



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ฉบับที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓ มีนาคม ๒๕๐๓

Volume 16, Number 3, March 1964.

### มะเร็งของกระเพาะอาหาร

อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig), F.A.C.S.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ)

มะเร็งของกระเพาะอาหารเป็นโรคสำคัญโรคหนึ่งของอวัยวะรากลงมาจากแผลเป็ปติก. ในเวลา ๑๔ ปี จาก พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๒ แผนกศัลยศาสตร์, ร.พ. ศิริราช, ได้รักษาผู้ป่วยด้วยแผลเป็ปติกไว้ ๑๒๖๓ ราย. ในเวลาเดียวกันมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งของกระเพาะอาหาร ๓๕๓ ราย. ถ้าคิดเทียบส่วนแล้วมะเร็งของกระเพาะอาหารมีประมาณ ๑๓ ของแผลเป็ปติก, ถ้าเทียบกับมะเร็งของส่วนต่างๆ ในร่างกายเรียงตามลำดับความบ่อย, ได้ผลดังต่อไปนี้ :

เรื่องย่อ โปษะกฤษณะ, อุดม: มะเร็งของกระเพาะอาหาร. สารศิริราช ๒๕๐๓ (ค.ศ. ๑๙๖๔), ๑๖ : ๑๓๕-๑๕๑.

การวิเคราะห์โรคมะเร็งกระเพาะอาหารระหว่าง พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง ๒๕๐๒ ซึ่งมี ๓๕๓ ราย, พบน้อยกว่ามะเร็งหลอดอาหาร, และบ่อยเพียง ๑ ใน ๓ ของแผลเป็ปติก. มากที่สุดระหว่างอายุ ๔๐ กับ ๖๐. ชายต่อหญิงเท่ากับ ๒ ต่อ ๑. แอนทรม์ กับ พัลลอร์ส เป็นบ่อยที่สุด. อาการสำคัญ ๑๔ อย่างอาจเรียงตามลำดับความบ่อย. อัดโนคาร์ซิโนมา เป็นมากที่สุด. ผ่าตัด ๓๔๘ รายมีอัตราการตายเฉลี่ย ๑๘.๔ ๒๕.

๑. มะเร็งของช่องปาก

๒. มะเร็งของหลอดอาหาร

๓. มะเร็งของเต้านม

๔. มะเร็งของกระเพาะอาหาร

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามะเร็งของกระเพาะอาหารมีบ่อยเป็นอันดับที่ ๔ จึงมีความสำคัญมิใช่น้อย เกี่ยวกับการรักษาและความผาสุกของผู้ป่วย. ถ้าได้มีโอกาสพบแต่เนิ่น ๆ การรักษาอาจจะไม่แพ้มะเร็งของเต้านม, มะเร็งของช่องปาก, และ, ไม่ต้องสงสัย, มะเร็งของหลอดอาหารด้วย.

สถิติจากเยอรมัน โดยการรวมผู้ป่วยและผลของการผ่าตัดจากคลินิกหลายแห่ง แสดงว่ามะเร็งของกระเพาะอาหารมี ๓๗.๖ ๑๐๐ ของผู้ป่วยด้วยมะเร็งทั้งหมด, หรือ ๓๓.๘ ๑๐๐ ของผู้ที่ตายด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด. (1) สถิติใกล้เคียงกับสถิติของเมืองไทยมาก. คือของเรามี ๓๔.๗ ๑๐๐. ในอังกฤษและออสเตรเลีย มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นสาเหตุของประมาณ  $\frac{1}{5}$  ของการตายด้วยมะเร็งทั้งหมด. ในประเทศญี่ปุ่น ๗๕ ๑๐๐ ของผู้ชายและ ๔๘ ๑๐๐ ของผู้หญิงที่ช่วยด้วยโรคมะเร็ง, ตายด้วยโรคมะเร็งของกระเพาะอาหาร.

เชื้อชาติ มีคนไทย ๒๐๐ คน และจีน ๑๒๔, คล้ายกับสถิติที่รวบรวมระหว่าง

พ.ศ. ๒๔๘๕ กับ ๒๔๘๘ โดย น.พ. เกษียร ภัทธานนท์. (2) เมื่อเทียบส่วนกับพลเมืองของประเทศแล้วแสดงว่ามะเร็งของกระเพาะอาหารเป็นในคนจีนมาก. สาเหตุเป็นเพราะอะไรยังไม่มีใครวิจัย.

เพศ มีผู้ป่วยเป็นชาย ๒๕๑ คน, หญิง ๑๔๒, เทียบส่วนชาย : หญิง ๑.๗ : ๑.

จากสถิติของ Borman ในเวลา ๑๔ ปีเหมือนกัน (๑๙๑๐ - ๑๙๓๑) ผลเทียบระหว่างชายกับหญิงมี ๒ : ๑.

อายุ ส่วนมากมีอายุระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี, คือมีถึง ๒๔๐ คน. ผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดอายุ ๑๗ ปี, ที่มากที่สุด ๘๐ ปี. มีอีก ๓ คนที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี, มี ๑๕ คนที่อายุต่ำกว่า ๓๐. เด็กที่เกิดใหม่ก็เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหารได้. (3) ผู้ที่เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหารในเยอรมันอายุคิดโดยเฉลี่ย ๕๔ ปี, ในมอสโคว์ ๕๑, ในออสเตรเลีย ๖๒ ปี.

การแบ่งมะเร็งของกระเพาะอาหารตาม

ชั้นสังคม (3)

วิลลิส ได้กล่าวว่ามะเร็งของกระเพาะอาหารมีความเกี่ยวข้องกับชั้นของสังคม,

คือคนยังจนก็ยังมีมาก. ชั้นของสังคมนี้ ตามตะวันตกเขาแบ่งออกเป็นพวกใช้สมอง, ข้าราชการและเสมียน, นักบวช, ข่างฝีมือ, และคนงาน. ถ้าเราแบ่งตามนั้นบ้าง จะได้ผลดังต่อไปนี้ :

พวกใช้สมอง	๕	(๑.๐๘ %)
ข้าราชการ	๓๐	(๘.๐๖ %)
นักบวช	๕	(๑.๓๕ %)
ช่างฝีมือ	๒๒	(๕.๕๑ %)

คนงาน ๓๑๑ (๘๓.๖๐ %) สถิตินี้ไม่ขึ้นตามลำดับอย่างของวิถีสัก แต่พวกคนชนกตมนี้มีมากที่สุด.

อาชีพบางอย่าง, เช่น คนขายเหล้า, บ่อยผู้ดี, บ่อยโรงแรม, พวกทำเบียร์, ทำให้เกิดมะเร็งของส่วนบนของทางเดินอาหารได้ง่าย. ก็จะเห็นได้จากสถิติดังต่อไปนี้ :

อาชีพ	ถิ่น	หลอดอาหาร	กระเพาะอาหาร
คนขายเหล้า	๕๔๕๖	๕๒๘๕	๑๘๘๑
บ่อยผู้ดี	๘๑๓	๕๕๗๗	๘๘๕
บ่อยโรงแรม	๑๖๕๓	๕๐๘๒	๑๘๗๑
คนทำเบียร์	๓๒๕๓	๓๕๐๗	?
นักบวช	๑๘๗	๑๗๕	๕๕๐

สาเหตุ

สาเหตุของมะเร็งของกระเพาะอาหาร ก็เหมือนกับสาเหตุของมะเร็งท่อน, คือยังไม่มีการทราบ. เอ็มบริยอไนล์ เรสต์, กำเนิดและกรรมพันธุ์คงมิใช่สาเหตุสำคัญ. การอักเสบเรื้อรังของกระเพาะอาหารทั้งชนิดอกเกินและชนิดฝ่อลึบ มีพวกเยอรมันเชอกันมากกว่าเป็นต้นเหตุสำคัญข้อหนึ่ง, เพราะ คอนเจตชัน ได้แสดงให้เห็นว่า

การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดจาก อะโทรฟี่, ไปสู่ฮัยเปอร์เพลเซีย, อติโนมา, และมะเร็ง. นอกจากนั้นความสัมพันธ์ระหว่างแผลเย็บติคและมะเร็งของกระเพาะอาหาร ก็เป็นเรื่องน่าคิดมาก. คือแผลเย็บติคอาจจะกลายเป็นมะเร็งถึง ๑๐ ปร. Finsterer ให้มากถึง ๒๐ ปร., แต่ Stout ไม่ยอมเชื่อว่าจะเป็นไปได้. สาเหตุอื่น ๆ เช่นไวรัสและสารเคมีที่กำลังทดลองกันอยู่เวลานี้

เป็นเรื้องนำคึกและคันควักันมาก. เช่น การฉีก เมอซิลโซลันธริน ทำให้เกิดมะเร็งของกระเพาะอาหารในหนู, และยังเกิดต่อไปในโลกหลานได้อีกด้วย.

พยาธิวิทยาของมะเร็งของกระเพาะอาหาร

ตำแหน่ง กระเพาะอาหารได้ถูกแบ่งไว้เป็น ๗ อาณาเขต, มี คาร์เดียม (cardia), กระพุง (fundus), ส่วนลำตัว (body), ส่วนโค้งใหญ่ (greater curvature), ส่วนโค้งน้อย (lesser curvature), แอนทรมัม (antrum) และพัยลอร์สิส (pylorus).

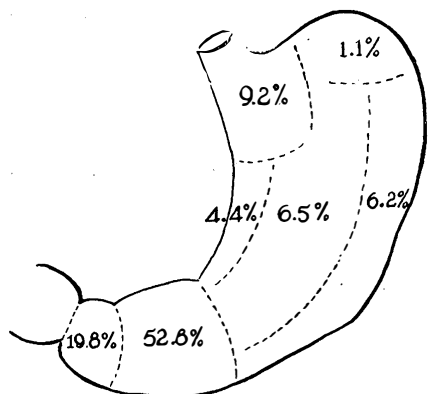


Diagram showing the site of distribution of 337 cases of gastric cancer

Cardia 31 (9.2%) : Body 22 (6.5%)  
Fundus 4 (1.1%) : Lesser curvature 16 (4.4%)  
Greater curvature 21 (6.2%) : Antrum 176 (52.8%)  
Pylorus 67 (19.8%)

ผู้ช่วยของเรามีมะเร็งในตำแหน่งต่าง ๆ ทั้งแสดงในรูปที่ ๑ ที่มากที่สุดก็คือแอนทรมัม

และพัยลอร์สิส, ซึ่งมีถึง ๓๕. ร่องลงมาจากคาร์เดียม. ที่เหลือนั้นก็กระจายทั่วไป. ที่กระพุงเป็นส่วนที่น้อยที่สุด.

ถ้าจะเปรียบเทียบสถิติของเยอรมันซึ่งนับว่ามีมาก, คือมีถึง ๖๖๘๔ ราย, ก็ได้ผลผลิตแปลกกันบ้าง. ที่เหมือนกันก็คือที่แอนทรมัม และ พัยลอร์สิส มีมากกว่าที่อื่นหลายเท่า. ที่แปลกกว่ากันเล็กน้อยก็คือมีที่โค้งน้อยมากกว่าที่ คาร์เดียม.

(ดูสถิติหน้า ๑๓๕ ตอนบน)

ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า

ในการทนายโรคมะเร็งต่าง ๆ นั้นการกลักษณะด้วยตาเปล่าเป็นของสำคัญมาก. เช่นมะเร็งของริมฝีปาก, ถ้าเราเข้าใจในรูปร่างของมันการทนายโรคและพยากรณ์ก็ไม่ง่าย. มะเร็งของกระเพาะอาหารก็เหมือนกัน. ผู้เขียนขอแบ่งตาม ชอร์แมน ซึ่งทำไว้ ๓๕ ปีแล้วและใคร ๆ ทั่วโลกทั้งเยอรมัน และ อเมริกา ก็มีความเห็น สอดคล้องด้วย, เช่น Mikulicz, Konjetzny, Palmer, Ackerman.

ถ้าเราจำไว้ว่ามะเร็งเริ่มจากจุดหนึ่งหรือสองจุดก่อน, แล้วออกไปทุกทิศทุกทาง, แต่การงอกนั้นย่อมผิดไปแล้วแต่ผู้



๓. สูง ๆ ต่ำ ๆ เหมือนหน้าขนมเบย  
(Ulcerated carcinoma, some part with  
raised edge, some part diffused spread-

ing) พวกนี้แปลกทมลักษณะสองอย่าง.  
ขอบอาจจะนูนขึ้นมาหรือไม่นูน, กระจายไป  
ตาม มิวโคซ่า และ ซับมิวโคซ่า. พวกนี้  
ของเรามีมากถึง ๔๕.๕ ปช. ไม่ได้เอก  
ของ สเตาต์ มาเทียบ, เพราะไม่ทราบว่า  
จะเทียบอย่างไร.

#### ๔. กระจายทั่วไป (Diffused Carcinoma)

ในพวกนี้มะเร็งกระจายไปตามชั้นต่างๆ  
ของผนังจนถึงชั้น เซโรซ่า. อาจจะเป็นแต่  
บางส่วนของ กระเพาะ หรือทวทง กระเพาะ,  
ทำให้กระเพาะอ่อนนุ่มลักษณะแข็งเหมือน  
ริงขวย, เรียกกันว่า Linitus plastica. มะ-  
เร็งพวกนี้ของเรามีอยู่ ๒๒.๖ ปช. มีพวก  
ริงขวยอยู่ ๔ ราย. พวกนี้มีความสำคัญ  
เกี่ยวกับกรณีวินิจฉัยโรคทางรังสี, เพราะ  
ถ้าไม่มีเนื้องอกออกมาหรือเนอแห่งเข้า  
ไป, มีแต่ความแข็งของผนังเท่านั้น, ก็  
เห็นความพิการได้ยาก.

ทั้งนี้ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น, การคุมะเร็ง  
ด้วยตาเปล่าอันมีความสำคัญมากแต่น่า  
เสียดายที่เราเอาใจใส่กันน้อยเกินไป, จึงพบ

ที่ได้อธิบายลักษณะไว้เพียง ๑๒๔ รายเท่า  
นั้น. การเปรียบเทียบกับที่อื่นจึงไม่ค่อยแน่  
นอนนัก.

#### ลักษณะที่เห็นด้วยกล้องจุลทรรศน์

การแบ่งแยกมะเร็งตามลักษณะที่เห็น  
ด้วยกล้อง จุลทรรศน์นั้นมีหลายแบบและยุ่ง  
ยาก. มะเร็งที่พบบ่อยก็คือ อติโนคาร์ซิ-  
โนมา. เราทราบแล้วว่ามะเร็งของกระเพาะ  
อาหารนั้นเกิดมาจากต่อม. เพราะฉะนั้น  
มะเร็งส่วนมากจึงเป็นชนิดนี้. แต่การ  
เปลี่ยนแปลงต่างๆ ของต่อมนั้นย่อมผิดกัน.  
แล้วแต่ในอวัยวะแต่ละอันและส่วนต่างๆ ของ  
เนื้องอกนั้น. การเปรียบเทียบสถิติต่าง ๆ  
ยาก, เพราะการแบ่งแยกของพยาธิแพทย์  
ไม่เหมือนกัน.

มะเร็ง ของ เราที่ พอจะ แบ่ง แยก ตาม  
กล้องจุลทรรศน์มีอยู่ ๒๔๕ ราย. แบ่งได้  
ดังต่อไปนี้:

อติโน คาร์ซิโนมา	๑๖๑ (๖๕.๗%)
อนาพลาสติก คาร์ซิโนมา	๖๕ (๒๖.๕%)
มคอขต์ คาร์ซิโนมา	๑๗ (๖.๘%)
สควมัส เซลล์ คาร์ซิโนมา	๒ (๐.๘%)

การกระจายของมะเร็ง

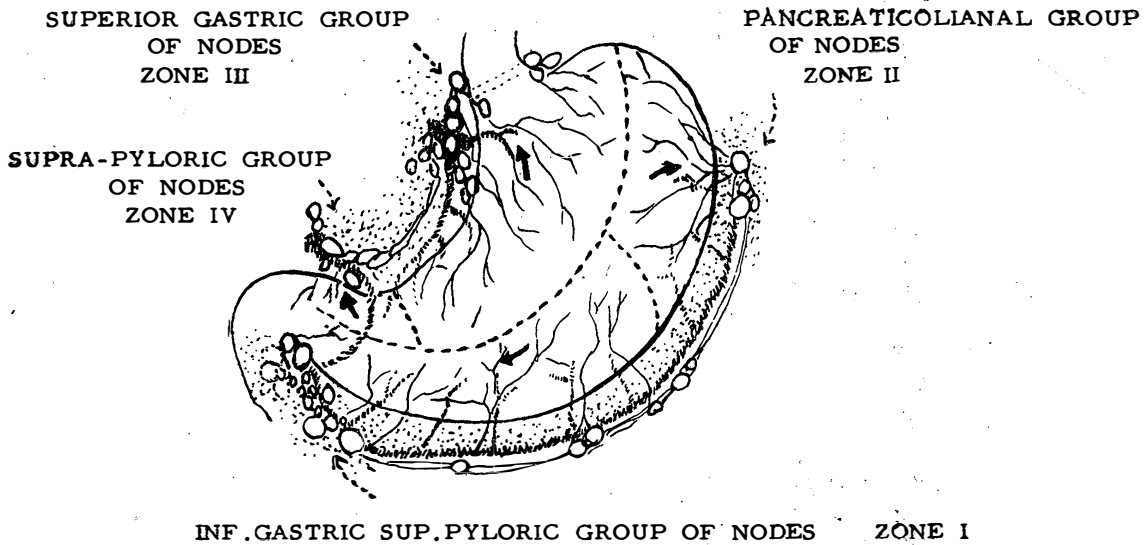
ก. เฉพาะที่

ซอนเป็นร่องสำคัญเกี่ยวกับคลิซแพทย์มาก. เมื่อมะเร็งงอกออกมาถึง เซโรซ่า, จะตาม แกลสโตรเซปติก โอเม็นตัม ไปที่ คัย, หรือตาม แกลสโตรโคลิค โอเม็นตัม ไปที่ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง. เมื่ออยู่ที่ เซโรซ่า อาจจะหลุดเข้าช่องท้องกระจาย

ไปทั่ว, หรือเกิดมเนอียดคิก, และกระจายไปตามนน. ทพยลอร์ส อาจจะมีก้อนยื่นออกไปที่คโอคินัม, แต่จะไม่ผ่านคโอคินัมเข้าไปเป็นอนซาค, ซึ่งผิดปกติ คารเคย ซึ่งจะผ่านไปได้โดยสะดวก.

การตัดกระเพาะนั้นจะต้องตัดอย่างน้อย ๑๐ ซม. จากริมของมะเร็งจึงจะเป็นที่เชื่อถือได้ว่าไกลพอจาก เซลล์ ของมะเร็งที่แผ่ออกไปจากตัวมะเร็งนั้น.

Diagrammatic Representation of zonal lymphatic metastasis of carcinoma of the stomach



ข. การกระจายทางต่อมน้ำเหลือง

การกระจายทางต่อมน้ำเหลืองนั้น มี ๓ ระยะ.

(๑) ระยะแรก แล้วแต่ตำแหน่งของมะเร็ง

ที่กระเพาะอาหาร. Coller และคณะ<sup>(6)</sup> แบ่งกระเพาะออกเป็น ๔ เขต, โดยแบ่งกระเพาะออกตรงกลาง. ต่อมน้ำเหลืองก็มี ๔ หมู่, คือ ซับพยลอร์ค และอินฟรากาสตริก, ซับเรียร์ กาสตริก แถว

หลอดเลือดแดง กลูติตรีคิ ซ้างซ้าย, ซ-  
ปราพียลอรืค ไปตาม หลอดเลือดแดง  
เซปาติค และกลุ่มแพนครีอาติโคลิเอนัล  
จากหลอดเลือดแดง สเตปนิค.

เมื่อมะเร็งตามหลอดโลหิตแดง เซปา-  
ติค เข้าไปในงุมคัพออนหรือเข้าไปที่ทาง  
เข้าของตับไคแล้ว, หนทางที่จะผ่าตัดคืออย่าง  
ที่เรียกว่า “ถอนราก” (รากคิล) จึงค้น  
พบค.

(๒) ระยะที่สอง มะเร็งแทรกซึมเข้าไปใน  
โอเม็นตัม อันใหญ่ และ กาสโตรลิเอนัล  
ลิกาเม็นท์.

(๓) ระยะที่สาม มะเร็งกระจายไปจาก  
ซีลิแอก เข้าไปในกลุ่มต่อมน้ำเหลือง  
ปาราเอออร์ติค, ไปที่ เมคิสตีนิม, ขรอง-  
เมียล, เข้าโทราซิค คัคค. เข้าหลอด  
โลหิตดำ ซัยเคลเวียน, เข้าต่อมเหนือไห  
ปลาร้าทางซ้าย (Virchow's gland). เมื่อ  
ทางที่จะกระจายไปยังขบนลกอกด้วยมะเร็ง  
แล้ว, มะเร็งกระจายลงล่างตามต่อมของ  
เมเซ็นเตอริย, ลินบาร และ เซครัล.

การกระจายทางต่อมน้ำเหลืองนั้นเป็น  
เรื่อง สำคัญที่ทำให้ การรักษาได้ผลไม่น่า  
พึงพอใจนัก, เพราะในพวกที่ถูกตัดกระเพาะ

อาหาร ออก นั้นมีการ กระจาย เข้าต่อมน้ำ  
เหลืองแล้วถึง ๗๐ ปีช. (7)

การแบ่ง แยกตาม พยาธิวิทยานนม  
ประโยชน์ เป็น อัน มาก สำหรับ ประทับสติ  
ปัญญาศัลยแพทย์, แต่ท่เกี่ยวกับศัลย-  
แพทย์แท้ ๆ คือการแบ่งทางคลินิกของ  
Hoerr. การแบ่งของผ่นคล้ายการแบ่งทอน  
เช่นที่เตานม. Hoerr<sup>(8)</sup> แบ่งเป็น ๒ หมู่

I, II, III, และ A.B.C.

I. มะเร็งอยู่ในชั้น ใน ๆ ของผนังของ  
กระเพาะ

II. มะเร็งเลยมาถึง เซโรซ่า

III. มะเร็ง ลามไปเกาะ อวัยวะ ใกล้  
เคียง, เช่นลำไส้ใหญ่, ตับ

A. ไม่มีการกระจาย

B. มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง.

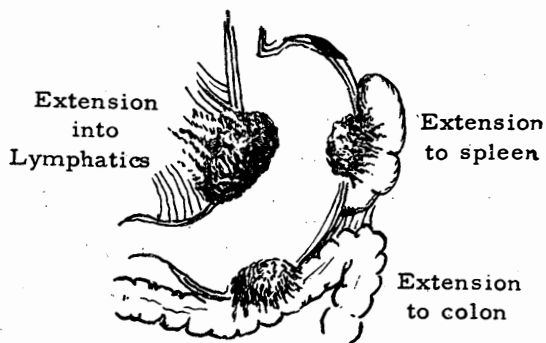
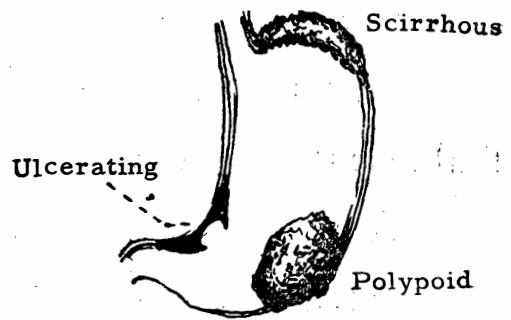
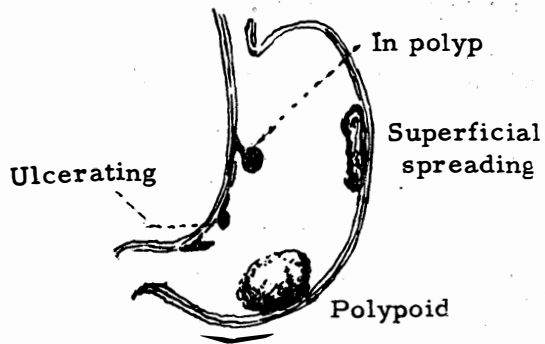
เฉพาะที่

C. มีการกระจายไปไกล

ความ สำคัญ ของ การ แบ่ง อย่างนี้มี  
ประโยชน์อย่างไรจะแจ้งให้ทราบตอนหลัง.

### พยาธิสรีรวิทยา

ในระยะแรกอาจจะไม่มื่อะไรผิดปกติ,  
ต่อมน้ำย่อยในกระเพาะอาหารน้อยลงหรือ  
ไม่มี, โดยเฉพาะกรดเกลือ, ทำให้มี



Three Stages of Carcinoma of the Stomach according to extent of invasion (Hoerr)

ฮัยโปซิมลอร์ฮัยเทรีย หรือ อะคัยเลีย. จาก  
การวิเคราะห์หน้าย่อยของ กระเพาะ อาหาร  
๒๑๒ ราย มีผลดังต่อไปนี้ :

ระดับกรดสูง	๒๘ ราย (๑๓.๕ ปร.)
ระดับกรดปกติ	๒๕ ราย (๑๒.๐ ปร.)
ระดับกรดน้อย	๘๘ ราย (๔๑.๕ ปร.)
กรดไม่มี	๗๐ ราย (๓๓.๐ ปร.)

ฮีโมโกลบิน (จาก ๒๓๔ คน)

น้อยกว่า	๖ กรัม	๕๗ คน (๒๔.๓ ปร.)
ระหว่าง	๖-๑๐ กรัม	๑๖๕ คน (๗๐.๕ ปร.)
มากกว่า	๑๐ กรัม	๑๒ คน (๕.๒ ปร.)

เม็คโลฮิตแดง (จาก ๑๘๘ คน)

น้อยกว่า	๓ ล้านต่อ ล.มม.	๓๒ คน (๑๗.๐ ปร.)
ระหว่าง	๓-๔ ล้าน	๑๒๖ คน (๖๗.๐ ปร.)
มากกว่า	๔ ล้าน	๓๐ คน (๑๖.๐ ปร.)

การ ทรมอบ อดอก หรือแตกทเนองอก  
นั้นทำให้เซลล์เป็นกลุ่ม หลุดเข้า ช่องกระ-  
เพาะอาหาร. เพราะฉะนั้นถ้าทำการล้าง  
กระเพาะ หรือเอาบัลลูนหรือแปรงไปชุกเอา  
เซลล์ออกมา, และตรวจตามแบบ ปาปา-  
นิโคเลา อาจพบเซลล์ของมะเร็ง. วิธีนี้  
เราไม่ได้ทำกันอย่างจริงจัง ๆ. ถ้าพยายาม  
ทำก็คง เป็นเครื่อง ช่วยการ วินิจฉัยโรคได้  
มาก, ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น. ในการทำ  
๑๔ รายได้พบขวก ๘ คน.

มะเร็งแทบทุกชนิดมักจะแตก. หลอด  
โลหิตที่ฉีกขาดด้วยจึงมีโลหิตออกไม่มากนัก  
น้อยทางปากและทางทวารหนักอยู่เรื่อย ๆ.  
คนไข้จึงอ่อนเพลียและซีด. ผลของการ  
ตรวจ ฮีโมโกลบิน และเม็คโลฮิตแดงเป็น  
เครื่องชี้ถึงการเสียโลหิตน้อยอย่างก็.

### อาการวิทยา

ระยะเวลาที่เป็น

ผู้ป่วยที่มาใน ๒-๔ เดือนแรกมี ๔๐  
ปร., ๔-๘ เดือนมี ๒๐ ปร., ๘-๑๒  
เดือนมี ๑๖ ปร. เพราะฉะนั้นประมาณ  $\frac{๓}{๔}$   
ของผู้ป่วยมาในระยะ ๑ ปีแรก, นอกนั้น  
มา ๑ ปีล่วงแล้ว.

ผลดีของการที่ผู้ป่วย มาโรงพยาบาล  
เนิ่น ๆ นั้นมีอย่างไรจะแสดงให้เห็นโดย  
สถิติของการรักษา.

อาการของผู้ป่วย

แย่งออกเป็น ๑๔ อย่าง, เรียงตามลำดับความสำคัญดังต่อไปนี้:

- |                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| ๑. แน่นท้องแถวลิ้น               | ๒๕๒ ราย |
| ๒. อาเจียน                       | ๒๑๗ ราย |
| ๓. ท้องผูก                       | ๒๑๑ ราย |
| ๔. มุกอนในท้อง                   | ๑๗๕ ราย |
| ๕. ชุบผอมลง                      | ๑๕๕ ราย |
| ๖. เยื่ออาหาร                    | ๑๓๖ ราย |
| ๗. ปวดท้อง                       | ๑๒๒ ราย |
| ๘. อจจาระมีเลือด                 | ๑๒๐ ราย |
| ๙. ท้องอืด                       | ๑๐๑ ราย |
| ๑๐. อาเจียนเป็นเลือด             | ๘๑ ราย  |
| ๑๑. อาการคล้ายแผลของกระเพาะอาหาร | ๗๗ ราย  |
| ๑๒. ตัวเหลือง                    | ๓๑ ราย  |
| ๑๓. กลืนลำบาก                    | ๒๕ ราย  |
| ๑๔. มีน้ำในช่องท้อง              | ๑๘ ราย  |

อาการนำที่สำคัญที่สุดคือแน่นอึดอืดในท้องส่วนบน. ยิงนานวันและยิงรับประทานอะไรก็ยิ่งแน่นมาก. เลซี่ ใช้คำว่า "epigastric pain or discomfort". ไม่ได้แยกว่าปวดหรืออึดอืด. แต่ผู้เขียนคิดว่าควรแยกเพราะส่วนมากไม่มีปวด, ดังจะ

เห็นได้ว่าพวกที่บอกว่าปวดนั้นมีเพียง ๓๑ ปช. อาการปวดนั้นเป็นเครื่องเตือนว่าอย่าคิดว่ามะเร็งของกระเพาะอาหารไม่ปวดเลย. บางพวกมีอาการคล้ายแผล เปียปติก ซึ่งทำให้หลงรักษา เช่นนั้นจนเสียเวลาไปนาน. ปวดท้องในมะเร็งก็มีกลไกคล้ายแผล เปียปติก และทางพยาธิวิทยาที่คล้ายกัน, คือปวดเพราะมีแผลลึกเข้าไปในผนัง.

อาการแน่นท้องอึดอืดหลังอาหารเกิดขึ้น เพราะผนังของกระเพาะอาหารไม่ขยายตัวและไม่มีการเคลื่อนไหว อย่าง ทควร. แพทย์ที่เคียพ ผู้ป่วย ซึ่งมีอายุเกิน ๕๐ ปี เหล่านี้, เมื่อได้รับการรักษาทางยาอย่างดีแล้ว ไม่หายภายใน ๒ - ๓ สัปดาห์ ควรจะถ่ายภาพรังสีของกระเพาะอาหารเสีย, หรือจะให้ดีกว่านั้น ทำเสียก่อน การรักษาก็ได้. อย่าปล่อย ปล่อยให้ไว้น ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นอีก, เช่นอาเจียน. ถ้าเป็นดังนี้ โอกาสที่จะรักษาให้หายก็น้อยลงอีกมาก.

อาเจียนเป็นอาการสำคัญข้อหนึ่งของลงมาจากแน่นท้อง, เกิดด้วยเหตุหลายประการ: (๑) เพราะการระคายของมิวโคซ่า, หรือ (๒) การอุดตันของ pyloric โดยมะเร็ง. ถ้ามีโลหิตออกมากด้วยก็

ยังเป็นเครื่องกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวลไปหาแพทย์โดยเร็ว.

การพบก้อนในท้องโดยผู้ป่วยเองนั้น นับว่าเป็นเครื่องช่วยวินิจฉัยโรคอย่างก็เลิศ. มีประมาณ ๕๐ ปช. เท่านั้นที่พบก้อน.

อาการอื่น ๆ เช่นตัวเหลือง, กลืนลำบาก, มีน้ำในช่องท้อง, เป็นอาการของระยะสุดท้ายของมะเร็งของกระเพาะอาหาร.

### การตรวจทางคลินิก

การพบก้อนในท้องเป็นการช่วยการทายโรคที่สงสัย, ดังได้กล่าวแล้ว, และก็เป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่ามะเร็งนั้นได้แก่เกินไปแล้ว สำหรับการรักษาคือการผ่าตัดแล้ว. แต่ก็ไม่แน่นอนเสมอไป, เพราะมีไม่น้อยกว่า ๒๐ ปช. ที่ก้อนนั้นไม่ติดกับอวัยวะอะไรเลย, ตัดออกได้ง่าย. การที่คลำก้อนไม่พบบนนั้นเหตุหลายประการ: (๑) ก้อนอยู่ค่อนข้างสูง ได้ชายโครงหรือสูงกว่านั้น, (๒) ก้อนไม่ค่อยแข็งนัก, ซึ่งมะเร็งของกระเพาะส่วนมากเป็นคองนั้น. (๓) ผู้ป่วยมีหน้าท้องหนา.

ถ้าพบว่าตับโตก็แสดงว่ามะเร็งได้เข้าไปอาศัยอยู่ในตับแล้ว, หรือมีชิ้นก็แสดงว่าก้อนนั้นได้ถูกขย. ถ้ามีน้ำในท้องก็แสดง

ว่ามะเร็งนั้นกระจายไปทั่วท้องแล้ว. การตรวจที่คอ อาจจะพบต่อมน้ำเหลืองโตที่ไหปลาร้าทางซ้าย.

### การตรวจทางทวารหนัก

มีความสำคัญถ้าพบ Blumer Shelf หรือ rectal Shelf เป็นเครื่องสนับสนุนว่าก้อนทพบในท้องเป็นมะเร็ง, แต่ก็เป็นมะเร็งที่แก่เกินผ่าแล้ว.

### การตรวจทางรังสี

มีความสำคัญมากในรายที่ไม่มีอาการแน่นอน, คือแน่นท้อง, อืดอืด, เบื่ออาหาร, อาเจียน, ชะพอมตามที่ได้กล่าวแล้ว. ควรพยายามตรวจผู้ป่วยด้วยรังสีเร็นตเกินเสมอ. อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้แรมเดือนแล้ว มาคิดได้ทีหลังหรือไม่คิดเสียเลย, จนผู้ป่วยต้องเปลี่ยนหมอ. การทายด้วยรังสีมีโอกาสได้ผลบวกถึง ๘๐ ปช. ข้อสำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือในรายที่แพทย์รังสีให้การทายโรคว่าเป็นแผล เป็ปกติ, ซึ่งมีข้อยประมาณ ๑๕ ปช. ในโรงพยาบาลศิริราช, แพทย์ผู้รักษา อาจจะหลงรักษาอย่างนั้นเรื่อยจนอาการทรุดลง, จนรักษาทางศัลยกรรม



๔๐๔ ราย, ๑๕๕๗). นอกจากอัตราตายสูงแล้ว, อาการที่ตามหลังมากก็มาก, เช่น โลหิตจาง, ท้องเดิน, ซบผอม.

การตัก ภาวะอาหารออกบางส่วนมีอัตราตายน้อย ของเรามี ๑๔ ปช. ในยุโรปมีอัตราตาย ๑๘.๘ ปช. (ฮอปปกอลเซอรั), ๑๖.๘ ปช. (เตงก์ และ เฮลเมอร์). ในอเมริกา ๑๑.๔ ปช. (แมกเน็ยและแป็ก) ๗.๕ ปช. (เบลล์อก และ อ็อกซเนอร์).

ตามที่ได้อธิบายไว้ในเรื่องการกระจายของมะเร็ง, ไม่มีทางอะไรที่จะตัดเอาต่อม

น้ำเหลืองออกได้หมด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมะเร็งได้แทรกเข้าไปใน ไส้ลัส ของตับ. แม้จะทำการ ตักภาวะอาหารออกหมดก็ยังไม่ถอนรากสิ้น. แวงเกินส์ตัน (๑๕๕๕) ได้ทำผ่าเข้ตักเป็นครั้งที่สอง พบว่าใน ๒๖ รายของ มะเร็ง ของ ภาวะที่ เคย ตัก แล้ว มี มะเร็งเกิดใหม่ที่ขั้วของตับ และที่ วิโทรแพนควีอาติโคคุโฮกินัม ถึง ๑๑ ราย.

การแบ่งตาม Hoerr<sup>(8)</sup> มีประโยชน์เกี่ยวกับการพยากรณ์ชีวิต. ในการผ่าตัด มะเร็งของภาวะอาหาร ๗๑ ราย ได้ผลดังต่อไปนี้ :

ระยะโรค	จำนวนเดือนที่มชีวิตอยู่
A I	๖๓
A II	๑๕
A III	๒๑
B I	๓๔
B II	๑๔
B III	๑๘

พวกหมู่ A I-III มีชีวิตอยู่เกิน ๕ ปี ๕๕.๕ ปช.

พวกหมู่ B I-III มีชีวิตอยู่เกิน ๕ ปี ๑๗.๖ ปช.

การรักษาอื่น ๆ เป็นการ รักษา เพื่อบรรเทา หรือ เพื่อ จะ ตัด มะเร็ง นั้น ให้ แน่แท้. การกระทำ เล็กน้อย เหล่านี้ ก็มี อัตราตาย

สูง, เช่นทำ กาสโตรสโตมีย์ มีอัตราตาย ๑๔ ปช., การเปิดท้องออกตรวจ ตัก มีอัตราตาย ๑๓.๕ ปช. ทนาลังเกตก็คือ

ไม่ผ่าตัดก็ตายไปเอง. ในโรงพยาบาลมี  
ถึง ๓๓.๓ ปช.

ผลของการรักษา

จุดประสงค์สำคัญของเราในการรักษา  
ผู้ป่วยทั้งหลายที่เป็นมะเร็งก็คือให้เขาเหล่าน  
นั้นพ้นจากการรบกวนด้วยการทรมาน  
ต่าง ๆ. เพราะฉะนั้นก็ต้องพยายามจน  
สุดความสามารถที่จะเอาตัวมะเร็งออกให้  
ได้แม้ว่าจะติดกับตับอ่อน, ใส้ใหญ่ส่วน  
ขวางหรือม้ามก็ตาม. เมื่อเอาตัวของมัน  
ออกได้แล้วผู้ป่วยย่อมอยู่ได้สบายหรือเป็น  
สุขกว่ามีมะเร็งอยู่, แม้ว่าอาหารจะผ่าน  
ได้โดยการทำทางให้ใหม่ก็ตาม. เพราะ  
ฉะนั้นสถิติของการทำเพื่อให้คนไข้สบาย,  
แต่อายุจะไม่ยืนนานกับสถิติโดย ๕ ปี, แต่  
ทั้งคนทั้งทรมานไว้มากย่อมผิดกัน. การ  
เลือกคนไข้ที่เฉพาะจะผ่าตัดได้ก็และทั้งผู้ที่  
เป็นมาก ๆ ไว้, จึงเป็นความคิดที่ไม่น่า  
สนับสนุนนัก. ที่จริงก็คงมีคลีแพทียน้อย  
ที่คิดอย่างนั้น.

สถิติของการผ่าตัดได้หรือไม่ได้นั้น,  
นอกจากตัวมะเร็งแล้วยังอาศัยฝีมือและ  
ความชำนาญของคลีแพทียอีกมาก. ผู้ที่  
ทำการผ่าตัดนับวัน ๆ ครึ่งยอมผู้ผ่าตัด

ทุกวันไม่ได้, หรือผู้ผ่าตัดคนขี้ขลาดผู้  
เคยผ่าตัดคนขี้อ่อนขี้นอนไม่ได้. ในจำนวน  
ผู้ช่วยของเราทำการผ่าตัดก็เพราะเกือบ  
หมด ได้ ๓๘.๓ ปช. ขอนเป็นรองยาก  
ที่จะเทียบกบที่อื่น, เพราะเรามีผู้ช่วยที่มา  
ในระยะสุดท้ายเป็นส่วนมาก, เช่นมีก้อน  
ในท้อง, ตัวเหลือง, มีน้ำในช่องท้องรวม  
กันถึง ๕๒.๔ ปช. ถ้าเทียบกับสถิติที่อื่น  
ก็น่าจะดีใจเพราะท้องกฤษ(10) ทำการตัด  
เพราะเกือบหมด ได้ ๑๕.๕ - ๒๔.๔  
ปช. (Stammers, Morley). ที่ เลย์คลินิค  
และที่ เมโยคลินิค ก็มีเพียง ๓๕.๒ -  
๒๗.๓ ปช. แต่ที่อื่นเช่นฮอสเตริย, เซค-  
โกสโลวาเกีย, ฝรั่งเศส และฮอลแลนด์  
๔๐.๕-๔๔ ปช. ที่คัทสาคอร์สเซียม  
มากกว่าเพื่อน, ถึง ๒๒.๕๐ ราย ทำ  
ตัดได้ ๗๓.๗ ปช. ในรายสุดท้ายมีตาย  
เพียงรายเดียว. ยิ่งดีกว่าของ นากายามา  
เสียอีก.

ตามสถิติทั่วโลกสำหรับผู้ช่วยด้วยโรค  
มะเร็งกระเพาะอาหารที่เขา มา ร.พ. ทั้ง  
หมด, ทั้งที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด, หลัง ๕  
ปีแล้ว ในร้อยคนมีเหลืออยู่เพียง ๗.๔-๑๐  
คน. ส่วนพวกที่ผ่าตัดแล้วหายกลับไป  
บ้านได้, ใน ๑๐๐ คนมีเหลืออยู่เพียง  
๒๒-๒๕ คน.

ในจำนวนผู้ช่วย ๓๕๓ คน ของเราไม่ทราบว่ายังมีชีวิตอยู่กี่คน. เรอนั้นเป็นเรื่องที่จะต้องสืบสวนต่อไปข้างหน้า, เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากแต่ก็พอทำได้ถ้าพยายาม. เรามีโอกาสพบผู้ช่วยอีก หลังผ่าตัดน้อยมาก. ถ้าใช้ทางไปรษณีย์ก็พอมีผลได้, แต่ก็คงไม่เกิน ๕ ปีช. เรื่องที่น่าห่วงอีกอย่างหนึ่งก็คือสถาบันมะเร็ง. ถ้าสถาบันซึ่งมีไคเป็นของผู้นำคนหนึ่งโดยเฉพาะ, แต่เป็นของส่วนรวม, ไคอุบัติและเจริญเรื่อยเรื่อย, คงจะช่วยให้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งในเมืองไทยคลคลายจนออกมาก.

**สรุป**

๑. มะเร็งของกระเพาะอาหารใน ร.พ. ศิริราชในเวลา ๑๔ ปี (พ.ศ. ๒๔๘๕—๒๕๐๒) มี ๓๕๓ ราย, น้อยกว่ามะเร็งของหลอดอาหาร, และเป็นประมาณ ๑/๓ ของแผลเป็ปกติ.

๒. มะเร็งของกระเพาะอาหารเป็นในคนที่มีอายุน้อยกว่ามะเร็งของหลอดอาหาร, ในระหว่างอายุ ๑๗—๒๐ ปี มีถึง ๔ คน, ๒๑—๓๐ ปี มี ๑๕ คน, และมีมากที่สุดระหว่าง ๔๐—๖๐ ปี. เป็นในชายมากกว่าหญิงประมาณ ๒ เท่า. พบในจีนค่อนข้าง

ข้างมาก, มีมากกว่าครึ่งหนึ่งของไทย. เป็นในคนจีนเป็นส่วนใหญ่.

๓. ตำแหน่งของมะเร็งของกระเพาะอาหารที่พบส่วนมากคือที่ เอนทรมั และ pyloritis, มีถึง ๗๒.๖ ปีช. ตำแหน่งนี้เป็นตำแหน่งที่ดีสำหรับบริการวินิจฉัยโรคและการรักษา.

๔. ลักษณะของมะเร็งตามที่เห็นด้วยตาเปล่ามี: (๑) บานเหมือนดอกกะหล่ำปลี, (๒) บานเหมือนกระຈາค, (๓) สูงๆ ต่ำๆ เหมือนหน้าขนมเข่ง, (๔) กระจายทั่วไป.

๕. อาการมี ๑๔ อย่าง. เรียงตามลำดับความสำคัญมี: แน่นท้องแถวลิ้น, อาเจียน, ท้องผูก, มีก้อนในท้อง, ชะงืด, เยออาหาร, ปวดท้อง, อจจระมิเลือด, ท้องอืด, อาเจียนเป็นเลือด, อาการคล้ายแผลเป็ปกติ, ตัวเหลือง, กลืนลำบาก, มีน้ำในช่องท้อง.

๖. ตามลักษณะที่เห็นด้วยกล้องจุลทรรศน์ แบ่งได้เป็น ๔ พวก. มี อติโนคาร์ซิโนมา มากที่สุด, ต่อมาคือ อนาปลาติคคาร์ซิโนมา, มคอียด คาร์ซิโนมา และสควมัส เซลล์ คาร์ซิโนมา เรียงตามลำดับ.

๗. ในการรักษาได้ทำการตัดกระเพาะ  
ทั้งหมด ๑๕ ราย; มีตาย ๕ คน (๓๓.๓  
ปช.) ตัดกระเพาะเกือบหมด ๑๔๑ ราย,  
ตาย ๒๐ คน (๑๔.๒ ปช.). นอกนั้นทำ  
การผ่าตัดเล็กน้อย มีการผ่าเปิดออกตรวจ,  
กาสโตรเจนูโนสโตมีย์, ฯลฯ ไม่ได้ผ่าตัด  
๔๕ ราย.

เอกสาร :

1. Bormann, R: Handbuch d. spez. path. Anatomie u Histologie. IV Bd, 1. Teil. 1962. 856.
2. เกษียร ภัฏคานนท์ และบุณรัตน์ สมบูรณ์ : มะเร็งของกระเพาะอาหาร จ.พ.ส.ท. 2503, 43 : 6.

3. Willis, R.A.: Pathology of Tumours. Butterworth & Co. 1953, 391.
4. Stout, A.P.: Tumors of Stomach. Atlas of Tumor Pathology. Armed Forces Int. Path. Wash. D.C. 1953.
5. Nissen, R.: Lehrbuch der Chirurgie. Georg Thiem Verlag, Stuttgart 5, 606.
6. Coller, F. E., Kay & R. Mc Intyre Arch. Surg. 43:751.
7. Eker, R.: Carcinoma of the Stomach. Acta Chir. scandinav. 1951. 101:112-126.
8. Hoerr, S.O.: Carcinoma of Stomach. Am. J. Surg. 1961, 101:284.
9. Makkas, M.: Fortschritte in der chir. Behandlung des Magencarcinoms in den letzten 60 Jahren. Der Chirurg. 1959, 30:337.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

## CARCINOMA OF THE STOMACH

Udom Poshakrishna, M.B., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig), F.A.C.S.

(Dept. of Surgery)

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

---

This is an analysis of 393 cases of carcinoma of the stomach treated in the Dept. of Surgery during the fourteen-year period from 1946 to 1959. Gastric carcinoma is less frequent than oesophageal carcinoma, and the incidence is about one-third that of peptic ulcer. It is most frequently met with in the fourth to sixth decades, and men are twice as often afflicted as women. The antrum and the pylorus are the parts most affected. The following symptoms are found, arranged in descending order of frequency: epigastric discomfort, vomiting, constipation, abdominal mass, loss

of weight, anorexia, abdominal pain, blood in stool, abdominal distension, hematemesis, ulcer-like symptoms, jaundice, difficulty in swallowing, ascites. Adenocarcinoma has the highest incidence, followed by anaplastic, mucoid and squamous-cell types. 348 cases were treated operatively, with 18.4 percent mortality rate. Subtotal gastrectomy was applied in 141 cases with 14.2 percent mortality, while total gastrectomy, performed in 15 cases, had 33.3 percent mortality.

(Nine references. Two figure.)

---

# ปุ่มธัยรอยด์ และมะเร็งธัยรอยด์

ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ., M. Sc. (Med.)

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์อำนาจ เสมรสต์)

## การเกิดปุ่ม ธัยรอยด์ และมะเร็ง ธัย- รอยด์

รูปที่ ๑ แสดงให้เห็นชั้นต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเกิดปุ่ม (nodule) ในต่อม ธัยรอยด์ ด้วยสาเหตุที่ทำให้ ธัยร็อกซิน ในการไหลเวียนน้อยลงและมี "กลไกส่งกลับ" จากต่อม ธัยรอยด์ ไปยัง ปิตูอิทารีรี่ กลีบหน้า, ทำให้ ฮอร์โมน กระตุ้น ธัยรอยด์ (TSH) มากขึ้น, กระตุ้นให้มีการงอกเกิน (ฮัยเปอร์เพลเซีย) ของต่อม ธัยรอยด์ ซึ่งในระยะแรกจะมีการทำงานเกิน และยังสนองต่อการบริหาร ธัยรอยด์ หรือ ธัยร็อกซิน และ TSH. ในเวลาต่อมาเรื่อยๆ เข้า, ด้วยเหตุผลที่ยังไม่ทราบ, เซลล์ของ ธัยรอยด์ ก็จะหมดกำลังที่จะหลั่ง ฮอร์โมนออกมา, แต่ได้ใช้กำลังนั้นไปทุ่มเทกับการงอกแทน, ทำให้เซลล์เจริญและเติบโตเร็วมากกว่าปกติและหลุดออกไปจากการควบคุมของต่อม ปิตูอิทารีรี่ กลีบหน้าและกลไกปกติของตัวเอง.

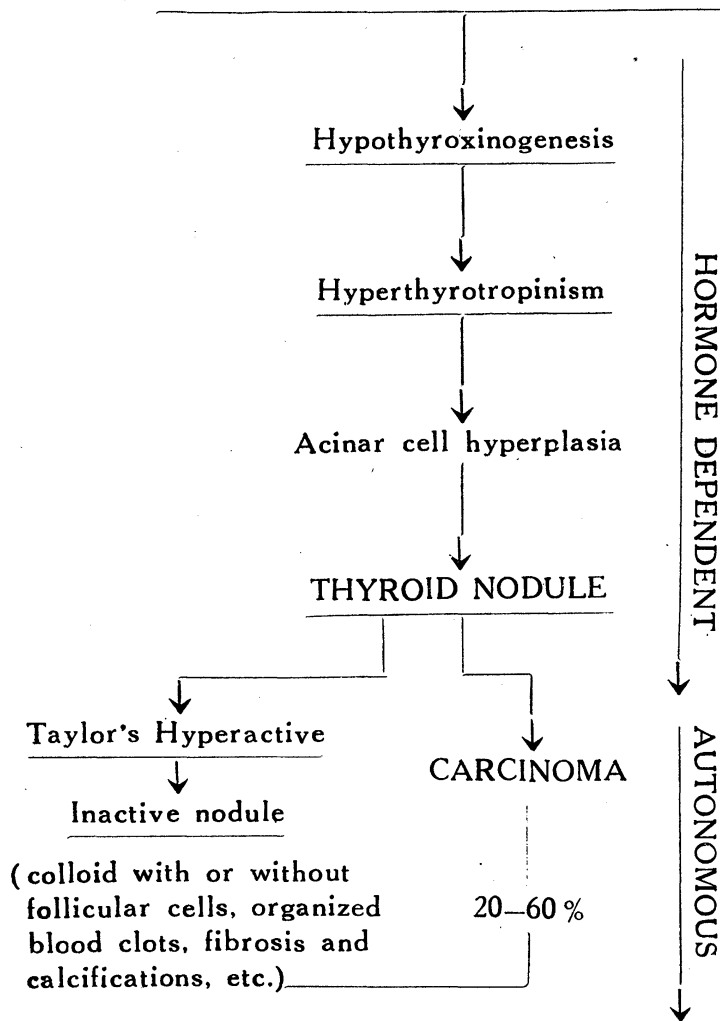
## การตรวจ ธัยรอยด์ โดยวิธี "สแกน- นิงก์". การช่วยวินิจฉัยมะเร็งของ ต่อม ธัยรอยด์ ด้วย ไอโอดีน<sup>131</sup>

ผู้ป่วยที่มีต่อม ธัยรอยด์ โตหรือมีปุ่มเกิดขึ้นที่ต่อม ธัยรอยด์. ไม่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทุกรายไป. การที่จะตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาโดยปราศจากข้อสงสัยนั้น, บางครั้งและบ่อยครั้งเป็นของลำบาก. ฉะนั้นหน่วย ราคิไอโซไซโทป จึงมักได้รับการปรึกษาหารือเสมอว่าโอกาสใดจึงควรผ่าตัด. โอกาสใดยังไม่ต้องผ่าตัด, หรือถามว่า โนคล ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นมะเร็งหรือไม่.

อันที่จริงเรื่องปุ่มกับมะเร็งนั้นเรื่องถกเถียงกันมากมายเรื่อยมา. สถิติจากที่ต่าง ๆ ต่างก็อ้างตัวเลขซึ่งดูเหมือนว่าจะแตกต่างกันได้มาก ๆ. แต่ถ้าพิจารณาโดยละเอียดแล้วก็เห็นได้ว่าพอจะสกัดเอาข้อคิดที่จะเป็นประโยชน์ในคำปฏิบัติได้, ดังจะบรรยายต่อไป.

รูป 1. Pathogenesis of thyroid nodule and carcinoma (a hypothesis)<sup>\*(15)</sup>

Genetic deficiency of thyroxinogenetic enzymes, removal and destruction of thyroid tissue (x-rays, radioiodine, surgery, thyroiditis), iodine deficiency, goitrogens



คอพอกเป็นพิษชนิดต่อมเรียบ

ต่อม ตัวยอหด โตชนิดเรียบและเป็นพิษ เป็นเรื่องตรงไปตรงมาที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง.

ประโยชน์ของการตรวจและการรักษาด้วย

ไอโอดีน <sup>131</sup> เป็นที่ทราบกันแพร่หลายแล้ว.

แสดงกระหนกตามคอพอกเป็นพิษชนิด

ต่อมร้ายบางราย, ถ้าเรากล้ำคอต่อม ธัย-  
รอยด์ ที่โตและดูเหมือนจะเรียบขนน, บาง  
คราวมันไม่เรียบแท้. คืออาจจะพบเม็ดหรือ  
ก้อนเล็ก ๆ ขนาดไม่เกินหนึ่งเซนติเมตรที่  
ผิวของต่อม ธัยรอยด์, ซึ่งอาจจะทำให้  
สงสัยว่าอาจจะเป็นมะเร็ง. แต่แท้ที่จริงมัน  
มันเป็นเนื้อของต่อม ธัยรอยด์ ที่งอกเข้าไป  
ในกล้ามเนื้อ. อาจพบได้ข้างในบางรายของ  
ไพรมาเรีย ธัยเปอรธัยรอยด์ติสมี และอาจทำ  
ให้ผบนสงสัยจากการที่คลำพบว่าอาจเป็น  
มะเร็ง. (1)

เม็ดเล็ก ๆ ที่ปรากฏบนผิวของต่อม  
ธัยรอยด์ อย่างนี้, ถ้าได้รับการรักษาด้วย  
ไอโอดีน หรือยา แอนติธัยรอยด์ นาน ๆ,  
เมื่อกินก็จะปรากฏชัดขึ้นและแข็ง. (2) แต่  
อาจกล่าวได้ว่าเม็ดที่ว่ามันไม่ใช่มะเร็ง,  
เพราะว่าโอกาสที่จะมีมะเร็งได้นั้นมีน้อย  
มาก, เพียงหนึ่งในพันเท่านั้น. ถ้ามัน  
อาจนับได้ว่าเป็นเรื่องหายากในทางแพทย์ที่  
เดียว.

คอพอกเป็นพิษชนิดมีปุ่ม

แต่ก่อนนี้เคยเข้าใจกันว่าถ้าเป็นโรคคอ  
พอกเป็นพิษก็ไม่มีโอกาสจะเป็นมะเร็งของ  
ต่อม ธัยรอยด์. สถิติจาก เลเฮย์ คลินิก (3)

แสดงว่ามีเพียง 0.6% ๒๕. เท่านั้น. ตัว  
เลขจากบางแห่งว่ามีสูงถึง ๓๖ ๒๕. (4)  
Sokal (5) ได้ศึกษาสถิติของมะเร็ง ธัยรอยด์  
โดยละเอียด, แล้วลงความเห็นว่าคอพอก  
เป็นพิษหรือไม่เป็นพิษนั้น, มีโอกาสเป็น  
มะเร็งได้ไม่น้อยกว่ากันเลย.

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย  
ไอโอดีน<sup>131</sup> จนได้ผล, คือ ธัยรอยด์ กลายเป็น  
ปรกติแล้ว, ปุ่มเหล่านั้นหายไป, ก็เป็น  
อันหมดปัญหา. แต่ถ้าผู้ป่วยมีต่อม ธัย-  
รอยด์ ปรกติแล้ว, ยังคลำพบ โนคล อยู่  
อีก, ก็น่าจะผ่าตัดเอาออก. ทั้งนี้ด้วยเหตุ  
ผลที่ว่าถ้าปุ่มนั้นประกอบด้วยเนื้อ ธัยรอยด์  
มันก็จะคค ไอโอดีน<sup>131</sup> ได้เพียงพอที่ความมัน  
จะถูกทำลายหายไป. แต่ถ้าปุ่มนั้นเป็น  
มะเร็ง, มันจะคค ไอโอดีน<sup>131</sup> ไว้ได้น้อย  
มาก, ไม่เทียบเท่าเนื้อของต่อม ธัยรอยด์  
เลย.

อีกกรณีหนึ่งก็คือในบางคราวผู้ป่วยได้  
รับการผ่าตัดไปแล้ว, กล้ามเนื้ออก, และ  
คลำปุ่มพบ, ก็ควรให้การรักษาโดย  
ไอโอดีน<sup>131</sup>. ถ้าปุ่มนั้นไม่ใช่มะเร็ง, มัน  
ก็ควรหายไปได้. ถ้าไม่หาย, ก็น่าจะผ่าตัด  
ตัดเอาออกเช่นกัน.

คอปอกไม่เป็นพิษชนิดมีปุ่ม

ซอนทเคียวทเขินบัญญัติหาใหญ่, โดย เฉพาะในรายที่มีปุ่มเม็ดเคียว.

Taylor (7) ได้แสดงตัวอย่างที่ชัดเจน ในวิวัฒนาการของคอปอกไม่เป็นพิษชนิดมีปุ่ม ด้วยการทำ ออโตกราฟิโกราฟี ตั้งแต่ระยะที่เริ่มเป็นปุ่มที่มการทำงานเกินปรกติ, เก็บ ไอไอคีน<sup>131</sup> ไว้ได้มาก, จนกระทั่งไม่มีการทำงานโดยมีเลือดออกในส่วนกลาง และ นีโครลิส. ถัดจากนั้นก็พบ ฟอลลิเคิลของ อีयरอยด์ เกิดขึ้นใหม่. มีการทำงานเกินและเป็นปุ่มขึ้นมา. เช่นนี้ไปเรื่อย ๆ, จนต่อมโตตะปุ่มตะป่ำ. พวกปุ่มที่ไม่มีการทำงานเหล่านี้, มักมีสาร คอลลอยด์ ที่มีหรือไม่มีเซลล์ของ ฟอลลิเคิล, ลิมโฟไซต์ที่มีเส้นใย ไฟโบรลิส และ คัลซิไฟเคชัน.

การตรวจด้วย ไอไอคีน โดยวิธี "สแกนนิ่ง"

ถ้าเราบริหาร ไอไอคีน<sup>131</sup> ในขนาดตรวจ (tracer dose) แล้วตรวจผู้ช่วยในวันรุ่งขึ้น, โดยวัดกัมมันตภาพของ ไอไอคีนที่เข้าไปอยู่ในบริเวณต่าง ๆ ของต่อม อีयरอยด์ ด้วยการวัดจากภายนอกทุก ๆ จุด

โดยละเอียด, เราก็จะพบกัมมันตภาพของปุ่มนั้น ๆ, แล้วแต่ว่ามันจะจับ ไอไอคีน<sup>131</sup> ไว้ได้มากน้อยเพียงใด, แสดงให้เห็นเป็นรูปร่างของต่อม อีयरอยด์ โดยสมบูรณ์.

เครื่องมือสำหรับการวัดชนิดนี้เรียกว่า "Photoscanner". ใช้วัดตรวจและบันทึกภาพของอวัยวะเช่นต่อม อีयरอยด์ ออกมาเป็นรูปร่างและแสดงภาพการกระจาย (ดิสรทริบิวชัน แพทเทิร์น) ของ ไอไอคีน ที่อยู่ตามจุดต่าง ๆ ในบริเวณของต่อม อีयरอยด์. วิธีที่ค่อนข้างเก่าและได้ผลไม่สู้ดีและไม่สะดวกก็คือการใช้วัดด้วยหลอดที่ถือด้วยมือและเอาไปจ่อที่ละจุด, จุดหนึ่ง ๆ ห่างกันหนึ่งเซนติเมตร. กว่าจะทำแล้วเสร็จกินเวลาหลายชั่วโมงและต้องเสียดายแรงมาก. ในสมัยนี้ใช้เครื่องอัตโนมัติบันทึกภาพออกมาเป็นจุด ๆ โดยวิธี Teledeltos recording system หรือระบบบันทึกด้วยการถ่ายภาพบน ฟิล์มเอกซเรย์, โดยใช้ลึบ แอ็คกราวนต์ ให้เห็นเด่นเป็นรูป อีयरอยด์ เรียกว่า scintigram.

ส่วนประกอบที่สำคัญของเครื่องมือนี้คือ (๑) ที่เกิดเตอร สำหรับวัดรังสีแกมมา เป็นผลึก โซเดียม ไอโอไดด์ ที่ทำให้เกิดกัมมันตภาพด้วย ธัลเลียม (Thallium-

activated sodium iodide crystal), มีขนาด ๑×๑ ซม., ๓×๓ ซม. หรืออาจใหญ่ถึง ๕×๕ ซม.. ส่วนมากใช้ขนาดราว ๒×๒ ซม. หรือ ๓×๒ ซม. ลักษณะเป็นผลึก ซิลทิลเลชัน ซึ่งต่อกับ โฟโตมัลติไฟลเดอร์ และคลื่นรังสี (pulse) ที่ผลึกได้รับนั้นจะกระจายโดย โฟโตมัลติไฟลเดอร์ ต่อไปยัง สเต็ปโคโรมิเตอร์. (๒) คอลลิเมเตอร์ สำหรับจ้องวัดเฉพาะจุดให้ได้การรวมภาพ (เรโซลูชัน) ที่ดีที่สุด มีหลายแบบ. แบบที่ง่ายคือชนิดหลอดเปิด (open bore collimater). มีขนาดกว้าง ๓/๔ นิ้ว, ยาว ๖ นิ้ว, หรือที่คียงชนกคือชนิด โฟคัสได้ ซึ่งมีรอย ๑๒ ถึง ๖๑ ร. อย่างหลังนี้เหมาะสำหรับ สแกนธัยรอยด์. (๓) เครื่องบังข้าง (Side-shielding). ใช้ตะกั่วหนาอย่างน้อย ๒ นิ้วที่ด้านข้างของผลึกโดยรอบ เพื่อกันรังสีที่ไม่ต้องการวัดจากบริเวณอื่นมาตก. (๔) เครื่อง "สแกน" สำหรับเคลื่อนเครื่องวัดไปตามบริเวณที่ต้องการวัดด้วย อัตราเร็วที่สม่ำเสมอและไม่กระเทือน. (๕) สเต็ปโคโรมิเตอร์ สำหรับวัดคลื่นรังสี (pulse-height Spectrometer) วัดรังสี แกมมา จาก ไอโอดีน เฉพาะอันที่แรงหรือมีพลังงานมากที่

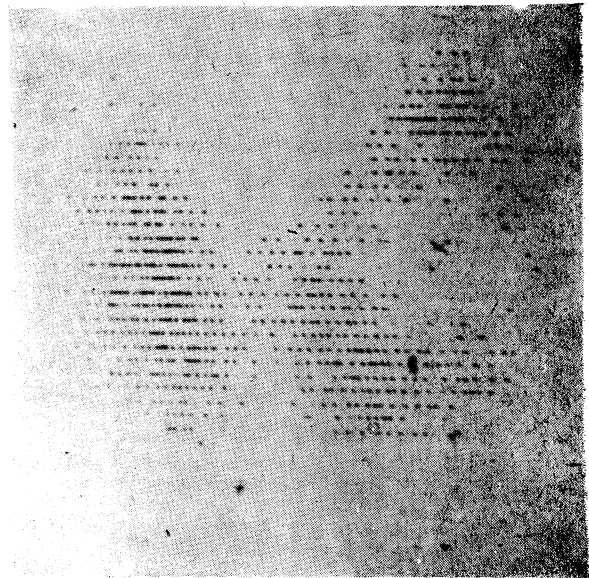
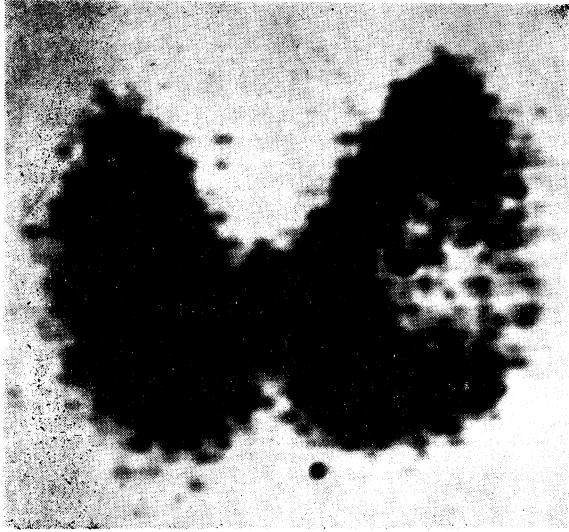
สท. (๖) สเกลเลอร์ (Scaler) หรือมาตรวัดอัตรา (rate meter) เพื่อเลือกอัตราของคลื่นรังสีของระบบบันทึกข้อมูล. (๗) ระบบแสดงข้อมูล, ซึ่งอาจใช้เป็นกระดาษ teledeltos หรือกระดาษบันทึกแบบถ่ายรูปแบบฟิล์ม เอ็กซเรย์, แล้วดูแบ็คกราวนด์เสีย, ให้เห็นเฉพาะบริเวณที่ต้องการวัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น.

รูปที่ ๒ แสดง "scannogram" หรือ "photoscintigram" ของต่อมธัยรอยด์. บริเวณที่ว่างในต่อมธัยรอยด์ กลีบหนานั้นตรงกับปุ่มของต่อมธัยรอยด์ ที่ไม่จับไอโอดีน <sup>131</sup>, จึงไม่ปรากฏจุดหรือเงาที่ขอบปุ่ม. ปุ่มที่ไม่ทำหน้าที่ (จับไอโอดีน <sup>131</sup>) นี้เรียกว่า "ปุ่มเย็น" (cold nodule).

การจำแนกปุ่มตามการจับไอโอดีน <sup>131</sup>

๑. "ปุ่มร้อน" (Hot nodule) คือปุ่มที่จับ ไอโอดีน <sup>131</sup> ได้มากกว่าเนื้อของต่อมธัยรอยด์ธรรมดา. จากรายงานในวารสารทั่วไป "ปุ่มร้อน" ได้รับความพิสูจน์แล้วว่าไม่มีมะเร็ง (8.9)

"ปุ่มร้อน" ที่เกิดจาก ฮัยเปอร์เพลเซียที่งอกใหม่ตามปรกติของเนื้อธัยรอยด์ที่เหลือนอยู่, และเกิดมีอาการขนอกหลังผ่า



รูปที่ ๒. แสดงบันทึกภาพ ที่ได้เห็นเป็นภาพของต่อมธัยรอยด์ในฟิล์มเอ็กซเรย์และในกระดาษ

คค. ครั้นได้รับ ไอโอดีน<sup>131</sup> รักษาใน  
ขนาดน้อย, ปุ่มนั้นก็จะยุบลงและผู้ช่วยกลับ  
มี ธิยรอยต์ ปรกติ.

๒. "ปุ่มอุ่น" (*warm nodule*) หมายถึง

ปุ่มที่จับ ไอโอดีน<sup>131</sup> ได้เท่ากับเนื้อของต่อม  
ธิยรอยต์ ธรรมดา. ข้อที่ควรระวังในการ  
แปล ซินติกรัฟ ก็คือปุ่มนั้นอาจไม่ "อุ่น"  
แต่มันเข้าไปอยู่กับเนื้อต่อม ธิยรอยต์, คือ  
อยู่ข้างหน้าหรือข้างหลัง, ถ้ามีความหนา  
ไม่เกินครึ่งหนึ่งของต่อม ธิยรอยต์ ที่โต  
แล้วก็จะไทรปที่เย็น "ปุ่มอุ่น" ไปด้วย.

ข้อที่ว่าปุ่มที่ไม่ "อุ่น" แต่ไปอยู่ติด  
กับเนื้อ ธิยรอยต์ ที่อุ่น, อาจแก้ไขได้โดย  
วัดด้วย สะแคนเนอร์ แบบพิเศษ, ที่เรียกว่า  
"Rotational scanner" ซึ่งวัดกัมมันตภาพ  
ของเนื้อออกมาเป็น "cylindrical volume"  
ในระกัยต่างๆ. ตอนหรือลงในชั้นที่ของการ.

๓. "ปุ่มเย็น" (*cold nodule*) คือปุ่มที่

จับไอโอดีน<sup>131</sup> ได้น้อยกว่าเนื้อของต่อม  
ธิยรอยต์ ธรรมดา. Beierwaltes<sup>(11)</sup> พบใน  
คนไข้ชุดของเขาจากการผ่าตัด "ปุ่มเย็น"  
ว่ามีมะเร็งมากกว่า ๒๕ ปรศ.

"ปุ่มเย็น" นี้ อาจเกิดกับต่อม ธิยรอยต์

ที่ไม่โตก็ได้. การที่พบว่า "ปุ่มเย็น" ที่  
อยู่ติดกับเนื้อต่อมมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็ง ธิย-  
รอยต์ ได้มาก, เป็นข้อที่มประโยชน์สำหรับ  
การรักษา, ซึ่งควรได้อภิปรายต่อไปตาม  
สถิติต่อไป.

รายงานของ Sokal<sup>(5)</sup> กล่าวว่าใน  
"คอพอกไม่เป็นพิษชนิดมีปุ่มโตยทั่วไป  
มะเร็ง ธิยรอยต์ ได้น้อยกว่า ๐.๒ ปรศ."  
และบ่งว่า "โอกาสที่คอพอกไม่เป็นพิษ  
ชนิดมีปุ่ม อาจจะเป็นมะเร็ง ธิยรอยต์ ได้  
ไม่ถึง ๑ ปรศ. ตลอดอายุขัยของคน, ดังนั้น  
จึงไม่มีหลักฐานที่แนะนำหนักเพียงพอที่จะ  
บอกได้ว่า ถ้าคอพอกไม่เป็นพิษมีปุ่มแล้ว,  
จะมีอันตรายเพราะเป็นมะเร็งได้." แต่  
สถิติของ Sokal นี้เป็นตัวเลขสำหรับประ-  
ชากรทั่วไป, ซึ่งเราจะได้พิจารณาละเอียด  
อีกครั้งหนึ่ง, โดยอาศัยสถิติอื่น ๆ ประ-  
กอบด้วย, เช่นผู้ช่วยที่มารับการปรึกษา  
ในโรงพยาบาล นั้น สถิติ ของ โรงพยาบาล  
ต่าง ๆ ให้ตัวเลขที่สอดคล้องกัน, โดย  
เฉพาะถ้าหากจำกัดละเอียดลงไปอีกว่าถ้า  
ผู้ช่วยมีอายุน้อยกว่า ๒๕ ปี, โอกาสที่จะ  
เป็นมะเร็ง ในรายที่มีปุ่มโตยด้วยยิ่งมาก  
ขึ้น. Ward<sup>(12)</sup> พบว่าอาจมีมะเร็งได้ถึง  
๔๐ ปรศ. ของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีที่มี

ปุ่มโตคเตยวท์ ธัยรอยด์. Dailey และ Lindsay (13) พบ ๕๕ ปช. ในคนอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี. Majarakis, และคณะ (14) พบว่า ๒๑ ปช. ในรายที่มีปุ่มเตยวท์.

สถิติเกี่ยวกับปุ่มใน ธัยรอยด์ กับ มะเร็ง ธัยรอยด์

เพอเน้นความสำคัญของ "ปุ่มเย็น" โตคเตยวท์ในต่อม ธัยรอยด์, ขอพุดถึงงานของ Sokal อีกครั้งหนึ่ง. เขาประมาณว่า ประชากรทั้งหมดมีโอกาส จะเกิด คอพอก ไม่เป็นพิษชนิดมีปุ่มได้ ๑๐ ปช. และในจำนวนนี้ ๑ ปช. จะเกิดมะเร็งของต่อม

ธัยรอยด์ชนิด, ซึ่งนับว่าน้อยมาก. ขอนี้ น่าจะเป็นความจริง สำหรับการเกิดมะเร็งของต่อม ธัยรอยด์ โดยทั่วไป. แต่ตัวเลขนี้เป็นตัวเลข สำหรับ ประชากร ทั่วไป โดยไม่เลือกสายและไม่เลือกว่าปุ่ม ธัยรอยด์ นั้นเป็นปุ่ม โตคเตยวท์หรือหลายปุ่มปนกัน. นับว่าเป็นตัวเลขที่คลุมทว ๆ ไป. นอกจากนั้น เมื่อดูตามตารางที่ ๑, จะเห็นได้ว่าคอพอก ไม่เป็นพิษชนิดมีปุ่มที่ผ่าตัดออกมาทางทมิหลายปุ่ม และ ปุ่มเตยวท์ มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งไตเพิ่มขนดถึงเฉลี่ยประมาณ ๑๔ ปช. และในจำนวนนี้ยังเพิ่มขึ้นได้อีก, ถ้าเป็นปุ่มโตคเตยวท์, และยังเพิ่มขึ้นได้อีกหนึ่งถ้าจำกัคอายุ.

ตารางที่ ๑ ; Some statistics on thyroid carcinoma in the United States	
(Sokal)* <sup>5</sup>	
INCIDENCES:	
Estimated new cases per year	2.5/100,000 population
Estimated incidence in unselected non-toxic nodular goiter	0.2 %
Estimated development during life-time in non-toxic nodular goiter	1.0 %
In non-toxic nodular goiters removed surgically	4-24 %
In toxic diffused goiter	0.15 %
In toxic nodular goiter	1.0 %
Among all autopsies	0.1 %
Among all cancers found at autopsy	0.5 %
DEATH RATES:	
1/200,000 population per year accounts for 0.4% of all deaths due to cancer.	

ดังนั้น ถ้าหาก จำกั อายุ ตามงานของ Lindsay และมีปุ่มเดี่ยวๆ และถ้าเป็น "ปุ่มเย็น". (เพราะมะเร็งโดยมากไม่จับ ไอโอดีน<sup>131</sup>) ทั่วแล้ว, ทวีเลขของ Lindsay ที่ว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งได้เกือบ ๖๐ ปร. นั้น, จึงเป็นเรื่องที่ไม่ไกลจากความจริง.

ผู้ช่วย มีปุ่ม ใน ธิรรอยด์ ควรส่ง ตรวจ

โฟโตสแคนนิ่งด้วยไอโอดีน<sup>131</sup>

จากการวิเคราะห์สถิติทั้งข้างบนนี้ จึงเห็นว่าผู้ช่วยที่มีปุ่มโตเดี่ยวใน ธิรรอยด์ ควรส่งตรวจทำ โฟโตสแคนนิ่งด้วย ไอโอดีน<sup>131</sup>. ถ้าปรากฏว่าปุ่มนั้นไม่จับ ไอโอดีน<sup>131</sup> เหมือนบริเวณอื่น ของ ต่อม ธิรรอยด์, ปุ่มนั้นก็เป็น "ปุ่มเย็น", ซึ่งมี โอกาสจะเป็นมะเร็งได้น้อย ๒๐ ปร. และถ้า อายุ น้อยๆ และ อาการ แจ็ง และ อาการพย แนะนำ จะเป็นมะเร็ง, ก็ยังมี โอกาสจะเป็นมะเร็งได้มากจนถึงเกือบ ๖๐ ปร. ศัลยแพทย์ก็จะมีข้อสันนิษฐานในการ ทำผ่าตัดเพิ่มขึ้น.

สรุป

ปุ่ม โตเดี่ยว ที่พย ใน ต่อม ธิรรอยด์ ควรได้รับการตรวจ โฟโตสแคนนิ่งด้วย

ไอโอดีน<sup>131</sup> เพื่อช่วยวินิจฉัยก่อนผ่าตัด รั่วม กับอาการ แจ็ง และอาการแสดงอย่าง อื่นๆ. ปุ่มโตเดี่ยวบนอาจเป็นมะเร็งก็ได้ หรืออาจไม่ใช่มะเร็งก็ได้. ถ้าไม่ใช่มะเร็ง ก็อาจเป็น อดีโนมา ที่ไม่ได้ทำงาน, หรือ ติ่งน้ำมดกเล็ก, ไฟโบรซิส, คัลซิฟิเคชัน, การเสื่อมสภาพเป็น คอลลอยด์ หรือ ธิรรอยด์ อักเสบ, แต่ปุ่มโตเดี่ยวนี้มีโอกาส ที่เป็นมะเร็งได้ ๒๐ - ๒๕ ปร. ถ้าอายุ น้อยๆ โอกาสที่จะเป็นมะเร็งอาจเพิ่มขึ้นอีก เป็น ๔๐-๕๕ ปร. เพราะฉะนั้นการตรวจ ด้วยวิธี โฟโตสแคนนิ่ง หลังให้ ไอโอดีน<sup>131</sup> อาจให้สถิติของมะเร็ง ของ ต่อม ธิรรอยด์ ก่อนการผ่าตัดได้แน่นอนยิ่งขึ้น, และให้ประโยชน์แก่การรักษาด้วย.

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อำนวย เสมรสสุต หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา ที่อนุญาตให้นำบทความนี้เสนอได้.

เอกสาร:

1. Warren, S., W.A. Meissner: Tumors of the thyroid gland. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C., p. 18.
2. Cole, W.H., et al.: J. Clin. Endocrinol. 1949, 9: 1007.
3. Lahey, F.H., et al.: Ann. Surg., 1940, 122: 977.
4. Pemberton, J. de J.: Ann. Surg. 1934, 100: 906.

5. Sokal, J.E.: J.A.M.A. 1954, 154: 1321.
6. Beierwaltes, W.H., et al.: A.M. A. Arch. Int. Med. 1956, 97: 393.
7. Taylor, S.: J. Clin. Endocrinol., 1953, 13: 1232.
8. Perlmutter, M., et al.: J. Clin. Endocrinol. 1955, 15: 835.
9. Johnson, P.C., et al.: J. Clin. Endocrinol. 1955, 15: 865.
10. Kuhl, D.E., et al.: Radiology, 1958, 66: 730.
11. Beierwaltes, W.H.: Clinical Use of Radioisotopes, Phila. Saunders, 1957, p. 180.
12. Ward, R.: Western J. Surg., 1947, 55: 383.
13. Dailey, M.E., S. Lindsay: J. Pediat., 1950, 36: 460.
14. Majarakis, J.D., et al.: J. Clin. Endocrinol. 1953, 13: 1530.
15. Williams, R.H.: Text-book of Endocrinology, 3rd ed., Phila. Saunders, 1962.

### พพิชภณทั่ประวัติการแพทยัไทย

ต้องการสังแสดกต่าง ๆ เกยวักัยการแพทยัของไทยในสมัยก่อน, เพอชดงความคดิคลายของการรักษาพยาบาล. ผู่ประสงค์จะให่ (หรือขาย) สิงเช่นนี้ โปรตคคคตอแผนกสัรวิทยา.

# บทความพิเศษ

## กลุ่ตตามิคออกซาโลอะซิติคทรานส์อะมิเนส

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

(แผนกสรีรวิทยา)

เอ็นไซม์ ซึ่งเปลี่ยน ราคิล จาก โมเลกุล หนึ่งไปยังอันอื่น, เรียกว่า “ทรานส์เฟอเรส”, และถ้าเปลี่ยนกลุ่ม อะมิโน เรียกว่า “ทรานส์อะมิเนส”.

แต่เดิม Dorothy Needham (1927) ได้สังเกตเห็นเมื่อเติมกรด กลุ่ตตามิค ลงไป ในกลุ่ตเนออนกพิราบบ. กลุ่ตเนออนจะหายไปโดยไม่เกิด แอมโมเนีย ขึ้น. เขาคิดว่า กลุ่ต อะมิโน เปลี่ยนไปเป็น กรด อะมิโน อน. ต่อมา Braunstein และ Mritymann (1937) จึงพบว่ากลุ่ต อะมิโน เปลี่ยนไป เป็นกรด แอลฟา คีโต, และ Lichstein.

Gunsalus และ Ombreit ก็พบว่า โคเอ็น-ไซม์ ที่เกี่ยวข้องคือ พยริคอกซาล ฟอสเฟต. เอ็นไซม์ กลุ่ตตามิค ออกซาโลอะซิติค ทรานส์อะมิเนส (จี.โอ.ที) พบได้ใน สัตว์, พืช และจุลินทรีย์หลายอย่าง. มัน ออกฤทธิ์ที่ pH ๗.๕ และออกฤทธิ์

ค่อนข้างเฉพาะ ยังมี กลุ่ตตามิค พยริคอกซาล ทรานส์อะมิเนส (จี.พี.ที) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายกัน, แต่ออกฤทธิ์ไปแทนที่กรด ออกซาโลอะซิติค.

การออกฤทธิ์ของ เอ็นไซม์ นี้คือการ ทำให้กรด กลุ่ตตามิค ร่วมกับกรด ออกซาโลอะซิติค กลายเป็นกรด แอลฟา คีโต-กลุ่ตตาริค กับกรด แอสปาร์ตริก, โดยอาศัย พยริคอกซาลฟอสเฟต และ พยริคอกซาลามีน, ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของ พยริคอกซีน เป็นโคเอ็นไซม์ ทำหน้าที่รับและให้กลุ่ตอะมิโน ตามลำดับ.

วิหาคความแรงของ เอ็นไซม์ นี้ เทคนิคของ Cohen ซึ่งคิดค้นเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๐ เป็นครั้งแรก, โดยให้ เอ็นไซม์ ออกฤทธิ์ในบรรยากาศของ ไนโตรเจน, หยุด กระบวนการด้วย กรดกำมะถัน แล้ว ตกตะกอนโปรตีน ด้วยกรด ทังสติก,

หากกรกกลตามิค ที่เกิดขึ้นโดยปริมาณ  
วิเคราะห์.

วิธีหาความแรง อาจหาได้หลายวิธี  
ด้วยกัน

๑. วิธีเทียบสี. Tonhazy และคณะ  
ได้ใช้ อะนาลิน สีเทรท เปลี่ยนนกรก กลตา-  
มิก เป็นกรก พัยรวิค, และหาปริมาณ  
ของกรก พัยรวิค ด้วย ๒:๕ ไทไนโตร  
เพนียลธัยควาโซล. โดยวิธีนี้ ๑ หน่วย  
ของ เอ็นซัยม์ เท่ากับจำนวนกรก กลตาริค  
๑ ไมโครกรัม/ล.ซม./นาท. แต่วิธีนี้  
ไม่ไวมากและไม่ค่อยจำเพาะ, เพราะตัว  
ยาที่ใช้ อาจ ทำ ฏิกิริยา กับสาร ประกอบ  
คิตอื่นได้.

๒. วิธี สะเป็คโตรโฟโตเมตริก. ใช้  
กันแพร่หลายและมีผู้ดัดแปลงหลายอย่าง  
ด้วยกัน และพวกใช้วิธี “จับคู่” ออก-  
ซาโลอะซีเตท ด้วย คี.พี.เอ็น.เอช. (ริควิช  
ไคฟอสโฟพัยริทิน นิวคลีโอไทด์) เป็น  
มาติเอท, เมื่อมี มาติค คีธัยโครจีเนส  
บริสุทธิ์. และหาความแรงได้โดยการทด  
ความเข้มของ แสงที่กระแสดคลื่น ๓๕๐  
มิลลิไมครอน, พีเอช, ๗.๕, อุณหภูมิ  
ห้อง. โดยวิธีนี้ ๑ หน่วยของ เอ็นซัยม์  
คือการผลิตความเข้มของแสง ๐.๐๐๑/ล.

ซม./นาท. เมื่อใช้หาระดับ เอ็นซัยม์ ใน  
เลือด, ใช้ ซีรัม เพียง ๐.๑—๑.๐ ล.ซม.  
เท่านั้น. Henley และ Pollard ได้ดัดแปลง  
โดยเผากรก ออกซาโลอะซีติก ให้เป็น  
กรก พัยรวิค เสียก่อนที่ ๑๐๐°ซ. แล้วใช้  
แล็คติค คีธัยโครจีเนส แทน. พบว่าได้  
ผลจำเพาะกว่า.

๓. วิธี โชมมาโตกราฟี. หาจำนวน  
กรก อะมิโน ที่เกิดขึ้น. มีผู้ใช้น้อย.

๔. วิธี มาโนเมตริก. ใช้กรก กล-  
ตามิค ที่คาร์บออกซัยเลส เปลี่ยนนกรก  
กลตามิค ให้เป็น คาร์บอนไดออกไซด์ และ  
กรก แกมมา—อะมิโนเทอริก. แล้วหา  
จำนวนของ คาร์บอนไดออกไซด์, มีผู้ใช้  
น้อยเช่นเดียวกัน.

ค่าปรกติของ เอ็นซัยม์ นี้ได้มีผู้หาไว้  
ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย.

ในอวัยวะต่าง ๆ Wroblewski และ  
คณะได้ใช้วิธี สะเป็คโตรโฟโตเมตริก พบ  
ว่าในกล้ามเนื้อหัวใจมี ๑๕๐,๐๐๐ หน่วย  
/กรัม, ตับ ๑๕๒,๐๐๐ หน่วย/กรัม,  
กล้ามเนื้อ ๕๕,๐๐๐ และไต ๕๑,๐๐๐  
หน่วย. ในตับมีมากกว่าหัวใจ ๑๐ เท่า.

ในเลือด Karmen ทำในคนปรกติ ๕๐  
ราย, ได้ ๕ ถึง ๓๒ หน่วย, เฉลี่ย ๑๕.๖

หน่วย. ถ้าเปลี่ยนหน่วยเป็นไมโครโมล /ล.ชม./ชม. โดยใช้สัมประสิทธิ์สำหรับ คี.พี.เอ็น.เอส. ของ Horecker และ Kumbery ซึ่งมีค่าเฉลี่ย ๐.๕๗ ก็จะได้ ๐.๒๔-๑.๐๔ ไมโครโมล/ล.ชม./ชม. Liebermann และคณะทำในคนปรกติ ๗๓ คนได้ ๘ ถึง ๔๑ หน่วย, เฉลี่ย ๒๕.๑ หน่วย. Wroblewski หาได้ ๘ ถึง ๔๐ หน่วย, เฉลี่ย ๒๒.๐ หน่วย. Henley และ Pollard ทำในคนปรกติ ๑๐๐ คนได้ ๑๘ ถึง ๑๑๕ ไมโครโมล/ล.ชม./ชม.

ในน้ำไขสันหลัง Liebermann ๑๘๕๗ พบว่ามีประมาณครึ่งหนึ่งของเลือด.

เพศชายและหญิงมี เอ็นซัยม์ นี้ไม่แตกต่างกัน.

Wroblewski และคณะ พบว่าในเด็กเกิดใหม่มี เอ็นซัยม์เพียง ๑๓-๒๐ หน่วยในเลือด.

การเปลี่ยนแปลงในโรคต่างๆ มีความสำคัญในการประยุกต์ทางคลินิก. Ladue, Wroblewski และ Karmen พบว่าระดับ เอ็นซัยม์ นีสูงขึ้นเมื่อกำลังเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด. Agress และคณะได้ทดลองผูกหลอดเลือด โคโรนารี ในสัตว์, พบว่าสูงขึ้นได้ส่วนกับเนื้อที่ตาย. ต่อมา

Wroblewski และ Ladue ยังพบว่าเมื่อมีโรคที่ทำลายเนื้อที่ระดับของ เอ็นซัยม์ จะสูงมากขึ้น, และเมื่ออาการดีขึ้นก็จะลดลงได้ส่วนกัน. Molander และคณะพบว่าสูงขึ้นได้ส่วนกับ โคลโรฟอร์ม ในขนาดที่เป็นพิษต่อตับของสัตว์, และ Friend และคณะก็พบว่าสูงขึ้นได้ส่วนกับจำนวนของ ไวรัสที่เข้าไปทำให้ตับอักเสบเช่นกัน. นอกจากนี้มีผู้ศึกษาอีกมาก และพบว่าระดับของ จี.ไอ.ที จะสูงขึ้นเมื่อมีเนื้อตายจากการขาดเลือดที่ลำไส้และสมอง, หลังผ่าตัดลำไส้, ซาลิชย์เลท ขนาดมาก, และความเข้มข้นในน้ำไขสันหลังก็สูงขึ้นจากโรคอุบัติเหตุหลอดเลือดในสมอง.

จากการศึกษา เอ็นซัยม์ ในโรคต่างๆ พอจะรวบรวมประโยชน์ได้ดังนี้ :

(๑) โรคหัวใจ ในรายกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด เอ็นซัยม์ จะสูงขึ้นมากถึง ๒๐ เท่าของปรกติภายหลัง ๔ ชม. และอยู่ได้ถึง ๓ วัน. Wroblewski พบว่าสูง ๔๐ ถึง ๖๐๐ หน่วย.

สรุปใช้ประโยชน์ในราย  
๑. เจ็บโตกระตักหน้าอก และ ซี.ซี.จี. แสดงว่า  
ก. มีเพียงการกำหนักระบบนำทางซ้าย.

ข. ไม่แสดงชัดเจนว่า จะต้อง ตรวจ โดยใช้ลิ้น (lead) เพิ่ม.

ค. อยู่ในตำแหน่งที่ อีเล็กโทรด ที่ ใช้กันตามธรรมดาทั่วๆ ไปขอกไม่ได้.

๒. วินิจฉัยในระยะแรกที่ไม่มี อ.ช.จ.

๓. การขยายของ เนื้อที่ ตายและการพยากรณ์โรค.

๔. แยกโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจาก เลือดในหลอดเลือด โคโรนารี ไม่พอและ แอ็งเงน่า เบ็คคอริส.

๕. สนับสนุนว่าการเจ็บหน้าอกเป็น สาเหตุนอกหัวใจ.

(๒) โรคตับ. สูงชันมากเมื่อมีการ ทำลายของเนื้อตับ. Madsen Bang ได้ ศึกษาผู้ป่วย ๑๕๑ คนที่เป็นโรคตับ, มี ตับอักเสบปัจจุบัน ๔๑ ราย, เมื่อเป็นขนาด น้อยระดับ เอ็นซัยม์ สูง ๔๐๐ ถึง ๕๐๐ หน่วย, เป็นขนาดรุนแรงสูง ๑๖๐๐ หน่วยขึ้นไป, และในรายที่ไม่มีอาการที่ ชำนาญจะสูง ๒ ถึง ๖ เท่าของปรกติ ๒ ถึง ๘ วันก่อนมีอาการ ในคนไข้โรคตับแข็ง ๔๑ รายและมะเร็งตับ ๒๗ ราย ระดับ เอ็นซัยม์ สูงชันได้ส่วนกับเนื้อตับที่ถูกทำลาย. ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินน้ำดี ๔๒ ราย, ถ้าไม่มีการอักเสบ เอ็นซัยม์ จะไม่

สูงชัน, หรือสูงเพียงเล็กน้อย. แต่ถ้ามีอาการ อักเสบจะ สูงชัน ประมาณ ๑๐๐ หน่วย. มีผู้ได้ศึกษาในโรคตับแข็งเส้นนี้ ๘๑ ราย, พบ เอ็นซัยม์ สูง ๑๓-๒๘๖ หน่วย, ตับแข็ง บิลิอาร์บี ๑๒ ราย, สูง ๕๗-๓๒๐ หน่วย, ตับอักเสบปัจจุบัน ๒๐ ราย, สูง ๕๔๐-๑๘๕๐ หน่วย. พบว่า ระดับ เอ็นซัยม์ นี้ไม่สัมพันธ์กับการทดสอบ หน้าทของตับอย่างอื่น. Molander และ คณะได้ ศึกษาในเด็ก เกิดใหม่ ตัวเหลือง, พบว่าในราย ตัวเหลือง ปรกติ ภายหลังเกิด เอ็นซัยม์ ไม่สูงชันเลย. ตัวเหลืองจากการ ออกตันของทางเดินน้ำดี หรือการสลายของ เม็ดเลือดก็ ไม่สูง. ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจสูงบ้างแต่ไม่มากนัก. ในโรคตับ อักเสบ อย่าง ปัจจุบัน ขนาด เป็น น้อย จะสูง ๘๐๐ ถึง ๑๑๔๐ หน่วย, เมื่อทำซ้ำคิด ต่อกันไปหลาย ๆ ครั้งจะช่วยบอกว่าเด็กจะ ต้องได้รับการผ่าตัดหรือไม่.

สรุปว่าในโรคของตับ, การวิเคราะห์ เอ็นซัยม์ มีประโยชน์คือ:

๑. ช่วยแยกอาการที่ชำนาญจากการ ออกตันของ ระบบทางเดินน้ำดีจาก การทำลาย เนื้อตับ.

๒. ช่วยวินิจฉัยโรคที่มีการทำลาย

เนื้องอก, ตับอกเสียบปัจจุบัน และช่วยวินิจฉัย  
ก่อนจะแสดงอาการในระยะระยะแรกของโรค.

๓. ช่วยบอกเมื่อการอุดตันทางเดิน  
น้ำคหมาคไปแล้ว.

๔. สนับสนุนว่ามี การกระจายของ  
มะเร็งไปที่ตบ.

(๓) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก.

๑. Siekert และ Fleisher ได้ทำใน  
ผู้ช่วย ๒ ราย. พบว่าในโรคผิวหนังกล้ามเนื้อ

เนื้องอกเสียบระยะ เอ็นซัยม์ สูงขึ้น, อาจใช้  
แยกจากโรค คอลลาเจน อย่างอื่น.

๒. ผู้ช่วยโรคเก๊าท์มี เอ็นซัยม์ สูง  
ทุกราย ๑๔ ราย, คีมี ๑๗๕ ถึง ๒๒๕  
หน่วย. ผู้ช่วยที่มีกรด ยูริก ขับถ่ายออก

มากกว่าธรรมดาทางขั้วสภาวะ ระยะ เอ็น-  
ซัยม์ สูงเหมือนกัน, แต่พบว่าไม่สัมพันธ์  
โดยตรงกับกรด ยูริก ในเลือด.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

# บทบรรณาธิการ

“๕๖๘”  
ผีหัวเข็ม

เมื่อไม่นานมานี้ผู้เขียนมักจระต๋อง  
เดินทางไปยังต่างจังหวัดแห่งหนึ่ง. มีผู้ซึ่ง  
เป็นที่เคารพนับถือและอยู่ในตำบลนั้นขอรอง  
ให้ไปช่วยให้คำแนะนำแก่คนไข้คนหนึ่งซึ่ง  
ป่วยมาเป็นเวลานานแล้ว. เมื่อไปถึงทักไ้  
พบคนไข้นอนอยู่บนเสื่อ, โดยข้างข้างขวา  
งออยู่เป็นมุมประมาณ ๔๕ องศา, เขยิบค  
ออกตรงไม้ไ้. พวกญาติพี่น้องขอให้  
ทราบว่าคนไข้เป็น “ผีหัวเข็ม” และช่วย  
มาบอกแล้ว. ผู้เขียนเพิ่งได้ยินคำว่า “ผี  
หัวเข็ม” เป็นครั้งแรกก็รู้สึกสนใจ, จึง  
ถามเขาว่าผีหัวเข็มนั้นคืออะไร. เขาตอบว่า  
คือผีที่เกิดขึ้น “หลังจากที่คิดขยาเข้า  
ไป”. ผู้เขียนนึกชมอยู่ในใจว่าชาวบ้าน  
เขาช่างคิดคำศัพท์แพทย์ได้เก่งมาก, กระ-  
ทั่งโรค, ซักเงินและจำได้ง่ายหากได้ทราบ  
เสียครึ่งหนึ่งแล้ว. น่าจะเป็นตัวอย่าง  
สำหรับท่าน “ศัพท์บัญญัติกร” ทั้งหลาย  
ไ้. ขณะเดียวกันผู้เขียนก็รู้สึกสลดใจเมื่อ  
นึกว่าเพียงความเลินเล่อเล็กน้อยของผู้คิด  
ขยา (ซึ่งอาจไม่ใช่แพทย์) ก็ทำให้คนไข้

ต้องได้รับความลำบากและทนทุกข์ทรมาน  
ถึงเพียงนี้. เมื่อขอให้เล่าเรื่องละเอียดให้  
ฟังก็ได้รับทราบว่าในชั้นเดิมนี้คนไข้เป็น  
ปกติคืออยู่. ต่อมารู้สึกเมื่อย ๆ ทขาข้าง  
ขวา. บางเวลาก็รู้สึกขด ๆ. แต่ก็ไม่ถึง  
กับผิดปกติอะไร. เพียงแต่รู้สึกแปลกไป  
กว่าธรรมดาเท่านั้น. เนื่องจากคนไข้เป็นผู้  
มีฐานะดีอยู่จึงได้มีคนแนะนำให้หาคนมา  
รักษา, ซึ่งในจำนวนนั้นมีทั้งแพทย์และไม่  
ใช่แพทย์. เนื่องจากมีผู้ลงความเห็นว่าคุณ  
ไข่อ่อนเพลียจึงได้มีการฉึกขยาบำรุงกำลัง  
กัน. ส่วนมากฉึกที่ตะโพก, ฉึกทั้งข้าง  
ซ้ายและข้างขวา. ขยาข้างอย่างฉึกแล้วก็  
รู้สึกซาแล่นไปทั่วตัว. ต่อมาก็เกิดเป็นผ  
ขึ้นตรงที่ฉึกขยาในส่วนตะโพกข้างขวา. ผู้  
รักษาไม่ได้ทำการผ่า, แต่ได้ให้กินยาและ  
ฉึกขยาอีก. ในที่สลดก็แตก, แต่ไม่ยบ. ร  
ู้สึกว่ามันกินจนเข้าไปข้างใน. มีนาหนอง  
และน้ำเหลืองไหลออกมาเรื่อย ๆ. ได้กิน  
ยาและฉึกขยาอยู่หลายเดือน, หนองและ  
น้ำเหลืองก็ไม่หยุดไหล. พร้อมกันนั้นคน

ไซ้รู้สึกว่าการเคลื่อนไหวข้างนั้นได้น้อยลง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเหยียด. ต่อมาผู้เขียนขอให้เห็นทางมารับการรักษาที่กรุงเทพฯ และได้เข้าอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. คนไซ้และญาติรู้สึกว่หมอมไม่ได้ตรวจตราโดยพินิจพิเคราะห์นักและการรักษาก็มีแต่สระแผล, กินยาขับฉึดยาค่าย ๆ กยที่เคยได้รยอยู่ในต่างจังหวัด. สังกะตว่าหนองและนำเหลืองไม่ได้ลดน้อยลง. มีหน้าซ้ายข้างตรงยังมีชนเนอแข็ง ๆ ไหลออกมาด้วย. ทุกคนเห็นว่าการรักษา น่าจะไม่ได้ผลคนไซ้จึงขอออกจากโรงพยาบาลและเดินทางกลับบ้าน. ตอนนั้นเห็นว่าการรักษาตามแบบแพทย์แผนปัจจุบันจะ ช่วยอะไรไม่ได้เสียแล้ว, คนไซ้จึงหนีไปทดลองทางแผนโบราณและไสยศาสตร์ ประกอบกัน. เมื่อเริ่มต้นรักษาก็หมอมคนใหม่ก็มักจะเห็นว่าหนองน้อยลง, แต่ไม่ ซ้ำก็กลับมากซนอีก. จึงเปลี่ยนหมอไป เรื่อย ๆ. ร่างกายค่อย ๆ ชยผลอมลงไป ๆ. ซาค่อย ๆ งอขึ้น ๆ จนในเวลานั้นเหยียด ไม่ได้. ในท้องตอนล่างข้างขวามีก้อนก้อน ข้าง ซ้ำ โต ประ มาณ ลูก ฟัก ขนาด ย่อม, คล้ำได้ซัดเงินจากหน้าท้อง. แต่ไม่มี อาการเจ็บปวดอย่างใด. ไม่ได้ใช้ปรอทวัด

ไซ้, แต่คนไซ้ไม่รู้สึกว่ามีไซ้. ที่เขียนผู้เขียน ไปดกเพื่อขอให้แนะนำว่าจะทำอย่างไรดี, เพราะทั้งคนไซ้และญาติรู้สึกว่ถ้าปล่อย ไปเรื่อย ๆ คงไม่มีวันหาย. ผู้เขียนลอง ตรวจดูสังเกตว่าซาทั้งออย่นนเป็นเพราะ การทกเกร็งของกล้ามเนื้อ. ทขอไม่มีอะไร ซัดซ้อง. แผลทตรงเกอขกลางตะโพกเป็น แขนบรชอนและกินลึกเข้าไปข้างใน. มี หนองและนำเหลืองไหลปรือมอย. ปากแผล สกปรกและไม่แข็งแรง. กอนในท้องอยู่ใน ส่วนแองของขบกกกระตกเชิงกราน, ลักษณะ โค้งกลม, ผิวเรียบ, ไม่แข็งแต่ค่อนข้าง ดึง. กคไม่เจ็บ. เมอบขปลงไปขนก็เห็น หนองและนำเหลืองไหลออกทางรปากแผล มากซน. กอนนั้นอาจเป็น “ฝเยน” ซึ่ง ปล่อย หนอง ออกมา ทาง รทะเลที่ ตะโพก. กระตูกบางตอนอาจด้วย. ผู้เขียนจึงแนะนำว่สมควรจะเข้ามารับรักษาที่ในกรุงเทพฯ เพื่อจะได้ทำกันอย่างเข้มแข็ง, มีฉะนั้นอาจ ไม่ได้ผล. พวกญาติทกคนเห็นด้วยทั้งนั้น และขะย่นขะยอให้คนเจ็บกระทำตาม. แต่ คนไซ้คงจะเข้ตการเดินทางมากรุงเทพฯ เสียแล้ว, เพราะไม่ได้ผลกลับไปในครั้ง แรก, จึงอิตเออนไม่ยอมรับคำ. ขอกว่ ถ้ามาก็คงคิดฉงลก. ลงท้ายขอกว่ขอผลัด

ครกครองก่อกอน. ผู้เขียนได้พยายามเน้นให้ทราบความจำเป็นที่จะต้องรักษาโดยถูกต้อง, มิฉะนั้นก็จะไม่มีวันหายและอาการทั่วไปจะทรุดลงเรื่อย ๆ. ต่อจากนั้นผู้เขียนไปทำธุระจนเสร็จแล้วก็เดินทางกลับกรุงเทพฯ. ก่อนกลับยังได้ไปคาดคั้นอีกครั้งหนึ่ง, แต่คนไข้ก็ยังไม่วายยอมตักสินใจ. ต่อเมื่อผู้เขียนกลับมาแล้วได้เกือบเดือน, จึงได้รับการติดต่อกว่าคนไข้ตกลงจะเข้ามารับการรักษา, ขอให้ช่วยให้ความสะดวกต่าง ๆ. เมื่อคนไข้มาลงกรุงเทพฯ นั้นลักษณะทั่วไปเร็วกว่าที่ใดเห็นครั้งสุดท้ายเมื่อสามสี่สัปดาห์ก่อนหน้านั้นมาก. שובผอมจนหนึ่งแฉ่งเหี่ยว, อ่อนเพลียจนลงนั่งไม่ได้. ต้องหามลงมาจากรถและรับนำส่งเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน. อาการเป็นตายเท่ากัน. อย่างน้อยก็คงจะต้องรักษาอีกหลายเดือนกว่าจะพ้นขีดอันตราย. จะเสียเวลาทำมาหากินทั้งของคนไข้เองและของลูกหลานที่มาเฝ้าไข้. (ทั้งยังจะต้องหมดเปลืองทรัพย์สินออกมากมาย. พอคิดพอรำยก็อาจถึงกับเสียชีวิตในที่สุด.

เรื่องนี้อาจคงตนควยตัวคนไข้เองก็ได้, คือเริ่มเป็น “ผู้เย็น” ขึ้นก่อน, ซึ่งทำให้มีอาการชาที่ขา. “ก้อนในท้อง” ในกรณี

นี้ก็ไม่เกี่ยวกับแพทย์โดยตรง. แต่อาจเกิดโดยทางอ้อม. คือการที่เกิด “ผู้หิวเข้ม” ทำให้ความต้านทานโรคของคนไข้ยิ่งลดน้อยลงไปอีก, ช่วยให้ “ผู้เย็น” ลุกลามาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น, หรือเรื่องทั้งหมดอาจเกิดมาจากการฉีดยา, ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อ, ลุกลามาทำให้กระดูกตาย, เกิดแผลชอนเข้าไปลงในท้องและทำให้เป็นฝีขึ้น, ถ้าเป็นอย่างกรณีหลังนี้ผู้ฉีดยาก็เป็นผู้รับผิดชอบเต็มที. แต่คงเป็นการรับผิดชอบทางใจเท่านั้น, เพราะคงไม่มีทางพิสูจน์ให้แน่ชัดลงไปได้. เพราะฉะนั้นเรื่องนี้ตอมนับว่าเป็น “กรรมของผู้ฉีดยา”, แต่เป็น “เวรของคนไข้”.

การเรียนวิชาแพทย์เป็นการศึกษาที่ต้องการเวลานานที่สุดอย่างหนึ่งในบรรดาการศึกษาวิชาชีพทั้งหลาย. แม้ในบางประเทศจะมีการศึกษาวิชาอนบางอย่างที่ใช้เวลานานกว่าขึ้นไปอีก, แต่ก็เป็นทวีปและยอมรับกันทั่วไปว่าการเรียนแพทย์เป็นการหนักที่สุดทั้งในด้านเวลา, กำลังทรัพย์, กำลังกายและกำลังความคิดของผู้ศึกษา. ที่เป็นเช่นนั้นทุกคนทราบว่าเป็นการจำเป็นและสมควร, เพราะผู้ที่สำเร็จวิชานี้จะต้องไปทำงานเกี่ยวกับชีวิตของ

มนุษย์ซึ่งถกกันว่าเป็นสิ่งที่มีค่ามากกว่า  
 อย่างอื่น ๆ. การอบรมหนักไปในทางปฏิบัติ  
 เท่า ๆ กับทางทฤษฎี, เพราะการแพทย์  
 เป็นเรื่องที่ต้องทำเท่า ๆ กับของวิ. ผู้ชำนาญ  
 การสอยไล่ชนสุดท้ายไปใครจึงต้องนับว่า  
 เป็นผู้ที่ได้มีการฝึกฝนอย่างดีมากไปแล้ว.  
 แต่ถึงกระนั้น ในการประกอบโรคศิลป์ยังมี  
 ข้อเกี่ยวข้องกับผลที่ไม่น่าจะเกิดหรือไม่พึง  
 ประสงค์อยู่บ่อย ๆ. ผลเหล่านี้บางอย่างก็  
 เป็นอุบัติเหตุซึ่งไม่อาจป้องกัน, แต่บางอย่าง  
 ก็น่าสงสัยว่าน่าจะป้องกันได้ถ้าหากมิได้มี  
 การกระทำโดยหละหลวม. ที่ควรเอาใจใส่  
 คือพวกหลังนี้, เพราะอาจจะเป็น “กรรม”  
 (คืออาการกระทำ) ของแพทย์แต่เป็น “เวร”  
 (คือเคราะห์ร้าย) ของคนไข้. คงไม่มี  
 แพทย์คนใดอยากให้คุณไข้ของตนต้องลำบาก  
 เพราะการกระทำของตน, แพทย์  
 ทุกคนคงตกใจและสลัดใจในเมื่อทราบว่า  
 ความสะพร่าหรือพลาดพลั้งเพียงเล็กน้อย  
 ที่ตนรับผิดชอบนั้นเช่นเหตุให้คนไข้ต้องทน

ทุกข์ทรมานไปเป็นเวลานานหรือแม้ถึงแก่  
 ชีวิต. โอกาสที่จะเกิดพลาดพลั้งเช่นนี้มี  
 อยู่รอบค้ำเพราะปัจจัยร่วมมีอยู่มากมาย.  
 แพทย์แต่ละคนคงจะต้องประสพเข้าสักวัน  
 หนึ่ง. ถ้าความพลาดพลั้งนั้นเกิดอย่างชอง  
 กันไม่ได้จริง ๆ, โดยที่ได้กระทำทุกอย่าง  
 โดยรอบคอบแล้ว, ก็ยังมีทางปลอบใจตน  
 เองได้ว่าเป็นเรื่องเหลือวิสัย. แต่ถ้าหากยังมี  
 ข้อสงสัยในการปฏิบัติซึ่งชวนให้ต้อง  
 สงสัยตนเองว่าได้กระทำแล้วทุกอย่างหรือ  
 ไม่ที่จะชองกันเหตุร้าย, ภาวะทางใจที่เกิด  
 ขึ้นก็คงจะเป็นเรื่องหนักพอใช้. เพื่อความ  
 สงบใจของตนเองแพทย์ทุกคนจึงต้องระมัด  
 ระวังอยู่เสมอและระลึกละเอียดตลอดเวลาว่า  
 “อาจจะพลาดเข้าได้สักครั้งหนึ่ง. ต้อง  
 พยายามให้พลาดอย่างดี. อย่าให้พลาด  
 อย่างทกโทษให้ตนเองไม่ได้.

“ผู้หวั่น” นี้ เป็นหนังสืออย่างศัพท์  
 แพทย์ที่น่าใช้และอาหารทางเวชศิลป์ที่  
 น่าจำ.

## แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., สมชัย บวรภักดี พ.บ., พ.ด.

ทวี บุญโชติ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., บุญเชื่อน ศรีหิรัญ พ.บ.

พัชร บันสิทธิ์ พ.บ., พิรัช แบนพัฒนา พ.บ., พันธุ์ทิพย์ สัตยารัฐ พ.บ.

อุไรวรรณ นวจินดา พ.บ., บัญญา บุรณศิริ พ.บ.

๑. Turner, P.P.: การรักษาพยาธิตัวตืด  
ด้วย แอนธิเฟน. J. Trop. Med. Hyg. 1963,  
66:259-260.

ผู้รายงานได้รายงานการรักษาพยาธิ  
ตัวตืดโดยใช้ยา Anthiphen (Dichloro-  
phen) ในผู้ป่วยที่คัดเลือกแล้ว ๒๐ คน,  
โดยวิธีต่อไปนี้:

วิธีที่ ๑ ให้ขนาด ๐.๕ ก./น้ำหนัก  
ตัว ๑๖ ปอนด์, ครึ่งชั่วโมงเวลา ๘.๐๐  
น. โดยไม่เตรียมผู้ป่วยแต่อย่างใด. ผล  
ปรากฏว่า ๑๐ รายได้ผลดี, พยาธิถูกขับ  
ออกหมด. อีก ๑๐ รายยังปรากฏพบ  
ส่วนของตัวพยาธิหลุดออกมาในอุจจาระใน  
ระหว่างสัปดาห์ที่ ๑๑ และ ๑๔ หลังให้  
ยาแล้ว. จึงทดลองวิธีต่อไป.

วิธีที่ ๒ ทดลองในผู้ป่วย ๑๐ รายที่  
ไม่ได้ผลจากการทดลองวิธีที่ ๑ โดยให้ยา  
ขนาด ๖ ก., แบ่งให้ ๓ ครั้งทุก ๆ ๘ ชม.  
ผลปรากฏว่า ๘ รายได้ผลดี, อีก ๒ ราย

ยังปรากฏพบส่วนของตัวพยาธิหลุดออกมาใน  
อุจจาระ. จึงให้ยาวิธีนี้อีก. ปรากฏว่า  
๑ รายได้ผลดี. ส่วนอีก ๑ รายคงตรวจ  
อุจจาระพบส่วนของพยาธิอยู่.

ผู้รายงานสรุปผลว่ายา Anthiphen ให้ผลดีในการ  
ขับพยาธิตัวตืดโดยที่รับประทานง่าย, ไม่มี  
พิษและไม่จำเป็นต้องเตรียมผู้ป่วยหรือให้ยา  
ถ่ายและการบริหารยาแบบวิธีที่ ๒ ให้ผลดี  
กว่าวิธีที่ ๑.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๒. Charlton, Veitch, and L. Reid.:  
ชัยโปเพลเซีย ของปอดพร้อมด้วยไส้เลื่อน  
กระบังลมแต่กำเนิด. Brit. med. J. 1963.  
1:230-233.

ผู้รายงานทำการศึกษาปอดของเด็กผู้  
ป่วยตายแรกเกิด ซึ่งมีไส้เลื่อนกระบังลม  
ทางซีกอกซ้าย ๒ ราย. ผลการศึกษา  
ดังต่อไปนี้:

ตรวจด้วยตาเปล่าพบว่าขนาดปอดเล็กกว่าปรกติ, ข้างที่มีไส้เลื่อนมีขนาดเล็กลงมากกว่าอีกข้างหนึ่ง. กลีบของปอดมีการแบ่งย่อยตามปรกติแต่รูปร่างของกลีบผิดปกติไป. ขนาดของหลอดเลือดดำที่ขาซ้ายเล็กกว่าของข้างขวา.

การนับจำนวนหลอดเลือดดำที่ขาซ้ายในซีที-สแกน ชนิดบี พบว่ามีจำนวนกิ่งย่อยลดลงกว่าปรกติ; ทางปอดซ้ายมีขนาดเล็กกว่าขวา. ปอดซ้ายมีจำนวนไตครึ่งหนึ่งหรือน้อยกว่าครึ่งของในรายปรกติ; ข้างขวายังนับได้เกินครึ่งของปรกติ. กิ่งหลอดเลือดดำที่ขาซ้ายในระดัย บรองเข็มขัด และระดัย บรองซี-โอดาร์, ทุระดัย บรองซีโอดาร์ ในบางรายตรวจไม่พบเลย. จำนวนของหลอดเลือดดำที่ขาซ้ายที่ตรวจพบในผู้ป่วยทั้งสองในรายงานนี้ชี้บ่งว่า หลอดเลือดดำที่ขาซ้ายมีการเจริญ ขณะที่เกิดมีอายุภายในท้องระหว่าง ๑๐ ถึง ๑๒ เดือนครึ่ง, ซึ่งแสดงว่าในระยะนั้นอวัยวะภายในช่องท้องได้เคลื่อนเข้าไปอยู่ในทรวงอกแล้ว.

จำนวนถุงลมและส่วนหนาของเนื้อปอดในบริเวณ ระหว่าง ผิวปอด กับสุด ปลาย กิ่งหลอดเลือดส่วนปลายสุดพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปรกติ.

คณะผู้รายงานได้สรุปว่า ภาวะเทียบโตไม่เต็มที่ของปอดเกิดขึ้นจากการมีการแตกกิ่งย่อยของหลอดเลือดดำยังไม่ถึงขั้นสมบูรณ์ตั้งแต่ในระยะต่อม (glandular phase) ทำให้มีการสร้างถุงลมขึ้นก่อนกำหนด.

ผลงานข้างต้นประกอบกับงานในสัตว์ทดลองของผู้รายงานอื่นหลายคณะทำให้ผู้รายงานเชื่อว่า การแก้ไขด้วยวิธีศัลยกรรมแต่เนิ่นๆ ในผู้ป่วยเหล่านี้จะทำให้ปอดมีการขยายตัวและมีการเจริญเทียบโตต่อไปของปอดที่หย่อนการเจริญได้.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ., พ.ด.

๓. Lubert, M., G.R. Krause: งาน "วงแหวน" ในการวินิจฉัยแผลในกระเพาะ. Amer. Jour. Roentgenol. Rad. Therap. Nuclear Med. 1963. 4:767-773.

แผลในกระเพาะอาหารและใน ต.โอดัก-นัม ส่วนต้นจะเกิดเป็นภาพวงแหวนเมื่อทำการตรวจด้วยรังสี เรินต์เกิน โดยวิธี double contrast study. การเกิดภาพวงแหวนชนิดนี้ได้ต้องแล้วแต่ตำแหน่งของแผล, ขอบของแผล, บาเรียม ที่อยู่ในแผลและขอบของแผลต้องทำมุมสัมผัส (tangential) กับศูนย์กลางของรังสี เรินต์เกิน ที่ใช้ถ่ายภาพ. ประโยชน์ของภาพวงแหวนคือช่วย

ในการสนับสนุนการวินิจฉัยว่ามีแผล, บอกตำแหน่งของแผล, เป็นปรากฏการณ์อย่างเดียวกันว่ามีแผล, ช่วยแยกโรคระหว่างแผลชนิดไม่ร้ายแรงและแผลมะเร็ง. นอกจากนี้ยังช่วยในการรักษาโดยดูว่าแผลหายสนิทหรือยัง.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๔. Gobbel, W.G., Jr., et al.: ยีนัวโม-ไอเร็กซ์เกิดเอง. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1963, 46:331-334.

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของ ยีนัวโมไอเร็กซ์ เกิดเองมีสาเหตุจาก สับปลิวรัส เบลีย์ หรือ บลเล และเมื่อเกิดแล้วมักจะเกิดซ้ำอีก. ตามรายงานต่าง ๆ อัตราการเกิดซ้ำจะมีความแตกต่างกันไปตั้งแต่ ๑๐ ถึง ๖๐ ๒๕. ผู้เขียนได้รายงานการติดตามผู้ป่วยเป็น ยีนัวโมไอเร็กซ์ เกิดเอง ที่รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี ๑๙๕๗ รวม ๑๑๕ ราย. พบว่า ๕๒ ๒๕. ของผู้ได้รับการรักษาทางอายุรกรรมเกิดซ้ำครั้งที่สองภายในระยะเวลาเฉลี่ย ๒-๓ ปี. ในพวกหลังนี้ที่ได้รับการรักษาทางอายุรกรรมอีกเกิดซ้ำครั้งสาม ๖๒ ๒๕. ในระยะเวลาเฉลี่ย ๒-๗ ปี. และพวกเกิด

ซ้ำครั้งที่ ๓ ซึ่งได้รับการรักษาทางอายุรกรรมจะเกิดซ้ำครั้งที่ ๔๓ ๒๕.. ผู้เขียนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอีก ๒๗ ราย ซึ่งได้รับการรักษาทางศัลยกรรมโดยทำ พลิวเร็ค-โทมีย์ ร่วมกับการตัด เบลีย์ หรือ บลเลออก, ไม่พบว่ามีการกลับซ้ำเลยในระยะเวลาที่ติดตามเฉลี่ย ๕.๕ ปี. ไม่มีผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยการ ผ่าตัด และ หน้าที่ปลอดปรกติ. ผู้ช่วยที่รับการผ่าตัดทุกรายพบว่าไม่มี เบลีย์ หรือ บลเล แม้ว่าบางครั้งจะไม่เห็นใน เอกซ์เรย์. ผู้เขียนสนับสนุนการรักษาโรคนี้โดยศัลยกรรมแต่แรกเริ่ม.

ยศวีร์ สุขุมมาลจันทร์ พ.บ.

๕. Fitzsimons, J.M., H. smith: ทูเบอร์-คูลิส เมินใจติส, ซีสต์เกิดเกี่ยวกับการรักษา Tubercle 1963, 44: 103-111.

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรคมีอัตราตายสูงหากไม่ได้รับการรักษา. ถ้ารักษาไม่ถูกต้องก็จะไม่ได้รับผลเต็มที่, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มี สับอะริมนอยด์ เอกซุเคทออกันบริเวณฐานสมองทำให้เกิด ฮัยโดรเซฟาลัส จากการขาดติดต่อ และ สไปนัล บลีสค หรือทัม อินฟารคชัน ของสมองและไขสันหลังจากหลอดเลือดอกอักเสบ

ของตน. ในปัจจุบันนี้วิธีการรักษาที่ใช้กันทั่วไปคือให้ สเตอริปโตมัยซิน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและกิน ไอ. เอ็น. เอ็ช. บางรายให้ คอรัติโคสเตอรอยด์ ร่วมด้วย. แต่ที่แผนกประสาทวิทยา, ร.พ. เซอร์ซิลล์, อ็อกซ์ฟอร์ด, ใช้วิธีบริหารยาต้านวัณโรคและทูเบอร์คูลิน เข้าทางช่องไขสันหลังร่วมกับการบริหารยาโดยวิธีธรรมดาด้วยทุกราย.

รายงานนี้แสดงผลของการรักษาผู้ป่วย ๕๕ ราย ซึ่งย้ายมาจาก ร.พ. อินเนอจจากการรักษาโดยวิธีธรรมดาไม่ได้ผล, แต่การรักษาตามวิธี อ็อกซ์ฟอร์ด กลับให้ผลดี. คณะผู้รายงานได้อ้างผลงานของคณะนักวิจัยอื่นที่สนับสนุนหรือคัดค้านการบริหารยาต้านวัณโรคและทูเบอร์คูลินทางช่องไขสันหลังและสรุปว่าถึงแม้ว่าการรักษาโดยวิธี ฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังอาจไม่จำเป็นในผู้ป่วยส่วนมาก แต่ในรายงานนี้ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดแจ้งแล้วว่า ยังคงมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ที่จำเป็น ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีบริหารยาทางช่องไขสันหลัง. ดังนั้นคณะผู้รายงานจึงบริหารยาเข้าช่องไขสันหลังตั้งแต่เริ่มต้นรักษาผู้ป่วยทุกราย เพื่อ หลีกเลี่ยง ความล้มเหลวของการรักษาในผู้ป่วย บางราย เช่น ดังในราย

งานนี้, ซึ่งจะต้องหวนกลับมาใช้การรักษาโดยวิธี ฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังใหม่ในภายหลัง. การให้ ทูเบอร์คูลิน ก็เช่นเดียวกัน, แม้ว่าจะเป็นการยากลำบากในการเลือกผู้ป่วยและการบริหารแต่ผลดีที่เกิดขึ้นในการใช้ผู้ป่วยหลายรายที่ประสบความสำเร็จ หลุดจากการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแต่อย่างใดหรือร่วมกับ คอรัติโคสเตอรอยด์ ด้วย, ก็เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะใช้ทูเบอร์คูลิน ร่วมในการรักษาผู้ป่วยบางรายด้วย.

หมายเหตุของผู้ย่อ : น.พ. สมบัติ

สุคนธ์พันธ์ หัวหน้าหน่วยประสาทวิทยา แผนกอายุรศาสตร์ ไม่แนะนำการบริหารยาต้านวัณโรคเข้าทางช่องไขสันหลังและแนะนำให้ คอรัติโคสเตอรอยด์ ร่วมเฉพาะในรายที่แสดงอาการรุนแรง.

บุญเขื่อน ศรีหิรัญ พ.บ.

๖. Epstein, J.H., J.J. Vandenberg.

W.L. Wright: ลมพิษเพื่อแสงอาทิตย์.

Arch. Dermatol. 1963, 88: 135-141.

การมีปฏิกิริยาแบบลมพิษต่อแสงอาทิตย์ พบไม่บ่อย และเกิดจากกลไกหลาย

อย่างรวมทั้งการมีตัวทำให้ไวต่อแสงที่เกิดขึ้น  
ขึ้นภายในร่างกาย หรือที่มาจากภายนอก  
ด้วย. แต่คำว่า “ลมพิษเพื่อแสงอาทิตย์”  
(Solar urticaria) ก็นิยามเฉพาะ  
การตอบสนองอย่างผิดปกติต่อรังสีแสงที่  
เกิดขึ้นโดยทันที และไม่มีตัวทำให้ไวต่อ  
แสงมาเกี่ยวข้อง. โดยผลการศึกษา  
สเปกตรัมที่แสงที่กระทบต่อร่างกายอาจแบ่ง  
ออกได้เป็น ๓ ชนิด: ชนิดที่หนึ่ง, พบย่อย  
กว่าชนิดอื่น, เกิดจากรังสีที่มคลื่นแสงสั้น  
กว่า ๓,๗๐๐ อังกาสตรอม, และสามารถ  
ทำ พาสส์ฟวี่ ทรานสเฟอร์ ได้ด้วย เซรัม  
ของผู้ป่วย; ชนิดที่สอง, เกิดจาก สเปก-  
ตรัม นานา ม่วง, มีความยาวคลื่น  
๔,๐๐๐ ถึง ๕,๐๐๐ Å., ทำ พาสส์ฟวี่  
ทรานสเฟอร์ ไม่ได้; ชนิดที่สาม, รวม  
พวกที่เกิดจากแสงที่มีความยาวคลื่นต่าง ๆ  
กันหลายอย่าง ชนิดนี้ เคย มีรายงานว่าทำ  
พาสส์ฟวี่ ทรานสเฟอร์ ได้จากผู้ช่วยหนึ่ง  
ราย. โดยที่ชนิดที่หนึ่งสามารถทำ พาส-  
ส์ฟวี่ ทรานสเฟอร์ ได้จึงเชื่อว่าเกิดจากการ  
มีภูมิแพ้ต่อรังสี, แต่ ๒ ชนิดหลังยังไม่  
ทราบกลไกแน่นอน.

รายงานนเสนอผู้ช่วยหนึ่งราย ซึ่งมี  
ลักษณะรอยโรคแตกต่างจากที่เคยพบกัน

ทั่วไป คือมีวงผื่นลมพิษเกิดขึ้นหลายอัน  
และมี ปัสวีโคโปเดียม ด้วยซึ่งตามปรกติ  
พบเป็น ลักษณะ ผื่นใหญ่แต่เต็ม บริเวณของ  
แสงและไม่มี ปัสวีโคโปเดียม. การศึกษา  
ทาง สเปกตรัม ที่มกระทบต่อร่างกายแสดง  
ว่า เกิดจากแสงคลื่นยาว ๔,๐๐๐—  
๕,๐๐๐ Å. การศึกษา อิเล็กตรอน  
ทางกาย (ความร้อน, ความเย็น และ  
โพลีเนอริค), ยโรพอร์พียูเรียม, และ  
โฟโตพอร์พียูเรียม ให้ผลลบ; แต่การฉีด  
ฮีสตามีน ให้ผลบวก. การสกัดกั้นเลือด  
แดงที่มาส่วบริเวณทดสอบ สามารถขยับกัน  
การเกิดปฏิกิริยาได้. เนื่องจากการทำ  
พาสส์ฟวี่ ทรานสเฟอร์ ไม่เป็นผลสำเร็จ  
จึงยังไม่อาจบอกกลไกได้. การบริหารสาร  
สังเคราะห์ที่ ต้าน มาลาเรีย นาน ๖ สัปดาห์  
ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานต่อแสงเพิ่มขึ้น  
๓๒ เท่า.

พัชร บันสิทธิ์ พ.บ.

๗. Elliott, R.C., J. Reichel: การเปรียบเทียบ  
การเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะโดย  
ใช้ยากระตุ้นเสมหะ และจาก น้ำล้าง กระ-  
เพาะ. Amer. Rev. Resp. Dis. 1963, 88:  
223—227.

การใช้น้ำเกลือ ๑๐ ปร. ใน โปริซึ-

ลิน กลัยคอลล ๒๐ ปช. พบให้ผู้ป่วยเพื่อ  
กระตุ้นใหม่เสมหะมากจนได้ใช้มานานใน  
รายที่ของการเสมหะเพอเพาะเชื้อโรคหรือ  
คลักษณะของ เซลล์ ในรายที่สงสัยมะเร็ง  
ของปอด.

รายงานนี้ทำการทดลองเปรียบเทียบ  
ผลการเพาะเชื้อวัณโรคโดยการกระตุ้น  
เสมหะดังกล่าวพร้อม ๆ กับเก็บน้ำล้างกระ  
เพาะของผู้ป่วยคนเดียวกัน. นอกจากนี้  
รายงานยัง กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง  
อาการของโรคและการเพาะเชื้อจากเสมหะ  
ด้วยวิธีดังกล่าวด้วย.

วิธีทำคือใช้พ่นน้ำยาดังกล่าวราว ๕-  
๑๕ นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีเสมหะ, ทำซ้ำ  
ได้หลัง ๒๐ นาที, ถ้ายังไม่ได้ผลจาก  
ครั้งแรก. ให้ได้เสมหะอย่างน้อย ๓ ล.  
มม. ในจำนวนเดียวกันนี้เก็บน้ำล้างกระ  
เพาะ. การเก็บตัวอย่างทั้ง ๒ อย่างไม่  
ควรเกิน ๘ ช.ม. ต่อราย.

ผลที่ได้เห็นได้ชัดเจนว่าเสมหะที่ได้จาก  
การกระตุ้นเพาะเชื้อวัณโรคได้ผลมากกว่า  
น้ำล้างกระเพาะ. วิธีทำง่ายและสะดวก  
กว่า, แต่การทำร่วมกันทั้ง ๒ วิธีก็ช่วย  
ในการวิเคราะห์ทางห้องทดลองได้ดีกว่า  
วิธีหนึ่งวิธีใดวิธีเดียว.

พิรัช เบ็นพัตน์ พ.บ.

๘. Lucas, C.P., N. Grant, W.J. Daily,

G.M. Reaven: โคมา เพอเขาหวาน โดย  
ไม่มี คีโตอะซิโกลิส. Lancet 1963. 1:  
75-77.

บทความนี้ เป็นการรายงานผู้ป่วยโรค  
เขาหวาน ๒ ราย ซึ่งเกิด โคมา โดยไม่  
ปรากฏภาวะ คีโตอะซิโกลิส และหายได้  
โดยการรักษาด้วย อินซูลิน และการให้  
สารน้ำทดแทน.

สิ่งตรวจพบที่สำคัญในผู้ป่วยทั้งสอง  
รายคือ ฮัยเปอร์กลัยซีเมีย อย่างมากเลือด  
มีระดับ กลูโคส เกิน ๑,๐๐๐ มก.ปช.  
ฮัยเปอร์นัทรีเมีย (โซเดียมใน เซรัม ราย  
แรก ๑๗๔ เอ็ม.อี.คิว./ลิตร, รายที่สอง  
๑๕๕ เอ็ม.อี.คิว./ลิตร), และมีหลักฐาน  
ของ คีฮัยเทรซัน ทางคลินิก ซึ่งได้รับการ  
ยืนยันจากการกักสารน้ำใน acute phase  
เมื่อให้สารน้ำเข้าร่างกาย. ผู้ป่วยรายแรก  
ตรวจไม่พบ อะซิโตน ทั้งในปัสสาวะและ  
เลือด, แต่รายที่สองมี อะซิโตน ในปัสสาวะ  
๔ ขวก และขนาดพอตรวจพบได้ในเลือด.  
ค่า ไบคาร์บอเนต รายแรก ๒๕.๐ เอ็ม.  
อี.คิว./ลิตร, รายที่สอง ๒๕.๖ เอ็ม.อี.  
คิว./ลิตร.

ผู้รายงานได้อ้างอิงรายงานหลายอันที่  
แสดงผลงานเกี่ยวของและสรุปว่า สาเหตุ

ของ โคมา ในผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผลจาก ซัยเปอร์ซอสโมลาริตี (ผลรวมของ ซัยเปอร์กลัยซีเมีย อย่างมากกับ ซัยเปอร์นัทรียะ: รายแรก ๕๐๓ มิลลิซอสโมล/ลิตร, รายที่สอง ๓๖๖; ค่าปรกติน้อยกว่า ๓๐๐) และ ดีซัยเตรซัน ร่วมกันซึ่งเคยมีรายงานว่าพบได้ใน โคมา ที่เกิดในโรคอื่น ๆ เหมือนกัน. การที่ไม่มี คีโตอะซิโดสิส เชื่อว่าเนื่องจาก ฤทธิ์แอนติคีโตเจนิค ของ ซัยเปอร์กลัยซีเมีย.

(หมายเหตุของผู้ย่อ: การตรวจพบ คีโตน บอเคีย ในผู้ป่วยรายที่สองขณะที่ค่าไบคาร์บอเนต ในเลือดยังอยู่ในเกณฑ์ปรกติ. แสดงว่าภาวะ คีโตสิส กับ อะซิโดสิส ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นร่วมกันเสมอไป.)

พันธ์ทิพย์ สัตยารัฐ พ.บ.

๕. Micic, R., M. Arsenijevic: กลุ่มอาการ คัสซิงก์ สาเหตุจากเนื้องอกในเมดิอัสตินัม. *Lancet*, 1963, 2: 436-438.

กลุ่มอาการ คัสซิงก์ อาจเกิดร่วมกับเนื้องอกชนิดร้าย ของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งตามปรกติไม่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมหน้าที่ของ เปลือกต่อม แอดรีนัล หรือ

ใน เมตาบอลิซึมของ คอร์ติโคสเตอรอยด์. ชมวิศย์ (๑๕๖๑) และ บอร์นสไตน์ กับคณะ (๑๕๖๑) พบ คอร์ติโคโทรฟิน-ไลค์ แอคติวิตี สูงเกินปรกติ ใน พลาสมาของผู้ป่วยกลุ่มอาการ คัสซิงก์ ร่วมกับมะเร็งของหลอดลม มีอะดอร์ กับ คณะ (๑๕๖๒) ก็พบอุบัติการณ์อย่างเดียวกันอีก ในรายที่มีเนื้องอกที่หลอดลมหรือที่มีการแพร่กระจาย ของเนื้องอกมาที่ หลอดลม, เนื้องอกของตับอ่อนและของ ซัยมัส. นิซมอลส์ กับ คณะ (๑๕๖๒) รายงานในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกของรังไข่.

รายงานนี้ เสนอผู้ป่วยอีกหนึ่งรายที่มีกลุ่มอาการ คัสซิงก์ ร่วมกับเนื้องอก เมดิอัสตินัม ส่วนใกล้หน้า ซึ่งหลังการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกอาการต่าง ๆ หายไปในเวลา ๓ เดือน. การตรวจทางจุลกายวิภาคศาสตร์ของก้อนเนื้องอกพบว่าเป็นเนื้องอกของ ซัยมัส ชนิด โอด-เซลล์ ซึ่งตรงกับที่เคยมีรายงานไว้แล้ว. ผู้รายงานเชื่อว่า ก้อนเนื้องอก เมดิอัสตินัม ในผู้ป่วยรายนี้ คัดหลัง คอร์ติโคโทรฟิน ในปริมาณมากทำให้เกิดภาวะหน้าที่ของเปลือกต่อมแอดรีนัล เกิน. แต่เนื่องจากไม่ได้ทำการทดสอบหา คอร์ติโคโทรฟิน-ไลค์ แอค-

ควิตซ์ ทกอนเนองอก จึงไม่สามารถให้  
ความเห็นแน่นอนได้.

อุไรวรรณ นวจินดา พ.บ.

๑๐. Alarcon - Segovia, D. และคณะ :  
ซียัสเตมิก ลปัส อิริยัธมาโตสส หลังการ  
ตัดต่อม ธัยมัส รักษา มัยอัสธเนย กราวิส.  
Lancet 1963, 2:662-665.

ได้รายงานผู้ช่วย มัยอัสธเนย กราวิส  
๒ รายซึ่งวินิจฉัยได้จาก ประวัติ, อาการ,  
การตรวจร่างกาย และการส่องกล้อง.  
การตรวจทางรังสีวิทยาไม่แสดงว่าต่อม  
ธัยมัส โต. แต่เพื่อเป็นการรักษา มัยอัส-

ธเนย กราวิส จึงตัดต่อม ธัยมัส ออก.  
หลังผ่าตัดผู้ช่วยมีอาการดีขึ้นทั้งสองคน,  
แต่ต่อมมีอาการของโรค ซียัสเตมิก ลปัส  
อิริยัธมาโตสส เกิดขึ้นและตรวจพบ เซลล์  
แอล.อี. การรักษาด้วย สเตอรอยด์ ทำให้  
อาการของ เอส.แอล.อี. หายไป.

ข้อคิดการในผู้ช่วยสองรายนี้สนับสนุนว่า  
มัยอัสธเนย กราวิส มีความสัมพันธ์กับ  
ฮอโตอิมมูน และต่อม ธัยมัส. แต่ก็แสดง  
ว่าการตัดต่อม ธัยมัส ไม่ได้ช่วยในการ  
รักษาโรค ซียัสเตมิก ลปัส อิริยัธมาโต-  
สส หรือโรค ฮอโตอิมมูน อื่น ๆ.

บัญญัติ บุรณศิริ พ.บ.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

# ปกิณกะ

## ๑. โรคพยาธิปากขอกับการตกซึม

การมีพยาธิปากขออยู่ในร่างกายอาจเป็นเพียงชั่วคราว โดยไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์สำคัญแต่อย่างใดในบุคคลสุขภาพสมบูรณ์, แต่ถ้ามีพยาธิปากขออยู่นานหรือรังหรือไทรีบเข้าสร้างกายเป็นจำนวนมากและซ้ำๆ, มักมีกลุ่มอาการอ่อนเพลียเกิดขึ้น, จึงเรียกว่า “โรคพยาธิปากขอ” อาการของโรคที่พบบ่อยคือซึบเซียว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย มึนงง ชาติพิการหลายอย่าง, ทุโภชนาการเจริญเติบโตช้า ขวมส่วนปลายแขนขา และหน้าซึบคล้ายกับที่พบในโรคไทรีบหรือรัง. อาการบางอย่างที่กล่าวมานี้เป็นผลของการตกเลือดในลำไส้และภาวะเลือดจาง, ซึ่งในบางรายรุนแรงมากจนทำให้หน้าที่ของหัวใจเสียไป. อาการชาติพิการเช่น การเบื่ออาหาร, คลื่นไส้, ท้องเค้น, ท้องอืด และการปวดท้องที่ไม่ชัดเจน, เหล่านี้เชื่อว่าเป็นผลของปฏิกิริยาอักเสบในผนังลำไส้. ภาวะอาหารไม่พอเป็นเรื่องยากที่จะตัดสินว่ามาก่อนหรือมาทีหลัง, เพราะการขาดอาหารเป็นเรื่อง

ธรรมดาในคนที่พยาธิปากขอชุกชุมเป็นประจำ. ภาวะทุโภชนาการอาจมีอยู่ก่อนแล้วในผู้ช่วยด้วยโรคพยาธิปากขอก็ได้.

ในรายที่ให้ประวัติน้ำหนักลดในระยะก่อนหน้าไม่นาน, อาการผ่ายผอมอาจเกิดจากการกินน้อยลง ซึ่งเป็นอาการของโรคเอง. แต่ รอคเตอร์ (๑๙๓๑) อธิบายโดยการศึกษากายวิภาควิทยาของลำไส้เล็กกว่าเป็นเพราะมีการเสื่อมสมรรถภาพในการตกซึม.

คณะของ Sheehy ได้ทำการศึกษากายวิภาควิทยาพื้นฐานของการตกซึมเสื่อมสมรรถภาพโดยการตรวจสอบหน้าที่และลักษณะกายวิภาคของลำไส้ในผู้ช่วยที่มีกลุ่มอาการของโรคพยาธิปากขอ ๑๔ ราย, ในบุคคลที่ตรวจพบใช้พยาธิปากขอในอุจจาระแต่ไม่มีอาการ ๖ ราย, และในบุคคลสุขภาพสมบูรณ์ที่ตรวจพบใช้พยาธิที่ไม่ใช่พยาธิปากขอ ๘ ราย.

ผลการศึกษาโดยย่อ ๆ มีดังนี้ :

ก. การทดสอบการดูดซึมของลำไส้

ผู้ช่วยโรคพยาธิปากขอ ๘ คน มีการดูดซึมของ วิตามิน เอ ผิดปรกติ (ค่าสูงสุดในเลือดน้อยกว่า ๑๕๐ มคก/๑๐๐ มล. หรือน้อยกว่า ๓ เท่า ของค่าขณะอดอาหาร), ๖ คน มีการดูดซึมดีขึ้นหลังการรักษา. การทดสอบ ซัยโลส ผิดปรกติ ค่าในปัสสาวะ (๕ ชม. ภายหลังกิน ซัยโลส ๕ ก. ต่ำกว่า ๑.๕ ก.) ๑๐ ราย; ๕ ราย ดีขึ้นหลังรักษา. ผู้ช่วยทั้ง ๑๔ ราย มี สติอาทอร์เรเชีย (ค่าเฉลี่ยประจำวันของไขมันในอุจจาระมากกว่า ๖ ก.). การตรวจสอบผู้ช่วย ๑๓ ราย หลังรักษาพบดีขึ้น ๑๒ ราย.

ผู้ที่มีพยาธิปากขอโดยไม่มีอาการ ๑ ราย แสดงผลการทดสอบผิดปรกติทั้ง วิตามิน เอ, ซัยโลส และไขมันในอุจจาระ, ๑ ราย ผิดปรกติเพียง วิตามิน เอ และ ซัยโลส และอีก ๑ ราย ผิดปรกติเพียง ซัยโลส และไขมันในอุจจาระ. ผู้รับการทดสอบคนอื่นๆ ไม่แสดงการผิดปรกติ.

ข. การศึกษาทางรังสี สังเกตพบ

ในผู้ช่วยคือหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารปรกติ, คิวคีนัม มีความผิดปรกติเล็กน้อย; ที เจนัม พบรอยย่นเยื่อเมือก

หน้าชั้นและขรุขระ กว่าลักษณะเดิมที่เป็นแบบลายขนนก; นอกจากนั้นยังพบมีการจับตัวเป็นกลุ่ม, เป็นแอ่งกว้างและการขาดเป็นห้วง ๆ ทั่ว. ผู้ช่วย ๓ ราย มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เร็วเกินปรกติ, คือ ขาเร็วมีเคลื่อนไหวสู่กระพุ้งไส้ใหญ่กินเวลาน้อยกว่า ๑ ชม.. “ลักษณะขาดอาหาร” ของลำไส้เล็กที่ตรวจพบแบ่งออกได้เป็นขนาดเป็นน้อยที่สุด ๕ ราย, ปานกลาง ๗ ราย, และรุนแรง ๒ ราย. ผู้ที่มีพยาธิปากขอโดยไม่มีอาการ ๓ ราย แสดงการเปลี่ยนแปลงจัดว่าเป็นขนาดน้อยที่สุด.

ค. ไบอ็อปซีย์ลำไส้ การเปลี่ยน

แปลงผิดปรกติพบเฉพาะในผู้ช่วยเท่านั้น, คือ เจนัม มี วิลไล สั้นและกว้างกว่าปรกติและที่ปลายแผ่บานออก, ทำให้มีลักษณะคล้ายตะขง; รอยย่นพยับอยู่ข้าง ๆ หายไป. การรวมของ วิลไล เข้าเป็นก้อนขนาดใหญ่ ๆ พบในผู้ช่วย ๓ ราย. เซลล์ โคลิมนาร์ มักมีการกระจัดกระจาย แต่ นुक्लीไอ ปรกติและส่วนขอบนอกไม่แตก; ภายใน เซลล์ มักพบ แวคิวโอเลชันแต่ต่อมาไม่เปลี่ยนแปลง. การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาทั้งหมดคนเชื่อว่าเป็นผล ตามของการอักเสบเรื้อรังของ ลามินา โพรเปรีย

ซึ่งมี เซลล์ ลี้มโฟซัยต์ และ โปเลียมอร์ฟ แทรกอย่างหนาแน่นและมี อีโอสิโนฟิล, เซลล์ ลักษณะคล้าย โมโนซัยต์ และ เซลล์ พลาสมา ทั้งสองตัว. ในบางราย ลามินา โพรเปรีย ตื้นกว่าปรกติ เพราะ มีการงอกเกินของเนื้อพังผืด. ๒ ราย พบมีการขวมของ ลามินา โพรเปรีย ลักษณะเยื่อเมือกฝ่อลีบอย่างน้อย ๆ แสดงโดยมีการขางลงของชั้นที่มี ครีย์ปต์ของ ลีเบอร์-คูห์น พบทุกราย. ภายหลังการรักษาส่วนใหญ่มีลักษณะกลับเข้าสู่ปรกติ.

ผลการศึกษารูปไตว่าผู้ป่วยด้วยโรค

พยาธิ ปากขอ ทกรายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างแน่นอนในผนังลำไส้เล็ก, โดยเฉพาะส่วน เจจุนี่ ซึ่งเชื่อว่าเป็นปฏิกริยาของการอักเสบเรื้อรังจากตัวพยาธิปากขอ (*Necator americanus*). กัดลึกเข้าไปในเยื่อเมือก และบางรายเข้าชั้นใต้เยื่อเมือกด้วย. การเปลี่ยนแปลงทางจุลกายวิภาคที่ผนังลำไส้ สัมพันธ์ ชัดเจน กับการเสียมทางหน้าทศตซม.

(เรียบเรียงจาก T.W. Sheehy และคณะ Gastroenterol. 1962, 4 2: 148-156.)

สวัสดิ์ หิตะนันท์, พ.บ.

๒. กอนทเตานมเบเนอรายหรือไมราย

“มะเร็ง”, คำนี้เป็นภัยที่คุกคามจิตใจประชาชนในสมัยนี้มากมายเพียงไรสังเกตได้ง่าย ๆ จากคนไข้ที่มาตรวจร่างกายที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก. บทความต่าง ๆ ทั้งทางโทรทัศน์, วิทยุกระจายเสียง, หนังสือพิมพ์รายวันและรายสัปดาห์ทำให้ประชาชนตื่นตัวขนมากมาย. ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจึงมีความจำเป็นจะต้องทำเพื่อความละเอียดแน่นอนยิ่งขึ้น. บรรดาคน

ไข้ที่มาก่อนเกิดขนที่นมก็มาหาแพทย์ด้วยความกลัวมะเร็ง. แต่การวินิจฉัยก่อนการรักษาผ่าตัดนั้นเป็นเรื่องยากสำหรับแพทย์ผู้ตรวจในระยะแรกของอาการ, และยากในการที่จะแยกโรคมะเร็งและเนื้องอกธรรมดา. จนบางครั้งบางครั้งทำให้การรักษา มะเร็งเข้าไป, หรือในทางกลับกันรักษาเนื้องอกธรรมดาว่าเป็นมะเร็ง, ซึ่งนอกจากจะเป็นการหมดเปลืองแล้วยังทำ

ซึ่งมี เซลล์ ลีพมโฟซัยต์ และ โปเลียมอร์ฟ  
 แทรกอย่างหนาแน่นและมี อีโอสิโนฟิล,  
 เซลล์ ลักษณะคล้าย โมโนซัยต์ และ  
 เซลล์ พลาสมา ตัวสองตัว. ในบางราย  
 ลามินา โพรเปรีย ค่อนข้างปรกติ เพราะ  
 มีการงอกเกินของเนื้อพังผืด. ๒ ราย พบมี  
 การรวมของ ลามินา โพรเปรีย ลักษณะ  
 เยื่อเมือกฝ่อลีบอย่างน้อย ๆ แสดงโดยมี  
 การขางลงของชั้นทมิ ครีษปต์ของ ลีเบอร์-  
 ค์เห็น พบทุกราย. ภายหลังการรักษาส่วน  
 ใหญ่มีลักษณะกลับเข้าสู่ปรกติ.

ผลการศึกษารูปไตว่าผู้ป่วยด้วยโรค

พยาธิ ปากขอ ทกรายมีการเปลี่ยนแปลง  
 อย่างแน่นอนในผนังลำไส้เล็ก, โดย  
 เฉพาะส่วน เจจุนมี ซึ่งเชื่อว่าเป็นปฏิกิริยา  
 ของการอักเสบเรื้อรังจากตัวพยาธิปากขอ  
 (*Necator americanus*). กัดลึกเข้าไปใน  
 เยื่อเมือก และบางรายเข้าชั้นใต้เยื่อเมือก  
 ด้วย. การเปลี่ยนแปลงทางจุลกายวิภาค  
 ผนังลำไส้ สัมพันธ์ ชัดเจน กับการเสื่อม  
 ทางหน้าที่ดุดซม.

(เรียบเรียงจาก T.W. Sheehy และคณะ Gastroenterol. 1962, 4 2: 148-156.)

สวัสดิ์ หิตะนันท์, พ.บ.

๓๒. กอนทเตานมเบเนเนอรายหรือไมราย

“มะเร็ง”, คำนเบนภยทคกคามจิตใจ  
 ประชาชนในสมัยนี้มากมายเพียงไรสังเกต  
 ได้ง่าย ๆ จากคนไข้ที่มาตรวจร่างกายที่  
 แผนกตรวจผู้ป่วยนอก. บทความต่าง ๆ  
 ทั้งทางโทรทัศน์, วิทยุกระจายเสียง,  
 หนังสือพิมพ์รายวันและรายสัปดาห์ทำให้  
 ประชาชนตื่นตัวชุนมากมาย. ถึงนั้นการ  
 วินิจฉัยโรคจึงมีความจำเป็นจะต้องทำเพื่อ  
 ความละเอียดแน่นอนยิ่งขึ้น. บรรดาคน

ไข้ที่มกอนเกิดชุนทนมักมาหาแพทย์ด้วย  
 ความกลัวมะเร็ง. แต่การวินิจฉัยก่อนการ  
 รักษาผ่าตัดนั้นเป็นเรื่องยากสำหรับแพทย์ผู้  
 ผู้ตรวจในระยะแรกของอาการ, และ  
 ยากในการที่จะแยกโรคมะเร็งและเนองอก  
 ธรรมดา. จนบางครั้งบางคราวทำให้การ  
 รักษา มะเร็งเข้าไป, หรือในทางกลับกัน  
 รักษาเนองอกธรรมดาว่าเป็นมะเร็ง, ซึ่ง  
 นอกจากจะเป็นการหมกเปลืองแล้วยังทำ

ให้คนไข้เสียโฉม. ฉะนั้นจึงเห็นว่าถ้าหาก  
จะได้รวบรวมสถิติบางอย่างในคนไข้ที่มา  
รับการตรวจเรองก่อนที่นอนและได้รับการ  
รักษาเป็นผู้ช่วยนอกโดยการวินิจฉัยว่าเป็น  
เนื้องอกไม่ร้าย, มาเปรียบเทียบกับผล  
การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาว่าทางคลินิกมี  
ความผิดพลาดมากน้อยเพียงไร, บางที่จะ  
ทำให้วางแผนการวินิจฉัยและการรักษาได้  
กะทัดรัดยิ่งขึ้น, และอาจเป็นทางประหยัด  
เงินทองของคนไข้และของโรงพยาบาลได้  
บ้าง.

สถิติรวบรวมได้จากแผนกตรวจผู้ป่วย

นอกคลีนิคศาสตร์. มีคนไข้มารับการตรวจ  
รักษาเรองเนื้องอกธรรมดาที่เต้านมตั้งแต่  
วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๕ ถึง ๓๑ ตุลาคม  
๒๕๐๕ จำนวน ๑๒๓ ราย ในระยะเวลา  
๑๐ เดือน. เป็นผู้หญิงทั้งหมด, อายุตั้งแต่  
๑๔ - ๗๕ ปี.

ในรายงานทั้งหมดนี้ได้ออกเลือกเอาราย  
งานที่ไม่สมบูรณ์จนไม่ให้ข้อคิดอะไรได้  
เลยออกหมด. ตัวอย่างเช่นรายงานที่เขียน  
แต่การวินิจฉัยและการรักษาครั้งเดียวเท่า  
นั้น.

อายุ - ปี	๑๐- ๑๕	๑๖- ๒๐	๒๑- ๒๕	๒๖- ๓๐	๓๑- ๓๕	๓๖- ๔๐	๔๑- ๔๕	๔๖- ๕๐	๕๑- ๕๕	๕๖- ๖๐	๖๑- ๖๕	๖๖- ๗๐	๗๑- ๗๕
จำนวน	๓	๑๕	๒๕	๒๒	๑๗	๑๐	๕	๖	๔	๒	-	๑	๑

ตารางนี้แสดงให้เห็นว่าคนไข้ที่ไ้รับ  
การวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกธรรมดา  
ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสาวถึงกลางคนเท่านั้น.  
อุบัติการณ์สูงสุดในระหว่างอายุ ๒๑-๒๕ ปี,  
ซึ่งมีจำนวน ๒๕ ราย, หรือ ๒๑ ถึง ๓๐ ปี,  
จำนวน ๕๑ ราย.

ส่วนระยะเวลาของอาการเท่าที่รวบรวม  
ได้และจากประวัติการณ, ไม่อาจเชื่อถือ  
ได้, จึงจะไม่แสดงไว้ในที่นี้. เหตุส่วน

มากคือคนไข้เมื่อได้ฟังวิทยหรือดโทรทัศน์  
จึงกลับไปคลำเต้านมพบก้อนก็ไม่ค่อย.  
ฉะนั้นระยะเวลาที่แน่นอนนั้นจึงหาได้ยาก.  
เกี่ยวกับตำแหน่งที่ก้อนเนื้องอกเกิดขึ้น  
ที่เต้านม, จากรายงานเหล่านี้ปรากฏว่า  
เป็นข้างขวา ๕๒ ราย, ข้างซ้าย ๖๕ ราย.  
ที่ไม่ใช่อกข้าง ๕ ราย, และที่เป็นทั้งสอง  
ข้าง ๑ ราย. แต่ละข้างที่ออกเสียไว้วเพียง  
๖๖ รายเท่านั้น. บางตำราเคยถือว่างอก

ในเสี้ยวบนด้านนอกของนมเป็นตำแหน่งที่น่าจะเป็นมะเร็งมากกว่าส่วนอื่นๆ. ในสถิติปรากฏว่ามี ๓๘ รายใน ๖๖ ราย ที่อยู่ที่ยุ่เสี้ยวบนด้านนอก.

ก้อนทั้งหมดคนพบว่าเคลื่อนไหวได้, และมีเพียง ๕ รายที่มน้ำใสหรือเลือดไหลจากหัวนม. คนไข้ทั้งหมดคนไม่มีต่อมน้ำเหลืองโตโตจนคลำได้ที่รักแร้ข้างเดียวกัน.

มีจำนวน ๕๓ รายที่คลำก้อนได้ขอบเขตชัดเจน. ในพวกที่คลำขอบเขตของก้อนได้ไม่ชัดเจนนั้น, มีอยู่ ๓ รายที่แพทย์ผู้ตรวจสงสัยแล้วว่าจะเป็นมะเร็ง, เพราะอายุมาก, ระหว่าง ๓๐-๕๐-๕๘ ปี. อีก ๒ รายมีอาการเบื่ออาหาร, ผอมลง, จึงสงสัยว่าเป็นมะเร็ง. เหลืออีก ๖๔ รายให้การวินิจฉัยเป็นอย่างเดียวกันว่าเป็น "ก้อนเนื้อไม่ร้าย".

ในพวก "ก้อนเนื้อไม่ร้าย" ที่กล่าวมานี้ ประกอบด้วย :

๑. ไฟโบรอะคิโนมา
๒. โรคมงน้ำเรอริง
๓. อินทราคัทคัล ปาบีลโลมา
๔. กาลัคโตซีส
๕. ซิซัสอะคิโนมา

สองพวกแรกมีการวินิจฉัยย่อยที่สุด,

รวมถึง ๕๒ ราย. และผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่สลับกับทางคลินิกย่อยที่สุดในสองพวกนี้.

ในจำนวน ๑๒๓ รายนี้ได้พบว่าการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาแจ้งว่าเป็นเนื้องอกมะเร็ง ๗ ราย, และ ๕ ใน ๗ รายนี้, เป็นรายที่การวินิจฉัยขั้นต้นสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งด้วยแล้วตั้งแต่แรก. ฉะนั้นถ้าหากจะลงผิดในการวินิจฉัยขั้นแรกจริงๆ ก็มีเพียง ๒ ราย. ๒ ใน ๕ รายที่แจ้งอาการมีน้ำใสๆ และเลือดไหลทางหัวนมก็เป็นมะเร็ง.

การศึกษานี้ให้ข้อคิดว่าการวินิจฉัยนั้น, ขั้นต้นอาจมีการผิดพลาดได้ถ้าหากไม่ให้ความละเอียดลออในการตรวจเพียงพอ. จึงเห็นว่าถ้าจะเอาสถิตินี้มากำหนดข้อชี้แจง, เพื่อจะยกเป็นหลักในการจะตีความถูกต้องทั้งหมดแล้วก็ควรจะเป็นดังนี้ :

๑. ก้อนมีขอบเขตชัดเจน
๒. ก้อนเคลื่อนไหวได้
๓. ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตหรือคลำได้
๔. ไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลทางหัวนม
๕. ไม่มีอาการอื่น ๆ นอกจากก้อนเท่านั้น

๖. เลี้ยวของนม (ที่มักอ่อน) ไม่มีความสำคัญมากนัก

๗. อายุของผู้ช่วยมีน้อยมากคือเพียง ๑ รายเท่านั้นที่ต่ำกว่า ๕๐ ปี แล้วเป็นมะเร็ง. ฉะนั้นถ้าได้พิจารณาอายุเข้าไปในการวินิจฉัยด้วย, จะทำให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น.

รายงานนี้เป็นรายงานที่มีจำนวนคนไข้พอสมควรและหวังว่าจะเป็นข้อคิดในการวินิจฉัยให้มีความระมัดระวังมากขึ้น, ทั้งด้านการตรวจและการจะลงความเห็นเด็ดขาดในทางคลินิก, โดยไม่บันทึกคนไข้มา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาให้แน่นอน. ฉะนั้นการติดตามคนไข้เพื่อผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง.

ก่อนจะผ่านเลยรายงานไป, ใคร่ขอฝากข้อคิดในปัญหาอันยุ่งยากของการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ในโรงพยาบาลศิริราช.

๑. การติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาครั้งแรก, โดยเฉพาะการตัดเนื้อทำไป-อ็อบซึ่ย์, จากประสบการณ์ที่พบย่อยๆ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคือคนไข้ต้องเสียเวลาในการมาฟังการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายมาก.

ในคนไข้บางคนที่ไม่ประสีประสามากนักหรืองานมากหรือมีภาระจำเป็น, พอแผลหายแล้วก็เหตให้คิดไปว่าอาจหายแล้ว, เพราะแพทย์นำก้อนออกไปแล้ว, เลยไม่มารับการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย. จึงน่าจะได้มีการให้คำแนะนำแก่คนไข้เหล่านั้นให้เข้าใจได้. ผลก็ตามมาดังข้อ ๒.

๒. แพทย์ผู้รักษาคควรจะมีเวลาให้สำหรับการให้คำแนะนำชี้แจงแก่คนไข้จำพวกนี้, ซึ่งบางทีเสียเวลานานมากที่จะเข้าใจ. ข้อนี้ก็น่าจะมีการแก้ไขโดยการนัดคนไข้เหล่านั้นในเวลาว่างที่แน่นอนที่ติดต่อกับหน่วยอื่น ๆ ได้, และไม่ปะปนกับคนไข้อื่น ๆ เพราะบางคราวเป็นทางให้อารมณ์เสียได้ง่ายๆ, เมื่อคนไข้จำนวนมากรออยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก.

สุดท้ายนี้ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์และท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกที่กรุณาอนุญาตให้รายงานเรื่องนี้และคุณสุนทร สังขวาจา ที่ช่วยจัดหารายงานจนเรื่องนี้สำเร็จ.

เกษม ลิมวงศ์ พ.บ.

### ๓. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๓๑)

๘๔๐๑.	space, axillary โพรงรักแร้	๘๔๒๘.	spasm, bronchial หลอดลมหดเกร็ง
๘๔๐๒.	space, bregmatic ช่องกระหม่อมอ่อน ช่องหน้า	๘๔๓๐.	spasm, cadaveric การหดเกร็งของศพ
๘๔๐๓.	space, cardiac ช่องหน้าหัวใจ	๘๔๓๑.	spasm, canine อาการแยกเขี้ยว
๘๔๐๔.	space, dead หว่างเสียเปล่า	๘๔๓๒.	spasm, carpedal อาการมือเท้าเกร็ง
๘๔๐๕.	space, intercostal ช่องหว่างซี่โครง	๘๔๓๓.	spasm, cerebral การหดเกร็งเพื่อ สมองใหญ่
๘๔๐๖.	space, interosseous ช่องหว่างกระดูก	๘๔๓๔.	spasm, clonic การชักกระตุก
๘๔๐๗.	space, interpleural หว่างห้วงเยื่อหุ้ม ปอด, หว่างประจันอก	๘๔๓๕.	spasm, cynic อาการข้มแสบ
๘๔๐๘.	space, interproximal, interpro- ximate ช่องหว่างฟัน	๘๔๓๖.	spasm, dancing อาการชักโลด
๘๔๐๙.	space, lymph หว่างน้ำเหลือง	๘๔๓๗.	spasm, facial อาการกล้ามเนื้อหน้า กระตุก
๘๔๑๐.	space, mediastinal หว่างประจันอก	๘๔๓๘.	spasm, fixed อาการหดเกร็งคงที่
๘๔๑๑.	space, medullary ช่องไขกระดูก	๘๔๓๙.	spasm, functional อาการหดเกร็งเกิด จากงานประจำ
๘๔๑๒.	space, palmar ช่องในฝ่ามือ	๘๔๔๐.	spasm, glottic อาการสายเสียงหดเกร็ง
๘๔๑๓.	space, pneumatic โพรงอากาศ	๘๔๔๑.	spasm, habit อาการกระตุกประจำ, อาการกระตุกนิสัย
๘๔๑๔.	space, popliteal โพรงขาพับ	๘๔๔๒.	spasm, handicraft อาการหดเกร็งเกิด จากงานประจำ
๘๔๑๕.	space, retrobulbar โพรงหลังลูกตา	๘๔๔๓.	spasm, intention อาการหดเกร็งเมื่อ ตั้งใจ
๘๔๑๖.	space, retropharyngeal โพรงหลัง คอหอย	๘๔๔๔.	spasm, lock อาการหดเกร็งขบ
๘๔๑๗.	space, subarachnoid หว่างใต้เยื่อหุ้ม น้อย	๘๔๔๕.	spasm, mimic อาการหน้ากระตุก
๘๔๑๘.	space, subdural หว่างใต้ดura	๘๔๔๖.	spasm, nictitating อาการหนังตากระ- ตุก, อาการเขม่นตา
๘๔๑๙.	space, thenar ช่องในฝ่ามือ	๘๔๔๗.	spasm, occupation อาการหดเกร็ง เพราะทำงาน
๘๔๒๐.	spallation การแตกเป็นเสี่ยง	๘๔๔๘.	spasm, professional อาการหดเกร็ง เพราะทำงาน
๘๔๒๑.	spanemia, spandemia อาการเลือดจาง	๘๔๔๙.	spasm, respiratory อาการกล้ามเนื้อ หายใจหดเกร็ง
๘๔๒๒.	spanemic ซึ่งเลือดจาง, ยาทำให้เลือดจาง	๘๔๕๐.	spasm, retrocollic อาการกระตุกหน้า หงาย
๘๔๒๓.	spano- มีน้อย, หายาก	๘๔๕๑.	spasm, rotatory อาการกระตุกหน้าหัน
๘๔๒๔.	spanomenorrhoea การมีระดูน้อย	๘๔๕๒.	spasm, salaam อาการกระตุกพยักหน้า
๘๔๒๕.	sparer สารช่วยประหยัด (ในกาย)	๘๔๕๓.	spasm, saltatory อาการชักโลด
๘๔๒๖.	spargosis อาการนมคัด (เพราะน้ำนม), อาการบวมเต่ง		
๘๔๒๗.	spasm การชักกระตุก, การหดเกร็ง		
๘๔๒๘.	spasm of accommodation การปรับ ตาเกร็ง		

๘๔๕๔.	spasm, tetanic	อาการชักเกร็งแข็ง, อาการชักแบบบาดทะยัก	๘๔๘๑.	specimen	ตัวอย่าง, ตัวอย่างแสดง, ตัวอย่างตรวจ, สิ่งแสดง
๘๔๕๕.	spasm, tonic	อาการหดเกร็ง, อาการชักแข็ง	๘๔๘๒.	speculum	เครื่องส่องเพศ, เครื่องส่องตรวจ
๘๔๕๖.	spasm, tonoclonic	อาการชักรัว	๘๔๘๓.	speculum duck-billed	เครื่องส่องเพศแบบปากเป็ด
๘๔๕๗.	spasm, torsion	อาการชักตัวบิด	๘๔๘๔.	speech, clipped	การพูดคำขาดวัน
๘๔๕๘.	spasm, toxic	อาการหดเกร็งเพื่อพิษ	๘๔๘๕.	speech, explosive	การพูดโพล่ง
๘๔๕๙.	spasm, winking	อาการหนังตากระตุก, อาการเขม่นตา	๘๔๘๖.	speech, incoherent	การพูดไม่ต่อเรื่อง
๘๔๖๐.	spasm, writers	อาการนิ้วแข็งเพราะเขียนหนังสือ	๘๔๘๗.	speech, jumbled	การพูดไม่เป็นคำ
๘๔๖๑.	spasmodic	มีลักษณะหดเกร็ง, มีลักษณะชักกระตุก	๘๔๘๘.	speech, mirror	การพูดหวน, การพูดกลับลำดับ
๘๔๖๒.	spasmolytic	ซึ่งบรรเทาอาการหดเกร็ง, ยาบรรเทาอาการหดเกร็ง, ยาแก้ชัก	๘๔๘๙.	speech, scamping	การพูดขาดวัน
๘๔๖๓.	spasmolysis	การบรรเทาอาการหดเกร็ง	๘๔๙๐.	speech, staccato	การพูดเรียงพยางค์
๘๔๖๔.	spasmolytic	ซึ่งบรรเทาอาการหดเกร็ง, ยาบรรเทาอาการหดเกร็ง, ยาแก้ชัก	๘๔๙๑.	sperm	น้ำอสุจิ, ตัวอสุจิ
๘๔๖๕.	spasmophemia	อาการตีตอ้าง	๘๔๙๒.	sperma	น้ำอสุจิ, ตัวอสุจิ
๘๔๖๖.	spasmophile	มักหดเกร็ง, มักแสดงอาการหดเกร็ง, มักแสดงอาการกระตุก	๘๔๙๓.	spermacrasia	ภาวะขาดตัวอสุจิ
๘๔๖๗.	spasmophilia	ภาวะมักหดเกร็ง	๘๔๙๔.	spermatic	เกี่ยวกับน้ำอสุจิ, เกี่ยวกับตัวอสุจิ
๘๔๖๘.	spasmophilic	มักหดเกร็ง	๘๔๙๕.	spermatism	การหลั่งน้ำอสุจิ
๘๔๖๙.	spastic	มักหดเกร็ง, หดเกร็ง (กล้ามเนื้อ)	๘๔๙๖.	spermatitis	ท่อน้ำอสุจิอักเสบ
๘๔๗๐.	spasticity	ภาวะหดเกร็ง, ภาวะหดเกร็ง, (กล้ามเนื้อ)	๘๔๙๗.	spermatocidal	ฆ่าตัวอสุจิ
๘๔๗๑.	spatial	เกี่ยวกับช่อง, เกี่ยวกับที่ว่าง, เกี่ยวกับห้วง	๘๔๙๘.	spermatocyst	ถุงน้ำอสุจิ, ถุงน้ำในลูกอัณฑะ
๘๔๗๒.	spatula	พายกวาน	๘๔๙๙.	spermatocystectomy	การตัดถุงน้ำอสุจิ
๘๔๗๓.	spatular, spatulated	แบนแบบใบพาย	๘๕๐๐.	spermatocystitis	ถุงน้ำอสุจิอักเสบ
๘๔๗๔.	spatulation	การใช้พายกวาน	๘๕๐๑.	spermatocystotomy	การผ่าถุงน้ำอสุจิ
๘๔๗๕.	spay	ตัดรังไข่, ตอน (ตัวเมีย)	๘๕๐๒.	spermatolysis	ละลายตัวอสุจิ, ทำลายตัวอสุจิ
๘๔๗๖.	spaying	การตัดรังไข่, การตอน (ตัวเมีย)	๘๕๐๓.	spermatopoietic	เกี่ยวกับการสร้างตัวอสุจิ
๘๔๗๗.	specialism	การมุ่งเฉพาะวิชา	๘๕๐๔.	spermaturia	ปัสสาวะมีน้ำอสุจิ
๘๔๗๘.	specialization	การทำงานเฉพาะวิชา	๘๕๐๕.	spermia	ตัวอสุจิ
๘๔๗๙.	specific remedy	ยาจำเพาะโรค	๘๕๐๖.	spermicidal	ซึ่งฆ่าตัวอสุจิ
๘๔๘๐.	specificity	ความจำเพาะ, ฤทธิ์จำเพาะ (ยา)	๘๕๐๗.	spermicide	ยามาตัวอสุจิ
			๘๕๐๘.	spermolysis	การละลายตัวอสุจิ, การทำลายตัวอสุจิ

๘๕๐๘. spermolitic ซึ่งละลายตัวอสุจิ, ซึ่งทำลายตัวอสุจิ
๘๕๑๐. spermotoxic เป็นพิษต่อตัวอสุจิ
๘๕๑๑. spermotoxin สารพิษต่อตัวอสุจิ
๘๕๑๒. sphacelate กลายเป็นเนื้อตายเน่า
๘๕๑๓. sphacelation การกลายเป็นเนื้อตายเน่า
๘๕๑๔. sphacelism ภาวะเนื้อตายบางส่วน
๘๕๑๕. sphaceloderma หนังตายบางส่วน, หนังตายเน่า
๘๕๑๖. sphacelous มีเนื้อตายเน่า, เน่าลอกหลุด
๘๕๑๗. sphacelus เนื้อตายบางส่วน, ส่วนเนื้อตายเน่า
๘๕๑๘. sphagitis คอหอยอักเสบ
๘๕๑๙. sphenoid รูปสี่เหลี่ยม
๘๕๒๐. sphenotribe เครื่องบีบฐานกระดูกโกลน
๘๕๒๑. sphincter กล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๒๒. sphincter ani กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก
๘๕๒๓. sphincter, cardiac กล้ามเนื้อหูรูดปากกระเพาะ
๘๕๒๔. sphincter, cornual กล้ามเนื้อหูรูดหลอดลมคดลูก
๘๕๒๕. sphincter of eye กล้ามเนื้อปิดตา
๘๕๒๖. sphincter, ileocecal, ileocolic กล้ามเนื้อหูรูดปลายลำไส้เล็ก
๘๕๒๗. sphincter, oculi กล้ามเนื้อปิดตา
๘๕๒๘. sphincter oris กล้ามเนื้อหูรูดปาก
๘๕๒๙. sphincter, pyloric กล้ามเนื้อหูรูดปลายกระเพาะ
๘๕๓๐. sphincter vesicae กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะ
๘๕๓๑. sphincteral เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๒. sphincteralgia อาการปวดกล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๓. sphincterectomy การตัดกล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๔. sphincterial, sphincteric เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๕. sphincteritis กล้ามเนื้อหูรูดอักเสบ
๘๕๓๖. sphincteroplasty การเย็บซ่อมกล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๗. sphincterotome มีดตัดกล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๘. sphincterotomy การผ่ากล้ามเนื้อหูรูด
๘๕๓๙. sphygmic เกี่ยวกับชีพจร
๘๕๔๐. sphygmo- ชีพจร
๘๕๔๑. sphygmogram ภาพบันทึกชีพจร
๘๕๔๒. sphygmograph เครื่องบันทึกชีพจร
๘๕๔๓. sphygmography การบันทึกชีพจร
๘๕๔๔. sphygmoid คล้ายชีพจร
๘๕๔๕. sphygmology วิทยาชีพจร
๘๕๔๖. sphygmomanometer เครื่องวัดความดันเลือด
๘๕๔๗. sphygmometer เครื่องวัดชีพจร
๘๕๔๘. sphygmopalpation การคลำชีพจร
๘๕๔๙. spicular เกี่ยวกับสิ่งเรียวแหลม, เกี่ยวกับเส้น
๘๕๕๐. spicule สิ่งเรียวแหลม, รูปเส้น
๘๕๕๑. spinal เกี่ยวกับเงี่ยงกระดูก, เกี่ยวกับลำกระดูกสันหลัง
๘๕๕๒. spinalgia อาการปวดสันหลัง
๘๕๕๓. spinate มีหนาม, รูปคล้ายหนาม
๘๕๕๔. spine เงี่ยงกระดูก, ลำสันหลัง, เงี่ยงกระดูกสันหลัง, จะงอย
๘๕๕๕. spine, deltoid จะงอยเด็ลต์คอยด์
๘๕๕๖. spine, dorsal ลำสันหลัง
๘๕๕๗. spine, mental จะงอยคาง
๘๕๕๘. spine, neural เงี่ยงกระดูกสันหลัง
๘๕๕๙. spine, occipital จะงอยกระดูกท้ายทอย
๘๕๖๐. spine of the pubis จะงอยกระดูกหัวหน้า
๘๕๖๑. spine of the scapula จะงอยบ่า
๘๕๖๒. spine of the tibia จะงอยกระดูกแข้ง
๘๕๖๓. spinifugal หนีไขสันหลัง
๘๕๖๔. spinipetal มุ่งไขสันหลัง
๘๕๖๕. spinitis ไขสันหลังอักเสบ
๘๕๖๖. spinobulbar เกี่ยวกับไขสันหลังและท้ายสมอง

๘๕๖๓. spinocerebellar เกี่ยวกับไขสันหลัง และสมองน้อย
๘๕๖๔. spinocortical เกี่ยวกับไขสันหลังและ สมองใหญ่
๘๕๖๕. spinopetal มุ่งไขสันหลัง
๘๕๖๖. spinose คล้ายเงี่ยงกระดูก, คล้ายจะงอย
๘๕๖๗. spinous คล้ายเงี่ยงกระดูก, คล้ายจะงอย
๘๕๖๘. spintherism อาการเห็นแสงประกาย
๘๕๖๙. spintheropia อาการเห็นแสงประกาย
๘๕๗๐. spiral รูปเกลียวส่วน
๘๕๗๑. spirit เหล้า, ผลคั้น
๘๕๗๒. spirituous มีเหล้า, มีแอลกอฮอล์
๘๕๗๓. spirogram ภาพบันทึกการหายใจ
๘๕๗๔. spiograph เครื่องบันทึกการหายใจ
๘๕๗๕. spiography การบันทึกการหายใจ
๘๕๗๖. spiroid คล้ายเกลียวส่วน
๘๕๗๗. spirometer เครื่องวัดอากาศหายใจ
๘๕๗๘. spirometric เกี่ยวกับการวัดอากาศหายใจ
๘๕๗๙. soussated ระเหยงวด
๘๕๘๐. spissitude ภาวะระเหยงวด
๘๕๘๑. splanchnectopia อวัยวะผิดปกติ
๘๕๘๒. splanchnemphraxis การอุดตันอวัยวะ
๘๕๘๓. splanchnesthesia ความรู้สึกภายใน อวัยวะ
๘๕๘๔. splanchnesthetic เกี่ยวกับความรู้สึกภายใน อวัยวะ
๘๕๘๕. splanchnic แห่งอวัยวะภายใน, เกี่ยวกับ อวัยวะภายใน
๘๕๘๖. splanchno- อวัยวะภายใน, เกี่ยวกับ ประสาทสะเปดงมันิค
๘๕๘๗. splanchnocele อวัยวะเลื่อนหลุด
๘๕๘๘. splanchnodiastasis อวัยวะ (ภายใน) เคลื่อน, อวัยวะ (ภายใน) หลุด
๘๕๘๙. splanchnodynia อาการปวดอวัยวะ (ภายใน)
๘๕๙๐. splanchnography อวัยวะวรรณนา
๘๕๙๑. splanchnolith นิ้วลำไส้
๘๕๙๒. splanchnology อวัยวะวิทยา
๘๕๙๓. splanchnomegalia, splanchno- megaly อวัยวะ (ภายใน) โต
๘๕๙๔. splanchnomicria อวัยวะ (ภายใน) เล็ก
๘๕๙๕. splanchnopathy โรคอวัยวะ (ภายใน)
๘๖๐๐. splanchnoptosia, splanchnop- tosis อวัยวะ (ภายใน) ย้อย

## หน้าสำหรับนิสิต

เอ็ดเม็ทซ์ชินซอर्फ

(ค.ศ. ๑๘๔๕-๑๘๑๖)

ผู้ได้รับรางวัลโนเบล ปี ๑๙๐๘

งานสำคัญของท่านผู้นี้ คือการศึกษา  
เรื่องภูมิคุ้มกัน.

ชีวประวัติ เอ็ดเม็ทซ์ชินซอर्फ

หรือที่มักเรียกกันว่า เอ็ดเม็ทซ์ชินซอर्फ  
เป็นบุตรของนายทหารรักษาวงพระองค์, เกิด  
เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ค.ศ. ๑๘๔๕  
ณ เมืองซาร์ซอर्फ, ประเทศรัสเซีย. เมื่อ  
เล็กๆ บิดาได้จัดหาครูไปสอนที่บ้าน. ต่อ  
มาได้เข้าเรียนที่โรงเรียนประจำจังหวัดและ  
ในที่สุดได้เข้ามหาวิทยาลัยซาร์ซอर्फ.

ตนเองได้เริ่มสนใจวิทยาศาสตร์, โดยเฉพาะ  
ในวิชาสรีรวิทยาและชีววิทยา. เมื่อ  
เรียนสำเร็จแล้วได้ทำงานที่ เฮลิโกแลนค์  
และ กิสเสน. และได้รับทุนของกระทรวง  
ศึกษาธิการไปทำงานอยู่พักหนึ่งที่เนเป็ลส์  
ร่วมกับ โนวาเลฟสกี. ต่อมาได้ย้ายไป  
ทำงานอยู่กับ คีเฟอร์สไตน์ และ เฮ็นเล่

ที่เกอตติงเก็น. แล้วย้ายไปทำงานอยู่กับ  
ฟอน ซีโบลต์ ณ เมืองมินิก. ในปี ๑๘๖๗  
ได้เดินทางกลับรัสเซียไปเป็นอาจารย์ที่  
มหาวิทยาลัย โอเคสซา ซึ่งเพิ่งเปิดใหม่.  
ไม่ช้าได้ย้ายไปรับตำแหน่งศาสตราจารย์  
ชีววิทยาที่ เซนต์ ปีเตอร์สเบิร์ก, และได้  
ทำงานที่ เมสลิหน้า และที่อื่น ๆ อีกด้วย.  
ในปี ๑๘๘๖ ได้เป็นผู้อำนวยการของสภา-  
บัณฑิตที่ โอเคสซา, แต่ได้ลาออกเสีย  
เมื่อปี ๑๘๘๗. แล้วเดินทางไปปารีสและ  
ตั้งภูมิลำเนาอยู่ที่นั่นจนกระทั่งถึงแก่กรรม.  
ที่กรุง ปารีสได้ทำงานค้นคว้าที่ สถาบัน  
ปาสเตอร์. ต่อมาได้เลื่อนขึ้นเป็นรองผู้  
อำนวยการ. งานชิ้นแรกของเขาคือเรื่อง  
ฟาโกไซโตซิส. ได้บรรยายที่สภาการ  
แพทย์ในกรุง โอเคสซาเมื่อปี ๑๘๘๓.  
เขาได้ถึงแก่กรรมในปี ๑๘๑๖ เมื่ออายุ  
ได้ ๗๑ ปี.

งานที่ได้รับรางวัลโนเบล “ เกยว

กย เรือง กำเนิดของ อวยวะ สำหรับย่อยอาหารในสัตว์ เราได้สนใจในข้อเท็จจริงที่เซลล์บางอย่างซึ่งไม่ได้มีส่วนเกี่ยวกับการย่อยอาหารเลย, แต่แม้กระนั้นก็สามารถย่อยสิ่งแปลกที่ใด. เรามีความนึกคิดว่าเหตุผลสำหรับเรื่องนี้ ก็คือ เซลล์เหล่านั้นแต่เดิมคงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการย่อย ”

“ ในสัตว์ชั้นต่ำบางจำพวกที่ตัวใสจนสามารถมองเห็นภายในได้ขณะที่มีชีวิต, จะเห็นพวกเซลล์เล็ก ๆ ซึ่งเคลือบไหวไต่อยู่ด้วย. โดยเฉพาะเมื่อสัตว์นั้นไต่รับอันตรายแม้เพียงเล็กน้อย เซลล์เหล่านั้นจะมาจับกลุ่มกัน อยู่ตรงบริเวณนั้นและมักพบว่า มีเศษของสิ่งแปลกที่อยู๋ภายในด้วย. ”

“ พฤติการณ์ เช่นนี้ ใน ตำนานหนึ่งเป็นการช่วย สนับสนุน ความคิด เห็นของเรา เกี่ยวกับการกำเนิดของเซลล์ที่เคลือบที่ใด. แต่อีกตำนานหนึ่งแนะนำให้คิดว่า การที่มันมารวมกันอยู่ตรงบริเวณที่ไต่รับอันตรายคงเป็นการป้องกันตามธรรมชาติ, จึงเป็นการจำเป็นต่อหาวิธีเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานนี้. ข้าพเจ้าไต่รำลึกถึง ความหลัง — กว่า ๒๕ ปีมาแล้ว — ที่ เมสสิน่า ข้าพเจ้าได้สนใจกับแมงกะพรุน ตัวเล็ก ๆ ซึ่งใหญ่พอที่จะทำ

การผ่าตัดได้และก็ใสพอที่เห็นได้ด้วยกล้องจุลทัศน์. ”

“ หลังจากที่ได้ใส่เศษไม้เล็ก แผลมเข้าไปในตัวของวุ้นเหล่านั้น, วุ้นจึงขึ้นข้าพเจ้า ก็ สามารถเห็น พวก เซลล์ เล็ก ๆ กลุ่มหนึ่งล้อมรอบสิ่งแปลกที่แลเห็นเป็นชั้นหนา. ปรากฏการณ์ทำนองเดียวกันนี้จะเกิดขึ้นเมื่อคนเราถูกหนามตำ, ทำให้เกิดการอักเสบ และในที่สุด กลายเป็นหนอง, ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าทึ่ง. ในพวกแมงกะพรุนเท่านั้นที่พวกเซลล์มารวมกันอยู่รอบ ๆ สิ่งแปลกที่ใด โดยไม่ต้อง อาศัย หลอดเลือดหรือประสาท. ด้วยเหตุผลง่าย ๆ ก็คือสัตว์ชนิดนี้ไม่มีทั้งหลอดเลือด และประสาท นั่นเอง. ”

“ การทดลอง ซึ่งข้าพเจ้าเพิ่งแสดงให้ท่านเห็น แสดงถึง ระยะเริ่มต้นของการอักเสบที่เกิดขึ้นในสัตว์. แต่ในคนและสัตว์ชั้นสูงอื่น ๆ ปรากฏการณ์เกือบทั้งสิ้นเป็นผลของการที่เชื้อโรคเข้ามาเกี่ยวข้องกับ ”

“ ฉะนั้น จึง เป็นการ จำเป็น ที่ จะ ต้องแสวงหาสัตว์ ชั้นสูง ที่ตัวเล็กและโปร่งแสง ซึ่ง สามารถ เห็น ได้ ด้วย กล้อง จุลทัศน์ ใน

สภาพที่เป็น ๆ และทำให้เป็นโรคขึ้นไ้  
ด้วยจิตใจที่ขี้ขลาด”

“ภายหลังที่ไท่เพียวพยายามทดลอง  
หลายอย่าง เกยว กย เรอง น จง ไ้ พยว่า  
สามารถศึกษาระยะต่าง ๆ ของการติดเชือ  
นบรรดาพวกสัตว์น้ำจืดที่เรียกว่า  
“ไรน้ำ.” ไรน้ำเหล่านี้มีอยู่มากมายใน  
น้ำที่ขุ่น ๆ และ มักเกิดโรค ไ้หลาย  
อย่าง. และโรคหนึ่งซึ่งพบไ้บ่อย ๆ ก็โดย  
การกินเชือโรคที่มึปลอกหุ้ม (สปอร์)  
เป็นรูปเข็ม. สปอร์เหล่านี้จะไชผนังลำไ้  
เข้าสร้างกาย, แล้วถลกขมอยด้วยเซลล์  
ซึ่งเคลื่อนที่ไ้ซึ่งเปรียบไ้กับพวกเม็ด  
เลือดขาวของคน. จึงเกิดการต่อสู้กันขึ้น  
ระหว่างเซลล์สองชนิดนี้. บางครั้งสปอร์  
ก็ชนะ โดยเจริญแพร่พันธุ์ ไ้และหลังสาร  
ที่สามรถละลายพวกเซลล์ซึ่งเคลื่อนที่ไ้  
เหล่านี้. แต่พฤติกรรมนั้นมักไม่ใคร่พบ,  
เพราะส่วนใหญ่ปรากฏว่า พวกเซลล์ซึ่ง  
เคลื่อนที่ไ้ ไ้สามารถฆ่า และย่อยสปอร์  
ไ้, แสดงถึงภูมิคุ้มกันของสัตว์”

“ภายหลังที่ไ้พบหลักเกี่ยวกับทฤษฎี  
ของภูมิคุ้มกัน, เป็นการจำเป็นที่นำมาไ้  
กับสัตว์ที่เจริญกว่า และโดยเฉพาะก็คอกับ  
คน. เราพบว่าพฤติกรรมของสัตว์ชั้นสูง

มากกว่าสัตว์เล็ก ๆ ตัวใ้ ๆ เหล่านี้มาก.  
ความ ยากลำบาก ทุกสิ่ง ทุกอย่าง คบประคัง  
กันจนทนทาน, เพราะที่ไม่สามารถที่เขา  
สัตว์ชั้นสูงแมตัวที่เล็กที่สุด, เช่นลูกหน  
ฉับจืดที่เพิ่งเกิดใหม่ ๆ. มาสองคด้วย  
กลองจลที่คั้นไ้, จึง เป็นการจำเป็นที่ คอ  
ศึกษา อ้อมไป ในทาง ที่ สลับซับซ้อน กว่า,  
โดยรวมผลของการ คั้นควา เกยวกับ เรอง  
เลือด และ คอขวยวะ ต่าง ๆ ที่ แยกเอาออก  
มาจากตัว. แล้วนำมา เชื่อมโยงถึงกัน  
ด้วย ความนึกคิด. ด้วยพฤติกรรมดัง  
กล่าวประคัง ไ้ ไ้เข้คกว้าง ออก สำหรับการ  
ผลิตผลนานาชนิด.”

“การศึกษาถึงโรค ติดเชืออื่น ๆ ใน  
คน และสัตว์ ชั้นสูง ไ้แสดงว่า ข้อเท็จจริง  
ต่าง ๆ ที่สังเกต ไ้จะ เป็น ไปตาม ทฤษฎีที่  
พบ, เช่นเกี่ยวกับในสัตว์ชั้นต่ำที่เกิดภูมิ  
คุ้มกัน. คือเมื่อไ้เชือโรคเข้าไป, จะเกิด  
การจับกลุ่มของเซลล์ซึ่งเคลื่อนที่ไ้, โดย  
เฉพาะคือพวกเม็ดเลือดขาว, ซึ่ง จะห้อม  
ล้อมเชือจิตใจ และ ทำลายเสียในที่สุด.  
เม็ดเลือดขาว และ เซลล์อื่น ๆ ที่สามรถ  
ทำให้เกิดผลเช่นนี้ไ้เรียกว่า “ฟาโก-  
ไซท์” (เซลล์ที่สามรถกินไ้) และ

ผลรวม ของหน้าท ซึ่งทำให้เกิด ภูมิคุ้มกัน, เรียก “ฟาโกซัยโตลีส.”

เรื่องทเกี่ยวข้องของ ทฤษฎีของเม็ทซ์นึ-

ฌอเฟฟที่ว่าจุลินทรีย์ จะถูกทำลาย โดยฟาโกซัยท, ในชั้นต้นได้ถูกคัดค้านอย่างรุนแรง, โดยทเชอเกินว่าความต้านทานต่อเชื้อโรค เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติทางเคมีของเลือดต่างหาก, ทเรียกแอนติบอดีซึ่งได้มีผู้แสดงแล้วว่ามียอยู่ในซีรัม. ในปัจจุบันนี้ ย่อมทราบกันดีแล้วว่าต่างก็ถูกด้วยกันทั้งสองฝ่าย. ในปี ๑๙๐๓ นักวิทยาศาสตร์ชาวอังกฤษสองคนคือ ฮาล์มรธ ไรท์ และ สจ๊วท คักลิส พบว่าซีรัมของสัตว์ที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันแล้ว, มีสารที่ช่วยเตรียมแบคทีเรีย สำหรับย่อยโดยเม็ทซ์นึ เลือดขาว. สารเหล่านี้ได้รับชื่อว่า “ออพโซนินส์” จากคำภาษากรีกซึ่งแปลว่า “เตรียมอาหาร.” ความเห็นจึงได้เจริญรอยกันว่า ฟาโกซัยโตลีส สามารถแทนได้เฉพาะในเมื่อจุลินทรีย์ได้ถูก “เตรียม” ด้วยแอนติบอดีเฉพาะเสียก่อน, ฟาโกซัยทจึงมีบทบาทเป็นเพียงอินทรีย์สองเท่านั้น.

ใน ๑๐ ปีหลังนี้, อย่างไรก็ดี, ทฤษฎีของเม็ทซ์นึฌอเฟฟ บางอย่าง ได้รับการ ปรับ

ปรัง. หน้าทของแอนติบอดีและฟาโกซัยทจึงแยกกันออกได้ชัดเจนขึ้น. จุลินทรีย์ส่วนมากที่ทำให้เกิดการติดเชื้ออย่างปัจจุบัน, จะสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ก็ต่อเมื่อมันอยู่นอกเซลล์. ส่วนจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดการติดเชื้ออย่างเรอริง จะทำอันตรายภายในเซลล์. นั่นคือพวกแรกจะถูกห้อมล้อมและถูกย่อย, เว้นเสียแต่เมื่อมันมีเปลือกหุ้มตัว ซึ่งสามารถป้องกันฟาโกซัยทได้. ส่วนพวกหลังแม้ว่าจะถูกกินโดยฟาโกซัยทแล้ว, ก็ยังสามารถอาศัยอยู่ภายในเซลล์ได้. ฟาโกซัยโตลีสในฐานะเป็นกลไกเบื้องต้น, จึงมีความสำคัญในระยะเฉียบพลันกว่าในระยะเรอริงมาก. เมื่อจุลินทรีย์ในระยะปัจจุบันถูกย่อยกันโดยมีเปลือกหุ้ม, ปลอดภัยทำลายได้โดยแอนติบอดีที่เหมาะสม. แต่ผู้ช่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาพวกซัลฟาหรือแอนติไบโอติก, มักจะหายก่อนหน้าที่ตรวจพบแอนติบอดีในเลือดหลายวัน. โดยที่ยาจะยับยั้งการเจริญของจุลินทรีย์, ฉะนั้นฟาโกซัยทจึงสามารถทำลายได้หมดโดยไม่ต้องอาศัยการช่วยเหลือของแอนติบอดี. เว้นเสียแต่ พวกที่มีเปลือกหุ้มตัวเท่านั้น. ตัวอย่างเช่นในเนอพอคเม็ทซ์นึ เลือดขาวจะตรง

จุลินทรีย์ให้ติดอยู่กับผนังของถุงลม, แล้วจึงกลืนกินเสีย. เส้นใยของไฟบรินซึ่งเกิดขึ้นเสมอ ๆ ในเมื่อมีการอักเสบ, ก็ช่วยให้ฟาโกไซต์โตสิส ดำเนินไปได้ดียิ่งขึ้น. หรือบางครั้งจุลินทรีย์ อาจถูก ตรวจจับ ติดอยู่กับผนัง ของ หลอดเลือดเล็ก ๆ. สัตว์ส่วนของ ๆ เหลว ต่อจำนวน ฟาโกไซต์ ที่ระหว่างที่มีการติดเชื จะจำกัด การ สัมฤทธิ์ ผลของขบวนการนี้, เพราะฟาโกไซต์ที่เมื่อถูกเชื้อจากเสียแล้ว, ย่อมไม่สามารถล้อมรอบจุลินทรีย์ไว้ได้หมด. นั่นคือในช่องท้อง และที่อื่น ๆ ที่เป็น โพรงฟาโกไซต์โตสิส ย่อมไม่มีใครยังเกิดผล, เพราะเม็ดเลือดขาวไม่สามารถจับกลุ่มกันได้คือพอ.

ในราย ที่โรคติดเชื้อ เป็นชนิดจุลินทรีย์เข้าไปอยู่ภายในเซลล์, เช่นโรคไวรัส, แบคทีเรีย, หรือ โปรโตซัว บางอย่าง, ฟาโกไซต์โตสิส ก็ไม่มีความสำคัญมาก,

เพราะว่าปรสิทสามารถมีชีวิตอยู่ได้, ก็ยังสามารถแบ่งตัวเจริญงอกงามภายในเม็ดเลือดขาวได้เสียซ้ำ. แต่ในระยะติดเชือย่างปัจจุบันส่วนมากเกิดโดยปรสิทที่อยู่นอกเซลล์, มักถูกยับยั้งได้ด้วยยาและถูกทำลายด้วยฟาโกไซต์, ก่อนที่การสร้างแอนติบอดี ซึ่งดำเนินไปอย่างช้า ๆ จะได้ผล. ฉะนั้นฟาโกไซต์โตสิสจึงเป็นแนวป้องกันด่านแรกในการติดเชือย่างปัจจุบัน.

นี่เป็นข้อสรุปความคิดเห็นใหม่ ๆ เกี่ยวกับ ความสำคัญ ของ ฟาโกไซต์ของเม็ดสันนิษพิมพ์ และวิธีการที่มันแสดงฤทธิ์อย่างไรก็ดี, บทบาทของเม็ดเลือดขาวยังคงต้องค้นคว้ากันต่อไป, เพราะยังมีเรื่องลึกลับอีกมาก ในร่างกาย สำหรับใช้ต่อต้านการรุกรานของเชืจุลินทรีย์.

สนอง อุณาคุณ พ.ด.

# แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๐๖

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	๓,๔๐๗	๑,๕๘๑	๒,๑๓๐	๑,๘๑๒	๒,๒๔๘	๖๑๕	๑๒,๑๕๓
ใหม่							
เก่า	๖,๐๘๔	๓,๖๗๔	๔,๔๕๗	๒,๘๓๗	๔,๒๒๔	๑,๐๒๒	๒๒,๒๕๘
รวม	๙,๔๙๑	๕,๒๕๕	๖,๕๘๗	๔,๖๔๙	๖,๔๗๒	๑,๖๔๗	๓๔,๔๑๑
ใน	๒๕๘	๓๘๕	๑,๗๕๕	๓๐๒	๔๒๕	—	๓,๒๐๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๘๖, จักษุ ๗๓๒, สูติ—นารี ๗๕๗, รวม ๒,๑๗๕ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๖๖, หญิง ๖๓๕, รวม ๑,๓๐๕, คลอดตาย, ชาย ๑๔, หญิง ๖, รวม ๒๐.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๔ คน (๖.๐๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจ ๘๒ ราย (๔๒.๒๖ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๒๗ ครั้ง. ข้างนอก ๓๖ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๐๖ ครั้ง. เจาะจากโลหิต ๓๔๘ ครั้ง. รวม ๑,๐๓๗ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๑๐๖ คน, รักษาใหม่ ๕๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๔๔๔ คน. รังสีบำบัดรักษา ๒๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕ คน. ไดอะเทอร์มี. รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕ คน. รังสีไอโซโทป, รักษาใหม่ ๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๖๑ คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๕๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๓๔๑ คน. รังสีไอโซโทปวิจัย — คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๑๕๓ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๒ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๑๐๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๑๐ ราย. การตรวจวิธีคุมบี ๑๐ ราย. (จากภายนอก ๑๕๗ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๐ ราย. แอ็กกลูตินเนชัน —. วัชเชอร์แมนและคานัน ๓,๕๐๘. การตรวจวิธี พี. บี. ที. ๔ ราย. หมู่มืดเลือด ๑๒๕. นับเม็ดเลือด ๖. การตรวจวิธี อาร์.เอช. — ราย. การตรวจวิธี อาร์. เอ. ๑ ราย. วัตสันโมโกลบิน —. ตรวจความแปรของเม็ดเลือด —. หาเชื้อบักเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๗๖, อูจาระ ๒, บัสสาวะ ๕. เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๕๑, อูจาระ ๑๖๑, บัสสาวะ ๑๒๑, น้ำไขสันหลัง ๑๕, เสมหะและอื่น ๆ ๖๐๔, เพาะเชื้อวัณโรค ๓๘. นิตส์ตัวทดลอง —. เพาะเชื้อบิด ๒๕. ตรวจทดลองตัวจิต ๒๘. การตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒ ราย. การทดสอบเซ็นซิวิตี ๓๖. ตรวจศพนิติเวช ๓๖. ตรวจวัตถุพยาน ๑๘. ตรวจวิเคราะห์ ๕๕ ราย. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๗๐ คน.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๓. เจาะน้ำสันหลัง ๓๕. เจาะตับ ๑๑. เจาะน้ำช่องปอด ๑๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๔. ฉีดยาทั่วไป ๓,๑๔๒. ฉีดยาซีฟาลี —. เบาหวาน ๑,๘๒๕. กลืนก้อนโรค ๒๕๗.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๒๔. ถอนฟัน ๑,๐๐๒. อุดฟัน ๒๘๐. ผ่าตัดช่องปาก ๕๐.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

ประชุมทางวิชาการ คณะแพทยศาสตร์  
และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๗ ดังนี้:

วันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “สาวยตาชรา”, ผู้นำเสนอ: น.พ. สำราญ วัชพัทธ และ พ.ญ. ผิว ลิมปพยอม แห่งแผนกจักษุวิทยา. เรื่องที่น่าสนใจในอันดับต่อไป: “ปลาเค็มเป็นพิษ”, ผู้นำเสนอ: น.พ. มุกดา ตฤณานนท์ และ น.พ. ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ แห่งแผนกอายurvedศาสตร์.

วันศุกร์ที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. ๒๕๐๕” ผู้นำเสนอ: พ.ญ. ตระหนักจิต หะริณสุต แห่งแผนกอายurvedศาสตร์ พร้อมด้วย พ.ญ. วินิตา วิเศษกุล, พ.ญ. สมพร วีระพงศ์ และ น.ส. สภา วีระวัฒน์ แห่งหน่วยรายงานกลางและสถิติ.

### ข่าวอาจารย์

๑) คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ น.พ. สำราญ วัชพัทธ ไปประชุม “การร่วม

บรรยายเรื่องของกันตาคอก”, ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประชุมครั้งที่ ๒ ของ อาเซีย-ปาซิฟิก อะคาเดมี ออฟ ออฟธัลโมโลยี ทัศนกรรมเมลเบิร์น, ออสเตรเลีย มีกำหนดการประชุมตั้งแต่วันที่ ๕ ถึง ๑๐ เมษายน ๒๕๐๗, แล้วเสร็จงานเกี่ยวกับการของกันตาคอกอีก ๕ วัน.

๒) น.พ. ภาเกศ วาจนนท์ อาจารย์ประจำแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์ ได้ไปช่วยสอนประสาทกายวิภาคศาสตร์ที่คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. นครเชียงใหม่.

๓) เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗, ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ ได้เล่าเรื่องการเดินทางในอังกฤษ, คานาดา และสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา ๕ เดือนให้สมาชิกของแผนกศัลยศาสตร์ฟังปรากฏว่าเป็นที่น่าสนใจมาก.

๔) น.พ. พิสิฐ วิเศษกุล กลับจากการประชุมและงานในสหรัฐอเมริกาและยุโรปเป็นเวลา ๒ เดือน, ในระหว่างนั้นได้บรรยายเรื่อง “มะเร็งในช่องปาก” ในที่ประชุมของอเมริกัน คอลเลจ ออฟ เซอร์เจอรินส์ ที่เมือง Boise, รัฐไอดาโฮ, ยืนยันได้กลับมาเข้าประจำหน้าที่แล้ว.

๕) ศาสตราจารย์ น.พ. ลม คุณวิศาล เดินทางไปประชุมและงานใน

ประเทศอินเดียตามโครงการขององค์การอนามัยโลกเป็นเวลา ๑ เดือน, เริ่มตั้งแต่วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๐๗.

๖) น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ กิติ-ยากกร ไปทำงานคล้ายกรรมทรวงอกและหัวใจ ณ ประเทศสวีเดน เป็นเวลา ๑ ปี, โดยทุนของรัฐบาลสวีเดน, ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๐๗.

๗) ใน พ.ศ. ๒๕๐๗ นี้, อาจารย์แห่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้รับเกียรติจากการเลือกตั้งให้เข้าร่วมบริหารงานของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยรวม ๕ ท่าน คือ: ศาสตราจารย์ น.พ. สงกรานต์ นิยมเสน เป็น นายกสมาคม, ศาสตราจารย์ น.พ. สนั่นอนากุล เป็น เลขาธิการ, ศาสตราจารย์ น.พ. ศดิ จิงเจริญ เป็นประธานแผนกห้องสมุด, น.พ. ชค อยู่สวัสดิ์ เป็นเหรัญญิก และ น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ เป็นประธานแผนกวารสารการแพทย์.

อาคันตุกะ Dr. Hugo Boyko แห่งไวซ์-แมนน์ อินสติติวต์ ออฟ ไซแอนซ์ และเลขาธิการแห่ง เวิร์ล อะคาเดมี ออฟ อาร์ต แอนไซแอนซ์ ได้เข้าเยี่ยมชมแผนก

สรีรวิทยาเมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๐๗, ในโอกาสนี้ ได้แสดงปาฐกถาเรื่อง “การค้นคว้าและผลที่ได้ในการใช้ทะเลทรายเป็นที่เพาะปลูก”, เป็นปาฐกถาที่น่าสนใจมาก.

เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗ ศาสตราจารย์ Azama และ น.พ. Uono จักษุแพทย์จากมหาวิทยาลัย Kyoto แห่งประเทศญี่ปุ่นได้เข้าเยี่ยมชมแผนกจักษุวิทยา.

มาช่วยงาน ดร. บรูซ เพคัน แห่งโรงเรียนแพทยมหาวิทาลัยโคโลราโด เด็นเวอร์, สหรัฐอเมริกา มาช่วยงานในหน่วยคล้ายศาสตร์หัวใจและหลอดเลือดกำหนดเวลา ๓ เดือน, ด้วยทุนของ ไชนา เมติคัล บอร์ด.

งานของหน่วยภาพการแพทย์ หน่วยภาพการแพทย์ได้ทำนิทรรศการภาค “แก่” ในชุด “เกิด แก่ เจ็บ ตาย” ให้โรงพยาบาลสงฆ์เสร็จแล้ว. ภาค “เจ็บ” และ “ตาย” จะดำเนินงานต่อไป. บริการของหน่วยที่ได้ขยายวงออกไปนอกคณะนั้น, หน่วยงานถือว่าเป็นการโฆษณาให้แก่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลอีกทางหนึ่ง.

อุปสมบท น.พ. อคฺลฺย วิริยเวชกุล,  
แผนกอายุรศาสตร์ อุปสมบท ณ พัทธสีมา  
วัดเฉลิมมาศ, ตำบลอินทร์ อำเภอินทร์  
บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์  
๒๕๐๗.

### ข่าวอนุโมทนา

- ๑) คุณสนั่น วงศ์สินธุ์ บริจาคเงิน  
๕๐๐ บาท บำรุงแผนกสังคมสงเคราะห์.
- ๒) นางอารยกิจ โภคกุล บริจาคเงิน  
๑,๐๐๐ บาท บำรุงแผนกสังคมสงเคราะห์.
- ๓) คุณอนุชญา อภัยวงศ์, องค์การ

ส.ป.อ. พระนคร, บริจาคเงิน ๕๐๐ บาท  
ให้แผนกสังคมสงเคราะห์, เพื่อชอษาให้  
ผู้ช่วยยากจน.

๔) ชุมนุมศึกษาพุทธธรรมฯ ได้รวบรวม  
เงินจาก กรรมการและ สมาชิก ได้เงิน  
จำนวนเงิน ๑,๕๓๘ บาท, ส่งไปร่วมงาน  
ทอดผ้าป่าสามัคคีทั่วทิศทั่วถิ่น ตำบลศาลา  
ลอย อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรี-  
อยุธยา, ด้วยมีจุดประสงค์จะจัดสร้าง  
เสนาสนะเพิ่มเติม. ทั้งนี้ด้วยการร่วม  
ศรัทธาของ น.พ. พูนพิศ อมาตยกุล และ  
น.พ. พิศนระ สวรรคทัต.

### ข่าวพยาบาล

รับสมัคร โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์  
และอนามัย ได้ประกาศรับสมัครผู้ประสงค์  
เข้าศึกษาวิชาพยาบาลอนามัยชั้นปริญญา  
ตั้งแต่วันที่ ๑๗ ถึง วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์  
๒๕๐๗, ผู้เข้าสมัครต้องมีคุณวุฒิจบ

ม.ศ. ๕ (ม. ๘)

สมรส น.ส. จิตรา สมสมบูรณ์ พยาบาล  
ประจำตึกธนาคาร ๓ เข้าพิธีสมรส กับ  
น.พ. มนูญ ไพบูลย์ ณ วิังสวนกุหลาบ เมื่อ  
วันอาทิตย์ ที่ ๑ มีนาคม ๒๕๐๗.

อุปสมบท น.พ. อคฺลฺย์ วิริยเวชกุล,  
แผนกอายุรศาสตร์ อุปสมบท ณ พัทธสีมา  
วัดเฉลิมมาศ, ตำบลอินทร์ อำเภอินทร์  
บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์  
๒๕๐๗.

### ข่าวอนุโมทนา

- ๑) คุณสนั่น วงศ์สินธุ์ บริจาคเงิน  
๕๐๐ บาท บำรุงแผนกสังคมสงเคราะห์.
- ๒) นางอารักขา โภคกุล บริจาคเงิน  
๑,๐๐๐ บาท บำรุงแผนกสังคมสงเคราะห์.
- ๓) คุณอนุชญา อภัยวงศ์, องค์การ

ส.ป.อ. พระนคร, บริจาคเงิน ๕๐๐ บาท  
ให้แผนกสังคมสงเคราะห์, เพื่อชอษาให้  
ผู้ช่วยยากจน.

๔) ชุมนุมศึกษาพุทธธรรมฯ ได้รวบรวม  
เงินจาก กรรมการและ สมาชิก ได้เงิน  
จำนวนเงิน ๑,๕๓๘ บาท, ส่งไปร่วมงาน  
ทอดผ้าป่าสามัคคีทั่วทิศทั่วถิ่น ตำบลศาลา  
ลอย อำเภท่าเรือ จังหวัดพระนครศรี-  
อยุธยา, ด้วยมีจุดประสงค์จะจัดสร้าง  
เสนาสนะเพิ่มเติม. ทั้งนี้ขอความร่วมมือ  
ติดต่อของ น.พ. พนพิศ อมาตยกุล และ  
น.พ. พิศนระ สวรรคทัต.

### ข่าวพยาบาล

รับสมัคร โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์  
และอนามัย ได้ประกาศรับสมัครผู้ประสงค์  
เข้าศึกษาวิชาพยาบาลอนามัยชั้นปริญญา  
ตั้งแต่วันที่ ๑๗ ถึง วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์  
๒๕๐๗, ผู้เข้าสมัครต้องมีคุณวุฒิจบ

ม.ศ. ๕ (ม. ๘)

สมรส น.ส. จิตรา สมสมบูรณ์ พยาบาล  
ประจำตึกธนาคาร ๓ เข้าพิธีสมรส กับ  
น.พ. มนูญ ไพบูลย์ ณ วิังสวนกุหลาบ เมื่อ  
วันอาทิตย์ ที่ ๑ มีนาคม ๒๕๐๗.