



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๔, ฉบับที่ ๑๐, ตุลาคม ๒๕๐๕

Volume 14, Number 10, October 1962.

### โรค เฮอร์ซสปริงก์

#### รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย

น.พ. ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. (Lond.) & S. (Eng.)

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์นายแพทย์อำนาจ เสมรส)

เมกะโคลีออน อาจแบ่งได้เป็น๓พวก,คือ:

๑. ออร์แกนิก เมกะโคลีออน, เกิดจากสาเหตุหนึ่งสาเหตุใดทำให้มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่, เช่นแผ่นพังผืดหรือการหมุนตัวของลำไส้. การวินิจฉัยอาศัยประวัติอาการซึ่งเริ่มนานหลังกำเนิด, ลำไส้ใหญ่ไม่ถูกขยายใหญ่นัก, ส่วนที่อุดตันมักสูงกว่าตำแหน่ง เร็คโตซิกมอยด์, และขอแยกที่สำคัญก็คือพบสาเหตุของการอุดตันดังกล่าว.

๒. ฟังก์ชันนัล เมกะโคลีออน, พบใน

เรื่องย่อ: นิลประภัสสร, ประเสริฐ: โรค เฮอร์ซสปริงก์, รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๒), ๔ : ๖๐๗ - ๖๑๔.

รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงไทยหนึ่งราย, อายุ๑๓ปี, เป็น เมกะโคลีออน แต่กำเนิด (โรคเฮอร์ซสปริงก์). ลำไส้ใหญ่ถูกขยายกว้างถึง ๒๔ ซม., ซึ่งยังไม่เคยปรากฏในรายงานมาก่อน. ส่วนบนของ เร็คตัม ก็ถูกขยายด้วยจนดูเกือบเต็มช่องเชิงกราน, ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคนี้อยู่นาน. ได้รักษาโดย 'Pull Through Operation'. อาการดีขึ้น, ท้องยุบลง, กลับบ้านได้หลังผ่าตัด ๒ เดือน. ผลการตรวจแสดงว่าอวัยวะในช่องท้องสามารถฟื้นตัวจากการกดของลำไส้ใหญ่ได้บ้าง.

เด็กที่มีนิสัยถ่ายอุจจาระไม่ปกติหรือในผู้  
ใหญ่ที่เป็นโรคจิต. หากตรวจทวารหนัก  
ด้วยนิ้วจะพบมีอุจจาระอยู่เต็ม รัศมี. เมื่อ  
ตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการสวน ขาเรียม, พบ  
ว่ามีการถ่างขยายทั้งของลำไส้ใหญ่และ  
รัศมีด้วย. สำหรับ รัศมี อาจใหญ่มาก  
จนเต็มช่องเชิงกราน. แต่ลำไส้ใหญ่ส่วน  
บนไม่ขยายใหญ่นัก. สำหรับพวกนี้เมื่อสวน  
อุจจาระแล้วอาการจะดีขึ้น.

๓. ค็อนเจนิทัล เมกะโคลิออน, คือโรค  
เฮิร์ชสปริงก์ (Hirschsprung's Disease)  
เป็นพวกที่สำคัญและพบบ่อยกว่าสองพวก  
แรก. มักพบในเด็กเล็กเพศชาย. มีน้อย  
มากที่พบในอายุ ๗ ถึง ๑๐ ปี. ลำไส้ใหญ่  
ถูกกั้นขยายใหญ่มาก, พร้อมกับการเพิ่ม  
ความหนาของผนังในส่วนนี้ด้วย. แต่ส่วนที่  
เป็นสาเหตุนี้มักมีแห่งเดียวที่ตรง รัศมี.  
เป็นการผิดปกติในหน้าที่ของลำไส้  
ช่วงนี้ขาด แก่งเกลียน เซลล์ ในมายเอ็นเทอ-  
ริค เปลีสซัส. ขนาดของช่อง รัศมี ปกติ  
หรือแคบไปเพียงเล็กน้อย. เมื่อตรวจทวาร  
หนักด้วยนิ้วจะพบว่ากะเปาะ รัศมี วางไม่  
มีอุจจาระ (พบ ๕๒๒๗). (9) การสวนอุจจาระ  
ในระยะหลัง ๆ จะไม่ช่วยผู้ป่วยแต่อย่างใด.

การวินิจฉัยโรค เมกะโคลิออน ทาง  
รังสี กระทำได้ ๒ ทาง, คือ:

๑. การถ่ายภาพรังสีของช่องท้อง, มัก  
ให้การวินิจฉัยได้บ่อย ๆ. โดยเฉพาะอย่าง  
ยิ่งสำหรับพวกโรค เฮิร์ชสปริงก์ จะเห็น  
ก่อนอุจจาระผสมปนอยู่กับแก๊สเป็นเม็ดขนาด  
ต่าง ๆ ตามแนวของลำไส้ใหญ่ซึ่งถูกถ่าง  
ขยายกว้างออก, แต่ไม่สามารถขอก  
ตำแหน่งส่วนที่ไม่ขยายตัวได้. ต้องอาศัย  
วิธีต่อไป.

๒. การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการสวน  
ขาเรียม. ตำแหน่งที่เริ่มมีการถ่างขยาย  
ของลำไส้ใหญ่นั้นแตกต่างกันระหว่าง ๓ พวก  
ทั้งกล่าวแล้วข้างต้น. สำหรับพวกโรค  
เฮิร์ชสปริงก์ นั้นส่วนที่ผิดปกติมีความ  
กว้างของช่องทางตามปกติหรือแคบกว่า  
เล็กน้อย, แต่พอพ้นตำแหน่งนี้  
การขยายถ่างออกมากทันทีทันใด. ส่วน  
ที่ผิดปกตินั้นอาจสั้นหรือยาวตลอดลำไส้  
ใหญ่ก็ได้, มีน้อยมากที่จะแยกเป็นสอง  
ตำแหน่ง.

การตรวจต้องทำหลายท่า. ในท่าก้ม  
หน้าส่วนที่ขยายมักจะบังส่วนต่อกับส่วนที่ไม่  
ขยาย. คุก้านข้างเห็นได้ชัดกว่า. การ ถ่าย  
ฟิล์มเล็กบนทกภาพไว้ระหว่างตรวจจึงเป็น

การจำเป็นมาก.

ในเด็กเล็กอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ชักเจน. ต้องอาศัยการติดตามของ ขาเรียม เหนือ เร็คคัม ในภาพรังสีที่ถ่าย ติดตามภายหลัง ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมง. ในเด็กปรกติจะไม่พบ ขาเรียม ค้างอยู่เลย. (4.5) ควรตรวจซ้ำหลายครั้งเพื่อผลการ เปลี่ยนแปลงทุก ๒ หรือ ๓ เดือน, โดย ยังไม่จำเป็นต้องรักษาจนกว่าจะอายุ ๒-๓ ปี, นอกจากทำ โคโลสโตมีย์ ไว้. (4)

อันตรายในการตรวจ ในการตรวจด้วยการสวน ขาเรียม นมขอแนะนำที่ควรระวัง หลายประการ, เพราะมีรายงานเกี่ยวกับการตายของเด็กพวกนี้ภายหลังการตรวจ หรือการสวนอุจจาระตามธรรมดาหลายราย แล้ว. (1.2.3.6.7) ส่วนใหญ่ว่าเป็นผลจาก พิษของน้ำ (water intoxication). เพราะ ในรายพวกนี้มีพบนทจะกดซึมมาก, ทงยังมีแผลเล็ก ๆ ตามผิว ๆ ด้วย, ประกอบกับการสวนน้ำที่มีความเข้มข้นน้อย และความคั้นสูงด้วย.

สไตน์แบ็ค กับพวก (7) ให้ข้อแนะนำ การตรวจที่สำคัญ ๔ ข้อ, คือ :

- ๑. น้ำที่ผสม ขาเรียม ควรเป็นน้ำเกลือ.
- ๒. ภายหลังการตรวจควรกดหรือค่อท่อ

เอาน้ำที่สวนเข้าไปกลับออกมา.

๓. อย่าสวนด้วยความคั้นสูง. ควร ขวนขาเรียม ให้สูงกว่าคนไข้อย่าง ๒-๓ ฟุต.

๔. เมื่อสวน ขาเรียม เข้าถึงส่วนที่ถ่าย ขยายแล้วหลีกเลี่ยงสวนไต.

ฉะนการสวนอุจจาระด้วยน้ำสบูหรือน้ำ ธรรมดาในพวก เมกะโคลิออน ต้องทำด้วยความระวัง. นอกจากนี้ยังไม่ควรใช้พวกเกลือหรือ โยแร็กซ์ หรือพวกยาระบาย พาราซีทึมเพเรติก ร่วมด้วยในการตรวจ. (6)

รายงานผู้ป่วย

มีผู้ป่วย ๑ รายซึ่งพบเป็น เมกะโคลิออน ในอายุก่อนข้างมาก, และลำไส้ใหญ่ถูก ขยายใหญ่มากเป็นพิเศษ.

ผู้ป่วยเป็นเด็กหญิงไทย, อายุ ๑๓ ปี (เลขที่ทวิไป ๑๑๕๕๗๕.๐๓, เลขที่ภายใน ๓๐๖๗๑.๐๓) รั้วไว้ในแผนกศัลย- ศาสตร์ เมอวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๓ โดยมีอาการสำคัญว่าท้องโตมากมา ๑ ปี.

ประวัติการป่วย ผู้ป่วยมีประวัติการ ถ่ายอุจจาระผิดปกติมาตั้งแต่เล็ก, อุจจาระ น้อยมาก, และถ่ายออกมาลักษณะเป็น เส้น ๆ. อุจจาระห่าง ๔-๕ วันต่อครั้ง.

ท้องโตกว่าเด็กเพื่อนบ้าน.

๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาลท้องโตขึ้นมาก ชักเจน. มีอาการแน่นอึดอัด, แต่ไม่ถึงกับเจ็บ, รับประทานอาหารได้น้อยลงเพราะอึดอัดมากขึ้น. หลังอาหารบางครั้งรู้สึกคล้ายมีก้อนนุ่ม ๆ ในท้องลอยไปทางโน้นทางนี้. ออจจาระน้อยลงไปอีก. ราว ๑๐ วัน ถ่ายสักครั้งหนึ่ง. อยากถ่ายออจจาระทุกวันแต่ถ่ายไม่ออก. ออจจาระสีเข้มค่อนข้างดำ.

๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลท้องโตขึ้นกว่าเดิมอีก. คนใช้รู้สึกอึดอัดมาก, ไม่ค่อยมีแรง, เบื่ออาหาร. ถ่ายออจจาระ ๑-๑๕ วันต่อครั้ง. ไม่เคยอาเจียน.

เริ่มมีระดู เมื่อย่างเข้าอายุ ๑๓ ปี. ครั้งแรกมีนาน ๑๐ วัน, ออกมาก. ต่อมาทุกเดือน, ครั้งละ ๗-๘ วัน. มีอาการปวดน้อยมากทุกครั้ง.

ไม่มีลักษณะใดที่สื่อถึงความผิดปกติทางจิตใจ.

#### การตรวจร่างกายแรกรับ

อุณหภูมิ ๓๖.๒ °ซ., การหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที, ชีพจร ๑๐๒ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต ๑๑๒/๗๐ มม.ปรอท. รูปร่างผอม. แต่ท้องโตมาก. หายใจขัดเล็กน้อย. ริมฝีปากแห้ง. ลิ้นเป็นขุยฝ้า.

หน้าท้องโตนูนออกมาทุก ๆ ไป. ไม่มีหลอดเลือดโป่งขยายที่ผิว. เห็นมุก่อนในท้อง เคลื่อนไปมา บริเวณยอดอกและไต ชายโครงซ้าย. กดคล้อยมีอาการค้อยภายใน, แต่ก็คลำได้ก้อนขรุขระเต็มท้องไปหมด. บางแห่งเคาะได้โปร่ง. บางแห่งเคาะได้ทึบ. ฟังไม่ได้เสียงลำไส้เคลื่อนไหว. วัดรอบท้องได้ ๕๐ ซม.

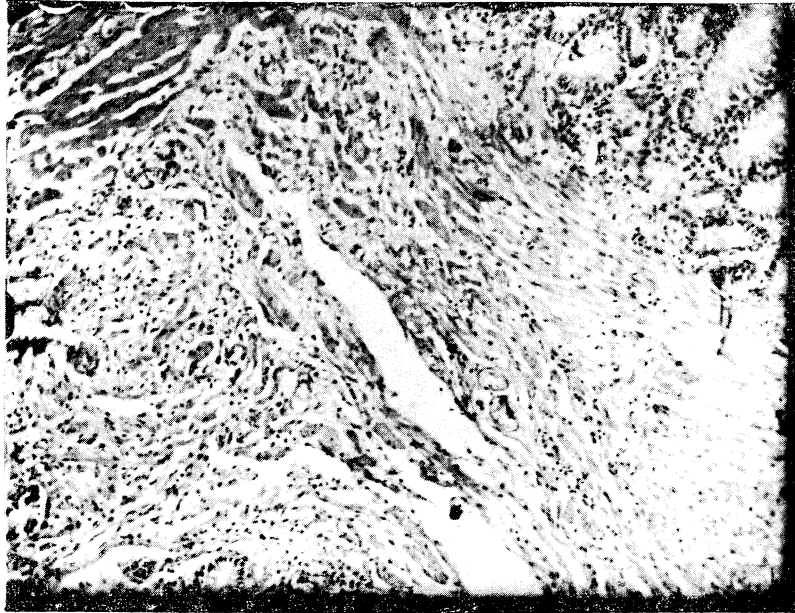
ในการตรวจทวารหนักด้วยนิ้ว พบว่าขนาดเล็กกว่าปรกติและมีการรั่วตัวมากกว่าปรกติเล็กน้อย.

การตรวจทางห้องทดลอง ซีโมโกลบิน ๗๕ ปรซ. เม็ดเลือดแดง ๔.๐ ล้าน/ล.มม. เม็ดเลือดขาว ๑๐๘๐๐/ล.มม. ป. ๒๔ ปรซ. ล. ๖๘ ปรซ. ม. ๒ ปรซ. อ. ๒ ปรซ., นิวโทร. มัยอีโลไซต์ ๔ ปรซ.. ในปัสสาวะและออจจาระไม่พบสิ่งผิดปกติ.

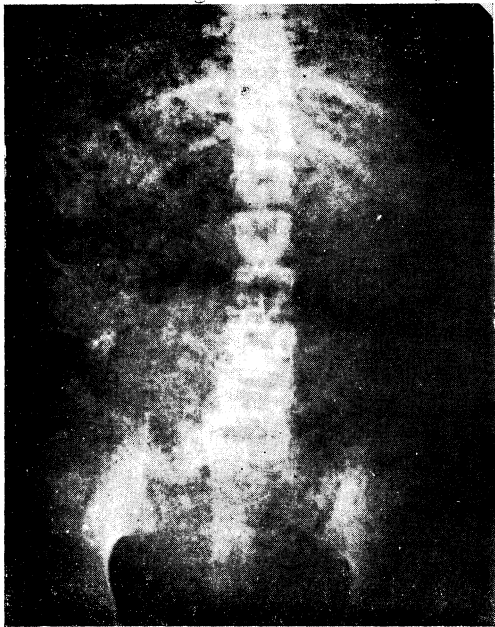
สำหรับการตรวจทางรังสีจะ ได้กล่าวต่อไปภายหลัง.

#### การวินิจฉัยขั้นแรก เมกะโคลิออน.

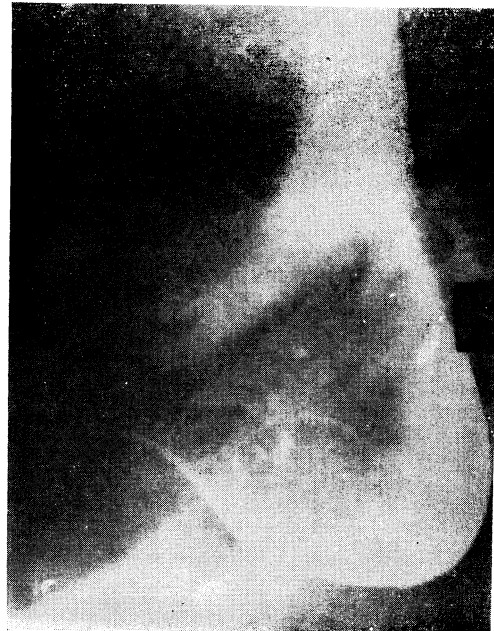
การดำเนินของโรคและการรักษา หลังจากได้ส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสีช่องท้องแล้ว, วันรุ่งขึ้น (๑๓ ธ.ค. ๐๓) ก็ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. ในวันแรกได้ลองสวนออจจาระดู ได้ออจจาระ ออกมาเพียงเล็กน้อย.



รูปที่ ๑



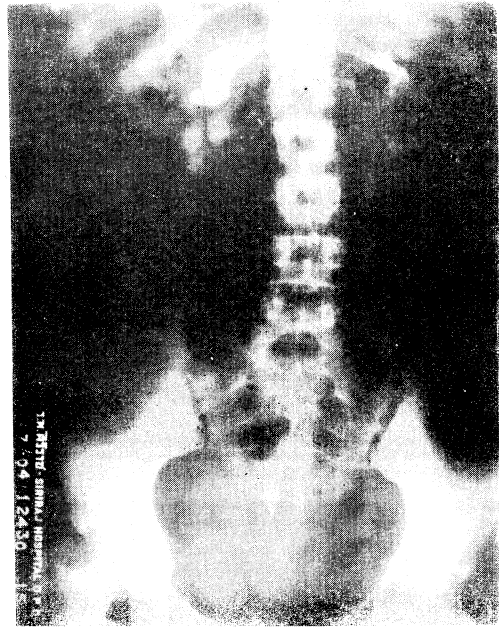
รูปที่ ๒



รูปที่ ๓



รูปที่ ๔



รูปที่ ๕



รูปที่ ๖



รูปที่ ๗

สองวันต่อมาได้ลองขยายทวารหนักแต่ไม่  
ทำให้อุจจาระออกได้มากขึ้น. รุ่งขึ้นได้ทำ  
การตรวจทวารหนักทางรังสีด้วยการสวนยา  
เตรียม.

๕ ม.ค. ๖๕ (วันที่ ๑๗ ในโรงพยาบาล),  
ได้รับการผ่าตัดทำ ซีกอสโตมีย์.  
แต่ท้องก็ยังไม่ยุบลงได้.

๒๐ ม.ค. ๖๕ (วันที่ ๓๑ ในโรงพยาบาล),  
ได้ทำการล้างทวารหนักและเอา  
อุจจาระออกมามาก, ลักษณะแข็งแฉะหิน.  
แต่ท้องก็ยังยุบไม่มาก.

๓ ก.พ. ๖๕ (วันที่ ๔๕ ในโรงพยาบาล),  
ได้ล้างทวารหนักอีกครั้งหนึ่ง.

๑๕ มี.ค. ๖๕ (วันที่ ๘๕ ในโรงพยาบาล),  
ได้ทำ "Pull Through Operation"  
โดยอาจารย์นายแพทย์ลิม คุณวิศาล.  
อาการดีขึ้น. ท้องยุบลงเรื่อย ๆ. อาการออก  
อืดหายไปมาก. รับประทานอาหารได้. ได้  
รับอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ ๑๖ พ.ค.  
๖๕. รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ๕ เดือน.  
สรุปผลการรักษาได้ว่า "หาย"

การวินิจฉัยทางจุลทัศน์ (รูปที่ ๑)  
ลักษณะจุลกายวิภาคสันนิษฐานว่าเป็น โรค  
เฮิร์ชสปรังก์ เพราะไม่พบ แก็งเกลียน  
เซลล์เลย, แม้ตรวจหลาย เซกชัน.

ผลการตรวจและข้อวินิจฉัยทางรังสี

๑๒ ธ.ค. ๖๓, ภาพรังสีของช่องท้อง  
(เลขที่ ๐๓.๔๒๖๖๖) แสดงเงาของก้อน  
อุจจาระเป็นกระจุก ๆ ปนกับแก๊ส, ทำให้  
เห็นเป็นเมฆ ๆ เปรอะไปทั้งท้อง. (รูปที่ ๒)  
จากภาพดังกล่าวสามารถให้การวินิจฉัยได้เลยว่า  
เป็น เมกะโคโลนอน.

๑๕ ธ.ค. ๖๓, การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วย  
การสวนยาเตรียม (เลขที่ ๐๓.๔๓๐๗๕),  
พบว่าส่วน เร็คตัม แคบกว่าปรกติเล็กน้อย  
เป็นระยะประมาณ ๕ ซม. เห็นขนไป  
ลำไส้กลับกว้างออกมากทันที. ยาเตรียม  
ที่สวนแทรกไปรอบ ๆ โดยไม่มีการเคลื่อนไหว  
ไหวของลำไส้, และขนานไปกับผนังของ  
เชิงกราน. ขอน แสดงว่าส่วนนี้ขยายใหญ่  
เกือบเต็มช่องเชิงกราน. (รูปที่ ๓, ๔) ส่วน  
ซีกมอดี้ ปรากฏให้เห็นว่าถูกขยายกว้างถึง  
๒๔ ซม., นับว่าใหญ่มาก. กเกือบเต็ม  
ความกว้างของช่องท้องเด็กทีเดียว. ช่อง  
อกถูกเบียดเหลือแคบมาก.

ผู้รายงานเป็นผู้ตรวจและให้ความเห็นว่า  
"เมกะโคโลนอน" และเพื่อเป็นการศึกษา  
การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอื่น ๆ สำหรับ  
รายงานซึ่งเป็นมานานแล้วและใหญ่มาก, จึง  
ได้แนะนำให้ทำการตรวจค้นทางรังสีต่อไป.

คือขอให้ทำการตรวจไตด้วยการฉีดสารทึบ  
รังสีเข้าหลอดเลือด, การทำภาพของโพรง  
มดลูกและท่อรังไข่, และการตรวจทางเคิน  
อาหารส่วนบน.

สำหรับการทำรังสีของโพรงมดลูกและ  
รังไข่ในนี้ต่อมาไม่ได้ทำเพราะเห็นว่าผู้ป่วย  
ยังเด็กนัก, จะเป็นการรบกวนผู้ป่วยและจะ  
เสียเวลาการรักษามากเกินไป. แต่อย่างไร  
ก็ตาม, คิดว่าการที่ลำไส้โตเต็มช่องเชิง-  
กรานตั้งแต่เด็กนั้น, คงมีผลต่อมดลูกและ  
รังไข่บ้าง. จะเห็นได้จากประวัติระยะที่มานาน  
และมีอาการปวดท้อง.

การตรวจไตด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้า  
หลอดเลือดทำครั้งแรกเมื่อ ๒๒ ธ.ค. ๐๓  
(เลขที่ ๐๓.๔๓๘๗๖). ปรากฏว่าเห็น  
ไม่ชัด, เพราะมีองจาระขังมาก. ได้ทำการ  
ตรวจอีกครั้ง (เลขที่ ๐๔.๑๒๔๓๐) เมื่อ  
๑๗ เม.ย. ๐๔ ซึ่งเป็นเวลาหลังการผ่าตัด  
ครั้งสุดท้ายประมาณ ๑ เดือน. (รูปที่ ๕) พบ  
ว่าการขังถ่ายของไตทั้งสองข้างดี, แต่ข้าง  
ซ้ายขวามีการโป่งพองของกรวยไตชัดเจน.  
ข้างก้มทำเช่นกันด้วย. ส่วนหลอดไตไม่  
เห็นชัด. อาจมีการโป่งพองเหมือนกัน. แต่  
ทงนผู้รายงานคิดว่าเห็นเพราะถูกสกัดกั้นมา  
นาน, ไม่ใช่เป็นจากกำเนิดอย่างท้อจพบ

ร่วมกันได้กับพวก เมกะโคล็อน. ส่วน  
กระเพาะปัสสาวะไม่อาจบอกได้ว่ามี ฮัยโป-  
โทเนีย หรือไม่.

๒๗ ธ.ค. ๐๓, ในการตรวจระบบทาง  
เคินอาหารโดยให้รับประทาน บำเรียม  
(เลขที่ ๐๓.๔๔๔๕๗) พบว่าส่วนล่างของ  
หลอดอาหารถูกกดและเบียดไปด้านหลัง.  
กระเพาะอาหารก็ถูกเบียดขึ้นบนและไปทาง  
หลัง. ส่วนต้นของลำไส้เล็กก็เช่นเดียวกัน.  
ทงนก็เนื่องจากการกดของลำไส้ใหญ่ที่โต  
ขึ้น.

นอกจากนี้ยังได้ทำการตรวจทางรังสีอก  
๓ ครั้ง, ซึ่งเป็นการตรวจหลังการผ่าตัดทั้ง  
สิ้น. ในการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการ  
สวน บำเรียม (รูปที่ ๖) เมื่อ ๔ พ.ค. ๐๔  
(เลขที่ ๐๔.๑๔๘๔๗) เพื่อดูผลการผ่าตัด  
(หลังผ่าตัด ๕๐ วัน), พบว่าขนาดของลำไส้  
ใหญ่เล็กลงกว่าเดิมหลายเท่า, เหลือเพียง  
ประมาณ ๖ ซม. โดยตลอด. ไม่มีก้อน  
องจาระค้ำอยู่อีก. เสียคายที่ไม่เห็นส่วน  
ใกล้ทวารหนักในภาพรังสี (ครั้งนผู้รายงาน  
ไม่ได้ตรวจเอง), แต่ก็ไม่พบลักษณะ  
ว่าจะมีการรั่วตีผิดปกติ.

การตรวจครั้งสุดท้าย, คือเมื่อ ๑๐  
พ.ค. ๐๔, เป็นภาพรังสีของช่องท้อง (เลขที่

๐๔.๑๕๔๔๕). พบว่าลักษณะทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปรกติ, (รูปที่ ๗) ไม่มีอาการระคายเคืองอย่างประอะแบบครั้งแรก.

ข้อวิจารณ์

จากประวัติการตรวจร่างกายและผลของการตรวจทางรังสี สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ว่าเป็น “เมกะโคลิออน” แต่ปัญหาที่ยังจะสงสัยว่าจะเป็นโรค เซอร์ซัสปรังก์ หรือไม่, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการตรวจทางรังสี. สำหรับผู้ป่วยรายนี้ พอจะแยกข้อแรกคือ เมกะโคลิออน ออกไปได้, เพราะลำไส้ใหญ่ถูกค้นขยายตัวออกมากและส่วนต่อที่อยู่ต่ำลงไปในช่วงเชิงกราน. แต่การที่ส่วนที่อยู่ต่ำเกินไป, ทำให้แยกยากจากพวก ฟังก์ชันนิล เมกะโคลิออน ซึ่งอาจพบที่เร็คตัม ใหญ่เต็มอู้งเชิงกราน.

ความจริงในรายนี้ไม่ใช่ว่าทุกส่วนของเร็คตัมจะถูกขยาย. ส่วนล่างของมันยังมีการรัศควัในระยะเวลาที่ไม่นานนัก. ส่วนบนที่ถูกขยายต่างจนเกือบเต็มอู้งเชิงกราน, คงเนื่องมาจากเพราะเป็นมานานพิเศษกว่ารายอื่น ๆ จนลำไส้ใหญ่กว้างมาก, พลอยต่าง เร็คตัมส่วนบน, ประกอบกับน้ำหนักของจากระที่ถ่วงลงมาด้วย.

อนึ่ง, การถ่ายภาพขยายนักไม่ใช่เป็นเฉพาะที่ส่วนใกล้ทวารหนักเท่านั้น. ถ้าลำไส้ใหญ่ส่วนบน ๆ ก็ขยายกว้างด้วยเหมือนกัน, จึงน่าจะเป็นในทางโรค เซอร์ซัสปรังก์ มากกว่า.

ในการถ่ายภาพทวารหนัก และการสวนอู้งจากระตังหลายครั้งก็ไม่ได้ช่วยให้สภาพของผู้ป่วยดีขึ้น. ซ้อนเป็นข้อสันนิษฐานด้วย. อย่างไรก็ตาม, ผลการตรวจทางจุลทัศน์ของบริเวณ เร็คตัม ที่ถูกตัดออกมานั้น, ทำให้การวินิจฉัยโรคนี้ไม่เป็นปัญหาต่อไป.

เมกะโคลิออน แต่กำเนิดหรือโรค เซอร์ซัสปรังก์ รายงานนี้ว่ามีการรักษาเมื่ออายุมากกว่ารายอื่น ๆ. ทั้งขนาดลำไส้ใหญ่ที่ถูกถ่ายภาพขยายนักใหญ่โตเป็นพิเศษ ถึงประมาณ ๒๔ ซม. เกือบขนาดไม่ค่อมมีกล่าวไว้ในรายงาน. ส่วนสั้น กับพวก (9) กล่าวว่ลำไส้ที่ว่ใหญ่มากก็อาจใหญ่ไม่ถึง ๒๐ ซม. รายงานของเราว่เคยพบขนาดใหญ่ถึง ๖.๗ นิ้ว. (11)

เกี่ยวกับวิธีการตรวจทางรังสี สำหรับรายนี้ขอขบพ้องเล็กน้อย. คือการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการสวน ยาเรียม ครั้งหลังไม่มีภาพเฉพาะที่ตรงตำแหน่ง เร็คตัมให้เห็นในท่าอื่น. การใส่ ยาเรียม เข้าไปจนตลอดลำไส้ใหญ่ใน ราย เมกะโคลิออน อาจมี

ช็อคอย่างที่จะช่วย แยกระหว่างโรคที่เป็น  
แต่กำเนิดกับ ฟังก์ชันล เมกะโคล็อน และ  
อาจพบความผิดปกติแต่กำเนิดอื่น ๆ อีก.  
แต่ก็ไม่เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะเสี่ยงต่ออิน-  
ตรายติงกล่าวข้างต้น, ในรายที่ลำไส้ใหญ่  
กำลังถูกขยายอย่างมาก.

การใช้เครื่องมือขอกำหนดตำแหน่งทวาร-  
หนักเพื่อกำหนดช่วง ของส่วนที่ผิดปกติ<sup>(10)</sup>  
ก็เป็นประโยชน์บ้าง, แต่ผู้รายงานยังไม่เห็น  
ความสำคัญมากนัก, ไม่จำเป็นต่องั้น  
มากถึงกับว่าเป็นการผิดเทคนิค, เพราะการ  
วัดระยะช่วงนั้นก็เข้าไปโดยประมาณ. อาจ  
ยึดเอาตำแหน่งสัมพันธ์กับปลายกระดูกกัน  
กับกึ่งหัวหน้าไว้ได้. รายงานส่วนใหญ่จึงมุ่ง  
แต่วิธีการตรวจที่สำคัญและหลบเลี่ยงอิน-  
ตรายติงกล่าวข้างต้น.

### สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงไทย ๑ ราย,  
อายุ ๑๓ ปี, เป็น เมกะโคล็อน แต่กำเนิดหรือ  
โรคเฮอร์ชสปรังก์. ในการตรวจทางรังสีพบ  
ว่าลำไส้ใหญ่ถูกขยายต่างออกใหญ่มากเป็น  
พิเศษ, แม้ส่วนบนของเร็คตัมก็ถูกขยาย  
ด้วย, จนเกือบเต็มช่องเชิงกราน, เพราะ  
เป็นมานานกว่ารายอื่น ๆ ที่เคยมีรายงานไว้.

การรักษาคือการถ่างทวารหนัก และ

การทำ ซิคอสโตมีย์ ไม่ได้ผล. ผู้ช่วยหาย  
ก็ด้วยการทำ "Pull through Operation"  
เช่นเดียวกับในรายงานของเส่วินสัน กับ  
บิลล์. (8)

ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์นาย  
แพทย์อำนาจ เสริมรส, ศาสตราจารย์  
นายแพทย์อคม โปษกฤษณะ, และนาย  
แพทย์สม คุณวิศาล, ที่อนุญาตให้เสนอ  
รายงาน, นายแพทย์นวัฒน์ จันทรวงศ์  
สำหรับการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา, และ  
หน่วยภาพการแพทย์สำหรับภาพประกอบ.

### เอกสาร

1. Burnard, E.D.: B.M.J. 1950, 1:151-156.
2. Hiatt, R.B.: Ann. Surg. 1951, 133: 313-320.
3. Jolleys, A.: B.M.J. 1952, 1: 692-693.
4. Klein, R.R., R.A. Scarborough Am.J. Dis. Child. 1954, 87: 575-585.
5. McDonald, R.G., W.A. Evans Jr.; Am.J. Dis. child. 1954, 87: 575-585.
6. Richards, M.R., R.B. Hiatt; Pediat. 1953, 12: 253-256.
7. Steinbach, H.L., R.H. Rosenburg, M. Grossman, T.L. Nelson: Radiology, 1955, 64: 45-50.
8. Swenson, O., A.H. Bill Jr.; Surgery 1948 24: 212.
9. Swenson, O., E.B.D. Neuhauser, L.K. Pickett: Pediat. 1949, 4: 201.
10. สุขโรจน์, กำธร, กุณฑล สุนทรเวช; บรรยาย ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.
11. อินทรสุขศรี, เสนอ: สารศิริราช 2501, 10: 429-441.

(Summary of the preceding Report)

A CASE OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Prasert Nilprabhassorn, M.B.

(Dept. of Roentgenology)

(Head of Dept.: Professor Dr. Amnuay Samerasut)

---

A Thai girl of thirteen sought treatment for chronic enlargement of the abdomen. The history goes back to early childhood, when it was noticed that the patient passed scanty, thread-like stools only at long and irregular intervals and the belly was unusually large. The symptoms of oppression, weakness and poor appetite became aggravated with the lapse of time. Examination revealed much enlarged abdomen (circumference 90 cm.) full of

scybalous masses, which were visible by roentgenography. Repeated dilatation of the rectum and caecostomy failed to relieve the condition, which was finally removed by a "pull-through operation". The patient was discharged "cured" after five months' hospitalization. Microscopic section of surgical specimen was typical of Hirschsprung's disease.

(Eleven references. Seven figures)

---

## บทความพิเศษ

### วิวัฒนาการของแผนกศัลยศาสตร์ ( ศิริราชพยาบาล ) หลังสงครามโลกครั้งที่สอง

อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med., Dr. med, dent. (Leipzig)  
(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก, ศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ)

ที่พระอุปสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ากรม  
หลวงสงขลานครินทร์ มีคำจารึกดังต่อไปนี้:

“พระกรณียกิจเกี่ยวกับการแพทย์  
การพยาบาล และอื่น ๆ

๑. ทรงบริจาคทุนทรัพย์ส่วนพระองค์  
ส่งบุตรภรรยาไปศึกษา ณ ต่างประเทศ  
ในแพทยศาสตร์, สาธารณสุขศาสตร์,  
วิชาการพยาบาลผดุงครรภ์, เกษศาสตร์,  
ทันตแพทยศาสตร์, อักษรศาสตร์และ  
วิทยาศาสตร์, วิชาการประมง ฯลฯ เพื่อ  
ให้นำวิชาเหล่านั้นมาอบรมสั่งสอนชาวไทย  
และใช้วิชานั้น ๆ ให้เป็นประโยชน์แก่  
ประเทศชาติสืบไป.

๒. ทรงเป็นพระอัครในการเจรจาติดต่อ

ให้ รอคคิเฟลเลอร์ มูลนิธิ ตกลงร่วมมือ  
กับรัฐบาลไทย ในการปรับปรุงการสอนและ  
หลักสูตรแพทยศาสตร์ให้มีมาตรฐานชั้น  
ปริญญา.

๓. ทรงบริจาคทุนทรัพย์ส่วนพระองค์  
เป็นอันมากช่วย ในการก่อสร้าง โรงเรียน  
แพทย์และ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ใน  
คราวปรับปรุงโรงเรียนทั้งสองร่วมกับรอคคิ-  
เฟลเลอร์ มูลนิธิ.

๔. ทรงสนับสนุนการวิจัยและทรงเล็ง  
เห็นความสำคัญในการ ให้อาจารย์ใน  
มหาวิทยาลัยมีโอกาส ได้ศึกษาเพิ่มเติมใน  
ต่างประเทศ, จึงได้ทรงบริจาคทรัพย์ส่วน  
พระองค์ตั้งเงินทอนเพื่อการเหล่านั้น.”

ตามคำจารึกนี้จะเห็นได้ว่าสมเด็จพระ-

ราชบัณฑิต มีพระบัญชาสมเด็จพระเทพฯ ยิง, เห็นการณ์ไกล, ได้ทรงช่วยยกระดับของโรงเรียนแพทย์ชั้นระดับมหาวิทยาลัย เมื่อปี ๒๔๗๑ และได้ทรงวางหลักของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์สำคัญไว้ ๓ ประการ คือ การสอน, การรักษาพยาบาลผู้ป่วย, และการค้นคว้า.

แม้ว่าเวลาจะล่วงเลยมาแล้วกว่าสามสิบปี, หลักทั้ง ๓ ประการนั้นก็ยังคงสมสมัยอยู่ทุกประการและเป็นหลักของการศึกษาทั่วโลก. เพื่อให้ได้เป็นผลดี, หลักทั้ง ๓ ประการจะต้องได้รับการทำนุบำรุงให้อยู่ในระดับเดียวกัน. การสอนถ้าไม่ได้เกิดจากการรักษาผู้ป่วยที่ดีและการค้นคว้า, ก็เป็นการสอนที่อาศัยตำราซึ่งผู้อ่านเขียนไว้, จำเขา มาพท, ปรากฏจากความหนักแน่น, ปรากฏจากลักษณะของครุฑ. การรักษาผู้ป่วยจะอยู่ในระดับก็จะต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และการค้นคว้าในตัวผู้ป่วย. ตำราต่าง ๆ ที่เขียนขึ้นก็อาศัยการตรวจ, การค้น, การพิจารณา และการรักษาผู้ป่วยที่ดี. นายแฟรงค์ จี. นิคอลส์, ผู้เชี่ยวชาญของสหประชาชาติในการประเมินค่ากิจกรรมวิทยาศาสตร์, ในเรื่องโครงการพัฒนาการวิจัย

ทางวิทยาศาสตร์ในประเทศไทย, เขียนไว้ว่า “งานวิจัยนั้นเป็นสิ่งซึ่งมีผลประโยชน์ในการสอนในมหาวิทยาลัย, ซึ่งถ้าหากปราศจากสิ่ง กระตุ้นเตือนจากงานวิจัยแล้ว, ก็จะทำให้การสอนไม่ได้ผลและด้าสมัย. ทางมหาวิทยาลัยจะต้องถือว่าเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่งของ มหาวิทยาลัย ใน อันที่จะส่งเสริมการวิจัย ในทุกวิถีทางที่จะ พึงกระทำได้”.

เรามาลองพิจารณากันด้วยความเที่ยงธรรมปราศจากอคติว่าในแผนกศัลยศาสตร์, ศิริราชพยาบาล, อะไรก้าวหน้า, อะไรไม่ก้าวหน้าบ้าง, เพื่อประโยชน์ของการปรับปรุงในภายหน้า.

### การสอน

การสอนของเราวันนี้ว่าอยู่ในระดับที่ใด, ก็จะเห็นได้จากผลของ:

- (๑) การสอบ ECFMG.\*
- (๒) การส่งแพทย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ต่างประเทศ.

แพทย์ ชาว ต่าง ประเทศ ที่จะเข้าไปทำงานต่อในโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา นั้นจะต้องแสดงว่ามีมาตรฐานความรู้ดีพอ. เพราะ

\* การสอบเทียบความรู้กับ แพทย์ของสหรัฐอเมริกา.

ขณะนั้นจึงมีการทดสอบความรู้ของแพทย์ทั่วโลก. ที่สอบได้ทั้งหมดมี ๖๕ ปช. แพทย์ไทยสอบได้ได้มีเปอร์เซ็นต์สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นทั่วโลก, แสดงว่าการสอนแพทยศาสตร์ของเราอยู่ในระดับดี.

๒. การส่งแพทย์ไปศึกษาเพิ่มเติมต่างประเทศ เพื่อยกกลับมาเป็นอาจารย์ในแผนกนั้น, นับว่าได้ประสพผลเป็นที่น่าพอใจอย่างยิ่ง. แผนกศัลยศาสตร์มีข้าราชการประจำอยู่ ๕๐ คน, ไปศึกษาต่างประเทศแล้ว ๓๑ คน, มี ๕ คน ที่ยังไม่ได้ออกไปเพราะเป็นแพทย์ที่ยังใหม่อยู่ทั้งนั้น. ในจำนวนนี้มีผู้ได้รับปริญญาเอกถึง ๑๕ คน. สิ่งที่น่าปลื้มใจที่สุดก็คือแพทย์หนุ่มที่แผนกศัลยศาสตร์ส่งไปในระยะหลังนี้, ได้ทำชื่อเสียงให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลปรากฏชัดเจนนับขึ้น. มี น.พ. ประคิษฐ์ เจริญไทยทวี ผู้ที่สอบได้ F.F.A.R.C.S. จาก Faculty of Anesthetists, Royal College of Surgeons of England นับว่าเป็นคนแรกของเอเชีย. น.พ. สิริระ บณยรัตนเวช, ผู้ซึ่งไปศึกษาวิชาประสาทศัลยศาสตร์อยู่ ณ มหาวิทยาลัยเคดิงเบอร์เรอห์ กับศาสตราจารย์ นอร์แมน คอดด์, ทำงานก็มากจนได้เป็น "เรจิสตราร์", มีตำแหน่งคล้าย

อาจารย์ผู้หนึ่งแห่งมหาวิทยาลัยนั้น. น.พ. รุ่งธรรม ลัทพลไปศึกษาในสหรัฐอเมริกา กับศาสตราจารย์ บิวซ์, นายกสสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งโลก. ท่านได้เขียนมาว่า "He is liked by every one and has been doing excellent work in our hospital. I am sure that he will make a very fine neurological surgeon who will be a credit to you and to your country." อีกครั้งหนึ่งเกี่ยวกับการส่งนางพยาบาลไปฝึกหัดงานท่านเขียนว่า: "We have all been so pleased with Dr. Ladpli that we feel confident that any Thai whom you select would prove to be a highly desirable person."

การที่มหาวิทยาลัย ๆ ของสหรัฐอเมริกา, อังกฤษ, เยอรมันและฝรั่งเศสรับแพทย์ของแผนกศัลยศาสตร์ไว้ฝึกหัดงานนั้นนับว่าเป็นเกียรติแก่เราอย่างสูง, เพราะการเข้ามหาวิทยาลัยชนิดนี้ในสหรัฐอเมริกา นั้นสำหรับคนไทยเกือบจะเรียกว่าหวังไปโลกพระจันทร์. เมื่อเข้าไปได้แล้ว, คนของเราไปทำงานถึงจนเขาพบมาได้อย่างนั้น, ก็คิดว่าทั้งโรงเรียนแพทย์และคนของเราสมควรจะได้รับความสะดวกเสรี. การเข้าโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ของมหาวิทยาลัยแท้เป็นแต่เพียงวันใดก็ยวหรือไม่ก็ยวเลยนั้น, ไม่เป็นการยาก, เงินเดือนก็แพง.

ก. การสอนนักศึกษาแพทย์

การสอนนักศึกษา นั้นนับว่า ชน อยู่กับ อาจารย์ที่มคอคนสมบัตินั้นเป็นส่วนใหญ่. ความ ขยันหมั่นเพียร, คุณธรรมอันดีงามของ อาจารย์ เป็นสิ่ง กล ใจ อิน ประเสริฐสำหรับ นักศึกษา, แม้ว่าอาจารย์เหล่านั้นอาจจะไม่ เก่งในการสอน. การสอนตามแบบนั้นเกือบ จะบอกได้ว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง. มีการ แสดง ปรากฏตาม ระเบียบ ตอนย้ายวันละ ชั่วโมงทุกวัน. เว้นวันเสาร์วันเดียวที่มีการ สอนตอนเช้า. วิชสอนนั้นก็ไม่มีอะไรแปลก. ปรากฏไปเรื่อย ๆ. มีการเขียนกระดานดำ, เขียนไต่กระดานอย่างเคย. อุปกรณ์การสอน อย่างอื่น ๆ, เช่นการฉายสไลด์, มีบรรยาย เป็นครั้งคราว, ไม่เป็นประจำ.

ใน การประชุม เรือง การอบรมศึกษา แพทย์ศาสตร์ของไทยครั้งแรก ณ บางแสน, ชลบุรี, เมื่อปลายปี ๒๔๕๕ ได้มีมติว่า:

- ๑. ลดชั่วโมงการสอนให้น้อยลง, เพื่อ ให้นักศึกษามี โอกาสอ่านหนังสือฝึกฝนตัว เองบ้าง.
- ๒. จัดพิมพ์ปรากฏาขึ้นโดยอาจารย์ ต่าง ๆ ที่สอน, แจกหรือขายให้แก่ นักศึกษา ด้วยราคาเยาว. เมื่อมหนังสือเป็นตำราคงน จะย่นเวลาสอนไปได้ ๒๕-๕๐ ปีช.

๓. การสัมพันธ์ในการสอน, เช่น ระหว่างอายุรศาสตร์กับศัลยศาสตร์.

๔. สอนนักศึกษาข้างเคียงโดยแบ่ง ออกเป็นกลุ่มเล็ก ๆ, กลุ่มละ ๘-๑๒ คน.

ที่ทำได้สำเร็จได้คือมีอย่างเดียวคือข้อ ๔. ข้อ ๒ นั้นได้จัดพิมพ์ตำราบางส่วนสำเร็จในปี ๒๕๐๔. คำบรรยาย ที่พิมพ์ สำเร็จแล้วมี (๑) Fluid & Electrolytes. (๒) ศัลยศาสตร์ ของช่องท้อง, (๓) วิทยายุโร, (๔) ประสาท ศัลยศาสตร์.

เรื่องพิมพ์ การบรรยายนี้จะพยายามทำ ต่อไปให้สำเร็จทุกวิชา, ซึ่งคาดว่าในเวลา อีก ๒ ปีคงสำเร็จ.

ข. การสอนแพทย์ประจำบ้าน

การกำหนดที่สำคัญ นั้นเกี่ยวกับ การ สอนแพทย์ที่สำเร็จแล้วมากกว่านักศึกษา แพทย์. แพทย์ประจำบ้านเวลานั้นมีโอกาส ฝึกฝนคนเป็นอนมาก. เมื่อ ๑๕ ปีที่แล้ว มาแพทย์ประจำบ้านปี ๑ มีโอกาสได้ทำ การผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสียบไม่กราย. แพทย์ ประจำบ้านปี ๒๒๕๖๖ เวลานั้นมี โอกาส ได้เห็นและช่วยการผ่าตัดที่ใหญ่ ๆ มาก (ซึ่งจะได้ทราบในเรื่องการรักษา) และยังมี โอกาส ได้ผ่าตัดเองหลาย อย่าง ๆ ละ

มาก ๆ, เช่น คัดไส้คิงอิกเสย, ไส้เลอน, ผ่ากระเพาะปัสสาวะ. นอกจากนั้นยังได้ ผักหัดแพทยอย่างเต็มทิว ๔ คน, คือดัดละคนไต่รับการฝึกฝน ๕ ขกอนทอระยไวเขน ขำราชการประจำ. พวกทไต่รับการฝึกเต็ม ทเหล่านมสมรรถภาพคยง, สมแก่วลาคท เลียไป, เป็นกำลังอันค้มากสำหรับแผนก คัลยศาสตร์.

ค. การสอนแพทย์ประจำบ้าน ที่นำมาใช้ ในเวลา ๑๐ ปีที่แล้วมี (๑) ชุมมนมตรวจคพ, (๒) วารสารสโมสรว, (๓) การเวอนเขยวม ใช้ชคทใหญ่ (แกรนค้ เรานค้), (๔) คลินิก ร่วมคัลย-พยาธิ, (๕) ป่าจูกถาเกยวกับ คัลยศาสตร์ทัวไป.

#### ง. การสอนแพทย์ฝึกหัด

แพทยฝึกหัดคนพงมในเมืองไทยเป็นครัง แรกในปี ๒๕๐๔. พวกแพทยเหล่านส่วน มากยังทำงานไม่เป็นท เรยบรอย และมี ประโยชน์น้อย, ต้องการการสอนและการ ควบคุมอีกมาก, เพราะประกอขค้วยแพทย ท้มควมรู้, ความสนใจและอคสาหะวีริยะ ต่างกันมาก. ฝึกกับแพทยประจำบ้านปี ๑ ซงเคยมออยู่. แพทยพวกหลังเป็นผทไต่รับ

เลือกเฟ้นเอาไวจากผทสมคร, และส่วน มากเป็นผท้มควมสนใจและความเพียรค้. การสอนต่าง ๆ ดำเนินไปเหมือนอย่างท จำแนกไว ๕ ข้อ. แพทยฝึกหัดคนยงม้นสย ๗ เป็นค็ก, ยังต้องการขงคยกันอยทกถกถาว, ไม่ชอบทำอะไเป็นอิสสระ, เพราะถ้าปล่อย ให้ทำเองก็ไมทำ. เวลามีป่าจูกถาหรือ ประชุม, ถ้าไมจกชอกก็ชากกันมาก ๆ. การช่วยผ่าคคกเช่นเดยวกัน. แม้แต่จะมี ข้อเขยนไวทหลายค้ว. บางคนตามแล้วก็ ยังไมมา. รายงานผบ่วยหายเป็นประจำ. ถ้าอยห้องรักษาห้องเดยวกันมาก ๆ ก็มัก เกยงกันเรื่องทำงาน. ทงนยอมแสดง ให้เห็นชค้เงินว่าในจำนวนแพทยฝึกหัด ๓๐-๔๐ คนนั้นจะเป็นผทนำในการแพทย ในภายหนานนไม่เกิน ๒-๓ คน. ข้อท สันนิษนว่าต้องการควบคุมเข้มแรงกค้อถ้า เรามัแผนการให้เขาทำงานเขาก็ทำไปค้ค้. เช่นในการผ่าคคทหัวใจ, การค้แลผบ่วยหลัง ผ่าคคคนมควมสำคัญอย่างยง, เราได้ จิตเวรให้ผลค้เปลี่ยนกันเผาคคคคอกัน ๒-๓ วันจนกว่าผบ่วยจะพ้นเขตอันตราย, เขาก็ ปฏิบัติงานกันพอใช้ค้. ตามโรงพยาบาล อันทไมใช้โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยได้ รับรายงานว่าพวกแพทยฝึกหัดหนงานกัน



๓. ศัลยศาสตร์ของหน้าและกราม
๔. ศัลยศาสตร์ของหัวใจและปอด
๕. ศัลยศาสตร์ของหัวใจและหลอดโลหิต
๖. ศัลยศาสตร์ของอวัยวะสืบพันธุ์และวิทยาเยื่อ
๗. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด
๘. กุมารศัลยศาสตร์
๙. ศัลยศาสตร์ตกแต่ง
๑๐. วิสัญญีวิทยา
๑๑. คลังเลือด

หน่วยเหล่านี้, นอกจากหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป, หน่วยอวัยวะสืบพันธุ์และวิทยาเยื่อ, หน่วยออร์โธปิดิกส์, เป็นหน่วยที่เกิดขึ้นใหม่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ทั้งนี้ หน่วยที่มีอยู่แล้วนั้นก็ได้ถูกบำรุงให้รุ่งเรืองขึ้นอีกเป็นอันมาก.

หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป เป็นศูนย์กลางของหน่วยทั้งหลายจึงเป็นหน่วยที่ใหญ่ที่สุด. หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ได้มีการผ่าตัดใหม่ ๆ เกิดขึ้นเป็นอันมาก, เช่น gastrectomy partial & total, cholecystectomy, colectomy, abdomino-perineal resection of Ca of rectum, Esophagectomy, Pancreatectomy, Thyroidectomy

เมื่อแต่ก่อนนั้นทำเป็น ๒ ระยะ, อัตรากายสง. ถึงแม้พวกไธโอยู เรซิด เข้ามาใช้เพียงระยะเดียว, อัตรากายระหว่าง ๑-๒ ปีซ.. เวลานการผ่าตัดทั่วไปอยู่ในระดับที่เทียบเท่ากับระดับสากลได้.

### หน่วยอวัยวะสืบพันธุ์และวิทยาเยื่อ

โร เป็นหน่วยที่ท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกคนเก่า, นายแพทย์ประจักษ์ ทองประเสริฐ, และนายแพทย์สมัย จันทวิมล ได้ลงรากและสร้างสมขึ้นมาอย่างดีแล้ว. ในสมัยปัจจุบันได้ถูกปรังแต่งให้คงงามสมส่วนขึ้นอีก. การทำโปรอสตาเตคโตมีย์ แต่ก่อนทำทางซุปรอพิก เป็น ๒ ระยะ. เวลานทำระยะเดียว, แล้วยังมีวิธีทำหลายแบบ, เช่น วิโทรพิก, เพอร์เนยล, ทรานส์เวิร์ทล, ซึ่งนำมาใช้โดย น.พ. สัมพันธ์ ศันตวงษ์, ช่วยให้ผู้ป่วยที่ชราภาพทนการผ่าตัดใหญ่ไม่ได้, ภายหลังสภาวะได้คล่องเป็นเวลานาน ๆ หลายปี. การตัดกระเพาะเขาทั้งหมดเรามากทำ ileal bladder หรือ coccal bladder แทน. การเอาหลอดไตไปต่อกับเร็คคัมแบช Coffey นั้นใช้น้อยครั้ง.

การผ่าตัดเกี่ยวกับไตก็ปรังคึกขึ้นมาก. ได้มีการทำ เอ็กซเตรคชัน ของเนวมลักษณะเหมือนหินปะการังเต็มกรวยไตไป

หมก, บ่อยเข้า. ของเหล่านี้ในโรงพยาบาลของเราเป็นของธรรมดา. แต่ในโรงพยาบาลฝรั่งแห่งหนึ่งเห็นว่าเส้นของแปลกปลาต, ถึงกึ่งต้องแจ้งทางโทรศัพท์ให้ไปต. การรักษานอนเรย จากเหตุต่าง ๆ มีบ่อย, เช่นจากพวกซัลฟา, มะเร็งของปากมดลูก, หรือเป็นผลของการตัดมดลูก.

เมื่อก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒ นั้นมีแต่หน่วยออร์โธปิดิกส์. แต่เวลานั้นมาผมพวกออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัดและมีการส่งเสริมสมรรถภาพให้สูงขึ้นมาก.

หน่วยนี้โตขยายงานใหญ่โตขึ้นอีกเป็นอันมาก. นอกจากงานทางออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นหลักอยู่ยังแย่งออกเป็นหน่วยกายภาพบำบัดที่ตึกคริสตจักร (สร้างเมื่อปี ๒๕๐๓) สำหรับการบำบัดกายภาพทุกชนิด. มีอาบน้ำร้อนหรือร้อนเป็นกระแส, ใช้กระแสไฟฟ้าบำบัด, ออกกำลังกายที่อวัยวะส่วนแขนและล่าง. การนวดวิธีต่าง ๆ ได้ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก. เมื่อปี ๒๕๐๔ มีถึง ๔,๕๕๒ คน.

หน่วยสำคัญที่เชิดหน้าชูตาของแผนกเพราะมีแห่งเดียวในประเทศไทย คือตึกมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระอุปถัมภ์

ของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์, สร้างเมื่อปี ๒๕๐๓, เป็นตึกสำหรับทำแขนขาเทียมและเครื่องอุปกรณต่าง ๆ เพื่ออนุเคราะห์คนพิการ. หน่วยนี้สามารถผลิตแขนขาเทียมได้อย่างดี, จนเป็นที่นิยมของผู้พิการทั้งหลายมากกว่าที่จะสั่งซื้อมาจากต่างประเทศ.

หน่วยอาชีวบำบัด, อันเป็นส่วนหนึ่งของแผนกออร์โธปิดิกส์, มีประโยชน์สำหรับบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ หรือพวกที่มีประสาทอ่อนไหว, ช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างน้อยลง, ไม่พอที่จะเอาไปคิดเป็นห่วงครอขบครวหรือหมก้อาลัยในชีวิตคน, ช่วยให้ผู้ช่วยไต่บริหารมือและนิ้วมือ, เป็นการฝึกอาชีพใหม่ในรายที่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้.

หน่วยคลังเลือดเป็นหน่วยที่เริ่มในแผนกสตินรีเวชวิทยามานานอยู่แล้ว, มาอยู่ในแผนกออร์โธปิดิกส์ เมื่อปี ๒๕๕๓. กิจการก็ขยายใหญ่ขึ้นทุกปี, เพราะมีการผ่าตัดใหญ่จำนวนมาก. การผ่าตัดใหญ่บางรายต้องใช้เลือดถึง ๒๕ หน่วย (๑๐ ลิตร). หน่วยนี้มหนาทส่งเลือดไปให้แผนกต่าง ๆ ทุกแผนกของโรงพยาบาล. ในยี่สิบแล้วได้ใช้

โลหิตถึง ๕,๘๐๑ หน่วย, คิคเป็นเงิน ๑,๔๗๐,๑๕๐ บาท, แต่ประหยัดได้ถึง ๕๓๕,๓๔๕ บาท. นับว่าเป็นการประหยัดให้รัฐอย่างน่าชมเชย.

หน่วยใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นหลังสงครามมีเรียงลำดับตามอายุดังต่อไปนี้ :

๑. หน่วยศัลยศาสตร์ของหน้า และ  
กราม
๒. หน่วยประสาทศัลยศาสตร์
๓. หน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่ง
๔. หน่วยวิสัญญีวิทยา
๕. หน่วยศัลยศาสตร์ของหัวใจและ  
ปอด
๖. หน่วยกุมารศัลยศาสตร์
๗. หน่วยหัวใจและหลอดโลหิต

### หน่วยศัลยศาสตร์ของหน้าและ

กราม นั้นเกิดขึ้นปี ๒๔๘๕ โดยผู้เขียน  
วิกรม. สมัยนั้นยังไม่มีแผนกวิสัญญีวิทยา,  
จึงต้องใช้ยาระงับความรู้สึกโดยให้ยาฉีด  
เฉพาะที่, คือโนโวเคน. การทำรีเซคชัน  
ของขากรรไกรล่างนั้นทำในโรคหลายชนิด,  
มีมะเร็ง อคาแมนติโนมา, ไฟบรอส คิยัส  
เพลเซีย. การทำ อีโซฟาเก็คโตมีย์ และ  
ลารียงเก็คโตมีย์ ครึ่งนั้นก็ยังทำกันโดย  
การฉดยาเฉพาะที่.

การผ่าตัดเหล่านี้แม้ว่าจะน้อยกว่าเวลา  
นานมาก, แต่ก็นับว่าได้ผลได้พอใช้, และก็  
เป็นแก่นในเชิงวิศวกรรมศาสตร์ต่อมาในปัจจุบัน.  
หน่วยนี้ในการนำของ น.พ. พิสิฐ วิเศษกุล  
ได้เจริญรุ่งเรืองไปมาก. ในปีที่แล้วได้ทำ  
รีเซคชัน ของขากรรไกรล่าง ถึง ๒๘ ราย,  
แรติคัล เน็คค์ คิสเส็คชัน ๓๔ ราย. ที่นำ  
มาและใหม่ก็คือเรื่องมะเร็งของต่อมขี้มัยรอยค.  
โรคนี้เวลานั้นนับว่ามีน้อยตั้งแต่ก่อนหาไม่ได้,  
มักเป็นในคนวัยสคช. การรักษาก็คือ  
การตัดต่อมขี้มัยรอยคออก พร้อมด้วยการ  
ทำ แรติคัล เน็คค์ คิสเส็คชัน. นอกจาก  
นั้น น.พ. พิสิฐ ยังได้นำการผ่าตัดที่เรียก  
ว่า เพ็ลวิก สวีป (pelvic sweep) เข้ามา  
ใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งของ  
ปากมดลูกแล้วก็นกลูกตามเข้ากระเพาะปัสสาวะ  
และลำไส้ตรง. ๑

### การผ่าตัดทางประสาทและสมอง

เริ่มเมื่อปี ๒๔๘๕, โดยผู้เขียนเช่นเดียวกับ  
กัน. โดยเหตุที่ไม่สามารถจะเพ่งเล็งไปใน  
จุดอันเดียวได้, เพราะต้องวุ่นอยู่กับวิวัฒนาการ  
ในด้านอื่น ๆ, ศัลยศาสตร์หน่วยนี้จึง  
ไม่ก้าวไปแค่นั้น. ประกอบกับการวินิจฉัย  
โรคพิเศษต่าง ๆ, เช่น อากาศศึกษาและ  
แองจิโอราฟี่ ก็เกือบจะเป็นไปไม่ได้งาน

จึงไม่ค่อยเกิน. ผู้เขียนได้ทำเองจิโอกกรา-  
 พย, แต่เครื่องเอกซเรย์มีกำลังน้อยเกินไป,  
 ถ่ายภาพก็ไม่ดี, เพราะวัตถุที่แสงได้ผ่าน  
 ออกจากหลอดโลหิตแดงในสมองไปเสีย  
 หมดแล้ว. แม้ว่า I.C.A. จะส่งนายแพทย์  
 Sidney Goldring, เรดีเด็นท์ ทางประสาท  
 ศัลยศาสตร์ แห่ง Barnes Hospital, St.  
 Louis มาช่วยเมื่อปี ๒๔๕๔ ก็ตาม, ไม่มี  
 การวัดขนาดการท่น้ำสั้กเหตุทางนเลย. นาย  
 แพทย์ผู้น้อยได้ไม่เกินครึ่งยกต้องกลับไป,  
 ทำผ่าตัดใน ร.พ. ศิริราชเพียง ๓ ราย, ผู้  
 ช่วยตายทั้ง ๓ ราย. หลังจากผู้เขียนได้  
 กลับมาจากการศึกษาเพิ่มเติมกับนายแพทย์  
 Horrax แห่งบอสตันเมื่อปี ๒๔๕๘, ก็ได้  
 พยายามทำงานในค่านนมากชน. จนถึงปี  
 ๒๕๐๔ ได้รายงานผลของการผ่าตัดใน  
 งอกในสมอง ๑๐๐ ราย ต่อที่ประชุมศัลย-  
 แพทย์นานาชาติ ณ ร.พ. สังกั พระนคร.  
 เมื่อ น.พ. วิชัย บำรุงผล กลับมาจาก  
 เยอรมันเมื่อต้นปี ๒๕๐๔ ได้มาช่วยอย่าง  
 ดี, ทำให้การผ่าตัดสมองในย่นนมีมากถึง  
 ๖๕ ราย, และการผ่าตัดมีอัตราตายเพียง  
 ๒๑.๒ ปรศ.

ศัลยศาสตร์ตกแต่ง ได้เริ่มขึ้นเมื่อ  
 ปี ๒๔๕๓ โดย น.พ. ลัม คุณวิศาล. การ

ผ่าตัดในทางนี้ได้มีเพิ่มขึ้นตามลำดับ, ถึง  
 จะเห็นได้จากสถิติในปี ๒๕๐๔ มีผู้มารับ  
 การผ่าตัดในแขนงนี้ ๕๑๕ ราย, ซึ่งเข่น  
 ๘ ปรศ.. ของจำนวนผ่าตัดทั้งหมด. ส่วน  
 ใหญ่ของผู้ช่วยแบ่งออกได้เป็น

๑. รุปีการแต่กำเนิด, เช่น ปากแหว่ง,  
 เพดานโหว่.
๒. รุปีการจากการบาดเจ็บและการ  
 ตีตเซอ เช่น แคนครัม ออริส.
๓. แผลเป็นที่หน้าเกลียก, คิลอยด์, แผล  
 เป็นหยดคเนองจากความร้อน.
๔. ศัลยกรรมตกแต่ง. ผู้ช่วยกลุ่มนี้  
 มากจนต้องปฏิเสธที่จะทำใหขางราย.

หน่วยวิสัญญีวิทยา เป็นหน่วยที่  
 เกือบจะเรียกได้ว่าสำคัญที่สุดของแผนก.  
 เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๔๕๕ โดยความคิดของ  
 ศาสตราจารย์ ประจักษ์ณ์ ทองประเสริฐ  
 ผู้ซึ่งแนะนำให้ พ.ญ. สลาค ชนหวัด ไป  
 ศึกษาวิชาน ณ สหรัฐอเมริกาเมื่อปี ๒๔๕๓.  
 เมื่อ พ.ญ. สลาค ๗ กลับมาจากสหรัฐในปี  
 ๒๔๕๕ ก็ได้ทำงานต่อจากนายแพทย์เยมส์  
 เซาส์โฮลเตอร์ และ น.ส. ขอนัน เฮอร์วี่,  
 วิสัญญีแพทย์สองคนที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกา  
 ส่งมาช่วยแผนกศัลยศาสตร์และเพื่อช่วย  
 ใหยาสลยแก่ศัลยแพทย์อเมริกาสองคนที่

ส่งมาพร้อมกัน.

ที่กล่าวว่า หน่วยวิสัญญีวิทยาสำคัญที่สุดในแผนกคือ (๑) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไว้เป็นจำนวนไม่น้อย, (๒) ช่วยให้การผ่าตัดที่เมื่อก่อนนั้นทำไม่ได้, ให้สำเร็จไปได้. ก่อนที่จะมีหน่วยวิสัญญีวิทยานี้ เราใช้แพทย์ที่อยู่ในแผนกผ่าตัดเองคุมยาโดยมิไ้รับการฝึกฝนให้เรียบร้อย. ถ้าแพทย์ไม่เคยให้ยาสลบมาอย่างแล้วหลายปี, ก็อันตรายน้อย. ถ้าแพทย์นั้นยังใหม่, ไม่เคยทำการให้ยาสลบเลย, อันตรายก็มีมาก. เช่นตอนนั้นยังไม่เปลี่ยนแพทย์ใหม่, อัตราตายจากการคุมยาสลบก็สูง. แม้บางครั้งให้ยาชาเฉพาะที่ก็มีอันตรายถึงชีวิตเพราะไม่ทราบวิธีแก้ไข.

ตั้งแต่ได้มีแผนกวิสัญญีวิทยาเกิดขึ้นแล้ว, การให้ยาสลบไม่ทำให้ผู้ใดถึงแก่กรรมโดยตรง. คียงกว่านั้นวิสัญญีแพทย์ยังช่วยดูแลผู้ป่วยที่ก้นยานอนหลับหรือยาระงับประสาท, หรือพวกที่ไม่หายใจ, หัวใจหยุด, ให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก.

ผู้ที่เคยผ่าตัดสมัยก่อนมีวิสัญญีแพทย์และหลังมีวิสัญญีแพทย์จะเห็นได้ว่าแตกต่างกันมาก. เมื่อสมัยก่อนผู้ผ่าตัดจะต้องเป็นห่วงคนไข้อยู่ตลอดเวลา, เพราะถือว่าตัว

ต้องรับผิดชอบด้วย. ต้องคอยถามว่าหายใจดี, ชีพจรเต้นดี, ความดันเลือดดีหรือไม่. นอกจากนั้นยังต้องสั่งให้ ๆ นานาเกลอหรือเลือกเวลาทำการผ่าตัด. ระหว่างผ่าตัดก็ทำได้โดยความไม่ค่อยสงบนัก. เคยมีคนไข้คน, เคยทองแข็ง, เคยล้มล้มล้มถกกันออกมาข้างนอก. เมื่อทำเสร็จในท้องแล้วจะบดบังเป็นปัญหา, เพราะยากลึกลับคืนไม่ได้, ทองแข็งมากเกินไป. การผ่าตัดสมัยนี้สะดวกสบาย. ผู้ผ่าตัดไม่มีความกังวลในสิ่งต่าง ๆ นั้นเลย, มุ่งหน้าทำสิ่งที่ตนประสงค์ได้เต็มที่.

การผ่าตัดใหญ่ ๆ ที่ยากและกินเวลาหลายชั่วโมง, เช่นการท้อหลอดโลหิต, ผ่าสมอง, ผ่าหัวใจ, สำเร็จไปได้ก็เพราะวิสัญญีแพทย์. นอกจากให้ยาสลบแล้ว, วิสัญญีแพทย์ยังได้นำเอา ฮีไปเธอร์เมีย เข้ามาใช้ในการผ่าตัดโรคหลายอย่าง, เช่นหัวใจ, สมอง, ต่อมธัยรอยด์, ฯลฯ.

แผนกวิสัญญีวิทยานี้ได้ทำงานให้ทุกแผนกของ รพ. ศิริราชที่มีการผ่าตัด. ในปีที่แล้วได้ให้ยาสลบในแผนกศัลยกรรม ๖๓๕๐ ราย, แผนกอื่น ๆ (สูติศาสตร์นารีเวชฯ, จักษุฯ, รังสีฯ) ประมาณห้าพันราย.

หน่วยศัลยศาสตร์ของหัวใจและปอด หน่วยนี้เกิดขึ้นในปี ๒๔๕๓ หลังจากหัวหน้าหน่วย, ศาสตราจารย์กษาน จาติกวณิช, กลับจากอบรมศึกษาเพิ่มเติมกับศาสตราจารย์ E. Graham, ผู้เป็นครูของศาสตราจารย์ ประจักษ์ ทองประเสริฐ และผู้ทรมพระคุณแก่การแพทย์ของเมืองไทยอย่างสูง. การผ่าตัดหัวใจในรายที่เป็นไมตรีล สเตรโนสิส ได้ทำครั้งแรก เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๗. เมื่อปี ๒๕๐๒ ได้รับเครื่องหัวใจปอดเทียมจากไซน่า เมดิคัลบริดจ์ และได้ทำการผ่าตัดเปิดหัวใจในรายที่มีช่องโหว่ในผนังระหว่าง เออเรียม

เมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๐๓. การทำสำเร็จนี้ด้วยความร่วมมือของ น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ, ผู้ซึ่งได้ไปฝึกฝนในทางผ่าตัดโรคหัวใจ ณ Graduate School, University of Colorado. ความก้าวหน้าที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการผ่าตัดเปิดหัวใจโดยใช้ ฮีปโปเธอร์เมีย.

การผ่าตัดปอดก็เป็นการผ่าตัดที่เพิ่งเป็นลำดับเป็นต้นในระยะที่ทำการผ่าตัดหัวใจเหมือนกัน. นอกจากนี้ยังมีการตัดเอาเนื้องอกหลายชนิดออกจากทรวงอก. เมื่อปีที่แล้วได้ทำผ่าตัดเกี่ยวกับทรวงอกและปอด ๕๐ ราย. จำนวนผ่าตัดหัวใจมีสถิติดังต่อไปนี้:

พ.ศ.	จำนวนผ่าตัด	หายหรือทุเลามาก	ไม่ทุเลา	ตาย
๒๔๕๗	๒	๑	๑	—
๒๔๕๘	๖	๔	๑	๑
๒๔๕๙	๔	๓	—	๑
๒๕๐๐	๔	๒	—	๒
๒๕๐๑	๗	๖	๑	—
๒๕๐๒	๑๓	๑๐	๑	๒
๒๕๐๓	๔๕	๓๗	๒	๖
๒๕๐๔	๗๓	๕๙	๕	๙

แผนกนี้เป็นแผนกที่ก้าวหน้าที่สุด, มี  
เครื่องมือสมัยใหม่, ดังรายการต่อไปนี้

### 1. Cardiac Catheterization Equipments

- a) Pressure transducers
- b) Recording Unit (Photographic type)
- c) Monitoring unit
- d) Phonocardiographic machine
- e) EKG. machine

### 2. Dye dilution equipment for determinations of blood flow and volume

### 3. Intermittent Positive Pressure Breathing Apparatus (Bird's)

### 4. Oximeter with cuvettes and ear-piece

### 5. Oxygen tent

### 6. Counter pulsator

การก้าวหน้าของแผนกศัลยศาสตร์อวัยวะ  
ประการหนึ่งซึ่งจะเว้นกล่าวมิได้คือ ได้มี  
หทัยแพทย์เข้ามาร่วมงานด้วย. นายแพทย์  
ม.ร.ว. พชรวิธาน ชุมพล ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง  
ในการวินิจฉัยโรคหัวใจอย่างมาก, และได้  
เป็นผู้ผ่าตัดและช่วยในระหว่างผ่าตัดและหลัง  
ผ่าตัดอยู่ตลอดเวลา. นับเป็นส่วนน้อยที่  
หทัยแพทย์ทำ. ส่วนใหญ่คือการตรวจผู้  
ป่วยก่อนผ่าตัด, โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ,  
หทัยแพทย์ได้ช่วยซึ่งกันซึ่งผู้ช่วยหลาย  
ชนิดไว้มาก, เช่นพวกที่มันวในถ่านาคี,  
ค่อม ปรอสเตต โต, คนที่มีความดันโลหิต  
สูง, ฯลฯ. ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด  
ระหว่างอายุรแพทย์และศัลยแพทย์ เป็นสิ่ง

ที่ควรส่งเสริมที่สุด. นับว่าเป็นโชคของ  
แผนกศัลยศาสตร์อย่างยิ่งที่ได้หทัยแพทย์  
ไว้. เนื่องด้วยสิ่งแวดล้อมและการทำงาน  
ของแผนกศัลยศาสตร์เรียนแบบสหรัฐและ  
เยอรมัน, ในการเริ่มทำงานเข้าก่อนเวลา,  
เลิกงานหลังเวลา, อธิกเวลาส่วนมากเพื่อ  
คนไข้ในโรงพยาบาล, นายแพทย์พชรวิธาน  
จึงมีนิสัยเป็นศัลยแพทย์ไปและก้าวหน้าไป  
ไกลกว่าใคร ๆ.

### หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ การผ่าตัด

เด็กนั้นทำกันมานานแล้ว, แต่อัตราตายสูง  
มาก, เพราะเด็กไม่เหมือนผู้ใหญ่ด้วยเหตุ  
หลายประการ, จึงต้องการความรู้พิเศษ.  
ในสหรัฐอเมริกาได้เห็นความสำคัญของ  
กุมารศัลยศาสตร์มานานแล้ว, จึงได้ตั้ง  
โรงพยาบาลสำหรับผ่าตัดเด็กโดยเฉพาะขึ้น  
หลายแห่ง. ที่เด่นที่สุดก็คือที่ Boston  
Children's Hospital, ซึ่งได้ทำงาน มากกว่า  
๖๐ ปีแล้ว.

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ของเราได้เกิด  
ขึ้นหลังจากนายแพทย์เสนอ อินทรสขศรี  
ได้ไปศึกษาวิชานี้ จากสหรัฐอเมริกาเมื่อปี  
๒๕๐๐. กิจการในหน่วยนี้ได้มีวิวัฒนาการ  
เรื่อย ๆ จน น.พ. กำธร คุ้มโรจน์ กลับ  
มาจากสหรัฐเมื่อต้นปี ๒๕๐๓ ก็ได้เป็น

กำลังสำคัญทำให้ศิษย์ศาสตร์หน่วยรัง-  
 เรืองชนอก. การรักษาได้ผลคชน. เช่น เมื่อ  
 บกลายมีขนาดทะยัก ๔๕ ราย, ตาย ๑๐  
 ราย; ถูกไฟลวกและน้ำร้อนลวก ๔๗ ราย,  
 ตาย ๔ ราย, ไล่คิงอีกเลข ๗๒ ราย, ไม่  
 มีตายเลย. การผ่าตัดใหม่ ๆ มีการผ่าตัด  
 เกยวกับทรวงอก, เมกะโคลิออน แต่กำเนิด,  
 หลอดอาหารไม่เข็ท, ท่อน้ำดีไม่เข็ท, นิ่ว-  
 โรบลาสโตมา, ปอร์ติล ฮัยเปอรเท็นชัน  
 (ทัยแข็ง), คิคอร์ติเคชัน ในโรคหนอง  
 ในช่องเยื่อหุ้มปอดเรอริง.

หน่วยศัลยศาสตร์ของหัวใจและ

หลอดโลหิต หน่วยนี้ได้ทำงานชั้นหนึ่ง  
 สำเร็จได้อย่างน่าชมเชยที่สุด, คือการ  
 รักษา ปอร์ติลฮัยเปอรเท็นชัน ด้วยการทำให้  
 ปอร์โตเคอวัลด์ ชันท์ และ สปลีโนรีนัล ชันท์.  
 การผ่าตัดชนิดนี้ไม่ใช่ของง่าย, เป็นการ  
 ผ่าตัดชนิดที่เรียกว่า “ฝนทิ้งให้เป็นเข็ม”  
 เพราะต้องอาศัยความเพียรพยายามอย่าง  
 ยอคเยี่ยม. การผ่าตัดครั้งหนึ่งกินเวลา  
 ๓-๖ ชั่วโมง. เมื่อแรกทำใหม่ๆ ก็ประสบ  
 แต่ความล้มเหลว. แต่เมื่อมานะพยายาม  
 กักพันสีกไปตรงจุดหมายปลายทาง, คือ  
 ความชำนาญในการทำโดยปราศจากความ  
 เพลียงพลา. ผู้ที่เป็นเจ้าของความเพียร

พยายามจนผืนคืบค้อยครั้งนคือ นายแพทย์  
 เปรม ขวี. การทำทางไหลล็ค (ชันท์) เหล่า  
 นี้เกือบ ๑๐๐ รายทำให้มีมือแน่นจนไม่พรัน  
 ที่จะทำในทกโอกาสแม้แต่รีบด่วน. เพราะห  
 คัทเทรียมคนอย่างนี้ไว้, เพราะจะมีประโยชน์  
 แก่ชาติบ้านเมืองในภายหน้าเป็นแน่. หน่วย  
 นี้เกิดชนเมอຍ ๒๕๐๓ และก็ได้ทำการผ่า  
 ตัดพิเศษพิศดารไว้มาก, เช่น การทำอนิว  
 ริสมี ของ ฮอราซิค เอออร์ตา ส่วนชน, อนิว  
 ริสมี ของ เอออร์ตาช่องท้องส่วนบน, หลอด  
 เลือดแดง รันล คับสองข้าง, ใช้หลอดเทพ  
 ลีออน แทนหลอดเลือด. นอกจากนั้นยังได้  
 ทำงานเกี่ยวกับสารแสตคิงพิชต่อเซลล์ (ฮัย  
 โทท็อกซิค) อีกเป็นจำนวนมาก.

ผู้ร่วมงานอย่างใกล้ชิดชิตของนายแพทย์  
 เปรม ขวี คือ นายแพทย์ ม.ร.ว. กัลยาณกิติ  
 กิตติยากร. แม้จะเป็นคนหนุ่มและอาวุโส  
 น้อยกว่าใคร ๆ ในแผนกแต่ก็ทำงานเป็น  
 ชั้นเป็นอันน่าสรรเสริญ, เพราะมีความอด  
 ทนเพียรพยายามไม่แพ้หัวหน้า. ได้ทำการ  
 ผ่าตัดเข็ทหัวใจไปหลายรายด้วยความ  
 ลำบาก. เพราะนอกจากจะเหนื่อยในเวลา  
 ทำชึ่งกินเวลาไม่น้อยกว่าครึ่งวันตอนเข็  
 แล้ว, ยังต้องมาเผื่อคื่อไปจนถึงกลางคิน  
 และหลายคินคื่อมา, จิตแรงให้พวกทมา

เข้าใ้ความสะดวกในเรื่องอาหารการกิน และนอน, ขอมเสียดสละทรัพย์สินตัวหรือที่ไ้มาจากผู้บริจาคจ้างนางพยาบาลผู้ช่วยเพื่อผลของการดูแลผู้ช่วยอย่างใกล้ชิด. ทงหัวหน้าหน่วยและลูกน้องเป็นตัวอย่างอันดีของความสามัคคี, ไ้ทำงานร่วมกันใกล้ชิดมาก, จนเรียกไ้ว่าเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน.

**สถานท**

แผนกคัลยศาสตร์หลังสงครามโลกมีทกผู้ช่วยสามัญ ๒ ทก, คือทกมหิตลบำเยญ และทกคัลยกรรมหญิง. เดิมมีทกละ ๒ ชั้น, ไ้เสริมเป็นทกละ ๓ ชั้นเมื่อปี ๒๔๕๘, ทำใ้มีเตียงรับผู้ช่วยสามัญไ้ ๑๖๕ เตียง, เตียงพิเศษอีก ๑๕, รวมพิเศษทอนอีก ๒๐-๒๔ เตียง. รวมทงหมดมี ๒๑๐ เตียง. แต่ผู้ช่วยทรับไว้จริงนมีระหว่าง ๒๘๐-๓๒๐ ต่อวัน. จำนวนผู้ช่วยจึงมากกว่าเตียงระหว่าง ๗๐-๑๑๐ คนทกวัน.

สำหรับผู้ช่วยพิเศษนมีทกมหิตลวรา-  
นุสสรณ์, ทกวิปลลภษณ, และทกธนาคาร  
ไทยพานิชย์, รั้ทางคัลยศาสตร์ไ้ประ-  
มาณ ๒๐-๒๔ คน.

คัลยศาสตร์กรรมไ้สร้างชนใหม่, เบ้ค

ทำงานเมื่อปี ๒๔๕๕ โดยพระอนเเคราะห์  
ของ ม.จ. สวีชากร วรวรรณ อธิบดีกรม  
ขัญชกลางสมยนน. ทกนมห้องผ่าตัดทง  
หมด ๖ ห้อง, มีเตียงผ่าตัด ๗ เตียง. ทก  
ใหม่ไ้ช่วยให้การผ่าตัดต่าง ๆ สำเร้ไ้  
ด้วยดี, แต่เวลานกมีเหตุขัดข้องหลายประ-  
การ, จำเป็นจะต้องปรับปรุงให้พอดีกับการ  
ผ่าตัดทลน.

นอกจากห้องผ่าตัดแล้ว, คัลยศาสตร์-  
กรรมยังมีททำงานของแพทย์, ห้องเก็บ  
ประวัติ, ห้องประชุมเล็ก ๑ ห้อง, ห้อง  
ปาฐกถาใหญ่ ๑ ห้อง, และคลังเลือด.

สถานทต่าง ๆ ไ้ไ้สร้างชนในระยะ  
หลัง ๆ นมี:

๑. ทกมลนธอนเเคราะห์คนพิการ, ใน  
พระอุปถัมภสมเด็จพระราชชนนศรีสังวาลย์  
เป็นทกชั้นเคียว, เบ้คใช้เมื่อวันท ๑๖ มนา  
คม ๒๕๐๓. สำหรั้ทกน องค์การอนามัย  
โลกไ้จัดเจ้าหน้าที่ชาวเยอรมัน, คือนาย  
W. Willy (Orthopedic Technician) ผู้  
ชำนาญ, มาดำเนินงาน และให้เครื่องมื่อ  
สมสมัยต่าง ๆ สำหรั้ทำแขนขาปลอม และ  
อุปกรณอนในการช่วยคนพิการ.

๒. ทกศรีสังวาลย์, เป็นทก ๓ ชั้น,  
สร้างโดยพระอนเเคราะห์ของสมเด็จพระราช

อุดม โปษะกฤษณะ

631

ชนนศรีสังวาลย์, เปิดทำการเมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๐๓. ตกนเป็นตักสำหรับกาย-ภาพบำบัด, สะอาดสวยงามและเป็นระเบียบ

มาก. มีเจ้าหน้าที่ ๆ ใ้รับการอบรมมาอย่างค้แล้วจากสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ. กิจการโดยย่อไ้กล่าวไว้แล้ว.

สถิติจำนวนคนไข้ในและจำนวนการผ่าตัด

ประจำปี ๒๕๐๔

แยกตามหน่วยย่อย

	จำนวนที่รับไว้	จำนวนที่ผ่าตัด
Abd. surgery	2,231	1,960
Neurosurgery	430	191
Urol. surgery	669	626
Thorac. surgery	233	252
Peri. v. surgery	50	97
Maxillo. surgery	132	540
Plastic surgery	103	519
Breast surgery	84	196
Thyroid surgery	245	413
Orthop. surgery	615	762
Burns	79	121
Tetanus	81	1
Surg. infection	152	190
Benign tumors, unclass.	43	90
Malign. tumors, unclass.	90	61
รวม	5,237	6,340

การตรวจพิเศษในห้องผ่าตัด, รวมทั้งหมด ๑,๖๓๕ คน

การตรวจค้นและวิจัย

เรือนเป็นเรือนที่ลาหลังทสท, เพราะถ้าจะพูดโดยย่อก็พอบอกได้ว่ายังไม่เกิดการ

วิจัยแท้จริง. ศาสตราจารย์เกษาน จากกวนิช เป็นผู้ที่ได้คิดตั้งห้องทดลองสนชชนเมอบ พ.ศ. ๒๕๕๖. ครั้งแรกได้ขออาศัยแผนก

ศิริวิทยาทำก่อน. ต่อมาเมื่อมตกเทคนิค  
การแพทย์เกิดขึ้น, ก็ได้รับความร่วมมือจาก  
คณะที่คณะนั้นให้ไปทำการอยู่ในตึกเมอซ  
พ.ศ. ๒๔๕๖ และได้ทำอยู่ที่นั่นเรื่อยมา  
จนถึงกลางปี ๒๕๐๔ จึงกลับมาทำอยู่แผนก  
ศิริวิทยาอย่างเต็ม. สถานที่วิจัยการแพทย์  
ในถ้าโรงเรียนแพทย์ใหญ่ ๆ อย่างศิริราช  
ไม่มีแล้ว, ก็เห็นว่าชาวศิริคดประสงค์อันหนึ่ง  
ของโรงเรียนแพทย์คงที่ใดกล่าวไว้แล้วข้าง  
ต้น. การวิจัย เป็นหัวใจสำคัญอันหนึ่งของ  
การแพทย์. การวิจัยจะเกิดขึ้นในตึกมี

บรรยาการ, สถานที่, และทุน. การที่ทาง  
ประเทศบางแห่งเขาก็มีหน้ากมตาวิจยกัน  
นั้น, ก็เพราะอาจารย์ส่วนมากชอบวิจัย.  
แต่อาจารย์ของเราส่วนมากยังไม่ชอบ, และ  
สถานที่ของเราก็งไม่มี.

หัวข้อที่จะวิจัยนั้นอยู่ ๖ รายการและ  
กำลังทำกันอยู่, ยังไม่มีผลออกมาแสดง.  
อนาคตของการวิจัยของแผนกคัลยศาสตร์  
ยังมีตม.

เรื่องทพมพ้ออกมานกมมมากพช, เช่น  
เมอซที่แล้วมอช ๓๓ เรอง.

### พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดงความ  
คลลคลายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนั้น ไปรคคคค  
แผนกศิริวิทยา.

## บทบรรณาธิการ

### ๑ บทนำของคณยากร

ตามพจนานุกรม, สิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต  
มส์, คืออาหาร, อาหาร, เครื่องนุ่งห่มและ  
ยารักษาโรค. ในระหว่างสองพันห้าร้อยปี  
ที่ผ่านมาสิ่งจำเป็นข้อสุดท้ายได้มีการคิด  
คล้ายขยายขึ้นเป็นอันมาก. เพียงแต่ยา  
อย่างเดียวไม่เพียงพอแล้ว, มีหน้าซำ  
ยาอาจกลายเป็นสิ่งให้โทษเสียด้วยถ้าหาก  
ใช้ไม่ถูก. ในสมัยนี้ยามีใช้ไปเกือบเอาได้  
จากในสวนหรือในป่า, จำต้องมีผู้สั่งยาและ  
ผู้ปรุงหรือจำหน่าย. บางครั้งยังต้องมีผู้ช่วย  
ให้ใช้ถูกต้อง, เช่น นางพยาบาลต้องเป็นผู้  
จัดให้หรือแพทย์ต้องเป็นผู้บริหาร. พร้อมกัน  
นี้เกิดความจำเป็นต้องมีสถานที่เหมาะสม  
สำหรับทำการรักษาโรคชน. ดังนั้นสิ่งจำเป็น  
สำหรับชีวิตของมวลมนุษยชาติจะเรียกเสียใหม่  
ว่า “การเยียวยาให้พ้นโรค”. ภาระในค่าน  
นี้สำหรับคณยากรจนได้เพิ่มพูนความหนักหน  
อย่างมากมาในสมัยหลังๆ. ผู้มีใจเป็น  
กมลจึงหันมาสนใจกับการบริจาคเพื่อการ  
รักษาพยาบาลมากขึ้น. ในค่านชาวไทย  
เรามีโชคที่ได้ตัวอย่างแรกเริ่มและคิดเล็ก

อยู่ในพระองค์พระบาทสมเด็จพระปรมินทร-  
มหาจุฬาลงกรณ์ พระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว.

“โรงพยาบาลเป็นส่วนพระราช-  
กศล, ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้น  
เป็นทานในการรักษาโรคและป้องกัน  
ความทุกข์ยากของปวงชนทั้งหลายที่  
จะเกิดจากพยาธิ. มิให้หม้อหรือคน  
พยาบาลเรียกค่ายาค่ารักษาแก่คนไข้  
เป็นอันขาด”. ข้อความนี้ปรากฏในประ-  
ภาคเบิกโรงพยาบาลใหญ่ที่วังหลัง (คือ  
ศิริราชพยาบาลในเวลาต่อมา) เมื่อวันที่  
๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๔๓๑, เป็นการยืนยัน  
พระราชประสงค์ของพระมหากษัตริย์ในการ  
โปรดฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้  
แก่พระราชราษฎรผู้ช่วยไข้, และเป็นหลัก  
การของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศไทย  
ตลอดมา. สำหรับประชาชนทั่วไป, การไป  
โรงพยาบาลหมายความว่าไปรับการตรวจ  
และรักษาโดยไม่ต้องเสียเงิน. เพราะฉะนั้น  
โรงพยาบาลจึงเป็นบทพ้องของคนไข้ผู้ยากจนที่  
สำคัญแห่งหนึ่ง เทียบได้กับ “โรงเลี้ยง”

ซึ่งเป็นทัพของผีทมิฬในครั้งโบราณกาล. แม่ทัพยากจนคนแคระที่สทกยงนอนใจได้ว่า เมื่อดวงครวญเจ็บไข้, หากกระเสือกกระสน ไปถึงโรงพยาบาลได้, คงจะไม่ต้องตาย โดยไม่ได้รับการรักษา. น่าจะคิดว่าสมเด็จพระปิตุลาธิราช ก็คงจะได้ทรงมีพระราชประสงค์จะให้ราษฎรของพระองค์พากันนึกคิดเช่นนี้เหมือนกัน.

ภาวะการณ์เช่นจริงคงมีอยู่หลายสิบปี ประชาชนค่อย ๆ นิยมโรงพยาบาลมากขึ้น. โรงพยาบาลค่อย ๆ มีจำนวนมากขึ้นและกระจัดกระจายออกไปในบริเวณกว้างขวางชนบท ๆ ทั่ว. จนในปัจจุบัณมีโรงพยาบาลอยู่ทั่วทุกจังหวัด, บางจังหวัดมีมากกว่าหนึ่งแห่ง, และทุก ๆ แห่งมีคนไข้แน่นจนเตียงไม่พอนอน. แต่หลักการเบื้องต้นที่สำคัญข้อหนึ่งกำลังเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ, และในบางโรงพยาบาลหลักการนี้ได้เปลี่ยนไปมากจนเกือบไม่มีอะไรคล้ายของเดิมเหลืออยู่เลย. หลักการนี้คือ “การให้ความช่วยเหลือโดยไม่คิดเงิน”. การเปลี่ยนแปลงนี้เริ่มต้นระหว่างสงครามโลกครั้งที่สองและคลี่คลายไปอย่างรวดเร็วได้ระดับกับการขนส่งของค่าครองชีพ, ตามกลไก “ค่าครองชีพสูงชน → คนต้องพึ่งโรงพยาบาลมากขึ้น → โรงพยาบาล

ต้องจ่ายมากขึ้น → ขยะประมาณช่วยไม่พอ → โรงพยาบาลต้องลดความช่วยเหลือลง”. หากมองจากแง่ของโรงพยาบาลก็ต้องเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องลดความช่วยเหลือ, เพราะโรงพยาบาลไม่มีเงินจะมาจ่ายเป็นค่ายาหรือค่าบริการอื่น ๆ. สำหรับโรงพยาบาลเรื่องก็เป็นการตรงไปตรงมาเพียงเท่านั้น: ไม่มีเงิน, ไม่มียา, ก็รักษาไม่ได้. แต่หากมองจากแง่ของคนไข้, เรื่องมิใช่เป็นที่น่าสนใจนักเมื่อไปถึงโรงพยาบาล, แพทย์ตรวจแล้ว, ทำอะไรให้ไม่ได้เพราะไม่มีเงินค่ายา, ต้องไปอีกโรงพยาบาลหนึ่ง, แล้วก็เกิดความซัดเซงเช่นกัน, คงนเรื่อย ๆ ไป. ลงท้ายก็ต้องหันเข้าหาหมอเถื่อนหรือยากลางบ้าน, เพราะเสียค่าใช้จ่ายน้อย, พอจะสู้ไต่บ้าง. เรื่องความหวังในผลของการรักษานั้นก็คงจะน้อยตามค่าใช้จ่ายไปด้วย, แต่ก็ยังคงสามารถปลอบใจตนเองได้ว่า “อย่างน้อยก็ยังมียากิน” หรือมีการรักษาอะไรบ้าง. ในใจของคนพวกนี้จะคิดอย่างไรต่อโชคชะตาของตนเอง, ต่อสังคม, และต่อโรงพยาบาลซึ่งเคยเป็น “ทัพของคนยาก” แล้วเกิดกลับกลายเป็น เป็นขอที่พอจะเอาได้.

การคลี่คลายไปในทางเลื่อมในค้ำน

สมควรจะกระทำให้หยกชงงักหรือแม่ถอย  
 กลยคนเสยทหนง. คงจะเป็นการทำที่ไม่ง่าย  
 นักในสมัยที่อะไร ๆ ก็หมุนไปในทางเลว  
 สำหรับคนจน. แต่เพราะ “การบำบัดโรค”  
 เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งข้อหนึ่งในการครองชีพ,  
 จึงน่าจะมีผู้เอาใจใส่และใช้ความพยายาม  
 เป็นพิเศษ. พิจารณาตาม “กลไก” ที่เสนอ  
 ไว้ข้างต้น, จุดที่จะแก้ไขได้มีอยู่สามแห่ง,  
 คือ “ค่าครองชีพ”, “งบประมาณ” และ  
 “โรงพยาบาล”. จุดแรกเป็นจุดที่ยากที่สุด  
 และมีหวังน้อยที่จะทำได้, เพราะมีการเกี่ยว  
 โยงกับเรื่องอื่น ๆ อีกมากมายทั้งภายในและ  
 ภายนอกประเทศ. เพราะฉะนั้นน่าจะถือว่า  
 “ไม่อาจทำได้” ในขณะนี้. จุดที่สอง, “งบ-  
 ปรมาณ”, เป็นเรื่องที่พอจะแก้ไขได้และคง  
 จะแก้ไขได้, ถ้าหากมีการเสนอแนะรัฐบาล  
 อย่างชัดเจนหนักแน่นและได้ผล. คงไม่มี  
 รัฐบาลประชาธิปไตยแห่งใดที่จะปล่อยให้  
 ราษฎรต้องขาดการรักษาพยาบาลที่ควรจะ  
 ได้รับ. น่าจะเสนอดัง “งบประมาณค่ายาและ  
 ค่ารักษาสำหรับผู้ขัดสน” ไว้โดยเฉพาะ,  
 และใช้ให้ตรงตามวัตถุประสงค์จริง ๆ. ข้อ  
 มูลเกี่ยวกับการใช้เงินงบนควรจะเป็นที่สนใจ  
 ของสภาเศรษฐกิจแห่งชาติอย่างยิ่ง. รัฐบาล  
 คงไม่สามารถให้งบประมาณจนเต็มที่ได้,

เพราะอาจเป็นเงินก้อนใหญ่มากมาย. แต่ก  
 ี่ไม่มีความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องช่วยแต่ฝ่าย  
 เดียว, เพราะจุดที่สาม, คือ “โรงพยาบาล”  
 ยังพอจะช่วยได้บ้าง. ส่วนใหญ่ส่วนหนึ่งของ  
 ค่าใช้จ่ายเป็นเงินค่ายา, และโรงพยาบาล  
 อาจประหยัดส่วนหนึ่งของเงินก้อนนี้ได้โดย  
 วางระเบียบให้รศกมเกี่ยวกับยาที่จะใช้, โดย  
 เฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีเงินน้อยและคน  
 ใช้อนาถา. ทงนมโคให้หมายความว่าให้ใช้ยา  
 คุณภาพต่ำสำหรับคนยากจนและยาคุณภาพ  
 สูงสำหรับคนมั่งมี. ความจริงคุณภาพของ  
 ยากับราคาของยามิได้สัมพันธ์กันโดยทำ-  
 นองเส้นขนานเสมอไป. ยาอย่างเดียวกัน,  
 มีสรรพคุณเท่าเทียมกัน, แต่เป็นของผู้ผลิต  
 ต่างกัน, อาจมีราคาต่างกันมาก ๆ. ใน  
 ประเทศที่มีการประกันสุขภาพเขาย่อมมี  
 บัญญัติกำหนดช้อและชนิดของยาตลอดจน  
 อปกรณต่าง ๆ ที่จะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกัน  
 ไว้อย่างชัดแจ้ง. ส่วนมากเป็นของที่สรรพ-  
 คุณหรือคุณภาพดีแต่ราคาไม่แพง. ถ้าผู้  
 ใดต้องการของดีและแพงก็ต้องเสียเงินเป็น  
 พิเศษ! โรงพยาบาลของเราน่าจะกระทำเช่น  
 นี้ได้. ในการวางกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ  
 ย่อมจำต้องมีการปรึกษาหารือกันในด้าน  
 วิชาการกับฝ่ายบริหารและมีการศึกษาตรวจ

คนตามสมควร, เพื่อให้สามารถกระทำ  
งานได้ผลดี. พร้อมกันนั้นจะมีการขแรง  
แก่แพทย์ฝ่ายรักษาให้เอาใจใส่ในเรื่องการ  
ประหยัคเกี่ยวกับ การตรวจและรักษาโรค,  
ทั้งในฝ่าย โรงพยาบาลเองและฝ่ายคนไข้,  
เพื่อช่วยคนไข้ให้สามารถช่วย โรงพยาบาล,  
และช่วย โรงพยาบาลให้สามารถช่วยคนไข้  
ได้มากขึ้น.

อีกทางหนึ่งที่ โรงพยาบาลอาจแบ่งเบ  
ภาระของรัฐบาลในค่านงขประมาณได้, คือ  
ช่วยหาเงินอุปการะจากผู้ที่มีจิตศรัทธา,  
เอาไวใช้จ่ายเกอกลคนไข้ที่ยากจนโดย  
เฉพาะ. ตามปรกติเงินอุทิศประเภทนี้มีผู้  
ให้อย่าง, แต่มีจำนวนไม่มาก, และผู้  
ที่ให้แล้วมักไม่ทราบว่าเงินของเขาได้มีการ  
ใช้จ่ายไปอย่างไร, เพราะไม่มีการแจ้งให้  
ทราบ. โรงพยาบาลอาจดำเนินการส่งเสริม  
การบริจาคประเภทนี้โดยการ โฆษณาชัก  
ชวน, ให้ความสะดวกแก่ผู้มีจิตศรัทธา,  
และเมื่อได้รับเงินแล้ว, เฉพาะในรายที่  
ใหญ่ ๆ, แจ้งให้ทราบหรือประกาศให้แพร่  
หลายว่าได้ใช้ไปอย่างไรบ้าง, ยังคงเหลือ  
เท่าไร. เพอการนี้ควรระวางระเบียบพิเศษ  
ให้ร้กคุมทั้งในค่านรับและค่านจ่ายเพื่อให้ได้  
ผลสมความมุ่งหมายทั้งในฝ่ายการเงินและ

ฝ่ายโฆษณา. ความเห็น้อยยากใด ๆ ใน  
การนี้จะไดผลดีมจากเงินที่มามากจนสำ  
หรับช่วยเหลือคนไข้ที่ขาดแคลน, เพื่อช่วย  
บรรเทาภาระของรัฐบาลและช่วยทำให้โรง  
พยาบาลกลับเป็น “ที่พึ่งของคนยาก”  
เหมือนเช่นเดิม.

โดยเฉพาะศิริราชพยาบาลได้เป็น “ที่  
พึ่งของคนยาก” มาแต่ไหนแต่ไร. ศิริราช  
พยาบาลได้มีฐานะพิเศษในความทรงจำของ  
ประชาชนทั่วไปก็เพราะเหตุนี้. งานของ  
ศิริราชที่ต้องพึ่งประชาชนได้สำเร็จลุล่วงไป  
ด้วยผลดีเกินคาดทุกครั้ง, ก็เพราะเหตุนี้.  
เจ้าหน้าที่ทงมวลของโรงพยาบาลจึงควรระ  
ลึกหรือไตร่ขการตักเตือนให้ระลึกลอยเสมอ  
ถึงพระราชประสงค์ของสมเด็จพระปรมหา  
ราชผู้พระราชทานกำเนิดแก่ศิริราชพยาบาล  
เพื่อเป็นส่วนพระราชกุศลและเป็นพระ  
บรมราชานุเคราะห์แก่ราษฎรผู้ยากจน,  
และช่วยกันรักษาสถานะที่ประชาชนชนชม  
ให้คงอยู่ได้นานเท่านั้นโดยเต็มสติกำลัง.

อนึ่ง, ในโอกาสที่คณะกรรมการฯ ได้  
กำหนดจะสร้างตึกคนไข้หลังใหญ่โตขึ้นใน  
บริเวณโรงพยาบาลด้วยเงินรายได้ “จาก  
ประชาชน” ในงานฉลองเจ็ดสิบสองปี,  
ตักกันน่าจะจัดไว้สำหรับคนไข้อนาถาเป็น

ส่วนใหญ่และควรจะได้รับชื่อนานานามว่า “คึก  
ขี้มหาราช” เพื่อเป็นอนุสรณ์ในพระมหา-  
กรุณาธิคุณของพระมหากษัตริย์พระองค์  
นั้นต่อประชาราษฎร์ของพระองค์, และเพื่อ  
เตือนใจเจ้าหน้าที่แห่งศิริราชพยาบาลให้นึก  
ถึงคำคึกคึกสิทธิ์ในประกาศที่นำลงพิมพ์ไว้  
ในเบื้องต้นแล้ว:

“โรงพยาบาลนี้เป็นส่วนพระราช-  
กุศล, ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้ง  
ขึ้นเป็นทานในการรักษาโรคและป้องกัน  
ความทุกข์ยากของปวงชนทั้งหลาย  
ที่จะเกิดจากพยาธิ. มิให้หมอหรือคน  
พยาบาลเรียกค่ายา ค่ารักษาแก่คนไข้  
เป็นอันขาด”.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

## แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ., สุตสวาท สายหุ ป.บ., สมชัย บวรภิตติ ป.บ.  
อวย เกตุสิงห์ พ.ด., สุวรรณ จารุนาคร ป.บ., กรงไกร เจนพาณิชย์ ป.บ., ชุศักดิ์ เวชแพคย์ ป.บ.  
มนตรี จุลสมย์ ป.บ.

๑. Moser, Marvin, H. Wish, Arnold  
P. Friedman: อาการปวดศีรษะกับความ  
คลื่นเลือดสูง. J.A.M.A. 1962, 188: 301-306.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ช่วย ๕๔ รายที่มี  
อาการปวดศีรษะร่วมกับโรคความดันเลือด  
สูงเพื่อหาสาเหตุของการปวดศีรษะในโรค  
นั้น. เขาพบว่าอาการปวดศีรษะบริเวณหน้า  
ผากและท้ายทอยในเวลาเช้าพบได้บ่อยกว่า  
อาการปวดในบริเวณอื่น, แต่ไม่แน่นอนทุก  
รายไป, และมากกว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ช่วย  
ทุเลาปวดภายหลังที่ให้ยาและความดันเลือด  
ลดลงแล้ว. ประมาณ ๒๐.๕ เปอร์เซ็นต์ของผู้  
ช่วยที่มีความดันเลือดสูงมีอาการปวดศีรษะ  
ข้างเดียว, และ ๓๕.๔ เปอร์เซ็นต์ของผู้ช่วยที่  
ปวดศีรษะข้างเดียวมีความดันเลือดสูง.

ลักษณะของการปวดศีรษะที่พบบ่อยคือ  
ปวดตื้อ ๆ (พบบ่อยกว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์), รองลง  
มาคือปวดจุก ๆ และปวดตื้อ ๆ. เวลาที่มีการ  
ปวดศีรษะพบบ่อยในตอนเช้าถึง ๖๐ เปอร์เซ็นต์.

อาการปวดศีรษะไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสูงของความดันเลือด, แต่ขึ้นอยู่กับ  
อารมณ์และความกังวล. ในเพศหญิงพบว่า  
๕๗ เปอร์เซ็นต์. ของผู้ช่วยอยู่ในวัยหมดระดู.

จากการศึกษาพบว่าผู้ช่วยด้วยความดัน  
เลือดสูงราว ๕๐-๗๕ เปอร์เซ็นต์. เท่านั้นที่มี  
อาการปวดศีรษะ.

กลไกการปวดศีรษะในผู้ช่วยโรคความ  
ดันเลือดสูง, จากงานของ Wolff (1948).  
เชื่อว่าเกิดจากการขยายและเพิ่มการตึง  
เครียดของแขนงหลอดเลือดแดง เอ็กซ-  
เทอรนัล คาโรติก. การให้ยาพวก เออร์โกท  
ทำให้อาการปวดทุเลาได้. ในฮัยเปอร์เทนชัน  
อย่างร้าย เชื่อว่าการปวดศีรษะเกิดจากการ  
บวมของเนื้อสมอง และไปกดส่วนที่รับความ  
เจ็บปวด.

Pickering (1955) พบว่าลักษณะการปวด  
ศีรษะในโรคความดันเลือดสูงที่พบบ่อยคือ  
ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า และ  
หายไปเองในตอนสาย. เขาไม่พบว่า

ความกันของน้ำไขสันหลังสูงจนเลยระหว่าง  
ที่มอากาศรพวค.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๒. Mayer Walter : การเปลี่ยนแปลงที่  
เรตินาเนื่องจากชาวมลโรควิน. Am. J.  
Ophth. 1962, 53: 769-774.

มลโรควิน นอกจากจะใช้รักษาใช้จับ  
สันและโรค ลุปลุส เฮอร์นิมาโทสิส แล้วยัง  
ใช้รักษาโรคข้ออักเสบ รุห์มาตอยค ใน  
ระยะยาวด้วย. การเปลี่ยนแปลงที่ คอรเนีย  
และแก้วตาอันเนื่อง จากยานจะหายไปไ้เอง  
เมอหยุดยา. แคท เรตินา ไม่หาย. เราจะ  
พบว่า ผู้ป่วย มาหาแพทย์ ด้วยอาการ ตามัว,  
ตรวจพบเรตินาขวม, มาคลา เปลี่ยนเป็น  
สีแดงเชอรวัย, หลอดเลือดแดงย่อยหดตัว  
แคบลง. ลานเห็นแคบลงทางข้างขมับ. มี  
พาราเซ็นทรัล สโคโตมา. ข้อตรวจพบเหล่านี้  
จะยังคงอยู่และไม่มากจนแม้ว่าจะหยุดยา  
แล้วก็ตาม.

สุดสวาท สายหู พ.บ.

๓. วรวานวคค, วกจ, วกุล วรวานวคค, นันทา  
คิตละสิริ, เจียมจิตต์ กัลยาสิริ: ความ  
สัมพันธ์ระหว่าง การทคสอย ไอ โอคิน กับวิธี

๒๕-๒๕๕  
ทคสอยหนาทคยวคอิน ๆ. Am. J. Gastro-  
enterol. 1961, 36: 468-473.

การคคษาวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ทคสอยหนาท  
ของคคยคคไปกยวิธีทคสอย ไอ โอคิน  
(ไอ โอคิน เทสต์) ในผู้บ่วยโรคคคยต่าง ๆ  
ให้ผลสรยไ้คคกคคไปน:

(๑) การคคษาวิธีทคสอย เซฟาลิน-  
โม่เลสเตอร์รอด ฟล็คคคเลชัน คคยกับวิธี  
ทคสอย ไอ โอคิน ในผู้บ่วย ๕๘๐ ราย,  
ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลทคสอยของ  
ทั้งสองวิธี. จึงทำให้เชอว่าวิธีทคสอยทั้งสอง  
นมกลไกของการทคสอยคคกัน.

(๒) การคคษาวิธี ธิยมอด เทอรับคคย  
พร้อม ๆ กับวิธีทคสอย ไอ โอคิน ในผู้บ่วย  
๕๕๒ ราย, ไม่แสดงความสัมพันธ์ของการ  
ตรวจพบระหว่างสองวิธีอีกเช่นกัน.

(๓) การคคษาวิธี ซิงค์ ซัลเฟต เทอรั-  
บิคคคย กับวิธีทคสอย ไอ โอคิน ในผู้บ่วย  
๕๑๑ ราย, แสดงว่าผลตรวจจากการทค  
สอยทั้งสองวิธีมีความสัมพันธ์กัน. จึงเชอ  
ว่าวิธีทคสอยทั้งสองนม พนฐาน ของกลไก  
การทคสอยเป็นไปในแบบคคยกัน.

(๔) การคคษาวิธี คคยเปออร์ อะซีเตค  
กับวิธีทคสอย ไอ โอคิน ในผู้บ่วย ๑,๑๐๔  
ราย, แสดงผลตรวจพบเป็นไปในแบบคคย  
กัน.

(๕) การศึกษาแยกส่วน โพรเทอีน ใน เซรัมโดยวิธี อิเล็กโตรฟอริสซิส บนกระดาษ, ควบไปกับวิธีทดสอบ ไอโอทีน, ในผู้ช่วย ๘๕ ราย, แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างผลทดสอบ ไอโอทีน กับการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ แอลบูมิน และ แก้มม่า โกลบูลิน ใน เซรัม. เมื่อวิธีทดสอบ ไอโอทีน ให้ผลบวก, พบว่า แอลบูมิน ใน เซรัม มีปริมาณลดลงกว่าปรกติ, และ แก้มม่า โกลบูลิน มีปริมาณสูงขึ้น. พิกัดของการเปลี่ยนแปลงของ แก้มม่า โกลบูลิน สัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของผลบวกจากวิธีทดสอบ ไอโอทีน.

คณะผู้รายงานให้ความเห็นว่าวิธีทดสอบ ไอโอทีน, ซึ่งมีกลไกของการตรวจหน้าที่ของตับเป็นไปแบบเดียวกันกับวิธี ซิงค์ ซัลเฟต เทอร์บิตัตต์ และวิธี คีออปเปอร์ อะซีเตต, แสดงประสิทธิภาพเหนือกว่าและสะดวกกว่าวิธีทดสอบทั้งสองวิธีดังกล่าว, จึงได้แนะนำให้ใช้วิธีทดสอบ ไอโอทีน แทนวิธีทั้งสอง. ส่วนวิธี เซฟาลิน-โมเลสเทรอล ฟลือคคู-เลชั่น และวิธี ธิมมอด เทอร์บิตัตต์, มีเบต้า โกลบูลิน และ ไลโปโปรเทอีน เป็นตัวสำคัญในกลไกการเกิดปฏิกิริยา, จึงควรใช้ร่วม

ตรวจกับวิธีทดสอบ ไอโอทีน ในการทดสอบหน้าที่ของตับทั่วไป.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๔. Pernod, J., C. Chambatte, J. Batime et J. Kermarec: ผลการรักษารังโรคเยื่อหุ้มสมองในผู้ใหญ่โดยใช้ ไอโซในอะซีต ร่วมกับแอนติไบโอติก. Rev. tuberc. (Paris) 1962, 26:205-227.

การศึกษาคืบตามผู้ช่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองจำนวน ๘๐ ราย (ชาย ๗๗, หญิง ๓; ๗๒ รายอายุระหว่าง ๑๕-๒๕ ปี, ๗ รายระหว่าง ๒๕-๓๕, หนึ่งรายเกิน ๓๕ ปี) ที่ได้รับการรักษาด้วย ไอโซในอะซีต ร่วมกับแอนติไบโอติก ที่ ร.พ. ทหารบก เปร์ซีย์, ได้ผลสรุปดังต่อไปนี้: (๑) การรักษาในระยะปัจจุบัน, ตาย ๓.๗๕ ปรศ., เกิดอัมพาตครึ่งท่อน ๑๑.๒๕ ปรศ., โรคเรื้อรังอยู่นาน ๑๖.๒ ปรศ., หายปรกติ ๖๘.๘ ปรศ. (๒) การศึกษาคืบตาม: ตาย ๕ ปรศ., หายปรกติ ๕๘.๗๕ ปรศ., มีโรคตามหลังเล็กน้อยไม่ทำให้ชีวิตสังคมผิดปรกติ ๓๓.๗๕ ปรศ., มีโรคตามหลังมากทำให้ยกพว่องในสังคม ๑๒.๕ ปรศ.

ผู้รายงานแถลงว่าการใช้ ไอโซในอะซีต

ในขนาดมากคงปฏิบัติกันทั่วไปในปัจจุบันทำให้การรักษาโดยวิธีใส่ยาเข้าช่องไขสันหลังหมดความจำเป็น. การใช้ ฮอร์โมนร่วมในการรักษาช่วยให้อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยหายไประวดเร็ว, แต่ไม่ช่วยย่นระยะของโรคให้สั้นลง. สเตอโรยด์โทมัยซิน, หากใช้ระยะยาว, ทำให้มีผลเสียแทรกซ้อนทางหูในอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๕. Imavi, A.J.: ประโยชน์ของ สเตอโรยด์ ในการรักษา เอ็มพัยอมา วัณโรค. *Tubercle* 1962. 43:61-63.

ผู้รายงานเสนอผลการรักษา เอ็มพัยอมา วัณโรค ๒๔ รายโดยเปรียบเทียบผลระหว่างวิธีใส่ยาต้านวัณโรคและเจาะเอาหนองออกซ้ำๆ, กับวิธีใส่ยาต้านวัณโรคและเจาะเอาหนองออกพร้อมๆให้กิน สเตอโรยด์. เขาพบว่าในผู้ป่วย ๑๒ คนที่ใช้วิธีหลังผลดีกว่าอีกวิธีหนึ่ง. นอกจากนั้นพบว่าการรักษาทั้งสองวิธีจะให้ผลดีก็ต่อเมื่อโรคยังไม่เรื้อรังมากและหนองยังมีไม่มาก, คือเริ่มรักษาในระยะแรกๆ ของโรค.

(หมายเหตุของผู้ย่อ: ผลงานของผู้ย่อเองแสดงว่า สเตอโรยด์ ไม่ให้ผลพิเศษ

อย่างไรในการรักษา เอ็มพัยอมา วัณโรค. ความเห็นของแพทย์ส่วนใหญ่ในศิริราช (สารศิริราช ๒๕๐๔, ๑๓:๑๓๗-๑๔๔) มีแนวโน้มว่าวิธีรักษา เอ็มพัยอมา ให้ได้ผลดีคือวิธีคล้ายกรรมประกอบกับการรักษาเสียแต่เนิ่นๆ.)

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๖. Gaedeke, R., H. Reinwein. Chr. Zimmer: หัวใจอักเสบ รุห์มาติก ในเด็ก. *Dtsch. med. Wschr.* 1962, 87:1492-1496.

ระหว่างปี ๑๙๕๕ กับ ๑๙๕๘ มีผู้ป่วยเป็นไข้ รุห์มาติก รั่วไว้ในคลินิกมารเวชฯ ของมหาวิทยาลัยไฟรบวร์ก ๑๔๔ คน, ส่วนมากอายุ ๘ ถึง ๑๑ ปี. ในจำนวนนี้ ๗๖ ๒๕. แสดงอาการตรวจพบเกี่ยวกับหัวใจและ ๖๐ ๒๕. มีโรคหัวใจอักเสบแทรก. พบประวัติการติดเชื้อในทางหายใจส่วนบน (ไม่รวม ท่อนซิล อักเสบ) ๑๓ ๒๕. จำเป็นต้องตัด ท่อนซิล ใน ๔๓ ๒๕. ผู้รายงานเน้นความสำคัญของการใช้ เพนิซิลลิน ในเชิงป้องกัน, และแสดงความเห็นว่ายาประเภท คอร์ติโคอยด์ ไม่มีสรรพคุณในต้านแอนติรุห์มาติก เห็นอกว่า ซาลิซิลเลต อย่างไรก็ดี, นอกจากในรายที่รุนแรงและแสดง

อาการจะเกิดโรคหัวใจแทรกซ้อน, คอร์ติ-  
คอยด์ อาจมีประโยชน์พิเศษเพราะแสดง  
ฤทธิ์ได้เร็ว. ในรายที่จำเป็นต้องให้คีโรทีลิส  
เขานิยมใช้พวกที่ออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์สั-  
สมน้อย, เช่น ลานาโทลิก ซี และ คีค็อก  
ซิน. ในรายลน ไมตรัล ทบ, สคิลลาเร็น  
มัสรวรพคณคเป็นพิเศษ.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๗. Willenegzer, H., W. Roth: การรักษา  
การติดเชื้อคัลยกรรมโดยวิธีระบายล้างด้วย  
น้ำยาฆ่าเชื้อ. Dtsch. med. Wschr, 1962,  
87: 1485-1491.

สำหรับรักษาการติดเชื้อทางคัลยกรรม,  
โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่อยู่ในส่วนลึกและมี  
ลักษณะเป็นช่องหรือโพรงหรือมีเนื้อตายอยู่  
มาก, ผู้รายงานได้นำวิธีเก่า (Klapp, Car-  
rell) มาดัดแปลงโดยใช้น้ำละลาย ฆลอร์-  
แอมเฟนิคอล (1-2 ค่อ 1000) เป็นน้ำยา  
ระบายล้างซ้ำ ๆ ตลอดเวลา. กำลังคั้นน้ำยา  
เข้าในแผลอาศัยแรงฉว่ง. ในทางไหลออก  
บางครั้งใช้คูดด้วยเครื่องเพอปัองกันการคั่ง.  
ฆลอร์แอมเฟนิคอล ให้ผลดีในส่วนมาก.  
มีนอยรายที่ตองใช้น้ำละลาย นีโอมัยซิน,  
อีริยโทรมัยซิน, หรือ ออกซัย เตควา ซัย-

คลิน (ความเข้มข้นเท่ากัน), ระยะเวลาที่ทํา  
การล้างนี้แตกต่างกันไปตามความรุนแรงและ  
ความเก่าของโรค.

(ในรื่องเดิมมีภาพแสดงหลายภาพ.)

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๘. Schachter, D.: การวิเคราะห์ปริมาณ  
ของแม็กนีเซียม โดยวิธีวัดแสงเรือง.  
J. Lab. Clin. Med. 1961, 58: 455-498.

อาจวิเคราะห์ แม็กนีเซียม ในปัสสาวะ  
ได้โดยให้ทำปฏิกิริยากับ ๘-ฮัยคร็อกซัย  
ควิโนลัน ซัลโฟเนต ในน้ำยา ยีฟเฟอร์  
(ทริส) โดยไม่ต้องแยกเอา โพรเทอิน ออก  
เสียก่อน. แม็กนีเซียม ๘-ฮัยคร็อกซัย-  
ควิโนลัน ซัลโฟเนต ให้แสงเรืองซึ่งวัด  
ความเข้มได้ด้วย สะเป็คโตรโฟโตมิเตอร์.  
แสงเรือง มีความเข้ม สูงสุด ที่พีเชช ๗.๐.  
(ในรายงานมีวิธีทำน้ำยาโดยครบครัน.)

วิธีนี้ให้ผลใกล้เคียงมากกับวิธีเดิมที่ใช้  
๘-ฮัยคร็อกซัยควิโนลัน, แต่ดีกว่าที่ไม่  
ต้องแยก โพรเทอิน ก่อนและต้องการ เซรุ่ม  
เพียง ๐.๕ ล.ซม.

สุวรรณา จารุนาคร พ.บ.

๘. Wang, H.L., Harry A. Waizman:

การทดสอบ เฝินียล อะลานีน ในคนไข้ ลิวคิเมีย. J. Lab. Clin. Med. 1961, 57:73-77.

ผู้รายงานให้คนปรกติ ๒๒ คนกับคนไข้ ลิวคิเมีย ชนิดต่าง ๆ ๑๒ คนกิน เฝินียล อะลานีน ก่อนอาหารเช้า, ғаะเลื่อคก่อน และหลังกินในเวลา ๑,๒,๓,๔, ๕, ๕.ม. แยก พลาสมา ไปวิเคราะห์ปริมาณสารที่กินโดย วิธี แบล็คทรีเบิล คีคาร์บ็อกซีเลชัน, และ วิเคราะห์ แอล-ทัยโรซีน โดยวิธี ในโตร โสไนฟรอล. ใช้ขนาด เฝินียล อะลานีน ๐.๑ และ ๐.๒ ก. ต่อ กก. ผลปรากฏว่า คนไข้ ลิวคิเมีย ก่อนกิน เฝินียล อะลานีน มีค่าของสารนั้นใน พลาสมา สูงกว่าคน ปรกติเล็กน้อย, แต่ค่าของ ทัยโรซีน เท่าๆ คนปรกติ. หลังกิน เฝินียล อะลานีน แล้ว คนไข้ ลิวคิเมีย มีค่าของสารนี้สูงขึ้นมาก เกือบเป็นสองเท่าของคนปรกติ. แต่ค่าของ ทัยโรซีนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย. ผู้รายงาน มีความเห็นว่าในคนไข้ ลิวคิเมีย นนการ ทำงานของ เฝินียล-อะลานีน-ฮัยดรอกซี-เลส (ซึ่งเปลี่ยน เฝินียล อะลานีน เป็น ทัยโรซีน) บกพร่อง.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๐. Randall, L.O., J.J. Selitto: วิถีวัด

ฤทธิ์ระงับปวดในเนื้อที่อีกเสบ. Arch. int. Pharmacodyn. 1957, 111: 409-419.

ใช้หนูทำให้เท้าอักเสบโดยฉีดน้ำละลาย เซอสา (๐.๑ ล.ซม. ของ ๒๐ ปรช.) เข้า ใต้หนังที่เท้า. วัดความมกที่ทำให้เจ็บ ด้วยเครื่องมือพิเศษที่อ่านความมกเป็น มม. ปรอทได้, ภายหลังฉีดยาแก้ปวดได้ ๑,๒, ๓, และ ๔ ๕.ม. พบว่าหนูที่เท้าอักเสบมี ความไวต่อการ กดมากกว่า หนูปรกติ ประ-มาณเท่าตัว.

อาศัยเทียบประสิทธิภาพ การระงับปวด ของยาต่าง ๆ โดยถือเอา โซเดียม ซาลิ ซัยเลต เป็นหลัก (= ๑.๐), ได้ผลดังต่อไปนี้: อะมิโนพัยริน ๑.๒, เฝินียล บตาโซน ๑.๓, มอร์ฟีน ๒.๕. นอกจากนี้พบว่า อัล ฟาโปรคีน มีประสิทธิภาพเป็น ๑.๑ เท่าของ มอร์ฟีน, และ ลิวอร์ฟาน เป็น ๘.๕ เท่า ของมอร์ฟีน. มอร์ฟีนมฤทธิแรงเป็น ๔.๑ เท่า ของ โคเคอิน และ ๔.๑ เท่าของเมเปอริคีน.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๑๑. Khalil, H.H., R.C., MacKeith:

วิจัยาย ๆ ในการเพิ่มและลดอุณหภูมิกาย. B.M.J. 1954, 2:734-736

ในการทดลอง กับสุนัขและ กระท่ายทำ

ให้อุณหภูมิลดต่ำ (ฮัยโปเธอร์เมีย) แล้ว กลัวย ทำให้สังขน์ใหม่ โดยอาศัย ความร้อน จากภายนอก, อุณหภูมิภายในเพียง ชั่ว ๆ, เป็นสาเหตุให้สัตว์ตาย. ผู้เขียนได้ ทดลอง ทำให้ร่างกาย ร้อนขึ้นใหม่ หลังจาก ทำให้เย็น, โดยใส่ถุงยางบาง ๆ เข้าไว้ในกระเพาะแล้วปล่อยน้ำร้อน (๔๐ ซ.) ผ่านเข้าไป. เขาพบว่าให้อุณหภูมิภายในเพิ่มขึ้น ได้รวดเร็วและมีความปลอดภัย. ถ้าใช้น้ำเย็น (๔ ซ.) ก็สามารถทำให้ร่างกายมี อุณหภูมิต่ำได้. หลังจากทดลองในสัตว์แล้ว ได้ทดลองในเด็กอายุ ๑๖ เดือน ๑ คน ซึ่งมีไข้สูง มาก และไม่ อาจ ทำให้ ลด ไข้ ด้วยวิธีธรรมดา. เขาสามารถลดอุณหภูมิจาก ๔๐.๖ ซ. เป็น ๓๙.๙ ซ. ได้ภายใน ๓๐ นาที.

ในการใช้ ฮัยโปเธอร์เมีย แล้วปล่อย ให้ร่างกายอุ่นขึ้นโดย ใช้ความร้อนจากภายนอก, มีความยุ่งยากเกี่ยวกับการที่ส่วน ผิว ภายเพิ่ม เมตะบอลิซึม ขึ้น (จากความร้อน), แต่ส่วนลึกยังเย็นอยู่, ทำให้การไหลเวียน เลือดที่ผิวไม่พอเพียง, ก็อาจเกิดการไหล เวียนล้มได้. ถ้าใช้วิธีทำให้ร่างกายอุ่นขึ้น โดยใส่น้ำร้อนเข้าในกระเพาะ, จะไม่มีผล แทรกแซงเช่นนั้น, เพราะร่างกายส่วนลึก ร้อนขึ้นก่อน, รวมทั้งตับและอวัยวะภายใน

ใกล้เคียงด้วย, ความปลอดภัยจึงมีมากกว่า.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๒. Oprescu, C.C.: การทำให้เกิดภูมิไว เกินชนิดล่าช้า. Nature 1962,193:492-493.

เป็นที่ทราบแน่แล้วว่า เมื่อร่างกาย ได้รับความเสียหาย, ไม่ว่าจะ เป็น เชื้อ เป็น หรือ เชื้อ เชื้อตาย, จะเกิดภูมิไวเกิน (delayed hypersensitivity) ชนิดล่าช้าขึ้น, ซึ่งไม่สามารถ ทำให้เกิดได้โดยฉีดเชื้อหรือ น้ำสกัดอวัยวะ ของสัตว์ที่มีภูมิแพ้ (อัลเลอร์จี) เข้าไป.

การทำให้เกิดภูมิไวเกินชนิดล่าช้า อาจ ทำได้ อภิวิธีหนึ่ง, คือฉีดเมดลิวคขาวของ ผู้ให้ซึ่งมีภูมิแพ้เข้าไปในร่างกาย. ความแรง ของ ปฏิกิริยาที่จะเกิด ขึ้น พบว่า ขึ้น อยู่กับ จำนวนของเมดลิวคขาวชนิด โมโนเนเคลียร์ ที่ฉีด. เมดลิวคขาวชนิดคนเมื่อถูกทำให้ แดกจะให้สารอย่างหนึ่งซึ่งคล้ายกับ อัลฟา โกลบูลิน ของ พลาสมา และสารนี้เองเป็น ตัวกระตุ้นให้เกิดภูมิไวเกิน.

ผลการทดลองในรายงานนี้แสดงว่าสาร ดังกล่าว ยัง สามารถ เปลี่ยน เมด ลิวค ขาว ปกติให้เป็นชนิดที่มีภูมิแพ้ขึ้นได้แม้ในหลอด แก้วด้วย.

มันตรี จุลสมัย พ.บ.

# ปกิณกะ

## ๑. จุดหมายจากหมอ

เรียน ท่านบรรณาธิการที่เคารพ

ในระยะสัปดาห์ที่ข้าพเจ้าได้เป็น หมอรักษาคนไข้, ได้ประสพเรื่องราว ๆ ทำนองเดียวกันเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (เรื่องสุดท้ายได้ประสพเมื่อไม่กี่วันเอง), ทำให้ต้องเสียกิริยามารบกวน ท่าน บรรณาธิการ, และอาจรบกวนต่อไปถึงแพทย์อีกหลายคนก็ได้.

จะเป็นเพราะงานมาก จน ลืม ความมุ่งหมายแท้จริงของโรงพยาบาลหรืออย่างไรก็ไม่ทราบ, ทำให้คุณหมอที่อยู่ในแผนกตรวจและรักษาของโรงพยาบาลบางแห่งใช้คำพูดประกอบกับกิริยาออกมาอย่างที่ไม่น่าเชื่อว่าจะเป็นไปได้. เรื่องที่จะเล่านี้มีมาก. จะเล่าให้หมดก็คงนาน. เพราะฉะนั้น ขอยกตัวอย่างเฉพาะส่วนน้อย มาให้พิจารณากันบ้างต่อไปนี้.

รายทหนึ่ง เด็กเป็นโรคไตอักเสบ, ไปหาข้าพเจ้าที่ราน. อาการไม่หนักนัก. เห็นว่าจะ ให้การ รักษา “ แขนงประคิยประคอง ” ได้. ก็ลองรักษาอยู่กับบ้านห้าหกวัน.

เคยมีหลายรายแบบนี้ที่คอย ๆ หายได้โดยไม่ต้องไปรบกวนโรงพยาบาล. แต่รายนี้อกรวมไม่ดีขึ้นและทำท่าจะมยรมเยย, เห็นว่าเข้าโรงพยาบาลเหมาะกว่า, จึงได้แนะนำไปพร้อมทั้งจุดหมายชี้แจงสั้น ๆ. ญาติกลับไปเล่าให้ฟังว่าพอหมออ่าน จุดหมาย แล้วก็หัวเราะชะ ๆ; พคว่า “ ลอให้หมอคนนเขารักษา, ทำไมไม่ให้เขารักษาจนหายละ. ที่นี้ไม่มีเตียงหรอก, ” แล้วก็มยรมตรวจให้เสียเลย. ข้าพเจ้าตัดสินใจไปหมด, ออกความเห็นว่าจะลองไปโรงพยาบาลอื่นเอาใหม่. พอเด็กย้ายหน้า, บอกว่าประคิยก็โดนแบบเดียวกันอีก, ขอให้ข้าพเจ้ารักษาต่อไป, เช่นกเช่น, ตายก็ตาย. ก็รักษากันตามเรื่อง. ในที่สุดข้าพเจ้าก็ต้องออกมรณบัตรให้. เรื่องนี้เกิดเมื่อแปดปีมาแล้ว, แต่ยังจำได้แม่นยำ.

รายทสอง มาจากชมพรวด้วยเรื่องพัลลอร์สติดกันบางส่วน. ไม่มทพก, มาเข้าโรงพยาบาลอยู่ข้างโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เกือบเดือนก็ยังเข้าไม่ได้. ยังเิญญาติคนหนึ่ง, เป็น

เพื่อนข้าพเจ้า, ตามมาจากชมพร, จึงไปขอให้ข้าพเจ้าช่วยเหลือให้ไตเขารับการรักษาเสียที. บังเอิญข้าพเจ้าต้องไปกระทรวงจังหวัด, จึงเขียนจดหมายขอฝากให้. เมื่อกลับมาได้ทราบจากเพื่อนว่าได้ไปเข้าอยู่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง, ซึ่งต้องเสียเงินมากมาย. ลงท้ายเขาว่าเป็นมะเร็งและกระจายไปที่ตับแล้ว. กลับไปชมพรไตไม่กวนก็ตาย. เหตุหนึ่งที่ทำให้ตายคือการรอคอยจนนานเกินไปนั่นเอง.

### รายทสี่

เข้าวันหนึ่งมีคนหน้าคนมาตามให้ข้าพเจ้าไปคนไข้, ว่าถึงเวลาแล้วไม่ทันนอน, เรียกก็ไม่ขาน. คนเคยเป็นคนไข้ของข้าพเจ้า. เมื่อรีบไปถึงก็พบว่า "ตายเสียแล้ว". คนไข้เคยมีความดันเลือดสูง, ประมาณ ๒๓๐/๑๓๐, เคยมีอาการหน้าชาครึ่งซีกและมือเท้าพลัยเป็นครั้งคราว, แต่ลักษณะทั่วไปนั้นแข็งแรง. ข้าพเจ้าเคยให้ยาระงับประสาทและยาขับปัสสาวะ, อาการดีขึ้นชั่วคราว. หลายวันก่อนตายข้าพเจ้าเห็นท่าทางไม่ค่อยดี, จึงแนะนำให้ไปโรงพยาบาล. หมอที่ตรวจไม่รับไว้, ส่งยาให้ไปซอกกินและพักเป็นเชิงฝากมาถึงข้าพเจ้าว่า "เรื่องเล็กแค่นี้ก็ให้มาโรงพยาบาล". แต่เรื่องเล็กโตกลายเป็น

เป็นเรื่องใหญ่สำหรับคนไข้และญาติ, เพราะเขาได้ตายไปแล้ว, ตายจริง ๆ.

รายทสี่ เกิดเมื่อไม่กี่วันมานี้เอง. คนไข้มีความดันเลือดสูงพอ ๆ กับรายทแล้ว, ให้ข้าพเจ้า "วางยา" อยู่หลายสัปดาห์. เคยวิตกหนัก, เคยแยะลง. ข้าพเจ้าคิดว่ามันอาจแตกและตายเมื่อใดก็ได้, จึงได้ส่งไปโรงพยาบาลพร้อมด้วยจดหมายชี้แจงย่อ ๆ ตามธรรมเนียม. "หมอเวร" ไม่รับ. ความจริงจะรับหรือไม่รับเขามีสิทธิ์เต็มที่, ใครจะกล่าวโทษไม่ได้. แต่ที่ไม่ควรทำคือพดกรอกคนไข้ค่อนข้างน่าอเนจอนาถว่า "ทำไมเมื่อเป็นนอย ๆ ลือไม่มาโรงพยาบาล. ไปรักษาจนเป็นมาก ๆ อย่างนั้นแล้วถึงจะมา. วันนั้นไม่มีเตียงว่าง. เอายาไปกิน, แล้ววันจันทร์ตอนบ่ายมาใหม่." ข้าพเจ้าได้ทราบเรื่องแล้วก็สะอึก, นึกว่าท่านหมอโรงพยาบาลช่างเอาใจยากจริง ๆ. คราวหนึ่งว่า "เรื่องเล็กก็ให้มาโรงพยาบาล", อีกคราวหนึ่งกลับว่า "เป็นนอย ๆ ทำไม่ไม่มา, เป็นมากแล้วจึงมา". ไม่ทราบว่าปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกใจของทุก ๆ ท่านได้.

ความจริงท่านผู้ใหญ่เคยสอนว่า โรงพยาบาลนั้นมีไว้สำหรับคนไข้หนัก หรือ เห็นว่าอาจเป็นอันตราย. ส่วนคนไข้ที่เป็นไม่

มากก็ควรรักษากันข้างนอก, ตามร้านหรือ  
ตามบ้าน. เช่นนั้นจะเป็นการแย่งเขาหน้า  
ของโรงพยาบาล. ถ้าหากทุกคนที่ไม่สบาย  
มาโรงพยาบาลหมด, คงตรวจกันไม่ไหว  
แน่.

ข้าพเจ้าพยายามคิดหาเหตุผลว่าทำไม  
คุณหมอเหล่านั้นจึงได้พุดถ้อยคำที่ไม่น่าพุด  
ออกมาดังนั้น. ข้าพเจ้าเพิ่งตตนเองว่าได้ใช้  
ถ้อยคำยัยวนหรือกระทำอะไรผิดหลัก, ก็  
ไม่พย. จะว่าท่านไม่พอใจที่ข้าพเจ้ารักษา  
คนไข้ นอกแขนงวิชา, ก็ไม่น่าจะเป็น,  
เพราะการ “ข้ามฝ่าย” ในขนาดธรรมดาๆ  
ก็ทำกันอยู่ ออกเกร่อ, เช่น หมอศัลย์รักษา  
ทัยฟอยด์, หมอยาเขี่ยแผล, ไม่ได้กับทำ  
เกินเหตุ, เช่น ไม่ใช่หมอทางตาแล้วไปตัด  
ต้อเป็นต้น,

ข้าพเจ้านึกหาเหตุอย่างอื่นไม่พย, ก็  
เลยเข้าใจเอาว่าเป็นเพราะความลุ่มท้ว, คิด  
ว่าฉันมีปริญญาแล้ว, ฉันทัก “หนึ่งเหมือน  
กัน”, ประกอบกับได้อยู่ในโรงพยาบาลที่  
ใหญ่ ๆ, ก็เลย “ใหญ่” ตามไปด้วย.  
แม้แต่กับผู้ที่เคยเป็นอาจารย์ของตน มากก็ย  
ไม่ลง. โดยมากเป็นพวกครึ่ง ๆ กลาง ๆ.  
ที่ท่านโตจริง ๆ แล้วนั้นท่านไม่คอย แสคอง  
ใหญ่อะไร. เรืองเช่นนี้ทำให้เพื่อนหมอบาง

คนถึงกับสาปส่ง, ไม่ยอมให้จดหมายหรือ  
แนะนำคนไข้ไปโรงพยาบาลเลย, เพราะ  
เจอเข้าจนเข็ด. หากอยากไปก็ไปกันเอง.  
อาตมาอายหน้าและได้รับความเสียใจมาพอ  
แล้ว. หวังว่าจดหมายนี้จะสะกิดเตือนบรรดา  
คุณหมอมันนิสัยอีกเหิมไปในทางไม่ดี, ให้  
ขยับเกลานิสัยของตนให้สมกับที่เพื่อนมนุษย์  
ยกย่อง. แม้จะไม่ได้ทำดีจนเหลือหลาย,  
ปฏิบัติอย่างธรรมดา ๆ ชาวบ้านก็นับถืออยู่  
แล้ว. อย่าทำชวงจนถึงกับถูกคนไข้หลอกไป  
ซื้อหมันพันหักสะบักสะบอมเช่นที่เคยมีข่าว.  
ข่าวเช่นนั้นทำให้ครูบาอาจารย์ตลอดจนเพื่อน  
แพทย์ต้องเศร้าสลดใจทุกครั้ง.

อนึ่ง, ในตอนคัดเลือกหรือระหว่างเรียน,  
ถ้าปรากฏชัดว่าใครนิสัยไม่ดี, ไม่ควรรับ  
เข้าไว้ในคณะของเรา, หรือไม่ควรปล่อย  
ให้สำเร็จออกเป็นหมอ, เพราะมีหวังจะนำ  
ความเสียหายมาสู่ คณะแพทย์ และ ทำให้  
เสียใจในภายหลัง.

ขอแสดงความนับถือ

สมาชิกเบอร์ ๒๐๗๑

(สังคหวัดถ—ธรรมอนช่วยให้คนเป็นที่  
รักและอยู่ร่วมกันด้วยดี — ท่านว่ามีสี่, คือ  
(๑) ทาน, การให้, เช่นให้ความช่วย

เหลือกันและกัน, (๒) บียวาจา, คำพูดไพเราะ, เป็นเครื่องข่มน้ำใจ, (๓) อุตถจริยา, การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์, เกื้อกูลกันและกัน, และ (๔) สมานัตตตา, การ

กระทำตนเสมอต้นเสมอปลาย, ไม่หยิ่งผยองเมื่อเป็นใหญ่. ธรรมะเช่นนี้ในหมู่แพทย์ก็เป็นของจำเป็นเช่นเดียวกับในหมู่ชนอื่น ๆ. บ.ก.)

## ๒. การเรียไร

ประเพณีการต้อนรับของใหม่เริ่มเมื่อปี ๒๔๗๔-๒๔๗๕. ที่ได้รักเพราะเลขาธิการของสโมสรแพทย์ศิริราชเล่าไว้ในสารศิริราช. แต่ผมยังมาขึงใจอยู่อีกเรื่องหนึ่งว่าประเพณีการเรียไรเงินในการต้อนรับของใหม่ได้เริ่มแต่เมื่อไร.

ผมจำได้ว่าเมื่อผมเป็นน้องใหม่, พี่ใหญ่รุ่นนั้นได้ประกาศหนังสือพิมพ์เชิญชวนพี่หมอกที่อยู่ภายนอกให้เข้ามาวิ่งกันในวันนั้นเพื่อต้อนรับของใหม่ที่จะเข้ามาร่วมอาชีพเดียวกัน. พอถึงวันนั้นพี่ ๆ หมอกทรีชาวและรักสนุกก็มาร่วมงานและต่างก็หันบรักแรกกันเข้ามาสักซวก ๒ ซวกหรือ ๒-๓ แผ่นตามครัทธา.

มาจนถึงวันผมเป็นพี่ใหญ่ก็เช่นเดียวกัน. ผมได้รู้เรื่องมากเพราะได้มีโอกาสเป็นกรรมการคนหนึ่ง, ก็ได้ตกลงกันว่าจะยก

ตามแนวเดิม, ไม่รบกวนพวกพี่ ๆ ให้เคียดร้อน. ใครมาสนก็จะครัทธาช่วยน้องเท่าไรก็ตามใจ.

แต่มาวันใหม่ ๆ นี้เหตุการณ์ชักเปลี่ยนไป. เมื่อจวนจะถึงวันรับของใหม่จะมีคนเที่ยวลอบคุ้ยเขี่ยแล้วก็ไปยื่นรอกพหน้าห้องเพื่อขอเงินจากพี่ ๆ หมอก. บางพี่ผมก็ว่ากล่าวสั่งสอนไปยัง, บางพี่ก็ตะเพิดไปยัง, และบางพี่ก็ให้เพอตกความรำคาญ. เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นแก่พี่ ๆ หมอกโดยทั่วไป. ทุกคนหรือส่วนมากจะรู้สึกอึดใจ, แต่ก็เมื่ออยากพูดเพราะเกรงจะถูกตีว่าเป็นคนขเห็นขว. แต่ผมจำต้องพูดในวันนั้น. ไม่ใช่ว่าจะทนถูกเรียไรอีกไม่ได้ต่อไป, แต่หากเกรงว่าสิ่งนี้จะกลายเป็นที่เรียกกันว่าประเพณีไปอีก, ถ้าทุกคนก็คิดแต่จะเพิกเฉยกัน.

สิ่งนี้กำลังจะบานปลายไปทุกที, เพราะ

เหลือกันและกัน, (๒) บียวจา, คำพูด  
ไพเราะ, เป็นเครื่องข่มน้ำใจ, (๓)  
อรรถจริยา, การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์, เกื้อ  
กูลกันและกัน, และ (๔) สมานัตตตา, การ

กระทำตนเสมอต้นเสมอปลาย, ไม่หยิ่ง  
ผยองเมื่อเป็นใหญ่. ธรรมะเช่นนี้ในหมู่  
แพทย์ก็เป็นของจำเป็นเช่นเดียวกับในหมู่มน  
อื่น ๆ. บ.ก.)

## ๒. การเรียโร

ประเพณีการต้อนรับของใหม่เริ่มเมื่อ  
ปี ๒๔๗๔-๒๔๗๕. ที่ใครก็เพราะเลขาศิ-  
การของสโมสรแพทย์ศิริราชเล่าไว้ในสาร  
ศิริราช. แต่ผมยังมาขึงใจอยู่อีกเรื่องหนึ่ง  
ว่าประเพณีการเรียโรเงินในการต้อนรับของ  
ใหม่ได้เริ่มแต่เมื่อไร.

ผมจำได้ว่าเมื่อผมเป็นน้องใหม่, พี่  
ใหญ่รุ่นนั้นได้ประกาศหนังสือพิมพ์เชิญชวน  
พี่หมอกที่อยู่ภายนอกให้เข้ามาวิ่งกันในวัน  
นั้นเพื่อต้อนรับของใหม่ที่จะเข้ามาร่วมอาชีพ  
เดียวกัน. พอถึงวันนั้นพี่ ๆ หมอทั้งชาวและ  
รักสนุกก็มาร่วมงานกันและต่างกั้นขบวน  
กันเข้ามาสักขวก ๒ ขวกหรือ ๒-๓ แผ่น  
ตามครัทธา.

มาจนถึงรุ่นผมเป็นพี่ใหญ่ก็เช่นเดียว  
กัน. ผมได้รู้เรื่องมากเพราะได้มีโอกาสเป็น  
กรรมการคนหนึ่ง, ก็ได้ตกลงกันว่าจะยก

ตามแนวเดิม, ไม่รบกวนพวกพี่ ๆ ให้เคียด  
ร้อน. ใครมาสนทนจะครัทธาช่วยน้องเท่าไร  
ก็ตามใจ.

แต่มาวันใหม่ ๆ เหตุการณ์ชักเปลี่ยน  
ไป. เมื่อจวนจะถึงวันต้อนรับจะมีคน  
เที่ยวถือบัตรเชิญแล้วก็ไปยื่นรอกพหน้าห้อง  
เพื่อขอเงินจากพี่ ๆ หมอ. บางขผมก็ว่ากล่าว  
สั่งสอนไปข้าง, บางขก็ตะเพิดไปข้าง, และ  
บางขก็ให้เพื่อตักความรำคาญ. เหตุการณ์  
นี้จะเกิดขึ้นแก่พี่ ๆ หมอโดยทั่วไป. ทุกคน  
หรือส่วนมากจะรู้สึกอึดใจ, แต่ก็ไม่ยอม  
พุดเพราะเกรงจะถูกตีว่าเป็นคนขี้เหนียว.  
แต่ผมจำต้องพุดในวันนั้น. ไม่ใช่ว่าจะทนถูก  
เรียโรอีกไม่ได้ต่อไป, แต่หากเกรงว่าสิ่งนี้จะ  
กลายเป็นที่เรียกกันว่าประเพณีไปอีก, ถ้า  
ทุกคนก็คิดแต่จะเพิกเฉยกัน.

สิ่งนี้กำลังจะบานปลายไปทุกที, เพราะ

เป็นการหาเงินที่ค่อนข้างง่าย. งานฉลอง  
 ปรีญญาของตนเองก็ต้องเรียใครคนอื่น, และ  
 งานแต่งงานน้อยก็ปาละก็เทยวงเตนขอเขา  
 แล้ว. เรื่องการทำงานนั้นมันลำบาก, ผมก็  
 เห็นใจกรรมการสโมสร. เพราะจะทำงาน  
 อะไรก็ต้องมีเงินและเมื่อได้รับเลือกเข้ามา  
 เป็นกรรมการก็ต้องทำงานให้คณะแล้วก็จำ  
 ต้องทำงานอะไรให้เขาได้เห็น. แต่ทงนควร  
 จะอยู่ในขอบเขตจำกัดและอย่าลืมนึกว่าตนยัง  
 ต้องใช้เงินคนอื่นเขาอยู่. งานควรจะมีประ-  
 โยชน์ต่อส่วนรวม. ไม่จำเป็นจะต้องไปเรีย  
 ไรเงินจากผู้ที่มีใครเกี่ยวข้อง. และสุดท้าย  
 ผู้ที่เกี่ยวข้องก็กับการเงินของส่วนรวมควรจะ

เข็ดเผยรายรับรายจ่ายให้สมาชิกทราบเป็น  
 ระยะๆ ไป.

นักศึกษาแพทย์เราได้ชื่อว่าเป็นนักศึกษา  
 ที่มีความรู้และอาจฉลาดสุงกว่านักศึกษาใน  
 ถิ่นอื่น. เราเคยเป็นตัวอย่างเขามาก.  
 การต้อนรับน้องใหม่ก็เริ่มขันทน. ถงนนัก  
 ควรจะรักษาสิ่งๆ เอาไว้และประกอบกรรม  
 ฑเพื่อเป็นตัวอย่างแก่เขาอนคักกว่า.

เหรียญก ๕๔-๕๕

(หมายเหตุของ บ.ก.: ควรอ่าน “คำ  
 ของเงิน” ในสารศิริราชฉบับวันมหิดล  
 ๒๕๐๕ ประกอบด้วย.)

๓. ประวัติการแพทย์ไทย

ตำรายาจากศิลาจารึก, วัตราชโอรสาราม (๕)

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๑๕)

สิทธิการียะ

อันว่าลมหทัยวาทกำเวียนัน คือพัดดวง  
 หทัยให้รสารสาย คัมคัมร้ายแลมกซ์  
 โกรธ ให้หิวโหยหาแรงมิได้ ถ้าจะแก้เอา  
 ลูกคนทีสอ หัสคณ ลูกสะบ่าง จันทงสอง  
 คีปลี เทยนเข้าเปลือก เทยนคักแตน เทพ-

ธาโร เอาเสมอภาคทำเป็นจุนขตทำแท่งไว้  
 ลลายน้ำคอกไม้แทกรกมิเสน ให้กินแก้ลม  
 หทัยวาทกำเวียบหาย ๗ ขนานหนงเอาลูก  
 มะแวงเครือ ๑ สะเอมเทศ ๒ ไภกรวาร ๓  
 คอกขนนาก ๔ พริกไทย ๕ จิงแห้ง ๖  
 คีปลี ๗ อบเชยเทศ ๘ รากน้ำใจใคร่ ๙  
 เกษรบัวหลวง ๑๐ จันทง ๑๑ น้ำตาล



ทราย ๑๒ ทำเป็นจลยคทำแท้งไว้ลายน้ำ  
 ร้อนกินก็ได้ น้ำดอกไม้ก็ได้แทรกพิมเสนกิน  
 แกลมกระตบหทัยให้คลั่ง แก่ทรนทราย ๗  
 ยาช่อมหาสมมิตร เอาโกศทั้งห้า เทียนทั้ง  
 ห้า บันลังสลา สังข์แก้วเกลย แผลหอม  
 ข้วนน้ำทั้งห้า สัตยงกต กฤษณา กล้ารัก  
 ขอนคอก ขยเซยเทศ แก่นสน ใบผักโขม  
 ใบสันพร้าวหอม ใบพิมเสน ใบชมคตัน ใบ  
 ทองพันชั่ง ว่านกิบแรต ว่านร้อนทอง ว่าน  
 ชมพูช ว่านเพชรโองการ เพศนาค รย่อม  
 ชมค พิมเสน ย่าฝรั่ง อำพัน กะระคนาว  
 เกลดหอยเทศ เสมอภาคทำเป็นจลยคทำ  
 แท้งไว้ลายน้ำดอกไม้ลายแทรกน้ำคาลทราย  
 กินแก้ลมหทัยวาคกระตบหัวใจให้รสรสาย  
 หาย ๗ : —

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๒๐)

สิทธิการียะ : อนึ่ง

จักกล่าวกุมารกุมารเกิดวันพฤหัสบดี ทราย  
 โศเป็นเจ้าเรือน ทรายเข้าเปลือกเป็นทราย  
 จรหละชอนิลกาล ลอของช่อมหาเมฆ ลมชอ  
 หักคินี่รประจำทราย โศวันพฤหัส ๗ ใน  
 อากาทราย โศนึ่งมักให้พรังชนทั้งตัวตั้ง  
 เป็นผล ทำให้ตัวร้อนให้บิคตัวร้อนจมลงไป

ก็ให้ทำทองทั้ง { ลง ให้กระหายน้ำคคมก  
 ราก  
 ตกเลือดคองน ถ้าจะแก้เอาลูกจิ้งจอก จุกหมอ  
 น้อย ลูกยาไต่ใบ เทรภคริ สมอเทศ นม  
 โคชัน ลูกจัน คอกจัน พริกไทย เอาเสมอ  
 ภาคทำเป็นจลยคทำแท้งไว้ลายสุรากินแก้  
 พิศทรางให้ตัวร้อนนี้หาย ๗ อนึ่งเอาใบส้ม  
 ส้า ใบมกรต ใบมเพื่อง แห้วหม ลูกเขย  
 ตาย สมอพิเภก รากข้าวปลู เอาเสมอ  
 ภาคทำเป็นจลยคทำแท้งไว้ลายสุราแซกคิง  
 เหลื่อมกินแก้พิศทรางโค่นนหาย ๗ อนึ่ง  
 เอาลูกสลาหลก กระจวาน ลูกพมเวียง พริก  
 ไทย ขมิ้นอ้อย น้ำประสารทอง เอาเสมอ  
 ภาคทำเป็นจลยคทำแท้งไว้ลายสุรากินแก้  
 พิศทรางโคหาย ถ้าจะกวาคก็ได้ ๗ อนึ่ง  
 เอาลูกมกอกเทศเผา ลูกปลาคั่วควายเผา  
 ลูกตานโขมย ลูกมคตม ลูกมรุม เบญจกาน  
 คอกจัน การปลู รากหิงหาย ขอนคอก  
 ชลค : เอาเสมอภาคทำเป็นจลยคทำแท้ง  
 ไว้ลายสุรากินแก้พิศทรางโค ถ้าจะชโลม  
 ลายน้ำดอกไม้แก้ทรางโคซึ่งผลออกมา  
 หาย อนึ่งเอาตรีกระทู ซอเม กเทียม  
 เกล็ด ลลายน้ำมนาว หอมรำหัด กวาด  
 แก้ทรางโคหายแล ๗ : —

ตำราญ วัศพ้าห์ พ.บ.

### ๔. สรีรวิทยาและเภสัชวิทยาของความหิวและความกระหาย

ความหิวและความกระหายเป็นความรู้สึกทั่ว ๆ ไปทำให้ยากในการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์, ในขั้นต้นมีทฤษฎี ๓ อย่างที่พยายามอธิบายกลไกของความรู้สึกนี้, คือ (๑) เชื่อว่ามีต้นตอมาจากส่วนปลาย, (๒) ความหิวเป็นความรู้สึกทั่ว ๆ ไป, และ (๓) มีต้นตอมาจากสมอง. ทฤษฎีแรกเชื่อว่าการกระตุ้นประสาทนำเข้าซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของทิสซ โดยเฉพาะที่กระเพาะอาหารเมื่อขบขั้วทำให้เกิดการหิว. มีข้อสนับสนุนหลายอย่างแต่ก็ยังมีข้อค้าน. ความเชื่อดังกล่าวยังคงลดน้อยไป. ขณะนี้ทฤษฎีที่ว่าความหิวมีต้นตอมาจาก สมองที่ไวต่อ เลือดในภาวะขาดอาหารนั้นได้รับความนิยมสนใจและมีผู้ยอมรับมากขึ้น, ดังจะได้กล่าวต่อไป.

การควบคุมความหิวและกระหายนำมา  
๒ ส่วน :

ก. ศูนย์ประสาทใน ฮัยโปธาลามัส สำหรับการกินและการดื่ม. จากการทดลองค้นคว้าหลายอย่างทำให้เชื่อว่า ฮัยโปธาลามัส ส่วนข้างเป็นตำแหน่งของศูนย์ความหิวและ ฮัยโปธาลามัส, ส่วนล่างใกล้กลางเป็นศูนย์ของความไม่หิว (เข้อาหารทางสรีระ).

นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนของ ฮัยโปธาลามัส บริเวณที่อยู่ หลัง และ ใกล้กลาง ของศูนย์ความอยากอาหารนั้น ทำหน้าที่ควบคุม การกิน. ความต้องการที่จะกินอาหารและคมนานนแยกกันคนละส่วน, แต่เกี่ยวข้องกันโดยส่งพลังประสาท ขึ้นไปติดต่อ ยังสมองระดับที่สูงกว่า.

ข. ความสำคัญของสมองส่วนอื่นในการควบคุมการกินและการดื่ม. เชื่อว่ารีเฟล็กซ์ จาก เมทลลา เกี่ยวข้องกับการกินอาหารและการคมนาตามปรกติ. แต่ความสำคัญของ เมทลลา เกี่ยวกับกลไกการหิวและกระหายนี้ยังต้องค้นคว้า ต่อไปอีก. สำหรับความสำคัญ ของศูนย์ที่อยู่ เหนือขึ้นไปนั้นพอลงความเห็นได้ว่าเปลือกสมองส่วนหน้าผาก และขมับทำหน้าที่ ปรึษาปรองกลไกเกี่ยวกับความ อยากอาหารในสัตว์ที่มสมองเจริญมาก.

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความหิวและกระหายนำมาถึงต่อไปนี้ :

ก. ความหิวอาหาร. ความร้อนที่เกิดขึ้นในร่างกายนั้นเชื่อว่ามีผลต่อศูนย์การกิน. เกี่ยวกับเรื่องนี้ ฮัยโปธาลามัส ก็ควบคุม

ความร้อนของร่างกายอีกด้วย. มีเหตุผลสนับสนุนว่า ฮัยโปธาลามัส รวมหน้าที่เหล่านี้เข้าด้วยกัน. ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งที่ทำให้มีผลต่อหน้าที่ของอีกอย่างหนึ่งด้วย. ฤทธิ์ของระดับน้ำตาลกลูโคส เป็นปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่เชื่อว่าอาจมีผลต่อ เซ็ปเตอร์ อย่างที่คนไข้ไม่หิวอาหาร, และพวกคนถูกกระตุ้น เมื่อเลือดมีระดับน้ำตาล กลูโคสมาก, ทำให้ไม่อยากกินอาหาร. พอรวมความได้ว่าไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่เป็นตัวกระตุ้นในการควบคุมการกินอาหาร.

ข. ความกระหายน้ำ. ในขณะเชื่อกันว่าการเปลี่ยนแปลงของจำนวนน้ำภายในร่างกาย คือภายในเซลล์จนถึงขีดประมาณ ๑-๓ ปช., จะน้อยไปหรือมากขึ้นก็ตาม, มีผลกระตุ้นต่อ ฮัยโปธาลามิก ฮอสโมรี-เซ็ปเตอร์ ทำให้เกิดการกระหายน้ำได้โดยทำให้ปริมาตรของเซลล์ ฮอสโมรีเซ็ปเตอร์เปลี่ยนแปลง. ทั้งนี้แม้ในภาวะที่มึนเมาภายในเซลล์มากขึ้นก็ทำให้เกิดการกระหายได้. แต่เนื่องจากปริมาตรของน้ำนอกเซลล์ลดลงซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งก็ต่อทำให้เกิดการกระหายน้ำ. สำหรับปัจจัยอื่นยังต้องการค้นคว้าต่อไป.

ค. ความสัมพันธ์ ระหว่างการกินอา-

หารและคมนา. การกินอาหารและการคมนาเกี่ยวของกันอยู่มาก. ในวันหนึ่ง ๆ การคมนาเปลี่ยนแปลงไปตาม การกินอาหารหรือมีการเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่าง. การกระหายน้ำภายหลังการกินอาหารอธิบายได้ดังนี้, คอเมอมีอาหารเข้าไปในทางเดินอาหาร, จะมีน้ำย่อยหลังเข้าไปในทางเดินอาหาร, ทำให้น้ำภายนอกเซลล์ลดลง. น้ำในทิสซ จะต้องเคลื่อนที่ออกมาภายนอกเซลล์เพื่อลดความเข้มข้นของ อิเล็กโทรลัยท์ของสารน้ำ ภายนอกเซลล์ที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการกระหายน้ำเพื่อแก้ไขการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว.

ง. การเลือกกินอาหาร. การเลือกชนิดของอาหาร ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย, เช่นการตั้งครรภ์, ภาวะขาดอาหาร, การผิดปกติของ ฮอร์โมน และภาวะอื่น. ความต้องการอาหาร โปรตีน และอาหารไขมันเพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร, แต่ความอยากอาหาร คาร์โบไฮเดรต ไม่เปลี่ยนแปลง. ความรู้สึกหิวนั้นมี ความหมายมากกว่าความต้องการ คาลอรี. ยังมีความต้องการอาหารเฉพาะอย่าง, เช่นการกินอาหารที่มีโซเดียมน้อย ทำให้มีความ

อยากเฉพาะเกลือได้.

จ. ความไม่อยากอาหาร. ความไม่  
อยากอาหารนั้น เกิดจากการ เปลี่ยนแปลง  
ภายในร่างกายไปกระตุ้น ฮัยโปธาลามัส  
ส่วนล่างใกล้กลาง. การขยายตัวของกระ-  
เพาะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ วิเฟล็กซ์  
ไปยังศูนย์ความไม่อยากอาหาร. วิเฟล็กซ์  
นี้มีผลในระยะสั้น, แต่ถ้การขยายตัวของ  
กระเพาะอาหารเป็นอยู่นานจะไม่มีผล. ฉะนั้น  
การกินอาหารจึงเป็นสมมูลย์ ระหว่างการทำ  
งานของศูนย์ความอยากอาหาร และศูนย์  
ความไม่อยากอาหาร.

ฉ. ความไม่อยากน้ำ. เชื่อว่าไม่มี  
ศูนย์ความไม่อยากน้ำ. ปัจจัยเกี่ยวกับช่อง  
ปากและหลอดคอ ลดการกระหายน้ำได้ชั่ว  
คราว. อาจเกี่ยวกับมี วิเซ็ปเตอร์  
พิเศษเฉพาะของน้ำ, หรือ วิเซ็ปเตอร์ เกี่ยว  
กับความเย็นอาจมีส่วนร่วมด้วย. ปัจจัยที่  
เกี่ยวกับกระเพาะนั้นเชื่อว่าเมื่อกระเพาะมีน้ำ  
อยู่เต็มเป็นปัจจัยขอลหนึ่ง. แต่จากการทดลอง  
พบว่าเมื่อคมนาเข้าไป น้ำจะเข้าไปอยู่ใน  
ช่องภายนอกเซลล์, แต่เกลือจะเคลื่อนที่  
ไปในด้านตรงข้าม. ดังนั้นการเปลี่ยนแปลง  
ของน้ำภายนอกเซลล์ จึงเป็นไปได้เร็วกว่าที่  
คิดกันในสมัยก่อน ซึ่งนักถงแต่การ กุศซึม

ของน้ำเพียงด้านเดียว. การเปลี่ยนแปลง  
ความคั่นออสโมลิส ของน้ำนอกเซลล์นี้ทำ  
ให้เกิดการกระหายได้.

ในแง่สรีรวิทยาการที่มีฤทธิ์กระตุ้น  
และถูกกดความหิว และความกระหายเป็น  
เรื่องที่น่าสนใจ.

อินสุลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลด  
น้อยลงและทำให้กินอาหารมากและน้ำหนัก  
เพิ่มขึ้น. แต่ยังคงความเห็นไม่ได้ว่ามันไป  
ทำอย่างไร. สำหรับการทำให้คมนาได้มาก  
นั้น อินสุลิน ทำให้น้ำนอกเซลล์เข้าไปภายใน  
เซลล์. ฉะนั้นการหิวน้ำอาจเกิดจากการที่  
คมนาในเซลล์ มากเกินไป หรือน้ำนอกเซลล์  
น้อยเกินไป.

เกี่ยวกับฮอร์โมน อันมีผลรายงานถึงการ  
กินอาหารและน้ำหนักเพิ่มขึ้น ก่อนการมีระดับและ  
ฮอร์โมนของต่อม ปีกิตตารีย์ หลายอย่างมี  
อิทธิพลต่อการเลือกอาหาร.

ไกลคโคโอกลโคส ทำให้กินอาหาร  
มากขึ้น. เชื่อว่าสารนี้เป็นพิษต่อศูนย์ความ  
ไม่อยากอาหารใน ฮัยโปธาลามัส.

เอธิล อัลกอฮอล์ ทำให้คมนามากขึ้น  
เนื่องจากทำให้ มี อิเล็กโตรลิตที่ คงอยู่ใน  
สารน้ำนอกเซลล์, และยังมีฤทธิ์ขับยัสสาวะ  
โดยเหนี่ยวรั้งการหลั่งของ แอนติไคยูเรติก

ซอร์โมน. ผลทั้งสองอย่างนี้ทำให้น้ำในเซลล์ลดน้อยลงและเกิดการกระหายน้ำ.

สารทมฤทฺธเห็นยวรงค์ความหิวที่สำคัญได้แก่ แอมเฟตมีน. สารนี้มีผลต่อศูนย์การกินอาหารใน ฮัยโปธาลามัส หรืออาจมีผลทางอ้อม โดยส่งลงมาทางเปลือกสมองใหญ่, และยังลดการกั้นน้ำโดยไม่เกี่ยวข้องกับความอยากอาหาร. เซอว๋ายันไปออก

ฤทฺธต่อศูนย์กั้นน้ำอีกด้วย. เฟนเมตระซีนมีการออกฤทฺธคล้ายแอมเฟตมีน.

กลูคาگون ก็ทำให้ไม่อยากกินอาหารและทำให้กระเพาะบีบตัวน้อยลงด้วย.

(รวบรวมจาก Pharmacol. Rev. 13(1), 1-16, 1961.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

### (๕) บทความสองภาษา (๒)

(บทความนี้มีความมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการศึกษาภาษาอังกฤษ. และเพื่อแสดงว่าภาษาไทยก็ใช้เขียนเรื่องวิชาการได้โดยแม่นยำ, กระชับและชัดเจนไม่แพ้ภาษาอื่น. ในการถอดความถือความหมายสำคัญกว่าคำ.)

#### เคราะห์ร้ายหรืออะไร

ชายอายุ ๗๒ ปีคนหนึ่ง, เป็นข้าราชการบำนาญ, ไปที่คลินิกแห่งหนึ่งเพื่อรักษาอาการไอที่เป็นมาค่อนข้างนานแล้ว. ภายหลังการตรวจร่างกายอย่างธรรมดา, ซึ่งไม่แสดงข้อตรวจพบอะไรที่สำคัญ, คนไข้ก็ถูกส่งไปถ่ายภาพرينตเกิน. ภาพถ่ายแสดง "จุดหินปูน" จุดหนึ่งในบริเวณซอพอต, ดังนั้นแพทย์ผู้ตรวจจึงได้สั่งการ

#### Misfortune ?

A seventy-two year old man, an official on pension, sought treatment for a cough of rather long standing at a certain clinic. After routine physical examination, which gave no relevant finding, the patient was submitted to roentgenography. This revealed a "cal-cified spot" in the perihilar region. Thereupon the attending physician ordered a course of streptomycin injection plus oral PAS therapy.

ซอร์โมน. ผลทั้งสองอย่างนี้ทำให้น้ำในเซลล์ลดน้อยลงและเกิดการกระหายน้ำ.

สารทมฤททเห็นยวรงค์ความหิวที่สำคัญได้แก่ แอมเฟตามีน. สารนี้มีผลต่อศูนย์การกินอาหารใน ฮัยโปธาลามัส หรืออาจมีผลทางอ้อม โดยส่งลงมาทางเปลือกสมองใหญ่, และยังลดการกัมมน้ำโดยไม่เกี่ยวข้องกับความอยากอาหาร. เซอว่ายานไปออก

ฤทธิ์ต่อศูนย์กัมมน้ำอีกด้วย. เฟนเมตระซีนมีการออกฤทธิ์คล้ายแอมเฟตามีน.

กลูคาگون ก็ทำให้ไม่อยากกินอาหารและทำให้กระเพาะบีบตัวน้อยลงด้วย.

(รวบรวมจาก Pharmacol. Rev. 13(1), 1-16, 1961.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

### (๕) บทความสองภาษา (๒)

(บทความนี้มีความมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการศึกษาภาษาอังกฤษ. และเพื่อแสดงว่าภาษาไทยก็ใช้เขียนเรื่องวิชาการได้โดยแม่นยำ, กระชับและชัดเจนไม่แพ้ภาษาอื่น. ในการถอดความถือความหมายสำคัญกว่าคำ.)

#### เคราะห์ร้ายหรืออะไร

ชายอายุ ๗๒ ปีผู้หนึ่ง, เป็นข้าราชการบำนาญ, ไปที่คลินิกแห่งหนึ่งเพื่อปรึกษาอาการไอที่เป็นมาค่อนข้างนานแล้ว. ภายหลังการตรวจร่างกายอย่างธรรมดา, ซึ่งไม่แสดงข้อตรวจพบอะไรที่สำคัญ, คนไข้ก็ถูกส่งไปถ่ายภาพرينตเกิน. ภาพถ่ายแสดง "จุดหินปูน" จุดหนึ่งในบริเวณซอพอต, ดังนั้น แพทย์ผู้ตรวจจึงได้สั่งการ

#### Misfortune ?

A seventy-two year old man, an official on pension, sought treatment for a cough of rather long standing at a certain clinic. After routine physical examination, which gave no relevant finding, the patient was submitted to roentgenography. This revealed a "cal-cified spot" in the perihilar region. Thereupon the attending physician ordered a course of streptomycin injection plus oral PAS therapy.

รักษาให้ฉีดยาสเตรปโตมัยซินหนึ่งชดศคว  
กับให้กิน พี.เอ.เอส.

ในวันที่เจ็ดของการรักษาคนไข้สังเกต  
ว่าเบื่ออาหารและอ่อนเพลียทั่วๆไป. แพทย์  
สั่งให้แคปซูลมัลติวิตามิน ก่อนอาหารทุก  
มื้อ. สามวันต่อมาคนไข้รายงานอาการ  
เกินโคลงเคลงและความรู้สึกเวียนอย่าง  
ประหลาดเวลานั่งหรือลุกขึ้นยืน. แพทย์  
อธิบายแก่ผู้ชรา นนว่า เขากินอาหารไม่พอ  
และเรื่องเคอครอนทั้งหมดคนไข้เกิดมาจาก  
โลหิตจาง. ได้ให้ยาระงับชานหนึ่งและสั่ง  
ฉีดยานี้ต่อไปตามกำหนด.

ในวันรุ่งขึ้นเมื่อลุกจากที่นอนคนไข้เป็น  
ลมไปโดยข้จันและถ้าหากคนไข้ช่วยจับ  
ไว้ไม่ทันก็คงจะล้มลงไป และได้รับบาดเจ็บ  
มากทีเดียว. การหายใจได้หยุดชะงักไป  
หลายวินาที, ชีพจรเบาและเสยจึงหวั,   
และคนไข้หมดสติไปชั่วครู่ใหญ่. เมื่อฟื้น  
ขึ้นเขาขอให้ตามหม้อคนอื่นไปตรวจ, ผู้ซึ่ง  
สังเกตทราบโดยทันทีว่าอาการรบกวนต่าง ๆ  
นั้นแสดงถึงพิษของสเตรปโตมัยซิน. เขา  
ได้สั่งให้หยุดการฉีดยาและสั่งการรักษาที่ช่วย  
ประคับประคองคนไข้และขจัดพิษ. แต่

On the seventh day of treatment  
the patient noticed poor appetite and  
general weakness. The doctor prescribed  
multivitamin capsules before each meal.  
Three days later the patient reported  
unsteadiness in walking with a peculiar  
giddy feeling on sitting or standing up.  
The doctor explained to the old man  
that he was not eating enough and that  
anemia was the cause of all the troubles.  
A sedative was given while keeping the  
injection up to schedule.

The next day on getting out of bed the  
patient suddenly fainted and would have  
fallen down and severely hurt himself  
had the attendant not caught hold of  
him in time. The breathing was arrested  
for several seconds, the pulse was very  
weak and irregular, and the patient  
was unconscious for quite a while. Upon  
recovery he asked that another doctor  
be called in, who at once recognised  
the disturbing symptoms to be signs of  
streptomycin toxicity. He had the  
injection stopped and prescribed sup-  
portive and eliminative measures. But  
the damage done to the eighth nerve  
was already well established. The pat-  
ient continued to have severe attacks  
of vertigo and fainting upon the least.

อันตรายที่เกิ<sup>๕</sup>กแก่ประสา<sup>๕</sup>ทที่แป<sup>๕</sup>คน<sup>๕</sup>นี้ ได้<sup>๕</sup>ทมน<sup>๕</sup>  
คงเส<sup>๕</sup>ยแล้ว. คน<sup>๕</sup>นี้ยังมี<sup>๕</sup>อาการ<sup>๕</sup>จับ<sup>๕</sup>ร<sup>๕</sup>น<sup>๕</sup>แ<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>  
ประกอ<sup>๕</sup>บ<sup>๕</sup>ด้วย<sup>๕</sup>อาการ<sup>๕</sup>วิ<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>เวียน<sup>๕</sup>และ<sup>๕</sup>เป็น<sup>๕</sup>ลม<sup>๕</sup>เวลา<sup>๕</sup>  
เคล<sup>๕</sup>อน<sup>๕</sup>ไหว<sup>๕</sup>ศีรษะ<sup>๕</sup>เม<sup>๕</sup>็น<sup>๕</sup>อย<sup>๕</sup>ท<sup>๕</sup>ส<sup>๕</sup>ค, ซึ่ง<sup>๕</sup>ทำ<sup>๕</sup>ให้<sup>๕</sup>  
เขา<sup>๕</sup>ต<sup>๕</sup>อง<sup>๕</sup>นอน<sup>๕</sup>แ<sup>๕</sup>ช<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>อยู่<sup>๕</sup>กับ<sup>๕</sup>เตียง<sup>๕</sup> และ<sup>๕</sup>เป็น<sup>๕</sup>คน<sup>๕</sup>  
ทุ<sup>๕</sup>พ<sup>๕</sup>ผล<sup>๕</sup>ภาพ<sup>๕</sup>เต็ม<sup>๕</sup>ท<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>อยู่<sup>๕</sup>ต<sup>๕</sup>อ<sup>๕</sup>ไป<sup>๕</sup>อีก<sup>๕</sup>หลาย<sup>๕</sup>เท<sup>๕</sup>อน.

movement of the head, so that he was confined to bed and completely invalidated for several months longer.

การ<sup>๕</sup>ฟื้น<sup>๕</sup>ตัว<sup>๕</sup>ทำ<sup>๕</sup>เน<sup>๕</sup>น<sup>๕</sup>ไป<sup>๕</sup>อย่าง<sup>๕</sup>เช<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>ช้า<sup>๕</sup>มาก<sup>๕</sup>  
และ<sup>๕</sup>ค่อย<sup>๕</sup>เป็น<sup>๕</sup>ค่อย<sup>๕</sup>ไป<sup>๕</sup>, มี<sup>๕</sup>การ<sup>๕</sup>ซ<sup>๕</sup>ค<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>ห<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>ระ<sup>๕</sup>ด้วย<sup>๕</sup>  
โร<sup>๕</sup>ค<sup>๕</sup>กล<sup>๕</sup>ย<sup>๕</sup>หลาย<sup>๕</sup>คร<sup>๕</sup>ัง<sup>๕</sup>, จน<sup>๕</sup>กระ<sup>๕</sup>ทั่ง<sup>๕</sup>ใน<sup>๕</sup>ท<sup>๕</sup>ส<sup>๕</sup>ค<sup>๕</sup>  
เวลา<sup>๕</sup>สอง<sup>๕</sup>ปี<sup>๕</sup>คร<sup>๕</sup>ัง<sup>๕</sup>ได้<sup>๕</sup>ผ่าน<sup>๕</sup>ไป<sup>๕</sup>ก่อน<sup>๕</sup>ที่<sup>๕</sup>ชาย<sup>๕</sup>ช<sup>๕</sup>รา<sup>๕</sup>ผู้<sup>๕</sup>นำ<sup>๕</sup>  
สง<sup>๕</sup>สาร<sup>๕</sup>จะ<sup>๕</sup>เดิน<sup>๕</sup>ได้<sup>๕</sup>ใหม่<sup>๕</sup>โดย<sup>๕</sup>ไม่<sup>๕</sup>ต<sup>๕</sup>อง<sup>๕</sup>เก<sup>๕</sup>าะ<sup>๕</sup>อะ<sup>๕</sup>ไร<sup>๕</sup>.  
แม้<sup>๕</sup>กระ<sup>๕</sup>นั้น<sup>๕</sup>เขา<sup>๕</sup>ก็<sup>๕</sup>ยัง<sup>๕</sup>ไม่<sup>๕</sup>กล<sup>๕</sup>ย<sup>๕</sup>เป็น<sup>๕</sup>เหมือน<sup>๕</sup>เช่น<sup>๕</sup>  
เดิม<sup>๕</sup>ที่<sup>๕</sup>เคย<sup>๕</sup>ว. ความ<sup>๕</sup>รู้สึก<sup>๕</sup>วิ<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>เวียน<sup>๕</sup>ยัง<sup>๕</sup>ตาม<sup>๕</sup>  
หล<sup>๕</sup>อน<sup>๕</sup>เขา<sup>๕</sup>อยู่<sup>๕</sup> และ<sup>๕</sup>เขา<sup>๕</sup>ต<sup>๕</sup>อง<sup>๕</sup>ใช้<sup>๕</sup>กำลัง<sup>๕</sup>ใจ<sup>๕</sup>อย่าง<sup>๕</sup>  
แ<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>มาก<sup>๕</sup>ที่<sup>๕</sup>เคย<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>ที่<sup>๕</sup>จะ<sup>๕</sup>สามารถ<sup>๕</sup>ไป<sup>๕</sup>ไหน<sup>๕</sup>มา<sup>๕</sup>ไหน<sup>๕</sup>  
อย่าง<sup>๕</sup>ช้า<sup>๕</sup>ๆ และ<sup>๕</sup>โง<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>ง<sup>๕</sup>น, และ<sup>๕</sup>ทำ<sup>๕</sup>งาน<sup>๕</sup>ของ<sup>๕</sup>  
เขา<sup>๕</sup>ได้<sup>๕</sup>บ้าง.

The recovery was very slow and gradual, interrupted by repeated relapses, so that actually two and a half years elapsed before the poor old man could again walk unsupported. Even then he was not quite himself again. The giddy feeling continued to haunt him and it was only with great exertion of will power that he could slowly and unsteadily go about and attend to some of his duties.

ไม่มี<sup>๕</sup>ใคร<sup>๕</sup>บอก<sup>๕</sup>ได้<sup>๕</sup>ว่า<sup>๕</sup>เขา<sup>๕</sup>เศร้า<sup>๕</sup>เสีย<sup>๕</sup>ใจ<sup>๕</sup>เพียง<sup>๕</sup>  
ใด<sup>๕</sup>ที่<sup>๕</sup>รู้<sup>๕</sup>ความ<sup>๕</sup>จริง<sup>๕</sup>ว่า<sup>๕</sup>ความ<sup>๕</sup>ทุกข์<sup>๕</sup>ท<sup>๕</sup>รม<sup>๕</sup>าน<sup>๕</sup>อย่าง<sup>๕</sup>  
ย<sup>๕</sup>ดย<sup>๕</sup>ยาว<sup>๕</sup>ของ<sup>๕</sup>เขา<sup>๕</sup>นั้น<sup>๕</sup>เกิด<sup>๕</sup>จาก<sup>๕</sup>หมอ<sup>๕</sup>มากกว่า<sup>๕</sup>เกิด<sup>๕</sup>  
จาก<sup>๕</sup>โรค.

What untold miseries he must have suffered, to realise that his protracted suffering was due to his doctor rather than to his disease!

(๒) เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๕)

๒๔๑๓. hematotoxic เป็นพิษต่อเลือด
๒๔๑๔. hematuria ถ่ายปัสสาวะมีเลือด
๒๔๑๕. hemianalgesia อาการชาปวดครึ่งซีก
๒๔๑๖. hemianesthesia อาการชาครึ่งซีก
๒๔๑๗. hemianopia, hemianopsia ตาบอดครึ่งซีก
๒๔๑๘. hemianosmia อาการชากลิ่น (จมูก) ข้างเดียว
๒๔๑๙. hemidiaphoresis เหงื่อออกครึ่งซีก
๒๔๒๐. hemifacial ครึ่งซีกหน้า
๒๔๒๑. hemigastrectomy การตัดกระเพาะครึ่งซีก
๒๔๒๒. hemigeusia การชาครึ่งซีก
๒๔๒๓. hemiglossectomy การตัดลิ้นครึ่งซีก
๒๔๒๔. hemilingual ครึ่งลิ้น
๒๔๒๕. hemiobesity ความอ้วนครึ่งซีก
๒๔๒๖. hemiplegia อัมพาตครึ่งซีก
๒๔๒๗. hemisection การผ่าซีก, การผ่าสอง
๒๔๒๘. hemispasm การหดเกร็งครึ่งซีก
๒๔๒๙. hemoclasia การสลายของเม็ดเลือดแดง, การละลายของเม็ดเลือดแดง
๒๔๓๐. hemoculture การเพาะเชื้อในเลือด
๒๔๓๑. hemocyte เซลล์เลือด
๒๔๓๒. hemocytogenesis การสร้างเม็ดเลือด
๒๔๓๓. hemocytology วิทยาว่าด้วยเซลล์เลือด
๒๔๓๔. hemocytometer เครื่องนับเม็ดเลือด
๒๔๓๕. hemocytopoiesis การสร้างเม็ดเลือด
๒๔๓๖. hemogenesis การสร้างเลือด
๒๔๓๗. hemology โลหิตวิทยา
๒๔๓๘. hemolysis การละลายเม็ดเลือด, การทำลายเม็ดเลือด
๒๔๓๙. hemolytic ซึ่งทำลายเม็ดเลือด
๒๔๔๐. hemolyze ละลายเม็ดเลือด
๒๔๔๑. hemometer เครื่องวัดสีเลือด
๒๔๔๒. hemometra เลือดขังในมดลูก
๒๔๔๓. hemometry การวัดสีเลือด
๒๔๔๔. hemopathy โรคของเลือด
๒๔๔๕. hemopericardium เลือดขังในถุงหุ้มหัวใจ
๒๔๔๖. hemoperitoneum เลือดขังในช่องท้อง
๒๔๔๗. hemopleura เลือดขังในช่องเยื่อหุ้มปอด
๒๔๔๘. hemopoiesis การสร้างเลือด
๒๔๔๙. hemoptysis อาการไอเป็นเลือด
๒๔๕๐. hemorrhage, haemorrhage การตกเลือด, เลือดออก
๒๔๕๑. hemorrhage, accidental การตกเลือดอุบัติเหตุ (เพราะรกลุด)
๒๔๕๒. hemorrhage, arterial การตกเลือดจากหลอดเลือดแดง
๒๔๕๓. hemorrhage, capillary การตกเลือดจากหลอดเลือดฝอย
๒๔๕๔. hemorrhage, cerebral การตกเลือดในสมอง
๒๔๕๕. hemorrhage, concealed การตกเลือดซ่อนเร้น
๒๔๕๖. hemorrhage, essential การตกเลือดเกิดเอง
๒๔๕๗. hemorrhage, external การตกเลือดภายนอก
๒๔๕๘. hemorrhage, gastric การตกเลือดในกระเพาะ
๒๔๕๙. hemorrhage, internal การตกเลือดภายใน
๒๔๖๐. hemorrhage, intestinal การตกเลือดในลำไส้
๒๔๖๑. hemorrhage, intrapartum การตกเลือดระหว่างคลอด
๒๔๖๒. hemorrhage, nasal การตกเลือดทางจมูก

๒๔๖๓. hemorrhage, postpartum การตกเลือดหลังคลอด
๒๔๖๔. hemorrhage, primary การตกเลือดขั้นต้น
๒๔๖๕. hemorrhage, pulmonary การตกเลือดในปอด
๒๔๖๖. hemorrhage, renal การตกเลือดในไต
๒๔๖๗. hemorrhage, secondary การตกเลือดขั้นรอง, การตกเลือดขั้นตาม
๒๔๖๘. hemorrhage, venous การตกเลือดจากหลอดเลือดดำ
๒๔๖๙. hemorrhagic เกี่ยวกับการตกเลือด
๒๔๗๐. hemorrhoid ริดสีดวงทวารหนัก
๒๔๗๑. hemostasis การห้ามเลือด, การขัดขวางการไหลของเลือด
๒๔๗๒. hemostat คีมบีบหลอดเลือด, ยาบีบหลอดเลือด
๒๔๗๓. hemostyptic ห้ามเลือด
๒๔๗๔. hemotachometer เครื่องวัดความเร็วกระแสเลือด
๒๔๗๕. hemotherapy การใช้เลือดรักษา
๒๔๗๖. hemothorax เลือดขังในทรวงอก
๒๔๗๗. hemotoxic เป็นพิษต่อเลือด
๒๔๗๘. hepatectomy การตัดตับ
๒๔๗๙. hepatic เกี่ยวกับตับ, แห่งตับ
๒๔๘๐. hepatitis ตับอักเสบ
๒๔๘๑. hepatocystic เกี่ยวกับตับและถุงน้ำดี
๒๔๘๒. hepatodynia อาการปวดที่ตับ
๒๔๘๓. hepatodystrophy ตับเหี่ยวเหลือง
๒๔๘๔. hepato-enteric เกี่ยวกับตับและลำไส้
๒๔๘๕. hepatogastric เกี่ยวกับตับและกระเพาะ
๒๔๘๖. hepatogenic เกิดในตับ
๒๔๘๗. hepatohemia เลือดคั่งในตับ
๒๔๘๘. hepatolith นิ่วในตับ
๒๔๘๙. hepatologist ผู้ชำนาญเรื่องตับ
๒๔๙๐. hepatology วิทยาว่าด้วยตับ
๒๔๙๑. hepatopath คนไข้โรคตับ
๒๔๙๒. hepatopathy โรคของตับ
๒๔๙๓. hepatopexy การเย็บตรึงตับ
๒๔๙๔. hepatoptosis, hapatoptosis ตับย้อย
๒๔๙๕. hepatorenal เกี่ยวกับตับและไต
๒๔๙๖. hepatorrhagia การตกเลือดจากตับ
๒๔๙๗. hepatosplenitis ตับและม้ามอักเสบ
๒๔๙๘. hepatosplenomegaly ตับและม้ามโต
๒๔๙๙. hepatostomy การเจาะระบายตับ
๒๕๐๐. hepatotherapy การใช้ตับรักษาโรค, การรักษาด้วยตับ
๒๕๐๑. hepatotomy การผ่าตับ
๒๕๐๒. hepatotoxic, hepatocic เป็นพิษต่อตับ
๒๕๐๓. herbal ตำราสมุนไพร
๒๕๐๔. herbalist หมอใช้สมุนไพร
๒๕๐๕. herbicide ยาฆ่าวัชพืช
๒๕๐๖. hermaphroditism, hermaphroditism ภาวะกะเทย
๒๕๐๗. hermaphrodite กะเทย
๒๕๐๘. hermetic, hermetical ทึบต่ออากาศ
๒๕๐๙. heteroinfection การติดเชื้อจากภายนอก
๒๕๑๐. heterointoxication การถูกพิษจากภายนอก
๒๕๑๑. hiatus ช่องโหว่, ช่องแยก
๒๕๑๒. hiccough, hiccup สะอึก
๒๕๑๓. hidropoiesis การสร้างเหงื่อ
๒๕๑๔. hidrorrhea เหงื่อไหลท่วม
๒๕๑๕. hidrosis การขับเหงื่อ
๒๕๑๖. hidrotic ยาขับเหงื่อ
๒๕๑๗. hialgia อาการปวดกระดูกก้นกบ
๒๕๑๘. hirsutism ภาวะขนดก
๒๕๑๙. hirudicide ยาฆ่าปลิง
๒๕๒๐. hirudo ปลิง
๒๕๒๑. histologist นักจุลกายวิภาคศาสตร์
๒๕๒๒. histology จุลกายวิภาคศาสตร์
๒๕๒๓. histolysis การละลายเนื้อ, การสลายเนื้อ
๒๕๒๔. histolytic ซึ่งละลายเนื้อ
๒๕๒๕. histomorphology จุลกายวิภาควิทยา
๒๕๒๖. histopathology จุลพยาธิวิทยา
๒๕๒๗. histophysiology จุลสรีรวิทยา

๒๕๒๘. hives ลมพิษ
๒๕๒๙. hollow แอ่ง, รอยหว้า
๒๕๓๐. hollow-back หลังแอ่น
๒๕๓๑. homeostasis, homoiostasis ภาวะคงที่ภายในกาย
๒๕๓๒. homicidomania อาการบ้าฆ่าคน
๒๕๓๓. homininoxious เป็นอันตรายต่อมนุษย์
๒๕๓๔. homogeneous มีส่วนประกอบสม่ำเสมอ
๒๕๓๕. homolateral ข้างเดียวกัน
๒๕๓๖. homologous จากกำเนิดเดียวกัน
๒๕๓๗. homologue ส่วนที่มีกำเนิดเดียวกัน
๒๕๓๘. homonymous ซึ่งมีชื่อพ้องกัน
๒๕๓๙. homosexual ใคร่เพศเดียวกัน
๒๕๔๐. homotransplant เนื้อปลูกจากสัตว์ร่วมชนิด
๒๕๔๑. honorarium เงินค่ารักษา, เงินสมนาคุณ
๒๕๔๒. hormonal เกี่ยวกับฮอร์โมน, เกี่ยวกับน้ำเลี้ยงภายใน
๒๕๔๓. hormone ฮอร์โมน, น้ำเลี้ยงภายใน
๒๕๔๔. hormonogenesis, hormonopoiesis การสร้างฮอร์โมน, การสร้างน้ำเลี้ยงภายใน
๒๕๔๕. hormonology วิทยาฮอร์โมน
๒๕๔๖. hormonotherapy การรักษาด้วยฮอร์โมน
๒๕๔๗. hospitalization การให้เข้าโรงพยาบาล, เวลารักษาในโรงพยาบาล
๒๕๔๘. hospitalize ให้เข้าโรงพยาบาล
๒๕๔๙. host ตัวถูกอาศัย, ต้นถูกอาศัย
๒๕๕๐. host, alternate, intermediary, secondary ตัวถูกอาศัยชั้นกลาง
๒๕๕๑. host, final ตัวถูกอาศัยชั้นสุดท้าย
๒๕๕๒. host of predilection ตัวถูกอาศัยที่ชอบ
๒๕๕๓. host, reservoir ตัวถูกอาศัยเป็นที่เก็บเชื้อ
๒๕๕๔. humectation การทำให้ชุ่มชื้น
๒๕๕๕. humerus กระดูกต้นแขน
๒๕๕๖. humidifier เครื่องควบคุมความชื้น
๒๕๕๗. humidity ความชื้น
๒๕๕๘. humidity, absolute ความชื้นแท้
๒๕๕๙. humidity, relative ความชื้นเทียบ
๒๕๖๐. humpback, hunchback หลังโก่ง
๒๕๖๑. hunger, air อาการหิวอากาศ
๒๕๖๒. hyaline ใสคล้ายแก้ว
๒๕๖๓. hydraemia, hydremia เลือดมีน้ำมาก
๒๕๖๔. hydragogue ถ่ายโคโรก, ยาถ่ายโคโรก
๒๕๖๕. hydramnios ครรภ์มีน้ำ
๒๕๖๖. hydroadipsia อาการไม่รู้รู้กระหายน้ำ
๒๕๖๗. hydrocele กล่อนน้ำ
๒๕๖๘. hydrocelectomy การผ่าตัดกล่อนน้ำ
๒๕๖๙. hydrocephalus ลักษณะหัวบาตร
๒๕๗๐. hydrodiuresis การขับปัสสาวะมีส่วนน้ำมาก
๒๕๗๑. hydromassage การนวดด้วยกระแสไฟฟ้า
๒๕๗๒. hydrometra มาน้ำในมดลูก
๒๕๗๓. hydropenia การขาดน้ำในกาย
๒๕๗๔. hydropericarditis ถุงหุ้มหัวใจอักเสบมีน้ำ
๒๕๗๕. hydropericardium ถุงหุ้มหัวใจมีน้ำมาก
๒๕๗๖. hydroperitonia มาน้ำ
๒๕๗๗. hydrophilous ดูนน้ำ
๒๕๗๘. hydrophobia โรคกลัวน้ำ
๒๕๗๙. hydrops อาการน้ำคั่ง
๒๕๘๐. hydrosoluble ละลายในน้ำ
๒๕๘๑. hydrostabile คงตัวในน้ำ
๒๕๘๒. hydrotherapeutics, hydrotherapy การใช้น้ำรักษาโรค
๒๕๘๓. hydrothorax น้ำซึมข้างในช่องอก
๒๕๘๔. hydrous มีน้ำ
๒๕๘๕. hydruria ปัสสาวะมาก, โรคเบาจัด
๒๕๘๖. hygiene สุขาศาสตร์
๒๕๘๗. hygienic เกี่ยวกับสุขาศาสตร์, ถูกหลักสุขาศาสตร์
๒๕๘๘. hygroscope เครื่องแสดงความชื้นในอากาศ

- |   |  |
|---|--|
| ๒๕๘๘. hygroscopy การแสดงความชื้นในอากาศ       | ๒๕๙๑. hyperacute ไวเกิน                            |
| ๒๕๘๙. hypacusia, hypacusic หูตึง              | ๒๕๙๒. hyperadiposis, hyperadiposity ภาวะอ้วนเกิน   |
| ๒๕๙๐. hypadrenia ต่อมหมวกไตหย่อนหน้าที่       | ๒๕๙๓. hyperadrenalism ภาวะต่อมหมวกไตทำงานเกิน      |
| ๒๕๙๑. hypalbuminemia เลือดมีอัลบูมินน้อย      | ๒๖๐๐. hyperaemia, hyperemia ภาวะเลือดเกินเฉพาะส่วน |
| ๒๕๙๒. hypemia เลือดค่น้อย, เลือดจาง           |  |
| ๒๕๙๓. hyper เกิน                              |  |
| ๒๕๙๔. hyperacidity ภาวะกรดเกิน                |  |
| ๒๕๙๕. hyperaction, hyperactivity การทำงานเกิน |  |

อ.ก.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

# แผนกข่าว

## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๕

	จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<b>นอก</b>	ใหม่	๓,๐๑๗	๒,๑๔๗	๑,๙๔๙	๒,๐๒๖	๒,๐๒๕	๖๖๘	๑๑,๗๓๑
	เก่า	๕,๐๖๘	๓,๐๕๔	๓,๕๘๐	๒,๗๖๐	๓,๕๗๓	๑,๑๓๗	๑๕,๕๗๒
	รวม	๘,๐๘๕	๕,๒๐๑	๕,๕๒๙	๔,๗๘๖	๕,๕๙๘	๑,๘๐๕	๓๑,๓๐๓
<b>ใน</b>		๒๘๐	๔๑๕	๑,๕๕๐	๒๔๐	๔๕๓	—	๓,๐๒๘

๒. **จำนวนการผ่าตัด** ศัลยฯ ๖๘๔. จักษุฯ ๗๑๕. สูติ-นารีฯ ๖๒๐. รวม ๒,๐๒๓ ราย.
๓. **จำนวนเด็ก** เกิด, ชาย ๕๘๘, หญิง ๕๗๐, รวม ๑,๑๕๘. คลอดตาย, ชาย ๕, หญิง ๗, รวม ๑๒.
๔. **ผู้ป่วยตาย** ๒๒๕ คน (๗.๕๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๑๐๐ ราย (๔๓.๖๖ ปช. ของที่ตาย).
๕. **การถ่ายเลือด** ในโรงพยาบาล ๔๔๗ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๖๒ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๗๓ ครั้ง, รวม ๗๘๒ ครั้ง.
๖. **แผนกรังสีวิทยา** รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๖๕๘ คน, รักษาใหม่ ๔๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๐๕ คน. ระเบิดรักษา ๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๕ คน, ไดอะเทอร์มีอี รักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕ คน. ระเบิดไอโซโทป รักษาใหม่ ๖๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๖๔ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๓๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘๓ คน.
๗. **แผนกสรีรวิทยา** ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๑๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๐๘๔ ครั้ง.
๘. **แผนกพยาธิวิทยา** ตรวจศพ ๑๐๐ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๓๓๑ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๒๖๕ ราย (จากภายนอก ๒๕๐ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๒ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น - ราย. วัตเซอร์แมน และคานัน ๒,๒๒๒ ราย. ตรวจซีรัมไวรัสวัดาล ๕๓ ราย ตรวจวิธีพอลบินเนล ๘ ราย ตรวจวิธีคัมบี ๖ ราย ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๒๑ ราย หมู่มเลือด ๑๓๘ ราย. นับเม็ดเลือด - ราย. วัตฮีโมโกลบิน - ราย. ตรวจความแปรของเม็ดเลือด - . หาเชอัมบักเตอรี - . ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๔, อุจจาระ - , ปัสสาวะ ๒๗๕, เสมหะและอื่น ๆ - . เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๘, อุจจาระ ๑๒๔, ปัสสาวะ ๕๗, น้ำไขสันหลัง ๓๗, เสมหะและอื่น ๆ ๕๓๗. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๓. นิติสัตว์ทดลอง ๕. เพาะเชือบิต ๖. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๑. การทดสอบเซ็นซิวิตี - . ตรวจศพนิติเวช ๔๐ ราย. ตรวจของกลาง ๒๓ ราย. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๖๘
๙. **แผนกอายุรศาสตร์** (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๗. เจาะน้ำสันหลัง ๔. เจาะตับ ๑๒. เจาะน้ำช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องปอด - . อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔. ฉีดยาทั่วไป ๑,๗๑๕. ฉีดยาซีฟาลีล ๕. เบาหวาน ๑,๑๒๑. ที.บี. คลินิก ๒๘๒.
๑๐. **แผนกทันตกรรม** รักษาโรคในปาก ๓๓๘. ถอนฟัน ๑,๑๑๒. อุดฟัน ๔๐๕. ผ่าตัดช่องปาก ๖๗.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการประจำเดือน คณะ

แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมวิชาการประจำเดือนกันยายน ๒๕๐๕ ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา ๒ ครั้ง. คือ:

วันศุกร์ ที่ ๑๔ กันยายน เริ่มเวลา ๑๕.๑๕ น. เรื่อง กลุ่มอาการคอไหล่นานมือ, ผู้นำเสนอ: ศาสตราจารย์ น.พ. เพ็ญ สัตยสงวน แห่งแผนกศัลยศาสตร์, และเรื่อง การรักษาข้ออักเสบด้วยคอร์ติโซน, ผู้นำเสนอ: น.พ. สิทธิ เศษะกัมพูช แห่งแผนกศัลยศาสตร์.

วันศุกร์ ที่ ๒๔ กันยายน เริ่มเวลา ๑๕.๑๕ น. เรื่องกลุ่มอาการเนโฟรสิสในเด็ก ผู้นำเสนอทาง ฝ่าย คลินิก และชีวเคมี พ.ญ.ม.ร.ว. จันทรวินิต เกษมสันต์และ น.พ. อารี วัลยะเสวีแห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์, ผู้นำเสนอฝ่ายพยาธิวิทยา น.พ. ญัฐ ภูมรประวัตต์แห่งแผนกพยาธิวิทยา.

งาน "วันมหิดล" ๒๕๐๕ ในวันที่ ๒๔

กันยายน ๒๕๐๕ ซึ่งเป็นวันคล้ายวันสวรรคตของสมเด็จพระราชบิดาฯ, ผู้ทรงพระคุณยิ่งนั้นต่อศิริราช, คณะแพทยศาสตร์ฯ ได้กำหนดงานพิธีถวายบังคมพระรูปฯ ดังเคย

ปฏิบัติมาเช่นปีก่อน ๆ คือ:

เวลา ๗.๐๐ น. เริ่มพิธีสงฆ์, พระภิกษุทรงสมณศักดิ์ ๗ รูปเจริญพระพุทธมนต์.

เวลา ๘.๐๐ น. ทอดผ้าสดับปกรณ์, พระสงฆ์อนุโมทนาแล้วอำลากลับ.

เวลา ๘.๓๐ น. อาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษาแพทย์, นักศึกษาพยาบาล, และนักเรียนพยาบาล เดินแถวนำพวงมาลาไปถวายสักการะที่พระรูปฯ.

เวลา ๙.๐๐ น. พลโทพระศักดิ์ดาพลรักษ์ แสวงสุนทรพจน์ สดุดีพระเกียรติคุณของสมเด็จพระราชบิดาฯ. ต่อจากนั้น นายประเสริฐ เหลืองเกษร นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๓ อ่านเรียงความถ้อยที่ส่งเข้าประกวด ได้รับรางวัล.

เวลา ๑๖.๐๐ น. สมเด็จพระราชชนนีฯ เสด็จแทนพระองค์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อทรงถวายสักการะพระรูปฯ, ประทานเข็มสมนาคุณแก่ผู้อุปการะกิตติมศักดิ์และประทานรางวัลแก่ผู้ชนะประกวดเรียงความ.

อนึ่ง มีสมาคม, หม่อมคณะและประชาชนทั่วไป ได้มาถวายสักการะพระรูปฯ ทั้งแต่ก่อนเข้าจนกระทั่งเย็นของวันนั้นเป็นอย่างมาก.

อาจารย์ไปต่างประเทศ เมื่อวันที่ ๘  
กันยายน ๒๕๐๕, มีอาจารย์ในคณะฯ  
เดินทางไปต่างประเทศคือ: (๑) ศาสตราจารย์  
น.พ. สุก แสงวิเชียร หัวหน้าแผนก  
วิชากายวิภาคศาสตร์เดินทางไปกรุง โคเปน  
เฮเก้น, ประเทศเดนมาร์ก ด้วยทุนของ  
องค์การอนามัยโลกมีกำหนด ๓ เดือน,  
เพื่อศึกษาวิธีสอนวิชามนุษยพันธุศาสตร์ ณ  
สถาบันมนุษยพันธุศาสตร์. (๒) น.พ. สอนง  
อนากุล, อาจารย์แห่งแผนกสรีรวิทยา เดินทาง  
ไปกรุงปารีส, ประเทศฝรั่งเศส, ด้วย

ทุนของรัฐบาลฝรั่งเศส กำหนด ๑ เดือน,  
เพื่อปฏิบัติงานสรีรเคมี ณ ร.พ. รอนซิลด์ เฟาน-  
เคชั่น.

เลื่อนชั้น น.พ. สอนง อนากุล อาจารย์  
เอกประจำแผนกสรีรวิทยา ได้เลื่อนชั้นเป็น  
ข้าราชการชั้นพิเศษตั้งแต่วันที่ ๘ สิงหาคม  
๒๕๐๕ และได้มีพระบรมราชโองการโปรด  
เกล้าฯ แต่งตั้งให้ ดำรง ตำแหน่ง ศาสตราจารย์  
ตั้งแต่วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๐๕.

## บันทึกงานฉลองเจ็ดสิบสองปี (๕)

### กิจกรรมของแผนกพยาธิวิทยา

#### สาขาจุลชีววิทยา

การแสดงผลมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าใจในโรคบางโรคที่มีต้นเหตุจาก เชื้อ  
ต่างๆ, เป็นต้นว่า บัคทีเรีย, เชื้อรา, และไวรัส, และโรคเหล่านี้แพทย์สามารถที่จะให้  
การวินิจฉัยได้แน่นอนทางห้องปฏิบัติการ, รวมทั้งการเลือกใช้ แอนติไบโอติก ต่าง ๆ ใน  
การรักษาโรคติดเชื้อได้อย่างถูกต้องด้วย. เริ่มต้นด้วยการแสดงตัวอย่างอาหารสำหรับเพาะ  
เลี้ยงเชื้อ บัคทีเรียและเชื้อราชนิดต่าง ๆ, รวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ชนิดง่าย ๆ และสัตว์  
ทดลองที่ใช้ในการศึกษา.

อาจารย์ไปต่างประเทศ เมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๐๕, มีอาจารย์ในคณะฯ เดินทางไปต่างประเทศคือ: (๑) ศาสตราจารย์ น.พ. สุก แสงวิเชียร หัวหน้าแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์เดินทางไปกรุง โคเปน ฮาเกน, ประเทศเดนมาร์ก ด้วยตนเอง องค์การอนามัยโลกมีกำหนด ๓ เดือน, เพื่อดำเนินการวิจัยสอนวิชามนุษยพันธุศาสตร์ ณ สถาบันมนุษยพันธุศาสตร์. (๒) น.พ. สอนอง อนุบาล, อาจารย์แห่งแผนกสัตววิทยา เดินทางไปกรุงปารีส, ประเทศฝรั่งเศส, ด้วย

ตนเองของวิทยาลัยฝรั่งเศส กำหนด ๑ เดือน, เพื่อดำเนินการวิจัยสรีรเคมี ณ ร.พ. รอนชิลด์ เฟาน-เดชั่น.

เลื่อนชั้น น.พ. สอนอง อนุบาล อาจารย์เอกประจำแผนกสัตววิทยา ได้เลื่อนชั้นเป็นข้าราชการชั้นพิเศษตั้งแต่วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๐๕ และได้มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งให้ ดำรง ตำแหน่ง ศาสตราจารย์ ตั้งแต่วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๐๕.

### บันทึกงานทดลองเจ็ดสิบสองปี (๕)

#### กิจกรรมของแผนกพยาธิวิทยา

##### สาขาจุลชีววิทยา

การทดลองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าใจในโรคบางโรคที่มต้นเหตุจากเชื้อต่างๆ, เป็นต้นว่า บคเทร, เชื้อรา, และไวรัส, และโรคเหล่านี้แพทย์สามารถที่จะให้การวินิจฉัยได้แน่นอนทางห้องปฏิบัติการ, รวมทั้งการเลือกใช้ แอนติไบโอติก ต่าง ๆ ในการรักษาโรคติดเชื้อได้อย่างถูกต้องด้วย. เริ่มต้นด้วยการแสดงตัวอย่างอาหารสำหรับเพาะเลี้ยงเชื้อ บคเทรและเชื้อราชนิดต่าง ๆ, รวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ชนิดง่าย ๆ และสัตว์ทดลองที่จำเป็นในการศึกษา.

ต่อไปแสดงถึงบุคคลที่ไม่ทำให้เกิดโรคและมีอยู่เป็นปรกติตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น ในลำคอ และอวัยวะ.

ตัวอย่างโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่แสดงให้เห็นถึงภาพรอยโรคของผู้ป่วยประกอบด้วย ภาพถ่ายจากกล้องจุลทรรศน์, เชื้อที่เพาะเลี้ยงไว้ในจานหรือหลอด, และการตั้งกล้องจุลทรรศน์ให้เคเชื้อ ที่ทำให้เกิดโรคนั้น. ตัวอย่างที่แสดงมีแผลผุพอง, โรคคอตีบ, โรคเรื้อน, คุชตะโรค, กามโรค, อหิวาตกโรค, ทัยฟอยด์, บิดและวัณโรคที่เกิดกับอวัยวะต่าง ๆ และแสดงให้เห็นว่าเชื้อสามารถแพร่กระจายออกจากผู้ป่วยโดยทางใดได้บ้าง.

เกี่ยวกับการทดสอบความไวของเชื้อแบคทีเรียคือ แอนติไบโอติก ต่าง ๆ ได้อธิบายให้รู้ถึงคุณค่าและความจำเป็นของการทดสอบนี้, รวมทั้งผลเสียในการใช้ แอนติไบโอติกอย่างไม่ถูกต้อง และพาราเพรอส. มีภาพตัวอย่างและคำบรรยายการทดสอบความไวของเชื้อต่อ แอนติไบโอติก โดยวิธีใช้ "แผ่นกระดาษกลม" รวมทั้งมีของจริงตั้งแสดงด้วย.

การแสดงเชื้อราและไวรัสก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน. มีภาพถ่ายรอยโรคจากเชื่อนั้น ๆ ประกอบ.

ตลอดงานปรากฏว่าประชาชนมีความสนใจมาก, โดยเฉพาะนักเรียน.

### สาขาพยาธิวิทยาคลินิก

สาขานี้ได้แสดงกิจการเกี่ยวกับโรคของเม็กเล็ดคและน้ำเหลือง, และแสดงสถิติการตรวจของโรคต่าง ๆ แต่ละปี. นอกจากนี้ยังมีการตรวจทดสอบเลือดเพื่อหากามโรคโดยคิตราคาพิเศษรายละ ๕ บาท ด้วยวิธี VDRL ซึ่งให้ผลรวดเร็ว. ปรากฏว่าประชาชนเข้ารับการตรวจมากพอควร.

### สาขาพยาธิวิทยา

สาขานี้แสดงพิพจน์ของโรคที่สำคัญในประเทศไทย, เช่นโรคคอตีบ, โรคทำซ้าง, และมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ, พร้อมทั้งการตรวจวิเคราะห์เนื้องอกจากผู้ป่วย, วิจัยอ้อม, จนถึงการวินิจฉัย.

สาขาปาราสีตวิทยา

สาขานี้แสดงพยาธิต่าง ๆ ในร่างกายที่จะทำให้เกิดโรคแก่คน, พร้อมทั้งการสืบพันธุ์ หรือชีวประวัติและการติดต่อมาถึงมนุษย์.

สาขานิติเวชวิทยา

สาขานี้แสดงพิษวิทยาของคดีอาชญากรรมที่สำคัญ ๆ เช่นคดี นวฉนวน และคดี ซอย (มนุษย์กินคนรายแรกของประเทศไทยที่ตกประหารชีวิต), แสดงซากแมลงต่าง ๆ, วิเคราะห์บุคคลที่ตกมาตกรวมจากรถถ่าย, เป็นต้น. หน่วยงานนี้ได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เกยวกับคดี ซอย, จนถึงกับต้องขยายสถานที่ตั้งแสดงถึง ๒ ครั้งเพื่อแก้ไขความเขยิบเสียด.

ความเห็นของแผนกพยาธิวิทยา

(๑) เท่าที่ถามจากผู้เข้ามาชมงาน, ส่วนมากให้ความเห็นเป็นเสียงเดียวกันว่า สถานที่คับแคบมากและคนมาชมมาก, เขยิบเสียดกันจนทำอะไรไม่ได้เสียแล้ว, เลยต้องตัดสินใจกลั้ยบ้าน. บางคนรู้สึกว่า ไม่แข็งแรงพอที่จะเขยิบและกลัวจะเป็นลมเลยกลั้ยเสียก่อนเข้าชมงาน. บางคนได้ข่าวก็เลยไม่กล้ามาเที่ยวงานเสียเลย. บางคนสุดส่าห์ข้ามฟากด้วยเรือยนต์พิเศษ, ขอมเสียดเงินเฉพาะค่าข้ามฟากถึง ๒๐ บาท, พาครอบครัวจะมาดูงาน, พอต้องมาเขยิบมากเลยพากันกลั้ยบ้านด้วยความหมดหวัง. บางคนถลั้งกระเป๋าละเลยตัดสินใจกลั้ยบ้านดีกว่า.

วิธีแก้ไข เหตุที่คนเขยิบเสียดมากก็เพราะมีทางข้ามฟากเพียงทางเดียว. ทางแก้ไขก็เห็นจะวิธีเดียว คือเพิ่มทางข้ามฟากให้มากขึ้น, หรืออาจจะต้องอาศัยสถานที่ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เบ็ดงานร่วมด้วย เพื่อแข่งจำนวนประชาชนไปข้างสำหรับคราวต่อไป. หรือบางทีอาจจะต้องใช้สนามหลวงเลยก็ได้เพื่อแก้ปัญหาคอนแน่น. ส่วนทางฝั่งโรงพยาบาลต้องเพิ่มที่ตัดหัวให้มากขึ้นอีกด้านละ ๑๐ ห้อง (แบบงานสราญรมย์).

(๒) บริเวณแสดงกิจกรรมทางวิชาการ รู้สึกว่าประชาชนพากันสนใจเป็นอันมาก, เพราะเห็นสิ่งแปลกตาที่ไม่เคยเห็นมาก่อน. เมื่อสถานที่คับแคบและประชาชนมากเกินไป

เลยทำให้การชมการแสดงกิจกรรมไม่ได้ถึงกัน. บางคนพากันบ่นด้วยความเสียใจ.

วิธีแก้ไข สร้างสถานที่ให้กว้างขวางกว่าที่แล้วมาหลาย ๆ เท่า.

(๓) พิพิธภัณฑ์ของสาขานิติเวช ได้รับความสนใจเป็นพิเศษเนื่องจากมีมนุษย์กินคนรายแรกในประเทศไทย ประชาชนจึงพยายามมาดูมนุษย์กินคนกันอย่างหนาแน่น.

วิธีแก้ไข จัดทางเข้าชมให้เข้าออกสะดวกกว่าคราวที่แล้ว.

(๔) การสร้างและการตกแต่งสถานที่ที่มีงบประมาณค่าใช้จ่ายน้อยเกินไป, นอกจากวางแผนที่ที่ทุนทรัพย์ของตนเองมากก็สามารถตกแต่งได้มาก. ถึงกระนั้นก็ยังนับว่าการตกแต่งทำไ้ดังงามและสวยดีมาก สำหรับจำนวนเงินจำกัด. ถ้าหากจะสามารถช่วยเพิ่มงบประมาณการตกแต่งจนออกพอสมควร. จะทำให้บรรยากาศของงานครึกครื้นขึ้นอีกเป็นอันมาก. แต่ไม่ควรถึงขั้นให้เป็นการฟุ่มเฟือยไป.

วิธีแก้ไข เพิ่มงบประมาณออกพอสมควร.

(๕) เกี่ยวกับการฉายภาพยนตร์ที่ตกพายุวิฤตยา ประชาชนยังไม่ได้ริ่ความสะดวกเกี่ยวกับแสงไฟและการจัดทางเข้าออก. ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไปไม่ถึงกัน.

(๖) งานส่วนใหญ่ นับว่าได้รับความสำเร็จเกินความคาดหมาย. ขอเสนอว่างานฉลองในคราวต่อไปควรจะเป็นครบรอบ ๘๐ ปี, ๙๐ ปี, และ ๑๐๐ ปีตามลำดับและต่อ ๆ ไปทุก ๑๐ ปี. ควรจะขยายงานออกไปถึงมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และบริเวณสนามหลวง, และใช้เวลาถึง ๑๐ วันเป็นอย่างน้อย, เพราะงานนี้ไม่ได้เป็นงานรายปี. ในชั่วระยะเวลา ๑๐ ปี เหตุการณ์ย่อมเปลี่ยนแปลงไปเป็นอันมาก, และประชาชนรุ่นใหม่ก็จะพากันมาชมอย่างหนาแน่น.

อนึ่งกิจกรรมการแพทย์นั้นประชาชนไม่เคยได้พบเห็นในชีวิตเลยก็ได้. หากขยายสถานที่ใดก็ควรจะมีการแสดงกิจกรรมและวิชาการในบริเวณโรงพยาบาล. ส่วนการวิ่งเรีงและการออกงานควรจะมีแถวฝั่งพระนครโดยแบ่งการแสดงวิชาการที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ไปทางฝั่งพระนครข้าง.