



**สารศิริราช**  
**SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE**

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

ปีที่ ๑๔, ฉบับที่ ๑, มกราคม ๒๕๐๕	Volume 14, Number 1, January 1962.
----------------------------------	------------------------------------

**ปวดศีรษะและเนื้องอกในสมอง**

อดุม โปษะกฤษณะ W.B., Dr. med., Dr.med. dent. (Leipzig)  
(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อดุม โปษะกฤษณะ)

อาการสำคัญที่สุดของเนื้องอกในสมอง มีปวดศีรษะ, อาเจียนและตามัว. ปวดศีรษะเป็นอาการนำที่ชัดเจน, นายแพทย์ที่ทำการรักษาเมื่อผู้ช่วยมาบอกว่าปวดศีรษะ, ควรจะนึกว่าเป็นเนื้องอกในสมองไว้บ้าง, นอกจากสาเหตุต่างๆ ทางอายุรศาสตร์, กุมารเวชศาสตร์และสูติศาสตร์.

ในโอกาสนี้ขอนำเอาเรื่องปวดศีรษะเกี่ยวกับเนื้องอกในสมองตามที่ได้อธิบายด้วยตนเองมาบรรยาย, เป็นเรื่องของเมืองไทยทั้งนั้น, ซึ่งมีส่วนเกี่ยวกับเมืองนอกเขื่อนั้นมาก. เนื้องอกในสมองนั้นแบ่งได้ดังนี้ :

๑. เนื้องอกที่อยู่ในช่องเหนือ เต้านโตเรียม.

เรื่องย่อ โปษะกฤษณะ, อดุม. ปวดศีรษะและเนื้องอกในสมอง. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๒), ๑๔ ; ๑-๑๐.

เรื่องนี้เป็นกรณีวิเคราะห์รายงานคนไข้เนื้องอกในสมอง ๑๔ รายเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ, เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของก้อนเนื้อกับตำแหน่งและความรุนแรงของอาการ. เนื้องอกที่พบมีทั้งที่อยู่เหนือ เต้านโตเรียม (๕๓ ราย) และได้ เต้านโตเรียม (๒๑ ราย). ทั้งสองพวกทำให้เกิดอาการแตกต่างกันบางอย่าง. พวกหลัง ทำให้ปวดหลัง ศีรษะ บ่อยกว่า พวกแรก, ซึ่งทำให้ปวดหน้าผากเป็นอาการสำคัญ. ในประมาณครึ่งหนึ่งพบอาการปวดศีรษะในซีกเดียวกับเนื้องอก, และประมาณหนึ่งในสาม ตำแหน่งการปวด อยู่เหนือ หรือ ใกล้ เนื้องอก. กลไกของการเกิดอาการปวดมีอภิปรายในรายงาน.

### สารศิริราช

๒. เนื้องอกที่อยู่ในช่องใต้ เต็มโต-  
เรียบม.

เนื้องอกที่อยู่ในช่องเหนือ เต็มโตเรียบ  
นั้นส่วนใหญ่มาจากสมองใหญ่. ผู้เขียน  
รวบรวมได้ ๕๓ ราย. แบ่งออกได้เป็น :

๑. สมองใหญ่

ก. ส่วนโค้ง ๒๖ ราย (ฮาร์เทรียโอ-  
วินส์ อนิวริสม์ ๗ ราย)

ข. ส่วนพิน ๘ ราย

๒. แกนสมอง (Brainstem) ๕ ราย

๓. เกยวักซี เซลลา

ก. ใน เซลลา ๓ ราย

ข. เหนือ เซลลา ๘ ราย

ค. รอยๆ ๒ ราย

เนื้องอกที่อยู่ในช่องใต้ เต็มโตเรียบ มี  
อยู่ ๒๑ ราย แบ่งได้เป็น:

๑. สมองน้อย ๑๕ ราย

๒. มมสมองน้อยและสะพาน ๔ ราย

๓. เว้นตรีเกิล ที่ ๔ ๒ ราย

เนื้องอกในสมองที่จะบรรยายนมหงหมด  
๗๔ ราย. ส่วนมากทำให้ปวดศีรษะ (๕๔  
ปช.) ไม่ปวดศีรษะมีเพียง ๓ ราย, เป็น  
ฉอโรโตมา, ซุปราเซลล์ลา ฮาสโตรซัยโตมา  
และ นิวโรโนมา อย่างละ ๑ ราย. สองราย  
ปวดที่ กอน ที่ ผ่าน กระโหลก ศีรษะ ออกมา

(เมนิจีโอมา), และอีก ๑ รายปวดเฉพาะที่  
ภายหลังชัก (เมนิจีโอมา).

### เนื้องอกที่อยู่ในช่องเหนือ เต็มโตเรียบ

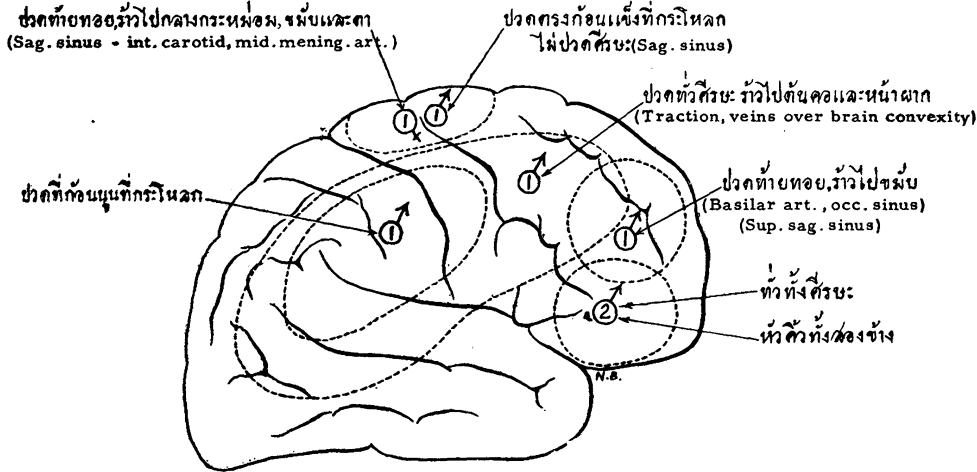
#### เนื้องอกที่อยู่ส่วนโค้งของสมอง

การปวดศีรษะนวมลักษณะตอ ๆ ลก ๆ,  
หรือรู้สึก คล้าย กระโหลก ศีรษะ จะ ระ เบิด  
(Cystic astrocytoma อย่างใหญ่). ปวด  
ตรงเนื้องอก, ร้าวไปท้ายทอยหรือขมับ, หัว  
คิว, หน้าผากหรือตาทั้งสองข้าง. ถ้าภาพ  
ที่ ๑ จะเห็นว่าความปวดไม่ใช่เครื่องบอก  
เนื้องอกนั้นอยู่ตรงไหน. เนื้องอกที่สมอง  
ส่วนหน้าทำให้ปวดท้ายทอย, เนื้องอกที่  
ขมับอาจจะทำให้ปวดที่หน้าผาก, และเนื้องอก  
ที่ท้ายทอยอาจจะทำให้ปวดตอ ๆ ที่ศีรษะ.

ความรุนแรงของการปวดนั้นแล้วแต่ระ-  
ยะของการมเนื้องอก. ควรจะแยกออกเป็น  
๓ ระยะ. ระยะแรก, ปวดเล็กน้อยใช้ยาซอ  
รับประทานเอง, เช่นแอสไพริน, ก็หายปวด.  
ยังนอนหลับได้ดี. ระยะกลาง, ปวดมากขึ้น.  
ระยะสบายสิ้นเข้า, ใช้ยาธรรมดารับประทาน  
ไม่หาย. การไอ, เบ่งอุจจาระ, การตงตัวตรง,  
การเคลื่อนไหวศีรษะ, การมีไข้ทำให้ปวดศีรษะ  
มากขึ้น. ถ้ามีการปวดศีรษะรุนแรงอาจจะ  
มีอาเจียน, ซึ่งเกิดเพราะการเคลื่อนไหวหรือ

# อุดม โปษะกฤษณะ

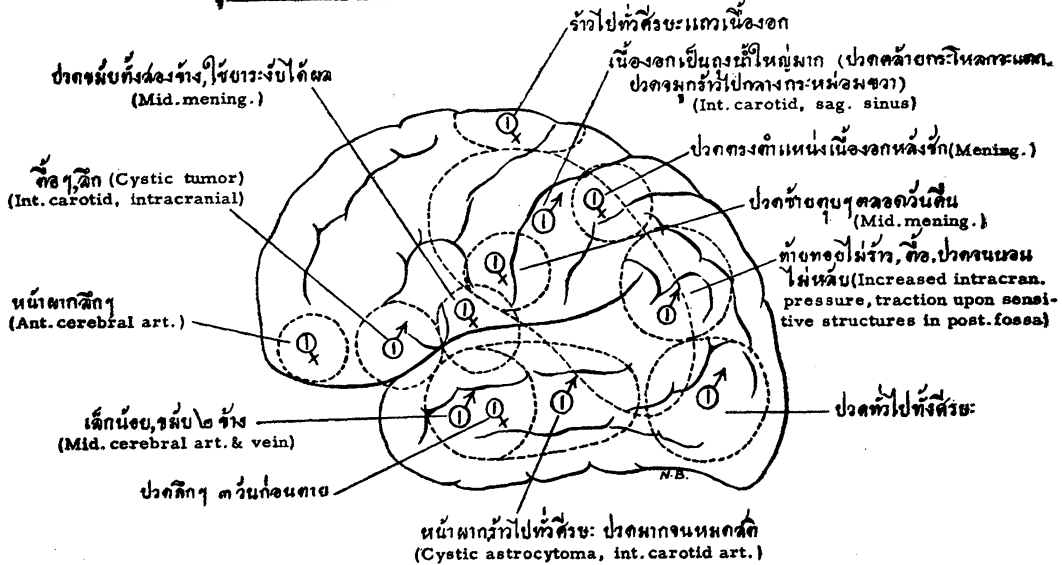
รูปที่ ๑. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของเนื้องอก, การปวดศีรษะและที่มาของการปวด  
เนื้องอกที่ส่วนโค้งของสมองใหญ่ด้านขวา (ชาย ๖ นมิง ๑)  
(ส่วนที่ถูกรอบคอบเห็นจุดเป็นอาณาเขตของเนื้องอก ตัวเลขในวงกลมเล็ก แสดงจำนวนรอย)



การกดของเมคัลลา. บางครั้งอาจเจ็บอาจจะ  
ฟัง, เพราะมันออกมาอย่างพรวดพรากโดย  
ไม่มีการคลื่นได้. ในระยะสุดท้าย, ปวด  
รุนแรงจนต้องร้องหรือคราง. มีซึม, ซัก,  
และหมดสติ.

พวก ฮาร์เทรโรวินส์ อนวิริสม์ ทำให้  
เกิดการปวดศีรษะอย่างรุนแรงมาก, ซึ่ง  
ลักษณะสำคัญของความผิดปกติชนิดนี้.  
ในเวลาปรกติผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดศีรษะ  
เล็กน้อยหรือไม่เลย, เป็นแต่มีน้อย ๆ.

รูปที่ ๒. เนื้องอกที่ส่วนโค้งของสมองใหญ่ด้านซ้าย (๑๒ รอย, ชาย ๖ นมิง ๖)



### สารศรียา

ถ้ามีหลอดโลหิตแตกเมื่อไร, เมื่อนั้นจะรู้สึกปวดอย่างสาหัสทันที. ไซ้ยาจะรับปวดอย่างแรงช่วยได้เพียงเวลาสั้นหรือ ไม่ช่วยเลย.

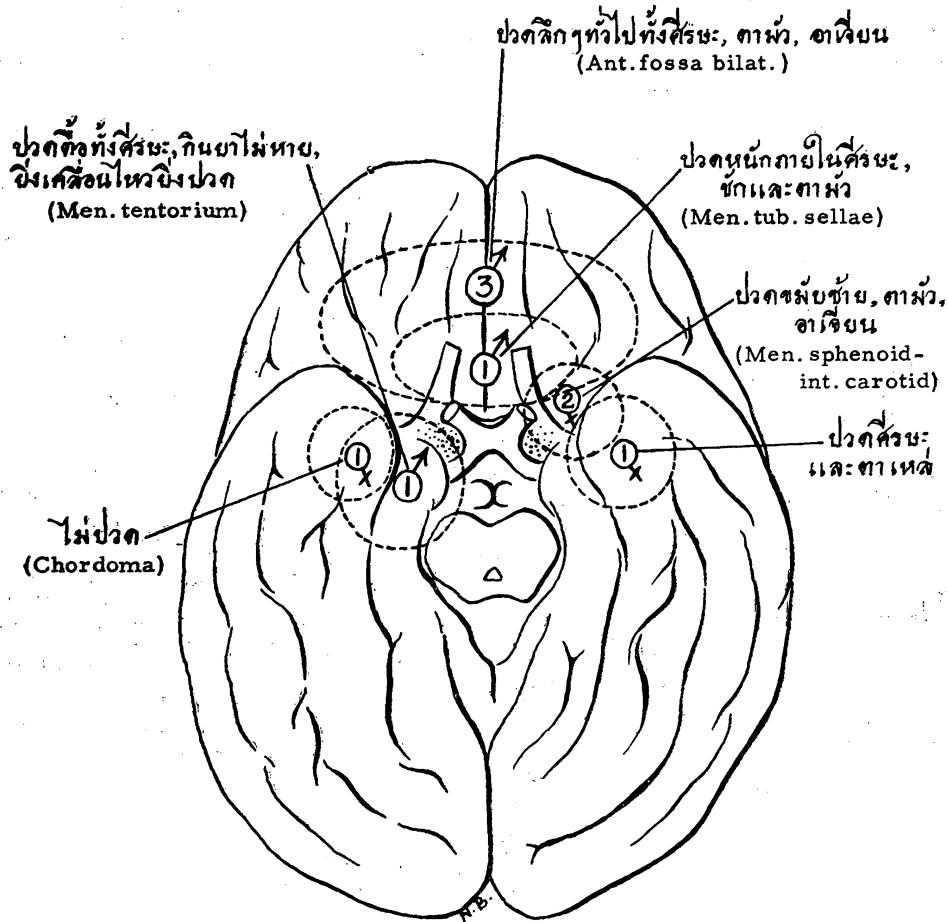
นอกจากอาการปวดรุนแรงแล้วยังมีการหมดสติและอัมพาตร่วมด้วย. ถ้าเจาะไซ้หลังพบว่า มีโลหิตในน้ำหล่อสมอง, ก็ไม่ต้องสงสัยว่า จะต้องมีการแตกของหลอดโลหิตแน่ๆ. การปวดของพวกเขา อาร์เทรโอวินัส

อนิวริสม์ นั้นส่วนมากปวดข้างเดียวกับข้างที่มีโรคอยู่, จึงมีความสำคัญในการบอกตำแหน่งของความพิการนั้นด้วย.

### เนื้องอกที่พบบนของสมอง

เนื้องอกที่พบบนของสมองไม่ทำให้มีอาการปวดตื้อกับเนื้องอกที่อยู่ส่วนโค้งเลย (ดูรูปที่ ๓). เนื้องอกใหญ่ๆ ที่ช่องสมองอันหน้า

รูปที่ ๓. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของเนื้องอก, การปวดศีรษะ และที่มาของการปวด. เนื้องอกที่พบบนของสมองใหญ่ ๙ ราย (ส่วนที่วงรอบด้วยเส้นจุด เป็นอาณาเขตของเนื้องอก ตัวเลขในวงกลมเล็ก แสดงจำนวนราย)



ทำให้ปวดลึก ๆ ทั่วไปทั้งศีรษะ, เนืองอกที่  
กระดูก สฟีนอยด์ ๒ อัน ทำให้ปวดที่ ขมับ.  
การปวดศีรษะของเนืองอกที่ เต็มโตเรียบ มี  
ลักษณะแปลก, คอยังเคลื่อนไหวศีรษะมาก  
ยิ่งปวดมาก.

เนืองอกที่แกนของสมอง

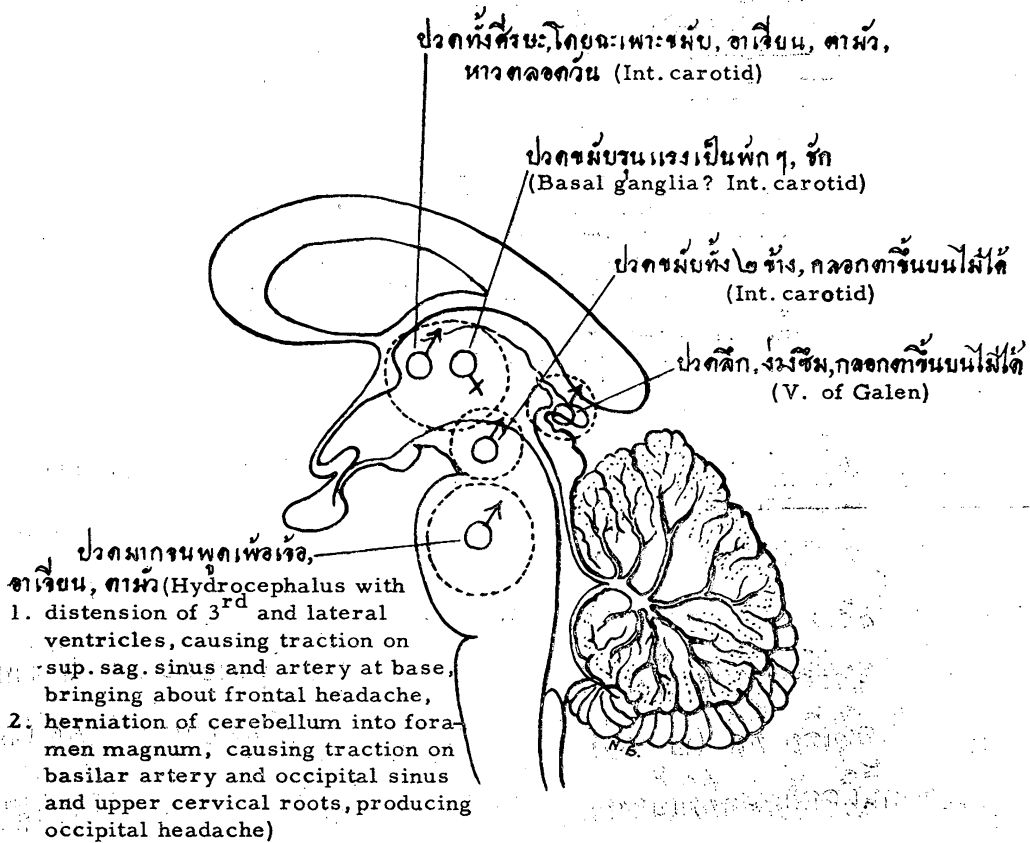
การปวดศีรษะก็ไม่ผิดอะไรกับที่อื่น, แต่  
มีหนึ่งรายมีประวัติที่น่าฟังสังเกตไว้, คือ  
ปวดคล้ายตอหินจนต้องถูกผ่าตัดถึง ๒ ครั้ง,

แต่ปวดศีรษะก็ไม่หาย. ตากลับมัวลง ๆ จน  
มองไม่เห็น. (ล.ท. ๓๒๒๑.๐๒).

เนืองอกที่เกี่ยวกับ เซลลา

เนืองอกที่เกี่ยวกับ เซลลา ทำให้มีการ  
ปวดศีรษะน้อย. พวกค่อม บัณฑิตาจารย์ เล็ก ๆ  
ไม่ทำให้ปวดศีรษะ, เว้นแต่จะมีการตกเลือด,  
ถึงรายหนึ่งของเราไม่เคยปวด ศีรษะเลย.  
ครึ่งหนึ่งมีปวดศีรษะอย่างรุนแรง. ทำการ  
ผ่าตัดพบว่ามีการตกเลือด. อีกเหตุหนึ่งคือ

รูปที่ ๔. เนืองอกที่แกนสมอง  
(ใช้ ราย, หน้า ๔ หน้า ๑)

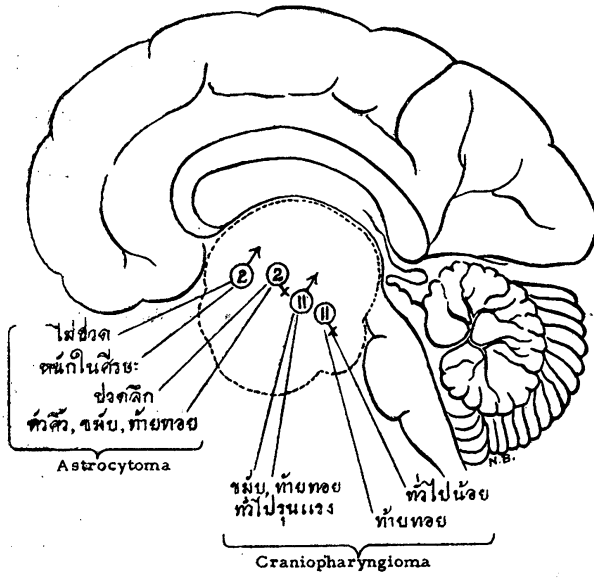


สารศิริราช

กัอนโตมาก. แมกัระนัอนากการปวคกัไม  
มาก, มีเพยงนาน ๆ ครว. อาจจะเป็นเพวระ  
ชัมและร่ววงมากกัไค.  
เนองอกทออยู่เหนือ เซลลา, เช่น ครานี-

โอฟาริยงจิโอมา ทำให้อมการปวคคัระล็กๆ  
ตรงกลาง, หรือทชมัช, หรือท่ายทอย.  
เนองอกทออยู่ข้าง เซลลา ทำให้อปวคเล็ก  
น้อย, รัยประทานยากัท่าย.

รูปที่ ๕. เนองอกที่เกี่ยวกับเซลล์ตา (๑๓ราย)  
(ส่วนที่ถูกรอบด้วยเส้นจุดเป็นอาณาเขตของเนองอก)  
(ตัวเลขในวงกลมเล็กแสดงจำนวนราย)



- Suprasella - Astrocytoma ๔ ราย
- Craniopharyngioma ๔ ราย
- Intrasella - Pituitary adenoma ๓ ราย
- Parasella - Cyst ๑ ราย (ปกคัคกัเนองอกที่ป)
- Neurilemmoma ๑ ราย (ไม่ปวค)
- (Cranial N. III, V, VI)

เนองอกในช่องใต้ เต็มโตเรียม

เนองอกในช่องกระโหลกอนันส่วนมาก  
มาจากสมองน้อย (๑๕ ราย). นอกนั้นเกิด  
จากสโศตประสาท (ประสาทสมองที่แปด)  
(๔ ราย) และ เว้นทริเกิล ทัส (๒ ราย).  
อาการของผู้อยู่พวกนี้ผลคักขพวกทมเนองอก

ในช่องเหนือ เต็มโตเรียม ๒ ประการ:

๑. อาการ ปวคคัคล้ายคคัง กัน มากใน  
พวกเดียวกัน.
  ๒. ขอกตำแหน่งของเนองอกใต้คัค.
- ส่วนมากปวคท่ายทอยหรือคัคคค (๑๐  
ราย), แล้วมีร้าวในส่วนหน้าของคัระ,

คือหน้าผาก, ขมับ, หรือกระบอกตา (๑๒ ราย). การปวดศีรษะชนิดนี้มักจะมีการผิกลึงเกตุเรื่องขาร่วมด้วย, เช่นเคินเซ. ในทสตกเคินไม่ได้นั่งไม่ไ้เพราะลกชนหน้ามควงเวณจนต้องนอนอยู่ตลอดเวลา. ในตอนนมักจะนอนอยู่เฉยเหมือนตักตา, ตาเขคโพลงไม่ปรืออย่างง่วงหรือซึม, ไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งแวลล้อม.

เมื่อมีการปวดหัวมากขึ้นจะซึมลง และมีอาเจียน. อาจจะมีชกตอนนตาไ้รบยาถ่ายหรือกลโคสเข้มๆ. อาจจะมีกระปรกระเปร่าไปพักหนึ่งแล้วก็กลับซึมลง, ชกบ่อยครั้งเข้าอีก. ถ้ามีใครเผอญไปเจาะไซสันหลังเอานาออกมาก ๆ ก็อาจจะหมดสติไปเลย, หายใจไม่สม่ำเสมอ, คอแข็งไปสองสามวันแล้วกลับพบนชนมาเล็กน้อย. ถ้าให้นาเกลือหรือ โลหิต เพื่อตอง การ ช่วย เมตะบอลิสม์บ้าง, แล้วเกิดมีปฏิกริยา, เช่นสันหรือเบ่งอุจจาระ, หรือไอติคๆ กันหลายครั้ง ผู้ช่วยอาจจะถึงแก่กรรมเพราะการหยุดหายใจทันที.

กลไกของการปวดศีรษะ

แม้ว่าการปวดศีรษะจะเป็นอาการที่ปรวากฏชน บ่อย และทำให้เกิดครอนมากแต่ยังมี

น้อยคนที่ทราบว่า การปวดศีรษะ นั้นเกิดขนเพราะเหตุอะไร.

คอร์เทกส์และเซลล์ประสาทนั้น ไม่ได้เกี่ยวของอะไรเลยกัยการปวดศีรษะ. การศึกษาค้นคว้าของ Harold Wolff และพวกแห่งมหาวิทยาลัยคอร์เนลล์ ซึ่งกินเวลานานเกือบ ๑๕ ปีได้ให้ความสว่างถึงต่อไปนี้:

ก. อวัยวะทำหน้าที่รับความเจ็บปวดในสมองนั้นมี ๓ ส่วน :

- ๑. หลอดโลหิตดำ, วนัสไซนัสใหญ่, และแขนงที่อยู่บนผิวของสมอง.
- ๒. หลอดโลหิตแดงของทรวงู, และของเนอสมองทฐานของสมอง.
- ๓. ทรวงูที่อยู่ทพน ของ กระจกโลกศีรษะ.

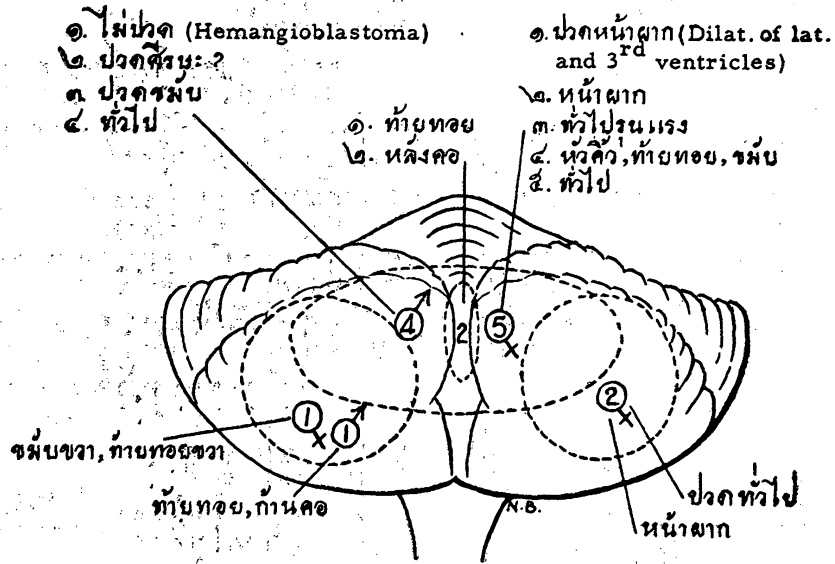
ข. อวัยวะที่ไม่รับความเจ็บปวดมี

- ๑. กระจกโลกศีรษะ.
- ๒. สมอง.
- ๓. เยื่อหุ้มสมอง, ส่วนมากของทรวงู, เยอบย เว็นทริเคิล, โนมรอยด์ เปล็กซัส.

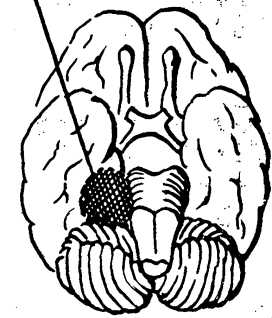
ค. เครื่องที่ทำให้เกิดการเจ็บปวด:

- ๑. การดึงของหลอดโลหิตชนิดต่างๆ.
- ๒. การขยายตัว และ การ พอง ของหลอดโลหิตแดง.
- ๓. การเปลี่ยนท.
- ๔. การอักเสบ.

รูปที่ ๖. เนื้องอกที่สมองน้อย  
(๑๕ รอย, ๒ ข้าง ๙ รอย, ขวา ๒ รอย, ซ้าย ๒ รอย, กลาง ๒ รอย)

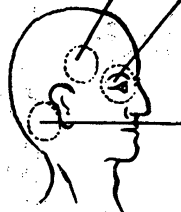


โสตประสาท ๔ รอย  
เว็นทริเคิลที่ ๔, ๒ รอย



Tight sensation

Soreness  
Transverse sinus,  
Sup. surface V N.



Pain & tenderness  
int. auditory art.  
Pontine art.

Transverse sinus inf. surface

๕. การกดของ ประสาท สมอง และ  
ประสาทคอ, ดังที่จะกล่าวต่อไป.

๖. ประสาทสมองอันที่ ๕ เป็นสื่อนำ  
ความเจ็บปวดจากอวัยวะ ที่รับความเจ็บปวด  
ในสมองเหนือ เต้นโตเรียม, ทำให้มีการ  
เจ็บปวดในส่วนหน้าของอาณาเขตที่ ลากเป็น

เส้นตั้งจากทั้งสอง ข้าง ผ่าน ส่วน โค้งของ  
ศีรษะ.

๗. ประสาทสมองอันที่ ๕, ๑๐ และ  
ประสาทคออันที่ ๑, ๒, ๓ เป็นสื่อนำความ  
เจ็บปวด จาก อวัยวะ ที่รับ ความเจ็บปวด ใน  
สมองใต้ เต้นโตเรียม, ทำให้มีการเจ็บ



๑๐ ของเนองอกใต้ เต็นโตเรียม. แต่เนอ  
งอกเหนือ เต็นโตเรียม ก็มีได้. ที่แน่กว่า  
นั้นก็คือถ้าไม่มีการปวดหลังศีรษะ ก็ไม่  
มีเนองอกใต้ เต็นโตเรียม.

(๓) การปวดหน้าผากเท่านั้นเป็นเครื่อง

แสดงว่ามีเนองอกเหนือ เต็นโตเรียม.

(๔) การปวดศีรษะมักจะ อยู่ข้างเดียว  
กบยเนองอก, ขอนจริงประมาณครึ่งหนึ่ง.

ขอขอบคุณ น.พ. เกษียร ภัทธานนท์ ที่ได้ช่วย  
เหลือเป็นอย่างดีในการถ่ายรูป, เขียนรูปและทำกระ-  
จกฉาย.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

## HEADACHE AND INTRACRANIAL TUMOURS

Udom Poshakrishna, M.B., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

(Dept. of Surgery)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

---

This is an analysis of 74 cases of intracranial tumours (53 supratentorial and 21 subtentorial) with particular reference to the relationship between the site and severity of headache and the seat of the tumours. From his findings the author deems as significant the following: (1) In one-third of cases the cephalalgia is situated near or on the site of the growth; (2) Occipital pain is found in nine-tenths

of subtentorial cases, and only in one-third of the other group; if there is no such pain, it is almost certain that there is no neoplasm in the subtentorial space; (3) Frontal headache only is a sign of tumour above the tentorium; (4) In one-half of the number of cases the headache is experienced on the same side as the tumour.

(With six figures)

---

# การถ่ายปัสสาวะยากเนื่องจากหมอนกระดูกสันหลังชำรุด

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

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

การถ่ายปัสสาวะยากนั้นโดยทั่วไป มีสาเหตุในทางเดินปัสสาวะ. ส่วนสาเหตุจากหมอนกระดูกสันหลังนั้นเมื่อกล่าวถึงน้อยที่สุด, ทง ๆ ก็มีได้บ่อย. ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง ๒๗๐ ราย<sup>(1)</sup> ผู้เขียนได้มีโอกาสพบคนไข้ที่มีอาการทางปัสสาวะ ๔ ราย. ต่อมาในระยะเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยอีก ๑ ราย. ผู้ป่วยรวม ๕ รายนี้, ซึ่ง ๓ รายเป็น สpondylolysis), อีก ๒ รายเป็นหมอนกระดูกสันหลังชำรุด, เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางผ่าตัด, จึงทราบสาเหตุแน่นอน.

## สรีรวิทยาของระบบประสาทของการถ่ายปัสสาวะ

ในการถ่ายปัสสาวะมีการทำงานของระบบประสาทสองระบบ. ระบบที่ ๑ เป็นส่วนที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ. พลังประสาทจากไขสันหลังส่งลงมาจนถึงสมองทำให้เกิดความรู้สึกอยากถ่าย. สมองสั่งงานโดยเซลล์ในตำแหน่ง พาราเซ็นทรัล โลบูล ผ่านทาง

เรื่องย่อ รัตนเทพ, เฉลิมชาติ. การถ่ายปัสสาวะยากเนื่องจากหมอนกระดูกสันหลังชำรุด. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๒), ๑๔: ๑๒-๑๖.

คนไข้ ๕ รายมีอาการถ่ายปัสสาวะยากพร้อมกับปวดหลัง, และได้ตรวจพบพยาธิสภาพที่หมอนกระดูกสันหลัง. ผู้รายงานอธิบายต้นเหตุของอาการนี้ตามหลักหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติและยกตัวอย่างรายงานคนไข้ ๒ รายเป็นเครื่องแสดงประกอบ.

ระบบ พยรามิตาลิส มาถึง แอนทรีเรียร์ ฮอร์น เซลล์ ในไขสันหลังระดับ เซอร์มิ ที่ ๒ ถึงที่ ๔ ซึ่งจะให้ประสาท พังคัล ออกไปสู่เนื้องอกหรือท่อนอกอินเป็นเนื้องอกว่างกาย. ผลของการทำงานของประสาทส่วนนี้ทำให้เราสามารถกลั้นปัสสาวะได้, หรือแม้แต่กำลังถ่ายอยู่ก็อาจจะหยุดกลางคันได้. การเสียส่วนหนึ่งส่วนใดของวงจรประสาทส่วนนี้ทำให้กระเพาะเขาทำงานโดยอัตโนมัติ, ้วยการทำงานของประสาทอีกระบบหนึ่งนอกอำนาจจิตซึ่งจะไต่กล่าวต่อไป, และมีผลให้อาการถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือถ่ายเป็นหยดเพราะกระเพาะเขาไวต่อตัว

กระตุ้นผิปรกติ. เราพบเสมอในผู้ป่วยที่  
กระดกหลังห้กระดกขยับ ๆ, ซึ่งเพียงแต่ถูก  
ต้องผิวหนังตามขาที่มีขี้สสาระเล็ดออกได้.

ประสาทระบยทั้งสองเป็นระบบออโตโน-  
มิก, ที่ประกอบด้วยวงจรรีเฟล็กซ์อย่าง  
ธรรมดา ๒ วงจรด้วยกัน. วงจรหนึ่งเป็น  
วงจร ซีมพะเรติก. เริ่มจากความรู้สึก  
เจ็บปวดผ่านประสาท ซีมพะเรติก (เปลือก  
ซัลซัยโปกาสตริก) เข้าสู่ไขสันหลังระดับ  
ส่วนอกที่ ๑๒ ถึงส่วนเอวที่ ๒, ก่อปฏิกิริยา  
ผ่านทางประสาทเคิม, เป็นพลังประสาทส่ง  
ไปยังเนอกล้ามหูดชั้นใน, บริเวณ ไทรโกน  
และเนอกล้ามปากท่อขี้สสาระ. การทำงาน  
ของวงจรนี้ในขณะนั้นเชื่อกันว่าไม่มีบทบาทใน  
การถ่ายขี้สสาระในคนปรกติ, มีความสำ-  
คัญในการนำความรู้สึกเจ็บปวดในผู้ป่วย  
มะเร็งกระเพาะขี้สสาระ, หรือมีส่วนทำให้  
เกิดขี้สสาระไม่ออกเวลาช็อคหลังผ่าตัด.  
วงจรที่ ๒ เป็นวงจรราราซิมพะเรติก. เมื่อ  
กระเพาะขี้สสาระเต็มจะมีพลังประสาทที่บอก  
ความตึงตัวผ่านเข้าทางประสาท เพลวิก  
สระแป็งซันนิค เข้าสู่ไขสันหลังที่ระดับ เซครัม  
ที่ ๒ ถึงที่ ๔ ซึ่งจะถ่ายทอดความรู้สึกออก  
ทางหนึ่งสู่มันสมองก่อให้เกิดความรู้สึก  
อยากถ่าย. อีกทางหนึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยา

ผ่านออกทางประสาทเคียวกัน สู่นอกล้าม  
คิทรัสเซอร์ ในผนังของกระเพาะ (detrussor  
muscle) ซึ่งจะบีบตัวถ่ายขี้สสาระออก. การ  
เสียบ รีเฟล็กซ์ อันนี้ทำให้ขี้สสาระไม่ออก,  
ไม่รู้สึกลอยากถ่าย; หรือรู้สึกลอยากถ่ายแต่  
ขยับไม่ออก, ถ้าส่วนของวงจรรขาออกเสียบแต่  
ส่วนเคียว.

โดยสรุปแล้วการทำงานของกระเพาะ  
เข้างประกอบด้วยองค์ประกอบ ๓ ประการ,  
คือการเต็มของกระเพาะ โดยมีปริมาตรพอ  
ควร, อำนาจในการเก็บขี้สสาระอย่าง  
ปรกติโดยไม่รู้สึกลอยาก, และการถ่ายที่  
สม่ำเสมอภายใต้จิตใจ. การเต็มของกระ-  
เพาะเป็นผลของการขยายของเนอกล้ามผนัง  
ด้วย โทนิส ที่สม่ำเสมอ. อำนาจในการเก็บ  
ขี้สสาระเป็นผลของความแตกต่างของโทนิส  
ของเนอกล้ามผนังกับเนอกล้ามหูดชั้นใน.  
ส่วนการถ่ายขี้สสาระเป็นผลของการประ-  
สานงานของเนอกล้ามผนังกับเนอกล้าม  
ตรีโกน หูดใน, ในเมื่อเนอกล้ามหูดนอก  
เบ็ด.

ผู้ป่วยของเราสองรายต่อไปนี้เป็นตัว  
อย่างการผิปรกติของระบบ พาราซิมพะ-  
เรติก.

ผู้ป่วยรายที่ ๑ น.ส. ส.ก. (เลขที่ ศัลยศาสตร์ ๑๖๔๕/๒๕๐๒, รัย ๘ พค. ๒๕๐๒) อายุ ๓๐ ปี, ทำงานบ้าน, มีอาการนำว่าเวลาถ่ายขี้ส้วมหรืออุจจาระไม่ค่อยออก, ต้องเบ่งเป็นเวลานาน, มีอาการมา ๕ เดือน.

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการโดยไม่ได้รับกระทบกระแทก. อาการร่วมคือปวดหน่วง ๆ ที่บริเวณก้นกบ. เวลานั่งนานรู้สึกคล้ายกับมีก้อนจุกที่บริเวณทวารหนักและตึงที่ต้นขาทั้งสอง. ถ่ายขี้ส้วมลำบาก, ต้องเบ่งทั้ง ๆ ที่รู้สึกปวด. กลั้นขี้ส้วมได้เป็นอย่างดี.

ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยเดินได้อย่างปรกติ, แต่ก้มหลังได้น้อยกว่าปรกติเล็กน้อย. ข้อมกระดูกเอวอันดับ ๕ เค้นนูนกว่าปรกติ, แต่กดไม่เจ็บ, มีอาการปวดประสาทไซอะตริกทั้งสองข้างเวลาทดสอบ ลาแสด. ขาทั้งสองอ่อนแรงเห็นได้ชัดทั้งที่ตะโพก, เข่าและเท้า. แต่เนื้อกล้ามเนื้อไม่ลีบ. มีการซาทรอย ๆ ทวารและหลังต้นขาทั้งสอง, เนื้อ้านหยิกไม่เจ็บ, และมีแผล โทรฟิค ที่ข้อมกระดูกอิสเมียลทางซ้าย. รีเฟล็กซ์เข้าปรกติทั้งสองข้าง. แต่รีเฟล็กซ์ทเอ็นร้อยหวายทางขวาหายไป, แสดงว่ามีการรบกวน

ทวารประสาท เซอร์วิคัลที่ ๑ อยู่ด้วย. กล้ามเนื้อหดของทวารหนักอ่อนแรงในการตรวจทางทวารหนัก. ระบายอนปรกติ.

ให้การวินิจฉัยว่าเป็นหมอนกระดูกสันหลังระดับ ลัมโบเซอรัล แดก, ซึ่งยืนยันโดยภาพทางรังสี.

ทำการผ่าตัดผู้ป่วยวันที่ ๑๓ พค. ๐๒. ผ่าเข้าหาหมอนกระดูกผ่านระหว่างช่อง ลามีนา ของกระดูกเอวที่ ๕ และเซอรัมิที่ ๑. พบว่ามี นูเคลียส ของ ดิสคัส ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ ซม. แดกออกมาในแนวกลาง. หยิบเอาออกได้ด้วย การเบียดเขยื้อมไขสันหลัง. ทำการขูดหมอนกระดูกเพื่อจะเอา นูเคลียส ที่ค้างอยู่ออก. เย็บปิด ตูรามอเตอร์ แล้วปิดแผลอย่างปรกติ.

หลังผ่าตัดผู้ป่วยถ่ายขี้ส้วมไม่ออกถึง ๒ สัปดาห์ ต้องใช้ tidal drainage. หลังจากนั้นถ่ายเองได้. กลับบ้านได้ในวันที่ ๒ มิถุนายน ๐๒. อาการซาทรอยทวารดีขึ้นมาก.

ผู้ป่วยกลับมาให้ตรวจหลังผ่าตัด ๑ ปี. ยังมีอาการซาข้าง. ขี้ส้วมยังคงเบ่งมากกว่าปรกติ. แต่เมื่อเทียบก่อนผ่าตัด, รู้สึกสบายขึ้น. อาการปวดหน่วงทวารและตึงหน้าขาเวลานั่งนานหายไป. สามารถทำ

งานไต่ถามปรกติ. ขาที่เคยอ่อนแรงกลับดีขึ้น.

ผู้ป่วยรายที่ ๒ นาย ท.พ. กรรวม (เลขที่ศัลยศาสตร์ ๘๖๓/๐๓, วัช ๘ มีค. ๒๕๐๓) อายุ ๔๒ ปี. มีอาการนำว่าถ่ายขี้ส้วมระปริกระปรอยมา ๒๐ ปี.

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการถ่ายขี้ส้วมระขี้เป็นครั้งคราวระหว่างที่บวชอยู่. สังเกตว่าถ่ายขี้ส้วมไม่พุ่งแรงอย่างปรกติ, ทั้ง ๆ ที่ปวดอยากถ่าย. บางครั้งถ่ายไม่ออกต้องรออยู่พักหนึ่ง. ต่อมาอาการมากขึ้นจนถ่ายเป็นหยกและถ่ายไหลโดยไม่รู้สึกรู้สึ. สืบต่อมาผู้ป่วยรู้สึกมีอาการอึดอัด. อาการทางขี้ส้วมไม่ดีขึ้นและมีอาการปวดแหวมากจนเวลาทำงาน. ผู้ป่วยทนอาการเช่นนี้โดยที่อาการก็ไม่เลวลงไปจนกระทั่ง ๒ เดือนก่อนมา ร.พ. ขาซ้ายชา, อ่อนแรง, และมีตะคริวที่น่องเป็นครั้งคราว, ซึ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกมาก.

ตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมีร่างกายทรุดโทรม. กางกางเขย่งขมขี้ขี้ส้วม. เดินไต่ปรกติ. ก้มหลังไต่ยืนน้อยกว่าปรกติไม่มาก. หลังกดไม่เจ็บ. ประสาทไซอะติกไม่ปวดเวลาทดสอบ. เนื้องอกลามขาทั่ว ๆ ไปเล็กน้อย,

แต่ไม่ถึงถึงผิดสังเกต. ขาทั้งสองอ่อนแรงทั่วไป, แต่ยังยืนน้ำหนักได้. มีอาการชาที่น่องทางซ้ายอันเป็นอาณาเขตของ เคอร์มาโตม ลัมบาร์ที่ ๕. รีเฟล็กซ์ เข่าและเอ็นร้อยหวายไวผิดปรกติทั้งสองข้าง.

ตรวจขี้ส้วมผู้ป่วยที่ห้องตรวจคนไข้นอกพบว่าไม่มีเม็ดโลหิตขาวประปราย, ทำให้สงสัยว่าจะมีนิ่วในทางเดินขี้ส้วม. แต่การตรวจระขี้ขี้ส้วม รวมทั้งการตรวจไต ทางรังสี อย่างละเอียด ไม่พบอะไรที่ผิดปรกติ. ขี้ส้วมที่เคยมีเม็ดโลหิตขาว นั้นกลับเป็นปรกติในการตรวจซ้ำ ๆ ต่อมา, จึงได้ตรวจมัยอีโกลแกรม พบว่าหมอนกระดูกส่วนเอวที่ ๔ ต่อกับที่ ๕ โป่งผิดปรกติ, ทำให้สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุของอาการ.

ได้ทำการผ่าตัด เมื่อวันที่ ๒๑ มีค. ๒๕๐๓. ผ่าเข้าหาช่องระหว่างกระดูก ที่ ๔ ที่ ๕ ซึงแคบ. ไข้ตัด ลามินา ที่ ๔ และบางส่วนของ ลามินา ที่ ๓. จึงพบว่ามีเนื้องอกที่แตกออกแล้วอยู่ที่ระดับ ลัมบาร์ที่ ๔ ที่ ๕ ตรงทางซ้าย, ค่อนข้างเส้นกลาง. ลักษณะเป็นเนื้องอกที่มัลติเซลล์เยื่อมเกาะแข็ง. ไข้ไข้ไข้หลังกุด, ไม่พบสิ่งผิดปรกติ. เย็บปิดอย่างธรรมดา.

ผู้ป่วยมี การพ่น หลังผ่าตัด อย่างปรกติ.

ขี้ส้วมที่เคยถ่ายรดกันข้างลงมาก, เป็นเพียงวันละ ๕ ถึง ๘ ครั้ง, ไม่หายคเพราะสัตกกลิ่นเหมือนก่อน. กลัวย่านไตใน ๑๐ วันต่อมา.

วิจารณ์และสรุป อาการของประสาท คอตา เอควินา มีได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกหรือเป็นกระดูกหัก. ส่วนที่เป็นจากหมอนกระดูกนูน เพิ่งมีคนกล่าวถึงในปี ๑๙๕๐ (2) ใน ๑๙๕๕ Shephard ได้รายงาน ๑๓ ราย. เขาพบว่าคนที่มีอาการนานๆ, ถึงแม้ว่าจะทำการรักษาแล้ว, โอกาสที่จะกลับพบเป็นปรกติมีได้น้อยลง.

ผู้ป่วย ๒ รายนั้น นอกจากจะเป็นขี้ฉุหาในการวินิจฉัยและรักษาแล้ว, การตรวจพบในการผ่าตัดก็ให้ทเรียนว่า นเคลียดที่หลุดแตกออกมาและมีขนาดใหญ่ๆนั้น, ไม่มีโอกาสที่จะกลับเข้าที่. การรักษาโรคนี้,

ถึงจะมีบางคนพูดเสมอว่าอาจจะหายเองโดยการนอนพัก, คิงขา, หรือรักษาโดยวิธีอื่นๆที่ง่ายๆนั้น, ไม่อาจจะนำใช้ได้เสมอไปในทุกโอกาส. อาการทางขี้ส้วมและอาการอ่อนแรงหรือ อัมพาต เป็นข้อบ่งชี้ของของการผ่าตัด, โดยไม่มีวิธีอื่นใช้แทนได้.

ผู้เขียนขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ, ที่อนุญาตให้เสนอผู้ป่วย, ขอขอบคุณนายแพทย์กวี ทั้งบุตร ที่ส่งผู้ป่วยรายที่ ๑ ให้และขอขอบคุณอาจารย์ นายแพทย์สัมพันธ์ ต้นตวงศ์, ที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะนี้, ที่อาจจะพบบ่อยขึ้น, และเป็นผู้ส่งผู้ป่วยรายที่ ๒.

### เอกสาร

1. Ratanadheb, C: Low back pain. Siriraj Hospital Gazette 1959, 11:123.
2. Shephaed, R.H.: Diagnosis and prognosis of cauda equina syndrome, Brit. Med. J. 1959, 26:1434.
3. Kahn, E.A., B.C. Bassett, R.C. Schneider, E.C. Crosby: Correlative Neurosurgery, 1st ed. 1955, Charles C. Thomas, Springfield, Ill., p. 48.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the fore-going Report)

DYSURIA FROM INTERVETEBRAL DISC DAMAGES

Chalermchati Ratanadheb, M.B.

(Dept. of Surgery)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

---

Low back pain is a common symptom, but the accompaniment of dysuria appears to be rarely if ever recorded. The author finds 5 cases of such combination in analysing 270 cases, with the relationship proven by surgical opera-

tion and the following improvement. Two case records are cited for illustration. The role of the autonomic nervous system in the pathogenesis is discussed.

(Three references)

---

## HYDATIDIFORM MOLE

### A Clinical Study of 108 Cases

Tongdee Ruangpaich, M.B.  
(Dept. of Obstetrics and Gynecology)  
(Head of Dept. : Professor Dr. Jajaval Osathanond)

*Abstract Ruangpaich, Tongdee: Hydatidiform Mole; Clinical Study of 108 Cases. Siriraj Hosp. Gaz. 1962, 14:18-29. Between 1st January 1957 and 31st December 1958 108 cases of hydatidiform mole were admitted into Dept. of Obstetrics and Gynecology, giving an incidence of 1 to 202 pregnancies, which is comparatively high. Multigravidas were more often afflicted than primigravidas. All ages were involved, with maximum frequency in the third decade. Clinical features were typical, with the toad test aiding substantially in diagnosis. Vaginal evacuation was the therapy most resorted to. The mortality rate was 1.8 percent. Chorion epithelioma was encountered only once; but nearly half of the number of patients failed to report for follow-up.*

The purpose of this paper is to present the findings of a study of 108 consecutive cases of hydatidiform mole which were admitted and treated in the Dept. of Obstetrics and Gynecology, Siriraj Hospital, from 1st January 1957 to 31st December 1958. In this study the clinical features and laboratory findings of each case are carefully reviewed and tissue microscopic sections from every molar specimen are examined.

#### Clinical Features

Incidence Hydropic changes are not uncommon in early pregnancy. Robert Meyer estimated that from 4 to 10 percent of all early pregnancies are complicated by some degree of hydropic degeneration of the stroma of the chorionic villi. He was able to demonstrate hydropic de-

neration of the stroma of the chorionic villi in one-third of 2589 spontaneous abortion specimens in the Mall Collection (Carnegie Institute of Embryology).

Between the dates earlier stated 108 cases of hydatidiform mole were treated in our department, involving 106 patients. Most of the cases were in—patients. During the same period there were 1952 abortion specimens, examined histologically, 19618 deliveries and a total of 21843 pregnancies. Our incidence of hydatidiform mole was thus 1 in 18 abortions or 1 in 181 deliveries or 1 in 202 pregnancies (Table 1).

Two patients had hydatidiform mole in two successive pregnancies, both treated in the department.

Age Table 2 demonstrates the incidence of hydatidiform mole in diff-

erent age groups. The youngest patient was 17 years old, the oldest 52. The majority of cases (56 percent) involved the period of most active reproduction between 21 and 30 years.

more frequently in multigravid patients than in others. In our series 15 patients (14 percent) were primigravidas, 86 (79.6 percent) were multigravidas, and in 7 (6.4 percent) the gravidity was not recorded.

Gravidity Hydatidiform mole occurs

Table 1  
Incidence of Hydatidiform Mole

A. In Pregnancy :—								
Women's Hospital, Bangkok (70,171 pregnancies)					1:974			
Margaret Hague Maternity (75,000 pregnancies)					1:1,321			
New York Hospital (30,000 pregnancies)					1:1,400			
Hertig and Edmonds					1:2,062			
Novak					1:2,050			
Siriraj Hospital (this series) (21,843 pregnancies)					1:202			
B. In Abortion Specimens :—								
Women's Hospital (7,121 abortions)					1:99			
New York Hospital (2,000 abortions)					1:95			
Bellevue Hospital (4,500 abortions)					1:214			
Mall Collection (2,589 abortions)					1:261			
Siriraj Hospital (1,952 abortions)					1:18			
C. In Delivery :—								
Siriraj Hospital (19,618 deliveries)					1:181			
Ratio of Pregnancies	:	Deliveries	:	Abortions	:	Ectopic gestations	:	Mole
21,843	:	19,618	:	1,952	:	273	:	180
202	:	181	:	18	:	2.5	:	1
100	:	90	:	9	:	1	:	0.5

Table 2  
Incidence in different age groups

Age	No. of cases	Percent
under 21	11	10
21—25	31	29
26—30	29	27
31—35	15	14
36—40	7	6
41—45	6	5.5
46—50	8	7.5
Over 50	1	1
Total	108	100

Table 3  
Incidence according to Gravidity

Gravidity	No. of cases	Percent
Primigravida	15	14
Multigravida	86	79.6
Unknown	7	6.4
2 nd gravida	18	
3 rd "	9	
4 th "	15	
5 th "	7	
6 th "	10	
7 th "	6	
8 th "	3	
9 th "	5	
10 th "	4	
11 th "	4	
12 th "	—	
13 th "	1	
14 th "	1	
15 th "	1	
16 th "	2	
	<u>86</u>	
Total.	108	100

Table 4  
Incidence in relation to residence, races and occupations

Province	No. of cases	Race		Occupation						
		Race		home-work	farmer	garbener	padler	labourer	officer	unknown
		Thai	Chinese							
Dhonburi	40	26	14	12	-	1	7	7	1	12
Bangkok	20	17	3	9	1	-	1	1	-	3
Nondaburi	11	11	-	4	-	-	-	-	-	2
Samootsakorn	6	6	-	-	2	-	1	-	-	2
Nakornprathom	5	4	1	1	2	-	-	-	-	2
Rajburi	4	4	-	-	1	-	-	-	-	1
Ayudhaya	4	4	-	1	1	-	1	-	-	-
Petchburi	2	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Chachoengsao	2	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Samootprakarn	2	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Cholburi	2	1	1	-	-	-	-	-	1	-
Koraj	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Prachinburi	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Kalasin	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Unknown	7	5	2	-	-	-	-	-	-	7
Total	108	87 =81%	21 =19%	31	8	5	19	9	3	32

Table 5  
Signs and Symptoms

Signs and Symptoms	No. of cases	Percent
Abnormal vaginal bleeding or spotting	94	87
Toxemia	9	8
Hyperemesis	12	11
Abdominal pain	16	15
Passage of "grapes"	10	9
Enlargement of uterus	22	20
Hemoptysis	2	1.8
Dyspnea	1	1
Unknown	11	10.2
Total	108	100

Table 6  
Gestational age of hydatidiform moles

Months of gestation	No. of cases	Percent
1 - 3 months	47	44
4 - 6 "	47	44
7 "	2	1
Not recorded	12	11
Total	108	100

Table 7  
Size of uterus

Size of uterus	No. of cases	Percent
Smaller than period of gestation	13	12
Same size as period of gestation	19	18
Larger than period of gestation	64	59
Not recorded	12	11
Total	108	100

Recurrence It is uncommon for a patient to have hydatidiform mole more than once. Chesley, Cosgrove and Preece reviewed the literature in 1946 and found only 41 or 42 cases of recurrent moles. In our series 3 patients had recurrence of molar pregnancies; but one

had had her first incidence in 1956, prior to the period covered by this study, which led to spontaneous abortion in the home. The other two patients had two successive molar gravidities in succession, which were treated in our department.

Symptomatology The early stages do not show any characteristic symptom. Outstanding is vaginal bleeding following a period of amenorrhea. The patient may complain of enlargement of the uterus followed by irregular bleeding. The usual symptoms of pregnancy are experienced. The vaginal bleeding occurs either in the form of a brownish discharge or frank hemorrhage, sometimes accompanied by lowered abdominal cramps. Among our 108 patients only 3 denied bleeding. The passing of tissue fragments was more commonly observed than the passing of grapelike blebs.

Hyperemesis was apparently more frequent, more severe and more prolonged in patients with hydatidiform mole than in those without.

Signs and symptoms of toxemia of pregnancy were seen in our patients. As toxemia usually occurs late in pregnancy, the occurrence of toxemic symptoms in the early stages of gravidity may suggest hydatidiform mole. The toxemia may take the form of pre-eclampsia, of which the leading symptoms are edema, high blood pressure (above 140/90) and albuminuria (catheterised specimen). In the present series toxemia was found in 9 cases, giving an incidence of 8.3 percent.

Ovarian cysts frequently accompany hydatidiform mole. They are usually of the lutein type. It has been described that theca lutein cysts occur in about 50 of cases of molar pregnancy (Das 1938, Mathieu 1937). Hertig (1950) asserted that they reached significant size only in 10 percent of cases. Novak (1952) questioned these statistics and believed that if the patients were examined daily a greater or lesser degree of cystic change would be noted in all cases. In

our series luteal cysts occurred in 22 cases (20 percent), 5 being on the right, 8 on the left, and 9 bilateral. These cysts disappeared in one to two months after evacuation of the mole.

Anemia secondary to blood loss was common. Hemoptysis was the presenting symptom in 2 cases. In one case radiographic changes in the lungs disappeared 5 days after evacuation of the mole.

Fetal movements and fetal heart sounds were always absent. Abdominal pain, apart from that which accompanied abortion of the mole, was found in 16 cases (15 percent). This may be due to abrupt distension of the uterus.

Table 5 summarises the symptoms as noted. Some patients had more than one leading symptom.

Duration of Gestation The period of amenorrhea prior to the onset of symptoms due to molar pregnancy varies greatly. In this series 44 percent of the patients were in the first trimester and other 44 percent were in the second trimester as symptoms pointing to the abnormality occurred (Table 6).

Size of Uterus One important characteristic of molar pregnancy is the disparity between the period of amenorrhea and the size of the uterus, although coincidence between the two is sometimes seen. In 59 percent of our cases the uterus appeared larger than warranted by the period of gestation; in 12 percent it was smaller. (See Table 7.) Brews (1939) found the uterus bigger than expected in 72 percent of his cases; King (1956) found the same in 67 percent; Mathieu (1937) in 50 percent; and Chesley and associates (1946) in only 33 percent. Cases were described in which the uterus was smaller than it should be; histologically the molar villi were found

to be degenerated and necrotic.

Roentgenography X-ray examination for the presence of fetal parts was performed in many cases with negative findings. This is suggestive of molar pregnancy, especially when the uterus is of a size larger than that expected in a case of 18-week pregnancy. However, it must be remembered that excessive uterine size may be caused by hydramnios or twin pregnancy, when the fetus

or fetuses are not mature enough to be visualized by radiography.

Biological Test for chorionic gonadotrophic Hormone The toad test has proved of value as an accessory to diagnosis. In normal pregnancy positive result is obtained with 4 cc. of urine, whereas in cases of hydatidiform mole strongly positive reaction was seen with 0.1 cc. Quantitative determination was not possible for lack of facilities.

Table 8  
Biological pregnancy test

Before treatment	No. of case	Percent
Toad test positive for 0.1 cc. of urine	48	44.8
Toad test positive for 0.2 cc. of urine	6	5.6
Toad test positive for 4.0 cc. of urine	7	6.5
Toad test negative for 4.0 cc. of urine	4	3.7
Test not made	36	33.0
No record	7	6.5
Total	108	100

Diagnosis In the early stages of molar pregnancy, there were no pathognomonic clinical features. The clinical diagnosis was based upon the history, symptomatology and physical findings. The final diagnosis relied upon microscopic examination of tissue obtained.

Hydatidiform mole should be suspected in cases in which:

(1) the enlargement of the uterus is out of proportion to the duration of pregnancy;

(2) irregular uterine bleeding is reported during pregnancy, either spotting or staining, usually scanty and often brownish rather than red;

(3) symptoms of toxemia develop

during the first trimester;

(4) there is absence of fetal movements and heart sounds, and absence of fetal parts on palpation or x-ray examination, with the uterus enlarged up to the umbilicus or even higher;

(5) the patient's urine shows a strongly positive biological test for pregnancy.

Mueller and Lapp believe that a fullness in the lower uterine segment with bulging into the cul-de-sac is an important sign peculiar to cases of mole.

Vaginal bleeding or spotting was the outstanding symptom in our cases. It was clinically interpreted as threatened abortion in 6 cases (5.5%), inevitable abortion in 8 cases (7.2%), and was mis-

taken for missed abortion in 3 cases (3%). Correct diagnosis in these cases was made after portions of mole had been expelled or obtained by curettage. In 68

cases, (63%) molar pregnancy was suspected or diagnosed before operation. Spontaneous expulsion of the mole occurred in 8 cases.

Table 9  
Initial clinical diagnosis

Preoperative diagnosis	No. of cases	Percent
Threatened abortion	6	5.5
Inevitable abortion	12	11
Incomplete abortion	8	7.2
Missed abortion	3	3
Hydatidiform mole suspected	68	63
Pregnancy with twisted ovarian tumor	4	3.7
Ovarian tumor	1	1
Ruptured ectopic pregnancy	1	1
Chorion epithelioma	1	1
Diagnosis deferred	2	1.8
No record	2	1.8
Total	108	100

Treatment When the diagnosis was uncertain, the patient was treated conservatively. As soon as the diagnosis of mole was definite, evacuation of the uterus was the aim of treatment. In many cases, abortion was imminent and occurred spontaneously.

Eight cases (7.2 per cent) of hydatidiform moles terminated spontaneously in expulsion, which was followed by curettage.

a. Vaginal evacuation Vaginal evacuation which is the simplest, safest and most effective treatment, was used in 99 cases. Medical induction was occasionally used. Pitocin, used either intermittently or continuously by intravenous drip, was very useful. Hemorrhage was controlled by intravenous ergot alkaloids, or by intravenous pitocin drip during the oper-

ation. Blood transfusion was necessary in only 36 cases (33 percent).

Infection was successfully treated with antibiotics. Not a single case had severe infection.

It is generally known that in dilatation and curettage there is considerable hazard of perforation of the greatly enlarged and softened uterus. In our series, evacuation and curettage were performed in most of the cases, following spontaneous or induced abortion of the mole. There was no instance of perforation, and laceration of the cervix was avoided by the use of laminaria when there was difficulty in dilatation.

b. Abdominal hysterotomy This operation was performed only in the case which was provisionally diagnosed as twisted ovarian cyst. On operation it

was found that the uterus was enlarged to about six-months' pregnancy, and there were ruptured lutein cysts on both sides. Thereupon the anterior wall of the uterus was incised, and the mole was evacuated abdominally.

Table 10  
Treatment

Treatment	No. of cases	Percent
Medical :	0	0
Surgical :		
a. Vaginal :		
Surgical induction and curettage	24	22.2
Evacuation and curettage	67	62.2
Incomplete spontaneous evacuation then curettage	8	7.2
b. Abdominal :		
Abdominal hysterotomy	1	1
Abdominal hysterectomy	5	4.6
c. Combined a & b		
Curettage followed by hysterectomy (invasive mole)	1	1
No record	2	1.8
Total	108	100

c. Abdominal hysterectomy Hysterectomy was performed in 5 cases. This was necessitated by uncontrollable hemorrhage following curettage outside the hospital in one case; perforation of cornual part of the uterus by deep invasion of the mole in one case; metastasis of hydatidiform mole to the vaginal wall in one case; and bilateral ovarian cysts in two other cases.

To avoid complications the patients should be instructed to avoid becoming pregnant for at least one year following evacuation of hydatidiform mole.

Course and Prognosis All hydatidiform mole patients must be carefully followed-up for at least one year. They should be subjected to repeated biological tests, which afford the only means

of following the course and prognosis of the disease.

According to Park and Lees 90 to 99 per cent of moles are not followed by choriocarcinoma and 50 to 60 per cent of choriocarcinoma are preceded by moles. In our series 63 cases (58.3 per cent) failed to return for the follow-up examination. At the end of 2 years, 37 of the other were living and well; there were 2 deaths, one following excessive hemorrhage, the other with signs of embolism. Two patients had subsequent molar pregnancies; while three others had normal pregnancies.

In most cases in which biological tests were performed, the chorionic hormone was not demonstrable within 2 weeks after evacuation of the mole.

Table 11  
Interval between evacuation of mole and first negative  
chorionic hormone test

Time between evacuation of mole and first negative test (using 4 cc. of urine)	No. of cases	Percent
1 <sup>+</sup> — weeks	26	24.1
2 <sup>+</sup> — "	11	10.2
4 <sup>+</sup> — "	10	9.2
8 <sup>+</sup> — "	—	—
No test	54	50.0
No record	7	6.5
Total	108	100

It is generally advised that after evacuation, qualitative biological test should be performed once or twice a month for 3 months, and then monthly or bimonthly until the end of 12 months. If the test remains positive, there are four possibilities:

1. There is residual trophoblastic tissue in the uterus.
2. Chorioadenoma destruens or choriocarcinoma is present.
3. Enlarged lutein cysts are present.
4. The patient is pregnant.

To avoid complications the patients should be instructed to avoid becoming pregnant for at least one year following evacuation of hydatidiform mole.

Course and Prognosis All hydatidiform mole patients must be carefully followed-up for at least one year. They should be subjected to repeated biological tests, which afford the only means of following the course and prognosis of the disease.

According to Park and Lees 90 to 99 percent of moles are not followed by choriocarcinoma and 50 to 60 percent of choriocarcinoma are preceded by moles. In our series 63 cases (58.3

percent) failed to return for the follow-up examination. of the other at the end of 2 years, 37 were living and well; there were 2 deaths, one following excessive hemorrhage, the other with signs of embolism. Two patients had subsequent molar pregnancies; while three others had normal pregnancies.

#### Comments

1. The incidence of hydatidiform mole in the Siriraj Hospital is comparatively higher than that in Europe and in America; further investigation is indicated to unveil the influencing factors.

2. Toxemia of pregnancy not only accompanies hydatidiform mole, but also is the common cause of death. The incidence of toxemia rises rapidly when the uterus is enlarged beyond the level of the umbilicus.

3. The passage of grapelike blebs constitutes the definite diagnosis of hydatidiform mole.

4. In the absence of palpable fetal parts, fetal movements or audible fetal heart sounds, x-ray study of the abdomen should be made to exclude the presence of a fetus.

Table 12  
Course of disease

Course of disease	No. of cases	Percent
Uneventful with complete recovery	37	34.1
Recurrence of mole	2	1.8
Failure to return for follow-up	63	58.3
Known to have died	2	1.8
Chorion epithelioma	3	3
Total	108	100

5. A negative biological pregnancy test does not exclude molar pregnancy, and a strongly positive test may be due to early normal pregnancy or multiple pregnancy.

6. In the follow-up of hydatidiform mole, repeated hormone tests, periodic pelvic examination and chest X-ray should be made at intervals for at least 2 years.

7. A qualitative biological test should be performed 4 weeks after evacuation of the mole. This is usually negative and may remain so. If the test becomes positive quantitative determination should be made weekly to determine whether the hormone level is rising or falling. Invasive and chorion carcinoma are suggested by a rising titer; this should be taken as indication for curettage, when a normal pregnancy has been excluded.

8. Negative histological finding, in the presence of positive chorionic hormone test, indicates that the chorionic elements may be lodged deep in the myometrium beyond the reach of the curette, or may have metastasized to distant organs such as the lungs.

#### Summary

1. A study of 108 consecutive cases of hydatidiform mole admitted and treated from January 1st 1957 to December 31st 1958 in the Department of Obstetrics and Gynecology, Siriraj Hospital, is presented.

2. The relative incidence of hydatidiform mole was 1 in 202 pregnancies, 1 in 181 deliveries, and 1 in 18 abortions.

3. The youngest patient was 17 years old, and the oldest was 52. The highest incidence (56 per cent) was encountered in the third decade.

4. Hydatidiform mole occurred more frequently in multigravida than in primigravida.

5. Recurrence was found in 3 patients, of whom two had the affection in two successive pregnancies.

6. There were 2 deaths, so that the mortality rate was 1.8 per cent.

7. Clinical features and methods of treatment are analysed.

8. The final diagnosis of hydatidiform mole was based upon clinical, hormonal and histological findings.

9. Chorion epithelioma occurred in one case one month after evacuation of the mole; total hysterectomy with bila-

teral salpingo-oöphorectomy was performed.

10. 58 per cent of the patients failed to return for follow-up examination.

Acknowledgement I would like to express my gratitude to the Head of the Department of Obstetrics and Gynecology for permission to publish this paper; to Professor San Sribhen for the use of records as well as for his helpful advice; to Professor Dhara Sukhachana for histologic examination; to Professor M.R. Songsri Ketusinh for her valuable suggestions, and to the School Librarians for their kindly cooperation in supplying most of the references.

#### References

1. Logan, B.J., L. Motyloff: *Am. J. Obst. & Gynec.* 1958, 75:1134-1148.
2. Schelpert, J.W.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 1958, 76:883-893.
3. Bromberg, Y.M., M. Salzberger, A. Abrahamov: *Blood, J. Hematol.* 1957, 12:1122-1124.
4. Quigley, J.K.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 1957, 74:1059-1061.
5. Coppleson, M.: *J. Obst. & Gynec. of British Empire* 1958, 65:238-252.
6. Hobson, B.H.: *J. Obst. & Gynec. of British Empire* 1958, 65:253-259.
7. Scott, J.S.: *J. Obst. & Gynec. of British Empire* 1958, 65:689-700.
8. Hertig, A.T., W.H. Sheldon: *Am. J. Obst. & Gynec.* 1947, 53:1.
9. Alter, N.M., S.A. Cosgrove: *Year-book of Obst. & Gynec.* 1955-1956:68.
10. Delf, E.: *Year-book of Obst. & Gynec.* 1957-1958:86-91.
11. Hobson, B.M.: *Year book of Obst. & Gynec.* 1958-1959:118-124.
12. Cowdry, E.V.: *Cancer cells.* 1955, Phil., W.B. Saunders, p. 384.
13. Goodale, R.H.: *Clinical interpretation of laboratory tests.* 4th ed. 1958, Davis, p. 200.
14. *Muir's Text-book of Pathology.* 6th ed., 1951, Edward Arnold, p.978.
15. Novak and Novak: *Gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations.* 4th ed., 1958, Phil., W.B. Saunders, p. 522.

## ARM-TO-TONGUE AND LUNG-TO-MEDULLA CIRCULATION TIMES

M.R. Kanjika Devakul, M.B., Ph.D. (L'pool)<sup>(1)</sup> and Ampasri, Kachornboon M.B.<sup>(2)</sup>  
(Dept. of Physiology)

(Head of the Dept.: Prof. Dr. Ouay Ketusingh)

*Abstract Devakul, M.R. Kanjika and Ampasri Kachornboon:  
Arm-to-tongue and Lung-to-medulla Circulation Times.  
Siriraj Hosp. Gaz. 1962,14: 30-31. Determination made in  
medical students, 19 to 23 years of age, following the technique  
of Gubner for arm-to-tongue circulation time and that of  
Goldberg for lung-to-medulla circulation time gave for the  
former, in men (173)  $18.08 \pm 4.06$  seconds (s.e. 0.31), in women  
(60)  $16.5 \pm 3.72$  seconds (s.e. 0.48); and for the latter, in men  
(161)  $7.77 \pm 1.73$  seconds (s.e. 0.14), in women (54)  $7.96 \pm 1.97$   
seconds (s.e. 0.27).*

The circulation time is the time taken by a particle of blood to pass from one point to another in the vascular system. It forms an estimate of the velocity of blood flow and is sometimes a helpful adjunct to other tests of the efficiency of the circulatory system. In the search for a method of determination suitable for class experiments and for clinical use we found the procedures suggested by Goldberg for the arm-to-tongue circulation time and by Gubner for the lung-to-medulla time attractive, because of their simplicity and relative safety. The present report deals with results obtained from a practical testing of the methods in medical students.

The Goldberg procedure consists in the rapid injection of a solution of calcium gluconate into an arm vein and the determination of the time of appear-

ance of the sense of warmth in the tongue. In the Gubner method the subject takes two deep breaths of a 1:1 mixture of carbon dioxide and air, and the time is taken when the first, involuntary deep inspiration is recorded. In both procedures the subject is recumbent, and the test is begun after a rest of 10 minutes or longer. After a few preliminary trials we found that the first method did give undesirable reactions in certain subjects, so that we finally limited the amount of 10-percent solution of calcium gluconate to 3.5 cc. injected within 5 seconds. Even then the test had to be omitted in one subject because of hypersensitivity. One subject fainted after the injection: another developed rapidly an urticaria-like rash which disappeared after several hours. Moreover, in 5 cases the first injection

(1) Present address : Faculty of Tropical Medicine, Univ. Med. Sc., Bangkok.

(2) Present address : Phra Pinklao Hospital, Dhonburi.

failed to produce a positive reaction, so that the test had to be repeated.

All subjects were between 19 and 26 years of age. The arm-to-tongue time

was determined in 173 men and 60 women, while the lung-to-medulla time was determined in 161 men and 54 women. Results are shown in Table 1.

TABLE 1

<u>Arm-to-tongue</u>	<u>Men</u>	<u>Women</u>	<u>Lung-to-medulla</u>	<u>Men</u>	<u>Women</u>
Mean, in sec.	18.08	16.54		7.77	7.96
Std. dev.	4.06	3.72		1.73	1.97
Std. error	0.31	0.48		0.14	0.27

The originators of the two methods gave average results for the arm-to-tongue and lung-to-medulla circulation times as 10 to 16 seconds and 5 to 10 seconds respectively. Compared to these, our figures are on the high side. It might be conjectured that the high values are due to the technical modification we introduced, e.g. the injection of 3.5 cc. of calcium solution instead of 5 cc. This, however, was probably not the case, since the carbon dioxide method, in which the original procedure was strictly adhered to, also gave results which were rather high. We believe that our results form another evidence for the difference that naturally exists between our people and westerners. Other workers in our department have found that for men in the twenties the mean basal pulse rate was around 66, and the mean arterial pressure was 105 to 110 systolic and 60 to 65 mm. Hg. diastolic. These findings support the assumption that the blood flow is slower in our subjects with consequent longer circulation time.

In comparing the two methods studied we found that the carbon dioxide inhalation was safer than the calcium injection, being less prone to cause side-effects; but the calcium method had the advantage of being more convenient, especially to the clinician or practitioner, requiring as it does no unusual equipment. We believe that with proper care both methods are capable of yielding fairly accurate and reliable results.

Conclusions Arm-to-tongue and lung-to-medulla circulation times were studied in medical students in the age range 19 to 26. The mean value for the former was found to be 18.08 sec. for men and 16.54 for women; for the latter it was 7.77 sec. and 7.96 sec. respectively.

#### References

1. Gnbner, R., et al. : J. Clin. Invest. 1939, 18 : 395
2. Goldberg, S. J. : Am. J. Med. Sc. 1936, 192 : 36

# บทความพิเศษ

ขอคิดเห็นเกี่ยวกับครูแพทย์

ภู่เกตุ วาจนนท์ พ.บ., Ph.D.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ท่านประธาน, ครูแพทย์, แพทย์, และ  
นักศึกษาแพทย์.

ในเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์ท่านทั้งหลายคง จะมีความเห็นร่วมกับข้าพเจ้าว่า  
หลักสูตรแพทยศาสตร์, นักศึกษาแพทย์,  
และครูแพทย์เป็น องค์ ประกอบ สำคัญ ของ  
กระบวนการผลิตแพทย์.

องค์ประกอบทั้งสามประการนี้ต่างก็มี  
ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีความสำคัญ  
ที่ค้ำประกันกัน ในอันที่จะทำให้การอบรม  
ศึกษาแพทยศาสตร์บรรลุผลด้วยดีหรือไม่.

สำหรับหลักสูตรแพทยศาสตร์นั้นไม่ว่า  
ในที่ไหน, ย่อมประมวลผลความรู้ต่าง ๆ  
ที่จำเป็นสำหรับการเป็นแพทย์, ซึ่งได้แก่  
วิทยาศาสตร์มูลฐาน, วิทยาศาสตร์แพทย์  
มูลฐาน. และวิทยาศาสตร์ฝ่ายคลินิก.  
นอกจากนี้ยังมีสาขาวิชาข้างเคียง ที่คิดว่า  
อาจจะปรุงแต่งหรือเสริม ความรอบรู้แก่

แพทย์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นได้. วิชาเหล่านี้ได้  
แก่กลุ่มศิลปศาสตร์ทั่วไป, บรรจุอยู่ในชั้น  
เตรียมแพทย์, ซึ่งทำให้หลักสูตรในกระ-  
บวนการผลิตแพทย์ต่างกันออกไป.

ในการสำรวจหาความบกพร่องของโรง  
เรียนแพทย์หรือของการอบรมศึกษาแพทย-  
ศาสตร์, หลักสูตรมักถูกเพ่งเล็งและถูก  
กล่าวถึงก่อนอยู่เสมอ. หลักสูตรจะตกโทษ  
ก่อน และได้รับการปรับปรุงแก้ไขก่อนสิ่งอื่น.  
ทั้งนี้เพราะหลักสูตรมีใช้บุคคล.

ท่านผู้ฟังคงเห็นด้วยกับข้าพเจ้าว่าหลักสูตร  
แพทยศาสตร์ของ โรงเรียน แพทย์ ของ  
เราในขณะนี้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับภาวะ  
การณ์, ได้บรรจุเกณฑ์วิทยากรไว้เพียงพอ  
หรือเกินพอแล้ว, สำหรับเป็นพนักความรู้  
ในการเป็นแพทย์ชั้นมูลฐาน. ความไม่  
สมบูรณ์ของเราหากมออยู่ ไม่น่าจะอยู่ที่ตัว  
หลักสูตร, แต่อาจจะอยู่ที่วิธีการและคุณ

\* บรรยายในที่ประชุมการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์, ๒๔ พ.ย. ๒๕๐๔.

ภาพในการถ่ายทอศวิทยาการตามหลักสตร  
ให้บรรลุผลกัเป็นไต, และสิ่งเหล่านัคร  
แพทยเป็นผับริหาร, จึงเป็นสิ่งที่เราน่าจะ  
ไต่ร่ตรองและค่านังง.

ส่วนนัคศึกษาแพทย, แม เป็น องค์  
ประ กอบ สำ คัญ ท มี ไค่ น้อย หน้า กว่า องค์  
ประกอบอย่างอื่นของโรงเรียนแพทย และ  
เป็นบุคคลกัตาม, แต่กัอยู่ในฐานะผัน้อย,  
จึงมักถกถกถ่าวหาอยู่เนอง ๆ เมอมความบก  
พร่องเกิดขัน ใน กระ ขวน การ ผลิต แพทย,  
นัคศึกษาแพทย นน เป็น วัตถุคิข ท โรงเรียน  
แพทยนำมาผลิตเป็นแพทย. แน่นอนถ่า  
วัตถุคิขนนมีคุณภาพไม่คพอ, สิ่งทผลิต  
ออกมากัขอมมีคุณภาพคิขยมีไค่อยู่เอง.  
แต่ขัญหานถาเราพิจารณาถ่าไป, เราจะพบ  
ว่า วิทยาลัย แพทย มี สิทธิ และ สามารถ ไช้  
สิทธิในการคิขเลือกนัคศึกษาไค่คิขวิธิการ  
ต่าง ๆ ที่เห็นว่าเหมาะสมและร้คกม, เพอ  
ให้ไค่วัตถุคิขที่ทรงคุณภาพ. หากขังเณมี  
สิ่งทมีคุณภาพเลวปะปนมาหรือมาเลื่อมคณ  
ภาพลงในภายหล้ง, วิทยาลัยแพทยยังมี  
กฎเกณฑ์ในการกัจัดออก, หากปรารธนา.

ฉะนั้นความไม่สมัฤทธิผลเท่าทควรของ  
การอบรมคัศึกษาแพทยศาสตร์หากมีอยู่, จะ  
ให้เป็นความ บกพร่อง ของ นัค ศึกษา แพทย

แต่ฝ่ายคิขยหรือ. ทกท่านคังเห็นว่าไม่  
ธรรม. ถ่าอย่างนนเราลองหันมาครแพทย  
บ้าง.

ครแพทยเป็น องค์ ประกอบ สำ คัญ ของ  
โรงเรียนแพทยประการหนึ่ง, เพราะคร  
แพทยเป็นผัปรังยน, ตกแต่ง, ขัคเกลววัตถุ  
คิขคิขนัคศึกษาแพทยออกสู่ตลาด คิขสังคม  
ในฐานะแพทย โดยยคถอหลัก สตร แพทย-  
ศาสตร์เป็น ขรรทศฐาน ใน การ ผลิต แพทย  
เหล่านัน, เพื่อให้ไค่ระดับมาตรฐานที่  
กักำหนดไว้. จึงเห็นไค่ว่าครแพทยเป็น  
การสำคัญในกระขวนการผลิตแพทย. ความ  
ขังหรือหย่อน ใน สมรรถภาพ ของ ครแพทย  
น่าจะกระทบกระเทอนถึงผลผลิตของกระขวน  
การนคิข. แต่กระนนเมอมความบกพร่อง  
หรือความไม่สมับรรณเท่าทควรของการ อบรม  
คัศึกษาแพทยศาสตร์ปรากฎขัน, กมีไค่  
มีผู้ ไค่ไค่ถ่าวถิงครแพทย. ทงนเพราะ  
การคัหนดหรือการว้จารณครนน เรยก ไค่ว่า  
เป็นสิ่งที่ต้องห้าม. ฉะนั้นการสำรวจความ  
บกพร่องขังนัไปหาสิ่งทพคิข ไค่ง่าย กว่า,  
คิขหลัก สตร แพทย ศาสตร์ และ นัค ศึกษา  
แพทย, นอกจากนบุคคลทจระขิขฐภาพการ  
อบรมคัศึกษาแพทยศาสตร์ทเป็นครแพทยเอง,  
กมีกัจะมองขามสิ่งทอยู่ในตัว หรือไค่ลัตัว ไป

เสีย, ซึ่งเป็นธรรมตาธรรมชาติเหลือเกิน.

ฉะนั้นในวันหากข้าพเจ้า จะนำข้อ คิ  
เห็นเกี่ยวกับ ครุแพทย์มาเสนอ ต่อสมมนม, ซึ่งข้าพเจ้าวางใจว่าเป็นสมมนมที่หน้าใจกว้างขวางพอ, ข้าพเจ้าคงจะไม่ถกกล่าวหาว่าละเมิด หรือละลายละล้งแต่อย่างใด. ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นครุหนึ่งในโรงเรียนแพทย์, ขอแสดงความกิตเห็นอย่างบริสุทธิ์ใจ เพื่อเป็นการสะกิดชวน ครุ ของ โรงเรียนแพทย์, ได้ช่วยกันพิจารณา, พิจารณาและวิเคราะห์สภาวะของครุแพทย์เอง, แล้วจะไต่หาทางแก้ไข หรือกำจัดสิ่งบกพร่อง และ ปรับปรุงส่งเสริมสิ่งที่ดีงาม, เพื่อสร้างเสริมมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ ให้คงอยู่ใน ระดับที่ จะได้รับการ ยกย่อง ตลอดไป.

ตามความเห็นของข้าพเจ้า, ครุแพทย์ที่ดีจำเป็นต้องมีคุณลักษณะดังนี้คือ: ความเป็นครุ และ ความเป็นนักวิทยาศาสตร์, อยู่ร่วมกันอย่างดี. นับตั้งแต่ครุชั้นเตรียมแพทย์และวิทยาศาสตร์แพทยมูลฐาน. ส่วนครุในระดับวิทยาศาสตร์ ฝ่ายคลินิก นั้น แน่แน่นอนต้องมีความเป็นแพทย์อยู่อีกด้วยไม่น้อยกว่า ๒ อย่างแรก.

สำหรับความเป็นครุ, คำกล่าวที่ว่า “ครุเป็นแม่พิมพ์ของศิษย์” นั้นเป็นคำอธิบายความสำคัญของครุใดก็ตาม. ข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องขยายความออกไป. ครุมีหน้าที่ให้วิชาความรู้แก่ศิษย์. ครุจึงต้องเป็นผู้ และต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ

ในการสอน. นอกจากหน้าที่ให้วิชาความรู้แก่ศิษย์แล้ว ครุแท้งต้องเป็นผู้สร้างความเป็นบัณฑิตให้แก่ศิษย์ด้วย, ด้วยการอบรมศีลธรรมจรยา, ปลุกฝังความรู้สำนึกในหน้าที่, ส่งเสริมความคิดคำนึง, ความใฝ่ใทรองกระตุ้นให้รู้จักศึกษา, การใช้เหตุผล, ความคิดริเริ่มและอื่น ๆ, เพื่อความก้าวหน้าของวิชาความรู้และสติปัญญาให้แก่ศิษย์, ครุจึงต้องเพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติเหล่านั้น. ขณะเดียวกันก็มีความเอื้ออารีและอาทรต่อศิษย์เป็นทุน อยู่ ด้วย จึงจะปฏิบัติภาระได้ดียิ่ง.

ความเป็นนักวิทยาศาสตร์ คือความเป็นผู้ในวิชาการ, โดยยึดมั่นในรากฐานที่เป็นความจริง, เป็นผู้สนใจใฝ่ใทรองใคร่ครวญด้วยเหตุผลและด้วยปรัชญาญาณ, เป็นผู้ซื่อตรง ต่อ ผลงาน และ เป็นผู้ไม่ ใจ คัด การแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้โดยแท้จริง,

เพือให้ความรู้ในกว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น.

ความเป็นแพทย์, ใ้แก่ความรู้ในการ  
เป็นแพทย์ และ การมีคุณธรรมของแพทย์.

ความรู้ในการเป็นแพทย์ คือ มีความรู้ความสามารถในการตรวจ และ บำบัดรักษาความป่วยไข้. ส่วนคุณธรรมของแพทย์หรือจรรยาแพทย์นั้นเป็นสิ่งที่ยึดถือ ประพฤติปฏิบัติในวงอาชีพแพทย์, ซึ่งไม่จำเป็นที่ข้าพเจ้าจะสาธยายในทันที. คุณลักษณะทั้งสองประการประกอบกัน, จึงจะเป็นเครื่องส่งให้แพทย์ใ้รับการสรรเสริญอย่างแท้จริงว่ามีความเป็นแพทย์.

เมื่อหลอมรวมคุณสมบัติทั้งสาม, คือ ความเป็นครู, ความเป็นนักวิทยาศาสตร์, และความเป็นแพทย์, เข้าด้วยกันในลักษณะที่กลมกลืน, เราจะใ้ครูแพทย์ที่ดี, ครูแพทย์ที่แท้, และเป็นครูแพทย์ในอุดมคติที่โรงเรียนแพทย์มุ่งหวัง. การหย่อนคุณสมบัติอย่างหนึ่ง อย่างไม่ จะทำให้ประสิทธิภาพของครูแพทย์นั้นไม่สมบูรณ์, เพราะครูแพทย์ ทำหน้าที่ อบรม สั่งสอน นักศึกษาแพทย์ทั้งด้านวิชาการและศีลธรรม, ใ้มีความรู้เป็นแพทย์ และมีคุณธรรมเป็นแพทย์.

กระบวนการ ผลิตแพทย์จะใ้ผลผลิตที่ดีใ้

จะต้องอาศัยครูแพทย์ที่ดี. โรงเรียนแพทย์จะใ้ครูแพทย์ที่ดีมากใ้ด้วยการเสาะแสวงหาและเลือกเฟ้นอย่างพิถีพิถันพิจารณาถึงคุณสมบัติทั้งกล่าวในส่วนผสมที่กลมกล่อม. ในฐานะปัจจุบันโรงเรียนแพทย์ มีจำนวน ครอบอยู่ในระดับที่ไม่ขาดแคลนนัก. ข้าพเจ้าจึงอยากฝากข้อคิดไว้ ในที่ว่าถ่วงเวลาแล้วหรือยังที่เราจะต้องกลั่นกรองรับใหม่แต่ผู้ วมคุณสมบัติเหมาะสมเป็นครูแพทย์เท่านั้น, ไม่ใช่เป็นเพียงครู, ไม่ใช่เป็นเพียงแพทย์, และไม่ใช่เป็นเพียงนักวิทยาศาสตร์อย่างใดอย่าง เดียวหรือสองอย่าง. ท่านทั้งหลายคงทราบ ว่าตามระบอบงานของเราขณะนี้, ผู้ที่ใ้เข้ามาเป็นครูแล้ว เขาจะมี โอกาส ทำอะไร ต่ออะไร หรือไม่ทำอะไร ต่อ อะไร ในโรงเรียน แพทย์ใ้เป็นเวลานั้นนานเป็นสิบ ๆ ปี. ฉะนั้นข้าพเจ้าจึงกล่าวใ้ว่า อนาคตของโรงเรียนแพทย์ ใน แ่ง สมรรถภาพ ครูแพทย์ ฝากอยู่ หรือขึ้นอยู่กับวิจารณญาณ, การเห็นการณ์ไกล, ความมีน้ำใจกว้างขวางและการเห็นแก่ประโยชน์ของโรงเรียนเป็นที่ตั้ง, ของบรรดาผู้ มี สิทธิและหน้าที่ ในการเลือกรับครูแพทย์ ในปัจจุบันนี้เอง.

วิธีการที่ครูแพทย์ใ้ในการอบรมศึกษา แพทย์ศาสตร์ นั้นก็คงเป็น การอบรมสั่งสอน

กัยการปฏิบัติเป็นตัวอย่าง, ไม่ว่าจะในแง่  
วิทยาการหรือในแง่คุณธรรม.

การอบรมสั่งสอนนั้นจะเป็นโดยการ  
บรรยายกิต, การประชุมอภิปรายกิต, หรือ  
โดยวิธีอื่นใดกิต ครูแพทย์บริหารไปโดย  
ยศ ถอ หลักสตร แพทยศาสตร์ เป็น เกณฑ. <sup>๕๕</sup>  
เมอ หลัก สตร อยู่ ใน ขน มาตรฐาน และ นัก  
ศึกษาแพทย เป็น บุคคล ที่ ถูก เลอ ก สรรมา  
แล้ว, ความไม่สมบรณของผลิตผลจะมขน  
อยู่ กัย กระบวน การ ถ่าย ทอ วิชา ของ ครู  
แพทยบ้างหรือ? ที่จริงในกระบวนกรอบรม  
สั่งสอน ยังต้องการ องค์ ประกอบอื่น เพื่อให้  
สมบรณยิ่งขึ้น, เช่นสถานทีและอุปกรณ,  
อันได้แก่เครื่องมือเครื่องใช้, ตำรา, คนไข้  
และสิ่งอื่นกั้น, ซึ่งข้าพเจ้าขอละไว้, เพื่อ  
จะได้เน้นหนักไปในแง่ของครูแพทย์อย่าง  
เดียวในการเสนอข้อคิดเห็นในวันนี. ความ  
บกพร่องหรือไม่สมบรณของผลิตผลนั้นน่าจะ  
ได้ รับ การ วิเคราะห์ ว่า ครูแพทย์ มีความรู้  
ความชำนาญพอหรือ? ครูแพทย์มีความ  
สามารถในการสอนดีพอหรือ? ครูแพทย์  
เตรียมพร้อม และใส่ใจ สำหรับ การสอนนั้น  
หรือ? หรือว่าสกเอาเผากั้น? หรือละเลย?  
ครูแพทย์ได้ใช้วิธีที่เหมาะสมหรือเปล่า? ครู

แพทย์ให้ ความรู้ที่ เหมาะ กัยความ ต้องการ  
หรือเปล่า? เพราะหลักสตรแพทย์ต้องการ  
รู้ ความรู้ สำหรับการ เชน แพทย, มิใช่  
ความรู้ อย่าง ผู้ ชำนาญ เฉพาะ สาขา. ครู  
แพทย์เป็นครทที่ ตั้งใจสร้าง ความ เป็นบัณฑิต  
ให้ศิษย์ด้วยหรือเปล่า? เราเคยได้ยินบ่น  
กันว่านักศึกษาแพทย์ไม่เป็นผู้ใหญ่, ไม่รู้  
สำนึกในหน้าที่, ไม่รู้จักศึกษาด้วยตนเอง,  
และเรียนเพียงเพื่อสอบไล่ได้, อะไรต่าง ๆ  
เหล่านี้, เราเคยคิดหรือเปล่านั้นว่าเรายังมี  
ระบบการตรวจสอบข้อในห้องเรียน, เรายัง  
มีการ สอน ประเภท บ่อน ความรู้ สำเร็จรูป,  
เรายังถือคะแนนชกเขียนเป็นสำคัญ, เรายัง  
ละมิมอล่วยต่อ การพิจารณาผล การสอบไล่,  
และเรายังไม่เข้มแข็งพอต่อการ บริหารตาม  
กฎเกณฑ์ของมหาวิทยาลัย. สิ่งเหล่านี้  
กลันบุคคฤภาพของนักศึกษาแพทย์ซึ่งควร  
จะพัฒนาขึ้นตามลำดับของการ คักษาชั้น  
สูง. จะเป็นการคชนหรือไม่, หากเราเปลี่ยน  
เป็นใช้วิธีทอจสร้างเสริม หรือ ผลักคั้นคุณ  
ลักษณะให้เด่นขึ้น. ข้าพเจ้าขอเรียนฝากไว้.

การปฏิบัติเป็นตัวอย่าง, ข้าพเจ้ามีความ  
เห็นว่า เป็นสิ่ง สำคัญ ยง ออ กส่ง หง ทครู แพทย  
จำ เป็น ต้อง ใช้ ใน การ อบรม คักษา แพทย-

ศาสตร์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ  
คุณธรรม. เพราะการปฏิบัติตนเป็นแบบแผน  
ที่คนเป็นสิ่งที่ประทับใจ, ก่อให้เกิดความ  
เลื่อมใสศรัทธา, และเห็นตัวอย่างแน่ชัดว่า  
สิ่งทวาทงามอย่างนั้นอาจปฏิบัติได้  
ด้วย. ในส่วนวิทยาการก็เช่นเดียวกัน. การ  
บำเพ็ญการศึกษาที่ถูกต้อง, การสัมพันธ์กับผู้ป่วย  
ในฐานะแพทย์ที่ดี, การบำเพ็ญตนยกย่อง  
ในหลักวิชาและความสนใจในวิชาการเหล่านี้  
หากครุแพทย์ปฏิบัติอยู่ ก็ย่อมเป็นตัวอย่าง  
ให้นักศึกษาแพทย์ ศรัทธาและยกย่องปฏิบัติ  
ตาม.

ขณะนั้นข้าพเจ้าเห็นว่าแพทย์มีความ  
บกพร่องในเรื่องจรรยาแพทย์, ไม่สงวน  
ความลับของผู้ป่วย, กล่าวหยาบถ่มแพทย์  
อื่น, ยกตนเหนือแพทย์อื่น, ซาดการวะใน  
อาวโธหรือประกอบโรคศิลป์อย่างผิดคุณ-  
ธรรม, ไม่สำนึกในหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย, ละ  
เลยหลักวิชา, เหล่านี้เป็นความบกพร่องใน  
เนื้อแท้ของเขา, หรือว่าเรามีใต้อบรมเขา  
เพียงพอ? เรามีตัวอย่างที่ไม่ดีให้เขายึด  
ถือหรือเปล่า? เราเป็นตัวอย่างที่ดีของเขา  
หรือเปล่า? เรามีครุแพทย์ประเภท “เจ้าจง  
ทำอย่างที่เขาบอก, แต่อย่าทำอย่างที่เขาทำ”  
หรือไม่?

ทั้งที่ข้าพเจ้ากล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า  
ครุแพทย์ตามอุดมคตินั้นแบกภาระไว้มิใช่น้อย.  
ไม่ง่ายเลยที่จะทำหน้าที่ให้สัมฤทธิ์  
ผลสมบูรณ์. ผู้เป็นครุแพทย์ที่แท้จริงต้อง  
อุทิศตัว, เสียสละ, เมตตา, กรุณา, ชยัน  
หิมนเพียร, มีความอดกลั้น, อยู่ในฐานะ  
ผู้ให้และเช่นผู้ทมิ ใจรักอย่างแท้จริง, จึงจะ  
รักษาสภาวะเป็นครุแพทย์ได้อยู่ได้. ความ  
สำคัญของครุแพทย์เช่นนี้ มิใช่จะไม่มีผู้มองเห็น.  
ทั้งที่จะเห็นได้ว่าการพิจารณาช่วยเหลือ  
ฐานะของครุแพทย์นั้นได้ มีผู้พยายามอยู่  
เสมอแม้ในขณะนี้. โรงเรียนแพทย์ย่อม  
ต้องถือเป็นภาระที่จะอบรมครุแพทย์เพื่อความ  
วัฒนาถาวรของโรงเรียนแพทย์เอง. ข้าพเจ้า  
นั้นไม่อยู่ในฐานะที่จะกล่าวมากไปกว่านี้.

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าครุแพทย์ต้องรับภาระ  
ทางครอบครัว เช่นเดียวกับบุคคลประเภท  
อื่น. ฉะนั้นเมื่อพิจารณาตามภาวะรายได้  
ของครุแพทย์เช่นปัจจุบันแล้ว, การกินรอน  
เพื่อครอบครัวจึงเป็นธรรมชาติ, ไม่น่าตำหนิ  
อย่างไร, หากการชวนชวนนั้นสุจริตและ  
ไม่ละเลย หน้าที่ จะต้องปฏิบัติหน้าที่ให้กับ  
โรงเรียนแพทย์. มีฉะนั้นแล้วจะกลายเป็น  
การเอาเปรียบโรงเรียน และเป็น การ ถ่วง  
ความเจริญของโรงเรียนแพทย์ไป.

ผลตอบแทนแก่ครแพทย์, นอกจากทรัพย์สินและเกียรตินิยมชื่อเสียงแล้ว, ก็คือผลตอบแทนทางใจซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้เป็นครแพทย์. สิ่งนี้ให้ความชุ่มชื้นและความเอื้ออำนวยอย่างแท้จริงแก่คร. ครไทยนับว่าเป็นครที่โชคดียิ่ง, เพราะได้รับการเทอดทูนอย่างสูงจากศิษย์เป็นทนายอยู่แล้วโดยระบอบประเพณี. เช่นนี้แล้วไม่สมควรละหรือที่ครแพทย์จะบำเพ็ญตนให้อยู่ในฐานะที่น่าเลื่อมใส, น่าศรัทธา, น่าเคารพ, และบำเพ็ญตนให้เป็นทนายแก่ศิษย์โดยอยู่เสมอ, สมกับการเทอดทูนเหล่านั้น.

ข้าพเจ้าขอขอบคุณทนายบพิตรบพิตรเห็นของข้าพเจ้าในเวลานี้. ถ้อยคำและข้อความของข้าพเจ้า บางตอน อาจทำให้ท่านรู้สึกตลกเสียด. ข้าพเจ้าขอเรียนยืนยันว่าความรู้สึกของท่านถูกต้อง, เพราะข้าพเจ้าเรียนแจ้งจุดประสงค์ไว้แล้วแต่แรกว่าข้าพเจ้าต้องการสะกิดชวนครของ โรงเรียนแพทย์ให้ได้ช่วยกันพิจารณา และวิเคราะห์สภาวะครแพทย์ของพวกเราเอง, เพื่อหาทางแก้ไขหรือกำจัดสิ่งบกพร่องและปรับปรุงส่งเสริมสิ่งที่เห็นว่าเป็นดี, เพื่อสร้างเสริมมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ให้คงอยู่ในระดับที่จะได้รับการยกย่องตลอดไป. ข้าพเจ้ากล่าว

กล่าวได้อย่างไม่ต้องสงสัยเลยว่าครของโรงเรียนแพทย์เป็นผู้ที่มีระดับสติปัญญาสูง, และครแพทย์จำนวนมากได้เคยพบ, เคยผ่านและรู้จักสิ่งทั้งปวง, สิ่งนั้นย่อมเป็นเลิศจากแหล่งอื่นมาแล้ว, ฉะนั้นในเรื่องคุณภาพและมาตรฐานของผลิตผลของโรงเรียนแพทย์ของเรา, ข้าพเจ้าไม่เชื่อว่าครแพทย์ของเรายังคงภูมิใจอยู่ในขณะนี้. ข้าพเจ้าไม่เชื่อว่าครแพทย์ของเรามีความพอใจเพียงเท่านั้น. เรายิ่งมีทางที่จะขยับมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ของเราขึ้นไปได้อีกอย่างแน่นอน, เพราะเรายังไม่ทันเคยมีระดับที่ถือว่าเป็นเยี่ยมมนนเลย. ฉะนั้นในฐานะที่ครแพทย์ทุกท่าน มีพันธะอยู่กับโรงเรียนแพทย์ในอันที่จะผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพ, ข้าพเจ้าจึงคิดว่าเป็นภาระโดยตรงของพวกเราที่จะปรับปรุง สมรรถภาพ การผลิต, เพื่อให้ได้ผลิตผลที่ดีขงชนจากวัตถุประสงค์ที่มีคุณภาพเท่าที่ทำได้ในขณะนี้. ข้าพเจ้ามองเห็นว่าการปรับปรุงนั้นมีอาจจะทำสำเร็จได้ก็ด้วยบุคคลเพียงคนเดียวหรือกลุ่มเดียว. เราจะต้องร่วมมือร่วมใจกันทั้งหมดอย่างพร้อมเพรียงกันจึงจะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี. ในแนวความคิดของข้าพเจ้า,

ข้าพเจ้าเห็นว่าการปรับปรุงแก้ไขที่จะให้ผล  
เลิศนั้นไม่มีวิธีใดเกินกว่าการปรับปรุงตัว  
เองของแต่ละบุคคล, ซึ่งเป็นหน่วยรากฐาน  
ให้มีสมรรถภาพและคุณภาพดีขึ้น. ทุกคน  
ไม่มีใครที่จะเป็นคนชั้นสมบูรณ์แบบ. แต่  
เราก็มีหนทางที่จะปรับปรุงเข้าหาระดับนั้น  
ได้, ถ้ามีความปรารถนา, มีความตั้งใจ,  
มีความรำลึกถึงพันธะ, ต้านอกและต้านหยก  
ในภาระของตนอยู่เสมอ.

ในโอกาสนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอเรียนวิงวอน  
บรรดาครูแพทย์ทั้งหลายได้ ใคร่ครวญ โดย  
ปราศจากอคติและปราศจากที่งูใจใด ๆ ในอัน  
ที่จะช่วยกันพิจารณาและร่วมกันดำเนินการ  
ทุกวิถีทางที่จะปรับปรุงแก้ไขสิ่งต่าง ๆ เพื่อ  
ความรุ่งเรืองของโรงเรียนแพทย์ของเรา.

ข้าพเจ้าขอขบลงด้วยเรียนฝากแนวความคิด  
ประการไว้แก่ครูแพทย์ทั้งหลายดังนี้:

ประการที่ ๑ เรามีความรู้ความสามารถ  
ดีพออยู่เสมอหรือ?

ประการที่ ๒ เราอบรมสั่งสอนเขาดีแล้ว  
หรือ?

ประการที่ ๓ เราเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เขา  
แล้วหรือ?

ประการที่ ๔ เราพร้อมที่จะเป็นทพของ  
เขาได้อยู่เสมอหรือ?

ประการที่ ๕ เราทำงานเพื่อหวังเห็นผล  
ตอบแทนต่อตัวเองอย่างเดียวหรือ?

ประการที่ ๖ เรามาอยู่ใน โรงเรียน  
แพทย์ เพื่อเป็นครูแพทย์ที่แท้หรือเพื่อพักพิง  
หรือเพื่อตักตวงผลประโยชน์?

และประการสุดท้าย, หากไม่มีเราอยู่;  
โรงเรียนแพทย์จะเจริญกว่าหรือไม่? แต่  
ละท่านมีคำตอบของท่านเอง. คำตอบนั้น  
เป็นภาระที่ท่านควรที่จะส่งเสริม หรือแก้ไข.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

# บทบรรณาธิการ

## มานทีละตน

สำหรับกิจการใดๆ ที่ได้เป็นมาชั่วเวลานานพอสมควร, ประวัติย่อมเป็นเครื่องเชิดชูและเครื่องประดับประดาหรือส่งเสริมการดำเนินของงานนั้นๆ. ในด้านโรคภัย, การแพทย์ของจีน, ไชโยคปต์, อินเดียนและอาหรับได้รับการยกย่องว่ามีภูมิฐานมาตั้งแต่โบราณกาลและมีความเจริญยิ่งขึ้นติดต่อมาจนกระทั่งทุกวันนี้. สำหรับไทยเรา, หากใครครวญตามประวัติศาสตร์ของชาติซึ่งมีสืบต่อมาหลายพันปี, ก็น่าจะคิดว่าการแพทย์ของเราคงจะได้มีหลักฐานอย่างดีมาแล้วโดยไม่ด้อยกว่าของชาติอื่น. มีบันทึกชัดเจนว่า แม้ตั้งแต่สมัยอาณาจักรน่านเจ้าคนไทยเราก็มี่ความเจริญอยู่ในขั้นสูงมากแล้ว, มีการปกครองเป็นระเบียบและมีวัฒนธรรมใน ระดับเดียวกับของชาติจีนในสมัยนั้น. ดังนั้นจึงไม่น่าสงสัยว่าการแพทย์ของเรา ก็คงจะได้ อยู่ใน ระดับ สูง ไม่น้อยเหมือนกัน. หากแต่มีใ้รรักษาความเจริญนั้นๆ ไว้, ซึ่งอาจเป็นผลของการที่เราจำเป็นต้องอพยพย้ายถิ่นฐานลงมาหาที่อยู่ใหม่,

ในปัจจุบันเราจึงเห็นแต่ลักษณะของการแพทย์จากชาติอื่น ๆ ซึ่งเข้ามาแผ่อิทธิพลในพื้นแผ่นดินของเรา. สำหรับการแพทย์แผนโบราณ, อิทธิพลที่ชัดเจนเป็นของอินเดียโดยส่วนใหญ่ และของจีน โดยส่วนน้อย. ส่วนการแพทย์แผนปัจจุบัน ก็มีอิทธิพลของโลกตะวันตกอย่างเต็มตัว. ลักษณะของการแพทย์ไทยเกือบจะหาไม่พบเอาที่เดียว.

อย่างไรก็ดี, หากพิจารณาด้วยความไตร่ตรองก็พอจะกล่าวได้ว่ายังมีลักษณะสองประการ ที่พอ จะอ้าง ได้ว่า เป็น ร่องรอย แห่งความเจริญ ในการแพทย์ ของไทย เรา ที่ยังเหลืออยู่พอสังเกตได้. ประการหนึ่งคือ ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณยา, ซึ่งมีการใช้สมุนไพรที่เกิดประจําถิ่นอยู่ไม่น้อย. จริงอยู่, ความรู้ ในเรื่องนี้อาจได้มาจากประเทศใกล้เคียงซึ่งมี พฤษภชาติคล้ายกับของเรา, แต่ก็คงจะมีใช้ทั้งหมด, และสมุนไพรบางอย่างก็เหมือนจะมี แหล่งกำเนิด อยู่แต่ในประเทศเรา. อย่างน้อยก็พออาศัยอ้างได้ว่า สำหรับการแพทย์ นั้นความรู้ ที่เป็น ของเรา

เองจริง ๆ ก็คงจะมีข้างในตำราสรรพคุณยา. การศึกษาตำรายาต่าง ๆ ที่มีบันทึกไว้จะช่วยทำความเข้าใจในเรื่องนี้โคตยงชน, และอาจมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประวัติการแพทย์ของเราเอง. นำยนี้ทีในขณะนั้นเรามีบุคคลในคณะแพทย์ที่มีความสนใจและเริ่มปฏิบัติงานในด้านดังกล่าวแล้ว, ทั้งสารศิริราชก็มีส่วนในงานนั้น ๆ ด้วย. (1)

ลักษณะประการที่สองที่แสดงถึงความเจริญเก่าแก่ของการแพทย์ของไทย, คือ ภาษาของแพทย์. ความจริงเรามีตำรับตำราย่อยมากมายซึ่งเขียนด้วยภาษาไทย, และแพทย์แผนโบราณของเราก็ยังใช้ภาษานี้ ๆ อยู่. แต่ตำรับตำราดังกล่าว, รวมทั้งภาษาที่ใช้, ได้ถูกทอดทิ้งมาหลายสิบปีด้วยความเข้าใจว่าพื้นสมัย. ขณะเดียวกันก็ได้มีการใช้ภาษาต่างประเทศอย่างแพร่หลายในวงการแพทย์, จนกระทั่งในสมัยหนึ่งมีท่าน่ากล่าวได้ว่า แพทย์ไทย อาจจะต้องติดต่อกันเองด้วยภาษาฝรั่ง. เหตุผลที่มีผู้อ้างก็คือคำไทยเราไม่มี. แต่ที่จริง, ถ้าจะพิจารณาจากภาวะปัจจุบันนี้, น่าจะเป็นเพราะว่าเราไม่รู้จักภาษาของเราเองก็เพียงพอ. จริงอยู่, สำหรับเรื่องวิทยาศาสตร์เรา

คงไม่มีความหรือมากเกินไป, เพราะเรื่องนี้เป็นของใหม่สำหรับเรา. แต่ครั้งหนึ่งวิทยาศาสตร์ก็เป็นเรื่องใหม่สำหรับฝรั่ง, และเขาคิดค้นคำขึ้นมาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันและกัน. เราก็จำต้องทำเช่นเดียวกันบ้าง. เราอาจทำอย่างง่ายก็ได้, คือรับเอาคำของฝรั่งมาใช้เสียทั้งหมดด้วยวิสัยทัศน์. แต่ฉันคงมีข้อเสียอย่างน้อยสองประการ. ประการหนึ่ง, ประชาชนทั่วไปจะได้รับประโยชน์จากคำเช่นนั้นน้อยมากหรือไม่ได้รับเลย. ตัวอย่างเช่นหากจะเขียนคำชี้แจงเกี่ยวกับอหิวาตกโรค โดยใช้คำศัพท์สำหรับคำเทคนิคทั้งหมด, ประชาชนคงไม่เข้าใจและอาจไม่สามารถปฏิบัติตามความต้องการของเราได้. ถ้าหากเราใช้คำไทย, แม้จะต้องใช้วิธีบรรยายความหมายของคำให้ยืดยาวไปบ้าง, ประชาชนก็คงเข้าใจโดยไม่ต้องไปหาผู้รู้เฉพาะวิชาช่วยอธิบาย. ประการที่สอง, คงเป็นที่น่าขายหน้าอย่างยิ่งสำหรับชาติของเราซึ่งมีประวัติความเจริญมานับพัน ๆ ปี, ที่ไม่มีคำเสียเลยสำหรับภาษาเกี่ยวกับการแพทย์, อันเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง. เพราะฉะนั้นวิธีใช้คำศัพท์ทั้งหมด, แม้จะง่ายและสะดวกรวดเร็ว, ก็ไม่เหมาะนัก, วิธีสายกลาง, คือใช้คำ

(1) ดู "ศิลาจารึกตำรายาวัตรราชโอรสาราม" ในแผนกปกิณกะ, สารศิริราชฉบับนี้.

ไทยบ้าง, คำทับศัพท์บ้าง, เป็นวิธีที่น่า  
ส่งเสริมมากกว่า. หากคำใดพอจะบัญญัติ  
คำไทยขึ้นมาใช้แทนได้, โดยไม่ทำให้  
เข้าใจผิด, แม้ความหมายอาจจะหย่อนไป  
บ้าง, ก็ใช้ไปก่อน, พร้อมกันนิยาม  
ความหมายที่ถูกต้องไว้. แต่ถ้าคำใดไม่  
สามารถตั้งคำแทนขึ้นได้, ซึ่งจะมีควา  
หมายโดยครยถ้วน, หรืออาจทำให้เกิด  
ความเข้าใจผิดหรือบกพร่อง, คำนั้นก็ควร  
ใช้คำทับศัพท์ไปก่อน, จนกว่าจะคิดคำที่  
เหมาะสมขึ้นได้. ในขณะนี้สังเกตว่าม  
บุคคลหลายคนปฏิบัติโดยทำนองนี้, ซึ่ง  
เป็นที่น่ายินดี.

ข้อคำหนึ่งอย่างหนึ่งที่ผู้ไม่เห็นด้วยมักยก  
ขึ้นอ้างเกี่ยวกับการใช้คำไทย, คือความ  
หมายของคำไม่แน่นอน, อาจมีการเข้าใจ  
ผิดเวลานำไปใช้. ข้อนี้ความจริงเป็นข้อ  
บกพร่องของคำในทกภาษา, และการใช้  
คำโดยผิดความหมายย่อมมีอยู่ในทกภาษา  
เหมือนกัน. ยิ่งคำเฉพาะวิชาด้วยแล้ว, ผู้  
ที่ไม่ได้ศึกษาในวิชานั้นๆ ย่อมมีโอกาสใช้  
ผิดได้มาก, หรือแม้ไม่เข้าใจความหมาย  
เอาเสียเลย. วิธีที่จะแก้ไขและป้องกันข้อ

บกพร่องดังกล่าวนี้คือการจัดทำพจนานุกรม  
ให้แพร่หลาย, ให้มีต้นตอของความรู็ที่ถูกต้อง  
ไว้ให้ผู้ที่ไม่แน่ใจอาศัยค้นดูได้. ใน  
ระยะเริ่มต้นเช่นขณะนี้, ก็คงมีความเข้าใจ  
ผิดกันบ้าง, ซึ่งอาจป้องกันได้โดยเขียนคำ  
ภาษาเดิมต่อท้ายไว้ในวงเล็บ, หรือใส่เป็น  
ฟุ่กโน้ต, ดังที่บางคนเคยกระทำ.

ในขณะนี้ราชบัณฑิตยสถานได้แต่งตั้ง  
คณะกรรมการบัญญัติศัพท์ภาษาไทยขึ้น  
คณะหนึ่ง, ซึ่งรับพิจารณาศัพท์ที่ฝ่ายวิชา  
การต่างๆ ได้คิดขึ้นใช้, รวมทั้งฝ่ายแพทย์  
ด้วย. เท่าที่สังเกตจากการปฏิบัติคณะ  
กรรมการนมนโยบาย รวณคำไทยเก่า ๆ  
เอามาใช้ประโยชน์ต่อไปให้แพร่หลาย,  
มากกว่าจะเอารากศัพท์ภาษามครหรือสัน-  
สกฤตมาตกแต่งเป็นคำไทยใหม่ขึ้น. ตัวอย่าง  
ข้อหนึ่งที่แสดงว่าทำเช่นนี้ได้แก่การบัญญัติ  
ศัพท์สำหรับคำว่า *anasarca*. มีผู้เสนอคำ  
ว่า “อาการขวมตัวตัว,” ซึ่งคณะกรรมการ  
ได้อนุมัติ, เพราะได้ความถูกต้องตรงตาม  
ศัพท์เดิม. ต่อมาภายหลังในระหว่างพิ-  
จารณาคำแทนศัพท์ *ascites* ซึ่งผู้เสนอใช้  
คำว่า “ท้องมาน”, (2) ก็ได้พบว่าในพจนาน

(2) มาน. โรคที่ทำให้ท้องพองโต, มีหลายชนิด, เช่น มานน้ำ, มานหิน, มานเลือด ฯลฯ.

(พจนานุกรมราชบัณฑิตย)

นกรมฉวีราชบัณฑิตยสถานนั้นเองมีคำว่า “มานทะลุน” ซึ่งนิยามไว้ว่า “โรคที่มีอาการบวมคล้ายโรคมาน, แต่บวมทั่วทั้งร่างกาย”. คณะกรรมการเห็นต้องกันว่า คำ “มานทะลุน” นั้นมีความหมายใช้ได้ดีสำหรับคำว่า anasarca, จึงได้เปลี่ยน “อาการบวมทั่วตัว” เป็น “มานทะลุน” เข้าแทน. เหตุการณ์แม่เขนเรื่องเล็กน้อย, แต่ก็ควรนับว่าเป็น สัญญลักษณ์อันดีสำหรับภาษาไทย. โดยเฉพาะสำหรับภาษาแพทย์ เป็นเรื่องที่น่ายินดีมาก, เพราะเห็นการฉะแสดังว่า คณะกรรมการยินดีที่จะใช้คำไทยเท่าที่มีอยู่แต่เดิมแล้ว, มากกว่าที่จะตั้งศัพท์ขึ้นใหม่, ซึ่งย่อหมายความว่าบรรดาศัพท์แพทย์เก่าๆ จะได้รับการพิจารณาเพื่อเอามาใช้, เป็นการรักษาวินัยธรรมเนียมฝ่ายแพทย์ของเราไว้ด้วยดี.

จริงอยู่, ในตอนแรกที่มีการใช้คำ “มานทะลุน” คนส่วนมากคงไม่เข้าใจว่าหมายความว่าอะไร. ผู้ที่มพบงานกรมฉวีราชบัณฑิตยสถานอยู่, ก็อาจเปิดค้นและสามารถรู้ความแท้จริงได้. ส่วนผู้ที่ไม่มีหนังสือหรือไม่ได้ค้น, ก็คงจะเดาเอา, ซึ่งอาจผิดบ้างถูกบ้าง. เพื่อจะช่วยเหลือพวกเขาเหล่านั้น, ผู้ที่ใส่คำในตอนแรกก็น่าจะ

เขียนคำ anasarca ไว้ลงไว้ข้างหลังสักพักหนึ่งก่อน. พอคำนั้นค่อยๆ แพร่หลายไปแล้ว, ก็คงจะหมดความจำเป็น.

ไม่ต้องสงสัยว่ายังมีคำแพทย์ไทยเดิมอีกมากมาย ที่อาจนำเอามาใช้ได้ เช่น คำ “มานทะลุน”. ที่จริงคำที่เกี่ยวข้องอาการโรค และเกี่ยวข้องกับ ส่วนของร่างกาย โดยคร่าวๆ เรามีอยู่ มากทีเดียว. สารศิริราชได้พยายามนำคำเหล่านี้มาใช้ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ, โดยใช้วิธีใส่คำไทยแทนคำอังกฤษเข้ามาทีละน้อยๆ. ในขณะการบรรยายอาการของโรค และการบ่งส่วนของร่างกาย กระทำได้ด้วยคำไทยเกือบทั้งหมด. แม้คำบางคำซึ่งในสมัยหนึ่งทางการได้บัญญัติคำใหม่ขึ้นใช้โดยมิได้คำนึงถึงคำดั้งเดิม, สารศิริราชก็ได้ยึดคำเก่าๆ เอาไว้ตลอดมา, เช่นคำว่า “ปัจจุบัน” ใน “โรคปัจจุบัน”, “อาการปัจจุบัน” หรือ “ระยะปัจจุบัน”. คำคณะกรรมการบัญญัติศัพท์ที่กำลังทำหน้าที่อยู่ที่ได้อนุมัติแล้ว, เพราะเป็นคำที่แพทย์ไทยเราใช้มานาน และมีความหมายจำเพาะในทางแพทย์. คำเก่าอีกคำหนึ่งที่เกือบจะลบล้างไปจากบัญญัติศัพท์แพทย์ไทยคือคำว่า “คนไข้” ซึ่งได้มีการตั้งคำว่า “ผู้ป่วย” ขึ้นมาแทน,

เข้าใจว่าด้วยเหตุผลง่ายๆ คือคำ “คนไข้” ไข้ไม่ได้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไข้. แต่ความจริงคำว่า “ไข้” นั้นหมายความว่า “ความเจ็บป่วย, ... ข้อโรคประเภทหนึ่งมีอาการตัวร้อน...”<sup>(3)</sup>, ไม่ได้หมายความว่า “อาการตัวร้อน”. ดังนั้น “คนไข้” ก็แปลว่า “คนที่เจ็บป่วย”. จะเป็นโรคอะไร หรือมีอาการอย่างไรก็ใช้คำนี้ได้ทั้งสิ้น.

เพียงแต่พลิกดูในพจนานุกรมก็จะพบคำหลายคำที่ขบถนยาม ตรงกับคำแพทย์ต่างประเทศ, และเราน่าจะนำมาใช้ได้โดยตรง, ตัวอย่างเช่น “กล่อนน้ำ”<sup>(4)</sup>, “ขเทา”<sup>(5)</sup>, “น้ำคร่ำ”<sup>(6)</sup>, “พรรคิก”<sup>(7)</sup>, “หิวตะคาก”<sup>(8)</sup>, “ชนทรทต” หรือ “อติสาร”<sup>(9)</sup>. มีหลายคำที่อาจใช้ได้ถ้ากำหนดความหมายเสีย

ใหม่ให้ชัดหรือแคบเข้า, เช่น “กษัย”, “งัง”, “ง้วน”, “ตะคาง”, “เซอम्मัว”, เป็นต้น. ไม่ต้องสงสัยว่าถ้าคนตำราแพทย์แผนโบราณโดยละเอียด, คงจะพบคำที่เหมาะสมนำมาใช้ได้โดยตรง, หรือโดยการกำหนดความหมายใหม่ให้ชัดเจน, อีกเป็นจำนวนมาก.

“มานทะเลน” เป็นคำไทยเก่าแก่, แพทย์ไทยคงได้ใช้กันมานานแล้วแต่ถกถลิมหรือละเอียดไปชั่วคราว. การที่คำนี้ได้กลายเข้ามา อยู่ในบัญญัติศัพท์ของแพทย์อีกครั้งหนึ่ง, ควรถือเป็นนิมิตที่ว่าวัฒนธรรมฝ่ายแพทย์ของเรา คงจะได้รับ การ พน ฟ และสถาปนาให้มั่นคงต่อไป, ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดียิ่ง.

(3) พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, ๒๔๕๓.

(4) Hydrocoele.

(5) Meconium.

(6) Amniotic fluid.

(7) Scybala.

(8) Iliac crest.

(9) Moribund condition.

## แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ประเสริฐ กังสดาลย์ M.B., Ch. B., พ.ด.,

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C. C.P. ดวงพ็ชน์ โทณะวณิก พ.บ.,  
วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., พ.ด., C. Anat., กรุงไกร เจนพาลิชย์ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.,  
ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ พ.บ., เผล็จ วรรณะสาร พ.บ., มานี วิสกุล พ.บ.

๑. บวรกิตติ, สมชัย: การเปลี่ยนแปลง  
เซรัมโปรตีนในวัณโรคมนุษย์, โดยเฉพาะ  
ที่เกี่ยวกับ แอลฟา-๒-ไกลบูลิน Amer.  
Rev. Resp. Dis. 1961, 84: 58-65

ผลการศึกษาวเคราะห์หาค่าโปรตีน  
รวมและส่วนแยกย่อยในเซรัมผู้ป่วยวัณโรค  
ขณะมีการดำเนินโรคอย่าง แอ็คทีฟ ๕๘  
ราย, โดยวิธี มูว์นิก เบานคาร์ย์ อีเล็ก-  
โตรฟอริสซิส, แสดงว่าในวัณโรคขณะมีการ  
ดำเนินโรค, มีการเปลี่ยนแปลงของลายภาพ  
โปรตีน ต่างไปจากลายภาพปรกติ. การ  
เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ และพบเสมอ คือการ  
เพิ่มปริมาณ แอลฟา-๒ ไกลบูลิน ในวัณโรค  
ทุกชนิดและทุกระยะ. ผู้รายงานให้ความ  
เห็นว่า การเพิ่มปริมาณ แอลฟา-๒ ไกลบูลิน  
ในเซรัมเป็นผลของการมีปฏิกิริยา ทู-  
เบอร์คูลิน ฮีเปอร์เช่นซีทีวีย เกิดขึ้นภายใน  
ร่างกายและไม่ใช่เป็นผลจากการทำลาย  
ของ ทีซีวี ดังที่เคยเชื่อกันมาแต่ก่อน.

การเปลี่ยนแปลง ผิดปรกติที่ตรวจพบของ  
โปรตีน ส่วนอื่น ๆ อธิบายว่าเป็นผลของ  
การขาดอาหาร, การหย่อนสมรรถภาพของ  
ตับที่เกิดร่วมในผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมีการดำเนิน  
ของโรคไปมาก, และการสร้าง แอนติบอดี  
ขึ้นต่อยัติการติเชอตามแบบฉบับด้วย.

ประเสริฐ กังสดาลย์

M.B., Ch. B., พ.ด.

๒. Bookman, R., J. Shen: ปฏิกิริยาร่วม  
ระหว่าง แอนติเจน กับ ไรอาซิน แสดงด้วย  
อีเล็กโตรฟอริสซิส. Proc. Soc. Exper. Biol.  
Med. 1961, 107: 542-544.

ปฏิกิริยาร่วมจำเพาะระหว่าง ไรอาซิน  
เซรัม ของมนุษย์กับ โฮโมโลกัส แอนติเจน  
ยังไม่เคยถูกแสดงในการทดลองในแก้ว.

ในรายงาน ปัจจุบัน ผู้รายงาน ทำการวิ-  
เคราะห์เซรัมผู้ป่วยไวต่อ “เร็กวิต” ด้วย  
วิธี ฟรียาวันคาร์ย์ อีเล็กโตรฟอริสซิส, ใช้น้ำ

ยา บัฟเฟออร์ ซึ่งเจือด้วยสังสกดจาก อิมโบรเลีย เฮลาคิออร์ ในความเข้มข้นต่างกัน (เกณฑ์แกว่งระหว่าง ๐.๐๑ ม.ก.--๐.๑๐ ม.ก./ล.ชม. ของน้ำยา บัฟเฟออร์). การศึกษากระทำเปรียบเทียบกัน คอนโทรล ๓ อย่าง : (๑) รือาจินิก เซอร์ม ตรวจวิเคราะห์ในน้ำยา บัฟเฟออร์ ที่ไม่ได้เจือสิ่งใด, (๒) รือาจินิก เซอร์ม ตรวจวิเคราะห์ในน้ำยา บัฟเฟออร์ เจือสังสกดจากผงเกสรที่ไม่แยกชนิดจำเพาะ, (๓) น็อน-รือาจินิก เซอร์ม ตรวจวิเคราะห์ในน้ำยา บัฟเฟออร์ เจืออิมโบรเลีย เฮลาคิออร์.

ผลการศึกษาแสดงว่า เซอร์ม ผู้ช่วยไวต่อ แร้ววก เมอวิเคราะห์ในน้ำยา บัฟเฟออร์ เจือ แอนติเงิน จำเพาะ, แสดงการลดปริมาณอย่างมากของค่า เบต้าโกลบูลิน, แต่แก้มม่าโกลบูลิน ลดลงเพียงเล็กน้อย. ผู้รายงานจึงสรุปว่าการตรวจพบปริมาณ เบต้าโกลบูลิน ลดลงใน รือาจินิก เซอร์ม วิเคราะห์ใน แอนติเงิน จำเพาะเป็นการแสดงอย่างแน่ชัดว่า ได้มีปฏิกริยาร่วมระหว่าง รือาจินิก เซอร์ม กับ แอนติเงิน จำเพาะเกิดขึ้นภายนอก ร่างกายขณะทำการวิเคราะห์. การศึกษานี้ให้การสนับสนุนด้วยว่า เบต้าโกลบูลิน เป็น

รือาจินิก แอนติบอดี.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

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

๓. Duraiswami, P. K. : การทดลองทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดโดยใช้ ไอโซ-นิกโคตินิก แอซิด ฮัยคราไซต์. Indian J. Med. Res. 1961, 49:631-634.

ได้ทำการศึกษาผลของการฉีดน้ำตาลของ ไอโซในอะซิด, ซึ่งผลิตขึ้นโดยบริษัท สควิบบ์ ในซอสสินค้าว่า "นัยคราซิด" เข้าในถุงไข่แดงของไข่ไก่ ๑,๘๘๑ ฟอง. ใช้น้ำยา ๐.๐๒ ล.ชม. ต่อฟอง. การฉีดแบ่งเป็น ๓ พวก. พวกที่หนึ่งฉีดเมื่อวันที่ ๓ ของวันที่เริ่มฟัก. พวกที่สองฉีดเมื่อวันที่ ๔ และพวกที่สามฉีดเมื่อวันที่ ๕. การศึกษาเปรียบเทียบใช้น้ำเกลือสรีระ ๐.๐๒ ล.ชม. ฉีดเข้าในไข่ไก่อีก ๖๒๑ ฟอง และฉีดแบ่งตามระยะเวลาอย่างเดียวกัน.

จากผลการศึกษาปรากฏว่า เอ็มบริโอส่วนใหญ่ของพวกที่ได้รับการฉีดด้วย ไอโซ-ในอะซิด ซึ่งมีชีวิตอยู่ถึงวันที่ ๑๑ ของการฟัก, แสดงความพิการของขา, จงอยปาก, และเกิดภาวะอวัยวะอยู่นอกร่างกาย (เอ็ค-โตเปีย วิสเซอร์ม).

ผู้รายงานแสดงว่าได้กำลังทำการศึกษา

ค้นคว้าถึงกลไกของ ไอโซไนอะซิด ที่ทำให้เกิดการพิการแต่กำเนิดดังกล่าวและจะได้อายงานต่อไป.

สมชัย บวรภักดี พ.บ.

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

๔. Newman, E.V.: การควบคุมอิล็ค-  
โทรลย์ทึในโรคหัวใจ. J.A.M.A. 1960,  
172 : 2046 - 2052.

โดยปรกติไตจัดการถ่ายเทโซเดียม, ผลิตไรรัก, โปแตสเซียม, ไบคาร์บอเนต, และน้ำออกทางปัสสาวะด้วยกลไกแยกต่างหากจากกัน, จึงทำให้ส่วนประกอบและปริมาณในร่างกายของสารนั้น ๆ ค้างอยู่ในอัตราคงที่แม้ว่าการไรรักเข้าสู่ร่างกายของสารแต่ละชนิดจะแตกต่างกันมากก็ตาม.

การเลือกการขับถ่ายของไตขึ้นอยู่กับภาระต้นของ ฮอร์โมน เฉพาะอย่าง, เช่น แอนตี้ไทรเรติก ฮอร์โมน จากต่อม ยี่ติ-  
ตารีย์ ส่วนหลังทำให้เกิดคั่งน้ำ. การขับถ่ายอิล็คโทรลย์ทึควบคุมโดย อัลโคสเทอโรน จากต่อมหมวกไต, ซึ่งจะทำให้มีโซเดียม คั่งและคาย โปแตสเซียม ออกเป็นต้น.

สาเหตุสำคัญของความทุกข์ทรมานใน

ผู้ช่วยหัวใจล้ม เกิดจากความผิดปกติในการควบคุม อิล็คโทรลย์ทึ. ปรกการแรก, ไตไม่สามารถขับถ่าย โซเดียม ออกได้ในจำนวนพอเหมาะจึงเกิด โซเดียม คั่ง, ขณะเดียวกันร่างกายก็เสีย โปแตสเซียม ไป. ปรกการที่สองเกิดคั่งน้ำอันเป็นผลตามมาจากโซเดียม ในร่างกาย.

เชื่อว่าการคั่ง โซเดียม จนเกิดขวมาน้ำมีสาเหตุจาก (๑) ปริมาณเลือดมาหล่อเลี้ยงไตลดน้อยลง, (๒) อัลโคสเทอโรนเพิ่มขึ้นจากจำนวนปรกติมากมาย. หากว่าการผิดปกติเหล่านี้ ยังยักเยออยู่ต่อไปผลร้ายจะเกิดดังนี้:

(๑) จากการขาด โปแตสเซียม ทำให้ (ก) หัวใจทำงานเลวลง, (ข) ผลสำเร็จของดิจิทัลิส ต่อหัวใจลดลง, (ค) เกิดพิษจากดิจิทัลิส ได้ง่ายเข้า.

(๒) จากการมีระดับ โซเดียม ในเลือดน้อย หรือน้ำในเลือดมาก ทำให้มีการกระหายน้ำอย่างรุนแรง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ถูกจำกัดน้ำอยู่ด้วย.

อาการขวมาน้ำแก้ไขด้วยการขับปัสสาวะ, ซึ่งต้องไม่ทำให้เกิด การผิด ปรกติ ของ สารต่าง ๆ ในร่างกาย. การรักษาการผิดปรกติของอิล็คโทรลย์ทึ ในผู้ช่วยโรคหัวใจนั้น, ทาง

ที่ตที่สุดคือทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น, แล้วการฝึกปรักตินัน ๆ จะดีขึ้นหรือจะหายไปเอง.

ยาขับขี้สสาระกลุ่มเข้าปรอทมักไม่ได้ผลก็, เพราะผู้ช่วยทมิหัวใจมันนั้นเลือดไปสู่ไตน้อย, ถ้าไม่ไ้ อะมิโนฟีลย์ลินด้วยการหลังขี้สสาระกลุ่มเหลว, ซ้ายังทำให้เกิดการสูญเสีย โปแตสเซียม อย่างมากอีกด้วย, ซึ่งเป็นผลร้ายซ้ำสองต่ออาการหัวใจล้ม.

ผู้รายงาน สรรพยา ยาที่ควรใช้น่าจะเป็นพวก ฮอร์โมน ที่มฤทธิช่วยขี้สสาระโดยไม่ทำให้มีการขาด โปแตสเซียม. เป็นต้นว่าให้สไปโรแลคโทเนส ร่วมกับ อะมิโนไอโซเมตราคีน (โรลิตคอน). ผู้รายงานหวังว่าในกาลข้างหน้าการใช้ยาขับขี้สสาระเข้าปรอทในผู้ช่วยโรคหัวใจล้มจะค่อยเล็กลงที่สุด.

ดวงพิชนี โทณะวณิก พ.บ.

๕. Silberberg, R., M. Silberberg: การเจริญของ เอ็มพีลีส และการเคียวโตของหนูนับจักรหลังให้ โปรเทอิน อะนาโบลิสละเคอรรอยค. *Anat. Rec.* 1961, 139: 51-58.

ผู้รายงานได้ศึกษาหนูนับจักรตัวผู้ ๓ พวกคือ (๑) หนูนับจักร, (๒) หนูนับจักรที่ถูกตัดลูกอึ้งทะเลเมืออายุ ๑ เดือน, (๓) หนูนับจักรที่ถูกตัดลูกอึ้งทะเลเมืออายุ ๑ เดือนและ

ไ้รับ ๑๗-เอธิล-๑๕-นอร์เทสโทสเทอโรน ขนาด ๐.๒ มก. ต่อ ๑ กก. ของน้ำหนักตัวต่อวัน. ซ่าหนทั้งสามพวกตรวจเมืออายุ ๒, ๓, ๔, และ ๖ เดือน, พบว่าหนูนับจักรที่ถูกตัดลูกอึ้งทะเล มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าหนูนับจักรธรรมดา, การเจริญและการกลายเป็นกระดูก ของ แผ่นกระดูก อ่อน เอ็มพีลีสและซ้ากว่าหนูนับจักรธรรมดา. เมือให้ ๑๗-เอธิล-๑๕ นอร์เทสโทสเทอโรน แก่หนที่ถูกตัดลูกอึ้งทะเลออก ปรากฏว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นคล้ายหนูนับจักรธรรมดา, การเจริญและการกลายเป็นกระดูกก็คล้ายคลึงกับหนูนับจักรธรรมดา. ผู้รายงาน สรรพยา กระดูก ของหนูนับจักรที่ถูกตัดลูกอึ้งทะเลกลับเจริญไ้เป็นปรักตินัน น่าจะเกิดจากคุณสมบัติสะสมโปรเทอิน (อะนาโบลิส) ของ นอร์เทสโทสเทอโรน มากกว่าคุณสมบัติทาง แอนโคโรเจนิค.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์

พ.บ., พ.ด., C. Anat.

๖. Simpson, G.M., N.S. Kline: การเกิดตุ่มลมพิษจาก ฮิสตามีน กับโรคจิต. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1961, 133: 19-24.

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาว่าการเกิดตุ่มลมพิษเพราะ ฮิสตามีน นั้นจะมีความสัมพันธ์

กับโรคจิตอย่างไร และจะมีผลกับยาที่รักษาโรคจิตอย่างไรบ้าง. ผู้รักษารักษามี ๔ พวก, คือ (๑) ผู้ช่วยโรค ชิโซฟรีนีย์ ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลใหม่ๆ. (๒) ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เป็นโรค ชิโซฟรีนีย์. (๓) ผู้ช่วยโรค ชิโซฟรีนีย์ เรอริงท์เขารักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า ๕ ปี. (๔) คนปรกติใช้เปรียบเทียบ. การทดลองแบ่งเป็น ๒ ตอน.

ตอนที่ ๑, ศึกษาการเกิดตุ่มลมพิษ เพราะ ฮิสตามีน มีความสัมพันธ์กับโรคจิตหรือไม่. ทำโดยฉีดน้ำยา T-1824 (อีแวนส์ บล) ๑ ซี.ซี. ๓ ล.ซม. เข้าหลอดเลือดดำที่แขนผู้รับการทดลองข้างหนึ่ง. ทันทีที่ฉีดเสร็จรับฉีดน้ำยา ฮิสตามีน ฟอสเฟต ๑ : ๑,๐๐๐, ๐.๒ ล.ซม. เข้าในหนึ่งที่ท้องแขนอีกข้าง. สังเกตตำแหน่งที่ฉีดฮิสตามีน และเวลาที่เกิดสั้เข็มครั้งแรก. ๑ ชั่วโมงต่อมาผู้รับการทดลองอีก. เขียนบริเวณที่ที่ติดสั้ถ่ายถอดสู่กระดาษแล้ววัดพื้นที่ด้วย พลาเนมิเตอร์. การทดลองทุกตอน ได้ ทำคนเดียวกัน เพื่อ หลีก เลี่ยง ข้อ ผิดพลาด.

ตอนที่ ๒. ศึกษาว่าเมื่อให้ยาต่างๆ กันเป็นเวลา ๖ สัปดาห์แล้ว, การเกิดตุ่มลมพิษจะผิคแตกไปหรือไม่. ยาที่ให้คือ ฌลอร์โปรมาซีน (ชอราซีน) ๔๐๐ มก. ต่อวัน, โปรฌลอร์เปอราซีน (คอบยาซีน) ๑๕ มก. ต่อวัน, ริเซอรับีน (เซอร์ยาซิล) ๔ มก. ต่อวัน, อิมิปรามีน ฮัยโครฌลอไรด์ (โทพรามิล) ๑๐๐ มก. ต่อวัน และ เม-โปรขามาเท (มิลเทาว์น) ๒,๔๐๐ มก. ต่อวัน.

ปรากฏว่าการเกิดตุ่มในพวก ชิโซฟรีนีย์ เรอริงท์เล็กกว่าพวกอื่น. พวกเรอริงนานๆ ยังเห็นผลชัดเจนน. (อายุของผู้ป่วยไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับในเรื่องนี้). Lovett Doust, Hudson และ Salne แนะนำว่าพวก ชิโซฟรีนีย์ มีระดับ ฮิสตามีน ในเลือดสูงขึ้นและการที่ทำการสนองกั้กกล่าวน้อยลงนั้น อาจเป็นโดยการ ที่เส้นสีไทเซชัน ก็ได้.

อนึ่ง, อิมิปรามีน และ โปรฌลอร์เปอราซีน มีผลอย่างสำคัญในการลดการเกิดตุ่มเพราะ ฮิสตามีน ในผู้ช่วย ชิโซฟรีนีย์ เรอริงท์. ส่วนยาอีก ๓ อย่างนั้นไม่มีผลสำคัญต่อการเกิดตุ่มเลย.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๗. Henley, K.S., David H.P., Streeten, H.M. Pollard: ฮัยเปอร์อัล โคสเทอโรนิสม์ ในโรคตับ. *Gastroenterol.* 1960, 38: 681-689.

ในผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง และมีท้องมานร่วมด้วยรวมทั้งการขม่น้ำจากสาเหตุอื่นๆ เช่น จากหัวใจล้ม, เนโฟรสิส และไม่รู้สาเหตุ, ปริมาณ อัลโคสเทอโรน ที่ขับออกทางปัสสาวะจะมากกว่าปรกติ. และโดยการขม่น้ำโดยทั่วไปไม่เคยมีรายงานว่าเคยพบในผู้ป่วยที่มีต่อม แอดรีนัล หย่อนสมรรถภาพที่ไม่ได้รับการรักษาเลย, ทำให้คิดว่า ฮัยเปอร์อัลโคสเทอโรนิสม์ อาจเป็นสาเหตุในการทำให้เกิดพยาธิสภาพของน้ำคั่งในร่างกาย.

สาเหตุการเกิดท้องมานยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่. สาเหตุที่เป็นไปได้จากเนื้องอก ฮัยเปอร์อัลโคสเทอโรนิสม์, การขับแอนติไคโยเรติกฮอร์โมน ผิดปรกติ, วัชชีโปรตีนอื่น ในเลือดต่ำ, หรือแรงดันในหลอดเลือดดำ ปอร์ทัล และหลอดเลือดสูง.

ผู้เขียน รายงาน ผู้ป่วย ๔ ราย เป็นโรคตับแข็ง และมีท้องมาน ซึ่งไม่รับสนองต่อวิธี

รักษาอย่าง ธรรมดา. ๑ ราย สนองดีต่อการรักษาด้วยการตัดต่อม แอดรีนัล ออกทั้งสองข้าง. อีก ๓ รายรับสนองดีต่อยาที่มีฤทธิ์ต่อต้าน อัลโคสเทอโรน ร่วมกับการให้ ผลิตโรโคซิติก. ใช้ขนาดยา อัลแตก-โตน ๑๐๐ มก. ทุก ๖ ชม. ร่วมกับ ผลิตโรโคซิติก ๐.๕ มก. วันละ ๒ ครั้ง. ให้อาหาร จำกัดเกลือ (ต่ำกว่า ๒๐๐ มก. ต่อวัน) และให้ โปแตสเซียม ผลิตโรค วันละ ๓ กรัม.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. Angle, J.H., L. Sash: ฮัยโปเธอร์มิกโคมา ในโรค มีย์กซ์คิมา. *B.M.J.* 1960, 18: 1855-1860.

ในระยะ ๖ ปีมานี้ อาการ โคมา จากมีย์กซ์คิมา ได้มีรายงานกันมากขึ้น. ในปี ๑๙๕๘ ได้มีรายงาน ๒๒ ราย. ส่วนมากผู้ป่วยมักมีอาการร่วมกับ ฮัยโปเธอร์เมีย. อาการเกิดจากการขาด ฮัยรอยด์ฮอร์โมน โดยตรง. อาการแสดงที่สะดุดใจคือตัวผู้ป่วยจะเย็นเหมือนศพ, ซึ่งสนองอย่างรวดเร็วต่อการให้ ฮัยรอยด์ ฮอร์โมน และการทำให้ร่างกายอบอุ่น. โดยที่ผู้ป่วยเป็น มีย์กซ์คิมา หลายรายแสดงอาการ

หยาบสนมรรถภาพของ แอควินัล คอรัเทกซ์, ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็น บัคคิตารีย์ มีขก ชัดมา ค้วย ธิบรอยด์ ฮอร์โมน หลายราย ผู้ป่วยเกิด แอควินัล ไครลิส. ฉะนั้น ขางรายจึงมีผู้นิยมให้ คอรัทีโคสเตรอยด์ ค้วยในรายที่เป็นรุนแรงไม่ว่าจะเป็น มีขก- ชัดมา แขนงโต.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย ๓ ราย, เป็น มีขกชัดมา และถึงแก่กรรมหลัง โคมา. ฉณะ โคมา มีอุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง ๘๕ฟ-๘๕ฟ. ทั้ง ๓ รายถึงแก่กรรม, อาการ โคมา เกิดหลังจากการเริ่มรักษา ค้วย ธิบรอยด์ ฮอร์โมน แล้วทั้งหมด. อาการ โคมา ปรากฏง่ายขนในฤดูหนาว. ฉะนั้นเขาจึงแนะนำการที่ผู้ป่วยมี อุณหภูมิต่ำกว่าปรกติ เป็นข้อข่งว่า จะต้อง ธิบค้ำเนินการ รักษาด้วยธิบรอยด์ฮอร์โมนชนิดที่ออกฤทธิ์ อย่างรวดเร็วโดยทันที.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๕. Hamley, S.D., E.J. Aida, E.M. Ring: วิชาการทางรังสีเมื่อดำเนินการถ่ายภาพหลอดเลือดแดง วัลนัล J. Radiol. 1961, 76 : 402-406.

ผู้รายงานกล่าวว่าการทำให้หลอดเลือดแดง วัลนัล ทบต่อรังสีเอกซ์นั้นทำได้โดยฉีด

วัตถุทบแสงเข้าไปในหลอดเลือด, ซึ่งม่วธิ ฉึกหลายอย่างด้วยกัน. ผู้รายงานได้ยกวิธ การมา ๓ แบบและเปรียบเทียบผลที่ได้.

วิธแรกคือ อินตราวัลนัล ฮาร์เทอร์โอ- กราฟฟี. ภาพที่ได้ปรากฏว่าทำให้เห็นหลอด เลือดแดง วัลนัล ไม่ชัดเจน. หลายรายมี ขอบของหลอดเลือดพว้า, มีเงาของ ซิลิแอนด์ แอ็กซีส และ เงาหลอดเลือด มีเส้นเทอร์ค. ชับซ้อนกับเงาของ หลอดเลือดแดง วัลนัล. นอกจากนั้นจำเป็นต้องฉีด นำยาทบแสง จำนวนมาก, และรายใดที่ไม่มี การอุดตัน ของ เออร์ค้ำ ก็จะได้เห็น หลอดเลือดแดง วัลนัลไม่ชัดเจน.

วิธที่สอง คือ ทรานส์ลูมิบาร์ นิคเคิล เออร์โทกราฟี. หลายรายไม่เห็นหลอด เลือดแดง วัลนัล เลยทั้ง ๒ ข้าง. ขางราย ก็เห็นเฉพาะข้างขวาทั้ง ๆ ที่ข้างซ้ายก็ไม่มี พยาริสภาพอะไร ทั้งนี้อธิบายว่าเนื่องมา จากการแทงเข็มนปลายเข็มพุ่งไปทางขวา. ฉะนั้นความเข้มของ นำยาทบแสงจึงน้อยใน ทางซ้ายและมากในทางขวา. นอกจากนั้น วิธนี้ยังอาจทำให้เกิดพิษต่อไตได้.

วิธสุดท้ายคือ เพอร์คูเตเนียส วิโท- เกรต เฟมอรัล คาคิเตอร์ ฮาร์เทอร์โอ- กราฟี. เป็นวิธที่ทบส. เห็นหลอดเลือด

แดง วัลล ชัดเจนกว่าวิธีทั้ง ๒ ทักล่าวมา. เห็นชัดทั้ง ๒ ข้างด้วยความเข้มของวัตถุที่ย แสงเท่า ๆ กัน. และวุ้นแมงคืดวัตถุที่ย แสงเพียงเล็กน้อยก็ไคผล.

ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ พ.บ.

๑๐. Bonte, F.J., J.S. Krohmer, C.H. Jseng: ซินทิลเลชั่น สแคนนิงก์ ในการ วิจัยแยกโรค ที่เป็นก้อนใน แนวกึ่งกลาง ของทรวงอกหรือช่องท้อง. J.A.M.A. 1961, 175 : 221-224.

ผู้รายงานวิจัยแยกโรคที่เป็นก้อนใน แนวกึ่งกลางของทรวงอก และ ช่องท้องโดย ใช้ ไอโอดีน<sup>๑๓๑</sup> SHA จำนวน ๕๐๐ ไมโครครี ฉีดเข้าหลอดเลือดดำของผู้ป่วย. แล้ววัดความเข้มข้นของ ไอโอดีน<sup>๑๓๑</sup> ว่าไป อยู่ก่อนที่ สังกะสีนั้น ด้วยปริมาณความเข้มข้นมากหรือน้อย. หากว่าก้อนนั้นที่ต่อกับ ระบบไหลเวียนเลือดเช่นเป็น แอนิวริสม์ ก็ จะปรากฏว่ามี ไอโอดีน<sup>๑๓๑</sup> อยู่ในก้อนนั้น ด้วยความเข้มข้นสูง. ในทางตรงกันข้าม หากก้อนนั้นเป็นก้อนเนื้องอก, เช่นเป็นเนื้องอก, เลือดก้อน, หรือเป็นน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ ก็จะไม่มีการก่อก้อนไม่มี ไอโอดีน<sup>๑๓๑</sup> อยู่ในก้อนนั้นเลย.

ผู้รายงานกล่าวว่ามีผลลดย. ได้ ผลรวดเร็วโดยไม่ต้องทำ เออร์โทกราฟี. พลม เอกซเรย์ที่จาเขนบกคอ พลม ทหน้าอก หรือช่องท้องเท่านั้น.

ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ พ.บ.

๑๑. Conn, H.O. อัสเทริกซิส ในความ พิจารณ์ไม่เกี่ยวกับตับ, Amer. J. Med. 1960, 29 : 647-661.

“อัสเทริกซิส” (asterixis) หรือ “อาการสั่นโยกโยย” (flapping tremor) อะคัมส์ และ โพลีย์ พบเมื่อปี ๑๙๕๕ ใน คนที่เหี้ยมค ข้อมือ แล้ว ไม่สามารถจะ เหี้ยมคให้อยู่นิ่ง ๆ ได้, แต่ข้อมือจะพริ้วและ มือกระดกกลงไป, เป็นข้อตรวจพบในผู้ป่วย ซงอยู่ในระยะใกล้ เฮปาทิก โคมา. ต่อมา มีผู้พบว่าคนที่เป็น เอ็มพยซมา เรอริงและ คนที่มเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ, ก็มี อาการดังกล่าวนี้ได้. ยังไม่ทราบกลไกที่ แน่นอน. การตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ แสดงว่ามีช่องว่างเกิดขึ้นใน แนวคลื่น ขณะ ที่มีอาการสั่นโยกโยยดังกล่าว. คณะนัก ททดลองของมหาวิทยาลัย เยล ได้ศึกษาผู้ บ่วยที่มีอาการน ๑๒ คนซึ่งเป็นโรค เอ็ม- พยซมา เรอริงและเมาพิชยา, โดยตรวจ

น้ำตาลในเลือด, เอ็น.พี.เอ็น., อีเล็กโตร-  
ลิตซ์, พีเอส, ความดัน ออกซิเจน, และ  
แอมโมเนีย ในเลือด, ทงเลือดค่าและเลือด  
แดง. เขาสรุปว่าอาการดังกล่าวเป็นผลของ  
การที่ เมตาบอลิซึม ของสมองเปลี่ยนแปลง  
ไป, ทำให้การทำงานของสมองส่วน เบริ  
คูลาร์ ฟอรัมเซชัน พิกการไปทั่ว.

เผด็จ วรรณะสาร พ.บ.

๑๒. Ayerst, R.I., C.G. Johnson: คีตส์  
เจอร์มิโนมา. Obst. Gynec. 1959, 14 : 685-  
687.

ในปี ๑๙๕๔ มีคนไข้ ๑ รายอายุ ๑๘  
ปี, ได้รับการผ่าตัดเอารังไข่ขวาออก. ขณะ

นั้นรังไข่ซ้ายปรกติ. ได้รับการวินิจฉัยว่า  
เป็น ซีสต์ค คีตส์เจอร์มิโนมา ข้างขวา.  
หลังการผ่าตัดแล้วได้รับการฉายรังสี เอกซ์  
เรย์บริเวณรังไข่ที่ถูกต้องออก. คนไข้ไม่มี  
ระคายเคืองปีครั้ง. ต่อมาในปี ๑๙๕๘ ได้  
ตั้งครรภ์ปรกติและมีบุตรแข็งแรง

ผู้รายงาน กล่าวว่า แม้มีตัวอย่าง รายงาน  
ดังกล่าว, การผ่าตัดเอามดลูกออกทั้ง  
หมดพร้อมทั้งรังไข่ และ หลอดมดลูกทั้งสอง  
ข้างแล้วตามด้วยรังสี เอกซ์ เรย์ ควรกระทำ  
ในราย คีตส์เจอร์มิโนมา โดยไม่ต้องคำนึง  
ถึงอายุและจำนวนบุตร.

มาน วิสกุล พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

## ๑. ประวัติการแพทย์ไทย

### ตำรายาจากศิลาจารึก, วัดราชโอรสาราม (๑)\*

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณอย่างสูง สัก  
ของ พระบาท สมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว,  
ที่ทรงเป็นห่วงว่าตำราแพทย์ไทยในสมัยนั้น  
จะสูญสิ้นไป, เพราะหมอไทยแต่โบราณ  
หวงตำราและศิลปการรักษามาก, ทั้งปกปิด  
แม้แต่ลูกศิษย์ก็ยังไม่สอนให้หมดทุกอย่าง,  
พระองค์ท่านทรง มีพระราช ประสงค์ จะพระ  
ราชทานวิद्याทานแก่ประชาชนชาวไทยทั่ว  
ไป, จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้  
จารึกตำรายาไทยไว้บนหินอ่อน, ตีคว่ำตาม  
ผนังโบสถ์และศาลารายวัดราชโอรสาราม,  
ธนบุรี, เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาส  
ศึกษาและเอาไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้.

ถ้าใครได้เข้าไปในวัดราชโอรส และมี  
โอกาสเข้าไปในกำแพงแก้วของพระอุโบสถ,  
จะเห็นแผ่นหินอ่อนรูปสี่เหลี่ยมจารึกตำรายา  
ติดอยู่ที่ กำแพง พระวิหารพระพุทธรูปไสยาสน์

และที่ ศาลารายเล็ก ๆ ปลูกติดกับกำแพง  
แก้ว ทาง ด้าน หน้าของ พระอุโบสถ อีก ๒  
หลัง, มีหินอ่อนตีคว่ำหลังละ ๔ แผ่น,  
ก็ในศาลารายที่ปลูกติดกับกำแพงแก้วด้าน  
ทิศเหนือ และ ทิศใต้ก่อนหน้าพระอุโบสถอีก  
หลังละ ๒ แผ่น, ที่ระเบียงของพระวิหาร  
พระพุทธรูปไสยาสน์, อยู่ภายในกำแพงแก้ว  
เกี่ยวกับพระอุโบสถ. ด้านนอกของระเบียง  
มีหินอ่อนจารึกตำรายาตีคว่ำ ๒ ด้าน, คือ  
ด้านทิศเหนือ ๑๐ แผ่น. ด้านทิศตะวัน  
ออก ๑๔ แผ่น. ตามมุมของกำแพงรอบ ๆ  
พระวิหารนั้นมีมุขทั้ง ๔ ด้าน. มุขทางด้าน  
ทิศตะวันออก มุม ทางทิศใต้ มีศิลาจารึก ๘  
แผ่น, มุมทางด้านทิศเหนือมี ๕ แผ่น  
(เป็นตำราหมอนวด ๑ แผ่น), และมุข  
ด้าน ทิศ เหนือมุม ตะวันตก มี ศิลา ๔ แผ่น  
(ตำราหมอนวด ๒ แผ่น). รวมทั้งหมอกที่

\* ศิลาจารึกตำรายานี้มีทั้งหมด ๕๕ แผ่น (หายไปเสีย ๒ แผ่น). เรานำลงพิมพ์ฉบับละ ๕ แผ่น  
เรื่อยไปจนหมด. เลขหมายประจำแผ่นเรากำหนดขึ้นเองเพื่อความสะดวก.

ยังปรากฏอยู่ ๕๕ แผ่น. ได้สืบถามผู้รู้  
 เห็นได้ความว่าเมื่อครั้งสร้างวัดมีมากกว่านี้.  
 ต่อมาฝานผนังได้ผนัง ตามอายุ และได้มีการ  
 ปฏิสังขรณ์ใหญ่โดยเก็บแผ่นหินอ่อนที่จารึก  
 นมาอีกใหม่เมื่อครั้งท่านเจ้าอาวาสองค์ก่อน  
 (พระธรรมเทศาจารย์, ธมฺมปาโล, มุ่ย)  
 ยังอยู่. เป็นที่น่าเสียดายที่สมบัติของชาติ  
 ที่ควรสงวนไว้ได้ชำรุดหายไปบ้าง. ทั้งที่เป็น  
 สังกมคณค่าทางประวัติศาสตร์, โบราณ  
 ศิลปะและแพทยศาสตร์อย่างมากมาย.

วัดราชโอรส นี้ เป็นพระอารามหลวงชั้น  
 เอก, ชั้นราชวรวิหาร, ตั้งอยู่ริมคลองท่าน  
 ทางฝั่งตะวันตก, ตรงข้ามกับวัดนางนอง.  
 ทางทิศเหนือของวัดนี้ ติด กับคลองบางหว้า.  
 อาณาเขตของพระอารามอยู่ใน ตำบลบางขุน  
 เทียน, จังหวัดธนบุรี.

วัดนี้มีชื่อเดิมว่าวัดจอมทอง, เป็นวัด  
 โบราณ. ต่อมาพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้า  
 เจ้าอยู่หัว เมื่อครั้ง ดำรง ตำแหน่งพระเจ้าลูก  
 ยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์, ทรงปฏิ-  
 สังขรณ์ขึ้นใหม่ทั้งหมด, จนเหมือนกับ  
 สร้างวัดใหม่ทั้งวัด. เมื่อเสร็จจากพระ  
 แล็จทรงเกล้าฯ ถวาย พระบาทสมเด็จพระ  
 พุทธเลิศหล้านภาลัย. ทรงโปรดเกล้าฯ  
 ให้เป็นพระอารามหลวงและพระราชทานนาม

ใหม่ว่า “วัดราชโอรส.”

แผ่นหินอ่อนจารึกตำรายาไทย ที่ติดไว้  
 ตามฝากำแพงวัดนี้น่าจะทำก่อนวัดพระเชตุ-  
 พนมวิมลมังคลาราม, เพราะวัดนี้ได้บูรณะ  
 ก่อนวัดพระเชตุพน ฯ. เมื่อครั้งพระบาท  
 สมเด็จพระนั่งเกล้าฯ ยัง เป็น พระเจ้าลูกยา  
 เธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์, ทรงเป็นแม่  
 ที่พียกกองทัพไปของกันพระราชอาณาจักรที่  
 เมืองกาญจนบุรี. เมื่อวันศุกร์, เดือนอ้าย,  
 ขึ้น ๑๐ ค่ำ, ยมะโรจ พ.ศ. ๒๓๖๓ พระ  
 องค์ยก กอง ทัพ เรือ จาก พระนคร ผ่าน เข้า  
 คลองบางกอกใหญ่, เลี้ยวเข้าคลองท่าน,  
 แล้วเสด็จ ประทับแรมที่ น่าวัด จอมทอง และ  
 ทรงทำพิธีเบิกโชคลงทวาร ตาม ลักษณะพิธี  
 สงครามที่วัดนี้. ได้ทรงอธิษฐานขอให้การ  
 เสด็จไปราชการทัพประสบความสำเร็จ และ  
 เสด็จกลับโดยสวัสดิภาพ. ครั้นเมื่อเสด็จ  
 ยাত্রาทัพไปตั้งรับพม่าที่เมืองกาญจนบุรีเป็น  
 เวลานั้นถึง ๕-๖ เดือนก็ไม่มีข่าวว่า กอง  
 ทัพพม่ามา, พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว  
 จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ยกทัพกลับ  
 พระนคร เมื่อประมาณเดือน ๖ หรือเดือน  
 ๗ ยมะโรจ, พ.ศ. ๒๓๖๔. เมื่อกลับมา  
 แล้วพระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์  
 จึงทรงท่านย้ายรังวัดจอมทองนทท.

ส่วน แผ่น ศีลาจารึก คำรายา ที่ วัด พระ  
 เขตพน ๗ นนสร้างเมื่อพระองค์ท่านได้ครอง  
 ราชสมบัติแล้ว, คือเมื่อวันเสาร์, เดือน  
 ๑๑ แรม ๘ ค่ำ, พุทธศักราช ๒๓๗๔  
 พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จ  
 ไปพระราชทานพระกรุณ ณ วัดพระเชตุพน  
 โดยกระบวนพยุหยาตรา. เมื่อพระราชทาน  
 พระกรุณาแล้ว จึงเสด็จ ทอดพระเนตรไปทั่ว ๆ  
 พระอาราม. ทรงเห็นชำรุดมาก. จึงทรงมี  
 พระราชศรัทธาการปฏิสังขรณ์ขึ้น.

คำรายาบน หิน อชน ที่ วัด ราชโอรส  
 จารกบนหิน รูปสี่เหลี่ยม ด้านเท่าขนาด ๓๐  
 ซม., ประติศกษาแก่งในท่าเอามมชน,  
 แล้วจารกจากมุมยอดลงมาหามกลาง. ตัว  
 หนึ่งสี่อย่างพออ่านได้แม้ว่าอย่างตัว จะลบลือน  
 ไปบ้าง. คำรายาเหล่านี้มีทั้งยารักษาโรค  
 เต็ก, โรคตา, สัตินวิเวช, โรคทางศัลย-  
 กรรมที่ไฉ่ยา, ส่วนใหญ่เกี่ยวกับโรคทาง  
 อายุกรรม. ทงมีรูปบอกตำแหน่งของร่าง  
 กายสำหรับบวคด้วย.

คำรายา เหล่านี้ คง จะมีประโยชน์ มาก  
 เมื่อเวลากว่าศตวรรษมาแล้ว. แม้ใน  
 ปัจจุบันนี้คงจะไม่มีใครใช้เป็นคำรายารักษา  
 โรคก็จริง, แต่คุณสมบัติต่าง ๆ และ  
 ประโยชน์ ของสมณไพร่ที่กล่าวถึงอาจจะมีผู้

พิสดาร และใช้ เป็น ประโยชน์ ได้ใน อนาคต.  
 ถึงแม้ว่าแผ่นหินอ่อน เหล่านี้ ก็เป็น สมบัติ  
 ของชาติ อัน ทรงคุณค่า อย่าง ยิ่ง ใน ทาง  
 ประวัติศาสตร์และโบราณคดีที่ควรสงวนไว้.

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ.

( ศีลาจารึกแผ่นที่ ๑ )

สิทธิการิยะ

พระอาจารย์ยะเจ้ากล่าวไว้ว่า ถ้าผู้ใด  
 เป็นโรคสันะคาค ว่าด้วยโลหิต ออกมาจาก  
 ทวารบนนั้น เป็นเลือดสดเป็นก้อน แล้ว  
 เน่าเข้า เป็น น้ำ ล้าง เนื้อ แล คง น้ำคาวปลา  
 บุรุษแลสตรีก็เหมื่อนกัน ทำให้เบาหยดหยด  
 ให้ปวดเป็นกำลัง เป็นโลหิตเน่าจางตกออก  
 มากก็ โลหิตสดตกออกมากก็ ถ้าจะแก้  
 เอารากใคร่ใคร่ สักอัน กระถินแดง เปลือก  
 กุ่มบก เปลือกโลด เปลือกทองหลางน้ำ  
 เปลือกพุทรา ไล่ชันนุ ละมุด ตรีผลา ราก  
 เส้นยศ มลแวง อยาทงนเอาเสมหะภาคคัม  
 สามเอาหนึ่ง ให้แซกน้ำผงกินแก้ปวดคั้นก็  
 แก้ทั้งขบพโลหิตในสันตฆาตหายแล ชนาน  
 หนึ่ง เอามอทั้งสามผลโหระพากระสาน  
 ชัมสด เทียรคำ ผลผักชี รากเจตพังคี  
 ผลพิลังกษา มหาหิง พริกไท ๒ ตีปลี ๖

นำประธานของสตุ ๘ ผักข่มข้อยบง ๓  
 คินธนำ ๓ ผาหอยเทศ ๓ เกลือทงหา ๔  
 ขยาทงนเอาเสมอภาค ตำเป็นผงลายนำผง  
 กินเถิด โวคสันฆาตตั้งกล่าวมานั้น  
 หาย ฯ ๑๗๗๗ ขนานหนึ่งเอาเปลือกโลก  
 หินประกาลังแดง ตีปลี นำประธานของสตุ  
 ขยาสสังน บดลายนำชาวเข้า น้ำอ้อยแดง  
 ก้ได้ กินแก้สันฆาต มตกริตมทฆาต  
 หายแล ฯ ๑๗๗๘ ขนานหนึ่งเอาสมอเทศ  
 โคกกะสุน รากราชพฤก หินประการัง  
 โกคจลาลำภา เสมอภาคต้มสามเอาหนง  
 กินแก้สันฆาต มตกริต หายแล ฯ ๑๗๗๙

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๒)

สิทธิการียะ

ถ้าแลกำลังลมกล้านักให้ตชนไปไม่สม  
 ประคิ ให้สลบคายไปลางทีให้ชก } ปาก  
 มือออกให้ลนกระต้าง คางแข็งทำให้คนทง  
 หลายกลวิ อันว่ากำลังลมหนักล้ากว่ากำลัง  
 เลือดทงหลายเป็นไปต่าง ๆ คุจกล่าวมา  
 แล้วนั้น ฯ ถ้าจะแก้ท่านให้เอาไฟล เปลือก  
 กุ่มทงสอง ลำพันแดง รากละหุ่งแดง ลูก  
 กระจวาว การพลู ข่า ขมนข้อย รากพานง

แดง รากกังกาย ลูกสมอไต้ สมอพิเภก  
 ลูกผักช้ทง ๒ หัวตะไคร้ หอม ลูกข่าพล  
 ขิงแครก ขิงแห้ง รากเจตมะล เปลือก  
 ราชพฤก รากพ้งโหมทงสอง ตีปลี สค้าน  
 เปลือกโลก ว่านเปราะ ๓ เทียบทง ๕  
 โกค หัวข้ว } โกค สอ } โกคพุง  
 กระตูก } เขม่า }  
 ปลา เครื่องสมุนไพรสังละ ๑ เครื่องเทศ  
 สังละ ๒ ตำยคเป็นแท่งไว้ลาล่าก้ได้ น้ำ  
 ขิง ซาก้ได้แก้สรวพลมในข้คสวามักนั้น ฯ  
 ยาต้มชอ เขญขัน แก่เลือดคเน่าอนกลค  
 ทวาร ให้เอาเปลือกมยมตัวผู้ เปลือกสท้อ  
 มไฟ รากทองแตกโย สมอททะเล เอาเสมอ  
 ภาคกัน ๓ เอา ๑ ให้กินแต่ภอกำลัง  
 แก้สรวพลเลือดคเน่าหาย ฯ ยาชอ เขญขัน  
 แก่เลือดคตทหมกอย เอาหัวหอม ขิงเจตมะล  
 ไฟล ไยคนทีสอ เทียบตำ ยาทงนตำเอา  
 นำสังละจอก เล่าเป็นกระสาย ๓ เอา  
 ๑ กินภอกำลังหาย ฯ ถ้าเลือดคตชนเอา  
 ลำพัร กเทียบ มหาหิง ตะไคร้ หอม  
 ยาน้เอาเท่ากัน บดกะน้ำมนารกินแก้  
 ดินทค } ทาคางแขงให้ อ่อน  
 คางแขง } อาปากได้  
 แล ฯ ๑๗๘๐

(ศิลาจารึก แผ่นที่ ๓)

สิทธิการียะ

ถ้าผู้ชายเป็นโรคสำหรับขรรษ ไล่ตัว  
ไล่ลาม แล ให้แตก ออกเป็น น้ำเหลือง ไหล  
เกราะอยู่ ทั้งกลางคืนกลางวัน ให้เจ็บปวด  
ทั้งจะขาดใจตาย ถ้าจะแก้เอาหัวกะทิสด ไย  
มะระ ไยเถาคัน เปลือกว่า เปลือกโพงขาย  
เปลือกพิกน ไยต่อไส้ ขะมันอ้อย ตำเอา  
น้ำจอกหนง เอาน้ำมันจอก หงให้คัง  
แต่น้ำมันจอกเอาสผง ไล่ลง ให้เหมือน สผงส  
ปาก เอาฝุ่นจีนไล่เกล้าไปให้ส่มกนแล้ว  
จึงขุดเถิดหายแล ฯ

แล้วให้ต้มยาชะ เปลือกโพงขาย เปลือก  
ว่า เปลือกจิก เปลือกมะม่วงกล่อน ไย  
ขี้ต้มอน ผักขิงรวม ผักขุงไท ผลในมกอก  
สขี้ให้แตก ไล่ต้มเอาน้ำไว้ให้เย็น แล้วชะ  
แผลททุกวันหาย ฯ แล้วจึงทำยาโรยปากแผล  
เอาหัวกวกลามะพร้าวคคเอาผง เมคในมนาว  
เขญจะกาน สี่เสียดทงสอง รากมะนาว กิน  
แดงเทษ เอาเสมอภาค ตำตรองให้ละเอียด  
ให้เข้าลอยมือแล้วโรยเถิด แล้วชะเสียดทุก  
วันให้โรยททุกวันหาย สผงขนานหนงเอาขัน  
รำโรง  $\frac{1}{1}$  สผงแขง ขันอ้อย  $\frac{1}{1}$  ขัน  
ตะเคียน  $\frac{1}{1}$  สี่เสียดทงสอง  $\frac{1}{1}$  เขญ-

จะกาน  $\frac{1}{1}$  สผงแดง น้ำมันงาหุงเป็นส  
ผง ขุดโรคสำหรับเข้อยลามเป็นหนองเป็น  
น้ำเหลืองไหลอยู่ คกหายแลได้ทำแล้วประ  
สิทธิยาสนเท่เลย ฯ

(ศิลาจารึก แผ่นที่ ๔)

สิทธิการียะ

บุคคลผู้ใด ชังเกิดลมชบ ในข้อ กะตักทัง  
ปวงให้เมื่อยชบ และเป็นเหน็บไปทงตัวแล

ชอก } แลเส้นกต่างให้ชคชอมอ ชอ  
เส้น คิง }

เท่านั้น ฯ ถ้าจะแก้เอา หัวเด้าเข้ม น้ำขิง  
น้ำข่า น้ำมันอ้อย น้ำไยฝักเปค น้ำมัน  
นาว น้ำไยรักษา สิ่งละทนาน น้ำมันงา ๔ ทนาน  
๔ ทนาน น้ำมันงา ๓ ทนาน ดวงถ้วย  
ทนาน ๘๐๐ หงให้คังแต่น้ำมัน แล้วจึง  
เอาลกจีน ดอกจีน เทียรค้ำ เทียรขาว  
เทียรสคัยคตปิลี พริกหอมสิ่งละ ๑ กระเทียม  
ทอก ๗ หัว ทำเป็นจุนแล้วปรุงลง ในน้ำ  
มันนนทาแก้ลม ต้นตาย มอตาย ลมเสียดข  
แทงเมื่อยชบทงปวง แลเซคผเอนผคนทมา  
ผคนปะคำร้อย ผลกหนง ใช้ได้ทกประการ  
วิเสศนิก ฯ ขนาดหนงเอา น้ำไฟเคอนหัว  
น้ำไยฝักเปค น้ำยาไต่โย น้ำหอมแดง น้ำ  
กเทียม น้ำมันงา สิ่งละทนาน หงให้คัง

แต่น้ำมันแล้วจึงเอา ลูกจัน ดอกจัน กระจวาน  
 การพล โทศสอ โทศเขมา เทียนทั้งห้า  
 สิ่งละ ๑ ทำเป็นจุฬปรุลงใต้น้ำมัน ทาแก้  
 ลมคนตาย มอตาย แล เส้น เอนหด ห่อ เส้น  
 เหนยชา เมื่อยชยทกขอทกกก ก็นักได้  
 ทากได้ ขอนหูกได้ แก่หenna หดง  
 และหตง อยชิงอง ะเป็นนิจ แก่นาหนวก  
 ไหลเขนอศรานนิกหาย แก่เส้น ขอคคิง  
 กต่างแขงอปักหายวิเศคณิก. ๗๕--

(ศิลาจารึก แผ่นที่ ๕)

สิทธิการิยะ

ฤษควง นังชอ รุกชีวหา เกิดแต่กอง  
 บัถวิธาต มักตงบนลนกระทำพิคให้ยวคแสย  
 เป็นกำลัง ให้สันเลอกคคเลอกให้บริโภค  
 อาหารมิได้ ให้ผิวเนอซาสาากไปคจหนาม  
 บัวฯ ถ้าจะแก้เอาเจตมก ชิงแห่ง ๓ การะ  
 ขน ๔ กะคาคแดง ๕ รากจิงจ้อเหลยม  
 ลูกจัน ดอกจัน กระจวาร การพล เทียร  
 ทั้งห้า สมลแวง สิ่งละ ๘ ส่วน พริกไทย  
 ๑๘ ส่วน ทำเป็นจุลขคลายนาฝงกนแก้

ฤษควงรูกชีวหา แก่เนอซาสาากนินหาย ฯ  
 ขนาน หนงเอามหาหิ ๑/๑ อัมพัน ๑/๒  
 คีปลี ๑/๓ ชิงแห่ง ๑/๑ เทียร เขวระภา  
 นี ๑/๑ หักคคณเทษ พัดแพวแดง ๑/๑  
 โทศสอ ๑/๒ พริกไทย ๓/๒ ทำเป็นจุล  
 ขคลายนาฝงกนหนก ๑/๑ แก่ฤษควงทั้งปวง  
 แลรูกชีวหาฤษควง และแก้ขวม } ๗ แล  
 คน }

ขวมทั้งคัวหาย ฯ ขนานหนงเอากการะขน อยา  
 คำ พิมเสน ดอกจัน การพล เจตขล  
 พริกไท เสมอภาคทำเป็นจุลขคลายนาฝงกน  
 หนก ๑/๑ แก่ฤษควง ผอมเหลอง แก่ลม  
 จุกเสียดแลมองครอ หิดไอ แก่ฤษควง  
 รุกชีวหานินหาย ฯ ขนานหนงเอารากขอย  
 รากงา รากส้มข้อย รากเจตขล รากไม้  
 สัสก รังปลวกใต้ดิน เอาเสมอภาคคัม ๓  
 เอา ๑ ให้กินวันละ ๓ เพลา แก่ฤษควง  
 อันเกิดแต่กองบัถวินนหาย แก่ฤษควงให้ไอ  
 เป็นโลหิตนินิกหาย แก่หคตนนิกหายมามาก  
 ะ วิเศคณิก ๗๖--

## ๒. “ตายเกิด ตายสูญ”

พระนิพนธ์

สมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ สกลมหาสังฆปริณายก

วัดบวรนิเวศวิหาร

(โดยที่พระนิพนธ์นี้มีเนื้อประมาณ ๓ ยก, จึงนำลงพิมพ์โดยแยกเป็น ๓ ตอน. ฉบับละตอน)

### คำนำ

เรื่องนเขียนชนตามที่ได้ฟัง แล้วจำมา เพื่อไม่ให้สูญไปเสียตามชีวิต เป็นแต่ปรองแตงคำพูดทนกว่าพอเข้าใจง่าย แล้ส่นพอไ้ความเพื่อไม่ให้สูญเอนในการอ่าน.

เมื่อนกถึงศัพท์ว่า “จำ” ซึ่งเคยแปลกันมาจากศัพท์ภาษาบาลีว่า “สัญญา” จึงมักทำให้ผู้ศึกษาธรรมเข้าใจความต่างกันไปบ้าง. มีผู้อ้างถึง สัญญาศัพท์ในชั้น ๕ ว่าทำหน้าที่มากกว่าชนธอน, เพราะจำอะไร ๆ ได้มากมายเท่าไร ก็ให้เป็นหน้าที่ของสัญญาทั้งนั้น, แล้บางท่าน เมื่อเห็นผู้ยึดถือแบบอย่างเคียว ไม่พิจารณาอิตถะ ก็กล่าวว่ถอสัญญาอิตถ (คงหมายถึงจำเรื่องทเรียนมาแล้ว) บางท่านกล่าวว่ ผู้จำอะไรไ้มาก เรียกว่ามีสัญญาดีนั้นไม่ถูกที่ถูกควรเรียกว่า มีสัญญาดี.

แต่เมื่อพิจารณาอาการของสัญญาชั้น ๕ แล้ว ควรเห็นว่า มีอาการเท่ากันกับชนธอน, คือเกิดชนแล้วดับเช่นเคียวกัน, แม้พระพุทธานิเทศ์แสดงไว้ว่ ชนในอิตถก็ดับแล้วในอิตถ, ชนในปัจจุันก็ดับอยู่ในปัจจุัน ชนในอนาคตกก็ดับในอนาคค. แต่ส่วนที่คนเรานกเรื่องอะไรที่ล่วงมาแล้วไ้ไ้ ควรเป็นหน้าที่ของสติ (ในอายตนะ ๑ ควรจัดเข้าเป็นมโน) ตามพระบาลีพุทธานิเทศ์ที่แสดงสติไว้ว่ “...สติมาโหติ ปรเมณ สติเนปกฺเกณ สมนฺนาคโตนิจรคฺคฺมฺยิ จิรภาตฺมฺยิ สริตา อนฺตฺสริตา (แปลว่)... เป็นผู้มีสติประกอบด้วยสติเป็นเครื่องรักษาระลึกได้ ตามระลึกได้ ถึงกรรมที่ทำการพูด แม้นาน ไ้.” นคอ สติ

ว.ญ.ว.

เรื่องตายเกิด ตายสูญ

ปัญหาเรื่องตายแล้วเกิด หรือตายแล้วสูญ เป็นเรื่องที่มีมานานแล้ว ดูก่อน พุทธกาลอีก ในยุคก่อนก็มีอยู่ แล้วคงจะมีต่อไปอีกในอนาคต เรียกว่าเป็นปัญหาประจำโลกก็ได้ จึงมีคำ (ศัพท์) สำหรับเรียกความเห็นเหล่านั้นว่า สัสตติฏฐิ เห็นว่าเที่ยง ซึ่งหมายความว่าชาติหนึ่งเกิดเป็นอย่างไร ตายแล้วเกิดอีกต่อไปก็เป็นเช่นนั้นอีก ๑, อจเจททิฏฐิ เห็นว่าชาติ ซึ่งหมายความว่าตายแล้วสูญ ๑, (แต่ทางพระพุทธศาสนาไม่รับความเห็นเช่นนั้นทั้ง ๒ อย่าง, เพราะแสดงกรรมแลผลของกรรม และความที่สัตว์มีกรรมเป็นของตน). บางคนเห็นว่าส่วนรูปกาย คือธาตุดิน น้ำ ไฟ ลม หรือเต็ม อากาศ เข้าด้วย เท่านั้น เป็นสำคัญ เป็นใหญ่, ถ้าธาตุเหล่านั้นประชุมกันถูกต้องได้ส่วน ก็เกิดวิญญาณ เวทนา สัญญา สังขาร รวมเป็นนามแล้วรูป เป็นกายอันนั้น, เมื่อธาตุเหล่านั้นสลายแยกจากกันไป, วิญญาณ เวทนา สัญญา สังขารก็ดับไปตาม แต่ไม่สูญไปที่เดียว, เพราะธาตุเหล่านั้นไม่สูญ อาจไปรวมกันเข้าถูกต้องตามส่วนอีก ก็เกิดวิญญาณ เวทนา สัญญา สังขาร

ขึ้นอีก แล้วก็สลายไปอีก. แต่ถึงเกิดใหม่ก็ไม่ใช่เรา (เป็นอีกคน ๑ ต่างหาก). กรรมกรรมชั่วที่ทำไว้ในโลกนี้ ตลอดถึงพระอริยบุคคล ก็มีเพียงในโลกนี้เท่านั้น, เมื่อรูปกายสลายแล้ว ปล่อยชนหรือพระอริยบุคคลก็สูญสิ้นไปเหมือนกันหมด. แต่บางคนแสดงว่าธาตุทั้ง ๔ หรือ ๕ เป็นเพียงส่วนประกอบเป็นรูปกายเท่านั้น และก็เป็นที่ของตายอยู่ด้วยธรรมดา เช่นอาหารก็เป็นของตายอยู่ตามธรรมดาแล้ว, แต่ที่ปรากฏว่าเป็นของเป็น ก็เพราะมีธาตุเป็นหรือธาตุรูปเข้ารักษาอยู่ จึงทำให้ธาตุตายเหล่านั้นแสดงอาการเป็นของเป็นชั่วคราว, เมื่อธาตุเป็นหรือ ธาตุรูป พრაกไปเสียแล้ว, ส่วนรูปกายอันเป็นของตาย ก็แสดงอาการตายให้ปรากฏทันที, เพราะฉะนั้น ธาตุเป็น หรือ ธาตุรูปนั้นแหละเป็นสิ่งที่สำคัญ, แต่ถ้าเกิดอีกก็เป็นของเราทุกที, (มีพระพุทธภวษิตในธาตุวิภังคสูตรว่า “อ ธาตุโร ปริโสคนมีธาตุ ๖”) แล้วเป็นไปตามเหตุผล (กรรมวิบาก). แต่ก็มีคนอีกมาก ไม่คำนึงถึงเรื่องตายเกิด หรือ ตายสูญ จะเป็นอย่างไรก็ตาม, เคยวนเขาเองเป็นอะไร

เขาก้ไม่รู, เมื่อเป็นเช่นนั้น เขาจะคิดว่าตาย  
เกิด หรือตายสูญอย่างไรได้

พดกนในทน ในบคท กเพอคนทสนใจ  
เรอตายเกิด หรือ ตายสูญ เท่านั้น.

คนทเห็นว่าตายแล้วเกิดกตาม เห็นว่า  
ตายแล้วสูญกตาม จะเห็นตามทไคยบ  
ไคยงมาเป็นพน, ส่วนผู้พิจารณาสอยสวน  
ด้วยตนเอง จะมันอย, ถึงเช่นนั้น ผู้  
เห็นว่าตายสูญ น่าจะไคยพิจารณามากกว่า  
เสียอก แต่พิจารณาเห็นสนๆ ไม่พิจารณา  
สอยสวนโดยละเอียดรอบคอบ.

หนังสือนี้ ไม่ลงความเห็น ชว่า เป็น  
อย่างไร เป็นแต่นำเรื่องทปรากฏมาแสดง  
เพอผู้อ่านและปรารภจะไคยพิจารณาพิสน  
ด้วยตนเอง แล้วสนนฐานหรือคคสนด้วย  
ตนเอง กงต่อไปน:

๑. นักพิจารณาคด้วยตนเอง ตั้งแต่  
เกิดและจำความได้มาจนบัดนี้, รูปกาย  
ของเราเองเปลี่ยนแปลงไปแล้วเท่าไร และ  
ยังจะเปลี่ยนแปลงไปอีกจนถึงตาย, ถ้าเอา  
รูปถ่ายเมอขงเตกมา และไม่มีใครบอกว  
เป็นรูปเราเอง, เราคงจำไม่ได้, ความรู้  
สททางตาในเมอไคเห็นรูป, รุสททางหู  
เมอไคยินเสียง, รุสททางจมกในเมอไค  
ทมกลัน, รุสททางลันในเมอไคดมรส, รู

สททางกายในเมอไคกระทบสิ่งทมาถกกาย,  
รุสททางใจ (นึกคค) ในเมอไคนึกคคเรอ  
ความรู้ทกช รุสช รูไม่ใชทกชไม่ใชสช;  
ความรู้จำ; ความนึกคคประกอบกับเรอ  
ต่างๆ; ทมแก่เราอยู่เสมอ (แม้ในเวลา  
อ่านหนังสือ) เหล่านกคชนแล้วกคชไป  
แล้วเกิดชนใหม่แล้วคชไป นบไม่ถนว่า  
เท่าไรแล้ว นกว่าเท่าไรแล้วนคค ในบคท ก  
เห็นได้. แต่เราเคยรุสทว่าเราเป็น ๒ คน  
ย่างหรือไม่ ตงแต่จำความไคยจนบัดนี้, แม้  
ส่วนต่าง ๆ ขงร่างกายแล้ว ความเป็นไป  
เมอคอง ยงเป็นคค กชเคยว นต่างกัน มาก  
มาย, เราก้ไม่เคยรุสทว่าเป็น ๒ คนเลย.  
ไม่ต้องกล่าวถึง ๓-๔คน. อะไรเป็นเราน่า  
พิจารณา

๒. เมอเราอนหลขณ, ในณน  
เราไปในทต่าง ๆ ไปทอะไร ไปพคอะไร  
ต่าง ๆ อาจผันไปนรกก็ได้ ไปสวรรค์ก็ได้  
ร้องไห้ก็ได้ หัวเราะก็ได้ ฝนว่าตายก  
ได้ ในเวลาฝน เรารูว่าเป็นเช่นทณจริง ๆ  
ไม่รู้วว่าฝน (แต่ขงครารูวว่าฝนในฝน  
กม), คอเมอตนชน จงรวาฝน, คอตน  
จากฝน ในเวลาฝน นนร่างกายเราอน  
อยททอน ไม่ได้ไปไหน ไม่ได้ทอะไร,  
แต่เราในฝนไปทอะไร ๆ ในทต่าง ๆ. คค

๗ เราเป็นร่างกายอนันหรือ หรืออนจกกาย  
อนัน.

๘ ๒ อย่างนี้ เพียงเพื่อพิจารณาสนธิฐาน  
ฐานท่านน.

๓. ท่านผู้เคยเห็นว่าตาศัญญา มาแล้ว  
กล่าวว่า ถ้าจะให้เห็นแน่ ต้องทำกัมมัฐาน  
คือสั่งใจให้ไปอยู่กับอารมณ์ คือ ท่ม่ง ทยค  
ทหมาย อย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วแต่จะชอบ  
อารมณ์อะไร, ทำใจให้ไปม่งอยู่กับอารมณ์  
นั้นจนแน่นแน้ ปล่อยความยึดถือภายนอก  
เคยยึดถือเสียชั่วคราว, (และควรทำจริง ๆ  
เพราะเป็นการหัดให้ใจอยู่นิ่งในทีเดียว, เมื่อ  
ทำได้ จะรู้สึกว่ แผลงจากใจที่พึงสร้า  
ไปรับอารมณ์ต่าง ๆ อันเป็นเหตุให้ย่นค้ำข้าง  
ย็นร้ายข้าง หลงเลอะเลือนบ้าง) จักได้พบ  
ความสงบอันเป็นสุข อย่าง ละเอียด ประณีต  
ทนคึกคึกเอาไม่ถก ไม่ใช่สุขโลกโณอย่าง  
สุขทางกามอันเป็นสุขเผ็ครอน ที่คนสามัญ  
แม้ สักครู่ครั้นจกก็ไ้ประสยอยู่แต่ อจนัก  
คาคเอาไ้ แล้วอจให้ทุกข์สยต่อไป เหมือน  
คมนาผงเจอยาพิษ. หญิงชาวฝรั่งเศสคน ๑  
ก็ไ้เคยทำ จนถึงไ้เขียนเป็นตำราแนะนำ  
พวกเขาไว้ แล้วคนไทยไ้แปลมาสู่ภาษา  
ไทยแล้วก็มี.

การทำการัมมัฐานน จะใช้ตามหนังสือ

สมถกัมมัฐาน ที่ท่านไ้พิมพ์ไว้ แล้วก็ไ้  
หนังสือ วิสทธิ มรรค ตอน สสมาธิเทศ ก็ไ้  
แต่ท่านเรียงไว้ ยคยาว, ถ้าพยายามอ่านไ้  
ตลอดจะเข้าใจไ้ค้, หนังสือทหญิงชาวฝรั่ง-  
เศสเรียงเรียงไว้ก็ไ้ แต่หนังสือนพคซ้าๆ  
วน ๆ อย่าง, หรืออ่านเรื่องกัมมัฐานใน  
ท้ายหนังสือน ที่แสดงพอเป็นเค้าของการ  
ปฏิบัติก็ไ้, แล้วควรอ่านหนังสือหัวใจสมถ  
กัมมัฐาน แล้วไตรสิกขาของสมเด็จพระ  
มหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส  
ด้วย. ถ้ายังเรียนต่อครกขังค้, แต่ให้เป็  
นครทริจกเหตุผล ไม่ใช่เพียงแต่เรียนๆ จำๆ  
กันมาท่านน.

๘ และท่านผู้เคยพบผ้ :

ก. พระศาสนโคภณ (จตุตสโล) วัด  
มกกฤษตรีย์ฯ เคยเล่าว่า วัน ๑ (ยังไม่ได้  
ตัดถนนประชาธิปไตยไปข้างวัด) เวลากลาง  
วัน (ดูเหมือนจะบ่าย) ท่านเองกับพระอนอก  
หลายรูป ไ้ไปนั่งอยู่ข้างโบสถ์ (ที่ทำ  
อโบสถ์) ต่อจากข้างโบสถ์ออกไปมีกำแพง  
วัดและมีประตูออกไปสู่ป่าช้าหลังวัด, เวลา  
ที่อยู่ที่นั่นด้วยกัน ประตูที่ออกไปสู่ป่าช้า  
ก็ปิดอยู่นน เป็ดเข้ามาและมีหญิงคนหนึ่งเอา  
มือจับยานประตูผลักเข้ามา แล้วดึงกลับออก

ไป ทำเช่นนั้นหลายหน. พระศาสดาโคภณ  
เห็นแล้ว จำได้ว่าหญิงนั้นเป็นคนทตายแล้ว  
เขานำมาฝังไว้ที่ป่าช้า, ฝังหมกด้วย  
ดิน (เมื่อฝังครั้งแรกนั้นฝังลงในดิน, ใต้  
โลงหรือไม่ ไม่ได้ถาม), พระรป ๑ (เห็นจะ  
กล้าหน่อย) ไปดูที่ประตู ก็ไม่เห็นใคร เลย  
รีบกลับกุฏิ.

ข. พระสังกัจจกณ วิศวกรทศเทพ เคย  
เล่าว่าในคราว ๑ (ยังไม่ได้ตัดถนนไปทาง  
หลังวัด) เวลากลางวัน มีเสียงร้องดังอยู่  
สูงๆ เสมอ, คนข้างวัดแลคนในวัดได้ยิน  
ด้วยกัน. ในคืน ๑ พระสังกัจจกณชวนพระ  
(ดูเหมือนคนหูตึงด้วย จำไม่ได้แน่) หลาย  
คนด้วยกัน ไปดูในบริเวณ ที่มีเสียง ร้องนั้น.  
ในคืนนั้นเสียงนั้นดังอยู่สูงแล้วค่อยต่ำลง ๆ  
จนเห็นเป็นคนยืนฟังต้นไม้อยู่ พระสังกัจ-  
จกณหาว่าเป็นคนทเคยอยู่ในวัดนั้น ซอกคล้าย  
แต่ตายไปแล้ว, เพราะลักไก่วัดกิน จึงตาย  
ไปเป็นเปรต, (น่าจะพากันเข้าไปจับตัวทำให้  
รู้ว่าเป็นอย่างไรแน่, แต่ก็ไม่มีใครเข้าไป  
จับ. ข้าพเจ้าทราบเรื่องนักตอเสียงนี้ได้  
หายไปเสียแล้วจึงไม่ได้ไปพิสูจน์).

ค. หม่อมเจ้าจรรยาปริศ ในพระองค์เจ้า  
ขจรวิสุทธิเมธมวชอย เล่าว่า เมื่อยังเป็น  
เด็ก ได้เข้าไปอยู่กับพระองค์เจ้าหญิง ใน

พระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ ในวังหน้า (ดู  
เหมือน จะเป็น พระองค์จันทราฯ จำไม่ได้แน่)  
ครั้งยังมีเจ้านายในพระราชวังบวรประทับอยู่.  
คืนวัน ๑ พระองค์เจ้าพระองค์นั้น จะเสด็จ  
ไปเยี่ยมพระองค์เจ้าอีกพระองค์ ๑ (จำพระ-  
นามไม่ได้) ที่ประทับอยู่อีกตำหนัก ๑ จึง  
ให้คนถือ โคมลานำนำแล่มคนตามเสด็จอีก  
หลายคน, หม่อมเจ้าจรรยาปริศกับหม่อมเจ้า  
กมลฯ (มารดา) ก็ไปด้วย. เมื่อไปต้อง  
เดินผ่านพระที่นั่ง (อะไรจำไม่ได้) ไป, พบ  
ผู้หญิงแก่คน ๑ ห่มผ้าขาวนั่งอยู่ข้างทาง,  
คนถือโคมเอาโคมส่องดู ก็เห็นด้วยกัน  
หมด. พระองค์เจ้าพระองค์นั้นทรงเรียกออก  
มาทัก ๆ ว่า “ยายจ้อย ๆ” แล้วก็เดิน  
เลยไป. หม่อมเจ้าจรรยาฯ เข้าใจว่าเป็นคน  
เพราะเห็นด้วยกันหมด, ต่อมาภายหลังจึง  
ทราบว่ายายจ้อยนั้น ตายไปนานแล้ว บัดนี้  
หม่อมเจ้ากมลฯ ก็ยังอยู่

ฅ. คราว ๑ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ  
วิกรมวิศิษฏ์ ทรงเล่า ถวายสมเด็จพระมหา-  
สมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรสว่า มี  
ผีมาเล่นกับคน (ไม่ทรงบอกว่าคนนั้นเป็น  
ใครและอยู่ที่ไหน, แต่ภายหลังทราบว่าคน  
นั้นคือ ลูกหญิง ของ พระยา ราชาฯ ประพันธ์  
“เขย” อยู่ฝั่งธนบุรี. แรกที่ผีมาเล่น มา

ทำอะไรก่อน ไม่ได้ทรงเล่า). ฉะนั้นบอก  
 ว่าเป็นคนในสกุลนั้นเองที่ตายๆ ไปแล้ว เป็น  
 ผู้ใหญ่ข้าง เป็นเด็กข้าง คอบคำถามของ  
 ผู้ถามได้ ท้ายให้นำกระดาษกินสอใส่ลงใน  
 หีบแล้ว ให้หญิงคนนั้นนำเข้าไปตั้งไว้บน  
 โต๊ะริมฝาผนังข้างประตู. ฉะนั้น จะเขียน  
 ทอบในกระดาษ. ถ้าคนอนนำไปตั้ง, ผู้ไม่  
 ทอบ. คำถามนั้น ถามด้วยปากก็ได้ เขียน  
 ด้วยหนังสือถามก็ได้ นักถามในใจก็ได้  
 กำลังทรงพิสดารอยู่ในเวลานั้น, ทรงแสดงว่า  
 พระองค์ไม่ทรงเชื่อว่าฉัน, ถึงพ่อของหญิง  
 นั้น ก็ไม่เชื่อ. แต่ในเวลานั้น ออกจะทรง  
 เชื่อว่าฉันแล้ว ทรงเล่าว่าวัน ๑ เสด็จไป  
 ทกลองทรงนกในพระหทัยถามว่า “คนที่ยัง  
 เป็นอยู่กับคนที่ตายไปแล้ว จะติดต่อกันได้  
 อย่างไร” แล้วให้หญิงนั้นถือหีบใส่กระดาษ  
 กินสอเข้าไปวางที่โต๊ะตามเคย, แต่ก่อนที่  
 ให้หญิงนำหีบเข้าไปนั้น ได้เสด็จเข้าไปตรวจ  
 ในห้องนั้นจนทั่วไม่มีที่ๆใครจะซ่อนเร้นอยู่ได้  
 ทรงตรวจหน้าต่างทุกบาน ก็ไม่ทรงเห็นมี  
 ทางที่คนจะซ่อนลงไป, เมื่อให้หญิงนั้นนำหีบไป  
 ตั้งก็ทรงถือหีบไปเอง ทรงสั่งให้หญิงที่ประตู  
 แล้วทรงคอบหญิงนั้น วางหีบแล้วกลับออกมา,  
 สักครู่ ๑ หญิงนั้นก็บอกว่าคงเขียน  
 ทอบแล้ว จึงเดินเข้าไปเพื่อจะยกหีบออกมา.  
 สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ ได้เสด็จตามไป ถึง

ประตู แล้วทรงคอบรับคอบ ไม่มีเวลาพอที่  
 หญิงนั้นจะเข้ตหีบจนเขียนหนังสือได้, ทั้ง  
 คำถามก็ถามด้วยพระหทัย. เมื่อหญิงนั้น  
 นำหีบมาถวาย, ทรงรับแล้วนำมาเข้ตค เห็น  
 หนังสือเขียนอยู่บนกระดาษนั้นว่า “ใจ”.

คราว ๑ ผู้บอกว่า ในคืนหนึ่งจะมีผู้  
 ร้ายเข้าบ้านแล้วหญิงนั้นจะยิงผู้ร้าย, พ่อ  
 ของหญิงนั้นถามว่าจะเข้ามาวันไหน เวลา  
 ไร? ผู้ตอบว่า บอกได้หรือ จะได้คอบคัก  
 ทำร้ายเขา, แล้วว่าเขาไม่เวรกัน. ต่อมาคืน  
 วัน ๑ พ่อของหญิงนั้นไปตระไม่อยู่บ้าน ก็มี  
 ผู้ร้ายเข้ามาบ้านแล้วหญิงนั้นก็ยิงจริงๆ. แต่  
 เพราะเป็นเวลาคึก กว่าคนในบ้านนั้นจะตื่น  
 แล้วมาช่วยกันตรวจคน ก็ไม่เห็นผู้ร้ายแล้ว  
 เห็นแต่กองเลือด. ยังทรงแสดงพระมตีว่า  
 เห็นจะถูกขอกเพราะเลือด ออกมาก กองโต  
 แท้ก็ไม่มีใครนึกที่จะถามผี. ต่อเมื่อล่วงวัน  
 ไปแล้ว จึงนึกถึงผีแล้วถาม. ผู้บอกว่า พวก  
 ของเขาช่วยกันห้ามเอาไปซ่อนไว้ ในช่อน้ำ  
 แห้งในบ้านนั้นก่อน, ต่อมาเมื่อคนท้อออกมา  
 หาไม่พบแล้ว กลับไปนอนหมด, พวกของ  
 เขาจึงช่วยกันห้ามออกไป. ในการตรวจหา  
 ผู้ร้ายนั้น ก็เฉียดไม่มีใครไปตรวจค้นที่ช่อ  
 นั้น. ตำรวจก็ได้มาแล้วสยหาตัวคนร้าย ก็  
 ไม่รู้ว่าใครจนแล้วจนรอด.

(มีต่อตอนที่สอง)

๓. อาการหมดสติ

อาการ หมด สติ โดย เหตุ สิริวิทยา, อาการหมดสติชั่วคราวหรืออาการเป็นลมหน้ามกชั่วขณะนั้น เป็นอาการที่เกิดจากการผิดปกติหลายอย่าง. มีปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้น, อาการเตือน, อาการแสดง, โดยเฉพาะ ใน ระยะที่หมดสติและหลังหมดสติ. ทั้งสาเหตุที่หนักมาก. ฉะนั้นการทราบถึงสาเหตุทาง สิริวิทยาของการหมดสติชั่วคราวจึงเป็นประโยชน์สำคัญทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษาโรค.

กลไกการทำให้เกิดอาการเป็นลมหมดสติแบ่งได้เป็น ๓ พวก:

๑. สมองขาดเลือด

ก. ขาดเลือดโดยทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากการที่ความดันเลือกลดลงทันที. มีสาเหตุจาก

ก ๑. ความผิดปกติทางกล

(ก) โดยการกระทำ, ซึ่งเกิดจากรีเฟล็กซ์ ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ:

(๑) เวโซเวกัล การหมดสติชนิดที่พบได้มากที่สุดคือประมาณครึ่งหนึ่งของสาเหตุทั้งหมด. รีเฟล็กซ์ ชนิดนี้แบ่งได้เป็น ๒

อย่าง, คืออย่างที่ทำให้หลอดเลือดขยายและอย่างที่ทำให้หัวใจเต้นช้าลง. อย่างแรกมีมากที่สุด. สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหมดสติเนื่องมาจากการกระตุ้นหลายอย่างด้วยกัน, เช่น ความกลัว, ความเจ็บปวด, อารมณ์เครียด, อาการเหนื่อยอ่อน. อาจกล่าวได้ว่าตัวกระตุ้นใดที่ทำให้เกิดความเครียดได้เพียงพอจะทำให้เกิด รีเฟล็กซ์ นี้ได้. อาการที่พบร่วมกันมักเป็นอาการของปฏิกิริยาทางระบบประสาท ออโตโนมิก.

(๒) คาโรติกไซนัส. ไวสส์และพวกใกล้เคียงออกเป็น ๓ ชนิด, คือชนิดที่เห็นวรั้งหัวใจ, ชนิดที่ทำให้หลอดเลือดขยาย, และชนิดเกี่ยวกับศูนย์ประสาท. (ชนิดหลังนี้ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราเต้นของหัวใจและแรงดันเลือด). สำหรับชนิดที่ทำให้หลอดเลือดขยายนั้นเหมือนกันกับ เวโซเวกัล. ผิดกันแต่ว่าพวกนี้มี คาโรติกไซนัสไวกว่าธรรมดาและผู้ช่วยมักมีโรคหัวใจและโรคความดันเลือดสูงร่วมอยู่ด้วย.

(๓) ฮัยเปอร์เวนต์ิเลชัน ถึงแม้ว่าฮัยเปอร์เวนต์ิเลชัน จะเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย, แต่อาการหมดสติพบได้น้อย. มี

ปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดอาการหมกสติ. แต่การที่เลือดไปส่งสมองลดลงและความดันเลือดลดลงจากการที่เลือดไปส่งช่องท้อง และกล้ามเนื้อขาเป็นสาเหตุข้อหนึ่ง.

(๔) ริเฟล็กซ์จากสมอง, เช่นเนื่องจากการไออย่างรุนแรง.

(๕) ริเฟล็กซ์จากหัวใจ, เช่นจากคลื่นเออร์ติก คีบหรือร่ว.

(๖) หลอดเลือดโคโรนารี, เช่นในรายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือโรคแองไจน่าเป็คโตริส.

(๗) ริเฟล็กซ์จากปอด, อาการไออย่างรุนแรง, หรือความดันเลือดในปอดสูง.

(ข) โดยการถูกระทำ. เป็นพวกที่ความดันเลือดลดลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ. แบ่งได้เป็น ๒ พวก.

(๑) ชนิดชั่วคราว พบในระยะพักฟื้นจากโรคที่ท้องนอนอยู่นาน ๆ โดยเฉพาะในคนอายุมาก. ถึงแม้ว่าความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะเป็นปัจจัยช่วยก็ตาม, แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการผิดปรกติในพลังประสาทที่ไปยับยั้งหลอดเลือด. นอกจากนี้ยังพบในภาวะภายหลังที่ประสาท ซิมเพเธติก ในการรักษาโรคความดันเลือดสูง, ยาลดความดันเลือด

บางอย่าง, และถาวรยืนนาน ๆ ในที่ ๆ มีอากาศร้อน.

(๒) ชนิดเรอรั้ง มักเป็นตามหลังโรคของระบบประสาทกลางซึ่งพยาธิสภาพอยู่ในซีบิโธลามัส, ไฮสันหลัง, หรืออาจเนื่องมาจากศูนย์ของ คาโรติคไซนัส เสมอหน้า.

ก ๒. เลือดที่ส่งออกจากหัวใจลดลง มักเนื่องมาจากโรคที่มีพยาธิสภาพต่อหัวใจ. อาการหมกสติอาจเป็นผลจากสาเหตุต่อไปนี้:

(ก) หัวใจหยุด. ภาวะนี้พบได้ในกลุ่มอาการ สะโตคอะคัม ซึ่งมักมีหัวใจล้มลงมาก่อน, จาก คาโรติคไซนัสริเฟล็กซ์ ชนิดเห็นขวรั้งหัวใจและจาก เวโซเวกัลริเฟล็กซ์ ชนิดเห็นขวรั้งหัวใจ.

(ข) ปริมาณของเลือดที่ขับออกมาแก่ละครง้อยลง พบได้ในภาวะคลื่นเออร์ติก คีบ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด.

(ค) สาเหตุนอกหัวใจ เช่นความดันในช่องอกเพิ่มมากขึ้นทำให้เลือดกลับเข้าหัวใจน้อยลง เช่นอาการไอติดต่อกันนาน ๆ.

ข. สมองขาดเลือดเฉพาะแห่ง พบได้ในภาวะ ๒ พวก.

๑. โรคหลอดเลือดในสมอง เช่น หลอดเลือดแข็งหรือหลอดเลือดคดขยี้.

๒. ภาวะที่หลอดเลือดสมองบีบเกร็ง พบได้ในภาวะภายหลังจากที่มี เอ็มโบลีสม์ หรือร้อมโบลีสม์, โรคความดันเลือดสูงซึ่งขึ้นสูงทันทีเป็นต้น.

๒. การเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของเลือด

ก. เลือดขาดออกซี้เจน เช่นชนทสูงหรือโรคหัวใจเป็นแต่กำเนิด.

ข. คาร์บอนไดออกซี้ต ในเลือดมากหรือน้อยไป คาร์บอนไดออกซี้ต ในเลือดน้อยพบได้ในกลุ่มอาการ ฮีเปอร์เวนทิลเล-

ชั่น, และ คาร์บอนไดออกซี้ต มากเกินไป ทำให้เกิดอาการหมดสติได้จาก แอสฟี้กเซีย.

ค. ระวังน้ำตาลในเลือดน้อยไป พบได้ในโรคเมเร็งของ ไฮเลทเซลล์ และยังพวร่วมกัโรคของต่อม แอดรีนัล.

๓. หน้าที่ของสมองผิดปกติ

สาเหตุที่สำคัญในพวกนี้คือโรคลมบ้าหมู. นอกจากนัยังพบได้ในโรคเนื้องอกของสมอง, โรค ฮี้สทีเรีย, และโรค คาโรติคไซนัสชนิดที่มสาเหตุมาจากสมอง.

(รวบรวมจาก The American Journal of Medicine 1961, 30:418-438.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๔. แนะนำหนังสือ

หนังสือ Crash Injuries

ผู้แต่ง Jacob Kulowski, M.D., F.A.C.S., F.I.C.S., Attending Orthopedic Surgeon St. Joseph's Hospital and State Hospital No. 2 St. Joseph, Missouri.

โรงพิมพ์ Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, 1960

ขนาด 6" x 9" x 1027. ภาพ ๕๓๓ ภาพ.

เอกสารอ้างอิง. ไม่มีคชน. \$ 32.5

หนังสืออนมทห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

หนังสือเล่มนเขยน ในแง่การแพทยทใหม่และแปลกอกแง่หนังสือ. มีคมมุ่งหมายจะ

๑. โรคหลอดเลือดในสมอง เช่น หลอดเลือดแข็งหรือหลอดเลือดคดขยี้.

๒. ภาวะที่หลอดเลือดสมองบีบเกร็ง พบได้ในภาวะภายหลังจากทึ่ม เอ็มโบลีสม์ หรือร้อมโบลีสม์, โรคความดันเลือดสูงซึ่งชนสังทั้นทีเป็นต้น.

๒. การเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของเลือด

ก. เลือดขาดออกซี้เจ้น เช่นชนทสูงหรือโรคหัวใจเป็นแต่กำเนิด.

ข. คาร์บอนไดออกไซค์ ในเลือดมากหรือน้อยไป คาร์บอนไดออกไซค์ ในเลือดน้อยพบได้ในกลุ่มอาการ ฮี้เปอเว้นทีเล-

ชัน, และ คาร์บอนไดออกไซค์ มากเกินไป ทำให้เกิดอาการหมดสติได้จาก แอสฟี้กเซีย.

ค. ระวังน้ำคาลในเลือดน้อยไป พบได้ในโรคมะเร็งของ ไฮเลทเซลล์ และยังพวร่วมกัโรคของต่อม แอดรีนัล.

๓. หน้าที่ของสมองผิดปกติ

สาเหตุที่สำคัญในพวกนคือโรคลมบ้าหมู. นอกจากนยังพบได้ในโรคเนองอกของสมอง, โรค ฮี้สทีเรีย, และโรค คาโรติคไซนัสชนิตทึ่มสาเหตุมาจากสมอง.

(รวบรวมจาก The American Journal of Medicine 1961, 30:418-438.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๔. แนะนำหนังสือ

หนังสือ Crash Injuries

ผู้แต่ง Jacob Kulowski, M.D., F.A.C.S., F.I.C.S., Attending Orthopedic Surgeon St. Joseph's Hospital and State Hospital No. 2 St. Joseph, Missouri.

โรงพิมพ์ Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, 1960

ขนาด 6" x 9" x 1027. ภาพ ๕๓๓ ภาพ.

เอกสารอ้างอิง. ไม่มีคชน. \$ 32.5

หนังสืออนมทห้องสมคคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

หนังสือเล่มนเขยน ในแง่การแพทยทใหม่และแปลกอกแง่หนังสือ. มีคมมุ่งหมายจะ

ให้ผู้อ่านเข้าใจ โรคที่ เกิด เนื่องจากอุบัติเหตุ  
 ของถนนที่อาจกล่าวได้ว่ากำลังระบาคก  
 ความชีวิตมนุษย์เกือบทุกวินาที. ผู้เขียน  
 เริ่มค้นคว้าการศึกษากายวิภาคศาสตร์ของ  
 มนุษย์ในแง่ของวิชาฟิสิกส์. ร่างกายคน  
 เรานั้นเป็นมวลสารซึ่งมีน้ำหนักตัวและ  
 ปฏิกริยาต่อแรงกระทบกระแทกดำเนินไป  
 ตามกฎ. แรงบางชนิดในขนาดที่พอเหมาะ  
 สามารถทำให้อวัยวะบางส่วนชำรุดได้ง่าย.  
 การศึกษาวิชาของแรงในการทดลองให้รถชน  
 กัน, และการศึกษาพยาธิวิทยาของผู้ถึง  
 แก่กรรม เพราะอุบัติเหตุให้ความกระจ่าง  
 หลายประการเป็นช่องทางที่จะช่วยกันและ  
 รักษาโรคอุบัติเหตุได้.

อุบัติเหตุที่ก่ออันตรายแก่คนเรานั้นอาจ  
 มีได้หลายทาง, เช่นรถชน, รถยนต์ชนกัน,  
 เครื่องบินตก, รถไฟตกราง. ความชอกช้ำ  
 ของร่างกายเกิดเนื่องจากร่างกายซึ่งกำลัง  
 วิ่งอยู่ด้วยความเร็วสูง, ได้รับความกระทบ  
 แรงปะทะนั้นก่อให้เกิดพยาธิสภาพในหลาย  
 อวัยวะพร้อมกัน, ไม่เจาะจงอวัยวะใดอวัยวะ  
 หนึ่ง, และในหลายโอกาสพยาธิสภาพนั้น  
 มากเกินกว่าที่แพทย์จะหยั่งทราบได้.

ในการศึกษาตรวจศพที่ถึงแก่กรรม  
 ๑๓๐ ศพพบว่าศีรษะและทรวงอกเป็นส่วนที่

ได้รับอันตรายบ่อยที่สุดและถ้าแยกผู้ถึงแก่  
 กรรมนี้ออกเป็นสองพวกคือพวกที่นั่งอยู่ใน  
 รถแล้วบังเอิญรถชนกัน, กับพวกที่เดินถนน  
 แล้ววิ่งชน, จะให้ความจริงที่น่าสนใจ  
 หลายประการ. ผู้ที่ตายมักเป็นคนสูงอายุ,  
 ทั้งคนเดินเท้าและคนนั่งรถคงมีพยาธิสภาพ  
 คล้ายกัน. ทั้งนัย่อมแสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุ  
 เหล่านี้, จะเป็นเนื่องจากถูกรถวิ่งมากระ-  
 แทกหรือจะเป็นเพราะนั่งอยู่ในรถแล้วตัวไถล  
 ไปกระแทกโครงสร้างก็ตาม, ย่อมก่อให้เกิด  
 อันตรายได้เหมือนกัน. ผู้ที่ตายบางคน  
 ตายคาที่. บางคนอยู่ได้หลายชั่วโมง.  
 พยาธิสภาพของผู้ที่ตายคาที่พบมากที่สุดจะ  
 ในทรวงอกในพวกที่นั่งรถ, แต่พบมากที่  
 กระโหลกและสมองในคนเดินเท้า. ทั้งหมด  
 ๕๐ ๒๕. ตายเนื่องจากการเสียโลหิต.  
 พยาธิสภาพของผู้ที่ทนได้ ๔ ถึง ๔๘ ชม.  
 ตรงกันข้ามกับพวกแรก, และมักตายเนื่อง  
 จากโรคสืบเนื่องจากการเสียโลหิต. สำหรับ  
 ผู้ที่ตายหลัง ๔๘ ชม. มีพยาธิสภาพส่วน  
 ใหญ่ที่อวัยวะในทรวงอกทั้งในคนนั่งรถและ  
 คนเดินเท้า. สาเหตุที่ตายเนื่องจากช็อคความ  
 แตรก. นอกจากพยาธิสภาพอันเป็นผลโดย  
 ตรงของอุบัติเหตุแล้ว, ครึ่งหนึ่งของผู้ถึง  
 แก่กรรมมีโรคก่อนอยู่ก่อน, เช่นโรคหัวใจ,

โรคทางเดินอาหาร, โรคทิกเกล้า, และโรคคอน, ซึ่งเป็นช่องชวนให้คิดว่าคนที่มีโรคประจำตัวนั้นไม่ควรจะขยับรถ.

เทียบกษณผู้ช่วยที่รอยกเหตุ ๘๐๐ ราย, แต่ยากแผลไม่รุนแรงถึงชีวิต. ส่วนใหญ่อายุน้อย, ระหว่าง ๒๐ ถึง ๔๕ ปี. ความชอกช้ำเกิดในหลายอวัยวะเช่นเดียวกับพวกทลงแก่กรรม, แต่มีพยาธิสภาพส่วนใหญ่ที่ขา. รองลงไปเป็นที่ใบหน้า, ศีรษะ, และอวัยวะทรวงอก. อาการของพวกนี้มักแต่ยากเจ็บไม่สาหัสจนกระทั่งอาการนำวิตก. มีที่น่าสังเกตว่ายังมีอาการหนักยังมีเปอร์เซ็นต์ของความชอกช้ำที่สมองมากจนตามลำคัย. ในผู้ช่วยเหล่านี้ถ้าเป็นกระดูกหักมักจะหักขยับเป็นผิดตำราทั่วไป. กระดูกใหญ่ของร่างกายที่หักในอุบัติเหตุพบบ่อยที่สุดที่กระดูกสันหลัง. รองไปเป็นกระดูกต้นขาและเชิงกราน. กระดูกสันหลังมักหักแบบถูกขบ, ซึ่งมีหลักฐานหลายประการที่บ่งว่ากระดูกหักแบบนี้ไม่ได้หักโดยการงอตัวก้ม (ฮัยเปอร์ฟเลกชัน) ตามที่ตำราเก่าๆ กล่าวไว้, หากเป็นเพราะน้ำหนักของร่างกายเองที่ถูกแรงเขย่าในแนวตรงจากกยพนกระแทกลงไป. ผู้ช่วยที่มีอาการทางสมองพบได้บ่อยกว่าที่ตรวจพบทางรังสี. ทำนองเดียวกัน

อันตรายต่อทรวงอกมักจะมีเลือดตกในได้มาก ๆ โดยที่เข้าใจว่าเป็นซี่โครงหักต่น ๆ. พยาธิสภาพที่ผู้เขียนพยายามนำมาเผยแพร่คิดว่ามีค่าที่สภทจะหาอ่านได้ยาก.

อาศัยการศึกษาถึงกล่าวผู้เขียนเห็นว่าการรักษาโรคอภัยเหตุในปัจจุบันหาได้เป็นหน้าที่ของคัลยแพทย์ตามโรงพยาบาลแต่กลุ่มเดียวไม่, หากเป็นหน้าที่ของแพทย์ทั่วไปที่อยู่ใกล้ที่สุด. การปฐมพยาบาลแต่เพียงฉวยาระงับปวด, เข้าเผือกกระดูกชั่วคราว, แล้วรีบนำผู้ช่วยส่งโรงพยาบาลโตโรงพยาบาลหนึ่งนั้นไม่เพียงพอ. การใช้รถพยาบาลรับผู้ช่วยเข็ดสัญญาขอทางผ่านการจราจรที่แออัดนั้นมิประโยชน์น้อยกว่าฝึกแพทย์ให้เข้าใจวินิจฉัยพยาธิสภาพของโรค, ให้เลือกคนไข้เสียก่อนแล้วค่อยนำส่งโรงพยาบาลในสภาพที่พร้อมจะรับการผ่าตัดถ้าจำเป็น. ทั้งนี้จะต้องมี (๑) การสอนวิชาอุบัติเหตุทั้งก่อนและหลังปริญญามากขึ้น, (๒) อยุกรณ์การให้เลือดและเจ้าหน้าที่ในรถพยาบาลที่ฝึกซ้อมแล้ว, (๓) หน่วยงานเฉพาะโรคอภัยเหตุตามโรงพยาบาลทั่วไป, ซึ่งอาจตั้งได้โดยไม่สิ้นเปลืองมากนัก.

ครึ่งหลังของหนังสือคดีให้สำหรับการ

เตรียม. และการรักษาผู้ป่วยที่มีอันตราย  
 ต่ออวัยวะระบบต่าง ๆ ในชั้นโรงพยาบาล.  
 จัดเป็นตอนที่มีคุณค่าเป็นพิเศษ, เพราะคน  
 ไข้แต่ละรายที่เสนอนั้นยากแก่การรักษาได้  
 ทันถ้าไม่ได้เตรียมการไว้ล่วงหน้า.

โดยสรุปแล้วหนังสือเล่มนี้เหมาะสำหรับ  
 แพทย์ทั่วไปไม่จำเพาะแต่ผู้ที่ทำงานใน

โรงพยาบาลที่มีคนไข้อุบัติเหตุบ่อยเท่านั้น,  
 และยังเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่อยู่ในวงการอื่น  
 เช่น ตำรวจ ทหาร เกษกษ การข่มขืน อุบัติเหตุ,  
 คลอดจันผู้ทขยและผู้ทหนงรดยนตควย. อุบัติ  
 เหตุเกิดได้ทุกขณะ, แต่จะหลีกเลี่ยงได้  
 มาก, ถ้าศึกษาเรื่องนล่วงหน้า.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

### ๕. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๑)

- ๑๘๐๐. extirpation การตัดหมด, การตัดราก
- ๑๘๐๑. extra- ภายนอก, พัน, เพิ่ม
- ๑๘๐๒. extract สกัด, ขาสกัด, สิ่งสกัด
- ๑๘๐๓. extrahepatic ภายนอกตับ
- ๑๘๐๔. extrapyramidal ภายนอกระบบพียร์รามิด
- ๑๘๐๕. extrasystole เอ็กซตราซิสโตลี
- ๑๘๐๖. extrauterine ภายนอกมดลูก
- ๑๘๐๗. extravascular ภายนอกหลอดเลือด
- ๑๘๐๘. extremity แขนขา
- ๑๘๐๙. extrinsic จากภายนอก
- ๑๘๑๐. extroversion การปลน
- ๑๘๑๑. exudate เอ็กซูเดต
- ๑๘๑๒. exudation การเกิดเอ็กซูเดต
- ๑๘๑๓. eyeball ลูกตา
- ๑๘๑๔. eyeground ก้นตา
- ๑๘๑๕. eyelid หนังตา
- ๑๘๑๖. eyestrain ตา เกร็ง
- ๑๘๑๗. facies หน้า, สีหน้า, โลมหน้า
- ๑๘๑๘. factor ปัจจัย, เหตุประกอบ
- ๑๘๑๙. failure ความล้มเหลว
- ๑๘๒๐. failure, heart หัวใจล้ม, หัวใจวาย

- ๑๘๒๑. faint, fainting เป็นลม
- ๑๘๒๒. falciform, falcular รูปเคียว
- ๑๘๒๓. fallotomy การตัดหลอดเลือด
- ๑๘๒๔. false เท็จ, ปลอม
- ๑๘๒๕. fang รากฟัน, เขี้ยว (งู)
- ๑๘๒๖. farinaceous ลักษณะเป็นแป้ง, มีแป้งมาก
- ๑๘๒๗. far-sight สายตาวาย
- ๑๘๒๘. fascia พังผืด
- ๑๘๒๙. fascicle, fasciculus มัดฝอย
- ๑๘๓๐. fast ทนทาน
- ๑๘๓๑. fat ไขมัน
- ๑๘๓๒. fatal ถึงตาย, ทำให้ตาย
- ๑๘๓๓. fatigue ความล้า, ความเพลีย
- ๑๘๓๔. fauces ทวารคอหอย
- ๑๘๓๕. fauna สัตว์ประจำถิ่น
- ๑๘๓๖. febricide ตัดไข้, ยาตัดไข้
- ๑๘๓๗. febricity การเป็นไข้
- ๑๘๓๘. febrifacient ก่อไข้
- ๑๘๓๙. febrifuge ขับไข้, ยาลดไข้
- ๑๘๔๐. febrile เป็นไข้, เกี่ยวกับไข้
- ๑๘๔๑. fecalith นิ้วอุจจาระ, นิ้วคุด

เตรียม. และการรักษาผู้ป่วยที่มีอันตราย  
 ต่ออวัยวะระบบต่าง ๆ ในชั้นโรงพยาบาล.  
 จัดเป็นตอนที่มีคุณค่าเป็นพิเศษ, เพราะคน  
 ไข้แต่ละรายที่เสนอนั้นยากแก่การรักษาได้  
 ทันถ้าไม่ได้เตรียมการไว้ล่วงหน้า.

โดยสรุปแล้วหนังสือเล่มนี้เหมาะสำหรับ  
 แพทย์ทั่วไปไม่จำเพาะแต่ผู้ที่ทำงานใน

โรงพยาบาลที่มีคนไข้อุบัติเหตุบ่อยเท่านั้น,  
 และยังเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่อยู่ในวงการอื่น  
 เช่น ตำรวจ ทหาร เกษกษ การข่มขืน อุบัติเหตุ,  
 คลอดจันผู้ท้อและผู้ที่หนกรถยนต์ควย. อุบัติ  
 เหตุเกิดได้ทุกขณะ, แต่จะหลีกเลี่ยงได้  
 มาก, ถ้าศึกษาเรื่องล่วงหน้า.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

## ๕. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๑)

- ๑๘๐๐. extirpation การตัดหมด, การตัดราก
- ๑๘๐๑. extra- ภายนอก, พัน, เพิ่ม
- ๑๘๐๒. extract สกัด, ขาสกัด, สิ่งสกัด
- ๑๘๐๓. extrahepatic ภายนอกตับ
- ๑๘๐๔. extrapyramidal ภายนอกระบบพียร์รามิด
- ๑๘๐๕. extrasystole เอ็กซตราซิสโตลี
- ๑๘๐๖. extrauterine ภายนอกมดลูก
- ๑๘๐๗. extravascular ภายนอกหลอดเลือด
- ๑๘๐๘. extremity แขนขา
- ๑๘๐๙. extrinsic จากภายนอก
- ๑๘๑๐. extroversion การปลิ้น
- ๑๘๑๑. exudate เอ็กซูเดต
- ๑๘๑๒. exudation การเกิดเอ็กซูเดต
- ๑๘๑๓. eyeball ลูกตา
- ๑๘๑๔. eyeground ก้นตา
- ๑๘๑๕. eyelid หนังตา
- ๑๘๑๖. eyestrain ตา เกร็ง
- ๑๘๑๗. facies หน้า, สีหน้า, โลมหน้า
- ๑๘๑๘. factor ปัจจัย, เหตุประกอบ
- ๑๘๑๙. failure ความล้มเหลว
- ๑๘๒๐. failure, heart หัวใจล้ม, หัวใจวาย

- ๑๘๒๑. faint, fainting เป็นลม
- ๑๘๒๒. falciform, falcular รูปเคียว
- ๑๘๒๓. fallotomy การตัดหลอดเลือด
- ๑๘๒๔. false เท็จ, ปลอม
- ๑๘๒๕. fang รากฟัน, เขี้ยว (งู)
- ๑๘๒๖. farinaceous ลักษณะเป็นแป้ง, มีแป้งมาก
- ๑๘๒๗. far-sight สายตาวาย
- ๑๘๒๘. fascia พังผืด
- ๑๘๒๙. fascicle, fasciculus มัดฝอย
- ๑๘๓๐. fast ทนทาน
- ๑๘๓๑. fat ไขมัน
- ๑๘๓๒. fatal ถึงตาย, ทำให้ตาย
- ๑๘๓๓. fatigue ความล้า, ความเพลีย
- ๑๘๓๔. fauces ทวารคอหอย
- ๑๘๓๕. fauna สัตว์ประจำถิ่น
- ๑๘๓๖. febricide ตัดไข้, ยาตัดไข้
- ๑๘๓๗. febricity การเป็นไข้
- ๑๘๓๘. febrifacient ก่อไข้
- ๑๘๓๙. febrifuge ขับไข้, ยาลดไข้
- ๑๘๔๐. febrile เป็นไข้, เกี่ยวกับไข้
- ๑๘๔๑. fecalith นิ้วอุจจาระ, นิ้วคุด

๑๘๔๒. feces อุจจาระ, มูล
๑๘๔๓. fecundation การผสมเชื้อ
๑๘๔๔. fecundation, artificial การผสมเชื้อ  
ด้วยเครื่อง
๑๘๔๕. fecundity การมีลูกตก
๑๘๔๖. feeblemindedness บัญญาอ่อน
๑๘๔๗. feeding การให้อาหาร
๑๘๔๘. feeding, sham การให้อาหารหลอก
๑๘๔๙. female เพศเมีย, หญิง
๑๘๕๐. feminization การกลายเป็นเพศเมีย
๑๘๕๑. femoral แห่งกระดูกตะโพก
๑๘๕๒. femur กระดูกตะโพก
๑๘๕๓. fenestra ช่อง, รู
๑๘๕๔. fenestration การเจาะช่อง, การเจาะรู
๑๘๕๕. ferment บูด, หมัก
๑๘๕๖. fermentation การบูด, การหมัก, การย่อย
๑๘๕๗. fertile มีลูกได้, ไม่เป็นหมัน
๑๘๕๘. fertilization การทำให้มีลูกได้, การ  
ผสมเชื้อ
๑๘๕๙. fetation การเจริญของฟัตัส, การตั้งครรภ์
๑๘๖๐. feticide ยาฆ่าฟัตัส
๑๘๖๑. fetidเหม็น
๑๘๖๒. fetish ของขลัง, สิ่งหลงรัก
๑๘๖๓. fetor กลิ่นเหม็น
๑๘๖๔. fetus ฟัตัส
๑๘๖๕. fever ไข้, อาการตัวร้อน
๑๘๖๖. fever, artificial ไข้ทำขึ้น
๑๘๖๗. fever, black-water ไข้บัสสาธา
๑๘๖๘. fever, childbed ไข้กระดานไฟ
๑๘๖๙. fever, continued ไข้เรื้อบ, ไข้ลอบ
๑๘๗๐. fever, enteric (typhoid) ไข้รากสาด  
น้อย, ไข้ทัยฟอยด์
๑๘๗๑. fever, eruptive, exanthematous ไข้  
สำ, ไข้ผื่น
๑๘๗๒. fever, hay ไข้แพ้ง
๑๘๗๓. fever, intermittent ไข้สลับ
๑๘๗๔. fever, jungle ไข้ป่า
๑๘๗๕. fever, malarial ไข้จับสั่น, ไข้มาลาเรีย
๑๘๗๖. fever, parrot ไข้นก, ไข้นกแก้ว
๑๘๗๗. fever, puerperal ไข้กระดานไฟ
๑๘๗๘. fever, quotidian ไข้ประจำวัน
๑๘๗๙. fever, remittent ไข้ลอบแกว่ง, ไข้  
เรื้อบแกว่ง
๑๘๘๐. fever, rheumatic ไข้รูห์มาติก
๑๘๘๑. fever, traumatic ไข้อักเสบแผล
๑๘๘๒. fever, typhus ไข้รากสาดใหญ่, ไข้ทัยฟัส
๑๘๘๓. fever, urticarial ไข้ลมพิษ
๑๘๘๔. fibre เส้นใย
๑๘๘๕. fibril เส้นใยฝอย
๑๘๘๖. fibrin ไฟบริน
๑๘๘๗. fibrinogen ไฟบริโนเจน
๑๘๘๘. fibrinolysis การละลายไฟบริน
๑๘๘๙. fibrinopenia ไฟบริโนปีเนีย, ไฟบรินน้อย
๑๘๙๐. fibroblast ไฟโบรบลาสต์
๑๘๙๑. fibrocartilage กระดูกอ่อนเส้นใย, ไฟ  
โบคาร์ติเลจ
๑๘๙๒. fibroelastic เส้นใยร่วมยืดหยุ่น
๑๘๙๓. fibrofatty เส้นใยร่วมไขมัน
๑๘๙๔. fibroma ไฟโบรมา
๑๘๙๕. fibrose เกิดเนื้อเส้นใย
๑๘๙๖. fibrosis ไฟโบรสิส, การเกิดเนื้อเส้นใย
๑๘๙๗. fibrotic เกี่ยวกับไฟโบรสิส
๑๘๙๘. fibula กระดูกน่อง
๑๘๙๙. field of microscope ช่องเห็นในจุล-  
ทรรศน์
๑๙๐๐. field of vision ลานสาขตา, ลานเห็น
๑๙๐๑. filaria ฟิลาเรีย
๑๙๐๒. filaricide ยาฆ่าฟิลาเรีย
๑๙๐๓. filiform รูปเส้นด้าย, คล้ายเส้นด้าย
๑๙๐๔. filter แผ่นกรอง, เครื่องกรอง
๑๙๐๕. filtrable microorganism เชื้อชนิดลอด  
แผ่นกรองได้
๑๙๐๖. filtrate น้ำกรอง, ผลกรอง
๑๙๐๗. filtration การกรอง
๑๙๐๘. finder เครื่องชี้
๑๙๐๙. finding ข้อตรวจพบ, ภาวะที่ตรวจพบ

๑๕๑๐. finger, clubbed นิ้วบวม
๑๕๑๑. finger, drumstick นิ้วบวม
๑๕๑๒. finger-stall สนับนิ้วมือ, ปลอดภัยนิ้วมือ
๑๕๑๓. fission การแยก, การแพร่พันธุ์โดยแบ่งตัว
๑๕๑๔. fissure ร่อง, รอยแยก, แผลแยก
๑๕๑๕. fissure in ano แผลแยกทวารหนัก
๑๕๑๖. fissure, central ร่องกลางสมองใหญ่
๑๕๑๗. fistula ฟิสตุลา, แผลลำราง
๑๕๑๘. fistula in ano แผลลำรางทวารหนัก
๑๕๑๙. fistula, recto-vesical แผลลำรางเร็คตัมร่วมกับกระเพาะปัสสาวะ
๑๕๒๐. fistula, vesical แผลลำรางกระเพาะปัสสาวะ
๑๕๒๑. fistulotomy, fistulotomy การผ่าแผลลำราง
๑๕๒๒. fistulectomy การตัดแผลลำราง
๑๕๒๓. fistulization, fistulation การผ่าทำลำราง, การเกิดแผลลำราง
๑๕๒๔. fit การชัก, การจับ (โรค) โดยบังเอิญ
๑๕๒๕. fix ผูก, ตั้ง, ฝึก (เชือกชั้น)
๑๕๒๖. flaccid เปื่อย, หย่อน, อ่อน, ปวกเปียก
๑๕๒๗. flagellate สัตว์เส้น
๑๕๒๘. flank เหว
๑๕๒๙. flask คนโท
๑๕๓๐. flask, culture คนโทเลี้ยงเชื้อ
๑๕๓๑. flask, volumetric คนโทวัดปริมาตร
๑๕๓๒. flatfoot เท้าราบ, เท้าแบน
๑๕๓๓. flatulence อาการท้องอืด
๑๕๓๔. flatulent ท้องอืด
๑๕๓๕. flatus ลมผาย
๑๕๓๖. flatworm พยาธิหนอนแบน
๑๕๓๗. flavour รส, สิ่งแต่งรส
๑๕๓๘. flea หมัด
๑๕๓๙. flesh ส่วนเนื้อ, เนื้ออ่อน
๑๕๔๐. flex งอ, กู้
๑๕๔๑. flexibility ความงอได้, ความคู้ได้
๑๕๔๒. flexible, flexile งอได้, คู้ได้
๑๕๔๓. flexion การงอ, ภาวะงอ
๑๕๔๔. flexor กล้ามเนื้องอ, กล้ามเนื้อคู้
๑๕๔๕. flexura, flexure ส่วนงอ, ส่วนพับ, ส่วนโค้ง
๑๕๔๖. flexure, duodeno-jejunal ส่วนโค้งดูโอดีโนเจจูนัล
๑๕๔๗. flexure, hepatic ส่วนโค้งเฮปาทิก, ส่วนโค้งใต้ตับ
๑๕๔๘. flexure, lumbar ส่วนโค้งลัมบาร์, ส่วนโค้งตอนเอว
๑๕๔๙. flexure, sigmoid ส่วนโค้งซิกมอยด์
๑๕๕๐. flexure, splenic ส่วนโค้งสพลีนิค, ส่วนโค้งใต้ม้าม
๑๕๕๑. flight of ideas ความคิดลอยละล่อง
๑๕๕๒. floating kidney ไตลอย
๑๕๕๓. flora พืชประจำถิ่น
๑๕๕๔. fluctuation การแกว่ง, การขึ้น ๆ ลง ๆ, การแยก
๑๕๕๕. fluid ของไหล, สารน้ำ
๑๕๕๖. fluid, amniotic น้ำคร่ำ
๑๕๕๗. fluid, ascitic น้ำท้องมาน
๑๕๕๘. fluid, Bouin's น้ำยา บูอิน
๑๕๕๙. fluid, cerebrospinal น้ำหล่อสมองสันหลัง
๑๕๖๐. fluid, culture น้ำเลี้ยงเชื้อ
๑๕๖๑. fluid, follicular น้ำ (ใน) ฟอลลิเคิล
๑๕๖๒. fluid, labyrinthine น้ำหล่อ ลาบีรีรินท์
๑๕๖๓. fluid, tissue น้ำหล่อ ทิสซู, น้ำหล่อเนื้อ
๑๕๖๔. fluid, ventricular น้ำในเวนตริเคิลสมอง
๑๕๖๕. fluke พยาธิใบไม้
๑๕๖๖. fluke, blood พยาธิใบไม้ (ใน) เลือด
๑๕๖๗. fluke, intestinal พยาธิใบไม้ (ใน) ลำไส้
๑๕๖๘. fluke, liver พยาธิใบไม้ (ใน) ตับ
๑๕๖๙. fluke, lung พยาธิใบไม้ (ใน) ปอด
๑๕๗๐. fluorescence แสงเรือง, การส่งแสงเรือง
๑๕๗๑. fluorescent เรืองแสง, มีแสงเรือง
๑๕๗๒. fluoride ฟลูออไรด์
๑๕๗๓. fluoroscope ฟลูออโรสโคป, เครื่องตรวจด้วยจอเรืองแสง
๑๕๗๔. fluoroscopy ฟลูออโรสโคปี, การตรวจด้วยจอเรืองแสง

๑๕๗๕. flush อาการหน้าแดง  
 ๑๕๗๖. flush, breast นบคัด  
 ๑๕๗๗. flutter การสั่นระรัว, การเต้นระรัว  
 ๑๕๗๘. flutter, auricular ออริคิล ระรัว  
 ๑๕๗๙. focus โฟกัส, จุดรวมแสง, จุดแหล่งโรค  
 ๑๕๘๐. focus of infection จุดแหล่งติดเชื้อ  
 ๑๕๘๑. focus, septic จุดแหล่งมีเชื้อ  
 ๑๕๘๒. fold ส่วนทบ, รอยทบ  
 ๑๕๘๓. fold, axillary ส่วนทบขอปรักแร้  
 ๑๕๘๔. fold, conjunctival ส่วนทบ ที่อนจันตวา  
 ๑๕๘๕. fold, gluteal รอยทบใต้ก้น  
 ๑๕๘๖. fold, mesenteric ส่วนทบเยื่อยึดมดลูก  
 ๑๕๘๗. fold, vocal สายเสียงแท้  
 ๑๕๘๘. follicle ฟอลลิเคิล, ถุงน้อย, ต่อมน้อย  
 ๑๕๘๙. follicle, hair ต่อมรากผม  
 ๑๕๙๐. follicle, sebaceous ต่อมเหงื่อไ  
 ๑๕๙๑. fontanel, fontanelle กระหม่อมอ่อน  
 (ขม่อมอ่อน)  
 ๑๕๙๒. foot, drop อาการเท้าห้อย  
 ๑๕๙๓. foramen รู, ช่อง  
 ๑๕๙๔. forceps ปากคีบ, คีม  
 ๑๕๙๕. forceps, alligator คีมปากจระเข้  
 ๑๕๙๖. forceps, artery คีมจับหลอดเลือด  
 ๑๕๙๗. forceps, axis-traction คีมดึงตามแกน  
 ๑๕๙๘. forceps, bone, คีมตัดกระดูก  
 ๑๕๙๙. forceps, bulldog ปากคีบบูลด็อก  
 ๒๐๐๐. forceps, hemostatic คีมห้ามเลือด

อ.ก.

### การสงเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้ทำการสารศึรราช
๓. ส่งถ่ายเงินที่ ช.ณ. หน้าพระลาน

## แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๐๔

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒ ๕๕๐	๑,๖๕๖	๑,๘๗๑	๑,๕๕๖	๒,๑๗๑	๕๕๓	๑๐,๓๕๖
	เก่า	๕,๖๐๕	๓,๘๗๑	๔,๑๑๓	๒,๓๖๓	๔,๓๕๖	๑,๐๐๑	๒๐,๓๕๓
	รวม	๘,๑๕๕	๕,๕๒๗	๕,๙๘๔	๓,๙๑๙	๖,๕๒๗	๑,๕๕๓	๓๐,๖๐๙
ใน		๓๐๓	๔๑๐	๑,๕๕๑	๑๘๗	๔๑๘	-	๒,๘๖๙

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๗๕. จักษุฯ ๖๕๕. สูติ-นารีฯ ๖๒๔. รวม ๑,๘๕๔ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๖๔๓. หญิง ๔๕๔. รวม ๑,๑๓๗. คลอดตาย, ชาย ๑๖. หญิง ๑๐. รวม ๒๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๐๐ คน (๖.๕๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๓ ราย (๓๑.๕๐ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๖ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๖๗ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๕๓ ครั้ง, รวม ๗๖๖ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๐๓๖ คน. รักษาใหม่ ๖๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๒๓๑ คน.

รöntgenรักษา ๒๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๐ คน. ไดอะเทอร์มีอี. รักษาใหม่ ๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๒๓ คน. รังสีไอโซโทป. รักษาใหม่ ๕๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๖๒ คน. โคบอลต์ ๖๐. รักษาใหม่ ๓๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๗๒ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเขซัลเมตะบอลลิสม์ ๑๒๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๗๖๓ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๓ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๑,๑๘๖ ชิ้น. ตรวจเนื่องจากการผ่าตัด ๑,๖๗๖

ราย (จากภายนอก ๒๕๕ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๑ ราย. แอ็กกลูตินชั่น - วัชเชอร์แมนและคาร์ทัน ๒,๖๐๔ หมู่เลือด ๑๓๘. นัยมีติลิจด ๔. วัชชีโมโกลบิน - ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด - หาข้อบกพร่อง - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๓. อูจจาระ ๗. บัสสาวะ ๕. เสมหะและอื่น ๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๓๕๘. อูจจาระ ๑๐๘. บัสสาวะ ๘๐. น้ำไขสันหลัง ๔๖. เสมหะและอื่น ๆ ๔๔๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๓. ฉีดสัตว์ทดลอง ๒. เพาะขอบิด ๑๕. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๔๓. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี ๒๓. ตรวจศพนิติเวช ๔๓. ตรวจของกลาง ๕๕. ตรวจผู้ป่วยคดี ๕๗.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๘. เจาะตับ ๕.

เจาะน้ำช่องปอด ๑๒. อัลตร้าซาวด์ - อัลตร้าซาวด์ช่องท้อง ๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๘. ฉีดยาทั่วไป ๗๒๐. ฉีดยาซีฟาลี ๑. เบาหวาน ๑,๖๐๒. ที.บี. คลินิก ๕๗.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๔๑. ถอนฟัน ๕๐๒. อุดฟัน ๒๕๘. ผ่าตัดช่องปาก ๑๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ :

๑. คณะครูและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ๖ ของโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ ร่วมกันบริจาคเงินรายได้ ในการจัดรายการฉายภาพยนตร์ที่เฉลิมเขต ถวายหม่อมเจ้าพนศรีเกษม เกษมศรี เป็นเงิน ๒๑,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนก่อสร้างตึกผู้ป่วยพิเศษให้โรงพยาบาล

๒. นายสง่า สัตยสงวน บริจาคเงิน จำนวน ๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุนชื่อ "ทุน สง่า สัตยสงวน" โดยแบ่งออกเป็นสองทุน ๆ ละ ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อเก็บคอกผล ช่วยเหลือ นักศึกษาแพทย์ ทุนหนึ่ง อีกทุน หนึ่งเก็บคอกผล ช่วยเหลือ นักศึกษาพยาบาล

๓. นายชัคคัก อัสสรวัตน์ บริจาคเงิน จำนวน ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท ขอเชิญผู้ช่วย ให้แผนกรังสีวิทยา

๔. นายสมบุญ ท่วมแสง บริจาคเงิน จำนวน ๑๐,๑๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุนชื่อ "ท่วมแสง" เพื่อเก็บคอกผลให้นักศึกษาแพทย์

๕. หลวงแจ่มวิชาสอน และนางผิน แจ่มวิชาสอน บริจาคเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท สำหรับใช้จ่ายในการจัดตั้งโสต-ศัลยศาสตร์ในโรงพยาบาล

๖. นางม้วน มัชฌิกันต์ บริจาคเงิน จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุนชื่อ "นางม้วน มัชฌิกันต์" เพื่อเก็บคอกผล สำหรับใช้จ่ายแก่ผู้ช่วยสามัญของโรงพยาบาล

๗. ขุนสุนทรสมบัติ นำส่งเงินของ น.ส. เจิม ชูเกษ ผู้วายชนม์ จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนสร้างตึกในโรงพยาบาล

๘. นางปราณี ภั้งคานนท์ บริจาคเงิน จำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนสถาปนาระเบียง และอุทิศส่วนกุศลให้คุณพิพัฒน์ ภั้งคานนท์

๙. นายชัย มุกตพันธ์ บริจาคเตียงผู้ป่วย ๑ เตียง คิดเป็นเงิน ๓,๒๒๕.๐๐ บาท ให้แผนกสูติศาสตร์

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดให้มีการประชุมทางวิชาการ ประจำเดือนธันวาคม ๒๕๐๔ คือ :

วันศุกร์ ที่ ๘ ธันวาคม เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่น่าสนใจ คือ: (๑) ชูริม พี.บี.ไอ. ประกิติในคนไทย. น.พ. ทิเรก พงศ์พิพัฒน์ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ และ น.พ. ร่มไท สวรรธณี แห่งแผนกรังสีวิทยาเป็นผู้เสนอ. (๒) ชูริม พี.บี.ไอ. ในทารกและเด็กที่อุบลราชธานี. น.พ. อารีย์ วัลย์เสวี และ น.พ. ทิเรก พงศ์พิพัฒน์ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

วันศุกร์ ที่ ๒๒ ธันวาคม เวลา ๑๕.๑๐ น. ปาฐกถาเกี่ยวกับเรื่อง "การวินิจฉัยเลือดออกทางช่องคลอดในการประกอบโรคศิลปะทั่วไป." ศาสตราจารย์ น.พ. เทมขุนนาค, ศาสตราจารย์อุปการคุณแผนกสรีรศาสตร์และนารีเวชวิทยา, เป็นผู้บรรยายในโอกาสที่พบนจากหน้าราชการ. มีผู้เข้าฟังคอบคองจนต้องจัดที่นั่งเสริมเป็นพิเศษ.

วันศุกร์ ที่ ๒๕ ธันวาคม เวลา ๑๕.๑๐ น. ปาฐกถาเกี่ยวกับเรื่อง "ข้าพเจ้ากับโรงเรียนแพทย์." ศาสตราจารย์ น.พ. ขุนเกตุทัศนวิทยาพยาธิ ศาสตราจารย์อุปการคุณแผนกพยาธิวิทยา เป็นผู้บรรยายในโอกาสที่พบนจากหน้าราชการ เช่นเดียวกับ

ศาสตราจารย์ น.พ. เทมขุนนาค. มีผู้เข้าฟังอย่างแน่นขนัดเช่นเดียวกัน.

ข่าวห้องสมุด เยี่ยม (๑) นายโอมัส อ. คีย์ส, ผู้อำนวยการห้องสมุด เมโยคลินิก, ซึ่งได้รับมอบจากโซน่าเมติกัลยอร์ก ให้มาคหองสมุดแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียง, ได้มาเยี่ยมชมกิจการห้องสมุดของคณะและโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๕. ได้พบปะกับคณะกรรมการและให้ให้ความคิดเห็นในการสร้างห้องสมุดใหม่. (๒) นักศึกษามศสปีกรบที่ ๕ จำนวน ๑๐ คน ได้เข้าชมกิจการของห้องสมุด เมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๕.

บริจาค (๑) น.พ. สันทร ศันสนันท์ แห่งแผนกอายurvedศาสตร์ ซึ่งพึ่งเดินทางกลับจากประเทศอังกฤษ ได้มอบหนังสือตำราส่วนใหญ่เกี่ยวกับไอโซโทปให้แก่ห้องสมุด. (๒) นายแพทย์ กมลวรินทร์วินัยกุล แห่งโรงพยาบาลหญิงได้ส่งหนังสือ An Introduction to the study of experimental medicine ซึ่งเขียนโดย Claude Bernard และแปลโดย Henry Copley Grune มาให้ห้องสมุด ๑ เล่ม.

“การเดินทางศึกษาทางแพทย์” สำนัก  
งานประจำอานเซียงตะวันออกเฉียงใต้, ของ  
องค์การอนามัยโลก, ได้ทำให้อาจารย์  
สอนวิชาแพทย์ในภาคพื้นนี้ ได้เดินทางไป  
งานในประเทใกล้เคียงเป็นประจำมาแล้ว  
หลายครั้ง. ในชั้นเรียนรอบของนักเภสัช  
วิทยาและอาจารย์แพทย์หญิงโร จิงเจี๋ย  
แห่งแผนกสรีรวิทยาได้ไปร่วมการนี้ ตั้งแต่  
วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๔, โดย  
มีกำหนดการไปงานที่อินโดนีเซียประมาณ  
๑ สัปดาห์, ที่สิงคโปร์ ๒ วัน, ที่อินโดนี  
เซียอีกสองสัปดาห์, และกลับมาปฏิบัติราชการ  
ตามปกติตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ.  
๒๕๐๔. เชื่อว่าการไปนี้จะประโยชน์  
อย่างมากแก่ การสอนวิชาเภสัชวิทยาของ  
เรา.

นักสำรวจ ศาสตราจารย์นายแพทย์สุ  
แสงวิเชียร, หัวหน้าแผนกวิชากายวิภาค  
ศาสตร์. เดินทางไปร่วมในการสำรวจและ  
ศึกษาเรื่องราวก่อน ประวัติศาสตร์ ณ บ้าน  
เก่า จังหวัดกาญจนบุรีเป็นครั้งที่สอง. ใน

การร่วมงาน ครั้งใหม่นี้ได้ออกเดินทางไป  
ตอนต้น สัปดาห์ และ กลับใน ปลายสัปดาห์.  
ที่นี้เริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.  
๒๕๐๔ เป็นต้นมา.

ไป แพทย์หญิงบุญเฮน กัลลประวิทย์แห่ง  
แผนกกายวิภาคศาสตร์ กำหนดเดินทางไป  
กรุงโตเกียว เพื่อรับการสัมมนาในการคัดเลือก  
เจ้าหน้าที่นานาชาติ เอ.ลินอร์ รสเวลท์  
เพื่อการค้นคว้าทางมะเร็ง, โดยเครื่องบิน  
บริษัท สวิสแอร์ เที่ยวบินที่ ๕๐๔ ในวันที่  
จันทร์ที่ ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ เวลา  
๑๔.๓๐ น.

การทำภาพถ่าย เนื่องจากนายแพทย์สภา  
ลิ้มพาณิชย์การ (หน่วยภาพการแพทย์)  
ไปรับการอบรม ณ หน่วยฝึกและอบรมโสต-  
ทัศน์ศึกษาไทย - อเมริกัน ถนนเพลินจิต,  
ในตอนเช้าตั้งแต่วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ.  
๒๕๐๔ ถึง ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๐๕,  
เฉพาะวันที่ ๑๒, ๑๕, ๑๘, ธันวาคม.  
และ ๓ มกราคม. อบรมเต็มวัน.

ข่าวพยาบาล

ชุมนุมศิษย์เก่าเลี้ยงส่งอาจารย์พยาบาล

ในวันเสาร์ ที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๐๔ เวลา ๕.๐๐--๑๔.๐๐ น. กำหนดมีงานชุมนุมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชที่กรุ่น ณ บริเวณตึกนอนพยาบาล. เริ่มด้วยพิธีทางศาสนา, การแสดงเกี่ยวกับการศึกษาที่กแขนง, การแสดงเชิดเตล็ด และ การออกร้านขายอาหารและขายของเชิดเตล็ด. เวลา ๑๘.๐๐--๒๔.๐๐ น. มีการเลี้ยงส่งคุณหญิงพิณพากย์พิทยาภท, ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล, และคุณครูเจนจิรา เขรวานะกุล ณ บริเวณหอประชุมราชแพทยาลัย. มีการเลี้ยงอาหารค่ำ, กล่าวคำปราศรัยแล้ว เริ่มการแสดงเวลา ๒๐.๐๐ น. โดยศิษย์เก่าและนักศึกษาปัจจุบัน. โดยที่อาจารย์ทั้งสองท่านที่จะออกไปเพราะเกษียณอายุราชการ,

ได้ทำงานให้แก่ศิริราชมาแล้วไม่ต่ำกว่าคนละสามสิบปี. จึงเป็นที่น่าอาลัยอย่างยิ่ง.

ย้าย น.ส. วันดี ช่างบุญชู พยาบาลประจำตึกอรรถกวีสุนทร, และ น.ส. วิไลสุวรรณโรจน์, พยาบาลประจำตึกอานันทมหิดลล่าง, โอนไปรับราชการกรมการฝึกหัดครู, กระทรวงศึกษาธิการ, ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๐๔.

ลาออก น.ส. ศุภร สุวรรณภา, พยาบาลประจำตึกข้าวไทยชน, ลาออกตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๐๔

เยี่ยม น.ส. แนนซี พาร์กินสัน, ครูพยาบาลจากออสเตรเลีย, ได้เข้าเยี่ยมและทำงานโรงเรียนพยาบาลและโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ ๒๕-๓๐ ธันวาคม ๒๕๐๔ รวม ๖ วัน.

ข่าวศิษย์เก่า

บำรุงห้องสมุด แพทยศาสตร์บัณฑิต รุ่น ๒๕๕๔-๒๕๕๕ บริจาคเงิน ๗๐๐.๐๐ บาท เพื่อ สม ทบ ทน แพทย ศาสตร์ บัณฑิต รุ่น

๒๕๕๔-๕๕ ที่ตั้งไว้สำหรับบำรุงห้องสมุดเราขอชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง.

ของแถม

ผู้สับบหริกับวิตามิน ซี.

ได้มีรายงานแสดงว่าความต้องการวิตามิน ซี ในผู้สับบหริเพิ่มขึ้นกว่าพวกที่ไม่สับบหริ ในปี ๑๙๕๕ C. Goyanna ได้ศึกษาอยู่นานกว่า ๒ ปีในผู้ทดลอง ๕๐๐ คน. ในผู้สับบหริ ๑ ถึง ๑๐ ทวีต่อวันไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงในการขับถ่ายวิตามิน ซี ทางปัสสาวะอย่างเห็นชัด, แต่พบว่าวิตามิน ซี ในปัสสาวะลดลงเมื่อสับบหริวันละ ๑๐ ถึง ๒๐ ทวี. ถ้ายังสับบมากขึ้นจำนวนวิตามิน ซี ในปัสสาวะจะยิ่งลดลงจนถึงไม่มีออกมา. ในปี ๑๙๖๐ G. Dietrich และ M. Buchner ก็ได้หาระดับของวิตามิน ซี ในเลือดและการขับถ่ายในปัสสาวะของผู้ไม่สับบหริ ๕๕ คน. พบว่าระดับวิตามิน ซี ในเลือดของผู้ไม่สับบหริ มีค่าเฉลี่ย ๑.๓๒ มก.ปช., ซึ่งสูงกว่าของผู้สับบหริ (๐.๕๐ มก.ปช.). การขับถ่ายของวิตามิน ซี ในปัสสาวะแสดงว่าผู้สับบหริมีการขาดวิตามิน ซี.

(รวบรวมจาก เมดิคัล มีร์เรอร์ ๑๙๖๑ (๔) : ๑๔.)

บุญเรือง นิยมพร W.B., Dr. med.