สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ปีที่ ๑๓, ฉบับที่ ๑๐, ตุลาคม ๒๕๐๔ | Volume 13, Number 10, October 1961.

รายงานผู้ป่วยมีองคชาต, กระเพาะปัสสาวะและเร็คตัมอย่างละสอง

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ. (แผนกกุมารเวชศาสตร์) **ตุ๊ ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.** (แผนกศัลยศาสตร์) **สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.** (แผนกกายวิภาคศาสตร์)

เรื่องย่อ: ปรียาสมบัติ, ชวลิต, ตุ๊ ชัยวัฒน์, สุด แสงวิเชียร, รายงานผู้ป่วยมีองคชาต, กระเพาะปัสสาวะ และเร็คตัมอย่างละสอง. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ค.ศ. ๑๙๖๑),๑๔ : ๕๖๕-๕๗๔

ผู้เสนอรายยงานเด็กชายอายุ ๖ วัน ซึ่งมีองคชาตสองอันขนาดไล่เลี่ยกัน, มีกระเพาะปัสสาวะแยกเป็นสอง, และเร็คตัมและช่องทวารหนักเป็นสองด้วย. ช่องทวารหนักข้างขวาปิดตัน. มีลมออกมาเป็นครั้งคราวทางท่อปัสสาวะขององคชาตขวา. ได้ทำการผ่าตัดสองครั้ง. ครั้งแรกขยายช่องทวารหนักข้างซ้ายให้อุจจาระเดินสะดวก. ครั้งที่สองตัดเร็คตัมข้างขวาออกเพราะมีเชื้อลามเข้าไป ทำให้กระเพาะปัสสาวะข้างนั้น อักเสบ. ไม่ได้แก้ไขภาวะขององคชาตและกระเพาะ ปัสสาวะ เพราะไม่มีความจำเป็นในขณะนี้. มีการบรรยายประวัติของความพิการตามหลักวิชาเอ็มบรีย์โอโดยละเอียด. ผู้รายงานมีความเห็นว่าความพิการในคนไข้นี้เป็นชนิดลูกแฝดติดกัน.

ความผิดปรกติในอวัยวะของระบบทางเดินของปัสสาวะและของระบบสืบพันธุ์ได้มีรายงานว่ามีปรากฏแตกต่างตั้งแต่ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ (Campbell 1951), ๕ เปอร์เซ็นต์ (Helmholtz และ Thompson 1941), และ ๑ เปอร์เซ็นต์ (McIntosh และพวก 1954). งานของ McIntosh และพวกซึ่งทำการศึกษาที่โรงพยาบาล Sloane ดูจะเป็นที่เชื่อถือได้, เพราะมีสถิติเกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิดที่พบได้ในเด็กเกิดใหม่, ทั้งที่ตายก่อนคลอด, ขณะคลอดและหลังคลอดชัดเจนกว่ารายงานอื่น ๆ. ฉะนั้นต้องถือว่าความพิการที่เกิดแก่ระบบทั้งสองเป็นของพบได้ไม่ยากนัก. ความพิการที่บันทึกโดย McIntosh และ

พวกมิได้ตั้งแต่ไม่มีไต, กรวยไตผิดปรกติ, ไตเย็น โปลิย์ซิย์สติค, ฮัย โดร เน โฟรสิส, ความผิดปรกติอื่น ๆ ของไต, ฮัยโดรยูรีเตอร์, ความผิดปรกติอื่น ๆ ของหลอดไต, กระเพาะปัสสาวะไม่มีผนังหน้า (extrophia), กระเพาะปัสสาวะไม่เจริญเท่าปรกติ, ยูเรฆัส ผิดปรกติ, หลอดปัสสาวะตัน, หลอดปัสสาวะตีบ, หลอดปัสสาวะเบี่ยงผิดที่แบบฮัยโปสปาดิอัส, ลูกอัณฑะไม่เคลื่อนลงที่, ฮัยโดรซีล, ถุงลูกอัณฑะแบ่งออกเป็นสอง, มดลูกเจริญผิดปรกติ. จะเห็นได้ว่าความพิการของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่มีเลย ในจำนวนเด็กที่ตรวจทั้งหมด ๕,๗๓๕ ราย. จึงนับได้ว่าความพิการในอวัยวะสืบพันธุ์พบได้น้อยกว่าความพิการในอวัยวะอื่น ๆ ของระบบทางเดิน ของปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์.

จากงานที่รวบรวมโดย Campbell (1951) ปรากฏว่าความพิการที่มีกระเพาะปัสสาวะสองอัน ได้เคยมีรายงานแล้วเพียง ๓๔ ราย. อาจเป็นชนิดมีสองกระเพาะโดยตลอด, หรือแบ่งออกเป็นสองช่องก็ได้. ชนิดแรกพบได้มากกว่า. โดยมากความพิการแบบนี้มักมีเรคตัมผิดปรกติด้วย, โดยมีเป็น ๒ หลอด. นอกนั้นถ้าเป็นในหญิงก็จะมีอวัยวะที่เกิดจากมุลเลอเรียนดัคท์, เช่นมดลูก, หลอดรังไข่ และช่องคลอดเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเท่าหนึ่งของปรกติ. เช่นตัวอย่างที่รายงานโดย Hickle (1928). ผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ ๖๒ ปี, มีเรคตัม, ช่องคลอด, มดลูกและคลิตอริสอย่างละสอง. ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปรกติ. อวัยวะข้างซ้ายเจริญดีกว่าข้างขวา. อุจจาระมักออกทางซ้าย. แต่บางครั้งที่อุจจาระเหลวก็ออกทั้งสองรู แต่ไม่พร้อมกัน. หลอดปัสสาวะมีสองหลอด, ถ่ายได้เกือบพร้อมกัน. มีระดูออกจากช่องคลอดทั้งสอง, แต่ออกทางช่องซ้ายสะดวกกว่าช่องขวา. จากการตรวจภายในพบมดลูกข้างซ้ายปรกติ, ช่องคลอดข้างขวาเล็กมาก สอดนิ้วเพียงนิ้วเดียวเกือบไม่เข้า, แต่มีปากมดลูก. ผู้ป่วยแต่งงานและร่วมกับสามีทางช่องซ้าย, เคยตั้งครรภ์ครั้งหนึ่งแต่แท้งเสียก่อน. การตรวจทางรังสีเอ็กซ์พบว่าลำไส้ใหญ่มีสอง, ไปรวมกันที่ซีคั่ม. มีกระเพาะปัสสาวะสองอันแยกจากกันโดยสมบูรณ์.

ความพิการแบบนี้ถ้าเป็นในชาย จะพบมีองคชาตสองอัน และมีหลอดปัสสาวะสองหลอด. แต่ไม่เคยพบมีลูกอัณฑะเกินกว่าหนึ่งคู่ (Campbell 1951).

ตามรายงานของ Nesbit และ Bromme

(1933) กล่าวว่า Wecker เป็นคนแรกที่รายงานคนมีองคชาตสองอันตั้งแต่ ค.ศ. ๑๖๐๙. Nesbit และ Bromme ได้ทำการสอบค้นรายงานย้อนขึ้นไปถึงศตวรรษที่ ๑๗ พบว่ามีรายงานทั้งหมดตลอดเวลา ๓๒๕ ปี เพียง ๔๕ ราย. บางรายไม่แท้, คือองคชาตอันเดียวแต่มีแกลนส์สองอัน. ถึงในรายที่รายงานโดย Nesbit และ Bromme (1933) ก็เช่นเดียวกัน (รูป ๑). ผู้ค้นคว้าทั้งสองเชื่อว่าความพิการแบบนี้คงมีมากกว่านี้, แต่ผู้พิการอาจปกปิดไว้เป็นความลับ, หรือมิฉะนั้นผู้พบเห็นก็ไม่ได้พิมพ์ออกเป็นรายงาน. ที่แผนกายวิภาคศาสตร์, ร.พ. ศิริราช, ก็มีกระจกฉายตกค้างอยู่แผ่นหนึ่งมีองคชาตชัดเจนสองอันเหมือนกัน. ผู้พิการหน้าตาเป็นชาวจีน, แต่งตัวแบบกรรมกรลากรถในนครปักกิ่ง, สันนิษฐานว่าเป็นกระจกฉายที่ศาสตราจารย์ อี. ดี. คองดอน นำมาจากนครนั้น, เพราะท่านเป็นรองศาสตราจารย์อยู่ที่นั่นก่อนที่จะมาทำการสอนที่กรุงเทพฯ. ค้นไม่ได้ว่ามีรายงานหรือเปล่า.

อีกรายหนึ่งมีรายงานแบบอัดสำเนามาให้จากพิพิธภัณฑ์การแพทย์ทหารบกที่กรุงวอชิงตันลงชื่อ Townsend (1960). ผู้พิการเป็นชาวปอร์ตุเกส, อายุ ๑๙ ปี พึ่งไปถึงอเมริกา. ผู้พิการมีองคชาตสองอันยาวกว่าปรกตินิดหน่อย, ติดอยู่เคียงกันห่างจากซีย์มฟีย์สิสพบิสประมาณหนึ่งนิ้ว. ขณะห้อยอยู่วัดได้ ๔๓/๔ นิ้ว. อันขวาเล็กกว่าอันซ้ายเล็กน้อย. ขณะถ่ายปัสสาวะมีน้ำไหลออกพร้อมกัน. เมื่อเร้าให้ตนเต้นองคชาตก็แข็งขึ้นพร้อม ๆ กัน. ทางด้านนอกของทั้งสองอันมีถุงลูกอัณฑะ. มีลูกอัณฑะที่โตเต็มขนาดอยู่ข้างละลูก. ระหว่างองคชาตมีถุงลูกอัณฑะอีกถุงหนึ่ง, ซึ่งผู้พิการกล่าวว่าเคยมีลูกอัณฑะสองลูก, แต่ได้กลับเข้าไปในช่องท้องหลังจากผู้ป่วยมีอายุได้ ๑๐ ปี. ข้อความตอนนี้อาจจะผิดพลาด, เพราะผู้ป่วยเคยถูกแพทย์ตรวจเมื่ออายุ ๖ เดือน, โดยพ่อแม่พาเอาไปแสดงที่ลอนดอน. ในบันทึกของแพทย์แจ้งว่ามีถุงลูกอัณฑะจริงที่ตรงกลาง, แต่ไม่กล่าวว่าได้พบลูกอัณฑะในถุง. ผู้พิการปฏิเสธไม่ยอมให้แพทย์สอดเครื่องควานเข้าไปตรวจ, จึงไม่อาจยืนยันได้ว่าท่อปัสสาวะทั้งสองต่อกันหรือเปล่า, หรือต่อโดยวิธีใดกับกระเพาะปัสสาวะ. เช่นเดียวกันก็ไม่อาจบอกลักษณะของกระเพาะปัสสาวะได้.

นอกจากมีองคชาตสองอันแล้ว, ผู้ป่

พิการ มีขา และ เท้า เป็น *อันที่สาม* อยู่ ตรงกลางในบริเวณนั้น. การตรวจพบว่าเท้านั้นเกิดจากการรวมของเท้าสองเท้า, และขาที่ยื่นออกเป็นขาสองขาที่เจริญไม่เต็มขนาด. จึงถือว่าความพิการของรายนี้เกิดจากการมีคู่แฝดซึ่งเจริญไม่เต็มที่, มีแต่ขาและอวัยวะสืบพันธุ์, ไม่แยกตัวออกเป็นอีกตัวหนึ่งแต่คงติดอยู่กับผู้ป่วย. การที่คัดรายงานนี้มาเกือบละเอียดก็เพราะจะได้อาศัยเป็นหลักฐานในตอนอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความพิการนี้.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ ๖ วัน, เลขที่ทั่วไป ๙๕๙๐๑.๐๒), รับไว้ที่แผนกกุมารเวชศาสตร์เมื่อวันที่ ๑๘ พย. ๒๕๐๒ โดยมีอาการสำคัญว่ามีไข้, อาเจียนท้องร่วงและท้องอืดมา ๓ วัน. นอกจากอาการที่เจ็บป่วยทำให้มาโรงพยาบาลแล้ว, ผู้ป่วยมีความพิการที่น่าสนใจคือมีองคชาตสองอันมีขนาดไล่เลี่ยกัน.

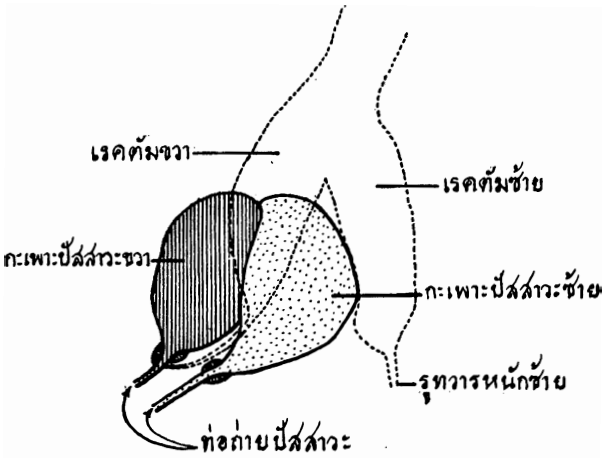
ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยมีบิดาอายุ ๓๒ ปี, มารดาอายุ ๒๙ ปี, สบายและแข็งแรงดีทั้งสองคน. ไม่มีประวัติโรคติดต่อและติดเชื้อที่ร้ายแรงใด ๆ ในครอบครัว. ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ ๔. พี่ชายอีก ๒ คนมีร่างกายเป็นปรกติไม่มีการพิการแยงผู้ป่วย, พี่สาวอีกคนก็ปรกติ. ญาติทางฝ่ายบิดาและมารดาไม่มีใครมีอวัยวะสืบพันธุ์ผิดปรกติ.

ประวัติการคลอด มารดาปฏิเสธการเจ็บป่วยร้ายแรงต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์. ไม่มีไข้หรืออกผื่นคันใด ๆ. คลอดครบกำหนดและการคลอดเป็นไปโดยปรกติ.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๙๗.๗° ซ., หายใจ ๓๖ ครั้งต่อนาที. คอแดงเล็กน้อย. ท้องอืดแต่หน้าท้องไม่แข็ง. ตับ, ม้ามคลำไม่พบ. มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นปรกติ.

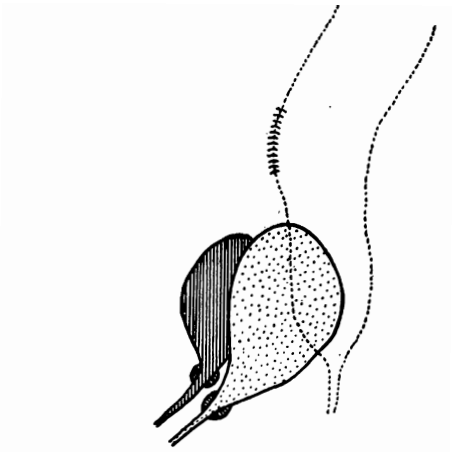
ผู้ป่วยมีองคชาตสองอัน. อันขวาอยู่สูงกว่าอันซ้ายประมาณ ๑ ซม. (รูป ๒). ทั้งสองอันมีหลอดปัสสาวะเช่นปรกติ. ปัสสาวะไหลออกจากหลอดทั้งสอง, บางครั้งก็พร้อมกัน, บางครั้งก็ไม่พร้อมกัน. บางครั้งมีลมออกทางหลอดข้างขวาด้วย. ข้างๆองคชาตมีถุงลูกอัณฑะอยู่ข้างละถุง, อยู่ในระดับเดียวกับองคชาต, ไม่อยู่ต่ำลงไปเช่นถุงอัณฑะปรกติ. ลักษณะของถุงแต่ละถุงถึงจะมีขนาดเล็กก็มองดูคล้ายจะเป็นถุงสองถุงเข้ามารวมกัน. มีรอยประสาน (raphe) เห็นได้ชัดเจนทั้งสองถุง. ที่ถุงขวามีเป็น

รูป ๑ ผู้ป่วยในรายงานของ Nesbit และ Bromme (1933) มีองคชาตอันเดียว แต่ปลาย (glans) แบ่งเป็นสอง



รูป. ๓ ภาพก่อนผ่าตัดแสดงการติดต่อของเร็คตัมขวากับกะเพาะปัสสาวะขวา

รูป ๒ ผู้ป่วยในรายงานนี้ มีองคชาตสองอันชัดเจน



รูป. ๔ ภาพหลังผ่าตัดเอาเร็คตัมขวาออกแล้ว

เนื้อตึงใส ก้อนเล็ก ๆ ที่ปลายล่างของรอยประสาน. ภายในมีลูกอัณฑะถุงละลูก. ถัดล่างลงมาจากองคชาต (ในท่านอนหงาย) ตามแนวกลางมีก้อนไขมันนูนออกมา, ใหญ่กว่าก้อนเนื้อที่จะพบได้ในบริเวณนี้ของเด็กปรกติ. สองข้างของก้อนมีรูทวารหนัก. รูข้างขวาอุดตัน. รูข้างซ้ายมีอุจจาระออกได้แต่มีแผ่นกั้นตั้งขวางจากหน้าไปหลังตรงปากรู. นอกจากความพิการนี้แล้วผู้ป่วยไม่มีความพิการแต่กำเนิดใด ๆ อีก.

ภาพรังสีธรรมดาของช่องท้อง แสดงว่ากระดูกสันหลังของผู้ป่วยนี้ไม่ปรกติ. กระดูกที่เป็นกระดูกส่วนตัวของกระดูกสันหลังส่วนอกอันที่ ๗ และกระดูกสันหลังส่วนเอวอันที่ ๒ และ ๓ ไม่เป็นชิ้นเดียว, มีกระดูกแยกกันเหมือนในระยะแรกของการเจริญเติบโต. นอกนั้นไม่พบสิ่งผิดปรกติ. โดยวิธีซิสโตกรัมพบว่ากระเพาะปัสสาวะแยกออกเป็นข้างซ้ายและข้างขวาโดยสมบูรณ์. โดยวิธี I.V.P. พบว่าทางข้างขวามีไตสองอัน. การขับถ่ายของไตเป็นปรกติทั้งสองข้าง. โดยการสวนตรวจทางทวารหนักด้วย ๒๐ เปอร์เซ็นต์ยูโรกราฟีน พบว่าส่วนล่างสุดของลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์แยกออกเป็นเร็คตัมสองหลอด. ข้างขวาตันไม่เปิดออกสู่ภายนอก. ทางที่สงสัยว่าจะเชื่อมระหว่างเร็คตัมข้างขวาและกระเพาะขวาไม่อาจแสดงให้เห็นได้.

การรักษา นอกจากอาการทางลำไส้ซึ่งได้รักษาตามธรรมดา, ปรากฏว่าผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ลำยาก, เพราะรูทวารหนักแคบและมีแผ่นกั้นที่ปากรู. ได้ตัดแผ่นกั้นและขยายรูทวารหนักให้กว้างขึ้น. เมื่อแผลหายดีผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้สะดวก, จึงให้กลับบ้านเป็นการชั่วคราว.

ผู้ป่วยได้กลับมาอยู่โรงพยาบาลอีกเมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๓, มีอายุได้ ๖ เดือน. ครั้งแรกอยู่แผนกกุมารเวชศาสตร์. ต่อมาให้ย้ายไปอยู่แผนกศัลยศาสตร์. มีไข้, ปัสสาวะขุ่นและมีลมออกทางหลอดปัสสาวะข้างขวา. อาการทั้งหมดเข้าใจว่าเนื่องจากเชื้อจากลำไส้ได้แผ่ลามเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะข้างขวา, และลุกลามเข้าสู่ไตขวา. ได้รับการรักษาอยู่ ๒ สัปดาห์จนไข้ลงและปัสสาวะหายขุ่น, จึงได้ทำการผ่าตัดโดยนายแพทย์ตุ๊ ชัยวัฒน์ แก้ไขความพิการดังต่อไปนี้.

เมื่อผ่าหน้าท้องออกแล้ว พบว่าส่วนล่างสุดของลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ได้แยกออกเป็นสอง. ต่อลงไปเป็นเร็คตัมสองหลอด,

มีขนาดเท่า ๆ กัน. เร็คตัมซ้ายต่อลงไปเป็นทวารหนักข้างซ้าย. เร็คตัมขวายาวประมาณ ๑๐ ซม., มีปลายล่างลีบเป็นท่อขนาดเล็ก, มีเส้นผ่าศูนย์กลางราว ๐.๒ ซม., ไปต่อกับกระเพาะปัสสาวะที่แนวต่อปรอสตาติโค-เวสิคัลทางด้านหลัง (รูป ๓). ได้ตัดเร็คตัมส่วนขวาออกทั้งหมด, เย็บช่องที่ลำไส้และรูเปิดที่กระเพาะปัสสาวะ (รูปที่ ๔). หลังจากแผลหายแล้วเด็กถ่ายปัสสาวะได้สะดวกทั้งสองหลอด, และไม่มีลมออกจากหลอดปัสสาวะข้างขวาอีกต่อไป.

ความพิการที่อวัยวะสืบพันธุ์และกระเพาะปัสสาวะไม่ได้รับการรักษา, เพราะปรากฏว่า ความพิการแบบนี้นอกจากจะเป็นที่ล้อเลียนในระหว่างเพื่อนฝูงแล้ว, ผู้ป่วยเกือบไม่เสียหายอะไร. ถึงอายุมากขึ้นก็อาจทำการสมรสและร่วมกับภรรยาได้เช่นคนปรกติ. เช่นในรายของชาวปอร์ตุเกสที่เก็บเป็นรายงานไว้ที่พิพิธภัณฑ์การแพทย์ทหารบกที่วอชิงตัน, ถึงจะมีขาอีกขาหนึ่งผู้ป่วยก็ไม่เดือดร้อน, แต่งตัวตามปรกติแล้วก็ไม่เห็นความพิการ, ทำการร่วมกับหญิงได้โดยไม่รู้สึกขัดข้อง. ฉะนั้นสำหรับรายนี้จะรอจนกว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจึงคิดต่อกระเพาะปัสสาวะให้เป็นกระเพาะเดียว, และตัดองคชาตออกเสียอันหนึ่ง.

สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ

ความพิการแบบนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร, ขณะนี้ยังมีเป็นสามความเห็น.

๑. เป็น avatism.

๒. เป็น reduplication: เกิดมีเพิ่มแบบนี้ขึ้นมา

๓. เป็น teratoid structures.

Avatism อธิบายว่าเกิดเพราะเป็นการทวนซ้ำลักษณะที่พบได้ในสัตว์ที่อาจสืบเนื่องต่อ ๆ กันมาจากสัตว์เลื้อยคลานขึ้นมาเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม, แล้วมาเป็นพวกไพรเมต. อวัยวะสืบพันธุ์เป็น ๒ ชุดนี้พบในพวกกบ, และลิซาร์ด. แต่ Nesbit และ Bromme (1933) ไม่เชื่อว่าจะเป็นไปได้, เพราะจระเข้ซึ่งเป็นสัตว์เลื้อยคลานและสืบต่อจากสัตว์โบราณเช่นเดียวกันก็มีอวัยวะสืบพันธุ์เพียงชุดเดียว.

Reduplication Nesbit และ Bromme (1933) สนับสนุนความเห็นนี้, โดยให้คำอธิบายโดยละเอียดดังต่อไปนี้. ไฮนด์กัต (hind gut) จะให้อีแวจิเนชั่นจากทางข้างหน้าเข้าไปในบอดี้สะตอล์ค (body stalk) เรียกว่าแอลแลนตอยส์. ส่วนของไฮนด์กัตที่อยู่ค่อนไปทางหางห่างจากแอลแลนตอยส์จะขยายตัวออกเป็นโคลเอคา.

โคลเอคาแยกออกจากภายนอกด้วยเซ็ลล์บุ ๒ ชั้น, คือชั้นนอกเป็นเอ็คโตเดอร์ม และชั้นในเป็นเอ็นโตเดอร์ม. ระหว่างเซ็ลล์บุทั้งสองชั้นมีเมโซเดอร์มัลเซ็ลล์แทรกเข้าไป, ซึ่งจะได้ดัดแปลงต่อไปเป็นส่วนต่าง ๆ ของส่วนต่างของช่องท้อง, เช่นกล้ามเนื้อของบริเวณนั้น. หลอดเลือด, ชั้นลึกของผิวหนัง, และเป็นเซ็ลล์กลุ่มหนึ่งซึ่งต่อไปจะรวมตัวกันขึ้นที่ตรงกลางทางด้านหน้าเป็นเนินเพศ (genital eminence). ต่อไปเป็นองคชาต. ฉะนั้นถ้าจะมีสาเหตุใดก็ตามมากันไม่ให้กลุ่มเซ็ลล์นี้รวมตัวกันได้เป็นเนินเพศก้อนเดียว, ก็จะทำให้เกิดเป็นองคชาตสองอันขึ้น.

ในทำนองเดียวกันการมีกระเพาะปัสสาวะเป็นกระเพาะคู่ Nesbit และ Bromme ก็อธิบายว่าเป็นเพราะกระเพาะปัสสาวะไม่ได้เจริญมาจาก ยูโรเจนิตัลไซนัส (urogenital sinus) และแอลแลนตอยส์เท่านั้น, แต่มีส่วนซึ่งมาจากระบบเมโซเนฟริคดัคท์ด้วย. (คำว่าระบบเมโซเนฟริคดัคท์นี้คงไม่หมายเฉพาะเมโซเนฟริคดัคท์เท่านั้น, แต่รวมถึงยูรีเตอริคบัด (ureteric bud) และเมตาเนฟริคทิสชิวด้วย—สุด แสงวิเชียร.) มาเป็นหลอดไต, ไตรโกน (trigone) ของกระเพาะปัสสาวะ, หลอดปัสสาวะส่วนข่อรอสตาติค, เซมินัล เวสิเคิลและอีแจคูเลตอรีย์ดัคท์เข้ามาร่วมด้วย จึงจะเป็นกระเพาะปัสสาวะอันเดียวที่สมบูรณ์. ในฐานที่ระบบเมโซเนฟริคดัคท์เป็นระบบคู่, ถ้าเกิดไม่รวมกันขึ้นก็จะทำให้เกิดความพิการ, เช่นกระเพาะปัสสาวะมีรูปเป็นนาฬิกาทราย. กระเพาะปัสสาวะมีร่องจะแบ่งเป็นสอง แต่ไม่ตลอด (incompletely bifid), กระเพาะปัสสาวะมีไดเวอร์ติคูลัมแล้วมีท่อไตมาเปิดหรือแบ่งออกเป็น ๒ กระเพาะไม่ติดกัน.

ความเห็นที่คล้ายคลึงกันนี้ต่อมาได้มีในรายงานของ Satter และ Mossman (1958) ซึ่งได้รายงานความพิการแต่กำเนิดที่พบได้ยากมากรายหนึ่ง, คือกระเพาะปัสสาวะ ๒ กระเพาะ, หลอดปัสสาวะสองหลอดทอดอยู่ใกล้ ๆ กัน, และมีแผ่นกั้นในส่วนล่างของช่องคลอดทำให้แบ่งออกเป็นสองช่อง. เป็นรายที่ ๑๒ ในรายงานที่มีมาแล้วทั้งหมด, เป็นรายที่สี่ในเด็กหญิง, และเป็นรายแรกที่พบในเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่. มีผิดที่สำคัญนอกจากในเพศก็คือเด็กนี้มีคลิตอริสเพียงอันเดียว, ส่วนใหญ่ของช่องคลอดเป็นช่องเดียว, เช่นเดียวกับปากมดลูก (cervix uteri) และเร็คตัม.

รายนี้ Satter ให้ความเห็นว่าอาจจะเกิดจากการที่ส่วนของเอ็นโดเดอร์มที่จะให้เกิดแอลแลนตอยส์เกิดเป็นคู่, ซึ่งถ้าจะเกิดมีจริงก็ต้องเกิดตั้งแต่เอ็มบริโอยังอยู่ในระยะเอ็มบริโอนิคชิลด์ (embryonic shield), แล้วเกิดมีการเจริญอย่างผิดปรกติพร้อมทั้งมีการขยายตัวของผนังหน้าของไฮนด์กัต, ซึ่งเป็นส่วนบนของผนังส่วนคอดัล (caudal) ของถุง yolk, ทำให้เกิดเป็นแอลแลนตอยส์คู่. ต่อมาเมื่อกระเพาะปัสสาวะและยูโรเจนิตัลไซนัสตั้งต้นแยกออกจากส่วนเร็คตัมของโคลเอคา, แผ่นกั้นระหว่างแอลแลนตอยส์ทั้งสองจะยื่นยาวไปทางหาง, แบ่งกระเพาะปัสสาวะและยูโรเจนิตัลไซนัสออกเป็น ๒ ด้วย. ปลายของยูโรเจนิตัลไซนัสทั้งสองจะไปเร้าเอ็คโตเดอร์มัลยูริธรัลเพลต (ectodermal urethral plate) ทำให้เกิดหลอดปัสสาวะคู่ไปด้วย.

ความเห็นทั้งสองนี้ในขณะนี้ยังไม่อาจพิสูจน์ได้แน่ชัด เพราะยังไม่มีตัวอย่างของเอ็มบริโออายุน้อยรับรองเป็นหลักฐาน. เท่าที่ค้นจากงานทดลองทางเอ็มบริโอโลยี่ได้พบว่าเจนิตัลทูเบอร์เคิลอาจทำให้โตขึ้นได้โดยการฉีดเทอราโทเจนิคเอเย็นต์ (teratogenic agent). เช่นในงานของ Monie (1961) ใช้ฌลอร์อัมบูซิล (chlorambucil) ทำให้เกิดความผิดปรกติในระบบยูโรเจนิตัลของหนูขาว. แต่พบได้น้อยมากจึงยังไม่มีเป็นรายงานโดยละเอียด.

Terratoid structures คำอธิบายของ Nesbit และ Bromme (1933) กับของ Satter และ Mossman (1958) เป็นแบบเพิ่มจำนวนเฉพาะองคชาต, กระเพาะปัสสาวะ และหลอดปัสสาวะเช่นที่แสดงในรูป ๑. แต่จะนำไปใช้กับความพิการของรายนี้หรือรายซาวปอร์ตเกสที่เก็บประวัติไว้ที่พิพิธภัณฑ์การแพทย์ทหารบกคงไม่ได้, เพราะทั้งสองรายมีอวัยวะตรงกลางเพิ่มขึ้น. รายที่รายงานนี้เป็นก้อนไขมัน, ทำให้รูทวารหนักอยู่ห่างกันมาก (รูปที่ ๒). รายของซาวปอร์ตเกสมีขายนออกมา. นอกจากนั้นในรายที่เสนอนี้ยังมีเร็คตัมเป็น ๒ อันด้วยกัน. ฉะนั้นคำอธิบายสาเหตุของความพิการเช่นรายนี้จึงควรเป็นแบบ teratoid structures, คือเป็นแฝดติดกัน (double monsters), เฉพาะที่บริเวณส่วนล่างของร่างกาย, เป็นความเห็นที่เสนอโดย Taruffi ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๘๙๖.

แฝดติดกัน (Double monsters) หรือ conjoined twins ตามที่ยอมรับกันในขณะนี้

ก็คือมีการแบ่งเอ็มบริย์โอในระยะแรกออกเป็นสองตัว, แต่แบ่งไม่เด็ดขาด. คงมีส่วนหนึ่งส่วนใดติดกันอยู่, หรือติดกันอยู่เป็นส่วนใหญ่, แบ่งออกจากกันแต่ส่วนน้อย. หรือเป็นแยกเอ็มบริย์โอตัวหนึ่งใหญ่อีกตัวเล็กสอดแทรกหรือติดอยู่กับตัวใหญ่, มีลักษณะเป็นปาราสิต. รายชาวช่อรัตุเกสแสดงไว้ชัดเจนโดยเป็นขายื่นออกมา. แต่รายที่รายงานนี้เป็นแต่เพียงก้อนไขมัน. ฉะนั้นการมีองคชาตสองอัน กระเพาะปัสสาวะสองกระเพาะ, หลอดปัสสาวะสองหลอด เร็คตัมสองหลอด, อวัยวะแต่ละอันจึงเป็นของเอ็มบริย์โอแต่ละตัว. เมื่อเอ็มบริย์โอไม่แยกกันเด็ดขาดอวัยวะเหล่านั้นจึงรวมกันอยู่เป็นคู่ ๆ ด้วย.

สรุป

รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายเป็นเด็กชาย, มีความพิการแต่กำเนิดโดยมีองคชาตสองอัน, กระเพาะปัสสาวะสองกระเพาะ, หลอดปัสสาวะสองหลอด, เร็คตัมและรูทวารหนักอย่างละสองแต่รูทวารหนักข้างขวาตัน. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครั้งแรกแต่เพียงตัดแผ่นกั้นที่รูทวารหนักข้างซ้ายให้อุจจาระเดินคล่อง. แล้วต่อมาได้รับการผ่าตัดครั้งที่สองตัดหลอดเร็คตัมขวาที่ไปต่อกับกระเพาะปัสสาวะขวาซึ่งทำให้เกิดการอักเสบลามขึ้นไปตามทางเดินของปัสสาวะ. เฉพาะที่องคชาตและกระเพาะปัสสาวะไม่ได้รับการผ่าตัด. ได้อธิบายสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดการพิการแยบน. การมีองคชาตสองอันอาจเกิดเป็นแยบเพิ่มจำนวนหรือเป็น teratoid structures ก็ได้. สำหรับรายนี้ลงความเห็นว่าเกิดเป็นลูกแฝด, แต่ลูกแฝดไม่แยกออกจากกัน. อวัยวะต่าง ๆ ที่เป็นคู่แต่ละอันเป็นของเอ็มบริย์โอแต่ละตัว. เมื่อเอ็มบริย์โอไม่แยกออกจากกันเด็ดขาด, อวัยวะต่างๆ ก็รวมกันอยู่เป็นคู่ ๆ ด้วย.

เอกสาร

1. Campbell, M.: Clinical pediatric urology. Philadelphia, 1951, W.B. Saunders Co.

2. Helmholtz, H.F., G.J. Thompson: Urinary obstruction and infection among children. The importance of their early recognition. Proc. Staff Meeting Mayo Clinic 1941, 16:6.

3. Hinckle, W.A.: Case of double anus, vagina and uterus J.A.M.A. 1928, 90:455-456.

4. Monie, I.W.: Chlorambucil-induced abnormalities of the urogenital system of rat fetuses. Anat. Rec. 1961, 139: 145-153.

5. McIntosh, R., K.K. Merritt, M.R. Richards, M.H. Samuels, and M.T. Bel-

lows : The incidence of congenital malformation : a study of 5, 964 pregnancies 1954, 14. 505-522.

6. Nesbit, R.M., W. Bromme : Double penis and double bladder, with report of a case Am. J. Roentgenol 1933, 30 : 497 - 502.

7. Taruffi : Sull ordinamento della-terratologia Bologna 1896.

(จาก Nesbit and Bromme)

8. Townsend, F.M. : Personal communication, 1960.

9. Wecker, J.J. : Obs. med. rar. admirab. et monst., Francofurti 1609 Lib. 4. De partibus genitalibus. Pene gemino visus quidam 577.

(จาก Nesbit and Bromme)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Report)

DOUBLE PENIS, DOUBLE BLADDER, AND DOUBLE RECTUM

Chawalit Preyasombati, M.B. (Dept. of Pediatrics)
Dhu Chaiyawatana, M.B., Dr. med. (Dept. of Surgery)
Sood Sangvichien, M.B., M.D. (Dept. of Anatomy)

A boy 6 days old was brought to the hospital for treatment of fever, vomiting, diarrhea and abdominal distension. On examination it was found that the boy had reduplication of penis, urinary bladder and rectum, although the right anus was not patent. Occasionally some gas passed out via the right urethra. An operation was performed to dilate the left anus; and later a second, to excise the right rectum and stop spreading of infection into the right urinary bladder. The penis and urinary bladder were left alone, to await further development. The authors believe that the malformation is the result of conjoined twins. Full historical review and embryological background are included in the introduction and discussion.

(Nine references. Four figures.)

บทความพิเศษ

เอ็นซัยม์ในด้านคลินิค

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.
(แผนกสรีรวิทยา)

ความสำคัญของเอ็นซัยม์ในการแพทย์ขณะนี้มีมากมาย, แต่ความสนใจด้านคลินิคเกี่ยวกับเอ็นซัยม์อาจแบ่งได้ ๓ อย่าง คือ: (๑) โรคที่ขาดหรือมีการเปลี่ยนระบบของเอ็นซัยม์, (๒) ประโยชน์ในด้านการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค, และ (๓) ความสำคัญในด้านรักษาโรค. ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ ๒ ข้อหลัง.

ประโยชน์ในด้านการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค

ความสำคัญของเอ็นซัยม์ในการวินิจฉัยโรค คือ การเพิ่มระดับ ของ เอ็นซัยม์ ในซีรั่มหรือในสารน้ำของร่างกาย. มีน้อยรายมากที่เอ็นซัยม์ลดลง. เอ็นซัยม์อยู่ภายในเซ็ลล์. เมื่อใดมีการเพิ่มระดับซีรั่ม, ก็แสดงว่าเอ็นซัยม์ ผ่าน ผนังนั้น ออกมา, ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงในผนังนั้น, หรือเอ็นซัยม์ไม่ถูกทำลาย ทันที เมื่อเข้าไปในซีรั่ม. อีกประการหนึ่งคือเอ็นซัยม์มี ๒ ภาวะ, คือภาวะมีฤทธิ์และไม่มีฤทธิ์, ซึ่งได้สมดุลย์กัน, แล้วแต่อย่างไหนจะมากกว่ากัน.

เอ็นซัยม์ที่ใช้ประโยชน์ในด้าน การวินิจฉัยโรคมีดังต่อไปนี้:

(๑) ไลเปส.

ได้จากตับอ่อน. ย่อยไขมัน, ให้กรดไขมันและกลีย์เซอรอล. หาจำนวนในซีรั่มได้โดยให้เอ็นซัยม์ย่อยน้ำมันโอลิฟว์. ไตเตรทกรดไขมันที่ได้ด้วย ๐.๐๕ นอร์มัลโซเดียมฮัยดรอกไซด์. จำนวน ล.ซม. ที่ใช้คิดเป็นหน่วย. ค่าในเลือดคือจำนวนไลเปสในซีรั่ม ๑ ล. ซม. ที่ย่อยน้ำมันโอลิฟว์ ๒.๔ ป.ซ. ๒.๕ กรัม, ในเวลา ๑ ช.ม., พีเอช ๓.๙ ที่ ๓๐° ซ. ค่าปรกติเท่ากับ ๐.๕—๑.๐ หน่วย. ระดับในซีรั่ม

สูงขึ้นในรายตับอ่อนอักเสบบ่อยๆขณะและมะเร็งของตับอ่อน. ระดับต่ำลงในรายโรคตับ, ภาวะขาดวิตามิน เอ. และโรคเขาหวาน.

(๒) ฟอสฟาเทส.

สลายเอสเตอร์ของกรดฟอสฟอริค, ให้กรดฟอสฟอริค. พบได้ ๒ อย่าง:

ก. แอซิดฟอสฟาเทส, ซึ่งมีฤทธิ์สูงสุดประมาณ พีเอช ๔.๐. มีมากในต่อมลูกหมาก, ซึ่งมากกว่าที่สูงถึง ๑,๐๐๐ เท่า, แต่ในคนปรกติเอ็นซัยม์ในเลือดนั้นได้มาจากตับ, เม็ดเลือดแดง, และเกล็ดเลือด. จำนวนหน่วยของเอ็นซัยม์คือจำนวนมิลลิกรัมของฟีนอลที่ได้จากการสลายเฟนิล์ลฟอสเฟตที่พีเอช ๕.๐, อุณหภูมิ ๓๗° ซ., ในเวลา ๓๐ นาที. ค่าปรกติ ๐.๓ หน่วย (คิงก์อาร์มสตองก์). สำหรับวิธีของโบแดนสคีย์ คิดเป็นจำนวนมิลลิกรัมของฟอสฟอรัสได้จากการสลายเบตากลีเซอโรฟอสเฟตที่พีเอช ๕.๐, อุณหภูมิ ๓๗° ซ., ในเวลา ๑ ช.ม. ค่าปรกติ ๐.๕-๒.๐ หน่วย.

ระดับสูงขึ้นในโรคมะเร็งของต่อมลูกหมาก, โดยเฉพาะเมื่อมีการแพร่กระจาย. ถ้าไม่แพร่กระจายจะไม่สูง. ข้อควรสังเกตอีกอย่างหนึ่งคือต้องไม่รบกวนต่อม โดยการนวดหรือสวน. เพราะพบว่าในคนปรกติประมาณ ๖ ป.ซ. มีระดับสูงขึ้นชั่วคราวเล็กน้อย. ดังนั้นค่าที่สูงขึ้นเล็กน้อยไม่ถือเป็นสำคัญนอกจากจะสูงอยู่นาน.

ข. อัลคาไลน์ฟอสฟาเทส. มีพีเอชที่เหมาะประมาณ ๙.๐. พบมากในกระดูกและลำไส้, ส่วนมากขับถ่ายทางตับ. ค่าปรกติผู้ใหญ่ ๔—๑๕ หน่วย, เด็ก ๕—๒๐ หน่วย, (คิงก์อาร์มสตองก์, ใช้พีเอช ๙.๓). สำหรับวิธีของโบแดนสคีย์, ผู้ใหญ่ ๒.๐-๔.๕ หน่วย, และเด็ก ๕.๐—๑๓.๐ หน่วย.

ระดับสูงขึ้นในรายโรคกระดูกอ่อน, โรคปาเจ็ท, มะเร็งของกระดูก, และโรคดีซ่านซึ่งเกิดจากการอุดกั้นของระบบน้ำดี. ทั้งนี้เพราะอัลคาไลน์ฟอสฟาเทสขับถ่ายออกทางตับ. ระดับต่ำลงพบในภาวะที่ร่างกายหยุดเติบโต, เช่นอะฆอนโดรเพลเซีย, เครอาตินิสม์, และยังต่ำในรายขาดวิตะมินซี.

๓. อะมิย์เลส

อะมิย์เลสคือเอ็นซัยม์ที่ย่อยแป้งให้เป็นมอลโตส. อะมิย์เลสที่มีอยู่ในเลือดนั้นได้มาจากหลายแห่งด้วยกัน, ที่สำคัญคือต่อมน้ำลายและตับอ่อน. ส่วนน้อยได้มาจากตับ, กล้ามเนื้อลายและไขมัน, หน่วยความแรงของ

เอ็นซัยม์ในซีรั่มคิดเป็นจำนวนมิลลิกรัมของกลูโคสที่สมบูลย์กับฤทธิ์ริดิวส์ของน้ำตาลที่ได้จากการย่อยแป้ง ๑ ปซ. ๒.๕ ล.ซม.ที่ ๓๗°ซ., พีเอช ๖—๘. ค่าปรกติ ๘๐—๑๕๐ หน่วย/ซีรั่ม ๑๐๐ ล.ซม. ระดับสูงมากในโรคตับอ่อนอักเสบฉับพลัน, สูงขึ้นภายใน ๒—๓ ช.ม., ชั่ว ๑—๒ วัน อาจสูงถึง ๑,๐๐๐ หน่วย, และลดลงภายใน ๒—๓ วันหลังมีอาการ, หรือค่อย ๆ ลดลงก่อนอาการหายไป. ถ้าระดับยังสูงอยู่นานแสดงว่ามีโรคแทรก. ในรายเนื้อตับอ่อนตายอย่างมากมาย, ระดับอาจไม่สูง หรือกลับลดลง, เพราะเนื้อตับอ่อนถูกทำลายจนไม่มีส่วนสร้างเอ็นซัยม์. ระดับเอ็นซัยม์ยังสูงในโรคคางทูม, หรือภาวะการอุดกั้นของท่อน้ำลาย. แต่ในรายเช่นนี้ซีรั่มไลเปสไม่สูง. ระดับอะมัยเลสลดต่ำพบได้ในรายที่ตับอ่อนมีไฟโบรสิสและอะโทรฟี่.

๔. ทรานส - อะมิเนส

ก. กลูตามิคออกซาโลอะซิติคทรานส—อะมิเนส.

เอ็นซัยม์พวกนี้ได้รับความสนใจมากในเร็ว ๆ นี้เนื่องจากมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยวินิจฉัยโรค. มีฤทธิ์ช่วยเร่งการเปลี่ยนกรดแอลฟาคีโตเป็นกรดแอลฟาอะมิโน, คือ แอสปาเตทรวมกับแอลฟาคีโตกลูตาเรทให้กลูตาเมทกับออกซาโลอะซิเตท. มีวิธีหาจำนวนหลายวิธีโดยใช้สเบคโตรโฟโตเมตรีย์และวิธีเทียบสี. วิธีที่ใช้มากที่สุดคือวิธีของ Karonen, Ladue และ Wroblewski. เอ็นซัยม์ ๑ หน่วย คือจำนวนที่ลดออปติคัลเด็นสิตี้ของซีรั่ม ๐.๐๐๑ ล.ซม. ใน ๑ นาที, เมื่อใช้ความยาวคลื่นแสง ๓๔๐ มิลลิไมครอน ณ อุณหภูมิห้อง. ค่าปรกติในซีรั่ม ๔ - ๔๔ หน่วย, ค่าปานกลาง ๒๐±๗. ระดับที่สูงขึ้นในเลือดมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยโรคต่อไปนี้.

๑. โรคหัวใจ. พบว่ามีระดับสูงมากในโรคเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด. เริ่มสูงภายหลังเป็นโรค ๖—๑๒ ช.ม., กลับสู่ปรกติภายใน ๔—๗ วัน. ระดับที่เพิ่มได้ส่วนกับขนาดของเนื้อที่ตาย. ยังมีความสำคัญในการพยากรณ์โรคด้วย. ถ้าค่าสูงเกิน ๓๐๐—๓๕๐ หน่วย แสดงว่าการดำเนินของโรคเป็นไปในทางเลว. นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในการบอกการลุกลามการตายของกล้ามเนื้อ, และในรายกล้ามเนื้อตายใหม่ ๆ ภายหลังเมื่อมีการตายมาแล้ว,

ซึ่งการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจบอกไม่ได้. ในโรคเอ็มโบไลของปอดและโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบอาจให้ผลบวกเท็จได้.

๒. โรคตับ. ตับอักเสบจากพิษมีระดับเอ็นซัยม์สูงมาก. ในโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส พบว่ามีระดับสูงก่อนที่การทดสอบสมรรถภาพของตับโดยวิธีอื่นเปลี่ยนแปลง, และสูงคู่ไปกับความรุนแรงของโรค. ในระยะที่ไม่มีอาการเมื่อมีค่าสูงอาจบ่งชี้ว่าเป็นโรคได้. ในโรคตับอย่างอื่น, เช่น โรคตับแข็ง และมะเร็งของตับสูงไม่มาก. ประโยชน์สำคัญในโรคตับคือช่วยวินิจฉัยแยกโรคดีซ่าน ซึ่งเกิดจากการทำลายของเนื้อตับ จากการอุดกั้นของระบบน้ำดี. นอกจากนี้ยังช่วยวินิจฉัยโรคดีซ่านทางศัลยกรรมของเด็กเกิดใหม่; ในรายอุดกั้นทางเดินน้ำดี, ระดับเอ็นซัยม์ค่อย ๆ สูง, แต่ในตับอักเสบสูงขึ้นมากทันที.

๓. ภาวะอื่น. โรคของกล้ามเนื้อมีระดับเอ็นซัยม์สูง, เช่นเดอร์มาโตมัยโอไซติสและโปลีย์มัยโอไซติส. ผลของยาเช่นซาลิซีย์เลทและฝิ่น, เมื่อให้ขนาดมากเป็นเวลานานทำให้มีระดับเอ็นซัยม์สูงได้, คือมีระดับซีรั่มกลูตามิคพัยรูวิคสูงกว่าซีรั่มกลูตามิคอ๊อกซาโลอะซีติค. แต่ในรายกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับกัน.

ข. กลูตามิคพัยรูวิคทรานสอะมิเนส.

เปลี่ยนแอลฟ่าคีโตกลูตาเรทผสมอะลานีน เป็นกลูตาเมทผสมพัยรูเวท. วิธีหาจำนวนใช้เช่นเดียวกับกลูตามิคอ๊อกซาโลอะซีติคทรานสอะมิเนส. ค่าปรกติ ๒๒ + ๑๒ หรืออยู่ระหว่าง ๑ กับ ๔๕ หน่วย. ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด, ซีรั่มพัยรูวิคกลูตามิคจะเริ่มสูงเมื่อซีรั่มกลูตามิคอ๊อกซาโลอะซีติคสูงเกิน ๑๕๐ หน่วยแล้ว. ในโรคตับระดับของเอ็นซัยม์สูงคู่กันไปทั้งสองอย่าง. พอถือได้ว่าซีรั่มกลูตามิคพัยรูวิคทรานสอะมิเนสมีประโยชน์น้อยกว่าซีรั่มกลูตามิคอ๊อกซาโลอะซีติคทรานสอะมิเนสในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด, แต่มีประโยชน์พอกันในการวินิจฉัยโรคตับอักเสบ.

มีเอ็นซัยม์อีกหลายอย่างที่ได้รับการค้นคว้าเพื่อพยายามนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค, ซึ่งยังอย่างยังต้องการการค้นคว้าต่อไป, อาทิเช่น :

๑. เปปติเดส.

เอ็นซัยม์ลิวซีนอะมิโนเปปติเดสสลาย-

ลิวซีนเย็ปไทด์; มีในน้ำย่อยของกระเพาะอาหารและน้ำดี. หาจำนวนในซีรั่มโดยวิธีเทียบสี. ค่าปรกติในผู้ชาย ๗๕—๒๓๐ หน่วย. หญิง ๘๐—๒๑๐ หน่วย. ในโรคมะเร็งของตับอ่อนระดับในซีรั่มสูง โดยเฉพาะเมื่อมะเร็งอยู่บริเวณหัวของตับอ่อนพบว่าสูงถึง ๔๕๐—๕๑๐ หน่วย. ในโรคตับอ่อนอักเสบสูงปานกลาง. พอสรุปได้ว่ามีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคการอุดกั้นท่อน้ำดี, โดยเฉพาะเมื่อการอุดกั้นนั้นเกิดจากมะเร็งที่หัวของตับอ่อน.

๒. ๕—นูคลีโอติเดส.

สลายพวกนูคลีโอไทด์. ใช้หน่วยเหมือนกับการหาอัลคาไลน์ฟอสฟาเทสโดยวิธีโบแดนสคี่ย์. จำนวนหน่วยคิดเป็นจำนวน มิลลิกรัม ของ ฟอสฟอรัสอนินทรีย์ที่ถูกย่อยใน ๑ ช.ม., อุณหภูมิ ๓๐° ซ. ค่าปรกติ ๐.๓—๓.๒ หน่วยต่อซีรั่ม ๑๐๐ ล.ซม.

๓. อัลโดเลส.

สลายฟรุคโตส ๑—๖ ไดฟอสเฟตเป็นไดฮัยดร๊อกซี่ย์ อะซิโตน ฟอสเฟต กับ กลิเซอร์อัลดีฮัยด์. ค่าปรกติ ๗.๑๔ หน่วยต่อซีรั่ม ๑ ล.ซม. ระดับต่ำลงในรายโรคโปรเกรสสีฟมัสคูลาร์ดิย์สโทรฟี่ย์ ซึ่งถือเป็นดัชนีที่ดีกว่าอัตราส่วนของเครอาตินกับเครอาตินิน. ระดับสูงขึ้นในโรคตับ, กล้ามเนื้อหัวใจตาย, และในมะเร็งของต่อมลูกหมาก, ซึ่งมีผู้ให้ความคิดว่าจะเป็นเครื่องวินิจฉัยที่ดีกว่าเอซิดฟอสฟาเทส.

๔. แลคติคดีฮัยโดรจิเนส.

ช่วยเปลี่ยนกรดแล็คติคผสม ดี.พี.เอ็น. เป็นกรดพัยรูวิคผสม ดี.พี.เอ็น.เอช. คิดเป็นหน่วยเหมือนทรานสอะมิเนส. ค่าปรกติ ๒๐๐—๖๘๐ หน่วยต่อซีรั่ม ๑ ล.ซม. ค่าสูงในรายกล้ามเนื้อหัวใจตาย จาก การ ขาดเลือด, และสูงอยู่นานกว่าซีรั่มกลูตามิค-อ๊อกซาโลอะซีติคทรานสอะมิเนส, ทั้งยังสูงในตับอักเสบ, มัสคูลาร์ดิย์สโทรฟี่ย์ และมะเร็งหลายอย่าง. เห็นได้ว่ามีภาวะหลายอย่างที่มีระดับของเอ็นซัยม์สูง, ซึ่งจำกัดประโยชน์ของเอ็นซัยม์นั้น. แต่การหาจำนวนใน น้ำไขสันหลัง พบว่าสูงเมื่อ มะเร็งลามไป ถึง หรือ เป็นโรค ของระบบประสาทกลาง. ในโรคน้ำในช่องปอดและในช่องท้องก็เช่นเดียวกัน, ถ้าเกิดจากมะเร็งพบว่ามีระดับสูงขึ้น.

๕. ไอโซซิตริค ดิฮัยโดรจิเนส.

ช่วยเปลี่ยนไอโซซิเตรทผสม ที.พี.เอ็น. เป็น แอลฟ่าคีโตกลูตาเรท ผสม ที.พี.เอ็น.

เอช. ค่าปรกติในชีรั่มหญิง ๔๗—๒๖๔ หน่วย, ชาย ๕๕—๒๒๔ หน่วย, สูงในโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส, แต่ไม่สูงในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. สำหรับในน้ำไขสันหลัง, ค่าปรกติ ๑.๗—๑.๑๕ หน่วย. ระดับสูงขึ้นมากในโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และสูงปานกลางในโรคเนื้องอกของสมอง.

๖. ฟอสโฟเฮ็กโซสไอโซเมอเรส.

ช่วยเปลี่ยนกลูโคส-๖-ฟอสเฟตเป็นฟรุคโตส-๖-ฟอสเฟต. ค่าในชีรั่มประมาณ ๒๑ หน่วย, ไม่เกิน ๔๐ หน่วย. ระดับสูงในโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส. ในโรคตับอย่างอื่นไม่สูง. นอกจากนี้สูงในโรคลิ่วคีเมียเรื้อรังซนิดมัยอีลอยด์.

ประโยชน์ในด้านการรักษาโรค

ได้มีผู้นำเอาเอ็นซัยม์มาใช้รักษาโรคหลายอย่างด้วยกัน.

ฮัยอะลูโรนิเดส (Alidase, Diffusin, Hyazyme, Wydase). ทำจากอัณฑะของสัตว์มีนม. สามารถฮัยโดรลัยส์กรดฮัยอะลูโรนิค. กรดฮัยอะลูโรนิคเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของโครงร่างของทิสชู, ช่วยจำกัดการกระจายของสารน้ำและเอ็นซัยม์ฮัยอะลูโรนิค ทำให้ทิสชูอ่อน, ช่วยการกระจาย และเพิ่มการดูดซึมของสารน้ำ. จึงนำมาใช้เพื่อช่วยการกระจาย และการดูดซึมของสารน้ำที่ให้ใต้ผิวหนัง, หรือยา, เช่นยาชาเฉพาะที่, เพนิซิลลิน, รวมทั้งเลือดหรือทรานซูเดทที่ขังอยู่.

สารนี้เป็นสารที่ไม่มีพิษ. อาการแพ้พิษได้ไม่บ่อย.

ใช้ขนาด ๑๕๐ หน่วย ยู.เอส.พี. ใส่ในสารน้ำ ๑,๐๐๐ ล.ซม., ยาชาเฉพาะที่ใช้ ๑๕๐ หน่วยใส่ในน้ำยาชา ๕๐ ล.ซม., ยาชาที่นยันต์ใช้ ๑๕๐ หน่วยละลายในยาชาที่ใช้ ๑ ล.ซม.

แพนครีเอติค ดอร์เนส (Dornovac) ทำจากตับอ่อนของวัว. เอ็นซัยม์ ๑ หน่วย คือ จำนวนที่ลด ๑ หน่วย ความเหนียวของกรดเตสอ๊อกซีย์ไรโบนุคลิอิค จากต่อมธัยมัสในเวลา ๓๐ นาที ที่ ๓๐° ซ.

แพนครีเอติคดอร์เนสย่อยเตสอ๊อกซีย์-ไรโบนุคลิโอโปรเทอินให้ขนาดเล็กลงแต่ยังไม่ถึงที่สุด. (ต่างจากสะเตร็ปโตดอร์เนสซึ่งย่อยไปถึงที่สุดเป็นสารพูรีนหรือสารพีย์ริมิดีน). แพนครีเอติคดอร์เนสออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่สลาย แล้วหรือภายนอกเซ็ลล์, ไม่ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่ยังมีชีวิตอยู่, ช่วย

ลดความเหนียวของหนอง. การสลายจะหมดใน ๒ ถึง ๓ นาที, นำมาใช้ในโรคของหลอดลม และ ปอด ซึ่ง มีเสมหะ เหนียว มาก, และยังช่วยเพื่อให้การรักษาด้วยแอนติไบโอติคเข้าถึงบริเวณติดเชื้อได้ดีขึ้น. สำหรับการใช้ก่อนตรวจย้อมโฆสโคปย์เพื่อตรวจหาเชื้อ ในรายมะเร็งของหลอดลมยังอยู่ในขั้นทดลอง.

พิษและผลแทรกซ้อนมีน้อยแม้จะพบได้บ้าง. ปรากฏการณ์อัลเลอร์ยีย์ไม่เป็นปัญหาที่สำคัญ.

บริหารโดยการสูด. ทำเป็นผงขนาด ๑ แสนหน่วย, ละลายน้ำเกลือนอร์มัล ๒ ล.ซม. ก่อนใช้. ในการรักษาโรคติดเชื้อของหลอดลมและปอดใช้พ่นเป็นฝอยขนาด ๕๐,๐๐๐—๑๐๐,๐๐๐ หน่วยวันละ ๑ ถึง ๓ ครั้ง, เป็นเวลา ๒ ถึง ๖ วัน, และซ้ำอีกได้. ผู้ป่วยทนได้ดีกว่าทริย์ปซิน.

ทรีย์ปซิน (Parenzyme, Tryptar)

ทำได้จากตับอ่อนของสัตว์.

ผลึกทริย์ปซินสลายโปรเทอินของเลือดที่แข็งตัว, เอกซูเดท, เนื้อตายที่ พีเอช ๕—๘, เหมาะที่สุดประมาณ๗.๐. ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อที่มีชีวิต, เพราะมีตัวที่ทำหน้าที่เหนี่ยวรั้งในเลือด. นำมาใช้ช่วยละลายแผลเก่า, โพรงหนอง, ละลายเลือดที่แข็งตัว, รวมทั้งในช่องเยื่อหุ้มปอด, ในข้อ.

พิษเกือบไม่มีเลยเมื่อให้เฉพาะที่. แต่เมื่อให้โดยการฉีด, เช่นฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, จะมีอาการคล้ายผลของฮิสตะมีน, ซึ่งป้องกันได้โดยให้แอนติฮิสตะมีนก่อน. บริเวณที่ฉีดอาจปวดและแข็งเป็นไตก็ได้. ห้ามใช้ในโรคตับที่หน้าที่เสื่อมลงมาก, และเมื่อใช้โดยการฉีดต้องระวังมากในโรคของไต, ตับและโรคที่มีการผิดปรกติในการแข็งตัวของเลือด.

ใช้ฉีดเข้ากล้ามช่วยรักษาโรคของหลอดลมและ ปอด ซึ่งมี เสมหะ เหนียว และ รักษาด้วยยาชับเสมหะไม่ได้ผล. ไม่ใช่พ่นเป็นฝอยเพื่อละลายเสมหะเหนียวเพราะ ผล ที่ ได้ไม่คุ้มการระคาย. เอ็นซัยม์ ๑,๐๐๐ หน่วย คือจำนวนที่สลายฮิโมโกลบินให้ทัยโรซิน ๑ มก. หรือเท่ากับผลึกทริย์ปซิน ๑ มก. ที่อุณหภูมิห้อง, แต่ละลายในน้ำยาบัฟเฟอร์, ๓ ซ.ม. ฤทธิ์จะหมดไป ๗๕ ปซ. การใช้ภายนอกอาจใช้เป็นผงหรือละลายใหม่ ๆ ในน้ำยาบัฟเฟอร์. ในการใช้อย่างแห้งหรืออย่างน้ำก็ตาม. ถ้าพีเอชไม่อยู่ระหว่าง ๕—๘ การใช้อย่างแห้งก็ต้องชะด้วยน้ำยาบัฟเฟอร์ก่อนใช้. ถ้าใช้อย่างน้ำต้องใช้น้ำยา

บัฟเฟอร์ ๒๕ ล. ซม. ผสมเอ็นซัยม์ ๒๕๐ มก. การใส่เข้าช่องเยื่อหุ้มปอดต้องดูดและล้างสารน้ำออกก่อนใส่เอ็นซัยม์, แล้วดูดออก ๒ ซ.ม. ภายหลังใส่เพื่อป้องกันผลแทรกแซง. ใช้ขนาด ๒๕๐ มก. ละลายในบัฟเฟอร์ก็พอ. อาใช้วันละ ๑—๒ ครั้งหรือหลายครั้งแล้วแต่พิจารณา. การฉีดเข้ากล้าม ใช้ผลึกทริย์ปซินในเจลาติน ๕ ปซ. ขนาด ๒.๕—๕.๐ มก. ฉีดเข้ากล้ามลึก ๆ วันละ ๑ ถึง ๔ ครั้งเป็นเวลา ๓ ถึง ๔ วัน.

สะเตร็ปโตดอร์เนส.

คือเดสออกซีย์ไรโบนูคลีเอส, ได้จากเชื้อฮีโมลีย์ติคสะเตร็ปโตค็อคไค.

ฤทธิ์เช่นเดียวกับดอร์เนสจากตับอ่อน, คือสลายเดสออกซีย์ไรโบนูคลีโอโปรเทอีนและกรดเดสออกซีย์ไรโบนูคลีอิค, ซึ่งเป็นส่วนประกอบของเอ็กซูเดทที่เป็นหนองเหนียว ๓๐ ถึง ๗๐ ปซ. จนถึงขั้นพูรูเสร็ และพัยริมิดีนนูคลีโอไซด์. สะเตร็ปโตดอร์เนส ๑ หน่วย คือจำนวนเอ็นซัยม์ที่ลดความเหนียวของกรดเดสออกซีย์นูคลีอิค ๐.๑๕ ปซ. จาก ๕.๐ เป็น ๔.๐ ที่พีเอช ๗.๕, ๓๐° ซ., ในเวลา ๑๐ นาที.

สะเตร็ปโตไคเนส.

เป็นตัวเร่งเอ็นซัยม์ที่สลายโปรเทอีนภายนอกเซลล์. ได้จากเชื้อฮีโมลีย์ติคสะเตร็ปโตค็อคไคหลายพวกด้วยกัน. เดิมเรียกไฟบริโนลัยซิน. ต่อมาเลิกไป, เพราะไม่ได้สลายไฟบริโนเจ็นโดยตรงแต่ช่วยเร่ง, โดยช่วยเปลี่ยนโปรไฟบริโนลัยซินในพล้าสม่า, ซึ่งเรียก พล้าสมิโน์เจ็นเป็นพลาสมิน. ให้ไปสลายไฟบรินเป็นโปลีย์เป็ปไทด์, ช่วยละลายเลือดที่แข็งตัวและไฟบรินัสเอ็กซูเดท. มีฤทธิ์สูงสุดที่พีเอช ๗.๓ ถึง ๗.๖. สะเตร็ปโตไคเนสอาจกระตุ้นให้สร้างแอนติสะเตร็ปโตไคเนสได้. ความแรง ๑ หน่วย คือเอ็นซัยม์ที่สามารถละลายไฟบรินมาตรฐานในเวลา ๑๐ นาที, เมื่อเปรียบเทียบกับเอ็นซัยม์มาตรฐาน.

สะเตร็ปโตไคเนส—สะเตร็ปโตดอร์เนส

(Varidase)

เป็นส่วนผสมของเอ็นซัยม์ที่ได้จากสะเตร็ปโตค็อคคัสฮีโมลีย์ติคัสกับเกลือฟอสเฟตบัฟเฟอร์, ปรับความแรงโดยใช้วิธีไบโอแอสเสย์.

นอกจากฤทธิ์สลายโปรเทอีนแล้ว เอ็นซัยม์ทั้งสองยังกระตุ้นปฏิกิริยาที่ไม่เฉพาะสองอย่าง, คือมีสารน้ำออกมาบริเวณที่ใช้

เอ็นซัยม์. รวมทั้งฟาโกซัยต์ด้วย, และปฏิกิริยาพัยโรเจ็น เนื่องจากดูดซึม ผลิต ผลที่เอ็นซัยม์ย่อย. ใช้ละลายเลือดที่แข็งตัว, และไฟบรินซึ่งเกิดจากการฉีก ขาด หรือ การอักเสบ, ช่วยรักษาภาวะที่มีเลือดหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด, และโพรงหนองในที่ต่าง ๆ เช่นกระดูกอักเสบ.

ไม่ควรใช้ในราย อักเสบที่ไม่มีหนอง, เพราะจะช่วยกระจายเชื้อโรค และ ควร ระวังการเกิด อัลเลอร์ยีย์ ในผู้ป่วยที่ไวอยู่แล้ว. อาจต้องทดสอบดูก่อน. ในรายที่ใช้ฉีด, ผู้ป่วยทนได้ดี. ผลแทรกแซงอาจมีเพียงลมพิษและผื่นขัน, และน้อยรายมากที่มีการระคายเฉพาะที่และปากแห้ง.

ใช้ฉีดเข้าไปในช่องของร่างกาย. เอ็นซัยม์ที่ใช้มีสะเตร็ปโตไคเนส ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย รวมกับสะเตร็ปโตดอร์เนสอย่างน้อย ๒๕,๐๐๐ หน่วยในน้ำเกลือนอร์มัลไม่น้อยกว่า ๑๐ ล.ซม. ในรายเลือดหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด ใช้สะเตร็ปโตไคเนส ๒๐๐,๐๐๐ หน่วยกับสะเตร็ปโตดอร์เนส ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย. ความเข้มให้ผลดีที่สุดคือเอ็นซัยม์ ๑๐๐ – ๕๐๐ หน่วยต่อสารน้ำ ๑ ล.ซม. ให้น้ำได้ในเวลา ๑๒ ถึง ๒๔ ช.ม. เอ็นซัยม์จะหมดฤทธิ์เองใน ๒๔ ถึง ๔๘ ช.ม. ยับคัลวาริเดสใช้อมใต้ลิ้นหรือกระพุ้งแก้ม. ๑ เม็ดมีสะเตร็ปโตไคเนส ๑๐๐,๐๐ หน่วย กับสะเตร็ปโตดอร์เนส ๒,๕๐๐ หน่วย.

เพนิซิลลิเนส (Neutrapen)

ได้จากการเฟอร์เม็นต์ของเชื้อบาซิลลัสเซเรอุส (Bacillus cereus). ความแรง ๑ หน่วย คือจำนวนเอ็นซัยม์ที่ต้านฤทธิ์เพนิซิลลิน ๑ หน่วยที่ พีเอช ๗.๐, ๒๕° ซ. ในเวลา ๑ นาที.

ออกฤทธิ์สลาย วงเบต้าแล็คแตม ของเพนิซิลลินให้เป็นกรดเพนิซิลโลอิค. ถ้าใช้ขนาด ๑๐,๐๐๐ หน่วย จะตรวจไม่พบระดับเพนิซิลลินภายหลังฉีดเลย. ฤทธิ์ออกช้า นี่คือเมื่อฉีดครั้งหนึ่งมีฤทธิ์อยู่ได้ประมาณ ๔ วัน, นำมาใช้รักษาปฏิกิริยาต่อเพนิซิลลินชนิดที่เกิดขึ้นช้า. สำหรับปฏิกิริยาอะนาฟีแล็คสิสต้องรีบให้การรักษาอย่างอื่นที่ให้ผลเร็ว, เช่นแอดรีนาลินเพราะเอ็นซัยม์ออกฤทธิ์ช้า.

ไม่มีพิษและอันตรายอะไรมาก. แต่ทราบแล้วว่าเอ็นซัยม์เป็นโปรเทอิน และเป็นแอนติเจน, อาจเกิดปฏิกิริยาเช่นแอนติเจนทั้งหลาย, รวมทั้งอนาฟีแล็คตอยด์ซึ่งมีใน

รายงานแล้ว. นอกจากนอาจมผื่นขึ้น, มีไข้, ปวดเมื่อย.

ขนาดในผู้ใหญ่ให้ ๘๐๐,๐๐๐ หน่วย, ละลายในน้ำกลั่น ๒ ล.ซม. ใหม่ ๆ ก่อนใช้. ต้องฉีดเข้ากล้ามลึก ๆ.

เอกสาร

(1) New Engl. J. Med. 1959, 216:1325-1330.

(2) New Engl.J. Med. 1959,216:1373-1378.

(3) New and Non-Official Drugs. 1960.

(4) Lancet 1960,2:1123.1125.

(5) J.A.M.A. 1960,172:698.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บันทึกคนไข้ศัลยกรรม

รายที่ ๓

ธีระ ลิ่มศิลา พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ)

ประชุมอภิปราย ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๔.

ประธาน ศจ. นพ. อุดม โปษะกฤษณะ.

คนไข้ รับ ๖ มค. ๒๕๐๔, ผ่าตัด ๑๒ มค. ๒๕๐๔ (ศจ. อุดม ฯ), จำหน่าย ๒๓ มค. ๒๕๐๔.

ประวัติปัจจุบัน ผู้ป่วยหญิงไทย, คู่, อายุ ๕๓ ปี, มาด้วยอาการสำคัญว่าแน่นท้องเสมอ ๆ มา ๑ ปีเศษ. มีประวัติเสียดแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ มา ๗ ปี, เป็นมากขึ้นในปีนี้. เบื่ออาหาร, อ่อนเพลีย, ผอมลงเรื่อย ๆ. ในระยะ ๑ เดือนก่อนนี้เป็นมากจนต้องมาโรงพยาบาล. อาการดังกล่าวเป็นอยู่เฉพาะบริเวณช่องท้องส่วนบนและแถวสะดือ, เป็นมากหลังอาหาร, ไม่ปวด, ไม่คลื่นไส้อาเจียน. เวลานอนทุเลาลง. ท้องผูกต้องใช้ยาระบายเสมอ. เคยมีอุจจาระเป็นสีดำจัดนาน ๆ ครั้ง, ๑ สัปดาห์ก่อนมามีอาการไอ, มีเสมหะเพียงเล็กน้อย, ไม่มีเลือด.

ก่อนมา ร.พ. นี้คนไข้เคยไปตรวจที่ ร.พ. พระมงกุฎเกล้า ฯ, ตรวจทางเดินอาหารด้วยรังสีเมื่อ ๑ กค. ๒๕๐๓ พบมีไดเวอร์ติคูลุมที่ส่วนที่สามของดูโอดีนัม.

ประวัติอดีต เมื่อ ๓๐ ปีก่อนเคยเป็นวัณโรคปอด, รักษาอยู่ ๑๐ ปี. แพทย์ผู้รักษาบอกว่าหายสนิทแล้ว. เมื่อสิบปีก่อนเป็นคอหอยพอกเป็นพิษ, ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลนี้. ระดูหมดไป ๕ ปีแล้ว. ยังไม่เคยมีบุตร.

ตรวจร่างกาย อุณหภูมิ ๓๗.๕° ซ. ชีพจร ๙๐/นาที. หายใจ ๒๐/นาที. ความดันเลือด ๑๒๐/๘๔ มม. ปรอท. รูปร่างผอม. ซีดเล็กน้อย. หน้าท้องรูปร่างปรกติ. กดเจ็บไม่มาก บริเวณยอดอกและเหนือสะดือ. คลำไม่พบก้อนในท้อง. ตับม้ามคลำไม่ได้. หัวใจ, ปอดปรกติ.

ตรวจทางทวารหนัก คลำได้ก้อนในท้องน้อยด้านซ้าย, ผิวเรียบ, กดไม่เจ็บ, ขนาดประมาณสองเท่าไข่เป็ด.

ตรวจทางห้องทดลอง เลือดและเคมีเลือด อยู่ในระดับปรกติ.

วิเคราะห์น้ำย่อยอาหาร กรดสูงนิดหน่อย, สูงสุดในตัวอย่างตรวจอันสุดท้าย, ที่ระยะสองชั่วโมงครึ่ง, กรดรวม ๘๐ หน่วย, กรดเสรี ๖๐ หน่วย.

ภาพรังสีปอด มีเยล็บที่ปอดขวากลีบบน.

การวินิจฉัยของท่าน.....

ผู้ร่วมอภิปราย

แผนกศัลยศาสตร์

ศจ. อุดม โปษะกฤษณะ
น.พ. ลิ้ม คุณวิศาล
น.พ. พิสิฏฐ์ วิเศษกุล
น.พ. ประวัติ หงส์ประภาส
น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติยากร

แผนกกายวิภาคศาสตร์

ศจ. สุด แสงวิเชียร

แผนกพยาธิวิทยา

น.พ. นิวัฒน์ จันทรกุล

กองอายุรกรรม, ร.พ. พระมงกุฎ ฯ

ร.อ. อโนทัย แย้มยิ้ม

กองรังสีกรรม, ร.พ. พระมงกุฎ ฯ

พ.ต. กฤษณ์ กิติจันทร์

ศจ. อุดม ฯ ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยเรื่องแน่นท้องภายหลังอาหารอย่างเดียว, เป็นมานานตั้งหลายปี. ไม่มีปวด. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน. กินไม่ได้. ผอมลงเรื่อย ๆ. ตรวจครั้งแรก ๆ ก็ไม่พบอะไร, แต่มีอาการมาก, ทำให้นึกว่าเป็นโซมาโทมิวโรสิส. เพิ่งมาตรวจพบว่ามีไดเวอร์ติคูลุม โดย การตรวจทางรังสีจากโรงพยาบาลพระมงกุฎ ฯ ซึ่งเห็นชัดเจนมาก, จึงทำการผ่าตัด.

พ.ต. กฤษณ์ ฯ (การตรวจทางรังสี) รายนี้ไม่ได้ตรวจเอง. ผู้ตรวจไม่อยู่จึงอ่านแทน. ตามภาพที่ได้จากการตรวจทางรังสีโดยให้กินยาเรียม, พยมพลลิงก์ของกระเพาะอาหารเป็นปรกติ. ที่ดูโอดีนัมส่วนที่สองต่อส่วนที่สามและที่ส่วนที่สาม พยมเพาช์ติดต่อยื่นออกไป ๒ อัน. เห็นมิวโคซัลโฟลด์ติดต่อออกไปจากเยื่อเมือกของดูโอดีนัมชัดเจน. ลักษณะดังนี้โรคที่น่าจะนึกถึงมากที่สุดก็คือ

๑. ไดเวอร์ติคูลุมของดูโอดีนัมส่วนที่สาม.

๒. แผลเปื่อยดูโอดีนัม.

๓. คาร์ซิโนมาและแผลเปื่อยอื่น ๆ.

สำหรับข้อที่ ๒, ๓ ในตำแหน่งนี้พบได้น้อยมาก. เพราะฉะนั้นที่น่านึกถึงมากที่สุดก็คือไดเวอร์ติคูลุม เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยให้แน่ลงไปอีก, ควรถ่ายรูปอีกครั้งหนึ่งภายหลังทำให้ทางเดินอาหารว่างแล้ว. คือถ่ายหลังรูปแรก ๖ ชั่วโมง. ถ้ามีไดเวอร์ติคูลุมจะยังมียาเรียมค้างอยู่ในเพาช์. เสียใจที่รายนี้ไม่ได้ทำ.

ศจ. อุดม ฯ (การผ่าตัด)

ได้เปิดเข้าท้องตามแนวกลางยน (Midline epigstric incision). กระเพาะอาหาร, ตับ, และอวัยวะทั่วไปในช่องท้องหย่อน. มดลูกขนาดสองเท่าไข่เป็ด. ก้อนที่เคยคลำได้ตอนตรวจทางทวารหนัก เป็นมัยโอมาของมดลูก. ที่ลำไส้เล็กส่วนเจจูนั่ม, ประมาณ ๒๐ เซนติเมตรจากต่อกับดูโอดีนัม. พบมีไดเวอร์ติคูลารวม ๘ อัน, ขนาดต่าง ๆ กัน, ขนาดใหญ่ ๒ อัน, เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑ นิ้วครึ่ง. ที่เหลืออันเล็ก ๆ ขนาดเมล็ดข้าวโพดไปจนถึงขนาดผลเชอร์รี่, อยู่ทางด้านมีเซ็นเตอรี่. อันใหญ่มีการอักเสยด้วยเล็กน้อย. ได้ตัดลำไส้ส่วนนี้ออกยาว ๓๐ เซนติเมตร, แล้วต่อปลายกับปลาย.

น.พ. ล้ม ฯ

การวินิจฉัยไดเวอร์ติคูลุมทางคลินิคทำได้ลำยาก. สำหรับรายนี้อาการเกิดจากไดเวอร์ติคูลุมแน่เพราะหลังผ่าตัดอาการหายไป. โดยทั่วไปอาการอาจมีหรือไม่มีหรือมีแต่ไม่ชัด, แม้รายอักเสยก็อาการไม่แน่นอน, อาจมีเพียงแน่นเสียดท้องหลังอาหาร. มักวินิจฉัยได้โดยการตรวจทางรังสี. บางรายที่ตรวจทางรังสีพบโดยไม่มีอาการ, หรือแม้มีอาการก็อย่าเพิ่งลงเอยว่าไดเวอร์ติคูลุมเป็นเหตุ. ควรปล่อยไว้เฉย ๆ ดีกว่า. ถ้ามีอาการมากจึงพิจารณาทำการผ่าตัด อาการอาจเกิดจากโรคแทรกคือ :

๑. อักเสย

๒. ตกเลือด

๓. กลายเป็นมะเร็ง ภาย หลังอักเสยเรื้อรังอยู่นาน ๆ, ซึ่งพบได้น้อยมาก.

เวลาผ่าตัด, แม้พยาธิสภาพได้อย่างในภาพรังสีก็อย่าเพิ่งแน่ใจว่าอาการเกิดจากไดเวอร์ติคูลุมอย่างเดียว ควรค้นหาพยาธิสภาพอื่น ๆ ภายในช่องท้องที่อาจเป็นสาเหตุได้. บางรายในภาพรังสีมีแต่เวลาผ่าตัดไม่เห็นก็ได้. เราอาจค้นหาได้โดยทำให้ลำไส้ส่วนนั้นโป่งด้วยการแคลัมป์ปลายทั้งสองด้านไว้, แล้วฉีดน้ำเกลือเข้าไป.

น.พ. ประวัติ ฯ

ขอเพิ่มเติมเรื่องไดเวอร์ติคูลุมของลำไส้เล็กส่วนปลายอย่างชนิดเป็นภายหลังกำเนิด, ว่าพบมากทางด้านมีเซ็นเตอริค, เนื่องจากหลอดเลือดที่เข้าไส้เลี้ยงลำไส้แทงทะลุเข้าทางด้านนั้น. เนื้อกล้ามของลำไส้ส่วนนั้นถูกแยกออกเป็นจุดอ่อนอยู่. ความดันในลำไส้ช่วยดันให้ส่วนนี้โป่งออกเรื่อย ๆ จนในที่สุดก็เป็นไดเวอร์ติคูลุม. คำอธิบายดังกล่าวเป็นที่เชื่อกันมากในปัจจุบันนี้. รายที่สงสัยเม็คเคลล์ไดเวอร์ติคูลุมอาจถือความสัมพันธ์กับมีเซ็นเตอริย์แยกกันได้.

สำหรับไดเวอร์ติคูลุมที่ลำไส้ใหญ่พบมากในคนแก่, เพราะมีแก๊สมาก, เป็นการเพิ่มความดันในลำไส้ใหญ่, ทำให้เกิดไดเวอร์ติคูลุมภายหลังกำเนิดขึ้น, ซึ่งอาจเป็นตลอดความยาวหรือเป็นเพียงบางแห่งก็ได้. อยากขอถามว่าทำไมในคนไทยจึงพบไดเวอร์ติคูลุมที่ลำไส้ใหญ่น้อย. ของฝรั่งพบมากเหลือเกิน.

ศจ. สุด ฯ

การที่คนไทยยอมให้เป็นไปตามธรรมชาติ, โดยไม่ค่อยกลั้นการผายลม, อาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้พบไดเวอร์ติคูลุมของลำไส้ใหญ่น้อยกว่าฝรั่ง. ขอถามว่าจะแยกไดเวอร์ติคูลุมกับดุปลิเคชันของกัตขนาดเล็กได้อย่างไร.

น.พ. ประวัติ ฯ ดูตามความสัมพันธ์กับมีเซ็นเตอริย์. ถ้าอยู่ทางด้านมีเซ็นเตอริย์ก็เป็นไดเวอร์ติคูลุม.

น.พ. นิวัตร ฯ (พยาธิวิทยา)

ลำไส้ที่ตัดส่งมาเป็นส่วนเจจุนัมยาว ๒๗ เซนติเมตร. พบส่วนโป่งออกเป็นไดเวอร์ติคูลุม, ขนาดตั้งแต่ ๐.๕ ถึง ๔ เซนติเมตร รวม ๔ อัน, อยู่ทางด้านมีเซ็นเตอริค. แต่ละอันผนังบางใส, ไม่มีสิ่งภายในและอยู่ตรงกับตำแหน่งที่หลอดเลือดเข้าเลี้ยงลำไส้.

ตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์พบส่วนเยื่อเมือกของไดเวอร์ติคูลุมเป็นชนิดเดียวกับของเจจุนัม. มีเยื่อไฟบรัสบาง ๆ รองรับอยู่. ไม่พบเนื้อต่อมนอกตำแหน่ง.

พยาธิวินิจฉัย ไดเวอร์ติคูลุมเทียมของส่วนเจจุนัม (**False Diverticulosis of Jejunum**).

ศจ. สุด ฯ

การที่พบไดเวอร์ติคูลุมมากที่ส่วนบนของทางเดินอาหารอธิบายได้จากทางเอ็มบริย์โอ.

โดยที่ส่วนบนของกัต มีเยปาติคไดเวอร์ติคูลุม, แพนคริอาติคไดเวอร์ติคูลุม, ทั้งด้านดอร์ซัลและเว็นตรัล. เมื่อส่วนต่าง ๆ ดังกล่าวเจริญเป็นอวัยวะในระยะต่อมา, ส่วนผนังของดูโอดินัมจึงอาจเป็นจุดอ่อนอยู่, และเป็นเหตุให้เกิดไดเวอร์ติคูลุมขึ้น. เราจึงพบไดเวอร์ติคูลุมมากที่ดูโอดินัม.

สำหรับที่เกิดที่เจจูนัมก็อาจจะอธิบายได้. โดยที่การเกิดของดูโอดินัมและเจจูนัมอยู่ใกล้กัน, จุดอ่อนดังกล่าวอาจเลื่อนไปอยู่ที่เจจูนัมได้, ซึ่งพบได้น้อยมาก. ผู้ป่วยรายนี้มีที่เจจูนัม. เงาอาจมาซ้อนตรงตำแหน่งดูโอดินัม, ประกอบกับอุบัติการของไดเวอร์ติคูลุมที่เจจูนัมมีน้อยมาก, รังสีแพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นที่ดูโอดินัม.

ระยะเอ็มบริโอ, ขณะเกิดไดเวอร์ติคูลุมของตับและตับอ่อน, กัตยังขนาดเล็กมาก. ดูโอดินัมกับเจจูนัมอยู่ใกล้กันมาก. ในรายที่เป็นเม็คเคิลส์ไดเวอร์ติคูลุมจึงอาจพบเนื้อตับอ่อนได้.

ส่วนที่ลำไส้ใหญ่พบมากในคนสูงอายุ. เชื่อว่าการมีแรงดันในลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญ, เพราะในคนสูงอายุมักมีแก๊สเรอย. การถ่ายอุจจาระก็มักไม่หมด. ยิ่งถ้าพยายามกลั้น, ก็ยิ่งเพิ่มแรงดันในลำไส้ขึ้นอีก.

สำหรับไดเวอร์ติคูลุมเทียม (ฟอลส์-ไดเวอร์ติคูลุม) มีเยื่อเมือก, ไม่มีกล้ามเนื้อ. อธิบายสาเหตุไม่ได้แน่. เข้าใจว่าเพราะมีจุดอ่อนและถูกแรงดันในลำไส้ดันออกไป. กล้ามเนื้อส่วนนั้นอาจถูกดันยืดออกและฉีกขาดหายไป.

ศ.จ. อุดม ฯ (สรุป)

ไดเวอร์ติคูลุมพบมีตลอดทางเดินอาหาร, ตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงลำไส้ใหญ่, ขนาดต่าง ๆ กัน. ที่หลอดอาหารและกระเพาะอาหารมักใหญ่. ที่ดูโอดินัมเล็กลงหน่อย. ที่เจจูนัมมีหลายขนาด. ที่ลำไส้ใหญ่มักเล็ก. ในเมืองไทยพบไดเวอร์ติคูลุมของหลอดอาหารน้อยมาก. นายแพทย์ลืมเคยพบ ๒ ราย. ที่ดูโอดินัมเราพบประปรายอยู่เสมอ. ตรวจทางรังสีพบบ่อย, แต่มักเป็นฟอลส์ไดเวอร์ติคูลุม, จากแผลที่ดูโอดินัมขยายไป. ถ่ายภาพรังสีเห็นเป็นเพาช์ชัด.

อุบัติการของไดเวอร์ติคูลุมที่ดูโอดินัม

มีประมาณ ๐.๕-๕ ปซ.. ที่เจจุนัมยิ่งน้อย, ประมาณ ๑ ใน ๑๐ ของทีดุโอดินัม. ที่ลำไส้ใหญ่เมืองไทยเราพบน้อยมาก. เมืองนอกมีมาก. บางทีเป็นหลายอันเล็ก ๆ ทั่วไปหมด, จนต้องตัดลำไส้ใหญ่ออกมาก ๆ.

โรคแทรกก็มีเหมือนเม็คเค็ลส์ไดเวอร์-ติคูลุม คือ:

๑. อักเสบ

๒. เป็นแผล

๓. ทะลุ

๔. ตกเลือด

๕. เป็นต้นเหตุของลำไส้กลืนตัวเอง

๖. อาจเกิดมะเร็งในไดเวอร์ติคูลุม

๗. มะเร็งที่เกิดอาจหลุดออกมา, ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้.

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย: ไดเวอร์ติคูลุมเทียมของเจจุนัม (ฟอลส์ไดเวอร์ติคูลุมของเจจุนัม)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บทบรรณาธิการ

ยาชวนเบื่ออาหาร

ตั้งแต่ไหนแต่ไรมา, ความกังวลของแพทย์อยู่ที่คนไข้ผอมแห้งเบื่ออาหาร, ต้องหาวิธีทำให้กินอาหารได้และบำรุงให้อ้วนขึ้น. แต่ในปัจจุบันนี้แพทย์จำนวนไม่น้อยมีภาระในทางตรงกันข้าม, คือต้องเป็นกังวลในการที่จะทำให้คนซึ่งอ้วนเกินไปกินอาหารได้น้อยลงและผอมลง. ภาระเช่นนี้มีมานานแล้วในต่างประเทศ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีคนหนักเกินสมควรเป็นจำนวนมาก. ในประเทศเรา, ซึ่งส่วนใหญ่ของพลเมืองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างผอม, เพิ่งจะเริ่มมีปัญหาเรื่องอ้วนเกิน. ต้นเหตุคงมีหลายอย่างปะกอบกัน, เช่น ประชาชนมีความรู้เรื่องอาหารดีขึ้น, การประหยัดเกี่ยวกับเรื่องอาหารมีน้อยลง, ความเอาใจใส่ในด้านการกินมีมากขึ้น, เป็นต้น. อย่างไรก็ตาม, การที่จะทำให้คนอ้วนเกินขนาดกลับผอมลงนั้นมิใช่มีเหตุผลอยู่ที่ความสวยงามเท่านั้น. มีสถิติแน่นอนว่าคนอ้วนมีโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าคนผอม และมีอายุยืนยาวน้อยกว่า. โรคร้ายแรงหลายโรค, โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันเลือดสูงและโรคหัวใจร่วมหลอดเลือดเป็นในคนอ้วนบ่อยกว่าในคนผอม. โรคบางอย่างเมื่อเกิดขึ้นแล้วกำเริบมากขึ้นเมื่อร่างกายหนักเกินไป, เช่นโรคหัวใจหรือโรคข้ออักเสบ. ดังนี้การลดน้ำหนักตัวจึงเป็นทั้งการรักษาและป้องกันและช่วยต่ออายุให้ยืนยาวขึ้นด้วย. ตามส่วนที่มีคนอ้วนเป็นจำนวนมากขึ้น, จำนวนผู้สนใจในการแก้ไขความอ้วนก็มีมากขึ้นด้วย. ในขณะนี้นอกจากแพทย์และผู้ผลิตยายังมีผู้ผลิตอาหารเข้าร่วมวงด้วยอีกพวกหนึ่ง, โดยทำการผลิตอาหารพิเศษซึ่งกินแล้วทำให้น้ำหนักลด. ข้อเสียสำคัญของอาหารพวกนี้คือราคาแพงกว่าอาหารธรรมดามาก. เป็นการน่าขันที่คนยางคนเสียเงินซื้ออาหารกินเข้าไปมากจนอ้วนเกินควร, แล้วยังต้องมาเสียเงินมากขึ้นอีกเพื่อซื้ออาหารซึ่งกินแล้วทำให้ผอม, เท่ากับเสียเงินสองต่อโดยไม่ได้ประโยชน์อะไรเลย, กลับจะเสียสุขภาพเสียด้วยซ้ำ.

กล่าวตามหลักวิชา, การลดความอ้วนอาจทำได้โดยสองวิธี, คือวิธีเพิ่มการใช้พลังงานกับวิธีลดจำนวนอาหารที่กิน. ในวิธีแรก, การสั่งให้คนไข้ทำการเคลื่อนไหวมากขึ้นแต่อย่างเดียวมักไม่ได้ผล, เพราะการเคลื่อนไหวทำให้หิว และคนไข้ก็กินอาหารเข้าไปมากเสียกว่าที่ใช้ไปเสียอีก. ที่ได้ผลข้างคือการใช้ยาเร่งการเผาผลาญในร่างกาย. ยาจำพวกคริซอลเช่นไดไนโตรฟีนอล, มีพิษมากจนไม่มีใครใช้แล้วในสมัยนี้. ธัยรอยด์แห้งให้ผลดี, แต่ทำให้เกิดการสึกหรอมาก และเพิ่มภาระให้แก่หัวใจ, ซึ่งไม่เหมาะสำหรับคนอ้วน. การใช้ยานี้จึงต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์โดยใกล้ชิด. เมื่อวิธีเพิ่มการใช้พลังงานมีความยุ่งยากที่แก้ไขลำยากเช่นนี้, แพทย์จึงหันมาสนใจกับวิธีทำให้เบออาหาร ซึ่งนับว่าน่าสนใจมากในขณะนี้. ยาขนานแรกที่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์นี้คือ แอมเฟตะมีน. แฮร์ริส, ไอวี่และเซอร์ลได้พบโดยบังเอิญเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๓๗ ว่าสัตว์ที่ได้รับยานี้แล้วมีน้ำหนักตัวลดลง. ต่อมาก็ได้พิสูจน์ว่าผลข้อนี้เนื่องมาจากความเบออาหารร่วมกับการเพิ่มความเผาผลาญในร่างกาย. แม้ในปัจจุบันนี้จะมียาสังเคราะห์ขึ้นใหม่อีกหลายอย่าง ซึ่งมีฤทธิ์ในแง่นี้คล้ายคลึงกัน, แต่แอมเฟตะมีนยังเป็นขนานที่มีฤทธิ์แรงที่สุดอยู่. ข้อเสียสำคัญคือมีฤทธิ์ข้างเคียงมากมาย, เกี่ยวกับการกระตุ้นสมองทั้งส่วนยังคับการเคลื่อนไหวและการใช้ความคิด, การขับปัสสาวะ, การกระตุ้นระบบซิมพะเธติคทั่วไป, และความผิดปรกติเกี่ยวกับอวัยวะสัมผัส. อันตรายสำคัญอีกประการหนึ่งคือยานี้ทำให้เสพติดได้. มีข้อชวนให้สงสัยว่าในปัจจุบันนี้มีคนติดยาแอมเฟตะมีนอยู่เป็นจำนวนไม่น้อยหลังจากที่ใช้เป็นยากระตุ้น, เช่นกันง่วงหรือแก้ความอ่อนเพลีย. ปรากฏสถิติว่าในปี ค.ศ. ๑๙๕๙ ในสหรัฐอเมริกามีการใช้ยานี้ในขนาดเม็ดละ ๑๐ มก. ถึงสามพันห้าร้อยล้านเม็ด. ทางการประเทศเยอรมนีกำหนดให้แอมเฟตะมีนและอนุพันธ์บางอย่างเป็นยาเสพติดเพื่อจำกัดการใช้ให้อยู่ในขอบเขตที่สมควร. ในปัจจุบันนี้มีการใช้แอมเฟตะมีนเพื่อทำให้เบออาหารก็เพียงในการทดลองเท่านั้น, เพื่ออาศัยเป็นเครื่องเปรียบเทียบ. แต่สารอนุพันธ์บางอย่างของแอมเฟตะมีนซึ่งมีฤทธิ์แทรกแซงน้อย, ยังเป็นยาที่ใช้รักษาได้ประโยชน์อยู่อีกหลายขนาน, แม้ฤทธิ์ชวนเบออาหารจะอ่อนกว่า

แอมเฟตะมีนก็ตาม. ในจำพวกนี้ยาบางขนานมียากดสมองผสมเข้าไว้ เพื่อลดฤทธิ์กระตุ้นให้น้อยลง. บางขนานก็อาศัยการผสมสารจำพวกเรสิน เพื่อถ่วงการดูดซึมให้ช้าลง. ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้มีเช่นเด็กซ์ดรินและเพอร์วิติน, เป็นต้น.

ซับโคลเฮ็กซิย์ลไอโสโปรปิย์ลอะมีน เป็นอนุพันธ์ของเมธิย์ลแอมเฟตะมีน, มีฤทธิ์อ่อนในเชิงกระตุ้นสมองและระบบซิย์มพะเธติค. ฤทธิ์ทำให้เบออาหารอ่อนกว่าของแอมเฟตะมีนมาก, แต่ฤทธิ์แทรกแซงมีน้อยกว่า. นอกจากทำให้กินอาหารน้อยลงยานี้ยังเพิ่มการเผาผลาญในร่างกายด้วย. การทดลองแสดงว่าใช้ได้ผลดีมากในการลดน้ำหนักตัว, แต่ทำให้เกิดการเสพติดบ่อย, ซึ่งลดคะแนนในด้านความปลอดภัยลงไป.

อิเฟดริน, ซึ่งทางเภสัชวิทยาจัดเข้าอยู่ในกลุ่มเดียวกันกับแอมเฟตะมีน, ก็มีฤทธิ์ชวนเบออาหารเหมือนกัน, แต่อยู่ในเกณฑ์อ่อน. เวลานี้มีการทดลองใช้สารหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องกับอิเฟดริน เพื่อทำให้น้ำหนักร่างกายลด, เช่น ดิ-ป์สิวโดอิเฟดริน, แอล-ป์สิวโดอิเฟดริน, ดิ-นอร์ป์สิวโดอิเฟดริน, เป็นต้น. ยาพวกนี้มีฤทธิ์อ่อนในทางรักษา, แต่มีความปลอดภัยค่อนข้างดี.

เฟนิย์ล เมธิย์ล มอร์โฟลิน นับเนื่องเข้าเป็นสารที่สัมพันธ์ต่อจากอิเฟดริน. ฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทกลาง และ ระบบซิย์มพะเธติคอ่อนกว่าแอมเฟตะมีน, แต่ฤทธิ์แรงดีในด้านชวนเบออาหาร. ปรากฏว่ามีฤทธิ์ระงับความกระหายน้ำด้วย, ทั้งยังกระตุ้นการเผาผลาญไขมัน และโปรเทอีนอีกด้านหนึ่ง. ยานี้น่าจะมีประโยชน์มาก, ถ้าหากไม่มีฤทธิ์แทรกแซงที่ร้ายแรง, คือทำให้ความดันเลือดขนสูงเนื่องจากหลอดเลือดบีบตัว, และบางครั้งก็ทำให้เกิดอาการวิกลจริตอย่างรุนแรง, ทั้งยังอาจทำให้เสพติดได้ด้วย. ฤทธิ์เพิ่มความดันเลือดอาจแก้ได้ โดยผสมยาประเภทขยายหลอดเลือด, เช่น ไฮโอพิย์ลลิน, แต่ผลร้ายในด้านเสพติดยังแก้ไม่ได้.

สารประเภทอะมีนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีฤทธิ์คล้าย แอมเฟตะมีน คือ พวกอนุพันธ์ของเฟนิย์ลเทอร์ชิเอรย์บูตยลอะมีน. ที่สำคัญในขณะนี้ได้แก่ ๒-เฟนิย์ลเทอร์ชิเอรย์บูตยลอะมีนกับ พาราฆลอร์เฟนิย์ลเทอร์ชิเอรย์บูตยลอะมีนฮัยโดรฆลอไรด์. ทั้งสองขนานมีฤทธิ์ชวนเบออาหารแรงมาก. โดยเฉพาะขนานที่กล่าวชื่อทีหลังฤทธิ์ใกล้เคียง

กับแอมเฟตะมีนทีเดียว. ทั้งสองขนานมีฤทธิ์กระตุ้นน้อย และไม่รบกวนความดันเลือด, ทั้งยังใช้ในรายที่เป็นโรคเบาหวานได้ด้วย. ที่ยังเป็นปัญหาอยู่ก็คือเรื่องการเสพติด, ซึ่งยังไม่มีข้อพิสูจน์เพียงพอในขณะนี้.

ยาที่แปลกออกไปกว่าเพื่อนในด้านเคมีคือ "เพโซมิน" หรือไดโบรโม-สตัย-รีลฮัยดันโตอิน, ซึ่งมิใช่เป็นพวกอะมีน. ยานี้ไม่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทซิมพะเธติค และไม่กระตุ้นระบบประสาทกลาง, แต่กลับมีฤทธิ์ระงับการชัก, เช่นที่เกิดจากโรคลมบ้าหมู. ฤทธิ์ชวนเบออาหารค่อนข้างแรง. ไม่กระตุ้นการเผาผลาญ. ข้อบกพร่องที่สำคัญคือฤทธิ์แทรกแซง, ซึ่งอาจมีผื่นขึ้นตามตัว, คัน, ต่อมน้ำเหลืองอักเสบทั่วไป, และกดการสร้างเม็ดเลือด. ฤทธิ์เหล่านี้ทำให้ประโยชน์ของยาในการรักษาตกต่ำลงไปมาก.

สรุปได้ว่าในขณะนี้มียาหลายขนานที่แสดงฤทธิ์ทำให้เบออาหารและอาจใช้ลดน้ำหนักตัวในคนอ้วนได้. แต่ส่วนมากมีข้อยกพร่อง. ถ้าฤทธิ์แรงก็มักมีพิษมาก, ถ้าพิษน้อยฤทธิ์ก็มักอ่อน. ผลร้ายที่ปรากฏได้แก่การกระตุ้นสมองและระบบซิมพะเธติค, กับการทำให้เสพติด. โดยทั่ว ๆ ไปมักเกิดความทนยาเพราะชินขึ้นเมื่อบริหารติดต่อไปนาน ๆ. เพราะฉะนั้นควรใช้เป็นพัก ๆ, โดยเว้นระยะเสียบ้าง, เพื่อจะให้ได้ผลอยู่เสมอ.

ฝ่ายวิทยาการอธิบายกลไกการแสดงฤทธิ์ของยาเหล่านี้ว่าเป็นการกด "ศูนย์กิน" หรือ "ศูนย์หิว" ซึ่งอยู่ในฮัยโปธาลามัสคู่กับ "ศูนย์อิ่ม". น่าสังเกตว่ายาที่กล่าวมานี้อยู่ในจำพวกยากระตุ้น, แต่กลับกดศูนย์กิน. ในด้านตรงกันข้ามยาจำพวกที่กดน่าจะออกฤทธิ์กระตุ้นศูนย์กิน หรือกดศูนย์อิ่ม, ทำให้กินอาหารได้. ทางแพทย์โบราณของเราถือว่าระย่อมเป็นยาเจริญอาหาร. อาจจะมีกลไกดังกล่าวนี้ได้กระมัง.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ม.ร.ว. ส่งศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med., บุญเอนก กัลลประวิทธิ์ พ.บ., Ph.D.
ดิเรก ดำรงศักดิ์ พ.บ., สมชัย บวรกิตติ พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.
ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.
มานี วีสกุล พ.บ., พีระพล สุนทรผะลิน พ.บ.

๑. Martius, H.: การปลูกเอ็นโดเมตริอุมในมดลูกเพื่อรักษาการเป็นหมัน Zentralblatt für Gynäk. 1959, 81:1857–1860.

ภาวะที่เยื่อบุโพรงมดลูกถูกทำลายหมดนั้นเกิดได้ไม่ยากนักและพบบ่อยขึ้น. มีสาเหตุหลายอย่าง เช่น การขูดมดลูกรุนแรงและใช้เครื่องขูดคมในคนไข้หลังคลอดใหม่ ๆ ซึ่งอาจจะขูดเอาเยื่อบุมดลูกชั้นเบซัลออกไปด้วย. เยื่อบุมดลูกอักเสบหลังคลอดและการอักเสบจากวัณโรคทำให้เยื่อบุมดลูกถูกทำลายหมดได้.

การรักษาด้วยการปลูกเยื่อบุมดลูกของผู้อื่นลงแทนในโพรงมดลูกหรือการดึงเอาหลอดมดลูกลงมาเย็บในโพรงแทนโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง, หรือผ่าทางช่องคลอดก็ได้มีผู้ทำกันมาหลายคน. ผลที่ได้รับส่วนใหญ่ก็คือมีระดูมาตามปรกติ. การมีบุตรได้ดังเดิมนั้นปรากฏมีไม่กี่รายและส่วนใหญ่เป็นการคลอดก่อนกำหนดและเด็กตายในครรภ์. มีเพียง ๓ รายเท่านั้นที่คลอดปรกติเมื่อครบกำหนดและมีชีวิต.

ผู้เขียนรายงานการรักษา ๑ ราย ซึ่งมีผลทำให้มีบุตรได้ปรกติ. ผู้ป่วยอายุ ๒๗ ปี. ๖ สัปดาห์หลังคลอดบุตรคนที่ ๒ ตกเลือดมาก, รับการขูดมดลูก. หลังจากนั้นไม่มีระดูอีกเลยและต้องการมีบุตรอีก. ตรวจพบว่าใส่แท่งแยงเข้าไปได้เพียง ๓ ซม. เลยปากมดลูกในขึ้นไปแท่งแยงผ่านไม่ได้แม้จะออกกำลังดันพอควร. รักษาโดยเย็บปากมดลูกติดหมดเพื่อกันรั่ว. ผ่านมดลูกทางหน้าท้องตามยาวจากยอดมดลูกทางผนังด้านหน้า ลงไปจนถึงที่พับของเพอริโตเนียม. ดันเพอริโตเนียมลงไปพอควร, ใช้ปลายกรรไกรค่อย ๆ แยงลงไปจนถึงตรงที่ติดกัน, ขยายพอปลายนิ้วก้อยเข้าได้. ใช้แท่งแยงแยกต่อลงไปข้างล่างถึงสุดปากมดลูก, ข้างบน ๒ ข้าง ถึงหลอดมดลูก (ไม่เข้าไปในหลอดมดลูก). เอาเยื่อบุมดลูกสดซึ่งขูดได้

จากมดลูกผู้ป่วยอันที่ตัดออกมาในวันเดียวกัน ซึ่งเอามาแช่ไว้ใน Progynon B oleosum ก่อนแล้ว, วางแนบลงบนผิวโพรงมดลูกที่แยกออกโดยทั่ว. เย็บยึดโพรงมดลูกอย่างถี่ๆ. เย็บเพอริโตเนียมพร้อมทั้งยอดกระเพาะปัสสาวะคลุมแผลด้วย. หลังจากนั้นให้ฮอร์โมนเป็นระยะจนถึง ๑ ปี จึงมีเลือดออกเพียงเล็กน้อยครั้งเดียวแต่อุณหภูมิภาวะเยซัลแสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงรอบระดูปรกติตลอดมา. ๑ ปีต่อมาตั้งครรภ์และคลอดบุตรมีชีวิตปรกติ.

ผู้รายงานได้ตรวจหาเศษที่เหลือของเยื่อบุมดลูกโดยละเอียดก็ไม่พบ. ทั้งได้ให้ฮอร์โมนจำนวนมากๆ ก็ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบซึ่งแสดงว่าไม่มีเยื่อบุมดลูกอยู่ข้างเลย. จึงเชื่อว่าเยื่อบุที่นำไปปลูกใหม่นั้นเองที่ให้ผล. เขาได้แนะนำว่าใช้ได้ในรายที่ต้องการรักษาการเป็นหมันด้วย. ในเมื่อขยายโพรงอย่างเดียวทางช่องคลอดแล้วไม่ได้ผล, ควรปลูกเยื่อบุมดลูกด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือจะทำตามแบบของ Strassmann โดยใช้หลอดมดลูกก็ได้.

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

๒. Zeidmann, I.: การเคลื่อนที่ของเซลล์เนื้องอกผ่านหลอดเลือดฝอย. Cancer Research 1961, 21:38-39.

เพื่อต้องการจะศึกษาความประพฤติของเซลล์เนื้องอกที่ไหลไปจนถึงกิ่งหลอดเลือดฝอย, ผู้รายงานได้ใช้ซัสเปนชั่นของเซลล์ของ วี ๒ คาร์สิโนมา, ซึ่งเซลล์เนื้องอกมีขนาดเล็ก, และ Brown–Pearce คาร์สิโนมา, ซึ่งเซลล์เนื้องอกมีขนาดใหญ่, ฉีดเข้าสู่หลอดเลือดแดงเมเส็นเตอริคของกระต่าย, แล้วทำการศึกษาการเคลื่อนไหวของเซลล์ตรงรอยต่อระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดฝอย. พบว่าเซลล์เนื้องอกส่วนใหญ่ผ่านตรงนี้ไปสู่หลอดเลือดฝอยและเลยต่อไปเข้าหลอดเลือดดำได้. มีบางตัวที่คงติดค้างอยู่บ้าง. เซลล์ที่ติดอยู่มากมักเป็นเซลล์ของ วี ๒ คาร์สิโนมาซึ่งเป็นเซลล์เนื้องอกพวกที่เล็กกว่า, โดยเซลล์พวกนี้ไม่เปลี่ยนรูปเข้าสู่หลอดเลือดฝอย.

ผลของการศึกษานี้ทำให้เกิดการพิจารณาการรับรองกลไกเก่าที่ว่าการติดค้างของเซลล์มะเร็งนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากความไม่เหมาะสมระหว่างขนาดของเซลล์มะเร็งกับขนาดของหลอดเลือด, เพราะการศึกษานี้พบว่าเซลล์ที่ติดค้างกลับเป็นเซลล์ขนาดเล็กกว่า, ส่วนเซลล์ตัวใหญ่นั้นผ่านไปได้ดี. ฉะนั้นการที่เซลล์ติดค้างจึงขึ้นอยู่

กับชนิดของเซ็ลล์เนื้องอกที่มีความแข็งจนไม่สามารถยืดตัวยาวออกไปตามแกนยาวของหลอดเลือดฝอยได้.

บุญเอนก กัลลประวิทธิ์ พ.บ. Ph.D.

๓. Evans, J.A.,M. Halpern, N. Finby: การวินิจฉัยมะเร็งของไต J.A.M.A. 1961, 175, 201-203.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง ๑๐๐ ราย, พิสูจน์โดยกล้องจุลทัศน์แล้วว่าเป็นมะเร็งของไต, ที่ New York Hospital-Cornell Medical Center. ผลปรากฏว่าเป็นในผู้ป่วยอายุ ๔๐ ถึง ๖๐ ปีเสีย ๘๔ ปซ. และส่วนมากเป็นในอายุ ๕๐ ถึง ๖๐ ปี. เพศชาย : หญิง เท่ากับ ๒:๑. ไฮเปอร์เนโฟรม่าปรากฏว่าเป็นทั้งในไตข้างซ้ายและขวา, ขั้วบนหรือขั้วล่างด้วยเปอร์เซ็นต์เท่าๆ กัน. มีแคลซิฟิเคชั่นเพียง ๗ ปซ. ๕๘ รายมีอาการสำคัญว่ามีเลือดในปัสสาวะซึ่งอาจสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า.

จากการถ่ายฟิล์มธรรมดา และฟิล์มพยอิโลกราฟี่, ผู้รายงานได้นำไปให้รังสีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ๕ คนอ่านและแปลผลว่าจะเป็นเนื้องอกหรือซิสท์. เฉลี่ยแล้วปรากฏว่าวินิจฉัยถูกต้อง ๕๐ ปซ., ผิด ๕๐ ปซ., และฟิล์มที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง ๕ อ่านถูกต้องเหมือนกันเป็นเอกฉันท์เพียง ๑๐ รายเท่านั้น. แต่เมื่อผู้รายงานนำฟิล์มจากเนโฟรโทโมกราฟี่ (nephrotomography) ไปให้อ่านก็ปรากฏว่าสามารถแยกว่าเป็นซิสท์หรือเนื้องอกได้ถึง ๙๔ ปซ. ฉะนั้นผู้รายงานจึงมีความเห็นว่าจากฟิล์มธรรมดาและฟิล์มจากพยอิโลกราฟี่นั้นรังสีแพทย์ควรรายงานแต่เพียงว่ามีก้อนที่ไตเท่านั้น, ไม่ควรเสี่ยงวินิจฉัยแยกว่าเป็นซิสท์หรือเนื้องอก, จนกว่าจะได้ทำเนโฟรโทโมกราฟี่เสียก่อน.

ดิเรก ดำรงศักดิ์ พ.บ.

๔. เกรือตราชู, มงคล, และคณะ: การศึกษาแบบต่าง ๆ ของอิเล็คโตรลัยท์ในผู้ป่วยด้วยอหิวาตกโรค ๒๔ ราย. Ann. Trop. Med. Parasit. 1960, 54:258-266.

การศึกษาแบบต่าง ๆ ของอิเล็คโตรลัยท์ในผู้ป่วยอหิวาตกโรค ๒๔ ราย ซึ่งรับไว้รักษาใน ร.พ. ศิริราช ระหว่างที่มีการระบาดเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๒ ปรากฏผลดังต่อไปนี้ :

(๑) ความเข้มข้นของโปแตสเซียมในเซรุ่มของผู้ป่วยระยะปัจจุบันก่อนได้รับการรักษา ๑๑ รายมีปริมาณต่ำกว่า ๔ มิลลิ-

อิควิ./ลิตร. มี ๒ รายที่ค่าสูงเกิน ๕ มิลลิอิควิ./ลิตร, ความเข้มของโซเดียมของผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในระดับปรกติ, แต่ฆลอไรด์สูงกว่าปรกติใน ๑๔ ราย.

(๒) ระหว่างการที่ให้รักษาด้วยน้ำเกลือไอโสโทนิค หรือน้ำตาลกลูโคสเข้าทางหลอดเลือดใน ๔ ถึง ๕ วันแรก, ระดับของโซเดียมและฆลอไรด์ไม่คงที่เพราะยังคงมีการสูญเสียไปทางลำไส้และปัสสาวะ. จนกระทั่งในระยะพักฟื้นระดับของสารทั้งสองจึงเข้าสู่ระดับปรกติ.

(๓) ระดับโปแตสเซียมในเซรุ่มลดลงอย่างมากในวันที่สองและต่ำลงอยู่ระยะหนึ่งนานสุดแท้แต่ว่าจะมีการให้กินโปแตสเซียมเพิ่มเติมหรือไม่. การให้น้ำเกลือไอโสโทนิคหรือน้ำตาลกลูโคสทางหลอดเลือดไม่ช่วยเพิ่มระดับโปแตสเซียมให้สูงขึ้นเลย, นอกจากทำให้ความถ่วงจำเพาะของเลือดเข้าสู่ระดับปรกติ. การให้กินโปแตสเซียมฆลอไรด์ช่วยให้ระดับในเลือดเข้าสู่ระดับปรกติใน ๗ ถึง ๑๔ วัน.

(๔) การสูญเสียอิเล็คโตรลัยท์ทางปัสสาวะเกิดขึ้นตลอดระยะป่วยป็จจุบันและระยะพักฟื้น. ค่าที่สูญเสียไปในวันแรก: โซเดียม ๑.๓ ถึง ๑๔๘ มิลลิอิควิ. โปแตสเซียม ๓.๒ ถึง ๔๐ มิลลิอิควิ. และฆลอไรด์ ๑.๙ ถึง ๒๓๕.๒ มิลลิอิควิ.

(๕) การสูญเสียอิเล็คโตรลัยท์ทางอุจจาระภายในวันแรก: โปแตสเซียม ๒๓ ถึง ๓๖ มิลลิอิควิ./ลิตร, โซเดียม ๕๕ ถึง ๑๓๐ มิลลิอิควิ./ลิตร, ฆลอไรด์ ๔๖.๗ ถึง ๑๒๑.๑ มิลลิอิควิ./ลิตร.

(๖) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าสู่สภาพปรกติในราววันที่ ๖ ถึง ๑๐. ถึงแม้ขณะที่สภาพทั่วไปของร่างกายดีขึ้น, ค่าของอิเล็คโตรลัยท์อาจยังคงต่ำกว่าระดับปรกติ. ดังนั้นการให้กินโปแตสเซียมขนาด ๖ ถึง ๘ กรัมต่อวันโดยเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถกินได้, ทำให้ผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายเร็วขึ้น.

สมชัย บวรกิตติ

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

๕. Lewis, J.G.: การวิวัฒนาการจากซาร์คอยโดสิสเป็นวัณโรคปอดและผิวหนัง Tubercle 1961, 42:95–100.

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย. จุดมุ่งหมายเพื่อแสดงเป็นตัวอย่างสนับสนุนแนวคิดเห็นที่เชื่อว่า วัณโรคและซาร์คอยโดสิสมีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด.

ในตอนต้นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซาร์คอยโดสิสโดยอาศัย (๑) มีพยาธิ-

สภาพที่ผิวหนังแบบอิริย์ธิม่า โนโดซุมร่วมกับมีภาพรังสีของทรวงอกซึ่งแสดงต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโตทั้งสองข้าง, (๒) ความไวต่อทูเบอร์คุลินต่ำ, (๓) ลักษณะจุลพยาธิของชิ้นไบออพซี่จากปุ่มสะเกลินเป็นแบบไม่เนื้อซาร์คอยด์ และ (๔) ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค.

หลายปีต่อมา, ภาพรังสีของปอดและพยาธิสภาพที่ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงและให้ลักษณะของวัณโรคตามแบบฉบับ, ความไวต่อทูเบอร์คุลินสูงขึ้น, การตรวจทางบัคเตริวิทยาพบเชื้อวัณโรคชนิดของมนุษย์จากแผลที่ผิวหนังและจากของเหลวที่ดูดจากกระเพาะอาหาร. การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคในระยะนี้ให้ผลดีชัดเจน.

ผู้รายงานชี้ถึงความสำคัญของการตรวจพบเงาหินปูนที่ขั้วปอดในภาพรังสีของทรวงอกในผู้ป่วยรายนี้, ซึ่งถือได้ว่าเป็นหลักฐานที่แสดงว่าวัณโรคได้ตั้งต้นขึ้นแล้วตั้งแต่ก่อนหน้าระยะที่เป็นซาร์คอยโดสิส.

สมชัย บวรกิตติ

พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๖. Lawrence, C.H., J.H. Walker, L. Pinker: การผ่าตัดยร็องโฆเมนิค คาร์สิโนมา. New England J. Med. 1960, 263: 620–625.

การรักษายร็องโฆเมนิค คาร์สิโนมาโดยการผ่าตัดได้ทำกันมาตั้งแต่ปี ๑๙๓๓. ในการติดตามผู้ป่วย ๔๖ รายซึ่งไม่ได้รับการรักษาโดยเฉพาะแต่อย่างใด, ๙๐ ปซ. ตายภายใน ๑๒ เดือนหลังการวินิจฉัยโรค, ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุดราว ๒๒ เดือน. การรักษาด้วยสารเคมีอย่างเดียวหรือการฉายรังสีก็ไม่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นเลย.

จากการรักษาโดยแบบผ่าตัดที่ เมสันคลินิค ๖๐ รายพบว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ถึงห้าปี ๓ คน. อันตรายของการผ่าตัด ๑๑ ปซ.

การผ่าตัดแบบตัดปอดออกทั้งหมดรวมทั้งอวัยวะข้างเคียงพบว่าไม่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวขึ้น, ซ้ำอัตราตายของการผ่าตัดยิ่งเพิ่มขึ้นด้วย. การรักษาโดยการผ่าตัดได้ผลดีในรายที่มะเร็งจำกัดตัวอยู่ในปอดเท่านั้น. การผ่าตัดแบบนี้ควรใช้เฉพาะกับคนไข้เยาว์วัยซึ่งทนการผ่าตัดได้ดี.

การฉายรังสีโคบอลต์ก็ไม่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานขึ้น, แต่อาจทำให้อาการทุเลาลง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. R. Baringer et al: การนวดหัวใจจากภายนอก New Engl. J. Med. 1961, 265:62.

ผู้รายงานได้ทำการนวดหัวใจจากภายนอกของผู้ป่วยที่มีหัวใจหยุดเต้น ๘๔ ราย. ได้ทำการยิบหัวใจจากภายนอกด้วยอัตรา ๖๐-๙๐ ครั้ง/นาที ตรงบริเวณกระดูกสะเทอร์นัมส่วนล่าง, อัตรารอดตายขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว. การกระทำเช่นนี้สามารถรักษาการไหลเวียนให้ดีขึ้นโดยคลำชีพจรได้, และรูม่านตาไม่ขยายกว้างในผู้ป่วยส่วนมาก. ผู้ป่วย ๓๖ คน หัวใจกลับเต้นได้อีก. วิธีเช่นนี้สามารถลดไฟบริลเลชั่นด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยที่เป็นเวนตริคูล่าไฟบริลเลชั่นได้ ๑๐ ราย ใน ๑๘ ราย. มีผู้ป่วย ๒๓ ราย ที่ยังรอดตายในเวลา ๓ ชั่วโมง, ๑๕ รายตายเพราะโรคที่เป็นอยู่ก่อน, ๔ รายออกจากโรงพยาบาลได้โดยมีสุขภาพดี. การตรวจศพในผู้ป่วย ๔๖ ราย พบซี่โครงหัก ๑๕ ราย, มีอันตรายต่อตับ ๕ ราย. วิธีนี้ได้ผลช่วยรักษาการไหลเวียนให้คงอยู่ได้เป็นเวลานาน. อาจนำไปใช้เมื่อไม่สามารถทำการผ่าช่องอกเพื่อนวดหัวใจได้.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๘. Dubow, E.: ท้องผูกในเด็กเล็ก. Arch. Ped. 1960, 77:261-267.

อาการท้องผูกพบได้บ่อยในเด็กเล็ก, แต่เมื่ออายุมากขึ้นก็จะค่อยหายไปเนื่องจากการหัดถ่ายให้เป็นเวลา, แก้เรื่องอาหาร, และลดความเคร่งเครียดในครอบครัว. สำหรับอาการท้องผูกในทารกและเด็กนั้นผู้เขียนกล่าวว่า ยาพวกอนุพันธ์ของ senna ที่รู้จักกันในนามของ Senokot เป็นเหมาะที่สุด. เขาได้ให้ทารกและเด็กเล็ก ๕๒ คน ที่ท้องผูกกิน เซโนค็อท แล้วยักษ์จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระต่อวัน ไปเป็นเวลา ๑ สัปดาห์หลังจากให้ยา. ดูลักษณะอ่อนแข็งของอุจจาระและอาการที่ร่วมกับอาการท้องผูกว่าหายไปหรือไม่. พบว่าอาการท้องผูกชนิดสรีระ (functional), ท้องผูกแบบปลาสติค (infancy) และอาการท้องผูกที่ร่วมกับการรบกวนทางอารมณ์จะดีขึ้น, แม้ให้ยาเพียงครั้งเดียว, ฤทธิ์ของยาก็จะอยู่นานถึงกับทำให้อุจจาระอ่อนไปอย่างน้อย ๓ วัน, และอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ จากยาก็ไม่มีด้วย

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๙. Durando, C., P.E. Bertoli: ลูกของหญิงที่เป็นวัณโรค. J. Obst. Gynec. 1960: 694.

รายงานมารดาและเด็ก ๖๓ ราย. มารดา ๑๘ คนเป็นวัณโรคปอดที่รักษาจนโรคหยุดลุกลามแล้วน้อยกว่า ๑ ปี, ๑๘ รายหายเรียบร้อยภายหลังการรักษา, ๖ รายอยู่ในระยะแรกเริ่ม, ๗ รายแสดงว่าเป็นโรคในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ เท่านั้น, ๑๔ รายเป็นวัณโรคที่อวัยวะอื่น, แต่โรคหยุดลุกลามแล้วเช่นเดียวกัน. น้ำหนักเด็กแรกเกิดปรกติ, นอกจากยางรายที่มารดาแสดงอาการของโรคในระหว่างตั้งครรภ์, น้ำหนักจะน้อยกว่าปรกติไป ๑๐ ปซ. ไม่มีเด็กคนใดที่แสดงการติดเชื้อในครรภ์. เด็ก ๕ รายมีอาการแสดงว่าเป็นโรคจากการติดต่อกันจากทางบ้าน, แต่ทั้งหมดได้ผลดีเป็นที่พอใจภายหลังการรักษา. เด็กพวกนี้มีอายุระหว่าง ๒ ถึง ๕ ปี. เด็กมากกว่าครึ่งหนึ่งให้ปฏิกิริยาบวกต่อการทดสอบที่ผิวหนัง, ทั้ง ๆ ที่ไม่มีอาการ. เด็ก ๒ รายตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน.

มานี วีสกุล พ.บ.

๑๐. Ceccarelli, F.E., L.K. Mantell: การศึกษาเรื่องของเหลว และ การเปลี่ยนแปลงของ อิเล็คโตรลัยท์ ระหว่างการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยผ่านท่อปัสสาวะ J. Urol. 1961. 85: 75-82.

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของค่าโซเดียม, ฆลอไรด์, โปแตสเซียมและอำนาจการขับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด, บริมาตรพล้าสม่า, ค่าฮีมาโตคริต, น้ำหนักตัว, และการแตกของเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วย ๓๔ ราย ในระหว่างทำการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้เครื่องผ่านทางท่อปัสสาวะ. ใช้น้ำล้างกระเพาะปัสสาวะชนิดไอโสโทนิค. ผลการศึกษาพบว่าค่าโซเดียม, ฆลอไรด์ในเลือดและบริมาตรพล้าสม่าลดลงกว่าปรกติ. น้ำหนักตัวและค่าฮีมาโตคริตสูงขึ้นส่วนค่าโปแตสเซียมและ อำนาจการขับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัด. ไม่พบการแตกของเม็ดเลือดแดงหลังผ่าตัด.

มีผู้ป่วย ๑๐ ราย หลังผ่าตัดเกิดมีกลุ่มอาการที่เกิดจากปฏิกิริยาในการทำผ่าตัดผ่านท่อปัสสาวะ, คือมีอาการกระสับกระส่าย, ความคิดสับสน, สายตาพร่า

บางรายมีชัก, ความดันโลหิตอาจสูงหรือต่ำกว่าปรกติ. ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย ๔ รายซึ่งมีอาการรุนแรงและได้รับการรักษาได้ผลดีด้วยน้ำเกลือชนิดฮัยเปอร์โทนิค (๕ ปซ.) นอกจากนี้ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในรายที่ทำการผ่าตัดผ่านท่อปัสสาวะ, การป้องกันและการรักษาในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการที่เกิดจากปฏิกิริยาในการทำผ่าตัดผ่านท่อปัสสาวะ.

พีระพล สุนทรผะลิน พ.บ.

หนังสือ "รวมบทเรียงความชนะที่ ๑ แต่งประกวดเนื่องในวันมหิดล" พร้อมทั้งพระประวัติของสมเด็จพระราชบิดา ได้พิมพ์เสร็จแล้ว เป็นหนังสือขนาด ๘ หน้ายก หนา ๑๖๒ หน้า ตอนพระประวัติได้พิมพ์ด้วยกระดาษอาร์ตอย่างดี มีภาพประกอบ ๓๓ ภาพ ขายด้วยราคาเกือบเท่าทุน เพราะต้องการให้หนังสือแพร่หลาย

ผู้ต้องการโปรดส่งเงินจำนวน ๑๐ บาท พร้อมทั้งค่าส่ง ๒ บาท ที่ผู้รวบรวม คือ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร แผนกกายวิภาคศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ธนบุรี

ปกิณกะ

๑. โรงศิริราชพยาบาล

ณ วันอังคาร เดือนอ้าย แรมเจ็ดค่ำ ปีชวด สัมฤทธิศก จุลศักราช ๑๒๕๐, ตรงกับวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๔๓๑ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จไปทรงทำพิธีเปิดโรงพยาบาลศิริราชและพระราชทานนามว่าโรงศิริราชพยาบาล. แต่คนทั้งปวงมักจะเรียกกันว่าโรงพยาบาลศิริราช.

เมื่อทรงเปิดโรงพยาบาลเป็นทางการแล้ว จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้ยุบคณะกรรมการจัดการเกี่ยวกับโรงพยาบาลนั้นเสีย. แล้วตั้งกรมพยาบาลขึ้นแทน. อธิบดีพระองค์แรกของกรมนั้นคือพระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์, ดังสำเนาของคณะกรรมการที่รายงานกราบทูลเกล้า ฯ ถวายต่อไปนี้.

โรงพยาบาลหลวง

วัน ๓ เดือน ๑๒ แรม ๓ ค่ำ ปีชวด สัมฤทธิศก ศักราช ๑๒๕๐

ข้าพระพุทธเจ้าคณะคอมมิตตีจัดการโรงพยาบาลขอพระราชทานกราบบังคมทูลพระกรุณาทรงทราบฝ่าละอองธุลีพระบาท

ด้วยทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ พระราชทานลายพระราชหัตถเลขา ร. ที่ ๑๐๖๑ ๔๘ เมื่อ ณ วัน ๓ เดือน ๔ แรม ๑๔ ค่ำ ปีขอ อัฐศก และ ร. ที่ ๔๑๕ เมื่อ ณ วัน ๓ เดือน ๕ ขึ้น ๖ ค่ำ ปีกุน ยังเป็นอัฐศก โปรดเกล้า ฯ ให้ข้าพระพุทธเจ้าพร้อมกัน เป็นคอมมิตตีจัดการตั้งโรงพยาบาลให้มีขึ้นสำหรับพระนคร ตามกระแสพระราชดำริ โดยทรงพระมหากรุณาจะให้เป็นประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไปนั้น พระเดชพระคุณล้นเกล้า ฯ หาที่สุดมิได้.

ข้าพระพุทธเจ้าได้รับใส่เกล้า ฯ ประชุมปรึกษาหารือกันเนือง ๆ แลได้ช่วยกันจัดการมาตามพระราชประสงค์ ตั้งแต่ ณ ปีกุน ยังเป็นอัฐศกจนบัดนี้ ได้จัดตั้งโรงพยาบาลรับรักษาคนไข้แล้ว ๒ ตำบล คือโรงพยาบาลใหญ่ที่วังหลัง ได้รับรักษาพยาบาลคนไข้ ณ เดือน ๑ ปีกุน สัมฤทธิศกนี้ ตำบล ๑ โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชยได้รับรักษาพยา

ยาลคนไข้ในเดือน ๑๒ ปีชวด สัมฤทธิศก นั้น ตำบล ๑ โรงพยาบาลจะได้เปิดในเร็ว ๆ นี้อีก ๒ ตำบล คือโรงพยาบาลที่ริมวัดเทพศิรินทราวาส ตำบล ๑ แพทย์พยาบาลจะออกไปรักษาคนไข้ตามหัวเมือง แพ ๑ ยังการที่ได้คิดตกลงแล้ว จะจัดได้ต่อไปตามเวลาที่สมควรอีกหลายอย่าง คือโรงพยาบาลรักษาคนเสียจริต โรงพยาบาลเลี้ยงเด็ก โรงเลี้ยงคนชรา โรงเรียนหัดวิชาแพทย์ เป็นต้น

การที่ข้าพระพุทธเจ้าได้ปรึกษาหารือกัน แลที่ได้จัดมาเป็นลำดับอย่างใด แจ้งอยู่ในรายงานประชุมคอมมิตตี แลจดหมายต่างๆ ซึ่งข้าพระพุทธเจ้าได้ทูลเกล้า ฯ ถวายมาเป็นคราว ๆ นั้นแล้ว

จำนวนพระราชทรัพย์ ซึ่งได้ทรงพระมหากรุณาโปรดเกล้า ฯ พระราชทานในการโรงพยาบาล และเงินซึ่งผู้อื่นมีศรัทธาในพระราชกุศลอันนี้ ได้ส่งมาขอช่วยในการโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนเงิน ซึ่งข้าพระพุทธเจ้าได้รับส่วน ๑ จำนวนซึ่งข้าพระพุทธเจ้าได้จ่ายเงินในการก่อสร้าง แลการรักษาพยาบาลมาแต่แรกจนบัดนี้ ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนได้จ่ายไปส่วน ๑ และจำนวนเงินที่ยังมีเหลืออยู่อีกส่วน ๑ เหล่านี้มากน้อยเท่าใด ข้าพระพุทธเจ้าได้ทำบัญชีจำนวนเงิน แลรายการรายนามผู้ที่ได้ช่วยการโรงพยาบาล ขอพระราชทานนำขึ้นมาทูลเกล้า ถวายพร้อมกับจดหมายฉบับ ๑ นี้ด้วยแล้ว

การโรงพยาบาลที่ได้จัดขึ้นแล้วเพียงใด ข้าพระพุทธเจ้าก็ได้วางแบบแผน แลได้ช่วยกันตรวจตรามาโดยแข็งแรง เป็นการเรียบร้อยเจริญมาได้โดยลำดับพอวางใจของข้าพระพุทธเจ้าได้แล้วว่าการโรงพยาบาลทั่วไปคงจะเป็นประโยชน์ยั่งยืนต่อไปได้ ไม่เสื่อมถอยเป็นแน่แท้ เพราะฉะนั้นข้าพระพุทธเจ้าจึงได้เห็นด้วยเกล้า ฯ พร้อมกันว่า การโรงพยาบาลทั้งปวงถึงคราวอันสมควรเพราะความเจริญที่จะทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้เป็นกรมหนึ่ง แลมีเจ้าพนักงานประจำสำหรับบังคับบัญชา จัดการสนองพระเดชพระคุณต่อไปได้แล้ว จึงได้นำความขึ้นกราบบังคมทูลพระกรุณา ณ บัดนี้ แล้วแต่จะทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ

อนึ่ง การที่ข้าพระพุทธเจ้าได้รับสนองพระเดชพระคุณจัดการโรงพยาบาลทั้งปวงมานี้ ข้าพระพุทธเจ้ามีความชื่นชมยินดีที่สังเกตเห็นความนิยมของคนทั้งหลายมีต่อพระกระแสซึ่งทรงพระราชดำริจัดการโรง-

พยาบาลทั้งปวงนี้เป็นอันมากโดยเร็ว เห็นพยานที่ได้มีผู้ออกเงินช่วยนั้นก็มีที่ได้สัญญารับอุดหนุนการโรงพยาบาลนั้นก็มี ที่ได้ไปเยี่ยมเยียนโรงพยาบาลแลได้ส่งญาติบ่าวไพร่ซึ่งเจ็บไข้ไปให้รักษาพยาบาล แม้ที่สุดผู้ป่วยเจ็บได้ไปให้รักษาพยาบาลนั้นก็มีเป็นอันมาก การจึงได้สำเร็จมาโดยเรียบร้อย ยังความยินดีที่เป็นอย่างยิ่งของข้าพระพุทธเจ้านั้น ที่ได้พร้อมกันคิดอ่านจัดการโรงพยาบาลให้สำเร็จดังพระราชประสงค์ได้ด้วยอำนาจพระกรุณาธารมิมิได้มีความขัดข้องแต่อย่างหนึ่งอย่างใด จนถึงได้นำความสำเร็จขึ้นกราบบังคมทูลพระกรุณาฉะนี้

ในที่สุดความซึ่งข้าพระพุทธเจ้าคอมมิตติจัดการโรงพยาบาลยังคมทูลพระกรุณานี้ ขอรับพระราชทานพระบรมราชานุญาตที่จะได้นำความชอบของนายร้อยโทหม่อมราชวงศ์สนิท ขึ้นกราบทูลพระกรุณาทรงทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทด้วย หม่อมราชวงศ์สนิทได้รับทำการก่อสร้างโรงพยาบาลและเครื่องใช้สอยทั้งปวงมาแต่แรกตลอดจนบัดนี้ด้วยความอุตสาหะแข็งแรงและเต็มใจ สนองพระเดชพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ข้าพระพุทธเจ้าเห็นด้วยเกล้า ฯ ว่าหม่อมราชวงศ์สนิท สมควรจะได้รับพระราชทานรางวัลความชอบทั้งปวงสักอย่างใดอย่างหนึ่งได้

ควรมิควรแล้วแต่จะทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้า กรมหมื่นศิริธัชสังกาศ
,, ดำรงราชานุภาพ
,, ศรีเสาวภางค์
,, ปฤษฎางค์
,, พระยาโชฎึกราชเศรษฐี
,, ป. กาแวน
,, พระองค์เจ้าวัฒนานุวงศ์ ไปราชการ
,, พระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ ไปราชการ
,, หลวงสิทธินายเวร ไปราชการ

พระบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง ทรงมีพระราชหัตถเลขาตอบคอมมิตติ ดังมีสำเนาพระราชหัตถเลขาดังนี้

พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท

ณ วัน ๓ เดือน ๑ แรม ๗ ค่ำ ปีชวด สัมฤทธิศก ศักราช ๑๒๕๐

ถึงคอมมิตติจัดการโรงพยาบาล ด้วยได้รับรายงานที่ได้จัดการโรงพยาบาลตั้งแต่ต้นมาจนบัดนี้ ได้ทราบการโดยความยินดี

เป็นอันมาก โรงพยาบาลนี้ได้คิดมาช้านาน อยากจะให้มีขึ้นได้ในทันใด แต่การนั้นไม่สำเร็จไปได้ตลอด จนได้ตั้งใจแลออกปากอยู่เนือง ๆ ว่าถ้าจะตายจะขอแบ่งเงินพระคลังข้างที่เป็นส่วนหนึ่งมอบไว้สำหรับใช้ในการโรงพยาบาลแลสั่งไว้ขอให้จัดการให้ได้สำเร็จดังประสงค์ ถ้ายังมีชีวิตอยู่ก็จะคิดจัดการให้มีขึ้นจงได้ แลจะอดหนุนการโรงพยาบาลด้วยทุนรอนส่วนหนึ่ง ไม่ชักเงินที่เป็นส่วนมรดกซึ่งกำหนดว่าจะให้นั้นมาใช้ แลมีอำนาจที่จะใช้เงินแผ่นดินได้อยู่ ก็จะใช้เงินแผ่นดินเป็นรากเง่าของการโรงพยาบาลบ้างตามสมควร การที่คิดไว้นี้ได้ทดลองจะจัดการบ้างก็ยังไม่เห็นว่าจะเป็นการถาวรมั่นคงได้

ภายหลังเกิดวิบัติเคราะห์ร้าย ลูกซึ่งเป็นที่รักตาย เป็นที่สลดใจด้วยการที่รักษาไข้เจ็บ แต่ว่าแต่ลูกเราพิทักษ์รักษาเพียงนี้ยังได้ความทุกขเวทนาแสนสาหัส ลูกราษฎรที่อนาถาทั้งปวงจะได้ความลำบากทุกขเวทนายิ่งกว่านี้ประการใด ยิ่งทำให้มีความปรารถนาที่จะให้มีโรงพยาบาลยิ่งขึ้น ภายหลังที่กรมหมื่นดำรงราชานุภาพคิดการที่จะตั้งโรงพยาบาล ทำความเห็นมายืนเห็นว่าเป็นทางที่จะจัดการตลอดได้ จึงได้ตั้งท่านทั้งหลายเป็นคอมมิตตีจัดการ แลได้ปรึกษากับแม่เล็กเสาวภาผ่องศรีมีความชื่นชมในการที่จะสงเคราะห์แก่คนที่ได้ความลำบากด้วยป่วยไข้นี้ด้วย ยอมยกทรัพย์สมบัติของลูกที่ตายให้เป็นส่วนในการทำโรงพยาบาลนี้เป็นต้นทุน

ท่านทั้งปวงได้จัดการมาแต่ต้นนั้น จนถึงบัดนี้ได้ยอกการที่ทำมาจนเป็นการที่เห็นได้ว่าจะเป็นการเรียบร้อย มั่นคงต่อไปดังนี้แล้ว จึงเป็นที่ให้มีความยินดียิ่งนัก ขอขอบใจกรมหมื่นดำรงราชานุภาพซึ่งเป็นต้นคิด และคอมมิตตีทั้งปวงอันได้พร้อมใจกันกันช่วยจัดการให้ตลอดสมประสงค์ได้ดังนี้ คงจะเป็นส่วนความดีคือการกุศลติดตนสืบไปภายหน้า การที่เป็นคอมมิตตีช่วยจัดการมาก ๆ คนเช่นนี้ก็เพราะจะอาศัยกำลังความคิดและกำลังกายช่วยกันมาก ๆ เพราะเป็นการแรกทำท่านทั้งปวงย่อมมีราชการอื่น ๆ อยู่ด้วยกันทุกนาย การจัดเป็นรูปขึ้นเช่นนี้แล้ว ก็เห็นควรจะให้เป็นหน้าที่จัดการเป็นกรมได้ เพราะมีการรักษาให้เป็นไปตามแบบอย่างมากกว่าที่จะต้องจัดใหม่ จะเป็นการสะดวกในการที่จะจัดการรักษาการแลเป็นการสิ้นกังวลของคอมมิตตีทั้งปวงด้วย

เพราะฉะนั้นจึงขอสั่งให้เลิกคอมมิตตีตั้งแต่นี้ไป

(พระราชหัตถเลขา) **สยามินทร์**

ประกาศตั้งกรมพยาบาล พระราชทานนาม "โรงศิริราชพยาบาล"

มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้า ฯ ให้ประกาศให้ทราบทั่วกันว่า ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้บรมวงศานุวงศ์ แลข้าราชการหลายพระองค์หลายนายพร้อมกันเป็นคอมมิตตี จัดการตั้งโรงพยาบาลขึ้นสำหรับพระนคร เพื่อเป็นประโยชน์แก่มหาชนนิกรทั่วไป คอมมิตตีได้คิดจัดการตั้งโรงพยาบาล เปิดรับรักษาพยาบาลคนไข้ได้แล้วในบัดนี้สองตำบล คือโรงพยาบาลใหญ่ที่วังหลังได้รับรักษาพยาบาลคนไข้มาแต่ ณ เดือน ๖ ปีชวด สัมฤทธิศก นี้ตำบลหนึ่ง โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชยได้รับรักษาพยาบาลคนไข้ในเดือน ๑๒ ปีชวด สัมฤทธิศกนี้ตำบลหนึ่ง ยังการที่ได้คิดตกลงแล้วจะได้จัดต่อไปตามเวลาที่สมควรอีกหลายอย่าง

การโรงพยาบาล ซึ่งคอมมิตตีได้จัดการให้เจริญขึ้นได้ถึงเวลากาลบัดนี้ เป็นการที่คอมมิตตีได้จัดสมบูรณ์ ตามพระบรมราชประสงค์แล้วสมควรที่จะตั้งเป็นกรมพยาบาลขึ้นกรมหนึ่ง มีพนักงานบังคับบัญชาการต่อไปได้

จึงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้า ฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้พระบรมวงศานุวงศ์แลข้าราชการซึ่งเป็นคอมมิตตีจัดการโรงพยาบาลนี้ ออกจากหน้าที่เป็นผู้จัดการโรงพยาบาล โปรดเกล้า ฯ ให้ตั้งเป็นกรมพยาบาลขึ้นกรมหนึ่ง แลโรงพยาบาลใหญ่ที่วังหลังนั้น ให้เรียกชื่อว่าโรงศิริราชพยาบาล โปรดเกล้า ฯ ให้พระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์เป็น อธิบดีบังคับการกรมพยาบาล จัดการฉลองพระเดชพระคุณสืบไป

ประกาศมา ณ วัน ๓ เดือน ๑ แรม ๗ ค่ำ ปีชวด สัมฤทธิศก ศักราช ๑๒๕๐ เป็นวันที่ ๗๓๕๐ ในรัชกาลปัจจุบันนี้ (วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๓๑)

กรมพยาบาลที่ตั้งใหม่นี้ ได้ขยายงานเกี่ยวกับการพยาบาลมากขึ้น. ส่วนการบังคับบัญชาของกรมในตอนแรก ๆ ได้ขึ้นตรงต่อพระยาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, เพราะพระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์ทรงเป็นเลขานุการส่วนพระองค์. เมื่อพระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์สิ้นพระชนม์ (๑๑ ตุลาคม ๒๔๓๒) แล้ว,

กรมพยาบาล ย้ายไปขึ้นกับ กระทรวง ธรรมการ (กระทรวงศึกษาธิการ). อธิบดีกรมพยาบาลองค์ ต่อไปได้แก่พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ, ซึ่งเป็นอธิบดีกรมศึกษาธิการอยู่ก่อน. แต่ในขณะนั้นงานของพระองค์ท่านมีมากทั้งสองทาง, และไม่มีเวลาไปทำงานที่กรมพยาบาลได้เสมอเหมือนพระองค์เจ้าศรีเสาวภางค์, จึงกราบบังคมทูลขอให้พระยาไกรโกศา (เทศ) เป็นอธิบดีผู้รักษาการกรมพยาบาลอีกผู้หนึ่งเพื่อช่วยงานทางนี้. ส่วนพระองค์ท่านเป็นผู้ให้ความคิดและไปตรวจงานสัปดาห์ละหน.

งานของกรมพยาบาลในระยะนั้นดำเนินงานตามแนวที่ท่านอธิบดีพระองค์ก่อน (จะกล่าวต่อไป) ได้วางไว้ และมีนโยบายเพิ่มมาอีกคือพยาบาลคนคลอดยุตร.

พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ว่าการกรมพยาบาลอยู่สองปี (ถึง พ.ศ. ๒๔๓๕), ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ย้ายไปเป็นเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย. อธิบดีคนต่อไปคือเจ้าพระยาภาสกรวงศ์. กรมพยาบาลตั้งอยู่ได้ ๑๖ ปี ถึง พ.ศ. ๒๕๔๔ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้ยุบ กรมพยาบาลและอธิบดีเสีย. อธิบดีพระองค์สุดท้าย ของกรมนี้ ได้แก่ พระยรมวงศ์เธอ กรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา. เมื่อกรมยุบแล้วโรงพยาบาลศิริราชในฐานะเป็นโรงเรียนแพทย์ จึงไปขึ้นกับ กระทรวง ศึกษาธิการ. ส่วนโรงพยาบาลอื่น ๆ ไปขึ้นกับกระทรวงนครบาล.

งานต่าง ๆ ที่อยู่ ในนโยบาย เมื่อครั้งพระองค์เจ้าศรีเสาวภางค์ทรงเป็นอธิบดีกรมพยาบาล อยู่นั้นทรงเห็นว่า โรงพยาบาลศิริราชมีผู้คน ศรัทธา มาก แล้ว จึง ทรง คิด จะขยาย สร้าง โรงพยาบาล ที่อื่น ๆ อีกและจะปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษให้แก่ประชาชน, ทั้งจะตั้ง โรงเรียนแพทย์ขึ้นที่ โรงพยาบาล ศิริราชด้วย.

งานสร้าง โรงพยาบาล ที่อื่น ๆ นั้นเป็นความคิด แต่ เดิม ของคณะ กรรมการ สร้าง โรงพยาบาลวังหลัง. งานสร้างโรงพยาบาลใหม่ไม่ยุ่งยากเท่ากับเมื่อครั้งสร้างโรงพยาบาลวังหลัง, เพราะแบบแผนก็มีอยู่, แพทย์และ พนักงาน ก็ขอแบ่ง ไปจาก โรงพยาบาล ศิริราชได้. แต่เงินสำหรับก่อสร้างมีไม่มากพอ, จึงได้ทราบทูลขอบ้านที่ตกเป็นของหลวงเอามาทำโรงพยาบาล.

โรงพยาบาลที่สร้างครั้งนั้นมี ๕ แห่ง ด้วยกันคือ

๑. สร้างโรงพยาบาลใหม่ที่ปากถนน

หลวง, ตรงกับวัดเทพศิรินทราวาส. โรงพยาบาลนี้สร้างคล้าย โรงพยาบาลศิริราช. มีเรือน อำนวยการ สร้างด้วยไม้ที่ สร้างพระเมรุสมเด็จเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ฯ และเรือนรับผู้ป่วย. เรียกชื่อโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลเทพศิรินทร. ต่อมาเมื่อรัฐบาลคิดปรุงยาแบบสมัยปัจจุบันเพื่อจำหน่ายแก่ประชาชนเรียกว่า "ยาโอสถศาลา" และยานี้เป็นที่นิยมในหมู่ประชาชนแล้วกระทรวงมหาดไทยจึงได้ตั้งที่ทำยาโอสถศาลาขึ้นที่โรงพยาบาลเทพศิรินทร.

๒. ได้โอนสถานพยาบาลของหมอเฮส์มาเป็นของกรมพยาบาล. โรงพยาบาลนี้อยู่ที่ปากถนนสีลมต่อกับถนนเจริญกรุง.

๓. ได้ตึกบ้านอากรตาที่ริมคลองคูพระนครตรงหน้าวังบูรพาภิรมย์ทำเป็นโรงพยาบาลเรียกว่าโรงพยาบาลบูรพา.

๔. การตั้งโรงพยาบาลโรคจิตมีเหตุมาจากเมื่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชแล้ว, มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตมาให้รักษา. โรคเช่นนี้จะรับไว้ก็ไม่ได้, ไม่รับก็ไม่ดี, เพราะขัดต่อหน้าที่ของกรมพยาบาล. ดังนั้นจึงคิดสร้างโรงพยาบาลโรคจิตขึ้น. โรงพยาบาลโรคจิตที่สร้างครั้งแรกในประเทศไทย คือที่ตำบลคลองสาน, จังหวัดธนบุรี, เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๒. ได้บ้านหลวงเดิมเป็นตึกของพระยาภักดีพัทธากร (เจ้าสัว เกงซัว). ในสมัยนั้นเรียกกันว่า "โรงข้า". ครั้งแรกมีผู้ป่วยโรคจิตประมาณ ๓๐ คน. สมัยนั้นรักษากันโดยกักขังผู้ป่วยไว้ในห้องลูกกรง. ใครบ้าอาละวาดมากก็ล่ามโซ่.

๕. แพพยาบาลที่จังหวัดอยุธยา. จอดอยู่ที่ท่าวังจันทร์, สำหรับจำหน่ายยา. ส่วนคนอนาถาแจกให้เปล่า.

เมื่อคนเห็นว่า โรงพยาบาลมีประโยชน์ก็พากันมารักษาไม่เหมือนกับครั้งเริ่มสร้างโรงพยาบาลที่วังหลัง.

แพทย์ประจำโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นแพทย์แผนโบราณทั้งสิ้น, ได้แก่หลวงวิเชียรโอสถ, หลวงวิฒเนศประสิทธิวิทย์, พระยาพิศณุประศาสนเวช* (คง), หมอท้วม, หมอพ่วง, พระประเสริฐศาสตรอำรง (นิ่ม), หมอพุก. หมอเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากสำนักแพทย์พระราชวังทั้งสิ้น. มีพระยาประเสริฐศาสตร์อำรงค์ (หนู) เป็นหัวหน้า. แพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ นายแพทย์ปีเตอร์

* (เมื่อพระอรรคชายาเธอ พระองค์เจ้าสายสวลีภิรมย์ทรงตั้งโรงเลี้ยงเด็กในปี พ.ศ. ๒๔๓๓ ก็ได้มาประจำที่โรงเลี้ยงเด็ก, แต่ยังทำงานในตำแหน่งในกรมพยาบาล. ต่อมาได้รับพระราชทานสัญญาบัตรเป็นขุนหลวงแพทย์วิเศษ. แล้วเป็นพระพิษณุประศาสนเวช, และได้เลื่อนเป็นพระยาพิษณุประศาสนเวชก่อนถึงแก่กรรมในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว.)

กาแวนมาช่วยสัปดาห์ละครั้ง.

เหตุการณ์สำคัญอย่างหนึ่งในสมัยนั้น คือการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ. การปลูกฝีมีประโยชน์ป้องกันไข้ทรพิษได้อย่างแท้จริง. วิทยาการเรื่องนี้ได้เริ่มทำมาตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๓. จะขอเล่าประวัติเกี่ยวกับเรื่องนี้มาตั้งแต่มิชชันนารีอเมริกันเข้ามาประเทศไทยในสมัยประธานาธิบดีแอนดรูว์ แจ็คสัน. ได้ส่ง มร. เอดมันด์ โรเบิร์ตเข้ามาเป็นทูตทำสัญญาการค้าขายในประเทศไทย, ได้เซ็นสัญญากันเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๓๗๕. ทางสมาคมศาสนาแห่งสหรัฐอเมริกาได้ส่งมิชชันนารีรุ่นแรกเข้ามาในปี พ.ศ. ๒๓๗๖. มีบาดหลวงจอห์น เจ. โจนส์ (ถึงแก่กรรมที่กรุงเทพฯ ด้วยโรคบิดเมื่อ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๓๘๔) และภรรยาชื่อมิสซิส เอลิซา โจนส์ (ถึงแก่กรรมที่กรุงเทพฯ เนื่องจากอหิวาตกโรคเมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๓๘๐), และบาดหลวง วิลเลียม ดีนและภรรยา.

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๓๗๘ ได้ส่งมาอีกชุดหนึ่งมีบาดหลวงชาร์ลส์ โรบินสัน กับภรรยา, บาดหลวงเฮส. จอห์นสันกับภรรยา, และ ดร. ดี.บี. บรัดเลย์กับภรรยา (เอมิลี โรบี, ถึงแก่กรรม ๒๓๘๗) และยังส่งมาอีกหลายรุ่น.

คณะมิชชันนารีอเมริกันนี้ได้มีบทบาทหลายอย่างเกี่ยวกับการแพทย์ปัจจุบันในสมัยนั้น. สำหรับการปลูกฝีนั้น ดร. บรัดเลย์ได้สั่งหนองฝีมาจากบอสตันเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๘๓ ครั้งแรกทดลองปลูกให้บุตรของหมอเองก่อน. เมื่อฝีขึ้นแล้วจึงนำหนองฝีไปปลูกให้เด็กอื่น ๆ ต่อไป. ในสมัยนั้นนิยมปลูกแต่ในฤดูหนาวและใช้หนองแท้ ๆ จากต่างประเทศ. การสั่งหนองจากอเมริกากินเวลานานประมาณ ๓—๔ เดือน. การปลูกฝีของหมอบรัดเลย์เป็นที่นิยมกันดังที่พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงโปรดเกล้าฯ ให้หมอหลวงไปหัดปลูกฝี. มีบันทึกจาก "ยางกอกคาเล็นเดอร์ไว้ดังนี้. "....December 20, 1837 the late King, P. Somdet Phra Nang Klau sent his chief physicians to the missionary physician to learn the arts of inoculation for small pox"....".... March 27, 1839 P. Somdet Phra Nang Klau; the late King of Siam, distributed premiums amounting to many thousands of ticals, to the royal physicians and to Dr. Bradley for the service which they had rendered in the inoculation for small pox,...."

นอกจากนี้ยังโปรดเกล้าฯ ให้หลวงวงศาธิราชสนิทศึกษาวิชาแพทย์ปัจจุบันกับคณะมิชชันนารี. ในขณะเดียวกันได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้หมอบรัดเลย์พิมพ์

ใยปลิวอีก ๑๐,๐๐๐ ฉบับชักชวนชาวพระนครให้ปลูกผีด้วย.

สำหรับงานปลูกผีของกรมพยาบาลได้ปลูกให้ประชาชนที่โรงพยาบาลศิริราชโดยใช้วิธีเดียวกับของหมอยรัดเลย์ คือปลูกให้เด็กที่แข็งแรงก่อน, และข้างมารดาให้เลี้ยงเด็กให้เด็กอยู่ในโรงพยาบาลจนแผลหาย. แล้วเอาหนองจากผีที่กำลังขึ้นมาปลูกให้คนคนต่อ ๆ ไป. ปลูกแต่ในฤดูหนาวเท่านั้น. ส่วนหนองผีสั่งมาจากยุโรปเพราะสั่งได้เร็วกว่าจากอเมริกา, คือใช้เวลาเพียง ๒ เดือน. ประชาชนนิยมปลูกผีกันมาก, ได้ขอร้องให้หมอจากศิริราชไปปลูกให้ที่บ้าน, เพราะเชื่อว่าหมอโรงพยาบาลมีความชำนาญและหนองเป็นที่เชื่อถือได้.

การตั้งโรงเรียนสอนวิชาแพทย์เกิดจากในสมัยนั้นวิตกกันว่าเมื่อหมอรุ่นเก่า ๆ หมดตัวแล้ว, จะหาแพทย์ที่ไหนมาทำงานชดเชยแพทย์ที่ออกไป. หากตั้งโรงเรียนแพทย์แล้วจะได้หมอมาทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ ได้พอเพียง, ไม่ต้องลำบากหาหมอมาประจำโรงพยาบาลเหมือน ครั้งสร้างโรงพยาบาลวังหลัง. ทั้งยังต้องการผึกหมอที่จะสำเร็จมาใหม่ให้รู้วิชาผ่าตัดแบบแผนปัจจุบันนอกเหนือไปจากยาและวิธีรักษาแบบโบราณ. ตึกที่จะทำเป็นโรงเรียนแพทย์ได้สร้างขึ้นด้านริมแม่น้ำเจ้าพระยาหน้าโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. ๒๔๓๒.

เป็นที่น่าเสียดายอยู่อย่างหนึ่งที่พระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าศรีสาวภางค์ไม่ทันได้เห็นผลงานอันสำคัญชิ้นของพระองค์, เพราะพระองค์ท่านด่วนสิ้นพระชนม์เสียก่อน. มาในสมัยพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพเป็นอธิบดีกรมพยาบาลก็ยังไม่มีนักเรียนสำเร็จ. มีหมอประกาศนียบัตร ๕ นายสำเร็จในสมัยเจ้าพระยาภาสกรวงศ์เป็นอธิบดี.

เอกสาร

๑. A Physician at the Court of Siam: Malcolm Smith, London: Country Life Limited 1947.

๒. Bangkok Calendar: 2403.

๓. ตำนานโรงเลี้ยงเด็กของพระอรรคชายาเธอฯ. พระนิพนธ์ของพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ.

๔. สารศิริราช ฉบับพิเศษฉลอง ๖๐ ปี ศิริราช, พฤษภาคม ๒๔๘๓.

๕. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข ครบ ๑๕ ปี, ๒๔๘๕—๒๕๐๐.

๖. เวชชนิสิต ฉบับฉลอง ๕๐ ปีของโรงพยาบาลศิริราช ๒๔๘๒.

๗. นิทานโปราณคดี, พระนิพนธ์ของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ.

สำราญ วังศพ่าห์ พ.บ.

๒. ลิวคีเมีย

ในการกล่าวนำการประชุมวิชา โดย Dr. John S. Lawrence และตีพิมพ์ในอเมริกันเจอร์นัลออฟเมดิซิน ฉบับพฤษภาคม ๑๙๖๐, เขาได้กล่าวว่าในระยะ ๒๕ ปีนี้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคลิวคีเมียก้าวไปมาก, แต่สาเหตุของโรคก็คงยังไม่ทราบแน่. สาเหตุข้อหนึ่งซึ่งทำให้เกิดโรคนี้ได้โดยไม่มีข้อสงสัยคือการรับการฉายรังสี. ยาใหม่ ๆ ทำให้การพยากรณ์โรคนี้ดูขึ้น. ทางสรีรเคมีก็พบว่า อัลคาไลน์ฟอสฟาเทสในเม็ดเลือดขาวพวกแกรนูโลซัยต์ลดลงในผู้ป่วยที่เป็นลิวคีเมียแบบมัยอีลอยด์เรื้อรัง. ในการตรวจดูการไหลเวียนของเลือด Lawrence ได้พบความรู้ใหม่ซึ่งทำให้ความเชื่อถือแต่ดั้งเดิมบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป. เขาพบว่าการเปลี่ยนของกรด เดสออกซีไรโบนูคลีอิคในเม็ดเลือดขาว, โดยเฉพาะในเซลล์อ่อนเป็นไปอย่างช้ามาก. การค้นพบนี้แสดงว่าเซลล์ของเม็ดเลือดขาวไม่ได้แบ่งตัวเร็วขึ้น, ตรงกันข้ามกลับแสดงว่าช้าลง. ถ้าเป็นจริงเช่นนั้น, จำนวนเซลล์ที่เพิ่มขึ้นในเลือดก็เกิดจากสะสมและไม่สามารถเติบโตตามวัยได้, ไม่ใช่จากการผลิตเซลล์มากขึ้น.

Grankite และพวกได้วิเคราะห์รายการผู้ป่วยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการฉายรังสีและโรคลิวคีเมีย. เขาได้ศึกษาผู้ป่วย ๒๒๖ ราย. ๑๒๓ รายเป็นผู้ที่ประสพภัยจากระเบิดปรมาณูในญี่ปุ่น, ๕๕ รายได้รับการฉายรังสีเอ็กซ์เพื่อรักษากระดูกสันหลังอักเสบ, ๙ รายได้รับเรดิโอแอ็คทีฟไอโอดีนเพื่อรักษาฮัยเปอร์ธัยรอยดิสม์. ปัญหาข้อหนึ่งที่กล่าวถึงคือลิวคีเมียในทารกซึ่งเกิดโดยการที่แม่ได้รับการตรวจทางรังสี, เช่นการวัดกระดูกเชิงกราน. ข้อนี้ Stewart กล่าวว่าอาจเป็นสาเหตุได้. Grankite และพวกได้กล่าวว่ามีเหตุผลเพียงพอที่จะกล่าวว่าผู้ที่ได้รับรังสีขนาด ๑๐๐ r หรือกว่านั้นจะทำให้ผู้นั้นมีโอกาสเป็นลิวคีเมียได้มากขึ้น. แต่เขาไม่เชื่อว่าการฉายรังสีเพื่อตรวจวัดกระดูกเชิงกรานจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดลิวคีเมียในทารกอย่าง Stewart กล่าวไว้. เขายังกล่าวถึงการสะสมสารเรดิโอแอ็คทีฟเฉพาะที่, เช่น สะตรอนเซียม ๙๐, ว่าไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะกล่าวว่าภาวะการณ์นี้ทำให้เกิดลิวคีเมียได้.

Syvertan และ Ross ได้อภิปรายถึงทฤษฎีการเกิดลิวคีเมีย. การทดลองได้ทำในสัตว์พวกนกและสัตว์พวกมีฟันแทะ. เขาพบว่าไวรัสอาจทำให้เกิดลิวคีเมียได้. แต่เขายังสงสัยถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคในคน. เขาเชื่อว่าความก้าวหน้าทางการเพาะเลี้ยงเนื้อจะช่วยพิสูจน์ทฤษฎี, รวมทั้งการศึกษาการแพร่กระจายของโรคซึ่งได้รับการแนะนำโดย Burnet.

Valentine ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางเมตะบอลิสม์ของเม็ดเลือดขาวในผู้ป่วยที่เป็นลิวคีเมีย. เขาพบว่าแกรนูโลซัยต์ในผู้ป่วยเป็นลิวคีเมียชาดอลัคาไลน์ ฟอสฟาเทส. และในชนิดเรื้อรังการใช้กลูโคสและออกซิเจนจะลดน้อยลง, ทำให้เกิดกรดแล็คติคขึ้นน้อยกว่าในเม็ดเลือดขาวธรรมดา

Chaddock ได้ค้นคว้าเกี่ยวกับระยะเวลาคงชีพของเม็ดเลือดเหล่านี้รวมทั้งมัยอิโลบลาสต์. โดยเฉลี่ยเม็ดเลือดขาวโปลีย์มอร์ฟในกระแสเลือดจะมีชีวิตอยู่ได้ราว ๑ วัน, และอยู่ในไขกระดูก ๕ ถึง ๖ วันก่อนจะเข้าสู่กระแสเลือด. แต่ลิวคีมิคเซ็ลล์มีระยะเวลาคงชีพอยู่นานกว่า, และการแบ่งตัวแบบไมโตสิสพบน้อยกว่าปรกติ.

Krakoff ได้กล่าวถึงการที่ใช้ยาแอนติเมตะบอไลต์รักษาลิวคีเมีย. ในพวกมัยอิลอยด์, ทั้งอย่างฉับพลันและเรื้อรัง กับลิมฟอยด์อย่างเรื้อรังรับสนองดี. แต่ไม่สามารถใช้ในลิวคีเมียแบบลิมฟอยด์ฉับพลันได้. เขาแนะว่า ยาพวกนี้ออกฤทธิ์ต่อการสังเคราะห์กรดนูคลีอิคระยะต้น ๆ. แต่ลิมโฟซัยต์สามารถใช้โปลีนูคลีโอไทด์ชนิดอณูโต ๆ สำหรับสังเคราะห์กรดนูคลีอิคได้. สารพวกไนโตรเจนมัสตาร์ดออกฤทธิ์โดยเปลี่ยนสภาพหรือทำให้กรดเดสออกซีไรโบนูคลีอิคหมดฤทธิ์, สามารถทำให้เม็ดเลือดขาวลดจำนวนลงได้ทั้งในลิวคีเมียชนิดฉับพลันและเรื้อรัง. แต่ในลิวคีเมียชนิดเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาโดยยานี้จำนวนฮิโมโกลบินและเม็ดเลือดแดงจะสูงขึ้นร่วมกับอาการทางคลินิคดีขึ้น, แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่พบในลิวคีเมียฉับพลัน. ในการรักษาลิวคีเมียฉับพลันฤทธิ์ของยาเพียงแต่กดการเติบโตและทำลายเม็ดเลือดขาวที่ผิดปรกติ, แต่ไม่เพียงพอทำให้โรคสงบลงได้. การให้คอร์ติโคสเตอรอยด์จะช่วยทำให้เซ็ลล์ทั้งในกระแสเลือด และไขกระดูกกลับมาสู่ปรกติได้. ฉะนั้นในปัจจุบันการใช้ยาทั้ง ๒ ร่วมกันเป็นที่รับรองสำหรับการรักษาลิวคีเมียฉับพลัน. Krakoff ได้ทดลองเกี่ยว

กับการให้กลูตามีน แอนตะโกนิสต์ในการระงับการเติบโตของเซ็ลล์ของเนื้องอกและลิวคีเมีย ซึ่งทำให้เกิดขึ้นในสัตว์ทดลอง, เป็นผลสำเร็จ. แต่ไม่พบว่าเกิดผลแต่อย่างใดในคน. ฉะนั้นการแตกต่างทางเมตะบอลิสม์ของลิวคีมิคเซ็ลล์ในคนและสัตว์สกุลต่าง ๆ กัน, ยังคงต้องศึกษาต่อไปอีก. การแยกความแตกต่างระหว่างเซ็ลล์ปรกติและเซ็ลล์เนื้องอกก็ยังแยกไม่ได้อย่างชัดเจน. ยาเหล่านี้ออกฤทธิ์ทำลายทั้งเซ็ลล์ปรกติและเซ็ลล์เนื้องอกถ้ามีขนาดสูงพอ, แต่สามารถทำลายเซ็ลล์เนื้องอกในขนาดที่ความเข้มต่ำกว่า.

Firkin และ Moore ได้กล่าวถึงระยะลิวคีเมียก่อนแสดงอาการ, ซึ่ง Block และพวกเคยกล่าวไว้ก่อนปี ๑๙๕๓. ผู้ป่วยเป็นโรคโลหิตจางชนิดไขกระดูกไม่สร้างเม็ดเลือดและไม่รับสนองต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น, จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ, ธรอมโบ-ซัยต์ต่ำ. หลังได้รับการรักษาเป็นเดือน ๆ หรือปี ๆ ก็แสดงอาการทางคลินิค ของลิวคีเมียอย่างชัดเจน. บางคราวก็พบโมโนซัยท์ในเลือดมากขึ้นก่อน. หรือไขกระดูกแสดงอีโอซิโนฟิลเซียและมีแกรนูโลซัยต์ตัวอ่อนต่อมน้ำเหลือง, ม้าม, และตับโตขึ้น. การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรุนแรงและสั้นมาก, เป็นแบบ มัยอีโลลอยด์ชั้นจุฬัน, ไม่รับสนองต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น. ปัญหาสำคัญคือว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีโรคลิวคีเมียอยู่ก่อนโดยวินิจฉัยไม่ได้, หรือว่าการเปลี่ยนแปลงทางเลือดนี้เป็นอาการแสดงเริ่มต้นของลิวคีเมีย, หรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดลิวคีเมียขึ้นภายหลัง. คำถามนี้ยังตอบกันไม่ได้.

Haurani และพวกพบว่าเขาไม่สามารถทำการปลูกไขกระดูกโดยถ่ายจากคนปรกติไปให้ผู้ป่วยที่เป็นลิวคีเมียได้, โดยได้ทำการรักษาในผู้ป่วย ๒๖ ราย. ไขกระดูกได้มาจากกระดูกซี่โครง.

ในการประชุมส่วนมากกล่าวถึงผลงานที่ได้กระทำในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการศึกษาถึงคุณสมบัติและเมตะบอลิสม์ของลิวคีเมียเซ็ลล์เพื่อเป็นทางนำไปสู่การรักษาที่ได้ผลดีต่อไป.

(จาก The Lancet, ฉบับ July 9, 1960, หน้า 81-82)

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๓. การให้เลือดกับการหยุดของหัวใจ

การหยุดของหัวใจในระหว่างการผ่าตัดใหญ่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก และอุบัติการเรื่องนี้แตกต่างกันไปตามสถานที่ต่าง ๆ. ในบางคราวก็สามารถอธิบายสาเหตุได้กระจ่างแจ้ง, เช่นเกิดมัยโอคาร์เดียลอินฟาร์คชั่น. แต่ก็มีบ่อย ๆ ที่ไม่สามารถให้เหตุผลได้แม้จะได้ทำการตรวจศพแล้วก็ตาม.

Lewin ได้เสนอความเห็นของเขาว่าการให้เลือดจำนวนมาก ๆ เป็นเหตุส่งเสริมสำคัญข้อหนึ่งที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นในคนไข้ของเขาถึง ๖๘ รายในจำนวน ๑๕๗ ราย. เขาอธิบายการเกิดอุบัติการนี้ตามสมมุฏฐานว่ามาจากการเปลี่ยนแปลงในอัตราส่วนเทียบระหว่างโปแตสเซียมกับแคลเซียมในเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ. ถ้าอัตราส่วนนี้สูง (คือมีโปแตสเซียมมากเกินไป) ก็อาจเป็นเหตุให้หัวใจหยุดเต้นได้. เลือดมีโปแตสเซียมในความเข้มต่าง ๆ กัน, แล้วแต่ว่าเจาะมาจากส่วนไหนของหลอดเลือดดำ. ในวินาคาว่าซึ่งรับเลือดจากตับ, มีโปแตสเซียมมาก, เพราะโปแตสเซียมในตับอาจกระจายเข้าสู่กระแสโลหิตได้มากที่สุดเมื่อมีการกระตุ้นจากสาเหตุต่าง ๆ กัน, เช่นการชาดน้ำตาลซีย์เจน, การคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์และการหลั่งของแอดรีนะลีน. การทดลองในสุนัขแสดงว่าสุนัขที่อยู่ในภาวะช็อคเพราะตกเลือดนั้นไวต่อโปแตสเซียมมากกว่าธรรมดา, และขนาดของโปแตสเซียมที่จะทำให้ตายโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำนั้นจะลดลงกว่าปรกติถึงหนึ่งในสาม. นอกจากนั้นเลวินยังชี้ต่อไปว่าเลือดที่เจาะเก็บไว้ในตู้เย็นก็อาจรบกวนจังหวะการเต้นของหัวใจได้, หากฉีดเข้าไประหว่างที่ยังมีอุณหภูมิต่ำอยู่, ทำนองเดียวกับการกระตุ้นหัวใจด้วยแท่งโลหะที่เย็น. อนึ่ง, เนื่องจากความยากลำบากในการเสาะหาเลือดสำหรับถ่ายให้ผู้ป่วย, จำเป็นต้องเก็บเลือดไว้. ประมาณครึ่งหนึ่งของคนไข้เท่านั้นที่ได้รับเลือดซึ่งเก็บไว้ไม่เกินกว่า ๑๓ วันนับจากเจาะจากผู้ให้เลือด. ที่เหลือเป็นเลือดที่เก่ากว่านั้น. ในระหว่างที่เก็บนั้นโปแตสเซียมค่อย ๆ ซึมออกมาจากภายในเซลล์. ประมาณ ๔๐ เปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถ่ายให้แก่ผู้ป่วยมีโปแตสเซียมมากกว่า ๒๓ มิลลิอีควิเวเล็นต์, ซึ่งมากกว่าระดับปรกติถึงห้าเท่า.

ข้อสังเกตของเลวินเหล่านี้สมควรได้รับ

ความเอาใจใส่. ศัลยแพทย์ควรนึกไว้เสมอถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจทำให้หัวใจหยุดทันทีในระหว่างผ่าตัด, และเรื่องเกี่ยวกับโปแตสเซียมนี้อาจเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ. การขาดออกซิเจนและการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์จะช่วยทำให้ระดับโปแตสเซียมสูงขึ้น. ถ้ามีการตกเลือดมากควรระมัดระวังให้เลือดเพิ่มเติมเพื่อชดเชยมิให้ปริมาณเลือดไหลเวียนต้องลดลง. แต่ในการให้เลือดมาก ๆ คนไข้จะได้รับซิเตรตเข้าไปเป็นจำนวนมากด้วย, ซึ่งจะลดจำนวนแคลเซียมลง, เท่ากับเพิ่มโปแตสเซียม. ดังนั้นควรให้แคลเซียมเข้าหลอดเลือดอีกทางหนึ่งด้วย. อีกข้อหนึ่งที่ต้องนึกไว้คือถ้าให้เลือดและหาเลือดสด ๆ ไม่ได้, การให้เข้าหลอดเลือดแดงอาจปลอดภัยกว่าให้เข้าหลอดเลือดดำ. แต่ถ้าให้จำนวนมากจริง ๆ ก็จำต้องให้เข้าหลอดเลือดดำ, แต่ควรให้ช้า ๆ. เลือดควรจะมีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้อง. ไม่ควรใช้เลือดซึ่งพึ่งเอาออกมาจากตู้เย็น. ผู้ป่วยควรได้รับดิจิเตลิสก่อนเข้าห้องผ่าตัด. อนึ่ง, เนื่องด้วยแอดรีนะลินทำให้ตับปล่อยโปแตสเซียมออกมาสู่เลือด, การใช้ไอโซเปรนาลีน, ซึ่งให้ผลกระตุ้นหัวใจแต่ทางเดียว, อาจปลอดภัยกว่าให้แอดรีนะลิน. การต่อเครื่องอิเล็กโตรคาร์ดิโอกราฟไว้กับคนไข้ตลอดเวลาขณะทำการผ่าตัดยาก ๆ, เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของหัวใจในขณะให้เลือดหลังจากการตกเลือดมาก ๆ หรือซ้ำ ๆ, ควรได้รับการสนใจอย่างยิ่ง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๔. บันทึกสั้น

๑. ศูนย์กระหาย

ความอยากน้ำได้ถูกทำให้หมดไปได้โดยการตัดสมองสุนัขขนาดเท่าก้อนลูกเหม็นเท่านั้น.

นายแพทย์ เอ.ดี. เค็ล เล่อร์ และ เอช. แอล. ยาสเต็ล แห่งฟอร์ตค็นอกซ์, เค็นตัคคีย์, นักค้นคว้าแห่งโรงพยาบาลทหารได้แสดงว่าการตัดสมอง ส่วนที่อยู่หลังนัยน์ตา, เหนือและถัดประสาทออปติค, และข้างหน้าออปติคไคแอ๊สม่าทำให้สุนัขหมดความ

ความเอาใจใส่. ศัลยแพทย์ควรนึกไว้เสมอถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจทำให้หัวใจหยุดทันทีในระหว่างผ่าตัด, และเรื่องเกี่ยวกับโปแตสเซียมนี้อาจเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ. การขาดออกซิเจนและการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์จะช่วยทำให้ระดับโปแตสเซียมสูงขึ้น. ถ้ามีการตกเลือดมากควรระมัดระวังให้เลือดเพิ่มเติมเพื่อชดเชยมิให้ปริมาณเลือดไหลเวียนต้องลดลง. แต่ในการให้เลือดมาก ๆ คนไข้จะได้รับซิเตรตเข้าไปเป็นจำนวนมากด้วย, ซึ่งจะลดจำนวนแคลเซียมลง, เท่ากับเพิ่มโปแตสเซียม. ดังนั้นควรให้แคลเซียมเข้าหลอดเลือดอีกทางหนึ่งด้วย. อีกข้อหนึ่งที่ต้องนึกไว้คือถ้าให้เลือดและหาเลือดสด ๆ ไม่ได้, การให้เข้าหลอดเลือดแดงอาจปลอดภัยกว่าให้เข้าหลอดเลือดดำ. แต่ถ้าให้จำนวนมากจริง ๆ ก็จำต้องให้เข้าหลอดเลือดดำ, แต่ควรให้ช้า ๆ. เลือดควรจะมีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้อง. ไม่ควรใช้เลือดซึ่งพึ่งเอาออกมาจากตู้เย็น. ผู้ป่วยควรได้รับดิจิเตลิสก่อนเข้าห้องผ่าตัด. อนึ่ง, เนื่องด้วยแอดรีนะลินทำให้ตับปล่อยโปแตสเซียมออกมาสู่เลือด, การใช้ไอโซเปรนาลีน, ซึ่งให้ผลกระตุ้นหัวใจแต่ทางเดียว, อาจปลอดภัยกว่าให้แอดรีนะลิน. การต่อเครื่องอิเล็กโตรคาร์ดิโอกราฟไว้กับคนไข้ตลอดเวลาขณะทำการผ่าตัดยาก ๆ, เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของหัวใจในขณะให้เลือดหลังจากการตกเลือดมาก ๆ หรือซ้ำ ๆ, ควรได้รับการสนใจอย่างยิ่ง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๔. บันทึกสั้น

๑. ศูนย์กระหาย

ความอยากน้ำได้ถูกทำให้หมดไปได้โดยการตัดสมองสุนัขขนาดเท่าก้อนลูกเหม็นเท่านั้น.

นายแพทย์ เอ.ดี. เค็ล เล่อร์ และ เอช. แอล. ยาสเต็ล แห่งฟอร์ตค็นอกซ์, เค็นตัคคีย์, นักค้นคว้าแห่งโรงพยาบาลทหารได้แสดงว่าการตัดสมอง ส่วนที่อยู่หลังนัยน์ตา, เหนือและถัดประสาทออปติค, และข้างหน้าออปติคไคแอ๊สม่าทำให้สุนัขหมดความ

กระหายได้. อวัยวะส่วนที่ถูกทำลายคือ ออลแฟคตอรี่ทุเบอร์เคิลและแอนทีเรียร์-เปอร์ฟอเรเต็ดซับสต้านซ์, กับส่วนหนึ่งของเซปตัมเพลลูซิดัม, แอนทีเรียร์คอมมิส-เซอร์, ออลแฟคตอรี่สะไตรเอต้า, และบริเวณปรีออปติค.

วิธีทดสอบความอยากน้ำมี ๒ วิธี, คือ การทำให้ร่างกายขาดน้ำกับการทำให้ร่าง-กายมีเกลือมาก. ตามปรกติสุนัขที่ขาดน้ำโดยไม่ให้ดื่มน้ำเลยครั้นเมื่อได้น้ำ, มันจะดื่มใหญ่เพื่อชดเชยกับร่างกายขาดน้ำ. สุนัขที่ฉีดน้ำเกลืออย่างเข้มก็เช่นกัน. เมื่อเอาน้ำมาให้มันจะดื่มอย่างกระหายเพื่อให้ระดับเกลือในเลือดเจือจางสู่ระดับปรกติ. แต่สุนัขที่ทำการผ่าตัดสมองจะไม่แยแสต่อน้ำเลย ในกรณีดังกล่าว, ทั้ง ๆ ที่มีความรู้สึกปรกติและกินอาหารได้อย่างธรรมดา. เมื่อเอาสุนัขที่ผ่าตัดสมองกับที่ไม่ได้ผ่าตัดมาฉีดน้ำเกลืออย่างเข้มพร้อม ๆ กัน, สุนัขที่ไม่ได้ผ่าตัดจะดื่มน้ำอย่างกระหาย, ขณะที่สุนัขซึ่งได้รับการผ่าตัดนั่งเฝ้ามองเฉย. ฉะนั้นการผ่าตัดที่ทำให้สุนัขหมดความอยากน้ำได้เด็ดขาดย่อมแสดงให้เห็นอย่างชัดแจ้งว่าความอยากน้ำถูกควบคุมโดยศูนย์ประสาทในสมอง.

สนอง อุนากูล พ.ด., M.S. (Minn.)

๒. แฟคเตอร์ต่อต้านวัณโรค

การค้นการแฟคเตอร์ใหม่ในเลือดซึ่งสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ในหลอดแก้ว และยังไม่ได้ตั้งชื่อ, ให้นำมาพูดที่ California Tuberculosis and Health Association โดยนายแพทย์ S. Raffel, หัวหน้าแผนกจุลินทรีย์วิทยาแห่งมหาวิทยาลัยสแตน-ฟอร์ด.

นายแพทย์รัฟเฟิลกล่าวว่าเขาสงสัยว่าระดับของแฟคเตอร์นี้ในซีรัมคงมีความหมายเกี่ยวข้องโดยตรงกับการติดเชื้อวัณโรค. สารนี้คงมีกลไกอย่างหนึ่งอย่างใดทำให้เกิดปฏิกิริยาเคมีขึ้นในร่างกายแล้วเกิดภูมิคุ้มกันขึ้น.

แฟคเตอร์ดังกล่าวแม้สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้, แต่ไม่สามารถทำลายแบ็คทีเรียชนิดอื่น ๆ ที่ได้ทดลองแล้ว, เช่นสตาฟี่-โลค็อคไคและสเตร็ปโตค็อคไคชนิดต่าง ๆ. แฟคเตอร์นี้ขณะนี้เขาแยกไว้ได้มากพอสำหรับการทดสอบแล้ว, พบว่ามันจับอยู่กับส่วนแอลฟ่าโกลบูลินของเลือด. จึงคิดว่ามันอาจเป็นเอ็นซัยม์ก็ได้, เพราะสามารถผ่านเปลือกหุ้มหนาของเชื้อวัณโรคได้. ปริมาณของแฟคเตอร์นี้แตกต่างกันมากในแต่ละคน. คนที่มีมากจะมีโอกาสเป็นวัณโรคได้ยาก.

เพื่อตรวจสอบสมมุติฐานนี้นายแพทย์รัฟเฟิลได้ศึกษานักเรียนแพทย์ ๖๐ คน, ซึ่ง ๒๑ คนให้ผลบวกต่อทุเบอร์คุลิน และ ๓๙ คนให้ผลลบ. เขาพบว่าแพ็คเตอร์ดังกล่าวมีมากในพวกที่สอง. พวกที่ให้ผลลบได้ฉีด บี.ซี.จี. ให้, และจะได้ทำการตรวจสอบใหม่ในอีก ๒ ถึง ๓ สัปดาห์เพื่อดูว่าการฉีดวัคซีนจะช่วยให้แพ็คเตอร์นี้ในเลือดเพิ่มหรือไม่, กับทั้งได้เตรียมแผนการเพื่อทดสอบแพ็คเตอร์นี้ในด้านเป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกัน, และกำลังหาวิธีเคมีเพื่อเพิ่มแพ็คเตอร์นี้ในคน.

สนอง อูนากูล, พ.ด., M.S. (Minn.)

๓. การสูบบุหรี่กับการหน้าที่ของปอด

เป็นที่รู้กันมานานแล้วว่าการสูบบุหรี่ทำให้การหน้าที่ของปอดเสื่อมไป. แต่ก็พึงมีการทดลองถูกต้องตามหลักวิชา. **Wilson** และพวกได้เปรียบเทียบผลการทดสอบหน้าที่ของปอดในผู้สมัครรับการทดลอง ๑๔ คน ซึ่งไม่เคยสูบบุหรี่เลย, กับอีก ๑๔ คน ซึ่งสูบบุหรี่วันละอย่างน้อย ๒๐ ตัวเป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๑๘ ปี. ในการทดลองได้คัดผู้สมัครที่มีโรคของปอดและมีดัชนีการผสมอากาศในปอดมากกว่า ๒.๕ ปซ. (ซึ่งเป็นระดับของคนธรรมดา) ออกเสีย. แต่ละพวกจับคู่กันเป็นคู่ ๆ ตามขนาดของร่างกาย, อายุและสิ่งแวดล้อม.

ในผู้สมัครรับการทดลองที่สูบบุหรี่พบว่าบริมาตรการหายใจออกเต็มที่ใน ๑ วินาที, บริมาตรความจุทั้งหมดของปอด, ความจุขณะหายใจเต็มที่, ความจุของการซึมซ่านปอดทั้งหมดและความจุการซึมซ่านเยื่อบุโดยเฉลี่ยลดลง. ส่วนดัชนีการผสมอากาศในปอด, อัตราส่วนระหว่างบริมาตรอากาศเหลือค้างต่อความจุทั้งหมดของปอดเพิ่มขึ้น. บริมาตรของเลือดในหลอดเลือดฝอยของปอดทั้ง ๒ พวกเหมือนกันและความเข้มของคาร์บอนโมน็อกไซด์ในเลือดของผู้สูบบุหรี่ก็ไม่มากพอที่จะทดสอบได้.

ผลการทดลองเหล่านี้ยืนยันการสังเกตของ **Blackburn** และพวกว่าการสูบหรี่กดการหน้าที่ของปอด.

(จาก **The Lancet, July 9, 1960** หน้า 86)

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๕. แนะนำหนังสือ

หนังสือ Gynécologie Pratique

ผู้แต่ง Pierre Lumbroso; Assistant à l' Hôpital Necker

โรงพิมพ์ Librairie Maloine, Paris. lst edition, 1960.

ขนาด ๑๒×๑๙ ซม. ๒๒๗ หน้า. มีดัชนี.

จัดเป็นหนังสือประเภทคู่มือที่มีขนาดเล็ก, พกไปไหนมาไหนได้. มีรูป ๒๗ รูป. ผู้เขียนพยายามเรียบเรียงอย่างย่อเพื่อสงวนเวลาของผู้อ่าน, รวบรวมเฉพาะโรคทางนรีเวชที่พบบ่อยประจำวัน. ถึงกระนั้นแต่ละโรคก็ได้บรรจุหัวข้อของสาเหตุ, อาการ, การวินิจฉัยและการรักษาด้วยความรู้ที่ทันสมัยปัจจุบัน. ผู้เขียนทำได้อย่างกระทัดรัดเป็นพิเศษ. เชื่อว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นคู่มือที่ดีอีกเล่มหนึ่งของแพทย์ทั่ว ๆ ไปสำหรับติดตัวประจำวันหรือไว้บนโต๊ะตามคลินิคส่วนตัว. อย่างน้อยที่สุดก็ไม่ทำให้ผิดพลาดในเวลาพบผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่ใช่แนวอาชีพเฉพาะของตน.

หนังสือ Précis de Médecine d'Urgence

ผู้แต่ง R. Joly, Médecin des Hôpitaux Maritimes; R. Gilly, Médecin Assistant des Hôpitaux Maritimes

โรงพิมพ์ Librairie Maloine, Paris. lst edition, 1960.

ขนาด ๑๒×๑๙ ซม. ๔๑๖ หน้า. มีดัชนี ราคา ๑๓๕ บาท.

เป็นหนังสือประเภทคู่มือทางอายุรศาสตร์ที่เรียบเรียงจากความชำนาญของผู้เขียน, ที่มุ่งหวังจะให้ความสะดวกรวดเร็วแก่แพทย์ทั่วไปที่รับผู้ป่วยด่วน. หนังสือแบ่งออกเป็นสองภาค, ภาคของการวินิจฉัยและภาคของการรักษา. โรคที่กล่าวในเล่มนี้เป็นโรคปัจจุบันทางยาที่แพทย์ทั่วไปมีโอกาสพบบ่อยที่สุด, ตั้งแต่โรคทางเด็ก, ทางจักษุ, ทางอวัยวะสืบพันธุ์, แต่ไม่รวมโรคทางสูติศาสตร์. ในแต่ละโรคผู้เขียนได้ลำดับหัวข้ออย่างกระทัดรัด, แต่ก็ไม่เว้นที่จะแทรกพยาธิวิทยาของแต่ละโรคอันเป็นพื้นฐานของแนวการรักษาซึ่งก็กล่าวไว้อย่างละเอียดพอสมควร, เป็นการทบทวนความรู้ของแพทย์ผู้อ่านได้อย่างดี. โดยสรุปแล้ว, หนังสือเล่มนี้นอกจากจะเป็นคู่มือการรักษา, ยังให้ความรู้ทั่วไปได้ตามสมควรแก่แพทย์ที่ไม่ค่อยมีเวลาปลีกตนอ่านตำราใหญ่ ๆ ซึ่งมีราคาแพงกว่านี้มาก. –

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๘)

๑๒๐๑. complementary air บริมาตรอากาศหายใจเบ่งเข้า
๑๒๐๒. complete fatigue การเพลียเต็มตัว
๑๒๐๓. complete abortion การแท้งหมดสิ้น
๑๒๐๔. complex ยุ่ง, ซับซ้อน, ยอกย้อน
๑๒๐๕. complete tetanus เตตะนัสเต็มตัว
๑๒๐๖. complication เรื่องยุ่งยากซับซ้อน, โรคแทรกซ้อน
๑๒๐๗. component ส่วนประกอบ
๑๒๐๘. composite ได้จากการประกอบ
๑๒๐๙. composition องค์ประกอบ
๑๒๑๐. compound (น) สารผสม (ค) ซึ่งประกอบด้วยหลายส่วน
๑๒๑๑. compress อัด, บีบรวม
๑๒๑๒. compression ภารอัดแน่น, อัดรวม
๑๒๑๓. concave โค้ง เว้า
๑๒๑๔. concentrate ทำให้เข้ม, ตั้งใจเพ่ง
๑๒๑๕. concentration ความเข้ม, สมาธิ
๑๒๑๖. conclude จบ, ยุติ
๑๒๑๗. conception การตั้งครรภ์
๑๒๑๘. concomitant มาร่วม
๑๒๑๙. conclusion ข้อยุติ, คำลงท้าย
๑๒๒๐. concubitus ประเวณี
๑๒๒๑. concrete เบ็นตัวตน, เบ็นชิ้นเบ็นอัน
๑๒๒๒. concurrent ซึ่งดำเนินร่วม
๑๒๒๓. concurrent disease โรคดำเนินร่วม
๑๒๒๔. concussion การกระแทกอย่างแรง
๑๒๒๕. condemm ลงโทษ, ตำหนิ
๑๒๒๖. condensate ผลค็อนเด็นซ์
๑๒๒๗. condense บีบ, ทำให้น้อย, ย่อ
๑๒๒๘. condenser ศอนเด็นเซอร์, เครื่องดับไอ
๑๒๒๙. condenser, air เครื่องดับไอด้วยอากาศ
๑๒๓๐. condition ภาวะ, เงื่อนไข
๑๒๓๑. conditioned reflex รี เฟล็กซ์ชิน
๑๒๓๒. conduct นำ, สื่อนำ
๑๒๓๓. conduction การนำ, การสื่อนำ
๑๒๓๔. conduction tissue เนื้อสื่อนำ
๑๒๓๕. conductivity อำนาจสื่อนำ
๑๒๓๖. cone รูปกรวย
๑๒๓๗. confinement ระยะคลอดบุตร
๑๒๓๘. conflict การขัดแย้ง
๑๒๓๙. confluent ซึ่งไหลมาร่วม
๑๒๔๐. confuse ทำให้สับสน
๑๒๔๑. confusion ความสับสน
๑๒๔๒. congener ผู้ทำร่วม
๑๒๔๓. congenital เบ็นแต่กำเนิด
๑๒๔๔. congenital syphilis ซีย์พี่ลิสแต่กำเนิด
๑๒๔๕. congest คั่ง
๑๒๔๖. congested ซึ่ง (เลือด) คั่งเต่ง
๑๒๔๗. congestive เพราะคั่ง
๑๒๔๘. congestive heat disease เพราะเลือดคั่ง
๑๒๔๙. conglomerate รวมเบ็นกลุ่ม
๑๒๕๐. conic, conical รูปกรวย
๑๒๕๑. conjugal เกี่ยวกับประเวณี
๑๒๕๒. conjugate จับคู่
๑๒๕๓ conjunctivitis เยื่อหุ้มลูกตาอักเสบ, ค็อนจังติไวติส
๑๒๕๔. connective ยึด, ต่อ, เสริม
๑๒๕๕. connective tissue เนื้อยึดเสริม
๑๒๕๖. conscience ความรู้สึกผิดชอบ
๑๕๕๗. conscious รู้สึกตัว
๑๒๕๘. consciousness ความรู้สึกตัว
๑๒๕๙. consecutive โดยลำดับ, ซึ่งตามกันเบ็นลำดับ
๑๒๖๐. consensus ความร่วม, ความตรงกัน
๑๒๖๑. consequent ซึ่งตามมา
๑๒๖๒. consolidation การกลายแข็ง
๑๒๖๓. consistency ความอ่อนแข็ง
๑๒๖๔. constant คงที่, ประจำ
๑๒๖๕. constipation อาการท้องผูก
๑๒๖๖. constituent ส่วนประกอบ

๑๒๖๗. construction การสร้าง, รูปสร้าง
๑๒๖๘. consultation การปรึกษา
๑๒๖๙. consumption การกิน, การให้หมดไป, วัณโรค
๑๒๗๐. consumption, oxygen ความสิ้นเปลืองอ็อกซีย์เจ็น
๑๒๗๑. contact แตะต้อง, สัมผัส
๑๒๗๒. contagion โรคติดต่อโดยแตะต้อง, การติดโรค
๑๒๗๓. contagious ติดต่อได้โดยแตะต้อง
๑๒๗๔. contamination การปนเปื้อน
๑๒๗๕. contemporary ร่วมสมัย, ปัจจุบัน
๑๒๗๖. content พอใจ, สิ่งภายใน
๑๒๗๗. continued fever ไข้ลอย
๑๒๗๘. contorted บิดเบี้ยว, ผิดรูป
๑๒๗๙. contour ภาพรอบร่าง, ลักษณะรอบร่าง
๑๒๘๐. contract หด
๑๒๘๑. contractile หดได้
๑๒๘๒. contraction, involuntary การหดตัวโดยไม่นึกคิด
๑๒๘๓. contraction, isometric การหดตัวความยาวคงที่
๑๒๘๔. contraction, isotonic การหดตัวความตึง, คงที่
๑๒๘๕. contraction period ระยะ(เวลา)หดตัว
๑๒๘๖. contracture ค็อนแทร็คเชอร, การหดค้าง
๑๒๘๗. contradiction การกล่าวแย้ง
๑๒๘๘. contraindicate ชี้ขัด, ห้ามกระทำ
๑๒๘๙. contraindication ข้อห้ามใช้ (ยา)
๑๒๙๐. contrast การขัดแย้ง, การเปรียบความต่าง
๑๒๙๑. control ควบคุม, เครื่องควบคุม, เครื่องเปรียบเทียบ
๑๒๙๒. contuse ทำให้ชอกช้ำ
๑๒๙๓. contusion อาการชอกช้ำ
๑๒๙๔. convalescence การพักฟื้น
๑๒๙๕. convergence (of eye) การเบนเข้ารวม
๑๒๙๖. conventional ตามแบบแผน
๑๒๙๗. conversion การเปลี่ยนกลับ, การเปลี่ยนแปลง
๑๒๙๘. convex โค้งนูน
๑๒๙๙. convoluted บิดเกลียว
๑๓๐๐. convulsant ยาชัก, ซึ่งทำให้ชัก
๑๓๐๑. convulsion การชัก, การกระตุก, การเคลื่อนไหวรุนแรงและเร็ว
๑๓๐๒. convulsive อย่างกระตุกรุนแรง
๑๓๐๓. coordinate การทำงานร่วม
๑๓๐๔. coordinated reflex รีเฟล็กซ์ร่วมงาน
๑๓๐๕. co-operation การร่วมมือ, การร่วมงาน
๑๓๐๖. coprophagy การกินอุจจาระ
๑๓๐๗. coracoid process ปุ่มโคราค็อยด์
๑๓๐๘. cord เส้น, เชือก
๑๓๐๙. cord-lik เป็นเส้นคล้ายเชือก
๑๓๑๐. cord, spinal ไขสันหลัง
๑๓๑๑ cord, umbilical สายสะดือ
๑๓๑๒. cordate รูปหัวใจ
๑๓๑๓ cordiform รูปหัวใจ
๑๓๑๔. core แก่น, แกนใน
๑๓๑๕. cornea คอร์เนีย, กระจกตา
๑๓๑๖. corneal แห่งคอร์เนีย
๑๓๑๗. corneous มีลักษณะเนื้อคล้ายเขาสัตว์
๑๓๑๘. cornification การแปรไปคล้ายเขาสัตว์
๑๓๑๙. corona glandis คอองคชาต
๑๓๒๐. corpora lutea คอร์ปอราลูตีอา
๑๓๒๑. corpulency ความอ้วนพี
๑๓๒๒. corpus penis ลำองคชาต
๑๓๒๓. corpus sterni ตัวกระดูกหน้าอก
๑๓๒๔. corpuscle ตัวเล็ก ๆ, เม็ดเล็ก ๆ
๑๓๒๕. correlation สหสัมพันธ์
๑๓๒๖. correspond ตรงกัน, สนอง
๑๓๒๗. corrosive ซึ่งกัดไหม้ (เช่นด่าง)
๑๓๒๘. cortex เปลือก, ผิว, ส่วนนอก
๑๓๒๙. cortical แห่งเปลือก
๑๓๓๐. cough การไอ
๑๓๓๑. costotomy การตัดซี่โครง
๑๓๓๒. counteract ต่อต้าน
๑๓๓๓. counter-balancing ถ่วงแก้
๑๓๓๔. counter-clockwise ทวน (ทิศ) นาฬิกา
๑๓๓๕. counterpoise น้ำหนักถ่วงแก้

๑๓๓๖. course ทางเดิน, ทางดำเนิน
๑๓๓๗. course of disease ทางดำเนินโรค
๑๓๓๘. course of instruction ชุดการสอน
๑๓๓๙. course of treatment ชุดการรักษา
๑๓๔๐. cover slip กระจกครอบสะไลด์
๑๓๔๑. coxa สะโพก, ข้อสะโพก
๑๓๔๒. coxalgia การปวดข้อสะโพก
๑๓๔๓. cramp ตะคริว, ชักแซ็ง
๑๓๔๔. craniectomy การตัดส่วนหัวกระโหลก
๑๓๔๕. creatine เครอาทีน
๑๓๔๖. creatinine เครอาทินีน
๑๓๔๗. creature สัตว์
๑๓๔๘. cremasteric reflex รีเฟล็กซ์ครีมาสเตอริค
๑๓๔๙. cremation การเผาศพ
๑๓๕๐. crenate, crenated ย่นเบี้นรั้ว
๑๓๕๑. crenation การย่นเบี้นรั้ว
๑๓๕๒. crepitant มีเสียงดังเปรี๊ยะ
๑๓๕๓. crepitus เสียงเปรี๊ยะ
๑๓๕๔. crescentic มีรูปจันทร์เสี้ยว, รูปโค้ง
๑๓๕๕. crescent รูปจันทร์เสี้ยว
๑๓๕๖. crest, iliac หัวตะคาก
๑๓๕๗. crest, occipital สันอ็อคซิปี่ตัล, สันท้ายทอย
๑๓๕๘. crest, pubic สันหัวเหน่า
๑๓๕๙. crest of tibia สันกระดูกหน้าแข้ง
๑๓๖๐. creta ชอล์ค
๑๓๖๑. cretaceous ประกอบด้วยชอล์ค, คล้ายชอล์ค
๑๓๖๒. cretin เครติน
๑๓๖๓. cretinism ภาวะเครติน
๑๓๖๔. cribriform รูปตะแกรง
๑๓๖๕. cricoid รูปวงแหวน
๑๓๖๖. cricoid cartilage กระดูกอ่อนคริคอยด์
๑๓๖๗. cricoidectomy การตัดกระดูกคริคอยด์
๑๓๖๘. crisis วิกฤตกาล
๑๓๖๙. critical วิกฤต, เฉียบแหลม, เอาจริงเอาจัง
๑๓๗๐. cross-matching การเปรียบโดยผสมสลับ
๑๓๗๑. crucial รูปกากะบาด, สำคัญยวดยิ่ง
๑๓๗๒. crucible เบ้า
๑๓๗๓. cruciform รูปกากะบาด
๑๓๗๔. crude หยาบ, คร่าว
๑๓๗๕. crude drug ยาดิบ
๑๓๗๖. cruelty ความโหดร้าย
๑๓๗๗. crus ขา, รูปอย่างขา
๑๓๗๘. crust สะเก็ด (แผล), เปลือกแห้งแซ็ง
๑๓๗๙. crypt ถุงเล็ก, โพรงเล็ก
๑๓๘๐. crystal ผลึก
๑๓๘๑. crystali โรคอีสุกอีใส
๑๓๘๒. crystalline รูปผลึก
๑๓๘๓. crystalline lens เล็นส์ตา, แก้วตา
๑๓๘๔. crystallization การตกผลึก
๑๓๘๕. cubic รูปลูกบาศก์
๑๓๘๖. cumulate พอกพูน, สะสม
๑๓๘๗. cumulation การพอกพูน, การสะสม
๑๓๘๘. cumulative action ฤทธิ์พอกพูน
๑๒๘๙. cumulative effect ผลพอกพูน
๑๓๙๐. cuneate รูปลิ่ม
๑๓๙๑. cuneiform รูปลิ่ม
๑๓๙๒. cunnus อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของหญิง
๑๓๙๓. cure รักษา, การรักษา, ยารักษา
๑๓๙๔. curettage การขูด, การคูเร็ตต์
๑๓๙๕. current, faradic กระแสฟาราดิค
๑๓๙๖. current, galvanic กระแสกัลวานิค
๑๓๙๗. curvature, greater โค้งใหญ่ (กระเพาะอาหาร)
๑๓๙๘. curvature, lesser โค้งน้อย (กระเพาะอาหาร
๑๓๙๙. customary ตามธรรมเนียม, ตามเคย
๑๔๐๐. cutaneous เกี่ยวกับผิวหนัง

อ.ก.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๔

๑. จำนวนผู้ป่วย		อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๓,๐๐๓	๑,๗๒๖	๑,๕๓๑	๑,๗๕๗	๑,๘๐๑	๖๓๗	๑๐,๘๕๕
	เก่า	๕,๔๒๐	๒,๕๓๓	๓,๘๘๘	๒,๒๕๑	๓,๗๘๘	๕๕๘	๑๕,๒๗๘
	รวม	๘,๔๒๓	๔,๖๕๕	๕,๘๑๕	๔,๐๔๘	๕,๕๘๕	๑,๕๕๔	๓๐,๑๓๓
ใน		๒๕๒	๔๐๓	๑,๔๘๕	๑๕๘	๓๕๑	—	๒,๗๓๓

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๖๒๖. จักษุ ฯ ๖๐๗. สูติ – นารี ฯ ๖๖๖. รวม ๑,๘๕๕ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๗๓, หญิง ๔๘๖, รวม ๑,๐๕๕. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๕, รวม ๑๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๖ คน (๖.๐๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๖ ราย (๔๕.๗๘ปช.ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๓๗ ครั้ง. ข้างนอก – ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๑๕ ครั้ง, เจาะจากลหุโทษ ๒๗๕ ครั้ง, รวม ๘๒๓ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๔,๔๔๖ คน, รักษาใหม่ ๕๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๘๐ ครั้ง. ราเดียมรักษา ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๘ ครั้ง. ไดอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ ๓ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๓ ครั้ง. ราดิโอไอโซโทป์, รักษาใหม่ ๗๖ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕๔ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๓๖ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๓๖ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๑๑๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๘๐๑ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๖ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๖๘๘ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๑๓๔ ราย (จากภายนอก ๒๕๔ ราย). ตรวจเซ็ลล์ของมะเร็ง ๖๔ ราย. แอ็กกลูติเนชั่น –. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๒,๗๐๘. หมู่เลือด ๒๑๗, นับเม็ดเลือด —. วัดฮีโมโกลบิน ๓๑. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด—. หาเชื้อบัคเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๐, อุจจาระ ๑๓, ปัสสาวะ ๓๑, เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๒๓, อุจจาระ ๑๔๔, ปัสสาวะ ๗๐, น้ำไขสันหลัง ๕๖, เสมหะและอื่น ๆ ๕๒๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๔๖. ฉีดสัตว์ทดลอง ๔. เพาะเชื้อบิด ๑๘. ตรวจทดลองตัวจี๊ด ๓๖. การทดสอบเซ็น-ซิติฟวิตี้ย์ ๒๘. ตรวจศพนิติเวช ๒๘. ตรวจของกลาง ๕๔.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๔. เจาะน้ำสันหลัง ๒๓. เจาะตับ ๑. เจาะน้ำช่องปอด ๗. อัดลมเข้าช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๘. ฉีดยาทั่วไป ๑,๕๓๓. ฉีดยาซีย์พี่ลิส ๗. เบาหวาน ๑,๖๗๖. คลินิควัณโรค ๒๖๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๖๘. ถอนฟัน ๘๕๘. อุดฟัน ๓๒๘. ผ่าตัดช่องปาก ๕๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินและสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่า ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ :

๑. นางจำเนียร สิมะเสถียร และบุตรธิดา บริจาคเงินจำนวน ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท เป็นค่าซื้อเครื่องแต่งห้องผู้ป่วยพิเศษ ตึกอายุรกรรม.

๒. คุณหญิงโสภาพรรณ โกมารกุลมนตรี, บ้านเลขที่ ๖-๘ วงเวียนเล็ก ธนบุรี, บริจาคเงินจำนวน ๑๙,๒๖๖.๐๐ บาท สมทบทุน "โกมารกุลมนตรี" อุทิศส่วนกุศลให้แก่ พระยาโกมารกุลมนตรี ผู้ล่วงลับไปแล้ว.

๓. ธนาคารแห่งประเทศไทย บริจาคเงินจำนวน ๑๕,๐๐๐.๐๐ บาท เป็นเงินอุดหนุนสำหรับโรงพยาบาล.

๔. แพทยศาสตร์บัณฑิต (ศิริราช) รุ่น ๖๕ บริจาคเงินจำนวน ๑๔,๖๖๕.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "แพทยศาสตร์บัณฑิต (ศิริราช) รุ่น ๖๕" เพื่อเก็บดอกผลเป็นทุนการศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์

๕. คุณหญิงแจ่ว จตุรงค์สงคราม บริจาคเงินจำนวน ๑๓,๐๐๐.๐๐ บาท, สมทบกับคุณเผื่อน อินทรเทศ อีก ๒,๐๐๐.๐๐ บาท, ซื้อเครื่องมือไดอะเธอรมีย์คลื่นสั้น ราคา ๑๕,๐๐๐.๐๐ บาท, ให้แผนกกายบำบัด, ตึกศิริสังวาลย์.

๖. นางสอาด วิระนาวิน, ร้านบัวสอาด บางลำภู พระนคร, บริจาคเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนสร้างตึกอาชีวบำบัด และ ตึกคนไข้กระดูกสันหลังหักเป็นอัมพาต, และซื้อเครื่องมือให้หน่วยกายบำบัด.

๗. คุณหญิงภรตราชา (ขจร อิศรเสนา ณ อยุธยา) บริจาคเงินจำนวน ๖,๕๐๐.๐๐ บาท ซื้อเครื่องกระตุกด้วยไฟฟ้าให้แก่แผนกกายบำบัด.

๘. เลิด-สิน มูลนิธิ, เลขที่ ๔ ซอยสมคิด ปาร์คนายเลิด พระนคร, บริจาคเงินจำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน "พระยาภักดีนรเศรษฐ (เลิด เศรษฐบุตร)" อุทิศส่วนกุศลให้แก่พระยาภักดีนรเศรษฐ (เลิด เศรษฐบุตร) และคุณหญิงสิน ภักดีนรเศรษฐ ผู้ล่วงลับไปแล้ว.

๙. นายประสงค์ ชูรัฐเจริญ, บ้านเลขที่ ๑๒๑ ซอยคลองตัน พระโขนง พระนคร, บริจาคเงินจำนวน ๓,๐๐๐.๐๐ บาท อุทิศส่วนกุศลให้แก่มารดา ผู้ล่วงลับไปแล้ว.

ข่าววันมหิดล คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้ประกอบพิธีการ "วันมหิดล" วันอาทิตย์ ที่ ๒๔ กันยายน ดังนี้

เวลา ๗.๓๐ น. เริ่มพิธีสงฆ์. พระสงฆ์ ๗ รูปเจริญพระพุทธมนต์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. มีอาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์และพยาบาล—ร่วมกันตักบาตรและฟังสวดมนต์. พระสงฆ์เจริญพระพุทธมนต์จบแล้วรับถวายภัตตาหาร.

เวลา ๘.๓๐ น. เริ่มพิธีวางพวงมาลา. อาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์และพยาบาลเข้าแถวที่ถนนข้างหอประชุม ฯ โดยมีคณบดีนำแถวเดินไปสู่พระรูปอนุสาวรีย์, จุดธูปเทียน, วางพวงมาลาแล้วถวายบังคม.

เวลา ๙.๑๕ น. เริ่มการแสดงสุนทรพจน์. พันโท นิตย์ เวชชวิสิส์ เป็นผู้แสดง. จบสุนทรพจน์แล้ว—นักศึกษาแพทย์ สมมาตร แก้วโรจน์ (นักศึกษาปีที่ ๒) อ่านเรียงความซึ่งได้รับการตัดสินให้ชนะที่ ๑ ในการประกวด.

ข่าวที่น่ายินดีเกี่ยวกับงานมหิดลปีนี้ คือด้วยความร่วมแรงของนักศึกษาแพทย์และพยาบาล, ประกอบกับการร่วมเสียสละของประชาชนเพื่อศิริราชโดยเริ่มงานตั้งแต่วันศุกร์ที่ ๒๒ ซึ่งช่วยให้ได้เงินมาเนื่องจากการขายธงถึง ๕๓,๑๖๔.๗๐ บาท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายรับ วันศุกร์ ๒๒,๕๐๕.๐๐ บาท. วันเสาร์ ๔๒,๓๔๕.๖๕ บาท. วันอาทิตย์ ๒๐,๘๘๓.๔๕ บาท. กับที่ขายได้ในโรงพยาบาล ๑๗,๙๖๐.๑๐ บาท. รวมเป็นเงิน ๑๐๓,๖๙๔.๗๐ บาท.

รายจ่าย ธงใหญ่ ๒,๐๐๐ ธง กับธงเล็ก ๒๐,๐๐๐ ธง ๙,๓๓๘.๐๐ บาท. ผ้าติดข้างรถ ๔ แผ่น ๑๙๒.๐๐ บาท. กระดาษโฆษณา ๑,๐๐๐ ใบ ๑๕๐.๐๐ บาท. ค่าเช่ารถ ๔ คัน ๘๕๐.๐๐ บาท. รวมจ่าย ๑๐,๕๓๐.๐๐ บาท. ฉะนั้นจึงเป็นรายได้สุทธิ ๕๓,๑๖๔.๗๐ บาท. (ยังมีรายย่อยอีกเล็กน้อยที่ยังส่งไม่ครบ). เมื่อบวกกับรายได้ที่ยังเหลืออยู่เมื่อปีกลาย ๔๒,๐๐๘.๐๐ บาท, จึงเป็นเงินรวม ๑๓๕,๑๗๒.๗๐ บาท. ส่วนเงินทุนวันมหิดลที่ได้รวบรวมไว้เดิม ๑๗๙,๐๐๕.๕๘ บาท. มีผู้บริจาคสมทบเพิ่ม ๒๓,๑๔๔.๕๐ บาท, รวมเป็น ๒๐๒,๑๕๔.๔๘ บาท.

ด้วยผลสำเร็จอันเกิดจากการปฏิบัติงานอย่างน่าสรรเสริญครั้งนี้ คณบดีได้ออกประกาศชมเชยไว้ ดังต่อไปนี้

ประกาศ

เรื่อง ชมเชยนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล

ที่ได้ปฏิบัติงานอันเป็นกุศลสาธารณประโยชน์

เนื่องในวันมหิดล ๒๔ กันยายน ๒๕๐๔ นี้ นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ต่างรำลึกถึงพระกรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ ได้แสดงความกตัญญูกตเวทีโดยนำธงพิมพ์พระรูปสมเด็จพระราชบิดา ฯ อันเป็นสัญญลักษณ์ของวันมหิดลในราคาธงละ ๑ บาท และ ๑๐ บาท ไปจำหน่ายแก่ผู้มีใจเป็นกุศลตามสถานที่ต่าง ๆ ในเขตจังหวัดพระนครและธนบุรี ในวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๐๔ ถึงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๐๔ เพื่อนำเงินมาใช้ในกิจต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ปรากฏว่าได้มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินเกินกว่าราคาธงซึ่งกำหนดไว้เป็นอันมาก รวมเงินที่ได้รับบริจาคเพื่อการกุศลทั้งสิ้นเป็นจำนวน ๑๐๓,๖๔๔.๗๐ บาท

ทั้งนี้ นับว่านักศึกษาพยาบาลได้เป็นผู้เสียสละ เป็นผู้ที่เพียบพร้อมด้วยกตัญญูกตเวทีและด้วยจิตศรัทธาร่วมใจกันปฏิบัติงานอันเป็นกุศลสาธารณประโยชน์เป็นเกียรติ อันควรแก่การยกย่องสรรเสริญให้เป็นที่ทราบโดยทั่วกันเป็นอย่างยิ่ง ขออำนวยพรให้ผู้ได้ปฏิบัติคุณงามความดีทุกคนจงเจริญรุ่งเรืองยิ่ง ๆ ขึ้นไป

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๐๔

ชัชวาล โอสถานนท์

คณบดี.

ผลประกวดเรียงความ ตามที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้กำหนดให้มีการประกวดเรียงความเรื่อง "ประวัติการแพทย์ของประเทศไทยในต้นสมัยรัชกาลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาจุฬาลงกรณ์พระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว" (๒๔๑๑-๒๔๓๑) เนื่องในวันมหิดล ปี ๒๕๐๔ เพื่อชิงรางวัลเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลนั้น, บัดนี้ คณะกรรมการพิจารณาบทเรียงความซึ่งประกอบด้วย ศาสตราจารย์นายแพทย์สุด แสงวิเชียร, นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรีและนายแพทย์สมัย จันทวิมล ได้พิจารณาแล้วตัดสินบทเรียงความดังนี้ คือ

ผู้ชนะที่ ๑ ได้แก่ นายสมมาตร แก้วโรจน์ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๒ ได้รับรางวัล ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ผู้ชนะที่ ๒ ได้แก่ นายประเสริฐ เหลืองเกษร นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๒ ได้

รับรางวัลเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท ของนายแพทย์เสนอ อินทรสุขศิริ

เสด็จพระราชดำเนินงานวันมหิดล

วันอาทิตย์ ที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๐๔ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จพระราชดำเนินโดยรถยนต์พระที่นั่งจากพระตำหนักจิตรลดารโหฐาน พระราชวังดุสิต ไปยังโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

เวลา ๑๖.๐๐ น. เสด็จพระราชดำเนินเข้าสู่บริเวณโรงพยาบาลผ่านแถวรับเสด็จของนักศึกษาแพทย์และนักเรียนพยาบาล. สภานายกมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, อธิการบดี, รองอธิการบดี, คณบดี, เลขาธิการ, กรรมการสภามหาวิทยาลัย, คณะกรรมการ คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล, ศาสตราจารย์ อาจารย์และข้าราชการในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เฝ้ารับเสด็จโดยพร้อมเพรียง.

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จไปทรงวาง พวงมาลา และถวายบังคมพระรูปอนุสาวรีย์สมเด็จพระราชบิดาฯ แล้วเสด็จพระราชดำเนินเข้าประทับในกระโจมพิธี. นายกสภามหาวิทยาลัยอ่านคำกราบบังคมทูลรายงานการจัดงานวันมหิดลจบแล้วทรงมีพระราชดำรัสตอบ แล้วทรงพระราชทานเข็มสมนาคุณแก่องค์อุปการะกิตติมศักดิ์และผู้อุปการะกิตติมศักดิ์และพระราชทานรางวัลแก่นักศึกษาผู้ชนะการประกวดเรียงความ.

เวลา ๑๗.๐๐ น. เศษ เสด็จพระราชดำเนินกลับ. ข้าราชการผู้ใหญ่ผู้น้อยและบรรดานักศึกษาได้เฝ้าส่งเสด็จโดยพร้อมเพรียง.

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดประชุมวิชาการประจำเดือนกันยายน ๒๕๐๔ สองครั้ง :

วันศุกร์ ที่ ๑ กันยายน เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา, เรื่องที่นำเสนอคือ "การรักษาคอพอกเป็นพิษด้วยไอโอดิน[131]" (รายงานผู้ป่วย ๑๐๖ ราย). คณะผู้นำเสนอประกอบด้วย : น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก, น.พ. ดิเรก ตำรงศักดิ์, พ.ญ. เจียมจิตต์ กัลยาศิริ, พ.ญ. กาญจนา กุศลาศัย, น.พ. ทองปลิว เปรมบุรี, น.พ. นรา แววศร, พ.ญ. นิตยา สมิตานนท์,

น.ส. เพ็ญแข รักตะบุตร และ น.ส. เกษรหะทัยธรรม แห่งแผนกรังสีวิทยา

วันศุกร์ที่ ๑๕ กันยายน เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา เรื่องที่นำเสนอคือ "อะปลาสติคอะนีเมียภายหลังใช้ซลอร์แอมเฟนิคอล" (ทบทวนและรายงานผู้ป่วย). ผู้เสนอมี : น.พ. ประเวศ วสี, พ.ญ. อนงค์ ซึ่งดำรง และ พ.ญ. สุภา ณ นคร (เดินทางไปต่างประเทศก่อนบรรยาย) แห่งแผนกอายุรศาสตร์

ข่าวห้องสมุด

หนังสือที่ได้รับใหม่ 1. Crue : Medulloblastoma. 1958. 2. Comar & Bronner : Mineral metabolism, an advanced treatise vol. 1-3, 1960. 3. Hall : The functions of the endocrine glands 1959. 4. Ross : Surgery of the sympathetic nervous system 1958. 5. Astwood; Clinical endocrinology I 1960. 6. Gould : Pathology of the heart. 2 nd. ed. 1960. 7. Evans & Gray ; General anesthesia vol. 1-2, 1959.

ไปต่างประเทศ (๑) พ.ญ. สุภา ณ นคร อาจารย์ประจำแผนกวิชาอายุรศาสตร์, ได้รับทุน ไอ.ซี.เอ. ไปศึกษาและดูงานการรักษาผู้รับอันตรายจากรังสี ณ สหรัฐอเมริกา กำหนดเวลา ๑ ปี. ได้ออกเดินทางโดยเครื่องบินเมื่อวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๐๔ (๒) น.พ. ปรีชา วิชิตพันธุ์ แห่งแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์, เดินทางไปประเทศคานาดาเพื่อศึกษาและดูงานทางโรคหัวใจเด็กโดยทุนแผนการโคลัมโบ. ออกเดินทางโดยเครื่องบินเมื่อวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๐๔.

กลับจากต่างประเทศ (๑) ศาสตราจารย์ น.พ. พร วราเวชช์ แห่งแผนกวิชาจักษุวิทยาฯ ได้เดินทางกลับจากดูงานในประเทศอังกฤษและเข้าประจำหน้าที่แล้ว. ในโอกาสนี้ท่านได้บรรยายเรื่องการดูงานที่แผนกจักษุวิทยาฯ เมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๐๔ ปรากฏว่าได้รับความสนใจจากผู้ฟังเป็นอย่างดี. (๒) น.พ. ณัฐ ภมรประวัติ ได้กลับจากการประชุมวิทยาศาสตร์ ภาคแปซิฟิค ครั้งที่ ๑๐ ที่ฮาไวแล้วตั้งแต่วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๐๔. การไปครั้งนี้ได้นำเรื่องพยาธิวิทยาของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยไปอ่านในที่ประชุม และขากลับได้แวะดูงานทาง ฟลูออเรสเซ็นต์ แอนติบอดีย์ ที่อินสติติวต์ออฟ แอ็พไพลด์ไมโครไบโอโลยีย์ และ อินสติติวต์ ออฟอินเฟคเชียสดิสอีเสส, มหาวิทยาลัยโตเกียว, เป็นเวลา ๑ สัปดาห์

ข่าวพยาบาล

ลาออก น.ส. วนิดา เศรษฐภักดี, พยาบาลประจำตึกข้าวไทย ๑, ลาออกตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๔.

ย้าย นางวาสนา สิริเวชชานุวัฒน์ (โสวัณณะ), พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมชาย ๓, โอนไปรับราชการกรมอนามัย, ประจำโรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๐๔.

สมรส น.ส. พริ้มเพรา ปริญญานุสสรณ์ พยาบาลประจำตึกผ่าตัดจักษุ ฯ, ได้ทำการสมรสกับนายวรทินน์ ปุญญะยันต์ เมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๐๔.

เยี่ยม นักเรียนพยาบาลชั้นที่ ๓ ของโรงเรียนจ่าอากาศพยาบาลหญิง, จำนวน ๓๑ คน, ได้มาเยี่ยมชมกิจการของโรงเรียนพยาบาลเมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๐๔.

ศิษย์เก่า

บำรุงห้องสมุด

๑. แพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น ๒๔๗๘ ได้ส่งเช็คจำนวน ๔,๐๐๐ บาท มาบำรุงห้องสมุดโดยมีวัตถุประสงค์ให้สร้างตู้เก็บหนังสือและเครื่องมือของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดชกรมหลวงสงขลานครินทร์. ทางห้องสมุดจะได้จัดการให้เป็นไปตามความประสงค์, และขออนุโมทนาในการบริจาคเป็นอย่างยิ่ง. ๒. น.พ. ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ แห่ง Bronx Municipal Hosp. Center, New York, ได้สั่งตำราใหม่ ๆ มาให้ห้องสมุด ๓ เล่ม คือ (1) White, Abraham G. : Clinical disturbance of renal function, Saunders 1961. (2) Mills, Lewis C. & Moyer, Jobn H. : Inflammation and diseases of connective tissue. Saunders 1961. 3. Felson, Benjamin. Fundamentals of chest roentgenology. Saunders 1960 ห้องสมุดขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง.