



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๗ | Volume 16, Number 11, November 1964.

การปิดของรอยประสานแฉกกระหม่อมในคนไทยและจีน

สุเทพ เตียงพิทักษ์ พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์นายแพทย์ สด แสงวิเชียร)

กะโหลกศีรษะประกอบด้วยกระดูก
หลายชิ้นมาประสานกันเข้าทำให้เกิดเป็น
รอยประสานต่าง ๆ. ในคนอายุน้อยกระดูก
ยังแยกห่างจากกัน, จึงเห็นรอยประสาน
เหล่านั้นได้ชัดเจน. แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น
จะเกิดการรวมตัวของกระดูกตรงรอยประ-
สานทำให้รอยประสานค่อย ๆ สลายหายไป.
การปิดของรอยประสานจะเกิดขึ้นทั้งทาง
ด้านนอกและด้านในของกระดูก. ได้มีการ
ศึกษาการปิดของรอยประสานเหล่านั้นทาง
ด้านกายวิภาคศาสตร์และนิติเวชวิทยา.
ซึ่ง ส่วนใหญ่ เป็นการ ศึกษา เพื่อ ความ

เรื่องย่อ เตียงพิทักษ์, สุเทพ: การปิดของรอย
ประสาน แฉกกระ หม่อม ในคน ไทย และจีน.
สารศิริราช ๒๕๐๗ (ค.ศ.๑๙๖๔), ๑๖: ๖๓๕-๖๓๘.

ได้ศึกษาการปิดของรอยประสานแฉก
กระหม่อมในกะโหลกคนไทยและจีน, ชาย
๕๕ กระโหลก, หญิง ๕๕ กระโหลก, อายุ ๑๕
ถึง ๘๕ ปี. รอยประสานด้านในเริ่มปิดเมื่ออายุ
๒๓ ถึง ๓๗ ปี, ด้านนอก ๒๓ ถึง ๕๐ ปี,
แตกต่างกัน้อยระหว่างเพศและเชื้อชาติ. มี
ความเห็น ว่า ควรใช้รอยประสานด้านในเป็น
หลักทายอายุ.

สัมพันธ์ระหว่างการปิดของรอยประสานกับ
อายุ, เพศและเชื้อชาติ. Todd และ
Lyon (1,2) พบว่าการปิดของรอยประสาน

ทางบ้านในเกิดขึ้นเมื่ออายุ ๒๒ ปีและบัพ
 อย่างสมบูรณ์เมื่ออายุ ๓๕ ปี. การบัพเกิด
 ขึ้นในชายก่อนในหญิง, และไม่มี ความ
 แตกต่างระหว่างเชื้อชาติ. นอกจากนี้ยังพบ
 ว่าการบัพ ของ รอย ประสาน ทาง บ้านในมี
 ความสัมพันธ์กับอายุมากกว่าบ้านนอก.
 Montagu⁽³⁾ กล่าวว่า การบัพของรอยประ-
 สานแฉกกระหม่อม (แซจิคัล) ทางบ้าน
 ในเกิดขึ้นระหว่างอายุ ๒๑-๕๐ ปี, แต่
 ส่วนใหญ่เกิดระหว่างอายุ ๔๐-๕๕ ปี.
 สำหรับรายงานนี้เป็นการบัพของรอยประ-
 สานแฉกกระหม่อมทั้งทางบ้านนอกและ
 บ้านในของ ะโหลกศีรษะคนไทยและ

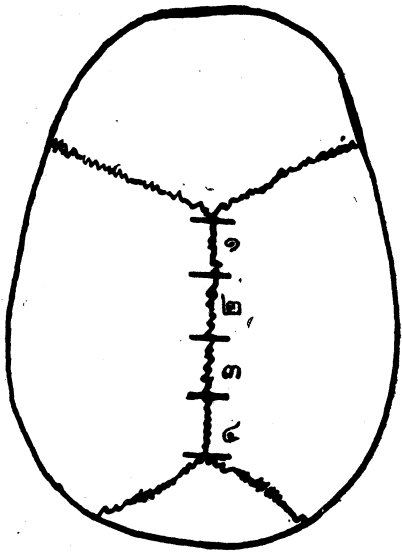
วัตถุและวิธีการศึกษา

ใช้กะโหลกศีรษะจำนวน ๑๑๐ กะโหลก,
 รวบรวมจากกะโหลกศีรษะใน
 แผนกกายวิภาคศาสตร์และจากศพนก.
 ศึกษาแพทย์ทำการชำแหละในห้องปฏิบัติการ.
 กะโหลกทั้งหมดเป็นกะโหลก
 ศีรษะคนไทยและคนจีน, ซึ่งทราบอายุที่
 แน่นอนคือมีอายุระหว่าง ๑๕-๘๕ ปี. เป็น
 กะโหลกชาย ๕๕ กะโหลกและหญิง ๕๕
 กะโหลก.

การศึกษาคำเนินตามวิธีของ Todd
 และ Lyon⁽¹⁾ โดยจัดระยะของการบัพของ
 รอยประสานออกเป็น ๕ ระยะ, คือ:

- ระยะ ๐ = ไม่มีการบัพเกิดขึ้นเลย,
- ระยะ ๑ = มีการบัพเกิดขึ้นไม่เกินเศษ
 หนึ่งส่วนสี่,
- ระยะ ๒ = มีการบัพเกิดขึ้นไม่เกินเศษ
 หนึ่งส่วนสอง,
- ระยะ ๓ = มีการบัพเกิดขึ้นไม่เกินเศษ
 สามส่วนสี่,
- ระยะ ๔ = มีการบัพเกิดขึ้นมากกว่า
 เศษสามส่วนสี่.

เพื่อความสะดวกในการดูระยะของการ
 บัพจึงแบ่งรอยประสานแฉกกระหม่อมออก
 เป็น ๔ ส่วนเท่า ๆ กันทั้งทางบ้านนอกและ
 บ้านใน. คือส่วนที่ ๑ "pars bregmatica,"
 ส่วนที่ ๒ "pars verticis," ส่วนที่ ๓ "pars
 obelica," และส่วนที่ ๔ "pars lambda"
 ตามลำดับจากหน้าไปหลัง (ตามรูปที่ ๑).
 บันทึกผลงานของระยะของการบัพในส่วน
 ต่าง ๆ ทั้ง ๔ ส่วนที่กล่าวแล้วและหาค่า
 เฉลี่ยได้เป็นระยะของการบัพของรอยประ-
 สานแฉกกระหม่อมทั้งหมด.



รูปที่ ๑. การแบ่งส่วนของรอยประสาน
 ส่วนที่ ๑ pars bregmatica
 ส่วนที่ ๒ pars verticis
 ส่วนที่ ๓ pars obelica
 ส่วนที่ ๔ pars lambdica

ผลและการวิจารณ์

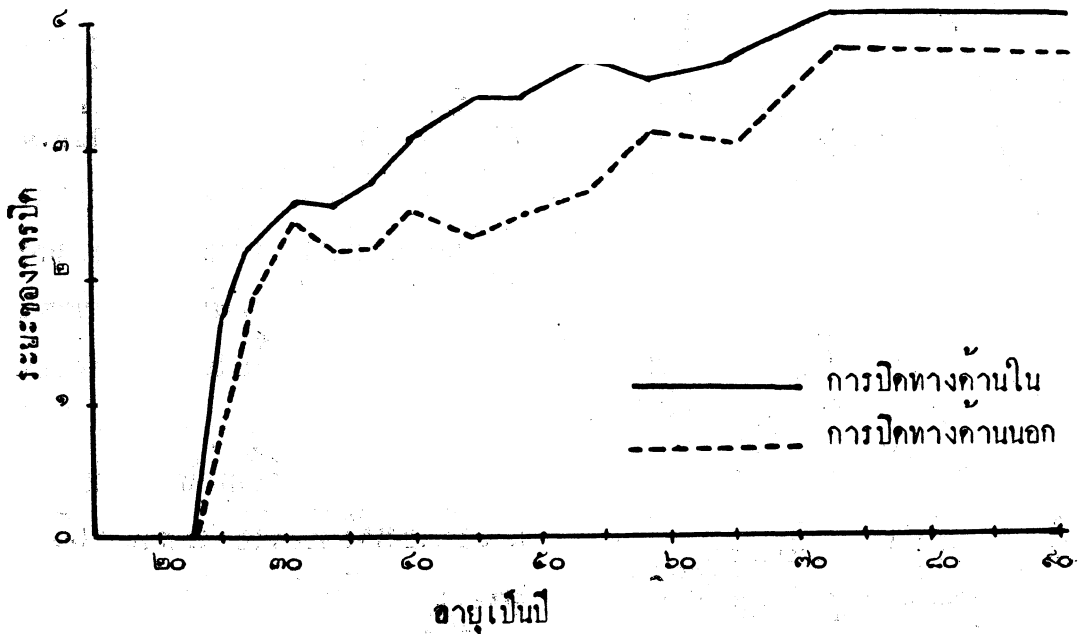
๑. ความสัมพันธ์ระหว่างการบีบตัวของรอยประสานแสดงกรรมสัมพันธ์กับอายุ, พบว่าการบีบตัวของรอยประสานแสดงกรรมสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างอายุ ๒๓ - ๓๗ ปี. กะโหลกของคนที่มียุคต่ำกว่า ๒๓ ปีลงมา ไม่มี การบีบตัวของรอยประสานเลย. การบีบตัวอาจเกิดขึ้นหลังอายุ ๒๓ ปีแล้วก็ได้, แต่อย่างช้าที่สุดเกิดเมื่อมีอายุ ๓๗ ปี. การบีบตัวของรอยประสานมีมากขึ้นตามอายุ, และจะบีบ

อย่างสมบูรณ์ได้เมื่ออายุระหว่าง ๓๑-๗๑ ปี.

รูปที่ ๒ แสดงการบีบตัวของรอยประสานทางค่านนอกและค่านใน, ซึ่งเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน. การบีบตัวของรอยประสานทางค่านในเกิดขึ้นก่อนทางค่านนอกเสมอ, และก่อนประมาณ ๒ ปี. การบีบตัวของรอยประสานทางค่านนอกเกิดขึ้นในส่วนกลางของรอยประสาน (pars verticis และ pars obelica) ก่อนแล้วจึงแผ่ไปสู่ปลายหน้าและปลายหลังของรอยประสาน (pars bregmatica และ pars lambdica). แต่การบีบตัวของรอยประสานทางค่านในเป็นไปในทางตรงกันข้าม, คือเริ่มขึ้นในส่วนปลายหน้าและปลายหลังก่อนแล้วจึงแผ่ไปสู่ส่วนกลางของรอยประสาน.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระยะเวลาของการบีบตัวของรอยประสานทั้งทางค่านนอกและค่านใน (ตามรูปที่ ๒) แสดงว่าการบีบตัวของรอยประสานทางค่านในมีความสัมพันธ์แน่นอนมากกว่า. ส่วนการบีบตัวของรอยประสานทางค่านนอกเกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับอายุ. ดังนั้นถ้าเราต้องการหาอายุของกะโหลกศีรษะ จากลักษณะการบีบตัวของรอยประสานแสดงกรรมสัมพันธ์

รูปที่ ๒ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระยะของการปิดของรอยประสาน



แล้วควรใช้การปิดของรอยประสานทางค้ำในเป็นหลักดีกว่าการปิดกั้นของการปิดของรอยประสานทางค้ำนอก. ข้อแตกต่างจากตำราทางนิติเวชวิทยาบางเล่ม, เช่น Simpson⁽⁴⁾ ให้ยึดหลักการปิดทางค้ำนอกของรอยประสานเป็นหลักในการทายอายุ.

การทายอายุของกะโหลกศีรษะจากระยะของการปิดของรอยประสานนั้นแม้ว่าจะไม่สามารถบอกอายุที่แน่นอนของกะโหลกศีรษะได้ และมีความผิดพลาดได้หลาย ๆ ปีก็ตาม,⁽⁵⁾ แต่เราก็อาจใช้ได้เมื่อมีกะโหลกศีรษะส่วนรอยประสานแตก

กระหม่อมแต่เพียงส่วนเดียวเท่านั้น. แต่ถ้ามีกระดูกส่วนอื่น ๆ ที่สามารถบอกอายุได้แน่นอนกว่า, ก็ควรใช้กระดูกส่วนนั้นเป็นหลัก และใช้ระยะของการปิดของรอยประสานเป็นสิ่งช่วยยืนยันอายุประกอบได้.

๒. ระยะของการปิดของรอยประสานแตกกระหม่อมในเพศชายและหญิง.

พบว่าการปิดของรอยประสานแตกกระหม่อมในเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น. คือการปิดของรอยประสานในเพศชายเกิดขึ้นเมื่ออายุ ๒๓ ปี, ส่วนในเพศหญิงเกิดขึ้นเมื่ออายุ ๒๕ ปี.

๓. ข้อแตกต่างระหว่างเชื้อชาติ.

การปิดของรอยประสานแสดกระดูกหม่อม
ในกะโหลกศีรษะคนผิวขาว เกิดขึ้น ระหว่างอายุ
๒๑ - ๕๐ ปี. แต่สำหรับคนไทยและจีน
ตามปกติแล้วการปิดของรอยประสาน
เกิดขึ้นระหว่างอายุ ๒๓ - ๓๗ ปี, ซึ่ง
แสดงควาแตกต่างกันไม่มากนัก.

สรุป

รายงานนี้เป็นการศึกษาการปิดของ
รอยประสานแสดกระดูกหม่อม (แซจิตัล)
ทั้งทางข้างนอกและข้างในของกะโหลก
ศีรษะไทยและจีนจำนวน ๑๑๐ กะโหลก.
เป็นกะโหลกศีรษะชาย ๕๕ กะโหลก,
หญิง ๕๕ กะโหลก. มีอายุระหว่าง
๑๕ - ๘๕ ปี. ได้ผลดังนี้, คือ:

๑. การปิดของรอยประสานทางข้าง
ในมีความสัมพันธ์ที่แน่นอนกับอายุมาก
กว่าการปิดของรอยประสานทางข้างนอก,
และควรใช้เป็นหลักในการทายอายุของ
กะโหลกศีรษะ.

๒. การปิดของรอยประสานทางข้าง
ในเกิดขึ้นระหว่างอายุ ๒๓ - ๓๗ ปี และ
ปิดอย่างสมบูรณ์ภายในอายุ ๗๑ ปี. การ
ปิดของรอยประสานทางข้างในเกิดขึ้นใน

ส่วนปลายหน้า และปลาย หลัง ก่อนแล้วจึง
แผ่ไปสู่ส่วนกลางของรอยประสาน.

๓. การปิดของรอยประสานทางข้าง
นอกจะเกิดขึ้นระหว่างอายุ ๒๓ - ๕๐ ปี.
การปิดเกิดขึ้นในส่วนกลางก่อนแล้วจึงแผ่
ไปสู่ ปลาย หน้า และ ปลาย หลัง ของรอย
ประสาน.

๔. การปิดของ รอยประสาน มีความ
แตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างเพศชายและ
หญิง, และระหว่างเชื้อชาติ.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์
นายแพทย์ สก สแสงวิเชียร ที่ได้
แนะนำ และอนุญาตให้รายงานเรื่องนี้และ
ขอขอบคุณหน่วยภาพ การแพทย์ ทักษิณา
ช่วยเหลือด้วย.

เอกสาร:

1. Todd, T.W. and Lyon D.W.: Endocranial suture closure. A.J.P.A., 7, 325 -348, 1964.
2. Todd, T.W. and Lyon D.W. : Endocranial suture closure in adult males of Negro Stock. A.J.P.A., 8, 149-168, 1925.
3. Montagu, M.F.A. : Aging of the skull, A.J.P.A., 23, 353-375, 1938.
4. Simpson, Keith : Forensic Medicine 2 nd Ed., 26, 1652.
5. Singer, R. : Estimation of age from cranial suture closure, J. For. Med., 1, 52-59, 1953.

(Summary of the preceding Article)

CLOSURE OF THE SAGITTAL SUTURE IN THAI AND CHINESE

Suthep Tiengpitak, M.B.

(Dept. of Anatomy)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Sood Sangvichien)

Study of 55 skulls of male and 55 skulls of female Thai and Chinese in the age range 15 to 89 years, following the classification of Todd and Lyon, revealed that closure of the sagittal suture began between the 23rd and 37th years of life and was complete between the 31st and 71st years. The

inner table closes about two years before the outer, and seems to be more reliable as a criterion for estimation of age. Only slight differences exist in the time of fusion with reference to sex and to race.

(Five references, Two figures.)

(บทความบรรยายร่วม)

ความผิดพลาดในการถ่ายเลือด

นที รักษ์พลเมือง พ.บ. ตู ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med. (Heidelberg)

ทัศนัย จันทนียัง พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

๑. ต้นเหตุความผิดพลาด

(นที รักษ์พลเมือง พ.บ.)

การให้เลือดมีคุณประโยชน์อย่างมากมาตั้งแต่เป็นทศวรรษก่อนแล้ว. ในปัจจุบันได้มีการให้เลือดกันเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว, ฉะนั้นปัญหาเรื่องการผิดพลาดย่อมตามมา. การที่ได้นำเอาข้อผิดพลาดมาบรรยายนี้ ไม่มีเจตนาอื่น นอกจาก จะเป็นการศึกษาหาทางป้องกันแก้ไข, ซึ่งในต่างประเทศก็เคยมีรายงานการให้เลือดผิด, แต่ในปัจจุบันมีจำนวนน้อยมากทั้งนี้ก็เนื่องจาก ความเจริญของคลังเลือด. ผมขอแนะนำข้อผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ซึ่งมีสามารถ จะลดจำนวนลงได้ง่ายและป้องกันได้โดยไม่ต้องการการลงทุนใดๆ หากแต่เพียงให้ใช้ความละเอียดรอบคอบให้มากขึ้นเท่านั้น. จากประสบการณ์ที่ได้ผ่านงานในหน่วยถ่ายเลือดมาสิบปีเศษ

โดยทำเป็นงาน อติแรก นอกเหนือ จากงานประจำ, สังเกตว่าในปัจจุบันข้อผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์จะเพิ่มขึ้น, และต้องขออภัยต่อที่ประชุมที่ไม่อาจนำตัวเลขที่แน่นอนมาเสนอได้เพราะไม่มีการแจ้งเป็นทางการ, จึงเล่าได้เพียงเท่าที่ทราบมาเท่านั้น. ยังมี โรงพยาบาลบางแห่ง อ้างว่าไม่เคยมีการให้เลือดผิดเลย, ซึ่งอาจจะมีการให้ผิดแต่ไม่ทราบอย่างก็ได้. ทั้งนี้เพราะการให้เลือดผิดมิใช่ว่าจะเกิดอันตรายเสมอไป, อาจจะไม่มีอาการอะไรเลยก็ได้, เช่นเอาเลือดหมู่ "โอ" ให้หมู่ "บี" เป็นต้น. ความจริง พอให้กันได้ แต่เราถือว่า ให้ผิดหมู่ (หากให้โดยไม่ทราบ). ผู้บรรยายชุดนี้ ล้วนแต่เป็นผู้ที่อยู่ในแผนกศัลย-

ศาสตร์, แต่ก็มีได้หมายความว่าแผนก ศัลยศาสตร์ให้เลือดผิดมาก. ความจริง แผนกศัลยศาสตร์มีการให้เลือดผิดน้อย มาก.

การผิดพลาดอาจเกิดได้ดังต่อไปนี้:

(๑) ความผิดในการเจาะเลือด ผู้ป่วย หรือ เจาะเลือด จาก ผู้สละ เลือด

(donor) การเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อเอามาหา หมู่เลือดและทำการลองผสมไขว้ (cross matching) โดยมากเจาะครึ่งเดียวกัน หลาย ๆ คน, จึงมีโอกาสสลับขวดกันได้. เมื่อนำมาหาหมู่เลือดและทำการ ลองผสม ไขว้ก็ไม่มีทางทราบ เพราะทุกอย่างเข้ากันได้. แต่เวลาให้ก็จะผิดหมู่เพราะไม่ตรงกับเลือดของผู้ป่วยเนื่องจาก สลับขวดตั้งแต่ ต้น. ในการให้เลือดของเราบัดนี้เลยหลังไป สิบกว่าปียังไม่มีการเจาะใส่ขวดเก็บไว้, จึง เจาะแล้วให้ทันที. ในรายที่จะผ่าตัดก็ทำ การผสมไขว้ไว้ก่อนแล้วนักผู้สละเลือดมา เจาะในวันผ่าตัด. มีอยู่บางครั้งที่ผู้สละ เลือดมีชื่อชากัน, แพทย์ผู้เจาะซึ่งโดย มากก็มักจะถูกรวนให้เจาะไม่ทันใดคนมา สกุก. เมื่อเจาะไปก็ปรากฏว่าเป็นคนละคน จึงเกิดการให้เลือดผิดหมู่ขึ้น.

ข้อผิดพลาดที่ไม่สู้จะแรงนัก ก็คือ การ ลืมใส่ น้ำยากันเลือดแข็ง (โซเดียม ซิเตรท) ก่อนเจาะเลือด, จึงทำให้เลือด แข็งเป็นก้อน. ข้อเสียข้อนี้ถึงแม้ว่าหาก จะคิดเป็นเงินเพียงร้อยสองร้อยบาท ก็ตาม, แต่ควรรักถึงเลือดซึ่งหายาก มาก ในบาง ฐานะแม้ว่าจะมีเงินเท่าใดก็หาซื้อไม่ได้. ในปัจจุบันโอกาสที่จะผิดก็เป็นได้โดยเลือด ในขวดเล็ก (pilot tube) ที่จะใช้ทำการ ผสมไขว้อาจจะไม่ตรงกับเลือดในขวดใหญ่ ได้. แต่อย่างไรก็ตามโอกาสเช่นนี้เกิด ได้ยากมาก.

(๒) เกิดจากการ หา หมู่เลือด ผิด

นอกจากผิดเทคนิคการทำแล้ว, ความรีบ ร้อนและไม่ละเอียดพอก็เป็นต้นเหตุข้อหนึ่ง ที่ทำให้หาหมู่เลือดผิดได้.

(๓) ผิดในการให้

(ก) จากการสลับขวดกัน. เคยมี ผู้ป่วย ๒ รายซึ่งมีหมู่เลือด "โอ" กับหมู่ เลือด "บี." แพทย์ที่เป็นเจ้าของผู้ป่วย ไม่ว่างจึงวานผู้อื่นถ่ายเลือดให้. ผู้ที่นำ เลือดมาวางไว้วางผิดเตียงกันโดยเอาหมู่ "โอ" มาวางให้ผู้ป่วยที่มีหมู่เลือดหมู่ "บี." เอาเลือดหมู่ "บี." ไปวางไว้ที่ผู้ป่วยเลือด

หม่อม “โอ.” ผู้ให้เลือกไม่ได้ตรวจคอก
ครึ่งหนึ่งก่อนให้, จึงเกิดมีการให้เลือกผิด.
คนที่ได้รับหม่อม “โอ” โดยตัวเองเป็นหม่อม
“บี” ก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น, เพราะหม่อม
“โอ” สามารถให้หม่อมอื่นได้. แต่คนที่เข
หม่อม “โอ” ได้รับเลือกหม่อม “บี” ก็ได้รับ
อันตรายจากการให้เลือกผิด.

(ข) จากการเข้าใจผิดที่ว่าไม่ถึง
การณ์. เช่นตัวอย่างคือวิสัญญีแพทย์เวลา
ให้เลือกขณะผ่าตัดจึงจำนวนขวดที่ให้เลือก
เป็นตัวย่อว่า B₁, B₂ เป็นการแสดงว่าได้
ให้เลือกไปกี่ขวดแล้ว, แต่ทำให้บางคน
เข้าใจเอาเองว่าเป็นเลือกหม่อม “บี,” เมื่อ
ต้องการเลือกคอก ก็ไปเอาเลือกหม่อม “บี,”
มาใช้โดยไม่ได้ทำการผสมไขว้ให้ถว
เสียก่อนโดยอ้างว่ารีบร้อนด่วน. แต่ปร
กฏว่าผู้ช่วยเป็นเลือกหม่อม “เอ” ก็ทำให้เกิด
อันตรายจากการให้เลือกผิดหม่อมอื่น.

(ค) ผิดที่ใบรายงานผลการผสมไขว้.
เริ่มจากการที่เขียนชื่อโดยไม่มีนามสกุล,
โดยเฉพาะอย่างยิ่งหม่อมชากันหรือคล้าย
กัน, เช่น ผิน กษ ผัน เป็นต้น. ข้อนี้
จะเป็นเหตุให้มีการสลับใบรายงานผลการ
ผสมไขว้กันขึ้น, และก็เคยมีที่ได้นำเอา
ใบรายงานของผู้ช่วยที่มารับการผ่าตัดสลับ

กัน. เวลาจะให้เลือกผู้ให้ก็ตรวจคอกพบว่า
เลือกที่เขามาตรงกับใบรายงาน, แต่ความ
จริงไม่ตรงกับผู้ช่วย, ก็เกิดอันตรายจาก
การให้เลือกผิดหม่อม.

(ง) หยิบเลือกไปให้ผิด, โดยไม่ได้
ดูให้แน่นอนเสียก่อนและมักใช้วิธีรองท้ว
วาทว่าใช่. มีอยู่ ๑ รายที่เจ้าของผู้ช่วย
ไปตระจิงวานให้ผู้อื่นให้เลือกแทนเมอ
ความต้องการโดยบอกว่าเลือกเก็บไว้ในค
เย็นของคอกผู้ช่วย. เมอมีความจำเป็นต
ให้เลือกผู้ให้เลือกก็ไปเอามาให้อีก ๑ ขวด
โดยให้เขาหลอกเลือกคอกแห่งหนึ่ง. ต่อมา
จึงพบว่าผู้ช่วยได้รับเลือกหม่อม “โอ” ที่เข
ส่วนที่ปลายเท้าได้รับเลือกหม่อม “เอ.”

จะเห็นได้ว่าข้อผิดพลาดทั้งที่ได้กล่าว
มาแล้วนั้นเรามาทางแก้ไขได้ไม่ยาก, เพียง
แต่เพิ่มความละเอียดลออให้มาก ๆ, อย่า
รีบร้อนจนเกินไปแม้ว่าผู้ช่วยจะอยู่ระหว่าง
ข้อค. หากว่าคนใช้หนักจนรอไม่ได้แม้แต่
๕ ถึง ๑๐ นาทีเพื่อทำการลองผสมไขว้ให้
คอก ๆ แล้ว, ถึงจะได้เลือกไปให้ก็มีโอกาส
รอน้อยมาก.

ขณะทำรายงานนี้ ตพิมพ์การให้เลือกผิด
ตามที่ผมเล่ามาไม่ปรากฏอีกเลยหลังจาก
ที่คลังเลือกได้รวบรวมเอาการทำกรลอง

ผสมไขว้มาทำที่คลังเลือดทั้งหมด. เหตุที่
ทำได้ก็โดยที่ทางโรงพยาบาลได้จัดหาจัด
ให้แพทย์ฝึกหัดมาประจำอยู่หน่วยถ่าย
เลือด และ อยู่ในความดูแล อย่าง ใกล้ชิด.

เมื่อทางคลังเลือด มีเจ้าหน้าที่ มากจนออก
ในอนาคตการให้เลือดกันขึ้นวันแต่ จะปลอดภัย
มากจนทุกที่ ๆ, คงมีแต่คุณประโยชน์
แต่อย่างเดียว.

สมุฏฐานและอาการ

(ทัศนีย์ จันทนียัง พ.บ.)

สาเหตุที่ทำให้เกิดการผิดพลาดต่าง ๆ
อันเป็นผลนำมาซึ่งอันตรายถึงชีวิตต่อผู้ป่วย
ที่เตรียมการให้เลือด เพราะ เลือดอยู่ในหม้อที่
เข้านั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่ ซึ่งเรา สามารถป้องกัน
กันและแก้ไขได้. ความผิดพลาดจะเกิด
ขึ้นได้อย่างไรและตอนใดบ้างนั้นขอฉันขิวว่า
เราจึงโชคดีที่อาจติดตามผลของการศึกษา
ถึงสาเหตุและรายงานไว้มาก, ซึ่งพอจะ
สรุปได้ดังต่อไปนี้.

ความผิดพลาดต่าง ๆ นั้นมาจากสาเหตุ
ใหญ่ ๆ ๓ ประการ, คือ :

๑. ความผิดพลาดทางเทคนิค
๒. ความผิดพลาดทางการบันทึก
๓. ความผิดพลาดทางการจ่ายเลือด.

ความ ผิด พลาดจะ เกิดขึ้นได้ ทุก ระยะเวลา
เริ่มตั้งแต่เจาะเลือดผู้รับเลือด, เจาะเลือด

ผู้ส่งเลือดหาหม้อเลือด, ทำการลองผสม
ไขว้ (ครอสส์ แมทชิงก์), จนกระทั่งการ
นำเลือดที่เตรียมเรียบร้อย แล้วไปถ่ายให้
แก่ผู้ป่วยผิดคน.

เมื่อวิเคราะห์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
พบว่า ความผิดพลาดใน ระยะเวลาทำการเจาะ
เลือดผู้รับเลือด ก่อนถ่ายเลือดอาจเกิดจาก
เจาะเลือดผู้ป่วย แล้ว ไม่เขียน ฉลาก ที่ขวด
เลือดและใบขอเลือดเลย, หรือเขียนฉลาก
แต่ไม่ครบ, ขาดนามสกุลหรือขาดเลขที่
ทั่วไปหรือเลขที่ภายใน, หรือขาดทั้งหมด;
มีแต่ชื่อหน้าตัวเดียว, หรือฉลากครบแต่
ไม่ชัดเจน, อ่านไม่ออก, หรือใช้หมึกทลย
เลือนเมื่อถูกน้ำ, หรือทำมาเรียบร้อยทุก
อย่าง, แต่เจาะเลือดผู้ป่วยผิดคน.

ความผิดพลาดในระยะทำการเจาะเลือดจากผู้สละเลือดอาจเกิดจากเขียนฉลากผิดพลาดหรือบกพร่องอย่างเดียวกันกับการเจาะเลือดผู้รับเลือดดังกล่าว.

การที่ เกิด ความ ผิด พลาด ขึ้นได้ นั้น เพราะผู้ทำการเจาะเลือดไม่ถามชื่อ, นามสกุลของผู้รับเลือดและผู้สละเลือดก่อนทำการเจาะหรือทำการเจาะเลือดใส่ลงในขวดที่ยังไม่ได้เขียนฉลาก, ให้ถูกต้องเรียบร้อย และชัดเจน.

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในระยะหาหมู่เลือดเกิดขึ้นได้โดยใช้เทคนิคไม่ถูกต้อง, หรือผู้อ่านผลไม่มีความชำนาญพอ, ทำให้แปลผลผิด, หรือหาพร้อมกันที่หลายคนแล้วเขียนผลสลับกัน.

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในระยะทำการลองผสมไขว้ก็เช่นกัน, อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากการบันทึกไม่ชัดเจน, บกพร่อง, หรือเทคนิคไม่ถูกต้อง. แม้แต่เทคนิคถูกต้องแล้ว, ความผิดพลาดก็ยังเกิดขึ้นได้เนื่องจาก แอนติเจน ของเม็ดเลือดแดงและแอนติบอดี มีปฏิกิริยาทาง อิมมูโนโลยีที่ผันผวนได้มาก. เช่นเลือดหมู่ A 2 เมื่อนำมาลองผสมไขว้กับหมู่ O อาจจะไม่เกิดเม็ดเลือดจับกลุ่มให้เห็น, ถ้าเลือดหมู่ O

นั้นมี แอนติ — เอ อ่อน ๆ. ดังนั้นจึงทำให้เกิดการนำเลือดหมู่ A 2 ไปให้หมู่ O ได้. หรือนำเลือดจากผู้รับที่เจาะนาน ๒๔ ชม. มาใช้ในการทำการลองผสมไขว้. ถ้าหากว่าใน เลือด ของ ผู้รับ เลือด นั้นมี แอนติบอดี ของระบบหมู่เลือดที่ต่อองค์คอมพลีเมนต์, เมื่อเจาะเลือดไว้นานคุณสมบัติของ คอมพลีเมนต์ นี้จะสูญเสียไป, ปฏิกิริยาจับกลุ่มหรือเม็ดเลือดสลายก็จะไม่เกิดให้เราเห็น. แต่เมื่อนำเลือดนั้นไปให้แก่คนไข้ก็น่าจะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นภายในร่างกายคนไข้. ทั้งนี้เพราะในร่างกายคนไข้มີ คอมพลีเมนต์ เพียงพอ.

นอกจากนั้นในกรณีที่ผู้ช่วยเคยได้รับเลือดมาแล้ว, ใน เซรัมของผู้ช่วยอาจมีแอนติบอดี เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลจากการให้เลือดครั้งก่อน ๆ. การให้เลือดครั้งใหม่ถ้าหากไม่เจาะเลือดผู้ช่วยใหม่เพื่อมาทำการลองผสมไขว้, ความผิดพลาดก็ย่อมเกิดขึ้นได้, เพราะในตัวอย่างเลือดเท่าที่นำมาทำการลองผสมไขว้นั้นไม่มี แอนติบอดี ซึ่งขณะนั้นเกิดมีอยู่ในตัวผู้ช่วยแล้ว. หากเจาะเลือดใหม่ก็อาจจะแสดงปฏิกิริยาให้เห็นได้.

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในระยะย้าย
 เลือดเป็นผลของการที่ฝอยเลือดจากที่เย็น
 เกือบเลือด, หรือหยิบเลือดที่ของผสมไขว้
 ยังไม่เรียบร้อยไป, หยิบผิดเพราะไม่รู้วิธี
 การในห้องเลือดที่พอ, หรือหยิบเลือดไป
 ให้คนไข้พร้อมกันทีละ ๒ คน, แล้วนำ
 ไปให้แก่ผู้ช่วยผิดคน. ข้อนี้โดยมากเกิด
 ขึ้นในห้องผ่าตัด.

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในตอนถ่าย
 เลือดเป็น ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นสืบเนื่อง
 มาจาก ความผิดพลาดในการ หยิบเลือด.
 แพทย์ผู้ให้เลือดนั้นแก่ผู้ช่วยโดยไม่ได้อ่าน
 ชื่อผู้ช่วยที่ทำการลองผสมไขว้แล้วกับเลือด
 ขวคนนั้น, เพื่อตรวจสอบกับผู้ช่วยซึ่งกำลัง
 จะได้รับการถ่ายเลือดนั้นอีกครั้งหนึ่ง.

ตรายใดที่ยังมีการให้เลือดอยู่ก็ย่อมมี
 การให้เลือดผิดหมู่ได้. ทั้งนี้ เพราะเราไม่
 สามารถกำจัดสาเหตุของการให้เลือดผิด
 ให้หมดไปได้โดยสิ้นเชิง, เนื่องจากยังมี
 ความผิดพลาดบางประการที่เราไม่อาจลด
 หรือทอนลงได้, อย่างที่เรียกว่า "ความ
 ไม่สมบูรณ์แห่งมนุษย์". แต่เราสามารถ
 ลดจำนวนครั้งของการผิดพลาดลงได้อย่าง
 แน่นนอนโดยการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง
 ต่าง ๆ, ตามที่ผู้อื่นได้กระทำมาแล้ว,

และโดยการระมัดระวังการสั่งให้เลือดแก่ผู้
 ช่วยโดยให้แต่ในรายที่จำเป็นจริง ๆ เท่า
 นั้น. การให้เลือดนั้นยังให้มากครั้งเท่าใด
 โอกาสให้เลือดผิด หมู่ก็มากตามขึ้นไป
 ด้วย.

อาการ ของ การได้รับเลือดผิดแบ่งได้
 เป็น ๒ พวก :

๑. ผู้ช่วยที่ไม่ได้รับการ วางยาสลย
 อาจจะถูกเราว่ารู้สึกหนาวสั่น, แน่นหน้า
 อก, ปวดหลัง, คลื่นไส้, อาเจียน. อาการ
 เหล่านี้จะเกิดขึ้นแต่เริ่มแรก. ดังนั้นเมื่อให้
 เลือดในระยะต้น แพทย์ควรเฝ้าคผู้ช่วย
 อย่างใกล้ชิดเพื่อว่าถ้ามีอาการเกิดขึ้นจะไต่
 ทราบแต่แรก.

๒. ผู้ช่วยที่ดมยาสลยจะไม่สามารถ
 บอกอาการให้เราทราบได้, แต่อาจจะแสดง
 ให้เห็นได้โดยอาการสั่น, มีเลือดซึมออก
 มากผิดปกติในบริเวณที่ทำผ่าตัด, ความ
 ตันโลหิตต่ำลง.

เมื่อเราคิดว่ามีปฏิกิริยาเม็ดเลือดสลาย
 เกิดขึ้น, ก่อนอื่นจะต้องรีบหยิบเลือดที่ให้อ
 อยู่ทันที, และรีบหาสาเหตุโดยด่วนตาม
 วิธีต่อไปนี้ :

๑. ตรวจสอบเลือดในขวดที่กำลังให้อยู่ทันทีว่า ตรงกับเลือดผู้ช่วยหรือไม่.

ความคันเล็กน้อย และมีเลือดซึม จาก รอย
ผ้าตัด ตลอดเวลา. ๑ ราย ทราบเหตุหลัง
จากผ้าตัดแล้ว ๑ วัน, โดยคลังเลือดขอก
ไป. รายสุดท้ายทราบภายหลังให้เลือดฝัก
หม่มไปแล้ว ๒ ครั้ง. แต่คนไข้ยังช็อคและ
เหลืองน้อยๆ. ในการเตรียมเลือดเพื่อให้
ครั้งที่ ๓ จึงปรากฏว่าเลือดผสมเข้ากันไม่
ได้.

เนื่อง จากคนไข้ทั้ง ๗ ราย ได้รับเลือด
ฝักหม่มขณะทรมายาสลบ, อาการฝักปรกติที่
พบจึงน้อยมาก. รายสุดท้ายก็มีอาการ
น้อยเช่นกัน, ทั้งที่ไม่ได้ทรมายาสลบ.
อาการจะมากน้อยสุดแต่ขี้จี้ ๒ ขี้, คือ
(๑) การแพ้ต่อเลือดที่ให้ของผู้รับแต่
ละคน, (๒) ปริมาณเลือดที่ให้.

เมื่อ แบ่ง อาการ ที่ ปรากฏตาม ระยะ
ต่าง ๆ จะเห็นว่าแบ่งออกได้เป็น ๓ ระยะ.

ระยะที่ ๑ เป็นระยะ “เมื่อกเลือดถูก
ทำลาย” มีอาการสำคัญคือความคันเล็กน้อย
ตก ๘ ราย, เมื่อกเลือดสลาย ๘ ราย,
แน่นอก ๑ ราย. (รายไม่ทรมายาสลบ).

ถ้าคนไข้ไม่ได้ทรมายาสลบและได้รับ
เลือดฝักหม่ม, จะมีอาการแน่นอก, ปวด
หัว, หายใจขัด, ใจสั่น, ปวดเมื่อยตาม
ตัว, ช็อค, บัสสาวะเป็นเลือด. อาจถึง

ตายได้. ถ้าคนไข้ทรมายาสลบจะมีอาการ
น้อยมาก, ทั้งคนไข้ของเรา.

จากคนไข้ ๘ ราย ปรากฏว่าสามารถ
รักษาเข้าสู่ระยะที่ ๒ ได้ ๗ ราย. ส่วน
อีกหนึ่งรายเลือดออกไม่หยุดและไม่มเลือด
ให้ต่อ.

ระยะที่ ๒ เป็นระยะพ้นจากระยะเมื่อก
เลือดสลาย. ปรากฏว่ามีที่ชันทั้ง ๗
ราย, บัสสาวะเป็นเลือด ๖ ราย, มี
บัสสาวะน้อย (๒๐-๔๐๐ มล. ต่อวัน)
๖ ราย. อีกหนึ่งรายในวันแรกบัสสาวะ
เป็นปรกติ, ในวันต่อมาเริ่มบัสสาวะน้อย
ลง.

ระยะที่ ๓ เป็น “ระยะไตล้ม” มีสาร
ประกอบ ในโตรเจนคั่งมากขนในเลือด.
ปรากฏว่า ๖ รายเข้าสู่ระยะนี้. ส่วนอีก
๑ รายผลเลือดเป็นปรกติ.

หลักในการรักษา

ต้องรักษาตามระยะอาการที่คนไข้
เป็น. ในระยะที่ ๑ ควรจัดการต่อไปนี้ :

๑. หยุดให้เลือดฝักหม่ม, แต่ให้เลือด
ที่ถูกต้องแทน และให้เป็นจำนวนมากพอ
(จนกระทั่งค่าฮีโมโกลบินกลับปรกติ) เพื่อ
ให้ เมตะบอลิซึม ของ ทิสซุ ดำเนินไปเป็น
ปรกติโดยไม่ขาด ออกซิเจน และทำให้

การสลายของเม็ดเลือดหยด. การแก้ไข การสลายของเม็ดเลือด ที่เกิดขึ้นปรากฏว่าการให้เลือดใหม่ๆ ได้ผลดีกว่าการให้ไฟบริโนเจน หรือสารอย่างอื่น. เหตุผลยังไม่มีใครอธิบายได้.

๒. ให้ ออกซิเจน, เพราะในระยะเม็ดเลือดสลายมีการสลายตัวของเม็ดเลือดแดง, ทำให้ความ ออกซิเจน น้อยลง. จึงควรให้ ออกซิเจน เพิ่มเพื่อให้ความ ออกซิเจน อิ่มตัวด้วยแก๊สดังกล่าว, จะได้เพียงพอสำหรับ เมตาบอลิซึม.

๓. ให้ยาขับหลอดเลือด. คนไข้มักมีความดันเลือดตก. ถ้าความดันเลือดต่ำกว่า ๖๐ มม.ปรอท ไตจะหยุดทำงาน. การให้คนไข้อยู่ในภาวะ ช็อค นาน ๆ จะทำให้เกิด แอนอ็อกเซีย ของสมองและอวัยวะสำคัญ ๆ ได้. การให้ยาเพื่อเพิ่มความดันเลือดชั่วคราว เช่น ลิโวเฟ็ด, อะรามิน ฯลฯ เป็นของจำเป็น. เมื่อความดันเลือดของคนไข้เป็นปรกติ, แพทย์ต้องนึกอยู่เสมอว่าการไหลของเลือดในไตยังคงผิดปกติอยู่เพราะการมี โปรตีน ผิดที่ไหลเสรีในกระแสเลือดจะทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว, และหลอดเลือดฝอย

พาระลีย์ส์ (Tomb ๑๕๔๒). จากงานของ Trueta, Backey, Daniel, Franklin และ Richard (๑๕๔๖-๑๕๔๗) พบว่าแขนง เลียงเปลือกไตของหลอดเลือดแดง อินเทอร์โลบาร์ ซึ่งมาจากหลอดเลือด รินัล จะแยก, เลือดถูกตัดตอนลัดทางไปทาง

แขนงเลียง เมทัลลา ของไต. ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า ทบโดวาสคูลาร์ รินัล ชี้นโครม, ซึ่งเราจะต้องแก้ไข. Boeminghaus แนะนำให้ทำ พาราเวอร์ติบรัล เนอร์ฟว์ บล็อกค์ หรือบริหารยาสลบทางหลอดสันหลัง (สไปนัล), จะเกิดการขยายหลอดเลือดของไต, ทำให้มีการขับปัสสาวะได้. ถึงแม้จากงานค้นคว้าของ Hesse (๑๕๓๒) จะพบว่าความผันผวนในการไหลเวียนของไตนี้ ไม่เกี่ยวข้องกับประสาทที่ควบคุม, แต่ Peter (๑๕๔๒) เคยรายงานว่าได้ผลจากการกระทำดังกล่าว.

๔. คนไข้ควรได้รับการ สอน หลอดขยายทางท่อปัสสาวะคาไว้ทันที, เพื่อคุณลักษณะของปัสสาวะ และปริมาณ ปัสสาวะที่ออก.

เกี่ยวกับลักษณะ ของปัสสาวะ มักพบว่า มี ซีโมโกลบินเรย์ เกิดขึ้นเสมอ. Fox และ

Ottenberg (๑๙๓๘) พบซีโมโกลบิน เสรี ออกมาเพียง ๘.๕ ปรซ. ส่วนที่เหลือถูก เปลี่ยนไปเป็น บิลิรูบิน โดยขบวนการต่อไปนี้ :

ก. ซีโมโกลบิน เสรีถูกเปลี่ยนเป็น ซีโมบิลิรูบิน โดย เซลล์ จำพวก เรติคูลอ-เอ็นโดไธเลียม และถูกขับเป็น โชมเลบิลิรูบิน โดยตับ.

ข. ซีโมโกลบิน เสรีจะรวมตัวกับ เซอรุ่ม แอลบูมิน, กลายเป็น เมธิแอลบูมิน และถูกเปลี่ยนเป็น ซีโมบิลิรูบิน โดย เรติคูลอเอ็นโดไธเลียม เซลล์ แล้วถูกขับออกมาเป็น โชมเลบิลิรูบิน โดยตับ.

ค. เม็ดเลือดแดงของผู้สละเลือดที่ไม่ถูก แอ็กกลูตินเนต จะถูก เซลล์ ของ ระบบ เรติคูลอเอ็นโดไธเลียม จับ, ทำให้เกิดการทำลายขนภายใน เซลล์, เป็นเหตุให้มี บิลิรูบิน ออกมาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นและถูกขับเป็นน้ำดีโดยตับ.

เนื่องจากมี ซีโมบิลิรูบิน เพิ่มขึ้นใน เลือดโดยวิธีดังกล่าว จึงทำให้คนไข้พวกนี้ มีค่าน้ำตาลทราย.

Gilligan (๑๙๔๑) และพวกพบว่า ซีโมโกลบิน ในกระแสเลือดจะออกมาใน บัสสาวะเมื่อความเข้มข้นของ ซีโมโกลบิน

เสรีสูงกว่าระดับที่กั้น (เทรซซโซลต์) (๑๓๕ - ๑๘๐ มก/๑๐๐ มล. เลือด). ถ้ามี แอลบูมินยูเรีย จะทำให้ระดับที่กั้น นตาลงอีก.

ถ้าบัสสาวะเป็นต่าง, ซีโมโกลบิน จะ กลายเป็น ออกซี้ซีโมโกลบิน ซึ่งละลายได้ดี. ถ้าบัสสาวะเป็นกรด ซีโมโกล-บิน จะถูกเปลี่ยนไปเป็น เมธิโมโกลบิน และ คาสต์ ของแอซิด ซีมาติน ไปออก ทุบล. จากงานของ Navasgue (๑๙๔๐) พบ คาสต์ ของ ซีมาติน ในเนื้อไต ๑๕ - ๒๐ ปรซ. ของเนื้อไตทั้งหมด. เพราะฉะนั้นการ ให้ต่าง เช่น โซเดียม ไบคาร์บอเนต หรือ ม/๖ โซเดียม แล็คเตต จึงเป็นของจำเป็น.

การทำให้บัสสาวะออกมากจะทำให้ การออกตันของ ทุบล ด้วย คาสต์ ของ ซีมาติน หดไป. จึงควรให้ยาขับบัสสาวะ จำพวก ออสโมติก, เช่น น้ำละลาย กลูโคส ๕๐ ปรซ. ๕๐๐ มล. หรือน้ำละลาย แมนิตอล โซเดียม.

เมื่อคนไข้ในระยะที่ ๑ มาไตอาจเข้า สู่ระยะที่ ๒ หรือข้ามไประยะที่ ๓ เลย. สำหรับรายที่เข้าระยะที่ ๒ จะสังเกตได้จากจำนวนบัสสาวะที่ออกจากหลอดยางที่ ใส่ไว้คือจำนวนบัสสาวะลดลงทันที. ตาม

ปรกติจะมีขี้สสาระออกประมาณ ๕๐ มล. ต่อชั่วโมง. พวกที่มีอาการมาก ๆ จะพบว่าขี้สสาระออกเพียง ๑๐—๒๐ มล. ต่อวัน. ในการรักษาจำเป็นต้องระวังดังต่อไปนี้ :

๑. จำกัดน้ำ, เนื่องจากบ้านเราอากาศร้อน, น้ำที่คนไข้ได้รับไม่ควรเกิน ๑ ลิตร ต่อวัน. เพื่อป้องกันการให้น้ำมากเกินไป. ควรชั่งน้ำหนักคนไข้ทุกวัน. น้ำหนักควรเท่าเดิมหรือลดลงไม่เกิน ๒ กิโลกรัม ต่อวัน.

๒. ควบคุม อิเล็กโตรลัยต์, โดยเฉพาะ โซเดียม, โปแตสเซียม, แคลโร้, และอานาจาบี คาร์บอน ไดออกไซด์ โดยการเจาะเลือดตรวจทุกวัน.

๓. ให้อาหาร, โดยเฉพาะ คาร์โบไฮเดรต ประมาณ ๒๐๐๐ แคลอรี ต่อวัน เพื่อป้องกัน โปรตีน ถูกทำลาย. ควรให้ ฮอร์โมน อินซูลิน หรือ ฮอร์โมน ประเภทอะนาโบลิก ด้วย. งดอาหาร โปรตีน เพื่อป้องกันสารปฏิภูมประเภท ในโตรเจน คั่งในเลือด.

๔. ให้วิตามินมาก ๆ.

๕. ป้องกันโรคแทรกแซง. ที่สำคัญและทำให้คนไข้ถึงแก่กรรมได้มีต่อไปนี้ :

ได้น้ำมากเกินไป, การติดเชื้อ, ฮีเปอโรโปแตสเซเมีย, ฮีโคสิส, ตกเลือด. สำหรับการติดเชื้อควรให้ แอนติไบโอติกหรือยาประเภท เชมโมเชอราบีวติก, แต่ควรให้เพียงขนาดครึ่งเดียวของปรกติ. ไตของคนไข้ที่ไทรบเลอคผิดปกติมักเกิดขวม, ซึ่งเป็นผลจากเหตุสามประการ, คือ

(๑) มีการอุดตันในท่อภายใน ทูบลด้วย ฮีมาติน.

(๒) มี แอนฮอกเซีย ของเนื้อไต

(๓) เกิด ภูมิแพ้ (แอลเลอร์ยี) เนื่องจาก โปรตีน ผิดที่.

ไตอาจขวมทันทีเนื่องจากไตขวมเองร่วมกับท่อภายในเนื้อไตถูกอุดตัน, ทำให้มีน้ำคั่งในเนื้อไตมาก, การทำ ก็แค่เปลี่ยน จึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรนึกถึง, เพราะจะทำให้ แคปซูล ที่หุ้มเนื้อไตหลุด, ไตมีโอกาสขยายตัวทำให้เลือดไหลมาที่ไตได้, และท่อภายในเนื้อไตเป็ค. ทำให้ขี้สสาระออกได้. นอกจากนี้ยังทำลายประสาทที่ควบคุมไต, ทำให้มีการขยายหลอดเลือดของไต. ปัญหาที่มีอยู่แต่เพียงว่าจะทำการ ก็แค่เปลี่ยน เมื่อไร. จากคนไข้ ๘ รายได้รับการทำ ก็แคปซูลของไต ๑ ข้าง ๔ รายในเวลา ๔๒, ๖, ๕๔ และ ๗๒ ชั่วโมง

หลังจากได้รับเลือกผิดหม่อม. พบไตบวมตึง, สีซีดออกโคแลต. เมื่อดอก แคปซูล ออก, เนื้อไตพองออก, ซึ่งต่างกับรายงานของ แพทย์อื่น ๆ เช่น Lindau (1928) Bakes (๑๙๓๗) และ Maegraith (1945). ผู้รายงานเหล่านี้พบส่วนเปลือกไต (รีนัล คอร์เท็กซ์) บวม, ซึบ, สีซีดออกโคแลต. ใน เซ็กชัน พบ ดีเจเนอเรชัน และ นิโครซิส ของ ทูบูล หลายจุด และมี อินเตอร์สติเชียล อีดีมาตัส เนฟริตัส, แขนงเดียวกับที่เกิดในการคิดเซอหรือแพ้ โพรเทอิน, ภาวะพิษปรอท, หรือเนื้อไตขาด ออกซิเจน ชนิด ไพรมารี (Zollinger). จากคนไข้ของเราพบข้อสังเกตบางอย่างคือรายที่ทำซ้ำที่สุด, ไตมีลักษณะเริ่มเน่า. แพทย์ทาง หน่วยงานจึงลงความเห็นว่าการทำ ดีแคปซูล เลชัน ควรรีบทำไม่ควรรอเกิน ๔๘ ชั่วโมง, ถึงแม้ว่าตามรายงานของ Hesse (๑๙๓๖) เขาได้ทำ ๗ ราย และพบว่าคนไข้ตาย ๖ ราย. ทั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากเขารักษาแบบถอนอมไว้จนถึง ๒ สัปดาห์แล้วทำ, ผลจึงไม่ดี. รายที่ทำ ดีแคปซูล เลชัน ได้ผลจะมีปัสสาวะออกทันที.

สำหรับระยะที่ไตไม่ทำงาน, มีการคั่งของสารประกอบ ในโตรเจน ในเลือดและ

มักมี อีเล็กโตรลิต คั่งด้วย, จำเป็นต้องแก้ไขโดยการทำให้เพอร์โตเนล ไคอะลิซีส หรืออาคัย ไตเทียม. เราได้ใช้วิธีแรกในคนไข้พวกนี้ซึ่งทำ ดีแคปซูล เลชัน แล้วไม่ได้ผล. ปรากฏว่าคนไข้ถึงแก่กรรม.

เมื่อไตกลับคืนสู่สภาพเดิม, จะมีการขับปัสสาวะเนื่องจาก โกลเมอรูไล เป็นปรกติก่อน ทบลดกลับคืน. ภายหลังจะทำให้มีการเสียน้ำและ อีเล็กโตรลิต ทางปัสสาวะมาก. จำต้องให้น้ำประมาณ ๒ ลิตรครึ่ง ต่อวันเพื่อ แทนที่น้ำที่เสียไปและล้างเอาของเสียออก. ถ้า อีเล็กโตรลิต ต่ำกว่าปรกติ, โดยเฉพาะ โซเดียม, ต้องจัดการเพิ่มทดแทนให้.

ผลของการรักษาคนไข้ ๘ ราย ปรากฏว่าตาย ๔ ราย, เท่ากับ ๕๐ ٪. คนไข้ได้รับการทำ ดีแคปซูล เลชัน ๔ ราย ตาย ๒ เท่ากับ ๕๐ ٪. รายแรกทำ ดีแคปซูล เลชัน แล้วตั้งแต่นั้นมาตัดใหม่ ๆ, แต่การสลายของเม็ดเลือดไม่หยุดและไม่มีการเลือดให้. รายที่ ๒ ไตเสียมากเกินไปเพราะทำ ดีแคปซูล เลชัน ซ้ำเกินไป. คนไข้ที่ไม่ได้รับการทำ ดีแคปซูล เลชัน (รักษาโดยวิธีถอนอม) ๔ รายตาย ๒ ราย. รายแรกตาย เนื่องจากการเสียม ไตรมของ

สังขารเพราะเป็นมะเร็งทวารหนัก. ส่วนอีก
รายหนึ่งไตไม่กลับคืนสู่สภาพเดิมและมี
โรคแทรกซ้อนทางปอด.

อภิปราย

คนไข้ได้รั้เลือดห่มุ่ขณะไม่ได้คมา
สลับ, อัตราคายตาเนองจากคนไข้มีอาการ
แต่แรกและคนไข้รู้สึกขอกให้ทราบได้. ถ้า
มีอาการแพ้น้อย, อาจได้รั้เลือดเป็น
จำนวนมาก, แต่ไตมักทำงานได้. อาการ
มักผ่านจากระยะเม็ดเลือดสลายเข้าสู่ระยะ
ชั้ยบัสสาวะ. สำหรับคนไข้ที่คมาสลับ
อาการแสดงมักน้อย. อาการส่วนใหญ่
เกิดเมือผ่านระยะเม็ดเลือดสลายแล้ว. มัก
มีอาการบัสสาวะน้อยจนกระทั่งไม่มีบัสสาวะ
เลย (แอนเรีย) ตามมาในภายหลัง.

ต้นเหตุของการตายเกิดจากการทำ
ลายเม็ดเลือดไม่หยุด, ไม่มีเลือดให้, และ
เกิดจากโรคแทรกซ้อน, โดยเฉพาะเนอง
จากไตไม่ทำงาน.

ค้แค่ปซ้เลขชนั้ของไตควรกระทำใน
รายที่เข้าสู่ระยะบัสสาวะน้อยหรือไม่มี

บัสสาวะภายหลังผ่าตัด. ไม่ควรรอเกิน
๒ วัน.

เนองจากการรักษาผลยังไม่เป็นทง
พอใจ, แต่ต้นเหตุของการให้เลือดคผิดห่มุ่
สามารถช้ชองกันได้, เพราะฉะนั้นเราควร
ถอหลัก “กันไว้คกว่าแก้” เสมอไป.

เอกสาร : (บางส่วน)

1. Binder, L.S., et al: A Surg. Obst. & Gynec. 1959, 108:19-34,
2. Davidsohn, I: Med, Clin, of N. Am. 1960, 1:44,
3. Standard for a Blood Transfusion service. Scientific Committee of the Joint Blood Council Inc. and Standards Committee of the Am. Ass. of Blood Bank, 3rd Ed., 1962.
4. Schmidt, P.J.: J. of Transfusion 1963, 3: 198 - 201.
5. Boeminghaus: Urologie 1954.
6. Keynes, G.: Blood Transfusion 1949.
7. Trueta, J.: Lancet. 1946, 2:237.
8. Hesse, E: Chir. Orthop. 1934, 27:106.
9. Peters, H.R.: Ann. inter. Med. 1942, 16:546.
10. Ottenberg, R., C.L. Fox, Jr., Amer. J. Physiol. 1938, 123:516.
11. Gilligan, D.R., et al.: J. Clin. Invest, 1941, 20:177.
12. ต้นตวงศั สัมพันธ์ และ ตุ๋/ชัยวัฒน์: คำบรรยาย ยูโรโลยี.

บทความพิเศษ

สารวิทย์ของเม็ดเลือดขาว

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

(แผนกสรีรวิทยา)

เม็ดเลือด ในร่างกาย ได้ถูกค้นพบมานานแล้ว. และเม็ดเลือดแดงก็ทราบหน้าที่ละเอียดก็อยู่แล้ว. ส่วนเม็ดเลือดขาวทราบแต่เพียงหน้าที่อย่างคร่าว ๆ, บทบาทที่แท้จริงในร่างกายนั้นยังไม่ทราบกัน. คือไปนี้เห็นเพียงการรวบรวมผลงานบางอย่างเกี่ยวกับเม็ดเลือดขาวเท่าที่ทราบในขณะนี้.

๑. อีโอสิโนฟิล. หน้าที่ของ อีโอสิโนฟิล ได้มีผู้นำมาเปรียบเทียบกับนิวโทรฟิล ซึ่งทราบหน้าที่ดีกว่า, คือ อีโอสิโนฟิล ถูกกระตุ้นได้โดยผลิตภัณฑ์จากสัตว์, ทำหน้าที่ของมัน, และเป็น เซลล์ในระยะพักฟื้น. ส่วน นิวโทรฟิล นั้นถูกกระตุ้นได้โดยผลิตภัณฑ์จากพืช, เกี่ยวกับการรุกราน, และเป็น เซลล์ในระยะขุ่น. เป็นที่แน่นอนว่า อีโอสิโนฟิล มี

บทบาทสำคัญในภาวะ อัลเลอร์จีย์ ถึงแม้ว่าจะพบ อีโอสิโนฟิล มากขึ้นโดยไม่มีปฏิกิริยา แอนติเจน — แอนติบอดี เลยก็ได้. ได้มีการค้นคว้ากันอย่างกว้างขวางในเรื่องนี้. ซึ่งพอจะลงความเห็นในขณะนี้ได้ว่า ปฏิกิริยา แอนติเจน — แอนติบอดี ไม่ทุกอย่างจะต้องมี อีโอสิโนฟิล มาก, และ อีโอสิโนฟิล ที่มากขึ้นไม่ทุกรายจะต้องมีภาวะ อัลเลอร์จีย์. การเกี่ยวข้องของ ฮีสตามีน และ อีโอสิโนฟิล ได้มีการค้นคว้ากันอย่างมาก เช่นเดียวกัน. มีการพบ อีโอสิโนฟิล ตรงบริเวณที่ขุมจาก ฮีสตามีน และยังพบว่าใน เซลล์ ของ อีโอสิโนฟิล มี ฮีสตามีน อยู่มาก, ทำให้เชื่อว่า อีโอสิโนฟิล เป็นตัวที่ขนส่ง ฮีสตามีน ในร่างกาย. มีผู้พบว่า อีโอสิโนฟิล เป็นตัวนำ

ฮีสตามีน ส่วนที่ไหลเวียนอยู่ในเลือดเพียง ๓๐ ปช. ส่วน เบโซฟิล นั้นเป็นตัวนำ ฮีสตามีน ไปตั้ง ๕๐ ปช. ไช้กระดูกมี ฮีสตามีน มาก, ทำให้สงสัยว่าจะเป็นตำแหน่งที่สร้าง ฮีสตามีน. การเกี่ยวข้องระหว่าง ฮีสตามีนและ คอร์ติโคสเตอรอยด์ ซึ่งเหมือนกัน จะทำหน้าที่ควบคุม อีโอสีโนฟิล ที่ไหลเวียน อยู่ในเลือดนั้นมาถึงต่อไป, คือ คอร์ติโคสเตอรอยด์ จะทำให้ฤทธิ์ทำลาย ฮีสตามีน ในเลือดและลำไส้ลดลง, คอร์ติโคสเตอรอยด์ ยังทำให้ อีโอสีโนฟิล ในเลือดลดลงด้วย. มีผู้พยายามอธิบาย กลไก หลายอย่าง ในการที่ทำให้เกิดเช่นนี้, เช่นการสร้างของไขกระดูกคนน้อยลง, มีการทำลาย เซลล์ในเลือดไหลเวียนและมีการเพิ่มการเคลื่อนย้ายของ เซลล์ จากเลือดไปยัง ทิสซู่. แต่ถือว่ากลไกที่ไขกระดูกสร้างน้อยลงนั้นสำคัญที่สุด. อีโอสีโนฟิล อาจจะมีหน้าที่ขนส่ง ฮีสตามีน ไปยังบริเวณที่ทำหน้าที่ทำลาย ฮีสตามีน. จำนวน อีโอสีโนฟิล ในเลือดนั้น เปลี่ยนแปลง ไปข้าง เล็กน้อย, คือในตอนเช้า และตอนบ่าย มีจำนวน น้อย, แต่ในตอนกลางคืนมาก. ทั้งนี้เชื่อว่าขึ้นอยู่กับการทำงานของต่อมเปลือกหมวกไต.

จำนวนของ อีโอสีโนฟิล ใน ทิสซู่ ต่าง ๆ มิไม่เท่ากัน. ที่น่าสนใจก็คือที่คัมมี อีโอสีโนฟิล น้อยมากในปอด, กระเพาะอาหาร และลำไส้มี อีโอสีโนฟิล ชุ่มมาก.

เกี่ยวกับการควบคุมของระดับ อีโอสีโนฟิล ในเลือดได้กล่าวแล้วในตอนต้นว่า อีโอสีโนฟิล ในเลือดขึ้นอยู่กับสมมูลของการทำงาน ๒ อย่าง, คือเพิ่มมากขึ้น เพราะตัวกระตุ้นทางชีวเคมี และลดน้อยลง เพราะอิทธิพลของ ฮอร์โมน คอร์ติโคสเตอรอยด์.

๒. เบโซฟิล, มีสมมติฐานมากมาย เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของ เบโซฟิล และ มาสต์เซลล์. เชื่อกันว่าหน้าที่เกี่ยวกับ ฟาโกไซโตลิซิส และเกี่ยวกับสารสี (พิกเมนต์). บ้างก็ว่า เบโซฟิล สามารถทำลายพิษโดยการเติมกลุ่ม อะเซทิลล์ และการสร้างสารประกอบฮีสตามีน. อย่างไรก็ตาม, เป็นที่ทราบในขณะนี้ว่า มาสต์เซลล์ และ เบโซฟิล มีบทบาทในร่างกายของเราเนื่องจากมีสารที่สำคัญ, เช่น เฮปาริน, ฮีสตามีน และ ฮีโรโคติน. มีผู้พบว่า มี เฮปาริน อยู่ใน มาสต์เซลล์ และ เบโซฟิล. เฮปาริน มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่กับวิชาที่สำคัญหลายอย่าง, โดยที่มันเป็นสารกันเลือด

แข็งซึ่งออกฤทธิ์ทางต่อต้าน กรูม โปพลาส-
 ติน และต่อต้าน กรูม บิน. เฮปาริน ยังมี
 หน้าที่เร่ง เคลียร์รกแฟคเตอร์ ซึ่งช่วย
 ละลาย ผนังไขมันครอน ใน พลาสมา และ
 มีอิทธิพลต่อการขนส่งไขมัน. ทั้งยังเชื่อ
 กัน อีกด้วยว่า เฮปาริน ช่วยมิให้เกิดภาวะ
 หลอดเลือด แข็ง และเร่งการดูดซึมไขมันที่
 มีฤทธิ์เป็นกลางทางหลอดเลือดฝอย. ใน
 สัตว์ที่มี มาสคัลเซลล์ อยู่ใน ทิสซุ มากจะ
 ทำให้ เกิดภาวะ หลอดเลือด แข็งได้ยาก.
 แต่ในสัตว์ที่มี มาสคัลเซลล์ น้อย มักจะเป็น
 โรคหลอดเลือดแข็งง่าย. เกี่ยวกับ ฮิสตามีน
 พบว่ามี ฮิสตามีน อยู่มากใน เฮไซฟิล
 และ มาสคัลเซลล์. เป็นที่แน่นอนว่า ฮิส-
 ตามีน มีบทบาทสำคัญในภาวะ อัลเลอร์จี้
 ถึง แม้กลไก ที่ แท้จริง จะ ยัง ไม่ทราบแน่.
 ฮิสตามีน ขยายหลอดเลือดเล็ก ๆ และทำ
 ให้มีการ เพิ่มการซึมผ่าน ของ หลอดเลือด
 ฝอย มาก จน ทำให้ สารน้ำ ออก ไป ใน
 ทิสซุ และเกิดการบวมขึ้น. หลังจาก ที่
 ฮิสตามีน ปล่อยออกมาแล้วจะสังเกตได้ว่า
 มีฤทธิ์ ฟาโกไซท์ ของระบบ อาร์—อี และ
 เม็ดเลือดขาว. นอกจากนั้น ฮิสตามีน ยัง
 กระตุ้น การหลั่ง ของ น้ำย่อย จาก กระเพาะ
 อาหาร และทำให้กล้ามเนื้อ เรียบ ของกระ-

เพาะและลำไส้ บีบตัว. เกี่ยวกับ ซีโรโตนิน
 เมื่อเร็ว ๆ นี้มีผู้พบว่าอยู่ใน มาสคัลเซลล์
 แต่ยังไม่พบว่าอยู่ใน เฮไซฟิล. ความ
 สำคัญของ ซีโรโตนิน ยังไม่ได้รับความ
 กระจ่าง, แต่มีการแสดงว่า ซีโรโตนิน มี
 ฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดและหลอดลมตีบ.

๓. ลียม์โพซัยท์. หน้าที่ของ ลียม์-
 โพซัยท์ มีอยู่หลายอย่าง, เช่นเกี่ยวกับการ
 อักเสบ, ความไวเกินชนิดล่าช้า, และ
 หน้าที่เฉพาะใน เมตะบอลิซึม บางอย่าง.
 เกี่ยวกับขบวนการอักเสบนัน, ทั้ง ๆ ที่มีการ
 พยายามอย่างมาก, คำถามที่ว่า ลียม์-
 โพซัยท์ มีบทบาทอย่างไรในการอักเสบ
 ก็ยังตอบไม่ได้. นักพยาธิวิทยาได้ลง
 ความเห็นว่า เซลล์ กลมที่เห็นในการอัก-
 เสบเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่เป็น ลียม์โพซัยท์,
 ซึ่งแสดงว่า ลียม์โพซัยท์ มีความสามารถ
 ที่จะเคลื่อนออกนอกหลอดเลือดและไปทำ
 หน้าที่นอกหลอดเลือดได้. จากการศึกษา
 ด้วยวิธีต่าง ๆ ทำให้สงสัยว่า ลียม์โพซัยท์
 อาจเปลี่ยนแปลงไปเป็น เซลล์ อื่น ๆ, เช่น
 พลาสมา เซลล์, โมโนซัยท์ และ เรติคูลู-
 ลัม เซลล์. เกี่ยวกับความไวเกินชนิดล่า
 ช้า, เชื่อกันว่า ลียม์โพซัยท์ มีบทบาท
 สำคัญในความไวเกินชนิดล่าช้า. ในโรค

คิดเซอเรอริง, เช่นวงโคจร, ลิยมโฟ-
 ซัยท์ มีส่วนช่วยในการป้องกันโดยการ
 สร้างผนัง แกรนโลมา จากการสังเกต
 ของท่านได้มีผู้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าเมื่อมีสิ่ง
 แผลงปลอมเข้าไปในร่างกาย, เมื่อไปถึง
 ระบบนำเหลือง, ลิยมโฟซัยท์ จะสร้าง
 สารเคลือบการป้องกัน. ต่อมาเมื่อ
 ลิยมโฟซัยท์ ถูกนำตามกระแสเลือดไป
 ยังบริเวณที่ได้รับอันตราย, จะออกจาก
 เลือดไปใน ทิสซ และไปล้อมกรออยู่. เป็น
 ที่ปรากฏว่าเม็ดเลือดขาวทำงานร่วมกันแต่
 ไม่ชนกันในการป้องกันการคิดเซอ.
 ฟาโกซัยโตสิส เกิดจาก แกรนโลซัยท์,
 โมโนซัยท์ และ มาโครฟาจ. ลิยม-
 โฟซัยท์ ยังสร้างภูมิคุ้มกันของ ทิสซ อีก
 ด้วย. นอกจากนี้ แอนติบอดี ที่ไหลเวียน
 อยู่จะถูกร่างโดย พลาสมา เซลล์ และ
 อนุพินธ. เกี่ยวกับ เมตะบอลิซึม ลิยมโฟ-
 ซัยท์ อาจมีหน้าที่เฉพาะอย่างในการขนส่ง
 ไขมัน, และการกระตุ้น ฟอสโฟไรลเลชั่น,
 แต่ยังมีขาดการทดลองที่สนับสนุนอยู่.

๔. โมโนซัยท์. หน้าที่อันสำคัญของ
 โมโนซัยท์ คือการป้องกันร่างกาย, เช่น
 ฟาโกซัยโตสิส, อิมมูโนโลยี และ
 การสร้างเนอซัยคเสริม. ฟาโกซัยโตสิส

ถือว่าเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่สุด. ฟาโก-
 ซัยโตสิส ขึ้นอยู่กับปัจจัย ๓ อย่าง, คือ
 ฟาโกซัยติก เซลล์, วิธีการ, และสิ่งแวดล้อม.
 ความแตกต่างในความตั้งผิวถือว่า
 มีความสำคัญมาก. แบคทีเรีย อาจถูกจับ
 โดย ฟาโกซัยโตสิส ที่พื้นผิวโดยไม่ต้อง
 อาศัย แอนติบอดี เฉพาะเลยก็ได้. จำนวนของ
 โมโนซัยท์ ในเลือดถูกควบคุม
 โดยกลไกบางอย่างซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการ
 ของร่างกาย. เชื่อกันว่ามีการควบคุม
 ทาง ฮอร์โมน, แต่การตอบสนองนั้นเปลี่ยนแปลงได้.

๕. นิวโทรฟิล. หน้าที่สำคัญของ
 นิวโทรฟิล คือ ฟาโกซัยโตสิส และเกี่ยวข้อง
 กับการอักเสบ. แต่เดิมเชื่อกันว่า
 แกรนโลซัยท์ มีหน้าที่กินสิ่งแปลกปลอม.
 ไปลิยมอร์โฟเนเคลียร์ลิวโคซัยท์ หรือ
 เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ไม้โครฟาจ ทำหน้าที่
 ส่วนใหญ่คือกินแบคทีเรีย. ฟาโกซัยติก
 เซลล์ อื่น ๆ ซึ่งเรียกว่า มาโครฟาจ เชื่อกัน
 ว่าทำหน้าที่ส่วนใหญ่คือเคลือบย้าย ทิสซ
 ที่ตายแล้ว. แต่การแย่งเช่นนั้นขณะนี้อาจ
 เป็นเรื่องสำคัญในทางประวัติศาสตร์เท่านั้น.
 กลไกอันแท้จริงของ ฟาโกซัยโตสิส
 ยังคงมีกมอยู่, อาจต้องอาศัยคุณสมบัติ

ทาง พิธีโคเคมี. ได้มีผู้รายงาน เซลล์
ที่มีฤทธิ์ ฟาโกซัยท์ ที่มีประจุไฟฟ้า. แมก-
นีเซียม และ แคลเซียม กระตุ้น ฟาโก-
ซัยท์โตสิส. ฮีสตามีน ขนาดน้อยมากมีฤทธิ์
กระตุ้นด้วย. ในจำพวก วิตามิน, วิตามิน
เอ กระตุ้น. ในภาวะที่ขาด วิตามิน ซี, บี.
หนึ่ง, การทำงาน ฟาโกซัยท์โตสิส จะช้า
ไป. ผลของ คอร์ติโซน นั้นได้มีการศึกษา
กันอย่างกว้างขวาง, เขาพบว่า คอร์ติโซน

มีฤทธิ์ยับยั้ง ฟาโกซัยท์โตสิส. เกี่ยวกับการ
อักเสบ, เมื่อเลือกชาวมีบทบาท ๓ ระยะ,
คือ (๑) ระยะคุกคามของการติดเชื้อชนิด
ปัจจุบันจะมี นิวโทรฟิล มาก, (๒) ระยะ
เริ่มต้นแรกจะมี โมโนซัยท์ มาก, และ
(๓) ระยะพักฟื้นจะมี ลิมโฟซัยท์ อยู่มาก.
ทั้งนี้ ก็ เกี่ยว กับ การ ยับยั้ง จาก อัน ตราย
ทั้งสิ้น.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

ว่าด้วยการประชุม

การประชุมเพื่อถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนความเห็นเป็นวิธีการที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งในด้านวิทยาศาสตร์, ซึ่งรวมถึงวิชาแพทยด้วย. การประชุมอาจเป็นไปในรูปปาฐกถา, รายงาน, อภิปรายหมู่, บรรยายร่วม, สัมมนา, หรือการประชุมปรึกษา. แบบปาฐกถามักใช้สำหรับหัวข้อเรื่องที่สำคัญหรือมีเนื้อหาหนักและผู้แสดงเป็นผู้ชำนาญพิเศษ. อาจมีผู้แสดงคนเดียวหรือหลายคนก็ได้. การประชุมแสดงรายงานมักมีเรื่องหลายเรื่องและเป็นโอกาสสำหรับผู้คนคิดว่าทดลองจะได้นำผลของตนออกเผยแพร่เพื่อการวิพากษ์วิจารณ์. โดยมากมีเวลาให้เรื่องหนึ่ง ๆ เพียงสั้น ๆ. บางครั้งเพียงสิบหรือสิบห้านาที. การอภิปรายหมู่เป็นวิธีประชุมแบบหนึ่งที่กำลังนิยมกันมากในเวลานี้, โดยจัดผู้มีความรู้หลายคนมาช่วยกันพูดในหัวข้อเดียว, เป็นโอกาสให้ได้แสดงหรือวิจารณ์ได้อย่างละเอียดลออ. การบรรยายร่วม (ซีมโปเซียม) จัดขึ้นสำหรับกลุ่มเล็กซึ่งมัก

ประกอบด้วยผู้สนใจเฉพาะเรื่อง, ซึ่งจำนวนหนึ่งเป็นผู้บรรยาย, และส่วนที่เหลือเป็นผู้อภิปราย. นับว่าเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้อย่างเข้มข้นภายในวงคนจำกัดจำนวนมากว่าการประชุมอย่างอื่น ๆ. สัมมนาเป็นการกระทำคล้ายกับการบรรยายร่วม, แต่มักจะหนักไปในทางแถลงผลของการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ. การประชุมปรึกษา (ค็อนเฟอเรนซ์) มักจัดขึ้นในเมื่อประสงค์จะให้มีการแลกเปลี่ยนความเห็นอย่างเสรีในผู้ร่วมประชุมกลุ่มใหญ่, ซึ่งมีกลุ่มน้อยเป็นผู้แสดงจุดนำสนใจ, และผู้อื่นเป็นผู้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามเพื่อให้เรื่องราวกระจ่างแจ้ง.

เนื่องด้วยการประชุมเป็นเรื่องสำคัญ การเข้าประชุมจึงต้องกระทำโดยมีระเบียบ. จะเคร่งครัดแค่ไหนย่อมแล้วแต่กาลเทศะและชุมชน. ถ้าการประชุมกระทำในหมู่เดียวกัน, เช่นวารสารสโมสรภายในแผนกวิชา, การปฏิบัติของผู้บรรยายและผู้ฟังย่อมเป็นไปได้อย่างตามสบาย. แต่ใน

การประชุมที่มีผู้ร่วม จาก กลุ่มต่าง ๆ กัน, หรือมีผู้มีตำแหน่งสูง เช่น ประธานหรือร่วมประชุมด้วย, หรือ เป็นการ ประชุมนานาชาติ, ผู้เข้าประชุมย่อมต้องระมัดระวังในเรื่องระเบียบเกี่ยวกับการ แต่งกายและการวางตน ตลอดจนการพูดจา ให้อยู่ในกรอบที่ทางการกำหนด หรือในข่าย แห่ง ความพอสมควร, ไม่ถือเอาแต่ความสะดวกสบายของตนเองฝ่ายเดียว, ซึ่งอาจทำให้ตัวตกเป็นคนที่แปลกกว่าเพื่อนในที่ประชุมและอาจทำให้ใจคอไม่สบายไปได้.

สำหรับการ ประชุม แต่ละ ครั้ง ต้อง มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบอย่างน้อยหนึ่งคน, ซึ่งโดยทั่ว ๆ ไปเรียกว่า “ประธาน” และมีหน้าที่ ควบคุมให้การประชุมดำเนินไปโดยเรียบร้อยตลอดจนรักษาเวลาตามที่กำหนดไว้. ในการประชุมบางแบบ, เช่นการอภิปรายหมู่หรือการบรรยายร่วม, ประธานมีหน้าที่ ชักจูง หรือเหนี่ยว ไน้มการอภิปราย หรือบรรยายให้ ดำเนินไป ได้ และดำเนินไปตามแนวที่ประสงค์, นอกเหนือไปจากการควบคุมอย่างธรรมดา. ในกรณีเช่นนี้มักเรียกผู้ทำหน้าที่ประธานว่า “ผู้อำนวยการประชุม” (โมเตอเรเตอร์). อย่างไรก็ตามผู้เป็นประธาน จำต้อง เป็นผู้มีความ

ความรับผิดชอบ สัมควร เกี่ยวกับ หัวข้อ การประชุม เพื่อจะสามารถ ควบคุมได้ และบางครั้ง ก็ต้อง ทำหน้าที่ ชัก ถาม เสียเองบ้าง เพื่อให้เรื่องราวกระจ่างขึ้น, ตลอดจนต้อง ทำการสรุปเรื่องราวที่บรรยายหรืออภิปรายเป็นตอน ๆ ไปด้วย. ภัยเหตุนั้นในการแต่งตั้งประธาน ของ ที่ ประชุม ครั้ง หนึ่ง ๆ หรือเรื่องหนึ่ง ๆ จึงมักเลือกเอา คนที่มีความรู้ในแนวเกี่ยวกับ หัวข้อ สำคัญของการประชุมเพื่อจะได้ทำประโยชน์อย่างเต็มที่. ในการประชุมที่สำคัญ ๆ ประธานมักมีเลขานุการเป็นผู้ช่วยเกี่ยวกับธุรการ, และบางครั้ง ก็มีผู้ช่วยจับ เวลาอีกคนหนึ่ง เพื่อควบคุมให้การประชุมดำเนินไปตามกำหนด.

ตามประเพณีถือว่าประธาน เป็นคนสำคัญที่สุดในที่ประชุม. เวลาประธานเข้าห้องที่ประชุมต้องยืนขึ้นต้อนรับ, และเวลาออกก็ต้องยืนขึ้นส่ง. ผู้ที่เข้าและออกจากห้อง ต้องทำความเคารพ ประธาน ทุกครั้ง, ถึงแม้ว่าโดยปกติประธานจะเป็นผู้อยู่ในฐานะที่ต่ำกว่าก็ตาม. เวลาต้องการจะถามหรืออภิปรายต้องยกมือขออนุญาตประธานก่อนทุกครั้ง, และถ้าไม่ได้รับอนุญาตก็ลุกขึ้นพูดไม่ได้. การทำข้อตั้งชกชนต่อประธาน, เช่นไม่ยอมหยุดเมื่อประธานสั่ง,

ถือกันว่าเป็นการเสียมารยาท. ในการชัก
ถามหรืออภิปรายประธานเป็น "ตัวกลาง",
คือผู้ถาม หรืออภิปราย ต้องพบกับประธาน,
ไม่ใช่พูดโดยตรง กับผู้บรรยายหรือผู้อภิ-
ปรายคนอื่น. วิธีนี้มีประโยชน์ในการ
ป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดการโต้เถียง
กันในที่ประชุม, เพราะการโต้แย้งหรือต่อ
ว่าต่อขานต่าง ๆ จะต้องผ่านประธานทั้งสิ้น.
ในที่ประชุมซึ่งมีแบบแผนอันดีนั้นไม่มี
โอกาสใดที่จะมีคนยืนพูดพร้อมกันสอง
คนเลย, มีแต่ทีละคนเท่านั้น, เพราะก่อน
ลุกขึ้นต้องได้รับอนุญาตจากประธาน, และ
ประธาน จะชี้ให้ลุกขึ้นต่อเมื่ออีกคนหนึ่ง
ไต่เน่งลงแล้วเท่านั้น.

เป็นธรรมดาที่ในการประชุมทุกครั้งผู้
บรรยายเป็นผู้ที่ไตร่ตรองเพ่งเล็งมากที่สุด,
อาจเป็นด้วยความนิยม, ความเข้าใจ,
ความสงสัย, หรือแม้ความหมั่นไส้ก็ได้.
ความรู้สึกของที่ประชุม จะเป็นอย่างไรขึ้น
อยู่กับตัวผู้บรรยายไม่ น้อยกว่า เรื่องที่บรรยาย.
การแต่งกายเรียบร้อย, ท่าทาง
สุภาพ, การพูดอย่างถ่อมตัวย่อมกลม่อม
เกลาจิตใจของผู้ฟังให้รู้สึกเป็นมิตรอันจะ
ส่งผลดีให้แก่การบรรยาย. ข้อที่ควร
เพ่งเล็งในการบรรยายคือ "พูดเพื่อให้ผู้

ฟังรู้, ไม่ใช่พูดเพื่ออวดรู้". ผู้บรรยายบาง
คน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นอาจารย์หรือ
เคยเป็นอาจารย์, มักจะเผลอ, คิดไปว่า
กำลังพูดกับลูกศิษย์ของตนในห้องเรียน,
และแสดงกิริยาการตลอดจนใช้คำพูดไป
ในเชิงนั้น, ซึ่งเป็นการไม่เหมาะสม. ที่
ถูกผู้บรรยายควรนึกไว้เสมอว่าในกลุ่มผู้ฟัง
นั้นอาจมีผู้สูงกว่าโตกว่าทั้งในด้านวัยวุฒิ
และคุณวุฒิรวมอยู่ด้วย, จึงควรระมัดระวัง
การแสดงในทางกายและ วาจาให้เหมาะ
สม. การพูด, นอกจากจะทำให้ชัดเจน
แล้ว, ยังควรตั้งใจพูดให้เข้าพอสสมควร,
เพื่อผู้อื่นจะฟังได้ถนัด. ไม่ควรจะบรรยาย
ราวเข้าไปมากจนต้องอ่านอย่างรวดเร็วเพื่อ
ให้ทันเวลา, เพราะวิธีนี้ย่อมไม่ให้เกิดผล
ดีของการ. อนึ่ง, เวลาเขียนเรื่องสำหรับ
บรรยาย, ควรระวังไว้ว่าต่างกับเขียนเรื่อง
สำหรับตีพิมพ์. เรื่องสำหรับบรรยายนั้น
ควรตรงไปตรงมา, กระชับ, กระตือรือ,
ฟังผ่านไปแล้วก็จบเค้าได้โดยทีเดียว. ส่วน
เรื่องตีพิมพ์นั้น อาจ เขียนให้ ชับช้อน หรือ
อ้อมค้อมเพื่อความเพราะพริ้ง, เพราะถ้า
อ่านครั้งเดียวไม่เข้าใจ, ก็อาจอ่านทบทวน
ไปมาหลาย ๆ ครั้งได้. เนื้อหาของเรื่อง
ต้องจัดให้เหมาะกับฐานะของที่ประชุม. ถ้า

ผู้ร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นแพทย์, ก็ไม่สมควรจะบรรยายแบบเดียวกับสื่อนักเรียนแพทย์. ถ้าผู้ประชุมล้วนแต่เป็นแพทย์เฉพาะวิชา (เช่นในการประชุมแบบบรรยายร่วม) ก็สมควรจะบรรยายให้แตกต่างกันไปจากในที่ประชุมแพทย์ทั่วไป. รายละเอียดเกี่ยวกับชีวิต การหรือคำอธิบายทางทฤษฎีซึ่งรู้กันแพร่หลายแล้วหรือมีการเผยแพร่อยู่แล้วในตำรับตำรา และ คาค คะเน ว่าผู้ฟังส่วนมากอยู่แล้ว, ไม่สมควรจะนำมาบรรยายซ้ำให้เสียเวลาและบางที่เป็นที่เบื่อหน่าย. อาจเป็นไปได้ว่าเรานั้น ๆ มีคนไม่เรียบร้อยบ้าง, แต่ก็ควรเป็นส่วนน้อย, และก็ควรจรรู้จักกัน หนังสืออ่านที่ได้ที่หลัง. ถ้าหากคนในที่ประชุมส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องบรรยาย, ก็ต้องแปลว่าวาระระดับเรื่องสูงไป, ต้องแก้ไขให้เหมาะสม. การใช้ภาพหรือตารางประกอบคำบรรยายควรถือหลักสองข้อ, คือ “ความแม่นยำหรือความกระชับ” กับ “ความจำเป็น”. สมัยนี้เป็นสมัยของกระจกฉาย (สไลด์). ถ้าใครไม่ใช่ใครก็ตามที่. ผู้ที่อยากทันสมัยจึงถือว่าเป็นสิ่งขาดเสียไม่ได้. แต่การใช้กระจกฉายก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย. ข้อดีคือสะดวก, กระทบรัศ, ชัดเจน, สวยงาม, เห็นจริงจัง,

และแม่นยำ. ข้อเสียก็คือต้องยึดห้องให้มืด, โส้หุ้ยค่อนข้างสูง, ต้องการเวลาสำหรับการผลิต ค่อน ข้างนาน (ถ้าไม่มีหน่วยงานเฉพาะ), และบางครั้งไม่ให้ผลที่ต้องการ. ข้อบกพร่องส่วนมากเกิดจากรายละเอียดมากเกินไป, เช่นตัวอักษรเล็กจนอ่านไม่ออก. ข้อบกพร่องที่พบข้อยกข้อหนึ่งคือการใช้พราเพรชเกินจำเป็น. บางคนพูดเพียงสับนาทีที่กระเจกฉายหลายสิบแผ่น. ถ้าใครจะตั้งใจภาพก็คงไม่มีเวลาฟัง, ถ้าตั้งใจฟังก็คงไม่มีเวลาภาพ. ที่ว่าตาตพ่ง ไปพร้อมกัน นั้น พ่งง่ายกว่าทำ. โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพที่ปรากฏบนจอเพียงไม่กี่วินาที ย่อมไม่ทำให้เกิดความเข้าใจใดสักซงนั้ก.

การซักถาม และ อภิปราย เป็น องค์ประกอบสำคัญของการประชุมเพราะเป็นวิธีที่จะช่วยให้ ความ กระจ่าง แก่เนื้อ หาของ เรื่องที่ บรรยาย หรือ เพิ่มพูน ประโยชน์ของการบรรยาย. ในการประชุมบางครั้งจึงต้องมี การกำหนดด้วยบุคคลที่จะถามหรืออภิปรายล่วงหน้าไว้, โดยเฉพาะเมื่อเรื่องบรรยาย เป็นเรื่องพิเศษหรือจำเพาะแนวมาก, เพื่อให้แน่ใจว่าจะมีการถามหรืออภิปรายอย่าง ถูกเรื่องถูกราว. การประชุมที่มแต่การ

บรรยาย, ไม่มีการซักถามหรืออภิปราย, ข่อมเป็นการจืดชืดและได้ประโยชน์น้อย. อย่างไรก็ตาม, การถามควรกระทำเพื่อความวิหรือความกระจ่างจริง ๆ, หรือเพื่อเขตช่องให้มีการแถลงต่อไป, มิใช่เพื่อทดสอบภูมิรู้, และการอภิปรายก็ควรกระทำเพื่อขยายความหรือเพื่อไขปัญหา, หรือเพื่อให้เกิดแง่คิดที่จะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไป, มิใช่เพื่อหักล้างหรือลบล้างเสียหมด. แท้จริงการถามและการอภิปรายเป็นการช่วยให้ผู้บรรยายทราบว่าเรื่องที่ได้พูดไปแล้วนั้นมอะไรยังคงคลุมเครือ

อยู่บ้าง, หรือมีแง่ใดแง่หนึ่งที่ควรศึกษาเพิ่มเติมอีก. ถ้าทั้งฝ่ายซักถามหรืออภิปรายและฝ่ายผู้บรรยายเข้าใจและยึดหลักที่ถูกต้อง, การกระทบกระทั่งทางใจที่เกิดเพราะการซักถามหรืออภิปรายก็คงจะไม่เกิด.

ความรู้จักอำนวยความสะดวกและความรู้จักปฏิบัติในที่ประชุมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมวิทยาและของวัฒนธรรม, ซึ่งเป็นกระจกฉายให้เห็นสภาพของสถาบัน. สมาชิกของสถาบันจึงควรสนใจศึกษาและอบรมตนและเพื่อนให้รู้และปฏิบัติถูก.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดชความคลลคลายของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนี้ โปรดติดต่อกับแผนกสารวิวิทยา.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ธงฉัตร โกละทัต พ.บ., Dr. med., ทวี บุญโชติ พ.บ., Dipl. Am. Bd. Rad.
สมชัย บวรภักดี พ.ด., ประภัสสร จุลกะรัตน์ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
ทัศนีย์ วงศ์ประทีป พ.บ., วิฑูร อัดทนโถ พ.บ., บุญเจือ ธรรมินทร์ พ.บ.
สารรัตน์ บงใจบุษย พ.บ., รังสรรค์ บุษปาคม พ.บ.

๑. Hirschfeld, A.H., R.C. Behan:

อิทธิพลการเต้นหัวใจกับ วัลซ์ลัว มาานเวอร์.
J.A.M.A. 1963, 186:200-202.

การตรวจสภาพการไหลเวียนเลือด
โดยวิธี วัลซ์ลัว มาานเวอร์ ที่เคยใช้กัน
อยู่และได้ผลเป็นที่เชื่อถือได้ก็โดยการสอด
หลอดสวนเข้าไปวัดการเปลี่ยนแปลงความ
ดันภายในห้องหัวใจ, ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ไม่
สะดวกนัก. วิธีใหม่ที่กล่าวมานั้นเป็นวิธีที่
เชื่อถือได้เช่นกัน. ทำโดยศึกษาการ
เปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจรจาก อิเล็ก-
โทรคาร์ดิโอแกรม ในขณะที่ทำการทดสอบ
และหลังการทดสอบ. สำหรับการทดสอบ
อาจทำได้ ๒ วิธี. วิธีแรกให้ผู้ป่วยทดสอบ
เข้าปรอทในเครื่องวัดความดันเลือดให้สูง
๔๐ มม. นาน ๑๕ วินาที. วิธีที่สองให้เบง
ทรวงอกเต็มที่. ในบุคคลปกติอิทธิพลการ
เต้นของหัวใจจะช้าลงในขณะที่เริ่มทำการ
ทดสอบทันที (ระยะที่ ๑), และจะเพิ่มขึ้น

ในขณะที่กำลังทำการทดสอบ (ระยะที่ ๒).
เมื่อเลิกทดสอบทันที (ระยะที่ ๓) อิทธิพล
การเต้นของหัวใจจะยิ่งเพิ่มขึ้นอีก, แล้ว
ต่อมาจะช้าลงกว่าปรกติอย่างมาก (ระยะที่
๔). สำหรับพวกที่เป็นโรคทางระบบการ
ไหลเวียนอย่างมาก จะไม่พบว่าอัตราเต้น
ของหัวใจช้าลงอย่างมากในระยะที่ ๔.

ธงฉัตร โกละทัต พ.บ., Dr. med.

๒. Greenfield, H., M.T. Gyepes: เนื้องอก
ปอด แข็งรูปไข่ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก.
Amer. J. Roentgenol. Rad. Therap.
Nuclear Med. 1964, 91:125-131.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย ๗ รายพร้อม
ทั้งภาพรังสี เรนตเงน ซึ่งมีลักษณะการ
กลายแข็งของเนื้องอกมีรูปเหมือนนกก่อน
เนื้องอกแต่ภายหลังได้รับการรักษาด้วย แอนติ-
ไบโอติก การกลายแข็งก็ได้หายไป. ผู้
เขียนได้อธิบายว่าลักษณะดังกล่าวเกิดเนื่อง
จากการอักเสบได้ลุกลามเข้าไปสู่ต่อมนอน

ของปอดโดยทางรูของ Kohn ซึ่งรูนี้ทำให้มีการติดต่อระหว่างถุงลมของตอนต่าง ๆ ของปอด.

ทวี บุญโชติ พ.บ., Dipl. Am. Bd. Rad.

๓. Goodman, M.L., I. Gore: อิมฟาร์คต์ของปอดจาก ไคโรฟีลาเรีย. Arch. Intern. Med. 1964. 113:702-705.

ผู้ป่วยหญิงชาวอเมริกันอายุ ๓๘ ปี มีไข้ในครอบครัวมา ๔ ปี, เกิดมีอาการเจ็บคอ, ไอไม่มีเสมหะ, ไม่มีไข้, และมีเสียงหวัดหวิวในซีกอกขวาขณะนอนตะแคงที่ขวามา ๕ วัน. ได้กิน เตตระซัยคลิน ๑ กรัม ๔ ครั้ง, อาการต่างๆ ไม่มีดีขึ้น. ภาพรังสีทรวงอกแสดงเงาสารน้ำซึมชานบริเวณฐานปอดขวา และมีเงากลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ ซม. ที่บริเวณริมปอดในระดับริบแยกตามแนวราบ. ภาพรังสีทรวงอกเมื่อ ๒ ปีที่แล้วและการตรวจส่วนอื่นของร่างกายไม่แสดงความผิดปกติ. ได้ทำ เว็ทซ์ รีเซคชัน ของส่วนพยาธิสภาพในปอดขวาและศึกษาชิ้นเนื้อทางจุลกายวิภาควิทยา พบว่ามี ไคโรฟีลาเรีย อิมไมติส ตัวเมีย ๖ ตัว อยู่ใน หลอด เลือด แดง พูลโมนารี ขนาดเล็กในบริเวณ อิมฟาร์คต์

เนอปอดและมีการอักเสบของเยื่อหุ้มปอดด้วย.

ไคโรฟีลาเรีย อิมไมติส เป็นหนอนพยาธิตัวกลมที่พบเสมอในสุนัข. ซึ่พิจารณาตามปกติมีดังนี้: พยาธิตัวแก่อยู่ในห้องหัวใจซีกขวา; ตัวเมียตกไข่และปล่อยไมโครฟีลาเรีย ว่ายน้ำอยู่ในวงจรเลือด; เมื่อยุงมาตดเลือด โฮสต์ ก็จะได้ตัวไมโครฟีลาเรีย เข้าไปเจริญอยู่ใน มัลพิจีเยน ทยล จนกระทั่งเติบโตเป็น อินเฟคตีฟว์ ลาร์วา ภายใน ๑๐ ถึง ๑๖ วัน, ซึ่งจะถูกนำเข้าสู่ โฮสต์ ใหม่โดยยุงอีก. หนทางที่ อินเฟคตีฟว์ ลาร์วา ผ่านเข้าไปอยู่ในหัวใจยังไม่ทราบ. การเจริญจาก ลาร์วา ไปเป็นพยาธิตัวแก่ภายในร่างกาย โฮสต์ กินเวลา ๘ เดือน.

โรคที่เกิดจากมีพยาธิ ไคโรฟีลาเรีย อิมไมติส ในมนุษย์เคยมีรายงานไว้เพียง ๕ ราย, และมี ๒ รายที่พบว่าเกิดการผิดปกติในปอด.

สมชาย บวรภิตติ พ.ด.

๔. Kumar, D., J.J. Russel, A.C. Barnes: สรีรวิทยาของ เนอมาตอดคน ระหว่างตั้งครรภ์. J.A.M.A. 1961, 8:827-830.

รายงานเปรียบเทียบ ไอ้อื่น ต่าง ๆ คือ โปแตสเซียม, โซเดียม, แคลเซียม และศักย์ไฟฟ้าของเยื่อ เซลล์ ขณะพัก, โพรเทอีน คล้าย แอคโตมัยโอซิน ฟอสเฟต พลังสูง, อะดีโนซีน ไตรฟอสเฟต และ ฟอสโฟเครอาทิน ในมดลูกขณะตั้งครรภ์. ใช้เนอมดลูกส่วนหนึ่งของทารก. หาสวนประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวมาเทียบกับเนอมดลูกที่อยู่ตรงข้ามกับรก. พบว่าขณะตั้งครรภ์ไปจนถึง ๓๘ สัปดาห์เห็นความแตกต่างของ โปแตสเซียม กับศักย์ไฟฟ้าของเยื่อ เซลล์ ในเนอมดลูกทั้งสองตำแหน่งชัดเจน, คือมีทั้ง โปแตสเซียม และศักย์ไฟฟ้าของเยื่อ เซลล์ สูงในเนอมดลูกของทารกมากกว่ามดลูกในท่านตรงข้าม. แต่ครึ่งหลัง ๓๘ สัปดาห์ไปแล้วความแตกต่างหายไป. สำหรับส่วนประกอบอื่น ๆ นั้นไม่ได้ผลเป็นที่น่าสนใจ. จากผลที่ได้แสดงให้เห็นว่ากล้ามเนื้อเนอมดลูกส่วนหนึ่งของทารก อยู่บนถูก เหนยวรง และรับสนองต่อการกระตุ้นได้มากกว่าส่วนที่อยู่ตรงข้ามรก.

ประภัสสร จุฑกะรัตน์ พ.บ.

๕. Bell, A.C. Jr., M.E. De Bakey: ผลิต

ของยาขับปัสสาวะเข้าปรอทต่อการไหลของเลือดในไต. *Surgery* 1963, 54:612-616.

Doberneck, Reiser และ Lellehei ได้ตรวจประวัติของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคหัวใจและรับการผ่าตัดโดยอาศัยทางลัดหัวใจ-ปอด (Cardio-pulmonary Bypass) เพื่อแก้ความพิการของหัวใจที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย มินเนโซตา ๑๐๐๐ ราย. พบว่าอัตราไตล้มอย่างปัจจุบันหลังการผ่าตัดมีราว ๆ ๓ เปอร์เซ็นต์. โดยทั่วไปผู้ป่วยพวกนี้มักมีอาการหัวใจล้มเล็ดคั่งรวมควยและได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะพวกปรอทมาก่อน, ทำให้แพทย์บางคนสงสัยว่าปรอท อาจเป็นสาเหตุอันหนึ่งของอาการไตล้มอย่างปัจจุบัน.

ผู้เขียนได้ทดลองในสุนัข โดยแบ่งสัตว์ทดลองออกเป็น ๒ พวก พวกแรกให้ยาขับปัสสาวะพวกปรอททุกวันรวม ๗ วัน. แล้วทำการผ่าตัดโดยผ่านเครื่องทำทางลัดหัวใจ-ปอด ๓๐ นาที. ทำการวัดการไหลเวียนผ่านไต, การขับปัสสาวะและ อิเล็กโตรลิต ก่อนและหลังผ่าตัด, เปรียบเทียบกับสัตว์ทดลองอีกพวกที่รับการผ่าตัดเหมือนกันแต่ไม่ได้รับปรอท. ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันแต่อย่างใด. จากผล

การทดลองของผู้เขียนสรุปว่าไคฟิการหลังฆ่า
ทักโดยผ่านเครื่องทำทางลัดหัวใจ — ปอด
เป็นผลจากสาเหตุอื่นมากกว่าจากการได้
รับยาขับถ่ายขี้สวะพวกปรอทมาก่อน.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๖. Lowe, C.R.: ความพิการแต่กำเนิด
ในเด็กที่เกิดจากหญิงกำลังวัย การรักษา
วัณโรค. Brit. J. Preventive & Social
Med. 1964, 18: 14 — 16.

เมือบ ๑๕๕๘ ฟิลลิปปี และ เมลา
รายงานผลการทดลองทางห้องปฏิบัติการ
แสดงว่า สเตรีปโตมัยซิน มีฤทธิ์ทำให้ลูก
ฝึคปรกติ ต่อหน, และเมือบ ๑๕๖๑
แมคโดนัลด์ ได้ตีพิมพ์ผลการสำรวจใน
หญิงตั้งครรภ์ ๓,๒๕๕ คนโดยไม่ได้คัด
เลือก (๖๑ คน มีประวัติเป็นวัณโรคปอด)
ซึ่งแสดงว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่เป็นวัณ
โรคมือขี้ การของ ความพิการ รุนแรงแต่
กำเนิดสูงกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาปรกติ.

ผู้รายงานข้จขบ้นได้ทำ การศึกษาหญิง
ตั้งครรภ์ซึ่งเมอครั้งหนึ่งเคยเป็นวัณโรคปอด
และได้รับการดูแล หรือเคยรับการรักษา
ทางยาเมื่อระยะ ๕ ปี ก่อน ค.ศ. ๑๕๖๒
จำนวน ๒๕๓ คน และ ๗๔ คนเคยรับ

การรักษาด้วย ยาวัณโรค ใน ระยะตั้งครรภ์
๔ เดือนแรก. จากการตรวจค้นรายงาน
ของโรงพยาบาล, ของพนักงานท้องถิ่น
และคลินิกโรคทรวงอก, และการตรวจ
ร่างกายเด็กที่เกิดจากมารดาเหล่านี้ไม่บ่ง
ว่าหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มี การเสี่ยง ต่อการ
แท้งบุตร, หรือมีเด็กตายคลอด หรือเด็ก
ตายในระยะทารก; และไม่พบข้อสันนิษสน
ความ เชื่อ ถือที่ว่า การใช้ยาวัณโรคใน
มารดา ขณะตั้ง ครรภ์ ระยะต้น ทำให้เด็กมี
ความพิการแต่กำเนิด.

หมายเหตุของผู้ย่อ :

(๑) บทความนี้ ไม่กล่าวถึงระยะ
เวลาของการใช้ยาในผู้ป่วยและไม่ได้บอก
จำนวนยาที่ใช้ทั้งหมดในแต่ละราย.

(๒) การศึกษาทดลองใน เอ็มบริโอ
ของไก่พบว่าการบริหาร ไอโซไนอะซิด ทำ
ให้มีการพิการแต่กำเนิดหลายประการ (ก
ย่อเอกสาร เรือง ๓, สารศิริราช ๑๕๖๒,
๑๔ : ๔๖ — ๔๗).

ทัศนีย์ วงศ์ประทีป พ.บ.

๗. Philpott, J.A., Jr. et. al. แกรนโล-
มา จากสระว่ายน้ Arch. Dermatol. 1963,
88: 158 — 162.

ในปี ๑๙๕๑ ได้มีการรายงานพยาธิสภาพแบบ ทเบอร์คูลอยด์ แกรนโลมา ที่ผิวหนัง ตำแหน่ง ขาคีบจาก สระว่ายนาที่ประเทศสวีเดนและคานาดา. ต่อมาเมื่อปี ๑๙๕๔ จึงพบสาเหตุของโรคว่าเกิดจากเชื้อ มัยโคแบคทีเรียม บัลเนโอ. เชื้อนี้ไม่ทำให้เกิด พยาธิสภาพ ผิวหนัง แบบอื่นหรือโรคทางร่างกายทั่วไป. ในปัจจุบันนี้ยังไม่ทราบแหล่งตามธรรมชาติของเชื้อ.

บทความนี้เป็นรายละเอียดรวบรวมจากผู้ช่วย ๒๕๐ คน ที่พบในคราวระบาดในมลรัฐ โคโลราโด เมื่อปี ๑๙๕๕. อุบัติการณ์เกิดในผู้ที่ได้รับข้อทวเหตุเล็กน้อยขณะบินขอลงจากสระว่ายนาซึ่งเป็นชนิดที่บริเวณขอย และพ่น สระ ปูดาก ไว้มัน รื้อยร้อย. ตำแหน่งที่เป็นโรค บ่อยที่สุดคือบริเวณข้อศอกข้างใดข้างหนึ่ง. มักเป็นแห่งเดียว, แต่ที่แขนขาที่พบได้. ส่วนมากผู้ป่วยไม่มีอาการอะไร, หลอดและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงไม่อักเสบ. ลักษณะจุลกายวิภาคของผิวหนังที่เป็นโรคในระยะแรก เป็นแบบปฏิกริยาการอักเสบโดยมี ลียมโฟไซต์, โปลีมอร์ฟ และ ฮิสติโอไซต์ แทรกอยู่ในชั้น เคอร์มิส. ระยะหลัง ๆ พบ ทเบอร์คูลอยด์ แกรนโลมา, ประกอบด้วย เซลล์

เอซิฟิลลอยด์ และ เซลล์ ยักษ์ ล่างกัน. ไม่พบ เคสิเอซัน. ย่อม เซ็คชั่น พบเชื้อ มัยโค. บัลเนโอ ตัวยาวและอ้วนกว่าเชื้อวัณโรค, และเพาะชนที่ ๓๐ - ๓๓ ช. ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๔. เมื่อถูกกับแสงสว่าง โคโลนีเปลี่ยนจากสีขาวเป็นสีส้มปนเหลือง จึงจัดเป็นพวก โฟโตโครโมเจนิก. โรคนี้สงบได้เอง. การรักษาโดยวิธีตัดเนื้อที่เป็นโรคออก, โดยการให้ความร้อนหรือความเย็นจัดเฉพาะที่ ได้ผลในบางราย. การศึกษาในแก้วแสดงว่าเชื้อคือต่อ ไฮโลในอะซิด, พี.เอ.เอส. และไรอะเซ็คอะโซน, แต่ไว้มันต่อ สเตอริปโตมัยซิน. การควบคุมการระบาดของโรคได้แก่การปรับปรองสภาพทั่วไปของสระว่ายนา, การกำหนดกฎหมายให้เหมาะสม, และการทำลายเชื้อด้วย ผลอร์น.

วิฑูร อตันโถ พ.บ.

๘. Siegel, J.H., T.S. Hassion: คีระที-ผล อะมีน ในหลอดเลือดดำ ปอร์ทัล ในรายที่มีความดัน ปอร์ทัล สูง. Lancet 1963, 2:1357.

เซลล์คอนได้พบโดยวิธี ไฮโอแอสเสย์ว่า แอครีเนลีน และ นอร์แอครีเนลีน ใน

เลือกจากหลอดเลือดดำ ปอร์ทัล ของผู้ป่วย
ที่มีความดัน ปอร์ทัล สูงมักมีระดับสูงกว่า
ของผู้ป่วยที่มีความดัน ปอร์ทัล ปกติ. มี
ผู้เชื่อกันว่า คะทีฆอล ไขมัน เป็นสารที่มี
ผลร้ายต่อกับโดยทำให้มี แพตคิ คีเจเนอ-
เรชัน และ นิโคโรลีส. แอควินะลิน ทำให้
ความดัน ปอร์ทัล ในคนปรกติเพิ่มขึ้นได้.
นอกจากนี้ใคร่ผู้พบว่า คะทีฆอล ไขมัน ทำ
ให้เลือดที่ไหลสู่ และปริมาณ ของอวัยวะใน
ระบย ปอร์ทัล ลดลง. เซลทอน และคณะ
จึงได้สรุปว่า คะทีฆอล ไขมัน มีส่วนสำ-
คัญในการทำให้เกิดพยาธิสภาพของตับ.

ผู้รายงาน ได้ทดลองเจาะเลือดดำ
ปอร์ทัล จากผู้ป่วย ๘ คน ที่มี ความดัน
ปอร์ทัล สูง จาก โรคตับแข็ง และ จาก
เอกซตราเฮปาทิค บล็อก. ความดัน ปอร์-
ทัล ๒๐๕—๔๖๐ ม.ม. นาเกลอ นอร์มัล.
นำมาหา คะทีฆอล ไขมัน โดยวิธี ฟลู-
โอโรเมตรีย์ ของ โคเฮน และ โกลเชอ-
เกอร์ ๑๙๕๗. เปรียบเทียบผลกับผู้ป่วย
ค็อนโทรล ที่มีความดัน ปอร์ทัล ปกติ.
พบว่าระดับ คะทีฆอล ไขมัน ในเลือดดำ
ปอร์ทัล ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีความต่าง
ต่างกัน.

เขากล่าวว่าวิธี ฟลูออโร-เมตรีย์ ที่ใช้
ไตรฮัยดรอกซีอินคอลล มีปฏิกิริยาจำเพาะ

คือ คะทีฆอล ไขมัน, แต่การทดลองของ
เซลทอน ใช้วิธี ไบโอแอสเสย์ จึงได้ค่า
เพิ่มขึ้น, ซึ่งอาจเป็นค่าของสารที่ออกฤทธิ์
ต่อหลอดเลือดอื่น ๆ ก็ได้. สรุปได้ว่าจาก
การทดลองของเขา คะทีฆอลไขมัน ไม่น่า
เป็นสาเหตุของโรคตับแข็งด้วย.

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

๕. Zingale, S.B., et al.: ยาที่ชักนำให้
เกิดอาการคล้ายโรค ลูปัส. Arch. Intern.
Med. 1963, 112:63-66.

การบริหารยาบางชนิดเช่น ฮัยตรา-
ลาซีน, ยาต้านการชักและยาค้านวัณโรค
อาจทำให้เกิด กลุ่มอาการ ซึ่งแยก ไม่ออก
จากโรค ซัยส์เตมิก ลูปัส อิริย์ ซิมาโตลัส
ชนิดเกิดเอง. รายงานนเสนของผู้ป่วยอีก
หนึ่งรายเป็นชาย อายุ ๖๑ ปี, มีอาการ
ต่าง ๆ เกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยา
ต้านวัณโรคอยู่นาน ๑๕ เดือน. ในเดือน
หลัง ๆ ของการรักษากินแต่ ไอโซไนอะ-
ซิด อย่างเดียวเพราะแพ้ พี.เอ.เอส. และ
สเตียรอยด์มัยซิน.

อาการและสิ่งตรวจพบที่สำคัญในผู้ป่วย
รายนี้คือไข้, บวมตามข้อ, มีสารน้ำใน
ช่องเยื่อหุ้ม ปอด ทั้งสองข้าง, อี.เค.จี.

แสดงการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อหุ้มหัวใจ, จำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดน้อย, การทดสอบ เซลล์ แอล.อี. ให้ผลบวก, แอลฟา-๒ และ แก้มมาโกลบูลิน ใน เซรัม สูง ๑๑ ๒๕. และ ๒๒ ๒๕. ตามลำดับ, แอนติบิวเคิลียร์ แอนติบอดี ไทเทรอร์ ๑:๒๕๖ และ แอนติบิวโรโกลบูลิน แอนติบอดี ไทเทรอร์ ๑:๖๔. อุลตราเซ็นทริฟิวเกชันของเซรัม แสดง แอล.อี. เซลล์ แพคเตอร์ อยู่ใน ๗ เฮส แก้มมาโกลบูลิน และ แอนติบิวเคิลียร์ แอนติบอดี อยู่ใน ส่วน ๗ เฮส และ ๑๕ เฮส.

กลุ่มอาการเหมือน เอส.แอล.อี. ที่กล่าวถึงเกิดขึ้นในผู้ป่วยในรายงานนี้เชื่อว่าเกิดจากการใช้ ยาไอโซไนอะซิด เพราะ (๑) ถ้าเป็นโรคชนิดเกิดเอง ไม่ค่อยพบในเพศชายและผู้สูงอายุ. (๒) การทดสอบ เซลล์ แอล.อี. ที่ให้ผลบวกทั้งในวัณโรค ไม่น่าเป็นไปได้. (๓) อาการต่างๆ เกิดขึ้น หลังจากอาการของวัณโรคได้รับการบำบัดจนหายไปแล้ว. (๔) เมื่อหยุดบริหาร ไอโซไนอะซิด อาการของ เอส.แอล.อี. ก็ขึ้น และหายเป็นปกติโดยการรักษาด้วยเพรดนิโซน. การทดสอบ เซลล์ แอล.อี. และการตรวจ แอนติบิวเคิลียร์ แอนติบอดี ให้ผลลบ เมื่อหยุดยาแล้ว ๗ เดือน.

สังตรวจพบในรายนี้ที่แปลกไปกว่าที่ เคยพบในรายอื่น คือ (๑) ระบุ คือม-ปลีเมนต์ ใน เซรัม ปกติ (๑๐๐ หน่วย); ในโรคชนิดเกิดเอง มักต่ำกว่า. (๒) ปฏิ-กิริยาร่าง แอนติบอดี คอปปี้การฉีด ขรเซลล์ แอนติเจน ค่ำ (๑:๘๐); ที่เคยพบได้ค่าเฉลี่ย ๑:๕๐๐. (๓) โรคที่เกิด จากไข้ยา มักเกิดเมื่อใช้ขนาดยาสูง; รายนี้ใช้ขนาดปกติ (๕๐๐ มก./วัน). (หมายเหตุของผู้ขอ: การลงความเห็น ว่า กลุ่มอาการเหมือนปลีเมนต์ในผู้ป่วยในรายงาน นี้ เกิดจากการใช้ยา ไอโซไนอะซิด ยังมี หลักฐานไม่เพียงพอ).

สารรัตน์ ยงใจยุทธ, พ.บ.

๑๐. Brit. Tuberc. Assoc.: เอธิโอ-นาไมท์, พัยราชีนาไมท์, และซัยโคลเสอรัน ในการรักษาวัณโรคปอดคอกยา. *Tubercle* 1963, 44:195-214.

สมาคมวัณโรคแห่งบริเตน ได้ทำการศึกษาผลการใช้ยาที่มีความสำคัญในชั้นรอง ๓ อย่างคือ เอธิโอ-นาไมท์, พัยราชี-นาไมท์ และ ซัยโคลเสอรัน ในผู้ป่วย วัณโรคปอดซึ่งการรักษาด้วย ไอโซไนอะ-ซิด, สเตร็ปโตมัยซินและ พี.เอ.เอส. ไม่ ได้ผล, และมีเชื้อวัณโรคคอกยารวม ๑๑๗

ราย. การรักษาแบ่งเป็นสองพวก : พวกที่หนึ่ง ๕๗ รายกิน เอธิโอไนไมท์ วันละ ๑ กรัม, พัยราซีนาไมท์ วันละ ๒-๓ ก. และ ซัยโคลเสอริน วันละ ๐.๕-๑ ก.; พวกที่สอง ๖๐ คนได้รักษาเพราะ เอธิโอไนไมท์ และ พัยราซีนาไมท์ ในขนาดเดียวกันกับที่ใช้ในกลุ่มแรก.

การรักษาเมื่อครบ ๓ เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มแรกเหลือ ๔๐ คน, กลุ่มที่สอง ๓๖ คน; ครบ ๖ เดือน กลุ่มแรกเหลือ ๒๖ คน กลุ่มที่สอง ๒๓ คน; และเมื่อครบ ๑๒ เดือนกลุ่มแรกเหลือ ๕ คน และกลุ่มที่สอง ๕ คน. สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอยู่ครบกำหนดเวลาเป็นเพราะแพทย์ผู้รักษาสั่งการ รักษาเนื่องจาก มีพิษยาเกิดขึ้น ๔๗ ปช., ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ๒๑ ปช. และ กลับบ้านเอง ๑๗ ปช.

เอธิโอไนไมท์ ทำให้มีอาการแพ้ที่สำคัญ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งทำให้ ๒๒ ปช.

ของผู้ป่วยต้องหยุดการรักษา. พัยราซีนาไมท์ ทำให้เกิดการผื่นประดิดของหน้าทตย์ใน ๘ ปช.. ซัยโคลเสอริน ทำให้เกิดการแพ้เพียง ๕ ราย, ๒ ราย ซักแซลลมัยาหม และ ๒ ราย มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจชั่วคราว.

ผลการรักษา: เพราะไม่ได้เชื้อจากเสมหะเมื่อครบ ๓ เดือน, กลุ่มแรก ๖๗ ปช., กลุ่มที่สอง ๖๘ ปช.; เมื่อครบ ๖ เดือน กลุ่มแรก ๗๒ ปช., กลุ่มที่สอง ๗๐ ปช. การตรวจความไวของเชื้อ ต่อ ยา พัยราซีนาไมท์ และ เอธิโอไนไมท์ ก่อนการรักษา ๓ ราย; เชื้อต่อยาอินโดอินหนึ่งระหว่างการรักษากลุ่มแรก ๖ รายและกลุ่มที่สอง ๑๒ ราย (คือ เอธิโอไนไมท์ กลุ่มแรก ๔ ราย และกลุ่มที่สอง ๑๑ ราย; คือ พัยราซีนาไมท์ กลุ่มแรก ๔ ราย กลุ่มที่สอง ๕ ราย; คือ ซัยโคลเสอริน พย ๑ ราย ในกลุ่มแรก). การคือ เอธิโอไนไมท์ เกิดขึ้นในกลุ่มแรกช้ากว่ากลุ่มที่สอง. ทั้งนี้จึงเชื่อว่าการเพิ่ม ซัยโคลเสอริน ช่วยหน่วงเหนี่ยวการเกิดเชื้อคือ เอธิโอไนไมท์ และ ช่วยลดอุบัติการณ์ด้วย. นอกจากนี้ยังพบว่า การคือ เอธิโอไนไมท์ ชอบเกิดในผู้ป่วยที่เคยมีเชื้อคือ ไอโซไนอะซิด อ่อนๆ มากกว่าในผู้ป่วย ที่มีเชื้อคือ ไอโซไนอะซิด มากๆ หรือในรายที่ยังคงไวต่อยาอยู่.

การศึกษานี้สรุปว่า ถ้าผู้ป่วยสามารถทนรับการรักษาได้นานพอ จะได้ผลดี.

รังสรรค์ บุญปาคม พ.บ.

ปกิณกะ

๑. จุดหมายถึงบรรณาธิการ

๔ ต.ค. ๒๕๐๗

เรียน ท่านบรรณาธิการ สารคดีราย
ที่นับถือ

พระพล สุนทรพะลิน, ล้ม ฅณวิศาล,
ประสาร นิลประภัสสร ได้กล่าวไว้ในราย
งานเรื่อง "กลุ่มอาการ พอยต์ซ-เจเกอร์"
ในสารคดีรายที่ ๑๖, ฉบับที่ ๕, กันยายน
๒๕๐๗ ว่า ก่อนหน้านั้นมีรายงานคนไข้
ชนิดนี้ในประเทศไทยเพียง ๓ รายเท่านั้น.
ข้าพเจ้าจึงขอแจ้งให้ทราบว่าคนไข้ราย
แรกนั้นข้าพเจ้าพบเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๕๓,
เป็นหญิงสาวจีนอายุ ๑๘ ปีจากราชบุรีและ
ได้ส่งเข้า ร.พ. จุฬาลงกรณ์ (เลขที่ทั่วไป
๑๒๐๑๓/๕๓), ได้วิเคราะห์ว่าเป็นกลุ่ม
อาการ พอยต์ซ-เจเกอร์ พร้อมด้วย
โพลีไมโอสิส และ อินทิสซีสเซ็ปชัน
ปัจจุบัน. นายแพทย์เฉลียว วัชรพุกต์ ได้ช่วย
ทำการผ่าตัด, พย โยเลโอโอเลียล อินทิส-
ซีสเซ็ปชัน ห่างจากนั้น โยเลโอโอเลียล ราว
๒ พฤศจิกายน มี โพลีไมโอ ๒ อันอยู่ห่างกัน

ราว ๑ ฟุต. คนไข้หายเรียบร้อยดีและ
ได้ทำการติดตามผลถึง ๗ ปีไม่ปรากฏว่า
มีอาการปวดท้องอีก. จึงได้ตีพิมพ์ไว้ใน
เดอะ เมดิคัล เจอร์นัล ออฟ มาลายา เล่ม
๑๒ ฉบับที่ ๒ เดือน ธ.ค. ๑๙๕๗. (JAI
YUNIBANDHU). ข้าพเจ้าได้เคยส่ง
รฟรินต์ ไปให้นายแพทย์อุดม โยชะ-
กฤษณะแล้ว, และขอมอบมาถินันทนา-
การท่านบรรณาธิการ ณ ทนตวยอก ๑
ฉบับ, เพื่อผู้สนใจจะได้ขอยืมดู. เป็นอันว่า
ในขณะนี้คนไข้กลุ่มอาการ พอยต์ซ-เจเกอร์
ที่ไต้หวันนั้นแน่ชัดและรายงานแล้วรวม ๖
รายในประเทศไทย, เป็นหญิงไทย ๕ ราย,
หญิงจีน ๑ ราย.

อนึ่ง, จะขอแจ้งเป็นการบอกเล่าในทน
ตวยอกว่าเมื่อประมาณ ๓ ปีมานี้ข้าพเจ้า
ได้พบคนไข้กลุ่มอาการ พอยต์ซ-เจเกอร์
อีก ๑ รายที่แผนกอายุรศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์
มีอาการและลักษณะสมบุรณ์แบบ
เต็มๆ เป็นเด็กชายไทยอายุประมาณ ๑๗

มาจากทางเหนือของประเทศไทย. แต่ไม่
ได้พิมพ์รายงานไว้เนื่องจากยังไม่ได้ทำ
การผ่าตัดเพราะคนไข้หนีออกจาก ร.พ.บ.
ไปแล้วก่อน. ประวัติทางครอบครัวที่สืบได้
จากพ่อของ เด็กซึ่ง เผอิญมา รักษาตา อยู่ที่
กรุงเทพฯ ในคราวเดียวกัน, บอกว่าแกมี
เมียหลายคน, ลูกท้องเกี่ยวกับเด็กหนุ่ม
ตายด้วยเรื่องปวดท้องตั้งแต่เล็ก ๆ ๒ คน
และจำได้ว่ามีจุกทรมผลปาก. ลูกท้องอื่น
ไม่มีใครเป็นอย่างนี้.

ในฐานะที่ ข้าพเจ้า เคย สนใจใน กลุ่ม
อาการนี้ ะ และ ได้พยายามค้น
เอกสารต้นฉบับ และย่อเอกสาร เป็นจำนวน
มากพอๆ, จึงอยากจะเน้นจุดเด่นที่สุดของ
กลุ่มอาการนี้จะสรุปได้, คือ (๑) ลักษณะ
และ ตำแหน่งของ จุกที่เยื่อ เยื่อของปาก
และช่อง. (๒) อาการที่คนไข้มาหาความ
ช่วยเหลือจากแพทย์เกือบทุกรายเป็นอาการ
ปวดท้องจาก อินทิสซัสเซ็ปชัน ของลำไส้.
(๓) อินทิสซัสเซ็ปชัน นี้โดยมากเกือบ
ทุกรายมีสาเหตุมาจาก โปลิyps อันเกี่ยว

หรือหลายอัน, ซึ่งมักจะเป็นหลาย ๆ อัน
เสมอและจะ พบใน ทางเดิน อาหาร ส่วนบน
จากกระเพาะลงไปจนสุด ไอลิยม. บาง
รายอาจพบ โปลิyps ที่ลำไส้ใหญ่ด้วยก็ได้,
แต่ไม่ใช่ของคู่ประจำสำหรับกลุ่มอาการนี้.

(๔) อายุของคนไข้ที่เริ่มมีอาการทางท้อง
ส่วนมากที่สุด ๕๐ ปี. กว่าตกอยู่ใน
ระหว่างยังไม่ถึง ๑๐ ขวบจนถึง ๓๐ ปี.

(๕) มักมีอาการ โปลิyps เกิดขึ้นใหม่หลัง
จากผ่าตัดเขาออกไปแล้ว. บางรายผ่าตัด
ถึง ๓ - ๔ ครั้งก็มี. (๖) มีประวัติโรค
เดียวกันในพี่น้องท้องเดียวกันหรือในบรรพ
บุรุษเป็นส่วนมาก. (๗) เป็นได้ของคนทุก
เชื้อชาติจะเป็นผิวขาว, ดำ, หรือเหลือง. มี
รายงานแล้วดังนี้.

ขอแสดงความนับถือ

ไฉ่ ยูนิพันธ์ M.D. (Edin.). M.R.C.P.

๖ ซอยขอโคก. สุขุมวิท, พระนคร
(รฟรินต์ ขอคุณได้ที่สำนักงานสารศิริราช.)

๒. เสนอแนะ

รายนายแพทย์ไฉน, เขตง
วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๐๗

เรียน ท่านบรรณาธิการที่นับถือ

ผมได้เคยเสียคนไข้ไปคนหนึ่งจากการ
ตกเลือดหลังคลอดโดยผมได้พยายามฉีดยา
ยับยั้งมดลูกตั้งหลายชนิดก็ยังช่วยไม่ได้.
มดลูกประเคียวแข็งประเคียวอ่อน. โลหิต
ไหลเรื่อย ๆ ไม่หยุด. หลังจากนั้นมาเป็น
เวลานานผมได้เจอคนไข้ชนิดนี้อีกซึ่งมด
ลูกไม่แข็งตัวและเลือดออกเรื่อย ๆ, คราว
นั้นผมได้ฉีดยาห้ามเลือด (Herna) ๑ เข็ม.
เลือดก็หยุดทันที. อันตรายก็ผ่านพ้นไป.
ผมลองจับมดลูกในคนไข้เช่นนี้หลายราย.
บางรายมดลูกก็แข็งตัวไต่คืบมาก, บางราย

ก็ไม่สู้แข็งนัก, แต่เลือดไม่ออก, และ
ภาวะหลังคลอดก็ร้ายนัก. ผมจึงสงสัยว่า
ในการตกเลือดหลังคลอดที่อันตรายสำคัญ
อาจเกิดจากส่วนประกอบของเลือดผิดปกติ,
ไม่ใช่เกิดจากมดลูกที่ตัวไม่ดี. ถ้าแผนก
สูติศาสตร์ ของโรงเรียนแพทย์เราเฝ้าเวลา,
ผมอยากให้ลองตรวจเคมีเลือดหรือองค์
ประกอบของเลือดในรายที่ทำท่าว่าจะมี
การตกเลือดหลังคลอดว่าผิดปกติไปหรือไม่
เปล่า, และระยะเวลาเลือดแข็งตัว เป็น
อย่างไรบ้าง.

ด้วยความนับถือ

น.พ. ไฉน เรื่องศิริ

(ขอเสนอเพื่อทราบและขอความเห็นโดยทั่วไป,
และโดยเฉพาะแผนกสูติศาสตร์และสูติแพทย์. บ.ก.)

๓. เวิร์งเส่นอศัพท

แผนกพยาธิวิทยา
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๒ พฤศจิกายน ๒๕๐๗

เรียน อาจารย์ที่เคารพ

ในหนังสือสารศิริราช ขท ๑๖ ฉบับ
ที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๐๗ เวิร์งเส่นอศัพท
เพื่อเลือกใช้หน้า ๖๒๕ และ ๖๒๖ ผม
สงสัยว่าอาจจะมีข้อผิดพลาดคลื่อน บางประ-
การคือ :

(๕๕๖๔) thromboarteritis “เลือค
เป็นลุ่มร่วมหลอคเลือคอกเสบ” ควรเป็น

“เลือค เป็นลุ่ม ร่วม หลอคเลือค แดง อัก-
เสบ”

(๕๕๕๘) thrombosis, venous

“หลอคเลือคกำอักเสบมลุ่มเลือค” ควร
เป็น “การเกิดลุ่มในหลอคเลือค.”

นอกจากนี้ควรจะเพิ่ม

thrombophlebitis “หลอคเลือคกำ

อักเสบมลุ่มเลือค” จึงเรียนมา

ด้วยความเคารพ

ประเสริฐ ปาจารย์

๔. หลกสรวรวิทยาเกยวกบภาวะสมองสะเทือน

เพอ คึกษาสรวรวิทยาเกยวกบภาวะ
สมองสะเทือน (ซีรบริล คอนคัสชั่น) ไค
มีผู้ทำการทดลองในสัตว์หลายชนิด. เกยว
กบภาวะสมอง สะเทือน เนื่อง จากการเร่ง
การเคลอน (แอ็คเซเลเรชัน) ไคทดลอง
โดยใช้ขุ่นอ็คแก๊ส ในโตรเจ็น ยิงคิริษะ
แนวและลิ่งทึแชนไว. การยั้งนัทำให้

คิริษะมีการเร่งการเคลอนถึง ๗๕ จี. เขา
บันทึกคลนไฟฟ้าสมองควัย อีเล็คโตรค
ทคตไวคยเขอ คว่า และ สคิริโฮแ็คคคค
อีเล็คโตรค ที่คคกยักระโหลกคิริษะ. ขณะ
ทคกยั้ง (ซ้ากว่าหนึ่งวินาทีภายหลัง) การ
เปลี่ยนแปลงที่เปลี่ยกสมองมีนัยอย่าน่า
ประหลาด, ทง ๆ ทึมีการเปลี่ยนแปลงทาง

๓. เวิร์งเส่นอศัพท

แผนกพยาธิวิทยา
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๒ พฤศจิกายน ๒๕๐๗

เรียน อาจารย์ที่เคารพ

ในหนังสือสารศิริราช ขท ๑๖ ฉบับ
ที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๐๗ เวิร์งเส่นอศัพท
เพื่อเลือกใช้หน้า ๖๒๕ และ ๖๒๖ ผม
สงสัยว่าอาจจะมีข้อผิดพลาดคลื่อน บางประ-
การคือ :

(๕๕๖๔) thromboarteritis “เลือค
เป็นลุ่มร่วมหลอคเลือคอกเสบ” ควรเป็น

“เลือค เป็นลุ่มร่วม หลอคเลือค แดง อัก-
เสบ”

(๕๕๕๘) thrombosis, venous

“หลอคเลือคกำอักเสบมลุ่มเลือค” ควร
เป็น “การเกิดลุ่มในหลอคเลือค.”

นอกจากนี้ควรระเพิ่ม

thrombophlebitis “หลอคเลือคกำ
อักเสบมลุ่มเลือค” จึงเรียนมา

ด้วยความเคารพ

ประเสริฐ ปาจารย์

๔. หลกสรวรวิทยาเกยวกบภาวะสมองสะเทือน

เพอ คึกษาสรวรวิทยาเกยวกบภาวะ
สมองสะเทือน (ซีรบริล คอนคัสชั่น) ไค
มีผู้ทำการทดลองในสัตว์หลายชนิด. เกยว
กบภาวะสมอง สะเทือน เนื่อง จากการเร่ง
การเคลอน (แอ็คเซเลเรชัน) ไคทดลอง
โดยใช้ขุ่นอ็คแก๊ส ในโตรเจ็น ยิงคิริษะ
แนวและลิ่งทึแชนไว. การยั้งนัทำให้

คิริษะมีการเร่งการเคลอนถึง ๗๕ จี. เขา
บันทึกลิ้นไฟฟ้าสมองควัย อีเล็คโตรค
ทคตไวคยเยอ คว่า และ สติวโฮคคตคค
อีเล็คโตรค ที่คคกยักระโหลกคิริษะ. ขณะ
ทคกยั้ง (ซ้ากว่าหนึ่งวินาทีภายหลัง) การ
เปลี่ยนแปลงที่เปลี่ยกสมองมีนัยอย่งนำ
ประหลาด, ทง ๆ ทึมีการเปลี่ยนแปลงทาง

สรีระมาก, เช่น โคม่า, หยตหายใจ, และ คอรัเนียด วิเฟล็กซ์ หายไป. ส่วนมากมีการเปลี่ยนทางคลื่นไฟฟ้าสมอง, คือมีคลื่นรยลงไป (แฟลคเต็น) นานตั้งแต่สิบนาทีถึงหลายชั่วโมง. การเพิ่มกิจกรรมของเปลือกสมองไม่ปรากฏ.

การเปลี่ยนแปลงที่ส่วนลึกใต้เปลือกสมอง, คือ ซับส์แตนเชีย นิกรรา, เร็ด นูเคลียส, เปอริแอกควิคคัล เกรย์ แมตเตอร์, ละม้าย ก็มีการเปลี่ยนแปลงที่เปลือกสมอง. แต่ที่ เบรน สเต็ม เวทิกูลาร์ พอร์เมชัน มีการรบกวนการแสดงทางไฟฟ้ามานานและมากกว่าที่เปลือกสมองและส่วนลึกใต้เปลือกสมองส่วนอื่น ๆ.

มีคนเชื่อว่า เวทิกูลาร์ พอร์เมชัน มีหน้าที่เกี่ยวกับอาการตื่นจากหลับ, ทำให้เอาใจใส่สิ่งแวดล้อมและตื่น. การทดลองได้แสดงให้เห็นว่า ตัวกระตุ้นที่เข้าสู่สมองนั้น นอกจากจะอาศัยระบบ เล็มนิสคัส แล้วยังใช้ระบบ เช่น ตรีล เบรน สเต็ม และ มีเทียล อาลามัส คิว. หากศูนย์นี้ ถูกทำลายจะมีอาการไม่สนองต่อการกระตุ้น อย่าง เรอริง. จึงทำให้เชื่อว่าบริเวณส่วนกลางในเซพาลิก เท็กเมนต์มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกตัว, และรอยโรคที่ส่วนนี้ทำให้

มี โคม่า. คนที่ตื่นก็เพราะ เวทิกูลาร์ พอร์เมชัน ในตำแหน่งนี้ถูกระดมด้วยตัวกระตุ้นอยู่เสมอ. ถ้าทำให้ตัวกระตุ้นพวกนี้ น้อยลงคนก็จะหลับ. ถ้าตัวกระตุ้นเสียหมดเลย, ก็จะเกิด โคม่า. ตามสมมติฐานนี้ภาวะสมอง สะเทือน จึงเพราะมีการสกัดกั้น ตัว กระตุ้น แล่น เข้า สมอง เหล่านี้ จนหมด.

ในการทดลอง กีบ ลิง, เมื่อมีการสะเทือน สมอง เพราะ การเร่ง การ เคลื่อน (แอ็คเซเลอเรชัน) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการสื่อนำตัวกระตุ้นแล่นเข้า (เช่น ซอรัย) ตาม เล็มนิสคัส ไปที่ อาลามัส และเปลือกสมองส่วนรับรู้สีก. แต่ทว่าที่ มี เซนเซพาลิก เวทิกูลาร์ พอร์เมชัน ไม่มีการสื่อนำอย่างนี้เลย. การสื่อนำจะกลับคืนก็อย่างเต็มภายในเวลา ๓ ถึง ๒๐ ชม. การสื่อนำที่ถกสกัดกั้นนี้เกิดขึ้น เพราะมีการเปลี่ยนแปลงใน เมตะบอลิซึมของ อเซตัยลโคลีน. ตามธรรมดาในน้ำไขสันหลังไม่มี อเซตัยลโคลีน ทั้งในคน และในสัตว์. แต่ถ้ามีขาดเจ็บที่ศีรษะจะมีมาก. นอกจากนั้นจะมี ซีโรโทนิน ด้วย. การทดลองทำให้เชื่อว่า อเซตัยลโคลีน ที่เกิดเพราะการ ขาดเจ็บมีมากที่ เบรน

สเต็ม เท็กเมนต์, จนมีการสกัดกั้นของ
ตัวกระตุ้น แล่นเข้าสู่ระบบ เรติคูลาร์
แอ็คทีเวติงก์ ซึ่ย์สเต็ม. เพราะฉะนั้นถ้าใช้
ยาประเภท แอนติโพลีเนอร์ จิก, เช่น
อะโทรปีน, ก็ควรจะได้ผลดีในการรักษา
การขาดเจ็บที่ศีรษะ.

ในภาวะสมองสะท้อนปรากฏว่าอาจมี
การเปลี่ยนแปลงในส่วนต่าง ๆ ของ เซลล์
ของสมองด้วย. ทั้งนี้เพียงมีการวิจัย. ใน
มนุษย์จะเห็นการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้
แม้ว่าคนไข้จะตายภายในหนึ่งชั่วโมงครึ่ง
ภายหลังถูกขาดเจ็บที่ศีรษะ. การเปลี่ยน
แปลงนี้มี เซ็นทรัล โชมมาโทลีย์ลีส, ซึ่ง
ให้มี นคลีโอลาร์ เอ็กเซ็นทริซิตี, อิน-
ตราเซลล์ลาร์ อีคิวมา ของ เอเพนคีย์มัล
เซลล์ และ เซลล์ ทับ โชมรอยท์ เปดิกซัล.

การเปลี่ยนแปลงใน เซลล์ สมองของ
มนุษย์ ในภาวะ สมอง สะท้อนนี้ เป็นเรื่องท
ค้นคว้ายาก, เพราะการย้อมสีดียากจน
ไม่สามารถจะเห็นอะไรได้แน่, และผู้ที่มิ
ภาวะสมองสะท้อนมักไม่ตาย. เป็นการ
ยากที่จะแยกการเปลี่ยนใน เซลล์ ที่เกิด
เพราะสมองสะท้อนจากเหตุอื่น, เช่นผล
อย่างอื่นของการขาดเจ็บ, การขาด ออก-
ซึ่ย์เงิน, ซึ่ค, และ เอ็มบอลิสม์ ไขมัน.

ด้วยเหตุนี้จึงต้องทำการทดลองกับสัตว์
หลายชนิด. ผลที่พบก็คือมี โชมมาโท-
ลีย์ลีส ทวีไปของ เซลล์ ประสาทและมีการ
เปลี่ยนแปลงที่ แอ็กซิส ซึ่ย์ลินเคอร์ และ
ปลอก มัยอีลิน. การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้
พบที่ เบรน สเต็ม, เบซัล แก็งเกลีย, และ
เปลือกสมองใหญ่.

เหตุสำคัญที่จะทำให้มีภาวะสมอง
สะท้อนในสัตว์ก็คือการมีความดันขึ้นสูง
ในสมองในทันทีทันใด. ในสัตว์เช่นสุนัข
พบว่า มี เซ็นทรัล โชมมาโทลีย์ลีส ของ
เซลล์ ใหญ่ที่ เรติคูลาร์ ซึ่ย์สตันซ์ ที่
เบรน สเต็ม และที่ วิโทรโอโลวารีเย
เซลล์ ของ เมกัลล่า.

(รวบรวมจาก อ.อ. วอร์ท และ จ.ล.
เซสัน และคณะ)

อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med.,
Dr. med. dent., F.A.C.S., F.I.C.S.

(แก้ความผิด. ใน “ข้อมูลบางอย่าง
เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์แพทย์” ในแผนก
ปกิณกะของฉบับที่แล้ว (ตค. ๒๕๐๗),
หน้า ๖๑๔, โปรดขีดเส้นคั่นกลางระหว่าง
บรรทัด “Cholesterol (total)” กับ “Albu-
min” และเขียนเครื่องหมาย % หลังตัว
เลขแสดงค่าต่างๆ ตลอดห้าบรรทัดเกี่ยวกับ
แอลบูมิน และ โกลบูลิน.)

๕. การปฏิบัติผิดบางอย่างเกี่ยวกับพิธีสงฆ์

พระพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติไทย, คนไทยทุกคนจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องพิธีการ พอสมควร, เพื่อป้องกันความผิดพลาดหรือความกระดากกระเตื้องเนื่องจากความไม่แน่ใจ. ข้อไปนี้ เป็น การกระทำผิดซึ่งมีปรากฏอยู่เสมอ ๆ.

(๑) การกราบ. บางคนกราบพระโดยไม่แบ่มือ, ไข่มือนี้นามวางลงบนพื้น เช่นเดียวกับกราบคน. ที่ถูกต้องควรจะแบมือคว่ำวางลงบนพื้นแล้วจรดหน้าผากลงแตะพระหว่างมือ. ที่ปฏิบัติกันโดยอนุโลมคือยกหัวแม่มือขึ้นและเอาหน้าผากจรดที่ปลายนิ้วทั้งสอง. จะกราบให้ถูกต้องแท้จริง ต้องคุกเข่าแบมือวางเท้าตั้งบนพื้น, ประนมมือแค่ออก, โนมัตถ์ลงเอาแขนท่อนปลายทั้งท่อนทาบลงบนพื้นพร้อมทั้งแบมือคว่ำลงไปด้วย, แล้วก้มศีรษะเอาหน้าผากจรดพื้นดังกล่าว. อนุโลมให้กราบระหว่างนั่งพับเพียบในท่าหมอบได้. แต่ไม่ถูกต้องนัก.

(๒) การจุดเทียนธูป. การจุดเทียนธูปหน้าทอยชา, ควรจุดเทียนก่อน* และถ้ามีเทียนตั้งไว้คู่, ควรจุดเล่มข้างซ้ายของผู้จุด (ข้างขวาของพระพุทธรูป) ก่อน, แล้วจุดเล่มข้างขวา, และจุดธูปทีหลัง. ไม่ควรใช้วิธเอาธูปจุกกับไฟที่เทียนหน้าทอยชา. ควรมีเทียนอีกเล่มหนึ่งต่างหาก (เรียกว่าเทียนชวนน) สำหรับใช้จุดเทียนและธูป. ถ้าไม่มีเทียนชวนนก็ต้องจุดทุก ๆ อย่างด้วยไม้ขีดไฟ. ควรกราบพระพุทธรูปเสียก่อนจุดเทียนธูปและหลังจากจุดแล้วออกครึ่งหนึ่ง.

(๓) การสมาทานศีล. การสมาทานศีล หรือรับศีล ควรให้ครบองค์สาม, คือกายวาจาใจ. กายคือนั่งประนมมือโดยสงบ (ที่ถูกต้องควรคุกเข่า). วาจาคือว่าตามพระไปด้วยเสียงดังพอสมควร. (ที่ปฏิบัติกันโดยมากมักนั่งเฉย ๆ, อาจเป็นเพราะไม่ทราบว่าต้องเปล่งวาจาด้วย. บางคนอาจจะอาย, ซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ถูกต้อง.)

* ถ้าจำไว้ว่า "จุดเทียนธูป" ดังหัวข้อบนนี้, แทนลำดับปรกติว่า "ธูปเทียน", ก็จะช่วยให้ไม่ทำผิดได้.

ใจคองกถึงความหมายของคตินั้น ๆ ตาม
ไปด้วย.

(๔) การพึงสวดมนต์. ควรนั่ง
ควยอาการสงบ. แม้จะพึงไม่เข้าใจก็ไม่
ควรจะคอยกันหรือทำท่าทางเขินอาย. ถ้า
เมื่อยหรือรำคาญก็ควรลุกไปเสียบให้พ้น.
ถ้านั่งประนมมือควยก็ยกมือ. เมื่อพระสวด
จบแล้วควรกราบ.

(๕) การประเคน. สิ่งบริโภคนทุก
อย่างต้องประเคน, ของใช้ (เช่นกระโถน)
ไม่ต้อง. หลักสำคัญการประเคนคือ: (ก)
กระทำด้วยกิริยานอบน้อม, (ข) ยกของขึ้น
พ้นจากพน. (ถ้าของใหญ่หรือหนักยกไม่
ไหวใช้สายสิญจน์วงรอบแล้วประเคนสาย
สิญจน์), (ค) เข้าไปใกล้พระพอที่จะส่งและ
รับได้โดยไม่ต้องเหยียดแขน. (ในพระ
วินัยใช้ว่า “ภายในหัตถาสา”, คือระยะ
ช่วงแขนโอบ.) กะวาระยะห่างประมาณ ๑
ศอกหรือ ๕๐ ซม. คงใช้ได้. ถ้าอยู่
ห่างเกินไป, และพระรับ, ท่านต้องอาบัติ.
สำหรับผู้ประเคนสตรีใช้วิธีวางสิ่งของลง
บนผ้าที่พระภิกษุจับชายอีกข้างหนึ่งไว้. ส่ง
กับมือพระไม่ได้, เป็นอาบัติ. ข้อควรระวัง
คือสิ่งใด ประเคน แล้วจะจับต้องอีกไม่ได้.
ถ้าถูกเข้า, ต้องประเคนใหม่.

(๖) การกรวดน้ำ. การกรวดน้ำ
เป็นพิธีแสดงการ “ยกให้”. แต่เดิมเป็น
การเทน้ำรดลงบนดินพร้อมกับกล่าว
คำอธิศ. ในปัจจุบันนี้ใช้วิธีรินน้ำจาก
ภาชนะที่บรรจุลงในภาชนะที่รองรับแล้วนำ
น้ำไปราดที่พื้นดิน. (ต้องเป็นพื้นดิน. ไม่
ใช้กระถางต้นไม้หรือพินซีเมนต์.) วิธี
ปฏิบัติคือเมื่อพระภิกษุผู้เป็นประธานตั้งพิศ
ขึ้นก็เตรียมตัวพร้อม, ประคองขวดใส่น้ำ
ไว้. พอท่านกล่าว “ยถา.....” ก็เริ่ม
รินน้ำให้ไหล เป็นสายลงในสิ่งที่ใช้รอง.
(ไม่ควรให้ขาดสายหรือหยุดเป็นหยด ๆ.)
ระหว่างนั้นตั้งใจอธิศ ส่วนกศลตามต้อง
การ. นี้ก็เป็นภาษาไทยก็ได้, ไม่จำต้อง
ใช้ภาษามคธ. พอพระท่านกล่าวถึงคำสัค
ท้าย (คือ “....ยถา”) ก็รินน้ำให้หมด
ขวด, วางขวดลงแล้วประนมมือนงรับพรที่
คณะสงฆ์ (ตอนนั้นสวดพร้อมกัน) ประสิทธิ์
ประสาทให้ต่อไป. ตามปรกติการกรวดน้ำ
และอนุโมทนากระทำในคอนท้ายสัค, หลัง
จากถวายของต่าง ๆ เสร็จสิ้นแล้ว. ถ้ามี
ของถวายหลายสิ่งก็ถวายเสียให้หมดก่อน
ที่จะเริ่มกรวดน้ำ.

วิธีปฏิบัติกับพระสงฆ์โดยละเอียดเคย

นำลงตีพิมพ์ในหนังสือฉบับนี้ ครองหนังสือแล้ว, แต่ เขียนอย่างย่อส่งมาอีกครึ่งหนึ่ง.
 ยังเห็นมีผู้กระทำไม่ถูกต้องเสมอ ๆ, จึง

อ.ก.

๖. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๓๗)

(ขออภัย การใส่เลขประจำคำศัพท์ที่เสนอในแผนกนี้ได้เกิดการสับสนขึ้น, คือ (๑) ในฉบับกันยายน ๒๕๐๗ คำแรกควรจะเป็นเลขที่ ๕๕๕๑ แทน ๕๖๐๑ ดังที่ปรากฏ (หน้า ๕๖๕), และคำสุดท้ายควรเป็นเลขที่ ๕๗๕๐ (หน้า ๕๖๗). (๒) ในฉบับตุลาคม ๒๕๐๗ คำแรกควรจะเป็นเลขที่ ๕๗๕๑ แทน ๕๘๐๑ (หน้า ๖๒๒), และคำสุดท้ายเป็นเลขที่ ๕๘๕๐ แทน ๑๐๐๐๐ (หน้า ๖๒๖). ทั้งนี้ไม่มีคำศัพท์ตกหล่นหายไป, เพียงแต่การใส่เลขประจำผิดพลาดเท่านั้น. ขออภัยต่อท่านสมาชิกอย่างยิ่ง, และขอขอบคุณอย่างมากต่อคุณหมอมสมัย จันทวิมล ผู้เตือนให้ตรวจพบความผิดพลาดด้วย. อ.ก.)

- | | |
|--|--|
| ๕๕๕๑. thrombus ลิ่มเลือดในหลอดเลือด | ๑๐๐๐๖. thymopathy โรคเกี่ยวกับจิตใจ, โรคเกี่ยวกับต่อมธัยมัส |
| ๕๕๕๒. thrombus, antemortem ลิ่มเลือดในหลอดเลือดก่อนตาย | ๑๐๐๐๗. thymotoxic เป็นพิษต่อต่อมธัยมัส |
| ๕๕๕๓. thrombus, bile ลิ่มน้ำดี | ๑๐๐๐๘. thymus, persistent ต่อมธัยมัสค้าง |
| ๕๕๕๔. thrombus, hematostatic ลิ่มเลือดเพื่อเลือดคั่ง | ๑๐๐๐๙. thyreoiditis ต่อมธัยรอยด์อักเสบ |
| ๕๕๕๕. thrombus, infective ลิ่มเลือดติดเชื้อ | ๑๐๐๑๐. thyroactive กระตุ้นต่อมธัยรอยด์ |
| ๕๕๕๖. thrombus, obstructive ลิ่มเลือดอุดตัน | ๑๐๐๑๑. thyro-adenitis ต่อมธัยรอยด์อักเสบ |
| ๕๕๕๗. thrombus, postmortem ลิ่มเลือดในหลอดเลือดหลังตาย | ๑๐๐๑๒. thyrocardiac เกี่ยวกับธัยรอยด์ร่วมหัวใจ, คนไข้โรคหัวใจเพื่อธัยรอยด์ |
| ๕๕๕๘. thrombus, propagated ลิ่มเลือดแพร่ | ๑๐๐๑๓. thyrocele คอพอก |
| ๕๕๕๙. thrombus, traumatic ลิ่มเลือดหลังบาดเจ็บ | ๑๐๐๑๔. thyrogenic, thyrogenous เกิดในธัยรอยด์ |
| ๑๐๐๐๐. thrypsis กระตุกหักแตกย่อย | ๑๐๐๑๕. thyroid ธัยรอยด์ |
| ๑๐๐๐๑. thymiosis คุดทะราด | ๑๐๐๑๖. thyroidectomy การตัดต่อมธัยรอยด์ |
| ๑๐๐๐๒. thymo เกี่ยวกับต่อมธัยมัส, เกี่ยวกับจิตใจ | ๑๐๐๑๗. thyroidism ภาวะธัยรอยด์ทำพิษ |
| ๑๐๐๐๓. thymogenic เกิดจากอุปาทาน | ๑๐๐๑๘. thyroiditis ธัยรอยด์อักเสบ |
| ๑๐๐๐๔. thymokinetic กระตุ้นต่อมธัยมัส | ๑๐๐๑๙. thyroidothrapy การใช้ธัยรอยด์รักษาโรค |
| ๑๐๐๐๕. thymolysis การทำลาย (ละลาย) ต่อมธัยมัส | ๑๐๐๒๐. thyroidotomy การผ่าธัยรอยด์ |
| | ๑๐๐๒๑. thyroigenous เกิดจากธัยรอยด์ |
| | ๑๐๐๒๒. thyro-intoxication ภาวะเม้าพิษธัยรอยด์ |

นำลงตีพิมพ์ในหนังสือฉบับนี้ ครองหนังสือแล้ว, แต่ เขียนอย่างย่อส่งมาอีกครั้งหนึ่ง
 ยังเห็นมีผู้กระทำไม่ถูกต้องอยู่เสมอ ๆ, จึง

อ.ก.

๖. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๓๗)

(ขออภัย การใส่เลขประจำคำศัพท์ที่เสนอในแผนกนี้ได้เกิดการสับสนขึ้น, คือ (๑) ในฉบับกันยายน ๒๕๐๗ คำแรกควรจะเป็นเลขที่ ๕๕๕๑ แทน ๕๖๐๑ ดังที่ปรากฏ (หน้า ๕๖๔), และคำสุดท้ายควรเป็นเลขที่ ๕๗๕๐ (หน้า ๕๖๗). (๒) ในฉบับตุลาคม ๒๕๐๗ คำแรกควรจะเป็นเลขที่ ๕๗๕๑ แทน ๕๘๐๑ (หน้า ๖๒๒), และคำสุดท้ายเป็นเลขที่ ๕๕๕๐ แทน ๑๐๐๐๐ (หน้า ๖๒๖). ทั้งนี้ไม่มีคำศัพท์ตกหล่นหายไป, เพียงแต่การใส่เลขประจำคำศัพท์ผิดพลาดเท่านั้น. ขออภัยต่อท่านสมาชิกอย่างขั้, และขอขอบคุณอย่างมากต่อคุณหมอมสมัย จันทวิมล ผู้เตือนให้ตรวจพบความผิดพลาดด้วย. อ.ก.)

- | | |
|--|--|
| ๕๕๕๑. thrombus ลิ่มเลือดในหลอดเลือด | ๑๐๐๐๖. thymopathy โรคเกี่ยวกับจิตใจ, โรคเกี่ยวกับต่อมธัยมัส |
| ๕๕๕๒. thrombus, antemortem ลิ่มเลือดในหลอดเลือดก่อนตาย | ๑๐๐๐๗. thymotoxic เป็นพิษต่อต่อมธัยมัส |
| ๕๕๕๓. thrombus, bile ลิ่มน้ำดี | ๑๐๐๐๘. thymus, persistent ต่อมธัยมัสค้าง |
| ๕๕๕๔. thrombus, hematostatic ลิ่มเลือดเพื่อเลือดคั่ง | ๑๐๐๐๙. thyreitis ต่อมธัยรอยด์อักเสบ |
| ๕๕๕๕. thrombus, infective ลิ่มเลือดติดเชื้อ | ๑๐๐๑๐. thyroactive กระตุ้นต่อมธัยรอยด์ |
| ๕๕๕๖. thrombus, obstructive ลิ่มเลือดอุดตัน | ๑๐๐๑๑. thyro-adenitis ต่อมธัยรอยด์อักเสบ |
| ๕๕๕๗. thrombus, postmortem ลิ่มเลือดในหลอดเลือดหลังตาย | ๑๐๐๑๒. thyrocardiac เกี่ยวกับธัยรอยด์ร่วมหัวใจ, คนไข้โรคหัวใจเพื่อธัยรอยด์ |
| ๕๕๕๘. thrombus, propagated ลิ่มเลือดแพร่ | ๑๐๐๑๓. thyrocele คอพอก |
| ๕๕๕๙. thrombus, traumatic ลิ่มเลือดหลังบาดเจ็บ | ๑๐๐๑๔. thyrogenic, thyrogenous เกิดในธัยรอยด์ |
| ๑๐๐๐๐. thrypsis กระจกหักแตกย่อย | ๑๐๐๑๕. thyroid ธัยรอยด์ |
| ๑๐๐๐๑. thymiosis คุตชะราด | ๑๐๐๑๖. thyroidectomy การตัดต่อมธัยรอยด์ |
| ๑๐๐๐๒. thymo เกี่ยวกับต่อมธัยมัส, เกี่ยวกับจิตใจ | ๑๐๐๑๗. thyroidism ภาวะธัยรอยด์ทำพิษ |
| ๑๐๐๐๓. thymogenic เกิดจากอุปาทาน | ๑๐๐๑๘. thyroiditis ธัยรอยด์อักเสบ |
| ๑๐๐๐๔. thymokinetic กระตุ้นต่อมธัยมัส | ๑๐๐๑๙. thyroidothrapy การใช้ธัยรอยด์รักษาโรค |
| ๑๐๐๐๕. thymolysis การทำลาย (ละลาย) ต่อมธัยมัส | ๑๐๐๒๐. thyroidotomy การผ่าธัยรอยด์ |
| | ๑๐๐๒๑. thyroigenous เกิดจากธัยรอยด์ |
| | ๑๐๐๒๒. thyro-intoxication ภาวะเมาพิษธัยรอยด์ |

๑๐๐๒๓. thyrolytic ทำลาย (ละลาย) ธิรรอยด์
 ๑๐๐๒๔. thyroncus เนืองอกธิรรอยด์, คอพอก
 ๑๐๐๒๕. thyropathy โรคของต่อมธิรรอยด์
 ๑๐๐๒๖. thyrophyma เนืองอกต่อมธิรรอยด์
 ๑๐๐๒๗. thyroprival, thyroprivic, thyro-
 privous ขาดธิรรอยด์
 ๑๐๐๒๘. thyroprivia ภาวะขาดธิรรอยด์
 ๑๐๐๒๙. thyrosis โรคธิรรอยด์, ธิรรอยด์พิการ
 ๑๐๐๓๐. thyrotherapy การรักษาโรคด้วยธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๑. thyrotomy การผ่าธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๒. thyrotoxicemia, thyrotoxicia โรคพิษ
 ธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๓. thyrotoxic เกี่ยวกับพิษธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๔. thyrotoxicosis โรคพิษธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๕. thyrotrope คนไข้ธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๖. thyrotropic โนมัสู้ธิรรอยด์
 ๑๐๐๓๗. thyrsus องคชาต
 ๑๐๐๓๘. tibia กระดูกแข้ง
 ๑๐๐๓๙. tibia valga ขาโค้งเข้า
 ๑๐๐๔๐. tibia vara ขาโค้งออก
 ๑๐๐๔๑. tibiad ไปทางกระดูกแข้ง
 ๑๐๐๔๒. tibial เกี่ยวกับกระดูกแข้ง
 ๑๐๐๔๓. tibialgia อาการปวดแข้ง
 ๑๐๐๔๔. tibialis กล้ามเนื้อแข้ง
 ๑๐๐๔๕. tibien เกี่ยวกับกระดูกแข้ง, แห้งกระดูก
 แข็ง
 ๑๐๐๔๖. tibiofemoral เกี่ยวกับกระดูกแข้งร่วม
 กระดูกต้นขา
 ๑๐๐๔๗. tibiofibular เกี่ยวกับกระดูกแข้งร่วม
 กระดูกน่อง
 ๑๐๐๔๘. tibioperoneal เกี่ยวกับกระดูกแข้งร่วม
 กระดูกน่อง
 ๑๐๐๔๙. tibiotarsal เกี่ยวกับกระดูกแข้งร่วมกระ
 ดูกเท้า
 ๑๐๐๕๐. tick เห็น
 ๑๐๐๕๑. tickle จิก, จิกจิก
 ๑๐๐๕๒. tickling การจิกจิก
 ๑๐๐๕๓. tictology สุตวิทยา
 ๑๐๐๕๔. tide การเพิ่มและลด (ในกาย)
 ๑๐๐๕๕. tide, acid ภาวะกรดขึ้น
 ๑๐๐๕๖. tide, alkaline ภาวะด่างขึ้น
 ๑๐๐๕๗. tide, fat ภาวะไขมันขึ้น
 ๑๐๐๕๘. tilmus อาการทิ้งผ้าปูนอน
 ๑๐๐๕๙. time, association เวลาสมอง
 ประสานงาน
 ๑๐๐๖๐. time, bleeding เวลาเลือดออก
 ๑๐๐๖๑. time, circulating เวลาไหลเวียน
 (เลือด)
 ๑๐๐๖๒. time, clot retraction เวลาลิ่มเลือดหด
 ๑๐๐๖๓. time, clotting เวลาเลือดเป็นลิ่ม
 ๑๐๐๖๔. time, coagulating เวลาเลือดเป็นลิ่ม
 ๑๐๐๖๕. time, generation เวลาชั่วอายุ
 ๑๐๐๖๖. time, perception เวลากำหนดรู้
 ๑๐๐๖๗. time, persistence เวลาบับไม่คลาย
 ๑๐๐๖๘. time, thrombin เวลาช้รอมบิน
 ๑๐๐๖๙. time, reaction เวลาตอบโต้
 ๑๐๐๗๐. time, recognition เวลากลับนึกรู้
 ๑๐๐๗๑. time, sedimentation เวลา (เม็ดเลือด)
 นอนกั้น
 ๑๐๐๗๒. tinctable ย้อมสีติด
 ๑๐๐๗๓. tinction การย้อมสี, การใส่สี
 ๑๐๐๗๔. tinctorial เกี่ยวกับการย้อมสี
 ๑๐๐๗๕. tineas ขกลาก
 ๑๐๐๗๖. tineas axillaris ขกลากรักแร้
 ๑๐๐๗๗. tineas barbae ขกลากหนวด
 ๑๐๐๗๘. tineas capitis ชั้นนตะตุ
 ๑๐๐๗๙. tineas ciliarum ขกลากขนตา
 ๑๐๐๘๐. tineas circumscissae ขกลากลำตัว
 ๑๐๐๘๑. tineas corporis ขกลากลำตัว
 ๑๐๐๘๒. tineas cruris ขกลากขาหนีบ
 ๑๐๐๘๓. tineas glabrae ขกลากลำตัว
 ๑๐๐๘๔. tineas imbricata ขกลากหนูนาน
 ๑๐๐๘๕. tineas inguinalis ขกลากขาหนีบ
 ๑๐๐๘๖. tineas nigra ขกลากดำ
 ๑๐๐๘๗. tineas sycosis ขกลากหนวด
 ๑๐๐๘๘. tineas tonsurans ชั้นนตะตุ
 ๑๐๐๘๙. tingibility สภาพย้อมสีติด

๑๐๐๕๐. tingible ชึ่งยอมสัดัด
 ๑๐๐๕๑. tingling อการเป็นเหน็บ, อการจิก
 ๑๐๐๕๒. tinkle เสียงก้งวานใส
 ๑๐๐๕๓. tinkling เสียงก้งวานใส
 ๑๐๐๕๔. tinnitus อการด้งอ
 ๑๐๐๕๕. tinnitus aurium อการหูอ
 ๑๐๐๕๖. tissue เนื้อ
 ๑๐๐๕๗. tissue, adipose เนื้อไขมัน
 ๑๐๐๕๘. tissue, areolar เนื้อร่างแห
 ๑๐๐๕๙. tissue, basement เนื้อรากฐาน
 ๑๐๑๐๐. tissue, bony เนื้อกระดูก
 ๑๐๑๐๑. tissue, cancellous เนื้อกระดูกโปร่ง
 ๑๐๑๐๒. tissue, cartilaginous เนื้อกระดูกอ่อน
 ๑๐๑๐๓. tissue, cellular เนื้อเซลล์โปร่ง
 ๑๐๑๐๔. tissue, cicatricial เนื้อแผลเป็น
 ๑๐๑๐๕. tissue, compact เนื้อกระดูกทึบ, เนื้อกระดูกแน่น
 ๑๐๑๐๖. tissue, connective เนื้อยึดต่อ, เนื้อยึดเสริม
 ๑๐๑๐๗. tissue, cribriform เนื้อร่างแห
 ๑๐๑๐๘. tissue, dental เนื้อฟันแท้
 ๑๐๑๐๙. tissue, elastic เนื้อยืดหยุ่น
 ๑๐๑๑๐. tissue, endothelial เนื้อบุโพรง, เนื้อบุหลอด
 ๑๐๑๑๑. tissue, epithelial เนื้อบุผิว
 ๑๐๑๑๒. tissue, erectile เนื้อลูกได้
 ๑๐๑๑๓. tissue, fatty เนื้อไขมัน
 ๑๐๑๑๔. tissue, fibrous เนื้อเส้นใย
 ๑๐๑๑๕. tissue, glandular เนื้อต่อม
 ๑๐๑๑๖. tissue, interstitial เนื้อแทรกเสริม
 ๑๐๑๑๗. tissue, junctional เนื้อประสาน
 ๑๐๑๑๘. tissue, leprous เนื้อโรคเรื้อน
 ๑๐๑๑๙. tissue, muscular เนื้อกล้ามเนื้อ
 ๑๐๑๒๐. tissue, nerve, nervous เนื้อประสาท
 ๑๐๑๒๑. tissue, osteogenic เนื้อสร้างกระดูก
 ๑๐๑๒๒. tissue, parenchymatous เนื้อแท้
 อวัยวะ
 ๑๐๑๒๓. tissue, peridental เนื้อรอบฟัน
 ๑๐๑๒๔. tissue, scar เนื้อแผลเป็น
๑๐๑๒๕. tissue, skeletal เนื้อโครงร่าง
 ๑๐๑๒๖. tissue, splenic เนื้อม้าม
 ๑๐๑๒๗. tissue, subcutaneous เนื้อใต้ผิวหนัง
 ๑๐๑๒๘. tissue, subcutaneous fatty เนื้อไขมันใต้ผิวหนัง
 ๑๐๑๒๙. tissular เกี่ยวกับเนื้อ
 ๑๐๑๓๐. titillation การจิก, อการจิก
 ๑๐๑๓๑. titillomania โรคบ้าเกา
 ๑๐๑๓๒. titubant ผู้เดินเซ
 ๑๐๑๓๓. titubation การเดินเซ, อการเดินเซ
 ๑๐๑๓๔. titubation, lingual อการพูดไม่ชัด, อการติดอ่าง
 ๑๐๑๓๕. toadskin หนังคางคก
 ๑๐๑๓๖. tocology วิชาคลอด, สูติวิทยา
 ๑๐๑๓๗. tocomania โรคคลั่งหลังคลอด
 ๑๐๑๓๘. tocophobia โรคกลัวคลอด
 ๑๐๑๓๙. tocus การคลอด
 ๑๐๑๔๐. toddy น้ำตาลเมา
 ๑๐๑๔๑. toenail เล็บนิ้วเท้า
 ๑๐๑๔๒. tolerance ความทน
 ๑๐๑๔๓. tolerance, acquired ความทนได้, ความทนโดยชิน
 ๑๐๑๔๔. tolerance, alkali ความทนด่าง
 ๑๐๑๔๕. tolerance, crossed ความทนข้ามชนิด
 ๑๐๑๔๖. tolerance, glucose ความทนกลูโคส
 ๑๐๑๔๗. tolerance, sugar ความทนน้ำตาล
 ๑๐๑๔๘. tolerant ทน, อดทน
 ๑๐๑๔๙. toleration การทน, การอดทน
 ๑๐๑๕๐. tolerific ชึ่งทำให้อดทน
 ๑๐๑๕๑. tomotocia การคลอดโดยผ่าท้อง, การคลอดทางหน้าท้อง
 ๑๐๑๕๒. tomy การผ่า
 ๑๐๑๕๓. tone ความต้ง, ความมีกำลัง, เสียง
 ๑๐๑๕๔. tone, heart เสียงหัวใจ
 ๑๐๑๕๕. tongue, adherent ลิ้นติด
 ๑๐๑๕๖. tongue, baked ลิ้นแห้งแข็ง
 ๑๐๑๕๗. tongue, bald ลิ้นเกลี้ยง
 ๑๐๑๕๘. tongue, bifid ลิ้นสองแฉก

๑๐๑๕๕. tongue, burning ลิ้นร้อน
 ๑๐๑๖๐. tongue, cardinal ลิ้นแดงเหลี่ยม
 ๑๐๑๖๑. tongue, cleft ลิ้นแฉก
 ๑๐๑๖๒. tongue, coated ลิ้นฝ้า
 ๑๐๑๖๓. tongue, crocodile ลิ้นร่องรีว
 ๑๐๑๖๔. tongue, dotted ลิ้นลายจุด
 ๑๐๑๖๕. tongue, double ลิ้นสองแฉก
 ๑๐๑๖๖. tongue, encrusted ลิ้นสะเก็ด
 ๑๐๑๖๗. tongue, fissured ลิ้นร่องรีว
 ๑๐๑๖๘. tongue, furred ลิ้นขนาน
 ๑๐๑๖๙. tongue, furrowed ลิ้นร่องรีว
 ๑๐๑๗๐. tongue, geographic ลิ้นลายแผนที่
 ๑๐๑๗๑. tongue, glossy ลิ้นเลี่ยนมัน
 ๑๐๑๗๒. tongue, mappy ลิ้นลายแผนที่
 ๑๐๑๗๓. tongue, scrotal ลิ้นร่องรีว
 ๑๐๑๗๔. tongue, split ลิ้นสองแฉก
 ๑๐๑๗๕. tongue, stippled ลิ้นลายจุด
 ๑๐๑๗๖. tongue, wrinkled ลิ้นร่องรีว
 ๑๐๑๗๗. tonguetie ลิ้นติด
 ๑๐๑๗๘. tonic ยาบำรุง, บำรุงกำลัง
 ๑๐๑๗๙. tonic, bitter ยาบำรุงชนิดขม
 ๑๐๑๘๐. tonic, cardiac ยาบำรุงหัวใจ
 ๑๐๑๘๑. tonic, digestive ยาบำรุงธาตุ
 ๑๐๑๘๒. tonic, general ยาบำรุงทั่วไป
 ๑๐๑๘๓. tonic, hematic ยาบำรุงเลือด
 ๑๐๑๘๔. tonic, intestinal ยาบำรุงลำไส้
 ๑๐๑๘๕. tonic, nervine ยาบำรุงประสาท
 ๑๐๑๘๖. tonic, stomachic ยาบำรุงกระเพาะ,
 ยารธาตุ
 ๑๐๑๘๗. tonic, vascular ยาบำรุงหลอดเลือด
 ๑๐๑๘๘. tonicity สภาพตั้งตัว, สภาพมีกำลัง
 ๑๐๑๘๙. tonicize บำรุงกำลัง, บำรุงความตั้งตัว,
 ทำให้ตั้งตัว
 ๑๐๑๙๐. tonitrophobia โรคกลัวฟ้าร้อง
 ๑๐๑๙๑. tonitruophobia โรคกลัวฟ้าร้อง
 ๑๐๑๙๒. tonsillar, tonsillary เกี่ยวกับทอนซิล
 ๑๐๑๙๓. tonsillectome เครื่องตัดทอนซิล
 ๑๐๑๙๔. tonsillectomy การตัดทอนซิล
 ๑๐๑๙๕. tonsillith นิ้วทอนซิล
 ๑๐๑๙๖. tonsillitic เกี่ยวกับทอนซิลอักเสบ
 ๑๐๑๙๗. tonsillitis ทอนซิลอักเสบ
 ๑๐๑๙๘. tonsillolith นิ้วทอนซิล
 ๑๐๑๙๙. tonsillomycosis โรคทอนซิลติดเชื้อรา
 ๑๐๒๐๐. tonsillopathy โรคต่อมทอนซิล

หน้าสำหรับนิสิต

ภาษาเขียนกับภาษาอ่าน

ภาษาไทยบางคำที่เกี่ยวข้องอยู่ในการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือพาคนฟังไปถึงก็ตาม, มักจะมีผู้อ่านผิดอยู่เสมอ. จึงขอรวบรวมคำที่มักจะใช้ผิดเสนอแก่ท่านผู้อ่านที่เป็นนักศึกษาแพทย์เฉพาะเพื่อพิจารณา. ทั้งนี้เพราะภาษาไทยเป็นภาษาของเรา, การที่จะอ้างว่าไม่ได้ศึกษาวิชาอักษรศาสตร์จึงไม่สามารถอ่านได้อย่างถูกต้องนั้นไม่สมควรและการที่จะใช้ภาษาอย่างถูกต้องในชีวิตประจำวันก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ใดศึกษาวิชาอักษรศาสตร์เลย. อีกประการหนึ่งวิชาแพทย์เป็นวิชาที่ต้องใช้เวลาคึกมาก กว่าวิชาแขนงอื่น ๆ ในระดับปริญญาตรีด้วยกัน. ด้วยเหตุผลนี้ก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาแพทย์ควรจะใช้ภาษาไทยในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง.

ที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นคำบางคำที่มักจะผิดกันมากและ การอ่านจำนวน

เลขและคำย่อซึ่งมีผู้เข้าใจผิดใช้อย่างไม่ถูกต้อง. คำที่อ่านผิดในเรื่องการออกเสียงที่พอจะยกมาเป็นตัวอย่างในที่นี้ได้มีต่อไปนี้:

- คุณค่า. ต้องอ่านออกเสียงว่า คุณ - ค่า ไม่ใช่ คุณนะค่า
- คุณวุฒิ. ต้องอ่านออกเสียงว่า คุณ - นะ - วุฒ - ที ไม่ใช่ คุณนะวุฒ
- ครรภ. ต้องอ่านออกเสียงว่า คิน ไม่ใช่ ครัน
- ทฤษฎี. ต้องอ่านออกเสียงว่า ทริค - สะ - ที ไม่ใช่ ทริส สะ ที
- ปริญาบัตร. ต้องอ่านออกเสียงว่า ประ - ริน - ยา - บัต ไม่ใช่ ปริญญาบัตร
- แผนก. ต้องอ่านออกเสียงว่า ผะ - แหนก ไม่ใช่ พะ แหนก
- แพทยศาสตร์. ต้องอ่านออกเสียงว่า แพค - ทะ - ยะ - สาค ไม่ใช่ แพค สาค

— ยุคลบาท. ต้องอ่านออกเสียงว่า
ยุ - คน - ละ - บาท ไม่ใช่ ยุ คน บาท

— สัปดาห์. ต้องอ่านออกเสียงว่า
สั - คา ไม่ใช่ สั ะคา

— สมรรถภาพ. ต้องอ่านออกเสียงว่า
สะ - มั - ละ - พาย ไม่ใช่ สะ มัค ละ
พาย

สำหรับจำนวนเลขที่มักจะใช้ผิดมาก
นั้นได้แก่ จำนวนเลขที่ลงท้ายด้วย ๑,
มี พ.ศ. ๒๕๐๑ เป็นอาทิ, ที่มักจะทำ
กันว่า “สอง - พัน - ห้า - ร้อย - หนึ่ง”
ซึ่งผิด. ที่ถูกต้องจะอ่านว่า “สอง - พัน
ห้า - ร้อย - หนึ่ง” และไม่ว่าจำนวนใดๆ ก็
ตามเลขที่ลงท้ายเลข ๑ ต้องอ่านออกเสียง
“หนึ่ง” ทุกจำนวน. การอ่านคำย่อที่มัก
จะเป็นข้อยกเว้นอยู่. ที่จริงถ้าจะยึดหลักว่า
อ่านคำเต็มเสมอจะไม่ผิด ที่ผิดก็เพราะ
อ่านออกเสียงเป็นอักษรย่อตนเอง. ที่พอจะ
ยกมาเป็นตัวอย่างได้คือ :

— ๑๘.๕๕ น. ต้องอ่านว่า “สิบ -
แปดนาฬิกาสี่สิบห้า นาที” ไม่ใช่ “สิบ
แปดจตุรัสห้า น”, เพราะไม่ใช่ตัวเลขที่
แสดงจุดทศนิยม.

— ชม. ต้องอ่านว่า “เซนติเมตร”
ไม่ใช่ “ซอ - มอ.”

— โปรกเกล้าฯ. ต้องอ่านว่า “โปรก
เกล้าโปรกกระหม่อม” ไม่ใช่อ่าน “โปรก
เกล้า” เฉย ๆ.

ภาษาเขียนมีคำยาก ๆ ที่มักเขียนผิด
กันหลายคำทั้งที่เป็นคำที่ใช้กันอยู่เสมอ.
ที่พอจะยกมาเป็นตัวอย่างได้คือ :

— กระปรืดกระปรอยหรือกระปรียวกระปรอย.
เขียนได้ทั้งสองคำ. สังเกตว่า “ก” ไม่มี
“ว” กล้า

— กัรวาน. ใช้ “น” สะกดไม่ใช่
“ล”

— เกร็ด. ใช้ “ร” กล้าในความหมาย
ที่แปลว่า “ส่วนเล็ก ๆ”

— เกล็ด. ใช้ “ล” กล้าในความหมาย
เช่น “เกล็ดปลา”

— ประณีต. ไม่มีคำว่า “ปราณีต”

— ปราณ. ไม่ใช่ “ณ” สะกด.

— รัยประทาน. สังเกตว่าใช้ “บ”
สะกด.

— ละเอียดลออ สังเกตว่า “ละเอียด”
ประวิสรรชนีย์, แต่ “ลออ” ไม่ประ-
วิสรรชนีย์.

— ละออง. ต้องประวิสรรชนีย์.

— คัระ. สังเกตว่าใช้ “คั” ตาม
ด้วย “ร”, ไม่ใช่ “คั”.

- สบาย. ไม่ต้องประวิสรรชนีย์.
- สวม. ไม่มี “ร” กล้าในความหมายที่แปลว่า “ใส่”, แต่ “สวม” แปลว่า “ขอ”
- สับปะรด, ไซ้ “บ” สะกดและไม่มี “ร” กล้า.
- สะทวก. ต้องประวิสรรชนีย์.
- สะอาดสะอาด. ต้องประวิสรรชนีย์ทั้งสองคำ.
- อาเจียน. ไซ้ “น” สะกด.
- อเนก. ไซ้ “อ” นำ.
- โอกาส. ไซ้ “ส” สะกด.
- ไศศกริม. ไซ้ “ศ” สะกดเพราะมาจากภาษาอังกฤษอักษร “C” (เสียง “ช” หรือ “ส”)

ก่อนจบผมขออภัยท่านผู้อ่านที่เป็นผู้มีความรู้ในภาษาไทยไว้ ณ ที่นี้ด้วยและขออย่าดู ความ มุ่งหมาย ที่มีไว้แต่เริ่มว่า เสนอเพื่อนักศึกษาแพทย์โดยเฉพาะ. ขอ

ออกตัวว่าผมมิได้ตั้งใจเป็นผู้รู้ภาษาไทยดี ในหมั่นศึกษาศึกษาแพทย์ด้วยกัน, ผมเป็นแต่สังเกตเห็นว่าสิ่งที่นำมาเสนอนั้นเป็นสิ่งที่ผิดใ้ได้ง่ายและบางครั้งผมก็เรียนรู้จากการผิดเองแล้วมีผู้ทักท้วง. โดยส่วนตัวผมเห็นว่า การเขียนและอ่าน หนังสือ อย่าง ถูกต้องเป็นสิ่ง จำเป็น อย่างหนึ่ง สำหรับ นักศึกษาแพทย์ นอกเหนือไปจากภูมิรู้ทางวิชาแพทย์.

ขงยุทธ วัชรคุลย์

บ.ก. ขอเติมอีก คำหนึ่ง, คือ “พยาธิ”, ซึ่งอ่านได้ ๒ อย่างและมีความหมาย ๒ อย่าง, คือถ้าอ่าน “พะ-ยา-ธิ” แปลว่า “โรค” (เช่น “พยาธิวิทยา”, “พยาธิสภาพ”), ถ้าอ่าน “พะ-ยาด” แปลว่า “ประวัติ” หรือ “โรคผิวหนังชนิดหนึ่ง” (เช่น “พยาธิลำไส้”, “พยาธิผิวหนัง”.)

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๓,๓๓๕	๒,๒๑๒	๑,๕๓๗	๑,๕๕๖	๒,๒๘๖	๗๐๕	๑๒,๔๓๕
เก่า	๕,๘๖๕	๓,๖๕๘	๔,๒๔๒	๒,๘๘๕	๔,๑๕๓	๑,๐๕๕	๒๑,๕๐๖
รวม	๙,๒๐๐	๕,๘๗๐	๖,๑๗๙	๔,๔๔๑	๖,๔๓๙	๑,๗๖๐	๓๓,๙๔๑
ใน	๒๘๔	๔๔๗	๑,๗๕๑	๓๓๕	๔๘๔	—	๓,๓๐๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๘๕, จักษุ ๗๕๖, สูติ—นารี ๗๑๔, รวม ๒,๐๕๕ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๗๐๑, หญิง ๕๖๖, รวม ๑,๒๖๗. คัดลอกตาย, ชาย ๑๗, หญิง ๑๑, รวม ๒๘.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๐๗, คน (๖.๒๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจ ๕๗ ราย (๒๗.๕๓ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๖๐ ครั้ง. ข้างนอก ๔๓ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๘๑ ครั้ง. เจาะจากโลหุโทษ ๒๓๖ ครั้ง. รวม ๕๒๐ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๐๒๐ คน. รักษาใหม่ ๓๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๕๓ คน. รังสีรักษาใหม่เก่า ๖๗ คน. ไรโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๕๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๖๐ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๖๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๗๒ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๓๐๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๗ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๖๘๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๐๑๐ ราย (จากภายนอก ๒๓๕ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๕ ราย. การตรวจขี้มูก ๕๓. วัชเชอร์แมนและกาห์น ๒,๔๕๕ การตรวจวิธีพอลบินเนล ๗. หมู่มเลือด ๒. นับเม็ดเลือด ๕. วัตสันโกลบิน ๒๖. การตรวจวิธีคิม ๑ ราย. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๑๐. หาเชอว์คเครี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๑, อุจจาระ ๑๐, บัสสาวะ ๒๖, เสมหะและอื่น ๆ เพาะเชื้อจากเลือด —, อุจจาระ —, บัสสาวะ —, น้ำไขสันหลัง —, เสมหะและอื่น ๆ — เพาะเชื้อวัณโรค —. นิตส์ตัวทดลอง —. เพาะเชื้อบิต ๗. ตรวจทดลองตัวจัด ๒๐. การทดสอบเซ็นซิวิตี —. ตรวจศพนิติเวช ๔๗. ตรวจวัตถุพยาน ๑๗ ราย, ตรวจวิเคราะห์ ๔๖, ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๐๕ ราย
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๘. เจาะตับ ๖ เจาะน้ำช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๖. ฉีดยาทั่วไป ๔,๒๘๑. จีทูต ๕, เบาหวาน ๒,๔๑๖. ที.บี. คลินิก ๒๕๗.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๒๒. ถอนฟัน ๑,๐๕๘. อุดฟัน ๔๘๒. ผ่าตัดช่องปาก ๔๐.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมทางวิชาการ ประจำเดือน ตุลาคม ๒๕๐๗ ดังนี้ :

วันศุกร์ ที่ ๒ ตุลาคม เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “การใช้ Labelled B.S.P. ในการทดสอบหน้าที่ของตับ”, ผู้นำเสนอ: น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก แห่งแผนกรังสีวิทยา, ศาสตราจารย์ น.พ. วิกิจ วิจารณ์วัตต์ แห่งแผนกอายุรศาสตร์, พ.ญ. ฤดี ปลื้หินจินดา แห่งแผนกรังสีวิทยา และ น.พ. สวัสดิ์ หิตะนันท์ แห่งแผนกอายุรศาสตร์. ปีประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.

วันศุกร์ ที่ ๕ ตุลาคม เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “กลุ่มอาการเนโพรสิส ในผู้ใหญ่ (การศึกษาจากไฮออสปีรียโต);” ๑. ลักษณะทางคลินิก ผู้นำเสนอ: น.พ. รจิต ยรี, น.พ. ส่างานิลวรางกูร และ พ.ญ. นพรัตน์ ตัญจินดา แห่งแผนกอายุรศาสตร์. ๒. ลักษณะทางพยาธิวิทยา ผู้นำเสนอ: น.พ. ฐิติ ภูมิประวัติ และ น.พ. วิจิตร บุญพรคนาวิก

แห่งแผนกพยาธิวิทยา. ปีประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

วันศุกร์ ที่ ๓๐ ตุลาคม เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “ตาขอกสีในคนไทย”, ผู้นำเสนอ: น.พ. สำราญ วงศ์พาทย์ และ พ.ญ. ผิว ลิ้มปพยอม แห่งแผนกจักษุวิทยาฯ และ ศาสตราจารย์ น.พ. สกแสงวิเชียร แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์. เรื่องที่น่าสนใจในอันดับต่อไปคือ “ความชันบ่วงทางจิตหลังทำหมัน” ผู้นำเสนอ: น.พ. อรรถ ภาคสุวรรณ แห่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและ น.พ. สมพร บุษราทิจ แห่งแผนกอายุรศาสตร์.

บรรยายชุดประวัติการแพทย์ไทย

วันศุกร์ ที่ ๑๖ ตุลาคม เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา, คณะกรรมการประชุมวิชาการได้จัดให้มีการบรรยายในชุดประวัติการแพทย์ไทยอีกครั้งหนึ่ง, คือเรื่อง “ความรู้ทางกายวิภาคในบ้านเรา”, ศาสตราจารย์ น.พ. สกแสงวิเชียร เป็นผู้บรรยาย.

ท่านผู้บรรยายเรื่องน, นอกจากตำรา

ตำแหน่งศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกวิชา
กายวิภาคศาสตร์แล้ว; ยังเป็นผู้ที่สนใจ
อย่างกว้างขวางในทุกแขนง ของวิชากาย
วิภาคศาสตร์มาตั้งแต่ต้นด้วย.

ผลิตอุปกรณ์การศึกษา

หน่วย ภาพการ แพทย์ใน สังกัดแผนก
กายวิภาคศาสตร์, ได้ผลิตกะโหลกศีรษะ
ด้วยปูนปลาสเตอร์ได้คล้ายเหมือนของจริง
มาก ทศก. ผู้ประสงค์จะได้ไว้เพื่อการ
ศึกษาคัดต่อและขอคัตวอย่างใดที่หน่วยนี้,
หรือผู้ใดต้องการให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยขึ้น
อวยวะอันใดเป็นพิเศษก็ติดต่อสอบถามได้.
เจ้าหน้าที่ จะให้ รายการ อย่าง ละเอียดทุก
ประการ.

แผนกสังคมสงเคราะห์ช่วยคลั่งเลือด

แผนก สังคม สงเคราะห์ แห่ง คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้
ดำเนินงานช่วยเหลือคลั่งเลือดของคณะ ฯ,
ด้วย การ สัม ภาษณ์ ญาติ ของผู้ป่วยที่ใช้
เลือดในการรักษาเพื่อหาเลือดและหาเงิน
ให้แก่คลั่งเลือด. ทางแผนกได้ปฏิบัติงาน

ร มาตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๐๗, ปรากฏ
ว่าได้รบัผลอย่างน่าพึงพอใจยิ่ง.

ข่าวอาจารย์

๑. พ.ญ. ทศนีย์ วงศ์ประทีปแห่ง
แผนกอายุรศาสตร์, ไปศึกษาเพิ่มเติม
โดยทุนส่วนตัว ณ ประเทศอังกฤษ ออก
เดินทางเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๐๗.

๒. พ.ญ. อนงค์ ชงคำรงค์ แห่ง
แผนกอายุรศาสตร์, ไปศึกษาเพิ่มเติม
โดยทุนส่วนตัว ณ สหรัฐอเมริกา ออก
เดินทางเมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๐๗.

อาคันตุกะ

๑. ศาสตราจารย์ ดร. โทมิโกะ
โซชิโกะ แห่งแผนกสรีรวิทยา มหา
วิทยาลัยเวสเทอร์นรีเสิร์ฟ, คลีฟแลนด์,
โอไฮโอ, สหรัฐอเมริกา, ได้มาเยี่ยม
แผนกสรีรวิทยาเมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน
๒๕๐๗, และได้แสดงปาฐกถาเรื่อง
“การซึมของธาตุผ่านเยื่อเซลล์.”

๒. ศาสตราจารย์ รุคอล์ฟ ฟอน
บาวมการ์ เต็น แห่ง สถาบัน ประสาทสรีร-
วิทยา, มหาวิทยาลัยเกอติงเงิน, เยอรมัน

มนนี ไ้มาเยี่ยมแผนกศิริวิทยาเมื่อวันที่
๒ ตุลาคม ๒๕๐๗

การใช้จ่าย ของ หน่วย ภาพ การแพทย์

ตลอด พ.ศ. ๒๕๐๖ หน่วยภาพการแพทย์ มีการใช้จ่ายดังต่อไปนี้ : (๑) จ่ายในการถ่ายภาพ ๓๕,๕๕๓.๐๐ บาท, (๒) จ่ายในการวาดภาพ ๖,๒๕๕.๕๐ บาท, รวมทั้งสิ้น ๔๑,๘๐๘.๕๐ บาท นับว่าหน่วยนี้ได้ใช้เงินจำนวนมากเพื่อบริการเกี่ยวกับการศึกษา, และแสดงว่ามีผู้เห็นประโยชน์ของหน่วยมากขึ้นเป็นลำดับ. ทั้งนี้เพราะหน่วยนี้ได้พัฒนากิจการจนเป็นที่เชื่อถือและไว้วางใจของผู้ใช้โดยทั่วไป, จึงมีปริมาณของงานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ. อย่างไรก็ตาม, ควรสังเกตว่ารายจ่ายนี้จะลดลงได้อีก, ซึ่งจะเป็นการช่วยประหยัดเงินของโรงพยาบาล, ถ้าหากผู้ใช้บริการของหน่วยจะช่วยกัน, เช่นโดยการไตร่ตรองเสียก่อนเป็นอย่างดีก่อนที่จะสั่งทำ, ไม่ต้องให้แก้บ่อย ๆ, หรือไม่ใช้วิธีสั่งทำเป็นจำนวนมาก, แต่ใช้จริง ๆ เพียงส่วนน้อย (ทำเอาไว้เก็บ), ฯลฯ. เนื่องจากในขณะนี้บางส่วนของ การใช้จ่ายได้เป็นไปได้โดยทำนองที่หมกเปลืองโดยไม่สมควร, หน่วย

ภาพการแพทย์จึงตกอยู่ในฐานะลำบากซึ่งกำลังหาทางแก้ไขอยู่. ถ้าหากท่านผู้ใช้ช่วยกันประหยัดได้มาก ๆ ก็คงจะมีความสะดวกยิ่งขึ้นอยู่ในขณะนี้ต่อไปอีก. แต่ถ้าหากต่อไปปรากฏว่าหน่วยฯ จำเป็นต้องแก้ไขระเบียบของประการ, เช่นจำกัดเกี่ยวกับปริมาณของงานหรือเรียกร้องให้ท่านผู้ใช้ช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน, ก็ขอได้โปรดทราบว่ามีความจำเป็น, และความจำเป็นนั้น ๆ ก็เกิดจากการที่งบประมาณของหน่วยมีไม่เพียงพอ.

การกุศลของชาวศิริราช (๑) เมื่อวันที่

เสาร์ ที่ ๒๔ ต.ค. ๐๗ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้รับเป็นเจ้าภาพเทศกาลชาติภักดิ์ "นคชตรีย์" ซึ่งวัดเบญจมบพิตรจัดเป็นงานประจำปี เพื่อหาเงินบำรุงวัดและอุทิศกุศลถวายพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ เจ้าอยู่หัว. ในวันเดียวกันคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลก็ได้รับเป็นเจ้าภาพภักดิ์ "นครภักดิ์" เป็นการติดต่อกันไป, ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากสมาชิกของคณะ, โดยมีเงินส่งเข้าวัดถึง ๑,๕๑๕ บาท, เป็นก้อนใหญ่กว่ารายอื่น ๆ และได้รับอนุโมทนาการ

อย่างยิ่งจากชาววิทเบญจมาพิตร. ในระหว่างงานมีอาจารย์และนักศึกษาแพทย์ฟังเทศน์มาก พอประมาณ และได้บังเกิดศรัทธาบริจาคเงินเพิ่มเติมอีก ๘๕ บาท, รวมเป็นเงินที่วัดได้รับจากคณะของศิริราช ๑,๖๐๐ บาทถ้วน. ขอนโมทนา. (๒) เมื่อนวนศุกรี ท ๒๓ ต.ค., หลังจากการถวายบังคมพระบรมรูปทรงม้าแล้วชุมนุมศึกษาพุทธธรรม ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล, นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษา นักเรียนพยาบาลได้ร่วมใจกันเดินทางด้วยรถยนต์ไปยังวัดบางขำหรุโน, คลองบางกอกน้อย, ธนบุรี, นำผ้าพระกฐินและผ้าป่าไปทอด. มีสมาชิกมากกว่าสองร้อยคน, นับว่าแน่นหนากว่าขาก่อน ๆ. ปรากฏว่าได้รับเงินสมทบทุนมากกว่าขาก่อน ๆ มาด้วย อาหารที่นำไปเลี้ยงพระและเลี้ยงคนก็อุดมสมบูรณ์ทั้งคาวและหวาน, ทำให้อิ่มหนำสำราญทั้งทางกายและทางใจ. หลังจากพิธี ได้ลงเรือ แล่น อ้อม ไปเข้า คลองบางกรวย จน ออก แม่น้ำที่ จังหวัดนนทบุรี ก่อนล่องกลับศิริราช. เชนการศึกษาภูมิประเทศอีกทางหนึ่ง. นับว่าผู้ไปร่วมงานได้รับประโยชน์ทั้งทางธรรมและทางโลกโดยทั่วหน้ากัน. ชุมนุมศึกษาพุทธธรรม ขอ

ขอขอบคุณคุณสุพิศรา สิงหลกะทเออเพื่อให้นมรถยนต์ ๒ ลำ, และท่านผู้อำนวยการพ. ศิริราชที่กรุณาให้ใช้รถยนต์โดยสารส่วนตัว.

อนุเคราะห์ พิพิชภัณฑ์ ประวัติ การ

แพทย์ไทย พระยาแพทย์พงศาวิสุทธาธิบดีขอเพื่อให้นั่งสอแกพิพิชภัณฑ์ ๆ อีก, คอ (๑) หนังสือหมอบประจำบ้าน (มีทั้งวิชาแพทย์ แผนโบราณและแผนปัจจุบัน) พิมพ์ครั้งที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๐๖) ซึ่งท่านเรียบเรียงเอง ๑ เล่ม, (๒) วารสาร "ข่าวสารการแพทย์" ของโรงเรียนแพทย์ แผนโบราณ (วัดพระเชตุพน) ๑๐ เล่ม. (หนังสือเหล่านี้วางไว้ในพิพิชภัณฑ์. ผู้สนใจขอได้.)

ให้สิ่งแสดง พิพิชภัณฑ์ประวัติการแพทย์

ไทยได้รับความเออเฟอจาก ศจ. นพ. สก และคุณฉงจิบ แสงวิเชียร, ให้สิ่งของคือ (๑) เต้าปูนสำหรับเขียนหมาก, (๒) หินบดยารปสามเหลี่ยม ๑ อัน, (๓) หินบดยารปห้าเหลี่ยม ๑ อัน, (๔) ลูกหินบดยารูปกลม ๑ อัน สิ่งของเหล่านี้เป็น

สมบัติของคุณทวดของครอบครัวนี้, คาดคะเนว่าอายุไม่ต่ำกว่าร้อยปี, โดยเฉพาะอย่างยิ่งหีบขยารูปสามเหลี่ยมคงจะมีอายุนานกว่านั้นอีก, สิ่งที่ได้จาก (๑) ตรงส่วนที่ไซ้คนนั้นหนัก กร่อนตกลงไปมาก

กว่าสาม ซม., (๒) ลักษณะสามเหลี่ยมบ่งถึงความสัมพันธ์กับ “พระอมา”, ซึ่งโยงความสัมพันธ์ไปถึงพระอิศวร (คิวลิงค์), และความเชื่อด้านนาพราหมณ์, สิ่งเหล่านี้ได้ตั้งไว้ให้ชมในตู้ “ชราวิทย์วิทยา”,

แก้ข่าว

ตามที่ปรากฏในสารศิริราชฉบับ ตุลาคม ๒๕๐๗ หน้า ๖๓๑ คอลัมน์แรกในแผนกข่าวว่าพวงมาลาของ คณะแพทยทหารอากาศใช้ประทับด้วยธนบัตรนั้น, ได้รับแจ้งจากเลขาธิการสมาคมแพทยทหารแห่งประเทศไทยว่าความจริงพวงมาลาที่กล่าวถึงนี้เป็นของสมาคมแพทยทหารแห่งประเทศไทย, มีชื่อของคณะแพทยทหารอากาศ, จึงขอแจ้งให้ทราบตามนี้และขออภัยต่อท่านเจ้าของพวงมาลาด้วย.