



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๑๐	Volume 19, Number 8, August 1967.
---------------------------------------	-----------------------------------

การศึกษาระบบนำเหลืองด้วยรังสีเร็นต์เกน*

สนวน บุณณวงศ์ พ.บ., พ.ด. (กิตติมศักดิ์), F.I.C.S.
ทวี บุญโชติ พ.บ., Dipl. Am. Bd. Radiol., ประสาร นิลประภัสสร พ.บ.
เทียนไชย ชัยสวัสดิ์ พ.บ.
(แผนกรังสีวิทยา)
(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสมรสุต)

การศึกษาระบบนำเหลืองด้วยรังสีเร็นต์เกน ภายหลังที่ฉีดสารทึบแสงเข้าในหลอดนำเหลืองนี้ ได้มีการศึกษามาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๓๐ โดย Funaoka, (4) ซึ่งได้ศึกษาโดยการฉีดย้อมทึบเข้าไป. แต่การศึกษานี้ ไม่ได้ก้าวหน้าแต่อย่างใด. จนกระทั่งในปี ค.ศ. ๒๕๕๒ Kinmonth (6) ได้ศึกษาระบบนำเหลืองอย่างจริงจังจนภายหลังได้คิดวิธีฉีดสารทึบแสงเข้าในหลอดนำเหลือง และเป็นวิธีที่ผู้เขียนได้ใช้

เรื่องย่อ บุณณวงศ์, สนวน, ทวี บุญโชติ, ประสาร นิลประภัสสร, เทียนไชย ชัยสวัสดิ์. การศึกษาระบบนำเหลืองด้วยรังสีเร็นต์เกน, สารศิริราช ๒๕๑๐ (ก.ศ. ๑๕๖๗), ๑๕: ๔๑๗ - ๔๒๕.
การศึกษาระบบนำเหลืองตั้งแต่กรกฎาคม ๒๕๐๗ ถึง มิถุนายน ๒๕๑๐ ได้กระทำในผู้ป่วยมากกว่า ๔๓ ราย, แต่มีรายงานสมบูรณ์พอที่จะนำมาศึกษาได้เพียง ๑๕ ราย. ในจำนวนนี้เป็นโรค ยี่ดัจกัณ ๓ ราย, ขาบวมน้ำที่ไม่ใช่มะเร็ง ๒ ราย และดูการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ๑๐ ราย. ผู้รายงานได้แจ้งวิธีการฉีดสารทึบแสงเข้าหลอดนำเหลืองและเครื่องมือที่ใช้ตลอดจนผลที่ได้รับจากการศึกษานี้.

* ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๗.

เรื่อยมา. แม้กระนั้นการศึกษาระบบน้ำ
เหลืองด้วยรังสี เรนตเจน ก็ยังไม่แพร่
หลายจนกระทั่งเมื่อประมาณ ๗-๘ ปี
มานี้. สำหรับในประเทศไทย อนันต์
สิทธิ์พันธ์ และ โชติ ธรรมาสถิตย์⁽¹⁾ ได้
เป็นคณะแรกที่ได้อายงานไว้ในจดหมาย-
เทศทางแพทยเมือปี ๒๕๐๗. ต่อมา
คีลาวัต อรรถจินดา และคณะ⁽²⁾ ก็ได้ศึกษา
การขมเอนงจาก พิลาโรเอซิส โดยการ
ใช้สารทึบแสงฉีดเข้าหลอดน้ำเหลืองและ
ถ่ายภาพด้วยรังสี เรนตเจน และได้ราย
งานไว้ในรังสีวิทยาสาร ในปี ๒๕๐๗
เช่นกัน. สำหรับคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาลผู้เขียนและคณะได้นำเรื่อง
การศึกษาระบบน้ำเหลืองด้วยรังสี เรนต-
เจน เสนอต่อที่ประชุมวิชาการของคณะ ฯ
เมื่อวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๐๗ ภาย
หลังที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยมาแล้วเป็นเวลา
ประมาณ ๔ เดือน. จากนั้นการฉีดสาร
ทึบแสง เข้าหลอดน้ำเหลืองและ ถ่ายภาพ
รังสีของหลอดน้ำเหลืองและต่อมน้ำเหลือง
ก็เป็นวิธีที่ใช้ในแผนกรังสีวิทยา, โรง
พยาบาลศิริราชมาจนปัจจุบัน.

ประโยชน์ของการศึกษาระบบน้ำเหลือง ด้วยรังสี เรนตเจน (7,8)

๑. ในแง่ของการวินิจฉัย.
 - ๑.๑. ในรายที่ขมเอนง เนื่องจาก ความ
ผิดปกติของระบบน้ำเหลือง.
 - ๑.๒. ใช้วินิจฉัย แยก โรคต่าง ๆ
ของเนื้องอกในช่องเชิงกรานและช่องท้อง.
 - ๑.๓. เพื่อหาคำแหน่งและขนาดของ
ต่อมน้ำเหลืองที่ทำการ กระจายของ มะเร็ง
ไปอยู่.
 - ๑.๔. วินิจฉัย ราย ที่เป็น มะเร็งของ
ต่อมน้ำเหลืองเอง.
 - ๑.๕. เพื่อหาคำแหน่งที่แน่นอนของ
พยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบน้ำเหลือง.
 - ๑.๖. เพื่อหาสาเหตุ ของ การมี น้ำ
เหลืองในช่องปอด, ช่องท้องและการถ่าย
ปัสสาวะเป็นน้ำเหลือง.
๒. ในแง่ของการรักษา.
 - ๒.๑. เพื่อช่วยคลี่คลายแพทย์ในการผ่า
ตัดเอา ต่อมน้ำเหลือง ออกโดย การฉีด
โหมลโรฟิด เข้าในหลอดน้ำเหลือง. สันจะ
ไปอยู่ที่ ต่อมน้ำเหลือง ทำให้ คลี่คลาย
เห็น ตำแหน่งของ ต่อมน้ำเหลือง ขณะผ่า
ตัดได้.

๒.๒. ช่วย ในการ รักษา ต่อมน้ำ
เหลืองด้วยรังสี.

๒.๓. ช่วยใน รายที่ ต้อง คัด ตามผล
เพราะสารทึบแสงที่ฉีดเข้าไปจะไปอยู่ใน
ต่อมน้ำเหลืองประมาณ ๑๒ เดือน.

๒.๔. ช่วยใน รายที่ ต้อง การรักษา
ด้วยสารเคมีหรือสาร ราดิโอไอโซโทป.

ผลแทรกซ้อนภายหลังการฉีดสารทึบ แสงเข้าหลอดน้ำเหลือง

๑. เจ็บ ขณะฉีด สาร ทึบ แสง เพราะ
หลอดน้ำเหลืองจะขยายตัวกว้างออก, ถ้า
ฉีดเร็วและใช้ความดันสูง. แต่ถ้าฉีดช้า
และใช้ความดันพอคิผู้ช่วยก็จะไม่รู้สึกรู้เจ็บ
แต่อย่างใด.

๒. เจ็บภายหลังฉีดเนื่องจากฉีดสาร
ทึบแสงเร็วเกินไป. หลอดน้ำเหลืองจะ
แตก ออกและ สารทึบแสง จะออก มาอยู่ที่
เนอรรอบ ๆ หลอดน้ำเหลือง.

๓. มีการติดเชื้อ.

๔. ทำให้ผิวหนังเป็นสีเนื่องจากการ
ฉีด Patent blue เพื่อหาตำแหน่งของ
หลอดน้ำเหลือง.

๕. แพ้สารทึบแสงที่ฉีด.

๖. เนื่องจากสารทึบแสงที่ฉีดเป็น

ส่วนผสมของน้ำมัน, จึงอาจทำให้เกิด
เอ็มโบลีสม์ ได้ และอาจทำให้เกิด ไล-
โปแกรนโลมา ในต่อมน้ำเหลืองอีกด้วย.

๗. เป็นไข้ภายหลังฉีดสารทึบแสง.

๘. ในทาง ทฤษฎี อาจจะมี การ แผล
กระจายของ มะเร็งในการฉีดเช่นนี้แต่ใน
ทางปฏิบัติยังไม่พบผู้รายงานไว้.

วิธีการฉีดสาร ทึบ แสง เข้า หลอดน้ำ เหลือง

ก่อนฉีดต้องหาหลอดน้ำเหลืองที่ต้องการ
การฉีดเสียก่อน, โดยทำความสะอาด
บริเวณเท้าหรือมือส่วนที่ต้องการฉีด. ฉีด
สี Patent blue ๑๑% ประมาณ ๐.๕ ถึง
๑ มล. เข้าในผิวหนังระหว่างง่ามนิ้ว
๑ และที่ ๒ กับที่ ๒ และที่ ๓ ในรายที่
ต้องการฉีดที่เท้า. บางคนใช้ยาชาเฉพาะ
ที่ผสมเข้ากับสี Patent blue โดยใช้ขนาด
อย่างละ ๐.๕ มล. เพื่อป้องกันการเจ็บ
ปวดขณะฉีด. แต่จากการสังเกตของคณะ
ผู้เขียนนี้, ถ้าฉีด Patent blue อย่างเดียว
จะมีการเจ็บปวดที่ บริเวณที่ฉีด น้อย มาก
และการฉีดที่ฉีด ทั้งใน ผิวหนัง และได้ผิว
หนัง จะ ทำให้ เห็น หลอดน้ำเหลือง เป็น
เส้น เขียว ชัดเจน ภายหลังฉีด ประมาณ

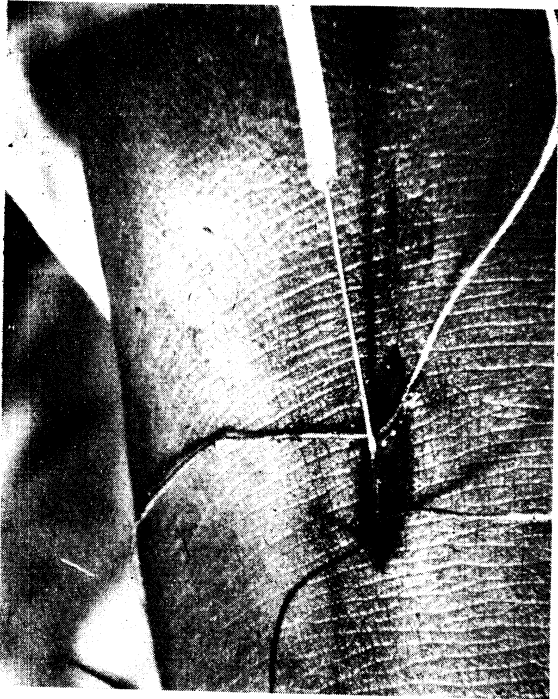


รูปที่ ๑. แสดงเส้นน้ำเหลืองภายหลังฉีด Patent Blue.

๑๐-๑๕ นาที (รูปที่ ๑). เส้นจะตกขยับ
ออกทางขั้วสภาวะและหายไปจากผิวหนัง
บริเวณที่ฉีดประมาณ ๒๔ ชม. ภายหลัง
ฉีด. ฉะนั้นควรจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบด้วย.

เมื่อสเข้าไปอยู่ใน หลอดน้ำเหลืองจน
ทำให้เห็น หลอดน้ำเหลืองชัดเจนแล้วก็
ผ่าลงไปที่ ผิวหนัง ในตำแหน่ง ที่ตรงกับ
หลอดน้ำเหลืองที่เห็น. ตำแหน่งที่ผ่าโดย
มากเป็นทาง ด้านในของ เท้าที่ต่ำกว่าข้อ
เท้าเล็กน้อย ทั้งนี้เพื่อ สะดวกในการ แทะ
เข็มฉีกรวเข้าในหลอดน้ำเหลือง. ก่อนผ่าก็
ต้องใช้ ยาชาเฉพาะ ที่ฉีด เข้าใต้ ผิวหนัง,

ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดจาก
การ ผ่าตัด แล้วยาชาจะไปกันให้หลอด
น้ำเหลืองขึ้นมา ชัดผิว หนึ่ง มาก ยิ่งขึ้น.
เมื่อได้หลอดน้ำเหลือง และแยก ออกจาก
เนื้อโดยรอบแล้วก็เอาเส้นตายคัลของขึ้นมา.
จากนั้นก็ใช้เข็มเบอร์ ๒๗ หรือ ๓๐ ซึ่ง
ได้ตัดแปลงแก้ไขโดยตัดเอาที่เข็มออก
แล้วและเอาปลายส่วนที่ร้อยเข้าไปในเส้น
พลาสติก เล็ก ๆ และผูกมัดให้เข็มยึดกับ
สาย พลาสติก ก็แล้วก็แทงเข็มเข้าไปใน
หลอดน้ำเหลือง. (เข็มและสาย พลาสติก
นี้ สามารถ หาได้ใน เมืองไทย และ ทำ
ใช้เองได้ ซึ่งจะถูกกว่าการสั่งเข็มที่ทำ
สำเร็จติดกับสาย โพลีเอธิลีน จากต่าง
ประเทศ.) เมื่อเข็มเข้าไปอยู่ในหลอดน้ำ
เหลืองดีแล้ว (รูปที่ ๒) ก็มัดเข็มติดกับ
หลอดน้ำเหลือง. ปลายด้านหนึ่งของสาย
พลาสติก ก็ร้อยด้วยเข็มฉีกรวขนาดเดียวกัน
กันแต่ไม่ต้องตัดกันเข็มออก. ทั้งนี้เพื่อ
ที่จะได้ เอาไปติดกับ กระบอก ฉีดยาซึ่งได้
บรรจุ สารทึบ แสงไว้แล้วและอยู่ในเครื่อง
ฉีดซึ่งคณะผู้เขียนได้ตัดแปลงมาจากเครื่อง
ฉีดแบบของ Wohlgemuth, J.⁽⁹⁾ เครื่อง
ฉีดดังกล่าว ได้ทำขึ้นใน เมืองไทย มีราคา
ถูกมาก. นำหนักที่ฉีดก็ให้ สารทึบแสง



รูปที่ ๒. แสดงเข็มที่แทงเข้าไปกำลังจะไหลลงน้ำเหลือง.

เกินเข้าหลอดน้ำเหลืองนั้นก็ใช้ฝาทะกั่วที่เป็นฝ้ายคัสสาร รากิโอไอโซโทป. การจะฉีดให้ช้าหรือเร็วก็อยู่ที่น้ำหนักของตะกั่วนี้ จะมากหรือน้อย และตำแหน่งของตะกั่วกับกระบอกฉีดก็ช่วย.

สารทึบแสง

คณะผู้เขียนได้ใช้ Lipiodol ultra-fluid ซึ่งเป็น สารน้ำมัน ประกอบด้วย iodised ethyl esters ของ fatty acid of poppyseed oil 38% W/W. ได้มีผู้ใช้สารที่ละลายในน้ำ แต่ปรากฏว่าถูกดูด

ซึมเข้าไปในระบบการไหลเวียนของเลือดเร็วมาก จึงไม่มีผู้นิยมใช้.

จำนวนของสารทึบแสงที่ฉีดโดยมาก ถ้าเป็นที่ขาที่ใช้จำนวนสารทึบแสงข้างละไม่เกิน ๑๐ มล. ในผู้ใหญ่ และในเด็กประมาณ ๕ มล. ถ้าเป็นที่แขนก็ใช้จำนวนของสารทึบแสงข้างละประมาณ ๕-๗ มล. ระยะเวลาของการฉีด ๑๐ มล. นี้ ควรจะกินเวลาประมาณ ๑ ชม. เพราะถ้าฉีดเร็วเกินไปหลอดน้ำเหลืองก็จะแตก.

เทคนิคของการถ่ายภาพรังสี

ในระยะแรกที่ คณะของผู้เขียนได้ทำการศึกษา, ได้ทำการถ่ายภาพรังสีของขาที่ฉีดตลอดความยาวของขาทันทีภายหลังจากที่ฉีดสารทึบแสงหมดแล้ว. ทั้งนี้เพื่อศึกษาลักษณะของหลอดน้ำเหลือง. จากนั้นก็ถ่ายภาพของ ช่องเชิงกรานและช่องท้องในท่านอนหงายตรงและในท่าตะแคงซ้ายและขวา. จากนั้นก็ถ่ายภาพของปอดไว้เพื่อทำให้เห็นทั้งคอดมน้ำเหลืองด้วย. แต่คอดมน้ำเหลืองยังเห็นไม่ชัดก็เพราะสารทึบแสง ยังมาที่คอดมน้ำเหลืองไม่เต็มที่. ๒๔ ชม. ภายหลังจากฉีด จะถ่ายภาพของขา

ตลอดความยาวอีกพร้อมกันนั้นก็ถ่ายช่อง
เชิงกราน. ช่องท้อง ในท่าต่าง ๆ เช่น
เดียวกับ ในระยะ ภายหลัง ฉีด สารทึบแสง
ทันที.

ภาพรังสีภายหลังฉีก ๒๔ ซม. นี้จะ
ทำให้เห็นต่อมน้ำเหลืองชัดเจน. สำหรับ
ภาพรังสี ของปอด ส่วนมาก เมื่อดำเนินภาพ
หลังฉีดสารทึบแสงทันที จะพบสารทึบแสง
เป็นเม็ดเล็ก ๆ กระจายอยู่ทั่วปอดทั้งสอง
ข้าง โดยที่ไม่มีผู้ป่วยมีอาการของ เอ็ม
โบลีสมี หายคาน้ำมันเลย. ภาพของปอด
ที่ถ่ายภายหลังฉีก ๒๔ ซม. แล้วจะพบ
ว่าสารทึบแสงหายไปหมด, แต่บางรายก็
หายไปภายหลังฉีก ๔๘ ซม. ที่ผู้ป่วยไม่
เกิดอาการของ เอ็มโบลีสมี หายคาน้ำมัน
นี้เข้าใจว่าสารนี้ถึงแม้จะละลาย ในน้ำมัน
แต่ก็สามารถจะละลายในน้ำได้ง่ายกว่า
Lipiodol ธรรมดา.

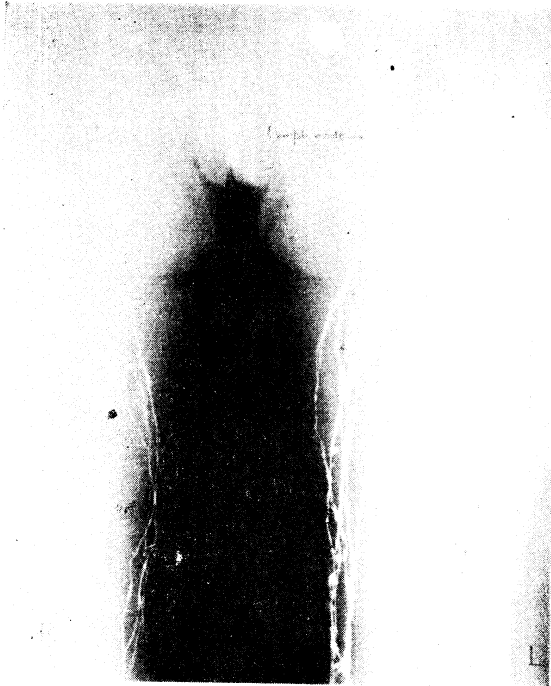
ในระยะหลังของการทำนั้น คณะของ
ผู้เขียนเห็นว่า ในรายที่ไม่มีอาการบวมของ
แขนหรือขาที่ฉีด ก็จะไม่ถ่ายภาพเพื่อ
หลอดน้ำเหลือง, แต่จะถ่ายภาพของช่อง
เชิงกรานและช่องท้องเพื่อคัดต่อมน้ำเหลือง
เท่านั้น ; และถ่ายภาพของปอดเพื่อ
เอ็มโบลีสมี หายคาน้ำมันด้วย. สารทึบ

แสงนี้จะคงอยู่ในต่อมน้ำเหลือง ประมาณ
๑ ปี จึงจะถูกดูดซึมหายไปหมด. ฉะนั้น
จึงเป็น การง่าย และ สะดวก ในการที่จะศึกษา
ตามผลพยาธิสภาพของ โรค และผลของการ
การรักษา โดยการ ถ่ายภาพรังสีเป็น
ระยะ ๆ.

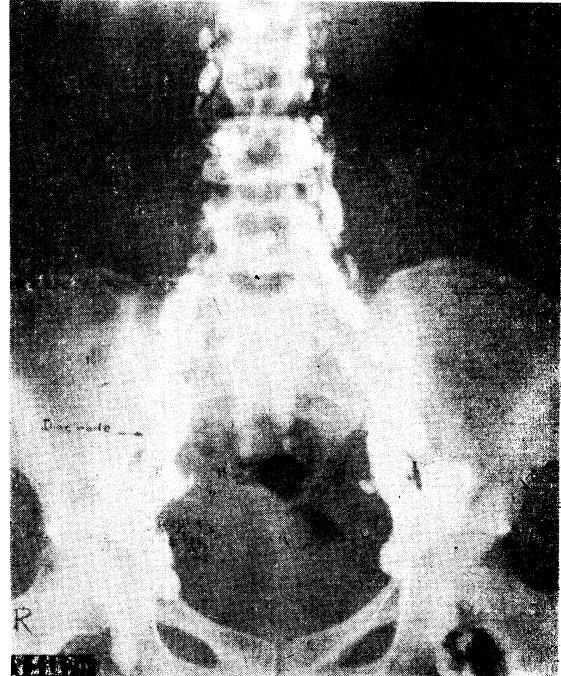
ข้อสังเกตบางประการ ในผู้ป่วยที่ได้ทำ
การศึกษาด้วยการ ฉีด สารทึบแสงเข้า
หลอดน้ำเหลือง

การฉีดสารทึบแสงเข้าหลอดน้ำเหลือง
เพื่อศึกษาหลอดน้ำเหลือง และ ต่อมน้ำ-
เหลืองนี้ คณะของผู้เขียนได้เริ่มศึกษา
ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๐๗ จนถึง
ปัจจุบัน (มิถุนายน ๒๕๑๐) รวมเป็น
เวลา ๓ ปี. รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา
สามารถค้นพบได้เพียง ๔๓ ราย
(รายงานปี ๒๕๐๗ ได้หายไป) และที่
มีรายงานสมบูรณ์พอที่จะนำมาศึกษาได้
มีเพียง ๑๕ ราย, โดยแยกเป็นโรคดังนี้

- ๑. โรคอหิวาตกโรค ๓ ราย.
- ๒. เพื่อศึกษาการกระจายไปยังต่อมน้ำ
เหลืองของมะเร็งอวัยวะ ๓ ราย.
- ๓. เพื่อศึกษาการกระจายไปยังต่อมน้ำ-
เหลืองของมะเร็งอื่น ๆ ๗ ราย.



รูปที่ ๓. แสดงหลอดน้ำเหลือง ทางขวาหลอดน้ำเหลืองปรกติทางซ้ายหลอดน้ำเหลืองแตกเนื่องจากมีดีสารทึบแสงเร็วไป.



รูปที่ ๔. แสดงต่อมน้ำเหลืองที่ปรกติในช่องเชิงกรานและในช่องท้อง.

๔. โรค ขาบวม น้ำเหลือง ที่ ไม่ ใ
มะเร็ง ๒ ราย.

หลัก ในการ วินิจฉัย โรคของ ต่อมน้ำ
เหลือง และ หลอดน้ำเหลือง จากภาพ
รังสี

คณะ ของผู้ เขียนได้ ใช้หลัก ในการ
วินิจฉัยดังนี้คือ :

๑. คลื่น ษณะ ทัว ไป ของ ต่อมน และ
หลอดน้ำเหลือง.

๒. ขนาด ของ ต่อมน และ หลอดน้ำ-

เหลือง.

๓. ส่วน ของ ต่อมน้ำเหลือง ที่ ไม่ มี
สารทึบแสง (filling defects) ซึ่งจะมี
ลักษณะ เช่นน ที่ขอบหรือ ที่ส่วนกลางของ
ต่อมน้ำเหลือง.

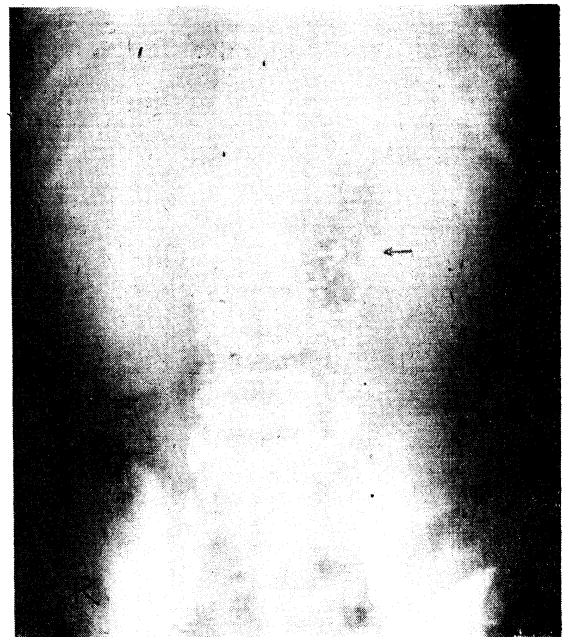
ลักษณะ ปรกติของ ต่อมน้ำเหลือง และ
หลอดน้ำเหลือง (รูปที่ ๓ และ ๔)

ต่อมน้ำเหลืองที่ปรกติจะมีสารทึบแสง
เข้าไปอย่างสม่ำเสมอ โดยทั่วกัน.
หลอดน้ำเหลืองที่ปรกติจะมีขนาดสม่ำเสมอ

เส้นทึบและจะไม่มีการไหล กลับของสารทึบ
แสงขณะฉีด ไปยังหลอดน้ำเหลือง ที่ผนัง
หนัง. สารทึบแสงจะหายไปจากหลอดน้ำ
เหลือง ภาย หลัง ฉีด ประมาณ ๒๔ ชม.
ต่อมาหลอดน้ำเหลืองที่สามารรถเห็นได้โดยวิธีฉีด
สารทึบแสงเข้าที่ขาข้อ ต่อมาหลอดน้ำเหลือง
พวก อินไกววัล, พวก อิลีแอก นอก
และ อิลีแอก รวม, ต่อมาหลอดน้ำเหลืองพวก
ที่ขยู่รอบๆ เออร์ตา และต่อมาหลอดน้ำเหลือง
ที่ขยู่เหนือกระดูกไหปลาร้าซ้าย.

ต่อมาหลอดน้ำเหลืองที่มีการกระจายของ
มะเร็งไปขยู่ อาจมีขนาดปรกติหรือโตขึ้น
และมี filling defects ตามขยู่ๆ ถ้า
หรับในรายที่มีการกระจายไปน้อย, และ
ในรายที่มีการกระจายไปมาก filling
defects นี้จะมีมากจนกระทั่งไม่มี
สารทึบแสงเข้าไปขยู่ในต่อมาหลอดน้ำเหลืองนั้น
เลย. นอกจากนี้อาจจะมีการผลัดกันของ
หลอดน้ำเหลือง, มีหลอดน้ำเหลืองเสริม
(collateral lymph channels) และมีการ
อุดตันของหลอดน้ำเหลือง, ทำให้หลอด
น้ำเหลืองใหญ่ขึ้น.

สำหรับรายที่เป็น ลิ้มโปม่า ของ
ต่อมาหลอดน้ำเหลืองจะเห็น filling defects ขยู่



รูปที่ ๕. แสดง โรคข้ออักเสบของ ต่อมาหลอดน้ำเหลือง
พาราเออร์ติก.

ตรงส่วนกลางของต่อมาหลอดน้ำเหลือง, มี
ลักษณะเหมือนกับฟองสบู่. ที่ขยู่ของ
ต่อมาหลอดน้ำเหลืองจะมีสารทึบแสงไปขยู่
เหมือนกับต่อมาหลอดน้ำเหลืองที่ปรกติ. นอก
จากนี้ขนาดของต่อมาหลอดน้ำเหลือง อาจจะโต
ขึ้นได้มาก ๆ หรือรวมกันเป็นก้อนใหญ่.

ผลของการศึกษา

๑. โรคของข้ออักเสบ ๓ ราย

๑ รายได้รับการวินิจฉัย ถูกต้องว่า
เป็นโรคของข้ออักเสบของ ต่อมาหลอดน้ำเหลือง
รอบๆ เออร์ตา (รูปที่ ๕) และรายนี้
ทำให้การรักษาด้วยรังสี ถูกต้อง ตรง

ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่เป็นโรค.

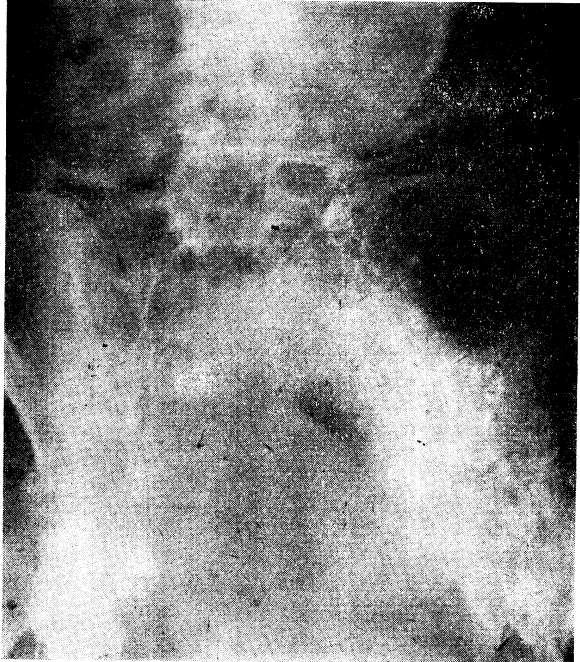
๑. ว่าเป็นที่ต่อมน้ำเหลืองของ
เมคิอัสตินัม. การฉีกหลอดน้ำเหลืองที่
มือทวยสารทึบแสง เห็นต่อมน้ำเหลืองที่
รักแร้ข้าง ที่ฉีกมี ลักษณะ ปกติ และไม่มี
สารทึบแสง เข้าไปในต่อมน้ำเหลืองที่โต
ใน เมคิอัสตินัม.

อีก ๑. ภายใต้น้ำทำการฉีกเข้าที่ขาทั้ง
๒ ข้าง. ปรากฏว่าต่อมน้ำเหลืองของช่อง
เชิงกรานและ ช่องท้อง มีลักษณะ เป็น
ปกติ. ภายใต้น้ำในภายหลังได้เอาต่อมน้ำ
เหลืองที่ คอไป ตรวจทาง พยาธิพบ ว่าเป็น
โรคซีสต์จัน.

วิจารณ์ จากการศึกษาในรายที่เป็นโรค
ของ ซีสต์จัน ของ ช่องท้อง ทำให้ ทราบ
ตำแหน่ง และขนาด ของต่อมน้ำเหลืองที่
เป็นโรค, ทำให้การฉายรังสีเพื่อบริการ
ถูกต้องตรงตำแหน่งที่เป็นโรค, และคึก
ตามผลของการรักษาได้แม่นยำ. สำหรับ
ใน ๒. รายหลังนั้นก็เป็นการบอกว่าไม่มี
โรคซีสต์จัน ในตำแหน่งที่ทำการศึกษา.

๒. การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง
ของมะเร็งอัณฑะ ๓. ราย

๒. รายมีการ กระจายไปยังต่อมน้ำ



รูปที่ ๖. แสดงต่อมน้ำเหลือง อีลิแอค ที่มีมะเร็งของ
อัณฑะกระจายไปอยู่.

เหลือง อีลิแอค และต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ
เอออร์ตา ซึ่งจากการฉีกสารทึบแสงเข้า
หลอดน้ำเหลือง จะเห็นต่อมน้ำเหลืองที่
การ กระจาย ไปอย่าง ชัดเจน (รูปที่ ๖),
ทำให้การรักษารังสีและการติดตาม
ผลแม่นยำขึ้น.

๑. ราย ปรากฏว่าไม่มี การ กระจาย
ของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง.

วิจารณ์ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการ
ฉีกสารทึบแสงเข้า หลอดน้ำเหลืองที่เท่า
เป็น ประโยชน์ในการหา การกระจายของ

มะเร็งอัณฑะ. แต่จากงานของ Busch และ Sayegh⁽³⁾ ซึ่งได้อธิบายที่แสงเข้าสเปิร์มาติก คอร์ค โดยการผ่าเข้าช่องอินไกวเนล ทำให้เห็นต่อมน้ำเหลืองที่ระยะที่ กระตก สั้นหลัง ส่วนอกที่ ๑๑ ลงมาจนถึงกระตกสั้นหลังส่วนเอวที่ ๔ ซีก เจนชน.

๓. การกระจายของมะเร็งอื่น ๆ

๑. มะเร็ง ของ ปาก มด ลก ระยะที่ ๒ ๒ ราย. ภาพรังสีของต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานในช่องท้องและที่บริเวณเหนือ กระตก ใหญ่ลาร้าแสดงว่า ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง. ๑ รายได้กลับมาโรงพยาบาลอีกภายหลังรักษาครั้งแรกประมาณ ๑ ปี ด้วยอาการว่ามีก้อน อีลิแอก ฟอสซ่า ๒ ข้าง. การผ่าตัดช่องท้องพบว่ามีก้อน serocele ที่ อีลิแอก ฟอสซ่า ข้างละหนึ่งก้อน. ไม่มีต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานและในช่องท้อง ที่แสดง ถึงมีการกระจาย ของมะเร็ง แต่อย่างใด. ผู้ป่วยหายเป็นปรกติภายหลังผ่าตัด.

๒. มะเร็ง ของ กระเพาะปัสสาวะ ๒ ราย. พบว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานอย่างมาก

มายัง ๒ ราย. การผ่าตัดก็ยืนยันการพบในภาพรังสี.

๓. มะเร็งของช่องทวารหนัก ๑ ราย. ภาพรังสีแสดงว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง อินไกวเนล และ อีลิแอก ซึ่งการผ่าตัดก็สนับสนุนการพบทางรังสี.

๔. มะเร็งของ วัลว่า ๑ ราย. ภาพรังสีไม่แสดงว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง. ภายหลังผ่าตัดเอาก้อน มะเร็ง ออก และไค เลาะ เอา ต่อมน้ำเหลือง ออก หมค ไม่พบว่า มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง.

๕. เรติคูลัม เซลล์ ชาร์โคมา ของ กระตก เมตาทาร์ซัส ๑ ราย. ภาพรังสีพบว่าต่อมน้ำเหลืองของ อินไกวเนล และ อีลิแอก โต. แต่เป็นชนิดโตจากการอักเสบ. ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง. การตรวจทางกล้องจุลทัศน์ของ ต่อมน้ำเหลืองที่โตนี้ก็ไม่พบว่ามีการกระจายของมะเร็ง.

วิจารณ์ จากการศึกษาปรากฏว่าการวินิจฉัย ของการ กระจายของ มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ได้ผลแม่นยำพอใช้. แต่



รูปที่ ๑. ผู้ป่วยที่ขาบวมทั้ง ๒ ข้างโดยมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองที่บริเวณอิน ไกวเนล ทั้งสองข้าง แสดงการขยายตัว และ ขดไปมา ของหลอดน้ำเหลือง และมีการไหลออกของสารทึบแสงไปที่ผิวหนัง.

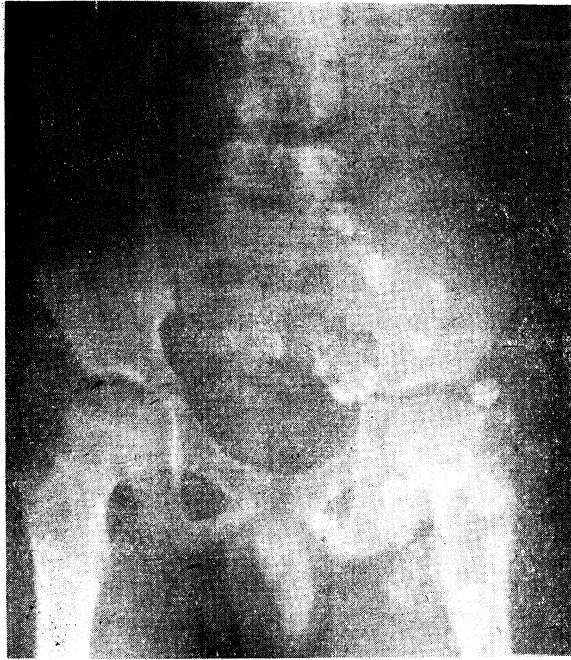
เนื่องจาก จำนวน ของผู้ป่วยยัง น้อย มาก จึงยังจะต้องรอผลของ การศึกษา ต่อไป. และ ประการ สำคัญคือ การ วินิจฉัย แยก ต่อมาน้ำเหลืองที่ มะเร็ง ออก จาก ต่อมาน้ำเหลืองที่ อักเสบ ซึ่งจะมีลักษณะ คล้าย ๆ กัน. แต่ใน ต่อมาน้ำเหลืองที่ อักเสบ ถึงแม้ จะโตและบางครั้งอาจจะมี filling defects ที่ขอบ, แต่ filling defects นี้โดยมาก มี ๑ หรือ ๒ แห่งเท่านั้นและลักษณะทั่วไปของ ต่อมาน้ำเหลืองก็ยังเป็นปกติ.

๔. รายที่ เป็น โรค ของ หลอดน้ำเหลืองและต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่มะเร็ง

๑ รายมี อาการขาทั้งสอง ข้าง บวม มากตั้งแต่ปลายเท้าไปจนถึงต้นขา. จาก การฉีดสารทึบแสงเข้า หลอดน้ำเหลืองพบว่า มีการอุดตันของทางเดินของน้ำเหลืองบริเวณ อิน ไกวเนล, ทำให้หลอดน้ำเหลืองของขาทั้ง ๒ ข้างมีขนาดใหญ่กว่าปรกติมาก. มีการไหลกลับของสารทึบแสงไปยังหลอดน้ำเหลืองที่ผิวหนัง (รูปที่ ๑).

แต่ภาพภายหลังฉีด ๒๔ ชม. ปรากฏว่า สารทึบแสง หาย ไปหมด จาก หลอดน้ำเหลืองที่ขยายใหญ่ขึ้นและมีสารทึบแสงไป อยู่ใน ต่อมาน้ำเหลือง ในเชิงกรานและรอบ ๆ เออร์ดำ. แสดงว่ามี collateral circulation ของหลอดน้ำเหลืองจากผิวหนังของขาไปยัง ส่วนที่สูงกว่าบริเวณที่มีการอุดตันได้. รายนี้ไม่ทราบสาเหตุของการอุดตันของทางเดินของน้ำเหลือง.

๑ รายเป็นเด็กชาย อายุ ๑๒ ปี มาโรงพยาบาลด้วย อาการมีก้อนที่ขาหนีบซ้ายและขาซ้ายบวมมา ๒ เดือน. จากภาพรังสี พบว่า หลอดน้ำเหลือง โตกว่าธรรมดาเล็กน้อย, และปรากฏว่ามีลักษณะของการอักเสบที่ต่อมน้ำเหลืองพวก อิน



รูปที่ ๘. แสดงการอักเสบของต่อมอินทรีโดยวัณโรค และทำให้ขาข้างซ้ายบวม.

ไทวอนล์ข้างนั้น (รูปที่ ๘). จากผลการ
ทางตรวกลองจุลทัศน์ของต่อมน้ำเหลือง
ที่โตบริเวณ อินทรีไทวอนล์ พบว่าเป็นวัณโรค
ของต่อมน้ำเหลือง. เมื่อผู้ป่วยได้รับการ
รักษาแยก วัณโรคของต่อมน้ำเหลืองแล้ว
ก่อนที่ ขาขยับลง และ ขาก็ก่อย ๆ ขยับ จาก
การ วมจนเป็นปรกติในที่สุด.

วิจารณ์

จากการ ศึกษา านการฉีด สารทึบแสง
เข้าหลอดน้ำเหลืองทำให้ทราบสาเหตุของ
การบวมของขา ๑ ราย, ซึ่งทำให้การ

รักษาถูกต้องและเป็นผลดีในที่สุด. สำหรับ
อีก ๑ รายนั้นไม่ทราบสาเหตุของการออก
กั้นทางเดินของน้ำเหลือง, แต่ทำให้
ทราบได้ว่ายังมี collateral circulation
ของทางเดินของน้ำเหลืองนั้น. ฉะนั้นคือลย-
กรรมตกแต่คงอาจจะช่วยทำให้อาการบวม
ที่ขาของผู้ป่วยน้อยลงได้.

สรุป

๑. ได้อธิบายถึงวิธีการฉีดสารทึบ
แสงเข้าหลอดน้ำเหลืองและเครื่องมอฉก
ที่ใ้ใช้อยู่ขณะทึบแผนกรังสีวิทยา คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๒. จากการศึกษาในผู้ป่วย ทำให้
เห็นว่า การฉีด สารทึบแสง เข้าหลอดน้ำ
เหลือง มี ประโยชน์ ในการ วินิจฉัย โรค,
การรักษาและการติดตามผล.

ในที่สุดนี้ คณะผู้เขียนขอขอบคุณศาส-
ตราจารย์ นายแพทย์ รม ไทร สวรรณิก ที่
ได้กรุณาสนับสนุนงานทางใ้ให้ตะกั่วมา
ใช้ในการศึกษาครั้งนี้, และขอขอบคุณ
หน่วยภาพ การ แพทย์ แผนก กาย วิชา ศ
ศาสตร์ ที่ได้กรุณาจัดถ่ายและอัดภาพใ้.

เอกสาร :

1. อนันต์ สัตตะพันธ์ และ โชติ ธรรมาสถิตย์ : การตรวจแสดงระบบทางเดินน้ำเหลือง, จ.พ.ส.ท. ๒๕๐๗, ๔๗ : ๓๐๑.

2. Arthachinta, S., P. Suntharasamai, N. Suwanvela and C. Harinasuta : Lymphangiographic study in lymphedema of lower extremities with special attention to the case of Filariasis. Thai J. Radiol. 1963, 2 : 67.

3. Busch, F.M. and E.S. Tayegh : Roentgenography of human testicular lymphatics. J. Urol. 1963, 89 : 106.

4. Funaoka cited by Sheehan, R., et al. : The use of lymphography as a diagnostic method. Radiology 1961, 76 : 47.

5. Jackson, L., S. Wallace, S.N. Farb and W.W. Parke : Cervical lymphangiography. The Laryngoscope 1963, 73 : 926.

6. Kinmonth, J.B. : Lymphangiography in man. Clin. Sci. 1952, 11 : 13.

7. Wallace, S., et al. : Lymphangiograms, Their diagnostic and therapeutic potential. Radiology 1961, 76 : 179.

8. Wallace, S., L. Jackson, R.R. Greening : Clinical applications of lymphangiography. Radiology 1962, 88 : 97.

9. Wohlgemuth, J. : A simple injector for lymphangiography. Radiology 1963, 80 : 251.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding article)

LYMPHANGIOGRAPHY

Sanuan Purnabhavanga, M.D., F.I.C.S.

Thavi Boonchoti, M.B. Dipl. Am. Bd. Radiol., Prasarn Nilaprabassorn, M.B.

Thienchai Chaisavadi, M.B.

(Department of Radiology)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Amneuy Smerasutra)

Lymphangiography has been performed for diagnostic and therapeutic purposes in the Department of Radiology, Faculty of Medicine and Siriraj Hospital since 1964. The authors have modified the injector from Dr. Wohlgemuth's simple injector for lymphangiography⁽⁹⁾.

15 out of 43 cases are available for study with the classification of the cases as follow:

1. Detection of nodal involvement in Hodgkin's disease, 3 cases.

One case demonstrates the disease of the para-aortic nodes. The remaining two cases reveal no disease in the studied areas.

2. Detection of metastases from testicular tumors, 3 cases.

Two cases show metastatic disease of iliac nodes which are confirmed by surgical means.

3. Detection of metastases from tumors other than testicular, 7 cases.

The metastatic iliac and para-aortic nodes are shown in 2 cases of CA of bladder and one case of CA of anal canal. The affected nodes are surgically and pathologically verified.

The remaining cases which consist of 2 cases of CA of cervix, one of CA vulva and one of reticulum cell Sa of metatarsus, reveal no gland involvement by lymphangiography and pathological means.

4. Lymphedema of lower extremities secondary to benign nature, 2 cases.

Lymphangiography of one case shows the obstruction to the flow of the opaque medium at inguinal areas on both sides, but the nature of the obstruction is uncertain. However, collateral circulation of the lymph to the iliac and para-aortic is present. This will lead to the correction of lymphedema by mean of plastic surgery.

The last case of this category reveals mild degree of lymphatic obstruction by an enlarged and inflamed inguinal node which produces unilateral lymphedema of the lower extremity. The inflamed node is proved to be TB adenitis microscopically. Following anti-tuberculosis treatment, the enlarged node and the lymphedema subsided.

การใช้เมล็ดทองคำมัมมัตภาพรังสีรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง* รายงานเบื้องต้น

กวี ทังสุบุตร พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. & S., (England), F.F.R.

สายสงวน อุณหันนันทน์ พ.บ., พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. & S. (England)

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสมรสต์)

ทองคำ^{๑๙๘} เป็นกัมมัตภาพวัตถุ ซึ่งให้รังสีทั้ง เบตา และ แกมมา, มีอายุครึ่งชีวิต ๒.๗ วัน, มี Maximum beta Energy = 0.97 Mev. และ Mean gamma Energy = 0.41 Mev.. เนื่องจากมี Mean gamma Energy ที่สูงพอสมควร มี Half Value layer เท่ากับ ๒.๗ มม. ตะกั่ว จึงได้ถูกนำมาใช้ในการรักษา มะเร็ง โดยทำเป็นเมล็ดขนาดยาว ๒.๕ มม., เส้นผ่าศูนย์กลาง ๐.๘ มม., มี Platinum coat ขนาด ๐.๑๕ มม. เพื่อกองรังสี เบตา ไว้ทั้งสิ้น, ปล่อยให้รังสีแกมมาเป็นตัวทำการรักษา มะเร็งอย่างเดียว. เมล็ดทองคำมัมมัตภาพรังสีนี้ ได้ถูกนำมาใช้ ผั่งลงไป ในเนื้อ มะเร็ง แทนเมล็ด เรดอน ซึ่งทำได้ยาก, ราคาแพง และการฝังทำได้ลำบากกว่า. เครื่องมือที่ใช้ ในการฝัง เมล็ด ทองคำ

เรื่องย่อ: ทังสุบุตร, กวี, สายสงวน อุณหันนันทน์. การใช้เมล็ดทองคำมัมมัตภาพรังสีรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง, รายงานเบื้องต้น. สารศิริราช ๒๕๑๐ (ค.ศ. ๑๙๖๗), ๑๕: ๔๓๑-๔๓๕.

ได้รายงานผลการรักษาผู้ป่วย มะเร็ง ๕ ราย โดยวิธีการใช้เมล็ดทองคำมัมมัต รังสี (Au^{198}) ผั่งลงในเนื้อ มะเร็งอย่างถาวร.

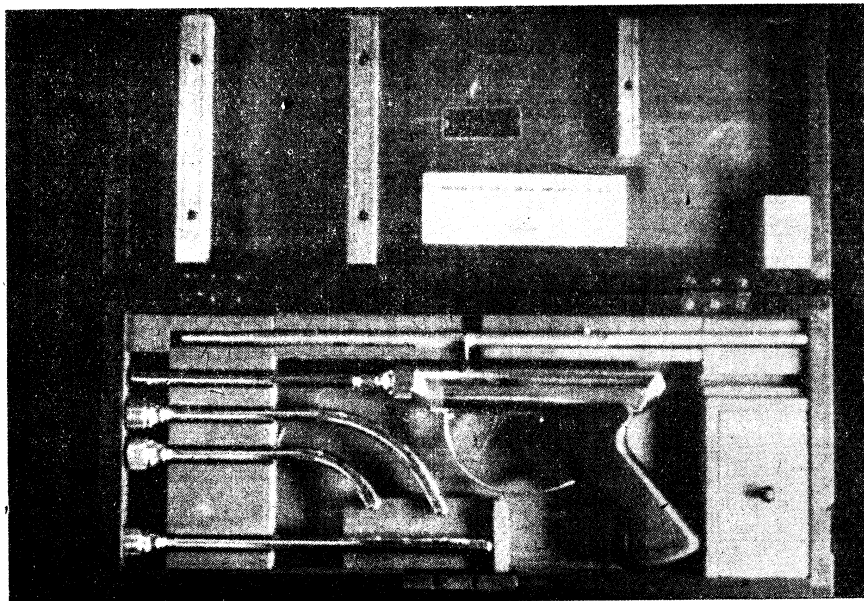
ผู้ป่วย มะเร็ง ๒ ราย เป็น มะเร็งบนเยื่อบุโพรงปาก, ๒ ราย เป็น มะเร็งที่ริมฝีปากและอีก ๑ ราย เป็น มะเร็งที่ผนังช่องคลอด. ภาย หลังการรักษาหนึ่งเดือนปรากฏว่าได้ผลดีมาก.

มัมมัตภาพรังสี มีลักษณะ คล้าย ขน, ออกแบบโดย Royal Marsden Hospital และดำเนินการสร้างโดย Medical Supply Association แห่งกรุงลอนดอน. เมล็ดทองคำมัมมัตภาพรังสี บรรจุอยู่ในแม่กกาช้นซึ่งทำด้วยอลูมิเนียม, บรรจุเมล็ดทองคำมัมมัตภาพรังสี ได้ แม่กกาช้นละ ๑๕ เมล็ด. แบบที่ปรับปรุงใหม่จะมี

* บรรยายในการประชุมใหญ่ประจำปีของแพทย์สมาคมฯ ณ จังหวัดขอนแก่น, ธันวาคม ๒๕๐๕.

แม่กาศนโลหะ ๑๔ เมล็ดเท่านั้น. ขึ้น
สำหรับฝังเมล็ดทองคำที่มีมันตาภาพรังสีชนิด
ปรับปรองใหม่ัน ก็ ไม่แตกต่างกับแบบเก่า
มากนัก, นอกจากแบบใหม่ันการบรรจุ
แม่กาศนทำให้สะดวก, รวดเร็ว และลด
อันตรายจากการถูกรังสี แก่แพทย์ผู้ ใช้
ขึ้นน. ขึ้นดังกล่าวได้ถูกนำเข้ามาใน
ประเทศไทยครั้งแรกโดย ศาสตราจารย์
นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก ในปี ๑๙๕๘.
ได้ทดลอง ใช้ ใน ผู้ บ่อย มะเร็ง กระเพาะ
ปัสสาวะ ๑ ราย. แต่เนื่องจากการส่ง
เมล็ดทองคำที่มีมันตาภาพรังสีเข้ามาเป็นการ
ลำบากเพราะ อายุครึ่งชีวิตของ ทองคำ-
มันตาภาพรังสีนเพียง ๒.๗ วันเท่านั้น, ถ้า

เกิดการติดขัดการขนส่งที่ใดเข้าก็จะทำให้
เกิดการเสียหายและสิ้นเปลืองเป็นอันมาก,
ไม่ได้ผลกัในท่านปฏิบัติ. ในปี ๑๙๖๓ ผู้
รายงาน (กวี ทังสุขตร) ได้ปรึกษาหารือ
กับ อาจารย์วิชัย หโยคตม แห่งเมล็ดทองคำ
ซึ่งหุ้ม ทองคำขาว มาจาก ประเทศอังกฤษ
และมาทำให้เป็นเมล็ดทองคำที่มีมันตาภาพรัง
สี โดยเครื่องปฏิบัติการประมาณ ของคณะ
กรรมการพลังงานปรมาณเพื่อสันติ ททาง-
เซน. เมล็ดทองคำหุ้มทองคำที่เราส่งเข้า
มานี้ ตกราคาประมาณเมล็ดละ ๖ ซิลลิง
๖ เพนนี. หรือเท่ากับประมาณเมล็ดละ
๑๕ บาท ๕๐ สตางค์. เนื่องจากอุปสรรค
บางประการ การนำเมล็ดทองคำที่มีมันตาภาพ

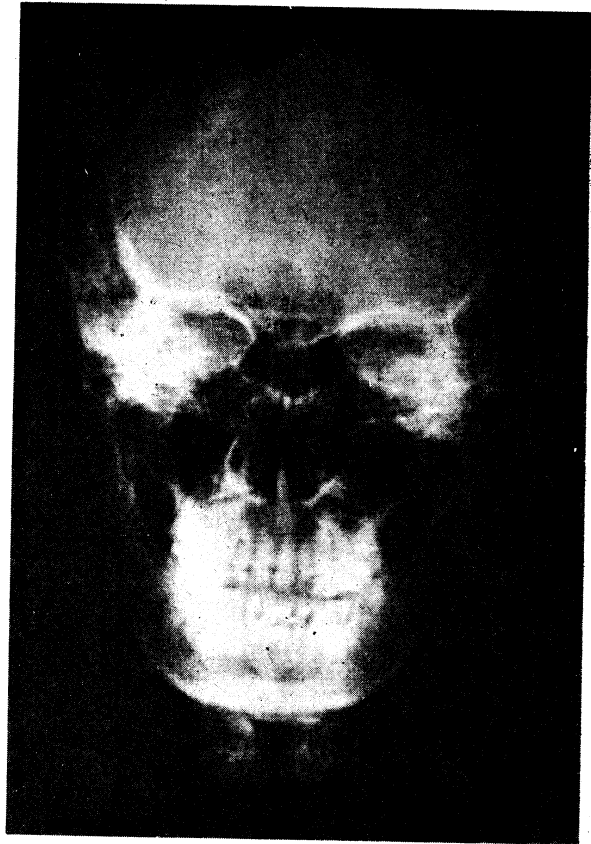


รูปที่ ๑. เครื่องมือสำหรับฝังเมล็ดทองคำที่มีมันตาภาพรังสี.



รูปที่ ๒. ผู้ป่วยรายที่สาม, มะเร็งริมฝีปากล่าง, ก่อนให้การรักษา.

รังสีมาใช้ทางคลินิก, จึงต้องรอจังหวะมาเป็นเวลานานถึง ๓ ปีกว่า, จนผู้รายงานอีกคนหนึ่ง (สายสงวน อุดหนุนพันธ์) ได้กลายมา จากต่าง ประเทศ จึง ได้มารอ พน คำว่า ที่จะนำ เมล็ดทองกัมมันตภาพรังสีมาใช้ทางคลินิกอีกครั้งหนึ่ง. ด้วย การสนับสนุนของ ศจ. นายแพทย์ ร่ม ไทร สวรรธนิ์ก ผู้นำในการใช้กัมมันตภาพรังสี ในประเทศไทย, ได้กรุณาให้ใช้เครื่องมือที่ใช้ฝังเมล็ดทอง (Gold Grain Gun), ศาสตราจารย์ นายแพทย์โรจน์ สวรรธ- สทธิ ได้สนับสนุนและกรุณาเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการรักษาด้วยเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสีมาให้, ด้วยความร่วมมือของ อาจารย์วิชัย หโยคม และอาจารย์



รูปที่ ๓. แสดงเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสีในแผล.

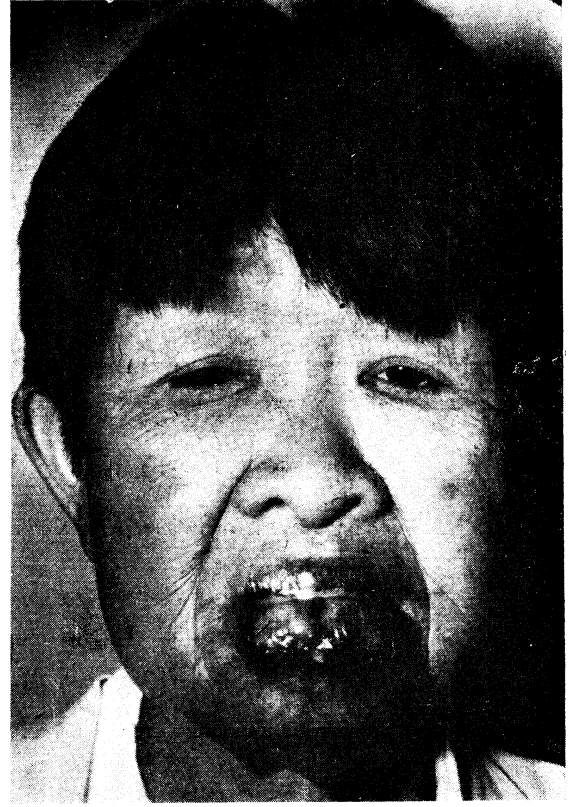


รูปที่ ๔. ผู้ป่วยรายที่สาม, หลังฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสีหนึ่งสัปดาห์, มีปฏิกิริยาจากรังสีค่อนข้างมาก.

สังเวียน วงศ์มังกร แห่งหน่วยเครื่อง
ปฏิกรณ์ปรมาณู ขางเขน. ได้กรุณาช่วย
ทำเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสีให้, เราจึง
ได้มีโอกาสนำเอาเมล็ดทองกัมมันต
ภาพรังสีมาใช้ประโยชน์ทางคลินิกได้.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ HN. ๕๕๐๕๑.๐๕ หญิงไทย
อายุ ๖๑ ปี, อาชีพทำสวนยาง. มีประวัติ
เป็นแผลในกระพุ้งปาก คำน ซ้ำมา ๘



รูปที่ ๕. ผู้ป่วยรายที่สาม, หลังฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี หกสัปดาห์, แผลหายเรียบ.

เดือน, ไข้ยาทาและยากินไม่หาย, กลืน
โตขึ้นเรื่อย ๆ. ตรวจพบเป็นแผลมะเร็ง.
ลักษณะ Proliferative และ Ulcertive
growth, ขนาด ๑×๑ ซม. หนา ๒ มม.,
ขอบแผลเรียบ, พื้นแผลสะอาด, ค่อนข้าง
ขรุขระ. ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต. ผลการ
ตรวจเนื้อทางพยาธิเป็น สะเคอมีส เซลล์
CA. well differentiated. ใต้รับการ
รักษาโดยฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี
ขนาด ๓.๕๘๖ มิลลิคิวรี่ จำนวน ๖ เมล็ด,

คำนวณได้ขนาดแสง ๖,๐๐๐ เรนตเคน.
หลังการฝัง ๑ สัปดาห์ มีปฏิกิริยาอักเสบ
จากรังสีเล็กน้อยและแผลหาย เรียบ เป็น
แผ่นบาง ๆ ภายในเวลา ๔ สัปดาห์.

รายที่ ๒ HN. ๔๘๑๔๖.๐๕ หญิงไทย
อายุ ๕๕ ปี, อาชีพทำไร่. มีประวัติเป็น
แผลในกระพุ้งแก้มซ้ายมาช้านาน, ใช้น้ำ
ยาและยากินไม่หายกลับโตขึ้น, จึงมาโรง
พยาบาล. ผู้ช่วยกินหมากมา เป็นเวลา
๔๐ ปี กว่าแล้ว. ลักษณะ แผล เป็น
Proliferative growth ๒ หย่อม ติด ๆ กัน,
ขนาด ๑ x ๑ ซม. และ ๒ x ๒ ซม.
หนา ๓ มม. แผลค่อนข้างเรียบสะอาด,
ไม่พบบ่อน้ำเหลืองโต. การตรวจเนื้อ
ทางพยาธิ พบเป็น Squamous cell CA,
well differentiated. ได้รับการรักษาโดย
ฝัง เมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี ขนาด
๗.๓๖๖ มิลลิคูรี จำนวน ๕ เมล็ด และ
๑๐ เมล็ด ตามลำดับ. คำนวณได้ขนาด
รังสี ๖,๕๐๐ เรนตเคน. หลังการฝัง
๑ สัปดาห์ มีปฏิกิริยาอักเสบจากรังสี
ค่อนข้างมาก, แต่แผลยุบเรียบ หายก็
ภายในเวลา ๖ สัปดาห์.

รายที่ ๓ HN. ๑๐๔๘๗๕.๐๕ หญิงไทย
อายุ ๕๕ ปี, อาชีพทำงานบ้าน. มีประวัติ
เป็นแผลที่ริมฝีปากล่างมาช้านาน. แผลโต
ขึ้นเรื่อย ๆ ลักษณะแผลเป็น Proliferative
growth ขนาด ๑.๕ x ๒ ซม.
หนา ๔ มม. ขอบแผลและพบบ่อน้ำเหลือง
ไม่พบบ่อน้ำเหลืองโต. การตรวจเนื้อ
ทางพยาธิ พบเป็น Squamous cell CA,
well differentiated. ได้รับการรักษา
โดยฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี ขนาด
๔.๖๘ มิลลิคูรี จำนวน ๑๘ เมล็ด.
คำนวณได้ขนาดแสง ๖,๕๐๐ เรนตเคน.
หลังการฝัง ๑ สัปดาห์ มีปฏิกิริยาอักเสบ
จากรังสีค่อนข้างมาก รวมทั้งที่ริมฝีปาก
บน และลิ้น, เพราะอยู่ใกล้กันมาก. แต่
แผลยุบเรียบลงหมดในเวลา ๖ สัปดาห์.
(มีภาพประกอบ ๔ ภาพ).

รายที่ ๔ HN. ๑๒๔๒๔.๐๕ ชายจีนอายุ
๖๗ ปี, อาชีพค้าขาย. มีประวัติเป็นแผล
มะเร็งที่ริมฝีปากล่างเคยรับการรักษา
ด้วยการฝังแร่ เรเดียม แล้วเมื่อ ๕ เดือน
ก่อน, แผลนั้นหายเรียบดี. ต่อมาได้เกิด
แผลใหม่ขึ้นอีกแผลหนึ่ง ที่ขอบแผลเก่า
ขนาด ๑ x ๑ ซม. จึงเห็นสมควรให้การ

รักษาด้วยการฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี, เนื่องด้วยบริเวณใกล้เคียงได้รับแสงจากแร่เรเดียม มามากแล้ว. ได้รักษาโดยฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี ขนาด ๑.๑๗ มิลลิกรัม จำนวน ๑๘ เมล็ด, คำนวณได้ขนาดแสง ๖,๐๐๐ เรินทเจน. หลังการฝัง ๑ สัปดาห์ มีปฏิกิริยาอักเสบจากรังสีเพียงเล็กน้อย, และแผลหายเร็วขี้นในเวลา ๕ สัปดาห์.

รายที่ ๕ HN. ๒๕๖๓๘.๐๕ หญิงไทย อายุ ๔๐ ปี, อาชีพค้าขาย. มีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่สอง. ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่เรเดียม ในมดลูก และในช่องคลอด เป็นจำนวน ๑๐,๘๐๐ มิลลิกรัมชั่วโมง, และตามด้วยการฉายแสงลึกบริเวณรอบมดลูกอีก ๔,๐๐๐ เรินทเจน. ในระยะ ๑ เดือน หลังจากฉายแสงลึกเสร็จแล้วได้ตรวจพบก้อนเนื้อองอกเล็กๆ ขนาด ๑×๑ ซม. อยู่บริเวณส่วนล่างสุดของช่องคลอดข้างซ้าย และขนาด ๑×๑ ซม. ข้างขวา. ก้อนนี้อยู่นอกบริเวณที่เคยฉายไฟไว้ตรงขอบอก. ได้ตัดเนื้อไปตรวจ. ผลการตรวจเนื้อทางพยาธิเป็นมะเร็งชนิด สะเคอมีสเซลล์, จึง

ได้พิจารณารักษาโดยฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสีขนาด ๓.๕๘๕ มิลลิกรัม ทั้งข้างซ้าย ๑๒ เมล็ด, ข้างขวา ๑๘ เมล็ด. หลังฝังได้ ๑ สัปดาห์ มีปฏิกิริยาอักเสบจากรังสีปานกลาง, มากขึ้นในสัปดาห์ที่ ๒ และมากที่สุดกัในสัปดาห์ที่ ๔; แต่ได้ทุเลาพร้อมกับถอนขุบไปหมดกัในเวลา ๘ สัปดาห์.

วิจารณ์

การรักษาผู้ช่วยด้วยสารกัมมันตภาพรังสีของ^{๑๕๗} นี้ สามารถทำลายเนื้อมะเร็งได้ผลดี มากหาก แต่ผู้ใช้ต้องเลือกผู้ช่วยให้เหมาะสม.

รายที่ เหมาะสมในการฝังเมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี ก็เช่นเดียวกับรายที่ เหมาะในการใช้เมล็ดเรดอน กล่าวคือ:

(๑) รายที่มีแผลบาง ๆ หรือมีเส้นผ่าศูนย์กลางแผลไม่เกิน ๕ ซม., อยู่ในที่ที่เราจับต้องได้, คือเราสามารถเอาเครื่องมือสำหรับฝังเมล็ดทองฝังลงไปได้, เช่น ทรมฝีปาก, กระพุ้งแก้มด้านใน, ลิ้น, เพดาน, ช่องคลอด, กระเพาะปัสสาวะที่กำลังเข็งฆ่าตัดอยู่.

(๒) แผลมะเร็งที่เป็นเนื้องอกตก

ค้างหรือเนืองอกที่กลับเป็นใหม่หลังจากใช้รังสีรักษาชนิดอื่น ๆ เช่นฉายแสงภายนอกหรือฝังแร่ เรเดียมแล้ว.

ข้อดีของ เมล็ดทอง กัมมันตภาพ รังสี ในรายเหล่านี้ก็คือ :

(๑) เราสามารถให้แสงทำอันตราย มะเร็งในบริเวณที่จำกัดโดยไม่ทำอันตราย ต่อเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ อันจะทำให้ การหายของแผลเป็นไปได้ช้ามาก, หรืออาจ เกิดเนื้องอกซ้ำได้; เพราะรายที่เป็น เนืองอก ตกค้าง หรือ กลับ เป็นใหม่ หลัง การให้รังสีรักษาแล้วการหล่อเลี้ยงของ เลือดบริเวณนั้นก็ไม่สู้ดีเนื่อง จาก ถูกทำลายหรือเป็นอันตรายเสียหายในการรักษา ด้วยฉายแสงในครั้งแรกนั้นแล้ว. ฉะนั้น เมื่อรักษาด้วยรังสีอีก, ในครั้งที่สองจึง จำเป็น ต้องให้ แสงใน เนื้อที่บริเวณจำกัด. ให้พบนทกแสงให้จำกัดที่สุดเท่าที่จะทำได้. ฉะนั้นการใช้เมล็ดทองกัมมันตภาพ รังสีจึงเป็นวิธีที่เหมาะสม เพราะ Mean gamma Energy ของมันเพียง ๐.๔๑ Mev. เมื่อเทียบกับ Mean gamma Energy ของ เรเดียม ซึ่งเท่ากับ ๐.๒๒ - ๒.๑๕ Mev.

(๒) ข้อดีอีกอย่างหนึ่ง ของ การใช้

ทองกัมมันตภาพรังสี รักษาผู้ป่วยมะเร็ง, นอกจากจะ รักษาโดยหวังผลให้หายขาด ยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยเพื่อประทุงชีวิต. การกระทำง่ายไม่ต้องดมยาสลบ, ใช้ยาชาเฉพาะที่และไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล. เมื่อทำเสร็จก็ให้ผู้ป่วยเดินกลับบ้านได้. เป็นการตัดปัญหาเรื่องรอดเตียงได้ ทำได้สะดวกและรวดเร็ว.

วิธีคำนวณ ขนาด ของ เมล็ดทองกัมมันตภาพรังสี ก็สามารถทำได้เช่นเดียวกับเมล็ด เรเดียม โดยใช้ตารางของ Patterson and Parker โดยการเทียบ K. factor ของ Radon = ๘.๓ และ K. factor ของ Au^{๑๙๘} = ๒.๔๒, อายุครึ่งชีวิตของ เรเดียม = ๓.๘๒๕ วัน, ของ Au^{๑๙๘} = ๒.๗ วัน. จากการคำนวณ เราสามารถเทียบขนาดรังสี โดยคิดว่า ๑ มิลลิคิวร์ ของ เรเดียม = ๕ มิลลิคิวร์ ของ ทองกัมมันตภาพรังสี. จากนั้นเราก็สามารถคำนวณได้ว่าแผลขนาดเท่าใด, จะต้องใช้ เมล็ดทองซึ่งมีความแรงกัมมันตภาพ, จำนวนกี่เมล็ดได้. เมล็ดทองที่เรานำมาใช้ โดยมากใช้ในขนาด ๓-๕ มิลลิคิวร์เป็นขนาดที่เหมาะสมที่สุด, เพราะถ้าใช้เมล็ดทองที่มีความแรงน้อยกว่านั้น ก็จะต้องใช้เมล็ด

ทองจำนวนมาก, การฝังให้สม่ำเสมอ
จะเป็นไปได้ลำบาก, เมล็ดทองมักจะไป
ซ้อนกันและอยู่ยัดเยียดกันมากไป. นอก
จากนั้นแล้วจะเป็นการเปลืองเมล็ดทองไป
โดยเปล่าประโยชน์, เพราะเมล็ดทองที่
ฝังผู้ช่วยไปแล้วจะติดตัวผู้ช่วยตลอดไป
จะนำมาใช้อีกไม่ได้. ถ้าใช้เมล็ดทองที่
มีความแรงมากกว่า, จำนวนที่ใช้ก็น้อย
เกินไป และไม่สามารถฝังให้ได้ระยะ
สม่ำเสมอ. เมล็ดทองแต่ละเมล็ดไม่
ควรฝังห่างกันเกิน ๑ ซม., เพราะอาจ
ทำให้จุดกึ่งกลางระหว่างเมล็ดทอง ๒
เมล็ดได้รังสีในขนาดที่ไม่เพียงพอแก่
ความต้องการได้และเป็นเหตุให้เกิดกลับ
เป็นชนิดอื่น. ในการคำนวณขนาดของรังสี
ให้ผู้ช่วยเราต้องคำนึงถึงเส้นผ่าศูนย์กลาง
ของแผล. ถ้าแผลใหญ่, เราให้ขนาด
รังสีประมาณ ๖,๐๐๐-๖,๕๐๐ rad.,
ถ้าแผลเล็กเราก็อาจให้ได้ถึง ๗,๐๐๐-
๘,๐๐๐ dra. ทั้งนี้เนื่องจากความทนของ
ผิวหนังรอบแผล. ถ้าผิวหนังรอบแผลเล็ก, เราให้
ขนาดแสงมากได้ เพราะการหายของ
แผลจะเป็นไปได้ดี. เลือดที่ไหลออก
ไม่ถูกทำลายเป็นเนื้อที่ว่าง. แต่ถ้าพ
นรอบแผลใหญ่, แล้วเราให้ขนาดแสงมาก

เกินไป, เลือดที่ไหลออกเพียงถูกทำลาย
เป็นเนื้อที่ว่างการหายของแผลก็จะไม่
พอ, เกิดเป็นเนื้อเน่าเสียขึ้นตรงกลาง
แผล และอาจเกิดเนื้องอกขึ้นได้.

จากรายงานเบื้องต้น ๕ รายดังกล่าว
มาแล้ว, เห็นว่าทองก็มีมันภาพรังสีให้
ประโยชน์ในการรักษาผู้ช่วยมะเร็งมาก,
ได้ผลดี, แต่จะต้องเลือกผู้ช่วยให้เหมาะ
และมีขอบเขตการรักษาแคบกว่าการใช้
แร่เรเดียม. อย่างไรก็ตาม, นี้เป็นเพียง
รายงานเบื้องต้น และยังได้ผู้ช่วยน้อยราย
ไป. ผู้รายงานจะได้รวบรวมผลการรักษา,
และรายงานผลดีและเสีย, เปรียบเทียบ
ต่อไปอีก.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณศาสตราจารย์
นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ, หัวหน้า
หน่วยรังสีรักษา, ที่ได้กรุณาสนับสนุน
ให้ใช้ทองที่มีมันภาพรังสีในผู้ช่วยมะเร็ง
และยังได้กรุณาแนะนำตรวจแก้รายงาน
นี้; ศาสตราจารย์ นายแพทย์ร่วมไทร
สุวรรณิก ที่ได้อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ
สำหรับฝังเมล็ดทอง และศาสตราจารย์
นายแพทย์อำนาจ เสริมรส หัวหน้า
แผนกวิชารังสีวิทยา ที่ได้อนุญาตให้ราย
งานเรื่องนี้. ขอขอบคุณหน่วยภาพการ

แพทย์ ที่ได้ถ่ายสไลด์ให้: และรายงาน
นี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือ
อย่างดียิ่งจาก อาจารย์วิชัย หโยทิม และ
อาจารย์สังเวียน วงศ์มังกร แห่งสำนัก
งานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ.

เอกสาร

1. Hensehke, U.K., A.G. James, and W.G. Mayers, : Radiogold Seeds in Clinical Radiation Therapy. Radiology. 1954. 63:390.

2. Sinclair. W.K : Artificial Radioactive Sources for Interstitial Therapy. Brit. J. Radiol., 1952, 25:417.

3. Hodt, H.J., W.K. Sinclair, and D.W. Smithers. A gun for Interstitial

Implantation of Radioactive Gold Grain, Brit. J. Radiol., 1952, 25:419.

4. Myeres, W.G., B.H. Colmery, and W.M. Mc Lellon: Radioactive gold 198 for Gamma Radiation Therapy. Am. J. Roentgenol. 1953, 70:258.

5. Shalek, R.J., M.A. Stovall and V A. Sampiere: The Radiation Distribution and Dose Specification in Volume Implants of Radioactive Seeds. Am. J. Roentgenol. 1957, 77:863.

6. Mac Kay, N.R., D.W. Smithers, and D.M. Wallace: Radiotherapy In Tumours of the Bladder. Edinburg, Wallace, D.M., Ed., E and S. Livingstone, 1959, p 257.

7. D.W. Smithers 1963, M. Lederman 1963, H.J.G. Bloom 1963, Personal Communication.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

RADIO - ACTIVE GOLD GRAINS IN CANCER THERAPY

Preliminary Report

Kawee Tungsuputr, M.B., D.M.R.T., R.C.P. & S. (Engl.), F.F.R.

and

Saisanguan Unhanandana, M.B., B.Sc., D.M.R.T., R.C.P. & S. (Engl.)

(Dept. of Radiology)

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

Gold ¹⁹⁸ is being used instead of radon in the treatment of carcinomata, in the form of "grains" which have the advantages of easier application and less expense. The grains used in the present report were activated at the National Atomic Energy Agency (Dr. Vichaya Hayodom) and were applied with a gold-grain gun. Five cases of squamous-cell carcinoma (four cases

of oral and peri-oral, and one case of uterine cervical growths) were subjected to this form of treatment; all responded very well with little reaction. It is concluded that with proper case selection this new form of treatment should be of much value, although its range of usefulness would be more limited than that of radon.

(Five figures ; seven references)

โรคทรวงอกที่เป็นเหตุให้เกิดอาการทางช่องท้อง

สนวน บุณณวงศ์ พ.บ., พ.ค. (กิตติม.), F.I.C.S.

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนาจ เสมรสุต)

โรคทรวงอกบางอย่าง อาจ ทำให้เกิดอาการปัจจุบันทันด่วนทางช่องท้อง, ซึ่งจะทำให้แพทย์ผู้รักษาหรือคัลยแพทย์เข้าใจผิดว่าเป็นโรคของช่องท้องปัจจุบัน และถึงกับทำการรักษาโดยผิดทางหรือทำการผ่าตัดเลยก็เป็นได้. ทั้งนี้เป็นผลเสียหายแก่ผู้รักษาเองหรือผู้ช่วยโดยไม่จำเป็น.

ตามปรกติในรายโรคของช่องท้องปัจจุบัน, แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผ่าตัดมักจะสั่งผู้ช่วยถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของช่องท้อง โดยการถ่ายภาพในท่า "หน้าหลัง" ในท่านอน ๑ แผ่น และในท่า "หน้าหลัง" หรือ "หลังหน้า" ในท่าตั้งตรงโดยให้ติดโตมของกระบังลมทั้งสองข้าง. จากภาพเอ็กซเรย์ ทั้งสองภาพนี้จะสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับโรคของช่องท้องปัจจุบันได้.

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างบนนี้, ถ้าถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของทรวงอกเพิ่มขึ้นอีกหนึ่ง, ก็จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคทางปอดบางอย่างที่อาจทำให้เกิดอาการ

ปัจจุบันทางช่องท้องได้ และเป็นการวินิจฉัยแยกโรคทางปอดเตรียมไว้ก่อน ผ่าตัดอีกด้วย, เรียกว่า "ภาพเอ็กซเรย์ของทรวงอกในการวินิจฉัยโรคของช่องท้องปัจจุบัน"

—“The chest roentgenogram in the diagnosis of acute abdominal disease”.

ความสัมพันธ์ระหว่าง กายวิภาค,

ประสาทวิทยา และพยาธิวิทยา.

ในทาง เอ็มบริยอโลยี ทรวงอกและช่องท้อง รวมกัน เป็นโพรง อันหนึ่ง, เรียกว่า "ซีโลมิก". ในระหว่างการเจริญเติบโต กระบังลมที่ ข้าง ใต้แยก อวัยวะในทรวงอกและช่องท้อง ออกเป็น คนละ ส่วน. ดังอย่างไรก็ดี, การแยกกันจะไม่สมบูรณ์ และมักจะเหลือร่องเล็กอยู่เสมอ, เช่น ร่อง "มอร์แกน" (ใกล้เส้นกลางทางค้ำหน้า) และร่อง "โบคาเลค" (ในแนวค้ำข้างและหลังของกระบังลมแต่ละข้าง). ในเวลาเดียวกันจะมีช่อง ไฮเอทิส หลาย ๆ อันซึ่ง เป็นช่อง ผ่าน ของ หลอด เลือดแดง เอออร์ตา, หลอดเลือดดำ อินฟเวีย วนา-

คาวา, หลอดอาหาร, ท่อน้ำเหลืองและเส้นใยประสาท. อวัยวะต่าง ๆ ในเยื่อช่องท้องและช่องหลัง เยื่อช่องท้องก็จะผ่านช่องเหล่านี้เข้าไปด้วย. นอกจากนั้นทิสซุ ช่องหลังเยื่อช่องท้องและ เมทิกซ์คินมี ติดต่อกันและกันโดยทางส่วนหลัง.

ดังนั้นอาศัยจากความจริงอันนี้ ในกระบวนการอักเสบ, แกลสที่ผ่านจากอวัยวะซึ่งเป็นโพรงและอยู่ช่องหลังของเยื่อช่องท้องและอื่น ๆ มักจะหาทางของมันผ่านเข้าโพรงของทรวงอก.

การกระจายของเส้นใยประสาทของประสาทส่วนล่าง อินเทอร์เน็ตคอสตล ในทำนองนี้ทำให้ความปวดสามารถจะ รีเฟอร์จากตำแหน่งของโรคในทรวงอกเข้าไปในช่องท้อง, เพราะว่าหลังกระทบประสาทความรู้สึกจะผ่านจากส่วนของไซสันหลังซึ่งไปเลี้ยงทรวงอกส่วนล่างและส่วนผนังของช่องท้อง. สิ่งเหล่านี้จะพบในรอยโรคที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ ซึ่งอยู่ใกล้ ๆ กับเยื่อหุ้มปอดที่หุ้มส่วนข้างของกระบังลม และใกล้กับเยื่อหุ้มปอดส่วนล่างของพาไรเอตอล. ดังนั้นรอยโรคที่เกิดขึ้นจากประสาทส่วน อินเทอร์เน็ตคอสตล ส่วนล่าง

สามารถทำให้เกิด การปวดที่เกี่ยว ไปถึงส่วนบนของก้านหน้าของผนังช่องท้อง.

กลไกอื่น ๆ ของ ความปวดที่ย้อนไปถึง อาจอธิบายได้จากความปวดเหล่านี้ซึ่งจะมีความรู้สึกจากระยะทางที่ไกลจากตำแหน่งของโรค, เช่น ความปวดที่หัวใจไหล่ขวา ในโรคของถุงน้ำดี, ความปวดระหว่าง กระดูก สะบักใน โรคของตับอ่อนและความปวดใน ช่องท้องส่วน บนซึ่งร่วมไปกับโรคของหัวใจ, โรคของหลอดอาหาร หรือโรคอื่น ๆ ของส่วนล่างของทรวงอก.

การกระจายของการอักเสบ, กระบวนการของเนื้องอกและ เอ็มโบไล, และอื่น ๆ จากช่องท้อง เข้าไปใน ทรวงอก หรือจากทรวงอก เข้าไปใน ช่องท้องยากที่จะกล่าวอธิบาย.

ทางของ น้ำเหลืองและ หลอดเลือดที่ผ่านช่อง ไซเอตัส ทั้งหลายของ กระบังลมก็เปิดโอกาสให้มีการกระจายของโรคง่ายเข้า, และในเวลาเดียวกันการกระจายของการอักเสบ, อินเทอร์เน็ตเซลล์ เอ็มพีซี-ม่า และกระบวนการเนื้องอกจากช่องท้องเข้าไปใน ทรวงอก เป็นไปได้โดย การผ่านกระบังลมโดยตรงหรือโดยผ่านทาง ทิสซุ

รอบ ๆ อวัยวะต่าง ๆ ที่ผ่านช่อง ไฮเอคัส
นั้น ๆ.

จากความสัมพันธ์ระหว่างกายวิภาค,
ประสาทวิทยาและพยาธิวิทยาจึงกล่าวข้าง
บนนี้ อธิบายได้ว่าโรคของทรวงอกทำให้
เกิดอาการทางช่องท้องได้อย่างไร. ถึงแม้
ตัวอย่างที่ทางแพทย์ผู้รักษา และแพทย์
ผ่าตัดเคย ผิดหวัง มาแล้ว จาก หนังสือ
The Radiologic Clinics of North
America. April, 1964.

รายที่ ๑ เด็กชายอายุ ๖ ขวบ, รัยไว้ใน
รักษาใน โรงพยาบาล แห่งหนึ่ง ด้วยการ
ปวด บริเวณ ช่องท้อง ข้างขวา ส่วนล่าง.
หลังจากได้รับการตรวจทางคลินิกและทาง
ห้องทดลองแล้ว, คนไข้ก็ได้รับการผ่าตัด
โดยเข้าใจว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน.

จากผลของการผ่าตัด ปรากฏว่าไส้
ติ่งปรกติและได้ตัดเอาไส้ติ่งออก. ภาย
หลังการผ่าตัดพบว่าเด็กมีอาการไอ. ได้
ทำการถ่ายภาพ เอ็กซเรย์ ปอดในวันแรก
ของการผ่าตัด, ปรากฏว่าเป็นโรคปอด
ขวม ของ กลีบ ขวามุม และ ต่อม น้ำเหลือง
ข้างขวาโต. จากแผ่นภาพ เอ็กซเรย์ ของ
ทรวงอกนี้แสดงว่าพบโรคปอดขวมโดยไม
นักถึงซึ่งอาจ เป็นต้นเหตุของ อาการ ปวด

ท้องในผู้ป่วยรายนี้, และไม่ใช่โรคปอด
ขวมเกิดหลังผ่าตัด.

รายที่ ๒ ชายอายุ ๗๘ ปี, รัยไว้ใน
โรงพยาบาล แห่งหนึ่งด้วย อาการ ปวด
ท้องทางคานขวา, และรู้สึกแน่นท้อง. ได้
รับการถ่าย เอ็กซเรย์ ช่องท้อง. ปรากฏว่า
ไม่พบสิ่งผิดปกตินอกจากพวยว่ามีรอยของ
ลมและน้ำห่ออมเล็ก ๆ ซึ่งเข้าใจว่าเกิด
จากลำไส้เล็กโดย รีเฟล็กซ์. ได้ถ่ายฟิล์ม
ปอดตามปรกติ. พยาว่าเป็นโรคปอดขวมที่
กลีบขวามุม. ภายหลังจากการรัยไว้รักษา
ในโรงพยาบาล เพียงเล็กน้อยด้วยเรื่อง
อาการ ลำคัญทาง ช่องท้อง ผู้ป่วย เกิด
อาการไอ, ซึ่งภายหลังเป็นการไอมีเสมหะ
มาก. ลักษณะและอาการทางทรวงอกและ
ท้อง หายไปในระหว่างที่ได้รับการรักษา
ช่องทรวงอก แอนติไบโอติก.

จากตัวอย่างทั้งสองรายข้างบนนี้แสดง
ให้เห็นว่าโรคของทรวงอกอาจเป็นต้นเหตุ
ของอาการทางช่องท้อง, ทำให้แพทย์
ผู้รักษาและผ่าตัดเข้าใจผิดได้. ฉะนั้นใน
รายที่ สงสัย อาการทาง โรคของ ช่องท้อง
ปัจจุบันขอแนะนำว่าควรถ่ายภาพปอดไว้
๑ รูปจะได้ไม่ผิดหวังในการวินิจฉัยโรค
ดังที่กล่าวมาแล้ว.

ภาพรังสีของหลอดเลือดสมอง เมื่อความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นมาก

ปรียา กาญจนันท์ ว.บ., Cert. Radiol. (Univ. Penn.), Dipl. Am. Bd. Radiol.*

สิระ บุญยรัตเวช ว.บ., F.R.C.S. (Eng.), F.R.C.S. (Edin.),**

ในภาวะที่มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นนั้นโลหิตจะไหลเวียนไปสู่สมองน้อยลง. เราสามารถแสดงให้เห็นได้ โดยการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดของสมอง, กล่าวคือจะมีสารทึบรังสีผ่านไปหลอดเลือดของสมองน้อยกว่าปกติ.

Rushede และ Ethebery (1953) ได้รายงานผู้ป่วย ๕ ราย ซึ่งมีสิ่งกีดขวางในกะโหลกศีรษะ, และทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น. การถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดสมองของคนไข้เหล่านี้พบว่า สารทึบรังสีผ่านเข้าไปในหลอดเลือดสมองน้อยมาก, หรือไม่ผ่านเลย. Horwitz และ Dunsmore (1956) ได้รายงานผู้ป่วย ๔ ราย ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีของหลอดเลือดสมองอย่างเดียวกัน. ในปี 1960 Newton Couch ได้รายงานคนไข้ อีก ๑ ราย ซึ่งมี

ลักษณะเดียวกัน.

Pridram (1961) ในรายงานผู้ป่วย ๑๑ รายที่มีภาวะเช่นเดียวกัน, ได้พิสูจน์ให้เห็นชัดเจนใน ๑ ราย, ซึ่งได้ทำการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดของสมองซ้ำหลังจากได้ลดความดันภายในกะโหลกศีรษะลง โดยการเจาะโพรงของสมองและเอาน้ำไขสันหลังออก. เขาพบว่าวัตถุทึบรังสีสามารถผ่านเข้าไปในหลอดเลือดของสมองได้โดยปกติ. ทั้งนี้หมายความว่าข้อพิสูจน์อย่างชัดเจนว่า การมีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เป็นสิ่งซึ่งกันไม่ให้สารทึบรังสีหรือเลือดผ่านเข้าไปในหลอดเลือดของสมองตามปกติ.

หลังจากนั้นในปี 1962 Mitchell พบลักษณะอย่างเดียวกันในการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดในสมองในผู้ป่วย ๕ ราย.

เราได้พบว่า ในคนไข้ที่มีการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะอย่างมาก

* แผนกรังสีวิทยา, หัวหน้าแผนก, ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนวยการ เสมรสต์.

** แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก, ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนวยการ โปษะกฤษณะ.

นั้นจะทำให้ มีโลหิต ไหลผ่านสมองน้อย, และสามารถจะพิสูจน์ให้เห็นได้จากการ ทำการถ่ายภาพหลอดเลือดของสมองที่จะได้รายงานผู้ช่วยดังต่อไปนี้.

รายงานผู้ป่วย

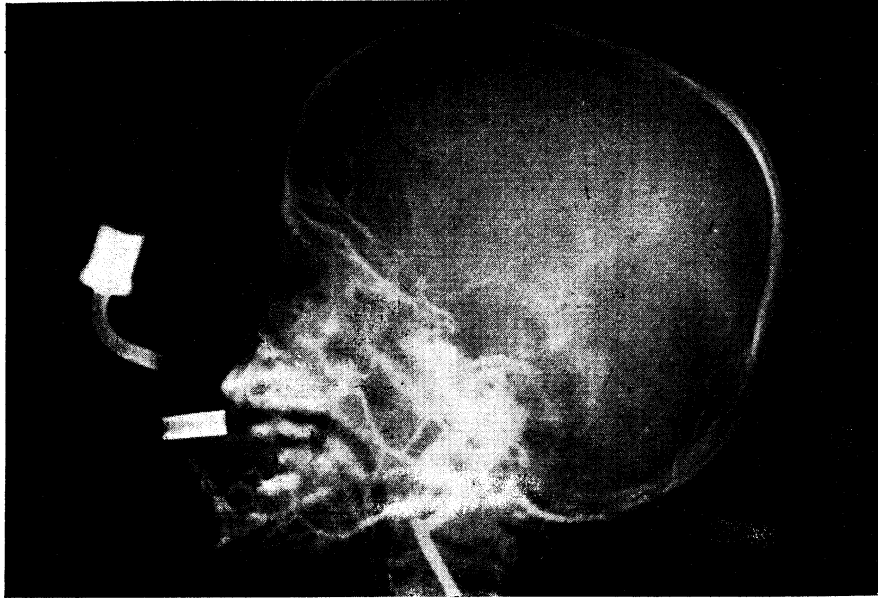
ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ ๘ ปี, รัยไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ ๘ ม.ค. ๐๘ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดศีรษะมากและชาที่แขนมา ๒ วัน. ๘ วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการกระตักที่หน้าข้างขวา, น้ำลายฟมปาก. ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาที่ร้านแพทย์, อาการดีขึ้น. ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการอาเจียนพุ่ง. อาเจียนวันละ ๒-๓ ครั้ง, ปวดศีรษะมาก. มีอาการชาที่แขนขวา, มารดาสังเกตเห็นปากเขียวข้างขวา, พูดไม่ค่อยชัด, ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างใดมาก่อนเลย.

ตรวจร่างกาย อุณหภูมิ ๓๗.๑°ซ. ชีพจร ๖๐ ครั้ง/นาที, หายใจ ๓๖ ครั้ง/นาที, น้ำหนักตัว ๑๖.๕ ก.ก. คนไข้ไม่ค่อยจะรู้สึก. มีอัมพาตทางก้านขวาของร่างกาย, รวมทั้งประสาทที่เจ็บทางก้านขวาคด้วย, ซึ่งเป็นแบบ ซุปรานเคิลียร์. รีเฟล็กซ์ น้อยกว่าปกติทางก้านแขนขา

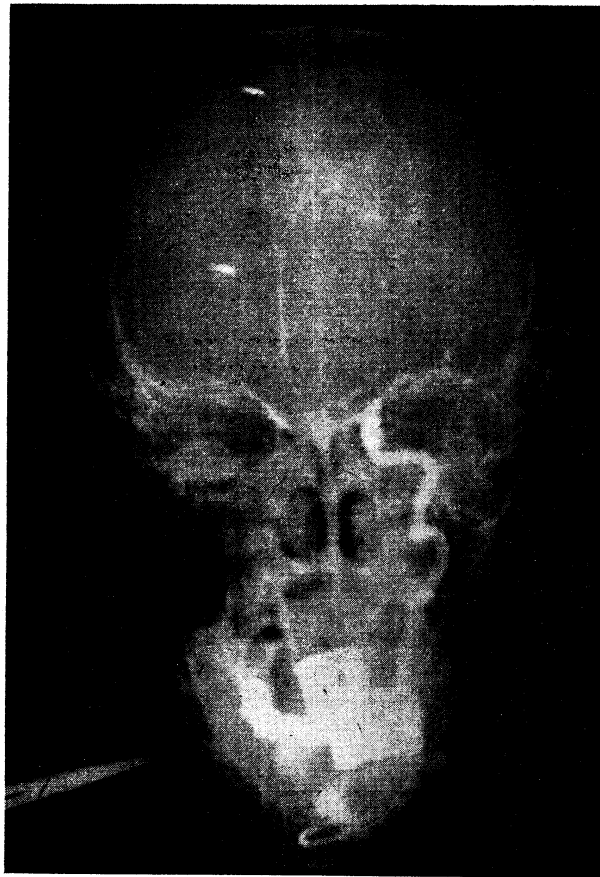
ข้างขวา. ผลการตรวจน้ำไขสันหลังพบว่าใส, ไม่ได้ตรวจจำนวนเซลล์, โปรตีน ๒๐ มก.%, น้ำตาล ๘๗ มก.%. หนองไรต์ ๘๑๐ มก.%, ผลการถ่ายภาพรังสีของกะโหลกศีรษะและปอดเป็นปกติ.

ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลคนไข้มีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว. ถึงแม้ศัลยแพทย์ทางประสาทและรังสีแพทย์ได้เตรียมจะทำการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดของสมองอย่างรีบด่วนแล้วก็ตาม, ก็ยังไม่ทันอาการเลวลงเสียก่อน. ในวันที่ ๑๘ ม.ค. ๐๘ ได้หมดสติและหยุดหายใจ. ได้ให้เครื่องช่วยหายใจระหว่างทำ. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหลังทำการถ่ายภาพรังสีเสร็จ.

ภาพรังสีของหลอดเลือดสมอง คาโรติด ซ้าย พบว่ามีสารทึบแสงต่อรังสีในหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะเป็นปกติ, ส่วนหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ นั้น มีสารทึบแสง น้อยมาก, ทำให้ลักษณะของหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะเป็นเพียงเส้นเล็กๆ ปรากฏอยู่ในภาพรังสี. ลักษณะที่กล่าวมาพบในส่วนของ อินเทอร์เน็ต คาโรติด ตั้งแต่ระดับ ซุปราคลินอยด์ เป็นต้นไป. หลอด



รูปที่ ๑



รูปที่ ๒

เลือดในกะโหลกศีรษะทั่วไปมีลักษณะเหมือนกัน. นอกจากนั้นแล้วพบว่าหลอดเลือดในเส้นกึ่งกลางถูกคั้นจากทางค้ำซ้ายไปทางค้ำขวา. แสดงให้เห็นว่ามีสิ่งกั้นที่ทางค้ำซ้ายของกะโหลกศีรษะ.

เป็นที่น่าเสียดายว่าคนไข้ได้แก่กรรมกรก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด. จากการตรวจศพพบว่ามีผู้ ในสมองขนาดใหญ่ที่บริเวณ ฟรอนโต - เทมปอรัล.

วิจารณ์

ในการถ่ายภาพของหลอดเลือดคอมพิวเตอร์ คาร์ติค ที่แสดงว่าการไหลเวียนนอกกะโหลกศีรษะเป็นปกติและการไหลเวียนในกะโหลกศีรษะช้ากว่าธรรมดา. ย่อมแสดงให้เห็นว่าการผิดปกติของหลอดเลือด อินเทอร์นัล คาร์ติค ที่อยู่ในกะโหลกศีรษะเป็นต้นไป. การผิดปกตินี้ได้แก่:

๑. การบีบตัวของหลอดเลือด, เช่นในโรค ไมเกรน ซึ่งเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าในโรคนี้ ก่อนที่จะมีการปวดศีรษะนั้นคนไข้จะมีอาการเริ่มต้นก่อน. การเริ่มต้นนี้เกิดเนื่องจากการหดตัวของหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ. Dukes และ Vieth

(1964) ได้ทำการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดของสมองในขณะที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะนี้, และพบว่ามีการตีแสงอยู่ในหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ น้อยมากหรือไม่มีเลยตั้งแต่ระดับที่ คอมมอน คาร์ติค แยกเป็นต้นไป, และเมื่ออาการเริ่มต้นผ่านพ้นไปแล้ว, ภาพรังสีของหลอดเลือดในสมองมีลักษณะปกติ.

๒. การอุดตันของหลอดเลือดอย่างไม่เต็มที่ (Incomplete Occlusion) จะทำให้การไหลเวียนที่อยู่ไกลออกไปจากการอุดตันนั้นน้อยลง, และอาจจะทำให้มีลักษณะของภาพรังสีดังกล่าวไว้ได้.

การอุดตันนี้อาจจะเกิดขึ้นเองจาก.

ก. มีโรคของหลอดเลือดหรือในหลอดเลือดอยู่แล้ว เช่นมี ฮาเรอโรมา หรือ กรูมโบสิส หรือ เอ็มโบลิสม์ ก็ได้. ในคนไข้ซึ่งมีการอุดตันอยู่แล้วนั้นมักจะมี Collateral Circulation ให้เห็น, โดยเฉพาะในรายคนไข้ซึ่งเป็นมานานแล้วทำให้เราสามารถแยกออกได้จากภาวะอื่นๆ.

ข. จากการกระทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการฉีดยาเข้าหลอดเลือด คาร์ติค, เช่น Subintimal Injection, Extravascular Injection, External Carotid

Puncture หรือ Subintimal Haematoma.

ลักษณะของภาพรังสีของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เช่นที่ทราบกันอยู่ดีแล้ว ไม่จำเป็นต้องมากล่าวในที่นี้.

ค. การถูกบีบของหลอดเลือดจากความดันภายนอก. ได้แก่การมีการเพิ่มความดันขึ้นในกะโหลกศีรษะสูงกว่าความดันซีสโตลิก, เลือดแดงในกะโหลกศีรษะ และหลอดเลือดทั่วไปในกะโหลกศีรษะจะตีบเล็กทั่วไปหมดตั้งแต่ระดับของ ซุปราคลินอยด์ เป็นต้นไป. บางครั้งหลอดเลือดจะแสดงให้เห็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมีการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะ, เช่นสิ่งกีดขวางต่างๆ ซึ่งที่เราได้รายงานในคนไข้ของเรา.

ในการที่คนไข้มีสิ่งกีดขวางในสมองและทำให้เกิดมีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะนั้นส่วนมากเรามักจะสนใจถึงกลุ่มอาการ Herniation ที่เกิดที่ Tentorial Opening และ ฟอรัมเมน แม็กนัม เป็นส่วนใหญ่. แต่โดยที่จริงแล้วการที่หลอดเลือดไหลไปที่สมองน้อยโดยการที่มีความดันเพิ่มในกะโหลกนั้นเป็นสิ่งที่มีความ

สำคัญไม่ใช่น้อย, และอาจทำให้คนไข้ถึงแก่กรรมก่อนที่จะมีกลุ่มอาการของ Herniation เกิดขึ้น.

คนไข้ที่เราได้รายงานมานี้ได้หยุดหายใจก่อนที่จะมีอาการแสดงของ Herniation, และการที่หลอดเลือดทั่วไปของสมองมีขนาดเล็กชวนให้เราคิดว่าหลอดเลือดถูกบีบทั่วไปโดยความดันที่สูงมากในกะโหลกศีรษะ, หรือความดันนี้จะต้องสูงกว่าความดันซีสโตลิกของหลอดเลือดแดง.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย ๑ รายที่การถ่ายภาพของหลอดเลือดในสมองแสดงให้เห็นว่าหลอดเลือดทั่วไปในสมองตีบเล็กทั่วไปหมด, และการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงช้ากว่าปรกติ. คนไข้คนนี้มีเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการที่มีผลในสมอง. ความดันในกะโหลกศีรษะที่เริ่มขึ้นทำให้คนไข้หยุดหายใจและหมดสติก่อนการผ่าตัด. ผลของพยาธิสภาพในศีรษะได้แสดงให้เห็นอย่างแน่ชัดจากการตรวจศพ.

เอกสาร

1. Mitchell, C.O.: J. Neurosurg. 1962, 19:776.
2. Pribram, H.F.W.: Neurology 1961, 11:10-21.
3. Horwitz, N.H.: J. Neurosurg. 1956, 13:155.
4. Newton, T.W.: Radiology. 1960, 75:766-773.
5. Murphy, F.: J. Neurosurg. 1959, 16:24.
6. Brown, K.M.: Arch. Neurol. & Psychiatry 1954, 71:477.
7. Langfitt, T.W.: J. Neurosurg. 1964, 21:989-997.
8. Fox, J.J. J. Neurosurg. 1964, 21:909-967.
9. Dukes, H.T., R.G. Vieth: J. Neurosurg. 1964, 14:636-639.
10. Langfitt, T.W., J.D. Weinstein, N.F. Kassell and L.J. Gagliardi: J. Neurosurg. 1964, 21:998-1005.

การส่งเงินค่าบำรุง

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



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เข็มรพสาย พ.บ.
หมั่นทน พรหมผลิน พ.บ.
ท้าว บุญโชติ พ.บ.
สมชัย บริรักษ์ พ.ด.
ประหยัด หัตถ์นารณ์ พ.บ.

ชีวิตของข้าพเจ้าในแผนกวิชารังสีวิทยา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนวยการ เสมรสสุต

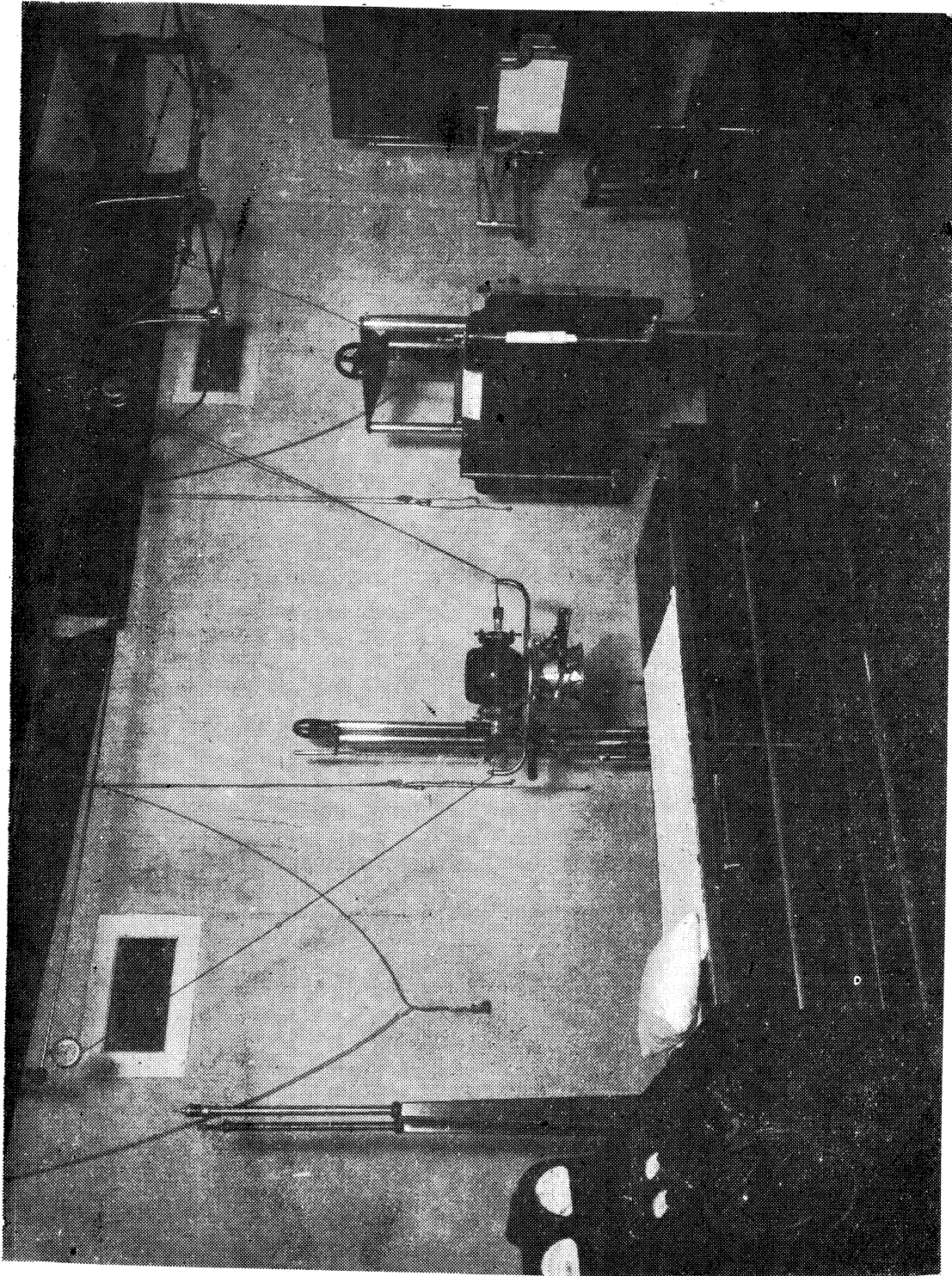
หัวหน้าแผนกวิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อวย เกต-
สิงห์, บรรณาธิการหนังสือสารศิริราช,
ประสงค์ จะพิมพ์เรื่อง เฉพาะเกี่ยวกับวิชา
รังสีวิทยาในสารศิริราช เป็นฉบับพิเศษ,
ข้าพเจ้ารู้สึกยินดี และขอขอบคุณอย่างยิ่ง.
ข้าพเจ้าคิดว่าในเวลาอีกไม่ช้าข้าพเจ้าก็จะ
ครบเกษียณอายุราชการ, ออกรับพระ
ราชทานบำนาญ, จึงเห็นว่าควรเขียนชีวิต
ของข้าพเจ้า ขณะรับราชการในแผนกนี้
ย่อๆ เท่าที่ทำได้เพื่อเพื่อนแพทย์รุ่นหลังๆ
จะได้ทราบ คงจะเป็นประโยชน์บ้างไม่มาก
ก็น้อย.

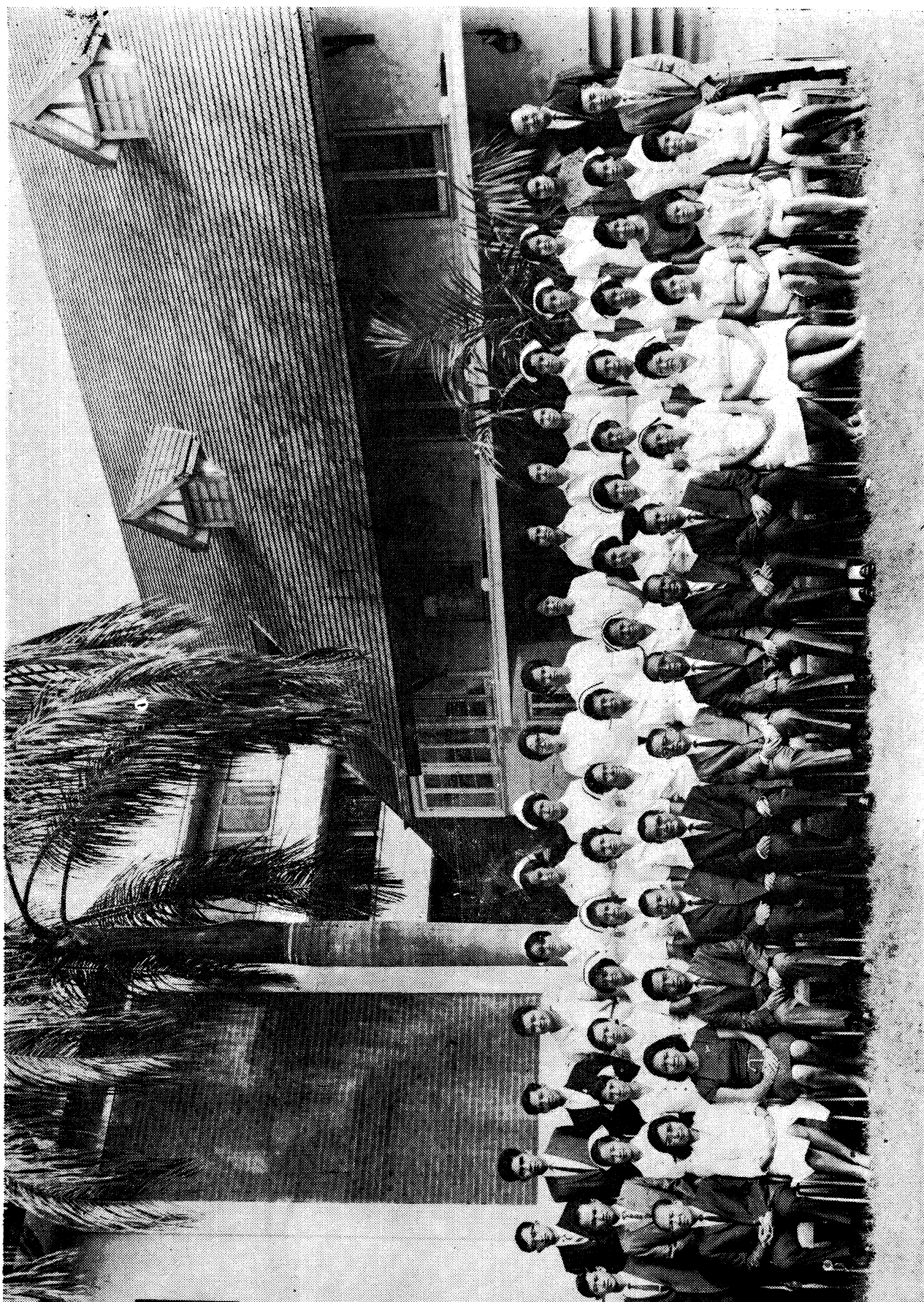
เนื่องจากข้าพเจ้าเป็นแพทย์ปริญญา
รุ่นแรก, ได้ใช้ชีวิตอยู่กับรังสีวิทยา
ตลอดมาตั้งแต่ ภายหลังสำเร็จการศึกษา,

เริ่มแต่ ๑ เมษายน ๒๔๗๒ ซึ่งเป็นเวลา
เพียง ๓ เดือนภายหลังที่แผนกวิชานี้
ทำการ. ข้าพเจ้าอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์
เมื่อวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๐๕, กำหนด
ออกจากราชการ วันที่ ๓๐ กันยายน
๒๕๑๐, รวมเวลารับราชการ ๓๘ ปี ๖
เดือน. นับว่าเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานให้แก่วิชา
รังสีนานที่สุด, ได้รู้เห็นและร่วมดำเนิน
การพัฒนาแผนกวิชารังสีวิทยา มาตั้งแต่
เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน.

แพทย์ปริญญารุ่นแรก พ.ศ. ๒๔๗๑
ได้ศึกษาสำเร็จรับพระราชทานปริญญา
จำนวน ๑๘ คน, ขณะนั้นมีชีวิตอยู่เพียง
๑๕ คน. ยังรับราชการอยู่เพียง ๒ คน
เท่านั้น, คือข้าพเจ้าอยู่ในคณะแพทย์ -



เครื่องเอกซเรย์เครื่องแรกของโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. ๒๔๗๑



ศาสตร์และศิริราชพยาบาลและศาสตร์-
จารย์ นายแพทย์อภัย ชมนัน. หัวหน้า
แผนกวิชาจุลชีววิทยา, คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ท่านเป็นผู้ได้
รับรางวัลเหรียญทองของร่นัน. ท่านเกิด
เดือนธันวาคม, แก่กว่าข้าพเจ้า ๒ เดือน
และจะเกษียณพร้อมกัน. พวกเราได้ข้าม
ฟากมาเป็นนักศึกษา เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๘.
ขณะนั้นอาคารต่าง ๆ ใน โรงพยาบาล
สร้างด้วยไม้เป็นส่วนมาก. หอพักนัก
ศึกษาแพทย์เป็นเรือนไม้มาจาก. พวกเรา
จึงพากันเรียกว่า “คอกไม้”. มีตึกใหม่
อยู่เพียง ๒ หลัง คือตึกพยาธิวิทยาหลัง
หน้า และตึกมหิตลขำเพ็ญ, นอกจากนั้น
มีตึกเล็ก ๆ รั่น โบราณ อีก ๒ - ๓ หลัง,
ซึ่งไทรอไปหมดแล้ว. ปัจจุบันภายใน
โรงพยาบาลแน่นหนาไปด้วยตึกแทบจะหา
ที่ก่อสร้างอีกไม่ได้, จนต้องขยายอาณา
เขตออกไปทางค่านหลัง และทำการก่อสร้าง
เพิ่มเติมลงใน ที่ดิน ที่ขยาย ออกไป.
เป็นที่น่ายินดีและปลื้มใจที่ “อาคารฉลอง
๗๒ ปี” ซึ่งกำลังก่อสร้างอยู่จะเป็น
อาคารที่ใหญ่ที่สุด และ สูงที่สุดถึง ๑๑
ชั้น. ในอาคารนี้จะเป็นสำนักงานของ
แผนกรังสีวิทยา, คือชนพนโตกินส่วน

หนึ่งจะเป็นของแผนกรังสี, ชั้นที่ ๑ ทั้ง
หมดเป็นหน่วยรังสีวิทยา, ชั้นที่ ๒ ทั้ง
หมดเป็นหน่วยรังสีวินิจฉัย, ชั้นที่ ๓ สาม
และสี่เป็นหน่วยรังสีไอโซโทป, และชั้นที่
๖ จะเป็นที่ทำการรักษาด้วย เวเดียม และ
เตียงผู้ป่วยมะเร็ง ที่ทำการรักษาด้วยรังสี.
ชั้นอื่น ๆ จะเป็น ที่ทำการตรวจรักษาและ
เตียงผู้ป่วยของแผนกวิชาอื่น ๆ. อาคารนี้
จะสร้างเสร็จอีกในไม่ช้า. คงจะเป็นที่ภูมิใจ
แก่บรรดาเพื่อนแพทย์ทั้งหลาย ตลอดจน
รังสีแพทย์ที่จะได้มีสำนักงานกว้างขวาง
เช่น และ จะได้ มี โอกาสพัฒนาแผนกนี้ต่อไปอีก.

แผนกรังสีวิทยาได้ย้ายสถานที่มา
แล้ว ๓ ครั้ง. เติมถนนห้องทำงานอยู่ที่
ชั้นบนซีกซ้ายของศาลาศัลยกรรม, ซึ่ง
ปัจจุบัน เป็น สำนักงาน แผนกวิชา จักษุ
โสตศานาสิกการังสีวิทยา, คือค่านที่ชั้น
ห้องศรีสมรขณะนั้น. หัวหน้าแผนกวิชา
รังสีวิทยาคนแรกคือ ศาสตราจารย์
อุปการะ คุณหลวงพิณพากย์พิทยาเกท.
ท่านเป็นผู้คิดตั้งเครื่อง เอกซเรย์ ซึ่งเป็น
เครื่องแรกในโรงพยาบาลศิริราช. ได้
วางหลักสูตรการสอบนิวิชากรังสีวิทยา และ
ได้สนับสนุนในการก้าวหน้าทางรังสีวิทยา

มากมาย. พวกเรารังสีแพทย์ จึงยกย่องท่านว่าเป็น “บิดาของวิชารังสีวิทยาในประเทศไทย.” เมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๒ แผนกเรียมแพทย์เพียง ๒ คน, คือ ท่านหัวหน้าแผนกและข้าพเจ้า, มีพยาบาล ๑ คน คือ คุณเฉลิมวรรณ จันทรินทร์ ผู้ซึ่งได้มาร่วมปฏิบัติงานกับเราเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๖ จนปัจจุบันนี้. นับได้ว่าเป็นรังสีพยาบาลที่เข้าร่วมปรับปรุงงานและทำความเจริญให้แก่แผนกรังสีวิทยามานานที่สุด.

พ.ศ. ๒๔๘๐ ข้าพเจ้าได้ รับทุน “มหิตล” ไปศึกษาวิชารังสีวิทยา ณ ประเทศ อังกฤษ และ รับ มอบหมายจากหัวหน้าแผนกให้ไปศึกษาวิชาการใช้เรเดียม รักษา มะเร็ง โดยเฉพาะ, ตลอดจนจัดการซื้อ เรเดียม มาด้วย. หลังจากนั้นได้ทำงานเพิ่มเติมในต่างประเทศอีก ๗ ครั้ง.

พ.ศ. ๒๔๘๐ นายแพทย์ เจริญ สัตยวณิช ได้มาเป็นรังสีแพทย์คนที่ ๓, แต่ต่อมาได้ย้ายไปรับราชการทหารเมื่อครั้งสงครามอินโดจีน.

พ.ศ. ๒๔๘๑ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ โรจน์ สุวรรณสุทธิ ได้เริ่มมาทำงานร่วมกัน. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สนวน บรรณาวังค์ เริ่มเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๓,

และ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รม ไทรสุวรรณิก พ.ศ. ๒๔๘๕ ตามลำดับ.

เวลา ๓๕ ปี ได้ผ่านไปอย่างรวดเร็ว, แต่ข้าพเจ้ายังจำเหตุการณ์ทุกสิ่งทุกอย่างได้. การพัฒนาแผนกได้ซังกไปพักหนึ่งเมื่อสงครามโลก ครั้งที่ ๒ และ ภายหลังสงครามโลกสงบใหม่ๆ. ต่อมาก็ได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หลังจากได้เพื่อนร่วมงานหลายคน และ ท่านเหล่านั้น ได้ไปศึกษาเพิ่มเติมจากต่างประเทศกลับมาช่วยกันดำเนินงาน. ในปัจจุบันแผนกรังสีวิทยามีแพทย์ประจำ ๑๕ คน, สำเร็จการศึกษาวิชารังสีวิทยา จากต่าง ประเทศ ๑๔ คน, แพทย์ประจำบ้าน ๔ คน, กำลังศึกษา ต่างประเทศ ๓ คน. มีนักวิทยาศาสตร์ ๔ คน, เภสัชกร ๑ คน, พยาบาล ๒๑ คน, ซึ่งได้ไปศึกษาและทำงานจากต่างประเทศ ๕ คน, และกำลังจะไป ๒ คน. มีผู้ช่วยพยาบาล ๓ คน, นักเทคนิคการไฟฟ้า ๑ คน, พนักงาน ๑ คน. นอกนั้นยังมีพนักงานวิสามัญ และ คนงานอีกหลายคน.

ศาสตราจารย์อุปการะคุณ หลวงพิช - พากย์พิทยาเกท ในระยะต่อมาท่านต้องมีการพักผ่อนออกมาก, โดยได้รับตำแหน่งผู้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อีก ตำแหน่ง หนึ่ง
เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง ๒๔๘๘, เป็นเลขา
ธิการมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๔๘๖-๒๔๘๘
และได้ เป็น คณบดี เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๘-
๒๕๐๑. ท่านขาดจากตำแหน่งหัวหน้า
แผนกวิชา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑ โดยเลื่อน
ไปเป็นอธิการบดี. ท่านได้ย้ายไปเป็นปลัด
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๐๑-
๒๕๐๓ จึงครบเกษียณอายุ.

เครื่องเอกซเรย์ เครื่องแรกเป็นเครื่อง
ชนิด Aerial Type, Kellekoet 30 Ma.,
120 K.V. ซึ่งด้วยจำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐
บาท, บริจาคโดยพระยาอรรณการประสิทธิ์
(อัลเฟรด คุณะทิลก). นอกจากนี้ใช้ในการ
การตรวจ, ได้ใช้ในการรักษาโรคผิวหนังด้วย.

เครื่องที่ ๒ เป็นเครื่องรักษาลึก (Deep
X-ray) ขนาด 10 Ma. 200 K.V., Aerial
Type, Kellekoet ราคา ๑๖,๐๐๐ บาท
ประทานโดยพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้า
จุลจักรพงศ์, เป็นเครื่องเอกซเรย์ใช้รักษา
มะเร็งเครื่องแรกในประเทศไทย, ติดตั้ง
เสร็จเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๘. แผนกได้จัดซื้อ
เรเดียม จำนวน ๓๓๐ มิลลิกรัม มาใช้
รักษามะเร็ง เป็น ครั้ง แรกในประเทศไทย

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๑. ต่อมา พ.ศ. ๒๔๘๘
แผนกได้เปิดหน่วยรังสี ไอโซโทป เพื่อ
การตรวจการรักษารักษา และ การวิจัย เป็น ครั้ง
แรกในประเทศไทยเช่นเดียวกัน.

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐ รัฐบาลสหรัฐ-
อเมริกาได้มอบเครื่องโคบอลต์ ๖๐ รักษา
มะเร็ง ขนาด ๑,๐๐๐ ครัว ให้กับแผนก
ราคาประมาณ ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท. นับ
ว่าแผนกรังสีวิทยาได้ขยายกิจการกว้าง
ขวางสมประสงค์ออกไปโดย แบ่งงานออกเป็น
๓ หน่วยวิชาคือ ๑. หน่วยรังสีวินิจฉัย
๒. หน่วยรังสีรักษา และ ๓. หน่วยรังสี
ไอโซโทป.

ปัจจุบันแผนกมีเครื่องเอกซเรย์ตรวจ
๑๓ เครื่อง, เป็นเครื่องขนาด 500 Ma.
๒ เครื่อง, 300 Ma. ๒ เครื่อง, เครื่อง
เอกซเรย์รักษาขนาด 60 K.V. ๑ เครื่อง,
ขนาด 400 K.V. ๑ เครื่อง, และเครื่อง
โคบอลต์ ๖๐ จำนวน ๒,๐๐๐ ครัว ๑
เครื่อง, ประมาณ ๕๐๐ ครัว ๑ เครื่อง.
มี เรเดียม ทั้งหมด ๑๐๐๘.๕ มิลลิกรัม,
ใน จำนวน นี้ ข้าพเจ้าบริจาคให้แก่แผนก
๑๒๑ มิลลิกรัม เองใน วาระทำบุญอายุ
ครบ ๕ รอบของข้าพเจ้าและภรรยา.

หน่วยรังสี ไอโซโทป มีเครื่อง Liquid Scintillation counter, Magna scanner No. 2 และเครื่อง Scintillation counters อื่น ๆ อีกหลายเครื่อง.

พ.ศ. ๒๕๐๐ คณะแพทยศาสตร์ฯ และ ศิริราชพยาบาลได้ตั้งสถาบันมะเร็งขึ้น พร้อมด้วยแต่งตั้งกรรมการ, ข้าพเจ้าได้รับการเลือกเป็นประธานสถาบันมะเร็งฝ่ายวิชาการ. สถาบันตั้งสำนักงานอยู่ที่แผนก รังสีวิทยา, ข้าพเจ้าจึงต้องรักษาโรคในคาน นอกด้วย. ข้าพเจ้าได้เป็นประธานอยู่ ๕ ปี ด้วยความร่วมมือของ คณะกรรมการ. การตรวจ และ รักษา มะเร็งได้ปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้เข้ากับมาตรฐานในต่างประเทศ.

เนื่องจากแผนกได้ปรับปรุงขยายกิจการให้ดีขึ้นเป็นลำดับตลอดมา, เมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๘ แผนกได้มีอาคารของแผนกเอง สร้างด้วยเงินงบประมาณ ๑๔,๐๐๐ บาท, เป็นอาคารชั้นเดียว เพื่อติดตั้งเครื่องเอกซเรย์รักษาเครื่องแรก ณ บริเวณตำแหน่งสำนักงานอายุรศาสตร์ปัจจุบัน. ต่อมาอีกเพียง ๔ ปี แผนกต้องย้ายมาสร้างอาคารใหม่เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๒ โดย

ย้ายมาอยู่หลังพระรูปสมเด็จพระราชาธิบดี. ทั้งนี้เนื่องจากมีเรเคียมขึ้น จึงต้องขยายสถานที่. อาคารนี้สร้างด้วยเงินจำนวน ๑๒๐,๐๐๐ บาท, เป็นอาคารที่นับว่าใหญ่และกว้างขวางมากในสมัยนั้นสำหรับแผนกรังสีวิทยา. เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑ ปลูกหลานและญาตินางทองอยู่ ลำช้า ได้บริจาคเงิน ๓๕๐,๐๐๐ บาท สร้างตึกสำหรับเครื่องโคบอลต์ ๖๐ ขึ้นข้างเคียงกัน, แต่ในปัจจุบันแผนกกลับคับแคบไป ไม่มีทางที่จะขยายกิจการเพื่อบริการแก่ผู้ป่วยร่วมกันกับแผนกวิชาอื่น ๆ.

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๘ เนื่องจากมีผู้ช่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลมากขึ้น, สถานที่ของโรงพยาบาลคับแคบไม่พอกับการขยายกิจการเพื่อบริการผู้ป่วยและสถานที่ของแผนกรังสีวิทยาก็คับแคบไปเช่นกัน, คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล จึงลงมติขอซื้อที่ดินรังสีวิทยาและวางแผนก่อสร้างใหม่เป็นตึกขนาดใหญ่สูง ๑๑ ชั้น. แผนกรังสีวิทยาจะได้กลับเข้าไปอยู่ในอาคารหลังใหม่นี้ จำนวน ๔ ชั้นเศษ ทั้งได้กล่าว

แล้ว. แผนกจึงต้องย้ายสำนักงานไปอยู่ชั่วคราวที่ตึกฉายรกรรม ๑ ด้วยความร่วมมือมือของหัวหน้าแผนกวิชาอายุรศาสตร์.

งานของแผนกได้ดำเนินก้าวหน้าไป ด้วยที่ ตาม ความ เหมาะ สม กับ สถาน - การณ์. แผนกต้องบริการแก่คนไข้ มาก มายเพิ่มชนทุก ๆ ปี เกินกว่าสถานที่จะ อำนวยความสะดวกให้ได้, ดังจะเห็นได้ จากสถิติของงานตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๒ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๕ ข้างท้ายนี้, งานจึงจำต้อง ขกพร่องอยู่บ้าง. หวังว่าเมื่ออาคารใหม่ สร้างเสร็จ งานคงจะเรียบร้อยขึ้นมาก. จะ บริการได้กว้างขวางยิ่งขึ้น, เพราะได้วาง แผนผัง ส่วนทั่วไป สำหรับ แผนกไว้ เรียบ รียบแล้ว. สำหรับอาคารชั้นที่ ๖ ซึ่งเป็น อาคารใต้ เรเดียม และเตียงคนไข้มะเร็ง สามัญ ๓๓ เตียง, ห้องพิเศษ ๖ ห้อง, ได้มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินไว้ให้ครบ ถ้วนแล้ว.

ข้าพเจ้าได้พยายามทุกวิถีทางที่จะทำ ให้แผนกก้าวหน้าไปตลอดชีวิต ราชการ ของข้าพเจ้า. ชีวิตจิตใจของข้าพเจ้าเป็น ของศิริราช ตั้งแต่เริ่ม เป็น นัก ศึกษาจน กระทั่งเป็นแพทย์ ขวบถึงเกษียณอายุตลอด

มา. แม้ว่าข้าพเจ้าจะจากศิริราชไปแล้ว ข้าพเจ้ายังมีความยินดีที่จะรับใช้ศิริราช อยู่เสมอเมื่อต้องการ. ข้าพเจ้าภูมิใจอยู่ ประการหนึ่งก็คือได้พยายามริเริ่มให้มี สถานมะเร็งของโรงพยาบาลชน, ตลอด จนได้ยังเกิดสถานมะเร็งแห่งชาติ และ สมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. สถานเหล่านี้จะ ดำเนินงานประสานกัน เพื่อให้การ ต่อ ต้านมะเร็งได้ผลสมความมุ่งหมาย, มี ประสิทธิภาพและปริมาณงานเพิ่มขึ้น. สมาคมต่อต้านโรคมะเร็ง กำลังก่อสร้าง อาคารเพื่อเป็นที่พักผู้ที่ เป็นมะเร็ง และคน ไข้มะเร็งที่ขาดแคลนขณะมาทำการรักษา ในพระนครชนที่ขอร่วมพัฒนา, ถนนจรัล สนิทวงศ์ ถนนวิ, ใกล้สะพานกรุงธน. ใน ระยะเริ่มต้นนี้ จะสามารถรับคนไข้ได้ ๓๒ เตียง, ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระของโรง พยาบาลไปอีกมาก. ข้าพเจ้ามีความพอใจ อีกประการหนึ่ง, คือ บัณฑิตโรงเรียนรังสี เทคนิคได้กำเนิดขึ้นแล้ว, นักรังสีเทคนิค คงจะได้มาช่วยงาน ทางด้านเทคนิคอีกไม่ ช้า. หวังว่าคงจะช่วยกิจกรรมทางด้าน เทคนิคอีกมาก. อนึ่ง ข้าพเจ้าได้เป็นผู้

เริ่มต้นให้เกิดรังสีวิทยาสมาคมขึ้น.

ในที่ สักนั้น ข้าพเจ้าขอ ตั้ง จิต อธิษฐาน
อัญเชิญคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์-
สิทธิ์ในสากลโลก จงดลบันดาลให้แผนก
รังสีวิทยาได้ก้าวหน้าเจริญขึ้นเป็น ลำดับ,
ช่วยเหลือ บรรเทาทุกข์คน ไข้ ให้ พ้นจาก

โรคร้ายไข้เจ็บทุกประการ.

ขอให้แพทย์และพยาบาล ตลอดจน
เจ้าหน้าที่ทุกท่านจงประสบ แต่ความคั่งงาม
ทั้งในทางส่วนตัวและราชการ. ทั้งขอให้
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จง
สถิตสถาพรอยู่ตราบชั่วกาลนาน.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

สถิติงานของแผนกวิชารังสีวิทยา พ.ศ. ๒๕๓๒ - ๒๕๓๕

พ.ศ.	ตรวจใหม่	รักษา เอกซเรย์ต้น		รักษา เอกซเรย์ลึก		รักษา แร่เคียม		รักษา ไฟฟ้า		รักษา โรคไอโอโซโทป		รักษา โคบอลต์ ๖๐		รวมผู้ป่วยรวมผู้ป่วย ทั้งหมด
		ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	
๒๕๓๒	๑๓๓๕	๙๙	๓๓๕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๙๐๖
๒๕๓๓	๑๓๓๑	๔๗	๒๖๐	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๖๓๙
๒๕๓๔	๒๑๖๒	๑๐๕	๕๕๑	-	-	-	๕๔	๓๙๕	-	-	-	-	-	๒๓๒๕
๒๕๓๕	๒๔๕๖	๑๕๖	๑๐๒๐	-	-	-	๕๕	๔๕๓	-	-	-	-	-	๒๖๕๗
๒๕๓๖	๒๑๖๔	๑๑๖	๑๐๑๒	-	-	-	๔๔	๔๗๐	-	-	-	-	-	๒๓๒๔
๒๕๓๗	๒๙๙๙	๖๓	๕๙๐	-	-	-	๓๐	๓๖๓	-	-	-	-	-	๒๕๕๑
๒๕๓๘	๔๗๐๔	๑๖๑	๑๒๕๐	๑๓๕	๙๕๖	-	๖๑	๑๓๖๒	-	-	-	-	-	๕๑๐๕
๒๕๓๙	๖๑๕๗	๒๓๗	๑๖๙๑	๔๑๑	๔๒๕๙	-	๔๔	๑๑๓๗	-	-	-	-	๖๙๕๑	๑๓๓๕๓
๒๕๔๐	๖๓๗๕	๒๐๗	๑๖๐๑	๓๖๓	๕๖๙๑	-	๓๓	๙๑๓	-	-	-	-	๖๕๗๙	๑๔๔๗๐
๒๕๔๑	๖๕๙๕	๒๓๓	๒๐๒๐	๒๙๕	๕๑๔๙	๙๖	๕๓	๙๑๒	-	-	-	-	๗๖๕๑	๑๕๑๒๗
๒๕๔๒	๖๗๐๒	๒๓๓	๒๑๐๕	๒๕๒	๔๐๔๔	๑๒๖	๔๔	๕๕๓	-	-	-	-	๗๓๕๔	๑๓๗๑๓
๒๕๔๓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๔๑๐๕
๒๕๔๔	๖๔๓๒	๒๑๙	๑๕๐๗	๓๕๕	๓๗๖๐	๑๑๒	๕๑	๓๕๕	-	-	-	-	๗๒๐๒	๑๐๔๗๖

สถิติผลงานรังสีวิทยา

พ.ศ.	ตรวจใหม่	รักษา เอ็กซเรย์ต้น		รักษา เอ็กซเรย์ลึก		รักษา ร่าเดียม		รักษา ไฟฟ้า		รักษา โรคหัวใจโต		รักษา โคบอลต์ ๖๐		รวมผู้ป่วย ใหม่	รวมผู้ป่วย ทั้งหมด
		ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า		
๒๔๗๕	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๑๒๐๐
๒๔๗๖	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๐๖๗๐
๒๔๗๗	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๑๕๗๑
๒๔๗๘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๐๐๗๕
๒๔๗๙	๗๑๕๕	๑๒๓	๑๕๖๗	-	-	๑๒๓	๓๙๗	๖๓	๕๕๕	-	-	-	-	๗๔๕๗	๑๐๖๖๒
๒๔๘๐	๑๑๕๕๒	๑๗๒	๒๒๐๕	-	-	๑๐๙	๒๗๕	๑๔	๙๒	-	-	-	-	๑๒๒๕๗	๑๔๕๓๕
๒๔๘๑	๑๔๗๕๗	๑๖๗	๒๒๙๐	-	-	๙๕	๓๒๕	๔๖	๒๐๖	-	-	-	-	๑๕๐๕๕	๑๗๗๖๗
๒๔๘๒	๑๗๐๐๗	๑๕๕	๒๒๙๓	๖๖	๑๓๓๕	๑๓๙	๓๗๓	๕๖	๓๓๔	-	-	-	-	๑๗๕๓๑	๒๑๕๕๒
๒๔๘๓	๑๗๕๑๐	๑๒๑	๒๐๗๗	๓๔	๗๑๕	๑๖๕	๕๐๗	๒๐	๒๐๗	-	-	-	-	๑๗๗๕๐	๒๑๑๒๗
๒๔๘๔	๑๗๑๒๗	๑๓	๑๓๗๐	๑๕๕	๒๔๗๓	๑๖๕	๔๙๑	-	-	-	-	-	-	๑๗๕๒๖	๒๑๓๐๗
๒๔๘๕	๒๐๑๓๖	๑๐๒	๑๒๖๔	๒๒๗	๖๓๑๐	๑๖๗	๕๖๐	-	-	-	-	-	-	๒๐๖๓๓	๒๔๖๓๐
๒๔๘๖	๒๒๓๓๕	๕๓	๑๑๗๔	๒๒๐	๗๕๖๐	๒๒๐	๕๗๐	๔	๔๕	-	-	-	-	๒๒๗๗๒	๒๖๖๔๗
๒๔๘๗	๒๓๖๕๕	๔๐	๗๙๗	๒๓๑	๗๖๖๗	๒๖๔	๖๔๓	๙	๖๐	-	-	-	-	๒๓๗๓๗	๓๐๖๗๒

สถิติผลงานรังสีวิทยา

พ.ศ.	ตรวจใหม่	รักษา เอกซเรย์ต้น		รักษา เอกซเรย์ลึก		รักษา รังสีเคมี		รักษา ไฟฟ้า		รักษา โรคไอโวจโทป		รักษา โคบอลต์ ๖๐		รวมผู้ป่วย ใหม่	รวมผู้ป่วย ทั้งหมด
		ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า	ใหม่	ใหม่เก่า		
๒๔๔๙	๒๓๔๔๐	๓๓	๒๐๕	๔๒๗	๑๐๓๙๒	๒๔๑	๗๑๕	๑๔	๑๔๑	—	—	—	—	๒๙๑๕๕	๓๙๙๕๑
๒๔๕๐	๓๐๓๖๖	๙๐	๗๐๒	๔๑๕	๑๑๒๕๙	๒๐๓	๖๐๔	๑๐	๑๑๑	—	—	—	—	๓๑๐๗๕	๔๓๐๕๑
๒๔๕๑	๓๑๕๖๒	๗๓	๙๐๒	๒๙๙	๕๓๙๕	๑๕๓	๕๕๐	๑๗	๑๕๐	๓๓๓	๓๓๓	—	—	๓๒๖๖๗	๔๓๑๗๖
๒๔๕๒	๓๓๙๐๓	๒๐๑	๗๔๗	๔๗๑	๑๒๕๓๓	๒๐๗	๕๕๖	๑๐	๕๓	๔๒๗	๖๓๑	—	—	๓๕๑๑๕	๕๒๗๒๓
๒๔๕๓	๔๖๕๔๗	๑๕๐	๕๕๓	๔๙๓	๑๖๖๕๕	๒๑๕	๖๑๑	๓	๓๐	๕๗๐	๑๕๐๓	๕๓	๑๑๕๙	๔๙๑๐๕	๖๗๓๕๑
๒๔๕๔	๔๗๐๕๖	๑๙๐	๗๕๓	๕๑๒	๑๐๙๖๖	๑๕๒	๕๑๕	๕	๑๒๐	๖๙๓	๑๖๕๗	๔๐๗	๑๑๕๙๓	๕๙๕๗๕	๗๒๕๕๕
๒๔๕๕	๕๒๓๑๗	๒๕๙	๕๙๕	๔๒๖	๕๓๒๖	๒๑๕	๕๗๙	๑๙	๑๕๙	๖๗๙	๒๐๒๙	๓๙๐	๑๑๕๑๓	๕๕๑๙๕	๗๙๙๓๐
๒๔๕๖	๕๖๕๕๓	๒๙๖	๑๑๖๕	๔๕๙	๙๒๙๐	๑๖๙	๕๙๐	๑๐	๑๐๖	๗๕๕	๒๓๙๒	๔๗๒	๑๑๕๒๓	๕๙๙๙๓	๙๓๓๑๓
๒๔๕๗	๖๒๕๑๗	๒๖๓	๑๕๕๗	๕๗๓	๙๙๓๑	๒๑๕	๕๕๑	๑๓	๕๑	๗๕๗	๒๙๙๓	๕๕๒	๑๑๕๓๐	๖๕๙๗๐	๑๐๐๑๗๓
๒๔๕๘	๖๖๒๕๕	๑๕๕	๖๖๖	๓๕๐	๖๐๓๕	๓๔๖	๕๕๖	๑๙	๖๑	๑๕๕๐	๕๕๕๖	๙๕	๑๑๕๐๙	๖๕๕๐๙	๑๐๐๑๗๓
๒๔๕๙	๖๖๒๕๐	๓๙๑	๑๕๕๐	๒๕๕	๕๕๕๓	๒๔๖	๑๐๑๕	๒	๑๙	๑๕๕๒	๕๕๕๗	๗๕๗	๑๑๕๖๗	๖๕๕๕๗	๑๐๑๑๗๒
๒๔๖๐	๗๓๙๑๐	๒๕๕	๑๗๕๗	๓๕๕	๖๐๕	๒๑๙	๗๑๐	๑๕	๕๕	๑๗๙๕	๗๓๓๔	๑๐๖๒	๑๑๕๗๗	๗๗๕๗๗	๑๑๑๓๕๙

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ยศวีร์ สุขุมาลยจันทร์ พ.บ., F.A.C.P.,

ไพรัช เทพมงคล พ.บ., ชนิกา คูจินดา พ.บ.,

บุญช่วย สยามัตยวงศ์ พ.บ.

๑. O'Brien, M.F., J.K. Clareborough:
การใช้คลื่นหัวใจ เอออร์ติก จากสัตว์ให้คน.
Lancet 1967, 1:929-930.

ผู้เขียนจากโรงพยาบาล เซนต์ วิน-
เซนตัส, เมลเบิร์น, ออสเตรเลีย ได้
รายงานการใช้คลื่นหัวใจ เอออร์ติก จากวัว
และหมเปลี่ยนแทนคน เอออร์ติก ที่เป็น
โรคในผู้ป่วย ๒๓ ราย. ลึ่นที่ใช้เก็บใน
น้ำยา บัฟเฟอร์ อะซิด อัลคัยด. ๑๐ ใน
๒๓ รายของผู้ป่วยเหล่านี้มีโรคของลิ้น
ไมตรัล ร่วมด้วย. ดังนั้นเขาจึงต้องใช้ลิ้น
สตาร์ เอ็คเวิร์ต ขอลล์ ใส่แทนลิ้น ไมตรัล
ที่เสียใน ๘ ราย. ๗ รายมีโรคของหลอดเลือด
โคโรนารี ร่วมด้วย. อัตราตาย
จากการผ่าตัดมี ๕%. ๒๑ รายได้รับ
อนุญาตให้กลับบ้านได้. หนึ่งรายตายภายใน
หลัง ๒ เดือนต่อมาโดย เชื้อปติชีเมีย จาก
การติดเชื้อที่ลิ้น สตาร์ เอ็คเวิร์ต ขอลล์
ของลิ้น ไมตรัล. ยี่สิบรายที่เหลืออยู่ถึง
เวลารายงานได้ รับการติดตามรักษาอยู่

นาน ๕ - ๑๔ เดือน. ทกรายสบายดี
และทำงานได้ตามปรกติ. สี่รายไม่มี
เมอร์เมอร์ เลย. หนึ่งรายมี ไคอสโตลิก
เมอร์เมอร์ สั้น ๆ เมื่อให้กลีบขี้่านและอีก
๒ รายเกิดระหว่างระยะการติดตามรักษา.
ทั้งสามราย ไม่มีอาการ แสดงว่า การรั่วมี
มากเลย (ประมาณจากแรงคลื่นเลือดแรง
ชีพจรปรกติ). ๑๕ รายมี ชีบีสโตลิก
เมอร์เมอร์ เบา ๆ. ทกรายไม่มีอาการเกิด
หรือมโยเอ็มโบลีสมี เลย. ผลที่ได้ในชั้น
แรก ดีจะดี มาก แต่ ต้อง คอยดูแล การติดตาม
รักษาต่อไปอีก.

ยศวีร์ สุขุมาลยจันทร์ พ.บ., F.A.C.P.

๒. Holmes, K.S.: การศึกษาเปรียบเทียบ
เทียบการรักษามะเร็งของหุชั้นกลางโดย
ใช้รังสีรักษา อย่าง เคียวและ การใช้รังสี
ร่วมกับการผ่าตัด. Clin. Radiol. J. 1965,
16:400-404.

ได้เปรียบเทียบ และคิด ตาม ผล การ
รักษาผู้ป่วยมะเร็งของหุชั้นกลาง ๑๒๗

รายที่ Christie Hospital ตั้งแต่ปี ๑๙๓๒ - ๑๙๖๑. ในระยะ ๓๐ ปี ดังกล่าว พบว่าเป็นโรคที่พบน้อยมากในอัตรา ๑ : ๕๐,๐๐๐ ในแผนกตาหูคอจมูก. พบได้เท่ากันทั้ง ๒ เพศ. อายุที่พบบนระหว่าง ๕๕-๖๕ ปี (น้อยที่สุด ๓๒ มากที่สุด ๘๐). อาการส่วนใหญ่มาด้วยเรื่องปวดในหูและหน้าหนาว. พยาธิสภาพเกือบ ๑๐๐ ปร. เป็นชนิด สะเคอ-มีลี เซลล์. มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่คอ ๑๔ ปร.

ในการรักษาโดยรังสีรักษาอย่างเดี่ยว, และการผ่าตัดแบบถอนราก หรือตัดขี้ม มาสคอยด์ แล้วตามด้วยการฉายแสง, ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน. ผลของการมีชีวิตอยู่ภายหลังการรักษา ๕ ปี ประมาณ ๓๖% และ ๑๐ ปี ประมาณ ๒๑%. ในระยะหลัง ๆ โดยการใช้ Megavoltage ทำให้อาการแทรกน้อยลงไปเกือบหมด. สำหรับรักษาแบบบรรเทาอาการในการระงับปวดได้ผลน้อยมาก. ๕๐% ของผู้ป่วยตายจากโรคเดิมร่วมกับการกระจายของมะเร็งไปในที่ไกล.

ไพรัช เทพมงคล พ.บ.

๓. Koerner, H.J., D.I.C. Sun: การเกาะรวมตัวของไขมันบริเวณ เมทาสตีนิม ภายหลังการรักษาด้วย สะเทอรอยด์ เป็นเวลานาน. Am. J. Roentgenol 1966. 98:461 - 464.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงการอภิปรายของ Keel และ Neil จากมหาวิทยาลัย ออกซฟอร์ด เกี่ยวกับ คัสซิงก์ ซิยันโตรม ว่า คอรัคคอยด์ เป็นตัวเคลื่อนย้ายและทำให้มีการละลายของไขมันในร่างกาย. แต่จากประสบการณ์ทางคลินิกของโรคนี้ กลับพบว่ามีการเคลื่อนย้ายของไขมันภายหลังการเกาะรวมตัวของไขมันในที่ต่าง ๆ, และพบว่าบริเวณตำแหน่ง เมทาสตีนิม ส่วนบน เป็นแห่งหนึ่งที่มีการเกาะรวมตัวของไขมันจนเห็นเป็นก้อนได้ในภาพรังสีของปอด.

ผู้รายงานได้รายงาน ประวัติ และภาพทางรังสีของปอดของผู้ป่วย ๓ ราย ซึ่งได้รับการรักษาด้วย สะเทอรอยด์ เป็นเวลานาน ๆ เป็นการสนับสนุนภาพทางรังสี. พบว่ามีการขยายใหญ่ของ เมทาสตีนิม ส่วนบนขอบเรียบ และเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง. ไม่กดหลอดลม. เริ่มจากขั้วปอดไปจนถึง ฮอระซิก อินเลต. ผู้ป่วย ๒ ราย

ได้รับการผ่าตัดเป็นการสนับสนุน.

อย่างไรก็ตามภาพทางรังสีอย่างเดี่ยว จะให้การวินิจฉัยไม่ได้, นอกจากจะมี ประวัติการรักษาด้วย สเตอโรอยด์ เป็น เวลานาน ๆ หรือ ร่วมกับการ พย กระตัก ผนังบริเวณซี่โครงและกระดูกสันหลัง. ผู้ รายงานได้แนะนำให้รังสีแพทย์บันทึกและให้ การวินิจฉัยอย่างถูกต้องโดยผู้ช่วยไม่ต้อง เสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัด.

ไพรัช เทพมงคล พ.บ.

๔. Manning, M.D., G.J. Dangio: การ ติดตามผลของการใช้รังสีรักษาเด็กที่เป็น ลี้มฟอยต์ ฮีเปอร์พลาเซีย ของ นาโส- ฟาริงกซ์. Clin. Radiol 1967, 18 : 173-175.

ได้ติดตามผลของการรักษาโดยใช้ รังสีในเด็ก, อายุระหว่าง ๑-๑๔ ปี, ที่ เป็น ลี้มฟอยต์ ฮีเปอร์พลาเซีย ของ นาโสฟาริงกซ์ จำนวน ๘๕๔ ราย, ตั้งแต่ ปี ๑๙๓๓-๑๙๕๓ (๑๕ ปี), จาก ร.พ. เด็ก, บอสตัน. สามารถติดตามผลได้ ๔๖๒ ราย. (๖๒%). ในจำนวนนี้ ๗๘% ได้ผลดี, ๑๕% ไม่ได้ผล, ๕% มีอาการ เลวลง และอีก ๓% ไม่มีรายงาน.

นอกจากนี้ ยังได้ติดตามผลเป็นพิเศษ อีก ๒๕๓ ราย, ซึ่งมีอายุเฉลี่ย ๖.๖ ปี (ต่ำสุด ๕ เดือน สูงสุด ๑๕ ปี). ได้ให้ รังสี ๔๐๐ ร. ทับบริเวณ นาโสฟาริงกซ์ และซ้ำอีกครั้งใน ๗-๑๐ วัน, โดยใช้ วิชา ๒ ข้าง, ขนาด ๖x๘ ซม. ๑๐% ของจำนวนนี้ได้รับการฉายซ้ำ ครั้งที่ ๒ อีกภายหลัง ๑ ปี. พบว่า ๑ ราย ตายจาก ไฟโบรซาร์โคมา บริเวณคอ หลังการรักษา ๓ ปี. ๑ รายเป็นมะเร็ง ของต่อม รังยรอยต์ หลังการรักษา ๖ ปี. ๕ รายมีอาการของ ฮีโปอีธัยรอยติสซึม หลังการรักษา ๕ ปี, และอีก ๑๑๘ ราย มีอาการของการแพ้รังสี, ซึ่งผู้รายงานได้ ให้ความเห็นว่าการฉายรังสีบริเวณคอใน เด็ก อาจจะเป็นสาเหตุสำคัญที่เกิดผล เช่นนี้.

ไพรัช เทพมงคล พ.บ.

๕. Voyce, M.A., A.C. Hunt: วัณโรค แต่กำเนิด. Arch. Dis. Childh. 1966, 41 : 299.

วัณโรคแต่กำเนิดในเด็กแรกคลอดพบ จำนวนน้อย, แต่มีความรุนแรงมาก. ผู้ รายงานได้รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายดังนี้ : มารดาเด็กอายุ ๒๘ ปี, เป็นวัณโรค

และมีนำชมในห้องปลอด. ใ้รับการรักษาคด้วยยาฆ่าชีวโรคนาน ๒ ปี. หยทการรักษาระยะเมื่อตงครรวกไ้ ๕ เดือน. ทารกแรกคลอดปรกคคิ. เมื่ออายุไ้ ๑ เดือนเริ่มช้ค, คยและม้ามโต, มี โนคล ที่ผิวหนึ่ง, ค้อมนำเหลองที่รูกแรวและขาหนีบโต. ไยออพชีย ของผิวหนึ่งพทเบอร์คลัส แกรนโลมา. ในน้ำล้างกระเพาะพยเชอวณโรคซึ่งมีความไวต่อสเตร็ปโตมัยซิน, พิเอเอส, และ ไอเอ็นเอส. เมื่อใ้การรักษาเด็กอาการเลวลงตามลำดับ. การทคสอย ทูเบอร์คูลิน ๑ : ๑๐๐๐ ใ้ผลลย. เด็กตาย. การตรวจศพพยวาทคยและม้ามเต็มไปคด้วยเชอวณโรค. เข้าใจวาวณโรคกำเรบเมอมารดาหยทการรักษ, และเชอผ่านสเด็กทางรกหรอทางนำหลอเด็กทคคเชอ. แต่ทงนยงแยกจากการคคคเชอหลังเกิดไม่ได้เพราะไม่ได้แยกเด็กจากมารดาหลังการคลอด.

ชนิกา ตูจินดา พ.บ.

๖. Weinfeld, A. : ลักษณะของลำไส้โรคบิด อะมีบา ในภาพ เอ็กซเรย์. Am. J. Roentgenol. Rad. Therap. Nuclear Med. 1966, 96 : 311-322.

ในระยะแรก ๆ ของโรคจะเห็นการ

เปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อผิวในลำไส้ไ้ตั้งแต่ความขรุขระเพียงเล็กน้อยและมากขึ้นจนเห็นเป็นพ่นเลอย, หรือจากเป็นตุ่มเล็ก ๆ มองแทบไม่เห็นจนใหญ่เห็นไ้ชัดเจน. การเปลี่ยนแปลงในระยะอีกเสยของโรค จะเห็นไ้ใน เอ็กซเรย์ เป็น ๓ แบบคือ (๑) แบบการขีบริคตวง่ายและบางที่ไ้ยอมคลาย: คไ้จาก ฟลออโรสโคปีย. (๒) แบบรลำไส้แคบ. (๓) แบบแผนของลำไส้ใหญ่ผิดไป. อาจเป็นแบบขรุขระมากจนอย่งไ้เป็นระเบียบ, หรือหยกลักจน.

เมื่อเข้าระยะเกิดพังผืด จะพยวาลำไส้ใหญ่สั้น. พย ชคมี หคเป็นรูปกรวยไ้ย่อย. ผิวในของลำไส้อาจยังคงขรุขระอย่งเนื่องจากการอีกเสยเรอริง, แต่ส่วนใหญ่เมื่อรักษาแล้วจะไ้ภาพ เอ็กซเรย์ ทปรกคิในเวลาต่อมา, นอกจากรายทเขียนมาก อาจมีการเปลี่ยนแปลงอย่งถาวร.

ในรายทเป็นตุ่มแบบเนองอกทเรยกว่าอมีโอบมา (Amoeboma) จะไ้ภาพคล้ายกับมะเร็งในลำไส้, แต่พอจะแยกกันไ้. ในรายเขียนยคจะเห็นภาพแบบ การอีกเสยมากกว่าและเป็นพ่นทกว้างขวางกว่า, กินไ้ปรอย ๆ คยและมักไ้พยการอดคันชง.

ลำไส้ร่วมด้วย.

สรุปได้ว่า ถ้าพบสิ่งต่อไปนี้ให้นึกถึงโรค อะมีบา ในลำไส้ไว้ คือ :-

- (๑) ลักษณะการอักเสบเฉพาะที่ ชักมี.
- (๒) ลักษณะการอักเสบเฉพาะที่ ชักมี และข้ามไปเป็นที่บริเวณ เร็คตัม และใน ส่วน ซิกมอยด์ โคลอน. (๓) พบลำไส้เล็กส่วนปลายปรกติ.

จากการสวน ขาเรียม เข้าในลำไส้ใหญ่ เราสามารถบอกได้ว่า คนใช้น่าจะเป็นโรค อะมีบา ในลำไส้หรือไม่, เป็นมากน้อยเพียงใด, รักษาแล้วดีขึ้นหรือไม่. จึงนับเป็นประโยชน์ในการใช้ เอกซเรย์วินิจฉัยและติดตามการรักษา.

บุญช่วย สถาปัตยกรรมศาสตร์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดี ธีราธร
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๐

๑. จำนวน									รวม
ผู้ป่วย		อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก
นอก	ใหม่	๔,๕๕๓	๒,๒๘๕	๒,๓๔๘	๒,๒๔๖	๒,๔๔๔	๘๑๕	๔๕๕	๑๕,๒๓๘
	เก่า	๘,๕๖๒	๓,๕๕๑	๕,๕๕๒	๓,๓๘๗	๔,๖๖๕	๑,๔๖๐	๑,๐๔๔	๒๘,๖๑๕
	รวม	๑๓,๑๑๕	๖,๘๓๖	๗,๙๐๐	๕,๖๓๓	๗,๑๐๙	๒,๒๗๕	๑,๕๐๐	๔๓,๘๕๓
ใน		๒๗๐	๔๓๖	๑,๗๓๕	๒๘๐	๕๐๑	—	๔๓	๓,๒๖๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๒๕, จักษุ ๖๕๓, สูติ—นรีฯ ๖๔๘, ออร์โธ —. รวม ๑,๙๒๖ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๓๐, หญิง ๖๓๔, รวม ๑,๒๖๔. คลอดตาย, ชาย ๗, หญิง ๑๒, รวม ๑๙.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๓ คน (๕.๕๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๒๕ ราย (๑๕.๐๒ ปช. ของที่ตาย).

๕. คดีงัด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๕๔ ครั้ง. มหันตโทษ ๒๕๖ ครั้ง, ลหุโทษ ๑๔๖ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๕๕ ขวด, จากญาติ ๕๑ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๒๔๒.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซตรวจ ๖,๕๒๔ คน. รักษาใหม่ ๒๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๐๗ คน. ภาควิชา ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๗ คน. ภาควิชาไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๓๕ คน, ภาควิชาไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๐๖ คน. ไดอะเทอร์มีรักษาใหม่ — คน. รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๑๐๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๐๖๗ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๘๐๔ ครั้ง

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๖๘๑ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๒,๒๕๓ ชิ้น (จากภายนอก ๖๐๕ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๖๘ ราย. การตรวจเข้ร่วมวิธีวัดผล ๑๕๒ ราย. การตรวจวิธี วัต.อาร์. แอล. ๔,๑๕๓ ราย. การตรวจวิธีพอลิบันเนล ๑๒. หมู่เลือด ๒. นับเม็ดเลือด —. วัต.โมโกลบิน —. ตรวจบัสสภาวะ ๔๐๖ ราย. ตรวจอุจจาระ ๓๗๔ ราย. การตรวจวิธีคัมบ์ ๑๒ ราย. การตรวจเลือดผู้ไม่ต่างประเทศ ๓๘๘. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๖๗. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. —. เพาะเชอบิด ๑. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๓. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีเอส ๒๕ ราย. การตรวจวิธี ที.เอ. — ราย.

๘. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๗๔. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๒๖๒. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๔๓. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๓๗๕. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๗๖. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๔๐. นีดสัตว์ทดลอง ๑๖. ทดสอบความไวของเชื้อคอตีบ ๑๕๒. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๕. เพาะเชื้อรา ๒๑.
๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๔๐ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๘ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๑๐๖ ราย. ตรวจผู้ช่วยคดี ๔๕๕ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๓ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๑๐ ราย. ไปศาล — ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ — ราย, รั้วข้าว ๔, แจ้งข้าว —.
๑๑. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๕. เจาะน้ำสันหลัง ๕. เจาะตับ ๔. เจาะน้ำช่องปอด ๘. เจาะเลือด ๔๑๑. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๔. จี้ผิวหนัง ๑๑. นีดยาทั่วไป ๒,๗๕๘. ให้น้ำเกลือ ๒๕๔. ให้เลือด ๕๑. เบาหวาน ๓,๗๐๕. คลินิกวัณโรค ๑๒๓.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๐๕. ถอนฟัน ๑,๓๒๔. อุดฟัน ๘๘๘. ผ่าตัดช่องปาก ๕๑. ชะแผล ๔๗. นีดยา ๑๗.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำเดือน
กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ ดังนี้ :—

๑. วันศุกร์ ที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ.
๒๕๑๐ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้อง
บรรยายตึกพยาธิวิทยา, เรืองทนาเสนอ :

“การเสียเกลือในราย อควีโน—เงินิตัล
ซี้นโครม — รายงานผู้ช่วยพร้อมด้วย
วิจารณ์” ผู้นำเสนอ น.พ. ชวลิต
ปรียาสมขัติ, น.พ. ทิเรก พงศ์พิพัฒน์,
พ.ญ. อรพิน ศิริสุชาติ และ น.พ. เสน่ห์
เจียสกล.

๒. วันศุกร์ ที่ ๒๔ กรกฎาคม พ.ศ.

๒๕๑๐ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายตึกพยาธิวิทยา, เรื่องแรกที่น่าสนใจ: “ความข้อยของกรมผสมเข้ากันไม่ได้ของเลือด พบที่โรงพยาบาลศิริราช” ผู้นำเสนอ พ.ญ. ทศันยานี จันทนยิ่งยง, พ.ญ. ไสภาพรรณ เผื่อนปฐม และ น.ส. งามพรรณ อาจารย์ศิริกุล. เรื่องที่สอง: ที่น่าสนใจ “การใช้เลือดภายในโรงพยาบาลศิริราช” ผู้นำเสนอ น.พ. นที รัชพลเมือง.

พิธีไหว้ครูประจำปี

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กำหนดการทำพิธีไหว้ครูของนักศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๑๐-๒๕๑๑ ในวันที่พฤหัสบดี ที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๑๐ ณ บริเวณหอประชุมราช-แพทยาลัย โดยมีหมายกำหนดการดังต่อไปนี้: เวลา ๗.๐๐ น. นักศึกษาและอาจารย์ร่วมกันตักบาตร พระสงฆ์จำนวน ๑๐๐ รูป และเลี้ยงพระ ๑๐ รูป ระหว่างตักบาตร, เวลา ๗.๔๕ น. นักศึกษาและอาจารย์เข้าประจำที่ในหอประชุม

ราชแพทยาลัย เสร็จแล้วพร้อมกันแสดงกตัญญูตเวที รำลึกคุณอาจารย์และบุคลากรที่ล่วงลับไปแล้ว, โดยอ่านรายชื่อและกรณียกิจสั้น ๆ แล้วทอดผ้าสติกข์ปรกณและบังสุกุล พระสงฆ์บังสุกุล, อนุโมทนาแล้วกลับ. ต่อจากนั้นหัวหน้านักศึกษาแต่ละชั้น นำดอกไม้ธูปเทียนสักการะอาจารย์ โดยมอบแก่คณบดีในฐานะผู้แทนคณาจารย์, แล้วนักศึกษาพร้อมกันสวดคำบูชาอาจารย์. คณบดีกล่าวคำให้โอวาท, แล้วร่วมกันร้องเพลงสรรเสริญศิริราช ระลึกคุณของสถานศึกษา, แล้วสรรเสริญพระบารมีเป็นเสร็จพิธีไหว้ครูประจำปี.

ไปศึกษาต่อ

น.พ. บุญเจือ อรรถนรินทร์ อาจารย์ในแผนกเภสัชวิทยา, ซึ่งได้รับทุนของมูลนิธิอเล็กซานเดอร์ ฟอน ฮุมโบลต์ ไปศึกษาวิชาเภสัชวิทยา ณ ประเทศเยอรมนี ได้ออกเดินทางแล้วเมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๐.

พิธีภรณ์ที่ประวัติการแพทย์ไทย

คจ. น.พ. สก แสงวิเชียร ได้กรุณา
ช่วยเหลือและแสงสว่างสิ่งของให้แก่พิธีภรณ์ที่
ประวัติการแพทย์ไทย ดังต่อไปนี้:

๑. โกร่งขคยาแขบยื่นเหยียบ ๑
โกร่ง.

๒. สมุดข่อยและสมุดโบราณจำนวน
รวมหลายเล่ม.

โปรดทราบ

พิธีเปิดการอบรมผู้ช่วยฝ่ายวิชาการ
นั้น กระทำในวันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ.
๒๕๑๐ (แผนกข่าวฉบับที่ ๗)

การส่งเงินค่าบำรุง

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