



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๙-๑๐ ก.ย.-ต.ค. ๒๕๐๒ Volume 11, Number 9-10, Sept. - Oct. 1959

พยาธิไส้เดือนในท่อน้ำดี

ร.ท. สัมพันธ์ บุญยุคปต์

W.B., M.P.H.T.M.

โรคพยาธิไส้เดือนพบได้บ่อยมากโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อน. ตามปกติเป็นโรคที่ไม่อันตราย, แต่ในบางกรณีพยาธิอาจก่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่นอุดตันลำไส้, ถ้าไส้ทะลุและไซเข้าสูท่อน้ำดี, ซึ่งภาวะเหล่านี้พบได้เสมอ.

จากการรวบรวมรายงานพยาธิไส้เดือนในท่อน้ำดี, พบผู้ช่วยกว่า ๕๑๐ รายจากทุกแห่งของโลก. Hashimoto (๑๙๕๔) รวบรวมจากรายงานทางसनในญี่ปุ่น ค.ศ. ๑๘๙๕-๑๙๕๒ มีผู้ช่วย ๔๕๕ ราย Wang และพวก (๑๙๕๖) พบ ๑๔๑ รายจากซิงเกา. Liang และพวก (๑๙๕๗) พบ ๑๓๘ รายจากเซียงไฮ้, และพบว่าเป็น

๘.๒ ๒๕. ของผู้ช่วยระบบทางเดินน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด, ซึ่งใกล้เคียงกับ ๑๓.๓ ๒๕. ของ Huang และ Wang (๑๙๕๕) จากจีน. แต่ Matsuno (๑๙๕๓) จากญี่ปุ่นพบถึง ๗๑ รายจาก ๑๖๕ ราย, ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก. อาจเป็นเพราะแพทย์ทนสังวรถึงโรคนี้ไปแล้ว. ในประเทศเรา, รายงานของ น.พ. เกษม ลิมวงศ์ (๑๙๕๘) คงจะเป็นชิ้นแรก. แต่ได้ทราบว่าเคยมีพยาธิภาวะนี้แล้วรวมทั้งจากการตรวจศพ, แต่มิได้รายงาน. จากการสำรวจพลเมือง ๗๑ จังหวัดของเรา, มีผู้ช่วยทมิพยาธิจนถึง ๑๙.๖ ๒๕. และโดยเฉพาะในจังหวัดภาคใต้ถึง ๗๐.๕ ๒๕. (สุวัชร-จำลอง

๑๙๕๗). หน้าที่จะพบภาวะนี้บ่อยขึ้น ถ้าเราสังวร ถึงโรคนี้และ นำมาศึกษาและรายงาน.

เหตุใดพยาธิไส้เดือนจึงไชเข้าที่อนาคี.

ปรกติพยาธินี้อาศัยอยู่ในลำไส้เล็ก. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในคน และกระเทือนมาถึงภาวะของลำไส้เล็ก เช่นมีไข้สูง, กินยาถ่ายแรงๆ หรือยาถ่ายพยาธิบางอย่าง, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "แซนโทนิน", พยาธิจะเคลื่อนย้ายที่อยู่. อาจทำให้โฮมาเจียนหรือถ่ายออกมา. มีหลายรายงานที่ผู้ช่วยมีประวัติไชยาถ่ายพยาธิแซนโทนินก่อนเกิดอาการ, แต่รายงานอื่น ๆ ไม่มีประวัติ.

น่าสนใจรายงานของ Nishimura (๑๙๕๖) และ Matsuno (๑๙๕๒) ซึ่งตรวจความเป็น กรดของน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร, พบว่าส่วนมากของผู้ช่วย (เกิน ๖๐ ปช.) ขาดกรดและออกมากว่ากรดทำอย่างมาก. เขาอ้างว่าเป็นอาการสำคัญของภาวะพยาธิไส้เดือนในที่อนาคี. แต่ถ้าคิดในแง่ที่ว่าพีเอชของลำไส้ มีส่วนคุมการเคลื่อนที่ของพยาธิ, เมื่อกรดในกระเพาะขาดไปหรือต่ำมาก, พีเอชในลำไส้เปลี่ยนไป, อาจทำให้พยาธิไส้เดือนเคลื่อนที่ส่งขึ้นมาใกล้

กระเพาะมากขึ้น, ซึ่งย่อมมีโอกาสไชเข้าที่ที่อนาคีได้มากขึ้น. แต่ก็เป็นเพียงข้อคิดของผู้เขียน.

ศาสตราจารย์ Beaver หัวหน้าแผนกพยาธิที่ทดลองให้ความคิดเห็นกับผู้เขียนว่าความผิดปกติของคอโคคินัล แอปปีลล่าอาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้พยาธิไชเข้าที่ที่อนาคีได้ง่ายขึ้น. ซึ่งสนับสนุนในผู้ช่วย ๑ รายที่พบอะเจเนลีสของแอปปีลล่าที่ รายงาน โดย Ochsuer และพวก (๑๙๔๕). เรืองนน่าะสังเกตุต่อไป, โดยเฉพาะการตรวจศพ. แต่เร็ว ๆ นี้ Langlet (๑๙๕๑) รายงานว่ามีไม่น้อยที่ผู้ช่วยมีแอปปีลล่าเข้ามาเข้าไป (คล้ายในผู้ช่วยที่รายงานโดย Ochsuer) แทนที่จะยื่นออกมา, (๑๑ รายจาก ๘๐ รายในการตรวจศพ) ซึ่งไม่ถือว่าผิดปกติ.

ที่แน่นอนอย่างหนึ่งคือ พยาธิ นม นิสัยชอบไชเข้าช่องเล็ก ๆ, Stiles (๑๙๒๑) อ้างว่าพบพยาธิไส้เดือนติคอยู่ในรู ของกระคุมรองเท้าและกระคุมเสื้อ ๔ ราย. และยังมีรายงานอื่นอีกที่พบว่าพยาธิไชทะลุไส้ติ่ง, ไคเวอร์คิคูลัม, และแผลผ่าตัดลำไส้. Aki-moto (๑๙๕๐, ๑๙๕๒) ศึกษากการเคลื่อนไหวของพยาธิในที่เล็ก ๘ มม. พบว่าพยาธิที่ไชเข้าไปได้ ๓ ของลำตัวเพียง

๒๕ ปช. เท่านั้นจะเคลื่อนต่อไป, ส่วนมากจะถอยออกมา. แต่ถ้าเข้าไปทั้งตัวแล้ว ๖๔ ปช. จะเคลื่อนที่ต่อไป. ถ้าพยแขนย่อยเพียง ๑๐-๒๐ ปช. จะเข้าสู่แขนงนั้น. การฉีกนาเยน, ชุน, กวดและค้างเข้าในท่อไม่ทำให้เปลี่ยนทางเดินของพยาธิเลย. สรุปรว่าจากนิสัยของพยาธิร่วมกับเหตุแวดล้อมอื่น ๆ ทำให้พยาธิไซเข้าสู่ท่อน้ำค. และคงจะมีไม่น้อยที่พยาธิไซเข้าสู่ท่อน้ำค. บางส่วนแล้วถอยกลับออกมา, ทำให้ผู้ช่วยมี อาการปวด ท้อง อย่างปัจจุบันชั่วคราวแล้วหายไป.

ขนาดและจำนวนพยาธิทพ. โดยมากพยาธิขนาดโตเต็มที่แล้วยาวได้ถึง ๒๐-๓๐ ซม. แต่มีบางรายที่พบพยาธิขนาดเล็ก เช่น Einhorn และพวก (๑๙๕๕) พบพยาธิขนาดเพียง ๑.๕ ซม. พร้อม ๆ กับ ๑๐ ซม. ในถุงน้ำค. เดียวกัน. พบพยาธิตัวเมียมากกว่าตัวผู้เล็กน้อย. จำนวนพยาธิทพ. ขึ้นอยู่กับลักษณะของรายงาน. ถ้าจากการผ่าตัดมักพบเพียง ๑-๒ ตัวเช่น Hashimoto (๑๙๕๒), Nishimura (๑๙๕๖-a พบว่าประมาณ ๘๐ ปช. พบเพียงตัวเดียว, แต่ถ้าจากการตรวจศพมักพบพยาธิ ๔-๕ ตัว. อาจมากถึง ๔๘ ตัว, ถึงรายงานของ Ja-

cobsen (๑๙๕๐), หรือ ๑๕๐ ตัวในคับ และ ๔๕ ตัวในถุงน้ำค. (Einhorn และพวก ๑๙๕๕) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการตรวจศพสามารถตรวจได้ถี่กว่า, หรือว่าถ้าพยาธิจำนวนมากเข้าสู่ท่อน้ำค. จะทำให้ผู้ช่วยมีอาการหนักและส่วนมากถึงแก่กรรม.

ตำแหน่งที่พบพยาธิ ที่ท่อน้ำค. เป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อยที่สุดถึง ๗๔ และ ๘๕ ปช. ถึงรายงานของ Hashimoto (๑๙๕๒) และ Nishimura (๑๙๕๖-a) ตามลำดับ. แต่จากรายงานทั้งหมดผู้เขียนพบว่า ถ้าพบพยาธิตัวเดียว, ๘๐ ปช. พบที่ท่อน้ำค. รวม; แต่ถ้าพบพยาธิหลายตัว, ประมาณ ๓๔ ปช. พบที่ท่อน้ำค. รวมด้วย, ที่ ๆ พบน้อยมากน้อยตามลำดับต่อไปคือ ท่อน้ำค. ในคับ, ท่อเฮปาทิก, ถุงน้ำค., ท่อซิสติก, และแอมพูลลาร์ออฟวาคเตอร์. ถึงนั้นศัลยแพทย์ไม่ควรพอใจที่พบพยาธิ ๑ ตัวจากการผ่าตัด, ควรตรวจดูให้ถี่ถ้วนระหว่างการผ่าตัดและการตรวจน้ำค. หาไข่พยาธิ.

พยาธิจะมีชีวิตในท่อน้ำค. ได้นานเท่าไร? ยังไม่มีคำตอบที่น่าพอใจ. ประกิติพยาธิอยู่ในลำไส้เล็กประมาณ ๑ ปี, อย่าง

นานไม่เกิน ๒ ปี, ในท่อน้ำคั้นจะเป็น ๓-๔ สัปดาห์. Nishimura (๑๙๕๖) เก็บพยาธิในน้ำคั้นของคนได้ ๑๕ วันเท่ากับในน้ำละลายกลโคส. Maruyama (๑๙๕๕) พบว่าความทนออกซิโมติกของน้ำคั้นสูงกว่าพยาธิ ๔ เท่าและผิวของพยาธิทำหน้าที่เสมือนเยื่อซีมิเพอริมาเอเบิล, ซึ่งทำให้พยาธิอยู่ไม่ได้นาน. แต่พยาธิที่ตายแล้วจะแห้งคงรูปได้นานไม่เน่าเปื่อย, จากผลของความทนออกซิโมติกคนคั้นน้ำจากตัวพยาธิออกไป.

ถ้าพิจารณาจากรายงาน, พบว่าน้ำเสียที่หลายรายงานมีได้แจ้งว่าพยาธิที่พบตายแล้วหรือยังมีชีวิตอยู่. Morton (๑๙๒๘) รายงานผู้ช่วยที่มหาวิทยาลัยวอชิงตันได้ ๕ สัปดาห์และพบพยาธิยังมีชีวิตอยู่. Wang และพวก (๑๙๕๖) พบพยาธิที่ยังมีชีวิตอยู่ในผู้ช่วยหลายรายที่มีอาการประมาณ ๑ เดือน และรายหนึ่งถึง ๓ เดือน. ถ้าพิจารณาถึงพยาธิสภาพที่เกกช่นกับท่อน้ำคั้นและเนอภัยอย่างมาก, ซึ่งน่าจะกินเวลานานพอสมควร, ก็ยังพบพยาธิมีชีวิตอยู่, คงจะพอสนับสนุนฐานได้ว่าพยาธิอาจอยู่ได้ประมาณ ๑ เดือน. แต่ก็มีมากายที่ตายในเวลาอันสั้นหลังจากเข้าสู่ท่อน้ำคั้น.

ภาวะแทรกซ้อนของพยาธิไส้เดือนในท่อน้ำคั้น

๑. การตกเชื้อ เป็นที่แน่นอนว่าพยาธิจะนำเชื้อจากลำไส้เข้าสู่ท่อน้ำคั้น. เชื้อบางชนิดอาจก่อพยาธิสภาพแก่ทางเดินน้ำคั้นได้, เมื่อร่วมกับผลของการเคลื่อนไหวของพยาธิและการคั่งของน้ำคั้น. ทำให้ถึงน้ำคั้นอักเสบหรือกลายเป็นหนอง, ท่อน้ำคั้นอักเสบ, และเป็นฝีที่คืบ. น่าสนใจในโรคถุงน้ำคั้นอักเสบ, ซึ่งพบได้ในประเทศเราไม่น้อย, เพราะจากรายงานต่าง ๆ พบว่าภาวะนี้ร่วมกับพยาธิไส้เดือนได้บ่อย, อาจร่วมกับนิ้วของถุงน้ำคั้นได้; และบางทีไม่พบพยาธิ, พบแต่ไข่จากผนังถุงและท่อน้ำคั้น.

๒. นิ้วในท่อน้ำคั้น. Wang และพวก (๑๙๕๖) และ Nishimura (๑๙๕๖) พบนิ้วร่วมกับพยาธิในถุงน้ำคั้น ๕, ๕๓ และ ๑๖ ๒๕. ตามลำดับ. น.พ. เกษม ลิมวงค์ ก็พบในผู้ช่วย ๒ รายจาก ๗ ราย. Asakura และ Sasamura (๑๙๕๔) พบไข่ของพยาธิไส้เดือนมบลูบูนัย, ในคนไข้ถุงน้ำคั้นอักเสบเรื้อรัง ๓ ราย. Maruyama และ Ayama (๑๙๕๔) ก็พบเช่นกัน. เขาเชื่อว่าไข่ของพยาธินี้เป็นเหตุสำคัญในการเกิดนิ้วของถุงน้ำคั้นในญี่ปุ่น.

๓. การเปลี่ยนแปลงของคืบ ท่อนาคี
ของคืบเป็นแหล่งที่พบพยาธิได้บ่อยรองจาก
ท่อน่วมนาคี, และก่อพยาธิสภาพแก่คืบได้
ไม่มากนักน้อย. Kakizaki (๑๙๕๒) สังเกต
เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในคืบของ
ผู้ช่วย ๒๑ รายจากผู้ช่วย ๖๘ ราย. ๑๔
รายเป็นแบบผื่นคล้ายเฉพาะที่, ๓ รายผื่นคล้าย
ทั่ว ๆ ไป, และอีก ๓ รายเป็นผื่น. ถ้าตรวจ
ด้วยกล้องจุลทรรศน์อาจพบอโอสิโนฟิลมากใน
บริเวณนั้น, อาจพบพยาธิที่ตายในบริเวณที่
เปลี่ยนแปลง (Ouchi และ Kakizaki ๑๙๕๑)
หรือบางรายพยาธิยังมีชีวิตอยู่ (Maki และ
Hirakawa ๑๙๕๐).

แม้ในบริเวณคืบที่ไม่อาจสังเกตการ
เปลี่ยนแปลงด้วยตาเปล่า ก็อาจพบการ
เปลี่ยนแปลงทางจุลกาย, เป็นแบบท่อนาคี
อีกเสีย, มีเซลล์ต่าง ๆ ล้อมรอบท่อ, เพิ่ม
เยื่อพังผืด, เซลล์ของคืบอาจรวม, หรือมี
แพตตกเรเนอเรชันในบางแห่ง, โดยเฉพาะ
ส่วนกลางของเนอคืบ (Matsumo 1953).

คืบอาจกลายเป็นผื่นซึ่งโดยทั่ว ๆ ไปเข้าใจ
กันว่าเป็นภาวะที่พบได้ยาก. แต่ Da Silva
(๑๙๕๑) รายงานจากการตรวจศพ ๕,๐๐๐
รายที่สิงคโปร์, พบผื่นในคืบจากพยาธิไส้
เดือนถึง ๑๒ ราย, จากจำนวน ๕๗ ราย

ของผื่นในคืบทั้งสิ้น. ในแหล่งที่พบผื่นชอะมี-
บิคมาก, แพทย์ก็อาจให้การวินิจฉัยสับสน
กันได้, ดังรายงานของ Niu และ Liu
(๑๙๕๕). ศาสตราจารย์ Beaver ได้พบผู้
ช่วย ๑ รายที่แพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยว่าเป็นผ
ื่นชอะมีบิค, เพราะรักษาได้ผลด้วยการเจาะ
หนองออกและให้ไอเมติน. พยาธิแพทย์ของ
โรงพยาบาลก็สนับสนุนจากการย้อมชิ้นเนื้อ
ที่คืบ, ซึ่งเขาพบลักษณะเซลล์คล้ายอะมี-
บิค. แต่เมื่อศาสตราจารย์ Beaver ได้ศึกษา
ชิ้นเนื้อโดยละเอียด จึงพบว่าเซลล์ที่คล้าย
อะมีบิคในเนื้อ เซลล์ภายในของไข่พยาธิไส้
เดือนที่เปลือกนอกสลายไปและมีขนาดและ
ลักษณะคล้ายอะมีบามาก. Sato (๑๙๕๓)
พบว่าถ้าไข่อยู่ในคืบ ๗-๑๐ วันจะสูญเสีย
เปลือกนอกไป. ผู้เขียนเข้าใจว่าในบ้านเรามี
ไม่น้อยรายที่วินิจฉัยผื่นชอะมีบิคจากพยาธิไส้เดือน
เป็นอะมีบิคไปจากการที่พบบ่อยและมีไคเนท
ถึงภาวะแทรกซ้อน.

การเกิดผื่นที่คืบขึ้นขึ้นอยู่กบเวลาพยาธิ
อยู่ในท่อนาคีและเชื้อที่นำเขาไป. Crowell
(๑๙๕๐) จากฟิลิปปินส์พบ ๖ จาก ๑๒ ราย
ในการตรวจศพ. แต่ถ้าศึกษารายงานที่ได้
จากการผ่าตัดคืบมักพบน้อย, เพราะให้การ
รักษาทันท่วงที เช่น Wang (๑๙๕๖) พบ

๑ จาก ๑๔๑ ภาย, Yang และ Laube (๑๙๔๖) พบ ๑ จาก ๑๕ ภาย. Kakizaki (๑๙๕๒) พบ ๓ จาก ๖๘ ภาย. แต่จากรายงานของ น.พ. เกษม ลิมวงศ์ ๒ ภาย จาก ๗ ภาย, เท้าที่รวมโตทง สัน ๒๑ ภาย. ผมงจะเป็นหลายแห่ง, ขนาดเล็กประมาณ ๒-๕ ซม. แต่ก้ออาจพบขนาดโตได้, หนองสีเหลืองปนเทาหมักกลิ่น โพรงฝีมทางติดต่อกับท่อน้ำในค้ำ, พยาธิที่พบบ่อยมากตายแล้วหรือไม่พบพยาธิ เพราะพยาธิเคลอนหนีไปท่อนหรือเพราะเน่าสลายไป. มักพบพยาน้อยตัว, แต่บางรายงานก็พบหลายตัว. ฝืนอาจแตกทะเลเข้าสู่ช่องท้อง, และกระบังลมช่องปอดได้ (Ochsuer และพวก ๑๙๔๕ McNamara ๑๙๔๓, น.พ. เกษม ลิมวงศ์ ๑๙๕๘). การเพาะเชื้อ จากหนอง อาจพบ สะตาฟิโลคอคโค, เอโรแบคเตอร์, บี. โคไล, ซึ่งพบบ่อยในเด็กอายุน้อย. แพทย์ควรสนใจของค้ำในเด็กเล็ก, เพราะฝืนค้ำจะมีบ่าก่อนข้างหายาก.

๔. ค้ำอ้นอกเสียบ ภาวะค้ำอ้นอกเสียบ ข้างขึ้นแบบเลือกออก พบร่วมกับพยาธิไส้เดือนในท่อน้ำค้ำ, แม้ว่าจะพบไม่บ่อยนัก. อาจเกิดเมื่อพยาธิออกที่แอมพูล่าของวาเทอรัคังรายงานของ Chin (๑๙๓๓), Ghosh

(๑๙๕๒), Gallic และ Brown (๑๙๕๔) และ Crowell (๑๙๒๐); หรือออกที่ท่อนค้ำอ้น โดยตรงจังรายงานของ Rigby (๑๙๒๓), Novis (๑๙๒๓), Crowell (๑๙๒๐), Wang และพวก (๑๙๕๖). แม้ท่อน้ำค้ำรวมก็เคยพบเช่นรายงานของ Nishimura (๑๙๕๖) ในฝืนวัย ๕ ภาย, และ Crowell (๑๙๒๐). รวมทงสันอย่างน้อย ๑๕ ภายมีอ้างไว้ในฝืนวัยทุกอายุ, มี ๑ ภายที่รอดจากการผ่าตัด. Archibald (๑๙๑๕) ได้แสดงไว้ว่าการยอนไหลกลับของน้ำค้ำเข้าสู่ท่อนค้ำอ้นอาจทำให้เกิดการอักเสบได้. และ Abo (๑๙๕๗) พบโดยการทดลองว่าพยาธิไส้เดือนในท่อน้ำค้ำจะมีผลให้ค้ำอ้นอักเสบบ้างไม่มากก็น้อย, โดยเฉพาะในระยะต้น.

๕. เกิดทะเลเข้าสู่อ้วยวอน พยาธิไส้เดือน อาจไชทะเลท่อน้ำค้ำได้ ดังรายงานของ Adams (๑๙๓๕) พยาธิไชทะเลท่อนเยปาคิค. ส่วนมากไชทะเลจากฝืนของค้ำ, ทำให้พบบน้ำค้ำหรือหนองในช่องท้อง, และเกิดการอักเสบ. อาจพบพยาธิในช่องท้องด้วย. บางรายขณะผ่าตัด ไม่อาจค้นพบทะเลที่ใดเลย (Mc Namura ๑๙๔๓) ซึ่งอาจเป็นจากรทะเลที่กระบังลม หรือพยาธิไชทะเลที่เนอค้ำ, และทะเลอาจขี้ค้ำเอง. นอกจากนั้นอาจแตกเข้า

สัโพร่งปอดได้คงอ้างไว้แล้ว.

ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดนั้นได้มีความสำคัญและอันตรายมาก. การสังวรดังภาวะนี้และให้การรักษาที่ทันการจะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้.

ประวัติ, อาการและอาการแสดง

อายุ ประมาณ ๖๐ ปี. ของผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี และ ๒๒ ปี. ต่ำกว่า ๕ ปี, แต่มีอาการพบในผู้ใหญ่ได้ ๒๐ ปี. ในอายุ ๓๐-๔๐ ปี. อายุน้อยที่สุดที่พบคือ ๑๑ เดือน (Da Silva ๑๙๕๑ และ Einhorn และพวก ๑๙๕๕), อายุมากที่สุด ๖๐ ปี (Jiang และพวก ๑๙๕๗).

เพศ จากรายงานต่างๆ จากญี่ปุ่น, จีน และที่ผู้เขียนรวบรวมพบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย. และไม่บ่อยรายเป็นหญิงขณะตั้งครรภ์ (Wang และพวก ๑๙๕๖ พบ ๑๔.๑ เปอร์เซ็นต์).

อาการ อาจแบ่งได้ต่างกัน, ส่วนมากแบ่งเป็น ๓ พวกคือ:

(๑) อาการปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลันลักษณะโคลิค. มาโรงพยาบาลภายใน ๒-๓ ชั่วโมงหรือ ๑-๒ วันร่วมกับอาการคลื่นไส้, อาเจียน. อาการ

ปวดโคลิคนี้ Yang และ Laube (๑๙๕๖) อ้างว่าเป็นผลจากหดรัดออกคดหดตัวอย่างแรงขณะพยาธิผ่านเข้าไป. เมื่อพยาธิเข้าไปได้หมดแล้ว, ก็คงปวดเป็นพัก ๆ และมักไม่รุนแรง. Wang และพวก (๑๙๕๖) อ้างว่าเกิดจากการเคลื่อนไหวของพยาธิในท้อง. อาจปวดร้าวไปที่ไหล่. อาจพบพยาธิปนออกมากับอาเจียน. ไม่ค่อยมีไข้. ไม่ค่อยพบคลื่นชาน, นอกจากมีน่วหรือการอืดเสี้ยวร่วมด้วย, เพราะลำพังพยาธิไม่ได้อุดตันทางเดินน้ำดี. มีน้อยรายที่พยาธิจำนวนมากขดรวมกันเป็นก้อนออกที่ท้องคร่อม.

มีไม่บ่อยที่ผู้ป่วยเกิดอาการปวดโคลิคอย่างรุนแรงเพียงพักเดียวก็หาย. อาจเนื่องจากพยาธิไชเข้าสู่ท้องน้ำคเพียงบางส่วนแล้วถอยกลับไป.

(๒) อาการเรอหรือ เป็นผลจากที่พยาธิได้เข้ามาในท้องน้ำคแล้ว. อาจทำให้ท้องน้ำคอืดเสี้ยว, น่ว, ลงน้ำคอืดเสี้ยวหรือเป็นหนอง, เป็นต้น. อาการจึงแตกต่างกันไป. ยากแก่การวินิจฉัยให้แน่นอน, แต่มักพบไข้และคลื่นชานร่วมด้วย.

(๓) อาการจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลเนื่องจากผลแทรกซ้อน เช่นเยื่อช่องท้องอืดเสี้ยว, ลงน้ำคเป็นหนอง,

ผู้ของตัวยุ, หนองในช่องปอด, และผู้ไ้
กระบังลมเป็นต้น.

การวินิจฉัยโรค สิ่งสำคัญที่สุดคือแพทย์
มีความสังวรถึงโรคนี้อยู่เสมอ, และอาศัย
สิ่งเหล่านี้ประกอบคือ:

๑) ประวัติ ผู้ป่วยมาจากบริเวณที่มี
พยาธิในชกชวมและการอนามัยของผู้ป่วยก่อน
ข้างมีโอกาสรวยเชอพยาธิได้ง่าย.

๒) มีประวัติมีพยาธิไส้เดือนในท่อนาค
มาก่อน. อาจเคยถ่ายมีพยาธิปนมาหรือ
อาเจียนมีพยาธิออกมาพร้อม ๆ หรือก่อนมี
อาการ, อาจมีประวัติการใช้ยาถ่ายอย่าง
แรงหรือยาถ่ายพยาธิที่ไม่เหมาะเช่นแซน-
โทนินก่อนเกิดอาการ.

๓) อาการและการแสดงของโรคใน
ทางเดินนาค.

๔) ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิไส้เดือน.

๕) ที่ช่วยการวินิจฉัยมากที่สุด คือ
การค่นาคจากคโ้ค่นมีหลังใช้แม็กนิ-
เซียมซลเฟตเพื่อให้ถนาคขยขตัว. ถ้าพบ
ไข่พยาธิไส้เดือนจะเป็นการสนับสนุนที่แข็ง
แรงมาก. แต่อาจลำยากในผู้ป่วยที่ถกถน.

๖) ตรวจนาคขณะผ่าตค. เมื่อไม่พบ
พยาธิเพราะพยาธิอยู่สูงกว่า, แต่ถ้าพบไข่
ในนาคควรสำรวจหาตัวต่อไป.

๗) ผลทางห้องทดลองอื่น ๆ ไม่ค่อย
สำคัญ. เม็ดเลือดขาวอาจปรกติหรือสูงเล็กน้อย. อีโอสโนฟิลเลียไม่ค่อยพบ.

การรักษา เป็นที่แน่นอนว่าการผ่าตคเป็นสิ่ง
จำเป็น. ทงนเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถกถน,
และเพื่อเอาพยาธิ ทอาจมีชีวิตขยหรือตาย
ออกมา. นอกจากนอาจมีนวมร่วมด้วย. คน
หาได้ถถวน โดยการคล่าหรือแยงตามทอ.
ไม่ควรพอใจถ้าพบเพียงตัวเดียว. ควรตรวจ
ทอเซปาคิคด้วย. สิ่งถกถนการเปลี่ยนแปลง
ของเนอติข. ไม่ควรรรคให้พยาธิขยถนถลข
เข้าคโ้ค่นมีเพราะอาจเกิดขนใหม่ได้. วิธ
การผ่าตคต่าง ๆ ขนอยู่ถกถลขแพทย์. ขาง
คนไม่ใส่ท่อรูปตัว "ที" ค้างไว้, ขางคน
นิยมใส่, ขางคนค้ถถนถนออกถกถนถรข
เป็นต้น. แนะนำให้ถถกลางทอนาคคเพื่อให้
ไข่ที่ขยถกค้างอยู่ออกไปไม่เป็นเหตุถกถนถว.
ถาสังสัยพยาธิแต่หาไม่พบ, ควรตรวจนาค
หาไข่พยาธิจะช่วยมาก. อย่งไรก็ตาม,
ควรตรวจนาคคไข่พยาธิทกรขหลังผ่าตค,
เพราะอาจมีพยาธิถกค้างอยู่. การถถถวทข
แสงเข้าทอนาคและถาขรูปรังสีเอ๊กซอาจ
ช่วยการวินิจฉัยได้ขาง.

การให้ยาถ่ายพยาธิเป็นสิ่งจำเป็นมาก
เพอถนไม่ให้เกิดซ้ำถก (Wang และพวกพข

๑๐ รายจาก ๑๔๑ ราย) ควรเริ่มต้นทดลอง
ใช้เริ่มทำงาน. ขอแนะนำให้ใช้ยี่เปื้อราชั้น
เพราะยานี้จะออกฤทธิ์ให้พยาธิเป็นอัมพาตไม่
อาจไชซอนเข้ามาอีกได้. แซนโทนินไม่ควร
ใช้เด็ดขาด. Wang และพวกใช้ฉีด ๒ ๒๕.
แซนโทนินในแอลกอฮอล์เข้าสายยางทาง
ท่อน้ำคิลเลเข้าคอกโคคนมระหว่างการผ่าคอก.
ใช้ ๘ ล.ซม. ในผู้ใหญ่. ๐.๕ ล.ซม. ในเด็ก,
โดยเจือจางกับน้ำเกลือ ๕๐-๑๐๐ ล.ซม.
ว่าได้ผลดี. แต่ผู้เขียนไม่เห็นด้วย.

ได้มีผู้พยายามใช้การรักษาทางยาและ
อ้างว่าได้ผลคือ Ouchi (๑๙๕๑) ใช้แซน-
โทนินร่วมกับท่อน้ำคิลเลเข้าคอกโคคนมของ
Lyon. เขาพบว่าผลของยาไม่ดีเท่ากับการ
ขี้นพยาธิในลำไส้เพราะต้องถูกคอกคอกคอกและขี้น
ถ่ายออกทางน้ำคอก, และบางรายก็ต้องผ่า
คอก. อย่างไรก็ตามถ้าคิดว่าแม่พยาธิจะตาย
ด้วยยาถ่ายก็อาจไม่ถูกขี้นออกมาสู่คอกโคคนม,
ก็จะเป็นตัวกอนนหรือผลในคอก หรือพยาธิ-
สภาพอน ๆ ได้. จึงไม่ควรรักษาทางยาเลย
นอกจากไม่อาจผ่าคอกได้ด้วยเหตุใดก็ตาม.

การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็เป็น
ไปตามแนวปฏิบัติทั่วไป. แต่สำหรับตัวของ
คอก, ผู้เขียนเห็นว่าควรใช้วิธีคอกกรรมเพื่อ

เอาพยาธิที่อาจมีอยู่ออกพร้อมกับปฏิชีวนะที่
เหมาะสมจะทำให้เป็นผลดีเร็วขึ้น (ผิดจาก
ผู้เขียนคอก).

การพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของ
โรค. ถ้าได้รับการรักษาทันทีและถูก
คอกก็ไม่ค่อยมีอันตรายนัก. Wang และ
พวก (๑๙๕๖) พบว่าอัตราตายเป็น ๒.๘๓
๒๕. ใน ๑๔๑ ราย. แต่ถ้ามีภาวะแทรก
ซ้อนต่าง ๆ หรืออายุคนไข้น้อยหรือชราวมัก
ก็มีอัตราตายสูง. ในปัจจุบันนี้ปฏิชีวนะต่างๆ
อาจช่วยลดอัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนได้.

สรุป

ได้รวบรวมรายงานของพยาธิไส้เดือนใน
ท่อน้ำคอกคอกคอกและการคอกคอก. เห็น
ได้ว่าภาวะนพบได้เสมอและอาจก่ออันตราย
รุนแรง. ควรที่แพทย์จะได้นกคอกและคอก
โดยถาวร, ซึ่งเกยของกอกคอกคอก,
อายุรแพทย์, กุมารแพทย์, พยาธิแพทย์
และรวมทั้งนักปราชญ์ จะได้ร่วมกันคอก
ปัญหาทางประการที่ยังไม่แจ้งชัดต่อไป.

(เอกสาร ๔๔ ฉบับขอคอกได้จากผู้เขียน)

คืบอ่อนอกเสบกกเลอกบ้จจุบัน
กบ้ไปรียปล้ไถโอยูเรชิล

นวรทน์ เซ็นส้าน

พ.บ.

(แบลวิว เมคคัลเซ็นเตอร์, นวยอร์ค)

การอ๊กเสบข้จจุบันของคืบอ่อน พร้อมกบ้
มีเลอกออกภายในอวยวะ เช่นข้ญหาทสา-
คัญอัน หนึ่งในวง การแพทข้ ทงใน อคคคและ
ข้จจุบัน. มีการถกเถียงกันมากถึงกลไกการ
เก็กรวมทง การ รักษา ใน ทาง คัลย กรวม,
อวยกรวมและทางพยาธิวิทยา. ทงนี้อา
เนื่องมาจากการไม่ทราบสาเหตุแน่นอนของ
โรคนี้.

ข้ญหาสาเหตุของการอ๊กเสบข้จจุบันของ
คืบอ่อนนี้, ได้มีผู้เสนอความคิดเห็นจาก
ความชำนาญและการทดลองคนควากัน
มาก. ความริในเวรอนไคเริ่มขึ้นเมื่อ ๖๐ ปี
มานเอง, ถึงนั้นความคิดเห็นและความเชื่อ
ถือในสาเหตุของโรคนี้จึงต่างกันและเปลี่ยน
แปลงมาตลอดเวลาจนถึงข้จจุบันนี้. ผู้ที่เริ่ม
กล่าวถึงการรายงานเป็นครั้งแรก คือ Fitz
แห่งบอสตันในปี ๑๘๘๘. ภายหลังทมีราย
งานฉบับแรกของโรคนี้ออกมาแล้ว, ความ
สนใจในสาเหตุของโรคนี้ก็เพิ่มขึ้น. ได้มีผู้

พยายามอธิบายกลไกการเกิดกันมาก. ราย
งานที่สำคัญซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการ
อธิบายสมมุติฐานของโรคนี้คือรายงานของ
Opie¹ แห่ง ร.พ. จอนส์ ฮอปคินส์ ในปี
๑๘๐๑, ซึ่ง Halsted² แห่งโรงพยาบาล
เดียวกันก็กล่าวสนับสนุนทฤษฎีของ Opie
ที่กล่าวไว้ในรายงานนั้น. ทฤษฎีของ Opie
นี้ยังไม่สมบูรณ์ทีเดียว, แต่ก็นับว่าเป็นจุด
เริ่มต้นที่สำคัญที่สุด, เพราะเป็นแนวทาง
ให้สนใจในระยะหลังต่อมาได้คิดสนับสนุน
หรือคัดค้าน.

Opie อธิบายสาเหตุโดยอาศัยพยาธิ
สภาพทพบในคืบอ่อน, ซึ่งแสดงการตายของ
เนื้ออวยวะ, มีเลอกออกและมสังทเนื่องจาก
การอ๊กเสบรวมอยู่ด้วย. ทฤษฎีของเขาสรุป
ว่า สาเหตุของโรคนี้คือนวนาคอนเล็ก ๆ
เพียงก้อนเดียวที่อยู่ใน แอมพลลัวร์ ของวา-
เตอร์. กอนนนวนนี้อาจออกคั่นช่องเยื่อร่วม
ของท่อนาคทรวมกับทอคืบอ่อนของ Wir-
sung, ทำให้กลายเป็นทางเปิดคั่นคั่น. นำ

ค้ำไหลเข้าสู่ท่ออ่อนทางท่อของมันไค, และ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในขบวนการอึกเสบ. มีลักษณะการตายของเนออวัยวะ, เลือดออก และมีสิ่งที่เกิดจากการอึกเสบรวมอยู่. Opie ได้สนับสนุนทฤษฎีของเขาโดยการทดลอง ฉีดน้ำใครเซอ ๓-๕ ล.ซม. เข้าท่อค้ำอ่อน ของ Wirsung ในสุนัข, ทำให้มีการอึกเสบ ของค้ำอ่อนชนิดมีการตายของเนอ และมี เลือดออกภายใน. ค้ำอ่อนมีลักษณะเช่น เคียวกับทพในผู้ป่วยด้วยโรคนี้. ทงนคัง เป็นผลของน้ำค้ำค้อเนอค้ำอ่อนโดยตรง. ทาง หองรักษาสนับสนุนทฤษฎีนี้ด้วย, เพราะผู้ บ่วยทเป็นโรคนี้มัก มนอ อยู่ใน ท่อนาคค้วย เสมอ.

เมื่อพิจารณาทฤษฎีนี้โดยถ่วงจะพบว่า ทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายได้ทุกสาเหตุของ โรค. Opie เองได้รับว่าความผิดแปลกทาง ภายวิภาคของตำแหน่งการ เบ็ดของ ท่อนาค กัยท่อ ค้ำอ่อน ทำให้ ทฤษฎี อธิบาย สาเหตุ ของโรคไม่ได้เสมอไป. นอกจากนยังมีการ แยกเค็อกค้อ ถ้าหากฉีดน้ำใครเซอจำนวน น้อยกว่า ๒.๕ ล.ซม. เข้าท่อค้ำอ่อน, จะ ไม่พบการตายของอวัยวะ, นอกจากมีการ อึกเสบแต่เพียงเล็กน้อย. จากความเห็น แยกทงสองขอนเป็นทางใหม่ผู้คนควาค้อไป.

ต่อมา Mann และ Gioradano ได้ให้ ความเห็นว่า นวทจะอดคั้นทางเคินร่วมของ ท่อนาคและท่อค้ำอ่อนนั้นจะต้อง เป็นนว ชนาค เล็กค้อค้อยู่ที่ปลายแป้นล้าวรของแอมพล้าวร ของวาเคอวี. Schmieden และ Sebening ก็ ได้รายงาน ว่านว นาค ท่อค้อค้อยท นนม เพียง ๔.๕ ปรช. ของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ๑,๒๖๘ ราย. แสดงว่าสาเหตุของโรคนี้เกิดจาก การอดค้อของนว นาคยังมีอีกมาก. Cameron และ Noble⁵ กล่าวถึงลักษณะของการ เบ็ดร่วมของท่อนาคกัยท่อค้ำอ่อนในค้ำนกาย วิภาคว่า ถ้าหากมีนว ในแอมพล้าวรของ วาเคอวีจะทำให้มีการค้ำค้อเป็นทางเคียวกัน ได้เพียง ๖๕ ปรช. เท่านั้น. Archibald และ Brow⁶ รายงานว่าอีกสาเหตุหนึ่งของทฤษฎี ของ Opie เกิดจากการหดเกร็งของท่อนาค.

นอกจากนี้ใครผู้อ้างว่าน้ำในลำไส้ก็เป็น สาเหตุของโรคนี้. ถ้าในลำไส้ถูกฉล็ก คั้นเข้าในท่อค้ำอ่อนโดยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม, จะยังผลให้เกิดมีการตายของค้ำอ่อน. ความ เห็นชอบมีผู้สนับสนุนน้อยมาก.

Dragstedt, Haywood และ Ellis⁷ ได้ ทำการทดลองว่านาค ๓-๕ ล.ซม. หรือ ของเหลวอื่นก็ตาม, เมื่อถูกฉีดเข้าในท่อ

ทัยอ่อนจะทำให้ ระบายท่อ ตัวยอ่อนและ ะซีใน
แตกออก. ของเหลวที่ตก, นาย้อยและสาร
ละลายของตัวยอ่อนผ่านเข้าสู่เนอของ ะวีวะ.
กรณีในการฉีกขาดเข้าท่อของ ตัวยอ่อน นาคีจะ
ทำอันตรายได้แต่เพียงทำให้ะซีในแตกออก
จากกัน.

Dragstedt ได้ให้ความเห็นว่าทริยปซิน
ไม่สามารถทำลายเซลล์ที่สมบูรณ์ และยังมิ
ชีวิตอยู่ได้. Rosenbach⁸ ได้รายงานก่อน
หน้านั้นว่า ทริยปซิน มีฤทธิ์ แต่เพียง ทำให้
หลอดเลือดฝอยขยายตัว, และมีภาวะ
หลอดของเม็ดเลือดแดงออกมา. ผลสุดท้าย
จะมีการแตกของหลอดเลือดฝอย, ซึ่งจะมี
เลือดออกน้อยมาก. แต่พยาธิสภาพที่พบได้
นั้นปรากฏว่า เลือดที่ออกในตัวยอ่อนเกิดจาก
การแตกของหลอดเลือดที่ใหญ่กว่า. ทั้งนี้
คงมิใช่เนอ มา จากฤทธิ์ ของ ทริยปซิน,
เพราะเอ็น ซีมิน ไม่สามารถ ย่อย ผนังของ
หลอดเลือดขนาดใหญ่ได้, ในเมื่อหลอด
เลือดคนอยู่ในสภาพปรกติอยู่ก่อน (Rich และ
Duff).⁹

เท่าที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า สาเหตุ
ของตัวยอ่อน อักเสบ ตก เลือดขุ่น เป็นผล
เนื่องมาจากสาเหตุภายนอก, และยังมิ
สามารถอธิบายกลไก การเกิด ของโรคนี้ได้

ทกกรณี.

ในปี ๑๙๓๖ Rich และ Duff⁹ แห่ง
ร.พ. จอนส์ ฮอปกินส์ ได้ทำการค้นคว้าและ
อธิบายกลไกของการเกิดโรคนี้, เพื่อให้ได้
ความสมบูรณ์ในการอธิบายสาเหตุได้มากที่สุด.
เขาอธิบายว่า จุดเริ่มต้นของการตาย
อยู่ที่ะซีในของตัวยอ่อนเอง. เยื่อท่อและ
แขนงของท่อใหญ่มีเมตะเพลเซีย, ทำให้
เกิดการอุดตันแต่บางส่วนของท่อตัวยอ่อน. จะ
ทำให้มีการคั่งของนาย้อย และสาร ละลายที่
อยู่ต้นทาง. ท่อและะซีในทางต้นทางจะถูก
ดันให้ขยายใหญ่ขึ้นและในที่สุดก็แตกออก.
เมื่อะซีในแตก, นาย้อยและสารละลาย
ต่าง ๆ ก็เข้าสู่เนอที่เซลล์ที่ชีวิตของ
ะวีวะ. ผลก็คือการสลายของตัวยอ่อน, มี
เลือดออกและมีการตายของเนอไซมัน. Rich
ได้เชื่อว่า ทั้งนี้ เนอมา จากการ ทำลายของ
ทริยปซินในเอ็น, ซึ่งมีฤทธิ์ทำลายเนอของ
ออ่อนและหลอดเลือดได้, ถึงแม้ว่าจะมิได้
ถูกกระตุ้นให้มีฤทธิ์ ในรูปของทริยปซินโดย
เอ็นเทอโรโคเนสก็ตาม.

ทฤษฎีของ Rich และ Duff ดังกล่าว
แล้วนั้นก็ยังไม่สมบูรณ์โดยแท้จริง, เพราะ
Rich ได้รายงานไว้ด้วยว่า จากการผ่าศพ
ของคน ที่ตายด้วย สาเหตุ ынในคน อายุเกิน

๒๕ บัรพบ เมตะ เฟลเซ็ช ของ เยอบู ท่อคัย
 อ่อนเพียง ๑๘.๖ ปช., และพบ ๑๘ ใน
 ๒๔ รายของผู้ช่วยที่เป็นโรคน. แสดงว่ายังมี
 ผู้ช่วยด้วยโรค นอกเป็น จำนวนมาก ที่มีโค
 ย้วยเนื่องจากสาเหตุตามทฤษฎีนี้ ฉะนั้นจึง
 เป็นที่น่าคิดว่า โรคนควรจะมสาเหตุเริ่ม
 ต้นอย่างเฉยๆ, ซึ่งอาจจะสืบเนื่องมาจาก
 สาเหตุอันตึงกล่าวมาแล้วก็ได้.

ก่อนที่จะพิจารณาต่อไป ผู้เขียนขอเสนอ
 ความรู้มูลฐานที่เกี่ยวกับความเป็นไปของคัย
 อ่อนพอสมควร, เพื่อประกอบการอธิบายกล
 ไภของการทำให้เกิดโรคน.

วิทยาเอ็มบริย้อ¹⁰

คัยอ่อนนั้นกำเนิดมาจากทิสซิว ๒ กลุ่ม
 (ปริมีคัพัว แพนครีอาติก คัยคัส) ด้วยกันคือ

๑. คอรัลแพนครีอาติกคัยคัส ส่วนนี้
 เกิดอยู่ที่ทาง ด้านขอบ หลังของคัยคัสนุ่มและ
 เจริญเติบโตอยู่ในคอรัล เมโสคัยคัสนุ่ม.
 มีท่อเปิดเข้าสู่คัยคัสนุ่ม. ส่วนนี้จะกลายเป็น
 ส่วนหน้าของหัว, คอ, ตัวและหางของ
 คัยคัยอ่อน.

๒. เว้นทรัลแพนครีอาติกคัยคัส ทิสซิว
 กลุ่มนี้เกิดอยู่ที่ส่วนหน้าของคัยคัสนุ่มในเว
 นทรัลเมโสคัยคัสนุ่ม. มีท่อติดต่อกับท่อนาค,

ส่วนนี้จะหมุนไปทางค้านขวาและไปอยู่หลัง
 คัยคัสนุ่มและรวม คัยคัยคัย คอรัลแพน ครีอา
 คัยคัยคัย. ส่วนนี้จะเจริญเป็นส่วนหลังและ
 ส่วนล่างของหัวและส่วนยื่นอันซีเนค ของคัย
 คัยอ่อน.

ภายหลังที่ มีการรวม ของส่วน ทั้งสอง
 ของคัยคัยอ่อนจะมีการคัยคัยระหว่างท่อของทง
 สองส่วนร่วมกัน. ท่อของคอรัลคัยคัยจะเป็น
 ท่อคัยคัยอ่อนของ Santorini. ท่อนนี้จะปิดตัน
 ประมาณ ๒๐ ปช. ท่อของเว้นทรัลคัยคัยจะ
 เป็นท่อใหญ่ของคัยคัยอ่อน (ท่อของ Wirsung).

กายวิภาคศาสตร์ของระบบท่อคัยคัยอ่อน

ท่อคัยคัยอ่อนของ Wirsung เป็นท่อใหญ่.
 ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของน้ำย่อยและสารละ
 ลายจากอะซีไน. เริ่มต้นจากทางหางไปยัง
 หัวของคัยคัยอ่อน. การเปิดของท่อคัยคัยอ่อนของ
 Wirsung มีการฝึกแปลกไปได้เป็น ๓ อย่าง
 คือ:

๑. ท่อคัยคัยอ่อนเปิดเข้าสู่แอมพลลาร์
 ของวาเตอร์, ซึ่งท่อนาครวมเปิดเข้าสู่ด้วย.
๒. ท่อคัยคัยอ่อนรวมกับท่อนาคก่อน
 เปิดเข้าสู่แอมพลลาร์ของวาเตอร์.
๓. ท่อคัยคัยอ่อนเปิดเข้าสู่คัยคัสนุ่มโดย
 ตรง. แยกกับช่องเปิดของท่อนาครวม.

ทอด้ยอ้อนของ Wirsung ในผู้ใหญ่จะ ผ่านทางค่านหน้าทางขวาของทอหน้าค้วม, และส่วนมากเข้คเข้าส้คโคคิน้คมสูงจากทเบ้ค ของแอมพลลาร์ของวาเคอว้ประมำณ ๓/๔ นิ้ว.

ควำมร้คทางกายว้ภำคค่น เป็นส่วนหน้กท ทำให้การอธบำยว้คโดยทฤษฏ์ของทอรว้ม เป็นไปไม่ไ้ค. เช่นในกรณททอใหญ่ของค้บ อ้อนเข้คเข้าส้คโคคิน้คมโดยครง, ถึงจะมี นวนำคคคคคทแอมพลลาร์ของวาเคอว้, นำ ค้คไม่ม่โอกาสไหลเข้ส้ทอของค้บอ้อนไค.

สร้รว้ทยาของค้บอ้อน

ค้บอ้อนมีหนำทเกยวคกับการอ้อยอำหำร ค้ค สร้วงและหล้งน่ำอ้อย, สร้วงละลำนและ น่ำ. บ่งมีขอสร้คคคในหนำทอของค้บอ้อน ทม่ควำมสร้คคคเกยว ค้กับการพิจำรณำสร้- เหตุกำร อค้เส้บคคเลอคค บ้จ้จุนของ ค้บอ้อน อค้คค:

๑. ค้บ อ้อน สร้วง โปรว้เทออิน มำก กว่ำ อว้วะอนของร้วงกำย, รววมทงค้บและร้บย เอนโคค้เลยลค้วย, บกเว่นเขยอขล่ำไ้สร้ว นน. 11,12,13
๒. ค้บอ้อน ทำหนำท สร้วง โปรว้เทออิน, ซ้งเกยบจะม่มีกำรล่ำ. ถึงแม้วจะมีกำร

ทคคองกระค้บให้ค้บอ้อนสร้วงโปรว้เทออินค้ค ค้คก่นเป็นเวลำนำนถึง ๑๔ ซม. ก้คกำม, จำนวนสร้วทค้บอ้อนสร้วงนจะม่ล้คคลง. 14

๓. กำร ส้งเควระห้ โปรว้เทออิน ของค้บ อ้อนจะห้คคลงในเมอค้บอ้อนขำคออกซีเร้น, ซ้งสร้คคงน่นซ้คคว่ำกำร ส้งเควระห้ โปรว้เทออิน ของค้บอ้อนน ขนอ้อยก้กับการได้ร้บพลังงำนมำ ใช้ในกำรนจำกขვნการเค้มออกซีเร้น. 15

๔. เมอร้วงกำยสร้ชว้ค, ค้บอ้อนจะ มีกำร สลำน ค้วเองเร้ว กว่ำ อว้วะ อนมำก, นอจก เขยอขล่ำไ้และ เปล้อก ของ ค้บม หมวกไค.

๕. ทว้บป้ช่นและน้บมอทว้บป้ช่นของ ค้บอ้อนม่มีฤทธีอ้อยนง้เซลล์, 16 ซ้งเป็น ฟอสฟอไลบค้ค, ทม่ชว้คและสร้มขรณ้ไค.

จำกนจะเห็นไคคว่ำ เมอร้วงกำยสร้ชว้ค ล้งหรือค้บอ้อนขำคเลอคคหล้อเลยง, ขვნ การสร้วง เซลล์และ สร้วงน จะห้คค ซ้งกคง, แต่ขვნการท่ำลำน, ซ้งมีค้คคยอคคเอน ซ้บมอ้อย พร้อมแล้ว ในเซลล์ ก้จะค้ำเนนกำร ท่ำลำนค้บไป, ถึงแม้วจะขำคการหล้อ เลยงจำกกำยนอกแล้วก้คกำม. โดยทค้บ อ้อนเป็นค้บมทม่กำรสร้วงโปรว้เทออินในอ้ควำ ส้ง, ขვნการท่ำลำน, ซ้งค้ำมปรกค้ท่ำงำน เร้วไคสร้คคคคก้บอ้ควำสร้วง, 17 ก้จะทำ ลำน เซลล์ ไค โดยรวคเร้ว 18 หลังจำกขვნ

การสร้างหุคชะงักลง. ผลก็คือ การเปลี่ยนแปลง ทางจุลวิทยา และทาง กาย วิชาของ คัยอ่อน.

พยาธิวิทยา

เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุของโรคนี้ใคร่ใคร่ผู้เขียน จึงขอนำเอา พยาธิสภาพที่ได้จากการทดลองของ Safadi และพวก¹⁹ ในปี ๑๙๕๘ มากล่าวไว้ ณ ที่นี้, เพราะพยาธิสภาพพบได้ในผู้วัยนั้นเราพบในระยะหลังแล้ว.

ก. พยาธิวิทยาทางกายวิภาค ในระยะแรกจะมีการรวมของคัยอ่อนโดยทั่วไป. ภายในช่องท้องจะพบบำปนเลือด. การเปลี่ยนแปลงในชั้นต่อมาจะพบเลือดออกเป็นหย่อมเล็ก ๆ บนผิวของคัยอ่อนที่มีการรวมในระยะต้น, และมีน้ำปนเลือดในช่องท้องเพิ่มขึ้น, ระยะนี้พบในช่วงโม่งที่ ๕ หลังจากเริ่มต้น. การเปลี่ยนแปลงในระยะสุดท้ายก็จะมีเลือดออกเต็มผนังและเนอติคัยอ่อนทั้งหมด, นำปนเลือดในช่องท้องมากขึ้นอีก, ทั้งนี้จะพบได้ในช่วงโม่งที่ ๑๑.

ข. พยาธิทางคัยจุลวิทยา

การเปลี่ยนแปลงในระยะแรก มีการรวมของ ทิสซิว ระหว่าง โลบล ของคัย อ่อน.

ไม่พบเซลล์ของการอักเสบในช่วงโม่งที่ ๑. หลังจาก นี้จะมีการ รวมและ คั่งของ เลือดใน หลอดเลือดฝอย. โครงสร้างของอะซีในยังคงปกติ.

การเปลี่ยนแปลงในชั้นต่อมา มีเลือดออกเป็นจุดเล็ก ๆ ในอะซีในที่ยังปกติ. ต่อมาเลือดออกมากขึ้นเป็นจุดใหญ่ ๆ ในโบล. มีการแตกทำลายของอะซีใน. จะเห็นอะซีในเรียงกันไม่เป็นระเบียบ, ผนังของเซลล์และผนังของนิวเคลียสไม่ชัดเจน.

การเปลี่ยนแปลงในชั้นสุดท้าย พบเลือดออกเต็มไปหมดในอะซีใน, พาเร็นไคม่าและอินเทอรัสติเชียล คือเนอติคัฟิวทิสซิว. ทั้งหมดนี้พบในช่วงโม่งที่ ๘.

ในการเปลี่ยนแปลง ทั้งหมดดังกล่าวมาแล้วนี้ ไม่พบเซลล์ ของ การ อัก เเสบ ย์ ัจจุบัน. ไม่พบการ เปลี่ยนแปลง ของ ท่อคัยอ่อน และ เยื่อท่อนคัยอ่อน, และไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ หลอดเลือดใหญ่. พยาธิสภาพแบบนี้เป็นพยาธิสภาพของอีโมรายิค อะโปเพลกซัย.

เป็นที่น่าสังเกตว่า Opie ได้รายงานพยาธิสภาพของคัยอ่อนในโรคนี้ไว้ว่ามีการอักเสบร่วม อยู่ด้วยจาก การตรวจทางพยาธิวิทยาของคัย อ่อนภายหลังที่โรคเกิดขึ้นแล้ว

เป็นเวลา ๓-๗ วัน. ทั้งนี้จะเป็นผลจาก
ปฏิกิริยาของเนอติบออันส่วน ทึ่ง คคือการ
รบกวนทางเคมี, คือจากเลือดที่ออกและ
จากการตายของเซลล์ไต, หรืออาจจะเป็น
ผลของการติดเชื้อก็ได้.

จากความรู้ในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว
สรุปได้ว่า โรคนี้มีไตสาเหตุเริ่มต้นตาม
ที่ไตเสื่อมมาก่อน, แต่อาจเป็นสาเหตุทาง
อ้อมที่ทำให้เกิดสาเหตุโดยตรงได้.

Popper และพวก²⁰ ได้ทำการทดลอง
และรายงานถึง สาเหตุของ โรคนี้ ในปี
๑๙๕๘. เขาอธิบายกลไกของการเกิดการ
ตายโดยปัจจัยของ เนอติบออันว่าเนื่องมา
จากการหดเกร็ง เฉพาะที่ ของหลอดเลือด,
ซึ่งทำให้อวัยวะขาดเลือดหล่อเลี้ยงชั่วคราว
และยัง ผลให้ เซลล์ มีความต้านทาน ต่อ
น้อยของเนอติบออันน้อยลง, และถูกทำลายลง
โดยเนอติบออัน. Reid และพวก²¹ แห่งมหา
วิทยาลัยนิวยอร์กได้ทำการค้นคว้าและรายงาน
ไว้ในปี ๑๙๕๘. เขาได้ให้ความเห็น
ว่าจุดเริ่มต้นของ โรคนี้คือพยาธิสภาพของ
หลอดเลือด, ซึ่งเขามีใจคิดว่าเนื่องจาก
สาเหตุไต. เมอเนอติบออันของหลอดเลือด
น้อยลงจะทำให้มีการสลายตัวของผนังเซลล์
ของ เนอติบออันโดย คะตาบอลิซึม เอ็นไซม์ ของ

เซลล์เอง. เอ็นไซม์นี้จะออกนอกเซลล์ที่ถูก
ทำลายไปทำลาย เนอติบออันที่อยู่ใกล้
เคียงรวมทั้งหลอดเลือดด้วย. ทฤษฎีนี้และ
ทฤษฎีอื่น ๆ ได้มีส่วนร่วมในการนี้.

การป้องกันและรักษา

เมื่อ Reid ได้ให้สาเหตุของโรคนี้ไว้
ดังนั้นการป้องกันและการรักษาก็มุ่งไปในทาง
ที่ไม่ให้มีการผิดปกติในระยะไหลเวียนของ
เนอติบออัน และทำให้ มีการ ทำลายเซลล์ น้อยที่
สุดเมื่อโรคนี้ไตเริ่มต้นขึ้นแล้ว. การป้องกัน
ไม่ให้เกิด การ ผิด ปกติของระบบไหลเวียน
เลือดของเนอติบออันอาจทำได้ในบางกรณี, เช่น
ในการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องควรระมัดระวังการ
รบกวนเนอติบออันให้มากที่สุดเป็นต้น. สำหรับ
ในด้านการรักษา นั้นมี หลากอยู่ ทว่าการป้องกัน
การทำลาย เนอติบออันโดยลด เมตาบอลิซึม
ของขบวนการทำลาย. พลังงานที่น้อยลง
น้อยก็จะถูกนำไปใช้ในการเสริมสร้างเซลล์
ต่อไป, ทำให้อวัยวะสามารถทนสภาพใน
ขณะขาดการหล่อเลี้ยงจากภายนอก, ซึ่ง
เป็นภาวะ Stress ได้.

การลดเมตาบอลิซึม อาจทำได้โดยการ
ทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำลง, ซึ่งตามปกติแล้ว
ไม่สะดวกเท่ากับการลดโดยวิธีใช้ยา. ยาที่

Reid นำมาใช้ในการนคอ โปรบยัลไฮโอ-
 อยเรซิล.²⁵ ยานออกฤทธิ์ชักขวางขบวนการ
 เติมออกซิเจนเช่นเดียวกับไฮโอโยเรย²² ที่
 ใช้ในการรักษาโรคของต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ
 บางชนิด,²³ ซึ่งทำให้มีการลดเมตะบอลิ-
 ลีสม์ ของต่อมธัยรอยด์ และทิสชีวิตของร่าง-
 กายโดยทั่วไป, ยกเว้นหัวใจ.²⁴

สรุป

เท่าที่หลักฐานบ่งบอกและความเชื่อถือ
 ปัจจุบันในสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายปัจจุบัน
 ของต่อมธัยรอยด์สรุปได้ว่า, จุดเริ่มต้นของ
 โรคนี้อยู่ที่ระบบหลอดเลือดของต่อมธัยรอยด์
 ไป, โดยมีการผิดปกติของหลอดเลือดใน
 อวัยวะเอง, เช่น มีความพิการของหลอดเลือด
 เลือด. ทำให้ต่อมธัยรอยด์ออกซิเจนและวัตถุ
 ที่ใช้ในการสร้างพลังงาน. ระบบการสร้าง
 ของต่อมธัยรอยด์จะหยุดชะงักลง, แต่ระบบการ
 ทำลาย โดย คีตาบอลิก เอ็นไซม์ในเซลล์
 สามารถทำงานต่อไปในอัตราสูงได้. เอ็น-
 ซัยม์นี้จะทำลาย เซลล์ส่วน ที่ขาดเลือดหล่อ
 เลียง, และออกมาภายนอกเซลล์, แม้ว่า
 ออกมาอยู่นอก เซลล์แล้ว คีตาบอลิกเอ็น-
 ซัยม์ก็ยังมีฤทธิ์ทำลายได้. เซลล์ของต่อม

ธัยรอยด์ส่วนที่ไม่สมบูรณ์เพราะขาดเลือดหล่อ
 เลียงอยู่ แล้วก็จะช่วยถูกทำลายเร็วขึ้นโดย
 เอ็นไซม์ที่หลุดออกมาจากเซลล์ที่ถูกทำลาย
 ไปก่อนหน้านั้น. ทริยปซินและซัยโม-
 ทริยปซิน มีได้เป็นสาเหตุที่สำคัญของ
 โรคนี้.

โปรบยัลไฮโอโยเรซิลได้ถูกนำมาใช้
 รักษาโรคนี้โดยลดเมตะบอลิสม์ ทั่วไป
 ของร่างกายรวมทั้งต่อมธัยรอยด์. ทงนก็เพื่อ
 ที่จะทำให้ คีตาบอลิกเอ็นไซม์ ทำงาน น้อย
 ลงด้วย, เป็นการพักผ่อนทั้งหมดของต่อมธัย
 ในภาวะที่ขาดเลือด. พลังงานที่ยังคงมี
 เล็กน้อยภายใน เซลล์ ก็จะถูกใช้ไปในทาง
 เสริมสร้าง และซ่อมแซม โครงสร้าง ของ
 เซลล์เท่านั้น. ดังนั้นโปรบยัลไฮโอโยเรซิล
 จึงเป็นยาที่อาจมีขยงและบ่งกั้นการตายของ
 เนื้อต่อมธัยรอยด์ได้.

เอกสาร :

1. E.L. Opie: Johns Hopkins Hosp. Bull. 12: 182-188, 1901.
2. W.S. Halsted: Johns Hopkins Hosp. Bull. 12: 179-182, 1901.
3. F.C. Mamm, A.S. Giordano: Arch. Surgery. 6:1, 1923.
4. V. Schmieden, W. Sebening: Arch. Klin. Chir, 148: 319, 1927.

5. A.L. Cameron, J.F. Noble: J.A. M.A. 28: 1410, 1924.
6. E. Archibald, Brow: Surg. Gyn. Obst. 82: 529, 1919.
7. L.R. Dragstedt, H.E. Haywood, J.C. Ellis: Arch. Surg. 28: 232, 1934.
8. F.R. Rosenbach: Arch. F. Klin. Chir. 94: 463, 1911.
9. A.R. Rich, Q.L. Duff: Johns Hopkins Hosp. Bull. 518: 212, 1936.
10. P. Thorek: Anatomy in Surgery. J.B. Lippencott Co. 534-539, 1956.
11. K. Bloch: J. Biol. Chem. 165: 469-476, 1946.
12. F. Friedberg, H. Traver, D.M. Greenberg: J. Biol. Chem. 173: 355-361, 1948.
13. H. Traver, C.L.A. Schmidt: J. Biol. Chem. 167: 387-394, 1947.
14. M. Grossmann: Am. J. Physiol. 171: 749, 1952.
15. M.R. Hokin: J. Biol. Chem. 219: 83, 1956.
16. H. Neurath, C.W. Schwert: Chem. Rev. 46: 69-153, 1950.
17. R. Schoenheimer: Cambridge, Harvard University Press, 1942,
18. A. Neuberger: Nature. 179: 1957.
19. D. Safadi, R.B. Pfeffer, J.W. Hinton: Am. J. Path, 34: 1173-1184, 1958.
20. H.L. Popper, H. Necheles, K.C. Russel: 87: 79-82, 1948.
21. L.C. Reid: R.E. Paulette, T.W. Challis, J.W. Hinton: Surgery. 43: 538-549, 1958.
22. C.J. Mac Kenzies: Endocrinology. 32: 185, 1943.
23. L.C. Reid: Arch. Exper. Path. Pharmakol. 219: 466-468, 1954.
24. L.C. Reid, J. Kossa: Arch. Biol. Chem. N.Y. 53: 321-326, 1954.
25. L.C. Reid, T.W. Challis, R.E. Paulette, J.W. Hinton: Surgical Forum Session 42 nd Clinical Congress of American College of Surgeon. 7: 445-448, 1956.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

รายงานผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจากสะกาดฝ้าย โลก์ออกคัส ออเรียส

พิมพ์จิตร พฤกษ์ชิวะ สุวรรณี สัตยาพันธ์ เพ็ญศรี กาญจนษ์สูติ
พ.บ., D.P.H. พ.บ. พ.บ., D.C.H., D.P.H.

(สถานสงเคราะห์แม่และเด็ก, กรุงเทพฯ)

อาหารเป็นพิษ จะเกิดขึ้นได้กับบุคคล
๓ ประเภทด้วยกัน. ประเภทแรกเกิดกับผู้
หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะ, ไม่มีสาเหตุร่วมกับคน
อื่น ๆ (Sporadic case). ประเภทที่สองเกิด
กับบุคคลอยู่ต่างสถานที่กัน, แต่ว่ามีสาเหตุ
ร่วมกัน, เช่นในการระบาดของกาวยับประ-
ทานอาหารจากร้านเดียวกัน เป็นต้น. ประเภท
ที่สาม เกิดในครอบครัวหรือโรงเรียน, เป็น
การเกิดเฉพาะที่หนึ่งใดแห่งเดียว, ซึ่งจะ
กล่าวในรายงานฉบับนี้:

ในค่านของสาธารณสุข, สาเหตุที่ทำให้
ให้อาการอาหารเป็นพิษเกิดขึ้นได้คือ:

- ๑) เกี่ยวกับความสะอาดของห้องครัว
ที่ทำการเตรียมอาหาร.
- ๒) เกี่ยวกับอนามัยของคนเตรียมอา-
หาร.
- ๓) วิธีที่เตรียมอาหาร, เช่นหุงต้ม
ชนิดครึ่งคึ่งครึ่ง, หรือผสมอาหารไว้
ก่อนเป็นเวลานาน พอที่จะให้เชื้อโรคแพร่
พันธุ์ แล้วจึงนำไปหุงต้ม.
- ๔) การเก็บอาหารไม่เหมาะสม, เช่น

ในที่ ๆ มีหนู, แมลงวันตอมได้, ให้โอกาส
แก่การติดเชื้อ. หรือเก็บในที่ ๆ อุณหภูมิ
ห้องร้อน, ทำให้เชื้อโรคเจริญแพร่พันธุ์
ได้.

๕) จากการเก็บและล้างภาชนะใส่อา-
หารไม่เหมาะสม, ตลอดจนการใช้กระดาษ
ใบทอง, ตะลอมที่ไม่สะอาด.

๖) อาหารที่เก็บของอาหารจากฝั-
นละออง, แมลงวัน, หนู, หรือจากสัตว์เลื้อย
อื่น ๆ.

สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดอาการอาหาร -

เป็นพิษ ได้แก่:

- ๑) จากสารเคมี. ได้แก่ สังกะสี,
ทองแดง, และภาชนะอื่นที่ใช้ในการหุงต้ม.
อาการจะเกิดขึ้นรวดเร็วมาก, ภายใน ๑-๒
ชั่วโมงหลังจากรับประทานสารพวกนี้เข้าไป
- ๒) จากเชื้อซาลโมเนลลาที่เกิดกับ
นม, เป็ดไก่, วัวควาย และหนู. จะติด
เชื้อในอาหารได้, เช่นในไข่เป็ด, เนื้อหมู

เนอวว์, ทรวงอาหารที่ตกลงมาคลกและกินอาหารนั้น. ระยะพักตัวของอาหารเป็นพิษจากเชออันใช้เวลา ๑๒-๑๘ ชั่วโมง. ไม่เคยต่ำกว่า ๘ ชั่วโมงเลย.

อาการเกิดขึ้นอย่างข้จจุบัน. มีอาการปวดท้อง, ท้องเกิน, อาเจียน, อ่อนเพลียและมิใช่. การวินิจฉัยได้จากการทำการเลียงเชอจากอจจาระผู้ช่วย, และตรวจหาความคุ้มครองกันจากนาเหลือง.

๓) จากเชอคลออสเตเคียม. ระยะพักตัวของประมาณ ๑๒-๓๖ ชั่วโมง. เกิดจากการรับประทานอาหารที่มี ทอชชินของเชออันเข้าไป, เช่นอาหารกระป๋องเป็นต้น. อาการจะปรากฏอย่างข้จจุบัน. มีเสียงแห่งเป็นอาการนำ, อ่อนเพลีย, เวียนศีรษะและคลื่นไส้อาเจียน. นอกจากนั้นมีอาการอัมพาตกับประสาทที่ข้งคยกลามเนอตา. เกิดราว ๆ วันที่ ๓-๖ ของโรค.

๔) เกิดจากเชออัน ๆ เช่นสะตาพยโดค็อคโค คึงที่จะกล่าวรายละเอียดไว้ในรายงานฉบับนี้.

การวินิจฉัยโรค อาการจะเกิดขึ้นอย่างข้จจุบันถ้าเป็นแก่บุคคลประเภทที่ ๓ จะทำให้การวินิจฉัยโรคง่ายข้น. การเก็บอาหารที่สงสัย

ไปทำการตรวจเชอ, รวมทั้งการตรวจอจจาระ, อาเจียนและการตรวจเลือดของผู้ช่วย จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, เพื่อจะได้สืบสวนถึงสาเหตุที่มาต่อไป.

การติดเชอของอาหารเกิดขึ้นได้โดยมีพาหะ หรือจากแมลง, ฝ่เล็ก ๆ ที่มีของมีที่ทำการเตรียมอาหาร. เมื่ออาหารได้รับเชอแล้วอาจจะตกทิ้งไว้นานพอที่จะให้เชอเจริญแพร่พันธุ์ก่อนที่จะนำไปหุงต้ม.

ภายหลังการหุงต้มแล้ว, เอ็นเทอโร-ทอชชิน, ซึ่งเป็นเอ็นโคทอชชิน, จะไม่ถูกทำลายโดยความร้อน. เชอสะตาพย

โลค็อคคัส ออเวียสขางชนิดเท่านั้นที่ให้อเอ็นเวอรทอชชิน. ทำการพิสูจน์ได้โดยการใช้นาเลียงเชออัน, ผ่านความร้อนเพื่อยทำลายเชอโรคแล้วฉีกเข้าลูกแมว จะปรากฏอาการเป็นพิษข้น.

อาการของผู้ช่วยจะเกิดขึ้นอย่างข้จจุบันหลังจากรับประทานอาหารเข้าไป ๑-๖ ชั่วโมง. จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน, นำลายไหลมาก, ปวดท้องและอาจมีอาการท้องเกินด้วย. นอกจากนั้นยังอ่อนเพลียมาก, อ่อนหมำของร่างกายต่ำกว่าปรกติ, แแรงคั้นโลหิตค้ำ, แต่อัตราตายต่ำมาก.

รายงาน ผู้ป่วยจากโรงเรียนสตรีประจำแห่ง
หนึ่ง. มีผู้ป่วยรวม ๔๗ คน. เป็นนักเรียน
อายุระหว่าง ๑๕-๒๑ ปี รวม ๔๔ คน,
เด็กหญิงอายุ ๕ ปี, เด็กชายอายุ ๑ ปี ๑
คน, ภารโรงชาย ๑ คน.

ทั้งหมดคนเกิดภายหลังรับประทานอาหาร
เช้าซึ่ง ประกอบด้วย ข้าวต้มไข่เจียว และกุน
เค็มที่ซอไว้ตั้งแต่เย็นวันก่อน.

เด็กชายอายุ ๑ ปี มีอาการมากและได้
รับการ รักษา ในโรง พยาบาล ฟ้าลง วรรณ,

ส่วนเด็กหญิงได้มารับการรักษาที่สถานสง-
เคราะห์แม่และเด็ก กรุงเทพ ฯ. อาการไม่
ดีขึ้นจึงได้ส่งโรงพยาบาลในวันนั้น. จาก
การตรวจอุจจาระ ของผู้ป่วย ทั้งสองให้ผลลบ
ของเชื้ออหิวาตกโรค (ขณะนั้นเป็นเวลาที่มี
อหิวาต์ระบาด).

ส่วนนักเรียน ๔๔ รายได้รับการรักษา
ณ สถานสงเคราะห์แม่และเด็ก กรุงเทพ ฯ
ได้รวบรวมรายงานไว้ดังนี้ :

ระยะพักตัว

รายการ	ระยะพักตัว						รวม
	๑. ช.ม.	๒ ช.ม.	๔ ช.ม.	๖ ช.ม.	๘ ช.ม.	๘ ช.ม.	
จำนวนผู้ป่วย	๒	๘	๑๓	๑๕	๑	๑	๔๔
เปอร์เซ็นต์	๔.๕๔	๑๘.๑๘	๒๙.๕๔	๔๓.๒๑	๒.๒๗	๒.๒๗	๑๐๐

ระยะพักตัวอยู่ระหว่าง ๑-๕ ชั่วโมง.
๔๓.๒๑ ปช. มีระยะพักตัว ๖ ชั่วโมง, และ
๑๒.๗๕ ปช. มีระยะพักตัวระหว่าง ๔-๖
ชั่วโมง.

อาการ ทาง ระบบทางเดินอาหาร เป็น

อาการที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบัน. มีคลื่นไส้เป็น
ส่วนมาก, มีถึง ๘๑.๘๑ ปช., อาเจียน
๕๐.๐๐ ปช., อาการปวดท้อง ๔๘.๘๖
ปช. ท้องเค้น ๓๘.๖๐ปช., และนำลาย
ไหลเพียง ๒.๒๗ ปช.

อาการทางระบบทางเดินอาหาร

รายการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
คลื่นไส้ และอาเจียน	๒๒	๕๐.๐๐
คลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน	๑๔	๓๑.๘๔
ปวดท้องและท้องเค้น	๑๒	๒๗.๒๗
ปวดท้องแต่ไม่มีท้องเค้น	๑๐	๒๒.๗๒
ท้องเค้นโดยไม่ปวดท้อง	๕	๑๑.๓๖
ท้องอืด และมีลมมาก	๓	๖.๘๑
นำลายไหลมาก	๑	๒.๒๗

อาการทั่วไปมีดังนี้คือ

รายการ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
อ่อนเพลียมาก	๓๔	๗๗.๒๗
ปวดศีรษะ	๓๔	๗๗.๒๗
เวียนศีรษะ	๖	๑๓.๖๓
เขินลมหลังถ่าย	๔	๘.๐๘
หนาว	๕	๑๑.๓๖
มอเทาเย็นและเหงื่อมาก	๔	๘.๐๘

อาการโดยทั่ว ๆ ไป คืออาการอ่อนเพลีย, ปวดศีรษะ. บางรายเท่านั้นมีอาการเขินลมและมีอาการเป็นไข้.

อาการแสดงทั้งหมดสนับสนุนอาการอาหารเป็นพิษเนื่องจากเกิดขึ้นอย่างข้จจุบัน. เป็นกันจำนวนหลายคนหลังจากรับประทาน



อาหารเข้าเช่นเดียวกัน. จากการตามผลของการดำเนินโรค, ปรากฏว่า ๕ รายหายภายใน ๒๔ ชั่วโมง, ๒๕ รายหายภายใน ๔๘ ชั่วโมง, และ ๖ รายหายภายใน ๗๒ ชั่วโมง.

จากการ สอดส่อง ทน ที่ถึงสาเหตุของอาการอาหารเป็นพิษเพื่อยังกันมิให้เกิดซ้ำอีก, โดยการส่งตัวอย่างอาหารไปทำการตรวจเชื้อ ณ กองวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, พบว่าในไข่เจียวและแกงเค็มให้ผลบวกของคัลเจอร์ของสเตฟาฟีโลค็อกคัส ออเรียส, ในข้าวต้มให้ผลลบ.

ผลของการเพาะเชื้อในอุจจาระของเด็กนักเรียนให้ผลลบของซาลโมเนลลาและซิกเกลลลา, โดย น.พ. คม ขุนนาค แห่งกองวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. จึงได้ตรวจทดสอบหาที่มาของเชื้อสเตฟาฟีโลค็อกคัสจากคนงานโรงครัว ๘ คน. ได้พบว่าคนงาน ๕ คนเป็นพาหะของเชื้อ, โดยการตรวจจากการเพาะเชื้อพบสเตฟาฟีโลค็อกคัส ออเรียสในจุก (แอนทีเรียร์ เนซัล สวอย). หนึ่งในห้าคนนั้นมีการอักเสบของผิวหนังในบริเวณรอบ ๆ เล็บ, และการเพาะเชื้อจากแผลบริเวณนั้นให้ผลบวกของเชื้อเดียวกัน. ส่วนคนงานอีกคนหนึ่งเป็นแผลมี

หนองสีเหลืองปนขาวทมอ. การเพาะเชื้อให้ผลบวกสำหรับสเตฟาฟีโลค็อกคัสจากหนองที่แผล, แต่จากจุกให้ผลลบ.

ได้ให้การรักษาคณงานทั้ง ๖ คนและติดตามผลของการรักษา. ปรากฏว่าหลังจากให้ซัลฟาไดอะซีน ๖ วัน, คนงานจำนวน ๕ คนยังให้ผลบวกจากการเพาะเชื้อจากจุกและแผลจากถักน้ำข้าวลวก. ส่วนแผลจากการอักเสบของผิวหนังรอยเล็บให้ผลลบ. ได้ให้การรักษาพวกพาหะด้วย ซัลฟา ไดอะซีนควบคู่กับเพนิซิลลินต่อไปอีก ๕ วัน. ในวันที่ ๒ ของการรักษาแผลแห้งสนิท, ในวันที่ ๓ ของการรักษาการเพาะเชื้อให้ผลลบ, แต่ที่จุกยังคงให้ผลบวกอยู่อีก ๔ ราย หลังจากการรักษาดังกล่าว.

สรุป

๑. รายงานผู้ช่วยด้วยอาการอาหารเป็นพิษจากสเตฟาฟีโลค็อกคัส ออเรียส เอ็นเทอโรท็อกซิน, โดยตรวจพบเชื้อในอาหารเข้า.

๒. ผู้ช่วยมีอาการหลังจากรับประทานอาหารประมาณ ๔-๖ ชม. เป็นส่วนมาก. เกิดอาการอย่างปัจจุบันและหายภายใน ๒๔-๗๒ ชม., แสดงว่าเป็นผลเกิดจากเอ็นเทอ

โรที่ออกซิน.

๓. ปรากฏว่าสาเหตุมาจากคนงาน
โรงครัวที่เป็นพาหะของเชอ. คนงาน ๕
คนให้ผลบวกของการเพาะเชื้อสแตฟิโล-
ค็อกคัส ออเรียสจากจมูก, และหนึ่งในห้า
ให้ผลบวกจากขาดแผลเล็บมือ. คนงาน
อีก ๑ รายเป็นแผลมีหนองที่มือและให้ผล
บวกจากการเพาะเชื้อของสแตฟิโลค็อก-
คัส ออเรียส.

๔. คนงานได้รับการรักษาทั้ง ๖ คน.
แผลที่มอดหายและให้ผลลบของการเพาะเชื้อ
ทั้ง ๒ คน. แต่ยังคงเหลือมีพาหะทาง
จมูกอีก ๔ คน.

๕. การเก็บอาหารในตู้เย็นเพื่อป้องกัน
การแย่งตัวของเชอ, และการสำรวจการ
ออกเสียบทผวหนึ่งของคนงานที่จับต้องอาหาร
เป็นการป้องกันไม่ให้อาหารติดเชอหรือ
อาหารเป็นพิษได้.

สุดท้ายนี้ผู้รายงานขอขอบคุณ พ.ญ.
ประสม ณ นคร ที่อนุญาตให้ทำรายงาน,
น.พ. คม ชนนาค แห่งกองวิจัยกรมวิทยา
ศาสตร์การแพทย์, น.พ. สวัสดิ์ สกลไทย
และแผนกกุมารเวชศาสตร์ ร.พ. จุฬาลง-
กรณ์และบรรดาพยาบาลสาธารณสุขสถาน
สังเคราะห์แม่และเด็ก กรุงเทพฯ, ที่กรุณา
ให้ความร่วมมือช่วยให้รายงานนี้สำเร็จลง
ได้.

เอกสาร :

- 1) Sir William Savage: J. Soc. Med. Officer of Health. 71, 1957.
- 2) Per Oeding, David Sompolinsky: J. Inf. Dis. 102: 23-33, 1958.
- 3) J.B.M. David, W.H. Parry: Lancet. 1:684-686, 1958.
- 4) H. Wain, P.A. Black Stone: A.M.J. Digest. Dis. 1:424-429, 1956.
- 5) R.E.O. Williams: Bull. Hyg. 32:995, 1957.

(Summary of Preceeding Article)

A REPORT OF CASES OF STAPHYLOCOCCAL FOOD POISONING

Permchitra Prusajiva
M.B., D.P.H.

Suvanne Satayaphan
M.B., D.C.H., D.P.H.

Pensri Khanjanasthiti
M.B.

Medical Officers of M.C.H. Centre, Bangkok.

An outbreak of food poisoning occurred in a boarding school for girls in Bangkok. It affected 44 pupils, 2 children and a male worker.

Symptoms were characterized by nausea, vomiting, abdominal pain, diarrhea and salivation with prostration, headache and fainting 1-6 hours after consuming breakfast.

Cultures were made from salted

shrimp, omelet and anterior nasal cavities of 6 workers (out of 8), who handled food in school's kitchen. Five of these (made from anterior nasal cavities) were positive for *Staphylococcus aureus*. One of these five cases also had paronychia. The sixth worker had suppuration of hand after scald. Bacterial cultures from both infections were also positive for *Staphylococcus aureus*.

บทบรรณาธิการพิเศษ

พระบิดาของการแพทย์ไทยแผนปัจจุบัน

สตี แสงวิเชียร

พ.บ., พ.ศ.

ทุกวันที่ ๒๔ กันยายน เป็นวันทวงการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยถือเป็นวันสำคัญ เพราะในวันเดียวกันเมื่อ ๓๐ ปีมาแล้ววงการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยได้สูญเสียบุคคลสำคัญไปอย่างที่จะหาผู้อื่นใด มาทดแทนได้. บุคคลผู้นั้นคือสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ผู้ซึ่งสามัญชนทั่วไปรู้จักในพระนามของ "ทูลกระหม่อมแดง".

วงการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยทอดพันธุนาบ พระองค์นั้น เช่น บิดาของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยนั้น, ไม่ใช่เป็นเพราะพระองค์ท่านได้ประทานพระราชทรัพย์สร้าง ถาวรวัตถุ ขึ้นในโรงเรียน แพทย์แห่งแรกของประเทศ หรือประทานพระราชทรัพย์ตั้ง เป็นทุน ช่วยเหลือ แพทย์ และ พยาบาล, หรือในฐานะที่พระองค์ทรงเป็นเจ้าฟ้าที่จะคลยัน คานให้ เกิดสิ่ง อันพึง ประสงค์ได้

เพราะในเวลานั้นประเทศไทยมีการปกครองเป็นแบบสมบูรณาญาสิทธิราช. สิ่งเหล่านั้นถ้าจะนับไป ก็เห็น แต่ส่วน ปลาย้อย เท่านั้น, เพราะยอมสูญเสียไปตามกาลเวลา. แต่สิ่งที่พระองค์ทรงทำไว้ให้วงการแพทย์เทอดทูนพระองค์อยู่ชั่วนิรันดร์แล้วก็คือ พระจริยาวัตรของ พระองค์ที่ใคร่ทรง กระทำไว้สมควรนับถือเป็นแบบอย่างต่อไป.

พระกรณียกิจของเจ้าฟ้า พระองค์นั้นใคร่ผู้กล่าวถึงอยู่เนือง ๆ ตามแต่โอกาสของแต่ละบุคคลที่บังเอิญได้เข้าไปใกล้ชิดกับพระองค์ท่าน. ณ ที่นี้จะขอกกล่าวแต่เพียงพระจริยาวัตรบางประการ, ที่ข้าพเจ้าเห็นว่า แพทย์และนักศึกษาแพทย์ที่จะสำเร็จออกไปในอาชีพนี้ควรถือเป็นแบบอย่างก็คือ :

ทูลกระหม่อมมีพระนิสัยเป็นคนตรงต่อเวลาอย่างที่สุด. ทงนวมทงเวลาที่เป็นส่วนพระองค์และเวลาของผู้คนอื่นด้วย. ไม่ปรากฏ

ว่าพระองค์ท่านเสด็จมาสายเลยจนครึ่งเดียว ขณะททรงทำการสอนวิชากายวิภาคเปรียบเทียบให้แก่นักศึกษาแพทย์ขบ ๒ ณ หอวัง, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และระหว่างททรงสอนอยู่นั้นก็มี นาฬิกาเรือน เล็กวางไว้ หน้าพระพักตร์เสมอ. ทรงกะเวลาให้เหมาะเพื่อไม่ให้ ก้าว่ำเข้าไปในเวลา ของวิชาสาขานี้. ในการสอนประวัติศาสตร์แก่นักศึกษาเตรียมแพทย์โดยการพาไปทัศนศึกษาที่สำคัญต่าง ๆ นั้น, พระองค์เสด็จมาทรงรอนักศึกษาดูตรงตามเวลาที่นัดหมายเสมอ. เป็นการเรียบร้อยกันได้ว่าถ้าใคร อยากรจะตามทลกระหม่อมไปในวันนั้น, ถ้าเตรียมตัวไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนดก็ เป็นอัน แน่ใจได้ว่าไม่ต้องไป, เพราะรถที่มารอจะออกตรงตามเวลา. การมาเข้ามาสายในระยะหลัง ๆ นี้ บางครั้งก็ถือเป็นเรื่องใหญ่. บางครั้งก็ถือเป็นเรื่องไม่น่าสนใจ. ฉะนั้นเราจึงมีโอกาสได้เห็นตัวอย่างต่าง ๆ เช่น ครูมาสายสอนเลยเวลาทำให้ชั่วโมงเรียนของสาขานี้ขาดไป. นักเรียนมาสายเข้าฟังปาฐกถาไม่คิดต่อกัน. แพทย์มาสายทำให้คนไขว้อคัยคิง. คนไขว้เวลาแล้วมาสายเกินกำหนด, ทำให้งานที่แพทย์กะไว้เกิดสับสนหมด. การประชุมแต่ละครั้ง เสีย เวลา อย่าง น้อย ๑๕

นาทถึงครึ่งชั่วโมง, เพาะระขอให้กรรมการ มาควบคุมการประชุม. บางครั้งครูของประชุมแล้วแต่ประธานยังไม่มาต้องรอต่อไปอีก. ฉะนั้นแทนที่การประชุมจะเลิกตามกำหนด, ให้สมาชิกกลับไปทำงานต่อได้, ก็เป็นอันหมดเวลาสำหรับวันนั้น. งานที่ไม่ควรค้างก็ ต้องรอค้างต่อไป. งานที่ควรจะก้าวก็ก้าวต่อไปไม่ได้. นึกกินเลี้ยง ๑๕.๐๐ น. บางครั้ง ๒๑.๐๐ น. ยังไม่ได้ลงมือ. สั่งทหน้าประหลาดก็คือชาวต่างประเทศที่ชาวเรายกย่องว่าตรงต่อเวลานั้น, พอมาอยู่เมืองไทย กลับคิด นิสัยตาม คนไทยมา สายไปค้วย. บางคนอาจจะเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย, แต่เมื่อรวมเวลาที่ ททุกคนจะต้อง เสียไปในการคอย, การรอ จะเห็นว่าเป็นเวลาไม่น้อยเลย, พอที่จะทำการบางอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปได้ สัมกับ ความ ประสงค์ ของ ประเทศชาติ ใน ขณะนี้.

ทลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาทรงมี พระนิสัยขเกรงใจคน. ไม่ล่วงสิทธิ์และอำนาจของผู้อื่น. ครึ่งเมื่อเรียนวิชาสาธารณสุข สำเร็จกลับมาประเทศไทยนั้น, ทรงมีพระประสงค์จะทำการศึกษา ส้ารวจความเป็นอยู่แท้จริง ของประชาชนคนไทย ในแง่การ ส้าภิบาล. พระองค์ท่านได้ทรงขออนุญาต ต่อทางการเพื่อเสด็จไปในที่ต่าง ๆ, แต่งาน

นไม่อาจทำเนนให้สำเร็จดังพระประสงค์. เพราะทุกแห่งที่พระองค์เสด็จ, เจ้าหน้าทที่เกี่ยวข้องจะจัด "การรับเสด็จ" เส้นทาง การทักแห่ง, คอตกแต่งสถานที่, ทงประว่า และม เจ้าหน้า ทมา คอย คอรับ และ ชแจง พรอมทงแอบแฝงส่งทเจ้าหน้าทเหล่านั้นเห็น ว่าไม่น่าแต่เป็นส่งททรงสนพระทัยของพระ องค์ท่าน. เช่นอยากจะทำทพระเนตรว่าประ ชาชนมส่วมถกลกษณะหรือเปล่า, เจ้าหน้า ทกไม่เข็ดโอกาสให้ใ้เสด็จไปทขอพระเนตร โดยพระองค์เอง. ถ้าพระองค์ท่านใ้เสด็จ ทขอพระเนตรเองก็คงจะเป็นท สนพระทัยไม่ น้อย, ว่าเว้ในสมัยนั้นสร้างอัยชนพนคิน เรียบ ๆ มีอจจะรอกองทมิถมกนอัยเป็นจอม- ปลวกส่งชนมาเกอบถึงทงงถ่าย. ทไหนม หมกมหมมาใ้กน. แนใจว่าพนคินทัว บริเวณ นั้นเต็ม ไปด้วยพยาธิ ล้าใ้ทกชนคิน. อยากรจะคตลาคว่าสกปรกหรือสะอาดแคไไหน ก็ใ้ไม่ได้, เพราะในวันกำหนดเสด็จนั้นคตลาค จะขัด ทำความ สะอาดไว้ก่อน หน้าวันเสด็จ, แทนที่จะยอมให้พระองค์ ไ้คตองเสด็จ ยานา คว่าไปกับประชาชนทมาจ่ายของ. พระองค์ เสียดพระทัยเสด็จกลับมาย่นกับเจ้าหน้าทชน ใ้ใหญ่ ของ สาธารณ สขใน ขณะนั้นว่า ทำไม่ สำเร็จ. มีบางคนทูลว่าทหลังจะเสด็จก็ใ้

ทงขอกให้ทางการทรายกแล้วกน. แทนท พระองค์จะทรง รับความเห็นนกลับ ตรัสว่า พระองค์ทำเช่นนั้นไม่ได้, เพราะใ้คเขยแแผน ประเพณทเขาเคยปฏิบัติกนมา. คล้ายกับ ไปขังคให้เขาทำสิ่งทเขาไม่เคยทำ. การ เกรงใจไม่ล่งในสิทธิและอำนาจของใ้อนน เป็นการกระทำที่น่าจะปลก ผังใ้ เกิดชนแก่มุ่ชนทกชน. เพราะเป็นข้อมเกิดแห่งความ สามีคค. ทใ้คทใ้ใหญ่เกรงใจในสิทธิของใ้ น้อย, ใ้ น้อยเคารพในสิทธิและอำนาจของ ใ้ขงคขยัญชา, ความเจริญยอมเกิดชนใน สถานทแห่งนั้น. ในฐานะทแพทยมหน้าท คคตอกกับประชาชน ทกชน และกับบุคคลใน อาชีพเดียวกับคน, แพทยจึงจำเป็นคองคัก- ษาให้ ทรายขง ในหลัก ความประ พถุคขอน. แพทยทคยอมเคารพในสิทธิของใ้ขวย, เช่น สิทธิทขวยจะเลือกแพทย ใ้คใ้หนึ่ง มาให้ การรักษา. เคารพในการถอว่าความลัษของ ใ้ขวยไม่ใ้เป็นสิ่ง ทขงควรรจะเข็ดเผย. เคารพ ในสิทธิของแพทยในอาชีพเดียวกัน, เช่น ไม่ใ้ใช้วิธีการใ้แย่งใ้ขวยจากแพทย ใ้คใ้- หนึ่งททำการรักษาอยู่แล้ว. ไม่ใ้ใช้สิทธิทคน อาพคใ้โดย เสรี ทมิถม ความรู้ ความคคค ของ แพทยใ้อน ทไม่เห็น ค้วยกขความ เห็น ของคน. ไม่ใ้ใช้สิทธิอาชแอมไปแก่วิการรักษา

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: อรุณ สันตคุตติ พ.บ., Ph. D., สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto., F.I.C.S.
สมชัย บวรภักดี พ.บ., D.T.M.&H., T.D.D., F.C.C.P., เกษียร ภักคานนท์ พ.บ.
ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ., ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ.
ดวงพิกษ์ โทณะวณิก พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.
ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ., นรา แววศร พ.บ., ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ.

๑. James G. Wilson: ความสามารถที่
ทำให้เกิดเทอราโทเจินของ สี่อะโซหลาย
ชนิด, ซึ่งมีลักษณะทางเคมีสัมพันธ์กับ
ทรีบีแปนบลู. Anat. Rec. 123: 313-333,
1955.

ใช้หนูสาวบริสุทธิ์ขนาด ๒๐๐-๒๕๐
ก., สะเทรนแอมิลคินฟาร์ม จำนวน ๒๑๕
ตัวผสมกับตัวผู้. รุงขนเมอปปะเบิร์ม ใน
สังกะเลงจากช่องคลอด, นับว่าผสมมาแล้ว
๑ วัน. พอตงทองโค ๗ วันผ่าหน้าแต่ละตัว
เพื่อนับจำนวนตำแหน่งที่มีการฝังตัว, แล้ว
ฉีดสี ๑ ๒๕. ละลายในน้ำจำนวน ๑ ล.ซม.
เข้าไตผวหนึ่ง. วันที่ ๔ และที่ ๕ ก็ฉีดออก
ด้วยขนาดและจำนวนเท่ากัน, รวม ๓ วัน
เท่ากับฉีดสีไป ๓๐ มก. ของผงสีแต่ละชนิด
ที่ใส่, รวม ๑๔ ชนิด, ที่มีลักษณะทางเคมี
คล้ายกัน. พอตงทองถึง ๒๐ วันผ่าหน้าและ
นับจำนวนลูกในมดลูก. ตรวจดูลักษณะผิว

ปรกติภายนอก, และศึกษาอวัยวะต่างๆ ที่
ร่างกายโดยการชำแหละและกล้องจุลทรรศน์.

ผู้เขียนพบว่าสี่ทรีบีแปนบลูอำนาจแรง
ที่สุดในการทำให้เกิดลักษณะผิวปรกติถึง ๔๕
๒๕. ของลูกหนูที่มีชีวิต. สี่พวกที่ให้ผลล
ลงมาตามลำดับได้แก่แวนส์บลู, ทำให้
เกิดการผิวปรกติ ๑๔ ๒๕., ในอกระบาย
๔ ปี ให้ผล ๔ ๒๕. และในอกระบายบลู
ให้เพียง ๓ ๒๕. ส่วนสีอื่น ๆ ไม่แสดงคุณ
สมบัติเลย.

อวัยวะและตำแหน่งต่างๆ ที่ถูกกระทบ
กระเทือนคือสมอง, กระตักสันหลัง, หัวใจ
และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และตา. ส่วน
อวัยวะอื่น ๆ อาจเสียหายได้ในบางครั้งเท่า
นั้น. ลักษณะของการผิวปรกติต่างๆ ที่เกิด
ขึ้นโดยสีทั้ง ๔ ชนิดก็คล้ายกัน.

นอกจากนี้ยังพบสี่ทรีบีแปนบลู อยู่ใน
พวกมาโครฟาจของเนื้อเยื่อต่างๆ, ในที่อ

ยริ้นเพื่อรัสของไตของแม่, ในเยอบุผิวใน
เนื้อเยื่อฝ่ายลูกหนักไม่พบสิ.

ผู้เขียนไม่อาหยันย่น ถึง ความสัมพันธ์
ระหว่าง ความสามารถอันนัยส่วน เฉพาะ
ของอณู, แต่สารทแสดงสมรรถภาพนพย
ว่ามีสูตรโครงสร้างโมเลกุลร่วมกัน. ปฏิ-
กิริยาของส่นกยงไม่โตศึกษา.

อรณ สันตคุสิต พ.บ., Ph. D.

๒. E. Purtscher: จุดที่ขยของไอรสิ สโคร-
ม่าในมองโกลิสมี. Arch. Opth. 16 s :
200-215, 1950.

เชอกันว่ามองโกลิสมีนเกคจากอนคราย
ก่อไซหรือก่อเอมบรีย โอจากระบยเอ็นโค-
ควายนของแม่. การทจะวินจลยว่าเป็นมอง-
โกลิสมี. ท่มานต่านนยากมาก, ในเด็ก ๆ
จะเห็นเขนจคขาว ๆ รูปวงแหวนทโคนของ
ม่านตา ทคคล้ายกับจคของม่านตาของเวิลฟ
พิน ซึ่งพยได้ในคนปรกติ. จคของมอง-
โกลิสมีนเขนจคทเกิดจาก การ รวมตัว ของ
ไอรสิสโตรม่าไม่ได้ย่นเข้าไปในช่องหน้าของ
ลูกตา, รบย ๆ จคนเป็นร่อง, จคมีขนาด
๐.๒๕-๐.๕๐ มม. มักเขนกรรวมพินธิ.
เมอครววจคด้วยกลองจุลทคันจะพยว่าจคนลค
เข้าไปใน ๕ ของทวม่านตา. ประกอบควยเขช

ผูกพันหลวมของสโครม่าของม่านตา, มี
ทงซนคหยายและละเอียค. ยงพยประสาท,
โคร-มาโตพอร, แต่ไม่มีอีลาสติคไฟเบอร์,
หลอคโลหิตและเซลล์ของการอักษะ.

สำราญ วัศพ้าห์ พ.บ.

๓. C.A. Turtz, A.I. Turtz: พิชจาก
ไคอะมีอักษ. A.M.A. Arch. Opth. 60:
130-131, 1958.

ผู้เขียนไคให้ข้อสังเกคในการใช้ไคอะ-
มีอักษรักษาโรคค้อหินนาน ๆ ว่าอาจมีอัน
ครายไค, เช่นมีไซ, ฝน, อะแกรนโลซัย-
โตสิส. พิชของยานตงตาย, ตามทเคยมี
รายงานไว้ว่าเป็นโรคไขกระดูกถกถก. ผู้
เขียนไครายงานถึงผู้บ่วยใช้ยานรักษาโรค
ค้อหินนาน ๔ เคอน. ขนาครบประทาน
๑๒๕ มก. วันละ ๓ เวลา. เกิดผิวหนึ่ง
อักษะเอ็กซ์โพลิเอคัพว. เขาแนะนำให้ผู้
ใช้ยานนาน ๆ สังเกคอาการทางผิวหนึ่งและ
ทรวจเลอคเสมอ ๆ.

สำราญ วัศพ้าห์ พ.บ.

๔. A.W. Lees: การกลายของวัณโรค
ปอกเป็นซาร์คอยโคสิส. Am. Rev. Tuberc.
78 : 769-772, 1958.

การเกิดวัณโรคในผู้ป่วยที่เป็น ซาร์คอยโคสิสพบได้บ่อย ๆ. แต่การกลับกลายเป็นวัณโรคปอด, ชนิดตรวจพบเชื้อไปเป็นซาร์คอยโคสิสมีรายงานไว้เพียง ๔ ราย. รายงานเพิ่มเติมอีกหนึ่งรายดังต่อไปนี้ :

ผู้ป่วยชายอายุ ๒๒ ปี มีอาการและสิ่งตรวจพบประกอบ ด้วยผล ทางห้องปฏิบัติการครบถ้วนตามแบบฉบับของวัณโรคปอดและมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา. ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคอย่างถูกวิธีเป็นเวลา ๕ เดือน, ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปเข้าสู่สภาพปรกติ, แต่ลักษณะพยาธิสภาพทางรังสีของปอดแสดงการลุกลามมากขึ้น, จากการศึกษาผู้ป่วยเพิ่มเติมให้การวินิจฉัยว่าพยาธิสภาพกลับกลายเป็น วัณโรคไป เป็นซาร์คอยโคสิส. หลักการวินิจฉัยว่าเป็นซาร์คอยโคสิสในผู้ป่วยรายนี้คือ: (๑) อาการทั่วไปซึ่งไม่รุนแรง คู่ขนาน กับความรุนแรงของพยาธิสภาพในปอด. (๒) การตรวจสอบทแยงรังสีเอกซ์ ทาง ฉิวหนังให้ผลลบสม่ำเสมอต่อน้ำยา โอ.ที. ๑ ต่อ ๑๐๐. (๓) ตรวจซ้ำ ๆ ทางขั้วแคโรวียาไม่พบเชื้อวัณโรคและและเชื้องอื่น ๆ. (๔) การตรวจเนื้อทางร่างกายพบเนื้อ ลักษณะซาร์คอยค.

สมชัย บวรกิตติ

Ph.D., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๕. John Blalock, Alton Ochner: การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ที่ยังมีชีวิตอยู่ หลังผ่าตัด ๕ ปี ๑๘ ราย. Ann. Surg. 145 : 145, 1957.

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง กระเพาะอาหาร ที่ยังมีชีวิตอยู่หลังผ่าตัด ๕ ปี จำนวน ๑๘ ราย ในผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑๕๖ ราย. เป็นชาย ๕ คน, หญิง ๕ คน. มีระยะเวลาแต่เริ่มมีอาการจนมารับการรักษา ๑๑.๓ เดือน, เทียบกับผู้ที่ตายก่อน ๕ ปี, ซึ่งระยะเวลาอาการก่อนการรักษาประมาณ ๗.๖ เดือน. ๓๓ ปี. ของผู้ป่วยรอดตายมีประวัติ เป็นแผลในกระเพาะอาหารมาก่อน, ซึ่งในผู้ที่ตายก่อนมีเพียง ๘.๕ ปี. เท่านั้นที่มีประวัติดังกล่าว. ทั้ง ๑๘ ราย นี้เขาสามารถวินิจฉัยโรคได้ด้วยการถ่ายภาพรังสีเอกซ์, มีอยู่ ๕ คน ซึ่งในขณะผ่าตัด, เขาคิดว่าจะทำเพียงเพื่อบรรเทาหรือประทุ้งอาการเท่านั้น. ผู้รายงานแนะนำว่า แผลทุกชนิดของกระเพาะอาหาร ควรได้รับการ ผ่าตัด เอาออกเสียไม่ว่าจะเป็นแผลธรรมดาหรือแผลมะเร็ง, เพราะเราไม่สามารถจะคัดเนื้อที่แผลออกตรวจได้ทุกส่วน. นอกจากนั้นการผ่าตัดเอากระเพาะอาหาร ออกจนสิ้นนั้นควรทำแต่ในรายที่สมควรเท่านั้น, เพราะอัตราการตายจากการผ่าตัดที่สูงและควรทำ

๘. D.B. Jelliffe: ผลในเด็กชาวเบงกอล
ในเมืองกลักตา. *Transection of Roy.*
Soc: Trop. Hyg. 52: 71 - 77, 1958.

ผู้รายงานได้ศึกษาโรคผดขางพบได้บ่อย
ในเมืองร้อน แต่ไม่ค่อยพบในเมืองหนาว,
และพบบ่อยมากในหน้าร้อน. ความสำคัญ
น้อยที่โรคตามหลัง. ผู้รายงานได้รวบรวม
เด็ก ๖๐ คน ที่คลินิกสวัสดิการของเด็ก,
โดยมีอายุเฉลี่ย ๒ ปี (๑ เดือนถึง ๔ ปี
๕ เดือน), ความเขยื้อนอยู่รวมทั้งสุขภาพ
ของเด็กพวกนี้. พบว่า ๕๗ ปช. เป็น
ผด ขางแบ่งได้เป็น ๓ พวกดังนี้, พวกที่หนึ่ง
เป็น ๒๕ ปช. ของพบนผดขาง, พวกที่สอง
เป็น ๒๕ - ๕๐ ปช. และพวกที่สาม ๕๐
ปช. ขึ้นไป. สำหรับพวกแรกพบว่า เป็น
๓๐ ปช. ของเด็กทั้งหมด. ส่วนที่เขยื้อนคือ
หน้าผาก, หลัง, ด้านหน้าของคอ, หน้าอก
และหลังส่วนบน, มีแมมมิลลาเรีย ๒๒
ปช., การอักเสบของผิวหนังไม่มี. พวกที่
สองพบได้ ๔๐ ปช. ของเด็กทั้งหมดเป็น
ที่หน้า, คอ, อก, หลัง; มีแมมมิลลาเรีย
๕๐ ปช., สักคนมีการอักเสบเช่นผดขางเล็ก,
อีก ๒ คนผิวหนังแห้ง. พวกที่สามมี ๒๗
ปช. ของเด็ก, ทุกรายมีแมมมิลลาเรียที่
หลังและอก, เด็ก ๖ ราย มีผิวหนังแห้งและ

มีสะเก็ดสีน้ำตาลลอกออกไปคล้าย กับเด็ก
ผดขางหลังเป็นหัด. ผู้รายงานได้ให้ความ
เห็นว่าสุขภาพของเด็กเหล่านี้, เหนือออก
ไม่ค่อยได้ ได้แนะนำการรักษาไว้ว่า ต้อง
ให้อยู่ในที่เย็น, โดยใช้พัดลม หรือไปตาก
อากาศ, ใช้เสื้อผ้าบาง ๆ, อาบน้ำเย็น, ไม่
ควรใช้สบู่มากกว่าจำเป็น, ไม่ควรรับประทาน
ของร้อน, ยาที่ใช้รักษามี แอนติฮิส-
ตามีน, วิตามินเอและวิตามินซีอาจทำให้ดีขึ้น
บ้าง.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๙. T.B. Fitzpatrick, J.D. Imbrie, D.
Labby: ผลของเมธิลออกซาเลนต่อหน้า
ของคิ้ว. *J.A.M.A.* 167: 1586, -1589,
1958,

ผู้รายงานได้ทำการทดลองในผู้ถูกทดลอง
ซึ่งเขยื้อนนักศึกษาแพทย์ชาย ๒๔
คน. ทุกคนมีสุขภาพปกติ. ทำการ
ทดสอบหน้า ที่ของ คิ้ว เป็น คิ้วบนโทรลก่อน
ให้ยา, โดยใช้วิธีปฏิบัติรักษาขี้มอด
เทอร์บิคต์, ซิงค์ เทอร์บิคต์, เซฟาลิน -
โบลีสเทอร์อลฟลอกคูลิน, และการขับ
ถ่ายซัลโฟไบวโมฟราลิน. ผู้ถูกทดลอง
๑๒ คนได้กินเมธิลออกซาเลนวันละ ๓๐ มก.,

วันละ ๓ ครั้ง เป็นเวลา ๓ เดือน, ซึ่งเป็นขนาดที่สูงกว่าที่ใช้ในการรักษาวิติโกเล็กน้อย. ผู้ถูกทดลองอีก ๑๒ คนกินปลาชโยแคปซูล. เขาได้แบ่งการทดลองเป็นสองระยะ, ระยะหนึ่งกินผู้ทดลองพวกละ ๖ คน, คือระยะแรกในเดือนพฤศจิกายน, ธันวาคม และ มกราคม และ ระยะที่สองในเดือนมีนาคม, เมษายนและพฤษภาคม. พวกที่ถูกทดลองในระยะแรกไม่ค่อยมีโอกาสดูกกับแสงแดด, ส่วนพวกที่สองได้รับแสงแดดมากขึ้นเรื่อยๆ กันไป. ผลของการทดลอง ปรากฏว่าหน้าทของคิ้วของผู้ที่ถูกทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสมรรถภาพ. ยานมผลแทรกแซงเล็กน้อย.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ.

๑๐. W. Kalkschmid: การรักษาครรภ์เกินกำหนดด้วยฟอสฟอรัสไฮดรอกไซด์. *Geburtsh. u. Frauenhk.* 18; 380, 1958.

อัตราการตาย ของทารก ที่อยู่ในครรภ์เกินกำหนดสูงถึงจะเป็นสองเท่าของอัตราการตายของทารกที่คลอดครบกำหนด. มีแพทย์หลายท่านพยายามแก้ไขเรื่องจนสำเร็จ, ด้วยการใช้การฉีดยาน้ำเกลือในครรภ์เกินกำหนด. ได้

ผลดีเช่นเดียวกับใช้วิธีทาง เมคานิกส์ และ ฟิสิกส์.

ท.เมเนกส์ติ — นรีเวชแห่งมหาวิทยาลัยอินน์ส์บรุคได้มีการพยายามชักนำการคลอดโดยใช้ฟอสฟอรัสไฮดรอกไซด์กับครรภ์ที่เกินกำหนด ๗ วันขึ้นไป. ให้ไฮโดรซัลไฟด์ ๕ มก. ทุกวัน, วันละครั้ง, รวม ๕ วัน. ส่วนมากทำให้เกิดการคลอดได้. มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ช่วยให้เกิดการคลอดขึ้นภายใน ๗ วันหลังจากเริ่มให้ยา, และต้องให้ยาซ้ำเป็นชุดที่สอง. การชักนำการคลอดด้วยไฮโดรซัลไฟด์นั้นให้ผลดีมาก. ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก. อัตราตายลดลงเหลือ ๕ เปอร์เซ็นต์. การทำคลอดด้วยวิธีศัลยกรรมยังคงมีความจำเป็นลงไปมาก. จะใช้ก็ต่อเมื่อความพยายามด้วยการใช้ยาล้มเหลว หรือการคลอดมีความลำบากมากเท่านั้น.

ดวงพจน์ โทณะวณิก พ.บ.

๑๑. D.B. Rochlin, H.T. Enterline: การทำไบออปซีย์ต่อมหน้าเหลืองท่อยางเนอติสเซลล์น. *Am. J. Surg.* 96:372-378, 1958.

การทำไบออปซีย์ต่อมหน้าเหลืองท่อยางเนอติสเซลล์น. ของให้ทราบถึงการ

ลูกกลม ของโรคที่กินถึง ค่อมน้ำเหลือง ในเมกแอสติ่นัม และวินิจฉัยโรคในทรวงอกได้โดยไม่ต้องทำการผ่าตัดเข้าในทรวงอกเลย. ผู้รายงานได้ทำไบออปซีย์ค่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วย ๑๔๒ ราย, เป็นชาย ๕๘ ราย (๖๕ ปช.) หญิง ๘๔ ราย (๓๑ ปช.) ชายต่ำสุด ๑๔ ปี, สูงสุด ๘๑ ปี. ใช้ค่อมน้ำเหลืองขนาดโตที่สุดในการวินิจฉัยโรค. พวกที่ให้ผลบวกส่วนมากคือ ค่อมน้ำเหลืองที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางโตกว่า ๑ ซม. ผลบวกพบในผู้ป่วย ๖๕ ราย. เป็นพวกที่ถูกตัดค่อมน้ำเหลืองขวา ๔๑ ราย (๖๓.๑ ปช.). ถูกตัดข้างซ้าย ๒๑ ราย (๓๒.๓ ปช.) และถูกตัดครบทั้ง ๒ ข้าง ๒ ราย (๔.๖ ปช.).

โรคที่ทรวงอกพบในการทำไบออปซีย์ค่อมน้ำเหลืองหน้ากลามเนอัสเคลลิน ได้แก่ ยรองโหมเนนิกคาร์ซีโนมา, เบคัส ซาร์คอยด์, วัณโรค, เนื้องอกชนิดร้ายที่แพร่มาสู่ปอด, คาร์ซีโนมาของหลอดอาหาร, ลีมีโม่มาและโรคปอดอักเสบจากสาเหตุไม่แน่นอน เป็นต้น. เรืองแทรกซ้อนมี ๒๖ ปช. จากการทำไบออปซีย์ ๑๕๕ ราย, คือ ๑) ตักท่อน้ำเหลืองขวา ๑ ราย. ๒) ตักท่อน้ำเหลืองขอแรซิก ๑ ราย. ๓) ตักประสาท

ซิมเพเรติกช่วงคอค้ำซ้าย, เกิดกลุ่มอาการของฮอรเนอร์ ๑ ราย. ๔) ตักประสาทเฟรนิก ๑ ราย.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๒. Thomas E. Cone: ยาน้ำโปรเมธาซีนในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนในเด็ก A.M.A. J. Dis. Child. 95:397-400, 1958.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้โปรเมธาซีนในรูปของยาน้ำเห็นขวาทหนักในเด็ก ๑๕๐ คน เพื่อควบคุมการอาเจียน, ได้แบ่งเด็กพวกนี้ออกเป็น ๔ พวกคือ :

พวกที่ ๑ เด็ก ๑๐๐ คน. มีอาการอาเจียนเนื่องจาก ภาวะลำไส้ อักเสบโดยสาเหตุไม่แน่นอน. ตรวจร่างกายไม่แสดงอาการผิดปกติ. เด็กพวกนี้ไม่มีไข้หรือมีต่ำ ๆ โรคแทรกซ้อนของพวกนี้คือท้องเดินอย่างขี้จ้ำจี้ และความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์, ซึ่งเนื่องจากการอาเจียน. พวกนี้ได้ให้กินน้ำละลาย อิเล็กโตรไลต์ช้วยไป โทนิค และโพลิไฮออนิก (คาร์โรว) ร่วมด้วยกับการใช้โปรเมธาซีน.

พวกที่ ๒ ๒๐ คน. มีอาเจียนเนื่องจากการผิดปกติ เช่นมีฟาร์ริงซ์อักเสบจาก

เชื้อสเตรปโตคอคโคไค, หูชั้นกลางอักเสบ, ภาวะเพาะขี้สสารอักเสบและพิษอีโคโนไฟรทิส. การรักษาได้ให้แอนติไบโอติกและยาลดไข้ร่วมกับโปรเมธาซีน.

พวกที่ ๓ ๒๐ คน. อาเจียนเนื่องจากการโรคเมารถเมาเรือ, ได้เห็นโปรเมธาซีน ๑ ช.ม. ก่อนออกเดินทาง.

พวกที่ ๔ ๑๐ คน. ๖ คนอาเจียนจากการฉายรังสีลึกลับบริเวณช่องท้องเพื่อรักษานิวโรลาสโตมา และเรโทรเพอริโทเนียลซาร์โคมา ๔ ราย, จากการรักษาด้วยไนโตรเจนมีสคาร์ค. พวกนี้ใช้เห็นโปรเมธาซีน ๑ ช.ม. ก่อนให้ยา.

ขนาดของโปรเมธาซีนที่ใช้คือ ๑๒.๕ มก. ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ และ ๒๕ มก. ในเด็กอายุเกิน ๕ ขวบ. การใช้ยานี้ได้ผลดี ๗๗ ๒๕. ก็คือไม่อาเจียนหลังจากให้โปรเมธาซีนเห็น, ได้ผลพอใช้ ๑๓ ๒๕. คือมีอาเจียน ๑-๔ ครั้ง หลังจากให้ยาเห็นแล้ว, ๑๐ ๒๕. ไม่ได้ผล. ยานี้ไม่มีพิษร้ายหรือรบกวนทวารหนัก.

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.

๑๓ W. Franklin, A.L. Michelsan, F.C. Lawrell, I.W. Schiller: การใช้ยา

ขยายหลอดลมและคอริโคโคสเตรอรอยด์ในการรักษาโรค เอ็มพีซีม่า ของปอด จากการอดทน. The New England J. Med. 258:774-778, 1958.

ผู้ป่วย ๕๘ รายเกิดเป็นเอ็มพีซีม่าของปอดจากการอดทน. ได้รับการรักษาด้วยขยาย หลอดลม และ คอริโคโค สเตรอรอยด์. ๑๓ คนในพวกนี้มีแผลเย็บตึก, ๖ รายเป็นโรคหัวใจล้ม, และ ๑ รายเป็นทงสองอย่าง. ผลจากการรักษาคือ ผู้ป่วยมีความจุปอดเพิ่มขึ้นราว ๕๐ ๒๕. ของก่อนการรักษา และอาการทางคลินิกก็ดีขึ้นมาก.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๔. N. Frank: เท่านั้น, อาการหลังผ่าตัดของ อินฟาร์คชัน ชนิดไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจ J.A.M.A. 170:1147-1150, 1959.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงลักษณะอาการเย็นที่เท้าภายหลัง ผ่าตัดในคนไข้ว่าเป็น อาการแสดง อย่างหนึ่ง ของ อินฟาร์คชัน ของกล้ามเนื้อหัวใจชนิดไม่มีอาการ, ซึ่งไม่เคยมีโรคหัวใจ หรือโรค เกี่ยวกับ หลอดเลือด มาก่อนเลย. เขาได้ศึกษาในผู้ป่วย ๓ ราย, อายุ ๔๐, ๕๓, และ ๓๗ ปีตามลำดับ. ภาย

หลังผ่าตัดใหญ่ ๑๓, ๕, และ ๗ วันตามลำดับ, ผู้ช่วยเริ่มมีอาการเทาเย็นจนทันที, ซาและปวดและกำลังชาน้อยลง, เมื่อตรวจหัวใจไม่พบสิ่งผิดปกติทางกายภาพ, แต่ อ.ช.จ. แสดง อินฟาร์กชันของกล้ามเนื้อหัวใจ. ผู้ช่วยไม่มีอาการใดๆ ที่จะแสดงว่ามีโรคนี้เลย. เชื่อกันว่าอินฟาร์กชันอาจจะเกิดขึ้นในระยะของการให้ยาสลบ, เพราะระหว่างนี้อาจมเอ็มโบลิสเกิดขึ้นจากความดันเลือดต่ำ, แอน็อกเซีย, และ คาร์ดิโอเคอะริธเมีย. เราได้เห็นว่ามีผู้ช่วยที่ตายทันทีหลังผ่าตัด และว่าเนื้องอกมาจากพลโมเนอรัยเอ็มโบลิสมีนั้น อาจเป็นอย่างนี้ก็ได้. ทั้งนั้นจึงควรได้ทำ อ.ช.จ. ในผู้ช่วยทุกรายก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดแล้วใหม่ ๆ เพื่อจะได้ให้การรักษาให้ทันการ. เราสรุปลักษณะที่สำคัญที่จะใช้วินิจฉัยไว้ ๔ ข้อ คือ (๑) เท้าข้างที่เป็นเย็นกว่าอีกข้างหนึ่ง, (๒) เท้าข้างนั้นคลำการเต้นของหลอดเลือดแดงไม่ได้, (๓) เมื่อยกเท้าข้างนั้นขึ้นม่อสคิเมียที่ฝ่าเท้า,

(๔) ตรวจทางกายภาพไม่พบสิ่งผิดปกติที่หัวใจ.

นรา เววศร พ.บ.

๑๕. William Weiss: การใช้เข็มไขข้อพซัยเยอหุ้มข้อนอกในวัณโรค. J.A.M.A. 234 : 431-434, 1957.

การใช้เข็มไขข้อพซัยเยอหุ้มข้อของ วิม วิลเวอร์แมนเจาะเยอหุ้มข้อนอกในผู้ช่วยที่นำมาในช่องเยอหุ้มข้อ, ซึ่งสงสัยว่าเกิดจากวัณโรคข้อ ๒๒ ราย. ปรากฏว่าได้ขึ้นเนอเคเซียสเป็นทเซอร์เคิล ๑๒ ราย. แต่ในจำนวนผู้ช่วย ๒๒ รายนี้, เมื่อเอาน้ำจากช่องเยอหุ้มข้อไปเพาะเชื้อ, ได้เชื้อทเซอร์เคิล แบซิลไลเพียง ๔ ราย. ฉะนั้นการศึกษาไขข้อพซัยเยอหุ้มข้อด้วยวิธีใช้เข็มร่วมกับการค้นคว้าทางอื่น, จะช่วยในการวินิจฉัยโรคที่มีนำในช่องเยอหุ้มข้อจากวัณโรคได้ ๓/๔ ของผู้ช่วยทั้งหมด.

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ.

ปกิณกะ

๑. นิ้วขีปโปเครติส

ปลายนิ้วขีป (Clubbing of the fingure) นั้นแพทย์ได้สังเกตเห็นในผู้ป่วยมานานมาแล้ว, และยังพบการเปลี่ยนแปลงที่เล็บด้วย. มม. ระหว่างจุกเล็บกับนวมจะเพิ่มขึ้น, ซึ่งมีความปรกติราว ๑๖๐ องศา. จุกเล็บหนาขึ้น และฐานของมันโปร่งเหมือนฟองน้ำมากขึ้น. เล็บปรกติยาวและโค้ง มักจะพบว่างกลางที่ปลายนิ้ว. การเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ทั้งนิ้ว แต่อย่างไรก็ตามหรือเทาข้างหนึ่งข้างใดก็ได้. มีน้อยรายที่เกิดเพียงนิ้วเดียว.

ปลายนิ้วขีปหรือฮัยเปอร์โทรฟิค ออสติโออาร์โทรพาทียมีการเปลี่ยนแปลงในพยาธิสภาพตอนแรก คือเนื้องอกที่ปลายนิ้วงอกมากขึ้น (Simple clubbing). ต่อมากกระดูกและข้อจะมีการเปลี่ยนแปลง (Generalized hypertrophic osteoarthropathy), การบวมของเนื้องอกเป็นผลตามจาก ความรุนแรงของโรคไปมารวย, และจะหายไปหมดสิ้นถ้าโรคไปมารวยหายหรืออาการดีขึ้น. การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกถาวรกว่าแต่ก็อาจหายไปหมดได้. อาการเรื้อรังพบในผู้ชายมากกว่า

กว่าและพบน้อยในผู้ป่วยสูงอายุ.

ในรายโตชนธรรมชาติจะมีการงอกของคอนเนคทีฟิว ทิสซิว, มีฮัยเปอร์เพลเซียของออสติคิติสซิวของจุกเล็บ. E.A. Gall และพวกได้ศึกษาผู้ป่วย ๕ ราย, พบว่าการบวมของเส้นคอลลาเจนของคอรีเยมร่วมกับการหนาของผนังของหลอดเลือด. มีผู้นิพนธ์งานถึงการหนาของเปอริออสเตียม. มีหลอดเลือดฝอยงอกใหม่ และการงอกมากของเนอไซมัน.

ในออสติโออาร์โทรพาทีย มีเปอริออสเตียมหนาขึ้น. มีการอักเสบและบางที่อาจมีการสร้างกระดูกใหม่. กระดูกใหม่ขยายโปร่งและแยกคอรีเทกซ์ของกระดูกเดิมจากเปอริออสเตียม, ผลสุดท้ายจะบางเข้าและฝ่อขึ้นไป. ส่วนคอรีเทกซ์ของกระดูกเดิมจะมีรูพรุนมากขึ้น. ผลสุดท้ายจะบางลงๆ และมีไขกระดูกอยู่ภายใน, ในที่สุดจะติดต่อกับไขกระดูกของกระดูกใหม่ที่เกิดขึ้น. ฉะนั้นกระดูกจะโตชนกว่าเดิมและโปร่งคล้ายฟองน้ำ. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่เห็นบ่อยๆ

มีการขม่น้ำ และเซลล์พวกลิมโฟซัยต์มาแทรกซึม การมีการอักเสบก็พบได้บ่อย, ในรายที่เป็นรุนแรงจะมีข้อแข็งได้.

ปลายนิ้วขานโดยมากเกิดภายหลัง, แต่อาจพบโดยกำเนิดได้ในรายที่มีการพิการทางกรรมพันธุ์, เช่นในเด็กฝาแฝด. การพบอาการนี้แสดงว่ามีการผิดปกติในทางสรีรวิทยา. ในสมัยก่อนปลายนิ้วขานเป็นอาการสำคัญเกี่ยวกับโรคของปอด, เยื่อหุ้มปอดและเมคิแอสติเนีย; แต่ในปัจจุบันเราพบว่ามันเกิดร่วมกับโรคอื่นได้อีกหลายโรค.

ปลายนิ้วขานทั้ง ๒ ข้างเหมือนกันมักพบร่วมกับโรคของปอด, หัวใจ, ตับ, โรคของกระเพาะและลำไส้. ในรายที่เกิดร่วมกับโรคปอด แสดงว่าโรคคนเรอริง, และเป็นหนองมากกว่าจะเป็นโรคปัจจุบัน. แต่ก็อาจพบได้ เช่นรายมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด, ฝีในปอด, บร็องไคเอ็กเตซีส และอาจพบในเนื้องอกเริ่มต้น. ทั้งคาร์ซิโนมาและซาร์โคมาของปอดและเมคิแอสติเนีย. บางทีอาจพบในรายเนื้องอกที่แพร่กระจายมาสู่อวัยวะทั้งสองนี้ได้.

ปลายนิ้วขานเกิดจากโรคหัวใจ มักร่วมกับโรคหัวใจที่พิการมาแต่กำเนิดในหมู่พวกที่มชัชฮาโนซิส (Right-left shunt) และ

ในเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อรอนปัจจุบัน. แต่อาจพบได้ในโรคหัวใจจากสาเหตุอื่น ๆ.

ปลายนิ้วขานจากโรคตับ เราพบบ่อยใน Hanot's Cirrhosis ในโรคตับแข็งชนิดอื่น ๆ พบได้น้อย เช่นแบบปอร์ทัล และเคยมีรายงานในโรคอามัลลอยโตสิส.

ปลายนิ้วขานจากโรคกระเพาะและลำไส้ โดยมากพบในโรคเรอริง เช่นโรคโคลอนเป็นแผลอักเสบเรอริง, โรคบิดจากเชื้อโรคและอะมีบาเรอริงและอื่น ๆ นอกนั้นพบในโรคซัลแอก, โรคซอร์ซกนของลำไส้เล็กและการอุดตันของพัลลอร์ส.

ปลายนิ้วขาน ๒ ข้างเหมือนกัน เรายังพบในโรคอื่น ๆ อีกเช่น ภายหลังการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์. T.A. Warthin และพวกได้รายงานผู้ป่วย ๔ รายซึ่งมีเมตาเพลเซียของกระเพาะปัสสาวะด้วยเยื่อเมือกและมีปลายนิ้วโตร่วมกับซัยเปอร်โทรฟิคออสติโออาร์โทรพาร์ซี.

การขานของปลายนิ้วข้างเดียวพบอย่างมาก และมักร่วมกับการได้รัยขาดแคลเซพาทหรืออื่น ๆ ที่เกิดกบนวทเป็น.

ทฤษฎีที่มคนเชื่อมากถึงสาเหตุการเกิดปลายนิ้วขาน คือการไทรบพิษ ในรายติดเชื้อ

เรอริงทำให้กระทบกระเทือนการไหลเวียนของเลือด. เกิดมีภาวะขาดออกซิเจน. การกระทบกระเทือนต่อต่อมเอ็นโดคริน, การหยุดไหลของเลือดดำ, และแฟกเตอร์อื่น ๆ ร่วมด้วย.

Mendlowitz ได้ศึกษาและแสดงว่า ปลายนิ้วอันอย่างธรรมดาที่ เกิดขึ้นนั้น, ความดันเลือดแดง และเลือดที่ไหลมาสู่นิ้วเพิ่มขึ้น, ต่อมากได้รับการทดลองสนับสนุนจาก G.M. Wilson. เขาชี้ว่าการลดการได้รับเลือดมาเลี้ยงทำให้ปลายนิ้วโต. และเขอว่าการที่เลือดมาเลี้ยง มากเป็นผลจากการมีการติดต่อกับของ หลอด เลือดดำ และแดง ของ

ส่วนลึกมาก กว่า การไหลเวียน ของ หลอดเลือดฝอยชั้นตน ๆ.

E.F. Maurer แนะนำว่าการเกิดปลายนิ้ว ขานนั้นเกิดจากทงการ ทนอเยอขาดออกซิเจนและการเพิ่มเลือดไหลเวียน. สาเหตุที่แน่นอนก็ยังไม่ทราบแน่.

การรักษาไม่มี. อาจมีเพียงรักษาอาการเจ็บปวด. การรักษาที่สำคัญคือ รักษาโรคที่เป็นสาเหตุให้หายแล้วอาการทงนิ้วจะหายไปเอง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒๐. ความเบ้มาของการถ่ายภาพรังสีของถุงน้ำดี

ในหน้าหนาวของปี ๑๙๒๒, เฮเวอร์ทส์ เอ. เกรแฮมนักชนมาได้ว่าเอเบิลและรวานด์ ทริเคย์เล่าให้ฟังว่า ฆลอรินเด้ค พินอล์ฟ-ธาลันนิน จะถูกขยับ ออกทาง นาค เกอຍหมค. เขาจึงมาคิดว่าถ้าสามารถหาอะตอมของสาร ทบแสงเอ็กซ์ไปแทนที่ฆลอรินเด้คแล้ว, การถ่ายภาพ ถุงน้ำดี เพื่อด ลักษณะ และ พยาธิ-สภาพของถุงน้ำดีก็ทางสำเร็จแน่นอน.

คำวนนิน, เขาค้นรายการเคมีภัณฑ์ ของโรงงานทำเคมีภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อจะคว่า มีสารประกอบอะไรของพินอล์ฟธาลันทมอะ-ตอมของโปรมัน หรือไอโอดีนอยู่บ้าง. เขา ค้นไปและคิดไป, ถ้ามี, เขาจะต้องเอามา ทดลองค. มันอาจเป็นไปอย่างที่เขาคิด, หรือถ้าไม่มี เขาเห็นจะต้องสังเคราะห์สารที่ มีลักษณะดังกล่าวตนเอง.



เขาพบว่าเมื่อเทระไฮโดรฟอสฟอรัส
 ของบริษัทอีสต์แมนโคดก, ซึ่งทางบริษัท
 ใช้เป็นอินดิเคเตอร์ ในขบวนการ ถ่ายรูป อยู่ใน
 ในเวลานั้น. ในราวเดือนกรกฎาคม ปี
 ๑๙๒๓, เขาก็แนะนำให้ วาร์เรน โคล ทด
 ลองฉีดยาชนิดนี้เข้าไปในสัตว์, และลองถ่าย
 ภาพรังสีของถุงน้ำค, ซึ่งเขาคาดว่าอาจจะ
 มองเห็นได้. นายแพทย์โคล ขณะนั้นเพิ่ง
 สำเร็จการ ผักงานทาง ศัลยกรรมมาใหม่ ๆ
 จากโรงพยาบาลวาร์นส์. เขาพบว่าโดยตัว
 ของมันเองละลายน้ำได้ยาก, แต่ถ้าได้
 เปลี่ยนให้เป็นเกลือของโซเดียมจะละลายน้ำ
 ได้ง่ายกว่า. เขาทำการทดลองฉีดยาทั้ง
 กล้ามเข้าไปในสุนัข ๖ ตัว และถ่ายรูปเป็น
 ระยะเวลา ๆ ไป. ๕ ตัวไม่ปรากฏว่ามีภาพอะไร
 ให้เห็นเลย, แต่ในครั้งที่ ๖ พบว่ามีภาพเลื้อน
 ลางของถุงน้ำค. เขามาคิดดูตามเหตุผลว่า
 ในสุนัข ๕ ตัวแรกที่ ไม่สามารถเห็นรูปถุง
 น้ำคนั้นแสดงว่า ถุงน้ำคไม่มีความสามารถ
 เก็บน้ำค, ซึ่งมันอาจจะรั่วได้มานานพอและ
 มากพอจนแสงผ่านไม่ได้. ถ้าสุนัขปรกติ,
 สุนัข ก็คงจะมี การขับน้ำคออกมา เป็นปรกติ
 ก่อนการทดลอง, ในสุนัขตัวสุดท้าย คง
 จะไม่มี การขับน้ำคออกมา ก่อนการ ทดลอง.
 สุนัขตัว สุดท้ายอาจจะ ไม่ได้กิน อาหาร ก่อน

การทดลองก็ได้. จากการสอบสวนก็พบว่า
 เป็นความจริงเช่นนั้น. คนเลี้ยงสุนัขล้ม
 ให้อาหารแก่สุนัขตัวที่ ๖. น้ำคจึงถูกหลัง
 ออกมากับสี, มากพอที่จะทำให้เกิดเงาที่
 ในภาพรังสี. จากการพบและความก้าวหน้า
 ทาง การถ่าย ภาพถุงน้ำค ด้วยรังสีเอกซ์ นั้น,
 เรายัง อธิบาย ขอบ คณะ สุนัข และคน เลี้ยง
 สุนัขชอบเล่นเล่นนั้นเสียมิได้. เพราะถ้า
 เขาเป็น คนรอบคอบกว่านั้นสักหน่อย, เขาก็
 ยิ่งเขา ไม่ได้กล่าวการ ทดลองของ นาย แพทย์
 โคลจะทำให้สำเร็จอย่างไร, หรือถ้าสำเร็จ
 ได้ก็อาจจะ นานอีกสัก เท่าใดก็ยัง ประมาณไม่
 ถูก.

เมื่อทราบ สาเหตุของความ ไม่สำเร็จใน
 สุนัข ๕ ตัวแรกแล้ว, การแก้ไขก็ง่าย.
 โดยการให้สุนัขขอกอาหาร. งานขั้นต่อไป
 เป็นการกระขนาดของยา, ที่จะให้บังเกิดผล
 มากที่สุดและมีโทษน้อยที่สุด. ปัญหาอัน
 ฟังดูง่าย, แต่ทำจริง ๆ ยาก. เพราะต้องทำ
 กับสุนัขจำนวนมาก ๆ. สุนัขบางตัวก็ตายไป
 เสียตั้งแต่เริ่มฉีดยาใหม่ ๆ, ทั้ง ๆ ที่ขนาด
 ที่ให้น้อยกว่าตัวที่ยังมีชีวิตอยู่เสียอีก. สาร
 ที่ให้อาจจะมีพิษ, พิษอาจเกิดจากตัวของ
 มันเองหรือสารปะปนต่าง ๆ. อย่างไรก็ตาม,
 เป็นความเอื้อเฟื้อ ของ บริษัทมิลลินครอดที่

เคมี คณิตศาสตร์ สรรพศาสตร์ ไบร โม่ ฟิสิกส์ นอปลักษณ์, ซึ่งมีพินัยน้อยกว่ามาให้. แต่สารนี้ไม่ทำให้เกิดเงาในลำแสงเอกซ์โคคัลเท่าสารประกอบของไอโอดีน. เขาจึงขอรับทางบริษัทให้ช่วยสังเคราะห์ สารประกอบของไอโอดีนอย่างบริสุทธิ์ให้. จากการทดลองชั้นต่อมาปรากฏว่า อันตรายต่าง ๆ ลดลงไปเป็นอันมาก. อันตรายถึงแก่ชีวิตหมดไปเสียทีเดียว. เขาจึงเริ่มทำการทดลองใช้ในมนุษย์.

ตั้งแต่เริ่มมาจนกระทั่งขณะนี้, ความคิดของเกรแฮมก็ใกล้ความจริงเข้ามามาก. ถ้าทดลองในคนเป็นผลสำเร็จ, ความคิดและการทดลองต่าง ๆ ที่ทำมามากมาย, คงจะได้รับผลคุ้มค่า. เมื่อเขาทดลองในคนเป็นรายแรกนั้นทำในคนที่เขินจนหน้าออกเสียวเรอวัง, และมีนิ้วที่โป่งแดงอยู่มาก. การทดลองไม่เป็นผลสำเร็จ. ไม่มีภาพของถุงน้ำค็ปรากฏให้เห็นเลย. แม้ว่าจะล้มเหลวเขาก็ไม่เลิกความตั้งใจเสียง่าย ๆ. ไตร่ตรองตามเหตุผลว่าทำไมไม่สำเร็จอาจเป็นเพราะถุงน้ำค็ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาความเข้มข้นของยา, หรือยาไม่ถูกขับออกมา

เนื่องจากคนไข้เป็นโรคของทางเดินน้ำค็อยู่ก่อนก็ได้. เขาจึงทำการทดลองในคนปกติ, ทั้งทมนวและไม่มีทมนว. ผลสุดท้ายงานก็บรรลุผลมาได้. มีหลายต่อหลายรายที่สามารถเห็นภาพของก้อนนิ้ว, ด้วยภาพเอกซเรย์, ภายหลังจากได้รับยานี้.

มีหลายตอนในเรื่องนี้, ที่ทำให้ผู้คนที่ว่าแทบจะล้มเลิก ความคิดที่จะทำต่อ. ตัวอย่าง เช่นในการ ทดลอง กับสุนัข ๖ ตัวแรก. ๕ ตัวไม่ได้ผลเลย. เป็นการบังเอิญอย่างบังทพจะเห็นได้ภายในตัวที่ ๖. ตอนต่อมาก็คือการเกิดพิษจากสารเจือปน. ตอนสุดท้ายได้แก่ความล้มเหลวในการทดลองกับมนุษย์คนแรก. ความไม่ประสบความสำเร็จสมหวังเช่นนั้น เกิดได้เสมอ ในการ ค้นคว้าทดลอง, ทั้งในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์สาขาอื่น ๆ. ถ้าหากไม่เลิกล้มหรือคิดท้อแท้เสียง่ายๆ, พยายามพิจารณาใช้วิจรรณญาณหาช่องทาง ในการ ที่จะทำต่อไปใหม่, พยายามหาสาเหตุของการบกพร่องและแก้ไข. ผลก็จะบังเกิดขึ้นในที่สุด. คุณประโยชน์จะต้องถูกค้นพบแน่นอน. นี่เป็นตัวอย่างอีกเรื่องหนึ่ง, ที่อาจ

เตือนใจให้พวกเรา, ที่กำลังคนคว่ำอยู่และกำลังจะคนคว่ำต่อไป, เมื่อประสบความผิดหวังหรือล้มเหลว, จะได้อะไรความพยายามหาหนทางต่อไปใหม่, ไม่เล็ดลอดหรือละทิ้งเสียง่าย ๆ.

(เก็บความจากเรื่อง The Surgery of a Half Century ago and Some Personal Reminiscences. The Medical Clinic of North America. 41: 1061-1070, 1957.)

เกษียร ภัฏกานนท์ พ.บ.

๓. การถ่ายเลือดจากผู้ตายแล้ว

ในระยะ ๒๘ ปีที่ผ่านมาที่สถาบัน Skifosovsky ในรัสเซียได้มีการใช้เลือดจากศพในการถ่ายเลือดกว่า ๒๗,๐๐๐ ครั้ง, ซึ่งนับเป็น ๗๐ ปีช. ของทั้งหมด. พบว่าเลือดจากศพ โดยทั่วไปไม่อันตรายในเรื่องการติดเชื้อ, หรือการทำให้เกิดพิษ. เลือดจะถูกเก็บอย่างระวังเกี่ยวกับปฏิกิริยาของน้ำเหลืองและเซอรัมที่เวียน. ติดตามด้วยการตรวจศพในเรื่องพยาธิสภาพทางกายวิภาค, เพื่อยืนยันการถ่ายทอดโรค, พิษหรือสารที่จะทำให้เกิดพยาธิสภาพในผู้รับเลือด, ซึ่งวิธีการนี้ไม่อาจกระทำได้ในผู้บริจาคเลือดที่ยังมีชีวิตอยู่. ข้อดีประการอันคือการสลายตัวของไฟบรินในเลือดของศพนั้น, ทำให้ไม่ต้องใช้ซีเตรทกันเลือดแข็ง, ยังผลให้

ปฏิกิริยาในการถ่ายเลือดลดน้อยลง. แต่ลศพจะมีเลือด ๒-๔ ลิตร, จึงทำให้สามารถให้เลือดอย่างเดียวกันได้ในจำนวนมาก. ศพของบุคคลที่ตายโดยยังชีพ (หัวใจล้ม), หรือที่ตายจากขาดใจที่ไม่เลือดออก (สมองถูกกระทบกระเทือน) ภายใน ๖ ชม. จะถูกนำเข้าสู่ห้องผ่าตัดพิเศษ. เขาเอาเลือดออกทางหลอดเลือดดำจากลำร่าซ้ายด้วยแคนูล่าซึ่งมีปลายหนีไปทั้งสองทาง. นำเลือดลงสู่ภาชนะพิเศษไว้เซอ. และก่อนจะส่งเลือดไปแผนกรักษาได้ทำการตรวจเลือดนั้นทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วนทีเดียว.

(จาก B.A. Petrov: Surgery. 46: 651-655, 1959)

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๔. แนะนำหนังสือ

ชื่อหนังสือ Essentials of Orthopedics

ผู้แต่ง Philip Wiles

Senior Orthopedic Surgeon, The Middlesex Hospital, London and King Edward Memorial Hospital Ealing; Lecturer in Orthopedic Surgery, University of London.

ผู้พิมพ์ J.&A. Churchill Ltd., London.

2nd ed. (Reprinted 1956) ๕๒๖ หน้า. ภาพสี ๗ ภาพ, ภาพรวม ๓๕๓ ภาพ. มีบัญชีเอกสารและบรรณานุกรม. ราคา ๑๔๕ บาท.

หนังสือเล่มนี้ในหอสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

ผู้เขียน เป็น ศัลยแพทย์ โรคกระดูก ขาวโส้ของประเทศอังกฤษ. บรรยายโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยๆ ในวิชาโรคกระดูกด้วยถ้อยคำและวิธีการกระชับรัด. มีภาพประกอบที่สรรมาไว้ อย่างดียิ่ง. แต่ละโรคที่บรรยาย ได้แนะนำแนวทางที่จะรักษา โดยสัง

เขย. จัดเป็นแนวทางที่ใหม่ที่สุดขณะนี้.

หนังสือประเภทตำรา ทางวิชาโรคกระดูกนั้น ขว้างมน้อย, เพราะวิชาแขนงนี้เพิ่งจะเจริญขึ้นรวดเร็วหลัง สงครามโลก ครึ่งที่สอง. โรคต่างๆ ที่เขียนไว้ก่อนๆ มักจะเรียกชื่อตามแพทย์ที่คนพบ. เมื่อดวงวิชาการ ขึ้น เกี่ยวกับคนพบ สาเหตุแน่นอน ของโรคเก่า, ก็เกิดการขมุกขมัวชื่อโรคต่างๆ, ทำให้มีคำพ้องหลายชื่อสำหรับโรคเดียวกัน. ในหนังสือเล่มนี้ผู้เขียนได้ให้คำพ้องของชื่อโรคไว้ เกือบทุกคำ. ทั้งบรรยายการเป็นมาของคำเหล่านั้นด้วย.

แนวทางของหนังสือเล่มนี้ตกเป็นพิเศษ คือ การพยายามที่จะอธิบายหน้าที่ทางสรีรวิทยาของอวัยวะเคลื่อนไหว ทุกส่วนของร่างกาย, อันเป็นรากฐานความรู้แก่ผู้ทรมานศึกษาศาสตร์เฉพาะแขนง. คำอธิบายจะแจ่ม.

เฉพาะที่บริเวณไหล่, ผู้เขียน, ซึ่งมีความชำนาญทางคลินิกมานาน, มีความเห็นแตกต่างจากตำราภายวิภาคเล่มก่อนๆ หลายเล่ม, โดยเฉพาะเนื้องอกกล้ามเนื้อ ผู้เขียนเชื่อว่าเนื้องอกกล้ามเนื้อ

หน้าที่แต่เพียงกระษัตริย์ หวังระคค ตัน แชนกับ
เข้ากระคคสขบักเวลากางไหลเท่านั้น.

แนวความคิดใหม่ที่ ผศ.แปลก ไปจาก
เดิมที่พบได้ในหนังสือเล่มนอกคือ, การ
วิเคราะห์แยกโรคที่อาการปวดหลัง, ซึ่ง
เป็นปัญหาที่พบประจำวันในขณะน. สาเหตุ
ของอาการปวดหลังมีหลายสาเหตุ, รวม
ทั้งโรคหมอนกระดูกสันหลังเลื่อนแตกด้วย.
เกี่ยวกับการรักษาโรค หมอนกระดูกสันหลัง
นี้, ผู้เขียนมีความเห็นอย่างกลาง ๆ ทสค,
คือสคแท้แต่อาการและอาชีพของผู้ป่วยเป็น
เกณฑ์.

เกี่ยวกับข้อข้อเสียบเรอริง, ถึงแม้จะ
ไม่มีผู้ใดทราวยสาเหตุ, หนังสือเล่มนอกได้

บรรยายแยกออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่, คือ
การอักเสบชนิดชัยเปอรโทรฟคซึ่งเกวของ
กัวยัชชรา, กัวยการอักเสบชนิดอะโทรฟค.
เขาเชื่อว่ามีส่วนเกิดกกัน, เพราะโรคทั้ง
สองกล่มันสนองต่อการรักษาผิดกกัน.

เกี่ยวกับวัณโรคของกระดูก, ยังไม่มี
การเปลี่ยนแปลง จากแนวรักษาเดิมเท่าใด
นัก.

โดยสรุปแล้วหนังสือเล่มนี้, จัดเป็น
ตำราที่ให้ความรู้ พนฐานวิชา ออร์โธพคคค
อย่างคทสคเล่มหนึ่ง. เหมาะแก่กคศึกษา
ย ทสามและส และแพทยทสนใจวิชา
เฉพาะแขนงน.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๕. ความต้องการโปรตีนและกรดอะมิโนในทารก

ผู้เขียนได้กล่าวถึงความเห็นต่าง ๆ, ซึ่ง
เนื่องมาจากสาเหตุของหลังสองประการคือ:
ประการแรกเกี่ยวกับการหาโปรตีนในนม
คน, ซึ่งมีปริมาณโปรตีนค่อนข้างต่ำ.
คั้งนั้นในการ ให้นม ผสม จึง ได้มี สตร ของ
รอตชชน, เพื่อเจองานนมรสคให้มีจำนวน

โปรตีนคล้ายนมคน, และค่อย ๆ เพิ่มจน
เมอเคกแก่เคอน. ผลปรากฏว่าการเคบคค
ของทารกยังไม่คพอ. ประการที่สองเป็นผล
สืบเนื่อง จากการทคสองของ ออสยอรัน
และเมนเคล. เขาทคสองเลียงหนโดยโปร-
เทอินบรสิทอและเพิ่มกรดอะมิโนบางอย่าง.

จากการทดลองจึงมีความเห็นว่าโปรตีนต่างชนิดมีความแตกต่างกันในคุณภาพ. เคซีนมีคุณค่าค้อยกว่าแลคตาไลน, แสดงว่าคุณค่าของโปรตีนในนมวัวไม่ต่ำกว่าในนมคน. ดังนั้นสูตรนมผสมของวอท์จึงถูกค่านด้วยการค้นคว้าใหม่. การให้นมวัวจึงต้องให้โปรตีนให้สูง, เพื่อให้ทารกได้กรดอะมิโนครบและเพียงพอตามความต้องการ. จะให้เพิ่มเท่าไรนั้นยังไม่แน่นอน, แต่แนะนำว่าควรให้โปรตีนสูงถึง ๑๕ ปซ. ของจำนวนแคลอรี, หรือ ๓-๔ ก. ต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกก. มากกว่าโปรตีนจากนมมารดา, ซึ่งให้เพียง ๒ ก. ต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกก. กพอ.

การให้โปรตีนสูงจากนมวัวมีข้อเสียเกิดขึ้น, เนื่องจากทารกไม่สามารถที่จะย่อยได้หมด. ดังนั้นการนำเอาการทดลองของ เมเนเตล และออสบอร์น มาใช้กับทารกนั้น, จะต้องนึกถึงเหตุต่าง ๆ คือ ๑) การทดลองของเขาเป็นการทดลองในหนู. พบว่าเคซีนมีคุณค่าค้อยกว่าแลคตาไลน. และในการที่จะให้หนูเค็ยโตคต้องให้ชัยส์เทอีนชัยคัวย, ซึ่งจำเป็นในการเค็ยโตของสัตว์ทมขน. ๒) ในปัจจุบันนมวัวทานมผง, นมคนจก, ซึ่งช่วยใ้มีการคูกชิมของโปรเท

อินได้ถึง ๘๕-๙๐ ปซ., เป็นการแตกต่างกับการให้นมวัวสดที่จะต้องเสีโปรตีนไปมากเนื่องจากถูกคูกชิมไม่ได้หมด. ๓) จากการหาโปรตีนยูคิโลเซชัน ของนมวัวชนิดหนึ่งเทียบกันมคน (โดยแพลท จากยูนิเซฟ), พบว่าข้อแตกต่างของนมทั้งสองชนิดน้อยมาก. คือในนมวัวมีโปรตีนยูคิโลเซชัน. ๘๑.๕ และในนมคนมี ๘๔.๕, โดยใช้ทางนมผงของ อเมริกาเทียบกันมคนผงของสภากาชาดออสเตรเลีย, ซึ่งมีโปรตีน ๑๐ ปซ. ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด.

ดังนั้นในปัจจุบันการให้โปรตีนเลี้ยงทารกขนาด ๑๐-๑๕ ปซ. หรือ ๒-๓.๕ ก. ต่อน้ำหนักตัวหนึ่ง กก. จึงเป็นขนาดที่อยู่ในความพิจารณา.

นอกจากนี้เขียนได้กล่าวถึงการให้โปรตีนสูงกับการขังกการคิดเชอแบคทีเรีย, ซึ่งกลบกับ การคิดเชอไวรัสและการ ขังกกันทุโภชนาการอย่างแรง.

ส่วนความต้องการกรดอะมิโนของทารกนั้นใช้วิธีเลี้ยงทารกอายุ ๑-๕ เดือนด้วยอาหารสังเคราะห์, ประกอบด้วยกรดอะมิโนต่าง ๆ ๑๘ อย่าง, ซึ่งมีสัดส่วนอย่างเกี่ยวข้องกับนมมารดา, เค็กส์ตรินมอลโตส, เกลือแร่และวิตามิน. ให้ปริมาณอาหาร ๑๒๕-

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๘๘๘	๑,๐๒๔	๑,๐๕๕	๑,๐๘๖	๑,๕๐๒	๓๐๔	๖,๘๕๙
เก่า	๓,๔๘๒	๑,๗๓๔	๒,๐๒๔	๑,๔๕๑	๒,๗๓๒	๕๒๔	๑๑,๘๕๗
รวม	๕,๓๗๐	๒,๗๕๘	๓,๐๗๙	๒,๕๓๗	๔,๒๓๔	๘๒๘	๑๘,๗๑๖
<u>ใน</u>	๒๑๕	๓๒๑	๗๖๘	๑๐๗	๓๐๒	—	๑,๗๑๓

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๓๐. จักษุฯ ๓๕๗. สูติ - นารีฯ ๒๐๓. รวม ๑,๐๐๘ ราย.

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

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘ คน (๑๐.๔๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๗ ราย (๓๑.๔๘ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๘๒* ครั้ง. เจาะจากโลหุโทษ ๑๕๕ ราย ข้างนอก - ครั้ง. รวม * ๕๓๗ ราย.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๑๗๑ คน. รักษาใหม่ ๓๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๕๐* คน. รัตียม รักษา ๑๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔ คน. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๑ คน รักษาใหม่และเก่า ๑๑ คน. รัตไอไอโซโทปใหม่ ๑๐ คน รัตไอไอโซโทป ใหม่และเก่า ๒๖ คน

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

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๐๘๖ ราย (จากภายนอก ๕๗ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน ๓๗. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๗๕๘. หมู่เลือด ๑๘๔. นับเม็ดเลือด ๕๕๔. ทานเซอร์บักเทรี ๑๑๔. การตรวจซีรัลล์ของมะเร็ง ๕๓. การเพาะเชื้อวัณโรค ๒๖. การทดสอบเซ็นซิวิตี ๑๘. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๑, อุจจาระ ๓๗๐, บัสสาวะ ๓๓๑,* เสมหะและอื่น ๆ ๓๘. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๒๘ อุจจาระ ๘๑, บัสสาวะ ๑๔, น้ำไขสันหลัง ๔, เสมหะและอื่น ๆ ๑๖๕. นิติศัตว์ทดลอง —, เพาะเชื้อปอด ๑๓. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๕๒. ตรวจศพนิติเวช ๑๘. ตรวจของกลาง ๒๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๖. เจาะนาสันหลัง ๑๕. เจาะตับ ๒, น้ำช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๗,* นิติชายชีพลิต ๓๑.

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

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๒,๐๖๖	๑,๓๒๒	๑,๒๘๖	๑,๒๘๖	๑,๖๗๗	๔๑๐	๘,๐๔๗
เก่า	๓,๕๘๐	๒,๑๗๒	๒,๓๐๘	๑,๕๘๗	๒,๘๗๒	๗๒๒	๑๓,๒๖๒
รวม	๕,๖๔๖	๓,๔๙๔	๓,๕๙๔	๒,๘๗๓	๔,๕๔๙	๑,๑๓๒	๒๑,๓๐๙
<u>ใน</u>	๒๔๓	๓๕๘	๘๖๔	๑๒๕	๓๕๘	—	๒,๐๕๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๔๖. จักษุฯ ๓๘๑. สูติ-นารีฯ ๒๗๗. รวม ๑,๑๐๔ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๓๓๑, หญิง ๓๐๕, รวม ๖๓๖, คลอดตาย ชาย ๔, หญิง ๗, รวม ๑๑.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๑ คน (๘.๘๒ ปีข. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๔๒ ราย (๒๓.๒๐ ปีข. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๖๒๒ ครั้ง. ข้างนอก ๓ ครั้ง. รวม ๖๒๕ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๑๘๔ คน, รักษาใหม่ ๓๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๘๗ ครั้ง.

 ราเดียม รักษา ๑๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๘ คน ไคอะเรอรัมี, รักษาใหม่ ๒ คน, รักษาใหม่และเก่า ๓ คน.
 ราดิโอไอโซโทป ใหม่ ๖๔ คน, ราดิโอไอโซโทป ใหม่และเก่า ๗๘ คน,

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๑๑๗ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๒ ราย. ตรวจเนื้อ ๓๘๔ ราย (จากภายนอก ๒๐๘ ราย). แอ็กกูตินิน ๗๗. วัณโรคแมนและคานัน ๑,๘๕๕. หมู่เลือด ๒๒๘. นับเม็ดเลือด ๓๖๐. หาเชอแบคทีเรีย ๘๘. การตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๑๘. การตรวจวิธีแวนแดนเบิร์ก ๑๐. การเพาะเชื้อวัณโรค ๑๖. การทดสอบเชอริทิวิต ๓๓. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๐, อุจจาระ ๔๐๗, ปัสสาวะ ๓๕๘, เสมหะและอื่นๆ ๔๐. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๓๒, อุจจาระ ๕๖, ปัสสาวะ ๘, น้ำไขสันหลัง ๑๒, เสมหะและอื่นๆ ๑๒๒. นิติสัตวศาสตร์ ๑, เพาะเชอบิด ๘. ตรวจหลอดตัวจิ๋ว ๓๘. ตรวจศพนิติเวช ๒๖. ตรวจของกลาง ๑๘.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๒. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๖, น้ำช่องปอด - อัดลมเข้าช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องท้อง - ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔, นิติยาธิฟลิส ๕๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๒๗. ถอนฟัน ๖๑๑. อุดฟัน ๒๓๒. ผ่าตัดช่องปาก ๔๐.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอยืม

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๘๖๘	๑,๕๓๘	๑,๖๘๗	๑,๕๓๐	๑,๕๕๓	๔๘๐	๑๐,๐๕๖
	เก่า	๔,๖๖๖	๒,๕๖๑	๒,๘๗๒	๒,๐๒๕	๒,๕๔๕	๕๘๕	๑๖,๐๖๒
	รวม	๗,๕๓๔	๔,๑๐๙	๔,๕๕๙	๓,๕๕๕	๔,๐๙๘	๑,๑๖๕	๒๖,๑๑๘
ใน		๒๕๕	๓๕๖	๑,๒๓๕	๑๕๕	๒๕๐	—	๒,๓๓๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๓๗. จักษุ ๔๘๒. สูติ — นารีฯ ๒๗๘. รวม ๑,๒๙๗ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๔๔๒, หญิง ๓๕๒, รวม ๘๙๔, คลอดตาย ชาย ๑๔, หญิง ๑๐, รวม ๒๔.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๘ คน (๗.๖๒ ปีข. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๗ ราย (๓๘.๔ ปีข. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๕๔ ราย. ข้างนอก — ครั้ง เจาะจากโลหิต ๒๘๓ ราย, รวม ๖๓๗ ราย.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๑๕๐ คน, รักษาใหม่ ๕๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๕๕๗ คน.
 รัตียม รักษา ๑๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ — ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง. รัตไอไอโซโทป ใหม่ ๒๓ คน, รัตไอไอโซโทป ใหม่และเก่า ๕๔ คน,
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๗๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๕๓๐ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๓๖๒ ราย (จากภายนอก ๕๓ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน ๕๓. วัชเชอร์แมนและคานัน ๒,๓๐๘. หมู่เลือด ๕๖๕. น้บเม็ดเลือด — หาเชอบักตรี ๑๒. การตรวจเชื้อดื้อของมะเร็ง ๒๗ ราย, การเพาะเชื้อวัณโรค ๓๒ ราย, การทดสอบเซ็นซิวิตี ๔๒. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๕, อจจาเร —, บัสสวาระ ๓๗๕, เสมหะและอื่นๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๐๗. อจจาเร ๑๕๑, บัสสวาระ ๑๕, น้ำไขสันหลัง ๑๐, เสมหะและอื่นๆ ๑๑๑. นิตส์ตัวทดลอง ๒, เพาะเชอบิด ๕, ตรวจทดลองตัวจิต ๒๐, ตรวจศพนิติเวช ๓๒, ตรวจของกลาง ๘.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๘, เจาะน้ำสันหลัง ๗, เจาะตับ ๖, น้ำช่องปอด ๔, อัดลมเข้าช่องปอด ๗, อัดลมเข้าช่องท้อง ๑, ผ่าตัดผิวหนัง ๗๕, นิตยาซีฟลีต ๑๖,
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๕๗. ถอนฟัน ๖๓๑. อุดฟัน ๓๓๐, ผ่าตัดช่องปาก ๒๓.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรศักดิ์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

วันมหิดล

ในตอนเช้ามีการฆ่าเพ็ญกุศลถวายสมเด็จพระราชบิดา ฯ ทหอบระชุมราชแพทยาลัทย. พระภิกษุวัชรนิเวศวิหาร ๗ รูป, มีท่านเจ้าคุณพรหมมุนีเป็นประธานสวดมนต์. คณะอาจารย์, นักศึกษาแพทย์และนักเรียนพยาบาลทุกยาคตร, แลวเลียงภักตาทหารและถวายจตุปัจจัย, ทอคณัสคัยปกครอง.

หม่อมเจ้าพูนศัวเกษม เกษมศรั, ชคคคณชคค คณะแพทยศาสตร์และคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์, จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, ได้เสด็จมาประทานสุนทรพจน์เกี่ยวกับ "ทูลกระหม่อมและศิริราช" ทหอบระชุมราชแพทยาลัทย, และได้นำพระรูปทูลกระหม่อม ซึ่งได้ประทาน พระองค์ท่านพร้อมด้วย คำจารึก ประทานให้แก่ห้องสมุดกลางคัย, ทง ๆ ททรวงพระชวรามากและพระอนามัยไม่ค้อยสมขรณ, นัยเป็นพระคุณอย่างสูง. พระอาจารย์เก่าพระองค์นยงทรวงระลคคคศิริราช และ คอยช่วยเหลือเกอกลอยเสมอมิได้ขาด. มีผเสนอความเห็นให้เชิญเสด็จมาประทานพระโอวาททท ๆ บ. เชอว่าคงจะเป็นประโยชน์มาก.

ในตอนบ่ายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จพระราชดำเนินวาง พวงมาลา ทพระรูป

ทูลกระหม่อม และพระราชทานรางวัลประกวดเรียงความแก่ น.ส. แสงจันทร์ แสงวิเชียร น.ศ.พ. ปีที่ ๓, กับพระราชทานเข็มสมนาคุณของคณะ ฯ แก่นางแดงไทย โทศลวรวช และพระยาราชมณฑรี, ผู้ปกครองกิตติมศักดิ์. จอมพล สฤษคค ธีระวชคค นายกรัฐมนตรี ในฐานะผู้บังคับบัญชามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, พระยาราคันราคร รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข, และข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในวงการแพทย์ หลายท่านได้มาวางพวงมาลาและเฝ้าในโอกาสคัย.

แผนกพยาบาลนำ ส่งเงิน บริจาค สมทบ "ทุนวันมหิดล" ประจำปี จากแผนกวิชาต่าง ๆ ในคณะ, คนใช้, และผู้มีจิตศรัทธา, เป็นจำนวนรวม ๒๖,๕๘๑.๒๕ บาท.

แผนกคนตรี ส.พ.ศ. นำส่งเงินรายได้ (โดยไม่หักค่าใช้จ่าย) จากการแสดงคนตรี ร่วมกับกาแสดงเบคเตลคคของ น.ร. พยาบาลเมอ ๒๒ ก.ย. สมทบทุนวันมหิดล เป็นเงิน ๒,๒๔๔ บาท.

เงินทุนวัน มหิดล เพอการศึกษาขณะนรวรวมได้ ๑๓๖,๐๑๖.๐๕ บาท.

งานโยธาวันมหิดล เพอรักษาประเพณีร่วมฆ่าเพ็ญสาธาณประโยชน์ใน วันมหิดล

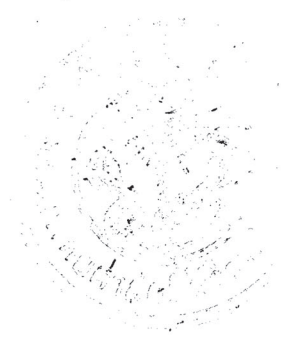
ตามที่ได้ปฏิบัติมาตั้งแต่ต้น; น.ค.พ. ได้
ร่วมกันทำความสะอาดหอพักนักศึกษา ด้วย
ความพร้อมเพรียงทั้งหญิงชาย. พวกเรานพ
ได้ต้อนรับด้วยการเลี้ยงผลไม้และเครื่องดื่ม.
เหตุการณ์เช่นไปโดยกลมเกลียว, ได้ผล
ดีทั้งด้านวัตถุและจิตใจ.

น.พ. เสนอ อินทสุขศรี ได้ร่วมมอกับ
แพทย์สมาคม ฯ จัดรายการวิทยุตลอดภาค
กลางคืนของวิทยุ กรมประชาสัมพันธ์ ในคืน
วันมหิดล; โดยจัดให้สโมสรนักศึกษา
แพทย์แสดงละครเรื่อง “ชัยชนะบนความ
พ่าย” แสดงโดยแพทย์และนักศึกษาแพทย์.

แต่งตั้งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไป

โดยมติกรรมการ คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๐๒
อนมัติให้นายแพทย์เกษม ลิมวงศ์ พ้นจาก
หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไป ตามที่ขอลา
ออก และให้นายแพทย์เกษียร ภักคานนท์
เป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไป เป็นผู้
แทนนายแพทย์ผู้อำนวยการนอกเวลาราชการ
การ ควบคุมดูแล หัวหน้าแพทย์ประจำ
บ้านและแพทย์ประจำบ้าน.

๕๕ ๕ ๕
ทรงน คงแตวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๐๒
เป็นต้นไป



การส่งเงินค่าบำรุง

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

ของแถม

โรคคั่งตารา

เด็กสาววัยรุ่นอายุ ๑๖ ปี ได้มาตรวจที่ศาลาคนไข้นอกแผนกศัลยศาสตร์ โดยมีประวัติว่าได้ "กลืนกิน หรือ สด" ล็อกเก็ตที่บรรจุรูปไอ้โง่ของเธอ คือนายเอลวิส เพรสลีย์ เข้าไป. เธอได้ถูกส่งตัวโดยรีบด่วนไปยังแผนกรังสีวิทยาเพื่อเอกซเรย์อกและท้อง.

รายงานเอกซเรย์ปรากฏดังนี้ :

Opaque foreign body present in left mid abdomen (or, in other words, Elvis is not yet in the pelvis).

รายงานทางคลื่นคอมาคือ :

He has successfully rock-'n'-rolled his way through the small and large bowel, and has emerged intact though not entirely unscathed.
นี่เป็นตัวอย่างเรื่องโง่ ๆ ของพวกวัยรุ่นที่คลั่งไคล้แห่งยุคปัจจุบัน.

(คัดจาก Med. Bull. 3:122,1959.)