



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยมูลนิธิคณะ กรรมการคณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๔๙๒

Volume 1, Number 5, May 1949

ข้อสังเกตผลการใช้เมธิลเออร์ โกลเมทรินในสูติกรรม

สถานี ปรับักษ์ขาม พ.บ.

(ในความควบคุมของศาสตราจารย์ เคิม ยุนนาค)

แผนกสูติศาสตร์นารีเวชวิทยา

อันตรายสำคัญอย่างหนึ่งในการคลอดบุตรซึ่งอาจทำให้ผู้คลอดเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วและซึ่งอาจเกิดขึ้นได้บ่อยๆ ก็คือการตกเลือด อาจกล่าวได้ว่าระยะแรกเป็นระยะที่มีอันตรายที่สุดสำหรับมารดาโดยที่มักจะมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น โดยเฉพาะการผิดปกติในการลอกตัวของรกเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ดังนั้นจึงมียาหลายชนิดที่ใช้กระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น ซึ่งอาจจำแนกออกได้เป็นสามจำพวกคือ (๑) ยาที่ได้จากไฮโปไฟซิส (๒) ยาที่ได้จากเออร์โกต (๓) ยาจำพวกซิงโคเน

ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะยาที่นับเข้าอยู่ในจำพวกที่สอง ในเออร์โกตมีแอลคาลอยด์อยู่หลายชนิด ในปี ๑๙๑๕ Tanret แห่งปารีสได้ค้นพบแอลคาลอยด์ที่ออกฤทธิ์ต่อมดลูกซึ่งได้ให้ชื่อว่า เออร์โกติ

นิน แต่ปรากฏว่าฤทธิ์ต่อมดลูกของสารนี้มีน้อยไม่เหมาะสำหรับใช้ในการรักษา ต่อมาในปี ๑๙๐๖ Barger และ Carr นักเคมีชาวอังกฤษได้ค้นพบแอลคาลอยด์ใหม่ในเออร์โกต คือ เออร์โกโทซิน ในปี ๑๙๑๘ Stoll ได้พบแอลคาลอยด์เออร์โกตะมิน ซึ่งมีฤทธิ์ต่อมดลูกแรงที่สุด ในปี ๑๙๓๒ สูติแพทย์อังกฤษ Moir แสดงความเห็นว่ายเออร์โกตคงจะมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อมดลูกไม่เพียงแต่แรงอย่างเคียวหากแต่เร็วด้วย ดังนั้นจึงได้มีการทดลองกันอย่างละเอียดยิ่งขึ้น ซึ่งนำไปพบแอลคาลอยด์ใหม่ๆ อีก เช่น เออร์โกลเมทริน (Dudley, Moir) เออร์โกโทซิน (Ergotocine, Kharrash) เออร์โกสะเตทริน (Thompson) และเออร์โกบะซิน (Stoll กับ Burkhardt)

ยาที่ประกอบด้วยเออร์โกทีมีนขนาดหนึ่งซึ่งรู้จักกันทั่วไปคือ โกลเนอร์เจิน ยานี้มีฤทธิ์แน่นอนและขนาดที่คงตรง มันทำให้มดลูกมีโทนัสและจึงหดรัดตัวเพิ่มมากขึ้น และคงอยู่นาน ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมง แต่มีข้อเสียเปรียบสำคัญคือถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะออกฤทธิ์ต่อเมื่อเวลาประมาณ ๒๐ นาทีได้ผ่านพ้นไปแล้ว ส่วนเออร์โกเบซีน ซึ่งค้นพบใหม่ในปี ๑๙๓๕ ออกฤทธิ์ภายใน ๒ ถึง ๕ นาทีภายหลังฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แต่ฤทธิ์สุดสั้นไปภายใน ๒ ถึง ๖ ชั่วโมงเท่านั้น เมื่อรวมยาทั้งสองอย่างเข้าด้วยกัน (นีโอโกลเนอร์เจิน) ก็ได้ฤทธิ์ที่ทั้งเร็วและอยู่นานซึ่งเหมาะสำหรับการควบคุมการตกเลือดหลังคลอดอย่างดียิ่ง

อย่างไรก็ดียังมีข้อเสียเปรียบสำคัญของยานี้อยู่อีก คือฤทธิ์ sympatholytic (ลดล้างการกระทำของประสาทซิมพะເຕີค) และ ergotism ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ไขสันหลังได้ นักวิทยาศาสตร์จึงได้พยายามค้นคว้าหาตัวยาที่ปราศจากฤทธิ์ข้างข้างกล่าวนี้ ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง Stoll และ Hofmann ได้ประสบความสำเร็จในการสังเคราะห์ (บางส่วน) แอลคาลอยด์ที่มีฤทธิ์โดยเฉพะระต่อ มดลูก โดยไม่มีฤทธิ์ลดล้างซิมพะເຕີค พึงนี้โดยคักแปลงโมเลกุลของเออร์โกโนนีน (เออร์โกเบซีน) ซึ่งมีอยู่ในเออร์โกออคโตบายรรมชาติ ยาใหม่นี้คือ เมธิล เออร์โกเมทรินหรือเมเธอร์จีน

(Methergine) ซึ่งปรากฏว่าออกฤทธิ์เร็วและมีความแรงและความนานดีกว่าแอลคาลอยด์ธรรมชาติของเออร์โกออคโต

ฤทธิ์สำคัญ

เมเธอร์จีน เป็นสารสังเคราะห์ (บางส่วน) ได้จากกรดไลเซอรัจิก (ซึ่งมีอยู่ในแอลคาลอยด์ธรรมชาติของเออร์โกออคโต) ไม่มีสี กลิ่นหรือรส Kirehnhof และผู้ช่วยรายงานว่ามันทำให้มดลูกหดรัดตัวด้วยจังหวะถี่ขึ้นก่อนแล้วจึงทำให้มีโทนัสสูงขึ้น (ฝึกกัยปีคิตรีนซึ่งเพิ่มโทนัสก่อนแล้วจึงเพิ่มความถี่) ผู้ทดลองพวกนี้ได้แสดงในหญิงมีครรภ์ โดยใช้ tocographic recording ว่าการรียประทานน้ำละลายเมเธอร์จีน (๐.๒ มก. ต่อ ล. ซม.) เพียง ๓ หยดสามารถเพิ่มโทนัสและการหดตัวของมดลูกในผู้ตั้งครรภ์ครบกำหนดได้ อนึ่งการทดลองยังแสดงว่าเมเธอร์จีนมีผลชัดเจนต่อมดลูกก่อนตั้งครรภ์ระยะคลอด ซึ่งแตกต่างจากเออร์โกเมทริน สำหรับฤทธิ์ต่อระบบอื่นปรากฏว่าเมเธอร์จีนใช้ในคนไม่ทำให้ชีพจรแรงดันเลือด หรือการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง Kirehnhof และผู้ช่วยว่าเมเธอร์จีนมี adrenergic action ต่อแรงดัน

เลือดสุนัขที่สลายอยู่ และกระตุ้นการหายใจ
ในกระต่าย นอกจากนี้เขายังได้แสดงว่า
เม เซอร์ จิน ไม่มีฤทธิ์ ดย ล้าง ซิมพะ เรติก
Tollefson, Cartwright กับ Rogers และ
Roberts, Hepp กับ Evan และ Farber
(4) ต่างก็ได้รายงานว่าในการใช้เม เซอร์ จิน
ในคนไข้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในความดัน
เลือดเลย หรือพบน้อยจนถือว่าไม่เปลี่ยน
แปลง ดังนั้นยานี้จึงอาจใช้ได้ ในรายที่เป็นโรค
ชักแห่งครรภ์

เนื่องจากเม เซอร์ จิน มีฤทธิ์ โดยเฉพะ
ต่อมดลูก ทำให้มีการหดตัวของมดลูก
ส่วนพื้นคัสอย่างเดีว ส่วนคอมดลูกยังคง
หย่อนอยู่ จึงมีคุณค่าในทาง สูติกรรม
มาก โดยอาจใช้ยานี้ในระยะแรกของ
การคลอด เมื่อรกยังไม่หลุด ไม่ต้อง
เกรงที่จะเกิด cervical cramp ขึ้น ซึ่
นี้แตกต่างจากยาจำพวก เซอร์ วอลคอบัน ๗

เม เซอร์ จิน ออกฤทธิ์ต่อมดลูกเร็ว
มาก แม้แต่ใช้ขนาดน้อย และให้กินหรือฉีด
ก็ตาม และฤทธิ์จะคงอยู่นานประมาณ ๖
ถึง ๘ ชั่วโมง (2, 4) ผลต่อมดลูกจะเกิด
ภายใน ๓ ถึง ๘ นาทีหลังกิน ภายใน ๒
ถึง ๕ นาที หลังฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และ ๒๐

วินาทีถึง ๑ นาทีหลังฉีดเข้าหลอดเลือด
หรือเข้ากล้ามเนื้อโดยตรง (4)

ประโยชน์ในการรักษาและขนาดใช้

๑. ใช้ชักนำคลอด Farber (4) ได้

ทดลองใช้ เม เซอร์ จิน ในการ ชัก นำ คลอด
และรายงานว่าได้ผลเป็นที่พอใจ ระยะการ
คลอดสั้นกว่าใช้ยาชนิดอื่น ๆ โดยไม่มี
อันตรายต่อแม่หรือเด็ก เนื่องจากโตนัส
ของ มดลูก เพิ่มขึ้น ระหว่าง ที่มดลูก รัศตัว
อย่างสม่ำเสมอ และมีการหย่อนตัวระหว่าง
การหดตัวนี้ (ซึ่งแตกต่างจากฤทธิ์ของ
มดลูก) และ การ คลอด ดำเนินไป อย่าง
ธรรมดา เชื่อว่าการมีโตนัสขึ้นจะมีอยู่จน
ถึงระยะรก และเมื่อรกเกิดแล้วมดลูกก็จะ
หดตัวแข็งต่อไป มีผลทำให้เสียเลือดหลัง
คลอดน้อยลง การใช้เม เซอร์ จิน ชักนำคลอด
ก็มีหลักเกณฑ์เหมือนการใช้วิธีอื่น ๆ คือ
ถึงข้อบ่งกระทำ (อินดิเคชั่น) เป็นสำคัญ
นอกจากนี้ในราย ที่มีโรค ตืด เชื้อ อย่างแรง
เช่น ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และ
ถ้าเห็นว่าการคลอดจะทำให้โรคหนักขึ้นก็ไม่
ควรใช้ ในโรคหัวใจที่มีค้อมเป็นเซชั่นไม่
ควรใช้ จนกว่าหัวใจจะกลับมีค้อมเป็นเซชั่น
แล้ว

ขนาดและวิธีใช้ ใช้ น้ำละลายเมเธอร์
จีน (๐.๒๕ มก. ต่อ ล. ชม.) ให้กินครั้ง
ละ ๕ หยด ผสมน้ำ ๑๐ ถึง ๑๕ ล. ชม.
ทุกชั่วโมง รวมห้าครั้ง

Farber ได้ทดลองให้ครั้งแรก ๐.๕ ล. ชม.
และ ต่อไป ๑ ล. ชม. ทุกครึ่งชั่วโมงอีก
๕ ครั้งว่าได้ผลดี และไม่มีอันตรายอย่างใด
การได้ผล คือ เอาการ เจ็บท้อง เกิด ภายใน
๖ ชั่วโมงหลังจากที่รับยาครั้งสุดท้าย

เมื่อการเจ็บท้องเกิดขึ้น ถ้ายังไม่ได้กิน
ยาเกินขนาด ควรให้เพิ่มอีกสองสามครั้ง
จนการเจ็บท้องเกิดสม่ำเสมอทุก ๓ หรือ ๔
นาที ถ้าเจ็บสม่ำเสมอคือแล้วแต่ปากมดลูก
ยังไม่แข็ง ควรให้ยาระงับประสาท

ถึงแม้ว่าเมเธอร์จีนจะปลอดภัย แต่ก็
สมควรใช้เป็นประจำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ อย่าง
แท้จริง เพราะการคลอดเองโดยธรรมชาติ
นั้นเป็นสิ่งพึงประสงค์อย่างขอดี

๒. ใช้ในระยะเบ่ง ถึงแม้เมเธอร์จีน
จะไม่ทำให้ปากมดลูกหดรัด ก็ไม่ควรใช้
ก่อนศีรษะคลอด เพราะการที่ยาจะทำให้มด
ลูกหดรัดเร็วและแรง ในขณะที่ศีรษะ ยังไม่
โผล่ อาจเกิดอันตรายต่อเด็กได้ จึงควรใช้

ยานต่อเมื่อศีรษะเด็กผ่านฝีเย็บหรือไหล่เด็ก
ยื่นใต้กระดูกหัวหน่าวแล้ว การใช้เมเธอร์
จีนโดยถูกจังหวะ จะทำให้ เด็ก คลอดได้ เร็ว
และในระยะเวลานั้นที่ทรวงอกเด็กถูกบีบอัด
อยู่ในส่วนล่าง ของช่องคลอดช่วย กันไม่ให้
เด็กสูดน้ำและมูกในช่องคลอดเข้าไป ทั้ง
การทำ ความสะอาดปากและคอเด็กก็มีโอกาส
ดีขึ้น

โทนิสเพิ่มประกอบกับการหดรัดตัวของมด
ลูกซึ่งจะมีอยู่จนถึงระยะรก ช่วยให้การคลอด
ตัวได้ดี โอกาสที่รกจะค้าง การตกเลือด
และการที่เชื้อโรคจะเข้าผสมก็มีน้อยลง

Brougher ได้ลองใช้เมเธอร์จีนในระยะ
เบ่งใน ๒๗๘ ราย ว่าได้ผลดีมาก ไม่มี
อาการแทรกซ้อนอย่างใด และปริมาณเลือด
ตกหลังคลอดมีเพียง ๑๐ ถึง ๓๐๐ ล. ชม.

หนึ่งในรายที่ผู้คลอดมีแรงดันเลือดสูง
ซึ่งใช้ยาคีโตรีนจะไม่ปลอดภัย ก็อาจใช้
เมเธอร์จีนได้

ขนาดและวิธีใช้ เมเธอร์จีน ชนิดหลอด
๑ ล. ชม. (๐.๒๕ มก.) ฉีดเข้าหลอดหรือ
เข้ากล้ามเนื้อ เมื่อศีรษะโผล่แล้ว

๓. ใช้ในระยะรก เมเธอร์จีนมีประ-
โยชน์มากสำหรับใช้ในระยะนี้ ถึงแม้ว่าจะ

ยังไม่ลอกตัวก็ตาม ผู้ที่เคยใช้ได้ถึงความเห็นว่ามันทำให้มดลูกหดตัวเร็ว ระยะรกสั้น และการตกเลือดหลังคลอดมีน้อย ขี้เหล็กทำให้การแซกซันต่างๆลดน้อยลงไปมาก

Tritsch, Schneider และ Longworth ได้ฉีดเมเธอร์จีน ๑ ล. ซม. เข้าหลอดเลือดในระบะรก ทันทีภายหลังเด็กคลอดและก่อนรกเกิด ผลเฉลี่ยจาก ๘๑๐ ราย ปรากฏว่ารกลอกภายใน ๓.๕ นาที การล้วงลอกรกด้วยมือจำต้องทำเพียง ๐.๘๖ ส่วนร้อย (Davis และ Morris ใช้ยาเซอว์จินผสมเออร์โกเมทรินในคนไข้ ๑๖๐๐ ราย ต้องล้วงรก ๑.๒ ส่วนร้อย) ในผู้คลอดอีก ๑๐๑ ราย ได้ฉีดเมเธอร์จีน ๑ ล. ซม. เข้ากล้ามเนื้อทันทีหลังรกเกิด ได้ผลมดลูกหดตัวแข็ง มีเลือดออกเพียงเล็กน้อย

Gipstein ได้ทดลองฉีด เมเธอร์จีน ๑ ล. ซม. เข้าหลอดเลือดทันทีหลังเด็กคลอดและก่อนรกเกิด ในผู้คลอด ๑๘๐ คนเฉลี่ยรกเกิดภายใน ๔.๕ นาที ระยะสั้นที่สุด ๑ นาที ผู้คลอด ๕ ราย (๒.๘ ส่วน ร้อย) มีรกเกิดภายใน ๑๖ ถึง ๔๑ นาที ๘๑.๑ ส่วน ร้อยของผู้คลอดทั้งหมด เสียเลือด

ระหว่าง ๕๐ ถึง ๑๐๐ ซม. ๑๕ ส่วนร้อย เสีย ๑๑๑ ถึง ๔๕๐ ล. ซม. และมีเพียง ๓.๘ ส่วนร้อยที่เสีย ๔๕๐ ถึง ๘๐๐ ล. ซม.

ในรายที่จำเป็นต้องล้วงเลาะรก ถ้าให้เมเธอร์จีนก็มักทำได้ง่ายกว่าธรรมดา เพราะมดลูกหดตัวแข็ง จำนวนเลือดที่ออก ระหว่างเลาะ และภายหลังรกเกิดแล้วก็มีน้อย Brougher และ Tritsch กับ Schneider ต่างแถลงว่าได้ผลดี ทำให้อัตราเจ็บป่วยและอัตราตายลดลง

ขนาดและวิธีใช้ ก. ให้ทันทีหลังเด็กคลอดและก่อนรกเกิด ใช้ชนิดหลอด ๑ ล. ซม. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือด ถ้าหากว่ามดลูกหดตัวไม่เต็มที่ก่อน (อินอร์เซ็ย) ก็ควรฉีดเข้าหลอดเลือด

เมื่อมีลักษณะแสดงว่ารกลอกตัวแล้วก็ทำการเค้นแยบ เครเต้ ถ้ารดยังไม่ลอกภายในเวลาอันสมควรอาจเป็นเพราะยาไม่ให้ผล เป็นความผันผวนตามบุคคล หรืออาจเป็นเพราะรกติด (ปลาเช่นตัวขี้เครตัว) ก็ได้ เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะตัดสินว่าควรเลาะรกหรือไม่

ข. ให้ทันทีหลังเกิดกรใช้อย่างเคียวกับ ไกเนอร์เงิน นีโอไกเนอร์เงิน หรือ บิคูติวริน ควรให้เมเธอร์จีนชนิดหลอด ๑ ล. ซม. เข้า หลอดหลอดในรายที่มีผลึกไม่หดรตัว ให้ ขนาดเคียวกันเข้ากล้ำมเนื้อหรือหลอดหลอด เพื่อป้องกันกรตกเลือดเพราะ มดลูกคลาย ตัวในเวลาต่อไป

๔. ใช้ในการทำคลอดโดยผ่าเซซา เรียน จะผ่าทางหน้าท้องหรือช่องคลอดก็ตาม โดยจะเพาะอย่างยิงเมื่อใช้ยาชาฉีก เข้าไซส์หลัง เมเธอร์จีนจะทำให้เสียเลือด น้อยจากแผลที่ผนังมดลูก รกลอกเร็วหลัง เอาเต็กออก แรกคันเลือดไม่เพิ่ม และ เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วมดลูกรัดตัวแข็ง อยู่ยาวนาน เป็นผลทำนองเคียวกับที่ได้ในการคลอด ธรรมชาติ

ขนาดและวิธีใช้ เมเธอร์จีนชนิดหลอด ๑ ล. ซม. ฉีกเข้าหลอดเลือดก่อนลงมือ ผ่าตัด หรือ ๑ ถึง ๒ ล. ซม. เข้ากล้ำม มดลูกก่อนลงมือกรัดผนัง

๕. ใช้ช่วย การคืน ตัวของ มดลูกใน ระยะหลังคลอด เมเธอร์จีนช่วยให้ผล เช่นเคียวกับนีโอไกเนอร์เงิน หรือยาเออร์

ก็ออกอื่น ๆ และเนื่องจากเมเธอร์จีนมีฤทธิ์ อยู่ยาวนานพอสมควร จำนวนยาที่ใช้ก็ไม่ต้อง มากนัก และต่างได้รายงานไว้ว่าได้ผลดี โดยจำนวนน้ำคาวปลาได้น้อยลง และไม่ เหมือนเน่า

ในรายที่มีมดลูกคืนตัวบกพร่อง น้ำคาว ปลาเหม็นเน่า เข้าใจว่า นีโอไกเนอร์เงิน จะให้ประโยชน์ดีกว่า เพราะมีฤทธิ์อยู่ยาวนาน ถึง ๒๔ หรือ ๔๘ ชั่วโมง ส่วนเมเธอร์จีน ได้เปรียบกันในข้อที่ไม่มีพิษทำให้หลอดเลือด คับ ถึงแม้จะใช้ขนาดมากไป

ขนาดและวิธีใช้ เมเธอร์จีนชนิดเม็ด (๐.๒๕ มก.) หรือน้ำละลาย (๐.๒๕ มก. ต่อ ๑ ล. ซม.) ครั้งละ ๑ เม็ดหรือ ๑ ล. ซม. วันละสามครั้ง นานสองถึงสามวัน

๖. ใช้ในรายแท้งค้างชนิดมีไข่ (เซ็ปติค) เราอาจใช้ เมเธอร์จีนแทนยาชุด ควินินบิคูติวริน ในความมุ่งหมายที่จะขับ ไข่ขึ้นเนื้อที่ค้างอยู่ให้หลุดออกมา ดังที่ใช้ยา ชุดนั้นอยู่โดยปกติ

ขนาดและวิธีใช้ เมเธอร์จีนชนิดเม็ด (๐.๒๕ มก.) ๑ เม็ด หรือชนิดน้ำละลาย

(๐.๒๕ มก. ต่อ ล. ชม.) วันละสามนาน
ครึ่งสองวัน

๑. ใช้ในการขุดมดลูก การขุดมด
ลูกไม่ว่าในโรคใด ๆ ถ้าได้ฉีดเมเธอร์จีน
ก่อนขุดจะได้ประโยชน์ คือโอกาสที่จะขุด
ทะลุมีน้อยเข้า เพราะมดลูกหดตัวแข็ง
ขณะขุดรู้สึกได้ดี ขุดง่าย โดยละเพาะใน
การขุดทำให้แท้งเพื่อรักษา ขุดรกหลุดได้
ชิ้นใหญ่ ๆ ทำให้เสร็จเร็ว เสียเลือดน้อย
และในรายที่ต้องขยายปากมดลูกก็ไม่มีควม
ต้านทานเพิ่มมากขึ้นกว่าธรรมดา

ต่อไปอาจมีผู้เข้าใจว่าเมเธอร์จีนฉีดหรือ
กินแต่อย่างใดจะช่วยให้แท้งได้ ชัดขึ้น
แพทย์ที่มีความรู้จะเห็นได้ว่า ไม่ว่าจะยาใด ๆ
ทั้งสิ้นจะไม่ สามารถทำให้ แท้งได้ อย่างแน่
นอน ยาทุกอย่างถ้าเกิดเป็นพิษต่อมารดาจึง
อาจทำให้แท้ง ซึ่งพิษมากขึ้นโอกาสก็มาก
ตามไป ดังนั้นฝ่ายมารดาจึงได้รับอันตราย
อย่างมาก อาจถึงตายเสียก่อนที่จะเกิดแท้ง
ขึ้น

ขนาดและวิธีใช้ เมเธอร์จีนชนิดหลอด

๑ ล. ชม. (๐.๒ มก.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
หรือหลอดเลือดก่อนฉีด

อันตรายจากการใช้เมเธอร์จีน

เมเธอร์จีนในขนาดที่ใช้รักษาเชื่อกันว่า
ไม่มีพิษอย่างใด (2,4,10) จากการทดลอง
ปรากฏว่าเมเธอร์จีนอาจทำพิษได้บ้างเมื่อใช้
มากเกินไป ๖๐๐๐ ถึง ๒๕๐๐๐ เท่าของเออร์
โกตะมีที่ใช้ในการรักษา (11)

จากผลที่มีผู้ ใช้ยานี้ใน ผู้คลอดเป็น
จำนวนมาก เมเธอร์จีนไม่ทำให้อาเจียน
คลื่นไส้ หรือมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการ
ย่อยอาหารอย่างใด อย่างไรก็ตามควรต้อง
ระวังเกี่ยวกับฤทธิ์ของยานี้ต่อมดลูก เช่น
เกี่ยวกับยับยั้งมดลูกอื่น ๆ เช่นมดลูกหด
ไม่คลาย (เตตระนี) หรือตะคริวปากมดลูก
เป็นต้น ซึ่งแก้ได้โดยฉีดแมกนีเซียมซัล
เฟต (๕๐%) ๒ ล. ชม. หรือแมกนีเซียม
กลูโคเนต (๒๐%) เข้าหลอดเลือด (4)

ข้อสังเกตผลของเมเธอร์จีนในผู้

คลอดในแผนกสูติศาสตร์

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ แผนกสูติศาสตร์ได้
เมเธอร์จีน (เมธิลเออร์โกเมตวิน) จำนวน

หนึ่ง (*) เนื่องจากมียาจำกัดเพราะเวลานั้น ยังไม่มีขายในตลาดจึงได้ทดลองใช้ ฉะเพาะ ในรายที่เห็นว่าจำเป็น เพื่อศึกษา โดยมีความมุ่งหมายเพียงสังเกตอาการหดตัวของมดลูก การตกเลือด และการเกิดของรกเป็นสำคัญ การหดตัวของมดลูกและการลอกของรกอาจร้ายสังเกตจากดูและ คล้ำที่หน้าท้อง การตกเลือดไม่ได้วัดปริมาณเพียงแต่สังเกตด้วยตา

เจ็บตลอดเวลา ๔๕ นาทีหลังฉีดยาปากมดลูกบีบตัวมาก เค็ดคลอดได้ รกลอก ทำการบีบแบบเขรต์เกิดได้ทันที มดลูกคงรัดตัวต่อไป เลือดออกน้อย (ประมาณ ๔๐ - ๕๐ ล. ซ.ม.)

ผลดีของยาที่เห็นคือ ทำให้มดลูกหดตัวเย็นพัก ๆ ปากมดลูกถูกดึงขยายเข้ตมากขึ้นจนเค็ดคลอดได้

๑. ใช้ทำให้คลอดก่อนกำหนด ได้ทดลอง ๑ ราย คนไข้ครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ เป็นวรรณโรคปอด ได้กลับหัวถึงขาเค็ดแยก แยกชคัน อิกซ์ และถ่วงน้ำหนักไว้ ๗ ชั่วโมงก็ไม่มีอาการก้าวหน้า จึงลองฉีดยาเมเธอร์จิน ๑ ล. ซ.ม. (๐.๒ มก.) เข้คลอดเลือด สามนาที่ต่อมามดลูกเริ่มหดตัวคล้ำได้ชค้เงิน หดอยู่นานสองนาที่ก็คลาย ต่อไปหลเป็นระยะ ๆ นาน ๆ ครั้งเริ่มมีเจ็บท้อง ตั้งแต่มดลูกหด ครั้งแรกและ

๒. ใช้ในระยะรก ๒๖ รายได้ใช้ก่อนรกเกิด และ ๗ รายใช้เมื่อรกเกิดแล้ว แต่มดลูกไม่หดตัว (แอทโทนี)

ในพวกแรก (ตารางที่ ๑) เมื่อรวมผลแล้วเห็นว่า รกลอกหลุดไม่ค้ โดยฉะเพาะในผู้คลอดที่เคยมีบุตรแล้ว จำต้องทำการล้างรกหลายราย ผลดีของการใช้เมเธอร์จินที่เห็นได้คือจำนวนเลือดออกน้อย ทั้งขณะเลาะรก และเมื่อรกเกิดแล้ว มดลูกหดตัวแข็งค้

(*) โดยความเค็ดเพื่อของเบี๊วค้ที่แ่สม้ จำกัด

ตารางที่ ๑ ก.

	เวลานัดยา (หลังเด็กคลอด)	มดลูกเริ่มรัดตัว (หลังนัดยา)	ไม่ต้องล้วงรก		ล้วงรก	
			จำนวน	เวลารกเกิด (หลังนัดยา)	จำนวน	เวลาที่รอ (หลังนัดยา)
ครรภ์หลัง ๑๔ ราย อายุ ๒๓-๒๘ ปี	๒-๖๐ นาที เฉลี่ย ๒๔.๘	๑-๕ นาที เฉลี่ย ๒.๓	๘	๓-๓๐ นาที เฉลี่ย ๑๕.๐	๖	๓๐-๖๐ นาที ไม่มีลักษณะ แสดงว่ารก ลอกตัว
ครรภ์แรก ๑๐ ราย อายุ ๒๓-๓๘ ปี	๑-๓๐ นาที เฉลี่ย ๑๑.๕	๐.๕-๕ นาที เฉลี่ย ๑.๘	๘	๓-๒๕ นาที เฉลี่ย ๘.๔	๒	
ครรภ์แรก ๒ ราย อายุ ๑๘ และ ๒๕	๘ และ ๓ ชม. (คลอดและรก ค้างมาแต่บ้าน)	๒๐ และ ๖๐ วินาที	-	-	๒	

ตารางที่ ๑ ข. เหตุผลสมของการคลอด และการปฏิบัติของผู้ทำคลอดในตาราง ๑ ก.

	ไม่ต้องล้วงรก	ล้วงรก
ครรภ์ หลัง	มดลูกขาดความ เจาะศีรษะเด็ก* ๑ ราย ระยะเบ่งยาวผิดปกติ ใช้คีม* ๒ ราย ครรภ์ปกติและคลอดปกติ ๕ ราย	ครรภ์ปกติและคลอดปกติ ๕ ราย ครรภ์แฝดเด็กและแฝดน้ำ คลอดได้เอง ๑ ราย
ครรภ์ แรก	โรคชักแห่งครรภ์ ใช้คีม* ๑ ราย ระยะเบ่งยาวผิดปกติ ใช้คีม* ๖ ราย ไมโอม่ามดลูกพร้อมกับครรภ์ แต่คลอดปกติ ๑ ราย	ครรภ์ปกติและคลอดปกติ ๓ ราย ระยะเบ่งนานผิดปกติ ใช้คีม* ๑ ราย

(* หมายถึงการให้ดมยาสลบโคลโรฟอร์ม อีเธอร์ก่อนฉีดเมเธอร์จีน)

ฟัง สึง เกต ว่าเรามิได้ฉีด ยาทันทีหลัง
เด็กคลอดอย่างที่มีผู้ทดลองไว้ อาจเป็น
เหตุให้ส่วนร้อยละของล้วงรรมีสุงขึ้น การที่
รอเช่นนั้น เพราะเวลานั้น ยามี น้อย ประ-

กอบกัข พยายามจะให้ รกลอกออกเองตาม
ธรรมชาติ จึงได้ให้ยาต่อเมื่อจำเป็น คือ
เลือดออกมาก หรือคอยนานแล้วรกรัง
ไม่ออก

อย่างไรก็ดี เห็นชัดว่าเมเธอร์จีนมีประโยชน์ทำให้มดลูกบีบตัว เลือดออกน้อย และในรายที่ได้รอนเห็นแน่ว่ารกไม่ลอกตัวแล้ว เมื่อฉีกเมเธอร์จีน รกก็ลอกเองได้หลายราย เป็นผลที่น่าพอใจมาก ทั้งนี้ในการทำคลอดนอกโรงพยาบาล เพื่อปลดปล่อยนำจะลอง ฉีกเมเธอร์จีนหลังเด็กคลอด

ทันที เพื่อยกกันตกเลือดหลังคลอด และเพื่อให้รกลอกตัวเองได้ดีขึ้น เป็นการลดอันตรายแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ตารางที่สอง แสดงผลการฉีกเมเธอร์จีนเข้าหลอดเลือดในรายที่มดลูกไม่บีบตัว และมีเลือดออกมาก ผลที่ได้นับว่าดีมาก โดยมีมดลูกบีบตัวแข็งและเลือดหยุดเห็นชัดจน

ตารางที่ ๒

	เหตุผสมและการกระทำ	เวลาที่รกเกิด (หลังเด็กคลอด)	มดลูกเริ่มบีบตัว (หลังฉีก)
ครรภ์หลัง ๓ ราย อายุ ๒๔-๓๘ ปี	รกลอกตัวก่อนเวลา เจาะหัว ๒ ราย (คมยา) ครรภ์ปกติและคลอดปกติ ๑ ราย	ถึงรกและก่อนเลือด ทันที ๔ นาที	๑-๒ นาที (เฉลี่ย ๑.๓)
ครรภ์แรก ๔ ราย อายุ ๑๘-๓๕ ปี	ระยะเบ่งนานผิดปกติ คลอดทำกัน ๑ ราย ใช้คีม (คมยา) ๒ ราย ใช้คีม (ไม่คมยา) ๑ ราย	๕ นาที ๕ นาที ๑๑ นาที	๑.๕-๒ นาที (เฉลี่ย ๑.๑ นาที)

๓. ใช้ในการผ่าตัด เซซาเรียน ผ่าทางช่องท้อง ๒๔ ราย (ตารางที่ ๓) ทางช่องคลอด (อีสเตโรโตเมีย วาจินาลิส อันเทรียอร์) ๑๒ ราย (ตารางที่ ๔)

ในพวกแรกได้ฉีกเมเธอร์จีน ๒ ล. ซม. เข้าง้ามมดลูกส่วนพื้นหลังก่อนผ่าผนัง ผลปรากฏ ๑ รายไม่ได้ผล คือมดลูกเริ่มหดตัว ๒๐ นาทีหลังฉีกฯ หดอยู่ชั่วครู่ก็คลาย

และไม่หดอีก ต้องใช้ผ้าชุบน้ำเกลือร้อน ๆ กดมดลูกและบีบกระตุ้นคลอดเวลา ส่วนรายอื่น ๆ ได้ผลดีเท่าๆ กับใช้ยาคีโรนหรือไนโอโกเนอร์เจ็น มดลูกบีบตัว เลือดออกจากรอยผ่าน้อย โดยละเอียดอย่างยิ่งเมื่อผ่าแบบคลาสสิกัลและแบบพอร์โร ซึ่งรอยผ่าอยู่ที่ส่วนบนของมดลูก ในรายที่ผ่าแบบขวางต่ำ (โลว์แทรนสเวอร์ส) ๒๒ รายมี ๔ รายที่

เลือกออกจาก รอยผ่าผนัง มดลูกมากกว่าที่ ลอกตัวหลกเองโดยง่าย เมื่อผ่าเสร็จแล้ว ควร เนื่องจากผนังส่วนนั้นยังหนาอยู่และมี มดลูกก็ยังคงรัดตัวอยู่ มี ๕ รายที่รกเกาะ หลอดเลือดขนาดโตทอคผ่านซึ่งหลักเลียง ทำและต้องตัดผ่านเนอรก แต่เลือดก็ออก าก ทุกรายใน พวกรผ่าทางช่องท้องนี้ รก น้อย

ตารางที่ ๓

	ขาสลบ	แบบของครผ่า	มดลูกเริ่มรัดตัว (หลังฉดยา)
ครรภ์หลัง ๑๑ ราย อายุ ๒๓-๔๒ ปี	อะเวอร์ติน และอีเธอร์ ๒ โคลโร. และ อีเธอร์ ๑๔	โลว์แทรนสเวอร์ส ๑๕ ราย กลัสสคัล ๑ ราย พอร์โร ๑ ราย	๑๐ วินาที-๕ นาที เฉลี่ย ๑.๕ นาที ไม่ได้ผล ๑ ราย
ครรภ์แรก ๑ ราย อายุ ๑๘-๓๔ ปี	อะเวอร์ตินและ อีเธอร์ ๒ โคลโร. และ อีเธอร์ ๕	โลว์แทรนสเวอร์ส ๑ ราย	๑๐ วินาที-๘ นาที เฉลี่ย ๒.๑ นาที

สำหรัการผ่าตัดทำคลอดทางช่องคลอด (ตารางที่ ๔) ทุกรายได้ม่งหวังช่วยชีวิตแม่โดยไม่ค้ำนังถึงเด็ก เด็กจึงตายทุกราย เพราะเกิดก่อนกำหนดหรือเด็กตายมาแต่ในครรภ์แล้ว

ผลของการใช้ยาขรกกว่า รกลอกตัว หลุดได้เอง และเลือดออกน้อย เมื่อรก เกิดแล้วมดลูกหดแข็งดี เป็นที่พอใจ ในราย

ที่ฉดยาก่อนกลับถึงขาดึกมีอยู่ ๑ ราย ที่ การกลับนั้นลำบากเนื่องจากมดลูกรัดตัวแข็ง เมเรอร์จันได้ใช้โดยจึก ๑ ล.รวม. เข้าหลอดเลือด

- ๔. ใช้ในการขุดมดลูก ได้ทดลอง รวม ๕ ราย
 - ก. การขุดครรภ์ไข่ย่ลาออก ๒ ราย
- เคยคลอดแล้ว ก่อนขุดขอยอดมดลูกอยู่ประ

มาพระทัยสะท้อ ใต้ฉีกเมเธอร์จีน ๑ ล.ซม.

เข้าห้สอกล่อกก่อนลงมือ หลังจากฉีกใต้ ๓-๕ นาทีมดลูกหดตัวคล้ายรู้สึกใต้ แต่ไม่แข็ง การขยายปากมดลูกทำได้ง่ายตามธรรมชาติ ขณะซุกสังเกตุได้ว่าเลือดออกน้อย เมื่อมดลูกหดเล็กน้อยแล้วคล้ายรู้สึกว่าหดตัวแข็งเครื่องซุกกระทบผนังก็รู้สึกง่าย

ข. การซุกทำให้แท้งเพื่อรักษา ๒ ราย

ครรภ์แรก ๒ เดือน ๑ คน ครรภ์หลัง ๔ เดือน ๑ คน ใต้ฉีกยาเข้าห้ลออกเลือดแล้วทำการขยายปากมดลูก ไม่รู้สึกว่ายากผิดปกติ การซุกใต้ชั้นรกใหญ่ ๆ สังเกตว่ามดลูกแข็ง เลือดออกน้อยถึงแม้ว่าตั้งรกหลุดออกเป็นชั้น ๆ การซุกเสร็จในเวลาสั้น

ค. การซุกเพื่อวินิจฉัยโรค ๑ ราย เป็น

คนไม่เคยมีบุตร หลังจากฉีกเมเธอร์จีน ๑ ล.ซม. เข้าห้ลออกเลือด แล้วขยายปากมดลูกได้โดยไม่ลำบาก ซุกง่าย ใต้ชั้นเนื้อเล็กน้อย ไม่มีเลือดออก รู้สึกมีความพอใจ

สรุป

เมเธอร์จีนแสดงฤทธิ์ทำให้มดลูกรั้กตัวอย่างชัดเจน และมีผลดีหลายอย่างในการรักษา เช่นเกี่ยวกับทำให้ระยะที่สามของการคลอดสั้น เข้าและลดจำนวนเลือดที่ออก นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการซุกมดลูก ทำให้มดลูกแข็งซุกง่าย อันตรายน้อยและเลือดออกน้อย

เอกสาร

1. Beck, A. C.: Obstetrical Practice, 1947, 733 (Baltimore).
2. Brougher, J. C.: Quarterly Review of Obst. and Gynec., 1946, 3:493
3. Edmunds, C. W. and J. A. Gunn: Cushny's Pharmacol. and Therap., 1947 (London).
4. Farber, E.P.: Amer. J. Obst. and Gynec., 1946, 51: 859.
5. Gipstein, B. L.: Amer. J. Obst. and Gynec., 1947, 54: 1065.
6. Solimann, T: A Manual of Pharmacology, 1945 (Philadelphia).
7. Stoeckel, W.: Lehrb. d. Geburtshilfe, 1938, V. Auflage (Jena).
8. Titus, P. : Management of Obstetric Difficulties, 1946 (St. Louis).
9. Tritsch, J. E. and E. Schneider: Amer. J. Obst. and Gynec., 1945, 50: 431

10. Tritsch, J.E., E. Schneider and E.F. Longworth : New York State J. Med., 1948, 48: 293.

lysergic acid obtained from ergot alkaloids, is briefly reviewed.

2. A summary of the results obtained from the use of Methergine* in seventy-five obstetrical cases is presented.

3. Methyl ergometrine (Methergine) shows definite augmentory action upon the motor activity of the uterus in the patients studied, in normal labour, forceps delivery as well as caesarian sections, and is useful in shortening the third stage of labour and reducing the loss of blood.

4. Methyl ergometrine (Methergine) is helpful in performing the curettage, by hardening the uterus without obstructing the cervical canal, and lessening hemorrhage.

(Rec. 5. Jan. 94.)

(Summary of the article in the preceding columns :

OBSERVATION ON THE USE OF METHYL ERGOMETRINE IN OBSTETRICS, by Sarochan Porapakskham, M. B., Department of Obstetrics and Gynecology (Director: Prof. Term Bunnag, Dr. med).

1. Recent medical literature concerning the actions and clinical uses of Methyl ergometrine (Methergine) the new semi-synthetic oxytocic produced by Stoll and Hofmann from

* Kindly supplied by Diethelm and Co., Ltd. Bangkok,

นัยน์ตากับอะโทรปีน

ชุต อยู่สวัสดิ์ พ. บ.

(แผนกจักษุวิทยาและวิทยาโสตร์ศอนาสีกถารังษ)

ลักษณะของอะโทรปีนที่ใช้เกี่ยวกับนัยน์ตามีสามชนิด คือ (๑) ชนิดน้ำละลายใช้ความเข้มข้น ๑% (๒) ชนิดขี้ผึ้ง ใช้ ๑% และ (๓) ชนิดเม็ท เม็ทละ ๐.๑ ถึง ๐.๓ มก. (๑/๑๐๐ ถึง ๑/๓๐๐ เกรน) ตามปรกติใช้อะโทรปีนซัลเฟต

ฤทธิ์ของอะโทรปีนที่เกี่ยวกับนัยน์ตา

ก. โดยทางตรง เมื่อใส่ในถุงเยื่อหุ้มลูกตา (คือจนถึงไทรเวคแซ็ค) ยาระซึมเข้าไปพารัลลีสปลายประสาทออกคูลูโตโมเตอร์ ฉะเพาะส่วนที่หล่อเลี้ยงเนื้อกล้ามเนื้อส่วนวงกลมของม่านตา* คือส่วนที่หดหรือรุกรม่านตา* ดังนั้นม่านตาจะขยายโตขึ้นเนื่องจากการดึงของเนื้อกล้ามเนื้อส่วนที่ขยายม่านตา การขยาย (Mydriasis) นี้จะเกิดขึ้นภายในเวลาประมาณครึ่งชั่วโมงหลังจากใส่ยา และในสองชั่วโมงต่อไปกล้ามเนื้อซีเลียจะหย่อนตัว* ที่ เกิดไซโคลปีดี

เจีย (cyclopegia) จนไม่อาจพ้องเห็นของใกล้ได้ชัด เนื่องจากการหย่อนของกล้ามเนื้อซีเลียทำให้เส้นที่ยึดปลอกหุ้มเส้นประสาทตาตึง ส่วนด้านหน้าของเส้นชดถักให้โค้งน้อยเข้า เส้นข้างเข้าจึงเห็นได้ชัด ฉะเพาะของที่อยู่ไกล ๆ เท่านั้น

เนื่องจากฤทธิ์ของยาดังนี้ หากใช้หยอดตาเพียงหนึ่งหรือสองหยด (น้ำละลาย ๑%) จะทำให้ม่านตาขยายอยู่ได้ถึงสิบหรือสิบสองวัน (เท่าที่สังเกต อาจอยู่ได้ถึงสองสัปดาห์) และการหย่อนตัวของเนื้อกล้ามเนื้อซีเลียจะหมดไปภายในเจ็ดถึงเก้าวัน เพราะฉะนั้นยานี้จึงไม่เหมาะสำหรับใช้ทดสอบแว่น โดยทำให้คนใช้ต้องรำคาญอยู่นาน สู้ไฮแมทโรปีนไม่ได้ ยานี้ทำให้ม่านตาขยายภายในครึ่งชั่วโมง และเนื้อกล้ามเนื้อซีเลียหย่อนในหนึ่งชั่วโมง แต่จะสิ้นฤทธิ์ทั้งหมดภายในหนึ่งหรือสองวันเท่านั้น

* ม่านตา = Iris

รูม่านตา = Pupil

ข. โดยทางอ้อม โดยทั่วไปยาที่ขยาย
รูม่านตาจะทำให้ความดันภายในลูกตาส่งขึ้น
ในเมื่อตาข้างนั้นเป็นต้อหิน (เกล็ดโคมา)
อยู่ก่อนแล้ว ในเวลาปรกติน้ำใสอาเคียวส
ซูเมอร์ ซึ่งอยู่ในห้องส่วนหน้าของลูกตา
ซึมเข้าสู่ไซนัสเล็กตาคำ โดยผ่านช่องแคบ
พรอนตาน่าและหลอดชเล็มม์ (Channel
of Frontana, Canal of Schlemm)
อวัยวะทั้งสองนี้อยู่ตรงมุมที่ม่านตาบรรจบกับ
คอรีเนีย เมื่ออะโทรปีนทำให้รูม่านตาขยาย
ม่านตาก็ร่นมาเบียดเข้าไปในมุมนี้ทางค่านหน้า
ซ้าค่านหลังของมุมนี้ยังถูกกั้นด้วยเนื้องอกถ้ามี
ซีเลียซึ่งหย่อนเพราะฤทธิ์อะโทรปีน เหมือน
กัน ช่องแคบพรอนตาน่าและหลอดชเล็มม์
ที่แคบเล็กอยู่แล้วก็ตีบหรือตันเลย ซีเลีย
โปรเซสส์ยังคง หลั่งอาเคียวสซูเมอร์ออก
มาอีกเรื่อยๆ ตามปรกติ ดังนั้นน้ำใสซึ่ง
ไหลไปสู่กระแสโลหิตไม่ได้ก็คั่งและเบ่ง
ลูกตาจนแข็ง เป็นลักษณะที่เรียกกันว่า
ต้อหินคือ เกล็ดโคมา ถ้าหากจะแก้ไขการ
บีบตันของช่องแคบดังกล่าวนี้ก็จำต้องใช้ยา
ที่ทำให้รูม่านตาหดเล็ก และให้กล้ามเนื้อ
ซีเลียหดตัว จะได้ไม่กคช่องแคบและ

หลอดดังกล่าวซ้อแล้ว ยาที่อาจใช้ได้ทั้งนี้
มี Physostigmine (หรือ Eserine) และ
Pilocarpine ใช้เป็นน้ำละลาย ๐.๒๕ ถึง
๐.๕ %

หลักการให้ยาอะโทรปีน ประโยชน์
สำคัญของอะโทรปีนในสมัยนี้คือการรักษา
และป้องกันโรคม่านตาอักเสบ

ก. การรักษาโรคม่านตาอักเสบ จะ
ด้วยเหตุใดก็ตาม ถ้าหากมีอาการต่อไปนี้
ควรใช้อะโทรปีน

๑. อาการปวดเสียวศีรษะซึ่งเกี่ยวข้องกับตา
ที่เจ็บ เสียวมากเวลาหัวลม โคนหนวด
หรือแม้หลับหน้า กลางคืนอาการมากกว่า
กลางวัน ทั้งนี้เป็นอาการของ ไทรเจมมินัล
นิวรัลเจีย

๒. อาการน้ำตาไหล เคืองตามาก ถูก
แสงสว่างไม่ได้ (กลัวแสง) ขี้ตาไม่มี มี
แต่น้ำตา

๓. รอยตาคำ (คอรีเนีย) มีลักษณะ
แดงคล้ำ ในส่วนที่ห่างตาคำออกไปลักษณะ
แดงนี้ ก็แดงน้อยลงไปตามส่วน (ซีเลีย
อินเจ็คชั่น)

๔. รูม่านตาหดเล็ก และเบี้ยว ไม่
แสดงอาการวิเฟล็ก ได้แสงสว่าง

๕. เมื่อให้ผู้ป่วยหลับตา แล้วคลำ โดยแตะเบา ๆ ที่หนังตาในบริเวณที่ตรงกับ ขอบตาดำ หากผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ (ซีเลียร เท็นเคอร์เนลส์) ยิ่งแสดงว่ามีม่านตาอักเสบ (ไอไรติส) ทั้งนี้ต้องอาศัยเปรียบเทียบกับตาข้างที่ช่วย

อาการทั้งห้านี้จะปรากฏเสมอในโรคม่านตาอักเสบ

๖. การบ่งชี้ม่านตาอักเสบ กฎที่ควรยึดถือไว้ใช้ได้ทั่วไปคือ ตาอักเสบ + ข้อที่
ตาดำ จึงใช้อะโทรปีนทันที

การอักเสบ หมายถึง ถึงลักษณะแดงที่บริเวณตาขาว (ซึ่งอาจเป็นซีเลียรอินเจคชั่น หรือ ค้อนจิงไควลอินเจคชั่น ก็ได้) และมีเคืองตา น้ำตาไหล เจ็บปวดตา ส่วนชีพกามีหรือไม่ก็ได้

ข้อ ในที่นี้หมายความว่าถึงลักษณะผิดปรกติในบริเวณตาดำ ได้แก่โรคของคอร์เนียและห้องหน้าของลูกตา (แอนทีเรียร์เซมเบอร์) ขณะที่มีการอักเสบของอวัยวะทั้งสองนี้ ม่านตาจะอักเสบร่วมด้วยเสมอ ไม่มากนักน้อย ข้อบริเวณตาดำที่พบเสมอ คือ

(๑) ที่คอร์เนีย จะพบสีขาวหรือเทา ซึ่งอาจเป็นจุดเล็ก ๆ หรือรวมกันเป็นแผ่นฝ้าโต อาจนูน หรือหว่า หรือมีเยื่อติดอยู่ก็ได้

(๒) ที่ห้องส่วนหน้าของลูกตา (แอนทีเรียร์เซมเบอร์) ซึ่งมีม่านตาลอยอยู่ในน้ำใสอากวีสเฮมเมอร์ ถ้ามีสีขาวแสดงว่าเป็นหนอง ถ้าสีแดงเป็นเลือด ถ้าแดงคล้ำเป็นเลือดปนหนองหรือดำเลือด ถ้าเป็นขุ่นสีขาวมักเกิดแก่ม่านตาและมักเนื่องจากการวมโรคหรือวรรณโรค

ความมุ่งหมายของการใช้อะโทรปีน

(๑) เพื่อให้ม่านตาได้พัก ตามปรกติ เวลามองของใกล้ใกล้แล้วเนื้อวงกลมของม่านตาต้องหดตัว เพื่อให้ม่านตาเล็งลงทุกครั้ง ซึ่งช่วยให้เห็นใกล้ชัด ทั้งนี้เป็นการทำงานโดยนอกควบคุมของจิตใจ เมื่อใส่อะโทรปีนยานี้พาระลึกลับแล้วเนื้อที่กล่าวนี้ ให้หมดความสามารถที่จะทำงาน ได้ผลเปรียบเหมือนกบใส่แว่นที่ส่วนที่พิการให้ได้พักผ่อนเสียชั่วคราว

(๒) ทุเลาอาการปวดตาและเสียวศีรษะ เพราะว่ามีม่านตาหย่อน

(๓) เนื่องจากรูปร่างตาขยายโต ทำให้เคืองมาก แม้แต่มองของไกล ๆ ก็ไม่กล้ามอง ช่วยให้ดวงตาทั้งหมดได้พักจริง ๆ

(๔) เพื่อช่วยให้ ตาข้างที่เจ็บยังคงมีช่องสำหรับแสงสว่างผ่านเข้าไปได้ หากไม่หยอดยาทำให้รูปร่างตาขยาย เวลาที่ผ้าหนองเกอร์อาจบีบรูปร่างตาทำให้ ม่านตาผิดปกติกับค่าน้ำของเลนส์ (ไปสที่เรียวขึ้นนี้เคย) หากผ้าหนองนั้นหนาก็จะบังช่อง ผู้ช่วยก็จะมองภาพไม่เห็น คือตาขอด รั้วได้ แต่เพียงมีคหรือสว่างเท่านั้น

ข้อห้ามใช้อะโทรปีน ข้อห้ามใช้

อะโทรปีนอย่างเด็ดขาดคือการทำเป็นโรคต้อหิน ซึ่งอาจร้ายวิญญูถึงต้อไปนี้

(๑) ผู้ช่วยมีประวัติตามัว มองเห็นเป็นฝ้าลัว ๆ ทัว ๆ ไป คล้ายกับมีหมอกอยู่เสมอ

(๒) มองดวงไฟเห็นโตและมีรังสีต่าง ๆ รอบดวง เห็นชัดในเวลากลางวัน

(๓) ตามัวพร้อม ๆ กับปวดหัว หรือขมับ หรือคิ้ว หรือเพียงมีบริเวณหน้าผากเท่านั้น ที่สำคัญคือมีประวัติตามัวลงทกครั้งที่ปวดและมันคิ้วระ อาการนี้มักพบในคนที่มอายุเกินสี่สิบขึ้นไป

(๔) มีประวัติชักหรือเฉื่อยช้อย ๆ หรือคนเดินอยู่ข้าง ๆ หรือส่งของจากข้าง ๆ มองไม่เห็น (มองเห็นแคบกว่าปรกติ)

เพื่อ ความแน่นอนในการวินิจฉัย ควรวัดความดันภายในลูกตา ซึ่งในคนปรกติอยู่ระหว่าง ๑๘ ถึง ๒๕ มม. ปรอท

ข้อควรระวังในการใช้อะโทรปีน

(๑) ผู้ช่วยที่มี อายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป หากต้องใช้อะโทรปีนต่อเนื่องกันนานถึง ๗ วันควรวัดความดันภายในลูกตา หากไม่มีเครื่องวัดก็ควรถ่ายยาผู้ช่วยเสมอ เช่น ๑ วันวันครั้ง เพื่อป้องกันโรคต้อหิน

(๒) ควรใช้ยาขี้ผึ้งขจรจุหลยคืบขยอยายาสีฟัน ขี้บใส่เยื่อตาตรง ที่เบะหนังตาล่าง การใช้ยาใส่ ตลอดแล้วเอาไม้พัน สาลี่ ข้ายตาไม่สู้ดี เพราะผู้ที่ไม่เคยมักทำผิดพาดเสมอ เช่นไม้ คุรคคอร เนียเป็นแผลหรือ สาลี่ หลดค้าง อยู่ในตาทำให้ ผู้ช่วยรำคาญและขยจนตาอีกเสยมากขึ้นอีก โดยละเพาะอย่างยิ่งการให้คนไข้ไปใส่เองที่บ้าน ต้องระมัดระวังแนะนำ เกี่ยวกับการใส่ให้ถูกตาข้างที่ช่วย ให้ใส่ก้านในของหนังตาและ ระวังอันตรายถึงกล่าวแล้ว

(๓) ยาชนิดน้ำละลาย ใช้ ๑% เหมาะสำหรับผู้ช่วย ไปใช้ที่บ้าน มากกว่ายาชนิดผง เพราะใช้สะดวกกว่า แต่ต้องเน้นให้ใช้เฉพาะตาข้างใดข้างหนึ่งที่ป่วย และไม่ให้นำไปให้ผู้อื่นใช้อีกด้วย เพราะว่าพวกที่มานตาอีกเสียนาน ๆ มักก็ใจเมื่อใส่ยานี้ เพราะทำให้เห็นสว่างมากขึ้น จึงมักแนะนำให้ผู้อื่นใส่บ้าง โดยมีทราบถึงอันตราย

อนึ่งยาอย่างน้ำละลายนี้เหมาะที่จะใช้ในรายที่มีแผลสกปรกที่คอหอย หรือที่มานตา เช่น ก่อนหรือหลังผ่าตัด

ข้อเสียสำหรับยาน้ำนี้ก็คือ ทำให้เกิดการแพ้ยาได้ง่ายและบ่อยกว่ายาชนิดผง

(๔) การใช้ยาน้ำสำหรับเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า แปดขวบ) และผู้ใหญ่สูงอายุ มักมีเหตุแพ้ยาบ่อยๆ ยาชนิดขี้ผึ้งปลอดภัยกว่า

(๕) ยาเม็ด ใช้ใส่ทั้งเม็ดในถุงเยื่อตา เพื่อให้ค่อยๆ ละลายในน้ำ ตาอาจทำให้เกิดอาการแพ้ได้เช่นเดียวกับยาน้ำ

(๖) ในการใช้ยารวดหนึ่งๆ ควรหยอดยาไม่เกินสามครั้ง ครั้งหนึ่งห่างกันครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง และหยอดแต่ละครั้งเพียงหยด

เดียวเท่านั้น เมื่อหยอดแล้วควรเอานิ้วกดเหนือถุงน้ำตาตรงหัวตาไว้สักครู่หนึ่ง จะให้ผู้ช่วยยกตเองก็ได้ และห้ามกระพริบตา ทั้งนี้เป็นกรับของกันการแพ้ยา เพราะถ้าไม่ทำ ดังกล่าว น้ำยาอาจไหลผ่านลงน้ำตาเข้าไปถึงเยื่อจมูกโดยเร็วและมาก ทำให้เกิดकुक्षิมไปสร้างกายส่วนใหญ่ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการพิษขึ้น เพราะยาकुक्षิมทางเยื่อจมูกได้

พึงสังเกตว่า ยาน้ำอะโตรปีนแรง ๑% เพียงหนึ่งหยดมีเนอยามาก ประมาณเท่ากับอะโตรปีนหลอดที่ใช้ฉีดหนึ่งหลอด (๑ ล. ชุม. มียา ๐.๖ มก. หรือ ๑/๑๐๐ เกรน) ซึ่งพิษจนได้โดยการคำนวณง่าย ๆ ดังนั้นถ้ายาหนึ่งหยดที่หยอดตาถูกคุดคุ่มหมดสิ้น คนไข้จะได้รับยาเท่ากับฉีดยาหนึ่งครั้งเหมือนกัน

(๗) น้ำละลาย อะโตรปีน ถ้าถูก ความร้อนจัดหรือนาน ตวยจะสลายและเสียฤทธิ์ไป มักพบเช่นนี้เวลาที่มีคนทำฝาขวด หล่นแล้วกล้วยาสกปรกเอาขวดไปนึ่งยาเลย เสื่อมคุณภาพหมด

(Abstract of the fore-going article, THE EYE AND ATROPINE, by Chud Yusawasdi, M.B. Dept. of Ophthalmology and Oto-rhino-laryngology.)

The article reviews the actions and uses of atropine in ophthalmology, discussing modes of action, with se-

condary and side effects, principal therapeutic uses, contra-indications and toxicology. Forms of administration of the drug are described and their merits or drawbacks discussed. Various points of practical importance are emphasized.

(Rec. 15. Feb. 49)

ในรายที่เป็นโรคเส้นเลือดแดงตีบหรือตัน การตัดประสาทซิมพะเรติกจะมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะในรายที่ไม่มีการบีบตัวของเส้นเลือดอย่างผิดปกติ ถึงแม้ว่าเมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วอุณหภูมิของผิวหนังจะไม่เพิ่มขึ้นทันทีก็ตาม แต่ผลดีจะค่อย ๆ ปรากฏขึ้นทีละน้อย ๆ ในรายที่เป็นอย่างมากแล้ว ถึงแม้จะไม่มีการบีบตัวของเส้นเลือดก็ตาม การทำซิมพะเร็กโตมีอาจทำให้เกิดแก๊งกรีน เพราะถึงแม้จำนวนเลือดไหลเวียนจะมากขึ้นหลังการผ่าตัด แต่เลือดจะไปคั่งอยู่ในเส้นเลือดดำในตอมเชื่อมระหว่างเส้นเลือดแดงกับดำเสีย ทำให้อาหารในเส้นเลือดฝอยกลับน้อยลง

ในรายที่เป็นมากเพียงปานกลาง การตัดประสาทซิมพะเรติกจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดในแขนงทดแทนดีขึ้น

ข้อบ่งสำคัญสำหรับการตัดประสาทซิมพะเรติกก็คือ การที่เส้นเลือดบีบตัวหรือเกร็ง (เวโซค็อนสเตริกชั่น เวโซสแปสม์)

การไหลเวียนในส่วนเพอริเพอรัลมีหน้าที่สำคัญสองอย่าง คือนำอาหารผ่านเส้นเลือดฝอยไปเลี้ยงทีชชีว กับให้ความอบอุ่นแก่ส่วนนั้น ๆ เส้นเลือดในส่วนนี้ประสาทซิมพะเรติกเป็นเจ้าหน้าที่กระทำให้อัตโนมัติ

ส. อ.

รายงานผลการตรวจระดับความเข้ม ของซัลโฟนาไมด์ในร่างกาย

ดิถี จิ่งเจริญ พ.ต.
(แผนกสรีรวิทยา)

รายงานนี้เป็นผลสรุปผลการตรวจปริมาณยา
จำพวกซัลโฟนาไมด์ ส่วนมากในเลือด จากคนไข้
ของโรงพยาบาลศิริราช และจากสถานที่รักษาอื่นอีก
ด้วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๔๘๘ กับมีนาคม
๒๔๘๙ รวมการตรวจทั้งสิ้น ๓๖๕ ครั้ง

ในการใช้ยาจำพวกซัลโฟนาไมด์ หรือที่มักเรียก
กันสั้นปากว่ายาซัลฟา เพื่อจะให้ได้ผลดีนั้นจำต้อง
คำนึงถึงข้อประกอบหลายประการด้วยกัน นอกจาก
คำนึงถึงชนิดของเชื้อโรคว่าเป็นชนิดที่แพ้ยาซึ่งเราจะ
ใช้หรือไม่ ตำแหน่งที่เป็นโรคและความรุนแรงของ
อาการว่าควรจะใช้ยาชนิดใด แล้วยังจำต้องให้คนไข้
ได้รับยานั้นเพียงพอทั้งปริมาณและเวลา จนมีความ
เข้มของยานั้นภายในร่างกายมากถึงขนาดที่พอทำลาย
เชื้อ และรักษาระดับความเข้มของยาให้คงอยู่สูง
เช่นนั้น เป็นเวลานานพอที่จะให้บรรลุผลดังต้องการ
อีกด้วย โดยจะเพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ยานี้โดยวิธีกิน
ย่อมมีเหตุ ประกอบ หลาย ประการที่ อาจทำให้ระดับ
ความเข้มของยาค้นไปจากความคาดหมายได้ โดย
จะเพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับความแตกต่าง ตามบุคคลใน
เรื่องการดูดซึมและการขับถ่าย หากระดับของยาใน
ร่างกายคนไข้ มีต่ำเกินไปก็จะไม่ได้ ผลในการรักษา
ตรงนั้นข้าม ถ้า สูงเกินไปก็อาจก่อให้เกิด อาการ
เป็นพิษได้ ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลจากยาอย่างแน่นอน
ในปัจจุบัน นี้เราจึง นิยม ตรวจหา ปริมาณ ยาใน เลือด
ระหว่างการรักษา เพื่อจะได้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธี
ขนาดให้ยาให้ได้ผลตามประสงค์

กล่าวโดยทั่วไป สำหรับซัลฟานิลา
ไมด์ (Sulfanilamide) ควรให้มีความ
เข้มอยู่ในระดับ ๘ ถึง ๑๐ มก. ต่อเลือด
๑๐๐ ล. ซม. ส่วนซัลฟาไพริดีน (Sulfa-
pyridine)ซัลฟาไธอะโซล (Sulfathiazole)
และซัลฟาไดอะซีน (Sulfadiazine) ควร
ให้ ๕ ถึง ๑๐ มก. ต่อเลือด ๑๐๐ ล. ซม.
ในรายที่โรครุนแรงมากอาจให้จนได้ระดับ
๑๐ ถึง ๑๕ มก. ต่อเลือด ๑๐๐ ล. ซม.
ก็ได้ (2,3,5)

วิธีปฏิบัติที่นิยมใช้กันคือ สำหรับซัลฟา
นิลอะไมด์ ครั้งแรกให้กิน ๐.๑ ก. ต่อ
น้ำหนักตัว ๑ กก. แล้วต่อไปให้ ๑/๖ ของ
ครั้งแรก ๔ ชั่วโมง ครั้ง สำหรับซัลฟา
ไพริดีน ซัลฟาไธอะโซล และ ซัลฟาไดอะซีน
ครั้งแรกให้ ๔ ก. ต่อไปให้ ๑ ก. ทุก ๔
ชั่วโมง ถ้าให้ตามวิธีที่กล่าวนี้โดยมากยา
ในเลือดจะขึ้นถึง ระดับความ เข้มที่ต้องการ
ภายใน ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมง ด้วยเหตุนี้

ถ้าต้องการตรวจสอบความเข้มข้นของยาในเลือดจึงควรเจาะเลือดหลังจากที่ได้เริ่มให้ยาแล้ว ๔๘ ถึง ๗๒ ชั่วโมง รายใดก็ได้ผลต่ำกว่าที่คาดคะเนควรตรวจซ้ำในวันต่อไปอีกหรือตรวจเมื่อให้ยาครบขนาดแล้วทันทีอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อทราบภาวะการดูดซึมของยาในคน ๆ นั้น

วิธี การวิเคราะห์ปริมาณซัลโฟนาไมด์ในเลือดครั้งนี้ใช้วิธีเดิมของ E. K. Marshall (1) คือสกัดซัลโฟนาไมด์แยกจากเลือดด้วยแอลกอฮอล์ แล้วกระทำโคอะโซไทล์และให้รวมกับ Dimethyl-alpha-naphthylamine เปลี่ยนเป็นวัตถุสีจำพวก azo นำไปเทียบสีกับน้ำยามาตรฐานและคำนวณหาความเข้มข้นของซัลโฟนาไมด์

นอกจากตรวจหาความเข้มข้นของยาในเลือดแล้ว ยังได้ทำการวิเคราะห์ปริมาณของยาในน้ำเหลืองที่เจาะจากคุ่มใช้ทรีพิกซ์ด้วย โดยใช้วิธีเดียวกัน

ผล ได้ทำการวิเคราะห์ปริมาณซัลโฟนาไมด์ในเลือด ๓๓๓ ครั้ง และในน้ำเหลืองจากคุ่มใช้ทรีพิกซ์ ๓๖ ครั้ง รวม ๓๖๙ ครั้ง ทั้งนี้จากคนไข้จำนวน ๒๕๙ คน เป็นคนไข้ทรีพิกซ์ได้ ๓๐ ส่วนร้อย ปอดอักเสบ ๒๓ ส่วนร้อย นอกนั้นเป็นพวกที่มีการอักเสบในที่อื่น ๆ เช่น เยื่อช่องท้อง ไซ้คิง และ เซลลูไลติส เป็นต้น

ปริมาณของ ยา ที่ ตรวจ พบ จะ สรุป เป็น พวก ๆ ได้ดังต่อไปนี้

๑. ระดับความเข้มข้นของซัลฟานิลาไมด์ในเลือด

ความเข้มข้น / ๑๐๐ มล. ชม.	จำนวนครั้งที่ตรวจพบ	เทียบเป็นส่วนร้อยของจำนวนที่ตรวจทั้งหมด	หมายเหตุ
๐	๗	๔.๘	รวมตรวจ ๑๔๕ ครั้ง จากคนไข้ ๑๐๕ คน ความเข้มข้นสูงสุดที่พบ ๒๑.๔
๐.๑-๓.๕	๒๘	๑๙.๓	
๔.๐-๗.๕	๔๕	๓๑.๗	
๘.๐-๑๐.๐	๒๗	๑๘.๖	
๑๐.๑-๑๕.๐	๒๘	๑๙.๓	
๑๕.๑ ขึ้นไป	๖	๔.๒	

๒. ระดับความเข้มของซัลฟานิลอะไมด์ในน้ำเหลืองจากคุ่มไข่ทรพิษ

ความเข้ม มก./๑๐๐ ถ. ชม.	จำนวนครั้ง ที่ตรวจพบ	เทียบเป็นส่วนร้อย ของจำนวนที่ตรวจทั้งหมด	หมายเหตุ
๐	—	—	รวมตรวจ ๓๖ ครั้ง จากคนไข้ ๓๖ ราย (ผลตรวจเลือดรวมอยู่ในตารางที่ ๑ ด้วย) ระดับสูงสุดที่พบ ๒๓.๖
๐.๑-๓.๕	๔	๑๑.๑	
๔.๐-๗.๕	๑๔	๓๘.๕	
๘.๐-๑๐.๐	๑๐	๒๗.๕	
๑๐.๑-๑๕.๐	๗	๑๙.๔	
๑๕.๑ ขึ้นไป	๑	๒.๗	

๓. ระดับความเข้มของซัลฟาไพริดีนในเลือด

ความเข้ม มก./๑๐๐ ถ. ชม.	จำนวนครั้ง ที่ตรวจพบ	เทียบเป็นส่วนร้อย ของจำนวนที่ตรวจทั้งหมด	หมายเหตุ
๐	๒	๘.๑	รวมตรวจ ๒๒ ครั้ง จากคนไข้ ๑๘ ราย ระดับสูงสุดที่พบ ๑๗.๕
๐.๑-๒.๕	๗	๓๑.๘	
๓.๐-๔.๕	๗	๓๑.๘	
๕.๐-๑๐.๐	๕	๒๒.๗	
๑๐.๑-๑๕.๐	—	—	
๑๕.๑ ขึ้นไป	๑	๔.๕	

๔. ระดับความเข้มของซัลฟาไรอะโซลในเลือด

ความเข้ม มก./๑๐๐ ถ. ชม.	จำนวนครั้ง ที่ตรวจพบ	เทียบเป็นส่วนร้อย ของจำนวนที่ตรวจทั้งหมด	หมายเหตุ
๐	๕	๑๕.๘	รวมตรวจ ๕๗ ครั้ง จากคนไข้ ๕๑ ราย ระดับสูงสุดที่พบ ๑๑.๕
๐.๑-๒.๕	๒๘	๔๙.๑	
๓.๐-๔.๕	๑๓	๒๒.๘	
๕.๐-๑๐.๐	๖	๑๐.๖	
๑๐.๑-๑๕.๐	๑	๑.๗	
๑๕.๑ ขึ้นไป	—	—	

๕. ระดับความเข้มของซัลฟาไดอะซีนในเลือด

ความเข้ม มก./๑๐๐ ถ. ชม.	จำนวนครั้ง ที่ตรวจพบ	เทียบเป็นส่วนร้อย ของจำนวนที่ตรวจทั้งหมด	หมายเหตุ
๐	๓	๒.๘	รวมตรวจ ๑๐๘ ครั้ง จากคนไข้ ๘๔ คน ระดับสูงสุดที่พบ ๑๖.๘
๐.๑-๒.๘	๒๗	๒๔.๘	
๓.๐-๔.๘	๓๐	๒๗.๕	
๕.๐-๑๐.๐	๓๘	๓๕.๘	
๑๐.๑-๑๕.๐	๑๐	๙.๓	
๑๕.๑ ขึ้นไป	๐	๐.๘	

วิจารณ์และอภิปราย จากผลที่ได้ สำหรับคนไข้ทกินยาซัลฟานิลาไมด์ ในการตรวจเลือด ๑๔๕ ครั้ง พบว่ามียาอยู่ในระดับสูงเกินสมควร คือที่ให้ประโยชน์ในการรักษาได้ (๘ ถึง ๑๕ มก.) เพียง ๓๗.๘ ส่วนร้อยครั้ง มียาอยู่ในระดับต่ำกว่าควร แต่ยังคงแสดงฤทธิ์ได้ข้าง ๓๓.๘ ส่วนร้อย และอยู่ในระดับสูงเกินสมควร ๔.๒ ส่วนร้อย ถ้าจะรวมผลการตรวจที่ได้ระดับยาซึ่งอยู่ในขอบเขตที่จะให้ผลในการรักษาทั้งหมด ทั้งอย่างพอไปได้และอย่างก็ไม่ได้ ๗๕.๘ ส่วนร้อย

สำหรับซัลฟาไพริคีนได้ตรวจ ๒๒ ครั้ง พบระดับความเข้มในเลือดที่ควรจะให้ผลดี (๕ ถึง ๑๐ มก.) ๒๒.๘ ส่วนร้อย หรือ

๒๓ ครั้งใน ๑๐๐ ครั้ง ระดับที่พอจะแสดงฤทธิ์ได้ ๓๑.๘ ส่วนร้อย และสูงเกินควร ๔.๕ ส่วนร้อย รวมที่พบยาในระดับที่อาจให้ประโยชน์ในการรักษาทั้งหมด ๕๘.๑ ส่วนร้อย

สำหรับซัลฟาไดอะโซล ซึ่งได้ตรวจ ๕๗ ครั้ง พบความเข้มในเลือดที่อยู่ในระดับที่ควรจะให้ผลดี (๕ ถึง ๑๕ มก.) ๑๒.๓ ส่วนร้อย หรือ ๑๒ ครั้งใน ๑๐๐ ครั้งเท่านั้น ที่อยู่ในระดับซึ่งพอแสดงฤทธิ์ได้บ้างอีก ๒๒.๘ ส่วนร้อย ดังนั้นรวมได้พบผลที่ควรจะมีประโยชน์ในการรักษาทั้งหมด เพียง ๓๕.๑ ส่วนร้อย หรือเกินกว่าหนึ่งในสามเล็กน้อยเท่านั้น

ส่วนซัลฟาไดอะซีน ในการตรวจ ๑๐๘ ครั้ง ได้พบความเข้มข้นของยาในเลือดซึ่งอยู่ในระดับอันควรให้ผลดีในการรักษา (๕ ถึง ๑๕ มก.) ๔๔.๐ ส่วนร้อย ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าควร แต่ยังมีอาให้ผลข้าง ๒๗.๕ ส่วนร้อย และที่สูงเกินสมควร ๐.๘ ส่วนร้อย รวมทั้งพบยาในความเข้มข้นที่ให้ผลในการรักษาทั้งหมด ๗๒.๔ ส่วนร้อย

สำหรับ ความเข้มข้นของยาในน้ำเหลืองที่เจาะได้จากคัมฝี่คานั้น ยังไม่มีมาตรฐานว่า ควรได้เท่าใด ที่จริงน่าจะถือเอาความเข้มข้นในเลือดเป็น สำคัญได้ ที่เราได้ ตรวจ น้ำเหลือง ดังกล่าว นี้ เป็นการ คึกษาเพื่อ ทราบว่ายาจะออกมาทางน้ำเหลืองนี้ได้หรือไม่ เป็นส่วนใหญ่

จากผลที่ได้ เห็นได้ว่า ส่วนไม่น้อย ของคนไข้ที่ได้ตรวจเลือดนี้ มีซัลโฟนาไมด์ ในเลือดต่ำกว่าระดับ ที่ควรจะให้ ผลในการ รักษา ซึ่งหมายความว่าคนไข้ อาจไม่ได้รับ ประโยชน์อะไรเลย ก็ได้จากยาที่ กิน เข้าไป (2,3) การที่มีความเข้มข้นของยาในเลือดต่ำกว่าที่ควรเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเหตุ ประกอบ หลายประการ เช่น ให้ยาขนาดน้อยเกินไป ได้ในระยะเวลาห่างกันมากไป ร่างกายดูดซึมยาน้อยกว่าที่คาดหมาย หรือยาเข้าไป

ในร่างกายแล้วแต่ถูกขับถ่ายออกไปเร็วกว่าปรกติ เช่นในรายที่ถ่ายขี้สวามะมากหรือ กินยาขับขี้สวามะเป็นต้น ด้วยเหตุนี้ถ้าจะให้ ได้ผลแน่นอนจากการใช้ยา จำพวก ซัลโฟนาไมด์จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ปริมาณยานั้นๆ ในเลือดอยู่เสมอ เป็นการควบคุมให้แน่ใจว่า คนไข้ได้รักษาพอเพียงแล้ว มิฉะนั้น แพทย์ ย่อม จะ วางใจไม่ได้เลย อนึ่งน่าสังเกตว่าในจำนวนคนไข้ที่ได้ตรวจนี้ ที่ได้รักษาซัลฟานิลอะไมด์ กับยาซัลฟาไดอะซีน มีส่วนร้อยที่มีระดับยาในเลือดสูงถึงขีดใช้ได้ ประมาณ ๗๕ หรือเศษสามส่วนสี่ของที่ได้ กินยา ส่วนพวกที่กินซัลฟาไพริดีนมีเพียง ๕๘ ส่วนร้อย และพวกกินซัลฟาไดอะโซลมีเพียง ๓๕ ส่วนร้อยเท่านั้นเอง ตามหลักการรักษาย่อม จะต้องคาดคะเนว่าใน คนไข้ พวกหลังทั้งสองพวกนี้คงมีผู้ที่ได้ประโยชน์ จากยาที่กินเข้าเป็นส่วนน้อยกว่าในสองพวกแรก ที่เป็นเช่นนี้อาจมีต้นเหตุได้หลาย ประการ แต่ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจาก การใช้ซัลฟานิลอะไมด์และซัลฟาไดอะซีนน้อยกว่า และมีความชำนาญเกี่ยวกับยานั้นๆ มากกว่า ยาอีกสองขนานก็ได้ จึงสามารถจัดขนาด ให้ได้ผลที่ดีได้มากกว่า

ข้อที่ควรเน้นอีกครึ่งหนึ่งในตอนท้ายนี้ คือ เพื่อให้ได้ผลแน่นอนจากการใช้ยาจำพวกซัลโฟนาไมด์ การตรวจวิเคราะห์ปริมาณของยาในเลือดเป็นความจำเป็น

สรุป

(๑) เราอาจทราบระดับความเข้มข้นของซัลโฟนาไมด์ในเลือดได้โดยการวิเคราะห์ทางเคมี

(๒) เราอาจใช้วิธีสำหรับเลือดวิเคราะห์ปริมาณของซัลโฟนาไมด์ในน้ำเหลืองจากคุ่มฝีไช้ที่พิษได้

(๓) การวิเคราะห์แสดงว่า ส่วนไม่น้อยของคนไข้ที่กินยาจำพวกนี้มีความเข้มข้นของยาในเลือดอยู่ในระดับต่ำกว่าที่เชื่อถือกันว่า จะให้ผลในการรักษา

(๔) การวิเคราะห์ปริมาณยาในเลือดเป็นความจำเป็นที่จะช่วยให้การใช้ยาเหล่านี้ได้ผลแน่นอน

เอกสาร

1. Marshall, E.K., K. Emerson and W.C. Cutting : J.A M.A., 1937, 108 : 953.
2. Long and Bliss : Clinical Use of Sulfanilamide, Sulfapyridine and Allied Compounds (1939)
3. Brown, A.E. Use and Abuse of the Sulfonamides. Collected Papers of the Mayo Clinic, 34, 1942.

4. New and Non-official Remedies, 1946.

5. Grollman and Slaughter : Cushny's Pharmacology and Therapeutics, 1947 (London).

(Abstract of the preceding article, SULFONAMIDE CONCENTRATION IN BODY FLUIDS, A SUMMARY OF 369 ANALYSES, by Dithi Chuengcharoen, M. D., Dept. of Physiology).

Stressing the significance of chemical analysis in helping to attain and maintain a therapeutically optimum concentration of the sulfonamides in the blood, the author presents analytical data to show that actually a considerable proportion of patients under sulfonamide therapy are not receiving an adequate amount of the drugs. Of the patients treated with sulfanilamide only 69.9% have blood concentrations not below the minimal effective level; for patients receiving sulfapyridine, sulfathiazole and sulfadiazine the corresponding figures are respectively 59.1, 35.1 and 72.4%. The method of analysis used is that of E. K. Marshall, and the author finds that it can be applied also to puncture fluid from small pox eruptions with fairly reliable results. Thirty-six determinations have thus been made.

(Rec. 1. Nov. 48)

บทบรรณาธิการ

ปริญญาชั้นสูงในทางแพทย์

การศึกษาแพทย์ในชั้นปริญญาอาจสั้นสุดลงได้โดย่างใดอย่างหนึ่งทั้งสองอย่าง คือ อย่างมีปริญญาสองชั้น ก็อย่างมีชั้นเดียว อย่างแรกจะเรียกว่าเป็นแบบยุโรปก็คงจะได้ เพราะเป็นที่นิยมใช้อยู่ในประเทศต่าง ๆ ในทวีปนั้น รวมทั้งประเทศอังกฤษด้วย ส่วนอย่างหลัง น่าจะ เรียกว่า เป็น แบบอเมริกัน เพราะเป็นแบบที่แพร่หลายใน สหรัฐอเมริกา ถึงแม้ว่ามี บางโรงเรียนในประเทศนั้น ที่ให้ปริญญาแบบยุโรป คือแยกการศึกษาออกเป็นชั้นสามัญกับชั้นสูง ชั้นสามัญนั้นเป็นความรู้ชั้นปรกติที่จำเป็นสำหรับการประกอบอาชีพแพทย์ ส่วนชั้นสูงนั้นเป็นการศึกษาพิเศษสำหรับผู้ที่ต้องการ จะเป็น ผู้เชี่ยวชาญหรืออาจารย์ และถือว่าการศึกษานั้นไม่จำเป็นสำหรับผู้ที่จะเป็นแพทย์รักษาโดยทั่วไป ผู้ที่ เรียน สำเร็จ ชั้น สามัญ มักได้ รับ ปริญญาชั้น Baccalaureus ซึ่งในบางประเทศ

ก็เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น ผู้ที่สำเร็จชั้นสูงมักได้ รับ ปริญญา เป็น Doctor (ภาษาละตินแปลว่าครู) การที่จะเลื่อนฐานะจากชั้นสามัญขึ้นไปชั้นสูงนี้ มักต้องเขียนวิทยานิพนธ์แสดงผลของการค้นคว้าและต้องสอบไล่ได้อีกด้วย ส่วนแบบอเมริกันนั้นพอเรียนจบหลักสูตรของแพทยศาสตร์ก็ให้ที่คอคเตอร์เลยทีเดียว เพราะมีปริญญาชั้นเดียว และโดยมากไม่ต้องเขียนวิทยานิพนธ์หรือสอบไล่พิเศษอะไรอีก

สำหรับโรงเรียนของเรา นั้นดำเนินการตามแบบยุโรป คือผู้ที่เรียนจบหลักสูตรสามัญได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งเท่ากับ Bachelor of Medicine (M.B.) ซึ่งปริญญานี้เทียบเท่ากับปริญญาตรี แต่สำหรับแพทยศาสตรบัณฑิตทางการเทียบวิทยฐานะให้เท่ากับปริญญาโท(มหาบัณฑิต)ชั้นสูงขึ้นไปกว่านี้ คือ แพทยศาสตรคหุ

บัณฑิต ซึ่งเทียบเท่ากับ Doctor of Medicine (M.D.) ของต่างประเทศ และนับเป็นปริญญาชั้นเอก

เคยมีคนแสดงความเห็น อยากให้โรงเรียนของเราให้ปริญญาแบบอเมริกันบ้าง เพราะว่าหลักสูตรและวิธีดำเนินการสอนของเราส่วนใหญ่เป็นแบบอเมริกัน และเพราะว่าถ้าหมอของเราทุกคนที่เรียนจบออกมา ก็ได้ปริญญาเอกซึ่งเขียนเป็นภาษาอังกฤษด้วย อักษร M.D. จะได้ไม่น้อยหน้าหมอต่างประเทศ ความเห็นข้อนี้ก็มิได้มีเหตุผลก็อยู่แต่กระชกกับความจริงสองประการ ประการหนึ่ง ค่าตัวของหมอมิได้ขึ้นอยู่กับอักษรย่อข้างหลังชื่อ แต่อยู่ที่ความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือคนไข้ว่ามีมากปานใด ประการที่สอง ถ้าให้ปริญญาสูงสุดเสียตั้งแต่เรียนจบหลักสูตรสามัญ แพทย์ของเราที่จะเลิกชวนชวนหาทางก้าวหน้าในทางวิชาการเสียสิ้น การตรวจค้นและค้นคว้าต่าง ๆ ก็จะไม่ค่อยมีผู้สนใจ ในต่างประเทศนั้นหมอมที่มีปริญญาชั้น M.D. แล้ว ก็ยังมีทางก้าวหน้าในวิชาการอีก โดยอาจทำปริญญาในทางวิทยาศาสตร์สาขาต่าง ๆ แต่ของเรายังไม่มีโอกาสเช่นนั้น ดังนั้นการที่เข็ชชองก้าวหน้า

ไว้ให้ อีกชั้นหนึ่ง จึงนับว่า เป็นการสมควรที่แล้ว ส่วนที่แพทยศาสตร์บัณฑิต (M.B.) ของเราจะดีกว่าคณูบัณฑิต (M.D.) ของต่างประเทศเพียงใดนั้น ผลงานเท่านั้นที่จะชี้ขาดได้

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้วางหลักเกณฑ์สำหรับการเลื่อนชั้นจากแพทยศาสตร์บัณฑิตเป็นแพทยศาสตรคณูบัณฑิตไว้ให้มีมาตรฐานสูงไม่น้อยกว่าในที่อื่นใด ข้อต้องการที่สำคัญ ๆ สำหรับการเลื่อนวิทยฐานะดังกล่าวมีดังนี้ (๑) ผู้ที่สมัครเข้าสอบเพื่อรับคณูบัณฑิตต้องสอบได้ชั้นบัณฑิตมาแล้วไม่น้อยกว่าสองปี ความมุ่งหมายของข้อนี้ก็เพื่อให้ได้มีประสบการณ์มากและมีหตากว้างพอสมควร ประกอบกับให้มีอายุไม่น้อยนัก เหมาะกับที่จะเป็นบัณฑิตในชั้น "ครู" ได้ (๒) จะต้องเสนอวิทยานิพนธ์ (Thesis) ที่มีความยาวพอสมควร ต่อ คณะกรรมการประจำ คณะแพทยศาสตร์ ฯ หากคณะกรรมการ ฯ อนุมัติวิทยานิพนธ์นี้จึงมีสิทธิ์เข้าสอบไล่ต่อไป ข้อนี้นับว่าเป็นข้อที่ยากลำบากที่สุด และเป็นอุปสรรคสำคัญที่เบี่ยงเบนหมอมของเราหลายคนให้หันเหไปเสียหากความสำเร็จใน

การที่จะเลื่อนวิทยฐานะของตนเอง ตามระเบียบ บ่งไว้ว่า วิทยานิพนธ์นั้นต้องมีลักษณะเป็น รายงาน ผล การ ทด ลอง ค้นคว้า ของผู้สมัครสอบ หรือเป็นการบรรยายตามความชัดเจนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ หรืออาจเป็นการศึกษาเพิ่มเติมงานที่มีผู้ขึ้นกระทำการไว้ก่อนแล้วก็ได้ แต่งานส่วนมากต้องเป็นของผู้เสนอ และต้องมีความรู้ใหม่บวกเข้าไปอีก กว้าง งาน ค้นคว้า หรือตรวจค้น ทั้งนี้ ต้อง กระทำใน ความ คอบ คม ของคณะกรรมการประจำแพทยศาสตร์ผู้หนึ่ง ซึ่งต้องรับรองวิทยานิพนธ์นั้น และต้องลงชื่อเป็นผู้นำเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา การพิจารณานี้ย่อม เพ่งเล็ง ถึง คุณ ประโยชน์ในทางความรู้หรือการปฏิบัติที่จะได้รับ (๓) ถ้าหากคณะกรรมการลงมติรับ วิทยานิพนธ์ นั้น ผู้เสนอก็มีสิทธิ์ที่จะเข้าสอบภาคที่สองต่อไป ซึ่งในปัจจุบันมีการสอบรวมสี่วิชา* มีวิชาที่ยังค้ำหนึ่งวิชา คือวิชาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับวิทยานิพนธ์ และซึ่ง นับ เป็นวิชาใหญ่นอกนี้มีวิชาของสามวิชา ซึ่งผู้สอบเลือกเอาเอง แต่ในสี่วิชาที่สอบทั้งหมดนี้ อย่างน้อยต้องมีวิชาทางคลินิกหนึ่งวิชา และทาง

ปรีคลินิกหนึ่งวิชา การกำหนดเช่นนี้ก็เพื่อให้ตรงกับความต้องการที่มีอยู่แต่เดิมว่า ผู้ที่สอบได้ คุชฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์เป็นผู้นับถือชาวอังกฤษ หากแต่ต้องมีความรู้ทั่ว ๆ ไปในการแพทย์อย่าง กว้างขวาง ถ้าหากผู้สอบ ๆ ได้ในภาคนี้ อีกก็ถือว่า เป็นสอบสำเร็จครบถ้วน และทาง คณะแพทยศาสตร์จะได้ เสนอ มหาวิทยาลัยให้อนุมัติ คุชฎีบัณฑิตให้

มีความเข้าใจผิดกันอยู่ข้อหนึ่งเกี่ยวกับวิทยานิพนธ์ คือคนโดยมากมักคิดว่า การที่คณะกรรมการ ยอมรับวิทยานิพนธ์ฉบับใด ย่อมต้องหมายความว่า วิทยานิพนธ์นั้น ดีเลิศ และข้อความต่าง ๆ ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์นั้น ต้อง เป็น ความ จริง ถูกต้อง แท้ทุกประการ ที่จริงนั้นกรรมการตัดสินตามหลักที่วางไว้ดังกล่าวข้างต้นแล้ว คืองานส่วนใหญ่หรือทั้งหมดต้องเป็นงานของผู้เสนอ ต้องมีความรู้ใหม่อยู่ในเนื้อหาของเรื่องบ้าง และต้องมีคุณค่าในทางความรู้แท้ ๆ (อะแคเดมิก) หรือในทางประยุกต์ (แอปพลายด์) ส่วนที่จะ เป็นการ ถูกต้องแท้จริงเพียงไรนั้น คณะกรรมการย่อมไม่มีหนทางที่จะพิสูจน์ได้ ภายในเวลาที่กำหนด ต้องอาศัยความเห็น

* แต่เดิมบังคับให้สอบหมดทุกวิชา เปลี่ยนเป็นสามวิชาใน พ.ศ. ๒๔๘๘ และเปลี่ยนเป็นสี่วิชาใน พ.ศ. ๒๔๙๑

ของกรรมการผู้รับรองและนำเสนอ ผู้ใด
ใกล้ชิดกับการทำงานนั้นมาตั้งแต่ต้น นอก
จากนี้ก็ได้แต่อาศัยศักดิ์สิทธิ์ ตามหลัก ความรู้
ทั่ว ๆ ไปว่า มันน่าจะเป็นไปได้หรือไม่ได้

การสอบคุญบัญญัติที่นับว่าเป็นการแพง
มาก สำหรับค่าธรรมเนียมสอบนั้นเพียง
๘๐ บาท ซึ่งนับว่าถูก ทั้งนี้เป็นเพราะ
ทางการต้องการจะส่งเสริมให้มีผู้สอบมาก ๆ
แต่ยังมีค่าไต่หยุ่ยที่แรง ๆ อีก แพงที่สุดคือ
ค่าใช้จ่ายในการค้นคว้า ถ้าคิดมูลค่าสิ่ง
ของในปัจจุบันอาจจะนับเป็นเงินหมื่นก็ได้ ซึ่ง
คงมีน้อยคนที่จะสามารถออกเองได้ ดังนั้น
ส่วนมากของผู้อยากสอบจึงมักไปขออาศัย
ทำงานในแผนกวิชาต่าง ๆ ซึ่งอาจออกค่า
ใช้จ่ายให้ทั้งหมดหรือบางส่วนก็ได้แล้วแต่จะ
เห็นสมควร ต่อจากนี้มีรายการจ่ายที่สำคัญ
มากอีกประการหนึ่ง คือผู้ที่สอบสำเร็จแล้ว
จักต้องจัดทำพิมพ์วิทยานิพนธ์ของตนส่งมอบ
ให้แก่คณะแพทยศาสตร์ฯ เป็นจำนวน ๑๕๐
ฉบับ สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานข้างและ
แจกจ่ายไปตามองค์การวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ
เป็นการเผยแพร่อย่าง ข้อนั้นเป็นระเบียบใหม่
ซึ่งพึงตราขึ้นเมื่อปีที่แล้วมานเอง และเป็น
หลักประกันว่า งานค้นคว้าที่ได้กระทำสำเร็จ

นั้นจะได้ก่อให้เกิดประโยชน์จริงจิ่งขึ้น ไม่
นอนนิ่งจมอยู่ในลิ้นชักเฉยๆ เหมือนที่แล้วๆ
มา สำหรับผู้สอบซึ่งมีทุนน้อยมีหนทางที่จะ
ประหยัดค่าตีพิมพ์วิทยานิพนธ์ได้ โดยการ
ส่งเรื่องไปลงพิมพ์ในนิตยสารวิชาการที่แพร่
หลาย ถ้าทำเช่นนั้นแล้วจะต้องส่งวิทยานิพนธ์ให้
แก่คณะแพทยศาสตร์เพียง ๕๐ ฉบับเท่านั้น

คงจะเห็นได้ง่ายว่า ตอนที่สำคัญที่สุด
และยากที่สุด คือ การ เตรียม วิทยานิพนธ์
เพราะจะต้องทำการ ตรวจค้น หรือ ค้น คว้าให้
สำเร็จ และต้องได้ผลที่ดีหรือสำคัญมาก
กว่าสำหรับงาน ตรวจ ค้น อย่าง ธรรมดาด้วย
งานเหล่านี้จึงมักต้องทำโดยมีบุคคลชั้นอา-
จารย์ผู้ใหญ่เป็นผู้แนะนำและควบคุม ซึ่ง
ต้องสามารถชี้ช่องควร ปฏิบัติ เป็น ชั้น ๆ ไป
และช่วยจับปัญหาและอุปสรรคให้สูญสิ้นไป
ได้ อาจารย์ผู้รับผิดชอบอยู่ในฐานะที่ต้อง
รับผิดชอบอย่างมาก เพราะนอกจากจะต้อง
ช่วยให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้แล้ว ยังจะต้อง
รู้เห็นในงานนั้นอย่างปรุโปร่ง และในที่
ประชุมตัดสินก็จะต้องรับรู้ในข้อเท็จจริงต่างๆ
อย่างเต็มที่ ทั้งจะต้องเป็นผู้ใดโดยอภิปราย
เหตุผลจนกระทั่ง ที่ประชุมยอมรับงาน นั้น ๆ
อีกด้วย ถ้าหากกรรมการเกิดไม่ยอมรับ

ขึ้นมา ก็ถกกันว่าเป็นการเสียหน้าของผู้นำเสนอกับย ทั้งนั้นผู้ใดระยอมรับเสนอนิติพนธ์ เรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ต่อเมื่อแน่ใจแล้วว่าวิทยานิพนธ์ นั้นไม่มีที่ติและ อยู่ในฐานะที่กรรมการจะต้องรับแน่ ๆ ที่เคียว ที่นำข้อนี้ขึ้นมากล่าวก็เพราะเคยปรากฏว่าผู้ทำค้นคว้าบางคนมีความน้อยถอยใจ อาจารย์ผู้ควบคุมงานของตนว่า เข้มงวด และ เรียบรัดซึ่งให้ทำงานมากมายก่อนที่ระยอมให้เขียนขึ้นเป็นวิทยานิพนธ์ ข้อนี้เป็นความจำเป็นเพื่อผู้ค้นคว้าเอง และเป็นความยุติธรรมเพื่อผู้ควบคุม เพราะเขาจะต้องเสียดายของเสียของเขาพร้อมกันไปด้วย เนื่องจากความจริงข้อนี้ที่ อาจารย์ ผู้ นำ เสนอ วิทยานิพนธ์ ย่อมต้องเสียดายสำหรับเกียรติภูมิของเขาทุก ๆ ครั้ง ที่รับรองเรื่อง ของศิษย์ เป็นการกระทำที่น่าเห็นใจและเป็นห่วง สัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกว่าธรรมดา มาก ในต่างประเทศจึงมีธรรมเนียมยกย่อง เรียกว่า Doctor pater ซึ่งแปลได้ว่า “บิดาแห่งปริญญา”

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้วางระเบียบให้มีการสอบเพื่อคณาจารย์บัณฑิต ได้ตั้งแต่เริ่มเปิดการสอนชั้นปริญญา ใน พ.ศ. ๒๔๗๕ ได้มีผู้สอบได้เป็นครั้งแรก คือ

นายแพทย์สงวน โรจนวงศ์ อาจารย์ในแผนกศัลยศาสตร์ ซึ่งในปัจจุบันเป็นพลตรีและนายแพทย์ใหญ่ทหารบก ต่อจากนั้นก็มีผู้สอบเป็นครั้งแรกวเรื่อย ๆ มา จนกระทั่งครั้งสุดท้ายในชั้นนี้รวมกันได้ ๑๑ คน ทั้งรายการต่อไปนี้

- (๑) สงวน โรจนวงศ์ พ.บ. ๒๔๗๐ พ.ด. ๒๔๗๕ วิทยานิพนธ์ " การทดลองรักษาหนองในโดยฉีดยาเข้าหลอดน้ำอสุจิ " (๒) บรรจง กรลักษ์ณ์ พ.บ. ๒๔๗๒ พ.ด. ๒๔๗๗ วิทยานิพนธ์ " การศึกษาเภสัชวิทยาของโบกระท่อม " (๓) หวล ชื่นจิตต์ พ.บ. ๒๔๗๒ พ.ด. ๒๔๗๘ วิทยานิพนธ์ " มาตรฐานฮีโมโกลบินในคนไทย " (๔) อวย เกตุสิงห์ พ.บ. ๒๔๗๕ พ.ด. ๒๔๗๘ วิทยานิพนธ์ " อาการไตของปลาหัวตะกั่วต่อตจติเตลิสในขนาดตาย " (๕) สรรค์ ศรีเพ็ญ พ.บ. ๒๔๗๕ พ.ด. ๒๔๘๐ " เบซัลเมตาบอลิสม์ในหญิงมีครรภ์ " (๖) ประดิษฐ์ ตันหาสุรัตน์ พ.บ. ๒๔๗๘ พ.ด. ๒๔๘๗ วิทยานิพนธ์ " พยาธิตัวจิ๊ด " (๗) ดิลี จิ่งเจริญ พ.บ. ๒๔๘๑ พ.ด. ๒๔๘๕ วิทยานิพนธ์ " ฤทธิ์เภสัชวิทยาของกลูโคไซด์ในใบชุมเห็ดเทศ " (๘) อมรา จันทราภานนท์ พ.บ. ๒๔๘๐ พ.ด. ๒๔๘๕ วิทยานิพนธ์ " ส่วนประกอบและค่าความร้อนของอาหารไทยห้าสิบอย่าง " (๙) อรุโอรุณลักษณ์ พ.บ. ๒๔๘๖ พ.ด. ๒๔๘๘ วิทยานิพนธ์ " การศึกษาเภสัชวิทยาของใบขี้เหล็ก " (๑๐) สุขุม ภัทราคม พ.บ. ๒๔๘๑ พ.ด. ๒๔๘๑ วิทยานิพนธ์ " การก่อแอกกลูตินินโดยฉีดวัคซีนไทฟอยด์เข้าไปในผิวหนัง " และคนสุดท้ายที่พึงได้รับปริญญาไปเมื่อเดือนมีนาคมนี้เองคือ (๑๑) สอนง อุนากูล พ.บ. ๒๔๘๕ พ.ด. ๒๔๘๖ วิทยานิพนธ์ " การศึกษาเภสัชวิทยาของใบทองหลาง "

ถ้าจะคำนึงดูว่า จำนวนแพทย์ปริญญา
 ที่ได้สำเร็จออกไปแล้วทั้งหมดมีเกือบหกร้อย
 คน จำนวนผู้ที่ได้ทำคุณวุฒิตักษิณบัตรไม่ถึง
 สองส่วนร้อย นับว่าเป็นส่วนที่ต่ำมาก ถ้า
 จะถามว่า ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ก็ขอพยาย
 าคอบหลายอย่าง แต่ที่สำคัญที่สุดคือเพราะ
 สอบได้แล้วก็ไม่ปรากฏประโยชน์อันใดแก่ผู้
 สอบอย่างจริงจัง ตั้งแต่เดิมมาไม่ได้มี
 ระเบียบที่จะคอยแทนแต่ประการใด สอบได้
 แล้วก็เฉย ๆ บางคนได้เดือนชนเงินเดือน
 หนึ่งชั้น (สิบบาท) ซึ่งอาจบังเอิญตรงกับ
 คราวที่จะได้ขึ้นก็ได้ บางคนทำงานมาแล้ว
 ห้าปี สอบได้คุณวุฒิตักษิณบัตร ก็ยังคงได้เงิน
 เดือน ๑๕๐ บาทอยู่นั่นเอง แสดงว่าทาง
 การมิได้สนใจกับการเลื่อนวิทยฐานะแบบ
 ใด ชื่อนี้เป็นเหตุสำคัญมากที่ทำให้ไม่มี
 ใครสนใจจะสอบ เพราะการสอบจะต้องเห็น
 เห็นอยทำการค้นคว้า ซึ่งอย่างน้อยก็กิน
 เวลาหนึ่งปี โดยต้องทำงานอย่างหนัก บาง
 ที่ก็กว่าสองปี และบางทีอาจไม่สำเร็จเลย
 ก็ได้ ระหว่างนี้ย่อมต้องลงทุนส่วนตัวลงไป
 ด้วยเป็นอันมาก สอบเสร็จแล้วยังจะต้องเสีย
 เงินพิมพ์วิทยานิพนธ์อีก ถ้าหากผู้นั้นจะไป
 ประกอบการรักษาส่วนตัวแทนที่จะมานั่งทำ

งานค้นคว้า ในข้อนี้เดี๋ยวก็จะมีรายได้อีกพิเศษ
 เป็นเงินจำนวนมาก เพราะฉะนั้นถ้าจะมอง
 ในแง่ผลประโยชน์ของบุคคลแล้ว เห็นได้
 ชัดเจนว่า ไม่คุ้มเห็นชอบและไม่คุ้มทุน

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๘ โดยการติดต่อของ
 คณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ ก.
 ก.พ. ได้ตีราคาวิทยฐานะของแพทยศาสตร
 คุณวุฒิตักษิณบัตรของไทยให้ได้เงินเดือน ๒๐๐ บาท
 นับว่าเป็นครั้งแรกที่มีการให้เกียรติแก่ปริญญ
 ญาชั้นสูงของเราเอง อย่างไรก็ตามที่
 เที่ยงให้เช่นนั้น แม้กรรมการ ก.พ. เองก็มี
 ผู้ให้ความเห็นว่าต่ำไป เพราะปริญญาเอก
 ของต่างประเทศที่ไม่ต้องมีการค้นคว้าและ
 ยื่นวิทยานิพนธ์ก่อน สอบ ก็ยังได้ อัตร
 ๒๕๐ บาท คุณวุฒิตักษิณบัตรซึ่งมี
 การยื่นวิทยานิพนธ์ ได้รับเทียบถึง ๒๕๐ บาท
 การที่ ก.พ. เที่ยงให้ ๒๐๐ บาท จึงควรถือเป็
 นการกระทำเบื้องต้น หรือการทดลองไปพลาง
 ก่อน ซึ่งต้องนับว่าเป็นการก้าวหน้าขั้นที่
 หนึ่ง และสำหรับผู้สอบได้นั้นก็เป็นการได้
 อะไรบ้าง ดีกว่าไม่มีอะไรแสดงตอบแทน
 กันเลย

ใน พ.ศ. ๒๔๘๙ มหาวิทยาลัยแพทย
 ศาสตร์ได้เปิดการสอนวิชาสาธารณสุขศาสตร์

ชั้นใหม่ ซึ่งนับว่าเป็นปริญญาชั้นสูงอีกแบบหนึ่ง เพราะรับเฉพาะผู้สำเร็จแพทยศาสตร์มาก่อนแล้ว การเรียนมีกำหนดหลักสูตรหนึ่งปี เมื่อจบแล้วได้รับมหาบัณฑิตในวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ปรากฏว่ามีผู้สมัครเข้าเรียนในรุ่นแรกเป็นจำนวนมาก ผู้ศึกษาบางคนอายุห้าสิบปีเศษแล้วก็มี ทั้งนี้เป็นเครื่อง แสดงให้เห็น ชัดแจ้งว่าหมอไทยเรานั้นมีจิตใจที่จะหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เว้นแต่จะ มีหนทาง และ ความ สดวก หรือไม่เท่านั้น การศึกษาวิชานี้ นับว่าเป็นผลสำเร็จอย่างดียิ่ง นักศึกษาหลายคนได้รับเลือกไปทำงานในต่างประเทศเสียตั้งแต่กำลังเรียนอยู่ เหลือผู้เรียนจนจบเพียง ๘ คน และในจำนวนนี้ ก็มี ที่จะออกไป ต่าง ประเทศ อีก นอกจาก นั้น ก. พ. ได้ แสดง ความสนใจในการเรียนแบบนี้ และทราบว่า ได้ตกลงว่าผู้ที่สอบได้ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จะได้รับ

เงินเดือนขึ้น ๔๐ บาท เป็นค่าวิชา โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าเดิมได้รับอยู่เท่าใด เชื่อว่าระเบียบนี้ จะ ช่วย ส่งเสริมความสนใจของแพทย์เราในตำานนี้ และจะเป็นกำลังใจให้มีผู้ศึกษาวิชานี้เป็นจำนวนมากเป็นแน่

ประเทศไทยเราต้องการคนคว่ำมากมาช โดยจะเพาะในวิทยาศาสตร์และการแพทย์ การสอบคุณสมบัติเป็นหนทางหนึ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการค้นคว้า ถ้าหากทางการสนับสนุนการสอบนี้ให้มีบ่อยขึ้น ก็เป็นการส่งเสริมการค้นคว้านั่นเอง หนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ได้ผลเช่นนี้ คือการวางระเบียบให้มีการตอบแทนแก่ผู้สอบอย่างคุ้มค่ามากขึ้นกว่าในบัดนี้ เพราะตามที่เป็นอยู่นอกจากอัตราจะต่ำมาแล้ว หลายคนยังไม่ได้รับประโยชน์อะไรเลย เพราะสอบได้เมื่อมีเงินเดือนสูงเสียแล้ว ตั้งแต่มีการวางอัตรา มา มีผู้ได้รับประโยชน์จริงจึงเพียงคนเดียวเท่านั้น นอกนั้นจะได้ปริญญาเอกหรือไม่ เขาก็ได้หรือจะได้เงินเดือน ๒๐๐ บาทอยู่แล้ว เพราะต่างก็ทำงานกันมาคนละหลาย ๆ ปีแล้ว ถ้าหากทางการจะแก้ไขข้อนี้เสียอีกเล็กน้อย ก็แน่ใจว่าต่อไปจะมีผู้อยากสอบคุณสมบัติกันมากขึ้น และเราก็จะได้ มี แพทย์ที่ สนใจ และ รู้จัก ทำ การ ค้นคว้าเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นสัดส่วนไปด้วย

การควบคุมทางห้องทดลองและการบริหารยา

ย่อมทราบกันอยู่แล้วว่า ผลที่จะได้รับจากยาที่กินหรือฉีดเข้าไปในร่างกาย ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของยานั้นในอวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่ต้องการ โดยมาตรฐานนี้ถึงถึงความเข้มข้นของยาในเลือด ทั้งนี้ก็เพราะ

มีความสะดวกที่จะวิเคราะห์ความเข้มข้นของยาในส่วนนี้ได้ แต่ความจริงนั้นความเข้มข้นของยาในอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกับความเข้มข้นในเลือดเสมอไป เพราะอวัยวะอาจมีความตึงตืดจำเพาะกับ

ชั้นใหม่ ซึ่งนับว่าเป็นปริญญาชั้นสูงอีกแบบหนึ่ง เพราะมีระเบียบและผู้ที่สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิตมาแล้ว การเรียนมีกำหนดหลักสูตรหนึ่งปี เมื่อจบแล้วได้รับมหาบัณฑิตในวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ปรากฏว่ามีผู้สมัครเข้าเรียนในรุ่นแรกเป็นจำนวนมาก ผู้ศึกษาบางคนอายุห้าสิบปีเศษแล้วก็มี ทั้งนี้เป็นเครื่องแสดงให้เห็นชัดแจ้งว่าหมอไทยเรานั้นมีจิตใจที่จะหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เว้นแต่จะมีหนทาง และความ สดวก หรือไม่เท่านั้น การศึกษาวิชานี้ นับว่าเป็นผลสำเร็จอย่างดียิ่ง นักศึกษาหลายคนได้รับเลือกไปทำงานในต่างประเทศเสียตั้งแต่กำลังเรียนอยู่ เหลือผู้เรียนจนจบเพียง ๘ คน และในจำนวนนี้ ก็มีที่จะออกไปต่าง ประเทศอีก นอกจากนั้น ก. พ. ได้แสดงความสนใจในการเรียนแบบนี้ และทราบว่าได้ตกลงว่าผู้ที่สอบได้สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จะได้รับ

เงินเดือนขึ้น ๔๐ บาท เป็นค่าวิชา โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าเดิมได้รับอยู่เท่าใด เชื่อว่าระเบียบนี้ จะ ช่วย ส่งเสริมความสนใจของแพทย์เราในตำานนี้ และจะเป็นกำลังใจให้มีผู้ศึกษาวิชานี้เป็นจำนวนมากเป็นแน่

ประเทศไทยเราต้องการคนคว่ำมากมาช โดยจะเพาะในวิทยาศาสตร์และการแพทย์ การสอบคุณสมบัติเป็นหนทางหนึ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการค้นคว้า ถ้าหากทางการสนับสนุนการสอบนี้ให้มีบ่อยขึ้น ก็เป็นการส่งเสริมการค้นคว้านั้นเอง หนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ได้ผลเช่นนี้ คือการวางระเบียบให้มีการตอบแทนแก่ผู้สอบอย่างคุ้มค่ามากขึ้นกว่าในบัดนี้ เพราะตามที่เป็นอยู่นอกจากอัตราจะต่ำมาแล้ว หลายคนยังไม่ได้รับประโยชน์อะไรเลย เพราะสอบได้เมื่อมีเงินเดือนสูงเสียแล้ว ตั้งแต่มีการวางอัตรา มา มีผู้ได้รับประโยชน์จริงจึงเพียงคนเดียวเท่านั้น นอกนั้นจะได้ปริญญาเอกหรือไม่ เขาก็ได้หรือจะได้เงินเดือน ๒๐๐ บาทอยู่แล้ว เพราะต่างก็ทำงานกันมาคนละหลาย ๆ ปีแล้ว ถ้าหากทางการจะแก้ไขข้อนี้เสียอีกเล็กน้อย ก็แน่ใจว่าต่อไปจะมีผู้อยากสอบคุณสมบัติกันมากขึ้น และเราก็จะได้ มี แพทย์ที่สนใจ และรู้จักทำการ ค้นคว้าเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นสัดส่วนไปด้วย

การควบคุมทางห้องทดลองและการบริหารยา

ย่อมทราบกันอยู่แล้วว่า ผลที่จะได้รับจากยาที่กินหรือฉีดเข้าไปในร่างกาย ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของยานั้นในอวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่ต้องการ โดยมาตรฐานนี้ถึงถึงความเข้มข้นของยาในเลือด ทั้งนี้ก็เพราะ

มีความสดวกที่จะวิเคราะห์ความเข้มข้นของยาในส่วนนี้ได้ แต่ความจริงนั้นความเข้มข้นของยาในอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกับความเข้มข้นในเลือดเสมอไป เพราะอวัยวะอาจมีความตึงตังเฉพาะกับ

ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง และคิดเอายานั้นเข้าไปในความเข้มสูงกว่าที่ในเลือดก็ได้ หรืออาจมีการตรึงยานั้นในอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่งแน่นกว่าในส่วนอื่น ๆ ทำให้ยานั้นคงติดอยู่ต่อไปอีกหลังจากยาในเลือดและในอวัยวะอื่น ๆ ได้ถูกขับถ่ายออกไปแล้วก็ได้ อย่างไรก็ตามก็ตีตัวอย่างเช่นนั้นว่าเป็นกรณีพิเศษ และความแตกต่างมักไม่มากมายนัก ดังนั้นเมื่อกล่าวโดยทั่ว ๆ ไป เราจึงอาจถือความเข้มของยาในเลือดเป็นเครื่องชี้ถึงความเข้มของยาในอวัยวะได้โดยไม่ผิดพลาดมากจนเกินควร

ความเข้มของยาในเลือดจะสูงหรือต่ำเพียงใดเป็นผลของคล้อยระหว่างเหตุประกอบสองประการ คือ อัตราของการดูดซึม กับอัตราของการทำลายและ/หรือขับถ่าย การดูดซึมยาจากทางเดินอาหารก็เกิดจากได้ผิวหนัง จากเนื้อกล้ามเนื้อ หรือจากทางหายใจก็เป็นเหตุประกอบที่ใส่และเติมยาเข้าไปในเลือดและร่างกาย ส่วนการทำลายหรือแปรสภาพยานั้นภายในร่างกาย ให้มันหมดหรือเสื่อมฤทธิ์ไป หรือการขับถ่ายยานั้นๆ ออกทางขี้ส้วม อจจาระ ลมหายใจ เหงื่อ หรือน้ำลาย ล้วนเป็นหนทางที่คอยลดระดับของยาในร่างกาย ยาบางอย่างก็ถูกขับถ่ายจนหมด บางอย่างก็ถูกทำลาย และบางอย่างก็ทั้งถูกทำลายและขับถ่าย การต่อต้านระหว่างเหตุประกอบทั้งสองชนิดนี้ คือการดูดซึมกับการทำลายและขับถ่าย จึงยังผล

ให้ระดับของยาเปลี่ยนแปลงไปได้ แล้วแต่ว่าฝ่ายใดจะแรงกว่า ยาบางอย่างต้องใช้ฉีดใช้กินไม่ได้ประโยชน์ เพราะเมื่อกินแล้วมันถูกดูดซึมช้าเกินไป ไม่ทันกับที่มันถูกทำลายหรือขับถ่าย ยาบางอย่างถูกดูดซึมได้เร็วก็ แต่ร่างกายทำลายหรือขับถ่ายมันเร็วเร็วมาก ต้องกินหรือฉีดเป็นระยะถี่ ๆ กันจึงจะสามารถกระทำให้มีระดับยานั้นสูงพอที่จะยังผลในการรักษาซึ่งที่ต้องการได้

ในการบริหารยา โดยละเอียดอย่างยิ่งยาที่มีพิษแรง แพทย์ต้องทำงานอยู่ในระหว่างเขาควาย ถ้าใช้ยาน้อยไปก็อาจไม่ไต่ผลที่ต้องการ ถ้าใช้มากไปก็อาจเกิดเป็นพิษขึ้น คนไข้แต่ละคนย่อมมีอาการโต้ตอบยาแต่ละอย่างต่าง ๆ กันไป และไม่มีหนทางทราบแน่ล่วงหน้าว่าแต่ละคนจะต้องการยาเท่าใดจึงจะได้ประโยชน์ซึ่งที่ต้องการประสงค์ หรือเท่าใดจึงจะเกิดเป็นพิษที่ต้องการหลีกเลี่ยง แพทย์ต้องอาศัยทัศนคติจากประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ถ้าเป็นคนไข้เก่า เคยรักษากันมา ก็อาศัยการโต้ตอบยาอื่น ๆ เป็นหลักว่าควรให้ยามากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นยาที่เคยใช้มาแล้วหลาย ๆ คน ถึงแม้เป็นคนไข้ใหม่ที่ยังไม่เคยติดต่อกันมาก่อน

เลยก็ยังมี ยังพออาศัยเทียบเคียงกับคนอื่น ๆ ช่วยให้การแพทย์พัฒนาไปข้างหน้า ทำให้ยาเท่าใดจึงจะเกือบพอใช้ เมื่อให้ไปแล้ว ย่อมต้องคอยสังเกตผลที่เกิดขึ้นและแก้ไขการบริหารยาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ถ้าหากใหม่ทั้งยาและคนไข้ ก็เป็นเรื่องยากมาก จำต้องถือหลักปลอดภัยไว้ก่อน โดยทั้งต้นด้วยขนาดยาค่อนข้างต่ำ และค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างระมัดระวัง สำหรับแพทย์ผู้ฝึกหัดควรถือเชื่อนกฎประจำตัวเสียทีเดียวว่า ให้ยาหรือสั่งให้ยาแก่คนไข้แล้ว ต้องคอยติดตามผลของผลที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และบันทึกเอาไว้เป็นความรู้ต่อไป โดยวิธีนี้ไม่ช้าก็จะเป็นผู้มีความชำนาญในการใช้ยาได้

สำหรับยาโดยทั่วไป ซึ่งให้ผลดีและไม่ค่อยมีผลร้ายถึงแม้ว่าจะระดับความเข้มข้นในร่างกายจะแตกต่างกันมากๆ แพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องเอาใจใส่ในเรื่องขนาดยาที่ใช้ในการบริหารมากมายนัก แต่ยาบางอย่างแพทย์ต้องเอาใจใส่ในเรื่องนี้ อย่างเช่นยากล่อมประสาท เพราะมันให้คุณก็แต่เฉพาะในเมื่อมีความเข้มข้นอยู่ในระดับสูง แต่ถ้าสูงเกินระดับนั้นไป แม้เพียงเล็กน้อยก็ให้โทษ เช่นยาบำรุงหัวใจจำพวกทิจิเทลิส และยาจำพวกซัลโฟ

นะไมด์ เป็นต้น สำหรับยาพวกพวกนั้นต้องให้มากจนเริ่มมีอาการเป็นพิษ จึงจะแน่ใจได้ว่าพอแล้ว เป็นความสทวทอย่างหนึ่งของการเริ่มเป็นพิษนี้ทราบได้โดยง่ายจากการวินิจฉัยเท่านั้น แต่ส่วนยาพวกซัลโฟนะไมด์จะใช้วิธีนี้ไม่ได้ เพราะอาการแรกของการเป็นพิษปรากฏชัดเจนน้อย ต่อเมื่อผลร้ายดำเนินไปมากจนอาจเกิดอันตรายได้เสียแล้ว อนึ่งยาพวกนี้ถ้าให้น้อยไปก็ไม่ได้ประโยชน์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องใช้การวิเคราะห์ทางเคมีช่วยชี้ให้ทราบว่า คนไข้ได้รับยาถึงขีดที่จะเกิดประโยชน์แล้วหรือยัง จะถือตามขนาดที่ให้คนไข้กินไม่ได้ ดังเห็นได้จากเรื่องของนายแพทย์ดีดี จึงเจริญ ในฉบับนี้ นำเสียดายที่วิธีวิเคราะห์ที่พอจะอาศัยได้ตามที่ปรากฏในเอกสารทางวิชาการล้วนแต่ทำค่อนข้างลำบาก และสำหรับประเทศเราแทบไม่มีประโยชน์สำหรับแพทย์ผู้รักษาส่วนตัวเสียเลยทีเดียว

ยาสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องการการควบคุมทางห้องทดลองอย่างจำเป็น คือเพนนิซิลลิน ซึ่งในรูปปกติของมันถูกขับถ่ายออกจากร่างกายอย่างรวดเร็ว ประกอบกับมันให้ผลก็แต่เฉพาะในเมื่อมีความ

เข้มีในเลือดสูงอยู่ในระดับจำกัดเท่านั้น ทั้งนี้การควบคุมระดับความเข้มี โดยการวิเคราะห์เลือดจึงเป็นข้อพึงประสงค์อย่างยิ่ง วิเคราะห์ที่มิใช่อยู่ในเวลานี้ต้องอาศัยวิธีวิเคราะห์ ซึ่งแพทย์ทั่วไปของเราคงไม่มีความสะดวกที่จะใช้อยู่นั่นเอง เพราะที่มิใช่ทางออกอย่างหนึ่ง โดยที่ยานเกือบไม่มีพิษเลยและอาจให้เกินขนาดอย่างมากมายได้โดยไม่ปรากฏผลร้าย ผู้ที่ไม่สามารถจะควบคุมความเข้มีของยาในร่างกายโดยการวิเคราะห์จึงหันไปใช้วิธีบริหารยาในขนาดสูงมาก ๆ หรือแม้เกินขนาด เพื่อเป็นการประกันว่า ในร่างกายของคนไข้จะมียาในระดับที่เพียงพอ วิธีนี้ควรถือเป็นการแก้ไขที่ตนเอง เพราะเป็นการสิ้นเปลือง และไม่แน่นอนเสมอไป เช่นบางคนอาจซึบถ่าย

ยานี้รวดเร็วเกินปรกติมาก ถึงแม้ว่าให้ยาเกินขนาดแล้ว ก็ยังไม่เพียงพออยู่นั่นเอง การวิเคราะห์เท่านั้นที่จะให้ความแน่นอนได้

อนึ่งสำหรับเพื่อนซิวลิ้นยังมีความจำเป็นต้องควบคุมเกี่ยวกับคุณภาพหรือพลังของยาอีกด้านหนึ่งด้วย เพราะยานี้เสื่อมคุณภาพได้ง่ายเนื่องจากเหตุหลายประการ เช่นอุณหภูมิ ปฏิกริยากรดและด่าง เอ็นไซม์ และสิ่งปนเปื้อน เป็นต้น แม้แต่ลักษณะของน้ำที่ใช้ละลายก็อาจทำให้ยาเสียได้ ถึงแม้ว่าจะได้มีการปรับปรุงวิธีผลิตจนได้ยาที่ทนทานดีขึ้นมากแล้ว การเสื่อมคุณภาพของยา ก็ยังอาจเกิดขึ้นได้อยู่เสมอ และเป็นข้อที่ควรพิจารณาทางควบคุม เพราะยานี้มีความสำคัญในฐานะที่เป็นยาฆ่าเชื้อที่ศักดิ์สิทธิ์สำหรับโรคที่รุนแรงหลายโรค ซึ่งต้องการรักษาอย่างรวดเร็ว ถ้าแพทย์ต้องเสียเวลาอันมีค่าไปเพราะหลงใช้ยาที่ไร้คุณภาพเสียแล้ว โอกาสช่วยชีวิตคนไข้ก็จะม้น้อยลง สิ่งใช้ประกอบกับยาในการรักษา เช่นน้ำกลั่น หรือตัวทำละลายอื่น ๆ ก็ควรได้รับความสนใจเช่นกัน และควรมีวิธีช่วยให้แพทย์สามารถคัดเลือกใช้แต่เฉพาะสิ่งที่ไว้ใจได้จริงๆ เท่านั้น สำหรับการควบคุมในด้านนี้สมควรที่รัฐจะรับภาระจัดกระทำเพื่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน

ในเมื่อไม่ทราบเหตุ ก็ย่อมจะทำให้เกิดผลไม่ได้ ถ้าจะสั่งการ
แก่ธรรมชาติก็ย่อมต้องทำตามธรรมชาติ

Francis Bacon

แผนกย่อเอกถวาร

(หมายเหตุ. การที่ใช้อักษรเล็กในบางตอนนี้เพื่อ
ประหยัดเนื้อที่ ไม่เกี่ยวกับความสำคัญ)

Shah M.A. and Mubarika Shah.
The Arterial Supply of the Vermi-
form Appendix. (การหล่อเลี้ยงด้วย
เลือดของไส้ติ่ง) Anat. Rec. (Phila-
delphia), 1946, Aug., v. 95, pp. 457-
460.

เท่าที่ทราบกันทั่ว ๆ ไปและรับกันเป็น
มาครฐานอยู่ในเวลานี้ ไส้ติ่งมีหลอดเลือด
แดงไปเลี้ยงเพียงแขนงเดียว คือเส้นแอมป์
เพนดิกิวลาร์ (appendicular artery) ซึ่ง
เป็นแขนงย่อยแยกมาจากแขนงเทิสเซินติง
หรือ ไฮเลโอ - ซีกัลของเส้นเลือดแดง
ไฮเลโอ-โคลิค

แขนงไฮเลโอโคลิคเองยังให้แขนงย่อย
ไปเลี้ยง ซีกัล และคอนปลายของไฮเลียม
คือเส้นเลือดแดง แอนทีเรียร์ และ โพลสทิ
เรียร์ ซีกัล กับแขนง ไฮเลียม ผู้รายงาน
ได้ชำแหละอย่างละเอียดละออในศพที่ติดส
๒๐ ศพ พบว่าเพียง ๗๐ ส่วนร้อยเท่านั้นที่มี
เส้นเลือดแดงแอมป์เพนดิกิวลาร์เพียงแขนง
เดียว แต่อีก ๓๐ ส่วนร้อยมีหลอดเลือดแดง

ไปเลี้ยงไส้ติ่งมากกว่าหนึ่งหลอด หลอด
พิเศษนี้อาจจะออกมาจากแอนทีเรียร์หรือโพล
สทิเรียร์ซีกัลหรือเป็นแขนงออกจาก
ทั้งสองหลอดก็ได้ ถึงแม้ในพวกที่มีเส้น
เลือดแดงแอมป์เพนดิกิวลาร์เพียงหลอดเดียว
ก็มีลักษณะของเส้นเลือดตรงกับคำบรรยาย
ในตำราเพียง ๓๑.๗ ส่วนร้อยเท่านั้นนอกนั้น
ผิดแปลกไปโดยมีแขนงแยกตอนปลาย หรือ
กำเนิดจากเส้นเลือดแดงแอนทีเรียร์หรือโพล
สทิเรียร์ซีกัล

เชียร อุทยานัง พ.บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

๒. Shakespeare, W.G.: Blepharo-
spasm. (ตาเขม่น) Brit. Med. J.
(London), 1947, Dec. 13, p. 977.

ในจำพวกการกระตุกของเนื้อกล้ามเนื้อ
ต่างๆ ชนิดที่จำต้องรักษา อาการขยับเขยื้อน
หรือที่เรียกกันว่า ตาเขม่น ก็เป็นอาการหนึ่ง
ที่พบได้บ่อยๆ และอาการนี้มักจะห้ามหรือ
บังคับให้หยุดไม่ได้ ผู้รายงานได้พบผู้ช่วย
คนหนึ่งเกิดอารมณ์สับสนหวั่นหวาดอาการนี้เป็นเวลา

ร่วมเค้นหนึ่ง และหว่านเดียวกับตาที่เป็น
นั้นได้เริ่มเจ็บในวันก่อนที่ไปหาแพทย์หนึ่งวัน
จากการตรวจพบว่าในหูเต็มไปด้วยขี้หูแข็ง
เมื่อทำการเอาขี้หูออกให้แล้ว อาการกระตัก
ของตาหายเป็นปกติทั้ง และไม่กลับเป็นอีก
ผู้ช่วยอีกคนหนึ่งก็มีอาการอย่างเดียวกัน
และเมื่อให้การรักษาแบบเดียวกันอาการ
กระตักก็หายไปเกือบหมดในทันที แต่ใน
รายนี้ไม่มีอาการปวดหู หูอื้อ หรือหูหนวก
ร่วมด้วย

ในการตรวจสอบจตมหายเหตุต่างๆ พบ
ว่า อาการตาเขม่นนี้อาจมีสาเหตุต่างๆ กัน
ทั้งลำดับไว้ต่อไปนี้ คือ คือน้ำจืดที่อวัยวะ
สายตาศึกปรกติ พันธุ์หรือพันธุ์ไม่งอกพัน
เหงือก ไฟโมลิสต์ พยาธิผิวหนัง แอดีนอยด์
และท่อน้ำ แต่ไม่มีกล่าวถึงขี้หู ในฐานะที่
อาจเป็นสาเหตุอันหนึ่ง ซึ่งเรามักจะไม่นึก
ไปถึงเลย จึงรายงานไว้

สมศรี ปุญญะหลังค์ พ.บ.
(แผนกจักษุวิทยาฯ)

๓ Beard. John: Post Operative Care.
(การบริบาลหลังผ่าตัด) The Overseas
Post Graduate Medical J. (London),
1949, Jan., No. 10, pp.

การบริบาลทันทีหลังผ่าตัด สิ่งแรกก็
คือ ระวังให้ทางหายใจราบรื่นปลอดโปร่ง
หลังการให้ยาสลบ และสิ่งที่สองก็คือการ
ให้มอร์ฟีนเพื่อระงับการเจ็บปวด

เพื่อป้องกันโรคแทรกทางปอดหลังผ่าตัด
ก่อนที่จะเคลื่อนผู้ป่วยกลับไปห้องรักษาควร
ใช้ ซัคชั่นแค็ททีเตอร์ ลงไปดูดสิ่งหลั่งจาก
หลอดลมออกให้หมด (ผู้เขียนกล่าวว่ามัก
ใช้แค็ททีเตอร์แบบ Coudé หรือ Tiemann)
ถ้ามีน้ำหลังมาก ๆ อาจใช้บรีดจ์โคสโคปช่วย

มากได้ถึงเตียง การให้ออกซิเจนหายใจ
ด้วย จะได้ผลประโยชน์มาก

ท่านอนของผู้ป่วย คนไข้ควนอนใน
ท่าตะแคง ขากรรไกรจะตกลงมาทางหน้า
ทำให้น้ำหลังต่าง ๆ (น้ำลาย เสมหะ) ไหล
ออกสะดวก ควรยกปลายเตียงให้สูงขึ้น จะทำ
ให้เลือดไหลกลับหัวใจสะดวก เป็นการป้องกัน
เลือดคั่งแถวขาหรือเชิงกราน และช่วย
ให้หัวใจทำงานได้ดี

การให้นอนท่า ฟาวเลอร์ ในการรักษา
เยื่อช่องท้องอักเสบนั้น ในปัจจุบันไม่ค่อย
นิยมกันแล้ว เพราะการนอนท่านี้ทำให้เสม
หะออกจากปอดไม่สะดวก และกลับไหลคืน

ลงไปสู่หลอดลมอีก หนึ่งการนอนหงายของ
ท่านทำให้เลือดคั่งที่เพดานและขา เป็น
สาเหตุให้เกิดโรคภูมิโบลิสได้ง่าย

เมื่อคนไข้ฟื้นแล้ว ควรสั่งให้พยาบาล
ที่เฝ้าผู้ป่วยคอยแนะนำให้ผู้ป่วยไอ หรือ
หายใจลึกๆ เพื่อขยับกัน แอคทีเล็กเตลิส
และให้คอยเคลือบโพรงขาของเขาขึ้นลงช่วย
ให้เลือดไหลสะดวกขึ้น

การถ่ายเลือด Champ Lyon ใน
อเมริกาและ Janet Vaughan ในอังกฤษ
กล่าวว่า การเสียเลือดมากในระหว่างผ่าตัด
โดยอะพาอย่างยิ่งในรายที่เป็นโรคเรื้อรัง
แล้ว เป็นสาเหตุของ “ช็อคเรื้อรัง”

Wangeusteen ได้ทดลองถึงการเสีย
เลือดไปในการผ่าตัดแต่ละอย่าง โดยใช้
ผ้าซับแห้ง ๆ ซับเลือด และเปรียบเทียบ
น้ำหนักของผ้าก่อนและหลังซับเลือด เป็น
หนทางสืบทราบปริมาณเลือดที่เสียระหว่าง
ผ่าตัด ได้ผลดังนี้

การ ตัด เสาะ ร่วมใน ช่อง ท้อง และ เพริ
เนียม ๔๑๐ ล. ซม. การตัด เสาะ กระเพาะ
อาหารอย่างยุ่งยาก ๖๐๐ ล. ซม. การตัด
ส่วนของกระเพาะอาหาร ๓๐๐-๕๐๐ ล. ซม.
การ ผ่า ตัด ใหญ่ เกี่ยว กับ ทรวงอก ๗๐๐-

๑๖๐๐ ล. ซม. การตัด แก่นมอย่างถอน
ราก (แมทิกัล) ๑๒๗๒ ล. ซม. เซอร์เนีย
ผนังท้อง ๓๐๖ ล. ซม. การผ่า ตัด สมอง
๒๒-๒๐๕๐ ล. ซม. ไล่ เลื่อน (อิน ไกว
แนล เซอร์เนีย) ๕๔-๑๔๗ ล. ซม. การตัด
ไล่ ถึง ๑๔ ล. ซม. การตัด ริดสีดวง ทวาร
หนัก ๘ ล. ซม.

จำนวนเหล่านี้เป็นจำนวนเฉลี่ย อะพา
ในระหว่างการผ่าตัด ไม่รวมการเสียเลือด
ซึ่งอาจเกิดภายหลังผ่าตัด จำนวนเลือดที่
เสียไปนี้ควร คัด ถึง ด้ว ในการถ่ายเลือดซึ่ง
ไม่ควร ลืม เรือง Rh แพคเตอร์

สมคฤห์ในเรื่องนี้ ในสมัยนี้เห็นกันว่า
เป็นเรื่องสำคัญมาก เกี่ยวกับการได้รับน้ำ
และการเสียน้ำออกไปจากร่างกายต้องมีการ
สมส่วนกัน ตามปรกติคนที่สมบุรณเต็มน้ำ
วันหนึ่งประมาณ ๒๐๐๐ ล. ซม. อาหารใน
โรงพยาบาล มีส่วนเป็นของเหลวประมาณ
๑๐๐๐ ล. ซม. และอาหารอ่อนประมาณ
๕๐๐ ล. ซม. จำนวนน้ำที่เสียไปจากร่างกาย
คนปรกติในหนึ่งวันนั้นมีดังนี้ (Starling)
ปัสสาวะ ๑๕๐๐ ล. ซม. เหงื่อ ๖๐๐ ล. ซม.
ทางอากาศหายใจออก ๔๐๐ ล. ซม. อุจจาระ
๑๐๐ ล. ซม. รวมทั้งสิ้น ๒๖๐๐ ล. ซม.

ในจำนวนนี้เป็นส่วนที่เสียไปโดยไม่รู้สึก (อินเซ็นซิเบิล ลอสส์) ๑๐๐๐ ล.ซม. (คือทางเหงื่อและอากาศหายใจ) สำหรับจำนวนเกลือที่ได้รับทางอาหารในวันหนึ่ง ๆ เฉลี่ยประมาณ ๑-๒ ก. บางครั้งอาจเป็น ๓-๑๐ ก. ก็ได้ ในสมัยก่อน ๆ การดื่มน้ำเกลือเข้าเส้นเป็นสาเหตุให้คนไข้ได้รับเกลือมากเกินไปจนเกินกว่าร่างกายต้องการ เพราะน้ำเกลืออนอร์มัล ๑ ลิตร มีเกลือถึง ๘ ก. ดังนั้นในการถ่ายน้ำเกลือหลังผ่าตัดบางคนได้รับเกลือถึง ๓๐ ถึง ๔๐ ก. ซึ่งผู้ป่วยที่มีโรคอาจขับถ่ายออกได้ไม่หมด เป็นสาเหตุให้เกิดความขึ้น ฟังสังเกตว่าในคนปกติ จำนวนเกลือที่ได้รับทางอาหารต่อวันนั้นเท่ากับที่มีอยู่ในน้ำเกลือเพียงครึ่งลิตรเท่านั้น

ใน ๒๔ ชั่วโมง ร่างกายปล่อยน้ำออกทางน้ำย่อยอาหารต่าง ๆ ตามจำนวนต่อไปนี้ (Gamble) น้ำลาย ๑๕๐๐ ล. ซม. น้ำย่อยของกระเพาะ ๒๕๐๐ ล. ซม. น้ำคั้น ๕๐๐ ล. ซม. น้ำย่อยของตับอ่อน (แพนครีเอตัส) ๗๐๐ ล. ซม. น้ำย่อยของลำไส้ ๓๐๐๐ ล. ซม. รวม ๘๒๐๐ ล. ซม. อย่างไรก็ตามในคนปกติ น้ำย่อยเหล่านี้จะถูกดูดซึมกลับเข้าไปใหม่เกือบทั้งหมด

เกลือที่ออกมาจริงๆกับขุขาระเพียงประมาณ ๑๐๐ ล. ซม. เท่านั้น นอกจากผู้ป่วยที่มีภาวะพยาธิบางประการเช่น อาเจียน ทำการศัลยกรรมน้อยจากกระเพาะอาหารหรือควอดคัมมูออกทิง มีพีสทูล่า กระเพาะอาหารพอง (ไทเลเตชั่น) ลำไส้ไม่ทำงาน (อิลีเยตัส) ลำไส้อุดตัน หรือท้องร่วง

ความรุนแรงของการเสียน้ำจากร่างกายจะทราบแน่นอนได้จาก การตรวจวิเคราะห์ปริมาณคลอไรด์ในปัสสาวะหรือในปัสสาวะ

การเสียน้ำ ในระหว่างผ่าตัดหรือภายหลังผ่าตัด ร่างกายต้องสูญเสียน้ำทางเหงื่อมาก ในระหว่างเวลาดังกล่าวนี้ผู้ที่ไปใช้หรือผู้ที่ต่อมไทรอยด์เป็นพิษอาจเสียเหงื่อถึง ๒ หรือ ๓ ลิตร เหงื่อมีเกลือประมาณ ๐.๒% ดังนั้นการเสียน้ำ ๑ ลิตร จึงเท่ากับเสียน้ำเกลือ นอร์มัล ไป ๐.๒๕ ลิตรเสมอไป

Coller และ Maddock ได้คำนวณจำนวนน้ำที่ร่างกายต้องการใน ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อทดแทนที่สูญเสียไปทางต่างๆ ดังนี้ ในรายธรรมดาต้องการน้ำสำหรับการสูญเสียทางระเหย (อากาศหายใจ และเหงื่อ) ๑๐๐๐ ถึง ๑๕๐๐ ล. ซม. สำหรับ

น้ำที่ขัง ออกทาง บัสสาวะ ๑๐๐๐ ล. ชม. รวม ๒๐๐๐ ถึง ๒๕๐๐ ล. ชม. ในรายที่มีเหตุแทรก เช่นมิใช่ ไทรอยด์เป็นพิษ ตาฝ้าครว้น ต้องการน้ำเพื่อการเสียทางระเหย ๒๐๐๐ ล. ชม. น้ำขังทางบัสสาวะ ๑๐๐๐ ถึง ๑๕๐๐ ล. ชม. รวม ๓๐๐๐ ถึง ๓๕๐๐ ล. ชม.

จำนวนข้างต้นนี้จึงเป็นจำนวนน้ำที่ร่างกายต้องการ ซึ่งไม่รวมการเสียเลือดหรือการสูญเสียทางลำไส้ และไม่เกี่ยวข้องกับ การเสียน้ำทางอื่น ๆ ดังนั้นในการให้น้ำแก่คนไข้ (เช่นคนไข้เกลือ) จะต้องรวมทางเสียอื่น ๆ นี้เข้าอีกด้วย

คิดเฉลี่ยแล้วคนไข้โดยมากเสียน้ำไปในการผ่าตัดทั้งทางตรงและทางอ้อมรวมประมาณ ๖ ส่วนร้อยของน้ำหนักตัว ซึ่งจะทดแทนได้โดยการค้ำน้ำ แต่ก็เสียเวลามาก ความที่เขาปฏิบัติกันนั้นมักจะให้ค้ำ ๓๖๐๐ ล. ชม. ในวันผ่าตัด และ ๓๐๐๐ ล. ชม. ในวันหลังๆ ถ้าหากในวันนั้นๆ หลังผ่าตัด เราให้ค้ำไม่ได้ ก็อาจหยดให้ทางทวารหนัก ซึ่งอาจให้ถึง ๕ ลิตรใน ๒๔ ชั่วโมง และอาจใช้น้ำประปาหรือน้ำเกลืออนอร์มัลที่เจอน้ำประปาสีเท่าตัวก็ได้ ถ้าจะให้น้ำทางเส้นเลือด

อาจใช้ผสมน้ำเกลืออนอร์มัล ๑ ส่วนกับน้ำตาลกลูโคส ๕% สี่ส่วน ซึ่งไอโซโทนิกดีกว่า กลูโคส ๕% ในน้ำเกลืออนอร์มัล

ปริมาณน้ำที่ให้นี้ต้องเพิ่มขึ้นตามส่วน ถ้าคนไข้ต้องเสียเลือดมาก หรืออาเจียนมาก คิดเฉลี่ยแล้ว ควรมีบัสสาวะออกมาประมาณ ๕๐๐ ล. ชม. ทุก ๘ ชั่วโมง ซึ่งจะมีเกลือรวม ๓-๕ ก. ต่อลิตร

โรคแทรกซ้อนทางทรวงอก ส่วนมากมักได้แก่ หลอดลมอักเสบ ถุงลมแฟบ (แอกทีเล็คเตซิส) บร็องไคปนีวโมเนีย ฝูในปอด หนองในช่องอก (เอ็มไพอีม่า) ฝูไตกระบังลม (สับฟรันิค แอ็บเซสส์) และ เอ็มบอลิซึม ซึ่งล้วนแต่เป็นผลของน้ำหลังของทางหายใจหลังผ่าตัดและคัมยาสลบเป็นส่วนมาก ดังนั้นจึงควรฉีด อะโทรปีนหรือให้ยาพวก เบ็ลลาทอนนา อื่นๆ หลังการผ่าตัด แต่การระมัดระวังตั้งแต่ต้นก็เป็น การสำคัญมาก ควรให้ยาระงับหรือฆ่าเชื้อควายไปด้วยทุกรายเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนเหล่านี้

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

๕. J. Amer. Med. Ass. : Medical Education in Puerto Rico. (แพทยศึกษาในพวยร์โตริโก) J.A.M.A. (St. Louis) 1948, April 14, v. 136, No. 17, p. 1101

พวยร์โตริโกขาดหมอที่ดีเป็นอันมาก และไม่มีโรงเรียนแพทย์เลย รัฐบาลได้อนุญาตให้แพทย์จำนวนหนึ่งซึ่งไม่ได้ผ่านการชั้นทะเบียนในอเมริกาเหนือ หรือที่สภาการศึกษา แพทย์ และ โรงเรียนแพทย์ ของแพทยสมาคม อเมริกาไม่รับรอง มาตรฐานเข้าไปประกอบอาชีพได้ โดยหวังจะให้พวกนี้ไปอยู่ตามชนบทและเมืองเล็กๆ ที่ขาดหมอ แต่พอได้โอกาสพวกนี้ก็ชิงกันเข้าไปอยู่ตามเมืองใหญ่ๆ เสียอีก (สถานะการณ์คล้ายประเทศไทย !)

ในระหว่างสงครามมหาวิทาลัยเอตินบระที่อังกฤษได้ให้ความสะดวกแก่หมอชาวโปแลนด์พวกหนึ่งให้จัดสอนวิชาแพทย์เป็นภาษาโปแลนด์ที่หมอพวกนี้ได้เสนอขอย้ายไปสอนที่พวยร์โตริโก และจะจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ตามแบบอย่างของยุโรป ด้วยทุนของมูลนิธิปาเตอร์วิสกี ซึ่งกระจะให้รางวัลล้านกอลดาร์

เป็นที่น่าสงสัยมากว่าโครงการนี้จะอาจสำเร็จได้หรือไม่ โรงเรียนแพทย์ไม่สามารถจะสร้างขึ้นได้ในวันหนึ่งหรือคืนหนึ่ง คุณภาพของคณะอาจารย์ขึ้นอยู่กับความสำเร็ที่ระทากรที่สามารถในวิชาวิทยาศาสตร์มูลฐาน และควมฝ้ายคลึงกันที่มีความชำนาญ เป็นจำนวนพอเพียงที่จะถ่ายทอดวิชาเป็นรายบุคคลให้แก่ นักศึกษา อีกประการหนึ่งเมื่ออยู่ที่เอตินบระได้สอนเป็นภาษาโปแลนด์ เมื่อย้ายมาแล้วจะสอนด้วยภาษาอังกฤษหรือสเปนได้ผลเพียงใด

ผู้เขียนได้แนะนำว่า ก่อนที่จะกระทำอะไรจริงจึงควรจะศึกษาและสืบสวนอย่างละเอียดถี่ถ้วนเกี่ยวกับมาตรฐานของแพทยศึกษาที่จะจัดทำ เพราะว่าการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ที่มีมาตรฐานต่ำกว่าของสหรัฐจะเป็นการสิ้นเปลืองเวลา พลังงานและเงินอย่างเสียเปล่าทีเดียว เขามีความเห็นว่าเป็นระหว่างนี้สมควรที่ผู้นำในการแพทย์ของพวยร์โตริโก และสหรัฐ จะร่วมมือกันและให้โรงเรียนแพทย์ในสหรัฐ พยายามช่วยระดับนิสิตชาวพวยร์โตริโกที่มีการศึกษาเบื้องต้นถึงขั้นแล้ว ปีละ ๓๐ ถึง ๕๐ คน

จินตภา สายัณห์วิภกิต พ.บ.

(แผนกสตรีวิทยา)

แผนกข้าว

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

(รวบรวมโดย ส.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนมีนาคม ๒๕๕๒

๑. จำนวนผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

	อาบิร ๑	สุติ - นารี	จักขุ ๑	ศัลย์ ๑	กุมาร ๑	รวม
คนใหม่	๑๕๔๖*	๘๗๑*	๘๒๕*	๗๕๕*	๕๘๘*	๔๕๕๓*
คนเก่า	๑๖๓๒	๑๗๐๑	๘๕๐*	๘๕๐	๖๕๐*	๕๗๒๓*
รวมเก่าใหม่	๓๑๗๘*	๒๕๗๒*	๑๖๗๕*	๑๖๐๕*	๑๒๓๘*	๑๐๓๑๖*

๒. จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

แผนก	สุติ - นารี	ศัลย์ ๑	อาบิร ๑	กุมาร ๑	จักขุ ๑	รวม
จำนวน	๔๕๑	๒๐๖*	๑๓๘*	๑๐๗*	๑๐๕	๑๐๑๑*

๓. จำนวนการผ่าตัด

แผนก	ศัลย์ ๑	จักขุ ๑	สุติ นารี ๑	รวม
จำนวน	๒๓๐*	๑๗๔*	๗๒	๔๗๖*

๔. จำนวนเด็กเกิด

ชาย ๑๒๗ หญิง ๑๕๒ รวมทั้งสิ้น ๒๖๙ คน
 ในจำนวนนี้ ตายคลอด ๒๑ คน เป็นชาย ๑๑ หญิง ๑๐

๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย

รวมที่ตาย ๕๖ ราย (๕.๕ ในร้อยละของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๘ ราย (๘.๓ ในร้อยละของจำนวนที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด

ในโรงพยาบาลศิริราช ๑๐๒ ราย
 ที่อื่น ๆ ๔ ราย
 รวม ๑๐๖ ราย

* สถิติขอยอดเยี่ยม

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค' ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

เอื้อเฟื้อสารศิริราช (๑) นายแพทย์ประ
สงค์ ชัยรัตน์ อดีตอาจารย์ศิริวิทยา ปัจจุบันช.
รัตน์สม แพทยสถาน พระนคร ยำรุงสารศิริราช
พิเศษ ๑๐๐ บาท (๒) นายแพทย์ทองอยู่
จันทร์ อดี้อาจารย์พยาบาลศิริวิทยา บ้านถนน
นครชัยศรี พระนคร ส่งเงินบำรุงสารศิริราชพิ
เศษ ๕๐ บาท เราขอแสดงความขอบคุณใน
ความเอื้อเฟื้อเป็นอย่างยิ่ง

รายชื่อผู้ได้รับรางวัลประจำปี ๒๔๕๑-
๕๒ ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
(ต่อจากเล่มก่อน) รางวัลจากทุนมหา
วรวงศ์ มันทาภรณ์ ของนายแพทย์สุมาน
มันทาภรณ์ สำหรับนักศึกษาปีที่สอง ที่สอบ
ไล่ได้คะแนนเยี่ยม ในกายวิภาคศาสตร์และ
ศิริวิทยาเงิน ๒๑๕ บาท ได้แก่ นายบรรเลง
สุวรรณพงษ์

มงคลสมรส ระหว่างนายแพทย์ประเชิด
คล้ายสุวรรณ อาจารย์ผู้ช่วยพยาบาลศิริวิทยา
กับคุณเพ็ญศรี จิระเสวี เราขออำนวยการ
และแสดงความยินดีด้วยอย่างยิ่ง

อนุโมทนา ในเดือนมีนาคมและเมษายน
ศกนี้ ได้มีผู้มีจิตศรัทธายำรุงคณะแพทย
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ด้วยเงินและสิ่ง

ของ (ตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) ดังราย
การต่อไปนี้ คือ (๑) คุณหญิงไต้ นรเนติ
บัญญัติ บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท
เพื่อตั้ง เป็นทุนเก็บผล ประโยชน์บำรุง ร.พ.
ศิริราชให้ชื่อว่าทุน “เศรษฐเสถียร ร.ส.ค”
(๒) นางเสงี่ยม สุวรรณปกรณ์ บริจาคเงิน
๕,๐๐๐.๐๐ เพื่อให้ซื้อสิ่งของสำหรับคัก
มหิตลวราณัฐสรณ์ (๓) นางนุ้ม เหมะรัตน์
นำส่งเงินของบรรดาญาติและมิตร ร่วมกัน
บริจจาคำเพ็ญกุศล ในงานฌาปนกิจศพ นาง
วรกิจจิราภรณ์ เป็นเงิน ๔,๑๗๗.๐๐ บาทเพื่อ
ตั้งเป็นทุน “ทุนนางวรกิจจิราภรณ์” (ลย์
เหมะรัตน์) เก็บคอกผลส่งเคราะห์แก่ผู้
ป่วยด้วยโรคมะเร็ง และอุทิศส่วนกุศลให้
แก่มารดาผู้ล่วงลับไปแล้ว

(๔) พระเทพสุธี วัดมหาธาตุ บริจาคเงิน
๓,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อตั้งเป็นมูลนิธิบำรุงผู้
ป่วย เนื่องในการทำบุญอายุครบ ๕ รอบ

(๕) นายแพทย์สุต แสงวิเชียรนำส่งเงินเหลือ
จากการทำบุญตั้งกายวิภาคศาสตร์ฯ และ
เข็ทพิพิธภัณฑ์กายวิภาค-คองคองเงิน
๑,๒๕๐.๐๐ บาท เพื่อตั้งเป็นทุน “ทุนกายวิ
ภาคพิศาล” เก็บคอกผลให้เป็นรางวัลแก่ผู้

มอบงานค้นคว้าทางกายวิภาคศาสตร์ที่
 สุกในรอยขี้หนึ่งๆ (๖) ม.ร.ว. ระวังพันธ์
 เกษมศรี ม.ร.ว. หญิงสศศรี สุทัศน์ ม.ร.ว.
 ล่องศรี เทพหัสดินทร์ ม.ร.ว. ล่องศรี เกตุ
 สิงห์ และ ม.ร.ว. หญิง เสริมศรี เกษมศรี
 ได้พร้อมใจกันบริจาคเงินคนละ ๒๐๐ บาท
 รวมเป็นเงิน ๑๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน
 “ปฏิพัทธ-เนือง เกษมศรี” เนื่องในการทำ
 บุญวันมรณะของหม่อมเนือง เกษมศรี และ
 อภิสิทธิ์ส่วนกุศลให้แก่ ม.จ. ปฏิพัทธ เกษมศรี
 และหม่อมเนือง เกษมศรี อนุญาต (๗)
 นายชินโหมว แซ่ฮึง บริจาคเงิน ๑๐๐๐.๐๐
 บาท เพื่อสมทบทุนซื้อตู้เย็นสำหรับบัตักมหิตล
 ขำเพ็ญชั้นล่าง แผนกคัลยศาสตร์ (๘) นาย
 แพทย์อวย เกตุสิงห์ นำส่งเงิน ๑๐๐๐.๐๐
 บาทสมทบทุน “ศรีนาวาพลเกตุสิงห์” ซึ่ง
 สำหรับอุดหนุนอาจารย์ในแผนกปริคณิกโดย
 ผู้บริจาคคือ นางศรีนาวาพล, นางเฮอ เจียม
 ประเสริฐ, เวอโทอวย เกตุสิงห์, นางออมสุข
 มกตพันธ์, น.ส. เอ็นศรี เกตุสิงห์, นายอัฐ
 เกตุสิงห์ และ น.ส. พนอศรี เกตุสิงห์ (๙)
 นายเขื่อน พรพิบูลย์ บริจาคเงิน ๑๐๐๐.๐๐
 บาท (๑๐) ท.ญ. เจริญสุข จิตติวณิชย์ ให้

ผ้าขาวราคา ๖๐๐.๐๐ บาท แก่แผนกกุมาร
 เวชศาสตร์ เพื่อใช้สำหรับเก็บขี้ใน
 แผนก (๑๑) นางโรย มีแสง บริจาคเงิน
 ๓๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสรีรศาสตร์นารีเวช
 วิทยา (๑๒) นายฉลา เทพประทาน บริ
 จากเงิน ๒๖๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนซื้อตู้
 เย็นสำหรับบัตักมหิตลขำเพ็ญชั้นล่าง (๑๓)
 นางใช้ล้วน แซ่เตียบ บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐
 บาท บำรุงแผนกสรีรศาสตร์นารีเวชวิทยา
 (๑๔) นายวิทย์ ศิวะศิษย์ ให้ผ้าขาวราคา
 ๑๖๐.๐๐ บาทแก่แผนกกุมารเวชศาสตร์
 (๑๕) นางชอจาง แซ่ตั้ง บริจาคเงิน
 ๑๕๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสรีรศาสตร์นารีเวช
 วิทยา (๑๖) นายกำธร ลีตะสุวรรณ บริจาค
 เงิน ๑๕๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนซื้อตู้เย็น
 สำหรับบัตักมหิตลขำเพ็ญชั้นล่าง (๑๗) นาย
 ภาทิ์ แจ้งเย็นจิตต์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
 บาท เพื่อสมทบทุนซื้อตู้เย็นสำหรับบัตักมหิต
 ลขำเพ็ญชั้นล่าง (๑๘) นางชุกาจันทร์ สัจ
 เทย บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๑๙) นาง
 จำปี ยลฟ้า บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
 (๒๐) นางอริวิ ทวีวงศ์ บริจาคเงิน
 ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๑) นางปลั่ง แซ่ดี บริ

จากเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๒) นางสุทใจ
คันทานนท์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๓)
นางกฤษ จันทร์พูน บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
(๒๔) ขุนรามเรศภิมย์กิจ บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท (๒๕) นายจันทน์ แซ่ตั้ง
ให้มุ้ง ๒ หลังราคา ๑๐๐.๐๐ บาท แก่เด็ก
มืตลข่าเพ็ญขึ้นบนแผนกศัลยศาสตร์

รายการที่ ๑๘, ๑๙, ๒๐, ๒๑, และ ๒๒
บำรุงแผนกศัลยศาสตร์ ฯ

ระเบียบการใช้ทุนขงกายวิภาคพิศาล มี
หลักเกณฑ์ดังนี้ ๑. ชื่อทุน “ขุนกายวิภาค
พิศาล” มอบให้แก่คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ๒. มีวัตถุประสงค์เก็บดอก
ผลให้เป็นรางวัลแก่ผู้ที่ได้เสนองานค้นคว้า
ทางกายวิภาคศาสตร์ที่ดีที่สุดในรอบปีหนึ่ง ๆ
๓. การพิจารณาให้รางวัล ให้มีคณะกรรมการ
ประกอบด้วยหัวหน้าแผนกสรีรวิทยา หัว
หน้าแผนกศัลยศาสตร์ และ หัวหน้ากายวิ
ภาคศาสตร์ หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์
มีหน้าที่รวบรวมงานเสนอ ต่อคณะกรรมการ
๔. งานที่จะรับไว้พิจารณาต้องเป็นงานค้นคว้า
เกี่ยวกับวิชากายวิภาคศาสตร์หรือกายวิภาค
ศาสตร์ประยุกต์ ที่ได้ทำขึ้นในประเทศไทย

งานนั้นอาจพิมพ์ในจดหมายเหตุต่างประเทศ
จดหมายเหตุในประเทศ หรือได้แสดง
ต่อชุมนุมใดชุมนุมหนึ่งก็ได้ ๕. การพิจารณา
ให้ทำในต้นเดือนมกราคมของปีและ
ให้รางวัล (อาจเป็นสิ่งของแล้วแต่จำนวน
เงิน) เมื่อสิ้นปีการศึกษา ๖. คำตัดสินคณะ
กรรมการ

ข่าวศิษย์เก่า

(ขอเชิญท่านศิษย์เก่า ส่งข่าวที่น่าสนใจ
ให้สารศิริราชเป็นสื่อต่อไปและขอขอบคุณ
ล่วงหน้ามาด้วย)

ไปต่างประเทศ (๑) พ.อ. ถนนม อุปลัม
ภานนท์ รองนายแพทย์ใหญ่ทหารบกไปดู
การแพทย์ในยุโรปและอเมริกา (๒) นาย
แพทย์เชิด ไทฉนวนิก แห่งกรมการแพทย์
ไปเรียนเพิ่มเติมทาง ศัลยกรรมที่ ร.พ. ไป
ลี้คลินิค สหรัฐอเมริกาโดยทุน ก.พ. (๓)
นายแพทย์ประเทือง สิงคาลวณิช นายแพทย์
ผู้ปกครอง ร.พ. จังหวัดร้อยเอ็จ ไปดูงาน
ศัลยกรรม ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุนกรม
การแพทย์ (๓) นายแพทย์โสภณ กาญ
จนวิสิษฐ์ นายแพทย์ผู้ปกครอง ร.พ. จัง

จากเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๒) นางสุทใจ
คันทานนท์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (๒๓)
นางกฤษ จันทร์พูน บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
(๒๔) ขุนรามเรศภิมย์กิจ บริจาคเงิน
๑๐๐.๐๐ บาท (๒๕) นายจันทน์ แซ่ตั้ง
ให้มุ้ง ๒ หลังราคา ๑๐๐.๐๐ บาท แก่เด็ก
มืตลย้าเพ็ญขึ้นบนแผนกศัลยศาสตร์

รายการที่ ๑๘, ๑๙, ๒๐, ๒๑, และ ๒๒
บำรุงแผนกศัลยศาสตร์ ฯ

ระเบียบการใช้ทุนขงกายวิภาคพิศาล มี
หลักเกณฑ์ดังนี้ ๑. ชื่อทุน “ขงกายวิภาค
พิศาล” มอบให้แก่คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ๒. มีวัตถุประสงค์เก็บดอก
ผลให้เป็นรางวัลแก่ผู้ที่ได้เสนองานค้นคว้า
ทางกายวิภาคศาสตร์ที่ดีที่สุดในรอบปีหนึ่ง ๆ
๓. การพิจารณาให้รางวัล ให้มีคณะกรรมการ
การประกอยด้วยหัวหน้าแผนกสรีรวิทยา หัว
หน้าแผนกศัลยศาสตร์ และ หัวหน้ากายวิ
ภาคศาสตร์ หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์
มีหน้าที่รวบรวมงานเสนอ ต่อคณะกรรมการ
๔. งานที่จะรับไว้พิจารณาต้องเป็นงานค้นคว้า
เกี่ยวกับวิชากายวิภาคศาสตร์หรือกายวิภาค
ศาสตร์ประยุกต์ ที่ได้ทำขึ้นในประเทศไทย

งานนั้นอาจพิมพ์ในจดหมายเหตุต่างประเทศ
จดหมายเหตุในประเทศ หรือได้แสดง
ต่อชุมนุมใดชุมนุมหนึ่งก็ได้ ๕. การพิจารณา
ให้ทำในที่นี้ เดือนมกราคมของปีและ
ให้รางวัล (อาจเป็นสิ่งของแล้วแต่จำนวน
เงิน) เมื่อสิ้นปีการศึกษา ๖. คำตัดสินคณะ
กรรมการ

ข่าวศิษย์เก่า

(ขอเชิญท่านศิษย์เก่า ส่งข่าวที่น่าสนใจ
ให้สารศิริราชเป็นสื่อต่อไปและขอขอบคุณ
ล่วงหน้ามาด้วย)

ไปต่างประเทศ (๑) พ.อ. ถนนม อุปลัม
ภานนท์ รองนายแพทย์ใหญ่ทหารบกไปดู
การแพทย์ในยุโรปและอเมริกา (๒) นาย
แพทย์เชิด ไทฉนวนิก แห่งกรมการแพทย์
ไปเรียนเพิ่มเติมทาง ศัลยกรรมที่ ร.พ. ไป
ลี้คลินิค สหรัฐอเมริกาโดยทุน ก.พ. (๓)
นายแพทย์ประเทือง สิงคาลวณิช นายแพทย์
ผู้ปกครอง ร.พ. จังหวัดร้อยเอ็จ ไปดูงาน
ศัลยกรรม ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุนกรม
การแพทย์ (๓) นายแพทย์โสภณ กาญ
จนวิสิษฐ์ นายแพทย์ผู้ปกครอง ร.พ. จัง

หวัทหนองคากย ไปตุงงานคัลลยกรรรมณลสหรัฐ
อเมริกา โดยทุนกรรรมการแพทย และ
(๕) นายแพทย สามชัย นิลเสนา อดีตอา
จารย์แผนกอายุรศาสตร์ ไปเรียนเพิ่มเติม
ทางสุขวิทยาทางจิตต์ณสหรัฐอเมริกาโดย
ทุน ก.พ. เวาขอแสดงคามยินคและอวย
พรแก่ทุก ๆ ท่านให้ประสบความสำเร้ทุก
ประการ

การประชุมแพทย์ทหารประจำปี ปีนี้ เป็น
ปีแรกที่ทางราชการ กรมแพทย์ ทหารบก ได้
จัดให้มีการประชุม แพทย์ ทหารทั่ว ประเทศ
เริ่มแต่ ๑๗ มี.ค. ถึง ๑๘ มี.ค. ๒๒
มีแพทย์มาประชุมทั้งสิ้น ๑๕๒ คน ได้มี
ท่านผู้ทรงคุณวุฒิมา บรรยาย ทางวิทยาการ
อาทิ พล. ต. พระคัลลยเวทย์วิศิษฎ์ (อาจารย์
เก่า ๖๒) บรรยายเรื่อง กามโรค หลวง
เฉลิมคัมภีร์เวชช์ ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์ เรื่อง มหาวิทยาลัยแพทย
ศาสตร์ พล. ต. สงวน โจนวงศ์ นาย
แพทย์ใหญ่ทหารบก (ศิษย์เก่า ๗๑)
เรื่อง การแพทย์ใหม่ ๆ ทางคัลลยกรรรม
น.ท. ทิพย์ นาถสุภา แห่งกองเสนารักษ
ทัพอากาศ (ศิษย์เก่า ๗๑) เรื่องค่านำ

เวชชกรรรมการบิณ พ.อ. ชนประทุมโรคประ
หาร (ศิษย์เก่า ๖๘) เรื่องกายภาพบำบัด
ทั่วไป พลอากาศ ต. เจือ บุญโสณี (ศิษย์
เก่า ๗๑) เรื่องยาสดยในทาง คัลลยกรรรม
พ.อ. หลวง วาจิทยาวัจน์ (เลขาธิการ
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และคณบดีทันค
แพทยศาสตร์) เรื่องถ้าเป็นไปได้พวกเรา
เสนารักษ พล. ต. พระยาตำรงแพทยาคณ
(ศิษย์เก่า ๕๐) เรื่องคนไข้พูด พล.ต.
พระยาวิบูลย์อายุรเวท (ศิษย์เก่า ๕๓) เรื่อง
การพยายามลดทอนในสงครามโลกครั้งที่ ๑
และ ๒ นายแพทย์ สวัสดิ์ที่ แดงสว่าง
(คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์) เรื่องการ
แพทย์และการสาธารณสุข และพระชาญ
วิจิเวช (ศิษย์เก่า ๕๘) เรื่อง ความสัมพันธ์
ระหว่งการแพทย์ ทหารกับการสาธารณสุข
นอกจากนี้ยังมีการ ประชุมถกเถียงทางกระ
การในกิจการเสนารักษอีกด้วย (ส. ข. ผู้ส่ง
ข่าว)

ศิษย์เก่าที่ได้รับพระราชทาน เลื่อนยศ
ทหาร ประจำปี ๒๒ คือ นาวาอากาศเอก
เจือ บุญโสณี นายแพทย์ใหญ่กองทัพอากาศ
คนแรก เป็น พลอากาศตรี เรืออากาศเอก

สภักดิ์ ธีระบุตร แห่งกอง เสนารักษ์ทหาร
 อากาศ เป็น นาวาอากาศตรี พ.ท. ชุนประ
 ทุมโรคประหาร (ประทุม ศะตะบุตตะ) แห่ง
 กรมแพทย์ทหารบก เป็น พันเอก พ.ศ. อภัย
 รักแผน แห่งกรมแพทย์ทหารบกเป็น พันโท
 ว่าที่ พ.ศ. สัตย์ โสภียะ แห่งกรมแพทย์
 ทหารบกเป็น พันตรี นาวาตรีประภอย จักษ
 รักษ์ แห่งกรมแพทย์ทหารเรือเป็น นาวาโท
 นาวาตรีเจริญ ยำเพ็ญอยู่ แห่งกรมแพทย์
 ทหารเรือ เป็น นาวาโท เรือเอก เข้ม ชัน
 มนต์แห่งกรมแพทย์ทหารเรือ เป็น นาวาตรี

สารศิริราชขอแสดงความยินดีต่อทุก ๆ ท่าน
 (ส.ช. ผู้ส่งข่าว)

ศิษย์เก่าในอเมริกา นายแพทย์กำธร
 สุวรรณกิจ หัวหน้ากองเภสัชกรรม กรม
 วิทยาศาสตร์การแพทย์ ไปดูงานเกี่ยวกับ
 การอาหารในสหรัฐอเมริกา เวลานั้นพักอยู่ที่
 433 N. Geneva Str. Ithaca, New York.

งานพิเศษ นายแพทย์ประสงค์ ยานชน
 ใต้รับเลือกเป็นสมาชิกเทศบาลจังหวัดชลบุรี
 เราขอแสดงความยินดีด้วย.

วิทยาศาสตร์มีเนื้อแท้เป็นความบากบั่นร่วมกัน ซึ่งอาศัยก้าวหน้า
 โดยความพยายามของผู้ทำงานมากหลายในทุกกาลสมัยและทุกเชื้อชาติ ผู้
 ซึ่งได้ร่วมใจกันเองรวมกำลังในการแสวงหาความแท้จริงและใช้มันช่วยกอบ
 กู้สถานะของมนุษย์ให้สูงขึ้น

Berthelot.

บันทึกท้ายสมุด

๑ ก่อนอื่น เราต้องขอขอบคุณโรงพิมพ์โสภณ ฯ เป็นอันมาก ในการที่ได้พยายามช่วยเหลืออย่างจริงจังให้การพิมพ์สารคดีวิราช ฌยน์ที่แล้วได้สำเร็จไปอย่างไม่น่าเชื่อ คือสามารถออกได้ก่อนกำหนดที่ตกลงกันไว้ถึงห้าวัน ฌยน์ที่สี่ออกภายหลังจากที่สามเพียงสิบสองวันเท่านั้น เรารู้สึกซาบซึ้งในความร่วมมือนั้นยิ่งนัก เชื่อว่าท่านสมาชิกทั้งหลายก็คงเช่นเดียวกัน เราหวังว่าความสัมพันธ์ระหว่างโรงพิมพ์โสภณ ฯ กับสารคดีวิราช จะยั่งยืนและเจริญขึ้นไปอีก บนรากฐานของการประสานงานเช่นนี้

๑ เรื่องใหญ่ใน ฌยน์นี้เป็น เรื่องของคุณหมอสโรจน์ ประยงค์ขาม อาจารย์หนุ่มในแผนกสุติศาสตร์ ฯ เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ในตำราใช้การอย่างจริงจังเรื่องหนึ่ง เราจึงรีบลงให้ ทั้ง ๆ ที่มีความยาวเกินขีดจำกัดธรรมดากว่าเท่าตัว และทั้งที่ความนำค่อนข้างยาวจะยืดยาวอยู่สักหน่อย แต่เมื่ออ่านดูก็จะเห็นได้ว่า เป็นข้อความที่ควรรู้และมีใช้บ่อย เกี่ยวกับการศึกษาในทางวิชาการหาก

มีหย่อนไปบ้าง ก็เห็นจะอธิบายได้ว่าเป็นเพราะงานนี้ได้ทำในขณะที่เสร็จ สงครามใหม่ๆ และเรากำลังขาดแคลนอุปกรณ์ต่างๆ ทางวิทยาศาสตร์ เมื่อรวมแล้วถ้าหากจะมีบางท่านเห็นว่าเรื่องนั้นไม่ถึงกับดีนัก ก็คงนับได้ว่าคืออยู่ไม่นับเทียบเหมือนกัน

๑ การพิมพ์เรื่องนี้อาจเป็นเหตุให้มีการตำหนิเกิดขึ้นก็ได้ คือจากท่านที่ถือเคื่องเป็นหลักที่ว่า หมอไม่ควรจะช่วยเหลือประชาชนยากไร้ให้เสียใจ ซ้ำนี้เราได้พิจารณาหลายครั้งหลายแล้ว พร้อมกันได้เปรียบเทียบกับวิทยาสารต่างประเทศด้วย เราเห็นว่าหลักดั้งเดิมที่ว่า หมอที่ดีไม่ควรสั่งใช้ยาที่บริษัทเอกชนทำขึ้นขาย ควรใช้แต่ยาสำหรับมาตรฐานหรือตามฟาร์มาโคเปีย นั้นจำต้องแก้ไขเสียแล้ว เพราะในสมัยสามสิบปีที่ล่วงแล้วมานี้ เหตุการณ์ได้ เปลี่ยนแปลงไป เป็นอันมาก บริษัททำยาขายมิได้เป็นแต่บริษัทการค้าอย่างเดิวนั้นเหมือนแต่ก่อน แต่บริษัทที่ต่างๆ ได้กลายเป็นองค์การวิทยาศาสตร์ที่แท้จริงไปด้วย โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีชื่อเสียง

ทำการค้นคว้าอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง และได้ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์สาธารณะเป็นอันมาก ทั้งยาทั้งหลายวิธีที่ได้ผลิตขึ้นก็มีที่ศักดิ์สิทธิ์เป็นจำนวนมาก ซึ่งได้รับเข้าบรรจุในฟาร์มาโคเปียในภายหลัง การที่ยาซึ่งผลิตขึ้นใหม่จะได้อีกว่ามีคุณประโยชน์จริงหรือไม่ ย่อมต้องอาศัยหมอในต่าง ๆ ช่วยกันทดลองใช้ และเผยแพร่ผลให้ทราบกันทั่วไป การกระทำแบบนี้ย่อมไม่เป็นการผิดร้ายอะไร หากยึดมั่นตามหลักสำคัญสามข้อไว้ได้ คือ หนึ่ง ต้องเสนอผลตามความเป็นจริงทุกประการ และกระทำตนเป็นกลาง ไม่มีอคติในการสรุปผลสอง ต้องเสนอผลในนิตยสารวิชาการที่เป็นสาธารณะ ไม่ใช่ส่งรายงานให้แก่บริษัทเจ้าของยา และสาม ต้องทราบบทส่วนประกอบหรือลักษณะทางเคมีของยานั้น ซึ่งต้องไม่ใช่ยาที่มีตำหรับลับ บางแห่งที่ถือเคร่งยิ่งกว่านั้นยังมีหลักการที่ลึกซึ้ง คือ ใช้ชื่อเคมีสำหรับเรียกยาที่ทดลองนั้น ไม่เรียกชื่อเปเตนต์ของยา เพื่อให้เป็นที่เข้าใจกันว่าไม่จำเป็นต้องเป็นยาของ บริษัทใดโดย เฉพาะท่านผู้อ่านคงสังเกตเห็นเองแล้วว่า สารศิริราชก็ถือหลักการที่ลึกลับด้วย ถึงแม้

ว่าในบาง ตอนได้ใช้ชื่อ เฉพาะ ก็เพื่อให้สั้นและเข้าใจง่ายขึ้น ในตอนสำคัญ ๆ เราได้ใช้ชื่อเคมีทั้งนั้น

๑ “เรื่องนัยยะทางอะโทรปีน” ของคุณหมอชด อยู่สวัสดิ์ เป็นผลของการรวบรวมและเรียบเรียงจากตำราต่าง ๆ ทุ่นเวลา และให้ความ สดวกสำหรับท่านที่ไม่มีเวลาค้นหรือไม่มีหนังสือจะค้น นับว่าเป็นการบำเพ็ญประโยชน์ที่ดีมาก แต่ท่านผู้เขียนได้เพิ่มพูนคุณค่าเรื่องของท่านขึ้นต่อไปอีกโดยการเน้นและชี้จุดสำคัญหลายประการ ซึ่งท่านเก็บได้เองจากงานปฏิบัติ และย่อมหาอ่านจากตำราอื่นใดไม่มี ถึงแม้ว่าบางท่านที่ “เล็งผลเลิศ” อาจแสดงความคิดเห็นว่าเรื่อง “เรียบเรียง” แบบนี้อาจเขาไปสำหรับหนังสือวิชาการ แต่เราก็จะยินดีมากหากจะมีผู้เขียนส่งให้อีก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าขวกความเห็นและความชำนาญของตนเข้าไปด้วย เราหวังว่าท่านผู้อ่านของเราคงจะสู้หน้ากับความจริงว่า สารศิริราชนั้นพึ่งเกิดใหม่ ๆ ถ้าเป็นเด็กก็พึ่งกว่าได้เท่านั้นเอง เรายังไม่เอาตัวเข้าไปเทียบกับหนังสืออื่นใด จนกว่าเราจะได้เรียน ใฝ่ฝึกฝน และได้มีความชำนาญมากกว่านั้น จนกว่าจะ

ถึงเวลานั้นเรื่องอะไร ๆ ถ้าให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์เราก็นำมาลงทั้งนั้น

๑ คุณหมอมติดี จึงเจริญ ตัวไปอยู่ที่ อ็อกซ์ฟอร์ด เจ็ดแปดเดือนแล้ว แต่ยังมี "ทิ้งลาย" ไว้ข้างหลังให้พวกเราได้ชมอีก เรื่องของคุณหมอ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ไม่ค่อยจะหนุ่มนักแล้ว (แต่ก็ยังไม่แก่ จะเรียกว่า กลางหนุ่มกลางแก่ ก็คงจะไต่) ไม่ใช่เรื่องวิเศษหรือพิเศษอะไรบอกในทำงานที่กระทำ แต่เป็นเรื่องที่มีประโยชน์จริงจังก้นปฏิบัติ เพราะได้รวบรวมแสดงให้เราเห็นชัดเจนทีเดียวว่า คนไข้ที่กินยาซิลโฝเน่ไม่คันนั้นมิได้ รับประทานมากพอจนจะเกิดประโยชน์ในการรักษาคิดเฉลี่ยเพียงราว ๆ ครึ่งจำนวนเท่านั้น อีกครึ่งหนึ่งเรียกได้ว่าเสียสดางค์ค่ายาเปล่า ๆ นำเสียค่ายที่คุณหมอไม่สามารถจะบอกให้เราทราบด้วยว่า คนไข้ต่าง ๆ นั้นลงท้ายเป็นอย่างไร รายงานนี้แสดงให้เราเห็นว่า การใช้ยาซิลฟาโนไม่ใช่ว่าเป็นของง่าย ต้องใช้ให้ถูกทั้งขนาดและเวลาด้วย ควรสังเกตดูว่าในรายงานมีกล่าวถึง การทดลอง วิเคราะห์ ปริมาณ ซิลโฝเน่ มิได้ในน้ำเหลืองจากต่อมใต้สมอง เราไม่มี

เวลาที่จะสอบสวนว่า นี่เป็นครั้งแรกหรือเปล่าที่มีการวิเคราะห์แบบนี้ แต่สงสัยว่าจะเป็นเช่นนั้น ส่วนการวิเคราะห์จะเป็นประโยชน์เพียงใดนั้นคงจะต้องรอฟังงานเพิ่มเติมต่อไปอีก

๑ เราต้องขออภัยท่านสมาชิกสักหน่อยในการที่ดุษฎีนิมิตย่อเอกสารเพียงสี่เรื่อง ทั้งนี้เพราะเรื่องของคุณหมอปรักษ์ชามโตเหมือนเจ้าของ กินที่ไปเสียมาก ประกอบกับย่อเรื่อง "การบริบาลหลังผ่าตัด" ของคุณหมอสอนอ อินทรสุขศรี ก็ยาวผิดธรรมดา จึงต้องตัดอย่างอื่นลง อย่างไรก็ดีเราหวังไว้ว่าเนื้อความของเรื่อง "การบริบาล ฯ" นี้คงจะเป็นประโยชน์คุ้มกับเนื้อที่ และท่านผู้อ่านคงไม่รู้สึกว่าขาดทุนมากนัก ส่วนเรื่อง "การเรียนแพทย์ในพัวร์โต ริโค" นั้นมีหลายอย่างคล้ายสถานการณ์ในบ้านเรา จึงนำลงไว้ด้วย

๑ เราได้รับการต่อว่าจากหลายทางว่า ไม่ทราบเรื่องการออกสารคดีราชเลย มิฉะนั้นก็คงจะได้ขอกริบเสียตั้งแต่ต้น ข้อนี้ขอชี้แจงว่า เมื่อเริ่มงานนั้นเราไม่ได้ลงแจ้งความ ด้วยเหตุผลง่าย ๆ ว่าไม่มีเงินทุนเลย เพียงแต่มีหนังสือพิมพ์บางฉบับได้

เออเพื่อลงข่าวให้ ส่วนที่เราทำเองก็คือ
 ใ้ส่งคำชี้ชวนไปยังศิษย์เก่าของศิริราชในที่
 ต่าง ๆ กันทั้งในกรงและต่างจังหวัด เท่าที่
 เราทราบตำบลที่อยู่ ชื่อนี้คงเป็นต้นเหตุที่
 หลายท่านไม่ได้รับการบอกเล่า เพราะเรา
 ไม่ทราบที่อยู่ของท่าน ตำบลที่อยู่เราได้
 หารายได้จากบัญชีของแพทยสมาคมและจาก
 ทำเนียบของกระทรวงการสาธารณสุข ดังนั้น
 ท่านที่ประกอบอาชีพส่วนตัวคงไม่ได้รับการ
 ติดต่อเป็นส่วนมาก เมื่อเราพิมพ์ฉบับที่หนึ่ง
 เสร็จแล้วก็ได้รับส่งไปยังท่านที่เราทราบตำบล
 คล้าย ๆ เป็นตัวอย่าง โดยแจ้งไปเลยว่า
 ไม่มีการผูกมัด ถ้าไม่รับต่อไปก็เฉยเสีย
 และเราก็จะไม่รบกวนอะไรอีก แต่ถ้าต้อง
 การรับ ก็ขอให้ส่งเงินไปยังผู้จัดการเลย
 ที่เดียว เรื่องเป็นมาดังนี้ เพราะฉะนั้นเรา
 ต้องขออภัยต่อท่านที่ไม่ทราบเรื่อง และขอ
 ให้เข้าใจว่า เหตุเป็นเพราะเราไม่รู้ตำบล
 ของท่าน อย่างไรก็ตามเราก็จะให้ลองสอบสวน
 ดูอีกว่าในขณะนี้มีใครอีกบ้างที่เรายังไม่ได้อ
 ุติติดต่อด้วย และจะจัดการแก้ไขโดยด่วน

๑ เวลานั้นศิริราชฉบับที่หนึ่งและที่
 สองได้แจกจ่ายไปหมดแล้ว ดังนั้นผู้ที่รับ
 ุต่อไปจะต้องคงต้นด้วยฉบับที่สาม

๑ เรารู้สึกสนใจอยู่ประการหนึ่งที่สังเกตเห็น
 ุได้ว่า มีผู้เห็นอกเห็นใจสารศิริราชและ
 พยายามช่วยเหลือทั้งทางจิตต์และทางสาร
 อยู่เสมอ ๆ นอกจากมีผู้หวังดีคอยยู่ให้ขึ้น
 ุราคาอยู่ตลอดเวลาแล้ว ยังมีคนให้และ
 ุบอกให้อยู่การะอยู่เสมอ ๆ ในแผนกข่าว
 ของฉบับนี้ท่านก็ได้เห็นชื่อผู้ เออเพื่อ พิเศษ
 อีกสองท่าน ในฉบับหน้าก็จะม้อีกและเรา
 ุได้ทราบข่าวว่ามีผู้ น้ำใจดีกำลังวิ่งเต้นติดต่อ
 ุกับผู้น้ำใจดี เช่นกันเพื่อ ขอทุนให้ แก่สารศิริ
 ุราชอีกหลายท่าน เราขอขอบคุณท่านทั้ง
 ุหลายที่มีจิตต์เออเพื่อทั้งนี้โดยทวกัน และ
 ุขอยืนยันว่า ท่านช่วยกันอุ้มสารศิริราชไว้
 ุเช่นนี้เช่นไม่มีเสียหลาย เพราะตราบดีที่เรา
 ุยังอยู่ เราก็ขำเพ็ญคนทั้งสิ้นเพื่อประโยชน์
 ุแห่งท่านเท่านั้น.

เพราะว่ามีหน้ากระดาษเหลือเราจึงขอ
 ุเล่าเรื่องต่อไปนี้ ซึ่งตัดตอนจากบทความที่
 Magazine Digest คัดมาจาก Die Welt
 im Bild.

วันหนึ่ง บอร์ช เบอร์นาร์ด ซอร์ จินตควิปาก
 ุจัดของอังกฤษ ตื่นนอนเช้ากว่าธรรมดา เขารู้สึก
 ุไม่สบายเสียบเลย จึงตกลงใจจะนอนตลอดวัน และ
 ุสั่งให้ตามหมอ เมื่อคุณหมออ่านอุ๊อ๊อไฟล์เข้าไป

ในห้องก็แสดงอาการเหนื่อยหอบและควักผ้าออกมา
จับหนึ่ง **พลางร้องอุทธรณ์ว่าบรรดาจีนแขกเต็มที**
ขอวีแสดงความเห็นอกเห็นใจหมอมามาก บอกให้หนึ่ง
จง แล้วถามว่า ปวดศีรษะด้วยหรือเปล่า หมอตอบ
รับ และโทษว่าการขึ้นบรรดาตนเอง เป็นต้นเหตุ
ขอวีกระโดดลงจากเตียง เดินอย่างรวดเร็วไปที่ตู้ยา
เอายาเม็ดหนึ่งละลายน้ำแล้วส่งให้หมอ พลางกล่าว
ว่า “นี่แน่ะ กินเสียซิหมอ จะหายแน่ทีเดียว”
เมื่อหมอกินแล้วสักสองนาที **ขอวี**ก็ถามว่า ค่อยดีขึ้น
หรือยัง “ดีขึ้นมากแล้ว ขอคุณ” หมอตอบ

ขอวีเดินกลับไป กลับมาอยู่ในห้องและเริ่มปล้ำ
ตุลดา “คุณหมอรัก ท่านทราบหรือเปล่าว่า ต้นเหตุ
ของการปวดและเวียนศีรษะของท่านนั้นนะ ไม่ใช่การ
ขึ้นบรรดา” “อ้าวก็อะไรเล่า” หมอถามอย่างงง ๆ
“เพราะกินมากเกินไป-กินมากเกินไป อย่ากินเนื้อ
มากนัก จงกินแต่ผักและผลไม้ นี่ท่านอายุเท่าไร?”
“สี่สิบสาม” “ฮึ แล้วท่านไม่อายุหรือ ผมแก่เกิน
สองเท่าของท่าน และกระฉับกระเฉงกว่าท่านสัก
สามเท่า ท่านสังเกตหรือเปล่าว่า ผมแผ่นออกจาก
เตียงได้คล่องแคล่วเพียงใด ราวกับอายุสิบแปด”
“จริง ๆจริง ผมประหลาดใจมากทีเดียว” หมอขอม
รับ “ผมแน่ใจมานานแล้ว ว่าพวกหมอนี้รักษาคนไข้
ไม่ถูกต้องอย่างมีหมอกคนหนึ่งไปรักษาคนเจ็บหน้าอก
ก็แนะนำให้เดินไกล ๆ ให้ถ่ายเขา และอยู่กลาง
แจ้งมาก ๆ ทั้ง ๆ ที่คนนั้นเป็นบุรุษไปรษณีย์และทำ
งานกลางแจ้งอยู่แล้ว” “จริงครับคุณขอวี ผมต้อง
ขอมรับว่า บางทีเราก็อ้างเวลา ๆ บ้างเหมือนกัน”
“นั่น ถูกแล้ว คนอย่างท่านน่าจะควรดำเนินชีวิตให้ถูก
ขนามนัย ท่านเดินรำได้ไหม” “เคราะห์ร้ายจริงผม
เดินไม่ได้”

ขอวีเดินไปเบียดเอาหีบเสื่อออกมา วางจาน
เสื่อแผ่นหนึ่งลง แล้วก็เริ่มแสดง เขาเต้นอย่างที่
นักเต้นกระโดดโลด โผนจะต้องอิจฉาทีเดียว เมื่อ
หยุด เขาหันมาหาหมอก “ถ้าหากว่าท่านจะเดินรำ
วันละสิบห้านาทีทุก ๆ เช้าอย่างที่ผมทำให้คุณ ไม่ช้า
ท่านก็จะสะอิดสะเอ้งและประเปรี้ยวเหมือนผม ผม
ไม่เคยเวียนหัว และไม่เคยปวดหัวเลยเอาละ ที่
ผมต้องขอหาซิลลิงสำหรับคำแนะนำของผม”

“ข้าก่อน ขออภัย คุณขอวี” หมอขจัดขึ้น
พร้อมกับยิ้ม “ท่านจะต้องให้ผมสองปอนด์สำหรับ
ที่ผมมาเยี่ยม ”

“ฮะ ทำไม ”

“เพราะว่าท่านตามผมมา คุณขอวี ท่านเรียก
ผมมาเพราะอะไร ”

“เพราะผมไม่สบายนะซี ”

“คนไข้ของผมทุกคนก็เหมือนอย่างนี้ เขาตาม
หมอโดยไม่มีเหตุผลพิเศษอะไรเลย แต่ผมก็ได้
ค้นพบวิธีรักษาท่านพวกขี้โรคเหล่านั้นสำเร็จ ผม
บอกเขาว่าผมเองไม่สบาย ว่าเวียนและเหนื่อย
แล้วแก้คนในสืบลึกซึ้งจากเตียงมารักษาผม ท่าน
ก็ได้ทำอย่างเดียวกัน คุณขอวี ท่านเห็นไหมว่า
ผมได้รักษาท่าน สำเร็จโดยวิธีเดียวกันนั้น ”

ขอวีไม่พูดว่าอะไร เขาเดินไปที่โต๊ะแล้ว
ก็เขียนเช็คยื่นให้หมอ

“นี่เป็นค่ากำนลของท่าน ผมได้ถือสิทธิ์เพิ่ม
มันขึ้นเป็นสามปอนด์ ไม่ใช่เพื่อวิธีรักษาอย่างวิเศษ
ของท่านอย่างเดี๋ยวนั้นหรอกนะ แต่อีกอย่างหนึ่งเพราะ
ว่าตั้งแต่ไหนแต่ไรแล้ว ผมได้เคยหัวร่อเยาะพวก
หมอเสมอมา จนกระทั่งวันนี้น่าได้ใช้ขนามนัย
หามาเข้าให้แล้ว ”

เรื่องนี้สอนให้รู้ว่า อย่าข่มหมอ