



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ฉบับที่ ๑๕, ฉบับที่ ๑, มกราคม ๒๕๐๖

Volume 15, Number 1, January 1963.

### การศึกษาแอนิวริสม์ของหลอดเลือดสมอง

โดยการฉีดไวเนียลอะซีเตต

รศ. วรรณิสสร พ.บ., Dr. med. (Tuebingen)

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์สุคต แสงวิเชียร)

น้ำยา ไวเนียล อะซีเตต เป็น พลาสติก  
เหลวที่ตกน้ำหรือทิ้งไว้แห้งแล้วแข็งตัว. ถ้า  
เราฉีด ไวเนียล อะซีเตต เข้าไปในหลอดเลือด  
สมองแล้วย่อยเอาเนื้อสมองออก, จะ  
ปรากฏเหลือ พลาสติก เป็น กิ่ง ก้าน สาขา  
ของหลอดเลือดสมองต่างๆ สวยงามชัดเจน,  
เป็นรูปที่เห็นได้ทั้งสามมิติ. (มีตัวอย่างเก็บ  
ไว้ให้ชมได้ตลอดเวลาที่ พิพิธภัณฑ์ของแผนก  
กายวิภาคศาสตร์.) รูปนี้ทำให้เราเข้าใจได้  
ง่ายถึงการจัดระเบียบต่างๆ ของหลอดเลือด

เรื่องย่อ วรรณิสสร, รศ., การศึกษาแอนิวริสม์  
ของหลอดเลือดสมองโดยการฉีด ไวเนียล  
อะซีเตต. สารศิริราช ๒๕๐๖ (ค.ศ. ๑๙๖๓),  
๑๕ : ๑-๓.

โดยการฉีด ไวเนียล อะซีเตต เข้าไปใน  
หลอดเลือดสมองเพื่อติดตามดูพยาธิสภาพของ  
หลอดเลือดส่วนที่เป็น แอนิวริสม์ ทำให้  
สามารถศึกษาลักษณะทางมหัพกายวิภาคได้โดย  
สะดวก. เรื่องนี้เป็นประโยชน์ที่จะแสดงตัว  
อย่างของ แอนิวริสม์ หลอดเลือดสมองชนิด  
ต่างๆ ได้โดยชัดเจนและสวยงาม.

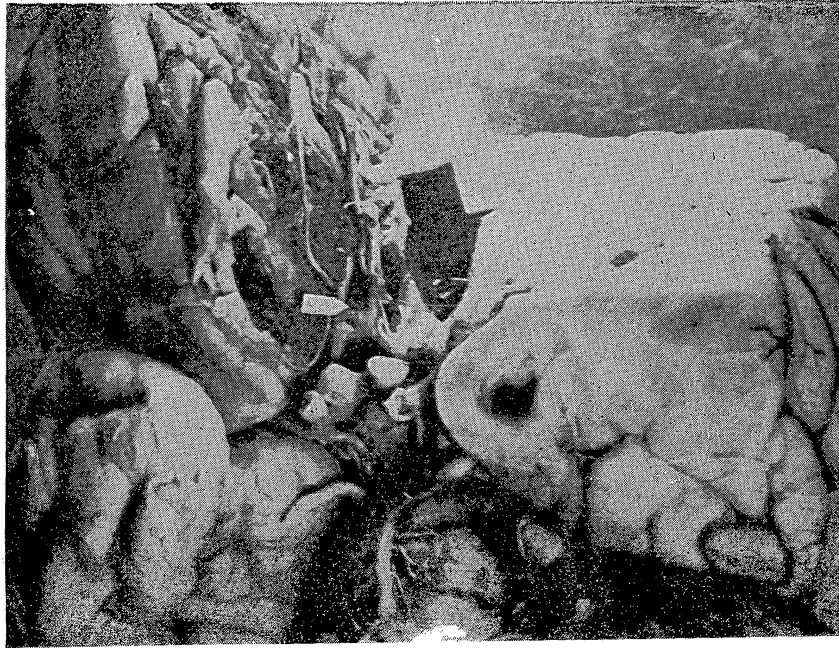
สมอง, อันมีประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาหลอดเลือด, ไม่เพียงแต่ในแง่ของกายวิภาคศาสตร์เท่านั้น แต่จะมีประโยชน์มากในแง่ของประสาทวิทยา, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่รังสีวินิจฉัยขนรากฐาน. งานชิ้นนี้ได้รับความอนุเคราะห์ของ ศาสตราจารย์นายแพทย์อคม โปษกฤษณะ ให้สมองของผู้ช่วยที่ถึงแก่กรรม ด้วย การ แลก ของ แอนิวริซึมของหลอดเลือดสมอง ๑ ราย เพื่อการศึกษา.

การศึกษาทางพยาธิของสมองนี้โดยทั่วไปนับว่ามีค่าสำคัญมาก. แต่การติดตามคุณลักษณะและขนาดของ แอนิวริซึมนี้ให้เห็นได้ชัดเจน เพื่อเป็น ตัวอย่างในการศึกษาของนักศึกษารุ่นหลัง, นับว่ามีค่าสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน. ยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดได้ชำแหละ แอนิวริซึม ที่ฝังลกลงในเนื้อสมองออกแสดงให้เห็นได้ชัดเจนไว้, จึงได้ตัดสินใจติดตามศึกษา แอนิวริซึม อันนี้ โดยเฉพาะเท่านั้น.

วิธีทำ - เอาสมองที่ได้แช่แขวนไว้ในน้ำมาผูกแขนงของหลอดเลือดใหญ่ๆ ที่ฐานของ สมอง ทั้ง หมัด โดย ต่อ แคนนูล่า กับ หลอดเลือด เบสิลาร์, เติมน้ำเกลือเข้าไปทางหลอดเลือดนี้ด้วยความดัน ๓ ปอนด์ต่อ

ตารางนิ้วประมาณสี่นาที่เพื่อฉีดล้างเลือดที่ตกค้างอยู่ในหลอดเลือด. แล้วยกเอาสมองนั้น ลง แช่ในน้ำยา ฟอร์มาลิน ๑๐ ๒๕. ประมาณ ๔ ลิตร. ฉีดน้ำยา ฟอร์มาลินเข้าไปในหลอดเลือด เบสิลาร์ ด้วยความดันเท่ากันประมาณห้านาที่. แล้วแช่ทิ้งไว้ในน้ำยานี้สองวันเพื่อทำให้เนื้อแข็ง. ต่อมาเอาสมองขึ้นมาล้างน้ำแล้วซับให้แห้ง. ใช้ลมเข้าทางหลอดเลือด เบสิลาร์ ด้วยความดัน ๑ ปอนด์ต่อตารางนิ้วเพื่อขับน้ำออกจากหลอดเลือด. ต่อมาฉีด ไวนีล อะซีเตต เข้าไปในหลอดเลือดแดง เบสิลาร์ ด้วยความดัน ๘ ถึง ๑๐ ปอนด์ต่อตารางนิ้ว. เสร็จแล้วผูกหลอดเลือด เบสิลาร์ และแช่สมองในน้ำยา ฟอร์มาลิน ต่อไปอีกประมาณหนึ่งสัปดาห์จึงเอาขึ้นมาศึกษา.

ผล - ด้วยการทำวิธีนี้ปรากฏว่า ไวนีล อะซีเตต เข้าไปในหลอดเลือดได้โดยสมบูรณ์ โดยเฉพาะที่ฐานของสมอง. จากอาการและการตรวจพบข้งว่าผู้ช่วยมีพยาธิสภาพอยู่ในสมองซีกขวา. การพิจารณาโดยการแยกกลีบหน้าของสมองออกจากการปรากฏว่าเป็นเช่นนั้น. จึงได้ตัดกลีบหน้าทางซ้ายออกจนกระทั่งถึงโคนของ หลอดเลือดแดง ชีวบริล หน้าก่อน. พบว่าตอนท่ชิดกับหลอด



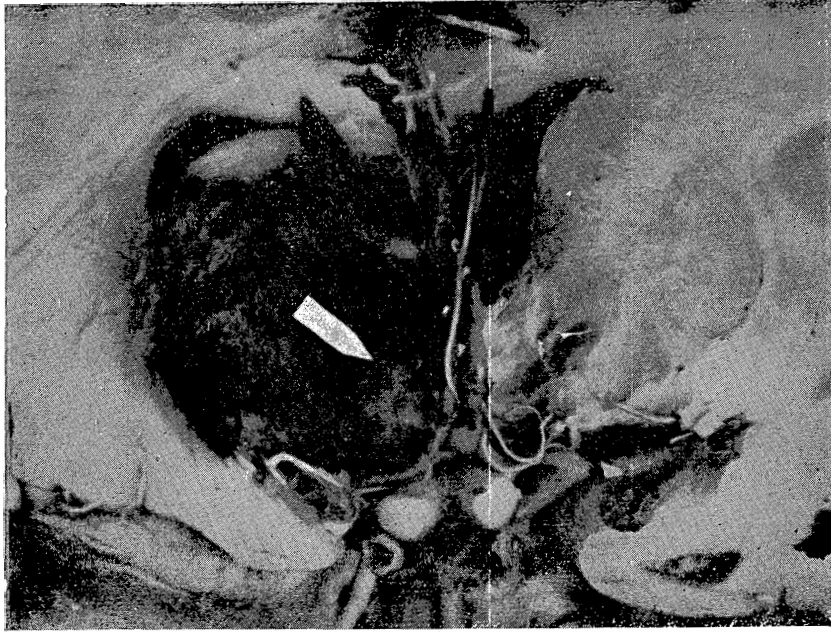
รูปที่ ๑

ลูกครก เป็นก้านของ ถุงโป่งพอง ที่ยื่นออกจากโคน ของหลอดเลือด ซึ่งรับราด—  
หน้าซ้าย ตัวถุงฝังอยู่ในเนื้อของสมองกลีบหน้า—ขวา



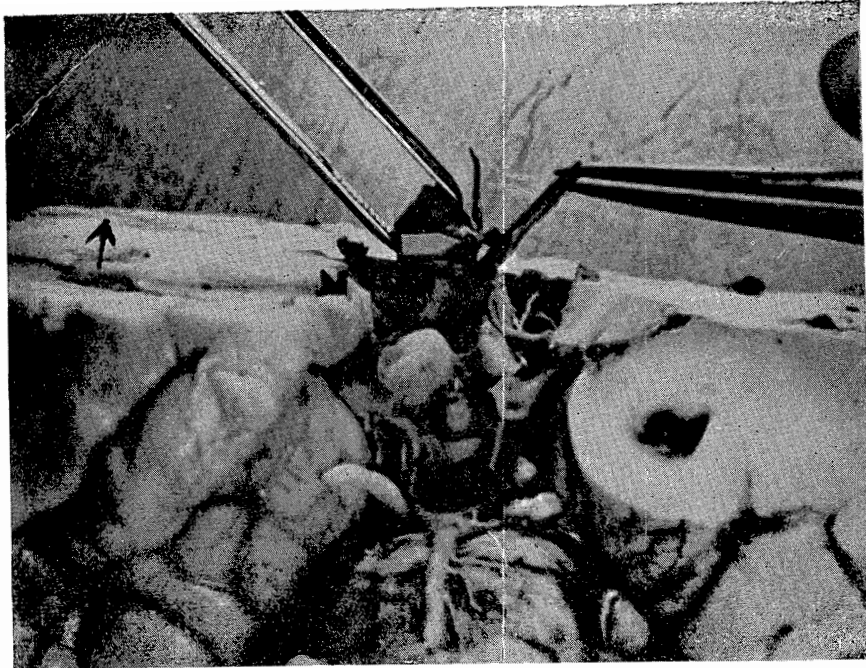
รูปที่ ๒

ก้อนเลือดที่แตกออกจากถุงโป่งพอง และเบียดเนื้อสมองอยู่  
รอบถุงโป่งพอง ตัดแยกเอาเนื้อสมองออกให้เห็นแต่ก้อนเลือด



รูปที่ ๓

ลูกศรชี้ถุงโป่งพอง ภายหลังควักเอาก้อนเลือดออกโดยรอบแล้ว แสดงให้เห็น  
ก้นติดกับหลอดเลือดซึ่งรับรากลหน้า—ซ้าย



รูปที่ ๔

แสดงถุงโป่งพอง , คีบออกให้เห็นได้ชัดเจน ลูกศรชี้เป็นตำแหน่งก้นถุงโป่งพอง

เลือดแดง คอมมูนีเคติงก์ หน้ามีก้าน ของ แอนิวริสม์ ย่นไปทางขวา, ผั่งเข้าไปในเนื้อ ของก้นหน้าของสมอง (รูป ๑). ใต้คัทเอา ก้นหน้าของ สมอง ทางขวา รอบ ก้อนเลือด ออก (รูป ๒). แล้วควักเอาก้อนเลือดออก. พบว่ามี แอนิวริสม์ ของ หลอดเลือด สมอง หน้าอยู่ (รูป ๓). ใต้พยายามชำแหละ ล้างเอาก้อนเลือดเล็ก ๆ น้อย ๆ รอบงูไข้อย่าง พองขึ้นออกมีลักษณะดังปรากฏในรูปที่ ๔.

สรุป โดยการฉีก ไวนีล อะซีเตต เข้าไปใน หลอด เลือด สมอง เพื่อ คัด ตาม ความ พยาธิสภาพ ของหลอดเลือด ส่วนที่ โย่งพอง ทำให้เราสามารถ คัด ตาม ลักษณะ ทางมหกายวิภาค ได้อย่าง สมบูรณ์ และเป็น ประโยชน์อย่างยิ่งที่จะเป็นตัวอย่างให้เห็นถึง โย่งพองของหลอดเลือด สมอง ชนิดหนึ่งได้ ชัดเจน และสวยงาม

วิจารณ์ การชำแหละงูไข้อย่างโดย วัชรธรรมทานัน แม้ว่าจะพยายามทำได้ ก็ คงยุ่งยากไม่สวยงาม เท่าที่ คิดว่าจะทำได้.

การใช้ ไวนีล อะซีเตต เข้าไปเป็นโครงอยู่ ในหลอดเลือด, นอกจากจะช่วยให้หลอด เลือดได้รับการเสริมให้ รักษาลักษณะรูปร่าง ไว้ได้เป็นอย่างดีแล้ว, ยังช่วยให้การชำแหละ ทำได้สะดวก และ หลอดเลือดไม่ ฉีกขาดอีก ด้วย.

เห็นได้ว่าวิธีนี้ อาจ ใช้ทำตัวอย่าง แสดง ชนิดต่าง ๆ ของ แอนิวริสม์ ของหลอดเลือด สมอง ได้โดยถูกต้องชัดเจนและมี สีสรร สวยงาม.

สมองที่ชำแหละแล้ว สมองน เกือบไว้ใน พิพธิภัณฑ์ของแผนกศัลยศาสตร์.

ผู้รายงานขอขอบคุณ ศจ. น.พ. สุต แสงวิเชียร ที่กรุณาจัดหา ไวนีล อะซีเตต ให้สำหรับการศึกษานี้, และ ศจ. น.พ. อุดม โปชะภฤชณะ ที่ให้สมอง ผู้ป่วยสำหรับใช้ในงานนี้. ขอขอบคุณ น.พ. สภา ลิ้มพณิชการ ที่ช่วยถ่ายภาพ.

เอกสาร

1. Ward's Natural Science Bulletin, 1952, 26 : 7.
2. Ward's Service Bulletin No. S. 1950.
3. แก้วอ้อม, เกษม ; สารศิริราช ๑๙๕๕, ๑๑ : ๓๘๐.

(Summary of the preceding Report)

VINYL ACETATE AS AID IN DISSECTION OF  
CEREBRAL ANEURYSM

Rasmi Wannissorn, M.B., Dr. med. (Tuebingen)  
(Dept. of Anatomy)

(Head of Department : Professor Dr. Sood Sangvichien)

---

The difficulties usually encountered in demonstrating cerebral aneurysmal sac can be overcome by combining vinyl acetate injection with gross dissection of the brain. The plastic cast conserves the aneurysm and supports the blood vessels in place so that

dissection can be accomplished more easily. The brain from a case of ruptured aneurysm of the anterior cerebral artery is used for demonstration of the method.

R.W.

(Three references. Four figures.)

---

# อุบัติเหตุการบาดเจ็บหายและการค้นหา

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. & S.

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์อำนาจ เสมรส)

เราเคยมี เป็นสารกัมมันตภาพรังสีที่มี  
เวลาครึ่งอายุนานถึง ๑๖๐๐ ปี, จึงพอจะ  
นับได้ว่าเป็นของถาวรที่จะใช้ไต่เรื่อยไป,  
นอกจากจะตกทำให้แตกหักเสียหาย คดงอ  
ระหว่างใช้. แต่สาเหตุสำคัญข้อหนึ่งที่จะทำ  
ให้ศูนย์เสีย เราเคยมี ไปก็คือ การสูญหาย.

การสูญหายของเราเคยมี เป็นเรื่องที่จะ  
ต้องป้องกัน, ไม่ใช่เพราะมันมีราคาแพง  
เท่านั้น, แต่ยังเป็นเพราะมันอาจทำให้เกิด  
อันตรายเสียหายต่อไปได้. เช่นการแผ่รังสี  
ทำให้พลัม ถ่ายรูป หรือพลัม เอกซ์เรย์ เสีย  
หาย, ทำให้ผลการตรวจวัดขนาดรังสีผิด  
พลาดไป, และเป็นอันตรายต่อบุคคลโดย  
การแผ่รังสีไปโดยตรงหรือโดยการหายใจ  
เอาก๊าซ รากอน ซึ่งรั่วไหลออกมาจากหลอด  
หรือเข็ม เราเคยมี ที่ตกอยู่บนแท่งออกโดย  
ถูกกระแทกหรือถูกความร้อน.

สถานีใหญ่ ๆ ทั่วงานเกี่ยวกับ เรา-  
เคยมี มากมั่งมีการหายของเราเคยมี บ่อย.  
บางแห่งได้วางกฎเกณฑ์จากเครื่องมือเครื่อง  
ใช้ในการป้องกันการสูญหายของเราเคยมี

เรื่องย่อ นิลประภัสสร, ประเสริฐ: อุบัติการ  
บาดเจ็บหายและการค้นหา. สารศิริราช ๒๕๐๖  
(ค.ศ. ๑๙๖๓), ๑๕ : ๕-๑๓.

เราเคยมี เป็นสาร กัมมันตภาพรังสี ที่มี  
เวลาครึ่งอายุนานถึง ๑๖๐๐ ปี. การที่ เราเคยมี  
สูญหายไป, นอกจากจะเท่ากับสูญเสียเงินก้อน  
ใหญ่แล้วยังอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือเสียหาย  
เนื่องจากกัมมันตภาพรังสีของมันได้. รายงานนี้  
ได้กล่าวถึงอุบัติเหตุของการขาดจำนวนของเรา-  
เคยมี ในแผนกรังสีวิทยา ร.พ. ศิริราชในระยะ  
เวลา ๒๕ ปี, ซึ่งมีอยู่ ๘ ครั้ง และได้สามารถ  
หากลับคืนมาได้ในระยะเวลาดังกัน, จาก  
สถานที่ต่าง ๆ กัน, และในบางครั้งด้วยความ  
ลำบากอย่างยิ่ง. นอกจากนี้ได้ให้ข้อสังเกตและ  
สันนิษฐานเกี่ยวกับการหายทั้ง ๘ ครั้งนี้พร้อมทั้ง  
ได้ให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับการป้องกัน, และการ  
ค้นหาเราเคยมีหายไว้ด้วย.

ไว้อย่างรัดกุม, หรือมีประกาศเป็นเชิงขู่ตาม  
ที่ผู้ช่วย, เช่นว่าถ้าทำ เราเคยมี ชนคน  
ชนคนหายเท่ากับว่าต้องเสียเงินไปหนึ่งหลัง  
หรือรถ รอลส์รอยซ์ ไปหนึ่งคัน.

สาเหตุที่ทำให้ เราเคยมี หายนั้นมิได้  
ต่าง ๆ กันและวิธีการที่จะได้กลับคืนมาต่าง  
กัน. ศาสตราจารย์นายแพทย์หลวงพิณ-

พากย์พิทยาภทไค้เคยเล้า (๑) ถึงรายที่นำ  
 ขันรายหนึ่งว่าเมอพบว่า ราเคียม จำนวน  
 หนึ่งของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกา  
 หายไป, ก็ได้มีการค้นหาจนทั่วแล้วก็ไม่  
 พบ. ขณะทีกลุ่มผู้คนหานงพักอยู่ริมรว, พอ  
 ก็ชานาคันหม ผ่านมาและยังเิญ พยว่า  
 เครื่องวคังดี แลคงว่ามี ราเคียม ผ่านมา  
 ใกล้เคียง ๆ จึงจับหมมารวคังดีทีละตัว, จึงได้  
 ราเคียม ออกมาจากในท้องหมตัวหนึ่ง.

แผนกรงสิวิทยาโรงพยาบาลศิริราชมี  
 ราเคียม ไวไซคังแคย พ.ศ. ๒๔๘๑ จำนวน  
 เพียง ๓๓๐ มิลลิกรัม, และได้เพิ่มเติมอีก  
 คังแคย พ.ศ. ๒๔๘๔ เป็นจำนวน ๕๐๐  
 มิลลิกรัม. รวมมี ราเคียม ไวไซคังหมค  
 ๘๓๐ มก. (๒) บรรจุอยู่ในรูปและขนาด  
 ต่าง ๆ กัน. เป็นชนิดหลซคขนาด ๑๕ มก.  
 ๗แท่ง, ขนาด ๑๐ มก. ๑๔ แท่ง, ขนาด  
 ๕ มก. ๕๕ แท่ง, เป็นชนิดเข็ม ขนาด ๒.๕  
 มก. ๒๐ เล่ม, ขนาด ๒๐ มก. ๓๐ เล่ม,  
 ขนาด ๑.๕ มก. ๖๐ เล่ม, ขนาด ๑ มก.  
 ๗๕ เล่ม, และเป็นชนิดปลก ๕ มก. อีก  
 ๗ อัน. เป็นจำนวนรวม ๒๖๘ ซัน. ในช่วง  
 ระยะเวลา ๒๕ ปีนี้ไม่เคยมีการ ราเคียม  
 ขาดจำนวนไป ๘ ครั้ง คังรายงานต่อไป.

## ข้อแนะนำการป้องกันการหายและการ หา ราเคียม ที่ขาดจำนวน

๑. จะต้องมีการตรวจนับจำนวน รา-  
 เคียม ที่เอาเข้าเอาออกจากคันรยทไซเกย  
 ราเคียม และจำนวนที่คคอยกยตัวผู้ช่วย. มี  
 การลงนามในใบรับใบส่งทุกคัง.

๒. มีการสำรวจนับจำนวน ราเคียม  
 ทังหมคทุกสปีคาค, และมีการตรวจซ้ำโดย  
 หัวหน้าออกบคคัง.

๓. มีป้ายบอกจำนวน, ชนิด, และ  
 ขนาดของ ราเคียม ที่มีอยคังไว้ในทีใกล้เคียง.

๔. มีเครื่องหมายแสดงว่าผู้ช่วยราย  
 ใดกำลังไค้รับการใส่หรือผ้ง ราเคียม อย.  
 ขอนให้ประโยชน์ในแง่ของการป้องกันอัน-  
 ตรายจากรงคคย.

๕. ผู้ช่วยที่กำลังมี ราเคียม คคอยจะ  
 ต้องไค้รับการแนะนำว่าควรปฏิบัติตัวอย่าง  
 ไร. ห้ามผู้ช่วยออกไปไกลจากบริเวณเคียง  
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งห้ามไปห้องน้ำ.

๖. ก่อนที่จะนำสิ่งหนึ่งสิ่งใดไปทิ้งหรือ  
 เท, จะต้องมีการตรวจคให้แน่ใจก่อนว่าไม่  
 มี ราเคียม หลคปนอย. เพื่อความแน่นอน  
 และสะดวกควรจัดหาเครื่องตรวจรงคราคา

ถูก ๆ (๔,๕) สำหรับผู้ไม่ชำนาญไว้ใช้ประจำ  
ตกผู้ช่วย.

๗. กำหนดและจัดสร้างที่เตรียม รา-  
เคียม และทาลัง ราเคียม อย่างเหมาะสม  
ไว้โดยเฉพาไม่ไปทำกระຈັก กระจายอยู่  
ตามตกผู้ช่วย.

๘. การนำสิ่งของจากแผนกรังสวิทยา  
ไปซ้กกลางหรือทง, ควรให้ผ่านประตหนึ่ง  
ประตใดเป็นประจำ, ช่ง ณ ที่ประตนั้น ควร  
มีเครื่องจับวัดรังสีตกอยู่, ส่งสัญญาณบอก  
ให้ทรายเมอมสารกัมมันตภาพรังสีผ่านไ.

๙. เมื่อเกิดมีการหายช่นจะต้องรบรรยาย  
งานหัวหน้าตามลำดับทันที, ตรวจใบรับส่ง  
จำนวน ราเคียม แล้วดำเนินการสำรวจหา  
ตามระเบียบ.

๑๐. หยกการ ช้กกวาด หรือใช้ ห้องนำ  
ทันทีเมอ ราเคียม หาย.

๑๑. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตลอดจนคน  
งานใต้ทรายว่า ราเคียม หาย. บอกลักษณะ  
ของสิ่งที่ใช้บรรจุหรือห่มห่อ ราเคียม นั้น.

๑๒. เมื่อสำรวจพบบริเวณที่มี ราเคียม  
ตกอยู่, ต้องพิจารณาว่า ราเคียม นั้นอาจ  
แตกราวหรือไม่. ถ้าสงสัยช้ตองกันบริเวณ  
ที่ทดลองหาว่ามี ราวตอน ราวกระจายอยู่หรือไม่.

๑๓. ควรใช้พนักงานสูงอายุทำงานใน

ทำงานกลาง, เก็บและชนส่ง ราเคียม. เป็น  
การช้ช่งกันอ่นทรายจากรังสีด้วย. ทงจะได้  
ไม่จำเป็นตองรับแรงทำ, ควรให้ประจำงาน  
อยู่นาน ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ.

๑๔. ควรจัดให้มีประกาศ ตัดคำแนะนำ  
แบบนไว้ตามสถานททที่เกี่ยวข้องกับ ราเคียม.

ความจริงเป็น หน้าที่ช่งนัก พสิคส์เป็น  
ส่วนใหญ่ที่จะตองให้คำแนะนำช้ช่งกันไม่ให้  
ราเคียม หาย, และดำเนินการค้นหาเมอม  
การหายของ ราเคียม เกิดช่น.

รายงานการหายและการหา ราเคียม  
๔ ขาดจำนวน ๘ ครั้ง ถึงแม้จะได้มีการ  
ระมัดระวังเป็นอย่างดี, ก็ยังมีอุบัติเหตุการเกิด  
ช่นได้ช่งน.

ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๔๘๑ เมื่อถึงวัน

กำหนดเอา ราเคียม ออกจากผู้ช่วยมะเรียง  
ปากมตลูกทรายหนึ่ง, ปรากฏว่า ราเคียม ที่  
ใส่ไว้ ๓๐ มก. หายไป. ราเคียม ครงน  
เป็นการใส่เฉพาะในช้ช่งคลอตก ช่งสมช่น  
ใช้ ราเคียม ขนาด ๑๕ มก. ๒ หลอตก. (๓)

การค้นหา สืบสวนได้ความว่าในตอน  
ตกคนวันก่อนเขาออก, ผ่าที่ใช้ช้ช่งของ  
คลอตกผู้ช่วยหลอตกออก, และในคืนนั้นได้มี  
การใช้หม้อช่น ๒ ครั้ง. ได้ทำการสำรวจ

ค้นหาโดยใช้ อัลตราโซนิคโคป แผ่นทองไปช่วย. ตลอดทวิบริเวณที่ผู้ป่วยและบริเวณใกล้เคียงเป็นเวลาหลายวันก็ยังไม่พบ. ในที่สุดก็พบในถุงส้วมใหญ่หลังตก, มีองจรรเกือบเต็มและลึกถึง ๓ เมตร. ต้องคอย ๆ โยกองจรรจนมาก, ได้ ราเคียม อยู่ทนถึง. ครึ่งนกวาระได้ ราเคียม คนมากเป็นเวลาประมาณ ๒ สัปดาห์.

สันนิษฐาน เหตุการณ์พอจะสันนิษฐานได้ว่า ราเคียม พร้อมกับผ้ายัดหลุดจากตัวคนไข้ลงไปในห้องนอน. เจ้าหน้าที่เขาไปเทลงส้วมโดยไม่ได้ดู.

ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๔๘๘ ๘ ปีหลัง

จากครั้งที่ ๑, ในวันที่เสาร์ ที่ ๒๗ ต.ค. พ.ศ. ๒๔๘๘ กำหนดเขา ราเคียม ออกจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. พบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งผ้ายัดไว้หลุด. เปสซารี ซึ่งภายในบรรจุ ราเคียม ชนิดหลอด ๘ แท่ง, แท่งละ ๕.๐ มก., หายไป.

การค้นหา ผู้ป่วยเป็นเงินพดไทยไม่คอยรูปร่าง. ขอหมอนอนตอน ๕.๐๐ น. และผู้ป่วยข้างเคียงว่าเห็น มีเศษผ้าวาง อยู่ใต้เตียง. ได้ทำการสำรวจหาในบริเวณตกและที่ใกล้เคียงแล้วไม่พบ. ได้แจ้งลักษณะของเปสซารี ให้คนงานทราบ.

๓ เดือนต่อมา, คือในวันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๔๘๘, คนงานเก็บกวาดทั่วไปของโรงพยาบาลจึงเก็บมาคืน ให้ ใน สภภาพ เรียบร้อย, ว่าพบที่หลังตกมหิตลวรานุสรณ์.

สันนิษฐาน เข้าใจว่า ราเคียม หลุดออกมาพร้อมกับผ้ายัด. ผู้ป่วยเขาโยนทิ้งไว้ใต้เตียง. สุนัขซึ่งสมย่นนมพลกพล่านคงจะคาบเอาไปทิ้งไว้ที่หลังตก มหิตลวรานุสรณ์.

ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๔๘๖ คืออีก ๘ ปี

ต่อมา, ผู้ป่วยรายหนึ่ง (เลขราเคียมที่ ๑๕๕๕) เป็นมะเร็งทเยอกระบังแก้ม. รักษาโดยการวาง ราเคียม โมลด์ ซึ่งทำด้วยวัตถุหล่อแข็งพันหุ้มเข็ม ราเคียม ไว้. ผู้ป่วยต้องไปนั่ง ๆ นอน ๆ ที่แผนกการรักษาทุกวัน. เมื่อรักษาครบกำหนดวันที่ ๑๕ มิ.ย. พ.ศ. ๒๔๘๖ ได้หยิบ โมลด์ ออกนับจำนวนเข็ม ราเคียม, ปรากฏว่าเข็ม ราเคียมขาดจำนวนไป ๑ เล่ม ขนาด ๑.๐ มก.

การค้นหา ได้ทำการค้นหาบริเวณที่ก้วยสาวยตาแล้วไม่พบ. ๒ วันต่อมาพยาบาลประจำห้อง ราเคียม จึงรายงานต่อหัวหน้า. อาศัยความสามารถ และ ความเคยงานของผู้ตรวจการพยาบาลของแผนก, เรียกคนงาน

ทำความสะอาดของตกไปถ้าม, และให้กั  
ลักษณะของ ราเคียม ที่หายไป, ก็นักใ  
ว่าเคยพบเมื่อก่อนในบริเวณทางเดินในตึก  
และกวาดลงตะกร้าผงไปแล้ว. ยังเชื่อกัน  
ไม่ใคร่แตกออกไปถึงที่เผาขยะ, จึงเอาคืนได้ไม่  
ยาก.

สันนิษฐาน ครึ่งนคงเกิดจาก โมลต์  
ที่ของเอาเข้าเอาออกจากปาก เกิด แดก ร้าว  
ในวันท้าย ๆ ของการใส่. ราเคียม อันที่อยู่  
ผิว ๆ จึงหลุดออกมาได้หรืออาจหลุดกระเด็น  
ออกมาขณะที่กำลังเคาะ โมลต์เอา ราเคียม  
ออกในวันสุดท้าย.

ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๔๕๖ ในการรักษา  
ผู้ช่วยชายแผนกคัลยกรรม, อายุ ๗๑ ปี,  
ตาบอดทั้งสองข้าง, เลข ราเคียมที่ ๑๖๖๒,  
เป็นมะเร็งที่เพดานปาก, รักษาด้วยการฝัง  
ราเคียม ครบกำหนดเขาออกวันที่ ๑๑ พ.ย.  
พ.ศ. ๒๔๕๖, พบว่าเข็ม ราเคียม ซาก  
จำนวนไป ๑ เล่ม, ขนาด ๑.๐ มก..

การค้นหา ได้นำผู้ช่วยไปตรวจเอ็กซเรย์  
แล้วไม่พบ, จึงไปตรวจค้นบริเวณเตียงผู้  
ช่วย เพราะอาจมีตกหล่นอยู่ใต้โดยระหว่าง  
๗ วันเข็ม ราเคียม ฝังอยู่ในปากผู้ช่วยนั้น,  
มีเข็ม ราเคียม หลุดออกมาเองบ้าง, ซึ่งกั

ได้จกรายงานรับส่งเรียบร้อยแล้ว. เมื่อไม่  
พบก็ค่อย ๆ ซักถามผู้ช่วยอีก. ผู้ช่วยจึง  
ค้นเอาออกมาให้จากกระเป๋าสีเสื้อห่อกระดาษ  
ไว้เรียบร้อย. ไม่มีใหม่ผูกติดอยู่ที่เข็ม.

สันนิษฐาน ใหม่ที่ผูกติดที่เข็มไว้คงซาค  
เอง. เข็ม ราเคียม หลุดออกมา. ผู้ช่วย  
เก็บไว้แล้วลบลไปหรืออยากห่อไว้เป็นพระลูก.  
เข็มอันอื่นที่หลุดยังมี ใหม่ผูกติด ห้อย แขน  
ไว้, จึงไม่หายไป.

ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๔๕๖ เป็นการหาย  
ครั้งที่ ๓ สำหรับข น. พบในการสำรวจ  
นับจำนวน ราเคียม ที่เก็บไว้ในตู้ นรภัยเมื่อ  
เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๔๕๖. ราเคียม ซาก  
จำนวนไป ๒๕ มก.. เป็น ราเคียม ชนิด  
หลอด, ขนาด ๑๕ มก. ๑ แท่ง และ  
ขนาด ๑๐ มก. อีก ๑ แท่ง.

การค้นหา จากจำนวนและชนิดของ  
ราเคียม ที่หายพอจะบอกเป็นแนวทางได้ว่า  
สัมพันธ์กับการใส่ ราเคียม รักษา มะเร็งของ  
ปากมดลูก, และเป็นรายที่ใส่ ราเคียม ได้  
เพียง ๒๕ มก. แทนที่จะเป็น ๓๕ มก. อย่าง  
รายทั่วไป. จึงค้นจกรายงานผู้ช่วยในระยะ  
นั้น. ทำให้ทราบว่าควรจะเป็นใครอยู่ที่ไหน.  
พบว่า ราเคียม ครึ่งนคงจะได้ออกครบ

เมื่อ ๒๒ พ.ย. พ.ศ. ๒๔๕๖, เป็นเวลาหลายวันมาแล้วกว่าจะไ้ทราบว่ายหายไ้.

เมื่อสำรวจบริเวณตกแล้วไม่พบ, ได้ติดตามไปตรวจผู้ช่วย และสำรวจบริเวณบ้านซึ่งอยู่กลางทุ่งนาต่างจังหวัด, ก็ยังไม่พบ. จึงกลับมาสำรวจทั่ว ๆ โรงพยาบาล, แม้ระหว่างลงเรือข้ามฟาก. ครั้นอาศัยเครื่องไกเกอร์ มิลเลอร์ เซอร์เวย์ มีเตอร์, ซึ่งขอยืมมาจากแผนก ฟิสิกส์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ช่วยสำรวจอยู่หลายวันหลายตลบจนเลยกำหนดส่งคืน.

ได้ขอร้องให้ยืมมาสำรวจอีกเป็นวันสุดท้าย. บ่ายวันนั้นได้สำรวจไปถึงท่าหน้าโรงพยาบาล. ขณะนั้นาลดจางหย่อนเครื่องวัดลงไปไ้มาก. พบว่าบริเวณนั้นมีปริมาณรังสีมากกว่าปรกติ. จึงรอนในใกล้คำ, น้ำลดลงเห็นหินริมตลิ่ง, จึงวัดไ้แน่และหาราเคียม ไ้ไ้ครบเมื่อเวลา ๑๗.๐๐ น. วันที่ ๑๑ มค. พ.ศ. ๒๔๕๗, เป็นเวลาเกือบ ๒ เดือนนับตั้งแต่วันเริ่มหายไ้. ราเคียม ที่พบบรรจุอยู่ในท่ออย่าง สำหรับใส่ในโพรงมดลูก, แต่เชือกที่ใช้ผูกถูกตัดออกไ้แล้ว.

สันนิษฐาน คงเป็นการพลงผลของเจ้าหน้าที่ผู้เอา ราเคียม ออกเขาเก็บที่, ตก

หลอคยงที่ใส่ ราเคียม แล้วไม่เอา ราเคียมออก, ingsงนอยกับเคษหลอคยงที่ใส่ ในผู้ช่วยรายอื่น, แล้วเอาไปทิ้ง. ส่วน ราเคียมที่เอาออกมากั้รวมกันใส่เข้าตู้ นิรภัยโดยไม่ไ้เก็บจำนวนอีกครั้งหนึ่ง.

ทราบภายหลังว่าระยะนั้นกำลังซ่อมเตาเผาขยะ, คนงานใช้วิธีทิ้งลงแม่น้ำตรงท่าหน้าทกเข้ามค. การหาครั้งแรกไม่แสดงว่ามี ราเคียม อยุ่ที่นั่นเป็นเพราะวัด ในระยะห่าง, เนื่องจากระดับน้ำสูงเกินไป.

ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๔๕๗ ผู้ช่วยหญิง

อายุ ๖๐ ปี, แผนกคัลยกรรม, เป็นมะเร็งทลน, ครอบกำหนดเอา ราเคียม ออกวันที่ ๕ ก.พ. พ.ศ. ๒๔๕๗. ขณะพักอยุ่ๆ ตกเอาเข็ม ราเคียม ออกที่ละอัน, ผู้ช่วยไ้อย่างเล็กน้อย. เมื่อตกออกหมดแล้วนับคพบว่ามีเข็ม ราเคียม ซากจำนวนไป ๑ อัน, ขนาด ๑.๐ มก.

การค้นหานำผู้ช่วยไปตรวจทางเอ็กซเรย์, พบเข็ม ราเคียม อยุ่ในหลอคอาหารส่วนต้น. เมื่อพยายามใช้เครื่องมือเอาออกทางปาก, กลับทำให้หล่นลกลงไป ในกระเพาะอาหาร. ผ่าเอาออกไ้เข็ม ราเคียม ไม่มีไหมผูกติดอยุ่.

สันนิษฐาน เมื่อไม่มีไหมผูกติดอยู่กับ  
แสดงว่าไหมที่ใช้ผูกยึดไว้ขาดปล่อยให้เข็ม  
หลุดลงคอ, ขณะที่กำลังเอาเข็มเล่มอื่น  
ออก, ไม่ใช่เพราะเจ้าหน้าที่ตัดแล้วทำตก  
ลงคอ.

ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๔๙๗ ในการสำรวจ  
จำนวน ราเคียม ทั้งหมดในคืนวันพุธเมื่อวันที่  
๒๓ ธ.ค. พ.ศ. ๒๔๙๗ ปรากฏว่าราเคียม  
ชนิดหลอดขนาด ๑๐ มก. และ ๑๕ มก.  
ขาดจำนวนไปขนาดละ ๑ แท่ง.

การค้นหา ทำนองเดียวกับครั้งที่ ๕  
คาดว่าแถวของกบผู้ช่วยมะเร็ง ปาก มดลูก  
เลขราเคียมที่ ๒๓๑๖ ซึ่งเพิ่งครบกำหนด  
และเอา ราเคียม ออกในตอนเช้าวันก่อน.  
ได้ตามผู้ช่วยมาตรวจและ เอ็กซเรย์ ก็ไม่  
พบ. ติดตามไปสำรวจบริเวณบ้านผู้ช่วยโดย  
ใช้เครื่อง ไกเกอร์ มัลเลอร์ เซอร์เวย์ มิเตอร์  
และสำรวจบริเวณที่กรอบ ๆ โรงพยาบาล,  
ตลอดจนที่เก็บเศษขยะแล้วก็ไม่พบ.

คิดว่าจะต้องหลงติดค้างอยู่ในหลอดยาง  
เช่นคราวก่อนแน่ ๆ จึงไปสำรวจที่บริเวณเตา  
เผาขยะอีกในวันรุ่งขึ้น. พบว่ามี ราเคียม  
อยู่, แต่ขณะนั้นขยะกำลังถูกเผาสุกแดง,  
ศจ. น.พ. อำนวย เสริมรสต์ อำนวยการให้

กซ์ไฟ, แล้วค่อย ๆ ตกขี้ออกมา. ได้  
ราเคียม ๒ แท่งนั้นในบริเวณใกล้ ๆ กันเมื่อ  
เวลา ๑๕.๐๐ น. วันที่ ๒๔ ธ.ค. พ.ศ.  
๒๔๙๗. หลอดยางที่ใช้บรรจุถูกเผาไหม้  
ไปหมดแล้ว.

สันนิษฐาน คงเป็นการพลั้งเผลอของ  
เจ้าหน้าที่เช่นเคยวกับครั้งที่ ๕. เหตุที่ใน  
วันแรกสำรวจไม่พบที่บริเวณเตาเผาขยะ, คง  
เป็นเพราะ ราเคียม ยังถูกนำไปไม่ถึง, หรือ  
เพราะครั้งแรกสำรวจไม่ได้ละเอียดพอ.

ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๐๑ ในการสำรวจ  
จำนวน ราเคียม เมื่อต้นเดือนสิงหาคม พ.ศ.  
๒๕๐๑ พบว่า ราเคียม หลอดขนาด ๕ มก.  
ขาดจำนวนไป ๑ แท่ง. เป็นการสำรวจ  
๓ วันหลังวันเอา ราเคียม ออกจากผู้ช่วย  
หลายรายของแผนกสัณนิเวศวิทยา.

การค้นหา ราเคียม หลุดหายไปเพียง  
แท่งเดียวเช่นนี้ผิดกับครั้งก่อน ๆ. การ  
พิจารณาหาแนว ทาง การสำรวจ ก็ลำบาก.  
ต้องค้นทุกที่ไป. เครื่องมือ ไกเกอร์ มัล  
เลอร์ เคานเตอร์ ที่จะพอขอยืมได้ก็เกิดเสีย.  
ต้องใช้เครื่อง โมนิเตอร์ ซึ่งหนักและใหญ่  
และต้องอาศัยสายไฟฟ้าต่อ, จึงไม่สะดวก  
ต่อการสำรวจ. ครังนี้ผู้รายงานไม่มีโอกาส

สำรวจใต้ท้อง, เพราะวันรุ่งขึ้นจะต้อง  
เดินทางไปที่ต่างประเทศ.

ต่อมาได้มี การท่องเที่ยวเขต ที่อธิบายนำ  
ของห้องใส่และล้าง ราเคียม แต่จนกระทั่ง  
มีคนเป็นเวลา ๔ ปีแล้ว, ราเคียม แท่งนั้น  
ยังขาดจำนวนอยู่.

สันนิษฐาน การที่แยกหายไปเพียงหลอด  
เคียมจะเกิดขึ้นได้ก็โดยทำให้กระเด็นแยก  
ตกหล่นไป นอกโต๊ะ ปฏิบัติงาน ระหว่าง การ  
ล้าง, หรือเอาเข้าเอาออกจากตู้วิทย.

ยังเชิญเจ้าหน้าที่ประจำห้องเพิ่งมาใหม่,  
ไม่เคยงานของแผนก. ไม่แน่ใจว่าใครทำ  
ตกหายหรือไม่. ครึ่งน จึงบอกสาเหตุได้  
ลำบาก.

ข้อสังเกต การหายของราเคียมทั้ง ๘  
ครึ่งน พอดีเป็น แนวทาง ให้ข้อ สังเกต บ้าง  
ดังนี้:

๑. สาเหตุของการหายหลายครั้งเกิด  
จากการพลงผลธอ, และแต่ละครั้งมี รา  
เคียม จำนวนมากหลายสิบชิ้น, ต้องออกทัน  
ต่อกลิ่นเหม็นและอันตรายจากรังสี, ต้อง  
รีบเร่งทำให้เสร็จ ๆ ไปโดยเร็ว. ถ้ามีพนักงาน  
งานส่งอายุมา ปฏิบัติงานแทน คงกล่าวข้าง  
ต้นก็จะเป็นการดี.

๒. ราเคียม หลอดมี โอกาสหายได้  
มากกว่าชนิดเค็ม, เพราะเอาเข้าเอาออก  
คราวละจำนวนมาก ๆ. สำหรับ ราเคียม  
ชนิด เค็ม ระหว่าง ผัง อยู่ ก็มีการ ตรวจนับ  
จำนวนได้สะดวก.

๓. จากอุบัติเหตุแล้ว ๆ มาแสดงให้  
เห็นแนวทางที่ควรค้นหา. ถ้าเป็น ราเคียม  
ชนิดหลอดที่ใส่ในโพรงมดลูก, มักไม่พ้น  
กองขยะ. ส่วน ราเคียม เข็มที่ใช้ผัง, มัก  
หลงอยู่ใกล้ ๆ ตัวผู้ช่วยนั่นเอง.

๔. การหายครั้งที่ ๒ และที่ ๓ แสดง  
ให้เห็นถึงความสำคัญของการแนะนำชี้แจง  
ให้พนักงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนคนงานทั่วไป  
ให้รู้จักลักษณะของ ราเคียม.

๕. จากอุบัติเหตุแล้วมาให้ข้อสังเกต  
ว่าแม้การตรวจค้นครั้งแรกไม่พบ, ก็ควร  
ตรวจซ้ำอีก. ควรตรวจเป็นระเบียบอย่าง  
ละเอียดทุกครึ่ง.

๖. การตรวจสอบจำนวน ราเคียม ทั้ง  
หมดเป็นระยะ ๆ ตามกำหนดมีความจำเป็น  
มาก.

๗. ควรรับรายงาน หัวหน้าตามลำดับ  
ทันที, เพราะผู้ใหญ่มักรับประทานมาก  
กว่า, ทำให้หาทางใต้ง่ายขึ้นครึ่งครั้งที่ ๓ ซึ่ง

ถ้าเข้าไปอีก ๑ วัน, ก็จะเป็นเรื่องยุ่งยากกว่านั้น.

๘. ครวงที่ ๔ และที่ ๖ แสดงว่าไหมที่ใช้ผูกยึดเข็ม ราคีเยม ในบางคราวมีโอกาสดูดได้, ทงที่ไต่พยายามใช้ไหมที่กในทองตลาค.

๙. สถาบันทม ราคีเยม ใช้เป็นจำนวนมากและบ่อยครั้งเช่นนี้, จำเป็นต้องมีเครื่อง มือต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องสำรวจหาแหล่ง รังสีที่เหมาะสมอย่างพร้อมเพรียง. ความสำคัญขอ น.ค.จ. น.พ. หลวงพิณพากย์พิทยาเภท ไต่เคยกล่าวไว้ตั้ง ๒๓ ปีมาแล้ว. (๑)

๑๐. การทดสอบที่ ยาน ผู้ช่วย อย่างละเอียดก็จำเป็นเหมือนกันในคานัน. ดังเช่นขบติการครวงที่ ๕ และ ๗. หรือบางครั้งผู้ช่วยไม่เข้าใจ, กลับไปขานขณะทำการรักษาด้วย ราคีเยม โดยไม่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ.

๑๑. เจ้าหน้าที่ทางานเกวของกยรังสี จำเป็นต้องมีความชำนาญคุ้นเคยกับงานในคานันเสียก่อน. มิฉะนั้นอาจทำให้เกิด

อันตรายหรือทำให้เครื่องมือต่าง ๆ ทางรังสี, หรือเครื่อง เขกซเรย์, ราคีเยม ซึ่งมีราคาสูงเสียหายได้, ต้องมีเจ้าหน้าที่เพียงพอเพื่อไต่คนเก่าควบคุมคนใหม่ทุกแห่ง, และจะได้มีเวลาสำรวจจำนวน ราคีเยม ได้บ่อยขึ้นอก.

ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์อำนาจ เสมรสุต ที่ได้แนะนำและอนุญาตให้เสนอรายงานนี้, และขอบคุณคุณเฉลิมวรรณ จันทรินทร์, ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกรังสีวิทยา, ผู้มีความสามารถและชำนาญงาน, ทั้งช่างบันทึกจดจำ, ซึ่งทำประโยชน์อย่างมากแก่เรองนี้.

เอกสาร:

- ๑. หลวงพิณพากย์ พิทยาเภท : จ.พ.ส.ท. ๒๔๘๒, ๒๒, ๒๓๘-๒๔๔.
- ๒. อำนาจ เสมรสุต : คำแนะนำส่วนตัว.
- ๓. โรจน์ สุวรรณสุทธิ : จ.พ.ส.ท. ๒๔๘๒, ๒๒; ๒๔๘.
- ๔. Besford, H.; Brit. J. Radiol. ๑๕๕๔, ๒๗; ๓๖๒-๓๖๔.
- ๕. Vermont, J.; Brit. J. Radiol. ๑๕๕๑, ๒๔; ๑๒-๑๓.

# บทความพิเศษ

## โภชนาการในผู้ที่กินอาหารไม่ได้

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอาการหนักมักกินอาหารได้น้อยทั้งในระหว่างและหลังมีอาการรุนแรงใหม่ๆ. การขาดอาหารหลาย ๆ วันจะทำให้เกิดผลร้ายอย่างรุนแรง. Cannon ได้แสดงให้เห็นว่าคนที่ขาดอาหารโปรตีน จะเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ และการติดเชื้อได้มากขึ้น. การที่ผู้ป่วยกินไม่ได้อาจเนื่องมาจากอาการทางประสาทและจิตใจของผู้ป่วย, หรือหลังจากการผ่าตัดมีการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร. พวกเราต้องให้อาหารให้เพียงพอโดยการใส่อาหารทางหลอดเข้าไปสู่กระเพาะหรือเข้าหลอดเลือด.

ในการประชุมคณะกรรมการอาหารและโภชนาการของสภาวิชาชีพแห่งชาติสหรัฐ มีผู้แนะนำว่าคนปรกติควรได้อาหารโปรตีนราว ๑ กรัมต่อวัน, และพลังงาน ๓๕ ถึง ๓๘ กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน,

แต่ในคนไข้ต้องการมากกว่านั้น. Rhoads ได้แนะนำว่าในคนที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ควรได้รับโปรตีน ๑.๘๘ กรัม และพลังงานราว ๓๐ ถึง ๔๐ กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน. ในผู้ป่วยที่ขาดอาหารนาน ๆ, ในที่สุดจะเกิดอาการผิดปกติเนื่องจากหน้าที่ปรกติของร่างกายเสียไป เช่น คลื่นไส้, ทรุดตัว และเกลือแร่, ทำให้เลือกมีปริมาณที่น้อย, ซึ่งยังผลให้มียุทธศาสตร์น้อย, ความดันเลือดตก, และ ช็อค.

อาหารที่เลือกให้ในผู้ป่วยพวกนี้ควรเป็นอาหารเหลว. ถ้าอาหารนั้นเป็นสารละลายไฮเปอร์โทนิก อาจทำให้เกิดท้องเดินได้และถ้าปลายหลอดอยู่ในลำไส้เล็ก อาจทำให้เกิดอาการคล้าย ติบซิงก์ ซึ้นโดรม, คือ มีคลื่นไส้, อ่อนเพลีย, แน่นท้อง, ใจสั่น, ความดันเลือดตก, และเป็นลม. สูตรอาหารที่ใช้ทั่วไปมักมีพลังงานราว ๓๐

ถึง ๔๐ คาลอรี, มี โปรตีน รว ๑ ถึง ๓ กรัม ต่ออาหารผสมหนัก ๑ ออนซ์. อาหารผสมรว ๒,๒๐๐ ม.ล. จะให้พลังงานรว ๒,๒๐๐ ถึง ๒,๕๐๐ คาลอรี ซึ่งเพียงพอสำหรับคนปรกติ. ในรายที่ต้องการอาหารมากนั้นก็ต้องให้จำนวนมากขึ้น, โดยปรกติมักแบ่งให้เช่นนี้ตลอดวัน. วิธีให้อาหารแบบ Barren ทำโดยเอาอาหารผสมเก็บไว้ในความเย็น แล้วใช้เครื่องจับอาหารเข้าใส่ กระเพาะทางหลอดที่ ละน้อย ๆ ตลอดเวลาทางวัน. เขาเชื่อว่าอาหารธรรมชาติเหมาะแก่ผู้ช่วยมากกว่าอาหารสังเคราะห์.

การเกิดอาการท้องเดิน หรือคลื่นไส้ อาจเป็นเพราะบางคราว เกิดจาก เชื้อโรค เข้าไป และเจริญเติบโตในนั้น, ฉะนั้นอาหารพวกนี้ควรเตรียมใหม่ ๆ และ เก็บไว้ในตู้เย็น และต้องใช้วิธีทำให้ไรเชื้อมากที่สุดเท่าที่จะทำได้. ผลไม้ก็หลายอย่างของการให้อาหารทางท่อนสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้าใช้ถูกหลักวิชาการ. ฉะนั้นจึงมักเป็นวิธีเลือกใช้ในผู้ช่วยที่ต้องการให้อาหาร นาน ๆ เพราะกินไม่ได้ และ ไม่มีข้อห้ามในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร.

การให้เข้าหลอดเลือดเราใช้ในผู้ช่วยที่ห้ามให้อาหารทางปาก เพราะไม่ต้องการให้

ระบบทางเดินอาหารทำงานเช่นโรคของระบบทางเดินอาหารและในช่องท้อง. พวกเราอาจให้ โปรตีน ฮัยโตรลีย์เสต, คาร์โบฮัยเดรต, แอลกอฮอล์, หรือไขมันชนิดอื่นได้. โดยมากจะให้พลังงาน ๔๐๐ ถึง ๖๐๐ คาลอรี/ลิตร และในน้ำละลายมักมีเกลือแร่เช่น โปแตสเซียม ๑๕ มิลลิอิกวิ., โซเดียม ๕๐ มิลลิอิกวิ./ลิตร. ในรายที่เพิ่มน้ำตาลเป็น ๑๐ ถึง ๑๓ ปรซ. และ เติม ๒ ถึง ๓.๕ ปรซ. เอธิล แอลกอฮอล์ จะให้พลังงาน ๘๐๐ ถึง ๑๐๐ คาลอรี/ลิตร. เพื่อหลีกเลี่ยงการคั่งของเลือดในหลอด เลือด ค้ำที่ ให้ และ การ ร่ว ออก นอกหลอดเลือดจึงมักไม่ให้นาน ๆ. ในทางคลินิกเราใช้ แก๊ซ และ รักษา อุณหภูมิต่าง, น้ำ, และเกลือแร่, หรือการให้พลังงาน, ในโตรเจน หรือ วิตามิน ในรายที่ขาดอาหาร.

### ไนโตรเจนและคาลอรี

การให้ ไนโตรเจน อาจให้ในรูป โปรตีน ฮัยโตรลีย์เสต, โปรตีน จากเลือดในรูปเลือดครบ, พลาสมา หรือ อัลบูมินอย่างอื่น. การให้เลือดครบเรามักจำกัดใช้เพียงในรายที่มี การเสียเลือด จนเกิดอาการ

ช็อค หรือเสียเลือดอย่างเรอริง. การให้เลือดซ้ำ ๆ กันอาจทำให้เกิด มี อันตรายได้ เช่นมีการสลายของเม็ดเลือดแดง, โลหิตจางภายหลัง, ปริมาตรของเลือดมากเกินไป, ตับอักเสบจาก ไวรัส. ในรายที่ โปรเทอีน ในเลือดต่ำ เราอาจเลือกให้น้ำละลายอัลบูมิน เข้มข้นมากกว่าเพราะใช้ ปริมาตรน้อย แต่เพิ่มจำนวน โปรเทอีน ในเลือดได้มาก. ข้อเสียคือราคาแพง. ฉะนั้นเรามักใช้ในรายที่ โปรเทอีน ในเลือดต่ำมาก ๆ เช่นเสีย โปรเทอีน ทางไตจาก เนโฟรสิส หรือเสีย อัลบูมิน ไปนอกหลอดเลือดมาก เช่นในรายที่มี ทรานซูเดท ในช่องท้องหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย. ในผู้ป่วยที่มี โปรเทอีน ในเลือดต่ำ ก่อนการผ่าตัดเรามักให้เลือด ครบถ้วน กับ การให้อาหาร และ น้ำให้เพียงพอ. ถ้าให้ทางปากไม่ได้เราก็ให้ โปรเทอีน ฮัยโครลีสเสต ใน ๑๐ ปช.กลูโคส.

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจกินไม่ได้, ถ้าผู้ป่วยได้รับ ๑๐ ปช.กลูโคสวันละ ๑ ถึง ๓ ลิตร ก็จะได้พลังงานราว ๔๐๐ ถึง ๑,๒๐๐ กิโลแคลอรี ต่อวันซึ่งไม่เพียงพอ, แต่อาจไม่เกิดอะไรในรายที่ให้เพียง ๑ ถึง ๒ วัน. แต่ถ้าต้องให้หลาย ๆ วัน ควรให้ โปรเทอีน ฮัยโครลีสเสต ซึ่งมี โปรเทอีน ราว ๓๗

กรัม/ลิตร และอาจใส่ แอลกอฮอล์ ด้วย ซึ่งจะให้กำลังงานราว ๕๕๐ ถึง ๑,๐๐๐ กิโลแคลอรี/ลิตร. เคยมีรายงานผู้ป่วยเกิดอาการขาด ในโตรเจน หลังผ่าตัดจากการสลายของ ทิสซู.

การให้ไขมันเข้าหลอดเลือดในรายต้องการพลังงานสูง แต่ไม่ต้องการให้น้ำมาก ๆ, ใช้ไขมันทำจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันเมล็ดฝ้าย, ซึ่งให้พลังงานราว ๑,๕๐๐ กิโลแคลอรี/ลิตร. ในปัจจุบันนี้มีรายงานถึงปฏิกิริยารุนแรงที่เกิดจากการให้ไขมัน อิมัลชัน เข้าหลอดเลือดคนาน ๆ เช่น เม็ดเลือดแดง แตก, มีสภาพโน้มเย่งที่จะทำให้เกิดเลือด, ตับพิการ, และมีไข้ซึ่งอธิบายเหตุผลไม่ได้. เราพบในราย ที่ให้ไขมัน ติดต่อกัน นานกว่า ๑๐ ถึง ๑๔ วัน. ปฏิกิริยานี้อาจเนื่องจากการได้รับไขมัน มากไป หรือ จาก การขาดอาหารอื่น ๆ ที่จำเป็นเช่น โปรเทอีน, เกลือแร่, ก็ยังไม่มีการศึกษาละเอียด. การให้ไขมัน ควรระวัง อันตราย ถ้าให้ขนาดเกิน ๓ กรัม/น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน, และการให้จะมี ประโยชน์ น้อยมาก ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารชนิดอื่นเลย. เมื่อพบว่าความทนต่อไขมันเสียไป และมีไขมันมากในเลือด ควร

หยดการให้ไขมันจนกว่า เมตะบอลิซึม จะกลับมายปรกติ.

โดยทั่วไปใน ผู้ป่วย หลังผ่าตัด การเกิดการขาด ในโตรเงิน มักไม่ใช่สาเหตุจากการผ่าตัด, แต่เกิดจากการไม่ได้รับ ในโตรเงิน หลังผ่าตัดแต่แรก ๆ, โภชนาการเสียสมดุล, ทำให้มีการสลายของ ทิสซู ของร่างกายเพื่อเอามาใช้เป็นกำลังงานในรายที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ. การเกิดไข้และทิสซู คายอาจเป็นอาการแทรกซ้อนในการมี คะตะบอลิซึม สูง.

ฮอร์โมน บางอย่าง (เทสโทสเตอโรน และ ฮอร์โมน ควบคุมการเติบโตของต่อมพิทิวทารี) มีฤทธิ์ อะนาลิซึม. ได้มีการทดลองใช้ สเตอรอยด์ และ เทสโทสเตอโรน เพื่อลดการขาด ในโตรเงิน หลังได้รับอันตรายหรือผ่าตัด, และได้ผลดีถ้าให้ในขนาดเหมาะสม และ ผู้ป่วยได้รับอาหารพอเพียง. ในผู้ชายที่ผ่าตัดเอากระเพาะออกบางส่วนได้รับ เทสโทสเตอโรน ๒๕๐ มก. ในรูป ดีโปต์เทสโทสเตอโรน เ็นธิยัลโปรปีโอเนต, ซึ่งมีฤทธิ์อยู่นาน ๑๒ ถึง ๑๔ วัน. หลังให้เพียงครั้งเดียว, ก่อนผ่าตัด ๑ ถึง ๒ วัน และได้รับอาหาร วันละ ๑,๕๐๐ กิโลแคลอรี และ ในโตรเงิน วันละ ๑๒ ถึง ๑๘

กรัม, จะพบว่าหลังผ่าตัดมีการขาด ในโตรเงิน อย่างอ่อนๆ (๕ ถึง ๗ กรัม). ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิงจะพบว่า มีผลชวใน กลในโตรเงิน. การให้ยานี้เพียงครั้งเดียวไม่พบว่า มีผลทางเพศทั้งในชายและหญิง.

### น้ำและเกลือแร่

น้ำโดยมากเสียไปทางลมหายใจออก, เหงื่อ, ขับสวาระ. ส่วนเกลือแร่ส่วนใหญ่ตามปรกติเสียในเหงื่อ และขับสวาระ. การหายใจออกไม่ทำให้เสียอิเล็กโตรลัยต์.

(ดูตารางหน้า ๑๘)

การเสีย โซเดียม และน้ำผิดปกติอาจจะมีสาเหตุจากไตหรือนอกไตก็ได้, แต่การขาด โซเดียมส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากไต. การเสียน้ำและ อิเล็กโตรลัยต์ อาจเป็นผลจากการอาเจียน, การดื่มน้ำหลังของกระเพาะและลำไส้ออกตลอดเวลาเพื่อการรักษา, พิษด่างของลำไส้, ท้องเดิน, ในบางคราวการเสีย ไอออน กรดและค่างอาจไม่สมดุลกันทำให้มีการไม่สมดุลของกรดและค่าง. เช่นการเสียน้ำหลังในกระเพาะจะเสียผลอโรที่ราว ๒ ถึง ๓ เท่าของ โซเดียมและโปแตสเซียม. ผลจะเกิด ฮัยโป ผลิต-

	แหล่งสูญเสียน้ำ	ปริมาณ	ประมาณ		
			มิลลิควิวาเลนซ์/ลิตร		
			โซเดียม	โปแตสเซียม	คลอไรด์
ปริมาณที่เสียตามปกติ	ลมหายใจ	๔๐๐ ถึง ๖๐๐๐	๐	๐	๐
	เหงื่อ	๔๐๐ ถึง ๖๐๐๐	๔๐	๕	๓๐
	ปัสสาวะ	๐ ถึง ๓๐๐๐	๒	๒๐๐ มิลลิควิวาเลนซ์	
ปริมาณเมื่อเสียจากการคายออกในลำไส้หรือต่อลำไส้ออกข้างนอกตัว	กระเพาะอาหาร	๑๐๐ ถึง ๔๐๐๐	๖๐	๑๐	๑๓๐
	น้ำดี	๕๐ ถึง ๘๐๐	๑๔๕	๕	๘๕
	ตับอ่อน	๑๐๐ ถึง ๘๐๐	๑๔๐	๕	๗๕
	ดูโอดีนัม	๑๐๐ ถึง ๒๐๐๐	๑๔๐	๕	๘๐๐
	ไอลีเยม	๑๐๐ ถึง ๕๐๐๐	๑๔๐	๕	๑๐๐
	ลำไส้ใหญ่	๑๐๐ ถึง ๕๐๐๐	๖๐	๓๐	๔๐
	ทรานซูเดท เอ็กซูเดท	๑๐๐ ถึง ๕๐๐๐	๑๔๐	๕	๑๐๐

วิค คัลคาโลสซิส. การแก้ไขคลกรรคต่างในรายแบบของนักถึงกลไกแก้ไขของไตในระหว่างเกิดการไม่สมดุลขึ้นด้วย. การแก้ไขรวมกันเล็กน้อยให้น้ำละลาย โซเดียมคลอไรด์ ร่วมกับ โปแตสเซียมคลอไรด์ และเติมน้ำเพิ่ม ขึ้น อีกมาก กว่า จะใช้ แอม โมเนียมคลอไรด์.

โดยที่น้ำหลังมีส่วนประกอบคล้ายน้ำที่ขยับระหว่างเซลล์มาก, ดังนั้น ในรายที่ต้องรักษาโดยใส่ท่อคุดน้ำหลังออกตลอดเวลา แม้จะเสียน้ำหลังไปมากจนทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำและ อีเล็กโตรลัยต์ อย่างมากก็ตาม, ความเข้มข้นของ เซรุ่ม เมอตรรจกัวยวิค

ธรรมดาอาจไม่เปลี่ยนแปลง. ในรายที่อาการที่ขยับเกินจะมีการเสีย โปแตสเซียมมากกว่า ๑๕ ถึง ๓๕ มิลลิควิว./ลิตร, ทำนองเกี่ยวกับการเสีย โปแตสเซียมมากทางปัสสาวะอาจเกิดในระยะแรกในรายที่ขาดโซเดียมและขาดน้ำ. ในผู้ป่วยพวกนี้ถ้าเราให้น้ำละลาย กลโคส ร่วมกับ ๐.๔๕ ปร. โซเดียมคลอไรด์ หรือรวมกับ ริงเกอร์แลคเตท ที่ผสมน้ำแล้วเท่าตัวจนผู้ป่วยมีปัสสาวะพอสมควรแล้ว จึงเติมโปแตสเซียมคลอไรด์ หรือ ไคฟอสเฟต ลงไปราว ๓๐ ถึง ๔๐ มิลลิควิว./ลิตร. โดยทั่วไปในผู้ใหญ่ที่มีการเสียน้ำหลังของทางเดิน

อาหารเกิน ๑ ลิตร, เราให้ โปแตสเซียม ๑๓๐ ถึง ๑๕๐ มิลลิกรัม/วัน. หลัง จากวันแรกก็ลดลงเหลือ ๖๐ ถึง ๑๒๐ มิลลิกรัม/วันในรายที่เสียน้ำหลัง ของระบย ทางเดินอาหาร ๐ ถึง ๑๕๐๐ ล.ซม. ในรายที่เสียน้ำแบบนี้เป็นไฮโซโทนิค, แต่ถ้าเสียน้ำทางเหงื่อและลมหายใจจะเป็นไฮเปอร์โทนิค, ซึ่งการรักษาที่ต้องให้น้ำละลาย ไฮโปโทนิค. แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยเช่นนี้เราจะแก้การขาดน้ำไม่ได้จนกว่าจะแก้ ไอออน ที่อยู่ในน้ำนอกเซลล์ และในเซลล์ให้ได้ ระบายพอเหมาะ. การให้น้ำละลายที่ไม่มี อิเล็กโตรไลต์ เลยในรายที่ขาดน้ำอย่างเฉียบหรือขาดทั้ง อิเล็กโตรไลต์ ทั่วๆไปจะทำให้ เสียน้ำนอกเซลล์ ทางเหงื่อและปัสสาวะมากขึ้นหรือ อาจทำให้เกิดการ เป็นพิษจากน้ำมากไป.

หลังจากการระบายหรือมีการคิดเช็ด จะมีการเคลื่อนไหวของน้ำและ อิเล็กโตรไลต์ เข้าสู่ ทิสซุ บริเวณนั้น, เช่นการพองจากถูกไฟลวกชั้น ๒ หรือการขวมในเยื่อ มีเส้นเคอรัลในน้ำ ถ้าใส่ หลัง ผ่าตัด ช่อง ท้องซึ่ง Randall เรียกว่า “ที่เก็บน้ำช่องที่สาม.” แม้ว่าใน ราย เช่นนี้ จำนวน น้ำนอก เซลล์ และ อิเล็กโตรไลต์ ในร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง,

แต่ผู้ป่วยอาจมีน้ำไปรวมในช่องที่ ๓ ทำให้ปริมาณของพลาสมาลดลง, ผลคือเกิดความดันเลือดต่ำ, ปัสสาวะน้อยหรือไม่เลย. การรักษาพวกนี้ในขั้นแรกควรให้น้ำละลาย ริงเกอร์ แลคเตท หรือน้ำละลายที่มีส่วนประกอบเหมือนน้ำที่ อยู่ระหว่างเซลล์. อาจให้ ๕ ถึง ๑๐ ปช. กลโคสในน้ำรวมด้วยเพื่อทดแทน การเสียน้ำจากลมหายใจ. โปแตสเซียม ไม่ควรให้จนกว่าจะมีปัสสาวะออกในจำนวนเหมาะสม, เพราะในระยะแรกๆ จะมี คาทะบอลิซึม และมีโปแตสเซียม ออกมาจากน้ำใน เซลล์. ให้ คาลอรี, วิตามิน และ โปแตสเซียม ไฮโปโทรลยเสด ด้วยจนกว่าผู้ป่วยจะกินได้.

การทดแทนน้ำและ อิเล็กโตรไลต์ ในการรักษา ยุ่งยาก และ การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำคัญมากในการรักษาน. การตรวจเลือดและเซรุ่ม ในระยะแรกๆ อาจไม่พบการเปลี่ยนแปลงก็ได้. การหา ฮีมาโตคริต อาจผิดพลาดในรายที่ร่วมกับการสลายของเม็ดเลือด, โลหิตจาง, การจับกลุ่มของเม็ดเลือด, หรือเจาะเลือดใกล้บริเวณที่อักเสบหรือได้รับการฉีดยา.

การตรวจหาปริมาณเลือดหรือ พลาสมา ก็มีความสำคัญมาก, แต่ข้อผิดพลาดอาจ

มีได้มากโดยเฉพาะในราย มีการ ตก เลือด หรือความชุ่มชื้นของ หลอด เลือด เพิ่มขึ้น ทำให้สีหรือสาร ไอโซโทป ซึมออกสู่นอก หลอดเลือดได้ง่าย. ในรายที่ปริมาณของ พลาสมา หรือเลือดลดลงอย่างมากแพทย์ อาจตรวจพบอาการ และ อาการ แสดงทาง คลินิกได้.

การรักษาทดแทนจำนวน, เราหาจาก จำนวนที่ต้องการ วันหนึ่ง ๆ โดยดู การเสีย ของน้ำจากตาราง, หลายอย่างเราวัดจำนวน ได้, ประมาณจำนวน เสีย ทางเหงื่อ และ

ลมหายใจจาก ตาราง, แล้วคำนวณหา อิเล็กโตรลิต ที่ต้องการได้.

คาลอร์ คำนวณโดย ประมาณ เท่ากับ น้ำหนักตัวเป็น กก. คูณ ๓๐.

ในโตเงิน เท่ากับน้ำหนักตัวเป็น กก. คูณ ๐.๓.

วิตามิน ประมาณ ๒ ถึง ๑๐ เท่าของ ความต้องการประจำวัน.

ในคนปรกติแล้ว ความต้องการ โซเดียม และ โปแตสเซียม ราว ๗๐ ถึง ๑๕๐ มิลลิอิคว./วัน.

### พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่างๆ เกี่ยวกับกาแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดถความ คลื่นคลายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนี้ โปรดติดต่อ แผนกสรววิทยา.

# บทบรรณาธิการ

## ความรู้อย่างเกี่ยวกับเหงื่อ

เมื่อก้าวลงเหงื่อแทบทุกคนทึ่งความรู้ในทางสรีรวิทยา ย่อมนึกถึงความสัมพันธ์กับการควบคุมอุณหภูมิภายในร่างกายก่อนเรื่องอื่น ๆ. ทุกคนรู้ว่าการหลั่งเหงื่อมีบทบาทสำคัญมากในการระบายความร้อนของร่างกาย. เหงื่อที่ระเหยไปทุก ๆ กรัม ทำให้ความร้อนหมดไปจากผิวหนังได้ประมาณ ๐.๕๘๐ กิโลแคลอรี, ซึ่งเป็นความร้อนที่มีปริมาณมากพอใช้, คือพอจะทำให้หน้าประมาณครึ่งซันโตเมตรอุณหภูมิห้อง(๒๕๕)เดือดได้. ดังนั้นการระเหยของเหงื่อจึงเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงซึ่งร่างกายอาจอาศัยได้เมื่อมีความจำเป็นที่ต้องกำจัด ความร้อน จำนวนมาก จากร่างกาย. ในเวลาที่ความร้อนมีไม่มากนัก, ความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการ ระเหยของเหงื่อก็ไม่มี. ตัวอย่างเช่นในเวลาอุณหภูมิของอากาศอยู่ในเกณฑ์ต่ำ, เช่นประมาณ ๒๐๕., ร่างกายใช้วิธีระบายความร้อนอื่น ๆ ก็ได้ผลเพียงพอแล้ว, ได้แก่การสูดนำความร้อน (คอนดัคชัน) ไปสู่อากาศที่ติดต่อกับผิวหนังโดยตรง, การแผ่รังสี

ความร้อน (เรดิเอชัน) ไปยังสิ่งอื่น ๆ ที่มีความร้อนในระดับที่ต่ำกว่าร่างกาย, และการลอยขึ้น (คอนเวคชัน) ของอากาศที่ไต่รับความร้อนจากผิวหนัง. นอกจากนี้ยังมีการถ่ายเท ความร้อนออกจาก ร่างกายโดยทางอากาศหายใจออก, และโดยการระเหยของน้ำในหลอดลมของปอดและน้ำที่ ผิวกายซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกรู้ส (อินเซ็นซิเบิล เปอรัสปิเรชัน) เข้าร่วมอีกด้วย. วิธีต่างๆ เหล่านี้สามารถทำให้ร่างกายรักษา อุณหภูมิ อยู่ในระดับปรกติได้, ถ้าหากอากาศรอบ ๆ ตัวต่ำกว่า ๒๕๕. และไม่มีการ ก่อความร้อนเพิ่มขึ้นในร่างกาย, เช่นโดยการออกกำลังกาย. พงษ์สังเกตว่า, แม้ในขณะที่ร่างกายอยู่ในลักษณะสงบ, เช่นในภาวะ เบซัล, มีการทำงานน้อยที่สุดเพียงเพื่อรักษาสภาพคงชีพไว้, ภายในร่างกายก็ยังมี การก่อความร้อนขึ้นใน ปริมาณ เฉลี่ย ๑ กิโลแคลอรี ต่อหน้าหนักตัว ๑ กก. ต่อชั่วโมง. ร่างกายโดยเฉลี่ยมีค่า “ ความร้อนจำเพาะ ” (สเปซิฟิค ฮีต) ๐.๘. ดังนั้นหากไม่มีการนำความ

ร้อนออกไปเลย, ร่างกายจะมีอุณหภูมิสูง  
ขึ้นประมาณ ๑.๒๐๐°ซ. ทุก ๆ ชั่วโมง. ภายใน  
๕ ชั่วโมง บุคคล ก็ อาจ จะ ตาย เพราะ  
อุณหภูมิเกิน. แต่ร่างกายปรกติสามารถ  
ระบาย ความ ร้อน ออก ได้ โดย วิธี ต่าง ๆ ที่  
กล่าวแล้ว. แม้ระหว่างที่ร่างกายสงบนิ่งก็มี  
การปล่อยความร้อนให้แก่สิ่งแวดล้อม อยู่  
เสมอทางผิวหนังและ อากาศหายใจ ออกดัง  
กล่าว. ถ้าหากมีการออกกำลังกาย  
และความร้อนที่เพิ่มขึ้น เนื่องจาก การนิน มี  
ปริมาณไม่มากนัก, ร่างกายก็สามารถจับ  
การกับ ความร้อน นั้น ได้ โดยการ เร่งระบาย  
ความร้อนโดยวิธีต่าง ๆ. ในการนี้การไหล  
เวียนเลือดมีบทบาทสำคัญมาก, เพราะเป็น  
ตัวทำการ นำความร้อน จากภายในมาสู่ผิว  
หนัง. การไหลเวียนที่เพิ่มขึ้นในขณะกล้ามเนื้อ  
เนื้องานจึงมีประโยชน์ถึงสามข้อ, คือนำ  
น้ำตาลและ ออกซิเจน ให้แก่กล้ามเนื้อ,  
นำ ความร้อน ไตออกไซค์ และกากอื่น ๆ ไป  
จากกล้ามเนื้อ, และนำความร้อนจากภายใน  
ส่วนลึกไปสู่ผิวหนัง เพื่อ การ ถ่ายทิ้ง โดย  
วิธีสูดนำ, แผ่รังสี, และการลอยขึ้น. ถ้า  
หากกระบวนการ ทั้งสามนี้ ยังไม่ พอ เพียง,  
ร่างกายก็ต้องอาศัยวิธีพิเศษ, คือการระเหย  
ของเหงื่อ. ต่อมาเหงื่อจะได้รับการกระตุ้นให้

เริ่มทำการหลัง, และการระเหยของเหงื่อ  
จะเป็นหนทางสำคัญที่นำความร้อนส่วนใหญ่  
ไปจากผิวหนัง.

แม้ในเมื่อไม่มีการใช้กล้ามเนื้อ, ถ้า  
หากอุณหภูมิโดยรอบขึ้นสูงถึงระดับประมาณ  
๒๘°ซ. การหลังเหงื่อก็จะเริ่มขึ้น. ที่เป็น  
เช่นนี้ ก็ เพราะใน ภาวะ เช่น นี้ การ ระบาย  
ความร้อนโดยวิธีทั้งสาม ที่กล่าวใน ตอนต้น  
มีประสิทธิภาพลดลงอย่างมาก. ทั้งนี้เนื่อง  
ไปโดยหลักธรรมชาติ. กระบวนการสูดนำ  
ความร้อน, การแผ่รังสี, และการลอยขึ้น  
จะดำเนินไปเร็วหรือช้าแล้วแต่ความแตกต่าง  
ในระดับ ความร้อน ระหว่างสิ่ง ที่ร้อนกว่า ซึ่ง  
เป็นตัวให้ความร้อน — กับสิ่ง ที่เย็นกว่า —  
ซึ่งเป็นตัวรับความร้อน. ถ้าความแตกต่าง  
มีมาก, การถ่ายเทก็ดำเนินไปได้เร็ว. ถ้า  
ความแตกต่างมีน้อย, การถ่ายเทก็ดำเนิน  
ไปได้ช้า. ในคนปรกติ, แม้อุณหภูมิภายใน  
ส่วนลึกของร่างกาย, เช่นที่วัดได้ทาง  
ทวารหนัก, จะอยู่ในระดับ ๓๘°ซ., แต่  
อุณหภูมิที่ผิวหนัง โดยทั่วไป มีค่า ประมาณ  
๓๕°ซ. เท่านั้น. เมื่ออุณหภูมิอากาศขึ้นถึง  
๒๘°ซ. ดังกล่าวในตอนต้น, ความแตกต่าง  
ระหว่าง อุณหภูมิที่ ผิวหนัง กับ อุณหภูมิใน  
อากาศเหลือเพียง ๗ องศา, การถ่ายเท

ความร้อน จึงดำเนินไปได้ ซ้ำมาก จนกระทั่งไม่พอเพียงที่จะรักษา อุณหภูมิภายในระดับปรกติได้. ร่างกายจึงต้องเริ่มใช้การหลั่งเหงื่อมาช่วย. อุณหภูมิอากาศยิ่งสูงขึ้นเพียงใด, ร่างกายก็ได้รับประโยชน์จากการสื่อนำความร้อน, การแผ่รังสีและการลอยขึ้นน้อยลงเพียงนั้น, และต้องอาศัยการระเหยของเหงื่อมากขึ้นโดยลำดับ. เมื่ออุณหภูมิอากาศขึ้นถึง ๓๕°ซ. กล่าวได้ว่าร่างกายไม่ได้ประโยชน์จากวิธีถ่ายความร้อนทั้งสามที่กล่าวถึงก่อนเลย, และต้องอาศัยการระเหยแต่ทางเดียว. ดังนั้นจึงต้องมีการหลั่งเหงื่อเป็นปริมาณมาก. ถ้าหากอุณหภูมิของอากาศยิ่งขึ้นต่อไปอีก, อากาศกลับร้อนมากกว่าผิวหนัง, กระบวนการแลกเปลี่ยน ความร้อน ทั้ง สาม กลับ เป็น ทางนำความร้อน เข้าสู่ร่างกาย แทนที่จะนำออก, และต่อมเหงื่อ ต้องทำงานเพิ่มขึ้น อีกเป็นอันมากเพื่อ กำจัดความร้อนจำนวน พิเศษนั้นออกด้วย.

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งของการหลั่งเหงื่อ, นอกจากปริมาณความร้อนที่เกิดขึ้นในร่างกายและที่อาจได้รับจากภายนอก, ก็อุณหภูมิของอากาศ, คือระดับความชื้นในอากาศ. ความชื้นนี้มีบทบาทขัดขวางการ

ระเหยของน้ำ. ยิ่งอากาศชื้นมากขึ้นเท่าใด, การระเหยของน้ำก็ยิ่งเป็นไปได้น้อยลงเท่านั้น. ถ้าความชื้นเทียบในอากาศมีถึง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์, คืออากาศอิ่มตัวด้วยไอน้ำ, การระเหยก็หยุดชะงัก, เพราะอากาศไม่สามารถจะรับไอน้ำไว้ได้อีก. ในภาวะเช่นนั้น, แม้อุณหภูมิของอากาศจะไม่สูงเท่าใดนัก, บุคคลก็จะรู้สึกอึดอัดมากและอาจมีเหงื่อไหลโซมทั้งตัว, โดยที่เหงื่อเกือบไม่มีประโยชน์อะไรเลยในการควบคุมความร้อนของร่างกาย, เพราะระเหยไม่ได้. ประโยชน์ที่แท้จริงก็แต่เพียงนำความร้อนออกมาจากร่างกายเท่านั้น. ภาวะเช่นนี้ในประเทศเราพบได้ในฤดูฝน ขณะที่ใกล้ฝนจะตกโดย อากาศ มี อุณหภูมิสูง อยู่ด้วย, ซึ่งในขณะนั้น ความชื้น เทียบใน อากาศอาจสูงถึง ๘๕ หรือ ๙๐ เปอร์เซ็นต์. ในทางตรงกันข้าม, หากอากาศแห้ง, แม้อุณหภูมิจะค่อนข้างสูง, ก็ทำให้รู้สึกว่าเย็นกว่าธรรมดา. ทงนกเนองด้วยในอากาศที่มีความชื้นน้อย, น้ำที่ผิวหนังระเหยได้โดยรวดเร็ว, นำความร้อนไปจากผิวหนังได้รวดเร็ว, ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเย็นกว่าธรรมดา.

ในแง่ของปริมาณ, จำนวนเหงื่อที่หลั่ง

ในวันหนึ่ง ๆ มีการ แยก ต่าง กันได้มาก ๆ, แล้วแต่อุณหภูมิ และ ความชื้น ของอากาศ, และปริมาณของการก่อความร้อน หรืองานที่ ทำ. ปริมาณน้อยที่สุดพบได้ในเวลาอากาศ เย็นจัด, ซึ่งอาจทำให้ไม่มีเหงื่อออกเลย (แต่ยังมีการระเหยของน้ำ “โดยไม่รู้สึก” จากผิวหนัง). ถ้าอากาศร้อน, เหงื่อออกมาตามส่วน. ถ้าอากาศชื้นด้วย, เหงื่อออกมากจนออก. ถ้ามีการทำงานด้วย, เหงื่อออกยิ่งมากขึ้นไปตามปริมาณของงาน. ดังนั้น ปริมาณของเหงื่อมากที่สัปดาห์จะพบได้ในเมื่อทำงานหนักในอากาศร้อนและชื้น หรือ ร้อนแต่อย่างเดียว. ในที่เช่นนี้บุคคลอาจเสียเหงื่อได้ ๑.๕ ถึง ๒ กก. ต่อชั่วโมง, หรือ ๑๐ ถึง ๑๕ กก. ต่อวัน (ทำงานวันละ ๗ หรือ ๘ ชั่วโมง), ซึ่งอาจเทียบเท่ากับเศษหนึ่งส่วนสี่ของน้ำหนักตัว. ถ้าหากไม่มีการได้น้ำเข้าไปแทนที่ ก็จะเกิดภาวะขาดน้ำ (ดุษยเครชัน) อย่างรุนแรง. แต่ตามปรกติการเสียน้ำทำให้เกิด กระจาย และ ทำให้ ตึมน้ำเข้าไปเอง. อย่างไรก็ตาม, ตามการตรวจค้น มีผู้พบว่าในการ ขาดน้ำมาก ๆ ระหว่างเวลานาน ๆ, เช่นระหว่างเดินทางไกลในอากาศ ร้อน, บุคคลมักตึมน้ำเข้าไปไม่เพียงพอกับปริมาณที่เสียไป, ทำให้มีการ “ตึคหน”

อยู่และเกิดภาวะขาดน้ำในระดับต่ำ ๆ ซึ่งถึงแม้ไม่ทำให้เกิดอาการของโรค, แต่ก็อาจมีผลในการลดประสิทธิภาพในการทำงานลงได้มาก ๆ. ในกรณีเช่นนี้จึงมีผู้คิดหาวิธีชักชวนให้ชดเชยน้ำเข้ามาชดเชย. วิธีที่กระตุนให้ตึมน้ำได้มาก คือ การใช้ น้ำที่ม้อณหภูมิต่ำ, ซึ่งเขา ทดลองพบว่าได้ ประโยชน์ มาก กว่า การใช้ เครื่องตึมน้ำ การประวรส, เช่น น้ำหวาน, นารสส้ม, หรือแม่แยร์.

ข้อที่พึงสังเกตอีกคือในการหลงเหงื่อในร่างกายมีไคเสียแต่น้อยอย่างเดียว, แต่ยังมีเสียถึงละลายตามออกมาด้วย. ในพวกนี้สิ่งที่สำคัญ คือ เกลือ โซเดียม คลอไรด์, ซึ่งในรายที่เหงื่อออกมาก ๆ อาจเสียไคถึงวันละ ๓๐ กรัม. ถ้าการเสียเกลืออนเกิดขึ้นในเวลาสั้นและโดยรวดเร็ว, อาจปรากฏอาการของ “ตะคิวข้างไฟ” ชนเนองจากขาดเกลือ. ถ้าเกิดซ้ำ ๆ แต่โดยยัดเยอและไม่มีการกินเข้าไปแทนที่, ก็อาจเกิดเสียคล โซเดียม : โปแตสเซียม, และเกิดอาการ ฮัยเปอรคาลเมีย ชน. ทั้งสองอย่างนี้ แก่ไต ด้วย การกิน เกลือธรรมดา. บางแห่งใช้วิธีให้ตึมน้ำที่ม้อเกลือ ละลายไว้. แต่ที่ สะดวก ที่ สุก คือให้ กินเกลือใน รูปยาเม็ดอีก.

นอกจากนี้ในหนังสือยังมีสารละลายอื่นๆ อีกซึ่งการเสียไปอาจเป็นการดี หรือการไม่ดีก็ได้. เช่นการเสีย วิตามิน ที่ละลายน้ำ อาจเป็นเหตุให้ขาด วิตามิน นั้นๆ, หรือ

การเสียสารพวก เอ็น.พี.เอ็น. อาจช่วยลดภาวะ ยूरเมีย, เป็นต้น. แต่เรื่องเช่นนี้ยังเป็นเพียงการคาดเอาตามเหตุผล, และยังคงต้องการการศึกษาอย่างละเอียดลออต่อไป.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

## แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. & S., กัลยา บำรุงผล พ.บ.,  
สมชัย บวรภิตติ พ.บ., จิรา อินทนิยม พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.,  
ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., พิรัช เบ็ญพจน์ พ.บ.,  
กรงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๑. Stoker, D.J.: การรักษาโรคบิดาซัล-  
ลารีย์. B.M.J. 1962, 5286: 1179.

การทดลองรักษาโรคบิดาซัลลารีย์  
ชนิดปัจจุบัน ๑๐๑ คนในปีค.ศ. ๑๙๕๕ และ  
๕๑ คนในปี ๑๙๖๐ พบว่าถ้าให้ยาผสม  
ร่วม สเตอริปโตมัยซิน และ ซัลโฟนาไมด์  
ชนิดดูดซึมได้ก็จะมีอัตราการหาย ๕๗ ๒๕.  
ภายหลัง ๕ วัน, ซึ่งได้ผลดีกว่ายาผสมร่วม  
ของ สเตอริปโตมัยซิน และ ซัลโฟนาไมด์  
ชนิดไม่ดูดซึมและ ดีกว่าอย่าง ชักเจน โดย  
การให้ สเตอริปโตมัยซิน ในขนาดสองเท่า  
แต่อย่างเดียว.

ผู้รายงานได้ทดลองให้ เตตราซัยคลิน  
ขนาดสูง (๒.๕ กรัม) ครั้งเดียว (stoss  
therapy) ใ้รับผลดีเท่าเทียมกับการให้  
สเตอริปโตมัยซิน ร่วมกับ ซัลฟาควิมิดิน, ซ้ำ  
ยังลดเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากหัววันเหลือ

สี่วันเท่านั้น. เวลาการอยู่โรงพยาบาลก็ลด  
ลงจาก ๑๓ วันในการใช้ สเตอริปโตมัยซิน  
ร่วมกับ ซัลฟาควิมิดิน หรือ ๕ วันโดยการให้  
เตตราซัยคลิน (สตัออสส์ เรอวายย์). อาการ  
แทรกซ้อนจากการใช้ เตตราซัยคลิน ใน  
ระยะสั้นก็ไม่ค่อยพบ. ราคาของ เตตราซัย  
คลิน ๒.๕ กรัมเพียงไม่ถึง ๑๒ ชิลลิงก์,  
ซึ่ง ผู้รายงานว่า แพงเป็น สอง เท่า ของ การ  
รักษาด้วย สเตอริปโตมัยซิน ร่วมกับ ซัลฟา  
ควิมิดิน, แต่ก็จะประหยัดค่าที่คงอยู่ใน  
โรงพยาบาล นาน และ ช่วยให้ได้ ไป ทำงาน  
เร็วขึ้น.

หมายเหตุผู้ย่อ: การทดลองให้ เตตรา  
ซัยคลิน แบบ สตัออสส์ เรอวายย์ ในทารก  
อ่อนเดือนโดยใช้ขนาดเทียบตาม Clark's  
rule หนึ่งราย, ไม่ได้ผลดีตามรายงาน.  
สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

๒. Raterson, R., M.H. Russell: มะเร็งปอด, คุณค่าในการรักษาด้วยรังสีหลังผ่าตัด. Clin. Radiol. 1962.13: 141-144.

ในการทดลองรักษามะเร็งของปอดระหว่างปี ๑๙๕๗ ถึง ๑๙๕๘ มีพวกหนึ่งเพียงแต่ตัดปอดอย่างเดี่ยว ๕๕ ราย, อีกพวกหนึ่งฉายรังสีตามภายหลังการผ่าตัดหกลิปดาที่ ๑๐๓ ราย. มีอายุและชนิดของมะเร็งทางจุลกายวิภาคฯ พอๆ กัน. รังสีที่ใช้รักษาขนาด ๔ ล้านโวลต์, ใช้ ๓ พันที่ขนาด ๑๐ คูณ ๕ ซม. ให้รังสีไปรวมกันทวารปอดและ เมทอสติมัน ทั้งขนาด ๔,๕๐๐ แรดส์. (มี ๘๐ ปช. ที่รักษาได้ขนาดครบตามน.)

ปรากฏผลการหายครบ ๓ ปีว่า พวกฉายรังสีตามได้ ๓๓.๐ ปช. พวกที่ไม่ได้ฉายรังสีตามได้ ๓๖.๔ ปช. แต่ถ้าพิจารณาแต่ละปี พบว่าในที่สุดท้ายการฉายรังสีตามหลังการผ่าตัด ได้ผลดีกว่าพวกที่ไม่ได้ฉายรังสีตาม.

ถ้าเป็นพวก สควมัส เซลล์ การไม่ฉายรังสีตามให้ผลดีกว่า, ทรงข้าม, พวกอนาพลาสติก เซลล์ การฉายรังสีตามจะได้ผลดี. นอกจากนี้ยังพบว่าพวกที่ฉายรังสีตามมีการแพร่กระจายไปอวัยวะส่วนอื่นมาก

กว่าพวกที่ไม่ได้ฉายรังสี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายไปถึงตับ.

สรุปได้ว่า ในแง่ของ สถิติการฉายรังสีตามหลังการผ่าตัดมะเร็งของปอดไม่ได้ช่วยอะไรมากนัก. แต่ก็ช่วยได้มากในพวก อนาพลาสติก เซลล์.

ประเสริฐ นิลประภัสสร

พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. & S.

๓. Cole, M.P.: การปฏิบัติต่อมะเร็งเต้านมในระยะท้าย. Radiography 1961, 27: 98-108.

การรักษาเพื่อ บรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมระยะหลังอาจทำได้โดย :

๑. การฉายรังสีให้หมดกระดูก, ได้ผล ๒๑.๕ ปช. ใน ๗๕ ราย, กว่าจะได้ผลต้องรอ ๒.๓ เดือน จึงไม่เหมาะก็ยรายที่เป็นหนักมากแล้ว.

๒. การให้ ฮอร์โมน เพคซาย, มี ๑๔๒ รายใช้ เทสโทสเทอโรน โปริยิโธเนต ได้ผล ๒๐ ปช. ในวัยก่อนหมดกระดูก, และผลลดลงจนถึง ๑๐ ปช. เมื่อหมดกระดูกเลย ๑๐ ปี. อีก ๗๖ รายใช้ เมธิลล์ แอนโกลิ สแตตินดีออล, ได้ผล ๓๑ ปช. ในวัยก่อนหมดกระดูก, และเหลือ ๕.๕ ปช.

เมอหฺมคระคฺลย ๑๐ ปี.

๓. การให้ ฮอร์โมน เพศหญิง ใน ๒๕๘ รายวัยก่อนหฺมคระคฺลยได้ผลเพียง ๕ ปช. และเพิ่มขนขึ้น ๑๕.๒ ปช. เมอหฺมคระคฺลย ๑๐ ปี.

๔. การตัดต่อม หมวก ไต ออกทำให้ หายปวดกั้ทันที, ได้ผล ๕๓.๓ ปช. ใน ๗๕ ราย. ได้ผลค้ในรายกระจายไปกระดูก.

๕. การตัดต่อมตั้งสมอง, มีทำ ๔๖ ราย (๓ รายเพียงแต่ตัดขั้ว) ได้ผล ๓๕.๕ ปช. บรรเทาอาการไปได้นานเพียงเฉลี่ย ๘๘ เดือน. ต่อมาใช้ผงด้วย Yt. 90

ผลที่ได้มักพบทั้งในกระดูกรวมทั้งการกระจายไปที่ปอด. มีหลายรายที่บรรเทาไปได้นาน ๒ ถึง ๓ ปี.

### ประเสริฐ นิลประภัสสร

W.B., D.M.R.T., R.C.P. & S.

๔. Schultz, E.A. และคณะ : ะชิโคสิส อย่างแรงในคนคฺมยาสลย. *Anesthesiology* 1960, 21.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ช่วย ๑ รายซึ่งเกิด มี ะชิโคสิส อย่างแรงระหว่างให้ยาสลย ในการทำค้ค้กระเพาะออกบางส่วน, เนอง จากความผิดปกติในเครื่องให้ยาสลยทำ

ให้ผู้ช่วยหายใจโดยไม่มีการคุด คาร์บอน ไตออกไซค์ ออกไปจากลมหายใจเป็นเวลา ถึง ๓ ชั่วโมง. ยาสลยที่ใช้เป็นชนิด อีเธอร์ และ ออกซี้เงิน. เมอตรวจพบข้อ ผิดพลาดในเครื่องให้ยาสลยแล้ว ได้ทำการ ล้างเอา คาร์บอน ไตออกไซค์ ออกโดยใช้ เครื่องให้ยาสลยเครื่องใหม่อยู่ ประมาณ ๑ ชั่วโมง, ระหว่างนี้ได้เจาะเลือดเพื่อหา พี-เอช., ปริมาณ คาร์บอน ไตออกไซค์ ทั้งหมด, โปแตสเซียม ฟอสเฟต อินทรีย์, ๑๗-ฮัยดรอกซี้คอร์ติโคสเตอรอยด์, ใน ปลัสม่า.

นอกจากนี้วัดความค้ คาร์บอน ไต-ออกไซค์ ในลวมและคำนวณหาความค้ คาร์บอน ไตออกไซค์ ในเลือดแดงจาก พี-เอช และปริมาณ คาร์บอน ไตออกไซค์ ทั้งหมดใน ปลัสม่า ด้วย.

อนึ่ง, ได้ทำการเจาะเลือดในผู้ช่วยที่ไ้ รับการผ่าค้ค้อื่น ๆ อีก ๕ ราย และได้รับยาสลย อีเธอร์ และ ออกซี้เงิน เช่นเดียวกับผู้ช่วย.

หลังจากทำการล้างเอา คาร์บอน ไต-ออกไซค์ ออกแล้ว พีเอช. เพิ่มจาก ๖.๗๑ เป็น ๗.๓๑.

ผู้ช่วยมีอาการเกร็งคล้าย ชัก เนอง จาก

ระกิบ์ แคลเซียม ในเลือดต่ำ, ซึ่งเป็นผล  
จาก ฮัยเปอร์แคลเซเมีย, อาการหายไปเมื่อ  
ได้ให้ แคลเซียม กลูโคเนต เข้าหลอด  
เลือด. ๑๗-ฮัยดรอกซี้คอร์ติโคสเตอ-  
รอยด์ จะขึ้นสูงหลังจากให้ อีเธอร์ เป็นยา  
สลบ, เนื่องจาก อีเธอร์ ไปกระตุ้น แอคริ-  
นัล คอร์เทกซ์, แต่ในรายที่มี คาร์บอน  
ไดออกไซด์ คงในเลือดจะพบว่า ๑๗-ฮัย-  
ดรอกซี้คอร์ติโคสเตอรอยด์ จะไม่ถูกกระ-  
ตุ้นออกมาเนื่องจากความล้มเหลวในการกระ-  
ตุ้น แอครินัล คอร์เทกซ์.

ค่าของ โปแตสเซียม และ ฟอสเฟต  
อินทรีย์ ใน พลาสมา จะขึ้นสูงเนื่องจากผู้  
ป่วยได้หายใจเอา คาร์บอน ไดออกไซด์ เข้า  
ไปมากถึงขนาดที่จะทำให้ค่าของ โปแตส-  
เซียม เปลี่ยนแปลง, ต้องมากกว่า ๑๐ ปร.ซ.  
และน้อยกว่า ๓๐ ปร.ซ. การกลดบัพนจาก  
อะซิโดสิส อย่างช้า ๆ จะร่วมไปกับการลด  
ลงของระกิบ์ โปแตสเซียม ใน พลาสมา  
แต่ ฟอสเฟต ที่ในเลือดจะยังคงมากอยู่.

กัลยา บำรุงผล พ.บ.

๕. Vidal, J.-J.—J. Guin, Y. Decar :  
ผู้ป่วยวัณโรคอายุเกิน ๕๐ ปี Rev. de  
tuberc. et de pneumol. 1962, 26:1-12.

รายงานนแสดงผลการศึกษาคัด ตามผู้

ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุเกิน ๕๐ ปี, จำนวน  
๑๕๕ คน. ทุกรายได้รับการวินิจฉัยเป็น  
ครั้งแรกจากการตรวจโรคตามระเบียบ. ผล  
การศึกษารูปได้ดังต่อไปนี้ (๑) ๘๗ ปร.ซ.  
ของผู้ป่วยเป็นโรคชนิดที่เพิ่งเริ่มต้น ไม่ใช่  
เป็นมาก่อนอายุ ๕๐ ปี. (๒) ส่วนใหญ่  
โรคอยู่ในขนาดรุนแรง : ๗๓ ปร.ซ. จัดอยู่ใน  
ขนาดปานกลาง, และในขนาดเป็นมาก  
๘๑ ปร.ซ. พบโพรงแผล, และ ๘๗ ปร.ซ.  
พบเชอวัณโรค. (๓) ให้ผลดีต่อการรักษา  
เมื่อคำนึงถึงอายุผู้ป่วยและขนาดรุนแรง ของ  
โรค, พบว่าหลังรักษาผู้ป่วย ๘๑ ปร.ซ. เข้า  
สู่ระยะสงบ (ผลการรักษาในผู้ป่วยอายุทั่ว  
ไป ได้ผลเพียง ๕๔ ปร.ซ.). การกำเริบของ  
โรคพบน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุทั่วไป ถึง ๒  
เท่า, และเมื่อได้รับการรักษาใหม่ โรคก็  
กลับสงบลงอย่างรวดเร็ว.

ผู้รายงานอ้างว่าผลดี ของ การ รักษา ผู้  
ป่วยสูงอายุเหล่านี้ เนื่องจากทุกรายได้รับการ  
การรักษาเป็นครั้งแรกและ ส่วนใหญ่ อดทน  
และเอาใจใส่ต่อการรักษาดีกว่าพวกที่มีอายุ  
น้อย.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๖. Allerhan, J., C. M. Zitrin : การตรวจแอนติบอดีในส่วน แอลฟา ๒ และแกมมา-โกลบูลินของ เซรัม ผู้ป่วยวัณโรค. *J. Immunol.* 1962, 89:252-256.

ซีทริน และ วอลซ์-ฮอคเคอร์ท (๑๙๕๗) เป็นนักวิจัยคนแรก ที่แสดง การ ตรวจ พย แอนติบอดี ซึ่งทำหน้าที่ต่อต้านโรคในโปรตีน ส่วน แอลฟา-และแกมมา-โกลบูลิน ของ เซรัม ผู้ป่วยวัณโรค. รายงานปัจจุบันแสดงการตรวจพบ แอนติบอดี ใน ส่วน แอลฟา ๒ และ แกมมา-โกลบูลิน ใน เซรัม ผู้ป่วยวัณโรคเช่นกัน.

ผู้รายงานทำการแย่งแยก เซรัม โปรตีน ของผู้ป่วยวัณโรคปอดขนาดรุนแรง ปานกลางและมาก ๑๕ ราย, และบุคคลสุขภาพสมบูรณ์ที่มีปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินผิวหนังบวก ๒ ราย, และปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินผิวหนังลบ ๒ ราย, โดยวิธี คอนทินอัล โฟลว์ เบเปอ์ อีเล็กโตรฟอริสิส. ผลการทดสอบ ปริชีปติน ของ เซรัม กับ แอนติเจน สามชนิด (โอด์ทูเบอร์คูลิน, พี.พี.ดี.ทูเบอร์คูลิน และ น้ำกรองจาก มีเดียเพาะเชื้อวัณโรค H<sub>37</sub> R<sub>v</sub> ซึ่งไม่ได้ทำให้ร้อน) ปรากฏว่า, ก่อนการแย่งแยก,

เซรัม ของผู้ป่วยและของบุคคลสุขภาพสมบูรณ์ไม่ทำปฏิกิริยากับ แอนติเจน, เมื่อแย่งแยกแล้ว, เซรัม ของบุคคลปกติยังคงให้ผลลบ, แต่ของผู้ป่วยวัณโรค ๑๒ รายให้ผลบวก, โดย ๗ รายเกิดปฏิกิริยาทั้งส่วน แอลฟา ๒-และ แกมมา-โกลบูลิน, ๓ รายเกิดปฏิกิริยาในส่วน แกมมา-โกลบูลิน และ ๒ รายเกิดในส่วน แอลฟา ๒-โกลบูลิน อย่างเดียว.

เมื่อทำการทดลองเปรียบเทียบ ระหว่าง วิธีทดสอบ อะการ์ ทับเบิล ทิฟฟวชัน ของ เซรัม ก่อนแย่งออกและการทดสอบ ปริชีปติน ของ เซรัม ที่ถูกแย่งแยกแล้ว, พบว่าวิธีแรกให้ผลบวก ๓ ใน ๘ ราย และวิธีหลังให้ผลบวก ๗ ใน ๘ ราย.

(หมายเหตุของผู้ขอ : สมชัย ขวรงค์ดี และประเสริฐ กังสกาลย์, สารศิริราช ๑๙๖๑, ๑๓ : ๖๓๘-๖๔๐, ได้เสนอแนวคิดที่ว่า แอลฟา ๒-โกลบูลิน ที่เพิ่มขึ้นในเซรัม ของผู้ป่วยวัณโรคในระยะกำลังเป็นอาจเป็นแอนติบอดี ของความไวเกินต่อทูเบอร์คูลิน ชนิดเชื่องช้า)

จิรา อินทนิยม พ.บ.

๗. Giles, C., J.A.H. Brown: การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ และ เลือดจางในหญิงมีครรภ์ B.M.J. 1962. : 10-13.

สาเหตุของเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ๆ คือการขาดเหล็กและกรด โฟลิก และบางรายแม้ว่าจะได้รับยาบำรุงเลือดแล้วอาการเลือดจางก็ยังไม่ปรากฏ ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์.

Dieckmann และ Wegner (๑๙๓๔) เชื่อว่าเหตุที่เลือดจางในหญิงตั้งครรภ์นั้นมาจากเลือดคั่งมาเพิ่มขึ้น, หรือไม่เช่นนั้นก็เกิดจากการติดเชื้อ ๆ, ซึ่งพบว่าระยะทางเดินปัสสาวะ เป็นบริเวณ ที่พบการติดเชื้อได้ง่ายที่สุดในหญิงตั้งครรภ์. ผู้รายงานได้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลทั้งสิ้น ๕๑๐ คน. ทุกคนตรวจฮีโมโกลบิน, ความเข้มข้น ฮีโมโกลบิน เฉลี่ยในเม็ดโลหิตแดง (M.C.H.C.) ตรวจ เซรั่มหาเหล็ก, วิตามิน บี. ๑๒ และกรดโฟลิก รวมทั้งตรวจไขกระดูกและปัสสาวะ. ตรวจปัสสาวะโดยทำการเพาะเชื้อ, นับจำนวนเม็ดเลือดขาวและตรวจ โปรตีน ภายหลังการหมั้นเหวียง, ตรวจ คาสท์, เม็ดเลือดแดง, ขาว. รายใดพบเม็ดเลือดขาวเกิน ๒๕,๐๐๐/มล. ถือว่ามีอาการติดเชื้อ, และ

การเพาะเชื้อถ้าเกิน ๕ โคโลนีหลัง ๒๔ ชม. ถือว่าผลเป็นบวก.

จากผลการศึกษา จำนวนผู้มาฝากครรภ์ทั้งสิ้น ๕๑๐ ราย, ๔๖๓ รายมีอาการเลือดจางคือ ฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า ๗๐ ปช. หรือ ๑๐.๔ ก.ปช. และพบว่า มีภาวะติดเชื้อใน ระยะขทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเลือดจางน้อยกว่าหญิงที่เลือดปรกติกว่า ๒ เท่า, และส่วนใหญ่มีอาการเลือดจางชัดเจนภายหลังที่ให้แอนติไบโอติก รักษาภาวะติดเชื้อ. เมื่อเปรียบเทียบกับพวกที่ให้เหล็กหรือกรด โฟลิก แต่ไม่ได้ให้ แอนติไบโอติก รักษา, พวกหลังนี้ได้ผลน้อยกว่า.

ปรีชา เจตนะศีลปิ่น พ.บ.

๘. Jadresia, A., J. Maria: การทดสอบง่าย ๆ สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาใจ. Lancet 1962, 1:402-403

เนื่องจากการวินิจฉัยโรคเบาใจโดยวิธีของ Carter และ Robbins คนไข้ไม่ได้รับความสะดวกและมีความลำบากในการควบคุม จำนวน หยด ของน้ำยาให้ไหลเข้าทางหลอดเลือด, ผู้รายงานจึงคิดหาวิธีง่าย ๆ

ชนิดใหม่. คือแทนที่จะให้ โซเดียม ผลิต-  
ไรท์ ๒.๕ ปช. ทางหลอดเลือดอย่างวิธี  
ของ Carter และ Robbins เปลี่ยนเป็นให้  
กิน โซเดียม ผลิตไรท์ ๑ ปช. แทน, แล้ว  
ศึกษาปริมาณของปัสสาวะที่ขับถ่ายออกใน  
เวลา ๒ ชม. พบว่าวิธีนี้ทำให้ความดัน  
ออสโมติก ของ พลาสมา คนไข้ลดอาหาร  
เพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับวิธีของ Carter, แต่  
การทดลองวิธีนี้ต้องทำ Standard Water-  
loading test ด้วยเพื่อให้แน่ใจว่าคนไข้มี  
การขับน้ำเป็นปกติเสียก่อน.

วิธีทำ, วันแรก, งดการกินของเหลว  
ทุกชนิดตั้งแต่เที่ยงคืน. รุ่งเช้าลดอาหาร,  
ถ่ายปัสสาวะทิ้ง, แล้วให้คนไข้ประปา  
๑,๐๐๐ มล. ให้หมดภายใน ๑๕ นาที.  
ถ่ายปัสสาวะเก็บทุกครึ่งชั่วโมงนาน ๒ ชั่วโมง.  
คำนวณปริมาณของปัสสาวะที่ถ่าย  
ออกมาใน ๒ ชม. เป็นเปอร์เซ็นต์ของน้ำที่  
ดื่มเข้าไป.

วิธีที่สองให้คนไข้ละลาย โซเดียม  
ผลิตไรท์ ๑,๐๐๐ มล. แทนน้ำ, และคิด  
ปริมาณของปัสสาวะที่ขับถ่ายใน ๒ ชม.  
เป็นเปอร์เซ็นต์ของ น้ำเกลือที่ดื่มเข้าไปเช่น  
เดียวกัน.

ผลการทดลอง, จากคนปกติ ๒๐ คน,

คนไข้เบาใจ ๗ คน, และพวกผสม ๘ คน  
ซึ่งประกอบด้วยคนไข้ ๒ ชนิด โพลี-  
คิพีเซีย ๑ คน, ซัยเปอร์ธัยรอยติสมี ๑  
คน, เบาหวานที่ยังไม่ได้รับการรักษา ๒ คน,  
ซัยเปอร์แคลเซียเรีย ๒ คน, และโรค แอ็ค-  
ทิสัน ๒ คน, พบว่าผู้ถูกทดลองทั้งหมด  
ขับถ่ายน้ำได้เกือบหรือมากกว่า ๗๐ ปช.  
ของปริมาณที่ดื่มเข้าไป, ซึ่งจัดว่าเป็นระดับ  
ปกติ. แต่เมื่อให้คนไข้เกลือ. คนไข้เบา  
ใจขับถ่ายได้มากกว่า ๖๕ ปช. ส่วนคน  
ปกติและคนไข้ซึ่งเป็น โรคอื่นขับถ่ายได้  
น้อยกว่า ๒๕ ปช., นอกจาก ๒ รายซึ่ง  
เป็น โพลียูเรีย และ ซัยเปอร์แคลเซียเรีย  
ขับถ่ายได้ ๔๖ และ ๓๔ ปช. ตามลำดับ.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปริชา พ.บ.

๕. Manning, G.W., G.A. Sears: อาการ  
หัวใจ บล็อก เนื่องจากเปลี่ยนท่าทรงตัว.  
Amer. J. Cardiol. 1962, 9:558-563.

ในการสำรวจสภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อี.  
เค.จี.) ในผู้สมัครเข้าเป็นนักบินในกองทัพ  
อากาศ คานาดา ซึ่งมีอายุระหว่าง ๑๗ ถึง  
๒๔ ปีจำนวน ๑๕,๐๐๐ คน, พบว่าระยะ  
พ.อาร์. ซึ่งบันทึกขณะที่อยู่ในท่านอน ยาว  
กว่า ๐.๒๐ วินาที ๘๖ ราย (๐.๕๕ ปช.)

แต่ที่ยาวกว่า ๐.๒๔ วินาทีมีเพียง ๔๓ ราย (๐.๓๓ ปร.). จากการตรวจสอบข้อไปเขาสรุปว่า (๑) ผู้ที่มีระยะ พี.อาร์. ยาวกว่า ๐.๒๔ วินาทีทั้ง ๕๕ รายไม่พบว่าหัวใจพิการแต่อย่างใด. ๘๕ ปร. ของผู้สมัครที่มีระยะ พี.อาร์. นานผิดปกติ จะมีระยะดังกล่าวผิดปกติเม่อวัดในท่านอน. (๒) การที่ระยะ พี.อาร์. สิ้นลงเมื่อยืนขึ้น ทำให้การใช้ อะโทรปีน, การออกกำลัง, ไม่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคหัวใจ บล็อก จากพวกที่หัวใจพิการและไม่พิการแต่อย่างใด. (๓) การศึกษาติดตามผู้ช่วย เหล่านี้ไม่แสดงว่าความผิดปกตินี้เกิดจากหัวใจพิการแต่อย่างใด, ที่ระยะ พี.อาร์. ยาวขึ้นในท่านอนน่าจะเกิดจากการเพิ่ม โทนัส ของประสาทเวกัส มากกว่า.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๐. Fishbein, R., G.P. Murphy, R.J. Wilder : การแสดงออกของโรคคอบอ่อน อักเสบทางปอด. Dis. Chest. 1962, 41 : 392-397.

ผู้รายงานวิเคราะห์ผู้ช่วย ๑๕๕ รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จอห์น ฮอปคินส์ ด้วยการวินิจฉัยว่าเป็นโรคคอบอ่อนอักเสบเรื้อรัง. ผู้ช่วยซึ่งเคยมีภาพ เอกซเรย์ของทรวงอกผิดปกติมาก่อนหรือเป็นปกติเมื่อ

แรกรับไว้ในโรงพยาบาล, ได้มีการเปลี่ยนแปลงของภาพทรวงอกถึง ๒๒ ราย (๑๔.๒ ปร.). ความผิดปกติต่าง ๆ ที่พบบ่งน (๑) มีน้ำในช่องปอดซ้าย ๔ ราย, ขวา ๑ ราย, และทั้งสองข้าง ๑ ราย. (๒) มีเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ซ้าย ๓ ราย, ขวา ๕ ราย, และทั้งสองข้าง ๑ ราย. (๓) ปอดแฟบข้างซ้าย ๑ ราย, ขวา ๒ ราย. (๔) เยื่อหุ้มปอดมีปฏิกิริยา, ข้างซ้าย ๑ ราย, ขวา ๒ ราย, และทั้งสองข้าง ๑ ราย. น้ำในช่องอก ๔ รายที่นำมาตรวจหาอะมีนเลส มีระดับ อะมีนเลส สูงกว่าในเลือดทุกราย. ผู้รายงานได้เทียบเคียงโรคซึ่งมีการอักเสบในช่องท้องได้กระบังลมพบว่า ผู้ช่วยเป็นโรค ถุงน้ำดี อักเสบแบบไม่มีอาการแทรกซ้อน ๑๐๐ ราย, มีความผิดปกติของภาพ เอกซเรย์ ทรวงอก ๖ ราย, มีปฏิกิริยาของเยื่อหุ้มปอดขวา ๒ ราย, ปอดส่วนล่างแฟบทางขวา ๓ ราย และสองข้าง ๑ ราย.

เขาได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของอาการแสดงทางทรวงอกของโรคนี้เพราะผู้ช่วยบางรายได้รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ด้วย การวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคเกี่ยวกับทรวงอก.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๑. Decosta. E. : การคุมกำเนิดโดยการกินยา. J.A.M.A. 1962. 181.

ผู้เขียนได้กล่าวถึงยาที่ใช้ในการคุมกำเนิดโดยการกิน, ซึ่งเป็นพวก ๑๕ นอร์สเตอโรยด์ ๒ ตัวคือ นอร์เอthinเทรล และ นอร์เอthinโตรน ซึ่งใช้ในการยับยั้งการตกของไข่ในเพศหญิง.

ในท่านคุณภาพของยา, ผู้เขียนได้อ้างถึงรายงานที่ทำการตั้งครรภ์ระหว่างการให้ยา ซึ่งซึ่งเป็นจำนวนน้อยเขาเชื่อว่าเกิดจากการได้รับยาไม่เต็มที่ ซึ่งอาจจะเพราะลืมกินยาหรือลืมกำหนดระยะเวลา.

ในท่านโทษของยา, ผู้เขียนไม่อาจยืนยันได้ว่ายาไม่มีโทษ, ถ้าได้รับในระยะยาวเพราะเพิ่งใช้กันแพร่หลายในระยะ ๗ ปีนี้. แต่เท่าที่ค้นพบไม่มีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในมดลูกและมะเร็งปากมดลูก.

ผลแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้บ่อยคืออาการคล้ายคนตั้งครรภ์เช่นคลื่นไส้, อ่อนเพลีย, ซึ่งแก้ได้ง่ายๆ โดยการหยุดยา. หลังจากหยุดยา ๑ ถึง ๒ วัน อาจมีเลือดออกเนื่องจากเลิกยา, ซึ่งจะหายไปถ้าหยุดยาคงตลอดไป. นอกจากนี้ อาจมีอาการเลือดออกระหว่างให้ยา ๑๐ เม็ดแรก, ซึ่งแก้ได้โดยเพิ่มขนาดยาเป็นวันละ ๒ เม็ดแทนวันละ ๑

เม็ด, เลือดจะหยุด. ถ้ามีเลือดออกเช่นนี้อีกในเดือนต่อไปก็ควรตรวจเพื่อแยกจากมะเร็ง. บางรายมีเลือดออกจากการกระทบกระแทก, ซึ่งอาจเนื่องจากการมีรอยถลอกร่วมก็มีเลือดคั่งผิดปกติบริเวณมดลูกจากการให้พวก สเตอโรยด์. ทั้งนี้แพทย์ก็ไม่ควรนิ่งนอนใจ, ควรทำการย้ายเพื่อแยกมะเร็งออกไปให้ได้.

หลังจากหยุดยาเมื่อกินครบ ๒๐ เม็ดแล้ว, ควรจะมีเลือดออกภายใน ๑ ถึง ๕ วัน. ประมาณ ๓ ถึง ๑๐ เปอร์เซ็นต์มีเลือดออกช้ากว่านี้, และบางคนไม่มีเลยตลอดเดือน. ในกรณีเช่นนี้จะเพิ่มความกลัว การตั้งครรภ์ให้แก่คนไข้โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการคล้ายการตั้งครรภ์เนื่องจากได้รับยาแพทย์ควรทำการทดสอบการตั้งครรภ์ให้. การเริ่มยา, ในรายที่ไม่มีเลือดออกควรเริ่มยาในวันที่ ๘ หลังจากหยุดยา. ในรายหลังคลอดควรได้ยาในราวสัปดาห์ที่ ๖ หรือ ๘. ผู้รายงานเชื่อว่าในมารดาที่ให้นมบุตรจะไม่มีผลแทรกซ้อนเกิดกับทารก.

ในท่านสามภรรยา, มีบางรายกล่าวว่าความใคร่ทางเพศลดลง, ซึ่งส่วนมากของผู้ที่ได้รับยาไม่พบการเปลี่ยนแปลง.

ราคาของยาก็พอสมควรสำหรับครอบครัวทุกๆ ไป.

พีรัช เบ็นพัฒน์ พ.บ.

๑๒. Allen, J.G. : มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสในโรคตับอักเสบเพราะ เชื้อรุ่ม หรือไม่. Am. J. Surg. 1962, 104 : 292-295.

ผู้รายงานได้ค้นหาว่าจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดตับอักเสบเพราะ เชื้อรุ่ม หรือไม่. โดยการสังเกตและทดลองพบว่า ในปี ๑๙๕๗ มีคนในโรงพยาบาล ๗ คน ได้รับขาด แผล จากเครื่อง แก้ว ที่ใส่ เชื้อรุ่ม ของคนที่ตายด้วยโรค ตับอักเสบเพราะ เชื้อรุ่ม. ทั้ง ๗ คนได้รับการฉีด แกมม่า โกลบูลิน เข้ากล้ามเนื้อในวันแรกที่ ได้รับอุบัติเหตุ.

ฉีดทุก ๔ สัปดาห์นาน ๖ เดือน. ทุกคนไม่เป็นโรคเลย. เขายังพบว่าถ้าเลือดของผู้ที่เคยทำให้ผู้ช่วย เกิด เป็นโรค ตับอักเสบแล้ว, เขาได้ให้การป้องกันแก่คนที่จะรับเลือด ของผู้นั้นโดยฉีด แกมม่า โกลบูลิน เข้ากล้ามเนื้อที่ ตะโพกข้างละ ๕ มล. ทุก ๔ สัปดาห์นาน ๖ เดือน, ไม่พบว่าเกิดโรคตับอักเสบเพราะการ ถ่าย เลือดใน ผู้รับถ่าย เลือดอีกเลย. เขาสรุปว่าภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบคือเชื้อ อาจเป็นแบบ “ได้รับมา” และจะคงอยู่ในผู้ช่วยส่วนมากจนตลอดชีวิต. อนึ่ง แกมม่า โกลบูลิน ใช้ป้องกัน ตับอักเสบเพราะ เชื้อรุ่ม ได้.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. ประวัติการแพทย์ไทย

ตำรายาจากศิลาจารึก, วัดราชโอรสาราม (๕)

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๑๕)

สิทธิการิยะ

อยาชอบรมสขิวเระณะ เขา สัตขษ ๑  
ลูกจัน ๑ คอกจัน ๑ การพลู ๑ เทียร  
แกง ๑ ลูกกราย ๑ เขาสิ่งละ ๑ ขิง  
แห้ง ๑ ขก ๑ กลอข ๑ กระดาษทั้งสอง  
๑ ขดพิค ๑ สมลแวง ๑ เขาสิ่งละ ๑  
แก่นแสมทะเล ๑ ฝรั่ง ๑ พริก ๑ หอม  
๑ น้ำประสานทอง ๑ เขาสิ่งละ ๑ ราก  
ทองแตก ๑ เจตมูล ๑ สหคคณ ๑  
รากขหนอน ๑ รากขกาแกง ๑ สมอเทศ  
๑ มะขามข้อม ๑ สมอพิเภก ๑ เขาสิ่ง  
ละ ๑ พริกหอม ๑ มหาหิง ๑  
อยากำ ๑ ขดข้วยนำผงแก้ฤษควง ลม  
จุกเสียด แก้ลมเปนก้อัน เปนเถาในท้อง  
มดขวมทั้งตัว แลท้องมารท้วยแล้ว ฯ

อยาชอมหาอะนนคณ เขาลกผักขี้ทั้ง  
สอง ๑ เทียรทั้ง ๕ เขาสิ่งละ ๑ โกฎ

สอ ๑ โกฎเขมา ๑ โกฎก้านมพร้าว ๑ โกฎ  
พุงปลา ๑ โกฎคักกระรา ๑ โกฎกระตุก ๑  
ขกรอ ๑ ขดพิค ๑ กระดาษทั้งสอง ๑  
กินประสิ้วขาว ๑ ผิวมะกรูค ๑ เขาสิ่ง  
ละ ๑ ของทัง ๑ สมลแวง ๑ ลำพัน  
๑ เขาสิ่งละ ๑ ขิงแห้ง ๑ ขี้ปลี ๑  
เจตมูล ๑ สค่าน ๑ ข้ำพลู ๑ แก่นแสม  
ทั้งสอง ๑ เปล้าทั้งสอง ๑ รากส้มกุง ๑  
ฝรั่ง ๑ สหคคณเทศ ๑ การะขุน ๑  
สารส้ม ๑ ทองแตก ๑ มะรวม ๑ กุ่มทั้ง  
สอง ๑ กะทือ ๑ ไพล ๑ ข่า ๑ กะชาย  
๑ ทรพะอยาทังขวงน เขาสิ่งละ ๑ พริก  
หล่อน ๑ แก้วกเสียด แก้วฤษควง  
สำหรับอยู่เพลิงมิไคคั่นักแล ฯ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๒๒ \*)

สิทธิการิยะ

อันว่าลมยาทักกันนี้ทำเพศคจสรนียา

\* หมายเหตุ : หลักที่ ๒๐, ๒๑, ๒๔ เป็นศิลา จารึกเกี่ยวกับตำราหมอนวด, ซึ่งจะได้ลงรวมกันในโอกาสต่อไป.

ให้ชักท้าวกำมือฉนกระค่าง คางแขงพทมิ  
 ใต้ ให้ร่อนระส่ำระสาย ขบพันตาเหลือก  
 ให้ชักเขม่นไปทั้งกาย ท่านกำหนดให้แก้  
 แต่ใน ๑๑ วัน พ้นนั้นเป็นอาการคัก ฯ ถ้า  
 จะแก้เอาโกศสอ โกศเขมา เทียรคำ ลุก  
 โหระภา ลูกผักชี น้ำประสาธทอง ใบพิม  
 เสน ใบสรพร้ามอน ใบผักหวาน ราก  
 ทองกลาง รากสะลอบน้ำ เมคในมะนาว  
 หวายตะค้า ลูกสรพรพิศ ไคร้เครือ คอก  
 พิกน คอกขมูนาก คอกสาระภี คางปลา  
 ช้อนข้างล่างเผา กระตุงเหลืออมเผา กระตุง  
 งูทียทาเผา งาข้างเผา กรวมแรคเผา เอา  
 เสมอภาคทำเป็นจุก ขดด้วยน้ำคอกไม้ ทำ  
 แท่งไว้ให้กิน แก้ลมบาทยัก ให้ชักท้าว  
 กำมือ ฉนกระค่างคางแขงนั้นหายวิเสศ  
 นิก ฯ ขนานหนึ่งเอาเพศนาฏระย้อมไคร้  
 เครือ ลูกประคำคี่ควายขี้ กระตุงเหลืออม  
 เผา เอาเสมอภาคทำเป็นจุก ขดทำแท่ง  
 ไว้ละลายน้ำคอกไม้กินแก้รอน แก้ฉน  
 กระค่างคางแขงชักเท้ากำมือ แลแก้ชัก  
 เขม่นไปทั้งตัวนั้นหายคินิก ฯ ขนานหนึ่งเอา  
 มหาสะค้ำเนยระยี่ ไคร้เครือ ว่านกีแรต  
 ว่านร้อนทอง หวายตะค้า หวายตะมอย  
 ลูกราชคี่ ลูกประคำคี่ควายเผาญาค้ำ เขา  
 กวางเผา งาข้างเผา เอาเสมอภาคทำเป็น

จุก ขดทำแท่งไว้ละลายน้ำทราวเข้าให้กิน  
 แก้ลมบาทยัก ชักเขม่นไปทั้งตัวนั้นหาย  
 คินิก ฯ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๒๓)

สิทธิการิยะ

ลักษณะไขเจตยงอากาศนั้น ให้จับ  
 สะท้านให้เท่าเอน ให้ร่อนในอกเปนกำลึง  
 ให้กระหายน้ำนัก ให้ชค้อจระประสวระ ให้  
 ละอองคี่เมื่อนั้นเขยวให้คาชลว น้ำตาแห้ง  
 โทษสรณียาทเปนกำลึง ฯ ถ้าจะแก้เอา  
 เขยจเหลือก วันเปริยง แก่นสน แก่นสัค  
 แก่นสัคชี่ แก่นขนุน กำลึงโคเถลิง พญา  
 มือเหลือก จันทังสอง ตรีผลา เขยกุล  
 พริกไท เอาเสมอภาคต้ม ๓ เอา ๑ ให้กิน  
 แก้จับสท้านแล

๑ ขนานหนึ่งเอากำแพงเจตชน แก่น  
 กันเตรา ข่าคั้น เทพธาโร สมน้ำน ข้ำพล  
 ตรีกระตัก เอาเสมอภาค วันเปริยงเท้ายา  
 ทังหลาย ต้ม ๓ เอา ๑ ให้กินแก้จับหาย  
 คี่แล ฯ ขนานหนึ่งเอารากไม้ไผ่ รากขี้  
 รากมะกล้าเครือเอาเสมอภาคต้ม ๓ เอา ๑  
 กินแก้จับคินิก ฯ ขนานหนึ่งเอาเขยจข้ำพล  
 เขยจเต้าร้าง เขยจกะเพรา สะมน้ำน คี่ปลี  
 ชิง เจตตะมูลเพลิง เสมอภาคต้ม ๓ เอา



สรรพำ นางแธ ๓ อยาเข้าเวยนทั้งสอง  
 สิงละ ๕- ทวงด้วยสุรา ๗ ทนาน ให้  
 กินแก้มแรงคชราช แลใส่ควนใส่ล้ำม ทั้ง  
 อุปทม ก็หายสิ้นคินัก ๗ อนึ่งเอาพรหม  
 กาย พริกไท สิงละ ๑- อยาเข้าเวยน  
 ทั้งสอง สิงละ ๒-๒ ห้วย่าง ใคร่หางนาก  
 สิงละ ๕- กเทียบม ๓ หัว ๓ มี ๓ เอา ๑  
 ให้กินแก้มแรงคุด มแรงเพลิง มแรงเข็ย  
 ทั้งตัวก็ หายสิ้นได้ใช้มามากแล้วอย่า  
 สนเท่เลย ๗ อนึ่งเอาโคล้หางนาก ใบผักให้  
 ใบทุมราชา ขตลายนำฝ้าหอยโข่ง ทามแรง

ทั้งปวง กลากเกลอนเรือนเหล็ก มแรง  
 ไฟฟ้าก็หายคินัก ๗ อนึ่งเอาใบเทียร ใบ  
 ผักให้ ใบด้วระ ตำเอาน้ำสิงละด้วย  
 น้ำมันงาด้วย ๑ หุงให้คังแต่น้ำมัน ขผง  
 แสง ๑-๑ ใส่ลงหงทาพวกคายขี้คแผลมแรง  
 เพลิงหาย ทั้งคยพคัสमानเรียกเนอคินัก ๗  
 อนึ่งเอาใบมเกลอ ใบมะระ ใบขี้ขม ๓ อ้อย  
 ตำเอาน้ำสิงละด้วย น้ำมันงา น้ำมันพร้าว  
 สิงละด้วย หงให้คังแต่น้ำมัน ใส่แผลมแรง  
 เพลิง แลผเข็ยเน่า สรรพบาทแผลทั้งปวง  
 แลกลากเกลอน ก็หายตัวเส็ด ประเสริฐ  
 นัก ๗

๒. อันตรายต่อระบบประสาทในการเล่นฟุตบอล

อันตรายที่เกิดจากการเล่นกีฬาและที่เกิด  
 จากอุบัติเหตุ นั้น บาง ครั้ง แยกกันไม่ออก.  
 เช่นอันตรายจากการแข่งรถยนต์ หรือจักร-  
 ยานยนต์ ซึ่ง อาจนับ เป็นกีฬา หรืออุบัติเหตุ  
 ได้. Breitner ได้กล่าวว่ากีฬาทุกชนิดทำ  
 ให้เกิดอันตรายได้ทั้งสิ้น. Murphy และ  
 Simmons ลงความเห็นว่ามีมากกว่า ๕๐ ๗๕.  
 ของผู้ที่ตาย จากการ เล่นกีฬานั้น เป็นเพราะ

ได้รับบาดเจ็บที่ กระโหลกศีรษะ และ กระตัก  
 ก้านคอ. Schneider พยจำนวนเปอร์เซ็นต์  
 เท่ากันกับผู้ตาย หลังจากบาดเจ็บที่ได้รับจาก  
 การเล่นฟุตบอล.

จากการตรวจที่แผนกประสาทวิทยาของ  
 มหาวิทยาลัย บอนน์ พบว่านักมวยซึ่งสมอง  
 เคยได้รับอันตรายจากการต่อยมวยมักมีการ  
 เปลี่ยนแปลงใน เนื้อสมอง อยู่ ตลอดไป มิใช่

สรรพำ นางแธ ๓ อยาเข้าเวยนทั้งสอง  
 สิงละ ๕- ทวงด้วยสุรา ๗ ทนาน ให้  
 กินแก้มแรงคชราช แลใส่ควนใส่ล้ำม ทั้ง  
 อุปทม ก็หายสิ้นคินัก ๗ อนึ่งเอาพรหม  
 กาย พริกไท สิงละ ๑ อยาเข้าเวยน  
 ทั้งสอง สิงละ ๒-๒ ห้วย่าง ใคร่หางนาก  
 สิงละ ๕- กเทียบม ๓ หัว ๓ เออ ๑  
 ให้กินแก้มแรงคุด มแรงเพลิง มแรงเข็ย  
 ทั้งตัวก็ หายสิ้นได้ใช้มามากแล้วอย่า  
 สนเท่เลย ๗ อนึ่งเอาโคล้หางนาก ใบผักให้  
 ใบทุมราชา ขตลายนำฝ้าหอยโข่ง ทามแรง

ทั้งปวง กลากเกลอนเรือนเหล็ก มแรง  
 ไฟฟ้าก็หายคินัก ๗ อนึ่งเอาใบเทียร ใบ  
 ผักให้ ใบด้วระ ตำเอาน้ำสิงละด้วย  
 น้ำมันงาด้วย ๑ หุงให้คังแต่น้ำมัน ขผง  
 แสง ๑-๑ ใส่ลงหงทาพวกคายขี้คแผลมแรง  
 เพลิงหาย ทั้งคยพคัสमानเรียกเนอคินัก ๗  
 อนึ่งเอาใบมเกลอ ใบมะระ ใบขี้ขม น้ออัย  
 ตำเอาน้ำสิงละด้วย น้ำมันงา น้ำมันพร้าว  
 สิงละด้วย หุงให้คังแต่น้ำมัน ใส่แผลมแรง  
 เพลิง แลผเข็ยเน่า สรรพบาทแผลทั้งปวง  
 แลกลากเกลอน ก็หายตัวเส็ด ประเสริฐ  
 นัก ๗

๒. อันตรายต่อระบบประสาทในการเล่นฟุตบอล

อันตรายที่เกิดจากการเล่นกีฬาและที่เกิด  
 จากอุบัติเหตุ นั้น บาง ครั้ง แยกกันไม่ออก.  
 เช่นอันตรายจากการแข่งรถยนต์ หรือจักร-  
 ยานยนต์ ซึ่ง อาจนับ เป็นกีฬา หรืออุบัติเหตุ  
 ได้. Breitner ได้กล่าวว่ากีฬาทุกชนิดทำ  
 ให้เกิดอันตรายได้ทั้งสิ้น. Murphy และ  
 Simmons ลงความเห็นว่ามีมากกว่า ๕๐ ๗๕.  
 ของผู้ที่ตาย จากการ เล่นกีฬานั้น เป็นเพราะ

ได้รับบาดเจ็บที่ กระโหลกศีรษะ และ กระตัก  
 ก้านคอ. Schneider พยจำนวนเปอร์เซ็นต์  
 เท่ากัน ในผู้ตาย หลังจากบาดเจ็บที่ได้รับจาก  
 การเล่นฟุตบอล.

จากการตรวจที่แผนกประสาทวิทยาของ  
 มหาวิทยาลัย บอนน์ พยว่านักมวยซึ่งสมอง  
 เคยได้รับอันตรายจากการต่อยมวยมักมีการ  
 เปลี่ยนแปลงใน เนื้อสมอง อยู่ ตลอดไป มิใช่

น้อย. ยังมีนักฟิสิกส์ประเภทหนึ่งที่ประสบ  
อันตรายต่อสมองได้มากกว่านักมวยคือนัก  
ฟุตบอล. อันตรายจากฟุตบอลมิใช่เกิดได้  
แต่เฉพาะกับผู้เล่นเท่านั้น. หากยังเกิดชน  
กับผู้ที่ออกด้วย. กติกาที่ไม่ให้ผู้เล่นใช้  
ศีรษะโหม่งลูกบอลนั้น ควรต้องใช้ทั้งกับผู้เล่น  
และผู้เล่น. Bader และ Klotz ได้รวบรวม  
ผู้ป่วยที่สมอง ๖๗ ราย เป็น นักฟุตบอล  
เสีย ๒๑ ราย, และใน ๑๕๖ รายของ  
Becker เป็นนักฟุตบอล ๑๑ ราย. อันตราย  
ของสมอง เนื่อง จาก เล่นฟุตบอลที่ Wullen-  
weber กล่าวไว้แบ่งได้ดังนี้คือ :

๑. มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก  
(ซัยครัล ซึมาโตมา).
๒. หลอดเลือดที่ผิดปกติของสมอง  
แตกต่างจากการที่เอาศีรษะรับลูกบอล, ที่พบม  
การแตกของ หลอดเลือดแดง คาโรติค ที่  
โป่งพอง และ หลอดเลือดแดง แอนทีเรีย  
คอมมูนีแคนทัส, ซึ่งทั้งสองรายนี้ทำให้  
เกิดมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกด้วย.
๓. มีการร้าวหรือแตก ของ กระโหลก  
ที่ติดต่อกับโพรงกระโหลก, เช่น ฟรอนทัล  
ไซนัส, ทำให้เยื่อหุ้มสมอง ชั้นนอกขาด  
ด้วย. เซอจากโพรงเข้าไปทำให้เยื่อห  
ุ้มสมองอีกเสียได้. ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา

โดยเร็ว และถูกต้อง จะมีผลร้าย ๒ ประการ  
คือ เป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบอย่างแรง  
จนตาย, หรือเมือหายแล้วมีความพิการ  
ของเนื้อสมองอยู่ อันเป็นเหตุให้เป็นโรคลม  
บ้าหมดตลอดชีวิต. เพื่อช่วยมิให้เกิดอัน-  
ตรายอย่างนั้น ต้องรีบทำการ ผ่าตัด เย็บซัยครัล  
เยื่อหุ้มสมองเสีย เพื่อบีบหนทางไม่ให้เซอ  
เข้าสมอง. ผู้ที่ทำการแตกของกระโหลก  
ส่วน ฟรอนโต เบซัล มักมีน้ำหล่อสมอง  
ไหลออกมา.

อันตรายทั้ง กล่าว อาจเกิด กับ ผู้ที่ หัก  
เล่นหรือพวกนักฟุตบอลสมัครเล่นก็ได้.

Muller ได้ตรวจการเปลี่ยนแปลง ของสมอง  
ด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่า สาเหตุ ที่ทำให้ตาย  
ส่วนใหญ่ไม่ใช่ เพราะ มีเลือด ออกใน กระ-  
โหลกและเยื่อคเนื้อสมองหรือเนื้อสมองตาย  
อย่างมากมาย, แต่เป็นเพราะมีการผันแปร  
ในหน้าที่ ของ การไหลเวียนเลือด ที่ไปเลี้ยง  
ศูนย์ที่สำคัญต่อชีวิตต่าง ๆ ทำให้เนื้อสมอง  
ส่วนนั้นนุ่มและตาย. สาเหตุของความผิด  
ปรกติในหน้าที่ของการไหลเวียนเลือดที่ไป  
เลี้ยงสมองนั้นมิได้เกิดแต่เพียงครั้งแรกครั้ง  
เดียว, อาจเกิดซ้ำย่อย ๆ ในการเล่นครั้ง  
ต่อ ๆ ไปและทำให้สมองค่อย ๆ เสียไปที่ละ

น้อยเช่น ที่ มักเกิด กับนักฟุตบอล ที่ชอบเอา  
ศีรษะรับลูกบอลเสมอ.

นอกจากอันตรายที่สมองแล้ว การเล่น  
ฟุตบอลยังอาจทำให้เกิด อันตราย ที่ประสาท  
ส่วนปลายได้เช่นเช่นอัมพาตที่ประสาท เพอ-  
โรเนียล เป็นต้น, ซึ่งอาจเกิดจากการถูก

ยึดเกินควร, การชอกช้ำ, หรือเกิดแผล  
เป็นก็ได้.

(จาก R. Wullenweber : Dtsch. med.  
Wschr. 1962, 87 : 1465-1467.)

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

๓. “ความพลัดพราก”

พราหมณ์ คนหนึ่ง ออกไปไกลนากับบุตร  
บุตร ถูก พิษ กัด ถึง แก่ ความตาย ทน ที่  
พราหมณ์ สงบ อารมณ์ ได้ ด้วย คิด ว่า ธรรม  
ชาติมีความแตกทำลายเป็นธรรมดา ได้  
แตกไปแล้ว ธรรมชาติมีความตายเป็น  
ธรรมดา ได้ตายไปแล้ว ไม่ร้องไห้คร่ำ  
ครวญเสียใจเลย

มีผู้ถามถึงเหตุที่ไม่ร้องไห้เศร้าโศก ก็  
ตอบว่า “งูที่ลอกคราบแล้ว ย่อมทิ้งคราบ  
ไปฉันทิ เมื่อสัตว์ระงับสอยไม่ได้ แล้วคน  
ก็ทิ้งสัตว์ไปฉันทิ คนที่ตายไปแล้ว ถึง  
ถูกเผายู่งก็ไม่รู้สึก ถึงญาติจะร้องไห้คร่ำ  
ครวญหาเขาก็ไม่รู้สึก เพราะฉะนั้นจึงไม่  
เศร้าโศกถึงเขา เขาไปตามคติของเขา

ฝ่ายพราหมณ์ผู้มารดา ก็ไม่ร้องไห้  
ด้วยความเข้าใจว่า ลูกของดิฉัน เมื่อเขาจะ  
เกิดเขาก็มาเองดิฉันไม่ใคร่เชื่อเชียว เมื่อเขา  
จะไปจากโลกนี้ดิฉันก็ไม่ใคร่อัญญาต เขามา  
อย่างไรก็ไปอย่างนั้น จะต้องร้องไห้คร่ำ  
ครวญทำไม

ส่วนน้องหญิง ก็ไม่ร้องไห้คิดถึง ด้วย  
เขาคิดว่าถ้าดิฉันร้องไห้ รูปร่างของดิฉันจะ  
ชุ่มฉอมเสียเปล่าไม่มีผลสิ่งไร ญาติมิตร  
ของดิฉันจะกลบเสียใจมากยิ่ง

ภริยาของเขา ก็ไม่แสดงอาการเศร้า  
โศก เพราะคิดเห็นว่า ทารกร้องไห้อยาก  
ได้ดวงจันทร์ในท้องฟ้าฉันทิ ผู้ที่ร้องไห้  
อาลัยถึงคนตายก็ฉันทิ

น้อยเช่น ที่ มักเกิด กับนัก ฟุตบอล ที่ชอบเอา  
ศีรษะรับลูกบอลเสมอ.

นอกจากอันตรายที่สมองแล้ว การเล่น  
ฟุตบอลยังอาจทำให้เกิด อันตราย ที่ประสาท  
ส่วนปลายได้เช่นเช่นอัมพาตที่ประสาท เพอ-  
โรเนียล เป็นต้น, ซึ่งอาจเกิดจากการถูก

ยึดเกินควร, การชอกช้ำ, หรือเกิดแผล  
เป็นก็ได้.

(จาก R. Wullenweber : Dtsch. med.  
Wschr. 1962, 87 : 1465-1467.)

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

๓. “ความพลัดพราก”

พราหมณ์ คนหนึ่ง ออกไปไกลนากับบุตร  
บุตร ถูก พิษ กัด ถึง แก่ ความตาย ทน ที่  
พราหมณ์ สงบ อารมณ์ ได้ ด้วย คิด ว่า ธรรม  
ชาติมีความแตกทำลายเป็นธรรมดา ได้  
แตกไปแล้ว ธรรมชาติมีความตายเป็น  
ธรรมดา ได้ตายไปแล้ว ไม่ร้องไห้คร่ำ  
ครวญเสียใจเลย

มีผู้ถามถึงเหตุที่ไม่ร้องไห้เศร้าโศก ก็  
ตอบว่า “งูที่ลอกคราบแล้ว ย่อมทิ้งคราบ  
ไปฉันทิ เมื่อสัตว์ระงับสอยไม่ได้ แล้วคน  
ก็ทิ้งสัตว์ไปฉันทิ คนที่ตายไปแล้ว ถึง  
ถูกเผายู่งก็ไม่รู้สึก ถึงญาติจะร้องไห้คร่ำ  
ครวญหาเขาก็ไม่รู้สึก เพราะฉะนั้นจึงไม่  
เศร้าโศกถึงเขา เขาไปตามคติของเขา

ฝ่ายพราหมณ์ผู้มารดา ก็ไม่ร้องไห้  
ด้วยความเข้าใจว่า ลูกของดิฉัน เมื่อเขาจะ  
เกิดเขาก็มาเองดิฉันไม่ใคร่เชื่อเชียว เมื่อเขา  
จะไปจากโลกนี้ดิฉันก็ไม่ใคร่อัญญาต เขามา  
อย่างไรก็ไปอย่างนั้น จะต้องร้องไห้คร่ำ  
ครวญทำไม

ส่วนน้องหญิง ก็ไม่ร้องไห้คิดถึง ด้วย  
เขาคิดว่าถ้าดิฉันร้องไห้ รูปร่างของดิฉันจะ  
ชุ่มฉอมเสียเปล่าไม่มีผลสิ่งไร ญาติมิตร  
ของดิฉันจะกลบเสียใจมากยิ่ง

ภริยาของเขา ก็ไม่แสดงอาการเศร้า  
โศก เพราะคิดเห็นว่า ทารกร้องไห้อยาก  
ได้ดวงจันทร์ในท้องฟ้าฉันทิ ผู้ที่ร้องไห้  
อาลัยถึงคนตายก็ฉันทิ

และหญิงวัยใช้ ก็ไม่ร้องไห้ ด้วยสำนึก  
ว่า หมอนาทแตกแล้วต่อให้สนิทกันไม่ได้  
ฉันใด ผู้เศร้าโศกถึงคนตายก็ไม่อาจต่อ  
วิญญาณของคนตายได้ ฉะนั้น ผู้ที่ตาย  
ไปแล้วถึงจะตกไฟเผาก็ไม่รู้สึก และพวก  
ญาติที่ร่ำไห้หากก็ไม่รู้สึก ก็ฉันจึงไม่ร้องไห้  
ถึงเขา เขาไปตามคดีของเขา

เหล่านี้ ถึงจะเป็นเรื่องซาดก แต่ก็เป็น  
นิทัศน์ะแสดงให้เห็นว่า เมื่อได้พยายามฝึก  
ฝนอบรม ความรู้สึกนึกคิดเตรียมพร้อมไว้  
จน เกิดเป็น กำลัง ประจําใจ ชัดเจน มัน คง  
เหมือนอย่างผู้ใหญ่ ไม่พลอยเสียใจร้องไห้  
ร่วมกับเด็กไร้เคียงลำ ทมิ ตกตา แดก หัก  
เพราะรู้จริงว่าเป็นของลวง ฉะนั้น

เพราะฉะนั้น พระชินสีห์สัมมาสัมพุทธ-

เจ้า จึงตรัสเตือนใจพุทธบริษัท ทั้งสตรี บรุษ  
คฤหัสถ์ บรรพชิต ให้พิจารณาทำความเข้าใจ  
ลึกตนไว้ เป็นนิจว่า เราจักพลัดพรากจาก  
ของรักของชอบใจทั้งสิ้น เพื่อให้เกิดความ  
สำนึกใน ความจริงทั้งหลาย เตรียมตัว  
เตรียมใจไว้รับความจริงเหล่านี้ อย่าประ-  
ประมาณหลงเข้าใจว่าไม่เป็นไรหรือยังไม่ถึง  
เพราะผลของความประมาทนั้น แม้เกิด  
เพียงเสี้ยวของวินาที ก็สนองผลชั่วใจอาลัย  
รักไปจนตาย หรือผลของความประมาทก็  
คือการเสียชีวิตตนเองตลอดคนรัก ของรัก  
อย่างไม่บังควร

(ตัดตอนจากพระธรรมเทศนา "วินาภาวาทิกถา"  
ของพระอุบาลีคุณูปมาจารย์ วัดราชบพิธ, ๖ ก.ย. ๒๕ )

(ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช) ผู้  
จัดเสนอ)

## ๔. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๘)

๓๔๐๑. maladie, malady โรค  
๓๔๐๒. maladjustment การปรับตัวไม่เข้า  
๓๔๐๓. malariology วิทยา มาลาเรีย  
๓๔๐๔. malarious เกี่ยวกับไข้จับสั่น (มาลาเรีย),  
ไข้จับสั่นชุกชุม  
๓๔๐๕. malaxation การนวดขยำ  
๓๔๐๖. maldigestion การย่อยอาหารพิการ  
๓๔๐๗. maleruption ฟันขึ้นผิดที่

๓๔๐๘. malfunction การหน้าที่พิการ  
๓๔๐๙. malposed ผิดตำแหน่ง  
๓๔๑๐. malposition การอยู่ผิดตำแหน่ง, ตำแหน่ง  
พิกล  
๓๔๑๑. malpractice, malpraxis ทุเวช ศิลป  
๓๔๑๒. malturned ฟันบิด  
๓๔๑๓. malunion กระดูกต่อผิดรูป  
๓๔๑๔. mamma เต้านม

และหญิงวัยใช้ ก็ไม่ร้องไห้ ค่ายสำนัก  
ว่า หมอนათแตกแล้วค้อให้สนิทกันไม่ได้  
ฉันใด ผู้เศร้าโศกถึงคนตายก็ไม่อาจต่อ  
วิญญาณของคนตายได้ ฉะนั้น ผู้ที่ตาย  
ไปแล้วถึงจะตกไฟเผาก็ไม่รู้สึก และพวก  
ญาติที่ราให้หาก็ไม่รู้สึก ก็ฉันจึงไม่ร้องไห้  
ถึงเขา เขาไปตามคคคของเขา

เหล่านี้ ถึงจะเป็นเรื่องซาดก แต่ก็เป็น  
นิทัศน์ะแสดงให้เห็นว่า เมื่อได้พยายามฝึก  
ฝนนอบรม ความรู้สึกนึกคิดเตรียมพร้อมไว้  
จน เกิดเป็น กำลัง ประจำใจ ชัดเจน มัน คง  
เหมือนอย่างผู้ใหญ่ ไม่พลอยเสียใจร้องไห้  
ร่วมกับเด็กไร้เดียงสาที่มีตักตาแตกหัก  
เพราะรูจริงว่าเป็นของลวง ฉะนั้น

เพราะฉนั้น พระชินสีห์สัมมาสัมพุทธ-

เจ้า จึงตรัสเตือนใจพุทธบริษัท ทั้งสตรี บรุษ  
คฤหัสถ์ บรรพชิต ให้พิจารณาทำความเข้าใจ  
ลึกถนไว้ เป็นนิจว่า เราจักพลัดพรากจาก  
ของรักของชอบใจทั้งสิ้น เพื่อให้เกิดความ  
สำนึกในความจริงทั้งหลาย เตรียมตัว  
เตรียมใจไว้รับความจริงเหล่านี้ อย่าประ-  
ประมาณหลงเข้าใจว่าไม่เป็นไรหรือยังไม่ถึง  
เพราะผลของความประมาทนั้น แม้เกิด  
เพียงเสี้ยวของวินาที ก็สนองผลซ้ำใจอาลัย  
รักไปจนตาย หรือผลของความประมาทก็  
คือการเสียชีวิตตนเองตลอดคนรัก ของรัก  
อย่างไม่บังควร

(ตัดตอนจากพระธรรมเทศนา "วินาภาวาทิกถา"  
ของพระอุบาลีคุณูปมาจารย์ วัดราชบพิศ, ๖ ก.ย. ๒๕)

(ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช) ผู้  
จัดเสนอ)

## ๔. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๘)

๓๔๐๑. maladie, malady โรค  
๓๔๐๒. maladjustment การปรับตัวไม่เข้า  
๓๔๐๓. malariology วิทยา มาลาเรีย  
๓๔๐๔. malarious เกี่ยวกับไข้จับสั่น (มาลาเรีย),  
ไข้จับสั่นชุกชุม  
๓๔๐๕. malaxation การนวดขยำ  
๓๔๐๖. maldigestion การย่อยอาหารพิการ  
๓๔๐๗. maleruption ฟันขึ้นผิดที่

๓๔๐๘. malfunction การหน้าที่พิการ  
๓๔๐๙. malposed ผิดตำแหน่ง  
๓๔๑๐. malposition การอยู่ผิดตำแหน่ง, ตำแหน่ง  
พิกล  
๓๔๑๑. malpractice, malpraxis ทูเวชศิลป์  
๓๔๑๒. malturned ฟันบิด  
๓๔๑๓. malunion กระดูกต่อผิดรูป  
๓๔๑๔. mamma เต้านม

๓๔๑๕. mammectomy การตัดเต้านม
๓๔๑๖. mammiform รูปคล้ายเต้านม
๓๔๑๗. mamilla หัวนม, ส่วนคล้ายหัวนม
๓๔๑๘. mammillary แห้งหัวนม, คล้ายหัวนม
๓๔๑๙. mammillate, mammillated มีปุ่มคล้ายหัวนม
๓๔๒๐. mammilliform รูปคล้ายหัวนม
๓๔๒๑. mammilliplasty ศัลยกรรมตกแต่งหัวนม
๓๔๒๒. mamillitis หัวนมอักเสบ
๓๔๒๓. mammitis เต้านมอักเสบ
๓๔๒๔. mammotomy การผ่าเต้านม
๓๔๒๕. manducation การเคี้ยวอาหาร
๓๔๒๖. manducatory เกี่ยวกับการเคี้ยว, เหมาะสำหรับการเคี้ยว
๓๔๒๗. mange โรคเรื้อนสัตว์
๓๔๒๘. marc กากคั้น
๓๔๒๙. marcid ฝ้ายผอม
๓๔๓๐. marihuana กัญชา
๓๔๓๑. mastalgia อาการปวดเต้านม
๓๔๓๒. mastectomy การตัดเต้านม
๓๔๓๓. masthelcosis แผลเปื่อยเต้านม, แผลเปื่อยต่อมน้ำนม
๓๔๓๔. mastitis เต้านมอักเสบ
๓๔๓๕. mastopathy โรคเต้านม
๓๔๓๖. mastopexy การเย็บตรึงเต้านม
๓๔๓๗. mastoplasty ศัลยกรรมตกแต่งเต้านม
๓๔๓๘. mastorrhagia การตกเลือดจากเต้านม
๓๔๓๙. mastostomy การเจาะระบายเต้านม
๓๔๔๐. mastotomy การผ่าเต้านม
๓๔๔๑. maternity มาตุภาพ, สถานคลอด
๓๔๔๒. maturant ขำบ่มหนอง
๓๔๔๓. mature สุก, เกิดหนอง
๓๔๔๔. maturation การสุก, การเกิดหนอง
๓๔๔๕. maza รก
๓๔๔๖. mazodynia อาการปวดเต้านม
๓๔๔๗. mazopexy การเย็บตรึงเต้านม
๓๔๔๘. meatus ปากช่อง, รู
๓๔๔๙. meatus acusticus externus รูหูชั้นนอก
๓๔๕๐. meatus urinarius ปากช่องหลอดปัสสาวะ
๓๔๕๑. mechanism กลไก
๓๔๕๒. mechanism, defense กลไกป้องกัน
๓๔๕๓. mechanism, escape กลไกหนี
๓๔๕๔. mechanism, mental กลไกจิต
๓๔๕๕. mediastinum ผนังกลาง, ผนังประจัน
๓๔๕๖. mediate อาศัยสื่อกลาง
๓๔๕๗. mediation การแทรก (ระหว่าง), การเป็นสื่อกลาง
๓๔๕๘. medicable รักษาได้
๓๔๕๙. medicaster หมอเถื่อน, หมอลวง, หมอแอบอ้าง
๓๔๖๐. medication การให้ยารักษาโรค, การใส่ยา
๓๔๖๑. medication, conservative การรักษาแบบประคับประคอง
๓๔๖๒. medicine, air, airation เวชศาสตร์การบิน
๓๔๖๓. medicine, clinical วิชาแพทย์ฝ่ายรักษา
๓๔๖๔. medicine, compound ยาผสม
๓๔๖๕. medicine, forensic, legal นิติเวชศาสตร์
๓๔๖๖. medicine, geriatric ชราเวชศาสตร์
๓๔๖๗. medicine, internal อายุรศาสตร์
๓๔๖๘. medicine, patent ยาตำรับลับ
๓๔๖๙. medicine, patented ยาสงวนสิทธิ์
๓๔๗๐. medicine, preventive เวชศาสตร์ป้องกัน
๓๔๗๑. medicine, psychosomatic อายุรศาสตร์กายจิต
๓๔๗๒. medicine, social อายุรศาสตร์สังคม
๓๔๗๓. medicolegal เกี่ยวกับนิติเวชศาสตร์
๓๔๗๔. medicus แพทย์
๓๔๗๕. mediocarpal ส่วนกลางข้อมือ
๓๔๗๖. medioccipital ส่วนกลางท้ายทอย
๓๔๗๗. medisect ตัดกลาง

๓๔๗๘. medorrhea สิ่งปล่อยไหลจากหลอด  
ปัสสาวะ
๓๔๗๙. medulla เนื้อใน, ไขใน, ส่วนท้ายทอย
๓๔๘๐. medulla, adrenal เนื้อในของต่อมหมวก  
ไต
๓๔๘๑. medulla ossium ไขกระดูก
๓๔๘๒. medulla spinalis ไขสันหลัง
๓๔๘๓. megacephaly หัวโตเกิน
๓๔๘๔. megacolon ลำไส้ใหญ่โตเกิน
๓๔๘๕. megalomelia แขนขาโตเกิน
๓๔๘๖. megalophthalmus ตาโตเกิน
๓๔๘๗. melaena, melena อูจจาระดำ, อาเจียนดำ
๓๔๘๘. melanoglossia อาการลิ้นดำ
๓๔๘๙. melanuria ปัสสาวะดำ
๓๔๙๐. melitis แก้มอักเสบ
๓๔๙๑. melituria, mellituria ปัสสาวะมีน้ำตาล,  
เบาหวาน
๓๔๙๒. melosalgia อาการปวดขา
๓๔๙๓. membrane เยื่อ
๓๔๙๔. membranous เป็นเยื่อ, แห่งเยื่อ
๓๔๙๕. menalgia อาการปวดระดู
๓๔๙๖. menarche, menophania การเริ่มแรก  
มีระดู
๓๔๙๗. mendacity นิสัยปิด
๓๔๙๘. meningitis เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
๓๔๙๙. menolipsis การหยุดมีระดู
๓๕๐๐. menopausal เกี่ยวกับการหมดระดู
๓๕๐๑. menopause วัยหมดระดู
๓๕๐๒. menopause, artificial การหมดระดู  
ทำขึ้น
๓๕๐๓. menoplasia การมีระดูผิดที่
๓๕๐๔. menorrhagia, menorrhoea ระดูมาก
๓๕๐๕. menorrhagia อาการปวดพร้อมระดู
๓๕๐๖. menorrhoea ระดู
๓๕๐๗. menoschesis ระดูชะงัก
๓๕๐๘. menostasia, menostasis ระดูชะงัก,  
ระดูหมด
๓๕๐๙. menoxenia ระดูผิดปรกติ
๓๕๑๐. menses ระดู
๓๕๑๑. menstrual เกี่ยวกับระดู
๓๕๑๒. menstruant ผู้มีระดู, ผู้อาจมีระดูได้
๓๕๑๓. menstruate มีระดู
๓๕๑๔. menstruation ระดู, การมีระดู
๓๕๑๕. menstruous เกี่ยวกับระดู
๓๕๑๖. mensual รายเดือน, ประจำเดือน
๓๕๑๗. mensuration การวัด
๓๕๑๘. mentum ทง
๓๕๑๙. meralgia อาการปวดต้นขา
๓๕๒๐. mercurial เกี่ยวกับปรอท, ขาเข้าปรอท
๓๕๒๑. mercurialism อาการพิษปรอท
๓๕๒๒. meropia ตาฟาง, ตาบอดบางส่วน
๓๕๒๓. mesentery เยื่อแขวนลำไส้
๓๕๒๔. mesocolon เยื่อแขวนลำไส้ใหญ่
๓๕๒๕. metacarpus ส่วนกลางของมือ
๓๕๒๖. metachrosis การเปลี่ยนสี
๓๕๒๗. metachysis การถ่ายเลือด
๓๕๒๘. metaptosis การแพร่กระจาย
๓๕๒๙. metastasize แพร่กระจาย
๓๕๓๐. metatarsal กระดูกฝ่าเท้า
๓๕๓๑. metatarsus ส่วนกลางของเท้า
๓๕๓๒. meteorism อาการท้องอืด
๓๕๓๓. metopic เกี่ยวกับหน้าผาก
๓๕๓๔. metopoplasty ศัลยกรรมตกแต่งหน้าผาก
๓๕๓๕. metoposcopy วิชาคุณลักษณะบุคคล
๓๕๓๖. metra มดลูก
๓๕๓๗. metralgia อาการปวดมดลูก
๓๕๓๘. metratomy การผ่ามดลูก
๓๕๓๙. metratria มดลูกไม่มีกำลัง
๓๕๔๐. metratrophia มดลูกฝ่อลีบ
๓๕๔๑. metrauxa มดลูกงอกเกิน
๓๕๔๒. metrectomy การตัดมดลูก
๓๕๔๓. metrectopia, metrectopy มดลูกเคลื่อน
๓๕๔๔. metrelcosis แผลเปื่อยในมดลูก
๓๕๔๕. metritis มดลูกอักเสบ
๓๕๔๖. metrocampsis มดลูกงอ
๓๕๔๗. metrodynia อาการปวดมดลูก



๓๕๕๘. metrogenous เกิดจากมดลูก  
 ๓๕๕๙. metroloxia มดลูกทะแคง  
 ๓๕๕๐. metropathy โรคมดลูก  
 ๓๕๕๑. metrorrhagia การตกเลือดจากมดลูก  
 ๓๕๕๒. metrorrhexis มดลูกแตก  
 ๓๕๕๓. metrostenosis มดลูกตีบ  
 ๓๕๕๔. metrosteresis การผ่าตัดเอามดลูกออก  
 ๓๕๕๕. metrosynizesis มดลูกยึดติด  
 ๓๕๕๖. metrotome มีดผ่ามดลูก  
 ๓๕๕๗. metrotomy การผ่ามดลูก  
 ๓๕๕๘. metrypercinesis การเจ็บท้องมากเกินไป  
 ๓๕๕๙. metryperemia เลือดคั่งในมดลูก  
 ๓๕๖๐. metrypertrophia มดลูกงอกเกิน  
 ๓๕๖๑. micrangiopathy, micro-angiopathy โรคหลอดเลือดฝอย  
 ๓๕๖๒. micrangium หลอดเลือดฝอย  
 ๓๕๖๓. micranatomy, micro-anatomy จุลกายวิภาคศาสตร์  
 ๓๕๖๔. micrencephalia, micrencephaly สมองเล็กเกิน  
 ๓๕๖๕. micrencephalon สมองเล็กเกิน, สมองน้อย  
 ๓๕๖๖. micrencephalous ซึ่งมีสมองเล็กเกิน  
 ๓๕๖๗. microbe, microbion จุลชีพ  
 ๓๕๖๘. microbicide ยาฆ่าจุลชีพ  
 ๓๕๖๙. microbiologist นักจุลชีววิทยา  
 ๓๕๗๐. microbiology จุลวิทยา  
 ๓๕๗๑. microcardia หัวใจเล็กเกิน  
 ๓๕๗๒. microcephalic, microcephalous ซึ่งมีหัวเล็กเกิน  
 ๓๕๗๓. microchiria มือเล็กเกิน  
 ๓๕๗๔. microgastria กระเพาะเล็กเกิน  
 ๓๕๗๕. microorganism จุลินทรีย์  
 ๓๕๗๖. microparasite จุลปรสิต  
 ๓๕๗๗. micropathology จุลพยาธิวิทยา  
 ๓๕๗๘. miction, micturition การถ่ายปัสสาวะ  
 ๓๕๗๙. midaxilla กลางรักแร้  
 ๓๕๘๐. midfrontal กลางหน้าผาก  
 ๓๕๘๑. midget คนแคระ, จี๋ว  
 ๓๕๘๒. midriff กระบังลม  
 ๓๕๘๓. midsection การผ่ากลาง  
 ๓๕๘๔. midwife หมอตำแย  
 ๓๕๘๕. midwifery สตรีศาสตร์  
 ๓๕๘๖. migrating พเนจร  
 ๓๕๘๗. migration การพเนจร  
 ๓๕๘๘. misandria โรคเกลียดผู้ชาย  
 ๓๕๘๙. misanthropia โรคเกลียดมนุษย์  
 ๓๕๙๐. miscarriage การแท้ง  
 ๓๕๙๑. miscarry แท้ง  
 ๓๕๙๒. miscible ผสมกันได้  
 ๓๕๙๓. misogamy โรคเกลียดสมรส  
 ๓๕๙๔. misogyn คนเกลียดผู้หญิง  
 ๓๕๙๕. misogyny โรคเกลียดผู้หญิง  
 ๓๕๙๖. misopedia, misopedy โรคเกลียดเด็ก  
 ๓๕๙๗. mitigate ผ่อนคลาย, ทำให้เบาบาง  
 ๓๕๙๘. mixture ชาร่วม, ยาผสม  
 ๓๕๙๙. mobilization การแก้ไข้ติด  
 ๓๖๐๐. mobilization, sugar การระดมน้ำตาล  
 ๓๖๐๑. mole ฝ้า, ครรภ์ไขปลาคูก  
 ๓๖๐๒. molting การลอกคราบ, การผลัดขน  
 ๓๖๐๓. monaural เกี่ยวกับหูเดียว  
 ๓๖๐๔. monaural stethoscope เครื่องฟังตรวจหูเดียว  
 ๓๖๐๕. monochromat คนบอดสี  
 ๓๖๐๖. monochromatic มีสีเดียว, คนบอดสี, ย้อมติดสีเดียว  
 ๓๖๐๗. monocular ตาเดียว  
 ๓๖๐๘. monocyesis ท้องลูกคนเดียว  
 ๓๖๐๙. monomyoplegia อัมพาตกล้ามเนื้อเดียว  
 ๓๖๑๐. monophobia โรคกลัวความโดดเดี่ยว  
 ๓๖๑๑. monosymptom อาการโดดเดี่ยว  
 ๓๖๑๒. mons pubis, mons veneris เนินหัวหน่าว  
 ๓๖๑๓. monster ลูกวิรูป  
 ๓๖๑๔. monstrosity วิรูป  
 ๓๖๑๕. monthlies ประจำเดือน  
 ๓๖๑๖. morbid เป็นโรค, แห่งโรค, พยาธิ  
 ๓๖๑๗. morbid anatomy พยาธิกายวิภาคศาสตร์

๓๖๑๘. morbidity พยาธิภาวะ, อัตราการเกิดโรค  
 ๓๖๑๙. morbidic, morbigenous ทำให้เกิดโรค  
 ๓๖๒๐. morbilli โรคหัด  
 ๓๖๒๑. morbilliform คล้ายโรคหัด, ผื่นคล้ายหัด  
 ๓๖๒๒. morbillous เกี่ยวกับโรคหัด  
 ๓๖๒๓. morbus โรค  
 ๓๖๒๔. morgue สถานแสดงศพ  
 ๓๖๒๕. moribund ในขั้นทรุด, ร่อแร่  
 ๓๖๒๖. morphinism สภาพติดยาฝิ่น, การติดยาฝิ่น  
 ๓๖๒๗. morphinist ผู้ติดยาฝิ่น  
 ๓๖๒๘. morphinistic เกี่ยวกับการติดยาฝิ่น  
 ๓๖๒๙. morphography กายรูปวรรณคดี  
 ๓๖๓๐. morphology การรูปวิทยา  
 ๓๖๓๑. morpholysis การทำลายกายรูป  
 ๓๖๓๒. mortal ไม่พ้นตาย, ถึงตาย  
 ๓๖๓๓. mortality ความต้องตาย, อัตราตาย  
 ๓๖๓๔. mortar โกร่ง  
 ๓๖๓๕. mortuary ห้องเก็บศพ, เกี่ยวกับการตาย  
 ๓๖๓๖. motile เคลื่อนไหวได้  
 ๓๖๓๗. motility การเคลื่อนไหวเอง  
 ๓๖๓๘. mucilage ขาน้ำเมือก  
 ๓๖๓๙. mucitis, mucositis เยื่อเมือกอักเสบ  
 ๓๖๔๐. mucocele ถุงน้ำเมือก  
 ๓๖๔๑. mucocolpos เมือกคั่งในช่องคลอด  
 ๓๖๔๒. mucoid คล้ายเมือก, คล้ายมูก  
 ๓๖๔๓. mucolytic ละลายเมือก, ทำลายเมือก  
 ๓๖๔๔. mucopurulent เมือกปนหนอง  
 ๓๖๔๕. mucosa เยื่อเมือก  
 ๓๖๔๖. mucous เกี่ยวกับเมือก, คล้ายเมือก, หลั่งเมือก  
 ๓๖๔๗. muliebrity อิตถีเพศ  
 ๓๖๔๘. multi-articular เกี่ยวกับข้อหลายข้อ  
 ๓๖๔๙. multicellular ซึ่งมีหลายเซลล์  
 ๓๖๕๐. multifid หลายแฉก  
 ๓๖๕๑. multiform หลายรูป  
 ๓๖๕๒. multigesta, mutigravida หญิงมีครรภ์เกินหนึ่งครั้ง
๓๖๕๓. multi-infection การติดเชื้อหลายชนิด  
 ๓๖๕๔. multilobar มีหลายกลีบ  
 ๓๖๕๕. multilobular มีหลายกลีบย่อย  
 ๓๖๕๖. multilocular มีหลายช่อง, มีหลายห้อง  
 ๓๖๕๗. multinodular มีหลายปุ่ม  
 ๓๖๕๘. multiparous ซึ่งตั้งครรภ์หลัง ๆ  
 ๓๖๕๙. multiple หลายทบ  
 ๓๖๖๐. mumps โรคคางทูม  
 ๓๖๖๑. mumps, single โรคคางทูมข้างเดียว  
 ๓๖๖๒. mural แห้งผนัง  
 ๓๖๖๓. murine เกี่ยวกับหนู  
 ๓๖๖๔. murmur เสียงพู่  
 ๓๖๖๕. mussitation การทำปากหมุบหมิบ  
 ๓๖๖๖. mute เป็นใบ้, ไม่มีเสียง  
 ๓๖๖๗. mute, deaf คนหนวกใบ้  
 ๓๖๖๘. mutism ความเป็นใบ้  
 ๓๖๖๙. mycologist นักวิทยาเชื้อรา  
 ๓๖๗๐. mycology วิทยาเชื้อรา  
 ๓๖๗๑. mycophage ตัวทำลายเชื้อรา  
 ๓๖๗๒. mycosis โรค (เกิดจาก) เชื้อรา  
 ๓๖๗๓. mycostasis การระงับเชื้อรา  
 ๓๖๗๔. mycostat สิ่งระงับเชื้อรา  
 ๓๖๗๕. mycotic เกี่ยวกับโรคเชื้อรา  
 ๓๖๗๖. mycterix เกี่ยวกับโพรงจมูก  
 ๓๖๗๗. mycteroxerosis โพรงจมูกแห้ง  
 ๓๖๗๘. mydriasis ช่องม่านตาขยาย  
 ๓๖๗๙. mydriatic ขยายช่องม่านตา  
 ๓๖๘๐. myectomy การตัดกล้ามเนื้อ  
 ๓๖๘๑. myectopia, myectomy กล้ามเนื้อเคลื่อน  
 ๓๖๘๒. myel ไขสันหลัง  
 ๓๖๘๓. myelalgia อาการปวดไขสันหลัง  
 ๓๖๘๔. myelanolosis ไขสันหลังเหี่ยว  
 ๓๖๘๕. myelatrophy ไขสันหลังฝ่อลีบ  
 ๓๖๘๖. myelitis ไขสันหลังอักเสบ, ไขกระดูกอักเสบ  
 ๓๖๘๗. myelitis, acute ไขสันหลังอักเสบปัจจุบัน  
 ๓๖๘๘. myelitis, ascending ไขสันหลังอักเสบ

๓๖๘๖. myelitis, cavitory ไขสันหลังอักเสบมีโพรง
๓๖๘๗. myelitis, cervicalis ไขสันหลังส่วนคออักเสบ
๓๖๘๘. myelitis, chronic ไขสันหลังอักเสบเรื้อรัง
๓๖๘๙. myelitis, compression ไขสันหลังอักเสบถูกบีบ
๓๖๙๐. myelitis, concussion ไขสันหลังอักเสบกระทบกระเทือน
๓๖๙๑. myelitis, descending ไขสันหลังอักเสบลามลง
๓๖๙๒. myelitis, diffuse ไขสันหลังอักเสบแพร่กระจาย
๓๖๙๓. myelitis, disseminated ไขสันหลังอักเสบหลายจุด
๓๖๙๔. myelitis, focal ไขสันหลังอักเสบเฉพาะจุด
๓๖๙๕. myelitis, hemorrhagic ไขสันหลังอักเสบตกเลือด
๓๖๙๖. myelitis, sclerosing ไขสันหลังอักเสบแข็ง
๓๖๙๗. myelitis, traumatic ไขสันหลังอักเสบบาดเจ็บ
๓๗๐๑. myeloma เนื้องอกไขกระดูก
๓๗๐๒. myeloparalysis, myeloplegia อัมพาตไขสันหลัง
๓๗๐๓. myelopathic เกี่ยวกับโรคไขสันหลัง
๓๗๐๔. myelopathy โรคไขสันหลัง
๓๗๐๕. myelophthisis ไขสันหลังเหี่ยว
๓๗๐๖. myelorrhagia การตกเลือดในไขสันหลัง
๓๗๐๗. myelorrhaphy การเย็บซ่อมไขสันหลัง
๓๗๐๘. myelosclerosis ไขสันหลังกระด้าง
๓๗๐๙. myelosophilosis ซึ่ฟีลิสไขสันหลัง
๓๗๑๐. myitis กล้ามเนื้ออักเสบ
๓๗๑๑. myo-atrophy กล้ามเนื้อฝ่อลีบ
๓๗๑๒. myocardiac, myocardial เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ
๓๗๑๓. myocarditis กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
๓๗๑๔. myocardium กล้ามเนื้อหัวใจ
๓๗๑๕. myocelitis กล้ามเนื้อท้องอักเสบ
๓๗๑๖. myoclonus กล้ามเนื้อกระตุกรั่ว
๓๗๑๗. myodegeneration กล้ามเนื้อเสื่อมโทรม
๓๗๑๘. myodiastasis กล้ามเนื้อฉีกแยก
๓๗๑๙. myofibril, myofibrilla เส้นใยฝอยกล้ามเนื้อ
๓๗๒๐. myograph เครื่องบันทึกกล้ามเนื้อหดตัว
๓๗๒๑. myomalacia กล้ามเนื้อนุ่ม
๓๗๒๒. myometritis กล้ามเนื้อมดลูกอักเสบ
๓๗๒๓. myometrium กล้ามเนื้อมดลูก
๓๗๒๔. myoneural เกี่ยวกับกล้ามเนื้อร่วมประสาท
๓๗๒๕. myoparalysis, myoparesis อัมพาตกล้ามเนื้อ
๓๗๒๖. myopathia, myopathy โรคกล้ามเนื้อ
๓๗๒๗. myopathic เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อ
๓๗๒๘. myopia สายตาสั้น
๓๗๒๙. myopic ชึ่งสายตาสั้น
๓๗๓๐. myoplasty ศัลยกรรมตกแต่งกล้ามเนื้อ
๓๗๓๑. myorrhaphy การเย็บซ่อมกล้ามเนื้อ
๓๗๓๒. myorrhexis กล้ามเนื้อฉีกขาด
๓๗๓๓. myosalgia การปวดกล้ามเนื้อ
๓๗๓๔. myosalpinx กล้ามเนื้อหลอดมดลูก
๓๗๓๕. myosclerosis กล้ามเนื้อกระด้าง
๓๗๓๖. myosis ช่องม่านตาหดเล็ก
๓๗๓๗. myositis กล้ามเนื้ออักเสบ
๓๗๓๘. myospasm กล้ามเนื้อหดเกร็ง
๓๗๓๙. myosuture การเย็บกล้ามเนื้อ
๓๗๔๐. myotome มีดผ่ากล้ามเนื้อ
๓๗๔๑. myringa, myrinx เยื่อแก้วหู
๓๗๔๒. myringectomy, myringodectomy การตัดเยื่อแก้วหู
๓๗๔๓. myringitis เยื่อแก้วหูอักเสบ
๓๗๔๔. myringoplasty การเย็บซ่อมเยื่อแก้วหู
๓๗๔๕. myringorrhexis เยื่อแก้วหูแตก
๓๗๔๖. myringoscope กล้องตรวจเยื่อแก้วหู
๓๗๔๗. myringotomy การผ่าเยื่อแก้วหู

๓๓๕๘. myxoid คล้ายเมือก, คล้ายมูก  
 ๓๓๕๙. nanism สภาวะแคระ, แกรีน  
 ๓๓๕๐. nanocephalia, nanocephaly หัวเล็ก  
 เกินส่วน  
 ๓๓๕๑. nanocephalous ซึ่งหัวเล็กเกินส่วน  
 ๓๓๕๒. nanocormia ลำตัวเล็กเกินส่วน  
 ๓๓๕๓. nanoid, nanous แคระ  
 ๓๓๕๔. nanomelous ขาแขนเล็กเกินส่วน  
 ๓๓๕๕. nanosomus, nanus คนแคระ  
 ๓๓๕๖. nape ต้นคอ, หลังคอ  
 ๓๓๕๗. narcohypnia อาการชาเมื่อดึมนอน  
 ๓๓๕๘. narcomania บ้าอยากชาเสพติด, บ้าอยาก  
 เหล้า  
 ๓๓๕๙. narcose, narcous ง่วงงัน, ง่วงซึม  
 ๓๓๖๐. narcotic ขาง่วงซึม  
 ๓๓๖๑. naris รูจมูก  
 ๓๓๖๒. nasitis จมูกอักเสบ  
 ๓๓๖๓. nasobronchial จมูกร่วมหลอดลม  
 ๓๓๖๔. nasolabial จมูกร่วมริมฝีปาก  
 ๓๓๖๕. nasonnement เสียงขึ้นจมูก  
 ๓๓๖๖. naso-oral จมูกร่วมปาก  
 ๓๓๖๗. nasopalatine จมูกร่วมเพดานปาก  
 ๓๓๖๘. nasopharynx โพรงจมูกร่วมคอหอย  
 ๓๓๖๙. nasopharyngeal จมูกร่วมคอหอย  
 ๓๓๗๐. nasus จมูก  
 ๓๓๗๑. natal เกี่ยวกับการเกิด, เกี่ยวกับกัน  
 ๓๓๗๒. natality อัตราการเกิด  
 ๓๓๗๓. nates ก้น  
 ๓๓๗๔. natimortality อัตราตายคลอด  
 ๓๓๗๕. nausea gravidarum อาการแพ้ท้อง  
 ๓๓๗๖. nausea marina, navalis อาการเมา  
 คลื่น  
 ๓๓๗๗. nauseant ชวนคลื่นไส้, สิ่งทำให้คลื่นไส้  
 ๓๓๗๘. nauseate ทำให้คลื่นไส้  
 ๓๓๗๙. nauseous ชวนคลื่นไส้, ชวนชยะแซง  
 ๓๓๘๐. navel สะดือ  
 ๓๓๘๑. navicular รูปเรือ  
 ๓๓๘๒. near-sight สายตาสั้น  
 ๓๓๘๓. near-sighted ซึ่งสายตาสั้น  
 ๓๓๘๔. near-sightedness สภาพสายตาสั้น  
 ๓๓๘๕. nebulization การพ่นเป็นหมอก, การ  
 รักษาด้วยยาพ่นหมอก  
 ๓๓๘๖. nebulizer เครื่องพ่นหมอก  
 ๓๓๘๗. neck, uterine, neck of the womb  
 คอมดลูก  
 ๓๓๘๘. necrencephalus สมองนม  
 ๓๓๘๙. necrologist นักสถิติการตาย  
 ๓๓๙๐. necrology สถิติการตาย  
 ๓๓๙๑. necrophobia โรคกลัวความตาย, โรค  
 กลัวศพ  
 ๓๓๙๒. necropsy การตรวจศพ  
 ๓๓๙๓. necrose ตายเฉพาะส่วน  
 ๓๓๙๔. necrosis การตายเฉพาะส่วน  
 ๓๓๙๕. necrotic ซึ่งตายเฉพาะส่วน  
 ๓๓๙๖. necrotizing ทำให้ตายเฉพาะส่วน  
 ๓๓๙๗. neophilism โรคชอบของใหม่แปลก  
 ๓๓๙๘. neophobia โรคกลัวของใหม่  
 ๓๓๙๙. neoplasm เนื้องอก  
 ๓๔๐๐. neoplastic เกี่ยวกับเนื้องอก

# แผนกข่าว



## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๑๕๐	๑,๘๔๘	๑,๘๗๓	๑,๘๐๑	๓,๖๗๓	๖๕๑	๑๒,๕๕๖
	เก่า	๕,๕๐๗	๓,๒๗๖	๓,๕๑๕	๒,๖๖๕	๖,๐๒๕	๘๘๖	๒๒,๒๘๒
	รวม	๘,๖๕๗	๕,๑๒๔	๕,๓๘๘	๔,๔๖๖	๙,๖๙๘	๑,๕๓๗	๓๔,๘๓๘
ใน		๓๐๕	๔๐๗	๑,๖๐๔	๒๐๖	๘๐๕	-	๓,๓๓๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๖๐, จักษุฯ ๕๐๘, สูติ-นารีฯ ๗๑๖, รวม ๑,๗๘๔ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๕๕, หญิง ๕๕๒, รวม ๑,๑๐๗. คลอดตาย, ชาย ๕, หญิง ๑๔, รวม ๑๙.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๓๖ คน (๗.๐๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๔ ราย (๓๕.๘๓ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๕ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๗๘ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๔๕ ครั้ง, รวม ๗๘๒ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๐๖๔ คน, รักษาใหม่ ๖๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๐๒๒ คน. ระเบิดรักษา ๑๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ คน, ไดอะเทอร์มีอี รักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๐ คน. ระเบิดไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๗๕ คน. - โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๒๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๑ คน.

๗. แผนกสูรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๒๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๐๗๓ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๔ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๘๕๑ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๔๒๐ ราย (จากภายนอก ๑๕๕ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๕ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น - ราย. วัชเชอร์แมน และคาห์น ๒,๔๕๐ ราย. หมู่มเลือด ๑๕๕ ราย. นับเม็ดเลือด ๒ ราย. วัตสันโกลบิน ๑๑ ราย. ตรวจความแปรปรวนของเม็ดเลือด - หาเชอปปักตร์ - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๕, อูจจาระ -, บีสสวาระ ๑๑, เสมหะ และอื่น ๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๕๐๖, อูจจาระ ๑๒๗, บีสสวาระ ๑๑๖, น้ำไขสันหลัง ๓๘, เสมหะ และอื่น ๆ ๗๑๓. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๕. มีดัสตัวทดลอง ๑๒. เพาะเชอบิด ๑๐. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๗. การทดสอบเซ็นซิวิตีตี้ - การทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๒๔ ราย, การตรวจหาเวลาของโปรทอมบีน ๒๐ ราย, การตรวจวิธีคัมบ์ ๖ ราย, การตรวจอาร์.เอช. ๓ ราย, การตรวจวิธีฟอลบินเนล ๓๐ ราย, ตรวจศพนิติเวช ๔๔ ราย. ตรวจของกลาง ๑๐ ราย. ตรวจวิเคราะห์นิติเวช ๓๒. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๔๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะห้อง ๓๐. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๑๐. เจาะน้ำช่องปอด ๕. อัลดรมเข้าช่องปอด ๑. อัลดรมเข้าช่องท้อง ๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๑. ฉีดยาทั่วไป ๑,๕๔๗. ฉีดยาซีซีฟิลิส ๔๖. ฉีดยาเบาหวาน ๑,๗๐๕. คลินิก วัณโรค ๒๗๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๐๓. ถอนฟัน ๘๕๑. อุดฟัน ๒๓๕. ผ่าตัดช่องปาก ๕๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนธันวาคม ๒๕๐๕ ณ ห้องปาฐกถาของแผนกพยาธิวิทยา ๒ ครั้ง คือ:

(๑) วันศุกร์ ที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๐๕ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น., ๑. เรื่องที่น่าสนใจ: “พิษจากพาราไอออน”, น.พ. ทรงฉัตร โทษยานนท์ แห่งหน่วยนิติเวชวิทยา, แผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ. ๒. เรื่อง “เลือดออกในสมองเพราะขาดเอนไซม์”, น.พ. วิฑูรย์ อังประพันธ์ แห่งแผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ.

(๒) วันศุกร์ ที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๐๕ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่องที่น่าสนใจ: “โรคตับในเด็กที่รับไว้ใน โรงพยาบาลศิริราช (การศึกษาทางคลินิกและพยาธิวิทยาของไฮเออพิซัยจากตับ)”, น.พ. สมโพธิ พุกกะเวส แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์และ น.พ. อนุกรมประวิทย์แห่งแผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ

### ข่าวอาจารย์

ประชุมแพทย์ ในการประชุมทางวิชาการครั้งที่ ๖ ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ณ จังหวัดนครราชสีมา เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๐๕, มีอาจารย์จาก

คณะ: ได้รับอนุมัติให้ไปบรรยาย ๓ ท่านคือ: น.พ. สวัสดิ์ สกฤตไทย แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์บรรยายเรื่อง “แพทย์ไทยในปัจจุบันและอนาคต”, น.พ. อารี วัลยะเสวี แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์บรรยายเรื่อง “โภชนาการในเด็ก”, และ น.พ. ชูศักดิ์ เวชแพศย์ แห่งแผนกสรีรวิทยาบรรยายเรื่อง “การทดลองเก็บรักษาเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์เพอลดอันตรายจากความชื้น” (ร่วมกับ ศจ. น.พ. อวย เกตสิงห์).

### ร่วมประชุมบรรยายต่างประเทศ

ศาสตราจารย์ น.พ. อวย เกตสิงห์ ได้รับเชิญจากสำนักวิทยาศาสตร์ ขององค์การยูเนสโกให้ไปเข้าร่วมประชุมบรรยายร่วมในหัวข้อเรื่อง “สรีรวิทยาและจิตวิทยาในภูมิภาคแห่งดั่ง” ที่เมืองลัคเนา, ประเทศอินเดียมีกำหนด ๗ วัน ระหว่างวันที่ ๗ ถึง ๑๓ ธันวาคม ๒๕๐๕ โดยทุนขององค์การยูเนสโก. ศจ.น.พ. อวย เกตสิงห์ ได้นำข้อมูลเกี่ยวกับภาคอีสานไปเพื่อร่วมในการอภิปราย. หลังจากการประชุมได้เยี่ยมชมสถานกลางสำหรับการค้นคว้าสมุนไพรรักษาโรคของรัฐบาลอินเดียที่เมืองลัคเนาด้วย.

แต่ตัวหัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ ได้มี พระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้ง ศาสตราจารย์ น.พ. จิตต์ ตันตินา, อาจารย์ ในแผนกอายุรศาสตร์, ดำรงตำแหน่งหัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์, สืบแทนศาสตราจารย์ น.พ. ประเสริฐ กังสกาลย์ ซึ่งถึงแก่กรรมไปแล้ว. ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๐๕ เป็นต้นไป.

กลับจากต่างประเทศ พ.ญ. ประคัย พานิชกุล แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้เดินทางกลับจากการศึกษาที่ประเทศแคนาดา, กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๐๕ และเข้าประจำหน้าที่เรียบร้อยแล้ว.

อาคันตุกะ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน มี ศึกษแพทย์ จาก ประเทศต่างๆ มาแวะเยี่ยม แผนกศึกษวิทยาฯ คือ (๑) ๒๒ พ.ย. ๒๕๐๕ นายแพทย์เซอร์นาร์ท บี. เซอริแกน จากประเทศแคนาดา, (๒) ๒๓ พ.ย. ๒๕๐๕ นายแพทย์ไทคาสี ซาโต จากประเทศญี่ปุ่น, (๓) ๒๖ พ.ย. ๒๕๐๕ ศาสตราจารย์อาคิระคาบายาชิ จากประเทศญี่ปุ่น, (๔) ๒๖ พ.ย. ๒๕๐๕ ศาสตราจารย์โยชิยา มาซูกา จากประเทศญี่ปุ่น,

(๕) ๒๗ พ.ย. ๒๕๐๕ นายแพทย์ เบ็นจามิน เชปอาร์ก จากสหรัฐอเมริกา, (๖) ๒๘ พ.ย. ๒๕๐๕ นายแพทย์ โนเคมโป จากประเทศฟิลิปปินส์.

วันที่ ๑๓ ธ.ค. ๒๕๐๕ นายแพทย์ ลีโอเนิร์ต เจ. กรินเนล จาก โอคลาโฮมา, สหรัฐอเมริกา, และวันที่ ๑๗ ธ.ค. ๒๕๐๕. นายแพทย์ อลิวีโร สุ่มรา จากนาโกยา, ประเทศญี่ปุ่น, ได้แวะเยี่ยมแผนกศึกษวิทยาฯ. ทางแผนกได้จัดการต้อนรับและนำชมกิจการเป็นที่พอใจ.

ปาฐกถาพิเศษ เมื่อวันที่ ๒๑ ธ.ค. ๒๕๐๕ ดร. เซลโค ทอมป์, ผู้อำนวยการ สถาบันค้นคว้าชีววิทยามิททิง เมืองลึบเกิน, ประเทศเนเธอร์แลนด์, ได้มาแสดงปาฐกถาพิเศษ เรื่อง "อิทธิพลของ ฝุ่นฟ้าอากาศต่อโรคหลอดลมอักเสบและหืดหลอดลม" ต่อที่ประชุม ของ คณะ แพทยศาสตร์ฯ. การบรรยายเป็นเรื่องเกี่ยวกับสถิติการเป็นโรคดังกล่าวตามฤดูกาลต่างๆ และวิธีการรักษาโดยใช้ห้องความกดบรรยากาศต่ำซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ. ปรากฏว่าเป็นที่สนใจของผู้ฟังและมีผู้อภิปรายหลายคน.

## ข่าวพยาบาล

เดินทางกลับ (๑) น.ส. สุนันท์ บึงวรพจน์,  
ครุพยาบาล ซึ่งได้รับปริญญาตรี จากมหา-  
วิทยาลัยโคโลราโด, ไท่กลับถึงกรุงเทพฯ  
แล้วเมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๕.

(๒) น.ส. จริญญา รุ่งสุวรรณ, ครุพยาบาล  
ซึ่งได้รับปริญญาตรี จาก มหาวิทยาลัยเวย์น,  
คิทธอยต์, มิชิแกน, ไท่กลับถึงกรุงเทพฯ  
เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๐๕.

สมาคมศิษย์เก่า สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล  
ศิริราช, ซึ่งได้เริ่มตั้งขึ้นตั้งแต่ปลายปี  
๒๕๐๔ ได้กระทำพิธีเปิดย้าย สมาคมเรียบร้อย  
แล้ว เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๐๕  
เวลา ๑๒.๐๐ น., โดยมีพิธีทางศาสนา  
ตอนเช้าและถวายภัตตาหารเพล. หลังจาก  
พิธีเปิดย้ายแล้วได้รับประทานอาหารร่วมกัน,  
แล้วมีการแสดงจนถึงเวลา ๑๖.๐๐ น.

นักศึกษา เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๐๕,  
ได้มีพิธีแจกหมวกแก่นักศึกษาพยาบาลที่  
๑ จำนวน ๑๑๐ คน.

เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๐๕, น.ส.  
ระวีพร พรหมสาขา ณ สกลนคร, นักศึกษา  
อนุปริญญาพยาบาลที่ ๑ ได้รับรางวัลที่ ๒  
ประเภท ๒ ในการประกวดมารยาทประจำปี  
๒๕๐๕ ของสมาคมสตรีอาสาสมัครฯ และ  
เข้ารับรางวัลจาก สมาคมฯ ณ หอประชุม  
วัฒนธรรมเรียบร้อยแล้ว. ขอแสดงความ  
ยินดีด้วย.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม  
๒๕๐๕, คอคินทวย, ครุพยาบาลจากโรง  
พยาบาลอย่างกึ่ง, ประเทศพม่า, ได้ขอเข้า  
เยี่ยมชมและดูงานในโรงเรียนพยาบาลฯ และ  
โรงพยาบาล. ทางกรได้นำชมกิจการ  
โดยตลอด.

## ข่าวนักศึกษาแพทย์

คณะ นักศึกษา แพทย์ ศิริราช เข้าเฝ้า  
ถวายพระพร เมื่อวันที่ ๕ ธ.ค. ๒๕๐๕

ซึ่งเป็นวันเฉลิมพระชนมพรรษา, พระบาท  
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรง พระกรุณาโปรด

## ข่าวพยาบาล

เดินทางกลับ (๑) น.ส. สุนันท์ ยิงวรรณ,  
ครุพยาบาล ซึ่งได้รับปริญญาตรี จากมหา-  
วิทยาลัยโคโลราโด, ไท้กลับถึงกรุงเทพฯ  
แล้วเมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๐๕.

(๒) น.ส. จริญญา รุ่งสุวรรณ, ครุพยาบาล  
ซึ่งได้รับปริญญาตรี จาก มหาวิทยาลัยเวย์น,  
คิทธอยต์, มิชิแกน, ไท้กลับถึงกรุงเทพฯ  
เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๐๕.

สมาคมศิษย์เก่า สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล  
ศิริราช, ซึ่งได้เริ่มตั้งขึ้นตั้งแต่ปลายปี  
๒๕๐๔ ได้กระทำพิธีเปิดย้าย สมาคมเรียบร้อย  
แล้ว เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๐๕  
เวลา ๑๒.๐๐ น., โดยมีพิธีทางศาสนา  
ตอนเช้าและถวายภัตตาหารเพล. หลังจาก  
พิธีเปิดย้ายแล้วได้รับประทานอาหารร่วมกัน,  
แล้วมีการแสดงจนถึงเวลา ๑๖.๐๐ น.

นักศึกษา เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๐๕,  
ได้มีพิธีแจกหมวกแก่นักศึกษาพยาบาลที่  
๑ จำนวน ๑๑๐ คน.

เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๐๕, น.ส.  
ระวีพร พรหมสาขา ณ สกลนคร, นักศึกษา  
อนุปริญญาพยาบาลที่ ๑ ได้รับรางวัลที่ ๒  
ประเภท ๒ ในการประกวดมารยาทประจำปี  
๒๕๐๕ ของสมาคมสตรีอาสาสมัครฯ และ  
เข้ารับรางวัลจาก สมาคมฯ ณ หอประชุม  
วัฒนธรรมเรียบร้อยแล้ว. ขอแสดงความ  
ยินดีด้วย.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม  
๒๕๐๕, คอคินทวย, ครุพยาบาลจากโรง  
พยาบาลอย่างกึ่ง, ประเทศพม่า, ได้ขอเข้า  
เยี่ยมชมและดูงานในโรงเรียนพยาบาลฯ และ  
โรงพยาบาล. ทางกรได้นำชมกิจการ  
โดยตลอด.

## ข่าวนักศึกษาแพทย์

คณะ นักศึกษา แพทย์ ศิริราช เข้าเฝ้า  
ถวายพระพร เมื่อวันที่ ๕ ธ.ค. ๒๕๐๕

ซึ่งเป็นวันเฉลิมพระชนมพรรษา, พระบาท  
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรง พระกรุณาโปรด

เกล้าฯ ให้คณะนักศึกษแพทยศิริราชประ-  
 กอบด้วย กรรมการของ สพค. จำนวน ๒๐  
 คน, ในความควบคุมของอนาสาสกเข้าเฝ้า  
 ถวายพระพร ณ พระตำหนักจิตรลดารโห-  
 ชฐาน. เวลาประมาณ ๑๑.๐๐ น. เสด็จ  
 พระราชดำเนินผ่านมาถึง, อนาสาสกอ่าน  
 คำกราบบังคมทูลถวาย พระพรชัย และใน  
 โอกาสนั้น นายกส โมสร สพค. นำสมุด  
 ๑,๔๕๐ เล่ม และคินสอ ๑,๔๕๐ แท่งขึ้น

ทูลเกล้าฯ ถวาย โดยเสด็จพระราชกุศล.  
 ภายหลังเสด็จขึ้นแล้ว ทรงพระกรุณาโปรด  
 เกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนิน กลับลงมาเพื่อ  
 ประทับให้นักศึกษแพทยของหลายแห่งรวมใน  
 การฉายพระบรมฉายาลักษณ์, ได้ทรงบัญญัติ  
 สันถาร และ พระราชทานพระบรมราโชวาท  
 แก่ นักศึกษแพทยในโอกาสนั้น, นับเป็น  
 พระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นเกล้า

**บันทึกงานฉลองเจ็ดสิบสองปี (๘)**

**กิจกรรมของคณะเทคนิคการแพทย์**

(ด้วยความร่วมมือเป็นพิเศษ)

คณะเทคนิคการแพทย์ ได้ยึดสถานที่ของคณะฯ ให้ประชาชนชม และ เปิดบริการ  
 ต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ดังนี้

๑. แสดงผลงานและแผนการศึกษาของคณะฯ, สถิติการทำงานต่าง ๆ และ  
 เครื่องมือใหม่ ๆ ในห้องปฏิบัติการ.

๒. เปิดบริการ การตรวจโดยร่วมมือกับแผนกสรีรวิทยาและแผนกอายุรศาสตร์.  
 รับผิดชอบการตรวจโลหิตและซีสสาร และวัดความดันโลหิต และตรวจหัวใจด้วยเครื่อง อี.ซี.จี.  
รายได้ รวมทั้งสิ้นเก็บเงินได้ ๑๑,๘๐๘.๐๐ บาท

ความเห็น

การบริหารงาน การประสานงานไม่ดีพอและเหลื่อมล้ากัน. การเบิกของที่ใช้  
 จำเป็น, เช่นใบเสร็จรับเงิน, ไม่ได้รับความสะดวกรวดเร็วกว่าที่ควร, ในกระทงต้องใส่สำเนาเป็น

เกล้าฯ ให้คณะนักศึกษแพทยศิริราชประ-  
กอบด้วย กรรมการของ สพค. จำนวน ๒๐  
คน, ในความควบคุมของอนาสาสกเข้าเฝ้า  
ถวายพระพร ณ พระตำหนักจิตรลดารโห-  
ฐาน. เวลาประมาณ ๑๑.๐๐ น. เสด็จ  
พระราชดำเนินผ่านมาถึง, อนาสาสกอ่าน  
คำกราบบังคมทูลถวาย พระพรชัย และใน  
โอกาสนั้น นายกส โมสร สพค. นำสมุด  
๑,๔๕๐ เล่ม และคินสอ ๑,๔๕๐ แท่งขึ้น

ทูลเกล้าฯ ถวาย โดยเสด็จพระราชกุศล.  
ภายหลังเสด็จขึ้นแล้ว ทรงพระกรุณาโปรด  
เกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนิน กลับลงมาเพื่อ  
ประทัยให้นักศึกษแพทยของหลายนักร่วมใน  
การถวายพระบรมฉายาลักษณ์, ได้ทรงบัญญัติ  
สันถาร และ พระราชทานพระบรมราโชวาท  
แก่นักศึกษแพทยในโอกาสนั้น, นับเป็น  
พระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นเกล้า

## บันทึกงานฉลองเจ็ดสิบสองปี (๘)

### กิจกรรมของคณะเทคนิคการแพทย์

(ด้วยความร่วมมือเป็นพิเศษ)

คณะเทคนิคการแพทย์ ได้ยึดสถานที่ของคณะฯ ให้ประชาชนชม และ เปิดบริการ  
ต่าง ๆ ให้แก่ประชาชน ดังนี้

๑. แสดงผลงานและแผนการศึกษาของคณะฯ, สถิติการทำงานต่าง ๆ และ  
เครื่องมือใหม่ ๆ ในห้องปฏิบัติการ.

๒. เปิดบริการ การตรวจโดยร่วมมือกับแผนกสรีรวิทยาและแผนกอายุรศาสตร์.  
รับทำการตรวจโลหิตและซีสสาร และวัดความดันโลหิต และตรวจหัวใจด้วยเครื่อง ซี.ซี.จี.

รายได้ รวมทั้งสิ้นเก็บเงินได้ ๑๑,๘๐๘.๐๐ บาท

### ความเห็น

การบริหารงาน การประสานงานไม่ดีพอและเหลื่อมล้นกัน. การเบิกของที่ใช้  
จำเป็น, เช่น ใบเสร็จรับเงิน, ไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร, ในกระทงต้องใส่สำเนาเป็น

ใบเสร็จแทน, การประกาศโฆษณาไม่เป็นที่เรียบร้อย, คงจะได้เห็นว่าฟลอร์ลอยน้ำไม่มี  
ใครไป, เพราะได้ถามผู้ที่มาในงานก็ไม่มีใครทราบว่าค่าผ่านประตูขึ้นไปคนละเท่าไร, มี  
แต่มีเสียงว่าคนละ ๑๐๐ บาท, เลยทำให้ประชาชนและแม่พนักงานก็ขยาดไม่กล้าขึ้นไป.

จุดประสงค์ของงาน งานนี้เป็นงานเฉลิมฉลองที่สถานทูตแห่งนีได้จัดสถาพร  
ครบ ๗๒ ปีแล้ว แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ไม่ได้ให้โอกาสบางคณะ, เช่นคณะเทคนิคการ  
แพทย์ที่ออกมาจากศิริราชพยาบาล, มีโอกาสช่วยเท่าใดนัก. ได้สอบถามถึงการ  
ประกบทีมศิริราชก็ได้รับคำตอบว่า จะจำหน่ายให้แก่ลูกหลานศิริราชหรือผู้ทำงานในศิริราช  
มาเป็นเวลาช้านานแล้ว, ทงนถอแต่พวกที่ไต่รับราชการในคณะแพทยศาสตร์และศิริราช  
พยาบาลเท่านั้น. แต่คณะเทคนิคการแพทย์ก็อยู่ในศิริราชและทำงานให้ศิริราชพยาบาล  
เกือบ ๕๐ ปีช., นอกจากการสนองบรมพนกงานวิทยาศาสตร์เท่านั้น, แต่พนักงานและ  
ข้าราชการของคณะฯ กลับถูกกีดกันไม่ให้ลูกหลานศิริราช, ทั้ง ๆ ที่พวกอาจารย์ก็มีความ  
รู้สึกกว่าตัวเองเป็นลูกหลานศิริราช. จึงไม่น่าจะถือว่าควรมอบแต่ผู้บริหารราชการอยู่ในคณะ  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลเท่านั้น. น่าจะเผื่อแผ่ความรู้สึกอันนี้ให้แก่ผู้ร่วมทำงาน  
ให้ศิริราชบ้าง. เป็นข้อสังเกตที่น่าจะไต่รับพิจารณาในคราวจัดงานครั้งต่อไปด้วย.\*

การลงทุนจัดงาน จากการสังเกตขงเห็นมีการเหลื่อมล้ำทาง. บางแผนกก็  
ใช้เงินที่เบิกได้ไปในการแต่งร้านเกือบทั้งหมดและเหลือเงินเป็นส่วนน้อยนำส่ง. บางแผนกก็  
ส่งทั้งหมดโดยไม่ได้หักค่าลงทุนในการตกแต่งเลย, จึงเป็นเหตุให้มีการแตกต่างกัน. น่า  
จะได้มีการตกลงแบ่งเงินลงทุนในการตกแต่งกันในวงเงินเท่าใดก็ควรแบ่งให้. แล้วถ้าแผนก  
ใดตกแต่งเกินงบประมาณที่กำหนดจ่ายเงินให้แล้วก็น่าจะตกเป็นหน้าที่ของแผนกนั้นจัดหา  
เงินที่ขาดไปเอง. ไม่ควรหักเอาจากเงินรายได้จากงานนี้.

(\* หมายเหตุของบรรณาธิการ : เข้มที่กล่าวถึงนี้เป็น “เรื่องหมาย ศิษย์ศิริราช”,  
“ศิษย์ศิริราช” นี้มี ๒ ประเภท, คือ (๑) ผู้ที่ศึกษาหรือเคยศึกษาในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล,

(๒) ผู้ที่เข้ารับราชการในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลมานานพอสมควร.  
อาจารย์หรือผู้อื่นใด, จะทำงานในคณะใดก็ตาม, ถ้าศึกษาจบจากคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ย่อมมี  
สิทธิ์ให้เข้มนนี้. ผู้ใดที่ไม่ได้ศึกษาในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลก็ไม่มีสิทธิ์. ข้อนี้ไม่เกี่ยวกับการร่วม  
ช่วยการฉลอง, ซึ่งเข้าใจว่าไม่ได้มีการกีดกัน. ถ้าที่ใดเสนอมมา, ก็ยินดีรับอย่างยิ่ง, เช่นคณะเทคนิคการแพทย์  
และคณะแพทยศาสตร์ ร.พ. เชียงใหม่ เป็นต้น.)