



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๐๘	Volume 17, Number 5, May 1965.
---------------------------------	--------------------------------

โปรสตาติโนมา
การรักษาทางศัลยกรรมโดยวิธีตัดแปลงใหม่

สัมพันธ์ ต้นตวงศ์ พ.บ.

ดี ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med. (Heidelberg)

(หน่วยระบบบัสสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปชะกฤษณะ)

ในข้อเขียนโรค โปรสตาติโนมา (Prostadenoma) ในบ้านเราได้เพิ่มมากขึ้น, เห็นได้จากการเปรียบเทียบรายงานของนายแพทย์สมัย จันทวิมล ในจดหมายเหตุทางแพทย์ พ.ศ. ๒๔๗๘, ซึ่งพบผู้ป่วย โปรสตาติโนมา ในศิริราชพยาบาล ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๗๔ - ๒๔๗๘ รวม ๕ ปี จำนวน ๔๓ ราย, ก็ยังจำนวนผู้ป่วยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๑ - ๒๕๐๕ ซึ่งมี ถึง ๓๕๕ ราย. ในระยะหลังมีผู้ป่วยมารับการรักษา

เรื่องย่อ. ต้นตวงศ์, สัมพันธ์, ดี ชัยวัฒน์: โปรสตาติโนมา, การรักษาทางศัลยกรรมโดยวิธีตัดแปลงใหม่. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗: ๒๖๑ - ๒๖๕.

ผู้รายงานได้เสนอการผ่าตัดต่อม โปรสตาติโนมา โดยวิธี ซูปราพิวบิก ที่ได้ตัดแปลงวิธีทำให้เลือดหยุดเสียใหม่. ผลของการผ่าตัด ๖๐ รายเป็นที่น่าพอใจมาก. การผ่าตัดไม่ยาก, มีให้เลือก ๕ แบบ. คนไข้ปลอดภัย, ไม่เสียเลือดมาก. ประหยัดรายจ่าย. ไม่พบการหดค้ำของคอกระเพาะบัสสาวะหลังผ่าตัด. การผ่าตัดวิธีใหม่นี้เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดด้วย.

๕๕ ถึง ๑๐๐ รายต่อย. การที่โรคนี้เพิ่มขึ้นก็เนื่องจากประชากรอายุยืนขึ้น, มีการศึกษาดีและการคมนาคมสะดวกขึ้น. โรคนี้พบได้ ในคนอายุตั้งแต่ห้าสิบขึ้นไป. พบบ่อยเป็นพิเศษระหว่างอายุ ๖๐ ถึง ๘๐ ปี, ซึ่งมี ๓๐๖ ใน ๓๕๕ ราย, เท่ากับ ๗๗.๕ ปร. ในชุดของเราอายุต่ำสุด ๕๐ ปี, สูงสุด ๘๓ ปี. เนื่องจากโรคนี้เกิดขึ้นในระยะที่สังขารเริ่มเสื่อมโทรมลง, ผลของการรักษาจึงขึ้นอยู่กับปัจจัย ๒ ประการคือ:

๑. เวลาที่คนไข้มาหาแพทย์มาในภาวะใด, เข้าไปหรือไม่,

๒. การเลือกและการเตรียมคนไข้.

คนไข้ ปอดอักเสบโตโนมา มีโรคแทรกซ้อนอยู่เสมอ. ในจำนวนคนไข้ของเรา ๓๕๕ ราย มีโรคแทรก ดังต่อไปนี้: นิ้วในกระเพาะปัสสาวะ ๖๓ ราย (๑๕.๕ ปร.), ไคเวอร์ติคลัม ของกระเพาะปัสสาวะ ๔ ราย, ผดอมลูกหมาก ๑ ราย, ริดสีดวงทวารหนัก ๘ ราย, อัมพาตอีกเสบ ๑ ราย และไส้เลื่อนขาหนีบ ๓ ราย, รวม ๘๔ ราย (๒๑.๓ ปร.).

การเลือกและการเตรียมคนไข้เพื่อการผ่าตัดเป็นของสำคัญ. เราถือหลักดังต่อไปนี้:

๑. ลักษณะทั่วไปไม่แห้ง, ไม่ซีด, และไม่มีคีซ่าน.

๒. เกี่ยวกับระบบประสาท, คนไข้ต้องไม่มีอาการจิตเสื่อมวัยชรา (senile psychosis) หรือเคยเป็นโรคจิตมาก่อน.

๓. เกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด, ต้องไม่มีอาการหัวใจล้มในระลอก, หลอดเลือดหัวใจพิการ, หรืออินฟาร์คตของหัวใจแทรกซ้อนอยู่. ถ้ามีโรคเหล่านี้ต้องรักษาและให้พักผ่อนอย่างน้อย ๖ เดือน. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเรื่องจำเป็น.

๔. เกี่ยวกับระบบหายใจ, คนสูงอายุมักมีโรคปอดเรื้อรังเช่น เอ็มฟิซัยมา เป็นต้น. คนไข้จะต้องมีความจุเต็มทของปอดพอเพียง. ในการเลือกอย่างง่าย ๆ, คนไข้ต้องไม่มีอาการหอบเหนื่อยในระยะพัก. การถ่ายเอกซเรย์ ออกเป็นของจำเป็น. ถ้าพบโรคปัจจุบันควรรักษาเสียก่อน.

๕. เกี่ยวกับระบบปัสสาวะ, ปัญหาใหญ่ขึ้นอยู่กับการทำงานไตและการตรวจกระเพาะปัสสาวะด้วย กล้องเพื่อโรคแทรก. คนไข้ที่มีไตเสียอย่างถาวรย่อมทนต่อการผ่าตัดใหญ่ไม่ได้. พวกที่มีไต

พิจารณาชีวิต หรือ มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจะต้องแก้ไขเสียก่อน.

การตรวจหน้าที่ของไตที่เราใช้อยู่เป็นประจำมีดังต่อไปนี้:

ก. การทดสอบแบบ "โวลซาร์ค" ซึ่งทำให้ทราบถึงการทำงานของ กลอ-เมอรูล และ ทูบล.

ข. การตรวจเลือด. คนไข้ที่มีสารเอ็น. พ. เอ็น. และ เคราตินิน ในเลือดปกติเราต้องนั่งอยู่เสมอมองการทำงานไตคนไข้นี้อาจปกติ ๑๐๐ ปช. หรือการทำงานเสื่อมไปไม่เกิน ๗๐ ปช.

Wildbolz แนะนำให้ทำการทดสอบอินดิโกคาร์มิน. ไตที่ผิดปกติจะขับสีออกมาให้เห็นในเวลาไม่ช้ากว่า ๑๕ นาที.

๖. โรคแทรกเรอริง, เบ้าหวานควรรักษาจนคุมได้ก่อนผ่าตัด. ซีย์ฟิลส์ ควรได้รับการบำบัดให้หายเสียก่อน.

คนไข้ პროสตะคิโนมา พวกหนึ่งมีอาการน้อยมาก อาจรักษาตามอาการ หรือใช้ยา (คไตจากหนังสือคำบรรยายวิชาวิทยายุโร โดย น.พ. สัมพันธ์ ต้นตึงศ์ และ น.พ. ตู ชัยวัฒน์, พ.ศ. ๒๕๐๕). อีกพวกหนึ่งมีโรคแทรก. เราพบ ๓๕ ราย (จาก ๓๕๕ ราย) มีโรคแทรกทางหัวใจ

และไต. ปรากฏว่า ๒ รายถึงแก่กรรมในโรงพยาบาลเนื่องจาก ยूरเมีย. ที่เหลือได้รับการทำให้ชุปราพิวบิค ซีย์สโตสโตมีย์ถาวร (permanent suprapubic cystostomy) ๑๒ ราย และได้รับการใส่หลอดสวนท่อปัสสาวะไว้ ๒๕ ราย, แล้วต้องไปพักผ่อนต่อที่บ้าน.

คนไข้ პროสตะคิโนมา ที่ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดควรมีสภาพดังต่อไปนี้:

๑. ถ่ายปัสสาวะบ่อยมาก จนรบกวนการพักผ่อน.
๒. มีการติดเชื้อเป็น ๆ หาย ๆ.
๓. มีการตกเลือดซ้ำ ๆ.
๔. มีปัสสาวะคั่งค้างซ้ำ ๆ.
๕. มีเนื้องอกขึ้น.
๖. มี ไท เวอร์คิคลัม ของ กระเพาะปัสสาวะ.

๗. มีปัสสาวะตกค้างเกิน ๑๐๐ มล.

ในการทำการตัดต่อมลูกหมากเพื่อรักษาโรค პროสตะคิโนมา ในคนไข้ ๓๕๖ รายเราใช้วิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้:

๑. ชุปราพิวบิค პროสเทคเต็คโตมีย์ (S.P.) ๑๕๑ ราย. ตาย ๒ รายเนื่องจากโรคแทรกทางหัวใจและไตภายหลังผ่าตัด. อัตราตายเท่ากับ ๑.๓๒ ปช.

๒. ริโทรฟิวบิค ปรอสเตเต็ค โทมีย์ (R.P.) ๘๑ ราย. ทาย ๑ รายเนื่องจากโรคแทรกทางหัวใจ. อัตราตายเท่ากับ ๑.๒๓ ปช.

๓. ทรานสเฟอร์เนียบล ปรอสเตเต็ค-โทมีย์ (T.P.) ๕๑ ราย. ทาย ๑ รายเนื่องจาก ข้อศอก ชนกับไม้พจนซึ่งเกิดขึ้นขณะผ่าตัด. อัตราตายเท่ากับ ๑.๙๖ ปช.

๔. / ทรานส์ยูริวรัล ริเซ็คชัน (T.U.R.) ๗๓ ราย. ทาย ๗ ราย. อัตราตาย ๙.๕๙ ปช. การที่อัตราตายสูงก็เนื่องจากเรามีความชำนาญน้อยและ คนไข้ของเราเกินกว่า ๕๐ ปช. มีการอักเสบของต่อมลูกหมากเรอริงแทรกซ้อนอยู่, จึงทำให้เลือดออกมากผิดปกติ. คนไข้ถึงแก่กรรมเนื่อง

จากเสียเลือดและงห้ามต่อมลูกหมากทะเล.

ในการเลือกวิธีทำการตัดต่อมลูกหมากว่าวิธีไหนจะดีกว่ากันนั้น สำหรับบ้านเราซึ่งเป็นประเทศจน ๆ ควรถือเกณฑ์ดังต่อไปนี้คือ:

๑. วิธีผ่าตัดของง่าย.
 ๒. ประหยัดเครื่องมือและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ดี.
 ๓. เสียเลือดน้อย.
 ๔. ปลอดภัยสำหรับคนไข้.
 ๕. ทำการรักษาหลังผ่าตัดได้ง่าย.
- เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายของการผ่าตัดตามวิธีต่าง ๆ กับโรงพยาบาลอื่นได้ผลดังต่อไปนี้:

	S.P.	R.P.	T.P.	T.U.R.
ศิริราช	๑.๓๒	๑.๒๓	๑.๕๕	๕.๕๕
Boeminghaus	—	๐.๒	—	—
Winsburg White	๕.๔	—	—	—
Wilson Hey	๔.๐	—	—	—
Brady Uro. Inst.	—	—	๓-๕	—
Thomson	—	—	—	๐.๕
Wadrill	—	—	—	๗.๐
Stewart	—	—	—	๓.๗
Tan	๕.๓	๒.๑๗	๑.๗	—
Preman	—	๒.๔	—	—

เมื่อผลของการผ่าตัดจะเห็นว่าของเรา อยู่ในเกณฑ์ดี, แต่ก็ยังหาได้ก้าวหน้าไป ถึงจุดหมดยที่เราประสงค์ไม่, เพราะ :

- ๑. ยังมีการเสี่ยเลือดขณะผ่าตัด.
- ๒. คอ้งระมัตระวังอย่างมากในระยะ หลังผ่าตัดใหม่ ๆ, จนบางครั้งชดชวางต่อ งานที่ควรจะทำเน้นต่อไป.

เราได้พยายาม คัดแปลง วิธี คัดค่อม ปรอัสเตค เพื่อให้ไตวชที่คตึงเกณฑ์ที่ กล่าวมาแล้ว นอกจากจะเสี่ยเลือดน้อย. ประ หยัต รายจ่าย ของ โรง พยา ขาล และ “เพื่อโรงพยาบาลต่างจังหวัด” จะได้นำ ไปช่วยบำบัดโรคคนได้มากยิ่งช.

บัจย ที่ เกี่ยว ข้อง กับ การ ผ่า ตัด ค่อม ปรอัสเตค เพื่อให้เสี่ยเลือดน้อยลงมีดังนี้:

๑. การเตรียมคนไข้ก่อนผ่าตัด. คน ไข้พวกนี้จะมีเลือดคตึงคตึงมากเนื่อง จาก ผล ของ บัสสวาระ คิงคาง เรอริงและการ คัดเชอเรอริง. ในการแก้ไขควรใส่หลอด ส่วนคาทอบัสสวาระไว้อย่างน้อย ๑ สัปดาห์ ซึ่งจะเกิดผลคตึงคตึงไปนี้:

- ก. ลด การ คิง ของ เลือด ที่ ค่อม ลุก หมายและกระเพาะบัสสวาระ.
- ข. ทำให้การคตึงเชอหมคไปหรือน้อย ลง.

- ค. ทำให้การทำงานของไตคตึง.
- จ. ทำให้คนไข้เคยชินต่อการคาของ หลอดสวน.

ฉ. ทำให้ทราบว่าคนไข้แพ้หลอดสวน หรือไม่.

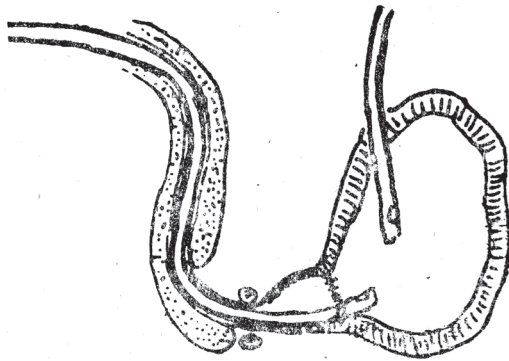
๒. ความชำนาญของผู้ผ่าตัด, การ จะทำได้เรียบร้อยรวดเร็ว เพียงไตคตึงอยู่กับ คัดชแพทยเอง.

๓. วิธีทำให้เลือดหยุดขณะผ่าตัด. เนื่องจากเราเห็นว่าวิธี ชูปราฟวิค ปรอัสเตเตคโตมัย เป็นวิธีง่าย, เห็นชัดเจน, และเมื่อมีโรคแทรกของกระเพาะบัสสวาระ ก็สามารถทำการรักษาไปได้พร้อมกัน, จึง ได้คัด แปลง วิธี ทำให้เลือดหยุดเสี่ยใหม่ โดยถือหลัก “Temporary complete closure of the vesical neck.”

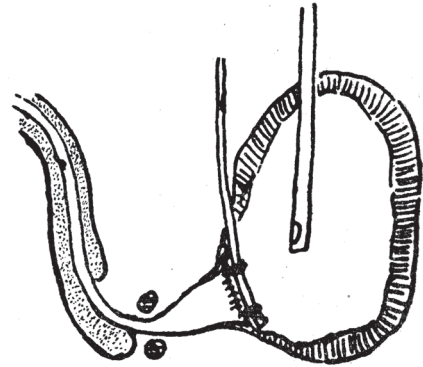
วิธีเย็บ มี ๒ วิธีคือ :

ก. “Vertical continuous suture of the vesical neck with plain cat gut No. 000”. โดยวิธีนี้สามารถเย็บปิดปาก กระเพาะบัสสวาระได้ ๓ แบบดังภาพ ๑, ๒, ๓.

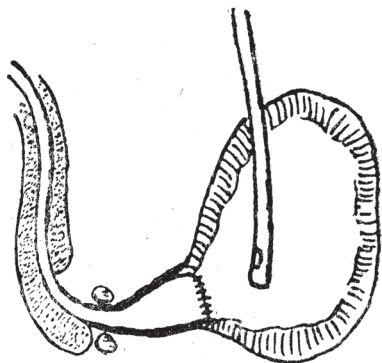
- ๓. การค แล คน ไข้ หลัง ผ่า ตัด มี คิง นี้ : ๔๘-๗๒ ชั่วโมงหลังผ่าตัดเอาหลอดสวน กระเพาะบัสสวาระคตึงทมิในภาพ ๑ ออก, หรือเอาทอที่ผูกคตึงกับคอกระเพาะบัสสวาระ.



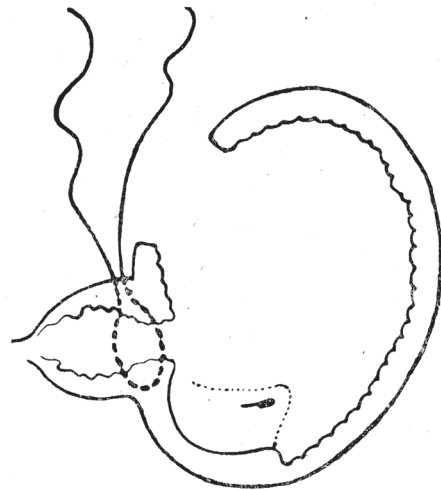
ภาพที่ ๑ แสดงการเย็บสายแนวตั้งแบบที่ ๑. ใช้เส้นเอ็นที่เย็บสายผูกหลอดพลาสต์คีสวานบัสสาวะ ตัดกับส่วนต่ำสุดของคอกระเพาะบัสสาวะและทำ ซิซโตสโตมีย์.



ภาพที่ ๓ แสดงการเย็บสายแนวตั้งแบบที่ ๓. ผูกเส้นเอ็นที่ ใช้ เย็บคอ กระเพาะ บัสสาวะ กับ หลอดสวนบัสสาวะเด็กทั้งทางบนและทางล่าง และทำ ซิซโตสโตมีย์.



ภาพที่ ๒ แสดงการเย็บสายแนวตั้งแบบที่ ๒. เย็บคอกระเพาะบัสสาวะปิดและทำ ซิซโตสโตมีย์.



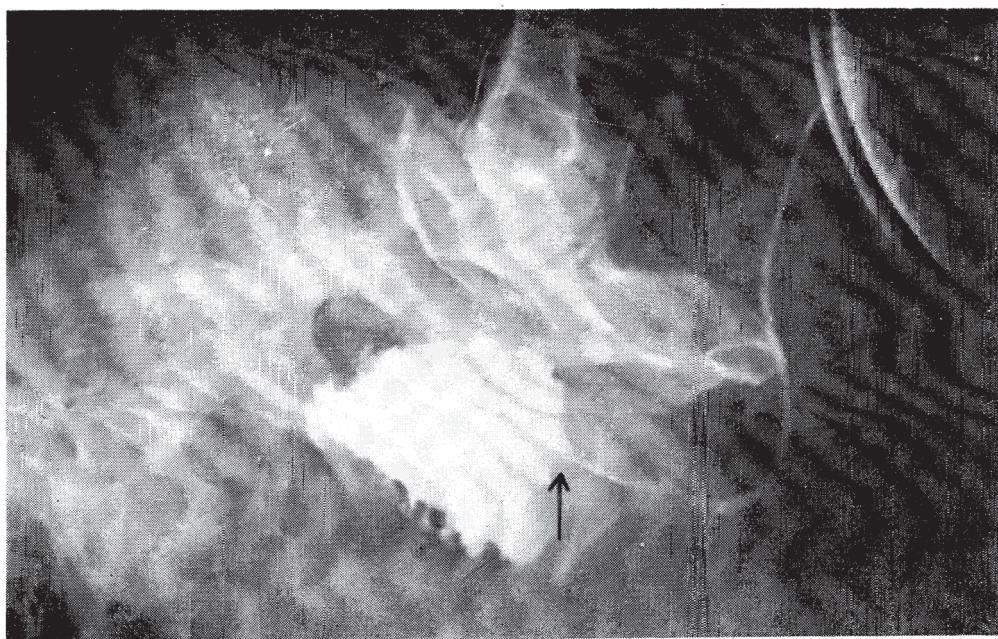
F. Alcind

ภาพที่ ๔ แสดงการเย็บแบบปากถุงรอบคอกระเพาะบัสสาวะ.

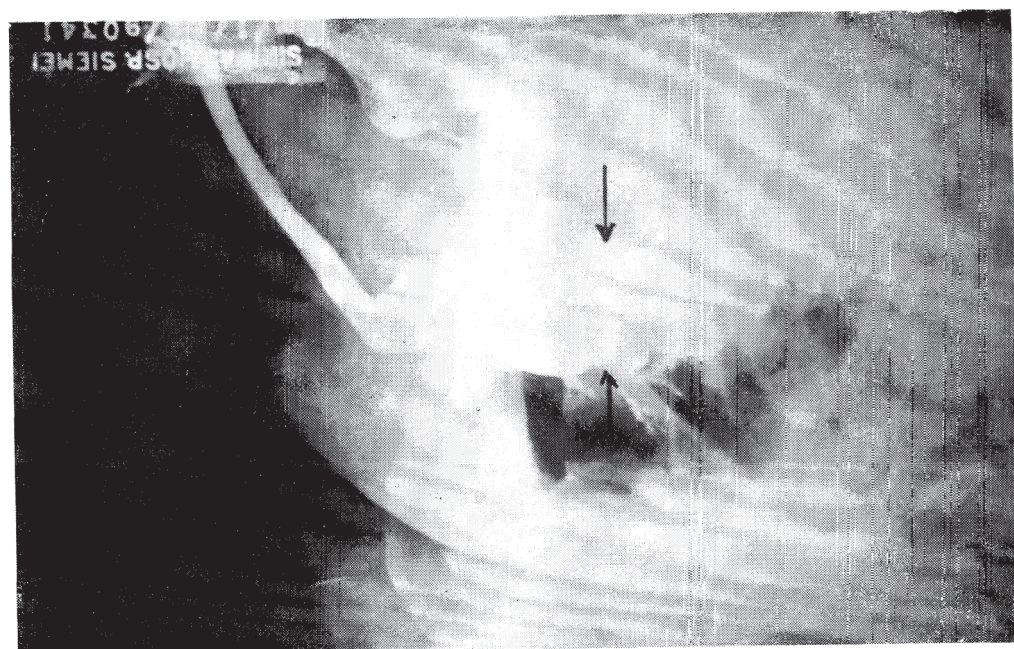
ทั้งปรากฏในภาพ ๓ ออก. เมื่อขีสสาวะใส, แผลหายดี, ไม่มีไข้แล้ว จึงเอาหลอดซิซโตสโตมีย์ ออก.

ข. "Purse-string suture with non-absorbable material e.g. Nylon." มีวิธีเย็บดังภาพ ๔, ๕. การดูแลคนไข้หลังผ่าตัด

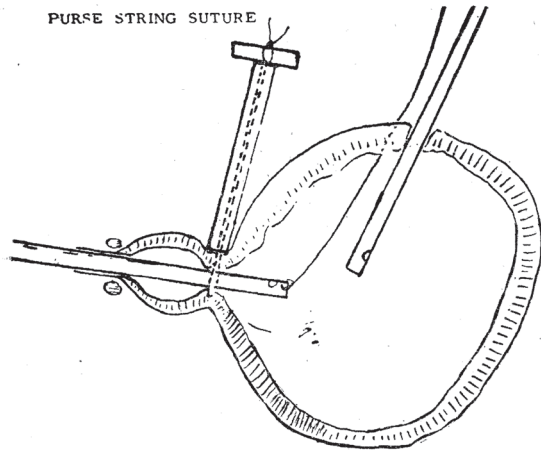
มีดังนี้: ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัดก็แก้เส้น ในลอน ที่ผูกไว้ ออก แล้วหย่อนให้หลวม. ๔๘ ชั่วโมงหลังผ่าตัดก็ดึงเอา ในลอน ออกเลยแล้วเปลี่ยนที่กระชายให้เล็กลง. เมื่อ



ภาพที่ ๖ แสดง วอยดิงก์ ซิย์สโตกรัม ของคนไข้ โปรสตะดีโนมา. เห็นคอกกระเพาะปัสสาวะแคบและท่อปัสสาวะส่วนที่ผ่านต่อม โปรสแตต เล็ก.



ภาพที่ ๗ แสดง วอยดิงก์ ซิย์สโตกรัม ภายหลังจากชุด อะดีโนมา ของต่อมลูกหมากออกแล้ว. เห็นคอกกระเพาะปัสสาวะกว้างออก.



ภาพที่ ๕ แสดงการผูกเส้น ไนลอน กับท่อพลาสติกเหนือท่อขยายใน Retzius space. เส้นไนลอนจะรัดหลอดพลาสติกสวนบัสสาวะ, ทำให้ท่อกระเพาะบัสสาวะบีบและทำ ชีสต์โตสโตมีย์.

บัสสาวะใสแผลหายดี, ไม่มีไขจึงเอาหลอดชีสต์โตสโตมีย์ ออก.

ข้อสังเกตเกี่ยวกับเครื่องใช้บางอย่าง

๑. หลอดสวนบัสสาวะใช้ หลอดพลาสติก ขนาด 22 F ซ่อได้ตามท้องตลาด, ราคาเมตรละ ๘๐ สตางค์, ๑ เมตรตัดได้ ๓ ท่อน.

๒. สายยาง ชีสต์โตสโตมีย์ เป็นยางเหลือง "เพียวกัม" ธรรมดา.

๓. เส้นไนลอน ใช้เส้น ไนลอน ที่ใช้เย็บแห, ขนาดเบอร์ ๐-๑. อาจใช้ ไนลอมิก แคท-กัท ขนาด ๐ ชนิดไม่พองก็ได้.

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเลือดที่เสียไปในการทำ ชีปราพีวีก ปรอสเตตค์โตมีย์ วิธีที่เคยทำกับวิธี คัดแปลงใหม่ เห็นผลดังในตารางต่อไปนี้.

	Vertical continuous suture	Purse-string suture	Separate suture with or without Foley's catheter
จำนวนคนไข้	๑๕	๔๕	๔๕
อายุ, (ปี)	๕๗-๘๗ (๖๕.๑)	๔๔-๘๕ (๖๓.๔)	๕๖-๘๕ (๖๕.๕)
น้ำหนักของ อะดีโนมา ที่ขุดออก (กรัม)	๒-๕๕ (๓๒.๗)	๑๒-๒๕๐ (๔๗.๑)	๑๐-๑๐๐ (๓๒.๑)
จำนวนคนไข้ที่ได้รับเลือดขณะผ่าตัด	๔	๑๓	๔๓
จำนวนเลือดที่ใช้ (มล.) ต่อราย	๕๐๐	๒๒๐-๑,๐๐๐	๓๕๐-๒,๑๕๐
จำนวนเลือดที่ใช้ต่อทุกราย	๒,๐๐๐	๖,๒๗๐	๓๑,๐๐๐
จำนวนเลือดเฉลี่ยต่อราย	๑๓๓	๑๓๕	๖๘๘
เวลาที่อยู่ใน ร.พ. หลังผ่าตัด (วัน)	๕-๒๒ (๑๔)	๘-๔๕ (๑๕)	๘-๖๐ (๑๕)

จากตารางจะเห็นได้ว่าจำนวนคนไข้ที่
ต้องให้เลือดขณะผ่าตัดได้ลดลงกว่าเดิม ๔
เท่า. รวมจำนวนเลือดที่ใช้ลดลง ๒๔,๗๓๐
มล. ในระยะหลังขีหนึ่ง ๆ เราผ่าตัดคนไข้
พร้อมทีโนมา เกือบ ๑๐๐ ราย, ประ-
หยัดเลือดได้ประมาณ ๕๔,๕๕๕ มล. หรือ
ลดรายจ่ายของโรงพยาบาลได้ประมาณยละ
๒๗,๕๐๐ บาท (ทั้งนี้ยังไม่คิดค่าขวด,
น้ำยาและค่าแรงงาน ฯลฯ).

เห็นได้ว่าหลังผ่าตัดเกือบไม่มีเลือดออก
มาในกระเพาะปัสสาวะเลย, ทำให้การรักษา
หลังผ่าตัดสะดวกขึ้น. การทดเลือดตาม
หลัง (เซคันคาร์ย) และโรคแทรกซ้อน
ต่าง ๆ ก็ทำได้มากกว่าวิธีที่กระทำกันอยู่
แต่เดิมไม่. การให้เลือดหลังผ่าตัดเกือบ
ไม่ต้องการเพราะเลือดหยุดได้ดี. การให้
เลือดขณะผ่าตัดจะลดลงถ้า การเตรียม คน
ไข้ดีพอ. และถ้าศัลยแพทย์ผู้ร่วมมือไม่
เด่นเกินไป. จากคนไข้ พร้อมทีโนมา ที่
ได้รับการเย็บ โดยการเย็บ สอย แนวตั้ง
(vertical continuous suture) ๑๕ ราย
ได้รับการให้เลือดขณะผ่าตัด ๔ ราย, ทั้งนี้เนื่อง
จากความดันเลือดตก ๒ รายส่วนอีก ๒ ราย
เนื่องจากค่า ชีมาโตคริตต่ำกว่า ๓๕ ปร.ช.
ก่อนผ่าตัด. คนไข้ที่ได้รับการเย็บแบบ

“ปากถุง” (Purse string) ๔๕ รายจำเป็นต้อง
ให้เลือดขณะผ่าตัด ๑๓ ราย, ๔ ราย
มีค่า ชีมาโตคริตต่ำกว่า ๓๕ ปร.ช. ก่อน
ผ่าตัด. หนึ่งรายมีมะเร็งของกระเพาะปัส-
สาวะต้องผ่าตัดเอาออกพร้อมกัน. วิสัญญี-
แพทย์ให้เลือดโดยคิดว่าคงจะเสียเลือดจึง
ลงมือให้เสียตั้งแต่เริ่มผ่าตัด ๒ ราย, ผศ
แพทย์หัดผ่าตัด ๑ ราย. มีความดันเลือด
ตกจนต้องให้เลือด ๔ ราย. พวกคนไข้ที่
ได้รับการเย็บแบบเดิม ๔๕ รายได้รับการให้เลือด
๔๓ ราย. ในจำนวนคนไข้มีเลือดจากก่อน
ผ่าตัด ๑๕ รายและความดันเลือดตก ๒๔
ราย. เมื่อรวบรวมเปรียบเทียบอย่างแท้
จริงจะเห็นได้ว่าโดยการเย็บเพื่อทำให้เลือด
หยุดแบบใหม่ขณะผ่าตัดต่อมลูกหมาก จำ-
เป็นต้องให้เลือดจริง ๆ เพียง ๖ รายเท่านั้น
จาก ๖๐ รายซึ่งต่างกับวิธีเดิมมากที่จำ
ต้องให้เลือดขณะผ่าตัดถึง ๒๔ รายใน ๔๕
ราย.

เนื่องจากแพทย์บาง ท่าน กลัวว่า โดย
อาศัยการทำให้เลือดหยุดตามวิธีใหม่นี้จะมี
การหดค้ำ (contracture) ของคอกระเพาะ
ปัสสาวะตามมาภายหลัง, เราได้ทำ ชีโยส-
โตยรีโรกริม หลังผ่าตัด ๑ เดือนพบว่า
คอกระเพาะปัสสาวะกว้างขึ้น ปกติถึงภาพ
๖, ๗.

ได้ทดลองหาจำนวนเลือดที่เสียไปขณะ
ผ่าตัดโดยใช้ รากิโอ-โชมเมียม⁵¹ สอง
รายเนื่องจาก โชมเมียม⁵¹ มีจำนวน
จำกัด. รายแรกอายุ ๘๕ ปี, ผ่าตัดหลัง
จากการเตรียมก่อนผ่าตัด ๑ สัปดาห์
ปรากฏว่าเสียเม็ดเลือดแดง ๔๗ มล. และ
พลาสมา ๓๗๖ มล. รายที่สองทำผ่าตัด
ขณะต่อมลูกหมากยังบวมและมีเลือดออก.
รายนี้เสียเลือดคืบเป็นเม็ดเลือดแดง ๒๖๕
มล. และ พลาสมา ๕๘๗ มล. จะเห็น
ได้ว่าจำนวนเลือดที่เสียไปเป็นจำนวนที่คนไข้
มักทนได้และไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
เกี่ยวกับความดันเลือด.

จากผลงานที่ทำมาเราคิดว่า การเลือก,
การเตรียมคนไข้ที่ดีและอาศัยวิธีผ่าตัด
ต่อมลูกหมากที่ดัดแปลงใหม่นี้ คง จัก เป็น
ประโยชน์อย่างมาก, เพราะประหยัดราย
จ่ายของโรงพยาบาลได้มาก, คนไข้ปลอดภัย,
มีการเสียเลือดน้อยทั้งการผ่าตัดทำ
ได้ง่ายด้วย. ดังนั้นจึงเห็นว่าคงเหมาะสม
ที่จะนำไปใช้ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดของ
เราด้วย.

เอกสาร

ขอขอบคุณผู้รายงาน.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

PROSTADENOMA
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT BY A NEW MODIFIED HEMOSTATIC
TECHNIQUE

Sambhandh Tantiwongse, M.B.
Dhu Chaiyawat, M.B., Dr. med. (Heidelberg)
(Urological Unit, Dept. of Surgery)
(Head of Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishana)

From B.E. 2501 to 2505 (1958 to 1962) 306 cases of prostatic adenoma were operated upon by various techniques. The mortality rate for the suprapubic method was 1.32 per cent., retropubic 1.23 per cent., transperineal 1.95 per cent., and transurethral resection 9.59 per cent. Common immediate causes of

death were cardiac, renal and hemorrhagic complications. It was found that the modified hemostatic technique for suprapubic prostatectomy lessened the postoperative morbidity as well as reduced the need for blood transfusion during operation (6 out of 60 cases).

(Two tables. Seven figures.)

การทดสอบกศรียรอยด์ด้วยไทรไอโอโดทัยโรนีน

ร่มไทร สุวรรณิก พ.ด.

ฤดี ปลื้จินดา พ.บ.

ข้อฟ้า แก้วจินดา พ.บ.

วารุณี บุญปาลิต พ.บ.

(หน่วยโรคไทรไอโอโซโทป, แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสริมรส)

ประโยชน์ของการใช้ ไอโอดีน^{๑๓๑} ในการตรวจค้นหาที่ของต่อม รียรอยด์ ได้เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย. โดยอาศัยการศึกษายปริมาณและความเร็วของ เมตะบอลิซึม ของ ไอโอดีน^{๑๓๑} ทั้งภายในและภายนอกต่อม รียรอยด์. การตรวจโดยใช้ ไอโอดีน^{๑๓๑} อย่างง่ายและสะดวกที่สุดก็คือการวัดอัตราการกักจับ ไอโอดีน^{๑๓๑} ของต่อม รียรอยด์ ในเวลาจำกัดซึ่งอาจวัดได้โดยตรงที่ต่อม รียรอยด์ ว่ามี ไอโอดีน^{๑๓๑} มาอยู่ในต่อม รียรอยด์ เป็นกเปอร์เซ็นต์ของ ไอโอดีน^{๑๓๑} ทั้งหมดที่กินเข้าไป, เทคนิคของการหาเปอร์เซ็นต์ของการจับ ไอโอดีน^{๑๓๑} ที่ต่อม รียรอยด์ (ไอโอดีนอ็อปเทค) โดยการวัดภายนอกที่คอในเวลา ๒๔ ชั่วโมงได้รับการจัดเข้ามาตรฐานเดียวกันหมด เพื่อเทียบค่ามูลได้ทั่วโลกแล้ว. (1)

แต่การวัด ไอโอดีน^{๑๓๑} อ็อปเทค ใน

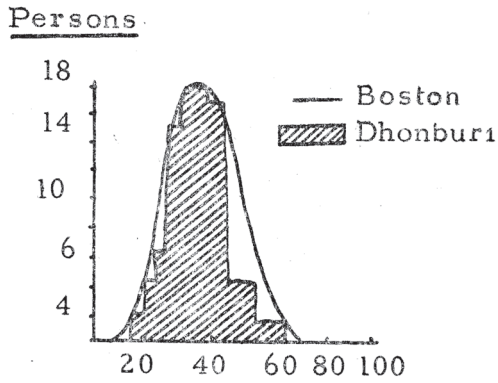
เรื่องย่อ. สุวรรณิก, ร่มไทร, ฤดี ปลื้จินดา, ข้อฟ้า แก้วจินดา, วารุณี บุญปาลิต : การทดสอบกศรียรอยด์ ด้วยไทรไอโอโดทัยโรนีน. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗ : ๒๗๑-๒๗๘.

ได้ทดลองกศรียรอยด์ ด้วย ไทรไอโอโดทัยโรนีน ช่วยการวินิจฉัยผู้ป่วย รียรอยด์ ๑,๑๑๒ คน, ได้ผลดี ๙๖ ปช. และผลบวกเท็จ ๔ ปช. ข้อผิดพลาดในการตรวจและแปลผลมีวิจารณ์ในรายงาน.

เวลา ๒๔ ชั่วโมงแต่เพียงครั้งเดียวยอมไม่อาจแสดง การทำหน้าที่ของต่อม รียรอยด์ ได้ทั้งหมดอย่างถูกต้อง, ด้วยเหตุผลดังแสดงต่อไป.

อ็อปเทค ใน คน ปรกติ มีค่าเหลื่อมกันระหว่างปรกติ และ คอพอก เป็น พิชอยู่แล้ว, ถ้าสมมติ อ็อปเทค ของผู้ช่วยได้ ๔๕ ปช. ค่านี้ก็คาบเส้น, คืออาจเป็นคอพอกเป็นพิชก็ได้, ไม่เย็นก็ได้.

ในรายทั่วไปถ้าเราวัดติดต่อกันหลาย ๆ ครั้งใน ๔๘ ชั่วโมง, ลักษณะของโค้งจะ



24-hour thyroid uptake of I-131 (% of dose)

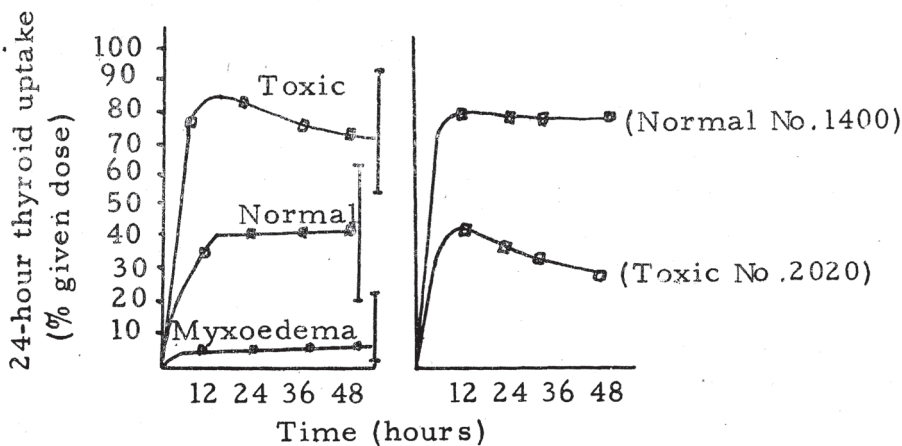
รูปที่ ๑. แสดงค่าการกระจายของค่าของอัทเทคในคนปรกติ, ธนบุรีและบอสตัน.

มีความสำคัญมากกว่าความสูงค่าของอัทเทค, ในรายปรกติ อัทเทค จะขึ้นสูงใน ๒๔ ชั่วโมงแรกและยังอยู่ในระดับนั้นใน

๔๘ ชั่วโมง, แต่ในคอพอกเป็นพิษนั้น อัทเทค จะขึ้นสูงเร็วสุดยกใน ๘ ถึง ๑๒ ชั่วโมง, แล้วก็ตกลงเรื่อย ๆ, กว่าจะวัดใน ๒๔ ชั่วโมง อัทเทค ก็ตกลงเสียแล้ว, เพราะใน ๒๔ ชั่วโมงต่อมา ธัยรอยด์ ก็จะมีไฮโอคีน ออกมามากแล้วในรูปของฮอร์โมน.

ดังนั้นในการตรวจ อัทเทค สูงหรือไม่สูงจึงเป็นเครื่องช้อย่างหยาย ๆ เท่านั้น. เราอาจพบค่าที่แปลกย่อย ๆ, เช่น อัทเทค ของคนปรกติอาจสูงถึง ๘๕ ปช. โดยเฉพาะคนในถิ่นที่ขาด ไฮโอคีน, บางคนอาจให้อัทเทค สูงโดยไม่เป็นพิษและไม่คอพอกก็ได้. ตรงกันข้าม, คนที่เป็นคอพอกเป็นพิษ

A. Approximate limits of ¹³¹I uptake B. Anomalous ¹³¹I uptake showing importance of shape of curve



รูปที่ ๒. แสดงโค้งของ อัทเทค ในคนปรกติและโรคของต่อม ธัยรอยด์.

นั้น, อาจมี อีพิเทค คอนข้างต่ำที่ไคเนอง
 ้วยเราไม่ได้วัดก่อนเขาจะเป็นโรค, เราจึง
 ไม่สามารถจะทราบ อีพิเทค ปกติของผู้ป่วย
 นั้นซึ่งอาจเป็นได้ว่าแค่เดิมเขามี อีพิเทค
 ต่ำ. ฉะนั้นคนคอพอกเป็นพิษอาจมี อีพิเทค
 ต่ำถึง ๔๐ ปร. ก็ได้. แต่ถ้าหากเราทำ
 การวัดเป็นระยะ ๆ และไครับของ ไค้งมา
 แล้ว, ลักษณะของไค้งจะชี้โรคได้มาก
 กว่า.

ในทางปฏิบัติเราไม่สามารถติดตามวัด
 ผู้ป่วยได้บ่อย ๆ ในเวลานาน ประการหนึ่ง,
 และถ้าพิง อีพิเทค อย่างเดียวอาจให้ค่าแปล
 ผิดได้, อีกประการหนึ่ง, ดังนั้นเราจึงทำการ
 ตรวจละเอียดออกไปอีกโดยใช้ ไทรไอโอ-
 โตรัยโรนิน (T_3) กตหน้าที่ของ ธิยรอยต์.

หลักของการทดสอบมีอยู่ว่า ไทรไอ-
 โอโตรัยโรนิน จะทำให้การหลั่ง ฮอร์โมน
 กระตุ้น ธิยรอยต์ (TSH) จากต่อม ธิ-
 อิตารีย์ กลับหน้าัน้อยลงในคนที่ ธิยรอยต์
 ทำงานปกติ.⁽²⁾ ดังนั้นต่อม ธิยรอยต์ จะมี
 การทำงานน้อยลง. แต่ในคนที่เป็นคอพอก
 เป็นพิษ, ต่อม ธิยรอยต์ ไม่อยู่ไคบังคับของ
 ต่อม ธิอิตารีย์ (หรือ “แกนการควบคุม
 ชั่งกันและกัน” ระหว่าง ธิยรอยต์ และ

ธิอิตารีย์ เสียไปแล้ว), ผลคังกล่าววจ
 ไม่ปรากฏ.^(3,4)

ในการศึกษาด้วย ไอโอไคิน^{๑๐๐} ถ้าเรา
 ให้ T_3 ก่อนให้ขนาดตรวจของ ไอโอ-
 ไคิน^{๑๐๐}, แล้วหา อีพิเทค ๒๔ ชั่วโมงที่ต่อม
 ธิยรอยต์ อีกครั้งหนึ่ง, จะพบ อีพิเทค ของ
 คนปกติต่ำลงมาก, แต่ของคนคอพอก
 เป็นพิษไม่ต่ำ.

วิธีการ

ไควัดกัมมันตภาพรังสี ไอโอไคิน^{๑๐๐}
 ที่ต่อม ธิยรอยต์ เทียบกับขนาดมาตรฐาน
 ในประชากรนิตอย่างเดียวกัน, โดยใช้แท่ง
 แฉงวัด ซินคลิเลชัน ซึ่งมีผลกขนาดหนึ่ง
 นิ้ว, ใช้ระยะห่าง ๓๕ ซม., ในเวลา ๒๔
 ชั่วโมงหลังกิน ไอโอไคิน^{๑๐๐} ๕๐ ไมโคร-
 คุร, คำนวณ อีพิเทค ของ ไอโอไคิน^{๑๐๐}
 เป็นเปอร์เซ็นต์ ภายหลังหักกัมมันตภาพท
 หน้าขาออกจากกัมมันตภาพทคอ, ได้ผล
 เป็น อีพิเทค ของ ไอโอไคิน^{๑๐๐} ของต่อม
 ธิยรอยต์ ใน ๒๔ ชั่วโมงครั้งทหนึ่ง. แล้ว
 ให้ผู้ป่วยกิน ไอโอไคโตรัยโรนิน (เทอรัทร็อค
 ซิน) ครั้งละหนึ่งเม็ด (๒๐ ไมโครกรัม)
 สามเวลาหลังอาหารเป็นเวลา ๘ วัน. วัด
 อีพิเทค โดยหักกัมมันตภาพทเหลือทคอ

ออก. การวัดครั้งแรกใหม่ได้เป็น อีพิเทค ใน ๒๔ ชั่วโมงครึ่งที่สอง.

ถ้าผลแตกต่างของ อีพิเทค สองครั้ง มากกว่า ๒๐ ปช., ถือว่ามีอาการ ธิย- รอยค, แสดงว่ามี ธิยรอยค. ถ้า อีพิเทค ครั้งแรกต่ำกว่า อีพิเทค ครึ่งที่สองควรถูกยกครึ่งหนึ่งของ อีพิเทค ครั้งแรกเป็นอย่างน้อย, จึงจะมีการกค. แต่ถ้าผลของ อีพิเทค ทั้งสองครั้งไม่แตกต่างกันมาก, ก็แสดงว่าเป็น ธิยเปอร์ธิยรอยค.

ผลและวิจารณ์

ในระยะเวลาจากสิงหาคม ๒๕๐๕ ถึง พฤศจิกายน ๒๕๐๗ ห้องปฏิบัติการฯ ได้ตรวจหน้าทของ ธิยรอยค ด้วย ไอโอดีน^{๑๓๑} ๒,๓๕๘ คน, และในจำนวนนี้ได้ทำการทดสอบการกคหน้าท ธิยรอยค ดังกล่าว ๑,๑๑๒ คน. ได้แบ่งผู้ช่วยที่มารับการตรวจออกเป็น ๓ ประเภท คือ : (๑) ประเภทแรก, เป็นพวกคอปอกเป็นพิษเห็นได้ชัด ๒๐๐ คน, และทำ T_3 ๑๑๑ คน. (๒) ประเภทที่สอง, เป็นคอปอกเป็นพิษที่ได้รักษามาแล้ว ๑๓๘ คน, ทำ T_3 ๕๖ คน, แบ่งรักษาทางยา ๑๕, ทางผ่าตัด ๒๘, และด้วย ไอโอดีน^{๑๓๑} ๑๓ คน

(๓) ประเภทที่สาม, เป็นผู้ช่วยนอกมีอาการไม่ชัด, และไม่เคยรักษาทาง ธิยรอยค ใดๆมาก่อน ๒,๐๒๐ คน, ทำ T_3 ๕๔๕ คน.

ประเภทที่หนึ่ง ทั้งหมด ๑๑๑ คน, ไม่สนองต่อ T_3 ๑๐๗ คน, สมองหรือให้ผลลบเท่า ๔ คน (๔ ปช.). การกระจายของผลต่างระหว่างค่าของ อีพิเทค ครั้งแรกและครึ่งที่สองขึ้นไปดังรูปที่ ๓. พวกที่ให้ผลลบเท่าอาจเห็นได้ว่าได้รับการรักษา มาบ้างแล้ว. แต่ไม่น่าจะเป็นอย่างนั้น, เพราะ อีพิเทค ก่อนข้างสูง, จากผลนี้อาจกล่าวว่าการทดสอบนี้มีความเชื่อถือได้ อยู่สูงมาก ๙๖ ปช.

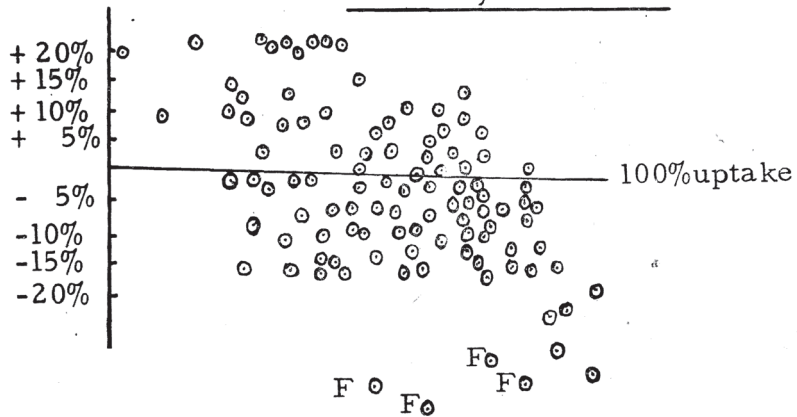
ประเภทที่สอง คือพวกที่ได้รับการรักษา มาแล้ว ๕๖ คน, และแบ่งออกเป็นพวกย่อยดังนี้ :

ก. รักษาทางยา ๑๕ คน, สมองต่อ T_3 ๘ คน, ไม่สนอง ๗ คน,

ข. รักษาทางผ่าตัด ๒๘ คน, สมองต่อ T_3 ๑๓ คน, ไม่สนอง ๑๕ คน.

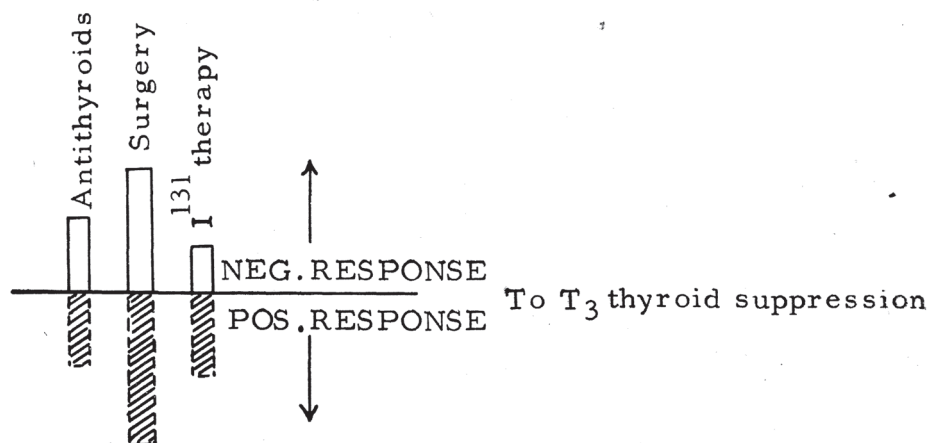
ค. รักษาด้วย ไอโอดีน^{๑๓๑} ๑๓ คน, สมองต่อ T_3 ๕ คน, ไม่สนอง ๘ คน.

Tri-iodothyronine thyroid suppression
Showing difference in uptake in 107 cases of
frank thyrotoxicosis



รูปที่ ๓. แสดงการกระจายของผลต่างของ อັพเทค ในประเภทที่หนึ่งที่มีอาการชัดว่าเป็นคอพอกเป็นพิษ.

Hyperthyroid patients during and after treatment



รูปที่ ๔. แสดงผลของการกดหน้าที่ ธิร์รอยด์ ในประเภทที่สอง (ที่ได้รับการรักษามาแล้ว).

รวม ๕๖ คน, สมองต่อ T₃ ๒๖ คน, ไม่สมอง ๓๐ คน.

สังเกตว่า รายใดที่มีอาการลดลงรายนั้นมักรักษาได้ผล, และรายใดที่มีอาการโรคกลับใหม่, รายนั้นมักรักษาไม่ได้ผล. ฉะนั้นการไม่สมองต่อ T₃ นั้น, จะถือเอาเป็นยติว่าแสดงการ ค้ำเนิน ของโรคไม่ได้แน่แท้, ไม่ว่าในการผ่าตัดหรือใช้ยาหรือใช้ ไอโอดีน^{๑๓๑} การไม่สมองต่อ T₃ ยังมีอยู่ประมาณ ๕๐ ปช.

ประเภทที่สาม คือพวกที่ไม่มีอาการชักและไม่เคยรับการรักษา ธิยรอยต์ มาก่อน, ๕๔๕ ราย.

ก. ผู้ที่ไ้รับการวินิจฉัยทางคลินิก "ธิยเปอร์ธิยรอยต์" ๗๕๐ คน, ไม่สมองต่อ T₃ ๓๐๘ คน หรือ ๓๒.๖ ปช. (ยืนยันว่า "คอปอกเป็นพิษ"), สมอง ๔๘๒ คน หรือ ๕๑.๐ ปช. (ถือว่า "ธิยรอยต์ปรกติ").

ข. ผู้ที่ไ้รับการวินิจฉัยทางคลินิก "คอปอกธรรมดา" ๑๕๕ คน, ไม่สมองต่อ T₃ ๒๘ คน หรือ ๓.๐ ปช. (ยืนยันว่า "คอปอกเป็นพิษ"), สมองต่อ T₃ ๑๒๗ คน หรือ ๑๓.๔ ปช. (ถือว่า "ธิยรอยต์

ปรกติ").

ทั้งนี้แสดงว่าผู้ช่วยนอกที่มาตรวจไ้รับการยืนยันว่า เป็น คอปอกเป็น พิษประมาณ ๕๐ ปช., อีก ๖๐ ปช. มี ธิยรอยต์ปรกติ. ส่วนผู้ช่วยที่มคอปอกและสงสัยว่าจะเป็นพิษหรือไม่, ปรากฏผลว่ามีเป็นพิษเพียง ๓ ปช. ของทั้งหมดหรือเกือบ ๒๐ ปช. ของผู้ช่วยที่วินิจฉัยว่าคอปอก. ในการตัดสินว่าคอปอกเป็นพิษหรือไม่ได้นำอาการแสดง และผลทางห้องปฏิบัติการอย่างอื่น ๆ มาประกอบ, และลงความเห็นฟ้องคองกันโดยแพทย์ทั้งสองฝ่าย.

ดังนั้น จาก การทดลองนี้ จึงเห็นได้ว่าการทดสอบการกค ธิยรอยต์ ด้วย T₃ เป็นวิธีที่มีประโยชน์, สะดวก, ไม่ลำบากต่อผู้ช่วย, ไม่ค่อยมีผลแทรกแซง, นอกจากบางคนอาจมีใจเต้นบ้างเวลากินยาทดลอง. การตรวจนี้มีคุณค่าในการวินิจฉัยคอปอกเป็นพิษได้ประมาณ ๕๖ ปช. รายใดที่รักษาหายได้, จะให้ผลเป็น ยธิยรอยต์. ถ้ายังมีการทำงานของ ธิยรอยต์ เกินปรกติแสดงว่ากคไม่ลง. ในรายที่เป็นขั้วหว, สงสัยว่าจะเป็นคอปอกเป็นพิษหรือไม่, ก็อาจช่วยในการตัดสินได้.

ในรายที่มี "ปุ่ม ธิยรอยต์ เสรี" (autonomous nodule) การฝึกพลาตาก็มีอยู่ เช่นในรายอื่นๆ. มีผลลบที่ประมาณ ๔-๕ ปร. โดยเฉพาะในรายคอพอกปุ่มไม่ เป็นพิษ ซึ่ง รายงานในวารสารว่ามีได้ถึง ๒๕ ปร. พวกที่มีปุ่ม ธิยรอยต์ เสรีซึ่งทำงานเกินปรกติ, ซึ่งคงมี ฮัยเปอริวธิยรอยต์-คิสมี ชนิดสับคลินิคัล.(5) การตรวจวิธีซินติสเลชัน มักพบปุ่มเสรีมีพลังสูง (hot autonomous nodule) ในต่อม ธิยรอยต์. โดยเฉพาะถ้าเป็นปุ่มโตคเคียว อีพเทค จะจำกัดอยู่ที่ขุมมน. ส่วนอื่นของต่อมที่เป็นปรกติจะรกกต, ไม่มี อีพเทค, เนื่องจาก T_3 ที่กินเข้าไป หรือ ปล่อย ออก มาจากปุ่มดังกล่าว. นอกจากนั้นปุ่มเสรีนี้ยังไม่อยู่ใต้อิทธิพลของ TSH. เมื่อนึก TSH. ไม่มีการสนอง.(6) อีพเทค ของ ทีเอสช ส่วนอื่นนั้นจะกลับคืนสู่ปรกติถ้าเขาปุ่มเสรีออกหรือ นึก TSH.

ยธิยรอยต์ ที่เพ่งมีอาการทางตา เนื่องจากคอพอก เป็นพิษ มาไม่นานมักไม่มีการสนองต่อ T_3 . (7) ประมาณ ๒๕ ปร. ของคนเหล่านี้ มัก มีการสนองในการตรวจครั้งแรก, แต่ถ้าทำซ้ำครั้งที่สองจะไม่มีการ

สนอง.

หลังจากรักษา จนอาการโรคสงบแล้ว การกลับมีการสนองต่อ T_3 ไม่แน่, อาจนาน ๒-๓ เดือน หรือหลาย ๆ ปีก็ได้.(8) พวกที่ไม่มีการสนองกลับมา อาจเป็นพวกที่อาจมีโอกาสดเกิดโรคใหม่ได้มากกว่าก็ได้ แต่หลักฐานยังอ่อน.(9)

ขอขอบคุณ ศจ. น.พ. อำนวย เสมรสุต, หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา, ที่อนุญาตให้เสนอรายงาน, และ น.พ. นันทวัน พรหมผลิน กับ น.พ. สภา ลิมพานิชย์การ, หน่วยภาพการแพทย์แผนกกายวิภาคศาสตร์, ที่กรุณาทำภาพ.

เอกสาร :

1. Crespo, G.: Personal Communications and IAEA Recommendations.
2. McConahey, W.M., and C.A. Owen: Studies of Inhibitory Effect of L-Triiodothyronine on Thyroidal I 131 Uptake in Euthyroid Persons and Patients with Exophthalmic Goiter. J. Clin. Endocrinol. 1956. 16 : 1480.
3. Adams, D.D.: The Presence of An Abnormal Thyroid-Stimulating Hormone in the Serum of Some Thyrototoxic Patients. J. Clin. Endocrinol. 1958, 18 : 699.
4. Werner, S.C.: Clinical Use of Triiodothyronine in Suppressing Thyrotrophin Secretion by the Anterior Pituitary: A Survey. Proc. R. Soc. Med. 1962, 55 : 1000.

5. Werner, S.C., and M. Spooner: New and Simple Test for Hyperthyroidism Employing I-Triiodothyronine and 24-Hour I 131 Uptake Method. Bull. N.Y. Acad. Med. 1955, 31:137.

6. Fellingner, K., R. Höfer, H. Egert, and H. Vetter: Clinical and Laboratory Observations in Patients with Hyperactive Thyroid Nodules. In "Advances in Thyroid Research", edited by R. Pitt-Rivers. Pergamon Press Inc., New York, 1961, p. 347.

7. Werner, S.C.: Euthyroid Patients with Early Eye Signs of Graves'

Disease; Their Responses to I-Triiodothyronine and Thyrotropin. Amer. J. Med. 1955, 18:608.

8. Werner, S.C.: Response to Triiodothyronine as Index of Persistence of Disease in the Thyroid Remnant of Patients in Remission from Hyperthyroidism. J. Clin. Invest. 1956, 35:57.

9. Cassidy, C.E., and W.P. Vander Laan: Thyroid Suppression Test in the Prognosis of Hyperthyroidism Treated by Antithyroid Drugs. New Eng. J. Med. 1960, 262:1228.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

TRI-IODOTHYRONINE THYROID SUPPRESSION TEST

Romsai Suwanik, M.D., M.Sc. Med. Rudee Pleehachinda, M.B.
Chopha Kaeowchinda, M.B. Varunee Boonpalit, M.B.

(Dept. of Radiology)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Amnuay Samerasuta)

Twenty-four-hour thyroid of I¹³¹ per se sometimes does not differentiate hyperthyroidism due to overlapping and anomalous values. A further test by suppressing the thyroid activity with doses of tri-iodothyronine gives better differentiation.

The thyroid suppression test was tried on 1,112 patients, giving the merit of the method of 96 per cent. False negative results of 4 per cent occurred in cases of hyperactive autonomous nodule.

(Four figures. Nine references)

อุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง

กรณีแปลสองราย

สมบัติ สุกนธพันธ์ พ.บ.*

อดุลย์ วิริยะเวชกุล พ.บ.*

จิเรณ วิเศษกุล พ.บ.**

จิตต์ ตูจินดา พ.บ., D.T.M., พ.ด. (กิตติม.)*

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๖ แผนกอายุรศาสตร์
ได้รับผู้ป่วยที่เป็นโรคอุบัติเหตุหลอดเลือด
สมอง (Cerebro-vascular accident) ๒
รายทอาจเกิดจาก หรือ เกิด ร่วมกับ โรคที่
แปลกกว่าที่ไต่บรรยายไว้ในตำราประสาท-
วิทยา, จึงได้นำเรื่องของผู้ป่วยทั้งสองไป
แสดงในการประชุมวิชาการ ของ สมาคม
ประสาทวิทยาแห่งประเทศไทยประจำปีพ.ศ.
๒๕๐๖ โดยเสนอผู้ป่วยรายแรกในแบบ
การประชุมร่วมคลินิก-พยาธิ และตั้งรางวัล
ให้แก่สมาชิกที่วินิจฉัยถูก, แต่มีผู้วินิจฉัย
ได้เพียงใกล้เคียงเท่านั้น, จึงเห็นสมควร
ที่จะรายงานไว้ในนี้.

ผู้ป่วยรายที่ ๑ (ภ.ท. ๒๒๘๔๘-
๐๖, ภ.น. ๘๐๗๘๕-๐๖) "อุบัติเหตุ
หลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือด"

ผู้ป่วยชายจีนคู่, อายุ ๖๓ ปี, รัยไว้
เมื่อ ๒๒ ส.ค. ๒๕๐๖ จากโรงพยาบาล

เรื่องย่อ. สุกนธพันธ์, สมบัติ, อดุลย์ วิริ-
ยะเวชกุล, จิเรณ วิเศษกุล, จิตต์ ตูจินดา.
อุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง. สารศิริราช ๒๕๐๘
(พ.ศ. ๑๕๖๕), ๑๗: ๒๘๐-๒๘๕.

เสนอกรณีแปลสองราย ซึ่งอาการคล้าย
อุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง. รายที่หนึ่งมีไข้,
อะอะแล้วช็อค, อัมพาตครึ่งซีก, นัยน์ตาเฉ-
ต่อมาความดันเลือดตกและตาย, ตรวจศพพบ
ร่องรอยของโรคหลอดเลือดหัวใจ. รายที่สองถูกไฟฟ้า
แรงสูงแต่ไม่มีอาการรุนแรง. ต่อมาแขนขา
เปลี่ยน, พูดไม่ได้. พบหลอดเลือดคาโรติดซ้าย
มีการอุดตันบางส่วน. ความสัมพันธ์กับการถูก
ไฟฟ้าปรากฏในข้อวิจารณ์.

มีสัชนนครปฐม, เนื่องจากมีอาการไข้สูง,
เพื่อและอะอะมา ๒ วัน.

ห้าวันก่อนมาโรงพยาบาลศิริราชผู้ป่วย
สะกุกคอไม้ล้มก้นกระแทก, ไม่หมดสติ
และไม่มีอาการ กระ ทบ กระ แทก ที่ คีระษะ
อย่างไรเลย. หลังจากนั้นผู้ป่วยข่นปวดหลัง
และไตกินยาของเหล่าเพอร์ภักษา. ต่อมา

* แผนกอายุรศาสตร์, หัวหน้าแผนก ศาสตราจารย์ นายแพทย์ จิตต์ ตูจินดา.

** แผนกพยาธิวิทยา, หัวหน้าแผนก ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประดิษฐ์ คันสุรัตน์.

ใช้, ท้องผูกและขี้ส้วมลำบาก. เป็นอยู่ ๒ วันก็ไ้เข้าไปรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล มีสับสนนครปฐม. ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ช่วยเริ่มเอะอะอาละวาด, ไม่ยอมกินอาหารและน้ำ. แพทย์ได้ฉีดยานอนหลับให้ และแนะนำให้นำมารักษา ใน กรุง เทพ ฯ, โดยจัตรอดพยาบาลมาส่ง.

ประวัติอดีต คมสุราเป็นประจำมา รวม ๔๐ ปี, วันละ ๑ ขวด. สุราที่ดื่มเป็น สุราที่รัฐบาลแต่บางครั้งก็ดื่มกระแช่. ประวัติ อดีตอื่น ๆ ไม่มีอะไรสำคัญ.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๓๘.๘๘. อัตราชีพจร ๑๒๘, อัตราหายใจ ๒๖, ความดันเลือด ๕๐/๔๐. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สติ, เข้าใจว่าอาจ เนื่องจากฤทธิ์ของยานอนหลับที่ แพทย์ ฉีด. มีอาการขาดน้ำมาก, หายใจตื้น, ซ່อง ม่านตาเล็กทั้ง ๒ ข้าง, ข้างซ้ายเล็กกว่า ข้างขวาเล็กน้อย. ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง.

ในหัวใจและปอดไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ในระยะประสาทไม่พบอัมพาตหรือแขนขาเพี้ยน, รีเฟล็กซ์ เอ็นต่าง ๆ ไม่มี. คอไม่แข็งและไม่พบอาการแสดง เคอร์นิก.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เลือด มี ซีโมโกลบิน ๑๒.๘ กรัม, เม็ดเลือดแดง ๔.๕ ล้านต่อ ล.มม., เม็ดเลือดขาว ๑๓,๐๐๐ ต่อ ล.มม. โปเลียมอร์ฟ ๘๓ ๒๒., ลีมโฟไซต์ ๑๖ ๒๒., เบโซฟิล ๑ ๒๒. ไม่พบเชื้อมาลาเรีย. เวลาแข็งตัวของเลือด ๓ นาที. ในขี้ส้วมพบเม็ดเลือดแดงและขาวเล็กน้อย. ในอุจจาระพบเลือดจากการตรวจทางเคมี.

การตรวจเลือดทางเคมี :

เครอาตินิน ๑.๘ มก.๒๒. Na^+ 137 mEq/L

N.P.N. ๕๐ มก.๒๒. K^+ 2.8 mEq/L

T.F. ๑ หน่วย. Cl^- 100 mEq/L

ZnT ๑๐ หน่วย. Co_2 c.p. 23 mEq/L

แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส ๑.๗๕ B.U.

น้ำไขสันหลังใส, ไม่มีสี, เซลล์ ๕/ล.ซม. ทั้งหมดเป็น ลีมโฟไซต์, โปรเทอิน ๕๐ มก.๒๒. น้ำตาล ๘๘ มก.๒๒., ฆลอไรค์ ๗๖๐ มก.๒๒. W.R. ๑ ขวด.

การดำเนินของโรค หลังรับไว้ได้ให้น้ำเกลือ, เลโวเฟ็ค และ ฮัยโครอะทริสทิน

-เอฟ เข้าหลอดเลือดทันทีเพื่อรักษาอาการ ช็อคค้, จนกระทั่งความดันเลือดสูงขึ้นถึง

กรรม, จึงไม่มีทางที่จะทราบได้ว่าผู้ช่วย
เป็น โรคพิษ สุนัข บ้า หรือ โรค กลัว น้ำ ใต้.
อาการหมดสติและ ช็อค ซึ่งปรากฏใน
ตอนแรก ของโรคคง เนื่อง จากการ ติดเชื้อ
และการล้มเหลว ของการไหลเวียนเลือดใน
ผู้สูงอายุมากกว่าที่จะเกิดจากยาที่แพทย์ฉีดยา
ให้. การตรวจพบอัมพาตครึ่งซีกและตาทาง
สองข้างเอียงไปทางขวาจึงทำให้ คิดถึงอุบัติเหตุ
หลอดเลือด เลือด สมอง ที่มี อาการ บังคับ,
แต่การตรวจศพก็พบว่า มีจุดเลือดออกเล็กๆ
กระจัดกระจายไปทั่วสมอง ซึ่งเกิดจากโรค
พิษสุนัขบ้าหรือโรคกลัวน้ำ.

ส่วนเรื่องปฏิบัติการ วิสเซอร์แมน ขวก
ในน้ำไขสัน หลัง อาจเกิดจากโรค ซึ่พิลล์
ระบบประสาทที่ร่วมมือด้วย หรือ เป็นปฏิบัติการ
ขวกที่เจจากสาเหตุอื่น, ซึ่งไม่มีโอกาส
ค้นคว้าให้ถูกต้องได้, เพราะผู้ช่วยถึงแก่
กรรมในเวลารวดเร็ว.

ปัญหาใหญ่และที่สำคัญคือผู้ที่ได้สัมผัส
สัมผัสกับผู้ช่วย จะติดโรคพิษ สุนัขบ้า หรือโรค
กลัวน้ำได้หรือไม่, และจำเป็นต้องฉีดยา
ป้องกันหรือไม่, เช่นแพทย์และพยาบาลที่
ได้ปฏิบัติผู้ช่วย ในขณะที่มีชีวิตอยู่ โดยไม่
ได้ระมัดระวังเป็นพิเศษ, เพราะมุ่งแต่จะ

ช่วยผู้ช่วย. นอกจากนั้นในรายนี้ไม่ทราบ
ก่อนว่า ผู้ช่วย เป็นโรคพิษ สุนัขบ้า หรือโรค
กลัวน้ำด้วยซ้ำไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดต่างๆ เช่นการ
ตัดหลอดเลือดดำ, ใส่หลอดสวนทางมด,
เจาะน้ำไขสันหลังและเจาะคอ เป็นต้น, อาจ
จะต้องสัมผัสกับน้ำลาย, เลือดและน้ำไข
สันหลังเป็นของธรรมดา. ถ้าผู้ใดมีแผลที่
มือและไม่ใส่ถุงมือกัน, ก็อาจได้รับเชื้อได้.
ศร. พญ. ตระหนักจิต ตรีณัฐ ซึ่งเป็นผู้
เจาะน้ำไขสันหลังผู้ช่วยนี้ ได้ ทำการติดต่อ
กับ Dr. Govelon Smith ซึ่งเป็นต้นความรู้
ในวิชาไวรัสผู้หนึ่งในประเทศอังกฤษ. ท่าน
ได้ให้ความเห็นว่าโอกาส การติดโรค อาจ
เกิดขึ้นได้ในเมื่อแพทย์ และพยาบาลมีแผล
ที่เย็บและสัมผัสกับเลือด, สิ่งขับถ่าย,
หรือน้ำลายของผู้ช่วย. แต่ยังไม่มีการ
รายงาน ถึง การ ติดโรค จาก บุคคล ไปยัง
บุคคลได้เลย. โอกาสที่จะมีอันตรายจาก
การ ฉีด วัคซีน ป้องกัน มี ๑ ใน ๕๐๐๐.
รายงานแผนกอายุรศาสตร์ได้แจ้งให้ ผู้เกี่ยวข้อง
กับ ผู้ช่วยทราบโดยละเอียด ทั้ง ที่โรง
พยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลมิสซันนคร
ปฐมและพวกญาติผู้ช่วยทั้งหมด, ปรากฏ

ว่าไม่มีแพทย์, พยายามในโรงพยาบาล ศิริราชผู้ใดได้ทำการฉีควัคซีนป้องกันโรคเลย. ขณะนั้นเป็นเวลา ๑ ปี ๘ เดือนแล้ว นับตั้งแต่ผู้ช่วย เริ่มเจ็บ จนถึงเวลาที่ส่งเรื่องมาตีพิมพ์, ก็ยังไม่ปรากฏว่าผู้ที่ได้สัมผัสกับผู้ช่วยโดยไม่ได้รับการฉีควัคซีนป้องกันโรคเจ็บป่วยด้วยโรคใด.

ผู้ช่วยรายที่ ๒ (ล.ท. ๑๐๕๘๓๔-๐๖, ล.น. ๒๖๔๕๔-๐๖) “อุบัติเหตุ หลอดเลือดสมองหรือช็อคไฟฟ้า”. รัยไว้ ๒๕ กย. ๐๖, จำหน่าย ๑๘ พย. ๐๖.

ชายไทยอายุ ๔๒ ปี, อาชีพเป็นช่างคุมเครื่องจักรทำไม้ซัดไฟ, รัยไว้ด้วยอาการสำคัญว่า แขนขวาไม่มีแรง และพูดไม่ได้มา ๓ วัน.

สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลถูกไฟฟ้าแรงสูง ๓๘๐ โวลท์ ที่หลังมือขวาแต่ไม่มีรอยไหม้, ไม่หมดสติหรือล้ม. หลังจากนั้นผู้ช่วยยืนยันว่า แขนขวา และไม่ค่อยมีแรง ซึ่งไม่เคยเป็นมาก่อนถึงแม้เคยถูกไฟฟ้าดูดมาไม่ต่ำกว่า ๓ ครั้งแล้ว.

สามวันก่อนมาโรงพยาบาลอาการชาวมามากขึ้น, ขนาดคอกขาเข้าปากไม่ได้, พูด

ไม่ชัดและในที่สุดพูดไม่ได้เลย, จึงได้มาโรงพยาบาล.

ประวัติอดีต ไม่มีประวัติอุบัติเหตุอื่น ๆ ก่อนหน้านั้นเลย. ไม่เคยมีความดันเลือดสูง. คมสุราเป็นประจำแต่ไม่บ่อยมาก, วันหนึ่ง ๆ ไม่เกิน ๒ ขบท.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ, ชีพจร, การหายใจปรกติ. ความดันเลือด ๑๒๘/๘๐. ทำทางอ่อนเพลีย, ช้ำและมี โมเตอร์ และ เซ็นซอรี อะเฟเซีย. มีอัมพาตครึ่งซีกขวา. แต่ที่หน้าซีกขวามีแต่เนื้องอกลามอ่อนเพลียไม่ถึงอัมพาต, รีเฟล็กซ์เอ็นข้างขวาน้อยลง. ไม่มีอาการแสดงขยับสันคิ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เลือดมี ซีโมโกลบิน ๑๔ กรัม, เม็ดเลือดแดง ๔.๕๓ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๘,๗๕๐, โปลียมอร์ฟ ๗๖ ٪., ลียมโฟไซต์ ๒๔ ٪. ไม่พบเชื้อมาลาเรีย. ในขี้สสาวะพบ อีไลมิน ๑ บวก, เข็มซีเลียส เซลล์ พบข้าง. น้ำไขสันหลังใส, ไม่มีสี, ความดัน ๑๕๐ มม. น้ำ, เซลล์ ๒ ตัว, โปรตีน

๕๐ มก.ปช., น้ำตาล ๗๔ มก.ปช., ผลิต-
ไรต์ ๗๐๐ มก.ปช., W.R. ลบ, โกลด์
คอลลอยคัล เคอร์ฟวี่ ๐๑๑๑๒๒๑๑๐๐.

เซเรบรัล แองจิโอกรัม หลอดเลือด
คาโรติก ซ้าย มีการอุดตัน บางส่วนของ
หลอดเลือดแดง, เซเรบรัล หน้าและกลาง
พร้อมด้วยผนังไม่เรียบ. หลอดเลือด คา-
โรติก ขวาอยู่ในเกณฑ์ปกติ.

วิจารณ์ ผู้ช่วยรายงานเป็นโรคหลอด
เลือดสมอง ที่มีอาการปัจจุบัน ชนิด หลอด
เลือดสมองอุดตันบางส่วนด้านซ้าย. อาการ
เริ่มเกิดตั้งแต่วันที่ถูกไฟฟ้าแรงสูง และเป็น
มากขึ้นและมีอาการแน่นศีรษะ ๗ วัน ภายหลัง

ถูกไฟฟ้า. การถูกไฟฟ้าแรงสูงอาจเป็น
เพียงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคเช่นเท่านั้น,
เพราะผู้ป่วยมีผนัง หลอดเลือดที่ไม่เรียบอยู่
แล้วจึงเห็นได้จาก แองจิโอกรัม.

เอกสาร :

1. Merritt, H.H.: A Textbook of
Neurology, 2nd ed., Lea & Febiger,
Philadelphia, 1959.
2. Brain, R.: Clinical Neurology,
Oxford Univ. Press, London, 1960.
3. Alpers, B.J.: Clinical Neuro-
logy, 4th ed., F.A. Davis Co., Philadel-
phia, 1958.
4. Smith, G.: Personal Communi-
cation, 1963.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

CEREBROVASCULAR ACCIDENTS

Two Unusual Cases

Sombati Sukondhabhandhu, M.B. (1) Adulya Viriyavejkul, M.B. (1)

Chiren Viseskul, M.B. (2) Chitt Tuchinda, M.B., D.T.M., M.D. (1)

The authors report a case of unsuspected hydrophobia diagnosed at autopsy, which presented history and symptoms typical of cerebrovascular accident: fever, delirium, shock, hemiplegia and ocular conjugate deviation; and a case of partial occlusion of the anterior cerebral artery with symptoms

developing some time after accidental contact with high tension electrical conductor (380 volts), beginning with anesthesia and paresis and proceeding to motor aphasia. Diagnosis in the second case was clarified by cerebral angiography.

(Four references.)

(1) Dept. of Internal Medicine, Head of Dept.: Prof. Dr. Chitt Tuchinda.

(2) Dept. of Pathology, Head of Dept.: Prof. Dr. Pradit Tansurat.



ประกาศของกรมอนามัย

บุญเรือง นิยมพร พ.ม.
ดำรง เบ็ญรพลัย พ.บ.
นนทนัน พรหมผลิน พ.บ.
ทวี - บุญโชติ พ.บ.
สมชัย ภารถิติ พ.จ.
ประหยัด หัตถนารถน์ พ.บ.

๑. การทดลอง

วิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าอย่างมากมาอยู่ในขณะนี้เพราะได้มีการทดลองค้นคว้ากันตลอดมา. สิ่งทดลองทดลองมีทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิต. ในการทดลองบางครั้งก็จะต้องมีการทำลายชีวิตนั้นเพื่อผลสำเร็จของการทดลอง, หรือบางครั้งก็เพื่อมิให้สิ่งนั้นได้รับความทรมานเนื่องมาจากการทดลอง. การทำลายชีวิตนั้นบางครั้งก็ทำให้จิตใจของผู้ที่ทำลายหวนไหว เพราะจะต้องสำนึกว่าเป็นการสมควรแล้ว หรือ และถึง เวลาแล้ว หรือ ที่จะต้องทำลายชีวิตนั้นให้โดยสมบูรณ์. ถ้ามีการสูญเสียชีวิตไปโดยความไม่ตั้งใจประมาณเล่นเล่นก็เป็นการสมควรหรือทำให้ผู้นั้นดำเนินการทดลองต่อไปอีก. พระพุทธเจ้าได้ทรงสอนให้ละเว้นจากการทำลายสิ่งมีชีวิต, และศิลาข้อนี้พุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ก็ได้ถนอมอยู่อย่างเคร่งครัด. แม้กระทั่งเมื่อเร็ว ๆ นี้ ในจังหวัดหนึ่งเมื่อมีการค้าที่จะ

ทำลาย สุนัขที่ไม่มีเจ้าของก็ได้มีการตั้งทานการกระทำจากชนส่วนใหญ่ในแห่งนั้น จนความคิดที่จะทำลายนั้นไม่สามารถบรรลุลงไปได้. สำหรับในต่างประเทศได้มีการก่อตั้งสมาคมเพื่อต่อต้านการใช้สัตว์ทดลอง, แต่ในประเทศไทยไม่มีสมาคมดังกล่าว, และกฎหมายก็เพียงระบุโทษของการทรมานสัตว์เพียงแค่นั้น. สำหรับบุคคลที่จะเป็นผู้ทดลองก็เป็นที่ทราบกันทั่วไปแล้วว่าผู้ทดลองนั้นจะต้องยินยอม และสามารถยกเลิกการทดลองนั้นได้, แต่บางครั้งก็มีสภาพบางอย่างขณะทดลองที่เสมือนว่าผู้ทดลองนั้นยินยอม, เช่นขณะถูกดมยาสลบ, ถูกทำให้หลับ, หรือภายหลังได้รับการฉีดยาหรือรับประทานยาทดลองเข้าไปแล้ว. ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สองได้มีผู้นำมนุษย์มาทดลองโดยอ้างว่าเพื่อประโยชน์ของการแพทย์และได้มีผู้

เสียชีวิตไปเนื่องจากการทดลองอย่างมาก
 มาย. การนำสิ่งมีชีวิตมาทดลองเป็นของ
 จำเป็น, แต่ความละเอียดถี่ถ้วน, ความรู้
 สัมผัสดีชอบของผู้ทำการทดลองจะเป็นสิ่ง
 ทดกว่ากฎหมายหรือสมาคมใด ๆ ที่จะช่วย
 มีให้สิ่งมีชีวิตนั้นด้วยสัญญาหรือพิการเมื่อยัง
 ไม่ถึงเวลาอันสมควร.

นอกจากการทดลองในห้องปฏิบัติการ,
 การทดลองทางคลินิกโดยทดลองกับผู้ป่วย
 ก็มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเจริญ
 ก้าวหน้าในทางด้านรักษา, และได้มีการ
 ทดลองโดยการใส่ยาต่าง ๆ เป็นจำนวน
 มาก. ความที่ผู้ทดลองล้าแก่เสมอถึงความ
 รับผิดชอบในชีวิตของผู้ที่ถูกทดลอง เช่น
 สัมพันธภาพอันสำคัญยิ่งระหว่างบุคคลทั้ง
 สอง. ถ้าขาดสัมพันธภาพเมื่อใด, เมื่อ
 นั้นผู้ทดลองก็จะได้รับแต่การตีเคียน, การ
 ฟ้องร้อง, และความไม่สงบสุขของจิตใจ.
 ในการทดลองที่ใช้ยานมหลายสิ่งหลาย
 อย่างที่เราสามารถจะทำให้การทดลองนั้น
 มีคุณค่ามากขึ้นและก็เป็นการประกันความ
 ปลอดภัยยิ่งขึ้น, โดย:

๑. ยืนยันให้มีการทดลองกับสัตว์มา
 อย่างละเอียดถี่ถ้วน, ก่อนที่จะมาทดลอง
 กับมนุษย์, ซึ่งทั้งนี้ต้องรวมทั้งผลทาง

พันธุศาสตร์ด้วย. ข้อกำหนดต่าง ๆ ของ
 การทดลองจะต้องยื่นต่อคณะกรรมการที่
 ทรงคุณวุฒิในเรื่องนั้นให้พิจารณาเสียก่อน,
 และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงจะทำการ
 ทดลองได้.

๒. ให้ทำการทดลองโดยวิธี "บอด
 ตา" (blind basis) เท่าที่จะทำได้. ผู้
 ทดลองต้องเข้าใจแจ่มแจ้งถึงภัยที่อาจจะ
 บังเกิดขึ้นเนื่องจากการทดลอง, และจะ
 ต้องมีการเปรียบเทียบยาคงแต่ ๒ ชนิดขึ้น
 ไป. ผู้ที่จะประเมินคุณค่าทางห้องปฏิบัติการ
 หรือผู้ที่ต้องซักถามผู้ป่วยที่ถูกทดลองจะ
 ต้องเป็นผู้ที่ไม่รู้ว่าผู้ป่วยนั้นได้รับยาชนิดใด
 ทดลอง, และจะต้องนำอายุ, เพศ และ
 ความสมบูรณ์ของร่างกายของผู้ถูกทดลอง
 มาเปรียบเทียบและวินิจฉัยในการประเมิน
 คุณค่าของการทดลองนั้นด้วย. การรายงาน
 งานผลไม่ควรกระทำจนกว่าการทดลองยา
 ใหม่นั้นได้กระทำอย่างพิถีพิถันมาแล้ว,
 และไม่ควรมีการโฆษณาอย่างเอิกเกริก
 ถึงผลที่ได้จากการทดลอง.

๓. ให้แสดงอย่างชัดแจ้งถึงแหล่งที่
 มาของเงินที่นำมาใช้จ่ายในการทดลอง
 นั้น ๆ. ทั้งนี้ต้องรวมถึงบริษัทยาที่ได้อุสนธิ
 สันนาการเงินนั้นด้วย.

ข้อเหล่านี้ไม่เป็นข้อที่ยากจนผู้ทำการ
 ทดลองไม่สามารถจะปฏิบัติได้, และการ
 ปฏิบัติเช่นนั้น จะทำให้ การ ทดลอง มีความ
 หมายยิ่งขึ้น. แต่อย่างไรก็ดี, ก็ยังมีปัญหา
 ยุ่งยากเกิดขึ้นในแง่ของการปฏิบัติ, เช่น
 การแจ้งให้ผู้ช่วยทราบและ ได้รับความ
 ยินยอม ก่อนที่จะ มีการ ทดลอง ยานนี้ ๆ.
 อย่างไรก็ตาม, จะเป็นการสมควรเพียงใดที่
 เราจะทดลองยาใด ๆ โดยที่เราเองก็ไม่

ทราบอย่างชัดแจ้งว่ายานนี้จะสามารถช่วย
 ชีวิตผู้ช่วยไว้ได้, โดยที่มียาอื่นที่มี
 ประสิทธิภาพดีกว่าในการรักษาโรคของ
 เขา. ได้มีผู้ถามว่า “เราจะทดลองผู้ช่วย
 เมื่อใดและในสภาวะใดจึงจะเรียกได้ว่าเป็น
 การทดลองที่สมควร.” ยังไม่ทราบว่าใคร
 จะเป็นผู้ให้คำตอบ.

ท.บ.

๒. แพทย์กับการไปนอก

เป็นที่น่าสังเกตว่าใน ปัจจุบันนี้ จำนวน
 แพทย์ไทยที่ไปศึกษา และ ฝึกงาน ใน ต่าง
 ประเทศทวีเพิ่มขึ้นทุกปี. ผู้ที่ไปส่วนมาก
 เพิ่งสำเร็จมาใหม่ ๆ, ฝึกกัยในสมัยก่อน,
 ซึ่งกว่าจะได้ไปต่างประเทศก็ต้องผ่านการทำ
 งานภายในประเทศกันแล้วคนละหลาย ๆ ปี.
 บัณฑิต ๆ ก็กลัวว่าจะเห็นความจำเป็น หรือ
 ประเด็นสำหรับแพทย์ไทยเสียแล้วที่ทุกคน
 เมื่อจบปริญญาในเมืองไทยแล้วจะต้องชวน
 ขวายไปศึกษาหรือฝึกงานต่อที่ ต่างประเทศ.
 ส่วนใหญ่เริ่มวางแผนการตั้ง แต่ ยัง เป็น นัก
 ศึกษาแพทย์. พอจบแพทย์แล้วแทบทุกคน

เริ่มทำการติดต่อกับสถาบันในต่าง ประเทศ
 เพื่อสมัครไปเรียนข้าง, ไปทำงานข้าง.
 พร้อม ๆ กันก็ตั้งอกตั้งใจสอบ เตรียมตัวไว้,
 เช่นสอบ ECFMG หรือ บริติช เคาน์ซิล
 หรืออะโรนทอมตงไว้. ได้มีผู้หยิบยกปัญหา
 ขึ้นอภิปรายกันว่า การ ไปต่าง ประเทศ ของ
 แพทย์ไทยในแบบที่ เป็น อยู่ขณะนี้ มีความ
 เหมาะสมแล้วหรือไม่, เมื่อใครควรพูดถึง
 ประโยชน์ที่ได้รับและผลเสียต่อ ส่วน บุคคล
 และส่วนรวม.

มีหลายคนที่ให้ข้อคิด คำน การไปเรียน
 นอกหรือการไปฝึกงานของหมอใหม่, ด้วย

เหตุผลที่บางคนถึงขั้นจนได้มีแพทย์ซึ่งไป
 ศึกษารุ่นเรียนหรือฝึกงานมาจากต่างประ-
 เทศติดต่อสืบเนื่องกันตลอดระยะเวลาหลาย
 สิบปีที่ผ่านมา, มีจำนวนมากมายและมีอยู่ใน
 ในแทบทุกสาขาวิชา. น่าจะเพียงพอ
 แล้วในด้านวิชาการ. ใครจะต้องส่งคนไป
 เรียนเอาความรู้ซ้ำ ๆ มาอีก, ทำให้ต้อง
 เสียทั้งค่าใช้จ่ายและเวลาและกระทบกระ-
 เทือนถึงเศรษฐกิจของประเทศเราเองด้วย.
 ผู้ที่ไปเรียนมาก่อนควรนำความรู้ มาถ่ายทอด
 ให้แก่คนอื่นต่อไป. สถาบันแพทย์ภายใน
 ในประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบันก็เห็นได้ว่าใน
 หลายท่านก็มีความที่เทียบได้กับของต่าง-
 ประเทศ, ถึงแม้ว่าจะยังไม่อาจนำไปเปรียบ
 เทียบได้กับแห่งที่ดุดสดุดของเขาก็ตาม. การ
 ไปเรียนของผู้ไปนอกในปัจจุบันก็ไม่ใช่ว่าจะ
 เข้าไปศึกษาอยู่ในสถาบันที่ดุดกว่าของเรา
 ได้ทุกคนเสมอไป. ส่วนใหญ่สมัครไปตาม
 ใจชอบ, เอาแต่เพียงให้ได้ไปฝึกงานใน
 ต่างประเทศเท่านั้น. หากทุกคนมีโอกาส
 ได้เข้าไปศึกษา หรือ ฝึกหัด ในสถาบันที่ดี
 จริง ๆ หรือไปศึกษาในสาขาวิชาที่ยังเป็น
 ของใหม่สำหรับประเทศของเรา, ก็ดีสมเหตุ
 สมผล. แต่การไปศึกษาในสถาบันที่อาจปฏิบัติ
 ได้ในประเทศของเราที่ไม่เป็นการบังคับ.

การศึกษาและการฝึกหัดหา ความชำนาญชำนาญ
 ภายหลังปริญญา ภาย ใน ประเทศ ก็มี อยู่
 หลายแห่ง, เช่นคณะสาธารณสุขศาสตร์,
 คณะอักษรศาสตร์เขตร้อนและบัณฑิตวิทยาลัย.
 ฉะนั้นการไปเรียนต่อในแขนงวิชา
 เหล่านี้ในต่าง ประเทศจึงควรระมัดระวัง ความ
 จำเป็นเสียที. คนทั่วไปเชื่อว่าการไปเรียน
 หรือฝึกงานในต่างประเทศได้รับความรู้และ
 ความเชี่ยวชาญเห็นอกว่าที่ไ้รับจากสถาบัน
 ภายในประเทศ, แม้กระทั่งทางรัฐบาล
 เองก็ได้ยกย่องระดับวิทยฐานะของการศึกษา
 จากต่างประเทศให้สูงกว่าการปฏิบัติภายใน
 ในประเทศเอง, ซึ่งได้จากการรับบรรจุ
 เข้าทำงานหรือรับราชการ, การปรับปรุ
 อัตราเงินเดือน, และการเลื่อนชั้น. ทั้งนี้
 อาจทำให้คิดไปในเชิงหมิ่นศักดิ์ศรีของ
 แพทย์ไทยโดยตรง. แต่ก็ควรพิจารณาว่า
 ครอบแพทย์ไทยในปัจจุบันได้แสดงตนให้เป็น
 ประจักษ์แล้วหรือยังว่ามีความสามารถที่
 เทียบกับครอบแพทย์ในต่างประเทศ. ครอบแพทย์
 ไทยส่วนมากก็มีระดับคุณวุฒิในแผน
 ภาคนิยมบัตรเท่าเทียมหรือบางคนสูงกว่า
 ครอบแพทย์ในสถาบันต่างประเทศด้วยซ้ำ, แต่
 ผู้ที่ได้ไปศึกษามาจากต่างประเทศแล้ว, ได้
 กลับมาทำการถ่ายทอดความรู้ให้กับแพทย์

ภายในประเทศของเราเองได้หรือไม่. ถ้า
 ได้มี การ ปรับปรุง การ สอน ภายในประเทศ
 และมี การ ปรับ วิจัย ฐานะ ของ การ ศึกษา
 ภายในและที่ต่างประเทศให้ เท่า เทียม กัน,
 การออกไปศึกษาต่างประเทศ ของแพทย์ ก็
 อาจลดน้อยลงได้บ้าง, ซึ่งจะพลอยทำให้
 เกิดผลดีหลายประการ, นับตั้งแต่ความ
 เข้มแข็งทางด้านวิชาการของสถาบันภายใน
 ประเทศเพิ่มขึ้น, เศรษฐกิจของชาติดีขึ้น
 โดยไม่ต้องสูญเสียกำลังงานชั้นสูงและเงิน
 ตราต่างประเทศไป.

แพทย์สำเร็จใหม่, ซึ่งยังไม่มียศ
 การณ์พอเพียงสำหรับการปฏิบัติงานภายใน
 ประเทศของตนเอง, เมื่อไปต่างประเทศก็
 ได้แต่ทำหน้าที่ที่ต่ำกว่าความรู้ และทุกสิ่ง
 ทุกอย่างทพบเห็น, ไม่รู้จักเลือกเฟ้นเฉพาะ
 สิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับนำมาประยุกต์ภายใน
 บ้านเมืองของตนเอง. ดังนั้นเมอกลับถึง
 ประเทศของตนก็มักปฏิบัติงานไม่ได้เต็มที่
 เพราะมีความเคยชินต่อการปฏิบัติงาน แขนง
 ต่างประเทศ. มีหน้าซำยังติดคุณแคลน
 ความเป็นอยู่ปัจจุบันของสถาบัน ใน ประเทศ
 ของตนเอง, โดยไม่ได้คำนึงถึงความผิด
 แฉกระหว่างสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และ ฐานะ
 ปัจจุบันของแต่ละประเทศ. บางคนกลับมา

แล้วเกิดความเขื่อนายบ้านเมืองของตนเอง
 ต้องกลับไปต่างประเทศอีก. บางคนเรียน
 หรือฝึกฝนมาทางหนึ่งแต่ต้องกลับ ถกยังคัย
 ให้ไปทำงานทางบ้านอื่นเสียก็มี. ทราบท
 สุกคือบางคนถึงกับไม่ยอม กลับ บ้าน เมือง
 ของตน, มีครอบครัวและแปลงสัญชาติไป
 เสียเสียก็มี, ทำให้ประเทศต้องสูญเสีย
 กำลังงานในระดับชั้นสูงไปอย่างน่าเสียดาย.
 กรณีเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะการไปต่างประเทศ
 ในขณะอายุน้อย, ยังไม่เคยชินต่อการ
 ปฏิบัติงานภายในบ้านเมืองของตนเอง, ประ
 จวบกับการที่ยังไม่มีตำแหน่งหน้าที่ และ จุด
 มุ่งหมายในชีวิตแน่นอน. ผู้ที่มีตำแหน่งการ
 งานเป็นหลักฐานก่อนไปต่างประเทศ, มี
 การดำเนินชีวิตเป็นผู้ใหญ่และมี ครอบครัว
 แล้ว, เมื่อไปต่างประเทศส่วนใหญ่จะกลับ
 คืนสู่ประเทศของตนเสมอ. การที่มียศ
 การณ์ ในการ ทำงานภายในประเทศ ของตน
 เป็นเวลานานพอสมควร, ช่วยให้เมื่อไปต่าง
 ประเทศมีความรอบรู้พอเพียงที่จะ เลือกเฟ้น
 สิ่งที่เป็นประโยชน์นำกลับมาประยุกต์, หรือ
 นำมาปรับปรุงสิ่งที่อยู่ภายในประเทศได้ก็.
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไป ต่าง ประเทศ เมื่อ
 ตนเองมีตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบใน ชั้น สูง
 แล้ว, เมอกลับมายังประเทศของตนก็

สามารถนำมาแก้ไขปรับปรุงได้, เพราะคนอยู่ในฐานะที่มีอำนาจปฏิบัติได้. แพทย์ซึ่งไปศึกษาแล้ว กลับมา ขณะยังมีอาวุโสน้อย และเพิ่มตำแหน่งหน้าที่ของตน ๆ, เมื่อมีข้อคิดเห็นใหม่ ๆ นำเสนอขึ้น เพื่อแนวทางปฏิบัติ, มักจะไม่ได้รับการพิจารณา, มีหน้าซ้ำจากถูกตั้งข้อสังเกตในแง่การปฏิบัติ ข้ามหน้าข้ามตาผู้ใหญ่ไป.

แต่การไปนอกของแพทย์ซึ่งบางครั้งมีการผูกขาดเสียคนเดียว, ก็เป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้อง, ควรมีการผลัดเปลี่ยนกันไปตามลำดับ, เพื่อไปศึกษาเปรียบเทียบแลกเปลี่ยนความรู้กับแพทย์นานาชาติ. การไปทำงานหรือไปประชุมทางวิชาการที่ต่างประเทศควรมีระเบียบการมอบหมายให้แพทย์ระดับอาวุโสในหน่วยสาขาวิชาต่าง ๆ ได้ผลัดเปลี่ยนกันไปโดยทั่วกัน. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการไปประชุมทางคำานวิชาการที่ต่างประเทศ, ผู้บังคับบัญชาหรือผู้บริหารชั้นสูงควรมีการกำหนดด้วยบุคคลไว้แต่เนิ่น ๆ เพื่อเตรียมผลงานไว้, และจักผลัดเปลี่ยน

หมุนเวียนกันไปตามความเหมาะสม. ไม่ใช่ว่าปล่อยให้ไปกันตามใจชอบ, ซึ่งทำให้ผู้ที่สนใจใน คำานวิจัยมักเป็นผู้มีโอกาสได้ไปอยู่เสมอ.

ในทางตรงข้าม, บางคนซึ่งมีหน้าที่เป็นครแพทย์กลับไม่ยอมไปต่างประเทศเอาเสียเลย, เนื่องจากมีความเห็นว่า การไปนอกทำให้ ต้อง เสีย ผล ประโยชน์ ส่วนตัวหลายประการ, เช่นทางคำานเศรษฐกิจของครอบครัว, รวมทั้งการเลื่อนลำดับชั้นทางหน้าที่ราชการ, ซึ่งก็เป็นการไม่ถูกต้อง. ผู้เป็นครแพทย์ควรจะมีประสิทธิภาพกว้างขวางกว่าการเป็นแพทย์รักษาธรรมดา, เพราะคนมีหน้าที่ต้องปรับปรุงคำานการศึกษาให้ทันยุคทันสมัยอยู่เสมอ. ฉะนั้นการทำให้ครแพทย์ได้ผลัดเปลี่ยนกันไปต่างประเทศเป็นลำดับบุคคล, จะทำให้การไปนอกของแพทย์ได้ประโยชน์ และมีคุณค่า สมบูรณ์ขึ้น.

แผนกย่อยเอกสาร

รายนามผู้ขอ: จิตต์ ตูจินดา พ.บ., D.T.M., พ.ด., วิเชียร ดิลกสัมพนธ์ พ.ด., Cert. Anat.,
ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., สมชัย บวรภิตติ พ.ด., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.,
พิรัช แบ้นพรัตน์ พ.บ., พิระพล สุนทรพะลิน พ.บ., ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.,
ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ., Dr. med.

๑. เปล่งวานิช, อุกฤษต์, วชิร วรานุวัตต์:

การรักษามะเร็ง ไพรมารี๋ย ของตับด้วย
ไนโตรเจน มีสตาร์ต และ เพร์คินิสโลน,
Amer. J. Gastroenterol. 1964, 42: 521
-528.

รายงานเสนอผลการรักษาผู้ป่วย ๕๑
รายด้วย ไนโตรเจน มีสตาร์ต (ขนาดใช้
๐.๔ มก/กก. น.น. ตั้ว, ในความเข้มข้น
๑ มก/มล. บริหารโดยฉีดเข้าหลอดเลือด
ที่กำลึงให้หน้าเกลือ) หรือด้วย เพร์คินิสโล-
น (๔๐ - ๖๐ มก/วัน), หรือให้ทั้ง
สองขนานร่วมกัน. พยาธิสภาพที่ตรวจพบ
เป็น เฮปาโตมา ๓๕ ราย, โคมแลงจิโอมา
๕ ราย, เฮปาโตโคมแลงจิโอมา ๑ ราย
และเป็นมะเร็งแยกชนิดไม่ได้ ๑ ราย. ผล
การรักษาปรากฏว่าการใช้ ไนโตรเจน
มีสตาร์ต ร่วมกับ เพร์คินิสโลน ให้ผลดี
ที่สุด. การใช้ เพร์คินิสโลน อย่างเดียว
ให้ผลน้อยมาก, ผู้รายงานอ้างว่าการให้

เพร์คินิสโลน ร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่
ในชั้นรุนแรงมีความรู้สึก ทุเลารวดเร็วจึง
ช่วยให้ทันการบริหาร ไนโตรเจนมีสตาร์ต
ได้มากขึ้น. ประโยชน์ของ ไนโตรเจนมีส-
ตาร์ต ได้แก่การลดไข้, การบรรเทาความ
เจ็บปวดเฉพาะที่และในหลายรายขนาดของ
ก้อนมะเร็งเล็กลงและนุ่มขึ้น. ผลดังกล่าว
ยังคงอยู่นานเกิน ๒ เดือน ๕ ราย; จาก
การใช้ ไนโตรเจน มีสตาร์ต อย่างเดียว
๒ ราย จาก ๒๓ ราย, ใช้เพร์คินิสโลน
๑ ราย จาก ๗ ราย, และใช้ ๒ ขนาน
ร่วมกัน ๖ รายจาก ๒๑ ราย. ค่าเฉลี่ย
ของเวลาชีวิตยืนเมื่อใช้ ไนโตรเจน มีส-
ตาร์ต ๖.๑ เดือน, ใช้ เพร์คินิสโลน
๔.๕ เดือน, ใช้ ๒ ขนานร่วมกัน ๗.๔
เดือน (วารานุวัตต์ และสถาปนกุล รាយ
งานไว้ ๔.๑ เดือน, ถ้าไม่ได้รักษา
รักษา).

หมายเหตุของผู้ย่อ: จากบทความนี้เห็นได้ชัดว่าการรักษาเมเร็ง ไพรมาเวีย ของตับด้วยยาตามวิธีที่อาจนับว่าดีที่สุดในปัจจุบันก็ยังไม่อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้, นอกจากช่วยบรรเทาอาการให้น้อยลงชั่วคราว, และช่วยประวิงเวลาของการตายได้บ้าง. โดยส่วนตัว, น.พ. อุกฤษต์ ว่าประโยชน์ของ ไนโตรเจน มัสตาร์ด คือฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวดซึ่งเหนือกว่ายาอื่นๆ แม้กระทั่งพวกฝิ่น, และฤทธิ์ลดไข้ซึ่งเหนือกว่า เฟรีดินิโซโลน และยาลดไข้อื่น ๆ.

จิตต์ ตูจินดา พ.บ., D.T.M., พ.ด.

๒. Stefanov, St., M. Belčeva, V.

Nicev. et al.: การวิเคราะห์ไฮโปเทอีนใน

เลือดและการทดสอบ มิกเคิลบรค-คอบอส ภายหลังฉีด ทูเบอร์คูลิน ในผู้ป่วย สิลิโค-สิส และผู้ป่วย สิลิโคสิส ร่วมวัณโรค.

Fiziatrija 1964, 1:63-68 (แปลและเรียบเรียง จากหนังสือ Abstracts of Bulgarian Scientific Literature 1964, 4:17).

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบ ไฮโปเทอีน ของเลือดและผลทดสอบ มิกเคิลบรค-คอบอส ก่อนและหลังฉีด ทูเบอร์คูลิน ๐.๑ มล. ขนาด ๑ ใน ๑๐๐,๐๐๐ เข้าได้หนึ่งผู้ป่วย สิลิโคสิส ๑๗ ราย, ผู้ป่วย สิลิโค-ทูเบอร์คูลิสิส ระยะลุกลาม ๓๗ ราย และระยะลุกลาม

๑๗ ราย, แสดงว่าก่อนฉีด ทูเบอร์คูลิน ค่า อัลบูมิน ในเลือดต่ำ. หลังฉีดแล้ว อัลฟา-๒ และแกมมาโกลบูลิน สูงขึ้นมาก ในราย สิลิโค-ทูเบอร์คูลิสิส; ส่วนเทียบ อัลบูมิน ต่อ โกลบูลิน น้อยกว่า ๑. ก่อนฉีดพบว่าการทดสอบ มิกเคิลบรค-คอบอส ในราย สิลิโคสิส ให้ผลลบหรือบวกอย่าง ไทเทออร์ ต่ำ, แต่ในราย สิลิโค-ทูเบอร์คูลิสิส ส่วนมากให้ผลบวกอย่าง ไทเทออร์ สูงและ ไทเทออร์ สูงขึ้นอีกชัดเห็นเมื่อ ๔๘ ชม. ภายหลังฉีด ทูเบอร์คูลิน.

หมายเหตุของผู้ย่อ:

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๖, ส. บวรกิตติ เสนอวิทยานิพนธ์ เพื่อปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต แสดงผลงาน ซึ่งในตอนหนึ่งได้สรุปไว้ว่า “อัลฟา-๒ โกลบูลิน ซึ่งเพิ่มขึ้นในเลือดผู้ป่วยวัณโรคระยะ แอ็คทีฟ เป็นผลจากการมีปฏิกิริยาไวเกินต่อ ทูเบอร์คูลิน เกิดขึ้นภายในร่างกายเนื่องจากมี ทูเบอร์คูลิน ซึ่งผลิตขึ้นในตัวผู้ป่วยเองเสียดลอดเข้าสู่วงจรรเลือด”.

ดังนั้นการศึกษาของ สะเตฟานอฟฟ์ กับคณะซึ่งแสดงว่า “การฉีด ทูเบอร์คูลิน จากภายนอกเข้าสู่ร่างกายผู้ที่มีภูมิไวเกินต่อ ทูเบอร์คูลิน (ผู้ป่วยซิลิโค-ทูเบอร์คูลิสิส) แล้วทำให้ อัลฟา-๒ โกลบูลินในเลือดเพิ่มขึ้น”, จึงจัดได้ว่าเป็นการสนับสนุนผลงานในวิทยานิพนธ์ที่กล่าวข้างต้นได้ชั้นหนึ่ง.

ส. บวรกิตติ กับคณะ (จพสท. ๒๕๐๕, ๔๕:๑๗๔) เคยทำการศึกษาทำนองเดียวกันกับที่ปฏิบัติในรายงานของ สะเตฟานอฟฟ์ กับคณะ, หากแต่การศึกษาดัง

กล่าวได้ชัด ทูเบอร์คิวลิน เข้าในหนังแทนเข้าได้หนังจึงไม่ได้ผลในการเปลี่ยนแปลงทาง อัลฟา-๒ โกลบูลิน. แต่เมื่อได้ทราบผลงานของ สะเตฟานอฟฟ์ กับคณะแล้ว ทำให้อาจอธิบาย ได้ว่า การ ฉีดน้ำ ยา เข้าในหนัง, ทูเบอร์คิวลิน จะเล็ดลอดเข้าวงจรเลือดได้น้อยมาก เพราะ ทูเบอร์คิวลิน แอนติเจน ส่วนใหญ่ถูกทำลายโดยการเกิด ปฏิกริยาที่ หนึ่งเสีย ก่อนที่จะ ซึมผ่านเข้าวงจรเลือด. ตรงกันข้ามการฉีด ทูเบอร์คิวลิน เข้าได้หนังการ ซึมผ่านเข้าวงจร เลือดเป็น ไปได้ง่าย และรวดเร็ว กว่า จึงทำให้เกิดปฏิกริยา ทูเบอร์คิวลิน ขึ้นในวงจรเลือด.

จิตต์ ตูจินดา พ.บ., D.T.M., พ.ด.

๓. Banik, U.K., G. Pincus: เฮลโตรอน-เงิน และ การ เคลื่อน ของ ไข่ ใน หนูก. Proc. Soc. Exp. Biol & Med. 1964, 116: 1032-4.

การทดลองให้ เฮลโตรอน ขนาดต่าง ๆ กันครั้งเดียวแก่หนูตัวเมียในระยะที่ไข่ผสมแล้วยังไม่ฝังตัว, คือ ๑ - ๓ วัน หลังผสมพันธุ์, พบว่า เฮลโตรอน ขนาดน้อย (๑๐ - ๑๕ มก.) ทำให้จำนวนหนูกตงทองและจำนวน พดส ที่ฝังในผนังมดลูกน้อยลง. ถ้าให้ขนาดมากถึง ๒๐ มก. จะป้องกันการฝังตัวของไข่ผสมและป้องกันการตั้งท้องได้โดยสมบูรณ์.

การให้ เฮลโตรอน ขนาดต่าง ๆ เช่นเดียวกับ การทดลองที่แล้วและศึกษาการเคลื่อนตัวของไข่ผสมโดยนับจำนวนไข่ใน

ท่อนำไข่ และ มดลูก ภายหลังจาก ผสมกับ หนูกตัวเมียในระยะเวลาต่าง ๆ กัน, พบว่า หนูกที่โตรับ เฮลโตรอน ขนาด ๑๐ มก. เหมือนหนูกที่พบไข่ในท่อนำไข่ ๒-๔ วัน หลังการผสมพันธุ์และพบไข่ในมดลูกในวันที่ ๕, ถ้าให้ เฮลโตรอน ขนาด ๒๐ มก. ไข่จะไปพบที่ไข่เคลอน ถึง มดลูก เร็วกว่าปรกติและอาจ เคลอน ผ่านจาก มดลูก ออกไปเลย.

การที่ เฮลโตรอน ขัดกันการฝังตัวของไข่ผสมและทำให้การเคลอนตัวของไข่ผสมเร็วกว่าปรกตินั้น จะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างใดแม้จะให้ โปรเจสเทอโรน หรือ โปรเจสทิน สังเคราะห์ร่วมไปด้วย.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.ด.,
Cert. Anat.

๔. Mayet, F.G.H., S.J. Powell: เลือดจางในโรคฉับในคัย. Amer. J. Trop. Med. & Hyg. 1964, 13: 790-793.

ในการศึกษาเลือดของ ชาวอัฟริกัน ชายที่ช่วยควยโรคฉับในคัย ๓๑ ราย เทียบกับรายปรกติ ๓๐ ราย พบว่าผู้ช่วยควยโรคฉับในคัยมีเลือดจาง. ส่วนมากเป็นชนิด ฮัยโปโชมิก. จำนวนเหล็กใน

เซรุ่ม ต่ำกว่า, ความสามารถจับเหล็กทั้งหมดน้อยกว่า, ซึ่งทำให้ปริมาณเปอร์เซ็นต์ ของการจับตัวของเหล็กลดลงด้วย.

อาการโลหิตจางนี้จะกลับดีขึ้นในเมื่อได้รับการรักษาถูกต้อง.

ตำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๕. Gough, K.R., O.C. Lloyd, M.R.

Willis: ออสตีโอมาลาเซีย เพราะขาดอาหาร. Lancet 1964, 2: 1261-1264.

ออสตีโอมาลาเซีย เป็นโรคที่เกิดจากการล้มเหลวในการตกตะกอนของเกลือแคลเซียม ที่ตำแหน่ง ออสตีโอไซต์ ที่เกิดใหม่. ในประเทศอังกฤษสาเหตุที่สำคัญได้แก่การดูดซึมเลวในลำไส้ และการชำระของ ทูบล ของไต. สาเหตุจากการขาดอาหารไม่ค่อยพบ. ในรายงานนี้คณะผู้รายงานเสนอผู้ช่วย ออสตีโอมาลาเซียสาเหตุทางโภชนาการ ๓ ราย, ซึ่งการวินิจฉัยได้รับการยืนยันทางชีวเคมี, ทางจุลกายวิภาควิทยาและการบรรเทาโรคด้วย วิตามิน ดี.

ผู้ช่วยทั้ง ๓ รายมีประวัติของโรคคล้ายคลึงกัน, คือมีโภชนาการและปวดแสบ "รูห์มาติก" ซึ่งในระยะท้ายอาการรุนแรง

มากจนทำให้พิการ. ทกรายพบระดับแคลเซียม และ ฟอสฟอรัส ต่ำ. จึงเชื่อว่ามีการรอกเกินของต่อม พาราไธรอยด์ และมีการทำหน้าที่มากเกินไปด้วย. การศึกษาด้วย แคลเซียม โดยให้กินอาหารที่มีวิตามิน ดี พอเพียง, พบว่ามีการคั่งของแคลเซียม เกิดขึ้น.

การตรวจทางรังสีวิทยาพบกระดูกบางลงทกราย. มีเพียงรายเดียวที่พบ "กระดูกหักเทียม" (Looser's zone) ซึ่งอาจนับได้ว่าเป็นลักษณะจำเพาะของโรคนี้. การตรวจพบระดับ เซรุ่ม อัลคาไลน์ ฟอสฟาเทส สูงขึ้นช่วยแยก ออสตีโอมาลาเซีย จาก ออสตีโอพอโรซิส ได้. การทำไบออปซีย์ จากสันกระดูกเชิงกรานก็ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้มาก.

การให้ความเห็นว่าสาเหตุจากทุโภชนาการอาศรัย (๑) การตัดสาเหตุอื่นออก, เช่น แยกจากการดูดซึมเลวในลำไส้โดยการตรวจการขับถ่ายไขมันและตรวจเยื่อลำไส้ส่วน เจจุนัม; แยกจากการตัดภาวะอาหารออกบางส่วนโดยอาศรัยประวัติการผ่าตัด; แยกจาก ฮัยโปฟอสฟาที่เมีย เนื่องจากความพิการของ รันัล ทูบล โดยการศึกษาทงไต;

และแยกจาก อะโซทิมิด รันล อัสตีโอ-
คิยัสโตรฟัย โดยไม่พบ ยูรีเมีย; และ
(๒) พบประวัติขาดอาหารและประวัติโรค
ทางทุโภชนาการอื่น ๆ, เช่น โรคโลหิต
จาง เมกะโกลบลาสติค เนื่องจากขาดกรด
โฟลิก.

สมชัย บวรภิตติ พ.ด.

๖. Stabeli, L.T.: ระยะเวลาการรักษา
โรคหนองใน. J.A.M.A. 1964, 190 :
854-855.

ผู้เขียนได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหนอง
ใน ๘๒ ราย, ซึ่งแบ่งเป็น ๒ พวก จำนวน
เท่ากัน. พวกหนึ่งได้รับ โพรเคน เพนิซิล-
ลิน จี. ๒.๔ ล้านหน่วยเข้ากล้ามเนื้อ
เดียว, ส่วนอีกพวกหนึ่งได้รับการฉีดยา
ชนิดเดียวกันวันละ ๖ แอสหน่วย ๔ วัน,
ซึ่งรวมทั้งหมดได้ยา ๒.๔ ล้านหน่วยเท่า
กัน. ผลเปรียบเทียบปรากฏว่าพวกแรกมี
โรคกลับเพียงรายเดียว, ส่วนพวกหลังมี
โรคกลับ ๕ ราย. ผู้เขียนสรุปว่าการให้
ยาครั้งเดียวได้ผลดีกว่าการแบ่งให้, ทั้ง
สะดวกสบายกว่าและประหยัดเงินกว่าด้วย.

ยสวัรี สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. Dowling, H.F., M.L. Lepper :
ปฏิกิริยาของตับต่อยา เตตระซัยคลิน.
J.A.M.A. 1964, 118:307.

ผู้รายงานได้รวบรวมรายงานเกี่ยวกับ
ภาวะของตับภายหลังให้ยาพวก เตตระ-
ซัยคลิน ซึ่งได้จากการตรวจศพ, การเจาะ
เอาเนื้อตับมาตรวจ, และการตรวจหน้าที่
ของตับ, พบว่าทางพยาธิวิทยา มีภาวะ
เมตามอร์โฟสิส ไขมันเกิดในเซลล์ของตับ
มากขึ้นน้อยบ้าง, บางรายพบท่อน้ำดี
จากการตรวจหน้าที่ของตับในรายที่ผู้ป่วย
ไม่ตาย, พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกือบทุก
ชนิด.

แม้ว่ารายงานที่รวบรวมพบมากในหญิง
มีครรภ์ซึ่งเชื่อว่าภาวะของตับไม่สมบูรณ์
เหมือนคนปรกติ, แต่ก็มีรายงานผู้ป่วย
สามคนที่ไม่ใช่เป็นหญิงมีครรภ์มีพยาธิ-
สภาพเช่นกัน. จึงได้ตั้งข้อสังเกตว่าการ
เกิดการเปลี่ยนแปลงในตับจะเกิดเมื่อได้รับ
ยาเข้าทาง หลอดเลือดและขนาดของยา
มากเกินกว่าปรกติ. นอกจากนี้ภาวะของ
ตับก่อนให้ยาและภาวะการขับถ่ายของไตก็
มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่มาก. ผู้รายงานได้ให้
ข้อควรระวังไว้ว่าควรให้ยาในขนาดธรรมดา
เพื่อให้มีความเข้มข้นของยาใน เซรั่ม ไม่เกิน

๑๖ มกค./มล. ควรลดภายในผู้ช่วยที่มี
ไตไม่ดี. ควรได้ตรวจหน้าที่ของข้อข้อ
เสมอระหว่างการทำ, และไม่ควรให้
ร่วมกับยาที่มีพิษต่อข้อข้ออย่างอื่น ๆ.

พีรัช เป็นพัฒน์ พ.บ.

๘. Barnes, W.E., R.D. Larsen, J.L.
Posch: แก่งเกลียน ของมือและข้อมือ.
Plastic and Reconstructive Surg. 1964,
6: 570-577.

ก่อนที่ทพข้อย ที่สุดบริเวณ ข้อมือคือ
แก่งเกลียน, โดยเฉพาะระหว่างอายุ ๒๐
ถึง ๕๐ ปี. ในหญิง (๗๓ ๒๕.) มากกว่า
ชาย, ข้างขวาและข้างซ้ายเป็นพอ ๆ กัน.
สาเหตุเข้าใจว่าเกิดจากการขาดเจ็บซึ่งอาจ
โดยตรง, เช่น ตกที่, หรือจากการขาด
เจ็บที่ค่อยเป็นค่อยไปจากการใช้มือทำงาน
ประจำวนก็ได้.

เกี่ยวกับตำแหน่งที่ทพข้อย. จุดเริ่ม
ตามธรรมชาติเกิดจากงุ้มของข้อข้อหรือ
เยื่อหุ้มเส้นเอ็น, แต่บางทีก็เกิดระหว่าง
เส้นใยของเส้นเอ็นเอง. ตำแหน่งที่ทพข้อย
ที่สุดคือ ข้อข้อ มีดทั้งกลาร์ น้อยและ
ใหญ่ (greater and lesser multangular
articulation) และจากข้อข้อ นาวิคูลาร์-
ลูนเท (navicular-lunate articulation)

โดยค่านอกเป็นเอ็นเหยียดเส้นยาว (long
extensor) ของหัวแม่มือและค่านโนเป็นเอ็น
เหยียดรวม (common extensor) ของนิ้ว
อื่น ๆ. ตำแหน่งรองลงมาคือระหว่างเส้น
เอ็นของ เฟล็กเซอร์ คาร์ไปเรเดียลิส และ
เบรซึโอเวเดียลิส. ตรงตำแหน่งข้อตรงกับ
ทกลั่วแล้วซึ่งมักอยู่ใกล้หลอดเลือดแดง
เวเดียล นอกนั้นพบประมาณ ๑ ใน ๓
อยู่ปลายกว่าข้อมือ คือในฝ่ามือในช่อง
ระหว่างนิ้วและค่านหลังนิ้วมือ. บนหลังนิ้ว
ที่ทพข้อย คือทข้อ สดท้ายซึ่ง มักเรียกว่า
มิวคัส ซีซิสต์.

อาการที่นำผู้ช่วยมากคือมักอื่น ๘๐.๕
๒๕., ปวด ๑๗.๕ ๒๕., นิ้วไม่มีแรง ๑.๒
๒๕., และความรู้สึกผิดปกติ ๐.๕ ๒๕.

การรักษาโดยการไม่ผ่าตัดมีหลายวิธี.
อาจทิ้งไว้แล้วหายไปเองซึ่งเกิดจากการ
แตก โดยได้รับการกระทบที่ไม่เจตนา.
อาจใช้การทไปบนก้อนให้แตก ซึ่งได้ผล
บ้างในรายที่เป็นต้น ๆ, แต่มีผลกลับเป็น
อีกมากกว่า ๕๐ ๒๕. การใช้รังสีเอกซ์
รักษา (Lyle และ Reeves) ทำให้เกิด
ไฟโบรซิส กล่าวได้ว่าได้ผลได้ถึง ๘๐ ๒๕.
วิธีที่นิยมมากกว่าคือการเจาะด้วยเข็มโรโต
แล้วกดออกและฉีดสารที่ทำให้เกิดการ

ระคายเข้าไปด้วย. มีรายงานว่าเมื่อฉีด ฮัยอะลโรนิคัส เข้าไปทำให้หายไ้มาก. ต่อมาพบว่าการใช้ ฮัยโครคอร์ติโซน ได้ผลดีกว่า.

การรักษาโดยการตัดอย่างธรรมดา พบว่าอัตราการเกิดขึ้นใหม่ส่งพอ ๆ กับการเจาะคือประมาณ ๕๐ ๒๕., แต่ทั้งนี้แล้วแต่การผ่าตัดทำแค่ไหน. การผ่าตัดให้ไ้ผลดีก็ควรทำในห้องผ่าตัดใหญ่, ควรใช้การให้ยาสลบทั่วไปหรือ บล็อก เส้นประสาท. ใช้สายยางรัดห้ามเลือด. เบ็ดแผลผ่าตัดให้กว้างเห็นชัด, ตัด แก้งเกลียนออกพร้อมทั้งรากเลยไปจนถึงเยื่อหุ้มรอบถุงหุ้มของข้อต่อหรือ ปลอกหุ้มเอ็นออกด้วย. ถ้าทำไ้ได้อย่างนุ่มนวลการกลบเป็นขนออกเพียง ๔ ๒๕. เท่านั้น.

พระพล สุนทรพะลิน พ.บ.

๕. Osgood, P.F., W.R. Brewster, Jr.:

ผลการกระตุ้นกล้ามเนื้อขาอกขา ๗ ก็นท์ อุณหภูมิต่าง ๆ. Am. J. Physiol. 1963, 205: 1299 - 1303.

การทดลองนี้ประสงค์จะศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิต่อระยะเวลาของการหดตัวของกล้ามเนื้อ (isometric contraction) และการคลายตัวของกล้ามเนื้อคลาย, และพิจารณาข้ปัญหาว่ากล้ามเนื้อใช้พลังงานในระหะค ัวหรือระหะคลายตัว. จากงานของ Fenn และ Hill ถือว่า การหดตัวเป็นระหะค ัวต้องใช้พลังงานเพื่อสารที่จำเป็นสำหรับการหดตัว, ส่วนการคลายตัวไม่ไ้ใช้พลังงาน. แต่มีหลายคนค้านว่าการคลายตัวไม่ไ้เกิดขึ้นเอง, หากแต่ต้องใช้พลังงาน. Brewster และคณะซึ่งไ้ทำงานในเรื่องนี้สนับสนุนข้อคิดเป็นอย่างหลัง, โดยศึกษาผลของอุณหภูมิและการทำงานของต่อมฮัยรอยค ัว ต่อการใช้พลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อความยาวคงเดิมของกล้ามเนื้อหัวใจ.

การศึกษาที่รายงาน ครวงนี้ กระทำขึ้นใหม่อีกเพื่อจะเปรียบเทียบการทำงานของกล้ามเนื้อคลายกับกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งไ้ทำการศึกษามาแล้ว, โดยการศึกษาผลของอุณหภูมิแบบเดียวกับการศึกษาของ Brewster. ในการทดลองใช้กล้ามเนื้อขาอกขงเพียงอยู่ในอุณหภูมิ ๕๕. เป็นเวลาหลายวันเพื่อให้คล้ายกับภาวะในฤดูหนาว. กระตุ้นขาอกขา ๗ ก็นท์ตั้งแต่ ๕๐ ถึง ๕๐๐ ครวง ที่อุณหภูมิ ๕, ๑๐, ๑๕, ๒๐, ๒๕

และ ๓๐ ช. (วัดความตึงโดยใช้ strain-gauge arch). ผลการทดลองพบว่าเมื่อกระตุ้นด้วยความถี่ ๒ ครั้งต่อวินาที ที่อุณหภูมิ ๕, ๑๐, ๑๕, ๒๐, ๒๕ และ ๓๐ ช. และที่ความถี่ ๑ ครั้งต่อวินาที ที่ ๕ ช. ระยะเวลาของการหดตัวไม่เปลี่ยนแปลง, แต่ระยะเวลาของการคลายตัวจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเพิ่มมากที่สุดที่ ๕ ช. แต่กลับเพิ่มขึ้นของเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น.

สรุปผลจากการทดลอง, ผู้รายงานได้เสนอว่าการคลายตัวอาจจะเป็นระยะที่ใช้พลังงานมากที่สุด.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๐. Lackman, D.B., G. Gilda, R.N. Philip: การทดสอบ วัคซีนไอโซโทปโปรซีบีเคชัน ในการศึกษาไข้ คิว ในคน. Health Lab. Sci. 1964, 1:121.

ไข้ คิว (Q-fever) เป็นโรคติดต่อเชื้อจาก *Coxiella burnetii* และแพร่เชื้ออย่างกว้างขวางอยู่ในหมู่สัตว์จำพวกวัว, ควาย. ยังไม่มีผู้ใดรายงานการเป็นโรคหรือติดเชื้อมนุษย์ในคนงานของคอกปศุสัตว์ในอัตราที่สูง

กว่าปรกติ. เนื่องจากยังไม่มี การทดสอบที่เหมาะสม. การทำการทดสอบแคปซิลลาเรีย แอ็กกลูตินเนชัน จะช่วยแสดงได้ว่าคนที่ปฏิบัติงานในสิ่ง แวดล้อม เช่น นั้น จะมีแอนติบอดี ต่อเชอเน. ส่วนการทดสอบคือมปลีเมนต์ ฟิกเซชัน จะไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคชนิดที่ไม่มีอาการเลย. มีประโยชน์ที่เฉพาะรายที่เป็นโรคมีอาการชัดเจนเท่านั้น. การที่มีผู้นำเอาวิธี Radio-isotope Precipitation Test (RIPT) มาศึกษาหา แอนติบอดี ต่อ โปลิโอ ไวรัส ได้ผลดี. คณะผู้รายงานจึงทดลองนำมาใช้ตรวจวินิจฉัยไข้ คิว, ซึ่งจะแสดงผลบวกได้ทั้งในรายที่ป่วยเป็นโรคและรายที่ติดโรคแต่ไม่แสดงอาการ. เปอร์เซ็นต์ที่ให้ผลบวกก็สูงกว่าการทดสอบ แคปซิลลาเรีย แอ็กกลูตินเนชัน และการทดสอบ คือมปลีเมนต์ ฟิกเซชัน. ความไวของการทดสอบอาจจะดีกว่าการทดสอบ นิวตราไลเซชัน, ซึ่งก็ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ตามปรกติในห้องปฏิบัติการ. คณะผู้รายงานได้สรุปถึง ข้อดีของการทดสอบนี้ว่าให้ผลบวกสูงและไวว่าการทดสอบ แคปซิลลาเรีย

แก้กลตึเนชัน และการทศสอย ค้อมปลี-
 เม็นที่ พักเซชัน ระเบีย แอนติบอดี ทศท
 สอยได้โดยวิธีนี้จะสูงมาก, แสดงความ
 จำเพาะในการทศสอยแม้แต่ในรายที่การ
 สร้าง แอนติบอดี ผิดปรกติหรือเลว. การ
 อ่านผลมีเครื่องมือที่ให้ความละเอียดเที่ยง

ตรงซึ่งดีกว่าใช้พนักงาน. แอนติเจน ที่ใช้
 ก็ใช้จำนวนน้อย. ข้อเสียก็จะต้องอาศัย
 เครื่องมือวัดพิเศษ, มีใช้เฉพาะในห้อง
 ปฏิบัติการ ราดิโอไอโซโทป และสัน
 เพลียง แอนติโกลบูลิน มาก.

ประเสริฐ ทองเจริญ W.M., Dr. med.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทยต้องการ

๑. เครื่องมือทางการแพทย์สมเด็จพระราชชนนี พระพันปีหลวง พระราชทาน
๒. รูปถ่าย ๓. มีดหมอ ๔. มีดโกนแบบเก่า (ใบมีดรูปสามเหลี่ยม) ผู้ใดจะให้
 หรือขาย ติดต่อที่ น.พ. ดำรง เพ็ชรพลาย แผนกสรีรวิทยา ร.พ. ศิริราช

ปกิณกะ

๑. ผลของธาตุโคไมต์ต่อเอ็มบริโอไก่

ปัญหาเกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิดของแขนขาเนื่องจาก ธาตุโคไมต์ นั้นยังไม่อาจคลี่คลายลงได้, ทำให้มีการศึกษาในสัตว์ทดลองเป็นจำนวนมาก แต่ก็ยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ. ปัญหาใหญ่มีอยู่สองประการ, คือข้อหนึ่ง, ธาตุโคไมต์ เป็นตัวนำให้จำนวนของความพิการของแขนขามากขึ้นจริงหรือไม่, และข้อสอง, อะไรคือเทอราโทเจนิค เอเจ็นต์ และกลไกของการเกิดผิดปกติขึ้นเป็นอย่างไร.

สำหรับปัญหาข้อหนึ่งนั้นมิขอสนับสนุนคือภายหลังที่มีการควบคุมการใช้สารแล้ว สถิติการของความพิการของแขนขาลดน้อยลงเป็นอันมาก, และจากการทดลองฉีด ธาตุโคไมต์ เข้าในถุงน้ำคร่ำของเอ็มบริโอไก่ก็พบความพิการได้. สำหรับปัญหาข้อที่สองนั้น ขณะนี้ยังไม่เป็นที่ราบแน่นอน. ข้อคิดเห็นเป็นเพียงการคาดคะเน. มีผู้พยายามอธิบายว่าตำแหน่งที่ทำให้เกิดความพิการคือ เยื่อชั้นกลาง (เมโสเดิร์ม) และส่วนต่างๆ ที่เจริญออก

ไปจากเยื่อชั้นกลาง. แต่ทงนยังมีใคมีการศึกษาทดลองยืนยันแน่นอน. ดังนั้นเพื่อคลี่คลายปัญหาทั้ง กล่าว แผนกกายวิภาคศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัย ซุริค ได้ทำการศึกษาในลูกไก่ เล็กฮอร์น. ได้ฉีดธาตุโคไมต์ อย่างชนิดหยดที่ขยายในท้องปลา (คือนเทอร์แกน) เข้าในถุงไข่แดงแล้วทำการเปลี่ยนแปลง. ได้ศึกษาทางจุลกายวิภาคโดยทำ เซ็คชั่น คัด้วยกล้องจำนวน ๑๕๐ ตัว. พบความพิการที่น่าสนใจพอจะสรุปได้คือ:

๑. ภายหลังฉีด ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมง, ระบายการไหลเวียนเลือดผิดปกติไปและต่อไปจะตายโดยหัวใจล้ม. ธาตุโคไมต์ ที่มีความเข้มข้นยิ่งทำให้ตายเร็วยิ่งขึ้น.

๒. กล้ามเนื้อ หัวใจมีเนื้อตายเป็นแห่ง ๆ.

๓. ทับริเวณขกและขาซึ่งตามปกติพบว่าเจริญออกมาในวันที่ ๔ พบบริเวณตรงกลางของส่วนต้นมีเนื้อตายชัดเจนในวันที่ ๔, และตรงส่วนปลายก็มีเนื้อตาย

เป็นหย่อมเล็ก ๆ ทั่วเช่นเดียวกัน.

๔. ในบางตัวพบว่า ตับ, ไต, และ นีวรัล ทิวซ์ ถูกทำลายไปบ้าง.

ผลที่ได้นั้นคล้ายคลึงกับของพวก ค็อน-โทรล ที่ได้ฉีดแต่เพียงตัวละลายยา ค็อน-เทอร์แกน เท่านั้น. ดังนั้นจึงบอกแน่นอนลงไปยังไม่ได้. อย่างไรก็ตามก็ผลการศึกษาทดลองในโลกไก่สามารถอธิบายได้ในโลกคนว่า ธาลิโดไมด์ ทำลาย เซลล์ ชั้นกลาง (เมโสเดอรัม) ที่ส่วนต้นของแขนขา, ทำให้แขนขาตัวอ่อนที่เรียกว่า โฟโคมีเลีย,

คือไม่มีส่วนต้นของแขนขาทำให้นิ้วมือหรือนิ้วเท้ายื่นออกมาจากลำตัว. ถ้าถูกทำลายมาก ถึงทาง ปลายก็จะทำให้เกิด แขนขาตัวอ่อนชนิด อะมีเลีย, คือไม่มีแขนขาเลย. ในโลกไก่เกิดขบกและขาในวันที่ ๔, ส่วนในคนเกิดเมื่ออายุเข้าสัปดาห์ที่ ๔.

เรียบเรียงจาก Richenbacher, J.: Effects of Contergan (Thalidomide) on Chick Embryos. Germ. Med. Monthly 1964, IX: 95 - 100.

ถนอมฤดี ภูมิภักดี พ.บ., M.S.

๒๒. ข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเพิ่มความดันเลือด

ยาเพิ่มความดันเลือดคนใช้กันมากโดย คัลลยแพทย์ และวิสัญญี แพทย์ในภาวะฉุกเฉิน. การใช้มีทั้งประโยชน์ซึ่งอยู่ในวงจำกัดแต่มีผลเสียและอันตรายด้วย. ยาเพิ่มความดันเลือดอาจแบ่งออกได้เป็น ๒ พวกคือ พวก ซิยมพะโรไมเมติก อะมีน กับพวก โปลิย์เอปไทด์.

๑. ยาเพิ่มความดันเลือดพวก ซิยมพะโรไมเมติก อะมีน เช่นพวกที่ใช้กันอย่างกว้างขวางโดยที่ยานี้ไม่ทำให้หลอดเลือด

โคโรนารีย์ บีบตัว. ยาในพวกนี้เกือบทั้งหมด มีฤทธิ์เพิ่มจำนวนเลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือด โคโรนารีย์ ได้ส่วนกับการเพิ่มงานของ เว้นทรีเคิล. นอร์เอปิเนฟริน ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดบีบตัวแต่หัวใจเต้นช้าเพราะ รีเฟล็กซ์. เฟนิลเฮฟริน (นีโอซีปีเนฟริน) และ เมธิลซามีน (เวซ็อกซิล) เป็นตัวอย่างของยาเพิ่มความดันเลือดซึ่งออกฤทธิ์แต่ที่หัวใจ. นอกจากนี้หลอดเลือดส่วนปลายบางแห่งขยายตัว

อกด้วย. เมื่อจากฤทธิ์ของมันจะเห็นได้ว่า ยานี้คงเป็นยาที่ถูกต้องตามอคมคติ เพราะเพิ่มจำนวนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะโดยการเพิ่มความดันเลือดแก่หลอดเลือดขยายตัว. ผลเสียของยาน้อยที่มีฤทธิ์อ่อนและไม่แน่นอน. เกล็ดออกซี้เอซีเนเฟร็น (เกล็ดออกซี้เอ็น, เมธิครีน) มีฤทธิ์เพิ่มความต้านทานโดยทั่วไป, แต่ทำให้เลือดไหลไปยังอวัยวะสำคัญเช่นสมอง, ตับและไตมากขึ้น. เมตารามินอล (อะรามีน) ออกฤทธิ์เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจและยังทำให้หลอดเลือดบีบตัวอีกด้วย.

๒. ยาเพิ่มความดันเลือดพวกไปลีย์เบียไทด์ เช่น แองจิโอเทนซิน (ฮัยเปอร์เทนซิน) และ วาโลเปรสสิน (บีเทรสสิน). บีเทรสสิน ไม่เป็นยาเพิ่มความดันที่ใช้กันในทางคลินิก. แองจิโอเทนซิน มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดบีบตัวอย่างมากและใช้ในทางคลินิก. แองจิโอเทนซิน มีฤทธิ์แรงกว่านอร์เอปิเนเฟร็น ๑๐ เท่า (โดยน้ำหนัก) และมีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจน้อยกว่า. ข้อแตกต่างที่สำคัญระหว่างยาทั้งสองดังกล่าวก็คือ แองจิโอเทนซิน มีฤทธิ์ลดจำนวนเลือดผ่านหลอดเลือดโคโรนารี้อย่างมาก นอร์เอปิเนเฟร็น. ยา

ทั้งสองชนิดนี้ทำให้เลือดของอวัยวะภายในบีบตัวอย่างมาก, ซึ่งอาจทำให้ ทิศฐ ขาดเลือดได้.

เมื่อแพทย์ต้องเผชิญกับภาวะความดันเลือดต่ำ, จะมีปัญหาเกิดขึ้นคือข้อแรก, เมื่อยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน, และข้อสอง, เมื่อทราบสาเหตุชัดเจนแล้วแต่ผู้ป่วยทนต่อการรักษา.

ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับภาวะความดันเลือดต่ำที่พบได้บ่อย ๆ มีดังนี้:

๑. เป็นลม. ความดันเลือดต่ำที่เกิดจากการเป็นลมเนื่องจากมีการกดการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นผลมาจากสมอง. การรักษาที่ใช้การกระตุ้นสมองโดยวิธีต่าง ๆ กัน. เมื่อไม่ได้ผลอาจใช้ยาเพิ่มความดันเลือดอย่างอ่อน ๆ ฉีดเข้าหลอดเลือด. เอพทรน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นทั้งหัวใจและหลอดเลือดโดยไม่ทำให้ความดันสูงขึ้นมากนักนั้นถือว่าเป็นยาที่ปลอดภัยที่สุด. ขนาดใช้ ๑๕ ถึง ๓๐ มก.

๒. ภาวะหัวใจหยุด. เป็นภาวะที่ร้ายกั่วนมาก. ได้แนะนำให้ใช้ เฟนิลเอเฟร็น และ ไอโซโพรเทอรินอล ฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าหัวใจโดยตรงมากกว่าที่

จะใช้ เอชเอ็นพีริน เพราะอาจทำให้เกิด
เว็นทริคูลาร์ ไฟบรินเลชัน ใ้่ง่ายกว่า.

๓. ภาวะ ช็อคค้. ภาวะ ช็อคค้ เป็น
ภาวะที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง, โดยเฉพาะ
“ช็อคค้ ไม่ฟื้น” (irreversible shock).

ภาวะเช่นนี้เช่นภาวะที่ไม่สามารถจะแก้ไข
ผู้ป่วยให้กลับคืนดีได้แม้จะรักษาอย่างถูก
ต้องแล้วก็ตาม, เช่นการให้เลือดในผู้ป่วย
ที่เสียเลือดก็ไม่อาจจะแก้ไขภาวะ ช็อคค้
ได้. นอกจากนั้นผู้ป่วยพวกนี้มักได้รับยาท
มฤตยอบบตลอดเลือดมาก่อนแล้ว. ขณะ
นี้บางแห่ง ได้ใช้ยาขยายหลอดเลือดเพื่อ
แก้ภาวะ ช็อคค้, ทงนเพื่อชองกัน ที่สช
มิให้ขาด ออกซี้เจน. มีผู้กล่าวว่ากา
รใช้ยาขยายหลอดเลือดนั้นให้ผลในแง่ที่ว่า
เพิ่มจำนวนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะ, ไม่ใช่
เกี่ยวกับ ความดัน เลือด ที่เป็น หมาย
สำคัญ. ช็อคค้ใหม่เกิดขึ้นเนื่องจากผลของ
การแก้ ช็อคค้ ด้วยยาเพิ่มความดันแล้ว
ไม่ได้ผล. การใช้ยาขยายหลอดเลือด
นั้นว่าเป็นความเห็นที่ตรงข้ามกับการรักษา
ผู้ป่วยด้วยวิธีเก่า. อย่างไรก็ตาม, เกี่ยวกับ
เรื่องนี้ แพทย์จะต้อง ระวัง และรอ คอยติด

ตามผลของความคึกใหม่. ยาขยาย
หลอดเลือดที่ใช้คือ เฟนิอกซี้เป็นซามีน
(โตเป็นซี้ลีน), ฆลอร์โพรมาซีน (ชอรา-
ซีน) และ แอตรีเนอร์จิค บล๊อคค้ อย่าง
อื่น. Lillehei ได้แนะนำให้ใช้ ฮัยโตร-
คอร์ติโซน ขนาดมากซึ่งเขากล่าวว่ามี
ผล ทาง เภสัชวิทยา เปรียบได้ กับยาขยาย
หลอดเลือดอย่างอื่น.

กล่าวโดยย่อว่าในภาวะความดันเลือด
ต่ำไม่ควรใช้ยาเพิ่มความดันเมื่อสามารถ
จะรักษาโดยวิธีเฉพาะได้. ไม่ควรใช้ยา
เพิ่มความดันเลือดในระยะ ช็อคค้ ตอน
ท้าย, เพราะอาจจะทำให้หลอดเลือดเพิ่ม
การบีบตัวยิ่งขึ้นไปอีกอันอาจจะเป็นสาเหตุ
ของการ ช็อคค้ ไม่ฟื้น. นอกจากนั้นเมื่อ
ต้องการใช้ยาเพิ่มความดันเลือดก็ควรใช้
เพียงชั่วคราว, เพียงเพื่อประคองประคอง
ให้ผู้ป่วยมีพลังในการใช้กลไก แก้ไขการ
ไหลเวียนของตัวเอง.

(เรียบเรียงจาก Rosenberg, R.F. Heller,
Max S. Sadove: Surg. Clin, N. America.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๓. การป้องกันการแผ่รังสีในประเทศไทย

ขณะนี้ได้มีการใช้วัตถุที่มีมันตกภาพรังสีและการใช้การแผ่รังสีเพิ่มขึ้นมากในหลายประเทศซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย. นอกจากนี้ประโยชน์ของมันแล้วทางรัฐบาลไทยตระหนักถึงอันตรายของการแผ่รังสีนี้. ฉะนั้นด้วยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก และรัฐบาลนิวซีแลนด์, รัฐบาลไทยได้ตั้งโครงการสำหรับป้องกันประชาชนให้พ้นอันตรายจากการแผ่รังสีโดยวางแผนการที่จะตั้งหน่วยการป้องกันการแผ่รังสีขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขและจะแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติเกี่ยวกับการแผ่รังสีด้วย. ในขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกก็จะแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญมาเป็นที่ปรึกษาสำหรับโครงการนี้. ทางรัฐบาลนิวซีแลนด์ภายใต้แผนการณโคโลอมโบก็จะให้ทุนแก่ผู้ที่มีความสามารถในหน่วยงานเพื่อให้ไปรับการฝึกฝนเพิ่มเติมที่ประเทศนิวซีแลนด์ พร้อมทั้งให้อุปกรณ์วัสดุแก่หน่วยงานนี้ด้วย.

โครงการป้องกันการแผ่รังสี จะควบคุมที่มาของการแผ่รังสีทุกชนิด. ในหลายประเทศเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขได้ประสบความสำเร็จในการป้องกันการแผ่รังสีโดยตั้งหน่วยงานที่มีสมรรถภาพขึ้น.

เพื่อให้ความร่วมมือกับรัฐบาลไทยในการป้องกันอันตรายจากการแผ่รังสีให้เป็นอย่างดีได้ผลรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทยได้แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันการแผ่รังสีขึ้นปฏิบัติหน้าที่ให้สอดคล้องกันนโยบายของรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก, โดยเผยแพร่ความรู้ของการแผ่รังสีซึ่งรวมทั้งการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นให้แก่แพทย์และประชาชนทั่วไป. อนึ่ง, เมื่อปลายเดือนตุลาคม ๒๕๐๗ ทางองค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญ ๒ ท่านมาสัมมนาเรื่องอันตรายและการป้องกันการแผ่รังสีด้วย.

ทวี บุญโชติ พ.บ.,

Diplom. Am. Bd. Roentgen.

ประวัติการแพทย์ไทย

๕. ตำรายาจากศิลาจารึก, วัดราชโอรสาราม (๗)

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๔๖)

สิทธิการิยะ

กล่อน ๕ ประการน

ชออินท ๑ กล่อนลม ๑ กล่อนน้ำ ๑
 กล่อนหิน ๑ กล่อนเอน ๑ ประการแรก
 กล่อนเล็ด ๑ กล่อนน้ำให้บังเกิด เพื่อ
 เลือดและน้ำเหลือง กล่อนแห่งนี้ให้ติด
 กระดูกอยู่ แลให้เจบท้องแลเมื่อยแข็งขา
 แลให้เจบอกซัดโครงแลกล่อน หนึ่งครัน
 นวคร้องตั้งจ้อ ๆ ให้ปะโครงแลอกเสียดสี
 ข้างท้อง แลหัวเห่น่าเป็นตงัน ถ้าจะแก้
 ให้นวดเสียดก่อน จึงให้กินยาขนานนเกิด
 ท่านให้เอาเปลือกขี้เหล็ก ๑ สมักทั้ง
 สองสิ่งละ ๓ ราก โศภกะหอม ๑
 รากข้าพลุ ๒ รากทองแตก ๕
 รากทรงขาคาน ๑ รากเจตมูลเพลิง
 ๒ ผักเสี้ยนไท ๖ กะทกรก
 ๑ แก่นสแมทั้ง สองสิ่งละ ๕
 แก่นปรู ๕ แก่นมหาก ๕ แก่น-

มเกลอ ๕ แก่นสักหิน ๑ ยาเข้า
 เย็นทั้งสองสิ่งละ ๖ ถ้าจะของค้วย
 สุราแต่ขอท่วม ถ้าจะต้มใส่น้ำให้มากกว่า
 ของแล้วจึงเอามหาหิง ๑ การบูร
 ๑ ลูกจัน ๑ พริกไท ๑ ขิง
 ๑ คีปสี ๑ สักาน ๑ ว่าหัต
 เกลอนแต่น้อยปรองลง เมื่อจะกินเอาเต็ยร
 ๓ เด่ม หมากรวย ๑ เมียงคำ ๑
 ขนมสิ่ง ๑ แล้วจึงกิน เอาเงินผกค่อม
 ๑ ถ้าจะของฝังเข้าเปลือกสามวัน ยา
 นคา ๑ ทองหนึ่ง ๓

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๔๘)

สิทธิการิยะ

ลมอะนังชอ
 จิตมาทะวาโย เกิดในค่อมักเป็นคาง
 ทุมหายใจซัดออก ลมนเกิดแก่ใคร ๒ บ
 ๕ เดือนให้เสียดตา เอาน้ำไม้ตาเตา ๑
 กานพลู ๑ พักแพ้วแดง ๑ คีปสี ๑

โมกมัน ฆมตคัน มหาหิง โคกกระสุน
การพล พิลังกามา พริกอ่อน เปราะหอม
จึงจ้อทั้งสาม เทียบทั้งห้าทำเป็นจลสายน้ำ
ฝงกินแก่ทลาวสา ๑๒ ประการแก่เขาเป็น
หนองและเลือก แลล่าลายหาย ฯ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๕๐)

สิทธิการิยะ

ขานกล่าวสันนิษัตทั้งหมดหลาย๗ประการ
ไว้โปรดคนทั้งหลาย

คือสันนิษัตเพื่อเลือก ๑ เพื่อลม ๑
เพื่อสเลก ๑ แลคพลิง ๑ เพื่อนาเหลือง
๑ เพ้ออำมพฤต ๑ และสันนิษัตสาเก-
เวียน ๑ สันนิษัตทั้ง ๗ ประการนี้ถ้าจะ
แก่ให้เขาพริก ๑ ขิง ๑ หวาน ๑ โทค
สอ ๑ โทคเขมา ๑ โทคห้วยบัว ๑ ทั้ง
นี้เอาเท่ากันขตให้ละเอียก เอาภูมิเสน
รำหัดกินจำเพราะสันนิษัต ตาเหลือง ฯ
ยาคัมภายในกินแก่สันนิษัตตาเหลือง เอา
ฝักราชพฤก ๓ ฝัก ใบขี้ ๑ ใบสะเดา
๑ บระเพช ๑ รากเจตมถเพลิง ๑ จัน
ทั้ง ๒ ขันทศกอน ๑ ต้ม ๓ เอา ๑ กิน
แก่สันนิษัตตาเหลืองแล ฯ กาแลสทาน
เอารากสะลอกน้ำ ๑ จันขาว ๑ กระวาน
๑ ขิง ๑ ฝนด้วยชะโอมแก่สะท้านแล

ถ้าร้อนนักเอาฝักเปต ๒ ใบสะเดา ๑ ใบ
สะหัดคณ ๑ บระเพช ๑ เปลือกสะเดา
๑ ใบหมากผู้ ๑ กินสอพอง ๑ ลายน้ำ
ทราวเข้า ชะโลมแก้ออนแล ๑ ถ้าสะอึก
เอาหางนกยูงเขา ๑ ตาไม้ไผ่ข่าเผา ๑
ขคด้วยน้ำลายกินแก่สะอึก ฯ ถ้าให้ราก
เอาฝักเสี้ยนผิเผา ๑ เปลือกมะกรุดเผา ๑
พริก ๑ ขิง ๑ ขคให้ไล่เอียกเอาภูมิเสน
รำหัด ลายน้ำชุ่มซ่ากินแก่ราก ถ้านอน
มีหลับเอาเปลือกมรม ๑ รากสมอ ๑
สรพรำมอ ๑ ใพล ๑
ขมนออย ๑] ต้ม ๓ เอา
๑ กินนอนหลับ ฯ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๕๑)

สิทธิการิยะ

อยาแก่กลอนแห่งซึ่งกระทำให้จกเสียด
แลเป็นพริก ให้เป็นกอนในท้องให้เจ็บทั่ว
สระพางให้มือกระต้าง ให้เมื่อยขบขคเข้า
แลน่องคู้ ให้คามคหหนัก ให้เสียดแหบ
แห้ง ให้ขคอก ให้ท้องขนกินอาหารมิได้
เป็นเหตุทั้งนี้เพราะเสมหะแห้ง ยังเกิดแก่
บรรษษตรกตจกกัน ท่านจึงประกอบยานไว้ให้
แก่ เอาสค้าน พัดแพวแดง ทองตั้ง
มหาหิง วานน้ำ โทคสอ โทคจุลาล้าภา

โกศพงปลา การชา คีตะอศพิท ซอเม
 คีป्ली แก่นแสดมทะเล ยาคำ เขาเสมอ
 ภาค พริกไท เท้าอยาทั้งหลาย ทำเป็น
 ขลุ่ยลายนำผิงรวงหนัก ๑ แก้กังกล่าว
 มาแต่หล้าวิเศศแล ฯ

อยาแก้สรรพกล่อนทั้งปวง เขาโยมคม
 ๑ โยสเทา ๑ โยคนทีสอ ๑ ว่านน้า ๑
 บรเพช ๑ ขมิ้นอ้อย ๑ ทังนเอาสังละ
 ๑ พริกเท้าอยาทั้งหลายทำเป็นผิงลาย
 นำผิงกินทีละ ๑ แก้มกล่อนจุกเสียด
 ทั้งปวงเข้มนมหาวิเศศแล ฯ

อยาแก้ลมกล่อนสันดาน เอาหีสคน
 หนัก ๑ ๒ หิง ๑ ๓ ว่านน้า ๑ ๒
 คีป्ली ๑ ๒ กเทียบม ๑ ๑ ผิวมกรู
 ๑ ๒ แก่นแสดมทะเล ๑ ๑ แก่นขเหล็ก
 ๑ ๑ แก่นขันทเฒ่าไม่สุก ๑ ๑ ราก
 พยามือเหล็ก ๑ ๑ หอยขม ๑ ๑ หอย
 แครง ๑ ๑ ทินประสีขาว ๑ ๒ สาน
 ช่ม ๑ ๑ ๒ ทำเป็นผิงลายนำมกรู ช่มลำ
 กิน ผายสองหน

๕. ร่วมธรรม - ธรรมะประยุกต์ในคดี โลกียปัจจุบัน

(๒) ความคิดคำนึงถึงความตาย⁽¹⁾

“สิ่งใดสิ่งหนึ่งมีความเกิดขึ้นเป็น
 ธรรมดา, สิ่งนั้นล้วนมีความดับไปเป็น
 ธรรมดา.”

(พระพุทธานุญาต)

ความตาย เป็นภัยใหญ่สำหรับมนุษย์
 และสัตว์ และความกลัวตายเป็นทุกข์ใหญ่
 สำหรับคนส่วนมาก. เพื่อดับหรือบรรเทา

ทุกข์ชอนพงใส่ใจใคร่ครวญในเรื่องความ
 ตายให้เข้าใจ ซาบซึ้ง ตามความเป็นจริง,
 ตามแนวค่อไปนี้.

คนทุกคนที่เกิดมาแล้ว, ย่อมต้องแก่,
 ต้องเจ็บไข้, และต้องตายเหมือนกันหมด,
 ไม่มีใครอาจหลีกเลี่ยง. สำหรับคนทั่วไป
 ความตาย เป็นสิ่งน่ากลัวยิ่ง เนื่องจาก

(1) มรณานุสสติ.

“ความไม่รู้”, คือ (๑) ไม่รู้ว่าความตายคืออะไร, (๒) ไม่รู้ว่าตายแล้วไปไหน, (๓) ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเป็นที่พักพิงเมื่อตายไปแล้ว, และ (๔) ไม่รู้ว่าญาติมิตรและ ทวรษย์ สมบัติที่อยู่ข้างหลังจะเป็นอย่างไร. ถ้ารู้คำตอบอย่างแน่สำหรับปัญหาเหล่านี้แล้ว, ความกลัวตายก็ควรจะลดลงอย่างมากหรือแม้หมดสิ้นไป.

ตามหลัก ของ พระ พุทธ ศาสนา, (2) ความตายเป็นการเปลี่ยนแปลง, คือเปลี่ยนจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่ง, เปรียบได้กับการย้ายบ้าน. เพราะฉะนั้นจึงไม่เป็นการน่ากลัว, ถ้าหากรู้ว่าจะได้ไปอยู่ที่ไหน เช่นในปัจจุบันหรือดีกว่า. ทจริงถ้าแน่ใจว่าภพหน้าจะสบายกว่าภพนี้ เช่นในความคิดนึกของผู้ที่เห็นว่าตนตกอยู่ในฐานะที่ทุกข์ยากอย่างไม่มีอะไรจะเกินไปกว่าอีกแล้ว ความตายก็น่าจะเป็นที่พึงประสงค์, เพราะเป็นหนทางแน่ที่เปลี่ยนจากภาวะปัจจุบันซึ่งหมดหวังแล้วไปสู่ภาวะอนาคตซึ่งยังมีหวังอยู่.

ผู้ที่ตายจากภพนี้ย่อมไปสู่ภพใหม่ (3) ตามกรรมที่ได้กระทำไว้. ถ้าทำกรรมดี, ย่อมไปเกิดในที่ดี. ถ้าทำกรรมชั่วย่อมไป

เกิดในชั่ว. ถ้าในปัจจุบันเป็นผู้อยู่ในฐานะดี ซึ่งแสดงว่าในอดีตได้กระทำกรรมดีมากมายแล้ว และได้สั่งสมกรรมดีไว้อีกในชาตินี้, ก็เป็นที่หวังได้ว่าอนาคตจะดีกว่าปัจจุบันยิ่งขึ้นไปอีก. ถ้าในภพนี้ฐานะเลว ซึ่งแสดงว่าบาปกรรม (4) เป็นตัวส่งผล แต่ได้กระทำกุศลกรรมไว้มาก, ก็เป็นที่หวังได้ว่าภพหน้าจะดีกว่าภพนี้. ในด้านความชั่วก็ทำนองเดียวกัน. กรรมชั่วยุในปัจจุบันอาจให้ผลด้อยกว่ากรรมดีในอดีต, และส่งเสริมกรรมชั้วแต่ก่อน ๆ ให้ส่งผลหนักยิ่งขึ้นไปอีก. เพราะฉะนั้นผู้ที่อยากจะให้ตนเองวางใจได้ว่าตายแล้วไปสู่ที่ดีแน่, จึงเพียรสร้างกุศลกรรมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้, และโดยมิชักช้า, เพราะมฤตยูอาจจับใจผู้ใดเมื่อไรก็ได้, โดยไม่บอกกล่าวล่วงหน้า.

เมื่อถึงวาระแล้ว, ยศศักดิ์ฐานะันตร, อำนาจ, ตลอดจนสรรพทรัพย์ศฤงคารแม้มหาศาล, ย่อมไม่อาจปกป้องให้พ้นจากมัจจุรย์. แม้จะมีวงศาคณาญาติ, มิตรสหาย และ บริวารใน จำนวน มาก มาลัยสักเพียงไหน, ก็ไม่มีผู้ใดจะสามารถติดตามไปได้. แต่ละคนต้องไปโดยโดดเดี่ยว

(2) วัฏสงสาร, การเวียนว่ายตายเกิด. (3) จุติ, การเคลื่อน (4) กรรมชั่ว.

และต่างคนต่างไปตามทางของตน. ทั้ง
ใคร ๆ, บุคคลก็ดี, วัตถุก็ดี, ไม่อาจติดตาม
ไปช่วยเหลือหรือปกป้องได้. มีอยู่แต่
“กรรมดีของตนเอง” เท่านั้นซึ่งจะตัดไป
ด้วยทุกหนทุกแห่งและทำหน้าที่ขจัดประกัน
ความพลัดภัยจากความทุกข์ยากทั้ง
หลาย, เช่นทพองันพวยกเหนียวได้ด้วยความ
แน่วใจ.

ใน ส่วน บุคคล อันเป็น ทริกที่ อาลัยทั้ง
หลายที่อยู่ ณ เบื้องหลัง, ทุกคนย่อมจะ
มีความเป็นไปตามกรรมของตน ๆ. ความ
ห่วงใยใคร ๆ ของผู้อื่น ย่อมไม่ อาจจะช่วย
เหลือเขาได้. จะมีประโยชน์อยู่แต่คำ
แนะนำที่ดี, ซึ่งชวนเข้าสู่ทางกศลและ
ชักจูงออกจากอกศล. แต่ผู้ที่ตายแล้ว
ย่อมมีโอกาสน้อยที่จะให้คำแนะนำใคร ๆ
แก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่, ดังนั้นพรวบแสดง
ความรักและห่วงใยเสียแต่ในขั้วขันธ์ด้วยการ
ชักชวนให้เดินไปตามทางที่ถูก.

ทรัพย์สมบัติทั้งหลายนั้นเล่า, ทั้งที่มี
ชีวิตและที่ไม่มีชีวิต, ย่อมเป็นไปตาม
หลักไตรลักษณ์, คืออนิจจัง, ทุกขัง,
อนัตตา, “ไม่เที่ยง, ทนอยู่ไม่ได้, ไม่เป็น
ไปตามประสงค์, และไม่เป็นของผู้หนึ่งผู้

ใดโดยเฉพาะ.” เมื่อถึงคราวเสื่อมก็
เสื่อม, ถึงคราวสูญก็สูญ. แม้เจ้าของยัง
อยู่ก็หาสามารถรักษาป้องกันได้ไม่. จะ
นำคิดตัวไปยังปรโลก⁽⁵⁾ ด้วย, ก็ไม่ได้.
ดังนั้นจะมีประโยชน์อันใดที่จะมีความห่วง
ใย. พึงตั้งใจเสียว่าเรามีชีวิตอยู่ก็ใช้ได้
ใช้อาศัย, ตายแล้วเราก็ไปตามทางของ
เรา, ทรัพย์สมบัติก็ไปตามทางของทรัพย์
สมบัติ. เป็นอันแยกกันโดยเด็ดขาด.
ความเสียตายนอนอาลัยอาวรณ์เป็นเหตุจิตใจ
เศร้าหมอง, ปล่อยไว้เช่นโทษ, หักห้าม
เสียได้เป็นคน.

พิจารณาได้ดังนี้แล้ว, พึงมองความ
ตายเหมือนการเดินทางที่รู้แน่ว่าจะต้อง
กระทำ. พึงสะสมกศลไว้เป็นเสบียง, ยึด
พระรัตนตรัยเป็นเข็มทิศ, และมุ่งสติ⁽⁶⁾
เป็นทนาย. พึงอบรมความเชื่อมั่นในกฎ
แห่งกรรม⁽⁷⁾ และวิภูฏสงสาร, ซึ่งจะชัก
จูงให้หมั่นทำความดีและเพียรละความชั่ว.
พึงเจริญมรณานุสติและทำความไม่
ประมาทให้ถึงพร้อม. เมื่อเห็นคนตายแม้
เป็นทริก, พึงทำความเข้าใจว่านั่นเป็นไป
ตามธรรมดาโลก. ทุกคนย่อมต้องตาย,
ต่างกันที่เร็วหรือช้าเท่านั้น. แม้ตัวเราเอง

(5) โลกอื่น. (6) ทางดี. (7) ทำดีได้ดี, ทำชั่วได้ชั่ว. ฯลฯ

ก็จะต้องตายสักวันหนึ่ง, จะต้องเร่งเตรียม ไม้มีใครรู้ตัวว่าจะตายเมื่อใด.
 ด้ว. อย่าหลงระเริงว่าเรายังหนุ่มยังสาว การอบรมมรณานสติย่อมช่วยให้พ้น
 อยู่, เพราะความตายไม่เลือกวัย, และ จากทุกข์แห่งความกลัวตายได้.

“เรามีความแก่เป็นธรรมดา, ล่วงความแก่ไปไม่ได้.
 เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา, ล่วงความเจ็บไข้ไปไม่ได้.
 เรามีความความตายเป็นธรรมดา, ล่วงความตายไปไม่ได้.
 เราจึงต้องพลัดพรากจากของรักของเจริญใจทั้งหลายทั้งปวง.”

(พุทธศาสนสุภาษิต)

อ.ก.

๖. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๔๓)

- | | |
|---|---|
| ๑๐๖๐๑. tubo-uterine เกี่ยวกับหลอดมดลูกรวม
มดลูก | ๑๐๖๑๔. tumor, malignant เนื้องอกร้าย |
| ๑๐๖๐๒. tubovaginal เกี่ยวกับหลอดมดลูกร่วม
ช่องคลอด | ๑๐๖๑๕. tumor, mixed เนื้องอกผสม |
| ๑๐๖๐๓. tubular ลักษณะเป็นหลอด | ๑๐๖๑๖. tumorigenesis กำเนิดเนื้องอก |
| ๑๐๖๐๔. tubule หลอดเล็ก ๆ, หลอดฝอย | ๑๐๖๑๗. tumorigenic ทำให้เกิดเนื้องอก |
| ๑๐๖๐๕. tuft กลุ่ม, ขด | ๑๐๖๑๘. tumorous ลักษณะเป็นเนื้องอก |
| ๑๐๖๐๖. tumefacient ทำให้บวม | ๑๐๖๑๙. tumultus การเคลื่อนไหวเกินปกติ |
| ๑๐๖๐๗. tumefaction ส่วนบวม, ภาวะบวม | ๑๐๖๒๐. tunicary เกี่ยวกับปลอก, เกี่ยวกับถุงหุ้ม,
มีถุงหุ้ม |
| ๑๐๖๐๘. tumescence ภาวะบวม, ส่วนบวม | ๑๐๖๒๑. turbid ขุ่นมัว |
| ๑๐๖๐๙. tumid บวม, บวมน้ำ | ๑๐๖๒๒. turbidimeter เครื่องวัดความขุ่นมัว |
| ๑๐๖๑๐. tumor ก้อนนูน, เนื้องอก | ๑๐๖๒๓. turbidimetric เกี่ยวกับการวัดความ
ขุ่นมัว |
| ๑๐๖๑๑. tumor, benign เนื้องอกไม่ร้าย | ๑๐๖๒๔. turbidimetry การวัดความขุ่นมัว |
| ๑๐๖๑๒. tumor, blood เนื้องอกเลือด | ๑๐๖๒๕. turbidity ความขุ่นมัว |
| ๑๐๖๑๓. tumor, infiltrating เนื้องอกแทรกซึม | ๑๐๖๒๖. turgescence ความบวม, ความพองเป่ง |

๑๐๖๒๗. turgescient บวม, พองเป่ง
 ๑๐๖๒๘. turgid บวม, พองเป่ง
 ๑๐๖๒๙. turgidization การทำให้พองเป่ง
 ๑๐๖๓๐. turgograph เครื่องวัดความดันเลือด
 ๑๐๖๓๑. turgometer เครื่องวัดความพองเป่ง
 ๑๐๖๓๒. turgor ภาวะพองเป่ง
 ๑๐๖๓๓. turmeric หัวขมิ้นชัน
 ๑๐๖๓๔. tussiculation อาการไอกระตุ่ง
 ๑๐๖๓๕. tussis อาการไอ
 ๑๐๖๓๖. tussive เกี่ยวกับอาการไอ
 ๑๐๖๓๗. twang เสียงขุ่นจมุก
 ๑๐๖๓๘. twin, binovular, dichorial, dizygotic, fraternal, heteroovular แผลดต่างไข่
 ๑๐๖๓๙. twin, conjoined แผลดติดกัน
 ๑๐๖๔๐. twin, enzygotic, identical, monochorionic แผลดร่วมไข่
 ๑๐๖๔๑. twin, uniovular แผลดร่วมไข่
 ๑๐๖๔๒. twinge อาการเสียวแปลบ
 ๑๐๖๔๓. twitch การกระตุ๊ก (กล้ามเนื้อ), การเขม่น
 ๑๐๖๔๔. twitching การกระตุกซ้ำ
 ๑๐๖๔๕. twitching, fascicular การกระตุกซ้ำกลุ่มใหญ่
 ๑๐๖๔๖. twitching, fibrillar การกระตุกซ้ำตามเส้น
 ๑๐๖๔๗. tyloma ส่วนหนังดันทันหนา
 ๑๐๖๔๘. tylosis อาการหนังดันทันหนา, [ส่วนหนังดันทันหนา
 ๑๐๖๔๙. tympanal เกี่ยวกับหูชั้นกลาง, เกี่ยวกับเยื่อแก้วหู
 ๑๐๖๕๐. tympanectomy การตัดเยื่อแก้วหู
 ๑๐๖๕๑. tympania อาการท้องอืด
 ๑๐๖๕๒. tympanic เกี่ยวกับเยื่อแก้วหู, มีเสียงกังวาน
 ๑๐๖๕๓. tympanicity ลักษณะมีเสียงกังวาน
 ๑๐๖๕๔. tympanism อาการท้องอืด
 ๑๐๖๕๕. tympanites อาการท้องอืด
 ๑๐๖๕๖. tympanitic ชึ่งท้องอืด, มีเสียงกังวาน
 ๑๐๖๕๗. tympanitis เยื่อแก้วหูอักเสบ
 ๑๐๖๕๘. tympanotomy การเจาะเยื่อแก้วหู
 ๑๐๖๕๙. tympanous ท้องอืด, มีเสียงกังวาน
 ๑๐๖๖๐. tympanum หูชั้นกลาง, เยื่อแก้วหู
 ๑๐๖๖๑. tympany อาการท้องอืด, เสียงเคาะตึงกังวาน
 ๑๐๖๖๒. typhlectasis กระพุงไส้ใหญ่พองเป่ง
 ๑๐๖๖๓. typhlectomy การตัดกระพุงไส้ใหญ่
 ๑๐๖๖๔. typhlenteritis กระพุงไส้ใหญ่อักเสบ
 ๑๐๖๖๕. typhlitis กระพุงไส้ใหญ่อักเสบ
 ๑๐๖๖๖. typhlo- กระพุงไส้ใหญ่, อาการตาบอด
 ๑๐๖๖๗. typhlocele กระพุงไส้ใหญ่หลุดเลื่อน
 ๑๐๖๖๘. typhloenteritis กระพุงไส้ใหญ่อักเสบ
 ๑๐๖๖๙. typhlolithiasis นิ่วในกระพุงไส้ใหญ่
 ๑๐๖๗๐. typhology วิทยาว่าด้วยตาบอด
 ๑๐๖๗๑. typhlomegaly กระพุงไส้ใหญ่โตเกิน
 ๑๐๖๗๒. typhlon กระพุงไส้ใหญ่
 ๑๐๖๗๓. typhloplexia, typhlopey การตรึงกระพุงไส้ใหญ่
 ๑๐๖๗๔. typhloptosis กระพุงไส้ใหญ่ย่อ
 ๑๐๖๗๕. typhlosis อาการตาบอด
 ๑๐๖๗๖. typhlostenosis กระพุงไส้ใหญ่คอด
 ๑๐๖๗๗. typhlostomy การผ่าระบายกระพุงไส้ใหญ่
 ๑๐๖๗๘. typhloteritis กระพุงไส้ใหญ่อักเสบ
 ๑๐๖๗๙. typhlotomy การผ่ากระพุงไส้ใหญ่
 ๑๐๖๘๐. tyroid กล้ายเนยแข็ง
 ๑๐๖๘๑. uaterium ยารักษาหุ, ยาใช้สำหรับหุ
 ๑๐๖๘๒. uberous มีลูกดก
 ๑๐๖๘๓. uberty ความอุดมสมบูรณ์, ความมีลูกดก
 ๑๐๖๘๔. udder เต้านม (สัตว์)
 ๑๐๖๘๕. ula เหงือก
 ๑๐๖๘๖. ulaemorrhagia การตกเลือดจากเหงือก
 ๑๐๖๘๗. ulaganactesis การระคายเหงือก, อาการคันเหงือก
 ๑๐๖๘๘. ulalgia อาการปวดเหงือก
 ๑๐๖๘๙. ulatrophia, ulatrophly, อาการเหงือกฝ่อลีบ, อาการเหงือกหดเหี่ยว

๑๐๖๕๐. ulatrophy, atrophic, ischemic อาการเหงอกผอลบเพื่อขาดเลือด
๑๐๖๕๑. ulatropy, traumatic อาการเหงอกผอลบเพื่อบาดเจ็บ
๑๐๖๕๒. ulcer, callous แผลเบอยขอบแข็ง
๑๐๖๕๓. ulcer, chronic แผลเบอยเรอรั้ง
๑๐๖๕๔. ulcer, cold แผลเบอยเย็น
๑๐๖๕๕. ulcer, constitutional แผลเบอยเพื่อโรคทางร่างกาย
๑๐๖๕๖. ulcer, corrodng แผลเบอยกัดเน่า
๑๐๖๕๗. ulcer, creeping แผลเบอยคืบคลาน
๑๐๖๕๘. ulcer, decubital, decubitus แผลเบอยกดทับ
๑๐๖๕๙. ulcer, diabetic แผลเบอยเบาหวาน
๑๐๗๐๐. ulcer, duodenal แผลเบอยดูโอดินัม
๑๐๗๐๑. ulcer, gastric แผลเบอยกระเพาะ
๑๐๗๐๒. ulcer, hemorrhagic แผลเบอยตกเลือด
๑๐๗๐๓. ulcer, indolent แผลเบอยขอบแข็ง
๑๐๗๐๔. ulcer, inflamed แผลเบอยอักเสบ
๑๐๗๐๕. ulcer, intractable แผลเบอยรักษาไม่หาย, แผลเบอยดื้อ
๑๐๗๐๖. ulcer, irritable แผลเบอยระคาย
๑๐๗๐๗. ulcer, jejunal แผลเบอยเจจูนัม
๑๐๗๐๘. ulcer, mycotic แผลเบอยติดเชื้อรา
๑๐๗๐๙. ulcer, neurogenic, neurotrophic แผลเบอยเพื่อประสาท
๑๐๗๑๐. uleer, peptic แผลเบอยเป็ปติก, แผลเบอยถูกย่อย
๑๐๗๑๑. ulcer, perforating แผลเบอยชอนทะลุ
๑๐๗๑๒. ulcer, phlegmonous แผลเบอยอักเสบ
๑๐๗๑๓. ulcer, serpiginous แผลเบอยคืบคลาน
๑๐๗๑๔. ulcer, simple แผลเบอยสามัญ
๑๐๗๑๕. ulcer, traumatic แผลเบอยเพื่อบาดเจ็บ
๑๐๗๑๖. ulcer, trophic แผลเบอยเพื่อขาดอาหาร
๑๐๗๑๗. ulcerate เกิดแผลเบอย, เป็นแผลเบอย, เบอยเป็นแผล
๑๐๗๑๘. ulceration การเกิดแผลเบอย, แผลเบอย
๑๐๗๑๙. ulcerative เกี่ยวกับแผลเบอย
๑๐๗๒๐. ulcerous เกี่ยวกับแผลเบอย, เป็นแผลเบอย
๑๐๗๒๑. ulcus แผลเบอย
๑๐๗๒๒. ulectomy การตัดแผลเป็น
๑๐๗๒๓. ulemorrhagia, ulaemorrhagia อาการตกเลือดจากเหงอก
๑๐๗๒๔. uletic เกี่ยวกับเหงอก
๑๐๗๒๕. uletomy การตัดแผลเป็น
๑๐๗๒๖. uliginous เป็นโคลน, เป็นเมือก
๑๐๗๒๗. ulitis เหงอกอักเสบ
๑๐๗๒๘. ulna กระดูกแขนท่อนใน
๑๐๗๒๙. ulnad ไปทางกระดูกแขนท่อนใน
๑๐๗๓๐. ulnar เกี่ยวกับกระดูกแขนท่อนใน, เกี่ยวกับประสาทอัลนา, เกี่ยวกับหลอดเลือดแดงอัลนา
๑๐๗๓๑. ulocace แผลเบอยเหงอก
๑๐๗๓๒. uloglossitis เหงอกและลิ้นอักเสบ
๑๐๗๓๓. uloid คล้ายแผลเป็น
๑๐๗๓๔. uloncus เหงอกบวม, เนื้องอกขอบเหงอก
๑๐๗๓๕. ulorrhagia อาการตกเลือดจากเหงอก
๑๐๗๓๖. ulorrhea, ulorrhoea อาการเลือดซึมจากเหงอก
๑๐๗๓๗. ulosis การเกิดแผลเป็น
๑๐๗๓๘. ulotic เกี่ยวกับแผลเป็น, ทำให้เกิดแผลเป็น
๑๐๗๓๙. ulotomy การผ่าเหงอก
๑๐๗๔๐. ulotrichous มีผมหยิกของ
๑๐๗๔๑. ulotripsis การนวดเหงอก
๑๐๗๔๒. ultimate สุดท้าย, ปลายสุด
๑๐๗๔๓. ultimisternal เกี่ยวกับกระดูกกลันบ
๑๐๗๔๔. ultrasonic เหนือเสียง
๑๐๗๔๕. ultravisible ดูไม่เห็น, เหนือจุดทัศน์
๑๐๗๔๖. ultromotivity สภาพเคลื่อนไหวเอง
๑๐๗๔๗. ululation การร้องไห้หวน
๑๐๗๔๘. umblectomy การตัดสะดือ

๑๐๗๔๙. umbilical เกี่ยวกับสะดือ
 ๑๐๗๕๐. umbilicated หัวคล้ายสะดือ
 ๑๐๗๕๑. umbilication รอยหัวคล้ายสะดือ
 ๑๐๗๕๒. umbilicus สะดือ
 ๑๐๗๕๓. umbonate คล้ายปุ่ม, คล้ายกระดุม
 ๑๐๗๕๔. unbalance การเสียดุล, การขาดดุล
 ๑๐๗๕๕. unciform เป็นขอ, รูปคล้ายขอ
 ๑๐๗๕๖. uncinat เป็นขอ
 ๑๐๗๕๗. uncinariasis, uncinariosis โรคพยาธิปากขอ
 ๑๐๗๕๘. uncinariatic เกี่ยวกับโรคพยาธิปากขอ
 ๑๐๗๕๙. uncinat เป็นขอ, เป็นขัน
 ๑๐๗๖๐. unconscious ไม่รู้สึกตัว
 ๑๐๗๖๑. unctio ยาขผึ้ง, การทาด้วยยาขผึ้ง
 ๑๐๗๖๒. unctuous เป็นมัน, เป็นไขมัน
 ๑๐๗๖๓. uncus ขอ, ส่วนคล้ายขอ
 ๑๐๗๖๔. underhung, underjawed มีคางยื่น
 ๑๐๗๖๕. undernutrition การบกพร่องโภชนาการ
 ๑๐๗๖๖. understain ตีคสีน้อยไป
 ๑๐๗๖๗. undulant เป็นระลอก
 ๑๐๗๖๘. undulation การเคลื่อนไหวเป็นระลอก, การสั่นไหว
 ๑๐๗๖๙. unguat เกี่ยวกับเล็บ
 ๑๐๗๗๐. unguent ยาขผึ้ง
 ๑๐๗๗๑. unguentum ยาขผึ้ง
 ๑๐๗๗๒. unguiculate มีเล็บแหลม, คล้ายเล็บแหลม
 ๑๐๗๗๓. unguiculus เล็บแหลม, เล็บเล็ก
 ๑๐๗๗๔. unguinal เกี่ยวกับเล็บ, คล้ายเล็บ
 ๑๐๗๗๕. unguis เล็บ, ส่วนคล้ายเล็บ, หนองในกระจากตา
 ๑๐๗๗๖. ungula กีบ, เครื่องดัดลูกกลอดตา
๑๐๗๗๗. ungulata สัตว์กีบ
 ๑๐๗๗๘. uniauricular เกี่ยวกับข้อเดียว
 ๑๐๗๗๙. uniaurial มีหูเดียว
 ๑๐๗๘๐. uniaxial มีแกนเดียว, เจริญตามแกนเดียว
 ๑๐๗๘๑. unibasal มีฐานเดียว
 ๑๐๗๘๒. unicamerat มีห้องเดียว, มีโพรงเดียว
 ๑๐๗๘๓. unicellular มีเซลล์เดียว
 ๑๐๗๘๔. unicentral มีศูนย์กลาง (กลาง) เดียว
 ๑๐๗๘๕. unicornous มีเขาเดียว, มีกิ้งเดียว, มีนอเดียว
 ๑๐๗๘๖. unicuspid, unicuspidate ฟันมีปุ่มเดียว
 ๑๐๗๘๗. unidirectional ไหลทางเดียว
 ๑๐๗๘๘. uniflagellate มีแส้โบกเส้นเดียว
 ๑๐๗๘๙. unifocal มีจุดรวมจุดเดียว
 ๑๐๗๙๐. unigravida หญิงตั้งครรภ์แรก
 ๑๐๗๙๑. unilaminar มีชั้นเดียว
 ๑๐๗๙๒. unilobar มีก้านเดียว
 ๑๐๗๙๓. unilocular มีห้องเดียว
 ๑๐๗๙๔. uninuclear, uninucleated มีนิวเคลียสเดียว
 ๑๐๗๙๕. unioocular มีตาเดียว
 ๑๐๗๙๖. union การงอกประสาน (กระดูก, แผล)
 ๑๐๗๙๗. unioval, uniovular เกิดจากไข่เดียว, เกิดร่วมไข่
 ๑๐๗๙๘. unipara หญิงคลอดครั้งแรก
 ๑๐๗๙๙. uniparental เกี่ยวกับพ่อหรือแม่ (ฝ่ายเดียว)
 ๑๐๘๐๐. uniparous เคยคลอดครั้งเดียว

ข้อสังเกตในการรักษาโรคเบาหวาน
ด้วยคาร์บิพทาไมด์ในระยะยาว
(การติดตามผลการรักษาจำนวน 1000
ราย ในระยะ 7 ปี)

โดย Dr. Dhirawani M.K., M.D.
Dr. Patel J.C., M.D., M.R.C.P., Ph.D.
Diabetes Clinic, K.E.M. Hospital, Bombay 12
India

ผลการรักษา

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรักษาด้วยคาร์-
บิพทาไมด์ (นาติซาน) 2,050 ราย
ผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการตรวจสอบ

Glucose Tolerance 982 ราย

ผู้ป่วยที่มีรายงานสมบูรณ์ 1,078 ราย
(100 %)

ได้ผลดี (good control) 684 ราย (63.45%)

ได้ผลปานกลาง (fair control) 296 ราย
(27.46 %)

ไม่ได้ผลระยะแรก (primary failure) 98 ราย
(9.09 %)

ไม่ได้ผลระยะหลังแต่ระยะแรกได้ผลดี

(Secondary failure) 126 ราย

ไม่ได้ผลภายหลังที่ได้ผลปานกลางแล้ว
134 ราย

หมายเหตุ ได้ผลดี หมายความว่า G.T.T.
(Glucose Tolerance Test) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

หรือมีน้ำตาลในเลือดปกติเมื่ออดอาหาร และ
ผลต่างของระดับน้ำตาลสูงสุดเมื่อทำ G.T.T.
ก่อนและหลังการรักษาเท่ากับหรือเกินกว่า
100 ม.ก.

ได้ผลปานกลาง หมายความว่า น้ำ
ตาลในเลือดปกติเมื่ออดอาหาร หรือผลต่าง
ของระดับน้ำตาลสูงสุดเมื่อทำ G.T.T. ก่อนและ
หลังการรักษาเท่ากับหรือมากกว่า 100 ม.ก.

ในรายที่ไม่ได้ผลในระยะแรกได้เปลี่ยนไป
รักษาด้วยอินซูลิน และในรายที่ไม่ได้ผลใน
ระยะหลัง (secondary failure) ได้เปลี่ยนไป
ใช้ยากินชนิดอื่นโดยแบ่งเป็น 4 พวก ดังนี้:-

(1) คาร์บิพทาไมด์ + เฟนฟอร์มิน, (2) คลอ
โปรพาไมด์ (3) เฟนฟอร์มิน (4) คลอ
โปรพาไมด์ + เฟนฟอร์มิน

สรุปผล

1. คนไข้เบาหวานจำนวน 1,078 ราย ได้รับการ
รักษาด้วยคาร์บิพทาไมด์ (นาติซาน) ใน
ระยะนานตั้งแต่ 6 เดือน จนถึงเวลาเกินกว่า
4 ปี

2. (ก) ได้ผลดี 63.45 % ในจำนวนนี้เกิด
ผลล้มเหลวในระยะหลัง 18.42 %

- (ข) ได้ผลปานกลาง 27.46 % ในจำนวนนี้ 45.28 % เกิดผลล้มเหลวในระยะหลัง
3. ขนาดกิน ของยาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1 กรัม (2 เม็ด) ต่อวัน
4. ผลข้างเคียงที่เกิดจากคาร์บิวทาไมด์พบใน 53 ราย โดยมีอาการผื่นขึ้นที่ผิวหนัง ใน 48 รายผื่นนั้นหายไปเองโดยที่ยังคงกินยาต่อไป มีอยู่เพียง 4 รายที่ต้องหยุดยา มีอยู่ 5 รายที่ต้องให้ยาแอนติฮิสตามีน ไม่พบมีการเป็นพิษต่อไขกระดูกเลยในผู้ป่วยเหล่านี้ อย่างไรก็ตามก็ได้พบอาการเป็นพิษต่อไขกระดูกเกิดขึ้น 2 รายในหน่วยอื่น ทั้ง 2 รายนี้ปรากฏว่าเป็นพวกที่แพ้ยาซัลโฟนาไมด์อยู่แล้ว
5. ในรายที่ไม่ได้ผลในระยะหลังจะมีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ก่อนที่จะพบน้ำตาลในปัสสาวะ
6. ผู้ป่วยที่ใช้ คาร์บิวทาไมด์ แล้วไม่ได้ผลในระยะหลังได้เปลี่ยน ใช้อย่างอื่น ได้ผลดังต่อไปนี้:—
- (ก) ได้ผลดี เมื่อ ใช้คาร์บิวทาไมด์ + เฟนฟอร์มิน 54 ราย ในจำนวนนี้มี 24 ราย (44.44 %) เกิดผลล้มเหลวในระยะหลัง
- (ข) ได้ผลดี เมื่อ ใช้ คลอโปรพาไมด์ 74 ราย ในจำนวนนี้มี 48 ราย (64.86 %) เกิดผลล้มเหลวในระยะหลัง
- (ค) ได้ผลดี เมื่อใช้ เฟนฟอร์มิน 6 ราย ในจำนวนนี้ทุกราย เกิดผลล้มเหลวในระยะหลัง
- (ง) ได้ ผลดี เมื่อ ใช้ คลอ โปร พาไมด์ + เฟนฟอร์มิน 12 ราย ในจำนวนนี้มี 8 ราย (66.67 %) เกิดผลล้มเหลวในระยะหลัง
- (จ) 84 รายต้องเปลี่ยนไปใช้อินซูลิน

บริษัท ซี. เอฟ. เบอริงเกอร์ แอนเซอท์เนอร์ มัณฑไฮม์ เยอรมนี
ผลิต คาร์บิวทาไมด์ ออกจำหน่ายในชื่อการค้าว่า “นาดิซาน” (NADISAN)

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๔,๐๗๘	๒,๗๘๕	๒,๒๔๐	๒,๕๔๘	๒,๕๓๕	๘๓๗	๑๕,๐๒๓
เก่า	๗,๘๕๔	๔,๔๓๘	๕,๒๑๘	๓,๕๖๘	๔,๕๐๘	๑,๔๕๐	๒๗,๔๗๖
รวม	๑๑,๙๓๒	๗,๒๒๓	๗,๔๕๘	๖,๑๑๖	๗,๐๔๓	๒,๓๒๗	๔๒,๕๐๓
ใน	๒๗๕	๔๕๔	๑,๖๕๔	๓๔๕	๔๓๐	—	๓๒,๓๘๘

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๘๐, จักษุ ๗๔๔, สูติ—นารี ๗๖๓, รวม ๒,๐๓๗ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๔๘, หญิง ๖๐๒, รวม ๑,๒๕๐. คลอดตาย, ชาย ๗, หญิง ๑๖, รวม ๒๓.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๔ คน (๘.๐๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๓ ราย (๓๒.๓๑ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๔๕๖ ครั้ง. บางขวาง ๘๗ ครั้ง, ลहुโทษ ๑๘๕ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๖๓ ขวด, จากญาติ ๘๕ ราย.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๔๒๖ คน. รักษาใหม่ ๕๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๒๑ คน. รัตียมรักษา ๓๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕ คน. รัตติโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๑๘ คน, รัตติโอไอโซโทปวิจัย รวมรักษาใหม่เก่า ๒๒๕ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่—คน, รวมรักษาใหม่เก่า—คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๖๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๕๐๕ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจแบคทีเรียบอดิสมี ๑๑๑ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๕๖๗ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๓ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๒๒๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๗๕๐ ชิ้น (จากภายนอก ๒๒๕ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๒๖ ราย. การตรวจเซรัมวิธิตาด ๑๒๕ ราย, วัตเซอร์แมนและคาห์น ๓,๗๒๕. การตรวจวิธีพอลมันเนล ๗. หมู่เลือด —. น้บเม็ดเลือด ๖๑. วัตฮิมโกลบิน ๖๑. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๕ ราย. ตรวจบัสสวาระ ๖๔ ราย ตรวจอุจจาระ ๖๔ ราย. การตรวจวิธี อี.เอ. ๑๘. เพาะเชื้อบิดี ๑๒. ตรวจทดสอบทงตัวจิต ๔๘. ตรวจสพนิติวะ ๔๒. ตรวจวัตถุพยาน ๕๕. ตรวจวิเคราะห์ ๘๐ ตรวจผู้ป่วยคดี ๔๐๑
๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๔. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๔๐๖. เพาะเชื้อจากบัสสวาระ ๒๐๗. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๑๕. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๘๔. เพาะเชื้อวันโรค ๔๐. นีติสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๕๔. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๑.
๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะทอ้ง ๑๒. เจาะน้ำสันหลัง ๑๖. เจาะตับ ๑. เจาะน้ำช่องปอด ๔. อัคลมเข้าช่องปอด—. อัคลมเข้าช่องทอ้ง—. ผ่าตัดผิวหนัง ๕๓. จี—. นีติยาทั่วไป ๔,๗๔๖. เบาหวาน ๓,๑๑๓. คลินิกวันโรค ๓๑๕.
๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๓๖. ถอนฟัน ๑,๒๗๕. อุดฟัน ๕๗๖. ผ่าตัดช่องปาก ๕๓.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติฯ)

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กำหนดการ
งานพระราชทานปริญญาบัตร ประกาศ-
นียบัตร และอนุปริญญาบัตร วันอังคาร
ที่ ๖ เมษายน ๒๕๐๘

๑. เวลา ๑๔.๐๐ น. พระบาทสม-
เด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนาง
เจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จพระราช
ดำเนินมายังหอประชุมราชแพทยาลัย โดย
รถยนต์พระที่นั่ง

๒. นายกสภามหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ และท่านผู้หญิงจกกล กิตติขจร
และกรรมการสภามหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ เฝ้ารับเสด็จที่หอประชุมราช-
แพทยาลัย

๓. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และ
สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ
เสด็จเข้าสู่หอประชุม แล้วพระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัว ทรงจุดธูปเทียนพนมบูชา

๔. อธิการบดี มหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ กราบบังคมทูลรายงานการศึกษา
และกิจการของมหาวิทยาลัย

๕. อธิการบดีกราบบังคมทูลประกาศ
เกียรติคุณ ซึ่งสภามหาวิทยาลัยแพทย
ศาสตร์ มีมติอนุมัติปริญญาสาขานิส
ศาสตร์กฤษฎีกา กิตติมศักดิ์ แต่

ฯ พณฯ จอมพล ถนอม กิตติขจร นายก
รัฐมนตรี

๖. อธิการบดีฯ และคณะที่คณะต่างๆ
เสนอรายชื่อผู้สำเร็จหลักสูตรชั้นปริญญา
และประกาศนียบัตร

๗. พระราชทานปริญญาบัตร และ
ประกาศนียบัตร

๘. อธิการบดี เสนอชื่อผู้แทนชั้น
อนุปริญญา รับพระราชทานอนุปริญญาบัตร

๙. บัณฑิตใหม่ ผู้ได้รับประกาศนียบ-
ัตร และอนุปริญญาบัตร กล่าวคำ
ปฏิญาณ

๑๐. รองอธิการบดี มหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์ เสนอรายชื่อผู้ได้รับพระ
ราชทานรางวัล

๑๑. พระราชทานพระบรมราโชวาท
แก่บัณฑิตใหม่ ผู้ได้รับประกาศนียบัตร
และอนุปริญญาบัตร แล้วเสด็จพระราช
ดำเนินกลับ.

คำสั่งที่ ๔/๒๕๐๘

เรื่อง กำหนดหน้าที่ในงานพิธีประสาท
ปริญญา พุทธศักราช ๒๕๐๘

เนื่องในงานพิธีประสาทปริญญา ของ
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งได้กำหนด

ในวันอังคารที่ ๖ เมษายน ๒๕๐๘ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ หอประชุมราชแพทยาลัย โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงเป็นประธานในพิธีนั้น คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กำหนดให้เจ้าหน้าที่ในคณะ ฯ เป็นกรรมการในหน่วยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

๑. กรรมการรับแขก ศาสตราจารย์นายแพทย์ อำนวย เสริมรสต์ ประธานกรรมการ. กรรมการ: ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประดิษฐ์ ทัศนสุรทัต ศาสตราจารย์นายแพทย์ เขียร อุตยานันท์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ สัม คุณวิศาล ศาสตราจารย์นายแพทย์ วรกิจ วราวันวิตต์ ศาสตราจารย์แพทย์หญิง ตระหนักจิต หะริณรสต์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ วจิต บรี นายแพทย์ ภูเก็ท วาจนันท์ นายแพทย์ นันทวัน พรหมผลิน นายแพทย์ สภา สิมพาณิชย์ การ นายแพทย์ อังฉัตร โคละทิต แพทย์หญิง ขญเรือ่ง นิยมพร แพทย์หญิง จำลอง อังศ์สิงห์ นายแพทย์ สลิล คุชโรจน์ แพทย์หญิง จิรา อินทระนิยม นายแพทย์ สัมคักดิ์ พันธสมบุญ นาย-

แพทย์ ทินรัตน์ สถิตนิมานการ นายแพทย์ ประเสริฐ ปาจารย์ นายแพทย์ จิเรณ วิเศษกุล แพทย์หญิงสุภา ฌ นคร นายแพทย์ ขัญญิตี ปริชญานนท์ นายแพทย์ ทองน่าน วิภาตะวณิช นายแพทย์ สันทร ทัศนันทน์ นายแพทย์ สัมพันธ์ ทัศนวงศ์ นายแพทย์ เปรม บรี นายแพทย์ พิสิฏฐ์ วิเศษกุล นายแพทย์ กัมพล ประจวบเหมาะ นายแพทย์ สาโรจน์ ปรุขันธ์ขาม นายแพทย์ เสริมศักดิ์ เพ็ญชาติ นายแพทย์ วิชาญ โอสถานนท์ แพทย์หญิง ยูนัน อนุมานราชธน นายแพทย์ ทวี ขญโชติ นายแพทย์ สุกจิน อ่างแก้ว นายแพทย์ กวี ทังสุขบุตร นายแพทย์ นรา แววศรี นายแพทย์ ประสาน นิลประภัสสร นายแพทย์ ส้าราญ วัรงค์พ่าห์ นายแพทย์ เอนก เพทวณิช นายแพทย์ ประสงค์ คุ้มจินดา นายแพทย์ สัมโพธิ พุกกะเวส แพทย์หญิง สุกสาคร คุ้มจินดา นายแพทย์ จิตร วารินิล นายแพทย์ ติเรก พงศ์พิพัฒน์ นางเค็อนเพ็ญ ชาติกานนท์ นางสาว ดวงใจ มุกดาประกร

๒. การจัดแถวรับและส่งเสด็จ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ นายแพทย์ ปรีชา เจตนะคีลปิน แพทย์

หญิง เพทาย ศิริการุญ นางสาว ปราณี
ผลพันธ์ิน นาง ปราณี จาติเกตุ

๓. การเลี้ยงดู นางสาว ล้ารวย ศิริ-
ภาคย์ นางสาว สมจิตต์ วงศ์สมศักดิ์
นาง ลักษณา เทพพรธนะ นางสาว
สุลักษณ์ เทพฉมนพงค์ นาง ทองสุก
อรจันทร์ นางสาว กุลตรา สภากร

๔. การกระจายเสียง นักศึกษาแพทย์
ประเสริฐ พิบูลนุรักษ์ ร่วมกับเจ้าหน้าที่
ของกรมประชาสัมพันธ์

๕. หน้าที่เฝ้า ข้าราชการ คณะแพทย์-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๖. หน้าที่รับ และส่งเสด็จ นักศึกษา
แพทย์ และนักศึกษาพยาบาล

๗. การจัดสถานที่ นาย ทศนัย ลาภเกษร
นาย เล็ก ขันธูระ นางสาว อุดม พงศ์ศิลป์

การแต่งกาย เครื่องแบบปกติ สวมครุย
วิทยฐานะ. พยาบาล : เครื่องแบบพยาบาล
แขนยาว. นักศึกษาแพทย์ : เครื่องแบบ

นักศึกษาแพทย์. นักศึกษาพยาบาล :
เครื่องแบบนักศึกษาพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ถึง ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๘

อุดม โปษะกฤษณะ

คณบดี

ประกาศ มหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์

เรื่อง ชมเชยผู้ร่วมรับเสด็จ ฯ

ด้วยในวันเสด็จพระราชดำเนินมา
พระราชทานปริญญาบัตร ประกาศนียบัตร
และอนุปริญญาบัตร แก่ผู้สำเร็จการศึกษา
ตามหลักสูตรของ มหาวิทยาลัย แพทย-
ศาสตร์ เมื่อวันที่ ๖ เมษายน
๒๕๐๘

นักศึกษา คณะ แพทย ศาสตร์ และ
ศิริราชพยาบาล ได้ถวายความจงรักภักดี
แก่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และ
สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ
โดยร้องเพลงสรรเสริญพระบารมีโดยวิธี
ประสานเสียงเป็นการพร้อมเพรียงกันอย่าง
ดียิ่ง คงจะเป็นที่พอพระราชหฤทัยเป็น
อย่างมาก กิจกรรมของนักศึกษาแพทย์ที่
ได้ปฏิบัติไปในงานพิธีดังกล่าวจึงควรแก่

การยกย่องสรรเสริญเป็นอย่างยิ่ง
นอกจากนั้นบรรดาอาจารย์เจ้าหน้าที่
และนักศึกษาอื่น ๆ ในคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล ต่างก็ได้ร่วมกัน
ถวายความจงรักภักดีโดยพร้อมเพรียงกัน
คเป็นอย่างยิ่ง

จึงขอประกาศชมเชยมาให้ทราบโดย
ทั่วกัน

ประกาศมา ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๐๘

(ลงชื่อ) ชัชวาล โอสถานนท์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัชวาล
โอสถานนท์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์.

สรุปผลการสอบไล่ประจำปีการศึกษา

๒๕๐๗ - ๘

ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาล

ชั้นปีที่ ๑ : สอบไล่ให้เลื่อนชั้นชั้น
ที่ ๒, ๘๘ คน, สอบแก้ตัววิชาสรีรวิทยา
๑๘ คน, สอบตกซ้ำชั้น ๑๒ คน, สอบ
ตกให้ออก ๒ คน.

ชั้นปีที่ ๒ : สอบไล่ให้เลื่อนชั้นชั้น
ที่ ๓, ๑๐๑ คน, สอบแก้ตัววิชากาย

วิภาคศาสตร์ ๖ คน, วิชาสรีรวิทยา ๖
คน, วิชาจุลชีววิทยา ๒ คน, วิชาพยาธิ
วิทยา ๒ คน, วิชาอายุรศาสตร์ ๓ คน,
วิชาเวชศาสตร์ของกัน ๖ คน สอบตกซ้ำ
ชั้น ๓ คน, สอบตกให้ออก ๑ คน.

ชั้นปีที่ ๓ : สอบไล่ให้เลื่อนชั้นชั้น
ที่ ๔, ๗๘ คน, สอบแก้ตัวพยาธิวิทยา
๓ คน, วิชาอายุรศาสตร์ ๘ คน วิชา
ศัลยศาสตร์ ๕ คน, วิชาสูติศาสตร์ ๖
คน, วิชารังสีวิทยา ๑๒ คน, วิชาจักษุ
วิทยา ๑ คน, วิชาเวชศาสตร์ของกัน
๔ คน, สอบตกซ้ำชั้น ๖ คน, สอบตก
ให้ออก ๑ คน.

ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
๑๒๑ คน

ผู้ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต
(พยาบาล) ๑๕ คน

ผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาลและ
อนามัย ๑๐๘ คน

ผู้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาพยา-
บาลผดุงครรภ์และอนามัย ๕๐ คน

ผู้ได้รับประกาศนียบัตรผดุงครรภ์
๑๑ คน

เหรียญรางวัล

เหรียญทอง : สำหรับผู้ได้คะแนนเป็น
ที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ นายศักดิ์กา

สุวรรณศิริกุล

เหรียญเงิน : สำหรับผู้ไต่คะแนนเป็นที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. เจริญขวัญ รัตนติกุล ณ ภูเก็ต

เหรียญทองแดง : สำหรับผู้ไต่คะแนนเยี่ยมในวิชาอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, และพยาธิวิทยา ได้แก่ น.ส. เจริญขวัญ รัตนติกุล ณ ภูเก็ต

เหรียญทองแดง : สำหรับผู้ไต่คะแนนเยี่ยมในวิชาสรีรศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ได้แก่ นายศักดิ์กา สุวรรณศิริกุล

เหรียญทองแดง : สำหรับผู้ไต่คะแนนเยี่ยมในวิชากายวิภาคศาสตร์ ได้แก่ นายธงวัช อนุเคราะห์นันท

แผนกวิชาพยาบาล - ผดุงครรภ์และอนามัย :

เหรียญทอง : สำหรับผู้ไต่คะแนนเป็นที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. นันทวัน ปราชญโยธิน

เหรียญเงิน : สำหรับผู้ไต่คะแนนเป็นที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. สุนทรี สัตตระนาวัน

เงินรางวัล

ทน พระอภินันทราพารักษ์กาล สำหรับนักศึกษาแพทยชั้นบสดท้าย ที่ไต่คะแนนเยี่ยม วิชาอายุรศาสตร์ ได้แก่ แพทย์หญิงวรรณช อนุกุล เงิน ๑,๗๕๐ บาท

ทน ประสาร บุรณศิริ ของพระยาอุเทนเทพโกสินทร์ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ผู้ไต่คะแนนในการสอบไล่ชั้นปีที่ ๑, ๒, ๓, และ ๔

ชั้นปีที่ ๑ ได้แก่ นายขงศักดิ์ เลิศรัตนกุล เงิน ๖๘๒.๕๐ บาท

ชั้นปีที่ ๒ ได้แก่ นางสาว อุษณา ชาวนพงศ์ เงิน ๖๘๒.๕๐ บาท

ชั้นปีที่ ๓ ได้แก่ นายธงวัช อนุเคราะห์นันท เงิน ๕๕๗.๕๐ บาท

ชั้นปีที่ ๔ ได้แก่ นางสาว เจริญขวัญ รัตนติกุล ณ ภูเก็ต เงิน ๕๕๗.๕๐ บาท

ทน มหาวรรณ มันทาภรณ์ ของศาสตราจารย์นายแพทย์ สมาน มันทาภรณ์ รางวัลประเภทอัตราค่าธรรมเนียมแก่นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ ๒ ที่สอบไล่ได้

คณะเนเยม วิชากายวิภาคศาสตร์ และ
สัตววิทยา รวมกันได้แก่ นายธงชัย
อนุเคราะห์นันท

เอื้อเพื่อสารศิริราช

Mr. Joachim A. Scholz, ผู้จัดการ
ส่งเสริมฝ่ายขายแห่ง ไชยานามิต (ฟาร์-

อีสท์) จำกัด, สาขาประเทศไทย, มีความ
เอื้อเพื่อบริจาคเงินจำนวน ๑,๕๑๐ บาท
ให้แก่ "สารศิริราช" เพื่อจัดพิมพ์ภาพสี
สอตกแทรกในเรื่อง Repeated B.C.G.
Vaccination. ในฉบับเมษายน ๒๕๐๘.
เราขอขอบคุณในความเอื้อของท่านผู้
ออกนามมานี้ ไว้ ณ ที่นี้ด้วย.

ของแถมมีในหน้าต่อไป

ของแถม

การรักษาโรคถูกพิษตะกั่ว

ในปัจจุบัน เป็นที่รับรองกันทั่วไปแล้วว่า การรักษาโรคถูกพิษตะกั่ว ด้วยสารเคมีคือ แคลเซียม—ไคโซเคียม เอธิล ไคอะมีน เตตระอะซีเตต (EDTA) หรือ แคลเซียม เวอร์เสเนต) เป็นวิธีที่ถูกต้อง. โดยตะกั่วที่สะสมอยู่ในร่างกาย จะถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะ ในรูปของเคมีแลคคอมเพล็กซ์. การบริหารยา นิยมให้ทางหลอดเลือด ในขนาดประมาณ ๗๕ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน, ผสมกับน้ำเกลือ นอร์มัลหรือนาลาแลายกลโคส ๕ ปรซ., แบ่งให้สองหรือสามครั้งในรอบ ๒๔ ชม. อาจให้โดยฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (ความเข้มข้นของน้ำยา ต้องไม่เกิน ๒ ปรซ.) หรือเข้ากล้ามเนื้อ (ความเข้มข้นไม่เกิน ๒๐ ปรซ. ผสมกับยาชา เช่น ซัยโลเคอิน) ก็ได้, แต่การให้กินไม่ได้ผลดี. การบริหาร EDTA ควรให้เป็นชุด, ชุดหนึ่งประมาณ ๓ ถึง ๕ วัน แล้วให้พักประมาณหนึ่งถึง ๓ สัปดาห์ จึงให้ชุดที่สอง. ถ้าจำเป็นจึงให้ชุดต่อไปโดยวิธีแบบเดียวกัน, ทั้งนี้ พิจารณาจาก อาการของผู้ป่วยประกอบกับระดับของตะกั่วในเลือด กับปริมาณของตะกั่วที่ขับออกมาในปัสสาวะ ภายหลังจากการให้ยาชุดหนึ่ง ๆ ด้วย. ข้อควรระวัง คือ ถ้าผู้ป่วยกำลังจะมีหรือมีอาการทางสมองอยู่แล้ว การให้ยานี้ อาจทำให้อาการทางสมองรุนแรงมากขึ้นได้, ดังนั้น ในรายที่ไม่รีบด่วนนัก ควรคอยสักสองสามวัน เพื่อรอให้ตะกั่วในทางเดินอาหารออกไปจากร่างกายเสียก่อน, จึงเริ่มให้ยา. ยานี้ อาจทำอันตรายต่อทนต์ ส่วนต้นของไต ทำให้กรดยูริกและน้ำตาลออกมามากในปัสสาวะ. บางคราวทำให้ไม่มียปัสสาวะ และทำให้เกิดยูริเมีย และผู้ป่วยเสียชีวิตได้. ดังนั้นจึงควรตรวจปัสสาวะหาปริมาณกรดยูริก และน้ำตาลก่อนและระหว่างให้ยาเสมอ. ถ้าพบสารเหล่านี้มากเกินไป ควรหยุดยาหรือลดขนาดให้ลง พร้อมทั้งคอยสังเกตติดตามด้วยความระมัดระวัง.

ในผู้ป่วยที่มีอาการทางสมอง ต้องให้การรักษาอย่างอื่นร่วมไปด้วย อาทิ ให้ยาระงับการชัก เช่น ฟีนobarบิทัล, คลอรัล ฮัยเดรต ฯลฯ; ทำให้ความดันภายในกระโหลกศีรษะลดลง โดยให้ยาระงับทางหลอดเลือด, หรือเจาะระบายน้ำไขสันหลังออกช้า ๆ, หรือเย็บกระโหลกศีรษะเป็นต้น.

(จาก โกลหารชุน, เขาวลัษณ์ และ ดนัย สนิทวงษ์ : วารสารสมาคมกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทย ๒๕๐๗, ๓ : ๑-๑๕).

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H.