

สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๕, ฉบับที่ ๑๑, พฤศจิกายน ๒๕๐๖	Volume 15, Number 11, November 1963.
--------------------------------------	--------------------------------------

ความรู้สึกรสสารเฟนิลไฮโอคาร์บาไมด์ในคนไทย

ณรงค์ สิงห์ประเสริฐ พ.บ.

สงกรานต์ นิยมเสน พ.บ., ธ.บ., พ.ด. (กิตติม.), Dr. med. (Hamburg)

สาขานิติเวชวิทยา, แผนกพยาธิวิทยา

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์นายแพทย์ประดิษฐ์ ตันสุรต)

ความนำ

Snyder (1) ได้รายงานของ Fox (1) เป็นคนแรกที่ไตโซผลึกของ Para-ethoxy-phenyl thio-urea ทดลองความรู้สึกรส, และพบว่าบางคนรู้สึกมีรสขมมาก. ในการพบครั้งแรกว่ามีผู้ไม่รู้สึกรสถึง ๕๐ เปอร์เซ็นต์. ส่วนอีก ๖๐ เปอร์เซ็นต์. นั้นรู้สึกรสขม. ต่อมา Snyder (1) ก็ได้ทำการทดลองปรากฏว่ามี ๖๘.๕ เปอร์เซ็นต์. เป็นพวกที่รู้สึกรส, และอีก ๓๑.๕ เปอร์เซ็นต์. เป็นพวกที่ไม่รู้สึกรส, และได้ยืนยันกับ Fox. เขาสรุปผล

เรื่องย่อ สิงห์ประเสริฐ, ณรงค์, สงกรานต์ นิยมเสน: ความรู้สึกรสสารเฟนิลไฮโอคาร์บาไมด์ในคนไทย. สารศิริราช ๒๕๐๖ (ค.ศ. ๑๙๖๓), ๑๕ : ๖๕๕-๖๖๔.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้การทดสอบด้วยเฟนิลไฮโอคาร์บาไมด์ ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยชายหญิงรวม ๒๗๗ คน, พบผู้ไม่รู้สึกรสขมของสารนั้น ๓๕ เปอร์เซ็นต์. ซึ่งแตกต่างจากคนผิวขาวและคนชาติอื่นที่มีรายงานไว้.

ว่าเป็นความพร่องของความรู้สึกรสที่ตนเอง, ไม่เกี่ยวข้องกับอายุ, เพศหรือเชื้อชาติ, และไม่ขึ้นกับความเป็นกรดหรือเป็น

สารคดีวิรัช

ต่างภายในปาก. พวกที่รู้สึกรสขมมีความรู้สึกตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมาก ขนาดคลื่นไส้, แต่พวกที่ไม่รู้สึก รสขม ก็ไม่รู้สึกรสเลย, ถึงแม้ว่าจะให้หอมพวกกรรทหรือต่างอื่น ๆ ก่อนแล้วชิมก็ไม่รู้สึกรสขม. Fox ยังกล่าวอีกว่า ความปรองของ ความรู้สึกรสขมคือ

พวกสารประกอบต่าง ๆ ของพวก เฟนิลล์ ไธโอเอเรีย.

Snyder⁽¹⁾ ได้ทำการทดลองใน ๑๐๐ ครอบครัว ได้ผลดังนี้ แสดงในตารางที่ ๑ และ ๒.

ตารางที่ ๑

พ่อแม่	ลูก		
	จำนวนครอบครัว	รู้สึกรสขม	ไม่รู้สึกรสขม
ทั้งพ่อและแม่รู้สึกรสขม	๕๐	๕๐	๑๖
คนหนึ่งคนใดไม่รู้สึกรสขม	๕๑	๔๐	๓๗
ไม่รู้สึกรสขมทั้งคู่	๕	—	๑๗
	๑๐๐	๑๗๐	๗๐

ตารางที่ ๒

ความรู้สึก	ชาย	หญิง	รวม	เปอร์เซ็นต์
รู้สึกรสขม	๑๕๐	๑๕๑	๓๐๑	๖๘.๕
ไม่รู้สึกรสขม	๗๑	๖๘	๑๓๙	๓๑.๕

จากการทดลองใน ๑๐๐ ครอบครัว ของ Snyder ตามตารางที่แสดงไว้ได้ผลที่มีคุณค่ามาก. แสดงว่า ความบกพร่องของ ความรู้สึกรสเนองจาก single recessive gene ไม่มีเซอมโยงทางเพศ (sex linked) หรือได้รับอิทธิพลทางเพศ (sex influenced) เลย, เพราะ เมื่อพ่อแม่ไม่รู้สึกรสขมลูกที่เกิดมาทุกคนไม่รู้สึกรสขม.

ต่อมา Blackeslee (2) ก็กล่าวว่าการที่ไม่รู้สึก รสขม เป็น กรรมพันธุ์ ที่เป็น Recessive ดังที่ทฤษฎีของ Mendel (ซึ่ง เหมือนกับการสรุปของ Snyder).

พวกที่ไม่รู้สึกรสขมนี้ไม่สามารถที่จะรู้สึก รสขมแม้ว่าจะใช้ผลึกของ เบนซิลไฮโอคาร์บาไมด์. ส่วนพวกที่รู้สึกรสขมมิใช่จะ รู้สึกรสแต่ผลึกของมันเท่านั้น, ยังสามารถ จะรู้สึกรสขมในความเข้มข้นต่าง ๆ กัน. ดังนั้น Blackeslee (2) จึงได้ทำการหา ความเข้มข้นเพียงกระตุ้นได้ (Threshold). ผลปรากฏว่าความรู้สึกรสขมของ สารเหล่านี้ จะเกิดตั้งแต่ความเข้มข้น ๑ : ๕๐๐,๐๐๐

ถึง ๑ : ๕,๐๐๐. ค่าที่ต่ำกว่านี้พบน้อยมากและค่าที่พบบ่อยที่สุดคือ ๑ : ๕๐,๐๐๐. คนที่ไม่สามารถรู้สึก ของ ผลึกใดก็ไม่สามารถที่จะรู้สึกรสใน ขนาดขม ของ สาร ผลึก. มีการศึกษาในในเรื่องนี้อีกตามท Harris และ Kalmus (3) ได้อ้าง, เช่น Riddle และ Wybar (1944) และ Kloefer (1946), และมีวิธีแยกพวกความรู้สึกและไม่รู้สึก โดยใช้กระดาษกรองชุ่มลงไปใต้น้ำ ยา, เช่น Parr (1934), Fukouka (1936), และคนอื่น ๆ อีกหลายคน. แต่มีงานของ Harris และ Kalmus (3), ซึ่งทำการหา ความเข้มข้นเพียงกระตุ้น ได้โดยวิธีใหม่และได้ ทำซ้ำอีก หลังจาก ทำ ครั้ง แรก หลาย สัปดาห์.

วิธีหาความเข้มข้นเพียงกระตุ้น (Threshold) ของ Harris และ Kalmus ทำดังนี้คือ: ทำน้ำยา เบนซิลไฮโอคาร์บาไมด์ ๐.๑๓ ปร. แล้วทำเจือให้จางลงเป็นลำดับ จนกระทั่งได้น้ำยา ๑๔ อัน, ตามตารางที่ ๓.

ตารางที่ ๓

น้ำยา หมายเลขที่	๑.	๒.	๓.	๔.	๕.	๖.	๗.	๘.	๙.	๑๐.	๑๑.	๑๒.	๑๓.	๑๔.
ความเข้มข้นของ สาร เป็นมิลลิกรัม ต่อลิตร	๑๓๐๐	๖๕๐	๓๒๕	๑๖๒.๕๐	๘๑.๒๕	๔๐.๖๓	๒๐.๓๑	๑๐.๑๖	๕.๐๘	๒.๕๔	๑.๒๗	๐.๖๓	๐.๓๑	๐.๑๖

วัตถุประสงค์ของการทดลองเพื่อหาความเข้มข้นเพียง
กระตนใดที่ทำได้กับเชื้อโซน่ายาเริ่มแต่ความ
เข้มข้นที่ลดลงมา. ในชุดแรกใช้ส่อน้ำใน
ถ้วย, และอีกส่อน้ำในน้ำคั้นนมธรรมดา, แล้ว
ให้ชิม. หากผู้ชิมแยกได้ว่าอันไหนเป็นน้ำ
ยาและอันไหนเป็นน้ำ, ก็คือลดความเข้มข้น
ลงมาเรื่อย. ทำเช่นนั้นจนกระทั่งแยกไม่ถูก.
ถือว่าความเข้มข้นที่สกัดแยกได้เป็นความ
เข้มข้นเพียงกระตน.

เขาได้ทำการทดลองในคน ๔๕ คนใน
ครั้งแรก, และอีกหลายสัปดาห์ต่อมาทำ
ใน ๔๕ คนอีกเหมือนครั้งแรก.

การทดลอง

การทดลองความรู้สึกของสาร เบนียล
ไฮโอคาร์บาไมด์ ในคนไทยที่ทำการเป็น
แต่เพียงชนชั้นพอคร่ำ ๆ พอรู้ว่าคนที่ไม่
รู้สึกรสขมก็เปรียบเช่นคนเท่านั้น. ฉะนั้นจึง
เลือกเอาวิธีง่าย, สะดวกและเป็นการ
รวดเร็ว, คือ วิธีของ Blackeslee.

วัตถุประสงค์ของการทำน้ำยา ๑:๕,๐๐๐ ของสาร
เบนียล ไฮโอคาร์บาไมด์. แล้วต่อจากนั้นก็
นำน้ำยามาทดลองต่อไปโดยใช้ บีเป็คต์
ขนาด ๑๐ มล. คัดขึ้นมา. ให้ผู้ทดลอง
ลองอ้าปาก, แล้วเทน้ำยาประมาณ ๓-๔

มล. ลงไปบนลิ้นแฉวยบริเวณ “โพลีเอต
 ฆ่าขี้ปลา”. ตามว่ารู้สึกกรสเป็นอย่างไร
 และจดผลไปในสมุดเอง. ภายใตสมุดมี
 เขียนไว้เป็นช่อง ๆ ว่ารสขม, เค็ม, หวาน,
 เปรี้ยว, เผ็ด, หรือฝาด ๆ. เท่าที่สังเกต
 พบว่าความรู้สึกขมของ แต่ละคน แตกต่าง
 กันไป. บางคนว่าขมกว่า ควินิน, บางคน
 ก็ขมจนกระทั่งคลื่นไส้อาเจียนก็มี. สำหรับ
 ผู้ที่ไม่รู้สึกกรสก็ให้ชิมผลึกต่อไป. ถ้า
 ยังไม่รู้สึกกรสก็จัดเป็นพวกไม่รู้สึกกรส.

ในปี ๒๕๐๔ ได้ทำการทดลองใน
 นักเรียนนายร้อยตำรวจทั้งหมด ๔๕ คน,

อายุระหว่าง ๒๐-๒๕ ปี. ในจำนวนนี้มี
 ไม่รู้สึกกรส ๖ คน. และได้ทำการทดลอง
 ใน นักศึกษามหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์,
 คณะนิติศาสตร์, รวมทั้งสิ้น ๕๐ คน, อายุ
 ๒๑-๒๕ ปี. เป็นชาย ๔๘ คน, หญิง
 ๒ คน. ในจำนวนนี้ไม่รู้สึกกรส ๔ คน.

ในปี ๒๕๐๕ ได้ทำการทดลองใน
 นักเรียนนายร้อยตำรวจจำนวน ๕๖ คน,
 พบว่าไม่รู้สึกกรส ๕ คน. ในนักศึกษามหา
 วิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะนิติศาสตร์,
 ๔๗ คน, มีไม่รู้สึกกรส ๗ คน.

ตารางที่ ๔

	จำนวนทั้งหมด	รู้สึกกรส	ไม่รู้สึกกรส
พ.ศ. ๒๕๐๔			
น.ร.ต.	๔๕	๓๙	๖
ม.ป.	๕๐	๔๖	๔
พ.ศ. ๒๕๐๕			
น.ร.ต.	๕๖	๕๑	๕
ม.ป.	๘๗	๘๐	๗
	๒๗๘	๒๕๖	๒๒
คิดเป็นร้อยละ		๙๒.๐๙	๗.๙๑

วิจารณ์

ผลที่ได้ในคนไทย ๒๗๘ คน, มีที่ไม่รู้สึกรสขม ๑.๕๑ ปช. เปรียบเทียบกับผลในพวกผิวขาวที่ทำโดย Snyder ซึ่งพบว่าไม่รู้สึกขม ๓๑.๕ ปช. และทำโดย Fox มีไม่รู้สึกขม ๔๐ ปช., เห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันมาก. อนึ่ง, การทดลองของ Saldanha⁽⁴⁾ ทำในคน นีโกร ในบราซิล ๑๒๓ คน, ได้ผลพวกที่ไม่รู้สึกรส ๑๓.๐—๓.๐ ปช. ซึ่งตัวเลขใกล้เคียงกันกับของเรา, และแตกต่างกับพวกผิวขาว. ฉะนั้นน่าจะนึกถึงความแตกต่างทางผิวอาจจะมาเกี่ยวข้อกันได้. นอกจากนี้การที่จะอาศัย การรู้สึกรสขมนั้น เข้ามาช่วยในการ พิสูจน์ ความเป็น พ่อลูก สำหรับใน คนไทยซึ่งมีเปอร์เซ็นต์น้อย, รู้สึกว่าจะไม่ได้ผลดี.

สรุป

การทำการทดลองหาความรู้สึกรสขมของสาร เฟนิล ไธโอ คาร์บาไมด์ ในคนไทย ๒๗๘ ราย ซึ่งเป็นนักศึกษาทงสันโดยอาศัยวิธีง่าย ๆ ตามวิธีของ Blackeslee, ได้ผล ปรากฏว่ามี คนไม่สามารถรู้สึกรส ๑.๕๐ ปช.

ในที่ส่นขอขอบคุณ นักศึกษาสถาบันที่กล่าวมาแล้วที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดลอง.

เอกสาร :

1. Snyder, L.H. : Science 1931, 74: 151—152.
2. Blackeslee, A.F. : Science 1931, 74:607.
3. Haris, H. & Kulmus, H : Ann. Eugen. Lond. 1949, 15 :24—31.
4. Saldanha, P.H. : Human Biology 1962, 34, 3:179—186.

(Summary of the preceding Report)

THE PHENYL-THIOCARBAMIDE TEST IN THAIS

Narong Singhprasert, M.B.

Song-Grant, Niyomsen, M.B., LL.B., M.D. (Hon.), Dr. med. (Hamb.)

(Division of Legal Medicine, Dept. of Pathology)

(Head of Department: Prof Dr. P. Tansurat)

In the years 1961 and 1962 the authors applied the phenyl-thiocarbamide test to 278 Thai university students at random, including both sexes. In the first year there were 45 police cadets, of which 6 gave negative test, and 90 law students with 4 negative cases. In the second year 5 of 56 police cadets

and 7 of 87 law students gave negative results. Thus in the total of 278 tests there were 7.90 percent with negative reaction. Comparison with results in other countries is discussed in the paper.

(Four tables. Four references).

กลุ่มอาการปาร์กินสันและความคลั่งคลายใหม่ ๆ บางอย่าง

รัศมี วรรณิสสร W.B., Dr. med., Facharzt f. Neurol.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์ สด แสงวิเชียร)

Parkinson (๑๘๑๗) ได้บรรยายกลุ่มอาการซึ่งเขาเองเรียกว่าอัมพาตสั่นไหวเป็นครั้งแรก. อาการสำคัญที่เห็นได้มี ๓ อย่าง, คืออาการอืดอาด (Akinesia), อาการแข็งทอ (Rigor), และอาการสั่น (Tremor). ต่อมา Brisscaud (๑๘๕๕) พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีพยาธิสภาพอยู่บริเวณศูนย์สมองส่วนลึก. ในศตวรรษที่ล่วงมา Charcot ได้แนะนำให้ใช้ยาเซาเซิลลา-คอนนา ในการรักษากลุ่มอาการดังกล่าว. ปรากฏว่าได้ผลดีพอสมควรและทุกวันนี้ก็ยังนิยมใช้กันอยู่. หลังสงครามโลกครั้งที่สองเริ่มตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๔๖ มีการนิยมใช้ยาสังเคราะห์กันมาก. อย่างไรก็ตามพวกนี้มีฤทธิ์คล้ายคลึงกับ เซิลลา-คอนนา เป็นส่วนใหญ่. ยาบางอย่างก็เหมาะสำหรับคนไข้บางคนเท่านั้น. ในปี ๑๙๓๐ Bucy และ Klemme พยายามรักษาโดยการตัดผิวสมอง, แต่มีอันตรายมากกว่าผลดี. ในปี ๑๙๔๗ Spiegel และ Wycis นำเอาวิธีการ สเตอโรไอแทกซีล มา

ใช้ในการรักษา. ปรากฏว่ามีผลดีมาก เกยวกับอาการแข็งทอและสั่น. ต่อมาได้มีการคิดแปลงแก้ไขชีวิตและพบว่าวิธีนี้เป็นวิธีรักษาอาการที่ปลอดภัย, สะดวก และได้ผลดีมาก. เพื่อเป็นเกียรติยศแก่ผู้บรรยายคนแรกจึงเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า "Parkinson's syndrome". ในระยะ ๕ ปีที่ล่วงมา การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคนี้ก้าวหน้าไปมาก. ความรู้ทางพยาธิวิทยาและสรีรเคมีก็ชัดเจนกว้างขวางมากขึ้น.

ลักษณะทางคลินิก

กลุ่มอาการนี้พบได้บ่อยที่สุดในกระบวนโรคของระบบ เอ็กซตราพียร์รามิคัล ทั้งหลาย. อาการสำคัญที่พบได้ก็คืออืดอาด, แข็งทอ, สั่นและมีอาการอย่างอื่นร่วมไปด้วย, อาทิความผิดปกติของระบบ ออโตโนมิค. อย่างไรก็ตามกลุ่มอาการเหล่านี้มีการผันแปรไปในแต่ละบุคคล, บางคนอาการอย่างหนึ่งมาก, บางคนอาการอีกอย่างหนึ่งมากกว่า, ทั้งนี้สุดแต่สาเหตุของ

โรคและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในก้านสมอง (Brain Stem).

ความอดอาด ความหมายที่เข้าใจง่ายก็ ก็น่าจะมีค่าเท่ากับความอดอาดซักซ้าใน อิริยาบถ, คือมีความซักซ้าและยากลำบาก ในการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถแต่ละครั้ง. ติ คล้าย ๆ กับไม่อยากทำหรือไม่มั่นใจที่จะ ทำ. โดยเหตุนี้เรามักพบท่าทางโดยเฉพาะ ของผู้ป่วย, เช่นเวลาขึ้นเข้าและคอกจะงอ, หัวก้มไปทางหน้า, หลังค่อมเล็กน้อย. เมื่อ จะเดินหัวมักจะเอนไปก่อนเพราะขาก้าวออกไป ไม่ทันเท่าความตั้งใจ. เวลาจะหยคก็เช่นกัน, ส่วนล่างหยคช้ากว่า. สังเกตดู เวลาผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้จะต้องเสียเวลาในการ รวบ รวมความ ตั้งใจ ค่อนข้าง นานจน สังเกตได้. และเวลาจะนั่งพอกันจวนจะถึง เก้าอี้มักนั่งก่นกนกระแทกทันทีเพราะความ อดอาด. ผู้ป่วยมักจะไม่ใคร่อยากเคี้ยว อาหารหรือกลืน. เสี่ยงพดกมีระดับเสี่ยง เทยวและแผ่ว. ขณะเดินจะไม่มีการเคลอน ไหวร่วมให้เห็น. เขียนหนังสือก็ตัวเล็ก.

ความแข็งท้อ หมายถึงความแข็งท้อของ กล้ามเนื้อ, มี โทนิส เพิ่มมากขึ้นแตกต่าง กับการหดเกร็งตรงท้ออยู่เฉย ๆ ก็แข็งตัวคือ

มี โทนิส ที่ยืดหยุ่นได้เวลาทำให้อาการเนือ ยคหรือหค. ข้อเหล่านี้มักพบลักษณะเฉพาะ ที่เรียกว่า **Zahnrad Phenomenon**, คือมัน จะคลายตัวออกเป็นขั้น ๆ กระทบ ๆ ไม่ เรียบรื่น. แต่เวลาอนอนหลังความแข็งท้อจะ หายไปหรือลดน้อยลง. เวลาวางยาสลบจะ ไม่มีความแข็งท้อเหลืออยู่เลย. พวกนี้ไม่ มีความผิดปกติของ รีเฟล็กซ์ ให้ชัดเจน มากนัก. หน้าตาที่ไม่แสดงความรู้สึก หน้าตาย (**Amimia หรือ Hypomimia**).

อาการสั่น สังเกตได้แต่เวลาอยู่เฉย ๆ. ถ้าให้ทำอะไร, การสั่นก็จะหยุดไปชั่วคราว. พบว่าการสั่นนี้เกิดขึ้นแต่ในบริเวณปลาย แขนขาเท่านั้น. ส่วนมากมักเป็นทนมมือ หรือมือ. มีผู้ป่วยเปรียบเทียบบอาการ ของนมมือเป็นคล้าย ๆ บินยาลูกกลอนบ้าง, หรืออนบเค็ยสตาจค์เร็ว ๆ บ้าง. อาการสั่น จะหายไปเมื่อเวลาผู้ป่วยหลับเช่นกัน. คิริยะ และเท้าก็อาจมีอาการสั่นด้วยได้. แต่ ลักษณะสำคัญก็คือสั่นแต่เฉพาะเวลาอยู่ เฉย ๆ เท่านั้น.

ความผันผวนของระบบประสาท
ออโตโนมิก ลักษณะที่มักจะพบร่วมด้วย เสมอก็คือหน้าตายไหล. อาจเป็นเพราะน้ำ ปลายออกมากและผู้ป่วยก็มักไม่กลืน. ไซ

หน้ามักจะมึนนำมนเยม, และเหงื่อมักจะออกมากผิดปกติ.

ความผิดปกติทางจิต มีความผิด

ปรกติทาง ปัสัยโมเตอร์. กล่าวคือไม่กระตือรือร้นที่จะริเริ่มทำอะไร, หมายถึงการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ. ทั้งนี้อาจเป็นด้วยการทำอะไรแต่ละครั้งเขาจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากและต้องเสียแรงงานเหลือเกินก็เลยอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไรดีกว่า. มักเป็นคนเจ้าอารมณ์, ขุนเฉียว. เราอาจเรียกว่ามี ปัสัยผิด อโคเนสิส หรือ เบรคียัฟรึเนีย ก็คงไม่ผิด. นอกนั้นผู้ป่วยยังมีความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวด. บางรายก็เจ็บมากจนหลับนอนไม่ได้ก็มี. แต่อย่างไรก็ตาม ปาร์กินสันนิสมีมีลักษณะทางคลินิกสำคัญ ๓ อย่างคือแข็งท้อ, ออตาตและสั่น.

ลักษณะพยาธิวิทยา กลุ่มอาการดังกล่าว

นี้เห็นผลเนื่องมาจากสาเหตุได้ต่าง ๆ กันซึ่งทำให้มีการเสื่อมหน้าที่ของสมองบางส่วน, โดยเฉพาะในก้านสมอง. อาจเป็นกรรมพันธุ์, ผลจากหลอดเลือดแข็ง, สมองอักเสบ, หรือไทรอยพิษ, เช่นจาก คาร์บอนมอน็อกไซด์. บางคนเชื่อว่าการชอกช้ำ

ของสมองเพราะกระเทือนก็เป็นสาเหตุได้. อย่างไรก็ตามพยาธิสภาพที่เกดขึ้นเป็นผลเนื่องมาจากโรคของร่างกายส่วนรวมเป็นส่วนใหญ่. สำหรับเนื้องอกสมองในส่วนลึกและใกล้เคียงกับก้านสมองก็อาจทำให้เกิดอาการเช่นนี้ได้เช่นกัน, แต่ก็มีน้อยมาก.

พยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดังกล่าวเกิดชนที่ สับสแตนเชีย นิกรา, โกลัส เซเรลเลียส, ทอร์สัล โมเตอร์ นเคลียส ของประสาทที่ ๑๐ เป็นสำคัญ, หรือกล่าวง่าย ๆ ก็ว่าเกิดแต่ นิวโรน ที่มีเมลานิน. อาจมีพยาธิสภาพใน โกลบัลพัลลิดัส, เต็นเตต นเคลียส, บางส่วนของ สมองน้อย, รวมทั้ง นเคลียส สับสแตนเชีย อินโนมินาตา.

สับสแตนเชีย นิกรา ใน สับสแตน-

เชีย นิกรา เราพอจะแบ่งคร่าว ๆ ได้เป็น ๒ ส่วน, คือส่วนดำและส่วนแดง. ส่วนดำมีนิวโรน ที่มี เมลานิน อยู่มากและส่วนแดงเป็นส่วนที่มีลักษณะทางจุลกายวิภาควิทยาคล้ายคลึงกับของ พัลลิดัม. พยาธิสภาพที่พบได้ส่วนมากมักเป็นแต่กับเฉพาะ เซลล์บางหมู่ที่อยู่ทางส่วนใกล้ปาก (oral) ของส่วนดำเท่านั้น, คือจำนวน เซลล์ ฆาตหาย

ไป. บางรายก็มีแผลให้เห็นได้. แต่ลักษณะที่สำคัญก็คือการสูญเสียเม็ดสี เมลานิน. ที่ โลคัส เซรูลีเยส ก็พบการหายของเม็ดสีเช่นกัน.

พยาธิสรีรวิทยา การที่จะให้เข้าใจถึงกลไกของ พยาธิสรีรวิทยา ของโรคนี้ไม่เป็นการง่ายนัก, และความรู้บางอย่างเกี่ยวกับกายวิภาคสรีรวิทยาก็ยังไม่ชัดเจนทีเดียว. แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุและกลไกที่แท้จริงของอาการเหล่านี้ของความพิการของ สิบัสแตนเซีย นิกรรา. (มีผู้พบไกลบูลิน พลิลิกัส ไม่ผิดปกติเลยในผู้ป่วย ปาร์กินสันนิสึม, แต่ทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงที่ สิบัสแตนเซีย นิกรรา.) ความพิการของอวัยวะทำให้เกิดอาการได้ ๒ ทาง คือ (๑) เนื่องจาก ความพิการ โดยตรงทำให้เกิดอาการออกอาคและแข็งทอ, (๒) เป็นผลทางอ้อม เพราะความ พิการ ของ สิบัสแตนเซีย นิกรรา, ทำให้ศูนย์กลางแรงแงกหนุและแรงกดที่ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่เท่าเทียมกันและไม่อยู่ในความควบคุม, จึงมีอาการแข็งทอและสัน.

นอกจากนี้ ยังมีผู้มีความเห็นว่าอาการสัน เกิด จาก ความ พิการ ของ เต็นเตต นูเคลียส และบางส่วนของสมองน้อยร่วม

ไปกับความพิการของ สิบัสแตนเซีย นิกรรา และ พลิลิกัส.

อาการผิดปกติของระบบ ออโตโนมิก นั้นเป็นผลเนื่องจากความพิการของ โลคัส เซรูลีเยส และ คอรลัส โมเตอร์ นูเคลียส ของประสาทที่ ๑๐.

อาการ ผิดปกติ ทางจิต เชื่อว่าเพราะความพิการของ นูเคลียส สิบัสแตนเซีย อินโนมิเนต โดยที่ นูเคลียส กลุ่มนี้มีการติดต่อกับ คอรโลมิเคิล นูเคลียส ของ ฮาลามัส และผ่านไปยัง ฟรอนทัล คอर्टิกซ์, ซึ่งบางรายอาจมีอาการคล้ายกลุ่มอาการของกลีบสมองหน้าผาก.

จากลักษณะดังกล่าวนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในโรค ปาร์กินสัน นั้นเป็นผลเนื่องมาแต่ความพิการของบางส่วนของสมองหลายแห่ง รวมกัน และ จุดใหญ่ ก็คือ สิบัสแตนเซีย นิกรรา. การรักษาจะเป็นโดยการผ่าตัดก็หรือจะเป็นโดยการให้ยา ก็, เป็นการแก้ไขความบกพร่องและความไม่สมดุลอันเนื่องมาจากความพิการเท่านั้น. ผลที่ได้ ในการรักษา แต่ละวิธีก็เฉพาะแต่ละอาการ. การที่จะให้ได้ผลเต็มที่สุดความมุ่งหมาย ทุกอย่างเป็นเรื่องค่อนข้างยาก. การให้การรักษาหลายอย่าง

ประกอขกันพร้อม ทั้งความเข้าใจของ ผู้ช่วย และการดแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ กัย่อม ทำให้เกิดผลสมความตั้งใจได้.

การรักษาผ่าตัด

การผ่าตัดด้วยเครื่องมือ สเตอริโอ-แท็กซีส. นี้ว่าเป็นวิธีเดียวซึ่งกิตติในขณะนั้น. ในสถานยันทดอตราตายมีเพียง ๐.๕ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น, ผลแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นพบไม่เกิน ๒ เปอร์เซ็นต์, และกั มักเป็นชั่วคราว. การผ่าตัดชนิดนี้มีผลดี ต่ออาการแข็งทอประมาณ ๕๐ เปอร์เซ็นต์, อาการทางสั้น ๖๐ เปอร์เซ็นต์, ส่วน อาการอึดอัดและอาการทางอนไคผลเพียง ๒๐ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น. การรักษาโดยการผ่าตัดนี้ไม่ใช่การรักษาโดยตรง, แต่ เป็นการแก้ความบกพร่อง เนื่องจาก การไม่ สมดุลย์กันระหว่างแรงกดและแรงหนนของ ก้านสมอง ต่อระบบ การเคลื่อนไหวอนเนอง มาแต่ความพิการของ สิบัสแดนเซย์ นิกรา ซึ่งมีการติดต่อกันผ่าน พัลลิดัม และมีทาง ร่วมกัน, ผ่าน แอนสา เส้นตึคูลาริส ไปยัง เวินโตรลเทอราล นูเคลียส ของฮาลามัส. ในการรักษา ถ้าเราตัดทางร่วม อันเป็นทาง ที่ “แรงไม่สมดุลย์และไม่ถูกควบคุมได้”

โดย สิบัสแดนเซย์ นิกรา นิสัย, หรือ ทำลายส่วนของ ฮาลามัส ซึ่ง เป็นสถานยรับ ส่งแรงอันนอก, ถือว่าเป็นการทำลายสิ่ง ที่ไม่ถูกควบคุมได้ออกไป, ก็สามารถระงับ อาการได้ทั้ง ๒ แห่ง. ส่วนวิธีการในการ ผ่าตัดนั้น เป็นเรื่องปลีกย่อย ที่จะต้อง อาศัย ความชำนาญพิเศษ, จะไม่กล่าวถึง, แต่ ผู้ช่วย ที่ใครรับ การผ่าตัดแล้ว จะหวัง ให้หาย กลายเป็นปรกตินั้นอาจทำไม่ได้. อาการบาง อย่างจะยังคงเหลืออยู่, ซึ่งเราจะต้องใช้ยา รักษาจนต่อไป. อาการที่หวัง ได้อย่างดี ก็คือแข็งทอเท่านั้น. สำหรับข้อบ่งในการ ผ่าตัดนั้นควรทำทกราย. ยกเว้นในกรณี ที่มีอาการทางจิตมาก, มีอึดอัดมาก. ส่วน พวก หลอด เลือด แข็ง อน ๆ ก็ควร พิจารณาเป็นราย ๆ ไป.

การรักษาอาการและการบริหารยา

๑. อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น, จิตใจมี ส่วนร่วม เป็น สาเหตุ ได้มาก พอ สม ควร. เคยมีการรักษาผู้ช่วย หาย ด้วย การรักษา ทางจิตและการสะกดจิต. ดังนั้นการรักษา ทางใจจึงเป็นการให้การรักษาในอันดับแรก ที่ทำเป็นอย่างยิ่ง.

๒. การบำบัด. ให้ผู้ช่วยได้ออกกำลัง ของกล้ามเนื้อทุกส่วน. ให้มีการเคลื่อนไหว

ไหวของข้อต่อต่าง ๆ โดยตลอดแต่ไม่ควร
งดกัยออกกำลังจนเหนื่อย. จะเป็นการช่วย
ให้ผู้ป่วยโดยเคสเนยคสายข้าง. ผู้ป่วยที่
ไม่ได้รับ การ ย้ำค ต้อง กลาย เป็น คนไร้
สมรรถภาพ เป็นสาม เท่าของ พวกที่ไ้รับ
กายย้ำค.

๓. การบริหารยา. การบริหารยานั้น
มีหลักทควรเข้าใจยว่าผู้ช่วยแต่ละคนถก
โรคกัยต่างกันและยาแต่ละอย่างก็ไม่ใช่
จะรักษาอาการทั้งหมดได้. ดังนั้นในการ
รักษาผู้ช่วยจะต้อง มีน้ำอดน้ำทน ทั้งแพทย์
และผู้ช่วย, และการใช้ยาก็ควรจะใช้ยา
หลายอย่างช่วยกัน. ยาที่เราใช้ทุกวันนี้
พอจะแบ่งได้เป็น ๒ พวก คือ:

ก. ชัลคาลอยค ของ เบ็ลลาตอนนา

ข. ยาสังเคราะห์ซึ่ง ส่วนใหญ่ มีฤทธิ์
สลาย นิโคติน อย่างแรง, เช่น Benzhexol,
หรือยาที่ใกล้เคียงกันเช่น Akineton, Be-
nz trapin เป็นต้น. หรือยาเคมีอย่างอนท
มีผลคล้ายกันเช่น Isothiazin, Phenglu-
tarimid. มีข้อแนะนำยว่าการให้ วิตามิน
บี ๖ ขนาดมากกว่มกัยยาดังกล่าวแล้วข้าง
ต้นมักได้ผลดีมาก.

การให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งควรเริ่มด้วย
ขนาดน้อยและเพิ่มจนขนาดเต็มท. ถ้าไม่
ได้ผลก็ให้เปลี่ยนยาทันทและถ้าได้ผลก็ให้

ยาอยู่ในระะยะนานพอสมควร, แล้วผ่อน
ขนาดลงให้พอค. ยาต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว
ส่วนมากก็มีฤทธิ์ต่ออาการแข็งทอและระะบ
ออโตโนมิก. ส่วนผลต่อความอดอากาศนั้น
หวังได้้น้อยมาก. ผู้ช่วยบางคนอาจต้องให้
ยากระตุ้น, บางคนก็อาจต้องให้ยากดระะบ.
ฤทธิ์ระะบประสาทของยา แอนติฮิสตะมิน
มีผลดีมาก. ถ้าผู้ช่วยซมก็ควรให้ยา
Orphenadrin หรือ Chlorphenoxamin
เพราะมีฤทธิ์ทำให้เคลิบเคลิ้มด้วย. แต่ควร
จำไว้ว่าการ รักษาทางยาเป็น ความ จำเป็น
อันคัยสุดท้าย อย่งไรก็ตามการรักษา
ทางใจของผู้ช่วยมีความสำคัญมาก.

การรักษาด้วย แอลฟ่า-โดปา

ความเป็นมาของการรักษาด้วย แอล-
ฟ่า-โดปา เป็นเรื่องใหม่ทหน้าสนใจ. ในปี
๑๙๕๗ Carlson พบว่าในคนที่ไ้รับ วิ
เสอร์บอน ขนาดมาก ๆ จะเกิดอาการ ปร่า
คินสัน ได้, และพบต่อไ้ว่าในสัตว์ทดลอง
ทให้ วิเสอร์บอน ขนาดสูงมี คาเทมอลอะ
มีน และ วิเสอร์บอน ในสมองน้อยมาก.
ในปีเดียวกัน Sano และคณะพบว่าในสมอง
คนและสัตว์มี โดปามีน อยู่ใน คอร์ปัส
สไตร เอตัม มากกว่าส่วนอื่น. ในปี ๑๙๖๐
Ehringer และ Hornykiewicz พบว่าคน

ปรกติมี โทปามีน ใน คอเทค และ ปตา
 เม็น มาก, ส่วนคนเป็น ปาร์กินสัน นั้น
 มีน้อย. ในปี ๑๙๖๑ Bernheimer และ
 คณะ พบ นอร์แอดรีนาลีน, โทปามีน และ
 เซโรโทนิน มากในส่วนต่าง ๆ ของสมอง
 ดังกล่าวคล้ายกัน. ๑๙๕๕ Bertler และ
 Rosengren พบว่า โทปามีน เป็นสารต้น
 ของ นอร์แอดรีนาลีน. ในปี ๑๙๕๗
 Blasehkos พบว่าสารต่าง ๆ ดังกล่าวข้าง
 ต้นนี้ไม่สามารถผ่าน แนวนกน ระหว่างเลือด
 กับสมองได้, แต่พบว่า แอลฟา-โทป
 นนหาก ฉีกเข้า หลอดเลือด อาจ ผ่านไปได้,
 และถูก คีคาร์บ็อกซีเลส เป็น โทปามีน
 ในสมอง. ทั้งนี้เป็นผลจากงานของ Deg-
 kwitz และคณะซึ่งรักษาอาการของ ปาร์
 คินสันที่ เกิดเนื่องจากการรับยา ริ-
 เสอริบีน เกินขนาด. โดยการฉีด แอลฟา
 -โทป เข้าหลอดเลือด, ด้วยความเป็น
 มาตังกล่าว Birkmayer จึงได้ใช้ แอลฟา
 -โทป รักษา ปาร์กินสัน, ปรากฏ
 ว่าได้ผลดี มากใน การออกอาการ และแข็งท้อ.
 แต่ผล ทดขุ่น นน เกิดอยู่ นานประมาณ ๓
 ชั่วโมง. ทั้งนี้เชื่อว่าเป็นเพราะ โทปามีน
 ถูกเปลี่ยนเป็น นอร์แอดรีนาลีน. แต่เมื่อ
 ได้แก้ไขโดยให้ โมโนอะมิโนออกซีเลส
 อินฮิบิเตอร์ แก่ผู้ป่วยเสียก่อน, ปรากฏว่า

อาการที่ขุ่นคงอยู่นานถึง ๒๔ ชั่วโมง.
 ผลแทรกซ้อน จากยานี้ว่ามีไม่มาก.
 ความดันเลือดสูงขึ้นก็เพียงเล็กน้อย.
 Birkmayer เชื่อว่าการที่ สบัสแทนเซียม
 นิกรา เสียไปทำให้มีการผลิตปรกติของ
 เมตาบอลิซึม ของ โทปามีน. ความผิด
 ปรกตินี้ทำให้เกิดอาการอัมพาตสัน. ดังนั้น
 ถ้าเราสามารถรักษาระดับ โทปามีน อยู่
 ได้ อาการดังกล่าวก็จะดีขึ้น. แต่ก็เป็นที่น่า
 สงเกตว่าการให้ แอลฟา-โทป นี้จะมี
 ผลดีที่สอดคล้องกับความออกอาการ, ส่วนการผ่าตัดก็
 มีผลดีที่สอดคล้องอาการแข็งท้อ.

เอกสาร :

1. Barbeau, A., T.L. Sourkes: Rev. Cana. Biol. 1960, 20:197.
2. Bernheimer, H., W. Birkmayer, W., O. Hornykiewicz: Klin. Wschr. 1961, 39:1056.
3. Birkmayer, W., O. Hornykiewicz: Wien. Klin. Wsch. 1961, 73:787.
4. Buell, F.A., J.P. Biehl: Dis. Nerv. Syst. 1949, 20.
5. Degkwitz, R., R. Frowein, C. Kulenkampf, V. Mohs: Klin. Wschr. 1960, 38 (3):120.
6. Degkwitz, R.: Fortschr. Neurol. 1963, 31:320.
7. Gerstenbrand, F., K. Pateisky: W.Z. Nervenkh. 1962, 20:90.
8. Hassler, R.: Klin. Wschr. 1960, 38:1229.
9. Mundinger, F.: Klin. Wschr. 1963.
10. Parkinson, J.: Essry on Shaking Palsy, 1897, London.

ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ เกี่ยวกับกรรมพันธุ์ของโรคธาลัสซีเมีย

วินัย สุวดี พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์ อรุณ เนตรศรี)

คำว่า "Thalassemia" ไม่ได้หมายความว่าความผิดปกติภาวะใดภาวะหนึ่งแต่เป็นคำรวมถึงภาวะต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ โดยมีลักษณะที่เป็นร่วมกันคือมีความบกพร่องในการสร้าง ฮีโมโกลบิน ชนิดของ ผู้ใหญ่ปกติ. การแสดงออกที่คล้ายกันของพวกนี้คือเลือดจางแบบ ฮีโมโกลบิน ไมโครซีติก, ซึ่งมีความรุนแรงต่าง ๆ กัน.

ตามปกติ ธาลัสซีเมีย แบ่งทาง คลินิก ได้เป็นพวก เมเจอร์ และ ไมเนอร์ ซึ่งแทน ฮีโมซัยกัส และ เฮเทอโรซัยกัส ของ ธาลัสซีเมีย ยีน. แต่ต่อมาได้มีการปรับปรุงเทคนิค ใหม่ ๆ ขึ้น, โดยเฉพาะทางชีวเคมีของ ฮีโมโกลบิน, จึงได้มีการแยกชนิดตามความบกพร่องทางกรรมพันธุ์ ต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุ.

ความยากลำบากในการศึกษากรรมพันธุ์และการกระจายของ ยีน ในโรค ธาลัสซีเมีย ก็คือการที่จะพิสูจน์แยกบุคคล เฮเทอโรซัยกัส, เพราะทาง คลินิก

พิจารณาได้ยากมาก. บางคนก็มีลักษณะ และสังตรวจพบครบถ้วนตามข้อแยก, บางคนก็ไม่ครบ, ทำให้การวินิจฉัย ธาลัสซีเมีย เทรต เป็นไปด้วยความยากลำบาก. โดยเหตุนี้ทำให้คิดว่าโรคนี้น่าจะมีหลายอย่างซึ่งเกิดขึ้นโดย ยีน ต่าง ๆ กัน. จากการศึกษา ฮบ. เอ ๒ โดยอาศัย สคาร์ช บล็อก อีเล็กโตรโฟรีสิส ทำให้เห็นความสำคัญในการวินิจฉัยและแยกประเภทโรค ธาลัสซีเมีย. โดยการใช้ สคาร์ช บล็อก อีเล็กโตรโฟรีสิส, ฮีโมโกลบิน ปกติจะถูกแยกออกเป็น ๒ ส่วน. ส่วนใหญ่เรียก ฮบ. เอ ๑, ส่วนน้อยซึ่งเคลื่อนที่ไปช้ากว่า เรียกว่า ฮบ. เอ ๒, ซึ่งมีประมาณ ๒.๐ ถึง ๓.๒ ٪ ของ ฮีโมโกลบิน ทั้งหมด. ถ้า ฮบ. เอ ๒ สูงขึ้นซึ่งส่วนมากสูงประมาณ ๒ เท่าของปกติ, มักจะร่วมไปกับ ธาลัสซีเมีย เทรต. ประมาณ ๕๐ ٪ ของพ่อแม่เด็กที่เป็น ธาลัสซีเมีย เมเจอร์ จะมี ฮบ. เอ ๒ สูงขึ้น.

โครงการสร้างและชีวเคมีของ ฮีโมโกลบิน

อณูของ ฮีโมโกลบิน ประกอบด้วย ไรบอออน ปรอพิร์ริน ฮีม กับ โกลบิน ประกอบกันเป็น คีอเมเปิ้ล็กซ์ โปรเทอีน. โกลบิน ประกอบด้วยกรด อะมิโน เรียงตัวกันเป็นสาย โปลียเปปไทด์ ซึ่งมีคุณสมบัติทางเคมีต่างกัน. เรียกเป็นสาย แอลฟา, เบต้า, แกมมา และ เดลต้า. ใน ฮย. เอ ๑ ทกอณูมีสาย แอลฟา ๑ คู่และสาย เบต้า ๑ คู่. จึงเขียนสูตร ฮย. เอ๑ ได้เป็น $\alpha A A 2\beta 2$. ความผิดปกติในชนิดของสาย โปลียเปปไทด์ หรือกรด อะมิโน ในสายก็จะทำให้เกิด ฮีโมโกลบิน ต่างชนิดกันไป. สำหรับ ฮย. เอฟ นั้นมีสาย แอลฟา เหมือน ฮย. เอ ๑ แต่สาย โปลียเปปไทด์ อีกอันหนึ่งนั้นต่างจากสาย เบต้า, เรียกว่าสาย แกมมา. จึงเขียนสูตร ฮย. เอฟ ได้เป็น $\alpha A A 2\gamma 2$.

ส่วน ฮย. เอ๒ มีสาย แอลฟา ๑ คู่ เหมือนกันแต่อีก ๑ คู่เป็นสาย เดลต้า. ดังนั้นจึงเขียน ฮย. เอ๒ ได้เป็น $\alpha A A 2\delta 2$.

พันธุศาสตร์ของการสร้าง ฮีโมโกลบิน

ปรกติ

ในคนปรกติมี ฮย. เอ ๑, ฮย. เอ ๒,

และส่วนน้อยของ ฮย. เอฟ, ซึ่งมีสาย โปลียเปปไทด์ แอลฟา เหมือนกันหมด. จึงเชื่อว่าชุดของ แอลฟา ยีน ที่ได้มาจาก พ่อแม่ควบคุมการสร้างสาย แอลฟา ทั้งหมดร่วมกัน. ส่วนของ ยีน ซึ่งควบคุมการสร้าง ฮีโมโกลบิน เหล่านี้โดยตรง เชื่อว่าอยู่ในเม็ดเลือดแดงที่มี นucleus.

สำหรับสาย เบต้า, แกมมา, และ เดลต้า นั้น มีโครงสร้างทางเคมีต่างกัน, ฉะนั้นการสร้าง ฮีโมโกลบิน แต่ละสายนั้น จึงเชื่อว่าถูกควบคุมโดย ยีน ต่างชุดกัน. ด้วยเหตุฉะนี้ หลักทางพันธุกรรมที่ว่า "One gene, one enzyme" จึงนำมาใช้ได้ ว่า "One gene, one polypeptide chain". ถ้าเป็นจริงเช่นนั้นก็หมายความว่าในเม็ดเลือดแดงที่มี nucleus มีชุดของ ยีน ที่ควบคุมการสร้างสาย โปลียเปปไทด์ ของ ฮีโมโกลบิน ต่าง ๆ ๔ ชุดด้วยกัน. แต่ก็อาจจะมี ยีน อีกพวกหนึ่งซึ่งคอยควบคุมอัตราการสร้างด้วย. ตัวอย่างเช่นในทารกในครรภ์ระยะท้าย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงการสร้าง ฮย. เอฟ มาเป็น ฮย. เอ (หรือเปลี่ยนสาย แกมมา มาเป็นสาย เบต้า), ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น "Genetic switch".

พันธุศาสตร์ของ ธาลัสซีเมีย

เชื่อกันว่า ธาลัสซีเมีย เป็นผลมาจากการสร้าง ฮบ. เอ ๑ น้อยไปกว่าปรกติ. ความผิดปกติในการสร้างสาย โปลิดี-เปปไทด์ ไม่ว่าจะเป็สาย แอลฟา หรือสาย เบต้า ย่อมทำให้ปริมาณของ ฮบ. เอ ๑ ทั้งหมดน้อยลง. Ingram (๑๙๕๕) ให้ความเห็นว่า ธาลัสซีเมีย ยีน ทำให้มีการสร้างสาย โปลิดีเปปไทด์ ไม่สมบูรณ์ทำให้ส่วนประกอบของกรด อะมิโน ผิดจากปรกติไป, แต่แตกต่างจาก ฮีโมโกลบิน ผิดปรกติตรงที่การแทนที่ของกรด อะมิโน ต่างๆ ในธาลัสซีเมีย ไม่ทำให้ประจุไฟฟ้าสุทธิของอนุของ โกลบิน ผิดปรกติไป. ฉะนั้นในอิเล็กโตรโฟรีซิส จึงไม่สามารถตรวจพบฮีโมโกลบิน ผิดปรกติใน ธาลัสซีเมียได้.

Itano และ Pauling (๑๙๖๑) กล่าวว่ามีการสับเปลี่ยนที่และการแทนที่ของกรด อะมิโน หลายตัวในสาย โปลิดีเปปไทด์ ของธาลัสซีเมีย. ฉะนั้น ฮีโมโกลบิน ของธาลัสซีเมีย จึงเขียนได้เป็น $\alpha_2 \beta_2$

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผู้ใดสามารถพิสูจน์แยกและวิเคราะห์สายต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างชัดเจนได้. แต่ถาถฤษฎี "Substitution" ถูกต้อง, ธาลัสซีเมีย ก็ต้องเป็น

โรคของฮีโมโกลบิน (hemoglobinopathy) อย่างหนึ่งเหมือนกัน.

จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางพันธุกรรมจนทำให้มีการสร้าง ฮบ. เอ ๑ น้อยลงกว่าปรกติ, แสดงถึงว่าคงจะมีตัว ยีน ที่คอยควบคุมอัตราการสร้างสาย โปลิดีเปปไทด์ ด้วย. ตัว ยีน ที่ควบคุมคงจะแปลงรูปไปและทำให้มีการผลิตสาย โปลิดีเปปไทด์น้อยกว่าปรกติ, ถึงแม้ว่าสายที่ถูกผลิตขึ้นมาจะมีลักษณะทางเคมีเหมือนปรกติก็ตาม. ทฤษฎีนี้เรียกว่า "Tap" hypothesis (Ingram, 1959).

ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องของ "Substitution" หรือ "Rate regulating" ก็ตาม ก็จะมีผลทำให้มีการสร้างสาย โปลิดีเปปไทด์ น้อยกว่าปรกติที่อาจจะผ่านมาทางสาย แอลฟา หรือสาย เบต้า ก็ได้, ซึ่งจะทำให้การตรวจพบทาง คลินิก และทางชีวเคมีในภาวะทั้ง ๒ นี้ต่างกัน.

เบต้า ธาลัสซีเมีย

ในเบต้า ธาลัสซีเมีย เซเทอโรซัยโกต, แพคเตอร์ ที่ทำให้มีการสร้าง ฮบ. เอ ๑ น้อยลงก็คือ การที่โครโซม เบต้า ยีน ปรกติมาอันเดียวแล้วรวมกับ เบต้า ธาลัสซีเมีย

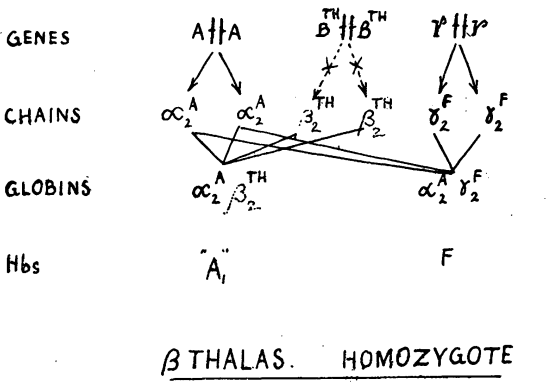
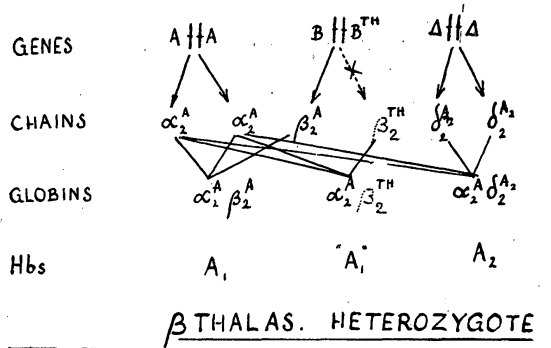
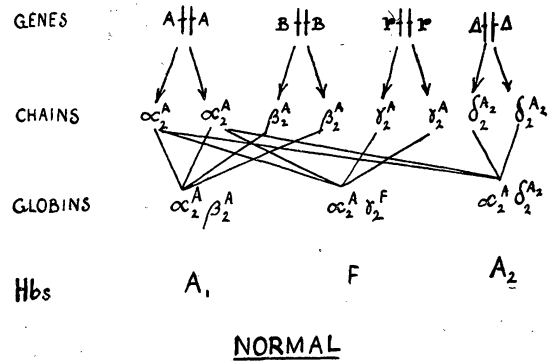
ยีน จำนวนเล็กน้อย, ทำให้การสร้าง β_2^A น้อยลง. ปริมาณของ ฮบ. เอ๑ จึงน้อยลงด้วย. แต่ปริมาณของการสร้างสายเคลด้า ไม่ได้มีน้อยลงด้วย, จึงอาจมีการสร้างสายเคลด้า มาแทนที่สาย เบต้า ที่น้อยลงไป. ดังนั้นอัตราการสร้างสาย เคลด้า ต่อสาย เบต้า จึงเกือบเป็น ๒ เท่าของปรกติ. ฉะนั้นใน เบต้า ทัลัสซีเมีย เฮเทอโรซัยโกต จึงแสดงออกมาโดยมี เปอร์เซ็นต์ ของ ฮบ. เอ ๒ สูงขึ้น.

ส่วน เบต้า ทัลัสซีเมีย โฮโมซัยโกต ได้รับความผิดปกติ ยีน มาทั้งสองอัน จึงมีการสร้างสาย เบต้า เพียงเล็กน้อยเท่านั้น. ฉะนั้นการสร้าง ฮบ. เอ๑ จึงน้อยตามไปด้วย. ทำให้มีเลือดจางอย่างแรง. สำหรัยสาย แกมมา ไม่ได้ถูกรบกวนด้วย จึงมีการสร้าง ฮบ. เอฟ มากจนเป็นการชดเชยตั้งแต่ระยะยังเป็นทารก.

ส่วนใหญ่ของชาวเมดิเตอร์เรเนียนที่เป็นโรคนักเป็นชนิด เบต้า ทัลัสซีเมีย, ซึ่งรวมทั้ง พ่อแม่ของคนไทย ทัลัสซีเมีย เมเจอร์ ด้วย.

แอลฟา ทัลัสซีเมีย

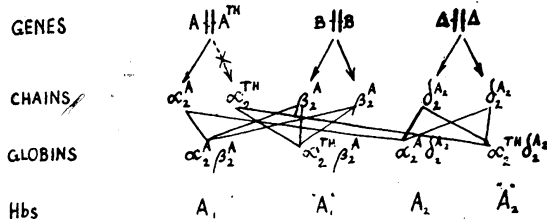
แฟคเตอร์ ที่ทำให้การสร้าง ฮีโมโกล



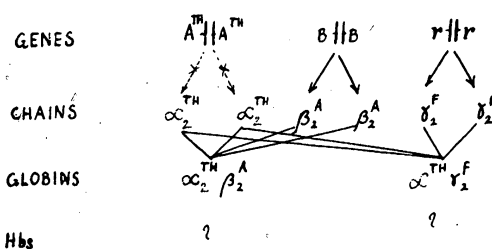
บิน น้อยลงใน แอลฟา ทัลัสซีเมีย เฮเทอโรซัยโกต ก็คือการได้รับ ยีน แอลฟาเอ ปรกติอันหนึ่งรวมกับ ยีน แอลฟา ทัลัสซีเมีย อีกอันหนึ่งซึ่งผิดปกติ, ทำให้การสร้างสาย แอลฟา ทั้งสองน้อยกว่าปรกติ.

ชย.เอ ๑ ทั้งหมดจึงต่ำลงเล็กน้อย. ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้การสร้างชย.เอ ๒ ทั้งหมดต่ำลงด้วย, เพราะ ยีน แอลฟา ธาลัสซีเมีย ก็มีอิทธิพลต่อการสร้างสาย แอลฟา ของชย.เอ ๒ ด้วย, แต่อัตราส่วนการสร้างสาย เบต้า ต่อสาย เดลต้า ไม่แตกต่างจากปกติซึ่งทำให้เปอร์เซ็นต์ของ ชย.เอ ๒ ไม่สูงขึ้น.

ในภาวะ แอลฟา ธาลัสซีเมีย โฮโมไซโกต การสร้าง ฮีโมโกลบิน ทุก ๆ อย่างต่ำลงทั้งสิ้น เพราะ ชย.เอ ๑, ชย.เอ ๒, และ ชย.เอฟ ต่างก็มีสาย แอลฟา ทุกชนิด, ฉะนั้นจึงไม่มีการสร้างซดเซบสาย แอลฟา ที่น้อยลงได้. แม้แต่การสร้าง ชย.เอฟ ของทารกในครรภ์ก็ย่อมจะน้อยด้วย, เด็กจึงคงจะตายเสียตั้งแต่ในครรภ์หรือแรกเกิด จึงยังไม่มีผู้ใดรายงาน โฮโมไซกัส แอลฟา ธาลัสซีเมียเลย. Eng และคณะ (๑๙๖๒) ได้รายงานคนไข้เด็กตายเกิดซึ่งมี ฮีโมครีโอส ฟิวคาลิส และมี โฮโมไซกัส แอลฟา ธาลัสซีเมีย, ฮีโมโกลบิน ของเด็กส่วนใหญ่เป็น ชย. "บาร์คัส." ใน ฮีโมโกลบิน นี้ไม่มีสาย แอลฟา เลย มีแต่สาย แกมมา. จึงได้เขียนได้เป็น γ_4 . ทั้ง พ่อแม่ แสดงว่าเป็น เฮเทอโรไซกัส แอลฟา ธาลัสซีเมีย.



α THALAS HETEROZYGOTE



α THALAS HOMOZYGOTE

“ไฮท์ฟิตล” ธาลัสซีเมีย เทรต

ประมาณ ๔๐ ปช. ของรายที่เป็นธาลัสซีเมีย เทรต จะมี ฟิตล ฮีโมโกลบิน เพิ่มขนเล็กน้อย, แต่ ชย.เอฟ ที่เพิ่มขนนั้นมักไม่เกิน ๖ ปช. ได้มีเอกสารหลายอันรายงานครอบครัวซึ่งเป็น ไมโครไซติก ฮีโปโพรมิค อะนีเมีย มีระดับ ชย.เอ ๒ ปกติและ ชย.เอฟ ขนสูงประมาณ ๑๐ ถึง ๑๕ ปช. Zuelzer และคณะ (๑๙๖๑) เชื่อว่า “ไฮท์ฟิตล” ธาลัสซีเมีย เทรตนี้เป็นพันธุหนึ่งของ เบต้า ธาลัสซีเมีย. แต่การที่มี ชย.เอ ๒ ปกติและมี ชย.เอฟ สูงขึ้นเขาให้ทฤษฎีว่าน่าจะมีต้นตอ ไปลีย์-

เป็ปไทด์ ร่วมสำหรับการสร้างสาย แกม-
มา, เกล็ดำ, และ เบต้า ซึ่งโดยกลไก
ทางพันธุศาสตร์ก็จะควบคุมให้มีการสร้าง
สาย แกมมา สำหรับ ฮบ. เอฟ ก่อนเพื่อน,
ต่อมาก็จะสร้างสาย เกล็ดำ. สำหรับ ฮบ.
เอฟ, สุกท้ายจึงสร้างสาย เบต้า. ส่วน ฮบ.
เอ๑ ตามทฤษฎีสาย แกมมา และ
เเกล็ดำ ก็จะเป็น "ปริมิตรฟู" เบต้า นั่นเอง.

ใน เบต้า ฮาลิสซีเมีย ธรรมดาซึ่งมี
ฮบ. เอ ๒ สูงก็แสดงว่าได้มีการเปลี่ยนรูป
ของ ยีน ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในชั้น

ที่มีการเปลี่ยนจากสาย เกล็ดำ เป็นสาย
เบต้า นั่นเอง. จากการทมิ "บล็อก" นี้
เองจึงมีสาย เกล็ดำ คงอยู่มาก (เอ ๒ สูง)
และสาย เบต้า น้อยลง (เอ ๑ น้อยลง).

ใน "ไฮท์ พดล" ฮาลิสซีเมีย ก็เช่น
กันได้มี เจเนติก บล็อก ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
จากชนที่มีการเปลี่ยนสาย แกมมา มาเป็น
สาย เกล็ดำ จึงทำให้ ฮบ. เอฟ, คงอยู่มาก
ในขณะที่ ฮบ. เอ ๒ ก็ไม่สูงขึ้น.

(จาก H.A. Pearson: Ped. Clinics of
North America. 1962 : 6 (3).)

การส่งเงินค่าบำรุง

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

๔๘ ชม. อาการเหล่านี้ก็จะค่อย ๆ หายไปเมื่อหยุดใช้. ถ้าหากใช้ต่อไปเรื่อย ๆ, อาการก็จะร้ายแรงขึ้นทุกที จนในที่สุดก็เกิดบรู๊องโม่ป็นิวโมเนีย, ซึ่งมักจะมีหัวใจโตติดตามมาด้วย. (1) การศึกษาในสัตว์แสดงว่ามีการบวม และลอก หลุดของเยื่อปอดลมและเยื่อหุ้มปอด ชัยอะลัน ชนทณงกัน, ประกอบกับ ไฟบรินัส ป็นิวโมเนีย ชนิดไรเซอ. ถ้าหากใช้ ออกซิเจน ในความเข้มข้นหลาย ๆ บรรยากาศ, อาการทางระบบประสาทก็จะนำหน้า, ซึ่งอาจมีตะคริวและการชักกระตุกเป็นสำคัญ. ต้นเหตุของการเป็นพิษนี้เชื่อว่าคือ การขัดขวาง การทำงานของ เอ็นไซม์ ที่สำคัญบางชนิด. (2) ผลร้ายอย่างหนึ่งที่เกิดจาก พิษโดยตรงของออกซิเจน เช่นนี้ ได้แก่ ไรโทรลีนคัลไฟโบรเพลเซีย ที่พบในเด็กเกิดก่อนกำหนด ซึ่งต้องเลี้ยงไว้ในตู้ฟักเป็นเวลานาน, ถึงแม้เคยมีผู้เขียน บรรยายไว้ในหนังสือก่อนแล้ว. (3)

ผลร้ายของการใช้ ออกซิเจน อาจเกิดโดยทางอ้อม เกี่ยวข้องกับการ คั่งค้างของ คาร์บอน ไดออกไซด์ ใน ทิสซู่ (ชั

เยอร์แคปเนอ) ซึ่งอาจเป็นผลของการที่ คณย์หายใจทำงานน้อยเกินไป, หรือความบกพร่องในการขนส่งแก๊สนั้นในเลือด. ในภาวะปกติ คณย์หายใจได้รับการกระตุ้นให้ทำงานสม่ำเสมอจากความเข้มข้นของ คาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือด, ซึ่งกระตุ้น คณย์ที่ เมกัลลา โดยตรง, และจากความพร่องของ ออกซิเจน ในเลือดซึ่งกระตุ้นปลายประสาทรับตัวกระตุ้นเคมี (เมโมรีเซปเตอร์) ที่ คาโรติก ไชนัส, ซึ่งส่งพลังประสาทไปกระตุ้น คณย์หายใจอีกทอดหนึ่ง. ในกรณีที่เลือดมี ออกซิเจน มากเกินไป, เช่นในรายที่หายใจอากาศมี ออกซิเจนเกินปกติหลาย ๆ เท่า, การกระตุ้นทางคาโรติก ไชนัส ย่อมบกพร่องไป, ทำให้ คณย์หายใจทำงานน้อยลงกว่าควร. ข้อนี้เป็นเหตุหนึ่งที่ชวนให้ คาร์บอน ไดออกไซด์ คั่ง ใน เลือด. ในอีกทางหนึ่งนั้น เกี่ยวข้องกับ สมรรถภาพของเลือดที่จะขนส่ง คาร์บอนไดออกไซด์. ตามปรกติแล้ว แม้ว่า พลาสมา จะทำหน้าที่นำส่วนมากของ คาร์บอนไดออกไซด์, แต่ ฮีโมโกลบิน ก็มีส่วนร่วมด้วย ประมาณเศษหนึ่งส่วนสามของ ทั้ง

(1) Bean. J.W. Physiol. Rev. 25, 1956 :1.

(2) Dickens, F.: Biochem. J. 40, 1945:145.

(3) ตูจินดา. ประสงค์: สารศิริราช ๑๔, ๑๕๖๒ : ๑๖๖.

หมต. (4) ทั้งนี้อาศัยธรรมชาติ “แอมโฟ-
เตอร์ริก” ของโปรตีนอื่น. เมื่อเลือดไหลไป
ถึงปอดและได้รับ ออกซิเจน เต็มเข้าไป,
ฮีโมโกลบินเปลี่ยนเป็น ออกซิฮีโมโกล-
บิน ซึ่งมีปฏิกิริยาเอนไปทางกรด. ครั้น
เมื่อเลือดไหลไปถึง ทิสซ, มันปล่อยออก-
ซิเจนออกไป, กลายเป็นรีดิวซ์ฮีโม-
โกลบิน ซึ่งกลับมีปฏิกิริยาเอนไปทางด่าง.
คุณสมบัติในเชิงด่างนี้ทำให้มันจับ คาร์-
บอนไดออกไซด์ ได้, และสามารถช่วยใน
การขนส่งแก๊สนี้ไปถึงปอด. ณ ที่นั้น ฮีโม-
โกลบิน กลับเปลี่ยนไปทางกรด (ออกซิฮี-
โมโกลบิน) และปล่อย คาร์บอนไดออก-
ไซด์ ออกไป. เหตุการณ์เช่นนี้เป็นการ
หมุนเวียนโดยปรกติ. แต่ในภาวะที่เลือด
มี ออกซิเจน มากเกินไป, มันแก๊สนั้น
ละลายอยู่ใน พลาสมา เป็นจำนวนมาก,
แม้เมื่อปล่อยให้แก่ ทิสซ จนพอความต้อง
การแล้ว, รีดิวซ์ฮีโมโกลบิน ก็ยังไม่
เกิดหรือเกิดขึ้นน้อยกว่าปรกติ. บทบาท
ของ ฮีโมโกลบิน ในการขนส่ง คาร์บอนได-
ออกไซด์ ก็บกพร่องไป, เป็นเหตุให้แก๊ส
นี้ค้าง ค้าง อยู่ใน ร่าง กาย เพิ่ม มากขึ้น
ล้าคืบ. ผลร้ายดังกล่าวนี้เกิดขึ้นบ่อย ๆ ใน

กรณีการบริหาร ออกซิเจน ในความเข้ม
สูงให้แก่คนไข้ในภาวะขาด ออกซิเจน
เพราะหายใจไม่เพียงพอ. แม้ว่าอาการ
หอบหืดและอาการเขียวคล้ำ (ซีอะโน-
ซิส) หายไปแล้ว, แต่คนไข้กลับมีอาการ
มึนชาและง่วงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ. ต่อไปง่วง
ซึม, ในที่สุดอาจช็อคและถึงแก่ความตาย
ด้วย อะซิโตสิส. แม้เหตุการณ์จะไม่
ดำเนินไปไกลถึงเพียงนั้น, การมี คาร์บอน
ไดออกไซด์ คั่งอยู่มาก ๆ ในเลือดก็อาจทำ
อันตรายแก่อวัยวะต่าง ๆ ได้, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งแก่สมอง. (5)

จากที่ได้บรรยายได้เห็นได้ว่าการบริหาร
ออกซิเจน แก่คนไข้จำเป็นต้องเป็นการปลอด
ภัยเสมอไป, แต่อาจก่ออันตรายได้เช่น
เคยเกี่ยวกับการบริหารยาอื่น ๆ. เพื่อป้องกัน
อันตรายที่อาจเกิดขึ้น, จำต้องใช้หลักอย่าง
เดียวกับที่ใช้กับยารักษาโรคทั่วไป, คือ
ต้อง มีการจำกัด ขนาดใช้และ ระยะเวลาที่
บริหาร, และต้องมีการติดตามผลของ
การบริหาร. รายละเอียดในเรื่องนี้ อาจค้น
ดูได้จากตำราต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษา
โรค.

(4) West & Todd: Textb. of Biochem., 1961, p. 584 (Macmillan, N.Y.).

(5) Mithofer, J.C.: J.A.M.A. 149, 1952: 1116.

หลักสำหรับจำง่าย ๆ เกี่ยวกับการรักษาด้วย ออกซิเจน คือต้องพิจารณาเสียก่อนว่าการขาด ออกซิเจน เกิดในระบบเลือดแดง (อาร์ทีเรียล ฮีโมโกลบิน) หรือในระบบเลือดดำ (เวนัส ฮีโมโกลบิน). ในกรณีแรกการใช้ ออกซิเจน ในความเข้มข้นมากกว่าธรรมดาเพียงเล็กน้อย (๓๐-๔๐ ปซ. ในอากาศหายใจ) ก็เพียงพอแล้วที่จะแก้. แต่ในกรณีหลังต้องใช้ความเข้มข้นมากจึงจะได้ผล (ถึง ๑๐๐

ปซ.). อันตรายที่จะเกิดขึ้นนั้นเกี่ยวกับการใช้ ออกซิเจน นานเกินไป, หรือเกี่ยวกับการทำให้ คาร์บอน ไดออกไซด์ คง, เพิ่มเติมภาวะ อะซิโตสิส แต่เดิมให้หนักขึ้นอีก. โดยทั่วไปไปไม่ควรใช้ ออกซิเจน ติดต่อกันเป็นเวลานานกว่ายี่สิบสี่ชั่วโมงในครึ่งหนึ่ง ๆ, และถ้าทำได้, ควรตรวจวิเคราะห์ ปริมาณ แก๊ส ในเลือด เป็น ครั้งคราว, ในกรณีที่ต้องใช้ ออกซิเจน อยู่นาน ๆ. (คย่อเอกสารเรื่องที่ ๑ ในฉบับนี้ด้วย).

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: สมชัย บวรภิตติ พ.บ., พ.ด., ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.
อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
พระพล สุนทรพะลิน พ.บ., นิวัฒน์ จันทรงกุล พ.บ., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๑. Bechtel. P.: การให้ ออกซิเจนใน
รายที่การหายใจไม่เพียงพอ. Franc. méd.
1963, 26: 29-31.

ในบุคคลปรกติการกระตุ้น ศูนย์หายใจ
โดยการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้น คาร์-
บอน ไดออกไซด์ และภาวะ อะซิโตสิส จะ
ทำให้มี ฮัยเปอร์หรือ ฮัยโปเว้นทีเลชั่น.
ผลทำนองเดียวกันจะ เกิดขึ้นเมื่อ มีการกระ-
ตุ้น เมโมรีเซพเตอร์ ที่ คาโรติก ไชนัส
และ เอออร์ตา จากการเปลี่ยนแปลงของ
แรงดัน ออกซิเจน ในเลือด ในผู้ป่วยที่มี
การหายใจไม่เพียงพออย่างเรอริง, ศูนย์
หายใจจะไม่ไว ต่อ การ เปลี่ยน แปรของ
คาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือด, แต่กลไกที่
คาโรติก ไชนัส และ เอออร์ตา ยังคง
ปรกติอยู่. นอกจากนี้ประสิทธิภาพของ
กลไกทางกาย (เมฆานิคัล) ของทรวงอก
และปอดก็มี การลดลงจากการมีพยาธิ
สภาพเรอริงด้วย.

ผู้รายงานได้ทำการ ศึกษา ผลการให้

ออกซิเจน แก่ผู้ป่วยที่มีการหายใจไม่
เพียงพออย่างเรอริง ๒๘ ราย, พบว่าการ
ให้ ออกซิเจน แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้เกิด
ผลร้ายมากกว่าดี, เพราะกลับทำให้มีภาวะ
เป็นกรดและแรงดัน คาร์บอนไดออกไซด์
ในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว, โดยเฉพาะ
ถ้าให้ออกซิเจน, จนกระทั่งมีแรงดันใน
เลือดสูงเกิน ๑๐๐ มม. ปรอท. (ค่าปรกติ
๕๕ มม. ปรอท). ผู้รายงานเคยกิน
ได้แนะนำให้ใช้วิธีทดสอบความทนของผู้
ป่วยต่อ ออกซิเจน โดยเฉพาะเลือดผู้ป่วย
๒ ครั้งในตอนเช้าติดกัน ๓ วัน; เจาะคว้ง
แรก, เมื่อหายใจอากาศธรรมดา, และ
เจาะคว้งที่สอง เมื่อหายใจ ออกซิเจน. ถ้า
พี.เอช. ของเลือด ระหว่างหายใจธรรมดา
ไม่แตกต่างกันและเมื่อหายใจ ออกซิเจน
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกินกว่า ๐.๑ หน่วย
ให้ถือว่าผู้ป่วยทนต่อการให้ ออกซิเจน ได้
ดี. ในรายที่ พี.เอช. เปลี่ยนแปลงมาก,
ถ้าจำเป็นต้องให้ ออกซิเจน, ให้หยุด

หลักการปฏิบัติดังต่อไปนี้ :

(๑) เมื่อให้ ออกซี้เงิน ทางหลอด ยางสวนจุมก ต้องให้ช้า ๆ (ไม่เกิน ๒ ลิตร/นาที) และให้หยุดพักครึ่งชั่วโมงต่อการให้นานหนึ่งชั่วโมง, และควรให้เฉพาะ เวลากลางวันเท่านั้น.

(๒) ไม่ควรให้ ออกซี้เงิน ในรายที่มี การอุดตันของทางเดินหายใจ. ก่อนอื่น ควรคัดเสมหะออกเพื่อ ส่งเสริมการถ่ายเท ของอากาศเข้าออกจากปอด.

(๓) ในบางรายต้อง ช่วยการหายใจ. เช่นทำ ทราแมโอโตมีย์ หรือใช้เครื่องผาย ปอด, เช่นแบบของเบอร์ค (Bird).

(๔) ให้สารยักยั้ง คาร์บอนิก แอน- ซี้เตรส เช่น อเซตาโซลามีค หรือ ไค- ฆลอร์ เฟนามิค เพอกระตุ้นให้ มี ฮีปเปอร์ เว้นทีเลชั่น, ทำให้มีการทนต่อ ออกซี้เงิน ดีขึ้น.

(๕) ควรให้ ออกซี้เงิน แต่เพียงทำ ให้ความดัน ออกซี้เงิน และความอิ่มตัว ของ ออกซี้ฮีโมโกลบิน ในเลือดอยู่ใน ระดับใกล้เคียงกับค่าปรกติเท่านั้น.

(๖) ต้องคอยเฝ้าสังเกตความรู้สึกตัว ของผู้ป่วย. ไม่ควรให้ผู้ป่วยหลับระหว่าง ให้ ออกซี้เงิน. การมีชีพจรเร็ว, ความ

คนเลือดเพิ่ม, และเหงื่อออก ฯลฯ, อาจ ใช้เป็นสิ่งเตือนถึงอันตรายได้เหมือนกัน.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., พ.ด.

๒. Goldman, K.P.: ภาวะมีอากาศใน ช่อง เยื่อหุ้มปอด ชนิด เกิดเอง ใน วัณโรค รักษาด้วย สเตอรอยด์. Tubercle 1962. 43:444-447.

ภาวะมีอากาศ ในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิด เกิดเอง มักเป็นเหตุแทรกซ้อนของวัณโรค ปอดระยะกำลังเป็นขาดการรักษา. แต่เมื่อ ไม่นานมานี้ได้มีรายงานบ่อยครั้ง, กล่าว ถึงเหตุแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วย สเตอรอยด์ ร่วมกับยา ต้านวัณโรค.

รายงานนี้เสนอผู้ป่วยอีก ๔ ราย ที่ เกิดภาวะ มีอากาศ ในช่องเยื่อหุ้มปอดเนื่อง จากการรักษาด้วย สเตอรอยด์. ผู้รายงาน ให้ข้อสันนิษฐานว่า คอร์ติโคสเตอรอยด์ มีฤทธิ์ต้าน การอักเสบและ ระวังการ เกิด ไฟโบรสิส. ดังนั้นพยาธิสภาพชนิด เคส- เอนัน ที่อยู่ใต้ชั้นเยื่อหุ้มปอด จึงแตกทะลุ เข้าช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่ายขึ้น. อุบัติการณ์ มักพบภายใน ๒-๓ สัปดาห์ของการให้ยา.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., พ.ด.

๓. Bergman, M., I.J. Flance, P.I. Cruz,
N. Klam: การสะสมวัตถุแปลกที่โดยการ
หายใจ นำยาพ่นผสม. *New Eng. Jour. Med.*
1962, 266: 750-755.

สารสำคัญใน นำยาพ่นผสม มีชื่อทาง
เคมีว่า Polyvinyl pyrrolidone เป็น เรซิน
ชนิดใหญ่. ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยหญิง
รวม ๑๒ ราย, ซึ่ง ๓ รายได้ตรวจศพด้วย.
ทุกราย มีประวัติการ ใช้ นำยาพ่นผสมติดต่อกัน
มานาน ๑ ถึง ๗ ปี และใช้บ่อยตั้งแต่ ๑
ครั้งต่อสัปดาห์จนถึงใช้ทุกวัน, แต่ส่วนใหญ่
ใช้ ๑ ถึง ๒ ครั้งต่อสัปดาห์. ๑ ราย
มีอาการเป็นช่วงๆ ทำผมซึ่งต้องใช้ นำยาพ่นผสม
ทุกวัน วันละหลาย ๆ ครั้ง และเกิดภาวะ
สะสมวัตถุแปลกที่ (Thesaurosis) ในระยะ
๑ ปี. อายุผู้ป่วยอยู่ระหว่าง ๓๗ ถึง ๖๕
ปี. ส่วนใหญ่พบโดยบังเอิญจาก เอ็กซเรย์,
ในรายที่มีอาการไอเรื้อรัง, อ่อนเพลีย,
เหนื่อยหอบหรือมีภาวะติคเซอของระบบทาง
เดินหายใจบ่อย ๆ. สำหรับรายที่ถึงแก่
กรรม มีการ ออกกัน ของ ฝูงลม เนื่องจาก
ละอองยาพ่นผสม. ในภาพ เอ็กซเรย์ ทุกราย
เห็นการกระจายของ โนคล ในปอดทั้งสอง
ข้าง และมี ต่อมน้ำเหลือง ทคอ โตร่วมกับ
ต่อมน้ำเหลืองที่ซัฟออกโต.

ผลจาก ไปออปซีย์ ของชนเนออปอกพย
อินเตอร์สติเชียล ไฟโบรลีส หรือ อินเตอร์-
สติเชียล ปีนิวโมไนติส. ในรายที่เป็นรุนแรง
พบปฏิกิริยา แกรนโลมาตัส, ซึ่งการเรียง
ตัวของ เซลล์ คล้ายใน ซาร์คอยโคสิส
และ แกรนูล นัยอิมติกัส เพอร์ไอโอติก
อะซิติ ซิฟฟ์ (พีเอเอส). การที่ ซัยโต-
พลาสมี ของ มาโครฟาจ มี แกรนูล ย่อม
ติกัส พีเอเอส นั้นน่าจะยังถึง แกรนูล ของ
นำยาพ่นผสมที่ค้างอยู่และ มาโครเฟจ จับ
เอาไว้, เพราะผู้รายงานได้ทดลองฉีดนำยา
พ่นผสม เข้าใต้ ผิวหนัง บริเวณ หน้าขา
ทะเทาก็พบปฏิกิริยา แกรนโลมาตัส แบบ
เดียวกันในบริเวณนั้นแล้วจึงตรวจพบใน มา-
โครฟาจ ของระบบ เรติคูลอเอ็นโดทีเลียล
ของอวัยวะอื่น ๆ ด้วย. จากการตรวจต่อม
น้ำเหลืองทคอปมิตั้งแต่ ฮัยเปอร์พลาเซีย
ของ เรติคูลอเอ็นโดทีเลียล ไปจนถึงพยาธิ
สภาพคล้าย ซาร์คอยโคสิส. ทุกรายไม่
พบอาการแสดงของภาวะติคเซอแต่พบ มา-
โครฟาจ ที่ติคัส พีเอเอส จำนวนมาก.

ผลจากการตรวจศพ ๓ รายพบพยาธิ
สภาพแบบ แกรนโลมาตัส และคล้าย
ซาร์คอยโคสิส ในเนออปอก.

ผลจากการศึกษาค้นคว้าไม่อาจวินิจฉัย

ฉยได้แน่นอนลงไปว่า แกรนูล ที่คิดค้นขึ้น เป็น แกรนูล ของ โปลียไวนิล พียอร์โร- ลิโตน, แต่พบว่าอาการและพยาธิสภาพ ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการสละของ น่ายาพ่นผสม. เมื่อได้รักษาผู้ป่วยโดยให้คน ใช้ น่ายาพ่นผสมและให้สาร สเตอรอยด์ อาการและพยาธิสภาพในปอดก็ดีขึ้นมากใน ๑ ถึง ๒ เดือนและหายไประยะใน ๒ ถึง ๕ เดือน. แต่ในรายที่ยังคงใช้น่ายาพ่นผสม โดยอาศัยบังคับอาการและพยาธิสภาพไม่ ดีขึ้น. จากการทดลองในสัตว์ไม่สามารถ ทำให้เกิดภาวะเช่นนี้ขึ้นได้, และจากการ ทดลองของ Draize และคณะในปี ๑๙๕๘ พบว่า ๖๕ ปร. ของอนุภาคสารนี้ย่อยเกินไป ที่จะลงไปถึงถุงลมของปอด. ผู้รายงาน สรรพว่าผู้ที่ จะเกิดภาวะ สะสมวัตถุ แปลกที่ เช่นนี้ไ้จะต้องมีภูมิไวเกินก่อนน่ายาพ่นผสม.

ปรัชชา เจตนะศีลปิ่น พ.บ.

๔. Brunner, M.J. และคณะ : โรคปอด กับน่ายาพ่นผสม. J.A.M.A. 1963, 184:851-857.

ผู้รายงานได้ทดลองเกี่ยวกับปัญหา ๓ ข้อคือ : (๑) ยาพ่นผสมจะถูกหายใจเข้าสู่ ทางเดินลมหายใจส่วนลึกได้หรือไม่, และ ถ้าเข้าจะทำให้เกิดโรคหรือไม่, (๒) การ

ย้อมติดสีด้วย PAS แสดงว่ามี โปลียเมอร์ จากน่ายา ดังกล่าว ในเนื้อ ปอดหรือไม่ใช่, (๓) พยาธิสภาพในปอดเกิดเพราะยาพ่นผสม. วิชาศึกษาแบ่งเป็นตอน ๆ.

(๑) (ก) ใช้หนูตะเภาและหนูขาว ๑๕๐ ตัว, แบ่งเป็นพวกย่อย ๆ, พ่นน่ายา ให้คนเป็นพัก ๆ นาน ๔๒ วันถึง ๕๐ วัน, (ข) ใช้หนูขาว ๔๘ ตัว แบ่งเป็นพวกเล็ก แล้วใส่ยาเข้าไปในปอดโดยวิธีต่าง ๆ.

ทดลองครบแล้วฆ่าหนู, ตรวจปอดและ ต่อม้ำเหลือง. พบว่าพวก (ก) มีการ อักเสบข้าง, เช่นเดียวกับสัตว์ปรกติที่ไม่ คมยา; พวก (ข) มีปอดอักเสบมากกว่า และมี มูซิน ในหลอดลมมาก, เช่นเดียวกับ สัตว์ที่ใส่น้ำเกลือเข้าหลอดลม.

(๒) พ่นน่ายาบนสะไลด์แล้วย้อมสีวิธี ต่าง ๆ, ไม่พบมี แกรนูล เลย.

(๓) ตรวจต่อม้ำเหลือง สะเคลิน ใน คนที่มีโอกาสถูกยาพ่นผสมน้อยที่สุดทั้ง ๒ เพศ (โดยมากเป็นชาย) ๕๗ คน. พบมี แกรนูล ติดสี PAS ใน มาโครเฟจ ถึง ๔๖ คน.

ผู้รายงานสรรพว่า ยาพ่นผสมไม่คงใน ปอดหรือทำให้เกิดโรคปอด.

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.

๕. Döring, G.K.: หน้าที่ของรังไข่กับการ
เล่นกีฬาของหญิง. *Dtsch. med. Wschr.*
1963, 88:1724-1726.

ผู้รายงานได้ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับ
แข่งขันกีฬาในหญิงที่อยู่ในระยะต่าง ๆ
เกี่ยวกับระยะ. เขาพบว่าหญิงในระยะหลังมี
ระดับสมรรถภาพที่ต่ำที่สุดในด้านความ
แข็งแรง, ความไวประสาทและสุขภาพทาง
จิต. ในระยะก่อนระดับสมรรถภาพต่ำที่สุด,
และอุบัติเหตุต่าง ๆ มักเกิดในระยะนี้.
ในระยะมีระดับความต้านทานร่างกายต่ำ
ไม่ควรออกกำลังกายมากเป็นเวลานาน เช่น
ไต่เขา, เล่นสกี, เทนนิส. อันตรายมี
น้อยสำหรับกีฬาเบา ๆ, เช่นวิ่งในระยะ
ใกล้ ๆ. แต่การว่ายน้ำอาจเป็นเหตุการ
ตกเรือจากภายนอกได้มาก. เพื่อช่วยให้
นักกีฬาหญิงมีสมรรถภาพในการกีฬาที่
ต่ำสุดอาจใช้ฮอร์โมนเป็นเวลา มีระดับให้
เหมาะสมกับความต้องการ.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๖. Fetter, T.R., A.I. Snyder: *Surg.*
Gynec. Obst. 1963, 117:7-9.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วยเป็น คาร์ซิโน-
มา ชนิด ไพรมาเรีย ของไตซึ่งรับไว้ในโรง

พยาบาล เจฟเฟอร์สัน เมติกัล คอลเลจ
ตั้งแต่ปี ๑๙๓๕ ถึง ๑๙๕๕ รวมทั้งหมด
๑๕๕ ราย. ในจำนวนนี้ ๑๓๑ รายหรือ
๖๗ ٪ เป็น อติโนคาร์ซิโนมา. ๘๐ ٪
ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๔๐ — ๗๐ ปีและ
อัตราเป็นสูงสุดระหว่าง ๖๐ — ๗๐ ปี. ๖๕
٪ ของผู้ป่วยเป็นชาย, ๕๑ ٪ เป็นที่
โตข้างซ้าย, ๔๒ ٪ เป็นที่โตข้างขวา,
๗ ٪. ไม่ทราบแน่. ไม่มีรายไหนเป็นทั้ง
สองข้างเลย. เป็นที่ขยวนและขยว่างของ
ไตพอ ๆ กัน. ในผู้ป่วย ๑๓๑ รายนี้, ๑๐๖
รายได้รับการรักษาโดยการตัดไตตามแบบ
ฉบับ, อีก ๒๕ รายได้รับการวินิจฉัยโรค
โดยการตรวจศพ. ผู้รายงานพบว่าไม่มี
ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของเนื้องอกกับ
ระยะเวลาคงชีพหลังผ่าตัด. โดยทั่วไป
ระยะเวลาคงชีพในระยะ ๓ ปี ๕๒ ٪, ๕
ปี ๔๕ ٪. ๑๐ ปี ๓๗ ٪, และ ๑๕ ปี
๒๕ ٪. คนอายุน้อยการพยากรณ์โรคดีกว่า
คนสูงอายุ, และการพบการแพร่ของ
เนื้องอกเข้าไปในหลอดเลือดดำ รันัล ให้
การพยากรณ์โรคเลวที่สุด.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. Bethel, C.S., E.W. Crow: เสียงหัวใจ
ของคนสูงอายุ. Amer. J. Cardiol. 1963.
11:763-767.

ผู้เขียนได้ศึกษาเสียงหัวใจของคนอายุ
เกิน ๘๐ ปีขึ้นไป ๑๑๓ คนด้วยการฟังหัวใจ
โดยธรรมชาติและโดยบันทึกด้วยเครื่อง
โฟโนคาร์ดิโอแกรม. สรุปได้ว่า (๑) ๖๐
รายมีเสียง ซีสโตลิก เมอร์เมอร์. ใน
จำนวนนี้ ๔๘ คนเสียงดังขึ้น ๑-๒, ที่
เหลือดังขึ้น ๓. เสียง เมอร์เมอร์ เกือบทั้ง
หมดเป็นแบบ อีเจคชัน และดูเหมือนจะเกิด
มาจากลิ้น เอออร์ติก. (๒) ซีสโตลิก
อีเจคชัน คลิค. บันทึกได้ ๑๖ ราย. ๑๐
รายดูเหมือนจะมาจากลิ้น เอออร์ติก. ทก
รายไม่มีความดันเลือดสูง, รายฟังชัดที่
สลับบริเวณที่บริเวณลิ้น พลโมนารีย์, อีก ๒
รายเสียง คลิค เกิดในกลางระยะหุคตัว
(mid systole). (๓) เสียงที่สองได้ยินแยก
แผ่วว้าง ๗ ราย. ๖ รายทำ อี.เค.จี. พบ
ว่ามี บล็อก ของระบบสื่อนำกิ่งขวา. (๔)
เสียง ไดอัสโตลิก เมอร์เมอร์ ได้ยิน ๑
ราย. (๕) เสียง ๓ บันทึกได้ ๒๗ ราย.
แต่ฟังได้ยินเพียง ๑๒ ราย. ผู้ที่ได้ยินทั้ง
หมดมีอาการหรือเคยมีอาการหัวใจล้มมา
แล้วทั้งนั้น. ส่วนพวกที่ยังบันทึกได้แต่ไม่ได้

ยิน, ไม่มีหัวใจล้ม. (๕) เสียง ๔ บันทึก
ได้ ๕๕ ราย, แต่ได้ยินเพียง ๔๒ ราย.
การที่ตรวจพบเสียง ๔ บ่อย ๆ ในคนสูง
อายุทำให้ผู้เขียนสงสัยถึงความสำคัญของ
เสียง ๔ เมื่อได้ยินในผู้ป่วยเหล่านี้.

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. Miller, R.E., R.K. Rhamy: ทาง
เดินอาหาร ทะลุ อย่างปัจจุบัน ในเด็กอ่อน.
Surg. Gynec. Obst. 1963,1:61-66.

ทางเดินอาหารในเด็กเกิดใหม่แตกหรือ
ทะลุเองนี้, ถ้าไม่รักษาทางศัลยกรรมแล้ว
การพยากรณ์โรคเลวมาก. ที่พบบ่อยที่สุด
คือกระเพาะอาหารทะลุ, รองลงมาคือ
คูโอดินัม และลำไส้ใหญ่.

กระเพาะอาหารทะลุพบบ่อยมากในเด็กชาย
มากกว่าเด็กหญิง ๒.๕:๑, มักเป็นร่วมกับการ
การคลอดก่อนกำหนด หรือ มีความพิการ
อย่างอื่นด้วย. สาเหตุส่วนใหญ่เป็นจาก
ความพิการของผนังกระเพาะชนกล้ามเนื้อ
เอง, ส่วนน้อยจาก อทรีเซีย ของ พัลลอร์ส
หรือ คูโอดินัม. จากรายงานต่าง ๆ รวม
แล้วพบประมาณ ๘๕ ราย, อัตราตาย
๘๑.๕ เปอร์เซ็นต์. แต่ถ้ารักษาด้วยทางศัล-
ยกรรมแล้วอัตราตายลดลงเหลือ ๔๕.๕ เปอร์เซ็นต์.

บริเวณที่ทะเลส่วนใหญ่ที่โค้งใหญ่, รองลงมาคือโค้งเล็ก, ผนังด้านหน้า, และส่วน กระพุ้ง (พ่นคัส) ของกระเพาะตามลำตัวย. อาการมักคล้ายๆ กันคือเด็กมักเป็นชาย, ตัวเล็กไม่ค่อยชอบกินนม, อาเจียนมาก. พอทะเลแล้วอาการทรุดลงทันที, ช็อคมาก, ชัม, ต่อมาท้องอืดและหายใจลำบาก. นานไปจะมีอาการบวมหน้าท้องทั้งท้องและมีผื่นแดง โดยรอบสะดือ. ท้องนุ่ม, ส่วนบนเคาะโปร่ง. ออกรวมิกายอาจขึ้นหรือไม่ก็ได้. การเกร็งของหน้าท้องอาจมีหรือไม่ก็ได้. เวลาคลำอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบที่หน้าท้อง. ในที่สุดเด็กจะช็อค และตาย. เอ็กซเรย์ พบ ปรนิวโมเพอริโตเนียม เสมอ, แต่คยาก.

คูโอดินัม ทะลุพบในเด็กทุกอายุ, แต่พบมากในเด็กอ่อน. สาเหตุคือแผล เยื่อ-ติด. เคยมีรายงานมาแล้วกว่า ๓๕๐ ราย, ซึ่งส่วนมากพบในการตรวจศพ. แต่ก็มีที่ เคยผ่าตัดช่วยไว้ได้เช่นกัน. อาการมักเป็นรุนแรงอย่างปัจจุบัน, ท้องอืด, พบอาการอาเจียน เป็นเลือด ได้มากกว่า ในรายกระเพาะอาหารทะลุ, คือประมาณ ๑๐ ๒๕.

ลำไส้ใหญ่ทะลุ, พบได้ในเด็กหลังคลอดแล้ว ๑-๕ วัน. เด็กอาเจียนไม่

กินนม, ท้องอืดมาก. ทะลุได้ทุกส่วน, แต่ส่วนมากเป็นที่ ลำไส้ใหญ่ ส่วน ขวาง. สาเหตุสำคัญคือความพิการของผนังชั้นกล้ามเนื้อและจากเชื้อ ยีสต์โคโมเนส แอ-รุจิโนสา.

ทางรังสีพบลักษณะของ ท้องบวม และ มีลมใน เพอริโตเนียม มากทุกราย, เห็นเป็นรูปไข่อย่างที่คล้ายลูกฟุตบอล, ตรงกลางอาจพบเงาของเอ็นแผ่น ฟัลซิฟอร์ม.

เมื่อผ่าตัดให้เริ่มตรวจตั้งแต่กระเพาะอาหาร, ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่โดยตลอด. ถ้าไม่พบก็เขี่ยคใน ส่วน เลสเซอร์แซค. ถ้ายังไม่พบอีกก็ต้องเอา คูโอดินัมออก, เพราะในรายที่ทะเลแน่นแล้วแต่หาไม่พบนั้น, เด็กจะตายทุกราย.

พระพล สุนทรพะลิน พ.บ.

๕. Boughton, B., and Spector, W.G.: ลักษณะจุลกายวิภาคของปฏิภิกิริยา ทูเบอร์คูลินในหนูตะเภา J. Path. Bact. 1963, 85: 371-381.

การศึกษารังสีทางจุลกายวิภาควิทยาของปฏิภิกิริยาทูเบอร์คูลิน ผีหนึ่งในหนูตะเภา, โดยการนัยแยกชนิดเซลล์ ของเอ็กซูเกตที่แทรกอยู่ บริเวณ รอบ หลอดเลือด และ

ระหว่างหลอดเลือด แสดงว่า ปฏิกริยา เป็นแบบการอักเสบ, คือ มี เซลล์เคซัน ของเม็ดเลือดขาวออกจากหลอดเลือดขนาดเล็ก. แต่พิเศษไปกว่าการอักเสบธรรมดา คือมี เม็ด เลือด ขาว ออก นอก หลอด เลือด เกิดขึ้น ๒ ระยะเวลาด้วยกัน ระยะเวลาเริ่ม เมื่อ ๓ ชม. หลังฉีดและสงบเมื่อ ๕ ชม.; ระยะเวลาที่สองเริ่มเมื่อ ๘ ชม. และสงบเมื่อ ๒๔-๔๘ ชม. ระยะเวลาที่สองนี้เกิดขึ้น เฉพาะในสัตว์ที่ถูก เซ็นซิไตส์ แล้ว เท่านั้น.

เม็ดเลือด ขาว ที่ออก จาก หลอด เลือด เป็น โปลีมอร์ฟ และ โมโนนิวเคลียร์ ใน ส่วนเทียบ ๔ หรือ ๕ ต่อ ๑. แต่เมื่อพ้น หลอดเลือดแล้ว โปลีมอร์ฟ สลายตัว และ เคลื่อน ออกจาก ตำแหน่ง มี ปฏิกริยา อย่างรวดเร็ว, คงทิ้งไว้แต่ โมโนนิวเคลียร์ ซึ่งมีชีวิตยืนยาวกว่าและมีการเคลื่อนย้าย ช้ากว่า. นอกจากนั้นในสัตว์ เซ็นซิไตส์ ยังมีการยับยั้งการเคลื่อนที่ของ โมโนนิวเคลียร์ ด้วย, จึงยังทำให้ โมโนนิวเคลียร์ คงค้างอยู่รอบ ๆ หลอดเลือด, เป็นลักษณะ ที่เรียกว่า "cuffing."

เมื่อหลัง ๔๘ ชม. ไปแล้วเม็ดเลือด ขาว ไม่มีการเพิ่มจำนวน ใน บริเวณ มีปฏิ

กริยา, แต่ โมโนนิวเคลียร์ เริ่มแปรรูป จาก โมโนไซต์ และ ลิมโฟไซต์ ไปเป็น มาโครฟาจ, ฮิสติโอไซต์, เซลล์ เอ็ม บี ออยท์ และ เซลล์ ยักษ์. การมีเซลล์เหล่านี้ สะสมอยู่รอบ ๆ หลอดเลือด ในระยะนี้ จึง นับได้ว่าเป็นลักษณะของปฏิกริยา ทูเบอร์-คูลิน. อย่างไรก็ตาม เคยมีรายงานแล้วว่า ลักษณะทางจุลกาย วิทยาควิตยาถึงกล่าว เกิดขึ้นได้ใน ปฏิกริยา การอักเสบบางชนิด เหมือนกัน.

การรอกงามของเซลล์ เวคโคโลเอ็น-โทอีเดิล เฉพาะที่, พยว่าไม่มีความ สำคัญ.

คณะผู้รายงาน สรุปว่าการมีเม็ดเลือด ขาวออกจากหลอดเลือดในตอนแรกเป็นผล ของการอักเสบธรรมดา. แต่ในตอนหลัง เป็นการมีปฏิกริยาไวเกิน ซึ่งเป็นผลจาก การมีปฏิกริยาระหว่าง เซลล์ โมโนนิวเคลียร์ ที่มีภูมิไว ซึ่งเข้ามาในระยะเวลาแรก กับ ทูเบอร์คูลิน แอนติเจน. ดังนั้นการฉีด ทูเบอร์คูลิน ลงในตำแหน่งที่มี เซลล์ โมโนนิวเคลียร์ ค้างอยู่จากการฉีดไขขาวไว้ ก่อนหน้า ๑๘ ชม., จึงทำให้มีการ เคลื่อน ออกนอก หลอดเลือด ของเม็ดเลือด ขาวเกิดขึ้น (เมื่อ ๕ ชม. หลังฉีด) เพียง

ปกิณกะ

๑. คอรัทีโคสเตรอยด์ฮอร์โมน กับยาคำนวณโรคในเด็ก

ระหว่างปี ๑๙๕๕ ถึง ๑๙๖๑, คณะผู้รายงานได้ทำการ ทดลองรักษาเด็กผู้ช่วยวัยโรคโดยใช้ สเตอรอยด์ ฮอร์โมน ร่วมกับยาคำนวณโรค. ผู้ช่วยทั้งหมด ๕๔๔ คนเป็นวัยโรคปอด แพร่กระจาย ๑๙ ราย, วัยโรคเยื่อหุ้มปอดมีสารน้ำ ๓๓ ราย, มีแกรนโลมา ในหลอดลม ๒๓ ราย, และ ๔๖๕ รายมีเงาที่รังสีในปอดเฉพาะ เซ็กเมนต์.

ความรู้ที่ได้จากการศึกษาผู้ช่วยกลุ่มนี้ ชี้ให้เห็นว่าการรักษาด้วย สเตอรอยด์ ฮอร์โมน จะให้ผลดีต่อเมื่อการรักษาได้เริ่มต้นตั้งแต่โรค อยู่ใน ระยะ เน้น ๆ และใช้ยาในขนาด สูงตลอด ระยะ ที่ ยาวนาน พอเหมาะ. (คณะผู้รายงานแนะนำให้ใช้ เกลตาคอร์ติโซน. ใน ๑๕ วันแรกใช้ขนาด ๒ มก./กก. นน. ตัวสำหรับเด็กอายุ ๐-๒ ปี, ๑๕ มก./กก. สำหรับเด็ก ๑-๑๐ ปี, ๑ มก./กก. ๑๐-๑๕ ปี, ต่อไปค่อย ๆ

ลดลง และหยุดภายใน ๘-๑๕ วัน โดยอาศัย ลักษณะทางคลินิก เป็น เกณฑ์ชี้แจง). ในตอนแรก ควรใช้ยาคำนวณโรค ร่วมกัน ๓ ชนิด. ต่อเมื่อตรวจทราบถึงความไวของเชื้อวัยโรค ต่อยาแล้วจึงเลือกใช้เหลือเพียง ๒ ชนิด (ไอเอนเอช ขนาด ๑๐-๒๐ มก./กก., พีเอเอส ๐.๓๐ ก./กก.). ข้อเสียของการรักษาด้วย ฮอร์โมน คือ (๑) เกิดภาวะ ฮัยเปอร์คอรัทีซิส, (๒) ต้องให้ยา แอนติไบโอติก ร่วมกับเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อซ้ำเติม, (ใช้ เป็นชาลินเพนิซิลลิน ๖๐๐,๐๐๐-๑,๒๐๐,๐๐๐ หน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๑ ครั้งต่อ ๓ สัปดาห์), และ (๓) มักมีปรากฏการณ์ "สะท้อนกลับ" รีแวนต์ เมื่อหยุดยา.

คณะผู้รายงานได้อ้างอิง ความรู้ทางกายวิภาค ศาสตร์-พยาธิวิทยาของพยาธิสภาพวัยโรค, และได้เสนอข้อชี้แจงและข้อห้ามในการใช้ สเตอรอยด์ ฮอร์โมน ในการรักษาไว้ดังต่อไปนี้ :

ข้อ ขบ่ง

วัณโรคปอดแพร่กระจาย เนื่องด้วยผู้
ป่วยส่วนมากในโรคนี้อาการทั่วไปรุนแรง
จึงเหมาะกับการใช้ยา ซอร์โโมน เพราะพบ
ว่าผู้ป่วยมี อาการดีขึ้น รวดเร็ว และเงาที่ข
รังสีในปอด จางหายไปในระยะเวลาอันสั้น.
การรักษาช่วยลดการเกิดเนื้อผังผืดในปอด
ให้น้อยลง.

วัณโรคเยื่อหุ้มปอดมีสารน้ำ การรักษา
ด้วย ซอร์โโมน ได้ผลดีมากในรายที่เป็นมา
น้อยกว่า ๑๕ วัน. ในรายที่มีพยาธิสภาพ
อันร่วมด้วย, เช่น มีต่อมน้ำเหลืองที่ซ
โตมาก หรือ มีเงาที่ขรังสี ใน ปอด เฉพาะ
ซีกหนึ่ง, จำเป็นต้องใช้ ซอร์โโมน ระยะ
ยาวนานกว่าในรายธรรมดา. การรักษา
ด้วย ซอร์โโมน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปค
ขึ้นรวดเร็ว, ใช้ลดภายใน ๔๘-๗๓ ซ.ม.,
สารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดแห้งภายในเวลา
ไม่กี่วัน และผลแทรกซ้อนทางเยื่อหุ้มปอด
ไม่ค่อยพบ.

วัณโรคปอดที่มีเงาที่ขรังสีเฉพาะ
ซีกหนึ่ง ถ้าเงาที่ขรังสีเกิดมาแล้วนาน
น้อยกว่า ๒ เดือน, การรักษาได้ผลดี.

พบว่าภาวะแทรกซ้อน หลอดลมพอง ลดลง
เหลือ ๘ ปช. จาก ๖๐-๗๐ ปช. ของ
รายซึ่งไม่ได้รับการรักษาด้วย ซอร์โโมน.

แกรนูโลมา ในหลอดลม การใช้ ซอร์-
โโมน ช่วยป้องกันการงอกใหม่ของ แกรนู-
โลมา หลังจากตัดออกแล้วโดยการทำให้
ร่องโผลสโคป.

ข้อห้ามใช้ซอร์โโมน

- (๑) ในรายที่เงาที่ขรังสีในปอด
เฉพาะ ซีกหนึ่ง เกิดมาแล้วนานกว่า ๓
เดือน, เพราะไม่ช่วยลดการมีภาวะหลอด
ลมพอง.
- (๒) ในรายวัณโรคเยื่อหุ้มปอดมีสาร
น้ำที่เกิดขึ้นนานกว่า ๑๕ วัน, เพราะไม่
ช่วยป้องกันการผลเสียแทรกซ้อนทางเยื่อหุ้ม
ปอด.
- (๓) ในรายที่ต่อมน้ำเหลืองที่ซ
โตอย่างเดียว, เพราะว่ามันนอกจากไม่ให้ผลดี
ในการรักษาแล้ว, ยังช่วยให้มีการลุกลาม
ของพยาธิสภาพไปมารีย์ ในปอดเมอหุค
ยา, และในบางรายพบเงาที่ขรังสีเฉพาะ
ซีกหนึ่ง เกิดขึ้นในปอดด้วย.



(๔) ในวัณโรคปอด แพร่กระจายที่
กระเปาะปอดเนื่องจาก เอ็มพัยซมา เพราะ
อาจทำให้มีการแตกทะลุเกิดขึ้น.

(จาก Gerbeaux, J., A. Baculard, J. Couv-
reur: Rev. Tuberc. 1962, 26: 844-866.)

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., พ.ด.

๒. ของดีในวัดโพธิ์

วัดโพธิ์เป็นชื่อที่คนปากชวบ้านสามัญ
ทั่วไป. เดิมวัดนี้ชื่อวัดโพธาราม, เป็นวัด
เก่าในสมัยกรุงศรีอยุธยา. สันนิษฐานว่า
สร้างในสมัยสมเด็จพระเพทราชา, ประ-
มาณ พ.ศ. ๒๒๓๑ - ๒๒๔๖. เป็นวัดที่
พระคาสสิกชนได้สร้างขึ้นในบริเวณปาก
แม่น้ำเจ้าพระยา ตำบลบางกอก, เมือง
ธนบุรี.

ต่อมาในสมัยกรุงธนบุรี (พ.ศ. ๒๓๑๒)
เมืองหลวงได้ย้ายจากกรุงศรีอยุธยามาที่
กรุงธนบุรี. สมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีใช้
บริเวณบางกอกสร้างเมืองหลวง, โดยมี
พระราชประสงค์เพื่อสะดวกแก่การป้องกัน
เมืองโดยใช้กำลังทัพเรือ. จึงทรงสร้าง
เมืองแบบเมืองพิษณุโลก คือให้แม่น้ำอยู่
กลางเมือง. เพราะฉะนั้นกำแพงเมืองจึง
โดยทั้งสองฝั่งเข้าไปในเขตพระราชวัง. วัด

โพธารามซึ่งตั้งอยู่ฝั่งตะวันออกของแม่น้ำ
จึงอยู่ในเขตกำแพงเมืองและได้ยกขึ้นเป็น
พระอารามหลวง มีพระราชอาคณูปการ
ตั้งแต่นั้นมา.

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธ
ยอดฟ้าจุฬาโลกย์, พระองค์ได้ทรงปฏิสัง-
ขรณ์และยกฐานะวัดนี้ขึ้นเป็นพระอาราม
หลวงชั้นเอก. พระราชทานชื่อว่า "วัด
พระเชตุพนวิมลมังคลาราม." ในสมัยนั้น
มีผู้เรียกสั้น ๆ ว่า "วัดวังหลวง" เพราะ
เป็นวัดที่อยู่ใกล้ชื่อกับพระบรมมหาราชวัง.

วัดพระเชตุพนฯ เป็นสำนักสงฆ์ใน
พระพุทธานุภาพที่ใหญ่มาก, ทั้งยังเป็น
มหาวิทยาลัยแห่งแรกในประเทศไทย ซึ่ง
พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรง
มีพระราชศรัทธาโสมนัสดำริให้ปฏิสังขรณ์
พระอารามให้คึกคักสง่าผ่าเผย, เป็นศรีแก่

(๔) ในวัณโรคปอด แพร่กระจายที่
กระเปาะปอดเนื่องจาก เอ็มฟิซมา เพราะ
อาจทำให้มีการแตกทะลุเกิดขึ้น.

(จาก Gerbeaux, J., A. Baculard, J. Couv-
reur: Rev. Tuberc. 1962, 26: 844-866.)

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., พ.ด.

๒. ของดีในวัดโพธิ์

วัดโพธิ์เป็นชื่อที่คนปากชวบ้านสามัญ
ทั่วไป. เดิมวัดนี้ชื่อวัดโพธาราม, เป็นวัด
เก่าในสมัยกรุงศรีอยุธยา. สันนิษฐานว่า
สร้างในสมัยสมเด็จพระเพทราชา, ประ-
มาณ พ.ศ. ๒๒๓๑ - ๒๒๔๖. เป็นวัดที่
พระคาสสิกชนได้สร้างขึ้นในบริเวณปาก
แม่น้ำเจ้าพระยา ตำบลบางกอก, เมือง
ธนบุรี.

ต่อมาในสมัยกรุงธนบุรี (พ.ศ. ๒๓๑๒)
เมืองหลวงได้ย้ายจากกรุงศรีอยุธยามาที่
กรุงธนบุรี. สมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีใช้
บริเวณบางกอกสร้างเมืองหลวง, โดยมี
พระราชประสงค์เพื่อสะดวกแก่การป้องกัน
เมืองโดยใช้กำลังทัพเรือ. จึงทรงสร้าง
เมืองแบบเมืองพิษณุโลก คือให้แม่น้ำอยู่
กลางเมือง. เพราะฉะนั้นกำแพงเมืองจึง
โดยทั้งสองฝั่งเข้าไปในเขตพระราชวัง. วัด

โพธารามซึ่งตั้งอยู่ฝั่งตะวันออกของแม่น้ำ
จึงอยู่ในเขตกำแพงเมืองและได้ยกขึ้นเป็น
พระอารามหลวงมีพระราชอาคันตุกะครอง
ตั้งแต่นั้นมา.

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธ
ยอดฟ้าจุฬาโลกย์, พระองค์ได้ทรงปฏิสัง-
ขรณ์และยกฐานะวัดนี้ขึ้นเป็นพระอาราม
หลวงชั้นเอก. พระราชทานชื่อว่า "วัด
พระเชตุพนวิมลมังคลาราม." ในสมัยนั้น
มีผู้เรียกสั้น ๆ ว่า "วัดวังหลวง" เพราะ
เป็นวัดที่อยู่ใกล้ซีกตึกพระบรมมหาราชวัง.

วัดพระเชตุพนฯ เป็นสำนักสงฆ์ใน
พระพุทธานุภาพที่ใหญ่มาก, ทั้งยังเป็น
มหาวิทยาลัยแห่งแรกในประเทศไทย ซึ่ง
พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรง
มีพระราชศรัทธาโสมนัสดำริให้ปฏิสังขรณ์
พระอารามให้คึกคักสง่าผ่าเผย, เป็นศรีแก่

ประเทศชาติเพื่อเป็นการสนองพระเดชพระคุณเชิดชวพระเกียรติยศสมเด็จพระอัยกาธิราชเจ้าที่ใต้ทรงสถาปนาไว้ล่วงมาแล้วกว่า ๓๐ ปี ไทยนิยมอยู่ชวกาลนาน จึงใต้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ชมนุมช่างศิลป์ต่าง ๆ ร่วมปฏิสังขรณ์วัด. งานเริ่มในขั้มะโรง พ.ศ. ๒๓๗๕, เป็นเวลาหลังจากทรงพระราชดำริ ๑ ปี (วันเสาร์ แรม ๘ ค่ำ เดือน ๑๑ ปีเถาะ พ.ศ. ๒๓๗๕). ภายในพระอารามนอกจากจะแสดงฝีมือศิลป์ไทยในตำนานปฏิมากรรม, ช่างปั้น, ช่างแกะสลัก, มีจารึก ภาพยนตร์ กลอน โคลง ฉันท์, ยังมีแผ่นศิลาจารึกแสดงศิลปวิทยามากมาย, เพื่อให้เป็นตลาดวิชาแก่ไพร่ฟ้าประชาชนทั้งหลายที่มีใจรักจะได้มาศึกษาและนำมาไปใช้เป็นประโยชน์. รวมทั้งมีตำรายาและตำราหมอนวดด้วย.

เรื่องตำรายานี้ว่าเป็นตำราที่ดัดทูลในสมัยนั้น. พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชปณิธานมุ่งหมายจะบำบัดทุกข์บำรุงสุขประชาราษฎร์, จึงใต้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พระยาบำเรอราชแพทยาสืบหาตำรายามาจารึกในแผ่น

ศิลาประทับไว้ตามศาลาราย. นอกจากตำราแพทย์, ตำราหมอนวดในบริเวณรอบพระอุโบสถยังมีปลูกไม้ที่มีสรรพคุณเป็นยาแกโรคต่าง ๆ, เช่นต้นสมอเป็นต้น, จะหาได้จนถึงปัจจุบัน.

(ของคิโนวัก โปธิจะลงเฉพาะยารักษาโรคของแพทย์แผนโบราณในสมัยรัชกาลที่ ๓ เท่านั้น).

ตำรา

- ๑ ว่าด้วยลักษณะบัวง
- ๑. บัวงวานร ๒. บัวงหิว ๓. บัวงนำ*
- ๑ สิทธิการิยะ จะกล่าวลักษณะบัวงวานร อันเกิดแต่กองขี้ควาตอติสารเป็นคำรบ ๒ โดยวิเศษ มีอาการและประเภทให้ลงไป ๘-๙ ครั้งแต่ไม่ราก ให้ผดข้นถึงเมื่คตังผดก็มี ถึงมคตะนอยขบก็มี ปรวคขบ แสบในอุทรถึงจะขาดใจ ให้ผดลูกโจนไปถึงวานรฯ

ถ้าจะแก้ เอาชะบัวออกเผา, สะบ้ำลึงคำเผา, สะบ้ำลึงลายเผา, ฝาง, ลูกกระตอม เสมอภาค ทำเป็นจุ่มยดทำแห้งไว้ละลายน้ำปูนใส แทรกพิมเสนให้กินแก้บัวงวานรหายฯ

* บัวงมี ๕ ชนิด, ขาดไป ๒.

อนึ่ง เอรากเส่นยศ, รากมะเพอง,
รากมะนาว, รากมะปราง, รากหมากผู้,
รากหมากเมียบ, รากหมาก, รากมะพร้าว
ต้มให้กิน พันด้วย แก้ววงวานรหายวิเศษ
นี้ ๆ

อนึ่ง เอาถวเขยวควให้เหลือองส่วน ๑
ซาดก้อนประสะ ๒ ส่วน ทำเป็นจุดทำแท่ง
ไว้ ละลายน้ำถวเขยวควให้กินแก้ววง-
วานรหาย ฯ

อนึ่ง เอาเงยงกระเบนเผา, ลูกขอมเผา,
ข้าวใหม่ ๓ ขัน, ผักขมต้มกำมอ ๑,
กำยาน ๑ บาท, รังหมาว่า, ลูกประคำ,
คิควายเผา, ขิงแห้ง ๑ บาท, กิงคณ,
ลูกบิต, ขบเซยทั้ง ๒ ทำเป็นจุดขบทำแท่ง
ไว้ละลายน้ำปูนใสแทรกพิมเสน กิง กิน
แก้ววงวานรหาย ฯ

อนึ่ง เอาใบสัก, ใบผักเสี้ยนผี, ยา
ข้าวเย็น สิ่งละส่วน รากเท้ายายม่อม,
ลูกจันทน์ สิ่งละ ๒ ส่วน เมล็ดในฝาง ๕
ส่วน กานพลู, การบูร สิ่งละ ๕ ส่วน
เทียนคำ ๖ ส่วน ทำเป็นจุดขบทำแท่ง
ไว้ละลายน้ำปูนใสก็ได้ น้ำฝางต้มก็ได้ น้ำ
เปลือกมะเคอต้มก็ได้ กินแก้ววงวานรหาย
นี้ ๆ

๑ สิทธิการิยะ จะกล่าวลักษณะบัว

หิว อันยังเกิดแต่ของขี้ควาตอติสาร อัน
เป็นคำรบ ๔ นั้นโดยวิเศษ และลักษณะ
บัวหิวนั้น กระทำให้ลงให้ราก ให้ตัวเย็น
เป็นเหนียวให้เหงอตก เช็ดมิได้ขาด ให้
สวิงสวายในอกเป็นกำลัง

ถ้าจะแก้เอา รากขอม, เปลือกขอม, ลูก
ขอม, ใบขอม, ดอกขอม, กายไม้สักเผา,
ข้าวตอกถ้วย ๑, ผิวผลมะตม, เปลือก
มะขามขบ, แผลงหอม, หัวหอม, สะค้าน,
ขิงเผา, กระชายเผา, ไพลเผา, ติปี้เผา,
ต้มด้วยน้ำรากมะรวม น้ำปูนใสแทรกคิง
เหลืออม กินแก้ววงวานรหาย ฯ

อนึ่งเอา จุกหอม, จุกกระเทียม, มล
ปลวกเผา, มลแมลงสาบคว, ใบสันพร้าว
หอม, ลูกขอม ๓ ลูก, รากขอมป่า, ไล่ขน
ละมุด, รากข้าวพลุ, เมล็ดในราชพฤกษ์,
สมุลแว้ง, ขบเซย, กรงเขมา, เนื้อไม้,
เมล็ดในมะนาวคว, รากถวพ, ต้มด้วยน้ำ
ปูนใสแทรกพิมเสน ติตะพายน้ำ กินแก
้ววงวานรหาย ฯ

อนึ่งเอา บัวหลวงเผา, ใบขนุนละมุด
เผา, ลูกมะกอกเผา, น้ำตาลกรวดเผา,
น้ำตาลทราย, น้ำตาลหม้อ ขดละลายน้ำ
ข้าวต้ม กินแก้วสวิงสวายหิวโหยคินักแล ฯ

อนึ่งเอา ฝาทอยโข่งเผา, ฝาทอยหอม

เผา, รากระย่อม, พิษนาคน, ไคร้เครือ, ขบเซยทั้ง ๒, รากกระทงหมาข่า เอน้ำ แก่นขนนเป็นกระสาย ต้มแทรกพิมเสน กินแก้ข่วงหิวหาย ฯ

อนึ่งเอา ลูกเขญกาน, ลูกกล้วยดิบ อ่อน, ลูกทขิมอ่อน, ใบทขิม, ใบสะแก, กินกิน, กวดทั้ง ๕, ใบสะเดา, ใบของ หลางโยมน, ใบมะตม, ใบกัญชา, ใบ กระเม็ง สี่ละส่วน ใบกระท่อม ๒ ส่วน ขมนอ้อย ๓ ส่วน ไร่ ๔ ส่วน เทียนคำ ๕ ส่วน ทำเป็นจดยคทำแท่งไว้กินแก้ข่วง หิวหายคินก ฯ

๑ สิทธิการิยะ จะกล่าวลักษณะข่วง น้ำ อันเกิดแต่ข้วคตคตสารเป็นคารบ ๕ โดยวิเศษ และลักษณะข่วงน้ำนั้น ลงไป จะนัยเพลามีไต้ ให้รากเขี้ยว รากเหลือง รากแดง ให้ผิวเนอเหี้ยว จะบริโภคอินโต มิไต่อยท้อง ให้หิวเป็นกำลังและลักษณะ ข่วงทั้ง ๕ ประการ เป็นอคิสาทยโรครักษา ยากนิก ฯ

ถ้าจะแก้ เอาสะค่าน, รากข้าพล, ขิง, คีปลี่, เจตมูลเพลิง, หัวหม, มะค่อมอ่อน, เทียนคำ, รากขบ, กดลังกา, รากขติ มอน, ลูกกระท่อม, การบร, เปลือกมก มน, จันทนทั้ง ๒, พิกล, ขนนาค, สาระภิ, ข้วหลวง ต้มค้วยน้ำปูนใส กินแก้ข่วงน้ำ

หาย ฯ
อนึ่ง เอาเปลือกสนุ่น, เปลือกมะม่วง พรวน, เปลือกกระท่อมขี้หมู, เปลือกกระท่อม, ใบชา, เทียนคำ, โกรฐสอ, โกรฐ เชมา, โกรฐพุงปลา, โกรฐฟ้าลัมพา, โกรฐหัวบัว, กระตองเต่าเหลืองเผา, กระตองปูนาเผา, รากนางแย้ม, รากมะนาว, รากมะปราง ต้มค้วยน้ำปูนใส แทรกพิมเสน คิง กินแก้ข่วงน้ำ ถ้าหิวคิน เอน้ำ ตาลกรวด น้ำตาลทราย น้ำตาลหม้อ แทรกลงกินหาย ฯ

อนึ่ง เอาพริกไทย, เปราะหอม, คีปลี่, ขิง, ว่านน้า, รากกระเทียม ทำเป็นจดยค ทำแท่งไว้ ละลายน้ำกระเทียม ลูกผักชี กินแก้รอกข่วงหายคินก ฯ

อนึ่ง เอารากก้างปลาแดง, เปลือก ข้างน้าว, เปลือกอ้อยข้าง, รากหญ้านาง, เปลือกสะเตา, เปลือกกล้วยคียบคียบ สี่ละ ส่วน ลูกเขญกาน, ว่านร้อนทอง, สี่ละ ๒ ส่วน สัngerฉี่, เนระพลี่ สี่ละ ๓ ส่วน การบร ๔ ส่วน ครัง, แก่นสน สี่ละ ๕ ส่วน ชะเอมเทศ ๖ ส่วน กระเทียมกรอบ ๗ ส่วน ทำเป็นจดยคขบแท่งไว้ละลายน้ำ จันทน์ กินแก้ข่วงน้ำหายคินก ฯ

สำราญ วังศพำห์ พ.บ.

๓. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๒๘)

๓๒๐๑. refracture การหักกระดูกแก่พิการ
 ๓๒๐๒. refrangibility ภาวะถูกหักได้ (แสง)
 ๓๒๐๓. refrangible หักเหได้ (แสง)
 ๓๒๐๔. refresher การฟื้นฟู
 ๓๒๐๕. refrigerant แก่กระหาย, ยาทำให้เย็น, ยาเย็น
 ๓๒๐๖. refrigeration การทำให้เย็นจัด
 ๓๒๐๗. refusion การใส่คืน, การฉีดคืน
 ๓๒๐๘. regeneration การงอกใหม่, การซ่อมใหม่
 ๓๒๐๙. regimen การกำกับอบรม, การกำหนดอาหาร
 ๓๒๑๐. region บริเวณ
 ๓๒๑๑. region, abdominal บริเวณหน้าท้อง
 ๓๒๑๒. region, anal บริเวณทวารหนัก
 ๓๒๑๓. region, anterior brachial บริเวณท้องแขนท่อนบน
 ๓๒๑๔. region, anterior cubital บริเวณหน้าข้อศอก
 ๓๒๑๕. region, posterior cubital บริเวณหลังข้อศอก
 ๓๒๑๖. region, deltoid บริเวณต้นแขน
 ๓๒๑๗. region, epigastric บริเวณใต้ลิ้นปี่
 ๓๒๑๘. region, gluteal บริเวณก้น
 ๓๒๑๙. region, hypochondriac บริเวณใต้ชายโครง
 ๓๒๒๐. region, hypogastric บริเวณท้องน้อย
 ๓๒๒๑. region, iliac บริเวณขาหนีบ
 ๓๒๒๒. region, infra-axillary บริเวณใต้รักแร้
 ๓๒๒๓. region, infraclavicular บริเวณใต้ไหปลาร้า
 ๓๒๒๔. region, inframammary บริเวณใต้นม
 ๓๒๒๕. region, infrascapular บริเวณชายสะบัก
 ๓๒๒๖. region, inguinal บริเวณขาหนีบ
 ๓๒๒๗. region, interscapular บริเวณหว่างสะบัก
 ๓๒๒๘. region, lumbar บริเวณหลังเอว
 ๓๒๒๙. region, mammary บริเวณนม
 ๓๒๓๐. region, occipital บริเวณท้ายทอย
 ๓๒๓๑. region, olfactory บริเวณรับกลิ่น
 ๓๒๓๒. region, perineal บริเวณฝีเย็บ
 ๓๒๓๓. region, precordial บริเวณหน้าหัวใจ
 ๓๒๓๔. region, pudendal บริเวณหว่างขา
 ๓๒๓๕. region, pubic บริเวณหัวหน่าว
 ๓๒๓๖. region, sacral บริเวณเหนือก้นกบ
 ๓๒๓๗. region, scapular บริเวณสะบัก
 ๓๒๓๘. region, supraclavicular บริเวณเหนือไหปลาร้า
 ๓๒๓๙. region, umbilical บริเวณรอบสะดือ
 ๓๒๔๐. reglementation การควบคุมโสเภณี
 ๓๒๔๑. regression การถอยกลับ, การกลับคืน, การถอยหลัง, การทุเลา, การเสื่อม
 ๓๒๔๒. regressive ซึ่งถอยกลับ, ซึ่งกลับคืน, ทุเลา
 ๓๒๔๓. regular ปรกติ, สม่าเสมอ, มีระดุมสม่ำเสมอ
 ๓๒๔๔. regulation การกำกับ, การปรับให้เหมาะ
 ๓๒๔๕. regurgitant ทวน, สวนกลับ
 ๓๒๔๖. regurgitation การไหลทวน, การไหลสวนกลับ
 ๓๒๔๗. regurgitation, aortic ลิ้นเอออร์ติครัว
 ๓๒๔๘. regurgitation, mitral ลิ้นไมตรัลรัว
 ๓๒๔๙. regurgitation, pulmonic ลิ้นพัลโมนารีย์รัว
 ๓๒๕๐. rehabilitation การแก้คืนสภาพ
 ๓๒๕๑. rehalation การหายใจซ้ำ ๆ
 ๓๒๕๒. rehydration การเติมน้ำคืนเดิม
 ๓๒๕๓. reimplantation การปลูกฝังคืน

๗๒๕๔. reinfection การติดเชื้อซ้ำ
๗๒๕๕. reinforcement of reflex การเพิ่มความแรงรีเฟล็กซ์
๗๒๕๖. reinnervation การต่อประสาทหล่อเลี้ยงใหม่
๗๒๕๗. reinoculation การใส่เชื้อซ้ำ
๗๒๕๘. reintubation การใส่หลอดสวนซ้ำ
๗๒๕๙. reinversion การปลิ้นกลับ
๗๒๖๐. reinvocation การทำให้มีฤทธิ์ใหม่, การปลุกฤทธิ์กลับ
๗๒๖๑. reiteration การทำซ้ำ, การเขียนซ้ำ (ใบสั่งยา)
๗๒๖๒. rejuvenescence การกลับเป็นหนุ่ม, การกลับมีกำลังวังชา
๗๒๖๓. relapsable ซึ่งเป็นโรคกลับได้
๗๒๖๔. relapse การเป็นโรคกลับ
๗๒๖๕. relapse, intercurrent โรคกลับทับ
๗๒๖๖. relaxant ลดความตึง, ยาหย่อนกล้ามเนื้อ
๗๒๖๗. relaxation การลดความตึง, การหย่อน, การผ่อนคลาย
๗๒๖๘. relief การบรรเทา, การแก้ (อาการ)
๗๒๖๙. relieve บรรเทา, แก้ (อาการ)
๗๒๗๐. remedial ซึ่งรักษาโรคได้
๗๒๗๑. remedy ยารักษาโรค, สิ่งใช้รักษาโรค
๗๒๗๒. remedy, amblotic ยาทำให้แห้ง
๗๒๗๓. remineralization การเติมแร่ธาตุ
๗๒๗๔. remission การทุเลา, การสงบ, ระยะโรคทุเลา, ระยะโรคสงบ
๗๒๗๕. remittance การทุเลาชั่วคราว
๗๒๗๖. remittent เป็น ๆ หาย ๆ, จับ ๆ หยุด ๆ
๗๒๗๗. ren ไต
๗๒๗๘. ren mobilis ไตลอย
๗๒๗๙. ren unguiformis ไตรูปเกือกม้า
๗๒๘๐. renal แห่งไต
๗๒๘๑. renicapsule ต่อมหมวกไต
๗๒๘๒. renocardiac เกี่ยวกับไตร่วมหัวใจ
๗๒๘๓. reniform รูปร่างไต
๗๒๘๔. renipuncture การเจาะถุงหุ้มไต
๗๒๘๕. renitent ต้านทาน, ดื้อ
๗๒๘๖. renogastric เกี่ยวกับไตร่วมกระเพาะอาหาร
๗๒๘๗. renopathy โรคไต
๗๒๘๘. renopulmonary เกี่ยวกับไตร่วมปอด
๗๒๘๙. renotropic ขยายไต, ส่งเสริมไต
๗๒๙๐. repand ย่น, เป็นริ้ว
๗๒๙๑. repatency การเปิดช่องใหม่, การทำให้ช่องกลับเปิด
๗๒๙๒. repellent ขับไล่, ทำให้ยับยวม, ยาทำให้ยับยวม
๗๒๙๓. repeller เครื่องดันหัว
๗๒๙๔. repercussion การเคลื่อนไหว, การกระเด็น
๗๒๙๕. repercussive ซึ่งใช้เคลื่อนไหวได้, เกี่ยวกับการกระเด็น
๗๒๙๖. repletion ความเบี่ยม
๗๒๙๗. replication การม้วนกลับ, การพับทบ, การทดลองทบทวน
๗๒๙๘. reposition การวางคืนที่, การจัดเข้าที่เดิม
๗๒๙๙. repositor เครื่องจับคืนที่
๗๓๐๐. repulsion การผลัก, การดันแยก
๗๓๐๑. resect ฉีก, ผ่า
๗๓๐๒. resectable ฉีกได้, ผ่าได้
๗๓๐๓. resection การฉีก, การผ่า
๗๓๐๔. resection, gastric การฉีกกระเพาะ, การตัดกระเพาะบางส่วน
๗๓๐๕. reserve สำรอง, สงวน
๗๓๐๖. reserve, alkali, alkaline ต่างสำรอง
๗๓๐๗. reserve, cardiac กำลังหัวใจสำรอง
๗๓๐๘. reservoir ที่ขังน้ำ, ที่ไหลรวม, แอ่ง
๗๓๐๙. residual ค้าง, เหลืออยู่
๗๓๑๐. residual air อากาศค้างในปอด
๗๓๑๑. residue ภาค. เศษเหลือ
๗๓๑๒. residuum ส่วนค้าง
๗๓๑๓. residuum, gastric น้ำย่อยส่วนค้างคากระเพาะ, น้ำย่อยค้างในกระเพาะ
๗๓๑๔. resilience ความยืดหยุ่น
๗๓๑๕. resilient ยืดหยุ่น
๗๓๑๖. resolution การยุบอึกเสบ, การคลายอึกเสบ, การยุบรวม, การกลับละลาย

๗๓๑๗. resolve คั้นสภาพปรกติ, แยกเป็นส่วนประกอบ
๗๓๑๘. resorption การดูดซึมกลับ, การดูดออก, การกลับละลาย
๗๓๑๙. respirable ให้อายใจได้
๗๓๒๐. respiration, abdominal การหายใจส่วนหน้าท้อง
๗๓๒๑. respiration, absent การหายใจไม่มีเสียง
๗๓๒๒. respiration, accelerated การหายใจเร่งเร็ว
๗๓๒๓. respiration, artificial การฝายปอด, การหายใจโดยอาศัยเครื่อง
๗๓๒๔. respiration, asthmoid การหายใจคล้ายหืด
๗๓๒๕. respiration, cavernous การหายใจเสียงโพรง
๗๓๒๖. respiration, cog-wheel การหายใจกระดูก ๆ
๗๓๒๗. respiration, costal การหายใจส่วนซี่โครง
๗๓๒๘. respiration, cutaneous การหายใจทางผิวหนัง
๗๓๒๙. respiration, diaphragmatic การหายใจส่วนกระบังลม
๗๓๓๐. respiration, diminished การหายใจเสียงเบา
๗๓๓๑. respiration, forced การหายใจเบ่ง
๗๓๓๒. respiration, internal การหายใจภายใน
๗๓๓๓. respiration, jerky การหายใจกระดูก
๗๓๓๔. respiration, laboured การหายใจลำบาก
๗๓๓๕. respiration, slow การหายใจช้า
๗๓๓๖. respiration, stertorous การหายใจครอก
๗๓๓๗. respirator เครื่องฝายปอด, เครื่องปรับอากาศหายใจ
๗๓๓๘. respirometer เครื่องวัดการหายใจ
๗๓๓๙. response การสนอง
๗๓๔๐. rest การพัก, ส่วนเหลือ
๗๓๔๑. rest, bed พนกันนอนพิง
๗๓๔๒. rest, constitution การพักทั้งกาย
๗๓๔๓. restiform รูปคล้ายเชือก
๗๓๔๔. restitution การให้คืนสภาพ, การหมุนส่วนนำคลยด
๗๓๔๕. restoration การคืนกลับ, การคืนที่
๗๓๔๖. restorative ช่วยให้กลับคืน, ยาบำรุงฟื้นฟู
๗๓๔๗. restraint การกัก, การยับยั้ง
๗๓๔๘. resupination การพลิกหงาย, ทำนอนหงาย
๗๓๔๙. resuscitation การช่วยคืนชีพ
๗๓๕๐. resuscitator เครื่องทำกลับหายใจ
๗๓๕๑. resuture การเย็บซ้ำ
๗๓๕๒. retardation การชักช้า, การหน่วง
๗๓๕๓. retardation, mental จิตล้าหลัง
๗๓๕๔. retardation of thought ความคิดล่าช้า
๗๓๕๕. retching อาการขย้อน
๗๓๕๖. retention การกักส่ง
๗๓๕๗. retention of urine การกักคั่งบัสสภาวะ
๗๓๕๘. reticular คล้ายข่าย, เกี่ยวกับข่าย
๗๓๕๙. reticulated มีลายคล้ายตาข่าย
๗๓๖๐. retina เรตินา, จอตา
๗๓๖๑. retinal เกี่ยวกับเรตินา, เกี่ยวกับจอตา
๗๓๖๒. retinitis เรตินาอักเสบ, จอตาอักเสบ
๗๓๖๓. retinitis, actinic เรตินาอักเสบเพราะแสง
๗๓๖๔. retinitis, diabetic เรตินาอักเสบเพื่อเบาหวาน
๗๓๖๕. retinitis, exudative เรตินาอักเสบมีสิ่งซึมเยิ้ม
๗๓๖๖. retinitis, gravidic เรตินาอักเสบเพื่อครรภ์, เรตินาอักเสบระหว่างมีครรภ์
๗๓๖๗. retinitis gravidarum เรตินาอักเสบเพื่อครรภ์
๗๓๖๘. retinitis haemorrhagica เรตินาอักเสบตกเลือด

๗๓๖๕. retinitis, hypertensive เรติน่าอักเสบ เพื่อความดันสูง
๗๓๗๐. retinitis nephritica เรติน่าอักเสบเพื่อไตอักเสบ
๗๓๗๑. retinitis pigmentosa เรติน่าอักเสบมีสารสี
๗๓๗๒. retinitis, punctate เรติน่าอักเสบเป็นจุด ๆ
๗๓๗๓. retinitis, renal เรติน่าอักเสบเพื่อโรคไต
๗๓๗๔. retinitis, solar เรติน่าอักเสบเพราะแสงอาทิตย์
๗๓๗๕. retinitis stellata เรติน่าอักเสบเป็นรูปดาว
๗๓๗๖. retinitis, striate เรติน่าอักเสบเป็นเส้น
๗๓๗๗. retinitis, suppurative เรติน่าอักเสบเป็นหนอง
๗๓๗๘. retinitis syphilitica เรติน่าอักเสบเพื่อซัยฟิลิส
๗๓๗๙. retinitis, uremic เรติน่าอักเสบเพื่อยูรีเมีย
๗๓๘๐. retinoid คล้ายเรติน่า, คล้ายเรซิน
๗๓๘๑. retinomalacia เรติน่าน่วม
๗๓๘๒. retinopathy โรคเรติน่า
๗๓๘๓. retinoscope กล้องตรวจเรติน่า
๗๓๘๔. retinoscopy การใช้กล้องตรวจเรติน่า
๗๓๘๕. retinosis โรคของเรติน่า
๗๓๘๖. retort หม้อกลั่น
๗๓๘๗. retractile หดได้
๗๓๘๘. retraction การหด, การดึงรั้ง
๗๓๘๙. retractor เครื่องดึงรั้ง
๗๓๙๐. retrad ไปทางเบื้องหลัง
๗๓๙๑. retroauricular เบื้องหลังใบหู, ข้างหลังห้องต้นหัวใจ
๗๓๙๒. retrobronchial เบื้องหลังหลอดลม
๗๓๙๓. retrobuccal ในส่วนหลังช่องปาก
๗๓๙๔. retrobulbar เบื้องหลังลูกตา, เบื้องหลังพอนส์
๗๓๙๕. retrocalcaneobursitis ปลูกหมัเอ็นร้อยหวายอักเสบ
๗๓๙๖. retrocardiac เบื้องหลังหัวใจ
๗๓๙๗. retrocecal เบื้องหลังกระพุ้งไส้ใหญ่
๗๓๙๘. retrocedent กลับไป, เข้าไปข้างใน
๗๓๙๙. retrocervical เบื้องหลังคอมดลูก, เบื้องหลังคอ
๗๔๐๐. retrocession การกลับไป, การเคลื่อนที่ไปข้างหลัง
๗๔๐๑. retroclavicular เบื้องหลังกระดูกไหปลาร้า
๗๔๐๒. retrocolic เบื้องหลังลำไส้ใหญ่
๗๔๐๓. retrocollic เบื้องหลังคอ
๗๔๐๔. retrocursive ชิ่ง (เดิน) ถอยหลัง
๗๔๐๕. retrodisplacement การเคลื่อนที่ไปข้างหลัง
๗๔๐๖. retrodural เบื้องหลังเยื่อ dura
๗๔๐๗. retro-esophageal เบื้องหลังหลอดอาหาร
๗๔๐๘. retroflex พับกลับหลัง
๗๔๐๙. retroflexion การพับกลับหลัง
๗๔๑๐. retrognathia คางหดสั้น
๗๔๑๑. retrograde ไปข้างหลัง, เสื่อม
๗๔๑๒. retrogression การเสื่อมถอย, การสลายตัว, การถอยหลัง
๗๔๑๓. retroinfection การติดเชื้อสวนทาง
๗๔๑๔. retrojection การฉีกนัยาล้าง
๗๔๑๕. retrolingual เบื้องหลังลิ้น
๗๔๑๖. retromammary เบื้องหลังเต้านม
๗๔๑๗. retromandibular เบื้องหลังขากรรไกรล่าง
๗๔๑๘. retromastoid เบื้องหลังปุ่มกกหู
๗๔๑๙. retronasal เบื้องหลังจมูก
๗๔๒๐. retro-ocular เบื้องหลังลูกตา
๗๔๒๑. retropatellar เบื้องหลังกระดูกสะบ้า
๗๔๒๒. retroperitoneal เบื้องหลังเยื่อช่องท้อง
๗๔๒๓. retroperitoneum ช่องหลังเยื่อช่องท้อง
๗๔๒๔. retroperitonitis ช่องหลังเยื่อช่องท้องอักเสบ
๗๔๒๕. retropharyngeal เบื้องหลังคอดอย

๓๔๒๖. retropharyngitis ส่วนหลังคอหอย
อักเสบ
๓๔๒๗. retropharynx ส่วนหลังคอหอย
๓๔๒๘. retroplacental เบื้องหลังรก
๓๔๒๙. retroplasia การงอกทางเสื่อม
๓๔๓๐. retroposed เคลื่อนไปข้างหลัง
๓๔๓๑. retroposition การเคลื่อนไปข้างหลัง,
การวางข้างหลัง
๓๔๓๒. retropulsion การดันไปข้างหลัง, ความ
โน้มเอียงไปข้างหลัง
๓๔๓๓. retrorectal เบื้องหลังไส้ตรง
๓๔๓๔. retrostalsis การบีบรัดคอหอยหลัง
๓๔๓๕. retrosternal เบื้องหลังกระดูกสันอก
๓๔๓๖. retrosymphysial เบื้องหลังหัวหน้า
๓๔๓๗. retrotarsal เบื้องหลังกระดูกอ่อนหน้า
ตาบ
๓๔๓๘. retro-uterine เบื้องหลังมดลูก
๓๔๓๙. retroversion การหมุนกลับหลัง
๓๔๔๐. retroverted ซ้ำหมุนกลับอยู่
๓๔๔๑. revaccination การฉีดวัคซีนซ้ำ
๓๔๔๒. reversible กลับหลังได้, เดินได้สองทาง
๓๔๔๓. reversion การกลับมาใหม่
๓๔๔๔. revolute ม้วนกลับ
๓๔๔๕. rhaphe รอยประสาน
๓๔๔๖. rhexia ส่วนขาด, ส่วนแตก, ส่วนหัก
๓๔๔๗. rhembasmus อาการใจลอย, ความคิด
เลือนลอย, ความไม่อาจตัดสินใจ
๓๔๔๘. rheum, rheuma น้ำหรือเมือกที่ปล่อย
ไหล
๓๔๔๙. rheumapya ไขวุ้นที่มดลูก
๓๔๕๐. rheumatritis, rheumathrosis ข้อ
อักเสบรูห์มาติก
๓๔๕๑. rheumatalgia อาการปวดรูห์มาติก
๓๔๕๒. rheumatic รูห์มาติก, เกี่ยวกับโรครูห์-
มาติก
๓๔๕๓. rheumatoid คล้ายรูห์มาติก
๓๔๕๔. rheumatology วิทยาโรครูห์มาติก
๓๔๕๕. rhexis การแตก (ของอวัยวะ)
๓๔๕๖. rhigosis ความรู้สึกเย็น, สัมผัสเย็น
๓๔๕๗. rhigotic เกี่ยวกับความรู้สึกเย็น
๓๔๕๘. rhinal เกี่ยวกับจมูก
๓๔๕๙. rhinalgia อาการปวดในจมูก
๓๔๖๐. rhinallergosis ภูมิแพ้เกี่ยวกับจมูก
๓๔๖๑. rhinism ลักษณะเสียงขันจมูก
๓๔๖๒. rhinitis เยื่อจมูกอักเสบ
๓๔๖๓. rhinitis, acute catarrhal จมูกอักเสบ
คัดจมูก
๓๔๖๔. rhinitis, rhinitis, anaphylactic
อาการเยื่อจมูกอักเสบเพื่อภูมิแพ้
๓๔๖๕. rhinitis, atrophic เยื่อจมูกอักเสบฝ่อ
๓๔๖๖. rhinitis, chronic catarrhal เยื่อ
จมูกอักเสบมีมูกไหลเรื้อรัง
๓๔๖๗. rhinitis, gangrenous เยื่อจมูกอักเสบ
เนื้อเน่า
๓๔๖๘. rhinitis, hypertrophic เยื่อจมูกอักเสบ
งอกเกิน
๓๔๖๙. rhinitis, membranous เยื่อจมูกอักเสบ
มี (แผ่นเนื้อ) เยื่อปิด
๓๔๗๐. rhinitis, purulent เยื่อจมูกอักเสบเป็น
หนอง
๓๔๗๑. rhinitis, scrofulous เยื่อจมูกอักเสบ
เพื่อวัณโรค
๓๔๗๒. rhinitis sicca เยื่อจมูกอักเสบแห้ง
๓๔๗๓. rhinitis, syphilitic เยื่อจมูกอักเสบเพื่อ
ซิฟิลิส
๓๔๗๔. rhinitis, tuberculous เยื่อจมูกอักเสบ
เพื่อวัณโรค
๓๔๗๕. rhinitis, vasomotor เยื่อจมูกอักเสบ
เหตุหลอดเลือด
๓๔๗๖. rhinodynia อาการปวดในจมูก
๓๔๗๗. rhinogenous เกิดภายในจมูก
๓๔๗๘. rhinokyphosis จมูกโด่งสูง
๓๔๗๙. rhinolalia เสียงพูดจมูก
๓๔๘๐. rhinolaryngitis เยื่อจมูกร่วมคอหอย
อักเสบ
๓๔๘๑. rhinolaryngology วิทยาจมูกและคอ-
หอย

๓๔๘๒. rhinologist ผู้ชำนาญโรคจมูก
 ๓๔๘๓. rhinology วิทยาว่าด้วยจมูก, นาสิกวิทยา
 ๓๔๘๔. rhinometaplasty ศัลยกรรมตกแต่ง
 จมูก
 ๓๔๘๕. rhinomiosis การผัดตัดจมูก
 ๓๔๘๖. rhinomycosis โรคเชื้อราในช่องจมูก
 ๓๔๘๗. rhinonecrosis เนื้อตายที่กระดูกสันจมูก
 ๓๔๘๘. rhinopathia โรคจมูก
 ๓๔๘๙. rhinopathia vasomotoria โรคแพ้
 ฟาง
 ๓๔๙๐. rhinopharyngeal เกี่ยวกับโพรงจมูก
 ร่วมคอหอย
 ๓๔๙๑. rhinopharyngitis โพรงจมูกและ
 คอหอยอักเสบ
 ๓๔๙๒. rhinopharynx โพรงจมูกร่วมคอหอย
 ๓๔๙๓. rhinoplastic เกี่ยวกับศัลยกรรมตกแต่ง
 จมูก
 ๓๔๙๔. rhinoplasty ศัลยกรรมตกแต่งจมูก
 ๓๔๙๕. rhinorrhagia ตกเลือดในจมูก, เลือด
 กำเดาไหล
 ๓๔๙๖. rhinorrhea น้ำมูกใส
 ๓๔๙๗. rhinoscope เครื่องส่องดูโพรงจมูก
 ๓๔๙๘. rhinoscopic เกี่ยวกับ การตรวจดูโพรง
 จมูก
 ๓๔๙๙. rhinoscopy การตรวจดูโพรงจมูก
 ๓๕๐๐. rhinostegnosis, rhinostenosis ช่อง
 จมูกตีบ (หรือตัน)
 ๓๕๐๑. rhinotomy การผ่าจมูก
 ๓๕๐๒. rhinovaccination การใส่วัคซีนทางจมูก
 ๓๕๐๓. rhizanesthesia การทำให้ชาที่ราก
 ประสาท, การทำให้ชาที่ไขสันหลัง
 ๓๕๐๔. rhizo- ราก
 ๓๕๐๕. rhizoid, rhizoidal คล้ายราก
 ๓๕๐๖. rhizome หัวราก, แง่ง
 ๓๕๐๗. rhizotomy การตัดรากประสาท
 ๓๕๐๘. rhodo- แดง
 ๓๕๐๙. rhomboid รูปว่าว
 ๓๕๑๐. rhyparia คราบฟัน, คราบปาก, สิ่ง
 สกปรก
 ๓๕๑๑. rhyphagy การกินสิ่งสกปรก
 ๓๕๑๒. rhyphobia โรคกลัวสกปรก
 ๓๕๑๓. rhythm จังหวะ, คาบ
 ๓๕๑๔. rhythmical เป็นจังหวะ, เป็นคาบ
 ๓๕๑๕. rhythmicity ความมีจังหวะ, ความเป็น
 คาบ
 ๓๕๑๖. rib ซี่โครง
 ๓๕๑๗. rib, bivipital ซี่โครงสองหัว
 ๓๕๑๘. rib, cervical ซี่โครงก้านคอ
 ๓๕๑๙. rib, false ซี่โครงหลอก
 ๓๕๒๐. rib, floating ซี่โครงลอย
 ๓๕๒๑. rib, slipping ซี่โครงเคลื่อน
 ๓๕๒๒. rib, true ซี่โครงแท้
 ๓๕๒๓. rib, vertebral ซี่โครงลอย
 ๓๕๒๔. rictal เกี่ยวกับรอยแยก
 ๓๕๒๕. rictus รอยแยก, รอยผ่า, ส่วนเปิดอ้า
 ๓๕๒๖. ridge ขอบนูน, เส้นนูน, รอยนูน
 ๓๕๒๗. rigidity ความแข็งทื่อ
 ๓๕๒๘. rigidity, cadaveric ความแข็งทื่อแห่ง
 ศพ
 ๓๕๒๙. rigidity, cerebellar ความแข็งทื่อเพื่อ
 สมองน้อย
 ๓๕๓๐. rigidity, clasp - knife ความแข็งทื่อ
 แบบมีดพับ
 ๓๕๓๑. rigidity, decerebrate ความแข็งทื่อ
 เพราะขาดสมองใหญ่
 ๓๕๓๒. rigidity, hemiplegic ความแข็งทื่อ
 อัมพาตครึ่งซีก
 ๓๕๓๓. rigidity, muscle ความแข็งทื่อกล้ามเนื้อ
 ๓๕๓๔. rigidity, postmortem ความแข็งทื่อ
 หลังตาย
 ๓๕๓๕. rigor อากาหรหนาวสั่น, ความแข็งทื่อ
 ๓๕๓๖. rigor, heat ความแข็งทื่อเพราะความร้อน
 ๓๕๓๗. rigor mortis ความแข็งทื่อเพราะตาย
 ๓๕๓๘. rima ช่อง, ร่อง, รอยแตก, รอยร้าว
 ๓๕๓๙. rima ani ร่องก้น
 ๓๕๔๐. rima glottidis ช่องสายเสียง, ช่องหว่าง
 สายเสียง
 ๓๕๔๑. rima oris ช่องปาก

๗๕๔๒. rima palpebrarum ช่องหนังตา, ช่อง
หว่างหนังตา
๗๕๔๓. rimae cutis รอยหนังยื่น
๗๕๔๔. rimal เกี่ยวกับช่อง, เกี่ยวกับร่อง, เกี่ยวกับ
รอยแยก
๗๕๔๕. rimose มีร่อง, มีรอยแยก, มีรอยร้าว
๗๕๔๖. rimula ร่องเล็ก
๗๕๔๗. risorius กล้ามเนื้อแยกเขี้ยว
๗๕๔๘. risus caninus, risus sardonius
อาการยิ้มแสบะ
๗๕๔๙. riziform รูปเมล็ดข้าว
๗๕๕๐. rods of retina ปลายประสาทรูปแท่ง
ในจอตา
๗๕๕๑. roentgenogram ภาพเรินตเก็น
๗๕๕๒. roentgenograph ภาพเรินตเก็น
๗๕๕๓. roentgenography การถ่ายภาพเรินตเก็น
๗๕๕๔. roentgenologist นักวิทยาเรินตเก็น
๗๕๕๕. roentgenology วิทยาเรินตเก็น
๗๕๕๖. roentgenolucent รังสีเรินตเก็นผ่านได้,
โปร่งรังสีเรินตเก็น
๗๕๕๗. roentgenoparent เห็นได้ในรังสีเรินตเก็น
๗๕๕๘. roentgenopaque ทึบรังสีเรินตเก็น
๗๕๕๙. roentgenoscopy การตรวจด้วยรังสี
เรินตเก็น
๗๕๖๐. roentgenotherapy การรักษาด้วยรังสี
เรินตเก็น
๗๕๖๑. roentgram, roentogram ภาพ
เรินตเก็น
๗๕๖๒. room, birth, delivery ห้องคลอด
๗๕๖๓. room, labour ห้องเตรียมคลอด
๗๕๖๔. room, operating ห้องผ่าตัด
๗๕๖๕. room, predelivery ห้องเตรียมคลอด
๗๕๖๖. rosin ชันสน
๗๕๖๗. rostral เกี่ยวกับส่วนปากนก
๗๕๖๘. rostrate มีส่วนคล้ายปากนก
๗๕๖๙. rostriform คล้ายปากนก
๗๕๗๐. rostrum ส่วนปากนก, ส่วนคล้ายปากนก
๗๕๗๑. rotula กระดูกสะบ้า, กระดูกกลมแบน
๗๕๗๒. rotulad ไปทางกระดูกสะบ้า
๗๕๗๓. rotular เกี่ยวกับกระดูกสะบ้า
๗๕๗๔. roughage กาก
๗๕๗๕. roundworm พยาธิหนอนกลม
๗๕๗๖. rubedo อาการหน้าแดง, อาการหนังแดง
๗๕๗๗. rubefacient ทำให้หนังแดง, ยาทำให้
หนังแดง
๗๕๗๘. ruber แดง
๗๕๗๙. rubescent แดง ๆ, กลายเป็นแดง
๗๕๘๐. rubor อักเสบแดง
๗๕๘๑. rudiment อวัยวะตกค้าง, อวัยวะล่าหลัง
๗๕๘๒. rudimentary หย่อนเจริญ, ล่าหลัง, ไม่
สมบูรณ์
๗๕๘๓. ruga รอยพับ, รอยย่น, รอยนูน
๗๕๘๔. rugitus เสียงท้อร้อง
๗๕๘๕. rugose, rugous มีรอยย่น
๗๕๘๖. rugosity ภาวะย่น, ภาวะขรุขระ, รอยพับ,
รอยย่น, รอยนูน
๗๕๘๗. ruminant เคี้ยวเอื้อง, สัตว์เคี้ยวเอื้อง
๗๕๘๘. rumination การสำรอก
๗๕๘๙. rump ก้น
๗๕๙๐. rupture การฉีก, ปล่อย
๗๕๙๑. sabulous คาย, เป็นเม็ดเหมือนทราย
๗๕๙๒. saburra คราบฟัน, คราบปาก, ความเน่า
เหม็นในปาก ในกระเพาะ
๗๕๙๓. sac ถุง, อวัยวะรูปถุง
๗๕๙๔. sac, air ถุงลม, ถุงอากาศ
๗๕๙๕. sac, alveolar ถุงลม, ถุงอากาศ
๗๕๙๖. sac, amniotic ถุงน้ำคร่ำ
๗๕๙๗. sac, aneurysmal ถุงหลอดเลือดโป่ง
๗๕๙๘. sac, conjunctival ถุงหนังตา
๗๕๙๙. sac, dural ถุงเชือกคร่า
๗๖๐๐. sac, gestation ถุงหุ้มลูก

๔. หน้าสำหรับนิสิต

ทางลัด

ขณะที่ผมนั่งอยู่บนตักกายวิภาค ๆ ผม
 มีโอกาสได้สังเกต คนในโรงพยาบาลและ
 คนที่มา ติดต่อกับโรงพยาบาลมีวิถีเดินอยู่
 สองแบบ. แบบหนึ่งเดินตามแนวถนนที่โรง
 พยาบาลทำไว้ให้, อีกแบบหนึ่งเดินตัดฝ่า
 เป็นเส้นทแยงไม่ไปตามแนวถนน. การ
 เดินแบบหลังนี้เรียกว่า “เดินลัด” ตั้กระยะ
 ทางและเวลาให้สั้นเข้า, นับเป็นแบบที่ตรง
 กับนโยบายบริหารสุขภาพประกาศ, คือนโยบาย
 ประหยัด. ผู้เดินลัดคือผู้ที่ประหยัด
 เวลาและกำลังกายของตน. แต่การเดินแบบ
 นี้ก็มีข้อเสียเหมือนกัน, คือทำให้เกิดแนว
 นำเกลียดระหว่างถนนหรือสนาม, มองดู
 ไม่งามตา, ไม่ตรงกับนโยบายของรัฐบาล
 ที่อยากให้เห็นบ้านเมืองมีความสะอาดและ
 ความมีระเบียบ. ปัญหาจึงเกิดขึ้นว่าเราจะ
 ทำอย่างไร ที่จะให้ถูกใจ คนเดิน และทำให้
 เกิดความมี ระเบียบ เรียบร้อยด้วย.

ปัญหานี้ดูไม่น่ามีความสำคัญ, แต่
 แปลกก็คือเป็นเรื่องที่มาหลายสมัย. ไม่
 ใช่ว่าในเมืองไทยเท่านั้นแม้ในต่างประเทศ

ก็เคยมี. ที่เมืองแอนอาเบอร์ในบริเวณหอ
 สโมสรใหญ่ของมหาวิทยาลัยมิชิแกน แทนที่
 เขาจะตัดถนนเป็นแนวตรงจากตึกหนึ่งไปอีก
 ตึกหนึ่ง, เขาทำถนนเป็นแนวโค้งตาม
 ใจผู้เดิน. ปรากฏว่าเป็นที่พอใจของผู้เดิน.
 แต่คนไปเยี่ยมมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มักกลับ
 เขามาเล่าเป็นของแปลก. ที่ประเทศอังก
 ฤษซึ่ง มักจะมี สนามหญ้าเป็นเขย่มกว่า
 ประเทศต่าง ๆ มักจะปรับเป็น ราคาแพงแก่
 ผู้เดินตัดสนาม. แต่ดูเหมือนจะไม่ห้ามถ้า
 จะเดินเป็นครั้งคราวแบบชม ความงามของ
 สนาม. สำหรับบ้านเราผู้ที่เคยตรอนกว่า
 เพื่อนเมื่อเห็นใคร เดินตัด สนาม ก็คือท่านผู้
 อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ช่วยคณบดีใน
 สมัยที่ผมยังเข็นนักเรียนแพทย์. ท่านผู้
 นั้นคือท่านเจ้าคุณอารีตรณพรรค. อาจจะ
 เนื่อง จากท่าน เคยเป็น นักเรียน อังกฤษอยู่
 หลายยุคได้. ท่านถึงกับขี้ขายห้ามเดิน
 เมื่อไม่ฟังนั้นก็เขียนเป็นคำพังเพยว่า “ผู้
 ตัดถนน, ขี้ขายเดินลัดสนาม.” รุ่งขึ้น
 ปรากฏว่า ขี้ขายของ ท่านถูกถอน เขาไปโยน



ทั้งอยู่กลางสนาม. ผู้สอนคเหมือนจะเป็น
อาจารย์ผู้ใหญ่ คนหนึ่งอยู่ใน ขณะ น้ด้วย.
โตนเข้า เช่น น้ สักว่า ท่าน เจ้าคุณ จะยอม
แพ, แต่ก้าทางต่อสู้นใหม่คือสร้างเป็นรว
เตย ๆ ในบริเวณที่คนจะเดินลัด. ปรากฏ
ไต้ผลข้าง. ขณะนี้ในบริเวณรอบ ๆ พระรูป
คนเดินตักสนามน้อยเข้า เพราะมีตักต่าง ๆ
ยื่นออกมาและแหล่งท่วงพอ เดินไต้ก้ปลก
ต้นไม้เต็ม, คนเดินจึงยอมเดินตามถนน
ซีเมนต์.

ตามที่ ปรากฏผู้ เดิน ลัด ไต้ไต้เป็น แต่
เพียงชาวบ้านที่ไม่ว้ จักทางในโรงพยาบาล
เท่านั้น, อาจารย์, นายแพทย์, นักศึกษา
แพทย์, ครพยาบาล, พยาบาล, นักเรียน
พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, พนักงานวิทยา
ศาสตร์, เสมียนพนักงาน, คนงาน, ต่าง
เดินลัดกันทงน. แม้แต่สุนัขเขาเข้ามาเพน
ผ่าน ในโรง พยาบาลก็วิ่งตาม ทาง ลัดนั้น
ด้วย. การเดินลัดจึงเป็นเร่องนำศึกษา
เพราะเกยวกับจิตวิทยาของมนุษย์, เป็น
เร่องทำตามกันไปตามความเคยชิน. แม้
บาง คนไม่มีกัจรระ เร่งร้อน เลยก้ยังคงเดิน
ลัดอยู่นั่นเอง.

การทำ อะไร ตาม ๆ กันนั้นเป็น ของดี
หรือไม่เป็นประเด็นนอกเร่องน. แต่ขณูหาท

ทำอะไรลัด ๆ เป็นของดีหรือไม่ดีเป็นเร่องนำ
คิด. ผมขอยกเร่องราวทางประวัติศาสตร์
มาพดกนสักเล็กน้อยก่อน. ทางลัดที่เป็น
เร่องชนหนาชนตาที่สัดเห็นจะเป็นเร่องการ
ขุด คลองลัดผ่าน จาก ทะเลเมดิเตอเรเนียน
ไปออกทะเลแดง, ย่นระยะทางเดินเรือไม่
ให้ต้องอ้อมปลายแหลมของทวีปแอฟริกาที่
โกษาปานเคยไปถูกพายุทนน. ทางลัดนี้
สร้างชอ เสียงให้กบผู้อำนวย การขุดเป็นอัน
มากจนมี อนุสาวรีย์ปรากฏอยู่ที่ปากคลอง.
แต่ประเทศที่ลงทนลงแรงและความคึกคัก
เสียเชิงในทางการเมือง, ทำให้คลองตกไป
อยู่ใน ความ ครอบครองของอีกประเทศหนึ่ง
แบบซิมมอเบีย. ทางลัดนี้ต่อมาทำให้เกิด
กรณีพิพาทใหญ่โตจนทำให้ประเทศอังกฤษ
ต้องเปลี่ยนนายกรัจมนตรี, และขณะ
นี้ยังเป็น ทางลัดทำให้เกิด ขอชคั แย่งกัน
ระหว่างยิว อิสราเอล และอาหรับ อียิปต์.
ลัด มากก็ เป็น ทาง ลัด ผ่าน ทวีปอเมริกา,
เหมือน ลัดขอ เม ริกา ออก เป็น สอง ชน,
ทำให้อเมริกาเหนือ สามารถ ควบคุม ผัง
ทะเลทั้งสองฟากให้พันการรุกราน จากต่าง
ประเทศได้. การสร้างทางลัดนี้เต็มไปด้วย
ความยากลำบากอย่างยิ่ง, เพราะบริเวณ
ที่สร้างเป็นตงใช้เหลือง. ผู้สร้างคลอง

สุขุส สำเร็จไป ลอง คกัถง กบัลล์ ละ ลาย.
 วิศวกรรมและแพทยทหารอเมริกาทำชื่อเสียง
 ไว้มากในการสร้างทางลคัถน. ทางแพทย
 สามารถปราบไข้เหลืองได้สำเร็จ, เป็น
 ความสำเร็จที่ตองจคเป็นขันตกไว้มในประวัติ
 ศาสตร์การแพทย, และผลทำให้วิชา
 เวชศาสตร์ของ กัถนถก ยกย่องอยู่ในระดับ
 เทียบกับการแพทยสาขาอื่น ๆ. การแพทย
 สาขานี้ จึงเจริญก้าวหน้าในวง การแพทย
 ของ อเมริกาขิง กว่าในขาง ประเทศที่เคยมี
 การแพทยเจริญมาก่อน. สมเด็จพระราช
 บิดาเจ้าฟ้ากรม หลวงสงขลานครินทร์เคย
 ตรัสให้ ฟังว่า การปราบปราม พากะของไข้
 เหลืองคือขงได้ทำกนเป็นจริงเป็นจัง, คือไม่
 ยอมให้มียุงแม้แต่ตัวเดียวในบริเวณที่ทาง
 การของคลองควบคุม. พระองค์เคยเสด็จ
 เข้าไปในร้านอาหารแห่งหนึ่ง. ขณะเสด็จ
 ประทับข้อมเสียงเอะอะขน. ทรงถามได้
 ความว่ามีคนพบขงตัวหนึ่งบินอยู่ภายในร้าน
 อาหารแห่งนั้น. เจ้าของร้านรีบโทรศัพท
 ไปตามเจ้าหน้าทมาจับขงหนึ่งตัว. หลัง
 จาก ทางลคัถ ทั้งสองนได้สร้างแล้วทาง ลคัถ
 ทางอื่น ๆ ก็ได้สร้างคคตามกันมา. สำหรับ
 ประเทศไทยก็มีข่าจะขุดทาง ลคัถเพื่อไม่ให้
 เรือจาก มหาสมุทรอินเดียตองไปอ้อมปลาย

แหลมมลาย, เป็นทางลคัถคล้ายทางลคัถ
 ขงเมือราว ๒๐๐๐ ปีมาแล้วพอค้าชาว
 อินเดียเคยใช้ขนสินค้ามาที่ อ่าวบ้านดอน.
 การที่ไม่ยอมอ้อมปลายแหลมมลายก็เพราะ
 ลูโจรสลคัถในอ่าวมะละกาไม่ไหว. เวลานั้น
 โจรภัยก็ไม่มี. เวลาที่จะตองใช้อ้อมแหลม
 ก็ไม่เสียมมากเช่นการอ้อมปลายแหลมทวีป
 แอฟริกาหรืออเมริกาใต้. ถ้าขุดไปแล้วไม่
 มีคนยอมเสียเงินค่าผ่าน คลอง เราจะเอา
 คลองไปทำอะไร. ถึงจะขงไม่มีคลอง
 ใหญ่โตลคัถทวีป อย่างเขา ประเทศไทยเราก้
 ยิงคมีทางลคัถทางนาทมีชื่อเสียงในวงการ
 แพทยเหมือนกัน. คือแม่น้าเจ้าพระยาตอน
 ที่ไหลผ่าน หน้าโรงพยาบาลศิริราชอันเป็น
 โรงหมอเก่าแก่ที่สุดของประเทศ. เดิมแม่น้
 น้าเจ้าพระยาไหลอ้อม จากปาก คลองขาง
 กอกน้อยปัจจุบันไปออกคลองขางกอกใหญ่
 หรือคลองขางหลวง. ทางมันอ้อมมากจน
 มีนิทานเล่าว่าชาวเรือล่องเรือจากเหนือมา
 สว่างที่ ปาก คลอง ขางกอกน้อย ก็ขน หม้อ
 ข้าวขนไปหงกนบนตลิ่ง. กนเสร็จแล้วก้
 ออก เรือ ไป ถึงเวลา กนขาว เข็นเอาที่ปาก
 คลองขางกอกใหญ่, ก็ขนตลิ่งเตรียมหมง
 ข้าว. ปรากฏว่าล้หม้อข้าวไว้ที่ปากคลอง
 ขางกอกน้อย, คนเรือรีบเดินมาเอาหม้อ

ข้าวกลับไปหุงกินทันที. เพื่อตัดเวลาเร็วขึ้น ลองให้พวกเร้วชช ได้มีการชดคลองลัดขรรจขปลายที่ ออม ทั้งสองในราว แผ่นดินสมเด็จพระไชยราชาธิราช. เมื่อชดขทางลัดแล้วนำจากเหนือไหลแรงชน, ขยายกว้างออกจนกลายเป็น ทางเดิน ของแม่น้ำเจ้าพระยา ปัจจุบัน ผ่าน หน้า โรงพยาบาลศิริราช, กรมอู่ทหารเรือ, วัดอรุณราชวรารามและวัดท้ายตลาด. เจ้าพระยาวิชาเยนทร์ได้ไปสร้างบ่อม ตรงมม ระหว่างปากแม่น้ำเดิมและทางลัดของถนนเรือชาติศัตร์ไม่ให้ทางออมและลัดชนไปตักกรงเก่าได้. แม่น้ำเดิมก็กลายเป็นคลองขาง กอก น้อยและคลองขางกอกใหญ่ไป. ที่ดินระหว่างทางน้ำเก่า และทางน้ำใหม่จึงเรียกว่า เกาะท่าพระ. ราว ๆ เดือน ๑๑ จะมีการแห่พระพุทธรูปจากวัดนางชีอ้อมรอบเกาะ. เทียวหนัก เหมือน จะเลิก แล้วจะ เป็น เพราะเลื่อมความ นิยมลง หรือทนคลื่นเรือ แท้กช และเรือหางยาวไม่ไหวผมหาทราบไม่. แม่น้ำตอนนั้นผมใช้เป็นตัวอย่างสอนการเจริญของระบขหลุดเลือกตำพวก โปสค์คาร์ดินัล, ชัปคาร์ดินัล และ ชุปราคาร์ดินัล ที่จะมาประกอบเป็นส่วนต่าง ๆ ของ อินฟเรียร์วินา คาวา. ฉะนั้นก็คงเห็นว่าผมมักชอบ

ทางลัดเหมือนกัน.

“การลัด” ที่น่าจะได้รับการพิจารณาต่อไปก็คือ “เรียนลัด”. ครคนหนึ่งเคยโฆษณา เป็นการใหญ่ว่า เรียนลัดดีกว่า. กระทรวงศึกษาธิการใน สมัยหนึ่งจะสนับสนุนมาก. การเรียนลัดมีข้อดีคือเสียเวลาน้อย, เหมาะกับผู้มีอายุที่ต้องการจะคืบหน้าการเรียนให้ทันเพื่อนหรือให้เร็วกว่าเพื่อน. สอบ ป. ๔ ได้ก็เรียนลัดไปสอบ ม.๓ (ต้องขอใช้แบบเก่าไปก่อนแบบใหม่จำไม่ได้). สอบ ม. ๓ ได้ก็คืบหน้าไปสอบ ม.๖. กำลังเรียนเตรียม ๑ ก็เรียนลัดไปสอบเตรียม ๒ ควบ. ระหว่างรอฟังผลสอบก็สมัครเข้าสอบเข้ามหาวิทยาลัยเลย. คนที่เรียนได้แบบนี้ไม่มีปัญหาเป็นคนเรียนเก่งและขยันด้วย, รู้จักตัดสินใจที่ไม่จำเป็นต้องออกไป. เช่นรู้ว่าประวัติศาสตร์ของชาติไทย, ศีลธรรมจรรยา มีคะแนนดีก็เข้าวันการเรียนเสีย, มุ่งหน้าหนักไปทางคำนวณ, วิทยาศาสตร์และภาษาอังกฤษ. เรียนแบบเก่งว่าขอ สอบจะออก อย่างไรและต้องจำข้อ สอบเก่า ๆ ที่เคย ออก มาแล้ว. นักเรียนที่เรียนแบบนี้เคยมาถูกสัมภาษณ์. ผู้สอบบางคนที่ชอบประวัติศาสตร์ก็ลองถามเขาเชิงว่า “เจ้าคุณปรายไตรจักรคือใคร”.

ถ้ายังตอบไม่ได้ก็จะถามว่า “พระยาปราบ
 ไตรจักร” คืออะไร. ถ้ายังตอบไม่ได้ก็จะ
 จะถามว่าใครชื่อพระยาปราบไตรจักร. ถึง
 กระนั้นนักเรียนพวกนั้นก็ตอบไม่ได้. กรรมการ
 เลข ย่อม แพ้เพราะทนฟังนักเรียนเขา
 ไม่ได้. ขณะนั้นรัฐบาลกำลังจะเลือก
 “ข้างเผือก” เป็นสัตว์ประจำชาติ. อาจจะมี
 หลายคนรู้จักข้างแต่ถ้าถูกถามว่าข้าง
 เผือก ๆ ตรงไหน, คนไทยหลายคนอาจ
 รวมหัวผมด้วยคงตอบไม่ได้, คงจะได้เป็น
 เรื่อง หัวเราะ กัน แยกกันรทคนนำเที่ยวของ
 เราแปลให้ฝรั่งฟังว่า “eat-sleep.” ถัดมา
 กรรมการที่เป็นนักภาษาศาสตร์จะถามว่า
 “เห็นเขาช้ คานหาม เขามือ ประสานกัน
 หมายความว่าอะไร.” นอกจากจะไม่เข้าใจ
 ใจความหมายแล้วยังไม่รู้จัก คานหามคือ
 อะไร. คนพวกนี้อาจจะเป็นนักวิทยาศาสตร์
 ทด, นายแพทย์ที่สามารถ, แต่เราจะนับ
 ว่าเป็นคนไทยที่สมบูรณ์ได้หรือไม่. ประวัติ
 ชาติไทยในสมัยที่ควรรักไม่รู้, ขนบธรรมเนียม
 ประเพณีก็ไม่เคยสนใจ. เข้าใจว่าเขา
 จะกลายเป็นชาติใดถอลลทธิใดก็ได้เมื่อเกิด
 ความจำเป็น. ชาติไทยจะดำรงความเป็น
 เอกราชต่อไปได้หรือไม่เมื่อได้บุคคลชั้นนำ
 ของประเทศมีคุณภาพตามที่กล่าวแล้ว.

วิถีชีวิตที่น่ากลัวอีกวิธีหนึ่งในเวลานี้ก็คือ
 “ลัดให้โตเป็นเศรษฐีเร็ว ๆ.” พ่อค้า
 สังฆของนอกอยากรวยเร็วก็ส่งข่าวสารเกรด
 เลวยื่นข่าวสารเกรดก็. แย่งมณฑลขอเสียด
 ติของประทศก็ถกปนด้วยทรายขาว. ข่าว
 โทคอบไม่ได้ทปน ไปใน ข่าว โทคทอด้ท
 แลว. ความที่ตองการรวยเร็วได้ทำลายสิน
 ค้าทมขอเสียดของ ประเทศคือพริกไทยให้
 สิ้นชอไปจากโลก. มีคนหลายคนได้รวยเร็ว
 โดยวิธีนี้แต่ท่านพวกนั้นเองที่ไคทงกรรม
 ไว้ให้ลูกหลานของท่านหมด ทางทำมาหา
 กิน. การรวยโดยวิธีลัดนี้ ขณะนี้ไคแพ
 หลายไปในกิจการเกือบทกสาขา. เราจึง
 ไคพงข่าวโกงกนทนนคอปรชกนทน. แม
 แด่วงการ แพทย์เองก็หา พ้นช้อครหานไม่.
 ขาง โรงพยาบาลจึง ถกหา ว่าเซ็ง ลเคียด,
 เรียก เงินผู้ช่วยใน โรงพยาบาล ทสร่างชน
 เพื่อประทาชน. ที่ร้ายกว่านั้นก็คือลัดเข้า
 หาผู้มี อำนาจ ขอบรรจ เข้ารับ ตำแหน่งผู้
 สม่ควรกลับไม่ไครับ. แมแต่ตำแหน่งที่คว
 ไม่สามารถถกคนรทที่จะเป็น.

หลายคนอาจจะมองเรื่องนี้เป็นเรื่องเล็ก
 น้อย. แต่อย่าลืมนว่าการที่ไทยยังคงเป็น
 ไทยและการแพทย์ ของไทย ยังมีฐานะเช่น
 ที่เป็นอย่างอยู่ในขณะนี้ไม่ใช่ เกิดจาก การเรียน

ลัดหรือการกระทำอะไรลัด ๆ. พระมหากษัตริย์ไทยในพระราชวงศ์จักรี เกือบทุกพระองค์ได้วางพื้นฐานการเป็นไทยไว้อย่างมั่นคง. เราจึงคงเป็นไทยอยู่จนทุกวันนี้. แต่เมื่อไหร่เราเกิดจะเวียนลัดเป็นมหาประเทศเราก็เกือบล่มจมทุกที. สมเด็จพระราชบิดาฯ ทรงมีพระโอกาสยิ่งกว่าใครๆ ที่จะลัดไปเป็นใหญ่เป็นโตในกระทรวงธรรมการหรือกระทรวงมหาดไทย, ซึ่งขณะนั้นควบคุมกิจการแพทย์ของประเทศ. แต่พระองค์กลับยึดสัจธรรมานพระวรกายเสด็จไปศึกษาแพทย์จนสำเร็จ, เพื่อวางพื้นฐานในวิชาความรู้ของพระองค์ให้ทัดเทียมกับบุคคลอื่น ๆ ในวงการเดียวกัน. กิจการแพทย์ที่

พระองค์ได้ทรงกระทำ, เช่นการให้ทุนการศึกษาเพื่ออบรมบุคคลชนเป็นอาจารย์, การวางแนวใหม่การศึกษาและค้นคว้า, จึงยังคงถือเป็นแบบฉบับได้. แม้แต่คทภัสร์วางในสมัยพระองค์ท่านก็ยังคงแข็งแรงมั่นคงอยู่จนทุกวันนี้. เพราะสมัยนั้นทลภระหม่อมไม่ทรงยอมให้มีใครรวยลัดจากทุนของพระองค์และทุนที่ส่งมาอุดหนุนการแพทย์. ถ้าบุคคลที่รับช่วงจากพระองค์ท่านจะถือเป็นแบบฉบับ, เราก็แน่ใจว่าการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยจะยังคงมั่นคงถาวรสืบไป, ไม่ลดฐานะลงไปจากวงการแพทย์ทั่วไปของโลก.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดเชยความคลาดคลายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนี้ โปรดติดต่อแผนกศิริวิทยา.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนพฤษภาคมพ.ศ. ๒๕๐๖

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๑๓๘	๒,๑๓๕	๑,๕๓๕	๑,๕๘๘	๒,๐๓๑	๑๖๗	๑๒,๐๗๘
เก่า	๕,๕๐๑	๓,๖๓๕	๔,๕๑๐	๒,๓๘๘	๓,๕๘๔	๕๘๓	๒๑,๕๐๑	
รวม	๘,๖๓๙	๕,๗๗๐	๖,๐๔๕	๓,๙๗๖	๖,๑๑๕	๑,๖๕๐	๓๓,๕๗๙	
ใน	๓๑๒	๔๑๕	๑,๕๕๖	๒๕๑	๔๒๔	—	๒,๙๖๘	

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๘๓ จักษุ ๓๓๐ สูติ—นารี ๖๘๘ รวม ๒,๗๐๑ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๖๐๓ หญิง ๕๕๖ รวม ๑,๑๕๙ คลอดตาย, ชาย ๗ หญิง ๘ รวม ๑๕
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๒๐ คน (๗.๓๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจ ๘๖ ราย (๔๓.๖๓ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๖๒๕ ครั้ง. ข้างนอก — ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๐๑ ครั้ง. เจาะจากโลหิต ๒๕๒ ครั้ง. รวม ๑,๐๑๘ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซตรวจ ๕,๑๕๘ คน, รักษาใหม่ ๕๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๐๓ คน. รadiumรักษา ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๒ คน. ไดอะเทอร์มีย์. รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. รัดไอโอโซโทป. รักษาใหม่ ๕๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๓๐ คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๕๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๐๔๘ คน. รัดไอโอโซโทปวิจัย — คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๕๕๒ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๖ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๕๗๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๘๘ ราย (จากภายนอก ๑๖๗ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๕ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น —. วัชเชอร์แมนและคาร์ทัน ๒,๑๖๗. หมู่มเลือด ๒๘. นับเม็ดเลือด ๗. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. หาเชื้อแบคทีเรีย —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๘. การตรวจวิธีคัมป์ ๘ ราย การตรวจวิธี พี.บี.ที. ๔ ราย การตรวจวิธีอาร์.เอช. ๓ ราย. ตรวจวิธีอาร์.เอ. ๓ ราย อูจจาระ ๔. บัสสาวะ ๑๓. เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๔๖. อูจจาระ ๖๘. บัสสาวะ ๕๕. น้ำไขสันหลัง ๔๗. เสมหะและอื่น ๆ ๕๒๗. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๘. นีดส์ตัวทดลอง ๑๘. เพาะเชื้อปัสสาวะ ๑๓. ตรวจทดลองตัวจิต ๒๕. การตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๘ ราย. การคำนวณไขพยาธิ —. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี่ ๒๔. ตรวจศพนิติเวช ๕๐. ตรวจวัตถุพยาน ๗. ตรวจวิเคราะห์ ๕๕. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๕๓.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๗. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๗. เจาะน้ำช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๘. นีดยาทั่วไป ๓,๖๗๕. นีดยาซีฟาลีส —. เบาหวาน ๒,๓๔๐. คลินิกวัณโรค ๓๒๕.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๐๘. ถอนฟัน ๑,๑๒๖. อุดฟัน ๓๒๗. ผ่าตัดช่องปาก ๖๗.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

ประชุมทางวิชาการ ในเดือนตุลาคม ๒๕๐๖, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการ ดังนี้:

วันศุกร์ ที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๐๖ ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่องที่น่าสนใจ: “การทำแท้งซึ่งแปลกที่ในโลกตา”, ผู้นำเสนอ: น.พ. กุณฑล สุนทรเวช แห่งแผนกรังสีวิทยา, กับ น.พ. อภัย รัตนิน และ น.พ. พิศึกดิ์ สุ่มสวัสดิ์ แห่งแผนกจักษุวิทยา. เรื่องอันคืบต่อไป: “ซึ้นโนเวคโตมัยในโรค รุห์มาตอยด์”, ผู้นำเสนอ: น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ แห่งแผนกศัลยศาสตร์

วันศุกร์ ที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๐๖, ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่องที่น่าสนใจ: “ซึ้นโตโลจีของน้ำไขสันหลัง”, ผู้นำเสนอ: น.พ. รัตนะ วรรณิสสร แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์. เรื่องอันคืบต่อไป: “การศึกษาปริมาณของพลาสติกในระยะเวลาต่าง ๆ ของโรคไขกระดูกออกในประเทศไทย”, ผู้นำเสนอ: พ.ญ. ฤดี ปลื้จินดา แห่งแผนกรังสีวิทยา, กับ น.พ. วินัย สวัสดิ์, พ.ญ. สุกสาคร ตูจินดา, น.พ. ประสงค์

ตุงจินดา แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ และ น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก แห่งแผนกรังสีวิทยา.

วันศุกร์ที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๐๖, ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่องที่น่าสนใจ: “โรคเม็ดเลือดแดงแตกทำลายในทารกแรกเกิด, เหตุจากอาร์เอสแฟกเตอร์”, ผู้นำเสนอ: พ.ญ. สุกสาคร ตุงจินดา แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์, น.พ. ประเทือง พลชาติ แห่งแผนกพยาธิวิทยา และ น.พ. วินัย สวัสดิ์ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์. เรื่องอันคืบต่อไป: “การทดสอบแอนติฟอสฟาเทสในกรณีซึมซึ้น”, ผู้นำเสนอ: น.พ. สมพล กฤตลักษณ์ แห่งแผนกพยาธิวิทยา.

ของขวัญจากรัฐบาลฝรั่งเศส เมื่อวันที่

ศุกร์ที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๐๖, “พณฯ เอกอัครราชทูตฝรั่งเศส กับทูตฝ่ายวัฒนธรรมได้มาที่หอประชุมราชแพทยาลัย, เพื่อกระทำพิธีมอบเครื่องมือสำหรับใช้วิเคราะห์เคมีเลือดแบบพิเศษ ๑ ชุด, ซึ่งรัฐบาลฝรั่งเศสได้มอบให้แก่แผนกสิริราชวิทยา มีมูลค่าประมาณ ๗๐,๐๐๐ บาท. ในการนี้, ศาสตราจารย์ น.พ. สวัสดิ์

แดงสว่าง, อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ ได้เป็นผู้รับมอบแล้วส่งมอบให้แก่
คุณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาลอีกต่อหนึ่ง.

กฐินพระราชทานมหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ เมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๐๖,

อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้
นำกฐินพระราชทานไปทอดที่วัดราชสิท-
ธาราม จังหวัดธนบุรี, มีอาจารย์, ครู
พยาบาล และข้าราชการ ไปร่วม การ กุศล
ด้วยหลายท่าน.

กฐินของคุณบดี เมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม
๒๕๐๖, ศาสตราจารย์ น.พ. ชัชวาล
โอสถานนท์, คุณบดี ได้เป็นประธานนำ
กฐินไปทอดที่วัดนาเหล่าน้ำ, ตำบลเมือง
เก่า อำเภอพนมสารคาม, จังหวัด
ฉะเชิงเทรา. เหตุการณ์ได้ดำเนินไปด้วย
ความเรียบร้อยสมครัทธา.

ข่าวอาจารย์ พ.ญ. ชะวที รัตพงศ์ แห่ง
แผนกสตรีวิทยา ได้รับทุนของมูลนิธิอเล็ก-
ซานเดอร์ ฟอนฮุมโบลต์, ไปทำการค้นคว้า
เกี่ยวกับซัยโตพาร์มาโคโลยี ณ มหา-
วิทยาลัยเกอติงเกิน, ประเทศเยอรมันนี.

ออกเดินทางไปเมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม
๒๕๐๖.

ศาสตราจารย์ น.พ. ทิธิ จึงเจริญ แห่ง
แผนกสตรีวิทยา กลับจากงานสตรีวิทยา
และงานทำการค้นคว้า ณ มหาวิทยาลัย
เท็มเปิล, ฟิลาเดลเฟีย, สหรัฐอเมริกา
เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๐๖. ได้เข้า
ประจำหน้าที่เรียบร้อยแล้ว.

ช่างปั้น หน่วยภาพการแพทย์ได้จัดการ
สอบคัดเลือกได้ นายโชติ แสงสมพร
(ป.ม. ช. เพาะช่าง), เข้าบรรจุเป็นช่างปั้น
เพื่อให้หน่วย ภาพการแพทย์ มีช่าง สำหรับ
กิจกรรม ครบทุกอย่าง ตาม โครงการอย่าง
สมบูรณ์.

ครบเกษียณ นายพน งามละออ, พนักงาน
งานวิทยาศาสตร์โท แห่งแผนกกายวิภาค
ศาสตร์, รัชราชการมาครบเกษียณอายุ
เมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๐๖. ท่าน
ผู้นี้ได้ทำงาน อยู่ในคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาลรวม ๔๑ ปี.

สมทบทุนวันมหิดล นักศึกษาแพทย์
และพยาบาล ได้จัดให้มีการ แสดงดนตรี
ประกอบวีวีวของแพทย์ ณ หอประชุมราช-
พยาบาลเพื่อหารายได้สมทบทุนวันมหิดล

สารศิริราช

เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายนนี้, มีผู้เข้าชม บัตรผ่านประเทศทั้งหมด มีได้หักค่าใช้จ่าย
การแสดงอย่างคึกคัก. รายได้จากขาย โต ๆ เป็นเงิน ๕,๐๔๖ บาท.

ข่าวพยาบาล

กลับจากตุงาน (๑) น.ส. อุดม พิงคิลย์
และ น.ส. ฉายเชิด ณ ถลาง กลับจากต
งาน ณ ประเทศนิวซีแลนด์ เมื่อวันที่ ๑๗
กันยายน ๒๕๐๖. (๒) น.ส. นลของ
จำนงค์วงศ์ กลับจากศึกษาและตุงาน
ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม
๒๕๐๖.

สมรส น.ส. เกษรา เวชสาร พยาบาล
ปริญญา, ตักตรวผู้ช่วยนอกเข้าสู่พิธี

สมรสกับ นายโสภาส จุฑาศิริวงศ์ น.บ.
ณ พระที่นั่งนงคราญสโมสร เมื่อวันที่ ๑๘
ตุลาคม ๒๕๐๖.

โอน น.ส. สุกนธา สุนทโรทก อนุปริญญา
พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย โอนไปรับ
ราชการในตำแหน่งพนักงานวิทยาศาสตร์,
แผนกกายวิภาคศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ ๑
ตุลาคม ๒๕๐๖.

ข่าวนักศึกษา

รับเสด็จราชอาคันตุกะ ในโอกาสที่
พระนางเจ้าจุลียงมา, พระบรมราชินีนาถ
แห่งเนเธอร์แลนด์ พร้อมด้วยเจ้าชาย
แบรนซาร์ต พระราชสวามีและเจ้าหญิง

เบอาทริกซ์, มกุฎราชกุมารี ได้เสด็จเยือน
ประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๐๖,
นักศึกษาของคณะแพทยศาสตร์และศิริ-
ราชพยาบาลได้ไปรับเสด็จร่วมกับนักศึกษา

สารศิริราช

เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายนนี้, มีผู้เข้าชม บัตรผ่านประเทศทั้งหมด มีได้หักค่าใช้จ่าย
การแสดงอย่างคึกคัก. รายได้จากขาย ไท ๆ เป็นเงิน ๕,๐๔๖ บาท.

ข่าวพยาบาล

กลับจากตุงาน (๑) น.ส. อุดม พิงคิลย์
และ น.ส. ฉายเชิด ณ ถลาง กลับจากต
งาน ณ ประเทศนิวซีแลนด์ เมื่อวันที่ ๑๗
กันยายน ๒๕๐๖. (๒) น.ส. นลของ
จำนงค์วงศ์ กลับจากศึกษาและตุงาน
ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม
๒๕๐๖.

สมรส น.ส. เกษรา เวชสาร พยาบาล
ปริญญา, ตักตรวผู้ช่วยนอกเข้าสู่พิธี

สมรสกับ นายโสภาส จุฑาศิริวงศ์ น.บ.
ณ พระที่นั่งนงคราญสโมสร เมื่อวันที่ ๑๘
ตุลาคม ๒๕๐๖.

โอน น.ส. สุกนธา สุนทโรทก อนุปริญญา
พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย โอนไปรับ
ราชการในตำแหน่งพนักงานวิทยาศาสตร์,
แผนกกายวิภาคศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ ๑
ตุลาคม ๒๕๐๖.

ข่าวนักศึกษา

รับเสด็จราชอาคันตุกะ ในโอกาสที่
พระนางเจ้าจุลียงมา, พระบรมราชินีนาถ
แห่งเนเธอร์แลนด์ พร้อมด้วยเจ้าชาย
แบรนซาร์ต พระราชสวามีและเจ้าหญิง

เบอาทริกซ์, มกุฎราชกุมารี ได้เสด็จเยือน
ประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๐๖,
นักศึกษาของคณะแพทยศาสตร์และศิริ-
ราชพยาบาลได้ไปรับเสด็จร่วมกับนักศึกษา

สารศิริราช

เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายนค.ก.น., มีผู้เข้าชม บัตรผ่านประเทศทั้งหมด มีได้หักค่าใช้จ่าย
การแสดงอย่างคึกคัก. รายได้จากขาย โต ๆ เป็นเงิน ๕,๐๔๖ บาท.

ข่าวพยาบาล

กลับจากตุงาน (๑) น.ส. อุดม พิงคิลย์
และ น.ส. ฉายเชือก ณ ถลาง กลับจากต
งาน ณ ประเทศนิวซีแลนด์ เมื่อวันที่ ๑๗
กันยายน ๒๕๐๖. (๒) น.ส. นลของ
จำนงค์วงศ์ กลับจากศึกษาและตุงาน
ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม
๒๕๐๖.

สมรส น.ส. เกษรา เวชสาร พยาบาล
ปริญญา, ตักตรวผู้ช่วยนอกเข้าสู่พิธี

สมรสกับ นายโสภาส จุฑาศิริวงศ์ น.บ.
ณ พระที่นั่งนงคราญสโมสร เมื่อวันที่ ๑๘
ตุลาคม ๒๕๐๖.

โอน น.ส. สุกนธา สุนทโรทก อนุปริญญา
พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย โอนไปรับ
ราชการในตำแหน่งพนักงานวิทยาศาสตร์,
แผนกกายวิภาคศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ ๑
ตุลาคม ๒๕๐๖.

ข่าวนักศึกษา

รับเสด็จราชอาคันตุกะ ในโอกาสที่
พระนางเจ้าจุลียงมา, พระบรมราชินีนาถ
แห่งเนเธอร์แลนด์ พร้อมด้วยเจ้าชาย
แบรนซาร์ต พระราชสวามีและเจ้าหญิง

เบอาทริกซ์, มกุฎราชกุมารี ได้เสด็จเยือน
ประเทศไทยเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๐๖,
นักศึกษาของคณะแพทยศาสตร์และศิริ-
ราชพยาบาลได้ไปรับเสด็จร่วมกับนักศึกษา

มหาวิทยาลัยอื่น ๆ ที่ข้างวัดเบญจมบพิตร. แม้ว่าจะห่างไกลระยะเวลาอยู่นั้นฝนได้ตกลงมาอย่างหนักนักศึกษาทั้งหลายก็ได้รักษาหน้าท้อยโดยมิได้ย่อท้อ. นับว่าได้แสดงความจงรักภักดีต่อพระมหากษัตริย์อย่างน่าชมเชยยิ่ง

ช่วยงานต่อต้านวัณโรค เมื่อวันที่ ๒๐

ตุลาคม ๒๕๐๖ ซึ่งเป็นวันต่อต้านวัณโรค, นักศึกษาแพทย์และนักเรียนพยาบาลรวม ๘๐ คน ได้ไปช่วยจำหน่ายดวงตราผนึกต่อต้านวัณโรคเพื่อหาทุนให้แก่สมาคมปราบวัณโรค ตั้งแต่เวลา ๗.๓๐ น. ถึง ๑๒.๐๐ น., นับว่าได้ทำการเสียสละเพื่อการกุศลอย่างน่าอนุโมทนายิ่ง.

ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม

กฐินสามัคคี เมื่อวันอาทิตย์ที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๐๖ ชุมนุมศึกษาพุทธธรรมได้นำผ้ากฐินไปทอดที่วัดใหม่ยานุ้ย, คลองภาษีเจริญ. ในการกุศลครั้งนี้ มีสมาชิกและผู้

สมทบบำเพ็ญบุญไปร่วมงานด้วยประมาณกว่าสองร้อยคน. เป็นที่น่าสังเกตว่าในขบวนนักศึกษแพทย์และนักเรียนพยาบาลไปร่วมงานกุศลมากกว่าขบวนอื่นแล้ว. เหตุการณ์ได้ดำเนินไปโดยเรียบร้อย.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ของแถม

พิษบุหรี่

การสูบบุหรี่ซึ่งคิดเป็นนิสัยในหญิง ๒๐ ถึง ๓๐ ปีช. และชาย ๗๐ ถึง ๘๐ ปีช. เป็นการไต่สิ่งเป็นพิษจากการหายใจอยู่เสมอ. ความสำราญที่ได้จากการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้จาก นิโคติน. การฉีก นิโคติน ๒ มก. จะให้ความสำราญเช่นเดียวกับนิโคติน โดยที่ นิโคติน ขนาดน้อย ๆ ก็อาจทำให้เกิดอาการเป็นพิษได้. ผู้สูบบุหรี่จึงถูกบังคับให้จืดขนาด นิโคติน ให้เข้าไปพอที่จะทำให้เกิดควมสำราญซึ่งเป็นระยะก่อนเกิดอาการเป็นพิษเล็กน้อย. เขาจะมีวิธิตดควนให้ นิโคติน ถูกดูดซึมเข้าไปตามขนาดที่ต้องการ, ซึ่งเยอบของระบบหายใจส่วนบนดูดซึมได้ ๑๐ ปีช. และเยอบระบบหายใจส่วนล่างดูดซึมได้ ๘๐ ปีช. การตรวจพบ คาร์บอนมอนอกไซด์ ในเลือดแสดงถึงการที่ร่างกายได้รับควนบุหรี่เข้าไปทางระบบหายใจส่วนล่าง, ซึ่งสามารถดูดซึม คาร์บอนมอนอกไซด์ ได้. คนที่สูบ ซิการ์ และกล้องได้ นิโคติน จากการดูดซึมของเยอบระบบหายใจส่วนตนซึ่งดูดซึมได้น้อยแต่ก็พอเพียงแก่ความต้องการเพราะใน ซิการ์ และยาเส้นมี นิโคติน อยู่มาก. ผู้ที่สูบ ซิกาแรต นั้นสูบเพื่อคยความกระหาย, ดึงเงินนอกจากจะได้ นิโคติน แล้วก็ยังหายใจเอาสารที่อาจทำให้เกิดมะเร็ง, ซึ่งระบบหายใจส่วนล่างไวต่อสิ่งนี้โดยเฉพาะ, เข้าไปด้วย.

(จาก Borbely, F.: The toxicological aspects of smoking. Schweiz. med. Wschr. 1962, 92:283. ลงชื่อในหนังสือ German Medical Monthly 1963, 8:171.)

บุญเรือง นียมพร พ.บ., Dr. med.