



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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



เล่ม
บท ๑๓, ฉบับที่ ๕, พฤษภาคม ๒๕๐๔

Volume 13, Number 5, May 1961.

การตรวจสภาพสมองด้วยอากาศ

การใส่อากาศโดยไม่ต้องแลกเปลี่ยนอากาศกับน้ำไขสันหลัง

รัศมี วรรณิสสร พ.บ., Dr. med. (Tuebingen)

(แผนกกายวิภาคศาสตร์, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. สด แสงวิเชียร)

การตรวจสภาพของสมองด้วยอากาศเป็นการใส่ อากาศ เข้าไปแทนที่ น้ำไข สันหลัง ในกระโหลกศีรษะ, โดยเฉพาะในช่อง สมอง, โดยผ่านทางส่วนเอว. แล้วศึกษา ลักษณะของมันด้วยวิธีการทางรังสี. วิธีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งวิธีหนึ่ง ในอันที่จะช่วย ประกอบการวินิจฉัย และบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพอันแน่นอนของสมอง. ความเป็นมาของการใส่อากาศ เข้าสมอง เป็นเรื่อง ยุ่งยากและน่าตงเต้น. เว้นด้วยความ เป็นคนช่างสังเกตของ Lucketta (๑๕๑๓) ว่า อากาศ เข้าไป อยู่ใน ระบาย เว้นตรีเคล็ดสมอง ของผู้ช่วยที่มกระทุ้งหน้าผากแตกได้ โดยไม่

เรื่องย่อ วรรณิสสร, รัศมี. การตรวจสภาพ สมองด้วยอากาศ. การใส่อากาศโดยไม่ต้อง แลกเปลี่ยนอากาศกับน้ำไขสันหลัง. สารศิริ- ราช ๒๕๐๔ (ก.ศ. ๑๕๖๑), ๑๓: ๒๗๕-๒๘๒.

การตรวจสมอง โดยใส่อากาศเข้าช่อง สมองมีประโยชน์มากในการวินิจฉัยโรค. ผู้ รายงานเสนอวิธีซึ่งดัดแปลงให้ง่ายขึ้น จากที่ ลินด์เกร็นแนะนำ. หลังจากให้ยาระงับสมอง แล้วจัดให้คนไข้นั่งตัวตรงบนเก้าอี้พิเศษ, ก้ม หน้าให้ค้างชิดลูกกระเดือก, คอตั้ง. เจาะเข้า สันหลังส่วนเอว. แล้วใส่อากาศครั้งละ ๒๐ ล. ชม. อย่างช้าๆ. ถ่ายภาพรังสีดู. ถ้าเห็นว่า อากาศยังไม่พอก็เติมอีกครั้งละ ๑๐ ล.ชม. จนพอเพียง. ผู้รายงานได้ทดลองวิธีนี้ในผู้ป่วย ๕๒ คน. ได้ผลสมบูรณ์มากกว่าใน ๘๐ ปช. ของจำนวนทั้งหมด, โดยใช้อากาศเพียง ๒๐ ล.ชม. อาการแทรกซ้อนมีน้อยและไม่รุนแรง, หายไปเมื่อให้นอนพัก.

มีอันตราย. แต่เกียรติยศและความมั่งคั่งของ
 ในอิทธิวิภาพควรตกแก่ Dandy (๑๙๑๘)
 ที่สามารถคิดหาวิธีใส่อากาศเข้าสู่ช่องสมอง
 ที่สำเร็จและทรงยงได้นาววิธีการอื่นเป็นประ-
 โยชนนมาใช้ในวงการแพทย์, ซึ่งเข
 เรืองที่ประสาทแพทย์โดยทั่วไปเป็น หน
 คุกของเขายู่อย่างมากมาย.

การใส่อากาศเข้าสู่ช่องสมองนั้น กล่าว
 โดยทั่วไปก็คือการนำสารแปลกที่ เข้า ไปใน
 ร่างกายอย่างหนึ่ง, ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดมี
 ปฏิกริยาตอบโต้ขึ้นได้, ทั้งที่ผู้ป่วยแจ้งให้
 ทราบอาการจากความ รู้สึกและที่แพทย์
 ตรวจพบด้วยวิธีการทางแพทย์. อาการและ
 การแสดงเหล่านี้มี ปวดศีรษะ, คลื่นไส้,
 อาเจียน, เหงื่อแตก, กระสับกระส่าย,
 ชัก, ชม, ชีพจรเบา, ความดันเลือดต่ำ,
 เขียวคล้ำ, เป็นลม, ท้องตายนกเคยมี
 ปรากฏรายงานไว้. นอกนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลง
 ของไขสันหลังหลายอย่าง, ซึ่งเรื่อง
 เหล่านี้ ได้มี ผู้ คึกษา กันไว้ อย่าง กว้างขวาง.
 แต่อย่างไรก็ตามปฏิกริยาที่ผู้ป่วยรู้สึกในทาง
 ที่เป็นการเจ็บปวดและทรมานนั้น เช่น เรืองที่
 ก่อให้เกิดความ หนักใจ แก่แพทย์ เป็นอย่าง
 ยิ่ง, เพราะอย่างน้อย ที่ สดกก็อาจ ทำให้การ
 ใส่อากาศ ที่ กำลังทำ อยู่ นั้น ยุ่งยาก มากขึ้น.

บางที่ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจาก
 ไม่สามารถที่จะทนต่อทกซ์ทรมานอันเกิดข
 อย่างรุนแรงและรวดเร็ว. เรืองนี้ ได้มี ผู้
 คึกษา ทาสาเทค และแก้ไขคคแปลง วิธีการ
 เรือยมาเพื่อให้อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อย
 ลง, ตลอดจนทำให้วิธีการรัดกุมมากขึ้น.

วิธีการใส่อากาศนั้นมีความเป็น มาและ
 วิธีการต่าง ๆ กันพิเศษมากมาย ทั้ง เทคนิค
 และเครื่องมือ. ผู้ชำนาญและสนใจอยาก
 คึกษา ก็ ได้ พยายาม ทำ โดย ความ รอบคอบ
 และระมัดระวัง, ทั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย,
 การทำและการดูแลผู้ป่วยภายหลัง ทำแล้ว.

Dandy กล่าวว่าวิธีการใส่อากาศเข้าสู่สมอง
 เป็นวิธีการที่ปลอดภัยอย่างหนึ่ง ในการตรวจ
 สภาพของสมอง เมื่อทำ ด้วย ความ รอบคอบ
 และพิจารณาถึงข้อขงห้ามให้ค. ในกรณี
 ขอห้ามรวมพวกโรค ที่ทำให้เนื้อทว่างภายใน
 ในคิริษณ้อยลงทั้งหลาย, ทำของผู้ป่วยไม่
 ใช้ทำนึ่ง, แต่เป็นท่านอนพิง, หัวสูงกว่า
 ขันเขว ไม่น้อยกว่า ๒๐°. เริ่มด้วยคคเขาน้ำ
 หล่อสมองและไขสันหลัง (C.S.F.) ออกก่อน
 แล้วจึงคคยใส่อากาศ เข้าไปแลก เปลี่ยน กับ
 C.S.F. เห็นได้ว่าวิธีการและการปฏิบัติยุ่ง
 ยาก. ต่อมาคคอนหลังได้มีการนิยมใส่อากาศ
 โดยให้ผู้ป่วยนั่งกมหน้า, ซึ่งเข
 มาตร-

ฐานที่ใช้กันต่อมา, และวิธีทำก็เปลี่ยนแปลงให้ง่ายเข้า โดยใช้เข็มเจาะหลังเพียงเล่มเดียว (Becker, Radtke, Davidorff, Dyken และ Robertson). แต่การใส่อากาศนั้นยังอาศัยหลักการของ Dandy อยู่, โดยเอา C.S.F. ออกมาก่อน ๕-๑๐ ล.ซม. แล้วค่อย ๆ ใส่อากาศเข้าไปทีละ ๒-๓ ล.ซม. สลับกับปล่อยให้ C.S.F. ไหลออกมาและในระยะนี้ให้ผ่อนลมหายใจ เข้าออกสลับกันไป. จนสามารถใส่อากาศเข้าไปได้ครบ ๔๐-๖๐ ล.ซม., แล้วแต่ว่าผู้ป่วยจะทนได้มากน้อยแค่ไหน. การทำเช่นนี้ย่อมต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างแพทย์และผู้ป่วย, ตลอดจนความอดทนของ ผู้ป่วยและการได้ผลผันของแพทย์มาพอประมาณ. ทั้งเป็นการเสียเวลาไปบ้าง ในการทำเช่นนั้น. ในโอกาสที่ผู้รายงานได้คลุกคลี ใน วงงานนี้, โดยคำแนะนำ ของ ท่าน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุตม โปษะภฤณะ, จึงได้ศึกษาการใส่อากาศด้วยวิธีที่คิดว่าสะดวกและมีผลแทรกซ้อนน้อยและแพทย์ทั่วไปอาจสามารถทำได้โดยการได้ศึกษาหลักการข้าง, อันเป็นการ จะ ช่วย ให้ ความ ผิด พลาด ในการวินิจฉัยโรคของสมองน้อยลง. ทั้งยังเป็น การย้ำให้เห็นว่า การ คึกษาสภาพ ของสมอง

ด้วยอากาศเป็นวิธีที่ปลอดภัย. หลักการเป็นการดัดแปลงไปจากวิธีของ Lindgren (๑๙๔๘) ซึ่งมีคนนิยมกันอยู่หลายแห่ง.

การดัดแปลงไปนั้นเพื่อให้เกิดความสะดวก, ให้มีผลแทรกซ้อนน้อย, และเพื่อความเหมาะสมแก่สภาพการณ์, อุปกรณ์ และจำนวนของผู้ป่วย.

วิธีการ

ในการเตรียมผู้ป่วย, เราให้อาหาร ๓-๖ ช.ม. เพื่อกันผลแทรกซ้อนอันเป็นปฏิกริยาที่ไม่พึงปรารถนา, คือการอาเจียน, และโดยเหตุที่เรา มีความ จำเป็น ต้องทำแต่ในเวลาย้าย. ถ้าเป็นเวลาเช้าผู้ป่วยไม่จำเป็นของเตรียมเรื่องอาหาร. นอกนั้นก็ให้ ความเข้าใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยให้หายหวาดกลัวจะช่วยให้ปฏิกริยาต่าง ๆ น้อยลง. เราให้ซัลเฟอร์ไพรมาซีน หรือไพรมาซีน ๕๐ มก., กินหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๓๐ หรือ ๑๕ นาทีก่อนการใส่อากาศ, ซึ่งนอกจากจะช่วยในการกันอาเจียน, ยังช่วยให้ผู้ป่วยสงบอีกด้วย. แต่บางแห่งไม่ให้ยาเลย.

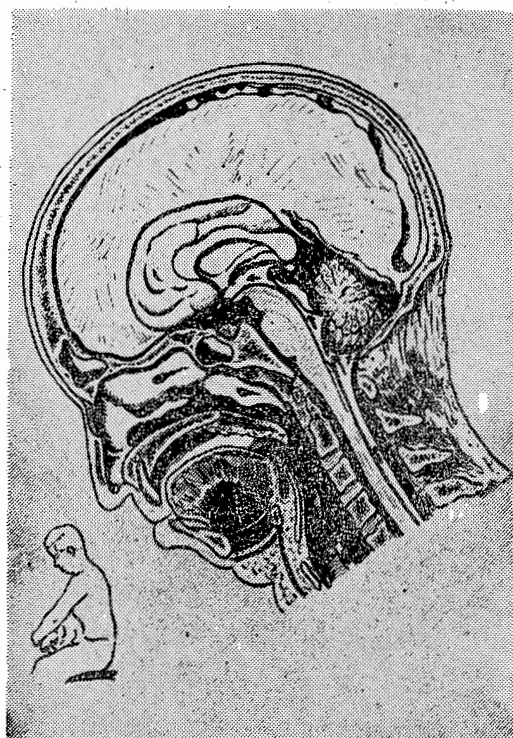
การจัดท่าของผู้ป่วย เพื่อให้ร้าย-

งานสมองบรรเทา และโดยที่เห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญ, จึงขอรายงานไว้ด้วย. ควรมีผู้ช่วย



ภาพที่ ๑. ทำของผู้ป่วยซึ่งมีที่รองคางเตรียมใส่อากาศ (แบบของ น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก)

ที่เข้าใจถึงกลไกของการใส่อากาศ และ ทางผ่านของอากาศเข้าสู่ช่องสมอง. ทำที่เราคิดว่าเหมาะสมที่สุดที่ใช้ได้เป็น หลักทั่วไปคือ ออกมามากที่สุดที่จะทำได้, โดยให้คางชิดกับลูกกระเดือก, ไม่ใช่ชิดกับหน้าอก. ทั้งนี้เพื่อที่เมคัลลาจะได้แนบชิดกับโพรงราเม็นนัมที่หน้า, เป็นการช่วยกันไม่ให้อากาศผ่านไปสู่เบซิลิสเทอรัน. การที่อากาศไม่เข้า เบซิลิสเทอรันจะทำให้ปฏิกิริยาของระบบเวเจเตทีฟ, ดังกล่าวแต่แรก,



ภาพที่ ๒. แสดงท่าของศีรษะเพื่อเตรียมทำการใส่อากาศ และแสดงทางเดินของอากาศผ่านโพรงราเม็นมาจ้องดี

น้อยลง. เชื่อกันว่าปฏิกิริยาเกิดจากการที่อากาศเข้าไประคายส่วนเว็นทริล ของฮิปโปทาลามัส. นอกนั้นต้องจัดคั่นคอของผู้ช่วยให้คงที่, เพื่อที่สมองน้อย (ฮิปโปทาลามัส) จะไต่แยกห่างจากเมคัลลามากขึ้น, เป็นผลให้โพรงราเม็นมาจ้องดีขยายได้เต็มที่, อากาศจะได้ผ่านเข้าสู่เว็นทริเคิลได้สะดวก. (ของเรามาเกาอองพิเศษ ซึ่งชอกแซยโดย นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก.) (รูปที่ ๑.)

การใส่อากาศ ภายหลังจากการเจาะเอาตามปกติแล้ว, เราใส่อากาศด้วยกระ-

ขอก็คงขนาด ๒๐ ล.ซม. โดยค่อยๆ
ใส่เข้าไปทางเข็มเจาะหลัง. ทำซ้ำๆ จน
ครบ ๒๐ ล.ซม. เวลาที่ใช้ไม่น้อยกว่า
๑ นาที. เมื่อใส่ครบ ๒๐ ล.ซม. เราถ่าย
ภาพรังสีในท่านั่ง. ถ้าอากาศเข้าช่องสมของ
ไม่เพียงพอเราอาจเพิ่มเข้าไปอีก ๑๐ ล.ซม.
แต่ควรจัดท่านั่งของผู้ป่วยให้ถูกต้องอีกครั้ง.
แล้วเขาผู้ป่วยนอนลงถ่ายภาพของเวเนทริ
คูลได้เลย. Lindgren กล่าวว่า การใส่
อากาศเข้าไปก่อนเอา C.S.F. ออกเป็นการ
ช่วยให้ฟอราเม้นมาจิ้งคิไม่ขัดเขยลันกัน
ลม.

ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ใช้ในการตรวจสอบครึ่ง

นี้เป็นผู้ป่วยจากแผนกศัลยศาสตร์, อายุร
ศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์, ทงแต่เดือน
เมษายน จนถึงต้นเดือนกันยายน ๒๕๐๓.
เรานำมาตรวจสภาพของสมของด้วยวิธี ๕๒
ราย, โดยคัดเอาแต่ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม.
ข้อห้ามของเราจำกัดไว้แคบกว่าของ Dandy.
คือ:

- (๑) ในรายที่สงสัยเนื้องอกในโพสที-
เรียร์ฟอสส์สา, ซึ่งไม่พร้อมที่จะทำการผ่าตัด.
- (๒) ในรายที่มึนปายลลิตมามากกว่า ๓
ไต้ออปเตอร์, พร้อมทั้งมีการตกเลือดใน
เรติน่าด้วย.

(๓) ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้สึกตัวพอที่จะ
ร่วมมือกันได้.

ผล

(ก) มี ๑ รายที่อากาศเข้าช่องสมของไม่
เพียงพอ, เพราะผู้ป่วยไม่สามารถจะให้
ความร่วมมือได้, เนื่องจากปวดศีรษะมาก
เหลือเกินตั้งแต่ใส่อากาศเข้าไปเพียง ๓
ล.ซม. ภายหลังทำเวเนทริคูลोगราฟี่และ
ตรวจค้นแล้วพบว่า เป็นผลในสมของขนาดใหญ่
บริเวณ เท็มปอโร พาโรเซตล. ดวงอ้อปติค
บวม ๓ ไต้ออปเตอร์, แต่ไม่มีการตกเลือด.

(ข) มี ๘ รายที่ใส่อากาศเข้าไป ๒๐
ล.ซม. แต่อากาศเข้าเวเนทริคูลไม่เพียงพอ.
ต้องเติมเข้าไปอีก ๑๐ ล.ซม. พอจะอ่าน
ลักษณะของเวเนทริคูลได้. พวกนี้ขณะใส่
อากาศ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะภายหลังใส่
อากาศ ๑๐ ล.ซม. และขยับเขยอน, ทำให้
ทำทางคลาดเคลื่อนไป. จำต้องจัดทำทาง
ใหม่และช่วยจับหัวผู้ป่วยตรึงไว้. นอกจาก
อาการปวดศีรษะก็มีอาการคลื่นไส้, ชัก,
และเป็นลมชั่วคราวระยะหนึ่ง, ซึ่งมี ๒ ราย,
ภายหลังที่ใส่เข้าไปอีก ๑๐ ล.ซม. เป็นการ
เพิ่มเติม.

(ค) มี ๔๓ ราย, ที่อากาศเข้าไปใน
ช่อง สมของ เพียงพอที่จะศึกษาลักษณะของ

เว็นทริเคิล ได้เป็นอย่างดีภายหลังใส่เข้าไป ๒๐ ล.ซม. พวกนี้พบว่าเมื่อใส่อากาศเข้าไป ๑๐ ล.ซม. แรก, ผู้ป่วยยังคงมีอาการแสดงเป็นปกติ, มีปวตศิรัยะบ้าง, แต่อาการอื่นไม่ปรากฏ. เมื่อใส่เข้าไปอีก ๑๐ ล.ซม. มีอาการปวตศิรัยะมากขึ้น. บางรายมีอาการชัก, ชีพจรเบาลงเล็กน้อย, แต่ยังคงรู้สึกตัวตลอดเวลา. ๘ รายในจำนวนนี้มเหงซโทรมและเป็นลม. แต่การใส่อากาศก็ยังคงดำเนินต่อไปได้เป็นที่เรียบร้อย. เมื่อให้ผู้ช่วยนอนราบแล้ว อาการต่างๆ ก็เป็นปกติ. เมื่อทำการถ่ายภาพรังสี ในท่านอน ก็ปรากฏว่าอากาศเข้าเว็นทริเคิลเพียงพอ.

ผู้ช่วยทั้งหมด ๕๒ ราย มีอายุตั้งแต่ ๑ ขวบถึง ๕๖ ปี. ส่วนมากอายุระหว่าง ๑๘ ถึง ๓๐ ปี.

การวินิจฉัยก่อนทำการใส่อากาศมี โรคซังแย่งเนื้อที่ภายในกระโหลกศีรษะ ๑๒ ราย, โรคลมบ้าหมู ๑๕ ราย. นอกนั้นอีก ๒๔ ราย เป็นโรคที่สงสัยมีพยาธิสภาพของสมอง เป็นโรคเย็บเล็ก, เช่น ปารคินโซนิสม์, สมองฝ่อลีบ, และโรคปวตศิรัยะที่หาสาเหตุไม่ได้. ในจำนวนผู้ช่วยเหล่านี้เราไม่ได้ติดตามภายหลังการทำอากาศศึกษาโดยละเอียด. แต่จากการตรวจอาการ ใน เช้าวันรุ่งขึ้น,

ปรากฏว่า ผู้ป่วยในแผนกศัลยศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวตศิรัยะมากมาย. พอลงคืนค่าเมอตรวเจยมอกรวงหนึ่งปรากฏว่า บางรายอาการปวตศิรัยะยังคงมีอยู่บ้าง, แต่คงปฏิบัติกิจวัตรได้เป็นปกติ. ในเช้าวันที่สองทุกรายเป็นปกติ.

วิจารณ์และสรุป

โดยที่รายงานนี้ประสงค์เพื่อเสนอวิธีการใส่อากาศอย่างง่าย, และการใส่เป็นวิธสากลในทางประสาทวิทยาและประสาทศัลยกรรม, จึงไม่ได้แยกชนิดของโรค, เพียงแต่ คัดเอา ผู้ป่วย ที่เกรงว่า จะ เกิดอันตรายเพราะกรรมวิธีออกไป, เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่าส่วนมากของพยาธิสภาพของสมองเราสามารถตรวจสภาพของสมองด้วยอากาศได้ด้วยความปลอดภัย และได้ผลดี. เห็นได้ว่า เราทำได้สำเร็จอย่างสมบูรณ์มากกว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์โดยใส่อากาศเพียง ๒๐ ล.ซม. การแก้ไขอาการแทรกซ้อนก็สะดวก, เพียงให้นอนราบเท่านั้น, เหตุวิฤตที่น่าวิตกกังหายได้. สำหรับวิธีการใส่อากาศเข้าไปที่นั่น Lindgren ให้เหตุผลว่าการที่ไม่คุดหรือปล่อย C.S.F. ออกจะทำให้ฟารามีน มาจ้องคีย์ค้ำอยู่และไม่คีย์ลง,

อากาศเข้าเว็นทริเคิลได้ง่าย. สำหรับการใส่อากาศเข้าไปอีกเพียง ๑๐ ล.ซม.นั้นนอกจากสะดวกแล้ว, การไม่เอา C.S.F. ออกเป็นกลวิธีอย่างใดที่ทำให้ความดันเห็นข้อพิจารณาเมื่มน้ำมันและหลอดไขสันหลังไม่แตกต่างกันมากนัก, จนถึงกับทำให้เกิด เพรสเชอร์โคน (Pressure cone) ซึ่งเป็นความวิตกที่เราไม่ปรารถนาเลย.

ควยเหตุนี้จึงสรุปว่า:

(๑) การใส่อากาศโดยไม่เอา C.S.F. ออก, เป็นการทำให้ปลอดภัยและได้ผลเป็นที่น่าพอใจตามหลักการและปฏิบัติ.

(๒) ใช้อากาศเพียง ๒๐ ล.ซม. ซึ่งเป็นจำนวนน้อย. ผลแทรกซ้อนที่เกดขึ้นย่อมหายไ้เร็ว, ทำให้ความทรมานของผู้ช่วยน้อยลง. แต่ควรให้ผู้ช่วยนอนพักอย่างน้อย ๒๔ ชม.

(๓) การใส่อากาศแต่อย่างเดียวย่อมทำได้รวดเร็ว และผลแทรกซ้อนจากการติดเชื้อย่อมจะเกิดได้ยาก, อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในภาวะของเราที่อุปกรณืตลอดจนสถานที่ไม่สัมพันธ์กันกับจำนวนผู้ช่วย.

(๔) การใส่อากาศด้วยวิธีใดๆ ก็ตามไม่จำเป็นว่าจะต้องทำสำเร็จทุกรายไป, เพราะมกตโทษหลายอย่าง ที่ขคขวางทาง เคนของ

อากาศซึ่ง Robertson ได้บรรยายไว้เป็นอย่างดีแล้ว.

ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ ทศรุตานำให้ทำการศึกษาเผยแพร่ และรายงานวิชาการที่รคกมและทำได้ง่าย, อันอาจมีผลให้การศึกษา และงานทางประสาทศัลยกรรมกว้างขวางมากกว่าที่เข่นอยู่ตามปณิธานของท่าน. ขอขอบคุณนายแพทย์ สภา ลิมพานิชการ และนายแพทย์ นันทวัน พรหมผลิน ที่ช่วยถ่ายภาพและเขียนรูปให้รายงานครวงนเข้าใจง่ายและเห็นจริงเห็นใจจน, และขอขอบคุณ แผนกรังสีวิทยา ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาตรวจค้นอย่างดียิ่ง, อันเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ช่วยและต่อวิชาการ.

เอกสาร

1. โปษะกฤษณะ, อุดม: ติดต่อบนส่วนตัว.
2. Davidoff, C.M. and Dyke C.G.: The normal encephalogram. Lea & Febiger (Phila.), pp. 23-25, 1951.
3. Dyken, M.: Pneumoencephalography with direct injection and positional directing of air. J. Neurosurg. 16: 99, 1959.
4. Dandy, W. E.: Roentgenography of the brain after injection of air into the spinal canal. Ann. Surg. 70: 397, 1919.
5. Dandy, W.E.: Ventriculography following the injection of air into the

cerebral ventricles. Ann. Surg. 68: 5, 1918.

6. Ganglberger, J. A.: Zuer schonnenden Technik der Lumbalencephalographie. Der Nervenarzt 366-8, 1960.

7. Liliequist, B.: Pontine Angle Tumour, encephalographic appearance. Acta Radiologica, Suppl. 186, 14-18, 1959.

8. Lindgren, E.: Some aspects on the technique of encephalography. Acta radiol. 31: 161, 1949.

9. Robertson, E. G.: A methode of encephalography. Surgery 19: 180, 1946.

10. Robertson, E. G.: Pneumoencephalography.

Charles. E. Thomas pp. 66-76:(1957).

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the fore-going Report)

PNEUMO-ENCEPHALOGRAPHY

Introduction of Air without Withdrawal of Fluid

Rasmi Wanissorn, M.B., Dr. med. (Tuebingen)

(Dept. of Anatomy)

(Head of Dept.: Professor Dr. Sood Sangvichien)

The usefulness of pneumo-encephalography requires no elaboration. The author reports trials of a simplified Lindgren technique in which the patient, sitting erect in a chair of special design, fully flexes his head so as to appose the chin on the laryngeal prominence, the neck remaining straight. By lumbar puncture air is slowly introduced, 20

cc. at a time, followed by roentgenography. Additions are made in 10 cc. portions as deemed necessary. Satisfactory results were obtained in more than 80 percent of a series of 52 patients with only 20 cc. of air. Complications were few and not severe, only bed rest being necessary.

(Ten references. Two figures.)

บทความพิเศษ

การบริหารหน่วยเฝ้าเงา เพ็คตอริส

ยศวรี สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

(แผนกสรีรวิทยา)

เฝ้าเงา เพ็คตอริส โดยทั่ว ๆ ไปเรา หมายถึง ความเจ็บปวดเกิดจากการท้าวใจขาดเลือดมาเลี้ยง, เป็นอาการแสดงว่าหัวใจได้รับออกซยเงินไม่เพียงพอ, ซึ่งเป็ผลจากการไหลเวียนใน หลอดเลือดโคโรนารียไม่เพียงพอ.

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารียไม่เพียงพอ, พวกที่ไม่ใช่จากการอุดตัน, เกิดจากหลอดเลือดโคโรนารียแข็ง. เหตุอื่น ๆ ที่อาจพบได้คือโรคของลิ้นแอดอรัคตคยคนหรือรว, หลอดเลือดแอดอรัคตคยคนเสยจากซยพลัสซึ่งอาจรวมกับการมีอะเรอโรมา, โลหิตางอย่างรุนแรง, ซยเปอรรัชชอยคคัส, หลอดเลือดโคโรนารียหดตัวเกร็ง.

การบริหารเฝ้าเงา เพ็คตอริส ที่เกิดจากหัวใจขาดเลือด

(๑) การรักษาขณะมีอาการเจ็บปวด
โดยมากใช้กลัยเซอริน ไตรไนเทรท

(ไนโตรกลัยเซอรินหรือไตรไนเทรท). ยานอาจให้อมเพ็คตอริสทางเยอบซงปากซึ่งอาจมีผลสมกับยาชนิดอื่น ๆ เช่นคาเฟอีน, ยาฮาเวอริน, สคิลล่า, สโคโปลามีน. ฤทธิแตรกแซงพบได้เช่นปวดศีรษะ, เลือดคองมากที่หน้า, เป็นลมอย่างชัจุบันจากการที่หลอดเลือดท้วไปขยาย. ในบางรายอาจมีเมทอโมโกลบินยเรย. ซอได้เปรียบอย่างหนึ่งคือยานออกฤทธิเร็ว. กลไกการออกฤทธิยังไม่เป็นที่ตกลงกัน. แต่เชื่อว่าเป็นการทำให้หลอดเลือดโคโรนารียขยายเนื่องจากฤทธิแตรไนเทรท. Raab และ Lepeschkin คิดว่ามนอาจเกยวของกับแตรไนละนหรือซยมพะธิน, หรืออาจเกยวของกับเมตะบอลิสม์ของหัวใจ. ในการทดลองขางควรวพบว่าจำนวนเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารียไม่เพิ่มขึ้นหลังให้ไนโตรกลัยเซอริน. ผลตรงข้ามกับขรรวมตาของไนโตรท้วเราพบได้โดยมีการเปลยนแปลงทาง อ. ซี. จ.

คล้ายคนเป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารีหลัง
ให้ในโตรกลัยเซอร์นหรือคอมเอมียลในโตรท.
อธิบายว่าการทหลอดเลือดทั่วไปขยายมาก
เกินไป, ทำให้เลือดกลับสู่หัวใจน้อย, หัวใจก็
สูบฉีดเลือดออกมาน้อย, ทำให้เลือดไหลผ่าน
 หลอดเลือดโคโรนารีน้อย. แต่ขอเนเราพบ
 ไม่บ่อยในการรักษา. เอมียลในโตรทเราใช้
 ในรายต้องการผลทันที, ใช้คม, แต่ผลอยู่
 ไม่นาน.

Wasserman ได้แสดงให้เห็นว่าการ
 กระตุ้นคาโรติคไซนส์เฟล็กส์ก็ให้ผลได้ใน
 รายมีแองไจน่า เพ็คตอริส. ถ้าทำข้างเดียว
 ไม่ได้ผลให้ลองทำอีกข้างค. แต่การกดทั้ง
 สองข้างต้องระวังอุบัติเหตุทางสมองอาจเกิด
 ได้, โดยสมองขาดเลือดไปเลี้ยง. ตรงกัน
 ข้าม, Freedberg และ Riseman ไม่เชื่อชอบ.
 เขาพบว่าอาการของโรคจะไม่กลับมามากนาน,
 และเชื่อว่าเป็นการกระตุ้นประสาทเวกส์และ
 ยับยั้งประสาทซิมพะเธติก. สิ่งที่น่าสนใจ
 คือโดยทั่วไปการ กระตุ้นประสาทเวกส์จะทำ
 ให้หลอดเลือดโคโรนารีหดตัว. อันตราย
 ที่พบได้จากการกดรีเฟล็กชันคือเป็นลม,
 อัมพาตครึ่งซีก, และอาจตายทันทีได้.
 ฉะนั้นจึงเป็นข้อห้ามในผู้ป่วยอายุมากซึ่งมี
 เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยอยู่แล้ว.

ก่อนจะพบประโยชน์ของในโตรทมีผู้ใช้
 แอลกอฮอล์ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยาย
 และระงับประสาทพร้อมทั้งทำให้ความรู้สึก
 เจ็บปวดน้อยลง ร่วมกับการมีอาการเคลิบ-
 เคลิ้ม. ในปัจจุบันใช้น้อย. แต่ควรจำไว้ว่า
 การใช้ยานี้ในขนาดกลางๆ อาจมีประโยชน์
 โดยเฉพาะในการป้องกัน.

(๒) การป้องกันการเกิดอาการอีก

การป้องกันอาศัยหลัก ๖ ประการคือ :

- ก. รักษาตามหลักกายวิภาคศาสตร์,
 คือพยายามหยุดยั้งการที่จะเกิดหลอดเลือด
 แข็งมากขึ้น, หรือถ้าเป็นไปได้, พยายาม
 ลดการเกิดแล้วให้น้อยลง.
- ข. เพิ่มจำนวนเลือดไหลผ่าน หลอด
 เลือดโคโรนารี.
- ค. ลดเมตะบอลิซึมของหัวใจ.
- ง. ระงับความเจ็บปวด.
- จ. พยายามขจัดหรือลดปัจจัยซึ่งทำให้
 หัวใจขาดออกซิเจน.
- ฉ. เพิ่มระดับความทนทานของประสาท
 ต่อความเจ็บปวด.
- ก. การรักษาตามหลักกายวิภาคศาสตร์

เรายังไม่แน่ถึงสาเหตุแท้จริงของการ
 ทหลอดเลือดแข็ง. มีผู้เชื่อเกี่ยวกับอาหาร,

ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม, คาลอรีไม่สมดุล. ข้อที่ผู้สนใจมากในขณะนี้คือที่เกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของไขมัน, เช่นการที่กินอาหารมีกรดไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไปหรือการเพิ่มระดับไขมันเลวในเลือด.

ในสมัยที่ผ่านมานี้ได้มีการค้นคว้ามากเกี่ยวกับไขมันบางอย่างทำให้หลอดเลือดแข็ง, เป็นเหตุให้มีการแนะนำให้ลดอาหารพวกกรดไขมันชนิดอิ่มตัวในรายโรคของหลอดเลือดโคโรนารีและให้ใช้กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเป็นอาหารแทน. ได้มีการใช้ยาต่างๆ เพื่อลดระดับไขมันเลวในเลือด. รวมทั้งการแก้ไขเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีนชนิดผิดปกติ. ประโยชน์ของเฮปารินเป็น "เคลียร์ริงแอฟแฟกเตอร์" โดยมีฤทธิ์ต่อไลโปโปรตีนชนิดโมเลกุลใหญ่ มีผู้ได้พบตั้งแต่ปี ๑๙๕๑ และนำมาวิจัยสาเหตุของหลอดเลือดแข็ง. แต่ในระยะ ๔ ปีที่ได้อ่านมานี้รู้สึกว่ายังไม่ได้แสดงคุณค่าที่มุ่งหวัง.

การทดลองใช้เอสโตรเจนทำให้พบว่ารังสีการเกิดหลอดเลือดแข็งในไก่ได้, และทำให้เรโซโนเลสเซอร์อัลตราโซนิคทั้งหมดในหญิงท้องและหญิงวัยหมดประจำตัวได้. มีผู้ใช้ในผู้ป่วยชาย ๒-๓ ราย, แต่ไม่

สามารถสรุปผลได้. ควรระวังการเกิดผลแทรกแซง, เช่นการย่อยผิดปกติ, เกิดลักษณะเพศเป็นหญิง, เต้านมอักเสบและเสียสมรรถภาพทางเพศ.

การใช้กรณินโคตินในขนาดมาก ๆ ก็มึผลนำมาทดลอง, เพราะพบว่ามึฤทธิ์เกี่ยวกับแอนติไขมันเลว. แต่ยังมีรายงานน้อย. สเตียรอยด์ก็มีผู้ลองใช้, ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกัน.

ข. การเพิ่มจำนวนเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารี

ในโรคของหลอดเลือดโคโรนารีอาจมีการหดเกร็งร่วมด้วย, ซึ่งเราแก้ไขให้ขยายหลอดเลือด.

จำนวนเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีขึ้นอยู่กับอัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันเลือดในเอออร์ตา, ขนาดและความต้านทานภายในของหลอดเลือดโคโรนารี, ความดันในหลอดเลือดโคโรนารี, ความหนืดของเลือด, และจังหวะกับแรงหดตัวของเวนทริเคิล. ปัจจัยทั้งหมดคนกขึ้นอยู่กับประสาทมาเลี้ยงหัวใจ, เมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ, และแรงดันภายในห้องออร์ทิเคิลและเวนทริเคิล. การทดลองพบว่ายา

หลายชนิดออกฤทธิ์แตกต่างกันในสัตว์ตระกูลต่าง ๆ, ทำให้การวิจารณ์ฤทธิ์ประสาทรเวกส์และซียมพระเชคิกต่อหลอดเลือดโคโรนารีย์สียสันและยาก.

แองโงน่า เพ็คตอริส เป็นกลุ่มอาการผสม, คอมีอาการของหัวใจขาดออกซัยเจนและมีความเจ็บปวดเป็นอาการที่ช่วยบรรเทา. ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางอ.ศ.จ. เป็นอาการแสดงที่เราตรวจได้. มีข้อยอนหลายข้อที่ทำให้ อ.ศ.จ. เปลี่ยนแปลงคล้ายโรคของหลอดเลือดโคโรนารีย์. การที่จะตัดสินใจประโยชน์ของยาขยายหลอดเลือดจะใช้ อ.ศ.จ. เป็นเครื่องตัดสินไม่ได้, ต้องอาศัยความห่างของอาการ, ระยะเวลาปวดทสันลง, และความน้อยลงของความเจ็บปวดเป็นเครื่องตัดสินว่าอาการของโรคดีขึ้น.

ความยุ่งยากสำคัญข้อหนึ่งในแง่การรักษาคือในผู้ป่วยพวกมีอาการของโรคอาจมากขึ้นทันทีหรือหายไปทันทีโดยหาเหตุผลอธิบายไม่ได้.

การพยายามเพิ่มจำนวนเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีย์อาจทำได้ทั้งโดยการให้ยาและโดยใช้ศัลยกรรม.

ยาที่ใช้มี ๒ พวกใหญ่, คือในไตรท์และแซนธิน. พวกในไตรท์ที่ออกฤทธิ์นานมี

เพ็นตาอริย์อริทอล เตตราไนเตรต (หรือเพอริเตรต) และไตรเอธะนอลอะมีน ไตรไนเตรต (หรือเมตามีน). ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย. เพอริเตรตให้กิน ๑๐-๒๐ มก. วันละ ๒-๔ ครั้ง. ยานออกฤทธิ์นาน ๑๐-๑๒ ช.ม. ในปัจจุบันมีผลมากในไตรกลีเซอริน ๒.๔-๖.๐ มก., ให้กินเช่นกัน. ยาพวกนี้อาจมีฤทธิ์แทรกแซงเช่นปวดศีรษะ, คลื่นไส้, อาเจียน. การให้อิมโตลินใหม่ผลที่สกแต่พวกในไตรท์ให้อิมไม่ได้. มีขยงในไตรกลีเซอริน ๒ ๒๕. ใช้ทาที่หน้าอก, มีฤทธิ์อยู่นานราว ๕-๖ ช.ม. พวกแซนธินส่วนมากใช้ไฮโอพยลลันและอะมิโนพยลลัน. อาจให้กิน, ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือด, หรือเหน็บทวาร. ยาใหม่สุดในพวกนี้คือโพลีนีไฮโอพยลลัน, ขนาดใช้กิน ๑ ถึง ๓ เม็ด (เม็ดละ ๑๐๐-๑๕๐ มก.) วันละ ๒-๓ ครั้ง. ถ้าให้ขนาดมากกว่านั้นทำให้เกิดแน่นขอกอก, ปวดศีรษะ, นอนไม่หลับ. ถ้าเหน็บทวารหนักให้ขนาด ๓๕๐-๕๐๐ มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดขนาด ๒๕๐-๕๐๐ มก. คคซึมได้เร็ว. ยาพวกอื่นๆ เช่น อะโทรปีน, ฮีสตามีน, มีคนสนใจน้อย. พวกยาออกฤทธิ์กันแก่งเกลียมนักใช้น้อย, เพราะมีผลแทรกแซงมาก, เช่นความดันเลือดลด

ทำทันที, ถ้าใช้เป็นอัมพาต. การใช้ซิงโค-
 นำแอลคาลอยด์, ไทแกควินินและควินิน,
 ยังสรุปผลไม่ได้. มีการใช้บ่อยในรายที่
 มีหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ. แต่ไม่สามารถ
 สังเกตผลทางลดความเจ็บปวดแสบใจนำ
 เพ็คตอริส. ทางยุโรปมีผู้ใช้ไอโอ-
 ดีนในการรักษาแสบใจนำ เพ็คตอริส, โดย
 เชื่อว่ามีฤทธิ์ของกันอาเรอโรมา และขยาย
 หลอดเลือด. แม้จะใช้ยานมาราว ๑๐
 ปีแล้วก็ยังสรุปผลอะไรไม่ได้. ยาวกรัวร์ว-
 ไวลเพีย เซอร์เฟนติน่า (ระย้อม) โดยทั่วไป
 ใช้ลดความดันเลือดและระดับความรูสึกใน
 ผู้ป่วย. ควรจะให้ในการป้องกันอาการปวด,
 โดยเฉพาะรายที่ความดันเลือดสูงด้วย. การ
 ใช้ยาลดความดันเลือดอื่น ๆ เช่นฮัยดรา-
 ลาสซันและยานแกงเกลียนมีผลแทรกแซง
 หลายอย่าง. ยาฆ่าเวอรินเป็นยาที่มพิษน้อย,
 ไม่มีฤทธิ์ระย้อมปวด แต่มีฤทธิ์ขยายหลอด
 เลือดโคโรนารี. เค็ลลินไคมีผลทดลอง
 พบว่าสามารถขยายหลอดเลือดโคโรนารี
 อย่างแรง, แต่ในขนาดรักษามักมีผลแทรก
 แซงทางระบบอาหารเช่นปวดท้อง, คลื่นไส้,
 อาเจียน, ปวดศีรษะ. มีผู้ใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
 ขนาด ๕๐ มก. ทด ๑๒-๒๔ ชม. เมธิล-
 ๓-โพลโมโนไคมีผลทดลองในฝรั่งเศษพบว่า

ได้ผลดี, ให้กินขนาดเม็ดละ ๑๐๐ มก.
 วันละ ๓-๔ ครั้ง. ผลแทรกแซงมีน้อยไม่
 หลบและทนเด่น. คุณค่าของยานยังไม่
 ประจักษ์.

ยาทั้งหมดที่กล่าวมามักใช้ร่วมกับยา
 ระย้อมอาการปวด, ยาระงับประสาท, หรือ
 ยาสงบประสาท, ซึ่งช่วยให้ได้ผลดีขึ้น.

การรักษาทางศัลยกรรมแบ่งเป็น ๓ แนว
 กว้างกัน, คือ :

๑. เพิ่มระบบการไหลเวียนร่วม(คอล-
 ละเตอร์ล), โดยการตัดต่อกันนอกหัวใจ,
 เช่น เอาอวัยวะที่เลือกเลยมาปลูกใน
 กล้ามเนื้อหัวใจ, ไทแกปลูกกล้ามเนื้ออก,
 โอเม็นตัม, ปอดข้างซ้าย, ปลูกหลอดเลือด
 แดงอินเทอรันลแมมมารีเข้าเว็นทริเคิล
 ซ้าย, การผูกหลอดเลือดแดงอินเทอรันล-
 แมมมารีทั้งสองข้าง, หรือการทำให้เกิด
 การถลอกของเยื่อหัวใจชั้นใน, หรือใช้
 สารระคายต่าง ๆ เช่น ทลัคัม, แอสเบส-
 ทอส, กระจกบ่น, เป็นต้น.

๒. การผูกหรือทำอย่างอื่นให้โคโร-
 นารีไซนัสแคบลง, ทำให้การกระจายของ
 เลือดที่มออกซัยเจนดีขึ้น, หรือทำให้มี
 เลือดแดงมาสู่ไซนัส, ทัดประสาทรอบ ๆ
 หลอดเลือดโคโรนารี.

๓. ในคนไข้บางพวกอาจเสี้งทำโดย การคัดเยอบุขนในของส่วนที่แคบออกแล้ว เอาหลอดเล็กใหม่ปลุกใส่แทน.

ได้มีผู้รายงานว่าได้ผลอย่างมหัศจรรย์ มากมาย. แต่คนส่วนมากก็ยังคงคิดว่า เป็นเพียงขนที่คล่องและเห็นว่าควรทำเฉพาะใน รายที่ทรกษาย่างอื่นไม่หาย, เพราะอัตรา ตายสูงและมีผลไม่พึงพอใจมากมาย.

ค. การรักษาโดยลดเมตะบอลิซึมของ หัวใจ

การลดเมตะบอลิซึมของหัวใจ, โดยทำ ให้เกิดมีกัมัยซึกมาซัน, อาจโดยการคัดค่อม ธิยรอยต์ออก, ไซยาไรโอยูเรีย, หรือระงับ การสร้างฮอร์โมนด้วยรากไอโอไอคิน. สำ- หรับวิธีหลังใช้รากไอโอไอคิน ๑๐ - ๒๐ มิลลิกรัม, แบ่งให้เป็น ๓ มอตกๆ สัปดาห์. ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแสดงของฮัยโปธัยรอย ต์มีในสัปดาห์ที่ ๘ ถึง ๑๒ และอาการ แอ้งใจนำ เพ็คตอริสก็จะหายไปด้วย. ในระยะ หลังๆ อาจให้สารสกัดธิยรอยต์ขนาดน้อย ๆ (๕-๓๐ มก/วัน) เพื่อให้มีการสมคัลย์ระ- หว่างฮัยโปธัยรอยต์มีกับอาการแอ้งใจนำ เพ็คตอริส. การรักษาแบบนี้ให้ผลถึง ๗๕ ปช. ข้อเสียคือเกิดอาการมัยกซึกมาซัน. ฉะนั้นควรระวัง.

ง. การระงับความเจ็บปวด

โดยทั่วไปยอมรับกันว่าการปวดแอ้งใจ- นำ มีสาเหตุจากประสาทซึกมพะเรติกใน กล้ามเนื้อหัวใจ ทอชซึกกับบริเวณซาคออก- ซัยเจิน, ฉะนั้นจึงมีผลทดลองคัดประสาทซึกม พะเรติก, หรือฉีดโนโวเคนในบริเวณสเกิล เลทแก้งเกลียนหรือพรเอออร์ติกเพล็กซัส. แต่ฉันทันการระงับปวดได้เพียงชั่วคราว. วิธี สำคัญๆ มี ๕ วิธี:

๑. ฉีดเอธิลแอลกอฮอล์เข้าซึกมพะ- เรติกแก้งเกลียนบริเวณกระดูกสันหลังส่วน ออกที่ ๑-๔.
 ๒. คัดประสาทซึกมพะเรติกส่วนบริ- เวณกระดูกสันหลังส่วนออก ๑-๔ ออก.
 ๓. คัดรากเส้นหลังของประสาทสัน- หลังทง ๒ ข้างออก.
 ๔. คัดสเกิลเลทแก้งเกลียน ออกข้าง หนึ่ง.
 ๕. คัดพรเอออร์ติก เพล็กซัส.
- มีข้อคัดค้านการกระทานคือ :
๑. การรักษานี้ไม่ใช่เป็นการแก้กลไก สัรวพยาธิสภาพของโรค.
 ๒. อัตราตายและอาการแทรกซ้อน หลังผ่าตัดมากเกินไป.
 ๓. เมื่อทำแล้วมักไม่ไ้ผลหรือไ้ผล

ไม่เป็นที่พอใจย่อย ๆ. บางทีก็ไต่ผลเพียงชั่วคราว, ซึ่งอาจเกิดจากรีเจนเนอเรชั่นของประสาท.

จ. การขจัดหรือลดปัจจัยที่ทำให้หัวใจขาดออกซัยเจน

มีพยาธิสภาพหลายอย่างไม่เกี่ยวข้องกับการที่หัวใจขาดออกซัยเจน, แต่ทำให้เกิดอาการแฉ่งใจนำเพ็คตอริสซน. ทพบย่อยคือ (๑) ซักกระดูกอักเสบ, (๒) โรคระบบทางเดินอาหาร, เช่นแผลในกระเพาะ, นิ้วในทางเดินน้ำ, กระเพาะอักเสบ. (๓) โรคปอดและหลอดลม, เช่น หอบหืด, หลอดลมอักเสบ, เอ็มฟิซมาของปอด. (๔) หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะโดยเฉพาะพาร็อกซัยสมัล ทาซีคาร์เดีย. (๕) โรคความดันเลือดสูงมักร่วมกับหัวใจขาดออกซัยเจนย่อย, (๖) โลหิตจาง, (๗) ฮัยเปอรธัยรอยดิสมี. การรักษาโรครวมเหล่านี้ต้องระวังเพราะในการผ่าตัดผู้ช่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารียมีอัตราตายถึง ๓ เท่าของคนปกติ.

ฉ. การเพิ่มระดับความทนทานของประสาทต่อความเจ็บปวด

โดยทั่วไปเราใช้ยาระงับประสาท, ยาระงับความเจ็บปวด, หรือยาสงบประสาท.

ยาพวกนี้บางขนานยังช่วยเพิ่มจำนวนเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารียอีกด้วย. ยาที่ใช้แพร่หลายมีสารอนพินซ์ของมาโลนียลยูเรีย, โดยเฉพาะฟีโนบาร์บิทัล (๕๐-๑๕๐ มก./วัน), กรดอะเซทิลซาลิซิลลิก (๐.๕๐-๒.๕๐ กรัม/วัน), ริวาโรลเฟียเซอรเฟนติน่า (วันละ ๓๐๐ มก.), เมโปรชาเมต (วันละ ๑.๒ กรัม) (อาจร่วมกับริเซอรบิน ๐.๑ มก.), ฮัยครอกซัยลน (อะตาร์เร็ก) (๓๐-๗๕ มก./วัน), ฌลอร์โปรมาซีน (๒๕-๕๐ มก./วัน), โปรเมธาซีน (เฟเนอร์แกน) (เม็ดละ ๒๕ มก., อาจให้ในเวลาเย็น).

ยาที่มคณสมบัตินอนติแฉ่งใจนำยังมีอีก, คือไฮโซโปรในอะซิคไฮโซโปรบัยลิก, ซึ่งใช้ในทางโรคจิต. กลไกในการลดแฉ่งใจนำเพ็คตอริสซยังไม่รู้, แต่อาจเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของหรือต่อการเปลี่ยนแปลงของเอ็นซัยมในกล้ามเนื้อหัวใจ. ขนาดใช้ ๑๐๐-๑๕๐ มก./วัน. อาจมีผลแทรกแซงคือมงง, อ่อนเพลีย, เป็นลมหน้ามืด. มีผู้รายงานว่าขนาดน้อยๆ (๒๐-๕๐ มก./วัน) ก็ให้ผลเช่นกัน.

การใช้พวกนี้หรือสารอนพินซ์ของฝนในผู้ช่วยพวกนี้ไม่จำเป็น, นอกจากร้ายเป็น

มัยไอการเค็ล อินฟารคชัน. ในรายเช่นนี้
อาการเป็นรุนแรงและนาน, อาจต้องให้มอร์-
ฟีนซัยโครมลโรค ๑๐ มก. ฉีดเข้าใต้ผิว
หนังวันละ ๑-๓ ครั้ง. ต้องรับหยดยาโดย
เร็วเมื่อหมดความจำเป็น.

ในฝรั่งเศสมีผู้ป่วยยาแก้ปวดแบบใหม่คือ
พียร์โรลามิคอล (เม็ดละ ๕ มก.). ข้อบ่ง
ใช้เหมือนยานอนหลับทั่วไป, แต่ยังไม่ได
ศึกษาอย่างกว้างขวาง.

การติดตามเพื่อการรักษาผู้ป่วย

เพื่อกติดตามการรักษาผู้ป่วยเราแบ่งผู้ป่วย
เป็น ๓ พวก, คือ (๑) แอ็งใจน่า เพ็คคอรวิส
เรอริง, (๒) แอ็งใจน่า เพ็คคอรวิส รวงบัจจ-
บัน, (๓) แอ็งใจน่า เพ็คคอรวิส อย่างรุนแรง.

แอ็งใจน่า เพ็คคอรวิสเรอริงเราหมาย
ถึง ผู้ป่วย ที่มี อาการ มา เช่น เคอน หรือ บ.
อาการมักเกิดหลังออกกำลังหรือจิตใจเปลี่ยน
แปลง, อาจหายไปเองได้ใน ๒-๓ นาทีหรือ
หายไปเพราะในโตรกลัยเซอริน. ในพวกนี้
ควรให้อาหารที่มแคลอรินอยปานกลาง, และ
ไม่ควรมีข้าวมาก. คนอ้วนควรให้ลดน้ำ
หนัก. ไขมันควรใช้ชนิดที่มาจากพืชแทน
จากสัตว์. ผู้ป่วยเหล่านี้มเพียงส่วนน้อยที่
เกิดอาการหลังสับยหริ ๒-๓ ทวี, แต่ก

ควรแนะนำให้หยคสับยหริ, ยกเว้นบางรายที่
สับเพอรรังบอากาศทางประสาท. กาแฟและ
ชาควรให้คมีปานกลาง, ยกเว้นคอนเย็น
เพราะจะทำให้หอนไม่หลับ. ควรให้คมีแอล
กอลโซลได้บ้าง. การออกกำลังชนอยกัยกา-
ลิ่งสำรองของโคโรนารีย. มีผู้ป่วยอย ๆ
ว่าผู้ช่วยพวกนี้สามารถทำงานได้ตามปรกติ.
ฉะนนี้จึงควรให้ออกกำลังกายได้, ซึ่งจะ
ช่วยทำให้หลอดเล็คคิตคตระหว่างหลอด-
เล็คโคโรนารียในหัวใจเกิดมากขึ้น. การ
ให้ในโตรกลัยเซอรินบ้องกันจะช่วยมาก.
โดยเฉพาะรายที่ช่วยเพราะทำงานหนัก. การ
ชายน้ำอุน และ อยู่ในที่ สูงเกิน ๑,๐๐๐ -
๑,๕๐๐ เมตรควรหลีกเลี่ยง. ผู้ช่วยพวก
นี้ไม่ควรรักษาทางศัลยกรรม. ยาที่ใช้ควร
เป็นในโตรกลัยเซอรินหรือในโตรททมฤทช
นานร่วมกัยบาระงับประสาทหรือยาสงบประ
สาท. อะมิโนพยลน, อีโอพยลน, และปา
ปาเวอรินอาจใช้ร่วมกัย. ในบางคราวอาจ
ใช้ไฮปารินสปีคาค์ละครั้ง, แต่ผลมักไม่
แตกต่างกัน.

แอ็งใจน่า เพ็คคอรวิส รวงบัจจบัน หมายถึง
ถึงผู้ตแสดงอาการบัจจบันเป็นครั้งคราว.
เพราะฉะนนี้ผู้ช่วยกมี ๒ พวก. พวกแรกมี
อาการของแอ็งใจน่าเมือออกกำลังหรือขณะ

พัก. พวกหลังมีอาการมานานแล้วเกิดมี
อาการรุนแรงขึ้นและไม่สามารถทำให้ทะเล
ไต่คืบในโตรกลีเซอริน. อาการเหล่านี้
แสดงว่าจะเกิดอินฟาร์คชันของหัวใจ. การ
รักษาต้องให้ออนพักอย่างสมบูรณ์อย่างน้อย
๒ สัปดาห์, แล้วจึงค่อยลุกจากเตียงไต่ข้าง
แต่ก็ยังต้องพักอีกเป็นเวลานาน. อาหารควร
ให้พวกมีแคลอรีน้อยเพื่อลดเมตาบอลิซึม.
การทนเห็นตกใจและอารมณ์ต่าง ๆ ควรระวัง
หรือหลีกเลี่ยง. พวกนี้จำเป็นต้องให้ยากัน
เลือดแข็งและต้องให้อยู่เป็นเวลานานจนกว่า
อาการระยะนี้จะหายไป. การให้ออกซิเจน
จำเป็นในรายมีอาการมาก. ยาระงับประสาท
และแอสกลอสซอลอาจช่วยได้, ในระยะแรก ๆ
อาจต้องใช้ยาพวกมอร์ฟีนระงับความเจ็บ-
ปวด. เมื่ออาการระยะนี้หายไปแล้วควรให้
ผู้ช่วยพักผ่อนอีกราว ๓-๖ สัปดาห์.

แองไจน่า เพ็คคชริสอย่างรุนแรงแสดง
ลักษณะโดยมีอาการเกิดซ้ำ ๆ เนื่องจากเหตุ
เล็กน้อย, เช่นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์
หรือแม้ขณะพัก. อาการมักทะเลาหลังให้ใน
โตรกลีเซอริน ๑-๒ เม็ด. ในรายรุนแรง
มักทนต่อการรักษาด้วยยาเกือบทุกอย่าง,
แต่เขย่นพบน้อยมาก. พวกนี้ต้องรักษาทาง
คล้ายกรรมเมอรักษาด้วยยาไม่ได้ผล. ในชั้น
แรกควรลองยาแก้ปวด. อาจฉีดโนโวเคน
เข้าปริเอออร์คิคเพ็คชิสหรือฉกหลอดเลือด
แดงอินเทอรันล แมมมารี. ถ้าไม่ได้ผลก็
ลองชั้นสองโดยทำให้เกิดช็โปอีรอยคิซึม
ด้วยรากไอไอโอดีน, หรือเพิ่มหลอดเลือด
เลี้ยงโดยวิธีคล้ายกรรม. ถ้าไม่ได้ผลต้อง
ลองทักประสาทเลียงหัวใจ. การรักษาควร
พยายามลองเป็นชั้น ๆ ตามลำดับ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกคนเขาศัลยกรรม

ธีระ ลืมศิลา พ.บ.

(ผู้บันทึก)

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม ไชยะกฤษณะ)

(เพื่อฝึกสอนแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษา, อาจารย์ นายแพทย์โอกาส พลากร ได้เสนอแนะให้แผนก ศัลยศาสตร์จัดให้มีการอภิปรายผู้ป่วยศัลยกรรมขึ้น, ด้วยความเห็นชอบของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดม ไชยะกฤษณะ. หัวหน้าแผนก, ผู้รับหน้าที่ประธานในการประชุมครั้งแรกนี้. ทั้งนี้ นับว่าเป็นการเผยแพร่ความรู้แก่แพทย์และนักศึกษาอย่างยิ่ง. หากไม่มีเหตุขัดข้องการประชุมอภิปรายแบบนี้จะได้จัดขึ้นทุก ๆ สาม สัปดาห์ในวันเสาร์, ระหว่าง ๑๐ ถึง ๑๑ น. ผู้รวบรวมขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไชยะกฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่อนุญาตให้นำเรื่องนี้ออกเผยแพร่ได้.)

รายที่ ๑

วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๐๓

ประธาน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม

ไชยะกฤษณะ

เลขที่คนไข้ทั่วไป ๑๐๗๑๐๑.๐๓,
ภายใน ๒๘๖๖๗.๐๓.

วัยไว้แผนกอายุรศาสตร์ ๒๐ พฤศจิกายน
ภายใน ๒๕๐๓, ศัลยศาสตร์ ๑๐ ธันวาคม
๒๕๐๓.

ผ่าตัด ๑๐ ธันวาคม ๒๕๐๓ (นาย
แพทย์เปรม บุรี)

ผู้ช่วยชาย, ไทย, อายุ ๔๐ ปี. มา
ตรวจครั้งแรกเมื่อ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๓
ด้วยเรื่องท้องโต. ตรวจพบน้ำในช่องท้องจึง
เจาะ. หัวใจโตมาที่ท้องโตขึ้นรวดเร็ว. รั่ว
ไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อ ๒๐ พฤศจิกายน
ภายใน ๒๕๐๓.

ประวัติปัจจุบัน สองสัปดาห์ก่อนมาโรง

พยาบาล ผู้ช่วยคนส้วมมากจนไม่รู้ตัว
กลอกคน. เซ้ารงขนส้วมแล้วรู้สึกว่าย่วค
ท้องส่วนบน ๆ ทนตแล้วก็แน่นท้องเรื่อย,
จนได้รับการตรวจและเจาะท้อง. เมื่อสามวัน
ก่อนมาโรงพยาบาลได้เอาเงินสองสามครั้ง.
มีเศษอาหาร, ไม่มีเลือดออก. อาการปวด
แน่นยังคงเดิม.

ประวัติอดีต เมื่อปลายเคยปวดท้อง

คล้ายนครกหนง, แต่บ่อยกว่า. เป็นสอง
สามวันก็หาย. มีประวัติคนส้วมจืด (แม่โขง
วันละประมาณครึ่งขวด) มากว่าสิบปี. ไม่
เคยมีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระสีค้ำ
จืด.

การตรวจร่างกายแรกวัย อุณหภูมิ ๓๖.๘๕. อัตราชีพจร ๑๒๐. ความดันเลือด ๑๒๐/๗๘. ร่างกายสมบูรณ์. สภาพจิตปรกติ. ไม่ซึก, ไม่เหลือง. ท้องบวมเล็กน้อย. หัวใจและปอดปรกติ. คับม้ามคลำไม่ได้.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เลือด: ฮย. ๗๐ ปช., ม.ล.ก. ๓.๔๘ ล้าน, ม.ล.ข. ๕๕๕๐, โปล์ยี. ๗๒ ปช., ลิ้มโฟ. ๒๗ ปช., อีโอ. ๑ ปช. ปัสสาวะ: อจจาระ: ปรกติ. ซีเล็กโตรลัยต์ (๒๔ พดจิกายน ๒๕๐๓) โซเดียม ๑๒๕ มิลลิกรัม., โปตัสเซียม ๔.๑ มิลลิกรัม., แคลเซียม ๕.๒.๗ มิลลิกรัม. ก่อลิตร.

การตรวจหน้าทตบ (๒๑ พดจิกายน ๒๕๐๓) ซี.ซี.เอฟ. ลย. ที.ที. ๑.๐ หน่วย. ซิงค์เทสต์ ๔ หน่วย. ไอโอคินเทสต์ ลย. บิลิรูบิน ๑ นาที ๐.๑๖ มก.ปช., ๓๐ นาที ๐.๕๕ มก.ปช. แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส ๕.๖๒ หน่วยโบทเนสคีย์. แอลบูมิน ๓.๖ ก.ปช. โกลบูลิน ๒.๓ ก.ปช. บี.เอส.พี. ค้าง ๘ ปช. โนเลสเคอวอล ๑๖๖.๗ มก.ปช.

(๒๘ พดจิกายน ๒๕๐๓) ซี.ซี.เอฟ. ลย. ที.ที. ๐.๐ หน่วย. ซิงค์เทสต์ ๔

หน่วย. บิลิรูบิน ๑ นาที ๐.๓๐ มก.ปช., ๓๐ นาที ๑.๐ มก.ปช. บี.เอส.พี. ค้าง ๑๔ ปช.

น้ำจากช่องท้อง (๒๕ พดจิกายน ๒๕๐๓) น้ำตาล ๘๗ มก.ปช., โปวเทอิน ๕.๕ ก.ปช., แคลโรค ๕๒๐ มก.ปช. ปาปานีโคเลา ชั้น ๒.

รังสีวินิจฉัย (๒๓ พดจิกายน ๒๕๐๓) (กลืนยาเรียม) อีโซฟาเจียลวาร์กซ์ชนปานกลาง.

การดำเนินของโรค ระหว่างยี่สิบวันในแผนกอายุรศาสตร์ได้เจาะท้อง ๒ ครั้ง, ได้นำครั่งสองสามลิตร. วินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็ง, จึงหารือแผนกศัลยศาสตร์เพื่อทำการผ่าตัดเย็บทางลัดปอร์โตคาวัล. ในตอนเช้าวันที่ ๒๐ ในโรงพยาบาลมีอาการปวดและแน่นท้องมาก. แพทย์เจาะท้องเอาน้ำออกได้ประมาณ ๕๐๐ ล.ซม. ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นในท้องมากขึ้น. อาการปวดทรวงอกมาก, โดยเฉพาะในบริเวณท้องส่วนล่างขวา. อาเจียนสองสามครั้ง. นำทเจาะออกสีขาวข้น, ไม่มีกลิ่น. อาการทั่วไปทรุดลงโดยรวดเร็ว, ความดันเลือดลดลงถึงช็อค. จึงได้หารือแผนกศัลยศาสตร์เพื่อทำการผ่าตัดโดยด่วน.

อาการก่อนผ่าตัด (๑๐ ธันวาคม ๒๕๐๓) อาการหนักมาก. แม้ให้ลิโวเฟ็ดเซ็ม ๒๐ มก. ใน ๕๐๐ ก็ยังรักษาระดับความดันเลือดได้เพียง ๕๐-๖๐ มม.ปรอท ซึ่งต้องวัด โดยการคลำ เพราะฟังไม่ได้ยิน. ท้องอืดมาก. มีอาการแสดงของน้ำในช่องท้องชัดเจน. กดเจ็บทั่วไป, มากบริเวณท้องน้อยขวา, แต่อาการหน้าท้องแข็งบ่งชี้ไม่มาก. เสียงกลอกกลิ้งเบามาก. หายใจ ๓๖-๔๐ ครั้งต่อนาที. ฟังได้เสียงเปรี๊ยะทชายปอดทั้งสองข้าง. ข้างซ้ายมากกว่าขวา. ตรวจเลือดได้ ฮย. ๑๔.๓ ก.ปช., ม.ล.ค. ๔.๐๕ ล้าน, ม.ล.ช. ๒๑,๔๐๐, โปไลย. ๘๖ ปช., ลิยมโฟ ๑๓ ปช., อีโอ. ๑ ปช.

ได้ตัดสินใจทำการผ่าตัดโดยวินิจฉัยเบื้องต้นว่า "เยื่อช่องท้องอักเสบ" เนื่องจากทางเดินอาหารทะลุ. สงสัยแผลเป็ปติกหรือไส้ติ่งอักเสบ.

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการหนักอยู่สองสามวัน, ต้องรักษาระดับความดันเลือดไว้ด้วยลิโวเฟ็ดเซ็ดตลอดเวลา. วันที่สามมีอาการโคมา. คอมากลยคชนเป็นลำดับ. วันที่แปดหลังผ่าตัดแผลแยกต้องเย็บใหม่. หายเรีบรชยคใหญ่ได้ในวันที่ ๑๓ มกราคม

๒๕๐๔, หลังผ่าตัด ๓๒ วัน.

การวินิจฉัย:

อภิปราย

ปัญหาที่ผู้ยกขึ้น

๑. การวินิจฉัยก่อนย้ายมาแผนกศัลยศาสตร์, (ก) ก่อนมีอาการปัจจุบันทางช่องท้อง, (ข) ตอนก่อนผ่าตัด.
๒. สาเหตุของการเกิดน้ำในช่องท้อง.
๓. ข้อชี้แจงในการทำทางลัดปอโรโตคาวัล.

นายแพทย์อุกฤษดิ์ เปล่งวานิช (ตอบ

ปัญหาข้อ ๑ (ก):

ผู้ป่วยมีประวัติแอลกอฮอล์ดื่มเรื้อรัง, ค่อมามท้องมาน. ตรวจพบลักษณะโรคภัยที่ถาม (ลิเวอร์ พาล์ม). เอกซเรย์และอิโซฟาโกสโคปชี้แสดงอิโซฟาเจ็ลลวารีทซ์. แม้การตรวจหน้าทของตัยจะไม่สนับสนุน, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บิ.เอส.พี., ก็ยังนึกถึงอิโซฟาเจ็ลลวารีทซ์เนื่องจากโรคตัยแข็ง. จึงหารอทางศัลยศาสตร์เพื่อผ่า, หากมีการเลือกคงในระบบปอโรทลก็จะได้ทำทางลัดเพื่อแก้ไข.

นายแพทย์ลัม คุณวิศาล (ตอบปัญหา

ข้อ ๒):

น้ำท้องมานอาจแบ่งได้เป็น ๒ ชนิด, คือ

ทรานสเคต, ซึ่งเกิดโดยกระบวนการพาส-
 สตีฟ, และเอ็กเซเคต, ซึ่งเกิดโดยแอ็คคิฟ
 และเนื่องจากการอักเสบ. ชนิดแรกมีโปร-
 เทอินน้อย (น้อยกว่า ๒.๕ ปรซ., ถ.พ. ทำ
 กว่า ๑.๐๑๕). ชนิดหลังมีโปรเทอินมาก
 (มากกว่า ๔ ปรซ., ถ.พ. มากกว่า ๑.๐๑๘).
 การตรวจเซลล์ช่วยแยกโรคได้. พยเซลล์
 เอ็นโดซีเลียม่วมกัยนำชนิดทรานสเคตใน
 โรคหัวใจ, ไตและตับ. พยลิวโคซัยต์ใน
 เอ็กเซเคต. มีลีสมีโฟซัยต์ในเพอริโตไนติส
 เนื่องจากรวมโรค, โปเลียมอร์ฟในเพอริโต-
 ไนติสเนื่องจากรวมโรค. ในรายท้องมาน
 เนื่องจากรวมโรคอาจตรวจพบเซลล์ชนิดร้าย.
 ในรายที่สงสัยภาวะตึกเซอควรรส่งนำไปเพาะ
 เซอ.

สรุปสาเหตุของนำทรานสเคต: (๑) โรค
 ไต, (๒) โรคหัวใจและปอด, (๓) ฮัยโป-
 โปรเทอินเมีย, (๔) ปอดกลัยเปอรเทินชัน.
 สาเหตุของนำชนิดเอ็กเซเคต: (๑) เพอริ-
 โตไนติส, (๒) ชนิดขั้จขั้, เช่นฮัววะ
 ทะลุ, (๓) ชนิดเรอรั้ง, เช่นทเบอรัคูลัส-
 เพอริโตไนติส, (๔) คารซีโนมาโตสิส.

นายแพทย์กำพล ประจวบเหมาะ :

รายงานอาจเป็นคัยอ้อนอักษะขั้จขั้. การ
 หาอะมีบเลสในซรั่มและในนำทเจาะจากช่อง

ท้องอาจช่วยได้. หากมีความเข้มสูงก็อาจ
 เป็นโรคคัยอ้อนอักษะขั้จขั้, หรือการทะลุ
 ของกระเพาะอาหาร, คโอดันมทมเอนซัยม
 ของคัยอ้อนออกมาอยู่ในน้ำในช่องท้อง.

นายแพทย์เปรม บุรี (ตอบขั้ญหาขั้

๑ (ข) และขั้ ๓):
 ก่อนทำผ่าตัดไตจนถึงโรคต่าง ๆ กั้ทอ
 ไปนั้:

(๑) ไล้คั้จอักษะขั้จขั้และทะลุ. คน
 ใ้มีอาการปวดท้องอยู่ข้างในตอนเซ้า, และ
 เจ็บมากในบริเวณแอ่งอิลีอักษะ, พร้อมกั้
 มีอาการช้อค. การทะลุของไล้คั้จอักษะ
 ขั้จขั้ในรายทมเอนซัยม, อาการช้อค
 อาจเกิดขนได้, เพราะการตึกเซอถูกลาม
 รวดเร็ว.

(๒) แผลเป็ตึกทะลุเรอรั้ง. เป็นอักษะ
 โรคหนึ่งทน่านถึงโดยอาศัยอาการแจ้และ
 อาการแสดงของคนใ้ในขณะนั้, ประกอบ
 กั้ลั้กษณะของน้ำในช่องท้องที่เจาะได้มีสี
 ขาวคล้ายขั้ (ประวัติการกลั้นขาวเวียม)
 และไม่มกั้กลั้นเหมือนวัตถในลำไล้.

(๓) การทะลุของลำไล้เล็ก. อาจเกิด
 ได้เนื่องจากการเจาะช่องท้อง, แม้โอกาส
 ที่เข้มจะไปแทงลำไล้จนทะลุ ننมนอยมาก,
 แต่กั้ตอ้งนถึงเขาไว้.

ข้อบ่งชี้ทางลัดปอร์โตคาวัล การ

ทำทางลัดระหว่างหลอดเลือดดำปอร์ทัลและหลอดเลือดดำของร่างกายเป็นการกระทำเพื่อลดความดันเลือดในรายที่ความดันในระบบปอร์ทัลสูงเนื่องจากค้ำแข็งหรือเหตุอื่น ๆ. ในตอนแรก ๆ นิยมใช้การนำในรายที่มวาริกซ์ของหลอดอาหารและเคยตกเลือดมาแล้ว. เมื่อเร็ว ๆ นี้, การกระทำดังกล่าวได้รับการขยายออกไปเป็นการรักษาอาการท้องมานค้ำแข็ง, เป็นผลของการศึกษาความเปลี่ยนแปลงทางฮิโมคัยนามิกเกี่ยวกับโรคค้ำแข็ง. จริงอยู่, อาการท้องมานนั้นในขั้นแรกเป็นร่องทางอายุรศาสตร์และส่วนใหญ่รักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารและการใช้ยาขับปัสสาวะ. แต่ก็มีส่วนหนึ่งของคนไข้ที่ไม่สนองต่อการรักษาแบบนี้. การทำทางลัดแบบปลาย-ต่อ-ปลายหรือข้าง-ต่อ-ข้างก็ให้ผลดีมาก.

สำหรับการทำทางลัดปอร์โตคาวัลในรายตกเลือดจากวาริกซ์ของหลอดอาหารนั้นอาจทำได้ในสองกรณี.

กรณีหนึ่ง, เป็นการผ่าตัดฉุกเฉินในรายที่รักษาโดยวิธีธรรมดาไม่สามารถหยุดยั้งการตกเลือดได้. อัตรากายในรายเช่นนี้มักสูง. แต่ในรายที่ทำได้สำเร็จการกระทำ

นี้ประโยชน์มากในการลดความดันเลือดในวงไหลเวียนปอร์ทัลและระบบการตกเลือด. กรณีที่สอง, เป็นการผ่าตัดที่ตกลงใจเลือกทำ (อเล็คตีฟ). อัตรากายจากการผ่าตัดในสมัยนั้นขยับอยู่ในเกณฑ์ที่, คือ ๑๐ ถึง ๒๐ ๒๕., สักแล้วแต่การเลือกคนไข้และการเตรียมคนไข้ก่อนผ่าตัด. เมื่อหลายปีมาแล้ว ที่บอสตันได้วางหลักที่ของการสำหรับการผ่าตัดไว้, เช่นซีรัมแอลบูมินต้องมากกว่า ๓ ๒๕., บี.เอส.พี. มีเหลือค้างไม่มากกว่า ๑๐ ๒๕., ซี.ซี.เอฟ. และ ที.ที. ไม่เสียมาก. แต่ในปัจจุบันหลักเหล่านี้ได้ถูกละเลยไปมากเพราะความชำนาญชำนาญในด้านการทำผ่าตัดดีขึ้น.

ในคนไข้ที่รายงานขอตรวจพบเวลาผ่าตัดมีดังนี้ :

๑. มีเฮกซ์เคตส์ขาวขึ้นคล้ายน้ำขาวในช่องท้อง, ประมาณสี่พัน ล.ซม. ไม่มีกลิ่น. ได้ส่งบางส่วนไปทำการเพาะเชื้อ, ได้เชื้อพาราโคลีแบคทีเรียอะเอโรเจเนส.

๒. กระเพาะอาหาร. ไม่พบโรค.

๓. ถ้าใส่เด็กมีผ้าสีขาวขยับทั่วไป. มีเยื่อคืดมากในบริเวณแอ่งอิลีอิคข้างขวา. เข้าใจว่ามีโรคแฉนวน, แต่มีออร์गेในเซชันแล้ว. ไม่ได้เกาะหรือรอก, เพราะไม่มี

การชุกกัน.

๔. ทักษะที่เห็น ค่าย คาเปล่า เป็น
ปรกติ. ไม่ได้ทำใบข้อปชยเนื่องจากภาวะ
ของผู้ป่วยไม่อำนวย.

ใส่ตั้งเป็นปรกติ. ไม่พบข้อผิดปกติอื่น ๆ
อีก.

ได้ถูกเอาเข็มชุกออก, แล้วใส่ท่อ
ระบายไว้.

ข้อวินิจฉัยฝ่ายคลินิกขั้นสุด ทำ

เพอริโตไนติส ทั่วไป เนื่องจากอิเลียมส่วน
ปลายทะลุเพราะการกระทบกระแทก.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๐๔ ค่าบำรุงสารศิริราช (รวมค่าส่งทาง ป.ณ.) ปีละ ๒๐ บาท
๒. ได้รับหนังสือไม่ครบตามอันดับ หรือย้ายที่อยู่โปรดแจ้งด่วน

บทบรรณาธิการ

กลไกการแสดงฤทธิ์ของยาแก้มะเข

จิตเวชวิทยา (ยัชโชฟาร์มาโคโล-
ยี) เป็นวิชาที่กำลังได้รับความสนใจมาก
จากทั้ง นักวิทยาศาสตร์ และนัก รักษา โรค.
นอกจากประโยชน์ในทางบริบาล, มีท่าทาง
ว่าการค้นคว้า ในด้านนี้ อาจนำไปสู่ความ
เกี่ยวข้องกับ สมมุติฐาน ของโรคจิต บาง ชนิด ได้
ด้วย. ยากล่อมจิตหรือยาสงบประสาท
(แทรนควิลไลเซอร์) เป็นผลส่วนหนึ่งของการ
ค้นคว้า ในด้านจิต เวชวิทยา โดยเฉพาะ.
ในตอนหลังนี้ยาแก้มะเข (แอนติ
เพรสส์ฟิว) อีกประเภทหนึ่งซึ่งได้เกิดขึ้น
ใหม่ และ กำลัง ได้รับความ ศึกษา ทั้ง ใน ห้อง
ทดลองและห้องรักษาอย่างเข้มแข็ง. เป็น
การสมควรที่จะรู้เรื่องยาพวกนี้ไว้บ้างซึ่งคง
จะคลคลาย และ เพิ่มความ สำคัญ ขึ้น อย่าง
มากภายในเวลาไม่นาน.

ภาวะซึมเศร้า คือภาวะที่คนไข้แสดง
อาการซึม, ง่วงเหงา, ไม่ร่าเริงแจ่มใส,
ซึ่งอาจร่วมกับความรู้สึกมึนชาหรือหง. สมมุ
ติฐาน ของ อาการ เหล่านี้ อาจ เป็นความ พิการ
ทางจิต, ความวิตกทางอารมณ์หรือการถูก

พิษบางอย่าง, ซึ่งอาจเป็นยาหรือผลของ
เมตาบอลิซึม. ในสมัยก่อนเคยรักษา
ด้วยยากระตุ้น, เช่นแคฟเฟอีน, คาร์โบ
ไฮล, แมกนีเซียมซัลเฟต. ยาเหล่านี้
ให้ผลดีบ้างเป็นบางส่วน, แต่ก็มีอาการ
แทรกที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น, โดยที่อาการ
นั้นอาจเป็นแค่เพียงลดลงเล็กน้อยเท่านั้น
ความ ขกพ้อง เช่นนี้เป็นเหตุให้นัก วิทยา-
ศาสตร์และนักรักษาพยายามค้นคว้าหา
ยาคือว่าพวกนี้กันอย่างแข็งขัน. ภายในเวลา
สิบปีที่ผ่านมาได้มี การลอง ใ้ยา
ต่าง ๆ เพื่อรักษาภาวะ ซึมเศร้ามากกว่า สาม
สิบประเภท. ยาเหล่านี้แตกต่างกันตั้งแต่
สารธรรมชาติทาง่ายขึ้นไปจนถึงสารซับซ้อน
ซึ่งได้ มาจากผล ของนัก เคมี สังเคราะห์.
ตัวอย่างสารที่ได้ ผ่านการ ทดลอง มาแล้วคือ
กรดแล็คติค, โซเดียมแล็คเตท, ซิคซีนีล
ในทริล, สียเปอร์ซิน, เพอร์เซคอน,
โคโรเคน, โนลคาร์, พัยรามิดอน, คาร์
ยาซอล (โคโรล), กรดนิโคตินิก, วิตามิน
บี ๑๒, วิตามิน "อี", ฮอร์โมนเพศ,

คงอยู่นานสืบหาถึงยสขวัน. ในกระท่าย
 สามารถทำให้จำนวนอะมันทงสองนเพิ่มชน
 ไคดงสองเท่าของปรกติ, และสัควันนแสดก
 อาการคนค่นทางส่มองอย่างเห็นช้ค. การ
 ฉีกไอโพรในอะชคทำให้การนอนหลับช้งเกิด
 จากเอวืพานและจาก อะเวอร่คินมี ระยะเวลา
 ส่นลง.

ขอทนาทางอกขอหน่ง คอความ ส่มพนธ์
 ระหว่างฤทธิ ของไอโพร ในอะชค กยของวี-
 เสอร่ข่น. ยานานหลังทำให้ความเข้มของ
 นอร่แอดรีนะลีนและซีโรโทนินในส่มองและ
 ทอน ๆ ลกลง, ช้งเป็นการตรงกันข้ามกย
 ฤทธิของไอโพรในอะชค. เข้าใจว่าวีเสอร่
 ข่นทำให้เนื้อค่าง ๆ ไม่สามารถเก็บซีโรโท
 นินและนอร่แอดรีนะลีนไว้ ในรูปผลสม, ช้ง
 เชนช้ยมี่ไม่อาจทำลายได้. หลังจากการ
 บริหารวีเสอร่ข่น แล้วปรากฏว่าในปีส่สวาระมี
 กรค ๕-๖ ยัยคร่อกช้ย-อินคอดอะชคคมาก
 ช่น, ช้งเป็นสวาร์เกิดจากการสลายของซีโร
 โทนิน. การเปลี่ยนเปล้งในทางชีวเคมี
 กงกล่าววนเกิดชนพรอัมกยอาการ “ส่มอง
 ฤกระงษ์” (ช้เคช่น), ฮัยโปโทเนีย, ฮัย
 โยเธอร่เมีย, ไมโอสิส, ปีโทสิส, และ
 อ่น ๆ. ในสัคว่ เช่นนียานอนหลับ ค่าง ๆ
 แสดกฤทธิช้งอยู่นานมากกว่าธรรมคา. การ

บริหารไอโพรในอะชคในสัคว่ทไครบริเสอร่
 ข่นอยู่ก่อนแล้วทำให้ผลค่าง ๆ ของวีเสอร่ข่น
 หายไป. บางคร่งสัคว่กลบแสดกอาการ
 ส่มองฤกระต่นแทนฤกระงษ์. การลคน้อย
 ของ ปริมาณ ซีโรโทนิน ในส่มอง ก้หมคไป
 หรือลคเหลือเพียงเล้กนอย. ไอโพรในอะชค,
 ช้ง ไม่มีฤทธิ ค่อโมโนอะมัน ออกซีเคสเช่น
 ไอโพรในอะชค, ไม่แสดกผลใด ๆ ค่อ
 ฤทธิของวีเสอร่ข่น. ขอน่าส้งเกคอกขอหน่ง
 คอถงแม้ววีเสอร่ข่น จะให้ผล เป็นยาร่งษ์
 ส่มองอย่างแรง, แต่ก้ไม่มีฤทธิระงษ์การ
 ช้กเนื่องจากการกระต่นส่มองได้. คามท
 ทคดอง ใน สัคว่ นน ปรวากฎว่า บางคร่ง ยาน
 กลบทำให้เกคการช้กเสี่ยเองควยช้.

ผลการทคดองคังกล่าววน, ทงในค่าน
 วีเสอร่ข่นและค่านไอโพรในอะชค, ทำให้
 เกิดมี ความ เห็นชนว่า ฤทธิ ของ ยา ทงสอง
 อย่างน ค่อส่มอง ค่าง ก้ไม่ใช่ ฤทธิ โดยตรง
 ช้ง, หากแคเป็นฤทธิทางอ้อม. กล่าว
 ค่อทงสอง อย่างค่งทำให้เกคผล โดยรบกวน
 เมตะบอลิสม์ของสวาร์ประเภทอะมันในส่มอง:
 วีเสอร่ข่นโดยทำให้อะมันถูกทำลายมากชน,
 แต่ไอโพรในอะชคโดยทำให้อะมันถูกทำลาย
 น้อยลง. ในส่วนความส่มพนธ์ระหว่าง

ความ เข้ม ของ ไขมัน กบการ ทำหน้าท ของ
 สมองจะเป็นไปโดยอย่างไรน, เป็นเรื่องท
 จะต้องศึกษาต่อไป. เชื่อว่าความรื่อง
 บทบาท ของไขมัน ในเมตะบอลิซึม ของ เนอ

สมองคงจะให้ คำอธิบายเลยไปถึงกลไกการ
 แสคอง ฤทธิ ของยา ประเภท กคและ ประเภท
 กระตุ้นสมอง, รวมทงยาแก้อาการซึมเซา
 ต่าง ๆ ก้วย.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ประเสริฐ กังสดาลย์ M.B., Ch. B., พ.ด., F.C.C.P., มานี วิสกุล พ.บ.
สมชัย บวรภักดี พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P., สุพจน์ อ่างแก้ว พ.บ. Dr. med.
ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.
กรงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., ปรีชา เจตนะศิรินทร์ พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.
นันทพร นิลวิเศษ พ.บ.

๑. เครือข่าย มงคล, วิจิตร บวร, สุภา ฌ
นคร, วิจิตร พานิช, ชาญ สถาปนกุล,
และจิตต์ ภูจินดา: การเปลี่ยนแปลงของ
สารนำและอเล็กโตรไลต์ในโรคอหิวาต์ก่อน
การรักษาและผลของการให้น้ำละลายโซเดียม
ชนิดต่าง ๆ เข้าหลอดเลือด. Ann. Trop.
Med. Parasit. 1960, 54: 106 - 111.

เมื่อมีการระบาดของอหิวาต์โรคใน
ประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๐๑, มีผู้ป่วย
๑,๒๓๕ รายที่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาลศิริ-
ราช. คณะแพทย์ผู้รายงานได้ทำการศึกษา
ผู้ป่วย ๕๓ คนเพื่อศึกษา (ก) สภาพภาพของ
อเล็กโตรไลต์และความถ่วงจำเพาะ
ของเลือดก่อนให้การรักษา, (ข) ผลของการ
รักษาด้วยการให้สารน้ำชนิดต่าง ๆ กันเข้า
หลอดเลือดต่อความถ่วงจำเพาะของเลือด
และอเล็กโตรไลต์.

ผลของการศึกษาแสดงว่าผู้ป่วยด้วยอหิ-

วาทโรคเมื่อก่อนการรักษามีความถ่วงจำ-
เพาะของเลือดอยู่ระหว่าง ๑.๐๘๐-๑.๐๕๐,
ซึ่งช่วยชดเชยการขาดน้ำได้อย่างใกล้เคียง.
โซเดียมพบระหว่าง ๑๖๘ ถึง ๑๓๕ มิลลิ-
อิกวิ. คัลเซียม, โปรแตสเซียม ๔.๕ ถึง ๑.๕
มิลลิอิกวิ. คัลเซียม, ผลิตไรค์ ๑๒๔ ถึง ๕๐
มิลลิอิกวิ. คัลเซียม, อานาจีบคาร์บอนได-
ออกไซด์ ๒๕ ถึง ๘ มิลลิอิกวิ. คัลเซียม. การ
ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยน้ำ
เกลือฮัยเปอร์ทอนิก (๑.๗ ปช.), นาเกลือ
ไฮโซโทนิก (๐.๘๕ ปช.), และนำเกลือฮัย-
เปอร์ทอนิก ผสมกับ โซเดียมไบคาร์บอเนต
(๑.๖ ปช.) ปรากฏว่าให้ผลเหมือนกันทั้งสาม
ชนิด. คือความถ่วงจำเพาะของเลือดลดลง,
โซเดียมและโปรแตสเซียมถือว่าไม่เปลี่ยน
แปลง, ผลิตไรค์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย, ส่วน
อานาจีบคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ๓ ใน ๔
รายของพวกที่ใช้น้ำเกลือฮัยเปอร์ทอนิกรวม
กับโซเดียมไบคาร์บอเนต.

ในขบวนการนี้ผู้รายงานแสดงความนิยมในการใช้น้ำเกลือไฮโซโทนิกและให้ในอัตรา ๑,๕๐๐ ล. ซม. ใน ๒๕ ถึง ๓๐ นาทีแรก. พร้อมทั้งแนะนำให้กินเกลือโปแตสเซียมทุกรายเมื่อผู้ป่วยเริ่มถ่ายปัสสาวะหรือในกรณีที่มีการให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดนานเกิน ๑ วัน. การให้โปแตสเซียมเข้าหลอดเลือดควรทำต่อเมื่อมีการควบคุมทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด.

ประเสริฐ กังสดาลัย

M.B., Ch. B. W.D., F.C.C.P.

๒. Preisler, O.: การรักษาด้วยคอร์ติโซนนาน ๆ ในหญิงมีครรภ์เป็นอันตรายต่อทารกหรือไม่. Zbl. Gynäk. 1960, 82:657-659.

ในสัตว์ทดลอง, เชื่อว่าการให้คอร์ติโซนในสัตว์มีท้องอาจทำให้เกิดการผิดปกติแต่กำเนิดในลูกของมัน, การตายในท้องหรือการแท้ง, ทำให้น่าสนใจว่าการใช้คอร์ติโซนในหญิงมีครรภ์อาจมีผลร้ายด้วย.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงเด็ก ๒ ราย, ที่มารดาได้รับการรักษาด้วยคอร์ติโซนเพื่อแก้วิหีสแอนติบอดีที่ขึ้นสาเหตุของการตายเกิดหลายครั้ง. คนไข้ได้รับคอร์ติโซน ๑,๐๐๐ มก. ทุก ๑๐ วันตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้

๑๕ สัปดาห์เรื่อยไป. และได้รับคอร์ติโซน ๒๐-๔๐ หน่วยทุก ๑๐ วัน จนครบกำหนดคลอด. ทุกคนได้รับรวมทั้งหมดคอร์ติโซน ๑๕ กรัมและคอร์ติโซน ๕๕๐ หน่วย. เด็กทั้งสองรายเกิดเอง, แข็งแรงและมีการเติบโตเป็นปรกติจนเวลานี้ (อายุ ๒ ปี, ๓ ปี). ทั้งคู่ได้รับการให้เลือดหลังคลอด. ไม่พบการผิดปกติในเด็กเลย.

รายที่ ๓. ได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน. เด็กตายหลังคลอด ๒ ชั่วโมงภายหลังการถ่ายเปลี่ยนเลือด. ตรวจศพพบว่ามีการหายใจเอาน้ำคร่ำเข้าไปในปอด, และมีลักษณะการขาดออกซิเจน. การตรวจทางจุลทัศน์ของต่อมหมวกไต, แสดงว่าไม่มีการฝ่อไปอย่างที่เคยได้ในผู้ใหญ่ที่ให้คอร์ติโซน.
มานี้ วิสกุล พ.บ.

๓. Menon, M.K.K., M. Wilmot, K. Soghrabi: ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับการแท้งคุกคาม. J. Obst. Gynec. India 1959, 10:84-90.

การแท้งคุกคาม (threatened abortion) หมายถึงการมีเลือดออกเล็กน้อยจากโพรงมดลูกและการเจ็บปวดใน ๒๔ สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์, แต่ปากมดลูกยังปิดอยู่.

สาเหตุยังไม่ทราบแน่นอน. ได้มีการศึกษาถึงผลจากมูกปากมดลูก, คีตาเซลล์ในช่องคลอด, และการขับถ่ายเพิร์กเนนคิโอไลททางปัสสาวะ.

ได้มีการศึกษาในคนไข้ที่ทำท่าจะแท้ง ๑๕๔ ราย. พบว่ารายที่พบลักษณะใบเฟิร์นที่มูกปากช่องคลอดมากกว่า ๘๐ ปช. คนไข้จะแท้ง. ถ้าพบเซลล์คีตากรวด (อะซีโคพล) ถึง ๓๐ ปช. จากการศึกษาเซลล์ในช่องคลอดแล้ว, จำนวนคนไข้ถึง ๘๐ ปช. จะแท้งค่าเพิร์กเนนคิโอไลทต่ำกว่าปรกติมักจะร่วมกับเซลล์ในช่องคลอดที่แสดงระดับเอสโตรเจนสูงและลักษณะใบเฟิร์นของมูกปากมดลูก.

ผู้รายงานแบ่งคนไข้เป็น ๒ พวก. พวกแรก (๕๗ ราย) รักษาโดยนอนพัก, กินยาเข้าเหล็กและยาระงับประสาท. ในพวกนี้ ๘๕ ปช. แท้ง. พวกที่ ๒ (๕๗ ราย) รักษาอย่างพวกแรก, แต่เพิ่มสคิลเบสตรอล ๕ มก. ให้กินวันละ ๒ ครั้ง. พวกนี้แท้ง ๕๖ ปช.

มานี วิสกุล พ.บ.

๔. Zitrin, C.M., E.M. Lincoln: การศึกษาคีตาเซลล์ในช่องคลอดและปัสสาวะ. J. Ped. 1961, 58 : 219 - 225.

การสำรวจผลการเพาะเชื้อไวรัสก่อน

รักษาจากเด็กผู้ช่วยวัดโรคชนิดไปมารีย์ ๒,๕๐๐ คน จากคลินิกโรคทรวงอกแผนกกุมารเวช ๗ แห่งในสหรัฐอเมริกา, พบเด็ก ๗ คนติดเชื้อไวรัสตั้งแต่แรกเริ่มด้วยเชื้อคอกซาไอโอโซในอะซิค, และ ๑๑ คนด้วยเชื้อคอกซาสะเตร็ปโตไมซีทิน. ผู้รายงานศึกษารวบรวมเอกสารเกี่ยวกับอาการและวิวัฒนาการความสำคัญของการคอยารวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยผู้ช่วยวัดโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อคอกซา

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.,
D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๕. Fleck, L., L. Rozenszain, E. Robinson: ฤทธิ์ของคอร์ติโซนในการหักห้ามการจับกลุ่มของเม็ดเลือดขาวเพราะเอ็นโดท็อกซิน. Texas Rep. Biol. Med. 1961, 19 : 60 - 75.

ผู้รายงานทำการศึกษาฤทธิ์ของคอร์ติโซนเปลือกต่อมหมวกไตต่อพฤติกรรมจับกลุ่มของเม็ดเลือดขาว (Leukergy) ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นกลวิธิตอยไตต่อการรกล้ำของเชื้อจุลินทรีย์หรือวัตถุแปลกททเขาสร้างกาย. การทดลองกระทำในกระต่าย ๓๐ ตัวและผู้ช่วย ๑๔ ราย. ผลของการศึกษาแสดงว่าการใช้คอร์ติโซนเปลือกต่อมหมวกไตในการรักษาทำให้มีการหย่อนสมรรถภาพของ ความต้าน

ทานโรค, โดยมีการเสื่อมสลายของสาร
เร่งเร้าการชักกลุ่มเม็ดเลือดขาว (Leukergy
provoking agent). ผู้รายงานเพิ่มเติมว่า
การตรวจพบตุ่มการชักกลุ่มเม็ดเลือดขาวมี
ประโยชน์ในการตรวจสอบการออกฤทธิ์รักษา
ของฮอร์โมน.

สมชัย บวรภักดี พ.บ.,
D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๖. Walk, L.: การหาปริมาณของตัวยูโดย
ใช้รังสี. Acta Radiol. 1961, 55: 49-56.

ขนาดของตัวยูที่ทราบได้ด้วยการคลำอาจ
แตกต่างกัน กษัย ทพบได้จากการตรวจศพ.
นอกจากนั้นความสามารถในการคลำยังต่าง
กันเป็นราย ๆ ไป และเป็นการยากที่จะประ-
มาณขนาดของตัวยูได้ถูกต้อง. ดังนั้นจึง
เสนอวิธีวัดปริมาณของตัวยูโดยใช้วิธีรังสี
วิทยา, ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางคลินิก. วิธี
วัดก็คือถ่ายภาพของตัวยูก่อนที่จะเขี่ยลงไป
ช่องท้อง, และวัดตัวยูบนภาพเอกซเรย์เปรียบ
เทียบกษัยตัวยูจริงๆ ใน ๘๐ ศพ ที่ถูกตรวจ.
ในการวัด, เขาวัดเส้นผ่านกลาง ๓ แห่ง
กษัยกษัย (เอ.บี.ซี.). แล้วจึงเอาตัวยูไปชั่งน้ำหนัก
และวัดปริมาณของน้ำหนักที่ชั่งออกมา. นำมา
หาความสัมพันธ์จากสูตร

$$\frac{\text{เส้นผ่านกลาง เอ x บี x ซี}}{\text{ครรชน}} = \text{ปริมาณของตัวยู}$$

วิธีถ่ายฟิล์ม, เขาใช้ถ่าย ๓ ท่าด้วยกัน
คือ (๑) ท่านอนหงาย. ถ่ายธรรมดา.
วัดระยะจากจุดกำเนิดของแสงถึงฟิล์ม, และ
ถึงจุดกึ่งกลางของ ความหนา ของตัวยู เพื่อจะ
ได้เอามา คำนวณหาขนาดที่แน่นอน ของตัวยู
ในเส้นผ่านกลาง "เอ." (๒) ท่านอน
ตะแคงขวา ๕๐ ถึง ๖๐ องศา. หลอดแสง
อยู่ตรงตามเดิม. ท่านให้วัดเส้นผ่านกลาง
"ซี." (๓) ท่านอนตะแคงขวา ๕๐ ถึง
๖๐ องศา, แต่หลอดแสงพุ่งไปทางเท้า
๒๐ องศา. ท่านสำหรับวัดเส้นผ่านกลาง
"บี." เมื่อวัดได้ทั้งสามเส้นผ่านกลางจาก
ฟิล์มได้แล้ว, วัตรรชนจากการคำนวณจาก
การตรวจศพ, ก็เอามาคิดตามสูตรหาค่า
ของปริมาณตัวยูได้. เขาได้นำเอาค่าที่
คำนวณได้นี้มาเปรียบเทียบกับกษัยเนื้อศพ
ของแต่ละคนโดยคำนวณจากการวัดส่วนสูง
และน้ำหนักตัวของคนไข้ว่าใน ๑ ตารางเมตร
ของ เนื้อศพเนื้อกายจะมีกษัยกษัยกษัยกษัย-
กษัยกษัย.

ค่าปริมาณของตัวยูที่คำนวณได้แตกต่างกัน
กันในโรคต่าง ๆ. ได้นำมาใช้ในการคุ
มคิต ตาม การ รักษา โดย การ วัด ขนาด ก่อน

รักษา, ขณะรักษา, และหลังรักษาว่าตบ
จะกลับมามีขนาดเท่าเดิมหรือยัง. การวัด
ของเขา น มีความ ผิดพลาดได้ \pm ๑๖ ปซ.
ในบางรายผิดได้ถึง ๒๗ ปซ. ปริมาตรจริง
ของตบมักน้อยกว่าที่คำนวณได้.

สุพจน์ อ่างแก้ว พ.บ., Dr. med.

๗. Sabour, H.S., และคณะ : ไข้อีตบช้ำ
ปอดด้วยเข็ม. Lancet 1960, 2: 182-184.

ในผู้ป่วยโรคปอดขางราย, การตรวจ
ด้วยวิธีธรรมดาต่าง ๆ ยังไม่สามารถให้การ
วินิจฉัยโรคได้แน่นอน. การตรวจพยาธิ-
สภาพด้วยกล้องจุลทรรศน์จะช่วยให้ได้มาก. เช่น
เนื้ออาจได้จาก การ เข็ม ทรวงอกออก คัดชัน
เนื้อโดยตรงหรือใช้เข็มคด.

เทคนิคในการเจาะมีดังนี้: (๑) ถ้าผู้
ป่วยมีน้ำใน ผนังเยื่อหุ้มปอด คัดชันออก เสีย
ก่อน. (๒) ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือ
อย่างดี, เพราะถ้าผู้ป่วยหายใจขณะเจาะจะ
ทำให้เข็มขัดปอดเป็นแผลยาวได้. (๓)
ต้องเตรียมเลือดให้พร้อมที่จะให้ ได้ทันทีถ้า
จำเป็น. (๔) ให้ยาระงับประสาทอ่อนๆ
ล่วงหน้า, ไม่ควรใช้ยาที่มีฤทธิ์แรง. (๕)
ต้องมีการตรวจด้วยรังสีเอกตำแหน่งแน่นอน
ของก้อน และต้องแน่ใจว่าก้อนนั้นไม่ใช่แ-

นิ่ววิธ.

เจาะในแนวฉากผ่าน ส่วนหน้า หรือ ส่วน
หลังของรักแร้ตรงระดับที่เกาะทรวงอก. ใช้
โปรเคน ๒ ปซ. เป็นยาชา. โดยทั่วไปใช้
เข็มแบบ วิมซิลเวอร์แมน. หลังเจาะแล้ว
ต้องให้ ผู้ป่วย นอน นิ่ง ๆ และ ใช้ยาระงับ
ประสาทและยาระงับความปวด. ตรวจชีพจร
ทุก ๒ ชั่วโมง.

ข้อห้ามในการทำคือ: (๑) ผู้ป่วย
ไม่ให้ความร่วมมือ, เช่นเด็กเล็ก ๆ. (๒)
ความดัน ใน หลอด เลือด พล โม นารี ย สูง.
(๓) มีแผลโมนารี ย อาเทอร์โอวันส์ พิสด์ ล่า.
(๔) มีแผลโมนารี ย ชีพส์ และบลัด. (๕)
โรค เลือด ที่ ทำให้ มี การ ตก เลือด ได้ ง่าย.
(๖) มี ผู้ ใน ปอด และ ทรวง ใน ช่อง เยื่อ หุ้ม
ปอด.

ผู้รายงานได้รับการวินิจฉัยโรคโดยวิธี
นี้ ๑๓๗ ราย. ส่วนมากเป็นบรูซโชมเจนิค
คาร์ซิโนมา. ไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง
จนถึงตายเลย. อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ
พบน้อย, เช่นการคัดเช็ดเล็ก ๆ น้อย ๆ,
ฟิวไรลชีช็อค, เมดิอัสตินล ชิฟต์, อาการ
ปวดและไอ, รวมทั้งการทำให้เกิดอากาศ
ในผนังเยื่อหุ้มปอด.

ยศวิทย์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. Opderbecke, H.W., E. Bardachzi:

การใช้หลอดสวนควาในการให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดคนาน ๆ. Dtsch. med. Wschr. 1961, 86: 203.

ในปัจจุบันนี้ การให้น้ำเกลือหรือเกลือในบางรายต้องให้ติดต่อกัน เป็นเวลานานหลายวัน. ในรายเช่นนี้ถ้าให้โดยแบบหยดเข้าหลอดเลือดดำตามธรรมดาแล้ว มักทำให้ผู้ป่วยช็อคอ่อนเพลีย, มีความไม่สบายและปวดเมื่อย. ที่สำคัญคือมักพบหรือมีโพลีไมทีสเป็นโรคแทรกส่วนมาก, ซึ่งทงนมักเกิดจากการที่ ใช้พวก เฮปาริน หรือ พวกฮีโครคอร์ทิโซน ร่วมกับสารน้ำที่หยดเข้าไป. นอกจากนั้นโรคแทรกอาจเกิดขึ้น จากอุปกรณ์ที่ใช้เช่นสายยาง, พลาสติก, และโลหะ. ภัยเหตุนี้ในการให้อยู่ชาน ๆ ควรใช้หลอดสวนไปให้ถึงหลอดเลือดดำใหญ่หน้า คาวา, เพราะเราสามารถคาหลอดสวนไว้ ได้นาน ๆ โดย จะ ทำให้ เกิดโรคแทรกได้น้อย ที่สุด. หลอดสวนที่นิยมใช้มาก เป็นพวกโพลีเอธิลีน. ถึงกระนั้นก็ยังคงพบโรคแทรกได้. ที่พบบ่อยคือ ธรอมโบเฟลไบทีส, เอ็มโบลีสม์, เซ็ปติซีเมีย, และธรอมโบสิส. โรคแทรกเหล่านี้ มักเกิดจากการ ผ่านหลอดเลือดดำ แล้วแผล สกปรก และ ยังถูก รบกวนด้วยหลอดสวนอีกด้วย.

โดยทั่วไป ใช้หลอดสวนขนาด ๑ ถึง ๑.๕ มม., ยาว ๖๐ ซม., มีแกนกลมขยับภายในซึ่งจะดึงออกได้. นิยมสอดเข้าหลอดเลือดดำที่เขย่น เขลิติก. สอดเข้าไปให้ลึกประมาณ ๕๐ ซม. เมื่อเรียบร้อยแล้ว ต้อง ตรวจสอบตำแหน่ง ของ หลอดด้วยเอ็กซเรย์.

สารน้ำที่ใช้ ควร เป็นไอโซโทนิค อย่างเคียวเท่านั้น, เพราะสารอนอาจทำลายชั้นในสุดของหลอดเลือดได้และทำให้เกิดธรอมโบสิสได้ง่าย.

ผู้รายงานได้ทดลองทำในคนไข้ ๑๕๐ ราย, อายุ ๔ ถึง ๗๕ ปี. โดยทั่วไป มักค้างหลอดสวนไว้ประมาณ ๑๐ วัน. บางรายนานถึง ๕๔ วัน. มี ๒๓ รายต้องเอาออกก่อนกำหนดเพราะมีโรคแทรก.

หลักในการใช้หลอดสวนความีพอสรุปได้ดังนี้: (๑) ต้องสอดเข้าทางหลอดเลือดดำของแขนเพราะชอน, ทำให้มีโรคแทรกได้น้อยที่สุด. (๒) ถ้าทำได้ ควรใช้แทงผ่านเข้าไปในหลอดเลือดเลย, ไม่ควรผ่าหลอดเลือด. (๓) ต้องรักษาความสะอาดอย่างดีและพยายามไม่ให้หลอดสวนรบกวนแผลได้. (๔) ควรให้แอนติไบโอติกเพื่อยั้ง กันการ ติดเชื้อเล็กน้อย.

(๕) ต้องตรวจตำแหน่งของหลอดสวน
ควยเฮกซ์เรย์.

ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med.

๕. วัชร์เสถียร, สุวัชร์ และ จำลอง
หะริณัฐ: อุบัติการณ์ของเอ็นเทอโรบีอาสิส
ในหมูนักเรียนในกรุงเทพฯ. Ann. trop.
Med. Parasit. 1960, 54: 129-31.

ผู้รายงานสำรวจ ตัว พยาธิเข็มหมุดใน
เด็ก ๕ โรงเรียนและในโรงพยาบาล ๒ แห่ง
ใน จังหวัดพระนคร และธนบุรี โดยวิธีใช้
เทปเซลลูโลส (cellulose tape). ในเด็ก
๑,๗๐๘ คน, อายุ ๓ ถึง ๑๒ ปี, มี
๕๓.๖ ٪. พบใช้ จากการ ข่ายกวาดรอบ ๆ
บริเวณทวารหนัก. เด็กในโรงเรียนที่การ
อนามัยค่อนข้างเลว พบมาก ถึง ๗๑ ٪.,
แต่ใน โรงเรียน ที่การ อนามัย ปาน กลาง มี
เพียง ๔๖ ٪. เด็กนักเรียนพบว่าเป็นมาก
กว่าเด็กในโรงพยาบาล (๕๕ ٪. ต่อ ๓๕
٪.). ทั้งนี้เนื่องจากการอยู่รวม ๆ กันของ
เด็กในโรงเรียน. เพศไม่มีความสำคัญใน
เรื่องนี้. แต่ชายสำคัญ. เด็กอายุ ๗ ถึง
๘ ปี มีเป็นถึง ๖๐.๘ ٪. แต่เด็กอายุ ๑๑
ถึง ๑๒ ปี กลับลดลงเหลือเพียง ๓๔.๔ ٪.
เด็กใน โรง พยาบาล อายุ ระหว่าง ๒ ปี เป็น

น้อยที่สุด (๗.๒ ٪.). เด็ก ๆ ที่ตรวจพบ
ใช้ในอุจจาระมีอาการคันที่บริเวณทวารหนัก
และมี ตัว พยาธิใน อุจ จาระ เป็น บ่อย ที่ สก.
นอกจากมีอาการท้องเดิน, เบื่ออาหาร, ปวด
ท้องและอ่อนแอทั่วไป.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๑๐. Fowler, E.P.: หุนหวกจากโรคคาง
ทูม Arch. Ped. 1960, 77:243-246.

หุนหวกชั้นเกิดจากโรคคางทูมเป็นที่
รู้จักกันดี. Lindsay ได้เคยกล่าวว่ามีสาเหตุ
จากพยาธิสภาพในหูดใน. เชื่อว่าเป็น
เพราะมีการอุดตันในหลอดเลือดแดงออก
ที่อวัยวะโดยเอ็มโบลัสหรือลิมโฟมัส, ซึ่ง
เป็นผลมาจากไวรัสของโรคคางทูม, ทำให้มี
แอนติเจนเฉื่อยเฉพาะที่เช่นเวลานานแก่เซลล์
ต่าง ๆ ที่ได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดงนั้น.
บางคนว่าเป็นเพราะมีการอุดตันหลอดเลือด
แดงออกที่อวัยวะหรือหลอดเลือดดำเล็กๆ ของ
สะไคววาสคูลาร์วีสเนื่องจากเม็ดเลือดจับ
กลุ่ม.

การรักษายาไอโซปาริน, แม้ว่าจะไม่
ปลอดภัยเมื่อใช้กับเด็ก, แต่ผู้รายงานก็แนะนำ
ให้ใช้เมื่อตรวจพบอาการหุนหวกจากคาง
ทูมในระยะต้น ๆ. นอกจากนั้นยังแนะนำให้

ใช้กรคนิโคตินิก, หรือฉีดโปรเคนเข้าหลอดเลือด. แต่ที่คิดคือใช้มในโตรกลี-เซอร์นไคลิน, เพราะให้ผลเร็วกว่ากรคนิโคตินิก.

แม้ว่าหุนวทที่เกิดจากโรคคางทูมจะเป็นข้างเดียวก็ตาม, แต่การหุนวทก็มีไคมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคคางทูม. โรคคางทูมที่ตรวจไม่พบอาจทำให้เกิดหุนวทอย่างรุนแรงจนถึงกับหุนวทโดยสิ้นเชิงไค, ทงยังเป็นชนิครกษาไคไคอิกไค. ฉะนั้นกรมแพทย์จึงต้องแจ้งแก่มารดาและพยาบาลดงการทโรคคางทูมอาจทำให้หุนวทไค. ควรวอกให้ตรวจไคเด็กทุกวันเป็นเวลา ๒ สัปดาห์นขดงแค่มอาการของโรคคางทูม, โดยให้เด็กฟังเสียงนาฬิกาพกที่ข้าง, การคลนไค, อาเจียนและวิงเวียนศีรษะอย่างมา, คลอดจนอาการตากระดกไคเพื่อจะไคแจ้งให้แพทย์ทราบเสียแต่เนิ่น ๆ.

กรงไคเร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๑. Banerjee, S.N., K.N. Acharya: การ
ใช้พลังงานของผู้ททำงานในหองทกลอง.
J. Appl. Physiol. 1959,14:625-628.

ผู้รายงานไค่วิการใช้พลังงานในการท

งานต่าง ๆ กันของผู้ททำงานในหองทกลอง ๑๑ คน; เป็นชาย ๕ คน, หญิง ๒ คน, อายุ ๒๓ ถึง ๔๘ ปี, โดยการทจำนวนออกซัยเจนทถูกใช้ไป, แล้วคิดเป็นแคลอรี / พันทมวลกายหนึ่งหน่วยตารางเมตร / ชั่วโมง. ไค้ผลดงนี้: ในภาวะเขซลเมตะบอลิซึม ๓๐.๘๗ + ๐.๗๔๑, นอนพัก ๓๔.๗๕ + ๐.๕๗๘, นงพัก ๓๖.๖๑ + ๒.๕๒๗, ยนพัก ๔๑.๒๔ + ๑.๓๒๓, นงเวียน ๔๒.๘๕ + ๑.๐๓๔, ยนทงาน ๔๖.๗๕ + ๓.๐๓๐, ยนทงานทกลอง ๕๕.๕๖ + ๓.๕๓๗, ยนทงานบ้าน ๖๑.๗๘ + ๓.๖๗๕, เกิน ๑๒๒.๐๖ + ๖.๒๕, ชนบันไค ๑๕๕.๕๔ + ๕.๖๑๐, ดงบันไค ๕๕.๘๐ + ๖.๓, การใช้พลังงานประจำวันทหมดของผู้ทกลองทในเวลา ๗ วัน, ไค้ค่าระหว่าง ๑,๖๒๐ ถึง ๒,๕๖๗ แคลอรี. อาหารทผู้ทกลองกินไค้นำมาวิเคราะหไคไขมัน, โปรตีน, และคาร์โบฮัยเดรตเพื่อหาค่าความร้อน. พบว่าผู้ทกลองไค้รับ ๑,๖๘๐ ถึง ๒,๕๒๘ แคลอรีต่อวัน. ผู้ทกลองส่วนมาที่มีคาลัยความร้อนเป็นขวก. เข้าใจว่าแคลอรีที่ไค้รับจากการค่านวณไค้มาไปเพราะว่าไค้ไค้หาค่าความร้อนของสิ่งขบถ่าย.

กรงไคเร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๒. Hanna, S., และคณะ: กลุ่มอาการ
ขาดแมกนีเซียมในคน. Lancet 1960,2:172-
175.

กลุ่มอาการขาดแมกนีเซียมประกอบ
ด้วย (๑) มีอาการแสดง Chvostek. (๒)
แสดงโวลเตจต่ำใน อี.เค.จี. (๓) มีการ
ชักแยกต่าง ๆ และแยกลมบ้าหม่วมกยมี
ภาพ อี.อี.จี. เปลี่ยน, ซึ่งยังถึงพยาธิสภาพ
ในสมอง. (๔) มีอาการซึมและกล้ามเนื้อ
อ่อนเพลีย. อาการดังกล่าวหายไปเมื่อให้
แมกนีเซียม.

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการขาดแมก-
นีเซียมคือ (๑) การดูดซึมแมกนีเซียมของ
ลำไส้ถูกรบกวนจากการท้องร่วง. (๒) ผู้
ป่วยไทรอยด์เคลเซียมชนิดกินในขนาดสูง, ซึ่ง
พบได้ในสัตว์ทดลองว่าการดูดซึมแมกนี-
เซียมแปรผันกลับกับอาหารแคลเซียมที่ได้
รับ. ดังนั้นถ้ากินแคลเซียมมากขึ้นก็จะไป
ห้ามการดูดซึมแมกนีเซียม.

ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย ๓ รายที่
แสดงอาการขาดแมกนีเซียมดังกล่าว และ
ตรวจพบระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำกว่า
ปรกติ. หลังจากให้แมกนีเซียม ๕๐ ถึง
๑๐๐ มิลลิกรัม. อาการต่าง ๆ หายไป.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๑๓. O' Mally, W.J., J.E. Christian:
การวัดคุณค่าของสารห้ามเหงื่อในการลด
เหงื่อ J. Am. Pharmaceut. Ass. 1960, 49:

การศึกษาค่าความสามารถของสาร
ห้ามเหงื่อในการลดเหงื่อในคนนั้นๆ โดยการ
ประยุกต์วิธี Electroconductivity method
สำหรับวัดความชื้นของแก๊สและไอรระเหย
ต่าง ๆ แต่ดั้งเดิม. ปัจจัยสำคัญในการ
ศึกษาของค่านางดงอุณหภูมิที่เหมาะสม, คือ
๓๕° ซ., และตำแหน่งของผิวหนังที่ใช้ทดสอบ.
ในขณะเดียวกันจำเป็นต้องเก็บจำนวน
เหงื่อจากตำแหน่งใกล้เคียงสองแห่งใกล้ ๆ
กันมาเปรียบเทียบด้วย.

ผลการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนเหงื่อ
ซึ่งวัดเมื่อให้ยาห้ามเหงื่อที่มชาย ๖ ชนิด
และยาที่สังเคราะห์ชนิดอื่น ๑ ชนิด, กับน้ำ
ละลาย ๒๔ ปช. (น้ำหนัก/น้ำหนัก) ของ
อะลูมิเนียมซัลเฟต, แสดงว่า ยาสังเคราะห์
อะลูมิเนียมเมไจโอเนตเป็นสารให้ผลในการ
ลดเหงื่อมากที่สุด. จากการศึกษานี้ได้ทราบว่า
ยาเหล่านี้ต่าง ๆ กัน ๓ ชนิดที่ใช้ผสมยาห้าม
เหงื่อ, คือเป็นแท่ง, ครีม, และโลชั่นนั้น,
เมื่อเปรียบเทียบด้วยผิวหนังธรรมดาแสดงว่า
ไม่มีผลต่ออัตราการลดเหงื่อของยา.

นันทพร นิลวิเศษ ป.บ.

๑๔. Brozinski, M., et al: การละลาย
ลายน้ำออกซาเลทในไตโดยวิธีทางเคมี.
Dtsch. med. Wschr. 1961, 86:255-256.

การทดลองในหลอดแก้วและในสัตว์ไต
แสดงว่าน้ำละลาย ๒.๕ ปร. ของเกล็ดไต-
โซเดียมของกรกเซียมลินโคอะมีนอะซีติก
(Titriplex III, Merck) และทำให้เป็นยัพ-
เพอร์ควย ๓ ปร. ของไทโรเฮอานอลามันท์
พีเอช ๘.๖ สามารถละลายน้ำที่ประกอบด้วย
ควยแคลเซียมได้อย่างสมบูรณ์, รวมทั้งที่
เป็นแคลเซียมออกซาเลทละลายยากด้วย.
กรกเซียมลินโคอะมีนอะซีติกถูกละลายออกโดยการ
รวมเป็นไทโรเฮอานอลแอมโมเนียมยูเรท.
น้ำยาที่ใช้ในทั้งไตคนและสัตว์ทนได้ก็. ใน
การปฏิบัติใช้หลอดสวนพลาสติกที่ทำพิเศษ
มี ๒ รูใส่เข้าไปจนถึงกรวยไตและควไว้ไต
หลายสัปดาห์โดยไม่ทำอันตราย. ระหว่าง
บริเวณกรวยไตควน้ำยาไว้เซอ ๓๗ ปร.
จำนวน ๑๕๐ ถึง ๒๐๐ ล.ซม. ต่อชั่วโมง
พักต่อกันวันละ ๘ ถึง ๑๐ ชั่วโมง. อาจ
เพิ่มจำนวนน้ำยาที่ระหว่างไตโดยการท่อ
เครื่องเขย่าขยับ. ตรวจขนาดของน้ำคว
รังสีเอกซ์ทุก ๓ วัน. เมื่อก่อนน้ำเล็กมาก
จนอาจถูกขยับออกไตเองแล้วก่อดอนหลอดสวน
ออก. ผู้ช่วยลูกชิ้นไตในวันนั้นและภายหลัง

พักฟื้นสองสามวันก็ไปทำงานตามปกติได้.
เทคนิคต่างๆ กำลังถูกแก้ไขและน้ำยาใหม่
ที่ใช้ละลายน้ำไตเร็วกว่าน้ำยากดล้างไต
ถูกค้นพบขึ้นแล้วและจะได้รายงานต่อไป.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑๕. Phlippen, R.: การทดสอบเยนซ์-
โจนส์โปรเทอีน. Dtsch. med. Wschr.
1961, 86:260-264.

เยนซ์-โจนส์โปรเทอีนเป็นโปรเทอีนที่
พบได้ในขั้วสภาวะของผู้ป่วยโรคมีอีโลมา.
ทั้งแยกกับโปรเทอีนและพาราโปรเทอีน
ชนิดอื่นๆ ที่ออกมาในขั้วสภาวะ, เพื่อใช้ใน
การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในรายโรคมีอีโลมาที่มีพลาสมา
โปรเทอีนไม่ขึ้นไปตามแนว. การตรวจโดย
วิธีขั้วสภาวะอย่างที่เคยทำนั้นอาจให้ผลผิด
ไปมาก. ผู้รายงานได้ทดลองกับขั้วสภาวะผู้
ป่วย ๒๐ รายที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างแน่
นอนแล้วว่า เป็นโรคพลาสมาเซลล์โตมา.
ตรวจเยนซ์-โจนส์โปรเทอีนในขั้วสภาวะโดย
วิธีต่าง ๆ แล้วเปรียบเทียบผลที่ได้. เขา
สรุปวิธีที่ใช้ตรวจ, ที่ให้ผลแน่นอน, ไว้ดังนี้:
เอาขั้วสภาวะที่ตรวจมาประมาณ
๕ ล.ซม. มาใส่กับกรกเซียมลิโคอะซีติก

๒๐ ปช. อย่างน้อยครึ่ง ล.ชม. ถ้าไม่มี
 ตะกอนตกแสดงว่าไม่มีโปรตีนชนิดใด ๆ
 และไม่ต้องการต่อไป. ถ้ามีตะกอนตก, ให้
 เฝ้าหลอกทดลองจนจนเคอค. ถ้าตะกอนท
 ตกด้วยกรดซัลโฟซาลิซิลิกคนไม่ละลาย
 หรือกลับเพิ่มมากขึ้น, แสดงว่าในยีสสาวะ
 นั้นมีโปรตีนชนิดธรรมดาเช่นแอลบูมิน
 และโกลบูลินเป็นต้น. ในรายที่สงสัยว่าอาจ
 จะมีเย็นซ์-โจนส์โปรตีนรวมอยู่ด้วย, ก็
 ให้เอายีสสาวะไปทำอิเล็กโตรฟอริสิสบน
 กระจก. ถ้ามีเย็นซ์-โจนส์โปรตีนรวม

อยู่ด้วยก็จะได้แถบพิเศษออกไปจากแถบ
 โปรตีนธรรมดาอื่น ๆ. หากเมื่อเฝ้าหลอก
 แก้วแล้ว, ตะกอนที่ตกด้วยกรดซัลโฟซาลิ
 ซิลิกกลับละลาย แสดงว่ามีเย็นซ์ - โจนส์
 โปรตีนหรือพวกแอลบูโมส. ทดลองต่อไป
 โดยการเอายีสสาวะ ๕-๑๐ ล.ชม. ใส่กับ
 น้ำละลายอิมตัวของโซเดียมซัลไฟด์ ๑-๒
 ล.ชม. แล้วต้ม. ถ้ามีเย็นซ์-โจนส์โปร-
 เทอินจะได้ตะกอน, หากมีพวกแอลบูโมสก็
 ไม่มีตะกอนเกิดขึ้น.

บุญเรือง นิยมพร P.U., Dr. med.

ปกิณกะ

๑. จดหมายจากบรรณารักษ์

กรุงวอชิงตัน, สหรัฐอเมริกา.

วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๓

เรียน ท่านบรรณาธิการสารคดีราช

ดิฉันรู้สึกขอบคุณมากที่มีผู้กรุณาไปส่ง
ทศนามยืมและให้ของดิฉัน. ในขณะเกี่ยว
กันก็ขอประทานโทษด้วยที่เพิ่งเขียนจด-
หมายมา. ดิฉันถึงนวยอรรคเมื่อวันที่ ๑๕
พย. และได้ยืมหนังสือถึงวันที่ ๒๐ พย. ความ
จริงดิฉันตั้งใจจะอยู่ถึงเพียงวันที่ ๑๘ เท่า
นั้น, แต่เมื่อถึงวันที่ ๑๕ พย. เขาจะมีการ
ประชุมของ เมติคัล โลยรารีวี่ แอสโซซิเอ-
ชัน ของกลุ่มนวยอรรคและพลาเคิลเพย์, ผู้
ให้ทุนเขาจึงให้อยู่ต่อจนถึงวันที่ ๒๐. การ
ประชุมมีวันเดียว. ตอนเช้าเป็นการอภิปราย
เรื่อง “ผลิต การ เอกสาร อ้างอิง สำหรับนัก
อ่าน.” ตอนบ่ายเป็นการแสดงปาฐกถา
เรื่อง “หอสมุดวิทยาศาสตร์ทั่วโลก.”
ดิฉัน ออกจาก นวยอรรค บ่าย วันที่ ๒๐ โดย
เครื่องบินถึงวอชิงตันประมาณบ่าย ๒ โมง.
ได้มาพักอยู่ที่ ฮาร์ตเนลล์ ฮอลล์ ซึ่งเป็นหอ

พัก. มีอาหารให้รับประทานวันละ ๒ มื้อ
เช้าและเย็น, ยกเว้นวันอาทิตย์ต้องออกไป
หารับประทานเอง. ดิฉันได้เริ่มเข้าทำงานที่
เนชั่นแนล โลยรารีวี่ ออฟ เมติซิน ในวันที่ ๒๑
พย. ในวันแรกได้พบกับผู้อำนวยการของ
ห้องสมุด. ต่อจากนั้น คร. บร็อคแมน ซึ่ง
เป็นผู้ดูแลดิฉันทันทีพาไปพบกับผู้ช่วยผู้อำนวยการซึ่งพาไปพบ มร. ลาเชอวอฟ ซึ่งเป็น
หัวหน้าบริการ ฝ่ายเทคนิค ซึ่งดิฉันจะทำอยู่
ในแผนกนี้ตลอด เวลา ๒ เดือน ที่อยู่ที่
เนชั่นแนล โลยรารีวี่ ออฟ เมติซิน, ที่ห้อง
สมุดนี้ เขาทำงาน ๘.๓๐ ถึง ๕.๐๐ น.
วันเสาร์และวันอาทิตย์หยุด แต่อาคารใหญ่
เขาคำนวณเสาร์ค่ะ. ฉะนั้นคนที่ทำงานแผนก
หนังสืออ้างอิงและรับจ่าย จึงต้องมาทำในวัน
เสาร์. ส่วนคนงานแผนกอื่นหยุดได้.

ในส่วนใหญ่ของเวลาที่ดิฉันอยู่ที่นั่น
ทำงานที่แผนกบริการฝ่ายเทคนิคซึ่งประกอบ
ด้วยการส่งหนังสือ, การแลกเปลี่ยน, การ
ทำบัตรรายการ, การจัดหมู่หนังสือ, ซึ่งได้

ประโยชน์มาก. ในด้านการแลกเปลี่ยน
 ทัศนคติต่อกันขอหนังสือที่เขามาฝากไว้มาก,
 และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ซึ่งทางหอสมุดเขาจัก
 พิมพ์ขึ้น, นอกจากนั้นได้ขอหนังสือคัมภีร์
 การจักหมี่หนังสือให้หอสมุดเราเอง และที่
 หอสมุดอื่นต้องการ, เช่นหอสมุดกรม
 แพทย์ทหารบก, หอสมุดคณะอายุร-
 ศาสตร์วชิรเวช, หอสมุด ร.พ. กลาง,
 (คุณหมอบุณยรัตนาใจ และได้ขอให้ทัศนคติ
 ต่อให้, ซึ่งเขาได้วิพากษ์วิจารณ์การส่งมา
 ให้เมื่อคุณมาถึงทนม. คนที่ขยันขันแข็ง
 ทำงานกันดี. บางคนมาเช่ามาก, แต่กลับ
 ทร่วงเวลา. มีเวลารับประทานอาหารกลาง
 วันครึ่งชั่วโมงเท่านั้น. แต่เขามักพิมพ์
 กาแฟเช้าและบ่ายครึ่งละ ๑๕ นาที. เมื่อ
 มาถึงใหม่ ๆ ยังมีกาแฟเทอเรีย. พอวันที่
 ๑๖ ธค. เขาก็ เพราะทุกคนเขาจะรอเพื่อ
 สร้างเมืองวอชิงตันใหม่. ขณะนี้ตกเก่า ๆ
 ใน วอชิงตัน แถว ๆ แคปิตอล และ ไกล ๆ
 อนุสาวรีย์เขารอลงเพื่อปลูกใหม่. ฉะนั้น
 ตอนกลางวันจึงลำบากไม่มีอาหารกิน. ต้อง
 รับประทานแต่แซนด์วิชเท่านั้น, มีที่นอน
 อยู่ไกลต้องเดินไปไม่ต่ำกว่า ๓-๔ กิโลเมตร.
 ในเวลาที่อากาศก็ยังไม่รู้สึกเท่าใด, แต่ถ้า
 อากาศหนาว, หิมะตก, ฝนตก, ก็ลำบาก.

จึงยอมรับประทาน แซนด์วิชที่มีขนาดเล็ก ๆ
 น้อย ๆ ในตก. ที่หอสมุดไม่มีกาแฟเทอ-
 รียิ่งลำบาก. หอสมุดคนเขาจะย้ายไป
 บิเรตคาใน เดือน มิถุนายน. ที่กันเขาจะ
 รอลงเหมือนกันแต่คงอีก ๕ ปี. เมื่อหอสมุด
 ย้ายไป พิพิธภัณฑการแพทย์ จะย้าย มาอยู่
 แทน. พอดีพิมพ์ภัณฑการแพทย์เขามัก
 แสดงเกี่ยวกับระเบิดปรมาณูที่เมืองฮิโรชิมา
 และนางาซากิด้วย. มีตัวอย่างของสิ่งของที่
 ถูกระเบิด เช่นกระเบื้องหลังคามาสึก,
 แต่ไม่มากนัก.

ขณะนี้อากาศที่หนาวมาก. มี
 หิมะตกหนักเมื่อวันที่ ๑๑ ธค., ตกถึงวัน
 ทั้งคนจูงเข้าทางรถต้องประกาศหยุด
 ราชการ. พอหิมะหยุดตกอากาศก็หนาวจัด
 มาก. ปรอทลงถึง ๑๐-๑๑ ฟ. ลำบากตอน
 เวลาอรอดเมล์ไปทำงานและกลับบ้าน มาก.
 ต้องยืนตากอากาศเย็น ๆ. รอดมากแน่นอนบาง
 ที่ชนไม่ได้. แล้วไม่มีรถให้คืนด้วย. พวก
 ที่อยู่นอกเมืองมีรถให้ขยมาไม่ได้, ไร้อรถ
 เมล์กันทั้งนั้น, เลยยืนแน่นใหญ่. แต่ทัศน
 ใจคิดว่าคงเย็นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น.
 ทัศนใจมีเครื่องหนาวทำให้ความอบอุ่นได้เพียง
 พอ.

ในที่สุดก็นึกหวังว่าทุก ๆ คนทางศิริ-
ราชคงสบายดี ถ้าผู้ใดต้องการให้ฉันช่วย
ทำอะไรทางนี้ก็ได้โปรดบอกมากับ. ฉัน

ยินดีทำให้ด้วยความเต็มใจ. ฉันสบายดี.
ด้วยความนับถืออย่างสูง
อุทัย ทุตริยะโพธิ์

๒. อุตสาหกรรมยาของเยอรมัน

อุตสาหกรรมยาของเยอรมันเริ่มตั้งแต่
Sertürner นักเคมีโคคินพบและแยกมันให้
บริสุทธิ์, โดยตรวจแยกถึง ๕๗ ครั้ง. ได้
สารบริสุทธิ์มาทดลองในสัตว์และตนเอง,
ได้ผลทำให้หลับสนิท. ๕๗๗
ทั้งนี้เป็นการแยก
แอลกอฮอล์อันแรกออกมา. ต่อมาก็ค้นแยก
แอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ อีก, เช่นสทริยม-
นิน, คาเฟอีนเป็นต้น. Emmanuel Merck
เภสัชกรได้เริ่มการจำหน่ายยาให้แก่แพทย์
และเภสัชกรโดยตั้งเป็นบริษัทเมอร์ค. ต่อ
มาก็ค้นคนอื่น ๆ ดำเนินกิจการแยกเคียว
กัน, ซึ่งเป็นการตั้งต้นของอุตสาหกรรมยา
ของบริษัทใหญ่ ๆ อยู่ในทกววันนี้.

ยาส่วนใหญ่ขณะนั้นเป็นผลจากการทำ
สารเคมีให้บริสุทธิ์ เช่น แอลกอฮอล์, สบู, และพวกวัตถุสี. ยาสดใช้เป็นขนานแรกที่ได้
จากการทดลอง, เช่นแอนติพิรีนของบริษัท
เฮกซ์ท์และเฟนาซีคินของบริษัทบีเออร์.

เภสัชกรเป็นผู้เชื่อมโยงความสำคัญ
ของนักเคมีผู้ค้นคว้ายาและแพทย์ผู้ใ้ยาใน
เวลานั้น.

เมื่อมาถึงสมัยหลุยส์ ปาสเตอร์ และ
โรเบอर्ट คอชม มีการค้นพบต้นเหตุของโรค
และได้คำนึงถึงสาเหตุนำมาช่วยรักษาโรค
ด้วย, ก็ได้มีอุตสาหกรรมการผลิตใช้
ในการรักษาและป้องกันโรคคิฟิเรียและ
ยาคทะยักเกิดขึ้น. การนำซัลฟิวราซานมา
รักษาโรคซัยฟิลิสก็ได้แพร่หลายในระยะนั้น
ด้วย (๑๕๑๐). ในสมัยสงครามโลกครั้ง
แรกยาของเยอรมันนำหน้าตลาดโลกถึง
๓๐.๓ ปร. ส่วนอังกฤษ, อเมริกา, ฮอล-
แลนด์และสวิสส์เป็นรองมาโดยลำดับ. การ
ค้นคว้ายารักษาสำคัญหลายอย่างทำได้ใน
ขณะนั้นคือยารักษาโรคหลับ, บิลฮาร์ซีเอ-
ลิส, คาลา-อะซาร์, คุดทะราด, มาลาเรีย,
และยาซัลโฟเนไมค์. จนกระทั่งเป็นทกกล่าว

ในที่สุดก็นึกหวังว่าทุก ๆ คนทางศิริ-
ราชคงสบายดี ถ้าผู้ใดต้องการให้ฉันช่วย
ทำอะไรทางนี้ก็ได้โปรดบอกมากับ. ฉัน

ยินดีทำให้ด้วยความเต็มใจ. ฉันสบายดี.
ด้วยความนับถืออย่างสูง
อุทัย ทุตริยะโพธิ์

๒. อุตสาหกรรมยาของเยอรมัน

อุตสาหกรรมยาของเยอรมันเริ่มตั้งแต่
Sertürner นักเคมีโคคินพบและแยกมันให้
บริสุทธิ์, โดยตรวจแยกถึง ๕๗ ครั้ง. ได้
สารบริสุทธิ์มาทดลองในสัตว์และตนเอง,
ได้ผลทำให้หลับสนิท. ๕๗๗
ทั้งนี้เป็นการแยก
แอลกอฮอล์อันแรกออกมา. ต่อมาก็ค้นแยก
แอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ อีก, เช่นสทริยม-
นิน, คาเฟอีนเป็นต้น. Emmanuel Merck
เภสัชกรได้เริ่มการจำหน่ายยาให้แก่แพทย์
และเภสัชกรโดยตั้งเป็นบริษัทเมอร์ค. ต่อ
มาก็ค้นคนอื่น ๆ ดำเนินกิจการแยกเคียว
กัน, ซึ่งเป็นการตั้งต้นของอุตสาหกรรมยา
ของบริษัทใหญ่ ๆ อยู่ในทกวันนี้.

ยาส่วนใหญ่ขณะนั้นเป็นผลจากการทำ
สารเคมีให้บริสุทธิ์ เช่น แอลกอฮอล์, สบู่อ,
และพวกวัตถุสี. ยาลดไข้เป็นขนานแรกที่ได้
จากการทดลอง, เช่นแอนติไพรีนของบริษัท
เฮกซ์ทและเฟนาซีตินของบริษัทบีเออร์.

เภสัชกรเป็นผู้เชื่อมโยงความสำคัญ
ของนักเคมีผู้ค้นคว้ายาและแพทย์ผู้ใ้ยาใน
เวลานั้น.

เมื่อมาถึงสมัยหลุยส์ ปาสเตอร์ และ
โรเบอर्ट คอชม มีการค้นพบต้นเหตุของโรค
และได้คำนึงถึงสาเหตุนำมาช่วยรักษาโรค
ด้วย, ก็ได้มีอุตสาหกรรมการผลิตใช้
ในการรักษาและป้องกันโรคคิฟิธิเรียและ
ยาคทะยักเกิดขึ้น. การนำซัลฟิวราซานมา
รักษาโรคซัยฟิลิสก็ได้แพร่หลายในระยะนั้น
ด้วย (๑๕๑๐). ในสมัยสงครามโลกครั้ง
แรกยาของเยอรมันนำหน้าตลาดโลกถึง
๓๐.๓ ปร. ส่วนอังกฤษ, อเมริกา, ฮอล-
แลนด์และสวิสส์เป็นรองมาโดยลำดับ. การ
ค้นคว้ายารักษาสำคัญหลายอย่างทำได้ใน
ขณะนั้นคือยารักษาโรคหลับ, บิลฮาร์ซีเอ-
ลิส, คาลา-อะซาร์, คุดทะราด, มาลาเรีย,
และยาซัลโฟเนอไมด์. จนกระทั่งเป็นทกกล่าว

ว่าเยอรมันเป็น "ตลาดยารักษาโรค". เมื่อสงครามโลกครั้งที่สองเกิด, ความไม่สะดวกทุกอย่างเกิดขึ้นและเมื่อความต้องการในตลาดยารักษาโรคเพิ่มขึ้น, ประเทศอื่น ๆ จึงได้แย่งส่วนการจำหน่ายยาออกไป. จนถึงในปี ๑๙๔๘ เยอรมันจึงได้เริ่มต้นงานทางอุตสาหกรรมยาอีกจนเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในปี ๑๙๕๕ ถึง ๑๙๕๘ ปรากฏว่าตลาดยาเยอรมันมาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับอเมริกา, สวิตส์, และอังกฤษนำมาตาม

ลำดับ.

อุตสาหกรรมยาของเยอรมันเริ่มมาด้วยศักยภาพความสามารถ, การร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์, แพทย์, การผลิต, การจำหน่ายซึ่งเป็นรากฐานอันดีของอุตสาหกรรมยาและจะขยายจากตลาดในประเทศจนเป็นตลาดโลกต่อไปข้างหน้า.

(จาก O. Gerhardt, German Med. Month. 1961. 6:23-25)

พนิต อธิสุข พ.บ.

๓ เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๕)

- | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ๖๐๑. ascitic เกี่ยวกับท้องมาน | แรกเกิด |
| ๖๐๒. ascitic fluid น้ำท้องมาน | ๖๑๖. asphyxial เกี่ยวกับหายใจขัด |
| ๖๐๓. ascorbic acid กรดอัสคอร์บิก | ๖๑๗. asphyxiate ทำให้หายใจขัด, ทำให้หายใจไม่ออก |
| ๖๐๔. asepsis การกีดกันเชื้อ | ๖๑๘. aspidium อัสปีดิอัม |
| ๖๐๕. aseptic ซึ่งกีดกันเชื้อแล้ว | ๖๑๙. aspirate คูดอก, สูด (ทางจมูก) |
| ๖๐๖. asexual ไร้เพศ, ไม่เกี่ยวกับเพศ | ๖๒๐. aspiration การดูด, การสูด |
| ๖๐๗. ash เถ้า | ๖๒๑. aspiration pneumonia ปอดอักเสบเพราะการสูด |
| ๖๐๘. ashless ไม่มีเถ้า | ๖๒๒. aspirator เครื่องดูด |
| ๖๐๙. ashless filter paper กระดาษกรองชนิดเถ้าน้อย | ๖๒๓. aspirator bottle ขวดดูด |
| ๖๑๐. asomnia อาการนอนไม่หลับ | ๖๒๔. asplenia การขาดม้าม |
| ๖๑๑. aspect โฉมหน้า, ด้านหนึ่ง ๆ, แง่คิด | ๖๒๕. assay ความพยายาม, การสอบยา |
| ๖๑๒. aspermia การขาดน้ำอสุจิ | ๖๒๖. assay, biological การสอบยาคด้วยสัตว์ |
| ๖๑๓. asphygmia อาการขาดชีพจร (ชั่วคราว) | ๖๒๗. assemble รวม, ชุมนุม, จัดประกอบ (เครื่องมือ) |
| ๖๑๔. asphyxia อัสฟิซเซีย, สภาพหายใจขัด | |
| ๖๑๕. asphyxia neonatorum อาการหายใจขัด | |

ว่าเยอรมันเป็น "ตลาดยารักษาโรค". เมื่อสงครามโลกครั้งที่สองเกิด, ความไม่สะดวกทุกอย่างเกิดขึ้นและเมื่อความต้องการในตลาดยาของโรคเพิ่มขึ้น, ประเทศอื่น ๆ จึงได้แย่งส่วนการจำหน่ายยาออกไป. จนถึงในปี ๑๙๔๘ เยอรมันจึงได้เริ่มต้นงานทางอุตสาหกรรมยาอีกจนเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในปี ๑๙๕๕ ถึง ๑๙๕๘ ปรากฏว่าตลาดยาเยอรมันมาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับอเมริกา, สวิตส์, และอังกฤษนำมาตาม

ลำดับ.

อุตสาหกรรมยาของเยอรมันเริ่มมาด้วยศักยภาพความสามารถ, การร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์, แพทย์, การผลิต, การจำหน่ายซึ่งเป็นรากฐานอันดีของอุตสาหกรรมยาและจะขยายจากตลาดในประเทศจนเป็นตลาดโลกต่อไปข้างหน้า.

(จาก O. Gerhardt, German Med. Month. 1961. 6:23-25)

พนิต อธิสุข พ.บ.

๓ เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๕)

- | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ๖๐๑. ascitic เกี่ยวกับท้องมาน | แรกเกิด |
| ๖๐๒. ascitic fluid น้ำท้องมาน | ๖๑๖. asphyxial เกี่ยวกับหายใจขัด |
| ๖๐๓. ascorbic acid กรดอัสคอร์บิก | ๖๑๗. asphyxiate ทำให้หายใจขัด, ทำให้หายใจไม่ออก |
| ๖๐๔. asepsis การกีดกันเชื้อ | ๖๑๘. aspidium อัสปีดิอัม |
| ๖๐๕. aseptic ซึ่งกีดกันเชื้อแล้ว | ๖๑๙. aspirate คูดอก, สูด (ทางจมูก) |
| ๖๐๖. asexual ไร้เพศ, ไม่เกี่ยวกับเพศ | ๖๒๐. aspiration การดูด, การสูด |
| ๖๐๗. ash เถ้า | ๖๒๑. aspiration pneumonia ปอดอักเสบเพราะการสูด |
| ๖๐๘. ashless ไม่มีเถ้า | ๖๒๒. aspirator เครื่องดูด |
| ๖๐๙. ashless filter paper กระดาษกรองชนิดเฝ้าน้อย | ๖๒๓. aspirator bottle ขวดดูด |
| ๖๑๐. asomnia อาการนอนไม่หลับ | ๖๒๔. asplenia การขาดม้าม |
| ๖๑๑. aspect โฉมหน้า, ด้านหนึ่ง ๆ, แง่คิด | ๖๒๕. assay ความพยายาม, การสอบยา |
| ๖๑๒. aspermia การขาดน้ำอสุจิ | ๖๒๖. assay, biological การสอบยาคด้วยสัตว์ |
| ๖๑๓. asphygmia อาการขาดชีพจร (ชั่วคราว) | ๖๒๗. assemble รวม, ชุมนุม, จัดประกอบ (เครื่องมือ) |
| ๖๑๔. asphyxia อัสฟิซเซีย, สภาพหายใจขัด | |
| ๖๑๕. asphyxia neonatorum อาการหายใจขัด | |

๖๒๘. assign มอบหมาย, กำหนด
๖๒๙. assimilation การรวมเข้าในกาย, การสร้างในกาย
๖๓๐. assume สมมติ, กำหนดขึ้น
๖๓๑. asteroid รูปคล้ายดาว
๖๓๒. asthenia อาการขาดกำลัง, แรงแน้อย, อ่อนเพลีย
๖๓๓. asthenic มีลักษณะแรงแน้อย
๖๓๔. asthenic type ประเภทแรงแน้อย
๖๓๕. asthma โรคหืด
๖๓๖. asthma, bronchial หืดหลอดลม
๖๓๗. asthma, cardiac หืดหัวใจ
๖๓๘. asthma, dust หืดแพ้ฝุ่น
๖๓๙. asthma, food หืดแพ้อาหาร
๖๔๐. asthma, symptomatic หืดแสดงโรค
๖๔๑. asthma, true (essential) หืดแท้
๖๔๒. asthmagenic ชั่งก่อหืด
๖๔๓. asthmatic เกี่ยวกับหืด, ซึ่งเป็นหืด
๖๔๔. astigmatism อัสติγμαติสม์, การหักแสงเบี้ยว
๖๔๕. astragalus อัสตรากาลัส, กระดูกข้อเท้า
๖๔๖. astride คร่อม
๖๔๗. astringent ฝาด, สมาน, ยาสमान
๖๔๘. astrocyte อัสโตรไซต์, เซลล์รูปดาว
๖๔๙. asylum สถานสงเคราะห์ (ผู้พิการ ฯลฯ)
๖๕๐. asymptomatic ไร้อาการ
๖๕๑. asynchronous ผิดจังหวะ, ไม่พร้อมกัน
๖๕๒. asystole อะซีสโตลี, อาการบีบไม่สุด
๖๕๓. ataxia อะแทกเซีย, อาการกล้ามเนื้อไม่ร่วมงาน
๖๕๔. ataxic อะแทกซิก
๖๕๕. atelectasis อะเตเล็กเตสิส, อาการปอดยุบ
๖๕๖. atheroma อะเธอโรมา
๖๕๗. atherosclerosis อะเธอโรสเคลอโรสิส
๖๕๘. atherosclerosis อะเธอโรสิส
๖๕๙. athetosis อะเทโตสิส
๖๖๐. atyreosis อะธีร์ไอสิส, ภาวะเสื่อมธัยรอยด์
๖๖๑. athyria อะธีร์ริอา, การขาดต่อมธัยรอยด์
๖๖๒. atlas กระดูกแอตลาส, กระดูกเบ้าคอ
๖๖๓. atmosphere บรรยากาศ
๖๖๔. atom อะตอม, ปริมาณ
๖๖๕. atomic แห่งปริมาณ
๖๖๖. atomic energy พลังปริมาณ
๖๖๗. atomizer เครื่องพ่นฝอย
๖๖๘. atonic หย่อน. ไม่ตั้ง, ขาดความตั้งตัว
๖๖๙. atony ภาวะหย่อน, ภาวะขาดความตั้งตัว
๖๗๐. atopic ผิดที่, เคลื่อนจากที่
๖๗๑. atoxic ไม่เป็นพิษ, ไม่เกี่ยวกับพิษ
๖๗๒. atresia อะทรีเซีย, ลักษณะช่องไม่เปิด
๖๗๓. atresia ani ภาวะทวารหนักไม่มีช่อง
๖๗๔. atrium เอทริอัม, ห้องต้นหัวใจ
๖๗๕. atrophic เหี่ยว, ฝ่อลีบ
๖๗๖. atrophy ความเหี่ยว, ความฝ่อลีบ
๖๗๗. attachment การติด, การยึด, การเกาะ
๖๗๘. attenuate ลดพิษ, ทำให้บางเบา
๖๗๙. attenuation การลดพิษ
๖๘๐. attitude ท่าที่, ท่าทรงตัว
๖๘๑. attraction การดึงดูด
๖๘๒. attraction, chemical การดึงดูดทางเคมี
๖๘๓. attraction, sexual การดึงดูดทางเพศ
๖๘๔. attrition การเสียดถู
๖๘๕. atypical ไม่ตรงแบบ, ผิดธรรมดา
๖๘๖. audiometer ออว์ดีโอมีเตอร์, เครื่องวัดความไวของหู
๖๘๗. audition การจับเสียง, การได้ยินเสียง
๖๘๘. auditory เกี่ยวกับการฟังเสียง
๖๘๙. auditory hallucination อาการหูหลอน
๖๙๐. augmentation การขยาย, การเพิ่ม
๖๙๑. aura ออรา, อาการบอกเหตุ
๖๙๒. aural เกี่ยวกับหู, เกี่ยวกับอาการบอกเหตุ
๖๙๓. aureomycin ออโรไมซิน
๖๙๔. auric เกี่ยวกับทอง
๖๙๕. auricle ใบหู, ออริเคิล, ห้องต้นหัวใจ, ส่วนตั้ง
๖๙๖. auricular เกี่ยวกับออริเคิล, เกี่ยวกับห้องต้นหัวใจ
๖๙๗. aurinasal เกี่ยวกับหูร่วมจมูก

๖๘๘. auripuncture การเจาะเยื่อแก้วหู
 ๖๘๙. auriscope กล้องตรวจหู
 ๗๐๐. aurist โสตแพทย์, ผู้ชำนาญโรคหู
 ๗๐๑. auscultation การฟังตรวจ
 ๗๐๒. auscultatory เกี่ยวกับการฟังตรวจ
 ๗๐๓. auto- อัตโนมัต, โดยตนเอง, เอง
 ๗๐๔. auto-agglutination การจับกลุ่มตนเอง
 ๗๐๕. auto-blood เลือดตนเอง
 ๗๐๖. autoclave ออโตเคลฟว์, เครื่องนึ่งอัด
 ๗๐๗. autodiagnosis การวินิจฉัยโรคตนเอง
 ๗๐๘. autodigestion การย่อยตนเอง
 ๗๐๙. autogenous เกิดในตนเอง
 ๗๑๐. autohemolysis การทำลายเม็ดเลือดตนเอง
 ๗๑๑. autohemotransfusion การถ่ายเลือดตนเอง
 เข้าตนเอง
 ๗๑๒. auto-infection การติดเชื้อในตนเอง
 ๗๑๓. autolysis การละลายตนเอง
 ๗๑๔. automatic เป็นไปเอง, อัตโนมัต, โดยสมอง
 ไม่เกี่ยว
 ๗๑๕. autonarcosis ออโตนาร์โคซิส, การสิ้นรู้สึ
 โดยชักงตนเอง
 ๗๑๖. autonomic ออโตโนมิก, อิสระ, อัตบาล
 ๗๑๗. autonomous ซึ่งทำงานโดยอิสระ
 ๗๑๘. auto-oxidation ออโตอ็อกซิเดชัน
 ๗๑๙. autopsy การตรวจศพ
 ๗๒๐. auxiliary ช่วย, สมทบ, สำรอง
 ๗๒๑. avascular ซึ่งไร้หลอดเลือด
 ๗๒๒. average เฉลี่ย
 ๗๒๓. avertin อะเฟเวอร์ติน
 ๗๒๔. avian แห่งนก (ไก่)
 ๗๒๕. avian plague กาฬโรคนก (ไก่)
 ๗๒๖. avidity ความตะกละ
 ๗๒๗. avirulent ไม่มีพิษร้าย
 ๗๒๘. avitaminosis อะไวตะมิโนซิส, ภาวะขาด
 วิตามิน
 ๗๒๙. avulsion การฉีกขาด
 ๗๓๐. awe ความเกรงกลัว
 ๗๓๑. axilla รักแร้
 ๗๓๒. axillary แห่งรักแร้
 ๗๓๓. axillary artery เส้นเลือดแดงรักแร้
 (แอกซิลลารีรี่)
 ๗๓๔. axillary region บริเวณรักแร้
 ๗๓๕. axillary space ห้วงรักแร้
 ๗๓๖. axial ตามแกน
 ๗๓๗. axis แกน, แกนหมุน, เส้นแกน, กระดูก
 แอ็กซิส
 ๗๓๘. axis, cardiac เส้นแกนหัวใจ
 ๗๓๙. axis of heart เส้นแกนหัวใจ
 ๗๔๐. axis, neural แกนสมองไขสันหลัง
 ๗๔๑. axis, visual แกนสายตา
 ๗๔๒. axle เฟลา
 ๗๔๓. axon แอ็กซอน
 ๗๔๔. axon reflex รีเฟล็กซ์แอ็กซอน
 ๗๔๕. azote อะโซต, ไนโตรเจน
 ๗๔๖. azotemia อะโซทีเมีย
 ๗๔๗. azoturia อะโซทูเรีย
 ๗๔๘. azurophilic อะซูโรฟิลิก, ย้อมติดสีน้ำเงิน

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๓

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๓๘๘	๑,๔๑๐	๑,๕๕๒	๑,๓๘๒	๑,๖๑๑	๔๓๒	๘,๘๑๕
	เก่า	๔,๕๕๓	๒,๐๖๗	๓,๓๒๕	๒,๐๘๘	๓,๕๑๔	๘๖๗	๑๖,๔๑๕
	รวม	๖,๙๔๑	๓,๔๗๗	๔,๘๗๗	๓,๔๗๐	๕,๑๒๖	๑,๕๓๙	๒๕,๒๓๐
ใน		๒๗๔	๓๕๔	๑,๓๔๔	๑๖๑	๓๕๔	—	๒,๕๒๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๔๘๒. จักษุ ๔๕๕. สูติ-นารี ๖๒๕. รวม ๑,๖๐๒ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๔๘๗, หญิง ๔๖๕, รวม ๙๕๒. กลอดตาย, ชาย ๑๐, หญิง ๑๑, รวม ๒๑.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๖ คน (๖.๘๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๘ ราย (๓๘.๖๓ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล - ครั้ง. ข้างนอก ๔๒๒ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๓๐ ครั้ง, เจาะจาก
 วิทยุ ๓๒๕ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๗๗๗ ครั้ง

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซเรจ ๔,๑๕๒ คน, รักษาใหม่ ๗๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๐๐ ครั้ง.
 ราเดียมรักษา ๑๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๕ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย รักษาใหม่ ๑ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๐
 ครั้ง. ราดิไอโอโซโทป รักษาใหม่ ๖๒ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๘๖ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่
 ๔๐ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๓ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๓๕๖ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๘ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๖๓๒ ชิ้น. ตรวจเนื่องจากการผ่าตัด ๕๕๓
 ราย (จากภายนอก ๒๗๔ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๐ ราย. วัชเชอร์แมนและกาห์น ๒,๑๐๔.
 ตรวจซีรัมวิธีกาล ๔๔ ราย. หมู่เลือด ๒๐๓, ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๔, อุจจาระ ๑๐, บัสสาวะ ๑๗,
 เสมหะและอื่น ๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๒๒๔, อุจจาระ ๑๐๗, บัสสาวะ ๑๒๐, น้ำไขสันหลัง ๔๘,
 เสมหะและอื่น ๆ ๔๓๓. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๘. นีดส์ตัวทดลอง - เพาะเชื้อบิด ๑๕. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด
 ๓๗. การทดสอบเซ็นซิทีฟิตี ๒๓. ตรวจศพนิติเวช ๒๘. ตรวจวัตถุพยาน ๑๗. ตรวจวิเคราะห์ ๒๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๖. เจาะตับ ๔.

เจาะน้ำช่องปอด ๑๒. อัดอากาศเข้าช่องปอด ๔. อัดอากาศเข้าช่องท้อง ๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๒. นีดยาหัว
 ไป ๑,๓๘๘. นีดยาซี่ฟัส ๑๕. เบาหวาน ๕๔๗, ที.บี. คลินิก ๒๔๔.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๘๕. ถอนฟัน ๗๔๐. อุดฟัน ๒๕๒. ผ่าตัดช่องปาก ๓๘.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอเดชะ

ข่าวอนุโมทนา ผู้บริจาคทรัพย์สิน
และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่
๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ :

๑. นางสาวกัญจิรา (ฮารี) บ้านเลข
ที่ ๔๕/๓ ถนนพระราม ๔ คลองเตย
พระนคร บริจาคเงินจำนวน ๒๔,๐๐๐ บาท
เพื่อซื้อเฟอร์นิเจอร์ห้องพิเศษให้ตึกสุติกรรม
ที่สร้างใหม่.

๒. นายแพทย์ประสา โมกขะเวช บริ-
จาคเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท เพื่อซื้อ
เตียงผู้ป่วยเตียง ๒๐ เตียงให้แก่แผนกกุมาร
เวชศาสตร์.

๓. พระและนาง วิบูลย์บรรณารักษ์,
บ้านเลขที่ ๒๗๑/๖ ฉ. ซอยชัยพฤกษ์
ถนนสุขุมวิท, ท. พระโขนง, อ. พระ-
โขนง, พระนคร, บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐
บาท เพื่อตั้งเป็นทุน "พระและนางวิบูลย์
บรรณารักษ์ (ศุข-บนนาค จุลละวร), โดย
แยกเป็นสองทุน ทุนละ ๕,๐๐๐ บาท.
ทุนหนึ่งเก็บดอกผลบำรุงแผนกกายบำบัด,
และอีกทุนหนึ่งเก็บดอกผลอุดหนุนนักศึกษา
พยาบาล โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์.

๔. นายบุญทอง สันติกาญจน์, กรรมการ
การอำนวยความสะดวกวิเทศไทยประสิทธิ์ประกันภัย

และคลังสินค้า จำกัด, ได้บริจาคเงินจำนวน
๕,๐๐๐ บาท ให้เป็นทุนแก่นักศึกษาผู้ยาก
จนและเรียนดีของ มหาวิทยาลัย แพทย-
ศาสตร์.

๕. นายทอง วิชัยยะ, บ้านเลขที่
๑๐๒๒ ถนนลาดหญ้า, ท. คลองสาร,
อ. คลองสาร, อินทร์, บริจาคเงินจำนวน
๕,๐๐๐ บาท เพื่อซื้อเตียงให้ผู้ป่วยตึก
มหิตลบำเพ็ญชั้น ๒ จำนวน ๑ เตียง. ส่วน
เงินที่เหลือขอให้บำรุงโรงพยาบาล ศิริราช
อุทิศส่วนกุศลให้แก่ ร.ท. วิวัฒน์ วิชัยยะ
ผู้ล่วงลับไปแล้ว.

๖. นายกสุมาคมและสมาชิกสุมาคม
ไทยแห่งนิวยอร์ก บริจาคเงินจำนวน ๒๐๐
เหรียญอเมริกัน, คิดเป็นเงินไทย ๔,๒๐๖
บาท, เพื่อใช้ในการซื้อเครื่องอุปโภคการ
สอนในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เนื่องใน
โอกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และ
สมเด็จพระบรมราชินีนาถ เสด็จประพาส
นครนิวยอร์ก เมื่อวันที่ ๔-๗ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๐๓, เพื่อแสดงความจงรักภักดี
และโดยเสด็จพระราชกุศล.

พิธีประสาทปริญญา เนื่องในงานพิธี
ประสาทปริญญาของ มหาวิทยาลัย แพทย-

ศาสตร์ กำหนดวันพฤหัสบดี ที่ ๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมราชแพทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์ กำหนดหน้าที่ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

(๑) การรับแขก ศาสตราจารย์ น.พ. แดง กาญจนารัตน์ ประธาน, ศาสตราจารย์ น.พ. เขียว อุตยานัง, ศาสตราจารย์ น.พ. กิติ จิงเจริญ, น.พ. โรจน์ สุวรรณสิทธิ์, น.พ. สรวง เมตตियวงส์, น.พ. สนวน บุรณวงค์, น.พ. สัม คุณวิศาล, น.พ. เส็น อ อินทรสุขศรี, น.พ. บัญญัติ ปรัชญานนท์, น.พ. ประพนธ์ อาริยมิตร, น.พ. ภักดิ์ วาจนนท์, น.พ. ประสงค์ คุ้มจินดา, น.พ. ประวิทย์ หงส์ประภาส, น.พ. ม.ร.ว. พิชัยสาธิต ชุมพล, น.พ. สุพจน์ อ่างแก้ว, น.พ. ชีวะ สัมศิลา, กรรมการ. (๒) การจัดแถวรับและส่งเสด็จ ศาสตราจารย์ น.พ. ชวย เกตุสิงห์, น.พ. คำรง เพ็ชรพลาย, พ.ญ. เพท่าย ศิริการณ, ครูเจนจิรา บราวณะกุล. (๓) การเลียงนำ น.ส. สාරวย ศิริภาคย์, น.ส. ประชุม คุ้มจินดา, น.ส. เเฮอ สมบัติชัย, น.ส. สุรัตน์ หมั่นยัง, น.ส. อุษยา สว่างศิลป์, น.ส. อาริรัตน์ แสงศิริ, น.ส. จันทร์เพ็ญ

ศิริภักย์. (๔) การกระจายเสียง น.พ. คำรง เพ็ชรพลาย, น.ศ.พ. ประสิทธิ์ ศิริสมบรรณ, น.ศ.พ. เมษยน เผื่อนปฐม. (๕) หน้าทเฝ้า ข้าราชการในคณะแพทย

(๖) หน้าทรับและส่งเสด็จ นักศึกษาแพทย์, นักศึกษาและนักเรียนพยาบาล. (๗) การ จัดสถานที่ แผนกธุรการ. การแต่งกาย ข้าราชการแต่งเครื่องแบบปกติ (สวมครุย วิทยฐานะ), พยาบาลแต่งเครื่องแบบแขน ยาว, นักศึกษาและนักเรียนพยาบาลแต่ง เครื่องแบบ.

ข่าวห้องสมุด

วารสารยืมหนังสือใหม่จาก United

States Book Exchange. มรายนามดังนี้ :
(1) Canadian Journal of Public Health.
(2) Canadian Medical Association Journal.
(3) Chinese Medical Journal. (4)
Danish Medical Bulletin. (5) La France
Medicale. (6) Deutsche Medizinische
Wochenschrift. (7) Lancet. (8) Mun-
chener Medizinische Wochenschrift. (9)
Presse Medicale.

หนังสือของสมุดกรัใหม่ ระหว่างที่

บรรณารักษ์ไป ทำงานที่ แมนเชสเตอร์ โดย อารีย์ ออฟ เมคิซัน ที่ กรุง วอชิงตัน ได้ ติด ค่อ ขอ หนังสือ จาก สถาบัน แห่ง นี้ รวม ๘๖ เล่ม,

ซิง อิน เตอร์ แนชเนล เอ็กสเชนจ์ เซอร์วิส ของสถาบันสมิธโซเนียน เป็นผู้จักส่งมาให้แล้ว. ส่วนใหญ่เป็นหนังสือคอมพิวเตอร์ทำงานในห้องสมุดซึ่งรวมทั้ง ไลบรารี ออฟ คิง-เกอร์สส์, แคคเคิลอก ผู้ประพันธ์และรายชื่อเรื่องทัว ๑ ชุด, ราคา ๕๐๐ กอปลาร์, และหนังสือตำราอื่น ๆ อีก ๓๕ เล่ม.

รายชื่อหนังสือตำราใหม่ (1) Zdrodovskli & Golinevich: The rickettsial diseases. (2) Shands: Thinking and psychotherapy. (3) Davis: An introduction to psychopathology. (4) Cyriax: Textbook of orthopaedic medicine (2 vols.). (5) Brain: Clinical Neurology. (6) Flocks & Culp: Surgical Urology. (7) Alstead: Dilling's Clinical Pharmacology. (8) Corner: Prematurity. (9) Best: Physiological basis of medical practice (7th. ed., 1961). (10) DePalma: Clinical Orthopaedics. (11) Turner: General endocrinology. (12) Spiegel: Progress in neurology and psychiatry, v. 15. (13) Stokes: Clinical bacteriology. (14) Haessler: Eye signs in general diseases. (15) Bowers: Surgical gastroenterology. (16) Thorex: Surgical errors and safeguards.

แคคเคิลอก เครื่องมือที่เตรียมใหม่จาก

ท่านคณบดีคหิ: (1) Scientific Apparatus and reagents; selected for laboratories of chemistry and biology. Philadelphia, Arthur H. Thomas. 1961. (2) Turtox biological supplies 1960.

ทุนสร้างตึก “หม่อมเจ้าพูน ศรีเกษม เกษมศรี” หม่อมเจ้าพูนศรีเกษม เกษม-ศรี, อาจารย์และอดีตคณบดีคณะอักษร-ศาสตร์และวิทยาศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหา-วิทยาลัย, และรักษาการคณบดีคณะแพทย-ศาสตร์, ได้ประทานเงินส่วนตัวจำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท ถวายให้แก่คณะแพทย-ศาสตร์ฯ เป็นทุนริเริ่มสำหรับสร้างตึกคน ใช้พิเศษหนึ่งหลัง ในบริเวณโรงพยาบาล ศิริราช, ทงนเป็นอนุสรณ์ที่เหมาะสมยิ่ง ของการที่พระองค์ได้ทรงมีส่วนเกี่ยวของกับ ศิริราชพยาบาลมาเป็นเวลานาน. แม้ในรัช-สมัยนั้น, หลังจากที่ได้ทรงลาออกจากราช-การไปแล้วเป็นเวลาสามสี่ปี, ยังทรงระลึกถึงศิริราชด้วยพระเมตตาอยู่เสมอและ ประทานพระ อนุเคราะห์ที่ด้วย ประการต่าง ๆ. ทก ๆ ปี ในวันมหิดล ประทานเงินสมทบ “ทุนโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ เพื่อคน คว้าวิชาแพทย์ ในพระบรมราชูปถัมภ์” บั ละหกพันบาท. นับว่าเป็นของอุปถัมภ์ของ สถานศึกษานี้ด้วยนำพระทัยมั่นคงอย่างยิ่ง. นอกจากประการอื่น ๆ แล้ว พระกรุณาก็ท สำคัญยิ่ง ประการหนึ่ง คือการที่ ได้ทรงร่วม คึกคักเสด็จในกรมพระยาชัยนาท ๓ ทาทาง ไน้มน้าวสมเด็จพระราชบิดา ให้หันมาสน

พระทัยกับโรงเรียนแพทย์จนได้ประทานพระ
 อนุเคราะห์เป็นเอกประการ. นับว่าท่าน
 อดิศักดิ์ พระอาจารย์ พระองค์นี้ ทรง มี พระคุณ
 อย่างยิ่งแก่ชาวศิริราชทุกคนแม้ในปัจจุบัน
 นี้. เราหวังว่าข่าวประทานเงินทุนสร้างตึก
 คนใช้นี้ จะ ช่วย กระตุ้นเตือนให้บรรดาศิษย์
 ของพระองค์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เรียน
 สำเร็จจากโรงเรียนเซนต์สิริฯ, ได้ยินดี
 บริจาคเงินสมทบทุนนี้, ซึ่งจะได้ผลสองต่อ,
 คือได้สนองพระคุณอดิศักดิ์พระอาจารย์ และได้
 ทำประโยชน์ให้แก่ศิริราชด้วย. เงินสมทบ
 ทุนนี้ ส่ง ให้ ที่ นายแพทย์ผู้ อำนวยการ หรือ
 คณะบดี.

อบรม ขึ้น แผนก กาย วิชา ศาสตร์ ได้
 เปิด การ อบรม เทคนิค ทาง จลทัศน์ โดยมี
 ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนก และ อาจารย์บาง
 ท่านของแผนกเป็นผู้อบรม. การอบรมเริ่ม
 ตั้งแต่วันที่ ๓ เมษายน, และกินเวลาราว ๒
 สัปดาห์. มีการบรรยายระหว่าง ๘.๐๐—
 ๑๐.๓๐ น. การปฏิบัติในคอนย่ายทุกวัน
 ราชการ.

การอบรมนี้เปิดสำหรับอาจารย์, แพทย์,
 พนักงานวิทยาศาสตร์และผู้สนใจ.

ไปประชุมต่างประเทศ ศาสตราจารย์
 น.พ. อุดม โปษะภฤณะ, หัวหน้าแผนก
 วิชาศัลยศาสตร์, ได้เดินทางไปประชุม
 เกี่ยวกับ ก๊าซ ไตรเอธิลเอทโรโลยี ณ กรุง
 โตเกียวประเทศญี่ปุ่น, พร้อมกับ น.พ. วิจิ
 วรรณวิทย์, อาจารย์ประจำแผนกอายุร-
 ศาสตร์, เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.
 ๒๕๐๕. เสร็จการประชุมแล้วท่าน
 ศาสตราจารย์ จะ แวะ งาน ทาง ศัลยกรรม
 ทามคลินิกที่มชอบางแห่งด้วย.

ไปศึกษาต่อ ๑. น.พ. ม.ร.ว. วิวัฒน์
 ทวีวงศ์แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้เดิน
 ทาง ไป ศึกษาต่อ ณ ประเทศ ออสเตรเลีย
 เมื่อวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๕. ใน
 โอกาสนี้ แผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้จัดการ
 เลี้ยงอาหารส่ง เพื่ออำนวยความสะดวกและความ
 สวัสดิ์. ๒. พ.ญ. พัชรา วิสฤกษ์แห่งแผนก
 สรีรวิทยาได้เดินทางไปศึกษาวิชาเอ็นโดคริ
 โนโลยี ณ ประเทศ อังกฤษ ด้วย ทุน แผน
 การโคลัมโบ, ออกเดินทางโดยเครื่องบิน
 เมื่อวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๕. แผนก
 สรีรวิทยาได้ จัด เลี้ยง อาหาร ส่ง เป็น การ
 อำนวยความสะดวกและความสวัสดิ์ดังเคยปฏิบัติมา.

อาจารย์ย้าย พ.ญ. ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล, อาจารย์ประจำแผนกสตรีวิทยา, ได้โอนไปรับราชการในคณะอายุรศาสตร์เขตรอน ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔. เห็นท้วงกันว่า จักเป็นกำลัง

สำคัญของคณะซึ่งเพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่.

บรรจุใหม่ พ.ญ. สุวรรณา จารุนาคร ได้รับการบรรจุเข้าทำงานในแผนกสตรีวิทยาตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔.

ข่าวพยาบาล

พระราชทานอนุปริญญา ในวันอังคารที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา ๑๕ น. สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จมาพระราชทานอนุปริญญาแก่พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจำนวน ๑๖ คน ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. นับเป็นพระมหากษัตริย์องค์หนึ่ง. ได้พระราชทานรางวัลแก่ผู้ที่ได้ ๑ ตลอดหลักสูตร (น.ส. สุมาลี พรทวาคมน์) และผู้ที่ได้ ๒ (น.ส. แหวนก อุตโท) และรางวัลขยันหมั่นเพียรอีก ๒๒ ราย. หลังจากนั้นมีการเลี้ยงนาคาในอาคารที่สร้างใหม่ของโรงพยาบาลฯ. เหตุการณ์ดำเนินไปโดยเรียบร้อย.

หญิง ทำการสมรสกับนายธรรมณูจิวัตลักษณ์ ณ บ้านเลขที่ ๔๘๕ ถนนราชวิถี ในวันอาทิตย์ที่ ๓๐ เมษายน เวลา ๑๖.๐๐ น. น.ส. สุชาคา วิไลพร พยาบาล ป.ก. ตกจักษุเด็ก ทำการสมรสกับนายแพทย์สุรเสวี ปรทะวานิช ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในวันอาทิตย์ที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา ๑๖.๐๐ น. น.ส. สุภา ปานสุวรรณ หัวหน้าคนแลสุขภาพ พยาบาล ได้ทำการสมรสกับ ร.ต.ท. เขมสอย เหลือง เมอวนศิริ ที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ ณ สโมสรนายทหารบก จังหวัดเพชรบุรี.

สมรส น.ส. สุมล เมืองแมน พยาบาล ป.ก. แผนก ตรวจ รักษา ผู้ป่วย นอก อายุรศาสตร์

ลาออก มีพยาบาลลาออกจากหน้าทรา-

อาจารย์ย้าย พ.ญ. ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล, อาจารย์ประจำแผนกสตรีวิทยา, ได้โอนไปรับราชการในคณะอายุรศาสตร์เขตรอน ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔. เห็นท้วงกันว่า จักเป็นกำลัง

สำคัญของคณะซึ่งเพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่.

บรรจุใหม่ พ.ญ. สุวรรณา جارุนาคกร ได้รับการบรรจุเข้าทำงานในแผนกสตรีวิทยาตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔.

ข่าวพยาบาล

พระราชทานอนุปริญญา ในวันอังคารที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา ๑๕ น. สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จมาพระราชทานอนุปริญญาแก่พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจำนวน ๑๖ คน ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. นับเป็นพระมหากษัตริย์องค์หนึ่ง. ได้พระราชทานรางวัลแก่ผู้ที่ได้ ๑ ตลอดหลักสูตร (น.ส. สุมาลี พรทวาคมน์) และผู้ที่ได้ ๒ (น.ส. แหวนก อุตโท) และรางวัล ขยันหมั่นเพียรอีก ๒๒ ราย. หลังจากนั้นมีการเลี้ยงนาคาในอาคารที่สร้างใหม่ของโรงพยาบาลฯ. เหตุการณ์ดำเนินไปโดยเรียบร้อย.

หญิง ทำการสมรสกับนายธรรมมณูจิวัตลักษณ์ ณ บ้านเลขที่ ๔๘๕ ถนนราชวิถี ในวันอาทิตย์ ที่ ๓๐ เมษายน เวลา ๑๖.๐๐ น. น.ส. สุชาคา วิไลพร พยาบาล ป.ก. ตกจักษุเด็ก ทำการสมรสกับนายแพทย์สุรเสวี ปรทะวานิช ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในวันอาทิตย์ ที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา ๑๖.๐๐ น. น.ส. สุภา ปานสุวรรณ หัวหน้าคนแลสุขภาพ พยาบาล ได้ทำการสมรสกับ ร.ต.ท. เขมสอย เหลือง เมอวนศิริ ที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๔ ณ สโมสร นายทหารบก จังหวัดเพชรบุรี.

สมรส น.ส. สุมล เมืองแมน พยาบาล ป.ก. แผนก ตรวจ รักษา ผู้ป่วย นอก อายุรศาสตร์

ลาออก มีพยาบาลลาออกจากหน้าทรา-

การ คช: ๑. น.ส. ระเบียบ วรสุขัง, แผนกกรมารเวชศาสตร์. ๔. น.ส. การวรรณ
 ๒. น.ส. นงนุช เกรษฐสิน, และ ๓. นิมพลี แห่งคึกคึกกรรม. ทรงตงแควนท
 น.ส. มณฑิยา ขันวณผล ประจำคึกคึกข่วย ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ เป็นคั่นไป.

ศิษย์เก่า

สมทบทุน ทน “ศิษย์ศิริราชกตเวที” ในปัจจุบันมีจำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท.
 ได้รับบริจาคเงินเพิ่มเติมจาก น.พ. จำเนียร เป็นที่คาดหมายว่า ทน “ศิษย์ศิริราช
 รัชเฝ้า, น.พ. เกิด ชนชาติ และผู้ไม่ กตเวที” นี้ จะเป็นทุนสำคัญอีกทุนหนึ่งใน
 ประสงค์ออกนามรายละเอียด ๑๐๐ บาท. ทน อนาคตอันไกล.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

การ คช: ๑. น.ส. ระเบียบ วรสุขัง, แผนกกรมารเวชศาสตร์. ๔. น.ส. การวรรณ
๒. น.ส. นงนุช เกรษฐ์สิน, และ ๓. นิมพลี แห่งคึกคึกกรรม. ทรงตงแควนท
น.ส. มณฑะไชย ขันวบผล ประจำคึกคึกข่วย ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ เป็นคั่นไป.

ศิษย์เก่า

สมทบทุน ทน “ศิษย์ศิริราชกตเวที” ในปัจจุบันมีจำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท.
ได้รับบริจาคเงินเพิ่มเติมจาก น.พ. จำเนียร เป็นที่คาดหมายว่า ทน “ศิษย์ศิริราช
รักษเฝ้า, น.พ. เกิด ชนชาติ และผู้ไม่ กตเวที” นี้ จะเป็นทุนสำคัญอีกทุนหนึ่งใน
ประสงค์ออกนามรายละเอียด ๑๐๐ บาท. ทน อนาคตอันไกล.

การส่งเงินค่าบำรุง

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