



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ปีที่ ๑๓, ฉบับที่ ๗, กรกฎาคม ๒๕๐๔

Volume 13, Number 7, July 1961.

### การจัดเรียงชื่อและนามสกุลโดยใช้รหัส\*

การถอดรหัสสากลภาษาอังกฤษเขานเด็กซ์โค้ดออกเป็นภาษาไทย

กฤษทล สุนทรเวช พ.บ., M.Sc. (Med.) Penn.

(แผนกรังสีวิทยา, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสลมรสต์)



ในประเทศที่เจริญแล้วย่อมมีบริการหลายชนิดที่ความจำเป็นต้องเกยเรื่องราวหรือประวัติของคนจำนวนมาก ๆ ไว้ร่วมกันในลักษณะที่เรียงกันอย่างเป็นระเบียบ, คือสามารถจะค้นหาและหยิบมาใช้ได้อย่างแน่นอนและในเวลาอันสั้นที่สุด. ยกตัวอย่างเช่นกรมตรวจคนเข้าเมือง ต้องมีบัญชีประวัติคนต่างต่างทุกคน, กรมตำรวจต้องมีทะเบียนคนร้ายหรือผู้มีความประพฤติน่าสนใจ, กองทะเบียนต้องมีทะเบียนยานพาหนะ, ทะเบียนไปรษณีย์, อำเภอต้องมี

เรื่องย่อ สุนทรเวช, กฤษทล. การจัดเรียงชื่อและนามสกุลโดยใช้รหัส. การถอดรหัสสากลภาษาอังกฤษเขานเด็กซ์โค้ดออกเป็นภาษาไทย. สารศิริราช ๒๕๐๔ (๑๕๖๑), ๑๓ : ๓๕๓-๓๕๘. การทำทะเบียนหรือการรวบรวมชื่อความรู้และข้อมูลต่าง ๆ มีความสำคัญสำหรับหน่วยงานที่ทำการติดต่อกับคนจำนวนมาก, เช่นโรงพยาบาล. กรมตำรวจ. ฯลฯ. การจัดระบบโดยอาศัยชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้องเองเป็นวิธีที่ง่าย, เพราะทุกคนย่อมจำชื่อของตนได้. แต่การจัดเข้าลำดับโดยอาศัยอักษรนำชื่ออักษรเดียวกันไม่เพียงพอสำหรับคนจำนวนมาก ๆ, เพราะย่อมจะมีซ้ำกันจนแยกไม่ไหว. ในต่างประเทศมีการวางระบบ "เขานเด็กซ์ โค้ด" ขึ้นเพื่อความสะดวกในข้อนี้. โดยจัดแบ่งอักษรเป็นหมู่. ใช้ตัวเลขแทนอักษรและมีวิธีเรียง, วิธีค้นหาแน่นอน. ทำให้บังเกิดความรวดเร็วในการเรียงลำดับและการจัดหารายการที่ประสงค์. ผู้เสนอรายงานนี้ได้นำหลักการของวิธีเขานเด็กซ์มาปรับปรุงเข้ากับอักษรไทย. ทั้งนี้โดยคำนึงถึงอักษรวิธีและขนบธรรมเนียมของไทยในการใช้คำหน้านาม. เช่นเกี่ยวกับบรรดาศักดิ์, ด้วย.

\* เพิ่มเติมจากที่บรรยายในที่ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๔.

ทะเบียนสำมะโนครัว, กรมทศนต้องม  
 ทะเบียนผู้ถือโฉนด, และโรงพยาบาลต้อง  
 มีทะเบียนประวัติผู้ช่วย. เมื่อมีผู้มาติดต่อ  
 กบสสถานทดงกลาง, เจ้าหน้าที่จะทำ  
 เรืองราวชน. เรืองราวเหล่านี้เมื่อมีจำนวน  
 ผู้มาติดต่อมาก ๆ แล้ว, เจ้าหน้าที่จะจัด  
 เรืองชน. ส่วนมากจะให้เลขที่ประจำเรือง  
 ราวนั้น ๆ ตามที่เรียกกันว่าเลขลำดับ (run-  
 ning number). เมื่อใดต้องการหาเรือง  
 ราวเพื่อประโยชน์ใด ๆ ก็ตาม, ก็จะไปค้น  
 หาโดยใช้ดจากเลขลำดับของเรือง. ถ้า  
 ู้ไม่รู้เลขลำดับ ก็จะทำให้ การหา เรือง หรือ  
 ประวัติคนนั้นทำได้ยาก หรือทำไม่สำเร็จเอาที่  
 เดียว. โรงพยาบาลต้องออกบัตรแข่งให้ผู้  
 ู้ช่วยถือไว้. ในบัตรมีเลขลำดับไว้ด้วย. พอ  
 มาตรวจใหม่ก็เอา เลขลำดับใน บัตรแข่งไป  
 หายบัตรประวัติ. ถ้าผู้ช่วยทำบัตรแข่งหาย,  
 ก็ไม่มีทางจะไปค้นหายบัตรประวัติหนึ่งใบจาก  
 จำนวนเขนแสน ๆ ใบได้เพราะไม่มีเลขลำดับ.  
 ฉะนั้นการจัดหายบัตรประวัติด้วยเลขลำดับ  
 จึงมีผลเสียตงน. การแก้ปัญหานั้นคนคือ  
 จัดเรียง บัตรประวัติโดยอาศัยชื่อ และ นาม  
 สกฤ, เพราะทุกคนย่อมจำชื่อและนาม  
 สกฤของตนเองได้. แม้บัตรแข่งหายก็หา  
 บัตรประวัติได้เสมอ. อย่างไรก็ตาม, ถ้าจะ

เรียงชื่อโดยใช้อักษรนำหน้าชื่ออย่างเดยว,  
 อักษรมี ๔๔ ตัว, ถ้าเฉลี่ยก็จะมีคนชื่อ  
 อักษรเดยวกันหลายพันคนต่อย. การหา  
 บัตรหนึ่งใบในจำนวนหลายพันใบ, คือพวก  
 ที่มีอักษรนำตัวเดยวกัน, ก็เป็นการเสีย  
 เวลามาก. จึงได้เกิดระบบ SOUNDEX  
 CODE นั้นขึ้น, โดยการจัดเรียงอักษรออก  
 เย็น ๖ หมู่และมี รหัสเรียง และ รหัสคนทีแน  
 นอน, ทำให้การทำบัตรประวัติเป็นไปได้  
 ง่ายและรวดเร็ว. ผู้รายงานใคร่ขอเสนอ  
 การปรับวิธีนชากภาษาไทย ดังต่อไปนี้.

### การแบ่งหมู่อักษร

การแบ่งอักษรออกเป็นเลขรหัส ๖ หมู่  
 เป็นไปดังต่อไปนี้:

- หมู่ที่ ๑. ก ข ค ง จ  
 หมู่ที่ ๒. ม ว ศ ษ ส  
 หมู่ที่ ๓. ฉ ช ซ ห อ ฮ ฌ  
 หมู่ที่ ๔. ฉ ช น ณ ล พ ร ฤ  
 หมู่ที่ ๕. ด ต ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ถ ท ษ  
 หมู่ที่ ๖. บ ป ผ ฝ พ ฟ ภ

### กฎเกณฑ์ในการจัดเรียงรหัส

๑. จัดแบ่ง จำนวนบัตร ออกเป็น ๔๓  
 พวก, โดยมีลนชกใส่บัตรอย่างน้อย ๔๓  
 ลนชก. ใช้อักษรตัวที่ ๑ ของนามสกฤ  
 เป็นรหัสแบ่งพวกใส่ลนชก. ตัวอย่างเช่น

“ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตสิงห์”  
จะมบทรเรียงอยู่ในลินซิก “ก”.

๒. ผู้บวรคาคกก, ไซ้จ้กระหฬโดย  
อาคัยชอเคิมและนามสกกเคิม. ตัวอย่าง  
เช่น “ศาสตราจารย์ หลวงพิณพากย์พิทยา  
ภท” จักระหฬโดยไซ้นามเคิมว่า ศจ.  
นายแพทย์พิณ เมืองแมน, ซังจะมบทรอย  
ในลินซิก “ม”.

๓. ผู้สมคคกคหรือชอเมอเขนภกษ,  
จักระหฬโดย อาคัย ชอเคิม และ นามสกก  
เคิม.

๔. ถามชอทงภาษาต่าประเทศ และ  
ภาษาไทย, ไซ้ภาษาไทย.

๕. ถ่าไม่มีชอไทย, ไซ้เขยนทบคัพท  
อย่างไกลเคียงทสคแล้วจักระหฬตามอักษร  
ไทยทเขยนทบคัพทนน.

๖. หาระหฬศวอักษรท ๒, ๓ และ ๔  
ของนามสกก เพื่อไซ้แย่งหม่ออยในลินซิก  
โดยไซ้อักษรและระหฬทง ๖ หม่อ. ตัวอย่าง  
เช่นพอกนามสกก “สุนทรเวช” ทกคนจะ  
มีระหฬว่า “ส ๔๕๔”. บัทรของพอกท  
ไซ้นามสกลนทงหมทจะอยในชอองท ๔๕๔  
ของลินซิก “ส”.

ระหฬ ๔๕๔ ไค้มาจาก:  
“น”, อักษรทวท ๒, ระหฬอยใน

หมท ๔.

“ท”, อักษรทวท ๓, ระหฬอยใน  
หมท ๕.

“ว”, อักษรทวท ๔, ระหฬอยใน  
หมท ๔.

ในท่าองเคียวกัน, พอกนามสกก  
“สุวรรณศท” ทกคนจะมีระหฬว่า “ส  
๒๔๔”, คออยในชอองท ๒๔๔ ของลิน  
ซิก “ส”.

๗. เพื่อให้มีการกระจายของระหฬอย่าง  
คิ, โดยเฉพาในค่ายาว ๆ ทมีรากคัพท  
ไกลเคียงกัน, ถ่าหาระหฬไค้เลขซ่ากันสอง  
ค้วให้รวเข่าเป็นค้วเคียว, เช่นค่าว่า  
“บรรหาร”, บ ๔๔๓, รว ๔ สองค้ว  
เสยเขน บ ๔๓. แล้วหาระหฬค้วค้อไป  
ให้ครว ๓ ค้ว. ถ่าไม่ครวให้เคิม ๐.  
เพราะฉนน “บรรหาร” จึงมีระหฬเขน  
บ ๔๓๔. ท่าองเคียวกัน “สมคคค”,  
ส ๒๒๑, รวและเคิมเป็น ส ๒๑๕. ผล  
คิของวคินทจะตามมาอีกค้อท่าให้ค่าขางค่า  
ทสกกคไค้สองอย่างมามีระหฬตรงกันค้ว.  
ตัวอย่างเช่นค่าว่า “อิสระ” มีระหฬ อ  
๒๔๐. บางคนเขยน “อิสระ”, อ ๒๔๐  
ตรงกัย “อิสระ”. ซ่อนท่าให้โอกาสท  
จะหาระหฬคิโดยการสกกคต่ากัน, มี

น้อยลง.

๘. แต่ละช่องในลึนชักเหล่านั้ยงแบ่งไ้ละเอียตกลงไปอีกเป็น “ช่องเล็ก” เพราะคนนามสกุลเกิดวณ หรือ โกลเคยงกนเมอจิด ะหสิ์ แลวจะ มาอยู่ใ้ใน ช่อง เลขเคยงกน, จึงใช้ “ช่องเล็ก” แบ่งละเอียตกลงไปอีก, โดยอาศัยอักษรสองตัวหน้าของชอทวหรือชอคนเป็นหลัก.

ตัวอย่างเช่น “นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ” กับ “นายแพทย์ร่วมไทรรุวรรณิก” หาระหสิ์ไ้ ส ๒๔๔ ทงค้. จึงต้องแบ่งย่อยลงไปอีกโดยหาระหสิ์ของชอคนอก ๒ ทว, คอทวท ๑ และท ๒. ชอ “โรจน์” ร = ๔ ; จ = ๑, ะหสิ์ชอคนคอ ๔๑ ของช่องท ๒๔๔ ของลึนชัก “ส”. ชอ “ร่วมไทรรุ” ร = ๔ ; ม = ๒, ะหสิ์ชอคนคอ ๔๒ ของช่องท ๒๔๔ ของลึนชัก “ส”.

๙. ถ้าอักษรของนามสกุลมีไม่ครบ ๔ ทว, ใช้เติมเลข ๐ จนกว่าะหสิ์จะครบ ๔. เช่น “นายปู้ แซ่ตัน” ะหสิ์นามสกุล “ค ๔๐๐”, “นายปู้ แซ่หยก” ะหสิ์นามสกุล “ท ๔๑๐”.

๑๐. ถ้าอักษรชอคนมีไม่ครบ ๒ ทว ใช้เติมสุญจนครบ ๒, เช่น “นายปู้” ะหสิ์

ชอคนเป็น “๖๐”; “นายมา” ะหสิ์ชอคนเป็น “๒๐”

๑๑. ถ้าชอต่างประเทศที่ใช่ทบคัพท มีชอกลางควย, ใช้คคชอกลางออกเสย. ตัวอย่างเช่น “Dr. Eugene Percival Pendergrass”, “นายแพทย์ยูน เพอร์ชิวาลเพ็นเคอรักราสส์”.

ะหสิ์นามสกุล “พ ๔๕๓”.  
ะหสิ์ชอคน “๔๑”.

แต่ถ้าจะไ้คทสุคควรมระบบภาษายังกฤษ ควยไป ด้วยโดยใช้ ะหสิ์ “เซานเคกซ์” ดังเคม.

๑๒. ถ้าจำนวนรายชอทงหมคมีมาก, เช่นเกยวกับสำมะโนควว, ก็สามารถจะแกไขะหสิ์ให้ละเอียคขนไปอีกไ้. เช่นจิดะหสิ์ชอคนเพิ่มเป็น ๓ ทว, ๔ ทว, หรือจิดะหสิ์นามสกุลเพิ่มเป็น ๔ ทว, ๕ ทว เป็นต้น.

๑๓. ผู้ที่ไม่มีนามสกุล, ใช้ชอคนหาระหสิ์แทนนามสกุล ๔ ทว, และใช้อักษรทวท ๕, ๖ หาระหสิ์แทนทวท ๑ และท ๒ ของชอคน. ถ้ามีไม่พอใช้เลข ๐ แทนจนครบ, ตัวอย่างเช่น “นายแอสมิโน” ใช้ะหสิ์ “อ ๒๔๐,๐๐”.

๑๔. ผู้ที่ไม่ต้องใช้นามสกุล, เช่น

นางนายตงแต่จนพระองค์เจ้าขึ้นไป, ไซซอ  
เต็มเรียงรหัสเหมือนนกยผุทไมมนามสกุล.

๑๕. สัตว์ที่แต่งงานแล้วหรือเป็น  
หม้ายด้วยประการใด ๆ, ใช้นามสกุลที่  
เปลี่ยนไปตามกฎหมายเป็นเครื่องหมายรหัส.

โครงการจัดดำเนินงาน อาจทำได้ดังต่อไปนี้, โดยสังเขป.

๑. พนักงาน

๑. ต้องมีพนักงานที่มีความรู้พอเข้าใจ  
รหัสสำหรับเขียนชื่อ, นามสกุล, ลงบัตร,  
และหารหัสเพื่อนำบัตรใส่ลิ้นชักให้ถูกที่,  
และค้นหาบัตรได้ตามระบบเมื่อรหัสและนาม  
สกุล.

๒. ต้องมีพนักงานเขียนหรือพิมพ์ค  
ภาษาไทย, เพื่อพิมพ์เลขลำดับ, ชื่อ, และ  
นามสกุล, ตลอดจนวันทลงนบัตร.

๒. เครื่องใช้

เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับตงตงต่อไปนี้:

- ๑. พิมพ์คภาษาไทย ๑ เครื่อง
- ๒. ตู้เก็บบัตรกรรชนขนาด ๓" x ๕",  
เรียงเป็นลิ้นชักเล็กๆ ๔๓ ลิ้นชักหรือมาก  
กว่า, เรียงลำดับ "ก" ถึง "ฤ".

- ๓. บัตรขนาด ๓" x ๕" จำนวนมาก
- ๔. เครื่องเขียน
- ๕. เครื่องพิมพ์เลขที่ชนิกอคัตโนมิติ  
(พิมพ์เลขลำดับชนิก ๖ หลัก).
- ๖. เครื่องพิมพ์วนท

๓. สถานที่และวัสดุ.

ในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทย-  
ศาสตร์และศิริราชพยาบาลเมื่อ ๑๗ กพ.  
๒๕๐๔ ท่านคณบดี, ศาสตราจารย์ นาย  
แพทย์ชัชวาล โอสถานนท์, แนะนำให้  
เริ่มทดลองชนแรกกยผู้ช่วยในแผนกรังสี  
วิทยาของโรงพยาบาลศิริราชก่อน. ถ้าเป็น  
ผลดีจึงจะได้นำไปใช้กับบัตรผู้ช่วยนอกของ  
โรงพยาบาลต่อไป, ทั้งนี้โดยความอนุ  
เคราะห์ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์  
อำนาจ เสมอรุต หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา.

๔. การดำเนินงาน

๑) เมื่อเริ่มมีพนักงานและของใช้ครบ  
และได้รออนุมัติจากหัวหน้าแผนกแล้ว, จะ  
ได้เปิดการอบรมบรรดาพนักงานและผู้เกี่ยวข้อง,  
เช่นแพทย์และพยาบาลในแผนก, ให้  
เข้าใจจุดและคนบัตรตามระบบ.

๒) เริ่มโครงการ ๑ ปี. ทำบัตรแก่  
ผู้ช่วยทุกคนของแผนกรังสีวิทยาเป็นเวลา ๑  
ปี.



(Summary of the preceding Article)

A CODE SYSTEM FOR THE INDEXING OF NAMES  
An Adaptation of the "Soundex Code" for the Use of Thai Names

Kundala Sundaravej, M.B., M.Sc. (Med.) Penn.  
(Dept. of Roentgenology)

---

This is an adaptation of the well known "Soundex Code" indexing system for use with Thai names. Particular difficulties are encountered in connection with the existence of forty-four consonants in the Thai alphabet, the often complicated spelling of proper names, and the use of various titles. The author hopes to overcome these by

a practical grouping of the consonants and the introduction of several original rules regarding the substitution of code numbers and the deletion of some repeating characters. He hopes to prove the efficiency of his adaptation by actual trial in his own department in the immediate future.

---

# บันทึกคนไข้ศัลยกรรม

รายที่ ๒

พระ ลืมศิลา พ.บ.

(ผู้บันทึก)

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปษะกฤษณะ)

วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๐๔.

ประธาน ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม  
ไปษะกฤษณะ

คนไข้ เลขที่คนไข้ทั่วไป ๑๐๗๔๒๔.๐๓,  
ภายใน ๒๘๑๘๖.๐๓.

รับไว้ใน แผนกอายุรศาสตร์ ๑๕ พย.  
๒๕๐๓, แผนกศัลยศาสตร์ ๘ ธค.  
๒๕๐๓.

ผ่าตัด ๑๔ ธค. ๒๕๐๓ (นายแพทย์  
ม.ร.ว. กัลยาณกิต กิตติยากร)

ผู้ป่วยชายไทย, อายุ ๔๕ ปี. รับไว้ใน  
ในแผนกอายุรศาสตร์ด้วยโรคไต. ได้  
รับการรักษาอยู่ในแผนกอายุรศาสตร์ ๒๓  
วัน. วินิจฉัยว่าเป็น "ไตช้ำเพราะอุดตัน"  
และสงสัยย่นวนาค, จึงย้ายมาแผนกศัลย-  
ศาสตร์.

ประวัติปัจจุบัน หายก่อนมาโรงพยาบาล  
มีไข้เป็นๆ หายๆ. บางคราวหนาวสั่นด้วย.

เป็นครั้งละสองสามวันแล้วหายไปเอง. หนึ่ง  
ปีต่อมาแน่นในท้อง. บางคราวปวดท้อง  
บริเวณยอดอกและส่วนบนขวา. พร้อมกัน  
หน้าเริ่มเหลือง, แต่ว่าเป็นชั่วคราว.  
สังเกตว่าตาเหลือง กับ ปวด แน่น ท้อง มัก  
พร้อมๆ กัน. ขณะเดียวกันปัสสาวะก็  
เหลืองด้วย. เคยมีอาการเพียงครั้งเดียว.  
มีอาการเช่นนี้มากเป็นครั้งคราวอยู่ถึง ๓ ปี.  
หนึ่งปีก่อนมาโรงพยาบาลอาการดีขึ้นเพิ่ม  
ขึ้นเรื่อยๆ. อจจาระชด. ปัสสาวะสี  
เหลืองเข้ม. มีไข้เป็นครั้งคราว.

ประวัติอดีต คัดมาตั้งแต่หนุ่มๆ,  
กว่าสิบปีแล้ว. คัดมาประมาณครึ่งขวด  
บางวันถึงขวด. เลิกมาได้ห้าหกปี. เคย  
ถ่ายอจจาระมีพยาธิ แขนงๆ ออกสองสาม  
ครั้ง. ไม่เคยอาเจียนเป็นเลือด. ไม่เคย  
ถ่ายอจจาระเป็นสีน้ำตาล.

การตรวจร่างกายแรกพบ ค่อนข้างผอม,  
เหลือง, ชดมาก. ไม่มีสไปเตอร์เองจีไอ

มา. ไม่มีฝนแกงที่ฝ่ามือ. คับโตกล้าได้  
สองนิ้วที่โตชายโครง, หนึ่งฝ่ามือที่โตลิ้น  
ขี้, ขอบมน, แข็ง, ผิวเรียบ, กดไม่เจ็บ,  
น้ำมันดำไม่ไ้, ปอดและหัวใจปรกติ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกรับ  
เลือด, ฮบ. ๕ ก.ปช., ม.ล.ก. ๓.๐๘ ล้าน,  
ม.ล.ข. ๕๕๕๐, โปเลีย. ๖๒ปช., ลิ้มโฟ.  
๓๒ ปช., โมโน. ๖ ปช., บัสสวาระ  
ไม่พบวัตถุอันตราย. อูจจาระ สีช้ำ, ไม่

แสดงสิ่งผิดปกติอื่น ๆ. เคมีเลือด (๘ พย.  
๒๕๐๓), เอ็น.พี.เอ็น. ๓๕.๗ มก.ปช.,  
เครอَاتินีน ๑.๖ มก. ปช., น้ำตาล  
๑๕๖ มก. ปช., แอลบูมิน ๔.๑ ปช.,  
โกลบูลิน ๔.๕ ปช., เคมีเลือด (๘ ธค.  
๒๕๐๓) เอ็น.พี.เอ็น. ๓๗.๕ มก.ปช.,  
เครอَاتินีน ๑.๓ มก. ปช., น้ำตาล ๘๓  
มก.ปช. แอลบูมิน ๓.๖ ปช., โกลบูลิน  
๑.๓ ปช.

การทดสอบหน้าที่ตับ

	๒๑ พย. ๐๓	๓๐ พย. ๐๓	๗ ธค. ๐๓	๒๗ ธค. ๐๓	๕ มก. ๐๔
ซี.ซี. เอฟ.	ลบ	ลบ	ลบ	ลบ	ลบ
ที.ที.	๑.๐	๑.๐	๑.๐	๓.๐	๑.๐
ซิงค์เทิสต์	๑๐.๐	๘.๐	๑๓.๐	๑๐.๐	๑๔.๐
ไอโอดีนเทิสต์	ลบ	ลบ	ลบ	๑ +	ลบ
แวนเดินเบอร์ก ๑ นาที มก.ปช.	๑.๕๐	๑.๑๐	๓.๒๐	๑.๑๕	๒.๕๕
แวนเดินเบอร์ก ๓๐ นาที มก.ปช.	๓.๑๐	๑.๗๕	๖.๒๕	๒.๕๕	๕.๐
แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส	๘๐.๗๘	๗๕.๗		๗๐.๕๑	
โมเลสเตอร์อล มก.ปช.	๒๖๘				
บี.เอส.พี.รี เ็นซัน	๒๒%	๒๗%			๒๒%
แอลบูมิน ปช.	๔.๑		๓.๖		๓.๖
โกลบูลิน ปช.	๔.๕		๑.๓		๓.๖

การวินิจฉัย

อภิปราย

ผู้ร่วมอภิปราย, แผนกศัลยศาสตร์:

ศจ. อุดม ไชยะกฤษณะ, น.พ. พิสิษฐ์

วิเศษกุล, น.พ. นที รัชพลเมอง, น.พ.  
ประวัต หงส์ประภาส, น.พ. กัมพล ประจวบ  
เหมาะ, น.พ. ม.ร.ว. พชรสาธ ชมพล,  
น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิต กิตยากร. แผนก

อายุรศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์) น.พ. ประวิทย์  
 อุตซัน แผนกอายุรศาสตร์ (ศิริราช)  
 พ.ญ. ตระหนักจิต ทรวิณีสถ, น.พ. วิกิจ  
 วิจารณ์วัฑฒ, แผนกรังสี น.พ. กฤษณ  
 สุนทรเวช. แผนกพยาธิวิทยา น.พ. ธีร  
 ภมรประวิติ.

น.พ. วิกิจ วิจารณ์วัฑฒ ตามประวัติเป็นนานถึง  
 ๕ ปี, มีไข้, บางคราวสั่นท้วม, แน่น  
 ยอดอก, ทึบขุ่นเป็น ๆ หาย ๆ. ในระยะ  
 ๑ ปีเศษนี้จึงเริ่มมีพิษานประจำร่วมกับอจ-  
 จาระสีจาง. สิ่งแรกที่น่าจะนึกถึงคือมนวไป  
 ออกท่อน้ำคิ้วร่วม. ในการตรวจร่างกายพบ  
 พิษาน, ทับโต, เรียบ, กดไม่เจ็บ, น่า  
 จะนึกถึงไพรมารี เฮปาโต เซลลูลาร์  
 จอนคิส. ถ้านวคิตซ์ไม่น่าโตมากอย่างนั้น,  
 แต่ก็อาจเป็นไปได้, เพราะเวลานานถึง ๕ ปี.  
 สำหรับโรคเนื้องอกร้ายมีโอกาสน้อย. แม้  
 ทับโตมากก็จริง, แต่ไม่แข็ง, ผิวก็เรียบ,  
 ระยะของโรคก็นาน. สาเหตุของไพรมารี  
 เฮปาโตเซลลูลาร์จอนคิสที่นึกถึงมี:

- (๑) ปอร์ทัล เซอร์โรสิส, เพราะมี  
 ประวัติคิมสร้างจมาตั้งกว่า ๒๐ ปี.
- (๒) ไพรมารี บิลิอารี เซอร์โรสิส.
- (๓) ปอร์ทัล เซอร์โรสิสร่วมกับก้อน

นวลคท่อน้ำคิ้วร่วม.

(๔) พยาธิใบไม้ในตับ, โดยเฉพาะ  
 ฝอยนมาจากอสุณน้ำจะนกลง.

การตรวจทางห้องทดลองแสดงว่าซีรัม  
 แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทสมีมาก (๗๕ ถึง  
 ๘๐ B.U.) มากที่สุดที่เคยเห็นมา, จึงนึก  
 ถึงการออกนจากภายนอกที่ร่วมกับลักษณะ  
 ทางภาพรังสีชวนสงสัยขนาดจึงลงความ  
 เห็นว่าเป็นพิษานเกี่ยวกัยคัลยกรรมและจิก  
 การชอย้ายมา.

น.พ. กฤษณ สุนทรเวช ชี้อตรวจพบทาง

รังสีโดยอาศัยถ่ายภาพธรรมดา (เพลน  
 ฟลัม), รมเทียบไม่อาจบอกได้ว่า, เงามที่  
 รังสีเห็นทนมชายโครงกับแนวสันหลังนั้น  
 เป็นอะไรแน่. ที่อาจเป็นไปได้ (๑) ก้อน  
 นวน้ำค (๒) นวในไตขวา (๓) ก้อน  
 อจจาระ (๔) อารตแพคต์. เพื่อให้ได้การ  
 วินิจฉัยชัดเจนควรทำโคมแลงจีโอกราฟฟีต่อ  
 ไป, เพราะหน้าทของคิ้วค้อย, แม้จะมี  
 พิษานก็ตาม. หากทำควรถ่ายฟิล์มธรรมดา  
 ก่อน. ถ้าเงาทับรังสีเดิมหายไปก็แสดงว่า  
 อาจเป็นก้อนอจจาระหรืออารตแพคต์. ถ้า  
 ยังพบเงาคงเดิม, แต่โคมลึซึยส์โตกรัมไม่  
 เห็นภาพระบยท่อน้ำคิ้วก็ควรทำอินตราวันส์

พยอโลกกราฟี่, ถ่ายเฉียงและถ่ายข้าง, เพื่อแยกนิ้วในไต. สำหรับรายนการถ่ายฟิล์มธรรมดาปรเตียวไม่ชัดเจนพอที่จะให้ความรู้ที่ชัดเจนได้. หลังผ่าตัดได้ทำโม่แสงจิโกราฟี โดยไชยโรกราฟีน ๗๖ ปช. ๒๐ ล. ชม. ใส่ทางหลอดระบายงนาคี, พบว่ามี การโป่งของระบบหลอดนาคีและท่อนาคีรวมจนถึงปลายล่าง. ในตอนแรกสารทปรังสีไม่เข้าคูโอดินิม, จึงลองใส่เพิ่มชนอก ๒๐ ล. ชม. เห็นเพียงส่วนน้อยเข้าได้. จึงสรุปไ้ว่ามี การอุดตันบางส่วนที่ปลายล่างของ ท่อนาคีรวมและมีการพองของระบบหลอดนาคี. ส่วนท่อของงนาคินนเขต.

ศจ. อุดม ไปษะกฤษณะ ผู้ช่วยรายนคาม  
ประวัติประกอบกับผลการตรวจทางรังสีก็น่าจะหนักงนัวน้ำคี่, คลัยแพทย์ส่วนมากคงคิดเช่นนั้น. แต่ถ่าเรามาพิจารณาครุปร่างของกอนนัวนแล้วยังไม่แน่ใจ, ก็อาจจะทำโม่แสงจิโกราฟีได้. แม้ว่าผู้ช่วยจะมีตัวเหลืองก็ตาม, แต่ผลสำเร็จในการกระทำคงนยอมน้อย.

น.พ.ม.ร.ว. กัลยาณกิต์ กิตติยากร ข้อตรวจพบเวลาผ่าตัด, นอกจากคัยและระบบหลอดนาคีแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติอื่นในช่องท้อง.

คัยเหมือนกนอวยวะในท้องทงหลายมสนาคัย. คัยโตผิดปกติเล็กน้อย, แต่การโตเป็นแบบมีอะไรค้งปานกลาง. ทงปรทรวงและผิวข้างหนากเรียบเป็นปรกติ. สิ่งซึ่งผิดปกติที่สุดคือระบบหลอดนาคีภายนอกคัยทงหมดพองอย่างเห็นได้ชัดเจน. เว้นแต่ถงนาคี, ซึ่งคตทกประการและเหมือนไม่เคยมีการอักเสบเรอริงมาก่อน. ทงไม่นว, แต่ว้าแพบ อย่าง เต็มที่ โดยที่ไมม่ อะไร กตทอเลย. มีตอมน้ำเหลืองโตเล็กน้อยและคช่มฉ่ำอัยที่ปากเลสเสอรัสแซค, และมีก้อนเล็ก ๆ อุกกอนหนึ่งทปรอตาเซปาคิส.

พบเขตท่อนาคีรวมคกมขนาดสี่เหลี่ยมคี่นเป็นเมือกพ่งออกมาครู่หนึ่ง, แล้วน้ำคี่ขาวซึ่งไม่มกลิ่นไหลตามออกมาแทน. เมื่อไช้แท่งแยงและนิ้วผ่านชนไปในทอคัย (เซปาคิตคัคคั) ทงซ้ายและขวาและลงไปในคูโอดินิมก็ไมพบสิ่งกตขวาง ไคเลยที่จะเป็นเหตุสำหรับการอุดตัน. ต่อมาได้ผ่านคาศีเตอร์ย่างชนไปในทอคัยทง ๒ ข้างและฉิน้ำเกลออันเข้าไปท้วยความแรงพอสสมควร. จึงไคกอนนัวทเกิดจากวตถุสเล็ก ๆ ออกมา ๒-๓ ก้อนและสิ่งซึ่งคล้ายกับเศษ ทิสซุสชาวเล็ก ๆ หลายชน. เม่ชอามากคคกับผากละลายกลายเป็นเมือกธรรมดา. นำ

ที่ซึ่งออกมาดีขึ้น. ต่อจากนั้นก็ได้เก็บไว้ข้างเพื่อตรวจหาไข่ของพยาธิต่อไป. เมื่อผ่านคาซิเตอร์ลงไปในคูโอดินิมก็ตกได้สิ่งที่อยู่ในคูโอดินิม และเวลาฉีกนากล่อเข้าไปกลงไปด้วยความสะดวก. จึงคิดว่าไม่มีเหตุผลใดที่จะต้องเขี่ยคูโอดินิม และทำการตกกล่ามเนื้อหูด.

หลังจากที่ได้ใส่หลอดรูป "ที" และเย็บท่อน้ำดีรวมแล้วก็ได้ตัดเนื้อทำไบอ็อปซีย์จากเนื้อตับที่ขอบล่าง. สิ่งซึ่งเห็นผิดปกติที่หน้าทศคือการพองเป่งของหลอดน้ำดีฝอยภายในตับ. ได้ทำไบอ็อปซีย์ของต่อมน้ำเหลืองด้วย.

การวินิจฉัยระหว่างผ่าตัดคิดว่าอาจจะเป็นไคทิสต์ก็คือพยาธิใบไม้ในตับ. แต่ทั้งนี้ทำผ่าตัดและผู้ช่วยไม่เคยได้ประสบโรคนี้มาก่อนจึงไม่แน่ใจ.

น.พ. วิกิจ วีรานูวัตต์ ปัญหาเรื่องการโป่งพองของท่อน้ำดีรวมที่ฮ่องกง ศจ. Stock เคยรายงานไว้. ในการผ่าตัดพบคล้ายกันนี้ว่าเกิดจาก วัตตัส ออชี่ ที่ท่อน้ำดีรวมในรายที่เป็นพยาธิใบไม้ในตับบ่อย ๆ. ภายหลังเปิดตรวจท่อน้ำดีรวมและทำการระบายแล้วก็หายไป. ที่อิตาลีเขาก็พบบ่อยและเรียก

ภาวะท่อน้ำดีรวมว่า Psamiasis. อาจเกิดภายหลังตัดงูน้ำดีออกแล้วก็ได้. ทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า "กลุ่มอาการโปสต์โชมัลชี่สแตคโตมีย์." สาเหตุยังไม่ทราบแน่. สันนิษฐานว่าอาจเป็นเพราะพยาธิใบไม้ในตับ, หรือก่อนนำออกก็ได้.

น.พ. ประวัติ หงส์ประภาส ในการผ่าตัดเคยเจอพยาธิใบไม้ในตับ ๒-๓ ราย. ทกรายมีการโป่งพองของท่อน้ำดีรวมมาก. ตรวจไขก็ไม่มีพบ. ทั้งนี้คงเพราะขนาดทพบในรายพวกนี้ "น้ำดีขาว." ในการผ่าตัดรายเหล่านี้ ภายหลังเปิดตรวจท่อน้ำดีรวมมักใส่โคเลเตอร์เข้าคูโอดินิมได้ลำบากหรือไม่เข้า, เพราะมีการอุดตันจากไฟโบรสิสที่ปลายล่างของท่อน้ำดีรวม, โดยเฉพาะที่หูดออกดี. หลังผ่าตัดถ้าเพียงขยายไว้เฉย ๆ ต่อมาก็มีการอุดตันเกิดใหม่ได้อีก. เพื่อกันไว้ก่อนจึงควรเขี่ยคูโอดินิม ทำการตกกล่ามเนื้อหูดเสียเลย.

- สอบถามว่า (๑) ทำไมซ์รัมแอลคาลไลน์ฟอสฟาเทสเพิ่มมาก, แต่บิลิรูบินเพิ่มน้อย, ไม่ไปด้วยกัน. จะเป็นเพราะความผิดปกติในการตรวจหรือมีทางเป็นไปอย่างอื่น.
- (๒) ภาพเอกซเรย์รูปที่ ๒ มีรอยแห้วใน

ท่อนำตัวร่วมอยู่ตอนหนึ่ง, จะเป็นโคเวอรัทคัลลิมของท่อนนโคหรือไม.

ส่วนบิลบริบั้นจะตองมีการอดคตั้นจิงเพม, จิงมากน้อยไปตามอาการคี่ชาน.

น.พ. วิกิจ วีรานวัตต์ (ตอบข้อที่ ๑) จาก การทดลองผูกท่อนำตัวร่วมในสุนัข พบว่า ชรัมแอลคาไลน์ฟอสฟาเทสข้นมากทั้นที้ แล่วล้งซำ ๆ เพราะซบถ่ายซำกว่าบิลบริบั้น. ส่วนบิลบริบั้นข้นซำกว่า, แต่ล้งเร่ว, เพราะ ซบถ่ายงำยกว่า. ในคนเป็นคาร์ซีโนม่าและ ฝยคในคัย พบชรัมแอลคาไลน์ฟอสฟาเทส ข้นล้งมาก, โดยทบิลบริบั้น ข้นเพยงเล็กน้อย. เราไม่ทราบแน่วชรัมแอลคาไลน์ฟอสฟา- เทส มีกำเนิดจากคัยคัยหรือเปล่า. ถ้า มาจากคัย, เซลล์ของคัยสร้าง แล่วซบถ่าย ทางท่อนำตัวร่วม. เมอคัยบักเสยก็เปล่อยแอล คาไลน์ ฟอสฟาเทส มากข้น กว่าธรรมดา. แต่ในสัตว์ทดลองทคคัยออกแล่วก็ข้งมี แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส, แล่ค้งว่าจะตอง มีการสร้างในท่อนนอกคัย.

น.พ. ม.ร.ว. พชรวิสาณ ชุมพล (ตอบข้อ ๑ เพิ่มเติม) เราทราบมานานแล่วว่าแอลคา- ไลน์ฟอสฟาเทส สร้างโดยออสติโอคลาสต์ แน. ที่ไม่แนกค็อว่าเซลล์คัยจะสร้างคัย หรือไม. จากการตรวจคั้นในรายนไม่พย หลักฐานของความฝิตปรกติในกระดูก. เช่น มะเร็งของกระดูก, ฮัยเปอรัพาราไธรอยด คิสม์, โรคป้าเจต, ออสติโอมาลาเซย. จิง คค็อเรื่องกระดูกฝิตมากเกินไปออกได้. ก็ ทำไห้กค้งโรคคัย.

การทชรัมแอลคาไลน์ฟอสฟาเทสสูง, ไม่จำเป็นตองเกิดจากการอดคตั้น, แต่อาจ เกิดเพราะมีการสร้างมากเกินไปก็ได้. ถ้า มีการอดคตั้นคัยข้งสูงข้นอก. ฉะนั้นบาง รายแอลคาไลน์ฟอสฟาเทสสูง. จิงไม่ จำเป็นตองมีคี่ชานคัย.

จากการคึกษาของ Alexander Gutman พบว่าการเปลี่ยนเปล่ล้งไห้ชรัมแอลคาไลน์- ฟอสฟาเทสกับระคัยบิลบริบั้นเปลี่ยนเปล่ล้งไม่ ร่วมกันไปในโรคค็อไปนค็อ (๑) มะเร็ง ของคัย, ไปรมารีย์ หรือเมตาสเตติค, (๒) โรคอื่น ๆ ทมีการแทรกซึมเนอของ คัย, เช่น ซาร์ค็อยโตสิส, อะมีย์ล็อยโค สิส, วัณโรค, (๓) การแอบแฝงของ ฆาราสิต, เช่น ฝยคอะมีบคในคัย, (๔) การ แพ้ยาสั่งไม่ไห้แอบททำให้เกิดการตายของ เนอคัย (เช่นคาร์บอนเตตราซอลไรต์), แต่ เป็นอื่กแอบทหนึ่งซ้งพบในการไ้ย้ย่า, เช่น

เมธิลเทสโตสเทอโรน, แทรนควิไลเซอร์ เช่น ฌลอร์โพรมาซีน.

ขอถามว่า ท่อน้ำที่ร่วมขนาบนั้นจะเป็น ธรรมดาหรือไม่. ที่ถามนี้เพราะว่าถ้า เราคิดว่าการอุดตันภายใน นอกคืบ เป็น สาเหตุ ของการโป่งพองของท่อน้ำที่ร่วม, เราก็ไม่ควรจะพบว่าแอลคาไลน์ฟอสฟาเทสและบิลิรูบินเปลี่ยนแปลงไม่ร่วมกัน.

ศจ. น.พ. อุดม ไชยะกฤษณะ ขนาบคน ใหญ่เกินไปสำหรับคนธรรมดา. ตามปกติ เส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๑ ซม., ซึ่ง พิสูจน์ โดยการวัดท่อน้ำที่ร่วมในเวลาผ่า ตัด. เพราะฉะนั้นในรายงานที่โตผิดปกติแน่. ผมยังสงสัยก็คืออะไร เป็นสาเหตุของการ พอง, ทั้งๆที่ไม่มีการอุดตันที่ปลายของท่อ. ผมเชื่อแน่ว่าผู้ที่ตอบได้คือคณหมอ ตระหนักจิต หรรณสุต ผู้ชำนาญในเรื่องนี้.

พ.ญ. ตระหนักจิต หรรณสุต (๑) เรา ทรายแน่นอนแล้วว่าพยาธิใบไม้ทำให้เกิดไฟ โบรสิส, เพราะไฟโบรสิสจึงเกิดการอุดตันของท่อน้ำ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งในและนอก คืบ. ในแผนกอายุรศาสตร์เราพบบ่อย. บ้างรายเจาะคืบด้วยส้อมเป็นฝักในคืบ. แต่

กลับได้น้ำคืบ. ภายหลังทราบว่าพยาธิ ใบไม้ในคืบ และได้น้ำคืบเพราะเจาะ เข้าไปใน หลอดน้ำคืบที่พองโป่ง. รายที่เกิดโรค นอกคืบก็ทำให้เกิดการอุดตันและการพอง โป่งของท่อน้ำที่ร่วมได้. นายแพทย์จำลอง หรรณสุต เคยทดลองในหนูตะเภา โดย ให้อินซูลินของพยาธิใบไม้, ปรากฏว่าไม่เกิด หนองก็เกิดคืบแข็ง, แต่ไม่ทราบแน่ชัดว่าการ พองของท่อน้ำที่มากแค่ไหน, เพราะคืบหนู ตะเภาเล็กมาก. (๒) ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า พยาธิใบไม้ทำให้คืบเกิดไฟโบรสิสได้ เพราะ การระคายจากที่อกซิมของพยาธิ, หรือจาก การติดเชื้อแทรกซ้อน, หรือการระคาย ทางเสียดสี. (๓) เราพบพยาธิใบไม้ในคืบ มากในภาคอีสาน, โดยเฉพาะทางเหนือ ของภาค ซึ่งใกล้ๆลาวมีอุบัติการสูงกว่า ๕๐ ปร. เพราะชาวบ้านนิยมกินปลาดิบกัน มาก. ทางใต้ของภาคคือเขมรมีอุบัติการต่ำ กว่า ๕๐ ปร. เพราะพวกมันไม่ค่อยกินปลา ดิบ. (๔) การวินิจฉัยในรายงานมีประวัติเป็น ไข้, ที่ซ่านเป็นๆ หายๆ มาจนถึง ๔-๕ ปี อาการก็ไม่รุนแรง, ร่วมกับดินฐาน คืออยู่ จังหวัดร้อยเอ็ด, ทั้งหมดเอนเอียงไปในทาง พยาธิใบไม้ในคืบ. แม้การตรวจจาะกระรัง แรกไม่พบ, ก็ไม่อาจตัดสินได้, เนื่อง

จากเป็นระยะท้าย, ท่อนำตัวร่วมอาจสั้นเสียแล้ว, ไข่จึงไม่มีทางออกมาในอจจาระ. นอกจากนี้เวลาที่พยาธิจะออกไข่ก็เอาแน่ไม่ได้. เราจึงนับไข่ตามวิธีของ Stoll แบบพยาธิปากขอหรือพยาธิลำไส้อื่นไม่ได้. (๕) ขอดถามคล้ายแพทย์ว่าตอนผ่าตัดศพตัวข้างหรือไม้. ขนาดของ *O. viverrini* เล็กหน่อย, ประมาณ ๐.๒-๐.๓ ซม. สีสน้ำตาลอ่อน, เหลืองๆ ซีกๆ. (คล้ายแพทย์ตอบว่าไม่พบ.) (๖) ขอยาเรื่องถิ่นฐานของคนไข้และการตรวจอจจาระซ้ำๆ หลายครั้ง. อย่างรายงานเมื่อตรวจอจจาระซ้ำหลายครั้งหลังผ่าตัดเราก็พบไข่, รวมทั้งในน้ำคอกพบ, แต่การพบอาจเนื่องจากการผ่าตัด ท่อนำตัว ช่วยแก่การออกตัวทำให้การไหลของน้ำคอกขุ่นก็ได้.

น.พ. ประวิช อุษชิน ก. เกี่ยวกับการวินิจฉัย. จะอาศัยถิ่นฐานเสมอไปไม่ได้. ในภาคอีสานตามสถิติของนายแพทย์จำลองไม่ปรากฏว่าพวกคนพื้นเมืองเฒ่าเขมรเป็นโรค, เพราะพวกนกินปลาที่ทำสุก. ตรงข้ามมีคนทั้งกินปลาร้าและก้อยปลาเช่นพวกลาวเท่านั้นที่เป็นโรค. ทำนองเดียวกันแม้ว่าคนจากภาคอื่น, หากกินปลาร้าและก้อยปลา, ก็เป็นได้. การตรวจอจจาระเพียงครั้งเดียวไม่

พบ, ไม่อาจตัดความสงสัย, เพราะการออกไข่ของพยาธิอาจมีมากน้อยได้อย่างที่คนหมอตระหนักใจว่า. นอกจากนี้ยังมีคนอยู่กึ่งจำนวนพยาธิเต็ม, และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิของท่อนำตัว. การตรวจซ้ำ, ล้างคโอดินม หรือนับไข่พยาธิแบบสะตอลล์อาจช่วยได้มาก.

ข. การพองเบ่งของท่อนำตัว. ในรายพยาธิใบไม้ในตับ เป็น ผล ของ การ ระคายหรือของสารพิษ ต่อท่อนำตัวร่วมกับไฟโบรสิส, ประกอบกับขนาดคงอยู่นาน, อาจเกิดกับท่อนำตัวภายในตับหรือนอกตับก็ได้.

ค. รายงานอาจมีน่วร่วมอยู่ด้วย, แต่หลุดลงไปแล้วก่อนผ่าตัดก็ได้. ไม่อาจพิสูจน์ได้.

ง. สาเหตุของความผิดปกติในชั้นมัลเลอคาไลน์ฟอสฟาเทสอาจเป็นก้อนเนื้อขนาดเล็กๆ ในตับ, ซึ่งไม่พบโดยการไบออปซีย์, ที่คิดเช่นนั้นก็เพราะไม่ปรากฏโรคของกระดูกและเหตุที่ช้ำนเพราะการอุดตันก็ไม่พอ.

น.พ. กุณฑล สุนทรเวช (ตอบปัญหาข้อ ๒ ของนายแพทย์ประวิติ ฯ) ที่สงสัยไตเวอร์ติคัลัมของท่อนำตัวร่วมอาจเป็นได้, แต่ไม่น่าเป็น. คิดว่าเงาที่เห็นเป็นของถุงน้ำคอกมากกว่า.

น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ การวัดความ  
 คั้นในท่อหน้าคัมรวมของผู้ช่วยที่เป็นพยาธิใบ  
 ไม่น้อยเป็นที่น่าสนใจ. ถ้าความคั้นสูงกว่  
 ปรกติมากอาจแสดงว่าการพองเป็นผลของ  
 ความคั้นสูงอยู่เป็นเวลานาน. การตัดกล้ามเนื้อ  
 เนื้อหรือในรายเช่นนี้คงได้ผลดี. ถ้าแผนก  
 ข้าราชการมีคนไข้เช่นนี้ก็ควรส่งมาผ่า  
 ตัด, เพราะอันตรายจากการผ่าตัดคั้นน้อยมาก.

น.พ. พิสิษฐ์ วิเศษกุล ในระยะสองสามปี  
 มาพบหลายราย, แต่ท่อหน้าคัมไม่พองมาก  
 อย่างนี้, นายแพทย์ Stock แนะนำให้ทำโคม  
 โดโม-ค. โดคินอสโตมัยในราย “กลุ่ม  
 อาการช่องอก” ซึ่งท่อหน้าคัมคั้นเองราก  
 ไฟโบรลิส. บางคนว่าอาจมีการติดเชื้อ  
 เคลื่อนขึ้นข้างบน. ในการกลืนแบเรียมอาจ  
 เห็นแบเรียมขึ้นไปตามท่อหน้าคัมรวม. การตัด  
 กล้ามเนื้อหรือไม่ใช่ของง่ายนัก. อาจมี  
 เลือดออกซึ่งหยุดยาก. การต่อท่อหน้าคัมเข้า  
 กับ, โดคินอสโตมัยง่ายกว่ามาก.

น.พ. ญัฐ ภมรประวัตติ (พยาธิสภาพ)  
 เซ็กชันของตับแสดงท่อหน้าคัมขนาดใหญ่ ๑  
 ท่อซึ่งอยู่ในบริเวณใต้เยื่อหุ้มและรอบๆ ผนัง  
 มีไฟโบรลิสมาก. มีเซลล์ของการอักเสบ

เป็นพวกเซลล์กลมมาลิมรอบ. มีไฮไลโน  
 พลัสมอยู่บ้าง ๒-๓ ตัว. จำนวนท่อหน้าคัม  
 เล็กที่อยู่ขอบของบริเวณปอร์ทัลเพิ่มมากขึ้น  
 ด้วยเซลล์เอซิดิลิมของท่อหน้าคัมใหญ่ที่  
 กล่าวตอนแรกแสดงซีเปอร์เปลเซียเล็ก-  
 น้อย. ไม่พบไข่หรือตัวพยาธิใบไม้ในท่อหน้า  
 คัมหรือบริเวณใกล้เคียง. เซลล์ของตับโดย  
 ทั่วไปอยู่ในสภาพปรกติ. แต่ในหลอดฝอย  
 หน้าคัมขย้อมมีหรือมีเศษของหน้าคัมอยู่เห็นได้  
 ชัดเจน.

สรุปว่า พยาธิสภาพของตับรายนี้มีการ  
 เปลี่ยนแปลงชัดเจนที่ท่อหน้าคัมขนาดใหญ่ซึ่งมี  
 ซีเปอร์เปลเซียของเอซิดิลิมและมีไฟโบร  
 ลิสรอบๆ ซึ่งเรามากจะหาได้เสมอนในเมื่อผู้  
 ช่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ. เราจึงได้ให้  
 การวินิจฉัยว่าเป็น (๑) บิลิฮารีย ไฟโบรลิส  
 (๒) (สงสัย) โรคพยาธิใบไม้ในตับ. การที่  
 สงสัยก็เพราะในการตรวจจุจจาระที่ได้แจ้ง  
 ให้เราทราบ, ไม่พบไข่พยาธิใบไม้เลย, และ  
 แพทย์ผู้รักษาทราบโดยนัยเช่นนี้ถึง ๒-๓  
 ครั้ง. เพิ่งทราบว่าพบไข่ในตอนท้าย.

การที่พบหรือมีส้นาคขนาดเล็กโดยไม่  
 พบเมล็ดของนาค, ทงๆ ที่ผู้ช่วยมีประวัติที่  
 ชานมานานแล้ว, ซึ่งสาเหตุการอุดตันที่  
 นาคน่าจะอยู่ภายในตับมากกว่านอกตับ. การ

ที่พบหรือมีขนาดขนาดเล็กเช่นนั้น ช่วยอธิบายการที่แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสขนสูงได้, ถ้ายอมรับว่าสารนี้สร้างขึ้นในเซลล์ของท่อขนาดเล็กและหลั่งออกมาในนั้น.

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของโรคพยาธิใบไม้ในตับซึ่งแสดงกลุ่มอาการโชมลิสเท-ลิสโดยหาสิ่งอุดกั้นไม่ได้เมื่อทำการผ่าตัด, เป็นกลุ่มอาการที่ยังมีคนรู้จักน้อย. แต่ในระยะบิเศษมานี้ผู้ป่วยรายนี้ได้มีโอกาสพบอย่างน้อย ๒-๓ ราย. การที่ท่ออาศัยขยายตัวใหญ่มากก็คงเป็นเพราะมีความดันสูงอยู่เป็นเวลานาน, แต่คงไม่สูงพอที่จะทำให้ขนาดหยุดไหลอย่างเด็ดขาด. การทดลองในสัตว์โดยผูกท่ออาศัยได้แสดงว่าถ้าทำให้ความดันในท่ออาศัยสูงถึง ๓๐ มม. น้ำ, น้ำก็จะหยุดไหล. ในกรณีเช่นนี้การที่พยาธิใบไม้หรือการอักเสบอาจเพิ่มความดันในท่ออาศัย, แต่ไม่ถึง ๓๐ มม. น้ำ, น้ำจึงยังคงไหลออกมาได้บ้าง. ถ้าผู้ป่วยไม่ได้มาหาเราในระยะนี้, ค่อยไปท่ออาศัยก็คงจะขยายตัวกลายเป็นซีสต์ขนาดใหญ่, ซึ่งเป็นพยาธิสภาพของโรคพยาธิใบไม้ที่พวกเรารู้จักกันดีกว่าชนิดอื่น, หรือดีกว่ารายที่มาแสดงวันนี้.

น.พ. นที รัชพลเมือง ผู้ช่วยรายงานหลังผ่าตัดมีขนาดคงอก. ขอถามแผนการรักษาต่อไป.

น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติยากร จะทำตามที่ได้รับแนะนำ, คือ โชมลิโคโชม-คูโอคิโนสโตมีย์.

น.พ. ประวิช อุษชิน ตอนนี้อย่างไม่มียารักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับที่แน่นอน. ค่อยไปภายนอกบ้าง. เมื่อมีท่ออาศัยพอโปร่งโดยทั่วไปอย่างนี้, ยาที่ให้ก็คงจะจ่ายออกยาก, เราจึงควรหาทางแก้ไขโดยลดความดันที่ท่ออาศัยรวม.

ศ.จ. อุดม ไชยะกฤษณะ อาจลดความดันดังกล่าวได้โดยการผ่าตัด. แผนการรักษา คือ (๑) การถ่างหลอดให้กว้างออก. อาจช่วยโดยใส่หลอด "ที" ให้ผ่านหลอดออกคืบ, ทั้งช่วยให้ท่ออาศัยไหลและตัวเองเป็นเครื่องถ่างไปด้วย. (๒) สะฟิงค์เทอโรโตมีย์. (๓) โชมลิโคโชม-คูโอคิโนสโตมีย์. จะทำวิธีไหนก็สุดแต่ความสามารถและความชำนาญของศัลยแพทย์แต่ละคน. คนที่เคยทำแต่โชมลิโคโชม-คูโอคิโนสโตมีย์, เมื่อ

ทำสะพานเคอโรโตมัยก็รู้สึกว่ายาก, ไม่นัก, ย่อมจะกลับมาทำอย่างเดิม, และในอาการตรงกันข้ามก็แทบเดียวกัน.

น.พ. ประวิช อุษชิน (สรุปเพิ่มเติม) ประวัติอาการดำเนินของโรค สันนิษฐานอาการที่ชานเนื่องจากการอดคันเรอริงชนิดไม่ร้าย. ระยะเวลาจนถึง ๕ ปี และภูมิดำเนินจังหวัดร้อยเอ็ดทำให้นึกถึง (๑) พยาธิใบไม้ในคิ้วร่วมกับท่อน้ำคิ้วภายในคิ้วอีกเสย. (๒) นิ้วในท่อน้ำคิ้วร่วม, (๓) ไพรมารีบีบิลิอาร์บีเซอร์โรสิส, ตามลำดับ.

(๑) โรคพยาธิใบไม้ในคิ้วที่มากปานกลางอาจเป็นได้. แต่แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสที่ไม่ร่วมไปกับบิลิรูบิน ไม่เคยพบสูงมาก เช่นนอกจากนี้ในคิ้ว. ความไม่ร่วมนี้ทำให้นึกถึงโรคกระดูก, ในเด็กก็มีโรคเก้ตส์, ในผู้ใหญ่ถึงโรคปลาเจ็ด, ออสต์โอซาร์โคมา, ฯลฯ, แต่ในรายนี้ไม่ปรากฏอาการของโรคพวกนี้. ที่เหลืออยู่ก็คือโรคพยาธิใบไม้ในคิ้ว ซึ่งแปลกทำให้ค่าซีรัม แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสมาก. อาจมีไพรมารีบีคาร์ซิโนมาของคิ้วร่วมด้วย, แต่ไม่มีอะไรข่ง. ควรนึกไว้ก็เพราะเคยพบคาร์ซิโนมาร่วมกับพยาธิใบไม้ในคิ้ว, และก่อนเนองออกอาจ

เล็กมากจนไม่มีอาการ.

การตรวจไม่พบไข่ในอุจจาระไม่สันนิษฐานพยาธิใบไม้. แต่ถ้าตรวจอย่างธรรมดาเพียงครึ่งเดียวก็ไม่อาจตัดออกได้. การตรวจพบไข่หรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อ, จำนวนของไข่, ความสมบูรณ์ของร่างกายของผู้ป่วย หรือของพยาธิ. Sadun และคณะศึกษาในแมวพบว่าในแมวที่ไม่สมบูรณ์พยาธิตัวเล็ก, จำนวนไข่น้อย, คือ ๑๖๐ ฟองต่อวันในแมวที่ผอมและ ๘๐๐ ฟองต่อวันในแมวที่อ้วน.

การตรวจไข่ไม่พบอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของท่อน้ำคิ้วเนื่องด้วยโรคซัคขวางการปรากฏของไข่. แม้จะตรวจซ้ำหรือใช้วิธีของ stool ก็อาจไม่แน่. น่าจะลองตัดน้ำจากท่อคิ้วนี้หลังจากกระตุ้นด้วยแมกนีเซียมซัลเฟตมาตรวจ. อาจพบไข่ได้ในรายที่ตรวจอย่างอื่นไม่พบ.

การทำไบอ็อปซีย์คิ้วอาจช่วยในบางรายที่ไม่มีหลักฐานทางอื่น.

เปอร์คเตเนียส อินตราเซปาคิค โชมแลงจิโอกรัมคงไม่ง่ายในรายนี้, เพราะท่อน้ำคิ้วภายในคิ้วไม่โตมาก. คิ้วโตแต่ไม่นุ่ม. เพราะฉะนั้นอาจต้องผ่าตัดคิ้วแล้วทำโชมแลงจิโอกรัม.

(๒) นี้วในท่อน้ำที่รวมกับที่ซ่านเพราะ  
ออกตันและอาจมีโคมแดงใจที่สท้วย. อาจให้  
ลักษณะทางคลินิกแบบนี้. ในรายเป็นนาน ๆ  
อาจมีบิลิอารีัย เซอร์โรลิสเพราะการออกตัน  
ร่วมด้วย. เอ็กซเรย์ฟิล์มธรรมดาในครั้ง  
แรกสงสัยย่นน้ำค้. เพราะฉะนั้นการวินิจฉัย  
ฝ่ายคลินิกอาจเอนเอียงมาทางนั้น, เป็น  
เหตุให้ทำการผ่าตัด.

(๓) ไพรมารีัย บิลิอารีัย เซอร์โรลิส  
ในระยะแรก ๆ อาจมีประวัติคล้ายโคมแดงใจ  
ที่สข้ปัจจุบัน, เป็น ๆ หาย ๆ, ตับและม้าม  
โตมาก. ถ้าเป็นนานจะมีค้ซ่านอย่างประจำ,

ซีรัมแอลคาไลน์ฟอสฟาเทส, ซีรัมโอมเลส  
เตอรอลมากขึ้นค้เคียงไปกับซีโรบินมากขึ้น.  
ในรายนี้ไม่มีลักษณะทั้งกล่าวและมีสาเหตุ  
อื่นที่น่าเป็นไปได้มากกว่า, จึงไม่สำคัญมาก.

ในรายนี้จากการผ่าเข้ตค้และทำโคมแดง  
จิโอมร้ทำให้หนักถึงโรค้พยาธิใบไม้ในตับ.  
การพบไข่ของพยาธิในน้ำค้ช่วยสนับสนุน.  
การที่ท่อน้ำรวมโป่งพองอาจเป็นเพราะพยาธิ  
ใบไม้เข้าไปอยู่ข้างใน, ค้งอธิบายมาแล้ว.

การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายฝ่ายคลินิก: โรค  
พยาธิใบไม้ในตับ.



การส่งเงินค่าบำรุง

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

# บทความนิเวศวิทยา

## การเป็นพยานในศาล

ทรงฉัตร โศขานนท์ พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ดัณสุรัตน์)

แพทย์เกือบทุกคนอาจต้องไปเป็นพยานในศาล, จะเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญาก็ตาม. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดด้วยแล้ว เกือบหลีกเลี่ยงไม่พ้น. มีคนไข้จำนวนไม่น้อยที่มาหาแพทย์ และมีคดีเกี่ยวของด้วย. บางพวกก็มาเองและบางพวกก็มาโดยพนักงานสอบสวนเป็นผู้นำส่ง. เช่นนาย ก. ถูกฟันและมาหาแพทย์. เมื่อรักษาไปแล้ว, แพทย์ก็อาจต้องไปเป็นพยานให้นาย ก. ในฐานะผู้ตรวจและรักษาบาดแผล. หรือแพทย์มีหน้าที่ทำการตรวจพิสูจน์เด็กชาย ก. ว่าจะ เป็นลูกของครอบครัว ข. หรือครอบครัว ค. โดยใช้หลักฐานแพทย์. เมื่อตรวจและออกรายงานให้แก่ครอบครัว ผู้ร้องขอไปแล้ว แพทย์ก็ต้องไปให้ถ้อยคำในศาลอีกด้วย. การไปเป็นพยานในศาลนั้นอาจเป็นของธรรมดา สำหรับแพทย์ที่เคยไปบ่อย ๆ เช่นแพทย์ที่ทำงานทางนิติเวชวิทยา. แต่

สำหรับบาง ท่าน เช่นแพทย์ ที่เพิ่งเรียนจบใหม่ ๆ และได้รับหมายศาลเป็นครั้งแรก, อาจเป็นเรื่องใหญ่โตและตื่นเต้น. ผู้เขียนเคยพบข้อยกที่ท่านเหล่านั้นตกใจและมาปรึกษาว่าจะทำอย่างไรดี, จะพูดว่าอย่างไร, ศาลอาญาและศาลแพ่งอยู่ที่ไหนกัน, เป็นต้น, จึงขอนำเอาหลักปฏิบัติเล็กๆ น้อยๆ มาเล่าสู่กันฟัง.

เมื่อแพทย์ทำการตรวจรักษาคนไข้ที่มีคดีเกี่ยวของและมอบรายงานให้พนักงานสอบสวนไปเรียบร้อยแล้ว, เมื่อถึงโอกาสแพทย์ผู้นั้นจะได้รับหมายศาลซึ่งนำมาโดยเจ้าหน้าที่ของศาล, ให้ไปให้การเป็นพยาน, อาจเป็นพยานโจทก์หรือพยานจำเลยก็ได้แล้วแต่กรณี. หมายนั้นเป็นหมายเรียกพยานบุคคล, นั่นคือให้พยานไปศาล, ซึ่งอาจเป็นศาลอาญา, ศาลแพ่งหรือศาลทหาร. ในหมายจะกำหนดให้ไปศาลในวันที่เท่าใด,

เวลาใดและการไปจะต้องไปตรงตามวันและเวลานั้นๆ. โปรตอย่าลืมนะว่าหมายศาลนั้นใช้คำว่า “ในพระปรมาภิไธยพระมหากษัตริย์” ซึ่งมีคำเตือนไว้หลังหมายถึงว่า “ผู้ใดแก่งบัลลังก์ หลีกเลี้ยง ไม่มาเบิกความ, ศาล อาจ ออกหมาย จับตัว มากักขัง จนกว่าจะได้เบิกความ, หรืออาจถูกฟ้องให้จำคุกไม่เกินหกเดือน, หรือปรับไม่เกินร้อยบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับก็ได้.” แต่ถ้าเกิดความจำเป็นไปศาลวันและเวลานั้นไม่ไ้จริง ๆ ก็อาจแจ้งให้ศาลทราบเป็นหนังสือ และขอเลื่อนไปได้. นอกจากนั้นในคำเตือนเกี่ยวกับเรื่อง การเบิกความเท็จซึ่งมีโทษเช่นกัน. จะเห็นได้ว่าไม่มีทางหลีกเลี้ยงเลย, จะปฏิเสธว่าไม่รู้เรื่อง, นั่งอยู่เฉยๆ ไม่ไปนั้นไม่ได้เด็ดขาด. เมื่อมีหมายศาลมาแพทย์จะต้องเซ็นรับหมายนั้น. พนักงานเดินหมายจะฉีกท่อนล่างที่เซ็นรับนั้นไปเป็นหลักฐาน. หากไม่อยู่ก็อาจจะเซ็นรับหมายแทนกันก็ได้.

ก่อนไปศาลควรจะต้องทราบว่าเรื่องที่จะไปเป็นพยานนั้นคือเรื่องอะไร, เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมตัว. ในคดีบางคดีเช่น ฆาตกรรม, แพทย์อาจต้องเตรียมตัวมาก, ทั้งในเรื่องหลักฐานและอื่น ๆ, เพื่อพร้อมเสมอที่จะให้อัยการหรือทนายซัก. ดังนั้น

จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรู้ว่าคดีอะไร, ในหมายศาลนั้นบางครั้งก็ไม่บอกว่าเรื่องอะไร. อาจบอกแต่เพียงว่าคดีระหว่างอัยการโจทก์, นาย ก. จำเลย, และโจทก์อ้างแพทย์เป็นพยาน. เมื่อเขียนแทนแพทย์ก็ไม่ทราบว่าจะให้ไปเป็นพยานเรื่องอะไร. แพทย์จำเป็นจะต้องดูในหมายศาลว่าคดีหมายเลขคำหรือแดงเลขที่เท่าใด, ซึ่งอยู่ตรงบนนมขวาของหมาย, ใครเป็นโจทก์และจำเลย. แล้วจึงสอบถามไปยังกองคดีกรมอัยการล่วงหน้าก่อนวันไปศาล.

เมื่อถึงวันนัดแพทย์ควรไปก่อนเวลาเล็กน้อย. ทั้งที่ศาลแพ่งและศาลอาญามีกระดานดำแผ่นใหญ่เขียนบอกว่าจะคดีอะไร, บอกชื่อจำเลยและบอกห้องที่จะพิจารณาคดีห้องที่เท่าใด (ทางศาลใช้คำว่าบัลลังก์). ทางทตควรจะถามเจ้าหน้าที่ซึ่งมักมีอยู่บริเวณใกล้เคียงว่าคดีที่เราจะมาเป็นพยานนั้นคดีหรือเปล่า, เลื่อนไปเป็นวันอื่นหรือไม่, จะไ้ไ้ไม่เสียเวลารอ. ผู้เขียนเมื่อไปศาลครั้งแรกเคยประสบเหตุการณ์เช่นนั้น. คือไปนั่งรอหน้าห้องพิจารณาคดีก็ไม่มีใครมาเรียกสักที. ภายหลังจึงปรากฏว่าคดีนั้นเขาเลื่อนเป็นวันอื่น. การเลื่อนการพิจารณาคดีนั้นบางครั้งอัยการหรือเจ้าหน้าที่ในศาลอาจบอก

ให้แพทย์ร่ว่งหน้า, แต่บางครั้งก็ไม่ได้บอก  
ซึ่งอาจเป็นเพราะเหตุขัดข้องของประการ. จึง  
เขียนหน้าทของแพทย์ผู้นั้นจะสอบถามเอาเอง.  
เมื่อทราบห้องพิจารณาคดีแล้วควรไปรวม  
อยู่หน้าห้อง โดยมากแพทย์มักถกคดีให้ไป  
เขียนพยานในตอนท้าย. เมื่อถึงเวลา, เสมียน  
หน้าบัลลังก์จะเรียกแพทย์เข้าไปเบิกความ.  
การเข้าไปเบิกความนั้นอาจไม่ตรงตามเวลา  
นัดก็ได้. ไม่ยังควรดูแลหรือกล่าวคำ  
ไม่ก็ออกไป, เพราะจะเป็นการหมิ่นประมาท  
ศาลและอาจถูกลงโทษในทันทีทันใดได้.

การแต่งตั้งไปศาลนั้น, โดยเฉพาะ  
แพทย์คงแต่งตั้งให้สภาพตามหลักสากล  
นิยม. ไม่ควรใส่แต่เพียงเสื้อเชิตตัว  
เกี้ยว, เสื้อพยแขนหรือเสื้อฮาวายสีฉูดฉาด,  
ซึ่งการแต่งตัวแบบนี้เหมาะกับการที่จะไป  
เที่ยวมากกว่า. การแต่งตัวข้อมเสื้อคงถึง  
เกียรติยศ, และข้อมทำให้เกิดความเชื่อ  
ถือในศาล, อันจะเป็นผลดีแก่คดีและแก่ตัว  
พยานเอง.

เมื่อเข้าไปในห้องพิจารณาคดี, ควรทำ  
ตัวให้เป็นไปตามธรรมเนียมและเป็นตัวของ  
ตัวเอง. อย่าตกใจหรือประหม่า, ทำความ  
รู้สึกให้คล้ายกับว่าเราพคอยู่ในกลุ่มของคน  
ธรรมดา. ทำทายนควรเป็นท่าทสง่า. ไม่

ควรเปลี่ยนท่ายืนบ่อย ๆ หรือยืนขาไขว้ตัว  
เอียงไปมา, หรือทำท่าทางประกอยคำพค.  
ถามหมวกถ้อยอยู่ในมือ (แพทย์ตำรวจหรือ  
ทหาร) ควรถ้อยไว้เฉย ๆ หรือวางไว้ที่ใด  
ที่หนึ่ง, ไม่ควรหม่นเล่นหรือเหวียงไปมา,  
เพราะท่าทางของพยานย่อมก่อให้เกิดความ  
เชื่อถือแก่ศาลหรือตรงกันข้าม.

ตามธรรมเนียมของศาล, ก่อนเบิก  
ความจะต้องมีการสาบานตนว่าจะให้การ  
ตามสัจจริง. ดังนั้นเมื่อเข้าไปยืนในคอก  
พยานเรียบร้อยแล้ว (การไปเป็นพยานศาล  
ต้องยืนอยู่ตลอดเวลา) พยานควรพคสาบาน  
เลยว่าจะให้การตามสัจจริง, โดยยกมือขึ้น  
ประณมแล้วกล่าวว่าข้าพเจ้าขอให้การตาม  
สัจจริง (ดังที่บัญญัติโดยทั่วไป). เราควร  
พคเสียก่อนที่เสมียนศาล จะมาบอกให้เรา  
พค, เพื่อแสดงว่าเรารู้ว่าธรรมเนียมศาล  
มีเช่นไรและจะต้องทำอะไรบ้างเมื่อเข้ามาใน  
ห้องพิจารณาคดี, อันจะก่อให้เกิดความ  
เชื่อมั่นในตัวแพทย์แก่ศาลมากขึ้น.

ในการพคควรพคให้สภาพด้วยเสียงก่อน  
ข้างตั้งแต่ไม่ใช่ตะโกน. พคทกอย่างตาม  
ความเป็นจริง, แม้จะเป็นหลักวิชาทคนอื่น  
ไม่รู้, แต่ก็ควรใช้ภาษาง่าย ๆ และควร  
เป็นภาษาไทย, ซึ่งทำให้ผู้ที่ไม่เคยเรียน

แพทย์ก็อาจพอเข้าใจได้. ไม่ควรใช้ศัพท์เฉพาะ. การพูดตามความเป็นจริงควรปฏิบัติโดยไม่ต้องละอายเป็น. เช่นทนายอาจถามเพื่อให้เกิดความคิดเห็นว่าพยานนั้นมีความสามารถเล็กน้อยทำให้น้ำหนักอ่อนลง, โดยถามว่าพยานเคยทำการผ่าตัดมากี่รายหรือเคยทำการตรวจศพมากี่ราย, ก็ควรออกไปตามตรง. ไม่ใช่ทำน้อยแล้วบอกว่าทำมากเพอรักษาหน้า, แต่จะเป็นผลร้ายภายหลังคือการให้การเท็จ. การตอบรับหรือปฏิเสธคำถามก็เช่นกัน, ควรตอบรับด้วยคำพูด, ไม่ใช่ใช้ผงกหัวแทนการตอบรับและสั่นหัวแทนการปฏิเสธ. หัวและมือไม่ควรใช้เป็นเครื่องหมายคำตอบภายในศาล. นอกจากนั้นแพทย์ไม่ควรพูดกลในขณะเป็นพยาน, จะทำให้รูปคดีเสีย.

การใช้คำพูดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก. ก่อนอื่นไม่ควรตอบคำถามที่ไม่เข้าใจ. อย่าคิดว่าเป็นการโง่เขลาถ้าเราไม่เข้าใจคำถามของทนายหรืออัยการ. ควรให้เขาถามซ้ำหรือถามให้เราเข้าใจว่าจะตอบอย่างไร. ไม่ใช่เขาสอนให้เราตอบ. บางครั้งเมื่อเราเข้าใจแล้วแต่ยังกึกคำตอบไม่ออก, การให้ถามซ้ำก็มีประโยชน์เพื่อจะได้มีเวลาสำหรับคิดหาคำตอบได้ทัน. ทนายหรืออัยการที่เป็น

ฝ่ายตรงกันข้ามกับพยานมักมีคำถามพลิกแพลง, และบางครั้งอาจขู่โทษะ. ดังนั้นข้อสำคัญคืออย่าโมโห. เตรียมพร้อมอยู่เสมอสำหรับคำถามเหล่านั้น. จะเป็นการดีมากที่สุดที่แพทย์ควรจะรู้ว่าอัยการหรือทนายซึ่งเป็นฝ่ายเดียวกันและเราจะเป็นพยานให้วันนี้จะถามอะไรเราบ้าง. และเราจะตอบอย่างไร, เพื่อจะได้ไม่เกิดการเข้าใจผิดเกี่ยวกับคำถามในศาลอันจะทำให้รูปคดีเสียไป. คำพูดที่ใช้ควรเป็นคำพูดที่กระชับ, ไม่กำกวมชวนให้คิดเป็นสองแง่, และก็ไม่ควรพูดอะไรที่รุนแรงเกินความจริง. คำพูดที่อาจจะทำให้น้ำหนักและความเชื่อถือในตัวพยานอ่อนไป. เช่นคำพูดว่า “ข้าพเจ้าคิดว่า.” “ข้าพเจ้าเชื่อว่า.” “ข้าพเจ้ามีความเห็นว่ามันน่าจะ.” คำพูดเหล่านั้นมักไม่ค่อยตายตัว, ผู้ฟังๆ แล้วอาจนึกเป็นสองแง่. ควรหลีกเลี่ยงไม่ใช่. และคำพูดที่ว่า “ข้าพเจ้าจำไม่ได้.” “ข้าพเจ้าไม่รู้,” เกี่ยวกับสิ่งที่ทำไปเอง, หากหลีกเลี่ยงได้ก็ไม่ควรใช้เช่นเดียวกัน, เพราะพยานอาจถูกขอร้องถามว่า, ในเมื่อพยานจำไม่ได้หรือไม่รู้ในสิ่งที่ทำไป, พยานก็อาจจะไม่รู้อะไรเลย, คำที่ให้การไปก็เชื่อถือไม่ได้. น้ำหนักของพยานในศาลก็จะอ่อนลงมาก. รูปคดีอาจเสีย

ไปได้.

ในคดีสำคัญที่อาจจะต้องอธิบายหลักวิชา, หรือคดีซึ่งเราตรวจมาเป็นเวลานาน เราอาจลืมเป็นของธรรมดา, ก่อนไปศาล ควรทำบันทึกสั้น ๆ นำติดตัวไปด้วย. แต่ก่อนที่จะหยิบยื่นทงกันนั้นขอมาคในขณะพิจารณาคดี, ควรขออนุมัติศาลเสียก่อน.

ข้อสำคัญอีกข้อหนึ่งก็คือความเชื่อมั่นในตัวเอง, ออกความคิดเห็นและให้การ

ตามที่เราคิดเห็นว่าควรจะเป็น. ไม่บังคับให้นำความคิดเห็นของผู้อื่นหรือคำพูดของผู้อื่นซึ่งเราไม่เข้าใจไปใช้ในศาล. ต้องไม่รีบร้อน. ต้องแสดงความเคารพต่อศาลอยู่ตลอดเวลา. อย่ากระทำการใดๆ ที่จะให้เกิดการเข้าใจผิดว่าเป็นการหมิ่นประมาทศาล, เพราะศาลทำหน้าที่แทนองค์พระมหากษัตริย์. หากเกิดเรื่องขึ้นก็จะถูกลงโทษได้ทันที.

### ท่านสมาชิกโปรดทราบ

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

# บทบรรณาธิการ

## การค้นคว้าวิทยาศาสตร์ประยุกต์

การค้นคว้าเป็นทางก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์. ถ้าไม่มีการค้นคว้า, วิทยาศาสตร์ก็ไม่มีการก้าวหน้า. ในสถาบันวิทยาศาสตร์ทุกแห่งจึงต้องมีการค้นคว้า. โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในมหาวิทยาลัยการค้นคว้าถือเป็นงานสำคัญมาก, เพราะมหาวิทยาลัยย่อมเป็นที่รวบรวมผู้มีความรู้สูง. ถ้าพวกนี้ไม่ทำการค้นคว้าเสียแล้วก็เป็นการเสียโอกาสไปเปล่า ๆ. แต่ในสมัยปัจจุบันนี้กิจการอุตสาหกรรมต่าง ๆ ที่มียาได้มากมีประมาณเอานักวิทยาศาสตร์ที่เก่ง ๆ ไปทำงานด้วย, โดยให้อุปกรณ์และความสะดวกอย่างเต็มที่, ทำให้ศูนย์กลางแห่งการค้นคว้าเคลื่อนไปจากที่เดิม, และมหาวิทยาลัยมีความสำคัญในค่านับน้อยลง. อย่างไรก็ตาม, การค้นคว้าในฝ่ายอุตสาหกรรมย่อมมีผลตอบแทนเป็นใหญ่. เพราะฉะนั้นจึงมักสนใจปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะทำให้เกิดรายได้. ส่วนมหาวิทยาลัยมักมุ่งไปทางด้านความรู้, โดยไม่สนใจต่อผลตอบแทน, หรือสนใจก็เพียงส่วนน้อย. ดังนั้นในมหาวิทยาลัย

จึงมักมีงานหนักไปในด้านทฤษฎีซึ่งเพิ่มพูนความรู้ชนิดที่จะนำไปเปลี่ยนเป็นเงินประโยชน์ไม่ไฉฉวย ๆ, ซึ่งต่างจากลักษณะของงานในด้านอุตสาหกรรม. ภัยเหตุนั้นส่วนใหญ่ของการค้นคว้าวิทยาศาสตร์อาจจำแนกลงได้ในประเภทใหญ่ ๆ สองประเภท, คือการค้นคว้าเพื่อการค้า หรือการค้นคว้าเพื่อกำไร (คืออิมเมอร์เชียล รีเสิร์ช) กับการค้นคว้าเพื่อความรู้อะคาเดมิค รีเสิร์ช), หรือการค้นคว้าบริสุทธิ์. แต่ยังมีมีการค้นคว้าอีกประเภทหนึ่งซึ่งไม่เหมาะที่จะจัดเข้าในประเภทใดประเภทหนึ่งในสองประเภทนี้, และควรแยกเป็นอีกประเภทหนึ่งต่างหาก, คือการค้นคว้าประยุกต์ (แอฟพลัด รีเสิร์ช) หรือการค้นคว้าด้านเทคนิค (เทคนิคัล รีเสิร์ช).

การค้นคว้าประยุกต์หมายความว่าความถึงการค้นคว้าโดยมีจุดประสงค์จะหาทางนำความรู้ที่มีอยู่แล้วมาใช้ทำประโยชน์, ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องเกิดผลออกมาให้รายได้เป็นเงิน. อาจเป็นความสะดวก, ความรวดเร็ว, หรือ

ความแม่นยำในการทำงานบางอย่างก็ได้. หรืออาจเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพหรือสมรรถภาพของคนหรือของเครื่องมือบางอย่างก็ได้. การค้นคว้าประเภทนี้บางท่านก็คิดผลกว่าการค้นคว้าต้องทำเพียงเพื่อความรู้อาจไม่ยอมรับว่าเป็นการค้นคว้า เพราะเป็นการ “ประยุกต์” ความรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์, เช่นเดียวกับไม่ยอมรับการค้นคว้าเพื่อการค้นคว้าอย่างแท้จริง. อย่างไรก็ตาม, การค้นคว้าประยุกต์นั้นมียุทธศาสตร์สำคัญทั้งในชีวิตประจำวันของประชาชนและในการค้นคว้าบริสุทธิ์หรือการค้นคว้าเพื่อความรู้อีก, และในด้านการปฏิบัติปรากฏว่ามีหน่วยงานหรือสถาบันหลายแห่งซึ่งจัดขึ้นจำเพาะเพื่อการค้นคว้าในทางวิทยาศาสตร์ประยุกต์. ขอยกตัวอย่างเช่นอย่างสักสามแห่งที่ผู้เขียนได้ไปเห็นมาด้วยตนเอง.

ที่เมืองดอร์ทมุนด์, ประเทศเยอรมนี, มี “สถาบันศึกษาศาสตร์วิทยาของงาน” (Institut fuer Arbeitsphysiologie), อยู่ในเครือของมักซ์พลังค์เกสเซิลส์chaft (Max Planck Gesellschaft) ซึ่งเดิมเรียกว่า “ไกเซอร์วิลเฮล์มเกสเซิลส์chaft” และฐานะคล้ายสภาวิจัยแห่งชาติในประเทศ

อื่น ๆ. สถาบันสรีรวิทยาของงานนั้นเป็นสถาบันค้นคว้าโดยเฉพาะ, มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้คนสามารถทำงานได้ด้วยประสิทธิภาพดีขึ้น, โดยการประยุกต์ความรู้และความชำนาญที่มามีอยู่. กิจกรรมแบ่งออกเป็นแผนกต่างๆ หลายแผนก, รวมกันอยู่ในอาคารหลังใหญ่, มีศาสตราจารย์เลห์มันน์เป็นผู้อำนวยการและมีแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ประมาณสิบคนประจำอยู่. ทั่วอย่างงานค้นคว้าบางอย่างของสถาบันนี้ถึงต่อไปนี้: (๑) อิทธิพลของสิ่งรบกวนต่างๆ ต่อการขยับย่นทำให้อยู่ในทางจำกัด, (๒) ผลของการสั่นสะเทือน (เช่นจากเครื่องจักร) ต่อสรีรวิทยา, (๓) ตำแหน่งที่ตั้งคั่นโยกที่สะดวกที่สุด, (๔) ความสูงของโต๊ะเทียบเคียงกับเก้าอี้, (๕) ขนาดของก้อนอิฐที่เหมาะสมแก่การขนและการก่อให้ได้เร็วที่สุด. สถาบันนี้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินอย่างฟุ่มเฟือย ทั้งจากมักซ์พลังค์เกสเซิลส์chaft และจากบริษัทอุตสาหกรรมต่างๆ ที่ได้รับผลประโยชน์จากการค้นคว้าของสถาบัน.

ที่เมืองเคมบริดจ์ในประเทศอังกฤษ, สภาวิจัยการแพทย์ มี “หน่วยค้นคว้าจิตวิทยาประยุกต์” (Medical Research Council,

Applied Psychology Research Unit)

สำหรับทำการศึกษาในแง่คล้ายๆ กับสถาบันที่กล่าวมาแล้ว, แตกต่างกันตรงที่หน่วยศึกษานักไปในแง่จิตวิทยา. อาคารที่ตั้งหน่วยเป็นตึกสองชั้นเก่าๆ, ขนาดไม่ใหญ่โตอะไร. แต่ได้ดัดแปลงห้องต่างๆ ให้กลายเป็นห้องทดลองไปแทบทั้งหมด, แม้กระทั่งห้องใต้หลังคา, ทำให้มีเนื้อที่สำหรับทำงานได้มากมาย. นอกจากนั้นอาคารบริวารที่สร้างขึ้นในช่วงคร่าวอีก, รวมทั้งรถพ่วงที่ดัดแปลงเป็นห้องทดลองด้วย. นับว่าเจ้าหน้าที่ของหน่วยได้กระทำตนเป็นนักค้นคว้าอย่างแท้จริง. กิจกรรมในหน่วยนี้แบ่งออกเป็น ๘ แผนก. มีเจ้าหน้าที่วิทยาการทั้งหมดถึงและชายมากกว่ายี่สิบคน. ผู้อำนวยการหน่วยชื่อ ดร. บรอดเบ็นต์, เป็นนักจิตวิทยาและสรีรวิทยา. ตัวอย่างของงานที่ศึกษาอยู่ในขณะผู้เขียนไปเยี่ยม (มิ.ย. ๐๔) มี (๑) อิทธิพลของเสียงดังในชั้นต่างๆ ต่อการคำนวณ (ประยุกต์ในการยิงปืนใหญ่), (๒) ความสามารถในการติดตามจุดแสงสว่างซึ่งเคลื่อนที่ (ประยุกต์ในการใช้เรดาร์), (๓) ต้นเหตุที่ทำให้พนักงานขับรถไฟฟ้ีสัญญาณผิด, (๔) วิธีค้นข้อยกพร่องในเครื่องวิทยุให้พบโดยเร็วที่สุด, (๕) วิธี

ตรวจความขรุขระบนผิวหน้าของแผ่นไม้อัด, (๖) ต้นเหตุที่ทำให้บุคคลขับรถยนต์โดยเสี่ยงต่ออันตราย, (๗) วิธีจำหน่ายของของจดหมายโดยใช้รหัส, เพื่ออ่านที่หมายได้เร็วขึ้น, (๘) เครื่องแยกจดหมายเป็นพวกๆ ตามจดหมายที่จะต้องส่ง ฯลฯ.

ที่แฮมป์สตันเคิลใกล้กรุงลอนดอน, สถาบันวิจัยการแพทย์ของอังกฤษมีสาขาอยู่แห่งหนึ่ง, เรียกว่า “หน่วยค้นคว้าสรีรวิทยา มนุษย์.” ในหน่วยนี้มี “แผนกชีววิศวกรรม” ซึ่งทำหน้าที่โดยเฉพาะในการออกแบบ, สร้าง, ปรับปรุงและดัดแปลงเครื่องมือวิทยาศาสตร์ซึ่งใช้ในกิจการของหน่วยเองหรือที่เกี่ยวข้องกัน. ในหน่วยนี้มีเจ้าหน้าที่เป็นนักชีววิทยา, นักฟิสิกส์, และวิศวกร, ช่วยกันทำงานให้ลุล่วงไปตามจุดประสงค์. ตัวอย่างเครื่องมือบางชนิดที่หน่วยนี้ออกแบบและจัดสร้างขึ้นมี (๑) อินทิเกรตติ้ง ปีนิวโมทาโมกราฟสำหรับวัดการใช้พลังงานนอกสถานที่, (๒) เครื่องบันทึกอุณหภูมิจากระยะไกลโดยใช้วิทยุ, (๓) เครื่องบันทึก อัตราโนมิตี ชนิด ติดตัว ไปได้ ในงานสนาม, (๔) “ราติโอฟิลล์”, สำหรับกลืนเข้าไปในท้องและส่งรายงานเหตุการณ์ที่ต้องการออกมาเข้าเครื่องบันทึก, เช่น

ความค้น, อณูหณี, ฯลฯ. (๕) นาฬิกา  
พกสำหรับวัดเวลาที่ร่างกายถูกความร้อน  
ในอณูหณีที่กำหนด, ฯลฯ.

งานของหน่วยทั้งสามนี้, หลายท่านคง  
ไม่เห็นสมควรนับเป็น “งานค้นคว้า” เพราะ  
เป็นการที่ไม่อาจนำไปสู่การพบหลักวิชา  
ใหม่ๆ, และเป็นการทำโดยมุ่งประโยชน์  
เป็นสำคัญ. แต่ถ้ายอมรับว่าการค้นคว้า  
ได้หลายประเภทและงานเช่นที่อ้างมานี้ควร  
นับเป็นการค้นคว้าประเภทที่, ก็น่าจะมีคุณ,  
และตามความจริงก็มีเหตุผลอยู่. คุณที่  
กล่าวนี้หมายถึงการกระตุ้นหรือส่งเสริม  
กำลังใจของคนทำงาน. เหตุผลที่มคคืองาน  
นี้ย่อมต้องเริ่มต้นด้วยความรู้ที่ถูกต้องเป็น  
มูลฐาน, และต้องใช้ความระมัดระวัง  
คนหาข้อ. เมื่อได้ข้อแล้วก็ต้องลงมือ  
หรือสร้างขึ้น. เมื่อทำหรือสร้างแล้วก็ต้อง  
ทดลองศึกษา. ใช้ความรู้พิจารณาความ  
เหมาะสมหรือหาข้อบกพร่อง. แล้วก็ปรับ  
ปรองหรือแก้ไขต่อไปจนได้ผลเป็นที่พอใจ.  
กระบวนการนี้ใช้สมองมากกว่าใช้  
มือและมีลักษณะไม่ห่างไกลจากการค้นคว้า  
เพื่อความรู้อะไรหรือการค้นคว้าวิธีที่

ประเทศเรามีความล้าหลังมากในด้าน  
วิทยาการ, หาผู้มีความรู้เชี่ยวชาญและ  
ชำนาญงานในด้านค้นคว้าอย่างแท้จริงได้  
น้อย, เพราะขาดทั้งโอกาส, อุปกรณ์และ  
การสนับสนุนจริงจัง. หากมุ่งเฉพาะนักค้น  
คว้าวิธีที่ฝ้ายเคี้ยว, คงต้องการเวลาและ  
ทุนรอนอีกมาก. แต่ถ้าจะลองกระตุ้นการ  
ค้นคว้าในด้านประยุกต์บ้าง, ซึ่งเหมาะ  
กับพวกเราที่ไม่ค่อยมีความชำนาญมาก  
นักและไม่ค่อยมีเวลา, ยางที่เราทำอาจ  
สามารถผลิตงานที่เป็นสาธารณประโยชน์  
ได้. งานที่เสนอในเรื่องนำของสารศิริราช  
ฉบับนี้ (กลทล สันทรเวช: การวิจัยเรื่อง  
โดยใช้วิธี ฯลฯ) เป็นงานทำนองเดียวกับ  
ประเภทสร้างเครื่องมือ, เพราะการวิจัย  
ข้อที่สะดวกย่อมช่วยให้คนบันทึกต่างๆ ได้  
สะดวกขึ้น. ควรจะอนุโลมเป็นการค้นคว้า  
ประยุกต์ได้. น่ายินดีที่ผู้ใหญ่ในทางราช-  
การได้เห็นความสำคัญของงานนี้และพร้อม  
ที่จะให้ความช่วยเหลือในการทดลองค้นคว้า  
ต่อไป. เชื่อว่าผลของงานนี้จะเป็นประโยชน์  
สาธารณะไม่น้อยกว่างานค้นคว้าวิธีที่  
เรื่อง.

## แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med., ดำรง เพ็ชรพลาญ พ.บ., M.S.  
พนิต อธิสุข พ.บ., ธงนัทร โคละทัต พ.บ., Dr. med., ประภัสสร จุลกระวีรัตน์ พ.บ.  
อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ., สมชัย บวรภักดี พ.บ., D.T. M.&H., T.D.D., F.C.C.P.  
ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ประหยัด พัฒนาการณ์ พ.บ.  
มานี วิสกุล พ.บ., สลิต สุขโรจน์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๑. Erfurth, M. ฟีโอโชมโรซัยโตมาใน  
ระหว่างตั้งครรภ์. Zentralbl. Gynaek.  
1960, 25: 939-944.

เมื่อสืบย้อนก่อนโรคฟีโอโชมโรซัยโต  
มาพบน้อยมาก. ใน ค.ศ. ๑๓๕๕ มีราย  
งานไว้ทั้งหมดเพียง ๕๐ ราย. หลังจากนั้น  
จำนวนเพิ่มมากขึ้น. ในสมัยหลังนมผู้พบ  
บ่อยขึ้นในหญิงตั้งครรภ์. Kraatz รายงานว่า  
ในประเทศเยอรมันตะวันออกโรคนี้แคลมพบ  
เชื่อกันลดจำนวนลง, ส่วนฟีโอโชมโร  
ซัยโตมาในขณะตั้งครรภ์กลับเพิ่มสูงขึ้น.  
Walton ลงความเห็นว่าโรคนี้เกิดแก่คนได้  
ทั้ง ๒ เพศเท่า ๆ กัน, แต่มักพบบ่อยในหญิง  
ที่อยู่ในวัยมีบุตรได้, คืออายุระหว่าง ๒๐  
ถึง ๓๐ ปี. Cahill กล่าวว่าพบในผู้หญิงเป็น  
ส่วนใหญ่. ถึงแม้ยังไม่ชัดเจนว่าโรค  
นี้พบในขณะตั้งครรภ์, และทำให้เกิด  
อันตรายแก่ทารกในครรภ์, และต่อแม่ทั้ง  
ในขณะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดได้.

อันตรายสำคัญต่อทารกในครรภ์กเนื่องมา  
จากความดันเลือดของแม่สูงตลอดกาลหรือ  
เกิดเป็นคราวๆ, ทำให้จำนวนเลือดที่ผ่าน  
รกน้อยลง, เกิดรกพิการ, ทำให้เด็กตาย  
ในครรภ์ได้. อันตรายในแม่นั้นอาจเกิดขึ้น  
ได้หลังจากมีความเครียดต่อร่างกายหรือ  
จิตใจแม่แต่เพียงเล็กน้อย.

การวินิจฉัยโรคในครึ่งหลังของระยะตั้ง  
ครรภ์เป็นการยาก, เพราะอาการต่างๆ ไม่  
แน่ชัดและคล้ายกับปรี eklampsy เชียบ่อย.  
เหตุนี้ผู้ตั้งครรภ์ที่มีอาการปรี eklampsy เชียบ่อย,  
ตลอดจนความดันเลือดสูง, จึงควรสงสัย  
โรคฟีโอโชมโรซัยโตมาด้วย. ผู้เขียนได้  
ให้แนวการตรวจโรคนี้ย่ออย่างย่อไว้ดังนี้คือ:

๑. การคลำ กดที่บริเวณไตทำให้การ  
หลังแอ่นระดับสูงขึ้น, รู้ได้โดยความดัน  
เลือดสูงขึ้นชั่วคราวหรือสูงมากจน.

๒. การใช้ยาที่เป็นแอสตรีโนลียด์  
หรือซัยมพริโคลียด์ทำให้เกิดความดัน

เลือกต่ำ, อย่างน้อย ๓๕ มม. ปรอตซัยส-  
โตลิก และ ๒๕ มม. ปรอตโคอิสโตลิก.

๓. การทดสอบซีตตะมัน. รายที่ไม่  
มีความดันเลือดสูงให้ซีตตะมัน ๐.๕ มก.  
เข้าหลอดเลือดจะทำให้ความดันเลือดขึ้น  
สูง.

๔. การตรวจพบคาเทคอลอะมัน ใน  
เลือดและปัสสาวะหลังจากที่มียุกฤติแล้ว.

ผู้เขียนรายงานผู้ช่วยหญิงมีครรภ์แก่  
หนึ่งราย, ซึ่งไต่วินิจฉัยว่าเป็นโรคปรีอ  
แคล์มเปเซย์, คลอดลูกซึ่งเนาแล้ว. หลัง  
คลอดสบายจนแต่ความดันเลือดยังสูงและ  
แกว่งอยู่. แล้วกลับมีเลือดออกทางช่อง  
คลอดจึงทำการชุก. หลังชุกได้ ๗ วันก็มี  
ยุกฤติและตาย. ผลการตรวจศพพบว่าเป็น  
โรคฟีโอโอมรโมซัยโตมาซินิคร้ายที่มีการ  
ลุกลามไปในเนื้อมันรอย ๆ ไต่แล้ว.

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.

๒. Guerrero, L., J. Holguin, D. Boters:  
การใช้โคโรอาซานั้นเป็นยาขับพยาธิลำไส้.  
Am. J. Trop. Med. Hyg. 1960, 6:37-38.

ผู้รายงานได้ทดลองยาโคโรอาซานั้นไอ  
โอไตท์ในผู้ช่วยด้วยพยาธิลำไส้ในตำบล  
บาร์ริโอ คัสติลลา, เมืองเม็กซิโก, โค

ลอมเบีย, โดยคัดเลือกจากชาวพื้นเมือง  
ด้วยวิธีตรวจจจาระ. ในจำนวนนี้ ๒๗๓  
ราย, ซึ่งมีอายุตั้งแต่ ๑๘ เดือนถึง ๖๘ ปี,  
ได้รับยานไปเพื่อรักษา. ขนาดยาที่ให้  
ต่อวันดังนี้ : น้ำหนักตัวต่ำกว่า ๑๕ ก.ก.  
ให้ ๒๐๐ มก. น้ำหนักตัว ๑๖ ถึง ๓๐ ก.ก.  
ให้ ๔๐๐ มก., น้ำหนักตัวเกินกว่า ๓๐  
ก.ก. ให้ ๖๐๐ มก. โดยแบ่งเป็น ๒  
หรือ ๓ ครั้งต่อวัน, และให้ยานาน ๘ วัน.  
ผู้ช่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีพยาธิลำไส้หลาย  
ชนิดร่วมกัน คือ แอสคาริส ลัมบริคอย  
เดส, ทริชมวิส ทริชมูร่า, สตรองกยลอย  
เดส, สเตรอร์โคราลิส, และเนคาเตอร์ อะ  
เมริคานัส. หลังจากให้ยาแล้ว ๔ ถึง ๖ วัน  
ตรวจจจาระซ้ำปรากฏว่าไม่พบพยาธิ  
เลย, เฉลี่ยถึง ๗๓.๒ ๒๒: ในคนที่เหลือ  
จำนวนไข่หรือตัวอ่อนลดลงถึง ๗๖.๔ ๒๒.  
(มีตารางแสดงรายละเอียดอยู่ในรายงาน  
สำหรับพยาธิแต่ละชนิดๆ ไป).

ข้อเสียของยานคือผู้ช่วยทนยาไม่ได้  
ถึง ๔๓.๕ ๒๒. อาการตามลำดับความ  
มากน้อยมีปวดท้อง, อาเจียน, คลื่นไส้,  
ท้องเค้น, ปวดหัว; แต่หายไต่เองหรือด้วย  
การรักษาอาการ.

ผู้รายงานให้ความเห็นสรุปว่าการใช้ยา

ในการกำจัดพยาธิลำไส้ในผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก นับว่าได้ผลดี.

คำรัง เพ็ชรพลาช พ.บ., M.S.

๓. Sinclair Gieben, A.H.C.: การรักษาสะเกตส์ อัสติมาติกส์ด้วยการสะกัจจิต. B.M.J. 1960, 5313: 1651-1652.

คนไข้อายุ ๖๐ ปี, เป็นโรคหัดมา ๖ ปี มีประวัติชีวิตราชนาวี, จนเมื่อ ๓ ปีก่อนบุตรชายตาย, ซึ่งเป็นการสูญเสียครั้งแรก, แต่อาการหอบหืดมิได้รุนแรงขึ้น.

ในคราวมีอาการหอบมาก, หายใจลำบากจนมีอาการเขียว. เมื่อนำมาโรงพยาบาลได้รักษาด้วยเพนิซิลลิน และมีโนพียลลิน. อาการทุเลา อยู่โรงพยาบาล ๑ เดือน. เมื่อกลับบ้านยังมีอาการหายใจลำบาก, โดยเฉพาะในเวลาากลางคืน.

สามเดือนต่อมา, มาโรงพยาบาลอีกด้วยอาการเดิม. รักษาด้วยแอนติไบโอติก, อะมิโนพียลลินและโพลีคัล, ก็ไม่ทุเลา. ได้ให้ฮอร์โมนอะดรีนาลิน, ออกซัยเจน, และท่ายุทสด เอ.ซี.ที.เอช. ก็ไม่ได้ผล. จึงได้ทดลองสะกัจจิต. เริ่มด้วยการให้ผู้ป่วยลดความเครียดและเพ่งมองที่จุดหนึ่งและและชักชวนให้หลับ. ผู้ป่วยกำลังล้มตัวตายด้วยการหายใจลำบากมาก. ภายหลังที่

อธิบายให้ร่วมมือในการสะกัจจิตจนอยู่ในระยะคลมเครือแล้วก็เริ่มกล่าวแนะนำว่า “การหายใจ สะทกและหายใจ หอบหืด.” อาการหอบหืดหายไปโดยพลัน. เมื่อตรวจฟังเสียงหายใจก็ไม่พบเสียงตบของหลอดลมเลย. เริ่มหายใจเร็ว. หลังจากสะกัจจิต ผู้ป่วยกล่าวว่าในระยะหายเพ่งจะรู้สึกสบาย. ต่อมาทำทุกวัน ๑๐ วัน. ผู้ป่วยสบายขึ้นมาก, ไม่หอบอีก. ได้กลับบ้านโดยได้รับการสอนให้สะกัจจิตตนเอง.

ผู้ป่วยรายงานได้ถึงแก่กรรมภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปสองสามวันเพราะหัวใจล้มอย่างปัจจุบัน, ซึ่งเวลานั้นไม่ได้มีอาการหอบหืดด้วย.

การรักษาหอบหืดรุนแรงด้วยการสะกัจจิตคนผลดีเชื่อว่าขึ้นอยู่กับตัวคน, วันและเวลาที่กระทำด้วย.

พนิต อธิสุข พ.บ.

๔. Edgren, B.: การให้อิมัลชันทางหลอดเลือด. Dtsch. Wed. Wschr. 1961, 15: 701-704.

ในปัจจุบันนี้ได้มีการให้ไขมันในรูปของอิมัลชันทางหลอดเลือดดำ เพื่อชดเชยอาหาร, ซึ่งจะได้ความร้อจนถึง ๕๐ เปอร์เซ็นต์ สำหรับพวกคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนจะ

มีส่วนช่วยให้คลัยในโตรเจนดีขึ้น. ไชมันท์ใช้มักนิยมทำไคมาจากพืชเพราะมีความอืดตัวต่ำ, เช่นพวกน้ำมันฝ้าย, น้ำมันโอลีฟ ฯลฯ เป็นต้น. ส่วนความเข้มข้นที่ไชมันท์ใช้อย่างต่ำ ๑๐ ปรซ. ในรูปของไทรกลัยเซอไรด์. และเพื่อให้ได้ผลดีและมีพิษน้อยลงจึงมีผสมฟอสฟาไทด์จากพืชลงไปด้วย. ทุนยัมมักคือที่ไคมาจากพวกถั่วเหลือง.

สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ของการให้ไชมันท์ทางหลอดเลือดที่พบข้อยกเว้นคือทำให้ไข้ขึ้น. นอกจากนี้ยังมีอาการคลื่นไส้, อาเจียน, เวียนศีรษะ, หนาวสั่น, อาจมีอาการปวดตามข้อและสันหลัง, และหายใจลำบาก.

ข้อบ่งใช้ที่ได้แก่ในราย (๑) มีการยุ่งเหียงของคลัยในโตรเจนก่อนและหลังการผ่าตัด, (๒) การกดซึมของลำไส้ไม่ปรกติอย่างเรื้อรัง, (๓) โรคไตที่ต้องจำกัดอาหารโปรตีน.

ห้ามใช้ในโรคตับแข็ง, โรคตับที่เป็นเล็กน้อยซึ่งอาจใช้ได้แต่ต้องระวัง, รวมทั้งพวกไลโปยคีนโพรลิสและเอสเส็นเซี่ยลไลพ์เมีย.

ชงนัตร์ โคละทัต พ.บ., Dr. med.

๕. Leduc, J.: การขยับถ่ายคาเทคอลอะมีนในหนูกถูกความเย็น, Acta Physiol. Scand. 1961, : 94-95.

เมื่อร่างกายถูกความเย็น, นอร์แอดรีนาลีนมีหน้าที่เพิ่มความร้อนให้ร่างกายโดยไม่มีการสั่น. ดังนั้นการทดลองนี้จึงทำขึ้นเพื่อหาปริมาณว่าจะเพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงไร. ทำการทดลองในหนูขาว, เลี้ยงไว้ในอุณหภูมิ ๓๐°ซ. นาน ๑ เดือน. ให้อาหารและน้ำตามปรกติ. เปรียบเทียบกับพวกค้อนโตรลซึ่งเลี้ยงในอุณหภูมิห้อง. วิเคราะห์ปริมาณของนอร์แอดรีนาลีนในปัสสาวะและในต่อมแอดรีนัล. ผลปรากฏว่าจำนวนนอร์แอดรีนาลีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นสูงทันที. ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกเป็นสูงสุดแล้วค่อยๆ ลดลง, แต่จำนวนในต่อมไม่เปลี่ยนแปลง. แสดงว่าจำนวนที่เพิ่มขึ้นนั้นมาจากต้นตอนอกต่อม, คือจากปลายประสาทแอดรีเนอรัล. และยังได้ทำการทดลองเปรียบเทียบในหนูที่ตัดต่อมแอดรีนัลออกแล้ว, ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน.

ส่วนจำนวนแอดรีนาลีนในปัสสาวะนั้นจะเพิ่มสูงสุดในวันที่ ๖, และค่อยๆ ลดลง. แอดรีนาลีนในต่อมลดลง ๒๕ ปรซ. ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังจากถูกความเย็น, แล้วจะ

ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเองตลอดระยะเวลาที่ยังถูกความ  
เย็นอยู่.

ดังนั้นจึงเห็นว่า นอร์แอดรีนาลีนและแอดรีนาลีนช่วยร่างกายเพิ่มความร้อนเมื่อถูก  
ความเย็นได้ออกทางหนึ่ง.

ประภัสสร จุกะรัตน์ พ.บ.

๖. Fineberg, S.K.: ผู้ป่วยอ้วนเป็นโรค  
เบาหวานกับยาที่ทำให้เบื่ออาหาร. J.A.M.A.  
1961, 175: 680-684.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยาที่ทำให้เบื่อ  
อาหาร ๒ ชนิด, คือเฟนิเมตราซีน ฮัยโตรี  
มอลอโรค (Preludin) กับไทเอนิลโปร  
ปีออน (Tenuate, Tepanil) เพื่อเปรียบเทียบ  
ผลกัน ในคนอ้วนที่เป็นเบาหวาน ๓๔  
ราย, โดยใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งขนาด  
๒๕ มก. วันละ ๓ ครั้งก่อนอาหาร ๑ ชม.  
เป็นเวลา ๖ สัปดาห์. พบว่ายาชนิดแรกทำ  
ให้เบื่ออาหารมากกว่าและสามารถทำให้น้ำ  
หนักลดลงได้มากกว่ายาชนิดหลัง (น้ำ  
หนักลดเฉลี่ย ๖.๗๑ ปอนด์), แต่มีผล  
แทรกแซงมากกว่า. คือมีอาการแสดงว่า  
ระบบประสาทกลางถูกกระตุ้น ๕.๑ ปช. ของ  
คนไข้, ซึ่งเมื่อใช้ยาชนิดหลังไม่พบฤทธิ์.

ในระหว่างใช้ยา, คนไข้ที่เคยใช้อิน  
สุลินด้วยก็ใช้อินสุลินลดลง, และคนที่เคย

ใช้ยากินที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลด,  
ก็ใช้ยากินชนิดนั้นในขนาดน้อยลงด้วย.

ยาทั้ง ๒ ชนิดที่ใช้เปรียบเทียบกับผลเป็น  
ยาพวก ฮัยมพะโรไมเมติก. แต่กลไกการ  
ออกฤทธิ์ยังไม่ทราบ.

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.

๗. Ashby, R. R., J. M. Campbell: วัณ  
ธิดี. Postgrad. Med. J.-1961, 37:43-49.

ผู้ป่วยชายโตอายุ ๖๔ ปี, วิทยาลัย  
ใน ร.พ. โดยให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นว่า  
เป็น “ภาวะหดห่อตลอดมชนิดไม่สร้าง  
(สเตตัส อัสมาติกัส)” เป็นมาแล้ว ๓ วัน  
เต็ม. ใช้ยาจำพวกขยายหลอดลมไม่ได้ผล.  
ระหว่างอยู่ใน ร.พ., สังเกตว่าผู้ป่วยหาย  
ใจลึกเป็นแบบฮัยเปอร์เวนทิลชัน, ซึ่งผิด  
จากการหายใจลำบากในหืดหลอดลม. ต่อ  
มาเมื่อตรวจพบค่า  $P_{CO_2}$  ของโลหิตต่ำ  
มาก, จึงวินิจฉัยใหม่ว่าเป็น “แอลคาโล  
ซิสจากการหายใจ” เนื่องจากผู้ป่วยมีการ  
ชักยึกและลักษณะของมือแบบเตตระเนีย, ได้  
พยายามหาสาเหตุจากหลอดเลือดก้าน  
สมอง, การอักเสบของเยื่อหุ้มสมองและ  
เนอสมอง, เอ็มโบลีสม์ในปอดหรือเวนทริ  
เคิลซ้ายล้มอย่างปัจจุบัน, แต่ก็ไม่ปรากฏ.

ในที่สุดพบว่ากระเพาะปัสสาวะพองโตมาก เพราะปัสสาวะคั่งเนื่องจากท่ออุดตันมากโต. ปัสสาวะเป็นกรกแรงและมี พิวเอช ของโลหิตแดงมีค่า ๖.๕๘. ทั้งหมดคนสันนิษฐานสาเหตุ “อะซีโกลีซิสจากไต.”

ได้แก้ไขโดยให้ โมลาร์แล็คเตท. เลือดคอกชนภายหลัง ๑๒ ชม. แต่การหอบลึกยังไม่เปลี่ยนแปลง. ค่ายเหตุนี้อะซีโกลีซิสในเลือดจึงถูกเปลี่ยนเป็นแอลคาโลสิสและคงอยู่ถึง ๑๐ วัน. ตรวจเลือดขาดโปแตสเซียมจึงให้โปแตสเซียม, และผู้ช่วยพันโดยเร็ว. ได้ผ่าตัดเอาท่ออุดตันออกในขั้นสุดท้าย.

ผู้รายงานอธิบายว่าผู้ช่วยไตพิการเนื่องจากการอุดตันเรอริง. ฉะนั้นการขับถ่ายขี้โคโรเงินไอออนส์จึงไม่ดำเนินไปตามปรกติ, ทำให้อะซีโกลีซิสเกิดขึ้นและกระตุ้นให้เกิด “แอลคาโลสิสทางหายใจ” เพื่อทดแทน. การหายใจหอบลึกในตอนหลังเป็นผลของการขาดโปแตสเซียมซึ่งสูญเสียไปในปัสสาวะเพราะไตไม่สามารถกันไว้ได้ตามปรกติ. ฉะนั้นการให้โปแตสเซียมจึงแก้อาการทั้งหมดได้.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.,

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

๘. Fitzpatrick, F.K.: ผลของคอร์ติโซนต่อหนูที่ทำให้ติดเชื้อด้วย ไนโรโมเจน และด้วยเชื้อวัณโรคที่ก่อไอโอสโตรในอะซีต. Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1960, 104: 558-560.

จากการทดลองฉีดเชื้อวัณโรคชนิดก่อไอโอสโตรในอะซีต และเชื้อไนโรโมเจนในอะซีต ฟอสเฟตเข้าทางกระแสโลหิตของหนูถีบจักรที่ได้รับคอร์ติโซนเข้าได้ผิวหนังไปพร้อมๆ กัน. ปรากฏว่าเชื้อวัณโรคก่อไอโอสโตรในอะซีต แลคคิงพีชเพิ่มขึ้น และเชื้อไนโรโมเจนในอะซีต ฟอสเฟตแลคคิง อ้วนากการก่อโรคมากขึ้น, เมื่อเปรียบเทียบกับหนูที่ไม่ได้รับคอร์ติโซน.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

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

๙. Erwin H. Zimmerman: ยารักษาเกล็ดขนานใหม่. J.A.M.A. 176, 23-25, 1961.

โรคเกล็ดขนานเป็นโรคที่พบได้บ่อยมาก. การวินิจฉัยง่ายแต่การรักษายาก. หลายปีมาแล้วได้ใช้โซเดียมไธโอซัลเฟต ๒๕% ได้ผลดี, และการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้กันบ่อย ๆ คือกรดซาลิซิลิก, วิตามินและกรดเป็นโซอิคละลายในอัลกอฮอล์, อย่างไรก็ตาม เหล่านี้ต้องใช้ทุกวันเป็นเวลาถึง ๖ สัปดาห์เป็นอย่างน้อย และกว่าจะหายขาดอาจกิน



ถ่ายกเว้น Supraventricular premature beat และ Atrial fibrillation แล้วการเต้นของหัวใจผิดจังหวะเหล่านี้พบบ่อยที่สุดในบุคคลอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี. สาเหตุส่วนใหญ่อาจเป็นเพราะ การเพิ่ม โทนนัสของประสาทเวกัส.

เว็นทริคูลาร์พรีเมเจอร์บีทพบ ๑๖.๖ ٪. พบบ่อยในผู้ที่มีอายุสูงกว่า ๔๐ ปี. เว็นทริคูลาร์พาราซีสโตล, เว็นทริคูลาร์ ทาชมพูคาร์เดีย, และจังหวะอิกโอเว็นทริคูลาร์ร่วมกับเอคโอเว็นทริคูลาร์คิสโตซิสเอซันก็พบเหมือนกัน. ส่วนมากพบว่า พรีเมเจอร์เว็นทริคูลาร์บีทไม่ถูกเปลี่ยนแปลงโดยการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจเลย.

การกั้นของแขนงสื่อนำขวาพบราว ๔.๒ ٪. ของผู้ถูกตรวจและพบบ่อยในผู้ที่มีอายุเกิน ๔๐ ปี. ความผิดปกติปรกติไม่เกี่ยวข้องกับ ความดันเลือดสูง, น้ำหนักตัว, โชมเลส เตอรอลและฟอสโฟลิปีดในเลือด.

กลุ่มอาการ โวลฟ์-ปาร์กินสัน-ไวท์, พบบ่อยพอๆกับการกั้นของแขนงสื่อนำขวา, แต่อุบัติการณ์พบไม่เกี่ยวข้องกับอายุ. การเปลี่ยนแปลงของคลื่นที่พบประมาณ ๒๓ ٪. และพบบ่อยในผู้ที่มีอายุเกิน ๔๐ ปี. ๒.๖ ٪. ของผู้ถูกตรวจแสดงถึงอินฟาร์กชันของกล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจซึ่งส่วนมากพบในผู้สูงอายุ.

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๑. Butler, B.G., J.W. Beakley: แพศ ที่เวบลฟลอราในรายช่องคลอดอีกเสบ. Am. J. obst. Gynaec, 1960, 79: 433.

ผู้รายงานได้ศึกษาคนไข้ที่มีอาการช่องคลอดอีกเสบ ๑๖๕ ราย เมื่อปี ๑๙๕๘ และทำการค้นคว้าทดลองโดยละเอียดเกี่ยวกับ เซอ เคอร์เตไลน์ยาซิลลัส, พบข้อเท็จจริงสรุปได้ว่า :

(๑) เซอเคอร์เตไลน์มีอยู่เสมอในช่องคลอดของคนปรกติและจะหายไปนในรายที่เกิดช่องคลอดอีกเสบ.

(๒) เคอร์เตไลน์ที่แยกได้อย่างบริสุทธิ์จากช่องคลอดเอามาเลี้ยงไว้และใช้ใส่ช่องคลอดของคนไข้ที่ไม่มีเซอควนโคผลก. ถ้าจะให้สะดวกขงขงจะไซเซอทลยโอพีไลส์แล้วก็ได้, โดยให้ผลกัเท่ากัน.

(๓) พวกที่มีช่องคลอดอีกเสบด้วยสาเหตุใดก็ตาม, นอกจากรักษาสาเหตุแล้วควรรใช้เซอนรวมก้วยเพื่อ ให้มีแบคทีเรียลฟลอรากลับมาปรกติ.

ประหยัด ทศนากรณ พ.บ.

๑๒. Pozzi, P.C., M. Rubbiani: การตัดมัยโอม่าออกและผลการติดตามคนไข้. *Minerva Ginec. Torino.* 1959, 11:678.

ในเมืองมิลานมีการศึกษาคนไข้ ๑,๓๓๓ รายในเวลา ๑๐ ปี (๑๙๔๕-๑๙๕๔) ที่เป็นเนื้องอกไฟบรอยต์ของมดลูกที่รักษาโดยการตัดเอามดลูกออกทั้งหมด หรือเพียงบางส่วน, และเอาแต่ก้อนออก ๑๗๕ ราย. มีการติดตามคนไข้ ๑๓๘ ราย, ในจำนวนนี้ ๖๘ ปช. มีประจำเดือนตรงกำหนด และเป็นปรกติ. ๓๐ ปช. ตั้งครรภ์ได้ถึงกำหนดคลอด. ๗๐ ปช. ยังคงไม่ตั้งครรภ์หรือมีการแท้ง.

ในรายที่ครรภ์ครบกำหนด ๓๘ ราย, ๒๗ รายคลอดได้ปรกติ. ๕ รายใช้คีมิ, ๖ รายต้องผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้อง. การผ่าเอาแต่ก้อนเนื้องอกออกน่าทำได้ในรายที่สตรีวัยมีบุตรได้, นอกจากมีข้อห้ามอื่น ๆ.

มานี วิสกุล พ.บ.

๑๓. Persellin, R.H., F.R. Schmid: ประโยชน์ของซัลฟินพิยราโซนในการรักษาโรคเก๊าท์ *J.A.M.A.* 1961, 175:971-975.

ซัลฟินพิยราโซน (แอนทูแรน) (Sunfin-

pyrazone, Anturane) เป็นซัลฟอกไซด์ของไฮไดรเออร์. เป็นสารที่คล้ายกับเฟนิลดบูตาโซน แต่ซัลฟินพิยราโซนไม่ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกาย, และยังมีฤทธิ์ต้านการอักเสบอย่างอ่อน. ผู้รายงานได้ใช้ซัลฟินพิยราโซนรักษาผู้ป่วยโรคเก๊าท์ ๑๗ ราย, อายุระหว่าง ๒๘ ถึง ๗๘ ปี. ในระยะเวลาต่าง ๆ กันตั้งแต่ ๕ ถึง ๒๐ เดือน. โดยให้ผู้ป่วยกินยาในระยะแรก ๒๐๐ มก. ต่อวัน, ต่อไปจึงให้ขนาดคงไว้ ๔๐๐ มก. ต่อวัน, โดยแบ่งให้เป็น ๔ ครั้ง. ปรากฏว่าได้ผลดี. กล่าวคือระดับกรดยูริกในเซรัมลดลง, อาการไข้จับสั่นลดลงทั้งจำนวนครั้งและความรุนแรง, และสามารถที่จะให้กินได้เป็นเวลานาน. สำหรับพิษก็พบว่ามีน้อย. มีอยู่ ๑ รายที่มึนงงศีรษะมากโดยปัสสาวะเกิดขึ้นแต่เมื่อหยุดยาชั่วคราวก็หายไปเอง. ๔ รายมีอาการแน่นท้องหลังกินยา, แต่เมื่อเปลี่ยนมากินยาพร้อมกันกับอาหาร, อาการก็น้อยลง. นอกจากนี้ผู้รายงานยังได้เน้นรายละเอียดของการรักษาผู้ป่วยที่น่าสนใจรวม ๓ รายไว้ด้วย.

สลิต ศุขโรจน์ พ.บ.

๑๔. Snapper, I., O.R. Ores: การ  
 ตรวจหาเย็นซ์ - เจนส์โปรเทอีนในปัสสาวะ.  
 J.A.M.A. 1960, 173: 1137. เย็นซ์ - เจนส์  
 โปรเทอีนที่พบในปัสสาวะคนไข้ มัลติเป็ล  
 มัยอิลมา อาจตรวจได้โดยวิธีอิเล็กโตร  
 โฟเรสิส. แต่วิธีที่ง่าย คือ คมปัสสาวะที่  
 ถ่ายใหม่ ๆ โดยจกให้มีพีเอช ๕ ให้ออน  
 ถึง ๖๐ ชม. (๑๕๐ ฟู.). ถ้ามีตะกอนให้เติม  
 กรดซัลโฟซาลิซิลิกจำนวนเท่ากันลงไป.  
 หากความขุ่นในตอนนั้นไม่ถึง ๒ ขวก, เมื่อ  
 นำไปต้มตะกอนจะหายไปแสดงว่าไม่มีเย็นซ์  
 - เจนส์โปรเทอีน. ถ้าเติมกรดซัลโฟซาลิ  
 ซิลิกแล้วมีตะกอนหนักและจำนวนมาก  
 แสดงว่ามีโปรเทอีนชนิดนี้, ซึ่งมักบ่งถึง  
 โรคมัลติเป็ล มัยอิลมา (และอาจพบได้ใน  
 ลัมพูพาทิก ลิวคิเมีย). แต่ผู้ป่วยมัลติเป็ล  
 มัยอิลมา อาจไม่มีเย็นซ์-เจนส์โปรเทอีน  
 ในปัสสาวะก็ได้.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๕. Sabin, A.S.: ผลการทดลองให้กิน  
 วัคซีนโปลิโอไวรัสชนิดทำให้พิษอ่อนลง  
 แล้ว. J.A.M.A. 1959, 171: 863: 868.

ในระหว่างปี ๑๙๕๘-๑๙๕๙ เด็ก  
 ประมาณ ๑๑ ล้านคนได้รับการป้องกันโรค  
 โปลิโอด้วยโปลิโอไวรัสเชื้อ "ซาบิน" ซึ่ง  
 ได้ทำให้พิษอ่อนแล้ว ๓ ชนิดโดยการกิน.  
 ในสิงคโปร์ขณะที่มีใช้โปลิโอระบาด, เด็ก  
 สองแสนคนที่ได้รับวัคซีนนี้ช่วยด้วยโรค  
 โปลิโอ ๖ ราย, เมื่อเปรียบเทียบกับเด็ก  
 ที่ไม่ได้รับวัคซีนเป็นโรค ๑๗๕ รายใน  
 จำนวนสามแสนคน. ในเซกโกสโลวาเกีย.  
 ในผู้ช่วยโปลิโอที่เป็นอัมพาต ๑๖๕ คนมี  
 ประวัติเคยฉีดวัคซีนนี้มาครบสามครั้ง  
 แล้ว ๗๕ คน.)

ไม่มีรายใดเป็นโปลิโอเนื่องจากการให้  
 วัคซีนชนิดนี้ (ซาบิน) รวมทั้งสถิติของโรค  
 โปลิโอในเขตที่ให้วัคซีนได้ลดลงอย่างชัด  
 เจน. เชื้อโปลิโอที่ทำให้อ่อนฤทธิ์แล้ว,  
 เมื่อกินเข้าไปจะสามารถแพร่กระจายไปยัง  
 ผู้คนได้เหมือนกับเชื้อโปลิโอตามธรรมชาติ.  
 ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอยู่แล้วเมื่อได้รับเข้าไป, เชื้อ  
 นี้จะไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้. สำหรับผู้ที่  
 มีภูมิคุ้มกันบางส่วนหรือไม่มีเชื้อจะเจริญได้  
 ในลำไส้และทำให้เกิดภูมิคุ้มกันใน ๗ ถึง  
 ๑๐ วัน. แต่บางทีในขณะที่มีการติดเชื้อ

ไวรัสชนิดนี้ อยู่ในลำไส้ก็อาจทำให้มีการ  
เปลี่ยนแปลงได้.

ไวรัสที่แยกได้จากอุจจาระของผู้ที่ไ้รับ  
วัคซีนชนิดนี้, เมื่อนำไปฉีดเข้าสมองลิง

พบว่า ขางราย ยังมีความ รุนแรง เพิ่มขึ้นได้.  
แต่เมื่อผ่านลำไส้หลาย ๆ ครั้ง ความรุนแรง  
นั้นจะหมดไป.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

# ปกิณกะ

## ๑. จดหมายจากแม่เกาะ

หน่วยพยาบาลไทย  
ณ นครแม่เกาะ, ซาคืออาระเบีย  
๒๒ มีนาคม ๒๕๐๔

เรียน ท่านบรรณาธิการสารคดีวิราช

ผมได้มาถึงเมืองท้ายคตะหรววเพียงวัน  
ครึ่งที่ ๓ มีนาคม, รวมเวลาเดินทาง ๑๕  
วัน. ผมต้องมาลงช้าไปกว่ากำหนด ๒ วัน  
ก็เพราะเรือถูกมรสุม ๓ แห่งด้วยกัน, คือ  
ในอ่าวไทยบริเวณภูเขาสามร้อยยอดแห่ง  
หนึ่ง, บริเวณช่องแคบสุมาตราแห่งหนึ่ง,  
และในอ่าวเบงกอลอีกแห่งหนึ่ง. ผมและผู้  
โดยสารส่วนมากเมาคลื่นขยับไปตามๆกัน.

ตามปกติในเดือนนี้ไม่ควรจะมีมรสุมเลย.

เมื่อลงท่าเรือท่านกงสุลไทย, คุณสุนทร  
สุวรรณสาร, และภรรยาได้ไปรับผมและ  
เจ้าหน้าที่พยาบาลอีก ๗ คนไปพักและค้าง  
ที่ขานรบริงของท่า. ผมต้องเสียเวลาอยู่  
ที่ขานท่านถึง ๒ วันเพื่อรอกระเป่าและหีบของ  
ส่วนตัวและเวชภัณฑ์ของหน่วย, ซึ่งขนขึ้น  
จากเรือที่หลังและต้องผ่านให้ท่านผู้ลูกการ

ตรวจ. จากนั้นจึงเข้ารถเขาสู่เมืองแม่เกาะ.  
ระยะทางจากเมืองยัคคะหัดังแม่เกาะราว ๘๐  
กม. สองข้างทางเป็นภูเขาและทะเลทราย,  
หาดินไม่ใหญ่ไม่โตมแต่ต้นหญ้าแห้งๆ. ผม  
ถึงแม่เกาะราว ๕ โมงเย็น. หลังจากขนของ  
เข้าห้องแล้วพวกผมต้องช่วยกันทำความสะอาด  
ส้วมห้องซึ่งเป็นตักแถวอยู่ชั้นสอง, เพราะ  
เมืองนี้ฝุ่นมากเหลือเกินและที่พกขยัดไว้ไม่  
มีใครอยู่ถ้าไม่ใช่เดือนประจวบคาศกกิจ.  
ผมใคร่จะเล่าเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยสักเล็กน้อย  
ถ้าเขินตักแถวอย่างที่ผมอยู่ส่วนมากเป็น  
แบบทันสมัยสำหรับเมืองร้อน, คอกออกสู่ออก  
ปนและมีโครงตักเป็นคอนกรีต. แต่ห้องไม่  
โปร่งโล่งอย่างกรุงเทพฯ คือทบทว่า, เพราะ  
เมืองนี้มีฝุ่นมากและหนารอนกรอนจกขนาด  
อุณหภูมิถึง ๖๐°ซ. หน้าต่างห้องกม ๓ ชั้น  
ชั้นนอกเป็นบานเกล็ดกมแตก. ชั้นกลางเป็น  
ลวดตาข่ายเล็กกมยงและแมลงวันซึ่งชม  
มาก. ชั้นในเป็นกระจกกมฝุ่นและลมร้อน.  
ตักส่วนมากสร้างสูง ๕ ชั้นขึ้นไป. อย่างสูง  
๘ ถึง ๑๐ ชั้น. มีนาและไฟพร้อม. แต่

ตึกไม้สร้างเป็นแถวยาวอย่างในเมืองไทย เพราะเนื้อที่เมืองเล็กจึงสร้างชิดติดกันไปหมด. เหลือเป็นตรอกเล็กๆ ให้คนเดินผ่าน. ถ้าเป็นบ้านคนพนมเมืองก็สร้างชนคยหินก้อนเรียงกันและก่อปูนทับ, ไม่มีโครงเหล็ก, ไซ้ไม้ยกเป็นคานทั้งรอดและหน้าคาง. ทงห้องภายในก็ขี้แคย, เป็นห้องเล็กห้องน้อย. อากาศและแอกเกอยเข้าไม้ไ้. บางบ้านเวลาผมไปเยี่ยมไซ้พนมบ้านอ่อนสั้นไ้, นากลัวะพังลงมา, เพราะบางบ้านสร้างมากกว่าร้อยย.

เมืองเมกกระเป็นเมืองที่คงอยู่ย่นภเขาสูง บางบ้านปลูกอยู่ย่นภเขา. น้าหายากมาก. ต้องไ้่นาจากข่อยตาล, ซึ่งถ้าต้มเคือกแล้วจะเห็นมีครายหินปนขาวๆ จับที่กนก้า. พลเมืองส่วนใหญ่ทำการค้าเล็กๆ น้อยๆ. ทงชายและหญิงแต่งตัวขี้ครึษะและหน้าตา. ถ้าเป็นหญิงต้องไ้่นผ้าดำแต่งตัวและมีผาคลมหน้ามองไม้เห็น. ชนพนมเมืองมีทงผัวค้ำและขาว. ชนผัวค้ำๆ มากคล้ายนิโกร, ผมหยิก, ร้างสูงผอม. ส่วนชนผัวขาวคล้ายฝรั่งทงผัวและหน้าตา. แต่ทกคนพูดภาษาอาหรัย. พูดภาษาอังกฤษไ้โดย่างแต่เฉพาะคนผัวขาวบางคน. อาหารทนมแพงมากครึย, คือแพงกว่าเมืองไทยราว

เท่าตัว. คนพนมเมืองรบประทานขนมขี้งและอินทผลิมเป็นอาหารหลัก. อาหารเข้าแอลกอยอลห้ามเข้าประเทศเค็กชาก. ทกคนที่เข้าเมืองเมกกระจะต้องเป็นอิสลาม, ห้ามคนต่างศาสนาเข้าเมือง. การปกครองมีกษัตริย์อยู่เห็นอกกฎหมายและโทษที่ประเทศนี้รุนแรงมาก. ไ้โรชโมยถ้าถูกจับไ้จะถูกตัดมือ. ถ้ายิงคนหรือฆ่าคนตายจะถูกตัดคอ.

ผมขอกลัวะมาพคถึงงานประจำวันของผมนในหน่วยพยาบาลข้าง. ในวันแรกๆ ที่มาถงตรงกยเคอนขวช. สถานั้ทราชการและร้านค้าทกแห่งในเมืองเปิดทำงานหลังพระอาทิตย์ตกกน, คือเมอรบประทานอาหารเป็นแล้ว. กลางวันขิต. ผมกลยต้องเปิดตรวจคนไข้้นอกในเวลากลางคิน, ระหว่าง ๑๕.๓๐-๒๔.๐๐ น. ส่วนกลางวันพัก, แต่ในระยะ ๒-๓ วันหลังคือทงแต่วันที่ ๑๘ มีนาคมเป็นต้นมา, ผมเปิดทำงานกลางวัน, เพราะสันเคอนขวช. เวลาทำงานเข้า ๗.๐๐ ถึง ๑๐.๐๐ น., ข้าย ๑๕.๐๐ ถึง ๑๗.๐๐ น., การทำงานส่วนใหญ่เป็นแบบตรวจผู้ป่วยนอก, คือตรวจรักษาแล้วกลย. จะมีไปแวะเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเฉพาะรายที่หนักมากที่มาส้านงานไม้

ได้. รายที่ช่วยมากผมกรีบไว้รักษาใน  
สถานพยาบาลแต่มีไม่บ่อยนัก. ตั้งแต่ผม  
มา มีเพียง ๒ รายเท่านั้น. การรักษาฟรี  
หมดทุกอย่าง. จำนวนชาวไทยที่มาพำนัก  
ในเมืองนี้ในขณะนั้นราว ๑,๕๐๐ คน, และ  
จะมาเพิ่มเติมอีก ๕๐๐ คนเศษในปลาย  
เดือนเมษายน. ส่วนใหญ่ของชาวไทยเป็น  
ชาว ๔ จังหวัดภาคใต้ซึ่งพูดไทยเกือบไม่  
ได้. ฉะนั้นทว่าผมต้องศึกษาภาษามลายู  
จากเจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วย. นอกจาก  
ชาวไทยบางครั้งก็มีชาวอาหรับมารักษาบ้าง,  
เพราะโรงพยาบาลในเมืองนี้มีเพียง ๒ แห่ง,  
และแพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็มีน้อย  
คน. ส่วนใหญ่มาจากอียิปต์และเลบานอน.

สำหรับอาหารพวกผมช่วยกันทำเพราะซื้อ  
ไม่ไหว, ราคาแพงมากและคนละรส  
รับประทานกันไม่ได้.

ถ้ามีเวลาว่างผมจะจดหมายมาอีก. ใน  
ระหว่างนี้ผมยังไม่กล้าออกเดินไปเที่ยวที่  
ไหน, กลัวจะหลง, เพราะถนนเป็นซอก  
เล็กซอกน้อยและคล้าย ๆ กัน. แผมยังพูด  
จากไม่รู้เรื่องด้วย.

ถ้าจะมีจดหมายมายังผม, กรุณาจำ  
หน้าชื่อ:— Dr. Pricha Chetanasilpin,  
The Medical Unit of Thailand, Moufti  
Building, Mecca, Saudi Arabia

เคารพและคิดถึงทุกท่าน

ปรีชา เจตนะศิริป็น

## ๒. แนะนำหนังสือ

หนังสือ : PEPTIC ULCERATION,  
A symposium for surgeons.

ผู้แต่ง : Charles WELLS, Professor of  
Surgery, the University of Liverpool,  
and James KYLE, M.B., M.Ch., F.R.C.S.,  
F.R.C.S. (I), Senior Lecturer in Sur-  
gery, University of Aberdeen, Formely  
Lecturer in Surgery, University of Liver-  
pool.

โรงพิมพ์ : E. & S. Livingstone, Ltd.,  
Edinburgh and London. 1st edition 1960

ขนาด :  $6\frac{1}{2}'' \times 9\frac{1}{9}''$ . หน้า ๒๖๐ หน้า.

มีสารบัญชารายชื่อและเอกสารอ้างอิง. รูป  
๔๔ รูป. ราคา ๑๒๖ บาท. (หนังสือมี  
ที่หอสมุดคณะแพทยศาสตร์, ศิริราช.)

หนังสือนี้ผู้เขียนได้รวบรวมความคิด

ได้. รายที่ช่วยมากผมกรีบไว้รักษาใน  
สถานพยาบาลแต่มีไม่บ่อยนัก. ตั้งแต่ผม  
มาเพียง ๒ รายเท่านั้น. การรักษาฟรี  
หมดทุกอย่าง. จำนวนชาวไทยที่มาพำนัก  
ในเมืองนี้ในขณะนั้นราว ๑,๕๐๐ คน, และ  
จะมาเพิ่มเติมอีก ๕๐๐ คนเศษในปลาย  
เดือนเมษายน. ส่วนใหญ่ของชาวไทยเป็น  
ชาว ๔ จังหวัดภาคใต้ซึ่งพูดไทยเกือบไม่  
ได้. ฉะนั้นทว่าผมต้องศึกษาภาษามลายู  
จากเจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วย. นอกจาก  
ชาวไทยบางครั้งก็มีชาวอาหรับมารักษาบ้าง,  
เพราะโรงพยาบาลในเมืองนี้เพียง ๒ แห่ง,  
และแพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็มีน้อย  
คน. ส่วนใหญ่มาจากอียิปต์และเลบานอน.

สำหรับอาหารพวกผมช่วยกันทำเพราะซื้อ  
ไม่ไหว, ราคาแพงมากและคนละรส  
รับประทานกันไม่ได้.

ถ้ามีเวลาว่างผมจะจดหมายมาอีก. ใน  
ระหว่างนี้ผมยังไม่กล้าออกเดินไปเที่ยวที่  
ไหน, กลัวจะหลง, เพราะถนนเป็นซอก  
เล็กซอกน้อยและคล้าย ๆ กัน. แลผมยังพูด  
จากไม่รู้เรื่องด้วย.

ถ้าจะมีจดหมายมายังผม, กรุณาจำ  
หน้าซอง:— Dr. Pricha Chetanasilpin,  
The Medical Unit of Thailand, Moufti  
Building, Mecca, Saudi Arabia

เคารพและคิดถึงทุกท่าน

ปรีชา เจตนะศิริป็น

## ๒๐. แนะนำหนังสือ

หนังสือ : PEPTIC ULCERATION,  
A symposium for surgeons.

ผู้แต่ง : Charles WELLS, Professor of  
Surgery, the University of Liverpool,  
and James KYLE, M.B., M.Ch., F.R.C.S.,  
F.R.C.S. (I), Senior Lecturer in Sur-  
gery, University of Aberdeen, Formely  
Lecturer in Surgery, University of Liver-  
pool.

โรงพิมพ์ : E. & S. Livingstone, Ltd.,  
Edinburgh and London. 1st edition 1960

ขนาด :  $6\frac{1}{2}'' \times 9\frac{1}{9}''$ . หน้า ๒๖๐ หน้า.

มีสารบัญชารายชื่อและเอกสารอ้างอิง. รูป  
๕๕ รูป. ราคา ๑๒๖ บาท. (หนังสือมี  
ที่หอสมุดคณะแพทยศาสตร์, ศิริราช.)

หนังสือนี้ผู้เขียนได้รวบรวมความคิด

อ่าน จาก เอกสาร และ งาน ทาง คลินิก ที่ได้  
ศึกษา อย่าง กว้าง ขวาง และละเอียด ทุก  
แง่ทุกมุมของโรคแผลเป่ย์ตึก. ในบทต้น  
ได้กล่าวถึงผลการศึกษเกี่ยวกับสาเหตุของ  
โรค. ถึงแม้ว่าจะยังไม่ทำให้เราทราบ  
สาเหตุของโรค, แต่ก็ทำให้เขยิบใกล้เข้าไป  
ไปอย่างมาก.

ในวัยกลางคน, ซึ่งเป็นวัยที่พบโรคนี้  
บ่อยน่น, เพศชายมีโอกาสนั้น ๑ ใน ๑๗,  
เพศหญิง ๑ ใน ๕๐. หญิงวัยหมดประจำ  
เดือนมีโอกาสนั้นมากน่น. คนที่เป็นโรคนี้  
มักจะเป็นคนในเมือง, ทำงานอันมีหน้าที่  
รับผิดชอบมาก. คนที่มีฐานะต่ำ, เป็น  
แผลที่กระเพาะมากกว่าที่คอคนนั้น. โรคนี้  
มักเป็นในคนที่สุขสบายหรือดี. เวลาแผลทะลุ,  
มักจะเป็นเวลาหลังจากเลิกงานหรือมีเรื่อง  
กระทบจิตใจ.

จากการศึกษาในระยะหลังน้นหลักฐาน  
หลายประการที่ทำให้เชื่อว่าแผลในกระเพาะ  
และแผลในคอคนนั้นนั้น ถึงแม้ว่าจะมีพยาธิ  
วิทยาเหมือนกัน, แต่เกิดจากสาเหตุต่าง  
ต่างกัน. แผลคอคนนั้นเกิดในคนที่มีความ  
เซลล์ผลิตกรด (เซลล์พาไรเอตัล) มากผิดปกติ.  
แต่แผลในกระเพาะนั้นไม่จำเป็นต้อง  
ต้องมีเซลล์ชนิดนั้นมากก่อกเกิดขึ้นได้. แผล

ในกระเพาะน่าจะจะไม่เกิดเพราะกรดกัด, หาก  
เกิดจาก เยื่อ เยื่อเมือกจาก สาเหตุอื่น,  
ซึ่งผู้เขียนได้อธิบายอย่างกว้างขวาง.

การดำเนินของโรค แผลเป่ย์ตึกในเพศ  
หญิงมีอาการน้อยกว่าชาย, บำบัดได้ด้วย  
ยาเสมอ. ในคนสูงอายุ ๑ ใน ๕ เท่านั้น  
ที่มีอาการ. พวกนี้หาแพทย์ต่อเมื่อมีโรค  
แทรกเท่านั้นและมักอมโรคอื่นไว้ด้วย. การ  
รักษาแผลเป่ย์ตึกในปัจจุบัน จึงต้องคำนึงถึง  
สิ่งแวดล้อมหลายประการ. การตัดกระเพาะ  
โดยมุ่งหวังจะลด จำนวนเซลล์ ผลิตกรดนั้น  
ทำให้กระเพาะเล็กลง. ผู้ป่วย ๕ ถึง ๒๐  
ปีช. มีน้ำหนักลดหลังผ่าตัด. การทำกาส-  
โตร เอ็นเทอโรสโตมีย์ ได้ผลดี ๖๐ ปีช.,  
แต่มี โอกาส กลับ เป็น อีก ๔๐ ปีช. ในแผล  
คอคนนั้น. ในปัจจุบันน้นมีการผ่าตัดที่ใช้มาก  
ให้เล็กลง ๓ วิธี, คือแบบ Polya, Billroth I  
และวาโกโตมีย์ควบกับกาสโตรเอ็นเทอโรส-  
โตมีย์. ทั้ง ๓ วิธีมีอันตรายจากการผ่าตัด  
๑-๓ ปีช. พอ ๆ กัน. ได้ผลดีไล่ ๆ กัน.  
คือ ๘๐ ถึง ๘๕ ปีช., แต่ในแผลคอ-  
คนนั้นรักษาแบบ Billroth I มีแผลเกิดใหม่  
๑๐ ถึง ๒๐ ปีช., เทียบกับ ๒-๖ ปีช.  
ในวิธี Polya และ ๗-๑๕ ปีช. โดยการทำ



วาโกโตมย์ควยกับกาลโตรเจนเตอโรสโตมย์. การผ่าตัดก๊วย Polya เป็นการผ่าตัดก๊วยที่มคนรัจกเซอถอกว่าวริชอน, เพราะเป็นวริชกการศึกษาคึกคามผลคทิสก. แต่ก๊อให้เกคกลุ่มอาการหลังคทกกระเพาะ (Post-gastrectomy syndrome) ใค้ป๊อยกว่าวริชอน. ในเวลาฉงมีผู้พยายาม คค้แปลง วริชผ่าตัดให้คชนเสมอ, ซึ่งผู้เขียนใค้ยกค้ระออย่างการผ่าตัดก๊วยใหม่ ๆ พร้อมทงผลการรักษาคและยังกล่าวถงการผ่าตัดก๊อต่อลำไส้แยบ Y ของ Roux ซึ่งขณะ ฉงมีที่ใค้อย ในรายทมิอโสฟาเจียรฟลคซ. การผ่าตัดก๊วย Polya หรือแยบ Billroth I ป้อมทำให้กระเพาะเลค, คนใค้ขาดอาหารหลังผ่าตัดก๊อใค้ป๊อย. ในข้อนการทำวาโกโตมย์ควยกับกาลโตรเจนเตอโรสโตมย์ใค้เปรียบ, โดยเฉพาะรายทสูงอายุและขาดอาหารนาน.

สำหรับเทคนิค การผ่าตัดก๊วยเขียนไม่ใค้ให้รายละเอียค, เพราะหาอ่านใค้จากตำรายทวไป. แต่ใค้ให้สึงทมิคากว่า, คค้การบรรยายควมยุ่งยากท คลยแพทย อาจต้องเผชิญในเวลาผ่าตัดก๊วย, ซึ่งจะหาอ่านใค้ยากจากตำราเล่มอื่น ๆ. นอกจากฉงมีบทสึงท้ายเป็นค้าแปลบทควมของคลยแพทยเจ้าของนามวริชผ่าตัดก๊วยเราเจนท, จค้เป็นบทประวริศาสตรทผู้ อ่านจะใค้ทราบแนวควมคค้, การคค้สึงใจ, และควมรอบคอบของคลยแพทยบรมคร, ซึ่งทำการผ่าตัดก๊วยในสมีทเวลาทกวินาท หมายความว่าชวคคนใค้. หนังสือเล่มฉงเป็นอกเล่มหนงทแพทยทสึงใจโรคนและนคค้กษาคจะต้องอ่านถงแต่ค้ฉงน.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

หน้าสำหรับนสิค

๓. เซ็นทเจอรจย ผู้ใค้รวบรวมวถโนเบคปี ๑๙๓๗

ในฐานทคค้พบวริชเมินซ, กยทงเสกทว่าวริชเมินนเกยวชองกยกลวริชออกซิเคชันใน

ร่างกายและเป็นค้วเร้งการสลายชองกรทพมาริค.

ชีวประวัติ เซ็นท์เจอร์ยี (Albert von Szent-Cyörgyi) เกิดในกรุงบูดาเปสต์ที่ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๑๘๕๓. ได้รับการศึกษาชั้นต้นในเมืองนั้นเรื่อยมาจนกระทั่งเข้าศึกษาวิชาแพทยในปี ๑๘๗๑. โดยที่ลุงของเขาเป็นศาสตราจารย์กายวิภาคศาสตร์ เขาจึงได้มีโอกาสทำการค้นคว้าขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ที่หนึ่งและได้พิมพ์เผยแพร่ผลงานทางมิถุนวิทยาหลายเรื่อง. สงครามโลกครั้งที่หนึ่งเป็นเหตุให้การศึกษายุติต้องหยุดชะงัก, โดยเขาถูกระดมเป็นทหารและถูกส่งไปรบในแนวหน้า. แต่ก็ได้ถูกส่งตัวกลับภายหลังที่ถูกระสุนขึ้น, จึงได้เขารียนแพทย์ต่อจนได้รับปริญญาในปี ๑๘๑๗. แล้วไปทำงานอยู่กับ จี. แมนสเฟลด์ นักเภสัชวิทยาที่โปส-นิน. ต่อมาได้ไปศึกษาวิชาสรีรวิทยาอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งกับ เอ. ฟอน เซอร์มคินในกรุงปราก. แล้วได้ทำงานกับ แอล. มิคา-เอลิสในกรุงเบอร์ลิน. ต่อมาได้ย้ายไปอยู่แรมเบอร์ก ๒ ปีเพื่อศึกษาพิษสรีรเคมีส-ตรีย, และอีก ๒ ปีที่เคย์เคิน, ฮอลแลนด์, ในฐานะผู้ช่วยอาจารย์ในสถาบันเภสัช-วิทยา. ต่อมาได้ย้ายไปเป็นผู้ช่วย เอช. จี. แรมเบอร์เกอร์ ที่สถาบันสรีรวิทยาในโกร-

นิงเกิน, ฮอลแลนด์. ณ ที่นั่นเองที่เขาได้พบ “กรดเฮกซูโรนิก” หรือวิตามินซีในต่อม-หมวกไต. ระหว่างนั้นเขาได้สอนสรีรเคมี-ด้วย. ในปี ๑๘๒๗ ได้ถูกส่งไปทำงานที่เคมบริดจ์โดยทุนรื้อคเคิลเลอร์. ในช่อ-มาได้ย้ายไปทำงานอยู่กับ อี.ซี. เค็นคอลล-เมโยเฟาว์นเคชั่น, มินเนโซตา. ในปี ๑๘๒๘ จึงกลับไปทำงานที่เคมบริดจ์ใหม่. ในที่สุดก็กลับไปอังกฤษในฐานะศาสตราจารย์ทางเมตคิลเคมีสตรที่มหาวิทยาลัยเซดก-เมอบ์ ๑๘๓๐.

สงครามโลกครั้งที่สองเป็นเหตุให้ เซ็นท์เจอร์ยีได้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการของสถาบันค้นคว้าทางกลาโมเนอโรล-โซล, แมสซาชูเซตส์, ในอเมริกาอยู่ถึง ๑๒ ปี. ในฐานะที่เขนทั้งนักค้นคว้าและนักเขียน ได้ผลิตงานออกมาเป็นจำนวนมาก, รวมทั้งได้เขียนตำราชนหลายเล่ม.

งานที่ได้รับรางวัลโนเบล “...ข้าพเจ้าได้ทำงานเกี่ยวกับกลไกออกซิเดชั่นของร่างกายและสนใจในหน้าที่ของเปลือกต่อมหมวกไต. เวลาที่เปลือกต่อมหมวกไตเสีย, ชีวิตก็สิ้นสุดลงด้วย (โรคแอดดิ-สัน). แต่ก่อนที่ชีวิตตาย, จะพบจุด ๆ สีน้ำ

ตาลเกิดขึ้นตามผิวหนัง, แขนงเกี่ยวข้องกับผล แอปเปิ้ล, แพร์, และกล้วยในเวลาที่มีนึ่งอม. ผลการค้นคว้าของนักพฤกษศาสตร์ชาวรัสเซีย, พอลเลกิน, ช่วยให้ทราบว่า รุก ๆ สีสน้ำตาลที่เกิดขึ้นในผลไม้เนืองจากกลไกออกซิเดชันเสียไป. โดยที่ข้าพเจ้าสำนักอยู่เสมอว่ากลไกออกซิเดชันในร่างกายคนและของพืชคงไม่แตกต่างกัน, ข้าพเจ้าจึงได้เริ่มศึกษาระบบออกซิเดชันของมันฝรั่ง...

“...เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าพวกพืชที่เปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลได้เหล่านั้น มีไปลัยพินอลเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วย, และมีเอ็นไซม์ไปลัยพินอลออกซิเดส, ซึ่งช่วยให้ออกซัยเงินในอากาศออกซิไดส์ไปลัยพินอล. ข้าพเจ้าได้พบว่าผลที่ได้ก็คือควิโนน. ในพวกพืชควิโนนเมื่อเกิดขขึ้นจะถูกรีดิวซ์ด้วยฮัยโดรเจนที่ได้จากอาหาร. ฉะนั้นพินอลจึงทำหน้าที่เป็นสอพายฮัยโดรเจนไปให้กับออกซัยเงิน. แต่ในผลไม้ที่เก็บมาจากต้นแล้ว, การรีดิวซ์ควิโนนไม่มากพอ เมื่อเทียบกับการเพิ่มออกซิเดชันของพินอล, ฉะนั้นควิโนนจึงคงเหลืออยู่ และทำให้เกิดเป็นจุดสีน้ำตาลขึ้นดังกล่าวแล้ว...”

“...แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มี

ได้ช่วยให้ข้าพเจ้าทราบเกี่ยวกับหน้าที่ของเปลือกต่ออมหมวกโตเลย. ข้าพเจ้าจึงได้เปลี่ยนมาศึกษาพวกพืชที่เมื่อเก็บมาจากต้นแล้วไม่เกิดเป็นสีน้ำตาลขึ้น. ทงนคงเกี่ยวข้องกับระบบออกซิเดชัน แตกต่างออกไปนั่นเอง. พวกพืชเหล่านั้นที่ได้ศึกษาปรากฏว่ามีเอ็นไซม์เปอร์ออกซิเดสอยู่มาก. เอ็นไซม์นี้ช่วยให้เปอร์ออกไซด์สามารถออกซิไดส์พวกสารอะโรมาติกต่าง ๆ ให้เกิดเป็นสารมีสี. แต่ถ้าปราศจากเอ็นไซม์แล้ว, การออกซิเดชันก็ไม่เกิดขึ้น. ตัวอย่างเช่นถ้าเติมเอ็นไซม์ลงไปในการออกซิไดส์ ในเมื่อมีเปอร์ออกไซด์อยู่ด้วย, จะเกิดสีน้ำเงินเข้มขึ้นทันที, โดยที่เอ็นไซม์ถูกออกซิไดส์. แต่ถ้าปราศจากเอ็นไซม์เปอร์ออกไซด์เสียแล้ว, ปฏิกริยานี้จะไม่เกิดขึ้น...”

“...ในการทดลองใช้น้ำสกัดจากพืชเหล่านั้นแทนเปอร์ออกซิเดสบริสุทธิ์ เมื่อเติมเอ็นไซม์และเปอร์ออกไซด์ลงไป, สีน้ำเงินจะเกิดขึ้นแต่ช้ากว่าคราวก่อนประมาณหนึ่งวินาที. จากการวิเคราะห์ว่าทำไมจึงเกิดช้า, จึงทราบว่าในน้ำสกัดนั้นมีสารที่มีฤทธิ์รีดิวซ์อย่างแรงอยู่ด้วย, ซึ่งจะคอยรีดิวซ์เอ็นไซม์ที่ถูกออกซิไดส์จนกระทั่งมันหมดฤทธิ์...”

“... ข้าพเจ้าตื่นเต้นมากขณะที่ทำงาน อยู่ในห้องทดลองเล็กๆ ๓๓ เมือง โกรนิงเกิน, พบว่าเปลือกต่อมหมวกไตมีสารที่มีฤทธิ์ วิตซ์เช่นน้อยมาก. แต่ทว่าวิธีการทดลอง และความร่ำทางเคมีของข้าพเจ้าขณะนั้นยังไม่เพียงพอที่จะค้นคว้าต่อไป. ขอขอบคุณการ เชิญของ เอฟ. จี. ฮีฟกิ้นส์และความช่วยเหลือของ ทนรีออคเคิลเลอร์, ที่ช่วยให้ ข้าพเจ้าได้ไปทำงานอยู่ที่เคมบริดจ์เมื่อปี ๑๙๒๗. ไม่ช้าข้าพเจ้าก็ประสบความ สำเร็จในการแยกเอาสารที่ละลายตัวง่าย ไปได้จากต่อมหมวกไตและพืชต่าง ๆ, และ พบว่ามีสูตร  $C_6H_8O_6$ . จึงได้ส่งไปให้ศาสตราจารย์ฮาเวิร์ทช่วยพิสูจน์ต่อ, ซึ่งท่านก็สนใจในสารเคมีนและขอให้ข้าพเจ้าส่งไปให้ จำนวนมากหน่อย. แต่ในการทำให้ได้ สารนี้จำนวนมากจำเป็นต้องใช้ต่อมหมวกไต ปริมาณมาก ซึ่งไม่สามารถหาได้ในอังกฤษ. อย่างไรก็ตามศาสตราจารย์โคโรกก็ได้ ช่วยเหลือข้าพเจ้าเป็นอย่างมาก, โดยส่ง ต่อมหมวกไตมาให้ทางเครื่องบินจากกรุง โคเปนเฮเก้น. แต่โชคไม่ดีที่ต่อมหมวกไต เสียระหว่างการเดินทาง. เมโยเฟาวน์เคชั่น และศาสตราจารย์เค็นคอลลักรุ่นช่วย เหลือออกค่าใช้จ่ายให้ข้าพเจ้าทั้งสิ้น, ตลอด

จนการเดินทางไปอเมริกาเพื่อค้นคว้าในเรื่องนี้จากโรงฆ่าสัตว์ใหญ่ในสหรัฐ. ผล ของการทำงานที่นั่น ๑ ปี ช่วยให้ข้าพเจ้า แบ่งแยกผลึกน ๒๕ กรัม, ซึ่งข้าพเจ้าตั้งชื่อ กรดเอ็กซูโรนิก. จากปริมาณนี้ข้าพเจ้าได้ แบ่งส่งไปให้ศาสตราจารย์ฮาเวิร์ทครึ่งหนึ่ง เพื่อหาสูตรโครงสร้าง. ส่วนอีกครึ่งหนึ่ง ข้าพเจ้าได้นำมาทดสอบหน้าที่. ปรากฏ ว่ามันไม่สามารถใช้แทนต่อมหมวกไต แต่ ทว่าสามารถรักษาจุด ๆ ส่น้ำตาลที่เกิดขึ้น ในโรคแอดคิสันได้...”

“...เคราะห์ร้ายที่ปริมาณของผลึกที่ ได้น้อยไป, จึงไม่ทราบถึงสูตรโครงสร้าง, และข้าพเจ้าก็ไม่สามารถเตรียมมันขึ้นมา ได้อีก, โดยที่เป็นการหมกเปลืองมาก. แต่ ข้าพเจ้าสงสัยมาตั้งแต่ต้นแล้วว่าสารนี้คง เป็นตัวเดียวกับวิตามินซี (ค้นพบโดยฮอลส์ท์ และเฟรอลิชในปี ๑๙๐๗). โดยที่ข้าพเจ้า ต้องย้ายที่อยู่เรื่อย, และความร่ำในเรื่อง วิตามินก็น้อย, จนกระทั่งในปี ๑๙๓๐ เมื่อ ข้าพเจ้าประจำอยู่ที่มหาวิทยาลัยเซดก, จึง มีโชคที่หมออเมริกันหนุ่มสเวอเยลชงม ความร่ำในการค้นคว้าวิตามินมาทำงานอยู่ กับข้าพเจ้า. ฉะนั้นในฤดูใบไม้ผลิปี ๑๙๓๑ เราจึงได้สรุปผลงานค้นคว้าเป็นครั้งแรกว่า

กรดเฮกซ์โรนิกมีฤทธิ์ในการป้องกันและรักษาโรคกระดูกอักเสบติดเชื้อ, และสารนี้มีอยู่ในน้ำผลไม้ต่าง ๆ...”

“...เมืองของข้าพเจ้า, เซดจ์, เป็นศูนย์กลางของโรงงานอุตสาหกรรมฟริก-ทอยก. เย็นวันหนึ่งเมื่อข้าพเจ้าได้แลเห็นฟริกทอยกก็เกิดความคิดใคร่จะลองดูว่ามีวิธีสรรพคุณในการรักษาโรคกระดูกอักเสบติดเชื้อหรือไม่. ผลแห่งการทดลองในคำวันนั้นเองแสดงว่าฟริกทอยกมีกรดเฮกซ์โรนิกอยู่เป็นจำนวนมาก. จึงได้ร่วมมือกับชาวเวทช่วยกันผลิตเป็นการใหญ่และได้ถึงครึ่ง กิโลกรัม. ในปีที่ต่อมาทำได้ ๓ กิโลกรัม. จึงได้แบ่งปันกันในบรรดาผู้ใคร่เอาไปทดลองรวมทั้งชาวเวทและคาร์เรอร์. ส่วนข้าพเจ้าเองร่วมกับวาร์ก้าทำอนพันธ์ไมโนอะซีโตนของกรดแอสคอร์บิกได้เป็นผลผลิตสวยงามมาก, และบริษัทฟอทแอสกได้เป็นครั้งแรกว่ามีฤทธิ์เป็นวิตามินซี...”

“...ข้าพเจ้าจึงได้ทดลองกับมาศึกษากรดไอออกซีเตชันในพืชใหม่ถึงความสำคัญของกรดแอสคอร์บิกกับเปอร้ออกซีเตส. ในที่สุดจึงได้ทราบว่าเฮนซิมแอสคอร์บิกแอสซิดออกซีเตสร่วมกับออกซิจีนจะออกซิดไรส์กรดแอสคอร์บิกให้เป็นกรดคัสซิดโรแอล

คอร์บิก, และออกซิจีนจะจับกับซัยโคโรเงินที่ถูกลดลงออกมาเป็นซัยโคโรเงินเปอร้ออกซีเตส. เปอร้ออกซีเตสจะทำปฏิกิริยากับเปอร้ออกซีเตส, และออกซิดไรส์กรดแอสคอร์บิกออกซิไดส์ต่อไป. ส่วนของของกรดคัสซิดโรแอลแอสคอร์บิกจะจับกับซัยโคโรเงินจากอาหารกลายเป็นกรดแอสคอร์บิกใหม่, โดยอาศัยสารที่มีหมู่ SH เป็นตัวช่วย... แต่เปอร้ออกซีเตสไม่ได้ออกซิดไรส์กรดแอสคอร์บิกโดยตรง. และข้าพเจ้าได้พบว่าสารชนิดหนึ่งในสีเหลืองของผักคือฟลาโวน (สปีนอล-เบนซอล-พัยราน). ฟลาโวนละลายน้ำได้และมีหมู่ฟีนอลอยู่ด้วย, ซึ่งจะถูกออกซิดไรส์ด้วยเปอร้ออกซีเตสให้เป็นควิโนน. ควิโนนนั้นแหละเป็นตัวออกซิดไรส์กรดแอสคอร์บิกโดยการลดซัยโคโรเงิน.”

“...ในเซลล์มีเฮนซิมซัยโคโชมรมซึ่งเป็นตัวเติมออกซิจีนที่ไม่แรงนัก, จึงไม่สามารถออกซิดไรส์ของอาหารโดยตรงได้. วิตามินซีได้แสดงว่าอาหารจะถูกออกซิดไรส์ด้วยเฮนซิมคัสซิดโรเจนเนส, ซึ่งเป็นตัวดึงซัยโคโรเงินจากของอาหาร, แล้วมาปล่อยให้ซัยโคโชมรมอีกต่อหนึ่ง.” เซนต์-เจอร์ยีได้เป็นผู้อธิบายโดยละเอียดถึงกลไกออกซิดไรส์ของอาหารว่า “...พวกกรดท

ไคคาร์บอเนตช่วยลดยาคเป็นสื่อกลางระหว่างการเปลี่ยนแปลงนี้, โดยเป็นตัวรับซัยโคโรเงินจากอาหารมาปล่อยให้ซัยโคโรเงิน. นั่นคือซัยโคโรเงินออกซิไดส์อันของกรดซัคซินิก โดยการลดซัยโคโรเงินให้เป็นกรดฟูมาริก. แล้วกรดฟูมาริกจับซัยโคโรเงินจากออกของอาหารมาแทนที่ใหม่, มีใช้โดยตรง, แต่จากกรดออกซาโลอะซิด, ซึ่งเมื่อจับกับซัยโคโรเงินจากอาหารแล้วกลายเป็นกรดมาลิก. กรดมาลิกคนแผละทีเป็นตัวถ่ายซัยโคโรเงินให้กรดฟูมาริกอีกต่อหนึ่ง. แล้วกลายเป็นกรดซัคซินิก, ซึ่งจะถูกออกซิไดส์ด้วยซัยโคโรเงินถึงกล่าวแล้ว. กรดมาลิก

เมื่อปล่อยซัยโคโรเงินแล้วจะกลายเป็นกรดออกซาโลอะซิด, ซึ่งสามารถรับซัยโคโรเงินจากอาหารได้ใหม่อีก, เป็นวงจวเช่นนี้เรื่อยไป."

ภายในระยะเวลาเพียงสองปี ที่เซนต์-เจอร์จียพบว่ากรดเฮกซ์โรนิกเป็นตัวเคียวกับวิตามินซี, ช่วยให้มีการสังเคราะห์วิตามินซีขึ้นได้สำเร็จ, จึงนับว่าเป็นการค้นพบที่ยังประโยชน์ให้เป็นอย่างมาก, ทั้งในแง่การผลิตและความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของวิตามินซี, ซึ่งไม่เคยทราบกันมาแต่ก่อน.

สนอง อุณากุล

พ.บ., พ.ด., M.S. (Minn.)

### ๕. "โรงเรียนวังหลัง"

ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชพณฑิตเป็นท่านาทางชนโรงพยาบาล, ตกเรียนพยาบาล, และศึกษาโรคผู้ป่วยภายนอก, เมื่อประมาณ ๘๖ปีก่อนเมื่อครั้งยังเป็นตำบลสวนลนจซึ่ง ยังรวมอยู่ในเขตวังหลัง และยังไม่ได้สร้างโรงพยาบาลวังหลังนั้น, พณฑิตบริเวณดังกล่าว เป็นที่ของโรงเรียนสตรีของคณะมิชชันนารีอเมริกา, เรียกว่าโรงเรียน

วังหลัง, หรือโรงเรียนกุลสตรีวังหลัง. ชื่อหลังนี้ไม่มีใครรู้จักกันแพร่หลายนัก.

ก่อนที่คณะมิชชันนารีอเมริกัน จะตั้งโรงเรียนขึ้น, มีสตรีชาวอเมริกันหลายคนได้สอนภาษาอังกฤษให้แก่สตรีไทยทมิบรรดาศักดิ์และเชอพระวงศ์ในพระบรมมหาราชวัง โดยผลัดกันสอน สัปดาห์ละ ๒ วัน. การสอนภาษาอังกฤษได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.

ไคคาร์บอเนตช่วยลดยุคเป็นสื่อกลางระหว่างการเปลี่ยนแปลงนี้, โดยเป็นตัวรับซัยโคโรเงินจากอาหารมาปล่อยให้ซัยโคโรเงิน. นั่นคือซัยโคโรเงินออกซิไดส์อันของกรดซัคซินิก โดยการลดซัยโคโรเงินให้เป็นกรดฟูมาริก. แล้วกรดฟูมาริกจับซัยโคโรเงินจากออกของอาหารมาแทนที่ใหม่, มีใช้โดยตรง, แต่จากกรดออกซาโลอะซิด, ซึ่งเมื่อจับกับซัยโคโรเงินจากอาหารแล้วกลายเป็นกรดมาลิก. กรดมาลิกคนแผละทีเป็นตัวถ่ายซัยโคโรเงินให้กรดฟูมาริกอีกต่อหนึ่ง. แล้วกลายเป็นกรดซัคซินิก, ซึ่งจะถูกออกซิไดส์ด้วยซัยโคโรเงินถึงกล่าวแล้ว. กรดมาลิก

เมื่อปล่อยซัยโคโรเงินแล้วจะกลายเป็นกรดออกซาโลอะซิด, ซึ่งสามารถรับซัยโคโรเงินจากอาหารได้ใหม่อีก, เป็นวงจวเช่นนี้เรื่อยไป."

ภายในระยะเวลาเพียงสองปี ที่เซนต์-เจอร์จียพบว่ากรดเฮกซ์โรนิกเป็นตัวเคียวกับวิตามินซี, ช่วยให้มีการสังเคราะห์วิตามินซีขึ้นได้สำเร็จ, จึงนับว่าเป็นการค้นพบที่ยังประโยชน์ให้เป็นอย่างมาก, ทั้งในแง่การผลิตและความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของวิตามินซี, ซึ่งไม่เคยทราบกันมาแต่ก่อน.

สนอง อุณากุล

พ.บ., พ.ด., M.S. (Minn.)

### ๕. "โรงเรียนวังหลัง"

ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชพณฑิตเป็นท่านาทางชนโรงพยาบาล, ตกเรียนพยาบาล, และศึกษาโรคผู้ป่วยภายนอก, เมื่อประมาณ ๘๖ปีก่อนเมื่อครั้งยังเป็นตำบลสวนลนจซึ่ง ยังรวมอยู่ในเขตวังหลัง และยังไม่ได้สร้างโรงพยาบาลวังหลังนั้น, พณฑิตบริเวณดังกล่าว เป็นที่ของ โรงเรียน สตรีของคณะมิชชันนารีอเมริกา, เรียกว่าโรงเรียน

วังหลัง, หรือโรงเรียนกุลสตรีวังหลัง. ชื่อหลังนี้ไม่มีใครรู้จักกันแพร่หลายนัก.

ก่อนที่ คณะมิชชันนารี อเมริกัน จะตั้งโรงเรียนขึ้น, มีสตรีชาวอเมริกันหลายคนได้สอนภาษาอังกฤษให้แก่สตรีไทยทมิบรรดาศักดิ์และเชอพระวงศ์ในพระบรมมหาราชวัง โดยผลัดกันสอน สัปดาห์ละ ๒ วัน. การสอนภาษาอังกฤษได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.

๒๓๕๔ ในต้นรัชกาลของแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ ได้เริ่มคิดกันจะสร้างโรงเรียนวังหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๐๕. คิดโครงการกันอยู่ ๔ ปี. ในที่สุดคณะมิชชันนารีอเมริกันก็ตกลงว่าจะสร้างในเนื้อที่ส่วนหนึ่งของวังหลัง ทางทิศเหนือริมแม่น้ำเจ้าพระยา. นาย George ได้ขอทบทวนบริเวณไว้เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๑๓. ครองแรกตัวโรงเรียนสร้างเป็นตึกสองชั้น. มีห้อง ๖ ห้อง. ขณะที่อยู่ระหว่างก่อสร้างตึกเรียนนั้น นาย George และภรรยาไม่สบายไม่คิดจะเดินทางไปกลับอเมริกา ทั้งสองคน ก่อนที่ตึกเรียนจะสร้างเสร็จ. คณะมิชชันนารีได้ให้นาย House รับผิดชอบไปจนเสร็จเรียบร้อย. ภรรยาของนาย House เป็นครุ, และจัดให้ตึกชั้นบนเป็นทเรียนของนักเรียนหญิง. นาย House และภรรยาได้เดินทางไปพักผ่อนที่สหรัฐ. ขณะที่อยู่ในสหรัฐได้หาเงินได้จำนวนหนึ่งตั้งใจไว้ว่าจะนำมาตั้งโรงเรียนสำหรับเด็ก (ไม่ใช่โรงเรียนอนุบาล) และสำหรับซื้อเครื่องมือเครื่องใช้ในการสอนด้วย. ระหว่างที่นาง House ไปอเมริกา นั้นนางสาว Arabella Aderson เป็นครุสอนแทน.

ใน พ.ศ. ๒๔๑๘, รัชสมัยของพระ-

บาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ, โรงเรียนวังหลังตั้งขึ้นสำเร็จ. เปิดรับนักเรียนประจำ. นักเรียนเข้าเรียนประมาณ ๑๐ ถึง ๑๕ คน. นักเรียนรุ่นแรกส่วนใหญ่เป็นนักเรียนที่พวกมิชชันนารีเคยไปสอนตามบ้านแล้วนำมาอยู่โรงเรียนประจำที่วังหลัง.

ใน พ.ศ. ๒๔๑๕ นางสาว Arabella Aderson แต่งงานกับ Rev. H.B. Noyes D.D. แล้วย้ายไปอยู่ที่ทกวังตั้ง, ประเทศจีน. นางสาว S.D. Grimstead รับผิดชอบงานแทน. ขณะนั้นครุฝึกสอนเสียงของนาง House กันมากจึงมีคนมาติดต่อมากขึ้น. ต่อมาเนื่องจากนาง House มีสุขภาพไม่แข็งแรงต้องไปจากเมืองไทยและวางมือจากงานที่รัก. การกลับไปสหรัฐของนาง House ครองนี้เป็นภารกิจที่ต้องไป.

ในปี พ.ศ. ๒๔๒๐ นางสาว Grimstead เดินทางกลับบ้านเกิด, และนางสาว Jennie Korsen มารับงานแทนในปีเดียวกันเอง. นางสาว Jennie Korsen แต่งงานกับ Rev. James McCauley, D.D. และในที่สุดก็พากันกลับอเมริกาอีกเนื่องจากสุขภาพไม่ดี. ก่อนถึงสหรัฐได้ไปอยู่ประเทศญี่ปุ่นหลายปี และเปิดโรงเรียนสอนหนังสือที่นั่น.

ต่อมาอีก ๑ ปี คือใน พ.ศ. ๒๔๒๑

นางสาว Bella Caldwell มารับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงเรียน. โรงเรียนเจริญขึ้นตามลำดับ. มีนักเรียนเพิ่มขึ้น ๒๕ คน. รายจ่ายปีละ ๔๕๐.๐๐ ดอลลาร์, แต่มีรายรับเพียงปีละ ๔๐.๐๐ ดอลลาร์เท่านั้น. ต่อมาอีก ๗ ปี คือใน พ.ศ. ๒๔๒๘

นางสาว Marry E. Hartwell และนางสาว Laura A. Olmstead มาดูแลโรงเรียนแทน เพราะนางสาว Bella Caldwell ลาออกเพื่อสมรสกับ Rev. J. Culbertson. ในขณะเดียวกันนางสาว Olmstead กลับอเมริกา. ดังนั้นโรงเรียนจึงเปลี่ยนผู้ดูแลใหม่คือในปี พ.ศ. ๒๔๒๘ อยู่ในความดูแลของนางสาว Marry. J. Henderson และนางสาว Edna S. Cole. มีครูไทยหลายคนช่วยสอนอยู่.

ในปี พ.ศ. ๒๔๒๘ นี้เอง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้างโรงพยาบาลหลวงแห่งแรกในประเทศไทย, โดยตั้งคณะกรรมการชนชุกหนงเมอวันที่ ๒๒ มีนาคม. คณะกรรมการนี้ประกอบด้วยเจ้านายชั้นสูง, ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่, และแพทย์อังกฤษประจำพระองค์. คณะกรรมการได้ลงมติกราบบังคมทูลขอแบ่งวังหลังซึ่งสร้างมาแต่

รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าฯ แปลงทางทิศใต้ซึ่งเคยเป็นของกรมหมื่นนราเทเวศน์มาสร้างโรงพยาบาล, และได้ออกที่ดินของโรงเรียนวังหลังทั้งหมด. โรงเรียนวังหลังจึงย้ายที่ปลูกสร้างใหม่. ตลอดเวลาที่โรงเรียนยังอยู่ในเขตวังหลังมีการเปลี่ยนครูและผู้อำนวยการมากและบ่อย, ทำให้กิจการของโรงเรียนดำเนินไปลำบาก. ในที่สุดด้วยการนำของนางสาว Edna S. Cole ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานที่โรงเรียนเป็นเวลานานที่สุดโรงเรียนจึงเจริญขึ้นตามลำดับ. และในปี พ.ศ. ๒๔๓๕ คณะกรรมการได้เปลี่ยนชื่อโรงเรียนวังหลังที่ย้ายที่อยู่นี้แล้วเป็นโรงเรียน Harriet M. House เพื่อเป็นเกียรติแก่นาง Samuel R. House ผู้ซึ่งอุทิศกำลังกายและกำลังใจให้โรงเรียนวังหลังอย่างมาก, และยังอุทิศบ้านให้ ๑ หลังอีกด้วย. ในปัจจุบันสอนมีน้อยคนนักที่จะรู้จัก, คงรู้จักแต่ชื่อโรงเรียน “วัฒนาวิทยาลัย” โดยทั่วไป.

**เอกสาร :** (๑) นิทานโบราณคดี, สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพ. (๒) ตำบลสวนลั่นจี่, สารานุกรมวังศัพทท์, สารศิริราช ๒๕๐๔, ๑๓:๓๗. (๓) Missionary Sketches : A Concise History of

the Work of the American Baptist Missionary Union. Smith, Rev. S.F. (Boston 1887). (๔) A Half Century Among the Siamese & Laos. M.C. McGilvary, Rev.

Daniel (N.Y. 1922). (๕) Historical Sketch of Protestant Mission in Siam, 1828-1928. McFarland, G.B. (Bangkok 1928)

สำราญ วังศพำห์

### ๕. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๖)

- |   |   |
|---|---|
| ๕๐๘. cachectic ผอมแห้ง                            | ๕๓๔. calorimeter แคลอริมิเตอร์              |
| ๕๐๙. cachexia อาการผอมแห้ง                        | ๕๓๕. calory แคลอรี                          |
| ๕๑๐. cadaver ศพ, ทราก                             | ๕๓๖. camera ห้อง, กล้อง                     |
| ๕๑๑. cadaveric แห่งศพ                             | ๕๓๗. camouflage พรางตา                      |
| ๕๑๒. cadaveric rigidity อาการแข็งของศพ            | ๕๓๘. camphor แคมเฟอร์, การะบูน              |
| ๕๑๓. calcaneus กระดูกชั้น                         | ๕๓๙. canada balsam กานาดาบัลซัม             |
| ๕๑๔. calcification การมีหินปูนจับ                 | ๕๔๐. canal คลอง, หลอด, ทางเดิน              |
| ๕๑๕. calcium แคลเซียม, ธาตุหินปูน                 | ๕๔๑. canal, alimentary ทางเดินอาหาร         |
| ๕๑๖. calculus นิ้ว, หิน                           | ๕๔๒. canal, anal หลอดทวารหนัก               |
| ๕๑๗. calculus, bronchial นิ้วหลอดลม               | ๕๔๓. canal, external auditory หลอดหูชั้นนอก |
| ๕๑๘. calculus, renal นิ้วไต                       | ๕๔๔. canal, internal auditory หลอดหูชั้นใน  |
| ๕๑๙. calculus, salivary นิ้วน้ำลาย                | ๕๔๕. canary yellow เหลืองขานบุรี            |
| ๕๒๐. calculus, uterine นิ้วมดลูก                  | ๕๔๖. cancer แคนเซอร์, มะเร็ง                |
| ๕๒๑. calculus, vesical นิ้วกระเพาะเบ              | ๕๔๗. cancerous ซึ่งเป็นมะเร็ง               |
| ๕๒๒. calf น่อง                                    | ๕๔๘. cancriform คล้ายมะเร็ง                 |
| ๕๒๓. calibration การตรวจสอบ (เครื่องมือ), ชั่งวัด | ๕๔๙. canine แห่งสุนัข                       |
| ๕๒๔. callosity รอยหนังหนาต้าน                     | ๕๕๐. canine tooth เขี้ยว                    |
| ๕๒๕. callous ช้ำหนาด้าน                           | ๕๕๑. canthus, outer ทางตา                   |
| ๕๒๖. calm สงบ                                     | ๕๕๒. canthus, inner หัวตา                   |
| ๕๒๗. calmative ยาทำให้สงบ, ชั่งทำให้สงบ           | ๕๕๓. canula แคนูล่า, เข็มกลวง,              |
| ๕๒๘. calor ความร้อน, อาการร้อน                    | ๕๕๔. canulation การสอดแคนูล่า               |
| ๕๒๙. caloric value ค่าความร้อน                    | ๕๕๕. capacity ความจุ, ความสามารถ            |
| ๕๓๐. calorie แคลอรี                               | ๕๕๖. capacity, vital ปริมาตรหายใจเบ่ง       |
| ๕๓๑. calorie, kg. กิโลกรัมแคลอรี                  | ๕๕๗. capillary หลอดเลือดฝอย                 |
| ๕๓๒. calorifacient ทำให้เกิดความร้อน              | ๕๕๘. capillary tube หลอดฝอย                 |
| ๕๓๓. calorific ชั่งให้ความร้อน                    | ๕๕๙. capsule แคปซูล, ถูบหุ้ม, ปลอกหุ้ม,     |

the Work of the American Baptist Missionary Union. Smith, Rev. S.F. (Boston 1887). (๔) A Half Century Among the Siamese & Laos. M.C. McGilvary, Rev.

Daniel (N.Y. 1922). (๕) Historical Sketch of Protestant Mission in Siam, 1828-1928. McFarland, G.B. (Bangkok 1928)

สำราญ วังศพำห์

### ๕. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๖)

- |   |   |
|---|---|
| ๕๐๘. cachectic ผอมแห้ง                            | ๕๓๔. calorimeter แคลอริมิเตอร์              |
| ๕๐๙. cachexia อาการผอมแห้ง                        | ๕๓๕. calory แคลอรี                          |
| ๕๑๐. cadaver ศพ, ทราก                             | ๕๓๖. camera ห้อง, กล้อง                     |
| ๕๑๑. cadaveric แห่งศพ                             | ๕๓๗. camouflage พรางตา                      |
| ๕๑๒. cadaveric rigidity อาการแข็งของศพ            | ๕๓๘. camphor แคมเฟอร์, การะบูน              |
| ๕๑๓. calcaneus กระดูกชั้น                         | ๕๓๙. canada balsam กานาดาบัลซัม             |
| ๕๑๔. calcification การมีหินปูนจับ                 | ๕๔๐. canal คลอง, หลอด, ทางเดิน              |
| ๕๑๕. calcium แคลเซียม, ธาตุหินปูน                 | ๕๔๑. canal, alimentary ทางเดินอาหาร         |
| ๕๑๖. calculus นิ้ว, หิน                           | ๕๔๒. canal, anal หลอดทวารหนัก               |
| ๕๑๗. calculus, bronchial นิ้วหลอดลม               | ๕๔๓. canal, external auditory หลอดหูชั้นนอก |
| ๕๑๘. calculus, renal นิ้วไต                       | ๕๔๔. canal, internal auditory หลอดหูชั้นใน  |
| ๕๑๙. calculus, salivary นิ้วน้ำลาย                | ๕๔๕. canary yellow เหลืองขานบุรี            |
| ๕๒๐. calculus, uterine นิ้วมดลูก                  | ๕๔๖. cancer แคนเซอร์, มะเร็ง                |
| ๕๒๑. calculus, vesical นิ้วกระเพาะเบ              | ๕๔๗. cancerous ซึ่งเป็นมะเร็ง               |
| ๕๒๒. calf น่อง                                    | ๕๔๘. cancriform คล้ายมะเร็ง                 |
| ๕๒๓. calibration การตรวจสอบ (เครื่องมือ), ชั่งวัด | ๕๔๙. canine แห่งสุนัข                       |
| ๕๒๔. callosity รอยหนังหนาต้าน                     | ๕๕๐. canine tooth เขี้ยว                    |
| ๕๒๕. callous ช้ำหนาด้าน                           | ๕๕๑. canthus, outer ทางตา                   |
| ๕๒๖. calm สงบ                                     | ๕๕๒. canthus, inner หัวตา                   |
| ๕๒๗. calmative ยาทำให้สงบ, ชั่งทำให้สงบ           | ๕๕๓. canula แคนูล่า, เข็มกลวง,              |
| ๕๒๘. calor ความร้อน, อาการร้อน                    | ๕๕๔. canulation การสอดแคนูล่า               |
| ๕๒๙. caloric value ค่าความร้อน                    | ๕๕๕. capacity ความจุ, ความสามารถ            |
| ๕๓๐. calorie แคลอรี                               | ๕๕๖. capacity, vital ปริมาตรหายใจแบ่ง       |
| ๕๓๑. calorie, kg. กิโลกรัมแคลอรี                  | ๕๕๗. capillary หลอดเลือดฝอย                 |
| ๕๓๒. calorifacient ทำให้เกิดความร้อน              | ๕๕๘. capillary tube หลอดฝอย                 |
| ๕๓๓. calorific ชั่งให้ความร้อน                    | ๕๕๙. capsule แคปซูล, ถุงหุ้ม, ปลอกหุ้ม,     |

๕๖๐. carbohydrate คาร์โบไฮเดรต  
 ๕๖๑. carbonize เผาเป็นถ่าน  
 ๕๖๒. carcinoma การซีโนมา, มะเร็ง  
 ๕๖๓. cardia ปากกระเพาะ, การเดี่ย  
 ๕๖๔. cardiac เกี่ยวกับหัวใจ, เกี่ยวกับการเดี่ย,  
 คนเป็นโรคหัวใจ  
 ๕๖๕. cardiac cycle รอบหัวใจเต้น  
 ๕๖๖. cardiac decompensation หัวใจหมดกำลัง,  
 หัวใจล้ม  
 ๕๖๗. cardiac sound เสียงหัวใจ, หลอดสวน  
 หัวใจ  
 ๕๖๘. cardio-accelerator เร่งหัวใจ  
 ๕๖๙. cardiopathy โรคหัวใจ  
 ๕๗๐. cardiotonic ยาบำรุงหัวใจ  
 ๕๗๑. cardiovascular เกี่ยวกับหัวใจร่วมหลอด-  
 เลือด  
 ๕๗๒. caries การเน่าผุ  
 ๕๗๓. carious เน่าผุ  
 ๕๗๔. carminative ยาขับลม  
 ๕๗๕. carnivora สัตว์กินเนื้อ  
 ๕๗๖. carnivorous ชึ่งกินเนื้อสัตว์  
 ๕๗๗. carotid คาโรติด  
 ๕๗๘. carpal แห้งข้อมือ  
 ๕๗๙. carpoptosis มือตกห้อย,  
 ๕๘๐. carpus ข้อมือ  
 ๕๘๑. carrier พาหะ, ผู้พา  
 ๕๘๒. cartilage, articular กระดูกอ่อนบุข้อ  
 ๕๘๓. cartilage, costal ชี่โครงอ่อน  
 ๕๘๔. cartilage, palpebral กระดูกอ่อนหนังตา  
 ๕๘๕. cartilage, xiphoid (กระดูก) ถันบี,  
 กระดูกอ่อนไซฟอยด์  
 ๕๘๖. cartilaginous ชึ่งเป็นกระดูกอ่อน  
 ๕๘๗. case กรณี, ราย, คดี, ตู้บรรจุสัมภาระ  
 ๕๘๘. case report รายงานคนไข้  
 ๕๘๙. caseation การกลายเป็นเคเชียส  
 ๕๙๐. caseous เคเชียส, คล้ายเนยแข็ง  
 ๕๙๑. cassava มันสำปะหลัง  
 ๕๙๒. cast หล่อ, รูปที่หล่อได้  
 ๕๙๓. cast iron เหล็กหล่อ  
 ๕๙๔. castration การตอน  
 ๕๙๕. catabolism คาคะบอลิสม์  
 ๕๙๖. cataract ต้อกระจก (ต้อแก้วตา)  
 ๕๙๗. catarrh การอักเสบของเยื่อเมือก  
 ๕๙๘. category ชนิด, ประเภท  
 ๕๙๙. catharsis การถ่ายท้อง  
 ๑๐๐๐. cathartic ยาถ่าย  
 ๑๐๐๑. catheterization การสวน  
 ๑๐๐๒. cauda ทาง  
 ๑๐๐๓. caudad อยู่ทางหาง  
 ๑๐๐๔. causal เกี่ยวกับเหตุ, ตรงกับเหตุ  
 ๑๐๐๕. cause เหตุ  
 ๑๐๐๖. caustic กัดเนื้อ, กัดไหม้,  
 ๑๐๐๗. caustics สิ่งที่กัดไหม้  
 ๑๐๐๘. caustic soda โซดาไฟ  
 ๑๐๐๙. cauter เหล็กเผา  
 ๑๐๑๐. cauterant ยากัดไหม้,  
 ๑๐๑๑. cauterization การกัดไหม้, การเผา  
 ๑๐๑๒. cautery การเผา  
 ๑๐๑๓. cavity โพรง  
 ๑๐๑๔. cavum โพรง  
 ๑๐๑๕. cavum abdominis (โพรง) ช่องท้อง  
 ๑๐๑๖. cavum dentis โพรงฟัน  
 ๑๐๑๗. cavum pericardii โพรง (เยื่อ) หุ้มหัวใจ  
 ๑๐๑๘. caum peritoneaei โพรง (เยื่อ) ช่องท้อง  
 ๑๐๑๙. cavum pleurae โพรง (เยื่อ) ช่องอก  
 ๑๐๒๐. cavum tympani โพรงหลังเยื่อหู  
 ๑๐๒๑. cavum uteri โพรงมดลูก  
 ๑๐๒๒. cecal แห้งซี่คัม, แห้งกระพุ้งไส้ใหญ่  
 ๑๐๒๓. cecectomy การผ่ากระพุ้งไส้ใหญ่  
 ๑๐๒๔. cecostomy การใส่หลอดเข้ากระพุ้งไส้ใหญ่  
 ๑๐๒๕. cecum ซี่คัม, กระพุ้งไส้ใหญ่  
 ๑๐๒๖. cell เซลล์  
 ๑๐๒๗. cell, ciliated เซลล์มีซิเลีย  
 ๑๐๒๘. cell, epithelial เซลล์เอพิทอลิอัม, เซลล์บุ  
 ๑๐๒๙. cell, mucous เซลล์มูก  
 ๑๐๓๐. cell, squamous เซลล์สะเกวมัส, เซลล์แบน

- |                                 |                                 |                               |                           |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| ๑๐๓๑. cell wall                 | ผนังเซลล์                       |                               |                           |
| ๑๐๓๒. cellophane                | ซีลโลเฟน, กระดาษแก้ว<br>อย่างใส |                               |                           |
| ๑๐๓๓. cellular                  | ประกอบด้วยเซลล์, แห่งเซลล์      |                               |                           |
| ๑๐๓๔. cellulitis                | เซลล์ลุไลติส                    |                               |                           |
| ๑๐๓๕. cellulose                 | ซีลลูโลส                        |                               |                           |
| ๑๐๓๖. cement                    | ซีเมนต์, เชื่อม                 |                               |                           |
| ๑๐๓๗. center                    | ศูนย์                           | หัวใจ                         |                           |
| ๑๐๓๘. center, arm               | ศูนย์บังคับแขน                  | ๑๐๔๐. center, deglutition     | ศูนย์กลืน                 |
| ๑๐๓๙. center, cardioaccelerator | ศูนย์เร่ง                       | ๑๐๔๑. center, diabetic        | ศูนย์เบาหวาน              |
|                                 |                                 | ๑๐๔๒. center, heat regulating | ศูนย์ (กำกับ)<br>ความร้อน |
|                                 |                                 | ๑๐๔๓. center, leg             | ศูนย์บังคับขา             |
|                                 |                                 | ๑๐๔๔. center, motor           | ศูนย์เคลื่อนไหว           |
|                                 |                                 | ๑๐๔๕. center, nerve           | ศูนย์ประสาท               |

อ.ก.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

# แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๔

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๕๕๘	๑,๓๖๒	๑,๕๒๐	๑,๕๑๘	๒,๐๓๓	๖๖๘	๑๑,๒๕๕
	เก่า	๕,๓๖๓	๒,๘๔๕	๔,๒๒๑	๒,๓๐๔	๓,๘๕๕	๑,๒๘๖	๒๐,๓๒๒
	รวม	๘,๙๒๑	๔,๒๐๗	๕,๗๔๑	๓,๘๒๒	๕,๘๘๘	๒,๕๕๔	๓๑,๕๗๗
ใน		๒๘๖	๔๒๓	๑,๔๕๒	๒๓๕	๓๕๖	—	๒,๗๕๒

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๖๐๖. จักษุฯ ๖๖๕. สูติ-นารีฯ ๔๘๕. รวม ๒,๑๒๐ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๕๒๓, หญิง ๔๘๕, รวม ๑,๐๐๘ คลอดตาย, ชาย ๗, หญิง ๑๑, รวม ๑๘.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๕ คน (๕.๕๖ ปร. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๔ ราย (๔๑.๒๕ ปร. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๗ ครั้ง. ข้างนอก ๑ ครั้ง. เจาะจากญาติ - ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๓๑ ครั้ง, รวม ๖๘๘ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๕,๑๔๕ คน, รักษาใหม่ ๔๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๕๕ ครั้ง. รัตียมรักษา ๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๗ ครั้ง. ไดอะเทอร์มี, รักษาใหม่ ๔ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๕ ครั้ง. รัตไอไอโซโทป, รักษาใหม่ ๑๒ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๔๕ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๑๗ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๕๕ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๑๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๕๒๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๔ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๖๕๖ ชิ้น. ตรวจเนื่องจากการผ่าตัด ๑,๔๒๐ ราย (จากภายนอก ๒๕๐ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๕ ราย. วัสดุเซอร์แมนและคาร์เนอ ๒,๓๐๔. แอ็กกลูตินเนชัน ตรวจซีรัมวิธีกาล ๕๔ ราย. หมู่เลือด ๑๖๘, น้บเม็ดเลือด ๑๕. วัตย์โมไกลบิน —. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. ตรวจทดสอบการทำงานของตับ ๑. หาเชื้อบักเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๑, อูจจาระ ๑, บัสสาวะ ๕๖, เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๐๗, อูจจาระ ๑๔๓, บัสสาวะ ๖๐, น้ำไขสันหลัง ๕๓, เสมหะและอื่น ๆ ๔๒๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๕. ฆีตสัตว์ทดลอง ๑๒. เพาะเชื้อบักเตรี ๒๑. ตรวจทดลองตัวจิตร ๕๐. การทดสอบเซ็นซิทีวิตี ๑๖. ตรวจศพนิติเวช ๓๓. ตรวจของกลาง ๒๐. ตรวจวิเคราะห์ ๔๐.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๑. เจาะน้ำช่องปอด ๑๕. อัดอากาศเข้าช่องปอด ๑. อัดอากาศเข้าช่องท้อง ๘. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๐. ฆีตยาทั่วไป ๑,๒๘๑. ฆีตยาซีฟาลีส ๒๖. รักษาเบาหวาน ๑,๒๓๑. ที.บี. คลินิก ๓๒๑.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๕๕. ถอนฟัน ๑,๐๕๖. อุดฟัน ๕๔๕. ผ่าตัดช่องปาก ๕๕.

(โดยความเชื่อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน  
และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริ-  
ราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่า ๑๐๐ บาท  
ขึ้นไป) คือ :

๑. นางสมบรมณ์ โปษยานนท์ บริจาค  
เงิน ๒๕,๐๐๐ บาท - ซอเครื่องเฟอร์นิเจอร์  
ประจำห้องพิเศษ ตกสติกกรรมสร้างใหม่.

๒. ขุนสุนทรสมบัติ, บ้านเลขที่ ๑  
จุฬาลงกรณ์ ซอย ๑๒ ถนนพญาไท พระ  
นคร, นำส่งเงินรายได้ของ น.ส. เจิม  
ชูเกษ จำนวน ๑๕,๐๐๐ บาท สมทบทุน  
สร้างตึกครั้งที่ ๑๘. รวมเงินที่บริจาคแล้ว  
ทั้งหมดเป็นจำนวน ๒๕๐,๐๐๐ บาท. ทง  
นขออุทิศส่วนกุศลให้แก่ น.ส. เจิม ชูเกษ.

๓. พลอากาศจัตวาม.จ. วิศิษฎ์สวัสดิ  
รักษ์ สวัสดิ์วัฒน แห่งสำนักงานผลประ-  
โยชน์ พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าวรานนท์-  
ธวัช, ๘๐๑ ถนนเจริญกรุง ตลาดน้อย พระ  
นคร. ทรงนำส่งเงินประทานของพระวรวงศ์  
เธอ พระองค์เจ้าวรานนท์ธวัช ซึ่งมี  
พระทัยศรัทธาประทานเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท  
เพื่อบำรุงตึกอิมูญาค์และตึกจุฬารัฐวิชา-  
ดิลก. ทงน ขออุทิศพระกุศลถวายแด่สม-  
เด็จพระเจ้าฟ้าอิมูญาค์เดชาวชิ กรมหลวงนคร  
ราชสีมา และสมเด็จพระเจ้าฟ้าจุฬารัฐวิชาดิลก

กรมขุนเพชรบูรณ์อินทราชัย.

๔. นางสังข์ สุนทรสังคาร, บ้านเลข  
ที่ ๑๐๗ ซอยน้อมจิตร ถนนนเรศน์ พระ  
นคร, บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท ตั้งเป็น  
ทุน "สุนทรสังคาร" เก็บคอกผลบำรุง  
แผนกคัลยศาสตร์.

๕. นางทองคำ คุณากร, บ้านเลขที่  
๔๖๖ ตำบลจักรวรรดิ อำเภอสามพันวงค์  
พระนคร, บริจาคเงิน ๘,๐๐๐ บาท ซอ  
เครื่องมอผ้าตัดให้แก่แผนกคัลยศาสตร์ ขอ  
อุทิศส่วนกุศลให้แก่นางเผือก คุณากร ผู้  
เป็นมารดา.

๖. ท่านพระครูไขฎกาทู สุนทรโร, เจ้า  
อาวาสวัดนวก ตำบลคหาสวรรค์ อำเภอภาษ  
เจริญ ธนบุรี, บริจาคเงิน ๖,๒๒๕ บาท  
ซอโต๊ะทำงาน ๑ ชุด, หม้อต้มเครื่องมอ  
ขนาด ๘" x ๑๗" ๑ ใบ และมัลอะลูมิเนียม  
๔ ชุด, ให้แก่ตึกมหิตลวรวานัสสรณ์.

๗. นางชจิตต์ วาณิชยางกร, บ้าน  
เลขที่ ๕๒๐ ตำบลท่าพระ อำเภอบางกอก  
ใหญ่ ธนบุรี, บริจาคเงิน ๕,๒๐๐ บาท ซอ  
เตียงและอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยตกรังสีวิทยา  
ชั้น ๓.

เปิดการศึกษา ๒๕๐๔-๒๕๐๕ คณะ  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้ทำ

พิธีเข้ดึยัการศึกษำ ๒๕๐๔-๒๕๐๕ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๐๕ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย โดยมีค้ำสตราจารย์ น.พ. ชัยชวัล โอสถานนท์ คณบดี กล่าวคำต้อนรับ, ค้ำสตราจารย์ น.พ. อรุณเนตรศิริ, หัวหน้าแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์, กล่าวคำปราศรัย, ค้ำสตราจารย์ น.พ. อวย เกตสิงห์, อาจารย์ผู้ปกครอง, ให้โอวาท. ในโอกาสนี้ นักศึกษาแพทย์ผู้เข้มารับการศึกษำใหม่ได้รับการแนะนำให้รู้จักอนุสาสิกทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงโดยลำดับ.

นักศึกษาแพทย์เข้ใหม่ในบการศึกษำ ๒๕๐๔-๒๕๐๕ มีจำนวน ๑๒๐ คน.

พิธีไหว้ครู คณะแพทย์ศาสตร์ ได้กำหนดวันพฤหัสบดี ที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๐๔ เป็นวันไหว้ครูประจำปี เป็นขบที่สอง. การจัดงานดำเนินไปเช่นเดียวกับขบกลาย. คือมีการตักบาตรในตอนเช้า, นักศึกษาและอาจารย์ทำบุญร่วมกัน. แล้วพระเถรานุเถระสตัยปกครอง และ บังสุกุลถวายและให้แกบูพพจารย์และบูพพการของศิริราช. แผนกวิชาแก้แผนกและสโมสรมักศึกษำ ๖ รัช เป็นเจ้าภาพสำหรับพระแต่ละรูป. ต่อจากนั้น

คณะศิษย์กระทำสักการะอาจารย์ด้วยดอกไม้ธูปเทียน. ซึ่งในขบนี้หัวหน้าชั้นทั้งสี่ได้ใช้วิธีการลงบนพนแทบเท้าท่านคณบดี, ตรงตามแบบฉบับประเพณีของไทย. นักศึกษำกล่าวคำบูชาคุณอาจารย์ในบที่ของท่านเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี (ผู้มีประวัติดัมพันธ์กับ "ศิริราช" อย่างใกล้ชิด). แล้วท่านคณบดีให้โอวาทแสดงถึงความสำคัญของความกตัญญู กตเวทิต์ และกล่าวว่า อาจารย์เองก็มี อาจารย์ที่ ต้อง เคารพ และ แสดงปฏิการะตอบแทนด้วยเหมือนกัน. จบโอวาทแล้วทั้งศิษย์และอาจารย์ร่วมกันร้องเพลง "สรรเสริญศิริราช" เป็นการระลึกถึงคุณของสถานศึกษำน. บังงานด้วยเพลงสรรเสริญพระบารมี. ผู้อยู่ในที่ประชุมจำนวนมากมีความเห็นว่าเหตุการณ์ดำเนินไปโดยเรียบร้อยและสมเกียรติที่น่าปลายปลม.

รายรับรายจ่ายในงานไหว้ครู ก. รายรับ

จากแผนกสตัคศาสตร์ ๑๘๐ บาท, แผนกจิภษ ๑๖๐ บาท, แผนกกาย ๖, สรรี ๖, พยาธิ ๖, อายุร ๖, ศัลย ๖, รังสี ๖, กุมาร ๖, แผนกละ ๑๕๐ บาท, สโมสรม, สพค. ๑๕๐ บาท, นคพ. บที่สี่ ๑๓๐ บาท, บที่สาม ๑๑๐ บาท, บที่สอง ๑๖๐ บาท,



(ข) หลอดเลือดแคบในส่วนต้นของหัวใจมนุษย์ (การศึกษาทางกายวิภาคศาสตร์จาก ๒๐๐ ราย). ผู้นำเสนอ: น.พ. วิเชียร ทิลกสัมพันธ์ แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์.

ข่าวห้องสมุด หนังสือตำราที่ไต่รอยใหม่

(๑) United States Book Exchange ให้ตำรา ๒๔๐ เล่ม, วารสาร ๒๕ เล่ม และจุลสาร ๑ เล่ม. (๒) Commonwealth Fund ให้ "Mental health in the United States" และ "Explorations into the nature of the living cell". (๓) สำนักวัฒนธรรมแห่งสถานเอกอัครราชทูตฝรั่งเศส มอบหนังสือผ่านศาสตราจารย์ อุดมโปษะกฤษณะ มาให้ห้องสมุดกลาง ๒ เล่ม คือ: "Précis de Toxicologie (Tomel)" และ "L' action antimittotique et caryoclasique des substances cliniques". (๔) Miss. Esther Twelker ให้หนังสือ: McFarland of Siam, Privileged communications between physician and patient,

Lexicon Ophthalmologicum, Pharmacology and therapeutics 4th ed. 1960, และ Cardiology Vol. 5, 1961.

ไปศึกษาเพิ่มเติม พ.ญ. นันทพร นิลวิเศษ

อาจารย์ประจำแผนกสรีรวิทยา เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติมในสาขาวิชาเภสัชวิทยาแขนงการศึกษารูทของสมุนไพร ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ประเทศเยอรมนีด้วยทุนบริการแลกเปลี่ยนที่มหาวิทยาลัยเยอรมัน, ออกจากคอนเมืองโคโยเคอริงบริษัท ลุฟตันซ่า ในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๐๔ เวลา ๑๘.๐๐ น.

กลับ น.พ. ปรีชา เจตนะคีลิน อาจารย์ประจำแผนกสรีรวิทยา กลับจากไปราชการและประกอบศาสนกิจ ณ นครเมกกะ, ประเทศซาอุดีอาระเบีย, และได้มาปฏิบัติราชการตั้งแต่วันที่ ๒๑ มิถุนายนเป็นต้นไปแล้ว. อนึ่ง น.พ. ปรีชาได้บรรยายเรื่อง "เยี่ยมนครเมกกะ" พร้อมทั้งฉายภาพประกอบเมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายนหลังจากจบวารสารสโมสรของแผนกแล้ว.

## ข่าวพยาบาล

โอนไปรับราชการแห่งอื่น ในเดือน  
มิถุนายน ๒๕๐๕ มีพยาบาลในคณะ  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลโอนไปรับ  
ราชการแห่งอื่น คือ :

น.ส. ขุญนะ เกลิมรัตน์, พยาบาล  
ประจำตึกกวีเวชวิทยา, น.ส. ศรีสุรางค์  
ปัทมสุคนธ์, พยาบาลประจำตึกอานันท-

มหิตลชั้นล่าง, และ น.ส. วิภา โชคนานนท์,  
พยาบาลประจำตึกมินชั้นบน, ทั้งสามรายนี้  
โอนไปรับราชการในคณะอายุรศาสตร์เขต  
อื่น.

น.ส. ประคอง บุญวิรัตน์, พยาบาล  
ประจำตึกศัลยกรรมหญิง, โอนไปรับราชการ  
กรมการแพทย์, โรงพยาบาลประจำ  
จังหวัดเลย.

## ข่าวนักศึกษา

เลือกตั้งซ่อม เมื่อวันที่ ๑๐ มิถุนายน  
๒๕๐๕ สโมสรนักศึกษาแพทย์แห่งคณะ  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้  
ดำเนินการเลือกตั้งซ่อมกรรมการประจำ  
สโมสร. ผลปรากฏว่า นายกสโมสรได้แก่

น.ศ.พ. กิติพันธ์ วิสุทธารมณ, ปฏิคมได้  
แก่ น.ศ.พ. โสภณ ลิตพล.

อนึ่งในโอกาสนี้ ได้มีการประชุมชี้แจง  
แก่นักศึกษาแพทย์ที่มาเข้าใหม่ เกี่ยวกับ  
เรื่องอาวุโส, ระเบียบ, น้ำใจและสามัคคี  
ธรรมด้วย.