



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๐๗

Volume 16, Number 8, August 1964.

ถุงน้ำในช่องท้อง

เกษม ลีมวงศ์ P.M., Facharzt für Chirurgie
(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ)

การมีก้อนในท้องเป็นสิ่งที่พบเป็นประจำ
วันของแผนกศัลยกรรมและทำความเข้าใจ
ยากในการวินิจฉัยไม่น้อย. ยิ่งในรายที่ไม่
แสดงผลต่ออวัยวะใกล้เคียงด้วยแล้ว,
ยิ่งลำบากที่จะวินิจฉัยได้ถูกต้องก่อนผ่าตัด.
ถุงน้ำในช่องท้องก็เป็นเรื่องยากที่จะวินิจฉัย
เช่นกัน, เพราะถุงน้ำในอวัยวะใดจะทำให้
เกิดอาการก็โดยการกดลงบนอวัยวะนั้น,
หรือจนกว่าจะโตมากซึ่งจะทำให้หน้าท้อง
อวัยวะนั้นเสื่อมไป, หรือจนกว่าจะมีภาวะ
แทรกซ้อนอื่นๆ เกิดขึ้น.

ตามทฤษฎี, เราใช้ความหย่นของ
ก้อนที่คลำพบตัดสินว่าเป็นถุงน้ำหรือเนื้อ

เรื่องย่อ ลิ้มวงศ์, เกษม: ถุงน้ำในช่องท้อง.
สารศิริราช ๒๕๐๗ (ค.ศ. ๑๙๖๔), ๑๖:๔๕๓-
๔๖๔.

ถุงน้ำในช่องท้องอาจเกิดขึ้นได้โดยสาเหตุ
ต่าง ๆ กันและเป็นได้กับอวัยวะในช่องท้องทั่ว
ไป. บางครั้งก็วินิจฉัยได้ยาก. การตรวจระบบ
อาหารทางรังสีวิทยาจะช่วยในการวินิจฉัยได้
มาก. ถ้าหากได้นึกถึงโรคนี้ไว้บ้างแล้วการ
วินิจฉัยอาจถูกต้องได้มากขึ้น. ผู้รายงานได้
ยกตัวอย่างคนไข้ขึ้นเป็นอุทาหรณ์ ๖ ราย พร้อม
ทั้งวิจารณ์การตรวจและการวินิจฉัยต่าง ๆ ก่อน
และหลังผ่าตัด.

นอกจากนี้ แต่ในการปฏิบัติมีไม่น้อยที่เราไม่
สามารถจะแยกได้ว่าเป็นเนื้องอกแข็งหรือ
ถุงน้ำ.

การแบ่งถุงน้ำในช่องท้องมี ๒ วิธีด้วยกัน:

๑. การแบ่งตามอวัยวะที่มีถุงน้ำอยู่, เช่นที่ตับก็เรียกว่า “ถุงน้ำของตับ”, ที่ม้ามก็เรียกว่า “ถุงน้ำของม้าม”, เป็นต้น. อวัยวะที่เราจะพบถุงน้ำได้คือ ตับ, ไต, ม้าม, ตับอ่อน, ท่อน้ำคร่ำ, โอดินคัม, มีเช่นเคอริย, รังไข่, และส่วนที่ตกค้างในการเจริญ. สำหรับในส่วนหลังนี้เรียกว่า “ถุงน้ำเคอริมอยด์” หรือ “คอปลิเคชันซีสต์”.

๒. การแบ่งตามสาเหตุ, ซึ่งบางที่เราจำเป็นต้องใช้ในการรักษาและพยากรณ์โรค. แต่การที่จะบอกให้แน่นอนถึงสาเหตุนั้นไม่ใช่ของง่ายนัก, และมีหลายครั้งที่แม้พยาธิแพทย์ก็ยังไม่อาจบอกให้เด็ดขาดได้. โดยวิธีนี้เราแบ่งเป็นถุงน้ำที่เป็นมาแต่กำเนิด, เป็นจากการอักเสบหรือจากพยาธิ, เป็นจากขาดแคล, หรือเป็นชนิดหนึ่งของเนื้องอก (ทิวเมอร์ ซีสต์).

จะเห็นได้ชัดว่าการแบ่งวิธีนี้เป็นไปตามพยาธิวิทยา. จริงๆมีประโยชน์มากในการรักษา, แต่การวินิจฉัยแยกโรคนั้นทำได้ยาก. การอาศัยประวัติของคนไข้จะช่วยได้บ้างเล็กน้อย.

พวกถุงน้ำแต่กำเนิดจะให้ประวัติว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิดหรือตั้งแต่วัยเด็ก. อาจมีอาการกบส่วนที่เกี่ยวข้องของข้างเล็กน้อยหรือมีอาการของภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ, เช่นการติดเชื้อ, พวกนี้บางที่เรียกว่า “ซีสต์แท้.”

พวกถุงน้ำจากการอักเสบมักจะเกิดมีการอักเสบมาก่อน, แล้วต่อมาเป็นผลและหนองในผลิตภัณฑ์เขาออกไปก็คงเหลือเป็นถุงน้ำ, เช่นพวกหนอง. อีกพวกหนึ่งเป็นพวกปรสิติทำเป็นถุงน้ำเช่นพวกซีสต์ซีสต์ หรือพวกออกกนท้อเล็ก ๆ ในอวัยวะนั้น ๆ แล้วท่อน้ำน้อย ๆ โป่งพองออกเป็นถุงน้ำ. การตรวจหาปรสิติหรือไข่อาจช่วยในการวินิจฉัย.

พวกถุงน้ำจากขาดแคล (ทรอมาติก) มีประวัติของการถูกขาดเจ็บ, แล้วต่อมามีถุงน้ำเกิดขึ้น. พวกนี้จัดอยู่ในพวก “ถุงน้ำเทียม” (pseudo cyst)

ส่วนพวกถุงน้ำจากเนื้องอกนั้นเป็นชนิดไม่ร้ายซึ่งอาจเกิดได้ทุกอายุ, ไม่มีความสัมพันธ์กับการอักเสบหรืออุบัติเหตุแต่อย่างใดเลย.

ในตำราการแพทย์ส่วนใหญ่ก็มักจะแบ่งเป็นถุงน้ำแท้ (true cyst) และถุงน้ำ

เทียม (pseudo cyst) จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยขั้นต้นประวัติของผู้ป่วยก็ตำแหน่งของถุงน้ำ, และความสัมพันธ์ของถุงน้ำต่ออวัยวะเป็นหลักสำคัญ. อย่างไรก็ตามถ้าหากถุงน้ำโตมาก การตรวจร่างกายธรรมดาที่บอกได้ยาก, จึงต้องอาศัยการตรวจค้นอย่างอื่น. ต้องไม่ลืมว่าในสตรีเพศนั้นถุงน้ำของรังไข่เป็นเรื่อง ทพช้อย่อยและทำความเข้าใจในการวินิจฉัยได้มาก. ฉะนั้นการตรวจภายในเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งทำทุกราย.

การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นเครื่องช่วยสำคัญยิ่งในการวินิจฉัย.

๑. การถ่ายภาพธรรมดา. เงาของถุงน้ำที่ทำการเกาะของหีนปนและการติดต่อกับอวัยวะที่มีอากาศ, เช่นทางเดินอาหาร, จะช่วยบอกได้โดยฟิล์มเหล่านี้. ในบางครั้งบางครั้งวาลักษณะของการมีหีนปนจับที่มีลักษณะจำเพาะ, เช่นเป็นพื้นหรือกระดูกก็ช่วยให้วินิจฉัยได้เลยว่าเป็น "เทอร์มอยด์ ซีสต์".

๒. การตรวจทางเดินอาหาร, อาจโดยกลืนวัตถุทึบรังสี หรือ โดยการสวน, และการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งต่าง ๆ ของทางเดินอาหาร, เป็นเครื่องช่วยการ

วินิจฉัยแยกโรค. การเปลี่ยนแปลงที่จะต้องสนใจในภาพรังสีก็มี

๑. รูปร่างของอวัยวะต่าง ๆ, เช่นกระเพาะอาหาร, ขดของ คโอดินัม.

๒. ตำแหน่งของอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง.

๓. ลวดลายของเยื่อเมือกในรายที่ถูกเย็บคิให้ยคออก.

๓. การตรวจพิเศษตามระบยที่สงสัย, เช่นการทำ โมเลซีสโตกราฟี, โมแลงจิโอกราฟี, พยอโลกราฟี, ซัลซิงโกกราฟี, และการทำโทโมกราฟี คือถ่ายภาพเป็นชั้น ๆ เพื่อชกตำแหน่งของถุงน้ำ.

ในรายที่ถุงน้ำเหล่านี้อยู่ค่อนไปทางคานหลัง, การฉีดอากาศรอบ ๆ ไต (perirenal air insufflation) ร่วมกับเออร์โทกราฟี หรือ ูโนกราฟี ของวินาคาวา จะช่วยได้มาก. นอกจากจะบอกตำแหน่งของก้อนแล้ว, ยังช่วยให้เห็นการหล่อเลี้ยงเลือดของมันด้วย, อันเป็นประโยชน์ในการวางแผนรักษา.

มีแพทย์หลายท่านพยายามที่จะถ่ายภาพของถุงน้ำโดยเจาะแล้วใส่สารทึบรังสีเข้าไป, แล้วถ่ายภาพลักษณะต่าง ๆ.

แต่เวลานี้คนข้างจะเสียนั้นตรงต่อการรัวของน้ำเข้าช่องท้อง, ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเยอบช่องท้องอักเสบ, หรือมีอาการเลือดออก. ข้อสำคัญคือการนำการติดเชื้อเข้าไปในถุงน้ำ, หรือนำออกจากถุงน้ำนั้นเข้าสู่เยอบช่องท้อง.

ส่วนการตรวจอื่น ๆ โดยเฉพาะทางห้องทดลอง, เราจะพบการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ต่าง ๆ ใต้น้อย, ยกเว้นแต่ในรายที่แสดงการอุดตันหรือในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน.

ตามสถิติถุงน้ำรังไข่เป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดในท้อง, ทงที่เป็นเนื้องอกและไม่ใช่นองอก.

ในปี ๒๕๐๕ แผนกศัลยศาสตร์ได้มีโอกาสรักษาคนไข้ซึ่งมีถุงน้ำในที่ต่าง ๆ ซึ่งพอจะยกมาเป็นขาทาหรณ์ให้เห็นว่าถ้าหากเรานักองโรคนี้ข่างแล้ว, ก็อาจวินิจฉัยถูกต้องได้มากขึ้น. ในขางครั้งข่างคราวความข้อยของโรคอื่น ๆ อาจทำให้ไขว้เขวจนล้มคิกถึงโรคนี้. แต่ในขางรายสังตรวจพบก็อาจทำให้เราเชวไปได้. ข้อที่ควรสังเกตคืออาการตรวจค้นควรจะทำเป็นขั้น ๆ ไป.

รายที่ ๑

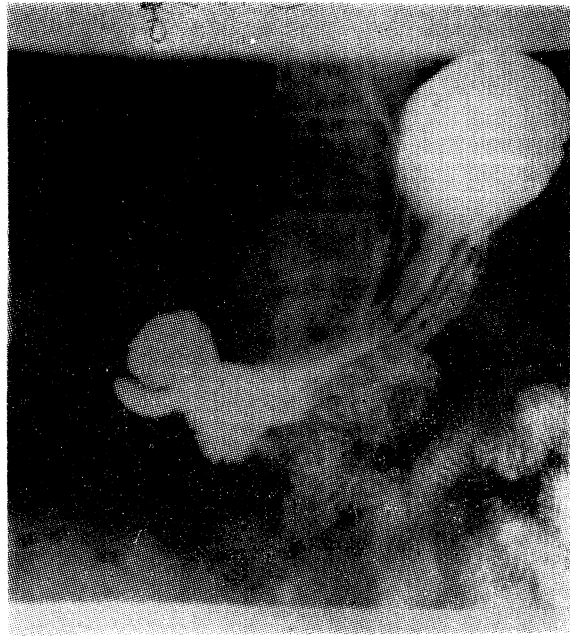
หญิงจีน, คู่ (นาง ช.ท.), อายุ ๔๕ ปี (เลขที่ ๑๑๕๐๒๕/๐๕ H.N.), รัวไว้ด้วยอาการสำคัญว่ามีก้อนที่ขยอกออกมา ๒ ปี. คนไข้ให้ประวัติที่สำคัญเพียง ๒ ประการคือ (๑) แน่นอกคอกหลังอาหาร, กินอาหารได้น้อยและผอมลง. (๒) มีก้อนที่ขยอก, โคนขนเรอขย ๆ, ไม่เคลอนไหว, ไม่เจ็บขยอก. นอกจากนั้นไม่มีอาการเหลืองหรืออาการอื่นใดอีก.

ในการตรวจพบว่ามีขยแข็งแรงคิ, ไม่มีไข้, ไม่ช้ค, ไม่เหลือง. มีก้อนที่ขยบริเวณข้นข, ขนาคผลส้มโอ, ผิวเรียวข, ค่อนข้างแข็ง, จับเคลอนไม่ไค้, ไม่เจ็บขยอก. ขยและม้ามคลำไม่ไค้. ก้อนเคลอนตามการหายใจไค้เล็กน้อย.

ผลการตรวจทางห้องทดลองเป็นปรกติทุกขย.

ทางรังสีวิทยารายงานว่า (๑) การถ่ายระขยทางเคินอาหาร (เลขที่ ๔๔๘๐๕), แสดงก้อนเนออ่อนเห็นอบริเวณข้นข, ขจะเป็นขของคย. ไม่มีลักษณะแผล เยีปคค. (รูปที่ ๑). (๒) การถ่ายระขยหน้าคิ (เลขที่ ๕๐๔๕๒), ไม่เห็นส่วนของทางเคินหน้าคิ.

ผลการตรวจทำให้เราคทนงถึงมะเร็ง



รูปที่ ๑. ภาพแสดงการกด บนโคงค์เล็กของกระเพาะอาหาร
เนื่องจากถุงน้ำของตับ

ของตับ, ซึ่งพบบ่อยๆ, ไม่ใช่เลย, แม้ว่าการหน้าทของตับจะอยู่ในเกณฑ์ปรกติ. ดังนั้นการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดของเราในรายนี้คือมะเร็งของตับ.

เมื่อผ่าตัดจึงพบว่าเป็นถุงน้ำของตับชนิดหลายห้อง (มัลติโลคูลาร์) มีน้ำใสๆ ข้างใน. ได้พยายามเลาะออกได้หมด.

ผลการตรวจ เซ็คชัน ทางพยาธิ (เลขที่ ๐๕๘๖๖๓) แสดงว่าเป็นเนื้องอกจากตับ, ลักษณะเป็นเนื้องอกไม่ร้าย, เข้าใจว่าเนื้องอกปรกติ.

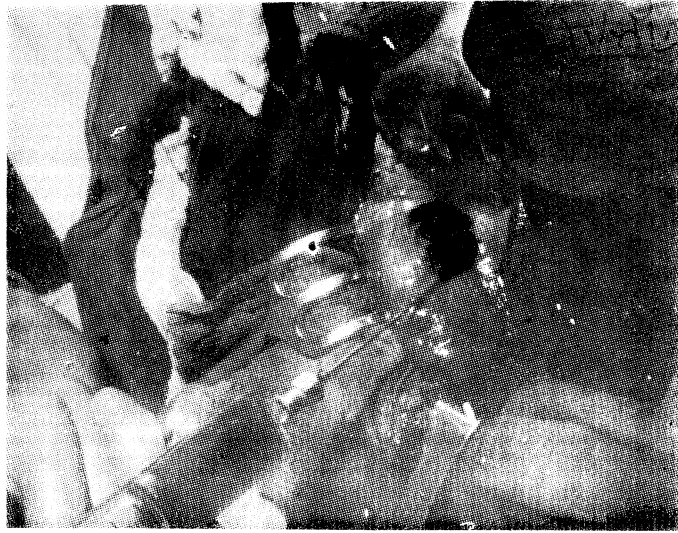
ในรายนี้ถ้าเราได้ถึงถึงโรคนี้อีกก่อน

ข้าง, เราก็คงยังพอจะให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้, เช่นอาศัยการหน้าทของตับเมื่อเทียบส่วนกับขนาดของก้อน.

รายที่ ๒

ผู้ช่วยเท็กหญิง, ไทย, อายุ, ๑๔ ปี (ต.ญ. บ.ท.ร., เลขที่ ๕๔๒๘๕/๐๕ H.N.), รัยไว้ด้วยอาการสำคัญว่ามีก้อนที่ชายโครงขวามา ๔ เดือน, กดเจ็บและมีไข้.

เด็กแข็งแรงมาตลอดจนกระทั่ง ๘ เดือนก่อนมา, เป็นไข้และมีสั้วสวะเข้ม.



รูปที่ ๒. กระจกของท่อน้ำดีร่วม

ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง, ว่าเป็นคัยอักเสบ. อยู่ในโรงพยาบาล ๑ เดือน, อาการดีขึ้น. กลับไปบ้านบิดาผู้ช่วย รู้สึกว่าไม่ทนตั้งแต่เริ่มช่วย. แต่แพทย์บอกว่าคัยโต, ได้รักษาโดยเจาะไตน้ำสี ขาว ๆ ออกมา. ต่อจากนั้นอาการดีขึ้น.

๔ เดือนก่อนมา, ก่อนโตขึ้นเรื่อย ๆ. ใช้เป็น ๆ หาย ๆ. เวลาไม่ใช้ปวดทัก่อน. ปัสสาวะสีเหลืองจืด. ตาเหลืองเล็กน้อย.

ในการตรวจพบว่ามีก้อนโป่งที่ไตซ้าย ไครงขวา, กตเจ็บเล็กน้อย, ลักษณะเป็น กระจกน้ำ. คัยโตเล็กน้อย. ตรวจหน้าที่คัยพบ ว่าต่ำกว่าปรกติเล็กน้อย. เจาะน้ำในถุงไป เพาะได้เชื้อ *S. typhi*. ทำ แอ็กกลูตินเนชัน

ซีรัม ไค้ ๑ : ๕๖๐.

ในการถ่ายภาพรังสีพบว่าก้อนเนออนน แยกจากกระจกน้ำ. เมื่อผ่าคัยพบว่าท่อน้ำดี ร่วมพองออกเป็นรูปกระจกน้ำ. จึงไตต่อเชื่อม คัยไตนี้มี กัยกระจกน้ำ. (รูปที่ ๒).

ฉะนั้นจุดสำคัญของการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่อยู่ที่ประวัติและการตรวจร่างกาย. ขอทบทวนว่าเป็นลักษณะจำเพาะสำหรับโรคนี้ กคือ :

๑. มีก้อนไตซ้าย ไครงขวา, ลักษณะ เป็นกระจกน้ำ. อาจเล็กหรือโต.

๒. มีประวัติของการมีการอักเสบซ้ำ ๆ กัน. ทุกครั้งที่มีอาการอักเสบก็ก่อนโตขึ้น, เจ็บเล็กน้อย, มีอาการที่ซ่านเล็กน้อย. เมื่อ

หมด การ อักเสบเล็กน้อย ลง หรือ หายไป, อากาโรที่ฆ่าหายไป.

โรคที่จะทำให้หลงกับโรคนี้ได้อะไร ๆ คือ ดึงน้ำคอกเสยอย่างปัจจุบัน, คับอักเสย และฝู่ในคัย. ถ้าหากพยายามซักประวัติ และทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดและระมัดระวังแล้ว, การวินิจฉัยโรคจะแยกจากกันได้ชัดเจน.

รายที่ ๓

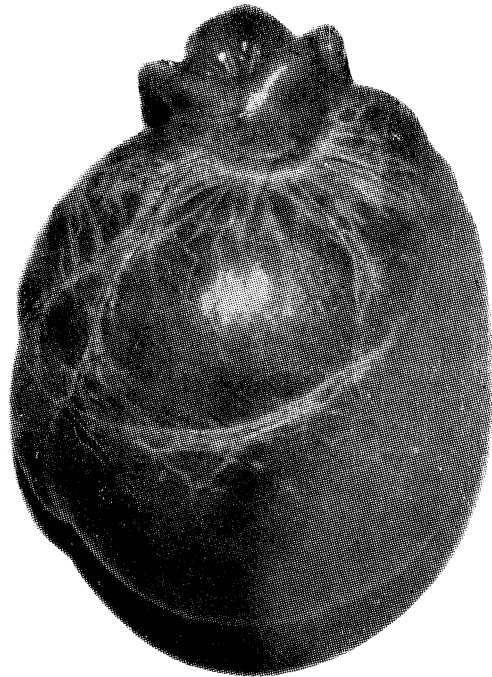
เด็กหญิงไทย, (ค.ท.) อายุ ๘ ปี (เลขที่ ๑๓๐๖๔๐/๐๕), มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง, เป็นๆหายๆมา ๓ ปี. ปวดท้องรอบๆ สะค้อ, ไม่มีอาการอย่างใดอีก. เป็นเองแล้วหายเองตลอดเวลา. รักษาไม่หายขาด. ผอมลงเรื่อยๆ.

ตรวจพบว่ามีก้อนขนาดมะพร้าวอ่อน, กลึงไ้, อยู่ที่เหนือหัวหน้า, รูปไข่, กดหยุ่นๆ, ไม่เจ็บ.

ผลการตรวจทางห้องทดลองเป็นปกติ.

การตรวจทางรังสีให้รายงานว่ (๑) ถ่ายฟิล์มธรรมดา, พบก้อนเนื้ออ่อนในช่องท้องน้อย, ไม่มีหินปูนจับผิดปกติ, (๒) สว่น ขาเรียม, ไม่อาจแสดงพยาธิสภาพเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่ได้.

ได้ให้การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นถุงน้ำของรังไข่. เมื่อผ่าพบว่า เป็นถุงน้ำของมีเซ็นเตอร์รี่ ที่ขอบของ เจเจนม ในระยะ ๑๕ ซม. จากโค้ง ศุโศคีน — เจเจนม, (แบ่งส่วนบนซ้ายมือ) และคั่นผนังของ เจเจนม ยึดออกไป. ได้เขื่อนเอาก้อนออกแล้ว ต่อลำไส้ปลายต่อปลาย. (รูปที่ ๓).



รูปที่ ๓. ถุงน้ำของมีเซ็นเตอร์รี่

รายงานนี้แสดงให้เห็นว่าการตรวจค้นไม่ครบถ้วน. ถ้าหากได้ทำ "double meal G. I. series" หรือตรวจลำไส้เล็กเป็นตอนๆ ก็พอจะบอกได้. การที่ก้อนอยู่ส่วนล่างของช่องท้องไม่จำเป็นที่จะมีความสัมพันธ์กับลำ

ใส่ใหญ่เสมอไป. หลังผ่าตัดแล้วถ้าหาก
ว่าจะมีข้อตรวจพบที่บอกอะไรได้ก็คงมีอย่าง
เดียวคือการตรวจลำไส้เล็กเป็นตอน ๆ.

รายที่ ๔

ผู้ช่วยหญิง, ไทย, โสภ (ร.ส.), อายุ
๒๐ ปี (เลขที่ ๘๕๐๖๖/๐๕), มีประวัติ
ว่าเมื่อ ๒ เดือนก่อนถูกปลิ้นและถูกกระแทก
ที่ท้องและกระแทกที่ศีรษะจนสลบ. ใ้รับ
การรักษาในโรงพยาบาลนี้เกี่ยวกับตับอ่อน
อักเสบเพราะขาดเอนไซม์. เมื่ออาการดีขึ้นและ

เซรุ่ม อะมีเลส ลดลง, แพทย์ได้ให้กลับบ้าน,
แต่ยังมีปวดท้องเล็กๆ น้อยๆ เสมอ
มา.

ประมาณ ๑ เดือนก่อนมา, คลำก้อน
ใต้บริเวณยอดอกและปวดท้องมากขึ้นอีก,
จึงมาโรงพยาบาล.

ตรวจพบร่างกายทั่วไปเป็นปรกติ. มี
ก้อนกดเจ็บที่บริเวณลิ้นปี่, ขนาดเท่าผล
มะพร้าว, ผิวเรียบ, ลักษณะเป็นถุงน้ำ.
ก้อนติดกับตับตามที่ตั้งจากการเคาะ.

อำนาจละลายแข็งของ เซรุ่ม ๓๔๔.๕



รูปที่ ๔. แสดงกระเพาะอาหารเคลื่อนตำแหน่งไปเนื่องจาก
ถุงน้ำของตับอ่อน

มก. ปช.

ในการตรวจรังสีไตรายงานว่ามีก้อน
แฉะต่งน้ำใหญ่เนื้อแน่น, กตเจ็บ, อยู่ใน
ช่องท้องส่วนบน, อาจเป็นตักกลับซ้ายโต.
(รูปที่ ๔).

ภาพในฟิล์มแสดงว่ามีการขยายกว้าง
ของโค้ง กุโอคินัม ซึ่งแสดงว่าก้อนมา
จากตักข้อบน ๆ และเมื่อผ่าต่งจึงพบว่าเป็นต่ง
น้ำของตักข้อบน. ภายหลังที่ทำการระบาย
ภายในก้อนขยลงและคนใช้หายเป็นปรกติ.
รายงาน แสดง ว่า ข้อตรวจพบทางรังสี เป็น
เครื่องช่วยในการวินิจฉัยได้เป็นอย่างดี.

การตรวจทางพยาธิวิทยา (S. 0343)
แจ้งว่าเป็นต่งน้ำใสชนิด อะดีโนมา.

รายที่ ๕

ผู้ช่วยหญิง, ไทย, โสภ (ช.ช.), อายุ
๒๓ ปี (เลขที่ ๑๐๑๓/๐๖ H.N.), รัย
ไว้ด้วยอาการสำคัญว่ามีก้อนในท้องมา ๑
ปี. ก่อนเริ่มคันตรงกลาง, แล้วโตขึ้นทั้งข้าง
บนและข้างล่างจนรู้สึกแน่นอึดอัด. อูจจาระ
ขี้สวะและระเคเป็นปรกติ.

ในการตรวจ คลำได้ก้อนแฉะต่งน้ำโต

มากเกือบเต็มช่องท้อง, แต่แยกจากอูจ
เชิงกรานได้. ผิวเป็นขุ่มป้า. อยู่ติดกับตัก
ซึ่งโตเล็กน้อย.

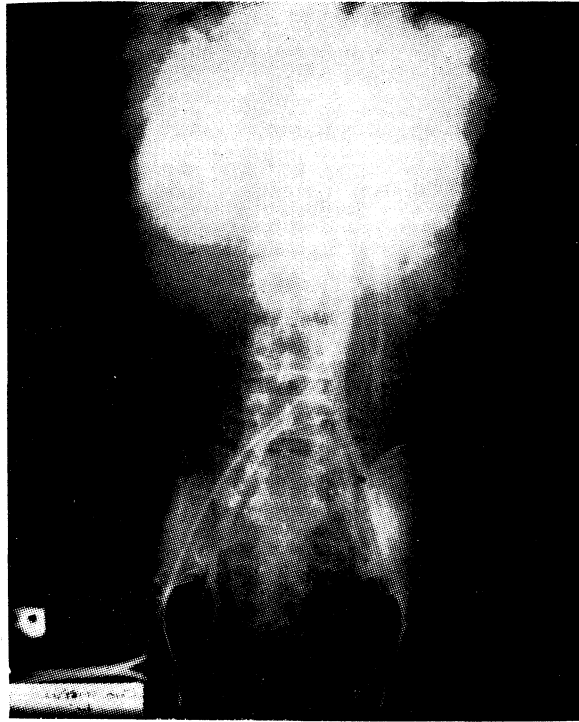
การตรวจทาง ช่องคลอดไม่พบสิ่งผิด
ปรกติ.

ถ่ายรังสีพบมีก้อนต่งน้ำใหญ่มากเหนือ
บริเวณโค้ง กุโอคินัม, ทำให้โค้งกว้างขึ้น,
และกั้น กระทบอาหารและลำไส้เล็กตอน
บนเคลื่อนที่ไป, ทำให้หนักต่งต่งน้ำหนักของ
ตักข้อบน.

การทำ เออร์โทกราฟีแสดงว่า เอ-
เออร์ตาเคลื่อนไปข้างซ้าย. ทำให้หนักต่งเนอ
งอกหลังช่องท้องหรือ ลียมโฟมา รอย ๆ
เออร์ตา (รูป ๕)

ในการผ่าตักพบว่าเป็นต่งน้ำรังไข่ข้าง
ซ้าย, ขนาดใหญ่และปลายข้างบนติดกับ
ก้านล่างของตัก. ได้ตักรังไข่และข้อมกลูก
ออก. คนใช้หายกลับบ้านได้.

ในรายงานนี้ แสดงให้เห็นว่ามี จำนวนไม่
น้อยที่ต่งน้ำทำให้ข้อตรวจพบแปลกไปจนให้
การวินิจฉัยผิด. ฉะนั้นการแปลผลการ
ตรวจในรายที่ ต่งน้ำใหญ่มาก ๆ จึงควร
ระมัดระวังอย่างยิ่ง.



รูปที่ ๕. แสดงเออร์ตาเคลื่อนตำแหน่งไปทางซ้าย เนื่องจาก
 ผนังของรังไข่โตมาก

รายที่ ๖

ผู้ป่วยหญิง, ไทย, คู่ (ม.ศ.), อายุ
 ๖๕ ปี (เลขที่ ๒๑๐๕๘/๐๕ H.N.),
 รัยไว้ด้วย อาการสำคัญว่ามีก้อนในท้อง
 ด้านซ้าย, เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย, เป็น
 มาประมาณ ๘ เดือน. ไม่มีอาการอื่นใด
 นอกจากกดแรง ๆ เจ็บเล็กน้อยเท่านั้น.

ลักษณะก้อนที่คลำได้กลม, เคาะได้
 ติดกับบริเวณเสียดขยของม้าม, ไม่เจ็บปวด,
 ผิวเรียบ.

ตรวจทางช่องคลอดคลำได้ขมกลก
 ซ้ำงซ้ายไม่ชัดเจน, จึงให้การวินิจฉัยขั้น
 ต้นว่าเป็นถุงนารังไข่.

เมื่อผ่าตัดจึงพบว่าขมกลกทั้งสองข้าง
 เป็นปรกติ. ม้ามโตกว่าธรรมดาประมาณ
 ๒๕ เท่า. ส่วนที่โตออกมาเป็นส่วน
 ปลายล่างของม้าม. ลักษณะเป็นถุง, มี
 ผนังค่อนข้างแข็ง, สีขาว. จึงได้ตัดม้าม
 ออกพร้อมทั้งถุงนารังไข่. นารังไข่ในถุงนี้เป็นสี
 ขาวขุ่น, แยกจากเนื้อม้ามได้ชัดเจน. ผู้



รูปที่ ๖. ถูน้ำของม้ามที่ผ่าแล้ว

ช่วยหายกลับบ้านได้ในวันที่ ๗ หลังผ่าตัด.
(รูปที่ ๖).

ผลการตรวจทางพยาธิ:

ในรายนี้ เห็นได้ชัดเจนว่าวินิจฉัยผิด เพราะความข้อยของถุงน้ำที่ม้ามมีน้อยกว่าที่จริงใช้. ถ้าหากได้พิจารณาให้ละเอียด และคิดถึงโรคนี้บ้างก็สามารถจะวินิจฉัยได้ถูกต้อง, ทั้งในรายแรกของประเทศไทยซึ่งรายงานโดย ศาสตราจารย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และศาสตราจารย์ วิจิตร วิธานวัต.

รายนี้ ถ้าหากเป็นในเพศชายก็อาจทำให้ความไขว้เขวของการวินิจฉัยโรคนี้ขยลง. ความไขว้เขวทำให้การที่จะพยายามตรวจเพื่อการวินิจฉัยต่อไปห้วนกว่าที่ควรจะเป็น, โดยเฉพาะการวินิจฉัยทางรังสีวิทยา.

สรุป

ถุงน้ำต่าง ๆ ในช่องท้องมีลักษณะที่ปรากฏในการตรวจค้นต่าง ๆ กันตามตำแหน่งของอวัยวะ. ฉะนั้นการทำตำแหน่ง

ที่ถูกต้องจะช่วยการวินิจฉัยมาก.

ประวัติจะช่วยในรายขาดเจ็บและติดเชื้อเท่านั้น.

การตรวจค้นเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารจะช่วยการวินิจฉัยได้มาก. ถ้าหากได้ระมัดระวังการแปลผลให้ดีแล้ว, การวินิจฉัยโรคจะทำให้ง่ายขึ้นมาก.

การทดสอบและการตรวจพิเศษต่าง ๆ จะช่วยในการรักษาและการพยากรณ์โรค, และมีไม่บ่อยครั้งที่อาจบอกต้นตอของโรคได้.

ในรายที่ผล การตรวจทางห้องทดลองผิดปกติเพียงเล็กน้อย, บางครั้งก็เป็นเครื่องสะกิดใจให้คิดถึงโรคที่ถูกต้องได้.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์ กษาน จาคีกรณิช ที่ได้กรุณาอนุญาตให้รายงานเรื่องนี้ และได้กรุณาตรวจรายงานให้ด้วย, ขอขอบคุณหน่วยภาพการแพทย์ ที่กรุณาบันทึกภาพและขอขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิง แฉล้ม วรรณานสาร ที่อนุญาตให้รายงานคนไข้รายสุดท้ายด้วย.

เอกสาร

1. Bockus, H.L. : Gastroenterology Text., W.B. Saunder & Co.
2. Sribhen, S., V. Viranuvatti : Non-parasitic Cyst of Spleen. Amer. Jour. Gastroenterol. 1954, 22 : 42-46.
: Personal Communication.
3. Viranuvatti, V., D. Kshemsant, N. Bhamarapravati : Amer. Jour. Gastroenterol. 1955, 23 : 442-446.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

INTRA—ABDOMINAL CYSTS

Kasem Limwongse, M.B., Facharzt für Chirurgie
(Department of Surgery)
(Head of the Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

Intra—abdominal cysts may result from various causes and be found in any abdominal organ. Correct diagnosis is sometimes difficult. X—rays examination of the gastro—intestinal tract is often of great help. Bearing in mind the possibility of the occurrence of such

cysts tends to give more correct diagnosis. The author reports six cases of intra—abdominal cysts with discussions on methods of examination and diagnosis pre and post—operative.

(Six figures. Four references.)
(O.C.)

การใช้ธาตุไอไอโซโทป จากเครื่องปฏิกรณ์ปรมาณูของไทย

ร่วมไทร สุวรรณิก พ.บ., พ.ด.

ฤดี ปลื้หจินดา พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสมรส)

เครื่องปฏิกรณ์ปรมาณูแห่งประเทศไทย ได้เกิดเครื่องเข้าสู่ขบวนการหรือทำงานได้ เมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๕, และลงมือผลิต ธาตุไอไอโซโทป ได้เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๖. มีภาชนะหรือช่องสำหรับกำบังรังสี ๒ ช่อง. ช่องหนึ่งเป็นช่องที่ใช้สำหรับการแพทย์, สำหรับใส่ภาชนะที่มิดชิดผ่านศูนย์กลาง ๒ นิ้วฟุต, เป็นทรงกระบอกยาว ๓ นิ้วฟุต. มีปริมาณเชอร์มิลินิวตรอน 10^{12} /ชม.๒/วินาที. ในขณะที่เครื่องเดินด้วยกำลัง ๑๐๐ กิโลวัตต์. ต่อไปจะเพิ่มกำลังเป็น ๑,๐๐๐ กิโลวัตต์. ด้วยกำลังขนาดนี้เครื่องผลิตได้ ธาตุไอไอโซโทป ที่มีอายุสั้น, เพราะเป็นเครื่องปฏิกรณ์ขนาดชนิดวิจัย. ตามปกติในการผลิต ธาตุไอไอโซโทป ก็ใช้เวลารังสีประมาณ ๒-๓ ชั่วโมง. ได้ ธาตุไอไอโซโทป ต่าง ๆ ซึ่งมีกัมมันตภาพมากและน้อยแล้วแต่ชนิดของธาตุและหน้าที่ของสารนั้น ๆ.

เรื่องย่อ สุวรรณิก, ร่วมไทร, ฤดี ปลื้หจินดา: การใช้ ธาตุไอไอโซโทป จากเครื่องปฏิกรณ์ปรมาณูของไทย. สารศิริราช ๒๕๐๖ (ค.ศ. ๑๕๖๔), ๑๖ : ๔๖๖-๔๗๒.

เครื่องปฏิกรณ์ปรมาณูของไทย ได้เริ่มผลิตสาร ธาตุไอไอโซโทป ได้เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๖. ได้ผลิต โบรมีน^{๘๒}, โซเดียม^{๒๔}, โปแตสเซียม^{๔๒}, ฟอสฟอรัส^{๓๒}, และทอง^{๑๙๘} ซึ่งผู้รายงานได้ทดลองนำเอามาใช้กับผู้ป่วยใน ร.พ. ศิริราช ในการหาตำแหน่งของรก, การตรวจหน้าที่ของหลอดเลือดไต, การหาเวลาเลือดไหลเวียน, การรักษาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในท่อน้ำดี. ราคาของสิ่งผลิตถูกกว่าที่ต้องซื้อมาจากต่างประเทศราว ๔ เท่า.

ธาตุไอไอโซโทป ที่ผลิตจาก เครื่องปฏิกรณ์ปรมาณูที่เราได้มาใช้ใน ๓ เดือนที่ผ่านมานี้คือ Br^{82} , Na^{24} , K^{42} , P^{32} , และ Au^{198} .

ต่อไปนี้เป็นรายงานของการใช้ ธาตุไอไอโซโทป ที่ได้มา, ซึ่งจำเป็นต้องเรียนว่างานต่อไปนี้เป็นเพียงงานเริ่มต้นที่จะต้องผ่านการคิด แปลงแก้ไขและตั้งใจแต่เพียง

ตารางที่ ๑. ราคีโอไอโซโทปที่ผลิตจากเครื่องปฏิกรณ์ปรมาณูของไทยและใช้ที่

หน่วยราคีโอไอโซโทป แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช

ชนิด	ตัวย่อ	เวลาครึ่งอายุ	ให้รังสี	ฤทธิ์จำเพาะ		หมายเหตุ
				Harwell uc/mg/ml	ไทย	
โบรมีน ^{๘๒}	Br ⁸²	๓๕.๕ ชม.	เบตา อ่อน แกมมา ค่อนข้างแรง	๓๒	๕๕	
โซเดียม ^{๒๔}	Na ²⁴	๑๕.๐ ชม.	เบตา แรง แกมมา แรงมาก	๑๐๐	๕.๔	อ่อนไป = $\frac{๑}{๒๐}$
โปแตสเซียม ^{๔๒}	K ⁴²	๑๒.๔ ชม.	เบตา แรงมาก แกมมา แรง	๒.๕	๑๐	
ฟอสฟอรัส ^{๓๒}	P ³²	๑๔.๓ วัน	เบตา แรง	๒.๕	๐.๑๒	
ทอง ^{๑๙๘}	Au ¹⁹⁸	๒.๖๕ วัน	เบตา ปานกลาง แกมมา อ่อน	๖๒๐	๑๖๐	อ่อนไป = $\frac{๑}{๔}$

ตารางที่ ๒ ราคของราคีโอไอโซโทปที่นำมาใช้ใน ๓ เดือน

ชนิด	ครั้ง	จำนวน	ราคาต่อมิลลิลิตร บาท	ราคาปฏิกรณ์ บาท	ราคาของบริษัท ราคีโอเคมีคัลเซ็นเตอร์
Br ⁸²	๕	๑๓	๑๐	๑๓๐	๔๘๐
Na ²⁴	๑๔	๒๖	๑๐	๒๖๐	๖๐๐
K ⁴²	๗	๖	๖	๓๖	๖๐๐
P ³²	๒	๐.๒	๓	๐.๖๐	๑๘๐
Au ¹⁹⁸	๓	๑๕๐	๓	๔๕๐	๑,๓๕๐
รวม	๓๕		รวมเป็นเงิน	๘๗๖.๖๐	๓,๒๑๐

บ่งไว้เป็นทางกว้าง ๆ. มีจุดมุ่งหมายเพื่อ
เรียนให้ทราบว่าบัดนี้เราได้ใช้ วัคซีนโอไอ-
ไอโซโทป ที่ผลิตขึ้นในเมืองเราอย่างไร, และ
การที่เจ้าหน้าที่เครื่องปฏิกรณ์ของเราได้มี
มานะและตั้งใจทำงานมานั้น, น่าชมเชยใน
ผลของการปฏิบัติงานของเขาอย่างไร. ทั้ง
ต้องการฝากความระลึกไว้ด้วยว่าอาจจะ
ใช้ วัคซีนโอไอไอโซโทป เหล่านี้ให้เป็นประ-
โยชน์ ต่อ การ คลี่คลายปัญหาที่ผู้ศึกษา
กำลังค้นคว้าได้อย่างใด.

การหาตำแหน่งของรก

ด้วยความร่วมมือของแผนกสถิติศาสตร์,
ออกผู้ช่วยสมัครจำนวนครบกำหนด ๓๐
คน ซึ่งผ่านการตรวจ เอกซเรย์ ุตำแหน่ง
ของรกแล้ว. นี้คือ วัคซีนโอไอไอโซโทป ขนาด
น้อยเข้าหลอดเล็กที่แขน. (๑๐ ไมโคร-

กรัม. ส่วนมากใช้โบรมีน^{๗๒}, ส่วนน้อย
ใช้เกียม^{๒๔}, และ ซีปปรานไอไอคีน^{๑๓๑}.
หา “เวลาเลือดไหลเวียน” จากแขนไปยัง
มดลูก. วัดด้วยหลอด ชินทิลเลชั่น ผลึก,
ขนาดหนึ่งนิ้ว และ คอลลิเมเตอร์ หนึ่งนิ้ว,
ค็อกบีย์ เรทมิเตอร์ และเครื่องบันทึกโค้ง,
ตรวจตราไปทั่วบริเวณท้องซึ่งแย่งออกเป็น
๑๐ แห่งด้วยกัน. วัดเทียบกัมมันตภาพ
กับบริเวณหัวใจ, ศีรษะ, หน้าขา และ
อวัยวะอื่นๆ, แล้วเทียบบริเวณที่มีมดลูก-
ภาพสูงกับเงาที่น่าจะเป็นเงาของรกในฟิล์ม
เอกซเรย์ โดยอ่านกันคนละคน.

ผล เวลาเลือดไหลเวียนจากแขนไป
ยังมดลูกประมาณ ๘.๕-๑๒ วินาที, เฉลย
๑๐.๒ วินาที.

ตำแหน่งของรก บริเวณ

ยอดขวา	๑๐ คน
ยอดซ้าย	๘ คน
ยอดสุง	๓ คน
กลางขวา	๓ คน
กลางซ้าย	๔ คน
ล่างขวา	๑ คน
ล่างซ้าย	๑ คน

ทั้งสองคนนมรกเกาะต่ำ หัวไม่ลงและต้อง
ผ่าคัตทั้งสองคน (พ.ญ. วิไล เบญจกาญจน์)

บนสเกลอนันต์เดียวกันของกระดาษบันทึก
นครษะและหน้าซำมีกัมมันตภาพประมาณ
๑๐-๒๐ เปรอร์เซ็นต์ของรก. บริเวณหัวใจ
มีกัมมันตภาพไล่เลยหรือต่ำกว่า รก เล็ก
น้อย, ตยเท่ากับกปรกเป็นส่วนมาก. ม้าม
และไตมีค่า. ส่วน ธิยรอยค้ อาจสูงหรือ
ต่ำกว่าก็ได้. ต่อไปใช้โซเดียม^{๒๔}จะดีกว่า.

การคิดจำนวนของรังสีที่คนมีกรรม
ได้รับ

Br⁸² 15 uc มีปริมาณรังสีทั่วตัว
0.04 rads ซึ่งต่ำกว่า M.P.L. (Maximal
Permissible Level, 0.3 rads per week).

การตรวจหน้าท้ของหลอดเลือดไต

ด้วย ความร่วมมือของแผนกศัลย-
ศาสตร์, ได้ศึกษาโรคไตร่วมหลอดเลือด
ในคนอายุน้อยที่ผ่านการผ่าตัดไตที่พิการ
มาแล้วข้างหนึ่ง, เพื่อกแก ฮยเปอร์เทนชัน
จากไต. ความดันเลือดลดลงระยะหนึ่ง
ภายหลังการผ่าตัด, แต่แล้วก็สูงขึ้นอีก.
การทำ เอออร์โตกรัม ซ้ำแสดงว่ามี การ
เปลี่ยนแปลงโป่งพองและคอคคของ เอออร์-
ต้า, โดยตลอดทั้งความยาวตั้งแต่ระดับ
ทรวงอกลงมาถึงช่องท้อง. ศัลยแพทย์

(น.พ. เปรม บั้ว) ได้ตัดสินใจทำทางเบี่ยง
(bypass) จากโค้งของ เอออร์ต้า ลงมา
ยังหลอดเลือดแดง อิลีอิค ข้างหนึ่ง. ก่อน
ทำการผ่าตัดได้ฉีด โบรมีน^{๘๒} เข้าหลอดเลือด
ค้ำและวัดกัมมันตภาพที่ตำแหน่งของ
หัวใจ. ได้เส้นโค้งไตของข้างที่หลอดเลือด
ขวา ภายหลังการผ่าตัดได้ทำเส้นโค้งไต
ซ้ายโดยวิธีเดียวกัน. เห็นว่าเส้นแนวหลอดเลือด
ค้ำตอนแรกของเส้นโค้งนั้นเทียบความ
ค้ำอย่างชัดเจน ก่อนการผ่าตัดเลือดไป
เลี้ยงไตซ้ค้ของ, เลือดมาที่ไตไม่สะดวก.
หลังการผ่าตัดเลือดไปเลี้ยงไตซ้ค้, จน
กระทั่งโค้ง ซนซนสูงสดในทันทีเช่นเดียวกับ
คนปรกติ. ต่อไปโค้งเข้าสู่ระดับบน
เรียบเสมอกันต่อไปเรื่อย. ก็คงเนองควย
โบรมีน^{๘๒} เหมือน ฆลอไรด์ โค้งจึงเข้าสู่
ระดับบน. ในขณะที่มีการข้ถ่ายกัมีการ
คคกลับของ ทยล ได้สมคัลยซ้กันและ
กัน. ส่วนการตรวจการทำหน้าท้อย่างอน
ของไตนั้น, เราก็จะได้ทำการทดลองของ
วินเตอร์, โดยใช้ ฮิปยรานไอโอคีน^{๑๓๑}
เป็นตัวซ้ต่อไปอีก. แต่ยอมแสดงให้เห็น
ว่าอาจใช้ โบรมีน^{๘๒} เป็นเครื่องซ้สำหรับ
คความพอเพียงของเลือดที่ไปเลี้ยงไตในราย
โรคไตร่วมหลอดเลือด และนอกจากนั้น

ยังใช้ประโยชน์ในการติดตามคลื่นโค้ง
ของผู้ช่วย ต่อ ไปโดย สะดวก และ ไม่สิ้น
เปลืองอีกด้วย.

การหาเวลาเลือดไหลเวียน

เวลาเลือดไหลเวียนนี้ แพทย์หญิง
ม.ร.ว. กัญญิกา เทวกุล และแพทย์หญิง
อำภาศรี ขจรบุญ แห่งแผนกศิริวิทยา
เวลานั้น, ได้รายงานไว้ ในปี ๒๕๐๕ ด้วย
การใช้ แคลเซียม กลูโคเนท ได้เวลาจาก
แขนถึงลิ้นในผู้ชายอายุ ๑๘.๐๘±๔.๐๖
วินาที และในผู้หญิง ๑๖.๕๔±๓.๗๒
วินาที. จึงน่าจะสนใจที่จะใช้ ราคีโอไอโซ-
โทป เป็นตัวชี้เพื่อหาเวลาไหลเวียนนี้ว่าถ้า
ใช้การวัดโดยตรง, ไม่อาศัยความรู้สึก
และคำบอกเล่าของผู้ถูกทดลอง, จะย่น
เวลากังกล่าวได้มากน้อยแค่ไหน.

โดยความร่วมมือมือของแผนกอายุร-
ศาสตร์ (น.พ. สัมชัย ขวรกิจ และ น.พ.
วิฑูร อตันโต) และแผนกพยาบาล, ได้ใช้
ไอโซเคียม^{๒๔} เป็นตัวชี้ทำการวัดในหญิง
๒๗ คน, ได้เวลา "แขนถึงเมกัลลา"
๘.๕±๑.๖ วินาที; หญิง ๒๐ คน, ได้
เวลา "แขนถึงลิ้น" ๑๐.๕±๑.๓ วินาที;
ชาย ๕ คน, ได้เวลา "แขนถึงลิ้น"
๑๕.๒±๑.๕ วินาที.

ผลนี้ ยังไม่ แน่นอนที่จะ เทียบ ได้ทาง
สถิติ, และเรากำลังรวบรวมทำต่อไป.

การรักษาผู้ป่วย โรคพยาธิใบไม้ในท่อน้ำดี

ผู้ป่วยพยาธิใบไม้ของตับที่ โรงพยาบาล
ศิริราช, ส่วนมากมาในระยะที่เป็นมาก.
มีผู้ป่วยอยู่หนึ่งราย, โดยความร่วมมือ
ของแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
(ศจ. นพ. วิกิจ วิจารณ์วัฑฒ์, น.พ. เกษม
ลิมวงศ์, และ น.พ. กิติพันธ์ วิสุทธารมณ)
ซึ่งมาในระยะที่ ท่อน้ำดียังไม่ พอง โตจาก
การอุดตันเท่าใดนัก. ร่างกายทั่วไปของ
คนไข้ดี. ผู้ช่วยมีอาการปวดท้องเนื่องจาก
ตัวพยาธิใบไม้ไปอยู่ที่ท่อน้ำดีร่วม. ภาย
หลังการผ่าตัดได้ผลลดระยะขยายตัว "ที่"
ไว้ในท่อน้ำดี, น้ำดีที่ไหลมีตัวพยาธิเป็นๆ ออก
มากด้วย. การทดลองรักษาด้วย อะลิคาร์เน
และ อะเตบริน ทางท่อน้ำดีไม่ได้ผล. การ
นัยไขไม่ลดลง. ไข้ขึ้น, ปวด. ได้สวนล้าง
และใส่ โบรมีน^{๗๒} ครั้งละ ๐.๕-๒ มิลลิ-
ลิวิ เป็นระยะทุกวันเว้นสามวันครั้ง. ไข้
ในน้ำดีลดลงจาก ๑๒๖ เหลือ ๕ ไข ต่อ
๐.๑๕ มล. ของน้ำดีใน ๓ สัปดาห์. การ
ตรวจสมรรถภาพของตับได้ผลปกติ. ใน

ระยะแรกมีพยาธิโยไม้ ตัวที่ตาย แล้วและ
เศษของมัน ออกมาทางน้ำครึบกว่าตัว.
ผู้ช่วยทนการใส่ ไอโซโทป ได้ดี. เมื่
เลือกชาวไม่ลง. ไม่มีอาการแพ้. ใช้ไม่มี.
ไม่ปวดท้อง. อาหารรับประทานได้มากขึ้น.

การวัดกัมมันตภาพรังสีใน เลือด,
ปัสสาวะ, อจจาระเทียบกับของน้ำที่ถ่าย
หลังการสวนล้างปรากฏระคายเคืองที่พอใจ.
การคิดขนาดของรังสีสำหรับทั้งร่างกายไม่
เกินระดับที่ปลอดภัย. การวัดกัมมันตภาพ
ในบริเวณต่าง ๆ ของตับ, ลำไส้, และศีรษะ
เป็นระยะ ๆ ให้ผลเป็นที่พอใจ.

การทดลองเกี่ยวกับเมล็ดทองกัม-
มันตรังสี คุณสังเวียน วงศ์มังกร แห่ง
กองผลิต ไอโซโทป, ได้ทดลองแผ่รังสี
เมล็ดทองซึ่งผู้รายงานได้มาจากบริษัทหนึ่ง
ในประเทศอังกฤษ ด้วย นิวตรอนที่ ๑๐๐
กิโลวัตต์ (ฟลักซ์- 10^{12} นิวตรอน/ซม.^๒
/วินาที) เป็นเวลา ๓ ชม. ได้กัมมันต-
ภาพ ๒๕.๓ มิลลิวี, เฉลี่ยกัมมันต-
ภาพเม็ดขาว (หนัก ๒๒ มก.) ๕ มิลลิวี,
เม็ดสี (หนัก ๑๕.๘ มก.) ๓ มิลลิวี.
ถ้าคำนวณตาม k factor และระยะเวลา
ครึ่งอายุ, เม็ดทองที่มีกัมมันตภาพ ๕

มิลลิวีจะเทียบเท่ากับ ภาคน ๑ มิลลิ-
คิวรี, และอาจคำนวณจำนวนเม็ดทอง
การใช้ได้ด้วย Paterson หรือ Quimby
Dosage System การที่จะแผ่รังสีให้
เม็ดทองที่มีกัมมันตภาพเพิ่มขึ้นนั้นไม่สิ้น
ข้อดีของ. ในเวลานี้จึงทดลองต่อไปในการ
เพิ่มกัมมันตภาพ, หาภาชนะที่ระกอบของกัน,
กระยะเกี่ยวกับการรักษา.

ส่วนการใช้ ภาคไอโซโทป อื่น ๆ
อีกหลาย อย่างนั้น ยังอยู่ ระหว่าง การเริ่ม
ดำเนินงาน.

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ คาสตราจารย์
หลวงพิณพากย์พิทยาเกศ ทิศรณาแนะนำ,
ท่านคณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาล ทิศรณาสันนิสนุน, คาสตราจารย์
นายแพทย์อำนาจ เสมรสุต ที่อนุญาตให้
รายงานและสนับสนุน, สำนักงานปรมา
เพื่อสันติ, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณสังเวียน
วงศ์มังกร และแผนกต่าง ๆ ของโรงพยา-
บาลศิริราชที่ทศรณาให้ความร่วมมืออย่าง
ดียิ่ง, นายแพทย์ภูเกศ วาจานนท์ ทิศรณา
ช่วยย่อยสถิติ: นายแพทย์นันทวัน พรหม-
ผลิน, นายแพทย์สภาค ลิ้มพาณิชย์การ
ในการถ่ายภาพ.

เอกสาร:

1. Peaceful Uses of Atomic Energy, Proceedings of the International Conference in Geneva, August 1955, Volume 12. New York, United Nations, 1956.

2. Catalog and Price List of Isotopes, — Radioactive and Stable. Oak Ridge National Laboratory, Operated for the U.S. Atomic Energy Commission by the Carbide and Carbon Chemicals Company, a division of Union Carbide and Carbon Corporation, 1954.

3. Radioactive Materials and Stable

Isotopes, Catalogue No. 4. Isotope Division, Atomic Energy Research Establishment, Harwell, Berks, England, January 1957.

4. Radioactive Products, — Radioisotopes, Labelled Compounds and Radiation Sources. The Radiochemical Centre, Amersham, 1962.

5. Borg, D.C., Medical Research Center, Brookhaven National Laboratory, Associated Universities, Inc., Upton., L.I., N.Y., Personal Communications.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทยต้องการ

๑. เครื่องมือทางการแพทย์สมเด็จพระราชชนนี พระพันปีหลวง พระราชทาน
 ๒. รูปถ่าย ๓. นึกหมอน ๔. นึกโกนแบบเก่า (ใบไม้ครีดยสามเหลี่ยม) ๕. ครกไม้
 ใช้ตำข้าว (ผู้ใดจะให้หรือขาย ติดต่อที่ น.พ. ดำรง เพ็ชรพลาญ แผนกศิริวิทยา
 ร.พ. ศิริราช)

(Summary of the fore-going Article)

USE OF RADIOISOTOPES FROM THAI REACTOR

Preliminary Report

Romsai Suwanik, M.B., M.D., M.Sc., Rudee Plehachinda M.B.

(Dept. of Radiology)

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

The Thai research reactor in Bangkok has started production of some short-lived isotopes. The authors have tried the clinical use of some of these, e.g. localization of placental site, determination of circulation time, renovascular function tests, local irradiation of biliary apparatus (in a case of opisthor-

chiasis), irradiation of gold seeds, etc.. The isotopes available are Br⁸², Na²⁴, K⁴², P³², and Au¹⁹⁸. The question of cost is fully discussed as well as the possibility of expanding its potentiality to embrace therapeutic application.

(Five references)

THE "FALSE POSITIVE" TUBERCULIN REACTIONS *

Somchai Bovornkitti, M.D., D.T.M. & H. (Liverpool), T.D.D. (Wales)
(Department of Internal Medicine)

Nivat Chantarakul, M.B.
(Department of Pathology)

Sabiang Srivannaboon, M.B.
(Department of Obstetrics and Gynecology)

Introduction

The term "false positive" tuberculin reactions has been used customarily to denote "nonspecific" or "cross" reactions due to sensitization to unclassified mycobacteria or other allergenically related microorganisms and local sensitization to tuberculin which may be encountered in repeated tests. (1, 2) In this paper, however, it is used to refer to the skin response to intradermal injection of tuberculin, the appearance of which is of the "positive reaction" type, (3) but histologically untenable. (4) This, consequently, eliminates the "cross" reactions from the category (diagram).

In addition, three proven instances of the "false positive" tuberculin reactions are presented and their probable cause is discussed.

Observation

From June 1962 to April 1963, eighty-five newborn infants received intradermal injections of 0.1 ml. or 5 TU of PPD tuberculin (distributed through the Central Chest Clinic, Bangkok) as part of the study on "the transmission of delayed hypersensitivity to tuberculin from mother to young." (5) During the study, three consecutive infants were

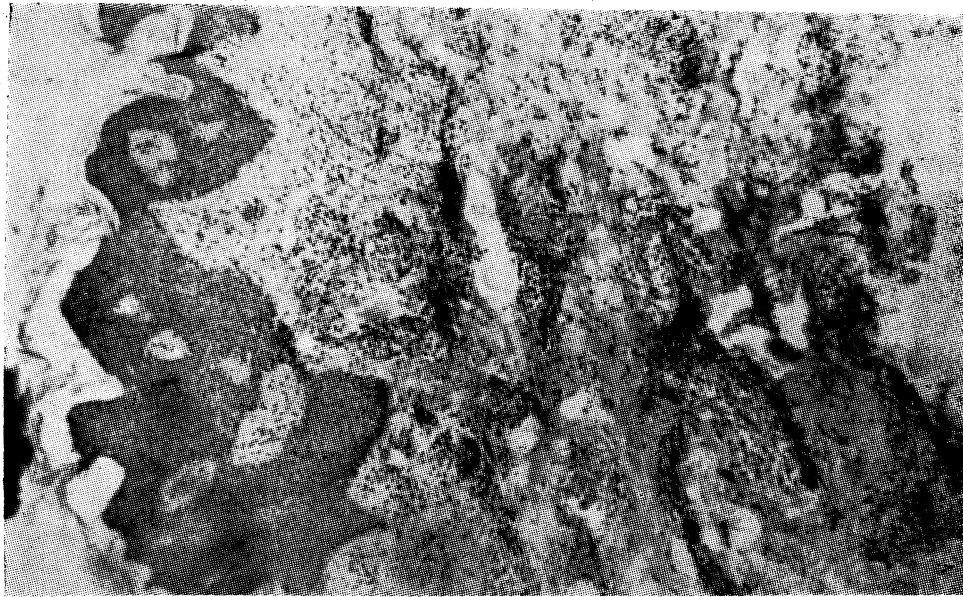
Abstract: Bovornkitti, Somchai, Nivat Chantarakul, Sabiang Srivannaboon: The "False Positive" Tuberculin Reactions. Siriraj Hosp. Gaz. 1964, 16: 474-477.

The term "false positive" tuberculin reactions is strictly, in this report, applied to the skin response to intradermal injection of tuberculin, the gross appearance of which is of the conventional "positive reaction" type, but histologically untenable. The authors cite the case of three newborn infants in whom the cause of the "false positive" reaction could be traced to contamination of the test solution resulting from faulty bottle stopper.

found to exhibit skin reactions which must be classified as "positive" (Table) according to the criterion recommended elsewhere. (3) The results of the test using the same tuberculin solution in the mothers were also positive. The skin at the reaction site of one infant (SJ), biopsied at 72 hours after testing, showed mild nonspecific inflammatory cellular infiltration which was not consistent with the conventional tuberculin reaction (4) (Figures).

Careful questioning and thorough physical examination including chest roentgenography of the mothers revealed no history of recent contact to tuberculous persons and no active tuberculous

* Reported at Siriraj Hospital Clinical Meeting, December 13, 1963.



× 100

Fig. 1 : Tuberculin skin reaction in a tuberculous subject, showing perivascular accumulation of mononuclear cells with formation of tubercles.

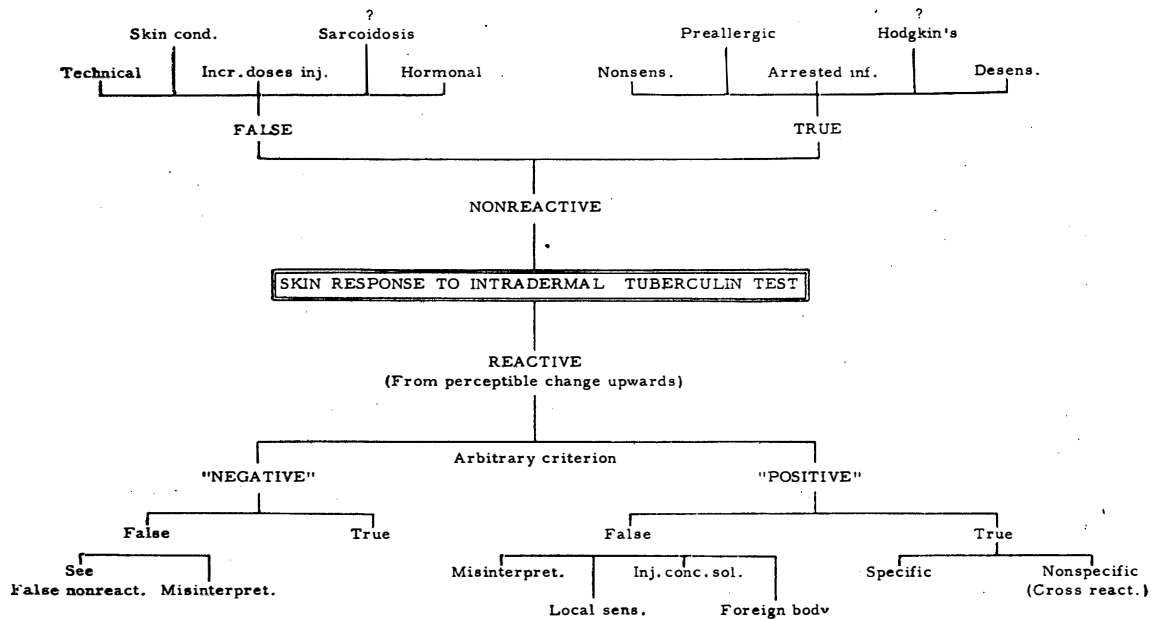


× 100

Fig. 2 : "False positive" tuberculin reaction in the infant SJ, showing vacuolar degeneration of epidermal cells, edema of fibrous connective tissue and vasodilatation in the upper dermis. A few mononuclear cells are seen scattered in the dermis and around blood vessels.

disease anywhere. Subsequent re-testing in corresponding mothers and offsprings with fresh tuberculin solution yielded negative results in the infants but persistently positive in the mothers. It was then discovered that there was a gross defect in the rubber stopper of the tuberculin container used in the initial tests. Enquiry made in the

Pediatric Service of Siriraj Hospital disclosed one particular event of superfluous "positive" tuberculin reactions occurring many years ago in which the cause was attributed to the use of tuberculin solution contaminated with a worn-out friable rubber stopper. (6)



Comment

In the current practice of tuberculin testing, recognition of the "false positive" reactions would be seldom feasible. The suspicion which arose in the cases presently reported was due to the unusual occurrence of "positive" reaction in the newborn which could be so only if infection had occurred intrauterinely. History taking and examination of the mothers promptly ruled out the latter possibility. The results of histological examination of the skin reaction site, and of subsequent re-testing with the fresh tuberculin solution eventually proved the case to be "false

positive". The discovery of defective stopper alone to be condemned, together with the story of previous similar incident as told tempted the present writers to speculate that the use of tuberculin preparation which was contaminated with the rotten weather-beaten rubber stopper of the container was the most probable cause. The transient inflammatory leukocytic infiltration in the skin occurred probably in response to the presence of "foreign particles".

Summary

The case of three newborn infants who exhibited grossly "positive" skin

SKIN RESPONSE TO 5 TU PPD TUBERCULIN TEST
(72 HOURS READING)

Name	Initial Test		Retest	
	Erythema mm.	Induration mm.	Erythema mm.	Induration mm.
SJ Mother	25	25	16	15
	15	15	0	0
ACh Mother	18	13	10	10
	8	8	0	0
BV Mother	20	10	18	12
	8	5	0	0

reactions to intradermal PPD tuberculin is here reported. Histologic examination of the skin at the reaction site, subsequent re-testing with fresh tuberculin preparation, together with the exclusion of congenital tuberculosis in the subjects indicated that the reaction was not the "true positive" tuberculin type. The incident is interpreted as arising from the use of contaminated tuberculin solution.

Acknowledgements

The writers are grateful to Professors Chitt Tuchinda, Pradit Tansurat, and Jajaval Osathanond, Heads of the Departments of Internal Medicine, Pathology and Obstetrics and Gynecology, respectively, for permission to publish this report.

References

1. Kendig, E.L.: *Unclassified Mycobacteria*. Incidence of Infection and Cause of a False Positive Tuberculin Reaction. *New England J. Med.* 1963, 268:1001.

2. Duboczy, B.O., and Brown, B.T.: Local Sensitization to Tuberculin. *Amer. Rev. Resp. Dis.* 1961. 84: 69.

3. Bovornkitti, S., Bejrablaya, D., and Kawayawongse, K.: The Intradermal Tuberculin Test. Reading Time and Classification of Reaction. *J. Med. Ass. Thailand* 1963, 46:416.

4. Bovornkitti, S., Chantarakul, N., and Chulsmaya, M.: Histology of the Tuberculin Skin Reaction in Humans. Submitted for publication.

5. Bovornkitti, S. et al.: The Transmission of Tuberculin Hypersensitivity from Mother to Young. Submitted for publication.

6. Skulthai, S.: Personal communication, 1963.

(ย่อเรื่องจากพากย์อังกฤษข้างต้น)

ปฏิบัติการทูเบอร์คูลิน “บวกเท็จ”*

สมชัย บวรกิตติ พ.ศ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

นิวัฒน์ จันทรกุล พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

เสียบยง ศรีวรรณบูรณ์ พ.บ.

(แผนกสรีรศาสตร์นรีเวชวิทยา)

ระหว่างเดือนมิถุนายน ๒๕๐๕ ถึง
เมษายน ๒๕๐๖ คณะผู้รายงานได้ทำ
การทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ผิวหนังแก่เด็ก
แรกเกิดรวม ๘๕ คน. ผลการทดสอบ
ปรากฏว่าเด็กแรกเกิด ๓ รายแสดงปฏิกิริยา
ทูเบอร์คูลิน “บวก”. เด็กที่ให้ปฏิกิริยา
“บวก” หนึ่งรายได้รับการตัดหนัง
จากตำแหน่งมีปฏิกิริยา เพื่อตรวจทางจุล
กายวิทยา และปรากฏผลเป็นแบบ
การอักเสบไม่จำเพาะ.

การซักประวัติผู้เป็นมารดา และการ
ตรวจร่างกายมารดาและเด็กอย่างละเอียด
ไม่พบวัณโรคระยะแอ็คทีฟ. ต่อมาได้ทำ
การทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ซ้ำด้วยน้ำยาทดสอบ

ทำขึ้นใหม่, ซึ่งมารดายังคงให้ผล
“บวก” แต่เด็กทั้งสามให้ปฏิกิริยา “ลบ”
ชัดเจน. จึงสรุปว่าปฏิกิริยา “บวก” ใน
การทดสอบครั้งแรก เป็นปฏิกิริยา ทูเบอร์-
คูลิน “บวกเท็จ”. จากการตรวจพบจาก
ซวนน้ำยาทดสอบเก่าและชำรุดมากซึ่งเป็น
ข้อบกพร่องเพียงอันเดียวที่อาจปรักปรำได้.
ประกอบกับการบอกเล่าถึงเหตุการณ์คล้าย
คลึงกัน ทำให้สังเกตเห็นว่า ปฏิกิริยา
ทูเบอร์คูลิน “บวกเท็จ” ในเด็กทั้ง ๓ ราย
นี้มีสาเหตุจากการใช้น้ำยาทดสอบที่ปน
เขือนวดยสารต่างที่.

(ส.บ.)

* บรรยายในที่ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๐๖.

บทบรรณาธิการ

กรรมการจัดการศึกษาแพทย์แห่งชาติ

ในการพัฒนาประเทศ การแพทย์มีบทบาทสำคัญไม่น้อยกว่าการเศรษฐกิจ, การศึกษาหรือการสังคมสงเคราะห์, เพราะการแพทย์ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและอนามัยดี เพื่อทำหน้าที่ตามโครงการได้โดยไม่บกพร่อง. ในด้านการแพทย์เอง การผลิตแพทย์ย่อมเป็นงานสำคัญอย่างหนึ่ง, เพราะจำต้องมีแพทย์สำหรับทำหน้าที่ตามโครงการให้พอเพียงและทำได้โดยไม่บกพร่อง. เนื่องด้วยทุกประเทศจำเป็นต้องมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา, ทุกประเทศจึงต้องสนใจปรับปรุงการผลิตแพทย์อยู่เสมอ, แม้ประเทศที่มีการแพทย์นำหน้าอยู่แล้วก็เช่นเดียวกัน.

ในการผลิตแพทย์ที่จะให้ผลดีต่อการพัฒนาประเทศ โดย สมบูรณ์ จำต้องได้รับการเฟื่องเลี้ยงทั้งในด้านคุณภาพและด้านปริมาณ. ในการเร่งการผลิตเพื่อให้ทันกับความต้องการของประเทศหรือเพื่อให้ได้ผลตามโครงการ, ปริมาณมักได้รับความเอาใจใส่เห็นอกกว่าคุณภาพ. ขอนมต

อย่างเห็นได้ง่ายในภาวะสงคราม, ซึ่งมีการเร่งการผลิตให้ได้ปริมาณพอความต้องการซึ่งเพิ่มขึ้นมากมาย, และมีการยื่นข้อการสอบหรือผ่อนผันการสอบ, ซึ่งก็จำต้องรับว่าเป็นเรื่องของความจำเป็นและเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า. ในภาวะปรกติ ซึ่งมีโอกาสที่จะทำงานทุก ๆ ด้านไปโดยอคมคติ, สมควรจะนึกถึงคุณภาพก่อนปริมาณ, เพื่อความปลอดภัยของประชาชน.

ในด้านปริมาณกล่าวได้ว่าในเวลานี้ไม่มีประเทศใดมีแพทย์พอกับความต้องการ, และทุก ๆ ประเทศต้องเอาใจใส่เร่งการผลิตให้เพิ่มขึ้น. แม้ในประเทศที่มีแพทย์อยู่แล้วมากมาย, เช่น สหรัฐอเมริกา, หรือแม้โซเวียตรัสเซียซึ่งได้ชื่อว่ามีจำนวนแพทย์เทียบเท่ากับพลเมืองได้ส่วนสัดส่วนที่สดในโลก, ก็เช่นเดียวกัน. ทั้งนี้เพราะการแพทย์ที่ดียังผลให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นโดยรวดเร็ว ซึ่งเพิ่มความต้องการแพทย์ขึ้นไปเป็นเงาตามตัว. โดย

เฉพาะในประเทศเรา ความขาดแคลนแพทย์เป็นที่ประจักษ์อยู่แก่คนทั่วไป, และรัฐบาลมีความจำเป็นต้องสอดส่องหาทางเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรีบเร่งเพื่อให้เหมาะสมกับจำนวนพลเมือง ซึ่งกำลังเพิ่มขึ้นอย่างมากมาทุก ๆ วัน.

วิธีการที่ใช้กันอยู่เพื่อเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์กล่าวโดยสังเขปประกอบด้วยข้อสำคัญสี่ประการ, ดังต่อไปนี้:

(๑) การจัดสถานที่ศึกษาเพิ่มขึ้น. ได้แก่การขยายโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่ให้รับนักศึกษาได้มากขึ้น, หรือสร้างโรงเรียนขึ้นใหม่. การจัดอย่างแรกต้องการทุนน้อย, แต่ก็ได้ประโยชน์จำกัดเพราะการมีนักศึกษามากเกินไปในชั้นหนึ่ง ๆ ทำให้สอนได้ผลไม่ดี. เพราะฉะนั้นในเมื่อมีเงินพอ, มักนิยมสร้างโรงเรียนขึ้นใหม่ซึ่งเป็นโอกาสให้จัดสถานที่ และจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยได้เป็นอย่างดี.

(๒) การจัดหาอาจารย์เพิ่มขึ้น. จะเป็นการขยายโรงเรียนเก่าหรือสร้างโรงเรียนใหม่ก็ตาม, การหาอาจารย์ให้เพียงพอเป็นเรื่องสำคัญและยากที่สุด. วิธีที่ให้ผลแน่นอนคือการรวบรวมอาจารย์เตรียมล่วงหน้าไว้, ซึ่งเป็นวิธีที่แพง, แต่ก็เป็น

วิธีเดียวที่จะให้ผลที่แน่นอน. การหวังพึ่งอาจารย์จากที่อื่นเป็นเรื่องที่ยากจะให้ผลดี, เพราะทุก ๆ ประเทศก็ขาดแคลนอาจารย์ด้วยกันทั้งนั้น. ถ้าจะหาได้บ้างก็คงได้แต่ชั้นรอง ๆ หรือเก่า ๆ, หรือได้ชั่วคราวระยะสั้น, ซึ่งแปลว่าต้องมีอาจารย์ของตนเองคอยรับช่วง. เพราะฉะนั้นการเตรียมอบรมอาจารย์ล่วงหน้าไว้ก่อน จึงเป็นการดีที่สุด และได้ผลมากที่สุด.

(๓) การปรับปรุงหลักสูตร. วิชาแพทย์มีการคลเคล้าอย่างรวดเร็ว, หลักสูตรการสอนจึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงอยู่เสมอเพื่อให้ทันสมัยและเพื่อให้นักศึกษาได้รับความรู้ที่มีประโยชน์จริงจังและพอเพียง. เนื่องด้วยเวลาสำหรับการศึกษามีจำกัด, ขณะเดียวกันความรู้ต่าง ๆ มีมากขึ้น, จึงจำเป็นต้องมีการตัดทอนการสอนบางอย่างลง, มิฉะนั้นนักศึกษาจะได้รับ การสอนที่ยืดเยียดเกินไปจนรับไว้ไม่ไหว. นอกจากลักษณะของหลักสูตรจะต้องเป็นไปในทางที่จะผลิตแพทย์ให้มีความรู้ตามภาวะและความต้องการของประเทศด้วย. ตัวอย่างเช่น สหรัฐอเมริการ่ำรวยมากและประชาชนนิยมการใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสำหรับวิชาแต่ละแขนง, ก็มีแผนผลิต

แพทย์ ซึ่งต่อไป ส่วนใหญ่จะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ. ส่วนในประเทศอังกฤษประชาชนนิยมใช้แพทย์ ประจำ ครอบครัว หรือ แพทย์ รักษาทั่วไป, ก็วางหลักสูตรที่จะผลิต แพทย์รักษาทั่วไปเป็นส่วนใหญ่.

(๕) การคัดเลือกนักศึกษา. ผู้ที่อยากจะเป็นแพทย์มีมากกว่าผู้ที่อาจเป็นแพทย์ได้, การคัดเลือกนักศึกษาจึงเป็นเรื่องจำเป็น. แต่การคัดเลือกนี้ไม่ควรจะขึ้นแต่เพียงเลือกเอาผู้ที่มีความรู้ดีกว่าเท่านั้น, ควรจะเลือกให้ได้ผู้ที่เหมาะสมสำหรับเป็นแพทย์ด้วย, จึงต้องการลักษณะอื่น ๆ อีกหลายประการนอกจากความรู้ดี. การคัดเลือกที่เหมาะสม จึงทำได้ยากและต้องการการปรับปรุงไปตามกาลเวลาและตามลักษณะของผู้ที่สมัคร, เพื่อให้ได้นักศึกษาที่ไกล่เกลี่ยคดีที่สุด.

จากการบรรยาย โดยสังเขปเห็นได้ชัดเจนว่าการ จัดอบรม คึกษาแพทย์ เพื่อให้ได้ผล ตาม ความ ต้องการ ของ ประเทศเป็น เรื่อง กว้าง ขวางและต้องการการการศึกษาฝึก คั้นและปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา, ตามภาวะ ในประเทศ และนอกประเทศ. หลาย ประเทศ ที่เห็น ความ สำคัญของเรื่องนี้ จึงจัดการ แต่งตั้ง คณะกรรมการ แห่งชาติ ขึ้นสำหรับ

รับผิดชอบในเรื่องนี้โดยเฉพาะ. มี เจ้าหน้าที่ประจำทำการสำรวจสถิติ, รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาแพทย์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ, มีคณะกรรมการกิตติมศักดิ์ซึ่ง ประกอบด้วยผู้มีความชำนาญในด้านการศึกษาแพทย์, ทำการ ประชุมปรึกษากันในระยะเวลาสั้นบ้างยาว บ้างตามภาวะการณ์, เพื่อให้การศึกษา แพทย์ ของ ประเทศอยู่ใน ระดับที่สอดคล้อง สัมมือ. คณะกรรมการทำหน้าที่ให้คำ ปรึกษาแก่โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ตามต้อ งการ, และมีสิทธิที่จะให้คำแนะนำหรือเมื กาคัด คั้นให้ทำการ ปรึยปรัง ตามที่เห็นสม ควร. นับว่าเป็นองค์การที่มีความสำคัญ มากในความเจริญก้าวหน้าของประเทศ.

การศึกษาแพทย์เป็นเรื่องสำคัญและมีความ จำเป็น จะต้องได้รับการ ปรึยปรัง เพื่อ คลคลายอยู่ตลอดเวลา. การที่จะประชุม ปรึกษาหารือกันนาน ๆ บ่อยครั้ง จึงไม่อาจ จะให้ผลดีจริง ๆ ได้. แท้จริงควรจะมีการ พิจารณา สอดส่อง ในด้าน พัฒนาอยู่ตลอด เวลา. การจัดตั้งคณะกรรมการสำหรับ รับผิดชอบนี้ โดยเฉพาะ จึงเป็น เรื่อง ที่ น่า คึก มาก.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: อุกฤษต์ เปล่งวานิช พ.บ., Dr. med., ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ., Dipl. Am. Bd. Rad., M.A.C.R., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
ทินวัฒน์ ทรงธนศักดิ์ พ.บ., ดวงพ็ชน์ โทณะวนิก พ.บ., จิรา อินทนิยม พ.บ.
ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ., นฤมล มรรคดวงแก้ว พ.บ., วิฑูร อตันโถ พ.บ.

๑. Oger, O.: การศึกษาโรค เบ็ค'ส ซาร์คอยท์ ในทางคลินิก Beitr. Klin. Tuberk. 1962, 125 : 241-259.

การวิเคราะห์ผู้ช่วย ซาร์คอยโคสิส ๖๔ ราย, ซึ่ง ๖๒ ราย ได้รับความการศึกษาติดตามอยู่เป็นเวลาครึ่งปี ถึง ๑๖ ปี, แสดงว่า โรคได้มีการลุกลาม ๑๑ ราย, ทรง ๑๓ ราย, และหาย ๒๗ ราย (๒๓ ราย หายอย่างสมบูรณ์; ๔ ราย มีไฟโบรสิสเหลืออยู่). ผู้ช่วย ๑๑ ราย ที่โรคมีการลุกลาม เป็นเพราะได้รับการรักษาเพียงให้ การพักผ่อนหรือการให้ยาต้านวัณโรคเท่านั้น. รายที่ได้รับการรักษาด้วย คอร์ติโคสเตอรอยด์ ร่วมกับยาต้านวัณโรค ไม่มีแม้แต่รายเดียวที่โรคมีการลุกลาม. ใน ๑๓ ราย ที่โรคมีอาการทรง, มีเพียง ๓ ราย ที่เคยได้รับการรักษาด้วย ฮอร์โมน.

ในรายงานนี้ ผู้รายงานได้ทบทวน ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรค และ

รายงานผู้ช่วยโดยละเอียด ๕ ราย, ซึ่ง ๔ ราย เพาะเชื้อวัณโรคได้จากเสมหะตกจากหลอดลมและรายที่ ๕ พบเชื้อวัณโรคชนิด โยไวน์ จากผิวหนังบริเวณเป็นโรค โดยการฉีกเข้าไปในสัตว์.

อุกฤษต์ เปล่งวานิช พ.บ., Dr. med.

๒. Kissing, R.E., D.R. Reese: วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจากทีสซูคัลเจอร์. J. Immunol. 1963, 91 : 362.

การฉีด วัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หลังจากที่ได้รับเชื้อโดยวิธีใด ๆ ก็ตามหรือ โดยถูกสุนัขกัด ก็นับว่าเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง. จนกระทั่งปัจจุบันนี้ วัคซีนที่ผลิตขึ้นใช้ผลิตจากเนอสมองของสัตว์ อาจทำให้ผู้ช่วยแพ้ วัคซีน และทำให้ล้มออีกเสียได้. ได้มีผู้พยายามเอาส่วนประกอบที่ทำให้แพ้ออกไปเสียโดยกรรมวิธีต่าง ๆ, แต่ก็ไม่ม่วิธีใดที่เหมาะสมจะนำมาใช้ใน

ทางผลิตเพื่อการค้า.

ต่อมาเมื่อผู้ทดลองเลี้ยง ไวรัส ใน เอ็ม-บริวโอ ของไก่และของเป็ดได้ผลสำเร็จ. วัคซีน ที่ผลิตได้จาก เอ็มบริวโอ ของไก่ ใช้ได้ผลดีมากในสุนัข, แต่ไม่ได้ผลในมนุษย์. จาก เอ็มบริวโอ ของเป็ดก็ได้มีผู้ทดลองใช้ในมนุษย์แล้วและมีรายงานหนึ่ง ระบุว่าทำให้เกิดสมองอักเสบได้. ผู้รายงานทั้งสองได้ทดลองเลี้ยง ไวรัส โรคพิษสุนัขบ้าใน เซลล์ ทเพาะจากเนื้อในของ สุนัข, แมว, หนูตะเภา และ แฮมสเตอร์. ปรากฏว่าปริมาณของ ไวรัส จะได้สูงที่สุดใน เซลล์ ไตของ แฮมสเตอร์. แต่อย่างไรก็ตามปริมาณของ ไวรัส ก็ยังต่ำกว่าที่ได้จากการฉีดเข้าสมองของกระต่าย. ปริมาณของ ไวรัส ที่ได้จากการเลี้ยงให้หลอดทดลองนี้จะทำให้ปริมาณสูงจนได้อีกโดยการ ไตอะลิยส์ และใช้ ๐.๐๕ ปช. ฟอรัมาลิน ในการทำลายเชื้อ ไวรัส. วัคซีน ที่ได้ทดลองผลิตในไตทดสอบตรงตามมาตรฐานของ ฮาเบล และของสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติของสหรัฐ. จากการศึกษาค้นคว้านี้มีผลพลอยได้ ๒ ประการที่สำคัญคือ:

๑. นำไปสู่วิธีทดสอบ นิวทราไลเซ-

ชัน ในหลอดทดลองซึ่งแต่เดิมทำในสัตว์ทดลอง.

๒. พบว่า ไวรัส โรคพิษสุนัขบ้าคงจะเป็น ไวรัส ชนิด RNA, เพราะว่าสารเคมี ๕-โบรโม-ดีออกซี-ยูริดีน (5-BDU) ซึ่งเป็นสารที่ยับยั้งการแบ่งตัวของ ไวรัส DNA ไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการเจริญแบ่งตัวของ ไวรัส ชนิดนี้ได้.

ประเสริฐ ทองเจริญ W.B., Dr. med.

๓. Schatzki, R.: วงแหวนที่ปลายหลอดอาหาร. Amer. Jour. Roentgenol, Rad. Therap. Nuclear Med. 1963, 4:805-810.

ผู้เขียนเข้าใจว่าภาพวงแหวนที่ปรากฏที่ส่วนปลายของหลอดอาหารในภาพรังสีเรนต์เกน คือส่วนที่มีการจำกัดการยืดตัวของหลอดอาหารส่วนนั้นและเป็นตำแหน่งที่เป็นส่วนต่อระหว่างเยื่อหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร.

ผู้พิมพ์วงแหวนที่ปลายหลอดอาหาร ๓๓๒ ราย, ๑๐๔ รายมีอาการกลืนลำบาก. ทกราย (๔๐ ราย) ที่มีความกว้างของวงแหวนนี้ (วัดโดยตรงจากสไปด फिल्म) เล็กกว่า ๑๓ มม. มีอาการ, แต่มีเพียง ๒ รายที่มีขนาดของวงแหวนใหญ่กว่า ๒๐ มม. และมีอาการ.

ได้ใช้เวลามากกว่า ๕ ปี ศึกษาและติดตามผู้ป่วยที่มีวงแหวนที่ปลายหลอดอาหารจำนวน ๖๖ ราย, ซึ่งจากจำนวนนี้มี ๓๐ รายที่มีอาการกลืนลำบากเมื่อตรวจครั้งแรก. และในผู้ป่วยที่ติดตาม ๓๐ รายนี้ ๑/๓ ของผู้ป่วยมีขนาดของวงแหวนเล็กลง (โดยถือว่ามี การเปลี่ยนแปลงของขนาดมากกว่า ๒๐ เปอร์เซ็นต์ของขนาดเดิม), แต่มีเพียง ๔ รายเท่านั้นที่มีอาการมากขึ้นและประมาณ ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นถึงแม้ว่าขนาดของวงแหวนจะเล็กก็ตาม. อีก ๓๖ รายที่ตรวจพบวงแหวนแต่ไม่มีอาการกลืนลำบากมีขนาดของวงแหวนระหว่าง ๑๓-๒๐ มม. ภายหลังที่ได้ติดตามเกินกว่า ๕ ปีปรากฏว่า ๑/๕ ของพวกนี้มีขนาดของวงแหวนเล็กลงกว่าเดิม. แต่มีเพียง ๔ รายเท่านั้นที่ต่อมาเกิดอาการ. โดยที่ใน ๔ รายนี้มีเพียง ๒ รายที่ขนาดของวงแหวนเล็กลงและอีก ๒ รายไม่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของวงแหวน, ไม่มีการอักเสบของหลอดอาหารเกิดขึ้นภายหลังที่ได้ติดตามผู้ป่วยที่มีวงแหวนทั้งหมด ๖๖ รายนี้.

ผู้เขียนให้ความเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงนิสัยของการกินอาหารอาจจะทำให้

อาการน้อยลงหรือมากขึ้นได้, และได้สรุปว่าไม่มีความแตกต่างขั้นมูลฐานระหว่างวงแหวนที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการ.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๔. Hultgren, H.V., C.E. Loper, E.

Lundberg, H. Milleri: การศึกษาทางสรีรวิทยาของอาการบวมหน้าของปอดเมื่อหายใจ. *Circulation* 1964, 29:393-408.

กลุ่มผู้เขียนจากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด, คาลิฟอร์เนียได้ศึกษาผู้ป่วย ๔ รายที่ประเทศเปรู โดยการทำการสวนหัวใจผู้ป่วยขณะมีอาการบวมหน้าของปอด (Pulmonary oedema) ซึ่งผู้ป่วยทั้งสี่ไม่มีโรคหัวใจมาก่อนเลย. ผลพบว่าขณะเกิดอาการผู้ป่วยมีความดันในปอดเกิน, หัวใจสับฉีกเล็กน้อย, ระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำลง, Pulmonary Artery wedge Pressure ลดลง. ภายหลังทำให้ผู้ป่วยหายใจออกซิเจน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์. พบว่าความดันเลือดในหลอดเลือดแดงพัลโมนารีลดลง และ Wedge Pressure สูงขึ้นเป็นปรกติ.

จากการตรวจผู้เขียนสรุปว่าสาเหตุ

ของ อาการ ขวมนำของ ปอดใน คน พวกนี้
เกิดจากการที่ อาร์เทอร์โวล ในปอดหดตัว.
ผู้เขียนไม่พบเหตุการณ์ที่บ่งชี้ว่าอาการเกิด
ขึ้นเป็นผลมาจากหลอดเลือดดำ พัลโมนารี
หดเกร็งหรือกล้ามเนื้อหัวใจล้มเลย.

ยศวีร์ สุขุมมาลจันทร์ พ.บ.

๕. Tsui, S., Y. Kobara, K. Nagano:

รายงานผู้ช่วยมีติบกลีบเสริมและกระบังลม
ทะเล. Jap. J. Tuberc. 1962, 10:109-116.

วิธีของ ติบเป็นของ พบได้ไม่บ่อย.
คอร์นบลูมเสนอธิบายงานกลีบเสริม
(accessory lobe) เป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ.
๑๙๓๐. เท่าที่รวบรวมได้จนถึงปัจจุบัน
มีรายงานไว้แล้ว ๑๐ ราย. โดยปรกติ
การวินิจฉัยอาศัยการตรวจทางรังสีพร้อม
กับการใส่อากาศเข้าช่องท้อง หรือการผ่า
ตัดหรือการตรวจศพ. ผู้ช่วยรายปัจจุบัน
ตรวจพบโดยการตรวจทรวงอกทางรังสีใน
งานประจำ. จากการผ่าตัด, นอกจาก
พบว่า มีติบกลีบเสริม ยังพบว่า มี กระบังลม
ส่วนที่ ปกคลุม ติบกลีบเสริม เป็นแผ่นเยื่อ
บางและมีรอยทะเลสองแห่ง, ซึ่งไม่อาจ
แยก ได้ว่า เกิดขึ้น จากการ ใส่ อากาศ เข้า
ช่องท้องหรือเกิดอยู่ก่อนแล้ว. การวินิจฉัย

ก่อนผ่าตัดไม่อาจทำได้ เพราะ ขณะทำการ
ตรวจโดยใส่อากาศเข้าช่องท้องอากาศรั่ว
เข้าสู่ช่องอกทางรอยทะเลหมด. ผู้รายงาน
กล่าวว่า ส่วนกระบังลมที่เป็นเยื่อบางมี
การผิดปรกติแต่กำเนิด.

(หมายเหตุของผู้ย่อ : ผู้ช่วยในรายงานนี้
น่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น นิวโรเจนิก
อะพลาเซีย (อีเว็นเตอร์ชัน) บางส่วนของ
เนอกลิ้มกระบังลมขวา, ร่วมกับมีกลีบ
เสริมของติบ.)

ทินวัธน์ ทรงชนศักดิ์ พ.บ.

๖. Lind, A.R.: ผลทาง สรีระของการทำ
งานไม่มีพักหรือทำเป็นพักๆ ในอากาศร้อน.
J. Appl. Physiol. 1963, 18:57-60.

เราเคยทราบแล้วว่า ถ้า กำหนดให้
อัตราการทำงานคงที่และงานที่ทำนั้นอยู่ใน
ขนาดที่ จะไม่ทำให้การ ปรับอุณหภูมิของ
ร่างกายเปลี่ยนแปลงแล้ว, ขอบเขตของ
อุณหภูมิแวดล้อมจะขึ้นอยู่กับสภาพอากาศ.
ผู้รายงาน ได้พยายาม แสดงให้เห็นว่า
เห็นว่าการทำงานแบบไม่มีพักกับแบบมีพัก
จะมีผลทางสรีรวิทยาแตกต่างกันหรือไม่.

ให้ผู้ถูกทดลองทำงาน ๘ ชั่วโมงโดย
ให้ใช้พลังงาน ๒,๑๐๐ กิโลแคลอรี ใน

สภาพอากาศ ๓ แบบ, คือในอุณหภูมิ
กะเปาะแห้งและกะเปาะเปียกเท่ากับ ๒๕.๕°
และ ๒๓.๕°ซ., ๓๖.๗° และ ๒๕.๖°ซ.,
กับ ๔๑.๑° และ ๒๘.๓°ซ. ตามลำดับ.
ในแต่ละแบบของสภาพอากาศให้ทำงานทั้ง
๒ แบบ คือ ๑) ทำไม้มีพริกตลอด ๘ ชั่วโมง.
๒) ทำงานหนักกว่าแต่มีพริก, ลงท้ายแล้ว
ให้ไค้ ๒,๑๐๐ กิโลแคลอรีเท่ากัน.

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ใช้
ตัดสินคืออุณหภูมิวัดจาก เร็คตัม, อัตรา
ชีพจร, นำหนักที่ลดไป. พบว่าถ้าให้ทำ
งานประมาณ ๒,๑๐๐ กิโลแคลอรีต่อวัน,
ซึ่งกล่าวว่าเป็นเท่ากับงานประจำวันของคนทำ
งานหนัก แล้วจะ ไม่มี ความแตกต่างทาง
สรีรวิทยาไม่ว่าจะทำงานแบบพริกหรือไม่พริก.

ดวงพิชัญ โทณะวณิก พ.บ.

๗. Best, M.B., C.H. Duncan: ฤทธิ์ของ
ยาลด โคลีสเตอรอล คือ ไทรกลีเซอ-
ไรด์ใน เซรัม. J.A.M.A. 1964, 187:37-40.

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่า โคล-
เลสเตอรอล เป็นไขมันที่มีปริมาณสูงชัน
กว่าปรกตินั้นมีความเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือด
โคโรนารี. Schrade และคณะพบว่าผู้ช่วยซึ่งเคยเป็น อินฟาร์คชัน ของกล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจมาก่อนจะมี ไทรกลีเซอไรด์ ใน
เซรัม สูงชันมากกว่า โคลเลสเตอรอล. ด้
นั้นหมายความว่า โคลเลสเตอรอล หรือ ไทร-
กลีเซอไรด์ ใน เซรัม จะเป็นสิ่งช่วยทำ
นายโรคหลอดเลือด โคโรนารี ที่จะเกิด
ขึ้นในอนาคตได้แน่ชัดกว่ากันนั้นต้องรอผล
การศึกษาค้นคว้าต่อไป.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยาลด โคลเลส-
เตอรอล ใน เซรัม หลายชนิดเช่น ลีโกล-
เตอรอล, โซเดียม เด็กซ์โตรอัยร็อกซีน,
แอนโคโรสเทอโรน กับ โคลฟีเบรต, และ
นีโอมัยซิน ซัลเฟต, พร้อมกันตรวจหา
ไทรกลีเซอไรด์ ใน เซรัม ด้วย. ถ้า
ไทรกลีเซอไรด์ เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค
หลอดเลือด โคโรนารี มากกว่า โคลเลส-
เตอรอล แล้ว, แอนโคโรสเทอโรน ร่วมกับ
โคลฟีเบรต จะเป็นยาที่ได้ผลดีที่สุดเพราะ
ทำให้ ไทรกลีเซอไรด์ ใน เซรัม ลดได้
มากกว่ายาชนิดอื่น ๆ ที่กล่าวมานั้น.

จิรา อินทะนิยม พ.บ.

๘. Kemper, F: อินทรายจาก ฮาลิโต-
ไมด์ เพราะขาดวิตามิน บี หรือ. Dtsch.
med. Fosch. 1963, 2:58-60.

จากผลการค้นคว้าของผู้รายงานเกี่ยวกับ
ฮาลิโตไมด์ (เอ็น-พลาซีล กลตามิก

อะซิท อะไมด์) พอสรุปได้ว่าอันตรายจาก ยานี้เกิดจากมีการรบกวนใน เมตะบอลิซึม ที่ควบคุมโดย วิตามิน บี. แพคเตอร์ โดยการแย่งที่หรือแสดงฤทธิ์ต่าง. ทั้งนี้ เพราะพบว่า :

๑. ในลูกไก่ที่ให้ขาด วิตามิน บี. รวม พบว่าการเติบโตหยุดชะงักและพบความผิดปกติชัดเจนโดยเฉพาะในเลือด, ตับ, ม้าม และต่อมไทรอยด์อื่น ๆ เช่นเดียวกับลูกไก่ที่ให้ ธาตุโคไมต์.

๒. ถ้าให้ ธาตุโคไมต์ ควบไปกับ วิตามิน บี. รวม ในขนาดพอเหมาะก็สร้าง ภายต้องการ พบว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามข้อ ๑ ไม่เกิดขึ้น.

๓. โดยการให้ ธาตุโคไมต์ ๐.๕ มก. ต่อฟองไข่ ๑ ฟอง เพียงอย่างเดียว, พบว่าเพียง ๓๓ ปรส. ไข่จะฟักออกเป็นตัว และพบความพิการด้วย, แต่ถ้าให้ ธาตุโคไมต์ ขนาดเต็มร่วม วิตามิน บี. รวม, ๕๒.๕ ปรส. ฟักออกเป็นตัว. ถ้าให้ ธาตุโคไมต์ ร่วมกรด โฟลิก ๑.๕ มก., ๘๕ ปรส. ฟักออก. ลูกไก่ในไข่ที่ให้วิตามิน บี. รวมไม่พบว่าการเติบโตน้อยกว่าปรกติ, แต่ในไข่ ๑๒๕ ฟองที่ให้ ธาตุโคไมต์ ร่วมกรด โฟลิก เพียง ๑ ฟองพบความพิการที่

จอยปากและตา.

มีข้อที่น่าสังเกตว่าวิตามิน บี. รวม นั้น ประกอบเป็น โคเอ็นไซม์ ออกซิเตส, ทรานสอะมิเนส, และอื่น ๆ, ซึ่งจำเป็นยิ่ง ต่อ เมตะบอลิซึม. ดังนั้นการขาด วิตามิน บี. รวม ระหว่างการเจริญของ เอ็มบริโอ อาจนำมาซึ่งความพิการเนื่องจากร่างกาย ได้รับสิ่งอื่นจำเป็นไม่เพียงพอในการ เมตะบอลิซึม. ดังนั้นตามความเห็นของผู้รายงานเชื่อว่า ธาตุโคไมต์ คงไปขัดขวางการใช้ วิตามิน บี. รวม ใน เมตะบอลิซึม ของ เอ็มบริโอ, ทำให้ เซลล์ ขาดตัวนำ ออกซิเจน และ ฮัยโดรเจน เมตะบอลิซึม จึงไม่สมบูรณ์ และเกิดความพิการขึ้น.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๔. Hurford, J.V., G.M. Little, H.W.G. London: ประโยชน์ของ เพอร์นิซิโอสโลน ใน โรคโลหิตลมอักษะเรอริง. Brit. J. Dis. Chest. 1963, 57:133-139.

การบริหาร "สเตอรอยด์" ในโรคโลหิตลมอักษะเรอริงและ เอ็มฟิซมา ยังไม่มีผลการศึกษาแสดงไว้นั่นอน. ผลดีจากการใช้ยาในบางรายงานก็เป็นเพียงการมีความรู้สึกสบายทั่วไปเพิ่มขึ้น, หรือเกิด

จากการรวมเอาผู้ป่วยโรคหอบหืดเข้าไว้ใน
กลุ่มการศึกษา.

การศึกษาปัจจุบันได้ปฏิบัติกับผู้ป่วย ๓๕
ราย ซึ่งการวินิจฉัยโรคก็ยึดตามคำนิยาม
ของ Oswald (1957) โดยเครื่องครีท (“โรค
หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นการตีความของ
บร็องไชม์ และ บร็องชีโอไลท์ ที่มี ไอ, เสมหะ
และหายใจหอบเป็นอาการสำคัญ”) และ
ไม่รวมผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหอบหืด
ด้วย. การศึกษาแบ่งออกเป็น ๒ ภาค:
ภาคแรก, ผู้ป่วย ๑๕ รายได้รับเพอร์ค-
นิโซโลน ๓๐ มก. ต่อวัน, นานหนึ่ง
สัปดาห์, ที่เหลือ ๒๐ รายได้รับยาหลอก.
ภาคหลัง, ผู้ป่วยทั้ง ๒ พวกในภาคแรก
ซึ่งไม่แสดงผลดีต่อการใช้ยาพวกละ
๑๑ ราย ได้รับเพอร์คินโซโลน อีกเป็น
ระยะเวลาหนึ่ง. ประโยชน์จากการใช้ยา
ประเมินจาก ผลทางคลินิก และการทค-
สอบทางการหายใจ ๒ อย่างคือ MBC และ
ปริมาณของอากาศหายใจ ออกเต็มที่ ต่อ
นาที.

ผลการศึกษาดังกล่าว (๑) ส่วนใหญ่
ของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
ไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการใช้
สเตียรอยด์ เพราะไม่มีการเปลี่ยนแปลงใน

การทดสอบทางการหายใจ ทั้ง ๆ ที่บาง
รายมีความรู้สึกสบายขึ้น, และผลการ
ตรวจกายภาพดีขึ้น. (๒) โดยที่ยังมีผู้ป่วย
บางรายแสดงผลดีของการใช้ยาโดยการ
ทดสอบดังกล่าว, จึงแนะนำว่า สเตียรอยด์
อาจนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยรายที่การรักษา
โดยวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล, แต่จะต้องทำการ
ทดสอบด้วย ถ้าดีขึ้นจึงบริหารยาต่อไป,
และต้องให้แอนติไบโอติก ร่วมด้วยเสมอ.
(๓) ผู้ป่วยบางรายจะแสดงผลดีต่อเมอการ
บริหารยาได้ดำเนินไปเป็นเวลานานพอ
สมควร.

นฤมล มรรคดวงแก้ว, พ.บ.

๑๐. Philpott, J.A., Jr. et al.: แกรนู-
โลมาจากสรวายหน้า. Arch. Dermatol.
1963, 88: 158-162.

ในปี ๑๙๕๑ ได้มีการรายงานพยาธิ-
สภาพแบบทูเบอร์คูลอยด์ แกรนูโลมา ที่
ผิวหนังในตำแหน่งขาดเจ็บจากสรวายหน้า
ที่ประเทศสวีเดนและคานาดา. ต่อมาเมื่อ
ปี ๑๙๕๔ จึงพบสาเหตุของโรคว่าเกิดจาก
เชื้อมัยโคแบคทีเรียม บัลเนไอ. เชื้อนี้ไม่
ทำให้เกิดพยาธิสภาพผิวหนังแบบอื่นหรือ

โรคทางร่างกายทั่วไป. ในปัจจุบันยังไม่ทราบแหล่งธรรมชาติของเชื้อ.

บทความนี้เป็นรายละเอียดรวบรวมจากผู้ช่วย ๒๕๐ คน ที่พบในคราวระบาดในมลรัฐโคโลราโด เมื่อปี ๑๙๕๕. อับัติการเกิดในผู้ที่ไ้รับอับทวเหตุเล็ก นอยขณะบนขนลงจากสระว่ายน้าซึ่งเป็นชนิดที่บริเวณขอบและพื้นสระปกาคไว้ไม่ส้เรียบร้อย. ตำแหน่งที่เป็นโรคบ่อยที่สุด คือ บริเวณข้อศอกข้างใดข้างหนึ่ง, มักเป็นแห่งเดียว, แต่ที่แขนซีก้พบได้. ส่วนมากผู้ช่วยไม่มีอาการ. หลอดและต่อมน้าเหลืองใกล้เคียงไม่อักเสบ. ลักษณะจุลกายวิภาคของผิวหนังที่เป็นโรคในระยะแรกเป็นแบบปฏิกิริยาการอักเสบโดยมี ลิมฟ์โฝซัยต์, โปลิมอร์ฟ และ ฮิสติโอซัยต์ แทรกอยู่ในชั้น เคอร์มิส; ระยะหลัง ๆ พบ ทเบอร์-คูลอยต์ แกรนูโลม่า ประกอบด้วย เซลล์

เอพิทิลอยต์และ เซลล์ ยักษ์ของ ลางกอน. ไม่พบ เคสิเชน. ย้อม เซ็คชัน พบเชอมีโยโค. บลเนไอ ต้วยาวและอ้วนกว่าเชอวัณโรค, และเพาะชนระหว่างวันที่ ๘-๑๔. ที่ ๓๐-๓๓ ชม. เมื่อดกกับแสงสว่าง โคโลนิย์ เปลี่ยนจากสีขาวเป็นเหลืองส้ม, จึงจัดเป็นพวก โฟโตโมโรโมเจนิก. โรคนี้สงบได้เอง. การรักษาใช้วิธีตัดเนื้อที่เป็นโรคออก หรือใช้การให้ความร้อนหรือความเย็นจัดเฉพาะที่ได้ผลในบางราย. การศึกษาในแก้วแสดงว่าเชื้อคือต่อ ไอโซไนอะซิก, พี.เอ.เอส., และ ไโรอะเซตาโซน, แต่ไว้อย่างต่อ สเตร็ปโตมัยซิน. การควบคุมการระบาดของโรคได้แก่การปรับปรุงสภาพทั่วไปของสระว่ายน้า, การกำหนดอุณหภูมิให้เหมาะสมและการทำลายเชอด้วย ฆลอริน.

วิฑูร อตันโก พ.บ.

ปกิณกะ

๑. ข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์แพทย (1)

Measurements of the New-born

Dimension	Length. cm.
Biparietal	8.97 (7.9–11.0) (1)
Suboccipito-bregmatic	10.17 (8.5–12.0) (1)
Circumference	32.90 (28.0–36.0)(1)
Mean birth weight	2901.03 gm. (1)
do. do.	3068.0 .. (2)
do. do.	3068.4 .. (3)
Mean birth length	46.13 (38.0–55.0)(1)
do. do.	49.36 (3)
Length of umbilical cord	49.74 (3)
Weight of Placenta	579.6 gm. (3)

External Pelvic Measurements

Interspinal diameter	23.6 (3)
do. do.	24.45 (20.0–28.8)(1)
Intercristal diameter	26.11 (3)
do. do.	26.56 (23.0–31.0)(1)
External conjugate	18.03 (3)
do. do.	18.09 (14.5–21.0)(1)

Height of Mother

150.78 (137.0–165.3)(1)

Multiple Pregnancy + (3)

Twins	1 : 106
Triplets	1 : 4219
Quadruplets	1 : 33752
Siamese twins	1 : 16876

Mean Birth Weights in successive Deliveries⁽²⁾

First	2927 gm. (average of 1020 measurements)
Second	3051 .. (do. 1256 do.)
Third	3102 .. (do. 831 do.)
Fourth	3109 .. (do. 561 do.)
Fifth	3140 .. (do. 383 do.)
Sixth	3130 .. (do. 263 do.)
Seventh	3181 .. (do. 160 do.)
Eighth	3147 .. (do. 110 do.)
Ninth	3347 .. (do. 69 do.)
Tenth	3313 .. (do. 51 do.)
Eleventh	3336 .. (do. 33 do.)
Twelfth	3143 .. (do. 13 do.)
Thirteenth	3189 .. (do. 7 do.)
Fourteenth	3217 .. (do. 3 do.)
Fifteenth	3050 .. (do. 2 do.)
Sixteenth	3430 .. (One measurement)

Maternal Mortality in Provincial Hospitals⁽⁴⁾

Year	Total admissions	Deaths
1953	4263	59
1954	1721	85
1955	9791	178
1956	11574	245
1953-1956	32749	567

Maternal Mortality Rate 1.729 %

Normal Pregnancy and Normal Spontaneous Delivery 19731 cases

Total No. of Abdominal and Complicated Cases 12876 ..

Proportion between Normal and Abnormal 3:2

เอกสาร

(1) C. Sestvati & S. Tanroengbanij : A preliminary consideration of Labour in Siamese women with particular reference to pelvic measurements and the size of the new-born : Transactions of the Eighth Congress of Far Eastern Assn. of Trop. Med. Siam, 1930.

(2) S. Sribhen . Birth Weight in Successive Deliveries. Siriraj Hospital Gazette 1952, 4:105.

(3) Obstetrical Statistics of Women's Hospital, Bangkok, 1951-1956.

(4) P. Seriratana: Maternal Mortality in Provincial Hospital Section in the last Four Years (Years B.E. 2496-2499), (In Print).

๒๑. ชีวิตอากาศวิทยาในวิชาแพทย์แผนโบราณ

ที่แรกเกิดของโรค.....อาไศรย
เหตุเหล่านี้เป็นมูลก่อน คือ :

๑. ฤกษ์แปรไป, ๒. อาหารให้โทษ,
๓. ไม่เปลี่ยนอิริยาบถ, ๔. ต้องร้อนยิ่งนัก,
๕. ต้องเย็นยิ่งนัก, ๖. อคนอน,
๗. ออกข้าว, ๘. ออกน้ำ, ๙. กลืนอุจจาระ,
๑๐. กลืนขี้ส้วม, ๑๑. ทำการเกินกำลังกาย,
๑๒. โศรกเศร้าเสียใจ.

โทษทั้งปวงทั้งวามานแลเป็นต้นเหตุที่โรคจะบังเกิด โรคทั้งปวงจะบังเกิด ก็อาไศรยโทษทั้งวามา

จะกล่าวด้วยฤกษ์แปรไปก่อน ฤกษ์แปรไปนั้น คิมหะฤกษ์คือตั้งแต่เดือน ๔ แรมค่ำหนึ่ง เดือน ๕ เดือน ๖ เดือน ๗ จนเดือน ๘ แรมค่ำหนึ่ง รวมเป็น ๔ เดือนถ้วน ใน ๔ เดือนนี้เป็นระหว่างฤกษ์ร้อน อากาศร้อน รักษาภายมนุษย์อยู่ สัมผัสแลธาตุของมนุษย์ได้กระทบความร้อนเป็นธรรมดา ก็มีอากาศฝนอากาศหนาวเจือมา

วิสัยฐานะฤกษ์ ตั้งแต่เดือน ๘ แรมค่ำหนึ่ง เดือน ๙ เดือน ๑๐ เดือน ๑๑ จน

เดือน ๑๒ แรมค่ำหนึ่ง รวมเป็น ๔ เดือนถ้วน ใน ๔ เดือนนี้เป็นระหว่างฤกษ์ฝน อากาศฝนรักษาภายมนุษย์อยู่ สัมผัสแลธาตุของมนุษย์ได้กระทบความเย็นเป็นธรรมดา ก็มีอากาศร้อนอากาศหนาวเจือกัน

เหมือนตระกูล ตั้งแต่เดือน ๑๒ แรมค่ำหนึ่ง เดือน ๑ เดือน ๒ เดือน ๓ จนเดือน ๔ รวมเป็น ๔ เดือนถ้วน ใน ๔ เดือนนี้เป็นระหว่างฤกษ์หนาว อากาศหนาวรักษาภายมนุษย์อยู่ สัมผัสแลธาตุของมนุษย์ได้กระทบความหนาวเป็นธรรมดา ก็มีอากาศฝนอากาศร้อนเจือมา เพราะเหตุดังนี้จึงว่า ฤกษ์แปรไป มักให้มนุษย์มีความไข้เจ็บด้วย สัมผัสแลธาตุไม่เสมอ อนึ่งเมื่อฤกษ์กับฤกษ์จะต่อกันนั้น ก็ทำให้สัมผัสของมนุษย์ไม่เสมอแลวิปริต ก็จัดว่าฤกษ์แปรไปเหมือนกัน ซึ่งฤกษ์แปรไปไม่เป็นปรกติเช่นนั้น จึงเป็นต้นเหตุที่จะบังเกิดได้ทั้งวามา

(คัดจากตำราแพทย์แผนโบราณ)

๓. แนะนำหนังสือ

หนังสือ: Motor Examination of Peripheral Nerve Injuries

ผู้แต่ง Y.T. Oester M.S. Ph.D., M.D.;
Professor of Pharmacology, Stritch
School of Medicine, Loyola, University,
Chicago, Illinois.

John H. Mayer Jr., M.D., F.A.C.S.;
Neuro-surgical service, Percy Jones
General-Hospital, Battle Creek, Michi-
gan.

โรงพิมพ์: Charles C. Thomas Publisher,
Springfield, Illinois, U.S.A. 1960.

ขนาด: ๑๑" x ๘" x ๘๕ หน้า

ผู้ที่ทำการตรวจผู้ป่วยที่มีอุบัติเหตุที่
ต่อประสาทส่วนปลาย มักจะประสบความ
ลำบากในการวินิจฉัยให้แน่นอน, เพราะ
เนื้องอกของแขนและขามักจะมีการทำ
งานทดแทนเนื้องอกที่สูญเสียประสาท
และเนื้องอกบางชนิดมีประสาทเหลือเพียง

มากกว่าหนึ่งเส้น. หนังสือคู่มือเกี่ยวกับการ
การตรวจระบบประสาทส่วนมากมักจะเขียน
หนักไปในทางกายวิภาค ๆ มากกว่าที่จะให้
สะดวกในทางปฏิบัติ.

หนังสือเล่มขนาดกระเป๋าลำมือนั้นเป็นผล
ของการรวบรวมผู้ช่วยที่พิสูจน์แล้วว่าเส้น
ประสาทแขนและขาถูกตัดขาดระดับต่าง ๆ
มาแสดง เป็นตัวอย่างประกอบวิธีตรวจ.
อ่านง่าย ปฏิบัติง่ายเพราะมีภาพประกอบ.
พร้อมกันยังเป็นการทบทวนกายวิภาค-
ศาสตร์ของประสาทไปในตัวเสร็จ. ถึงแม้
จะเป็นหนังสือขนาดเล็ก แต่ก็ยังเป็นประโยชน์
อย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาและแพทย์ทั่วไป,
โดยเฉพาะเหมาะสำหรับห้องตรวจโรคของ
แพทย์เวรตามโรงพยาบาลที่มักจะต้องรับผู้
ป่วยอุบัติเหตุเป็นประจำ.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๔. เส้นประสาทเพื่อเลือกใช้ (๓๖)

๕๔๐๑. symmelia ขาเท้าติดกัน
๕๔๐๒. symphysial เกี่ยวกับรอยกระดูกประสาน
๕๔๐๓. symphysic เกี่ยวกับกระดูกประสานผิดปกติ
๕๔๐๔. symphysiectomy การตัดแนวกระดูกประสาน
๕๔๐๕. symphysis แนวกระดูกประสาน
๕๔๐๖. symptom อาการโรค
๕๔๐๗. symptom, abstinence อาการอดเสพยา
๕๔๐๘. symptom, cardinal อาการเอก
๕๔๐๙. symptom, concomittant อาการเกิดร่วม
๕๔๑๐. symptom, consecutive อาการเกิดตาม
๕๔๑๑. symptom, constitutional, general อาการทั่วไป
๕๔๑๒. symptom, delayed อาการเกิดล่า
๕๔๑๓. symptom, direct อาการโดยตรง
๕๔๑๔. symptom, equivocal อาการกำกวม
๕๔๑๕. symptom, indirect อาการทางอ้อม
๕๔๑๖. symptom, induced อาการจงใจ
๕๔๑๗. symptom, local อาการเฉพาะที่
๕๔๑๘. symptom, localizing อาการบ่งที่โรค, อาการบ่งตำแหน่งโรค
๕๔๑๙. symptom, objective อาการตรวจได้, อาการตามจริง
๕๔๒๐. symptom, precursory, premonitory อาการล่วงหน้า, อาการบอกกลาง
๕๔๒๑. symptom, presenting อาการนำไป
๕๔๒๒. symptom, pressure อาการถูกกด
๕๔๒๓. symptom, signal อาการล่วงหน้า, อาการบอกกลาง
๕๔๒๔. stmpptom, subjective อาการโดยรู้สึก
๕๔๒๕. symptom, withdrawal อาการอดเสพยา
๕๔๒๖. symptomatology อาการวิทยา
๕๔๒๗. symptomatolytic ทำให้อาการหายไป
๕๔๒๘. symptosis การชုပ်โทรม
๕๔๒๙. synapse รอยประสานประสาท
๕๔๓๐. synathroisis เลือดคั่งเฉพาะที่, เลือดเกินเฉพาะที่
๕๔๓๑. synchondrosis การประสานกระดูกอ่อน
๕๔๓๒. synchondrotomy การตัดส่วนประสานกระดูกอ่อน
๕๔๓๓. synchopexia อาการหัวใจเร็ว
๕๔๓๔. synchronia ภาวะเกิดพร้อมกัน, การเกิดตรงเวลา
๕๔๓๕. synchronism ภาวะเกิดพร้อมกัน
๕๔๓๖. synchronous ซึ่งเกิดพร้อมกัน
๕๔๓๗. synclinal ซึ่งโน้มหากัน
๕๔๓๘. synclonus อาการกล้ามเนื้อสั่น, อาการกล้ามเนื้อกระตุก
๕๔๓๙. syncopal เกี่ยวกับการเป็นลม
๕๔๔๐. syncope การเป็นลม
๕๔๔๑. syncopic เกี่ยวกับการเป็นลม
๕๔๔๒. syncytial เกี่ยวกับการเชื่อมร่วม
๕๔๔๓. syncytium เชื่อมร่วม
๕๔๔๔. syndactyl, syndactylous มีนิ้วติดกัน
๕๔๔๕. syndactylia, syndactylism ภาวะนิ้วติดกัน
๕๔๔๖. syndactylus ผู้มีนิ้วติดกัน
๕๔๔๗. syndactyly ภาวะนิ้วติดกัน
๕๔๔๘. syndesis การทำข้อติด
๕๔๔๙. syndesmitis เอ็นแผ่นอกเสียบ, เยื่อหุ้มตาอกเสียบ
๕๔๕๐. syndesmography การบรรยายร่องเอ็น
๕๔๕๑. synergism การร่วมพลัง, การร่วมฤทธิ์
๕๔๕๒. synergist ยาร่วมฤทธิ์, ยาช่วย, อวัยวะช่วย
๕๔๕๓. synergistic ซึ่งมีฤทธิ์ร่วม, ซึ่งมีฤทธิ์ช่วย
๕๔๕๔. synergy งานร่วม
๕๔๕๕. syngamy การร่วมทางเพศ
๕๔๕๖. syngenic เป็นแต่กำเนิด, มีแต่กำเนิด
๕๔๕๗. synidrosis การออกเหงื่อร่วม

๕๔๕๘. synocha, synochus ไข้เรื้อร
 ๕๔๕๙. synovia ไขข้อ
 ๕๔๖๐. synovial เกี่ยวกับไขข้อ
 ๕๔๖๑. synovitis เยื่อข้ออักเสบ
 ๕๔๖๒. syntaxis ข้อต่อ, การต่อเป็นข้อ
 ๕๔๖๓. syntectic การชุบโทรม
 ๕๔๖๔. synteresis การป้องกัน, การรักษา
 เพื่อป้องกัน
 ๕๔๖๕. synteretic ป้องกัน
 ๕๔๖๖. syntexis การชุบโทรม, การชุบผสม
 ๕๔๖๗. synthermal ร่วมอุณหภูมิ, อุณหภูมิ
 ตรงกัน
 ๕๔๖๘. syntripsis การบีบกระดูก, กระดูกหัก
 แดงย่อย
 ๕๔๖๙. syntrophus โรคเป็นแต่กำเนิด
 ๕๔๗๐. syntropic หันไปทางเดียวกัน, ร่วมทิศ
 ๕๔๗๑. synulosis การเกิดแผลเป็น
 ๕๔๗๒. synulotic ชวนให้เกิดแผลเป็น, ยาเร่ง
 แผลเป็น
 ๕๔๗๓. syphiloid คล้ายซัยฟิลิส
 ๕๔๗๔. syphilologist นักวิทยาซัยฟิลิส, ผู้ชำนาญ
 ซัยฟิลิส
 ๕๔๗๕. syphilology วิทยาซัยฟิลิส
 ๕๔๗๖. syphilopathy อาการแสดงทางซัยฟิลิส
 ๕๔๗๗. syphilophobia โรคกลัวซัยฟิลิส
 ๕๔๗๘. syphilophobic ชังกลัวซัยฟิลิส
 ๕๔๗๙. syphilopsychosis โรคจิตเพื่อซัยฟิลิส
 ๕๔๘๐. syphilosis พิษซัยฟิลิส
 ๕๔๘๑. syphilotherapy การรักษาซัยฟิลิส
 ๕๔๘๒. syphilotropic มุ่งซัยฟิลิส, กระทำแก่
 ซัยฟิลิส
 ๕๔๘๓. syphilous เกี่ยวกับซัยฟิลิส, ซึ่ง
 เป็นซัยฟิลิส
 ๕๔๘๔. syrigmus อาการหูด
 ๕๔๘๕. syringitis หลอดต่อหูดอักเสบ, หลอด
 ออดิต์ฟอักเสบ
 ๕๔๘๖. syringoid คล้ายหลอด, รูปหลอด, เป็น
 ลำราง
 ๕๔๘๗. syringomyelitis ไขสันหลังอักเสบ

เป็นโพรง

๕๔๘๘. syringotomy การผ่าแผลลำราง, การผ่า
 แผลลำรางทวารหนัก
 ๕๔๘๙. syrinx หลอด, แผลลำราง
 ๕๔๙๐. syrup นำเชื่อม, ยาน้ำเชื่อม
 ๕๔๙๑. syrup, simple ยาน้ำเชื่อมเปล่า
 ๕๔๙๒. syrup of citric acid ยาน้ำเชื่อมกรด
 ซิตริก
 ๕๔๙๓. syrup of orange ยาน้ำเชื่อมส้ม
 ๕๔๙๔. syrup of orange peel ยาน้ำเชื่อม
 ผิวส้ม
 ๕๔๙๕. system ก๊าซ, ระบบ, แบบวิธี
 ๕๔๙๖. system, absorbent ระบบน้ำเหลือง
 ๕๔๙๗. system, adipose ระบบไขมัน
 ๕๔๙๘. system, alimentary ระบบเกี่ยวกับ
 อาหาร
 ๕๔๙๙. system, blood-vascular ระบบเลือด,
 ระบบหลอดเลือด
 ๕๕๐๐. system, central nervous ระบบ
 ประสาทกลาง
 ๕๕๐๑. system, circulatory ระบบไหลเวียน
 ๕๕๐๒. system, dermal, dermoid ระบบผิว-
 หน้
 ๕๕๐๓. system, digestive ระบบย่อยอาหาร
 ๕๕๐๔. system, endocrine ระบบต่อมเล็งภายใน
 ๕๕๐๕. system, glandular ระบบต่อม
 ๕๕๐๖. system, inter-renal เบื่อต่อมหมวก
 ใต้
 ๕๕๐๗. system, lymphatic ระบบน้ำเหลือง
 ๕๕๐๘. system, portal ระบบปอร์ทัล
 ๕๕๐๙. system, urogenital ระบบสืบสาวะและ
 เพศ
 ๕๕๑๐. system, vascular ระบบหลอดเลือด,
 ระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง
 ๕๕๑๑. system, vasomotor ระบบคุมหลอดเลือด
 ๕๕๑๒. system, vegetative ระบบประสาทเสรี
 ๕๕๑๓. systematic โดยระบบ, มีระบบ

๕๕๑๔. systematization การจัดระบบ, การจัด
เข้าระบบ
๕๕๑๕. systematized ทำให้เข้าระบบ
๕๕๑๖. systemic โดยระบบ, เกี่ยวกับร่างกายโดย
ส่วนรวม, ทั่วร่างกาย
๕๕๑๗. systemoid คล้ายระบบ
๕๕๑๘. systole การหดตัวของหัวใจ, การบีบของ
หัวใจ
๕๕๑๙. systole, arterial การเต้นของหลอดเลือด
แดง
๕๕๒๐. systole, auricular การบีบของหัวใจ
ห้องต้น
๕๕๒๑. systole, catalectic การบีบไม่สุด
๕๕๒๒. systole, extra การบีบนอกจังหวะ
๕๕๒๓. systole, ventricular การบีบของหัวใจ
ห้องปลาย
๕๕๒๔. systolic เกี่ยวกับการหดตัวของหัวใจ,
เกี่ยวกับการบีบของหัวใจ
๕๕๒๕. systemma ตะคริวนอง
๕๕๒๖. tabacism การถูกพิษยาสูบ, การถูกพิษ
ยาสูบ
๕๕๒๗. tabacosis การถูกพิษยาสูบ, ผงใบยาสูบ
จับปอด
๕๕๒๘. tabagism ภาวะสูบบุหรี่เกิน
๕๕๒๙. tabefaction อาการชুবโทรม
๕๕๓๐. tabes ภาวะชুবโทรม, โรคไขสันหลังเสื่อม
๕๕๓๑. tabescent ชুবโทรม, หดเหี่ยว
๕๕๓๒. tabetic ชুবโทรม, เป็นโรคไขสันหลังเสื่อม
๕๕๓๓. tabetiform คล้ายโรคไขสันหลังเสื่อม
๕๕๓๔. tabic ชুবโทรม
๕๕๓๕. tabid ชুবโทรม
๕๕๓๖. tabification การชুবพอม
๕๕๓๗. tache ปานเลือด, ดวงตาหนี, แด้ม
๕๕๓๘. tachee มีแด้ม, มีดวงตาหนี
๕๕๓๙. tacheitic มีแด้ม, มีดวงตาหนี
๕๕๔๐. tachography การบันทึกความเร็วกระแส
เลือด
๕๕๔๑. tachy ไว, เร็ว
๕๕๔๒. tachycardia อาการหัวใจเต้นเร็ว, อาการ
หัวใจเร็ว
๕๕๔๓. tachycardia, auricular อาการหัวใจ
(ห้องต้น) เต้นเร็ว, หัวใจกระพือ
๕๕๔๔. tachycardia, constant อาการหัวใจเร็ว
ประจำ
๕๕๔๕. tachycardia, orthostatic อาการหัวใจ
เร็วเวลาขึ้น
๕๕๔๖. tachycardia paroxysmal อาการหัวใจ
เร็วชั่วคราว
๕๕๔๗. tachycardia, reflex อาการหัวใจเร็ว
โดยรีเฟล็กซ์
๕๕๔๘. tachycardiac เกี่ยวกับหัวใจเต้นเร็ว
๕๕๔๙. tachylalia อาการพูดเร็ว
๕๕๕๐. tachyphagia อาการกินเร็ว
๕๕๕๑. tachyphasia อาการพูดยาวเร็ว
๕๕๕๒. tachyphemia อาการพูดยาวเร็ว
๕๕๕๓. tachyphrenia อาการจิตวุ่นวาย
๕๕๕๔. tachypnea, tachypnoea อาการหายใจ
เร็ว
๕๕๕๕. tachypragia อาการทำงานเร็ว
๕๕๕๖. tachypsychia อาการคิดเร็ว
๕๕๕๗. tachyrhythmia อาการหัวใจเร็ว
๕๕๕๘. tactile เกี่ยวกับสัมผัสและต้อง
๕๕๕๙. tactilological เกี่ยวกับสัมผัสและต้อง
๕๕๖๐. taction การแตะต้อง, สัมผัสและต้อง
๕๕๖๑. tactor อวัยวะรับสัมผัสและต้อง
๕๕๖๒. tactual เกี่ยวกับแตะต้อง
๕๕๖๓. taenia พยาธิตัวตืด
๕๕๖๔. taeniicide ฆ่าตัวตืด, ยาฆ่าตัวตืด
๕๕๖๕. taenifuge ขับตัวตืด, ยาขับตัวตืด
๕๕๖๖. taeniasis โรคตัวตืด
๕๕๖๗. taeniatum เกี่ยวกับตัวตืด
๕๕๖๘. tail of the pancreas ส่วนหางตับอ่อน
๕๕๖๙. talalgia อาการปวดข้อม, อาการปวดข้อเท้า
๕๕๗๐. talantropia อาการนัยน์ตากระตุก
๕๕๗๑. taliped ชั่งเท้าปุก, คนเท้าปุก
๕๕๗๒. talipedic ชั่งเท้าปุก
๕๕๗๓. talipes อาการเท้าปุก
๕๕๗๔. talipes adductus อาการเท้าปุกบิดเข้า

- ๕๕๗๕. talipes arcuatus อาการเท้าปุกโค้ง
- ๕๕๗๖. talipes calcaneovalgus อาการเท้าปุก
ลงข่นบิดเข้า
- ๕๕๗๗. talipes calcaneus อาการเท้าปุก
- ๕๕๗๘. talipes cavus อาการเท้าปุกโค้ง
- ๕๕๗๙. talipes equinovalgus อาการเท้าปุกลง
ปลายบิดออก
- ๕๕๘๐. talipes equinovarus อาการเท้าปุกลง
ปลายบิดเข้า
- ๕๕๘๑. talipes equinus อาการเท้าปุกลงปลาย
- ๕๕๘๒. talipes percavus อาการเท้าปุกโค้งสุด
- ๕๕๘๓. talipes planovalgus อาการเท้าปุกแบน
บิดออก
- ๕๕๘๔. talipes planus อาการเท้าแบน
- ๕๕๘๕. talipes supinatus อาการเท้าปุกหงาย
- ๕๕๘๖. talipes valgus อาการเท้าปุกบิดออก
- ๕๕๘๗. talipes varus อาการเท้าปุกบิดเข้า
- ๕๕๘๘. talipomanus มือหงิกงุ่ม
- ๕๕๘๙. tallow ไขมันแข็ง
- ๕๕๙๐. talocalcanean เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและ
กระดูกข่น

อ.ก.

หน้าสำหรับบันทึก

๕. ความรับผิดชอบบางประการของนักศึกษาแพทย์

ข้าพเจ้ารู้สึกมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาพบกับพวกท่านทั้งหลาย ผู้ซึ่งกำลังจะมีอาชีพแพทย์. ตามปรกติแล้วในโอกาสที่มีการเลี้ยงกัน ฉันทน์ของของ พวกแพทย์เราเช่นนี้, ผู้ปราศรัยก็มักจะนำเอาเรื่องตลกเก่า ๆ มาพูด, หรือมีฉะฉานนักเล่าถึงเรื่องตลกใหม่ ๆ ที่เอามาขัดเกลาเสียก่อน. คนนี้พวกเราก็ได้ฟังเรื่องดี ๆ กันมาแล้ว. ท่านทั้งหลายอาจได้เคยมีโอกาสรายถึงคุณค่าของความเป็นญาติพี่น้องของพวก

แพทย์เราโดยทั่ว ๆ ไปมาข้างแล้ว, และท่านอาจเคยได้ยินคำขอกเล่าถึงโชคที่ที่ท่านทั้งหลายจะได้ทำงานในด้านการแพทย์, และอาจได้รับคำสรรเสริญอย่างมากมายเกี่ยวกับการทำงานที่ท่านจะได้ทำงานให้แก่มนุษยชาติ.

ข้าพเจ้าใคร่จะขอกล่าวกับพวกท่านเกี่ยวกับหน้าที่บางอย่างของนักศึกษาแพทย์. พวกท่านทั้งหลายไม่ว่าจะเพิ่งเริ่มเรียนหรือกำลังจะจบการศึกษาด้านแพทย์ก็

- ๕๕๗๕. talipes arcuatus อาการเท้าปุกโค้ง
- ๕๕๗๖. talipes calcaneovalgus อาการเท้าปุก
ลงข่นบิดเข้า
- ๕๕๗๗. talipes calcaneus อาการเท้าปุก
- ๕๕๗๘. talipes cavus อาการเท้าปุกโค้ง
- ๕๕๗๙. talipes equinovalgus อาการเท้าปุกลง
ปลายบิดออก
- ๕๕๘๐. talipes equinovarus อาการเท้าปุกลง
ปลายบิดเข้า
- ๕๕๘๑. talipes equinus อาการเท้าปุกลงปลาย
- ๕๕๘๒. talipes percavus อาการเท้าปุกโค้งสุด
- ๕๕๘๓. talipes planovalgus อาการเท้าปุกแบน
บิดออก
- ๕๕๘๔. talipes planus อาการเท้าแบน
- ๕๕๘๕. talipes supinatus อาการเท้าปุกหงาย
- ๕๕๘๖. talipes valgus อาการเท้าปุกบิดออก
- ๕๕๘๗. talipes varus อาการเท้าปุกบิดเข้า
- ๕๕๘๘. talipomanus มือหงิกงุ่ม
- ๕๕๘๙. tallow ไขมันแข็ง
- ๕๕๙๐. talocalcanean เกี่ยวกับกระดูกข้อเท้าและ
กระดูกข่น

อ.ก.

หน้าสำหรับบันทึก

๕. ความรับผิดชอบบางประการของนักศึกษาแพทย์

ข้าพเจ้ารู้สึกมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาพบกับพวกท่านทั้งหลาย ผู้ซึ่งกำลังจะมีอาชีพแพทย์. ตามปรกติแล้วในโอกาสที่มีการเลี้ยงกัน ฉันทน์พ้องของ พวกแพทย์เราเช่นนี้, ผู้ปราศรัยก็มักจะนำเอาเรื่องตลกเก่า ๆ มาพูด, หรือมีฉะฉานเล่าถึงเรื่องตลกใหม่ ๆ ที่เอามาขัดเกลาเสียก่อน. ฉันทน์พวกเราก็ได้ฟังเรื่องดี ๆ กันมาแล้ว. ท่านทั้งหลายอาจได้เคยมีโอกาสรายถึงคุณค่าของความเป็นญาติพ้องของพวก

แพทย์เราโดยทั่ว ๆ ไปมาข้างแล้ว, และท่านอาจเคยได้ยินคำขอกเล่าถึงโชคที่ที่ท่านทั้งหลายจะได้ทำงานในด้านการแพทย์, และอาจได้รับคำสรรเสริญอย่างมากมาเกี่ยวกับการทำงานที่ท่านจะได้ทำงานให้แก่มนุษยชาติ.

ข้าพเจ้าใคร่จะขอกล่าวกับพวกท่านเกี่ยวกับหน้าที่บางอย่างของนักศึกษาแพทย์. พวกท่านทั้งหลายไม่ว่าจะเพิ่งเริ่มเรียนหรือกำลังจะจบการศึกษาแพทย์ก็

ตาม, ย่อมจะต้องมีความรับผิดชอบอย่างแท้จริงในสิ่งที่ท่านจะดำเนินไปให้ถึงจุดหมายในอาชีพแพทย์.

การเป็นแพทย์นั้นชาวเขาคิดว่า เป็นชีวิตที่พิเศษจริง ๆ. ในอาชีพอื่น ๆ แม้จะได้รับความตอบแทนมาก, สร้างเกียรติยศชื่อเสียงให้ท่านมาก, ได้รับความร่ำรวยมาก, ได้รับความรักจากคนรอบข้างมาก, ได้รับความพอใจอย่างสูงส่ง และ มีความภาคภูมิใจอยู่ทุกเมื่อเชอวัน, มีเกียรติมากและมีเรื่องตำหนิ น้อยที่สุดดังเช่นอาชีพแพทย์นั้น.

ความสูงส่งแห่งอาชีพแพทย์นั้นมิได้เกิดขึ้นได้ในเร็ววันหรือโดยปราศจากการสนับสนุนอย่างมีเกียรติ. ความสูงส่งนั้นจะคงอยู่ไม่ได้ถ้าแม้ว่าบรรดาแพทย์รุ่นก่อน ๆ ของเรามีได้ประกอขอาชีพด้วยอคติอันสูงและเป็นตัวอย่างในการรับใช้ผู้ช่วยด้วยความเอาใจใส่ และเมตตาการณาแห่งการเป็นแพทย์ที่ดีและศิลาแพทยทชอัสตย.

ความรับผิดชอบประการแรกของพวกท่านก็คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง. ท่านต้องรับผิดชอบด้วยการที่ควรทำงานอย่างหนักในโรงเรียน และ ด้วยการที่มความ

สมบรูณ์ทั้งทางค่านิยมและด้านร่างกาย. ท่านต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของท่านเอง. ต้องมีแผนการที่จะบำรุงร่างกายและพักผ่อนเช่นเดียวกับที่ท่านมีแผนการสำหรับการทำงานอย่างหามรุ่งหามค่ำ, การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ. งานอดิเรกที่ทำให้ท่านได้พักผ่อนและการหย่อนใจด้วยการอ่านหนังสือต่าง ๆ ก่อนนอน เหล่านี้เป็นวิธีที่จะทำให้ท่านรักษาสุขภาพให้สมบรูณ์ได้และยังทำให้ความรู้กว้างขวางขึ้นด้วย.

ความพึงพอใจอย่างมีความสุขในชีวิตอนาคตของท่าน ย่อมต้องการ ปรับปรุงบุคคลิกภาพควบคู่กันไปกับความรู้อันกว้างขวางในด้านวิชาการแพทย์.

ความรับผิดชอบประการที่ ๒ ของท่านก็คือความรับผิดชอบต่อบิคารมารดาและครอบครัว, ผู้ใกล้ชิดของท่านเหล่านั้นย่อมเสียสละมามากข้างน้อยบ้างในการที่จะทำให้ท่านดำรงชีวิตอยู่ได้ในขณะนี้ และท่านอาจต้องการความเสียสละอีกเป็นอันมากจากท่านเหล่านั้นกว่าท่านจะเวียนสำเร็จ. ด้วยเหตุนี้ท่านจึงควรทดแทนบุญคุณด้วยการทำงานให้ดี, รักษาสุขภาพให้ดี, และทำตัวให้เป็นนักเรียนแพทย์ที่ดีในขณะนี้ และเป็นแพทย์ที่ดีในภายหน้า.

ความรับผิดชอบประการที่ ๓ ของท่านก็คือความรับผิดชอบต่อเพื่อนนักเรียนแพทย์ด้วยกัน. พวกเพื่อน ๆ ทุกคนของท่านต่างก็มีความปรารถนา, ความผิดพลาด, มีความพยายามและความสำเร็จเช่นเดียวกับตัวท่านเอง. ท่านจึงมีหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือเกื้อกูล, มีความซื่อสัตย์และมีความใส่ใจจริงเมื่อท่านคบหาสมาคมกับเขา. การทำงานให้สอดคล้องกันเช่นเดียวกับการทำงานของเครื่องจักรนั้นแหละที่จะทำให้จิตใจของพวกท่านมีคุณภาพสูงขึ้นได้. เช่นเดียวกับคำพังเพยที่ว่า “ปลาช่อนเดียวกัน” นั้นแหละนักเรียนที่เลวสัก ๑ คนเท่านั้นจะทำให้คุณภาพของนักเรียนทั้งชั้นต้องเสียไปด้วย. ความมีศีลธรรมที่นั่นเป็นสิ่งยากที่จะแยกแยะได้. แต่นักเรียนที่ไม่ซื่อสัตย์ หรือไม่มีความภาคภูมิใจก็สามารจะทำให้ศีลธรรมของนักเรียนทั้งชั้นตกต่ำลงได้.

ความรับผิดชอบประการที่ ๔ ของพวกท่านก็คือความรับผิดชอบต่อครูบาอาจารย์ ซึ่งคณะกรรมการปกครองนักศึกษาถือเป็นข้อสำคัญยิ่ง. คณะอาจารย์ถือว่าพวกท่านทุกคนเป็นนักศึกษาที่ดี, มีความต้องการที่จะทำงานอย่างหนักและเล่าเรียนให้มากที่สุด

ที่จะทำได้ในเวลา ๔ ปี. อาจารย์ทุกคนมีความเสียสละในการที่มาทำหน้าที่สอนนักศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะถ่ายทอดวิชาความรู้และอุดมคติให้แก่ นักศึกษานับร้อย ๆ คนที่จะมาศึกษาเล่าเรียน. การศึกษาอื่น ๆ แม้จะมีเป็นส่วนตัวก็มุ่งหมายที่จะช่วยสนับสนุนให้ยังเกิดแพทย์รุ่นต่อ ๆ ไป. สิ่งที่พวกแพทย์เราแต่ละคนจะทำได้นั้นค่อนข้างจะมีข้อจำกัดอยู่. แต่สิ่งที่ท่านนักศึกษาทั้งหลายจะทำได้นั้นไม่มีขอบเขตจำกัด, เพราะพวกท่านทั้งหมดนั้นมีจำนวนเป็นร้อยเป็นพัน. ดังนั้นสำหรับผู้ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ท่านนั้นท่านเป็นหนี้เขาอย่างมาก. ท่านจะตอบแทนได้ก็ด้วยความสภาพอ่อนน้อมในห้องเรียนและพยายามรับสิ่งที่เขาได้ประสิทธิ์ประสาทให้.

สำหรับสถานที่และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ นักศึกษาทั้งหลายก็ย่อมต้องมีความรับผิดชอบอยู่. เช่นโรงเรียนแพทย์นั้นเป็นสิ่งปลูกสร้างที่ใหญ่โต, มีราคาแพง, ได้มีผู้ร่วมแรงร่วมทุนกันสร้างเพื่อจะได้โรงเรียนอันสวยงามนั้นมา. ท่านจึงมีความรับผิดชอบในการที่จะรักษาให้สะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ, คอยดูแลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดเวลาและระวังป้องกันความเสียหาย

ที่จะเกิดขึ้นเพื่อจะได้ให้นักศึกษารุ่นต่อไป
ได้ใช้ของที่ดีเช่นเดียวกับที่ท่านเคยใช้มา.
นักศึกษาที่สะเพร่า, ทำอะไรเสีย ๆ หาย ๆ
นั้น, จะเป็นแพทย์ที่รอกคอยและก๊ิไปไม่ได้.

โรงพยาบาลที่รับใช้ท่านอยู่ก็มีส่วนที่
จะได้รับความผิดชอบของท่านเช่นเดียวกัน.
ท่านจึงควรเคารพในกฎของโรงพยาบาล,
ควรสภาพอ่อนน้อมต่อแพทย์ของโรงพยา-
บาล, มีความตั้งใจจริงที่จะทำงานและยึด
มั่นอยู่ในจรรยาแพทย์.

ข้อที่ ๗ และอาจเป็นข้อที่สำคัญที่สุด
ก็คือท่านต้องมี ความรับผิดชอบต่อผู้ช่วย.

คงจะไม่มีผู้ใดสงสัยว่า ความรู้ที่สำคัญๆ
ที่ท่านได้เล่าเรียนมาจากโรงเรียนแพทย์ก็
คือความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่
เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับท่านที่จะ
เป็นแพทย์ที่จะบรรลุผลดีและประสบความสำเร็จ
สำเร็จก็คือควรระวังรักษาผู้ป่วย.

ข้าพเจ้ามั่นใจว่าแพทย์ทุกคนต้องเป็น
ผู้มีน้ำใจเมตตากรุณา, มีน้ำใสใจจริง, มี
ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย พยายามอย่าง
ที่สุดที่จะให้เขามีความสุข ความสบาย,
และมีน้ำใจพอที่จะสามารถเข้าใจว่าผู้ป่วย

มีความรู้สึกอย่างไร. แพทย์บางคนไ้รับ
ความรู้สึกถึงวิธีที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยได้
ตอนที่ตนป่วยเอง. ข้อสำคัญก็คือจงปฏิบัติ
ต่อเขาเหมือน กับที่ท่านต้องการให้เขา
ปฏิบัติต่อท่าน. จงรักษาผู้ป่วยผู้ชายเหมือน
กับเขาเป็นบิดาหรือพี่ชายท่าน, รักษาผู้
ป่วยหญิง เหมือนกับเขาเป็นมารดาหรือพี่
สาวของท่าน, และจงรักษาเด็กเล็ก ๆ
เหมือนกับว่าเขาเป็นบุตรของท่านเอง. ถ้า
ท่านทำได้เช่นนั้นก็จะไม่มีอารมณ์ร้อนหรือ
เกิดการกระทำที่แสดงหุแสดงใจ, ไม่ขาด
ความเมตตากรุณา. ความพยายามที่จะ
ช่วยเหลือเขาก็จะไม่ล้มเหลว. การรักษาก็
จะได้ผลดี.

ถ้าพวกท่านทั้งหลายจะเริ่มเสียตั้งแต่
บัดนี้, ตั้งแต่ท่านเป็นนักเรียนแพทย์ขที่ ๑
ด้วยการทำงานทุก ๆ วันโดยตั้งใจให้
ความร่วมมือ, สุภาพ, อ่อนน้อมต่อบรรดา
ครยาอาจารย์และเพื่อนของท่าน, มีความ
เมตตากรุณาต่อผู้ป่วย, เช่นนี้แล้ว, พวก
ท่านทุก ๆ คนก็จะสำเร็จเป็นแพทย์ได้อย่าง
แท้จริง.

อีกสิ่งหนึ่งที่ท่านควรจะทำจนถึงในขั้น
แรกที่ท่านได้เข้ามาศึกษาในโรงเรียน

แพทย์ ก็คือโรงเรียนนี้เป็นโรงเรียนใหญ่.
 เวลานี้ท่านมีโอกาสดอย่างมหาศาล มารอ
 ท่านอยู่แล้ว. จงฉวยโอกาสอันดีนี้เสียด้วย
 ความกระตือรือร้นและด้วยความสะดวก
 เด็ด.

(เรียบเรียงจากคำปราศรัยของ Seynour
 Fiske Ochsner, M.D.T., Associate
 Professor of Clinical Radiology, Tulane
 University School of Medicine, New
 Orleans, Louisiana, ในการเลี้ยงที่สโมสร
 แอลฟา คัปปา คัปปา ใน นิวออร์ลีนส์ เมื่อวันที่ ๘
 กันยายน ค.ศ. ๑๙๖๑).

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๕๑๑	๑,๗๕๕	๑,๙๖๒	๑,๖๓๓	๒,๐๙๗	๕๕๑	๑๐,๗๙๕
เก่า		๕,๒๔๙	๒,๗๕๕	๓,๕๓๒	๒,๓๔๕	๔,๐๑๒	๗๔๒	๑๕,๐๓๕
รวม		๗,๗๖๐	๔,๕๑๐	๕,๔๙๔	๓,๙๗๘	๖,๑๐๙	๑,๒๙๓	๒๕,๘๓๐
ใน		๒๗๔	๔๑๑	๑,๔๓๖	๒๖๕	๔๕๑	—	๒,๘๓๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๒๙, จักษุ ๗๗๑, สูติ—นารี ๑ ๗๙๗, รวม ๒,๐๙๖ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๕๒๗, หญิง ๔๕๓, รวม ๑,๐๘๐, คลอดตาย, ชาย ๑๓, หญิง ๑๐, รวม ๒๓.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๙๕ คน (บ.๕๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจ ๗๓ ราย (๓๕.๔๕ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๕๖ ครั้ง. จากบางขวาง ลาดยาว ๒๗ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๒๓๗ ครั้ง. เจาะจากลหุโทษ ๑๕๕ ครั้ง. รวม ๗๗๐ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๕๔๙ คน, รักษาใหม่ ๖๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๗๓ คน. รักษาเดิมรักษา ๑๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๗ คน. ไดอะเทอร์มีย์. รักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕ คน, รัดไอไอโซโทป, รักษาใหม่ ๖๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๐๔ คน. รัดไอไอโซโทปวิจัย ๖ คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๕๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๒๔๙ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๗๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๔๖๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๓ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๕๐๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๙๙ ราย. (จากภายนอก ๑๙๖ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๓ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น —. การตรวจซุ่มวิธีวิภาค ๕๔ ราย. ตรวจวิธีคุ้ม —. วัสดุเซอร์แมนและคานัน ๒,๒๓๙ หมู่เลือด ๕๒. นับเม็ดเลือด ๕. วัดฮีโมโกลบิน ๕. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. หาเชอบักเดรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๗๒, อูจจาระ ๒๕๔, บัสสาวะ ๑๒๗. เสมหะและอื่นๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๒๙, อูจจาระ ๒๕๔, บัสสาวะ ๑๒๗, น้ำไขสันหลัง ๗๒, เสมหะและอื่นๆ ๕๕๒ เพาะเชื้อวัณโรค ๔๕. ฉีดสัตว์ทดลอง —. เพาะเชื้อบิค ๑๑. ตรวจทดลองตัวจิตร ๓๒. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี ๒๗. ตรวจศพนิติเวช ๓๔. ตรวจวัตถุพยาน ๒๕. ราย, การตรวจวิเคราะห์ ๓๙. การตรวจวิธีพอลบับนเดล ๕. การตรวจวิธี อาร์.เอ. —. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. การตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส —. การตรวจผู้ป่วยคดี ๒๖๕ คน.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๑๐. เจาะน้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๗. จู๋หู ๔. ฉีดยาทั่วไป ๓,๕๕๕. ฉีดยาเบาหวาน ๒,๒๗๙. ที.บี. คลินิก ๒๓๔.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๐๙. ถอนฟัน ๙๑๕. อุดฟัน ๒๑๕. ผ่าตัดช่องปาก ๕๐. ชะแผล —. ฉีดยา —.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการประจำเดือน

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้กำหนดการประชุมวิชาการประจำเดือนกรกฎาคม ๒๕๐๗ ๓ ครั้ง คือ:

๑) วันศุกร์ที่ ๓ กรกฎาคม, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา เรื่องที่นำเสนอ: "กำเนิดพยาธิของ Polycystic Kidneys", กินเวลาบรรยาย ๖๐ นาที, ผู้นำเสนอ: น.พ. วิทร โอสถานนท์ แห่งแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา.

๒) วันศุกร์ที่ ๑๐ กรกฎาคม, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา เรื่องที่นำเสนอ: "Criminal Abortion" (ศึกษาวิเคราะห์ผู้ช่วยในรอบ ๑ ปี), กินเวลาบรรยาย ๖๐ นาที, ผู้นำเสนอ: น.พ. สพร เกิดสว่าง แห่งแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ในการบรรยายเรื่องนี้, ศาสตราจารย์ น.พ. สงกรานต์ นิยมเสน ได้เข้าร่วมอภิปรายสมทบในแง่นิติเวชวิทยาคด้วย.

๓) วันศุกร์ที่ ๑๓ กรกฎาคม, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา เรื่องที่นำเสนอ: "การตัดสิ้นเพศ โดยอาศัยลักษณะของกระดูก

เชิงกราน", ผู้นำเสนอ: น.พ. ม.ร.ว. วิวัฒน์ ทวีวงศ์ แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์. เรื่องที่เสนอในอันถัดต่อไป "Hippuran I¹³¹ Renography". ผู้นำเสนอ: น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก แห่งแผนกรังสีวิทยา, น.พ. เปรม บรี, น.พ. สัมพันธ์ ดนตวงศ์ แห่งแผนกคัลยศาสตร์, น.พ. รัชิต บรี แห่งแผนกอายุรศาสตร์ และ พ.ญ. ฤดี ปลื้หจินดา แห่งแผนกรังสีวิทยา.

การบรรยายชุดประวัติการแพทย์ไทย

ครั้งที่ ๒

วันศุกร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา, ศาสตราจารย์ หลวงพิณพากย์ พิทยาเภท, อดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล และหัวหน้าแผนกวิชารังสีวิทยา, ได้บรรยายเรื่อง "รังสีวิทยาในประเทศไทย", เป็นเรื่องที่ ๒ ในการบรรยายชุดประวัติการแพทย์ไทยแผนปัจจุบัน.

ท่านผู้บรรยายเรื่องนี้ เป็นบุคคลแรกเริ่มในสาขาวิชารังสีวิทยาในประเทศไทย

และเป็นผู้ได้สร้าง ความเจริญก้าวหน้า
ต่อมาเป็นอันมาก.

แต่งตั้งกรรมการหลักสูตร

โดยมติกรรมการคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล, วันที่ ๑๘
พฤษภาคม ๒๕๐๗ แต่งตั้งให้ผู้นาม
ต่อไปนี้เป็นกรรมการหลักสูตร:

ประธานกรรมการ: คนบัก, กรรม-
การ: ศาสตราจารย์ น.พ. ทิถุ จิงเจริญ,
ศาสตราจารย์ น.พ. ลิม คณวิศาล, น.พ.
รจิต บร, น.พ. ประสงค์ ตูจินดา, น.พ.
ทินรัตน์ สถิตนิมานการ, น.พ. ภักดิ์
วาจานนท์ และ น.พ. สพร เกกีสว่าง.
ให้กรรมการ หลักสูตร เลือกตั้ง ผู้หนึ่ง ผู้ใด
ขึ้นเป็นเลขานุการ.

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๐๗

ข่าวอาจารย์

๑) น.พ. ญัฐ ภูมรประวัต แห่งแผนก
พยาธิวิทยาได้เดินทางไปประชุม Inter-
national Academy of Pathology ณ กรุง
ลอนดอน, กำหนดเวลาประชุมวันที่ ๒๑
ถึง ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๗, ในการร่วม
ประชุมครั้งนี้ ได้นำผลงานวิจัยไปแสดง
ต่อที่ประชุม ๒ เรื่อง: ๑) Fluorescent

antibody study in experimental dengue
virus infection in mice. ๒) Pathology
and Pathogenesis of hemorrhagic fever
in Thailand. บัณฑิตได้เดินทางกลับเข้ามา
ประจำหน้าที่เรียบร้อยแล้วตั้งแต่ปลาย
เดือนกรกฎาคม.

๒) เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม พ.ญ.
แฉล้ม วรธนาสาร แห่งแผนกสุมิ-
ศาสตร์-นรีเวชวิทยา และกรรมการฝ่าย
วิชาการของสถาบันมะเร็ง, ได้ไปบรรยาย
ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย
เรื่อง "จะรักษาตกขาวให้หายได้
อย่างไร".

เข้าเฝ้าโดยเสด็จพระราชกุศลสมทบ

ทุน

เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ค.ศ.นี้, พระ-
บาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงพระกรุณา
โปรดเกล้าฯ ให้ ศาสตราจารย์ สด
แสงวิเชียร นำนางบริรักษ์นิตเกษกร เข้า
เฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท, เพื่อดวยเงิน
โดยเสด็จพระราชกุศล สมทบทุน สร้างตึก
"โลหิตวิทยา" ของโรงพยาบาลศิริราช
เป็นเงินจำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท. ใน
การนี้ ได้ทรงมีพระราชปฏิสันถารด้วย
ประมาณ ๕๐ นาที.

อาคันตุกะ

เมื่อวันที่ ๑๓ และ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๐๗, ดร. ชวาล แพทย์กุล ผู้เชี่ยวชาญการวัดผลแห่งกระทรวงศึกษาธิการ, ได้กรณามายบรรยายเรื่อง "เทคนิคการวัดผล" ณ ห้องประชุมแผนกอายุรศาสตร์ตามคำเชิญของมหาวิทยาลัย, ปรากฏว่าได้รับความสนใจจากบรรดาอาจารย์เป็นอันมาก. ในโอกาสนี้ แผนกได้จัดการเลี้ยงเครื่องดื่มแก่ผู้มาร่วมชุมนุมฟังบรรยายโดยทวหน้า.

เมื่อวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๐๗, Dr. H. George Mandel, Ph.D., คาสตราจารย์ในสาขาวิชาเภสัชวิทยาและ

ประธานแห่งโรงเรียนแพทย์ มหาวิทยาลัยวอชิงตัน, สหรัฐอเมริกา ได้เข้าเยี่ยมชมคณะฯ และแสดงปาฐกถาเรื่อง "Pharmacological Basis of Chemotherapy" ณ ห้องบรรยายศรีสมุทร, ตึกผ่าตัดักษุวิทยาชั้นที่ ๒.

เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๐๗, Lt. Colonel Edward L. Buescher, M.C., Chief Department of Virology Walter Reed Army Institute of Research, ได้เข้าเยี่ยมชมคณะฯ และแสดงปาฐกถาเรื่อง "Virus infection of the Respiratory Tract" ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา.

ศิษย์เก่า

งานพระราชทานเพลิงศพ

หลวงกายวิภาคบรรยาย

เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๐๗ เจ้าภาพได้จัดงานรับพระราชทานเพลิงศพหลวงกายวิภาคบรรยาย, อดีตอาจารย์แผนกวิชากายวิภาคศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ณ เมรุวัดโสมนัส

วิหาร, พระนคร.

หลวงกายวิภาคบรรยาย, นามเดิมแถม ประภาสวัต เป็นแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นที่ ๒๒ (พ.ศ. ๒๔๖๐) ของโรงเรียนราชแพทยาลัย ซึ่งได้นำมาใหม่ในกาลต่อมาว่า คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล. ท่านผู้นี้ มีสังเขปประวัติการ

อาคันตุกะ

เมื่อวันที่ ๑๓ และ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๐๗, ดร. ชวาล แพทย์กุล ผู้เชี่ยวชาญการวัดผลแห่งกระทรวงศึกษาธิการ, ได้กรณามายบรรยายเรื่อง "เทคนิคการวัดผล" ณ ห้องประชุมแผนกอายุรศาสตร์ตามคำเชิญของมหาวิทยาลัย, ปรากฏว่าได้รับความสนใจจากบรรดาอาจารย์เป็นอันมาก. ในโอกาสนี้ แผนกได้จัดการเลี้ยงเครื่องดื่มแก่ผู้มาร่วมชุมนุมฟังบรรยายโดยทวหน้า.

เมื่อวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๐๗, Dr. H. George Mandel, Ph.D., ศาสตราจารย์ในสาขาวิชาเภสัชวิทยาและ

ประธานแห่งโรงเรียนแพทย์ มหาวิทยาลัยวอชิงตัน, สหรัฐอเมริกา ได้เข้าเยี่ยมชมคณะฯ และแสดงปาฐกถาเรื่อง "Pharmacological Basis of Chemotherapy" ณ ห้องบรรยายศรีสมุทร, ตึกผ่าตัดักษุวิทยาชั้นที่ ๒.

เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๐๗, Lt. Colonel Edward L. Buescher, M.C., Chief Department of Virology Walter Reed Army Institute of Research, ได้เข้าเยี่ยมชมคณะฯ และแสดงปาฐกถาเรื่อง "Virus infection of the Respiratory Tract" ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา.

ศิษย์เก่า

งานพระราชทานเพลิงศพ

หลวงกายวิภาคบรรยาย

เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๐๗ เจ้าภาพได้จัดงานรับพระราชทานเพลิงศพหลวงกายวิภาคบรรยาย, อดีตอาจารย์แผนกวิชากายวิภาคศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ณ เมรุวัดโสมนัส

วิหาร, พระนคร.

หลวงกายวิภาคบรรยาย, นามเดิมแถม ประภาสวัต เป็นแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นที่ ๒๒ (พ.ศ. ๒๔๖๐) ของโรงเรียนราชแพทยาลัย ซึ่งได้นำมาใหม่ในกาลต่อมาว่า คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล. ท่านผู้นี้ มีสังเขปประวัติการ

ศึกษาแพทย์และการบริหารราชการ คือ :

มกราคม ๒๔๕๗ เริ่มบริหารราชการเป็นนักเรียนแพทย์ในโรงเรียนราชแพทยาลัย.

มิถุนายน ๒๔๕๘ เป็นแพทย์ฝึกหัดและเป็นหัวหน้านักเรียนแพทย์โรงพยาบาลศิริราช.

เมษายน ๒๔๖๐ สำเร็จการศึกษาแพทย์ได้รับประกาศนียบัตร เป็นแพทย์อาจารย์ และ อนุสาสก์โรงเรียนราชแพทยาลัย สอนวิชาวิทยาศาสตร์และแพทยศาสตร์ เป็นหัวหน้านักกีฬาประจำหอวัง และหอใหม่สะพานมิตรแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จนถึงสิ้นปี ๒๔๖๕.

ธันวาคม ๒๔๖๓ เป็นอาจารย์ตรีในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นแพทย์ประจำมหาวิทยาลัย.

เมษายน ๒๔๖๖ เป็นอาจารย์ตรีแผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นอนุสาสก์ประจำหอศิริราช.

กรกฎาคม ๒๔๖๗ ถึง พฤษภาคม ๒๔๗๐ ทางราชการส่งไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชากายวิภาคศาสตร์ ณ มหาวิทยาลัยฮักกิง ประเทศจีน มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา และกงวานเพิ่มเติมที่อังกฤษ

ฝรั่งเศส อิตาลี ญี่ปุ่น ลังกา มลายู เขมรและญวน โดยทุนรื้อคึกิเฟลเลอร์.

มิถุนายน ๒๔๗๐ เป็นอาจารย์โทแผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เมษายน ๒๔๗๓ เป็นอาจารย์เอกแผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์.

เมษายน ๒๔๘๗ ลาออกจากราชการเพราะป่วย เนื่องจากประสบภัยทางอากาศในสงครามโลกครั้งที่ ๒.

มิถุนายน ๒๔๘๑ กลับเข้ารับราชการใหม่ ตำแหน่งอาจารย์เอก แผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์.

มีนาคม ๒๔๘๒ สภามหาวิทยาลัยอนุมัติให้ได้รับพระราชทานปริญญาเกิตติมศักดิ์ แพทยศาสตร์ชั้นบัณฑิต.

พฤศจิกายน ๒๕๐๑ ออกจากราชการเพื่อรับบำเหน็จบำนาญด้วยเหตุสูงอายุ แต่ทางมหาวิทยาลัยได้จ้างเป็นอาจารย์สอนพิเศษในแผนกกายวิภาคศาสตร์ ในคณะเดิม.

ธันวาคม ๒๕๐๕ ลาออกจากการเป็น
อาจารย์สอนพิเศษ.

ศิริรวมเวลารับราชการของท่านมา
ด้วยกัน ๓๗ ปี ๕ เดือน ๑๐ วัน

ศาสตราจารย์ สด แสงวิเชียร, หัว-
หน้าแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์ ในขณะ
ที่เขียนสก็๊วไว้ในหนังสืออนุสรณ์ ซึ่ง
พิมพ์เป็นบรรณาการในงานรับพระราชทาน
เพลิงศพของท่านผู้ล่วงลับไว้ว่า “แต่เมื่อ
เทียบผลงานตลอดชีวิตของ คุณหลวง ฯ กับ
อาจารย์บางท่าน ผมก็ยังคงคิดว่าคุณหลวง ฯ
ปฏิบัติตนสมเป็นอาจารย์. ตลอดเวลาที่มิ

การสอนคุณหลวง ฯ ไม่เคยมาสายหรือ
ขาดหายไปเลย นักศึกษาแน่ใจได้ว่าจะ
ต้องมีคุณหลวง ฯ คอยควบคุมช่วยเหลือ
อยู่เสมอ วันใดไม่พบคุณหลวง ฯ ที่ห้อง
ประจำตัวในแผนก ก็แน่ใจได้ว่าคุณหลวง ฯ
ต้องมีเรื่องสำคัญเกิดขึ้นโดยกะทันหัน
หรือมีธุระนั้นก็เจ็บไข้จนไม่สามารถปฏิบัติ
ราชการได้ นับเป็นตัวอย่างอันดีที่คุณ
คุณหลวง ฯ ได้วางแนวทางไว้ให้อาจารย์
รุ่นหลังได้ปฏิบัติตาม และเป็นชีวิตประวัติดัง
นั้นก็งามที่จะใช้เป็นบทเรียนให้กับอนุชน
รุ่นหลังสืบต่อไป.”

(ของแถมมีในหน้าต่อไป)

บองแอม

ลูกหญิงหรือชายตามใจชอบ

โปรเฟสเซอร์ Turchini แพทย์ชาวฝรั่งเศสจาก Montpellier ได้กล่าวถึงวิธีที่จะก่อให้เกิดลูกหญิงหรือชายอย่างง่าย ๆ คือ ให้อยู่รวมกันในวันที่ ๑๒ หรือ ๑๓ ก่อนจะมีระดู, ซึ่งมาอย่างสม่ำเสมอ, ครั้งต่อไปเมื่อต้องการลูกหญิง, หากต้องการลูกชายก็ให้อยู่รวมกันในวันที่ ๑๕ ถึง ๑๗ ก่อนการมีระดูครั้งต่อไป. เขากล่าวว่าวิธีนี้ได้ผลถึง ๖๐ - ๗๐ เปอร์เซ็นต์. ระหว่างเวลาที่เขาสังเกตมา ๑๗ ปี. เหตุผลคือตัวอสุจิมี ๒ ชนิด, ชนิดหนึ่งมี โครโมโซม เอ็กซ์ ซึ่งเป็นตัวนำเพศหญิงและอีกชนิดหนึ่งคือ โครโมโซมวาย ซึ่งแสดงเพศชาย, ไข่ที่ยังอ่อนอยู่จะมี โครโมโซมวาย, ส่วนไข่ที่แก่ขึ้นจะมี โครโมโซม เอ็กซ์, ตัวอสุจิมาชายได้เพียงระหว่าง ๓๖ ถึง ๗๒ ชั่วโมง, ส่วนไข่อยู่ได้เพียง ๑๒ ถึง ๒๔ ชั่วโมง. ดังนั้นภาวะที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้เกิดลูกชายนั้นต้องการผสมของไข่ในเวลา ๑ หรือ ๒ วัน ก่อนไข่ตกและสำหรับการเกิดลูกหญิงต้องให้มีการผสมของไข่ในเวลา ๑๒ ถึง ๒๔ ชั่วโมงหลังไข่ตก.

(จาก Stern 1963, 16 (37) : 138)

กรงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.