ติกของเมา, หรือยาเสพติดให้
โทษ, จนหย่อนความสามารถในหน้าที่.

๓. ไซ้หรือช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้น
ทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรค
ศิลปะ, ให้ประกอบโรคศิลปะ.

๔. ออกใบสำคัญรับรองอันเป็น
ความเท็จ, โดยตั้งใจหรือให้ความเห็นอัน
ไม่สุจริตในเรื่องใดซึ่งเกี่ยวแก่วิชาชีพของ
ตน.

๕. ประกอบโรคศิลปะในทางสาธารณะ
หรือสถานที่สาธารณะ, เว้นแต่ในเหตุฉก
ฉวยในการประชุมพยาบาล, หรือในการปฏิบัติ
หน้าที่การงานของรัฐบาล, เทศบาล, หรือ
สภาเทศบาลไทย.”

การส่งเงินค่าบำรุง

- ๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชัคเงิน
- ๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
- ๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน



บทบรรณาธิการ

การเขียนบทความวิชาการ

การคิดค้นศัพท์วิชาการเป็นข้อหนึ่งที่
อาจารย์ทุกคนควรสนใจ. อาจารย์มหนัก
ให้ความรู้และความเข้าใจแก่ศิษย์. การ
จะทำใ้เกิดศัพท์ด้วยภาษาของตนเอง, เพราะ
เป็นหลักธรรมดาว่าคนทั่วไปคิดนึกและเข้าใจ
ได้ซาบซึ้งที่สุดด้วยภาษาของตน. ใน
ปัจจุบันคนไทย, พม่า, อินเดียและคนใน
ประเทศอื่น ๆ ในหลายภาคของโลกมีความ
กังวลในเรื่องศัพท์วิชาการเป็นอย่างมาก,
เนื่องด้วยมีความพยายามที่จะเลิกใช้ภาษา
ต่างประเทศในการสอนและการตีพิมพ์เผยแพร่.
ประเทศเราเองก็เคยมีคนเรื่องนี้มากกว่า
สิบปีแล้ว, แต่การตั้งศัพท์ใหม่ยังได้ผล
ไม่มากนัก. ในระหว่างนครและอาจารย์ทั้งหลาย
ต้องหาทางออกโดยการสอนด้วย
ภาษาไทยปนภาษาฝรั่งเป็นส่วนมาก. แต่
เมื่อถึงคราวเขียนบทความหรือคำสอนเพื่อ
ตีพิมพ์, ก็มองเห็นความไม่เหมาะสมหลาย
อย่างในการทับศัพท์ฝรั่งด้วยคำไทยคาย
ไปบนหน้าหนังสือ. ทางแก้ไขข้อนี้
หนึ่งคือการเขียนศัพท์ต่างประเทศด้วย

อักษรไทย. บทความเสนอหลักบางประการ
ของการเขียนศัพท์ต่าง ๆ มาในสารคดีวิชา
ใช้และปรับปรุงอยู่เรื่อย ๆ มาในสารคดีวิชา
ตลอดเวลาสิบปีที่ผ่านมาไปแล้ว. การใช้
กล่าววนกระทำในฐานะเป็นการทดลองเพื่อ
ว่าท่านสมาชิกจะตอบรับวิธีใช้อย่างไร.
เราทำได้ค่อย ๆ เสนอวิธีแปลก ๆ ออกมาทีละ
เล็กทีละน้อย, เพราะต้องการให้ท่านผู้อ่าน
ยังเกิดความสนใจและเข้าใจเอาเองโดยไม่ต้อง
ออกแถลงการณ์หรือคำอธิบาย. ยังมี
ข้อคิดบางประการที่ยังไม่ได้นำออกมาใช้,
เพราะเกรงว่าอาจถูกบางท่านเห็นว่า
นอกครหรือต่งคนเป็นคำสดา. แต่เพราะ
ความต้องการศัพท์วิชาการยังมีอยู่และเรา
มีความประสงค์ที่จะช่วยให้ผู้อ่านแสดงความ
เห็นออกมาบ้างเพื่อช่วยกันสร้างภาษาวิชา
การของเรา, จึงขอเสนอความคิดและหลัก
การเขียนศัพท์ที่ไว้, ในบทความ
ความ.

การเขียนศัพท์ต่างประเทศด้วย
อักษรไทยได้กระทำมานานแล้ว. เรา

เคยมีคำใหม่ๆ เช่น “สะเทชั่น”, “สีกเรทาร์”, “เกาเวรนา”, ใ้ใช้มาก่อนที่จะหาคำไทยที่ เหมาะกับ ความหมาย ที่ต้องการได้. การเขียนทับศัพท์มาจประสงคอยู่ ๒ ข้อ. ข้อแรกคือต้องการให้รู้ได้ว่าคำนั้น ๆ หมายความว่าอะไรในภาษาเดิม. ข้อที่สองคือพยายามให้ทราบด้วยว่าคำในภาษาเดิมนั้นสะกดอย่างไร. ความประสงค์ข้อแรกย่อมสำเร็จในคำแทบทุกคำ. แต่ข้อหลังนั้นปรากฏในบางคำเท่านั้น. ตัวอย่างของการเขียนเพื่อให้ทราบถึงการสะกดด้วยได้แก่คำเช่น “ฟคยอล”, “ลิตร”, “เมทร” “ไฮเคิล”, ซึ่งถ้าเขียนเพื่อเอาสำเนียงอย่างเดียวกันน่าจะเขียน “ฟคยอน”, “ลิต”, “เมค”, และ “ไฮเคิน”. ผู้เขียนมีความเห็นว่าสำหรับภาษาวิชาการ ควรเอาใจใส่ข้อทั้งสองมากเป็นพิเศษ, เพราะคำที่ใช้ไม่ใ้คำสามัญ. แม้ชาวต่างประเทศเองถ้าไม่ใ้เรียนวิชาเฉพาะก็เขียนไม่ถูก. ความยากน ย่อม จะ มาก ขึ้น อีก สำหรับ คนไทย. อนึ่งแพทย์มัก มีความจำเป็นที่จะ ต้องเขียนบทความ วิชาการ เป็น ภาษา ต่าง ประเทศ. ถ้าหากวิเขียน ทับศัพท์ช่วยให้ทราบย้อนหลังไปถึงการสะกดตัวในภาษาเดิมได้ด้วยก็จะเป็นประโยชน์มากชน, และจะมีประโยชน์

เป็นพิเศษสำหรับนักเรียนซึ่งต้องใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ. การเขียนทับศัพท์ในสารคดีวิชาส ไ้เพ่งเล็ง ประโยชน์ข้อหลังน ด้วย เสมอ มา และมิควรเขียน ท อาจ แปลกนย่นตาสำหรับ ท่านสมาชิก อยู่นหลายข้อ. ตัวอย่างเช่นคำ “protein” โดยมากเขียนกันว่า “โปรตีน” หรือ “โปรทิน”. เราเคยเห็นนักเรียนเขียนกันว่า “protine”. หรือ “protien”, จึงใ้คิดทดลองใ้ “โปรเทอีน”, ซึ่งถ้าอ่านเร็วๆ ก็มี สำเนียงคล้าย “โปรทิน” แต่อาจช่วยให้ นกถึงการสะกดตัว ในภาษาอังกฤษใ้ด้วย. “Miosis” กับ “myositis” ถ้าเขียน “ไมโอสิส” กับ “ไมโอไซติส” คงจะไม่ช่วยให้เขียนคำเดิมใ้ถูกต้องเหมือนกับถ้าจะเขียนว่า “ไมโอสิส” กับ “มายโอไซติส”. โดยทำนองเดียวกัน “ทัยโรซีน” กับ “ธัยร็อกซีน” ช่วยให้ทราบว่าคำแรกสะกดด้วยตัว “t” ส่วนคำหลังสะกดด้วย “th”. ถ้าจะเขียนเพื่อเอาสำเนียงแต่อย่างใดก็คงไม่สามารถจะแยกแยะระหว่างคำ “cholic” กับ “colic” ได้, เพราะทั้งสองคำมีเสียงเป็น “โคลิก”. แต่ถ้าเขียน “โหมลิก” กับ “โคลิก” ก็พยริใ้ว่าหมายถึงคำไหน.



การเขียนอย่างหนึ่ง ที่ผู้เขียน ไกลงเล
 ย่นนานก่อนที่จะไถลออกมาออกใช้, คือการ
 ทบคัพททมอักษร “y” ออกสำเนียงเป็น
 สระ “อ”. ผู้เขียนเห็นว่าสมควรใช้ “ซิป
 ฟิลิส” เพื่อให้รู้ว่าไม่ใช่ “siphilis”
 และ “ซียนแตกคยลย” เพื่อไม่ให้สกด
 ผิดเป็น “sindactili”. วิธีที่เสนอนั้นมีข้อเสีย
 สำคัญคือทำให้อ่าน ยาก และ ผู้ที่ไม่รู้คำ
 ภาษา อังกฤษ ที่ ตรง กัน นั้น อาจ จะ อ่าน ไม่
 ออกก็ได้. แต่ที่ไถลออกใช้มากเพราะเห็น
 ว่าคน ที่อ่าน หนังสือ วิชา การ แพทย์ ย่อมรู้
 ภาษาอังกฤษอยู่พอสมควรแล้ว, เมื่อเห็น
 การสะกดที่ แปลกตา แม้จะต้อง หยิบ ชะงัก
 เพื่อดึงคำภาษาอังกฤษ, ก็คงไม่ถึงกับ
 อ่านไม่ออกหรือหนักไม่ออกกว่าคำภาษาอังกฤษ
 ที่ตรงกันนั้นเช่นอย่างไร. เหตุผลออกข้อ
 หนังสือ ไม่ได ใช้วิธีอื่นก็ เพราะ เรายังนึกวิธี
 อะไรที่เหมาะสมกว่าวิธีนี้ไม่ได้. หวังว่าบทความ
 ความนี้จะ กระตุ้น ให้ผู้ อนุโลมคิด และเสนอ
 วิธีที่ดีกว่าขึ้นในข้อข้าง.

การเขียนแปลก ๆ ซงยังไม่กล้าลงใช้
 ในขณะนี้แต่แก่การเขียนแทนอักษร “ch”
 และ “sh”. ถ้าเอาสำเนียงใกล้เคียงทั้ง
 สองอย่างก็คล้ายตัว “ช” มาก. เคยมีผู้
 ใช้ตัว “จ” สำหรับ “ch” และตัว “ษ”
 สำหรับ “sh”. แต่ถ้าใช้ทั่วไปคงจะแปลก

มากจนอ่านหรือฟังไม่ออก, เช่นเขียน
 “เจอร์จิล” หรือ “ษ็อค” เป็นต้น. ครน
 จะใช้ตัว “ช” สำหรับทั้งสองอย่างก็ทำให้
 เขียนภาษาอังกฤษผิดบ่อย ๆ. ผู้เขียนเห็น
 ว่าอักษร “ฉ” นั้นเราเกือบไม่ได้ใช้เลย.
 ถ้าหากจะนำมาใช้เป็นตัวแทนของ “sh”
 ก็น่าจะไต่ประโยชน์. แต่ที่ยังไม่ไถลออกใช้
 จนยากก็เพราะความเกรงเกรงกลัวแล้ว.

อักษร อังกฤษ บาง ตัว มีการ ออก เสียง
 เปลี่ยนไปตามตำแหน่งหรือหน้าที่หรือความ
 เคยชิน. เช่นตัว “t” อาจคล้าย “ด”
 หรือ “ท”, และตัว “p” อาจคล้าย “ป”
 หรือ “ฟ”. ขอนทำให้มีการเขียนต่างกัน
 เป็น ๒ แบบ, เช่น “สะเปเชยล” กับ
 “สะเพเชยล”, “อะซีโคสิส”. กับ “อะสิ
 โคสิส”. ถึงแม้จะรู้ว่าเป็นคำเดียวกัน, แต่
 ก็ทำให้ไม่สม่ำเสมอ. บางทีคนเขียนคน
 เดียวกันก็สะกดต่างกันในแต่ละแห่ง. เรา
 ยังไม่สามารถหา หลัก อะไรที่จะยก สำหรับ
 การจะเลือกใช้อักษรตัวไหน. โดยมากยึด
 เอา สำเนียง ภาษา อังกฤษ ที่ ใกล้เคียง เป็น
 หลัก. เข้าใจว่าหากจะเลือกใช้แต่เฉพาะ
 อักษรตัวใดตัวหนึ่งอาจได้ผลที่ไม่น่าพอใจ
 ได้, เช่น “โปคัสเสียม” หรือ “อาโคร
 มาเสียม”, เป็นต้น. แต่สำหรับตัว “s” ที่
 เป็นตัวสะกดคนเราเห็นว่าต้องใช้ตัว “ส”

เสมอและไม่ใช้ตัว “ช”, เพราะในภาษาไทยเวลานี้ไม่มีใช้ตัว “ช” เป็นตัวสะกดเลย. ผู้ที่รู้แต่หนังสือไทยอย่างเดียวคงจะอ่านคำ “เซซเซ่นเซยล” ออกเฉพาะสองพยางค์หลังเท่านั้น. ถ้าเขียน “เอสเซ่นเซยล” คงจะพออ่านได้.

ในภาษาอังกฤษมีการออกเสียงตัวสะกดโยงไปถึงพยางค์ที่ตามหลังมาด้วย, เช่น “แคปซิลลารี”, “นิโคติน”, “ไฟบริโนเจน”, “เพนนิซิลลิน” เป็นต้น. ถ้าจะเขียนให้ใกล้เคียงเหมือนภาษาอังกฤษก็ต้องใช้อักษรเกินกว่าที่มีอยู่ในคำเดิม. ถ้าจะใช้อักษรเท่ากัน การออกเสียงก็ไม่ตรง. ขอนเห็นว่าจำต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง. เราเลือกเอาข้างสะกดถูก, เพราะเคยพบคนเขียน “cappillary”, “nicotine”, “fibrinogen”, “penicillin” บ่อยๆ, ก็เพราะเห็นว่าแม่จะเขียน “แคปซิลลารี”, “นิโคติน”, “ไฟบริโนเจน”, “เพนนิซิลลิน”, ผู้ที่รู้ภาษาอังกฤษก็คงอ่านได้ถูกต้องขยันทนเอง.

ขอควรระวังข้อหนึ่ง คือในการเขียนทับศัพท์ต้องพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้คำที่เขียนใหม่นั้นไปเหมือนทับคำไทยซึ่งมีสำเนียงคล้ายกัน, แต่ความหมายคนละอย่าง. ผู้เขียนใช้วิธีสะกดอย่างอื่น, ใช้เสียงอื่น,

หรือทำให้เสียงสั้นเข้า. ตัวอย่างเช่นแทน “ไกลโคเจน” ใช้ “กลัยโคเจน”, แทน “คาร์บอก” ใช้ “คาโรค”, แทน “เอซิคเมย์” ใช้ “เอซิทเมย์”, เป็นต้น. โดยทำนองเดียวกัน “ไนโตรเจน” เหมาะกว่า “ไนโตรเย่น”, และ “ออกซิจีน” เหมาะกว่า “ออกซีเย่น”, “เมตาโคน”, เหมาะกว่า “มีตาโคน”. ในเรื่องนี้ไม่ได้มีประโยชน์มากเพื่อจะให้ทราบว่าไม่ใช่ภาษาไทย, เช่น “โคลลอน” ไม่ใช่ “โคลอน”, และบางครั้งก็ช่วยให้อ่านออกเสียงได้ถูกต้อง, เช่น “จรัมบิ้น”, ไม่ใช่ “จรัมบิ้น”.

มีเสียงภาษาอังกฤษบางเสียง ซึ่งเขียนด้วยอักษรไทยได้เพียงใกล้เคียง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสียง ทม การกลาของสระสองสระ, ซึ่งคนไทยเรามักออกเสียงตามแบบของเรา. ตัวอย่างเช่น “ium” เราออกเสียงเป็น “เอียม” แทนที่จะเป็น “อีม”, และ “ia” เราออกเสียงเป็น “เอีย” แทนที่จะเป็น “อียา”. โดยมากเราใช้ “เอชิลเลียม” แทนที่จะใช้ “เอชิลลิม”, “อะนเมย์” แทน “อะนมีอา”. การใช้อย่างหลังอาจถูกต้องกว่า, แต่เห็นว่าจะเป็นการยากและอาจไม่มีผู้นิยม. ถ้าเราไม่แสดงไปว่า “เลียม” และ “เมย์”



ในทั้งสองนเช่นคำไทย, ก็คงจะไม่มี ความยุ่งยากอะไรนัก.

ในการเขียน ทัณฑ์พทเราพยายาม ที่จะ เขียนให้ใกล้เคียงใกล้เคียงภาษาเดิมมากที่สุดเท่าที่จะได้. แต่บางครั้งก็จำต้องงดการ ที่เคย ปฏิบัติกัน มาและ ความชินหู อยู่ด้วย. ถ้าจะยกให้เสียงถูกต้องแต่อย่างเดียวย่างที่ ก็เกิดความฉงนหรือขัดหู. ตัวอย่างเช่นถ้า จะเขียน “โพทส์เซียม” แทน “โปแตส-เซียม”, หรือ “แอนเมียม” แทน “อะนิเมียม” ก็คงได้ผลซึ่งไม่เป็นที่พอใจผู้อ่าน, แม้จะได้ใกล้เคียงถูกต้องกว่าก็ตาม. เหตุผล ขอนทำให้จำต้องปล่อยการเขียนคำบางคำ ไปอย่างที่เคยใช้กันมาแล้วแต่เวลานานมาแล้ว, และถ้าจำเป็นก็ค่อยๆ ลองเปลี่ยนทีละชนๆ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบ กระเทือนแรงเกินไป.

ในขณะนี้เรายังไม่สามารถจัดตัวอักษร ไทยให้ใช้แทนอักษรอังกฤษ เป็นการตายตัว เฉพาะอักษรใด. ยังมีอักษรหลายตัวที่ต้อง ใช้อักษรไทยแทนมากกว่าหนึ่งตัว, แล้ว แต่สำเนียงของอักษรนั้นๆ ในคำที่ต้องการ ใช้. นอกจากตัว “t” และ “p” ที่กล่าว แล้ว, ตัว “c” อาจเป็น “ช” หรือ “ค”, ตัว “g” อาจเป็น “ก” หรือ “จ”, ตัว “h” อาจเป็น “ห” หรือ “ฮ” และตัว “j” อาจเป็น “จ” หรือ “ย”. สำหรับ

สระก็มีความยุ่งยากทำนองเดียวกัน, แต่ ได้พยายาม จำกัดการ เขียน ทัณฑ์พทลง ให้ เหลือเท่าที่จำเป็นเพื่อความไม่แน่นอนมี น้อยลง. กล่าวคือสำหรับอักษร “a” ใช้ “อะ” หรือ “อา” หรือ “เอ”, หรือ “แอะ”, สำหรับอักษร “e” ใช้เฉพาะ “เอ” หรือ “อี”, สำหรับอักษร “i” ใช้ เฉพาะ “อิ” หรือ “ไอ”, สำหรับ “o” ใช้ “โอ” หรือ “ออ”, สำหรับ “u” ใช้ “อู”, “อุ” หรือ “อู”. ตามหลักทวาง วิชา ความสับสน ที่อาจเกิดได้ จึง เหลือแต่ เพียงระหว่างอักษร “a” กับ “e” เมื่อมี เสียง “เอ”, กับ ระหว่างอักษร “a” กับ “u” เมื่อมีเสียง “อะ” เท่านั้น. ถ้าเห็น อักษรไทยสะกดสำเนียง “อิ” ก็รู้ว่าอักษร อังกฤษใช้ตัว “e”. ถ้าเห็นสำเนียง “อี” ก็รู้ว่าใช้แทนอักษร “i”. มีข้อยกเว้นอยู่ เฉพาะสำหรับ “ai”, “ei”, “ia”, และ “ea”, ยังไม่ได้วางหลักเกณฑ์เฉพาะไว้, จำต้องใช้ “ไอ” และ “เอีย” อย่างที่เคย ใช้กันมา. ถ้าหากจะเสียงใช้ “อาอิ”, “เออิ”, “อีอา” และ “อีอา” โดยไม่ เกรงว่าจะก่อความรำคาญให้แก่ผู้อ่าน, ก็ อาจเป็น การ ก้าว หนา ใกล้จุดหมาย ชนอีก ก้าวหนึ่ง.

ในการเขียน ทัณฑ์พทภาษา อังกฤษด้วย

อักษรไทยมีข้อยากอยู่อีก, คือการเน้น พยางค์และการออกเสียงสูงต่ำตามหลัก ภาษาอังกฤษ. ทั้งสองข้อนี้เราพยายามที่จะ ักออกให้เสียเลย, โดยถือว่าเป็นเรื่องของ ภาษาอังกฤษ และไม่ใช่ของ ภาษาไทย. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับเสียงสูงต่ำใน พยางค์ท้ายเราพยายามที่จะเขียนให้เห็น เสียงกลาง ๆ, เช่นเขียน “มัลติโลยาร์”, “อินทราเนทล์”, “ลิกามেন্ট” แทนที่จะ เขียน “มัลติโลยาร์”, “อินทราเนทล์”, “ลิกามেন্ট”. ถึงแม้ว่าการเขียนแบบข้าง ั้นอาจจะไม่ได้สำเนียง คล้ายภาษาอังกฤษ มากเท่าแบบข้างท้าย, ผู้ที่รู้ภาษาอังกฤษ ก็ย่อมอ่านออกเสียงได้ถูกต้องอยู่เอง. ถึงแม้ว่า จะออกเสียงตรงไปตาม การ สะกด, ก็คงจะไม่ใช่ความผิดร้ายแรงอะไรนัก, ถ้า เราถือเสียว่าคำนั้น ๆ เป็นคำภาษาไทย. เราเคย ได้ฟังอาจารย์ ผู้หนึ่ง ซึ่งศึกษาวิชา ที่ประเทศ อังกฤษ อยู่เป็น เวลา สิบกว่าปี และ ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษดีมาก, บรรยายในที่ประชุมด้วยคำว่า “มีเคียม”, “โซเคียม” และคำอื่นๆ ในทำนองเดียวกัน, ก็มีใคร สักว่าเป็นการ ขวางหูแต่อย่างใด, กลับรู้สึกยินดีที่ท่านจะให้คำ เหล่านี้กลายเป็น คำภาษาไทย. อย่างไรก็ตาม, บางครั้ง จำต้องใช้วิธีระมัดระวังประกอบ, เพื่อบอกให้

ปนกับคำภาษาไทย, เช่นต้องเขียนว่า “โคมา”, ไม่ใช่ “โคม่า” เป็นต้น.

อาศัย เหตุผลว่า แม้การ เขียนทับศัพท์ ด้วยอักษรไทยจะไม่สามารถให้เสียงซึ่งตรงกับ คำภาษาเดิมได้อย่างแท้จริง, ผู้ที่รู้ภาษานั้นย่อมยอมเข้าใจได้ว่าหมาย ความถึงคำใด และยอม สามารถอ่าน ออกเสียง ให้ตรงกับ ภาษาเดิมได้, ถ้าหากถือว่าข้อนี้เป็นข้อ สำคัญ, เราจึงเสนอการเขียน “เมตะบอลิซึม”, “คะตะบอลิซึม”, และ “ปริสซึม”, แทน “เมตะบอลิซิม”, “คะตะบอลิสิซิม”, และ “ปริสซิม” ดังที่บางท่าน นิยมใช้อยู่. เราเชื่อว่าผู้ที่รู้คำอังกฤษคง อ่านคำที่ถูกต้องอย่างไวแน่นอนได้ถูกต้อง. ความจริงแม้จะเขียนให้อ่านได้เสียงเป็น “อิซิม”, “อิซิม” หรือ “อิสิม” ผู้ที่ไม่รู้คำเดิมก็ คงอ่านออกเสียงไม่ถูกต้องแน่นอน.

นอกจากที่โดยกชน ชาวอักษรไทยที่ใช้ เขียนแทนอักษรอังกฤษ ในสารคดีวิชาสักเขียน ตามที่ใช้นั้นอยู่โดยทั่วไป. เราเห็นสมควรเน้นเฉพาะตัว “v” ซึ่งเขียนแทน ด้วย “ฟว” และไม่ใช่ “ว”. ทั้งนี้เพราะ นักเรียนไทยส่วน มากออกเสียงตัว “v” เหมือนกับตัว “w”, มีความโน้มเอียงที่จะ สะกดภาษาอังกฤษผิดอยู่แล้ว. ถ้าไม่ช่วย เตือนไว้บ้างโดยการเขียนให้แตกต่างกันไว้,



ความผิดก็คงเกิดขึ้น.

ผู้เขียนเข้าใจว่าแม้จะมีการตั้งศัพท์เพิ่มขึ้นในกาลต่อไป, ก็คงจะมีคำออกไม่น้อยที่จะต้องใช้รูปศัพท์. แม้ในตอนแรกๆ อาจมีผู้นิยมภาษาบริสุทธิ์ไม่ค่อยชอบคำเหล่านี้เพราะเห็นว่าเป็นคำเทศก์ไม่ใช่, คำไทยก็ไม่เชิง, แต่เมื่อใช้บ่อยๆ เขาก็ชินหูชินตา, ลดความรังเกียจลงเรื่อยๆ. ใน

เวลานี้สมควรคำศัพท์เหล่านี้จะกลายเป็นคำไทยใหม่ไปเช่นเดียวกับคำต่างๆ ที่เราใช้อยู่เป็นประจำในขณะนี้มีรากฐานเดิมมาจากภาษาแขก, จีน, มลายู, หรือฝรั่ง. การใช้คำศัพท์เช่นวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์. แม้จะไม่ดีเท่าการตั้งศัพท์ขึ้นใหม่เลยก็แล้ว, แต่ก็ควรถือว่าเป็นวิธีที่ใช้ไปพลางก่อนได้.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ชำระเงินค่าบำรุง
 ๓. บอกรับเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., กิตติ กะฉิมพะเหติ พ.บ.
เกษียร ภักดานนท์ พ.บ., จันทรเกษม โพธิ์ทนต์ พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.
วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., ยศวรี สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑. Marion S. Tuszewski เทคนิคผ่า
หลอดเลือดอย่างง่าย. J.A.M.A. 167:
572-573, 1958.

ผู้รายงานได้แนะนำวิธีใหม่ในการผ่า
หลอดเลือดดำเพื่อสอดใส่หลอดโพลีเอทิลีน
สำหรับฉกฉวย. วัตถุประสงค์ของการผ่าหลอดเลือด
ตามยาวแทนตามขวาง, และไม่ต้องมี
หลอดเลือดทางส่วนต้นด้วย. การผ่าตาม
ขวาง ทำให้แผล แยกด้วย ความ แข็ง ของ
หลอดที่ใช้ใส่, และตัวหลอดเองก็จะงอตรง
ทางเข้าแผลของหลอดเลือด ที่แยกเองทำ
ให้ไม่คับพอคและเลือดไหลออกมาได้. แต่
การผ่าตามยาวทำให้หลอดที่ใช้แนบติดอยู่
กับปากแผล. ผิวหนังก็ไม่แยกและหลอดก็
ไม่งอ. ส่วนของหลอดที่ใช้จะกดหลอดเลือด
ส่วนต้นประกอบกับการพันแผล ให้แน่นก็จะ
ห้ามเลือดเองได้ โดยไม่ต้องผูก. ข้อดีข้อ
อื่น ก็คือ มี เนื้อ สำหรับ ทำตาม แนว ของ
หลอดเลือดมาก. อันตรายต่อหลอดเลือด

น้อยลง. การกดหลอดเลือดซาก็จะไม่เกิด
ขึ้น. เมื่อไม่ได้มีหลอดเลือดก็ไม่จำเป็นต้อง
ใส่อยู่นานเพื่อเขี่ยหลอดเลือดไว้, เพราะ
อาจจะใส่หลอดโดยทางเดิม ออกก็ไ้เมื่อจะ
ใช้, และอันตรายของการอุดตันและการติดเชื้อ
เชือกน้อยลง.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๒. S.J. Sortus, S. Ginsberg: มัยกซติ-
มาโคมา รักษาหายด้วย ไทรไอโอ โคทัยโร
นิน. Postgrad. Med. J. 34:443-445,
1958.

ระยะท้ายของมัยกซติมาจนเกิดอาการ
หมดสติเป็นภาวะที่พบได้ยาก. ผู้เขียนได้
รายงานผู้ป่วยซึ่งเป็นมัยกซติมาจนมีอาการ
หมดสติ, รักษาเป็นผลสำเร็จด้วย ไทรไอโอ
โคทัยโรนิน.

รายงานผู้ย่อ: ผู้ป่วยหญิงอายุ ๖๕
ปี, เข้ารับการรักษาใน ร.พ. ด้วยอาการ



หมดสติ. มีประวัติว่ารู้สึกหนาวง่ายมาหลายปี, หน้าขาวมา ๑ ปี, ไม่ค่อยมีแรง, หุดหงิด, ง่วงนอนจนปลุกไม่ตื่น. ซีพีพร ๕๒/นาที, อุณหภูมิ ๙๖ ฟ., ความดันเลือด ๑๖๐/๑๐๐ มม.ปรอท. โปแลสเทอรอลในเลือด ๖๔๕ มก. ๒๕. ซีบีถ่าย ๑๗ คีโตะสเตอร์รอยด์ ๓.๑ มก./๒๕ ชม. ได้ให้การรักษาโดยกรอกด้วยไทรไอโอไคทีย์โรนิน ๑๐๐ ไมโครกรัม. ผู้ป่วยค่อยรู้สึกตัว ต่อไปให้ ๔๐ ไมโครกรัม, อาการดีขึ้น (บี. เอ็ม. อาร์. ลย ๒๕ ๒๕. ภายหลังรักษา ๑๐ วัน). หลังจากรักษาได้ ๒๐ วันผู้ป่วยถึงถึงแก่กรรมด้วยหัวใจล้ม.

ผู้รายงานได้แนะนำการรักษาว่าต้องแยกจากฮัยโปซีตารีสม. มักมีประวัติเลือดออกภายหลังคลอด, แล้วตามด้วยการขาดประจำเดือน, ความรู้สึกทางเพศลดลง.

การรักษาควรให้ความอบอุ่นและไทรไอโอไคทีย์โรนินซึ่งให้ผลเร็วกว่าฮัยรอกซีน. ถ้าให้ ๑,๐๐๐ ไมโครกรัมฉีดเข้าหลอดเลือดจะทำให้ บี. เอ็ม. อาร์. เพิ่มขึ้นใน ๗ ชม. ถ้าให้มากและเร็วอาจเกิดโรคแทรกทางหัวใจได้. (แต่ในรายงานตายโดยโคโรนารีรั่วรอมโบลิส).

ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงทางต่อมไร้ท่อ

อันร่วมด้วย, โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางเกลือแร่และน้ำตาล, การให้คอร์ติโซนและกลูโคสจะช่วยให้มาก.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๓. P. Rentscheik: ยาซัลโฟนาไมด์ชนิดใหม่. Schw. Med. 88: 362-368, 1958.

แอนติไบโอติกใช้ฆ่าเชื้อโรคไม่ไคลเซลล์มือไป. โดยเฉพาะเกี่ยวกับปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, โคลิยาซีส, ยาพวกซัลโฟนาไมด์ยังใช้รักษาอยู่, แต่ต้องรับประทานวันละ ๑๐-๑๒ เมก (๕-๖ กรัม) ซึ่งไม่สะดวกและแก้ไขได้โดยใช้ซัลโฟนาไมด์ใหม่ที่ออกฤทธิ์นานเช่นซัลฟาเมธิลซัลฟิพริคาซิน (Lederkyn) และซัลฟาเฟนิลสัลฟิราโซล (Orisol). ยาประเภทนี้ใช้ในขนาดน้อย, ๑-๒ กรัมในวันแรก, ต่อไป ๐.๕-๑ กรัม. ซัลโฟนาไมด์ทั้งสองอย่างดังกล่าวมานี้มีคุณสมบัติที่น่าสนใจ, คือละลายได้ง่ายในปัสสาวะ, ถูกซึมได้ดีทางลำไส้, ซีบีถ่ายทางไตช้า, และกระจายไปในร่างกายได้ง่าย, มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียได้เท่ากับซัลฟาไดอะซีน, และแรงกว่าซัลโฟนาไมด์ชนิดอื่น.

จากการทดลองใช้ผู้ป่วย ๑๐๐ ราย พบว่าได้ผลดีต่อการ ติคเซอในทางเคมิส-สวาระ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๔. R.A. Lacaille, A. Pigot: การทดลอง วิชาการติคเซอในเนอออน ๆ ด้วยสเตรป โทมัยซินแพนโทอีนเท. Am. J. Surg. 95: 963-966, 1958.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้สเตรปโทมัย-ซินแพนโทอีนเท (ไคโคโรทีเนท) รักษา ผู้ป่วย ๑๑๖ รายที่มีการติคเซอของเนอ ออน ๆ. ผู้ป่วยบางรายได้เข้ารับการรักษา ใน ร.พ. ส่วนมากเป็นผู้ป่วยนอก. ใช้ สเตรปโทมัยซินแพนโทอีนเท อย่างเดียว. หรือร่วมกับเพนซิลลิน, ได้ผลดีมากทุก ราย. พิษและผลแทรกซ้อนของยาไม่มี เลย. การใช้แอนติไบโอติกทำให้ผู้ป่วยที่ ต้องรับการผ่าตัดน้อยลง, และเซอโรคท แยกออกมาได้ก็มีความไวต่อสเตรปโทมัย ซินแพนโทอีนเทมากกว่าสเตรป โทมัยซิน ซัลเฟต. โอกาสที่เซอจะทนต่อสเตรป โทมัยซินน้อยลง. ดังนั้นยาใหม่จึงมีประ โยชน์วิชาการติคเซอของเนอออน ๆ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๕. N.E. William: กลุ่มอาการนั โพรสิส เกิดภายหลังทางผงปรอท. Lancet 2: 602, 1958.

เกลอปรอทเป็นอันตรายต่อประสาท และไต. มีผู้รายงานการถูกพิษจากการใช้ ยาถ่ายคาโลเมลและซิงปรอท. ผู้เขียน ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย, ซึ่งเป็นโรคผิวหนังชนิดปัสโซริเอสิสและไตทวายทางเซอผง ปรอทมากกว่า ๑๐ ปี, เกิดมีอาการบวม ท้วทวชน. รัคบีโซเลสเตอรอลสูงถึง ๖๕๐ มก. ปช. พลาสมาโปรเทอีนมีแอลบูมิน ๑.๓ กรัม, โกลบูลิน ๒.๔ กรัม. ใ้รับ การรักษาตามธรรมดา, อาการก็ไม่ดีขึ้น. ได้ตรวจพบว่า มี ปรอท ซัยถ่าย ออก มาทาง ปัสสาวะ ๒๕๐ ไมโครกรัม ใน ๒๔ ชม. จึงวินิจฉัยว่าถูกพิษจากปรอท. ได้หยุดท ยาเข้าปรอทและให้ไคเมอร์คาปรอล. อา- การดีขึ้น.

ผู้รายงาน ได้กล่าวว่าเนื่องจาก เกลอ ปรอทใช้กันมาก จึงควรระนถถึง โรคแทรก ซ้อนโรคนี้.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๖. Bertram A. Brodlow: กลุ่มอาการ "หัวใจแชน". Lancet 2: 501-503, 1958.

การพบสิ่งผิดปกติในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อี.ซี.จี.) ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงทางโรหิวใจบางครั้งอาจเป็นปัญหายาก. Evans และ Lloyd-Thomas (๑๙๕๗) ได้ตั้งชื่อกลับอาการ "หัวใจแขวน" (suspended heart) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทาง อ.ซี.จี. และภาพทางรังสีโดยเฉพาะ. คือ อ.ซี.จี. มีส่วน ST และคลื่น T ผิดปกติ. ส่งสัยไปในทางเนื้อหัวใจส่วนซ้ายและส่วนหลังบริเวณคำตาย, โดยไม่เปลี่ยนแปลงในศักยภาพไฟฟ้า, และการตรวจทางรังสีพบว่าหัวใจในระยะหายใจเข้าเต็มท้แขวนอยู่ระหว่าง ขว ของ หลอดเลือด ข้างบน และหลอด เลือดดำ อื่นๆ เว้น เว้นคาวาข้างล่าง.

ผู้เขียน จึงได้รายงานผู้ป่วย เช่นนี้ ๓ รายที่พบในคลินิก. ผู้ป่วยไม่มีอาการเลย แต่มีการตรวจพบทาง อ.ซี.จี.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๗. Rose Rorh - Ellison, David A. Kornofsky, Joseph H. Burchenal: การทดลองรักษาลิวคิเมียในผู้ใหญ่ด้วย ๖-เมธอโรพรีน. *J. Hemat.* 13: 705-724, 1958.

(๑) ผู้รายงานได้ทดลองใช้ ๖-เมธอโรพรีน (6-chloropurine) ซึ่งเป็นสารอนุพันธ์ของ ๖-เมอร์แคปโตพรีนรักษาลิวคิเมียชนิดปัจจุบันในผู้ใหญ่ ๓๐ ราย. มีการสงบดาวร ๓ ราย, สงบชั่วคราว ๘ ราย, และไม่มีผล ๔ รายที่ทนต่อ ๖-เมอร์แคปโตพรีน. (๒) ได้ผลดีกว่าผู้ป่วย ๓ ใน ๔ รายที่เป็นแกรวนโลหิตชนิดลิวคิเมียชนิดเรื้อรัง. (๓) ผู้ป่วยที่เป็นลิวคิเมียโพมาได้ผลดีกว่าแต่ในขนาดที่เป็นพิษต่อเลือด. (๔) มีอาการที่ชานเกิดขึ้นสูง, แต่เป็นการยากที่จะบอกได้แน่ๆ เนื่องจากรักษาด้วยยาน. (๕) สรุปได้ว่า ๖-เมธอโรพรีนได้ผลดีกว่า ๖-เมอร์แคปโตพรีนในลิวคิเมียชนิดปัจจุบันของผู้ใหญ่, และเข้าใจว่า มีกลไก การออกฤทธิ์เหมือนกัน.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๘. A. Omodei Zorini, G. Spina, G.E. De Simoni: การทดลองยารักษาวัณโรคขนานใหม่ (พัยราซิनाไมด์, ซัยโคลเซออีวัน). *Dis. Chest* 34: 27-44, 1958.
 จากการศึกษาทั้งในค้ำผลการรักษา และการทดสอบทางห้องทดลองพบว่า:
 (๑) พัย ราซิ นามิ ด์ มี ฤ ทิ หิ ในการ

ทำลายแหล่งวัฒนธรรมไม่ทราบ, และใช้
ได้ในชั่วระยะเวลาไม่เกิน ๓๕-๔๐ วัน,
มีฉะนั้น จะ เกิด อาการ เป็น พิษ โดย เฉพาะ
อย่างยั้งคือพิษต่อตับ, ซึ่งแสดงให้เห็นได้
โดยการตรวจทางห้องทดลอง. พบว่า PBI
เพิ่มขึ้น, และมีความผิดปกติในสัดส่วนของ
ไกลบูลินคือส่วนเบต้าจะเพิ่ม, แต่ส่วน
แกมมาจะลด.

(๒) ซัยโคลเซอรินเป็นปฏิชีวนะที่ให้
ผลดีทั้งในรายที่ อยู่ในระยะติดเชื้อ และระยะ
มีโพรงเรอรั้งในปอด. พิสูจน์ได้จากเอกซ
เรย์ปอดซึ่งจะเห็นโพรงเล็กลง, และตรวจ
เชื้อในเสมหะไม่พบ. พิษของมันต่อระบบ
ประสาทกลางก็ไม่ใช่อุปสรรคที่จะใช้รักษา
ในระยะนานเพราะพบไม่บ่อยนัก. การทดสอบ
ทางห้องทดลองแสดงว่าซัยโคลเซอริน
ไม่เป็นพิษต่อตับ, ซึ่งเป็นผลดีที่ตรงข้าม
กับพัยราซิโนไมด์.

กิตติ กะลัมพะเหติ พ.บ.

๕. Ursula T. Slager, Alma B. Kelly,
John A. Wagner: คอร์บัสคัลโลซิม
ไม่มีตั้งแต่กำเนิด. New England J. Med.
256: 1171, 1957.

ในการตรวจศพตามธรรมชาติยังเจริญพบ

สมอง ที่ไม่มีส่วน ของคอร์บัสคัลโลซิม ใน
ผู้ใหญ่อยู่ ๑๖ ราย, โดยที่ไม่มีอาการ
อะไรเลย.

ผู้รายงาน ได้กล่าว แยกถึงกลุ่มอาการ
ที่เคยมี ผู้อธิบาย ไว้ว่าจะเกิด ในคนที่ขาด
สมองส่วนนี้, และสรุปผลว่าสมองส่วนนี้
ไม่มีความจำเป็น สำหรับการ ดำรงชีพของ
ผู้ใหญ่, ถ้าหากว่าบุคคลนั้นไม่มีความ
พิการอย่างอื่นร่วมด้วย, คงที่พบได้เสมอ
ในเด็ก.

เกษียร ภัทธานนท์ พ.บ.

๑๐. Harold H. Brodman: การย้ายเอ็น
ในการรักษา อัมพาตของ ประสาท เรเดียล.
A.M.A. Arch. Surg. 76: 24, 1958.

การ แก้ไขให้มือ ใช้การ ไขใน รายที่มี
อัมพาตของประสาทเรเดียลโดยการเปลี่ยน
ท่อนของเอ็นของเนอ กล้ามเนื้อ ไค เริ่มทำ
กันมาตั้งแต่สมัย Drobrite เมื่อปี ๑๘๘๖
แล้ว และได้ผลดีมาก. ต่อมา Sir Robert
Jones ก็ทำไว้ และได้รายงานเมื่อปี ๑๙๑๖
ว่าได้ผลดีมากเหมือนกัน. ในตอนหลัง ๆ
นี้ แม้จะมีทำกันมาก, แต่วิธีการก็อาศัย
หลักของ Jones และมีการดัดแปลงแก้ไข
เพียงเล็กน้อยเท่านั้น. Young และ Loewe
พบว่าจะมีอัมพาตมานานสัก เท่าใดก็ตาม,

ไม่ทำให้ผลของการผ่าตัดเสียไป.

วิธีทำเขาผ่าลงไปยังนม ๓ แห่งด้วย
กัน. แห่งแรกที่บริเวณทวารของกล้ามเนื้อ
เนื้อโปรเนเตอร์ เทเรส โดยเย็บกล้ามเนื้อ
ทั้งกล่าว เขากยเอ็น ของเรเคิลเฮกส์เทิน-
เซอร์. แห่งที่สองผ่าลงไปที่บริเวณทวาร
ของเฟล็กเซอร์ คาร์ไปเรเคิลลิส โดยเย็บ
เขากยเอ็นของกล้ามเนื้อ แอ็บคเคเตอร์ และ
เฮกส์เทินเซอร์ของนิ้วหัวแม่มือ. ผล
ผ่าตัดอันสุดท้ายทำที่ทางคานหลังของมือ,
โดยพยายาม เลาะเอาเอ็น ของ กล้ามเนื้อ
เฟล็กเซอร์ คาร์ไปเรเคิลลิส เขากยเอ็น ของ
กล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดการเหยียดของนิ้ว
ทั้งหมด. การเย็บใช้ไหมขนาด ๐๐๐ เย็บ
แบบ "รั้งกระดุม."

มีรายงานผู้ป่วย ๑ รายที่ได้รับผลการผ่า
ตัดคิ้วกล้ามเนื้อภายหลังมีอุบัติเหตุของประสาท
เรเคิลมา ๑๘ ปี, และการผ่าตัดได้ผลดี
มาก.

เกษียร ภั้งคานนท์ พ.บ.

๑๑. Ian Maclean Smith, John W.
Bishir: การรักษาลูกอัมพาตอัมพาตจาก
คางทูมด้วย เอ.ซี.ที.เอส. และคอร์ติโซน.
New Engl. J. Med. 258: 120-124,
1958.

การอักเสบของลูกอัมพาตเป็นโรคแทรก
ซ้อนที่พบได้บ่อยในโรคคางทูม. มีผู้รายงาน
งานว่าพบ ๑๕-๔๐ เปอร์เซ็นต์. มีอาการปวดคางทูม
ที่บริเวณอัมพาต (อาจเป็นข้างเดียวหรือ
สองข้างก็ได้) และมีไข้ด้วย. การให้
คอร์ติโซนและ เอ.ซี.ที.เอส. ซึ่งมีฤทธิ์เย็น
ยาระงับการอักเสบ ทำให้อาการปวดทเลา
ลงและไข้ลดลงได้. ผู้รายงานได้ศึกษา
ในผู้ป่วยที่เป็นโรคคางทูมโดยแบ่งเป็น ๓
พวก. พวกแรกมีผู้ป่วย ๓๔ ราย, รักษา
ตามอาการ. พวกที่สอง ๒๐ รายรักษา
ด้วย เอ.ซี.ที.เอส. ขนาด ๒๕ มก. พวก
ที่สามจำนวน ๓๑ ราย, รักษาด้วยคอร์ติ-
โซนขนาด ๕๐-๑๐๐ มก./วัน. ทั้ง ๓
พวกใช้เวลารักษานานเท่ากัน. ผลปรากฏ
ว่าในรายที่ให้คอร์ติโซนอาการปวดหายไป
ในระยะเวลาอันสั้น, เมื่อเปรียบเทียบกับ
พวกที่รักษาตามอาการ. ส่วนพวกที่ใช้
เอ.ซี.ที.เอส. ไม่ดีกว่าพวกค้อนโทรล, อาจ
ได้รับ เอ.ซี.ที.เอส. ขนาดไม่พอ. คอร์ติโซน
ไม่ใช่ยาขี้ของกัน การเกิดลูกอัมพาต อักเสบ.
การให้คอร์ติโซนไม่เพียงพอจะทำให้อาการ
ปวดและไข้กลับมามีอีก. ในรายที่รุนแรงอาจ
ให้ได้อย่างน้อย ๓๐๐ มก. ต่อวัน, ราว
๔ วัน.

จันทร์เกษม โปธิทัต พ.บ.

๑๒. J.E. McMahon: การรักษาผู้ติด
 ฝิ่น. Med. J. Malaya, 12: 373-378,
 1957.

การรักษาผู้ติดฝิ่นในมาลาเลียมวิ
 เกิมเมอบ ๑๕๒๕-๑๕๓๒ โภยวิทำให้
 เกิดง่วงนอนเหลือง ทวหนงควย Liq.
 Epispasticus แล้วฉีดนาจากถุงจำนวน
 ๕ ล.ซม. เข้าใต้หนังร่วมกับการให้อะโทร
 ปีน ๑/๑๐๐-๑/๓๓ เกรน, ฉีดวันละ
 ๒ ครั้งในสัปดาห์แรกและลดลงเหลือ ๑/
 ๑๕๐ ในสัปดาห์ที่สอง. ผู้รายงาน (ในปี
 ๑๕๕๖) พบว่าการทำให้เกิดง่วงนอนเหลือง
 ได้ผลเพียงทางจิตใจ, และอะโทรปีนก็เกือบ
 ไม่จำเป็นเลย. ยกเว้นในรายทมอาการ
 ช่วคเกร็งของกล้ามเนื้อ. แต่พบว่าการใช้
 ฆลอร์โปรมาซีน ใค้ประโยชน์มากในการ
 รักษา.

การปฏิบัติ ทำการถ่ายเอ็กซเรย์ปอด
 ผู้ช่วยทกรายทรวไว้. ถามประวัติที่ทำให้
 ติดฝิ่นและระยะเวลาของการติดฝิ่น. ผู้ช่วย
 ทกราย ต้องให้สัญญาว่าจะร่วมมือในการ
 อดฝิ่น.

การรักษา ก. สำหรับผู้ช่วยทสุขฝิ่น
 น้อยกว่า ๑๕ กรัมต่อวัน, ให้ (๑) ฆลอร์
 โปรมาซีน (๒๕ มก.) ๑ เม็ดวันละ ๓ เวลา,

๓ วัน, และ ๑ เม็ด วันละ ๒ เวลา, ๓ วัน.
 (๒) บูโตบาร์บิโตน (๓ เกรน) ๑ เม็ด
 ก่อนนอน, ๑๐ วัน. (๓) วิตามิน บี ๑ ฉีก
 เข้า-เย็น ครั้งละ ๒๕ มก. ๑๒ วัน, และ
 ๒๕ มก. วันละครั้ง ๔ วัน. (๔) ฟโน
 บาร์บิโตน (๑ เกรน) ๑ เม็ด, วันละ ๓
 เวลา, ๑๒ วัน, และ ๑ เม็ด, วันละ ๒
 เวลา, ๖ วัน, และ ๑ เม็ด, วันละครั้งใน
 ตอนเย็นอีก ๑๐ วัน. (๕) แอมเฟตามีน
 (๑๐ มก.) ๑ เม็ด เวลา ๘ โมงเช้า,
 ๑๒ วัน.

ข. สำหรับผู้ช่วยทสุขฝิ่นเกิน ๑๕ กรัม
 ต่อวัน, ให้ (๑) ฆลอร์โปรมาซีน (๕๐
 มก.) ๑ เม็ด วันละ ๔ เวลา, ๔ วัน, และ
 ๑ เม็ด วันละ ๓ เวลา, ๓ วัน, และ ๑ เม็ด
 วันละ ๔ เวลา, ๓ วัน และ ๑ เม็ด วันละ
 ๒ เวลา, อีก ๔ วัน. (๒) บูโตบาร์บิโตน
 (๔ กรัม) ๑ เม็ดก่อนนอน, ๗ วัน, แล้ว
 ตามด้วยขนาด ๓ เกรน ๑ เม็ด, อีก ๗ วัน.
 ถ้าผู้ช่วยไม่หลับภายหลังเที่ยงคน, ฉีดเพ
 ริคีน ๑๐๐ มก. (๓) วิตามิน บี ๑ ฉีก
 เข้า-เย็นครั้งละ ๒๕ มก., ๑๔ วัน, และ
 ๒๕ มก. วันละครั้ง, อีก ๔ วัน. (๔) ฟโน
 บาร์บิโตน (๑ เกรน) ๑ เม็ด วันละ ๓
 เวลา, ๑๒ วัน, และ ๑ เม็ดวันละ ๒ เวลา,
 ๒ วัน, และ ๑ เม็ดวันละครั้ง, อีก ๑๐ วัน.

คงกล่าวจะมีมอแพตถาวร.

ผู้เขียนเชื่อว่าแต่ละกลุ่ม ของมอเทอร์-เซลล์มีหน้าที่ ควบคุมการทำงาน ของ เนื้อกล้ามเนื้อแต่ละมัด. ถ้าหากความเชื่ออันนี้เป็นความจริง, การอธิบายถึงการเกิดอัมพาตในคนเป็นโรคนี้คงง่ายเข้า. ผู้เขียนได้ศึกษาในรายกรณีในผู้ช่วยที่ตายด้วยโรคนี้ ๗ คน. พบว่ากล้ามเนื้อกำลังเหลืออยู่นั้นมีความสัมพันธ์กันกับกลุ่มมอเทอร์เซลล์ ที่เหลืออยู่ในไขสันหลัง.

กล้ามเนื้อคอโตมอแพตถาวร, อธิบายได้โดยที่กล้ามเนื้อคนนั้น มอเทอร์เซลล์ น้อย และ เรียง กัน อยู่ เป็น ระเบียบ เพียงจุดเดียวของโรคที่ทำให้มอเทอร์เซลล์ถูกทำลายหมด. กล้ามเนื้อคอโตมอแพตถาวร เซลล์มากและเรียงกันเป็นระยะยาว, จุดของโรคสามารถ ทำลายมอเทอร์ เซลล์ ได้เพียงบางส่วน, จึงทำให้กล้ามเนื้อคนเพียงอ่อนกำลัง. การเกิดอัมพาตร่วมอาจอธิบาย ได้ว่ามอเทอร์เซลล์ของ เนื้อกล้ามเนื้อเป็นโรคอยู่ใกล้กับกลุ่มมอเทอร์เซลล์ ที่เป็นอัมพาตร่วม.

เกษียร ภักดีคานนท์ พ.บ.

๑๔. Wm. O. Barnet: การใช้นัยล่อนแทนเออร์ตา. A.M.A. Arch. Surg. 76:1,

1958.

ผู้รายงานเห็นว่าผ่านยล่อนมีประโยชน์มากในการใช้แทนหลอดเลือดที่เสีย. แต่อันตรายที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนก็ยังมีอยู่. ผู้รายงานถึงผลดีและผลเสียของการใช้ไว้หลายต่อหลายรายด้วยกัน, แต่ผลที่ติดตามอยู่นานถึงสองปียังมีน้อยมาก. เท่าที่พบนั้นปรากฏว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์. ของความทนทานจะหมดไปภายใน ๘ เดือน.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองในสุนัข ๑๗ ตัวและใช้เวลาติดตามนานที่สุดถึง ๒ ปี. แล้วสรุปผลดังนี้:

๑. ลักษณะที่เห็นในช่องท้อง ภายหลังจากตัด ๒๔ ซม. มีเนื้อพองผดหลังช่องท้องมาคลุมหมด. ภายหลังจาก ๖ เดือน, บริเวณหลัง ช่องท้อง ถูกปกคลุม เรียบร้อย. ท่อไตและหลอดเลือดดำใหญ่ ติดกับกราฟที่แน่น, ร่วมกับเนื้อพองผดที่ล้อมรอบ, แยกออกจากกันได้ยาก. ไม่พบว่ามีการยึดติดกันของลำไส้ส่วนหนึ่งส่วนใดเลย. ภายหลังจาก ๒๒ เดือน, มีปฏิกริยาน้อยไปมาก. มองจากหลังช่องท้องไม่เห็นกราฟที่. ภายหลังจาก ๑๘ เดือน ถึง ๒๔ เดือนแผลที่หลังช่องท้องหายเรียบหมด. หลอดเลือดเออร์ตาที่อยู่หลังกราฟที่ยังมีลักษณะเรียบ



รอยก. มองเห็นกราฟที่จากหน้าเย็บช่อง
ท้องโคตลอก. กราฟที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
ทั้งในรูปร่างและขนาด.

๒. ลักษณะภายนอกของกราฟที่

ใน ๒๔ ช.ม. แรก, มีเลือดแข็งตัวออก
กราฟที่เต็ม, ทำให้มองเห็นกราฟที่จากภาย
นอกเช่นสีชมพู. ๖ เดือนต่อมา, มีเนื้องอก
ผูกหุ้มอยู่สองชิ้น. ชิ้นนอกขยายและหนา.
ส่วนชิ้นในบางและใส. ชิ้นในแน่นและ
เข้าใจว่าฝังรากลงไปในตัวเนื้อเยื่อ,
ลอกออกจากกราฟที่ไคยาก. ภายหลัง ๑
ปี ถึง ๒ ปี, เหมือนยกขึ้นใน ๖ เดือน
แต่เย็บผูกหุ้มชิ้นนอกหนาขึ้นมาก.

๓. ลักษณะที่เห็นภายในของตัวกราฟที่

เอง ภายหลัง ๒๔ ช.ม. มีเยื่อไฟบรินจับ
อยู่เพียงห่าง ๆ กัน. ๑ เดือนต่อมา,
ลักษณะภายในว่างเปล่า. มีเอ็นโคธิลเยม
คลุม, โดรงอกออกจากภายในของปลาย
ของเอออร์ตาทั้งสองข้าง, ข้ามรอยเย็บมา
คลุมผนังภายในของกราฟที่. ๖ เดือนถึง
๒ ปี, เอ็นโคธิลเยมที่คลุมปรากฏชัดขึ้น,
และคลุมผนังภายในของกราฟที่โดยตลอด.

เกษียร ภักคานนท์ พ.บ.

๑๕. Joseph E. Gevaci: การรักษา
แบคทีเรียล เอ็นโคคาร์ ไคติส ด้วยแอนติไบ
โอติก. Med. Clin. N. Am. 42: 1102-
1138, 1958.

ผู้รายงานนี้ ได้รวบรวมผลการรักษา
งยอบ ภายในหัวใจ อีกเสีย จากการติดเชื
๑๖๒ รายที่ เมโยคลินิก และเพิ่มเติม ด้วย
การรักษาระยะสั้นของเชื้อ สะเตร็ปโตค็อก
ไคที่ไวต่อเพนิซิลลิน. ใน ๑๖๒ รายนี้
พบว่าเกิดจากเชื้อสะเตร็ปโตค็อก ๕๒.๕๒๕.
(ซึ่งสมัยแรกๆของแอนติไบโอติกพบถึง ๗๐-
๕๕๕ ปีช.), เชื้อเอ็นเทอโรค็อกคัส ๑๖.๓
ปีช., ไมโครค็อกโค ๑๖.๕ ปีช., พวก
แกรมลบ ๕.๘๕๕ ปีช., สะเตร็ป. พัยโอเจนิส
๐.๕๕๕ ปีช. ไม่พบเชื้อ ๘.๑๕๕ ปีช. ผู้รายงานให้
หลักการรักษาต่อไปนี้:

(๑) เชื้อไมโครค็อกคัส. ขึ้นอยู่

กับความไวของเชื้อต่อเพนิซิลลินและแอนติ
ไบโอติคอน.

ก. เชื้อที่ไวต่อเพนิซิลลิน (ความ

เข้มข้นน้อยกว่า ๑ หน่วย ต่อมล.) ใช้เพนิ
ซิลลินผลึก ๑ ล้านหน่วยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
๔-๖ ช.ม. ร่วมกับสะเตร็ปโตมัยซิน ๑
กรัมทุก ๑๒ ช.ม. และโปรเนซิค ๐.๕ กรัม
กินวันละ ๔ ครั้ง.

ข. เชอท์ทนต์อเพนซิลลิน (ความเข้มข้นมากกว่า ๑ หน่วย มล.)

(๑) สมัยก่อนแวนโคมัยซิน. ใช้เพนซิลลินวันละ ๓-๕๐ ล้านหน่วยหยดเข้าหลอดเลือดร่วมกับ สะเตรีปโตมัยซิน ๑ กรัมเข้ากล้ามเนื้อทุก ๑๒ ชม. และโปรเบเนซิควันละ ๒ กรัม. ถ้ายังไม่เพียงพอ (ทรายไต โดย ทดสอบ การฆ่า เชื้อ จาก ชีวม ของ ผู้ป่วย) ให้เพิ่มเพนซิลลินเป็น ๒ เท่า.

(๒) เมื่อมีแวนโคมัยซิน. ใช้แวนโคมัยซิน ๐.๕ กรัมเข้าหลอดเลือด ทุก ๖ ชม. หรือริสโตซินอย่างเคียว, ได้ผล.

อาจ รวมกับ เพนซิลลิน ขนาด มาก ๆ. สะเตรีปโตมัยซิน, ไฮโลทัยซิน ๒-๔ กรัม/วัน, ยาซิทราซิน ๒๐๐๐๐-๒๕๐๐๐ หน่วยทุก ๖ ชม.

แอนติไบโอติกอื่นใดผลน้อยมากเมื่อใช้อย่างเคียว, นอกจากไฮโลทัยซินขนาดมาก.

ระยะเวลาที่ ให้สำหรับเพนซิลลิน ๔-๖ สัปดาห์, แต่เมื่อใช้แวนโคมัยซิน ๒-๓ สัปดาห์ก็พอ.

(๒) แบคทีเรียแกรมลบ การใช้ยาร่วมกันจำเป็นมากในรายเช่นนี้.

(ก) เริ่มควยเตตราซัยคลิน ๗๕๐ มก. กินทุก ๖ ชม. และสะเตรีปโตมัยซิน ๑ กรัม ทุก ๑๒ ชม. เข้ากล้ามเนื้อทุกราย. ยกเว้นปัสชูโตโมแนสและซิลโมเนลลา.

(ข) ถ้าเตตราซัยคลินและสะเตรีปโตมัยซินยังไม่เพียงพอ (จากการทดสอบฤทธิ์การฆ่าแบคทีเรียของชีวม) ต้องทดสอบแอนติไบโอติกเข้ามาร่วมควย, มี ผลอร์แอมเฟนิคอล, นีโอไมซิน, โปลิไมกซิน (๒ ขนานทำขมอยู่กับหน้าทของไต).

(ค) ปัสชูโตโมแนสใช้โปลิไมกซินอย่างเคียวหรือรวมกับนีโอไมซิน.

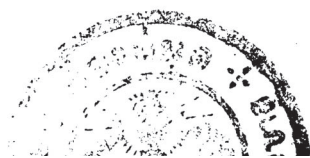
(ง) เชอโปรเตยส ใช้เพนซิลลินร่วมกับผลอร์แอมเฟนิคอล. ใช้เวลารักษา ๔-๖ สัปดาห์.

(๓) ในรายเพาะเชื้อไม่ขึ้นใช้ หลักดังต่อไปนี้:

๑. ลักษณะทางคลินิกชัด และไม่รีบด่วน, ให้เพาะเชื้อออกวันละ ๒-๔ ครั้ง, ๓-๕ วัน, แล้วเริ่มการรักษา.

๒. ถ้าต้องรีบด่วน, เพาะเชื้อทุก ๖ ชม. ๔-๖ ชม. แล้วเริ่มรักษาทันที.

๓. รักษาเหมือนเชอท์ทนต์อเพนซิลลิน หรือแอนติไบโอติกอื่น, คือให้เพนซิลลิน ๑ ล้านหน่วย ทุก ๔ ชม., สะเตรีปโตมัยซิน ๑ กรัม ทุก ๑๒ ชม. และโปร



เบเนซิค ๐.๕ กรัม ทก ๖ ช.ม.

๔. เมอเพาะเชื้อขึ้นให้เปลี่ยนแปลงไปตามที่กำหนดไว้ข้างต้น.

๕. วิทยา ๔-๖ สัปดาห์จน ไซ้ลดลง, รับประทานอาหารได้, อาการทั่วไปและอาการเลือดจางดีขึ้น.

๖. ถ้าไม่ได้ผลใน ๔-๕ วันใช้เพนิซิลลินเข้าหลอดเลือด, โดยเพิ่มขนาดเป็น ๑๕-๒๐ ล้านหน่วยต่อวัน.

๗. ถายังไม่ดีขึ้นอีกใน ๔-๕ วัน, เพิ่มเตตราซัยคลิน ๗๕๐ มก. ทก ๖ ช.ม. เป็นเวลา ๓-๔ วันเพื่อต่อต้านแบคทีเรียแกรมลบ.

๘. ถายังไม่ดีขึ้นใน ๑๒-๑๕ วัน, การวินิจฉัยอาจไม่ใช่เยอบภายในหัวใจอีก-เสียจากการติดเชื้อ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๖. S.W. Rosen, E.D. Kiefer: การรักษาโรคหัวใจโดยไม่มียุงต่อกัน. J.A.M.A. 167: 2065-2067, 1958.

ได้มีผู้พยายาม รักษาพยาธิหัวใจ (ที่เนยซาจินาตาและไซเลียม) ด้วยยาหลายอย่างด้วยกัน แต่ยาเหล่านี้มักเป็นพิษและไม่ได้ผลนัก. ในปี ๑๙๓๒ Derivas ได้รายงานว่าพยาธิหัวใจไม่สามารถมีชีวิตอยู่

ได้เกินกว่า ๕ นาที ถ้าอยู่ในกลีบเซอรินหรือนาเกลออริน ๑๓๐-๑๔๐ ฟ. ดังนั้นผู้รายงานจึงได้ทดลองใช้รักษาในผู้ป่วย ๔๐ คนโดยใช้วิธีดังต่อไปนี้: (๑) ใส่หลอด (เรทฟัส) เข้าไปในกระเพาะ. (๒) ให้นอนตะแคงขวา เพื่อให้สายยางอยู่ในคอโอดินัม. (๓) ตรวจสอบด้วยรังสีเพื่อให้สายยางอยู่ในคอโอดินัมส่วนที่ ๒ หรือ ๓. (๔) ใส่แมกนีเซียมซัลเฟตชนิดค้อมั่ว ๔๕ ล.ชม. (๕) ใตกลีบเซอริน ๔๕ ล.ชม. ตามลงไปทันที. (๖) ตามด้วยน้ำยาผสมของแมกนีเซียมซัลเฟต ๓๐ ล.ชม. และกลีบเซอริน ๓๐ ล.ชม. ทันที. (๗) ทอนสต่ายตามด้วยนาเกลออริน ๓๔-๖๐ ช.๕๐๐ ล.ชม. ทันทีแล้วจกหมอนนอนถ่ายเตรียมไว้.

พบว่าไม่มีผลแทรกซ้อนเลย. ในผู้ป่วย ๔๐ ราย, พบหัวของพยาธิ ๓๑ ราย, ซึ่งออกมาใน ๑๐-๑๕ นาที. อีก ๕ รายไม่พบหัว. แต่ติดตามไปอีก ๑-๕ ปีพบว่าไม่มีพยาธิเลย. แสดงว่าตาย. อีก ๔ รายไม่ได้ผลเลย, ซึ่ง ๒ คนใส่สายยางไม่ได้. สรุปว่านับว่าวิธีนี้ได้ผลดีมาก, โดยยาไม่มีพิษและถ่ายออกได้ในเวลารวดเร็ว, เมอเปรียบเทียบกับรายงานอื่นจากการใช้ยาใส่ทางคอโอดินัม, เช่น แอสบิเตียม ๘๗ รายได้ผล ๖๒ ราย, คาร์บอนเตตราซัยคลอโร

๑๖ ราย, ใต้ผล ๑๒ ราย, เชื้อซัลเฟอร์-ซอร์ซินอล ๒๔ ราย ใต้ผล ๗ ราย, ควินาคริน ๔๘๕ ราย ใต้ผล ๓๔๗ ราย.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๗. Joseph D. Feldman: ผลของเอสโตรเจนต่อลักษณะกายวิภาคของธัญธรรมาและเมตาบอลิซึม. Lab. Invest 7:183-200, 1958.

ผู้รายงานทดลองในหนูตัวเมียโดยแบ่งเป็น ๒ พวก. พวกที่ ๑ ให้กินอาหารที่มีไอโอดีนเพียงพอ, แล้วแบ่งเป็น ๓ หมู่. หมู่หนึ่งไม่ฉีดอะไรเลย. หมู่ ๒ ฉีดเอสโตรเจน ๑๐๐ หน่วย เข้าใต้ผิวหนังทุกวัน. หมู่ ๓ ฉีดเอสโตรเจน ๕๐๐ หน่วย สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง. ทำอยู่นานกว่า. ก่อนฆ่าหนู ๒๔ ชั่วโมงฉีด I^{131} ๑๒ ไมโครกรัมเข้าช่องท้อง. ตรวจต่อมธรรมาโดยทำเซกชันและหา PBI¹³¹ กับจำนวนกัมมันตภาพไอโอดีนในธรรมา และในซิร์มด้วย. พบว่าทั้ง ๓ ชนิดน้ำหนัก, การจับไอโอดีน, จำนวนไอโอดีน และลักษณะทางจุลทัศน์ของต่อมธรรมาเหมือนกัน. คอมีเซลล์แปลกขนาดใหญ่ที่ค้ำข้าง เพิ่มขนจำนวนมากและรวมกันเป็นกลุ่มก้อน (โนตุล)

ภายในเนื้อต่อม. แสดงว่าการให้เอสโตรเจนนานกว่าไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในลักษณะและหน้าที่ของต่อมธรรมาเลย. พวกที่ ๒ ให้กินอาหารที่มีไอโอดีนต่ำมาก. หมู่ ๑ ไม่ฉีดอะไรเลย. หมู่ ๒ ฉีดเอสโตรเจน ๑๐๐ หน่วย สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง. หมู่ ๓ ฉีดเอสโตรเจน ๖๐๐ หน่วย สัปดาห์ละครั้ง. ฆ่าหนูตรวจเป็นระยะ, คือ ๗, ๑๐, ๑๓, ๑๗ เดือนภายหลังการเริ่มฉีดยา. ก่อนฆ่าหนู ๒๔ ชั่วโมง, ให้ ๓๕ ไมโครกรัมของ I^{131} เข้าช่องท้อง. ในพวกที่ฆ่าเมื่อ ๑๗ เดือนยังแบ่งฆ่าเป็นระยะ คือ ๒, ๕ ชั่วโมงหลังฉีด I^{131} อีกด้วย. ตรวจต่อมธรรมาเช่นเดียวกับพวกแรกและตรวจหากมีมันตภาพรังสีของบัสติสและอะจาร์ด้วย. พบว่าหนูทุกตัวของพวกที่ ๒ นทั้งฉีดและไม่ฉีด เอสโตรเจน, มีคาโปนทั้งสองข้างภายใน ๒-๓ เดือน. ต่อมธรรมาโตขึ้นเรื่อย. จำนวนและขนาดของฟอลลิเคิลเซลล์เพิ่มขนช่องทมหลอคเลอคโตขึ้นเรื่อย. จนเมื่อ ๑๗ เดือน, ช่องทมหลอคเลอคโตมาก. มีโนตุลและเนื้องอกเกิดขึ้นมาก. ตลอดจนการจับ I^{131} ของธรรมาและการจับ I^{131} เหมือนกันทุกชุด. เว้นแต่ต่อมธรรมาของ



พวกที่ไทรยเอสโตรเจน มีน้ำหนักหนักกว่าพวกที่ไม่ไทรยเอสโตรเจน ๒ เท่า, ซึ่งเกิดจากการขยายของหลอดเลือดมากกว่า อันเป็นผลของเอสโตรเจน.

ผู้รายงาน สรุปว่า เอสโตรเจน ไม่มีผลอย่างใดต่อต่อมธัยรอยด์แม้ว่าจะให้เวลานาน, และการขาดไอโอดีนทำให้ต่อมธัยรอยด์กลายเป็นซัยเปอรแอดคัพ, ซึ่งเห็นจากการ ทางการเมืองเปลี่ยนแปลงของ I^{131} อย่างรวดเร็ว, เมตะบอลิซึมเปลี่ยนแปลงไป, และลักษณะของธัยรอยด์ก็เปลี่ยนไป โดยมีก้อนเนื้องอกเกิดขึ้นจากเซลล์แปลกๆ ซึ่งบุกรุกแทรกเข้าไปในหลอดเลือด, แต่ไม่มีเมตาสเตติส.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๑๘. Oliver Caria, K.S. Smith: การให้ยา เพิ่ม ความ คั้นเลือด รักษาข้อศอกที่เกิดในอินฟารคตกล้ามเนื้อหัวใจ. B.M.J. 247 -251, 1958.

ความพยายามที่จะบรรเทาอาการข้อศอก และ เพิ่ม ความ คั้นเลือด มักจะไม่สำเร็จในการให้เลือด, หรือพลาสมา, กิจิตาลิส, และพวกซัยมพะโตมิเมตคอะมิน ในผู้ป่วยเป็นอินฟารคตหัวใจ.

พวกอะมินใหม่ๆ บางอย่างทำให้เกิด

มีการ เพิ่ม ความ คั้น ทาน ส่วน ปลายของหลอดเลือด, และเพิ่มแรงหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ, ซึ่งสนับสนุนการเพิ่มความค้ำทานส่วนปลาย ของหลอดเลือดได้สมบูรณ์.

ยาที่ใช้มี "ลิโวเฟ็ค" (แอล-นอร์-แอดรีนาลีน) กับ "เมฟัน" (เมเฟ็นเทอรั-มิน).

ลิโวเฟ็คไม่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ, จำนวนเลือดคั่งจากหัวใจและการใช้ออกซิเจนเปลี่ยนแปลง.

เมฟัน ไม่มีฤทธิ์โดยตรง ต่อกล้ามเนื้อหัวใจ. อัตราการเต้นไม่เปลี่ยนแปลง. การไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารียกขึ้น.

ในการรักษา ข้อศอก ที่ไม่รุนแรง หรือรีบด่วนควรให้ เมฟันขนาด ๑๐-๓๐ มก. เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือด. ถ้าจำเป็นอาจเข้าได้ทุก ๑/๒ ชม. ลิโวเฟ็คใช้ในรายรุนแรงโดยวิหยคเข้าหลอดเลือด และต้องรับไว้ในโรงพยาบาล.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๙. Harvey Solomon et al.: W. เอ.เอส. ทำให้เกิดข้อศอกรุนแรงและข้อศอกแบบอะนาลยแกลกิสต์. Am. Rev. Tulercul. 492 - 495, 1958.

รายงานผู้ช่วย ๑ รายเป็นวัณโรคปอด, เกิดอาการระคายเคือง แลคติก ซ็อกภายในหลัง กิน พ.เอ.เอส. ๑.๕ กรัม ๒๐ นาทีและหายเป็นปกติใน ๒๔ ชม. โดยให้สาร นานาและนอร์แอดรอนาลินเข้าหลอดเลซก.

ปฏิกิริยาแพ้ พ.เอ.เอส. เกิดธรรมดา พบบ่อยแต่มีน้อยมากที่จะเกิดอาการระคายเคือง แลคติก ซ็อก, ฉะนั้นการให้ พ.เอ.เอส. ควรให้ลองกินไม่เกิน ๕๐ มก. ทุกวัน

ยาพวกมอร์เชไตลซาลิซิลิก แอสซิด ทำให้เกิดระคายเคืองแลคติกอย่างปัจจุบันได้, และเชื่อว่าเกิด cross hypersensitivity ได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒๐. David Paine: นีโครซิสของทัญแรงถึงตาย เกิดระหว่างให้ พ.เอ.เอส. J. A.M.A. 167 : 285-289, 1958.

รายงานผู้ช่วย ๑ รายเกิดข้ออักเสบ เนื่องจากแพ้ พ.เอ.เอส. ใช้ในการรักษาวัณโรค. ต่อมาผู้ช่วยมีไคมาและถึงแก่กรรม.

การตรวจศพพบว่าในช่องท้องมีการตกเลือดเป็นหย่อมๆ ทั่วไป. ไทบวมและซีก, มีเคลตาเคียวสระเวลลิงก์. ตับมีลักษณะฝ่อลีบ, ขนาดเล็กและอ่อน. มีนิโครซิสกระจายทั่วไป. การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา "นิโครซิสปัจจุบันของตับเนื่องจากพิษ".

ก่อนหน้านี้เคยมีรายงานผู้ช่วย ๕ รายถึงแก่กรรมโดยการแพ้ พ.เอ.เอส. และ ๓ รายมีอาการทางตับ.

ในระยะเริ่มแรกอีโอสีโนฟิลอาจไม่ขึ้น. การปวดข้อและผื่นอาจเป็นก่อนมีตัวเหลือง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.



ปฏิกิริยา

วิธีตรวจหน้าตาของไต, สำหรับแพทย์ทั่วไป

วิธีตรวจหน้าตาของไตที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นวิธีการสั้น ๆ และง่าย, และการแปลผลจะช่วยในการตัดสินใจโรคไต, อย่างน้อยก็เท่าที่อื่น ๆ ที่ยุ่งยากกว่า.

บัสส์สวาระปรกติมี ถ.พ. ระหว่าง ๑.๐๐๑ - ๑.๐๓๐. ถ้าบัสส์สวาระเวลาเช้ามี ถ.พ. อยู่ระหว่าง ๑.๐๒๐ หรือมากกว่า, แสดงว่าสมรรถภาพของไตยังดี. ถ้า ถ.พ. ตรวจพบหลาย ๆ ครั้งอยู่ประมาณ ๑.๐๑๐ ให้สงสัยว่าไตเสื่อม. ยกเว้นในรายมีไตพิการอย่างแรง, มีการขับถ่ายออกน้อย, พบว่า ถ.พ. ของบัสส์สวาระสูง, ทั้ง ๆ ที่ไตเสื่อมสมรรถภาพ.

การวัด ถ.พ. จะต้องเพิ่มและลดค่าที่อ่านได้ตามความแตกต่าง ระหว่างอุณหภูมิที่วัดกับมาตรฐาน (๑๕°ซ.). ทุก ๓°ซ. ที่เพิ่มหรือ ๓°ซ. ที่ลดลง, ต้องบวกหรือลบผลที่อ่านได้ด้วย ๐.๐๐๑.

การกดขี่ของบัสส์สวาระช่วยในการวินิจฉัยไต. คอเลสเตอรอลสูงมาก ก็ควร จะนึกถึงการเสื่อมสมรรถภาพของไต. บัสส์สวาระพวกนี้ไม่มียูโรบิลินและยูโรบิลิโนเจน. ในขณะที่

มีไซ, ถ้าหัวใจเสื่อมสมรรถภาพร่วมกับไตเสื่อม, สักคงอ่อน. ทั้งนี้เพราะการออกซิไดส์ยูโรบิลิโนเจน ให้เกิด เป็น วัตคิมส์, ไม่เกิดขึ้น. ถ้าบัสส์สวาระพวกนี้ถูกแสงแดด, รังสีเหนือม่วง, หรือการออกซิไดส์ทางเคมี, จะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง. บัสส์สวาระที่ใสเนื่องจากกินนามากจะไม่ให้ปฏิกิริยาน.

Volhard นำการทำ ถ.พ. มาใช้ตรวจการเสื่อมสมรรถภาพของไตได้ง่าย ๆ และกิตติศัพท์ (Volhard's specific gravity tests), มีวิธีปฏิบัติอยู่ ๒ วิธี.

๑. ตรวจด้วยการให้น้ำมาก

ให้ผู้ป่วยดื่อกอาหารเช้า, แล้ววัดคมนาหรือนาซาอ่อน ๆ ๑,๕๐๐ ล.ซม. ให้ห่มกในครึ่ง ซ.ม. ถ่ายบัสส์สวาระทุกครึ่ง ซ.ม., ตลอด ๔ ซ.ม. วัดจำนวนและ ถ.พ. ของแต่ละครึ่ง. คนปรกติจะขับเกินกว่า ๑,๕๐๐ ล.ซม. ภายใน ๔ ซ.ม. นน, และในครึ่ง ซ.ม. แรกมากที่สุด (๒๕๐-๓๕๐ ล.ซม.). ถ.พ. จะอยู่ระหว่าง

๑.๐๐๑-๑.๐๐๒. พวกที่ไตเสื่อมจะพบผลแตกต่างไปจากนี้. การตรวจนี้ไม่เหมาะสำหรับ ในรายที่อาจ จะเกิด การขมุน้ำ และหัวใจเสื่อม.

ในภาวะที่ ชีตของ คิงกล่าวนี้ ควรใช้วิธีต่อไป.

๒. ตรวจด้วยการให้อาหารแห่ง

(Concentration test)

ให้คนไข้อดน้ำตั้งแต่เที่ยงวันจนเช้าวันรุ่งขึ้น, และรับประทานแต่อาหารแห้ง ๆ. ให้ถ่ายปัสสาวะทุก ๒-๓ ชม., ยกเว้นในตอนกลางคืน. ถ้าในครึ่งวัน ถ.พ. อยู่ระหว่าง ๑.๐๒๘-๑.๐๒๒ แสดงว่าไตเสื่อม, แต่ยังไม่มีการคั่งของสิ่งขับถ่าย. ถ้า ถ.พ. อยู่ระหว่าง ๑.๐๒๘-๑.๐๒๒ แสดงว่า มีการคั่ง ของสิ่งขับถ่าย ร่วมกับไตเสื่อมด้วย.

ภาวะต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วรบกวนการทดลองน้อย. คั้งนการทดลองนี้ช่วยในการคัดสรรและพยากรณ์โรคไต.

ในพวกไตเสื่อม ถ.พ. ของปัสสาวะจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจาก ๑.๐๑๐ มากนัก, ถึงแม้ว่าจะกินน้ำมาก หรือจำกัดน้ำก็ตาม. แต่เมื่อไตเสื่อมสภาพมากจน, การขับปัสสาวะออกจะลดลง, แม้ให้น้ำมาก จำนวนปัสสาวะก็จะเกือบเท่าปรกติ. แต่ใน

ระยะท้าย ๆ ก่อนยูเรเมีย, ปัสสาวะจะน้อยกว่าปรกติ.

๓. การตรวจโดยคำนวณจากปริมาตรและ ถ.พ. ของปัสสาวะ (Becher)

ก. หากตัวเลขที่แสดงความสามารถของไตอย่างคร่าว ๆ, เรียกว่า "Becher's number" ตัวเลขนี้ค่าปรกติเท่ากับ ๓๐, หาได้โดยใช้เลข ๒ ตัวแรก (หลักพันและหลักร้อย) ของปริมาตร, ขวกับเลข ๒ ตัวหลังของ ถ.พ. เช่นปัสสาวะ ๒๔ ชม. ได้ ๑,๑๐๐ ถ.ชม., ถ.พ. ได้ ๑,๐๒๐, เลขเบเชอร์ได้ (๑๑+๒๐) เท่ากับ ๓๑. ถ้าตัวเลขนี้เกินกว่านั้นแสดงว่าหน้าที่ของไตเสื่อม.

ข. หากค่าจากการขับถ่าย ของแข็งต่อวัน. คำน ในรายปรกติอยู่ประมาณ ๖๐. ใช้คิดจาก (เลขท้าย ๒ ตัวของ ถ.พ. x ๒.๒ x จำนวนปัสสาวะเป็นลิตร). เช่นปัสสาวะ ๒๔ ชม. ๑,๔๐๐ ถ.ชม. (๑.๔ ลิตร), ถ.พ. ๑.๐๒๐, ค่าขับถ่ายของแข็งคำนวณได้ (๒๐ x ๒.๒ x ๑.๔) เท่ากับ ๖๒, แสดงว่าหน้าที่ของไต. (๒.๒ เป็นเลขคงที่.)

การตรวจโดย คำนวณนี้ผล ไม่น่าแน่นอนนัก. ควรทำหลาย ๆ ครั้ง. ควรจะใช้ตัว



เลขเป็นเครื่องช่วยอย่างคร่าว ๆ. จะใช้
เป็นเครื่อง คัดสิน ให้ แน่นอน ก็แต่ เมื่อไม่
สามารถจะทำการทดสอบอย่างอื่นได้.

๔. การตรวจเลือดทางเคมี

ก. โดยการหา นีออนโปรเทอีนในโคร
เจน. ใช้วิธีโคกไต, ถ้าเป็นทเซอร์ธอไต.
ค่ามากกว่า ๖๐ มก.ปช. แสดงว่าไต
เสื่อม. ยิ่งสูงกวานมากก็เสื่อมมาก. ถ้า
เกิน ๑๐๐ มก.ปช. แสดงว่าอาจเกิดยูริ-
เมียในเวลาต่อไป.

ข. การทดสอบ "แซนโรโปรเทอีน"
ของเบเชอร์

เป็นการตรวจสารพวกอะโรมาติกที่เกิ
กขึ้นในเลือด. ในรายไตอกเสบข้จจุบันอย่าง
รุนแรงมาก หรือไตเสื่อมอย่าง เรอริง.
วชันจะให้ค่าสูง. ในรายไตอกเสบอย่าง
ข้จจุบันแต่ร่างกายสามารถชกเซยได้, ค่า

นอกจากจะปรกคหรือสูงเพียง เล็กน้อยเท่านั้น.
ใช้ เลือด ๒ ล.ซม. ตกตะกอนด้วย
๒๐ ปช. กรดไทโรซลอร์อะซิดิค. เอาน้ำ
กรอง ๒ ล.ซม. ผสมกับกรดในทริกเซม
๐.๕ ล.ซม. ท้มนานครึ่งนาท้. พอเย็น
แล้วใส่ ๓๓ ปช. โซเคียมซัลเฟตโรกไซค์
๑.๕ ล.ซม. จะโคส้เหลืองแก่หรืออ่อนตาม
ปริมาณ ของสารจำพวก อะโรมาติก ท้มอยู่
ในเลือด. ถ้าส้เหลืองจคแสดงว่ามีการคง
ของผลิตผลจากการเน่าในลำไส้, หรือยูริ
เมียในระยะแฝง (ยังไม่แสดงอาการ).

นอกจากการตรวจเหล่านี้แล้ว, ควร
ตรวจตะกอนนอนกนที่โคจจากกรข้บข้ส้สวอะ
ค้วย, เพราะมักจะให้ค่ามรู้ท้เป็นประ-
โยชน์เสมอ ๆ.

พินิต อธิสุข พ.บ.

บทความสำหรับอาจารย์

สมย่นอาจารย์ต้องใช้ความเป็นครูมากขึ้น

นาน ย้มา แล้วครู ไร่เวียน คนหนึ่ง โค
เขียนโอคครวญใน หนึ่งสอพมพ ฅยขหนึ่งม

ใจความว่า เป็นครุนน แสนจะลำยากทคอง
เคยวเซญเตก, ไม่เหมอนพวกอาจารย์ใน

มหาวิทยาลัย, พอบรรยายเสร็จก็เดินออกจากห้อง, ไม่ต้องห่วงใยว่านักศึกษาจะเข้าใจคำบรรยายมากน้อยเท่าใด, เพราะโตแล้ว. ข้าพเจ้านักศรัทธาผู้หนึ่งเป็นครุฑหวงคือนักเรียน, จึงเคียวเซอญ. แต่ในฐานะผู้ปกครองข้าพเจ้าเคยตรวจสมุดการบ้านของเด็กแต่ละคนซึ่งอยู่ต่างโรงเรียนกันสามแห่ง, ปรากฏว่าไม่มีใครตรวจแก้ตามควรกลบม้นยกว่า. ส่วนการบรรยายของอาจารย์นั้นถูกต้องตามทศรผู้หนึ่งกล่าว, คือตามธรรมเนียมสากลไม่ต้องมีการอธิบายแถมพก. แต่ในสมัยนี้อาจารย์บางคนก็ช่วยนักศึกษาอยู่แล้ว, โดยหยกบรรยายก่อนหมดเวลา, เปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถาม. อาจารย์บางคนก็ว่าจำนวนชั่วโมงที่ใครยี่ส่วนแย้งมานั้นจำกัดอยู่แล้ว, หากเปิดโอกาสให้ซักถามก็ขอชั่วโมงเพิ่ม. บางคนก็ว่าเปิดให้แต่ไม่มีใครถาม, ซึ่งอาจเป็นด้วยอาจารย์มีความรักและถ้ายวิชาเก่ง, ฝ่ายนักศึกษาไม่สมควรภาพก, ฟังเก่งทุกคน, หรืออาจไม่เป็นเช่นนั้นก็ได้. แต่นักศึกษาไม่ถามเนื่องจากเหตุขางประการ, ซึ่งจะต้องศึกษาหาความจริงกันต่อไป. กล่าวโดยทั่วไป, หากทงอาจารย์และนักศึกษามสมควรภาพถึงคนมาตรฐาน, การสอนก็คงดำเนินไป

ด้วยผลก. แต่ในสมัยใหม่ก็ตามก็ย่อมมีการหย่อนต่าง ๆ. อาจารย์ที่มความรักอาจารย์วิชาไม่เก่ง เพราะยังหย่อนทั้งในเทคนิค, ศิลปะ, และการใช้อุปกรณ์ในโอกาสอันควร, เช่นพูดค่อย, หรือค่อยข้างคังข้างสลบกันไป, พูดบรรยายเวทย์มนต์, ไม่มีเน้นเสียงในตอนที่สำคัญ, ฯลฯ. จะขอยกตัวอย่างเพียงเท่านั้น, เพราะเป็นเรื่องหนึ่งต่างหาก จากหัวเรื่อง ขทความน. จะขอ กล่าวถึง การหย่อน สมรรถภาพของนักศึกษาเล็กน้อย, หรือจะนำไปสู่จุดสำคัญของเรื่องว่า ทำไมอาจารย์ในสมัยนี้จึงต้องเป็นครุฑมากจน.

ในปี ค.ศ. ๑๙๔๗ ได้มีแผนขององค์การช่วยเหลือ การศึกษานานาชาติมาเยี่ยมประเทศไทย. หลังจากที่เขาได้ส่งสรรคกษนนักศึกษาของ มหาวิทยาลัยทมชอเสียงมานาน, เขาได้แสดงความเห็นออกมาว่านักศึกษาของ มหาวิทยาลัยนนหย่อนในตรรกศาสตร์. ข้าพเจ้าว่าส่วนหนึ่งของนักศึกษาแพทย์ของเราในสมัยนี้เมื่อมาถึงชนสามชนส์ไม่เพียงหย่อนในตรรกศาสตร์เท่านั้น, ยังขาดหลักการที่สำคัญยิ่งขึ้นไปอีก, กล่าวคือขาดความสามารถที่จะเรียนเองจากผู้ช่วย. ทข้าพเจ้ากล่าวว่ามีใช้กล่าวจากความเห็นเป็นเอกเทศ, แต่ได้ฟังความ



เห็นของคณาจารย์ของแผนกควย, ตลอดจนถึงเกิดจากรายงานประวัติผู้ช่วยที่เขียนโดย น.ศ.พ. ชนัสขางคน, ซึ่งแสดงว่ายังไม่รู้ว่า จะอ้าง อาการ อะไร และ อาการแสดงอะไรของ ผู้ช่วยแต่ละราย.

แต่ทุกแผนกวิชาซ่อมมการสอนและฝึกปฏิบัติ, ซึ่งในการสอนและฝึกเหล่านี้ อาจารย์ทำหน้าที่เป็นครู, เพราะงานสอนและงานฝึกเป็นงานของครู. เช่นเคียวกยวิธีการถามให้ตอบ, การยาแล้วยาอีกในบางกรณี, การตรวจผลงาน, ฯลฯ และทำยทสี่ตกคอกการสังสรรคกันตัวต่อตัวกยศิษย์. เช่นความเห็นของครคนหนึ่ง, ดยยกมาอ้างขางยบน, จึงถูกแต่เพียงส่วนเคียว, หรือถูกรอยเปอรเช่นคสำหรับบริการคศึกษาของ บ้างวิชา หรือ บ้างมหาวิทยาลัย ที่ไม่มีการสอนและฝึกภาคปฏิบัติ. แต่ฝึกเมื่อนำมาประยุกต์กย บริการ ที่เราให้คต น.ศ.พ. เพราะ พวกเรา ทำหน้าที่ ครมา ตั้งแต่ เป็นแพทย์ ประจำยาน และหัวหน้า แพทย์ ประจำยาน. เมื่อเป็นอาจารย์แล้วคคงทำหน้าที่ครูอยู่. ที่สำคัญยงในสมัยนคคอกแม่ในการบรรยาย, หากจะให้ไคผลคทสี่ค, อาจารย์จะต้องใช้ความเป็นครูให้มาก, จึงจะไคผลค. ยงในการสอนและฝึกภาคปฏิบัติคยแล้ว, ยงต้องใช้ความเป็นครูมากเป็นพิเศษ.

เท่าที่เขียนมานข้าง ท่าน อาจเห็นว่าเขียนในสิ่งที่ไม่จำเป็นเขียน. จึงขอยกตัวอย่างมาประกอบให้เห็นความจำเป็น. เช่น การสอนในระหว่างเวียนเขยมีผู้ช่วย (Ward Round), ตามหลักสาคลอาจารย์คองสอนแบบคร, คองให้ น.ศ.พ. ซักถามและตรวจผู้ช่วยให้ค (เฉพาะบางข้อและบางอย่าง มีคะแนนจะสอนไม่ไคกคนและไม่เป็นการเวียนเขยมีผู้ช่วย), เจาะจงเฉพาะผู้ช่วยรายนๆ เสียกอน, จึงจะยกเอาผู้ช่วยอนตลอดจนข้อความที่ปรากฏในตำรามา เปรียบเทียบ (เมื่อเห็นควร). ไม่ใช้บรรยายทฤษฎีให้ น.ศ.พ. ฟัง. เพราะเวลาสอนระหว่างเวียนเขยมีผู้ช่วย ไม่ใช้เว ลายบรรยาย ทฤษฎี. ข้าพเจ้าไคแนะนำอาจารย์ ในแผนกให้สอนแบบน. แต่บางคนเขากว่าเขาคนคอย่างททำอยู่. บ้างคนกว่าถามแล้วถามอีกน-เวียนกไม่คตย, หรือคตยไม่ถูก, หรือมถูกบ้างแต่่นอย, เลยพ่นไปเองเรอยๆ, โดยยคตยแบบทแนะนำไป. แต่ น.ศ.พ. ไคอะไรที่เป็นต้นททจะไปหากำไร ในทางทจะเกิดความคิด ความเห็นของตนเอง โดยถูกคองตามหลักการ, เมื่อออกไป เป็นแพทย์ปริญาผู้ ทรงทงเกยรคและวคมี ในสายตาของประชาชน, เช่นเรองนำคค. กยเหตุนี้ข้าพเจ้าผู้งคสอนชนสงมมานานจึงไคเริ่มใช้

ความเป็นครู, พยายามเพาะ "เมล็ดพืช
 ประยักต์" และ "เมล็ดพืชคึกจากท่า"
 ลง ใน สมอ ของ น.ศ.พ. ชั้น สอง ข้างบน
 พฤษภสัปดาห์, โดยถือเป็นงานจำเป็น
 ของครูแก่คนหนึ่ง, ที่ได้ตัดสินใจทศชีวิต
 ให้กับศิรราชตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๒ เมอเริ่ม
 เป็นแฉ่งใจน่าเพ็คคอริส.

ในที่สุดหวังว่าอาจารย์ทุกคนคงจะเห็น
 ภัยกับข้าพเจ้าว่าอาจารย์ ในสมัยนี้ต้องใช้
 ความเป็นครูมากขึ้น, เพื่อผลึกแพทยทม
 สมรรถภาพสมเป็นบัณฑิตผู้มีความไกลและ

กว้าง, มีความสามารถผลิตขคิดที่ถก
 ท้องของตนเองขึ้นจากการปฏิบัติงาน, แทน
 ที่จะเป็นเพียงบัณฑิตชนิดคนกแก้ว, สดแล้ว
 แต่สมคโน้ต, คำวา, และวารสาร, มกล่าว
 ไว้อย่างไรก็ตามอย่างนั้น, ซึ่งเป็นผลท
 ไม่สมกับที่บรรดาครูบาอาจารย์ได้ลงทุนทง
 แรงกายและแรงใจ, ทั้งใจผลิตออกไปเพื่อ
 เสริมสร้างชื่อเสียงของศิรราช.

ประเสริฐ กังสดาลัย
 (ศาสตราจารย์
 หัวหน้าแผนกวิชาอายุรศาสตร์)

หน้าสำหรับนิสิต

ขอควรวรเยกวกับพน

เวลาที่พ้นงอกโผล่พ้นเหงอกเป็นเวลาท
 มีประโยชน์ในการช่วยทายอายุได้. แต่มี
 ค่าจากค, เพราะระหว่างคนหนึ่งกับคนหนึ่ง
 มีความแตกต่างได้มาก ๆ. ตัวเลขต่อไปน
 ได้จากฝรั่ง, ซึ่งเป็นผลจากการเกยสถิติ
 จากคนจำนวนมาก, และแสดงให้เห็น

เกณฑ์ของ การแตก ต่างว่ามี ได้มากเพียง
 ใด. ไม่ต้องสงสัยว่าค่าสำหรับคนไทยจะไม่
 ต่างกว่านั้น, แต่เข้าใจว่าคงต่างไม่มากนัก
 และตัวเลขเหล่านี้คงพออาศัยใช้ไปพลาง ๆ
 ก่อนได้.

ลำดับที่พื้่นงอกโผล่พื้่นเหงอก

อายุที่โผล่

พื้่นน่านม

พื้่นตค, ซกกลาง, ล่าง

๖ ถึง ๘ เดือน

พื้่นตค, ซกกลาง, บน

๘ ถึง ๑๐ เดือน

พื้่นตค, สองซข้าง, บน

๑๐ ถึง ๑๒ เดือน

พื้่นตค, สองซข้าง, ล่าง

๑๐ ถึง ๑๒ เดือน

กรรำนอย, คื้่นรก, บน

๑๒ ถึง ๑๖ เดือน

กรรำนอย, คื้่นรก, ล่าง

๑๒ ถึง ๑๖ เดือน

เขยว, คื้่นบน

๑๘ ถึง ๒๔ เดือน

เขยว, คื้่นล่าง

๑๘ ถึง ๒๔ เดือน

กรรำนอย, คื้่นสอง

ระหว่างอายุขยสาม

พื้่นแท่

กรรำนอย, คื้่นสาม

ตนขยหก

พื้่นน่านมหลกแลงอกใหม่ตามลำดับข้างบน

ขยเจกถึงขยสาม

กรรำนใหญ่

ประมาณ ขยสี่ขยห้า

(พื้่นตค=อินซเซอร์, เขยว=ค่านน, กรรำนอย=ปรี่มอ์ลาร์, กรรำนใหญ่=มอ์ลาร์)

พ.ม.

แผนกข้าว

กรม

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>	<u>ใหม่</u>	๑,๘๘๘	๑,๐๒๔	๑,๐๕๕	๑,๐๘๖	๑,๕๐๒	๓๐๔
	<u>เก่า</u>	๓,๔๘๒	๑,๗๓๔	๒,๐๒๔	๑,๔๕๑	๒,๗๓๒	๕๒๔
	<u>รวม</u>	๕,๓๗๐	๒,๗๕๘	๓,๐๗๙	๒,๕๓๗	๔,๒๓๔	๑๘,๘๐๖
<u>ใน</u>		๒๑๕	๓๒๑	๗๘๖	๑๐๗	๓๐๒	—

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๔๓๐. จักษุ ๓๗๕. สูติ - นารี ๒๐๓. รวม ๑,๐๐๘ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด: ชาย ๒๘๐, หญิง ๒๔๘, รวม ๕๒๘. คลอดตาย, ชาย ๓, หญิง ๔, รวม ๗

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๑ คน (๑๐.๕ ปร. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๗ ราย (๓๑.๕ ปร. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๓๗ ครั้ง. ข้างนอก ๗ ครั้ง. รวม ๕๔๔ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๑๗๑ คน, รักษาใหม่ ๓๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๕๐ ครั้ง.
 รานดิยม: รักษา ๑๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์: รักษาใหม่ ๑ ครั้ง, รักษาใหม่
 และเก่า ๑๑ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๐๒๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๐๕๖ ราย (จากภายนอก ๕๗ ราย). แอ็กกลูติ-
 เนชั่น ๓๗. วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๗๕๘. หมู่เลือด ๑๕๔. น้บเม็ดเลือด ๕๕๔. หาเชออบักเตรี ๑๑๔.
 ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๑, อูจจาระ ๓๗๐, บัสสาวะ ๓๓๑, เสมหะและอื่น ๆ ๓๘. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๒๘.
 อูจจาระ ๘๖, บัสสาวะ ๑๔, น้ำไขสันหลัง ๔, เสมหะและอื่น ๆ ๑๖๕. นีดส์ตัวทดลองเพาะเชออบักเตรี ๑๓.
 ตรวจทดลองตัวจิต ๕๒. ตรวจศพนิติเวช ๑๘. ตรวจของกลาง ๒๓.*

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๕. เจาะตับ ๒, น้ำช่อง
 ปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๗. นีดยาซีพีฟิลิส ๓๑.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๑๑. ถอนฟัน ๔๔๘. อุดฟัน ๑๘๑. ผ่าตัดช่องปาก ๒๔.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม



กำหนดหน้าที่ในงานพิธีประสาทปริญญา พุทธศักราช ๒๕๐๑

ในงานพิธีประสาทปริญญาของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งได้กำหนดในวันอาทิตย์ ที่ ๖ เมษายน ๒๕๐๑ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ หอประชุมราชแพทยาลัย โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงประทับเป็นประธานในพิธี คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลได้กำหนดให้ข้าราชการในคณะ เป็นกรรมการ ประจำหน่วย ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การรับแขก : คาสตราจารย์แคง กาญจนารัตน์ เป็นประธาน ประกอบด้วย กรรมการ คือ คาสตราจารย์เชียว อทยานัง, คาสตราจารย์สรศักดิ์ ศรีเพ็ญ, น.พ. สุขุม ภัทราคม, น.พ. บรรจงศักดิ์ นະมาตว, น.พ. โรจน์ สุวรรณสถิต, น.พ. สนวน บุระณวัฒน์, น.พ. ประสงค์ ตูจินคา, น.พ. ทองนอก นิตยสถิต, น.พ. ขันัญติ ปริษณานนท์, น.พ. ตู ชัยวัฒน์, และ น.พ. ประพนธ์ อารัมมิตร.

การจัดแถวรับเสด็จ : คาสตราจารย์ เติม ขุนนาค, น.พ. สาโรจน์ ปรักษ์ขาม และครูเจนจิรา เขรวานกุล

การเลียงน้ำ : น.ส. ลำรวย ศิริภาคย์, น.ส. วิเชียร ทวีลาภ, น.ส. ประสมทิณจินดา, น.ส. มยุรา กาญจนางกูร, และ น.ส. ทวี ขุนนาค.

การกระจายเสียง : น.พ. สุนทร บุญญา-นิตย์.

การแต่งกาย : แต่งเครื่องแบบ ปกติ. สวมครุฑวิทยฐานะ.

แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งหัวหน้า

แผนกวิชา

เนื่องจาก ตำแหน่ง หัวหน้าแผนก วิชา สึกคาสกร์ - นรเวชวิทยาว่างลง, และ เพื่อให้งานของแผนกนั้นดำเนินไปโดยเรียบร้อยเป็นผลก, ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ จึงแต่งตั้งให้คาสตราจารย์ น.พ. ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นผู้รักษา การในตำแหน่ง หัวหน้าแผนกวิชา สืบแทน ต่อไป.

เปิดการพนุวิชาการแพทยครงท ๖

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้เข้กการพนุทางวิชาการแพทยครงท ๖

ในวันจันทร์ที่ ๒๔ ถึงวันเสาร์ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๑ มีกำหนด ๕ วันครึ่ง คณะกรรมการผู้ดำเนินงาน ประกอบด้วย ศาสตราจารย์สุก สว่างวิเชียร, น.พ. โรจน์ สุวรรณสถิต และ พ.ญ. เพทาย ศิริการณ. การเปิดการพนววิชาครั้งนี้ได้ดำเนินและปรับปรุงตามเสียงข้างมากที่ได้เสนอไว้เมื่อการเปิดการพนววิชาครั้งที่แล้วมา.

๑. ใช้สัปดาห์สุดท้ายของเดือนมีนาคมเป็นระยะเวลาพนววิชา.
๒. มีการศึกษาเป็นหมู่เล็กๆ เพื่อประโยชน์สำหรับของท่านที่มีเรื่องสนใจ โดยเฉพาะ, ซึ่งครั้งนึ่งก็เพียง ๒ วัน, คือวันที่ ๒๕ และ ๒๗ ตอนบ่าย. ในย้ายทั้ง

๒ วันนั้น ผู้แสดงความจำนงไว้ว่าจะศึกษาเรื่องใดก็ตรงไปตามคอกของผู้บรรยาย เพื่อให้เกินจำนวนที่จัดให้ได้.

๓. คณะกรรมการใช้ทรัพย์สินเป็นค่าอาหารกลางวันตลอดการประชุม, เฉพาะผู้สมัครใจ, เป็นจำนวนเงิน ๒๕.๐๐ บาท.
๔. คณะกรรมการได้จัดพิมพ์เรื่องที่น่ามาบรรยาย เป็น เล่ม ตาม คำ ขอ ของ ผู้ ประสงค์.
๕. สถานที่บรรยาย ใช้ ห้องพยาบาล ของแผนกพยาธิวิทยา.
๖. การออกความเห็นเป็นไปอย่างเคย, คือออกความเห็นในวันสุดท้าย.



การส่งเงินค่าบำรุง

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

แพทย์สำหรับภายนอก. และอาจารย์ไม่
ว่าใหญ่ หรือนอยเมื่อเห็นชื่อ “ประเสริฐ
กิงส์คาลย์” ที่เรื่องใด, ย่อมต้องอ่าน
เรื่องนั้นด้วยความพิถีพิถัน เพราะรู้
กันอยู่ ว่าท่านชอบแฝงอะไรไว้ “ใต้”
หรือ “ในระหว่าง” อักษรเสมอๆ.

๑ ท่านศาสตราจารย์นิติเวช คนแรก
ของเมืองไทย, คือ คุณหมอสงกรานต์
นิยมเสน, ยังรักษาคำมั่นของท่านไว้ ได้
ด้วยดี ในการที่สั่งเสีย บทความ นิติเวชให้
แก่เราใต้ทุกๆ เดือน. เรื่องในเคอนันตอง
เป็นที่เอาใจใส่ของแพทย์ทุกๆ คนอย่างแน่น
นอน, เพราะแพทย์แต่ละคนต้องถกขอร้อง
ข้าง, บังคับข้าง, ให้เขียนใบรับรองให้แก่
คนโน้นคนนั้น, และบางทีในภาวะคล้ายๆ
กับที่ท่านผู้เขียนใต้แสดงไว้, คือประจบ
กัวยวาทะว่า “ไม่มีอะไรคอกันนะ”, แต่แล้ว
ก็มเือง. ข้อที่ไม่ควรลืมคือว่า “ไม่มี
ใครจะปฏิเสธได้ว่าไม่รู้กฎหมาย”, โดย
เฉพาะอย่างยิ่งผู้เป็นแพทย์. วิธีที่คอบ้าง
หนึ่งคือคัดบทความ ของคุณหมอสงกรานต์
บทนี้เก็บเอาไว้ ในลิ้นชักโต๊ะทำงาน, และ
เขาออกให้ผู้ที่มาขอใบรับรองอ่านทุกๆ คน,

โดยขีดเส้นแดงไว้ ทว่ารรคสุกท้ายด้วย.

๑ เรื่องของคุณหมอเกษม ลิมวงษ์
เป็นทั้งเรื่องเคอนและกระตั้น. เป็นเรื่อง
เคอนคือ แนะนำให้เราไม่ลืมว่า อาการในช่อง
ท้องรุนแรงส่วนหนึ่งอาจเกิดได้เพราะพยาธิ
ใต้เคอนลำแดง ความชอกแซกถึงตัวอย่าง
คนไข้ที่เสนไว้. คงนการตรวจอวัยวะ
อย่างละเอียด จึงเป็น เรื่องที่ไม่ควรหลงลืม
ในรายที่มีอาการปวดท้องขี้จุกขี้้น, ไม่ว่า
การวินิจฉัยจะเอน เียงไปทางไหนก็ตาม.
เป็น เรื่อง กระตั้น คือ ขี้ขี้ญหาให้ คิดคิดว่า
“เพราะเหตุใดพยาธิพวกนี้จึงชอบไชเข้าไป
ถึงท่อนาค”. จะเป็นเพราะการบังเอิญแต่
อย่างเคียว, หรือเพราะมีขี้จุกขี้้นในโคประ-
กอบอยู่อีกด้วย. ไม่ทราบว่าขี้คิกคักขี้้นจะ
กระตั้นให้ใครลองตรวจค้นดูข้างแล้วหรือยัง
ว่าความจริงนั้นเป็นอย่างไร.

๑ บทบรรณาธิการในฉบับนี้เสนอีกด้วย
ความประสงค์ทั้งที่ใต้เขียนไว้, คือเพื่อ
กระตั้น ความครุ่นคิด ของ อาจารย์ (และ ผู้
อื่น ๆ ที่มหน้าทต้องพดหรือเขียนภาษาวิชา
การ) ในการที่จะช่วยกันหาวิธีที่ “คิ,
งาม, ง่าย” สำหรับการเขียนทับศัพท์วิชา



การในภาษาต่างประเทศด้วยอักษรไทย, เองและลูกหลานของเรา. เราหวังว่าบทความนี้จะได้รับความสนใจพอสมควรจากท่านผู้อ่านทุกท่าน.

ซึ่งต้องนับว่าเป็นขั้นค่าที่สคัญในการ “บัญญัติศัพท์วิชาการ” สำหรับตัวเรา

