

ปกิณกะ

๑. คำปราศรัยเนื่องในโอกาสเปิดภาคเรียนประจำปีการศึกษา ๒๕๑๑-๑๒

ของ

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์

(หัวหน้าแผนกสรีรศาสตร์ - นรีเวชวิทยา)

ท่านคนบดี ฯ, เพื่อนอาจารย์และนัก
ศึกษาทั้งหลาย.

ขอแสดงความยินดีกับนักศึกษาใหม่
ที่ได้เข้ามาศึกษาที่นี่. เข้าใจว่าทุกคนมา
ด้วยความสมัครใจ, และที่สมัครมาที่นี่
เพราะว่าเป็นที่ ๆ ดี. เมื่อเข้ามาแล้วก็ขอ
ให้ข้อย่างดี, คือทำตัวเข้ากับความเป็น
อยู่ของ สถาบันแห่งนี้ ทั้งในด้านการ
และในด้านสังคม. คงจะพบว่า การเรียน
ที่นี่แตกต่างกับที่อื่น, ทั้งในแง่ของวิชา
และแง่ของวิถีเรียน. เช่นจะพบว่าท่าน
เข้มงวด ในเรื่อง การปฏิบัติ ทดลอง มาก,
ใครทำหยาบเลี้ยวหรือไม่เอาใจใส่จริงจังก็
อาจต้องสอบแก้ตัวหรือแม้ตัก. นอกจากนี้
นี่ก็มีการให้ความสำคัญแก่งานที่เรียน
และสอบไปในระหว่างเรียนมาก. เปรียบ
กับที่อื่นแล้ว, การสอบไล่ปลายชั้นมี

ความสำคัญน้อยมาก. การเรียนที่หนัก
และเป็นการเห็นคเห็นน้อยมาก, เพราะ
ฉะนั้น ทุกคนต้อง เอาใจใส่ รักษา สภาพ
ของตนให้ดีไว้เสมอ. คงจะให้ ความ
สงเคราะห์เป็นพิเศษแก่นักศึกษาแพทย์ที่
ช่วยเจ็บทุกคน, โดยจัดให้มีแพทย์ประจำ
นักศึกษาและมีห้องพิเศษสำหรับผู้ที่ช่วย
เจ็บ.

ในด้านสังคม, นักศึกษาใหม่จะต้อง
สนใจศึกษาประเพณีของที่นี่. ขอให้รู้จัก
ใช้สิทธิ อนุญาตของ ตนเองพิจารณาว่าอะไร
เหมาะ และอะไร ไม่เหมาะ กับฐานะความ
เป็นอยู่ของตน, และส่งเสริมในสิ่งที่
เหมาะที่. หากปรับตัวเข้ากับสถาบันนี้
ได้ดีทั้ง ในด้านการ เรียนและ ด้านสังคม,
นักศึกษาใหม่จะไม่มี ความลำบากอย่างใด
และจะสามารถศึกษาเล่าเรียนไปได้โดย
ราบรื่น.

ต่อไปนี้ ขอพบกับ นักศึกษา เก่าบ้าง.
ตั้งแต่เริ่มเรียนชั้นปีที่สอง; นักศึกษาจะ
มีโอกาสได้ติดต่อกับคนไข้และติดต่อกัน
ขึ้นโดยลำค้ายที่เล่นชั้นสูงขึ้นไป. เราไม่
ควรลืมความจริงประการสำคัญยิ่งข้อหนึ่ง.
คือคนไข้เป็นผู้ที่ทุกข์ยาก. เขาอยาก
มาถึงโรงพยาบาลก็เพราะต้องการให้เรา
ช่วยเขาให้พ้นทุกข์. ถ้าเคราะห์ร้ายมา
เจอคนที่ไม่มีน้ำใจเข้า, บางทีก็กลับทุกข์
หนักยิ่งขึ้นไปอีก. คนที่ไม่มีน้ำใจอาจ
แสดงกิริยาไม่เอาใจใส่ กับความเจ็บป่วย
ของเขา, พกกระโศกโศกยากไม่มี
ทางเลี้ยง, ทำกระแทกกระทุบแสดง
อาการไม่พอใจ, หรือทำงานให้เขาอย่าง
สะเพร่าทำให้เกิดความล่าช้าหรือความ
ผิดพลาด. ผู้ทำเช่นนั้นมีความมก-
พร่องถึงสองต่อ, เพราะนอกจากไม่ทำ
หน้าที่ของตนอย่างถูกต้องแล้ว, ยังไป
เพิ่มความทุกข์ยากให้แก่คนไข้ อีกด้วย.
หวังว่านักศึกษาจะสำเหนียกข้อนี้ไว้.

สิ่งเตือนใจอย่างหนึ่งคือคตินิยมของ
มหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ซึ่งจารึกไว้ที่
ตรามหาวิทยาลัยว่า "อิตทานิ อปรโม
กเร". หมายความว่าทำอะไรก็อย่า
ให้ล่องนัยเสียก่อนว่าหากมีผู้อื่นมาทำ

เช่นนั้นกับเรา, เราจะรู้สึกอย่างไร. ถ้า
คิดว่าเราคงชอบก็ควรกระทำตามนั้น, ถ้า
หากคิดว่าเราคงไม่ชอบก็ควรหลีกเลี่ยง.

สำหรับนักศึกษายุทธศาสตร์และที่สชช
ชั้นทำงานในหอคนไข้เป็นประจำ, ยังมี
เรื่องสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการติดต่อกับ
ฝ่ายพยาบาล. เท่าที่ได้ทราบและสังเกต
เองด้วยจากพวกที่ผ่านไปมา, รู้สึก
ว่ายังมีข้อบกพร่องอยู่, คือการร่วมมือ
ยังเขียนไปไม่ถี่เท่าที่ควร. ขอให้ปฏิบัติต่อกัน
ในฐานะผู้ร่วมงานที่มิวิชาชีพเกี่ยวข้อง
กันซึ่งเราจะขาดเขาเสียมิได้. การติดต่อกัน
ในค่านวิชากรหรือในค่านการแพทย์
ก็ควร เป็นไปด้วยความเห็นอกเห็นใจกัน
และความสภาพเป็นผู้ดี. ถ้ากระทำใ้
ตามนี้ก็จะได้รับความสะดวกในการปฏิบัติ
งานในหอคนไข้เป็นอย่างดี, ทั้งจะมีความ
สะดวกในการศึกษาของเราด้วย. กิจกรรม
ของโรงเรียน แพทย์และ โรงพยาบาลก็จะ
ดำเนินไปโดยราบรื่นและคณะ แพทย-
ศาสตร์ของเราจะได้ชื่อเสียว่าอบรมนัก
ศึกษาให้ เป็นผู้ เรียบร้อย มีระเบียบมี
วินัยดี.

ในตอนที่สุดขอพบสำหรับนักศึกษา
ทุก ๆ ชั้น, มีอยู่สองข้อ.

ข้อแรกคือการรักษาความสามัคคี. รุกันคืออยู่แล้วว่า ความสามัคคีเป็นกำลังที่จะช่วยให้เกิดความสำเร็จในกิจการต่างๆ ไป. แต่สำหรับคณะแพทยศาสตร์ของเรา ยิ่งให้ความสำคัญเป็นพิเศษ แก่ความสามัคคีจนถึงกับถือ เป็นคติพจน์ของโรงเรียนมาตั้งแต่เริ่มสถาปนาโรงเรียนแพทย์เมื่อเกือบแปดสิบปีมาแล้ว. ที่หน้าตักอำนวยการ หลังแรกของ โรงเรียนราช-แพทยาลัยมีหนังสือจารึกพจนานุกรมไว้ว่า "สพเพล์ สงฺฆทานํ สามัคคี วุฑฺฒิสภา", แปลความว่า "ความพร้อมเพรียงของปวงชนผู้เป็นหนึ่งยังความเจริญให้สำเร็จ". เพราะฉะนั้นความสามัคคีจึงเป็น ลักษณะเด่นของ ชาวคณะ แพทย-ศาสตร์ศิริราชตลอดมา. บางครั้งเราต้องเสียสละเรื่องส่วนตัวเป็นอย่างมากเพื่อรักษาความสามัคคี ของหมู่ คณะเอาไว้. โดยเฉพาะการร่วมมือกันระหว่างนักศึกษาชั้นต่าง ๆ เป็นเรื่องยากเพราะนักศึกษาต่างกันในชั้นความรู้, แต่ในด้านความคิดอ่าน และสติปัญญา นั้น คงต่างกันไม่มากนัก, การวางตัวของนักศึกษาชั้นที่ สูงกว่าจึงต้องกระทำโดยรอบคอบและโดย ใช้หลักเหตุผลและหลักความเป็นธรรม,

ประกอบกับความเห็นพ้องร่วม สถานศึกษา, มีความเห็นใจซึ่งกันและกัน. ไม่ควรถือเอาอาวุโสเป็นที่ยกจนเกินควร, และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่ควรทำอะไรตามอารมณ์และความพอใจของตนเอง.

อีกเรื่องหนึ่งที่อยากเตือน นักศึกษาทุกคนคือการเคารพครบาอาจารย์. เรื่องนี้เป็นวัฒนธรรมประจำชาติไทยเรา. นอกจากนั้นในหมู่แพทย์ตั้งแต่โบราณมาแล้วถือว่าครบาอาจารย์ เป็นผู้มีคุณ สูงสุด เพราะเป็นผู้ประสทาวิชาให้ได้ใช้เป็นเครื่องประกอบอาชีพและสร้างคุณความดี. หมอไทยจึง มีการไหว้ครทก ๆ ปีและเคารพนับถือยอนหลังขึ้นไปจนถึงพระอาจารย์ซึ่งถือกันว่าเป็นต้นตำราความรู้ ทางแพทย์ด้วย. ในคณะของเราก็มักมีพิธีไหว้ครเป็นงานประจำปี. แต่ขอเตือนนักศึกษาว่าการเคารพครบาอาจารย์ที่แท้จริงนั้นมิใช่อยู่ที่การนำดอกไม้ธูปเทียนมาบูชาหรือแสดงท่าคานขเมื่อเคินผาน. ยิ่งมวธแสดง ความเคารพอีกหลายประการ. ที่สำคัญคือการ ฟังคำสอน โดยเคารพ และเชื่อฟัง คำตักเตือน. ขอนมีเพียงแต่มีประโยชน์แก่นักศึกษาเท่านั้น, แต่ส่งผลสะท้อนไปถึงอาจารย์, ทำให้ท่านมีกำลังใจที่จะคิด



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๗-๘ ก.ค.-ส.ค. ๒๕๑๑ Vol. 20, No. 7-8, July - August 1968

เอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ทาโลคัลคานีเยน

คำเกิง บุรณินทุ พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร)

ระหว่างคานหน้าของข้อต่อ ทาโลคัลคานีเยน (talocalcanean joint) กับคานหลังของข้อต่อ ทาโลคัลคานีโอนาวิคูลาร์ มีช่องว่างซึ่งปิดทางคานบนด้วยร่องของกระดูก ทาลัส (talus) และปิดทางคานล่างด้วยร่องของกระดูก คัลคานีเยน. ช่องว่างนี้เรียกว่า ทาร์ซัล แคนแนล. ปลายทางคานไกลรัิม (ละเทอร์วัล) ของช่องว่างนี้กว้างออกเรียกว่า ทาร์ซัล ไชนัส.

ภายในช่องว่างนี้มี เอ็นแผ่น (ลิกาเมนต์) อินเทอร์อสเซียส ทาโลคัลคานีเยน ซึ่งระหว่างกระดูก ทาลัส และกระดูก

เรื่องย่อ บุรณินทุ, คำเกิง: เอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ทาโลคัลคานีเยน. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ค.ศ. ๑๙๖๘), ๒๐: ๒๑๕-๒๒๕.
ในการชำแหละ ทาร์ซัล ไชนัส และทาร์ซัล แคนแนล ในเท้าของคนไทย ๕๓ ข้าง และเท้าของคนจีน ๑๒ ข้าง, พบว่า ทาร์ซัล แคนแนล มีเอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส แท้จริงเช่นเดียวกับที่พบเอ็นแผ่น เซอร์วิคัล ในทาร์ซัล ไชนัส.

คัลคานีเยน. เอ็นแผ่นนี้มีสองส่วน. ส่วนที่อยู่ในบริเวณ ทาร์ซัล ไชนัส เรียกตาม Wood Jones (1944) ว่า เอ็นแผ่น เซอร์วิคัล. Last (1952) และ Smith

(1958) สนับสนุนความเห็นของ Wood Jones ว่าเป็นเอ็นแผ่นที่พบได้เสมอในเท้าทุกข้าง, เกาะจากกระดูก คัลคานีเยมทางพื้นผิวด้านบนไปยังพื้นผิวด้านล่างของส่วนคอของกระดูก ทาลัส ในบริเวณทาร์ซัล ไชนัส. เอ็นนี้ตำราทางกายวิภาคศาสตร์ต่าง ๆ มีความเห็นตรงกัน. แต่ส่วนเอ็นที่อยู่ใน ทาร์ซัล แคนแนล นั้นยังเป็นข้อสงสัย, คือมีความเห็นแตกต่างกันเป็นสองพวก. พวกแรกถือว่าไม่มีเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส แท้จริงใน ทาร์ซัล แคนแนล. Barclay Smith (1896) มีความเห็นว่าใน ทาร์ซัล แคนแนล มีแต่เอ็นแผ่นของ แคปซูล, อยู่ระหว่างส่วนหน้าของข้อต่อ ทาโลคัลคานีเยน และส่วนหลังของข้อต่อ ทาโลคัลคานีโอนาวิคลาร์. ระหว่างเอ็นแผ่นของ แคปซูล ของทั้งสองส่วนนี้มีราก (root) ด้านใกล้กลางของ อินฟิเรอร์ เอ็กซีเท็นเซอร์ เรคตินาคัลมิ เกาะที่พื้นของทาร์ซัล แคนแนล. Wood Jones ยืนยันสนับสนุนความเห็นนี้, ซึ่งเป็นความเห็นที่ยังคงใช้อยู่ในตำรากายวิภาคศาสตร์ของ Cunningham ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๑๐, ปี ค.ศ. ๑๙๖๔. อีกพวกหนึ่งมีความเห็นว่า มีเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส แท้จริง. Last

และ Smith พบว่าใน ทาร์ซัล แคนแนล, นอกจากจะมีเอ็นแผ่น ๓ ชั้นก็ยังมีเอ็นแผ่นแล้ว, ยังมีเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส อีกด้วย, ซึ่ง Smith เรียกว่า เอ็นแผ่นของทาร์ซัล แคนแนล. ตำรากายวิภาคศาสตร์แต่งโดย Gardner, Gray, O'Rahilly ฉบับพิมพ์ที่ ๒, ปี ค.ศ. ๑๙๖๓, สนับสนุนความเห็นนี้.

การศึกษาเอ็นแผ่น เซอร์วิคัล ทำได้ไม่ยาก, เพราะสามารถตรวจพบได้ในบริเวณ ทาร์ซัล ไชนัส. แต่การศึกษาเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล ทำได้ยาก. การศึกษาโดยวิศกต์เอ็นแผ่นของ แคปซูล ของข้อต่อ ทาโลคัลคานีเยน และข้อต่อ ทาโลคัลคานีโอนาวิคลาร์, ให้ขาดจากกันโดยใช้มีดตัดเข้าไปใน ทาร์ซัล ไชนัส และ ทาร์ซัล แคนแนล, แล้วยกกระดูก ทาลัส ขึ้นเพื่อตรวจรอยตัดขาดของเอ็นต่าง ๆ ที่บริเวณร่องของกระดูก ทาลัส และกระดูกคัลคานีเยน, ไม่สามารถยืนยันได้ว่าในทาร์ซัล แคนแนล มีเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส หรือไม่, เพราะเอ็นส่วนที่ถูกตัดขาดสิ้นเกินไป.

วัตถุและวิธีการ

ใช้ขาที่เหลือจากการชำแหละของนักเรียนแพทย์. ข้อต่อของเท้าเหล่านี้ยังไม่ได้ชำแหละ. เป็นขาของคนจีน ๑๒ ข้าง, คนไทย ๕๓ ข้าง. นำมาตัดเท้าออกจากปลายขาโดยตัดที่เอ็นแผ่นของ แคปซูลของข้อเท้า. ตรวจเอ็นแผ่น เซอร์วิคัลที่บริเวณ ทาร์ซัล ไชนัส. แล้วแบ่งการศึกษาออกเป็น ๒ วิธี.

วิธีที่ ๑ ใช้เท้า ๖๒ ข้าง. ตัดเอ็นแผ่นของ แคปซูล ทางด้านบนของข้อต่อทาโลคัลคานีโอนาวิคูลาร์ ให้ขาอยู่ในแนวซาคิตัล, เพื่อเปิดให้เห็นหัวของกระดูกทาลัส, แล้วเลื่อยส่วนลำตัวของกระดูกทาลัส ออกไป. ใช้กรรไกรตัดกระดูกค่อย ๆ คีบกระดูกส่วนหัวและคอของทาลัส ออก. ทำให้เห็นเอ็นแผ่นต่าง ๆ ในทาร์ซัล แคนแนล ได้ชัดเจน. (เป็นวิธีเดียวกับที่ Dr. J.E. Anderson ใช้.) แล้วตรวจเอ็นแผ่นต่าง ๆ ใน ทาร์ซัล ไชนัส และ ทาร์ซัล แคนแนล.

วิธีที่ ๒ ใช้เท้า ๓ ข้าง. เลื่อยเท้าตามแนว ซาคิตัล เป็น เซ็คชัน หน้าประมาณชั้นละครึ่งนิ้ว, ผ่าน ทาร์ซัล

แคนแนล. แล้วตรวจเอ็นแผ่น ใน ทาร์ซัล ไชนัส และ ทาร์ซัล แคนแนล.

ผล

๑. เอ็นแผ่น เซอร์วิคัล พบได้ในทุกเท้า. เป็นเอ็นแผ่นที่หนาและแข็งแรงมาก อยู่ทางด้านใกล้กลางต่อกล้ามเนื้อ เอ็กซเท็นเซอร์ ดิจิทอรัม เบรวิส (extensor digitorum brevis). อยู่หน้าต่อรากส่วนกลาง (intermediate root) ของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรคตินาคัลมิ. เกาะจากพื้นผิวด้านบนของกระดูก คัลคานีเยน. มีทิศทางของเส้นใยขนบเฉียงไปทางด้านใกล้กลางไปติดที่พื้นผิวด้านล่างของส่วนคอของกระดูก ทาลัส ในบริเวณ ทาร์ซัล ไชนัส.

๒. เอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล. ใน ทาร์ซัล แคนแนล พบเอ็นแผ่นของ แคปซูล ส่วนหลังของข้อต่อ ทาโลคัลคานีโอนาวิคูลาร์ และเอ็นแผ่นของ แคปซูล ส่วนหน้าของข้อต่อทาโลคัลคานีเยน. ระหว่างเอ็นแผ่นของแคปซูล ทั้งสองส่วนนี้ มีรากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรคตินาคัลมิ เกาะที่บนกระดูก คัลคานีเยน

บริเวณ ๒/๓ ทางด้านใกล้ริมของ ทาร์ซัล แคนแนล. เส้นใยของเอ็นนี้มีทิศทางขนบ จากกระดูก คัลคาเนียม เฉียงไปทางด้าน ใกล้ริมในแนวตามยาวของ ทาร์ซัล แคนแนล ออกไปยัง ทาร์ซัล ไชนัส, ไปสมทบกับเส้นใยจากรากส่วนกลางและรากด้าน ใกล้ริมรวมกันเป็น อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ ของเท้า. เส้นใยบาง ส่วนของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ ที่ลงมาจากรากด้านใกล้กลาง จะขึ้นไปติดที่ร่องของกระดูก ทาลัส ซึ่ง เป็นเพดานของ ทาร์ซัล แคนแนล.

นอกจากเอ็นแผ่นของ แคปซูล และ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ แล้วใน ทาร์ซัล แคนแนล ยังมีเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส, ซึ่งพบได้ในเท้าทุกข้าง. เอ็นนี้มีลักษณะแบนกว้าง, มีรูปร่างคล้าย รูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน, เกาะที่บน กระดูก คัลคาเนียม บริเวณเดียวกับที่เกาะ ของรากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ, คือบริเวณที่ ๒/๓ ทางด้านใกล้ริมของ ทาร์ซัล แคนแนล โดยมีความสัมพันธ์กับที่เกาะของ รากใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ ดังนี้:

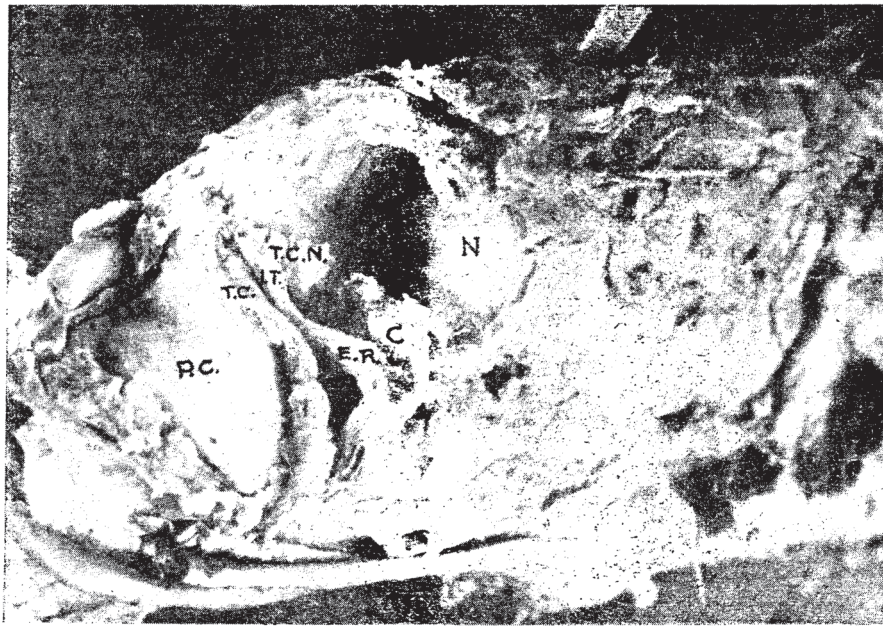
เส้นใยส่วนหน้าของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส เกาะหน้าต่อรากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ.

เส้นใยส่วนกลางของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส แทรกออกมาระหว่างเส้นใยของรากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ, โดยมีเส้นใยบางส่วนของรากใกล้กลางนี้ยื่นหน้าและ หลังต่อเส้นใยของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ส่วนนี้. เส้นใยส่วนกลางของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส จะสานกับเส้นใยของรากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ.

เส้นใยบางส่วนของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ ที่ลงมาจากรากด้านใกล้กลางจะวกขนบและเฉียงไปทางด้านใกล้กลางไปเกาะที่เพดานของ ทาร์ซัล แคนแนล, ประปนกับเส้นใยส่วนกลางของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส.

เส้นใยส่วนหลังของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส อยู่หลังต่อที่เกาะของรากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซเท็นเซอร์ เรตินาคัลมิ.

เส้นใยทั้งสามส่วนของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส รวมกัน มีทิศทางขนบ,



รูปที่ ๑. พนมวิด้นบนของเท้าข้างขวา, กระดูก ทาลัส ถูกตัดออกไป.

N = ผนวข้อด้านหลัง ของกระดูก นาวิคูลาร์.

C = เอ็นแผ่น เซอร์วิคัล.

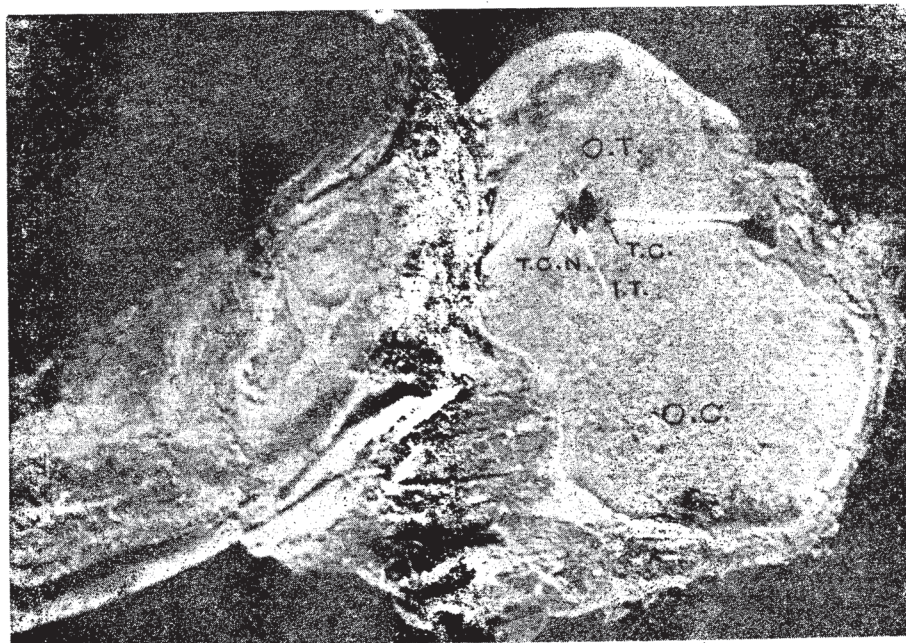
T.C.N. = เอ็นแผ่นของ แคปซูล ส่วนหลังของข้อต่อ ทาโลคัลคานีโอนาวิคูลาร์.

E.R. = รากด้านใกล้กลางของ อินพีเรียร์ เอ็กซ์เทินเซอร์ เรตินาคูลัม.

I.T. = เอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ทาโลคัลคานีเยน ใน ทาร์ซัล แคนแนล.

T.C. = เอ็นแผ่นของ แคปซูล ส่วนหน้าของข้อต่อ ทาโลคัลคานีเยน.

P.C. = โปสทีเรียร์ ฟาเซ็ท ของกระดูก คัลคานีเยน.



รูปที่ ๓. ทำข้างขวาถูกตัดตามแนว ซาจิตตัล ผ่านบริเวณทางด้านใกล้กลางของ ทาร์ซัล แคนเนล.

- O.T. = กระดูก ทาลัส.
- T.C.N. = เอ็นแผ่นของ แคลปซูล ส่วนหลังของข้อต่อ ทาโลคัลคานีโอนาวิคูลาร์.
- I.T. = เอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนเนล.
- T.C. = เอ็นแผ่นของ แคลปซูล ส่วนหน้าของข้อต่อ ทาโลคัลคานีเยน.
- O.C. = กระดูก คัลคานีเยน.

เฉียงไปทางค้ำนใกล้กลางในแนวตามยาว
ของ ทาร์ซัล แคนเนล ไข้วกับเส้นใย
ของรากค้ำนใกล้กลางของ อินฟิเวียร์
เอ็กสเทินเซอร์ เรตินาคัลมิ ไปติดที่ร่อง
ของกระดูก ทาลัส ซึ่งเป็นเพดานของ
ทาร์ซัล แคนเนล. เอ็นนี้แยกออกจากเอ็น
แผ่นของ แคลปซูล ของข้อต่อ ทาโลคัลคานี
โอนาวิคูลาร์ และข้อต่อ ทาโลคัลคานี
เยน โดยเนื้อไขมันซึ่งจะเห็นได้ชัดเจน

จากการศึกษาโดยวิธีที่ ๒ (รูปที่ ๓).
เอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ใน ทาร์ซัล
แคนเนล จะไม่ต่อเนื่องกับเอ็นแผ่น
เซอร์วิคัล, คือมีช่องว่างระหว่างเอ็นทั้ง
สอง.

จากความสัมพันธ์กัน ระหว่างเส้นใย
ของเอ็นแผ่น อินเทอร์อสเซียส ใน ทาร์ซัล
แคนเนล กับรากค้ำนใกล้กลางของ อินฟิ
เวียร์ เอ็กสเทินเซอร์ เรตินาคัลมิ ทำให้

แบ่งเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล ออกเป็น ๔ แบบดังนี้ :

แบบที่ ๑ มีเอ็นใยส่วนหน้า, ส่วนกลาง และ ส่วนหลัง พบได้ ๖๑.๒๕ ปช. (๓๘ เท้า)

แบบที่ ๒ มีแต่เอ็นใยส่วนหน้าและ ส่วนกลางพบได้ ๒๔.๑๕ ปช. (๑๕ เท้า)

แบบที่ ๓ มีแต่เอ็นใยส่วนกลางและ ส่วนหลังพบได้ ๕.๖๗ ปช. (๖ เท้า)

แบบที่ ๔ มีแต่เอ็นใยส่วนกลางอย่าง เกียวพบได้ ๕.๘๓ ปช. (๓ เท้า)

วิจารณ์

เอ็นแผ่น เซอร์วิคัล พบได้ในทุกเท้า ซึ่ง ตรงกับความเห็นของ วุก โจนส์ (๑๙๕๔), ลาสต์ (๑๙๕๒) และ สมิธ (๑๙๕๘). สำหรับเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล คงพบได้ในทุกเท้าเช่นเดียวกัน, แต่ไม่เหมือนกับความเห็นของ บาร์คเลย์ สมิธ (๑๙๕๖) และ วุก โจนส์, แต่ได้ผลตรงกับความเห็นของ ลาสต์ และ สมิธ. มีข้อแตกต่างในรายละเอียดปลีกย่อย กับงานของ ลาสต์ คือ เขาได้พบว่าเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส

ใน ทาร์ซัล แคนแนล มี ๒ แผ่นเกาะที่ร่องของกระดูก คัลคานีเยม แล้วเบนออกจากกันเมื่อขึ้นไปเกาะที่ร่องของกระดูก ทาลัส, มีลักษณะเหมือนรูปตัว V, ซึ่งผู้รายงานมิได้พบเช่นนั้น. ลาสต์ ไม่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล กับรากค้ำกึ่งกลางของ อินฟิเรอร์ เอ็กซีเท็นเซอร์ เรตินาคูลัม. ลักษณะของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล ที่ผู้รายงานพบคล้ายกับของ สมิธ. เขาได้พบว่าเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล มีความสัมพันธ์กับรากค้ำกึ่งกลางของ อินฟิเรอร์ เอ็กซีเท็นเซอร์ เรตินาคูลัม, โดยเอ็นใยของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ใน ทาร์ซัล แคนแนล ที่เกาะบนกระดูก คัลคานีเยม อาจอยู่หน้าหรือหลังต่อรากค้ำกึ่งกลางของ อินฟิเรอร์ เอ็กซีเท็นเซอร์ เรตินาคูลัม, ซึ่งตรงกับความเห็นของเอ็นใยส่วนหน้าหรือส่วนหลังของเอ็นแผ่น อินเทอร์ออสเซียส ที่ผู้รายงานกล่าวถึง. แต่ สมิธ ไม่ได้กล่าวถึงเอ็นใยส่วนกลางของเอ็นแผ่นอินเทอร์ออสเซียส ซึ่งแทรกอยู่ระหว่างเอ็นใยของรากค้ำกึ่งกลางของ อินฟิเรอร์ เอ็กซีเท็นเซอร์ เรตินาคูลัม. จาก

การศึกษาค้นคว้าเส้นใย ส่วนกลาง นั้นพบได้ในทุกเท่า. โดยการศึกษาค้นคว้าวิธีที่ ๑ แยกพบได้มากที่สุดคือมีทั้งเส้นใยส่วนหน้า, ส่วนกลางและส่วนหลัง. แยกที่รองลงมาคือไม่มีเส้นใยส่วนหน้า. แยกที่พบน้อยที่สุดคือไม่มีทั้งเส้นใยส่วนหน้าและส่วนหลัง, มีแต่เส้นใยส่วนกลางอย่างเดียว. จากการที่เส้นใยส่วนกลางของเอ็นแผน อีเเทอรอสเซีเยส ใน ทาร์ซัล แคนแนล แทรกออกมาระหว่างเส้นใยของรากก้านใกล้กลางของ อีเเพร์เวียร์ เอ็กเซเทินเซอร์ เรตินาคูลัม จึงทำให้มองดูแล้วเห็นว่าเอ็นแผน อีเเทอรอสเซีเยส ใน ทาร์ซัล แคนแนล ติดต่อกับเอ็นแผนเดียวกับรากก้านใกล้กลางของ อีเเพร์เวียร์ เอ็กเซเทินเซอร์ เรตินาคูลัม ตรงกับที่ การ์กเนอร์, เกรย์ และ โฮวาร์ดลีย์ (๑๕๖๓) กล่าวไว้.

หน้าที่ของเอ็นแผน เซอร์วิคัล นั้น วุก โจนส์ เป็นผู้ให้ความเห็นว่าข้งกันไม่ให้มี อีเเวอรชัน ของเท่ามากเกินไป. สำหรับหน้าที่ของเอ็นแผน อีเเทอรอสเซีเยส ใน ทาร์ซัล แคนแนล นั้น, สมิทให้ความเห็นว่าข้งกันไม่ให้มี อีเเวอรชัน ของเท่ามากเกินไป. ผู้รายงานมีความ

เห็นเพิ่มเติมว่าเอ็นแผน เซอร์วิคัล และเอ็นแผน อีเเทอรอสเซีเยส นั้นทำหน้าที่ข้งกันไม่ให้ ส่วนหัวของ กระจก ทาลัส เคลื่อนที่ไปทางก้านใกล้กลางมากเกินไป. ทั้งนี้ จะเห็นได้จากที่เส้นใยของเอ็นแผน เซอร์วิคัล และ อีเเทอรอสเซีเยส ใน ทาร์ซัล แคนแนล มีทิศทางคล้ายคลึงกัน, คือจากพันที่ก้านบนของ กระจก คัลคาเนียม เฉียงไปทางก้านใกล้กลางไปสู่ร่องของกระจก ทาลัส. การข้งกันไม่ให้หัวของกระจก ทาลัส เคลื่อนที่จาก ฟาเซท ส่วนหน้าของกระจก คัลคาเนียม ไปกดลงบนเอ็นแผน สปริง หรือเอ็นแผน แพลนทาร์ คัลคานีโอนาวิคูลาร์ ซึ่งรองรับหัวของกระจก ทาลัส ทางก้านใกล้กลางมากเกินไป.

สรุป

จากการชำแหละ ทาร์ซัล แคนแนล และ ทาร์ซัล ไชนัส ในเท้าคนไทยและจีน ๖๕ ข้างพบว่าเอ็นแผน อีเเทอรอสเซีเยส แท้จริงใน ทาร์ซัล แคนแนล เช่นเดียวกับที่พบเอ็นแผน เซอร์วิคัล ใน ทาร์ซัล ไชนัส ในเท้าทุกข้าง.

ผู้รายงานขอขอบคุณท่านศาสตราจารย์
นายแพทย์ สก สว่างวิเชียร, หัวหน้าแผนก
กายวิภาคศาสตร์, ที่กรุณาแก้ไขข้อผิดพลาด
ของรายงานและอนุญาตให้เสนอรายงาน
ได้. ขอขอบคุณนายแพทย์ ม.ร.ว.
วิรัตน์ ทวีวงศ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่
เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้. ขอขอบคุณ
นายถวิล สดก, นายสังวาลย์ จันทร์และ
นายเสถียร แสงสลับ ที่ได้ช่วยเหลือเกี่ยวกับ
ภาพประกอบ.

เอกสาร

1. Barclay Smith, E.: The Astragalocalcaneonavicular joint. J. Anat. Phys. 1896, 30: 390 - 412.
2. Wood Jones, F.: The talocalcanean articulation. Lancet 1944, 2: 241 - 242.
3. Last, R.J.: Specimens from Hunterian Collection (7). The subtalar Joint. J. Bone Jt. Surg. 1952, 34 B: 116 - 119.
4. Smith, J.W.: The ligamentous structures in the canalis tarsi and sinus tarsi. J. Anat. Lond. 1958, 92: 616 - 620.
5. Grant, J. C.B.: An Atlas of Anatomy, 1956, 5th ed., The Williams and Wilkins Co., Baltimore (from fig. 312, preparation by Dr. J.E. Anderson).
6. Gardner, E., D.J. Gray, R. O' Rahilly: Anatomy, 1963, W.B. Saunders Co., p. 313.
7. Walmsley, R.: Cunningham's Textbook of Anatomy, 1964, 10th ed. (edited by G.J. Romanes). Oxford University Press, p. 257.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

กลุ่มอาการสึกหรอ
รายงานเบื้องต้น

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., พ.ด , F.I.C.S.

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ทัณสุรัตน์)

ในขณะที่ได้ออกไปปฏิบัติราชการอยู่ที่
อำเภอเพ็ญ, จังหวัดอุดรธานี, ตั้งแต่วันที่
๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ จนถึงวันที่
๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ ได้ออกตรวจ
รักษาผู้ป่วยตามหมู่บ้าน, นอกเหนือไป
จากที่ผู้ป่วยมาหาเองที่สถานอนามัย. พบ
ว่าผู้ป่วยตามหมู่บ้านมีอาการต่างๆ หลาย
อย่างในผู้ป่วยคนเดียวกัน, หลายคนมี
อาการคล้ายกัน, การตรวจร่างกายไม่
พบโรคอะไรแน่ชัด. ไม่สามารถจะให้การ
วินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้. ผู้ป่วยพวกนี้
เป็นที่สนใจศึกษา, ซึ่งเมื่อทำการศึกษา
ในชั้นต้นแล้วเห็นว่าอาจจะจัดผู้ป่วย
พวกนี้ไว้เป็นในกลุ่มอาการอย่างหนึ่ง คือ
“กลุ่มอาการสึกหรอ” (Wear - and -
Tear syndrome.)

วิธีการศึกษา

ได้ออกไปตรวจตามหมู่บ้าน ๓ แห่ง
ในอำเภอเพ็ญ, คือหมู่บ้านธาตุ, ตำบล

เรื่องชื่อ สถิตนิมานการ, ทินรัตน์: กลุ่มอาการ
สึกหรอ. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ก.ศ. ๑๕๖๘),
๒๐: ๒๒๖ - ๒๓๓.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยในหมู่บ้าน, จัง-
หวัดอุดรธานี, ๑๗๓ คน. ๑๕ คนมีการวินิจฉัย
โรคได้แน่นอน, ส่วนอีก ๑๕๘ คนนั้นก็มีอาการ
หลาย ๆ อย่าง, ซึ่งผู้รายงานเสนอใช้คำว่า
“กลุ่มอาการสึกหรอ.”

ธาตุ, หมู่บ้านเซียงหวาง, ตำบลเซียง-
หวาง, และหมู่บ้านยามกา, ตำบลธาตุ,
เมื่อวันที่ ๑๒, ๑๕ และ ๒๒ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๐๕ ตามลำดับ. ครึ่งหนึ่ง ๆ ที่
ออกไปมีแพทย์ออกไปตรวจ ๒ ถึง ๓ คน.
ผู้ช่วยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ผู้ช่วยที่
ผู้รายงานตรวจเองทั้งสิ้น. ได้บันทึกอาการ
และการตรวจพบไว้ในบัตรทมิซอ, อายุ,
เพศ, ตำบลบ้านของผู้ป่วย, แล้วนำมา
ศึกษาในภายหลัง. รวมจำนวนผู้ป่วยที่มา
รับการตรวจรักษาตามหมู่บ้าน ๓ แห่ง
๖๒๔ ราย. ในจำนวนนี้ผู้รายงานได้ตรวจ

(Summary of the preceding Article)

INTEROSSEOUS TALOCALCANEAN LIGAMENT IN THAI AND CHINESE

Damkoeng Purnindu, M.B.

(Department of Anatomy)

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

To help settle the disagreement on the existence of true interosseous ligament in the tarsal canal of human foot, fifty-three Thai feet and twelve Chinese feet were dissected through the tarsal sinus and tarsal canal by two methods: Sixty-two feet were dissected by Anderson's method; Three

other feet were sawn sagittally through the tarsal sinus and canal, into sections half an inch thick. Just as the cervical ligament (Wood Jones 1944) was actually found in the tarsal sinus, the true interosseous ligament was constantly demonstrable in the tarsal canal.

(Three figures, seven references).



กลุ่มอาการสึกหรอ
รายงานเบื้องต้น

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ., พ.ด , F.I.C.S.

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ทัณสุรัตน์)

ในขณะที่ได้ออกไปปฏิบัติราชการอยู่ที่
อำเภอเพ็ญ, จังหวัดอุดรธานี, ตั้งแต่วันที่
๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ จนถึงวันที่
๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ ได้ออกตรวจ
รักษาผู้ป่วยตามหมู่บ้าน, นอกเหนือไป
จากที่ผู้ป่วยมาหาเองที่สถานอนามัย. พบ
ว่าผู้ป่วยตามหมู่บ้านมีอาการต่างๆ หลาย
อย่างในผู้ป่วยคนเดียวกัน, หลายคนมี
อาการคล้ายกัน, การตรวจร่างกายไม่
พบโรคอะไรแน่ชัด. ไม่สามารถจะให้การ
วินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้. ผู้ป่วยพวกนี้
เป็นที่สนใจศึกษา, ซึ่งเมื่อทำการศึกษา
ในชั้นต้นแล้วเห็นว่าอาจจะจัดผู้ป่วย
พวกนี้ไว้เป็นในกลุ่มอาการอย่างหนึ่ง คือ
“กลุ่มอาการสึกหรอ” (Wear - and -
Tear syndrome.)

วิธีการศึกษา

ได้ออกไปตรวจตามหมู่บ้าน ๓ แห่ง
ในอำเภอเพ็ญ, คือหมู่บ้านธาตุ, ตำบล

เรื่องชื่อ สถิตนิมานการ, ทินรัตน์: กลุ่มอาการ
สึกหรอ. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ก.ศ. ๑๕๖๘),
๒๐: ๒๒๖ - ๒๓๓.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยในหมู่บ้าน, จัง-
หวัดอุดรธานี, ๑๗๓ คน. ๑๕ คนมีการวินิจฉัย
โรคได้แน่นอน, ส่วนอีก ๑๕๘ คนนั้นก็มีอาการ
หลาย ๆ อย่าง, ซึ่งผู้รายงานเสนอใช้คำว่า
“กลุ่มอาการสึกหรอ.”

ธาตุ, หมู่บ้านเซียงหวาง, ตำบลเซียง-
หวาง, และหมู่บ้านยามกา, ตำบลธาตุ,
เมื่อวันที่ ๑๒, ๑๕ และ ๒๒ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๐๕ ตามลำดับ. ครึ่งหนึ่ง ๆ ที่
ออกไปมีแพทย์ออกไปตรวจ ๒ ถึง ๓ คน.
ผู้ช่วยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ผู้ช่วยที่
ผู้รายงานตรวจเองทั้งสิ้น. ได้บันทึกอาการ
และการตรวจพบไว้ในบัตรทมิซอ, อายุ,
เพศ, ตำบลบ้านของผู้ป่วย, แล้วนำมา
ศึกษาในภายหลัง. รวมจำนวนผู้ป่วยที่มา
รับการตรวจรักษาตามหมู่บ้าน ๓ แห่ง
๖๒๔ ราย. ในจำนวนนี้ผู้รายงานได้ตรวจ

(Summary of the preceding Article)

INTEROSSEOUS TALOCALCANEAN LIGAMENT IN THAI AND CHINESE

Damkoeng Purnindu, M.B.

(Department of Anatomy)

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

To help settle the disagreement on the existence of true interosseous ligament in the tarsal canal of human foot, fifty-three Thai feet and twelve Chinese feet were dissected through the tarsal sinus and tarsal canal by two methods: Sixty-two feet were dissected by Anderson's method; Three

other feet were sawn sagittally through the tarsal sinus and canal, into sections half an inch thick. Just as the cervical ligament (Wood Jones 1944) was actually found in the tarsal sinus, the true interosseous ligament was constantly demonstrable in the tarsal canal.

(Three figures, seven references).



เอง ๑๗๓ ราย (๒๗.๗ ปช. ของผู้ป่วยทั้งหมด). (ตารางที่ ๑).

ได้ศึกษาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ๑๗๓ รายนี้, ซึ่งเมื่อรวมกับข้อตรวจพบแล้ว ๗๕ ราย (๔๕.๗ ปช.) สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้. อีก ๙๘ ราย (๕๘.๓ ปช.) ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน. ผู้ป่วย ๙๘ รายนี้ ได้ศึกษาอายุ, เพศ, อาการ, และข้อตรวจพบ.

ผล

ผู้ที่สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนนั้น, ส่วนมากคือ ๕๓ ราย (๖๗.๑ ปช.) หรือ ๒ ใน ๓ เป็นเด็กอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีลงมา, และ ๔๗ รายเป็นเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ขวบ. พวกนี้เป็นบิก, เป็นโรคติดเชื้อของทางเดินการหายใจเป็นส่วนใหญ่, นอกนั้นเป็นโรคอื่น ๆ. ส่วนอีก ๒๖ ราย (๓๓ ปช.) หรือ ๑ ใน ๓ เป็นผู้ใหญ่อายุ ๒๐ ปีขึ้นไปและเป็นโรคบิกเรื้อรัง, โรคผิวหนัง, หลอดลมอักเสบเรื้อรังเช่นกัน.

พวกที่มีอาการหลาย ๆ อย่าง, ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้.

ส่วนมาก (๘๗ ราย, ๕๒.๖ ปช.) พบในผู้ใหญ่อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, พบในเด็ก ๗ ราย (๗.๔ ปช.) เท่านั้น.

ในพวกที่มีอาการหลายอย่าง, ผลของการศึกษา (ตารางที่ ๒) มีดังต่อไปนี้:

๑. อาการเจ็บ. พบมากที่สุด. เจ็บที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย, มักเจ็บหลายแห่ง, เช่น เจ็บเอว, เจ็บขา, เจ็บท้อง, ปวดขา. นอกจากนั้นการเจ็บมักจะเป็นที่หนึ่ง แล้วเจ็บไปที่หนึ่งต่ออีก, เช่น เจ็บท้องมาที่หัวใจ, เจ็บเอวแล้วแขนมากอ, เจ็บขาขึ้นมาที่เอว, เจ็บท้องขึ้นมาไปเอวทางหลัง, เจ็บอกลงมาที่ท้อง.

ตำแหน่งที่พบอาการเจ็บมากน้อยตามลำดับคือ: เจ็บท้อง ๒๕ ราย; เจ็บขา ปวดขา, หรือขามึนชา ๒๐ ราย; เจ็บเอวหรือปวดเอว ๑๗ ราย; เจ็บหัวใจ, ใจเต้น, แน่นหัวใจ ๑๒ ราย; เจ็บหรือซัดที่เข่า, ศอก, ตามข้อ ๕ ราย; เจ็บหัว ๕ ราย, เจ็บหลัง ๓ ราย, เจ็บอก ๓ ราย; เจ็บห ๑ ราย. นอกจากเจ็บตามที่ต่าง ๆ แล้วจะมีอาการอื่นร่วมด้วย.

อาการเจ็บท้องไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับอาหาร, ไม่มีเวลาแน่นอน. บางทีเจ็บก่อนอาหาร, บางทีเจ็บหลังอาหาร;

ตารางที่ ๑

“กลุ่มอาการสึกหรอ” การกระจายของอายุและเพศในผู้ป่วย ๑๗๓ ราย

อายุ (ปี)	วินิจฉัยโรคได้แน่นอน		รวม	มีกลุ่มอาการซับซ้อน		รวม
	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง	
๐-๕	๒๖	๒๑	๔๗	๑	๒	๓
๑๐-๑๕	๖	-	๖	๓	๑	๔
๒๐-๒๕	๔	๑	๕	๑๔	๖	๒๐
๓๐-๓๕	๖	๒	๘	๑๔	๗	๒๑
๔๐-๔๕	๓	๒	๕	๑๐	๓	๑๓
๕๐-๕๕	๔	๑	๕	๖	๖	๑๒
๖๐-๖๕	๑	-	๑	๓	๔	๗
๗๐-๗๕	๒	-	๒	๔	๔	๖
๘๐-๘๕	-	-	-	-	๑	๑
๕๐+	-	-	-	-	๑	๑
รวมทั้งสิ้น	๕๒	๒๗	๗๙ (๔๕.๗ ปช.)	๕๗	๓๗	๙๔ (๕๕.๓ ปช.)

ตารางที่ ๒

แสดงอาการซับซ้อนในผู้ป่วย ๙๔ ราย

อาการ	จำนวน ราย	อาการ	จำนวน
เจ็บท้อง	๒๕	เวียนหัว, ไข้, ไข้	๑๘
เจ็บ, ปวด, มีนชาชา	๒๐	แน่น, ท้องอืด	๑๓
เจ็บ, ปวดเอว	๑๗	เบื่ออาหาร, กินไม่สบาย	๕
เจ็บ, แน่น, ใจเต้น	๑๒	เมื่อยตามตัว	๕
เจ็บ, ขัดข้อ	๕	อาการอื่น ๆ	
เจ็บหัว	๕	ตามัว, เข้าลอย	๓
เจ็บหลัง	๓	นอนไม่หลับ	๒
เจ็บอก	๓	สับสน	๑
เจ็บหู	๑		

เจ็บกลางวันที่มี, กลางคืนก็มี. บางราย
เริ่มเจ็บตอนย้ายเป็นต้นไป.

๒. อาการเวียนศีรษะ, หรือวัน หรือ
วัง (ชาวบ้านบางคนอธิบายว่า วันหมาย
หมายถึงจะเป็นลม, นอกเหนือไปจากวง
เวียน) เป็นอาการที่พบบ่อยรองลงมาจาก
อาการอื่นๆตามที่ต่าง ๆ. พบวัน ๑๘ ราย.
มีน้อยรายพบวัน อย่างเดียว. ส่วนใหญ่
พบวันร่วมกับอาการอย่างอื่นด้วย, เช่น
วันปวดเอว; วันปวดขาทามัว; วันเจ็บท้อง;
วันใจเต้นตบ ๆ เบื่ออาหาร; วันตาลาย
แน่นหัวใจ; วันปวดเมื่อย, วันปวดขา
ปวดเอว, วันเจ็บขาปวดท้อง, วันเจ็บขา
มาทเอว, วันปวดหัว, ชักหัวเข่า, เจ็บเอว;
วันเจ็บท้องแน่นไปเอว, กินข้าวไม่เข้า;
วันเมื่อย, เจ็บอกทางซ้ายลงมาท้อง, กิน
ข้าวไม่เข้า, ฯลฯ. ส่วนมากอาการวันพบ
ในผู้ใหญ่, แต่พบในเด็ก ๒ คน, อายุ
๖ และ ๗ ปี.

๓. อาการแน่นท้องหรือท้องอืด. พบ
๑๓ ราย, ซึ่งมักพบร่วมกับอาการเจ็บ
หรือ วัน.

๔. เบื่ออาหารหรือกินข้าวไม่เข้า. พบ
๕ ราย. มักพบร่วมกับอาการอื่น, คือมี
วัน, หรือมีอาการเจ็บตามที่ต่าง ๆ รวม

อยู่ด้วย.

๕. เมื่อยตามตัว. พบ ๕ ราย, ร่วม
กับอาการอื่นที่กล่าวมาแล้ว.

๖. อาการอื่น ๆ มี ตามัว, นอน
ไม่หลับ, แสบหลัง, มีน้อก, เข้าลดย,
ไม่มีแรง, หนักใจอึด. อาการเหล่านี้
พบน้อย.

การตรวจร่างกายของผู้ที่มีอาการหลายๆ

อย่าง
มักพบว่าร่างกายผอม, ขาดอาหาร,
ผิวหนังแห้งขาง. มักจะชี้ตกว่าปรกติ
มักมีโรคผิวหนังปนอยู่ด้วย. หน้าตาวิตก
กังวล. โดยทั่วไปมีลักษณะป่วยเรื้อรัง.
หลายรายพบอาการ ปาก นก กระจกกรวม
อยู่ด้วย.

ตามตำแหน่งที่ผู้ช่วยบอกว่าเจ็บนั้น,
เมื่อตรวจดูไม่พบอะไรผิดปกติจริง ๆ.
กล่าวไม่พบอะไร เช่นในรายเจ็บท้อง, กด
คักไม่เจ็บ, หัวใจและปอดปรกติ.

อภิปราย

ผู้ช่วยพวกที่มีอาการหลายๆ อย่าง
มีข้อตรวจพบน้อย, ไม่สามารถให้การ
วินิจฉัยโรคได้แน่นอน, เป็นพวกที่น่า

สนใจศึกษา. พวกนี้ส่วนใหญ่เป็น คนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป, ซึ่งแตกต่างจากพวกที่เป็นโรคที่แน่นอนที่ส่วนมากพบในเด็ก. พวกมีอาการ ชับ ซ้อน ทำให้ถึง คำว่า "กลุ่มอาการ" ซึ่งใน Dorland's Illustrated Medical Dictionary อธิบายคำ กลุ่มอาการ ว่า "เป็นชุดของอาการซึ่งเกิดร่วมกัน; ผลรวมของอาการแสดงของภาวะที่ผิดปกติ; อาการซับซ้อน."

เมื่อผู้ช่วยเล่าถึงอาการต่าง ๆ, ซึ่งคน ๆ เดียวมีหลายอย่าง, อาการต่าง ๆ นั้นก็ไม่สัมพันธ์กัน. มองไม่เห็นว่าเป็นโรค ของร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้ถึง คำว่าผู้ช่วย เป็น โรคประสาท (neurosis). แต่ผู้ช่วยเหล่านี้มีพยาธิสภาพของร่างกายรวมอยู่ด้วยไม่มากนัก. แม้จะตรวจพบน้อยไม่สัมพันธ์อาการก็ตาม. อนึ่ง, ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีผู้ช่วยหลายคนมากที่มีอาการและข้อตรวจพบเหมือนกันหรือคล้ายกัน, ทำให้ไม่คิดว่าผู้ช่วยเหล่านี้ต่างก็เป็นโรคประสาทกันไปหมด, หรือถ้ามีโรคประสาทก็มีโรคอื่นร่วมด้วย.

ผู้ช่วยเหล่านี้ส่วนมากมีอาชีพเป็นชาวนา, อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ

ประเทศ. ได้มีคนศึกษาข้อแตกต่างกับคนในภาคอื่น ๆ กันมาบ้างแล้ว. บุณธรรมสินทรเกียรติ (1) ใน พ.ศ. ๒๕๐๐ ได้ศึกษาเกี่ยวกับเลือดของคนไทยในภาคต่าง ๆ ของประเทศเพื่อหาปริมาณของโปรตีน, วิตามิน เอ, เม็ดเลือดแดง, ฮีโมโกลบิน และ ฮีมาโตคริต, พบว่าพลาสมา โปรตีน และ วิตามิน เอ ในเลือดของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อุบลราชธานี) ต่ำกว่าภาคเหนือ (เชียงใหม่) และภาคใต้ (สุราษฎร์ธานี), และต่ำกว่ามาตรฐาน, ซึ่งเข้าใจว่าเกิดจากการขาดอาหารเนื้อสัตว์และผักสด. จำนวนเม็ดเลือดแดงและ ฮีโมโกลบิน ก็ต่ำกว่าคนภาคอื่น, แต่ไม่ต่ำมากอย่าง โปรตีนและ วิตามิน เอ. อนึ่ง, เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีน้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าเด็กในภาคกลาง, เหนือและใต้ (เพราะขาด โปรตีน และ วิตามิน เอ).

จำลอง หาริณสุต และ สุวัชร วัชรเสถียร (2) ใน พ.ศ. ๒๕๐๒ ได้ศึกษาโรคพยาธิใบไม้ในตับในผู้ช่วยของโรงพยาบาล ๑๕ จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, พบ ๓๖๗ ราย จาก ๗๒๓ รายที่ตรวจอุจจาระ, หรือ ๕๐.๘ เปอร์เซ็นต์; ทั้งแต่เนี่ย,

๑๗.๕ ปช. ที่ขั้วริมฝีปากมากที่สุด, ๕๐.๖ ปช., ที่กาฬสินธุ์. สำหรับขอตรวจนั้นมี ๕๕.๓ ปช. ตามหมู่บ้านอาจพบต่ำกว่านี้. โรคนี้อาจเป็นสาเหตุของอาการปวดเจ็บในท้องหรือบริเวณทรวงอกโดยหาสาเหตุแน่ชัดไม่ได้.

เมื่อประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสภาพความเป็นอยู่, ภูมิประเทศ, อาหาร, โรคภัยไข้เจ็บและอื่น ๆ แตกต่างไปจากภาคอื่นของประเทศ, และเป็นข้อแตกต่างไปในทางที่ไม่ดี, เช่น ร้อนจัด, หนาวจัด, หน้าแล้งไม่มีน้ำ, หน้าฝนน้ำท่วม, ความยากจนทำให้ไม่มีเสื้อผ้าเพียงพอ, ไม่มีอาหารก็พอ, เป็นโรคต่างๆ มากและได้รับการรักษาไม่พอ, จึงเห็นได้ว่าเมื่อเด็กเกิดมาก็ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมไม่ดีดังกล่าว. ร่างกายจะต้องต่อสู้เพื่อมีชีวิตรอดและเมื่อผ่านมาก็ได้มีการสึกหรือมากกว่าคนธรรมดา. ผลจากการนี้มาปรากฏในผู้ใหญ่, ทำให้มีอาการมากมาย. ได้ตรวจพบว่าร่างกายขาดอาหาร, ผิวหนังแห้งขางเหมือนคนแก่, ซึ่คิดว่าปรกติ, มีโรคผิวหนัง, หน้าตาบอกความวิตกกังวล. โดยทั่วไปมีลักษณะย่อยเรอรั้งและอาจมีโรคเรอรั้งอะไรซ่อน

อยู่. บางรายมีอาการขาดวิตามิน. ร่างกายยังไปทางมีอาการเสื่อม. ด้วยเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวจึงในระยะต้นนี้อาจจะใช้คำว่า "กลุ่มอาการสึกหรือ (wear-and-tear syndrome)" กับผู้ป่วยพวกนี้ไปก่อน. จะใช้ได้เหมาะสมเพียงใดนั้นต้องศึกษากันต่อไปอีก.

เราเคยใช้คำว่า "สึกหรือ" กับวัตถุอย่างหนึ่งคือ "ไลโปพัสซินส์" (เดิมเรียกว่า ไลโปโชมม); ซึ่งเป็นวัตถุสีน้ำตาลหลายชนิด; เข้าใจว่าเปลี่ยนแปลงมาจาก ลิปิด โดย ออกซิเดชั่น ในร่างกายตามปรกติ; ย้อมติดสี ซดาน และ เบสิค ฟอสฟอรัส, คือทนสีกรท. วัตถุสีนี้มักพบในคนอายุมากและในภาวะฝ่อลีบ. ดังนั้นจึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า "วัตถุสีจากการสึกหรือ", ตัวอย่างเช่น บราวน์ อโทรฟีย์ (brown atrophy) ของหัวใจในคนแก่หรือคนมีโรคที่ทำให้ฝ่ออย่างรวดเร็ว, คนปรกติก็มีอยู่แล้ว, แต่มากขึ้นในโรคดังกล่าว. ไลโปพัสซิน พบได้ใน เซมินัล เวสิเคิล, เซลล์ประสาทและตับของคนแก่.

ในโรคลำไส้ที่เสีย โปรตีน (protein-losing enteropathy) จะเห็นลำไส้เล็ก

มีสาเหตุมาจาก ไลโปฟัสซิน ในเส้นใยกล้ามเนื้อ และใน ฟาโกไซต์ ระหว่างเส้นใย. ภัยและกล้ามเนื้อลายก็มีสภาวะ.

ในการนำเอาคำว่า "อาการสึกหรอ" มาใช้ในครั้งนี้เป็น การนำมาใช้อย่างกว้าง ๆ. คำว่า "สึกหรอ" ก็ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นคนอายุมากผ่านความสึกหรอมามาก, แต่รวมทั้งคนที่ผ่านโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ มากมาย, รวมทั้งกินฟ้าอากาศ, สิ่งแวดล้อม, อาหาร, และอาชีพ. แม้ผู้ป่วยพวกนี้ จะตรวจพบว่าไม่มีพยาธิ, เช่นพยาธิใบไม้ในตับ, ก็รวมเอาไว้ในกลุ่มอาการเดียวกันได้กับคนที่ไม่มีพยาธิแต่มีอาการและการตรวจร่างกายพบเหมือนกัน.

หนึ่ง โรคประสาทแยกได้ยากและไม่สามารถตัดเขาออกได้โดยเด็ดขาด. ผู้ป่วยบางคนก็อาจจะมีโรคประสาทรวมอยู่ด้วย, จึงจัดรวมอยู่ในกลุ่มอาการนี้.

รายงานนี้เป็นรายงานเบื้องต้น. เห็นควรศึกษาต่อไปอีกเพื่อให้จำนวนมารายชน, และมีการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ, เช่นตรวจเลือด, เคมีของเลือด, ตรวจอุจจาระ, บัสสภาวะ ฯลฯ เกี่ยวกับวัตถุจากการสึกหรอ. เห็นควรตรวจ

ปริมาณวัตถุที่พบในการตรวจศพของผู้ป่วยที่เป็นชาวตะวันออกเฉียงเหนือ, โดยเฉพาะที่หัวใจ, ว่าพบมากกว่าคนในภาคอื่นหรือไม่.

สรุป

ได้ศึกษาอาการและการตรวจพบในผู้ป่วย ๑๗๓ คนของหมู่บ้านสามแห่งของอำเภอเพ็ญ, จังหวัดอุดรธานี. พบว่า ๕๕ คน (๕๕.๓ ٪) มีอาการหลายอย่างมาก. อาการตรวจพบน้อย, ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้แน่นอน. ประกอบกับคนในภาคนี้ มีสิ่งแวดล้อม, อาหาร, โรคพยาธิ, และสภาพไม่ดีขึ้น ๆ, จึงเสนอให้ใช้คำว่า "กลุ่มอาการสึกหรอ" กับผู้ป่วยเหล่านี้ไปก่อนและเห็นควรศึกษาเพิ่มเติมอีก.

หมายเหตุ ได้ตรวจหัวใจของผู้ป่วย ๑ ราย, เป็นชายไทยอายุ ๓๓ ปีจากจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ถึงแก่กรรมทันทีโดยไม่ทราบสาเหตุ, แต่ไม่ได้เป็นโรคของหัวใจ (เช็คชัน หมายเลข S-๑๐-๕๕๖๓) ไม่พบว่า มีไลโปฟัสซิน หรือวัตถุจากการสึกหรอมากกว่าปรกติ.

เอกสาร

๑. บุญธรรม สุนทรเกียรติ: การศึกษาเกี่ยวกับโลหิตของคนไทยในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย เพื่อหาปริมาณของ โปรตีน, วิตามิน เอ, เม็ดโลหิตแดง, ซี เฮโมโกลบิน และ เฮมาโตคริต. เวชสาร ๒๕๐๐, ๖ : ๔๔๑.

๒. จำลอง หะวินสุต และ สุวัชร วัชรเสถียร: การศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย ๑. โรค

พยาธิใบไม้ตับในผู้ป่วยของโรงพยาบาล ๑๕ จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จ.พ.ศ.ท. ๒๕๐๒, ๔๒ : ๕๘๔.

๓. Anderson, W.A.D.; Pathology 1961, 4th ed., C.V. Mosby, St. Louis, p. 87.

๔. Walter, J.B., and M.S. Israel: General Pathology 1963, Boston, Little, Brown & Co., p. 761.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

WEAR-AND-TEAR SYNDROME

A preliminary Report

Tinarat Sthitnimarnkarn, M.B., M.D., F.I.C.S.

(Dept. of Pathology)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Pradisth Tansurat)

As a medical participant in an accelerated rural development program in Udorn-Dhani in the N.E. part of Thailand the author collected 173 cases with multiple symptoms, e.g. pains, vertigo, abdominal discomfort, anorexia, aches, etc. In seventy-nine cases clinical diagnoses could be established (including dysenteries, respiratory

tract infections, skin diseases); in the remaining 94 cases findings were so vague and varied (emaciation, malnutrition, dehydration, pallor, B avitaminosis, etc.) that no single diagnosis would be justified, and the author believes that the term "wear-and-tear syndrome" could be applied.

(Two tables, four references)

อาการวัน - การศึกษาทางคลินิก*

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

(แผนกเภสัชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์)

“วัน” เป็นคำหนึ่งซึ่งบรรดาแพทย์ที่ไปช่วยพัฒนาอนามัยในจังหวัดอุดรธานีรู้จัก, เพราะได้ยินอยู่เสมอๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เวลาออกตรวจรักษาคณไขตามตำบล. คุณคล้ายๆ กันว่าคนไข้หลายคนจะมีอาการวันเสียเจ็ดหรือแปดคน. “วัน” คือวิงเวียน. เมื่อแพทย์ส่วนมากได้ยินคำนี้ก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคโลหิตจางและสั่งยาบำรุงเลือดให้.

ในต้นปี พ.ศ. ๒๕๑๑ ผู้รายงานอาสาไปช่วยพัฒนาอนามัยที่สถานอนามัยหนองบัวลำภูสองสมัย (วันที่ ๑๘-๒๕ มีนาคม และวันที่ ๑๔-๒๓ พฤษภาคม) และได้ถือโอกาสทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการวันอย่างง่าย ๆ, ตามความจำกัดของอุปกรณ์, เวลา, และโอกาส. โดยเฉพาะต้อง การทราบว่าคนไข้ที่มีอาการวันนั้นโลหิตจางเพียงใด, และความผิดปกติในปฏิกิริยาของหลอดเลือดต่อการเปลี่ยน

เรื่องย่อ เกตุสิงห์, อวย: “อาการวัน”, การศึกษาทางคลินิก. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ก.ศ ๑๕๖๘), ๒๐: ๒๓๕-๒๔๓.

“อาการวัน” คือวิงเวียน. พบบ่อยมากในประชาชนที่มารับการตรวจตามหน่วยพัฒนาการแพทย์ฯ ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี. ผู้รายงานได้แสดงอุบัติการณ์ของอาการวัน และพยายามหาเหตุบางประการของอาการนี้โดยวัดความเข้มข้นฮีโมโกลบิน และปฏิกิริยาความดันเลือดและชีพจรต่อการเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืน. นอกจากนี้ได้พบว่าพยาธิปากขออาจเป็นสาเหตุอย่างหนึ่ง ของอาการเลือดจางในผู้ป่วยของจังหวัดนี้.

แปลงอิริยาบถมีบทบาทด้วยมาน้อยเพียงใด. ผู้รายงานขอขอบคุณแพทย์หัวหน้าหน่วยทั้งสองสมัย, คือ คุณหมอมงคลเกื้อองคศักดิ์ (สมัยมีนาคม) และ คุณหมอสุพรเกิดสว่าง (สมัยพฤษภาคม) ที่ให้โอกาสทำการศึกษานี้, และขอขอบคุณพยาบาลประจำหน่วย (คุณสุลักษณ์ บียะมาน, คุณพจนีย์ งามเจริญ, คุณพวงน้อย

* ด้วยความช่วยเหลือทางวิชาการของ พงษ์ชัย งามเจริญ, แผนกศัลยศาสตร์.

สาครรัตนกุล) ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี.

แผนงาน

๑. สํารวจอุบัติการของอาการเวียนศีรษะเป็นอาการนำและอาการประกอบ.

๒. วัตถุประสงค์ของผู้ที่มาอาการเวียนศีรษะที่จะทำได้. ได้ใช้วิธี ทอดวิสัย เพราะสะดวกและเร็ว. ศึกษาความน่าเชื่อถือโดยการสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีมาตรฐาน. (กตอนหลัง).

๓. วัตถุประสงค์เลือกแคง และ ปฏิบัติการที่อาการเปลี่ยนท่าจากนั่งเป็นยืน, ในคนที่มาอาการเวียนบางคน.

๔. สํารวจอาการอื่นๆ ที่พบร่วมกับเวียนและสันนิษฐานว่าโลหิตจางเป็นเหตุ.

วิธีการ

ศึกษาแต่เฉพาะ คนไข้ที่ผู้รายงานตรวจเอง. ชั้นเก็บตั้งใจจะตรวจ ฮีโมโกลบิน ทุกคนที่แจ้งอาการเวียน (เฉพาะที่มาให้ตรวจที่สถานีอนามัย), แต่ปรากฏว่าทำไม่ได้, เพราะคนไข้มีมาก. (เฉลี่ยวันละ ๗๐ คน. สำหรับวันอังคารซึ่งมีผู้ชำนาญเฉพาะโรคจากหน่วยกลางที่โรง

พยาบาลอัครธานี่มาสมทบด้วย, เฉลี่ยคนไข้ ๑๖๐ คน.) ต้องเลือกทำเฉพาะรายที่มีโอกาส, ซึ่งนับได้ว่าเป็นวิธี "สุ่มข้อมูล," เพราะไม่ได้เจาะจงจะตรวจเฉพาะรายที่มีลักษณะจำกัอย่างใดอย่างหนึ่ง.

ผลและอภิปราย

๑. อุบัติการของอาการเวียน แสดงในตารางที่ ๑.

"วันเป็นอาการนำ" หมายความว่า คนไข้ไปหาเรา เพื่อให้รักษาอาการเวียน หรือมี อาการอื่น แต่ได้แจ้งอาการเวียนด้วย, และแจ้งโดยไม่ได้ถามถึง. "วันเป็นอาการร่วม" คือเมื่อเราถามถึง, คนไข้จึงบอกว่ามีอาการเวียนอยู่ด้วย.

พึงสังเกตว่าคนไข้ในหมู่บ้านมีส่วนที่แจ้งอาการเวียน มากกว่าที่ไปให้ตรวจที่สถานีอนามัย. ที่บ้านศรีบุญเรืองนั้นชาวบ้านบอกว่าเพิ่งได้เห็น "แพทย์จริงๆ," ก็ในครั้งที่เราไปนั้น, จึงมาให้ตรวจกันมากมาย. แม้เราตรวจและจ่ายยาไปจนหมดแล้ว ก็ยังขอเพียงตรวจโดยไม่ให้ยาก็เอา.

ตารางที่ ๑. อุบัติการของอาการวัน

ตำบลที่ตรวจ	วันที่	จำนวนคนไข้		อุบัติการ (ปช.)
		ทั้งหมดที่ตรวจ	จำนวนวัน	
สถานีอนามัย หนองบัวลำภู	๑๘-๒๕ มี.ค.	๓๘๒	๒๓*	๖.๐
	๑๔-๒๓ พ.ค.			
บ้านหนองแสง	๒๒ มี.ค.	๘๑	๑๓*	๑๖.๐
บ้านบก ^Δ	๑๗ พ.ค.	๑๖๑	๑๘*	๑๑.๑
			๒๐†	๑๒.๔
บ้านศรีบุญเรือง [□]	๒๔ พ.ค.	๑๒๕	๑๗*	๑๓.๒
			๒๕†	๒๒.๔

* = วันเป็นอาการนำ.

† = วันเป็นอาการร่วม.

Δ = รวมวันที่เป็นอาการนำและอาการร่วม ๒๓.๖ ปช.

□ = รวมวันที่เป็นอาการนำและอาการร่วม ๓๕.๗ ปช.

๒. อาการอื่นๆ ที่พบร่วมกับอาการวัน

ก. พวกที่อาการวันเป็นอาการนำ
ปวดขา, เจ็บเขว, เจ็บหลัง (สามอาการ
นี้เป็นอาการนำใน ๘ ราย จาก ๑๗ ราย
ที่พบที่บ้านศรีบุญเรือง), ปวดเท้า, ปวด
ท้อง, ปวดหัว, ปวดเขว, เจ็บหลัง, เจ็บ
ท้อง “หัวใจเต้น,” “เมื่อยหัวใจ,”
“หัวใจหึก,” มีน.

ข. พวกที่วันเป็นอาการร่วม

“หัวใจอ่อน,” “หัวใจดำ,” “หัวใจลง”
ท้องขึ้น, มีน (ขา) ปลายมือปลายเท้า,
ปวดหลัง, ปวดขา, ตามัว, “ตาดำ”
(หน้ามืด) (อาการ ๕ อย่างนี้พบเป็น
อาการนำบ่อยมากกว่าอย่างอื่น), หนัก
มือหนักเท้า, เมื่อยคอ, เมื่อยทรวงอก, เจ็บ
หลัง, เพลีย, “ใจน้อย” (ตกใจง่าย),

ประจำเดือนไม่มา, เบื่ออาหาร, นอนไม่หลับ, เวลานอนรู้สึกตัวคล้ายตกจากที่สูง.

๓. ฮีโมโกลบิน ในคนไข้ที่สถานีอนามัยหนองบัวลำภูได้ทำการวัด ฮีโม-

โกลบิน ๕๐ รายโดยวิธี ทอลควิสต์, และมี ๑ รายวิธี ซาห์ลี-เฮ็ลลิกเก, เพราะเลือดจางมากจนวัดไม่ได้ด้วยวิธี ทอลควิสต์. ผลแสดงในตารางที่ ๒.

ตารางที่ ๒

ผลการวัด ฮีโมโกลบิน

ความเข้ม ฮบ. ปช.	จำนวนรายที่พบ	หมายเหตุ
๕๕	๓	
๕๐	๔	
๔๕	๓	
๔๐	๑๑	
๓๕	๖	
๓๐	๑๕	
ต่ำกว่า ๓๐	๕	รวม ๑ รายที่วัดด้วยวิธี ซาห์ลี-เฮ็ลลิกเก ๑๐ ปช.
รวม	๕๑	

๑๐๐ ปช. = ๑๕.๖ ก. ปช.

สามสิบ ปช. เป็นค่าที่พบบ่อยที่สุด (๑๕ รายใน ๕๑ ราย). จำนวนคนที่มียุค ๓๐ ปช. หรือต่ำกว่ามีถึง ๒๒ ราย. สามสิบเก้าราย (ประมาณเศษสามส่วนสี่ของทั้งหมด) มีค่า ฮบ. ๔๐ ปช. หรือต่ำกว่า.

ในคนไข้ ๑ คนที่แจ้งว่ามีอาการเวียนศีรษะทุกครั้งที่ยืนขึ้น, ได้ตรวจพบ ฮบ. ต่ำกว่า ๓๐ ปช. เล็กน้อย. แต่ในพวกที่ยืนยันว่าไม่มีอาการเวียน, ได้ตรวจพบ ฮบ. ๓๕ ปช. ๑ ราย, ๔๐ ปช. ๑ ราย, และ ๔๕ ปช. ๑ ราย. เพราะฉะนั้นไม่มีขีดขึ้นต่ำในค่า

ของ ฮบ. ที่จะร่วมกับอาการวันทกครั้ง.
โดยที่วิธี ทอลควิสต์ อาจให้ผลผิด
จากความเป็นจริงได้มาก ๆ, จึงได้ศึกษา
ความแม่นยำของ สมค เทียบสี เล่มที่ใช้ที่
สถานอนามัยหนองบัวลำภู, โดยนำมาที่
ศิริราชพยาบาล และใช้วัดความเข้ม ฮบ.
ของตัวอย่างเลือดจำนวนหนึ่ง, เปรียบเทียบ
กับวิธี ซัยแอนเมธิโมโกลบิน (Cyanme-
themoglobin) ที่หน่วยโลหิตวิทยาใช้เป็น
ประจำ (ด้วยความช่วยเหลือของนายแพทย์

กรุงไกร เจนพาณิชย์ และ นายแพทย์
ประเวศ วรรสี). ได้ผลซึ่งสรุปได้ว่าโดย
ทั่วไป, ในกรณีที่เลือดมีค่า ฮบ. แท้จริง,
ต่ำกว่า ๕๐ ปช. วิธี ทอลควิสต์ ให้ผลสูง
เกินความจริง; ส่วนในกรณีที่ ฮบ. มาก
กว่า ๕๐ ปช., วิธี ทอลควิสต์ ให้ผลต่ำ
กว่าความจริง. ได้แสดงผลการเปรียบเทียบ
เทียบในกรณีแรก, ซึ่งมีความสำคัญ
สำหรับรายงานนี้, ไว้ในตารางที่ ๓.

ตารางที่ ๓

เปรียบเทียบผลของวิธี ทอลควิสต์ และวิธี ซัยแอนเมธิโมโกลบิน

รายที่	ผล ทอลควิสต์ ก.ปช.	ผล ซัยแอนเมธิโมโกลบิน ก.ปช.	ความแตกต่าง ปช.
๑	๔.๗	๓.๔	+๓๘.๒
๒	๔.๗	๕.๐	-๖.๐
๓	๔.๗	๔.๐	+๑๗.๕
๔	๔.๗	๔.๐	+๑๗.๕
๕	๔.๗	๒.๘	+๖๗.๕
๖	๔.๗	๓.๕	+๒๐.๕
๗	๖.๓	๕.๗	+๑๐.๕
๘	๖.๓	๔.๓	+๔๖.๕
๙	๖.๓	๕.๓	+๑๘.๕
๑๐	๖.๓	๖.๓	๐
๑๑	๗.๘	๗.๑	+๕.๕



รายที่	ผล ทอลควิสต์ ก.ปช.	ผล ก.ปช.	ความแตกต่าง ปช.
๑๒	๗.๘	๕.๓	+๔๗.๒
๑๓	๗.๘	๖.๔	+๒๑.๕
๑๔	๗.๘	๕.๐	-๑๓.๓
๑๕	๗.๘	๖.๘	+๑๔.๗
๑๖	๗.๘	๖.๘	+๑๔.๗
๑๗	๗.๘	๖.๐	+๔๖.๗
๑๘	๗.๘	๗.๖	+๒.๖
๑๙	๗.๘	๗.๓	+๖.๕
๒๐	๗.๘	๕.๗	+๓๖.๘
๒๑	๕.๔	๗.๓	+๒๘.๘
๒๒	๕.๔	๕.๗	+๖๔.๕

หมายเหตุ ๑๐๐ ปช. = ๑๕.๖ ก.

- + หมายความว่า "วิธี ทอลควิสต์ ให้ผลมากกว่าวิธี ชัยแอนเมธิโมโกลบิน"
- หมายความว่า "วิธี ทอลควิสต์ ให้ผลน้อยกว่าวิธี ชัยแอนเมธิโมโกลบิน"

พึงสังเกตว่า ชย. ๕.๗ ก.ปช. ใกล้เคียงกับ ๓๐ ปช., ๖.๓ ก.ปช. ใกล้เคียงกับ ๔๐ ปช., ๗.๘ ก.ปช. ใกล้เคียงกับ ๑๕ (หรือ ๒๐) ปช., และ ๕.๔ ก.ปช. กับ ๖๐ ปช.

จากข้อมูลในตาราง คำนวณ ความคลาดเคลื่อนของวิธี ทอลควิสต์ (จากวิธี ชัยแอนเมธิโมโกลบิน) ได้เฉลี่ย "บวก ๒๗.๕ (หรือ ๓๐) ปช." สำหรับค่า ชย. ๓๐ ปช., "บวก ๑๘.๕ (หรือ ๒๐) ปช."

สำหรับค่า ชย. ๕๐ ปช., และ "บวก ๒๑.๕ (หรือ ๒๐) ปช." สำหรับค่า ชย. ๕๐ ปช. วิธี ทอลควิสต์ ให้ผลมากกว่าวิธี ชัยแอนเมธิโมโกลบิน ในทุกกรณี.

ถ้าหากยึดว่าผลของวิธี ชัยแอนเมธิโมโกลบินเป็นถกต้อง, ผลของวิธี ทอลควิสต์ ที่เรารวได้ ๓๐ ปช. นั้นก็ควรจะไปทาง ๒๐ ปช., ที่วัดได้ ๔๐ ปช. ควรจะไปทาง ๓๐ หรือ ๓๕ ปช., และที่วัดได้ ๕๐ ปช. ควรจะไปทาง ๔๐ ปช.

๔. พยาธิลำไส้ เพื่อเสาะหาเหตุของอาการเลือดคน้อย, ได้ตรวจอุจจาระคนไข้ที่มีอาการวินรวม ๗ คน. ได้พบไข่พยาธิปากขอ ๔ คน. ไม่พบ ๓ คน. แต่ผลประการหลังนี้อาจไม่แน่, เพราะได้ตรวจโดยวิธีละเลงบนแผ่นกระจกอย่างธรรมดา, ไม่ได้ใช้วิธีทำให้เข้มข้น. ข้อนี้ทำให้คิดว่าคนไข้ที่ให้ผลบวกนั้น คงจะมีพยาธิปากขอเป็นจำนวนมาก, เพราะตรวจวิธีธรรมดาเช่นนั้นยังพบไข่ได้ในครั้งแรก.

เพื่อเปรียบเทียบ, ได้ตรวจอุจจาระของคนไข้ที่ไม่มีอาการวิน ๔ คน, พบไข่พยาธิปากขอ ๑ คน.

ไม่พบไข่พยาธิอื่น ๆ ในพวกใดพวกหนึ่ง.

จากผลนี้น่าจะเข้าใจว่าพยาธิปากขออาจมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดโลหิตจางในคนพวกนี้, แต่คงไม่ใช่เหตุเดียว.

๕. ปฏิกิริยาทางความดันเลือดและชีพจร โดยที่อาการวินในหลายคนเกิดขึ้นในระหว่างเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่งหรือจากนั่งเป็นยืนหรือเดิน, จึงได้ทำการทดสอบปฏิกิริยาทางความดันเลือดและอัตราการชีพจรต่อการเปลี่ยนจากท่านั่ง (ยืน

เก้าอี้) เช่นท่านั่งตรง. หลังจากนับชีพจรและวัดความดันเลือดในท่านั่งจนได้ผลคงที่ ("ค่ามาตรฐาน") แล้ว, ได้ให้คนไข้ลุกขึ้นยืนตัวตรงในทันที, และพยายามวัดความดันเลือดให้ได้ภายใน ๑๐ ถึง ๑๕ วินาที, แล้ววัดซ้ำเรื่อย ๆ ไปประมาณทุก ๆ ๓๐ วินาทีจนความดันชีพจรโพลัดมาถึงค่าตั้งต้นหรือต่ำกว่า (แล้วแต่กรณี). โดยที่ไม่อาจนับอัตราการชีพจรควมไปกับวัดความดันเลือดอย่างรวดเร็วได้, จึงได้ทำการทดลองเรื่องนี้ในภายหลังเมื่อเสร็จเรื่องความดันเลือดแล้ว, โดยนับ ๑๐ วินาทีแล้วคูณด้วย ๖, และนับชีพจรต่อเรื่อยไปจนอัตราการชีพจรกลับเท่าค่าตั้งต้นหรือต่ำกว่า, ท่านองเกี่ยวกับหัวข้อความดันเลือด.

ได้ทำการทดสอบในคนไข้รวม ๒๒ คน. ผลสรุปได้ดังต่อไปนี้:

- ก. ความดันเลือด
๑. ความดันชีพจรโพลัด (ค่าที่สตก) เกินกว่า ๕ มม. ปรอทภายใน ๓๐ วินาที ๑๒ คน.
 ๒. ความดันชีพจรโพลัด ไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดไม่ถึง ๕ มม. ปรอทภายใน ๓๐ วินาที ๗ คน.

๓. ความดัน ชีพชีพิตติก กลีบสังขน์ มากกว่า ๕ มม. ปรอทภายใน ๓๐ วินาที ๓ คน.

ในจำพวกที่ ๓ นี้มี ๑ คนซึ่งยืนยันว่าไม่เวียนเวลาขึ้นขึ้น, แต่เวียนเวลาอื่น ๆ.

ข. อัตรารชีพจร

๑. อัตรารชีพจรเพิ่มขึ้น (เกินกว่า ๑๐ ปร. ของอัตรารชีพจรหนึ่ง) ภายใน ๓๐ วินาที ๒๐ คน.

๒. อัตรารชีพจรไม่เปลี่ยนแปลง ๑ คน.

๓. อัตรารชีพจรลดลง ๑ คน.
คนที่อัตรารชีพจรลดลง เวลายืนยันขึ้น (พวกที่ ๓) นี้, เวลานั่งชีพจรเต้น ๕๖ ต่อนาที, เล็กมาก. เวลายืน, ชีพจรลดเหลือ ๗๒ ต่อนาทีภายใน ๑๐ วินาที, และค่อย ๆ คืบมาเป็น ๕๖ ในเวลา ๕๐ วินาที. ระหว่างนี้ความดันเลือด ๑๐๓/๗๓. เวลายืนวัดได้ ๘๐/๖๐ (ใน ๑๐ วินาที), ๘๐/๖๐ (๓๐ วินาที), และ ๑๐๐/๗๐ (๕๐ วินาที). คนนี้รายงานว่า "เวียนเรื่อย". อาการนำคือปวดหัว, เวียนหลัง, เวียนศีรษะ, เวียนในท้อง, เวียนข้อเท้าไปหมด. เวียนเป็นอาการประกอบ (อาจจะเวียนอยู่นาน

จนไม่นั่งลงก็ได้). อาการอื่น ๆ มีเมื่อยตัว, เวียนปาก, เวียนคอ, ตามัว. รายงานชย. น้อยกว่า ๓๐ ปร.

สังเกตว่าอาการ "เวียน" ในส่วนต่างๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน, ซึ่งไม่บังต้องโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ, มักจะร่วมกับอาการเวียนย่อย ๆ. จนแทบจะทายลวงหน้าได้ว่าผู้ที่ร้องทุกข์ด้วยอาการ "เวียนนอน เวียน" นั้นหากถามถึงอาการเวียนจะให้คำตอบรับเสมอ. แพทย์หลายคนพอได้ยินอาการเวียนต่างๆ, แล่นจากที่นอนไปนอน, ฯลฯ, ก็มักจะให้การวินิจฉัยเสียเลยที่เรียกว่า "นิวโรสิส".

จากผลของการทดสอบด้านความดันเลือดและชีพจร นี้พอจะกล่าวได้ว่าคนไข้เวียนส่วนมากมีปฏิกริยาทางระบบไหลเวียนต่อการเปลี่ยนอิริยาบถจากนั่งเป็นยืนเป็นไปในเชิงบ่งว่ามีการเสียดุลย์ในระบบประสาท ออโตโนมิก, และความอ่อนแอหรือหย่อนสมรรถภาพของหัวใจ (ซึ่งอาจเป็นผลของอาการโลหิตจางหรืออย่างอื่น) เป็นปัจจัยสำคัญไม่น้อยกว่าการหย่อนสมรรถภาพของระบบควบคุมหลอดเลือด (ซึ่งก็อาจเป็นผลของอาการโลหิตจางได้เหมือนกัน).

น่าจะคิดว่า หากโลหิตจางและหัวใจ และระบบควบคุมหลอดเลือดหย่อนสมรรถภาพด้วย, หรือโลหิตจางมากจนหัวใจและระบบควบคุมหลอดเลือดเสียสมรรถภาพ, อาการวินคงจะปรากฏรุนแรงกว่ากรณีที่โลหิตจางแต่อย่างเดียว. คนที่เราพบว่ามีขบ. ต่ำแต่ไม่มีอาการวินนั้นอาจเป็นได้ว่าหัวใจและหลอดเลือดยังอยู่ในสมรรถภาพที่จะโต้ตอบกับการผันผวนซึ่งเป็นผลของกราวด์ยได้.

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคืออุบัติการณ์ของอาการวินมีบ่อยในคนไข้ที่เราไปตรวจตามท้องที่มากกว่าที่ มาหาให้ตรวจที่สถานีอนามัย (๖ ปช. เทียบกับ ๑๖ ถึง ๓๕ ปช.). ข้อนี้อาจจะเป็นเพราะคนไข้มีอาการวินเรื้อรังมานานๆ, จนรู้สึกคุ้นกับอาการเสียแล้ว, และแม้มีอาการนั้นค่อนข้างมาก, ก็ยังสามารถทำการงานในบ้าน หรือแม้การอาชีพอย่างเบาๆ ได้, ยังไม่เกิดอรอันหนักหนาอะไร, จึงไม่คิดจะเดินทางไปถึงสถานีอนามัยเพียงเพื่อให้รักษาอาการวิน (นอกจากในรายที่เป็นมากจนทนไม่ไหวจริงๆ). แต่เมื่อนายแพทย์ไปหาจนถึงที่อยู่, ก็มาร้องทุกข์เรอวงวินให้ทราบด้วย, เพราะคิดว่าแพทย์คงจะช่วยได้. แต่เรารู้ว่าช่วยได้น้อยเต็มที่, เพราะ

ไม่รู้สมมุฐานแท้จริง (ของอาการโลหิตจาง), และเชื่อกันผิดประกอบมากมาย, เช่นพยาธิปากขอและพยาธิอื่นๆ, การขาดอาหาร, การติดเชื้อเรื้อรัง, ไข้จับสั่นเรื้อรัง, โรคทางเดินอาหาร, ฯลฯ. เราไม่สามารถจะทำอะไรได้มากกว่าให้ยาเข้าเหล็ก, วิตามินและยาบำรุง, ขวดยกคำแนะนำเรื่องอาหาร (ซึ่งเรารู้ว่าเขาอาจไม่มีเงินซื้อ หรือมีเงินก็ไม่ซื้อ เพราะกินไม่เป็นหรือเห็นว่าเป็นของ แสงตามความเชื่อของท้องถิ่น) และการป้องกันพยาธิ (ซึ่งเขาอาจไม่ทำ, เช่นการสวมรองเท้าทุกครั้งลงจากบ้าน หรือการถ่ายอุจจาระแต่ที่ในส้วม, เป็นต้น).

อย่างไรก็ดี, เห็นได้ชัดแล้วว่าอาการวินเป็นเพียงส่วนหนึ่งของพยาธิสภาพซึ่งมีอาการอื่นๆ อีกมากมาย, และส่วนใหญ่ทำให้หย่อนสมรรถภาพ, เสียเศรษฐกิจ, เสียสุขภาพ, เกิดความทุกข์ทรมาน, และอายสันในที่สุด, จึงเป็นการสมควรที่จะสนใจศึกษาเรอวงวินและหาทางแก้ไขและป้องกันให้ได้ผลจริงจัง, เพื่อประโยชน์สุขของพี่น้องในแคว้นนั้นๆ และเพื่อความมั่นคงของประเทศ.

เพราะฉะนั้นเรอวงวินจึงยังไม่ยุติ, และไม่สรป.

บทความพิเศษ

สารต่อต้าน แอนโดรเจน

นันทพร นิลวิเศษ พ.บ., Dr. med.

(แผนกเภสัชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์)

เมื่อประมาณสามปีที่แล้วมาได้มีการค้นพบสาร สเตอโรอยด์ ที่มีฤทธิ์ต่อต้านแอนโดรเจน ทำนองเดียวกับ โปรเจสเตอโรน. สารนี้มีชื่อว่า ซัยโปรเทอโรนอะซิเตต (Cyproterone acetate).

การที่ไครซ์นิยามว่า “ต่อต้านแอนโดรเจน (Antiandrogen)” ก็เนื่องมาจากซัยโปรเทอโรน ขัดขวาง แอนโดรเจนรีเซปเตอร์, และยังมีฤทธิ์ต่อต้านบิทธิฤทธิ์, ทำให้เกิดการฝ่อลีบของอวัยวะ. นอกจากนี้ยังทำให้การสร้าง เทสโทสเตอโรน ลดลงด้วยคล้ายกับ เอสโตรเจน.

แอนโดรเจน มีอิทธิพลอย่างในบางส่วนของการเจริญเติบโตเชิงแยกเพศของทารกในครรภ์, ซึ่งในเชิงนี้สารต่อต้านแอนโดรเจน จะทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนได้:

ในการเจริญเติบโตของอวัยวะเพศของทารกในครรภ์เมื่อแรกเริ่มมี โวลฟ์เพียน และ มุลเลอร์เรียน กัคท์ อยู่ใกล้ ๆ กัน และ จะเจริญเติบโตไปเป็นชายหรือหญิง. ถ้าเป็นหญิง, โดยปรกติ มุลเลอร์เรียน กัคท์ จะเจริญเติบโตไปเป็นท่อ นำไข่และมดลูก, ส่วน โวลฟ์เพียน กัคท์ จะหายไปหมด. สำหรับเพศชาย, โวลฟ์เพียน กัคท์ จะเจริญไปเป็น วาส คิเฟอเรนส์, แอมพลเล่ และ เสมินัล เวสิเคิล; ส่วน มุลเลอร์เรียน กัคท์ จะสลายหายไป.

จากการทดลองในหนู, สารต่อต้านแอนโดรเจน มีผลต่อการแยกเพศเป็นตัวผู้, ทำให้การเจริญเติบโตไปเป็นตัวผู้ลดลงจากปรกติ, และไม่มีการสลายของมุลเลอร์เรียน กัคท์. ลูกสัตว์ในมดลูกเหล่านี้จะมีลักษณะอาจเป็นได้ทั้งเพศผู้และ

เพศเมีย. อีตตะไม่มีท่อต่อไข่ไปสู่อินทรีย์ของรก. เอ็นโคเคอร์ม ไชนัสของรกสัตว์ในมดลูกที่จะเป็นตัวผู้นั้นจะเจริญไปเป็นท่อขี้สวะและต่อม พรอสแตต. ส่วนของเพศเมียจะเจริญเป็นท่อขี้สวะและช่องคลอด. ถ้าให้ ซัยโปรเทอโรน จะทำให้เพศผู้เปลี่ยนไปทางเพศเมีย, คือการเกิดต่อม พรอสแตต อาจหยุดเจริญต่อไปและบางส่วนของไชนัสก็จะเจริญไปเป็นช่องคลอดด้วย. สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนนี้อธิบายว่าแสดงเพศภายนอกจะเป็นเช่นเพศเมีย. การทำให้เป็นเพศเมียนั้นจะชัดเจนยิ่งขึ้นถ้ายังคงให้ไทรบไซโปรเทอโรน ต่อไปอีกภายหลังคลอดในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ.

จากความรู้เหล่านี้พอสรุปได้ว่า การเกิดต่อม พรอสแตต นั้นต้องขึ้นกับ แอนโดรเจน, ส่วนการเกิดช่องคลอดนั้นไม่อาศัย แอนโดรเจน เลย. การเกิดอวัยวะเพศภายนอกของเพศผู้ก็อยู่ภายใต้อิทธิพลของ แอนโดรเจน. อาจสรุปได้ว่า การเจริญเป็นเพศเมียนั้นไม่จำเป็นต้องขึ้นกับฮอร์โมนใด ๆ.

การสร้างต่อมไขมันในเพศเมียนั้นเนื่องมาจาก เอ็คโทเคอร์มัล แกลนด์

โพรเซสส์ และ เอ็คโทเคอร์มัล นิปีเยิล. ส่วนในเพศผู้ส่วนสร้างทั้งสองนี้จะถูกทำลายไปบางส่วนหรือทั้งหมด. หนตัวผู้จะมีเนื้อต่อมเหลือค้างอยู่บ้างแต่ไม่มี นิปีเยิล. แกลนด์ โพรเซสส์ จะถูกทำลายหมด.

การทดลองของผู้รายงานได้ทำในหนูเพศผู้และหนูตัวผู้. พบว่ามีอาการการเจริญของเนื้อต่อมในหนูตัวผู้ในท้องในวันที่ ๑๔, ๑๕. ถ้าได้รับ ซัยโปรเทอโรน อะซีเตต จะทำให้มีการเจริญเติบโตของเนื้อต่อมในเพศผู้เช่นเดียวกับเพศเมีย. ถ้ายังได้รับสารนี้ต่อไปจนถึงวันที่ ๑๘ หรือ ๑๙ หวันม จะเจริญต่อไปจนถึง ภายหลังออก. ติดตามต่อไปภายหลังออกจากท้องแล้วทำ เซ็คชัน อันติของหวันมก็ยังติดสินเพศจากเต้านมได้ยาก. ในสัตว์ทดลองพวกนี้ถ้าได้รับ โปรเจสเตอโรน เอสตราดิออล ต่อไปอีก ๒๑ วันเป็นแบบทดลองทำการตั้งท้องหลอก (Pseudopregnancy) เต้านมของสัตว์พวกนี้จะเจริญเติบโตเช่นเดียวกับพวกหนตัวเมียและหลังให้น้ำนมได้.

หนเพศผู้ในมดลูกที่ได้ถูกเปลี่ยนให้เป็นเพศเมียนั้นถ้าได้รับ เทสโทสเตอโรน บิล็อคเคอร์ ต่อไป, จะไม่แสดงเพศหญิงเพียงแต่สร้างกายเท่านั้น, ยังมีการ

ปฏิบัติทางเพศเปลี่ยนไปด้วย. เพื่อพิสูจน์
การเปลี่ยนแปลงนี้, ได้ทำการทอนหน
เปลี่ยนเพศเหล่านี้แล้วปลุกรังไข่ที่ยังไม่
เคยโตเต็มที่เข้าไป. รอชั่วระยะหนึ่ง.
พบว่าสัตว์พวกนี้มักจะ อีสตรีส อย่างสม่ำเสมอ,
ซึ่งทดสอบได้โดยการตรวจสิ่ง
ย้ายจากช่องคลอด. จากการตรวจ เช็ดชั้น
พบว่ามิใช่ตก. นำผลนี้เปรียบเทียบกับการ
ทอนหนตัวผู้ปรกติแล้วปลุกรังไข่เข้าไป
เช่นเดียวกันจะไม่ได้ผลทั้งกล่าว. แสดง
ว่าศูนย์เพศ (Sexual centre) ของหน
ตั้งแต่อยู่ในท้องและหลังจากออกมาแล้ว.
สารต่อต้าน แอนโดรเจน มีฤทธิ์ขัด
ขวางการทำงานของ เทสโทสเตอโรน
ทั้งที่เกิดภายใน และที่ไ้รับจากภายนอก
รวมทั้ง แอนโดรเจน อื่น ๆ ในสัตว์ที่เค
โตแล้ว. พบการเปลี่ยนแปลงไตทั้งส่วน
กลางและ ส่วนต้น. ฤทธิ์ทาง ส่วนต้น
เป็นผลต่อการสร้าง สเปิร์ม ซึ่งเกี่ยว
ข้องกับ แอนโดรเจน, และผลต่อต่อมเพศ
แอดิพิซซอรี, ต่อม ปรีพเทียล, ต่อม
ไขมันและ ลิเวเตอร์ เอใน. ฤทธิ์ทางส่วน
กลางที่พบในเพศผู้คือการหลัง โภณาโค-
โทรฟิน และการเกิด ลิปีโด. สำหรับ
อวัยวะเพศเมียนั้น, ความสำคัญของ

เทสโทสเตอโรน ทางสรีรวิทยาเห็นผลทาง
ระบยประสาทกลาง. ผลที่ชัดเจนต้องการ
ขนาดสูงมาก. เมื่อให้สารต่อต้านฤทธิ์
แอนโดรเจน แล้วก็ทำให้กลับสู่ปรกติได้.
สารต่อต้าน แอนโดรเจน ลดล้างฤทธิ์ทาง
ส่วนนอกของ แอนโดรเจน ได้โดยทำให้
มีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ มดลูก
และต่อม ปรีพเทียล, ลดล้างฤทธิ์ส่วน
กลางของ แอนโดรเจน ซึ่งทำให้ไข่ตกได้.
วิธีทดสอบฤทธิ์ทางส่วนต้นของ แอน
โดรเจน ก็คือวิธีหองอนไก่และ เสมินลิ
เวสเคิล ในหน. พบว่าเมื่อหนตัวผู้ไ้รับ
เทสโทสเตอโรน จะมี เสมินลิ เวสเคิล,
ต่อม พรอสเตต, ต่อม ปรีพเทียล, และ
ลิเวเตอร์ เอใน เจริญเติบโตมากและน้ำ
หนักเพิ่มขึ้น. ส่วนหนตัวเมีย, มดลูก
และต่อม ปรีพเทียล มีน้ำหนักมากขึ้น.
ฤทธิ์กระตุ้นของ เทสโทสเตอโรน ต่อ
อวัยวะที่รับไว้เหล่านี้สามารถล้างได้
โดยการให้สารต่อต้าน แอนโดรเจน.
สารต่อต้าน แอนโดรเจน มีอิทธิพล
กต่อการสร้าง สเปิร์ม ในหนและสุนัข.
อินเตอร์สติเชียล ทิสซ เชลล์ เจริญมาก
เกิน. มี โภณาโคโทรฟิน และ เทสโทส-
เตอโรน ลดลง. อิทธิพลของการฉีดของ

ทยลด และขาด สะเปอรัม. ในสัตว์ที่ตก
ท้อง บีบีคิตารีย์ ออกแล้วให้ เทสโทสเทอ
โรน ขนาดมาก, อัตราจะยังคงเป็นปกติ
และมีการสร้าง สะเปอรัม ได้. ผลเหล่านี้
จะหมดไปถ้าให้สารต่อต้าน แอนโดรเจน.

ทั้งในคนและสัตว์, การงานของต่อม
ไขมันขึ้นกับ แอนโดรเจน, ส่วน เอสโตร
เจน มีฤทธิ์ตรงกันข้าม. ต่อมไขมันของ
คนเจริญเติบโตเต็มที่เมื่อยังเข้าวัยหนุ่ม
สาว. การเกิดสิวในระยะนี้เนื่องจากการ
สร้าง เทสโทสเทอโรน มากในชาย. ส่วน
ในหญิง แอนโดรเจน ของรังไข่และต่อม
แอดรีนัล มีบทบาทสำคัญในการเกิดสิว.
เนื่องจาก สิวมีความ สำคัญในตำน คลินิก
มากจึงใช้มีผู้ทดลองฤทธิ์ของสารต่อต้าน
แอนโดรเจน ต่อต่อมไขมัน. เขาพบว่า
เทสโทสเทอโรน ทำให้ต่อมโตขึ้นและ
ซัยโปรเทอโรน ทำให้กลับสู่ปกติได้.
ซัยโปรเทอโรน อะซีเตต ๑.มก. มีฤทธิ์
ต้าน เทสโทสเทอโรน โปรปี โอนเทท ๐.๕
มก.

สารต่อต้าน แอนโดรเจน มีผลต่อ
กลไกอื่น กลไกระหว่าง คณย์เพศ และ
โกนาท. ฤทธิ์ชักขวางการหลัง โกนาโค-
โทรฟีน ของ เทสโทสเทอโรน นั้นส่วน

ใหญ่ถูกลบล้างได้. เขาทดลองโดยคอน
หนตัวผู้เพื่อยับยั้งการหลัง โกนาโคโทร-
ฟีน ได้ผลเช่นเดียวกับให้ ซัยโปรเทอโรน
ในหนตัวผู้โดยไม่ต้องคอน.

หนที่ตกคอนแล้วทำให้ต่อม บีบีคิตา-
ริย์ มีการทำงานมากขึ้นและมีการหลัง
มากขึ้นด้วย. มี คาสเตรชัน เซลล์ เกิด
ขึ้น. ถ้าให้ ซัยโปรเทอโรน ในหนตัวผู้ที่
ไม่ได้ตกคอนเป็นเวลาสามสัปดาห์ก็จะมี
คาสเตรชัน เซลล์ เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน.
ทั้งนี้เพราะ หมดตัวกลางที่ ชักขวาง การ
หลังมากเกินไป. หนที่ได้รับ ซัยโปรเทอโรน
มีจำนวน FSH ใน บีบีคิตารีย์ ลดลงและ
มีมากขึ้นในเซรัม. ส่วน LH นั้นไม่
สามารถยกได้แน่นอน.

การหลัง โกนาโคโทรฟีน อาจถูกชัก
ขวางได้โดย เอสโตรเจน, โปรเจสเทอโรน
และ แอนโดรเจน ในเพศหญิงและชาย.
อัตราและรังไข่จะขึ้นกับการขาด โกนา
โคโทรฟีน. ในหนตัวผู้ที่ยังเยาว์อยู่ถ้าให้
แอนโดรเจน ร่วมกับ ซัยโปรเทอโรน,
อัตราจะเจริญเติบโตมากกว่าให้ แอน-
โดรเจน อย่างเดียว. นั่นคือฤทธิ์ยับยั้ง
ต่อม บีบีคิตารีย์ ของ เทสโทสเทอโรน ที่
ได้รับจากภายนอกถูกลบล้างบางส่วนโดย

ชัยโปรเทอโรน. ในหนูตัวเมียที่มีวง
อัสตรีส ปกติ, ถ้าให้ สเตอโรยด์ พวก
แอนโดรเจน, เอสโตรเจน และ โปรเจส
เทอโรน แล้วขณะเดียวกันก็ให้ ชัยโปรเทอ-
โรน ด้วย, พบว่าผลที่ยับยั้งการตกไข่ของ
แอนโดรเจน ถูกดลล้างไ้โดย ชัยโปร-
เทอโรน. ส่วนการยับยั้งการตกไข่เนื่อง
จาก เอสโตรเจน และ โปรเจสเทอโรน
นั้นไม่สามารถดลล้างไ้ด้วย ชัยโปรเทอ
โรน. นอกจากนี้ ชัยโปรเทอโรน ยังมี
ผลยับยั้ง การปฏิบัติ ทางเพศ และความ
ปรารถนาทางเพศของตัวผู้ไ้.

ในการประยุกต์, การใช้สารต่อต้าน
แอนโดรเจน ที่น่าจะเป็นไปไ้ทางคลินิก
ก็คือใช้ดลล้างฤทธิ์รบกวนของ แอนโดร-
เจน ทั้งทางส่วนกลางและส่วนต้นทั้งใน

หญิงและชาย, ใช้ซิงค์สังกะสีเนื่องจาก
เทสโทสเทอโรน, มะเร็งของต่อม พรอส-
เตต ที่ส่วนหนึ่งเนื่องมาจาก แอนโดรเจน,
ใช้รักษากลุ่มอาการ แอควีนโนเจนิตัล ใน
ทั้งสองเพศ, และยังสามารถใช้รักษา อิกิโอะ-
พาทิก เพอร์ทิส ปรีค็อกซ์ ในเพศชาย
ไ้. จากการรักษามีหวังว่าการเจริญทาง
ก้านจิตใจจะเป็นปกติด้วย.

การปฏิบัติ และความรู้ สึกทางเพศ,
สารต่อต้าน แอนโดรเจน ช่วยไ้โดย
ปราศจากอันตราย หรือฤทธิ์ แทรกแซง.
การไม่มีโรคหรือการขัดข้องในระบุนอง
จากฤทธิ์ของสารต่อต้าน แอนโดรเจน ไป
รบกวนศูนย์ทำให้มีการสร้าง แอนโดร-
เจน มาก, เกิดมีสิว, มีความประพฤติ
และรูปร่างไปทางเพศชายอาจมีไ้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เบ็ญยพลาย พ.บ.
นนทนัน พรหมผลิน พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ.
สมชัย วรรณจิตติ พ.ด.
ประหยัด หัตถนาถาญ์ พ.บ.

ตายไม่กลับ

ตั้งแต่สมัยไหน ๆ มาแล้ว, แพทย์มีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งเกี่ยวกับคนไข้, คือการที่จะตัดสินใจว่าคนนั้น ๆ ตายแล้วหรือยัง. ทั้งนี้ นอกจากเพื่อประโยชน์อย่างอื่น ๆ แล้ว ก็ เป็น ความ สำคัญ เกี่ยวกับกฎหมายของข้อ, เช่น เกี่ยวกับการรับมรดกหรือการประกันชีวิต เป็นต้น. การตัดสินใจว่าตาย แน่แล้ว สำหรับชาวบ้านทั่วไป ก็ มัก จะ สังเกต การ หายใจ เป็นหลัก, คือถือว่าถ้าคนใดไม่หายใจเป็นเวลานานพอควร, ก็เป็นอันตายแล้ว. ในตำราเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปมีการแนะนำวิธีพิสูจน์อย่างละเอียดลงไปกว่าการดูการเคลื่อนไหวของหน้าอก แต่อย่าง เดียว, เพื่อให้ได้ความแน่นอนมากขึ้น, คือให้เอาแผ่นกระจกที่สะอาดวางไว้บนปากและจมูกของคนไข้สักครู่หนึ่งแล้วตรวจว่าลมหายใจปรากฏขึ้นที่ใต้แผ่นกระจกหรือไม่. ถ้าไม่มี, ก็แปลว่าการหายใจหยุด

แล้วแน่นอน, เพราะถ้าหากยังมีการเคลื่อนไหวของลมหายใจอยู่บ้าง, ใต้น้ำที่ลมหายใจนำออกมาจากทางเดินอากาศ ก็ จะ จับ ตัวรวม เป็น ละออง นำ ให้ เห็น บนกระจก. วิธีสังเกตการหายใจนี้เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและที่แม่นยำน้อยที่สุดด้วย. วิธีที่ดีกว่าคือการจับชีพจร, ซึ่งชาวบ้านบางคนอาจทำได้, โดยเฉพาะถ้าได้เคยฝึกหัดไว้บ้าง, แต่คนส่วนมากอาจทำไม่ได้เพราะอาจไม่ทราบว่า จะ จับ ตรง ที่ ไต และจะรู้สึกอย่างไร. วิธีจับชีพจรนี้เป็นวิธีที่แพทย์เราใช้โดยทั่วไป, นับว่าเป็นวิธี "ธรรมดา", เพราะตามปกติเมื่อคนไข้มีอาการหนักแพทย์ก็ต้อง จับ ชีพจร อยู่เสมอๆ แล้ว. เมื่อชีพจรหยุดลง, แพทย์ก็ตัดสินใจว่าคนไข้ตาย. ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือต้องการความแม่นยำมากเป็นพิเศษ, แพทย์ ย่อม จะ ใช้ วิธี ที่ ละเอียด ขึ้น ไป อีก, คือการฟังบริเวณหัวใจด้วยเครื่องฟังตรวจ



(สเตอริลโคป). วิธีนี้เป็นวิธีที่แม่นยำที่สุดที่ อาจจะใช้ตาม บ้าน หรือใน สถานพยาบาลอย่างธรรมดา. ย่อมเห็นได้ว่าทั้งสองวิธีกล่าวมาแล้วนี้, ทั้งวิธีการหายใจและวิธีจับชีพจร, ยังไม่สามารถบอกการตายอย่างเด็ดขาดได้. วิธีแรกมีโอกาสนึกมากที่สุด, เพราะผู้ที่หยุดหายใจแล้ว, ถ้ายังไม่นานเกินไป, ก็อาจจะยังไม่ตาย. หัวใจอาจจะยังเต้นอยู่ก็ได้, และถ้าหากจับชีพจรหรือฟังเสียง, อาจจะทราบความจริงอย่างถูกต้อง. ในรายเช่นนี้ถ้าได้รับการช่วยเหลือ, เช่นด้วยการผายปอด, คนไข้อาจฟื้นและกลับมีชีวิตต่อไปได้. แม้วิธีจับชีพจรหรือฟังเสียงหัวใจก็ยังมีโอกาส "ผิด" ได้เหมือนกัน, คือคนที่จับชีพจรไม่รู้สึกละแล้วหรือฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยินแล้ว, หัวใจอาจจะยังไม่หยุด, อาจจะเต้นน้อย ๆ จนไม่ทำให้เกิดชีพจรหรือฟังไม่ได้ยินเสียง. นอกจากนี้ ในสมัยปัจจุบันนี้ แพทย์มีวิธีการและมีเครื่องมือวิทยาศาสตร์หลายอย่าง ที่อาจทำให้หัวใจที่หยุดเต้นไปแล้วชั่วระยะเวลาไม่นานนัก, กลับเต้นขึ้นมาใหม่ได้. เพราะฉะนั้นแม้หัวใจหยุดเต้นก็ยังไม่เป็นเหตุของการตายอย่างเด็ดขาด.

เพราะ คน ๆ นั้น อาจได้รับการช่วยเหลือให้ฟื้นคืนชีพขึ้นมาได้อีก.

การที่จะตัดสินว่าผู้หนึ่งผู้ใดตายอย่างเด็ดขาดหรืออย่างไม่กลับฟื้นขึ้นมาใหม่แล้วหรือยัง, ได้กลายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ยวดยกขึ้นมาในเวลาไม่กี่เดือนมานี้, เนื่องจากการที่มีผู้สามารถทำการถ่ายปลูก (ทรานส์พลานต์) หัวใจจากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่ง ได้เป็นผลสำเร็จ, ดังที่ทราบกันดีอยู่แล้ว. ถึงแม้ว่าก่อนหน้านั้นจะได้มีการถ่ายปลูกอวัยวะอื่นมาก่อนบ้างแล้ว, เช่นไต, แต่การถ่ายปลูกอวัยวะ อย่างอื่น นั้น อาจทำโดยที่ผู้บริจาคอวัยวะไม่ต้องตาย. ส่วนการถ่ายปลูกหัวใจนี้ ต้องใช้ อวัยวะ จากผู้ที่ตายแล้ว. ถ้าหากเป็นการบังเอิญที่แพทย์ตัดเอาหัวใจออกไปโดยที่ผู้บริจาคยังไม่ตาย, การตัดสินใจก็เป็นเหตุให้ ผู้บริจาคตายแน่. เพราะเหตุนี้ทั้ง วงการสังคม และ วงการแพทย์ จึงมีความเดือดร้อนที่จะต้องหาทางป้องกัน อย่างเด็ดขาด มิให้ แพทย์ผู้หนึ่งผู้ใดตัดเอาหัวใจของคนใดคนหนึ่งออกไปเพื่อประโยชน์ในการถ่ายปลูก, ก่อนที่จะได้ทำการพิสูจน์อย่างสิ้นสงสัยว่าคน ๆ นั้นตายอย่างเด็ดขาดแล้ว.

เห็นได้โดยง่ายว่าถ้าหากไม่มีการวางกฎเกณฑ์ในเรื่องนี้ไว้อย่างรัดกุมและเด็ดขาดแล้ว, ในภายหน้าเมื่อการปลุกถ่ายอวัยวะสำคัญ ๆ เช่นหัวใจกระทำการอย่างแพร่หลาย, การกระทำการอาจเป็นเหตุของความยุ่งยากได้มาก โดยเฉพาะแพทย์จะตกหนักยิ่งกว่าผู้อื่น, เพราะมีโอกาสเสมอที่จะถูกกล่าวหาว่าได้ตัดเอาอวัยวะนั้น ๆ ออกไปโดยที่ผู้บริจาคหรือเจ้าของอวัยวะยังไม่ตายจริง ๆ, และคั้งนั้นย่อมมีความผิดในฐานะฆ่าคนตาย, อย่างน้อยก็โดยความประมาท. แม้ผู้เจ้าของอวัยวะ จะได้ให้ความตกลงไว้ก่อนก็ไม่ช่วยให้แพทย์ หลุดพ้น จาก ความผิดในเรื่องนี้ไปได้. นอกจากนั้นประชาชนก็ย่อมจะ มีความ กัง เกรงว่าแพทย์ที่ประสงค์ จะ ทำ การ ถ่าย ปลุก อวัยวะ เช่น หัวใจ, ย่อมจะต้องการไต่สวนอวัยวะที่อยู่ในสภาพแข็งแรงที่สุดและ "สด" มากที่สุด. คั้งนั้น แพทย์บางคน อาจ จะ รีบร้อนเกินไป ในการที่จะไต่ อวัยวะ มา โดย มีการ เสื่อมสภาพน้อย, และตัดอวัยวะออกจากตัวเจ้าของเดิมโดยที่ยังไม่ได้พิสูจน์ให้รอบคอบ แท้จริงว่าผู้นั้นตายโดยเด็ดขาดแล้ว. ถ้าหากผู้หนึ่งผู้ใดอยากจะทำแกั่งแพทย์ให้ไต่

รับความยุ่งยากโดยการฟ้องร้องว่าทำให้คนตายโดยประมาท, ก็อาจทำได้โดยง่าย. ในบางกรณีแพทย์อาจถูกขู่เชิญริคเอาเงินเป็นค่าขี้ปากก็ได้. ถ้าหากมีกฎเกณฑ์วางไว้ เป็น ทาง การ อย่าง แน่นนอน, กำหนดวิธีพิสูจน์ความตายเด็ดขาดของบุคคล ก่อนที่ แพทย์ จะ ตัดเอา อวัยวะ ออก, และบังคับให้แพทย์ต้องกระทำตาม นั้น ทุก ครั้ง โดย มี พยาน หลัก ฐาน, ความยุ่งยากคั้งกล่าวนั้นก็ จะ ไม่ ยัง เกิด ขึ้น.

ในระยะหลัง ๆ นี้มีข่าวปรากฏว่าวงการแพทย์ต่าง ๆ, ทั้งในยุโรป, อเมริกา และเอเชีย, ตลอดจนสมาคมแพทย์แห่งโลก, ได้เรียกร้องให้จัดการวางกฎเกณฑ์คั้งกล่าวนั้นขึ้นให้เป็นที่แน่นอน, และมีผู้เสนอความเห็นต่าง ๆ กัน. กล่าวโดยสรุป, ความเห็นนี้แยกออกได้ เป็น สอง พวก, คือพวกหนึ่งเรียกร้องให้มีคณะกรรมการสำหรับทำการพิสูจน์ความตายเด็ดขาดของผู้บริจาคอวัยวะ, โดยกรรมการต้องไม่มีส่วนได้เสียกับการปลุกถ่ายนั้น ๆ ทั่ว. อีกพวกหนึ่งเรียกร้องให้ มีการ กำหนดวิธีที่จะใช้ตัดสินความตาย โดยอาศัย หลัก วิชา ศาสตร์ ทาง สรีรวิทยา. พวกหนึ่งเสนอให้ถือเอา

ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อีเล็กโตรคาร์ดิโอแกรม) ที่แสดงว่าหัวใจหยุดทำงานแล้วเป็นหลัก, โดยเฉพาะการที่คลื่น "พี" ขาดหายไป. พิจารณาตามหลักที่เสนอข้างต้น, คือการที่หัวใจอาจหยุดไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง, แล้วกลับทำงานใหม่่อีกได้, ย่อมเห็นว่าวินิจฉัยยังไม่ให้การตัดสินใจที่เด็ดขาดแท้จริง. ข้อเสนอของอีกพวกหนึ่งที่ให้ถือเอาคลื่นไฟฟ้าสมอง (อีเล็กโตรเอ็นเซฟาโลแกรม) ที่แสดงการหยุดทำงานของสมองเป็นหลัก, น่าจะให้ความแน่นอนมากกว่า, เพราะถ้าหากสมองไม่ทำงานเสียแล้ว, แม้หัวใจจะกลับเต้นขึ้นมา, บุคคลผู้นั้นก็ไม่มีโอกาสที่จะกลับมามีชีวิตใหม่อีกได้เลย. ข้อเสียของวิธีนี้อยู่ที่ราคาของเครื่องมือค่อนข้างสูง, และการใช้ต้องการผู้ชำนาญเฉพาะ. แต่ทั้งสองข้อนี้คงไม่ยากหรือมากเกินไปสำหรับสถาบันที่อยู่ในฐานะที่จะกระทำการถ่ายปลอกหัวใจเป็นแน่. อย่างไรก็ตาม, ในขณะนี้ยังไม่ปรากฏว่ามีประเทศใดได้กำหนดกฎเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจที่กล่าวถึงนี้เป็นทางการ.

เมื่อไม่นานมานี้ผู้เขียนได้มีโอกาสสนทนากับเจ้าประคุณพระศาสนโสภณ,

วัดบวรนิเวศวิหาร, ในเรื่องนั้น, และท่านได้เล่าให้ฟังว่า พระพุทธศาสนาของเรานั้น มีกล่าวไว้ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องการตายอย่างเด็ดขาด หรือตายอย่างไม่กลับคืน. ผู้เขียนขอสรุปความรู้ที่ได้รับจากท่านไว้ดังต่อไปนี้. ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก, ชีวิตมนุษย์ (และสัตว์) เกิดขึ้นในเมื่อมีการถึงพร้อมสามประการ, กล่าวคือ มารต้ามรรค, ประการหนึ่ง; วิตถกัมมารตาสมุตถัม, ประการหนึ่ง; และมีจิตวิญญาณหรือจิตใจเข้ามาสู่, อีกประการหนึ่ง. องค์ประกอบทั้งสามเป็นองค์สำคัญที่สุด. ถ้าหากประการที่หนึ่งกับประการที่สองเกิดขึ้นแล้ว, แต่ขาดประการที่สาม, ชีวิตก็ไม่บังเกิด. ในเหตุการณ์ครั้งข้าม, คือความตาย, จิตใจก็เป็นองค์สำคัญที่สุดอีกเหมือนกัน. ในพระบาลีมีแสดงไว้ว่าชีวิตประกอบด้วยเครื่องปรุง (สังขาร) สามอย่าง, คือเครื่องปรุงทางกาย (กายสังขาร), เครื่องปรุงทางวาจา (วจีสังขาร), และเครื่องปรุงทางใจ (จิตสังขาร). เครื่องปรุงทางกายที่สำคัญที่สุดในเรื่องที่เรากำลังกล่าวถึงนั้นคือลมหายใจเข้า, ซึ่งเป็นเครื่องช่วยให้สัตว์ดำรงชีวิตอยู่ได้. ด้วยเหตุนี้ จึงมีคำใช้หมายความว่าถึงสัตว์

หรือสิ่งมีชีวิตว่า “ปราณ”, แปลว่า “ผู้
มีปราณ” หรือมีลมหายใจ. เครื่องปรอง
ทาง วาจา ได้แก่ ความ ตรึก (“วิตัก”
ในภาษาบาลี) และความ ไตร่ตรอง
 (“วิจาร์ณ” ในภาษาบาลี), ซึ่งเป็น
ต้นเหตุของการพูด. เครื่องปรองทางจิตได้
แก่ความรู้สึกรู้ (“เวทนา” ในภาษาบาลี),
ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกรู้สบาย (สุขเวทนา),
ความรู้สึกรู้ไม่สบาย (ทุกขเวทนา) หรือ
ความรู้สึกรู้เฉย ๆ (อทุกขมสุขเวทนา).
ความรู้สึกรู้เช่นเหตุให้เราใช้ความคิดต่อ
ไป. ในพระคัมภีร์กล่าวว่าเมื่อคนใกล้จะ
ตายนั้น, วิญญาณก็ไปก่อน, ทำให้ผู้
นั้นพูดไม่ได้. ในขั้นต่อไปกายสังขารจึง
ดับ, คือการหายใจหยุด. แต่แม้เมื่อถึง
ขั้นนั้นแล้ว, คนนั้นก็ยังไม่ตาย, เพราะจิต
สังขารยังอยู่. จิตอาจจะยังทำการนึกคิด
ต่อไปได้, ถึงแม้ว่าจะไม่มีอะไรแสดงออก
มาให้ปรากฏในภายนอก, เพราะวิญญาณ
และกายสังขารดับเสียแล้ว. ต่อเมื่อถึง
ขั้นที่สาม, เมื่อจิตสังขารดับไปด้วย,

บุคคลนั้นจึงจะถึงแก่ความตาย อย่างแท้
จริง. น่าจะคิดว่า, สำหรับผู้ที่ตกอยู่ใน
ขั้นที่สองของความดับ, คือจิตสังขารและ
กายสังขารหยุดทำการไปแล้ว, แต่จิต
สังขารยังไม่ดับ, ถ้าได้รับความช่วย
เหลือ, เช่นโดยการฉายปอด, ให้กาย
สังขารกลับคืนมาและนำให้จิตสังขารฟื้น
ขึ้นมาด้วย, บุคคลนั้นก็น่าจะกลับสู่สภาพ
ปรกติได้, เพราะจิตสังขารยังปรกติ.
อนึ่ง, ในพระอภิธรรมมีแสดงไว้ว่า, ความ
ตายจะเกิดขึ้นต่อเมื่อเกิดจิตฺติ, คือจิต
ซึ่งเคลื่อนออกไปจากกาย, ก็เท่ากับ
จิตสังขารดับไป (จากกายเดิม) นั้นเอง.
ถ้าหากยอมรับว่าจิตสังขารเป็น การงาน
ของสมอง, ก็จะได้เห็นว่าสติของพระ-
พุทธศาสนานับถือว่าคุณคนตายแท้จริงก็
คือเมื่อสมองหยุดทำงาน, เป็นการตรง
กับความเห็นในปัจจุบันที่น่าพิศวงยิ่ง.

พระปัญญาคุณของ พระสัมมาสัม-
พุทธเจ้าก็เป็นที่น่าพิศวงอย่างยิ่งด้วย.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้: มัทธนา แก้วอ้อม พ.บ., วิทยุ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ., อิทธิพันธ์ เจริญผล พ.บ.,
กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑. Ascar, W. Q. และคณะ: Rho (D) อิมมูน โกลบูลิน, การวัดผลในหญิงที่มีอันตรายจาก อาร์เอส อิมมูโนเซชัน. JAMA. 1968, 205: 1-4.

ในอเมริกาฯหนึ่ง ๆ มีหญิงประมาณ สี่แสนคนที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิด Rh อิมมูโนเซชัน. ทั้งนี้เนื่องจากหญิงเหล่านี้ได้รับ อาร์เอส-แอนติเจน ในระหว่างตั้งครรภ์. แม้ว่าสุขภาพของมารดาไม่เสียไปก็ตาม, แต่ผลร้ายจะตกอยู่กับทารกที่จะเกิดในครรภ์ต่อไป. ทั้งนี้ใน ค.ศ. ๑๙๕๖ ผู้รายงานจึงเริ่มการทดลองเพื่อหาทางป้องกันการเกิด อาร์เอส อิมมูโนเซชัน โดยทดลองในอาสาสมัครชายที่มี อาร์เอสลบ, และใช้วิธีการการเกิดสารคุ้มกัน. ให้พาสตีฟัว อิมมูโนเซชัน โดยฉีด อิมมูนโกลบูลิน ซึ่งมี แอนติ-อาร์เอส ไทเคอร์สูง เพื่อป้องกันการเกิด อาร์เอส อิมมูโนเซชัน, เมื่อฉีด ๒-๑๐ มล. ของเม็กลีอกแดง "อาร์เอส บวก" เข้าไปภายหลัง. การทดลองนี้ได้ผลสำเร็จเป็นที่น่า

พอใจ. เขาจึงได้นำมาประยุกต์กับหญิง อาร์เอส ลบ, และให้กำเนิดทารกเป็น อาร์เอส บวก, เอบีโอ คืออิมแพคทีเบิล ในปี ค.ศ. ๑๙๖๔.

ตลอดการทดลองเขาใช้ Rho GAM หรือ Roh (D) อิมมูน โกลบูลิน ของคน เลือดเอามารดาที่มี อาร์เอส ลบ, ไม่เคยถูก อิมมูโนเซชัน ด้วย อาร์เอส-แอนติเจน มาก่อน, ตรวจไม่พบ อาร์เอส-แอนติบอดีตั้งแต่ในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงเวลาคลอด. สำหรับทารกต้องเป็น อาร์เอส บวก, เอบีโอ คืออิมแพคทีเบิล, คัมป์ เทสต์ ให้ผลลบ. ทั้งนี้ในระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงเหล่านี้เขาได้เจาะเลือดตรวจหา แอนติบอดีเหล่านี้เป็นระยะ ๆ จนถึงวันคลอด. ในทารกใช้เลือดจากสายสะดือ. เมื่อทั้งแม่และทารกมีคุณสมบัติครบทั้งกล่าวเขาจึงนำแม่เหล่านั้นมาทำการทดลองต่อไป.

ในการทดลอง เขาได้ แบ่งแม่เหล่านี้ ออกเป็น ๒ พวก. พวกแรกให้ อาร์เอส อิมมูน โกลบูลิน ๔.๕-๕ มล. มี แอนติ-

อาร์เฮซ ๑,๐๐๐-๑,๒๐๐ ไมโครกรัม มล. อีกพวกหนึ่งให้ ๑ มล. มี แอนติ-อาร์เฮซ ๓๐๐ ไมโครกรัม. ทั้งสองพวกต่างก็มี คีออนโทรล. ได้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียวภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังคลอด. เจาะเลือดตรวจหา พาสส์ฟวี่ แอนติบอดีใน ๕-๑๐ วันแรก, ท่อไปทก ๑, ๓, ๖ เกือนและอาจถึง ๕ เกือนกว่าเพื่อตรวจหา พาสส์ฟวี่ แอนติบอดี หหมดไปแล้วเมื่อโต, และหว่ามี แอคติฟวี่ อิมมูโนเซชัน ของเขาเองเมื่อโต. ผลปรากฏว่าพวกแรก, พวกที่ฉีดไม่มีผู้ใดเกิด อาร์เฮซ อิมมูโนเซชันเลย, แต่พวก คีออนโทรล มีเกิดใหม่ ๘.๔ ๒ช.; ในพวกที่สอง, พวกที่ฉีดมีเกิดขึ้น ๐.๑ ๒ช., แต่พวก คีออนโทรล มีเกิดขึ้น ๗.๐ ๒ช.

เขาได้ทำการทดลองติดตามหญิงเหล่านี้ในการตั้งครรภ์คนต่อไปก็พบว่ามีการเกิดใหม่อีก ๑๔๕ คนที่มี อาร์เฮซ ขวกหรือ เอบีไอ คือมแพติเบิล. ในจำนวนนี้มาจากแม่ซึ่งอยู่ในพวกที่ได้รับ อาร์เฮซ อิมมูโน โกลบลิ้น เสีย ๘๒ คน, ซึ่งทำให้แม่มี อาร์เฮซ อิมมูโนเซชันเพียงคนเดียว (๒ช.), และมาจากแม่ซึ่งอยู่ในพวก คีออนโทรล ๖๓ คน, แต่ทำให้แม่ เกิด

อาร์เฮซ อิมมูโนเซชัน ได้ถึง ๑๑ ๒ช.

เพราะฉะนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า การให้ อาร์เฮซ อิมมูโน โกลบลิ้น ในขนาดอย่างต่ำคือ ๓๐๐ ไมโครกรัมเข้ากล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียวภายใน ๗๒ ชั่วโมงภายหลังคลอดในแม่ที่มี อาร์เฮซ uly, และให้กำเนิด อาร์เฮซ ขวกหรือ เอบีไอ คือมแพติเบิล นั้นจะสามารถป้องกันการเกิด อาร์เฮซ อิมมูโนเซชัน ในตัวแม่ได้. เท่ากับเป็นการลดจำนวนหรือป้องกันการเกิดอีโมลิตีค กิสส์ส ในทารกเกิดใหม่นั้นเอง.

มัตถนา แก้วอม พ.บ.

๒. Entichnap J.R., และคณะ: โรค แอนแทรกซ์ ที่ยอดเกิดจากกระสอบเขนเซอ. Brit. J. Indust. Med. 1968, 25: 72-74

ซึ่งระยะเวลาสัมผัสที่ ผ่านมา (ค.ศ. ๒๕๒๗-๑๕๕๖) พบในรายงานว่ามีโรคแอนแทรกซ์ เกิดที่ยอดเพียง ๖ รายเท่านั้น. ในงานนี้โรค แอนแทรกซ์ ที่ยอดเกิดขึ้นกับชาว จาไมคา, อายุ ๕๕ ปี, ซึ่งอพยพมาทำงานอยู่ใน ลอนดอน ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๕๖๑. ชายผู้นี้มีอาชีพเป็นผู้ใช้เครื่องบดของโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง. โรงงานนี้ส่วนใหญ่ทำการบดวัตถุ

คิยพวก แมงกานีส ไคออกไซด์, แกรไฟต์ และถ่านกระดูกสัตว์. ถ่านกระดูกทำโดยการเผากระดูกที่ ๑,๐๐๐ ซ. นานหลายชั่วโมง. กระดูกสัตว์ไคจากสัตว์ที่ตายในทะเลทรายแล้วถูกทิ้งตากแดดตากลมมาเป็นเวลานานใน อินเดีย, ปากีสถาน, และอเมริกาใต้. เมื่อไคถูกทำให้เป็นถ่านแล้วจึงใส่กระสอบมาบดที่ ลอนดอน.

การเกิดโรค โดยบังเอิญ กับชายผู้นี้ เป็นเพราะ ถูที่ ใส่ ถ่าน กระดูก สัตว์ เป็น กระสอบที่เคยใส่กระดูกคิย แล้วไม่ได้ทำให้หมกเซอก่อน. เมื่อเขาทำหน้าที่แยก หามเพื่อเอากระดูกไปเข้าเครื่องบดเขาจึง ใ้รับ สปอร์ ของ แอนแทรกซ์ ที่ติดมากับถ่านนั้น. เขาแยกหามลงเหล่าน้อย ๘ วันก็เริ่มมีอาการเจ็บหลัง, เป็นมากอยู่ ๒ วันโดยไม่มีอาการใด ๆ ทางปอด. เขาตายอย่างกระทันหันในคลินิกขณะที่นั่งรอ แพทย์อยู่. ภายหลังตายได้ตรวจพบเชื้อ แอนแทรกซ์ จากปอดและเลือด. ยิ่งกว่านั้นยังพบเชื้อที่ใส่กระดูก ๔ กระสอบ จากที่เขาตรวจ ๖ กระสอบด้วยกัน. ดังนั้นจึงแน่ใจว่าสาเหตุของการติดเชือรายนี้น มาจากกระดูกใส่ถ่านกระดูกเหล่านั้น.

มัตชนา แก้วอม พ.บ.

๓. Beda, V., and Z. Kreizlik: ขาคแผล กระสุนปืนลูกปรายที่มีลักษณะพิศการ. Archiv f. Kriminologie 1967, 140: 139-144.

รายงานผู้ช่วยถูกกระสุนปืนลูกปราย โดยอุบัติเหตุจากการล่ากระทาย. ลูกปืน มาจากเพื่อนซึ่งไปล่าสัตว์ด้วยกัน. ขาคแผลภายนอกเห็นที่ริมฝีปากบนขวาและที่ คอแถบขวา. ในระยะแรกที่ได้รับขาคเจ็บ ผู้ช่วยเดินเซไปทรุด. เลือดที่ขาคแผลออก ไม่มาก. ผู้ช่วยถูกนำไปหาแพทย์โดยที่ ผู้ช่วยยังรู้สึกตัวตลอดเวลา. แพทย์ให้นำ ส่งโรงพยาบาล. ที่โรงพยาบาลตรวจพบว่าผู้ช่วยมีอัมพาตซีกซ้าย. ต่อมาผู้ช่วย ตายอย่างกระทันหัน, ภายหลังขาคเจ็บ ๒๗ ชั่วโมงขณะที่ซัพพร, การหายใจและความดันเลือดปรกติ.

ในการตรวจศพพบลูกปืนลูกปรายออกอยู่ในหลอดเลือดแดง มีเกล็ด ชีวบริล ข้าง ขวา, ห่างจาก เซอร์เคิล ออฟ วิลลิส รวง ๑.๕ ซม. อีกลูกหนึ่งฝังอยู่ในกระดูก กรามบนระหว่างฟันกรามซี่ที่ ๒ และ ๓. ทคอ, แผลลึกเข้าถึง ไตผืนหนึ่งตรงกับรอย ฉีกขาดที่ผนังหลอดเลือดแดง คาโรทิด นอก, เนื้อที่แยกของหลอดเลือดแดง

คาโรติค ร่วมข้างขวา. ขนาดของรอย
ขาดมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ มม. ผนังด้าน
ในของหลอดเลือดตรงข้ามกับรอยขาดมี
รอยฉีกของชั้นมีแค่ ๑ มม. ผู้รายงานให้
ความเห็นว่าการอุดตันทะลุเข้าไปในหลอดเลือด
แดงคาโรติค นอก, แล้วตกย้อนลงมาใน
หลอดเลือดแดง คาโรติค ร่วม, แล้วไหล
พุ่งขึ้นไปตามหลอดเลือดแดง คาโรติค ใน,
เข้าสู่หลอดเลือดสมองในตำแหน่งที่ตรวจ
พบ.

ทั้งนี้เพราะขณะตกลงปลายปะทะผิวหนัง
เข้าไปในหลอดเลือดนั้นในตัวลูกปลายยังมี
แรงอยู่. แต่เนื่องจากผู้ตายยืนอยู่และก็
คงพอดกั้มาระยะเวลาหัวใจขยายตัวร่วม
กับการหดตัวของหลอดเลือดและความ
ถ่วงของโลกทำให้ลูกปลายเปลี่ยนทิศทาง
ตกลงไปในแนวตั้งเข้าไปในหลอดเลือด
แดง คาโรติค ร่วม. พอหัวใจบีบตัวลูกปลายก็
เปลี่ยนทิศเข้าไปในหลอดเลือดแดง คาโรติค
ใน, แล้วไหลย้อนสมอง. อาการที่ผู้ช่วย
เดินเซในทันทีที่ได้อบรมเข้าเป็นอาการ
สนับสนุนว่าอัมพาตได้เริ่มขึ้น. แต่ที่แพทย์
คนแรกตรวจไม่พบอัมพาตอาจเป็นเพราะ
ไม่ใช่ผู้ชำนาญและใช้เวลาตรวจน้อย.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๔. Harrace, W.E.: การตีกลเซอ สเตรีป
โตค็อกโคไค ที่ผิวหนังกับ โกลเมอร์โลเน
ไฟรติส อย่างปัจจุบัน. Clinical Med. 1968,
75: 19-20.

การที่คออักเสบจากการตีกลเซอ
สเตรีปโตค็อกโคไค และต่อมาทำให้เกิด
โกลเมอร์โลเนไฟรติส อย่างปัจจุบันนั้น,
เป็นที่รู้จักกันอยู่ทั่วไป. เชื้อที่ทำให้เกิดคือ
อีโมลยัคค สเตรีปโตค็อกโคไค หมู่ A, ชนิด
๑๒, ๔, ๑๘, ๒๕ และ ๔๑, ซึ่งมักทำ
ให้ผู้ช่วยมีระดับ ASO ไตเตอร์ เพิ่มสูงขึ้น.
ต่อมาในระยะหลังนี้เริ่มมีผู้รายงานว่าการ
ตีกลเซอของผิวหนังจากเชื้อ สเตรีปโต
ค็อกโคไค ก็เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคไตไตเช่น
เดียวกัน. รายงานโดย Yampolsky ใน
ปี ค.ศ. ๑๙๓๕, Fitcher ค.ศ. ๑๙๔๐
และ Kleinman ค.ศ. ๑๙๕๔ พบไต
อักเสบปัจจุบัน ร่วม กับ ผิวหนัง อักเสบเป็น
หนองในเด็กชาวอินเดียแดงที่ เร็ดเลค,
มินเนโซตา, และใน ค.ศ. ๑๙๖๔-
๑๙๖๖ Poon-King ได้รายงานใน ทรินิ-
แดด มีผู้ช่วยทั้งหมด ๖๕๑ รายที่เป็นโรค
ไตอักเสบปัจจุบันด้วยเชื้อ สเตรีปโตค็อกโคไค
ร่วมกับการตีกลเซอที่ผิวหนัง. เป็นในผู้
ช่วยอายุต่ำกว่า ๑๐ ปีราว ๗๐ เปอร์เซ็นต์, และ

เป็นโนแพคชาย ๕๓ ปช., ที่มี ASO ไทเตอร์ ปรกติ, พยมีระคัย แอนติฮัยอาลูโรนิเนส ไทเตอร์ ชันสูง. สามารถแยกเชื้อออกมาได้ ๑๖ สเตรนที่เป็นชนิดใหม่, เรียกว่า Trinidad Type A อีก ๖ สเตรนเป็น Lancefield Type 52 และอีก ๑ รายเป็น Lancefield Type 49. ได้ทำ ไข่อ้อย-ซัย ของไตในผู้ป่วย ๑๑ รายพบว่า เป็นโพสทีสเตรป โทค็อกคัล แอควีท โกล-เมอร์โลเนไฟรติส, ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นแน่ชัดว่าโรคไตอักเสบที่เรื้อรังที่เกิดขึ้นมาจากการติดเชื้อทางผิวหนังมีมากกว่าการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ. Dillon และ Maxted ได้รายงานการศึกษาใน อลาฮามาใน ค.ศ. ๑๙๖๗, ได้ผลเช่นกัน. พบว่าเชื้อ สเตรปโทค็อกคัล ที่แยกได้ส่วนใหญ่เป็นชนิด 25 Imp 19, M-2. จากนั้นทำให้สามารถสรุปได้ว่าในผู้ป่วยนั้น การเป็นโรคไตอักเสบอย่างเรื้อรังนั้นต้นเหตุมาจากการติดเชื้อ สเตรปโทค็อกคัล ที่ผิวหนังได้พอ ๆ กับหรือมากกว่าการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ.

อิทธิพันธ์ เจริญผล พ.บ.

๕. Schmihl, D.: การทดลองเปรียบเทียบฤทธิ์ที่ทำให้เกิดมะเร็งของสิ่งสกปรกจากบุหรี่ และสิ่ง ควบ แน่น จากควันบุหรี่. Drug Research 1968, 7:814-817.

ผู้รายงาน ได้ทดลองหาฤทธิ์ ที่ทำให้เกิดมะเร็งของสิ่งสกปรกได้คัย แอลกอฮอล์ จากบุหรี่, สิ่งควบแน่นจากควันบุหรี่ (Smoke condensate) และสิ่งควบแน่นจากควันของบุหรี่ที่สกัดเอาสารที่สกัดได้คัย แอลกอฮอล์ ออกเสียก่อน. เขาใช้หนูพวก ๑๕๒๕ ตัวและติดตามผลอยู่นานกว่า ๖๔ สัปดาห์. ผลปรากฏว่า ๕๓ ปช. ของพวกที่ไ้รับสิ่งควบแน่นจากควันบุหรี่ (สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ ๐.๐๕ ก. ตลอก ๖๔ สัปดาห์) โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังตรงที่เดียวกัน, เกิดมี ซาร์โคมา เฉพาะที่ชน. ส่วนสิ่งสกปรกจากบุหรี่ไม่ทำให้เกิด มะเร็ง. สิ่งควบแน่น จากบุหรี่ เทอร์กิช ทำให้เกิดมะเร็งไตน้อยกว่าหรืออีก ๔ ชนิดที่เขาทดลอง. สำหรับการสกัดบุหรี่ก่อนนำมาสูยคัย แอลกอฮอล์ นั้นมีไตสกจำนวนของ ๓, ๔-เป็นโซฟิยรินในควันบุหรี่เลย.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med.

๖. Sukru Kaymakalan, et al.: เปรียบเทียบฤทธิ์ทางหัวใจและหลอดเลือดของควินิพรีนและควินิพรีน กรอง. *Drug Research* 1968, 7:817-819.

ผู้รายงานได้ทดลองในสุนัขที่วางยาสลบ. ให้หายใจควินิพรีนเข้าไปทางหลอดเลือดส่วน หลอดดำ นาน ครึ่ง ละ ๕๐ วินาที. ควินิพรีนที่ใช้คือควินิพรีนและควินิพรีน กรองอย่างละ ๒ ชนิด. ทำการบันทึกความดันเลือดแดง คาโรติก และอัตราหัวใจเต้นโดยใช้ อี.เค.จี.เปรียบเทียบกับ คีลอนโทรล; ซึ่งหายใจผ่านควินิพรีนไม่ได้. ทั้งชนิดที่มีกักรองและไม่มี, พบว่าเมอสุนัขหายใจผ่านควินิพรีนไม่ได้ก็เข้าไป. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและอัตราหัวใจเต้นเลย. เมื่อหายใจเอาควินิพรีนทั้งที่มีกักรองและไม่มี, ปรากฏว่าความดันเลือดเพิ่มขึ้นชั้เจนและอัตราหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น ๓๐-๕๐ ปร. แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นเมื่อนำมาคิดทางสถิติเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดเมื่อหายใจเอาควินิพรีนทั้งที่มีกักรองและไม่มี, ให้ผลไม่แตกต่างกันอย่างสำคัญ. สรุปได้ว่ากักรองไม่ได้ช่วยในการลด นิโคตินที่มีในควินิพรีน, จึงเห็นฤทธิ์ต่อความดัน

เลือดพอ ๆ กัน. แต่ควินิพรีนที่เกิดจากควินิพรีนที่ได้สกัด เอานิโคติน ออกก่อนแล้ว, ไม่ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., Dr. med.

๗. Bernhard, K., and H.R. Greub: กรด อะซีเลอิก เป็นส่วนประกอบปกติของปัสสาวะ. *Germ. med. Mth.* 1968, 13:194.

ได้แยกกรด อะซีเลอิก (Azelaic, HOOC. [CH₂]₇. COOH) จำนวนเล็กน้อยออกมาได้จากปัสสาวะคน. กรดนี้ไม่ปรากฏว่ามีในอาหารและน่าจะเป็น เมตา-บอไลต์, ซึ่งอาจมาจากกรด โอเลอิก. ในปัสสาวะของชายหญิงปกติ ๑๐ คนที่กินอาหารธรรมดาพบกรด อะซีเลอิก เฉลี่ย ๒๒.๖ มก. ต่อวัน (ตรวจโดยวิธี โพรมาโตกราฟี). นอกจากนี้ยังพบกรดทั้งกล่าวในปัสสาวะสุนัข, แต่ไม่พบในปัสสาวะหนู. ลีเกอเรีย และคณะได้แยกได้จากปัสสาวะวัวในปี ค.ศ. ๑๙๕๘.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๘. Hegemann, G., and F.Gall: การสกัดเพาเรอาหารหมักสั้น เพื่อกำจัดมะเร็ง. *Germ. med. Mth.* 1968, 13: 153-159.

ได้รายงานผลของ การ คัดกรองเพาเร



อาหารหมกสั้นในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ
๑๑๓ คน. ได้ตัดกระเพาะออกหมดในเมื่อ
ไม่สามารถเอามะเร็งออกได้ โดยวิธีอื่น
และกระทำต่อเมื่อสามารถเอาก้อนมะเร็ง
ออกได้หมด. อัตราตายจากการผ่าตัด
ประมาณ ๓๐ เปอร์เซ็นต์. ขึ้นอยู่กับภาวะผู้ป่วย
ก่อนผ่าตัดและอายุของผู้ป่วย. สาเหตุ
สำคัญของการตายในการผ่าตัดกระเพาะ
คือรอยเย็บแยก. ต่อเมื่อมีความชำนาญ
ยิ่งขึ้นการตายจากรอยเย็บแยกก็มีเพียง ๑
รายใน ๓๔ รายหลัง. แม้ว่าอัตราตาย
ยังคงอยู่ประมาณ ๓๐ เปอร์เซ็นต์. เท่าเดิม.

ยังไม่มีวิธิต่อหลอดอาหารและลำไส้
ที่ป้องกันการอักเสบของหลอดอาหารได้.
มีผู้ป่วย ๓ คน มีชีวิตอยู่หลังการผ่าตัด
นานเกิน ๑๐ ปีแล้วและมีสุขภาพดี.

จากประสบการณ์ที่ได้จากผู้ป่วยที่ยัง
รอดชีวิตอยู่เห็นได้ว่าผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมี
สุขภาพดีโดยไม่จำเป็นต้องทดแทนน้ำย่อย
ของกระเพาะอาหาร หรือให้เอ็นไซม์ช่วย
ย่อยอาหาร. แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฉีควิตะมินบี ๑๒ จะเกิดอาการเลือดจาง.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

คนส่งสอนให้ถึงชนควย.

อนึ่ง, ทรวมของครอาจารย์ก็คือโรงเรียน. เพราะฉะนั้นนักศึกษาทุกคนจึงต้องเคารพรักคณะแพทยศาสตร์ของเราซึ่งเรียกกันสั้น ๆ ว่า "ศิริราช". ต้องสำนึกบุญคุณของศิริราช, ไม่ทำการใด ๆ ที่จะให้เกิดความเสื่อมเสียและพยายามกระทำตนเองให้เป็นคนที่มีชื่อเสียงเป็นที่ปรากฏ,

จะได้ช่วยส่งเสริมเกียรติของศิริราชสืบไป.

ขอตั้งใจช่วยให้นักศึกษาทุก ๆ คนกระทำตนได้ดังที่ตักเตือนมาเป็นอย่างดี. ถ้าทำได้ตามนี้แล้ว, ไม่ต้องมีใครมาให้พรทุกคนก็จะดีเอง. แต่เพื่อให้แน่ใจก็ขออวยพรให้นักศึกษาทั้งหลาย มีความสุข ความเจริญและเล่าเรียนสำเร็จตามความปรารถนาโดยทั่วกัน.

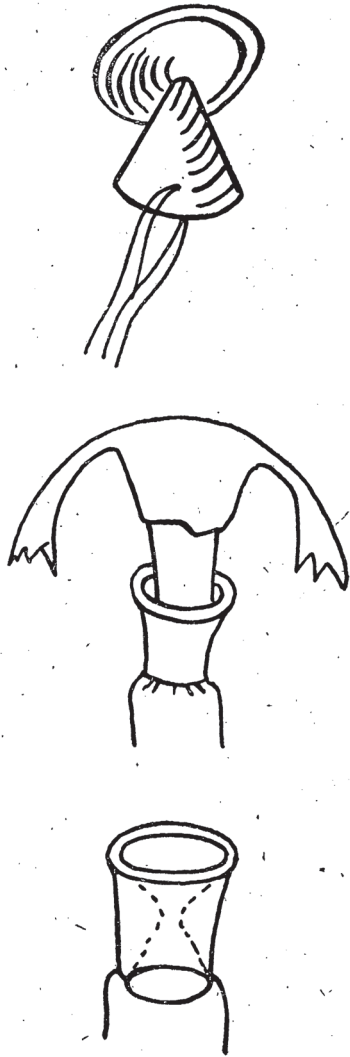
๒. การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดแบบตัดแปลง

การผ่าตัดทางโรคเฉพาะสตรีบางอย่างยังมีอันตรายค่อนข้างมาก, นั่นคือการผ่าตัดขังไม่คัพ. บางวิธีก็มีอันตรายและโรคแทรกมาก, บางวิธีก็มีน้อย. การผ่าตัดที่เอามดลูกออกทั้งหมดพบว่า มีโรคแทรกและอันตรายค่อนข้างมากกว่าการตัดเฉพาะตัวมดลูกออกเหลือส่วนคอมดลูกไว้, เช่นอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะและท่อนำปัสสาวะ เป็นต้น.

เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งไม่พึงปรารถนาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องคิดแปลงวิธีการผ่าตัดบางอย่างเสียบ้าง. ผู้เขียน (J. Csutak)

ได้เสนอวิธีการผ่าตัดวิธีหนึ่งที่เขาได้ทำและเห็นว่าดี, คือการตัดมดลูกออกทั้งหมด, เหลือเพียงเนอโรยนอกของคอมดลูกไว้.

การผ่าตัดทำสองตอน ในครั้งเดียว. ตอนแรกทำทางช่องคลอด. ตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยลึกเข้าไปประมาณ ๒ ซม. แล้วเย็บปิด. ตอนที่สองทำทางหน้าท้อง. การผ่าตัดก็ดำเนินไปแบบเดียวกับวิธีการตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด, แต่เวลาตัดตัวมดลูกออกให้ควั่นคอมดลูกตรงระดับต่อของตัวมดลูกและคอมดลูก, แล้ว



ตัดลิกลงไปในเนื้อของคอมคอกเป็นรูปกรวยหงาย, ให้ปลายกรวยไปจรดกับปลายกรวยอันล่าง. เช่นนี้จะทำให้เอ็นโค

เซอร์วิซ และ รอยต่อ สควโมคอลิม-นาร์ ถูกตัดออกหมด, เป็นการป้องกันมะเร็งในตำแหน่งดังกล่าว, ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง. คงเหลือเพียงเนื้อ

รอบ ๆ คอมคอกที่เปลี่ยนมาฟีกาทราย. เสริมแล้วเย็บขึ้น. การผ่าตัดวิธีนี้คือ:

๑) เนื้อส่วนที่มีพยาธิสภาพ ถูกตัดออกทั้งหมดเช่นเกี่ยวกับการตัดมดลูกออกทั้งหมด.

๒) อันตรายและโรคแทรกมีน้อยกว่าการตัดมดลูกออกทั้งหมดตามวิธีเดิม, อันตรายต่อหลอดปัสสาวะไม่มีเลย.

๓) ข้อควรระวัง เนื่องจากกลุ่มประสาทข้างคอมคอกไม่ถูกรบกวนมาก.

๔) รูปร่างตอนบนของช่องคลอดไม่เปลี่ยนแปลง.

๕) ทำได้เร็วและปลอดภัย.

(แปลและเรียบเรียงจาก Extirpatio uteri partialis fere totalis von J. Csutak. Zentralblatt für Gynäkologie 1961, 30: 1208-1212.)

เขียน นีรันดร พ.บ.

๓. อย่าคิดว่าไม่เป็นไร แล้วจะได้ไม่สายเกินไป

ทุกคนมีโอกาสเป็นมะเร็ง. มะเร็งเป็นโรคร้ายที่อาการแสดงและการดำเนินโรคผิดแปลกจากโรคอื่นมาก, แม้มะเร็งชนิดเดียวกันก็ไม่มียาระเบียบแผนกที่แน่นอน. เหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่. ดังนั้นจึงยังไม่สามารถป้องกันมะเร็งได้, แต่เราสามารถควบคุมได้. ทุกวันนี้อันตรายจากโรคมะเร็งลดลง, แสดงว่าการนำเอามาตรการอันมีประสิทธิภาพในการตรวจค้นและวินิจฉัยโรคมะเร็งขณะที่ยังเป็นเนื้องอกมาใช้ได้ผลดี. ถ้าแพทย์ทุกคนจะได้นำเอาวิธีการดังกล่าวมาถือปฏิบัติเป็นประจำ, และประชาชนทุกคนให้ความช่วยเหลือแพทย์, โดยหมั่นมารับการตรวจตามคำแนะนำ. ถ้าแพทย์เองจะช่วยไม่ได้หากประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ. ชะตากรรมของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในกำมือของแพทย์คนแรกทำการตรวจ. แพทย์ทุกคนควรต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและเข้าใจวิธีปฏิบัติและแนะนำผู้ป่วยในแนวทางที่ถูกต้อง. จากประสบการณ์ ปรากฏว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง

มักมารับการรักษาช้าเกินไป, ทำให้หมดโอกาสที่จะรักษาให้หายได้. การล่าช้านี้อาจมาจากผู้ป่วยเอง, เช่น มีอาการผิดปกติกับแพทย์คนโน้นบ้างคนนี้บ้าง, หรือคิดว่าไม่เป็นไร หายเองได้. บางคนกลัวจะตรวจพบว่าตัวเองเป็นมะเร็งเลยไม่กล้าไปตรวจ. ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นส่วนมากไม่เข้าใจและขาดการศึกษา. บุคคลอีกประเภทหนึ่งที่ทำให้ล่าช้าและควรตำหนิก็คือ แพทย์. เมื่อผู้ป่วยมาหา, แพทย์ไม่ทำการตรวจ, แต่ให้การรักษา, เป็นต้นว่าให้ยากิน, ฉีดช่องคลอด, หรือฉีดยาให้. รายอื่นไปอีกก็คือ ฉีด ฮอร์โมนให้เลย. บางคนคัดตั้งเนื้อหรือขมคอ, แต่ไม่ได้ส่งเนื้อไปวินิจฉัย.

การตรวจภายในทางโรคเฉพาะสตรีจะถือว่าสมบรมณ์ไม่ได้, ถ้าไม่เอาของเหลวในช่องคลอดหรือที่ปากมดลูกออกมาตรวจเพื่อหามะเร็ง. ทุกวันนี้เราขอเรียกร้องกันโดยทั่วไปแล้วว่าควรวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ได้ผลดีวิธีหนึ่งคือ การตรวจหาเซลล์มะเร็งโดยการป้ายแผ่นกระจกและย้อมสีตามวิธีของปาปานีโคเลา, หรือวิธี

คล้าย ๆ กัน. การที่จะวินิจฉัยให้ถูกต้อง, ไม่ขึ้นอยู่กับวิธีข้อมและผู้ให้การวินิจฉัยเท่านั้น, แต่ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจผู้ป่วย, และวิธีย้ายแผ่นกระจกเพื่อส่งไปตรวจด้วย. หากผู้ทำ ๆ ได้ถูกต้องผลของการตรวจจะแน่นอนมากขึ้น.

ก่อนทำการย้ายแผ่นกระจกต้องงดการกระทำต่าง ๆ ทั้งหมดที่อาจทำให้เปลี่ยนแปลงของเซลล์เสีย, เช่นการตรวจภายในช่องคลอด, การล้างและใช้ยาอย่างหนึ่งอย่างใดภายในช่องคลอดภายใน ๒๔ ชั่วโมงก่อนทำการย้าย. เครื่องต่างช่องคลอดควรแห้ง, ไม่มีวัตถุเคมีตก. เฉพาะการตรวจภายใน, บางคนก็ไม่ถือเป็นเรื่องเข้มนัก. เมื่อต่างช่องคลอดจนเห็นปากมดลูกแล้ว, ใช้สำลึพันไม้, ลวดทองขาว ปลายม้วนไม้แบนยาวแบบไม้กุดคลื่นธรรมดา, หรือชนิกมีหยัก (Ayre's spatula), หรือใช้หลอดแก้วมีลูกยางกุด. ถ้าทำได้หลาย ๆ แห่งในคราวเดียวจะทำให้ความผิดพลาดในการวินิจฉัยน้อยลง, เช่นย้ายจาก แอ่งหลัง ของส่วนบนของช่องคลอด, จากปากมดลูกนอก, และจากช่องคอมดลูก, เป็นต้น.

เมื่อได้ของไหลออกมาแล้วให้รีบย้ายลงบนแผ่นกระจก สะอาดที่ไ้เขียนชื่อผู้ป่วยไว้เรียบร้อยแล้ว, เกลี่ยเบา ๆ และบาง ๆ อย่าให้ติดกันเป็นกระจุก, มิฉะนั้นน้ำยาจะซึมเข้าไปไม่ทั่วถึงและเมื่อย้อมสีจะติดสีผิดจากธรรมดาทำให้การวินิจฉัยยาก. เสร็จแล้วให้รีบหย่อนแผ่นกระจกลงในน้ำยาที่ทำให้รูปคงที่ (ฟิสิกซ์กัฟลิต), อย่าทนให้แห้ง. น้ำยาที่ใช้มีหลายชนิด. ที่ใช้กันมากคือ เอธิลแอลกอฮอล์ ๘๘ ๒๕. ผสมกับ อีเธอร์ อย่างละเท่ากัน.

ในการส่งแผ่นกระจกย้ายของเหลวไปเพื่อการวินิจฉัยควรแช่ทิ้งไว้ในน้ำยานานอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง (กำหนดเวลาต่างกัน), แล้วเอาขึ้นมาหยด กลีเซอริน ๓ หยดลงบนแผ่นกระจกแล้วเอาแผ่นกระจกสะอาดอีกแผ่นหนึ่งประกบลงไปแล้วส่งไปตรวจ. บางคนก็ส่งแผ่นกระจกไปเลย, ไม่ใช้ กลีเซอริน ฉาบทับ. แผ่นกระจกทุกอันต้องมีใบขอตรวจร่วมมาด้วย, บอกประวัติที่สำคัญ, ตำแหน่งที่เอาส่งย้ายออกมา, และความประสงค์ขอตรวจ.

ทุกถ้าวานเช่นนี้ ๕ ชิ้นในการควบคุมมะเร็ง, ถ้าท่านไม่อยากจะเป็นผู้ที่ "มาช้า

ไปเสียแล้ว”, ก็inghamไปพบแพทย์เพื่อ
รับการตรวจที่ถูกต้อง. อย่าหวังเห็นย
โรคของท่านไว้โดยคิดว่า “ไม่เป็นไรหาย

เองได้”, แล้วท่านจะไม่ต้องเสียใจภาย
หลัง.

เฉียบ นรินทร์ พ.บ.

๔. แนะนำหนังสือ

หนังสือ Gradwohl's Legal Medicine,
2 nd ed., 1968.

ผู้รวบรวม F.E. Camps

โรงพิมพ์ John Wright & Son Ltd.,
Bristol.

ขนาด ๗๕๐ หน้า

ราคา ประมาณ ๔๐๐ บาทเศษ.

หนังสือเล่มนี้พิมพ์ครั้งแรกในอเมริกา
ปี ๑๙๕๔. การพิมพ์ครั้งที่สองนี้เป็นการ
ปรับปรุงแก้ไขใหม่ของกลุ่มนักนิติเวช
วิทยาชาวอังกฤษ. ผู้ร่วมเขียนทั้งหมดมี
ทั้งชาวอังกฤษและอเมริกัน. แต่ละบท
เขียนโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขานั้น ๆ.
มีรูปประกอบเรื่องมากมายและมีข้อสงสัย
งามเป็นจำนวนมากเพิ่มขึ้นจากเดิม. เป็น

ตำราที่นับว่าอยู่ในมาตรฐานที่เล่มหนึ่ง.
หนังสือนี้แบ่งออกเป็น ๘ ตอน.

ตอนที่ ๑ ว่าด้วยประวัติและกฎหมาย

ทั่วไป. ตอนนี้เป็นงานแก้ไขใหม่จากเดิม
ทั้งหมด. กล่าวถึงประวัติและการถือ
กำเนิดของวิชานิติเวชวิทยาโดยละเอียด,
ซึ่งไม่อาจหาอ่านได้ในตำราเล่มใด. ผู้
เขียนได้ทำวาทกรรมถึงสมัยเมื่อหลายพันปี
ก่อนโน้นว่า เป็นยุคที่นิติเวชวิทยายังมีใ
ถือกันเป็นสาขาวิชาโดยเฉพาะ. เช่นใน
บาบิโลน มีกฎหมายที่ความรับผิดชอบของ
แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยแล้วเป็นเหตุให้ผู้ป่วย
ได้รับอันตรายถึงตายหรือขาดใจ. ในยุค
โบราณของอินเดีย, อียิปต์, จีน, เปอร์-
เซีย, และโรม ก็มีกฎหมายและวิชาการ
ต่างๆเกิดขึ้นเกี่ยวกับงานทางนิติเวชวิทยา
ปัจจุบัน. ระยะเวลาโดยทั่วๆไปของกำเนิด

ของนิติเวชวิทยาตกอยู่ในระหว่างคริสต์ศตวรรษที่ ๕ และที่ ๗, ซึ่งระยะนั้นอาณาจักรของโรมันในยุโรปตะวันตกกำลังเรืองอำนาจ. ในอาณาจักรเองที่กฎหมายต่าง ๆ ได้รุ่งเรืองขึ้น. นิติเวชวิทยาก็เริ่มมีความสำคัญขึ้น, เช่นในการพิจารณาคดีของศาล, บางคราวต้องอาศัยความเห็นของพยานแพทย์ผู้ชำนาญ. ต่อมานิติเวชวิทยาก็เริ่มตั้งต้นจะเป็นแขนงวิชาการขึ้น. ระยะนั้นถือกันว่านิติเวชวิทยาดือกำเนิดเป็นงานเอกเทศขึ้นในยุโรปในราวคริสต์ศตวรรษที่ ๑๖. คือในปี ๑๕๗๕ มีตำราที่เกี่ยวกับนิติเวชวิทยาโดยเฉพาะขึ้น. ใน ค.ศ. ๑๖๕๐ เริ่มมีปราชญ์กาวีซานินิติเวชวิทยาขึ้นในมหาวิทยาลัย ไลป์ซิก ในประเทศเยอรมนีเป็นครั้งแรก. ใน ค.ศ. ๑๗๘๓ มีวารสารนิติเวชวิทยาลงพิมพ์แรกออกในเยอรมนี.

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกฎหมาย ผู้เขียนได้บรรยายความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายกับการแพทย์ในแง่ต่าง ๆ, และได้แสดงให้เห็นว่ากฎหมาย อังกฤษ และ อเมริกานั้น, นอกจากคดีอาญาแล้วยังมีคดีที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายอื่น ๆ อีกที่อาศัยวิชานิติเวชวิทยา, เช่นการละเมิดกฎหมายประกัน

ชีวิต, หรือกฎหมายแรงงาน เป็นต้น. บทสุดท้ายของตอนที่หนึ่งนี้ เปรียบเทียบการปฏิบัติงานในการชันสูตรพลิกศพตามระบบ โคโรเนอร์ ของอังกฤษ (รวมทั้งประเทศในเครือจักรภพ), ระบบ เมทริกัล เอ็กซามิเนอร์ ของอเมริกากระบบของประเทศภาคพื้นยุโรป (ใช้ผู้พิพากษาศาลแขวงเป็นประธานการตรวจศพ).

ตอนที่ ๒ ว่าด้วยการตรวจบุคคลมีชีวิต และศพ รวมทั้ง การตรวจ สถานที่เกิดเหตุ, ซึ่งมีความสำคัญเป็นอันมากในการวินิจฉัยสาเหตุการตายของบุคคล. ในตอนนี้ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย และเทคนิค การตรวจศพโดยละเอียด. บทสุดท้ายของตอนนี้เป็นบทที่เขียนขึ้นใหม่ทั้งหมด, ว่าด้วยกฎหมายอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับระเบียบปฏิบัติในการออกมรณบัตร, การเขียนเหตุตาย, การอนุญาตเผาศพ, การขศพชันตรวจใหม่ และการออกบัตรเกิดตายตลอด.

ตอนที่ ๓ ว่าด้วยการพิสูจน์ตัวบุคคลมีชีวิตและศพ, ซึ่งได้แก่การตรวจพิสูจน์จากกระดูก, จากฟันและจากหมู่เลือด. บทที่ว่าด้วยการตรวจ เลือดนั้น เขียนโดยผู้



ชำนาญทางหัตถ์ เลือดของ แผนก นิติเวช
วิทยาแห่งลอนดอน ฮอสปิทัล เมติคัล
คอลเลจ. ผู้เขียนได้อธิบายทั้งทฤษฎี, การ
ปฏิบัติและการแปลผล. บทเขียนนั้นละเอียด
กว่าเดิมมาก และได้รวบรวมงานค้นคว้า
ใหม่ๆ เข้าไว้ด้วย. บทสุดท้ายของตอนนั้น
ว่าด้วยการตรวจวัตถุพยาน, ซึ่งเป็นบทที่
เขียนขึ้นจากผลของการค้นคว้าใหม่ๆ ทั้ง
สิ้น, เช่นการตรวจหัตถ์เลือดจากคราบ
เลือด. ผู้เขียนได้อธิบายวิธีทำต่างๆ ไว้
โดยละเอียดพอที่จะใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงาน
ในห้องทดลองได้. ใ้ค้นหาเทคนิคใหม่ๆ
มาลงไว้ และยังมี เอกสาร อ้างอิงที่ อาศัย
เป็นแนวทางค้นคว้าต่อไปได้ด้วย. การ
ตรวจเส้นผมก็แสดงเทคนิคและเครื่องมือ
ใหม่ๆ. การตรวจเส้นใย, การตรวจถุง
เท้า, การตรวจหลอดไฟฟ้าและการตรวจ
หัตถ์จากปากกาลูกสูบ, เหล่านี้เป็น
การนำเอาเทคนิคใหม่ๆ มารวบรวมไว้ทั้งสิ้น.
นอกจากนั้นบทนี้ยังแพร่พร่าวไปด้วยภาพ
สีซีดเจเนงงามมาก.

ตอนที่ ๔ ว่าด้วยการตายจากขาด
เจ็บและโรคต่างๆ. ตอนนั้นนอกจากจะ
บรรยายพยาธิสภาพต่างๆ แล้วยังมีวิธี
ตรวจทาง ฮิสโตเคมี บางอย่างรวมไว้ด้วย.

สำหรับขาดแผล, นอกจากจะบรรยายถึง
ขาดแผลชนิดต่างๆ แล้วที่น่าสนใจก็คือ
บรรยายพยาธิสภาพของเลือดออกใต้ ุ่กว่า
ว่าเก่าใหม่เพียงไร. บทที่ว่าด้วยอาวรณ์
และขาดแผลกระสุนปืนนั้น มีตารางบอก
ขนาดและความเร็วของกระสุนปืน ขนาด
และชนิดต่างๆ ไว้โดยละเอียด, ซึ่งผู้
สนใจทางอาวรณ์จะใช้เป็นคู่มือได้. บท
สุดท้ายของตอนนี้เป็นงานเขียนใหม่ซึ่งไม่
มีในฉบับเดิม, ว่าด้วยอุบัติเหตุจากการ
ขนส่งได้แก่เครื่องบินตก. บรรยายถึงวิธี
การพิสูจน์ตัวบุคคล จากศพ โดยละเอียด
รวมทั้งอธิบายพยาธิสภาพและกลไกของ
การเกิดพยาธิสภาพนั้น ๆ จากผู้ โดยสาร
ที่นั่งตำแหน่งต่างๆ ของเครื่องบิน.

ตอนที่ ๕ ว่าด้วยปัญหาทางนิติเวช
วิทยาในการรักษาผู้ช่วย, ได้แก่การรั
ษีของแพทย์ที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้
ช่วย, การประกอบโรคศิลป์โดยประมาท,
ความรับผิดชอบของแพทย์และวิสัญญีแพทย์,
ผลและโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด,
ผลและโรคแทรกซ้อนของยาสลบ, โรค
ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงงานอุตสาหกรรม
และสิทธิต่างๆ ที่ผู้ช่วยจะได้รับชดเชย,

ผลของยาอันตรายต่าง ๆ รวมทั้งยาพิษ และยาเสพติดเป็นต้น.

ตอนที่ ๖ ว่าด้วยนิติจิตเวช. ใ้แก่โรคจิตและอาการทางจิตชนิดต่าง ๆ, รวมทั้งความรับผิดชอบทางอาญาและทางแพ่งต่อผู้ช่วยโรคจิตและการให้การปฏิบัติรักษา จำเลยหรือผู้ต้องหาที่เป็นโรคจิตหรือจิตบกพร่อง.

ตอนที่ ๗ ว่าด้วย แอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุจราจร. บรรยายละเอียดถึงผลของแอลกอฮอล์ต่อร่างกายมนุษย์รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของ แอลกอฮอล์ ในร่างกาย. การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดตามวิธีมาตรฐาน ตลอดจนเทคนิค และข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น, การคำนวณย้อนหลังถึงค่าแอลกอฮอล์ในเลือดจากค่าที่ตรวจได้ในขณะที่ผู้ต้องหาถูกเจาะ ย้อน ไปหาค่าแอลกอฮอล์ในเลือดขณะที่กระทำผิด. นอกจากนี้ยังบรรยายถึงความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุจราจรรวมทั้งนำเอาปัญหาต่าง ๆ มาวิจารณ์ไว้ด้วยเป็นอัน

มากตลอดจนแง่ทางปฏิบัติที่ปฏิบัติกันในประเทศที่มีกฎหมายบัญญัติห้ามคนเมาขับรถหรือขับขี่ขี่ยานใด ๆ.

ตอนสุดท้ายว่าด้วยพิษวิทยา โดยเฉพาะ, ใ้แก่พิษของยาต่าง ๆ รวมทั้งการตรวจหาพิษด้วยเทคนิคและเครื่องมือใหม่ ๆ ที่เป็นมาตรฐานในห้องปฏิบัติการมาตรฐานทั่วไปตลอดจนกฎหมายที่ควบคุมยาพิษต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งที่ขึ้นพิษตามธรรมชาติ, เช่นสัตว์หรือพืช. ผู้เขียนได้รวบรวมไว้โดยละเอียด.

สรุปแล้วเห็นว่าตำรามาตรฐานเล่มนี้ไม่เพียงแต่จะใช้เป็นคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานนิติเวชวิทยาโดยเฉพาะเท่านั้น, ยังเหมาะสำหรับผู้สนใจทางนิติเวชวิทยาโดยทั่วไป, โดยเฉพาะสำหรับนายความ, อัยการ, และนักกฎหมาย. หวังสมุคของสถาบันทางการแพทย์ และกฎหมายทั่วไปควรมีไว้เป็นคู่มือในการปฏิบัติและในการค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง อยู่ในวงการนิติวิทยาศาสตร์โดยทั่วไป.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๕. ศิริราชช่วยพัฒนาการแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นายแพทย์, เกษีกรและพยาบาลของ
คณะ ฯ ที่ไปปฏิบัติราชการในจังหวัด
อุดรธานี.

นับตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ เป็นต้นมา คณะแพทย์ศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาลได้ร่วมงานพัฒนาการแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กับสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบทโดยจัดส่งเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล จำนวนหนึ่งไปประจำทำการเพื่อส่งเสริมกำลังด้าน การ แพทย์ และอนามัยในจังหวัดอุดรธานี, โดยมีหน่วยกลางอยู่ที่โรงพยาบาลอุดร ฯ และมีหน่วยสาขาไปตั้งอยู่ที่สถานอนามัยในสี่อำเภอ, คืออำเภอเพ็ญ, อำเภอหนองหาร, อำเภอผือ, และอำเภอหนองบัวลำภู. ในชั้นเดิมกำหนดให้เจ้าหน้าที่ประจำคนละหนึ่งเดือนเต็ม, แต่ในภายหลังได้ลดเหลือสมัยละสี่สัปดาห์ และยอมให้อยู่เพียง คนละครึ่งสมัยได้. นับว่าเป็นความสะดวกมาก และช่วยให้ผู้ยอมเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมีความสะดวกมากขึ้น. โดยที่การปฏิบัติงานด้านนี้ นับว่าเป็นงานพิเศษที่

สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของคณะแพทย์ศาสตร์ และศิริราชพยาบาล, เราจึงเห็นสมควรจะบันทึกรายชื่อเจ้าหน้าที่ ซึ่งออกไปปฏิบัติงานนตงแต่คนมาจนถึงปัจจุบัน, และต่อไปก็จะได้ตีพิมพ์เรื่อง น.เอน. ครัง. คราวต่อไปเรื่อย ๆ ไป.

รุ่นที่ ๑

(๑๔ พ.ค. - ๑๔ มิ.ย. ๒๕๐๕).

โรงพยาบาลอุดร ฯ

๑. ศจ. น.พ. อคม โปษะกฤษณะ.
๒. น.พ. มุกดา ตฤณานนท์.
๓. น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณิกิติ กิติ-
ยากร.
๔. น.พ. รุ่งธรรม ลัทพล.
๕. น.พ. ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี.
๖. น.พ. ทวี บุญโชติ.
๗. น.พ. จิตร วารินทร์.
๘. น.พ. ถนนมพันธ์ ทรงอินคัก.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว ลำภู

๑. น.พ. เปรม บริ.
๒. น.พ. ประวิทย์ หงส์ประภาส.

๓. น.พ. สุนทร บุญญานิตย์.
๔. น.พ. ปราโมทย์ พรพบริณ.

สถานื่อนามัชนหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

๑. น.พ. พิสิฐ วิเศษกุล.
๒. น.พ. เมระนี เทียนประสิทธิ์.
๓. น.พ. บรรจบ อินทรสขศรี.

สถานื่อนามัชนสอง อำเภอฝอ

๑. น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ.
๒. น.พ. รังสรรค์ ขุขปากม.
๓. น.พ. สัมหมาย ฤงสุวรรณ.
๔. น.พ. นิตย์ ศุภะพงศ์.

สถานื่อนามัชนหนึ่ง อำเภอหนองหาร

๑. น.พ. เกษม ลิมวงศ์.
๒. น.พ. เอนก เพทวนชย.
๓. น.พ. วิฑร โอสถานนท์.
๔. น.พ. สรรค์น บงไยฤทธิ์.

หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่

๑. น.พ. นกุล ปริญญาสนสรณ.
๒. น.พ. นันทวัน พรหมผลิน.
๓. น.พ. วิทยา วัฒนโสภาส.

รายนามพยาบาล

๑. น.ส. แหวนดี อทโท.
๒. น.ส. บุญเรือน ชนชม.

๓. น.ส. จินดา เหล็ลยพานิช.
๔. น.ส. จันทนา คงเจริญ.
๕. น.ส. สมพร โรจนปริชา.
๖. น.ส. สจวรี ปาละนันท์.
๗. น.ส. วิไลวรรณ พงษ์เจริญ.
๘. น.ส. ประเทือง มาชมสมบริณ.
๙. น.ส. ภัทรา ศุภระกาญจน์.

รุ่นที่ ๒

(๑๒ มี.ย. - ๑๑ ก.ค. ๒๕๐๕).

โรงพยาบาลอุดร ๗

๑. ศจ. น.พ. อุดม ไชยะภุชณะ.
๒. น.พ. มุกดา ตฤณณานนท์.
๓. น.พ. เปรม บุรี.
๔. น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ.
๕. น.พ. สิริระ บุณยะรัตเวช.
๖. น.พ. ประเสริฐ ทุมวิภาต.
๗. น.พ. กฤษทล สุนทรเวช.
๘. น.พ. ชวลิต ปรียาสมบัติ.
๙. พ.ญ. กัลยา บำรุงผล.
๑๐. น.ส. สมจิตร เหล็ลองขราม.
๑๑. น.ส. บุญจิต รัตนสมบัติ.
๑๒. น.ส. ปราณ หินนิมิตร.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ถ้าภู

๑. น.พ. จินดา สุวรรณรักษ์.
๒. น.พ. สมภพ เรืองตระกูล.
๓. น.พ. เสี่ยง คีร์วรรณบรรณ.
๔. น.พ. มานิตย์ สัชชาตานนท์.
๕. น.ส. ศรีนาค วิเศษกุล.
๖. น.ส. ลักขณา วัทวงศ์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

๑. น.พ. เสริมศักดิ์ เพ็ญชาติ.
๒. น.พ. พลภัทร ศาละลักษมณ์.
๓. น.พ. อรรถพล ลวีระ.
๔. น.ส. ศิริพร เจียงอารีย์.
๕. น.ส. นงนุช ไธนาไพฑูรย์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

๑. น.พ. อภิชัย เปล่งวานิช (ครึ่ง).
๒. น.พ. สมบัติ สุกนธพันธ์ (ครึ่ง).
๓. น.พ. จิเรณ วิเศษกุล.
๔. น.พ. อรรถ เฝ้าสวัสดิ์.
๕. น.พ. พิสิษฐ มกรราษฎร์.
๖. น.ส. รัชณี อ่อนเจริญ.
๗. น.ส. ปวีญา ริมกุศล.

สถานื่อนามยชั้นสอง อำเภอฝ่อ

๑. น.พ. รัตมี วรรณิสสร.
๒. น.พ. พิสิษฐ์ จีรวงศ์.
๓. น.พ. จำเรียง คัดฑาวรรณ.
๔. น.ส. อารี เปลื้องประสิทธิ์.
๕. น.ส. สายพิน คัดสุวรรณรัตน์.

วันที่ ๓

(๑๐ กค. - ๑๐ สค. ๒๕๐๕).

โรงพยาบาลอุดรฯ

๑. น.พ. สัมพันธ์ ทันตวิวงศ์.
๒. น.พ. เกษฎา นิยมานนิตย์.
๓. น.พ. ประเสริฐ นิลประภัสสร.
๔. น.พ. ปรีชา วิชิตพันธ์.
๕. น.พ. ธวัช โลพันธ์ศรี.
๖. พ.ญ. รัตนา หริตวร.
๗. น.ส. บุญเต็ม สันตมาศ.
๘. น.ส. ทิพรรัตน์ วัทวงศ์.
๙. น.ส. พันทิพย์ สุนทรสุต.
๑๐. น.ส. อบล พันธินิ.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ถ้าภู

๑. น.พ. สุนทร บุญญานิตย์.
๒. น.พ. บุญช่วย กุลยศักดิ์.

๓. น.พ. เสงี่ยม สดากวิทย์.
๔. น.ส. สมจิต วิจารณ์กรกิจ.
๕. น.ส. ทิพวรรณ สินธุวารวรรณ.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอฟะนุ

๑. น.พ. ทินรัตน์ สติตินิมาการ.
๒. พ.ญ. แฉล้ม วรรณานสาร.
๓. น.พ. ไวยพันธ์ โภษาคาร.
๔. น.ส. วรรณ วิชัยทัมระ.
๕. น.ส. ชุติศ พลนันท.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

๑. น.พ. วิจิตร พานิช (ครึ่ง).
๒. น.พ. ทองน่าน วิภาตะวณิช.
(ครึ่ง).
๓. น.พ. อธิศักดิ์ เจษฎาภิรมย์ชัย.
๔. น.ส. สภาภรณ์ วรรณวัช.
๕. น.ส. พิชรี กำชัย.

สถานื่อนามยชั้นสอง อำเภอฟะนุ

๑. น.พ. สว่าง ภูตระกูล (ครึ่ง).
๒. น.พ. ปัญญ์ บรรณศิริ (ครึ่ง).
๓. น.พ. ปรีชา เขียมแก้ว.
๔. น.ส. สมศรี โหมคประดิษฐ์.
๕. น.ส. ศิริจิตร์ ธรรมนารถ.

หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่

๑. น.พ. ประพนธ์ จิตจำนงค์.
๒. น.พ. พรชัย ศิริสัมพันธ์.
๓. น.พ. สรรใจ แสงวิเชียร.
๔. ทักษิณ แพทย์สมนึก พลทรัพย์
(คณะทันตแพทย์ ฯ)

รุ่นที่ ๔

(๘ ส.ค. - ๗ ก.ย. ๒๕๐๕).

โรงพยาบาลอุดร ฯ

๑. ศจ. ญาณ จากิกวนิช (ครึ่ง).
๒. ศจ. ลัม คุณวิศาล (ครึ่ง).
๓. น.พ. เกษม วรรณทรัพย์.
๔. พ.ญ. อัมพร อรุณินท์.
๕. น.พ. กัมปนาท พลากร.
๖. น.พ. พัฒนะ สวรรคทัต.
๗. พ.ญ. สุนา ไชยสุต.
๘. น.ส. กอบกุล ภูเื้อกรัตน์
(เภสัชกร).
๙. น.ส. เรณู ภาคอรรด.
๑๐. น.ส. สำราญ ประไพพานิช.
๑๑. น.ส. ลำยอง นิจายะ.
๑๒. น.ส. อุไรวรรณ สมัญญาภรณ์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอนองบัว
กำกับ

๑. น.พ. ศุ ชัยวัฒน์.
๒. พ.ญ. อรพรรณ เจริญย์ (ครึ่ง).
๓. พ.ญ. นพรัตน์ ตูจินดา (ครึ่ง).
๔. น.พ. ศักดา สุวรรณศิริกุล.
๕. น.ส. วิภา ไพรณางกร.
๖. น.ส. สุกา เอมแย้ม.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอฟะนุ

๑. น.พ. วิชัย บำรงผล.
๒. พ.ญ. วิไล เขียวกาญจน์.
๓. น.พ. เจริญ โชติกวณิชย์.
๔. น.ส. วิไลวรรณ เมฆาจารย์.
๕. น.ส. นันทนา เครือวัลย์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอนองหาร

๑. น.พ. สว่าง นิลวรางกร (ครึ่ง).
๒. น.พ. สุนทร ศักขานันท์ (ครึ่ง).
๓. น.พ. สมมาตร แก้วโรจน์.
๔. น.ส. จันทนา กมลพานิช.
๕. น.ส. ศรีสอางค์ ศรีเทียนอินทร์.

สถานื่อนามยชั้นสอง อำเภอฟะนุ

๑. น.พ. วรณะ อนากล.
๒. พ.ญ. ลาววัลย์ โทณวณิก.

๓. น.ส. สัทิน ช่างสุวรรณ.
๔. น.ส. เตือนใจ เกตุทัต.

รุ่นที่ ๕

(๕ กย. - ๓ ตค. ๒๕๐๕).

โรงพยาบาลอุดรฯ

๑. น.พ. ทองนอก นิตยสิทธิ์.
๒. น.พ. จรัส เภรณพงษ์.
๓. พ.ญ. ประเจียด ขุนนาค.
๔. พ.ญ. ม.ร.ว. จันทรวินัย เกษมสันต์.
๕. พ.ญ. สุนิตย์ เลาสุวรรณ.
๖. น.พ. สพจน์ อ่างแก้ว.
๗. น.ส. จำนง นวตระกูล (เภสัชกร).
๘. น.ส. ประหยัด สวัสดิ์บุตร.
๙. น.ส. จารุวรรณ ศรีวรรณท์.
๑๐. น.ส. เฉลา เจริญศรี.
๑๑. น.ส. อีรา ผ่องโชค.
๑๒. น.ส. อรุโรรณ ศิลป์พันธ์.

สถานื่อนามยชั้นหนึ่ง อำเภอนองบัว
กำกับ

๑. น.พ. โชติ พานิชกุล.
๒. น.พ. ทวี เจริญลาภ (ครึ่ง).

๓. น.พ. ไพโรจน์ อุ่นสมขัต (ครึ่ง).
๔. พ.ญ. ทองที เรื่องไพโรจน์.
๕. น.พ. ปรีชา วงศ์ตระกูล.
๖. น.ส. พานีย์ ศิริเสรี.
๗. น.ส. ฉนอมศรี เมฆมณี.

๓. นิตยา สุ่มมะเคอณ.
๔. น.ส. นิตยา บุญญทรัพย์.

รุ่นที่ ๖

(๑ ต.ค. - ๓ พ.ย. ๒๕๐๕)

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

๑. พ.ญ. ม.ร.ว. พวงแก้ว สุนทรเวช (ครึ่ง).
๒. พ.ญ. มาลินี เทพพิทักษ์ (ครึ่ง).
๓. น.พ. เตมีย์ ชีระมิตร.
๔. พ.ญ. นันทพร นิลวิเศษ.
๕. น.ส. สมปอง พิมพาภรณ์.
๖. น.ส. สมนศรี สุทธิภทรานนท์.

โรงพยาบาลอุดรฯ

๑. น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี.
๒. น.พ. ศุภวัตร พรรณเชษฐ.
๓. น.พ. บรรจงศักดิ์ นะมาตร์.
๔. น.พ. ประसार นิลประภัสสร.
๕. พ.ญ. อุกฤษ สุवास.
๖. พ.ญ. จุฬารัตน์ มหาสันทน.
๗. นางจิตติมา ชมนิ (เกสัชกร)
๘. น.ส. สุรัตน์ หมนยง.
๙. น.ส. มะทุม ศิริบุญ.
๑๐. น.ส. จรรยา ชุชมกลิ่น.
๑๑. น.ส. นงลักษณ์ เลาหะจินดา.
๑๒. น.ส. เขาวรัตน์ หุ่นดี.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

๑. พ.ญ. ทวงเดือน คงศักดิ์.
๒. น.พ. สุรศักดิ์ เมืองสมขัต.
๓. น.พ. แม่น หรพงศ์ (ครึ่ง).
๔. น.พ. วิชัย ตันไพจิตร (ครึ่ง).
๕. พ.ญ. ผกา ศรีวณิช.
๖. น.ส. พรรณี ศิริเกียรติ.
๗. น.ส. ครุณศรี ขำจิตต์.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

๑. น.พ. วรินทร์ เล็กประเสริฐ.
๒. น.พ. พิทยา คำรงวัฒน์.
๓. พ.ญ. วิภา ทองมิตร.
๔. น.ส. ศิวลี สุขสมขัต.
๕. น.ส. วิชุด์ ศรีเจริญ.

สถานื่อนามัยชั้นสอง อำเภอผ้อ

๑. น.พ. อธิพนธ์ เจริญผล.
๒. น.พ. วีระ วิเศษสินธุ์.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
ลำภู

๑. น.พ. ประเทือง พลชาติ.
๒. น.พ. ชงชัย พรรณลาภ.
๓. พ.ญ. อินทิรา สุกนธา.
๔. น.ส. สมหวัง พิมพ์วงศ์.
๕. น.ส. สุนันท์ ล้อมสมบูรณ์.

สถานอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองหาร

๑. น.พ. วรวิทย์ วงศ์ทองศรี (ครึ่ง).
๒. น.พ. สมชัย ขวรกิจทิ (ครึ่ง).

๓. น.พ. สภา สิมพานิชยการ
(ครึ่ง).

๔. น.พ. กำแกิง บุรณินท (ครึ่ง).

๕. น.พ. รวี พิมพ์คำ.

๖. น.ส. ศิริพรรณ ภาสะบุตร.

๗. น.ส. อารัตน์ แสงดี.

สถานอนามัยชั้นสอง อำเภอผือ

๑. น.พ. นิพนธ์ วิวัฒน์.

๒. น.พ. อนันต์ ทัดมชยกุล.

๓. น.ส. ศิริมา ศรีเสวี.

๔. น.ส. สุพร ศุภธนสินเกษม.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน									รวม
ผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๒๓๗	๒,๓๗๗	๒,๓๕๓	๒,๑๕๑	๒,๔๒๖	๘๙๗	๕๑๓	๑๘,๕๑๔
	เก่า	๗,๕๓๗	๓,๗๒๕	๕,๘๘๕	๓,๓๕๐	๓,๕๕๕	๑,๗๕๕	๑,๐๓๕	๒๗,๗๖๖
	รวม	๑๒,๑๗๔	๖,๑๐๒	๘,๒๓๘	๕,๕๐๑	๖,๙๘๑	๒,๖๕๒	๑,๕๔๘	๔๖,๒๘๐
ใน		๒๒๕	๔๒๕	๑,๘๗๓	๓๒๑	๔๑๖	—	๕๑	๓,๓๕๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๖๒, จักษุ ๗๓๕, สูติ-นรี ๘๒๑, รวม ๒,๒๑๘ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๗๑๕, หญิง ๖๗๐, รวม ๑,๓๘๕. คลอดตาย, ชาย ๑๖, หญิง ๗, รวม ๒๓.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๔๓ คน (๗.๓๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๔๒ ราย (๗.๐๗ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๕๑ ครั้ง, มหันตโทษ ๖๗ ครั้ง, ลหุโทษ ๓๑ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๑๖๗ ขวด, จากญาติ ๖๗ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๕๑๓. ทำการผสมเลือด ๑,๘๖๓, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๒๐๐ ครั้ง, ทำ พลาสมาแข็ง ๖๖, เกิดเลือด —.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๐๑๗ คน. รักษาใหม่ ๑๖๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๘๐๘ คน. รักษาติดตาม ๘๔๒ คน, เติมน้ำรักษาใหม่ ๒๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๗ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๓๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕๒ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่—คน, รวมรักษาใหม่เก่า—คน. โคบอลต์รักษาใหม่ ๑๐๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๖๑๘ คน, ภาควิชาไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๓๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๘๘๑ คน.
๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๒๑๔ ครั้ง, การตรวจพิเศษ — ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๒ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๘๒๓ ชิ้น ตรวจเนื้อ ๑,๕๐๓ ชิ้น (จากภายนอก ๕๖๐ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๘ ราย. การตรวจเชรุ่มวิธีวัดตาล ๗๓ ราย. การตรวจวิธี วี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๔๒๕ ราย. การตรวจวิธีพอลมันแนล ๓. หมู่เลือด ๑๕. นับเม็ดเลือด —. วัคซีนโมโนโคลนิน —. ตรวจปัสสาวะ ๓๗๓ ราย. ตรวจอุจจาระ ๓๔๑ ราย. การตรวจวิธีคัมบี้ ๕ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๓๕๐. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๒๗. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๕. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. —. การตรวจวิธีไรเตอร์โปรเทอน ๒๑๓ ราย.

๕. แผนกปรสิตวิทยา เพาะเชื้อบิด ๓ ราย. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๑๕๐. การนับไข่พยาธิ ๖. การตรวจพิเศษ ๕.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๕. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๕๕. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๔๖. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๕๔๐. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๑๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๑๔. นิตยสารทั่วไป - ทดสอบความไวของเชื้อคอตีบ ๑๐๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๕. เพาะเชื้อรา ๑๔.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๔๗ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๗๔ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๕๑ ราย. ตรวจผู้บวชคดี ๕๐๐ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๑ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๕ ราย. ไปศาล ๔ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๕๐, แจ้งข่าว -.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๘. เจาะน้ำสันหลัง ๒๓. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๔. เจาะเลือด ๔๒๑. อัดลมเข้าช่องปอด - อัดลมช่องท้อง - ผ่าตัดผิวหนัง ๓๑. จี้ผิวหนัง ๓๗. นิตยสารทั่วไป ๒,๔๕๔. ให้น้ำเกลือ ๓๗๕. ให้ออกซิเจน ๗๒. เบาหวาน ๓,๕๖๗. คลินิกผิวหนัง ๑๕๕.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคปาก ๔๒๐. ถอนฟัน ๑,๓๐๕. อุดฟัน ๑,๒๒๕. ผ่าตัดช่องปาก ๔๖. ชะแผล ๖๗. นิตยสาร ๔๗.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน หรือใช้เช็คออมสิน.

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำปีเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๑

๑. จำนวน									รวม
ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออโรโธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๑๔๘	๒,๑๒๗	๒,๒๒๘	๑,๕๑๒	๒,๓๔๕	๖๓๕	๔๗๐	๑๓,๘๖๕
	เก่า	๗,๓๕๖	๓,๓๔๑	๕,๔๗๔	๒,๘๔๘	๔,๐๘๑	๑,๒๗๕	๕๓๗	๒๕,๓๕๒
	รวม	๑๑,๕๐๔	๕,๔๖๘	๗,๗๐๒	๔,๓๖๐	๖,๔๒๖	๑,๙๑๐	๑,๐๐๗	๓๙,๒๑๗
ใน		๒๖๕	๔๑๔	๑,๗๒๘	๒๖๕	๔๓๕	—	๕๐	๓,๑๖๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๗๒, จักษุ ๖๒๒, สูติ-นรีฯ ๗๒๓, รวม ๑,๙๑๗ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๖๖๐, หญิง ๕๖๐, รวม ๑,๒๒๐. คลอดคาบ, ชาย ๔, หญิง ๘, รวม ๑๒.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๓ คน (๖.๗๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๒๖ ราย (๑๒.๒ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๑๘ ครั้ง, มหันตโทษ ๑๔๖ ครั้ง, ลหุโทษ ๔๘ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๒๕๕ ขวด, จากญาติ ๘๐ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๐๔๗. ทำครอสแมตซิงก์ ๒,๑๑๘, จำนวนเลือดที่ใช้—ครั้ง, ทำพลาสมาแข็ง ๔๕, เกิดเลือด ๑๒.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๘๑๐ คน. รักษาใหม่ ๑๖๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓,๑๐๔ คน. รักษาติดตาม ๗๖๔ คน. ภาควิชาใหม่ ๒๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๘ คน. รังสีต้นรักษาใหม่ ๔๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๗ คน, ไฟฟ้ารักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ รักษาใหม่ ๕๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๕๗๕ คน, รัตติโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๓๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๕๕๕ คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๕๑๖ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๖ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๕๐๒ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๔๔๖ ชิ้น (จากภายนอก ๕๕๐ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๖๘ ราย. การตรวจเชรุ่มวิธีวัดผล ๘๒ ราย. การตรวจวิธี วิ.ดี.อาร์. แอล. ๓,๓๕๘ ราย. การตรวจวิธีพอลบินเนต ๑๓. หมู่เลือด ๑๕. นับเม็ดเลือด —. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๔๐๑ ราย. ตรวจอุจจาระ ๓๖๓ ราย. การตรวจวิธีคัมบ์ ๒๒ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๓๖๓. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๒๕. การตรวจวิธี อาร์.เอช. — ราย. การตรวจวิธี เอ็ม.ไอ. —. การตรวจวิธีไรเตอร์ โปรเทอีน ๒๕๘ ราย.

๕. แผนกปรสิตวิทยา เพาะเชื้อมด ๕. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๕๐. การนับไข่พยาธิ ๕. การตรวจพิเศษ ๗.
๑๐. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๘๓. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๕๐. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๑๗. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๕๒. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๓. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๒๘. นิ้ดสัตว์ทดลอง ๕. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๖๕. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๑. เพาะเชื้อรา ๒๓.
๑๑. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๕๗ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๗ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๗๒ ราย. ตรวจผู้บ้วยคดี ๕๑๒ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๔ ราย. ตรวจเนื้องอกกล่องจุลทัศน์ ๕ ราย. ไปศาล ๔ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๑๐๗. แจงข่าว —.
๑๒. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้บ้วยนอก) เจาะท้อง ๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๗. เจาะตับ ๑. เจาะน้ำช่องปอด ๑. เจาะเลือด ๓๕๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕. จัฝผิวหนัง ๒๒. นิ้ดยาทั่วไป ๒,๕๐๐. ให้น้ำเกลือ ๓๑๕. ให้เลือด ๖๓. เบาหวาน ๓,๗๕๕. คลินิกวัณโรค ๕๐.
๑๓. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๕๘. ถอนฟัน ๑,๐๘๒. อุดฟัน ๗๘๓. ผ่าตัดช่องปาก ๕๕. ชะแผล ๕๗. นิ้ดยา ๑๗.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

ประกาศของคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล

๑. เรื่องให้อาจารย์และแพทย์ทุกท่าน

ในคณะสวมเสือกุลมและติดชื่อ

เพื่อความเรียบร้อยเรียบร้อยและเพื่อ
ป้องกันคนแปลกปลอมเข้ามาในคณะ ฯ
และโรงพยาบาล ให้อาจารย์และแพทย์ทุก

ท่านในคณะสวมเสือกุลมและมีป้ายชื่อติด
หน้าอกเสือกุลมเห็นออกกระเป๋าช้างซ้าย.

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๑๑

๒. เรื่องสิทธิของแพทย์สังกัดอื่นที่มา
ดูงานในคณะ ฯ

โดยมติของคณะ ฯ เมื่อวันที่ ๒๒
สิงหาคม ๒๕๑๑ ใ้วางระเบียบของโรง

พยาบาลเรื่องสิทธิของแพทย์สังกัดคนที่มา
งานในคณะ ฯ ดังนี้

- (๑) แพทย์ที่เข่นอาจารย์จากสถาบัน
หรือโรงพยาบาลอื่น มีสิทธิเฉพาะในการ
สอนและในการรักษาพยาบาล. (๒)
แพทย์จากสถาบันหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่
มิได้เข่นอาจารย์มีสิทธิเฉพาะในการรักษา
พยาบาลเท่านั้น. (๓) แพทย์ที่ประกอบ
โรคศิลป์ส่วน ตัว มีสิทธิเพียง มาคงาน.
- (๔) แพทย์ประจำบ้านจากคณะแพทย-
ศาสตร์ หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ มีสิทธิ แต่
เฉพาะในการรักษาพยาบาล. (๕) แพทย์
ที่ยังมิได้รับใบ ประกอบโรคศิลป์ มีสิทธิ
เท่ากับแพทย์ฝึกหัดหมื่นเวียน. (๖)
แพทย์ ที่มาคงาน ถ้าช่วยลง ใน ขณะที่มาค
งานมีสิทธิได้รับ การ ลคหย่อน หรือยกเว้น
ในการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับคิษย์เก่า
หรือข้าราชการในคณะ ฯ อื่น ๆ ของมหา-
วิทยาลัยแพทยศาสตร์. (๗) สิทธิต่าง ๆ
ดังกล่าวจะมากน้อยเท่าใดให้อยู่ในคฤคย-
พินิจของหัวหน้าแผนก.

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๑๑

การประชุมวิชาการปีการศึกษา ๒๕๑๑-
๒๕๑๒

ครั้งที่ ๑ ๓๑ พค. ๒๕๑๑. เรื่อง "การ
คงชีพอยู่ด้วยไตเทียม", โดย น.พ. สง่า
นิลวรานกร (อายุรฯ), ศจ. น.พ. รจิต
บุรี (อายุรฯ รามาฯ), น.พ. พิเศษ
จิรวงศ์ (อายุรฯ), และ น.พ. อภิชาติ
วิษณุฉัตรน (อายุรฯ).

ครั้งที่ ๒ ๗ มีย. ๒๕๑๑. (๑) เรื่อง
"มัลติเปิ้ล มัยอิลอมา", โดย น.พ.
มนสิทธิ คชเอนก (อายุรฯ), น.พ.
ประเวศ วัสส์ (อายุรฯ), ศจ. น.พ. สภา
ณ นคร (อายุรฯ). (๒) เรื่อง "รหัส
เลขสำหรับงาน ทะเบียนชื่อ ที่ สกค ด้วย
ภาษาไทย", โดย น.พ. ภูเก็ต วาจันนที
(กายฯ).

ครั้งที่ ๓ ๑๔ มีย. ๒๕๑๑. เรื่อง "การ
ศึกษาทางคลินิก และ ทางชีวเคมี เกี่ยวกับ
โรคเหน็บชาในผู้ใหญ่", โดย น.พ. วิชัย
ตันไพจิตร (รามาฯ), ดร. สิรินทร์
โมกษ์สันตว์ (วิทยาฯ แพทย์), และ
น.พ. อารี วัลยะเสวี (รามาฯ).

ครั้งที่ ๔ ๒๑ มีย. ๒๕๑๑. เรื่อง การศึกษาทางชีวเคมีของ อัลคาไลน์ ฟอสฟาเทส ในโรคมะเร็งตับ", โดย น.พ. แมน หรพงค์ (อายุรฯ), ศจ. น.พ. วีกิจ วิจารณ์วัฑฒ์ (อายุรฯ), น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ (พยาธิฯ), น.พ. เกษม ลิมวงศ์ (ศัลย์ฯ), น.พ. อุกฤษต์ เปล่งวานิช (อายุรฯ).

ครั้งที่ ๕ ๑๒ กค. ๒๕๑๑. (๑) เรื่อง "อุบัติเหตุของการทดสอบ ซีบีพีลิส ทางเซโรโลยีที่ ร.พ. ศิริราช", โดย พ.ญ. ปราณี สิงห์ประเสริฐ (พยาธิฯ คลินิก), พ.ญ. เบญจวรรณ จามิกร (พยาธิฯ คลินิก), ศจ. น.พ. สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ (พยาธิฯ คลินิก). (๒) เรื่อง "เอเทรียล เซปโตสโตมัย ในการย้ายที่หลอดเลือดใหญ่ด้วย รัชคิน แคธิเตอร์", โดย น.พ. ปรีชา วิจิตพันธ์ (กุมารฯ), พ.ญ. จิราศรี เนตราคม (กุมารฯ), และ น.พ. เสน่ห์ เจ็บสกุล (กุมารฯ).

ครั้งที่ ๖ ๑๕ กค. ๒๕๑๑. เรื่อง "การวินิจฉัยโรคทางคลินิกของ ซาร์คอบาซิโดสิสกับการทดสอบของ Kveim", โดย น.พ.

สมชัย ขวรกิตติ (อายุรฯ), น.พ. ขันัญญิตี ปริชญานนท์ (อายุรฯ), น.พ. ประเสริฐ ปาจรีย์ (พยาธิฯ), น.พ. นิวัฒน์ จันทรสกุล (พยาธิฯ), และ น.พ. ชีระ ลิมศิลา (ศัลย์ฯ).

ครั้งที่ ๗ ๒๖ กค. ๒๕๑๑. (๑) เรื่อง "ซีบีสเต็มิก ลิปัส อิริย์ธามาโตสิส", โดย พ.ญ. มาลิตา พรพัฒน์กุล (พยาธิฯ คลินิก), ศจ. พ.ญ. สุภา ฌ นคร (อายุรฯ), และ น.พ. ประเวศ วัช (อายุรฯ).

ครั้งที่ ๘ ๒ สค. ๒๕๑๑. เรื่อง "แกสโตรไฟโตกราฟี ใน ร.พ. ศิริราชด้วยแกสโตรไฟเบอร์สโคป ของญี่ปุ่น", โดย อาจารย์ในแผนกอายุรศาสตร์ คือ ศจ. น.พ. วีกิจ วิจารณ์วัฑฒ์, น.พ. อุกฤษต์ เปล่งวานิช, พ.ญ. เจียมจิตต์ คำรงค์ศักดิ์, น.พ. สวัสดิ์ หิตะนันท์, พ.ญ. อรพรรณ เจียรนัย, และ พ.ญ. ศศิประภา คุ้มจินดา.

ครั้งที่ ๙ ๙ สค. ๒๕๑๑. (๑) เรื่อง "การทดสอบ Figlu", โดย พ.ญ. เพ็ญศรี ภิษุฑูทรวงวรย์ (เทคนิคฯ), และ ศจ. พ.ญ. สุภา ฌ นคร (อายุรฯ). (๒)

เรื่อง “การกระจายของพญฺุชณะตัวแรกของชอไทย”, โดย น.พ. ภูเก็ท วาจนนท.

ครั้งที่ ๑๐ ๓๐ ส.ค. ๒๕๑๑. (๑) เรื่อง “การศึกษาระชาวิทยาและการบอองกันโรคโปลิโอในประเทศไทย”, โดย น.พ. มุกดา ตฤชณานนท (เวชศาสตรบอองกันฯ), ประกอบ ตูจึนกา (กรมวิทยา-ศาสตรการแพทย), น.พ. ประยูร กุณาศล (กรมอนามัย), พ.ญ. ประลมภักคกนตนาค (เทศบาลนครกรุงเทพฯ).

การบรรยายพิเศษปีการศึกษา ๒๕๑๑-๒๕๑๒

ครั้งที่ ๑ ๒๘ มี.ย. ๒๕๑๑. เรื่อง “WHO Workshop ในการศึกษาแพทยในวิธการประเมินผล”, โดย ศจ. น.พ. วิภิจ วิรานวักต.

ครั้งที่ ๒ ๕ กค. ๒๕๑๑. เรื่อง “คาแห่งของวิชาจิตวิทยาในการศึกษาแพทย”, โดย ศจ. น.พ. กษาณ จากิก-วณิษ, ศจ. น.พ. อรณ ภาคสุวรรณ และ ศจ. น.พ. รจิต บรี.

ครั้งที่ ๓ ๑๖ ส.ค. ๒๕๑๑. (๑) เรื่อง “ใช้หวัคใหญ่สมัย ร. ๖”, โดย น.พ. สํารานู วังคพาท. (๒) เรื่อง “M.R.C.P.”, โดย ศจ. น.พ. วิภิจ วิรานวักต.

ปาฐกถาพิเศษจากอาคันตฤ

ในระยะเคอน มีถนายน-สิงหาคม นมีอาคันตฤเขาเยยมคณะแพทยศาสตรและศิริราชพยาบาล และได้บรรยายเรื่องนํารูตําง ๆ กงนี้:-

ครั้งที่ ๑ ทนคแพทย Murray Jame Barrett แห่งคณะแพทยศาสตร, มหา-วิทยาลัย Adelaide, ออสเตรเลีย, ได้บรรยายเรื่อง “ออสเตรเลียน อะบอริจึนส์” เมื่อวันที่ ๑๑ มี.ย. ๒๕๑๑.

ครั้งที่ ๒ Dr. Isac Djerassi, รองศาสตราจารยวิธากมารเวชศาสตร, มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย, เป็นผูอํานวยการคลังเลอกและเป็นแพทยทางโลหิตวิทยาของโรงพยาบาลเท็กที่ฟิลา-เดลเฟีย, ได้บรรยายเรื่อง “ความคิกเห็นใหม่ ๆ ในการบําคและวิจัโรคมะเร็ง”, ในวันที่ ๑๑ กค. ๒๕๑๑.

ครั้งที่ ๓ Dr. Y. Baker, อาจารย์อาวุโส
ของ แผนก วิชาไวรัสในโรงเรียนแพทย์
ของมหาวิทยาลัย เซบรีว, ประเทศอิสรา-
เอล, ได้แสดงปาฐกถาเรื่อง "ทราโนมา",
เมื่อวันที่ ๒๒ กค. ๒๕๑๑.

ครั้งที่ ๔ Dr. Sylvia Lawler, พยาธิ
แพทย์ ฝ่าย วิจัย แห่ง สถาบัน วิจัย มะเร็ง,
ลอนดอน, ได้บรรยายเรื่อง "โคโนโมโซม
ในการแพทย์", ในวันที่ ๕ สค. ๒๕๑๑.

ครั้งที่ ๕ Prof. Christian Bernard,
แห่งโรงพยาบาล Groote Schuur, มหา-
วิทยาลัย เคปทาวน์, สหภาพแอฟริกาใต้,
บรรยายเรื่อง "การ เปลี่ยนหัวใจคน",
เมื่อวันที่ ๑๕ สค. ๒๕๑๑.

อบรมวิชาครุศาสตร์

คณะกรรมการ, ฟ้าลงกรณมหา-
วิทยาลัยไต้หวันเพื่อส่งศาสตราจารย์ผู้ช่วย
อำเภอ สุจริตกุล, เลขานุการคณะกรรมการฯ
มาจัด การ ดำเนิน การ อบรม ระหว่าง วัน
ที่ ๑๕-๒๓ สิงหาคม ๒๕๑๑, เวลา
๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. ทุกวัน. การ
บรรยายมีหัวข้อ เกี่ยวกับ ศิลป์ ในการ พก,

การเตรียมตัวและการฝึกซ้อมการพูดแบบ
ต่างๆ และการ ประชุม แบบ ต่าง ๆ ฯลฯ
ได้มีผู้เข้าฟัง เป็นจำนวนมาก และมีความ
พอใจทั่วหน้ากัน.

ไปต่างประเทศ

(๑) พ.ญ. สมพร เอกรัตน์, หน่วย
กลางรายงานและสถิติ, เดินทางไปฝึก
อบรมวิชาการ ทาง การแพทย์ และ การ
บริหารโรงพยาบาล ที่มหาวิทยาลัยลิคส์,
ประเทศอังกฤษ, วิทยุชนโคลัมโบเป็น
เวลา ๑ ปี ๓ เดือน, ตั้งแต่ ๑๗ กค.
๒๕๑๑.

(๒) น.ส. นิภา โสมนะพันธ์, อาจารย์
ชีวเคมี, ไปศึกษาวิชาชีวเคมีเพิ่มเติม
ที่ สรช. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๑๔ กค.
๒๕๑๑.

(๓) พ.ญ. ประภัสสร จุลกระรัตน,
แผนกเภสัชวิทยา, เดินทางไปศึกษา, ก
งาน และประชุม ณ สรช. วิทยุชนไชน่า
เมติกัลบอร์ค เป็นเวลา ๑ ปี. ออกเดินทาง
เมื่อ ๒๗ กค. ๒๕๑๑.

(๔) น.พ. คำรง เพ็ชรพลาย, แผนก
เภสัชวิทยา, ได้รับความเชิญจากบริษัทเคเค
ไปปฏิบัติงานทางเภสัชวิทยาที่ประเทศญี่ปุ่นเป็น
เวลา ๓ เดือนโดยการติดต่อผ่านแพทย์-

สมาคมฯ. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๗ ส.ค. ๒๕๑๑.

(๕) น.พ. กำรง กิจกุล, ไปประชุมเรื่องแผนงานศึกษาและเครื่องช่วยคนพิการ, ซึ่งองค์การสหประชาชาติจัดขึ้น ณ ประเทศเคนมารัก, เมื่อวันที่ ๒๕ มี.ย. ๒๕๑๑. ในระหว่างเดินทางกลับจะทำงานที่งานที่ประเทศอิสราเอล, อิหร่านและเยอรมนีด้วย.

(๖) น.พ. ประเวศ วัชรี, ไปประชุมเกี่ยวกับโลหิตวิทยาที่ญี่ปุ่นและอเมริกา, และทำงานเป็นเวลาประมาณ ๒ เดือน. ออกเดินทางเมื่อ ๑๘ ส.ค. ๒๕๑๑.

(๗) น.พ. ทินรัตน์ สถิตินิมาการ, ได้เข้าร่วมประชุมของเกรสนานาชาติทางฮิสโตเคมี, ครั้งที่ ๓, ที่นิวยอร์ก, สหรัฐ. ในระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๒ ส.ค. ๒๕๑๑. ในการนี้ได้นำผลงานวิจัยทางเอ็นไซม์ฮิสโตเคมีของมะเร็งตับไปแสดงต่อที่ประชุมด้วย.

ขอให้ไปศึกษา.

กลับ

(๑) พ.ญ. สายสงวน อลงหนันท์, กลับจากประเทศอังกฤษและเข้าปฏิบัติ

ราชการตามปกติแล้วตั้งแต่ ๑๘ ก.ค. ๒๕๑๑.

(๒) พ.ญ. นฤมล มรรคทองแก้ว, เดินทางกลับจากศึกษา ณ สหรัฐ. แล้วเมื่อวันที่ ๒๒ ก.ค. ๒๕๑๑.

(๓) น.พ. ปรีชา เจตนะคิลยึน, แผนกสรีรวิทยา, กลับจากศึกษาและทำงานอดิสรวิทยาในประเทศเยอรมนีเมื่อ ๑๓ ก.ค. ๒๕๑๑.

ได้รับเกียรติ

ในการประชุมใหญ่ของเอเชียแปซิฟิกอคาเดมี ออฟ ออฟฟิซิโพลอยดี ครั้งที่สามที่สิงคโปร์, น.พ. สัมราญ วงศ์พำห้ได้รับเลือกเป็นกรรมการบริหารของอคาเดมี ซึ่งจะได้จัดให้มีการประชุมครั้งต่อไปที่เมือง อ็อคแลนด์ (นิวซีแลนด์) ในปี ๒๕๑๑ นี้, และได้เป็นอนุกรรมการว่าด้วยคลังยีนและอนุกรรมการป้องกันตาขอสำหรับบริเวณ เอเชีย - แปซิฟิกอีกด้วย. ขอแสดงความยินดีด้วย.

อนุโมทนา

(๑) เมื่อ ๒๒ ส.ค. ๒๕๑๑ คณะอาสาสมัคร (กลุ่มศิริราช) จากสภาสังคม

สงเคราะห์ จำนวนประมาณ ๗๐ คนได้ มาช่วยงานใน ร.พ. ศิริราช ตลอดวัน, และเกือบทุกคืน, เพื่อโดยเสด็จพระราชกุศลเนื่องในโอกาสเฉลิมพระชนมพรรษา ครบ ๓ รอบของสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ. นอกจากนี้ได้ร่วมกันบริจาคเงินเพื่อซื้อพัสดุ มามอบให้ตึก กุมารฯ ต่อไป.

(๒) กลุ่มอาสาสมัครมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้นำสมาชิกประมาณ ๑๐๐ คน ไปสละโลหิตให้สภากาชาดไทย เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษาครบ ๓ รอบของ สมเด็จพระบรมราชินีนาถฯ ในวันที่ ๑๒ ส.ค. ๒๕๑๑, ตั้งแต่เวลา ๘.๓๐ ถึง ๑๔.๐๐ น.

(๓) นาย เอ. แอล. ไบลแมน ได้บริจาคเงิน ๘๐๐ บาท เพื่อซื้อหนังสือ สำหรับที่สมุดของห้องฝึก แผนกศัลยศาสตร์.

(๔) นางสาว วิบลยานนท์, บริจาคหนังสือตำรา สำหรับที่สมุดของห้องฝึก เป็นมูลค่า ๑,๐๐๐ บาท.

แพทย์ชนะเลิศบริดจ์

ผลแห่งการแข่งขันบริดจ์ชิงชนะเลิศแห่งประเทศไทยประเภทสโมสร

ประจำปี ๒๕๑๑ นี้ ปรากฏว่าทีมสโมสรแพทย์เป็นทีมชนะเลิศ. ผู้เล่นคือ น.พ. สมอง อนาคต, น.พ. มงคล สืบแสง, น.พ. บรรพต บุญศิริ, และ น.พ. เชิด โทณะวณิก.

อนึ่ง, ผลแห่งการแข่งขันบริดจ์ชิงชนะเลิศแห่งประเทศไทยประเภทมหาวิทยาลัย ประจำปี นี้ ก็ ปรากฏว่า ทีมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้ครองตำแหน่งชนะเลิศ และรองชนะเลิศด้วย. ทีมชนะเลิศประกอบด้วย นศพ. อภัย อยุธยา, นศพ. ไพศาล หังสพฤกษ์, นศพ. ชาญ คุ้มจินดา และ นศพ. ประเสริฐ อธิรัตน์. ทีมรองชนะเลิศ ประกอบด้วย นศพ. สุขสันต์ ทิพทัส, นศพ. วินัย จารุพันธ์, นศพ. สงวน ททรัพย์ทวีชัยกุล และ นศพ. ชีระ ตั้งตรงจิตร. จึงเป็นที่ประจักษ์ว่า "ชาติ เลื่อย่อมไม่ทิ้งตาย". ขอแสดงความยินดีด้วยอย่างยิ่ง.

สมรส

พ.ญ. ถวิลศักดิ์ ศรีเพชร, และ น.พ. นิพนธ์ วีระวัฒน์, ได้เข้าสู่พิธีมงคลสมรส เมื่อวันที่ ๒๖ กค. ๒๕๑๑. ขอแสดงความยินดีและอำนวยการ.

ไต่บุตร

(๑) น.พ. คณิต พานิชกนก, ไต่บุตรคนแรกเป็นหญิง เมื่อวันที่ ๑ กค. ๒๕๑๑.

(๒) พ.ญ. ทศนีย์ จงศุภชัยสิทธิ์, ไต่บุตรคนแรกเป็นหญิง.

ถึงแก่กรรม

(๑) น.พ. สมนึก วิทิตวรการ, พ.บ. รุ่น ๒๔๕๒-๕๓, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี, ไต่ถึงแก่กรรมโดยปัจจุบัน เมื่อวันที่ ๒๗ ส.ค. ๒๕๑๑. น.พ. สมนึก

ได้ทำความเจริญให้กับโรงพยาบาลราชบุรี เป็นอันมาก ในระหว่าง ๑๕ ปีที่ผ่านมา. จึงเป็นที่น่าเสียดายเป็นอย่างมาก ในการสูญเสียบุคคลที่มีประโยชน์ยิ่งผู้หนึ่งในวงการแพทย์ก่อนเวลาอันสมควร. ขอแสดงความเสียใจแก่คุณหมอโสภี (นิพิธัส-การ), ครอบครัวตลอดจนญาติมิตรด้วย.

(๒) นายสวस्थ्य ฉวีศิริพร, บัณฑิติกายภาพถ่ายภาพแรกของศิริราช, ซึ่งไปทำงานที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท, ไต่ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ๑๑ ส.ค. ๒๕๑๑. น่าเสียดาย. ขอแสดงความเสียใจด้วย.

ข่าวพยาบาล

พิธีแจกประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เมื่อ ๑๑ ก.ค. ๒๕๑๑ เวลา ๑๕.๐๐ น. ท่านอธิการบดี ฯ ได้เป็นประธานในพิธีแจกประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลจำนวน ๖๓ คน, เป็นของโรงพยาบาลรามธิบดี (รุ่นแรก) ๕๓ คนและของโรงพยาบาลศิริราช ๑๐ คน. เสร็จแล้วผู้รับกล่าวคำปฏิญาณตนและท่านอธิการบดี ฯ ให้โอวาท.

พิธีไหว้ครูของพยาบาล

โรงเรียนพยาบาล ฯ ได้จัดพิธีไหว้ครูขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่สิบหกที่ ๑๕ กค. ๒๕๑๑ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย, โดยมีผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ เป็นประธาน และมีท่าน คณบดี ฯ และบรรดาอาจารย์มาร่วมด้วยหลายท่าน. พิธีเริ่มเมื่อ ๑๐.๐๐ น. โดยครุฑนำสวดมนต์และ

หัวหน้านักศึกษา กล่าวคำปราศรัยให้ครู
ทำนองคำฉันท์. เสร็จแล้วผู้แทนนักศึกษา
แต่ละประเภทนำพานอกไม้และรูปเขียน
เข้าแสดงการระท้อผู้อำนวยการโรงเรียนฯ
ในฐานะตัวแทนคณาจารย์. ผู้อำนวยการ
โรงเรียนฯ และคณบดีฯ ให้โอวาท. งาน
ยติเมื่อ ๑๑.๓๐ น.

อนึ่ง, ในการนี้มีการประกวดพานอก
ไม้รูปเขียน ซึ่งนักศึกษาแต่ละชั้นนำมา.
ผลปรากฏว่า ประเภทสวยงามได้แก่พาน
ของนักศึกษาปริญญาพยาบาลปีที่ ๕, และ
ประเภทความคิดได้แก่พานของนักศึกษา
อนุปริญญาปีที่ ๑.

ไปต่างประเทศ

น.ส. วิเชียร ทวีลาภ (ทุนไชน่าเมดิ-
คัลบอร์ค) และ น.ส. สปรานี เสนาศิษย์
(ทุนส่วนตัว), อาจารย์พยาบาล, ออกเดินทาง
เพื่อไปทำปริญญาโท ณ มหาวิทยาลัย
ยอฮัน, สวอ. ตั้งแต่วันที่ ๑๘ สค. ๒๕๑๑.

กลับ

(๑) น.ส. นงลักษณ์ เลาหะจินดา,

หัวหน้าพยาบาล ห้างผ้าตัดจักษ์ฯ กลับ
จากประเทศอังกฤษ แล้วตั้งแต่วันที่ ๗ กค.
๒๕๑๑.

(๒) น.ส. สุรัตน์ หมั่นยิ่ง, ครูผู้
ช่วยผู้ตรวจการศึกษาศาสตร์กลับจากงาน
ณ ประเทศมาเลเซียแล้วตั้งแต่วันที่ ๕ สค.
๒๕๑๑.

(๓) น.ส. มัลลิกา ศีร์วงษ์, หัวหน้า
พยาบาลตึกนฤเบศร์ กลับจาก สวอ. แล้ว
ตั้งแต่วันที่ ๑๗ สค. ๒๕๑๑ พร้อมด้วย
ประกาศนียบัตรแขนงการบริบาลเกี่ยวกับ
โรคเด็ก.

ได้บุตร

นางลัดดา อิมคินย์, อาจารย์พยาบาล,
ได้บุตรคนแรกเป็นชายเมื่อ ๑๖ กค.
๒๕๑๑. ยินดีด้วย.

ถึงแก่กรรม

น.ส. ศิริพรรณ ภาสบุตร, ครูพยาบาล
โท, หัวหน้าตึกจักษ์ ๓, ถึงแก่กรรม
ด้วยโรคหัวใจเมื่อ ๑๑ กค. ๒๕๑๑.
ขอแสดงความเสียใจแก่ครอบครัวและ
ญาติมิตรด้วย.

รายนามแพทย์, เกษัตริกรและพยาบาล
ของ คณะ ฯ ที่ไปปฏิบัติราชการใน
จังหวัดอุดรธานี

วันที่ ๒๗

(๒๒ มี.ย. ๒๑ กค. ๒๕๑๑)

โรงพยาบาลอุดร ฯ

- (๑) น.พ. พิทยา คำรงวัฒน์ (ครึ่ง)
- (๒) พ.ญ. ทศนาพร ชลธวัชรุ่งโรจน์ (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. เสนต์ จินสกล (ครึ่ง)
- (๕) น.พ. โสภาส วัชรภักษะ
- (๖) นางเอมอร นวาววัฒน์ (เภสัชกร)
- (๗) น.ส. ลาวณิชย์ แสงศักดิ์
- (๘) น.ส. อัญญา จากทรงคกุล.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) ศจ. น.พ. เขียว อทยานัง (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. จิรศักดิ์ มนต์สากร (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ประคัย พานิชกุล (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. ปราโมทย์ รัตคกุล (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. กาญจนา เอี่ยมบุญอิม
- (๖) น.ส. เบ็ญจมาศ กระเวนเวช.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนอง

หาร

- (๑) น.พ. วิชัย รุ่งขีตะรังสี (ครึ่ง)
- (๒) พ.ญ. ฉวีวรรณ ศยามล (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. ทองน่าน วิภาตะวงษ์ (ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. ผิว ลิ้มปพยอม (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. ลำทวน ภูมิโกครักษ์
- (๖) น.ส. ชนิกา พนทรพิชัย.

สถานื่อนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว

ลำภู

- (๑) น.พ. บรรจบ อินทรสุขศรี (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. สุพงษ์ อ่างแก้ว (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. เตมีย์ ธีระมิตร (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. ไพรัช เทพมงคล (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. ประภาส วรณสถิตย์
- (๖) น.ส. พาณีย์ ช่วยชู.

สถานื่อนามัยชั้นสอง อำเภอฝ่อ

- (๑) น.พ. ทรงฉัตร โดษะยานนท์
- (๒) น.พ. วิจิตร พานิช (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. นันทา มาระเนตร (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. สัจจารีย์ นามเรืองศรี
- (๕) น.ส. รุจี อภัยเขต.

วันที่ ๒๘

(๒๐ กค. ๑๘ สค. ๒๕๑๑)

โรงพยาบาลอุดรฯ

- (๑) น.พ. ศักดิ์พร พรหมเชษฐ (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. ทวีเรก พงศ์พิพัฒน์ (ครึ่ง)
- (๓) น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติ-
ยากร (ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. สุจิตรา ปรีชาหาญ (ครึ่ง)
- (๕) น.ส. กมลภรณ์ ช่างไหมค
(วิสัญญี)
- (๖) น.ส. สุวณี กาญจนลักษณ์
(เภสัชกร)
- (๗) น.ส. จันทนา คงเจริญ
- (๘) น.ส. กัญญา ประกอบสุข.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเพ็ญ

- (๑) น.พ. สาโรจน์ ประชัยขาม
- (๒) น.พ. ชีระ ศรีภิญโญ (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. มาลิกา พรพัฒน์กุล (ครึ่ง)
- (๔) น.ส. สมพิศ ยวนานนท์
- (๕) น.ส. สุภรณ์ พนสุข.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนอง

หาร

- (๑) น.พ. ธวัช โลพันธ์ศรี (ครึ่ง)

- (๒) น.พ. ประเสริฐ ทุมวิภาต (ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ทวงตา พงศ์หิรัญ (ครึ่ง)
- (๔) น.พ. อภิชาติ วิชชาญาณรัตน์
(ครึ่ง)
- (๕) น.ส. วันเพ็ญ รวพทภษ
- (๖) น.ส. นววรรณ อริยะสกุล.

สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอหนองบัว
ลำภู

- (๑) น.พ. อนันต์ ทัศนชุกกุล (ครึ่ง)
- (๒) น.ส. จำเรียง ทัศนวรรณะ
(ครึ่ง)
- (๓) พ.ญ. ช่อฟ้า แก้วจินดา (ครึ่ง)
- (๔) พ.ญ. ฤดี ปลื้หจินดา
- (๕) น.ส. เนตรทราย สุขขิง
- (๕) น.ส. วรรณมา แสงทวี.

สถานีอนามัยชั้นสอง อำเภอผือ

- (๑) น.พ. อุกฤษต์ เปล่งวานิช (ครึ่ง)
- (๒) น.พ. ประพาฬ ยงใจยุทธ (ครึ่ง)
- (๓) น.ส. ปทุม สิงห์หิรัญนุสรณ์
- (๔) น.ส. กสินธ์ หงษ์ประภัสสร.