



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๓, ฉบับที่ ๑๒, ธันวาคม ๒๕๐๔

Volume 13, Number 12, December 1961.

A REPORT ON SURGICAL TREATMENT OF A CASE OF CONGENITAL SUBVALVULAR AORTIC STENOSIS WITH AID OF A HEART LUNG MACHINE AND PROFOUND HYPOTHERMIC CARDIAC ARREST

กิตติยากร
K. Kitiyakara, M.B., B.S., M.R.C.S. (England)*
(Department of Surgery)
(Head of Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

Subvalvular aortic stenosis is a very rare type of congenital heart disease, first described by Chevers in 1842. According to John D. Keith et al. (1958) only 45 reports of cases have appeared in the literature. In their series, this type of lesion is 6 times less common than the valvular kind as found at necropsy and is probably about 88 times less so in clinical practice. Valvular aortic stenosis itself forms only about 3% of all congenital heart diseases according to Campbell and Kauntze (1953), but as much as 6% in the series of Reinhold et al.. Subvalvular aortic stenosis forms only a small group of the 95% of all cases of congenital cardiac malformations, which are a direct result of imperfect involution of the faetal bulbus cordis. The latter is a separate constituent of the heart; it mainly forms the infundibulum of the right ventricle and also a small subvalvular part of the left ventricle where a

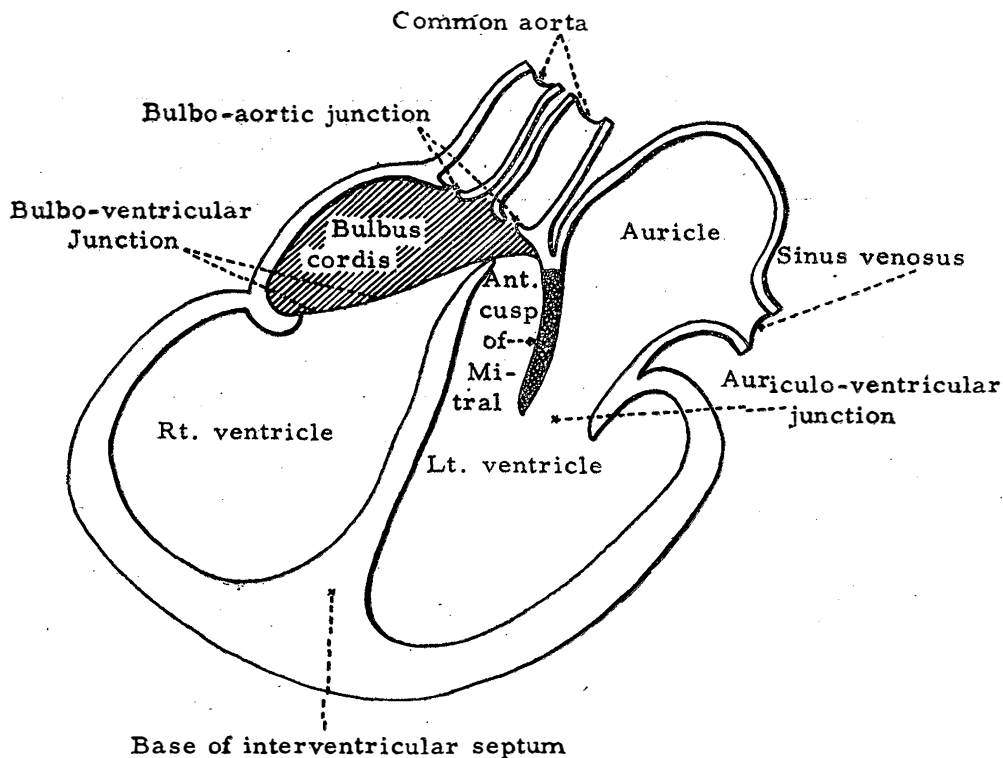
*Abstract Kitiyakara, Kalyanakit :
A report on surgical treatment of a case of congenital subvalvular aortic stenosis with aid of a heart lung machine and profound hypothermic cardiac arrest. Siriraj Hosp. Gaz. 1961, 13 : 673-684.*

A short review of a rare congenital heart disease of subvalvular aortic stenosis is made, preceding a full report of a surgical treatment of one case. A young man of 17 with typical history, physical findings and distressing symptoms, was operated upon. There was a complete relief of the obstruction and a very satisfactory immediate post-operative progress; but the patient had a sudden cardio-vascular collapse and died about 17 hours after operation.

* ม.ร.ว. กิตติยากร กิตติยากร

mere trace of it extends across the latter above the interventricular septum. This part of the incorporated bulbus cordis forms the immediate subvalvular aortic

area and becomes closely related to the aortic cusp of the mitral valve. This can be clearly seen in Keith's diagram as reproduced here (Fig. 1).



DIAGRAMMATIC SECTION OF THE FOETAL HEART AT THE THIRD MONTH
(After Sir Arthur Keith's Human Embryology and Morphology)

Figure 1

An obstruction at the subvalvular aortic area is usually formed by a fibrous ring, situated usually between 0.1 to 1 cm. - but has been reported to be as low as 2 to 2.5 cm. - below the valve. Marked histological and chemical reactions for fibrous, hyalinised or elastic tissue have been obtained from examination of the excised lesion.

Symptoms and signs of both congenital valvular and subvalvular stenoses depend on degree of obstruction to the left outflow tract. Gupta and Wiggers (1955) showed that it required a reduc-

tion of about 50% of lumen of the ascending aorta before left ventricular pressure would begin to rise. Such a reduction is rare in subvalvular stenosis and left ventricular strain has been reported only once by Greenberg Simon (1949). The cases of subvalvular aortic stenosis with left ventricular strain found at necropsy, usually exhibited other concomitant lesions such as PDA, pulmonary stenosis, etc.. In 80% of patients over 1 year old, there are no symptoms whatever and only 5% with fatigue and 15% with both dyspnoea

on exertion and fatigue (Keith). Marquis and Logan (1955) found nearly one-half of number of cases with much underweight. Pure subvalvular stenosis appears to cause little interference with aortic output, according to reviews of post mortem in the literature; but Kjellberg et al. (1955) have found some notable exceptions.

Prognosis is poor especially in cases with syncopal attacks and angina of effort, where sudden death may occur on exertion. Keith et al. reported the case of a boy of 13 with no symptoms whatever and with normal chest x-rays, who dropped dead suddenly during a rigger game. According to Dr. Paul Wood (1956), a surgical relief should be advised when serious symptoms begin to develop in severe cases. On his lucid and most instructive rounds at Guy's Hospital, which the writer used to attend as a member of his surgical team, Sir Russell C. Brock repeatedly warned of the grave danger of such an obstruction to the left outflow tract and urged an early treatment.

CASE REPORT

Mr. S. Sai T., a 17-year old Thai youth of Chinese extraction, was referred by Dr. Vikit Viranuvatti, the Consultant Physician on May 5th 1961. He was admitted at once into the Male Surgical Ward 3 with a diagnosis of congenital aortic stenosis of severe degree, as judged by the distressing symptoms and clinical signs.

He was the 4th child with 8 siblings, 2 of whom, an older brother and a younger sister, died within a few minutes of birth, both being premature. The patient was a full-term baby with normal and spontaneous birth. Other

surviving brothers and sisters were all alive and well. There was no maternal illness during the first 3 months of pregnancy and apparently no history of heart disease in either paternal or maternal family.

The patient was apparently a healthy child although with rather slow milestones. There was definitely no cyanosis at birth or at any time afterwards, and he had never squatted. There were no tendency to head cold, recurrent chest infections, nor swelling of the ankles.

The patient had however been definitely more breathless than other children of the same age. Even as a small child, he clearly remembered "abdominal angina" while at play and these attacks were completely relieved by a short rest. During the past 3 or 4 years, he had been getting syncopal attacks, all occurring during exertion and the last one was about 5 months before admission. There had been infrequent but definite episodes of orthopnoea and slight haemoptyses.

He well knew his exercise limitation, set by onset of palpitation, breathlessness and the more serious symptoms of fainting and anginal pain, so that he learned to regulate his life accordingly. Although he still attended a normal school, he only just managed this. In recent months he had to move down and sleep on the ground floor.

There were no other contributory past illnesses.

On examination, he was found to be a thin and frail looking young man with average height for his age. There were no cyanosis, clubbing of nails nor clinical evidence of either right or left heart failure. No visible pulsation was noticed in the neck or in the supra-

sternal notch and all peripheral pulses were present and equal on both sides.

Pulse rate was 85/min.; regular in time and force but of small volume and rather slow rising. BP 95/65 (right arm).

Chest was symmetrical but apex beats were clearly visible and powerful left ventricular heaves were palpable. On auscultation a pansystolic murmur was heard all over the praecordium, transmitted into the neck but was maximal over the aortic area where a thrill was easily felt. No aortic diastolic murmur nor a systolic ejection click was heard and other heart sounds were apparently normal. Lungs were clear on auscultation and liver and spleen were not palpable.

Other systems were normal.

Investigations.

Plain chest X-rays as well as a barium swallow showed a heart shadow with substantial left ventricular hypertrophy and some enlargement of the left atrium. There was apparently no post-stenotic dilatation of ascending aorta and both lung fields were clear. A cardiothoracic ratio of 12.5:25 cms. was obtained.

Tomograms of aortic valve and of ascending aorta showed no calcification.

Venous angiograms showed a massive thick walled left ventricle with cavity pointing directly towards the right shoulder. Because of superimposition of various shadows no opinion could be formed as to the precise site of obstruction, whether valvular or subvalvular.

Phonocardiograms exhibited a diamond shaped murmur, compatible with aortic stenosis with no aortic second sound discernible nor a systolic ejection click. No other abnormality

was detected.

E.C.G. was reported as showing marked left ventricular hypertrophy and definite strain.

Full blood picture and coagulation studies gave normal findings.

Blood chemistry as well as liver function test were normal.

Urine and faeces were normal.

Left ventricular puncture and a withdrawal record were to be done in the operating theatre, just prior to valvotomy.

The patient was prepared for operation and kept in the ward with minimal physical exertion. He was given breathing exercise, dental care and general oral hygiene, antibiotics, digitalis and intermittent diuretic therapy.

The operation This was performed on August 8th 1961.

The patient was anaesthetised and recording leads were connected up while a cut down was made in the right cubital fossa for monitoring of both arterial and venous blood pressures. Median sternotomy was performed and excellent exposure of the heart and great vessels was obtained after pleural reflections and anterior mediastinal tissues had been cleared away.

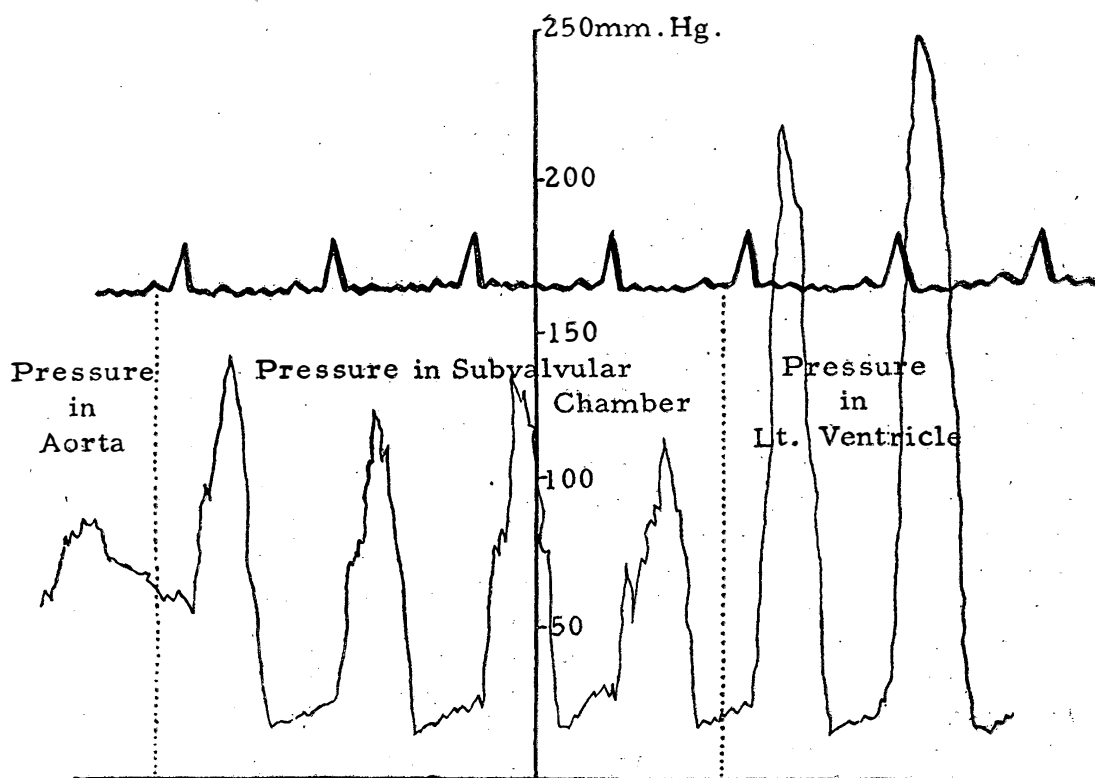
The pericardium was opened longitudinally and the flaps were sutured to edges of the divided sternum to form a "cradle" for the heart. The latter was then given a careful inspection and it was found that the left ventricle had become markedly hypertrophied. Myocardium was unhealthy looking generally and had pale discoloured areas in parts. Coronary arteries appeared normal although they were obviously inadequate for the great muscle mass. The heart was extremely irritable and even a

gentle palpation would immediately cause it to go into transient auricular fibrillation. Aorta gave an appearance of having a gradual "post-stenotic" dilatation, where the diameter was 3.3 cm., as compared to 2.7 of the pulmonary trunk. There was a coarse systolic thrill, maximal over the sinus of Valsalva, which could also be easily palpable over the outflow tract of left ventricle as well as along the entire ascending aorta. There were no other abnormalities.

Both venae cavae were then encircled with umbilical tapes in readi-

ness for cannulation. Another tape was passed around the aorta after it had been separated from the pulmonary trunk. Attention was next turned to the left groin where the femoral artery was exposed.

A withdrawal arterial pressure was then taken through a small incision at the apex. Some difficulty was met with while passing the tip of the special needle through the obstructive site and the aortic valve. The clear record obtained showed beyond doubt the presence of a subvalvular stenosis of substantial degree (Fig. 2).



WITHDRAWAL PRESSURE RECORD PRIOR TO EXCISION OF THE SUBVALVULAR AORTIC STENOSIS (NAI S. SAI T)

Figure 2

Cannulation of the venae cavae and of the left femoral artery was carried out and while the patient was

on a partial cardio-pulmonary bypass, a left atrial sucker was put in.

After a stabilization run, the patient

was put on a complete bypass and everything was found to be satisfactory with BP maintained at about 90 mm. Hg. and venous pressure at 4 to 6 mm. water. Preparation for cardiac arrest by a local profound hypothermia was made by packing sterile ice chips into the pericardial sac around the heart, burying it completely. The ice had been previously prepared from sterile "transfusion" normal saline solution with added penicillin in sterile containers which had been left overnight in deep freeze.

Aortic cross clamp was then applied and within about 2 minutes the heart went into a standstill without first going into ventricular fibrillation. It had also been our intention to supply a simultaneous internal cooling by injecting about 50 cc. or so of chilled blood into the aorta just proximal to the cross clamp, along the proposed line of aortomy. The coronary system would then be perfused with cold blood simultaneously with external cooling. This step was however forgotten until the heart had already stopped.

Aortomy was made in the middle of the anterior part of aorta proximal to the clamp, and the incision was carried down towards the sinus of Valsalva with extreme care and all the time under direct vision. The lower end of the incision was prevented from accidental downward tear by means of an atraumatic 4-0 black silk suture which was tied and left long as a stay suture. A similar suture was put in at the upper end of the incision.

By means of a special powerful lighting from the head end of the table, the valve could be very clearly seen. At first glance, the aortic valve appeared to be bicuspid but on a more

careful inspection, it was seen to be anatomically tricuspid with a thin band of fibrous tissue representing a fused commissure, running between the corresponding aortic wall and the middle of the posterior leaflet of the 'bicuspid' valve. As the latter was not much deformed by the fibrous band and as it was obvious that the whole structure must have had functioned as a bicuspid valve and also that the valve itself was not the site of obstruction, it was deemed wise to leave this fibrous band alone.

It was obvious that the actual site of obstruction was about 1 cm. below the valve, where a 'diaphragm' of thin but tough fibrous tissue stretched tightly across the outflow tract. There was a small hole of about 1 cm. in diameter eccentrically situated, being more under the posterior leaflet of the valve than in the centre. Thus this accounted for the difficulty in passing the withdrawal needle as described above

(Fig. 3, page 679).

The 'diaphragm' was picked up with a pair of fine forceps and almost completely excised, save for a very narrow strip where it was closely related to the aortic leaf of the mitral valve. The obstruction appeared to have been completely abolished and especially after a Brock retrograde aortic dilator had been introduced and opened gently but firmly in 4 directions. My right index finger could then be inserted into the left ventricular cavity with ease, encountering no obstruction whatever, whereas no more than the tip of the finger had been admitted before.

Preparations were then made for closure of the aortomy wound after trapped air bubbles in the left heart were got rid of by the following pro-

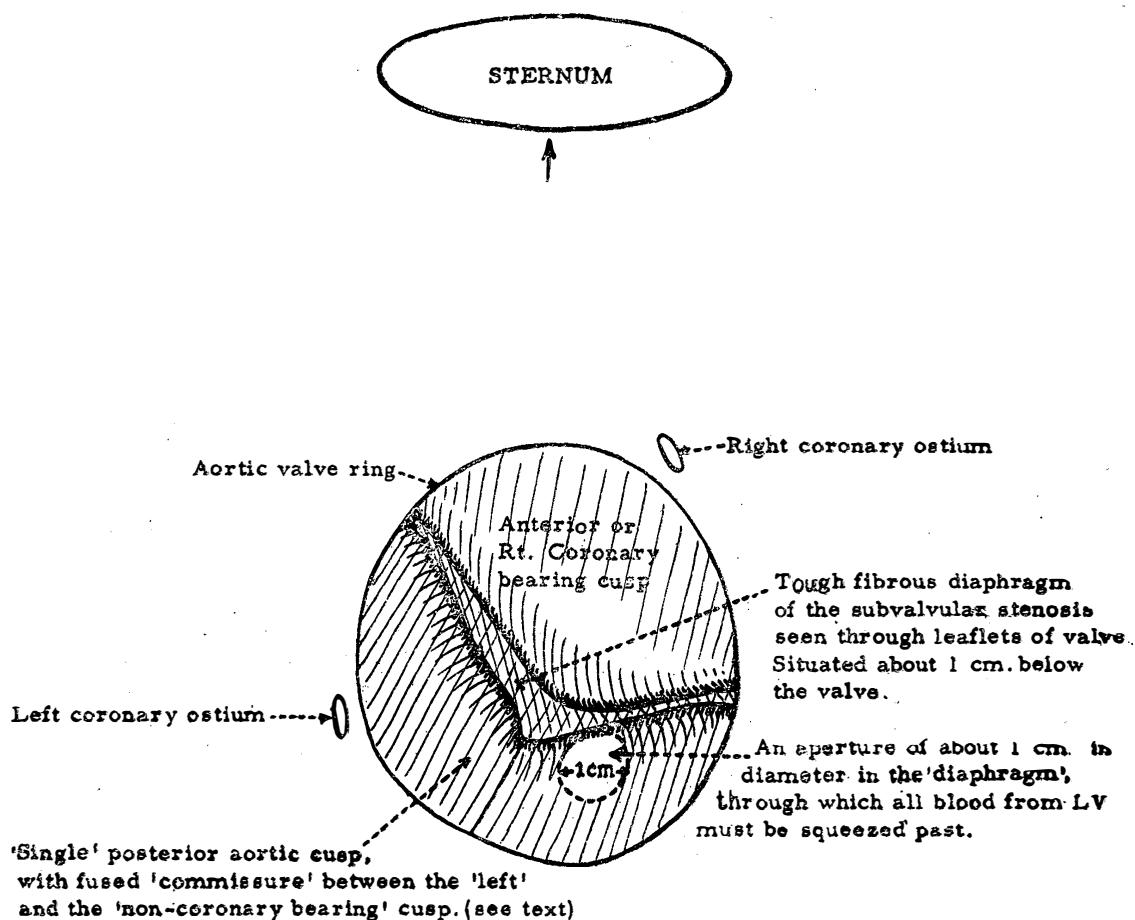


Figure 3

cedures. The left atrial sucker was clamped while the anaesthetist gently squeezed the bag to expel blood from the lungs into the left atrium, and a gentle massage of the heart was made to dislodge any air which might have been present in the ventricular cavity. Also about 50 cc. of oxygenated blood was slowly injected into the cavity by means of a long laryngeal syringe, introduced through the aortomy wound and the valve from above.

The aortomy wound was closed with a continuous 4-0 mattress suture and a separate continuous over-and-over suture, both of which were then tied to the stay sutures. Before complete closure was

made, the aortic cross clamp was momentarily opened to flush away any air bubbles which might have been present underneath the clamp.

Aortic cross clamp was then opened and taken away, after a total occlusion time of 36 minutes. A Satinsky clamp had to be applied to partially occlude aortic incision which displayed some leaks through the needle holes. Much time, up to about 10 minutes, was taken in repairing these while the heart was in a coarse ventricular fibrillation which had commenced almost directly after the aortic clamp had been removed.

Ice was removed from the pericardial sac and warm saline of about 54

degrees centigrade then used to irrigate the heart. The heart was defibrillated without difficulty but it proved to be extremely irritable and even a gentle use of suction around it was enough to cause immediate arrhythmia which at least on 4 occasions led to ventricular fibrillation.

The patient was next put on a partial cardiopulmonary bypass by releasing both caval snares and after about 10 minutes when the heart appeared to be beating satisfactorily, bypass was terminated. Thus the patient had been on cardiopulmonary bypass both partial and complete for 1 hour and 4 minutes.

The heart resumed its duty adequately as BP was maintained at between 90 to 105 mm. Hg over 70, while venous pressure was between 0 to 3 mm. water. During a period of observation, BP became slightly lowered and as it was thought to be due to a slight negative blood balance, an intra-arterial transfusion was given through the femoral cannula with oxygenated blood from the machine. This manouvre unfortunately caused a sudden and probably violent increase in peripheral resistance as well as a substantial increase in blood volume, so that the heart immediately went into ventricular fibrillation. This was converted into a normal rhythm after a short massage and a single electric shock.

The heart continued to show marked irritation and the cardiologist at this moment reported a 'current of injury' on ECG. Pronestyl was given in 2 doses of 100 mgm. each and this resulted in much reduction in irritability and the heart thereafter gave no more trouble.

A right chest drain and a mediastinal one in front of the heart were put in and the chest was closed after peni-

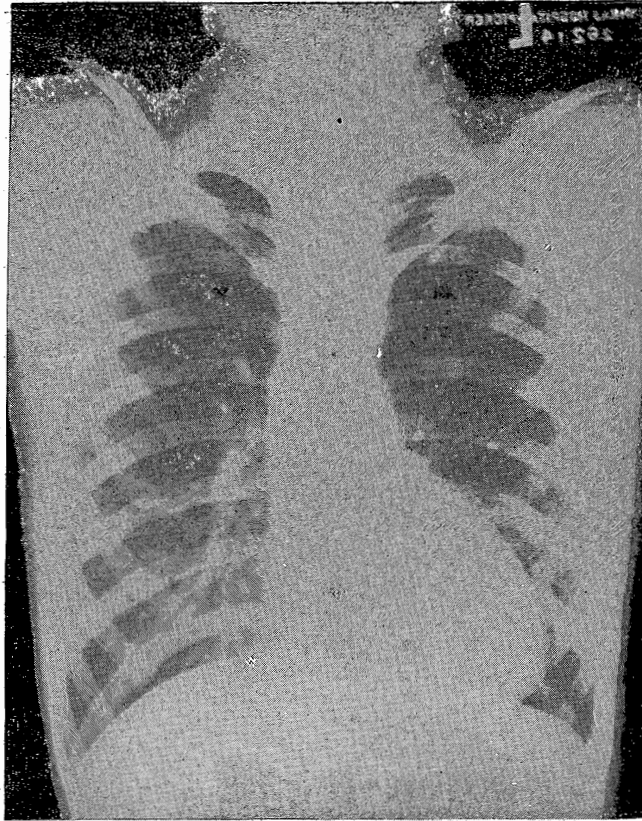
cillin and streptomycin powder had been sprinkled in the mediastinum.

Post-operative period. The patient regained consciousness immediately after removal of endotracheal tube and appeared to have a normal cerebration. His general appearance was satisfactory while his BP was almost constantly maintained at 110/80, with a regular pulse of 100/min. His respiration was however noisy due to much bronchial secretion. Tracheostomy was thus performed before the patient was put into an oxygen tent.

During the following night and the mid-morning of the next day, there was little changes in conditions which had remained satisfactory. Consciousness was good and the patient was either sleeping peacefully or awake and talking normally. Blood pressure was maintained at between 90 to 105 over 70, without the aid of any vasopressor drug. Pulse rate was 100 to 110/min., regular in time and force. Respiration was between 20 to 25/min., being smooth and effortless. There had never been any signs of heart failure, either right - or left - sided and heart sounds apart from the superficial pericardial rub were normal with no remnant of the previous loud systolic aortic murmur and thrill whatever. Chest drain was not excessive and repeated haematocrits were normal.

About 1 hour before death, when everything was satisfactory and with good progress maintained, the patient stated that he was feeling reasonably well with only tightness along the sternotomy wound. He repeatedly asked to be allowed out of the oxygen tent which rather disturbed him with its noise and confined space.

He was taken out of the tent and appeared to be doing well apart from



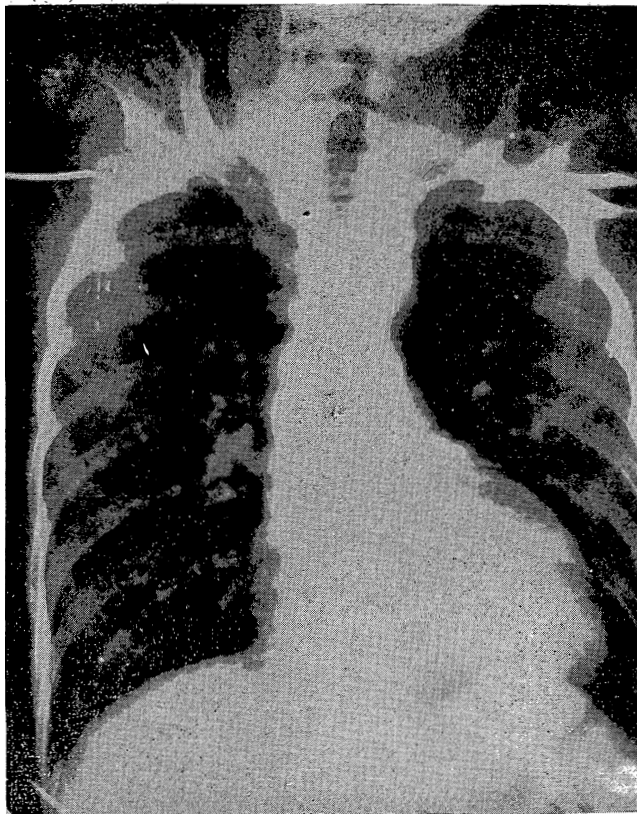
Plain P.A. film showing left ventricular hypertrophy and apparently no post-stenotic dilatation of the ascending aorta.



Left Anterior Oblique showing some left atrial enlargement.



A tomogram of a series taken to exclude calcification of the aortic valve and of the ascending aorta.



A venous angiogram showing grossly thickened left ventricular wall. The left outflow tract is not clearly shown,

his pulse which quickly started to show some arrhythmia, probably extrasystoles. Tachycardia was soon followed by pulsus alternans and a fall in BP from 100 to about 70 mm. Hg. systolic. The patient was at once put back into the tent and measures taken to raise BP with increased blood transfusion rate and alternate administration of levophed and hydrocortisone. To reduce irritability of the heart, pronestyl was slowly given intravenously and 100 mgm. of this drug brought down pulse rate from 165 to about 115 to 120/min. This, however, was accompanied by only slight improvement in the shocked state and the patient suddenly developed cardiac arrest.

All efforts at resuscitation were made, including opening of the chest for cardiac massage, defibrillation and forced oxygen through the newly instituted endotracheal tube. There was no difficulty in initiating heart beats but the extreme cardiac irritability caused it to go into ventricular fibrillation and arrest at the slightest provocation. As a last resort, an electric pace maker was connected up to the heart in a forlorn hope that it would stimulate and regulate the heart action. This manouvre, however, appeared to have no desired effect whatever and all attempt at resuscitation was discontinued after about 1 hour and a half following the emergency thoracotomy.

DISCUSSION

A presumptive diagnosis before operation was that of a congenital aortic stenosis, most probably of a subvalvular variety, based upon absence of post-stenotic dilatation on angiograms and of systolic aortic ejection click on phonocardiograms. That the degree of obstruction was severe could be surmis-

ed from the distressing symptoms and clinical signs as well as from X-ray appearances of the heart and ECG tracing in which left ventricular hypertrophy and strain were evident.

It was explained to the patient's father that the situation was grave and there was a possible danger of sudden death on exertion. It was put to him quite clearly also that the operation required, would be a dangerous one, as we would be dealing with heart muscle which had been damaged and already 'complaining'. The operation, however would offer the only hope of survival, and it was not only necessary but unavoidable, if the patient was to go through adolescent stage into manhood.

A careful preoperative period and treatment were planned. The most important consideration was a protection for the 'bad' myocardium from further damage during the period of cross clamping when the coronary flow would be completely cut off. As we were not in possession of a separate pump unit and accessories for a coronary perfusion which would have been ideal, it was deemed best as an alternative to produce cardiac arrest and to reduce metabolism of the heart by a local profound hypothermia.

Although ECG during period of application of ice showed a complete cessation of cardiac activities, duration of actual cross clamping of aorta was rather too long. After restoration of coronary flow with commencement of cardiac activities, a 'current of injury' on ECG was reported by the cardiologist. This was reflected in the markedly irritable state of the heart especially during the immediate post-bypass period. The duration of aortic cross clamping could have been substantially

shortened by the use of a Satinsky side clamp while suturing of aortomy wound was being done, and coronary system would have been flushed with oxygenated blood from the machine at the earliest possible moment.

The total bypass time of about 1 hour was longer than was absolutely necessary because it was hoped that with circulation supported by the machine, the heart would be made to take on the load gradually and would have time to adjust itself.

A withdrawal record done prior to cannulations of the heart, showed clearly the presence of a subvalvular stenosis. (See tracing.) While in the ascending aorta arterial pressure was at an average of 85/55, that in the left ventricle was about 250/25. In the intermediate zone representing the subaortic chamber between the aortic valve above and the obstructing lesion below, the pressure was at an average of 145/25 mm. Hg.; such a chamber is not present in a normal heart. Thus two markedly different gradients existed in the left outflow tract when none should be present. It must be remembered that the intraventricular pressure of 250/25 had been recorded when the patient was under full anaesthesia and a much higher and more dangerous figure must have prevailed during exertion.

Although a postoperative withdrawal record had not been done on account of irritability of the heart, a complete relief of the stenosis must have been achieved. On direct examination of the heart and aorta, all the coarse murmur thrill had disappeared completely while the heart seemed to empty itself without the previous 'straining' effort. Also there was a sudden increase in peripheral BP from 85/55 to about 110/70, directly after the excision.

In this case, the obstruction was found about 1 cm. below the valve, as in most reported cases in world literature, and appeared to be composed of tough fibrous tissue. This fact was however not substantiated by histological studies as the excised lesion was unfortunately lost during the operation.

Undoubtedly, there were several factors responsible for the patient's death; among the most prominent was the state of the heart muscle which had already been much damaged and which in the recent past had probably gone into occasional failure as judged from the history. Another important factor was probably the cessation of high concentration of oxygen in the inspired air, when the patient was taken out of the tent and given oxygen only through the tracheostomy tube. It was only after this that the patient, who had had a long and sustained period of satisfactory post-operative progress after a severe cardiac surgery, started having an almost immediate downhill course, which terminated shortly afterwards in a sudden collapse and death.

SUMMARY

A young man of 17 with congenital subvalvular aortic stenosis was operated upon with the aid of a cardio-pulmonary bypass and of a local, profound hypothermic cardiac arrest. Satisfactory excision of the obstructing fibrous ring situated about 1 cm. below the bicuspid aortic valve was made, resulting in complete disappearance of the thrill and murmur as well as a rise in BP from the preoperative value.

The patient maintained good progress for 17 hours after the operation but suffered a sudden collapse and death within a short time after having been taken out of the oxygen tent.

ACKNOWLEDGEMENT

I wish to express my gratitude to Prof. Udom Poshakrishna, Head of the Department of Surgery, for permission to publish this report and for all the kindness he has shown me. I am greatly indebted to Prof. Kasarn Chartikavanij, Director of the Hospital and Head of the Thoracic Surgical Unit for kind permission to use the Kay Cross heart-lung machine as well as all the diagnostic facilities. Prof. Sood Sangvichien, Head of the Anatomy Dept., had been very kind in giving me a lucid explanation and clear demonstration of the possible site of a subvalvular aortic stenosis and its intimate relation to the aortic leaf of mitral valve. I would like to thank Dr. Vikit Viranuvatti, Consultant Physician, for referring the patient, Dr. Supa na Nakorn, Consultant Haematologist, for coagulation and other blood studies, and Dr. Kampol Prachuabmoh, Consultant Thoracic Surgeon, for his very able management of the heart-lung machine, resulting in a patient with normal cerebation even after a prolonged cardiopulmonary bypass. Dr. Bhajarisarn Chumpol, Consultant Cardiologist, has been very kind in making clinical assessment of the patient as well as performing and interpreting results of all the essential specific tests. I am very grateful to Dr. Prem Buri, Dr. Kamthorn Sukarochana and Dr. Thira Limsila for their indispensable assistance and support during the operation and also to Dr. Salad Tupavong, and Dr. Kalpangha Pavakul, the anaesthetists. My thanks also to Dr. Tasyani Chantanyingyong of the Blood Bank Unit and to the house officers and members of the surgical nursing staff for their invaluable help both during the pre- and post operative periods.

References

1. Connolly, J.E., P.C. Samson et al.: *Surgery* 1959, 45:181-191.
2. Drew, C.E., I.M. Anderson: *Lancet* 1959, 1:748-750.
3. Drew, C.E., G. Keen, D.B. Benzen: *Lancet* 1959, 1:745-747.
4. Dye, W.S., A.C. Julian et al.: *Ann. Surg.* 1958, 148:469-477.
5. Baker, C.: *Advanced Intern. Med.* 1956, 10:13-40.
6. Björk, V.O.: *J. Thorac.* 1960, 40: 237-252.
7. Björk, V.O., W.S. Blakemore, G. Malmström: *Amer. Heart J.* 1954, 49:197.
8. Brock, R.C.: *Guy's Hospital Report* 1959, 108:144-158.
9. Brock, R.C.: *Bibl. Cardiol.* 1959, (9):44-47.
10. Brock, R.C.: *Brit. Med. J.* 1957, 1:1019.
11. Brock, R.C.: *Guy's Hospital Report* 1957, 106:221.
12. Brock, R.C., P.R. Fleming: *Guy's Hospital Report* 1956, 105:391.
13. Brock, R.C. B.B. Milstein, D.N. Ross: *Thorax* 1956, 11:163.
14. Brock, R.C., D.N. Ross: *Guy's Hospital Report* 1955, 104:99.
15. Brock, R.C.: *Proc. Roy. Soc. Med.* 1956, 49:347.
16. Campell, M., R. Kauntze: *Brit. Heart. J.* 1953, 15:179.
17. Fleming, P.R., R.V. Givson: *Thorax* 1957, 12:37.
18. Gerbode, F., H. Bainbridge. D.G. Melrose: *A.M.A. Arch. Surg.* 1958, 76:821.
19. Gordon, A.S. B.W. Meyer, J.C. Jones: *J. Thorac. Surg.* 1960, 40:787-799.
20. Gupta, T.C., C.J. Wiggers: *Circulation* 1951, 3:17.
21. Keith, Sir Arthur: *Human Embryology and Morphology*, 6th ed. 1949, Edward Arnold and Co., pp. 453-456.
22. Keith, J.D., R.D. Rowe, P. Vlad:

Heart Disease in Infancy and Childhood. 1958, The Macmillian Co. N.Y. pp. 195-209.

23. Lewis, F.J. et al.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1956, 39:488-499.

24. Lillehei, C.W., R.A. De Wall et al.: Diseases of the Chest 1956, 24:1.

25. Lillehei, C.W., R.A. De Wall et al.: Diseases of the Chest 1956, 29:1-8.

26. Lillehei, C.W., R.A. De Wall et al.: Diseases of the Chest 1956, 30:123.

27. Lillehei, C.W., et al.: Surg, Gyn.

Obst. 1959, 108: 706-714.

28. Marquis, R.M., A. Logan: Brit. Heart. J. 1955, 19:373.

29. Papp, C., M.M. Zion: Brit. Heart J. 1956, 18:153.

30. Swan, H., et al.: J. Thorac. Surg. 1958, 35:154-191.

31. Swan, H., A.B. Katz: Ann. Surg. 1956, 144:205.

32. Wood, P.: Disease of the Heart and Circulation. 2nd ed. 1957, Eyre and Spottiswoode, London.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ผลของการใช้เพ็ธิดีนเพื่อบรรเทาความเจ็บในการคลอดบุตร

สุพร เกิดสว่าง พ.บ., D.T.M. & H., V.D.O. (L'pool) L.M., (Rotunda)

(แผนกสติศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล ไอลานนท์)

ได้มีผู้คิดวิธีลดความเจ็บปวดในระหว่างการคลอดกันหลายวิธี, ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อเสีย, และจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและคนไข้แต่ละราย ซึ่งทนต่อการเจ็บปวดได้ไม่เหมือนกัน.

วิธีบรรเทาการเจ็บปวดระหว่างคลอดที่ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้คือ :

๑. ระวังหรือบรรเทาความเจ็บโดยมิทำให้ผู้คลอดหมดความรู้สึกในท่านอนๆ, และยังสามารถใช้กำลังแข็ง, ร่วมมือกับผู้ทำคลอดได้.

๒. ทำให้ผู้คลอด ลืม ความเจ็บ หรือเหตุการณ์ระหว่างคลอดโดยสิ้นเชิง.

๓. ไม่เปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของการคลอด, หรือไม่ทำให้การคลอดช้าลง.

๔. ไม่มีอันตรายต่อมารดาและบุตร.

๕. วิธีใช้ง่ายและสะดวก.

๖. ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก.

ในประเทศไทย แม้จะ ยังไม่มี ผู้รายงาน

เรื่องย่อ เกิดสว่าง, สุพร. ผลของการใช้เพ็ธิดีน เพื่อ บรรเทา ความ เจ็บ ในการ คลอดบุตร. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ค.ศ. ๑๙๖๑), ๓๓:๖๕๕-๖๕๖.

วิธีลดความเจ็บระหว่างคลอดที่ใช้ ในขณะนี้ ทั้งข้อดีและเสีย. เพ็ธิดีนให้ ผล รวดเร็ว หลังฉีดเข้าหลอดเลือดดำ, แต่ต้องใช้ใกล้เวลาคลอด, ทำให้มี ปัญหา เกี่ยว กับ ความปลอดภัย. ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยานี้ในการคลอด ๑๒๔ ราย โดยบันทึกข้อสังเกตละเอียดเกี่ยวกับคุณค่าของยาในด้านมารดา (การดำเนินการคลอด, การระงับเจ็บ, การลืม, ความพอใจ, ผลแทรกแซง) และในด้านบุตร (วิธีนับคะแนนแบบ อัปการ์, น้ำหนักตัว). ผลโดยทั่วไปเป็นที่น่าพอใจ, แต่มีข้อต้องระวังเกี่ยวกับผลร้ายต่อเด็ก.

การใช้ยานี้มากนั้, แต่ก็ทราบว่าผู้ใช้กันแพร่หลาย. โทษมากมักจะฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง, และไม่ให้กระชั้นชิดกับเวลาที่เกิดเนื้องจากเกรงยาจะกดศูนย์หายใจของเด็กและเกิดอาการไม่หายใจหลังคลอด (อัลฟัยกเซียมเนโอเนาตอรัม).

การใช้เพ็ธิดีน (pethedine) โดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ผล รวดเร็ว ในการ ระงับ

ความเจ็บปวดในมารดา, และบางครั้งเพื่อ
 ระวังความเจ็บปวดให้ตลอดระยะเวลาคลอด
 จำเป็นต้องให้ยาน กระตุ้นชีวิตกับเวลาเด็ก
 เกิด, ผู้รายงานจึงได้รวบรวมผลการใช้
 เพธิดินโดยฉีดเข้าหลอดเลือดมาเสนอ. เพื่อ
 พิจารณาทางผลึกและผลเสียต่างๆต่อมารดา,
 บุตรและการดำเนินการคลอด.

วัตถุประสงค์และวิธี

๑. ได้เลือกใช้นานในมารดา ๑๒๔
 คน ในแผนกสูติศาสตร์ที่โรงพยาบาล, ซึ่งคน
 ไขเหล่านี้คลอดได้เอง. ทงนเพื่อมีไหม
 ฤทธิ์ของยาสลบที่ใช้ในการคลอดผิดปกติ
 หรือผ่าตัด, เข้ามาปะปนกับฤทธิ์ของเพธิดิน.
๒. ยาระงับความเจ็บปวด ในมารดา
 ๑๒๔ คนนี้ใช้เพธิดินอย่างเดียว โดยมีได้
 รวมกับยาอื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้ผลึกชน, เพราะ
 ต้องการจะศึกษาฤทธิ์ของเพธิดินอย่างเดียว.
๓. หลักในการให้ยา:
 - ก) ก่อนให้ยาทุกครั้งต้องตรวจทาง
 ช่องคลอดหรือทวารหนักเพื่อคลุกษณะของ
 ปากมดลูก.
 - ข) ตรวจอาการของมารดาก่อนและ

หลังให้ยา, โดยเฉพาะบันทึกชีพจร, การ
 หายใจและความดันโลหิต.

๔. การให้ยาเริ่มเมื่อคนไข้อยกว่าเจ็บ
 จนไม่ต้องกวนระทนต่อไป, ซึ่งมักเริ่มเมื่อ
 ปากมดลูกเปิดประมาณ ๒ นิ้วมอ.

๕. ขนาดยาที่ให้, ใช้เพธิดิน ๑๐๐
 มก. (๒ ล. ซม.) ฉีดเข้าหลอดเลือด. ใน
 การฉีดยาได้ทำให้ยาเจือจางก่อน, แต่เริ่ม
 ฉีดช้า ๆ เข้าไป ๒๕ มก. (ประมาณ $\frac{1}{2}$
 ล. ซม.) แล้วหยุด, อาการของคนไข้ประ-
 มาณ ๒-๓ นาที. ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ
 จึงค่อย ๆ ฉีดต่อไปจนหมด. ระหว่างฉีด
 ให้คนไข้หลับตาเพื่อช่วยให้อาการวิงเวียน
 และคลื่นไส้ลดลง.

ในการให้ยาช้า, ให้ในขนาด ๕๐-
 ๑๐๐ มก. ให้ช้าได้ทุก $\frac{1}{2}$ - ๓ ซม.ม.
 โดยไม่คำนึงถึงเวลาที่เด็กจะคลอด.

๖. เตรียมการแก้เด็กโดยพร้อมเพรียง,
 ซึ่งในแผนกใช้เครื่องแก้เด็กของ Kriesel-
 man. เตรียมนาลอร์ฟน ฮัยโดรคลอไรด์
 ไว้ใช้แก้เด็กในรายที่จำเป็น.

๗. อาการของเด็กแรกเกิด. ใช้วิธี
 นิยคระเนนตามวิธีของ Apgar.

สารศรราช

ตารางที่ ๓. ขนของการลม

	ลิมสนท	จำได้เลือน ๆ ไม่เจ็บ	จำได้ตลอด ส่วนมากไม่เจ็บ	จำได้และ เจ็บมาก
ครรรภ์แรก (๖๐)	๔ (๖.๖๖ %)	๔๗ (๗๘.๓๓ %)	๕ (๑๕ %)	๐ (๐ %)
ครรรภ์หลัง ๆ (๖๔)	๑๐ (๑๕ %)	๔๖ (๗๑.๘๗ %)	๘ (๑๒.๕ %)	๐ (๐ %)

จากตารางที่ ๓ เห็นได้ว่าส่วนใหญ่ของ ขาง ราย จะคราง ข้าง ในขณะ ทมการ ทคคว
ผู้ช่วยจำการคลอคไค้แต่เพียงเลอน ๆ คล้าย ของมคลก.
ในความผัน, และจำไมไค้วารุ่สึกเจ็บเม้

ตารางที่ ๔. ความพอใจของคนใช้

	ดีมาก	ดี	ไม่ดี
ครรรภ์แรก (๖๐)	๑๐๐ % (ไม่มีเปรียบเทียบ)		
ครรรภ์หลัง ๆ (๖๔)	๒๕ (๔๕.๓๑ %)	๓๑ (๔๘.๔๓ %)	๘ (๖.๒๕ %)

เนื่องจากคน ใช้ครรรภ์แรก ไมม่ อะไร ที่เคยคลอคมาแล้ส่วนใหญ่พอใจ. ส่วน
เปรียบเทียบ, จึงขอกไค้แต่เพียงว่าพอใจ พวกที่รู้สึกไม่เปลยนแปลงม้จำนวนน้อย.
และไม่รู้สึกกลัวการคลอค. สำหรับคนใช้

ตารางที่ ๕. ผลแทรกแซงในมารดา

จำนวนรวม	วิงเวียน		คลื่นไส้	อาเจียน
	น้อย	มาก		
๑๒๔ คน	๑๑๒ คน (๙๐.๓๒ %)	๑๒ คน (๙.๖๗ %)	๑๑ คน (๘.๘๗ %)	๖ คน (๔.๘๓ %)

สุพร เกิดสว่าง

689

จากตารางที่ ๕ เห็นได้ว่าในเกือบทุกรายมารดามีอาการวิงเวียนเล็กน้อย ซึ่งเป็นฤทธิ์โดยตรงของเพรดนิน. ส่วนอาการคลื่นไส้และอาเจียนนั้นพบบ้าง, ไม่มาก. ผู้ป่วยที่อาเจียน มักอาเจียนเพียง ๑ หรือ ๒ ครั้ง, และหยุดไปเองโดยไม่ต้องใช้ยาใดๆ ระวัง.

การอาเจียน มักเกิดเมื่อคนไข้ล้มตาขณะฉีดยา, และรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ รอบตัว

หมุน, ทำให้วิงเวียน, คลื่นไส้, และอาเจียน. ถ้าให้คนไข้นอนหลับตาขณะฉีดยา, อาการเหล่านี้จะลดลงไปมาก.

อัตราการพักร, การหายใจ, และความดันโลหิตของมารดา ไม่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน.

อาการของเด็กเมื่อคลอด, ใช้วิธีนับคะแนนแบบ Apgar (ตารางที่ ๖)

ตารางที่ ๖. วิธีนับคะแนนเด็กเกิดใหม่แบบ Apgar

อาการแสดง	๐	๑	๒
อัตราหัวใจ	ไม่มี	ช้า (ต่ำกว่า ๑๐๐)	มากกว่า ๑๐๐
การพยายามหายใจ	ไม่มี	ช้า (ไม่สม่ำเสมอ)	ดี, ร้องได้
โทนสีกล้ามเนื้อ	อ่อนปวกเปียก	ขาแขนงอเล็กน้อย	เคลื่อนไหวดี
ปฏิกิริยาต่อคาร์ทีเตอร์ใส่จมูก	ไม่มี	“แยกเขี้ยว”	โอหรือจาม
สีกาย	เขียวคล้ำ, ชีด	ตัวสีชมพู, แขนขาเขียวคล้ำ	สีชมพูทั้งตัว

๑ นาทีหลังเด็กเกิด, ให้คะแนนเด็กจากอาการแสดง ๕ อย่าง ดังตารางที่ ๖.

คะแนนเต็มรวมเท่ากับ ๑๐ คะแนน, ซึ่งเห็นได้ว่าเด็กที่ใดคะแนนเต็มมีสภาพดีที่สุด

ตารางที่ ๗. ผลของยาต่อเด็กเกิดใหม่

๗ ก. ทั่วไป

ระยะเวลาระหว่างยาครั้งสุดท้ายกับการคลอด	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	เฉลี่ย
๑๕—๓๐ นาที (๑๔ ราย)	๑๐	๗	๘.๐๗
๓๑—๖๐ นาที (๑๖ ราย)	๑๐	๖	๘.๗๔
๖๑—๑๒๐ นาที (๔๓ ราย)	๑๐	๕ (ก่อนกำหนด)	๘.๘๗
๑๒๑ นาทีขึ้นไป (๕๕ ราย)	๑๐	๗	๘.๕๐

๗ ข. เด็กคลอดก่อนกำหนด (๗ คน)

น้ำหนักตัว	ระยะเวลาระหว่างยาครั้งสุดท้ายกับการคลอด	คะแนน
๒๔๐๐	๕๕ นาที	๘
๒๓๘๐	๓ ชั่วโมง	๑๐
๒๓๘๐	๒ ชั่วโมง	๘
๒๓๒๐	๑ ช.ม. ๒๐ นาที	๕
๒๐๕๐	๒ ชั่วโมง	๕
๑๕๗๐	๓ ชั่วโมง	๕
๑๕๐๐	๓ ชั่วโมง	๑๐

๗ ค. พวักคะแนนต่ำ (ต่ำกว่า ๗)

คะแนน	ขนาดยาทั้งหมด	ระยะเวลาระหว่างยาครั้งสุดท้ายกับการคลอด	น้ำหนักเมื่อคลอด	ระยะที่ ๑	ระยะที่ ๒
๖	๑๐๐ มก.	๓ ชั่วโมง	๒๕๕๐	๑๒ ชั่วโมง	๑ ชั่วโมง
๖	๑๐๐ มก.	๕๓ นาที	๒๖๐๐	๓ ชั่วโมง	๔๓ นาที
๖	๑๐๐ มก.	๔๘ นาที	๓๗๓๐	๒ ชั่วโมง	๑๘ นาที
๕	๑๐๐ มก.	๒ ชั่วโมง	๒๐๕๐	๖ ชั่วโมง	๘ นาที
๕	๑๐๐ มก.	๓ ชั่วโมง	๑๕๗๐	๖ ชั่วโมง	๕๐ นาที
๕	๑๐๐ มก.	๑ ช.ม. ๒๐ นาที	๒๓๒๐	๖ ชั่วโมง	๑๐ นาที

จากตารางที่ ๗ ก. จะเห็นได้ว่า การให้ยาในระยะใกล้กับเวลาที่เกิดถึง ๑๕ นาที ก็มีใ้ทำให้เด็กที่เกิดมีอาการ อัสฟัยกเซียม (คะแนนเฉลี่ย ๕.๐๗).

จากตารางที่ ๗ ข. ซึ่งรวบรวมจากเด็กคลอดมีน้ำหนักต่ำกว่า ๒๕๐๐ กรัม ๗ ราย. ปรากฏว่ามีเด็กได้คะแนนต่ำถึง ๕ จำนวน ๓ ราย. แต่เนื่องจากมีน้อยรายเกินไป จึงไม่สามารถจะแปลผลได้ว่าเป็นเพราะฤทธิ์ของยาหรือเพราะลักษณะที่เกิดก่อนกำหนด. ทั้งสามรายเด็กปลอดภัยหลังจาก การช่วยแก้ไขอาการ.

จากตารางที่ ๗ ค. ซึ่งนำเอารายที่เด็กได้คะแนนตั้งแต่ ๖ ลงไปมาพิจารณา, พบว่าคะแนนที่ต่ำมิได้เกี่ยวข้องกับขนาดยาที่ให้, ระยะเวลาที่ฉีดครั้งสุดท้ายกับเวลาที่เกิด, และความนานของระยะเวลาการคลอด, แต่พบว่า มีเด็กที่น้ำหนักค่อนข้างต่ำถึง ๕ รายในเด็กทั้งหมด ๖ คน.

สรุป

ผู้รายงานได้รวบรวมผลของการใช้เพ็คติน ฉีดเข้าหลอดโลหิตเพื่อระงับความเจ็บปวดในระหว่างคลอด, ในคนไข้คลอดปรกติ ๑๒๔ คน, โดยให้ยาในขนาด ๑๐๐ มก.

ทุก ๒๕-๓๐ ช.ม. ปรากฏผลสรุปได้ดังนี้ คือ:

๑. เพ็คตินโดยการฉีดเข้าหลอดโลหิต, มีฤทธิ์ทำให้การเจ็บในการคลอดน้อยลงจนอยู่ในขนาดพอจะทนได้, หรือเจ็บแต่เพียงเล็กน้อย, และทำให้คนไข้จำการคลอดได้แต่เพียงเลือน ๆ.

๒. เพ็คติน ไม่ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดช้าลง, และอาจทำให้ระยะเบ่งสั้นลงเล็กน้อย, เนื่องจากคนไข้ได้พักผ่อนมากในระยะที่ ๑.

๓. เพ็คติน ฉีดเข้าหลอดโลหิตในขนาด และวิธีที่ใช้ ไม่มีอันตรายร้ายแรงต่อมารดา, นอกจากอาจมีอาการคลื่นไส้, อาเจียนเล็กน้อย ซึ่งหายไปเองโดยไม่ต้องแก้ไข.

๔. ไม่มีอันตรายร้ายแรงต่อเด็กคลอดครบกำหนด, แม้ว่าจะให้ยาใกล้กับเวลาที่เกิดคลอด.

๕. สำหรับเด็กคลอดก่อนกำหนด, ยานี้อาจทำให้มีอาการอัสฟัยกเซียมได้, แต่ไม่รุนแรง, และการแก้ไขโดยวิธีธรรมดา ก็สามารถช่วยชีวิตเด็กได้.

การศึกษานี้มีความมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางสำหรับใช้เพ็คตินร่วมมัยาอื่น, เพื่อบรรเทาการเจ็บปวดในการคลอดให้ได้ผลดียิ่งขึ้นด้วย.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์ หัวหน้า แผนกสรีรศาสตร์ฯ, ท่านอาจารย์อื่นๆ ในแผนก, แพทย์ประจำบ้านอายุโสและแพทย์ประจำบ้าน (พ.ศ. ๒๕๐๒ และ ๒๕๐๓) ที่ได้กรุณาช่วยให้การทดลองและรวบรวมผลสำเร็จได้โดยเรียบร้อย.

เอกสาร

1. Goodman, Louis, and Alfred Gilman: Pharmacological Basis of Therapeutics, ed.2 (New York), Macmillan 1955.
2. Apgar, V.: Anesth. & Analg. 1953, 32:260.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกคนไข้ศัลยกรรม

รายที่ ๔

ชื่ระ ลืมศิลา พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

ประธาน ศจ. นพ. อุดม โปษะกฤษณะ

คนไข้ รัย ๒๔ ม.ค. ๒๕๐๔, จำหน่าย
๑ ม.ค. ๒๕๐๔, ผ่าตัด ๒๗ ม.ค. ๒๕๐๔
(นพ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติยากร).

ประวัติ ผู้ป่วยชายไทย, คู่, อายุ ๓๘ ปี,
มีอาการปวดท้องบริเวณขोकอกมา ๒ ปีเศษ,
มักเป็นหลังอาหาร. ในระยะ ๔-๕ เดือน
ก่อนมาเริ่มมีอาการเจ็บหลังอาหารเป็นครั้ง
คราว. ๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล, เนื่อง
จากท้องผูกจึงรับยาระบาย. รับประทานเพียง
๑๐ นาทีก็เสียดท้องมาก, แล้วอาเจียนออก
เป็นเลือดสดๆ ๒ ครั้งในระยะใกล้ๆ กัน,
รวมกว่า ๒ กระป๋องนม (ประมาณ ๕๐๐
ล.ซม.). เหงื่อแตก, เป็นลม. ญาติได้นำไป
รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
ภายหลังการรักษา ๑ เดือนเศษอาการทั่วไป
ดีขึ้น, ทเลาปวดและไม่มีอาเจียนเป็นเลือด
อีก. จึงได้ถ่ายภาพรังสีชุดทางเดินอาหาร
เมื่อ ๘ ธันวาคม ๒๕๐๓, พบมีไคเวอร์ติ-

กลุ่มที่กระเพาะอาหารส่วนต้นตื้น. อาการ
ปวดท้องและอาเจียนยังมีอยู่เป็นครั้งคราว,
จึงย้ายมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลนี้.

ไม่เคยมีประวัติลมสุราจึก.

ตรวจร่างกาย อดหนักมี ๓๖.๘ ช. อัตราชีพ
จร ๕๐/นาที. ความดันเลือด ๑๔๐/๕๐
มม.ปรอท. ร่างกายสมบูรณ์. ไม่ซีด. ไม่
เหลือง. คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่โตโต.
ท้องรูปร่างปรกติ. กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณ
ขอกอกและชายโครงซ้าย. เสียงกระดก
ไม่ชัดเจน. ตับม้ามคลำไม่ได้. ปอดหัวใจ
ปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง เลือด, ม.ล.ค.
๓.๘ ล้าน, ฮบ. ๑๔ ก.ปช., ม.ล.ช.
๘,๐๐๐, ป. ๗๘ ปช., ล. ๒๑ ปช.
อี. ๑ ปช. บัสสภาวะปรกติ. ตรวจอุจจาระพบ
เลือดแฝง. ตรวจสภาพตับ:—

T.T. 1.5	Alk. Phosphatase 6.6 Shinowanra U.
T.F. -ve	B.S.P. 2.13 % Retention
C.C.F. -ve	Cholesterol total 179.0 mg. %
Zu T. 7.0	Albumin 4.0 gm. %
I ₂ T. -ve	Globulin 1.6 gm. %

วิเคราะห์น้ำย่อยอาหาร : ส่วนตกค้างมี
 กรดรวม ๕๐ หน่วย, กรดเสรี ๔๕ หน่วย.
 ตัวอย่างแรกมีกรดรวม ๑๑ หน่วย, กรด
 เสรี ๑ หน่วย. ขนถึงสูงสุดใน ๑๐๕ นาที,
 กรดรวม ๗๐ หน่วย, กรดเสรี ๓๐ หน่วย.
 ระดับกรดลงมากแล้วกลับขึ้นสูงอีกครั้งหนึ่ง
 เมื่อ ๑๕๐ นาที (กรดรวม ๔๒, กรดเสรี
 ๑๒), ลงถึงขีดต่ำสุดเมื่อ ๓ ชั่วโมง.

การวินิจฉัยของท่าน

ผู้ร่วมอภิปราย

แผนกคลีนิคศาสตร์

๑. ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม
 ไปชะกฤษณะ
๒. นายแพทย์พิสิฐ วิเศษกุล
๓. นายแพทย์ ม.ร.ว. กल्याณกิต
 กิตติยากร

แผนกกายวิภาคศาสตร์ ศาสตราจารย์

นายแพทย์ สก สว่างวิเชียร

แผนกอายุรกรรม ร.พ. พระมงกุฎเกล้า

ร.อ. อโนทัย แย้มยิ้ม

แผนกรังสี ร.พ. พระมงกุฎเกล้า

พ.ต. กฤษณ์ กิตติจันทร์

แผนกพยาธิวิทยา

นายแพทย์วินวัฒน์ จันทรวงศ์

ร.อ. อโนทัย ผู้ช่วยรายรับไว้ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๓ ด้วยเรื่องอาเจียนเป็นเลือด. แรกเริ่มสงสัยสาเหตุสองประการ จากวาริซหลอดเลือดอาหาร, หรือจากแผลในกระเพาะอาหาร. จากประวัติผู้ป่วยไม่ดื่มสุราเรอจริง, อาหารการกินปกติ, และตรวจสภาพตั้งอยู่ในเกณฑ์ปกติ, จึงน่าจะแยกสาเหตุจากวาริซออกไปได้. เลือดที่ออกในอุจจาระโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้ตรวจด้วยไมโครแอสซิมซึ่งไว้น้อยกว่าเช่นซีดีเอ็น, ก็ตรวจพบ. ผลการวิเคราะห์น้ำย่อยอาหารอยู่ใน

เกณฑ์ปรกติ. แต่ในน้ำย่อยตกค้างมีกรดรวม ๕๐ หน่วย, กรดเสรี ๔๕ หน่วย, นี้ต่ำกว่าค่อนข้างสูง. มีข้อน่าสังเกตอีกคือมันผิดปกติอย่างตรวาง, ซึ่งอาจไปทำให้กรดตกต่ำกว่าที่ควรได้.

การดำเนินโรคและการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ให้การรักษาทางอายุรศาสตร์, แยกคนไข้มีเลือดออกในทางเดินอาหาร. ให้ยาลดกรดและยารักษาตามอาการ. อาการทั่วไปดีขึ้น. อาการปวดทเลาหลังข้าง, แต่ไม่หาย, ประกอบกับตรวจทางรังสีพบมีไคเวอร์ติคูลมที่กระเพาะอาหารส่วนพื้นคัสต์ด้านหลัง, จึงแนะนำมาวิธีการรักษาทางคัลยกรรม.

พ.ต. กฤษณ์ ๗ ทำการตรวจรังสีชุดทางเดินอาหารพบมีลักษณะยาวลงไปทางผนังด้านหลังของกระเพาะอาหารต่ำกว่าส่วนคาร์เคียเล็กน้อย. ทรงคาร์เคียมีส่วนหัวใหญ่อีกอัน, มีภาพลวดลายเยื่อเมือกของกระเพาะอาหารอยู่. เนื่องจากยังสงสัย, ๕ วันต่อมาจึงตรวจซ้ำอีกครั้ง. จากฟิล์มด้านข้างพบมีรอยแห้วใหญ่, ขอบไม่เรียบ. จากด้านหลังของพื้นคัสต์ติดต่อไปช่องหลังกระเพาะอาหารมีส่วนคอกใหญ่, ขอบไม่เรียบ. การวินิจฉัย

จากภาพรังสีที่อาจเป็นไปได้คือ:

(๑) ไคเวอร์ติคูลมในส่วนพื้นคัสต์ของกระเพาะอาหาร.

(๒) คาร์ซีโนมาระยะแตกเป็นแผล. เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนอาจเพิ่มการตรวจพิเศษ, โดยวิธี:

(๑) "Air contrast", โดยคุดยาเริ่มมออกทางหลอดขางที่เจาะรูไว้ใกล้ ๆ ปลายแล้วใส่ไปในกระเพาะอาหาร, และให้กินโซดา.

(๒) ถ่ายภาพรังสีในท่าต่าง ๆ กัน, เช่นนอนคว่ำ, นอนหงาย. ยาเริ่มมจะลงในส่วนหัว, โดยน้ำหนัก, ช่วยให้เห็นชัดเจน. ต่อไปให้ยืน, อาจเห็นระดับน้ำตักกับอากาศภายในกระเพาะ.

(๓) ถ่ายภาพอีกครั้ง, ภายหลังกระเพาะบีบยาเริ่มมออกไปแล้ว.

ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ (การผ่าตัด) การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดในรายนี้คือกระเพาะโป่งพองหรือแผลเบื้อยไซไซอนในด้านหลัง, ซึ่งน่าจะเป็นเนอรัยมากที่สุด.

ได้ผ่าลงมาตามแนวกลาง. สิ่งแรกที่เห็นผิดสังเกตคือกระเพาะอาหารซึ่งมีรูปร่างและขนาดปรกติถูกดันออกมาทางหน้าท้องมากกว่าธรรมดา. เมื่อดำคังเห็นว่าด้าน

หลังของกระเพาะติดแน่นเป็นเนื้อเคียวกับ
 ก้อนเนื้อซึ่งโตมาก, เต็มส่วนชัยโปจน-
 เกรียมซ้ายขึ้นไปจนถึงส่วนโค้งของกระบังลม
 ขึ้นไปทางส่วนขวาของอวัยวะเตรียมจนถึง
 เอออร์ตา, และโตเต็มส่วนใหญ่ของส่วน
 อัมบิลิคัลและลิมบาร์ซ้าย.

ส่วนบนของก้อนแข็งและนูนเป็นกลีบ.
 ด้านหลังไม่ติดกับม้ามหรือผนังหลังของช่อง
 ท้อง. ด้านขวามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ
 เอออร์ตาแต่ไม่ติด. ส่วนล่างของก้อนเรียบ
 และเป็นชัยสที่ตึง, ติดแน่นกับหางของตับ
 อ่อน.

ผนังหลังของกระเพาะอาหารตอนกลาง
 ติดแน่นกับด้านหน้าของชัยสที่. เมื่อเปิด
 กระเพาะอาหารพบมีพิสตุลาใหญ่เป็นวง-
 กลม, เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณครึ่งนิ้ว,
 ติดต่อกับกระเพาะเขาชัยสที่. เยื่อเมือก
 รอยๆ พิสตุลาหนามาก, ขวม, ติดแน่น,
 เลือดออกง่ายเมื่อถูกแตะต้อง. ชัยสที่แห่ง
 ลมเมื่อคนเอาสังทอยู่ข้างในออกมาในกระ-
 เพาะอาหาร.

การวินิจฉัยระหว่างผ่าตัดคือคาร์ซิโนมา
 ก้อนใหญ่ของกระเพาะอาหาร, ร่วมกับการ
 เกิดชีพโคแพนครีเอติกชัยสที่. แต่ที่แปลก
 คือไม่ลามกินตับหรือเยื่อช่องท้อง. ทั้งต่อม

นำเหลืองที่ซิลแอ็ค แอ็กซิลิกโทเพียงเล็ก
 น้อยและเป็นแบบอักษะเท่านั้น. จึงคิดว่าจะ
 ต้องตัดออกทั้งอัน. แต่เมื่อเริ่มต้นเลาะด้าน
 ขวาของก้อนจากตับอ่อนและเอออร์ตา, ซึ่ง
 เป็นส่วนที่ยากที่สุดของการผ่าตัด, ก็ต้อง
 เลิก, เพราะเลือดออกมากและห้ามได้ด้วยความ
 ลำบาก. เมื่อคิดว่าถ้าผู้ช่วยเป็น
 มะเร็งซึ่งกระจายกว้างขวางเช่นนี้, และการ
 ที่จะพยายามเอาออกทั้งหมดจะต้องรวมทั้ง
 การขยายแผลผ่าตัดเข้าไปในช่องอกซ้าย,
 ตับตับอ่อน, ตับกระเพาะอาหารอย่างถาวร,
 ราก, และเลาะเอออร์ตาส่วนช่องท้องด้วย,
 ทั้งเลือดก็มีได้เตรียมไว้พอสำหรับการผ่าตัด
 ใหญ่โตเช่นนั้น, จึงตัดสินใจทำไขข้อพชัย
 จากส่วนบนของก้อน, แล้วปิดหน้าท้อง, ใส่
 ท่อระบายไว้.

น.พ. นวัตกรรม (พยาธิวิทยา) ใ้ตรวจก้อนเนื้อ
 มาเพียงชิ้นเล็กๆ, สีเทาปนขาว, ไม่ยุ่ย.
 ตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพบเซลล์รูปกระสวย
 เป็นส่วนใหญ่. เซลล์เท่าๆ กันเรียงกันเป็น
 แถว. บางหย่อมประสานกัน. เป็นลักษณะ
 ของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ. พบเยื่อไฟบริล
 ล้อมรอบเซลล์บางส่วนคล้ายผนังหุ้มซีกเจน.
 บางหย่อมของเซลล์รูปกระสวยพบการ

เสื่อมสภาพเป็นมคออยค่าง. สรรพว่า
ลักษณะทั่วไปแสดงไปทางเนืองอกไม่ร้าย.
แต่ต้องไม่ลืมว่าชนเนอทศตส่งไปมีเพียงชน
นิกเดียว, อาจมีส่วนทลลักษณะเป็นเนอร้าย
แต่คักไม่ถูกก้ไ. ให้การวินิจฉัยทางพยาธิ
วิทยาว่าไลโอมีโยโมาของกระเพาะอาหาร.

ศ.จ. อดม ๗ น่าจะเป็นไคเวอร์ติคูลมเทียม,
จากเนอร้ายของกระเพาะอาหารที่แตกเป็น
แผล.

น.พ. พิสิฐ ๗ ตามที่พบเห็นมาไลโอมีโย-
โมาที่พบในทางเดินอาหารส่วนบน, โดย
เฉพาะที่กระเพาะอาหารน, มักเป็นเนอร้าย.
ตามลักษณะที่เห็นว่าเนอสีขาวๆ เทาๆ ประ
กอบกับการกระจาย อย่างกว้างขวางตามที่
คุณหมอกลียาณกิตยอก, ก็ยังสันนิษ
ทางเนืองอกร้าย. หากอยู่บางแห่ง, เช่น
ส่วนโค้งน้อยของกระเพาะ, อาจเป็นชนิก
ไม่ร้าย. รายงานเรตคเนอออกมาตรวจเพียง
นิกเดียว, อาจออกผลไ้ไม่แน่นอน.

ศ.จ. สุด ๗ มะเร็งของกระเพาะอาหารแพร่
กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเห็นอกระดุกให้

ปลาร้าข้างซ้าย, เป็นความคิดเห็นทเชอกัน
มานานแล้ว. อยากขอเรียนถามถึงกลไก
ของการกระจาย.

ม.ร.ว. กัลยาณกิต ๗ มะเร็งจากกระเพาะ
อาหารลามไปสู่ต่อมน้ำเหลืองซลิแอด์ก่อน,
แล้วไหลต่อไปตามธอราซิคคัก, เข้าสู่
ระบบเลือดค้ำตรงมมหลอกเลือดค้ำจากลาร์-
ซัลคลาเวียนคอกัน. เมื่อมีการเพิ่มแรงคั้น
ในช่องอกเช่นจากการไอ, จาม, หรือเบ่ง,
เกิดแรงคั้นย้อนกลับขึ้นในหลอกเลือดค้ำ
กล่าว, เซลล์เนืองอกถูกคั้นออกไปสู่ต่อม
น้ำเหลืองบริเวณนั้น.

หมายเหตุ ภายหลังการประชุมอภิปราย
ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยรายน ออกครั้งหนงเมื่อ
๑๖ กพ. ๐๔, ทำกาสเตรคโตมีย์เกือบหมค
(ซัลโตคัล), แทรนสเวอร์ส โคเล็คโตมีย์
บางส่วน, แพนเครอาเต็คโตมีย์ บางส่วน,
และ สเพลเน็คโตมีย์. อาการคนไข้เรียบ
ร้อยค้. ให้กลับบ้านไ้เมื่อ ๑ มีค. ๐๔.

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ไลโอมีโยโมา
โคมา ของกระเพาะอาหาร.

บทความพิเศษ

อักขรวิธีในการเขียนทับศัพท์

โชติศรี ท้าราบ พ.บ.
(บริษัท วิทยากรรม จำกัด)

เวลาในการเขียนทับศัพท์คำวิชาการกำลังเป็นที่แพร่หลายอยู่ในวารสารการแพทย์ของเราเกือบทุกฉบับ. นับแต่สารคดีวิราชได้เสนอแนะหลักเกณฑ์การใช้อักษรไทยให้ตรงกับภาษาฝรั่ง (บทบรรณาธิการ, สารคดีวิราช ฉบับที่ ๔, เมษายน ๒๕๐๑), การเขียนทับศัพท์ก็ดีขึ้นเรื่อยๆ, อ่านแล้วช่วยให้ทราบย้อนหลังไปถึงการสะกดตัวในภาษาเดิม. แต่ก็ยังมีการสะกดคำบางคำไม่ถูกต้องอยู่, โดยเฉพาะเสียงตรีสำหรับอักษรต่ำ, จึงใคร่ขอพินความมีแบบแผนอักขรวิธีไทยโดยสังเขป, อันจะเป็นประโยชน์ต่อการเขียนทับศัพท์.

ในจำนวนอักษรไทยทั้งหมด ๔๔ ตัวนั้น, ปรากฏทางภาษา* ท่านได้แบ่งออกเป็น ๓ หมู่, เรียกว่าไตรยางค์. อักษร ๓ หมู่หรือไตรยางค์คนมคังน :

- ๑. อักษรสูง, มี ๑๑ ตัว คือ ข ฃ ฉ จ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ณ
- ๒. อักษรกลาง, มี ๕ ตัว ก ฌ ญ ฎ ฏ
- ๓. อักษรต่ำ, มี ๒๔ ตัว ได้แก่ ค ฅ ฆ ง จ ฉ ฌ ญ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ณ ด ต ถ ท ธ น บ ป ผ ฝ พ ฟ ภ ม ย ร ฤ ล ฦ ว ศ ษ ส ห ฬ อ ฮ ฯ ะ ั า ำ ิ ี ึ ื ุ ู ฺ ฻ ฼ ฾ ฿ ๐ ๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙

อักษรกลาง เป็นอักษรประเภทเดียวกับ อักษรสูง มีเสียง ๕ เสียง. ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะ "คำเป็น", ซึ่งพินเสียงเป็นเสียงสามัญ, ฝนได้ช่วยไม่วรรณยุกต์ เป็นเสียง เอก โท ตรี จัตวา ตามลำดับ, ดังตัวอย่าง :

- กา ก่า ก้า ก๊า ก๋า
- ขา ข่า ข้า ข๊า ข๋า
- ฮา ฮ่า ฮ้า ฮ๊า ฮ๋า

ส่วน "คำตาย" มีพินเสียงเป็นเสียง

* ดู สยามไวยากรณ์ อักขรวิธี ของอำมาตย์เอก พระยาอุปถัมภ์ค้ำจุน

ให้ผันไตครบ ๕ เสียงอย่างอักษรค, จึงต้อง
มวธใช้วรรณยุกต์ขึ้นออกอย่างหนึ่ง, คือใช้
อักษรกลางหรืออักษรสูงนำ. ถ้าอักษรกลาง
นำ, กผันอย่างเดียวกับอักษรกลาง, ตัวอย่าง
เช่น :

กรร กร่า กร้า กร่า กร่า

แต่ถ้าตัว อ (อักษรกลาง) นำตัว ย,
ไม่ต้องอ่านออกเสียงตัว อ. คงออกเสียงตัว
ย ตัวเดียว. เป็นแต่ผันอย่างอักษรกลาง
เท่านั้น. อ นำ ย เคยวนมี ใช้อยู่เพียง ๔ คำ
คือ ออย่า อย๋ ออย่าง อยาก.

ถ้าอักษรสูงนำ อ่านเป็นเสียง อักษรสูง
เช่น ขร่า ขร่า ขร่า. แต่ถ้าตัว ห นำ, ไม่
ต้องออกเสียงตัว ห. คงออกเสียงเพียง
อักษรเดียวตามหลังเป็นเสียงจัตวา, และ
ผันอย่างอักษรสูง, ดังตัวอย่าง หง่า หง่า
หง่า.

เมื่อใคร่ หลกวิธีเขียนภาษาไทยของเรา
เองเช่นนี้แล้ว, ความไขว้เขวในการถ่ายคำ
ฝรั่งออกเป็นอักษรไทยคงจะหมดไป.

คำที่เห็นเขียนผิดกันมากและบ่อย, ก็คือ
คำที่เกี่ยวข้องกับอักษรต่ำ, โดยเฉพาะเสียงตรี,
เช่นคำ loop โดยมากสะกดกันว่า “ลูป”
ซึ่งผิด. ที่ถูกต้องควรเขียนว่า “ล้วย”
ผันของ อักษร ต่ำ, ซึ่ง ได้ นำ มาอธิบายไว้

ข้างต้น.

อีกคำหนึ่งคือ shock ได้เห็นว่าสะกด
“ช็อค” กันเป็นส่วนมาก. ที่ถูกต้องควรเขียน
ว่า “ช็อก”. การที่ใช่ไม่ไต่คี่ ก็เพราะคำ
ฝรั่งคำนี้ออกเสียงสั้น. ถ้าใช่ไม่โท, เขียน
ว่า “ช็อค”, รู้สึกว่าจะเสียงยาวไป, ไม่
ตรงสำเนียงเดิม.

หากจะมีผู้ใดขังใจ, ผู้เขียนก็ขอให้นึก
คำไทยง่าย ๆ ของเราคำหนึ่งเช่นทยบ, คือ
คำว่า เซ็ด, ซึ่งเป็นเสียงสั้นและเป็นเสียงตรี
ของอักษรต่ำเช่นกัน. ด้วยเหตุผลง่าย ๆ
เช่นนี้, เชื่อว่าการเขียนคำว่า “ช็อค” ด้วย
ไม้ไต่คี่คงจะสิ้นสุดลงข้างกันไปได้.

จากหลักการผัน แขนงเดียวกัน, note ก็
ไม่ควร เขียน ออกมา เป็น อัก ษร ไทย ว่า
“โน้ต” หากควรเป็น “โน๊ต”. ลองนึก
ถึงคำง่าย ๆ อย่าง “น้ำ” ซึ่งเป็นเสียงตรี
เหมือนกัน, ก็คงพอช่วยให้หายสงสัยว่าทำ
ไมจึงไม่ใช่ “โน้ต” แต่เป็น โน๊ต.

Factor ไม่น่าสะกดเป็น “แฟ็คเตอร์”,
หากเป็น “แฟ็คเตอร์”.

Toxin ควร เขียน ออกมา เป็น “ท็อก
ซิน”, ไม่ใช่ “ท็อกซิน”. และ Soft tissue
ไม่ใช่ “ซอฟท์ ทิสซิว”, แต่เป็น ซอฟท์
ทิสซิว.

ตัวอย่างอื่น ๆ ยังมีอีกมาก.

ข้อควรจำอย่างง่าย ๆ ก็คือ, มีเพียง อักษร กลาง ๕ ตัว เท่านั้น ที่ ใช้ ไม่ ตรี ไค, นอกนั้น ใช้ ตรี ไม่ ไคเลย. และอักษรกลาง เพียง ๕ ตัวนั้น ก็ ง่าย, ไม่ เหลือ ยาก ว่า แรก แต่อย่างใด.

ที่เคย มี ผิด ทัก ท้วง แคะ ไค เรื่อง คำ สะกด ที่ ใช้ ไม่ ตรี อย่าง ผิด ๆ เช่น น มา แล้ว ใน หน้า หนังสือ พิมพ์. หลังจาก นั้น ไค สังเกต ว่า มี คำ แปลก ๆ ที่ น่า ขน เกก ขน หลาย คำ, เห็น แล้ว กริ ไค ทน ทว่า คน เขียน เกิด ประสาท ผวา, เป็น ห่วง เรือง ไม่ ตรี เกิน ไป จน หลง เลอะ. ทง นี้ ก็ เนื่อง จาก ความ ไม่ มั่น คง ทาง พจนานุกรม วิชา ไทย ของ ผู้ นั้น เอง. จะ ขอยก ตัวอย่าง มา ให้ เห็น เท่า ที่ นก ออก.

“โอ๊ย” เสียงร้องอุทาน, ซึ่งคนธรรมดา ร้องกันว่า “โอ๊ย”. แต่ความไขว้เขวเรื่อง อักษรกลางกับอักษรต่ำและไม่โทไม่ตรี, ที่ มี ผิด แคะ ไค ไว้, ทำให้ คน เขียน เปลี่ยน จาก ถูก มา เป็น ผิด ไป จน ไค.

“เจ๊ก” แทนที่จะเขียนว่า “แจ๊ก” “ขม นามัน”, ถ้าหาก นก ดึง คำ ว่า “ข่า” ออกเสียงอย่างไรแล้ว, pump ก็คง ไม่ โคน เปลี่ยน จาก “ป่ม” ไป เป็น “ขม” ให้น่า หัวใจ เป็น แน่.

นอกจาก เรื่อง อักษร ต่ำ เสี่ยง ตรี ที่ มี ก พลาด พลง กน ง่าย, การใช้ ตัว สะกด ทักษิ พัท บ้าง คำ ก็ สะกด ตา อยู่. ดัง คำ “gas” เห็น สะกด เป็น “กาซ”.

ในภาษาไทยไม่เคยปรากฏว่าตัว ซ ใช้ เป็น ตัว สะกด ไค.

ถึง นั้น คำ gas จึง เห็น ควร เขียน เป็น “กาส”.

เคย มี คำ ทักษิ พัท แต่ เก่า กอน คำ หนึ่ง ใช้ ค เป็น ตัว สะกด แทน C. คำ นั้น คือ “ออฟฟิศ”, office จึง ไค เร็ว นอก ตัว ค สำหรับ ตัว c ใน ถ้อย คำ ที่ มี สำเนียง เช่น น ของ ฝรั่งเศส, เพอ เลียง การ สะกด ด้วย ตัว ส ซึ่ง เคย ใช้ แทน สำหรับ ตัว s.

เช่น เดียวกัน, คำ virulence ซึ่ง เคย เห็น สะกด “วีรเลนส์” นั้น, ผู้ เขียน ไค เร็ว ขอ เสนอ ให้ เป็น “วีรเลนส์”.

ที่ ใช้ เครื่องหมาย พิณฑ (.) ไค ตัว ค, ก็ เพราะ เห็น ว่า ยัง เป็น ตัว สะกด ที่ ออก เสียง อยู่. หาก ใช้ เครื่องหมาย พิณฑ หมด หรือ การ ันต์ ตัว ค เสี่ยง แล้ว, ค ก็ ถูก ประหาร มิ ให้ ออก เสียง เลย, ซึ่ง ไม่ ตรง กับ สำเนียง เดิม.

การ จะ สมควร หรือ ถูก ผิด อย่างไร ตาม หลัก การ ถ่าย ตัว อักษร (Transliteration)

ขอยกไว้ให้ช่วยกันพิจารณา.

คำฝรั่งที่สะกดด้วยตัว z ก็เป็นอีกจำพวกหนึ่ง, ที่ยังไม่ทราบและคิดไม่ตก, ว่าควรจะเขียนออกเป็นอักษรไทยอย่างไร, จึงจะใกล้เคียงสำเนียงของมัน, และโดยที่ไม่ไปปะปนกับตัว s หรือ ts.

อนึ่งบางครั้งการเขียนทับศัพท์คำๆ ทีเดียว

กัน, ชั่วแต่ห่างกันเพียงไม่กี่หน้าหรือชั่วพลิกหน้า, ก็เห็นเขียนไม่เหมือนกัน, คลกกลลลน้อย. เช่น ileum เคยเห็นเขียนเป็นอีเลียมและไอเลียมในรายงานเรื่องเดียวกัน. ผู้เขียน คิดว่าน่าจะเลือกเอาคำใดคำหนึ่งกพอ. ก็ค้นนารัตอรแลนคี่ให้ออกเสียงคำนั้นว่า il'e-um.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

ปัญหาหน้าที่เกี่ยวกับนิ้ว

โรคนิ้วในทางเดินขี้สสารจะเป็นภาวะสำคัญอย่างหนึ่งของการแพทย์ทั่วโลก. ไม่แต่เฉพาะประเทศเราหรือประเทศในแถบร้อนเท่านั้นที่ทุกคนต้องรับความเดือดร้อนเพราะโรคนี้, แม้ในประเทศที่อากาศหนาวก็มีเช่นกัน. โรคอาจเกิดขึ้นแก่คนทุกเพศทุกวัย, ตั้งแต่เด็กอายุไม่กี่วันถึงแก่สียขี้.⁽¹⁾ อาการของโรคทำให้เกิดความทรมาณทั้งทางกายและใจ, ซ้ำยังก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนอันอาจนำไปสู่อันตรายถึงชีวิตก็ได้. การรักษาที่ได้ผลต้องใช้ศัลยกรรมซึ่งเป็นการยากและหาค่าแพงมาก. การรักษาทางยาแม้จะมีข่าวกระแสนกระสาบว่าได้ผลบ้าง, ก็ยังไม่เป็นที่เชื่อถือได้. ส่วนการป้องกันก็ยังทำอะไรไม่ได้เพราะไม่ทราบสมมูลฐาน. นักค้นคว้าในทางต่างๆ ทั่วโลกพยายามกันมานานแล้วที่จะจับตัวให้ได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดนิ้ว, แต่ก็ยังไม่มีการสามารถชี้โดยเจาะจงลงไปได้. ในขณะที่คนออกจะเห็นต้องกันเป็นส่วนมาก

ว่าสมมูลฐานของโรคนี้มันมีหลายส่วนประกอบกัน, เป็นหลายประเภทและหลายชั้น, ซึ่งคงจะแสดงอิทธิพลต่อกันและกันอีกด้วย. ต้นเหตุหรือเหตุประกอบเหล่านี้อาจแยกออกได้เป็นสองพวกใหญ่ๆ, คือพวกที่เกิดภายในกายกับพวกที่เกิดภายนอกกาย. พวกแรกได้แก่ความผิดปกติทางเคมีของเนอบียงชนิด, ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมหรือโรคบางอย่าง, ซึ่งทำให้เกิดการตกตะกอนของสารละลายในทางเดินขี้สสาร. พวกหลังได้แก่ภาวะแวดล้อม, อาหาร, น้ำดื่ม, เป็นต้น. สำหรับทั้งสองพวกนักวิทยาศาสตร์ได้ช่วยกันรวบรวมความรู้ไว้ได้มากพอใช้, แต่ยังไม่ถึงขั้นที่จะทำให้เกิดความกระจ่างได้. ในบทความนี้จะได้ยกปัญหาบางประการที่เกิดขึ้นจากผลของการตรวจค้นเกี่ยวกับสาเหตุของนิ้วในประเภทเกิดภายนอกกาย, มาบรรยายเพื่อประกอบความรู้และเพื่อกระตุ้นการคิดค้นต่อไป. ความรู้ข้อหนึ่งที่ได้มาจากการค้นคว้าใน

(1) อุนากูล, สมอง : สารศิริราช ๒๕๐๔, ๑๓ : ๑๕๕-๒๑๔.

หล່ายมมของโลกคือความสัมพันธ์ระหว่างอุณหภูมิของอากาศกับความมากของจำนวนคนไข้ที่เข้าโรงพยาบาล. รายงานจากประเทศไทย, สหรัฐอเมริกา, เยอรมนี, เกาหลี, แสดงให้เห็นตรงกันว่าจำนวนคนไข้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะเป็นนิว, เพิ่มขนเวลาอากาศร้อนและลดลงเวลาอากาศเย็น. (2, 3, 4, 5) ขอนอาจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของปีศาจไปตามฤดูกาล, ดังที่อวย เกตุสิงห์ ได้เคยรายงานเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑, (6) และต่อมาได้แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ คล้องจองไปโดยสมบรูณ์กับจำนวนคนไข้โรคนี้ที่ปรากฏขึ้นในเวลาทีตรงกัน. (7) การวิเคราะห์ปีศาจตลอดปีแสดงว่าในเดือนเมษายนปีศาจของนักเรียนแพทย์อาจมีปริมาณที่สิบสี่ชั่วโมงเฉลี่ยน้อยกว่าในเดือนมกราคมถึงห้าร้อยลูกบาศก์เซนติเมตร, และมีความเข้มมากกว่าถึงสามสิบเปอร์เซ็นต์. จำนวนนาทมน้อยลงและความเข้มที่เพิ่มมากขึ้นอาจเป็นเหตุให้มีการตกตะกอนเกิดขึ้นแล้วกลายเป็นน้ำต่อไป. ถ้า

คิดเพียงนักศราษรนต์. แต่ถ้าคิดต่อไปในบางแง่อาจพบปัญหาที่ตอขยาก. เช่นถ้าใครคนหนึ่อกคนาสักครึ่งวัน, หรือเพียงแต่ทำงานให้เหง้อออกมาก ๆ, ปีศาจของเขาที่อาจมีปริมาณต่อวันลดลงถึงครึ่งลิตร, และอาจมีความเข้มมากกว่าธรรมดาถึงสามสิบเปอร์เซ็นต์ได้. แต่คนเช่นนั้นก็มีไคมนวเกิดขึ้นในทางเดินปีศาจของเขาทุกครึ่งไป. คงจะต้องมีเหตุประกอบอะไรอีก, ที่มาร่วมทำการ, หรือถกกระตุ่นให้ทำการ, ก่อให้เกิดนิวขึ้นในกาละต่อไป

ตามผลการสำรวจสถิตินี้ในประเทศไทย, ช่งสนอง อนุากล ได้รวบรวม (1) ปรากฏชัดเจนว่าในบริเวณที่อยู่ตามชายทะเลมี คนเป็นโรคนี้ ปีศาจ น้อยกว่าบริเวณที่อยู่ห่างไกลมาก ๆ จากทะเล. ขั้ชันชวนให้นึกถึงไอโคนซึ่งคนที่อยู่ห่างจากทะเลย่อมขาดแคลน, เช่นที่เกี่ยวกับโรคคอพอก. แต่ปรากฏในเอกสารวิชาการว่าในประเทศไทยสวีตเซอร์แลนต์และยาวาเรียคอนส, บริเวณที่มีโรคคอพอกมาก, มีโรคนี้ น้อย, ตรงกันข้ามกับในส่วนที่มีโรคคอ

(2) อนุากล, สนอง : วชิรเวชสาร ๒๕๐๑ มิถุนายน : ๑-๒๒.

(3) Butt : J. Urol. 1952, April.

(4) Richter, H. : Dtsch. med. Wschr. 1961, 86 : 1867-1870.

(5) Brach : อ้างในรายการ ๔.

(6) เกตุสิงห์, อวย : Proc. Ninth Pacific Sc. Congr., Bangkok, 1958.

(7) เกตุสิงห์, อวย : Proc. Second Internat. Congr. Bioclimatol., London, 1960.

พอกน้อย, ซึ่งมีโรคนี้มาก. ขอนยอมแย่งความคิดว่าการขาดไอโอดีนเกี่ยวข้องกับโรคนี้. ยิ่งกว่านั้นปรากฏว่าในบริเวณที่มีโรคคอพอกประจำถิ่น, ภายหลังทำการป้องกันโรคนี้โดยการเติมไอโอดีนในเกลือ, มีสถิติโรคนี้เพิ่มขึ้น. ขอนยังชวนให้เชื่อว่าการขาดไอโอดีนคงไม่ใช่สาเหตุของนิวเป็นแน่. แต่ทำไมโรคนี้จึงมีน้อยในบริเวณที่มีโรคคอพอก, และตรงกันข้าม, ในบริเวณที่มีโรคนี้มากนั้นมีโรคคอพอกน้อย, เป็นปัญหาที่น่าจะขบคิดอย่างยิ่ง.

เป็นความเชื่อกันโดยทั่วไปมาแต่ไหนแต่ไรแล้วว่าลักษณะของน้ำตาลมประจำเป็นเรื่องสำคัญมาก, โดยเฉพาะปริมาณของแคลเซียมในนั้น. ความเชื่อนี้อาจเกิดจากการที่คนไข้นิวส่วนมากมาจากชนบทซึ่งต้องอาศัยคมนาคมที่ไกลจากธรรมชาติโดยไม่มีการติดต่อ. ส่วนคนที่อยู่ในเมือง, ซึ่งมีน้ำประปาใช้, มักไม่ค่อยเป็นนิว. มักอ้างกันว่าแคลเซียมในน้ำที่ดื่มไปเกิดเป็นก้อนนิวในทางเดินปัสสาวะ. อย่างไรก็ตาม, ผู้ที่ไม่เห็นด้วยมักแย้งว่าชาวชนบทโดยทั่วไปรวมทั้งในภูมิภาคที่ไม่ค่อยมีโรคนี้ด้วย, ย่อมมีค่าน้ำตาล, น้ำคลอ, หรือน้ำข่อย, ซึ่งก็

เป็นน้ำกระต่างถิ่น, และส่วนใหญ่ของแคลเซียมในน้ำที่ดื่มอาจไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ก็ได้. แต่ที่น่าทึ่งมากคือปรากฏตามสถิติว่าประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งใช้น้ำที่มีความกระต่างน้อย, มีโรคนี้ชุกชุมมากกว่าประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก, ซึ่งมีน้ำที่มีความกระต่างสูงกว่าอย่างมาก.

ริชเตอร์⁽⁴⁾ สนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ของนิวกับอาชีพของคนไข้. เขาทำการศึกษาที่เมืองไฟรบวร์ก, ในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศเยอรมนี. ในเมืองนี้มีพลเมืองทั้งหมด ๑๓๐,๗๖๑ คน, เป็นผู้ประกอบการอาชีพ ๕๖,๘๗๓ คน. ในจำนวนนี้ประมาณ ๑๖,๐๐๐ คน เป็นพวกทมิอาชีพ "นั่งทำงาน" (เท่ากับ ๒๘.๑ ٪) และประมาณ ๖๐๐ คนทำงานที่มีการเสี่ยงสูง (เท่ากับ ๑ ٪). มีผู้ประกอบการอาชีพต่างๆ เป็นโรคนี้ ๑๒๐ คน. ในหม่อมพวกที่ "นั่งทำงาน" ๓๖.๒ ٪., พวกที่เสี่ยงสูง ๒.๕ ٪. ผู้รายงานให้ความเห็นอย่างระมัดระวังว่าพวกที่นั่งทำงานอาจมีโอกาสเป็นโรคนี้บ่อยกว่าพวกทำอาชีพอย่างอื่นเล็กน้อย. ข้อสรุปนี้เห็นที่น่าสงสัย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ

(8) K. Boshamer, : อ้างในรายการ (๔).

(9) A.W. Meyer, อ้างในรายการ (๔).

ระหว่างพวกที่หนึ่งทำงานกับพวกที่เสียเหงื่อ
มาก. ในประเทศเรา, ซึ่งยังไม่มีสถิติเกี่ยว
กับความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและโรคนี้, ^๕
สังเกตว่าพวกชนชั้นกรรมกรออกจะเป็นน่ว
มากกว่าบุคคลจำพวกเสมียนหรือพนักงาน
อื่น ๆ ที่นั่งประจำโต๊ะ. วิชาเตอร์ให้เหตุผล
ตามความเห็นของเขาว่าผู้ที่ทำงานเสียเหงื่อ
นั้นย่อมอดทนนำเข้าไปแก่กระหาย, เป็น
การทดแทนการเสียน้ำและเป็นการชดเชย
น่วไปในตัว. เรื่องที่ยกขมานนอกจากเป็น
ปัญหาในแง่ความเชื่อถอแล้วยังเป็นเรื่อง
ชวนให้ทดลองดูว่าการคมนามาก ๆ จะชดเชย
กันการเป็นน่วโตคหรือไม่เพียงใด.

ขอทำหน้าที่ออกประการหนึ่งเกี่ยวกับ
ตำแหน่งที่พบกอนน่ว. ในอเมริกาและยุโรป
กอนน่วส่วนมากอยู่ในไตและหลอดไต, แต่
ในประเทศในแถบร้อนเป็นการตรงกันข้าม.
ตามสถิติที่ สอนอง อุนากุล รวบรวมไว้ (1)
ปรากฏว่า ๘๘.๒๕ ปร. ของกอนน่วทั้งหมด

พบอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ, และเพียง
๑๐.๕๕ ปร. อยู่ในไตและหลอดไต. น่ว
ในไตพบมากในผู้ใหญ่, อายุเกิน ๒๐ ปี,
ส่วนน่วกระเพาะปัสสาวะพบบ่อยในเด็กและหนุ่ม
สาวที่อายุไม่เกิน ๒๐ ปี. ความแตกต่าง
ในภาวะอะไรทำให้เกิดความแตกต่างอย่าง
ตรงกันข้ามระหว่างโรคนี้ในประเทศหนาว
กับประเทศร้อน, เป็นเรื่องที่น่าสนใจ. อาจ
เป็นไปได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างเรื่องนกับ
อายุของคนไข้, คือของประเทศเรามีเด็ก
มากกว่าผู้ใหญ่, และคนไข้เด็กเป็นน่วใน
กระเพาะปัสสาวะมาก. แต่คงเป็นเหตุผล
เพียงส่วนเดียว. ความจริงอาจมีเหตุประ-
กอบอย่างอื่นอีก, ซึ่งน่าจะค้นหาต่อไป.

ปัญหาเกี่ยวกับสมฐานของโรคนี้วยัง
มีอีกมากมาย. แต่เท่าที่ยกขมานมาอาจนึก
น่าจะเพียงพอแล้วที่จะกระตุ้นให้แพทย์และ
นักวิทยาศาสตร์ของเราเอาใจใส่ตรวจค้น
กันด้วยความขะมักเขม้นยิ่งขึ้น.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: สมชัย บวรกิตติ พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.,
วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., พ.ด., ประหยัด ทัศนารมณ์ พ.บ., ดิเรก ดำรงค์ดี พ.บ.,
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med., มานี วิสกุล พ.บ., พิรัช เบ็ญพันธ์ พ.บ.,
เผด็จ วรรณะสาร พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.,
พระพล สุนทรผลิน พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.

๑. Masuba, K.: ระบุยัยยังโปรทีเอส ใน กลไกของ ปฏิกริยาซัยเปอร์เช่นซิวิตซ์แบย อาร์ธส. (๑) การยัยยังควัยด้วยยัยยัง โกลยลิน. *Mie Med. J.* 1960, 10: 21-30.

Hayashi ก็บคะไค้แสดงว่าโปรเทอีน ส่วนย โกลยลิน, ซึ่งทำจากผิวหนังกระต่าย ขณะเริ่มมีปฏิกริยาซัยเปอร์เช่นซิวิตซ์แบย อาร์ธส, มีฤทธิ์ของเอนซัยม์ โปรทีเอส (๑๕๕๕, ๑๕๕๖), และการที่ฤทธิ์ของ เอนซัยม์ โปรทีเอสน้อยลงในระยะที่ ปฏิกริ- ยอาร์ธสลดน้อยลงเป็นเพราะมีควัยยัยยังเกิด ขน (๑๕๕๘).

Kasai (๑๕๕๕) พบว่าเมอฉิคโปร- เทอีนส่วนย โกลยลินที่ มีฤทธิ์เอนซัยม์ ย้อย โปรเทอีนเขาในผิวหนังทำให้เกิดการอักเสบ รุนแรงอย่างทันควัน, แต่การอักเสบจะถูก ยัยยังเมอฉิคย โกลยลินส่วน ที่ มี ฤทธิ์ ยัยยัง ร่วมเข้าไค้ควัย.

ผู้รายงานปัจจุบันได้ทำการทดลอง ฉัก-

ย โกลยลินส่วนที่ มีฤทธิ์ ยัยยังเอนซัยม์ ย้อย โปรเทอีนพร้อม ๆ กับแอนติเจ็น, ฉักก่อน หรือฉักหลังแอนติเจ็น. ผลปรากฏว่าปฏิกริ- ยอาร์ธสที่เกิดขน ไค้ถูก ยัยยัง อย่าง มาก เมอฉิคพร้อมกัน, หรือฉักย โกลยลินก่อน หน้าแอนติเจ็นไม่นาน, แต่เมอฉิคภายหลังให้ฤทธิ์ยัยยังเพียงเล็กน้อย.

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

๒. Crossie, J., C.W. Turner: ผลของ ซัยเปอร์รอยคีสมีคอบ นำหนักคว และ การ ใช้อาหารของหนูพุก. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1961, 107: 520-523.

ผู้รายงานทดลองในหนูทั้งสองเพศอายุ ๒๖ วันโดยให้รียร์อกซันในขนาดต่าง ๆ กัน, สูงกว่าระดับปรกติ ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เท่า. ให้ทักวันนานถึง ๒๐๐ วัน. พบว่าหนูคว เมียทนต่อซอร์โมนนมากกว่าควผู้. ในหนู

ตัวเมีย, น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่าหน
 ธรรมชาติ ๑๐ ปร., และเมื่อให้ฉีดย้อน
 เพิ่มขึ้นก็ไม่นำหนักตัวน้อยกว่า ๑๐
 ปร. ของหนธรรมชาติที่อายุเท่ากัน. ใน
 หนตัวผู้ ฉีดย้อนมี อิทธิพลต่อ น้ำหนัก ตัว
 เพียงเล็กน้อยใน ๒๐ วันแรก, แต่น้ำหนัก
 หนักตัวน้อยกว่าหนธรรมชาติอย่างเด่นชัดเมื่อให้
 ฉีดย้อนนาน ๕๐ วัน. ยิ่งให้ฉีดย้อน
 ขนาดสูงชันและนานขึ้นก็ยิ่งทำให้น้ำหนักตัว
 น้อยกว่าธรรมชาติมาก จนถึง ๖๐-๗๐
 ปร. ของน้ำหนักตัวของหนธรรมชาติที่อายุ
 เท่ากัน. หนทั้งสองเพศกินอาหารได้มาก
 ขึ้นเมื่อให้ฉีดย้อนขนาดสูงชัน, แต่หน
 ตัวเมื่อกินอาหารเพิ่มขึ้นน้อยกว่าหนตัวผู้.

ข้อแตกต่างระหว่างเพศนี้, ผู้รายงาน
 เข้าใจว่าอาจเนื่องมาจากเมตาบอลิซึม ของ ฉี-
 ย้อนที่แตกต่างกัน.

วิเชียร ศิลกสัมพันธ์

Ph.D., M.Sc., C. Anat.

๓. Zimmerman, E.H.: ยารักษาเกล็ด
 ขนนานใหม่. J.A.M.A. 1961, 176:23.

โรคเกล็ดขน ถ้าเป็นเพียงเล็กน้อย
 ก็ไม่เป็นปัญหาในการรักษา, แต่ถ้าเป็น
 ขนาดพันทีกว้างๆ ก็ต้องใช้เวลาในการรักษา

นาน, ซึ่งทำผู้ป่วยหมดความอดทนเสีย
 ก่อนที่จะหายขาด. ยารักษาเกล็ดขน เช่น
 โซเดียมไอโอซัลเฟต, วิตามินซีและกรด
 เป็นโซอิคระคายต่อผิวหนังมาก, ทำให้
 แพ้ง่ายเมื่อใช้ช้านาน ๆ. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 โซเดียมไอโอซัลเฟต ยังมี กลิ่น รบกวน
 มากและรักษาได้ไม่ค่อยหายขาด. ยาฆ่า
 เชื้อขนานใหม่ๆ เช่นพวกที่เจอกรด อินดิซัย
 เลนิก หรือ กริสเลโอฟลวิน ก็ใช้ไม่ได้ผล.
 ยิ่งกว่านั้น ในบางราย ยังทำให้โรคกำเริบ
 มากขึ้นด้วย. ผู้รายงานจึงได้ทดลองใช้ ๕-
 อะมิโนอะคริกันผสมกับ ๔-เฮกซัยลเรสอร์
 ซินอล, ได้เป็นยารักษาใหม่คือ ๕-อะมิ
 โนอะคริกันนิยม ๔-เฮกซัยลเรสอร์ซิงโน-
 เลต. ทำเป็นรูปโลชั่น, ครีม, และยาน้ำ
 สำหรับพ่น. ทดลองรักษาคนไข้โรคเกล็ดขน
 บริเวณกว้างๆ ๕๐ ราย. ได้ผลก็ถึง ๓๔ ราย
 (๘๕ ปร.) โดยใช้เวลาในการรักษาเพียง
 ๔ ถึง ๘ สัปดาห์. อีก ๕ ราย (๑๒.๕ ปร.)
 หายแล้วกลับเป็นอีก. ต้องช้ยาอีกชุดหนึ่ง
 จึงหายขาด. มีเพียง ๑ ราย (๒.๕ ปร.)
 เท่านั้นที่ต้องช้ถึง ๓ ชุด จึงหายขาด. ยา
 ที่ทำเป็นรูปต่างๆ ทั้งสามอย่าง ใช้ได้ผลดี
 เสมอกันและไม่พบการระคายหรือแพ้ยาแต่
 อย่างใด.

ประหยัด ทศนาภรณ์ พ.บ.

๔. Beasley, W.H.: หมู่เลือกกัข้มะเร็ง
กระเพาะ อาหาร และแผล กระ เพาะ อาหาร.
Brit. Med. J. 1960,5180,1167.

จากการสำรวจคน ใช้ช่วย คั้วย โรค มะ-
เร็งกระเพาะอาหาร ๗๔๖ ราย, พบว่า ส่วน
ใหญ่คนใช้หมู่เลือกหมู่ เอ. จากคนใช้
ช่วยคั้วยมะเร็ง กระเพาะอาหาร ๗๕๓ ราย,
ปรากฏว่า ไม่มี ความ สัมพันธั ระหว่าง หมู่
เลือกกัขัตำแหน่งของมะเร็ง.

ในจำนวนคนใช้ที่ช่วยเป็นโรคแผลกระ-
เพาะ อาหาร ๕๗๕ ราย พบว่า ส่วน ใหญ่มี
เลือกหมู่ โอ. จากจำนวน ๖๖๑ ราย พบว่า
ตำแหน่ง ของ แผล ที่ กระเพาะ อาหาร ไม่มี
ความสัมพันธ์กัหมู่เลือก.

ดิเรก ดำรงศักดิ์ พ.บ.

๕. Findley Jr., J.W.: แผลที่ส่วนโค้ง
ใหญ่ของกระเพาะอาหาร. J. Gastroen-
terol. 1961,40:183-187.

ผลการตรวจคนใช้โคยรังส์เอกซั, วิ-
นิจฉัยว่าเป็นแผลที่ส่วน โค้งใหญ่ ของ กระ-
เพาะอาหาร ๔๔ ราย (รวบรวมจาก ๗
โรงพยาบาล และจาก คลินิก ส่วน ทั่ว ของ ผู้
รายงาน). ในจำนวนนี้เพียง ๕ รายเท่านั้น
ที่เป็นเนอราย, ซึ่งเป็นส่วน ๓ ตอนต้นเสีย
๓ ราย, ที่พบลอรืคแอนทรมั ๒ ราย. อีก

๓๕ รายเป็นแผลธรรมดา. อาการทางคลี-
นิกและผลการตรวจทางห้องทดลอง ไม่แตก
ต่างจาก แผล ตำแหน่ง อื่น ๆ ของ กระเพาะ
อาหาร. (รายที่เอกซัเรย์วินิจฉัยว่าเป็นเนอ
รายและรายที่ตัดตามผลได้ไม่ครบถ้วน, ไม่
ได้นำมารวมไว้คั้วย).

ผู้รายงานแนะนำผู้ช่วย มีแผล ตรง ส่วน
โค้งใหญ่ ของกระเพาะอาหารนั้นอาจจะกำ-
เนินวิธีการรักษาได้ในแบบ หรือ วิธัเดียวกัน
กัแผล ใน ตำแหน่ง อื่น ๆ ของกระ เพาะ
อาหาร.

ดิเรก ดำรงศักดิ์ พ.บ.

๖. Forell, M.M.: เอ็นชัย์มัย่อยโปรเทอีน
ของคัย์อ่อนในคัณคัณคัณ, Dtsch. med.
Wschr. 1961,86:981-984.

ผู้รายงานได้กล่าว ถึงสาร ที่ ยับยั้ง ฤทธิ์
การย่อยโปรเทอีน ของ ตรีย์ปซิน ซึ่งเป็น น้ำ
ย่อยของคัย์อ่อน. สารนี้พบได้ในคัย์อ่อน,
เลือด, ปอก, โคลอสตรัม, ถั่วเหลือง,
มันฝรั่ง, ผนังตัวของพยาธิตัวกลมและ
ในคัอมน้ำลายวัว. สารยับยั้ง พวกนี้
ธรรมชาติเป็นเย็ไทยคั. โรงงานยัเออร์
ไคแยก สาร น ออก มา จาก คัอม น้ำ ลายวัว
(Trasylol), ซึ่งภายหลัง ที่ผู้รายงานได้ ทด

ลองฤทธิ์ของมันในห้องทดลอง และในสัตว์ทดลองแล้ว, เขาก็ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอ่อน อีกเสบยี่ปัจจุบัน หรือ ในรายที่มันโครลิสของตับอ่อน ๒๘ ราย ในเวลา ๕ ปี โดยได้รับความร่วมมือจากแผนกศัลยกรรมแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค ควบ. ๒ รายตายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังรับไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมาถึงแพทย์เมื่ออาการมากแล้ว และในขณะนั้นได้ให้ทราซิชัลลอลไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ หน่วยต่อวัน. ส่วนผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้รับทราซิชัลลอลตามอาการคือประมาณ ๑๐,๐๐๐ ถึง ๖๐,๐๐๐ หน่วย. ผู้ป่วยที่เลาโดยรวดเร็วและกลับบ้านได้. ๓ ราย ได้ถูกผ่าท้องก่อนและพบว่าเป็นโรคของตับอ่อนชนิดนี้. สารนมแม่เคยให้ในคนถึง ๑๕๐,๐๐๐ หน่วยฉีดเข้าหลอดเลือดโดยใส่ในฟรคโตส ๑๐๐ ล. ซม. ภายในเวลา ๓๐ นาที ก็ไม่ปรากฏผลเสีย. ผลข้างเคียงคือทำให้การสลายของธรมบัสซายกซนโดยยับยั้งฤทธิ์ของไฟบริโนลยีซิน, ซึ่งได้มีผู้นำไปใช้ในรายที่มีฮัยเปอร์ไฟบริโนลยีลิสได้ผลดี. ในรายที่เป็นโรคตับอ่อนอีกเสบยี่ปัจจุบันฤทธิ์ข้างเคียงนี้จะช่วยชองกันไม่ให้มีเลือดออกมากในตับอ่อนได้.

นอกจากนี้ในรายงาน การ รักษา ผู้ป่วย

โรคตับอ่อนอีกเสบยี่อย่าง รุนแรง จนไม่มีหวังรอดแล้ว, ทวยทราซิชัลลอลและผู้ช่วยกลับบ้านได้ใน ๖ สัปดาห์, แม้ว่าตับอ่อนบางส่วนได้หลุดออกมาทางท่อระบายทวย. เขาได้อ้างรายงานของผู้คนที่ใช้ทราซิชัลลอล ในผู้ป่วยโรคดังกล่าวได้ผลดีเช่นกันหลายรายงาน.

บุญเรือง นิยมพร. W.B., Dr. med.

๗. Duboczy, B.O., B.T. Brown: การแพ้ทเซอร์คูลินเฉพาะแห่ง, *Am. Rev. Resp. Dis.* 1961, 84:69-78.

ผู้รายงานได้รวบรวมเรื่องราวและอธิบายลักษณะของปฏิกิริยาต่อต้าน ๆ ต่อทเซอร์คูลิน, ซึ่งเกิดจากการแพ้เฉพาะที่ต่อทเซอร์คูลอโปรเทอินในรายที่เคยทำการทดสอบทเซอร์คูลินมาก่อนและไม่จำกัดว่าจะได้ผลบวกหรือลบ. ปฏิกิริยานี้เกิดเมื่อฉีดทเซอร์คูลินตรงที่เดิมซ้ำ ๆ กัน.

ปฏิกิริยานี้เกิดภายใน ๓ ถึง ๖ ชั่วโมงหลังฉีด. เกิดเต็มที่ประมาณ ๑๒ ชั่วโมงและหายไปภายใน ๒๔ ชั่วโมง. บางรายอาจอยู่ได้ถึง ๔๘ ชั่วโมง, ซึ่งทำให้ยานได้เป็นผลบวกเท่าถ้าไม่ทดสอบเกิดมาทางแต่คน.

การทดลองทำการทดสอบทเซอร์คูลินซ้ำ ๆ ในเด็กที่เคยได้ผลบวกจะพบปฏิกิริยา

นี้รวมกับปฏิบัติการยาล่าช้า, ซึ่งเริ่มใน ๓ ถึง ๖ ชั่วโมงและอยู่ได้นานถึง ๗ วัน. การแพ้ทูเบอร์คูลินเฉพาะแห่งนั้นเชื่อว่าเป็นปรากฏการณ์อาร์ธรัสชนิดหนึ่ง, ซึ่งเป็นการแพ้เฉพาะที่ของผิวหนังจากทูเบอร์คูลินโปรตีนในการทดสอบทูเบอร์คูลินครั้งแรก. ปฏิกริยานี้จะไม่เกิดถ้าฉีดทูเบอร์คูลินห่างจากที่เดิม. ฉะนั้นในรายที่สงสัยว่าจะได้ผลเท่าไรก็ควรฉีดทูเบอร์คูลินครั้งใหม่ ห่างจากที่เดิมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดการแพ้ทูเบอร์คูลินเฉพาะที่ดังกล่าว.

พีรัช เบ็นพัฒน์ พ.บ.

๘. Beujamin, F. การทดสอบความทนกลูโคสในรายเลือดออกจากมดลูกเนื่องจากการหน้าท้องปรกติและจากคาร์ซีโนมาของเยอบ. Brit. Med. J. 1960, 1:1243-1246.

มีการศึกษาการทดสอบความทนน้ำตาลในคนไข้เป็นมะเร็งเยอบมดลูก ๕๐ ราย, เยอบมดลูกเจริญเกินปรกติ ๕๐ ราย, เปรียบเทียบกับคนไข้ที่มีเยอบมดลูกปรกติ ๑๐๐ ราย. คนไข้ทั้งหมดอายุ ๔๕ ปีหรือกว่านั้น.

ผลผิดปกติของการทดสอบความทนน้ำตาลพบได้ ๕๒ ๒๕. ในพวกมะเร็ง, ๘๔

๒๕. ในพวกเยอบมดลูกเจริญเกินปรกติ, และ ๒๐ ๒๕. ในพวกคอนโทรล.

ผลที่ได้รับทำให้น่าจะมีการสัมพันธ์กันระหว่างมะเร็งเยอบมดลูกกับการที่เยอบมดลูกเจริญเกินปรกติ. ที่เหมือนกันคือการผลิตปรกติของเมตะบอลิซึมของอาหารจำพวกแป้งอาจเป็นเหตุ, หรือเป็นผล, ของเยอบมดลูกเจริญเกินปรกติ, และอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นมะเร็งได้.

เรื่องนี้เป็นรายงานขั้นแรก. การศึกษาค้นคว้ากำลังจะทำต่อไป.

มานี วิสกุล พ.บ.

๙. William, Roger; Barbara H. Billing: การรักษาด้วยสเตอรอยด์ในโรคคีซ่าน. Lancet 1961, 2:392-396.

ผู้รายงานเสนอผลการใช้คอร์ติโซนรักษาโรคคีซ่าน. ผู้ป่วย ๑๓ คนเป็นโรคคีซ่านชนิดเฉื่อย, ๖ คนโรคคีซ่านแข็ง, ๕ คนมีการอุดตันภายนอก. ทำการสังเกตเปรียบเทียบอยู่ ๓-๔ วันก่อนแล้วจึงให้เปเรคินโซโลนวันละ ๔๐ มก. นาน ๖ วัน. แต่ในรายคีซ่านชนิดเฉื่อยได้ให้ยาอยู่จนระยะที่เริ่มบิลิรูบินเป็นปรกติ. มีผู้ป่วย ๘ คนในพวกโรคคีซ่านชนิดเฉื่อยซึ่งเก็บไว้

เปรียบเทียบโดยไม่ให้ยา. ตลอดเวลาได้วิเคราะห์เซรัมบิลิรูบินรวม, บิลิรูบินในปัสสาวะและอุจจาระ, และวัดเวลาครึ่งชีพของเมกเลอคแดง.

ผลการทดลองคือ ๗ ใน ๑๓ รายของโรคตับอักเสบชนิดซีเอ็มเซรัมบิลิรูบินลดลงและอาการทั่วไปดีขึ้นโดยเห็นผลตั้งแต่วันที่ ๒ หลังให้ยา. ในทุก ๆ รายบิลิรูบินส่วนย่อยลดลงขนานกับส่วนรวม. ในรายคาร์ซีโนมาของหัตถ์ข้ออ่อนเซรัมบิลิรูบินไม่ลด. ส่วนรายที่มีการกดจากภายนอกเซรัมบิลิรูบินลดลงเล็กน้อยระหว่างให้ยา, แต่พอเลิกยากก็กลับเพิ่มขึ้นสูงกว่าเดิม.

เฟด็จ วรรณะสาร พ.บ.

๑๐. Dossetor, J.B., และคณะ: การปลูกไตในระหว่างปลูกฝาแฝด. Lancet 1960, 2:572-577.

ในปี ๑๙๕๔ Merrill และพวกได้ทำการปลูกไตในผู้ป่วยโดยได้รับไตจากฝาแฝดที่เหมือนกันได้สำเร็จที่โรงพยาบาลซีเตอร์เยนที่ บริกแฮม.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วยหญิงอายุ ๑๕ ปี, มาโรงพยาบาลโดยอาการชักกระตุกและแรงดันเลือดสูงสาเหตุจากพัยอโดเนไฟรทิส

อย่างเรอรงทงสองข้าง. ได้ทำการผ่าตัดปลูกไตโดยได้รับจากฝาแฝดซึ่งมีลักษณะเหมือนกันทุกอย่างในการศึกษาทางตะโจวิทยา. หลังผ่าตัดหน้าทีของไตจะลดไปบ้างแต่ก็ค่อย ๆ ดีขึ้นโดยลำดับ. ๔ เดือนหลังผ่าตัด, เคราตินิน เคลียร์รันซ์ของไตข้างที่เอามาปลูกก็เกือบเท่าไตทั้งสองข้างของฝาแฝดผู้ให้ก่อนผ่าตัด. ความดันเลือดทั้งสองอย่างรุนแรงลดลงทันทีหลังจากการผ่าตัดปลูกไต, และกลับเป็นปกติเมื่อตัดเอาไตทั้ง ๒ ข้างที่เป็นโรคออก, ซึ่งไตทำผ่าตัดเมื่อ ๕ เดือนต่อมา.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๑. Grossman, M.I., K.K. Matsumoto, R.J. Lichter: การเสียชีวิตทางอุจจาระเนื่องจากการกินหรือฉดยาพวกซาลิซิลเลตชนิดต่าง ๆ. Gastroenterol. 1961, 40:383-388.

ผู้รายงานได้ศึกษาค้นคว้าว่าซาลิซิลเลตในรูปไต (รวมทั้งเฟนาซีติน) และบริหารยาโดยวิธีใดจะทำให้มีเลือดออกทางอุจจาระมากกว่ากัน. ผู้รับการทดลองเป็นคนไข้ชายที่เคยเป็นแผลเป็บติกและบางคนไตมีเลือดออกไม่นานก่อนการทดลอง. ผู้ป่วยได้รับซาลิซิลเลตโดยการกินในขนาด ๓ กรัมต่อ

วันนานสามวันติดกัน. ในการตรวจทาง
 อจจาระได้ใช้โครเมียม ๕๑ ไปติดผลลาก
 เมล็ดเลือดแดงก่อนแล้วเก็บอุจจาระเป็นชุด,
 ชุดละ ๓ วัน. ทำจำนวนโครเมียม ๕๑ ใน
 อุจจาระ. ทำการตรวจหา ก่อนให้ยา, กำลัง
 ให้ยา, และภายหลังการให้ยา. ผลปรากฏ
 ว่าเลือดจะออกทางอุจจาระมากขึ้นเล็กน้อย,
 แต่มีความสำคัญทางสถิติ, เมื่อให้ยาต่อ
 ไปนี้คือ แอสไพริน, แอสไพรินชนิดเม็ด
 เคลือบ, แคลเซียมแอสไพริน, โซเดียม
 ซาลิซิลเลตหรือเฟนาซีติน. การให้ยา
 ละลายแอสไพรินทางหลอดเลือดดำทำให้
 เลือดออกทางอุจจาระมากขึ้น, แต่น้อยกว่า
 การให้กิน. ผู้ช่วยที่มีเลือดออกเล็กน้อย
 จากแผลในส่วนทางเดินอาหารตอนบน ๆ มี
 การรั่วซึมของเพิ่มขึ้นเมื่อให้กินแอสไพริน
 หรือโซเดียมซาลิซิลเลตมากกว่าผู้ที่มิได้มี
 เลือดออกอยู่ก่อน. ซาลิซิลเลตอาจทำให้
 เลือดออกอย่างมากมายเมื่อผู้ถูกทดลองมีแผลที่
 จะมีเลือดออกอยู่แล้วเพียงเล็กน้อย. สรุป
 ว่าซาลิซิลเลตนั้นไม่ว่าจะบริหารทางใดหรือ
 ให้รับประทาน ไม่ปลอดภัยเลยที่จะให้แก่
 ผู้ช่วยเช่นที่กล่าวมาแล้ว.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๒. Jellinek, E.K., R.E. Kelly: กลุ่ม
 อาการจากสมองน้อยในโรคมีย์กซิติมา.
 Lancet 1960, 2:225-227.

มีรายงานจำนวนมากกล่าวถึงกลุ่มอา-
 การจากสมองน้อย (ซรีเบลลัม) ที่เกิดขึ้น
 ในผู้ป่วยโรคมีย์กซิติมา. Soderbergh ได้
 รายงาน ๒ ราย. ผู้ป่วยมีอาการเสียการ
 ทำงานร่วมกัน (asynergia), อะไอะโอะโตโฌ-
 คิเนสิส (Adiadochokinesis) และอาการ
 มือสั่น, ซึ่งหายไปเมื่อได้รับการรักษาด้วย
 สารธีรรอยด์.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย ๖ ราย, เป็นหญิง
 ๕ ราย. มาด้วยอาการเดินโซเซไม่มั่นคง,
 โดยเฉพาะรายที่ ๓ มีนัยนตากระตุกร่วม
 ด้วย. อาการเหล่านี้หายไปเมื่อได้รับการ
 รักษา (๕ ราย) ด้วยสารธีรรอยด์.

สาเหตุของอาการเดินโซเซในผู้ป่วย
 อาจเกิดจาก (๑) มีย์กซิติมาตีส อินฟัล-
 เตรชันในทีสซู. (๒) มีการอักเสบของ
 ประสาทส่วนปลายซึ่งในผู้ป่วยที่รายงานทั้ง
 ๖ รายนี้ไม่มี. (๓) มีการเสียระเบียบการ
 ทำงานของลาบีรีนธ์. ในบางรายแสดง
 การผิดปกติของสมองน้อย. ด้วยเหตุนี้กล่าว
 แล้ว, เมื่อผู้ป่วยมาหาด้วยกลุ่มอาการจาก
 สมองน้อยจึงควรนึกถึงโรคนี้ไว้บ้าง.

ยศวีร์ สุขุมมาลจันทร์ พ.บ.

๑๓. Berry, J.L.: รายงานแรกเกี่ยวกับวิธีใหม่สำหรับการแก้ไขภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้. *J. Urol.* 1961, 85: 771 - 775.

การถ่ายปัสสาวะโดยกลั้นไม่ได้หลังทำผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกปรากฏว่ามีความสัมพันธ์ถึงการฝึกปรักติในกลไกของประสาทขั้วกลัมนอ. การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะฝึกปรักติในหลายวิธีด้วยกัน. ผู้รายงานได้ใช้วิธีตัดโดยมุ่งหมายให้เกิดการงอและกดที่ท่อปัสสาวะส่วนขั้วขั้วโดยใช้รูปหล่อด้วยพลาสติกใส่เข้าไประหว่างท่อปัสสาวะส่วนขั้วขั้วกับกลัมนอขั้วโยคาเวอร์โนสส์.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงเทคนิคในการทำผ่าตัดขั้วขั้ว ซึ่งได้ทำให้ผู้ป่วย ๑๑ รายได้ผลดี, คือกลั้นปัสสาวะได้อย่างปรกติ ๕ ราย. อีก ๖ รายได้ผลไม่ดี. การผ่าตัดขั้วขั้วได้ผลดีแม้เคยฝึกหัดในการทำผ่าตัดขั้วขั้ววิธีอื่นมาแล้ว, และอาจทำซ้ำได้หลาย ๆ ครั้งโดยไม่มีผลเสียเลย. แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฝึกปรักติทางประสาทเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะอยู่ด้วย, ไม่ได้ผล.

พระพล สุนทรพลิน พ.บ.

๑๔. Calesnick, Benjamin, S.A. Berener: ชัยโครมลอโรไรอะซิกกับโรคเบาใจ. *J.A.M.A.* 1961, 176: 1088 - 91.

ผู้ป่วยหญิงอายุ ๔๕ ปี,ป่วยเป็นโรคเบาใจ. เคยใช้เวโลสเปรสสินแทนเนต ๕ หน่วยฉีด. ได้ผลดีในการลดปริมาณปัสสาวะ. ต่อมาผู้ป่วยแสดงอาการแพ้ยาโดยเกิดผื่นบริเวณฉีดและผลการรักษาเลวลง.

ผู้รายงานได้ให้ยาเคมีเป็นการคอนโทรล ๑ ครั้ง. แล้วเริ่มให้ชัยโครมลอโรไรอะซิก ๒๐๐ มก. ต่อวันในวันที่ ๖. ในวันที่ ๑๐ ได้ทดสอบ "อเล็กโตรลิตซ์ โลคิงก์" โดยให้ ๖๘ มิลลิอิกวิ. (๔ กรัม) โซเดียมคลอไรด์และ ๘๐ มิลลิอิกวิ. โปตัสเสียมคลอไรด์ต่อกัน ๓ วัน. หลังจากนั้นได้ลดชัยโครมลอโรไรอะซิกเหลือ ๑๐๐ มก. ต่อวันร่วมกับโปตัสเสียม ๔๐ มิลลิอิกวิ. ต่อวันเรื่อยไป, เพราะพบว่ายานเพิ่มการขับถ่ายของโปตัสเสียมด้วย. ในวันที่ ๔๑ และ ๕๕ ได้ทดสอบ "อเล็กโตรลิตซ์ โลคิงก์" เป็นครั้งที่ ๒ และ ๓, และได้ตรวจหาระดับเซรุ่มอเล็กโตรลิตซ์ตลอดการทดลองด้วย.

ภายหลังให้เวโลสเปรสสินฉีด ๕ หน่วยครั้งเดียวมีปริมาณปัสสาวะลดลงชัดเจนนานถึง ๔๘ ชม. จากนั้นปัสสาวะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น, ใน ๕ วันแรกให้หลัง ชัยโครมลอโรไรอะซิกปัสสาวะเฉลี่ย ๕.๕ ลิตรต่อวัน. ระหว่างให้ยา การขับถ่ายของ โซเดียม และ

ผลอะไรก็เป็นปกติ, แต่ไปตัดเสียมถูกขยับ
ถ่ายเพิ่มขึ้น. ใน ๓ วันที่ทำการทดสอบ
อิเล็กโตรลิตซ์ โลติงก์ รั้งแรกพบว่าปริมาณ
ขี้สวาระเพิ่มขึ้น, และ ถ.พ. ขี้สวาระก็เพิ่ม
ตาม. แสดงว่ามีการขี้อิเล็กโตรลิตซ์เพิ่ม.

อนึ่งหลังให้ ขี้โครณลอโรโรไซอะซีคติด
ต่อกันถึง ๒๗ วัน, ปริมาณขี้สวาระกลับคงที่
ในปริมาณ ๑-๒ ลิตรต่อวัน. เมื่อทำอิ-
เล็กโตรลิตซ์ โลติงก์ในครั้งที่ ๒ และ ๓ พบ
ว่าแม้เพิ่มโซเดียมผลอะไรก็เป็น ๒ เท่าเดิม,
ปริมาณขี้สวาระก็คงที่เสมอ. แต่การขี้
โซเดียมผลอะไรก็และไปตัดเสียมเพิ่มขึ้น.
น่าสังเกตว่าเมื่อปริมาณขี้สวาระลดลง, จำนวน
ครั้งถ่ายก็ลดตามด้วย. อัตราเทียบ
ปริมาณขี้สวาระ กลางวันและกลางคืนเท่า
กัน ๑ : ๒.

ตลอดการทดลองน้ำหนักตัว, ความกัน
เลือดในท่อน้ำและอัตราชีพจรคงที่.

การที่อิเล็กโตรลิตซ์ โลติงก์ ไม่มีผล
เปลี่ยนแปลงฤทธิ์ขี้สวาระของขี้โครณลอ-
โรโรไซอะซีน่าจะแสดงว่าอิเล็กโตรลิตซ์ไม่มี
เกี่ยวข้อง. ผลงานของชะวาร์ตซ์และพวก
(๑๙๕๕) แสดงว่าขี้โครณลอโรโรไซอะซีค
ออกฤทธิ์ที่คอนโวลูเต็ค ทบลง ส่วนปลาย,
ตำแหน่งเดียวกับที่ฮอร์โมนห้ามขี้สวาระ

ออกฤทธิ์, คือที่ รแนลรีเซ็ปเตอร์.

ผู้รายงานเชื่อว่าขี้โครณลอโรโรไซอะซีค
ไม่ใช่ยาห้ามขี้สวาระโดยแท้, เพราะต้อง
การเวลาเกือบหนึ่งเดือนจึงแสดงฤทธิ์เต็มที่.
น่าจะเชื่อว่ามันทำหน้าที่เป็นตัวรับยั้งเอน-
ไซม์, โดยยับยั้งการเปลี่ยนในกายของ
ฮอร์โมนห้ามขี้สวาระและปล่อยให้ฮอร์โมน
นั้นมีมากขึ้นที่ตำแหน่งรีเซ็ปเตอร์ในไต.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๑๕. Anderscn. R.R.; J.A. Grossie, C.W.

Turner: ผลของการตัดแอดรีนัลและการ
ทดแทนเป็นชั้น ๆ ด้วยขี้โครคอร์ติโซน,
ต่อการหลังของขี้รอยค้.

ผู้รายงานศึกษาการหลังของขี้รอยค้ใน
หนูตัวผู้และตัวเมียใน ๓ ระยะ, คือก่อนตัด
ต่อมแอดรีนัล, ๒ สัปดาห์หลังตัด, และภายหลัง
ให้ขี้โครคอร์ติโซน ๑๕๐ ไมโคร-
กรัมทุกวันนาน ๑ สัปดาห์. เขาพบว่าก่อน
ตัดต่อม, หน้ทั้งสองเพศมีอัตราหลังของขี้-
รอยค้เฉลี่ย ๐.๕๔ ไมโครกรัมต่อน้ำหนัก
ตัว ๑๐๐ กรัมต่อวัน. สองสัปดาห์หลังตัด
ต่อม, หน้มีอัตราหลังของขี้รอยค้ลดลง
อย่างชัดเจน, ๑๗ ๒๕. ในหนูตัวเมียและ
๓๒ ๒๕. ในหนูตัวผู้. หน้กินอาหารได้น้อย

ลง, จากวันละ ๑๔.๕ กรัมเป็น ๕.๗ กรัม.
ผู้รายงานเห็นว่า การลดของการหลังของธัย-
รอยด์เป็นผลของการกินอาหารน้อยมากกว่า
การตัดต่อม. เมื่อให้ธัยโรครอร์ติโซน
๑๕๐ ไมโครกรัม เข้าไปทดแทนก็พบว่า

อัตรา หลัง ของ ธัยรอยด์ กลับ สูง ขึ้น สู่ระดับ
ปรกติ. เขาเข้าใจว่าธัยโรครอร์ติโซนเข้า
ไปเร่งอัตราเมตาบอลิซึมโดยผลที่ร่างกาย.
ไม่ใช่กระตุ้นที่เซลล์ของธัยรอยด์เท่านั้น.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., พ.ด.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. จตหมายจากออสเตรเลีย

รอยล์ ฮอสบิลล์ ฟอรว์เม็น

๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๕

กราบอาจารย์ที่เคารพ

ผมขออภัยด้วยที่ไม่ได้จดหมายถึงอาจารย์เสียนาน. บัดแล้วกวนอนอกบังงานคนควา, บันกพยายามเรียนให้ทันเพื่อน ๆ เขาครบ.

ตามที่ได้เรียนให้อาจารย์ทราบแล้ว, เมอเรียนเพื่อทำปริญญา B. Sc. (Medical) บัดแล้วผมได้ทำงานทางชัยโทพลาสมิก-ชัยนอสซิสของ D.N.A. ในหนตักเซอเอค-โตรมีเลีย, โดยเฉพาะในระยะแรกของการตักเซอ. ผมได้ส่งวิทยานิพนธ์และเข้าสอบสัมภาษณ์เมอคนบ น. ทางมหาวิทยาลัยให้เกยรคนยมนชนทหนง, และผมยังได้รางวัลจากมหาวิทยาลัย ๓ รางวัล. งานที่ทาจได้ลงพิมพ์ใน "ไวโรโลยี" เรว ๆ นครบ. ผมขนรบปริญญาเมอวันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๕ น.

ขณะนผมกำลังเรียนวิชาแพทยบที่ ๕ อยู่. เวลามาทำงานที่โรงพยาบาลข้างบน

นเกยวกบสัตกรรม. เขาแบ่งเป็น ๒ ภาค : คอ ภาคประจำในโรงพยาบาล, กัยภาคไม่ตองประจำในโรงพยาบาล, ภาคละ ๔ สัปดาห์. เวลานอยู่ในภาคแรก. มีนักเรียนแพทย ๗ คน. อัตราก่กเกิดของโรงพยาบาล นละ ๔,๐๐๐ คน. คนเซทไทรบเขาสลับกันระหว่างนักเรียนแพทยกับพยาบาล. บันหน้า, คอบที่ ๖, เขามการพนวชาให้อก ๒ สัปดาห์. นักเรียนแพทยจะตองทำคลอดให้ไค้อย่างน้อย ๑๕ รายครบ.

ระหว่างหยคเทอม ผมลงไปตงาน และช่วยอาจารย์ทำงานคนควาที่โรงเรียนคนควาทางแพทยจอห์นเคอรติน. ทำอยู่กัยศาสตราจารย์เฟินเนอร์. ว่าหยคหน้าร้อนนี้จะลงไปทำตอกอีกครบ. ยังไม่แน่ใจว่าขแล้วจะทำการคนควาทางไหนแน่. คิดว่าจะค่อย ๆ คุไปก่อน.

หวังว่าอาจารย์ทงสองสขายคครบ.

ด้วยความเคารพอย่างสูง

โกวิท พันธมนาวิน.

(อาจารย์ต่าง ๆ และเพื่อนฝูงทั้ง หลาย ที่ศิริราช ช่วยกันแสดงความยินดีให้แก่ศิษย์เก่าคนนี้ด้วย. บ.ก.)

๒. จดหมายจากเม็กกะ

สถานกงสุลใหญ่ไทย ณ เมืองเจ็ดคาศรี
ชาวค้ออารเบีย

๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔

กราบเรียนอาจารย์ทศพราย.

ผมขอส่งจดหมาย มาเรียน อาจารย์ ออก
เป็นฉบับที่สอง, เพื่อดำเนินการขอย้ายผมได้
ผ่านมาแล้วเมื่อ ๓ ถึง ๔ วันมาน. ขณะ
ผมอยู่ในระหว่างพักรอเรือ เพื่อเดินทางกลับ
ประเทศไทย และพักอยู่ ณ บ้านพักกงสุล
ไทย, เพราะทางราชการมีบ้านพักจัดไว้ให้
สำหรับ แพทย์ และ พยาบาล หน่วย พยาบาล
ไทยที่มาประจำเม็กกะ. กำหนดเรือออก
จากท่าเมืองเจ็ดคาศรีในวันที่ ๑ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๐๔ นี้, และคงจะลงท่าเรือกรง
เทพฯราววันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๔.
การที่ผมได้กลับเร็วไปกว่าที่เคยเคยเรียนให้
อาจารย์ทราบในครั้งก่อนถึง ๒ เดือนก็เพราะ
กระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือเร่งตัวผม
กลับ, โดยอ้างว่าได้มีราชการครบกําหนด
๔ เดือนตามที่ได้อธิบายผมมาจากสำนัก
นายกรัฐมนตรี. หน้าที่ที่สำคัญของผมใน
ระหว่างรอเรือกลับ คือ ตรวจใบสำคัญการ

ปลดปล่อย และฉีดวัคซีน ของผู้เดินทางทุกคน,
เพราะผู้เดินทางกลับประเทศไทยบางคนเป็น
ผู้ตกขยับที่เมืองเม็กกะ และ ขาดการปลดปล่อย
ฉีดวัคซีนมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน. ผู้ใดที่ยัง
ไม่ได้ปลดปล่อยฉีดวัคซีนมักต้องรีบจัดการให้
พร้อมทั้งออกใบสำคัญ และ ประทับตราว่าได้
รับการปลดปล่อยฉีดวัคซีนแล้ว จากหน่วย
พยาบาลไทย, มิฉะนั้นแล้วผู้โดยสารจะ
ขยับก้นรารีวาสและกรงเทพฯไม่ได้. ทั้ง
นี้เนื่องจากว่าเมื่อ ๓ ถึง ๔ ปีก่อนเคยมีผู้
ขยับเป็นไข้ทรพิษหลังจากขยับก้นรารีวาส
แล้วไม่นาน. ทางกรมกระทรวงสาธารณสุข
จึงเข้มงวดมาก และให้หน่วย พยาบาลไทย
จัดการปลดปล่อยและฉีดวัคซีนผู้โดยสารทุกคน
ในทุกเที่ยวเรือที่กลับ.

ผมใคร่เรียนให้อาจารย์ทราบว่าเมื่อวัน
ที่ ๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ ผมและ
บรรดาแพทย์ประเทศต่างๆ ที่มาประกอบพิธี
ขยับได้รับเชิญจากท่านรัฐมนตรีสาธารณสุข
แห่งประเทศชาวค้ออารเบียไปรับประทาน
น้ำชา ณ โรงพยาบาลตำบลมินา, ซึ่งเป็น
โรงพยาบาลรักษาเฉพาะผู้ขยับด้วย “ฮัต-

สะโตรัค” ที่มาประกอบพิธีชยในตำบล
 มีนา. หลังอาหารแพทย์ของโรงพยาบาล
 ไค้พาศมสถานที่โรงพยาบาล. สิ่งหนึ่งทผม
 สนใจคือการรักษาโรคนี้. เขามีอ่างอาบ
 น้ำใหญ่และปล่อยน้ำเย็นอุณหภูมิราว ๕ ถึง
 ๑๐° ลงไปเต็มถังแล้วเอาผู้ช่วยแช่ลงไป.
 ส่วนมากของผู้ช่วย พวกนี้มักไม่รู้สติคือ
 โคม่า. แล้วระหว่างนี้คืออุณหภูมิร่างกาย
 ทางรักแร้. เมื่ออุณหภูมิร่างกายลดลง
 เหลือราว ๔๐ ถึง ๔๒° จึงเอาผู้ช่วยขึ้น
 จากอ่าง, เพราะถ้าให้ผู้ช่วยมีอุณหภูมิร่าง
 กายลดลงไปมาก กว่านี้มักมีโรคแทรกซ้อน
 ทางระบบไหลเวียนเลือดล้ม. จากนั้นนำผู้
 ช่วยมายังห้องพัก ซึ่งมีเครื่องปรับอากาศ
 เย็น, แล้วจึงให้การักษาทางยาต่อไป.
 แต่ในระยะแรกอุณหภูมิร่างกายยังร้อนจัด
 นั้นเขาไม่ได้ใช้ยาลดไข้ช่วยเลย. เขาอ้าง
 ว่าเพราะค้นยาคอบคุมความร้อนของร่างกาย
 ในขณะนั้นหยุดทำงาน, การให้ยาลดไข้
 ไม่ว่าจะด้วย การรับประทาน หรือ ฉีดจึงไม่มี
 ผล. โรคแทรกซ้อนที่แพทย์เขาพบเสมอ
 ภายหลังจากอุณหภูมิร่างกายลดลงแล้ว คือ
 การไหลเวียนเลือดล้ม, และโรคแทรกซ้อน
 ทางระบบหายใจ. โรงพยาบาลนี้มีเตียงรับ
 ผู้ช่วยได้ ๔๐๐ คน. ยี่หนึ่งโรงพยาบาลนี้

ทำงานเพียง ๕ วันเท่านั้น, คือในระหว่าง
 วันประกอบศาสนกิจที่ตำบลมีนา. นอกเวลา
 คึงกล่าวโรงพยาบาลนี้. ฉะนั้นหลังกำหนด
 นี้แล้วถ้าผู้ช่วยยังไม่หาย ก็จะต้องเข้า
 โรงพยาบาลเมื่อกะต่อไป.

นอกจากนี้ นายแพทย์ ของ โรงพยาบาล
 ไค้พาศมห้องเก็บศพ, ซึ่งทำเป็นชั้นเก็บศพ
 ได้มากมาย. ห้องเก็บศพเป็นห้องเย็น
 อุณหภูมิ ๑๐°ซ. เขาอธิบายว่าในบางครั้ง
 ศพอาจต้องเก็บอยู่นานถึง ๖ สัปดาห์กว่าจะ
 ไค้ฝังตามธรรมเนียมของมุสลิม. บางปี
 ร้อนจัดมีผู้ช่วยตายด้วยโรค สะโตรัค มาก,
 กว่า จะทราบว่า เป็นใคร อยู่ ประเทศไหน จึง
 เสียเวลานาน. ชาวมุสลิมนอกประเทศ
 ซาอุดีอาระเบียจะมาประกอบ พิธีชย ยี่หนึ่ง ม
 ราว ๒ ถึง ๓ แสนคน. ถ้ารวมทั้งชาวเมือง
 ใน ประเทศ ที่ มาประกอบ พิธีชย แล้วก็มี
 ประมาณ ๑ ล้าน ๓ แสนคนเศษ.

วันประกอบศาสนพิธีชย ใน ปี นีตรงกย
 วันที่ ๒๓ ถึง ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔.
 คือพิธีชยนี้ทำเพียง ๕ วันเท่านั้น. แต่
 ก่อนถึงวันที่พิธีชยจะมีการเตรียมตัว, สวด
 มนต์ที่เมืองเมื่อกะเสียก่อน. ผมและทุกคน
 ต้องออกเดินทางจากเมื่อกะมายังทุ่งอาระพะ
 กลางทะเลทรายตั้งแต่ในตอนบ่าย ของวันที่

๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ เพื่อเตรียมตัว รอพิธี ในวันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔. พิธีชัยในวันแรก คือวันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ ทุกคนต้องมาอยู่ ณ ที่อาระพะกลางทะเลทราย เป็นเวลา ๑ วันเต็ม, เพื่อชุมนุมร่วมกันและต่างคนจะต้อง อยู่ใน ความ สัมรวม ทั้ง กาย และใจ. ถ้าไม่จำเป็นจะไม่พดจากันเลย. ถ้าเป็นชายต้องนั่งขาวห่มขาวด้วยผ้าที่ไม่เย็บชายผ้าเพียง ๒ ผืน. ถ้าเป็นหญิงแต่งชุดดำคลุมผมแต่เข้คหน้า. ตกค่ำแล้วทุกคนจึงออกเดินทางมายังค่ายลุมสกาลิเระ. พอถึงเวลา ๒๓ น. ของวันนั้น จึงออกเดินทางต่อมายังค่ายลุมนา, เพื่อค้างคืนและประกอบพิธีขวางหิน. การพักทมนานกำหนด ๔ วัน. แต่เป็นวันที่ทำพิธีจริง ๆ เพียง ๓ วัน, คือวันที่ ๒๕ ถึง ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔. การมาของมณฑลทั้งที่อาระพะและที่มณามผู้ควบคุมจิตตพักและอาหารให้เสร็จ. ที่พักๆ ในกระโจม, มีพรมปูพื้นทรายสำหรับนอน. ความลำบากของการมาค้าง ณ ที่ ๒ แห่งนี้ อยู่ตรงที่อากาศ ร้อนจัดมากในเวลากลางวัน, และยังมีลมร้อนจากทะเลทรายและภูเขาพัดมาเข้ากระโจม. ต้องมีความอดทน

มากจึงจะอยู่ได้. อากาศร้อน ๆ ถ้าใครอาบน้ำมากจะเป็นไข้. ผมต้องอาศัยน้ำแข็งและน้ำเย็นคอยเช็ดตัวและคลุมเพอบอกัน. สำหรับผม นับว่าอากาศร้อนจัดน้อยกว่าที่ที่แล้ว, คืออุณหภูมิในกระโจมเพียง ๔๗ ซ., กลางแดด ๖๐ ซ. แต่เมื่อออกไปแล้วอุณหภูมิในกระโจมสูงถึง ๕๒ ซ. บัดนี้คนไทยที่ช่วยเขียน ฮิต สะโตรคม มีเพียงไม่กี่คน, นับว่าน้อยมาก. หน้าที่ของผมและหน่วยพยาบาลไทย ขณะ ประจำ อยู่ใน ที่อาระพะ และ ที่ ค่ายลุมนา คือให้ ความ ช่วยเหลือคนไทยที่ช่วย ช่าง แยกย้าย กัน อยู่ตามกระโจมต่างๆ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน. ถ้ากระโจมใดมีผู้ช่วยทางหัวหน้าผู้ควบคุม ประจำจะ ส่ง คน มา รายงาน ให้ผมทราบ, และทางผมก็จะจัดแพทย์, พยาบาลไปทำการรักษา. เมื่อเสร็จพิธีขวางหินแล้วก็ถือว่าเข้านเสร็จพิธีชัย. ทุกคนเตรียมตัวเพื่อเดินทางกลับประเทศ. สำหรับผมในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ ได้เดินทางไปยังนครมาคินะ, ซึ่งอยู่ห่างจากเมืองท่าเจ็ดคาห์ราว ๔๒๐ กิโลเมตร, และแวะค้างคืนกลางทาง. ทผมมาเมืองมาคินะก็เพื่อมาเคารพศพท่านนบีมุฮัมหมัด, ผู้นำศาสนา

อิสลาม. ก่อนเดินทางกลับไคแวงคางคนที่
เมืองน ๑ คน., ระหว่างที่คางไคไปเยี่ยม
สถานที่เก่าแก่ทาง คาสนาอีกหลายแห่ง.
แล้วจึงออกเดินทางมายังเจ็ดคาหเพอรอลง
เรือ.

สำหรับรายละเอียดปลีกย่อย การเดินทาง
นอกจากนี้, เมื่อผมกลับมาถึงแผนก

เรียบร้อยแล้วผมยินดีที่จะเล่าให้อาจารย์
และเพื่อนแพทย์ในแผนกฟัง. ผมขอจบ
จดหมายเพียงเท่านี้. \

ขอแสดงความเคารพอย่างสูง

ปรีชา เจตะลีป็น

(นายแพทย์หัวหน้าหน่วยพยาบาลไทยเม็กซิโก)

๓. เส้นศัพท์, เพอเลือกใช้ (๑๐)

- ๑๖๐๑. dilator เครื่องถ่าง
- ๑๖๐๒. dilute (ก) เจือ, (ค) จาง
- ๑๖๐๓. diluent ตัวเจือ
- ๑๖๐๔. dilution การเจือ
- ๑๖๐๕. dioptric power กำลังได้ออปเตอร์
- ๑๖๐๖. diphtheria ดิฟธีเรีย
- ๑๖๐๗. diplopia การเห็นซ้อนสอง
- ๑๖๐๘. dipthera สัตว์สองปีก
- ๑๖๐๙. direct ตรง, ไม่อ้อม
- ๑๖๑๐. directly โดยตรง
- ๑๖๑๑. disaccharide ไดซัคคาไรด์
- ๑๖๑๒. disadvantage ความเสียเปรียบ, ข้อเสียเปรียบ, ข้อเสีย
- ๑๖๑๓. disarticulation การตัดข้อขาด
- ๑๖๑๔. discard ทิ้ง, สละทิ้ง, ไม่เอา
- ๑๖๑๕. discharge ปลดปล่อย, การถ่าย, ปล่อยออก, สิ่งไหลออก, สิ่งปลดปล่อย
- ๑๖๑๖. discrepancy ความแตกต่างกัน
- ๑๖๑๗. discrete ชัดเจน, แยกเฉพาะส่วน, กระจาย
- ๑๖๑๘. disinfectant ยาทำลายเชื้อ (โรค)

- ๑๖๑๙. disintegrate สลาย, แตกแยก
- ๑๖๒๐. dislodge หลุดออกจากที่, เอาออกจากตำแหน่ง
- ๑๖๒๑. dislocation ข้อเคลื่อน
- ๑๖๒๒. dislocation of shoulder ข้อไหล่เคลื่อน
- ๑๖๒๓. disuse atrophy การฝ่อลีบเพราะไม่ใช้
- ๑๖๒๔. dismount ลงจากม้า, รื้อเอาออก
- ๑๖๒๕. disperse หว่าน, กระจาย
- ๑๖๒๖. displace เคลื่อนจากที่, ผิดที่
- ๑๖๒๗. disposal การทิ้ง
- ๑๖๒๘. dispose ทิ้ง; เททิ้ง
- ๑๖๒๙. dissect จำແหละ
- ๑๖๓๐. dissection การชำແหละ
- ๑๖๓๑. dissipate สลาย, กระจาย, แยกย้ายกันไป
- ๑๖๓๒. dissociation การแยกกลุ่ม
- ๑๖๓๓. dissolution การละลาย
- ๑๖๓๔. dissolve ละลาย
- ๑๖๓๕. distend ทำให้พอง, ดันให้โป่ง
- ๑๖๓๖. distended ชึ่งโป่งพอง
- ๑๖๓๗. distensible ชึ่งโป่งออกได้

อิสลาม. ก่อนเดินทางกลับไควแควคางคนที่
เมืองน ๑ คน., ระหว่างที่คางไควไปเยี่ยม
สถานที่เก่าแก่ทาง คาสนาอีกหลายแห่ง.
แล้วจึงออกเดินทางมายังเจ็ดคาหเพอรอลง
เรือ.

สำหรับรายละเอียดปลีกย่อย การเดินทาง
นอกจากนี้, เมื่อผมกลับมาถึงแผนก

เรียบร้อยแล้วผมยินดีที่จะเล่าให้อาจารย์
และเพื่อนแพทย์ในแผนกฟัง. ผมขอจบ
จดหมายเพียงเท่านี้. \

ขอแสดงความเคารพอย่างสูง

ปรีชา เจตตะศีลป็น

(นายแพทย์หัวหน้าหน่วยพยาบาลไทยเม็กซิโก)

๓. เส้นศัพท์, เพอเลือกใช้ (๑๐)

- ๑๖๐๑. dilator เครื่องถ่าง
- ๑๖๐๒. dilute (ก) เจือ, (ค) จาง
- ๑๖๐๓. diluent ตัวเจือ
- ๑๖๐๔. dilution การเจือ
- ๑๖๐๕. dioptric power กำลังได้ออปเตอร์
- ๑๖๐๖. diphtheria ดิฟธีเรีย
- ๑๖๐๗. diplopia การเห็นซ้อนสอง
- ๑๖๐๘. dipthera สัตว์สองปีก
- ๑๖๐๙. direct ตรง, ไม่อ้อม
- ๑๖๑๐. directly โดยตรง
- ๑๖๑๑. disaccharide ไดซัคคาไรด์
- ๑๖๑๒. disadvantage ความเสียเปรียบ, ข้อเสียเปรียบ, ข้อเสีย
- ๑๖๑๓. disarticulation การตัดข้อขาด
- ๑๖๑๔. discard ทิ้ง, สละทิ้ง, ไม่เอา
- ๑๖๑๕. discharge ปลดปล่อย, การถ่าย, ปล่อยออก, สิ่งไหลออก, สิ่งปลดปล่อย
- ๑๖๑๖. discrepancy ความแตกต่างกัน
- ๑๖๑๗. discrete ชัดเจน, แยกเฉพาะส่วน, กระจาย
- ๑๖๑๘. disinfectant ยาทำลายเชื้อ (โรค)

- ๑๖๑๙. disintegrate สลาย, แตกแยก
- ๑๖๒๐. dislodge หลุดออกจากที่, เอาออกจากตำแหน่ง
- ๑๖๒๑. dislocation ข้อเคลื่อน
- ๑๖๒๒. dislocation of shoulder ข้อไหล่เคลื่อน
- ๑๖๒๓. disuse atrophy การฝ่อลีบเพราะไม่ใช้
- ๑๖๒๔. dismount ลงจากม้า, รื้อเอาออก
- ๑๖๒๕. disperse หว่าน, กระจาย
- ๑๖๒๖. displace เคลื่อนจากที่, ผิดที่
- ๑๖๒๗. disposal การทิ้ง
- ๑๖๒๘. dispose ทิ้ง; เททิ้ง
- ๑๖๒๙. dissect จำແหละ
- ๑๖๓๐. dissection การชำແหละ
- ๑๖๓๑. dissipate สลาย, กระจาย, แยกย้ายกันไป
- ๑๖๓๒. dissociation การแยกกลุ่ม
- ๑๖๓๓. dissolution การละลาย
- ๑๖๓๔. dissolve ละลาย
- ๑๖๓๕. distend ทำให้พอง, ดันให้โป่ง
- ๑๖๓๖. distended ชึ่งโป่งพอง
- ๑๖๓๗. distensible ชึ่งโป่งออกได้

๑๖๓๘. distension การโป่งพอง
 ๑๖๓๙. distinctive ซึ่งทำให้เด่น, มีชื่อเสียง
 ๑๖๔๐. distinguish แยกออก, ทำให้เด่น
 ๑๖๔๑. distil กลั่น
 ๑๖๔๒. distillate ผลกลั่น
 ๑๖๔๓. distortion การผิดรูป, การเบี่ยงบิด
 ๑๖๔๔. disturb รบกวน
 ๑๖๔๕. disturbance การรบกวน
 ๑๖๔๖. disuria การถ่ายปัสสาวะยาก (ปวดเจ็บ)
 ๑๖๔๗. diuresis การขับปัสสาวะ, การถ่าย ปัสสาวะ
 มาก
 ๑๖๔๘. diuretic ยาขับปัสสาวะ, เกี่ยวกับการขับ
 ปัสสาวะ
 ๑๖๔๙. diurnal ระหว่างวันหนึ่ง ๆ
 ๑๖๕๐. dizziness อาการวิงเวียน
 ๑๖๕๑. domination การเหนือกว่า, เป็นใหญ่กว่า
 ๑๖๕๒. dormant นอนหลับ, อยู่เฉย ๆ
 ๑๖๕๓. dorsal ทางด้านหลัง
 ๑๖๕๔. draft (ก) ร่าง (หนังสือ), (น) กระแส
 ลมโกรก
 ๑๖๕๕. drain ระบาย
 ๑๖๕๖. drain tube หลอดระบาย, ท่อระบาย
 ๑๖๕๗. drainage การระบาย, การทำให้ไหลออก
 ๑๖๕๘. draught ยาน้ำขนาดมากที่ดื่มครั้งเดียว
 หมด
 ๑๖๕๙. drip (ก) หยด
 ๑๖๖๐. dropsy อาการบวม, อาการมีน้ำคั่งข้าง
 ๑๖๖๑. duct ท่อระบาย, ท่อ
 ๑๖๖๒. dull note เสียงทึบ (ไม่แจ่มใส)
 ๑๖๖๓. duodenum ดูโอดีนัม, ไส้คี่ป (๑๒ นิ้ว)
 ๑๖๖๔. dynamic equilibrium จุดแกว่งไกว
 ๑๖๖๕. dyspepsia การย่อยอาหารเสีย, ธาตุพิการ
 ๑๖๖๖. dysphagia การกลืนยาก
 ๑๖๖๗. dysphoria ระเหี้ย, เพลี้ย
 ๑๖๖๘. dyspnea การหายใจผิด, การหายใจหอบ
 ๑๖๖๙. dystocia การคลอดยาก
 ๑๖๗๐. ear หู
 ๑๖๗๑. ear lobe คีบใบหู
 ๑๖๗๒. ear ossicles กระดูกหู
 ๑๖๗๓. ear pinna ใบหู
 ๑๖๗๔. easy fatigue ความเหนื่อยง่าย
 ๑๖๗๕. ecchymosis การตกเลือดใต้ผิวหนัง
 ๑๖๗๖. eclampsia อีคลัมป์ซีเชีย โรคชักเพื่อครรภ์
 ๑๖๗๗. edema การบวมน้ำ
 ๑๖๗๘. edema level ระดับบวมน้ำ
 ๑๖๗๙. effect ผล
 ๑๖๘๐. effect of drug ผลของยา
 ๑๖๘๑. effect, primary ผลขั้นต้น
 ๑๖๘๒. effect, secondary ผลขั้นตาม
 ๑๖๘๓. effect, toxic ผลพิษ
 ๑๖๘๔. efferent (ซึ่ง) นำออก
 ๑๖๘๕. efferent nerve impulse พลังประสาท
 แล่นออก (นำออก)
 ๑๖๘๖. efferent nerve ประสาทนำออก
 ๑๖๘๗. effervescence การเดือดเป็นฟองแก๊ส
 ๑๖๘๘. egg-fruit มะเขือ
 ๑๖๘๙. eject ฟัน, ฟุ้งออก
 ๑๖๙๐. elastic ยืดหยุ่น
 ๑๖๙๑. elasticity ความยืดหยุ่น
 ๑๖๙๒. elated ปลื้มปิติ
 ๑๖๙๓. elation ความปลื้มปิติ
 ๑๖๙๔. elbow (ข้อ) ศอก
 ๑๖๙๕. electric heater เตาไฟฟ้า
 ๑๖๙๖. elicite ทำให้เกิดขึ้น
 ๑๖๙๗. elementary taste แม่รส
 ๑๖๙๘. element ธาตุ
 ๑๖๙๙. eliminate กำจัด
 ๑๗๐๐. elevate ยกขึ้น, ทำให้สูงขึ้น
 ๑๗๐๑. emaciation การผอมแห้ง
 ๑๗๐๒. elute การล้างหลุด (จากการดูดซึม)
 ๑๗๐๓. embrace การกอดรัด
 ๑๗๐๔. embolus สิ่งหลุดไหล
 ๑๗๐๕. emergency ภาวะฉุกเฉิน
 ๑๗๐๖. emerge โผล่
 ๑๗๐๗. emmetropia สายตาปกติ
 ๑๗๐๘. emetic ยา (ทำ) อาเจียน

๑๗๐๘. emotional (ซึ่ง) อารมณ์ไว
 ๑๗๑๐. emotion อารมณ์แรง
 ๑๗๑๑. emotional disturbance การปั่นป่วนทางอารมณ์
 ๑๗๑๒. employ ใช้งาน, ใช้ทำประโยชน์
 ๑๗๑๓. encapsulate หุ้ม, ทำเป็นปลอกหุ้ม
 ๑๗๑๔. emulsoid อิมัลชอยด์
 ๑๗๑๕. end, central ปลายใกล้ศูนย์กลาง
 ๑๗๑๖. encounter ปะทะ
 ๑๗๑๗. end, peripheral ปลายไกลศูนย์กลาง
 ๑๗๑๘. end organ อวัยวะปลาย
 ๑๗๑๙. endocardium เยื่อหุ้มหัวใจ, เอ็นโตคาร์เดียม
 ๑๗๒๐. endocrine secretion น้ำเลี้ยงภายใน
 ๑๗๒๑. endocrine gland ต่อมน้ำเลี้ยงภายใน, ต่อมเอ็นโดครีน
 ๑๗๒๒. energy พลังงาน, กำลังงาน
 ๑๗๒๓. energy value ค่าพลังงาน
 ๑๗๒๔. engorgement การคั่งเป่ง
 ๑๗๒๕. engrave สลัก, จารึก
 ๑๗๒๖. entangle ผูกพัน
 ๑๗๒๗. environment สิ่งแวดล้อม, ภาวะแวดล้อม
 ๑๗๒๘. enzymatic เนื่องด้วยเอนไซม์
 ๑๗๒๙. enzymatic decomposition การสลายด้วยเอนไซม์
 ๑๗๓๐. enzyme เอนไซม์, ตัวย่อย
 ๑๗๓๑. epicardium เยื่อหุ้มหัวใจ, เอพิการ์เดียม
 ๑๗๓๒. epistaxis อาการเลือดกำเดาออก
 ๑๗๓๓. equilibrium สมดุล
 ๑๗๓๔. ergograph เครื่องบันทึก กล้ามเนื้อหดตัว
 ๑๗๓๕. ergography การบันทึกกล้ามเนื้อหดตัว
 ๑๗๓๖. erosion การกัดเบบอย, แผลกัดเบบอย
 ๑๗๓๗. error ความผิด
 ๑๗๓๘. error, standard ความผิดมาตรฐาน
 ๑๗๓๙. erysipelas โรคไฟลามทุ่ง
 ๑๗๔๐. rythema อาการหนังแดง
 ๑๗๔๑. erythrocyte เม็ดเลือดแดง
 ๑๗๔๒. esophagoscope กล้องตรวจหลอดอาหาร
 ๑๗๔๓. essential จำเป็น, สำคัญ, แก่น
 ๑๗๔๔. essential amino acid กรดอะมิโนที่จำเป็น
 ๑๗๔๕. essential oil น้ำมันแก่นสาร
 ๑๗๔๖. essentially โดยแก่นสาร, โดยที่สำคัญ
 ๑๗๔๗. establish ตั้ง (เช่นตั้งบริษัท), ประกอบหลักฐาน (การพิสูจน์)
 ๑๗๔๘. estimation การคะเน, การตราค่า, การหาปริมาณ
 ๑๗๔๙. euphoria ความรู้สึกเคลิ้มสบาย
 ๑๗๕๐. eustachian tube หลอดยูสตาเคียน
 ๑๗๕๑. evacuate ทำให้ว่าง, ทำให้เป็นสุญญากาศ
 ๑๗๕๒. evaporate ทำให้ระเหย, ระเหย
 ๑๗๕๓. evaporating dish ชามระเหย
 ๑๗๕๔. evaporation การระเหย
 ๑๗๕๕. evert พลิกออก, หันออก
 ๑๗๕๖. evisceration การตัดอวัยวะ
 ๑๗๕๗. evoke ทำให้เกิดขึ้น, ก่อขึ้น
 ๑๗๕๘. eviscerate ตัดอวัยวะ (ภายใน) ออก
 ๑๗๕๙. exacerbation อาการโรคกำเริบ
 ๑๗๖๐. evolution การเปลี่ยนแปลงโดยลำดับ, วิวัฒนาการ
 ๑๗๖๑. excess ส่วนเกินต้องการ
 ๑๗๖๒. exaggerate ทำเกินจริง, พูดเกินจริง
 ๑๗๖๓. excessive เกินขีด
 ๑๗๖๔. excessibly โดยเกินสมควร
 ๑๗๖๕. excitant ยา (ตัว) เร้า
 ๑๗๖๖. excessive vomiting การอาเจียนเกินสมควร
 ๑๗๖๗. excise ตัดออก
 ๑๗๖๘. excite เร้า
 ๑๗๖๙. excitability ความตื่นเร้า (ตื่นตัวต่อการเร้า)
 ๑๗๗๐. excitement ความตื่นเต้น
 ๑๗๗๑. excitation การเร้า
 ๑๗๗๒. excretion การขับถ่าย
 ๑๗๗๓. excited ตื่นเต้น, ถูกเร้า
 ๑๗๗๔. exhaust ทำให้หมด, ทำให้หมดแรง

๑๓๗๕. excrete ขับถ่าย
 ๑๓๗๖. exophthalmos อาการตาพอง
 ๑๓๗๗. excursion การออกไป, การเคลื่อนที่, การเดินทางสำรวจ
 ๑๓๗๘. expensive แพง, หมดเปลืองมาก
 ๑๓๗๙. exhibit (ก) แสดง, เอาออกแสดง (น) สิ่งตั้งแสดง (เช่น พิพิธภัณฑ์)
 ๑๓๘๐. experimental animal สัตว์ทดลอง
 ๑๓๘๑. expectoration การหลั่งทางหลอดลม
 ๑๓๘๒. exploratory laparotomy การผ่าท้องเพื่อตรวจ
 ๑๓๘๓. experience ประสบการณ์
 ๑๓๘๔. explosive พลุพล่าน, ระเบิดง่าย
 ๑๓๘๕. experimental subject ผู้ถูกทดลอง
 ๑๓๘๖. express บีบคั้น, กล่าว
 ๑๓๘๗. exploration การตรวจค้น
๑๓๘๘. extension การต่อ, ส่วนต่อ, การเหยียด
 ๑๓๘๙. expose เผย
 ๑๓๙๐. extend เหยียด, ยืด
 ๑๓๙๑. extent ขอบเขต
 ๑๓๙๒. external ทางด้านนอก
 ๑๓๙๓. extensor กล้ามเนื้อเหยียด
 ๑๓๙๔. external auditory meatus รูหู
 ๑๓๙๕. exterior ภายนอก
 ๑๓๙๖. extirpation การตัดเอาออก
 ๑๓๙๗. external ear (ห้อง) หูชั้นนอก
 ๑๓๙๘. extract (ก) สกัด, ดึงออก (น) ยาสกัด
 ๑๓๙๙. extinguish ดับ (ไฟ), ทำให้หมดไปหรือหยุด

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว



สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๔

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>	ใหม่	๓,๑๗๘	๑,๖๖๔	๑,๕๖๕	๑,๘๑๕	๒,๐๒๘	๑๑,๓๗๘
	เก่า	๔,๕๔๕	๓,๐๕๓	๔,๒๕๘	๒,๔๐๕	๔,๒๘๘	๑๕,๖๕๔
	รวม	๗,๗๒๓	๔,๗๑๗	๖,๘๒๓	๔,๒๒๐	๖,๓๑๖	๓๑,๐๓๒
<u>ใน</u>		๓๐๖	๔๒๖	๑,๕๕๔	๒๐๑	๔๑๒	๒,๙๐๒

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๖๕๑. จักษุฯ ๗๐๗. สูติ-นารีฯ ๗๑๖. รวม ๒,๐๗๔ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๗๔, หญิง ๕๒๕, รวม ๑,๑๐๓. คลอดตาย, ชาย ๑๒, หญิง ๑๐, รวม ๒๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๒ คน (๕.๕๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๔ ราย (๔๕.๖๗ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๓๕ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๘๕ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๓๑๗ ครั้ง, รวม ๘๓๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๘๒๕ คน, รักษาใหม่ ๖๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๘๐ คน ราวเดียวรักษา ๒๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕ ครั้ง. โดอะเธอรัมมี, รักษาใหม่ ๑ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๓ ครั้ง. ราวไอโอโซโทป, รักษาใหม่ ๖๗ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๐๒ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๔๑ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๑๒ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๓๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๖๕๗ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๔ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๗๐๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๖๖๓ ราย (จากภายนอก ๒๕๘ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๑๑๕ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น - วัตเซอร์แมนและคาห์น ๒๖๕.๕ หมู่เลือด ๒๑๖. นับเม็ดเลือด ๑. วัตฮีโมโกลบิน - ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด - หาเชื้อบักเตรี ๑๓๕. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๕๕. อูจจาระ ๒, บัสสาวะ ๑๓, เสมหะและอื่น ๆ ๑๑. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๘๑, อูจจาระ ๑๔๗, บัสสาวะ ๘๘, น้ำไขสันหลัง ๗๔. เสมหะและอื่น ๆ ๕๔๓. เพาะเชื้อวัณโรค ๕๕. นีดส์ตัวทดลอง ๒. เพาะเชื้อปัสสาวะ ๓๐. ตรวจทดลองตัวจิต ๓๐. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี่ ๑๑. ตรวจศพนิติเวช ๓๒. ตรวจของกลาง ๕๒.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๔. เจาะน้ำสันหลัง ๑๗. เจาะตับ ๗. เจาะน้ำช่องปอด ๑๑. อัดลมเข้าช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องท้อง ๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๕๗. นีดยาทั่วไป ๑,๔๖๑. นีดยาซีซีฟัส ๕. เบาหวาน ๑,๕๕๔. คลินิกวัณโรค ๒๘๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๗๗. ถอนฟัน ๑,๐๑๕. อุดฟัน ๓๕๗. ผ่าตัดช่องปาก ๖๖.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทย์ศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ :

๑. สโมสรโรตารี ธนบุรี บริจาคเงิน จำนวน ๒๔,๐๐๑.๑๗ บาท ซอเครื่องใช้ประจำห้องผู้ป่วยพิเศษ สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๒. นายบุญวงศ์ อมาตยกุล บริจาคเงินจำนวน ๒๔,๐๐๐.๐๐ บาท ซอเครื่องใช้ประจำห้องผู้ป่วยพิเศษ สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๓. บริษัท เซอร์วิงก์ กรุงเทพ จำกัด บริจาคเงินจำนวน ๔,๐๐๐.๐๐ บาท ซออุปกรณ์ห้องรับแขก ๑ ชุด, เครื่องปรับอากาศ ๑ เครื่อง (ราคา ๖,๐๐๐.๐๐ บาท) และตู้ทำความเย็น ๑ ตู้ (ราคา ๔,๕๐๐.๐๐ บาท) สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๔. บริษัทสยามอากีเท็กซ์ (อิมพอร์ต) จำกัด บริจาคเครื่องปรับอากาศ ๑ เครื่อง (ราคา ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท) สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๕. นางประกอบกมลกิจ (ปราณี จันทระเวคิน), นายแพทย์ชุตม์ อยู่สวัสดิ์ และ

แพทย์หญิงประมวลมาลัย อยู่สวัสดิ์ บริจาคเงินจำนวน ๓,๕๐๐.๐๐ บาท ซอเตียงซิมมอนส์ ๑ เตียง สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๖. นายเฉลย และนางอนงค์ เคียงศิริ บริจาคเงินจำนวน ๓,๕๐๐.๐๐ บาท ซอเตียงซิมมอนส์ ๑ เตียง สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๗. นายจิวติ บุญสูง บริจาคเงินจำนวน ๓,๕๐๐.๐๐ บาท ซอเตียงซิมมอนส์ ๑ เตียง สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง.

๘. นายประยงค์ ภาธรรัตน์ บริจาคเงินจำนวน ๓,๕๐๐.๐๐ บาท ซอเตียงซิมมอนส์ ๑ เตียง สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๙. นายสนั่น บุญยศิริพนธ์ บริจาคเงินจำนวน ๒,๖๐๐.๐๐ บาท ซอเตียงผู้ป่วย ๔ เตียง สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

๑๐. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อำนวย เส็มรสก์ และ คุณเนอทิพย์ เส็มรสก์ บริจาคเงินจำนวน ๒,๖๐๐.๐๐ บาท ซอเตียงผู้ป่วย ๔ เตียง สำหรับตักผู้ป่วยมะเร็ง, แผนกรังสีวิทยา.

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ได้กำหนดให้มีการประชุม
ทางวิชาการ ประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.
๒๕๐๔ คือ :

วันศุกร์ ที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ.
๒๕๐๔ เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้อง
บรรยายพยาธิวิทยา. เรื่องที่น่าสนใจ :
๑. โรควะเบอร์-คริสเตียน, แพทย์หญิง
ขวัญฤดี เมฆะสุภา, นายแพทย์สมโพธิ
พุกกระเวส แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ และ
นายแพทย์นิวัฒน์ จันทรวงศ์, ศาสตราจารย์
สังข์ กาญจนกฤษกร แห่งแผนกพยาธิวิทยา
เป็นผู้เสนอ. ๒. เอ็คโตเคอร์มัลคิยัสเพล-
เซียในทารก, นายแพทย์อรุณพล ขุนประภอบ
และนายแพทย์วินัย สุวดีติ แห่งแผนกกุมาร
เวชศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

วันศุกร์ ที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ.
๒๕๐๔, เวลา ๑๕.๑๐ น., ณ ห้อง
บรรยายพยาธิวิทยา. เรื่องที่น่าสนใจ :
๑. ฮีโมไลติกอะนีเมียชนิดกรรมพันธุ์รวม
กับฮีโมโกลบินผิดปกติ, แพทย์หญิง
สุตสาคร ตัจินตกาญจน์, แห่งแผนกกุมาร
เวชศาสตร์, เป็นผู้เสนอ. ๒. คนคอสน
แต่กำเนิด, นายแพทย์เฉลิมชาติ รัตนเทพ
แห่งแผนกศัลยศาสตร์และแพทย์หญิงสาย

สงวน อุธยพันธ์ แห่งแผนกรังสีวิทยาเป็นผู้
เสนอ.

ข่าวห้องสมุด บริษัท นายแพทย์ ดำรง
เพ็ชรพลาย ได้มอบหนังสือ Tumors of the
Lower Respiratory Tract และ Tumors of
the Thyroid Gland ให้เป็นสมบัติของห้อง
สมุด, หนังสือทั้งสองเล่มนี้ Armed Forces
Institute of Pathology เป็นผู้จัดทำ.

ปาฐกถาพิเศษ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา ๑๑.๐๐ น. ศาสตราจารย์
เคอวิต เทวิลล์ ผู้อำนวยการคลินิก
นรีเวช, มหาวิทยาลัยเจนีวา, และเลขาธิการ
สหพันธ์นานาชาติ สำหรับ สติศาสตร์
นรีเวชวิทยา, ได้แสดงปาฐกถา ณ ห้อง
บรรยายพยาธิวิทยา. เรื่องที่บรรยายเป็น
เรื่องเกี่ยวกับ ประสพการณ์ใน สาขาวิชาของ
ท่านปาฐกเอง. มีผู้เข้าฟังพอสมควร.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน
พ.ศ. ๒๕๐๔ ศาสตราจารย์ จอห์น เอ็ม.
แมคคีน แห่งแผนกจักษุวิทยา, มหาวิทยาลัย
ลีดส์, และรองศาสตราจารย์ จอห์น
เอช. คิงก์, ยูเนียร์, แห่งโรงเรียนแพทย์

จอร์จทาวน์ (วอชิงตัน), ได้เข้าเยี่ยมชม
แผนกศึกษาศาสตร์, เพื่อชมกิจการและ
สนทนากับคณาจารย์ในแผนกนั้น.

นิทรรศการอายุรศาสตร์ นิทรรศการ
อายุรศาสตร์ ซึ่งได้จัดทำขึ้น ณ ตึกอักษ-
ฎาภิบาล ๓ ตึกกษัตริย์อินโดโคป, เปลี่ยน
เรื่องแสดงใหม่ ตั้งแต่วันที่พฤศจิกายน ๑๒
พฤศจิกายน ๒๕๐๔. เรื่องที่น่าสนใจ
คือ: (๑) โรคแผลเย็บตึก (๒)
ไตอะบัสโคมา (๓) วัณโรคโมคัยนามิคัส
และ (๔) โนโรโมโซมัส.

สมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย
เราได้ทราบว่าคณะผู้สนใจได้ร่วม
กันก่อตั้งสมาคมตั้งขึ้นแล้วตั้งแต่ ๘ พฤศจิกายน
๒๕๐๔ โดยมีจุดประสงค์ (๑) เผย-
แพร่ความรู้เรื่องมะเร็ง, (๒) สนับสนุน
การค้นคว้าเรื่องมะเร็ง, (๓) ช่วยเหลือ
การบำบัดมะเร็ง, (๔) ขยายการช่วยเหลือ
คนไข้มะเร็งไปในท้องถิ่น, (๕) การร่วม
งานกับสถาบันโรคมะเร็งต่างๆ, (๖) หา

เงินไว้ใช้ในงานต่อต้านมะเร็ง. ในคณะผู้
ริเริ่ม ๑๕ คน มีศาสตราจารย์ น.พ. อำนวย
เสมรสุต, อาจารย์ น.พ. เสนอ อินทรสุข
ศรี และ อาจารย์ น.พ. สำราญ วงศ์พาทย์
ร่วมอยู่ด้วย, ซึ่งเห็นทนายคนมาก. อนึ่ง,
โดยที่ ศาสตราจารย์ น.พ. อำนวย เสมรสุต
ซึ่งได้รับเลือกตั้งเป็น ประธาน ของ สมาคมน
ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการสถาบันมะ-
เร็งฯ ของศิริราชอยู่แล้ว, จึงเป็นที่เชื่อแน่ว่า
การร่วมมือระหว่างกลุ่มทั้งสอง คง เป็น ไป
อย่างสมบูรณ์ และบังเกิดผลดีแก่ประชาชน
ผู้ช่วย ไซ เป็นอย่างยิ่ง.

สมรส วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๔
น.พ. สุเทพ เตียงพิทักษ์, แห่งแผนกกาย-
วิภาคศาสตร์, เข้าสู่วินิจฉัยสมรสกับ น.ส.
เบญจางค์ คมสัน, พยาบาลประจำหน่วย
เวชศาสตร์ของกันแห่ง แผนกอายุรศาสตร์.
วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.พ. อุกฤษดิ์
เปล่งวานิช แห่งแผนกอายุรศาสตร์, เข้าสู่วินิจฉัย
พิธสมรสกับ น.ส. พัชร วรรณพิพย์.

ข่าวพยาบาล

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.ส. ฟรันซิสเบคค์, ผู้อำนวยการกอง การบริ การพยาบาล ของ สภาพยาบาลนานาชาติ, เข้าเยี่ยมและชมกิจการของโรงพยาบาลและโรงเรียนพยาบาลเป็นเวลา ๓ ชั่วโมง. หลังจากนั้นได้ร่วมรับประทานอาหาร กลางวัน กับ คณะกรรม การ และ ครูพยาบาล. ปรากฏว่าเป็นที่สนชมแก่อาคันตุกะมาก.

สมรส วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.ส. สุนันทา จันททรัพย์, พยาบาลประจำตึกสูติกรรม, เข้าพิธีสมรสกับนายชวลิต คุตทัญญา. วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.ส. อชลรัตน์ วิมลจิตต์, หัวหน้าพยาบาล

ตึกศัลยกรรมชาย ๓, เข้าพิธีสมรสกับ นายสวัสดิ์ ชินวัตร ว.ศ.บ.

ลาออก (๑) น.ส. นพินิตย์ ชวนเกษม, พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมหญิงสอง, (๒) น.ส. ยพารัตน์ประสิทธิ์, พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมหญิงสาม, ลาออกตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๔.

โอน น.ส. ยพารัตน์ ภัณฑช ได้กลับจากศึกษาและทำงานพยาบาล ในมหาวิทยาลัยเพ็นซิลเวเนีย, สหรัฐอเมริกาแล้วเมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๔, และจะได้โอนไปประจำคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ต่อไป.

ข่าวศิษย์เก่า

สมรส เราได้รับข่าวมงคลสมรสของศิษย์เก่าในระหว่าง เดือน พฤศจิกายน ๒๕๐๔ คือ:

วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๔

น.พ. รัตน์ ปาลวินิช เข้าพิธีสมรสกับ น.ส. ประไพ อินทร์ ณ จวนผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม.

วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๔

ข่าวพยาบาล

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.ส. ฟรันซิสเบคค์, ผู้อำนวยการกอง การบริ การพยาบาล ของ สภาพยาบาลนานาชาติ, เข้าเยี่ยมและชมกิจการของโรงพยาบาลและโรงเรียนพยาบาลเป็นเวลา ๓ ชั่วโมง. หลังจากนั้นได้ร่วมรับประทานอาหาร กลางวัน กับ คณะกรรม การ และ ครูพยาบาล. ปรากฏว่าเป็นที่สนชมแก่อาคันตุกะมาก.

สมรส วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.ส. สุนันทา จันททรัพย์, พยาบาลประจำตึกสูติกรรม, เข้าพิธีสมรสกับนายชวลิต คุตทัญญา. วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๔ น.ส. อชลรัตน์ วิมลจิตต์, หัวหน้าพยาบาล

ตึกศัลยกรรมชาย ๓, เข้าพิธีสมรสกับ นายสวัสดิ์ ชินวัตร ว.ศ.บ.

ลาออก (๑) น.ส. นพินิตย์ ชวนเกษม, พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมหญิงสอง, (๒) น.ส. ยพารัตน์ประสิทธิ์, พยาบาลประจำตึกศัลยกรรมหญิงสาม, ลาออกตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๔.

โอน น.ส. ยพารัตน์ ภัณฑช ได้กลับจากศึกษาและทำงานพยาบาล ในมหาวิทยาลัยเพ็นซิลเวเนีย, สหรัฐอเมริกาแล้วเมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๔, และจะได้โอนไปประจำคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ต่อไป.

ข่าวศิษย์เก่า

สมรส เราได้รับข่าวมงคลสมรสของศิษย์เก่าในระหว่าง เดือน พฤศจิกายน ๒๕๐๔ คือ:

วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๔

น.พ. รัตน์ ปาลวิณิช เข้าพิธีสมรสกับ น.ส. ประไพ อินทร์ ณ จวนผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม.

วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๔

น.พ. จริญญา บุญประสาน เข้าสู่วิชาสูติศาสตร์
 น.ส. อรรมนุญ วิโรจน์ฤทธิ ฌห้องประชุม
 วชิรพยาบาลพระนคร.

วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๐๔

น.พ. ประวัติ หงสประภาส เข้าสู่วิชาสูติศาสตร์
 กัย น.ส. ฉวีวรรณ วงษ์วิทย์กิจ ฌสุมาคม
 แพทย์แห่งประเทศไทย, ศาลาแดง.

ขอให้มีความสุขความเจริญยิ่ง ๆ ทุกคู่.

หนังสือ "รวมบทเรียงความที่ชนะที่ ๑ แต่งประกวดเนื่องในวันมหิดล"
 พร้อมทั้งพระประวัติของสมเด็จพระราชบิดา ได้พิมพ์เสร็จแล้ว เป็นหนังสือขนาด ๘
 หน้ายก หน้า ๑๖๒ หน้า ตอนพระประวัติได้พิมพ์ด้วยกระดาษอาร์ตอย่างดี มีภาพ
 ประกอบ ๓๓ ภาพ ขายด้วยราคาเกือบเท่าทุน เพราะต้องการให้หนังสือแพร่หลาย
 ผู้ต้องการโปรดส่งเงินจำนวน ๑๐ บาท พร้อมทั้งค่าส่ง ๒ บาท ที่ผู้รวบรวม
 รวมคือ นายแพทย์สด แสงวีเชียร แผนกกายวิภาคศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
 ชนบุรี.