



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๕ Volume 18, Number 1, January 1966.

ทรานส์อิล็อก เวโนกราฟฟี
พร้อมกับการฉีด อินฟิเรียร์ วินา คาวา

รศ.ม. วีรณิสสร พ.บ., Dr. med.; Facharzt f. Neurologie

ม.ร.ว. วีระพันธุ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M. Sc.

ปรีชา วิทยาสารณยุต พ.บ.

อุทัย ตูจินดา พ.บ., Dr. med.

แบ็ทสัน (๑๙๔๒) ได้เผยแพร่ถึงความสำคัญขงระบบเลือดดำภายในช่องกระดูกสันหลังเกี่ยวกับเส้นทางผ่าน คอลเลเทอรัล ของ อินฟิเรียร์ วินา คาวา และเป็นทางที่มะเร็งหรือเชออบิด (แอสโทซิโตมา) จากอวัยวะภายในช่องเชิงกรานสามารถกระจายผ่านไปสู่อวัยวะอื่นได้. คราสนาร์ (๑๙๔๓) พบว่าการฉีดยาเข้าไปในไขกระดูกติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ไม่เกิดผลเสียหายแก่ไขกระดูกเลย. ต่อจากนั้น

เรื่องย่อ. วีรณิสสร, รศ.ม. และคณะ : ทรานส์อิล็อก เวโนกราฟฟี พร้อมกับการฉีด อินฟิเรียร์ วินา คาวา, สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๖), ๑๘ : ๑-๕.

การทำ ทรานส์อิล็อก เวโนกราฟฟี พร้อมกับการฉีด อินฟิเรียร์ วินา คาวา สามารถทำให้เห็นระบบเลือดดำภายในช่องกระดูกสันหลังในระดับบั้นเอวได้ชัดเจน, และเห็นการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดดำในบางภาวะ. อาจใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคได้.

มาได้มีผู้ศึกษาระบบเลือดดำของกระดูกในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยฉีดสารทึบรังสี

เอ็กซ์เข้าทางไขกระดูก และ สามารถ เห็น
 ระบายเลือดคำได้ดีมาก. โยวซ์ (๑๙๕๐)
 และคณะได้รายงานการ คึกษา ระบายเลือด
 คำภายในช่องเชิงกรานโดยการฉีดสารทึบ
 รังสี เอ็กซ์ เข้า ทาง ไข กระ ตก เชิง กราน.
 ฟิชต์โกลด์ (๑๙๕๒), เลซซ์มานัน
 (๑๙๕๕), โฮว์บิงเกอร์ (๑๙๖๓) อ้าง
 ว่าการฉีดน้ำยาสารทึบรังสีเอ็กซ์เข้าทางไข
 ปลายกระดูกสันหลังพร้อมทั้งกด อินฟเวีย
 วนา คาวา สามารถทำให้เห็นระบายเลือด
 คำภายในช่อง กระตูก สัน หลัง ได้ ชัด เจน,
 และมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยโรค บาง
 อย่างของกระดูกสันหลังได้แม่นยำ, โดย
 เฉพาะอย่างยิ่งโรค หมอน กระตูก สัน หลัง
 เคลื่อน. คณะของเรา (ร.ว., กัย ป.ว.
 ๒๕๐๗) ได้ติดตามงานนี้และมีความเห็น
 คล้ายเช่นกัน. นัททัน และ บลุม (๑๙๕๓)
 ทำให้เห็นระบายเลือดคำภายใน ช่องกระดูก
 สันหลังโดยการฉีดสารทึบรังสีเอ็กซ์ เข้า
 ทางหลอดเลือดดำ เฟเมอรัล พร้อมทั้งกด
 อินฟเวีย วนา คาวา. คณะของเราต้อง
 การศึกษาขอบเขตของการเห็นได้ของระบบ
 เลือดคำ โดยการฉีดน้ำยาสารทึบรังสีเอ็กซ์
 ผ่านทางสันกระดูก เชิง กราน พร้อม ทั้ง กด
 อินฟเวีย วนา คาวา, ทั่วความเห็นของ

ันว่าการเจาะสัน กระตูก เชิง กราน ทำ ได้
 ง่าย, และการกด อินฟเวีย วนา คาวา
 ในท่าผู้ช่วยนอนหงายทำได้สะดวก.

กายวิภาคศาสตร์ ภายในช่องกระดูก
 เชิงกรานมีอวัยวะสำคัญคือ กระเพาะเขา,
 อวัยวะสืบพันธุ์ และเร็คตัม. รอย ๆ อวัยวะ
 เหล่านี้มีหลอดเลือดคำขนาดเล็ก ผันง บ้าง
 โยงใยอยู่โดยรอยและติดต่อกันและกัน.
 ในภาวะปรกติเลือดคำจากอวัยวะเหล่านี้เท
 เข้าสู่ หลอด เลือด คำ อินเทอร์นัล อิลีอิค
 โดยผ่านทางหลอดเลือดดำ เฉพาะ ทวิ ของ
 มัน, และจากกระดูกเชิงกรานก็ผ่านทาง
 หลอดเลือดคำ กลตเคียล เข้าสู่ อินเทอร์นัล
 อิลีอิค. นอกจากนั้นเลือดบางส่วนจาก
 เร็คตัม และมดลูกไหลผ่านทางหลอดเลือด
 คำ ซุปเวียเร็คตัล เข้าสู่ระบบ ปอร์ทัล.
 แขนงต่าง ๆ ของหลอดเลือดคำ อินเทอร์-
 นัล อิลีอิค มีถิ่นภายในที่แข็งแรง, แต่
 ซุปเวียเร็คตัล ไม่มีถิ่น.

วัตถุประสงค์และวิธีการ ก่อนที่จะทำการคึก-
 ษาในผู้ช่วย ได้ทดลองทำในศพก่อน โดย
 ใช้น้ำละลายผง แบริยม อย่างละเอียด (ซึ่ง
 ได้รัยความ อนุเคราะห์จาก ศจ. รัมไทโร
 สุวรรณิก). ใช้ศัพทถึงแก่กรรมไม่เกิน ๒๔

ชม. เขาควางบนเตียง เอ็กชเรย์. ใต้
เข็มเจาะไขกระดูกเบอร์ ๑๘ เจาะเข้าทาง
สันกระดูกเชิงกรานฉีกหน้าละลายผง แะ
เรียบ ประมาณ ๒๐ ล.ชม. ถ่ายภาพ
เอ็กชเรย์ ไว้. การถ่ายทำได้ชัดเจนแต่ใน
ท่าหน้า-หลังเท่านั้น. ส่วนท่าข้างทำได้อีกแต่
ภาพไม่ชัดเจน. ทั้งนี้เพราะเนื้อเยื่อหนามาก.

การทำในผู้ป่วย ในการเตรียมผู้ป่วย,
๑๕ นาทีก่อนลงมือทำได้ฉีก สปรัน ๕๐
มก. และยาระงับปวด (ยาราลกาน ๕
ล.ชม.) เข้ากล้ามเนื้อ. ผู้ป่วยได้รับการสวน
ล้างท้องเสียก่อนแล้ว. จัดให้ผู้ป่วยนอน
หงายบนเตียง เอ็กชเรย์. วาง อารัม คีฟฟ์
ที่จุดแล้วไว้บนหน้าท้อง. เอาผ้ารัดวางทับ
บน อารัม คีฟฟ์ อีกที่หนึ่ง. ด้วยการระวัง
การติดเชื้ออย่างเคร่งครัด เจาะ สัน กระดูก
เชิงกรานด้วยเข็มเจาะไขกระดูกภายหลังที่
ได้ฉีกเยื่อแล้ว. เมื่อเข็มเข้าไป
ในไขกระดูกเรียบร้อยแล้ว. สังเกตได้ดังนี้คือ
เข็มติดแน่นไม่โยกคลอน, กดเล็กน้อยออก
ได้ง่าย, ฉีกหน้าเกลือเข้าได้จำนวนมากและ
สะดวก. เมื่อทกอย่างเรียบร้อยแล้ว, เพิ่มความ
ดัน อารัม คีฟฟ์. หน้าท้องเป็นประมาณ
๑๘๐-๒๐๐ มม.ปรอท. ทั้งนี้เพื่อเป็นการ
กด อินฟิวรี่ วินา คาวา โดยอ้อม. ฉีก

ยโรกราฟีน ๑๖ ปซ., ๑๕ ล.ชม. เข้าไป
โดยเร็ว (บางรายจะรู้สึกปวดเสียว). เมื่อ
ฉีกเยื่อแล้วถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทันที. หลังจาก
นั้นค่อยลดความดันหน้าท้องลงจนเป็น
ปรกติ.

ผล ได้ทำการศึกษาในศพ ๖ ศพ,
โดยมิได้กด อินฟิวรี่ วินา คาวา เลย.
พอจะรวบรวมผลได้ดังนี้ :

- ๑) ในรายที่เป็นมะเร็งของมดลูก ๑
ราย, มีการฉีกปรกติของระบบเลือดดำ
รอบ ๆ มดลูก, โดยหลอดเลือดชอกและ
คิง. (รายอื่น ๆ ไม่เห็นเช่นนั้น.)
- ๒) ในรายที่ตายด้วยหัวใจวาย, หลอด
เลือดที่ผนังของเชิงกรานชอกและคิง.
- ๓) ทุกศพเห็นระบบเลือดดำ ภายใน
ช่องกระดูกสันหลังคืบค่อขึ้นไปจากช่องเชิง
กรานชัดเจน.

ผลในผู้ป่วย มีโอกาสได้ศึกษาในผู้
ป่วย ๘ ราย; ๕ รายเป็นโรคตับแข็ง, อีก
๓ รายเป็นโรคทางระบบอื่นที่ไม่ใช่โรคของ
ช่องท้อง. ๓ รายหลังนั้นเธอเป็นเกณฑ์
ปรกติ. ส่วน ๕ รายแรกนั้นมีความมุ่ง
หมายที่จะทำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจาก
การเป็นโรคตับแข็งของระบบเลือดดำ ภายใน
ในช่องเชิงกราน, ซึ่งไม่ปรากฏว่ามีรายงาน

ไว้ในที่ใดมาก่อนเลย. ปรากฏผลดังนี้:

๑) ทุกรายสามารถเห็นระบบเลือดดำภายในช่องกระดูกสันหลังระดับบนเอวได้.

๒) ๒ รายที่เป็นโรคค้ำแข็งและมีปอร์คัล ซัยเปอร่เห็นเห็นลักษณะหลอดเลือดดำหน้าคอกกระดูก ซาครัม ใหญ่โตกว่ารายอื่นทั้งหมดจนเป็นทนายสังเกต.

๓) ทุก ราย ไม่ เห็น หลอดเลือดดำรอบ ๆ อวัยวะภายในช่องเชิงกราน.

สรุป โดยการทำให้ทรวงอกซิลิอิก เวโนกราฟี พร้อมทั้งทก อินฟเวรวันา คาวาในผู้ป่วย ๘ ราย, สามารถทำให้เห็นระบบเลือดดำภายในช่องกระดูกสันหลังในระดับบนเอวได้ชัดเจน. ผู้ป่วยบางรายที่มีปอร์คัล ซัยเปอร่เห็นเห็นพบว่าหลอดเลือดที่อยู่หน้าคอกกระดูก ซาครัม มีขนาดโตขึ้น. ไม่สามารถทำให้เห็นระบบเลือดดำรอบ ๆ อวัยวะภายในช่องเชิงกรานโดยวิธีนี้. อย่างไรก็ตามเรายังมีผลงานน้อยมาก จึงไม่สามารถสรุปผลแน่นอนลงไปได้ว่าวิธีนี้มีประโยชน์มากน้อยเพียงใดในทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วย. แต่อาจกล่าวได้ว่าการทำให้ทรวงอกซิลิอิก เวโนกราฟี พร้อมทั้งทก อินฟเวรวันา คาวา ทำได้ง่าย. ผู้ป่วย

ทนต่อการถูกทำได้. ในทางกายวิภาคศาสตร์เราบอกได้ว่าเลือดดำจากกระดูกเชิงกรานส่วนบนเทเข้าสู่หลอดเลือดดำอินเทอรันัล อิลิอิก โดยทางหลอดเลือดดำกูดี้เคิล, และเมื่อมีการอุดตันของวินาคาวา เลือดจะไม่ทะลักเข้าแขนงของอิลิอิก เพราะแขนงเหล่านี้มีผนังที่แข็งแรง, แต่จะไหลต่อไปโดยผ่านทางคออลิเทอรัล คือระบบเลือดดำภายในช่องกระดูกสันหลัง. การเห็นระบบเลือดดำที่หน้าจะมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคได้.

ในที่สุดคุณผู้รายงานขอขอบคุณ คจ. น.พ. สุก แสงวิเชียร หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ ที่ได้ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ทำงานชิ้นนี้จนสามารถรายงานได้.

เอกสาร

1. Abeshouse, B.S. and M.E. Ruben : Prostatic and periprostatic phlebography. J. Urol. 1952, 68 : 640.
2. Batson, O.V. : Vertebral vein system as mechanism for spread of metastases. Am. J. Roentgenol. & Rad. therapy. 1942, 48 : 715.
3. Batson, O.V. : Role of vertebral veins in metastatic processes. Ann. Int. Med. 1942, 16 : 38.
4. Batson, O.V. : The function of the vertebral veins and their role in the spread of matastases. Surgery. 1940, 122 : 38.



รูป 1. วิจารณ์แกรมของผู้ป่วยที่ตายด้วยหัวใจ
วาย, แสดงให้เห็นการขาดและคั่งของหลอดเลือด
ที่หนังเชิงกราน.



รูป 11. วิจารณ์แกรมของผู้ป่วยโรคตับแข็ง, และ
มีปอร์ทัล ไฮเพอร์เทนชัน. เห็นหลอดเลือด
ดำหน้ากระดูก ซาครัม มีขนาดโตพองสังเกต
ได้, และระบบเลือดดำภายในช่องกระดูก
สันหลังก็เห็นได้ชัดเจน.

5. Baux, R., and J. Poulhes : La Phlebographie pelvienne. J. Radiol. et Electro. 1950, 31 : 7.
6. Beneventi, F.A., and G.J. Noback : Distribution of blood vessels of prostate gland and urinary bladder. J. Urol. 1949, 62 : 663.
7. Coman, D.R. : Mechanism responsible for the origin and distribution of blood-borne tumour metastases. Cancer Research. 1953, 13 : 397.
8. Drasnar, V : Intraspongiose Dauertropf-Infusion. Schweiz. med. Wchnschr. 1946, 76 : 36.
9. Fischgold, H., H. Adam, J. Ecoiffier and J. Piequet : Opacification des plexus rachidiens et des veines azygos par voie osseuse. J. Radiol. et Electro. 1952, 33 : 37.
10. Fitzpatrick, R.L. and L.M. Orr : Pelvicprostatic venography. J. Urol. 1952, 68 : 647.
11. Helander, C.G. and A. Lindbom : Sacro-Lumbar venography. Acta Radiol 1955, 44 : 410.
12. Nathan, M.H. and L. Blum : Evaluation of vertebral venography. Am. J. Roentgenol. 1960, 83 : 1027.
13. Lessmann, F.P. and D.M. Perese : Intra-osseous vertebral plexus venography. Neurochirurg. 1947, 2 : 175.
14. Lessmann, F.P., V.S.R. Schobinger and E.C. Lassar : Intra-osseous venography in skeletal and soft tissue abnormalities. Acta Radiol. 1955, 44 : 397.
15. Schobinger, R. : Intra-osseous venography of the Atlas. Angiology, 1957, 8 : 428.
16. Schobinger, R. and F.P. Lessmann : A new approach allowing the roentgenologic demonstration of the cervical vertebral venous plexi. Exper. med. & Surg. 1957, 15 : 289.
17. Reuther, T.F. : The valves are fewer and the portal system anastomoses are better developed in the adult than in the newborn. Am. J. Surg. 1940, 49 : 326.
18. แสงวิเชียร, สด. ดัดต่อส่วนตัว.
19. วรรณิสสร, ร. และ ป. วิทยาสารณเขต. บทบาทของระบบเลือดดำภายในช่องกระดูกสันหลังในการวินิจฉัยโรคศัลยกรรมของไขสันหลัง. วชิรเวชสาร. ๒๕๐๗, ๘ : ๗.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

TRANSILIAIC VENOGRAPHY WITH SIMULTANEOUS COMPRESSION
OF THE INFERIOR VENA CAVA

Rasmi Wanissorn, M.B., Dr. med., Facharzt f. Neurologie
M.R. Virapunt Davivongs, M.B., M.Sc.
(Department of Anatomy)
(Head of Dept: Prof. Dr. Sood Sangvichien)

Precha Vidyasanronayut, M.B.

Uthai Toochinda, M.B., Dr. Med.
(Vijira Hospital, Bangkok.)

Transiliac venography with simultaneous compression of the inferior vena cava could well demonstrate the venous system of the vertebral canal from the groin region downwards, as well as gross changes of the vessels

in certain conditions.

The technique might be of some value in the differential diagnosis of diseases.

(Two figures. Nineteen references)

นํานาคพบในการตรวจศพ

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., พ.ค., F.I.C.S. (Path.)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. ประดิษฐ์ ตันสุรรัต)

ในการศึกษาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๓ ถึง การพบนํานาคในการตรวจศพ⁽¹⁾ โดยศึกษาจากศพจำนวน ๓,๒๘๓ ราย ที่ทำในแผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราชในระยะเวลา ๕ ปี, คือ พ.ศ. ๒๔๙๘ ถึง ๒๕๐๓, โดยไม่คำนึงถึงอายุ, เพศ, และเชื้อชาติ, ปรากฏว่าพบนํานาคเพียง ๔๖ ราย หรือ ๑.๔๖% จำนวนนี้นับว่าต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานจากสหรัฐอเมริกา, ออสเตรเลีย และสวีเดน, เช่น ๖.๕% ของ Mosher⁽²⁾; ๓.๑% ของ Mitchell⁽³⁾, ๗.๐% ของ Ludlow,⁽⁴⁾ ๕.๕% ของ Cunningham และ Hardenbergh⁽⁵⁾, ๓๒.๕% ของ Crump⁽⁶⁾ จากออสเตรเลีย, และ ๑๙.๖% ของ Martensson⁽⁷⁾ จากสวีเดน.

เป็นที่ทราบกันแล้วว่านํานาคไม่สู้จะพบในเด็กหรือคนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีลงมา. ผลจากการศึกษาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๓ คงพบเพียง ๑ รายในหญิงไทยอายุ ๑๕ ปี. นอกนั้น ๔๕ รายพบในคนอายุ ๒๐ ปี ขึ้นไป.

เรื่องย่อ. สถิตนิมานการ, ทินรัตน์: นํานาคพบในการตรวจศพ, สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๖), ๑๘: ๗-๑๖.

การศึกษาจากการตรวจศพ ๘,๐๐๖ ราย ทำในแผนกพยาธิวิทยาในระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๔๙๖-๒๕๐๖) พบนํานาคได้ ๑๐๓ ราย (๑.๓๑%). พบน้อยมากในศพผู้มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี, แต่พบมากขึ้นในศพผู้มีอายุสูงขึ้น, สูงสุดในราย ๑๐ ปีขึ้นไป. ในศพผู้มีอายุสูงกว่า ๒๐ ปีขึ้นไป พบ ๑๐๒ ราย (๒.๘๑%), พบในหญิง (๓.๕๑%) มากกว่าในชาย (๒.๓๑%), พบในคนจีน (๔.๓๑%) มากกว่าคนไทย (๒.๕๑%).

แต่ในการตรวจศพ ๓,๒๘๓ ราย เป็นศพคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไปเพียง ๑,๔๒๗ ราย. เมื่อศึกษาการพบนํานาคในคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ๔๕ รายในจำนวนตรวจศพ ๑,๔๒๗ ราย, ก็เท่ากับ ๓.๒% ตัวเลขนี้ก็ยังคงต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับ ๕% ของ Jaffe⁽⁸⁾ และ ๑๑.๖% ของ Lieber.⁽⁹⁾

ในการศึกษาอย่างละเอียดของนํานาค ๔๖ รายจากการตรวจศพ ๓,๒๘๓ ราย, เมื่อแยกออกเป็นเพศชายหญิง, ชายไทยจีน, และอายุเป็นหมู่ละ ๑๐ ปี, พบว่านําค

น้ำคัพในเพศหญิงมากกว่าชาย, ในคน
จีนมากกว่าไทย, และพบมากขึ้นตาม
อายุ⁽¹⁾.

ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๒ ถึง ๒๕๐๖
ซึ่งเป็นระยะเวลา ๕ ปีต่อมา, ได้ทำการ
ตรวจศพในแผนกพยาธิวิทยา ๔,๗๒๓ ราย
เห็นว่าถ้ามีการศึกษาว่าพบน้ำคัพมากน้อย
เพียงใดและนำไปเปรียบเทียบกับเมื่อ ๕ ปี
ก่อน, แล้วรวมผลเข้าด้วยกันเป็น ๑๐ ปี,
ก็จะทำให้ทราบว่าน้ำคัพในปัจจุบันพบมาก
ขึ้นหรือน้อยลง, หรือไม่เปลี่ยนแปลง, และ
ตัวเลขของ ๑๐ ปีย่อมมีความสำคัญมาก
ขึ้นในแง่ของสถิติ, อาจใช้เปรียบเทียบกับ
ประเทศอื่นใดก็ได้.

วิธีการศึกษา

โดยทั่วไปก็ทำการศึกษาแยกเกี่ยวกับ
เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๓.⁽¹⁾ ศึกษาจากการ
ตรวจศพ ๔,๗๒๓ รายที่ทำในแผนกพยาธิ
วิทยา ร.พ. ศิริราชตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม
๒๕๐๒ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๐๖ ว่า
รายใดพบน้ำคัพ. แล้วศึกษาแยกตาม
อายุ, เพศ, ชาติ. ตารางที่ ๑ แสดงอายุ,
เพศ, ชาติในการตรวจศพจำนวน ๔,๗๒๓
ราย. มีการแยกพวกอายุ ๒๐ ปีขึ้นไปด้วย.

พึงสังเกตว่าการผ่าตัดเอาถุงน้ำคัพออก
ในโรงพยาบาลนั้นมีไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับ
ต่างประเทศ, โดยทำเพียง ๓๓๕ ราย
ในระยะเวลาเดียวกัน (พ.ศ. ๒๕๐๒ ถึง
๒๕๐๖). ในจำนวนนี้พบน้ำคัพ ๑๖๑ ราย,
เท่ากับ ๔๘.๔ เปอร์เซ็นต์.

ผลที่ได้จากการศึกษาคราวนี้เอาไป
เปรียบเทียบกับคราวก่อน, แล้วรวมผลเข้า
ด้วยกันเป็น ๑๐ ปี.

ผลที่ได้ (ตารางที่ ๒) โดยไม่คำนึง
อายุ, เพศ, และเชื้อชาติ, พบน้ำคัพ ๕๗
รายจากการตรวจศพ ๔,๗๒๓ ราย, เท่า
กับ ๑.๒ เปอร์เซ็นต์. ในการศึกษาคราวก่อนพบ
๔๖ รายจากการตรวจศพ ๓,๒๘๓ ราย,
เท่ากับ ๑.๔ เปอร์เซ็นต์.

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบน้ำคัพในเด็ก
หรือคนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีลงมาเลย. (ใน
คราวก่อนพบ ๑ ราย.) เมื่อพิจารณาจาก
การพบน้ำคัพในคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป
จำนวน ๕๗ รายจากการตรวจศพในคน
อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ๒,๒๗๔ ราย, เท่ากับ
๒.๕ เปอร์เซ็นต์. (เปรียบเทียบกับคราวก่อน ๓.๒
เปอร์เซ็นต์.).

รายทมนวนาคี ๕๗ ราย, เมอแยก
เพศและเชื้อชาติตามตารางที่ ๒, พบว่าเป็น
ชายไทย ๒๒ รายหรือ ๒.๐ ปช. ของ
ชายไทยทั้งหมดอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป (ครว
ก่อน ๑.๘ ปช.); เป็นหญิงไทย ๒๒ ราย
หรือ ๒.๘ ปช. ของหญิงไทยทั้งหมดที่อายุ
๒๐ ปีขึ้นไป (ครวก่อน ๓.๘ ปช.);
เป็นชายจีน ๘ ราย หรือ ๓.๐ ปช. ของ
ชายจีนทั้งหมดที่อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป (ครว
ก่อน ๔.๘ ปช.); และเป็นหญิงจีน ๕ ราย
หรือ ๕.๖ ปช. ของหญิงจีนทั้งหมดที่อายุ
๒๐ ปีขึ้นไป (ครวก่อน ๗.๖ ปช.).

คนไข่นวนาคี ๕๗ รายนี้, เมอพิจารณา
แยกออกเป็นเพศชายหญิงโดยไม่คำนึงถึง
เชื้อชาติ, และคิดเปอร์เซ็นต์จากคนอายุ ๒๐
ปีขึ้นไป, พบเป็นชาย ๓๐ รายหรือ ๒.๒ ปช.
ของชายทั้งหมด (ครวก่อน ๒.๔ ปช.),
เป็นหญิง ๒๗ ราย หรือ ๓.๑ ปช. ของ
หญิงทั้งหมด (ครวก่อน ๔.๓ ปช.).

เมอแยกเป็นไทยและจีนโดยไม่คำนึง
ถึงเพศ, พบเป็นไทย ๔๔ รายหรือ ๒.๓
ปช. ของทั้งหมด, (ครวก่อน ๒.๗ ปช.),
เป็นจีน ๑๓ ราย หรือ ๓.๖ ปช. ของจีน
ทั้งหมด (ครวก่อน ๕.๔ ปช.).

การรวมผลเข้าด้วยกัน

มีการตรวจศพ ๘,๐๐๖ รายในแผนก
พยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ.
๒๔๘๗ ถึง ๒๕๐๖ รวม ๑๐ ปี, ผล
ของการแยกอายุ, เพศ, และเชื้อชาติใน
การตรวจศพจำนวน ๘,๐๐๖ รายนี้ปรากฏ
ในตารางที่ ๓.

รวมจำนวนศพนวนาคีเป็น ๑๐๓ ราย
โดยไม่คำนึงถึงอายุเพศและเชื้อชาติ, จาก
การตรวจศพทั้งหมด ๘,๐๐๖ ราย, เท่า
กับ ๑.๓ ปช.

ในจำนวน ๑๐๓ รายนี้เมอแยกออก
ตามอายุ, เพศและเชื้อชาติ (ดูตารางที่
๔) พบว่ามีอยู่เพียงรายเดียวเท่านั้นที่มี
อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี. ดังนั้นจึงพบนวนาคี
๑๐๒ รายในคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไปจากการ
ตรวจศพ ๓,๖๘๘ ราย, เท่ากับ ๒.๘ ปช.

ในจำนวน ๑๐๒ รายทมอายุ ๒๐ ปี
ขึ้นไป, เป็นชายไทย ๓๔ รายหรือ ๑.๘
ปช. ของชาวไทยทั้งหมดทมอายุ ๒๐ ปี
ขึ้นไป; เป็นหญิงไทย ๔๒ รายหรือ ๓.๒
ปช. ของหญิงไทยทั้งหมดทมอายุ ๒๐ ปี
ขึ้นไป; เป็นชายจีน ๑๗ รายหรือ ๓.๗ ปช.,
และหญิงจีน ๕ รายหรือ ๖.๓ ปช. ของ
คนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป.

ในพวกที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ, นั้นพบในเพศชาย ๕๑ รายหรือ ๒.๓ ปร. ของการตรวจศพชาย ๒,๒๖๐ ราย; พบในเพศหญิง ๕๑ ราย หรือ ๓.๕ ปร. ของการตรวจศพหญิง ๑,๔๓๕ ราย.

โดยไม่คำนึงถึงเพศ, ในพวกอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, พบในคนไทย ๗๖ รายหรือ ๒.๕ ปร. ของคนไทยทั้งหมด ๓,๑๐๑ ราย, และพบในคนจีน ๒๖ รายหรือ ๔.๓ ปร. ของคนจีนทั้งหมด ๕๕๘ ราย.

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ได้ผลแตกต่างไปจากครั้งแรกเล็กน้อยซึ่งไม่มีความสำคัญในทางสถิติ, จึงเป็นการสนับสนุนผลของการศึกษารวก่อน. ผลแสดงว่าน้ำหนักพบจากการตรวจศพคงมีเท่าเดิม, ไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลงแต่อย่างใด, และการพบเพียง ๑.๓ ปร. ของการตรวจศพทั้งหมด, เป็นการสนับสนุนว่าในเมืองไทยเราพบน้ำหนักน้อย. ถ้าจะคิดจากคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไปจะพบน้ำหนัก ๒.๘ ปร. ซึ่งก็ยังไม่ค่อยมีเมื่อเปรียบเทียบกับสหรัฐ, ออสเตรเลีย,

และสวีเดน. แต่น้อยพอ ๆ กับที่รายงานจากจีนและเกาหลี โดย Ludlow.⁽¹⁰⁾ การพบน้ำหนักมากหรือน้อยอธิบายไม่ได้แน่นอน. มีเหตุเกี่ยวข้องกับหลายอย่าง. Hesse⁽¹¹⁾ พบน้ำหนักจากการตรวจศพ ในคนอินเดียแดงสูงถึง ๒๔.๔ ปร. ที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, เมื่อเปรียบเทียบกับ ๘.๑ ปร. และ ๑๑.๖ ปร. ของคนอเมริกันตามรายงานของ Kozoll กับคณะ⁽¹²⁾ และ Lieber⁽⁹⁾ ซึ่งก็อธิบายไม่ได้, เพราะไม่มีใครรู้สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดน้ำหนัก.

น้ำหนักพบน้อยในเด็กหรือในคนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีลงมา. จากการศึกษาคนพบเพียง ๑ รายเท่านั้น, น้ำหนักพบมากขึ้นตามอายุ, ดังปรากฏในตารางที่ ๔. พบมากที่สุดของคนอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป.

ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับเพศ, ไม่ว่าจะเห็นในการศึกษารวก่อนหรือคราวนี้, หรือผลรวมสองคราว, ปรากฏว่าพบน้ำหนักมากในเพศหญิงมากกว่าชาย. เมื่อแยกเป็นเชื้อชาติไทยและจีน, ผลก็แสดงว่าพบน้ำหนักในหญิงไทยมากกว่าชายไทย, และพบมากในหญิงจีนมากกว่าชายจีน.

ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับเชื้อ

ชาติ, ไม่ว่าจะเห็นในการศึกษาครั้งก่อน หรือครั้ง, หรือจากผลรวมของทั้งสอง ครั้ง, ปรากฏว่าพบนี้ในคนจีนมากกว่าคนไทย.

ผลของการศึกษาที่แสดงว่าพบนี้ในคนน้อยกว่าในเด็กหรือคนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีลงมา, พบมากขึ้นตามอายุ, และพบในหญิงมากกว่าชาย, เป็นไปตามที่พบบันทั่วไป และทราบกันคืออยู่แล้ว.

การพบนี้จากการตรวจศพในการศึกษานี้, ส่วนใหญ่เห็นการพบโดยบังเอิญ. เนื่องจากจำนวนรายที่พบนี้ไม่มาก จึงมิได้ศึกษาต่อไปอีกว่านี้พบเกิดร่วมกับโรคหรือภาวะอะไรบ้าง, เพราะผลที่ได้ออกมาจะไม่มีมีความสำคัญอะไรมากในทางสถิติ.

ส่วนผลของการศึกษาที่แสดงไปในทางที่ว่าพบนี้ในคนจีนมากกว่าไทย, เป็นของน่าสนใจ, เพราะเป็นจริงทั้งชายจีน (๓.๗ ปร.) และหญิงจีน (๖.๓ ปร.). พบนี้มากกว่าชายไทย (๑.๕ ปร.) และหญิงไทย (๓.๒ ปร.). ข้อแตกต่างนี้จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีก, เพราะผลจากการศึกษาในการตรวจศพไม่อาจใช้เป็นเครื่องแสดงสถิติโดยทั่วไปได้. (13) แต่

ก็พอจะแสดงสิ่งที่น่าสนใจได้บ้าง. ความแตกต่างในเชื้อชาติ, อาหาร, และอื่น ๆ น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกาเกิดนี้มาก.

สรุป

๑. ได้ศึกษาการพบนี้จากการตรวจศพเพิ่มเติมในระยะ ๕ ปีหลัง, เปรียบเทียบกับ ๕ ปีแรกไม่พบการเปลี่ยนแปลง.

๒. เมื่อรวมเข้าด้วยกันเป็น ๑๐ ปี, จากการตรวจศพ ๘,๐๐๖ รายระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๗ ถึง ๒๕๐๖ ของแผนกพยาธิวิทยา, ร.พ. ศิริราช, พบนี้ ๑๐๓ ราย, เท่ากับ ๑.๓ ปร. นับว่าพบน้อย.

๓. พบในคนอายุ ๑๕ ปีรายเดียวเท่านั้น. ที่เหลือ ๑๐๒ ราย, อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, เท่ากับ ๒.๘ ปร. ของการตรวจศพคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, ซึ่งก็ยังไม่แสดงว่าพบน้อย.

๔. นี้นับว่าพบมากขึ้นตามอายุ, สูงสุดในคนอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป.

๕. นี้นับว่าพบในหญิง (๓.๕ ปร.) มากกว่าชาย (๒.๓ ปร.).

๖. นี้นับว่าพบในจีน (๕.๓ ปร.) มากกว่าไทย (๒.๕ ปร.).

สารศิริราช

ตารางที่ ๑. จำแนกอายุ เพศ และเชื้อชาติ ในการตรวจศพ ๔,๗๒๓ ราย
(ตรวจศพในแผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราช ระยะเวลา ๕ ปี
ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๐๒ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๐๖)

อายุ (ปี)	ไทย		จีน		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
แรกเกิดจนถึง ๑๕	๑,๑๖๓*	๘๗๐**	๒๔๔	๑๗๒	๒,๔๔๙
๒๐ — ๒๕	๑๔๖	๑๖๐	๑๕	๑๖	๓๔๑
๓๐ — ๓๕	๑๘๗*	๑๖๔	๓๐	๑๕	๔๐๐
๔๐ — ๔๕	๒๒๕	๑๕๒	๖๐	๒๑	๔๕๘
๕๐ — ๕๕	๒๘๓	๑๖๘	๘๓	๑๖	๕๕๐
๖๐ — ๖๕	๑๘๐	๘๗	๕๕	๘	๓๓๐
๗๐ — ๗๕	๘๒	๔๕	๑๖	๖	๑๔๙
๘๐ และมากกว่า	๑๘	๘	๔	๑	๓๑
รวมทั้งหมด	๒,๒๘๗	๑,๖๖๐	๕๑๕	๒๖๑	๔,๗๒๓
รวมเฉพาะอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป	๑,๑๒๔	๗๕๐	๒๗๑	๘๕	๒,๒๗๔

* มีแขกหนึ่งคน
** มีพม่าหนึ่งคน

ตารางที่ ๒. จำแนกอายุ เพศ และเชื้อชาติ ของรายที่พบนี้นานาชาติ

๕๗ รายจากการตรวจศพ

อายุ (ปี)	ไทย		จีน		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
แรกเกิดจนถึง ๑๕	๐/๑๑๖๓* (๐)	๐/๘๗๐ (๐)	๐/๒๔๔ (๐)	๐/๑๓๒ (๐)	๐/๒๔๔๕ (๐)
๒๐ — ๒๕	๐/๑๔๖ (๐)	๒/๑๖๐ (๑.๒๕)	๐/๑๕ (๐)	๐/๑๖ (๐)	๒/๓๔๑ (๐.๕๘)
๓๐ — ๓๕	๓/๑๘๗ (๑.๖๐)	๔/๑๖๔ (๒.๔๔)	๒/๓๐ (๖.๖๐)	๐/๑๕ (๐)	๕/๔๐๐ (๒.๒๕)
๔๐ — ๔๕	๒/๒๒๕ (๐.๘๘)	๑/๑๕๒ (๐.๖๕)	๑/๖๐ (๑.๖๖)	๑/๒๑ (๔.๘๕)	๕/๔๕๘ (๑.๐๕)
๕๐ — ๕๕	๕/๒๘๓ (๓.๑๕)	๕/๑๖๘ (๒.๕๗)	๓/๘๓ (๓.๕๗)	๓/๑๖ (๑๘.๗๕)	๒๐/๕๕๐ (๓.๖๓)
๖๐ — ๖๕	๔/๑๘๐ (๒.๒๒)	๕/๘๗ (๕.๗๕)	๑/๕๕ (๑.๖๕)	๐/๘ (๐)	๑๐/๓๓๔ (๒.๕๕)
๗๐ — ๗๕	๔/๘๘ (๔.๘๘)	๕/๔๕ (๑๐.๒๐)	๑/๑๖ (๖.๒๕)	๑/๖ (๑๖.๖๖)	๑๑/๑๕๓ (๗.๑๒)
๘๐ และมากกว่า	๐/๑๘ (๐)	๐/๘ (๐)	๐/๔ (๐)	๐/๑ (๐)	๐/๓๑ (๐)
รวมทั้งหมด	๒๒/๒๒๘๗ (๐.๕๖)	๒๒/๑๖๖๐ (๑.๓๒)	๘/๕๑๕ (๑.๕๕)	๕/๒๖๑ (๑.๕๑)	๕๗/๔๗๒๓ (๑.๒๑)
รวมเฉพาะอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป	๒๒/๑๑๒๔ (๑.๕๖)	๒๒/๗๕๐ (๒.๗๘)	๘/๒๗๑ (๒.๕๕)	๕/๘๖ (๕.๖๒)	๕๗/๒๒๗๕ (๒.๕๑)

* อัตราส่วนของรายที่เป็นนี้้นานาชาติต่อจำนวนรายของการตรวจศพทั้งหมดในหมู่อายุ, เพศ และเชื้อชาติ.
ตัวเลขในวงเล็บคือเปอร์เซ็นต์.

สารศิริราช

ตารางที่ ๓. จำแนกอายุ เพศ และเชื้อชาติ ในการตรวจศพ ๘,๐๐๖ ราย
(ตรวจศพในแผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราช ระยะเวลา ๑๐ ปี
ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๔๙๗ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๐๖)

อายุ (ปี)	ไทย		จีน		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
แรกเกิดจนถึง ๑๕	๑,๕๑๕*	๑,๔๔๓***	๕๒๕	๔๑๖	๔,๓๐๗
๒๐ — ๒๕	๒๔๘	๒๗๖	๓๒	๒๖	๕๘๒
๓๐ — ๓๕	๓๓๖**	๒๘๖	๕๓	๓๒	๗๐๗
๔๐ — ๔๕	๓๘๓	๒๔๕	๑๑๓	๓๖	๗๗๗
๕๐ — ๕๕	๔๑๕	๒๖๕	๑๔๓	๒๗	๘๕๐
๖๐ — ๖๕	๒๖๕*	๑๔๐	๕๒	๑๑	๕๑๒
๗๐ — ๗๕	๑๒๔	๗๒	๑๕	๗	๒๒๒
๘๐ และมากกว่า	๒๒	๑๒	๕	๑	๔๐
ไม่ทราบอายุ (ผู้ใหญ่)	๒	๒	—	๑	๕
รวมทั้งหมด	๓,๗๒๒	๒,๗๔๑	๕๘๖	๕๕๗	๘,๐๐๖
รวมเฉพาะอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป	๑,๘๐๓	๑,๒๕๘	๔๕๗	๑๔๑	๓,๖๕๕

* มีแขกหนึ่งคน
** มีแขกสองคน
*** มีพม่าหนึ่งคน

ตารางที่ ๔. จำแนกอายุ เพศ และเชื้อชาติ ของรายที่พบนิ้วน้ำ

๑๐๓ รายจากการตรวจศพ

อายุ (ปี)	ไทย		จีน		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
แรกเกิดจนถึง ๑๕	๐/๑๕๑๕* (๐)	๑/๑๔๔๓ (๐.๐๗)	๐/๕๒๕ (๐)	๐/๔๑๖ (๐)	๑/๔๓๐๓ (๐.๐๒๓)
๒๐ — ๒๕	๐/๒๔๘ (๐)	๕/๒๗๖ (๑.๘๑)	๐/๓๒ (๐)	๐/๒๖ (๐)	๕/๕๘๒ (๐.๘๖)
๓๐ — ๓๕	๕/๓๓๖ (๑.๕๕)	๕/๒๘๖ (๑.๗๕)	๕/๕๓ (๑.๕๕)	๐/๓๒ (๐)	๑๕/๗๐๗ (๑.๕๘)
๔๐ — ๔๕	๔/๓๘๓ (๑.๐๔)	๔/๒๔๕ (๑.๖๓)	๑/๑๑๓ (๐.๘๘)	๔/๓๖ (๑๑.๑๑)	๑๓/๗๗๗ (๑.๖๗)
๕๐ — ๕๕	๑๐/๔๑๕ (๒.๔๑)	๑๒/๒๖๕ (๔.๕๓)	๖/๑๔๓ (๔.๒๐)	๓/๒๗ (๑๑.๑๑)	๓๑/๘๕๐ (๓.๖๕)
๖๐ — ๖๕	๘/๒๖๕ (๒.๕๗)	๕/๑๔๐ (๖.๔๓)	๕/๕๒ (๕.๔๓)	๐/๑๑ (๐)	๒๒/๕๑๒ (๔.๓๐)
๗๐ — ๗๕	๖/๑๒๔ (๔.๘๔)	๖/๒๗ (๘.๓๓)	๑/๑๕ (๕.๒๖)	๒/๗ (๒๘.๕๗)	๑๕/๒๒๒ (๖.๗๖)
๘๐ และมากกว่า	๑/๒๒ (๔.๕๕)	๑/๑๒ (๘.๓๓)	๐/๕ (๐)	๐/๑ (๐)	๒/๔๐ (๕.๐๐)
ไม่ทราบ (ผู้ใหญ่)	๐/๖ (๐)	๐/๒ (๐)	๐/๐ (๐)	๐/๑ (๐)	๐/๕ (๐)
รวมทั้งหมด	๓๔/๓๗๒๒ (๐.๕๑)	๔๓/๒๗๔๑ (๑.๕๗)	๑๗/๕๘๖ (๑.๗๒)	๕/๕๕๗ (๑.๖๒)	๑๐๓/๘๐๐๖ (๑.๒๕)
รวมเฉพาะอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป	๓๔/๑๘๐๓ (๑.๘๕)	๔๒/๑๒๕๘ (๓.๒๓)	๑๗/๔๕๗ (๓.๗๒)	๕/๑๔๑ (๖.๓๔)	๑๐๒/๓๖๕๕ (๒.๗๖)

* อัตราส่วนของรายที่เป็นนิ้วน้ำต่อจำนวนรายของการตรวจศพทั้งหมดในหมู่อายุ, เพศ และเชื้อชาติ. ตัวเลขในวงเล็บคือเปอร์เซ็นต์.

เอกสาร

1. Stitnimankarn, T.: The Necropsy Incidence of Gallstones in Thailand. Amer. J. Med. Sci. 1960., 240:349.
2. Mosher, C.D.: The Frequency of Gall-Stones in the United States. Bull. Johns Hopkins Hosp. 1901. 21: 253.
3. Mitchell, L.J.: The Incidence of Calculi in the Gall-Bladder as Met With in 1600 Necropsies. Ann. Surg., 1918. 68:289.
4. Ludlow, A.I.: Autopsy Incidence of Cholelithiasis. Am. J. Med. Sci. 1937, 193:481.
5. Cunningham, J.A., and Hardenbergh, F.E.: Comparative Incidence of Cholelithiasis in the Negro and White Races. A.M.A. Arch. Int. Med. 1956, 97:68.
6. Crump, C.: The Incidence of Gall Stones and Gall-Bladder Disease. Surg. Gynec. & Obst. 1931, 53:447.
7. Martensson, K.M.: The Incidence of Gallstones in Sweden. Arch. Surg. 1937, 34:650.
8. Jaffé, R.H.: Cholelithiasis: A Statistical Study with Special Reference to Its Frequency in the Colored Race. J. Lab. & Clin. Med. 1933, 18:1220.
9. Lieber, M.M.: The Incidence of Gall-stones and Their Correlation With Other Diseases. Ann. Surg. 1952, 135:394.
10. Ludlow, A.I.: Cholelithiasis in the Korean. Surg. Gynec. & Obst. 1930, 50:51.
11. Hesse, F.G.: Incidence of Disease in the Navajo Indian. A.M.A. Arch. Path. 1964, 77:553.
12. Kozoll, D.D., Dwyer, G., and Meyer, K.A.: Pathologic Correlation of Gallstones: Review of 1,874 Autopsies of Patients With Gallstones. A.M.A. Arch. Surg. 1959, 79:514.
13. Newman, H.F., and Northup, J.D.: The Autopsy Incidence of Gallstones. Surg. Gynec. & Obst., Internat. Abst. Surg. 1959, 109:1.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทยต้องการ

๑. เครื่องมือของศัลยกรรมแก่พระราชชนนี พระพันยหลวง พระราชทาน
 ๒. รูปถ่าย ๓. มีดหมอ ๔. มีดโกนแบบเก่า (ใบมีดรูปสามเหลี่ยม) ผู้ใคร่ให้
 หรือชาย คัดต่อที่ น.พ. ดำรง เพ็ชรพลาย แผนกสรีรวิทยา ร.พ. ศิริราช

THE NECROPSY INCIDENCE OF CHOLELITHIASIS
AT THE SIRIRAJ HOSPITAL, BANGKOK

Tinrat Stitnimankarn, M.D., F.I.C.S. (Path.)

(From the Department of Pathology, Siriraj Hospital Medical School,
University of Medical Sciences, Bangkok, Thailand)

Among 8,006 necropsies performed in the Department of Pathology in the ten-year period between January 1, 1954, and December 31, 1963, 103 cases of gallstones were found (1.3 %).

Gallstones were rarely found in persons under 20 years of age; only once in 4,307 such necropsies. There is a gradual increase in frequency from 20 years of age upward.

In the 3,699 necropsy cases over 20 years there were 102 patients with cholelithiasis, a percentage incidence of 2.8. Of the 102 patients with gallstones, 34 were Thai men (1.9 % of all Thai males over 20), 42 were Thai women (3.2 % of all Thai females

over 20), 17 were Chinese men (3.7 % of all Chinese males over 20), and 9 were Chinese women (6.3 % of all Chinese females over 20).

In age groups above 20 years, stones were more frequent in women than in men (women, 3.5 % ; men, 2.3 %), and this was true both for Thai and for Chinese.

Of the 102 patients over 20 with gallstones, 76 were Thai (2.5 % of all Thai), and 26 were Chinese (4.3 % of all Chinese).

(Four tables. Thirteen references.)

(T.S.)

การระบาดของเชื้อปัสโตโมแนส
ในเด็กผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก ปี พ.ศ. ๒๕๐๘

อรรณพ ลู่วิระ พ.บ.

และ

พลภัทร ตาละลัษมณี พ.บ., Dr. med.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม ไชยกุล)

ในระยะเวลา ๓ เดือน, คือตั้งแต่
พฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๘,
ได้มีผู้ป่วยติดเชื้อ ปัสโตโมแนส ณ เด็ก
ผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก ถึง ๑๐ ราย. ๖ ราย
แรกถึงแก่กรรมตัก ๆ กันด้วยเลือดเป็นพิษ
จาก ปัสโตโมแนส, คือ พฤษภาคม ๑
ราย, มิถุนายน ๑ รายและกรกฎาคม ๔
ราย. อีก ๔ รายที่ติดเชื้อแต่ไม่ถึงแก่กรรม
ก็ตรวจพบเชื้อในขาดแผลผ่าตัด. นับว่าเป็น
การระบาดของเชื้อ ปัสโตโมแนส ในเด็กผู้ป่วย
และถือได้ว่าเป็นการระบาดครั้งแรกและ
ครั้งใหญ่ที่สุดที่พบมาในเด็กผู้ป่วยของแผนก
ศัลยศาสตร์.

แท้จริงเชื่อนี้คงจะไม่ได้เริ่มต้นระบาดใน
เด็กผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กแต่แรก, เพราะ
ก่อนหน้านั้นในเด็กผู้ป่วยอื่น ๆ ทั้งในแผนก
ศัลยศาสตร์และแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

เรื่องย่อ ลู่วิระ, อรรณพ, พลภัทร ตาละลัษมณี:
การระบาดของเชื้อ ปัสโตโมแนส ในเด็กผู้ป่วย
ศัลยกรรมเด็ก ปี พ.ศ. ๒๕๐๘. สารศิริราช
๒๕๐๘ (ก.ศ. ๑๕๖๖), ๑๘: ๑๘-๒๕.

รายงานผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อด้วย
ปัสโตโมแนส เอรูจิโนสา ที่ถึงแก่กรรมและ
เกิดมีการ ระบาดติดต่อ แพร่ในเด็กผู้ป่วย ศัลย-
กรรมเด็ก, และรายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อและได้
รับการรักษาบำบัดจนสงบ.

ได้ทำการสอบสวนโดยทดสอบการแพร่
ของเชื่อนี้ภายในเด็กพร้อม ๆ กับทำการสกัดกั้น
การแพร่หลายของเชื้อด้วยการอบเด็กผู้ป่วยด้วย
ฟอร์มาลิน, และตรวจหาพาหะนำเชื้อและ
ตำแหน่งที่เป็นต้นตอ, พร้อมกับดำเนินการป้องกัน
ในแง่อื่น ๆ จนเชื่อสงบลง.

ศิริราช, ก็ได้พบเชื่อนี้ในขาดแผลของผู้ป่วย
อยู่ประปราย, ตั้งแต่เพียงขาดแผลมหนอง
เขี้ยวจนกระทั่งเลือดเป็นพิษจากเชื่อนี้, และ
ในที่สุดเสียชีวิตไปก็มีหลายราย.
สำหรับเชื่อนี้ทำให้เกิดการระบาดครั้ง

คือ ปัสโตโมแนส เฮอร์จิโนสา (Pseudomonas aeruginosa) ซึ่งปรกติพบเป็นชนิดที่ผลิตสีให้เห็นได้เป็นสีเขียวทึบหรือที่เรียกว่าหนองเขียว, กับอีกชนิดหนึ่งไม่ผลิตสีให้เห็นที่ขาดแผลหรือหนองไม่เขียว. เชื้อค้นพบได้ทุกหนทุกแห่ง, ทั้งในอากาศ, น้ำและบนผิวหนังของคนปรกติ. เชื้อนี้พบได้ในตำแหน่งต่าง ๆ, อาทิเช่น ในปาก, จมูก, ลำคอ, หู, ทางเดินอาหารและในระบบขับถ่ายปัสสาวะ. ดังนั้นอาจพบเชื้อมีในอุจจาระและปัสสาวะของคนปรกติได้. นอกจากนี้อาจพบเชื้อมีได้มากในท่อข, สกปรก, ชนแฉะ, และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในททมการเน่าเปื่อยเกิดขึ้น. ทางเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยมีได้ทางผิวหนัง, ทางระบบขับถ่ายปัสสาวะ, ทางเดินอาหาร, ทางระบบการหายใจส่วนต้นและขาดแผลต่าง ๆ. สำหรับการติดเชื้อมีในทางคัลยกรรมนอกจากที่กล่าวมาแล้ว, อาจพบได้บ่อยและง่ายจากเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด, ก้อนน้ำ, อ่างล้างมือ, ตลอดจนเครื่องมือยาสลบ. เกี่ยวกับภูมิไวรัต่อเชื้อมีปรากฏว่าเด็กอายุยิ่งน้อยการติดเชื้อมีง่ายเข้า, และอันตรายที่จะได้รัยิ่งมากขึ้นด้วย.

ยา แอนติไบโอติก ที่ใช้โคผลคือเชื้อนี้คือ โพลีมิกซิน บี. แต่ยานี้มีพิษต่อระบบประสาทและไต, จึงไม่ค่อยนิยมใช้. ยาที่มีพิษน้อยและให้ผลดีเกือบเท่ากัน คือ โคลิมีซิน. ขนาดของยานี้ใช้อยู่ระหว่าง ๒๐,๐๐๐-๑๐๐,๐๐๐ หน่วยต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน, ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, โดยแบ่งให้วันละ ๔ ครั้ง. ยานี้ให้ผลดีมากในหลอดแก้วแต่สำหรับการใช้ในผู้ป่วยผลที่ได้ไม่ดีเท่า, เนื่องจากปัจจัยหลายประการ. ดังนั้นเมื่อเกิดมีการระบาทของเชื้อมีจึงมักจะมีการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก, คล้ายคลึงกับการระบาทของเชื้อ สแตฟฟิโลคอคคัส ออริอุส.

รายงานผู้ป่วย (โดยสรุป)

ผู้ป่วยถึงแก่กรรมด้วยการติดเชื้อมี ปัสโตโมแนส เฮอร์จิโนสา ในคักผู้ป่วยคัลยกรรมเด็กในปี พ.ศ. ๒๕๐๘ มีดังนี้:

รายแรก ท.ญ. จิน, อายุ ๖ ปี, รัไว้ ๑๐ พฤษภาคม, เนื่องจากถูกน้ำร้อนลวกบริเวณลำตัว, ความรุนแรงชั้นสอง (๓๐ ปช.). ได้ทำการรักษาแผลแบบขีตและให้ เตตราซัยคลิน ๕ วัน. ต่อมาจึงได้นำไปฟอกขาดแผล. ภายหลัง ๓ วันเกิด

มีไข้สูงและแผลเกิดมหนองเขี้ยวแกมน้ำเงิน. ได้แก้ตัวอย่างไปเพราะเซอ. ผลปรากฏว่า บีสโตโมแนส เอร์จิโนสา, ได้นำไปฟอกยากแผลให้ใหม่ครั้งที่ ๒ และให้ โคลิมัยซิน กับ คานามัยซิน. ต่อมาขาดแผลกลายเป็น แก้งกรีน ชนิดคน ๆ. ผู้ป่วยซึมและเกิดเลือดเป็นพิษขึ้น. ได้ย้ายผู้ป่วยเข้ากระโจม ออกซิเจน. แต่อาการไม่ดีขึ้น. ถึงแก่กรรม ๑๒ วันหลังรับ.

รายที่ ๒ ก.ช. ไทย, อายุ ๓ ปี, รับไว้ ๑๑ มิถุนายน, จากอุบัติเหตุบริเวณท้องน้อยโดยรถยนต์เขี่ย. มีอาการปวดในท้องและถ่ายขี้สากไม่ออก, ได้รักษาแบบฉุกเฉิน, และรุ่งขึ้นทำการผ่าตัดสำรวจ. พบมีการฉีกขาดของลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอียด ชนิดไม่สมบูรณ์และกระเพาะขี้สากฉีกขาด. ได้ทำการเย็บติด. ภายหลังผู้ป่วยขี้สากเป็นเลือดและต่อมาถ่ายไม่ออก. มีไข้สูง. ต่อมามีอาการเลือดเป็นพิษ. ได้เจาะเลือดเพาะเชื้อพบเชื้อ บีสโตโมแนส, จึงได้ให้ คานามัยซิน. ได้แก้ตัวอย่างนำหนองจากกระเพาะขี้สากเพาะเชื้อ บีสโตโมแนส อีก. ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจึงย้ายเข้ากระโจม ออกซิเจน. ในที่สุดผู้ป่วยถึงแก่กรรมหลังรับไว้ ๑๑ วัน.

รายที่ ๓ ก.ช. ไทย, อายุ ๖ ปี, รับไว้ ๒๕ มิถุนายน. โดยผู้ป่วยถูกน้ำร้อนลวกอกและหลัง; ความรุนแรงชั้น ๒ (๒๐ ปช.). ได้รับการรักษาแผลและรักษาแผลแยก. รุ่งขึ้นมีอาการไข้สูง, ได้ย้ายเข้ากระโจม ออกซิเจน. มีอาการดีขึ้น ได้แต่งขาดแผลทุกวัน. ๖ วันต่อมาเกิดมีจุดหนองเขี้ยวบริเวณแผล. ได้แก้ตัวอย่างตรวจเพาะเชื้อ. (ผลต่อมาเป็น บีสโตโมแนส.). ได้ให้ คานามัยซิน. ต่อมาแผลเกิด แก้งกรีน คน ๆ จึงทำการเจาะเลือดเพาะเชื้ออีก. (ผลเป็น บีสโตโมแนส.) ภายหลังเกิดเลือดเป็นพิษ. ได้ให้ โคลิมัยซิน. แต่ แก้งกรีน ลุกตามมาก. ผู้ป่วยทนพิษไม่ได้และถึงแก่กรรมหลังรับไว้ ๘ วัน.

รายที่ ๔ ก.ญ. ไทย อายุ ๗ วัน. รับไว้ ๒๒ พฤษภาคม. ทางแผนกกุมารเวชศาสตร์. แต่ผู้ป่วยเป็น เมกะโคลอนมาแต่กำเนิด, จึงย้ายมาทางศัลยศาสตร์ เมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน เพื่อทำการผ่าตัด. ได้ทำ โคลอสโตมีย์ ให้, แต่เกิดอาการท้องอืด, มีไข้และอจจาระมีสีดำ, จึงได้เจาะเลือดเพาะเชื้อ. พบว่าเป็น บีสโตโมแนส. บริเวณรอย ๆ โคลอสโตมีย์ มี

เลือดออกและผู้ช่วยมีอาการเลือดเป็นพิษ. ได้เก็บตัวอย่างบริเวณเลือดออกไปเพาะเชื้อ. พบว่าเป็น ปัสโตโมแนส. ผู้ช่วยถึงแก่กรรมภายหลังทำ โคลอสโตมัย ได้ ๕ วัน.

รายที่ ๕ ก.ช. ไทย อายุ ๔ ปี, รัยไว้ ๑๑ มิถุนายน. โภคเป็น เมกะโคลอน มาแต่กำเนิด. เมื่อผู้ช่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น จึงได้ทำการผ่าตัดแบบ "เรทซ์ไบน์". หลังทำมีไข้และท้องอืดมาก, ช้ำและถ่ายอุจจาระสีดำและเกิดอากาศในช่องเยื่อช่องท้อง. จึงได้ทำการผ่าตัดตรวจและทำโคลอสโตมัยให้. ได้เจาะเลือดเพาะหาเชื้อด้วย. พบ ปัสโตโมแนส. ภายหลังเกิดมีอาการเลือดเป็นพิษ. มีจุดเลือดออกทั่วไป. จึงเก็บตัวอย่างไปเพาะเชื้อพบ ปัสโตโมแนสอีก. ผู้ช่วยถึงแก่กรรมหลังผ่าตัดครั้งแรก ๑๗ วัน.

รายที่ ๖ ก.ช. ไทย, อายุ ๓ เดือน, ช่องทวารหนักไม่เปิดมาแต่กำเนิด, ได้รัยการผ่าตัดแล้ว, แต่เกิดการคืบหลังผ่าตัดและมี พิษตุลา. รัยไว้เมื่อวันที่ ๑๖ กรกฎาคม เพื่อแก้ไข. ได้ทำโคลอสโตมัยให้ก่อน. แต่ ๓ วันต่อมาเกิดอาการไข้สูง,

ท้องอืด, ช้ำ. เจาะเลือดหาไม่พบเชื้อ. แต่ได้ส่งตัวอย่างรอบ ๆ โคลอสโตมัย ไปตรวจ, ได้พบเชื้อ ปัสโตโมแนส. ผู้ช่วยมีอาการเลือดเป็นพิษ และถึงแก่กรรมหลังผ่าตัด ๖ วัน.

ผู้ช่วยอีก ๔ รายที่มีการติดเชื้อ, แต่ไม่ถึงแก่กรรม, มีดังนี้ :

รายที่ ๑ ก.ช. จีน, อายุ ๑๐ ปี, รัยไว้ ๒๘ มิถุนายน, เป็นศัลยแพทย์รักษาไม่หาย. ได้รักษาให้จนแผลดีแล้วทำการปลูกหนังให้. ขาดแผลหลังทำดีเป็นส่วนใหญ่. แต่บริเวณขอบเกิดมีจุดหนองสีเขียวขึ้น, ได้เก็บตัวอย่างไปเพาะเชื้อ, พบว่าเป็น ปัสโตโมแนส, จึงให้รักษาโดยชำระแผลด้วยกรด ฮัยโตรมอลวริก วันละ ๒ ครั้ง และบีบแผล. ๖ วันต่อมาหายเป็นปรกติ.

รายที่ ๒ ก.ญ. ไทย, อายุ ๑๐ เดือน. รัยไว้ ๒๕ มิถุนายน. ได้ทำการผ่าตัดก้อนเนื้องอกหน้าอกและปลูกหนังให้. แต่หนังที่ปลูกหลุดปรากฏมีหนองเขียวอยู่เต็ม. เก็บตัวอย่างไปเพาะเชื้อได้ ปัสโตโมแนส. ได้ให้ โคลิมัยซิน และชำระแผลด้วยกรด ฮัยโตรมอลวริก. ๑๐ วันต่อมาแผลหายเรียบร้อยดี.

รายที่ ๓ ค.ช. ไทย, อายุ ๓ ปี, รั้วไว้ตั้งแต่ ๓ ธันวาคม ๒๕๐๗. มีก้อนที่โหนกแก้มขวา. ได้ทำการผ่าตัดออก, และตามด้วยรังสี เอ็กซ์ ลึก. เมื่อแผลหายก็ได้ทำการผ่าตัดตกแต่งให้. ๕ วันต่อมาเกิดมีหนองเขียวขึ้น, เพราะเชือกได้ปัสโตโมแนส เอร์จิโนสา และสเตาฟิโลค็อกคัส ออริส, ได้ให้ โคลิมัยซิน และล้างแผลด้วย ซัลโคโรเจน เปอร์ออกไซด์ และน้ำยา เคนิน. ๒ สัปดาห์ต่อมาแผลหายดี.

รายที่ ๔ ค.ช. ไทย, อายุ ๑๐ ปี, รั้วไว้ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๐๗, กระตักที่เขี่ย หัก. ได้ทำการผ่าตัดข้างเข้าและเข้าฝกไว้โดยเปิดบริเวณแผล. ต่อมาได้ส่งตัวอย่างหนองไปตรวจพบเป็น ปัสโตโมแนส เอร์จิโนสา, จึงชำระแผลด้วยกรดซัลโฟนิลลอร์ค และให้ โคลิมัยซิน. ต่อมา ๕ วัน ตรวจเช็ดไม่พบ.

การดำเนินการสำรวจทดสอบ

ภายหลังจากผู้ช่วยรายที่ ๑, ๒ และ ๓ ทดลองแก้กรรมโดยมีอาการแสดงและการดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน, ประกอบทั้งตรวจเพาะเชื้อได้ เป็น ปัสโตโมแนส

เอร์จิโนสา เหมือนกัน. และต่อมาผู้ช่วยรายที่ ๔ ก็ถึงแก้กรรมอีกภายหลังทำ โคลอสโตมัย ได้ ๓ วัน, ซึ่งเพาะเชื้อได้ ปัสโตโมแนส เอร์จิโนสา เช่นกัน, ทำให้สงสัยว่าจะเกิดมีการระบาดของเชือนบนคนด้วยกัน, จึงทำการทดลองต่อไปดังนี้.

ขั้นแรกได้นำเอาจานเพาะเชื้อวันปนเลือด ๖ จานมาเปิดฝาวางไว้ ๑๕ นาที ตามที่ต่าง ๆ, คือที่ห้องรักษา, ห้องผ้า, ใต้เตียงผู้ช่วยแถวที่ ๓ เตียงที่ ๓, ใต้เตียงผู้ช่วยทดลองแก้กรรมรายที่ ๓, และที่ ๕, ภายใตกระโจม อ็อกซิจีน (ดังได้แสดงที่ตารางงานในรูปที่ ๑). ผลปรากฏว่ามีเชื้อ ปัสโตโมแนส เอร์จิโนสา ขึ้นหมดทั้ง ๖ จาน. แสดงให้เห็นว่าได้เกิดมีการระบาดของเชือนบนคนกันอย่างแน่นอน.

เพื่อที่จะติดตามการดำเนินของการระบาดของ, จึงได้นำจานเพาะเชื้อวันปนเลือดอีกครั้งละ ๖ จาน และนำมาวางไว้ตามที่ต่าง ๆ เช่นเคยวางตัวอย่างเก็บโดยวิธีการเช่นเดียวกันต่อไปอีก. ผลที่ได้ คือ: ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๐๘ เชื้อขึ้น ๓ แห่ง, คือที่กระโจม อ็อกซิจีน, ห้องรักษาผู้ช่วย, และที่ใต้เตียงผู้ช่วยทดลองแก้กรรมรายที่ ๓; วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๐๘ เชื้อขึ้นแห่ง

เที่ยวที่ใดเพียงผู้ช่วยถึงแก่กรรม รายที่ ๕ ;
วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๐๘ ไม่มีเชอชนเลย;
วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๘ เชอชนแห่ง
เที่ยวที่ใดเพียงผู้ช่วยแถวที่ ๓ เคียงที่ ๓,
แต่เป็นเชอชนที่ไม่ทำให้เกิดสั, ซึ่งผิดกับ
ครั้งก่อน ๆ ที่ได้เป็นชนทำให้เกิดสัทั้งสิ้น
(ทั้งแสดงในรูปที่ ๒).

นอกจากการตรวจทดสอบดังกล่าว
แล้วได้ทำการทดสอบอย่างอื่น ๆ อีกต่อไป
นี้:

๑. เพาะเชอชนจากการย้ายกวาด
จากคอ.

ก. แพทย์ที่ทำงานประจำในหอรักษา
ผู้ช่วยคัลยกรรมเกิดในขณะนั้น, พยาบาล,
นักเรียนพยาบาล, รวมทั้งคนงานคัลยกรรม
๒๔ คน. ผลปรากฏว่าพบแต่เชอชนปรกติ.
ไม่มีใครเป็นพาหะของ ยีสโตโมแนส.

ข. ผู้ช่วยเด็ก ๔๘ รายและผู้ช่วยเด็ก
ทันทีที่มาชะแผลและมาล้างทวารหนักอีก
๖ ราย, รวมทั้งสิ้น ๕๔ ราย. ผลก็เช่น
กัน, ไม่พบเชอชน ยีสโตโมแนส, คงมีแต่
เชอชตามปรกติ.

๒. เพาะเชอชนจากการย้ายกวาดจาก
เด็กคัมและจากอจจาระ. ได้ทำเฉพาะใน
ผู้ช่วยเด็กรายที่สงสัยเท่านั้น, รวม ๓๖

ราย. ที่เพาะเชอชน ยีสโตโมแนส นั้นมีเพียง
๒ ราย, ได้แก่ผู้ช่วยถึงแก่กรรมในรายที่
๔ และรายที่ ๕. นอกนั้นพบเป็นเชอชตาม
ปรกติ.

๓. ย้ายกวาดจากแผลผู้ช่วยแล้วส่ง
เพาะเชอชรวม ๒๐ ราย. ทีมเชอชนเป็น
ยีสโตโมแนส เฮอร์จิโนส่า มี ๔ ราย,
ได้แก่ผู้ช่วย ๔ รายที่มีการติเชอแต่ไม่
ถึงแก่กรรม, คงที่ได้รายงานแต่ตอนต้น
แล้ว.

๔. ย้ายกวาดจากเคียงผู้ช่วยและที่กน
สำหรับเป็นทอนอนของผู้ช่วย, แล้วส่งเพาะ
เชอชรวม ๔๔ แห่ง. ผลคือ : ๑๐
กรกฎาคม ๒๕๐๘, พบเชอช ๓ แห่ง,
คือ ที่เคียงผู้ช่วยถึงแก่กรรมรายที่ ๓,
รายที่ ๔ และ รายที่ ๕; ๑๑ สิงหาคม
๒๕๐๘, ไม่มีเชอชน; ๑ กันยายน
๒๕๐๘, ไม่พบเชอชนอีก.

๕. ย้ายกวาดจากที่ต่าง ๆ แล้วส่ง
เพาะเชอช, คือตามพินห้อง ๑๘ แห่ง,
อ่างล้างมือ ๖ แห่ง, ก๊อกน้ำ ๑๐ แห่ง,
ห้องน้ำและห้องส้วม ๖ แห่ง, ห้องสำหรับ
ผู้ช่วยขาดที่ยัก ๓ แห่ง, ห้องผู้ช่วยพิเศษ
๕ แห่ง, พนระเบียง ๖ แห่ง, โต๊ะ
อาหาร, โต๊ะและตู้ในห้องรักษาและใน

ห้องยา, เครื่องเรือนต่าง ๆ, โต๊ะ, ตู้และ
เสื่อผ้าในห้องผ้า, ตลอดจนโต๊ะทำงาน
พยายาลและน้ำที่เค็กรับประทาน. ได้ทำ
สองครั้ง, ครั้งแรกเมื่อ ๑๑ สิงหาคม
๒๕๐๘ และครั้งที่สอง ๑ กันยายน
๒๕๐๘, ไม่พบว่ามีส่วน ีสโตโมแนส
ชนิด.

การดำเนินเพื่อยับยั้งการระบาด

เมื่อเกิดมีการระบาดของเชื้อ ีสโต-
โมแนส เฮอร์โนสา ขึ้นในคักผู้ช่วย
คัลยกรรมเด็กแล้ว, ก็ได้พยายามยับยั้ง
การระบาดและหาวิธีเพื่อยับยั้งไม่ให้ลูก
ลามร้ายแรงยิ่งขึ้น, โดยได้จัดการวาง
อย่างขึ้นในหอรักษาผู้ช่วยคัลยกรรมเด็ก,
คือ:

๑. พยายามที่จะรับผู้ช่วยเข้ามารับ
การรักษาในคักผู้ช่วยเฉพาะรายที่มีความ
จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น. ส่วนผู้ช่วยที่มีอาการ
คักจนพอที่จะรักษาตัวต่อที่บ้านได้ก็ให้กลับ
บ้านและให้มาคักต่อรักษาต่อไปที่แผนก
ผู้ช่วยนอก. นอกจากนี้ยังได้รับความ
ร่วมมืออย่างคียงจากแผนกกุมารเวช-
ศาสตร์ที่ได้ยอมรับฝากผู้ช่วยหลังผ่าคัก
กลับไปดูแลรักษาต่อด้วย. สำหรับราย

ฉกฉินที่จำเป็นต้องทำการผ่าคักและรับ
ไว้ในคักผู้ช่วยนั้นก็ทำให้ โคลิมัยซิน
ทั้งก่อนและหลังผ่าคักทุกราย, จนกระทั่ง
กลับบ้าน.

๒. ได้ทำการขอกักผู้ช่วยทุกวันเสาร์,
เริ่มตั้งแต่ ๕.๐๐ น. ถึง ๑๘.๐๐ น.,
รวมเวลาประมาณวันละ ๕ ชั่วโมง, โดย
ได้เริ่มทำการขอกักตั้งแต่วันเสาร์ที่ ๑๐
กรกฎาคม ๒๕๐๘ เป็นต้นมา รวม ๖
ครั้ง (ตั้งได้แสดงในรูปที่ ๒. ลูกศรชี้ขึ้น
หมายถึงวันที่ทำการขอก). เวลาทำการขอก
ได้ย้ายผู้ช่วยทั้งหมดออกมาพักชั่วคราวที่
ระเบียบค่านนอกคัก. จัดเครื่องมอเครื่อง
อุปกรณ์ในการรักษาเท่าที่จำเป็นออกมา
ด้วย. ปิดประตูหน้าต่างหมดทุกบานแล้ว
ใช้ผ้ากอสซชบ ฟอว์มาลิน ๔๐ ปซ. วาง
ตามพน, ทต่าง ๆ หลาย ๆ แห่ง. เมื่อถึง
เวลาแล้วจึงเปิดประตูหน้าต่างทางค่าน
ระเบียบอีกข้างหนึ่ง. เปิดพัดลมเข้าให้
ไอระเหยของ ฟอว์มาลิน ออกไปหมด,
แล้วจึงทำการย้ายผู้ช่วยเข้าไป.

ความจริงการขอกักผู้ช่วยควรจะทำเป็น
เวลาอย่างน้อย ๒๔-๗๒ ชั่วโมงต่อครั้ง.
แต่ในทางปฏิบัติแล้วเราทำไม่ได้, เพราะ
เราไม่สามารถจะให้ผู้ช่วยนอนตากยงอยู่

๕
ขณพกรรณนอยตลออกเวลาทงคน. อัก
ปรกรรทงทระเบียงกคัยแคบมาก, ไม
สรวกแกการพยาบาลผู้ช่วยเท่าทควร.

นอกจากนยงไตซ้ทและถพทด้วย ลัย-
ซอล บ่อยคร้งชนด้วย.

๓. อนุญาตให้ญาติผู้ช่วยเข้าเยี่ยม
ผู้ช่วยไตในรายทมอาการหนักจริง ๆ
เท่านั้น. จำกัดเวลาทเยี่ยมมิให้น้อยทสุด,
เพอลทจำนวนผู้คนที่เกินพลกพลาน.

๔. เนื่องจากห้องรักษาเดิมคัยแคบ
และการทาคความสะอาดลำยาก, จึงได้
ย้ายห้องรักษาและห้องน้ำสลับห้องกัน. ทา
ให้การชำระบาทผลของผู้ช่วยสรวกชน,
และทาคความสะอาดห้องรักษา้ง่ายขึ้น.

๕. ทาลายแหล่งทสงสัยว่าเป็นต้นตอ
ของเชอคร้งน้ให้หมกไป, เช่น กระจอม
อ็อกซี้เจิน ทเพาะเชอชนหลังจากอบ
ฟอร์มาลีน แล้วไม่นำมาใช้่อัก. นำไปอบ
ใหม่. จนกระทั่งแน่ใจว่าไม่มีเชอแล้วจึงนำ
มาใช้ต่อไป. บางอันเราจำเป็นต้องทงหรือ
ทาลายไปในเมื่อไม่แน่ใจ.

ที่นอนผู้ช่วย, เขาะบางอันค่อนข้างเก่า,
ก็ไม่นำมาใช้่อักต่อไป. เปลี่ยนใหม่. ที่ย้ง
คือย้งก็ห่อผ้าซุบอบด้วย ฟอร์มาลีน ทละอัน,
ทุกอัน.

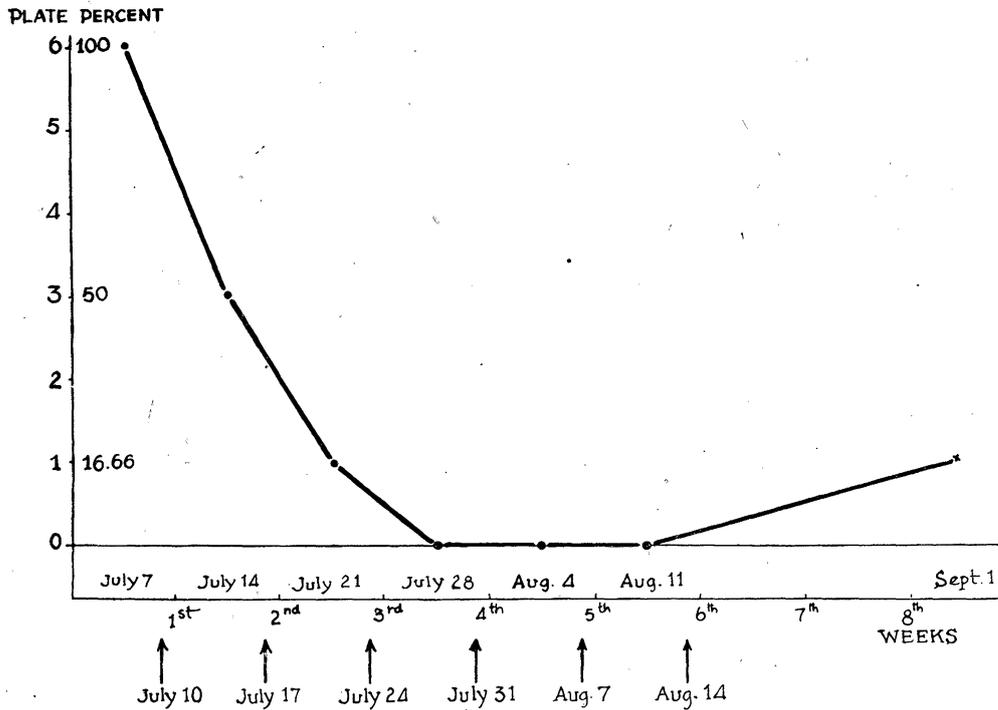
เตียงผู้ช่วยไ้ให้นำมาจัดลางให้สะอาด,
ซอมแซม, พนหรือทาสีเสีใหม่.

๖. กนตักผู้ช่วยออกเป็นสองห้องใหญ่.
๕ ส่วนขณและส่วนสงขด้วยไม้่อัก. ส่วน
ประตและส่วนกลางขด้วยกระจกหนา.
เพื่อประโยชน์ในการทใช้อบทลคร้งตักได้
เป็นเวลานานเท่าใดก็ได้, โดยการย้าย
ผู้ช่วยไว้รวมอ็อกข้างหนึ่ง. ผู้ช่วยได้รับการ
พยาบาลอย่างเต็มท (ต้งได้แสดงไว้ใน
รูปท ๑ แบ่งคร้งกกลาง). แบ่งเป็นห้อง
ใหญ่ในสำหรับผู้ช่วยห้องพิเศษ, ห้อง
ผู้ช่วยขาดทะยัก, ผู้ช่วยเด็กอายุุน้อย,
และรายผู้ช่วยสะอาด. ส่วนห้องใหญ่นอก
สำหรับรายทมการตักเชอและรายทไม่ค้อย
จะสะอาดนัก.

การเยี่ยมผู้ช่วยทอยู่ในห้องใหญ่ในได้
เคินตามระเบียบ โดยพยายามให้ผ่านห้อง
ใหญ่นอกนอยทสุด (ต้งแสดงในรูปท ๑
ตามทางทมลครช).

สำหรับแพทยททาการรักษาเวลาจะ
ตรวจเยี่ยมผู้ช่วย, ก็ให้เข้าไปในห้องใหญ่
ในก่อน, เมื่อเสร็จแล้วจึงออกมาในห้อง
ใหญ่นอก, เพอขงกนการนำเชอ.

พยาบาลได้แบ่งออกเป็น ๒ พวก.
พวกหนึ่งปฏิบัติงานอยู่ในห้องใหญ่ใน,



รูปที่ 2

ส่วนอีกพวกหนึ่งอยู่เฉพาะห้องใหญ่นอก. เครื่องมือเครื่องใช้แต่ละห้องแยกกันโดยเด็ดขาด.

วิจารณ์

ผู้ช่วยที่มีการติดเชื้ บัสโตโมแนส เฮอร์จิโนสานั้น, มักจะมีอาการร้ายแรง และรวดเร็ว. โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยเด็ก ที่มีอายุน้อยยังมีโอกาสติดเชื้ได้ ง่ายและรอดได้ยาก. หากเกิดโลหิตเป็นพิษเนื่องจากเชื้แล้วจะต้องตายทุกราย.

เนื่องจาก บัสโตโมแนส เฮอร์จิโนส

มีพิษรุนแรงและทนทาน แอนติไบโอติก. เวลาเกิดการระบาศจึงทำให้สังขยากและ ใช้เวลานาน. แต่ก็มียาสำหรับปรายเชื้ คือ โปลิย์มิกซิน บี. และ โคลิมัยซิน, และเชื้ไม่ทนต่อกรด. ดังนั้นเราจึงอาจ ใช้ แอนติไบโอติก ทั้งกล่าวนี้แก่ผู้ช่วย และชะล้างซากแผลทมิเชื้ด้วยกรด ฮัย-โครมลอริก ๑ ๒๒. แต่ โปลิย์มิกซิน บี. มีพิษต่อประสาทและไต, ส่วน โคลิมัยซิน มีราคาค่อนข้างสูง, และต้องใช้จำนวนยา มากด้วย.

การยดักผู้ช่วยด้วย ฟอรัมาลิน ก็เป็น

ช่วยแก้ไขปัญหในการรักษาผู้ป่วยบางราย,
และขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านในทีมผู้ช่วย
ศัลยกรรมเด็กที่ได้ให้ความร่วมมือช่วย
เหลือตลอดมา.

เอกสาร

1. Sandusky, R. : Pseudomonas
Infection. Sources and Cultural Data

in a General Hospital with Particular
Reference to Surgical Infection. An-
nals of Surgery. 1961, 153 : 996.

2. Wilson, G., et al : New Source
of Pseudomonas aeruginosa in a
Nursery. J.A.M.A. 1961, 4 : 1146.

3. Barber, M. : Hospital Infection—
yesterday and today. J. clin. path.
1961, 14 : 2.

4. Burrows. Text book of Micro-
biology, 17th, Ed., Saunders, Philadel-
phia and London, 1959.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

AN OUTBREAK OF PSEUDOMONAS INFECTION
In Children's Surgical Ward

Arnop Luvira, M.B. and Polpatr Talalak M.B., Dr. med.

(Dept. of Surgery)

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

During the period June to July 1965 ten cases of pseudomonas infection developed in the Children's Surgical Ward, causing 6 deaths. Affected were cases of burns or scald, or postoperative cases. Gangrene was the prominent feature, the fatal cases ending in toxemia, usually within 3 days after appearance of definite

symptoms. Loci of infecting organisms were identified by the use of test-plates, and eradication was accomplished by a number of measures including cleaning out rooms and moving furniture, partitioning of rooms, limiting traffic, and repeated fumigation with formalin.

(Four references)



ประจำกองบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เบ็ญพลาชัย พ.บ.
นันทวัน พรหมผลิน พ.บ.
หิรัญ บุญโชติ พ.บ.
สมชัย ปรารถติ พ.ด.
ประยัต หัตถนารถ พ.บ.

พริกในแง่การแพทย์

หัวข้อบทความนี้อาจทำความฉงนให้แก่ผู้อ่านหลายท่าน, เพราะพริกเป็นส่วนประกอบอาหารประจำวันของคนไทยเสียจนกระทั่งไม่ค่อยจะมีผู้นึกถึง, นอกจากเวลาอาหารไม่มีรสเสียจนหมดอยากหรืออาหารเผ็ดเกินไปจนกินไม่ได้. ความจริงพริกมีสารแสดงฤทธิ์อยู่ในตัว, ซึ่งให้ผู้เสพได้ทั้งคุณและโทษ, และในปัจจุบันนี้นักวิทยาศาสตร์บางกลุ่มได้ทำการศึกษากิจการของพริกต่อร่างกายในบางแง่, ได้ผลที่น่าสนใจมาก. ดังจะเสนอต่อไปนี้.

คงจะไม่เป็นการผิดเพี้ยนเกินไปนักถ้าจะทบทวนความรู้เก่าเกี่ยวกับพริกเสียก่อนโดยสังเขป. ต้นพริกเป็นพฤษภอยู่ใตตระกูล โซลานาเซีย, ร่วมกับต้นมะเขือและต้นลำโพง. ถิ่นฐานเดิมเข้าใจกันว่าอยู่ในอเมริกากลาง. มีผู้นำมาสู่ยุโรปในสมัย โคลัมบัส, แล้วจึงแพร่มาสู่แคว้น

เม็กซิโกเรเนียน, เอเชีย น้อย, อินเดียน, และเอเชียใต้ตามลำดับ. ต้นพริกแยกออกไปได้เป็นสองวงศ์ใหญ่, เรียกว่า คัปสิคัม อันนุอุม (Capsicum annum) กับ คัปสิคัม ฟรุตสเซนส์ (Capsicum frutescens). วงศ์แรกเป็นต้นไม้ล้มลุกมีอายุขัยเดียว (แอสทรวล), แพร่หลายในบางส่วนของอเมริกาและในยุโรป. ผลมีขนาดต่างๆ กัน, ส่วนมากโตกว่าพริกชี้ฟ้าแต่เผ็ดน้อยกว่า. ในยุโรปเรียกว่า “ปาปริคา” (Paprika). คำว่า “พริก” ของเราอาจมาจากคำนี้ก็ได้. วงศ์ คัปสิคัม ฟรุตสเซนส์เป็นต้นไม้ยืนต้น, อายุหลายปี (เพอร์เนนิยล) และแยกออกเป็นหลายพันธุ์, ซึ่งรวมพริกชี้ฟ้า (คัปสิคัม ฟรุตสเซนส์ หรือ คัปสิคัม ลองกัม), พริกขี้หนู (คัปสิคัม ฟรุตสเซนส์ มินิมัม) และพริกหยวก (คัปสิคัม ฟรุตสเซนส์ กวอลด์สุม). พริก

บางข้างอยู่ในวงศ์เดียวกับพริกชี้ฟ้า. นอก
จากนี้ยังมีพันธุ์ย่อย ๆ อีกมากมาย. ที่ใช้
เป็นต้นไม้ประดับก็มี, เช่น พริกคัม (คป์-
สิคัม คูเบยม). พริกเม็ดโต ๆ ที่มีผู้นำ
เข้ามาใหม่, บางเม็ดขนาดเท่ากำปั้น, ซึ่ง
น่าจะเรียกว่า “พริกยักษ์”, เป็นพริกในวงศ์
คป์สิคัม อินนูม, ซึ่งเข้าใจว่ามาจาก
เม็กซิโก. ในภาษาอังกฤษมีคำว่า
“ชิลลีส” (chillies) และ “เข็ยเปอร์”
(peppers) ใช้หมายถึงความถึงพริก.
“เข็ยเบิร์ค ชิลลีส” (bird chillies) หรือ
“กิน เข็ยเปอร์” (guinea pepper) เป็น
พริกขหนู. “ลองก เข็ยเปอร์” (long
pepper), “โกต เข็ยเปอร์” (goat pep-
per) และ “สเปอร์ เข็ยเปอร์” (spur
pepper) ใช้สำหรับพริกชี้ฟ้า, และ
“เบลล์ เข็ยเปอร์” (bell pepper) สำหรับ
พริกหยวก. แต่บางทีก็เรียกแตกต่างกันไป
จากนี้. สำหรับคำว่า “คาเยนน เข็ย-
เปอร์” (cayenne pepper) หมายถึงความ
ถึงพริกขหนูซึ่งอาจมีพริกหลายอย่างปนกัน
อยู่.

ในบ้านเรายังมีพริกมีสารสำคัญอยู่
สามอย่าง, คือกรด แอสคอร์บิก หรือ
วิตามิน ซี, แอลคาลอยด์ เรียกว่า “คป์-

ซาอิจิน” (Capsaicin), และน้ำมันระเหย
หอมและ โอลีโอเรซิน. กรด แอสคอร์-
บิก นั้นมีอยู่ไม่พอที่จะทำให้ประโยชน์อะไรจริง
จึงโดยลำพัง, เมื่อกำลังถึงปริมาณของ
พริกที่กินครั้งหนึ่ง ๆ. แอลคาลอยด์
คป์ซาอิจิน มีฤทธิ์จำเพาะ, คือกระตุ้น
ปลายประสาทด้วยความร้อน, แยกเกี่ยวกับ
สารสำคัญของพริกไทย. ในความเข้มน
น้อย ๆ เพียงทำให้รู้สึกร้อน, ถ้ามากขึ้น
ทำให้แสบ, และถ้ามากจริง ๆ ทำให้รู้สึก
ปวดด้วย, ที่เรียกกันว่า “ปวดแสบปวด
ร้อน”. ข้อพึงสังเกตคืออาการกระตุ้นไม่ใช่
การอักเสบ, ไม่มีสีแดงเกิดขึ้นในส่วนที่
เกี่ยวข้อง, คือไม่มีหลอดเลือดขยายน
เอง. ทั้งนี้เพราะ คป์ซาอิจิน ไม่มีฤทธิ์
ต่อหลอดเลือดฝอย, และเพราะเหตุนี้
ไม่ใช่สารระคายที่แท้จริง. อย่างไรก็ตาม,
การกระตุ้นปลายประสาทด้วยความร้อนอาจ
ทำให้เกิด ริเฟล็กซ์ มีเหงื่อออกได้ในบาง
ส่วนของร่างกาย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่
หน้าผาก, แต่บางทีก็ออกทั่วตัว. กลิ่น
จำเพาะของพริกแต่ละ ชนิดนั้นขึ้นอยู่กับ
โอลีโอเรซิน ที่อยู่ในส่วนน้ำมันระเหย
หอม.

ในด้านการแพทย์ของไทยเราแต่เดิม มีการใช้พริกปรองยา หลายประเภทที่ต้องการให้แสดงฤทธิ์ในทางเดินอาหาร, โดยเฉพาะใช้ผสมในยาเจริญอาหารและยาธาตุ, ยาแก้ธาตุพิการ, ยาขับลม, และยาแก้ปวดท้อง. ทั้งนี้การใช้คงมุ่งเอาฤทธิ์ทำให้เกิดความรู้สึกร้อนภายในท้องเป็นสิ่งสำคัญ, ซึ่งอาจทำให้เกิดรีเฟล็กซ์, กระตุ้นการหลั่งของน้ำย่อย, หรือการเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้. ในด้านการแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังมี การใช้ ทิงเจอร์ หรือ โอลีโอเรซิน ของพริกเพื่อประโยชน์ทำนองเดียวกันดังกล่าวมาแล้ว. เนเชนัลฟอรัลลารีรี่ ของสหรัฐ ฯ ยังยอมรับ คีปีซีคิม ทิงเจอร์กับคีปีซีคิม โอลีโอเรซิน, ซึ่งมีผู้นำมาใช้ผสมเป็นตำรับทำให้เกิดความรู้สึกร้อนในยาทา, นำนัตถนวดและผสมสำหรับแก้อาการปวดเมื่อยหรือเคล็ดขัดยอก. ในยาปรองพวกนี้ยอมรับพวกยาระคายจิงๆ ผสมอยู่ด้วย, เช่นเม็นครอล, การบูร, น้ำมันระกำ, โพลีโรฟอรัม, ซึ่งเป็นตัวขยายหลอดเลือดและเรียกเลือดให้ไหลผ่านบริเวณโรคมากขึ้น. ส่วนพริกนั้นเพียงแต่ทำให้เกิดความรู้สึกร้อน, ซึ่งอาจมีประโยชน์ในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดบ้าง. นอกจากนี้ก็มีการใช้โอลีโอเรซิน

ของพริกผสมใน ปลาสดเคอร์ สำหรับบรรเทาความเจ็บปวด และในยาเม็ด สำหรับขมแก้เจ็บคอ. ผลที่ต้องการคงจะเป็นความรู้สึกอุ่นหรือร้อน, ซึ่งอาจจะมีผลทางใจอยู่บ้าง. เมื่อไม่นานมานี้มีผู้เสนอรายงานการค้นคว้าเกี่ยวกับพริกซึ่งทำให้เกิดความสนใจใน "ของกันกริว" นี้ในแง่ใหม่. นายแพทย์ กิลต์เชล และนายแพทย์ รแบร์ก-ชเวียร์ แห่งสถาบัน มักซ์พลังค์ เพื่อกิจการศึกษาศรีวิทยาโภชนาการที่เมือง คอร์ทมนต์ (เยอรมนี) ซึ่งกำลังค้นคว้าเกี่ยวกับอิทธิพลของเครื่องเทศในการปรองอาหารที่มีต่อการไหลเวียนเลือด, เกี่ยวเนื่องกับทฤษฎีเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับโรคของหัวใจและหลอดเลือด, ได้พบว่า การกินพริกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในลักษณะของเลือด (Ztschr. f. Kreislauffschg., 54, 1965, 820-830). เขาทำการทดลองในคนปกติ ๕ คน โดยให้กินอาหารสามอย่าง, คือข้าวหุงตามธรรมดาอย่างเดียว, ข้าวผสมกับ โอลีโอเรซิน ของพริก (๐.๑ มล.), และข้าวผสมกับพริกขี้หนู (๐.๕ กรัม). ใช้ข้าวปริมาณเท่าๆ กันทุกครั้ง (๕๐ กรัม น้ำหนักของข้าวสาร). คนหนึ่งๆ ต้องกินอาหารทั้งสามอย่างในเวลาต่างๆ กัน. ก่อนกินอาหาร

และ ๒๐ นาที หลังจากกินเสร็จเขาตรวจ
เลือกเพื่อนจำนวน ๑๐ คน พร้อมโบชียต์ และทค
ทดลองเกี่ยวกับอาการแพ้ตัว (ทำ ๑๐ คน พร้อมโบช
ลาสโตแกรม, ๑๐ แพคเตอร์ ๒ และ แพค
เตอร์ ๗). ผลแสดงว่าหลังจากกินข้าว
เปล่าๆจำนวน ๑๐ คน พร้อมโบชียต์ทดลอง (เฉลี่ย)
เหลือเท่ากับ ๕๕.๖ ปร. ของค่าเปรียบ
เทียบ (ก่อนกิน) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลง
ที่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ. หลังจากกิน
ข้าวผสม โอเวโอเวซิน ของฟริกจำนวน
๑๐ คน พร้อมโบชียต์ ทดลองเหลือ ๕๕.๐ ปร. ของ
ค่าเปรียบเทียบ, และภายหลังกินข้าวผสม
ฟริกขนาดเหลือ ๕๓.๔ ปร., ซึ่งทั้งสอง
รายงานเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมาย
ทางสถิติ. ลักษณะอย่างอื่นในเลือดที่เขา
ตรวจไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน, เนื่อง
ด้วยผลในระยะเปรียบเทียบนั้นมีความกวัด
แกว่งมาก, และการเปลี่ยนแปลงหลังกิน
อาหารต่างๆก็เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย
และกวัดแกว่งมากด้วย. ผู้รายงานสรุปผล
ว่าการผสมฟริกเข้าในข้าวทำให้จำนวน
พร้อมโบชียต์ ในเลือดน้อยลงและเร่งการ
ละลายของลิ่มเลือด (พร้อมโบชียต์) ขึ้น
ด้วย. เขาแนะนำการใช้ฟริกปรุงอาหารอาจ
มีประโยชน์เกี่ยวกับโรคอื่นเนื่องจากการที่
เลือดเกิดลิ่มในหลอดเลือด, ทั้งในด้านของ

กันและกันรักษา.

การทดลองที่อาจยังไม่สมบูรณ์ในแง่
ปริมาณ, ถึงแม้ผลจะมีความสำคัญในทาง
สถิติ. แต่สำหรับเวลานี้ว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจ
ใจมาก, เพราะฟริกเป็นส่วนประกอบสำคัญ
ในอาหารประจำวันของเรา. น่าคิดว่าผล
การทดลองของเขาจะเป็นอย่างไร, ถ้าใช้
ฟริกหรือ โอเวโอเวซิน ของฟริกในปริมาณ
เท่าๆกับที่เราใช้กัน. เราไม่มีข้อมูลว่าใน
การกินอาหารมีหน้ที่ใส่ฟริกด้วยนั้นเรา
ใช้ฟริกเฉลี่ยคนละกี่มากน้อย. แต่น่าเชอ
ว่าจะมากกว่าที่เขาใช้ ในการทดลอง,
เพราะผู้ทดลองของเขาจะทนฟริกได้
ไม่มากเท่าเรา. อีกแง่หนึ่งที่ต้องคิดก็คือ
สำหรับคนที่กินฟริกเป็นประจำ, ร่างกายจะ
แสดงการเคยชินหรือไม่, และปฏิกิริยาใน
เลือดเช่นที่เขาพบนั้น, จะเกิดขึ้นเป็นสัดส่วน
กับขนาดของฟริกที่ใช้หรือไม่. เรื่องเหล่านี้
ในเราคงจะต้องศึกษาเอง, เพราะฝรั่งคงจะ
ไม่ยอมกินฟริกมากเท่าเรา. การทดลอง
นี้คงจะเป็นที่สนใจของคนไทยทุกคน, และ
อาจให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์มาก. อย่าง
น้อยก็อาจช่วยบอกเราว่าการที่โรคเลือด-
แข็งในหลอดเลือดก่อนข้างมีน้อยในคนไทยนั้น,
เป็นเพราะเราชอบกินฟริกเป็นประจำใช้หรือไม่.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.
ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา พ.บ., สมภพ เรื่องตระกูล พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.
มนตรี ตูจินดา พ.บ.

๑. Little, P.J.: การข้อมันโรคไตและกรวยไตอักเสบในหญิงตั้งครรภ์. Lancet. 1965, 1:567.

การศึกษารายงานผู้ป่วย ๒,๐๒๘ รายซึ่งมาฝากครรภ์และติดตามผลเรื่อยไปตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๑๒ จนกระทั่ง ๖ สัปดาห์หลังคลอด, ทั่วการศึกษาข้อมันไตและเพาะเชื้อจากข้อมันไต, ถ้าพบเชื้อ ๑๐๐,๐๐๐ ตัว ต่อ มล. ๒ ครั้งติดกันถือว่ามีการติดเชื้อในระยทางเดินข้อมันไต. ปรากฏว่ามีอัตราการติดเชื้อ ๕.๕ ปร.ศ.

ใน ๕๒ รายที่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์และไม่รักษา, ๑๕ ราย (๓๖ ปร.ศ.) เกิดไตอักเสบ. อีก ๕๗ รายที่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์และได้รับยาซัลฟาเมซอกซ์ พัยริคาซีน วันละ ๐.๕ ก. มีเพียง ๓ ราย (๕ ปร.ศ.) เกิดไตอักเสบ. อีก ๑,๕๑๖ ราย ซึ่งไม่พบการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์เพียง ๕ ราย (๐.๔ ปร.ศ.), เกิดไตอักเสบอย่างข้จจุบันภายหลัง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒. Karlsson, B., L. Noren: การใช้ชิบแคค และ คอปเปอร์ ซัลเฟต เป็นยาทำให้อาเจียนในเด็กที่ได้รับยาพิษเข้าไป. Acta Paediat. Scand. 1965, 54:331.

ได้ทำการทดลองเปรียบเทียบยา ชิบแคค กับ คอปเปอร์ ซัลเฟต ในเด็กที่ได้รับหรือสงสัยได้รับยาพิษเข้าไป ๒๕๗ ราย. ยา คอปเปอร์ ซัลเฟต ครั้งเดียวให้ผลดีกว่า, มีอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่า, และผู้รายงานเสนอแนะวิธีการดังนี้:

๑. ให้นำผลไม้หรือของเหลวที่เหมาะสมขนาด ๑๐๐ - ๒๐๐ มล. ก่อน.

๑. ให้ ๐.๒๕ ก. ของ คอปเปอร์ ซัลเฟต ละลายเป็นน้ำยาเข้มข้น ๑ ปร.ศ.

๓. ถ้าไม่อาเจียนภายใน ๑๕ นาที, ให้ โปแตสเซียม เพอร์โรชียอะไนต์ ๐.๑๕ ก. ละลายเป็นน้ำยาเข้มข้น ๑ ปร.ศ. แล้วทำการล้างกระเพาะออกให้หมด.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๓. Neogy, B.P.: ยาเฟอลดคาร์บิซเซรุ่ม โชมเลสเทอร์รอล. Ind. Med. Gazette. 1965, 5:40.

การลดคาร์บิซเซรุ่ม โชมเลสเทอร์รอล ทำได้ ๒ วิธี: โดยจำกัดอาหารจำพวกไขมันมากๆ, อาจลดคาร์บิซลงไปได้ ๒๐ ปช. ในเวลาไม่นานนักวิธี ๑, และโดยการให้ยาอีกวิธี ๑. ยาเฟอลดคาร์บิซเซรุ่ม โชมเลสเทอร์รอล มีหลายอย่างด้วยกัน, เช่น อะโทรมิก, ที ไชร็อกซิน, เฮลโทรเจน, และ ไตรปารานอล. แต่ยาเหล่านี้มีฤทธิ์แทรกแซงและพิษมาก. ในปัจจุบันนิยมใช้กรด นิโคตินิก โดยให้ขนาด ๒ ก. ต่อวัน. คาร์บิซเซรุ่ม โชมเลสเทอร์รอล จะลดลงได้ก็. แต่ยานี้มีฤทธิ์แทรกแซงมากเช่นกัน, จึงสังเคราะห์สารจำพวกนี้ใหม่คือ "นิซินาล" (Nical) ซึ่งคงมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกรด นิโคตินิก, แต่ฤทธิ์แทรกแซงหมดไป. ยานี้คงซึมได้ก็ทางระบบทางเดินอาหารและไม่มีพิษ. อาจให้ไค้ระหว่างอาหารหรือทันทีหลังรับประทานอาหารแล้ว.

ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา พ.บ.

๔. Bardhan, P.N., H.N. Dutta, S.K. Dev Chaudhary: การฉีดวัคซีนป้องกันโรคลำไส้ทางเข้าในผิวหนังและเข้าใต้ผิวหนัง. Ind. Jour. Med. Res. 1965, 53: 579.

คณะผู้รายงานได้ทดสอบการตอบสนองของ แอนติบอดี ในเมอฉีดวัคซีน ที.เอ.บี. ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑๔ วัน ในทหารผู้ถูกทดลอง อายุ ๑๗ ถึง ๑๕ ปี, โดยแบ่งฉีดเข้าในผิวหนังด้วยวัคซีนพิเศษขนาดครึ่งแรก ๐.๑ มล. และครึ่งที่สอง ๐.๒ มล. จำนวน ๑๒๘ คน; ฉีดเข้าใต้ผิวหนังด้วยวัคซีนรวมขนาดครึ่งแรก ๐.๕ มล. และครึ่งที่สอง ๑.๐ มล. จำนวน ๑๒๕ คน; และฉีดเข้าใต้ผิวหนังด้วยวัคซีนพิเศษขนาดครึ่งแรก ๐.๒ มล. และครึ่งที่สอง ๐.๕ มล. จำนวน ๕๘ คน. วัคซีน ที.เอ.บี. พิเศษมีความแรงขนาดมีเซอ ๕,๐๐๐ ล้านตัว/มล. ส่วนวัคซีน ที.เอ.บี. รวมคามีความแรงขนาดมีเซอ ๒,๐๐๐ ล้านตัว/มล.

ผลปรากฏว่าปฏิกิริยาต่อวัคซีนทั้งทั่วไปและเฉพาะที่ไม่แตกต่างกันในชนิดของวัคซีนทั้ง ๒. แต่การใช้วัคซีนพิเศษฉีดเข้าในผิวหนังปฏิกิริยาทั้งทั่วไปและเฉพาะที่มี

มากกว่า, แต่ให้ปฏิกิริยา แอ็กกลูตินิน ดีกว่าเมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนัง.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๕. Kramer, G. : การควบคุมคลื่นาช่วยยาในภาวะบวมมาของสมอง. Med. Welt. 1964, 42 : 2238.

ในผู้ป่วยที่ไ้รับยอบัทวัน ทราย ทศวรรษ, การซ้กภาวะบวมมาของสมอง (Cerebral edema) โดยรวดเร็วเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง. ยาที่ใช้กันมาแต่ก่อนที่ไ้ผลกคือนายา "ยเวีย". รายงานนเสนอการใ้ยา Lasix (Fursemide) ในผู้ป่วย ๘๒ ราย, ปรากฏว่าไ้ผลกมาก. ทำให้มีการขับบัสสารเวเริ่มตั้งแต่ภายในสองสามนาที่หลังจากบริหารยาเข้าทางหลอดเลือด. ระหว่างการผ่าตัดเย็บ กะโหลกผู้ช่วยพบว่า มีภาวะขาดน้ำของสมองปรากฏอย่าง ชัดเจนภายใน ๕๐ นาที, หลังการบริหารยาครั้งแรก. การบริหารยาต่อไปใ้หยุดเข้าหลอดเลือด.

ขนาดของ ยา ที่ ใ้ ใน แต่ละ ราย อยู่ระหว่าง ๒๐-๖๐ มก./วัน, ทงนขนอยู่กัการสนองของผู้ช่วยแต่ละราย. ในบางรายอาจต้องบริหารยาหยุดเข้าหลอดเลือดกคอกันอยู่หลายวัน. ยานไ้ไม่มฤทษแทรก

แซงหรือกระทบกระเทือนต่ออัตรารส่วน โซเดียมโปแตสเซียม แต่อย่างไ้เลย.

สมภพ เรืองตระกูล พ.บ.

๖. Anderson, H.J., L.R. Nilsson, E. Lund : ลิวคิเมียชนิดข้จข้กเกิดภายหลังปลกณในเด็กอายุ ๑๐ เดือน. Acta Paediat. Scand. 1965, 54 : 383.

เด็กชายอายุ ๑๐ เดือน, ภายหลังปลกณของกนไขทรพิษ ๗ วันมีไข้สูงมาก, อ่อนเพลียและกระสับกระส่าย. ไ้รับใ้รักษาในโรงพยาบาล. การตรวจร่างกายพบว่า มีต่อมน้ำเหลืองโตคล้ำไ้ แต่ไม่มีเลือดออก ณ ที่ใด. ผลตรวจเลือดพบว่า มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงมาก และเซลล์เป็นชนิดอ่อน. พิคระเหว่า เป็นลิวคิเมีย, และตรวจข้จข้กไ้จากไขกระดูกหน้าอก. ไ้ตรวจหา ไ้เคออร์ ภูมิคุ้มกันต่อไขทรพิษพบว่าสูงถึง ๑ : ๘๐๐๐. อาการท่ว ๆ ไปเลวลง. เม็ดเลือดขาวยังคงสูงและม้ามโตข้จจนจนคล้ำไ้. ผู้ช่วยถึงแก่กรรมหลังรับใ้ ๒ เดือน. อาการแ้งและอาการแสดงของผู้ช่วยรายนแสดงไ้หลังความเห็นว่าการปลกณเป็นสาเหตุทำให้เกิด ลิวคิเมีย มากกว่าเป็นรองข้จ.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๗. Daniel, T.M., L.G. Suhrland, A.S. Weisberger : การกตการสร้าง แอนติ-บอดี ของ ท็อกซอยต์ ยาคทะยักโดย ผลอร์แอมเฟนาคอล. *New Eng. J. Med.* 1965, 237 : 367.

ผลอร์แอมเฟนาคอล เป็นสารที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์สาร โปรตีน ของ เซลล์, โดยกนการรวมตัวของกรด ไรโบ-นิวคลีอิก กับ ไรโบโซม. ผู้รายงานจึงได้ทดสอบการสร้าง แอนติบอดี ของ ท็อก-ซอยต์ ยาคทะยักในผู้ป่วย. ผลปรากฏว่า ๘ ใน ๑๐ คนที่ได้รับ ผลอร์แอมเฟนาคอล ในขนาดวันละ ๔ ก. และ ๖ ใน ๑๒ คน ที่ได้รับยานี้ในขนาดวันละ ๒ ก., การสร้าง แอนติบอดี ลดน้อยลงกว่าในรายที่ไม่ได้รักษา.

จากการพบความจริงเช่น, แพทย์ที่ฉีดวัคซีนให้ผู้ป่วย, ไม่ควรสั่งยา ผลอร์-แอมเฟนาคอล ให้ผู้นั้นร่วมด้วย.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. Zwaifler, N. : วัณโรค เมลานิน อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายจาก ผลอร์-โรควิน. *Medical World News.* 1965, Dec 17 : 31.

การสะสมของ ผลอร์โรควิน ในเนื้อ

เยื่อหุ้มกระดูกของนัยน์ตา, การคงอยู่เป็นเวลานานและการรวมกับวัณโรค เมลานิน เป็นสาเหตุที่ทำให้ยานี้เป็นพิษต่อตา.

การทดลองในสัตว์พบว่ายามีนี้ออกในตับ, ม้าม, ปอด, ไต และหัวใจ, ซึ่งมีความเข้มข้นกว่าในเลือดมาก, และพบว่าในหนูธรรมดา ยานี้สะสมอยู่ที่ ไชริส, ไชโรยด์ และเยื่อชั้นในของ เรตินา, มีความเข้มข้นสูงมาก, ซึ่งพยาธิสภาพจากการทดลองในสัตว์คล้ายกับที่พบได้ในคน.

ในการใช้ยานี้บำบัดใช้ รุห์มาติค โดยให้ในขนาด ๑๕๐ มก./วัน นาน ๓ ถึง ๖ เดือน มีพิษน้อยต่อตา. แต่ถ้าควบคุมโรคไม่ได้ก็ไม่ควรเพิ่มยามากขึ้น. การให้ยาในขนาดมากกว่า ๓๐๐ มก./วัน ในเวลาสั้น ๆ สลับกับการหยุดยา, มีอันตรายมากกว่าใช้ยานี้ขนาดน้อย ๆ ติดต่อกัน.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. Med.

๙. Soderlund, S., B. Robertson, R. Barlenghi : โรคถุงลมพองทั้งกลีบปอดในเด็ก *Acta Paediat. Scand. Suppl.* 1965, 159:89.

รายงานผู้ป่วย ๑๔ ราย, หญิง ๓

รายและ ชาย ๑๑ ราย, อายุกั้งแต่ ๑๐ วัน ถึง ๘ ปี, ๑๐ รายอายุต่ำกว่า ๖ เดือน. มีอาการแสดงว่าหายใจลำบากตั้งแต่สัปดาห์แรก หลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุการติดเชื้อ, อาการคั่งยวณแรงขึ้น, มี ๔ รายที่มีอาการปัจจุบัน ต้องทำการผ่าตัดช่วยก่อน. พยาธิสภาพพบว่าเป็นทกกลับขนปอดซ้าย ๘ ราย, กลับขนปอดขวา ๒ ราย และ ๔ รายเป็นทกกลับกลางปอดขวา. การทักสินวินิจฉัยโรคอาศัยภาพรังสีเอ็กซ์ช่วยโดยวิธีเทคนิคพิเศษ. การรักษาทำโดยการตัดเอาปอดกลับนั้นออก ๑๒ รายและตัดเพียงบางส่วน ๒ ราย. ปอดที่ตัดออกนำไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่ามีถุงลมพองโป่งอย่างมาก และมีถุงลมแฟบเป็นหย่อม ๆ, ๖ รายมีผนังส่วนที่แฟบกลายเป็นพังผืดและ ๓ รายมีการเจริญของถุงลมผิดปกติคล้ายเป็นท่อม. การพยากรณ์โรคนี้ว่าดี และเมื่อติดตามต่อไปในระยะ ๑-๑๐ ปี, ๗ ใน ๘ รายเป็นปกติ. มีปอดอักเสบ ๑ รายและอีก ๑ รายมีการพองโป่งของถุงลมอีกเล็กน้อยในขอบบริเวณใกล้เคียงส่วนที่ตัดออกไป. ๑ รายติดท่อไม่ไ้, ๔ รายเพิ่งได้รับการผ่าตัด, สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่.

มนตรี ตูจินดา พ.บ.

๑๐. Dubey, M.P., P.S. Gupta, H.K.

Chuttani : เอนตาไมด์ ฟิวโรเอท ในการรักษาโรค อะมีบา ลำไส้. J. Trop. Med. Hyg. 1965, 68:63.

การทดลองการรักษาโรค อะมีบา ลำไส้ด้วยยา เอนตาไมด์ ฟิวโรเอท (Entamide furoate) ในผู้ป่วย ๑๑๐ รายของโรงพยาบาล ไชวรินทร์, นิวเดลี, โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใน ๗๐ ราย และผู้ป่วยนอก ๔๐ ราย. การวินิจฉัยโรคใช้ตรวจอุจจาระ. โดยให้ยาในขนาด ๒๐ มก./ก.ก./วัน ในรูปยาเม็ดชัค (๐.๕ ก.). แบ่งในวันละ ๓ ครั้ง, ติดต่อกันเป็นเวลา ๑๐ วัน. แล้วติดตามโดยตรวจอุจจาระทุกวันเป็นเวลา ๑๐ วัน และติดตามต่อไปอีกทุกสัปดาห์เป็นเวลา ๑๘ เดือน.

ผลปรากฏว่าในรายเรื้อรัง และไม่มีอาการตรวจอุจจาระไม่พบพยาธิหลังให้ยา ๘ วัน, และอาการหายไปถึง ๕๐ เปอร์เซ็นต์. ในรายปัจจุบัน ๖ ใน ๑๐ ราย ตรวจพยาธิไม่พบในวันที่ ๑๐.

เมื่อติดตามอยู่ ๗ เดือนพบว่าใน ๑๑๐ รายมีโรคกลับ ๒๐ ราย. แต่จะกลับหายเมื่อช้ำยาใหม่. ยานขอเสียมเพียงทองออกเล็กน้อยเท่านั้น.

ดำรง เพ็ชรพลาญ พ.บ., M.S.

ปกิณกะ

๑. บนทกเรืองเศร่า

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๘ วัน
เวลาเที่ยง ผมไปที่ห้างขายผ้าแห่งหนึ่ง
ถนนราชวงศ์เพื่อพบกับนายห้างชาวอินเดียน
ผู้หนึ่งซึ่งได้ติดต่อกันมาก่อนแล้วเนื่องด้วย
เขาประสงค์จะให้ติดคนไข้แก่โรงพยาบาล
ศิริราช. ผมทราบมาจากผู้ใกล้ชิดของ
เขานายห้างผู้เริ่มชีวิตการค้าด้วยการ
แบกห่อผ้าห่อใหญ่ ๆ เร่ขายไปตามบ้าน
แต่สมัยหนุ่ม ๆ. บัดนี้อายุเจ็ดสิบเศษมีเงิน
หลายล้าน, จึงตั้งใจจะทำบุญครั้งใหญ่กับ
ศิริราชพยาบาล. เมื่อได้ทักทายกันแล้ว
นายห้างก็ได้บอกว่าเขาตกลงใจแน่นอน
แล้วว่าจะให้ติดเตียงที่พกดกัไว้ (ซึ่งราคาค่า
ก่อสร้างหนึ่งล้านสองแสนเศษ) และได้สั่ง
ให้ช่างของเขาลงมือก่อสร้างได้แล้ว. ผม
ได้พคอนโมทนากับเขาโดยแสดงความยินดี
ด้วยว่าเขาได้บุญมาก เพราะติดหลังนี้จะ
ได้เป็นที่พักพิงอาศัยของคนไข้บ้ละหลาย
พันคน. เขายิ้มน้อย ๆ แล้วพูดว่า “แต่เข้า
โรงพยาบาลบางแห่งยังต้องเสียเงิน.” ผม

ชี้แจงกับเขาว่าถ้าคนไข้สามารถเสียได้โรง
พยาบาล ก็เก็บเงินเพื่อไปช่วยค่าใช้จ่าย,
เพราะโรงพยาบาลต้องรับคนไข้อนาถาเป็น
จำนวนมาก. ผู้ที่ไม่มีเงินจะเสียนนเมออยู่
ในโรงพยาบาลก็ไม่เสียอะไรเลย. เขาก
ยื่นคำว่า “แต่จะเข้าต้องเสียเงินนะ.” (เขา
พูดไทยได้ไม่คั่นก.) ผมนึกได้ถึงเรื่อง
เคยได้ยินมากรับบอกเขาว่า “อ้อ, เรอ
เอาเงินนี้ไม่ใช่คนของโรงพยาบาล. เป็น
คนภายนอกซึ่งฉวยโอกาสเข้าไปหลอกคน
ไข้ว่ามีทางจะช่วยได้. แล้วก็เรียกเอาเงิน
ไป. แท้จริงนั้นช่วยอะไรไม่ได้. พวก
เคยถกตำรวจจับไปข้างแล้ว. แต่ถ้ายังมีอยู่
อีกก็จะต้องช่วยกันจัดการ.” เขายิ้มอีกแล้ว
พูดว่า “ไม่ใช่คนนอกนะ. หมอนะเอาเงิน.
ถ้าไม่ให้เงินก็ไม่ได้เข้า. พวกผมเคยไป.
ต้องเสียเงินจึงเข้าได้.” ผมยืนยันว่าจะ
ไม่ใช่หมอกระมัง. เขากลับยืนยันว่า “ใช่
หมอนะ. ที่แรกบอกว่าไม่มีที่. แต่ว่าถ้า
เสียเงินก็ทำได้. แล้วเขาเอาเงินแปดร้อย.
เขาก่อน. แล้วที่หลังก็เข้าได้. เข้าไปแล้ว

เขาก็คึกขาคือ. แต่เขาเอาเงินก่อน.” ผมรู้สึกกล้าขาคใจเต็มที แต่ก็พยายามพูดต่อไปว่า “ถ้าเป็นหมอแล้ว ทำอย่างนั้นก็ไม่ถูก. ถ้ารักษาที่ คลินิก ส่วนตัว แล้ว เรียก เงินไว้ก่อน. ยังพอไปได้. แต่ก็น่าเกลียด. ถ้าเข้าไปรักษาในโรงพยาบาล แล้ว เรียก เงินล่วงหน้าอีกด้วย, อย่างนี้เราถือว่าไม่ดี. หมอที่ดีไม่ทำเช่นนั้น. อย่างนี้เป็นเรื่องของหมอบางคนเท่านั้น.” ขณะนั้นมีแขกทำทาง ภูมิจาน อีกผู้หนึ่ง นั่ง อยู่ ที่ โต๊ะ นั้นด้วย. เข็มเขากงอ่านหนังสือพิมพ์อยู่เฉย ๆ. แต่พอผมพูดดังนั้นเขาก็เงยหน้าขึ้นแล้วกล่าวว่า “หมอเอาเงินเหมือนกันทุกคน. พันธ์ผมก็ถูกมาแล้ว. เขาเป็นโรค.....ไปที่โรงพยาบาล.....ไปกินหนักหนักไม่มีที่อยู่ที่. ที่หลังมีหมอไปหาที่บ้าน. บอกว่าต้องหาเงินมาให้พันธ์. ถ้าหาได้ก็จะมิด. คนนั้นเขาก็ไม่มีเงิน. เป็นผู้หญิงคนเดียว. ผัวตาย. พันธ์ต้องช่วยพันธ์ออกเงิน. พอให้เงินเขาไปแล้ว, เขาเขียนหนังสือให้. รุ่งขึ้นเขาไปที่โรงพยาบาลก็ได้เข้ารักษา. ถ้าไม่เสียเงินก็คงไม่ได้รักษา. เป็นอย่างนั้นทั้งนั้น.” ผมฟังแล้วก็ไ้แต่ตั้งหน้าซำและตัวซำ. หน้าซำเพราะ

ความละอาย — อายแทนหมอกที่เขากล่าวถึงซึ่งเขาคงรู้จักว่าเป็นผู้ใด. และอายสำหรับตัวเองถ้าหากว่าเขาเห็นว่าผมเองก็เป็นหมอละอายด้วย, ขางที่อาจจะเป็นอาจารย์ของหมอนั้นก็ได้. (ผมเข้าใจว่าเขาคงคิดว่าเป็นนายช่าง, เพราะไปพุดกับนายห้างเรื่องการก่อสร้าง.). ตัวซำเมอคิดในใจว่าหาก คนที่เขากล่าวถึงนี้ เป็นนายแพทย์จริงๆ, ก็เป็นตัวอย่างแสดงให้เห็นอิทธิฤทธิ์ของความโลภว่าสามารถกล่อมเกลาคใจของคนเราได้ถึงเพียงนี้. แม้ผู้ที่เรียนจบวิชาแพทย์ซึ่งถกกันว่ามีความรู้สูงและได้รับการอบรมอย่างดียิ่งแล้ว, ยังถูกย้อมจิตใจให้ มีวเมาจน มองเห็น แต่เพียงลาภที่จะไ้, ไม่ได้มองเห็นภัยซึ่งลอมอยู่รอบข้าง. การหาเงินโดยวิธีนี้เป็นการทำอันตรายต่อตนเอง, เพราะผู้ที่รู้เห็นยอมจะเล้ากันต่อ ๆ ไป. ไม่ช้าเขาก็จะต้องพ่ายแพ้แก่ความเห็นของคนหมู่มากที่รู้ความจริง, แล้วก็เหลือทางอยู่แต่จะต้องหนีสังคมไปสร้างตัวในที่ใหม่. เขาอาจไ้เงินแปดเก้าร้อยบาทหรือพันสองพันบาท, แต่ทว่าแต่ละครั้งที่ไ้เงินนั้นตัวเขาคงถูกแข่งอยู่ภายในใจของผู้ยเงินให้, วงการแพทย์ของไทยคงจะพลอยถูกเหยียดหยาม,

และครูบาอาจารย์ของเขา ก็คงพลอยตกต่ำไปด้วย. ผู้ที่มีสติลองคิดทบทวนดูย่อมจะเห็นได้โดยง่ายว่า “ได้ไม่คุ้มเสีย.” ในความโลภคงจะบดบังปัญญาเสียจนคนนั้นๆ คิดอะไร ไม่ ออก ไป หมด แล้ว นอ ก จาก “ความได้.”

ผมลาจาก นายห้าง แล้ว นั่งรถสามล้อ กลับศิริราช. คิดมาตลอดทางว่าจะทำอย่างไรก็จึงจะช่วยเพื่อนแพทย์นั้นๆ ผู้ตกอยู่ในอุ้งของความโลภได้. มองไม่เห็นทาง

อื่นนอกจากจะเตือนกันโดยตรงไปตรงมา. ผู้ที่เกี้ยวข้อง คงจะไม่โกรธถ้าระลึกได้ว่าเป็นการเตือนด้วยความหวังดี, ทั้งโดยส่วนตัวและโดยส่วนรวม. เมื่อกลยถึงที่ทำงานก็นั่งลงพิมพ์บทความนี้, ตงหัวชื่อว่า “บันทึกเรื่องเศร้า” เพราะกำลังเศร้าจริงๆ. ถ้าจะมีคำไหนรุนแรงไปบ้าง ก็คงจะเป็นเพราะปฏิกิริยาจากความเศร้านั่นเอง. ผมขออภัยด้วย.

“ไฟสามกองซึ่งขี้ไต้ยากและเผาคนทุกคนอยู่ตลอดเวลา คือ “ไฟแห่งความโลภ,” “ไฟแห่งความโกรธ.” “ไฟแห่งความหลง.” ควรพยายามกระทำให้ลুকน้อยลงด้วยธรรมโมกข์ซึ่งได้แก่ “สันโทษ” (คือความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่หรือได้มาโดยควรแก่ฐานะ), “เมตตา” (คือความรักและเอ็นดู, ปรารถนาให้ผู้อื่นได้สุข) และ “ปัญญา” (คือความสามารถสอดส่องให้รู้เห็นสภาวะต่างๆ ตามความเป็นจริง). พึงเพียรอบรมคุณธรรมทั้งนี้ให้แตก่างอย่างซนๆ.

ใครปล่อยไฟไฟลุกลาม, ก็เดือดร้อนหนัก.

ใครระงับไฟไฟเพียงใด, ก็สุขสงบซนเพียงน.

ใครดับไฟสิ้น, ก็พ้นทุกข์.”

(ปทานโก. สารศิริราช. ๒๕๐๘, ๑๗ : ๕๔.)

อวย เกตุสิงห์

๒๒. จดหมายจากตุ๊ต

Men's graduate Dormitory, Duke University, Durham, N.C., U.S.A.

๑๑ ตุลาคม ๒๕๐๘

กราบเรียน อาจารย์ที่เคารพ

ผมไปอยู่ "Duke" ได้เกือบหนึ่งแล้ว พอที่จะทราบความเป็นไปต่าง ๆ เล่าให้ อาจารย์ทราบได้ไม่ผิดพลาดบ้างแล้ว. มหาวิทยาลัยนเช่นมหาวิทยาลัย ที่อยู่ แนว หน้า ของสหรัฐ ฯ เพราะเขาจ้างอาจารย์ดี ๆ ไว้. ๒๕ เพราะเงินของมหาวิทยาลัยมีมาก, ได้ จาก James B. Duke, ราชายาสืบของ สหรัฐ ฯ. บ๊องของท่านผู้นี้เป็นคนแรกที่ประ- ๒๖ ติษฐู "ซีกาเรตต์" ขายในอเมริกา. เริ่ม จากเป็นคนไม่ร่ำรวยอะไรมาเลย, แล้วกล ๒๗ หลานช่วยกันเสริมสร้างจนเป็นตระกูลมหา ๒๘ เศรษฐี. พอถึงสมัยหลาน, คือท่านผู้นี้ไม่มี ๒๙ คนสืบตระกูลต่อ, เลยอธิศทุ่มเทเงิน ๓๐ สร้างมหาวิทยาลัยคค, สร้างตักกำแพงทำ ๓๑ ๓๒ ๓๓ ๓๔ ๓๕ ๓๖ ๓๗ ๓๘ ๓๙ ๔๐ ๔๑ ๔๒ ๔๓ ๔๔ ๔๕ ๔๖ ๔๗ ๔๘ ๔๙ ๕๐ ๕๑ ๕๒ ๕๓ ๕๔ ๕๕ ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ ๖๐ ๖๑ ๖๒ ๖๓ ๖๔ ๖๕ ๖๖ ๖๗ ๖๘ ๖๙ ๗๐ ๗๑ ๗๒ ๗๓ ๗๔ ๗๕ ๗๖ ๗๗ ๗๘ ๗๙ ๘๐ ๘๑ ๘๒ ๘๓ ๘๔ ๘๕ ๘๖ ๘๗ ๘๘ ๘๙ ๙๐ ๙๑ ๙๒ ๙๓ ๙๔ ๙๕ ๙๖ ๙๗ ๙๘ ๙๙ ๑๐๐

ชั้นต้นให้เป็นมหาวิทยาลัยสอนวิชา คณิตศาสตร์ และโรงเรียนแพทย์. ประมูลเอาอาจารย์ ๑๐๐ คนขอเลี้ยงมาสอนแล้ว ขยาย คณะ ต่าง ๆ จนครบหมดทุกแขนงวิชาสมบูรณ์แบบ มหา ๑๐๑ ๑๐๒ ๑๐๓ ๑๐๔ ๑๐๕ ๑๐๖ ๑๐๗ ๑๐๘ ๑๐๙ ๑๑๐ ๑๑๑ ๑๑๒ ๑๑๓ ๑๑๔ ๑๑๕ ๑๑๖ ๑๑๗ ๑๑๘ ๑๑๙ ๑๒๐ ๑๒๑ ๑๒๒ ๑๒๓ ๑๒๔ ๑๒๕ ๑๒๖ ๑๒๗ ๑๒๘ ๑๒๙ ๑๓๐ ๑๓๑ ๑๓๒ ๑๓๓ ๑๓๔ ๑๓๕ ๑๓๖ ๑๓๗ ๑๓๘ ๑๓๙ ๑๔๐ ๑๔๑ ๑๔๒ ๑๔๓ ๑๔๔ ๑๔๕ ๑๔๖ ๑๔๗ ๑๔๘ ๑๔๙ ๑๕๐ ๑๕๑ ๑๕๒ ๑๕๓ ๑๕๔ ๑๕๕ ๑๕๖ ๑๕๗ ๑๕๘ ๑๕๙ ๑๖๐ ๑๖๑ ๑๖๒ ๑๖๓ ๑๖๔ ๑๖๕ ๑๖๖ ๑๖๗ ๑๖๘ ๑๖๙ ๑๗๐ ๑๗๑ ๑๗๒ ๑๗๓ ๑๗๔ ๑๗๕ ๑๗๖ ๑๗๗ ๑๗๘ ๑๗๙ ๑๘๐ ๑๘๑ ๑๘๒ ๑๘๓ ๑๘๔ ๑๘๕ ๑๘๖ ๑๘๗ ๑๘๘ ๑๘๙ ๑๙๐ ๑๙๑ ๑๙๒ ๑๙๓ ๑๙๔ ๑๙๕ ๑๙๖ ๑๙๗ ๑๙๘ ๑๙๙ ๒๐๐

สำหรับบ้านภูมิประเทศ ของ รัฐนี้ เป็น บ้านนอกเงียบเหงามากเหมือนแฉว ๆ โค- ๒๐๑ ๒๐๒ ๒๐๓ ๒๐๔ ๒๐๕ ๒๐๖ ๒๐๗ ๒๐๘ ๒๐๙ ๒๑๐ ๒๑๑ ๒๑๒ ๒๑๓ ๒๑๔ ๒๑๕ ๒๑๖ ๒๑๗ ๒๑๘ ๒๑๙ ๒๒๐ ๒๒๑ ๒๒๒ ๒๒๓ ๒๒๔ ๒๒๕ ๒๒๖ ๒๒๗ ๒๒๘ ๒๒๙ ๒๓๐ ๒๓๑ ๒๓๒ ๒๓๓ ๒๓๔ ๒๓๕ ๒๓๖ ๒๓๗ ๒๓๘ ๒๓๙ ๒๔๐ ๒๔๑ ๒๔๒ ๒๔๓ ๒๔๔ ๒๔๕ ๒๔๖ ๒๔๗ ๒๔๘ ๒๔๙ ๒๕๐ ๒๕๑ ๒๕๒ ๒๕๓ ๒๕๔ ๒๕๕ ๒๕๖ ๒๕๗ ๒๕๘ ๒๕๙ ๒๖๐ ๒๖๑ ๒๖๒ ๒๖๓ ๒๖๔ ๒๖๕ ๒๖๖ ๒๖๗ ๒๖๘ ๒๖๙ ๒๗๐ ๒๗๑ ๒๗๒ ๒๗๓ ๒๗๔ ๒๗๕ ๒๗๖ ๒๗๗ ๒๗๘ ๒๗๙ ๒๘๐ ๒๘๑ ๒๘๒ ๒๘๓ ๒๘๔ ๒๘๕ ๒๘๖ ๒๘๗ ๒๘๘ ๒๘๙ ๒๙๐ ๒๙๑ ๒๙๒ ๒๙๓ ๒๙๔ ๒๙๕ ๒๙๖ ๒๙๗ ๒๙๘ ๒๙๙ ๓๐๐

การกินสมบรณ์เพราะเป็นเมืองเกษตร. คนไทยอยู่ได้สบายแต่คนรักสนุกอยู่ไม่ได้แน่. ถนนหนทางที่ปานกลางเพราะกินฟ้าอากาศ อำนวย คือความชื้นมันน้อยกว่าเมืองเราและพื้นฐานถนนแข็ง เพราะเป็นเนินดินเหนียว และภูเขาจึงทำให้ถนนไม่ชำรุดง่าย อย่างของเรา. อากาศตอนมาใหม่ ๆ เป็นระยะปลายฤดูร้อน, อากาศจึงเหมือนบ้านเราไม่มีผิด. มีฝนตกบ้าง. แต่อย่างไรก็ตาม ความชื้นของอากาศน้อยกว่าบ้านเรา, เพราะผมซักผ้าผึ่งไว้ในร่มแห้งเร็วกว่าเมืองเรามากทั้ง ๆ ที่อยู่ในบ้านที่ลมถ่ายเข้าไม่ได้สะดวกอย่างบ้านแบบของเราเลย. เดือนนั้นเข้าหน้าหนาวแล้วหนาวขนาดหน้าหนาวจัด ๆ ของเรา (บางวัน ๕๐° ฟ.). แต่บางวันอยู่ที่ ๆ ไม่มีทำทีอะไรเลยฝนก็ปรอยบาง ๆ ลงมา. แต่ผมก็อยู่ได้สบาย, ไล่เสื้อออกก็พอ.

ค่านอาหารที่หอพักและโรงพยาบาลขอชมว่าเป็นที่หนึ่ง. อาหารดีมาก, อร่อยก็จริงสมกับค่าแถมของ คณะแพทย์ เขาเคยไว้ในวารสารของเขาว่า อาหารที่นั่นเขาเชื่อใจว่าน่าหนักกว่าแห่งอื่น ๆ. ทุกเมื่อคนเข้าคิวยาวเหยียดกว่าของ คาเฟ่เทอเรียที่หอใหม่เรามาก. ถ้าคนไทยใจร้อนมาเจอเข้าคงถอยหนีแน่. เขาเคยช่วยว่าเป็น

คาเฟ่เทอเรีย ชั้นหนึ่งทีเดียว. คนรักอาหารเย็นหญิงนิโกร. คนเก็บเงินเป็นฝรั่งหญิง. แต่บางวันมีนักเรียนมาทำแทน. ถ้าวันใดนักเรียนทำแทนยิ่งคิวยาวเหยียดใหญ่เพราะไม่คล่อง.

บุตรทนมหลายสิบยี่ห้อ, ราคาถูกกว่าทอง, เพราะวิธีขึ้นเป็นแหล่งอุตสาหกรรมที่ปลูกโยยาสูบ พันธุ์เวอร์จิเนีย เป็นส่วนใหญ่ และโรงงานยาสูบใหญ่ ๆ มากมาย. แม้แต่เด็กก็สูบกินเกลือกกลาก.

ค่านักเรียนแพทย์นิสัยไม่นิ่มนวลอย่างคนไทยเรา, ไม่รักของ, ทำตามใจชอบ. ขณะเรียนมา ๑ เดือนแล้วและสอบไปหนึ่งวิชา. คะแนนที่โตสูง ๆ ทำ ๆ, สมองไม่อยู่ในขั้นเดียวกันเลย, ทั้ง ๆ ที่คณะที่เขาคุยกันว่าได้คัดเลือกเอาแต่นักเรียนดี โดยดูจากคะแนนและวิชาพื้นฐานต่าง ๆ ก่อนรับเข้ามา. ที่นทาน James B. Duke ขณะมีชีวิตได้กำชับว่าการรับนักเรียนแพทย์ขอให้ละเอียดถี่ถ้วน, โดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรเอาไว้. วันนั้นผมขอขุดที่นั่นก่อนครบ.

ด้วยความเคารพอย่างสูง

ประหยัด ทัศนากรณี

๓. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๔๖)

รากศัพท์

a- ไม่มี, ไม่มี, ไร, ขาด	articul- ข้อ (กระดูก)
ab- จาก, ไปจาก	as- ถึง, ด้วย
ac- ถึง, รวม	at- ถึง, ด้วย
acot- น้ำส้ม, กรดน้ำส้ม	aur- หู
acou- ฟัง, ได้ยิน	bacill-, bacter แท่ง
acr- ปลาย, ยอด	ball- ขว้าง
actin- รังสี, รัศมี	bar- น้ำหนัก
ad- ถึง, เคียง, ข้าง	bi- ชั่วคราว
aden- ต่อมน้ำ	bi- สอง
adip- ไขมัน	bil- น้ำดี
aer- อากาศ	blast- ดอกไม้ตูม, เด็ก, สิ่งกำลังออก
aesthe- รู้สึก	blep- ดู, เห็น
af- ถึง	blephar- หนังตา
ag- ถึง	brachi- แขน
-agogue นำ, ชักจูง	brachy- สั้น
alb- ขาว	brady- ช้า
alg- ความปวด	bronch- หลอดลม
all- อื่น, ต่าง	bucc- แก้ม
alve- ราง, ร่อง, ช่อง	cale- หิน, หินปูน
amph-, amphi- ทั้งสอง, คู่, ซ้อนสอง	calc- สัน
amyl- แป้ง	calor- ความร้อน
an-, ana- ขน, ข้ำ	cancr- ปู, มะเร็ง
ancyl- งอ, เป็นขอ, เป็นบ่วง	capit- หัว
andr- ชาย	caps- ถุง, สิ่งบรรจุ
angi- หลอด	carbo (n)- ถ่าน, ถ่านหิน
ankyl- งอ, เป็นขอ, เป็นบ่วง	cracin- ปู, มะเร็ง
ant-, anti- ต่อต้าน	cardi- หัวใจ
anto- ก่อน	cary- เม็ดใน, นูเคลียส
antr- ถ้ำ, หวัง	cat-, cata- ลง, ลบ
apo- จาก, แยกออก	caud- หาง
arachn- แมลงมุม	cav- โพรง
arch- ตั้งต้น, จุดเริ่ม	coc- ต้น
arthr- ข้อ (กระดูก)	-cele ส่วนโป่ง, เนื้องอก, อวัยวะเคลื่อนหลุด

cell- ห้อง, เซลล์	cortic- เปลือก
cent- ร้อย (จำนวน)	cost- ชีโครง
cente- เจาะ	crani กระโหลกศีรษะ
centr- จุดกลาง, ศูนย์กลาง, "ศูนย์"	creat- เนื้อ, เนื้อสัตว์
cephal- หัว	-crescent งอก
cept- รับ, ผู้รับ	cret-, crin- แยก, แยกออก, คัด
cerebr- สมองใหญ่	crur- ขา, หน้าแข้ง
cervic คอ	cry- เย็น
chancr- ฝี, มะเร็ง	crypt- ซ่อน, บัง, ลับ
cheil- ริมฝีปาก	cult- เลี้ยงดู, เพาะปลูก
cheir-, chir- มือ	cut- ผิวนาง
chlor- เขียว	cycl- วงกลม, เป็นรอบ
chol- น้ำดี	cyst- ถุง, กระเพาะ
chondr- กระดูกอ่อน	cyt- เซลล์
chord- เส้น, สาย, เชือก	dacry- น้ำตา
chro- สี	dactyl- นิ้วมือ, นิ้วเท้า
chron- เวลา	de- ลงจาก
chy- เท, ปล่อยไหล	dec- สิบ
-cid (e) ตัด, ฆ่า	dendr- ต้นไม้
cili- หนวด	dent- ฟัน
cine- เคลื่อนไหว	derm (at)- ผิวนาง
-cipient รับ, ผู้รับ	dextr- ขวา
circum- รอบ ๆ	di- สอง
-cis ตัด, ฆ่า	di (dia-) ทะลุ, แยก
clas- ทำแตก	di- (dis-) แยก, ห่างออก
clin- โค้ง, เท, เอนอนลง	dia- ทะลุ, แยก, (แข็ง)
clus- ปิด	digit- นิ้วมือ, นิ้วเท้า
co- ร่วม	diplo- คู่, สองทบ
coce- เมล็ด, เม็ดชา	dis- ออก, แยกออก
coel- โพรง	dors- หลัง
col- ร่วม	-ducent, duct- นำ
colp- โพรง, ช่องคลอด	dur- แข็ง
com- ร่วม	dynam (i)- พลัง
con- รวม, ร่วม	dys- ไม่ดี, ชั่ว, ไม่ถูก
contra- ต่อด้าน, แข็ง	e-, ec- ออกจาก
copr มูล, คุถ	ect- ภายนอก
cor- ร่วม	ede- บวม
corpor- ร่างกาย	ef- ออกจาก

-elc- แผล, แผลเบา
 -em- เลือด
 en- ใน, บน
 end- ภายใน
 enter- ลำไส้
 ep-, epi- บน, ภายหลัง, เพิ่มเติม
 erg- งาน, การ
 erythr- แดง
 eso- ภายใน
 esthe- ความรู้สึก
 eu- ดี, ประกติ
 ex- ออกจาก
 exo- ภายนอก
 extra- ภายนอก, พัน
 faci- หน้า
 -facient ทำ
 -fact- ทำ
 fasci- แถบ, มัด
 febr- ไข้
 -fect- ทำ
 -ferent นำ, พาไป
 ferr- เหล็ก
 fibr- เส้นใย
 fil- เส้นด้าย
 fiss- แยก
 flagell- แส้
 flav- เหลือง
 -flect- งอ, โค้ง, เบน
 flu-, flux- ไหล
 for- ประตู, ช่อง
 -form รูป
 fract- แตก
 front- หน้าผาก
 -fug (e) หนี, หลบ
 funct- ทำหน้าที่, รับผิดชอบ
 fund-, fus- เท
 galact- นานม
 gam- การแต่งงาน, การสังวาส

gangli- พอง, บวม, บวม
 gastr- กระเพาะ
 gemin- แผล, คู่
 gen- กลายเป็น, เกิดขึ้น, ตั้งต้น, ให้เกิด
 germ- สิ่งผลิต
 gest- ตั้งครรภ์
 gloss- ลิ้น
 glott- ลิ้น, ภาษา
 gluc-, glyc (y)- หวาน
 gnath- คาง
 gno- รู้, รู้แจ้ง
 gon- กลายเป็น, เกิดขึ้น, ให้เกิด
 grad- ก้าวเดิน
 -gram ชัด, เขียน, บันทึก
 gran- เมล็ด, ชนเศษ
 graph- ชัด, เขียน, บันทึก
 grav- หนักเกิน
 gyn- (ec)- หญิง, ภรรยา
 gyr- วง, วงกลม
 haem (at)- เลือด
 hect- ร้อย (จำนวน)
 helc- แผลเบา
 hem (at)- เลือด
 hemi- ครึ่ง
 hepat- ตับ
 hept (a)- เจ็ด
 hered- ทายาท
 hex, hexa- หก
 hex- มี, ครอง
 hidr- เหงื่อ
 hist- เนื้อ, ใย
 hom- ร่วม, เดียวกัน
 hydrat- น้ำ
 hydr- น้ำ
 hyp- ใต้, เบื้องใต้, ต่ำ
 hyper- เหนือ, พัน, สูงสุด
 hypn- หลับ
 hypo- ใต้, เบื้องใต้, ต่ำ

hyster- มดลูก
 iatr- แพทย์
 idi- แปลก, แยกขาดเจน
 il- ไม่มี
 im- ใน, บน
 in-¹ เส้นใย
 in-² ใน, บน
 in-³ ไม่มี
 infra- ใต้
 insul- เกาะ (นาม)

inter- ระหว่าง
 intra- ภายใน
 ir- ใน, บน, ไม่มี
 is- เท่า, เท่าเทียม
 ischi- ตะโพก
 jact-, ject- โยน, ขว้าง
 junct- ต่อ, ประสาน
 kary- เม็ดใน, อนุเคลียส
 kerat- เขาสัตว์
 kil- หนึ่งพัน (จำนวน)
 kine- เคลื่อนไหว

การส่งเงินค่าบำรุง

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

CLINICO - PATHOLOGICAL CONFERENCE*

Edited by Sompop Ruangtrakool, M.B.,

Rungsun Pushpakom, M.B.,

Sararat Yongchaiyudha, M.B.,

Phanom Phoungcherdchoo, M.B.

Case 7-1965

Presentation of Case

Dr. Banyat Prijyanonda:** This 70-year-old Chinese man was admitted on October 20th, 1965 because of fever for 10 days.

The history was very difficult to get because of his deafness and the general disinterest of the companions. As far as could be gathered he had over the past year occasional coughs with white sputum. There was no hemoptysis, chest pain or orthopnea. One month before admission he often regurgitated his food and had more frequent coughs. Ten days before admission he developed fever and became lethargic.

The past history was not contributory.

On admission, the body temperature was 37°C., the pulse rate 108/min., respiration rate 36/min., and the blood pressure 90/60 mm.Hg. The patient was slightly pale, dehydrated, dyspneic and somnolent, but could be aroused for conversation. Dullness and medium crepitations were detected over the right lower chest posteriorly. There were some stiffness and limitation of movements of the elbow, wrist and

interphalangeal joints bilaterally, without swelling or tenderness. Liver and spleen were not palpable.

Hemoglobin concentration was 13.6 gm. per cent; red-cell count was 3.9 million per c. mm., white-cell count was 4,900 per c. mm., with 86 per cent neutrophils, 12 per cent lymphocytes and 2 per cent monocytes; platelet count was normal. The urine gave a 1-2 plus test for protein, specific gravity 1.014; the sediment contained few white cells and several granular casts per high-power field. Stool examination revealed positive Benzidine test but no parasites. Blood NPN was 84 mg. per cent, creatinine 2.9 mg. per cent, albumin 3.4 gm. per cent, and globulin 3.9 gm. per cent. Hemoculture on October 21st grew *Alkaligenes faecalis*, and on November 5th, *E. Coli* communior. Throat swab and sputum cultures were negative. A chest radiograph showed chronic moderate pulmonary infiltration in the right lower lung field.

Progress: Intramuscular sodium penicillin G (2 million units/day) was promptly begun for lung infection. During the first week, the patient was essentially afebrile but continued to cough, and the chest signs were unchanged. On the eighth hospital

* Under participation of the Dept. of Internal Medicine (Head of Dept.: Prof. Dr. Chitt Tuchinda) and the Dept. of Pathology (Head of Dept.: Prof. Dr. Pradit Tansurat).

** Assoc. Prof., Div. of Resp. Dis. & Tuberc., Dept. of Int. Med.

day he became more confused, and lapsed into coma. The body temperature rose steadily. He became more dyspneic and dehydrated. The urine gave persistently 1 to 2 plus albuminuria, and several granular casts and a trace of acetone. Serum sodium was 154 mEq/lit., potassium 5.2 mEq/lit., and carbon dioxide combining power 17 mEq/lit.. Despite all active measures including correction of dehydration and acidosis, intravenous Dexamethasone (Oradexon^(R)) and Pyrrolidinomethyl tetracycline (Reverin^(R)), and use of Bird respirator, his condition got steadily worse. Lumbar puncture yielded slight xanthochromic fluid without other abnormal findings. On November 3rd, serum sodium was 148 mEq/lit., potassium 4.6 mEq/lit., chloride 107 mEq/lit., the carbon dioxide combining power 26.5 mEq/lit., NPN 165 mg. per cent, and creatinine 5.4 mg. per cent. On November 5th, serum sodium was 150 mEq/lit., potassium 4 mEq/lit., chloride 118 mEq/lit., the carbon dioxide combining power 21.5 mEq/lit., NPN 165 mg. per cent, and creatinine 4.8 mg. per cent. Urine electrolytes on November 5th revealed a concentration of potassium to be 28 mEq/lit. and a chloride 15.5 mEq/lit.. On the sixteenth hospital day, one day before death, few pustules on his right hand, hematuria and melaena were noted. The hospital course was 17 days.

Clinical Discussion

Dr. Somchai Bovornkitti:* During the first week of hospitalization the patient

was not febrile; this contradicts the chief reason for admission. Was the rise of body temperature noted in the Out-Patient Department?

Dr. Mant Haraphongse:** Unfortunately, his OPD-record was mislaid so I cannot tell. But his friend firmly substantiated that the patient had had fever before admission.

Dr. Priya Khanjanasthiti:*** The first chest film taken two days prior to admission showed areas of pneumonitis in the right lower lung field, and fibrous adhesion in the right base pulling the medial portion of the right dome of diaphragm upwards. There was an area of increased radiolucency indicating compensatory emphysema at the periphery of the right lower lung field. There was some dilatation and tortuosity of the aorta. The film taken two weeks later showed more patchy infiltration in the same region interpreted as pneumonitis, progressing. In addition, the tip of the endotracheal tube was in the left main bronchus, so I would like to know whether this finding had any clinical significance.

Dr. Priyanonda: The tip of the tube was actually seen at the bronchial orifice, so, I do not think it caused any trouble.

Dr. Sanga Nilwarangkur:**** When I first saw this patient, beside acidosis there were two outstanding features, viz., poor skin turgor and marked

* Assist. Prof., Div. of Resp. Dis. & Tuberc., Dept. of Int. Med.

** Resident, Dept. of Int. Med.

*** Assoc., Dept. of Radiol.

**** Instructor, Div. of Nephrol., Dept. of Int. Med.

hypotension, only 60 mm. Hg., which pointed to some degree of sodium and water depletion. So intravenous sodium bicarbonate was given promptly, and the blood pressure could be maintained at 110/80 mm. Hg. after a while. At this point, it was important to determine whether he had intrinsic renal disease. There were two suggestive findings: first, persistent proteinuria while afebrile, which suggested glomerular lesions; and secondly, elevated blood NPN and creatinine indicating decreased glomerular filtration rate which could be due to arteriosclerotic process, or inflammatory cells infiltration, or glomerular cells proliferation. Finding of elevated creatinine up to 2.9 mg. per cent is compatible with impaired renal function from arteriosclerotic process superimposed by infection which, in my opinion, was the most likely cause of intrinsic renal lesions in this case.

Another possible cause of intrinsic renal disease in this case is collagen disease, particularly periarteritis nodosa which involves kidneys and lungs, and produces granulation in nasal and aural cavities, leading to conduction deafness. But the absence of hypertension and eosinophilia excludes periarteritis nodosa.

Considering the patient's age, hereditary nephritis is improbable for most patients with this disease die in middle age.

Rise of blood NPN and creatinine in the late stage in this case was due to either decreased renal blood flow caused by infection or renal ischemia following hypotension, or both.

Prof. Dr. Rachit Buri:* Considering the age of this patient, 70 years, I think it is highly probable that some degree of arteriosclerotic change existed in the patient's kidneys. In my opinion, however, such change per se could hardly be responsible for the present illness, because prior to admission he had been in good health and there was no evidence of any of the triads of chronic renal failure, i.e., anemia, acidosis and azotemia. His illness must be attributed to other factors, superimposing on the existing intrinsic renal pathology, which is, in this case, arteriosclerotic kidney.

I agree with Dr. Sanga that this patient lost considerable amount of sodium in his urine although we had no direct evidence to support it; but there were indirect evidences as he mentioned.

Why should there be excessive sodium loss via the kidney? In arteriosclerotic kidney there is also deterioration of renal function especially the tubular function with inability to conserve water and sodium. The tubular cells are unable to respond fully to the usual hormonal influence, be it aldosterone or ADH. It is evident that in spite of signs of low sodium and water depletion the patient continued to produce large volumes of urine. I think that his tubular cells must be partially responsive to ADH as well as aldosterone. The lesions responsible for this is likely to be arteriosclerotic changes plus some degree of renal infection.

Dr. Priyanonda: In summary, I believe this man did have chronic

* Prof., Div. of Neprol., Dept. of Int. Med.

lung infection and arteriosclerotic kidneys. Findings supporting the presence of chronic lung infection included a long history of chronic coughs, the onset with respiratory tract infection, and roentgenographic evidence of pneumonitis in the right lower lung. The question that came to mind was: could it be that the patient had only one systemic disease, such as periarteritis nodosa or allied conditions. In my opinion, this possibility could be ruled out. Points against periarteritis nodosa in this patient were the absence of asthmatic attacks and absence of eosinophilia. I thought of Wegener's granulomatosis as a cause for acute uremia in an individual who had a background of respiratory illness, but the clinical picture was not suggestive, for there was neither hypertension nor eosinophilia. So I conclude that this man had chronic lung infection and subsequently developed bronchopneumonia and septicemia, which accounted for the rapid worsening of his pre-existing impaired renal function, and eventually terminated in renal failure.

Dr. Nilwarangkur: Steroid was also given to this patient to help retention of sodium for it could be that sodium loss was due to Addisonian state.

Dr. Bovornkitti: What was the nature of the blebs on the patient's hand?

Dr. Prijyanonda: They were probably septic infarcts.

Pathological Discussion

Dr. Prasert Pacharee:*

Gross Findings: The external examination of the body revealed no significant changes save for a rather marked emaciation and dehydration. There were 700 ml. of fluid in the pleural cavities (350 ml. each).

Both lungs were heavier than normal and were congested and edematous. The right and left lungs weighed 710 and 590 grams, respectively. Multiple abscesses, varying in size from several millimeters to one centimeter, were present throughout both lungs. There were few emphysematous bullae in the lower part of the left lung.

The heart weighed 390 grams. There was moderate dilatation of the left ventricle with slight hypertrophy. There were no gross abnormalities of the valves. The coronary arteries showed moderate degree of atherosclerotic changes. Three mural thrombi in various stages of organization were noted on the septal and lateral surfaces of the left ventricular chamber. The aorta showed moderate degree of atherosclerotic changes, more apparent in the abdominal portion. Mural thrombi were noted in the thoracic aorta and the orifice of the left external iliac artery.

The right and left kidneys weighed 90 and 100 grams, respectively. The capsule stripped with difficulty, and on the surface there were both fine and coarse granules. Few small cysts were noted in the cortices.

Bladder showed evidence of acute

* Assist. Prof., Dept. of Pathology.

hemorrhagic cystitis. There were yellowish exudate and hemorrhagic spots on the mucosa.

Microscopic Findings: The abscesses showed varying degree of tissue reaction, depending upon their age. In general, there were central foci of necrosis, and at the periphery zones of hyperemia and cellular infiltration, mostly neutrophils. Bacteria, bacilli and cocci, could be demonstrated. The bronchiolar walls were edematous and infiltrated largely with plasma cells and some lymphocytes. There was slight peribronchiolar fibrosis. Large spaces formed by coalescence of aveoli were noted.

The most conspicuous change in the kidney was thickening of the walls of small and medium size arteries, indicating intimal and medial hyperplasia. Increased fibrosis and slight lymphocytic infiltration were present throughout the interstitial tissue. Some glomerular fibrosis and tubular hyaline casts were noted.

The myocardium showed slight fatty infiltration, fatty degeneration, and few microscopic foci of necrosis. The mural thrombi showed evidence of organization but no demonstrable bacteria.

Anatomical Diagnoses

1. Chronic bronchitis and bronchopneumonia with lung abscesses.
2. Pulmonary congestion, edema and emphysema.
3. Moderate degree of atherosclerosis of coronary arteries.

4. Fatty infiltration, fatty degeneration and foci of necrosis of myocardium with organized mural thrombi of left ventricle.

5. Moderate degree of atherosclerosis of aorta with thrombosis of aorta and left external iliac artery.

6. Arterial and arteriolar nephrosclerosis.

7. Acute hemorrhagic cystitis.

Final Remarks

Dr. Pacharee: Was the catheter retained in this patient?

Dr. Priyjanonda: Yes.

Dr. Pacharee: This could explain the cause of acute hemorrhagic cystitis in this patient for the infection of the bladder occurs very frequently with the retained catheter.

Dr. Rungsun Pushpakom:* Was there any finding in the gastro-intestinal tract which could account for melaena?

Dr. Pachree: No.

Dr. Bovornkitti: Since septic infarcts has been mentioned earlier by Dr. Banyat, did the autopsy finding substantiate this?

Dr. Pachree: Unfortunately, it was not mentioned in the record, but, in my opinion, the infection could develop afterwards.

* Instructor, Div. of Resp. Dis. & Tuberc., Dept. of Int. Med.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนพฤศจิกายนพ.ศ. ๒๕๐๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๐๕๖	๑,๔๕๐	๒,๐๐๕	๑,๘๘๗	๒,๐๔๓	๖๓๕	๑๑,๑๒๐
	เก่า	๗,๐๕๐	๓,๕๓๕	๕,๒๖๐	๓,๐๗๐	๔,๗๕๕	๘๗๔	๒๕,๐๓๒
	รวม	๑๐,๑๐๖	๕,๓๘๕	๗,๒๖๕	๔,๙๕๗	๖,๘๙๘	๑,๕๐๙	๓๖,๑๕๒
	ใน	๒๔๘	๔๖๖	๑,๕๒๕	๓๐๔	๕๒๖	—	๓,๕๖๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๑๕, จักษุ ๗๐๘, สูติ—นารี ๗๐๑, รวม ๒,๐๒๔ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๗๑๒, หญิง ๗๒๕, รวม ๑,๔๓๗, คลอดตาย, ชาย ๑๗, หญิง ๗, รวม ๒๔.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๗ คน (๕.๑๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด), ได้ตรวจศพ ๖๔ ราย (๓๖.๑๕ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๓๓ ครั้ง, มหันตโทษ ๕๕ ครั้ง, ลหุโทษ ๑๐๗ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๖ ขวด, จากญาติ ๑๓๑ ราย.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซเรจ ๕,๘๕๕ คน. รักษาใหม่ ๗๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖๑ คน. วิทยุรักษา ๒๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖ คน. วิทยุไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๕๕ คน, วิทยุไอไอโซโทปวิจัย รักษาใหม่เก่า ๕๗๐ คน. ไดอะเทอร์มีย รักษาใหม่ — คน. รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๗๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๖๕๒ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๑๐,๒๐๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๔ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๐๖๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๕๓ ชิ้น (จากภายนอก ๒๖๕ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๐ ราย. การตรวจเชอร์มวีสวิตดัล ๕๕ ราย, ตรวจวิธี อี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๘๑๖ ราย. การตรวจวิธีพอลบินแนล ๘. หมู่เลือด ๗. นับเม็ดเลือด —. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจบัสสวาระ ๖๘ ราย, ตรวจอุจจาระ ๑๐ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๔ ราย. ตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๖๘ ราย. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๔๘. เพาะเชื้อบิด ๒๖. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๔๔. ตรวจศพนิติเวช ๔๐. ตรวจวัตถุพยาน ๖๑. ตรวจวิเคราะห์ ๔๕. ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๘๐.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๖๘๖. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๒๒๓. เพาะเชื้อจากบัสสวาระ ๓๔๖. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๘๓๘. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๕๒. เพาะเชื้อวัณโรค ๕๕. ฉีดสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๖๓. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๓๘.

๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๐. เจาะน้ำสันหลัง ๑๔. เจาะตับ ๖. เจาะน้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๘. จี้ผิวหนัง ๘. ฉีดยาทั่วไป ๒,๖๕๕. เบาหวาน ๓,๘๐๘. คลินิกวัณโรค ๒๓๑. คลินิกความดันเลือดสูง —.

๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๖๗. ถอนฟัน ๕๕๕. อุดฟัน ๔๑๘. ผ่าตัดช่องปาก ๕๒.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

ปาฐกถาพิเศษ

ในเดือนธันวาคม ๒๕๐๘, แชนกผู้มีเกียรติได้แสดงปาฐกถาพิเศษในโอกาสเข้าแวะเยือนคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คือ :

วันศุกร์ ที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๐๘ เวลา ๑๐.๐๐ น. ณ ห้องปาฐกถา แผนกกุมารเวชศาสตร์, เรื่อง "ความสำคัญ ของ "นีโอนาโตโลยี" ในสาขากุมารเวชศาสตร์", ศจ. น.พ. เอฟ. บามาเตอร์ แห่งมหาวิทยาลัยเยเนวา เป็นผู้บรรยาย.

วันอังคาร ที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๐๘ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมแผนกคัลยศาสตร์, เรื่อง "การรรักษาทางศัลยกรรมของโรคเนื้องอกของตับ", น.พ. อับดุล เอส. อิสลาม, ผู้อำนวยการการศึกษาแพทย์ของศูนย์การแพทย์ เซนต์บาร์นาซาส, นิวเจอร์ซีย์, เป็นผู้บรรยาย.

การประชุมในทางวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จัดให้มีการประชุมวิชาการ ประจำเดือนธันวาคม ณ ห้องบรรยายพยาบาลวิฑิตยง :

วันศุกร์ ที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๐๘

เวลา ๑๕.๑๐ น., เรื่องที่แสดงคือ "การศึกษาทางวิทยาโรคระบาด, ทางคลินิกและชีวเคมี เกี่ยวกับโภชนาการของไขมัน ในประเทศไทย", น.พ. ฮาร์วิลเยสส์ และ ดร. สิริินทร์ โลจายะ เป็นผู้เสนอ.

นักศึกษาเข้าเฝ้าถวายพระพร

ในพระราชพิธีเฉลิมพระชนมพรรษา ๒๕๐๘ คณะผู้แทนนักศึกษาแพทย์จำนวน ๓๖ คน ได้เข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทกราบบังคมทูลถวายพระพรชัยมงคล ณ พระตำหนักจักรลดาภิเษก, และได้ทูลเกล้าฯ ถวายสมุดปกอ่อนจำนวน ๑,๐๐๐ เล่ม และกินสอค่าจำนวน ๑,๕๕๐ แท่งโดยเสด็จพระราชกุศลด้วย.

พระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์

เนื่องในพระราชพิธีเฉลิมพระชนมพรรษา ๒๕๐๘ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ มหาวิริยมงกุฎ แก่ศาสตราจารย์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ๓ ท่าน, คือ ศจ. น.พ. สก. แสงวิเชียร, ศจ. น.พ. อรุณ เนตรศิริ และ ศจ. น.พ. อวย เกตุสิงห์.

พิธีเปิดตึก "อานันทราช"

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และ สมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ เสด็จพระราชดำเนินทรงประกอบพิธีเปิดตึก "อานันทราช" ในวันที่อังคาร ที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๐๘ เวลา ๑๕.๐๐ น. คณะแพทยศาสตร์กำหนดหน้าที่เกี่ยวกับ การนี้คือ ไปนี้: (๑) การจัดสถานที่ แผนกอายุรศาสตร์, แผนกพยาบาลผดุงครรภ์, แผนกศัลยกรรม (๒) การรับแขกและดูแลความเรียบร้อย ศจ. น.พ. สุก แสงวิเชียร และ อาจารย์ในแผนกกายวิภาคศาสตร์, ศจ. น.พ. แดง กาญจนารัตน์ และอาจารย์ในแผนกจักษุ ฯ, ศจ. น.พ. จิตต์ คุ้มจินดา และ อาจารย์ในแผนกอายุรศาสตร์, (๓) พิธีสงฆ์, การจัดดอกไม้, ทักษิชาพระ ศจ.

น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ, น.พ. ดำรง เพ็ชรพลาย, โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัย, (๔) การเลี้ยงน้ำ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย, (๕) การจัดแถวรับและส่งเสด็จ อาจารย์ผู้ปกครอง, ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัย, อนุสาสน์, (๖) เครื่องขยายเสียง นักศึกษาแพทย์ประสิทธิ์รัฐ

พัฒนรักษ์ (ร่วมกับเจ้าหน้าที่กรมประชาสัมพันธ์), (๗) คนตรี สโมสรนักศึกษา แพทย์ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล, (๘) หน้าทึบ เจ้าข้าราชการในคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล, (๙) เจ้าแถวรับและส่งเสด็จ นักศึกษาแพทย์, นักศึกษากายภาพบำบัดและนักศึกษาพยาบาล, (๑๐) การแต่งกาย ข้าราชการเครื่องแบบปรกติขาว, นักศึกษาแต่งเครื่องแบบ.

งานส่งท้ายปีเก่า—ต้อนรับปีใหม่ ๒๕๐๙

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดงานส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ ณ วันพฤหัสบดี ที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๐๘ ซึ่งมีกำหนดการดังนี้ :

๖.๓๐ น. ทำบุญตักบาตร ณ บริเวณหอประชุมราชแพทยาลัย, โดยแต่ละแผนกวิชาจัดอาหาร, แผนกอาหารของโรงพยาบาลเป็นผู้จัดข้าว.

๑๒.๐๐ น. เลี้ยงอาหารกลางวัน แยกกันเอง ณ หอประชุมราชแพทยาลัย.

การจัดงานแยกเป็นการประหยัดทั้งเงิน, เวลาและกำลังของอาจารย์และข้าราชการ, และเป็นการที่สมเหตุผลโดยทุกประการ. หวังว่าคณะแพทยศาสตร์จะได้ยึดไว้เป็นแบบฉบับที่ดีต่อไป.

ข่าวศิษย์เก่า

คณะอนุกรรมการบำเพ็ญประโยชน์

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทยซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะดำเนินการเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในค่านอนามัย ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการบำเพ็ญประโยชน์ขึ้น คณะกรรมการประกอบด้วย น.พ. ขุนสุวรรณ์ศรี, น.พ. สมบูรณ์ วิชัยโรทัย, น.พ. ประกอบ วิศาลเวทย์, น.พ. เขียนกรวิเชียร, น.พ. วินิจ อัครเสนา, น.พ. ไพโรจน์ นิงสานนท์, นายอภัยพิศลยบุตร, น.พ. สชาติ เจตนาเสน, นายสุพิน แสงจันทร์ และ นางสาวปราณี สาคกรพันธ์.

คณะกรรมการนี้เป็นศิษย์เก่าของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลเป็นส่วนใหญ่. หวังว่ากิจการข้างต้นคงจะประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี.

งานลูกเสือ

ในงานชุมนุมลูกเสือแห่งชาติครั้งที่ ๕ ณ ค่ายวชิราวุธ, ศิริราชฯ ระหว่างวันที่ ๕ ถึง ๑๓ ธันวาคม ๒๕๐๘, ศจ. น.พ. อวย เกตุสิงห์ อาจารย์ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นกรรมการกลางในสภาลูกเสือแห่งชาติ ได้รับการแต่งตั้งให้เขียนรองประธานแผนกวิเทศสัมพันธ์ เพื่อทำการรณรงค์ลูกเสือต่างประเทศที่มาร่วมงานครั้งนี้.

หนึ่งในคณะกรรมการกลางสภาลูกเสือแห่งชาตินี้ ศิษย์เก่าของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้ร่วมเป็นกรรมการด้วยอีก ๒ ท่านคือ น.พ. แสง สุทธิพงษ์ และ น.พ. ขุนสรวง เลขะกุล.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ของแถม

แหล่งกำเนิดของ ฮิสตามีน ในพลาสมาเวลาเกิด ช็อค

ว. ชมุตชเลอร์ และผู้ร่วมงานเสนอรายงาน (Arch.f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 252, 1966, 332-8) ผลการทดลองในหนูตะเภาเพื่อค้นหาแหล่งกำเนิดของ ฮีสตามีน ซึ่งปรากฏขึ้นอย่างเด่นชัดใน พลาสมา ของหนูตะเภาซึ่งตกอยู่ในภาวะ อนุพีแล็คคิก ช็อค (ฉีก โปรเทอีน), โทยวิธิเฮา แอนติเจน ไปใส่ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหนูซึ่งได้ เซ็นซิไทส์ ไว้ก่อนแล้ว. ปรากฏว่า ตับเป็นอวัยวะที่ปล่อย ฮิสตามีน ออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน.

อ.ก.