



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๕, ฉบับที่ ๕, พฤษภาคม ๒๕๐๖	Volume 15, Number 5, May 1963.
-----------------------------------	--------------------------------

ลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุเรอริงเนอจจากการอักเสบ

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

ทองนอก นิตยสุทธิ์ พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

คนไข้หญิงไทยค้, อายุ ๓๗ ปี, มา
โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ มีก้อน
ที่ใต้ชายโครงขวา มา ๑๐ วัน. ผู้ป่วยให้
ประวัติว่า ๑ เดือนเศษก่อนนั้น, หลังจาก
คลอดบุตรคนที่ ๖ ได้ประมาณ ๕ วัน, ผู้
ป่วยรู้สึกเจ็บบริเวณท้องทางด้านขวาราว
ระดับสะดือ. ลักษณะของการเจ็บเป็นความ
รู้สึกแสบเสียวและบางครั้งรู้สึกเจ็บตึง ๆ,
แต่ไม่มีอาการเจ็บแบบปวดท้องเลยและไม่
เจ็บราวไปที่ใด. ผู้ป่วยเคยมีอาการเจ็บ
แบบนี้มาก่อน ในระหว่างตั้งครรภ์บุตรคนที่

เรื่องย่อ นิตยสุทธิ์, ทองนอก. ลำไส้เล็กส่วน
ปลายทะลุเรอริงเนอจจากการอักเสบ. รายงาน
ผู้ช่วยหนึ่งราย. สารศิริราช ๒๕๐๖ (ค.ศ.
๑๙๖๓), ๑๕ : ๒๕๕-๒๖๓.
หญิงไทยอายุ ๓๗ ปีได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง
เมื่อประมาณ ๑ ปีก่อนหน้า. ต่อมามีอาการปวด
ในท้องและพบก้อนแข็งค้ ๆ ใต้ชั้นและกด
เจ็บที่ใต้ชายโครงขวา. อาการอื่น ๆ มีเพียงเล็ก
น้อย. ในโรงพยาบาลตรวจพบหน้าท้องตึงและ
มีการเกร็งเล็กน้อยตรงเหนือก้อนซึ่งอยู่ตื้น. ผ่า
ท้องตรวจพบโอเม็นตัมหุ้มรอบก้อนซึ่งติดกับ
ผนังหน้าท้อง, มีหนองและเนื้อตายอยู่ภายใน.
เช้คชันแสดงว่าเป็นส่วนโอเลอัมที่อนปลาย, มี
การอักเสบปัจจุบันและเรอริง, และมีรูทะลุ
เรอริง.

๖, แต่เหนื่อยกว่าคราวนมาก. สองวันหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บแล้ว, ผู้ช่วยรู้สึกว่าการกำพอก่อนที่บริเวณท้องข้างขวาในระดับสะดือ. ก่อนมีขนาดเล็กลงกว่าผลเงาะเล็กน้อยและค่อนข้างกลม. ถ้ากดบริเวณก่อนรู้สึกเจ็บมากจนและบางครั้งรู้สึกเจ็บแปลยและเสย ๆ เข้าไปภายใน, แต่ไม่รุนแรงนัก. อาการเจ็บไม่แน่นอน. บางครั้งเวลารับประทานอาหารอื่ ๆ ก็เจ็บมากจนตลอดเวลาที่เจ็บมีครนเนอครนตวลเล็กน้อยเท่านั้น.

๑๐ วันก่อนมาโรงพยาบาล, รู้สึกว่าก่อนที่คำไตโตขึ้นจนขนาดเท่าผลเงาะและกดเจ็บมากจน. บางครั้งหลังจากรับประทานอาหารแล้วรู้สึกแน่นอึดอึด, เจ็บเสยและตึง มากขึ้นภายในท้องแถว ๆ ก่อน. นอกจากนั้นยังคลื่นไส้และอาเจียนเป็นบางครั้ง. โดยมากอาเจียนเอาน้ำตาลายออกมา. ไม่เคยมีเลือดออกมากด้วยเลย. อจจาระและปัสสาวะเป็นปรกติ. สองสามวันก่อนมาโรงพยาบาลการเจ็บมากขึ้นอีกจึงได้มารับการรักษา.

เกี่ยวกับประวัติอดีตปรากฏว่าประมาณ ๑ ปี ก่อนมาโรงพยาบาล, ขณะที่ตั้งครรภ์บุตรคนที่ ๖ ได้ ๓ เดือน, ผู้ช่วยได้รับ

การผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกที่ โรงพยาบาลต่างจังหวัดแห่งหนึ่ง, โดยแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคว่า "ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันพร้อมกับการทะลาระยะแรก". ผู้ช่วยไม่เคยไอเป็นเลือดและไม่เคยเป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงใด ๆ.

สามีรับราชการตำรวจและแข็งแรงดี. ผู้ช่วยมีบุตร ๖ คน. เวลานี้แข็งแรงดีทุกคน. รายได้ของครอบครัวพอใช้จ่าย.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ

๓๖.๘๐ซ., ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันเลือด ๑๔๐/๘๖ มม.ปรอท.

คนไข้รูปร่างค่อนข้างท้วม, ไม่ซีด, ไม่หายใจหอบ. ไม่มีไข้ชาน. เกินได้, แต่ทำตวงอเล็กน้อย. มีอาการเจ็บที่ท้องด้านขวาระดับสะดือ.

ระบบอาหารพย ริมฝีปากแห้ง, ลิ้นฝ้า, คอหอยและ ท่อนซิด เป็นปรกติ. หน้าท้องหนา, ไม่มีส่วนบ่งผิดปรกติในที่ใด. ไม่เห็นการเคลอนไหวของลำไส้.

คลำหน้าท้องบริเวณอื่น ๆ ไม่พบอาการท้องตึงและแข็ง. นอกจากในบริเวณท้องน้อยข้างขวาและเวยข้างขวาซึ่งมีอาการ

แข็งและตึงเมือกค่าง, มีมากที่สคอทแลนด์
 กอนแข็งขนาด ๓×๔ ซม. กอนนมผวยเรียบ,
 อยุ่บนที่บริเวณเอวข้างขวาต่ำกว่าตำแหน่ง
 ของถุงน้ำดีเล็กน้อย. มีอาการกดเจ็บ
 รุนแรงที่บริเวณกอน. ไม่แน่ว่ากอนเคลื่อน
 ไหวตามการหายใจหรือไม่. เวลาเกร็ง
 หน้าท้องรู้สึกว่ก่อก่อนได้ซัดแข็งขึ้นเล็กน้อย.
 คับ, ไตและม้าม คล้ำไม่พบ. ใน
 ระยะอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง ฮบ. ๑๑
 ก.ปช., มลค. ๔.๑ ล้าน/ล.มม., มลช.
 ๖,๘๐๐/ล.มม., โปเลียมอร์ฟ. ๗๒ ปช.,
 ลียม์ฟ. ๒๘ ปช., อูจจาระและบัสสาวะ
 ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ในการถ่ายภาพรังสี ทรวงอก คำนตรง
 และข้างใต้รายงานว่ไม่มีลักษณะโรคใน
 ปอด, และหัวใจไม่โต. ตรวจทางเดิน
 อาหารโดยกลืน ขาเรียม ได้ร้รายงานว่
 ไม่มีแผล เย็บตึก หรือรอยหว้า, ไม่พบ
 กอนในช่องท้อง.

การรักษาและการดำเนินของโรค
 ระหว่าง อยุ่โรงพยาบาลผู้ช่วยได้ร้คำสั่ง
 ให้พักผ่อนอยุ่บนเตียงตลอดเวลา. ผู้ช่วย

ไม่มีไข้, มีแต่อาเจียนเอาหน้าลายออกมา
 สามสี่ครั้งเวลาแน่นท้อง. ได้ให้ ซีโคล-
 มัยซิน เข้ากล้ำมเนอทุกวัน, วันละครึ่ง.
 ให้ วิตามิน บี รวมและอาหารไขมันต่ำ.
 เมื่อพักรักษาตัวอยุ่ได้ ๕ วันการ กดเจ็บที่
 กอนน้อยลงเล็กน้อย. การอาเจียนหายไป.
 ยังกมีแต่คลื่นไส้เล็กน้อย. จึงได้ให้ ซัล-
 ฟาธาลาโซล วันละ ๘ เม็คเพื่อเตรียมลำไส้
 ก่อนผ่าตัด. ได้ทำการผ่าตัดเพื่อตรวจดูใน
 ช่องท้องในวันที่ ๑๐ หลังจากรับไว้โดยให้
 ยาสลบ. ได้ผ่าโดยตัดเอาแผลเป็นเก่าที่
 เคยทำการตัดไส้ตั้ง จากโรงพยาบาลต่าง
 จังหวัดออก. พบว่ามี โอมันตัม มาติด
 บริเวณแผลเก่าข้าง, จึงเลาะออกจาก
 เพอริโตเนียม แผลเก่า. พบว่ามี โอลเอ็ม
 ส่วนปลายห่างจากลิ้น โอลเอโอซีกัล ประ-
 มาณ ๒๐ ซม. มาติด อยุ่กับผนังหน้าท้อง
 ตรงที่คล้ำพบกอน. ได้เลาะเอาส่วนลำไส้
 นั้นออกจากผนังหน้าท้อง และพบว่ามันหนอง
 และเนอตายอยุ่บริเวณกอน, จึงได้ข้คเอา
 เนอตายออกจนสะอาด. ส่วนของลำไส้ที่
 ติดที่กอนมีร้ทะเลและมี ไฟโบรสิส อยุ่รอบๆ
 ไซนัส นั้น, ซึ่งแข็งหนาจนไม่สามารถจะ
 เย็บตามธรรมดาได้จึงได้ ตัดเฉพาะส่วนนั้น
 ออกโดยต่อลำไส้ประสานปลาย ต่อ ปลาย,

แล้วเขียนแผลบ้กตามระเบียบ.

หลังผ่าตัดได้ใส่ หลอด ระบาย ตลอดเวลาไว้ ๒๔ ชั่วโมง. ได้ให้สารน้ำทาง หลอดเลือดไว้ ๓ วัน. ได้ให้ เพนิซิลลิน และ สเตร็ปโตมัยซิน เข้าใต้ผิวหนังเป็น แอนติไบโอติก. ใช้ไม่มีหลังผ่าตัด ๕ วัน. วันที่ ๗ หลังผ่าตัดได้ตัดไหมออกบางส่วน และตัดไหมออกหมดในวันที่ ๘ หลังผ่าตัด. แผลหายเรียบร้อยและผู้ช่วยกลับบ้านได้ใน วันนั้น.

วิจารณ์

ไอเลอัม อักเสบข้จจุบัน เป็นโรคที่ไม่ค่อยพบบ่อยนักในผู้ช่วยทาง ศัลยกรรม, เพราะประวัติของคนไข้และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน. บางรายอาจจะได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบข้จจุบัน, หรืออาจจะสงสัยว่าเป็นโรคกระเพาะลำไส้อักเสบเป็นต้น. คนไข้มักจะถูกผ่าลงไปตามแบบ “กริต ไอร์ฮ้อน”, แต่แล้วจึงเห็นว่าไส้ติ่งนั้นปรกติ. แต่มีการอักเสบอย่างข้จจุบันของ ไอเลอัม ส่วนปลาย. ฉะนั้นถ้าไส้ส่วนนี้อักเสบแดง, มีเลือดคั่งอย่างมากและบวมโดยทั่วไป. ต่อมา มีเส้นเทอริค อาจ

จะโต. ถ้าพบพยาธิสภาพดังนี้แล้วเราควรปิดหน้าท้องเสีย อย่างเดิม โดยไม่ทำอะไรต่อไป. ถึงแม้การตัดเอาไส้ติ่งออกก็ไม่ควรทำ, เพราะอาจเป็นสาเหตุให้เกิด พิศคล พิศคล่าได้, ถึงแม้ว่าศัลยแพทย์บางท่าน, เช่น Talbot (๑๙๕๘), เชื่อว่าจะเกิด พิศคล พิศคล่า เฉพาะในรายที่ ซึคัม เป็นโรคด้วยเท่านั้นก็ตาม.

บางคนเชื่อว่า ไอเลอัม อักเสบข้จจุบัน เป็นโรคเกี่ยวกับ “acute Crohn's disease” แต่ศัลยแพทย์คนอื่นก็ไม่เชื่อ เช่นนั้นเพราะ ไอเลอัม อักเสบข้จจุบันนั้นมักจะหายไปเลย โดยไม่เป็นอีก, และไม่มีอาการอีกเลย, ซึ่งต่างกับโรค ไครห์น ซึ่งมักจะมีโรคกลับเสมอ ๆ.

Meyer (๑๙๖๐) เชื่อว่า ไอเลอัม อักเสบข้จจุบัน และเรอรวงนั้น เป็นคนละโรคกัน. ในการสำรวจรายงานคนไข้พบมีเพียง ๑๘ ๒๗. ของคนไข้เท่านั้นที่มีโรคกลับ. ในโรค ไอเลอัม อักเสบเรอรวงมีการบวมเพียงในชั้น ซึคัม โคซ่า ตั้งแต่ใน ระยะแรก, แต่ในการอักเสบข้จจุบันนั้นจะมีการอักเสบหมดตั้งแต่เริ่มเป็นเลยทีเดียว. ใน เอ็นเทอโรติส เฉพาะ ส่วน อย่างแท้ มีอาการเล็กน้อย ๆ นาน เป็นเดือน ๆ หรือ

เป็นขี้แล้ว มีการกำเริบขึ้นเป็นครั้งคราว (Armitage และ Wilson, ๑๙๕๐). ฉะนั้น ถ้าคนไข้รายใดที่ไม่มีประวัติของโรคมาก่อนเลยจึงควรเป็น ไอเลอิม อักเสบปัจจุบัน. Armitage และ Wilson เชื่อว่า ไอเลอิม อักเสบปัจจุบันมี ๒ อย่าง คือ :

๑) พวกที่เป็นโดยไม่มีเชื้อจำเพาะ (น็อนสเปซิฟิค) และหายเองได้.

๒) พวกที่มีประวัติของอาการท้องเดิน หรือ อาการไม่สบายทางท้องมาก่อน, พวกนี้เป็นโรค ไครห์น ปัจจุบัน.

โรค ไครห์น ที่ตรงเขย มักจะเป็นในคนหนุ่มสาว. มีการทะลุของลำไส้จากโรคนี้. ในเด็กมีน้อย, เช่นคนไข้ที่ เมโยคลินิก ๑๗๘ ราย, เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า ๑๐ ขวบอยู่ ๓ รายเท่านั้น.

Talbot (๑๙๕๘) ได้รายงานว่ ไอเลอิม อักเสบปัจจุบัน อาจเกิดได้ ในเด็ก. เพราะฉะนั้นในคนไข้เด็ก, ถ้าไม่มีลักษณะแสดงว่าโรคกลับแล้ว เราควร จะคิดว่าเป็น ไอเลอิม อักเสบปัจจุบัน มากกว่า โรค

ไครห์น.

สำหรับคนไข้ทรายนัน, จากผลของการอ่าน เซ็คชั่น พบว่าเป็น ไอเลอิม อักเสบปัจจุบัน และเรอริงชนิด น็อนสเปซิฟิค และมีการทะลุเรอริงท ไอเลอิม ส่วนปลาย; ซึ่งเราพบติดกับผนัง หน้าท้องที่บริเวณเอวข้างขวา, เป็นกรณีที่เราไม่ค่อยได้พบในข้างเรา. จึงหวังว่าจะเป็นที่น่าสนใจ.

สรุป

ได้รายงานคนไข้หญิงอายุ ๓๗ ปี. มีก้อนในท้องหลังจากการผ่าตัดไส้ติ่ง. ก่อนโตช้าๆ, ขนาดไม่ใหญ่, กดเจ็บ. อาการอื่น ๆ ที่สำคัญ มีเพียง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นครั้งคราว. การตรวจร่างกายและตรวจทางรังสีไม่ให้ผลชัดเจนอย่างใด. เมื่อทำการผ่าตัดจึงพบว่าก้อนเกิดจาก ไอเลอิม ส่วนปลาย มาติดกับของ เย็บแผลหน้าท้อง, มีการทะลุเรอริง, มีหนองและเนอตาย. หลังจากตัดและต่อลำไส้แล้ว คนไข้หายเป็นปรกติ.

(Summary of the preceding Report)

CHRONIC PERFORATION OF TERMINAL ILEUM
SUBSEQUENT TO ILEITIS

Report of one Case

Thong-Nok Nityasuddhi, M.B.

(Dept. of Surgery)

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

A Thai woman aged 37 had had an appendectomy at a provincial hospital about one year previously while pregnant. Shortly after delivery she began to notice pain in the abdomen, later complicated by the development of a growing, tender mass. There were only slight accompanying symptoms. Some rigidity and guarding were detected over the mass, 3 by 4 cm. as palpated, which lay rather superficially in the

right hypochondrium and was not detectable by roentgenography. Laparotomy revealed that the mass was made up of a part of the terminal ileum wrapped in omentum, adhering to the anterior abdominal wall and containing pus and necrotic tissue, showing at one point a perforation surrounded by fibrosis. Section of the resected mass revealed acute and chronic ileitis with chronic perforation.

ฮัยเปอรพาราไธรอยติสกับโรคนี้ในปัสสาวะ

สนอง อุณาคุล, พ.บ., พ.ด., M.S. (Minnesota)

(แผนกสรีรวิทยา)

Ivar Sandström (51) ขณะศึกษาวิชา แพทย์อยู่ที่มหาวิทยาลัยฮาลา เป็นคนแรกทพบและตั้งชื่อต่อม พาราไธรอยด์ เมื่อปี ๑๘๘๐. ในปี ๑๘๘๑ von Recklinghausen (49) ได้บรรยายถึงโรคกระดูกที่เป็นโพรงหรือมี ซีสต์ อยู่ภายใน และให้ชื่อว่า "osteitis fibrosa cystica" กัยทั้งได้ทำการตรวจศพผู้ช่วยเหล่านี้ ๑๖ ราย. พบว่ารายหนึ่งเป็นมะเร็งของต่อม พาราไธรอยด์. ในปีเดียวกันนี้ Gley (26) นักสรีรวิทยาชาวฝรั่งเศส ได้กล่าวถึงอาการชักแบบ เตตระนีย์ ในผู้ป่วยที่เขาทำการผ่าตัดต่อมไธรอยด์ และบังเอิญตัดเอาต่อม พาราไธรอยด์ ออกไปด้วย. ในปี ๑๙๐๔ Askanazy (7) ได้รายงานโรคของกระดูกหลายรายว่าเนื่องจากเป็นมะเร็งของต่อม พาราไธรอยด์ และพบว่ารายหนึ่งมีนิวไคไตด้วย. ต่อมาในปี ๑๙๐๘ McCallum (39) ททดลองตัดเอาต่อม พาราไธรอยด์ ในสุนัขออก, พบว่าอาการชักแบบ เตตระนีย์ ที่เกิดขึ้นเป็นผลเนื่องจาก แคลเซียม ในเลือดลดต่ำกว่าปกติ, กัยทั้งสามารถแก้การชัก

ได้โดยการฉีดเกลือ แคลเซียม ให้. ในปี ๑๙๒๕ Felix Mandl (37) แห่งกรุงเวียนนา เป็นคนแรกที่รักษาโรคกระดูกชนิดนี้โดยผล โดยการผ่าตัดเอาต่อม พาราไธรอยด์ ที่เป็น อะดีโนมา ออก. ขณะเดียวกัน Collip (16) สามารถทำน้ำสกัดต่อม พาราไธรอยด์ ของวัวโดยวิธีทพอสุมควร. เมื่อนำมาฉีดสุนัขพบว่าทำให้ แคลเซียม ในเลือดเพิ่มขึ้น, และช่วยให้สุนัขที่ตัดเอาต่อม พาราไธรอยด์ ออกแล้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้.

ในปีเดียวกันนี้ Greenwald (27) พบว่าการตัดเอาต่อม พาราไธรอยด์ ออกในสัตว์ทดลอง, นอกจาก แคลเซียม ในเลือดลดลงแล้ว, ยังทำให้ ฟอสฟอรัส ในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย, และในการทดลองฉีดน้ำสกัด พาราไธรอยด์ พบว่าสัตว์ที่ทดลองขับฟอสฟอรัส และแคลเซียม ออกมามากในปัสสาวะ. ในปี ๑๙๓๐ Barr (8) เป็นคนแรกที่ตั้งชื่อ "ฮัยเปอรพาราไธรอยติส" ซึ่งหมายถึงภาวะที่ต่อม พาราไธรอยด์ ทำงานมากกว่าปกติโดยมิได้คำนึงถึงสาเหตุ

ว่าเนื่องจากมะเร็ง หรือ ฮีเปอร์เพลเซีย. ในบันทึกอาจารย์ศิลปะศาสตร์อวโลคือพระคัลยเวทวิชญ์ เป็นคนแรกในประเทศไทยที่ได้รายงานผู้ป่วย ฮีเปอร์พาราธิรอยติสมี ๑ ราย ในวารสารการแพทย์ของอังกฤษ, จัดว่าเป็นรายที่ ๘ ของโลก. (2) ในปี ๑๙๓๔ Chute (14) ได้รายงานนิวไทดิก ๑ รายที่มสาเหตุจากเนื้องอกของต่อมพาราธิรอยติส, และได้ทำนายว่าไม่ช้าแพทย์ยโรคงจะให้เห็นความสัมพันธ์ของต่อมนกยโรคนี้นี้มากจน. ในปีเดียวกันนี้ Albright (3) ได้ถ่ายภาพรังสีของผู้ป่วยพบว่าเกิดอ แคลเซียม ตกตะกอนกระดูกกระจายอยู่ใน ทบลง ของไตหลายราย, และได้ตั้งชื่อว่า "เนโพรแคลซิโนสิส" ในปีต่อมา (4) ได้รายงานผู้ป่วย ฮีเปอร์พาราธิรอยติสมี ๒๓ ราย, ว่าเป็นนิว ๑๕ ราย มี แคลซิโนสิส ๓ ราย. มีถึง ๑๑ รายที่ไม่มีความพิการของกระดูก, และเพียง ๕ รายเท่านั้นที่มีความพิการของกระดูกโดยไม่มนิว. ในปี ๑๙๓๗ Davidson (22) ได้แนะนำโรคนี้นี้ทกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นในไตทั้งสองข้างก็, หรือที่เป็นซำบ่อยๆ ก็, ควรทำการวิเคราะห์ เซรุ่ม แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส, รวมทั้ง

วิเคราะห์ แคลเซียม ในปัสสาวะและกอนนิวด้วย.

หลังจากนั้นเป็นต้นมา ก็ได้มีรายงานการพบ แคลซิโนสิส และนิวไทดิกด้วย ฮีเปอร์พาราธิรอยติสมี เป็นจำนวนมาก. จนในปัจจุบันถือกันว่าการพบนิวไทดิกมีส่วนช่วยการวินิจฉัยโรคนี้นี้ที่สำคัญที่สุดเพราะพบได้บ่อยกว่าความพิการของกระดูก, และจากสถิติปรากฏว่า ๔ ใน ๕ ของผู้ป่วยที่เป็น ฮีเปอร์พาราธิรอยติสมี มักเป็นนิวไทดิก, แต่ก็มีได้หมายความว่าผู้ป่วยที่เป็นนิวไทดิกต้องเป็น ฮีเปอร์พาราธิรอยติสมี. ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุของโรคนี้นี้มีอยู่มากมายหลายอย่างด้วยกัน. (1)

อุปการ ผู้ป่วยที่เป็น ฮีเปอร์พาราธิรอยติสมี มีโอกาสเป็นนิวไทดิก ๗๐-๑๐๐ ปร. ดังสถิติ Burk (12) พบ ๗๐ ปร. จาก ๑๐ ราย, Cook (17) พบ ๗๘ ปร. จาก ๑๘ ราย, Black (10) พบ ๗๕ ปร. จาก ๑๑๒ ราย, Cope (18) พบ ๘๐ ปร. จาก ๖๗ ราย, Hellström (29) พบ ๘๐ ปร. จาก ๗๐ ราย, Albright (6) พบ ๘๑ ปร. จาก ๖๔ ราย, Chute (15) พบ ๘๔ ปร. จาก ๓๖ ราย และ Richardson (50) พบ ๑๐๐ ปร. จาก ๑๑ ราย.

โดยทั่วไปแล้วปรากฏว่า โรคนี้ใน
ไทม์สาเหตุจาก ฮัยเปอร์พาราธัยรอยติสมี
๒-๘ ปช. ดังสถิติ: Cook⁽¹⁷⁾ พย ๑.๖๕
ปช. จากนี้ ๘๕๐ ราย, Hellström⁽²⁹⁾
พย ๓ ปช. จากนี้ ๗๖๖ ราย, Chute⁽¹⁵⁾
พย ๓ ปช. จากนี้ ๑๒๐๐ ราย, Fetter⁽²⁴⁾
พย ๓.๕ ปช. จากนี้ ๑๗๒ ราย,
Albright⁽⁶⁾ พย ๕ ปช. และ Beard⁽⁹⁾
พย ๘ ปช. จากนี้ ๑๕๐ ราย.

Hellström⁽²⁹⁾ ได้ให้ความเห็นว่า สถิติ
ที่แตกต่างกันมากนี้ เป็นไปได้ว่าโรงพยา-
บาลแต่ละแห่งอาจให้ความสนใจหรือค้น
คว้าละเอียดต่างกัน, ดังเช่นที่โรง-
พยาบาลซึ่งเขาทำงานอยู่คือ โรงพยาบาล
คาโรลินสกา กรุงสต็อกโฮม, แต่ก่อนไม่
ได้ทำการค้นคว้าอย่างละเอียดก็พบน้อย,
แต่ในระยะหลังนี้ได้ทำการศึกษาระเอียดก็
พบจำนวนมากจน ดังสถิติ

ปี	จำนวนผู้ป่วยนี้	ฮัยเปอร์พาราธัยรอยติสมี	จำนวน เบอร์เซนต์
๑๙๔๐-๑๙๔๕	๖๓๑	๔	๐.๗
๑๙๔๕-๑๙๔๙	๖๘๖	๒	๐.๓
๑๙๕๐-๑๙๕๔	๗๖๖	๒๒	๓.๐

Harrison⁽²⁹⁾ ได้รวบรวมนี้ว่าชนิดที่
ประกอบด้วย แคลเซียม ในระยะ ๔ ปีครึ่ง

ที่โรงพยาบาล เซนต์ฟิลลิป ๒๕๒ ราย ได้
ให้การวินิจฉัยว่าเนื่องจาก ฮัยเปอร์พารา-
ธัยรอยติสมี ๒๕ ราย (๘.๖ ปช.) และ
พิสูจน์ได้ด้วยการผ่าตัด ๒๒ ราย. ปรากฏ
ว่าเป็นผู้หญิง ๑๓ รายและผู้ชาย ๙ ราย,
มีอาการของนูนานตงแต่ ๓ สัปดาห์จนถึง
๒๗ ปี, จึงได้แนะนำว่าน่าที่ประกอบด้วย
แคลเซียม ทกรายพึงสังวรณไว้ว่า อาจ
เนื่องจาก ฮัยเปอร์พาราธัยรอยติสมี ได้.

นอกจากนี้ Mortensen⁽⁴⁴⁾ ได้รายงาน
ผู้ป่วยที่ เเนโพรแคลซีโนสิส ๔๑ ราย ว่า
มีสาเหตุเนื่องจาก ฮัยเปอร์พาราธัยรอย-
ติสมี ๔๒ ปช., วินล์ อะซีโตสิส ๑๕ ปช.
และ พัยอโลเนไฟรติส เรอริง ๑๕ ปช. แต่
Pyrah⁽⁴⁷⁾ พบว่าสาเหตุของ เเนโพรแคล-
ซีโนสิส (๗๖ ราย) ที่พบบ่อยคือ ไอติโอ-
แพริค ๒๓ ปช., วินล์อะซีโตสิส ๑๕ ปช.,
และ ฮัยเปอร์พาราธัยรอยติสมี ๑๑ ปช.
อย่างไรก็ดี ผู้รายงานได้กล่าวไว้ว่า ถ้ามี
รายที่ไม่ได้พิสูจน์ด้วยการผ่าตัดซึ่ง เซอร์ม
แคลเซียม สูงด้วยแล้ว จำนวนของ ฮัย-
เปอร์พาราธัยรอยติสมี คงจะสูงกว่านี้มาก.

ชนิดของนี้ Hellström⁽²⁹⁾ พบว่าเป็น
แคลเซียม ฟอสเฟต อย่างเดียว ๑๒ ราย.

แคลเซียม ฟอสเฟต รวมกับ แคลเซียม ออกซาเลท ๑๖ ราย แคลเซียม ออกซาเลท อย่างเดียว ๕ ราย. ในจำนวนนี้มีอยู่ ๑๓ รายที่มี ทริเบต ฟอสเฟต รวมด้วย, เนื่องจากมีโรคติดเชื้อของระบบทางเดิน ยัสสาวะควบ.

Keating (31) รายงานว่า ๓ ใน ๔ ของ นิ้วประกอบด้วย แคลเซียม ออกซาเลท ที่ เหลือเป็น แคลเซียม ฟอสเฟต และ แคลเซียม คาร์บอเนท. Chute (15) พบว่าส่วน ใหญ่ของนิ้วเป็น แคลเซียม ฟอสเฟต.

การเกิดนิ้วซ้ำ Hellström (29) รายงานผู้ บ่วย ฮัยเปอร์พาราไธรอยติสมี ที่เป็นนิ้ว ๓๔ ราย ซึ่งได้ทำการผ่าตัดนิ้วรวมกัน แล้ว ๖๔ ครั้งดังนี้

	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนครั้งของการผ่าตัด
ผ่าตัด ๑ ครั้ง	๑๔	๑๔
๒	๑๔	๒๘
๓	๓	๙
๔	๒	๘
๖	๑	๖
รวม	๓๔	๖๕

Kretschmer (32) ได้เล่าถึงผู้ป่วยราย หนึ่งว่า ในระยะ ๗ ปีได้รับการตรวจด้วย

ซีรียส์โตสโคปี่ ๗๕ ครั้งและถ่ายรังสี เอกซ์ ๓๐๐ ครั้ง และเคยได้รับการผ่าตัดคั นิ้วในไตและในท่อไตถึง ๓ ครั้งภายใน ๑๐ วัน. หลังผ่าตัดแล้วก็ยังมีการปวดชนิด รันล โคลิค กว่า ๒๐ ครั้ง. เมื่อรับเข้าไว้ ในโรงพยาบาลวิเคราะห์ เซอร์ม แคลเซียม ใต้ ๑๖.๓ มก. ปช., ฟอสฟอรัส ๒.๖ มก. ปช. เอกซเรย์ พบนิ้วในไตทั้งสองข้าง และในท่อไตอีกอันหนึ่งด้วย. ทดสอบคล่า พบต่อม พาราไธรอยด์. แสดงว่าผู้ป่วย รายนี้ได้รับการทรมาณอย่างที่สุด, กว่าจะ ทรายว่าสาเหตุเนื่องจาก ฮัยเปอร์พาราไธ รอยติสมี.

Boyce (11) ในการตรวจผู้ป่วยนิ้วในไต ที่เป็นซ้ำบ่อย ๆ ๕๐ ราย พบว่าสาเหตุ หนึ่ง จาก โรคติดเชื้อของ ระบบทางเดิน ยัสสาวะ ๔๘ ปช, ฮัยเปอร์แคลเซียมเรีย ที่ หาสาเหตุไม่ได้ ๒๔ ปช, เมตะบอลิซึม ผิดปกติ ๑๖ ปช. และ ฮัยเปอร์พาราไธ รอยติสมี ๑๒ ปช.

McGeown (40) ได้รายงานไว้ใน เบลฟาสท์ (อังกฤษ) ได้พยายามหา ฮัย- เปอร์พาราไธรอยติสมี ตั้งแต่ปี ๑๙๕๕ โดยได้ตกลงกันในหลักการว่า ในรายที่แม่ การตรวจทางชีวเคมีเพียงแต่สงสัย ก็ให้ทำ

การผ่าตัดคอต่อม พาราธิรรอยด์, ทงนโคโย
 คำนงถงผลรายของ ฮัยเปอร์แคลเซเมีย,
 อันตรายต่อไต, และการเกิดนิ้วงาไค้บ่อยๆ
 ว่าอันตรายมาก, คุ่มค่ากัการผ่าตัดซึ่ง
 ไม่ลำบากอะไรนัก. จากการผ่าตัดเอาต่อม
 ออก ๕๕ ราย ปรากฏว่าเป็น อะคีโนมา
 ๔๑ ราย, ไพรมารีย์ ฮัยเปอร์เพลเซีย ๒๒
 ราย. ไม่พบการผิดปกติของต่อมแต่ได้ผล
 ในค่านเคมเลือดและอาการ ๕ ราย, ไม่
 ได้ผล ๒๓ ราย.

อย่างไรกัการผ่าตัดในบางรายก็มีไว้
 ของง่ายนุก, ดังที่ Robert Cox (20) ได้เล่า
 ถึงผู้ช่วยรายหนึ่งว่าเป็นนุกขนิม-แคลซ์-
 โนลิส ของไตทงสองข้างและเกิด รินล
 โคลิคขัน. ผลของการตรวจทางเคมิแสดง
 ว่าเป็นเนื้องอกของ ต่อมพาราธิรรอยด์.
 ณะนั้นผู้ช่วย จึง ใ้รับการ ผ่าตัด โดยคัลย
 แพทย์ผู้ชำนาญของกองทัพอากาศ, แต่
 ไม่พบ. ต่อมาผู้ช่วยย้ายไปอยู่ที่โรงพยาบาล
 เวสต์มินสเตอร์ และได้ถูกผ่าคอกอกครั้ง
 โดย Sir Thomas, ก็ไม่พบอกทง ๆ ที่ไค้
 เบคคท เมคอสตินมทวย. เมื่อไค้ตรวจทาง
 หองปฏิบัติการซำกัคังไค้ผลเช่นเคมิ. Sir
 Stanford Cade จึงไค้เป็นผู้ผ่าคอกเป็นครั้ง
 ที่สาม, ก็หาไม่พบอีก. ผลของการตรวจ

ทางเคมิซำกัคังคงขันนผลเช่นเคมิ. ผู้ช่วย
 ไค้ย้ายไปอยู่ที่โรงพยาบาลของ โรงเรียน
 แพทย์แห่งหนึ่งและไค้ถูกผ่าคอกเป็นครั้งทส
 โดย Davies ภายหลังการผ่าตัดทยากเย็น
 และนานถง ๔ ชั่วโมง, จึงไค้พบกอนเนอ
 งอกทางซำงซำยและค่านซำงของคอก. คค
 นุกคอกกอนเนองอกอจ เล็กมากจนทำให้
 เข้าใจผิดไปว่าเป็นกอนไซมัน ไค้ไค้โดยง่าย.
 ในรายที่พบนี้กัต้องขอความร่วมมือของ
 พยาธิแพทย์ให้คอยช่วยตรวจซันส่วนต่าง ๆ
 ที่สงสัยว่าอจเป็นกอนเนองอกในขณะททำ
 การผ่าตัดทวย.

**กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยาและพยาธิ
 วิทยาของ ต่อมพาราธิรรอยด์**

กายวิภาคศาสตร์ ต่อมพาราธิรรอยด์
 เป็นต่อมเล็ก ๆ ระบุไข่, สีเหลืองปนน้ำตาล.
 มอຍ ๒ คู่หุ้มทวยเยอ ไฟบรล, อยุคคกข
 ค่านหลังของต่อมธิรรอยด์. ขนาดอจแตก
 ต่างกันไค้มาก ๆ, มักมีขนาดยาว ๕-๗
 มม., กว้าง ๓-๔ มม., หนา ๑-๒ มม.
 และหนักรวมกันทงสัน ๐.๑-๐.๒ ก.

สรีรวิทยา ต่อมพาราธิรรอยด์ ผลิต
 สารเคมิเรยอก พาราธิรโรโมน ซึ่งเป็น

ฮอร์โมนที่ควบคุม เมตาบอลิซึม ของ แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส ในร่างกาย. (21)

ฉะนั้นจึงมีความสัมพันธ์กับ วิตามิน ดี และ กระจก. กล่าวคือเมื่อ แคลเซียม ใน เลือดลดต่ำลง, ต่อมพาราไทรอยด์ จะหลั่ง ฮอร์โมน ออกมามากขึ้น. ฮอร์โมน นี้ มีฤทธิ์กระตุ้น ออสตีโอคลาสต์, ซึ่งจะสลาย แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส ออกจาก กระจกอีกต่อหนึ่ง, และในทำนองเดียวกัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงใน เซรุ่ม ฟอสฟอรัส ไม่ว่าจะสูงขึ้นหรือต่ำลงต่อม พาราไทรอยด์ ก็หลั่ง ฮอร์โมน มากขึ้นหรือลดลงตาม ส่วนเพื่อคอยควบคุมให้ ฟอสฟอรัส ใน เลือดอยู่ในระดับคงที่, โดย ฮอร์โมน นี้ มีฤทธิ์ลดการดูดกลืนของ ฟอสฟอรัส ใน รัณล ทับ (25,33) ฉะนั้นในภาวะที่ต่อมทำงานมากเกินไป

๑. ฟอสฟอรัส มากในปัสสาวะ.

๒. มีการสลาย แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส ออกจากกระดูก, เป็นเหตุให้ กระจกเป็นโพรง, หักง่ายหรือเปลี่ยนรูปร่าง.

๓. แคลเซียม เพิ่มในเลือดและใน ปัสสาวะ.

ด้วยเหตุนี้จึงมีตะกอนของ แคลเซียม

ฟอสเฟต ใน รัณล ทับ หรือจับกันเป็นก้อน นวลได้. เกี่ยวกับการเกิดก้อน Engel (23)

อธิบายว่า นอกจาก แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส สลายจากกระดูกแล้ว, ยังมี สารที่เป็นต่างคือ กลัยโคโปรตีน ออก มาด้วย และโดยที่สารนี้มีความเหนียวจึง ช่วยให้ แคลเซียม ฟอสเฟต จับกันเข้าเป็น ก้อนได้ง่าย.

พยาธิวิทยา ในภาวะที่ต่อมทำงาน

มากเกินไปปกติซึ่งอาจเนื่องจากความพิการ ของพาราไทรอยด์เพียงต่อมเดียวหรือหลาย ต่อมก็ได้, Hellström (29) พบว่าเนื่องจาก อะดีโนมา ๘๗ ปช. และ ฮัยเปอรเพลเซีย ๑๓ ปช. อนึ่งในรายที่เป็นเนื้องอกปรากฏ ว่าเป็นกับต่อมเดียวถึง ๕๐ ปช. และมี เป็นกับต่อมล่างน้อยกว่าต่อมบนถึง ๕ เท่า.

Cope (19) ได้รายงานผู้ช่วย ฮัยเปอร พาราไทรอยติซึม ๒๐๐ ราย ว่ามีสาเหตุ ต่าง ๆ ดังนี้ :

๑. เนื้องอก

ก. อะดีโนมาของต่อมเดียว ๑๕๘ ราย (๗๕ ปช.)

ข. อะดีโนมาของหลายต่อม ๑๐ ราย (๕ ปช.)

ค. คาร์ซีโนมา ๘ ราย (๕ ปช.)

๒. ไพรมารี้อยัเปอร์เพลเซีย

ก. ซนิค วอเทอร์เคลียร์เซลล์ ๑๔ ราย (๗ ปช.)

ข. ซนิค ซีพีเซลล์ ๑๐ ราย (๕ ปช.) ซึ่งตรงกับรายงานของ Chute (15) ที่พบอะติโนมาของต่อมไคยว ๗๘ ปช. อะติโนมา ของหลายต่อม ๕ ปช. และ ฮัยเปอร์เพลเซีย ๑๗ ปช.

ที่น่าสนใจคือต่อม พาราไธรอยด์ อาจผิดปกติได้ (ฮัยเปอร์แอนด์ พาราไธรอยด์) ถึง ๒ ปช. (10) ฉะนั้นในบางราย จึงพบเนื้องอกของต่อมน้อยในเนื้อของต่อม ไธรอยด์, ต่อมฉับมีส, หรือที่เมกิสต์คนม, ศัลยแพทย์จึงจำต้องระมัดระวังในเรื่องน้อย เสมอ. อนึ่งในรายของ ฮัยเปอร์เพลเซียนอกจากจะเกิดขึ้นเองโดยตรง (ไพรมารี), มักพบได้บ่อย ๆ ในฐานที่เป็นผลของโรคอื่น (เซคันดารี), อาทิเช่นโรคเก้ทส์, ออสตีโอมาเลเซีย, โรคของไต, มะเร็งของกระดูก, และมัลติเบด มัยอิลอมา เป็นต้น. แม้การตั้งครรภตามปรกติก็เป็นเหตุให้เกิด ฮัยเปอร์เพลเซีย ได้.

Chute (15) ได้รายงานผู้ช่วยชายอายุ

๓๐ ปี รายหนึ่งซึ่งมีประวัติว่าในระยะ ๗ ปีเศษมานี้เขาเคยลงไป ๗ นิ้ว, อ่อนเพลีย และกระดูกหักง่าย, เซรั่ม แคลเซียม ๑๔.๘ มก. ปช., ฟอสฟอรัส ๓.๓ มก. ปช. ภาพเอกซเรย์แสดงว่ากระดูกเป็น โพรงและมี ซีสต์ ทั่วไป. จึงไม่มปัญหาว่าเป็น ฮัยเปอร์พาราไธรอยด์. ในระหว่าง ๖ ปีที่ผ่านมาเขาได้รับการผ่าตัด ๗ ครั้งเพื่อเอาต่อม พาราไธรอยด์ ที่พิการออก, แต่ปรากฏว่า ๖ ครั้งแรกไม่สำเร็จ, จนครั้งสุดท้ายจึงได้พบว่าอณูมะเร็งน้อยที่ เมกิสต์คนม. เมื่อผู้ช่วยเขามารักษาที่โรงพยาบาลใหม่ ๆ นั้นได้เป็นปรกติ, แต่ภายหลัง ๖ ปี ปรากฏว่ามีนิ้วและแคลซีโนสิส ในไตทั้งสองข้าง. ส่วนอีกรายหนึ่งเป็นชายอายุ ๒๖ ปีเป็นนิ้วในข้อเท้าข้างขวา, เซรั่มแคลเซียม ๑๕.๑ มก. ปช., ฟอสฟอรัส ๑.๗ มก. ปช. และมี แคลเซียม ฟอสเฟต คาสท์ ในปัสสาวะ, จึงได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น ฮัยเปอร์พาราไธรอยด์. ได้ตัดเอาต่อม พาราไธรอยด์ ที่โตผิดปกติออก ๒ ต่อม. ปรากฏว่า เซรั่ม แคลเซียม ลดลงเพียงเล็กน้อยและ ๒ ปีต่อมากลับเพิ่มอีก. จึงได้ตัดเอาต่อม ที่สามออก และ ตัดต่อมที่สี่

ออกนอกทรงหนังกว. หลังจากนั้น เซรั่ม
แคลเซียม จึงลดลงสู่ระดับปรกติ, และไม่
มีนวลอก.

ลักษณะทางคลินิก พบข้อยในผู้หญิงถึง
๗๐ ปีช. และอายุ ระหว่าง ๒๐—๖๐ ปี
(เฉลี่ย ๔๓ ปี).

ซีเปอร่าพาราธิรรอยคิสมี เป็นโรคที่
ค่อย ๆ ดำเนินไปอย่างช้า ๆ เว้นเสียแต่ใน
บางราย ที่เป็น ชนิดข้จจุบัน อาจ ขยับย่นตาย
ได้. (32, 36, 45, 52) อาการต่าง ๆ อาจ
ทะเลาะไปไคเป็นพัก ๆ แต่แล้วก็มีเป็นมาก
ขึ้น ๆ ทุกที. ส่วนมากคลำไม่พบก้อนที่
คอ, โดยที่คอมนแม่จะเป็นมะเร็งก็ยังมี
ขนาด เล็ก มาก และ อยู่ ทาง ด้านหลังของ
คอมน ซีเปอรอยค.

การวินิจฉัย อาศัยหลักสำคัญ ๆ ๔ ข้อ
ต่อไปนี้ :

๑. การเปลี่ยนแปลงที่ไต มักพบนิ่วใน
ไตหรือ เนโฟรแคลซิโนสิส ทั้งสองข้าง
และเป็นนิ่วที่เกิดช้าไ้่ง่ายโดย รวดเร็ว,
หรือ การที่ ผู้ป่วย ถ่าย เอา ก้อนนิ่ว ชนิด ที่
ประกอบด้วย เกล็ด แคลเซียม ออกมา
บ่อย ๆ. บัสสาวะจะไม่มีเชื้อโรคในชั้นต้น,

แต่เมื่อ เป็น อยู่ นาน ๆ ก็ มัก จะเป็น พยอ-
โลเนไฟรติส และไตล้มในที่สุด. ความ
ดันเลือดอาจสูงหรือไม่สูงก็ได้.

จากรายงานของ Chute⁽¹⁵⁾, Burns⁽¹³⁾,
และ Albright⁽³⁾ ปรากฏว่าในจำนวนผู้ช่วย
ซีเปอร่าพาราธิรรอยคิสมี ๔๕ ราย พบนิ่ว
ในไตทั้งสองข้างถึง ๓๕ ราย (๗๘ ปีช.)
Harrison⁽²⁸⁾ พบนิ่วในไต ทั้งสองข้าง ๑๖
ราย, ข้างเดียว ๓ ราย และ เนโฟรแคล-
ซิโนสิส ๓ ราย. ส่วน Hellström⁽²⁹⁾ ได้
รายงานชนิดของนิ่วที่พบ ๕๖ รายว่า เป็น
นิ่วในไต ๑๕ ราย, นิ่วในไตร่วมกับ แคล-
ซิโนสิส ๑๗ รายและเป็น แคลซิโนสิส
๒๐ ราย.

๒. การเปลี่ยนแปลงที่กระดูกและฟัน

มีการสลายของกระดูก, มีการปวดเจ็บ
ตามกระดูก, หรือกระดูกเป็นโพรง, หัก
ง่าย, เปลี่ยนรูปง่าย. ภาพรังสีของ
กระดูกศีรษะ, นิ้วมือและเชิงกราน, มี
ส่วนช่วยในการวินิจฉัยได้มาก. คือพบหิน
ปูนน้อยไปเป็นแห่ง ๆ, บางแห่งมี ซีสต์
ซึ่ง มีสัญญาณลักษณะสำคัญ คือ ไม่มีลักษณะ
สร้างกระดูกอยู่ในนั้นเลย. อนึ่งชั้นแข็ง
(ลามิน่าคร่า) ของกราม ก็จะหายไปด้วย.

๓. การเปลี่ยนแปลงที่กล้ามเนื้อและ

ประสาท อันเป็นผลของการที่ เมตาบอลิซึมของ แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส ผิดปรกติไป, ทำให้มีอาการอ่อนเพลียอย่างมาก, นอกจากนั้นหยอนเนื่องจากไม่มีความคงตัว, วิตามินซีของชำ, สมองของชำ, ปัญญาทบ, นอกจากนั้นของกระเพาะอาหารและลำไส้หยอน, เป็นเหตุให้มีอาการคลื่นไส้, อาเจียน, เบื่ออาหาร, ท้องผูก, ปวดท้องบ่อย ๆ ภายหลังรับประทานอาหาร, และ เป็นแผลเปื่อยของผิวหนังที่ง่าย. ฉะนั้นผู้ช่วยจะผสมลง ๆ. ผลต่อกลิมาเนอหัวใจ เป็นเหตุให้หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ, ช่วงอาร์-ที ในภาพ อ.ซี.จี. อาจลดเหลือเพียง ๐.๒๒ วินาที (ปรกติ ๐.๒๖-๐.๒๘). นอกจากนั้นยังพบว่าขี้ส้วมมากและกระหายน้ำจก่อนเป็นผลของการที่เกลือแร่ออกมาในขี้ส้วมมาก.

๔. การเปลี่ยนแปลงของเคมีเลือดและ
ปัสสาวะ

ก. เซรุ่ม แคลเซียม เพิ่ม ปรกติ ๕.๘ มก.ปช. (๕.๒-๑๐.๔). (31, 41) ในรายนี้มักพบเกิน ๑๑.๐ มก.ปช., แต่บางรายก็ไม่สูง.

Cook⁽¹⁷⁾ แนะนำ ในรายที่สงสัยควรหมั่นตรวจซ้ำบ่อย ๆ, และถ้าได้ค่าเฉลี่ยเกิน ๑๐.๕ มก.ปช. ขึ้น ไปก็ให้ระลึกรังโรคนี้ไว้. อย่างไรก็ตาม McLean⁽⁴²⁾ แนะนำว่าควรวิเคราะห์ เซรุ่มโปรตีน ควบด้วย, เพราะแม้ว่าผู้ป่วยเป็น ฮัยเปอร์พาราไธรอยติซึม แต่ถ้า เซรุ่ม โปรตีน ต่ำ, ก็ยังงผลให้ค่าของ แคลเซียม ในเลือดปรกติหรือต่ำได้. ทั้งนี้เนื่องจาก พาราไธรอมอน มีอิทธิพลต่อ แคลเซียม ชนิดที่เป็น ไอออน เท่านั้น. ส่วนที่มีอยู่ในสภาพของ ไอออน ขึ้นอยู่กับ เซรุ่ม โปรตีน.

ข. เซรุ่ม ฟอสฟอรัส อนินทรีย์ ลด ปรกติ ๓.๐-๔.๕ มก.ปช. ในคนหนุ่มสาว ๔.๐-๕.๐ มก.ปช. ในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว (เนื่องจากขาด ฮอร์โมน เอสโตรเจน) และ ๔.๕-๖.๐ มก.ปช. ในเด็ก (เนื่องจากอิทธิพลของ ฮอร์โมน กระตุ้นการเติบโต). ในรายนี้มักลดต่ำกว่า ๓.๐ มก.ปช. ในผู้ใหญ่และต่ำกว่า ๓.๕ มก.ปช. ในเด็ก. แต่ก็ต้องระวังเพราะว่าถ้าหากมีไตพิการ ควบ ด้วยแล้วจะเป็นเหตุให้ฟอสฟอรัส เพิ่ม. ดังที่ Albright⁽¹⁶⁾ ได้แสดงว่า รายหนึ่งที่เป็น อะดีโนมา ของพาราไธรอยด์ มี เซรุ่ม ฟอสฟอรัส ๔.๗

มก.ปช. ฉะนั้นจึงควรวิเคราะห์ ย้เรีย ใน เลือดควบด้วยเสมอ เพื่อตรวจ สอขความ พิการของไต.

ค. เซรุ่ม แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทส เพิ่ม ปรกติ เซรุ่ม ๑๐๐ มล. มี แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทส ๑.๕-๕.๐ หน่วย โยแคน- สกัย ในผู้ใหญ่, และ ๕-๑๒ หน่วยใน เด็ก. ในรายนี้มักเพิ่มสูง ๖.๕-๒๕ หน่วย, เนื่องจากการเพิ่มของ ออสตี- โอบลาสต์. อย่างไรก็ดี เอนไซม์นี้จะเพิ่ม ก็ต่อเมื่อมีความพิการ ของ กระดูก เกิดขึ้น มากแล้ว. ฉะนั้นถ้าไม่เพิ่มก็มีได้หมาย ความว่าจะไม่ใช่, แต่ถ้าหากว่าเพิ่มก็บนี้ ว่าจะช่วยการวินิจฉัยได้มาก.

ง. แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส ใน บัสสาวะเพิ่ม การทดสอบกระทำโดยให้ผู้ป่วย กินอาหาร ที่มี แคลเซียม ต่ำเพียง ๑๒๕ มก. ต่อวันอย่างน้อย ๓ วันก่อน แล้ว จึง เก็บบัสสาวะมาวิเคราะห์. ถ้าพบว่า แคลเซียม ในบัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมงสูงเกิน กว่า ๑๕๐ มก. หรือ ฟอสฟอรัส สูงเกิน กว่า ๕๐๐ มก. ก็จะช่วยบ่งว่าเป็น ฮัยเปอร- พาราไธรอยติซึม.

เกี่ยวกับผล ทางห้องปฏิบัติการนี้ นับว่า เชื่อถือได้มาก. ดังที่ไตกล่าวแล้วว่าผู้ บัวยรายหนึ่งได้รับการผ่าตัด ๕ ครั้งและอีก รายหนึ่ง ถึง ๗ ครั้ง เพื่อกำเริ่งของต่อม พาราไธรอยด์ ให้ได้โดยที่ผลการตรวจย่น ยันเช่นนั้น, และในที่สุดก็เป็นความจริง. อนึ่ง ศาสตราจารย์นายแพทย์ อคม โปษะภฤณะ⁽²⁾ ได้รายงาน ผู้ บัวยหญิง อายุ ๑๗ ปี, ซึ่งเป็น พาราไธรอยด์ ฮัย- โนมา. มีอาการสำคัญเกี่ยวกับกระดูก, ไม่มีนิ้วหรือ แคลซิโนสิส. เซรุ่ม แคล- เซียม ๑๓.๕, ๑๐.๕, และ ๑๒.๘ มก. ปช., ฟอสฟอรัส ๑.๕, ๓.๒, และ ๑.๕ มก.ปช., แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทส ๑๔.๓ หน่วย โยแคนสกัย/๑๐๐ มล. แคลเซียม ในบัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ๑๔๐- ๒๒๐ มก., หลังผ่าตัดลดลงเหลือ ๔๐- ๑๔๐ มก. ในรายงานนี้ท่านได้กล่าวว่า “ผลของการตรวจทางชีวเคมี จึงนำมาซึ่ง การวินิจฉัยโรคได้ถูก, แม้ว่าจะไม่มีใคร สนใจในการตรวจที่คอเลยก็ตาม.”

Miller⁽⁴³⁾ ได้รายงานผู้ บัวย ฮัยเปอร- พาราไธรอยติซึม รายหนึ่งว่า เซรุ่ม แคล- เซียม ๑๔.๗-๑๕.๓ มก. ปช., ฟอสฟอ-

รหัส ๑.๕ มก. ปช. ภายหลังผ่าตัด เซรั่ม แคลเซียม ลดลงเหลือ ๑๑.๐ และ ๕.๖ มก. ปช. ภายใน ๒ วัน, ส่วน ฟอสฟอรัส เพิ่มขึ้น ๒.๖ และ ๓.๕ มก. ปช.

Harrison (28) ได้รายงานผู้ช่วย ฮัยเปอร์พาราไธรอยติสซึม ที่เป็นนิว ๒๒ ราย ว่าไม่พบความพิการของกระดูกแม้แต่รายเดียว. ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคนี้จึงต้องตัดสินด้วยผลของการตรวจทางชีวเคมีเท่านั้น, ซึ่งบางรายก็ช่วยบอกให้ทราบแน่ชัดแต่ก็มีหลายรายที่พบว่า เซรั่ม แคลเซียม ปกติ, หนึ่ง ๆ ที่ผลของการผ่าตัดแสดงว่าเป็น ฮัยเปอร์พาราไธรอยติสซึม. (30, 35, 38) อย่างไรก็ตาม, ในภาวะเช่นนี้ยังพบน้อยกว่ารายที่ เซรั่ม ฟอสฟอรัส ปกติ, หรือ แคลเซียม ในปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมงปกติ. ฉะนั้นผลของการตรวจทางเคมีที่สำคัญที่สุดก็ยังคง

ต้องอาศัย เซรั่ม แคลเซียม เป็นหลัก. หนึ่งผลของการตรวจทางเคมีนี้ ยังต้องระวังแยก ฮัยเปอร์พาราไธรอยติสซึม จาก ไฮโปไธรอยติสซึม ฮัยเปอร์แคลเซเมีย, ซึ่งบัญญัติขึ้นโดย Albright (5) ซึ่งหมายถึงภาวะที่มีการขับถ่าย แคลเซียม ในปัสสาวะมากโดยหาสาเหตุไม่ได้. ในรายนี้ เซรั่ม แคลเซียม ปกติ, ส่วน เซรั่ม ฟอสฟอรัส ต่ำ.

ที่น่าสนใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคนั้นก็คือ ความพิการของไต แสดงถึงความรุนแรงของโรค, ส่วนความพิการของกระดูกแสดงถึงความนานของโรค. Hellström (29) ได้ถ่ายภาพรังสีผู้ช่วย ฮัยเปอร์พาราไธรอยติสซึม ๗๐ ราย เพื่อศึกษาถึงความพิการของไตเปรียบเทียบกับความผิดปกติของกระดูก ปรากฏผลดังนี้

ภาพแสดง	อะดีโนมา	ฮัยเปอร์เพลเซีย	รวม	เปอร์เซ็นต์
กระดูกผิดปกติอย่างเดี่ยว	๑๔	—	๑๔	} ๕๐
กระดูกผิดปกติ + นิวในไต	๕	๔	๑๓	
นิวในไตอย่างเดี่ยว	๓๘	๕	๔๓	

ส่วนรายงานอื่น ๆ มีดังนี้

	Albright 1948 (6)	Burk 1948 (12)	Laskey 1953 (34)	Richardson 1953 (50)	Black 1953 (10)	Hellström 1955 (29)	McGeown 1960 (40)	รวม
กระดูกผิดปกติอย่างเดียว	๑๑	๓	๑๖	—	๑๖	๑๔	๘	๖๘
กระดูกผิดปกติ+นิ้วในไต	๒๔	๗	๕	๗	๑๖	๑๓	—	๖๕
นิ้วในไตอย่างเดียว	๒๗		๔	๔	๗๓	๔๓	๖๕	๒๒๔
ไม่พบกระดูกผิดปกติ หรือนิ้วในไต	๑	—	—	—	๗	—	๑	๕
รวม	๖๔	๑๐	๒๕	๑๑	๑๑๒	๗๐	๗๔	๓๗๐

แสดงว่า การตรวจพบที่สำคัญใน ฮัย-เปอร์พาราไธรอยติสมี คือนิ้วในไต, ซึ่งพบได้บ่อยกว่าความพิการของกระดูกมาก. นอกจากนี้ Pyrah (48) ได้รายงานว่าการถ่ายภาพของไตในศพซึ่งมิได้เป็นโรคของไต ๒๑๖ ราย พบ เนโฟรแคลซิโนสิส ๒๑ ราย (๑๐ ปร.) แล้ว Anderson ได้เอาไตนี้มาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ๑๐๓ คู่ พบ เนโฟรแคลซิโนสิส ๒๒ คู่ (๒๑ ปร.). Mortensen (44) ก็ได้รายงานว่าการตรวจไตในศพพบ เนโฟรแคลซิโนสิส ๕-๒๕ ปร. แสดงว่าแม้ในคนปกติก็มีร่องรอยว่าอาจเป็นนิ้วในไตได้ ๑๐-๒๕ ปร. จึงนับว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก.

การวินิจฉัยแยกโรค

โดยที่นิ้วในไตส่วนใหญ่ประกอบด้วยแคลเซียม (46) มีโรคและภาวะหลายอย่างที่เป็นสาเหตุของนิ้วในไตที่จำกัดของระดับของประกอบิการวินิจฉัยนอกเหนือไปจาก ฮัย-เปอร์พาราไธรอยติสมี ก็คือ:

๑. ภาวะที่ปัสสาวะมีแคลเซียมมาก โดยสาเหตุไม่ได้ (ไฮโปโอพาทิก ฮัยเปอร์แคลเซเมียเรีย),
๒. รินัล อะซิโดสิส.
๓. โรคของกระดูก หรือภาวะที่คองนอนนิ่ง ๆ อยู่บนเตียงเป็นเวลานาน.
๔. การขาด วิตามิน เอ หรือ วิตามิน บี หก.
๕. กิน แคลเซียม มาก, กินค้าง

มาก, หรือไทรยิววิตามิน ดี มากเกินต้องการ.

การรักษา

โรคนี้มีทางหายขาดได้เพียงอย่างเดียวเท่านั้นคือตัดเอาต่อมที่พิการออกเสีย. Miller (43) แนะนำควรผ่าเอาพาราไทรอยด์อะดีโนมา ออกก่อนแล้วจึงผ่าหน้าอกภายหลัง, เว้นเสียแต่ในรายที่จำเป็นต้องผ่าหน้าอกก่อน เช่นไตพิการมาก, ก็ต้องรีบผ่าคอภายหลังโดยเร็วที่สุด. เพราะว่ามันอาจเกิดซ้ำใหม่ได้ภายใน ๖ สัปดาห์เท่านั้น.

การพยากรณ์โรค

ความพิการของโรคนี้ที่ร้ายแรงที่สุดคือไต. ฉะนั้นถ้าสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ก่อนที่ไตพิการมาก, ก็นับว่าปลอดภัย. นั่นคือการวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่น ๆ จะช่วยป้องกันมิให้ไตพิการ, ช่วยป้องกันมิให้เกิดเป็นนิ่ว และช่วยป้องกันมิให้เกิด พัย-อัสโตเนฟรติส เรอริง, รวมทั้งป้องกันมิให้มีการสลายของกระดูกด้วย. และที่น่าสนใจคือการพบ แคลเซียมในเลือด ในไตหรือนิ่วเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการช่วยวินิจฉัยโรคนี้ได้ในระยะแรก ๆ.

ฮัยเปอร์พาราไทรอยด์อิสม์ กับ โรคนี้ในเมืองไทย

เมืองไทยเราก็มึ้นนิ่วในไตชนิดที่ประกอบด้วย แคลเซียม เป็นส่วนใหญ่, แต่ยังไม่เคยมีรายงานว่ามีสาเหตุเนื่องจาก ฮัยเปอร์พาราไทรอยด์อิสม์ เลยแม้แต่รายเดียว. ทั้งนี้คงเป็นเพราะยังไม่มีผู้ใดสนใจศึกษาในเรื่องนี้กันเป็นไต่. ข้าพเจ้าได้เริ่มทำการวิเคราะห์เลือดในผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในไตในปี ๒๕๐๕ รวมทั้งสิ้น ๕๖ ราย, มีอยู่เพียงรายเดียวที่สงสัยว่าจะอาจใช้. คือเป็นนิ่วในไตทั้งสองข้าง, เซรั่ม แคลเซียม ๑๒.๔ มก. ปช., ฟอสฟอรัส ๓.๐๘ มก. ปช., แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทส ๒๒.๓ หน่วยไบแคนส์กี/๑๐๐ มล., กรดยูริก ๔.๐ มก. ปช., เคราตินีน ๒.๒ มก. ปช. และเอ็น.พี.เอ็น. ๖๖.๖ มก. ปช. แต่ยังไม่ทันได้ทำการตรวจละเอียดผู้ป่วย (ร.พ. อบลฯ) ได้หันกลับบ้านไปแล้วเสียก่อน, จึงยังไม่พบว่าฮัยเปอร์พาราไทรอยด์อิสม์ เป็นสาเหตุของโรคนี้ในเมืองไทย, แต่เชื่อว่าไม่ช้าก็คงจะได้พบบ้าง.

เอกสาร

1. สมอง อุณาภูล : วชิรเวชสาร ๒๕๐๑,๒ : ๑.
2. อุดม โปษะกฤษณะ สารศิริราช ๒๔๕๘, ๘ : ๑๗๗.

3. Albright, F., P.C. Baird, O. Cope, E. Bloomberg: *Am.J.M.Sc.* 1934, 187:49.
4. Albright, F., E. Bloomberg: *J. Urol* 1935, 34:1.
5. Albright, F., P. Henneman, P.H. Benedict, A.P. Forbes: *Proc. R. Soc. Med.* 1953, 46:1077.
6. Albright, F., E.C. Reifenstein: *The Parathyroid Glands and Metabolic Bone Disease.* 1948, Baltimore, Williams & Wilkins Co.
7. Askanazy, M.: *Arb. path. Anat. Bakt.* 1904, 4:398.
8. Barr & Bulgar: *Am.J.M.Sc.* 1930, 179:449.
9. Beard, D.E., W.E. Goodyear: *J. Urol.* 1950, 65:638.
10. Black, B.M.: *Hyperparathyroidism.* Springfield, Ill., CC Thomas.
11. Boyce, W.H., H.H. Bradshaw: *J. Urol.* 1961, 85:223.
12. Burk, L.B.: *Am. J. Surg.* 1948, 76:404.
13. Burns, E., C.M. Whitehead: *J. Urol.* 1948, 59:664.
14. Chute, R.: *New Eng. J. Med.* 1934, 3:721.
15. Chute, R.: *J. Urol.* 1940, 41:762.
16. Collip, J.B.: *J. Biol. Chem.* 1925, 63:395.
17. Cook, E.N., F.P. Keating: *J. Urol.* 1945, 54:525.
18. Cope, O.: *J. Missouri med. Ass.* 1942, 39:273.
19. Cope, O., W.M. Keynes, S.I. Roth, B. Castleman: *Ann. Surg.* 1958, 148:375.
20. Cox, R.: *Brit. J. Urol.* 1955, 27:369.
21. Danowski, T.S.: *Clin. Endocrinology.* Vol. III, 1962. The Williams & Wilkins Co., p. 127.
22. Davidson, O.W.: *J. Urol.* 1937, 37:35.
23. Engel, M.B. *Arch. Path.* 1952, 53:339.
24. Fetter, T.R., B.M. McCuskey: *J. Urol.* 1960, 84:213.
25. Ficarra, B.J.: *Diseases of the Thyroid and Parathyroid Glands.* 1958, New York: Intercontinental Med. Book Corp.
26. Gley, M.E.: *Compt. rend. Soc. de biol.* 1891, 43:551.
27. Greenwald & Gross: *J. Biol. Chem.* 1925, 66:217.
28. Harrison, A.R.: *Brit. J. Urol.* 1960, 32:383.
29. Hellström, J.: *Brit J. Urol.* 1955, 27:387.
30. Hellström, J. *Cleveland Clin. Quart.* 1953, 20:253.
31. Keating, F.R. *J. Urol.* 1958, 79:663.
32. Kretschmer, H.L.: *J. Urol.* 1950, 63:947.
33. Kyle, L.H., M. Schaaf, J.J. Conary: *Am. J. Med.* 1958, 24:240.
34. Lahey, F.H., R. Murphy. *Surg. Clin. N. Amer.* 1953, 33:723.
35. Lloyd, H.M., G.A. Rose: *Lancet* 1958, 2:1288.
36. Lowenburg, H., T.M. Ginsburg: *J. Amer. Med. Ass.* 1932, 99:1166.
37. Mandl, F.: *Wien-klin. Wschr.* 1925, 38:1343.
38. Mather, H.C.: *Brit. Med. J.* 1953, 2:424.
39. McCallum, S.G., C. Voegtlin: *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 1908, 19:91.
40. McGeown, M.G.: *Brit J. Urol.* 1960, 32:389.
41. McIntosh, H.W., J.A. Balfour, M.H. Duffy: *Brit. J. Urol.* 1958, 30:292.
42. McLean, F.C., A.B. Hastings: *Am. J. Med. Sci.* 1935, 189:601.
43. Miller, A., J.P. Mitchell: *Brit. J. Urol.* 1952, 24:91.
44. Mortensen, J.D., J.L. Emmet: *J. Urol.* 1954, 71:398.

45. Oliver, W.A.: Lancet 1939,2:240.
 46. Prien, E.L., B.S. Walker: J. Urol. 1955, 74:440.
 47. Pyrah, L.N., A. Hodgkinson: Brit. J. Urol. 1960, 32:361.
 48. Pyrah, L.N., F.P. Raper: Brit. J. Urol. 1955, 27:333.
 49. Recklinghausen, V.: Festschrift der Assistenten für Virchow, 1891, Berlin.
 50. Richardson, J.E.: Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1953, 13:100.
 51. Sandström, I., Upsala läkaret. förh. 15,1880.
 52. Smith, F.B., R.T. Cooke: Lancet 1940, 2:650.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

วารสารการแพทย์ภาษาไทย

(ตอนที่ ๒)

กาญจนา ไสภโณดร อ.บ.

(แผนกห้องสมุด)

ข้อผู้แต่ง

เมื่อคราวที่แล้วข้าพเจ้าได้เสนอความเห็นเรื่องวารสารการแพทย์ภาษาไทย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะกระตุ้นเตือนให้คณะบรรณาธิการวารสารแต่ละชนิดจัดทำกรรมชนประจำเล่มวารสารขึ้นบ้าง, เพราะจะช่วยให้ผู้อ่านได้รับความสะดวกในการค้นหาข้อผู้แต่ง และหัวเรื่องใดรวดเร็วยิ่งขึ้น, ทั้งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการศึกษาค้นคว้าและวิจัยอีกด้วย. กรรมชนดังกล่าวได้แก่กรรมชนผู้แต่ง และกรรมชนหัวเรื่อง. ในคราวนี้จะกล่าวเฉพาะข้อผู้แต่งซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากสับสนในการรวบรวม

รวมทำกรรมชนประการหนึ่ง.

ตั้งแต่พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงตราพระราชบัญญัติจัดตั้งนามสกุลขึ้นแล้ว ประชาชนคนไทยก็นิยมใช้ชื่อและนามสกุลตั้งแต่นั้นมา. บางคนจะเคร่งครัดในเรื่องนี้มาก, เพราะถือเป็นสัญญาลักษณะแทนตัวบุคคล โดยเฉพาะสิ่งที่ถูกมองข้ามไปซึ่งจะยกมากล่าวในที่นี้ก็คือชื่อและนามสกุลของผู้ที่เขียนเรื่องตีพิมพ์ในวารสารต่าง ๆ, ทำให้เกิดความคิดว่า น่าจะได้มีการปรับปรุงแก้ไขกันบ้าง, จึงขอยกตัวอย่างมาให้ดูพอเป็นสังเขปดังนี้:

ม.ร.ว. จันทนิวัฒน์ เกษมสันต์

ม.ร.ว. จันทนิวัติ เกษมสันต์

วิจิต บริ

ระจิต บริ

วิจิตร พานิช

สารศิริราช ๕: ๔๕๕, ส.ค. ๒๕๐๐

รวมเรื่องพันพิชาการครั้งที่ ๘ พ.ค. ๒๕๐๔

หน้า ๕๑๕

สารศิริราช ๑๓: ๖๓๔, พ.ค. ๒๕๐๔

สารศิริราช ๑๔: ๒๑๗, เม.ย.-พ.ค. ๒๕๐๕

สารศิริราช ๘: ๒๕๘, พ.ค. ๒๕๕๕

วิจิตร พาณิซ

จ.พ.ส.ท. ๔๓: ๒๑๔, ม.ค. ๒๕๐๓

ศิริพร วณิชเกียรติ

ทำเนียบนามสมาชิกแพทยสมาคมฯ ๒๕๐๓

ศิริพร วณิชเกียรติ

จ.พ.ส.ท. ๔๓: ๑, ม.ค. ๒๕๐๓

ศิริพร วณิชเกียรติ

จ.พ.ส.ท. ๔๓: ๒๐, ม.ค. ๒๕๐๓

ชลวิเศษ ชติกร

เวชสาร ๓: ๔๗๖, ก.พ. ๒๔๙๘

ชลวิทย์ ชติกร

เวชสาร ๖: ๓๒๘, ม.ค. ๒๕๐๐

การเขียนชื่อผู้แต่ง ภาษาไทย คงมีผิด
เพี้ยนไปเล็กน้อยเท่านั้น, ถึงอย่างไรก็ยังไม่
เข้าใจว่าเป็นชื่อบุคคลผู้นั้น, เมื่ออ่านผ่านไป
เฉย ๆ ก็ไม่เกิดความยุ่งยากแต่อย่างใด.

ส่วนการเขียนคำไทยด้วย อักษรโรมัน
นั้นว่ายังลบก้นอยู่มาก, เพราะวิธีที่ใช้มี

หลายแบบบางคนอาศัยการถอดอักษรตาม
เสียง. แต่บางคนก็นิยมถอด อักษรตาม
ศัพท์ในภาษาเดิมซึ่ง เป็นที่มาของคำไทย
ฉะนั้น อักษรไทย ตัวเดียวกัน จึง ถอดเป็น
อักษรโรมันได้ต่าง ๆ กัน ตัวอย่างชื่อผู้
แต่ง เช่น:

ปรีชา	ตระกุล	สมาน
Preecha	Tragool	Saman
Pricha	Tragul	Samarn
Preeja	Trakool	Sman
Prija	Trakul	Smarn

คราวนี้ลองมาพิจารณาชื่อผู้แต่งในวารสารการแพทย์ภาษาไทย ซึ่งเขียนด้วย
อักษรโรมันคข้าง

อัฐ เกตุสิงห์

Ath Ketusinh

เวชสาร ๓: ๒๐๖, ส.ค. ๒๔๙๗

Ath Ketusingh

เวชสาร ๓: ๔๙๒, ก.พ. ๒๔๙๘

Arth Ketusing

เวชสาร ๕: ๕๗๒, ต.ค. ๒๔๙๙

Utt Ketsingh

วิทยานิพนธ์ประจำปี ๒๕๐๓ ของ ร.พ. หญิง
หน้า ๓๐๖

Att Ketusingh

เวชสาร ๑๐: ๘๕๘, พ.ย. ๒๕๐๔

ดู ชัยวัฒน์

Tu Jayawatna

สารศิริราช ๓: ๑๒๖, มีค. ๒๔๕๔

Too Jayawatna

สารศิริราช ๔: ๕๘, ก.พ. ๒๔๕๕

Dhu Chaiyawatana

สารศิริราช ๑๔: ๓๖๔, มีย. ๒๕๐๕

เกษียร ภักคานนท์

Kasien Panganondh

สารศิริราช ๑๐: ๕๐๓, ก.ย. ๒๕๐๑

Kasian Bhangnanda

จ.พ.ส.ท. ๔๒: ๖๒๗, พ.ย. ๒๕๐๒

สมาน วรชนภูติ

Sman Vardhanabhuti

จ.พ.ส.ท. ๔๑: ๒๕๓, ก.ค. ๒๕๐๑

Samarn Vathanabhuti

จ.พ.ส.ท. ๔๓: ๒๓๗, มีค. ๒๕๐๓

สมาน มันทาภรณ์

Smarn Muntarbhorn

จ.พ.ส.ท. ๓๑: ๑๑, มีค. ๒๔๕๑

Samarn Mantabhorn

สารศิริราช ๑: ๔๕๔, ต.ค. ๒๔๕๒

Smarn Muntabhorn

จ.พ.ส.ท. ๓๕: ๕๕, มีค. ๒๔๕๕

Smarn Muntaphorn

จ.พ.ส.ท. ๔๑: ๒๑๗, พ.ค. ๒๕๐๑

สำราญ วงศ์พำห

Samran Wangsbhah

สารศิริราช ๕: ๓๔๘, ก.ค. ๒๔๕๖

Samran Wangsbha

สารศิริราช ๑๑: ๑๔๗, มีค.-เมย. ๒๕๐๒

Sumran Wangspa

สารศิริราช ๑๔: ๗๔๖, ต.ค. ๒๕๐๕

ผู้แต่งคนไทยที่เขียนเรื่องไปลงในวารสารต่างประเทศ เช่น

สุชาติ เจตนเสน

S. Chetanasen

Am. J. Trop. Med. & Hyg. 4: 1080, Nov. 1955

S. Jatanasen

J. Trop. Mad. Hyg. 64: 207, Aug. 1961

จำเนียร ชำนาญกิจ

Chamnian Charnnarnkitch
C. Chamnarnkit

J. Parasit. 39 (Supp. 4) 23, Aug. 1953
Am. J. Trop. Med. & Hyg. 4: 1080 Nov. 1955

จากตัวอย่างข้างบนนี้ท่านจะเห็นได้ว่า
คำศัพท์ทางวิชาการที่ใช้ในภาษาไทยก็
มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการ,
เกิดความสับสนในการใช้ศัพท์อยู่นั่นเอง ๆ.
ส่วนมากก็ยังคงอาศัยศัพท์จากภาษา
อังกฤษ. เรอนั้นเขียนอักษรในการทำ
กรรมชันวารสารอยู่แล้ว. ครั้นมาพิจารณา
ถึงข้อผู้แต่งก็ปรากฏว่า ข้อผู้แต่งท่าน
หนึ่ง ๆ สะกดต่าง ๆ กัน. ถ้าเอามาเรียง
ตามลำดับอักษรก็จะแยกอยู่ในที่ต่าง ๆ ไม่
รวมอยู่เป็นที่เดียวกัน. เขียนปัญหาเพราะ
ไม่ทราบว่าที่ ถกควร จะสะกดอย่างไรถ้าจะ
มีผู้ที่คิดทำ กรรมชนี้ ผู้แต่ง และ กรรมชนี้ หัว
เรื่องที กล่าวใน ตอน ต้น มาก่อนบ้างแล้ว,
แต่ได้ลืมเลิกละความคืบหน้าเสีย ก็คงจะเป็น
เพราะความยุ่งยากนั่นเอง เป็น อักษร
สำคัญ, มิใช่สิ่งอื่น. การที่จะเขียนชื่อของ
แต่ละบุคคลด้วยตัวสะกดอย่างไรนั้น, ย่อม
เป็นสิทธิและเป็นความพอใจของแต่ละท่าน

โดยเฉพาะ. ข้อสำคัญที่สุดที่ท่านสามารถ
จะให้ความร่วมมือได้ก็คือ ได้โปรดเขียน
ชื่อและนามสกุลของท่านทั้ง ภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษด้วยตัวอักษรบรรจง โต และ
ชัดเจน ทุกครั้งที่ท่านเขียนเรื่องส่งไปตีพิมพ์
ในวารสารต่าง ๆ ภาษาอังกฤษถ้าจะเขียน
ด้วยพิมพ์ (Block letter) ด้วย ก็ยิ่งดี.
การทำเช่นนั้นจะช่วย บ่ง กั้น มิให้ทางฝ่าย
จัดพิมพ์สะกดชื่อของท่านผิดได้บ้าง, และ
การเขียนชื่อของท่านด้วย อักษรโรมัน
ต่าง ๆ กันก็ช่วย อย่าง ชัด คั้น ก็คง จะไม่
เกิดช่นเช่นเนน.

ผู้เขียนขออภัยท่านทั้งหลายที่ถกกล่าว
นามข้างต้นไว้ ณ ทนด้วย.

ขอขอบพระคุณอาจารย์ อุตัย ทุติยะ-
โพธิ์ หัวหน้าแผนกห้องสมุดคณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ที่ได้กรุณา
อนุญาตให้ตีพิมพ์เรอนี้ออกเผยแพร่ได้.

บทบรรณาธิการ

เรื่องของศัพท์แพทย์

“ภาษาไทยนั้นเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งของชาติ. ภาษาทั้งหลายเป็นเครื่องมือของมนุษย์ชนิดหนึ่ง, คือเป็นทางสำหรับแสดงความคิดเห็นอย่างหนึ่ง, เป็นสิ่งที่สวยงามอย่างหนึ่งเช่นในทางวรรณคดี เป็นต้น. ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาเอาไว้ให้ดี. ประเทศไทยนั้นมีภาษาของเราเองซึ่งต้องหวงแหน . . .สมควรอย่างยิ่งที่จะรักษาไว้. ปัญหาเฉพาะในด้านรักษานี้มีหลายประการ. อย่างหนึ่งต้องรักษาให้บริสุทธิ์ในทางออกเสียง, คือให้ออกเสียงให้ถูกต้องชัดเจน. อีกอย่างหนึ่งต้องรักษาให้บริสุทธิ์ในวิธีใช้, หมายความว่าวิธีใช้คำมาประกอบเป็นประโยค. นับเป็นปัญหาสำคัญ. ปัญหาที่สามคือความร่ำรวยในคำของภาษาไทย ซึ่งพวกเรานึกว่าไม่ร่ำรวยพอจึงต้องมีการบัญญัติศัพท์ใหม่มาใช้ . . . สำหรับคำใหม่ที่ดั่งชั้นมีความจำเป็นในทางวิชาการไม่ใช่น้อย. แต่บางคำที่ง่าย ๆ ก็ควรมี. ควรจะใช้คำเก่า ๆ ที่เรามีอยู่แล้ว. ไม่ควรจะมาตั้งศัพท์ใหม่ให้ยุ่งยาก. แต่ก็อาจเป็นด้วยเห็นว่าไม่โก้พอที่ต้องใช้คำใหม่ ๆ . . . การบัญญัติศัพท์นั้นขอให้ระวังอย่างเดียว ขออย่าให้เกิน. คือว่าอย่าทำเกินความจำเป็น. เพราะว่าบางทีชอบทำบัญญัติศัพท์เพื่อบัญญัติศัพท์ เพราะว่าถ้าไม่ได้บัญญัติศัพท์แล้วกลุ้มใจเป็นอย่างนั้น และสำหรับในด้านวิชาการก็เห็นควรว่าควรมีการบัญญัติศัพท์. แต่ขอให้อยู่ในขอบเขตของวิชาการ . . . ภาษานี้เกิดปัญหาได้มากหลายทาง ต้องพยายามช่วยกันแก้ปัญหาดัง ๆ นี้ และถกเถียงกันเพื่อที่จะขบให้แตก และให้ภาษาของเรา บริสุทธิ์ใช้การได้ . . .”

ข้างต้นน เป็น กระแส พระราชดำรัสใน พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อเสด็จพระราชดำเนิน ประทับเป็น ประธานการ ประชุม ทางวิชาการของชุมนุมภาษาไทยของคณะ อักษรศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ปัญหาการใช้ คำไทย” เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๐๕, ซึ่งเราได้ตีพิมพ์ เฉพาะบางตอนมาลงพิมพ์ไว้เพื่อประกอบกับ บทความนี้ ซึ่ง กล่าว ถึง ศัพท์ แพทย์ ภาษา ไทยในข้างแ่.

ตามที่ได้เคยเขียนไว้ ครั้งหนึ่ง แล้วใน บทบรรณาธิการเมื่อต้นปี ๒๕๐๕⁽¹⁾ว่า ใน ขณะนี้ คณะ กรรมการบัญญัติ ศัพท์ ภาษา ไทย ของ ราชบัณฑิตยสถาน กำลังจะมิก เข้มันพิจารณาศัพท์แพทย์ภาษาไทยโดยมี บรรณาธิการของท่าน เป็นกรรมการ ร่วมอยู่ ด้วย. การพิจารณานี้สังเกตว่ามีความ แตกต่างสำคัญจากการ พิจารณาศัพท์ทาง วิชาการใน แขนงอื่น ๆ อยู่ ประ การ หนึ่ง, คือ คำ วิชาการ แขนงอื่น ๆ นั้น ส่วนมาก ประชาชนไม่ค่อยมีโอกาสที่จะใช้, แต่คำ วิชาการแพทย์นั้นประชาชน มีความจำเป็นที่ จะต้องอาศัยอยู่เสมอ ๆ, ทั้งในฐานะเป็นผู้ อ่านและเขียนหรือฟังและพูด. เพราะฉะนั้น กรรมการจึงพึงเล็งที่จะใช้คำซึ่งประชาชน

อาจเข้าใจได้, ถ้าหากได้ศึกษาหรือได้รับ คำอธิบายเพิ่มเติมพอสมควร, ยกเว้นแต่ ทัศนความหมายลกซ้ง จนไม่มีความ จำเป็น ที่ประชาชนจะต้องรับรู้. เพื่อประโยชน์ข้อนี้ จึงได้เลือกใช้คำไทย ๆ เป็นพจน, นอกจาก ในกรณีพิเศษ, เช่นเกี่ยวกับเกียรติ หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น. นอกจากนี้ คณะกรรมการมุ่งหมายที่จะรักษาคำแพทย์ เก่า ๆ ของไทยเอาไว้, เพื่อเทอดทูนประวัติ และวัฒนธรรมของชาติ. ในขณะเดียวกัน คณะกรรมการได้พยายาม สอดส่อง ความ ขกพร่องหรือผิดพลาดใด ๆ เกี่ยวกับคำไทย ที่มิใช่อยู่แล้ว. หากเห็นจำเป็นก็จัดการแก้ไขเสียเพื่อให้ได้ภาษาที่บริสุทธิ์. ในขณะนั้น การ พิจารณาได้ ดำ เนิน มา ถึง บั้น ปลาย, และสารศิริราชได้ทำหน้าที่เป็นทาง ระบาย ศัพท์ที่เสนอขึ้นมาสู่ ท่านผู้อ่านเป็นระยะ ๆ ตลอดมา. ส่วนใหญ่ของศัพท์ที่คณะกรรมการ ๆ พิจารณาได้ออกไปจากสำนักงานของ สารศิริราช. มีเพียงส่วนน้อยมาจาก แหล่งอื่น. ทั้งนี้เป็นการเหมาะสมตาม เหตุผล และ ตรง ตาม หลัก ที่ว่า โรงเรียน แพทย์ควรเป็นแหล่งกำเนิดของคำแพทย์— อย่างน้อยก็สำหรับส่วนใหญ่. จำนวนไม่ น้อยของศัพท์ที่เสนอให้นำออกใช้มาแล้วใน

(1) สารศิริราช ๑๔, ๒๕๐๕ : ๔๐—๔๔.

หน้ากระดาษของสารคดีราช, และก็ได้มีผู้วิพากษ์วิจารณ์อยู่บ่อย ๆ. ในหนังสือเล่มนี้ก็มีตัวอย่างอยู่. (2) การวิพากษ์วิจารณ์แสดงว่ามีผู้สนใจ, จึงเป็นเรื่องที่น่ายินดี.

ศัพท์ที่ได้นำมาพิจารณาแล้วนั้น, เฉพาะที่เป็นคำไทย, แบ่งออกได้เป็นสามพวก, คือพวกที่เสนอขึ้นใหม่, พวกที่แก้ไขจากของเก่า, และพวกที่เขียนของเก่าแท้ ๆ. พวกแรกมีจำนวนมากที่สุด. บางคำก็ได้รับการยอมรับด้วยดี, คือมีผู้นำไปใช้. บางคำก็มีผู้คัดค้าน. ตัวอย่างเช่นคำว่า "dry ice" ซึ่งเสนอคำไทยว่า "น้ำแข็งแห้ง" มีท่านผู้หนึ่งค้านว่าไม่ถูก, เพราะสิ่งไม่ใช่ "น้ำแข็ง", ที่ถูกต้องควรใช้ว่า "คาร์บอน ไดออกไซด์ แข็ง". เรื่องนี้จริงผู้เสนอก็ตราข่าว่า "dry ice" ไม่ใช่ "น้ำแข็ง" ที่เอามาทำให้แห้ง, หากเป็นแก๊สคาร์บอน ไดออกไซด์ ซึ่งถูกกระทำจนกลายเป็นของแข็ง. แต่ที่เสนอคำ "น้ำแข็งแห้ง" ก็เพื่อเป็นคำใช้แทน "dry ice". ถ้าใช้ "คาร์บอน ไดออกไซด์ แข็ง" ก็ควรใช้แทน "solid carbon dioxide". ผู้เสนออีก

ว่าคำ "น้ำแข็งแห้ง" นี้เป็นคำใหม่อีกคำหนึ่ง, คือเป็น "ศัพท์", มีความหมายจำเพาะ, ซึ่งตรงกับความหมายของคำ "dry ice". และต่อไปในพจนานุกรมก็จะต้องมีคำนิยามสำหรับคำนี้ โดยเฉพาะว่า "คาร์บอน ไดออกไซด์ เป็นแข็ง และบีบแน่นเป็นก้อน." ผู้ที่รู้จักความหมายของ "dry ice" ย่อมรู้ได้ทันทีว่า "น้ำแข็งแห้ง" หมายถึงสิ่งนั้น และมีใช้น้ำแข็งที่เอามาทำให้แห้ง.

อีกคำหนึ่งที่น่าจะมีผู้ค้านอยู่ในใจแต่ไม่มีผู้ใดแสดง ออกมาคือ คำ "โรคกลัว...." ที่ใช้แทนคำ "phobia". ในที่นี้ผู้เสนอถือว่า "โรค" เป็นคำไทยสำหรับคำอังกฤษว่า "disease". คำนี้มี ความหมายสองอย่าง, คือ ความหมายอย่างกว้างว่า "any departure from a state of health", กับความหมายอย่างแคบหรือจำกัดว่า "a definite morbid process having a characteristic train of symptoms". (3) "Phobia" มีความหมายในภาษาอังกฤษว่า "morbid fear", คือความกลัวอย่างเป็นโรค, ไม่ใช่กลัว

(2) ดูแผนกปกิณกะ.

(3) Dorland : Amer. Illustrated Med. Dict. 1951 (Saunders, Philadelphia & London).

อย่างธรรมดา, เพราะฉะนั้นใช้คำไทยว่า “โรคกลัว” ก็น่าจะเหมาะ. เช่นถ้าหากใช้คำว่า “ความกลัวความสูง” อ่านแล้ว ก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดา ๆ, เพราะแทบทุกคนย่อมมีความกลัวเมื่อขึ้นไปอยู่ในที่สูง ๆ. แต่ถ้าใช้ว่า “โรคกลัวความสูง” เช่นนี้ย่อมทำให้เข้าใจผิดกันว่ากลัวมากเกินไปกว่าคนธรรมดาจนถึงนับได้ว่าเป็นโรค.

คำว่า “เกิน” ซึ่งใช้แทนคำ “hyper-” เป็นอีกคำหนึ่งซึ่งอาจทำให้บางท่านรำคาญเมื่อเห็นตัวอย่างเช่น “ภาวะน้ำตาลเกินในเลือด” (ฮัยเปอร์กลัยซีเมีย) หรือ “ภาวะวิตามินเกิน” (ฮัยเปอร์ไวตามินโนสิส). คงจะมีผู้อยากถามว่า “เกินอะไร”, “ทำไมปล่อยค้างไว้เช่นนั้น”. คำตอบก็คงเป็นเช่นเดียวกับในตอนต้น, คือคำ “วิตามินเกิน” หรือ “น้ำตาลเกิน” นี้เป็น “ศัพท์” หรือคำจำเพาะชนแล้ว, ซึ่งเราใช้แทนคำที่ตรงกันในภาษาอังกฤษ, และความหมายของ “เกิน” คือ “เกินกว่าปกติ”.

มีคำที่เคยใช้กัน มาก่อนแล้วหลายคำที่ยังไม่ถูกต้องทีเดียว, หรือที่คณะกรรมการเห็นว่าคำอื่นดีกว่า, ก็ได้แก้ไขเสียใหม่. คำหนึ่งในจำพวกนี้ที่อาจจะตกตาท่านผู้อ่านมาแล้ว คือ “ปรสิท”, ซึ่ง

ได้มาเกิดขึ้นเมื่อประมาณสิบปีมานี้เอง ในรูป “ปาราสิต”. คำนี้แม้จะมีสำเนียงคล้าย ๆ ภาษามคธหรือสันสกฤตก็ไม่ใช้ทั้งสองอย่าง. เข้าใจว่าเป็นคำที่แผลงมาจากคำ “parasite” โดยตรง. การที่คณะกรรมการฯ เสนอใหม่ เป็น “ปรสิท” ก็เพราะคำนี้เป็นคำสันสกฤตจริง ๆ, ซึ่งเราใช้เป็นต้นตอของคำใหม่อยู่เสมอ ๆ, และมีความหมายใกล้เคียงมากกับคำภาษาอังกฤษ, คือ “ปร” แปลว่า “อัน, ผู้อัน”, ส่วน “สิต” แปลว่า “อาศัย”. “ปรสิท” แปลได้ว่า “อาศัยผู้อัน” จึงน่าจะเหมาะสมมากสำหรับใช้แทนคำ “parasite” และดีกว่าคำ “ปาราสิต” ซึ่งไม่ใช่คำภาษาไทย ๆ ทั้งนั้น.

อีกคำหนึ่งที่ใช้กันมานานกว่า “ปาราสิต” เสียอีกและได้รับการเสนอใหม่ คือ คำแทนคำว่า “secrete” ซึ่งเดิมใช้ว่า “หลั่ง”. คำนี้คณะกรรมการตำหนิว่าไม่ตรงความหมาย, เพราะ “หลั่ง” แปลว่า “ไหลลงไม่ขาดสาย, ทำให้ไหลลงไม่ขาดสาย”. ผู้แทนฝ่ายแพทย์ได้เสนอว่า คำนี้ใช้ได้ใช้กันมานานแล้ว, น่าจะอนุโลมได้, แต่คณะกรรมการก็ยังไม่พอใจ. หลั่งจากเก็บเอาไป ครุ่นคิดอยู่นานแล้ว กรรม-

การทำหนังสือเสนอคำว่า “คิดหลัง”, ซึ่ง คณะ กรรมการ เห็นว่า ใช้ได้ และ ดีกว่า “หลัง”, เพราะการเติมคำว่า “คิด” ทำให้เกิดความเข้าใจว่าไม่เพียงการไหลผ่านออกมาเท่านั้น, แต่มีการ “คิด เล็ก” ด้วย. จากคำที่เคยเป็น “การ หลัง” ก็ต้องเปลี่ยนเป็น “การคิดหลัง”, และในทำนองเดียวกัน “การขยับถ่าย” ก็ ต้องเป็น “การคิดถ่าย”. อีกหลายคำที่ มีการแก้ไขเล็ก ๆ น้อย ๆ. เชื่อว่าเมื่อผ่าน ตาทำหนังสืออ่านก็คงจะพอเข้าใจได้ว่ามีเหตุ ผลที่จะเห็นว่าคำใหม่ดีกว่าคำเดิม.

คำในจำพวกที่สาม, คือ คำแพทย์ ไทยแต่เดิม, ซึ่งนำมาใช้เป็นคำแทนคำ แพทย์ภาษาอังกฤษ, มีอยู่เป็นจำนวนมาก พอๆ และมีทั้งที่นำมาใช้ทั้งคน, ใช้แต่ เฉพาะบางส่วน, หรือประกอบขึ้นใหม่ ตามแบบฉบับเดิม. คำที่เกี่ยวกับส่วนของ ร่างกายเกือบทั้งหมดเป็นคำของเก่า. ที่ เพิ่มขึ้นมาเป็นส่วนน้อยและมักอาศัยการ เปรียบเทียบกับคำเก่า, เช่น “กระดูกสัน อก” เปรียบเทียบกับ “กระดูกสันหลัง”. บาง คำก็ เป็น คำ แปล ตรง ๆ จาก ภาษา อังกฤษ, เช่น “ซีโครงลอย”, “กล้าม เนอรูปชัศปาก”. บางคำก็คิดขึ้นโดย

เปรียบเทียบ, เช่น “กระดูกตา”, “แกว ตา”, “จอตา”, “ทวารคอคอย”. ผู้ เสนอได้พยายามหาคำแพทย์เดิมมาใช้เท่า ที่จะหาได้, ซึ่งบางคำแพทย์สมัยปัจจุบัน นี้บางคนอาจไม่เคยเห็นมาก่อน, ตัวอย่าง เช่น “ไขกระดูกไฟ”, “หัตตะคาก”, “ขันตรทต”. การกระทำเช่นนี้บางครั้งก็ ได้รับคำต่อว่า, ว่าอ่านแล้วไม่เข้าใจ. แต่ ที่จริงคำเหล่านั้นมีอยู่ในพจนานุกรม. ถ้า คนใด จะเข้าใจได้ว่า ความหมาย ของคำ นั้น ๆ ตรงกับในภาษาอังกฤษว่า กระไร. คำที่อาจทำให้ังเมื่ออ่านพบได้แก่ “ไข เพอระต” หรือ “จอตาอีกเสบเพื่อเฮา หวาน”. แพทย์ส่วนมากคงจะได้ว่า “จอตา” ก็คือ “เรติน่า”, โดยเปรียบเทียบ เป็นจอทริบภาพภายในลูกตา. ที่อาจทำให้ ฉงนคือ “เพอ”, เพราะคำนี้ตามธรรมดา ใช้สำหรับแสดง จุด มุ่ง หมายถึง หรือ ความ ประสงค์. “ไขเพอระต” จะแปลว่า “ไขที่เป็นเพอจะโตมระต”, หรือ “จอ ตาอีกเสบเพื่อเฮาหวาน” จะแปลว่า “จอ ตาอีกเสบเพื่อ จะโตเป็นเฮาหวาน” ก็ดู กระไรอยู่. แต่ถ้าลองเปิดพจนานุกรม จะเห็นว่า “เพอ” มีความหมายหลาย ประการ, คือ “เหตุด้วย, เพราะด้วย,

เพราะว่า, ค่วย, เกยวเนองค่วย, สำหรับ".
 ทั้งนี้ "ไซเพอระค" ก็คือ "ไซเหตค่วย
 (ม) ระค", "จอตาคอกเสบเพอเบาหวาน"
 ก็คือ "จอตาคอกเสบเหตค่วยเบาหวาน",
 มีไซเป็นความลึกลับอะไรนิก. ที่จริงนั้น
 "เพอ" เป็นคำที่ไซเป็นประจำในภาษา
 แพทย์ของไทยเมื่อประสงค์จะแสดงความ
 สัมพันธ์ในทางเหตุและผล. การที่บางคน
 อ่านไม่เข้าใจก็เป็นเพราะไม่ได้เคยเอาใจ
 ใส่ภาษาแพทย์ของไทยมาก่อน. การไซ
 คำ "เพอ" แทนที่จะไซ "เหตค่วย" ก็
 เพอยกย่องวิชาแพทย์ของไทยว่ามี "ศัพท์
 เฉพาะวิชา" อยู่เหมือนกัน.

คงได้กล่าวแล้วในตอนต้น, การ
 วิพากษ์วิจารณ์เช่น เครื่องหมายของความ
 สนใจ. แม้คำคัดค้านบางครั้งกระทำให้
 เกิดความคิดซงกหรือไม่แน่ใจ, การสนธิ
 สนนก็มาเสมอทางตรงและทางอ้อมที่
 ทำให้เกิดความมั่นใจและกำลังใจ. แพทย์
 ฝรั่งเศสหนึ่งมีจดหมายมาสมัครเป็นสมาชิก
 สภาศิริราชโดยขอให้ส่งหนังสือย้อนหลัง
 ไปถึงเดือนมกราคม ๒๕๐๔, "เพอ

จะได้รับประโยชน์จากการเสนอศัพท์
 แพทย์". นายแพทย์ผู้อำนวยการโรง-
 พยาบาลแห่งหนึ่งมีจดหมายมาแสดงความ
 ร้อนกร้อนใจว่าเพราะเหตุใดเคยวินิจฉัยเล็ก
 ไซคำว่า "คนไซ" เสียแล้ว, เห็นไซ
 กันแต่คำ "ผู้ช่วย", โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 ในโรงเรียนแพทย์, ทั้ง ๆ ที่คำว่า "คน
 ไซ" ก็ไม่ได้มีขอบกว้างแต่อย่างใดเลย.
 เมื่อกิดว่านายแพทย์ผู้นั้นยังเป็นคน "ค่อนข้าง
 หนุ่ม" ก็รู้สึกได้รับความปลอดภัยใจว่า
 "ศัพท์แพทย์ไทย" คงยังมีหวังที่จะรุ่ง
 เรืองต่อไปกับวัฒนธรรมอื่น ๆ ของชาติไทย
 ได้อีกเป็นเวลานาน.

หวังว่ากระแสพระราชดำริที่นำมา
 ประดิษฐานไว้เบื้องต้นบทความนี้จะชักจูง
 ให้คนไทย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์
 ไทย, มองเห็นคุณค่าของภาษาไทยและ
 ความสำคัญของการรักษาและทนบำรุง
 ภาษาของเรา, และช่วยกันคิดช่วยกันทำ,
 ช่วยกันซ่อมและสร้าง, เพื่อให้แพทย์ไทย
 มีภาษาของตนเองโดยสมบูรณ์.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้: พนิต อธิสุข พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., สมชัย บวรภักดี พ.บ., พ.ค.
ประภัสสร จุลกะรัตน์ พ.บ., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.
บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

๑. Redding, J.S., J.W. Pearson: การ
ช่วยชีวิตในกรณี แอสฟิสิกเซีย. J.A.M.A.
1962, 182: 283-286.

การหยุดของหัวใจโดยมากเกิดจาก
แอสฟิสิกเซีย หรือหมดสติจากสาเหตุใด
ก็ตาม, โดยเกิดการอุดตันของทางเดิน
หายใจส่วนต้น, ซึ่งหากแก้ไขไม่ทันก็จะ
ทำให้การไหลเวียนล้ม. คนไข้ที่ต้องช่วย
ชีวิตพวกนี้โดยมากได้แก่ (๑) คนไข้ที่
หมดสติเนื่องด้วย อะซีโตสิส จากการ
หายใจ, (๒) คนไข้ที่เป็นโรคของระบบ
ประสาทกลาง, (๓) คนไข้ที่สมองถูก
กระทบกระเทือนอย่างรุนแรง, (๓) คนไข้
ที่ถูกพิษต่าง ๆ. การหายใจในคนไข้พวก
นี้มักหยุดก่อนหัวใจล้มเสมอ.

จากการทดลองช่วยชีวิตสุนัขซึ่งทำให้
เกิด แอสฟิสิกเซีย ระยะต่างๆ พบว่าการ
แก้ไขต้องทำ (๑) หากการไหลเวียนดี,
การช่วยหายใจอย่างเดียวก็นพอเพียง. (๒)
หากระบบไหลเวียนไม่แน่นอนว่าจะดี, ทำการ

ช่วยหายใจอย่างเกี่ยวไม่พอต้องช่วยโดย
วิธีอื่น ๆ ด้วย. ในการทดลองนี้พบว่าถ้า
ความดัน ซีสโตลิก ๑๐๐ มม.ปรอท,
ช่วยการหายใจอย่างเกี่ยวได้ผล ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์,
ถ้าเหลือ ๕๐ มม.ปรอท ได้ผล ๕๐ เปอร์เซ็นต์,
และถ้าเหลือ ๒๕ มม.ปรอท ได้ผลเพียง
๑๐ เปอร์เซ็นต์.

สำหรับในคนต้องอาศัยการคลำชีพจร
จากหลอดเลือดแดง คาโรติก หรือ เฟมอ-
รัล, เพราะการวัดความดันนั้นยาก. แม้
ความดัน ซีสโตลิก ๕๐ มม.ปรอทก็
คลำชีพจรจากหลอดเลือดใหญ่ตั้งกล่าว
ยากมากแล้ว. ดังนั้นในกรณีที่คลำชีพจร
ได้ยาก, ก็ต้องนวดหัวใจจากภายนอก
ทันที. ถ้าหัวใจหยุดก็ต้องให้ แอตรีนะลิน
ทันทีด้วย. ถ้าหยุดแล้ว ๑ นาที, การ
ช่วยการหายใจอย่างเกี่ยวได้ผลเพียง ๒๐
เปอร์เซ็นต์. ถ้าหยุดแล้ว ๑๐ นาที, การ
ช่วยการหายใจ, การนวดหัวใจนอกตัว
รวมทั้งการให้ แอตรีนะลิน ร่วมกันได้ผล

๕๐ ปช.

ประโยชน์ของการแก้ไขช่วยชีวิตคนไข้
ได้ดีในการทดลองในห้องปฏิบัติการ. เป็น
การช่วยให้นักศึกษาแพทย์และแพทย์ฝึก
หัดเข้าใจถึงระยะ แอสพิกเซีย และการ
แก้ไขให้ทันเวลาที่. หากเข้าไปก็ต้องใช้
หลายวิธีร่วมกัน.

พนิต อธิสุข พ.บ.

๒. Capobres, D.B.; และคณะ: ประสพ

การจากการทดสอบ ทูเบอร์คูลิน แบบ
ไทเนเทสต์. J.A.M.A. 1962, 180: 1130-1132.

ผู้รายงานได้เสนอวิธีการทดสอบ
ทูเบอร์คูลิน วิธีใหม่อีกวิธีหนึ่ง, ซึ่งสะดวก
และง่าย. เครื่องมือที่ใช้ก็ออกแบ่งง่าย ๆ.
อาจประดิษฐ์ขึ้นใช้เองได้ (ในร่มมีภาพ
ประกอบไว้). วิธีการทดสอบและการอ่าน
ตลอดจนการแปลผลก็ง่าย, ผู้ทดสอบก็ไม่
จำเป็นต้องฝึกหัดมากมาย.

ในรายงานได้แสดงผลเปรียบเทียบกับ
วิธีอื่น ๆ ไว้ด้วย. ปรากฏว่าวิธีใหม่นี้ให้
ผลเป็นที่น่าพอใจ คือในจำนวนผู้ถูกทดลอง
๕๑๘ คน ซึ่งได้ผลบวกต่อความเข้มข้นปาน
กลางของ พ.พ.ค. (๕ ท.ย.) ให้ผลบวก
๕๖ ปช. โดยวิธีใหม่นี้, และในจำนวนผู้

ถูกทดลอง ๕๐๔ คน ซึ่งให้ผลลบกับความ
เข้มข้นปานกลางของ พ.พ.ค. (๕ ท.ย.) ให้
ผลบวก ๕ ปช. โดยวิธีใหม่, ซึ่งก็คือ
การทดสอบ (Tine test) ให้ผลบวกถึง
๓ ปช. และให้ผลบวกถึง ๕ ปช.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๓. Dawson, J.B.: พยาธิตัวตืด ในอูจจาระ.

Lancet 1963, 1: 24.

การตรวจหาส่วนหัวของพยาธิตัวตืดใน
อูจจาระนั้นมีความสำคัญในการบริหารยา.
ผู้รายงานได้แสดงวิธีตรวจดูส่วนหัวในราย
ที่ให้ยา เมปาคริน ๑ ก. โดยใช้แสง, โดย
อาศัยหลักการที่ว่ายา ให้แสงเรืองกับแสง
ในขนาด ๓๖๐๐ Å และยา เมปาคริน
สามารถซึมผ่านผิวของตัวพยาธิเข้าไปได้
ในขณะที่อยู่ในลำไส้, ดังนั้นตัวพยาธิจะมี
แสงเรืองเมื่อใช้แสงในขนาดคลื่นดังกล่าว
ฉายทำให้การตรวจง่ายกว่าวิธีธรรมดา.

J.I. Saikkonen และ K.K. Mustakallio

(Lancet 1963, 1: 335) ตรวจด้วยกล้อง
จุลทรรศน์โดยวิธีทำ เซ็คชัน เย็นแข็งของ
พยาธิ. พบว่าบริเวณกล้ามเนื้อของรอยของ
เครื่องคดที่หัวพยาธิมียาไปอยู่มาก. ทั้งนี้
อาจเป็นเหตุให้การเกาะที่ผนังลำไส้ของ

พยาธิเสียไป, พยาธิจึงหลุดออกมาทางตัวเมื่อใช้ยาน. นอกจากนี้ยังพบว่ายานจะไปอยู่ในตำแหน่งต่อไปนี้ จากมากไปน้อย คือ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์, ซัยโทพลาสซึม ของแคลเซียม เซลล์, ตามเยื่อของช่องตามยาวที่ใช้ในการควบคุมความดัน ซอสโมติก และที่ สับคติกเคิล. ส่วนที่ คุติเคิล มีน้อยและไม่พบใน เนื้อ ประสาท ของ เส้นประสาทตามยาว.

ดำรง เพ็ชรพลาช พ.บ., M.S.

๔. Chamberlain, M.A.: ผู้ช่วย ชาร์คคอยโคสตีล ของระบบประสาทหนึ่งราย. Guy's Hospital Rep. 1962, 111: 25-32.

รายงานผู้ช่วยโรค ชาร์คคอยโคสตีล ของระบบประสาทกลางร่วมกับของปอด ๑ ราย. อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่บ่งถึงการรบกวนของ ฮัยโปธาลามัส และความดันภายในกระโหลกศีรษะเพิ่มสูง.

การวินิจฉัย ชาร์คคอยโคสตีล อาศัยการตรวจชิ้นเนื้อ ไฮอ็อปซี จากตำแหน่งที่เป็นโรคที่เยื่อ อธิมันอยด์ ตอนส่วนโค้งของสมองใหญ่ซีกขวา. ลักษณะรังสีของปอดแบบ มิลิอารี, แต่ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค หรือ จุลอินทรีย์อื่น ๆ และการ

ทดสอบ ทเบอร์คูลิน ที่ผิวหนังให้ผลลบ.

ได้ให้การรักษาโดยการทำ เว็นทริคูลอสิสเตอร์นอสโตมีย์ เพื่อปลดปล่อยการอุดตันที่ระดับ เว็นทริเคิล ที่สามและโดยการให้ คอร์ติโคสเตอรอยด์ ร่วมกับยาต้านวัณโรค. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากจนถึงปัจจุบัน.

สมชัย บวรภักดี พ.บ., พ.ด.

๕. Good, R.A., และคณะ: บทบาทของต่อม ฮัยมัส ในการเจริญเติบโตของความ สามารถทาง อิมมูโนโลยี ในกระต่าย และหนูถีบจักร. J. Exper. Med. 1962, 116: 773-796.

การศึกษาการเกี่ยวโยงของต่อม ฮัยมัส กับการเจริญของความ สามารถทาง อิมมูโนโลยี ในกระต่ายและหนูถีบจักร, โดยการตัด ฮัยมัส ออกหมดเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุต่าง ๆ, พบว่า ฮัยมัส มีหน้าที่ ๒ ประการคือ: (๑) หน้าที่ทาง อิมมูโนโลยี เจริญเต็มที่. ในสัตว์ที่ไต่รับการตัด ฮัยมัส ออกหมดเมื่อแรกเกิดหรือแม้กระทั่งเมื่อ ๓๕ ถึง ๔๐ วันหลังเกิด, จะหมดความสามารถในการสร้าง แอนติบอดี ตามแบบ และหมดความสามารถในการสร้าง

อิมมูนิตี จากการปลูกถ่าย. (๒) ทำให้
กายวิภาคศาสตร์ของ ลิ้มฟอยด์ ที่สซ
อื่น ๆ ในร่างกายมีความสมบูรณ์พร้อม.
หน้บจกรทถกคค ธิยมีส เมอแรกเกิดจะ
ไม่มีการเจริญเต็มที่ของต่อมน้ำเหลืองและ
ของม้าม.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., พ.ด.

๖. Arnold, O.H.: แอลฟา-เมธิลโคป
ในการรักษาโรคความดันเลือดสูงเรอริง.
German Med. Monthly 1962, 7:329-331.

แอล, แอลฟา-เมธิล ๓, ๔ ไคฮัย-
ครอกซัยเฟนิลอะลานีน (แอลฟา-เมธิล
โคป) ที่ใช้ในการลดความดันเลือดคน,
กลไกการออกฤทธิ์ที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่
นอน. เขาใจว่าเนื่องจากยาไปเหนยวริง
คีคาร์บอซัยเลชัน ของ ไคฮัยครอกซัย-
เฟนิลอะลานีน และ ๕-ฮัยครอกซัยทริบ์
โทเฟน.

รายงานนี้แจ้งว่า การใช้ แอลฟา-
เมธิลโคป ร่วมกับ ไฮอะไซค์ จะลดความ
ดันเลือดสูงจากสาเหตุต่าง ๆ กันได้ผลดี.
ฤทธิ์แทรกแซงก็ไม่มี, จึงมีคุณสมบัติ
เหนือยาอื่น. ผู้รายงานได้ทำการทดลองใน
ผู้ป่วย ๔๑ คน, ความดันเลือดลดลงเป็นท

พอใจ ๒๘ คน. ที่เหลือและไม่ได้ผลนั้น
เนื่องจากมีไตพิการกับกำลังรักษาด้วย
เปรีคินโซโลน อยู่. ขนาดของยาที่ให้คือ
๑ ถึง ๒.๕ มก., แบ่ง ๓ ถึง ๔ ครั้งต่อ
วัน. ทงนเพราะยานเมอเขาไปในร่างกาย
แล้วอยู่นานถึง ๘ ชั่วโมง. หลัง ๑๒ ชั่วโมง
ไปแล้วตรวจไม่พบ. ระดับสูงสคใน
เลือดหลังให้ยา คือ ๒ ถึง ๔ ชั่วโมง. ข้อ
เสียมีเพียงเกิดความทนยาขึ้น ๒ รายและ
ราคาขายแพงมาก.

ประภัสสร จุกะรัตน์ พ.บ.

๗. Levine, S.A.: การนวด คาโรติก ไช
นัส, การทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค แอง-
ไจน่า เบ็คตอริส. J.A.M.A. 1962, 182:1332-
1333.

ในปี ๑๙๒๘ Wasserman สังเกตว่า
อาการปวดบริเวณหัวใจจากทะเลาลงได้โดย
การนวด คาโรติก ไชนัส, ซึ่งได้รับการ
สนับสนุนจาก Wayne และ Laplace ในปี
๑๙๓๓, ซึ่งผู้รายงานได้อาศัยปฏิบัติการ
ไคนี้ในการวินิจฉัยโรค แองไจน่า เบ็ค-
ตอริส ได้ผลดี. ในการวินิจฉัยให้คนไข้หนึ่ง,
ใช้ นวมมือขวา ๑ หรือ ๒ นว กค และ นวค
ส่วนโป่งพองของหลอดเลือด คาโรติก ที่

ขยตรงโตมคาง. ทำข้างหนึ่งข้างใดก่อน
ก็ไคแล้วจึงทำอีกข้างหนึ่ง. ห้ามทำพร้อม
กันทั้งสองข้าง. ควรทำข้างขวาก่อน.

ระหว่างการนวดใช้เครื่องฟุ้งวางบนบริเวณ
หัวใจ, เมื่อเห็นว่าหัวใจซาลงชัดเจนแล้ว
ให้หยุดการนวดทันที. การนวดไม่ควร
นานเกิน ๓ ถึง ๕ วินาที, เพื่อให้เลือดไหล
คืนสู่หลอดเลือด คาโรติก. เมื่อหยุดการ
นวดให้ถามคนไข้ว่าค้อยทเลาปวดหรือไม่.
ถ้าหายปวดแสดงว่าเหตุมาจากหลอดเลือด
หัวใจ. ผู้รายงานพบว่าคนไข้หลอดเลือด
แข็ง, โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจมี คาโร-
ติก ไชนัส รีเฟล็กซ์ ไวกว่าคนไข้พวกอื่น.

ส่วนพวกที่นวด คาโรติก ไชนัส แล้ว
อาการปวดไม่หายไป, อาจเป็นโรคของ
ถุงน้ำดี, ไล่เลอนของกะบังลม, แผล
เป็ปติก และ ข้อกระดูกสันหลัง อักเสบ.
นอกจากนี้พบว่าแม้ในรายที่ผู้ช่วยเป็นโรค
ของหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับโรค อื่น ๆ ดัง
กล่าวข้างต้น, ก็อาจวินิจฉัยแยกโรคได้
โดยง่าย. บางรายภายหลัง ๓๐ นาทีต่อ
มากลับปวดใหม่, เนื่องจากหัวใจเต้นเร็ว
ขึ้นเท่าเดิม. รายละเอียดให้ ในโทร-
กัลยเซอรัน ร่วมด้วย. ผู้ช่วยที่มีอาการ
ปวดรุนแรงจาก ธีรอมโบสิส ของหลอดเลือด

เลือด โคโรนารี อย่างปัจจุบันร่วมกับ
อินฟารคชัน ของ กล้ามเนื้อหัวใจ อาจทเลา
ขณะนวด, แต่พอหยุดนวดก็กลับปวดอก.

การที่นวด คาโรติก ไชนัส ลดอาการ
ปวดโตกเอนองจาก รีเฟล็กซ์ ของประสาท.
การกระตุ้น ไชนัส ทำให้ลด โคโรนารี
สเปาส์ และอัตราการเต้นของหัวใจ, ทำ
ให้ระยะหย่อนตัวยาวนาน, ซึ่งอาจทำให้
สารพิษซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิดความปวดถก
ขยับออกไปได้มากขึ้น, เพราะการไหลเวียน
เลือดของหัวใจเกิด ขณะหัวใจ หย่อนตัวเป็น
ส่วนใหญ่. นอกจากนั้นการที่หัวใจขยับวันอຍ
ครั้งลงก็จะทำให้สารพิษที่เกิดจาก ทำงาน
ของหัวใจเองซึ่งน่าจะไคแก่กรด แล็คติก,
ถกขยับออกไป จาก กล้ามเนื้อหัวใจได้ มาก
ขึ้น. อย่างไรก็ตาม, กลไกที่แน่นอนอนยัง
ไม่ทราบแน่.

ปรีชา เจตนะศิลป์ น พ.บ.

๘. Rivkin, L.M., B.B. Roe, R.E.

Gardner : การแก้หัวใจหยุดโดยไม่ว่า.

Amer. Jour. Surg. 1962, 104:283-291.

ผู้เขียนได้กล่าวถึงวิธี ช่วย ผู้ช่วยหัวใจ
หยุดด้วยวิธีง่าย ๆ ไม่ต้องผ่าตัด, คือเมื่อ
หัวใจหยุดให้จับผู้ช่วยนอนหงาย. ผู้ทำใช้

สันมือข้างหนึ่งกดบนกระดูกสันอก, เอา
สันมือออกข้างหนึ่งวางซ้อนลง, ใช้นาหนัก
ตัวกดโดยแขนตรง. ให้มีแรงกด ๗๐ ถึง
๘๐ ปอนด์. กดแล้วปล่อยในจังหวะ ๓๐
ถึง ๔๐ ครั้งต่อนาที. การทำเช่นนั้นทำให้
กระดูกสันอกเคลื่อนขึ้นลงได้ ๓ ถึง ๕ ซม.
(ถ้ากดตรงซี่โครง อาจทำให้ซี่โครงหัก.
ถ้ากดบนสันมือ จะทำให้เกิดอาการชอกช้ำ
หรือค้ำแต่ก). ถ้าทำถูกต้องก็จะมีเพียง
การแยกของข้อต่อซี่โครง กับกระดูกอ่อน
หรือกับกระดูกสันอกเท่านั้น. การกดแรง
เกินไปอาจเกิดอันตรายแก่คนไข้.

สำหรับการฉายปอด ซึ่งต้องทำควบไป
อาจใช้วิธี “ปากต่อก” หรือ “ปาก
ต่อจมูก” ก็ได้, โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน
ท่า เทร็นเล เด็น เบอร์ก เพื่อให้ทางเดิน
อากาศโล่ง และ ย้อนกันสิ่งอาเจียน มาออก
ช่องทาง. ถ้าทำไ้ผลดีจะจับชีพจรได้และ
วัดความดันเลือดได้, และรูด่านตาที่จะ
หดลง.

ถ้ามี เว็นทริคูลาร์ ไฟบริเลชัน หรือ
กล้ามเนื้อหัวใจขาด ออกซิเจนมากให้ฉีด
โซเดียม ไบคาร์บอเนต (๕ ก.) หรือ โซ-
เดียม แล็คเตต ๑ โมลาร์ ๔๐ มล. ร่วม
กับ แอกรินนิน ๑ : ๒๐,๐๐๐ ๔ มล.

บางรายอาจต้องใช้การเต้นด้วยไฟฟ้า.

ต้องทำการนวดหัวใจต่อไปถ้ารูด่านตา
ยังหดอยู่ และ หลอดเลือดแดง ยัง เต้น อยู่.
เมื่อไ้ผลแล้วต้องติดตามต่อไปเพราะหัวใจ
อาจหยุดไ้ได้อีก.

กรงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๕. Lempke, R.E., และคณะ: การฉีด
สารน้ำในช่องท้องของคนไข้เองเข้าหลอด
เลือด ในการ ผ่าตัด คนไข้ โรคตับแข็ง.
J.A.M.A. 1963, 183: 347-349.

การผ่าตัดผู้ป่วยที่ เช่น ทองมานมอัน-
ตรายมากกว่าผู้ป่วย ที่เป็นโรคเดียวกันแต่
ไม่มีน้ำในช่องท้องมาก, เพราะการเอาสาร
น้ำในช่องท้องออกทำให้มีการเปลี่ยนแปลง
ในการไหลเวียนเลือดเนื่อง จากไ้เสียน้ำ,
อิเล็กโตรลัยท์, โปรตีน, ทำให้หลอด
เลือด ค็อลแลปส์ไ้ได้. ไ้เคยมีผู้ทดลองเอา
สารน้ำในช่องท้อง ฉายเข้าหลอดเลือดของ
ผู้ป่วยเอง, พบว่าทำได้ง่าย, ปลอดภัยและ
แก้ปัญหาดังกล่าวไ้ได้. นอกจากนั้นยังทำให้
มีการขับปัสสาวะ, ทำให้อาการขวมตาม
มือตามเท้าลดลงอีกด้วย. เขาพบว่ามผล
เสีย, เช่นอาจมีไข้และเกิดภาวะหัวใจล้ม
ไ้ได้. แต่ขอหลงนอาจข้งกันหรือแก้ไขด้วย

การให้ทีจิตาลิส และการควบคุมอัตราของ
การบริหาร.

ผู้รายงานได้ทดลองถ่ายสารน้ำในช่อง
ท้องเขาหลอดเล็ก ๑๒ ครั้งในผู้ป่วย ๖
ราย, เป็นผู้ใหญ่ ๕ คนและเด็ก ๑ คน.
ทุกรายสารน้ำในช่องท้อง เกิดจาก โรคตับ
แข็งโดยสาเหตุต่าง ๆ กัน. ได้เจาะเอาออก
แล้วถ่ายเข้าหลอดเล็กของผู้ป่วยเองทันที
ก่อนและขณะทำการผ่าตัด, หรือเจาะออก
เก็บไว้ในตู้เย็นโดยใส่ เพนซิลลิน ละลาย
น้ำไวทควย. ต่อมาจึงนำมาให้ผู้ป่วยนั้นใน
ขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด. ให้ ๖ ถึง ๑๐
มล./น้ำหนักตัว ๑ กก./ชม. และให้ไม่
เกิน ๕๐๐ มล. ในผู้ใหญ่.

จากการทดลองพบว่าผู้ป่วยทุกคนปลอดภัย.
ไม่มีการเสียหายของตับเพิ่มขึ้น,
ไม่พบ คีโอสแลปส์ ของหลอดเล็ก. นอก
จากนี้ในการให้หลังผ่าตัดยังสามารถแก้
การขัดขวางการหายใจเนื่องจากมีสารน้ำ
ในช่องท้องค้างอยู่อีกด้วย. ทงยงของกน
การเสียสารน้ำและ อิเล็กโตรลิตที่จากการ
เจาะเอาสารน้ำในช่องท้องออก, และการ
ที่สารน้ำในช่องท้องที่เกิดใหม่รั่วออกมา
ทางท่อระบายหลังผ่าตัดอีกด้วย.

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

๑๐. Bock, F.G., และคณะ: ฤทธิ์ทำ
ให้เกิด คาร์ซีโนมา ของสารในควินยหรือ.
J.A.M.A. 1962, 181: 668-671.

หลังจากที่ได้เคยมีรายงานถึงความ
สัมพันธ์ระหว่างมะเร็งในปอดกับควินยหรือ
เมื่อปี ๑๙๕๐ แล้ว, ก็ได้มีผู้ทดลองพบว่า
เมื่อได้เอากากน้ามันกิน (ทาร์) ที่ได้จากควิน
ยหรือไปทาที่ผิวหนังของหนูแล้ว, สามารถ
ทำให้เกิดเนื้องอกชนิดได้. บริษัทผลิตยหรือ
จึงได้พยายามผลิตยหรือชนิดต่าง ๆ, ใส่กัน
กรองและโฆษณาว่า วิธีกรรมต่าง ๆ
เหล่านั้นทำให้น้ามันกินลดลงและปลอดภัย
ในการสูบบุ.

ผู้ทดลองได้ลองใช้บุหรี่ธรรมดา ๔ ชนิด
และบุหรี่กรอง ๒ ชนิดมาทำให้ควิน
ควยแน่นเป็นกากน้ามันกินชน, แล้วใช้
กากน้ามันกินส่วนที่ละลายใน เอ็ปเตน,
ซึ่งเทากบยเป็นน้ามันกินที่ทำให้บริสุทธิ์ชน,
ใช้น้ำละลายน้ายทผวหน่งของหน โดยใช้
ขนาดครึ่งละเทากบยน้ามันกินที่ทำให้บริสุทธิ์
ชนที่ได้จากยหรือ ๘.๓ มวนต่อวัน, เป็นเวลา
นาน ๑ ปี.

ผลของการทดลองแสดงว่ากากน้ามัน
กินที่ได้จาก ยหรือ ธรรมดา แต่ ละชนิดมี

จำนวนต่างกันไม่เกิน ๒๐ ปช., ส่วนที่ได้
จาก ขหฺรกนกรอง มี เพียง ๓ ของขหฺร
กรรมตา. เนองอกของผิวหนงหนทเกิดจาก
ขหฺรกรรมตาม ๔๑ ทวในหนทกลองทง
หมค ๗๖ ทว. ไซขหฺรกนกรองพย ๑๕
ทวใน ๖๐ ทว. ะหฺรวางขหฺรกรรมตา ๔

ชนิกบ้ระหว่างขหฺรกนกรอง ๒ ชนิกไม่มี
ความผิดแผกกันในการเกิดเนองอก. นอก
จากนี้เนองอกในหนขางทวได้ กลายเป็น
สเควมส์ เซลล์ คาร์ซิโนมา หลังจาก
การทกลอง ๑ ขน.

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. โรคเบาหวานและอินสุลินในเลือด

หลังจากที่ Banting และ Best พบว่า สารสกัดจากตับอ่อนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และสัตว์ทดลองที่เป็นเบาหวานลดลงได้, การพบนี้จะเป็นการอธิบายที่แจ่มแจ้งว่าปริมาณของ อินสุลิน ต่อความต้องการของร่างกาย มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวาน, แต่ความสัมพันธ์นี้ค้นพบขึ้นไปอีกเมื่อ Houssey และ Young ได้ทดลองการตัดต่อม ตับอ่อนในสัตว์ และ Long กับ Lukens ได้ทดลองตัดต่อม แอดรีนัล. ในปี ๑๙๕๑ Bornstein และ Lawrence ได้รายงานว่า ระดับของสารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสุลิน ในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีระดับปรกติหรือเกือบปรกติโดยวิธีตรวจทาง ไบโอดีลยี. ต่อมาการทดลองนี้ได้รับการทำซ้ำ และสนับสนุนจากหลาย ๆ คนว่าเป็นความจริง, โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่เกิดในผู้ใหญ่และในบางรายที่เกิดในเด็กเยาว์วัย. ในการตรวจหาแอนติบอดีของ อินสุลิน โดยวิธี อิมมูโนโลยี โดย

Yalow และ Berson ได้พบว่าในบางคราว ระดับของสารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสุลิน ในเลือดกลับมากกว่าปรกติ. Seltzer, Fajans และ Conn แนะนำการที่มีสารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสุลิน ในเลือดเกินกว่าปรกตินั้น เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก. ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อย ๆ. บางคนก็วัดได้สารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสุลิน ในเลือดเกินปรกติในผู้ป่วยที่อยู่ใน “ระยะก่อนเป็นเบาหวาน”.

จากการพบเหล่านี้ ทำให้สมมุติฐานที่ว่าโรคเบาหวานเกิดจาก อะโทรฟยี ของตับอ่อนและหลัง อินสุลิน น้อยลงนั้นคลาญความเชื่อดั้งเดิมและเกิดความเชื่อว่าโรคเบาหวานเกิดจากสาเหตุอื่นซึ่งเป็นภายนอกตับอ่อน. อาจเกิดจากการหลัง อินสุลิน ไม่ถูกต้องกับกาลเวลาหรือหลังออกมาผิดแบบ, หรือร่างกายมีสารที่มีฤทธิ์ต่อต้านอินสุลินมากเกินไป, หรือมีการเร่งการทำลาย อินสุลิน เร็วเกินไปและประการสุดท้าย

ท้ายอาจเกิดจากการรับสนองของ เซลล์ ต่อ อินสูลิน น้อยกว่าปรกติ.

Antoniades และผู้ร่วมงานได้รายงาน การทดสอบระดับสารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสูลิน ในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน และในคนปรกติ. เขาพบว่าในระยะอดอาหารนั้นสารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสูลิน ในเลือดของคนทั้งสองพวกมีระดับใกล้เคียงกัน, และมีอยู่ทั้งในรูปอิสระและรวมกับสารอื่น. ในหลอดเลือดดำ ปอร์ทัล, ส่วนใหญ่ของ สารอยู่ในรูปอิสระ. หลังจากการฉีดน้ำตาลเขาหลอดเลือดพบว่าในคนปรกติระดับของสารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสูลิน ในเลือดทั้งหมดเพิ่มขึ้น, โดยที่สารอยู่ในรูปอิสระมากขึ้นแต่สารในรูปรวมลดลง. ส่วนในคนที่เบาหวานแม้ว่า ระดับสารในเลือดทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเหมือนในคนปรกติก็จริง แต่สารในรูปอิสระกลับลดลงและสารในรูปรวมกลับเพิ่มขึ้น. จากนี้เขาแนะนำว่าโรคเบาหวานอาจเกิดจากการผันแปรของการควบคุมระดับของ อินสูลิน ในรูปต่างๆผิด

ไป. เขาได้ให้สมมุติฐานว่า สารที่มีฤทธิ์คล้าย อินสูลิน ในเลือดอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง. Samaan กับคณะและ Ramseier กับคณะก็ได้สรุปเช่นเดียวกัน. คณะแรกได้พบว่าสารออกฤทธิ์คล้าย อินสูลิน พวก “ตรงแบบ” กับพวก “ไม่ตรงแบบ”, ต่างกันที่พวกแรกถูกยับยั้งด้วยสาร แอนติอินสูลิน และพวกหลังไม่ถูกยับยั้งโดยสารนี้. ส่วนฤทธิ์อื่น ๆ คงเหมือนกัน. โดยทั่วไปยอมรับกันว่า อินสูลิน ที่ถูกจับอยู่กับแอนติอินสูลิน มีฤทธิ์น้อยกว่า อินสูลิน ผลิต. อย่างไรก็ตามคำว่า “ฟรี อินสูลิน”, “อินแอคตีฟ คีอิมเปกซ์”, “อินสูลิน แอนตะโกนิสต์”, “อทิยซ์คล อินสูลิน” ก็ยังคงเป็นคำพูดทั่วไปโดยไม่ได้หมายถึงสารเคมีแน่นอน. ความก้าวหน้าทางการวิจัยต่อไปเท่านั้นที่จะทำให้รู้แน่นอนขึ้น.

(จาก New England Journal of Medicine; 1962, 267: 990—991)

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒๐. มานทะเลน

คำนี้ได้รับเลือกเสนอแนะจากท่านบรรณาธิการสารศิริราชให้ใช้เป็นศัพท์แพทย์ตรงกับคำว่า *Anasarca* ในภาษาอังกฤษ, โดยอ้างว่าพจนานุกรมให้คำแปลของคำ “มานทะเลน” นี้ว่าเป็น “การขวมท้วว”, ซึ่งได้ความหมายตรงกับคำ *Anasarca*, และได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการบัญญัติศัพท์ของราชบัณฑิตยสถานแล้ว.*

เนื่องจาก “มานทะเลน” เป็นคำแพทย์เดิมที่ตกหล่นไปแล้วเป็นเวลานาน, แม้ผู้สูงอายุในปัจจุบันก็น้อยคนนักที่จะรู้จักคำนี้, เมื่อได้รับการเสนอให้เป็นศัพท์เพื่อเลือกใช้ชื่อนอก, จึงเท่ากับว่าได้ถูกนำมาชบชีวิตให้ใหม่. แต่จะค้นศัพท์อยู่ได้ต่อไป, หรือว่าจะ “ตายคลอດ” เสียตั้งแต่แรก, ย่อมขึ้นอยู่กับความนิยมใช้ของพวกแพทย์แผนปัจจุบันเราเอง. หากส่วนมากเห็นว่า “การขวมท้วว” เป็นถ้อยคำที่ใช้พูดกันรู้เรื่องได้ง่ายกว่า, “มานทะเลน” ก็เห็นจะตายอีกเป็นหนที่ ๒. ความเกิดความคับ

นั้นมอ่ยท้ววไปและทกขณะจิต. ในชวชีวิตอันสั้นของเราได้เคยเห็น ศัพท์ไทยเกิดและคืบไปแล้วเป็นจำนวนมาก.

“มานทะเลน” เป็นคำที่คิดใจและทำทวยความอยากรู้ของผู้เขียนน้อยไม่ใช่น้อย. จึงได้พยายามเสาะหาความรู้เกี่ยวกับคำนี้เพื่อสนองความอยากรู้ของตน. ความรู้ที่นอกพจนานุกรมที่ได้มาในขั้นต้นก็คือ มานทะเลน เป็นคำผสม, มาน + ทะเลน.

มาน เป็นคำไทย แปลว่า ขวม, ความหมายก็จะบังงออาการขวมโตที่ท้องมากกว่าทอวยวะอื่น. ในคัมภีร์อุทรโรคจากหนังสือแพทยศาสตร์สังเคราะห์เล่ม ๓ ของ ร.ร. แพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน** ก็ได้ให้คำนิยามไว้ตรงกับความหมายที่คนท้วว ๆ ไปเข้าใจ, คือกล่าวว่าเป็นโรคที่..... “กระทำให้น้ำนั้นใหญ่ขึ้น สมมติว่ามาน มีนามปรากฏคือมานน้ำ ๔ มานลม ๔ มานหิน ๔ มานโลหิต ๔ มานเกิดแต่ตาน ๒ รวมเป็น ๑๘ ประการด้วยกัน”. เมื่อเช่นเด็ก, มีคำพูดอยู่

* ดูบันทึกการเสด็จพระราชดำเนินพระราชทานกระแสพระราชดำริเรื่องปัญหาการใช้คำไทยในการประชุมทางวิชาการของชุมนุมภาษาไทยคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๐๕

** ยืมจากพิพิธภัณฑสถานประวัติการแพทย์ไทย แผนกสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล

ประโยคหนึ่งทีเ่ก่ก ๆ ชอบใช้ว่ากัน, คือ “ใครหงน้ำ ท้องจะเป็นมาน”. ปัจจุบันนี้ ชาวอีสานก็ยังเรียกหญิงมีครรภ์ว่า “หญิงแม่มาน”, หรือพูดได้อีกอย่างว่าเป็น “มานลูก”. ดังนั้นคำว่า “มาน” จึงมีความหมายข่งถึงอาการบวมโตของท้องไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดใดทั้งสิ้น.

ถ้าเช่นนั้น “ทะเลน” เป็นคำภาษาอะไร และมีความหมายอย่างไร เมื่อผสมกับ “มาน” จึงได้แปลว่า การบวมท้วมถึงที่ขยัญญิตไว้ในพจนานุกรม.

ในคัมภีร์อุทรโรค อธิบายลักษณะอาการของมานทะเลนไว้ว่า..... “มานน้ำอันยังเกิดโดยน้ำเหลืองซาบซาบไปในชั้นเนื้อและขมขน คือกระทำให้ขมขนตามตัวเป็นคัน ครนถ่ายยาและทายากยขลงไปชั่วคราวันหนึ่ง แล้วก็กลับขมขนมากกว่าเก่า แต่เป็นคั้งนหลายคั้งนหลายหน ครนแก่เขาจะนั่งก็มีไ้ไ้ แต่เอนชัน้อย จึงค่อยสขาย แล้วให้ขมขนทงตัวต้งจะปริ สักกายใส่คั้งบุคคลเขาน้ำมันชะโลมหรือคั้งจทรากคัพอนกำลังชัน้อย และลักษณะอาการซึ่งกล่าวมาทงนี้ สมมติเรียกว่าโรคมาน-

ทะเลน”.

นั่นเป็นแต่คำอธิบายลักษณะอาการของโรคเท่านั้น, มิได้อธิบายในเชิงภาษา, ที่ก่อให้เกิดความฉงน, ไม่เห็นที่เข้าใจง่ายเหมือน มานน้ำ มานลม หรือมานหัวขน.

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่ง* ได้อธิบายกับผู้เขียนเป็นการส่วนตัวว่า, สันนิษฐานว่าทะเลน จะมาจากคำ สลึง ในภาษามอญ, ซึ่งแปลว่า ชันน้ำ. คำนี้ในภาษามอญออกเสียงลำบาคอข่, ใครอ่านไ้ก็แปลว่าพคภาษามอญเป็น. คำเมืองของชาวเหนือใช้ตรงกันว่า สลึง, เช่นชันเงิน, ชาวเหนือของเราเรียก สลึงเงิน.

ตัว ส มาเป็น ท ถ, หรือ ท ถ ในภาษาหนึ่งเพยนมาเป็น ส ในคำไทยนั้นก็มีตัวอย่างอยู่ เช่นคำว่า สมอ (เรือ), ผู้ชำนาญการอ่านจารึกโบราณของกรมศิลปากร ซึ่งอ่านไ้ทั้งภาษาไทยโบราณสันสกฤต ขอม มอญ และลานนาไ้เขียนไว้ในนิตยสารรายเดือนฉบับหนึ่งว่า...**

คำว่า “สมอ” ในที่นี้ตรงกับคำว่า “ธมอ” ในภาษาเขมร ที่แปลว่า “หิน” เขมรเขียน “ธม” อ่านว่า “ธุมอ” เข้าใจ

* ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช

** ดู “ฝากให้คิด” ของนายฉ่ำ ทองคำวรรณ ในหนังสือ “สามทหาร” ปีที่ ๑ เล่ม ๓ ฉบับเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๕

ว่าในสมัยโบราณไทยเราคงจะเอาหินมา
ทำเป็นสมอเรือ เหมือนอย่างมอญ—พม่า
จึงได้มีคำว่า “หิน” เกยกับคำว่า “สมอ
เรือ” ปรากฏอยู่ในภาษาไทย มอญ พม่า
กระทั่งทกวนั้น. คือ สมอเรือ มอญเรียกว่า
“เกรียงตะเมาะ” เขียน “คฺรงคฺม” , เกรียง
= เขาสัตว์ ตะเมาะ = หิน. พม่าเรียก Kyouk
Soo เขียน “โกย กฺล”, Kyouk หิน Soo
= หนาม หรือต้นไม้ชนิดต่าง ๆ ที่มีหนาม.
แต่ภาษาเขมรเรียกสมอเรือว่า “ยุคทะกา”
เขียน ยุคตุกา, ตรงกับไทยว่า “โยทะกา”
ที่แปลว่า สมอเรือ หรือคอกเคา. ในหนังสือ
พระอภัยมณี เขียน “โยถกา” แปลว่า
“สมอเรือ”.

คำว่า ทะลอน จึงได้รับการสันนิษฐาน
ว่าจะมาจาก สลึง เพราะเหตุนี้. และถ้า
เช่นนั้น มานะลอน ก็คงแปลได้แต่เพียงว่า
ขวมจนกลมเหมือนขนานา, ซึ่งอาการขวม
ในลักษณะนี้มักแต่เฉพาะที่ท้องเท่านั้น, ขา
แขน จะขวมด้วย ก็ไม่มีรูปเหมือนขน. ดัง
นั้นตามคำสันนิษฐานนี้ มานะลอนจึงเห็น
จะไม่ใช่อารขวมทงตัว.

ข้อสันนิษฐานอีกทางหนึ่งจากผู้เชี่ยวชาญ
ชาวจีนภาษามอญของกรมศิลปากร,** ซึ่ง

ให้คำอธิบายแก่ผู้สนใจเรื่องภาษาคนหนึ่ง
ซึ่งเป็นเพื่อนของผู้เขียนว่า ทะลอน มาจาก
คำภาษามอญ “เทอรัน” (เขียนเป็น
ไทยตามสำเนียงที่เปล่งให้ฟัง. ตัว ร นั้น
สำเนียงมอญไม่ซัดเหมือนของเราที่เคียว,
กวางอยู่ระหว่าง ร กับ ล). คำนี้แปลตาม
ตัวว่า พยาศิไล้เคือน. มอญเรียกเค็กฟงโร
เพราะเสียงพยาศิไล้เคือนไว้ในท้องมากกว่า
เป็นเทอรัน. และต่อมาความหมายของคำ
ก็เคลื่อนไป, คนพองบ้องทกอย่าง, จะเนื่อง
จากพยาศิไล้เคือนหรือมิใช่ก็ตาม, มอญ
เรียกว่าเป็น เทอรันหมคทงนั้น. คำนี้ตรง
กับ “มาน” ของไทย. ไทยรับมาใช้ควบ
คู่กับคำเดิมของตน, แต่ออกเสียงอย่าง
มอญไม่เป็น, จึงเขียนเป็นทะลอน. และทะลอน
จึงเป็นลูกคำของมาน, แบบเดียวกับที่เรา
ใช้คำ “เล็ก” ควบคู่กับ “น้อย” เป็น
“เล็กน้อย” ฉะนั้น.

จากข้อสันนิษฐานทั้ง ๒ ทางที่ได้มานี้
ไม่มีทางใดเลยที่จะแปล “มานะลอน” ได้
ว่าเป็นการขวมทงตัว. ความหมายของคำ
จะมาเคลื่อนเปลี่ยนไปในชั้นหลังอีกอย่างไร,
ยังหาเค้าเงื่อนไม่ได้.

โชติศรี ท้าราบ พ.บ.

* โบราณ ไทยใช้หินผูกด้วยหวาย ถ่วงเป็นสมอเรือ—ผู้เขียน

** นายจำปา เขื่องเจริญ

๓. อันตรายของแอนติไมโครบิกในเด็กเกิดใหม่

ทารกที่เกิดใหม่มักมีโอกาสดูดเชื้อที่รุนแรงได้ง่าย. อาการของโรคมักดำเนินไปโดยเฉียบพลันและกว่าจะทราบก็มักจะเป็นมากรุนแรงแล้ว. ดังนั้นแพทย์ผู้รักษามักจะไม่รอคอยผลการตรวจทางแบคทีเรีย. การตัดสินใจการรักษาขึ้นอยู่กับการพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มักจะทำให้ทารกเป็นโรคติดเชื้ออย่างรุนแรงได้. ทังต้องนึกอยู่เสมอว่าทารกนั้นต่างจากผู้ใหญ่ และจากเด็กโตไม่เพียงแต่ขนาดของตัวอย่างเดียวนั้น, ยังมีความแตกต่างอย่างอื่น ๆ อีก, และไม่ต้องสงสัยว่าผลของยาในทารก มักจะคาดล่วงหน้าไม่ได้. การกดซึม, เมตาบอลิซึม และการขับถ่ายไม่เหมือนผู้ใหญ่, มีหลายอย่างที่ยังไม่ทราบแน่. ฉะนั้นการใช้ยาจึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ. อันตรายต่าง ๆ ของการใช้ยารวมทั้งการใช้แอนติไมโครบิก จึงนับว่ามีความสำคัญ.

ซัลโฟนาไมด์. มีผู้สังเกตเห็นว่าทารกที่ได้รับยา ซัลฟิซอกซาโซล แล้วเป็นโรคแคร์นิกเทอรัล, โดยเชื่อว่ายานี้ไปแยกบิลิรูบิน ที่รวมอยู่กับ อัลบูมิน ให้เป็น บิลิรูบิน เสรี, เป็นผลให้ซึมเข้าไปในสมองซึ่งอาจ

ทำอันตรายต่อ เซลล์ ประสาททำให้เกิดกลุ่มอาการ แคร์นิกเทอรัล ได้. สารอื่นก็เช่นเดียวกัน, เช่น ซาลิซิลเลท, ยีมาติน, คีเฟเฟอีน. ในปัจจุบันนี้ไม่ใช้ยาซัลโฟนาไมด์ในเด็กเกิดใหม่ ขณะที่ เป็น หรือ อาจ จะมีอาการตัวเหลือง. ผลของ ซัลโฟนาไมด์ ทำให้แม่กินในขณะตั้งครรภ์ยังไม่ทราบชัดเจน. แพทย์มักจะใช้ยา ซัลโฟนาไมด์ แก่แม่เพื่อรักษา โรค กรวยไต หรือ โรคระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ, และยังอาจใช้ป้องกันการติดเชื้อในครรภ์ที่มีถุงน้ำแตกก่อนกำหนด. ถ้าใช้ในระบะแรกของการตั้งครรภ์อาจไม่มีความสำคัญแต่ถ้าใช้ในระบะครรภ์แก่อาจเพิ่มอันตรายได้. จำนวนยา ซัลโฟนาไมด์ ที่ผ่านรกไปยังเด็กเกิดใหม่ยังไม่ทราบแน่, อาจเป็นไปได้ว่าความเข้มข้นในเลือดต่ำกว่าแม่. เมื่อน้ำที่ไตของแม่น้อยไป ทำให้ ความเข้มข้นในเลือดสูง อันตรายแก่ทารกอาจจะมากขึ้น. ยิ่งในปัจจุบันนี้ก็มี ซัลโฟนาไมด์ ชนิดออกฤทธิ์นานใช้มาก, การใช้ยา ซัลโฟนาไมด์, โดยเฉพาะชนิดที่ออกฤทธิ์นาน จึงต้องการ

ความระมัดระวังนอกจากจะไต่มีการพิสูจน์แล้วว่าปลอดภัยแน่.

สเตอร์ปโตมัยซิน. พิษของ สเตอร์ปโตมัยซิน ถือได้ว่ามีน้อย. การให้ขนาดมาก ๆ แก่สัตว์ทดลองทำให้เกิดอาการโคม่า พร้อมด้วยมีอาการชักหรือไม่มี. การใช้ สเตอร์ปโตมัยซิน ชนิดที่รวมอยู่กับ เพนิซิลลิน เป็นขนาดที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่, และขนาดของ เพนิซิลลิน ที่จะเพียงพอสำหรับทารกนั้นมี สเตอร์ปโตมัยซิน อยู่มากเกินไป. โดยที่ความต้องการ สเตอร์ปโตมัยซิน ในทารกเพียง ๒๐ มก./กก. ใน ๑ วัน. ฉะนั้นเมื่อจะใช้ยาชนิดที่มี เพนิซิลลิน รวมอยู่กับ สเตอร์ปโตมัยซิน จะต้องนึกถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้.

โนโวไบโอซิน. การใช้ โนวोไบโอซิน ในคนอายุมากอาจทำให้มีอาการตัวเหลืองได้บ้างเล็กน้อย. เมื่อให้ โนวอไบโอซิน แก่ทารกจะทำให้มีเด็กตัวเหลืองเพิ่มมากขึ้น, โดยที่ยานี้จะทำให้ตับจัดการรวม บิลิรูบิน กับ โปรตีน ได้น้อยลง, จึงทำให้ขับถ่ายออกมาในรูปที่ละลายน้ำได้.

เพนิซิลลิน. ผู้ใหญ่ทนต่อ เพนิซิลลิน ได้ดี. มีผู้ให้วันละ ๑๐๐ ล้านหน่วย โดยไม่มีอันตรายแต่อย่างใด. มีผู้รายงานว่า ยา แอนติไมโครบิค บางอย่างขัดขวางการแบ่งตัวของ เซลล์, และยังเสริมฤทธิ์ของยารักษาเมเร็งบางอย่าง, และมีรายงานถึงการให้ เพนิซิลลิน ขนาดมากแก่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแล้วทำให้ตายทันที. จากการทดลองพิษของ เพนิซิลลิน ในหนูพบว่าขนาดที่ทำให้ตายในหนูที่เกิดใหม่เป็น $\frac{๑}{๖}$ ของหนูที่เจริญเต็มที่แล้ว. จากเหตุผลดังกล่าวอาจเป็นไปได้ว่า เพนิซิลลิน ขนาดมากทำอันตรายแก่ทารกได้. เคยมีการใช้ เพนิซิลลิน วันละหลายล้านหน่วย แก่ทารกเพื่อรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือ เชื้อปัสสาวะ ซึ่งเห็นได้ว่าเด็กทารกอาจจะตายด้วย เพนิซิลลิน.

คลอร์แอมเฟนิคอล. ยานี้ได้ถูกนำมาใช้ในเด็กทารกเพื่อรักษาโรคติดเชื้อจาก สะตาฟิโลค็อกคัส ชนิดที่ทนต่อ เพนิซิลลิน. มีผู้สังเกตว่าอัตราตายของเด็กเกิดใหม่สูงได้ส่วนกับเวลาที่มีการใช้ คลอร์แอมเฟนิคอล, และอัตราตายของทารกน้อยลงเมื่อลดขนาดการใช้ คลอร์-

แอมเฟนิคอล ลง, คือจาก ๑๐๐ มก./กก. มาเป็น ๒๕ มก./กก. ใน ๑ วัน. นอกจากนั้นยังมีความสำคัญทางสถิติระหว่างอัตราการตายของทารกกับการใช้แอนติไบโอติก บ็องกันโรคติดเชื้อในรายที่ดูน่าแตกก่อนกำหนด. ยาที่ใช้ในนพบว่าเป็นผลอร์แอมเฟนิคอล เสียเป็นส่วนใหญ่. ยังพบด้วยว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาด้วย ผลอร์แอมเฟนิคอล มีอัตราการตายมาก, และมีกลุ่มอาการไหลเวียนล้ม

ร่วมอยู่ด้วย. บางครั้งมี ซัยโปเรอร์เมีย นำมาก่อน, และตรวจพบ ผลอร์แอมเฟนิคอล มีความเข้มข้นถึง ๒๐๐ ไมโครกรัม/มล. (มากกว่าขนาดรักษาถึง ๑๐-๒๐ เท่า) เนื่องจากใช้ขนาดสูงถึง ๑๐๐-๑๕๐ มก./กก./วัน.

(รวบรวมจาก Hazards of Antimicrobial Therapy in Newborn Infants. Postgraduate Medicine 1962, 32 (2): 127-134.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๔. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๒๒)

- | | |
|--|--|
| ๔๘๐๑. parenchymatitis เนื้อเยื่ออักเสบ | ๔๘๑๔. parieto-occipital ข้างกะโหลกร่วมท้ายทอย |
| ๔๘๐๒. parenchymatous มีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อ | ๔๘๑๕. paristhmic เกี่ยวกับท่อนซิด |
| ๔๘๐๓. parental เกี่ยวกับพ่อแม่, ได้จากพ่อแม่ | ๔๘๑๖. paristhmion ท่อนซิด |
| ๔๘๐๔. parenteral นอกทางปาก, ไม่ใช่ทางปาก | ๔๘๑๗. paristhmitis ท่อนซิดอักเสบ |
| ๔๘๐๕. paresis อัมพาตบางส่วน | ๔๘๑๘. parity ภาวะเคยคลอด, ความเท่ากัน, ความเหมือนกัน |
| ๔๘๐๖. paresthesia, paraesthesia ปั่นเผื่อ, ความสัมผัสปั่นเผื่อ | ๔๘๑๙. paroccipital ใกล้เคียงกระดูกท้ายทอย |
| ๔๘๐๗. paresthetic ซึ่งปั่นเผื่อ, ซึ่งสัมผัสปั่นเผื่อ | ๔๘๒๐. parodontal เคียงข้างฟัน |
| ๔๘๐๘. paretic เป็นอัมพาต | ๔๘๒๑. parodontitis เนื้อรอบฟันอักเสบ |
| ๔๘๐๙. pareunia การสังวาส | ๔๘๒๒. parodontopathy โรคเนื้อรอบฟัน |
| ๔๘๑๐. paridrosis การหลั่งเหงื่อพิการ | ๔๘๒๓. parodynia การคลอดยาก, การคลอคนิดปรกติ |
| ๔๘๑๑. paries ผนัง (อวัยวะ) | ๔๘๒๔. paroophoritis เนื้อรอบรังไข่อักเสบ |
| ๔๘๑๒. parietal แห่งผนัง, เกี่ยวกับผนัง | ๔๘๒๕. parophthalmia เนื้อรอบนัยน์ตาอักเสบ |
| ๔๘๑๓. parietitis ผนังอักเสบ | ๔๘๒๖. parorexia ความอยากกินอุตุริ |

แอมเฟนคอลล ลง, ค็อจาก ๑๐๐ มก./กก. มาเป็น ๒๕ มก./กก. ใน ๑ วัน. นอกจากนั้นยังมี ความสำคัญทางสถิติระหว่างอัตราการตายของทารกกับการใช้แอนติไบโอติก บ็องกันโรคค็อกเซอในรายที่ถึงหน้าแตกก่อนกำหนด. ยาที่ใช้นั้นพบว่า เป็นผลอร์แอมเฟนคอลล เสียเป็นส่วนใหญ่. ยังพบด้วยว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับ การรักษาด้วย ผลอร์แอมเฟนคอลล มีอัตราตายมาก, และมีกลุ่มอาการไหลเวียนล้ม

ร่วมอยู่ด้วย. บางครั้งมี ซัยโปเรอร์เมีย นำมาก่อน, และตรวจพบ ผลอร์แอมเฟนคอลล มีความเข้มข้นถึง ๒๐๐ ไมโครกรัม/มล. (มากกว่าขนาดรักษาถึง ๑๐-๒๐ เท่า) เนื่องจากใช้ขนาดสูงถึง ๑๐๐-๑๕๐ มก./กก./วัน.

(รวบรวมจาก Hazards of Antimicrobial Therapy in Newborn Infants. Postgraduate Medicine 1962, 32 (2): 127-134.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๔. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๒๒)

- | | |
|--|--|
| ๔๘๐๑. parenchymatitis เนื้อแท้ของอวัยวะ | ๔๘๑๔. parieto-occipital ข้างกะโหลกศีรษะท้ายทอย |
| ๔๘๐๒. parenchymatous มีลักษณะเป็นเนื้อแท้ของอวัยวะ | ๔๘๑๕. paristhmic เกี่ยวกับท่อนซิด |
| ๔๘๐๓. parental เกี่ยวกับพ่อแม่, ได้จากพ่อแม่ | ๔๘๑๖. paristhmion ท่อนซิด |
| ๔๘๐๔. parenteral นอกทางปาก, ไม่ใช่ทางปาก | ๔๘๑๗. paristhmitis ท่อนซิดอักเสบ |
| ๔๘๐๕. paresis อัมพาตบางส่วน | ๔๘๑๘. parity ภาวะเคยคลอด, ความเท่ากัน, ความเหมือนกัน |
| ๔๘๐๖. paresthesia, paraesthesia ปื้นเผื่อ, ความสัมผัสปื้นเผื่อ | ๔๘๑๙. paroccipital ใกล้เคียงกระดูกท้ายทอย |
| ๔๘๐๗. paresthetic ซึ่งปื้นเผื่อ, ซึ่งสัมผัสปื้นเผื่อ | ๔๘๒๐. parodontal เคียงข้างฟัน |
| ๔๘๐๘. paretic เป็นอัมพาต | ๔๘๒๑. parodontitis เนื้อรอบฟันอักเสบ |
| ๔๘๐๙. pareunia การสังวาส | ๔๘๒๒. parodontopathy โรคเนื้อรอบฟัน |
| ๔๘๑๐. paridrosis การหลั่งเหงื่อพิการ | ๔๘๒๓. parodynia การคลอดยาก, การคลอดผิดปรกติ |
| ๔๘๑๑. paries ผนัง (อวัยวะ) | ๔๘๒๔. paroophoritis เนื้อรอบรังไข่อักเสบ |
| ๔๘๑๒. parietal แห่งผนัง, เกี่ยวกับผนัง | ๔๘๒๕. parophthalmia เนื้อรอบนัยน์ตาอักเสบ |
| ๔๘๑๓. parietitis ผนังอักเสบ | ๔๘๒๖. parorexia ความอยากกินอุตุริ |

๔๘๒๒. paromia ความรู้สึกพิการ
๔๘๒๓. parosteitis, parostitis เนื้องอกกระดูก
อักเสบ
๔๘๒๔. parotic ข้างหู
๔๘๓๐. parotid อยู่ใกล้หู, ต่อมน้ำลายใต้หู, ต่อม
พารอติด
๔๘๓๑. parotidian เกี่ยวกับต่อมพารอติด
๔๘๓๒. parotidectomy การตัดต่อมพารอติด
๔๘๓๓. parotiditis ต่อมพารอติดอักเสบ
๔๘๓๔. parotidoscirrhosis ต่อมพารอติดกระด้าง
๔๘๓๕. parotidosclerosis ต่อมพารอติดกระด้าง
๔๘๓๖. parotitic เกี่ยวกับต่อมพารอติดอักเสบ
๔๘๓๗. parotitis ต่อมพารอติดอักเสบ, โรคคางทูม
๔๘๓๘. parous เคยคลอด
๔๘๓๙. parovariotomy การตัดรังไข่เฉพาะส่วน
๔๘๔๐. paroxysm อาการโรคกลับ, อาการไข้จับ,
อาการโรคจับ
๔๘๔๑. partial เกี่ยวกับการคลอด
๔๘๔๒. partimute หนวกใบ
๔๘๔๓. parimutism สภาพหนวกใบ
๔๘๔๔. parturient ผู้คลอด, กำลังคลอด, เกี่ยวกับ
การคลอด
๔๘๔๕. parturifacient ชักนำคลอด, ยาชักนำ
คลอด, ยาทำให้คลอดง่าย
๔๘๔๖. parturition การคลอด
๔๘๔๗. partus การคลอด, ลูกที่คลอด
๔๘๔๘. partus agrippinus การคลอดทำกัน
๔๘๔๙. partus caesareus การคลอดโดยผ่าท้อง
๔๘๕๐. partus maturus การคลอดครบกำหนด
๔๘๕๑. partus precipitatus การคลอดผลัดผลาม
๔๘๕๒. partus serotinus การคลอดยืดเยื้อ
๔๘๕๓. partus siccus การคลอดแห้ง
๔๘๕๔. parumbilical ใกล้สะดือ
๔๘๕๕. paruria บัสสาวะผิดปรกติ, การถ่าย
บัสสาวะผิดปรกติ
๔๘๕๖. paste ยาเบี่ยง
๔๘๕๗. pasteurization การฆ่าเชื้อแบบพาสเตอร์
๔๘๕๘. pasteurizer เครื่องฆ่าเชื้อแบบพาสเตอร์
๔๘๕๙. pastille ยาเม็ดอม
๔๘๖๐. pasty คล้ายยาเบี่ยง, บวมน้อย ๆ
๔๘๖๑. patch ดวงที่ผิว
๔๘๖๒. patefaction การเผย
๔๘๖๓. patella กระดูกสะบ้า
๔๘๖๔. patellar เกี่ยวกับกระดูกสะบ้า
๔๘๖๕. patellectomy การตัดกระดูกสะบ้า
๔๘๖๖. patelliform รูปคล้ายกระดูกสะบ้า
๔๘๖๗. patency การเปิดโล่ง
๔๘๖๘. patent เปิด, โล่ง, เห็นได้ง่าย
๔๘๖๙. path ทาง, แนวเคลื่อน
๔๘๗๐. pathema โรค, พยาธิภาวะ
๔๘๗๑. pathetic เกี่ยวกับจิตใจ
๔๘๗๒. pathetism การสะกดจิต
๔๘๗๓. pathfinder หมุดแยะ
๔๘๗๔. patho พยาธิ
๔๘๗๕. patho-anatomy พยาธิกายวิภาคศาสตร์
๔๘๗๖. pathobiology พยาธิวิทยา, พยาธิชีววิทยา
๔๘๗๗. pathocrinia ความพิการแห่งต่อมไร้ท่อ,
ต่อมไร้ท่อพิการ
๔๘๗๘. pathogen สิ่งก่อโรค, ตัวก่อโรค, เชื้อโรค
๔๘๗๙. pathogenesis, pathogenesy การก่อ
โรค, การเกิดโรค
๔๘๘๐. pathogenic, pathogenetic ซึ่งก่อโรค
๔๘๘๑. pathogenicity ความก่อโรค
๔๘๘๒. pathogeny การก่อโรค, การเกิดโรค
๔๘๘๓. pathognomonic บ่งโรค
๔๘๘๔. pathognostic บ่งโรค
๔๘๘๕. pathography ประวัติโรค, คำบรรยายโรค
๔๘๘๖. pathologic, pathological เกี่ยวกับ
พยาธิวิทยา, เกี่ยวกับโรค
๔๘๘๗. pathologico-anatomic เกี่ยวกับพยาธิ
กายวิภาคศาสตร์
๔๘๘๘. pathologist นักพยาธิวิทยา
๔๘๘๙. pathology พยาธิวิทยา
๔๘๙๐. pathology, cellular กลลพยาธิวิทยา,
พยาธิวิทยาเซลล์

๔๘๘๑. pathology, clinical พยาธิวิทยา (ฝ่าย) คลินิก
๔๘๘๒. pathology, comparative พยาธิวิทยา เปรียบเทียบ
๔๘๘๓. pathology, dental ทันตพยาธิวิทยา
๔๘๘๔. pathology, exotic วิเทศพยาธิวิทยา
๔๘๘๕. pathology, experimental พยาธิวิทยา ทดลอง
๔๘๘๖. pathology, external ศัลยพยาธิวิทยา
๔๘๘๗. pathology, general พยาธิวิทยาทั่วไป
๔๘๘๘. pathology, geographical ภูมิพยาธิวิทยา
๔๘๘๙. pathology, internal อายุรพยาธิวิทยา
๔๘๙๐. pathology, medical อายุรพยาธิวิทยา
๔๘๙๑. pathology, mental จิตพยาธิวิทยา
๔๘๙๒. pathology, special พยาธิวิทยาเฉพาะอย่าง
๔๘๙๓. pathology, surgical ศัลยพยาธิวิทยา
๔๘๙๔. patholysis การทำลายโรค, การสลายโรค
๔๘๙๕. pathomimesis การแกล้งป่วย, การเลียน (อาการ) โรค
๔๘๙๖. pathomimia การแกล้งป่วย, การเลียน (อาการ) โรค
๔๘๙๗. pathomimicry การแกล้งป่วย, การเลียน (อาการ) โรค
๔๘๙๘. pathomorphism พยาธิรูปกายวิทยา
๔๘๙๙. pathomorphology พยาธิรูปกายวิทยา
๔๙๐๐. pathophobia โรคกลัวเป็นโรค, โรคกลัว ความไข้
๔๙๐๑. pathophoresis การนำโรค
๔๙๐๒. pathophoric ชึ่งนำโรค
๔๙๐๓. pathophorous ชึ่งนำโรค
๔๙๐๔. pathophysiology พยาธิสรีรวิทยา
๔๙๐๕. pathopoiesis การก่อโรค
๔๙๐๖. pathopsychology พยาธิจิตวิทยา
๔๙๐๗. pathoradiography พยาธิรังสีวิทยา
๔๙๐๘. pathoroentgenography พยาธิรังสีวิทยา
๔๙๐๙. pathosis ภาวะโรค, พยาธิภาวะ
๔๙๑๐. pathotropism ความโน้มสู่โรค
๔๙๑๑. pathway ทางเดิน, ทางประสาท
๔๙๑๒. pathy โรค, พยาธิภาวะ
๔๙๑๓. patient คนไข้, ผู้ป่วย, ผู้รับการรักษา
๔๙๑๔. patrilineal สืบทางพ่อ
๔๙๑๕. patroclinous รับจากพ่อ
๔๙๑๖. patulous เบื่อ, ถ่างกว้าง, กระจายกว้าง
๔๙๑๗. paucibacillary มีบาซิลไลน้อย
๔๙๑๘. paulocardia ความรู้สึกลับหัวใจหยุด, อาการ หัวใจพักนาน
๔๙๑๙. paunch กระเพาะพุงเอียง
๔๙๒๐. pause การพัก, การชะงักหยุด
๔๙๒๑. pause, compensatory การพักทดแทน
๔๙๒๒. pausimonia การหมดระดู
๔๙๒๓. pavilion ส่วนปลายบาน, ส่วนผาย
๔๙๒๔. peak ยอด, ส่วนสูงสุด
๔๙๒๕. pectinate รูปหวี
๔๙๒๖. pectineal เกี่ยวกับกระดูกหัวหน้า
๔๙๒๗. pectiniform รูปหวี
๔๙๒๘. pectoral เกี่ยวกับหน้าอก, เกี่ยวกับเต้านม, ขาแก้อ
๔๙๒๙. pectoralgia อาการปวดหน้าอก, อาการปวดเต้านม
๔๙๓๐. pectus เต้านม, หน้าอก, ทรวงอก
๔๙๓๑. pectus carinatum ออกไก่
๔๙๓๒. pectus excavatum ออกหว่า
๔๙๓๓. pectus gallinatum ออกไก่
๔๙๓๔. pedal เกี่ยวกับเท้า
๔๙๓๕. pedialgia อาการปวดประสาทเท้า
๔๙๓๖. pediatric เกี่ยวกับโรคเด็ก
๔๙๓๗. pediatrician กุมารแพทย์
๔๙๓๘. pediatrics กุมารเวชศาสตร์
๔๙๓๙. pediatricist กุมารแพทย์
๔๙๔๐. pediatry กุมารเวชศาสตร์
๔๙๔๑. pedicellate, pedicellated มีขั้ว
๔๙๔๒. pedicellation การเกิดขั้ว
๔๙๔๓. pedicle ขั้ว, ส่วนต่อเชื่อม

๔๕๕๔. pedicled มีขั้ว
 ๔๕๕๕. pedicterus, paedicterus ดิษานเด็ก
 แรกเกิด
 ๔๕๕๖. pedicular เกี่ยวกับเหา
 ๔๕๕๗. pediculate มีขั้ว
 ๔๕๕๘. pediculation การติดเหา, การเกิดขั้ว
 ๔๕๕๙. pediculicide ฆ่าเหา, ยาฆ่าเหา
 ๔๕๖๐. pediculophobia โรคกลัวติดเหา
 ๔๕๖๑. pediculosis โรคเหา
 ๔๕๖๒. pediculosis capillitii, pediculosis
 capitis โรคเหา
 ๔๕๖๓. pediculosis corporis โรคหมัด
 ๔๕๖๔. pediculosis inguinalis, pediculosis
 pubis โรคโลน
 ๔๕๖๕. pediculous ติดเหา
 ๔๕๖๖. pediculus เหา, ขั้ว
 ๔๕๖๗. pedicure การแต่งเท้า, ช่างแต่งเท้า
 ๔๕๖๘. pediluvium ยาแช่เท้า
 ๔๕๖๙. pedionalgia อาการปวดช่นเท้า
 ๔๕๗๐. pediophobia, paediophobia โรค
 กลัวเด็ก, โรคกลัวตุ๊กตา
 ๔๕๗๑. pediphalanx กระดุกนิ้วเท้า
 ๔๕๗๒. pedistibulum กระดุกโกลอน (ในหู)
 ๔๕๗๓. pedo—, pedia— เกี่ยวกับเด็ก, กุมาร
 ๔๕๗๔. pedobarometer เครื่องชั่งเด็ก
 ๔๕๗๕. pedodontia กุมารทันตศาสตร์
 ๔๕๗๖. pedodontics กุมารทันตศาสตร์
 ๔๕๗๗. pedodynamometer เครื่องวัดกำลังขา
 ๔๕๗๘. pedologist นักกุมารวิทยา
 ๔๕๗๙. pedology, paidology กุมารวิทยา
 ๔๕๘๐. pedometer เครื่องวัดตัวเด็ก, เครื่องนับก้าว
 ๔๕๘๑. pedonosology กุมารเวชศาสตร์
 ๔๕๘๒. pedontia กุมารทันตศาสตร์
 ๔๕๘๓. pedontology กุมารทันตวิทยา
 ๔๕๘๔. pedopathy โรคเท้า
 ๔๕๘๕. pedophilia โรคชอบเด็ก
 ๔๕๘๖. pedophilic ชอบเด็ก
 ๔๕๘๗. pedophobia โรคกลัวเด็ก
 ๔๕๘๘. peduncle ขั้ว, ฐาน
 ๔๕๘๙. peduncular เกี่ยวกับขั้ว, เกี่ยวกับฐาน
 ๔๕๙๐. pedunculate, pedunculated มีขั้ว,
 มีฐาน
 ๔๕๙๑. peinotherapy การรักษาโดยให้อด
 ๔๕๙๒. pejorative เลวลง, หนักลง
 ๔๕๙๓. peladophobia โรคกลัวศีรษะล้าน
 ๔๕๙๔. pelage ผมและขน
 ๔๕๙๕. pelagism การเมาคลื่น
 ๔๕๙๖. polidnoma ดวงภาพ, ดวงซ้ำ
 ๔๕๙๗. pelioma ดวงภาพ, ดวงซ้ำ
 ๔๕๙๘. pellagra โรคเฟลลลากรา
 ๔๕๙๙. pellagrigenic ทำให้เป็นเฟลลลากรา
 ๕๐๐๐. pellagral เกี่ยวกับเฟลลลากรา
 ๕๐๐๑. pellagraphobia โรคกลัวเฟลลลากรา
 ๕๐๐๒. pellagrin ผู้ป่วยเฟลลลากรา
 ๕๐๐๓. pellagroid คล้ายเฟลลลากรา
 ๕๐๐๔. pellagrologist ผู้ชำนาญเรื่องเฟลล-
 ลลากรา
 ๕๐๐๕. pellagrology การศึกษาเฟลลลากรา
 ๕๐๐๖. pellagrosarium สถานพยาบาลเฟลล-
 ลลากรา
 ๕๐๐๗. pellagrose, pellagrous เป็นเฟลล-
 ลลากรา
 ๕๐๐๘. pellagrosis ลักษณะผิวหนังเฟลลลากรา
 ๕๐๐๙. pellant ถ่าย, ระบาย
 ๕๐๑๐. pellate ขับ
 ๕๐๑๑. pellet ยาเม็ดเล็ก
 ๕๐๑๒. pellicle ผิว, เยื่อ
 ๕๐๑๓. pellicular, pelliculous มีผิว, ลักษณะ
 เป็นผิว, มีลักษณะเป็นเยื่อ
 ๕๐๑๔. pellucid โปร่งแสง
 ๕๐๑๕. pelma ฝ่าเท้า
 ๕๐๑๖. pelmatic เกี่ยวกับฝ่าเท้า
 ๕๐๑๗. pelmatogram รูปพิมพ์ฝ่าเท้า, รอยเท้า
 ๕๐๑๘. pelohemia ภาวะเลือดจัน
 ๕๐๑๙. peloid คล้ายโคลน
 ๕๐๒๐. pelotherapy การรักษาด้วยโคลน

๕๐๒๑. peltate รูปโล่
๕๐๒๒. pelveoperitonitis เยื่ออุ้งเชิงกรานอักเสบ
๕๐๒๓. pelvic เกี่ยวกับกระดูกเชิงกราน
๕๐๒๔. pelvimeter เครื่องวัดกระดูกเชิงกราน
๕๐๒๕. pelvimetry การวัดกระดูกเชิงกราน
๕๐๒๖. pelvimetry, combined การวัดกระดูกเชิงกรานทั้งภายในและภายนอก
๕๐๒๗. pelvimetry, digital การวัดกระดูกเชิงกรานด้วยนิ้วมือ
๕๐๒๘. pelvimetry, external การวัดกระดูกเชิงกรานภายนอก
๕๐๒๙. pelvimetry, instrumental การวัดกระดูกเชิงกรานด้วยเครื่อง (วัด)
๕๐๓๐. pelvimetry, internal การวัดกระดูกเชิงกรานภายใน
๕๐๓๑. pelvimetry, manual การวัดกระดูกเชิงกรานด้วยนิ้วมือ
๕๐๓๒. pelviography การตรวจกระดูกเชิงกรานด้วยเอ็กซเรย์
๕๐๓๓. pelviolithotomy การผ่านิ่วทางกรวยไต
๕๐๓๔. pelvioperitonitis เยื่ออุ้งเชิงกรานอักเสบ
๕๐๓๕. pelvioradiography การตรวจกระดูกเชิงกรานด้วยเอ็กซเรย์
๕๐๓๖. pelvioscopy การตรวจดูกระดูกเชิงกราน, การตรวจดูอุ้งเชิงกราน
๕๐๓๗. pelviotomy การผ่ากระดูกเชิงกราน, การผ่ากรวยไต
๕๐๓๘. pelviperitonitis เยื่ออุ้งเชิงกรานอักเสบ
๕๐๓๙. pelviradiography การตรวจกระดูกเชิงกรานด้วยเอ็กซเรย์
๕๐๔๐. pelvirectal เกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานร่วมเร็คตัม (ไส้ตรง)
๕๐๔๑. pelvis กระดูกเชิงกราน, กรวยไต
๕๐๔๒. pelvis, android กระดูกเชิงกรานแบบชาย
๕๐๔๓. pelvis, angusta กระดูกเชิงกรานแคบ
๕๐๔๔. pelvis, beaked กระดูกเชิงกรานรูปปากนก
๕๐๔๕. pelvis, brim of the ขอบบนกระดูกเชิงกราน
๕๐๔๖. pelvis, contracted กระดูกเชิงกรานหดแคบ
๕๐๔๗. pelvis, cordate, pelvis cordiform กระดูกเชิงกรานรูปหัวใจ
๕๐๔๘. pelvis, flat กระดูกเชิงกรานแบน
๕๐๔๙. pelvis, floor of the ส่วนก้นกระดูกเชิงกราน
๕๐๕๐. pelvis, funnel shaped กระดูกเชิงกรานรูปกรวย
๕๐๕๑. pelvis, gynecoid กระดูกเชิงกรานแบบหญิง
๕๐๕๒. pelvis, inclination or obliquity of the มุมเอียงของเชิงกราน
๕๐๕๓. pelvis, infantile, juvenile กระดูกเชิงกรานแบบเด็ก
๕๐๕๔. pelvis, large กระดูกเชิงกรานผาย
๕๐๕๕. pelvis, masculine กระดูกเชิงกรานแบบชาย
๕๐๕๖. pelvis, oblique กระดูกเชิงกรานเฉียง
๕๐๕๗. pelvis nana กระดูกเชิงกรานแคระ
๕๐๕๘. pelvis plana กระดูกเชิงกรานแบน
๕๐๕๙. pelvis, reduced กระดูกเชิงกรานเล็กส่วน
๕๐๖๐. pelvis, renal, pelvis renalis กรวยไต
๕๐๖๑. pelvis, reniform กระดูกเชิงกรานรูปไต
๕๐๖๒. pelvis, rostrate กระดูกเชิงกรานรูปปากนก
๕๐๖๓. pelvis, round กระดูกเชิงกรานรูปกลม
๕๐๖๔. pelvis, simple flat กระดูกเชิงกรานแบนทางเดียว
๕๐๖๕. pelvis, small กระดูกเชิงกรานส่วนตรง
๕๐๖๖. pelvis, split กระดูกเชิงกรานแยกห่าง
๕๐๖๗. pelvis, true กระดูกเชิงกรานแท้

๕๐๖๘. pelvis of ureter กรวยไต
 ๕๐๖๙. pelvisacrum เขิงกรานร่วมกระดูกเหนือก้นกบ
 ๕๐๗๐. pelvissection การตัดกระดูกเขิงกราน
 ๕๐๗๑. pelvisternum กระดูกอ่อนหัวหน้า
 ๕๐๗๒. pelvotomy การตัดกระดูกเขิงกราน
 ๕๐๗๓. pelycalgia อาการปวดบริเวณเขิงกราน
 ๕๐๗๔. pelycology การศึกษากระดูกเขิงกราน
 ๕๐๗๕. pelycometry การวัดกระดูกเขิงกราน
 ๕๐๗๖. pencil แท่ง, ม้วน
 ๕๐๗๗. pendular แกว่งไกว
 ๕๐๗๘. pendulous ห้อยย้อย
 ๕๐๗๙. penetrating แทะทะลุ, ซอนลึก
 ๕๐๘๐. penetration การทะลุทะลวง, การซอนลึก
 ๕๐๘๑. penial, penile เกี่ยวกับองคชาต
 ๕๐๘๒. peniaphobia โรคกลัวความจน
 ๕๐๘๓. pennate รูปขนนก, ดุกคล้ายขนนก
 ๕๐๘๔. penniform รูปขนนก
 ๕๐๘๕. penology, poenology ทัณฑกรรมวิทยา
 ๕๐๘๖. penoscrotal เกี่ยวกับองคชาตร่วมอณฑะ
 ๕๐๘๗. pentose เพ็นโตส
 ๕๐๘๘. pentosemia เลือดมีเพ็นโตส
 ๕๐๘๙. pentosuria บัสสาวะมีเพ็นโตส
 ๕๐๙๐. pentosuric เกี่ยวกับบัสสาวะมีเพ็นโตส
 ๕๐๙๑. peotomy การตัดองคชาต
 ๕๐๙๒. pepsic เกี่ยวกับเปปซิน, เกี่ยวกับการย่อย
 ๕๐๙๓. pepsin เปปซิน
 ๕๐๙๔. pepsiniferous หลั่งเปปซิน
 ๕๐๙๕. pepsinogen เปปซิโนเจน
 ๕๐๙๖. pepsinogenous ให้เปปซิน
 ๕๐๙๗. pepsinuria บัสสาวะมีเปปซิน
 ๕๐๙๘. peptic เกี่ยวกับเปปซิน, เกี่ยวกับการย่อย
 ๕๐๙๙. peptone เปปโตน
 ๕๑๐๐. perarticulation ข้อหลวม
 ๕๑๐๑. perception การรับรู้สัมผัส
 ๕๑๐๒. percolate กรอง, ไหลซึมผ่าน
 ๕๑๐๓. percolation เปอร์โคเลชัน, การปล่อยให้ไหลซึมผ่าน
 ๕๑๐๔. percolator เปอร์โคเลเตอร์
 ๕๑๐๕. per continuum ต่อเนื่องตลอดไป
 ๕๑๐๖. percuss เคาะตรวจ
 ๕๑๐๗. percussible เคาะตรวจพบได้
 ๕๑๐๘. percussion การเคาะตรวจ
 ๕๑๐๙. percussion, auscultatory การฟังเสียงเคาะตรวจ
 ๕๑๑๐. percussion, bimanual การเคาะตรวจสองมือ
 ๕๑๑๑. percussion, deep การเคาะตรวจลึก
 ๕๑๑๒. percussion, direct, immediate การเคาะตรวจโดยตรง
 ๕๑๑๓. percussion, instrumental การเคาะตรวจด้วยฆ้อง
 ๕๑๑๔. percutaneous ผ่านผิวหนัง
 ๕๑๑๕. per cutem ผ่านผิวหนัง
 ๕๑๑๖. perennial ทรนทานปี
 ๕๑๑๗. perflation การไล่โดยเป่าลม, การเป่าลมเข้าไล่
 ๕๑๑๘. perforans ทะลุ
 ๕๑๑๙. perforated ทะลุ, เป็นรู
 ๕๑๒๐. perforation การทะลุทะลวง, รูทะลุ
 ๕๑๒๑. perforator เครื่องทะลุทะลวง, เครื่องเจาะ
 ๕๑๒๒. perfrication การนวดน้ำมัน
 ๕๑๒๓. perfusate น้ำผ่านกำซาบ
 ๕๑๒๔. perfuse กำซาบ
 ๕๑๒๕. perfusing fluid น้ำใช้กำซาบ
 ๕๑๒๖. perfusion การกำซาบ
 ๕๑๒๗. perianal รอบ ๆ ทวารหนัก
 ๕๑๒๘. periangiitis เนือรอบหลอดเลือดอักเสบ, เนือรอบหลอดเลือดน้ำเหลืองอักเสบ
 ๕๑๒๙. periangiocolitis เนือรอบหลอดเลือดน้ำเหลืองอักเสบ
 ๕๑๓๐. periangioma เนืออกกรอบหลอดเลือด
 ๕๑๓๑. periaortic รอบ เอออร์ตา
 ๕๑๓๒. periaortitis เนือรอบเอออร์ตาอักเสบ
 ๕๑๓๓. periarterial รอบหลอดเลือดแดง
 ๕๑๓๔. periarteritis เนือรอบหลอดเลือดแดงอักเสบ

๕๑๓๕. periartiric รอบข้อ
 ๕๑๓๖. periartthritis เนื้อรอบข้ออักเสบ
 ๕๑๓๗. periarticular รอบข้อ
 ๕๑๓๘. periatrrial รอบเอเตรียม, รอบหัวใจ
 ห้องต้น
 ๕๑๓๙. periauricular รอบหัวใจห้องต้น, รอบ
 ใบหู
 ๕๑๔๐. periaxial รอบแกน
 ๕๑๔๑. periaxillary รอบรักแร้
 ๕๑๔๒. periblepsis อาณาตาขวาง
 ๕๑๔๓. peribronchial รอบหลอดลม
 ๕๑๔๔. peribronchiolar รอบหลอดลมฝอย
 ๕๑๔๕. peribronchiolitis เนื้อรอบหลอดลมฝอย
 อักเสบ
 ๕๑๔๖. peribronchitis เนื้อรอบหลอดลมอักเส
 ๕๑๔๗. peribulbar รอบลูกตา
 ๕๑๔๘. peribursal รอบถุงลั่น
 ๕๑๔๙. pericaecal รอบกระพุ้งไส้ใหญ่
 ๕๑๕๐. pericaecitis เนื้อ รอบกระพุ้งไส้ใหญ่
 อักเสบ
 ๕๑๕๑. pericapsular รอบถุงหุ้ม
 ๕๑๕๒. pericardectomy การตัดถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๕๓. pericardiac, pericardial เกี่ยวกับ
 ถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๕๔. pericardicentesis การเจาะถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๕๕. pericardiectomy การตัดถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๕๖. pericardiocentesis การเจาะถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๕๗. pericardiorrhaphy การเย็บซ่อมถุงหุ้ม
 หัวใจ
 ๕๑๕๘. pericardiostomy การผ่าระบายถุงหุ้ม
 หัวใจ
 ๕๑๕๙. pericardiotomy การผ่าถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๖๐. pericarditic เกี่ยวกับถุงหุ้มหัวใจอักเสบ
 ๕๑๖๑. pericarditis ถุงหุ้มหัวใจอักเสบ
 ๕๑๖๒. pericarditis, adhesive ถุงหุ้มหัวใจ
 อักเสบยึดติด
 ๕๑๖๓. pericarditis, bacterial ถุงหุ้มหัวใจ
 อักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย
 ๕๑๖๔. pericarditis, carcinomatous ถุงหุ้ม
 หัวใจอักเสบเพื่อมะเร็ง
 ๕๑๖๕. pericarditis, constrictive ถุงหุ้ม
 หัวใจอักเสบบีบรัด
 ๕๑๖๖. pericarditis, dry ถุงหุ้มหัวใจอักเสบ
 แห้ง
 ๕๑๖๗. pericarditis with effusion ถุงหุ้ม
 หัวใจอักเสบมีน้ำ
 ๕๑๖๘. pericarditis, external ถุงหุ้มหัวใจ
 อักเสบด้านนอก
 ๕๑๖๙. pericarditis, fibrous ถุงหุ้มหัวใจอักเสบ
 เป็นเส้นเหนียว
 ๕๑๗๐. pericarditis, localized ถุงหุ้มหัวใจ
 อักเสบเฉพาะที่
 ๕๑๗๑. pericarditis, purulent ถุงหุ้มหัวใจ
 อักเสบเป็นหนอง
 ๕๑๗๒. pericarditis, suppurative ถุงหุ้ม
 หัวใจอักเสบเป็นหนอง
 ๕๑๗๓. pericardium ถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๗๔. pericardium, adherent ถุงหุ้มหัวใจ
 ยึดติด
 ๕๑๗๕. pericardium, cardiac ถุงหุ้มหัวใจ
 ชั้นใน, เยื่อผิวหัวใจ
 ๕๑๗๖. pericardium, parietal ถุงหุ้มหัวใจ
 ชั้นนอก
 ๕๑๗๗. pericardium, shaggy ถุงหุ้มหัวใจ
 ปุกปุย
 ๕๑๗๘. pericardium, visceral ถุงหุ้มหัวใจ
 ชั้นใน, เยื่อผิวหัวใจ
 ๕๑๗๙. pericardosis ถุงหุ้มหัวใจติดเชื้อ
 ๕๑๘๐. pericardotomy การผ่าถุงหุ้มหัวใจ
 ๕๑๘๑. pericecal รอบกระพุ้งไส้ใหญ่
 ๕๑๘๒. pericecitis เนื้อรอบกระพุ้งไส้ใหญ่อักเสบ
 ๕๑๘๓. pericellular รอบเซลล์
 ๕๑๘๔. pericentral รอบจุดศูนย์กลาง
 ๕๑๘๕. pericephalic รอบหัว
 ๕๑๘๖. pericerebral รอบสมองใหญ่
 ๕๑๘๗. pericholangitis เนื้อรอบหลอดน้ำดี
 อักเสบ

- | | |
|--|---|
| ๕๑๘๘. pericholecystitis เนื้อรอบถุงน้ำดี
อักเสบ | ๕๑๘๖. pericranial เกี่ยวกับเยื่อกระดูกศีรษะ |
| ๕๑๘๙. perichondrium เยื่อหุ้มกระดูกอ่อน | ๕๑๘๗. pericranitis เยื่อกระดูกศีรษะอักเสบ |
| ๕๑๘๙. pericolic รอบลำไส้ใหญ่, รอบโคลิออน | ๕๑๘๘. pericranium เยื่อกระดูกศีรษะ |
| ๕๑๙๐. pericolitis เนื้อรอบลำไส้ใหญ่อักเสบ | ๕๑๘๙. pericystic รอบถุงน้ำ, รอบกระเพาะ
ปัสสาวะ |
| ๕๑๙๑. pericolitis เนื้อรอบลำไส้ใหญ่อักเสบ | ๕๒๐๐. pericystitis เนื้อรอบกระเพาะปัสสาวะ
อักเสบ |
| ๕๑๙๒. pericolitis เนื้อรอบลำไส้ใหญ่อักเสบ | |
| ๕๑๙๓. pericorpitis เนื้อรอบช่องคลอดอักเสบ | |
| ๕๑๙๔. pericorneal รอบกระจกตา, รอบคอร์เนีย | |
| ๕๑๙๕. pericoxitis เนื้อรอบข้อตะโพกอักเสบ | |

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๓,๓๒๐	๑,๗๒๓	๑,๕๗๑	๑,๗๒๔	๒,๓๗๕	๕๕๑	๑๑,๗๐๘
เก่า	๖,๒๐๓	๓,๐๔๔	๔,๖๕๔	๒,๖๕๔	๔,๕๓๐	๕๔๕	๒๒,๕๑๐
รวม	๙,๕๒๓	๔,๗๖๗	๖,๒๒๕	๔,๓๗๘	๖,๙๐๕	๑,๐๙๖	๓๔,๒๑๘
<u>ใน</u>	๒๗๖	๓๘๐	๑,๗๕๓	๑๘๕	๕๐๕	—	๓,๑๐๙

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๕๔, จักษุฯ ๕๕๕, สูติ-นารีฯ ๕๐๓, รวม ๒,๐๕๖ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๖๑, หญิง ๖๒๔, รวม ๑,๒๘๕. คลอดตาย, ชาย ๑๗, หญิง ๕, รวม ๒๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๑ คน (๖.๗๕๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๒ ราย (๔๓.๑๒๖ ปช. ของที่ตาย).

๕. การฉายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๗๑ ครั้ง. ข้างนอก — ครั้ง, เจาะจากญาติ ๕๓ ครั้ง, เจาะจากโลหุโทษ ๒๘๕ ครั้ง, รวม ๘๕๙ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๕๐๔ คน, รักษาใหม่ ๘๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๒๕ คน. รักษาใหม่เก่า ๕๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ คน, ไดอะเทอร์มีรี รักษาใหม่ — ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖ คน. รัดไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๖๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๓๐ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๕๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๘๕ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๓๘๔ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๒ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๘๐๑ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๒๕๐ ราย (จากภายนอก ๓๔๘ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๗ ราย. แอ็กกูติเนชั่น — ราย. วัตเซอร์แมน และคาร์สัน ๒,๓๑๑ ราย. หมู่มเลือด ๔๐ ราย. การตรวจวิธี พี.บี.ที. ๒ ราย. นับเม็ดเลือด — ราย. วัตสัน-โกลบิน — ราย. ตรวจความแปรปรวนของเม็ดเลือด —. หาเชื้อบักเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๘, อุจจาระ —. บัสสาวะ ๕, เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๖, อุจจาระ ๒๕๕, บัสสาวะ ๑๑๕, น้ำไขสันหลัง ๕๑, เสมหะและอื่น ๆ ๕๔๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๕. นิคส์ตัวทดลอง ๑๐. เพาะเชื้อบิต ๑๐. ตรวจทดลองตัวจิต ๓๕. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี ๒๐. ตรวจศพนิติเวช ๔๗ ราย. ตรวจของกลาง ๑๐ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๓๐ ราย. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๕๑ ราย.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๖. เจาะน้ำสันหลัง ๒๐. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๒. นิคยาทั่วไป ๓,๓๘๒. นิคยาซีฟิเลียส —. เบาหวาน ๑,๕๕๖. คลินิกวัณโรค ๓๔๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๔๔. ถอนฟัน ๕๗๐. อดฟัน ๒๘๕. ผ่าตัดช่องปาก ๑๒๕.

(โดยความ^ขเอื้อ^ขเฟอของแผนกสถิติ)

พิธีประสาทปริญญา เมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๐๖ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินมาพระราชทานปริญญาบัตร หอประชุมราชแพทยาลัย พร้อมด้วยสมเด็จพระบรมราชินีนาถ. เริ่มพิธีเวลา ๑๔ น.

ในชั้นทางการได้จัดพิธีเข้ารับพระราชทานปริญญาบัตรอย่างใหม่, ให้ผู้รับอยู่บนพื้นที่ต่ำกว่าที่ประทับ, เวลารับไม่ต้องขย้อเข้า, ทำให้การดำเนินไปเร็วขึ้น. การพระราชทานเสร็จสิ้นภายในเวลาไม่ถึง ๒ ชั่วโมง, แม้ว่าจะมีผู้รับพระราชทานปริญญาบัตรมากกว่าหกร้อยคน.

จำนวนผู้ได้รับปริญญาบัตร: แพทยศาสตร์กฤษฎีกาบัณฑิต ๑ คน (น.พ. สมชัย ขวรงค์ดี), สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต ๒๐ คน, แพทยศาสตร์บัณฑิตในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๑๔๔ คน (เกียรตินิยมอันดับ ๒ น.ส. ชนิกา จุลละจาริตต์, ม.ล. พัชรีย์ สุประคิษฐ์), แพทยศาสตร์บัณฑิตในคณะแพทยศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ๗๔ คน (เกียรตินิยมอันดับ ๒ นายมานิตย์ ลิ้มพยอมน, น.ส. เตือนจิต คารานันท์, นายพิชัย บุณยรัตเวช,

น.ส. นิตยา อิศวนนท์, นายวอลเตอร์ หลิงจูเงา), ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต ๒๕ คน, เภสัชศาสตร์บัณฑิต ๗๘ คน (เกียรตินิยมอันดับ ๒ น.ส. ชัชวาลย์ ธัญญสิริ), วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขาภิบาล) ๘ คน (เกียรตินิยม อันดับ ๒ นายสวิง สุวรรณ), วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) ๑๕ คน (เกียรตินิยม อันดับ ๒ น.ส. ประภาเพ็ญ ชัยวิเศษ, น.ส. นงนารถ อินทพิชัย), วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เทคนิคการแพทย์) ๑๑ คน, ประกาศนียบัตรอายุรศาสตร์ เขตอื่น ๑๒ คน, ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ (คณะ แพทย ศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล) ๑๖ คน, อนุปริญญาทันตนามัย ๓ คน, อนุปริญญาสุขาภิบาล ๒๖ คน, อนุปริญญาเทคนิคการแพทย์ ๒๓ คน, อนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุข, ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ (คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล) ๔๖ คน, อนุปริญญาพยาบาลและอนามัย ๕๔ คน, อนุปริญญาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๕ คน.

ใน คณะ แพทย ศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล มีผู้ได้รับพระราชทานเหรียญรางวัลสำหรับการเรียน คือ: น.ส. ชนิกา จุลละจาริตต์ ที่ ๑ ตลอดหลักสูตร, ที่ ๑

อายุรศาสตร์และพยาธิวิทยา; ม.ล. พิชรี
 สุประภิชญ์ ที่ ๒ ตลอดหลักสูตร; ที่ ๑
 สติศาสตร์และนารีเวชวิทยา; นายสมศักดิ์
 โล่ห์เลขา ที่ ๒ ตลอดหลักสูตร; ที่ ๑
 กายวิภาคศาสตร์และ สรีรวิทยา; น.ส.
 ประภาเพ็ญ, ที่ ๑ ตลอดหลักสูตรพยาบาล;
 น.ส. นงนารต อินทพิชัย ที่ ๒ ตลอดหลักสูตร
 พยาบาล.

พยาธิวิทยา ๑ คน, อายุรศาสตร์ ๓ คน,
 ศัลยศาสตร์ ๒ คน, สูติศาสตร์ ๒๓ คน,
 เวชศาสตร์ป้องกัน ๑ คน, จักษุวิทยา ๓
 คน, ชำชอน ๔ คน, ไ้เลื่อนชั้น ๔๘ คน.

ผลการสอบไล่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่

๑,๒.๓. คณะที่ ๗ ได้ประกาศผลการ
 สอบไล่ นักศึกษาแพทย์ประจำปีการศึกษา
 ๒๕๐๕-๐๖, เมื่อวันที่ ๕ เมษายน
 ๒๕๐๖, มีผลโดยสรุปดังนี้:

- (๑) ชั้นปีที่ ๑ ต้องสอบแก้ตัวในวิชา
 กายวิภาคศาสตร์ ๖ คน, สรีรวิทยา ๑๖
 คน, ชำชอน ๘ คน, ไ้เลื่อนชั้น ๑๐๒ คน.
- (๒) ชั้นปีที่ ๒ ต้องสอบแก้ตัวในวิชา
 กายวิภาคศาสตร์ ๑ คน, เภสัชวิทยา ๔
 คน, พยาธิวิทยา ๕ คน, อายุรศาสตร์
 ๒๐ คน, ศัลยศาสตร์ ๑ คน, เวชศาสตร์
 ป้องกัน ๕ คน, ชำชอน ๑ คน, ไ้เลื่อน
 ชั้น ๘๗ คน.
- (๓) ชั้นปีที่ ๓ ต้องสอบแก้ตัวในวิชา

ข่าวอาจารย์ ศาสตราจารย์ น.พ.

สังกรานต์ นิยมเสนและ น.พ. เสนอ
 อินทรสุขศรี, ได้รบเลือกให้เป็นผู้แทนของ
 แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ไปร่วมการ
 ประชุมสหพันธ์แพทยสมาคมแห่งเอเชีย
 และโอเชียเนีย ณ ประเทศญี่ปุ่น, ปรากฏว่า
 การประชุมได้ผลดีมาก. ทั้งสองท่านได้
 เดินทางกลับโดยสวัสดิภาพแล้ว.

ศาสตราจารย์ น.พ. ธีระ สุขวจิน เป็น
 ผู้แทนมหาวิทยาลัยไปร่วมประชุมสัมมนา
 ของ "สถาบันเยอรมันสำหรับคนแดนกำลัง
 พัฒนา", เกี่ยวกับความช่วยเหลือทาง
 การแพทย์ที่กรุงเบอร์ลินเป็นเวลา ๔
 สัปดาห์.

ศาสตราจารย์ น.พ. อรุณ เนตรศิริ,
 ในฐานะแพทย์หลวงประจำพระองค์พระเจ้า
 ลกยาเธอฯ, ได้โดยเสด็จไปพระราชวัง
 ไ้ไกลกังวล, หัวหิน เมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม
 ๒๕๐๖, และกลับมาประจำหน้าที่คงแต่
 วันที่ ๕ เมษายน ค.กน.

น.พ. กิเรก พงศ์พพจน์ ซึ่งเดินทางไปประเทศเยอรมนี เพื่อทำการวิจัยและปฏิบัติงานเรื่องเอ็นโคครีโนโลยีในเด็ก, ได้เดินทางกลับมาประจำหน้าที่แล้วเมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๐๖.

ศาสตราจารย์ น.พ. สอนอง อนุบาล พร้อมด้วย พ.ญ. ประไพศรี ศรศาสตร์ ปรินชา, พ.ญ. จิรา อินทะนิยม และนางสมจิตต์ เขียวลงยา, แห่งสาขาวิชาสตรีเคมี แผนกสตรีวิทยาได้ออกเดินทางไปยังจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๐๖, เพื่อทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคเนื้องอกต่อมสืบพันธุ์ น.พ. ชลวิชัย ชุตติกร, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี, เป็นผู้เอื้อเฟื้อให้ความสะดวก. คณะสำรวจประจำอยู่ที่นั่นประมาณ ๑ สัปดาห์, ได้ทำการวิเคราะห์ต่อมสืบพันธุ์ เลือดและก้อนนิ่วในคนไข้ซึ่งได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลของจังหวัดนั้นเป็นจำนวนมาก. คณะสำรวจได้เดินทางกลับเมื่อปลายเดือนเมษายนค.ศ.

สอบคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ คณะกรรมการของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

ได้เริ่มทำการสอบคัดเลือกนักศึกษาเตรียมวิชาเตรียมแพทย์, เพอร์รับเข้าเป็นนักศึกษาแพทย์ต่อไป. มีผู้สมัครสอบประมาณ ๖๐๐ คน. คณะกรรมการทำการสอบตั้งแต่วันที่ ๒๕ เมษายน ค.ศ., กำหนดจำนวนที่จะรับได้ ๑๓๐ คน. (เฉพาะศิริราช)

ข่าวอนุโมทนา

ม.ล. ช้อง มาลากุล แห่ง ร.ร. สตรีวิสุทธิคาม ได้ขอเพื่อยอมสมศกไทยจกตำรายาไทย ๒ ฉบับให้แก่พิพิธภัณฑประวัติการแพทย์ไทย, โดยแจ้งว่าสมศกทั้งสองนี้ท่านผู้หญิงเสงี่ยม พระเสด็จสุเรนทราธิบดี, ผู้มารดาได้รับมรดกติดต่อกันมาจากชวคชของ ท่าน, และประมาณอายุไม่น้อยกว่าสองร้อยปี.

อาจารย์ นิยม ทองชิต, อดีตอาจารย์พลศึกษาและอาจารย์มวยมชชอ, ได้ขอเพื่อยอมสมศกไทยตำรายาไทยให้แก่พิพิธภัณฑประวัติการแพทย์ไทย คือ: สมศกไทยสี่ตำ ๓ เล่ม, สมศกไทยสี่ขาว ๕ เล่มและสมศกกระตาศรรวม ๗ เล่ม. ตำราเหล่านี้เป็นของเก่าแก่และมีค่ามาก.

ทุนพระอภินันทราพาธพิศาล พระอภินันทราพาธพิศาล, อภิศาสตร์จารย์ หัวหน้าแผนกอายรรศาสตร์, คณะศึกษาศาสตร์ แพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล และ อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, ได้นำส่งเงินที่ศิษย์เก่าบริจาค ๘,๘๐๐ บาท

ในวาระท่านมีอายุครบ ๖ รอบ, และท่านบริจาคเองอีก ๑,๒๐๐ บาท รวมเป็น ๑๐,๐๐๐ บาท มาสบทบทุน “พระอภินันทราพาธพิศาล” ซึ่งมีอยู่แต่เดิม ๑๕,๐๐๐ บาท. ขณะนี้จึงมีจำนวน ๒๕,๐๐๐ บาท.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ของแถม

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคตับ

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า โปรตีน เป็นอาหารสำคัญในการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ของตับ. ดังนั้นอาหารของผู้ป่วยโรคตับจึงควรมี โปรตีน อย่างน้อย ๘๐-๑๐๐ ก. ต่อวัน. (เนื้อสัตว์โดยทั่วไปเป็นน้ำเสียประมาณ ๗๐ ๒๕. ของน้ำหนักสด). จำนวน โปรตีน มากกว่านี้ไม่ทำให้ไตประโยชน์เพิ่มมากขึ้น. เฉพาะในโรคตับแข็งที่ทำการไหลเวียนพิเศษช่วยมาก. หรือในผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดทำทางลัด, และในราย เฮปาทิต-ปอร์ทัล เอ็นเซฟาโลพาธี เหล่านี้เท่านั้นที่จำเป็นต้องจำกัดการกินโปรตีน. อาหารไขมันไม่ควรเกิน ๕๐ ก. และควรมีไขมันพหุชนิด ไขมันที่ไม่อิ่มตัวอยู่มากด้วย. ในจำพวกอาหาร คาร์โบไฮเดรต ทั้งหมด, น้ำตาล ฟรุคโตส เป็นดีที่สุด. จำนวน คาลอรี ทั้งหมดประมาณ ๑,๘๐๐ ถึง ๒,๕๐๐ ต่อวันก็พอ. นอกจากนี้ควรบำรุงด้วยวิตามินและเกลือแร่ให้พอเพียง. อาหารก็ควรจะเปลี่ยนชนิดและปรุงรสให้อร่อยอยู่เสมอเพื่อกะตุ้นความอยากรับประทานของผู้ป่วยด้วย.

(จาก Kühn H.A.: Dtsch. med. Wschr. 1963. 88: 891.)

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.