



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

๗๘
ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๓๔

Volume 3, Number 12, December 1951.

การใช้เพนโทธาลโซเดียมในการผ่าตัดเซซาเรียน
สาโรจน์ ประักษ์ขาม

พ. ด.

แผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา

(ทั่วหน้าแผนก: ศาสตราจารย์เต็ม บุนนาค Dr. med. (Berne))

เพนโทธาลโซเดียมเป็นเกลือของ Ethyl 1-Methyl-Butyl Thiobarbituric Acid, ใช้เป็นยาสลยมานานแล้ว แต่เนื่องจากทำให้เกิดอันตรายได้ง่ายจึงใช้ในการผ่าตัดเล็ก, ใช้เป็นยาสลยนำในการผ่าตัดใหญ่. สำหรับการใช้ในการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง Hellman และคณะ⁽¹⁾ ได้รายงานไว้เมื่อปี ๑๙๔๔, และในปี ๑๙๔๘ ได้มีผู้เพิ่มเติมโดยใช้ร่วมกับในทริสออกไซด์ ออกซิเจน⁽²⁾, และกับยาชาเฉพาะที่⁽³⁾.

สำหรับการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องในแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา (ร.พ. ศิริราช) ใช้ยาสลยเป็นประจำคือตั้งต้นด้วยโคลโรฟอร์มหรือเอธิลคลอโรท, หรือฉีดอีวีแพนโซเดียมเข้าหลอดเลือด, แล้วให้ซีเฮอร์คมต่อ; บางรายสวนอะเวอร์ตินทางทวารหนักก่อนแล้วคมอีเฮอร์; และบางรายใช้ยาชาแต่อย่างเดียว. หลังจากสงครามได้ยุติลงแล้วแผนกมียาเพนโทธาลโซเดียมเหลืออยู่มาก, ประจวบกับได้แทนจิบกระบอกฉีดซึ่งสามารถบังคับ

กินยาเข้าหลอดเลือดได้ช้าสม่ำเสมอตาม
ต้องการ, จึงได้ลองใช้เฟ็นโททาลโซ
เคียมบ้าง, และขอนำผลรายงานไว้ ณ
ที่นี้.

การใช้ยา ยานี้ไม่ใช้กับผู้ป่วยที่มีเลือด
คั่งในปอด, เพราะเป็นการให้น้ำเกลือเข้า
หลอดเลือดด้วย. จำนวนยาเฟ็นโททาล
โซเคียมที่ใช้ทั้งหมดไม่เกิน ๑ กรัม. เมื่อ
จะใช้, ละลายในน้ำกลั่นทำเป็นน้ำยา
๒.๕ เปอร์เซ็นต์. ควรละลายสัก ๗ และ
ต้องได้น้ำใส; ถ้าขุ่นไม่ใช่.

นอกจากการเตรียมอื่น ๆ ตามปกติ
ฉีดอะโทรปีน ๐.๖ มก. เข้าใต้ผิวหนัง
ด้วย.

ผู้ป่วยนอนบนโต๊ะผ่าตัด. กางแขน
ออกวางบนที่รองเรียบร้อย. แขนงัดขึ้น
เข้าหลอดเลือดค้ำที่ข้อพับแขนหรือข้อมือ,
ข้อหัวเข่าเข้ากับปลายหนึ่งของหัวต่อ
สามทางซึ่งมีก๊อกปิดเปิด. ปลายที่สอง
ของหัวต่อสามทางต่อกับเครื่องให้น้ำเกลือ;
ปลายที่สามต่อกับกระบอกฉีดยา ซึ่งบรรจุ
เฟ็นโททาลโซเคียมที่ละลายไว้. กระบอก
ฉีดนี้ตรงขนแทนซึ่งมีที่หมุนค้นลูกสูบได้
ช้าเร็วตามต้องการ.

หมุนก๊อกของหัวต่อสามทางให้ต่อ
หลอดเลือดกับน้ำเกลือ. ปล่อยน้ำเกลือ
หยดเร็วพอเหมาะเพื่อลองว่าเข็มฉีดยา
อยู่ในหลอดเลือดเรียบร้อยแล้ว. หมุน
ก๊อกหัวต่อหลอดเลือดกับน้ำยาเฟ็นโททาล
โซเคียม. เริ่มกินยาเข้าหลอดเลือดช้า ๆ
พร้อมกับให้ผู้ช่วยนับเลขดัง ๆ. เมื่อผู้ช่วย
เริ่มหยดนับผู้ให้ยาต้องหยุดกินยาชั่วคราว
เพื่อทำการหายใจให้ปกติก่อน, เพราะ
อาจหยุดหายใจชั่วคราวในตอนนั้น. เมื่อ
หายใจเรียบร้อยแล้วให้ยาต่อไปอีก ๔
ล.ซม. แพทย์ผู้ผ่าตัดเริ่มลงมือได้. หมุน
ก๊อกของหัวต่อให้น้ำเกลือหยดอยู่ตลอด
เวลาเพื่อกันมิให้เลือดแข็งอุดรเข็ม. เมื่อ
ผู้ช่วยมีการเคลื่อนไหวขึ้นก็หมุนก๊อกฉีด
ยาเฟ็นโททาลเพิ่มช้า ๆ, ครึ่งละ ๔ - ๕
ล.ซม., จนหยุดการเคลื่อนไหว, แล้ว
หมุนก๊อกให้น้ำเกลือหยุดอีก. ทำเช่นนั้น
จนน้ำยาเฟ็นโททาลหมดทั้ง ๔๐ ล.ซม..
ถ้าผ่าตัดยังไม่เสร็จและผู้ช่วยคนก็ให้ม
อเธอร์ต่อไป.

ในสถานที่ซึ่งไม่มีแท่นจับกระบอกฉีด
ยา, หรือไม่มีหัวต่อสามทางก็อาจตัด
แปลงได้โดยแทงเข็มให้น้ำเกลือเข้าหลอด
เลือดก่อน, แล้วแทงเข็มของกระบอกยา

พื้นโศกธาลเข้าในสายยางเครื่องให้หน้า
 กลิ้งออกที่หนึ่ง, ให้ปลายเข็มพุ่งไปทาง
 หลอดเล็ก. เมื่อจะฉีดยากับสายยาง
 เห็นอระคียบแทงเข็มไว้. เมื่อหยุดฉีดยา
 แล้วก็ปล่อยสายยางให้หน้ากลิ้งหยุดต่อไป
 ผล ได้รวบรวมผลทั้งหมดในระยะ ๑ ปี
 กว่า, จากเดือนกรกฎาคม ๒๔๙๓ ถึง
 สิงหาคม ๒๔๙๔. ผู้ผ่าตัดเป็นแพทย์
 ในแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ร.พ.
 ศิริราช, ๑๐ คน, รวมแพทย์ประจำบ้าน
 อาวุโสด้วย. เหตุและโรคที่ต้องทำผ่าตัด
 ไค้แสดงไว้ในตารางที่ ๑, แบบของการผ่า
 ตัด, กับการผ่าตัดอื่นที่เข้าไปในคราวเดียวกัน,
 และจำนวนยาสลบที่ใช้ไค้แสดงไว้ใน
 ตารางที่ ๒.

เมื่อฉีดยาเข้าหลอดเล็กช้า ๆ ผู้ช่วย
 สลบในเวลา ๐.๕ ถึง ๑.๕ นาทีหลังจาก
 เริ่มเดินยา, ประมาณจำนวนยาที่ฉีดยา
 ๐.๒ - ๐.๔ กรัม. การผ่าตัดเริ่มลงมือไค้
 เกือบทันที.

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเอาเด็ก ออก,
 เริ่มตั้งแต่กรีดเปิดหน้าท้องจนถึงเย็บปิด
 หน้าท้อง, ประมาณ ๓๐ ถึง ๖๐ นาที.
 ในรายที่เคยผ่าเอาเด็กออกมาก่อนแล้ว,
 หรือที่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดอื่น ๆ พร้อม
 กันไปด้วย, ใช้เวลา ๔๕ ถึง ๕๐ นาที.

การใช้พื้นโศกธาลใน ๕๖ รายนี้ไม่
 ปรากฏว่าเกิด laryngospasm ขึ้น. อา-
 การฝึกปรกติอื่น ๆ เช่นไอ, จาม, สะอึก,
 หรือสิ้นกระตักก็ไม่ปรากฏ. เมื่อผู้ช่วย
 พน, ก็ไม่พบรายที่มีการกระตักหรือ
 อาการฝึกปรกติอื่น. รายที่ให้คีมอ้อเธอร์
 คอยเมื่อพนมมีหลายรายเกิดคลื่นไส้และ
 อาเจียน. รายที่ให้พื้นโศกธาลอย่างเคียว
 ไม่มีอาการอาเจียน; มีบางรายที่รู้สึกคลื่น
 ไ้. การเจ็บปวดแผลที่ผ่าตัดมีอย่าง
 ธรรมดา.

เด็กเกิดและตัดสายสะดือในเวลา ๑๒-
 ๓๐ นาทีหลังจากเริ่มให้ยาสลบ. มีสอง
 รายที่เกิดเกิดในเวลา ๕๐ นาทีหลังจาก
 เริ่มให้ยาสลบ, ซึ่งมีชีวิตอยู่ทั้งคู่. ในระยะ
 เกิดเกิดทั้ง ๕๖ รายนี้ไค้ให้อ้อเธอร์เลย.
 เด็กที่ผ่าออกมาและคงมีชีวิตรอดนั้น, เมอ
 แรกเกิดถึงแม้จะหายใจเองไค้ครั้งหนึ่งก็
 ต้องคอยเมือกในคอและช่วยหายใจเกือบ
 ทุกราย. แต่ส่วนมากแล้วรู้สึกว่ามีก็จะ
 ต้องแก้มืออยู่นานกว่าในรายที่ให้คีมยา
 สลบโคลโรฟอร์ม-อ้อเธอร์, โดยเฉพาะ
 ในรายที่เด็กเริ่มมีอาการไม่คักก่อนผ่าตัด
 แล้ว

ตารางที่ ๑
เหตุและโรคที่ต้องทำการผ่าตัด, กับอัตราตายของมารดาและบุตร.

เหตุและโรค	จำนวน รายที่ผ่า ตัด	จำนวน แม่ตาย	จำนวนเด็กตาย			
			ตายใน ครรภ์	เกิดก่อน กำหนด	ตาย คลอด	เกิดใหม่ ตาย
I. Placenta Previa,	20	1	2	2	2	—
II. Toxaemia of Pregnancy :						
Pre-eclampsia	1	—	—	—	—	1
Eclampsia	4	1	—	1	—	1
III. Previous Caesarian Section	5	—	—	—	—	—
IV. Abnormal Presentation:						
Twins	3	—	1	—	—	—
Transverse	1	—	—	—	—	—
Breech	1	—	—	—	1	—
V. Prolonged Labour With Finally Unsuccessful Test of Labour or with Threatened Uterine Rupture						
Elderly primigravida	7	1	—	—	—	1
Cephalopelvic disproportion	3	—	—	—	1	—
Prolonged first stage of labour	11	—	1	—	1	2
รวม	56	3	4	3	5	5

ตารางที่ ๒

การผ่าตัด	จำนวน รายที่ ผ่าตัด	จำนวนรายที่ใช้ยาละลาย					
		P.o.๗-๑ก.	P.๑กรั้มกับซีเซอรัจำนวนต่างๆกัน-ส.ชม.				
			๒๐-๕๐	๖๐-๑๐๐	๑๒๐-๑๕๐	๑๗๐-๒๐๐	๔๐๐
I. Low Transverse Section:							
Alone	30	17	6* _๑	2	1	4	—
with Tubal sterilization	20	9	4	2	3* _๒	1	1* _๔
,, Appendectomy	1	—	1	—	—	—	—
,, Enucleation of Myoma	1	1	—	—	—	—	—
,, Salpingectomy	1	—	1	—	—	—	—
II. Classical Section	1	1	—	—	—	—	—
III. Porro's Section	2	1	—	—	—	1* _๓	—
รวม	56	29	12	4	4	6	1

หมายเหตุ

- P = เพ็นโทธาไลโซเดียม
*_๑ = มีหนึ่งรายที่ครั้งนเป็นการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องเป็นครั้งที่สอง.
และปรากฏว่าเกือบจะไม่พึงผิดอันเป็นผลจากการผ่าตัดครั้งก่อนเลย.
*_๒ = มีสองรายที่ครั้งนเป็นการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องเป็นครั้งที่สอง.
*_๓ = มีหนึ่งรายที่ครั้งนเป็นการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องเป็นครั้งที่สอง
*_๔ = มีหนึ่งรายที่ครั้งนเป็นการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องเป็นครั้งที่สอง.

การตายของมารดา ในจำนวนผ่าตัด

๕๖ รายงานมีผู้ช่วยตาย ๓ ราย.
รายที่หนึ่ง อายุ ๕๐ ปี. ครรภ์ที่ ๗, ครบกำหนด. ไม่ได้ฝากครรภ์. บุตรสัปดาห์ที่ ๕ ปี. แท้งหนึ่งครั้ง. อาการสำคัญว่าอยู่ที่ ๆ ไม่มีการปวดเจ็บก็มีการตกเลือดมากมาสามวัน, จนเป็นลม. เมื่อรับผู้ช่วยมีเซโมโกลบิน ๒๗%. กระจกถ่าย. ซีฟรเวา, เร็ว. ถึงแก่กรรม ๓ ชั่วโมงหลังผ่าตัด.

รายที่สอง อายุ ๓๒ ปี. ครรภ์แรก, กำหนดเจ็ดเดือน. ไม่ได้ฝากครรภ์. มาด้วยเรื่องชักในวันนั้น ๔ ครั้ง, แล้วไม่รู้สึกตัวเรื่อยมา. วินิจฉัยว่าเป็นโรคชักแห่งครรภ์ก่อนระยะคลอด. ปากมดลูกยังไม่เปิด. ใต้ผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้องเพื่อหวังช่วยชีวิตแม่. ใช้เฟินโทซาลโซเทียม ๐.๘ กรัม. การผ่าตัดนาน ๔๕ นาที. หลังผ่าตัดไม่รู้สึกตัว, มีชักอีกห้าครั้ง. ความดันเลือดซิสโตลิก ๑๕๐-๒๕๐ และไดแอสโตลิก ๑๑๖ - ๑๕๐. ถึงแก่กรรม ๕ ชั่วโมงหลังผ่าตัด.

รายที่สาม อายุ ๓๗ ปี. ครรภ์แรก, ครบกำหนด. ไม่ได้ฝากครรภ์. เมื่อปากมดลูกเปิดหมดปรากฏว่าส่วนใหญ่ของศีรษะ

เด็กยังไม่ผ่านลงช่องเข้าเชิงกราน. ใต้ test labour ก็. ไม่ปรากฏการคลอดก้าวหน้า, จึงได้เอาเด็กออกทางหน้าท้อง. ใช้เฟินโทซาลโซเทียม ๑ กรัม, กับอีเธอร์ ๒๒๐ ล.ซม. การผ่าตัดนาน ๕๐ นาที. หลังผ่าตัดผู้ช่วยมีไข้สูงอยู่ ๓ วันแล้วค่อย ๆ ลดลง. กระจกถ่ายเล็กน้อย. ซีฟรเวา, จังหวะดี. ให้ยาบำรุงหัวใจ, น้ำตาล, วิตามิน, เพนิซิลลินและสเตรพโตมัยซินตลอดเวลา. ในวันที่เจ็ดหลังผ่าตัดกระจกถ่ายมากและเริ่มเพื่อ, ซีฟรเวา, เร็ว, และถึงแก่กรรม.

การตายของเด็ก ในจำนวน ๕๖ รายงานมีเด็ก ๕๕ คน. เด็กตายทั้งสิ้น ๑๗ คน. แบ่งเป็นเด็กตายในครรภ์ ๔ คน, เด็กก่อนกำหนด ๓ คน, เด็กตายคลอด ๕ คน, และเด็กเกิดใหม่ตาย ๕ คน. (ดูตารางที่ ๑) สำหรับเด็กเกิดใหม่ตายนับเพียงช่วงเวลาที่มารรดาอยู่ในโรงพยาบาลหลังจากผ่าตัด.

สำหรับเด็กตายคลอดคนนั้น, ก่อนลงมือผ่าตัดปรากฏว่าเด็กเกิดอาการไม่ดีแล้วทั้ง ๕ ราย. ส่วนเด็กเกิดใหม่ตายนั้น, เป็นรายที่เด็กเกิดอาการไม่ดีขึ้นก่อนผ่าตัด ๑ ราย, ทำผ่าตัดเพราะระยะปากมดลูกเปิด

นานผิดปกติและไม่มีอาการก้าวหน้า; เด็กหนัก ๔,๐๐๐ กรัม; แรกเกิดต้องแก้อยู่นานจึงหายใจ, ไม่ร้อง, ท่าทางอ่อนแอไม่เคลื่อนไหว, มีชีวิตอยู่นานครึ่งชั่วโมง. อีกสองรายแม่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์: รายที่หนึ่งผู้ช่วยอยู่ในระยะก่อนซั๊ก, น้ำหนักเด็กแรกเกิด ๒,๓๗๐ กรัม, ตลอก ๑๒ วันอาการทั่วไปปกติ, มีแต่น้ำหนักลดเหลือเพียง ๒,๑๕๐ กรัม, สะค้อหลดในวันที่ ๑๒, แห้งคิ. วันที่ ๑๓ มีไข้ต่ำๆ, สองวันต่อมาเด็กตาย; รายที่สองผู้ช่วยซั๊กสิบครึ่งและไม่รู้ตัวก่อนถึงระยะเจ็บท้อง, น้ำหนักเด็กเมื่อเกิด ๒,๔๐๐ กรัม, ต้องแก้อยู่นานจึงหายใจ, แต่ไม่ร้อง, มีชีวิตอยู่นาน ๑๗ ชั่วโมง. ส่วนรายที่สามมารดาอายุ ๓๒ ปี, ครรภ์แรก, ปากมดลูกเบียดยังไม่หมด, มดลูกแสดงว่าจะแตก, น้ำหนักเด็กแรกเกิด ๓,๓๕๐ กรัม, ต้องแก้อยู่นานจึงหายใจ, แต่ไม่ร้อง, มีชีวิตอยู่นาน ๑๖ ชั่วโมง. รายที่ ๕ มารดาอายุ ๑๘ ปี ครรภ์แรก, ปากมดลูกเบียดยังไม่หมด, เริ่มมีอาการแสดงว่ามดลูกจะแตก, น้ำหนักเด็กแรกเกิด ๒,๔๕๐ กรัม, ช่วยแก้มานานก็หายใจและร้อง, วันที่สาม

ถ่ายอุจจาระปนเลือดดำ, เด็กซึกลงและถึงแก่กรรมในวันรุ่งขึ้น.

วิจารณ์ ในการผ่าตัดทั้ง ๕๖ รายนี้ใช้ยาสลยจำนวนแตกต่างกัน (ตารางที่๒). ทงนนอกจากเพราะการแตกต่างกันในการทนยาเช่นรายบุคคลแล้ว, ยังเกี่ยวกับการผ่าตัดช้าหรือเร็วด้วย. จากผลของการผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้อง, ถ้าไม่มีพังผืดอันเป็นผลจากการผ่าตัดครั้งก่อน, หรือไม่ผ่าตัดอย่างอื่นพร้อมไปด้วย, ยาเฟินโทธาโลโซเดียม ๑ กรัมอย่างเดียวก็น่าพอต่อช่วยฮีเออร์อิกเพียงเล็กน้อย, ก็เพียงพอตลอดการผ่าตัด. เราไม่ใช้เฟินโทธาโลเกิน ๑ กรัม, ถึงแม้จะมีผู้รายงาน⁽¹⁾ ใช้ถึง ๒ กรัมโดยไม่ปรากฏอันตรายต่อผู้ช่วย, ทงนเพื่อปลอดภัยยิ่งขึ้น.

น้ำยาเฟินโทธาโลโซเดียม ๒.๕ เปอร์เซ็นต์เมื่อผสมกับเลือดแล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเวลานี้เป็นชั่วโมง, แต่น้ำยา ๕ เปอร์เซ็นต์อาจทำให้เม็ดเลือดแดงจับกลุ่มและแข็งตัวได้.⁽⁴⁾ การฉีกยาซึ่งเข้มข้น ๕ เปอร์เซ็นต์อาจจะมีผลเกิดฮีโมโกลินในผู้ช่วยได้, และถ้ายาร่วงจากหลอดเลือดจะทำให้ปวดมาก.⁽⁴⁾ เพราะฉะนั้นการให้เฟินโท-

ชาดโซเทียมเข้าหลอดเลือดควรใช้น้ำยา ๒.๕ เปอร์เซ็นต์ จะเหมาะและปลอดภัย มากกว่าใช้น้ำยา ๕.เปอร์เซ็นต์.

ข้อที่สังเกตพบในการใช้พื้นโซชาดนี้คือผู้ช่วยสลบเร็วโดยไม่มีอาการคันตะนหรือผิดปกติอื่น ๆ. ถ้าฉีดยา ๆ ผู้ช่วยจะสลบใน ๐.๕-๑.๕ นาที, ถ้าฉีดยาเร็วจะสลบใน ๒๐-๓๐ วินาที. แต่การฉีดยาเร็วและถ้าจำนวนมากจะทำให้ผู้ช่วยหยุดหายใจได้ง่าย.(4) ฉะนั้นทางที่ดีคือฉีดยาให้ช้าพร้อมกับให้ผู้ช่วยนับ, ผู้ช่วยจะสลบทำผ่าตัดได้โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน.

เนื่องจากพื้นโซชาดทำให้รเฟล็กซ์ของคอหอยไวขึ้น, และถ้ามีอาเจียนนำให้อาหารออกมาอาจทำให้เกิดลาริงโกสเปาสมซึ่งแก้ไขได้ลำบากหรือถึงตายได้.(4, 5) ฉะนั้นทางที่ดีคือเพราะอาหารควรว่าง. ผู้ช่วยที่ผ่าเอาเต็กออกทางหน้าทึ่งส่วนมากกะเพาะอาหารมักว่างมาก่อนแล้ว, เพราะผู้ช่วยมักเขื่อและไม่ต้องการอาหาร. ในรายที่ยังเจริญเกิดลาริงโกสเปาสมขึ้น, วิธีแก้คือให้ออกซิเจนและช่วยผายปอด.

การให้พื้นโซชาดโซเทียมทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนน้อย, แต่ก็พอ

เพียงสำหรับผ่าเอาเต็กออก. มดลูกมีการหดตัวเป็นปกติเช่นใช้ยาสลบโคลโรฟอร์มอีเธอร์. อาการผิดปกติที่อาจมีเกิดขึ้นคือเมือพ่น, เช่นไอ, จาม, สะอึก, หรือผ่นตามผิวหนัง, หรือปอดอักเสบในระยะหลัง, ไม่ปรากฏทั้ง ๕๖ รายที่รายงานนี้.

อันตรายทางฝ่ายมารดาในรายเหล่านี้ปรากฏตาย ๓ ราย. พื้นโซชาดจะมีส่วนในการตายนี้บ้างหรือเปล่า, ไม่อาจบอกได้. ความเห็นของข้าพเจ้าว่าทั้งสามรายไม่ใช่ตายจากยาสลบ, คือในรายรกเกาะขวางเต็มม่นเชื่อว่าผู้ช่วยตายเพราะช็อคจากการเสียเลือดมาก, เพราะมีตัวอย่างที่เห็นมาในรายคล้ายกัน. ในรายโรคชกแห่งครรภ์ก็เช่นกันเชื่อว่า การตายของผู้ช่วยเป็นผลของโรค, เพราะในโรคนี้เมือชกขึ้นแล้วความปลอดภัยของผู้ช่วยขอกได้ยาก. ถ้าให้การรักษาได้เร็วเท่าใดความปลอดภัยก็มากขึ้นเท่านั้น. อีกรายที่ผู้ช่วยตายในวันที่เจ็ดหลังผ่าตัดนั้นเนื่องจากหัวใจล้ม, นับว่าเป็นการสุคความสามารถของเราที่จะช่วยไว้. เพราะฉะนั้นสมควรนับว่าอันตรายทางฝ่ายมารดาจากพื้นโซชาดที่ใช้ขนาดสูงสุดไม่เกิน ๑ กรัม นนมน้อย. อย่างไรก็ตาม, มีผู้อื่นให้ความ

เห็นว่าไม่ควรใช้ในรายที่มีการตกเลือดมากจนช็อค, (6) โดยเฉพาะในรายที่เกิดช็อคขึ้น. (7) ในรายโรคพิษแห่งครรภ์ซึ่งสงสัยว่าตับจะเสื่อม, เช่นในระยะช็อค, ก็ไม่ควรใช้, (7, 8) เพราะยานถูกทำลายพิษในตับและถูกขับถ่ายทางไต.

เกี่ยวกับอันตรายแก่เด็ก, Hellman และคณะ (1) ได้รายงานว่าเป็นโศกาสผ่านรกสู่เด็กได้. ภายในห้าวันที่หลังจากเริ่มฉีดยา, จำนวนยาในเลือดเด็กยังมีน้อย, แต่ภายหลัง ๑๐-๑๒ นาทีขึ้นไปเลือดเด็กจะมีจำนวนยาหลายเท่าเท่ากับในเลือดแม่. Dréisback และ Snyder (9) ได้รายงานผลการทดลองไว้ว่าโศกาสทำให้การหายใจของลูกที่อยู่ในมดลูกช้าลงกว่าเคมราว ๑ ใน ๓. ฉะนั้นถ้าเด็กเกิด ๑๕-๒๐ นาทีภายหลังให้ยา, การหายใจของเด็ก อาจถูก กดโดยฤทธิ์ ยา, โดยเฉพาะในเด็กเกิดก่อนกำหนด. (8) ผลคือเด็กจะไม่ตั้งต้นหายใจเอง, จำเป็นต้องช่วยแก้. ในข้อนี้ข้าพเจ้าเห็นจริงด้วยเพราะเด็กใน ๕๖ รายของเราเกิดในเวลา ๑๒-๓๐ นาทีภายหลังเริ่มฉีดยา, ส่วนมาก ต้อง ช่วย แก้อยู่ นาน จึง หายใจ ขึ้น

ปรกติ, แตกต่างกับเด็กที่เกิดโดยให้คีมฆ่าสลบอีเธอร์ที่เคยเห็นมา.

การผ่าเอาเด็กออกจากหน้าท้องนั้นจุดประสงค์แท้จริงก็ต้องการช่วยชีวิตมารดาและบุตร. ในบางรายเมื่อเด็กเกิดอาการไม่คืบแล้วถึงแม้รีบผ่าเอาออกก็ไม่อาจช่วยชีวิตเด็กไว้, เด็กอาจตายคลอดหรือตายภายหลังคลอดไม่นาน. บางรายการผ่าตัดอาจทำช้าไป, ทำให้ช่วยเด็กไม่ทัน, เพราะการผ่าตัดมีหลักเกณฑ์และจำต้องพิจารณาเหตุผลให้เหมาะสมเสียก่อนเพื่อความปลอดภัย. ฉะนั้นในบางโอกาสการผ่าตัดก็ทำได้เพื่อช่วยชีวิตมารดาฝ่ายเดียว, เช่นในรายโรคช็อคแห่งครรภ์, รกเกาะขวางและตกเลือดมาก. ด้วยเหตุผลดังกล่าวอัตราตายของเด็กใน ๕๖ รายที่ผ่าตัดจึงค่อนข้างสูง, คือเมื่อแยกเด็กที่ตายในครรภ์ก่อนผ่าตัดออกแล้วก็มีเด็กตายทั้งสิ้น ๒๓.๖๓ เปอร์เซ็นต์ (๑๓ ใน ๕๕), เป็นเด็กก่อนกำหนดตาย ๕.๔๕ เปอร์เซ็นต์ (๓ ใน ๕๕), เป็นเด็กครบกำหนดตายคลอดและเกิดใหม่ตาย ๑๘.๑๘ เปอร์เซ็นต์ (๑๐ ใน ๕๕). ข้าพเจ้ามีความเห็นว่าในราย

ครรภ์ก่อนกำหนด หรือใน รายที่ เต็ก เกิด
อาหารไม่คั้แล้ว ไม่ควรว ไซ้เพิน โทซาลโซ
เคียม. ความยุงยากอาจแก้ไ้โดยกรัด
เข็ทหน้าท้องจนเข้าช่องท้องเว็ยบร็อยโดย
ไซ้ยาซาเฉพาะที่, เช่นโนโวเคน, คอ
เมือจะเริ่มกรัดผนังมดลูกจึงตั้งคั้ให้เพิน
โทซาล. เต็กจะเกิดในเวลา ๒-๓ นาที
หลังจากฉีกยา. แต่ข้อเส็ยมีอยู่ว่าในการ
ฉีกยาเฉพาะที่, ผู้บ็วยทกแล้วผาคั้ยังคงรู
สึกตัว, และถ้ามีการ ปวดเจ็บข้างโดย
เฉพาะขณะใส่เครื่องฉางแผลหน้าท้องอาจ
เกิดช้อคขึ้นไ้. นอกจากนั้นถ้ามดลูกหดร
รัคผู้บ็วยอาจกั้ทำให้ล่ายากต่อการผ่าคั้.

สรุป ไ้กรายงานผลการไซ้ยาเพินโทซาล
โซเคียมจำนวนสูงสั้ไม่เกิน ๑ กรัมเป็น
ยาสลบในการผ่าคั้เอาเต็กออกทางหน้า
ท้อง ๕๖ ราย. การไซ้ยานั้บว่าสควก,
ทำให้ผู้บ็วยสลบเร็ว, ไม่มีอาการผึคปรกท
หรืออาการแทรกช้อนเกิดชั้กับผู้บ็วยใน
ระยะหลังผ่าคั้. แต่การไซ้ยานั้ถ้าเต็ก
เกิดภายหลัง ๑๕ นาที หลังจากให้ยา,
ส่วนมากจำค้องแก้เต็กอยั้นานจึงจะหาย
ใจเป็นปรกท. ฉะนั้นยานั้ไม่เหมาะสำหรับ
รายที่เต็กมีโอกาศจะเกิดหรือเกิดแอสฟัค
เซ็ชแล้ว. อยั้ไรก็คั้ตามท้งแพทยผู้ผ่าคั้

และผู้ให้ยา ค้องคั้ณั้ อยั้เสมอว่ามีสอง
ชั้วิตที่ระวัยผลจากยาสลบพร็อยกัน, และ
สั้รวิทยาของผู้ตั้งครรภ์จะทนค้อยาสลบ
ย้อมเปลั้ยนแปลงแตกท้างกับของผู้ที่มีไ้
ตั้งครรภ์. ยาสลบที่คั้จะค้องไม่ทำให้เกิด
อันตรายท้งมารดาและบุตร. สำหรับแพทย์
ผู้ชำนาญชั้พิจารณาเล็อกใช้ยาสลบให้
ถูกค้องเหมาะสมกับผู้บ็วยเป็นราย ๆ ไป
แล้ว, เพินโทซาล โซเคียมหรือยาสลบ
ชนิดอื่นใดก็คั้ตามจั้ว่าเป็นยาสลบที่คั้พึง
ประสงคั้สำหรับการผ่าคั้เอาเต็กออกทาง
หน้าท้องไ้ท้งสน.

เอกสาร

1. Hellman, L.M., Shettles, L.B., Manahan, C.P., Eastman, N.J.: AM. J. Obst. and Gyneec., 1944, 48, pp. 851-856.
2. Herrick, F.L.: Am. J. Obst. and Gyneec., 1948, 55, pp. 883-886.
3. Fino, J.A. Eisaman, J.R.: Am. J. Obst. and Gyneec., 1948, 55, pp. 887-890.
4. Lundy, J.S.: Clinical Anaesthesia, (Philadelphia) 1946, pp. 599-546.

5. Te Linde, R.W.: Discussion of paper by Hellman et al., *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1944, 48, p. 860.
 6. Burstein, C.S., Hershey, S.G.: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 1943, 53; pp. 80-81.
 7. Gustafson, G.W., Gardiner, S.H.: *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1949, 58, pp. 246-256.
 8. Montgomery, T.L.: Discussion of paper by Hellman et al. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1944, 48, pp. 856-857.
 9. Dreisback, R., Snyder, F.F.: *J. Pharmacol. and Exper. Therap.*, 1943, 79, pp. 250-258.
 10. Cartwright, E.W.: *J.A.M.A.*, 1951, 145, pp. 1111-1114.
 11. Lund, C.J.: *Ibid.*, 1951, 145, pp. 1114-1118.
 12. Whitacre, R.J., Cressman, P.G.: *Ibid.*, 1951, 145, pp. 1118-1120.
 13. De Lee, J.B.; Greenhill, J.P.: *Principles and Practice of Obstetrics (Philadelphia)*, 1948, p. 251.
 14. Sollmann, T.: *A Manual of Pharmacology, (Philadelphia)*, 1949, p. 684.
-

(Abstract of the preceding Report)

PENTOTHAL SODIUM ANESTHESIA FOR CAESAREAN SECTION

Sarochna Porapakskham

M.D.

(Dept. of Obstetrics and Gynecology)

(Director : Prof. Term Bunnag, Dr. med. (Berne))

An analysis of the results of the use of pentothal sodium intravenous anesthesia in 56 cases of caesarean section, from July 1950 to August 1951. Indications and mode of operation are shown in Tables I and II respectively. The operators were members of the staff. The drug was administered as 2.5 per cent solution, the rate of injection being controlled by means of a micrometer impelling device. The dose of 1.0 gm. was never exceeded, ether being used as supplement. This was necessary in 27 cases, the amount of ether required varying between 20 and 400 cc.; twelve cases needed no more than 50 cc. Anesthesia was brought on within $\frac{1}{2}$ to $1\frac{1}{2}$ minutes after starting the injection. The operations lasted 30 to 60 minutes in uncomplicated cases, and 45 to 90 minutes in cases with complication, mostly previous

uterine section or other concurrent operation. With pentothal alone there was no instance of laryngospasm, nor vomiting. A few patients who received ether as well, vomited. The new-born was delivered between 12 and 30 minutes after starting the injection of pentothal. In 2 cases the child was delivered only after 50 minutes; in both cases it lived. Resuscitation was apparently longer than when ether alone was used. There were 3 maternal deaths and 14 neonatal deaths (including 1 stillbirth). None of these could be attributed to the anesthetic alone, although it is conceivable that, since pentothal does pass over to the fetus in utero, the respiratory depression may contribute somewhat to the difficulty in resuscitation.

(Two tables; fourteen references)

บทความพิเศษ

โรคปวดหลังที่นอนเอนจากข้อเข่าโครอิเลียค

เฟื่อง สัตย์สงวน

พ.บ., C. Orth. S.

(แผนกศัลยศาสตร์)

โรคปวดเข่าหรือตะโพกเป็นที่รู้จักกันดี, แต่แพทย์มักน้อยสนใจว่าเป็นโรค, เห็นเป็นเพียงอาการที่เกิดตามธรรมชาติ. ผู้ป่วยที่ปวดเข่าเอนเป็นจำนวนมากไม่ได้รักษาที่ได้อผลจากแพทย์, เลยหันไปหาไสยศาสตร์หรือการนวดพื้นแบบพื้นเมือง. ผลสุดท้ายทั้งแพทย์และผู้ป่วยเลยแปลกกันไปว่าโรคปวดหลังเป็นโรคเรอริงประจำตัว, เป็นแล้วยากจะรักษา.

ในฐานะที่เป็นแพทย์ซึ่งสนใจโรคข้อและกระดูกเป็นพิเศษ, ข้าพเจ้าต้องสนใจโรคปวดหลังด้วย. ความเห็นของข้าพเจ้าจากที่เวียนมาและได้ศึกษาจริงจังเกี่ยวกับโรคปวดหลังในเมืองไทย, เฉพาะอย่างยิ่งในศิริราช, โรคปวดหลังรักษาให้หาย

ขาดได้, ถ้าแพทย์สนใจ. จริงอยู่, เรื่องนี้ยุ่งยากมาก, ต้องการความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของหลัง, และความละเอียดถี่ถ้วนในการตรวจ, ซึ่งจะให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง. เมื่อทราบเหตุและตำแหน่งของโรคแล้วก็อาจบำบัดให้หายขาดได้. ตามเอกสารปรากฏว่าขณะนี้ต่างประเทศกำลังสนใจเรื่องศิลปะระหว่างกระดูกสันหลังเคลื่อนไหว, เชื่อว่าข้อนี้เป็นเหตุข้อยุทธ์ที่สุดของการปวดเข่าเอน. ทั้งนี้ความเชื่อคงเดิมว่าการอักเสบและกะเทยกระเทือนที่ข้อสันนิษฐานและเซโครอิเลียคเป็นเหตุของการปวดเข่าเอน, จึงลดน้อยลงไป.

สาเหตุของการปวดหลังที่นอนเอนมี

มาก, และอาจอยู่ในตำแหน่งต่างๆ, จึงจำเป็นต้องทราบตำแหน่งและสาเหตุ. แหล่งของการปวดอาจเป็นได้คือ (ก) อยู่ในช่องกระดูกสันหลัง (สไปนัลแคแนล), เช่นก้อนทุมหรือคิสต์เคลื่อนไปกดประสาทสันหลัง. (ข) อยู่ในส่วนนอกของกระดูกสันหลัง, เช่นที่ตัวกระดูกสันหลัง, ทซอหรือเอ็นของแหล่งข้อล้มโยเซครัลกับเซโครอิติอ็ค. (ค) อยู่ท่ามกลางเนื้อในส่วนหลังท่อนล่าง, เช่นเซโครสปีนัลิส, กลูเทียส มักซีมัส, และเท็นเซอร์ฟาซซิแอนตาแถ.

ช่วงหกเจ็ดปีที่ได้อาใจใส่กับโรคปวดหลัง, พบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่ศิริราชมีสาเหตุจากข้อเซโครอิติอ็คและล้มโยเซครัลถูกกระทบกระเทือนและอักเสบ. ที่สงสัยว่าเกี่ยวกับคิสต์เคลื่อนยังมีน้อยและข้าพเจ้ายังไม่อยู่ในฐานะจะเขียนบรรยายเรื่องนี้ได้. ดังนั้นจึงขอยกเอาการปวดขมเขวหรือตะโพกจากแหล่งเซโครอิติอ็คมาเขียนก่อน, เพื่อประคับความรู้อะไรและกระตุ้นความสนใจของเพื่อนแพทย์ให้ช่วยกันรักษาโรคนี้ให้ถูกต้องและหายแก่ชกา.

เพื่อประกอบความเข้าใจเกี่ยวกับโรค, ขอกล่าวถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาเล็กน้อย.

ข้อเซโครอิติอ็ค อยู่ระหว่างกระดูกก้นกบ (เซครัม) กับกระดูกก้น (อิติอิม). มีเยื่อข้อและกระดูกอ่อนคลุมอยู่ภายในทั้งทางด้านกระดูกอิติอิมและเซครัม. ข้อนี้ตั้งทอดลงเป็นเส้นตั้ง, มีแต่ลิกาเมนต์ยึดเท่านั้น, และมีรูปคล้ายสามเหลี่ยม, มีการเคลื่อนไหวได้น้อย. ลิกาเมนต์สำคัญที่ทำให้ความแข็งแรงแก่ข้อคือ (๑) ค้ำใน, มีแอนทีเรียร์ลิกาเมนต์หรือแอนทีเรียร์เซโครอิติอ็คลิกาเมนต์, ยึดระหว่างเซครัมกับอิติอิม, บาง, ไม่สู้แข็งแรง. (๒) ค้ำนอกมีโปสทีเรียร์ลิกาเมนต์หรือโปสทีเรียร์เซโครอิติอ็คลิกาเมนต์, ยึดระหว่างเซครัมกับอิติอิม, แข็งแรงมาก. (๓) อินเทอร์อสเซียสลิกาเมนต์, อยู่ชั้นกลาง, แข็งแรงมากเหมือนกัน. (๔) เซโครทเบอรัลลิกาเมนต์, เกาะที่ปุ่มหลังบน (โปสทีเรียร์ซบเรียวสไปน์) ของอิติอิมและไปยึดที่เซครัม, คือค็อกซิกัสและปุ่มกัน (อิสเคียลทเบอรัสติย์). เชื่อกันว่าลิกาเมนต์นี้ยังขมลงไปยึดที่เกาะของกล้ามเนื้อไบเซพซเฟมอริสอีกด้วย. ลิกาเมนต์นี้แข็งแรง, ช่วยยึดข้อให้มั่นคง. (๕) เซโครสปีนัลลิกาเมนต์, อยู่ระหว่างเซครัมคือค็อกซิกัสกับจะงอยกัน (อิสเคียลสไปน์).

โดยที่ข้อเซโครอิลิอิกไม่มีเนื้อกล้ามเนื้อช่วย
ยึด, มีแต่ลิกาเมนต์, ดังนั้นเมื่อมีการ
เคลื่อนไหวผิดปกติ, ลิกาเมนต์อาจฉีก
ขาดได้, เพราะยึดหยุ่นน้อยกว่ากล้ามเนื้อ.

ส่วนสัมพันธ์ ตำแหน่งในท่อนล่าง, มี
กล้ามเนื้อพีร์ฟอริมิส, ซึ่งมีประสาทสัมผัส
ไบเซครัลผ่านเข้ามาคู่กับประสาทเซครัล
ที่หนึ่ง, ทอดติดต่อกับข้อ. นอกจากนี้
ยังมีแขนงหลอดเลือดอินเทอร์แนลอิลิอิก
กับท่อน้ำเหลืองอิลิอิก.

ตำแหน่งในท่อนบน, มีกล้ามเนื้ออิเลีย
อีไซอัส, ประสาทเพมอริล, กล้ามเนื้อ
อิเลียคัสและอ็อบคูเรเตอร์, ประสาทสัมผัส
ไบเซครัล, กับหลอดเลือดแดงอิเลียอัส
บาร.

ตำแหน่งนอกข้างหลัง, มีกล้ามเนื้อเซ
โครสปีนาลิสกับกล้ามเนื้อซิมูสคลม.

มุมหลังบนของอิลิอัม (โปสทีเรียร์ซู
เรียร์อิลิออสไปน์) เป็นจุดกึ่งกลางของ
ข้อ

ประสาทที่เลี้ยง เซโครอิลิอิกลิกาเมนต์
ไครีบประสาทเซครัล ๑ และ ๒. ดังนั้น
การปวดที่เกิดขึ้นในแหล่งนี้อาจแผ่ไปถึง
ตะโพก, ตำแหน่งหลังของโคนขา, ตำแหน่งข้าง
ของน่องและตำแหน่งนอกของเท้า. การปวด

เสียวแผ่ลงมากังกล่าวนี้เรียกว่า “ซีอาทิ
กา” (sciatica).

**การเคลื่อนไหวของข้อเซโครอิลิ -
อิก** จากกายวิภาคศาสตร์เห็นได้ว่าข้อนี้
เคลื่อนไหวได้น้อย. ในหญิง, ลิกาเมนต์
อ่อนแอกว่าในชาย, เป็นการเหมาะสมใน
การตั้งครรภ์, ซึ่งกระดูกเชิงกรานขยาย
ขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงกำหนดคลอด.

กระดูกเซครัมมีรูปลสามเหลี่ยม, ฐาน
อยู่ด้านบน, และเปรียบได้เสมือนลิ้มแทรก
อยู่ระหว่างกระดูกอิลิอัมทั้งสองข้าง. ใน
ท่ายืน, ข้อเซโครอิลิอิกตั้งตั้ง, มีลิกา
เมนต์ยึดแข็งแรง, และมีกระดูกอิลิอัมรอง
รับ, ทำให้เซครัมไม่หลุดออกจากกระดูก
อิลิอัม. น้ำหนักร่างกายกดลงบนด้านบน
ของเซครัม, ทำให้เกิดกำลังเบียดกัน,
พยายามจะแยกอิลิอัมทั้งสองออกจาก
กัน, แต่ไม่ทำให้เกิดการเสียดสีแก่ข้อ,
หรือการฉีกขาดของลิกาเมนต์, เว้นแต่
ถ้าเปลี่ยนจากท่ายืนตรงเป็นก้มตัว, ข้อ
เปลี่ยนจากตั้งเป็นขวาง, กระดูกอิลิอัม
ไม่รองรับเซครัม, มีแต่ลิกาเมนต์. ท่านี้
จึงเป็นท่าที่แสดง. อนึ่งการก้มทำให้กล้ามเนื้อ
เนื้อไบเซพซ์เฟมอริสตั้ง, กิ่งกระดูกอิลิอัม

หมอนกลับไปทางหลัง, ทำให้เกิดการเสียด
ระหว่างเซอรั่มกับข้อลิ้มทั้งสองข้าง.

นอกจากบริเวณน้ำหนักตัวที่นอนบน, ข้อ
เซอรั่มข้อลิ้มยังต้องรับการกระทบกระเทือน
จากส่วนขาอีกด้วย. การเอี้ยว, บิดหรือ
เอียงตัวไปในทางหนึ่งทางใดทำให้การแบ่ง
น้ำหนักระหว่างสองข้างไม่เท่ากัน, เป็น
เหตุแห่งการเสียดข้อลิ้ม. อาชีพที่ต้อง
ก้ม ๆ เงย ๆ, ยกของหนัก, เอี้ยวตัว, บิด
ตัว, ยืนกะโตะค้ำยขาข้างเดียว, ชี้นำ,
ขี้จิกยาน, ขี้รดยนต์, พายเรือ, เหล่า
นี้ทำให้ลิ้มเอ็นตึงมากจนและข้อได้
รับความกระทบกระเทือนผิดปรกติ, จน
ให้เกิดการชำรุดขึ้น.

การจำแนกชนิด การปวดหลังหรือ
ตะโพกแยกตามลักษณะออกได้เป็นสาม
ชนิด, คือ

๑. การปวดเจ็บเฉพาะแห่ง
๒. การปวดเจ็บซึ่งมีการเจ็บเสียวไปที่
อื่นตามแขนงประสาท, เช่นตามประสาท
ลิ้มบาร์ ๕ และเซอรัล ๑, ที่เรียกว่า "ข้อ
อาทิก้า"
๓. การปวดเนื่องจากการรังของ
กล้ามเนื้อเอ็นตึงที่กดกระดูก, เกิดการ
เจ็บขึ้นในตำแหน่งอื่นอีกแห่งหนึ่ง. Smith

Petersen เรียกว่า "Secondary pain."

การปวดเสียวตามประสาทซึ่งอาทิก้ายัง
ต้องแยกเป็นสองอย่าง, คือปวดเนื่องจาก
การเปลี่ยนแปลงทางสรีร, และปวดเนื่อง
จากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค. การ
ปวดอย่างแรกเกิดจากกระแสความรู้สึก
จากต้นเหตุจากรากกลับไปยังประสาทที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งในบริเวณที่เอ็นโรค; ไม่มีการกด
หรือทำลายประสาทที่เจ็บนั้นแต่อย่างใด.
การปวดอย่างหลัง, เนื่องมาจากกายวิภาค
คือประสาทหรือรากประสาทถูกทำลายโดย
ตรง, เช่นคิสต์เคลื่อนไปกดรากประสาท
ลิ้มบาร์ที่เข้าต้น. อาการแตกต่างกับ
การปวดอย่างแรก, โดยมีลักษณะของ
ประสาทถูกทำลายด้วย, เช่นชา, ขาด
ความรู้สึกหรือความรู้สึกเปลี่ยนไป, ตาม
อาณาบริเวณของประสาทนั้น ๆ, กล้าม
เนื้อลีบ, รีเฟล็กส์เสีย (เช่นที่เอ็นเข้าหรือ
ร้อยหวาย).

การกดเจ็บ. การเจ็บหลังมักมีการกด
เจ็บ (tenderness) คมไปด้วยเสมอ การ
กดเจ็บอาจเป็นได้หลายอย่าง, คือ (๑)
กดเจ็บทั่วไป, และเจ็บสม่ำเสมอ, เช่น
ที่เกิดจากกล้ามเนื้ออกเสียเป็นต้น. (๒) กด
เจ็บหลายจุด, ตามทางประสาท (referred

tender spots). ชนิดนี้เจ็บไม่มาก, เจ็บสม่ำเสมอทั้งไม่ว่ากหนักหรือเขา. คนไข้อยู่ตำแหน่งใดก็ได้ถูกต้อง, และมีคอรระวังในตำแหน่งนั้น ๆ. หากฉีกโนโวเคนเข้าไปในบริเวณที่กดเจ็บ, จะหายเจ็บเฉพาะที่เท่านั้น, อาการปวดที่ต้นคอและความพิการอื่น ๆ อันเกิดขึ้นจากการปวดหลังนั้นจะไม่หายไป. (๓) กดเจ็บมากแต่จุดเดียว (deep tender spot). อาจมีปวดเสียวร้าวแถมไปทั่ว, หรือไม่. ลักษณะต่างจากสองชนิดแรกคือเจ็บมาก, ถ้าบีบหรือกดลงไปคนไข้จะถึงร้องครวญคราง, และมีการปวดเสียวแฉ่นไปตามประสาทซีกอก. ถ้าฉีกโนโวเคนเข้าตรงที่กดเจ็บ, อาการเจ็บนั้นจะหายอย่างปลิดทิ้ง, พร้อมทั้งอาการอื่น ๆ ทั่ว.

ลักษณะของการเจ็บจากรากประสาท (root pain) ชื่อนี้จำต้องรู้, เพราะจะต้องใช้ใน การวินิจฉัย แยกโรค ที่ก่ออาการปวดหลังว่าเกิดจากระยะไหน. การเจ็บจากรากประสาทมักมีอาการของซีกอก, และกดเจ็บไปตามประสาท, มีการเจ็บหรือปวดแสบปวดร้อนตามผิวหนัง, มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก, และกล้ามเนื้อเสียกำลัง. อาการปวดจะมากขึ้น ถ้า

ให้คนไข้จามหรือไอ, เพราะความกดดันในช่องท้องและทรวงอกเพิ่มสูงขึ้น, ทำให้หลอดเลือดดำในส่วนนั้น ๆ แฝบ, การไหลของเลือดจากส่วนนั้น ๆ ผ่านหลอดเลือดดำอินเทอร์เวอร์ทีบรัลไปยัง หลอดเอบีทิวรัลชะงัก, ทำให้ความกดดันอินทราสะบีนิลสูงขึ้น, รากประสาทในไซสันหลังจึงถูกกดหรือดึงมากขึ้น.

ลักษณะของการปวด อาการปวดแบ่งออกเป็นหลายแบบ. (๑) ปวดเป็นพัก ๆ. เป็นมากเวลาทำงานและเคลื่อนไหว. แต่ถ้าหยุดพักนอนก็หาย. เป็นลักษณะของการปวดเนื่อง จาก sprain, หรือ strain, หรือ traumatic spondylitis. (๒) ปวดตอนเช้าหรือภายหลังพักผ่อน. ใต้แก้วกมัยโอไซทิส. (๓) ปวดเวลากลางคืน. ใต้แก้วรากประสาทซีกเสยหรือถูกบีบ. (๔) ปวดมากทั้งกลางวันกลางคืน. ต้องใช้ยาระงับการปวด. (๕) ปวดเกี่ยวข้อกับอากาศ. ปวดมากเวลาอากาศชื้น. ใต้แก้วกข้อซีกเสย.

การเจ็บปวดจากข้ออักเสบ ถ้าทำให้ข้อเสยตลึง, ก็เจ็บปวดมาก; ถ้าทำให้ข้อห่างออกจากกันหรืออยู่นิ่ง ๆ, จะหายปวด. การเจ็บชนิดนี้แตกต่างจากการ

เจ็บเนื่องจาก สะเปรนหรือสะเตรนของลิกา
เม้นต์, ทั้งตัวอย่างในโรคเซโคริลิอิก.
ถ้าอ่อนหลังให้มากขึ้น, หรือเหยียดข้อตะ
โพกไปข้างหลังมาก ๆ, กระตอกอิลิอัม
หมุนกลับมายังหน้า, ทำให้ข้อชิดกัน
เข้า. ถ้าเป็นสะเปรนหรือสะเตรนจะไม่เจ็บ,
แต่ถ้าเป็นข้ออักเสบจะเจ็บมากขึ้น.

การ ปวดเจ็บ จากลิกาเม้นต์ หรือ จาก
กล้ามเนื้อแยกจากกันได้ดังนี้: (๑)
ปวด หรือ เจ็บจากลิกาเม้นต์ มักจะ เกิดใน
ท่าที่ ทำให้ลิกาเม้นต์นั้น ๆ ตึง, ไม่เจ็บใน
ท่าที่ลิกาเม้นต์หย่อน, และมีจุดกดเจ็บ
แคบ. (๒) ปวดหรือเจ็บจากกล้ามเนื้อ
หรือตรงที่เกาะติดกับกระดูก, เจ็บทั้งเวลา
กล้ามเนื้อกระตุกและเวลาทำให้ยืด. ตัวอย่าง
เช่นสะเตรนของลิกาเม้นต์เซโคริลิ
อิกจะแยกจากสะเตรนของ กล้ามเนื้ออก
เคลย์สได้ดังนี้, คือให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเฉย ๆ
แล้ว จับขาข้าง ที่เจ็บเหยียด ออก แแรง ๆ.
กล้ามเนื้อไขสันหลังเฟมอริสจะตึง, และ
ดึงกระดูกอิลิอัมมาข้างหลัง, ทำให้ลิกา
เม้นต์ตึง. จะเกิดเจ็บขึ้นที่ข้อเซโคริลิอิก,
ถ้าเป็นการอักเสบของลิกาเม้นต์. ถ้ามี
อาการ เจ็บมาก เกิดขึ้น เมื่อยอกให้ ผู้ป่วย
เหยียดขาออกเอง, แสดงว่าการเจ็บเกิด

จากกล้ามเนื้อ, เพราะในการเหยียด, เนื้อ
กล้ามเนื้อต้องเกร็งหด.

การปวดที่เกี่ยวข้องกับอากาศ, โดยมาก
เป็นพวกข้ออักเสบ. อากาศเย็นชื้นหรือ
หนาวจะปวดมาก, แห้งโปร่งจะสบาย.

สะโคลิโอสิสกับข้ออักเสบสะโคลิโอ

สิส โรคปวดหลังที่มีเสี้ยวร้ายไปตาม
ประสาทข้ออักเสบ, มักมีสะโคลิโอสิสที่ข้อ
กระดูกสันหลังด้วย, เนื่องด้วยคนไข้เอียง
ตัวไปทางที่ปวด, เพื่อให้ข้ออักเสบและ
กล้ามเนื้อแฮมสเตอร์จึงหย่อน. สะโคลิโอ
สิสอาจเกิดจากการดึงของลิกาเม้นต์, พัง
ผดหรือกล้ามเนื้อ.

ในข้ออักเสบผู้ป่วยไม่ต้องการหยั่งน้ำ
หนักลงบนข้อที่ป่วย, ตัวจึงเอียงไปทาง
ตรงข้าม, คือด้านดี.

สาเหตุที่ทำให้เจ็บ หลัง เนื่อง จาก

ข้อเซโคริลิอิก (๑) การกระทบกระ
เทือนบ่อย ๆ ทำให้ลิกาเม้นต์ฉีกขาด (สะ-
เปรนหรือสะเตรน) (๒) การอักเสบของ
ลิกาเม้นต์, เยื่อข้อ, และในข้อข้อเนื่อง
จากการตีตเซอ, เช่นเชอหนองหรือ
วัณโรค. (๓) ข้ออักเสบเนื่องจากการกระทบ
กระเทือน (เทรามาติคฮาร์วีอิริทิส), เช่น

เกี่ยวกับ อาชีพ มีการ เลียคลี่ ข้อ มากกว่า
ปรกติ, หรือการเจริญไม่เต็มที่มาจาก
กำเนิดทำให้อ่อนแอ(เช่น spina bifida),
หรือ sacralization (แทรนสเวอรัล
โปรเซสส์ ของกระดูก ลัมบาร์ที่ห้าไป ติด
กับกระดูกเซครัมจากกำเนิด, ทำให้ข้อ
เซโครอิลีอ์อีกข้างหนึ่งเคลื่อนไหวมากเกิน
ควร), หรือเนื่องจากการอักเสบของข้อ
ระหว่าง แทรนสเวอรัลโปรเซสส์ กับ เซ-
ครัม, หรือเซครัลไลเซชันทำให้ช่อง
ระหว่างกระดูกสันหลังตรงนั้นแคบไปบีบเส้น
ประสาท.

หลัก การ ตรวจผู้ ป่วย ที่ปวด หลัง

(๑) ถามเพศ, อายุ, อาชีพและอาการ
สำคัญ. (๒) ถามประวัติอดีตโดย
ละเอียด, โดยเฉพาะเกี่ยวกับกามโรค,
วัณโรคและมะเร็ง, การผ่าตัดเนื้องอก,
การตรวจทางเพศหญิงและทางทวารหนัก,
โรคไต, ปัสสาวะ, อจจาระ, เจ็บคอ, ท่อน
ซิลโต, เจ็บกล้ามเนื้อและเอ็น, เป็นหวัด
บ่อย, ฟันผุ, โรคเส้นประสาท. (๓) ถาม
ประวัติปัจจุบัน, โดยเฉพาะเกี่ยวกับระยะ
เวลาที่เริ่มโรค, เป็นครั้งแรกหรือเคยเป็น
ก่อนแล้ว, ที่เคยเป็นแล้วกี่ครั้ง, ครั้งหนึ่ง
นานเท่าใด, เคยรักษาอย่างไร, ปวดหลัง

ขึ้นมากโดยอยู่เฉยๆหรือเพราะทำงานอะไร,
ใช้หรืออาการโรคอื่นก่อนปวดหลัง, ปวด
ทันทีหรือค่อยๆเป็น, ฯลฯ. (๔) ถามตำแหน่งที่
ปวด, ตรงไหน, ปวดไปถึงขาหรือไม่,
เป็นแห่งเดียวหรือหลายแห่ง. (๕)
ถามลักษณะของการปวด, เป็นเรื้อรังหรือ
เป็นพักๆ, เวลาใด, จามหรือเบ่งอจจาระ
ปวดมากขึ้นหรือไม่, ขาชาหรือเพ็ดยหรือ
ไม่, ปวดถึงกับตื่นจากหลับหรือเปล่า, ถ้า
ต้องตื่นแล้วเปลี่ยนท่านอนค่อยๆลุกหรือ
ไม่, เวลาหยุดพักหายและเวลาลุกขึ้น
กลับปวดหรือไม่, หรือปวดมากขึ้นเวลา
นอนพัก, ถ้าโรคตะโพกแน่นอนๆจะลุกปวด
หรือไม่, กดเจ็บที่ใดบ้าง, เจ็บเวลาเคลื่อนไหว
ไหวตัวทำไหนด่าง, หลังแข็งและปวดขึ้น
มาเวลาลุกขึ้นทำงานหรือ, ชอบนอนแข็ง
หรือนุ่ม, การปวดค่อยๆง่วงแล้วหรือ
อย่างไร. (๖) ถ้ามีสาเหตุเกี่ยวกับได้รับ
อันตราย, ต้องถามลักษณะและความมาก
น้อยของอันตรายและส่วน ที่สงสัยว่าได้รับ
อันตราย. (๗) การตรวจร่างกาย, ทั่ว
คนไข้เดิน, ยืน, นั่ง ใต้หรือเปล่าหรือต้อง
หาม; ในทำขึ้นตรวจดูหลัง, ความอ่อน,
ตำแหน่งที่ปวด, การผิดรูปของสันหลัง,
เช่น โกง, คด, แอ่น; ตะโพกสองข้าง

เท่ากันหรือไม่: ทุกระยะแอนทีเรียร์ซบ
 เรียร์ลิลิคส์ไปทั้งสอง; การขม หรือ
 เนืองอก, กล้ามเนื้อลึบที่หลังและขา,
 กล้ามเนื้อหลังเกร็งหรือเปล่า; คุกเท้า
 เกยอกที่เท้าเข้คหรือความอ่อนแอ; คุกการ
 เคน, เคนชาสัน, หลังแข็ง, ด้วงอ; ทรว
 การเคลื่อนไหวของหลังในทุก ๆ ท่า, ทำ
 ได้ปรกติหรือไม่, เจ็บปวดอย่างใดบ้าง;
 ก้มหลังมีหลังแข็งหรือเนื้อเกร็งบ้างหรือ
 ไม่; ให้นั่งเก้าอี้แล้วตรวจการเคลื่อนไหว
 ของหลังทุก ๆ ท่า, เช่นเคี้ยวขย; ให้น
 นอนแล้ววัดขาทั้งสองข้าง, จากซบเรียร์
 แอนทีเรียร์ลิลิคส์ไปถึงตาคุ่มข้างใน,
 คุกหลังแอ่นมากน้อยแค่ไหน, คุกการเคลื่อนไหว
 ของข้อเท้าทุกท่า, ทำการทดสอบ
 แบบ Kernig ทั้งซ้ายและขวา (คืองอ
 ข้อเท้าและเข้าข้างปวด, แล้วผู้ตรวจ
 ค่อย ๆ เขี่ยเข้าข้างนั้นของผู้ช่วยออก),
 ทดลองให้ผู้ช่วยยกขาทั้งสองข้างตรง ๆ
 แล้วงอข้อเท้าให้เต็มที่.

การทดสอบพิเศษ การทดสอบสำคัญ
 ที่ต้องทำทุกรายคือ:

(๑) Straight Leg Raising Test.
 ผู้ช่วยนอนหงาย, พยงขาข้างปวดขึ้นตรง,
 เข้าตรง. ถ้ายกสูงถึง ๓๐-๔๐ องศาจึง

เจ็บข้อเท้าหรือเสียวตามข้อเท้าหรือตึง,
 แปลว่าเป็นข้อเท้า: ถัดถึง ๔๐-๕๐
 องศาแล้วเจ็บข้อเท้า, แปลว่าโรคข้อ
 เซโคริลิลิค; ถัดเกิน ๕๐ องศาขึ้นไป,
 จะมี การเคลื่อนไหวที่ข้อ ลัมโบ เซ ครัล.
 การทดสอบนี้ไม่ใช่สำหรับ โรคใดโดย
 เฉพาะ.

(๒) Goldthwaite Test. คนใช้
 นอนหงาย, ยกขาข้างปวดตรงโดยงอ
 ข้อเท้า, ผู้ตรวจเอาฝ่ามือสอดเข้าใต้หลัง
 ส่วนล่าง, จับขาขงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนกระ
 คุกสันหลังเคลื่อนไหวลงมาสัมผัสฝ่ามือที่สอด
 ไว้. ถ้าปวดก่อนสันหลังส่วนลัมบาร์
 เคลื่อนไหว, แปลว่าโรคเซโคริลิลิค.
 ถ้าปวดขณะสันหลังเคลื่อนไหว, แสดง
 ว่าโรคลัมโบเซครัลหรือเซโคริลิลิค.
 กลับไปทำทางขาข้างอีกครึ่งหนึ่ง. ถ้า
 เจ็บใน ขณะที่ ยกขาขึ้นได้ระดับเดียวกับ
 ครั้งแรก, แปลว่าโรคลัมโบเซครัล.

(๓) Lasègue's Sign. ผู้ช่วยนอนหงาย.
 ผู้ตรวจใช้มือหนึ่งจับข้อเท้าทางด้านหลัง,
 อีกมือหนึ่งกดเข้าตรงสะบ้าให้ขาเหยียด
 ตรง, ยกขาให้ข้อเท้างอมากขึ้น ๆ. ถ้า
 เป็นข้อเท้าจะเจ็บเสียวตามประสาท, และ
 เกร็งขาไม่ยอมงอต่อไป.

(๔) Lewin Test. ผู้ช่วยนอนหงาย. ผู้ตรวจเอามือกดขาทั้งสองไว้แล้วบอกให้ยกตัวขึ้น. ผู้ที่เป็นโรคที่ข้อลัมบาร์และลัมโบเซครัลจะยกตัวขึ้นมาไม่ได้.

(๕) Laguerre's Test. ผู้ช่วยนอนหงาย, งอตะโพกและเข้าข้างที่ปวดแล้วกางขาและบิดออกข้างนอก. กระดูกเชิงกรานซึ่งที่ตกลงจะบิด. ถ้าไม่มีโรคที่ตะโพกและถ้าทำดังนี้คนไข้เจ็บ, แปลว่าโรคข้อเซโครอิลิอิก.

(๖) Patrick Test. ผู้ช่วยนอนหงาย, เอาขาข้างเจ็บพาดไขว้ขาข้างดี, ให้เท้าที่ตรงระดับเข้าข้างดี, แล้วกดเข้าข้างที่ไขว้ลง. ถ้าเจ็บที่ตะโพกแสดงว่าเป็นโรคเซโครอิลิอิก. (ผู้ช่วยเป็นโรคตะโพกทำการทดสอบไม่ได้.)

(๗) Gaenslen Test. ผู้ช่วยนอนหงาย, งอตะโพกและเข้าข้างที่จุดหน้าท้อง. ให้คนไข้เอามือกดเข้าข้างนั้นให้มั่น. เลื่อนผู้ช่วยออกมาให้ขาข้างช่วยห้อยลงข้างขอบเตียง, กดตรงเข้าให้ขาข้างนั้นเหยียดไปทางหลังอย่างเต็มที่ (ฮัยเปอร์เอ็กสเทนชัน). กระดูกอิลิอิมจะบิดตัว. ถ้าข้อเซโครอิลิอิกเป็นโรค, จะมีอาการเจ็บ, เพราะข้อเสียดสีกัน. ถ้าโรค

ลัมโบเซครัลไม่เจ็บ. วิธีนี้แยกแยะระหว่างสองโรคนี้ได้.

(๘) Yeoman Test. ผู้ช่วยนอนคว่ำ, งอเข้าข้างเจ็บ, แล้วยกขาข้างนั้นให้สูงขึ้นจนตะโพกพ้นเตียง. ในขณะนั้นผู้ตรวจกดตรงเซโครอิลิอิก ข้างช่วยไว้ ถ้าเป็นโรคเซโครอิลิอิกจะเจ็บตรงข้อ.

(๙) Compression of Iliac Crest คนไข้นอนตะแคง. กดกระดูกเชิงกรานลงโดยแรง. ถ้าข้อเซโครอิลิอิกเป็นโรคจะเจ็บ.

(๑๐) Pressure on Anterior Superior Iliac Spine. กดที่ปุ่มหน้าของอิลิอิกสะไปนทั้งสอง, ให้กระดูกอิลิอิมแยกจากกัน. ถ้าเป็นโรคเซโครอิลิอิก, จะเจ็บที่ข้อ.

การตรวจที่ตรงทำเพิ่มเติมอีกคือให้ผู้ช่วยนอนคว่ำแล้วเหยียดตัวขึ้นจากเตียง, ให้หลังแอ่นมาก ๆ อย่าให้ไข้แขนหรือมือช่วยยัน. ในเวลาเดียวกันผู้ตรวจกดตะโพกไว้มิให้โค้งขึ้นมา. ถ้าเจ็บหรือยกตัวขึ้นไม่ได้, แปลว่าโรคลัมโบเซครัล.

ค้นต่อไปคือคลำหาจุดที่กดเจ็บ. จุดที่เจ็บมากที่สุดเรียกว่า "trigger point".

ตำแหน่งที่กดเจ็บในโรคปวดขี้แวมนี้ดังนี้คือ:

(๑) โปสต์ที่เรียวยาว ขั้วเรียวยาวอิลิซึคส์-
ไบน์. มักเนื่องจากการฉีกขาดของเอ็น
กล้ามเนื้อเซโครสปีนาลิส. Steindler
เรียกว่า "เซโครสปีนาลิสซินโครม".

(๒) ลัมโบเซครัลซินโครม, คืออก
เจ็บที่ขั้วสันไปนของลัมบาร์ห้าหรือบริเวณ
ใกล้เคียง.

(๓) กลูเทียลซินโครม. อกเจ็บตรง
กลูเทียลมัคซิมูสเกาะ (เครื่อสตัของอิลิ
อิม).

(๔) บริเวณแทรนสเวอร์สโปรเซสส์
ของลัมบาร์ห้าหรือตรงอิลิโอ-แทรนสเวอร์ส
ลิกาเมนต์. พวกที่มีเซคระไลเซชันมัก
เจ็บตรงนั้น.

(๕) เท็นเซอร์ ฟาส ซี แอ ตา แค ซิน
โครม. อกเจ็บตรงด้านข้างของต้นขา.

(๖) มัยโอแฟลสเซียลซินโครม. อก
เจ็บที่บริเวณกล้ามเนื้อเซโครสปีนาลิส.

(๗) ข้อเซโครอิลิซึค. อกเจ็บระหว่าง
โปสต์ที่เรียวยาว ขั้วเรียวยาวอิลิซึคส์ไบน์กับโปสต์ที่
เรียวยาว ขั้วเรียวยาวอิลิซึคส์ไบน์หรือ ตรงเกรต
เตอร์ช้อติค น้อซต์หรือเซโครช้อติค-
น้อซต์.

(๘) โปสต์ที่เรียวยาวลิกาเมนต์กับเยอบ
ข้อเซโครอิลิซึค. อกเจ็บที่ซอกระหว่าง

กระดูกอิลิอิมกับเซครัม, เหนือโปสต์
เรียวยาว ขั้วเรียวยาวอิลิซึคส์ไบน์ขึ้นไปเล็กน้อย

การทดลองฉีดโนโวเคนตามแบบ
ของสไตน์เคเลอร์ Steindler ได้ริเริ่ม

วิธีฉีดโนโวเคน ๑ เปอร์เซ็นต์เข้าจุดที่
เจ็บมากที่สุด, เพื่อแยกแยะการปวดช้อ
ติกาเป็นการปวดทริเฟล็คติคมาจากท่อน,
หรือเป็นท้าวช้อติคเอง, หรือเกิดจากไข

สันหลังฉกอก. เพื่อให้ได้ผลสมบูรณ์การ
ทำต้องปฏิบัติดังนี้,คือ: (๑) เลือกจุดที่เจ็บ
ที่สุด, ต้องมีเพียงจุดเดียว, และต้องมีช้อ
ติกาที่กำทวย. (๒) แทะเข็มให้ลึกจนถึงท,

สังเกตได้โดยคนไข้เจ็บมากขึ้นและอาการ
ช้อติกาที่กำทวยมากขึ้น. (๓) ฉีดโน
โวเคน, แรงแจ ๑-๒ เปอร์เซ็นต์, ๕ ถึง

๑๐ ล.ซม. ถ้าฉีกแล้วหายเจ็บทันที, คน
ไข้ลุกขึ้นได้และอาการอย่างอื่นหายทวย,
แสดงว่าเป็นช้อติกาแท้.

การตรวจตามระบยต่างๆที่ควรทำคือ;

(๑) ตรวจต่อมน้ำเหลืองในบริเวณขาพับ
และอิลิซึคฟอสซ่า. (๒) ตรวจระบยประ
สาทเกี่ยวกับเท็นค้อนรีเฟล็คซ์ต่างๆ, ความ
รู้สึก, และกล้ามเนื้อลิขทขา. (๓) ตรวจ

ทางทวารหนัก, คต่อมพรอสเตท, และ
ลองกขบริเวณเซโครอิลิซึค; ถ้าเป็นโรค,

จะเจ็บ. (๔) คลำคู้ไต, และคลำหน้าท้องหากอ่อนทิ่มหรือจุดเจ็บ. (๕) ตรวจทางเพศ, ในหญิง. (๖) เจาะน้ำไขสันหลังเอาไปตรวจ, ฉีดลมหรือลิขีไอคอลล และถ่ายเอกซเรย์ในรายที่สงสัยไขสันหลังถูกกด. (๗) ตรวจเลือด. (๘) ตรวจปัสสาวะ. (๙) ตรวจอุจจาระ. (๑๐) ตรวจคาน้ำ. (๑๑) ตรวจเคมีเลือดหาแคลเซียม, ฟอสฟอรัส, แอลคาไลน์ฟอสฟาเทส, แอซิดฟอสฟาเทส. (๑๒) ตรวจอิควานอนกันของเม็ดเลือดแดง. (๑๓) ตรวจทางรังสี, ถ่ายรูปกระดูกสันหลัง, เขิงกรานและข้อตะโพก, สองหรือสามท่า (หน้าหรือหลัง, ข้าง ๆ และตะแคง) เพื่อเห็นส่วนที่ชำรุดชัดเจนน.

การตั้งต้นโรคข้อเซโครอิลิอิก

การปวดขยับเขยื้อนอาจเกิดขึ้น อย่างปัจจุบัน, เช่นภายหลังยกของหนักในท่าที่ผิด, รั้วสึกเหมือนอะไรขาดหรือหลุด, อาจได้ยีนเลี้ยงกรวย, และเจ็บเสียวไปตามขา. ผู้ช่วยปวดตะโพกมากถึงกับต้องนอนหลายวันหรือหลายสัปดาห์, แล้วจึงทุเลาและหายเป็นปรกติ. ผู้ช่วยบางคนปวดขยับเขยื้อนมาโดยหาสาเหตุไม่ได้. พวกนี้อาจเคยไ้รับอันตรายตรงบริเวณหลังมาก่อนนาน

แล้ว. อีกพวกหนึ่งเกิดปวดเขยื้อนในระหว่างป่วยบางอย่าง, เช่นเช่นไข้วปวดตามกล้ามเนื้อหรือเอ็น, หรือเจ็บคอเช่นไข้ว, มีอาการบ่งไปทางโรครมาคิต.

อาการปวดเอวหรือตะโพกเนื่อง

จากโรคเซโครอิลิอิก ในผู้ที่ปวดอย่างปัจจุบัน, มีอาการปวดรุนแรงบริเวณที่เกาะของกล้ามเนื้อเซโครสะบีนาลิสและกเจ็บด้วย ผู้ช่วยต้องนอนตะแคงข้างที่ปวดนอนไม่ได้. ขยับตัวเจ็บมากขึ้น. กลางคืนเจ็บมาก, เพราะข้อเซโครอิลิอิกขยับกันมากขึ้นเนื่องจากเวลานอนกระดูกสันหลังท่อนล่างเหยียดตรง. อาจเจ็บเสียวไปตามประสาทซ้อาคิต. คนไข้เดินไม่ถนัด, ทั่วเอียง. บางคนบอกว่าปวดตรงข้อตะโพก, หลังแข็ง, ก้มไม่ลง, ลุกจากท่านอนหรือนั่งลำบาก. ผู้ช่วยนั่งทางตะโพกข้างเจ็บไม่ได้, หรือได้ก็ไม่นาน. เวลาเดิน, ลงเท้าข้างปวดแต่เขา ๆ. ขึ้นลงบรรไดก็ใช้ข้างที่ก่อน, แล้วลากข้างปวดตามไป. นอนตะแคงแล้วกดตะโพกบน, จะเจ็บตะโพกข้างที่ปวด. นอนคว่ำกคก้นกบก็เจ็บ. ใสหรือจามทำให้ปวดตะโพกและเสียวไปที่ขามากขึ้น. ถ้าเป็นข้ออักเสบ, จะปวดลึก ๆ. ผู้เขียนเรอริง, การปวดมักไม่

รุนแรง, บางที่เป็นเพียงซา ๆ, รำคาญ ๆ, หรือตอ ๆ. บางคนไม่ปวดเลย, แต่คันหลัง, คันขาหรือท้องน่อง. บางคนมีเพียงขีดหรือยอกที่ตะโพก.

อาการตรวจพบ หลังแข็ง. กล้ามเนื้อหลัง, เฉพาะอย่างยิ่งเซโครสปีนาลิส, นูนแข็งเห็นเด่นชัด. เมื่อให้กัมตัว, กระจกกลมยว จะแบน, ไม่โก่งเหมือนปรกติ. การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังน้อยลงโดยทั่วไป. แยกจากโรคลัมโบเซครัลได้โดยให้หนังแก้วแล้วกัมหลัง. ผู้เป็นโรคเซโครอิลิอิกจะกัมได้, แต่โรคลัมโบเซครัลกัมไม่ได้. (การกัมหลังได้หรือไม่ได้ในโรคเซโครอิลิอิกอยู่ที่กล้ามเนื้อเนื้อเยื่อประสาทหรือตึง. ถ้าหย่อนก็กัมได้, ถ้าตึงก็กัมไม่ได้.)

การตรวจโดยทดสอบต่าง ๆ. การตรวจที่สนับสนุนว่าเป็นโรคเซโครอิลิอิกคือ: (๑) กดเจ็บที่บริเวณต่ำกว่าไปสท์เรย์ชัวร์และไปสท์เรย์อินเฟเรียร์อิลิอิกส์ไปนั้, ตรงที่เกาะของกล้ามเนื้อเซโครสปีนาลิสหรือตรงซี่งาคีคั่นอซท์. (๒) ทำสะไดนคฺเลอรัสโนโวเคนเทสต์. ถ้าอาการหายก็แสดงว่าเป็นการฉีกขาดของเอ็นหรือลิกามันต์. (๓) เกนสะเด็นส์

เทสต์ให้ผลบวก. (๔) ลาแกร์วส์เทสต์ให้ผลบวก. (๕) ลาแซ็กส์ไฮน์ให้ผลบวก. (๖) กดกระดูกเชิงกรานในท่านอนตะแคง, คนไข้จะเจ็บ. (๗) กดที่อิลิอิกเครีส์คฺทังสองข้างขณะคนไข้ยืนอนหงาย, จะเจ็บตะโพกข้างที่ปวด. (๘) กดเจ็บบริเวณเซโครอิลิอิกเวลาเอานิ้วกดทางทวารหนัก.

Albee ได้เขียนอาการแจ้งและอาการตรวจพบในโรคเซโครอิลิอิกไว้ดังนี้: (๑) เจ็บบริเวณตะโพกข้างที่เข่น, เวลาพลิกตัว. (๒) ไม่สบายหรือรำคาญเวลานอนหงาย. (๓) นั่งที่ตะโพกข้างที่ปวด, จะเจ็บ. (๔) กัมตัว, เจ็บตะโพกข้างที่เข่น. (๕) กดเจ็บบริเวณตะโพกข้างที่ปวด. (๖) ตัวเอียงไปทางข้างตรงข้าม. (๗) Goldtwaiter's sign บวก.

McBride ให้คนไข้ยื่นขาข้างเดียว, ยกขาอีกข้างหนึ่งขึ้น, แล้วให้กัมตัวลงพยายามเอานิ้วเท้าแตะที่ปลายตัวเอง, จะเจ็บตะโพกข้างที่ปวด. เรียกว่า "Toe to Mouth Test"

Smith Petersen และ Rogers พบว่าคนไข้ที่เป็นวัณโรคของข้อเซโครอิลิอิกเจ็บเลี้ยวไปทางด้านหลังของโคนขาประมาณ ๗๑ เปอร์เซ็นต์ของจำนวนคน, และ

เจ็บเวลากดกระดูกเชิงกรานในท่านอนตะ
 แคง ๓๘ เพอร์เซ็นต์. ในโรคข้อ
 เซโครอิลีอิกอักเสบพบการปวดตรงอินพี
 เรียร์เซโครอิลีอิกลิกาเม้นต์กับซ้อติค
 นีอซท์ ๑๐๐ เพอร์เซ็นต์, และมีปวดเสียว
 ไปตามประสาทเซครัลที่หนึ่งและสอง, คือ
 ด้านหลังของโคนขา (๘๘ เพอร์เซ็นต์)
 และท้องน่อง (๘๑ เพอร์เซ็นต์). มักเจ็บ
 ท้องน่องเรียร์เซโครอิลีอิกลิกาเม้นต์และซ้อ
 ติคนีอซท์ที่เกือบทุกราย.

Smith Petersen ย้ำความสำคัญ
 ของจุดกดเจ็บตามแห่งเหล่านี้, คือ:
 (๑) ท้องน่องเรียร์เซโครอิลีอิกลิกาเม้นต์,
 ระหว่างโปสทีเรียร์อินพีเรียร์กับโปสทีเรียร์
 ซูบเรียร์อิลีอิกสะไปน. (๒) ที่เซโครซ้อ
 ติคนีอซท์ อาจมีค่าเจ็บตามประสาทซ้อ
 เรียร์กัลเตียล. (๓) ที่ประสาทซ้อติคเอง.

การพิสูจน์ตำแหน่งที่เจ็บในรายกล้ำม
เนื้อหลัง กระตุก Smith Petersen
 ตรวจการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังโดย
 การก้มตัวในท่านั่ง, นิ่งและนอน. ใน
 ท่านั่ง, โดยมากทั้งคนไข้โรคลัมโบเซ
 ครัลและเซโครอิลีอิกมักหลังไม่ลงในท่า
 เข้าตรง, แต่ในโรคเซโครอิลีอิกจะก้ม
 หลังได้ถ้างอเข้า. ในท่านั่ง, คนไข้โรค

เซโครอิลีอิกมักหลังได้เต็มที่, ไม่เจ็บ.
 ในท่านอน, คนไข้อนงอตะโพกเต็มที่.
 ผู้ที่เป็นโรคลัมโบเซครัลจะเกิดอาการเจ็บ
 หลังขึ้น, แต่ผู้เป็นโรคเซโครอิลีอิกไม่
 เจ็บ.

การตรวจทางรังสีเอ็กซ์ ถ้าข้ออักเสบจะ
 พบบนการเปลี่ยนแปลง, ถ้าเป็นโรคของลิกา
 เม้นต์จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง. ในข้อ
 อักเสบ, เช่นจากวัณโรค, มักพบกระดูก
 ข้อกร่อน, เฉพาะอย่างยิ่งตรงส่วนล่าง
 ใกล้ซ้อติคนีอซท์. ในออสติโออาร์ทริส
 มักเห็นติอย (spur), และในรมาต์อยด์
 อาร์ทริสเห็นกระดูกใกล้ข้อข้าง, พน
 หน้าของข้ออาจไม่เรียบ, มีขรุขระ. บางที
 พบกระดูกเพิ่มพลงมากขึ้น. ข้อเซโครอิลี
 อิกดูยากกว่าข้ออื่น ๆ และถ้าไม่เห็นอะไร
 ผิดปรกติ, ก็ไม่ได้หมายความว่าข้อนั้น
 ปรกติ. สะเปรนต์ข้อ, หรือระยะแรกของ
 ข้ออักเสบอาจไม่แสดงอะไรผิดปรกติก็ได้.
 เพราะฉะนั้นจะถือเอกซเรย์เป็นใหญ่สำหรับ
 วินิจฉัยโรคนี้ไม่ได้.

โรคปวดหลัง ส่วนเอวอาจเกิดจาก
 ตำแหน่งอื่น ๆ ก็ได้, เช่นลัมโบเซครัล,
 ทิสต์เคล็อนและการอักเสบของกล้ำมเนื้อ
 เซโครสะบีนา ลิสและ กลูเตียสมัก ซิมัส.

ตารางที่ ๑

การแตกต่างระหว่างโรคของข้อเข่าโครอติลกับล้มโบเซกรัด

	เข่าโครอติล	ล้มโบเซกรัด
การเจ็บปวด		
(๑) กดที่ อีลิคแคร์สท์ ทั้งสองเวลานอนตะแคง	เจ็บ	ไม่เจ็บ
(๒) นอนหงาย, กดที่ อีลิคแคร์สท์ทั้งสอง	เจ็บ	ไม่เจ็บ
(๓) ทุกกดเจ็บมาก	ระหว่าง Posterior superior กับ posterior inferior spines	spinous process หรือข้าง ๆ กระดูกล้มบาร์ท่า
(๔) เข้าเหยียดทรงงอตะโพก	ไม่เจ็บ หรือ เจ็บเล็กน้อย	เจ็บมาก
(๕) ทรวทางทวารหนัก	กดเจ็บมาก	กดไม่เจ็บ
(๖) Gaenslen's Test.	ขวัก (เจ็บ)	ลย (ไม่เจ็บ)
(๗) การเจ็บเดียว	ดำเนินไปตามอาณาเขตที่ประสาทล้มบาร์กับเซกรัดหนึ่ง	ล้มบาร์ท่า เจ็บเดียวถึงปลายเท้า
(๘) ยกขาขึ้นตรง ๆ	ยกไม่ได้เต็มที่ทางตะโพกข้างปวดข้างเดียว, ข้างที่ยกได้เป็นปรกติ	ยกไม่ได้เต็มที่ทั้งสองข้าง
(๙) ปวดเสียวตามประสาทที่อาศัยทั้งสองข้าง	—	พบบ่อย ๆ
(๑๐) เอี้ยว หรือ บิดตัว	ทำไม่ได้ หรือ ได้ไม่เต็มที่	ทำได้ปรกติ
(๑๑) ทำนอนที่สบาย	นอนไม่ได้นานทางข้างที่เป็นพลิกตัวเจ็บ ต้องนอนข้างตรงกันข้าม และชอบงอตะโพกและเข้า	นอนหงายหรือตะแคงได้ทั้งสองข้าง
(๑๒) นิ่ง	นิ่งตะโพกที่ปวดไม่ได้, นิ่งก้มตัวไม่เจ็บ, นิ่งห้อยขาแล้วเตะขาข้างที่ปวดตะโพกออกไปตรง ๆ จะเจ็บหรือตึง	นิ่งได้เต็มที่ก้มตัวเจ็บเตะขาออกไปไม่เจ็บ

การตัดสินแยกออกกระหว่างโรคเซโครลิอิกและลัมโบเซครัลอาศัยตารางที่ ๑.

ข้อพึงสังเกตุคือผู้ช่วยอาจเป็นโรคทั้งที่ข้อลัมโบเซครัลและเซโครลิอิก.

การแยกจากติสต์เคลื่อนไหว อาศัยการคัดออก, คือติสต์เคลื่อนไหวมากเกิน ๕ ลัมบาร์ ๕, หรือ ลัมบาร์ ๕ กับเซครัล ๑. ปวดเจ็บเหมือนมีก้อนและเจ็บเสียวไปตามประสาทซ้อตาค. มีอาการชาตามประสาท ลัมบาร์ ๔,๕ และ เซครัล ๑,๒. เวลาไอ, จาม, เบ่งอุจจาระจะเจ็บเสียวมาก. ก้มคอ, งอตะโพกมาก ๆ จะเจ็บเสียวตามประสาทซ้อตาคมากขึ้น. กล้ามเนื้ออ่อนล้า. ความรู้สึกเสียวไป. รีเฟล็กซ์ข้อเท้าอาจไม่มีซ้อตาคสะโคลิโอสิส. อาการอย่างอื่นอาจคล้ายโรคลัมโบเซครัลและเซโครลิอิก. ถ้าทำ "สโตนคเลอ์" สโนไวเคนเทสต์" ความเจ็บและพิการที่มีอยู่จะไม่หายไป. ทำ spinagram โดยเอกซเรย์อาจพบการเว้าที่อินเตอร์เวอร์เทบรัลสเปส. เมื่อใส่ลมเข้าไปคนไข้จะปวดมาก.

การรักษาโรคปวดเอวจากแหล่งเซโครลิอิก เมื่อทราบสาเหตุและตำแหน่งแน่นอนแล้วการรักษาย่อมได้ผลดี.

สะเปรนหรือสะเทรนของซ้อเซโครลิอิกในระยะรุนแรงรักษาโดย (๑) การดึงขา (แทร็คชั่น). ให้ผู้ช่วยนอนบนเตียงแข็งหรือแบร์ตฟอร์ดเฟรม, ดึงขาทั้งสองโดยใช้แอ็คซิชึฟพลาสติกเตอร์และน้ำหนักถ่วงประมาณ ๑๐ ปอนด์. อาการจะทุเลาหรือหายในเร็ววัน. (๒) ฉีดโนโวเคนซ้าหลาย ๆ ครั้งตรงจุดที่กดเจ็บ, ระยะฉีดห่างกัน ๓ ถึง ๔ วัน, จนทุเลาหรือหาย. ภายหลังก ๓ หรือ ๔ ครั้งมักทุเลามาก. (๓) หยุดพักการทำงานจนหายสนิท.

การรักษาในระยะเรื้อรังอาศัยการคัด (manipulation), ไซไตในเมื่อไม่ใช้การอีกเสย. คัดเพื่อให้ข้อตักกันหลุด. ให้ผู้ช่วยนอนตะแคงแล้วบิดลำตัวไปข้างหน้า, บิดตะโพกมาข้างหลัง, กลับไปมาซ้ำ ๆ, หลาย ๆ หน, แล้วแอ่น (ฮัยเปอร์เอ็กสเทนชัน) และงอ (เฟล็กชัน) ทนเขวออีกหลายหน. ทำเช่นนี้สามสี่ครั้ง, ห่างกันประมาณหนึ่งเดือน. มีโอกาสหายได้. ถ้ามีซ้ออีกเสย, เฉพาะอย่างยิ่งจากวัณโรค, ห้ามทำการคัดซ้ออย่างเด็ดขาด.

การปวดที่เกิดจากความบกพร่องในการทรงตัว (Postural defects), รู้ได้จากอาการปวด, คือปวดเวลาทำงานและหาย

เวลานอน. การรักษาคือ (๑) ให้ความร้อนและนวดเพื่อใหกล้ามเนื้อหลัง ตึงขึ้น. (๒) ถ้ำอ้วน, ต้องลดความอ้วน. (๓) ใช้เครื่องเสริม (supports), เช่น เข็มขัดรัดกระดูกเชิงกราน, หรือคอร์เซ็ทหรือโครงสวมตัว (brace). คนอ้วนต้องรัดที่ข้อ. (๔) แก้ไขความพิการ ของขา และเท้า, เช่น ถ้ำขาสั้นต้องเสริมชั้นรองเท้า, เป็นต้น.

การรักษาพวกข้ออักเสบ ควรรักษาโดยวิธีผ่าตัด, ทำการตรึงข้อให้แข็งแรงตามแบบของ Smith Petersen (รายละเอียดโปรดค้นตามเอกสารที่อ้างข้างท้ายเรื่อง.)

การรักษาโรคปวดหลังต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน. เพราะฉะนั้นทั้งผู้ป่วยและแพทย์ต้องมีความอดทน.

สถิติคนไข้ปวดบั้นเอวจากแหล่งเซโคร

อิลีอ็ค ผู้ช่วยที่เข้ารับรักษาโรคปวดบั้นเอว ณ โรงพยาบาลศิริราชระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๐ ถึง ๒๔๕๒ มีจำนวน ๑๖๒ ราย, รับไว้รักษา ๔๕ ราย, รักษาออกสถานที ๑๑๗ ราย. เนื่องจาก้วยสถานที่จำกัด, จึงไม่สามารถรับไว้ได้ทุกราย. จำนวนผู้ช่วยเพิ่มขึ้นทุกปี, ดังนี้: พ.ศ. ๒๔๕๐ มี ๓๕ ราย, พ.ศ. ๒๔๕๑ มี ๕๑ ราย,

พ.ศ. ๒๔๕๒ มี ๗๖ ราย. โดยมากเป็นวัยกลางคน. หญิงกับชายมีจำนวนไล่เรียงกัน, คือชาย ๕๐ คน, หญิง ๒๖ คน.

อาการที่นำมาให้รักษาคือ (๑) ปวดบั้นเอวอย่างเด็ว ๑๑๗ ราย. (๒) ปวดหลังและมีผิดปกติบริเวณตะโพก ๑๓ ราย. (๓) ปวดหลังและเจ็บเสียวไปตามประสาทซี่อาทิก ๒๗ ราย. (๔) ปวดหลังและหลังคค ๓ ราย. ข้อข้างที่เป็นคือ (๑) ข้างขวา ๖๘ ราย. (๒) ข้างซ้าย ๔๘ ราย. (๓) ทั้งสองข้าง ๔๖ ราย. เป็นที่ล้มโยเซคริล ๗ ราย.

มีอาการแสดงที่สนับสนุนการอักเสบที่ข้อเซโครอิลีอ็ค ๕๔ ราย.

ส่งไปถ่ายเอ็กซเรย์ ๑๓๔ ราย. ใน ๕๑ รายเอ็กซเรย์สนับสนุนว่าเป็นโรคข้อเซโครอิลีอ็คจริง.

เกี่ยวกับสาเหตุ, ยังบอกไม่ได้แน่ชัดจากสถิติ. แต่พอกกล่าวไ้ว่ามีส่วนไม่น้อยที่เกิดจากวัณโรค. พวกนี้มีอาการมากและมีผลแทรกซ้อนอยู่ด้วย. เพราะฉะนั้นถ้าคนไข้ปวดข้อเซโครอิลีอ็คและมีผลหรือรูหนอง, ควรนึกถึงวัณโรคของข้อนั้น.

การรักษาทำได้ครบถ้วนเฉพาะในรายที่รับไว้เท่านั้น, จึงจะกล่าวถึงเฉพาะ

พวคน. ผู้ช่วยที่รักษาไว้ ๔๕ รายได้ทำการ ผ่าตัดที่ข้อ (arthrodesis) ๒๕ ราย. ในจำนวนนี้ ๒๐ รายทุเลามาก, และ ๕ รายทุเลา. เห็นว่าการผ่าตัดช่วยคนไข้ ให้พ้นจากการทรมานได้มาก. มี ๑๔ รายที่รักษาโดยการดองชา. ทุเลาและ อากาศดีขึ้น ๑๒ ราย. ใน ๑๔ รายนี้ยัง ได้รักษาโดยวิธีอื่นอีกด้วย, คือ นวด ๑ ราย, เข้าเฝือก ๒ ราย. เห็นได้ว่าการ ดองชาเป็น วิธีรักษา ที่ควรรักษา หนึ่ง สำหรับ แก่ เจ็บปวดในระยะหนึ่ง. ท่อไปถ้ามีการปวด ตะโพกอีกก็ควรทำการผ่าตัด.

ในสุดท้ายนี้ข้าพเจ้าขอขำว่าจุดประสงค์ของการรักษาโรคนี้มิใช่อยู่ที่รักษา ให้การเจ็บปวดหายไป, แต่อยู่ที่รักษา สมบูรณ์ของโรค. ปรากฏบ่อย ๆ ว่า แพทย์ได้ให้การรักษาโดยมีทรายสาเหตุ และตำแหน่งโรคว่าอยู่ตรงไหน, ทำแต่ การระงับความเจ็บปวด, เช่น ใช้ยา, ให้ อยความร้อน, รักษาโดยฉายแสงเอ็กซ์ เรย์, เป็นต้น. การรักษาอย่างผิดหลักเช่น นี้ อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้. จึงขอ วิจารณ์ให้พยายามปฏิบัติโดยถูกต้อง, เพื่อ

รักษาเกียรติของอาชีพแพทย์ไว้ให้อยู่ใน ระเบียบอันสูงด้วย.

เอกสาร

1. Copeman: Text Book of Rheumatic Diseases, p. 37.
2. Mercer: Orthopaedic Surgery, pp. 630-671.
3. Lewin: Backache and Sciatic Neuritis (1946), pp. 598-619.
4. Albrecht: Modern Management in Clinical Medicine, pp. 566-572.
5. Bancroft and Murray: Surgical Treatment. Motor Skeletal System (1945), pp. 277-294.
6. Ghormley: Backache. J.A. M.A., 125; 6 (June 10, 1944), pp. 412-416.
7. Echols: Low Back Pain. J. A.M.A., 125; 6 (June 10, 1944), pp. 416-420.
8. Gaston and Schlesinger: The Low Back Syndrome. Surg. Clin.

- N. Amer., April 1951, pp. 329-344. Surgery (1945), pp. 458-474.
9. Cohen: Backache. Brit. Surg. Pract., v.2, pp.1-12. 11. Key and Conwell: Low Back Strains, Fractures, Dislocations and Sprains, pp. 436-458.
10. Christopher: Text Book of

พระอภินิหาร

เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑๐ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๑ (ตรงกับวันพุธที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๐๑) คนไข้ศัลย์ชายเรอริง (ตักมทิดลข่าเพ็ญ) สักคนได้มีน้ำใจจัดทำพวงมาลาขึ้นด้วยกำลังและความคิดของตนเอง (ดูข่าวในสารศิริราช ต.ค. ๕๕, และภาพในฉบับ พ.ย. ๕๕) นำไปวางที่พระรูปอนุสาวรีย์สมเด็จพระราชบิดาฯ เป็นการสำแดงกตัญญูกตเวที. ตกเย็นวันนั้นเองปรากฏว่าสองในสี่คนนั้นใช้รถและกลัษยันได้ ส่วนอีกสองคนก็อาการทุเลาขึ้นอย่างรวดเร็วจนออกจากโรงพยาบาลได้ในไม่ช้า

เรื่องจริง

บทบรรณาธิการ

อาวุธสองคม

ยารักษาโรคเป็นอาวุธสองคม, มีทั้งคุณและโทษ, ใคร ๆ ก็ทราบ. โดยเฉพาะแพทย์ย่อมรู้ดีเป็นพิเศษ, เพราะในการศึกษาเภสัชวิทยาที่ดี, หรือวิชาวิทยาโรคที่ดี, ย่อมต้องเรียนรู้ทั้งคุณและโทษของยาไปด้วยเสมอ. แต่เพราะตามปกติเรานึกถึงยาแต่ในค้ำนสรรพคุณ, และเราใ้เห็นเป็นประจําอยู่ว่ายาช่วยให้หายจากโรค, โทษของยาจึงไม่ค่อยนึกถึง. เป็นความจริงว่ายายังมีสรรพคุณสูง, มักจะยังมีพิษแรงด้วย. เพราะเหตุนี้บรรพบุรุษของเราเมื่อเริ่มเรียนรู้ยาแผนปัจจุบัน, จึงเกรงกลัวผลร้ายของยาสมัยใหม่นิ่งนัก. เป็นความกลัวซึ่งถูกต้องด้วยเหตุและผล. ยารักษาโรคแผนโบราณของเราสรรพคุณมักละมุนละม่อมและการแสดงฤทธิ์มักช้า; แม้จะวางยาผิดไปบ้างก็ยังมีเวลาแก้. แต่ยาสมัยใหม่ฤทธิ์แรงและเร็ว, พลาคพลังมักแก้ลำบาก. การใส่ยาสมัยใหม่จึงน่าจะต้องระมัดระวังมากอยู่

เสมอ. แต่ความเคยชินทำให้เกิดความวางใจ, และความวางใจมักนำไปสู่ความประมาท. ความประมาทในเรื่องนี้อาจหมายความว่าถึงการเสียชีวิตซึ่งน่าเสียดายมาก. ดังนั้นถ้าหากจะรื้อฟื้นความจำในเรื่องพิษของยาไว้บ้าง, ก็คงจะไม่ไร้ประโยชน์ที่เดียว.

พิษในที่นี้หมายความว่าถึงผลร้ายของยา. ยาอาจให้ผลร้ายได้จากเหตุหลายประการ. กล่าวโดยสรุปจำแนกหัวข้อออกได้ดังนี้, คือ (๑) ฤทธิ์แทรกแซง (side action), (๒) ฝึกขนาด, (๓) ความไวต่อยาเกินปกติ (hypersensitivity), (๔) การแพ้ยาผิดปกติ (idiosyncrasy), และ (๕) สิ่งปะปน. ฤทธิ์แทรกแซงหมายความว่าถึงฤทธิ์ของยานั่นเองซึ่งบางประการให้ผลที่ไม่พึงประสงค์. ยาส่วนมากมีฤทธิ์แทรกแซงมากหรือน้อย, หนักหรือเบา: อย่างชนิดเบาอาจเป็นอาการคลื่นไส้, วิงเวียน, ปวดท้อง

มันคือระยะ, และอื่น ๆ; อย่างหนึ่งก็อาจเป็น การรกดหัวใจ, ทำให้ชัก, หรืออื่น ๆ สสาร, เป็นต้น. ฤทธิชนิกนั้นทำให้ชักไม่ได้, เพราะเป็นคุณสมบัติประจำของยานั้น ๆ, แต่ยังมีอาจผ่อนให้เขาได้โดยอุบายต่าง ๆ, เช่นการลดขนาด, เจือจาง, ปรุงแต่ง, เลือเวลาบริหาร หรือใช้ยาอื่นแก้ฤทธิที่ไม่ดี. เหตุประการที่สอง, คือการใช้ยาผิดขนาด, เป็นเหตุที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น, แต่อาจเป็นขึ้นได้โดยการบังเอิญ, พลงผลหรือประมาท. การเขียนสั่งยาโดยอาศัยความจำอย่างเดียว, เป็นเหตุสำคัญประการหนึ่งของการพลาดพลั้งเช่นนั้น. จริงอยู่, ขนาดยาหลายขนานเราควรจำได้, แต่บางขนานที่นาน ๆ ใช้นั้นก็อาจเลือนๆ ไป. ถ้าเมื่อใดเกิดสงสัยขึ้นมา, การที่ตกคือสอบสวนให้แน่, ไม่ใช่เขียนเดาลงไป. การเปิดสมุดค้นที่หรือหนังสือชนบททวนในการสั่งยาไม่น่าจะเป็นข้อบกพร่องประการใด; ตรงกันข้าม, น่าจะแสดงถึงความรอบคอบเสียด้วยซ้ำ. เหตุประการที่สาม, การไวต่อยาเกินปรกติ, เป็นเรื่องสัมพันธ์กับขนาดยา. คนบางคนได้รับยาน้อยก็แสดงผลมาก, คล้ายกับที่ได้รับยามาก. ดังนั้นถ้าเขาได้รับยาเท่าคนอื่น ๆ

ได้รับ, ก็จะมีผลเท่ากับได้รับยาเกินขนาด. เราไม่มีหนทางจะทราบล่วงหน้าว่าคนใช้คนใดจะไวต่อยาขนาดใด. ที่ที่สุดคือถามประวัติเกี่ยวกับการใช้ยานานนั้น, หรือจำพวกเดียวกัน, ว่าเคยแสดงอาการอะไรผิดปกติหรือไม่. นอกจากนั้นก็ต้องอาศัยหลักสามัญ. ภาวะบางประการทำให้คนใช้มักไวต่อยาเกินปรกติ, เช่นเพศหญิง, เต็มมากหรือชรามาก, ผอมมากหรืออ้วนมาก, การอ่อนเพลียมาก ๆ, ประสาททนง่าย, กำลังตั้งครรภ์หรือมีโรค, เป็นโรคเกี่ยวกับเอ็นโคไครนหรือเมตาบอลิซึม เป็นต้น. เหตุประการที่สี่, การแพ้ยาผิดธรรมดา, เป็นเหตุสำคัญ, ในฐานที่อาจก่อเรื่องรุนแรง, แม้กระทั่งถึงแก่ชีวิต. ข้อที่ยากยิ่งคือไม่อาจรู้ล่วงหน้าว่าใครจะแพ้ยาขนาดใดในทำนองนี้. ทางที่ดีสุดคือป้องกันและหลบเลี่ยง. นอกจากนั้นก็อาศัยประวัติและหลักทั่วไป, ดังในข้อที่แล้ว. ผู้ที่มีประวัติโรคแพ้จำเพาะ (แอลเลอร์ยี) มักแพ้ยาผิดธรรมดาบ่อยกว่าคนอื่น. ยาบางชนิดเป็นเหตุของการแพ้ผิดธรรมดาบ่อยกว่าขนาดอื่น ๆ, ตัวอย่างเช่นฝิ่นหรือมอร์ฟีน, ควินิน, โคเคน, ซาลิซิลเลต, แคลฟออน เป็นต้น. การใช้ยาเหล่านี้จึง

ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ, เช่นลองควยขนาดคำ ๆ ก่อนเป็นต้น. เหตุประการสุดท้าย, สิ่งปะปน, เกิดจากการใช้ยาที่ไม่บริสุทธิ์พอ. สิ่งปนเขื่อนบางอย่างอาจแสดงฤทธิ์ไม่ชัดเจนก็ได้. การใช้ยาจึงมักต้องเลือกชนิดที่ผู้ผลิตเป็นที่ไว้วางใจ, ถึงแม้ราคาจะแพงกว่าอย่างอื่น ๆ.

ข้อสุดท้ายที่พึงระลึกคือการบริหารยาโดยวิธีผิด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งผิดเข้าหลอดเลือด, มักมีเหตุแทรกแซงน้อยกว่าการบริหารทางปาก. นอกจากเกี่ยวกับความเร็วในการดูดซึมและการเพิ่มความเข้มข้นของยาในร่างกาย, ยังเกี่ยวกับความจริงที่ยาซึ่งผิดเข้าไปในกระแสโลหิตนั้นย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพของเลือดทางเคมีและฟิสิกเคมี, เช่นเกี่ยวกับความดันออสโมติก, หรือฟลอคคิวเลชันของโปรตีน, อีกด้วย, การผิดยาอย่างพรวดหรือโดยไร้เหตุผลจึงเป็นการเสี่ยงที่ไม่น่าไว้วางใจประการหนึ่ง.

ผลของการแสดงพิษของยาอาจมีลักษณะต่าง ๆ กัน, แล้วแต่ว่าพิษเกิดแก่อวัยวะหรือระบบใด. อวัยวะที่แสดงผลของพิษอย่างเห็นได้ชัดที่สุด, และดูเหมือนจะพบบ่อยที่สุดด้วย, คือผิวหนัง.

อาการที่พบบ่อยคือผื่น, ซึ่งอาจมีรูปต่าง ๆ, คันหรือไม่คัน, หรืออาจเป็นบวมใหญ่ ๆ, หรือเป็นเพียงหนังแดง, หรือเห็นหลอดเลือดขยายกว้างเป็นหย่อม ๆ, หรืออาจมีเลือดออกในผิวหนังหรือขวมก็ได้. อาการแสดงนี้มักไม่มีผลร้ายรุนแรงนัก, นอกจากความรำคาญ, แต่บางครั้งอาจเป็นเรื่องใหญ่ก็ได้, อย่างในรายแพ้พิษสารหนูเป็นต้น. ระบายย่อยอาหารเป็นอีกส่วนหนึ่งที่มักแสดงพิษของยาให้เห็นได้ง่ายและค่อนข้างบ่อย, นับตั้งแต่อาการในปาก, เช่นปากเขื่อย, เหงือกขวม, ถึงอาการเกี่ยวกับกระเพาะ, เช่นเบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน, หรือเกี่ยวกับลำไส้, เช่นปวดท้อง, ท้องร่วง, เป็นต้น. อีกระบบหนึ่งซึ่งแสดงอาการพิษอย่างทร่วงพวยง่าย ๆ คือระบบประสาท, แต่อาการทางนี้มักเป็นเรื้อรังรุนแรง, อย่างน้อยก็ทำให้ตกใจและเป็นห่วง. อาการอย่างเขา ๆ อาจเป็นอาการชาหรือเป็นเหน็บ, เกี่ยวกับประสาทในวงขอบ. อาการกล้ามเนื้อเพื่อยหรือแม่เป็นอัมพาตอาจเป็นผลของการแสดงพิษที่เส้นประสาทหรือที่ศูนย์, เช่นที่ไขสันหลังหรือสมอง. อาการพิษที่เกิดแก่สองส่วนหลังนี้อาจรุนแรงถึงขั้นเกินไม่

ได้, เป็นลมหมดสติหรือชัก, แต่ก็อาจเป็นเพียงวิงเวียน, อ่อนเพลีย, ง่วงซึมหรือเพ้อคลั่งก็ได้. อาการเกี่ยวกับอวัยวะสัมผัสก็มักทำความรำคาญหรือความตกใจให้แก่คนไข้ได้มาก ๆ, เช่น หูอื้อ, หูตึง, ทinnitus, ตามัวหรือแม่ตาขม. อย่างไรก็ตาม ผลที่อาจก่ออันตรายร้ายแรงแก่คนไข้มักเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่มีอาการชัดเจน, จนกระทั่งความแรงถึงขีดร้ายแล้ว, ทำให้การแก้ไขทำได้ยาก. ตัวอย่างในประเภทนี้ได้แก่พิษที่แสดงต่อหัวใจ, เลือด, ไต และตับ. ทั้งสี่ส่วนล้วนเป็นอวัยวะสำคัญ. เมื่อได้รับพิษจนถึงขั้นขมขมหลาย, การแก้ไขซ่อมแซมย่อมทำได้ยากยิ่ง. พิษเกี่ยวกับเลือดเป็นเรื่องที่น่ากลัวมากกว่าอย่างอื่น, เพราะวินิจฉัยได้ยากและแก้ไขยากด้วย. อาการของหัวใจ, ถ้าหากยังไม่ถึงขั้นล้มที่เคียว, ก็ยังมีบางกรณีและบำรุง, และวิธีรักษาอย่างอื่น, ซึ่งอาจกู้ขึ้นมาได้. อาการของไตและตับส่วนมากเป็นอย่างชนิดค่อยเป็นค่อยไป, มักมีเวลาพอที่จะแก้ไข. มียกเว้นอยู่ที่สำคัญคือ "อาการตับเหี่ยวเหลืองอย่างปัจจุบัน", ซึ่งทำความทรุดโทรมอย่างรวดเร็วและมักลงเอยด้วยความตาย. อาการพิษที่

เกิดแก่เลือด, หรืออวัยวะสร้างเลือด, อาจเกิดอย่างปัจจุบันหรือค่อยเป็นค่อยไป. อาจเป็นไปได้ว่า "โรคของเลือด" หลายอย่างที่หาสมุฏฐานไม่ได้ในขณะนี้, เช่น ลิวคีเมียหรือโลหิตจางอย่างร้าย, เป็นผลของการได้รับพิษอะไรเข้าไปที่ละน้อยๆ อยู่นาน. ผลสุดท้ายที่ปรากฏแก่คนไข้เองหรือแก่แพทย์อาจเป็นอาการชักหรือเขียว, หรือเพียงอ่อนเพลีย, วิงเวียน, หน้ามืด, หรือสับสนปรกติในยี่สิบสาม. การตรวจเลือดโดยอาศัยวิทยาการเท่านั้นที่จะช่วยชี้ให้เห็นเหตุที่แท้จริงของอาการดังกล่าว. ถ้าแพทย์สระเพร่าก็จะมิได้รักษาอาการไปอย่างไม่ได้ผล, ซึ่งระหว่างนั้นโรคก็กำเริบมากขึ้นอีก. ถ้าส่วนที่พิการเป็นเลือดเอง, เช่น เมธิโมโกลบินนี้เมีย, หรือเม็ดเลือดแตก, ยังมีทางช่วยได้, เช่น โดยการถ่ายเลือดหรือใช้ยา. แต่ถ้าอวัยวะสร้างเลือดให้เป็นส่วนที่ขมขมหลาย, การพยากรณ์โรคก็เลวมาก, เพราะวิธีช่วยที่มันไม่ได้ผล.

ถ้าหากจะจรรงในยาทั้งหลายที่ทำให้เกิดพิษต่าง ๆ ได้, ก็จะเป็นงานใหญ่เกินไป. หากเพียงแต่กล่าวถึงกลุ่มหรือพวกยาที่มักทำพิษบ่อย ๆ, หรือร้าย, เพื่อเป็น

การเตือนใจหรือฟื้นฟูความมีสติ, ก็คงจะทำให้ได้และคงเป็นประโยชน์บ้าง. ยาเข้าสารหนู, เช่นนี้ไอโซลวาร์ซานและยาอื่น ๆ ในพวกเดียวกัน, มักทำพิษแก่ผิวหนัง, ตับ, ประสาท, โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประสาทสมอง, และไขกระดูกที่สร้างเลือด. ยาที่ใช้ที่สังเคราะห์ขึ้น, ซึ่งมักเรียกว่า "ยาที่ใช้ที่ได้จากกากถ่านหิน", เช่นอะเซตอะนิลิก, อมิโทพิรัน, มักทำพิษแก่เลือดและหัวใจ. ยาจำพวกปรอทและบิสมีต, เช่นที่ใช้รักษาซิฟิลิส มักทำอันตรายแก่เหงือก, ปาก, ริมฝีปาก, ขน, หนังก, ลำไส้และไต. พวกซัลโฟนาไมด์มักแสดงฤทธิ์แทรกแซงแก่ผิวหนัง, ประสาทของขอย, ไต, เลือดไขกระดูก, ตับและสมอง, นับเป็นพวกที่มีพิษมากพวกหนึ่ง. ซาลิซิลเลตมักทำให้เป็นผื่นหรือขวมตามผิวหนัง. ยารักษามาลาเรียหลายขนานทำให้เกิดเมธิโมโกลบินในเลือด; บางขนานทำให้เป็นไข้ชัยโคสิส. ควินินเป็นที่รู้จักว่าทำให้หูด, ตามิว, คลื่นไส้, อาเจียน, เบื่ออาหาร, อ่อนเพลีย, ใจสั่น; ถ้าเกินขนาดมากๆ อาจถึงหุนหวกหรือตายอด. ยารักษาพยาธิลำไส้หลายขนานมีพิษแรง, เคยทำให้ถึงตายมาแล้ว. ผลแทรกแซงของยาพวก

นี้โดยมากเกี่ยวกับสายตา, เช่นตามิวหรือเห็นเหลือง, เกี่ยวกับอาการมันเมา, คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องร่วง, และเกี่ยวกับประสาทและสมอง. พวกไนไตรต์หรือไนเตรต, ที่ใช้ขยายหลอดเลือดหรือขับปัสสาวะ, และโซเดียมซัลเฟตหรือโซเดียมซัลไฟด์, อาจทำเมธิโมโกลบินได้. คิวเทลิสและยาพวกเดียวกันทำให้คลื่นไส้, อาเจียน, เบื่ออาหาร; ถ้ามาก, หัวใจช้าหรือบดบัง. ในจำพวกยาระงับประสาทและยานอนหลับ, โบรมิเดียมกับมอร์ฟีนมักทำเหตุบ่อย. โบรมิเดียมในคนแพ้งทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง, เป็นผื่นคัน, บางทีมีน้ำเหลือง; ระบายกะเพาะทำให้คลื่นไส้, เบื่ออาหาร; ใช้นาน ๆ ทำให้ผอมแห้ง, ความต้านทานโรคต่ำ, และบางครั้งเกิดไข้ชัยโคสิส. มอร์ฟีนมีข้อดีมากในทางผลแทรกแซง: อย่างเบาๆคือคลื่นไส้, อาเจียน, บางทีไม่หลับ, กลัวยึดแน่น; อย่างแรงคืออาการหายใจติดขัด, ทำให้หายใจถี่และผิดปกติหวั่น: ที่ร้ายไม่บ่อยเหมือนกันคือคดียา. พวกยารบีบตัวเรตมีผลแทรกแซงน้อยกว่ามอร์ฟีน, แต่ก็อาจทำความตกใจได้เหมือนกัน ผลที่พบบ่อยคืออวิงเวียน, หนักศีรษะ, ปวดศีรษะ, สมองมันงง, มากหรือ

น้อยแล้วแต่ชนิดยาและบุคคล. โคลเคน
เป็นต้นเหตุของการแพ้พิษบ่อย, และผล
มักร้ายแรง, นับตั้งแต่เป็นลม, หมคสติ
ชัก, จนกระทั่งตายทันที, เพราะฉะนั้นการ
ใช้จึงต้องระมัดระวังอย่างยิ่งเสมอ. ยา
สลายที่ใช้แพร่หลายในบ้านเรา, คืออีเออร์
และโคลโรฟอร์ม, ความปรกติมีพิษน้อย,
เพียงทำอาการมึนงง, ปวดศีรษะและคลื่น
ไส้อาเจียน. ในบางครั้งอีเออร์ทำความ
ลำบากเนื่องด้วยฤทธิ์ระคายต่อทางเดิน
อากาศ; ถ้ามากมันกดสนัยหายใจ. โคล-
โรฟอร์มมีฤทธิ์ระคายน้อย, แต่ถ้ามาก
เกินขนาด, หรือให้เร็วเกินไป, มันทำพิษ
แก่หัวใจ, มีอันตรายมาก; ในบางคนมัน
ทำให้เกิดคัยเหี่ยวเหลืองอย่างปัจจุบัน, ซึ่ง
เป็นเรื่องถึงชีวิตเสมอ.

ทายกทั่วอย่างมานเช่นยาที่รู้จักและใช้
กันมานานแล้ว. ความรู้เรื่องพิษของมัน
ได้ค่อย ๆ สะสมมาเรื่อย ๆ. ถึงแม้กระนั้น
ก็ยังกล่าวไม่ได้สำหรับทุกอย่างว่าเราควร
ถ่วงหนักแล้ว, เพราะไม่ช้าไม่นานก็มี
รายงานอาการพิษแปลก ๆ โผล่ขึ้นมาเพิ่ม
เติมอีกเสมอ ๆ. สำหรับยาที่พ่วงนำมาใช้
ใหม่ ๆ, ความรู้ในเรื่องพิษหรือฤทธิ์แทรก
แซงย่อมไม่สมบูรณ์. ยิ่งเป็นยาที่ผลิตหรือ

ค้นพบระหว่างสงคราม, วิทยร่อนนำออกมา
ใช้โดยได้ศึกษาเภสัชวิทยา, พิษวิทยา,
หรือแม้ในทางคลินิก, อย่างคร่าว ๆ,
ความรู้ในเรื่องฤทธิ์บ่อย ๆ ยิ่งขบพร่องใหญ่.
ตัวอย่างเช่นเพนิซิลลิน, ซึ่งได้นำมาใช้
ในตอนปลายของสงคราม. เมื่อเริ่มแพร่
หลายในหมู่พลเรือนได้รักษายืนยันแข็ง
แรงว่าเป็นยาที่ปลอดภัยที่สุด, ไม่มีพิษเลย
ไม่ว่าจะใช้เกินขนาดสักเท่าใด ๆ. ข้อ
แฉงเช่นนี้เชื่อว่าคงทำให้แพทย์หลาย
คน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักสรีรวิทยา
และเภสัชวิทยา, ยังเกิดความสงสัย, ใน
เมื่อนักถึงความจริงว่าแม้เพียงนำบริสุทธิ์
ถ้าฉีดหรือกินเข้าไปมาก ๆ, ยังทำพิษได้,
หรือว่าพวกวิตามิน, ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น
สำหรับร่างกายตามธรรมชาติแท้ ๆ, หาก
ใช้เกินก็มีผลร้าย, ทำไมยาซึ่งมีฤทธิ์คึกค
สิทธิ์ต่อเชื้อโรคหลายชนิด, จะปราศจาก
พิษเสียบเลยที่เดียว. ไม่ซ้าก็ปรากฏหลัก
ฐานว่าความสงสัยนั้นถูกต้อง. รายงาน
เกี่ยวกับผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการ
ฉีดเพนิซิลลินมีออกมาเรื่อย ๆ. ชั้นต้นก็
โทษสิ่งปะปน, แต่เมื่อพบว่าเพนิซิลลิน
บริสุทธิ์อย่างชนิดผลึกก็ให้ผลรบกวนได้
หลายอย่าง, ก็ต้องยอมรับว่ายานี้มีฤทธิ์

แทรกแซงและมีพิษร้ายเหมือนกัน. เคียว
 นเราพอทราบบ้างว่าเพนิซิลลินทำพิษกับ
 ผิวหนัง, กับประสาท, และกับสมอง.
 เรื่องทำนองนี้เป็นจริงสำหรับพวกแอนติไบ
 โอติกอื่น ๆ ด้วย. อย่างไรก็ดี, ถ้าเปรียบ
 เทียบกับยาอื่น ๆ ที่ศักดิ์สิทธิ์, จำต้องยอมรับ
 รัยว่าพวกแอนติไบโอติกมีพิษน้อยมาก.
 ยาใหม่อื่น ๆ ที่กำลังใช้แพร่หลายกันอยู่
 ก็มีพิษไม่น้อยเหมือนกัน, เช่นพาราอะมิ
 โนซาลิซัยลิกแอซิด (พี. เอ. เอส) ซึ่ง
 ให้เกิดแอนซีโตสิส, และระคายเคาะ,
 ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้, อาเจียนและเบื่อ
 อาหาร; ยาพวกไฮโอเซมิคาร์บาโซน,
 ที่ใช้รักษาวัณโรค, อาจแสดงพิษแก่
 ประสาทและไขสันหลัง; ยาพวกแอนติฮิส
 ตะมีนออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้ ง่วงงงและ
 คลื่นไส้อาเจียน, เป็นต้น.

เมื่อมียาอย่างใดเกิดขึ้นใหม่, ก็มักมี
 ข่าวน่าตื่นเต้นว่ามีสรรพคุณศักดิ์สิทธิ์โดย
 ไม่มีพิษร้ายอะไรเลย. แต่ไม่ช้า, เมื่อ
 การใช้แพร่หลายเข้า, การเน้นเรื่องไม่มี
 พิษก็มักจะค่อย ๆ จางลงไป, และในที่สุด
 สุกก็มักจะเป็นที่แน่นอนว่ายานี้ก็มีผลร้าย

เช่นเดียวกับยาอื่น ๆ, เว้นแต่ว่ามากหรือน้อยเท่านั้น. ร่างกายเป็นเครื่องกลชิ้น
 วิเศษที่ไต่มีการปรับเครื่องไว้อย่างปราณีต
 ทั้งในแง่เคมี, ฟิสิกส์และฟิสิกโคเคมี. เมื่อ
 มีสิ่งผิดที่ล่วงล้ำเข้าไป, แม้สิ่งนั้นจะเป็น
 ยา, ก็ย่อมจะทำให้เกิดความกระทบกระ
 เทือนบ้าง. เครื่องจักรละเอียดอ่อนที่เกี่ยว
 โยงกัน อย่างซับซ้อนย่อมจะต้องเปลี่ยน
 จังหวะหรือแม้กระทั่งถูกลดลงบ้าง, ซึ่ง
 แสดงออกมาเป็นอาการแทรกแซงที่ไม่พึง
 ประสงค์.

คงจะผิดไม่มากนักถ้าจะสรุปว่า, อย่าง
 น้อยในขณะนี้, ไม่มียาใดที่จะปราศจาก
 ฤทธิ์แทรกแซงเสียเลยทีเดียว. ในการใช้,
 เราจึงต้องระลึกรวมว่ายาเป็นอาวุธสอง
 คม. มีหลักง่าย ๆ สองประการที่จะช่วย
 ชี้บอกกันคมทั้งสองของยาได้, คือหนึ่ง, ใช้ยา
 เฉพาะที่จำเป็น, โดยเฉพาะอย่างยิ่งยา
 แรง ๆ; และสอง, ส่งสัยยาที่ตนเองยังไม่
 รั้วจักได้ไว้ก่อนเสมอ. คงจะต้องมีการ
 ค้นพบสักวันหนึ่งว่ายาขนานใหม่นั้นมีพิษ,
 แต่อย่าให้เราเป็นผู้ค้นพบคงจะดีกว่า.

แผนกยอเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., นันทา เกตุทัต พ.บ., ทินรัตน์ สติศนิมานการ พ.บ.,
สุจินต์ จารุจินดา พ.บ., สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., วิจิตร วีรานวัฑฒ์ พ.บ., D.P.H.T.M.,
สิโรภ พงศ์พิพัฒน์ พ.บ., สมนอง กาญจนาลัย พ.บ., อวย เกตุสิงห์ พ.ล.

๑. Hans Selye: Factors influencing Development of Scrotum.

(ปัจจัย เกี่ยวกับการเจริญของถุงอัณฑะ)

Anat. Rec., v. 85, April, 1948, p.377.

การทดลองครั้งแรก, ใช้น้ำหนูตัวที่ยังไม่เข้าสู่ระยะสืบพันธุ์และลูกอัณฑะยังไม่เคลื่อนสู่ถุงอัณฑะ ๒๐ ตัว, น้ำหนัก ๒๖-๔๐ ก. (เฉลี่ย ๓๓ ก.), ตอนเอาเอปิคิเดียมิส. และลูกอัณฑะออกทั้ง ๒ ข้าง. ผูกหลอดเลือดและท่ออัณฑะรวมไว้ด้วยกัน. แล้วแบ่งเป็น ๒ พวก ๆ ละเท่ากัน. พวกแรกปล่อยให้เฉย ๆ. พวกที่สองฉีดเทสโตสเทอโรน ๕๐๐ ไมโครกรัมเข้าใต้ผิวหนังวันละ ๒ ครั้งนาน ๑ เดือน. พบว่าทั้ง ๒ พวกนี้ไม่มีอาการเจริญของถุงอัณฑะเลย, แม้ seminal vesicles และปรีอัสเทท จะหนักกว่าหนูธรรมดาขนาด

เดียวกัน. พวกที่ได้รับยา, เซมินัลเวสิเคิล. เฉลี่ย ๕๐๐ มก. และ ปรีอัสเทท ๒๕๖ มก., หนักกว่าพวกแรก, ซึ่งเวสิเคิลหนัก ๑๓ มก. และปรีอัสเทท ๑๕ มก.

ครั้งที่สอง, ใช้น้ำหนูตัวในระยะสืบพันธุ์และลูกอัณฑะเคลื่อนสู่ถุงอัณฑะแล้ว ๒๐ ตัว, หนัก ๑๑๕-๑๔๐ ก. (เฉลี่ย ๑๒๗ก.), ตอนเช่นเดียวกับครั้งแรก. แต่ครั้งหนึ่งฉีดเทสโตสเทอโรน ๒.๕ มก. วันละ ๒ ครั้งนาน ๗๕ วัน. พบว่าทั้ง ๒ พวกนี้ถุงอัณฑะเล็กลงกว่าหนูธรรมดาขนาดเดียวกัน. พวกที่ได้รับยาซีมินัลเวสิเคิลเฉลี่ย ๑,๓๘๗ มก., ปรีอัสเทท ๕๐๖ มก. โทกว่าพวกไม่ได้รับยา ซึ่งหนักเพียง ๓๕ มก. และ ๓๑ มก. ตามลำดับ, เห็นว่ายานี้ไม่สามารถป้องกันการหดคืบตัว (involution) ของถุงอัณฑะของหนูที่ถูกตอนได้.

ครึ่งครึ่ง, ใช้หนูอ่อนอายุน้อยมาก ๓๐ ตัว, น้ำหนัก ๒๑-๒๘ ก. (เฉลี่ย ๒๕ ก.), แบ่งเป็น ๓ พวกเท่ากัน. พวกแรกตอนเอาลูกอ๊อดและเอปิคิมีสออก, แต่ผูกขั้วของลูกอ๊อดและแยกข้าง, ป้องกันการทิ้งของ gubernaculum. พวกที่ ๒ เอาแต่ลูกอ๊อดออก. พวกที่ ๓ ทำเหมือนพวกที่ ๒ แต่ใส่ "อ๊อดประดิษฐ์" (artificial testis) ซึ่งทำด้วยหลอดแก้วขนาด ๗ มม. ยาว ๑.๗ มม. รัยบาย. ปลายหนึ่งของท้ายผูกติดหัวของเอปิคิมีส, อีกปลายหนึ่งแยกติดที่หางของเอปิคิมีส. หนูทั้งหมดนี้, ฉีกที่สโตสเทอโรน ๕๐๐ ไมโครกรัมเข้าได้ผิวหนึ่ง, วันละ ๒ ครั้งนาน ๑ เดือน. พวกแรกถูกอ๊อดเจริญเพียงเล็กน้อย, เนื่องจากผูกขั้วลูกอ๊อดและแยกข้าง จึงเกิดความคันที่ท่ออินทรีได้โดยอวัยวะภายในช่องท้อง. ในพวก ๒ และ ๓ อ๊อดเจริญขนาดธรรมดา, เนื่องจากผลกระตุ้นของยา. สรุปได้ว่า การเจริญของอ๊อดต้องอาศัยทั้ง การกินอ๊อด และการกระตุ้นของสารจำพวก เทสโตสเตอโรน.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๒. Erika Grossfeld: Acute Porphyria with Unusual Features. (ปอร์พัยเรียมอย่างเร็วแรงซึ่งมีลักษณะแปลกไปจากธรรมดา). B.M.J. June 2, 1951, pp. 1240-41.

ปอร์พัยเรียมเป็นโรคเกิดจากการผิดปกติในเมตาบอลิซึม, ทำให้มีปอร์พัยเรียมเพิ่มขึ้นในเลือด, และเชื่อกันว่ามันเป็นพิษ, โดยเฉพาะต่อเนื้อประสาท. ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการปวดท้อง, อาการเกร็งข้อมือกับประสาท, ชีพจรเร็ว, แแรงดันเลือดเพิ่มสูงขึ้นและถ่ายปัสสาวะสีลักษณะจำเพาะ. ผู้รายงานได้เสนอผู้ป่วย ๑ รายซึ่งมีอาการอันน่าฉงน: คือปวดท้องและอาเจียน. การปวดท้องที่บริเวณใต้ชายโครงขวา, ลามไปทางขั้วเอวด้านหลัง. ถ่ายปัสสาวะเป็นสีแดงบางครั้ง. ตรวจพบการทิ้งของเนื้องอกดำและกดเจ็บในบริเวณใต้ชายโครงขวา. การปวดไม่ได้ทุเลาลงเลย, จึงได้ทำการผ่าตัดเพราะสงสัยเนื้องอกในถุงน้ำดี. แต่ไม่พบอะไรผิดปกติในช่องท้อง. จึงเข้าใจว่าเป็นปอร์พัยเรียม, ประกอบกับประวัติครอบครัวซึ่งมีญาติตายเมื่ออายุ ๒๓ ซึ่งเข้าใจว่าเป็นไขสันหลังอักเสบลามขึ้นอย่างเร็วแรง.

หลังผ่าตัด มีโรคแทรกคือนิวโมเนีย. ต่อมาซาซาทั้งสองข้าง, และเพื่อยจนลูกไม่ได้. น้ำไขสันหลังและรีเฟลกซ์ต่าง ๆ เป็นปรกติ. มีแต่เนื้องอกดำดำตัว, แขน, ซาอ่อนกำลังลงไปมาก. ซิฟรเร็ว, แรงคันเล็กน้อยขึ้น. การปวดท้องกลับรุนแรงขึ้นอีกตลอดระยะเวลาป่วย. ถ่ายขี้ส้วมเป็นสีชมพูถึงสีปอร์ตไวน์ (ม่วงแดง). ต่อมาพบไม่มีเสียง, กลืนลำบาก, ตรวจ Uroporphyrin ในขี้ส้วมได้ ๒๘๕ มก. ต่อลิตร. ตอนท้ายมีอาการของกะบังลมและตายในวันที่ ๒๕ หลังผ่าตัดเนื่องจากอัมพาตอ่อนโดยทั่วไป. ตรวจศพพบแต่บริเวณโคนิวโมเนีย. นอกนั้นไม่มีลักษณะเฉพาะพิเศษอย่างใด.

นันทา เกตุทัต พ.บ.

๓. Haagensen, Stout and Phillips:
The Papillary Neoplasms of the Breast. 1. Benign Intraductal Papilloma. (อินทราดักทัลแปปิลโลมาอย่างไม่มีร้าย) Ann. Surg. v. 133. No. 1, January 1951, pp. 18-36.

เนื้องอกแปปิลลารีย์ของเต้านมแบ่ง

ออกได้เป็น ๒ ชนิดใหญ่ ๆ, คือ benign intraductal papillomata ซึ่งพบบ่อย, และ malignant papillary carcinoma ซึ่งพบน้อยมาก. ทั้งสองชนิดต่างทำให้มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกทางหัวนม. ดังนั้นจะต้องวินิจฉัยแยกโรคทั้งสอง, เพราะการรักษาและการพยากรณ์โรคผิดกัน.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วย ๑๐๘ รายที่เป็น benign intraductal papillomata พบว่าอายุต่ำสุด ๑๕ ปี, สูงสุด ๘๒ ปี, และเฉลี่ยแล้วต่ำกว่าพวกเป็นมะเร็งของเต้านม. ส่วนมากมีคิสซาราออกมาทางหัวนม, และออกเป็นพัก ๆ. ปรากฏว่าเป็นเลือดออกมา ๕๕ ราย, เป็นน้ำเหลือง ๒๓ ราย. สองจำนวนนี้เท่ากับ ๗๒% (๗๘ รายใน ๑๐๘ ราย).

แทบทุกรายคล้ายพวกอื่น, แต่ก้อนมักเล็ก, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๓-๔ มม.

บางรายมีไฟโบรลิส. ทำให้หัวนมยุบลงไป, หรือผิวหนังยุบ, เลยเข้าใจผิดว่าเป็นมะเร็งไปก็ได้.

มี ๒ ราย เท่านั้นที่มีอาการเจ็บปวด, และ ๑ รายมีการอักเสบ.

ส่วนมากมีประวัตินาน, คือ ๑๑ ราย มีประวัติ ๑๐ ปี หรือกว่า, ๘ รายเป็นมา ๕ ปี หรือกว่า.

การรักษามี ๗๖ ราย (๗๐.๕%) ทำการผ่าตัดเอาแต่ก้อนเนื้องอกออกเท่านั้น. ปรากฏว่าไม่มีรายใดเกิดเป็นมะเร็งขึ้นมาเลย.

ฉะนั้นเมื่อผู้ป่วย บอกว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองออกมาทางหัวนม, เมื่อตรวจอย่างถี่ถ้วนแล้วไม่พบก้อนใด ๆ ก็แน่ใจได้ว่าไม่ใช่มะเร็ง, แต่จะต้องคิดว่าคนไข้เป็น benign intraductal papilloma ซึ่งคล้ายแพทย์จะต้องหาให้พบและตัดออกโดยผ่าตัดเฉพาะก้อน. ควรให้คนไข้มาตรวจอีก. ในที่สุดจะคลำพบก้อน หรือพบจุดที่ซึ่งเมื่อกดลงไปจะมี คีลสีขาวออกมา, ก็ทราบว่าเนื้องอกอยู่ที่ใด, ทำการผ่าตัดเอาออกได้.

สรุปแล้วเมื่อผู้ป่วยมีเลือดหรือน้ำเหลืองออกมาทางหัวนม, จะมีก้อนหรือไม่ก็ตาม, ถ้าเป็นมานานและคนไข้อายุไม่มากนัก, ต้องนึกถึง benign intraductal papilloma ไว้ก่อน, เพราะพบบ่อยกว่ามะเร็งมาก. เมื่อได้ทำการตรวจทางพยาธิวิทยา

แล้วเห็นว่า เป็นชนิดไม่ร้าย, การผ่าตัดทำเพียงท่อนเท่านั้น.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

๔. D.A. Sutherland, J.D. Mann, B. Giger and D. Seligson: Effect of Aureomycin on Liver Fat and Liver Function. (ผลของออเรโอมัยซิน ต่อไขมัน ของตับ และหน้าที่ ของตับ) Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. July, 1951. pp. 458-459.

ผู้รายงานได้ทดลอง ให้ออเรโอมัยซินแก่สุนัข, หนู, และคนในขนาดต่าง ๆ กัน (สุนัขให้กินขนาด ๑ ก. ต่อวัน; หนูให้โดยฉีกรับเข้าช่องท้องขนาด ๒,๕, และ ๑๐ มก. ต่อวันพวกหนึ่ง, ให้กิน ๒๕ มก. ต่อวันพวกหนึ่ง; คนให้กินขนาด ๓ ก. ต่อวัน). แล้วจากนั้นได้ศึกษาผลการคั่งไขมันของเนื้อตับจากสุนัขและหนู ในสุนัขและคนได้ทำการตรวจทดสอบหน้าที่ของตับด้วยโดยวิธีต่าง ๆ เช่น B.S.P retention, serum bilirubin ฯลฯ ผลที่ได้, ไม่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงสำคัญในไขมันของตับ, ในสุนัขหรือหนู, ภายหลังการบริหารยาออเรโอมัยซินนาน ๗๐

วัน. สำหรับในคนซึ่งเป็นชายหนุ่มสุขภาพดี ๓ คนให้ยานาน ๓๐ วัน, ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของคีย์เลข ๒ ราย, อีกรายหนึ่ง B.S.P retention ขึ้นจากคือนโตรล ๒% เป็น ๖%, ซึ่งก็ไม่มีมีความสำคัญอะไร. การทดสอบวิธีอื่นไม่เปลี่ยนแปลง.

นั่นในสัตว์และคนปรกติ, ไขมันในคีย์และการทดสอบหน้าที่ของคีย์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลยเมื่อให้ออร์โอมัยซินในขนาดรักษา, ซึ่งแต่ก่อนเคยมีผู้สังเกตว่า ออร์โอมัยซินหรือเทอราเมียซินทำให้คีย์เปลี่ยนเป็นไขมันหรืออย่างไรมีการเปลี่ยนแปลงของคีย์. รายละเอียดนี้มีพยาธิสภาพของคีย์หรือโรคคีย์เข็มนอกอื่น. เมื่อได้รับออร์โอมัยซินจึงเกิดการเป็นไขมันของคีย์ขึ้น (Sborov and Sutherland, Yesner and Kunkel).

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.

๕. Edward E. P. Seidman: Treatment of Hypersensitive Rhinitis and other Allergic Diseases with Chlor-Trimeton (การรักษาโรคหวัดชนิดคีย์เปอรเซ็นซีทีพีและโรคแอลเลอร์ยี

ต่าง ๆ คีย์คลอร์ไทรมีโทน) Ann. Allergy, v. 9, No. 3, May-June 1951, pp. 387-389.

Chlor - Trimeton เป็นยาแอนติฮิสตามีนที่ใหม่ที่สุด. ชื่อเคมีคือ Chlorprophenpyridyamine maleate. ให้ therapeutic index สูงและมีพิษน้อยทั้งในสัตว์และในคน. ประสิทธิภาพทางคลินิกได้เริ่มเปิดเผยโดย Allison และ Robinson (J. of South Carolina Med. Ass., 45: 344, 1945) และศึกษาในอนคีย์ที่ชื่อ Reicher และ Schwartz ในปี 1950.

ผู้รายงานได้ให้ Chlor-Trimeton ในขนาด ๑ มก. วันละ ๓ ครั้ง, ถึง ๔ มก. วันละ ๒ ครั้ง, แก่ผู้ป่วย ๑๐๑ ราย ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลภายนอก. ผู้ป่วยอายุระหว่าง ๑๓ เดือนถึง ๔๘ ปี. ๓๓ รายอายุต่ำกว่า ๑๔ ปี. นอกนั้นเป็นผู้ใหญ่, ซึ่งส่วนมากได้รับทุกข์ทรมานจาก seasonal allergic rhinitis, มีโรคแอลเลอร์ยีอื่น ๆ รวมอยู่ด้วย, เช่นลมพิษ (urticaria) หืด (asthma) non-seasonal rhinitis และ migraine.

ไค้ผลดีมาก ๖๑%. ไค้ผลดี ๓๒%.
อีก ๗% ไม่ไค้ผล.

ผลแทรกแซง ที่สังเกตไค้มี ๓๐.๑% (๓๑ ราย), ซึ่งม้เพียงมีน้ซึมเล็กน้อยเท่านั้น, และน้อยมากเมื่อเทียบกับยาแอนติฮิสตามีนอื่น ๆ. คนที่มีอาการมีเวียนศีรษะคว้ยยาอื่น, และให้ยานี้, กลับไม่มีอาการ. สำหรับโรคหัด, ในเด็กให้ผลดีกว่าผู้ใหญ่. ในทารกอายุ ๑๓ เดือนหนึ่งรายเป็น *Dermatitis medicamentosa* ให้ ๑ มก. วันละ ๓ ครั้ง. อาการคันหยุดทันที, และผิวหนังแห้งใน ๓ วัน.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๖. Khan, N.: Comparative Value of Sulphadiazine and Sulphaguanidine in the Treatment of Acute Bacillary Dysentery (ค่าเปรียบเทียบของซัลฟาไดอะซีน กับซัลฟาควินิดีนในการรักษาบิดอะมีบิกซ์ปัจจุบัน) *Ind. Med. Gaz.* 85: 490-492 (1950).

ผู้รายงานไค้เปรียบเทียบถึงผลของการรักษาโรคบิดแบซิลลารีย้อย่างปัจจุบันด้วยซัลฟาไดอะซีนในผู้ป่วย ๘๒ ราย

ยซัลฟาควินิดีนในผู้ป่วย ๑๐๕ ราย. การวินิจฉัยโรคอากัยลักษณะอุจจาระ และการเพาะเลี้ยงเชื้อ, ซึ่งให้ผลบวกจำนวน ๔๐ เปอร์เซนต์ในหมู่แรก, และ ๔๕.๕ เปอร์เซนต์ในหมู่หลัง. การตัดสินผลของยาอากัย (ก) ระยะเวลาของการมีไข้. (ข) เวลาของการมีเลือดในอุจจาระ. (ค) ระยะเวลาของการมีมูกในอุจจาระ. (ง) ระยะเวลาที่อุจจาระเป็นก้อน. (จ) ระยะเวลาที่อุจจาระกลับเป็นปรกติ. ผู้ป่วยชุดแรกไค้รับซัลฟาไดอะซีน ๒ กรัมเป็นขนาดแรก, ต่อมาให้ ๑ กรัมทุก ๔ ชม., จนกระทั่งไค้รับยาทั้งหมด ๑๑ กรัม. พวกชุดที่ ๒ ไค้รับยาครั้งแรก ๖ กรัม, ต่อมา ๓ กรัมทุก ๔ ชม., จนไค้รับยาครบ ๖๐ กรัม. ผลปรากฏว่า (ก) มีไข้อยู่ ๒.๓ วันในหมู่แรก, ๓ วันในหมู่หลัง, (ข) อุจจาระไม่มีเลือดใน ๑.๔ วันในหมู่แรก, และ ๑.๘ วันในหมู่หลัง. (ค) อุจจาระไม่มีมูกใน ๑.๘ วันในหมู่แรก, และ ๒.๕ วันในหมู่หลัง. (ง) อุจจาระเป็นก้อนใน ๑.๕ วันในหมู่แรก, ๒.๓ วันในหมู่หลัง, (จ) อุจจาระเป็นปรกติใน ๒.๒ วันในหมู่แรก, และ ๓.๓ วันในหมู่หลัง. ขนาดของยาโดยเฉลี่ยที่ไค้ผล จนทำให้

อุจจาระเป็นปรกติคือซัลฟาไคอะซีน ๑.๒๕ กรัม, และซัลฟากัวนิคีน ๓๓.๓ กรัม. ผู้รายงานได้เน้นถึงผลของการรักษาด้วยซัลฟาไคอะซีนในก้านเคระษฐูกริวว่าดีกว่า, ถูกกว่าซัลฟากัวนิคีนมาก.

วิจัย วิจารณ์วัตต์ พ.บ., D.P.H.T.M.

๗. Lahawi, S.E., and Oranessian, G.:

A Tumor Mass due to Ascaris Larvae (ก้อน "เนื้องอก" เนื่องจากลาร์วา ของแอสคาริส) Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 44: 229-230, 1950.

ผู้รายงานได้กล่าวอ้างสถิติว่า ๑๓.๖ เปอร์เซ็นต์ของคนในอิรักมีแอสคาริส ลัมบริค็อกซิส, และกล่าวถึงรายงานที่ตัวแอสคาริสลัมบริค็อกซิสทำให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ. รายงานทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้. รายงานที่สองทำให้เกิดอุกมันที่ไส้คิง. รายงานสามมีตัวแก่ไซทะเลออกมาจากทรวงอกเบองซ้าย, เชื่อว่ามาจากช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย. รายงานสุดท้ายเป็นของผู้รายงานเอง, เป็นในชายอายุ ๓๐ ปี. มีประวัติว่ามีพยาธิอยู่ ๒ ปี. ระยะ ๔ เดือนหลัง มีก้อนอยู่ ระหว่างสะดือและ หัวเหน่า, ค่อย ๆ โตขึ้นทีละน้อยจนมีขนาดเส้นผ่า

ศูนย์กลางประมาณ ๑.๕ ซม. ได้ทำการผ่าตัดเอาก้อนออก. ปรากฏว่า ก้อนนี้อยู่ใต้แฟสเซียที่ปรกติ, แข็ง, และกดเจ็บ. ที่ยังติดกับกล้ามเนื้อหน้าท้อง. การตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์ พบว่ามีตัวอ่อน (larvae) ของแอสคาริสลัมบริค็อกซิสล้อมรอบด้วยแกรนิวเลชันทิสซิว, เซลล์ยักษ์, อีโอสิโนฟิล, โมโนนิวเคลียร์, และพอลีมอร์ฟ.

วิจัย วิจารณ์วัตต์ พ.บ., D.P.H.T.M.

๘. Thomas R. Plowright: The

Use of Carob Flour (Arobon) in a Controlled Series of Infant Diarrhoea (การใช้แป้ง "คาร์ร็อบ" รักษาท้องร่วงในเด็ก) J. Ped. vol. 39, No. 1, July 1951, pp. 16-22.

ผู้รายงานได้ทดลองรักษาเด็ก ๔๐ คน, อายุระหว่าง ๑ สัปดาห์ถึง ๑ ปี, แบ่งเป็น ๒ พวก, คือพวกที่ได้รับ Arobon และพวกที่นอนโทรล. ทุกรายได้รับการฉีดเพนิซิลลิน ๓๐๐,๐๐๐ หน่วยเมื่อรับเข้าอยู่ใน ร.พ. และต่อไปทุก ๑๒ ชม., ไคฮัยโครสเตร็ปโตมัยซิน ๒๕๐ มก., ทุก ๖ ชม., โดยให้กินสลักกับนมเข้ากล้ำม.

ทุกรายได้ตรวจอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ของเลือดเมอแรกวัย, เพราะเชื้อจากอุจจาระ ๓ วันติด ๆ กัน, การตรวจทางห้องทดลองตามปกติ, ให้น้ำและอิเล็กโทรลัยท์ตามความมากน้อยของการขาดน้ำและแอซิโทสิส.

ในพวกที่ให้ Arobon ก็ได้รักษาอื่น ๆ เหมือนพวกค็อนโทรล. แต่เมื่อพ้นระยะให้ออกอาหารแล้วได้ให้น้ำละลาย ๕% ของ Arobon ทางปากทุก ๔ ชม. มากเท่าที่เด็กจะทนได้. ในระหว่างมอให้กลูโคส ๕% ในน้ำ. ให้ไปจนกระทั่งอุจจาระเริ่มเป็นก้อน, จึงผสม ๕% Arobon กับนมตามปกติ ครั้งต่อครั้งอยู่ ๒๔ ชม. แล้วจึงให้นมตามธรรมดา. รอดอีก ๒๔-๔๘ ชม. หากไม่มีอะไรผิดปกติเกิดขึ้นจึงให้กลับบ้าน.

ผล. พวกที่ให้ Arobon อุจจาระเริ่มเป็นปกติในเวลา ๔๗-๕๕ ชม., พวกค็อนโทรล ๑๖๔ ชม. เฉลี่ยเวลาที่อยู่ใน ร.พ. พวกให้ Arobon ๗.๘๕ วัน, ค็อนโทรล ๑๔.๓๕ วัน, เฉลี่ยจำนวนชั่วโมงก่อนตายพวกให้ Arobon ๑๒๐.๐๕ ชม., พวกค็อนโทรล ๓๓๘.๖ ชม., ติดตามต่อไปอีก ๒ สัปดาห์. ไม่มีการกลับ

เป็นอีกทั้งสองพวก. มี ๒ รายในพวกที่ใช้ Arobon มีอาการท้องผูกอีกหลายวันหลังออกจาก ร.พ. ไม่มีผลแทรกแซงจากการใช้ Arobon เลย.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ.

๕. G.O. Bell: Hyperthyroidism, Pregnancy and Thiouracil Drugs. (ชัยเปอร์ธัยรอยติสึม, การตั้งครรภ์และยาพวกไฮโอธูราซิล) J.A.M.A., 114: 1243 (1950).

ผู้รายงานได้ศึกษาหญิงมีครรภ์ไม่ต่ำกว่าหกเดือนและเป็น Grave's disease ด้วย, จำนวน ๒๑ ราย, ซึ่งได้รักษาด้วยไฮโอธูราซิล, ตามหลังด้วยการผ่าตัด. ผลเป็นที่พอใจ. แต่มีทารกตายเสีย ๑ ใน ๓, เพราะว่าได้ให้ไฮโอธูราซิลมากเกินไป, ซึ่งเห็นว่ควรรงค. เขาเห็นว่าจำนวนธัยรอยด์และไฮโอคินที่ให้ภายหลังตัดธัยรอยด์แล้ว, เพื่อป้องกันชัยโปธัยรอยติสึม, เป็นปัจจัยสำคัญใน อัตราตายของทารก. เขาว่าควรให้ไคเฮธิลสะทิลเบสตรอลจนกระทั่งคลอด.

สนอง กาญจนาลัย พ.บ.

๑๐. Alfred Enders: Die Wirkung von Sulfonamiden auf die Darmperistaltik. (ฤทธิ์ของซัลโฟนาไมด์ต่อการบีบรัดของลำไส้) Dtsch. Med. Wochschr, 9. Nov. 1951, 1404 - 1406.

ยังไม่ปรากฏว่าได้มีการศึกษาเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาจำพวกซัลโฟนาไมด์ต่อลำไส้เลย, และโดยที่ทำการใช้ยานรักษาโรคบิด, และการใช้อย่างอื่นโดยให้กินในขนาดมาก ๆ, ผู้รายงานจึงทดลองในสัตว์ (ส่วนใหญ่หนูตะเภา, นอกนั้นเป็นสุนัข, กระต่าย, หนู) ทั้งลำไส้ที่อยู่ในตำแหน่งปรกติ (วิธีของ Straub) และที่ตัดออกแล้ว (วิธีของ Trendelenburg หรือ Magnus). โดยมากนึกเข้าหลอดเลือด. บางครั้งฉีดเข้าลำไส้โดยตรง. พบว่า Cibazol และ Eubasin (ซัลฟาพิริวรีน) ในขนาด ๑๐๐ ถึง ๒๐๐ มก. ต่อ กก. (เทียบประมาณ ๑๐ ก. สำหรับ

คน) มีฤทธิ์เร่งการเคลื่อนไหวของลำไส้. ข้อนี้อาจมีผลเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในโรคบิด. อลัญชิต (p-aminobenzolsulfonacetylamid), Debenal (p-aminobenzol-sulfonamidpyrimidin), และ Tibatin (Diamino-diphenyl-sulfon-galaktosid) แสดงฤทธิ์อย่างเดียวกัน, แต่ทว่าในขนาดสูงมากซึ่งคงไม่พบในคน. ซัลฟากัวนิคินแสดงฤทธิ์กดลำไส้ที่ตัดแยกจากตัว, แต่ไม่มีฤทธิ์ต่อลำไส้ที่ติดอยู่ในกาย. มาร์ฟานิล (Aminomethylbenzol-sulfonamid) แปลกกว่าอย่างอื่น ๆ, คือมีฤทธิ์กระตุ้นลำไส้อย่างอ่อน ๆ. การกดค้างข้างต้นเป็นผลของการแสดงฤทธิ์ต่อลำไส้โดยตรง, เป็นอยู่ชั่วเวลาสั้น, และแก้ไขด้วยโปรสติกมีน. แม้ให้ยานั้นไว้ก่อนแล้วหลายครั้ง, แล้วทดลองทั้งกล่าว, ก็ไม่มีผลแสดงว่ามีฤทธิ์กระตุ้นต่อยาแต่อย่างใด.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

ปกิณณกะ

๑. แพทย์ชนบท

ร.พ. นครสวรรค์

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔

เรียน ท่านบรรณาธิการ ฯ

วันนี้ฉันได้รับสารคดีราชชนม์ มิ.ย. เมื่ออ่านไปถึงปกิณณกะ ของอาจารย์หมอสุด แสงวิเชียร รู้สึกว่าท่านสามารถเข้าใจได้กึ่งจิตต์ใจของแพทย์ใหม่ ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานอยู่อย่างโดดเดี่ยว ปราศจากที่ปรึกษาและผู้ช่วยเหลือใด ๆ

เป็นความจริงที่ว่าแม้ไม่ใช่ภาคอีสาน คัลยกรรม ส่วนใหญ่ตาม ต่างจังหวัด ก็มักเป็นนิ้วและอุบัติเหตุ รongลงมาได้เลือนได้ตั้งอีกเสบ และโรคกระดูกขางอย่างสำหรับที่ศิริราชการรักษาโรคเหล่านี้ย่อมเป็นของง่ายมาก แต่ผู้ที่ได้เคยแต่เห็นไม่เคยได้ทำเอง ความซุกซลักและฝึกพลาดย่อมเกิดได้อย่างไม่น่าเชื่อ

โรงพยาบาลตามต่างจังหวัดจะเจริญก้าวหน้าได้มากเพียงใด ขึ้นอยู่แก่ความเชื่อถือของประชาชน ซึ่งเป็นผลมาจาก

ความสามารถของแพทย์โดยตรง ที่อาจารย์หมอสุด ฯ พูดถึงการ เรียน แขนงไปสัดแกรคยูเอต เป็นสิ่งซึ่งพวกเราแพทย์ชนบทปรารถนามาก คิดฉันเข้าใจว่าท่านผู้ใหญ่ในวง การแพทย์ ก็คงจะเห็นความสำคัญข้อนี้ และคงคิดหาทางช่วยอยู่แล้วเป็นแน่ เพื่อสนับสนุนให้แพทย์ ที่จบแล้วได้ ทำงานด้วย ความเชื่อถือตนเองยิ่งขึ้น ไม่ต้องกลัวการออกไปผจญโลกตามต่างจังหวัดอีกต่อไป

ที่คิดฉันเขียนข้อความเหล่านี้มา ก็เพื่อพยายามจะทำตามที่อาจารย์แนะนำ ประจวบกับข้อความในปกิณณกะ สะกิดใจ ที่ ร.พ. นครสวรรค์ มีแพทย์ ประจำ สอง คน คิดฉันจึงไม่ตกอยู่ในฐานะโดดเดี่ยวนัก

ด้วยความเคารพยิ่ง

มาลี จิตราท

ป.ล. คำบารุงสารคดีราชชนม์ ยังไม่เห็นทรายเลยคะว่าเท่าไร อ่านฟรีมาครึ่งปีแล้ว

(หมายเหตุของบรรณาธิการ: จดหมายข้างบนนี้
 ควรจะได้ลงพิมพ์นานแล้ว ถ้าหากไม่ได้ลงทางไปเสีย
 เรายินดีที่ได้รับข้อบอกเล่าและความเห็นที่เป็นแก่นสาร
 สำหรับการปรับ ตัวเองของ คุณหมอใหม่ ๆ ที่ออกต่าง
 จังหวัด เราขอแนะนำสองข้อ คือ (๑) เรียบจาก “พี
 ชาย” ให้มากที่สุดที่จะทำได้ ยิ่ง “รุ่นเก่า” เท่าไร
 ยิ่งดีเท่านั้น เพราะท่านมีความชำนาญมาก และเชื่อได้
 แน่ว่าไม่หลงวิชา (๒) อ่านตำราไว้เสมอ รวมทั้ง

วิทยาสารต่าง ๆ สำหรับ “การเรียนเหนือหลักสูตร”
 นั้น ที่ศิริราชก็ได้ยินพูดถึงกันบ่อย ๆ อาจเป็นจริงขึ้น
 ได้สักวันหนึ่ง สำหรับเวลานี้ “ศิริราช” ก็ส่งรังสี
 แห่งความอบอุ่นมาถึงทุก ๆ ท่านอยู่แล้ว ในรูปของ
 สารศิริราช ซึ่งนอกจากจะมีเรื่องความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ
 ตามประสาเด็กสามขวบ ยังมีข่าวสารอีกด้วย ซึ่งคง
 จะช่วยให้คุณหมอชนบทรู้สึกอบอุ่นขึ้นบ้างว่า ยังไม่
 โดดไกลมากนัก.)

๒. หัดเยอรมันหรืออะไ

๒๐ กันยายน ๒๔๙๔

เรียน บรรณาธิการทราบ
 ในสองสามเดือนที่ผ่านมา ข้าพเจ้า
 ได้พบคนไข้สัคน ซึ่งมีอาการแปลกและ
 คล้ายคลึงกัน ทุกคนเป็นหญิง คนที่
 หนึ่งอายุ ๓๕ ปี เริ่มต้นมีอาการอ่อน
 เพลียและปวดเมื่อยแล้วก็มีไข้ ไข้สูง
 ประมาณ ๓๙° ซ. อยู่สองสามวัน แล้วยก
 ค่อย ๆ ลดลงเกือบเป็นปรกติ ตอนนั้นเริ่ม
 มีผื่นขึ้นที่หน้า หลัง หู คีรษะ ลำตัว แขน
 ขา ลักษณะเป็นจุดเล็ก ๆ สีแดง แขน
 คน หนึ่งที่สองขนมากทั่ว ๆ ไป พอวันที่
 สามก็จาง แล้วยกหายไป ในระหว่าง
 ผื่นขึ้นมีต่อมน้ำเหลืองโตที่หลังคอ หลัง
 รักแร้ และหน้าขา คล้ายได้ซัดเงิน กก

เจ็บ พรอมกันนั้นมึนปวดขมวมทขอมือ ขอเท้า
 ขอนิ้วเท้า ขอนิ้วมือ เมื่อดมหน้าเหลืองยุบ
 อาการปวดข้อก็หาย ได้ตรวจนับเม็ดเลือด
 ชาว ๓ ครั้ง ได้ผลระหว่าง ๓,๕๐๐ กัย
 ๔,๕๐๐ ลักษณะอื่น ๆ ของเลือดปรกติ
 คนที่สองเป็นหญิงอายุ ๓๐ ปี เริ่มเมื่อย
 คามกล้ามเนื้อและข้อมา ๒-๓ วัน แล้ว
 มีไข้สูงอยู่ ๑ วัน ประมาณ ๓๙° ซ. ไข้
 ค่อย ๆ ต่ำลง พอไข้ลดต่อมน้ำเหลืองก็
 โตและกดเจ็บที่หลังคอ หลัง หู รักแร้
 และหน้าขา มีผื่นขึ้นทั่วตัว ลักษณะ
 เหมือนคนที่หนึ่ง วันที่สองมากขน วัน
 ที่สามจางหายไป ต่อมาก็ข้อมวมและปวด
 เจ็บ ขอนิ้วขมวมจนงอไม่ได้ ข้อเท้าและ
 ข้อมือขมวมเล็กน้อย หายไปช้า ๆ ได้

นัยเมื่เกิดเลื้อยขา ในสัปดาห์ที่สามหลังข้อ
เริ่มขวม และยังไม่หายขวม ได้ ๔,๕๐๐.
คนที่สามอายุ ๓๑ ปี มีอาการอ่อนเพลีย
และเมื่อยตัวได้ ๒ วัน แล้วก็มีไข้ ๓๕° ซ.
อยู่ ๒ วัน วันที่สามไข้ลด และเริ่มมีผื่น
ที่หน้า ตัว ขา ลักษณะเช่นเดียวกับที่
กล่าวแล้ว ขนมากในวันที่สองและลดใน
วันที่สามเหมือนกับ ๒ คนที่แล้ว พอผื่น
ขึ้นแล้วค่อมหน้าเหลืองโต และกดเจ็บที่คอ
หลัง หักแร้ และหน้าขาตามลำดับ
ในระยะผื่นขึ้นและค่อมโตไม่มีไข้เลย ไม่
พบข้อขวม นัยเมื่เกิดเลื้อยขาได้ ๓,๗๐๐.
คนที่สี่อายุ ๒๓ ปี รู้สึกเมื่อยตัวแล้วก็มี
ไข้สูง (ไม่ได้วัดปรอท) หน้าแดง จมูก
แดง เป็นอยู่ ๒ วัน ไข้ลด และเริ่มมีผื่น
แดงขึ้น เมื่เกิดเลื้อยขาคล้ายผื่น คัน ค่อม
หน้าเหลืองโตที่คอและรักแร้ ขวมที่ข้อนิ้ว
มือจนรู้สึกถึง รายนไม่ได้ตรวจเลือด

ทุกรายได้รักษาตามอาการ และหาย
ภายใน ๑ สัปดาห์

ข้าพเจ้าได้ทราบว่า ในระหว่างเวลา

นั้น แพทย์อื่น ๆ ก็ได้พบคนไข้อีกหลาย
คนซึ่งมีอาการคล้ายที่บรรยายมานี้

หากคำถามอาการก็น่าจะสงสัยว่า คน
ไข้ทั้งสี่เป็นโรค "หัดเยอรมัน" แต่เมื่อ
พิจารณาโรคโดยละเอียดก็มีข้อที่ชวนสงสัย
คือ (๑) ในหัดเยอรมันไข้ไม่ค่อมสูงถึง
๓๕° ซ. (๒) ในหัดเยอรมันผื่นขึ้นพร้อม
กับไข้เสมอ ของเราไข้ลดแล้วผื่นจึง
ปรากฏ (๓) ของเรามีอาการปวดขวม
ตามข้อด้วย จะเป็นโรคแทรกหรืออะไร
(๔) จำนวนเมื่เกิดเลื้อยขาต่ำกว่า ปรกติ
โดยที่มีไข้ผู้ชำนาญ ข้าพเจ้าไม่แน่ใจ
ใจว่า ทั้งสี่รายที่เล่ามานี้จะเป็นโรคหัด
เยอรมันหรือไม่ ถ้าเป็น จะหมายความว่า
ว่าระหว่างเวลาดังกล่าว (มี.ย. - ก.ค. -
ส.ค.) ได้มีโรคนี้ระบาดปานกลางได้หรือไม่
จึงเสนอเรื่องมาขอความเห็นจาก
ท่านผู้ชำนาญทั้งหลาย เพื่อประโยชน์
แก่ข้าพเจ้าผู้รู้น้อยด้วย.

ขอแสดงความนับถือ

พ. ก.

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ส.จ.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน ตุลาคม ๒๕๕๔

๑. จำนวนผู้ป่วย (ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นรีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก
ก. (นอก) ใหม่	๑๕๕๖	๗๕๘	๘๒๘	๕๒๓	๗๘๕	๔๘๓๔
เก่า	๑๗๑๖	๑๑๔๓	๑๑๖๒	๘๐๖	๑๒๓๐	๖๐๕๗
รวม	๓๒๖๒	๑๘๙๑	๑๙๙๐	๑๓๒๙	๒๐๑๕	๑๐๙๓๑
ข. (ใน)	๑๔๖	๒๓๔	๕๓๘	๑๒๖	๑๗๒	๑๒๑๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๖๔ จักษุฯ ๑๖๘ สูติ-นรีฯ ๑๑๗ รวม ๕๕๙

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๑๗๓ หญิง ๑๕๕ รวม ๓๒๘ คน

๔. จำนวนเด็กคลอดตาย ชาย ๕ หญิง ๕ รวม ๑๐

๕. จำนวนผู้ป่วยทตต ๑๐๗ คน (๘.๘๐ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๕ ราย (๑๑.๑๑ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)

๖. จำนวนการถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๒๕๐ ราย ช้างนอก ๑๓ ราย รวม ๒๖๓ ราย

๗. แผนกรังสีวิทยา

ก. รังสีเอ็กซ์ ตรวจ ๑๖๓๐ คน รักษา (ใหม่) ๓๑ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๖๐๕ ครั้ง

ข. รังสีแกมมา รักษา ๑๖ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๕๕ ครั้ง

ค. โคอะเธอรั่ม รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง

๘. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๗๗ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บีสตาเวและน้ำอ้อยรวม ๑๕๐๐ ครั้ง

๙. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๕ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๖๔๓ (จากภายนอก ๓๗) แอ็กกูติใน-
ชั้น ๑๑๘ วัณโรคเรื้อรังและคาหั้น ๑๗๕๒ หมู่มเลือด ๘๕๐ น้บเม็ดเลือด ๑๕๕ ฟิล์ม
เลือด ๒๕ น้ำไขสันหลัง ๖๐ อัจจาระ ๓๑๘ บีสตาเว ๕๒ เสมหะและอื่น ๆ ๕๗
ตรวจทดลองตัวจิ๊ด (ปฏิกริยาผิวหนัง) ๒๐ เพาะเชื้อในเลือด ๑๐๖ จิตสัตว -
รวมตรวจต่าง ๆ ๔๓๒๗ อย่าง ศพญาติรับไป ๕๘ ศพ ภายวิภาคฯ รับไป ๔ ศพ
ลับหรือรับไป ๗๓ รวม ๑๓๕ ศพ

๑๐. หน่วยทันตกรรม. ผู้ป่วยใหม่ ๑๔๗ เก่า ๑๖๗ รักษาโรคในปาก ๕๔, อดฟัน ๔๖ ซึ่ ถอนฟัน ๑๓๖ ซึ่
ผ่าตัดในช่องปาก ๔ คน

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สมาน สมานวนิช และ แผนกสถิติ)

อนุโมทนา มีผู้ มีจิตต์ ศรัทธาบริจาค
ทรัพย์และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่า
เกินว่า ๑๐๐ บาท) ดังต่อไปนี้ คือ

๑. นางสาว พุชชอุ่ม บ้านเลขที่ ๕๖
ถนนรองเมือง พระนคร บริจาคเงิน
๒,๕๐๐.๐๐ บาท เนื่องในวันเกิดครบรอบ
๖๐ ปี ๒. นางอำนวย จุลละจาริทธิ์
บ้านเลขที่ ๓ ฏ. ถนนปฎิพัทริ พระนคร
บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท บำรุงผู้
ป่วยอนาถา ๓. นายจิ๋ววัน แซ่ฉั่น บ้าน
เลขที่ ๓๘๕/๑ ถนนสี่พระยา พระนคร
บริจาคเงิน ๑๖๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
รักษุวิทยาและวิทยาไสตนา สิกลาวิงษ์
๔. ค.ญ. แป๊ก แซ่โจ้ว บ้านเลขที่ ๘๒ จ.
ตำบลโพธาราม อำเภอโพธารามราชบุรี
บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
รักษุวิทยาและวิทยาไสตนา สิกลาวิงษ์
๕. นางลือ แซ่ขี้ บ้านเลขที่ ๓๓๗ ตลาด
พลู อำเภอธนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐
บาท ๖. นางลม้าย มีประเสริฐ บ้านเกาะ
เกร็ด อำเภอปากเกร็ด นนบุรี บริจาค
เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๗. นางทองอยู่
พลชัย บ้านหมู่ที่ ๑ อำเภอนครไชยศรี
นครปฐม บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท

๘. นายจุมพล ธรรมจริย์ บ้านเฝ้าหลิม
๑๐๑ ตำบลตลาดน้อย พระนคร บริจาค
เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ชื้อยารักษา
ผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศิริราช ๙. คุณ
หญิงคุ้ม ประเสริฐสุนทราศรัย บ้านเลข
ที่ ๒๗๓ ถนนพระราม ๔ พระนคร
บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เนื่องในการ
ทำบุญวันเกิด ๑๐. นายที เกนุมาน บ้าน
หมู่ที่ ๔ ตำบลคอนทอง อำเภอเมืองพิษณุ
โลก บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๑๑.
เลขาธิการนายกรัฐมนตรี ส่งเงินจำนวน
๑,๕๐๐.๐๐ บาท อันเป็นเงินส่วนหนึ่ง
ของนายจิววง แซ่เข้ ผู้มีจิตต์ศรัทธา
บริจาคมอบให้ท่านนายกรัฐมนตรี เป็น
เงิน ๖,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อบำรุงกองทัพบก.
โรงพยาบาลตำรวจ, โรงพยาบาล
ศิริราช และโรงพยาบาลกลาง ๑๒. นาย
เปงควัน แซ่เจียว บ้านเลขที่ ๒๒๖ ถนน
นเรศ อำเภอบางรัก จังหวัดพระนคร
บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท ๑๓. นาง
เซ็งกิม แซ่เจีย บ้านเลขที่ ๒๐ ตำบล
จักรวรรดิ พระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.
๐๐ บาท ๑๔. นายสุทิน เทียมเมฆา
บ้านหมู่ที่ ๑ ตำบลวังขนาย อำเภอท่า
ม่วง กาญจนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐

บาท ๑๕. นางอัมพา ระวีโรจน์ บ้านเลขที่ ๑๑๔๔ ถนนทรงวาด พระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เนื่องในวันคล้ายวันเกิด ๑๖. ร.ท.ท. คำรง และนางอุษา เผ่าชัย กองการศึกษากรมตำรวจ บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๑๗. นายประมุข ปิยะสุวรรณ บ้านในตลาดสถานีรถไฟบ้านหมี่ ลพบุรี บริจาคเงิน ๒,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุนบำรุงเตียงคนไข้ โรงพยาบาลศิริราช ๑๘. นายชัชชยากร ผู้ขายขนมเมือวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๔๕๓ บ้านถนนรองเมือง ซอย ๔ พระนคร ทำพินัยกรรมแบ่งเงินมรดกให้แก่โรงพยาบาลศิริราช ๒,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๙. นายกมล สุโกศล บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน "ศรีนาวาพลเกษตรสังข์" และอุทิศที่ดินกุศลให้หลวงศรีนาวาพล ๒๐. คุณหญิงโกมารกุลมนตรี บ้านเลขที่ ๗๐๘ คลองสามแคว ธนบุรี บริจาคเงิน ๑,๐๐๐. บาท บำรุงแผนกวิทยุวิทยาและวิทยาไสตนาสิกดาริงซ์ ๒๑. นายชุนพรรณเชษฐ์ บ้านเลขที่ ๑๓๖๒ ตำบลสัมพันธวงศ์ พระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐. ๐๐ บาท โดยแบ่งให้เป็นทุนอุดหนุนนักศึกษาแพทยชกสน ๖๐๐.๐๐ บาท และ

บำรุงโรงพยาบาลศิริราช ๔๐๐.๐๐ บาท ๒๒. นางแม่น ศรัยงค์ บ้านเลขที่ ๑๒๒ ถนนพิษณุโลก พระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ๒๓. นายเจียมสิงห์ แซ่หย่ง บ้านเลขที่ ๑๒๒ ถนนพิษณุโลก พระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ๒๔. หลวงศักดิ์รัตนเขตต์ บ้านเลขที่ ๑๘๒ ตรอกรัชภินท์ ตำบลมักกะสัน พระนคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท ๒๕. นายเจ้าแซ่ฉั่ว บ้านปากคลองตลาด พระนคร บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท ๒๖. ก.ช. สุทธิวงศ์โรจน์ บ้านหมี่ที่ ๒ ตำบลวัดแค อำเภอนครไชยศรี นครปฐม บริจาคเงิน ๓๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ซื้อผ้าปูที่นอนจำนวน ๑๒ ผืน สำหรับกักคัลยกรรมเด็ก แผนกคัลยศาสตร์ ๒๗. นายเทียม ทินนะลักษณ บ้านตำบลบางขุนนนท์ ธนบุรี บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๒๘. นายอิวยก แซ่ตั้ง บ้านหมี่ที่ ๒ ตำบลท่าทองกลาง อำเภอบางคัว ฉะเชิงเทรา บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๒๙. นายสันต์ พรังประยงค์ บ้านเลขที่ ๓๑ อำเภอยานนาวา พระนคร บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๓๐. นายจรัส ลกต้าย บ้านหมี่ที่ ๑ ตำบลท่ายาง อำเภوتا่ยาง เพ็ชรบุรี บริจาค

เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท ๓๑. นางเชอ เขียม ประเสริฐ บริจาคเงิน ๒๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ ศรีนาวาพล เกตุสิงห์ ” และอุทิศส่วนกุศลให้นายใจ—นางเทียม สุกโกศล และนางลูกจันทร์ เกตุสิงห์ ๓๒. นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ ศรีนาวาพล ” และอุทิศส่วนกุศลให้นายใจ—นาง เขียม สุกโกศล และนางลูกจันทร์ เกตุสิงห์ ๓๓. นางหอมสุข มุกตะพันธ์ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ ศรีนาวาพล เกตุสิงห์ ” และอุทิศส่วนกุศลให้นายใจ—นางเทียม สุกโกศล และนางลูกจันทร์ เกตุสิงห์ ๓๔. นายแพทย์จรัส ศิริสัมพันธ์ ณ บริษัทเวชชการ จำกัด พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน “ ศิริสัมพันธ์ ” ๓๕. นางน้ำเงิน สุจริตวงศ์ บ้านเลขที่ ๑๗๑๓ ตำบลบางปลาสร้อย อำเภอเมือง ชนบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๓๖. นางฝัน หุตะสาระ บ้านเลขที่ ๕๐ ตำบลบางซ้อ พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๓๗. นางช่วย แซ่เจ็ง บ้านเลขที่ ๒ อำเภอพระประแดง สมุทรปราการ บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๓๘. นางสาวลย์ เกอน

เนียว บ้านเลขที่ ๒๒๖ ถนนนเรศ พระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๓๙. นายย แซ่ตั้ง บ้านหมู่ที่ ๒ บางกระสอบ จังหวัดชลบุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท (รายการที่ ๑, ๒, ๕, ๖, ๗, ๑๒, ๑๓, ๓๕, ๓๖, ๓๗, ๓๘, ๓๙ บำรุงแผนกศัลยศาสตร์ รายการที่ ๑๐, ๑๔, ๒๔, ๒๕, ๒๘, ๒๙, ๓๐ บำรุงแผนกศัลยศาสตร์)

รายนามผู้อุปการะวิสามัญและ

กิตติมศักดิ์ เพิ่มเติม

ตามที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้ประกาศรายชื่อผู้อุปการะวิสามัญและกิตติมศักดิ์ไว้แล้วนั้น ยืนยันปรากฏว่ามีผู้อุปการะเพิ่มเติมอีก ดังต่อไปนี้ คือ:—

กิตติมศักดิ์ ๑. คุณหญิงเพิ่ม ไชฎ์กราช เจริญบุรี บริจาค ๑๖๓,๐๐๐.๐๐ บาท ๒. นายทองคำ คุณากร บริจาค ๑๐, ๗๐๐.๐๐ บาท ๓. นายฉ่ำ อินทรโฆสิต บริจาค ๑๐,๕๔๐.๐๐ บาท ๔. นางกล่ำกลางสมร บริจาค ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๕. หลวงสวัสดิ์ชาติทวี บริจาค ๑๐, ๐๐๐.๐๐ บาท ๖. หม่อมเจ้าโวทยากร วรวรรณ บริจาค ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๗. พระยาชลประทานธรรักษ์ บริจาค ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

วิสามนัญ ๑. นางเสงี่ยม สุวรรณปกรณ์ บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๒. ร.อ. หลวงบรรณยุทธ์ชำนาญ บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๓. นางละม้าย คิงคภักดิ์ บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๔. นายแพทย์ สวัสดิ์ สิบแสง บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๕. นางมัยลิ่ง จุลเสณีย์ บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๖. นายสง่า ศรีเพ็ญ บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๗. นายตัน จินแก่ง บริจาค ๕,๐๐๐.๐๐ บาท

การประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ฯ
ได้จัดประชุมวิชาการประจำเดือนเมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน มีเรื่องบรรยาย คือ

๑. Cystosarcoma Phyllodes โดย Frank Vellios (แผนกพยาธิวิทยา)

๒. รายงานผู้ป่วยด้วย Myeofibrosis (with Cyclic amoebic colitis with subacute exacerbation) ๑ ราย โดย แพทย์หญิงสุภา ฉนกร และ Virginia Minnich (แผนกอายุรศาสตร์)

๓. ปริมาตรอากาศหายใจในนักศึกษา แพทย์ โดย นายแพทย์ศุ ไซยวัฒน์, นายแพทย์อิศรพงษ์ อุดมศิริ และนักศึกษา

แพทย์ยุคนธ์เหมระจุกา (แผนกสรีรวิทยา) **ไปต่างประเทศ** นายแพทย์สรศักดิ์ ศรีเพ็ญ อาจารย์แผนกสรีรศาสตร์ฯ ไปตงานณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน อี.ซี.เอ.ตั้งแต่วันที่ ๓ พฤศจิกายน คณ ร.ท. สุเทพ ขจรบุญ และ ร.ค. ยม สุขตระกูล แห่ง ร.พ. ภูมิพลฯ ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน MAAG เมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน คณ เราขออำนวยความสะดวกให้ท่านทั้งสองจงประสบความสำเร็จอย่างดียิ่งในโอกาสนี้ด้วย

สมรส ๑. นายแพทย์วิทยา ทรัพย์ปรุง พ.บ. กับนางสาวสนีย์ บุญงาม ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๔๙๔

๒. นายแพทย์บรรล ศิริพานิช พ.บ. กับนางสาว นิรันตร์ ประณะหิตานนท์ ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๔

๓. นายแพทย์สถิกร จุลละกาญจนะ พ.บ. กับแพทย์หญิงสมศรี บุญญทลิ่งค์ พ.บ. เมื่อวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๔๙๔

เราขออวยพรให้คู่บ่าวสาวจงประสบความสำราญชั่วนิรันดร์

ได้บุตร ๑. นายแพทย์ประพันธ์ และคุณวาทีนี้ อารีย์มิตร ได้บุตรแฝดชาย เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๔๙๔

๒. นายแพทย์สำราญ และคณะสาย
ชนวน วังสพาน์ ได้บุตรหญิงคนแรกเมื่อ
วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เราขอแสดงความยินดีอย่างมาก ณ
โอกาสนี้ด้วย.

เออเพื่อสารศิริราช มีผู้เออเพื่อยำรุง
สารศิริราชเป็นพิเศษ ทั้งรายนามต่อไปนี้
นี้ (๑) น.พ.ญ. จินตภา สายฉนทวิกลิต
๑๗๐ บาท (๒) น.พ. เจริญ วัฒนจินดา
ร.พ. จังหวัดสตล ๕๐ บาท (๓) ร.อ.
ไวทยะ ชินะโชติ ร.พ. วัฒนโรค นนทบุรี
๕๐ บาท (๔) น.พ.ญ. ละไม โกมารทัต
ร.พ. เทศบาลเมืองภูเก็ต ๔๐ บาท (๕)
น. พ. สุประเทศ จารุคุต บริษัทวีทยาศรม
ราชดำเนิน ๒๐ บาท (๖) คุณทศ สงวน
สัตย์ สวรรคโลก ๒๐ บาท สารศิริราช
ขอแสดงความขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย.

เกียรติแก่ศิริราช เราได้ทราบข่าวด้วย
ความยินดียิ่งว่า ได้ทรงพระกรุณาโปรด
เกล้าฯ ให้นายแพทย์อรุณ เนตรศิริ หัวหน้า
แผนกกุมารเวชศาสตร์ เป็นแพทย์
ประจำพระองค์สมเด็จพระเจ้าลูกเธอฯ ตั้ง
แต่ต้นเดือนนี้ นับว่าเป็นการได้รับความ
ยกย่องอย่างสูงสำหรับท่านผู้นั้นและเป็น
เกียรติแก่ศิริราชอย่างยิ่ง สารศิริราชขอ

แสดงความยินดีด้วยคุณหมอบเป็นอันมาก
และขออวยพรให้คุณหมอบมีความสำเร็จ
อย่างทวีเศษทุกประการในการประกอบ
หน้าที่อันสูงส่งที่กุมารแพทย์ของไทยจะ
พึงได้รับ

พร้อมกันนี้เราได้รับข่าวว่า ยังได้
ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้นางสาว
พรสม กุณทลจินดา อาจารย์แผนกพยา-
บาล เข้าไปรับราชการส่วนพระองค์ เพื่อ
ทำหน้าที่ถวายการอภิบาล แก่สมเด็จพระเจ้า
ฟ้าฯ พระเจ้าลูกยาเธอด้วยอีกผู้หนึ่ง นับ
เป็นหน้าที่ที่น่าปลื้มยินดี เป็นอันว่า
ศิริราชได้มีเกียรติสูงยิ่งในอันที่ได้มีโอกาส
สนองพระเดชพระคุณ โดยใกล้ชิดทั้งฝ่าย
แพทย์และพยาบาล

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์. ๗ พ.ย. ๕๔
นายแพทย์วิภา วิจารณ์วัคค์ เข้าร่วมชุมนุม
ศิษย์พยาบาลด้วยเรื่องไข่อพยพของตบใน
บีเลียวอร์โรลิส. ๑๔ พ.ย. นายแพทย์
คนเดียวกัน ร่วมฯ ในโคแล็งจิโอม่า
๒๒ พ.ย. ในการประชุม คลินิก - พยาธิ
นายแพทย์สุเอด คชเสนี อ่านรายงานผู้
ป่วยชาย เลขทั่วไป ๓๔๔๓๐.๕๔ เลขใน
๕๗๗๒.๕๔ เลขแผนก ๑๐๕๘.๕๔ ซึ่ง
ถึงแก่กรรมในแผนก พิเคราะห์ก่อนตาย

ว่าเป็น (๑) เมกิฮาสคินัลทิวเมอร์ (ลิมโฟซาร์โคมา?) (๒) บิคอะมีบิเคเรอริงกำเรีย การตรวจศพด้วยตาเปล่าแสดงว่าพิเคราะห์โรค ข้อ ๑ ถูกทั้งหลักการและประเด็น แต่ตรวจจุลทัศน์กลายเป็นโรคซีสต์คิน ข้อ ๒ ถูกต้องและยังแถมอุบัติในคัมหัวเล็ก ๆ ใหม่ๆ อีกด้วย หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์เป็นประธานที่ประชุม. ๒๔ พ.ย. แพทย์หญิงสุภา อนุคร่วมกับมิสส์เวอร์จิเนีย มินนิก รายงานมัยอิลไฟโบรสิสในที่ประชุม ฯ

อนึ่งผลจากการติดต่อของ ดร. Alvio H. Sadun โดยตรงกับท่านผู้บัญชาการมหาวิทยาลัย แผนก ฯ ได้ผู้บรรยายแทนนายแพทย์สว เมคตียวงษ์ซึ่งไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา คือ นายแพทย์ Clarence Mayes, M.D., Senior Surgeon U. S. Public Health Service, syphilologist และ dermatologist แห่ง Marines Hospital นิวยอร์ก ซึ่งมาดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยควบคุมกามโรคของ อี.ซี.เอ. ได้มาสอนแสดงทวีทยาและซิปิลิสแก่นักศึกษาปีที่ ๔ ตั้งแต่ ๖ ส.ค. และร่วมงานตรวจรักษาแก่นายแพทย์อภัย ธรรมณี (แยกจาก ร.พ. จุฬา-

ลงกรณ์) และ นายแพทย์ทองน่าน วิภาควณิช นายแพทย์เมย์ฝัน ได้พยายามสอนเพื่อผลดีที่สุด ถึงกับพิมพ์คำบรรยาย (อังกฤษ) แจกด้วย

(ป.ก.)

ข่าวแผนกกายวิภาคศาสตร์ ^{ผู้เขียน} ^{ขึ้นเป็น}
ครั้งแรกที่คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล ได้ให้ความร่วมมือจัดของ และส่งเรื่องไป แสดงในงาน ประชุมประจำปี ของสมาคมวิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย (๓-๖ ธ.ค.) แผนกต่าง ๆ เตรียมไม่ทัน เพราะกระชั้นมาก แผนกกายวิภาคศาสตร์ได้จัดไปแสดงตามมติ ของคณะ ฯ ได้แสดง การ ศึกษา โครง ร้างของ มนุษย์ตามหลักสรีรวิทยาแพทย์ แบ่งการแสดงผลออกเป็น ๕ ส่วน สามส่วนเป็นการศึกษาในที่หนึ่ง คือการศึกษาหัวใจและหลอดเลือดโดยวิธีชำแหละ (มหะกายวิภาค) ส่วนที่ ๒ แสดงการ เจริญ ของหัวใจ และหลอดเลือดโดยถ่ายภาพเข็มบริย์โอดลงในแลนเทอร์นสไลด์ใส่กระจกที่มีไฟ (แบบของช่างไม้ของแผนก) พร้อมทั้งสระเปชีเมนต์ที่แสดงการผิดปรกติของหัวใจและหลอดเลือด ส่วนที่สามเป็นการแสดงส่วนประกอบโดยละเอียดของหัวใจและหลอด

เลือกโดยทำเป็นแถบเทอร์นสไลด์เช่นกัน ส่วนที่ ๔ และส่วนที่ ๕ เป็นหลักสูตรยี่สิบสอง คือระบบประสาทและแสดงการศึกษาโดยวิธีศึกษาไปตามระดับผ่านต่างๆ งานเป็นที่สนใจของประชาชนมาก และสำเร็จลงด้วยดีด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทุกคนของแผนก หัวแรงสำคัญคือนักศึกษา ช่วยในการเขียนอธิบายของ ตกแต่งดูแลสถานที่และออกแสดงให้คำอธิบายต่อประชาชนด้วยความเห็นที่เห็นอกเห็นใจ ทางคณะฯ ได้ช่วยเหลือในการจัดรถขนส่งและการเงินเป็นที่

เรียบร้อย

ในงานนี้หัวหน้าแผนกฯ ได้นำเรื่องไปแสดง ๑ เรื่อง คือ "การศึกษารกซ้าง" ของจากพิพิธภัณฑน์กายวิภาค - คือส่งไปแสดงถึงสาม แห่งในเวลาเดียวกัน คือ ถกยืมไปแสดงในงานของโรงพยาบาลพิษณุโลกและของกระทรวงการสาธารณสุขในงานรัฐธรรมนุญ นายแพทย์เชียร อุตยานัง ได้ไปถึงเซ็นต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อย และเข้าทำงานและช่วยสอนมหะกายวิภาคศาสตร์แก่นักศึกษาแพทย์

ข่าวแผนกพยาบาล

กลับจากต่างประเทศ

นางพิณพากย์พิทยาภท หัวหน้าแผนกพยาบาล และ น.ส. เจนจิรา เบราวนะกุลซึ่งเดินทางไปทำงานต่างประเทศมีกำหนด ๓ เดือน ได้เดินทางกลับมาถึงตอนเมืองเมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม เวลา ๑๘.๓๐ น. แล้วโดยสวัสดิภาพ

พยาบาลสำเร็จการศึกษาเมื่อวันที่

๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๕๔

๑. น.ส. เกษมสุข มีจิตต์ ๒. น.ส. จินตนา

ถาวรนันท์ ๓. น.ส. จารุวรรณ สุขะบุตร ๔. น.ส. จำเนียร ชูไทย ๕. น.ส. จงจิตต์ พัทธชนม์ ๖. น.ส. นวลลักษณ์ สวัสดิ์ทิศา ๗. น.ส. บุญสม ศาสตร์ระรุจิ ๘. น.ส. ประภาศรี สุวรรณวงศ์ ๙. น.ส. ประมวล เกศแก้ว ๑๐. น.ส. ปราณีย์ ช่วยบุญชม ๑๑. น.ส. ปราณีย์ ฉายะบุตร ๑๒. น.ส. เปรมจิตต์ กังสัมฤทธิ ๑๓. น.ส. ผุสทิ อินทะกนก ๑๔. น.ส. เพียว สาติยะ ๑๕. น.ส. พัทธนี สุนทรผลิน ๑๖. น.ส. พนอ พิธิษ

บรรณกร ๑๗. น.ส. พวงศรี งามลออ
 ๑๘. น.ส. พนศรี ประคองวงศ์ ๑๙. น.ส.
 มัลลิกา ศรีวณิก ๒๐. น.ส. ยาจิต์ ตัน
 ยววรรณะ ๒๑. น.ส. ยุพา วิกุภาณจิน
 ๒๒. น.ส. วาตรี ร่องเมืองคำสตร์ ๒๓.
 น.ส. ลักษณานันยานนท์ ๒๔. น.ส. ลักดา
 นุฑจรัส ๒๕. น.ส. วิภา หิมารัตน์ ๒๖.
 น.ส. ศรีผ่อง ลิมบีทีเป ๒๗. น.ส. ศรีแพร
 สัตยเจริญ ๒๘. น.ส. สจิตรา บุรณผลิน
 ๒๙. น.ส. สุนีย์ วงศ์ประกิจฐู ๓๐. น.ส.
 สุรพิน ศรีศิลป์นันท์ ๓๑. น.ส. สภาพ
 ดินพนม ๓๒. น.ส. สมบูรณ์ ตันจิตต์กุล
 ๓๓. น.ส. สมพิทย์ บุญลาภ ๓๔. น.ส.
 สมพร สถานานนท์ ๓๕. น.ส. ส่องศรี โพธิ
 กะนุช ๓๖. น.ส. สร้อยสุภา รัตนพานิช
 ๓๗. น.ส. สว่าง ทองรัตน์ ๓๘. น.ส.

ลำอังก์ ทิมเทียมเพ็ชร ๓๙. น.ส.
 อารี บุญฤทธิ ๔๐. น.ส. อารี วัฒน
 วิจารณ์ ๔๑. น.ส. อุษา เหมศรีชาติ
ย้าย น.ส. พิงจิตต์ ประมลวงค์ ย้ายไป
 กรมสาธารณสุข เพื่อเตรียมตัวไปศึกษา
 วิชาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศโดยทุน W.
 H.O. นายบุญยัง สุขสว่าง ย้ายไปแผนก
 พยาธิวิทยา

ลาออก น.ส. ชัชวาลย์ สวัสดิ์สงคราม
ลาออก เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๔๙๔
สมรส น.ส. บรรจง โภคศิริ ได้ลาออก
เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๔๙๔ เพื่อ
 ทำการสมรสกับนายประเสริฐ วัฒนา เมื่
วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๔๙๔

เดือนเพ็ญ สนธยานนท์

ไมตรีระวางสาธุชน ย่อมมีรสหวานชื่นโดยค้ำลำ เหมือนกินอ้อยข้าง
 ปลายลงมา ไมตรีระวางทुरुชนตรงกันข้าม
 โภชนัตติศตกม.

สำหรับหน้าลิต

การเขียนจดหมาย

นักเรียนแพทย์เขียนจดหมายเป็นด้วย
กันทงน แต่ทงเรองนมาคพมพกเพราะ
เคยเห็นข้อย ๆ ว่า แม้ผู้ทไคชอว่ามีการ
คึกษาสูง ๆ แล้ว หลายคนมิได้เอาใจใส่
กัยจดหมายของตนเองให้ถูกคอง และมิ
แสดงให้ผู้อื่นเห็นว่าเป็นผู้ไม่วิชนขบธรรม
นิยมหรือไม่ก็สเพราะ เห็นว่าหลักใหญ่ๆ
ค่อไปนี้อาจเป็นประโยชน์แก่นักเรียนแพทย์
บ้าง

จดหมายที่คเขียนสิ่งเชคช เช่นเคียว
กัยจดหมายที่ไม่คเขียนเครื่องแสดง ความ
ยกพร่อง คนที่ไม่เคยพกกันเลยกัยยังอาจทาย
ระดับการศึกษาและนิสัยใจคอได้จากจด
หมาย เพราะฉะนณผู้ทชอยากจะทำคนให้ค
พร้อมทกประการจึงควรเอาใจใส่กัยจดหมาย
ของตนเองให้พอเพียงกัยความสำคัญของ
มัน

จดหมายที่คคองประกอบด้วย
คุณลักษณะในวคตทใช้ การเขียน ภาษา
และการบรรจุ วคตคคองกระดาษและซอง
สำหรับจดหมายสำคัญคองใช้ของเนอค

ยังมีรับเบทคองเควพนบถอมาก ๆ ก็
ยังคองใช้ของทคคองขนไป การใช้กระดาษ
และซองเลว ๆ เขียนจดหมายถึงผู้ใหญ่
บางททำให้ผู้รับรู้สึกวไม่เควพ ถ้าหาก
เป็นคคนเสมอกันก็พอจะใช้ได้ แต่ถ้าใช้
ซองเลวนักก็อาจแสดงให้เขาเข้าใจวช
คระหน ควรใช้กระดาษจำเพาะสำหรับ
เขียนจดหมาย ไม่ควรใช้กระดาษที่ฉีก
จากสมุดหคคเขียนหรือเคชกระดาษ นอก
จากเขียน อย่างล้าลง ถึงเพอนทสนทกัน
มาก ๆ กระดาษและซองทมีสีมกใช้แต่ผู้
หญิง ผู้ชชายอาจใช้สีเทาอ่อน ๆ หรือสี
ฟ้าจาง ๆ ซึ่งมีประโยชน์ททำให้ชชทบ
แสงมากชน การใช้สีฉฉฉฉฉฉ หรือใช้
กระดาษทวกลนหอมกคเป็นเรองของสมัย
โบราณ สมัยนั้นมกเห็นเป็น “รสนิยม
เพื่อ” นอกจากใช้ให้เหมาะกัยบุคคลแล้ว
ลักษณะของกระดาษและซองทใช้ควรจค
ให้เหมาะกัยโอกาสอคด้วย โอกาสพิเศษ
เช่นในการแสดงความยินดี หรือช่วยพร
ควรใช้ของทคคเป็นพิเศษให้สมกัยกาละ

จะเพิ่มความยินดีของผู้รับชมอีกมาก

การเขียนก็มีขั้นตอนสามัญเช่นเดียวกับวัตถุ การเขียนอย่างรวดเร็ว-หมายความว่าถึงเขียนหวัดจนอ่านแทบไม่ออก-ไม่ควรใช้เลยไม่ว่ากับใครและเมื่อใด เพราะมักทำให้ผู้รับเกิดโมโห ผู้ที่ลายมืออ่านยากควรพยายามหัดเสียใหม่ ไม่จำเป็นต้องเขียนสวยงาม แต่ต้องให้อ่านง่าย ถ้าเขียนถึงผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือต้องเขียนอย่างบรรจง ให้ปราณีที่สุดที่จะทำได้ เขียนอย่างเรียบร้อย ๆ คิดว่าเขียนประคิมรู้ประคอบ ข้อยกพร่องที่พบบ่อย ๆ คือเขียนไม่ตรงบรรทัด ผู้ที่เขียนแถวโย่งไม่ควรใช้กระดาษที่ไม่มีบรรทัด ถ้าไม่มีทเลือกก็ควรใช้กระดาษวางทาบหรือรองข้างล่างด้วยกระดาษมีบรรทัด การวางรูปจดหมายต้องให้อ่านแบบและนำค การตั้งคั้นชิตขอยบน หรือเขียนจดขอยทั้งหน้าหลัง แสดงถึงความค้ำแคบ การใช้อักษรเล็กเกินไปทำให้อ่านยากและแสดงความขอย หนึ่งสี่ตัวโตโย่งโล้งแสดงความไม่ละเอียดและขาดการขัดเกลาจดหมายที่เขียนยุ่ง ๆ บรรทัดโยเยไม่มีรูปมีร่างทำให้ผู้อ่านเห็นผู้เขียนเป็นเด็กหรือผู้ไม่ถนัดการอบรม การเขียนที่สำคัญอีก

ประการหนึ่งคือการเซ็นชื่อ ซึ่งมักมีการละเมียดน้อย ๆ โดยความเข้าใจผิดว่าถ้าเขียนให้ไม่มีใครอ่านออกเลยเป็นที่ที่สุขบางคนเขียนชื่อภาษาไทยแต่คัดแปลงดขแต่่งเสียจนดูเหมือนภาษาฝรั่ง ไม่ทราบว่าจะมีประโยชน์อันใดที่เขียนไม่ให้ผู้อ่านออก ความจริงเป็นการไม่สุภาพ การได้วิจัยจดหมายแล้วไม่รู้ว่ลายเซ็นเป็นของผู้ใดย่อมเป็นการชวนโมโห หากเป็นจดหมายขอความช่วยเหลือหรือขอรบกวนอย่างอื่นด้วยก็คงจะหมดความเมตตาถกกันเสียเลย

ภาษาที่ใช้ในจดหมายย่อมเป็นที่เข้าใจกันอยู่ว่ต้องสุภาพ ถึงแม้เพื่อนทพคคยกันด้วยคำตลาดได้ก็ไม่ควรใช้คำเหล่านั้นในจดหมาย เพราะอาจมีผู้อ่านพบเข้าและแปลไปในทางผิดได้ เวลาเขียนจดหมายเป็นโอกาสหนึ่งที่จะแสดงความสามารถในการใช้ภาษาให้เพราะพริ้ง ไม่เหมือนกับเวลาพคคยกันซึ่งถ้าใครใช้ถ้อยคำวิจิตรพิศดารนั้นก็มักถูกค่อนว่คัจวิตแม้ในสมัยใหม่ซึ่งเห็นพิชิตอง เป็นการครึกขยงมีความนิยมแบบขบขทคแต่โบราณในการใช้คำในจดหมายอยู่ จดหมายที่คยงมีผู้นำคัพิมพ์ไว้เป็นตัวอย่างในอักษร

ศาสตร์ เรื่องที่ไม่ควรกระทำอย่างยิ่ง คือเขียนประนามผู้หนึ่งผู้ใดในจดหมาย เพราะอาจเป็นหลักฐานผิดในการฟ้องร้องได้ มีคำแนะนำที่ควรจำเป็นอย่างหนึ่งว่า ถ้าโกรธใครเป็นอันมากจนเห็นว่าต้องเขียนคำจึงจะหายโกรธ ก็ให้เขียนแต่แล้วอย่าเพื่อส่งไป เอาใส่ลิ้นชักไว้เจ็ดวันก่อน ครบกำหนดแล้วเอามาอ่านดูอีกที ถ้ายังไม่เปลี่ยนความเห็น และแน่ใจว่าจะไม่ถูกฟ้องหมิ่นประมาท จึงค่อยส่ง

ตามปรกติกจดหมายควรบรรจุซอง นอกจากในบางกรณี ถ้าหากเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผยแล้วส่งไปโดยไม่บรรจุซอง อาจทำให้ผู้รับและผู้เขียนรู้สึกอับอายก็ได้ ลักษณะของซองที่ใช้ต้องถือหลักอย่างเดียวกับกระดาษที่เขียน การจำหน่ายซองเป็นเรื่องที่ควรพัฒนาเป็นพิเศษ เพราะในเมื่อจดหมายจะมีผู้ใดเห็นเพียงผู้รับคนเดียว จำหน่ายซองนั้นมีคนอื่นเห็นอีกเป็นจำนวนมาก การจำหน่ายซองไม่เรียบร้อย แสดงว่าผู้รับไม่เป็นที่น่าเคารพอะไรนัก ดังนั้นถ้าเขียนถึงผู้ใหญ่ต้องทำอย่างปราณีตของระวังอย่างยิ่งที่จะสะกดชื่อผู้รับให้ถูกต้อง ถ้าเขียนผิดผู้รับอาจเห็นว่าถูก เห็น

ว่าไม่สำคัญหรือ “ไม่รู้จัก” ถ้าสงสัยก็ควรสอบถามให้แน่ก่อนเสมอ ถ้าผู้รับมีศรัทธาหรือบรรดาศักดิ์ก็ต้องระวังใช้ให้ถูก เพราะเขียนคำไปก็จะได้ถูกหาว่าดุด่าไปลดยศ ถ้าเขียนส่งไปก็จะได้ว่าทำเขาเยาะเย้ย ไม่ดีทั้งชนชั้นล่าง การเขียนต้องวางรูปให้ถูกแบบและได้จังหวะงดงาม ไม่ควรให้ไปรวมกระจุกอยู่ที่ซอกหรือมุมหนึ่ง บรรดาศักดิ์เขียนชื่อควรวางเกอบกลางความสูงของซอง ซึ่งน่าจะมากกว่าเขียนขึ้นไปติดอยู่ที่ขอบบน ถ้าเป็นจดหมายสำคัญควรเขียนชื่อผู้ส่งและตำบลไว้ที่ซองด้วย จะเขียนที่ปกด้านหลังหรือที่มุมล่าง ข้างขวา ด้านหน้าก็ได้ เพื่อว่าเมื่อส่งจดหมายไม่ได้จะได้ส่งคืนถูกต้องโดยไม่ต้องเปิดซอง และบางที่เป็นความสวดสำหรับผู้รับที่พอเห็นซองก็รู้แล้วว่ามาจากผู้ใด การปิดดวงตราไปรษณียากรเป็นอีกข้อหนึ่งที่มีผู้ปฏิบัติไม่เหมาะสมเสมอ ๆ ตำแหน่งที่ควรติดคือมุมบนข้างขวาด้านหน้าซอง เป็นตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับพนักงานไปรษณีย์ประทับตรา การแยกกันคิดหลาย ๆ แห่งเป็นการเสียเวลาของเจ้าหน้าที่ และดูเหมือนกับการเล่นของเด็กบางคนชอบติดดวงตราไปรษณีย์ที่ปกซองข้างหลัง โดยคิดว่านี่ของกันการ

ลักเบียดจดหมายได้ ซอนทำให้เจ้าพนักงาน
ต้องเสียเวลาพลิกของขึ้นประตึขัตตรา และ
ไม่มีประโยชน์อะไรเลย เพราะถ้าหากมี
ผู้ต้องการลักเบียดจดหมายอ่าน ถึงแม้จะ
ขี้ด คงตราไปรษณียากรที่ขงไปอีกชั้น
หนึ่งเขาก็ทำให้ลออกออกได้เหมือนกัน

ข้อสุดท้ายที่เห็นควรเตือนให้ระลึกรไว้
เสมอคือ จดหมายเช่นวิคฤพยานมีค่าใน
ทางกฎหมาย ดังนั้นจึงไม่ควรเขียนข้อ

ความอันใดซึ่งเป็นเรื่องผิดกตที่เราไม่อาจ
รับผิดชอบได้ เช่นเกี่ยวกับการตกลงข้อ
ขายหรือหนี้สิน เป็นต้น ด้วยเหตุผลเดียวกัน
ถ้าหากผู้ใดจะเอาหนังสือหรือจดหมาย
อะไรมาให้เขียนข้อ จะต้องอ่านให้ตลอด
อย่างไตร่ตรองเสียก่อนเสมอ การถือเครื่อง
ทำนองนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้ต้องเสียใจใน
ภายหลัง

ผ.ข.อ.

ในโลกนี้ ย่อมมีสิ่งเป็นสัจๆโดยไม่มีเหตุได้ คือพรานป่าล่ากวางซึ่ง
อยู่บนหญ้า, ประมงล่าปลาซึ่งอยู่ในน้ำ คนส่อเสียดต่อกันก็ผู้อยู่ในสันโทษ.

นิติศตกะ

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารศิริราชขบขันสามก้วยเรื่อง
ใหญ่สองเรื่อง สำหรับเรื่องแรกต้องขอ
ขอบใจคุณหมอสาโรจน์ ประยักขาม ที่
ได้ใช้ความพยายามรวบรวมสถิติจากการ
ผ่าตัดเซซาเรียนจำนวนมากมาเป็นหลัก
ฐานแสดงประโยชน์ของยาสลบชนิดนี้
เข้าหลอดเลือด ซึ่งมีท่าทางว่าต่อไปจะมี
การใช้แพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในบ้านเราการทำสลบเพื่อผ่า
ตัดโดยยานี้คงจะมีบทบาทสำคัญมาก
ในการปรับปรุง ศัลยกรรม ของเรา ให้ทันสมัย
ในเวลานี้ ศัลยแพทย์ของเรามีความ
สามารถที่จะผ่าตัดอะไรก็ได้ทุกอย่างเหมือน
ในต่างประเทศ แต่ที่ยังล่าช้าจริง ๆ คือ
วิธีทำให้สลบ ซึ่งส่วนใหญ่เรายังคงอาศัย
อีเธอร์และโคลโรฟอร์มเช่นที่ได้ใช้มา
ทุกสมัยแล้ว การที่จะเปลี่ยนเป็นวิธีทันสมัย
คือใช้แก๊ส อาจทำได้โดยไม่ยาก
แต่คงจะมีความจำกัด อยู่เพียงในโรงพยาบาล
ขนาดใหญ่ ๆ บางแห่งที่มีผู้ชำนาญครบ
ครัน โรงพยาบาลขนาดกลางและเล็ก ๆ
คงไม่อาจทำได้ ในที่เช่นนี้อีเธอร์และ
โคลโรฟอร์มคงจะอยู่ต่อไปอีก และวิธี

ทำให้สลบที่อาจจะได้อาศัยเป็นการพลิก
แพลง บ้างคงจะ เป็นการใช้ยาฉีด จำพวก
บาร์บิตูเรต เช่นตัวอย่างพื้นโทธาโลน
ยาพวกนี้มีความปลอดภัยพอใช้ ในมือของ
ผู้ชำนาญและรอบคอบ และมีวิธีการง่าย
พอที่ใคร ๆ ก็อาจใช้ได้ภายหลังการครอบ
เสี้ยสักสองสามครั้ง เราจึงมีความเห็น
ว่ายาสลบ อย่างชนิดนี้ จะมี ประโยชน์แพร่
หลายมากขึ้นในวันข้างหน้า การที่คุณ
หมอสาโรจน์ ได้ลง แรงรวบรวม เรื่องนี้มา
ประเคิมในสารศิริราชคงจะไม่เป็นการเสีย
หลายเป็นแน่

๑ มีหลายคนสังเกตว่า สองสาม
มานี้มีคนเป็นโรค “เซโครอิสิคเคอร์ไอโร
ติส” และอะไร ๆ ทำนองนั้นมากขึ้น
สงสัยว่าจะเชื้อโรคอะไรมาทำให้เกิดการ
ระบาดขึ้นกระมัง ยืนยันคุณหมอเพอง สัตย
สงวนได้ทำความกระจ่างให้แล้วว่า การ
ที่ดูเหมือน มีโรคแพร่ มากขึ้นก็ เพราะมีผู้
สนใจให้การรักษาอย่างจริงจังและได้ผล
ทำให้เกิดศรัทธา คนไข้ที่เคยทนอยู่
เฉย ๆ หรือรักษาด้วยการนวดหรือเวทย์

มันจึงมาเสนอตัวให้รักษาหลายคน เรื่อง
 เป็นทำนองเดียวกับที่เมื่อสมัยก่อนเห็นกัน
 ว่าคนไทยไม่ค่อยเป็นโรคมาเร็งและโรค
 ไข้ตั้ง เพราะไม่ค่อยมีคนโรคนั้นมา
 โรงพยาบาล จนกระทั่งเมื่อได้มีการตัด
 ไข้ตั้งที่หนึ่งเป็น คอชศาสตร์อาจารย์ทำเอง
 และทั้งหมอและนักเรียนแพทย์ต้องแตก
 ค้นไปทุกอันเป็นการใหญ่ ตกมาสมัย
 “โรคมาเร็ง” จนกระทั่งแพทย์ประจำ
 บ้านเป็นผู้ทำ และแม้นักเรียนก็ชักจะค
 ถูกเขาว่าเป็นเรื่องสามัญเสียจริง ๆ เรา
 หวังใจว่า คุณ หมอ เพ็ญ ใน บ้าน ที่ เป็น
 อาจารย์ที่คิดจะพยายามปลุกฝังความสน
 ใจในเรื่องโรคข้อและกระดูกแก่ศิษย์ของ
 ท่านอย่างได้ผล ให้ “มีโรคเหล่านี้มาก
 ขึ้น” ในสมัยต่อไป ซึ่งนอกจากจะช่วยให้
 คนไข้ฟื้นความทรมาณแล้วยังจะช่วยรักษา
 หรือเชยิบรรเทาเกียรติของแพทย์ สัมกับ
 ที่ท่านตั้งใจ เท่าที่ท่านได้พยายามเขียน
 เรื่อง “โรคข้อ” ครั้นอย่างละเอียด
 ละออที่สุด ก็ทำให้เราต้องเป็นหนี้ท่าน
 มากอยู่แล้ว เราหวังว่าคงจะได้รับวิทยา
 าทานจากท่านอีกในวันหลัง

๑ แผนกย่อยเอกสารของเราคงคึกคัก
 ตามเคย ผู้ย่อยของท่านมีเรื่องลงคราว

เคียวถึงสองเรื่อง ที่เป็นเช่นนี้มีไ้เพราะ
 เราหมกมุ่นติดค แต่เป็นเพราะท่านเหล่า
 นนเออเพอมากเป็นพิเศษ บางท่านสั่งให้
 ที่เคียวตงสเรอง ถ้าเราจะขยักไว้แล้ว
 ปล่อยออกทีละเรื่องก็อาจจจะล่าช้าไป คราว
 นจึงปล่อยค้อออกมาเสียข้าง นำสั่งเกดว่า
 สองสามเดือนมานเราไม่นักย่อยหน้าใหม่ ๆ
 ปรวกฎออกมาอีกหลายท่าน เป็นลางค้ว่า
 ชาวศิริราชช้จะ “ออกสนก” กันในเรื่อง
 นชนแล้ว เราหวังว่าค้อไปจะมีย่อยเอกสาร
 ใ้ใ้มากยิ่งขึ้นกว่าเคียวนชนไปอีก

๑ เราเชื่อว่าท่านสมาชิกคงไม่คิดว่า
 เราเอาเปรียบ ที่ในยทสามนย่อย ๆ ที่
 สารศิริราชฉบับหนึ่งมีเรื่องวิชาการเพียง
 สองเรื่อง เพราะเราได้เกริ่นไว้แต่ต้นแล้ว
 ว่า เราต้องถ้อเอาหน้ากระดาษเป็นสำคัญ
 จะถ้อจำนวนเรื่องไม่ได้แน่ และเท่าที่ปฏิบัติ
 มาแล้วเราก็ได้พยายามบรรจเรื่องลงเล่ม
 ด้วยความเพ่งเล็งถึง ประโยชน์ของท่านผู้
 อ่านเป็นใหญ่ ค้เลือกเรื่องให้ใ้ค้ลย่ทง
 ในแง่ความยาวและความน่าสนใจ มิใ้
 เพียงแต่ใ้ล่งใ้ใ้ใ้ใ้ใ้ใ้ใ้ และทกๆ
 เรื่องก็ได้พยายามขอร้องท่านผู้เขียนใ้จำ
 กัดถ้อยคำสำนวนอย่างข้ง เพื่อมิใ้ใ้ใ้ใ้
 เนอที่โดยไม่จำเป็น เราหวังว่าใ้ใ้ใ้ใ้

คาดกันทำนองนั้นเรื่อย ๆ ไป เราจะได้มี “ภาษาวิชาการ” ขึ้นแตกต่างไปจากภาษาธรรมดา เพราะในวิชาการนั้นเราต้องการความแม่นยำและรัดกุมมากกว่าความประคัยประคาศ การเขียนอย่างคร่าว ๆ อ่านได้สองนัยก็ดี หรือขยายความให้ยืดเยื้อก็ดี หรือให้น้ำหนักเกินหลักฐานก็ดีเป็นตัวอย่างที่ไม่ต้องการในภาษาวิชาการ เราหวังว่านักศึกษาคึกคักในการเขียนคงจะได้หลักที่เป็นประโยชน์หลายประการจากการอ่านสารศิริราชนี้

๑ ในสามปีที่ล่วงไปนี้ สำหรับ “สำนักงานสารศิริราช” เวลาได้ผ่านไปรวดเร็วอย่างกับความฝัน ประเด็น ๆ ก็เดือน ประเด็น ๆ ก็ปี สารศิริราชของเราคลอเคล้าออกมาหยก ๆ บัคนไต่สามขอบเต็มแล้ว มิวแต่รุ่นประคัยประคองเพียงให้ตั้งตัวมาได้ก็หมดเวลา ยังมีโอกาสน้อยเต็มทีสำหรับการปรับปรุงตนแต่ง ถึงแม้ว่าสารศิริราชในบั้นสามหน้าตาจะแตกต่าง

ต่างจากในบั้นหนึ่งไม่น้อย แต่ก็ต้องนับว่าเป็นการโตขึ้นตามกาลเวลาเท่านั้น มิได้รับการปรนเปรอเป็นพิเศษอย่างใดมากนัก อย่างไรก็ตาม “สำนักงานสารศิริราช” ยังมีความตั้งใจที่จะปรับปรุงต่อไปอีกมาก และยังมีความหวังว่าจะทำสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมมือที่ได้รับจากชาวศิริราชหน้าใหม่ ๆ ได้ทำให้มีความมั่นใจให้เป็นอย่างยิ่ง และทำให้มีความหวังว่าไม่เพียงแต่สารศิริราชจะยังยืนอยู่ต่อไปอีกนานสำหรับเผยแพร่วิทยากรแก่ท่านที่สนใจโดยทั่วไป แต่ถึงแม้เมื่อชาวคณะ “สำนักงานสารศิริราช” รุ่นปัจจุบันผ่านพ้นไปแล้ว ตามอายุขัย ผลของงานที่ได้ให้ด้วยความสนใจไว้ในหมู่ชาวศิริราชรุ่นใหม่ ๆ ก็คงจะงอกงาม ยังให้มี “สำนักงานสารศิริราช” ที่กระชุ่มกระชวยกระฉับกระเฉงขนมารับงานต่อไปอีกอย่างไม่มีวันสะดุดหรือสะดุดเลย.