



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๓๕

Volume 4, Number 8, August 1952.

การศึกษาทางวิทยาศาสตร์ : การศึกษากล้ามเนื้อปาลมาริสอนยาวในคนไทย-จีน - วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.	๔๒๘
แอนูเรียหลังฉีดบิสมัทและการรักษาด้วย บี.เอ.แอล. - เฉิดฉลอง เนตรศิริ พ.บ.	๔๓๗
บทความฟื้นฟูวิชา : ดุลย์กรต-ต่าง - อวย เกตุสิงห์ พ.ด.	๔๔๔
บทบรรณาธิการ : การหนาวสั่นหลังจากฉีดน้ำเกลือ	๔๔๘
ปกิณฉกะ : ๑. สมาคมศิษย์เก่า ๒. ข่าวอาจารย์เก่า ๓. ข่าวอาจารย์ปัจจุบัน ๔. ข่าวตัวน	๔๖๕
หน้าสำหรับนิสิต : หวัดหน้าฝน	๔๗๖

ย่อเอกสาร ข่าว ศิษย์เก่า บันทึกท้ายสมุด

ANATOMICAL STUDIES: THE PALMARIS LONGUS IN SIAMESE AND CHINESE

Vichien Diloksambhandh, M. B. 436

ACUTE ANURIA FOLLOWING BISMUTH INJECTION - Cherd-Chalong Netrasiri, M.B. .. 443

REFRESHER COURSE: ACID-BASE EQUILIBRIUM - Ouay Ketusingh, M. D. 444

EDITORIAL: CHILL FOLLOWING SALINE INFUSION 449

MISCELLANY: 1. ALUMNI ASSOCIATION 2. FORMER PROFESSORS 3. TEACHER

ON TOUR 4. LATE NEWS 464

ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(* With English abstracts.)

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล เจ้าของ :: อวย เกตุสิงห์ พ.ด. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา :: วิจิตร เจริญดี ผู้จัดการ
สำนักงาน แผนกศิริวิทยาศิริราชพยาบาล :: ฉบับละ บาท ทั้งปี (12 เล่ม) บาท ค่าส่งต่างประเทศ ::

Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok.

Editor: O. Ketusingh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (2 Nos.): Bahts. Postage extra.



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๔๗๕ | Volume 4, Number 8, August 1952.

การศึกษากายวิภาคศาสตร์

การศึกษากล้ามเนื้อปาลมาร์ลันยาวในคนไทย-จีน

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์

พ. บ.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

กล้ามเนื้อปาลมาร์ลันยาว (M. *Palmaris longus*) เป็นกล้ามเนื้อที่มีลักษณะแตกต่างไ้มากที่สุด, เนื่องจากเป็นกล้ามเนื้อพวก ทำหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อคนน้อยเข้า. กล้ามเนื้อนี้รวมกับแผ่นพังผืดปาลมาร์ (palmar aponeurosis) แทนส่วนต้นของกล้ามเนื้อข้อมือ ซึ่งพบในสัตว์ชั้นต่ำ.

ในพวกสัตว์ที่มีกระดูกสันหลัง, คงมีกล้ามเนื้อเฉพาะในสัตว์มีนมเท่านั้น, แต่ไม่พบเสมอไป. เช่นพวก *edentate*

(Windle and Parsons, 1899) อาจมีหรือไม่มีกล้ามเนื้อประมาณเท่า ๆ กัน. แต่พบกล้ามเนื้อเสมอ ในพวกเคี้ยวเอื้อง (ruminant), หนังกหนา (pachy derm), พวกฟันแทะ (rodents) และพวกกินเนื้อ (carnivora). โดยทั่ว ๆ ไปแล้วกล่าวได้ว่ากล้ามเนื้อปาลมาร์ลันยาวเจริญมากในแขนก่อนปลาย (forearm) ที่ใช้รับน้ำหนักหรือทำงานมาก, และอาจเจริญมากจนเปรียบได้กับกล้ามเนื้อแอสโตรอคนีเมียลของขา.

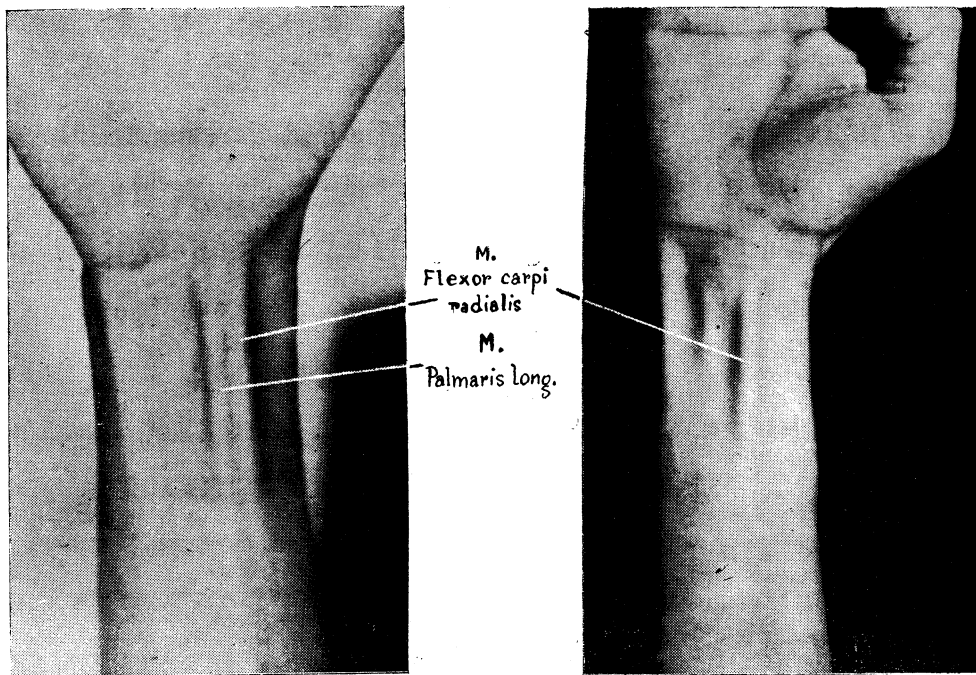
ในพวก primate, กล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาวพบในพวกชั้นต่ำ; ในพวกลิงชั้นสูง, กล้ามเนื้อจะหายไป. กล้ามเนื้อนี้เจริญดีและพบได้เสมอในลิงอูรังอุตัง; แต่ในพวกชะนีและชิมแปนซีอาจไม่พบในบางราย (Kohlebrugge, 1897; Keith, 1899), และลิงบางพวกไม่มีกล้ามเนื้อเลย. เช่นกอริลล่า.

ถ้ากล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาวนี้เจริญดีแล้ว, กล้ามเนื้อของนิ้วมือกล้ามเนื้อ (M. Flexor digitorum sublimis) จะมีขนาดเล็กกลางและไม่เจริญ. ตรงกันข้าม,

ในพวกซึ่งมีกล้ามเนื้อองนิ้วมือกล้ามเนื้อเจริญดี, กล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาวจะเล็กกลางและไม่เจริญ, และยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะต่าง ๆ ของกล้ามเนื้อนี้อาจหายไปเลยก็ได้. ในคนที่ไม่ม่กล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาว, ประสาทมีเดียน (Median.) จะปรากฏอยู่ที่นิ้วหัวแม่มือ. ฉะนั้นข้อนี้จึงมีความสำคัญเกี่ยวกับศัลยกรรมบริเวณข้อมือด้วย.

วิธีศึกษา

การศึกษาทำได้ทำในศพที่ใช้สอนนักศึกษาบทหนึ่ง, แผนกกายวิภาคศาสตร์



รูป ๑. แขนที่มีกล้ามเนื้อและไม่ม่กล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาว

คณะแพทยศาสตร์ และศิริราช พยาบาล,
เป็นจำนวน ๔๒ ศพ, ชาย ๒๑, หญิง ๒๑,
และเพิ่มเติมโดย ตรวจ นักศึกษา, แพทย์
และพนักงานในแผนกกายวิภาคศาสตร์อีก
มีจำนวนรวม ๓๐๘ คน, เป็นชาย ๒๒๗ คน
หญิง ๘๑ คน (รูป ๑). นอกจากพบตาม

ปรกติแล้วคงได้ ลักษณะ แตกต่าง จำแนก
ออกได้ดังนี้ คือ: ไม่มีกล้ามเนื้อปาลมาร์ลิส
อันยาวเลย, ตำแหน่งและรูปร่างผิดปกติ,
ผิดปกติเฉพาะในที่เกาะ ต้นและที่ เกาะปลาย,
กล้ามเนื้อแยกเป็น ๒ อัน, มีพังศหรือเอ็น
เกิดขึ้นแทนที่เมื่อกกล้ามเนื้อหายไ้.

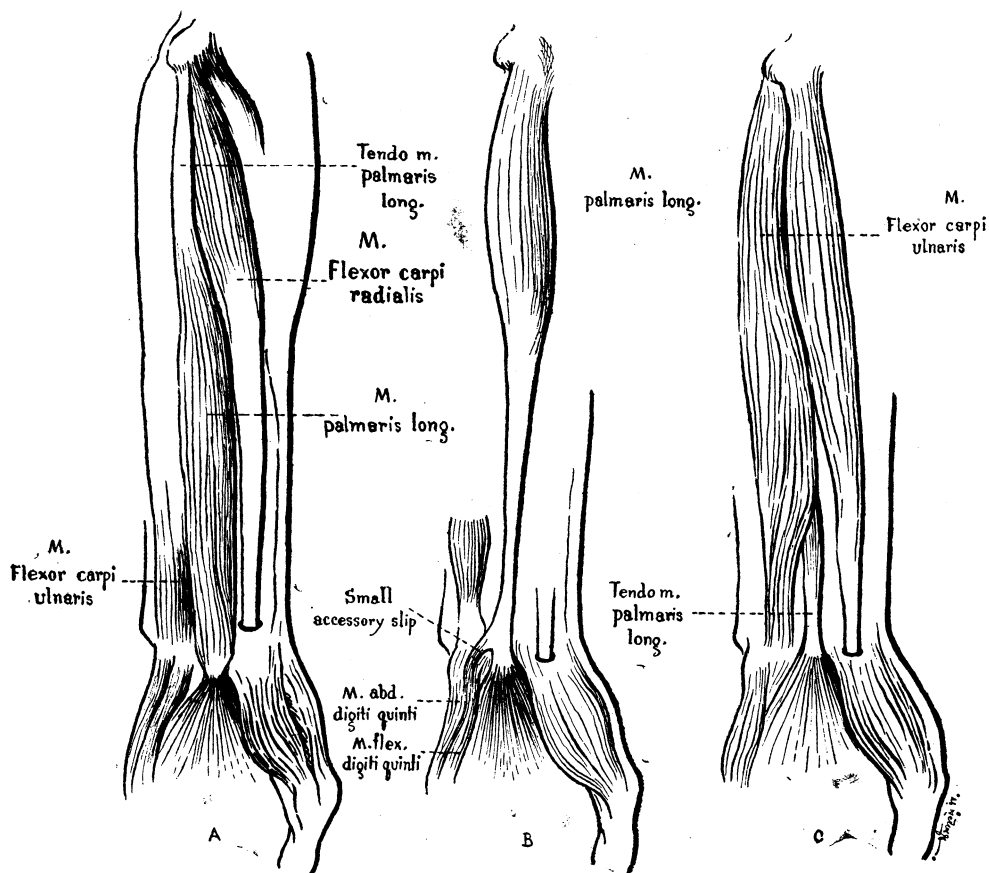


FIG. 2 A. Palmaris With Distally Placed Muscle Belly
B. Palmaris With Small Accessory Slip
C. Palmaris Arising From Flexor Carpi Ulnaris Muscle

ตาราง 1 แสดงรายการที่ไม่ม่กล่ามเนอปลาตมาริสอันยาว

ศึกษาจาก	ไม่ม่กล่ามเนอ	เพศชาย จำนวน.....คน	เพศหญิง จำนวน.....คน	รวมทั้ง 2 เพศ จำนวน.....คน
ศพ	ทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาข้างเดียว ข้างซ้ายข้างเดียว	3 1 0	0 0 0	3 1 0
คน	ทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาข้างเดียว ข้างซ้ายข้างเดียว	9 5 8	1 2 2	10 7 10

ตาราง 2. เปรียบเทียบผลกบัพทพยในชาติอื่น

ผู้ตรวจค้น	จำนวนแขนที่ไม่ม่กล่ามเนอ	เปอร์เซ็นต์
Adachi (1999) (ญี่ปุ่น)	30 ใน 884 แขน	4.3
Nakano (1923) (จีน)	2 ,, 95 ,,	2.1
ผู้รายงาน.....จากศพ	7 ,, 88 ,,	8.33
จากคนเขีน	37 ,, 616 ,,	6.17
รวม	44 ,, 700 ,,	6.29
รวมในภาคเอเชีย	76 ,, 1679 ,,	4.53
Reimann et al (1944) (ผิวขาวและนิโกร)	205 ,, 1600 ,,	12.8
Gruber (1872)	178 ,, 1400 ,,	12.7
Schwalbe & Pfitzner (1899)	106 ,, 520 ,,	20.4
Le Double (1897)	91 ,, 520 ,,	17.5
รวมในภาคยุโรปและอเมริกา	580 ,, 4040 ,,	14.3

จากตารางที่ 2 เห็นได้ว่าคนในภาคเอเชียมีเปอร์เซ็นต์ที่ไม่มิกัดล้มเนอปลาตมาริสอันยวน้อยกว่าพวกยุโรปและอเมริกัน.

ตาราง 3. แสดงจำนวนคนที่ไม่มีกัดล้มเนอ, เกยวกับข้างของร่างกาย

ผู้ตรวจค้น	จำนวนทั้งหมด (คน)	ไม่มีทั้ง 2 ข้าง		ไม่มีข้างขวา ข้างเดียว		ไม่มีข้างซ้าย ข้างเดียว	
		จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%
Reimann et al	362	30	8.3	17	4.7	13	3.6
Gruble	400	40	10.0	4	1.0	16	4.0
Le Double	260	27	10.4	15	5.8	22	8.4
รวมผลของต่าง ประเทศ	1022	97	9.5	36	3.5	51	5.0
ผู้รายงาน ศพ คนเป็น รวม	42	3	7.14	1	2.38	—	—
	308	10	3.25	7	2.27	10	3.25
	350	13	3.7	8	2.3	10	2.86

ตาราง 4. แสดงการไม่มีกัดล้มเนอสัมพันธ์กับข้างของร่างกาย

ผู้ตรวจค้น	จำนวนแขนที่ตรวจค้น	จำนวนแขนที่ไม่มีกัดล้มเนอ	
		ข้างขวา	ข้างซ้าย
Reimann et al (1944)	1202	76	70
Gruber (1872)	1400	78	100
Le Double (1897)	520	42	49
รวมผลของต่างประเทศ	3122	196	219
ผู้รายงาน	700	21	23

จากผลรวมของต่างประเทศพบว่าไม่มีกัดล้มเนอปลาตมาริสอันยวที่ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาเล็กน้อย. จากผลของการศึกษาของผู้รายงานก็ได้ผลเช่นเดียวกัน.

ลักษณะแตกต่างในรูปร่าง

ตามปกติ, ส่วนที่เป็นเนื้อของกล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาว, อยู่ที่ส่วนต้นของแขนก่อนปลาย (forearm). ในการศึกษาใน ๔๒ ศพ มี ๑ ราย, เป็นเพศชาย, ข้างซ้าย, ที่ส่วนต้นของกล้ามเนื้อเป็นเอ็นกลมเล็กยาว (รูป 2 A.). เอ็นนี้มาเกาะต้นจากปุ่มใกล้กลาง (medial epicondyle) ของกระดูกต้นแขน, แล้วจึงเป็นส่วนเนื้อที่ประมาณส่วนล่าง ๒/๓ ของปลายแขน, และส่วนกล้ามเนื้อเมื่อจวนจะถึงขอกของเอ็นแผ่นปาลมาริสกลายเป็นเอ็นกลมขนาดเล็กและสั้นไปเกาะที่ขอกของเอ็นแผ่นปาลมาริส (รูป 2 A.).

จากรายงานของ Reimann และคณะ (1944) พบว่าการผิดลักษณะในรูปร่างนี้มีได้หลายชนิด, เช่นส่วนกล้ามเนื้ออยู่ตรงกลาง, อยู่ตรงปลายหรือเป็น digastric type, และอาจจะเป็นส่วนเอ็นหรือส่วนกล้ามเนื้อแยกเป็น ๒ อันก็ได้. การผิดลักษณะ ในรูปร่างนี้ ตามรายงานมีทั้งหมด ๔๖ แขน ในการตรวจศพ ๑๖๐๐ แขน.

ลักษณะแตกต่างในที่เกาะ

ใน ๔๒ ศพที่ตรวจ มี ๑ ราย, เพศหญิง, เป็นทั้ง ๒ ข้าง, มีเป็นเอ็นกลมชั้น

เล็ก ๆ แยกออกจากกล้ามเนื้อ เฟล็กเซอร์คาร์ปัลไปอัสนาริส, ที่ประมาณส่วนล่าง ๑/๔ ของปลายแขน (รูป 2 C.) แล้วเอ็นไปเกาะที่ขอกของเอ็นแผ่นปาลมาริส. ในรายนี้ตัวกล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาวไม่มี, เอ็นที่แยกออกจากกล้ามเนื้อ เฟล็กเซอร์คาร์ปัลไปอัสนาริสจึงแทนกล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาว.

จาก Reimann และคณะ (๑๙๔๔) พบว่าที่เกาะต้นและเกาะปลาย ของกล้ามเนื้อชนิดที่ไปได้มาก ๆ. ที่พบได้บ่อยคือ มีที่เกาะต้น จากกล้ามเนื้อ เฟล็กเซอร์คิโดรุ่มสับลิมีส (M. Flex. digitorum sublimis), และที่เกาะปลายที่กระดูกฮาเมต (Hamate bone), แต่ที่พบทั้งหมดเพียง ๓ ใน ๑๖๐๐ แขน. ที่เกาะต้นผิดที่ตามรายงานไม่มีในรายงานของ Reimann.

มีชั้นเพิ่มเติม (Accessory slip)

ในศพที่ตรวจ, มี ๑ ราย, เพศชาย, ที่แขนข้างซ้าย, ซึ่งมีชั้นเพิ่มเติม. เป็นเอ็นกลมเล็ก ๆ แยกจากส่วนล่างของเอ็นของกล้ามเนื้อปาลมาริสอันยาวปกติ, ไปประสานกับที่เกาะต้นของกล้ามเนื้อออบlique -

กัศเคอร์คิทิมินิมิ (M. Abductor digiti-
minimi) (รูป ๒ B).

ข้าง เหล่านี้พบใน แขนขวา มากกว่าแขน
ซ้าย (๒๘: ๑๘)

สรุป

ในการศึกษาแขนศัพ ๘๔ แขน, และ
นักศึกษาแพทย์, แพทย์อีก ๖๑๖ แขน,
ปรากฏว่าไม่มีกล้ามเนื้อปาลมาริส อันยาว
๖.๒๕%. ไม่มีกล้ามเนื้อทั้ง ๒ ข้างพบ
มากกว่าไม่มีกล้ามเนื้อในข้างใดข้างหนึ่ง
ข้างเดียว. จำนวนที่พบไม่มีกล้ามเนื้อ
ทั้งสองข้าง, ไม่มีเพียงข้างขวา, และ
ไม่มีเพียงข้างซ้าย, คิดเป็นเรโซตาม
ลำดับได้ดังนี้ ๑๓: ๘: ๑๐. กล้ามเนื้อ
ไม่มีในแขนข้างซ้ายมากกว่าใน แขนข้าง
ขวา, คิดได้ ๒๓: ๒๑, ซึ่งได้ผลใกล้เคียง
กับของชาวยุโรปและอเมริกา.

ลักษณะแตกต่างอย่างอื่น, คือลักษณะ
แตกต่างในรูปร่าง, พบ ๑ ราย, แขน
ซ้าย; มีชั้นเพิ่มเติม, แขนซ้าย, ๑ ราย;
และแตกต่างในที่เกาะ, มี ๑ ราย, พบทั้ง
๒ แขน. ลักษณะแตกต่างเหล่านี้ (นอก
จากการไม่มีกล้ามเนื้อ) มีในแขนซ้าย
มากกว่าในแขนขวา; แต่ Reimann
และคณะ (๑๙๔๔) พบว่าลักษณะแตก

ท้ายสุดนี้ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์ สุต
แสงวิเชียร, หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์, ซึ่งได้
ให้ความช่วยเหลือ, แนะนำและถ่ายภาพบันทึกให้ราย
งานนี้สมบูรณ์ขึ้น. และขอขอบคุณ น.ศ.พ. นันทวัน
พรหมผลินซึ่งช่วยเขียนภาพ.

เอกสาร

Reimann et al, 1944. The Palmaris Longus Muscle and Tendon. Anat. Rec. v. 89, pp. 495-505

Boyce, T.H., 1923. Quain's Elements of Anatomy, 11 th ed. Longmans and Green, London.

Gruber, W., 1873. Beobachtungen aus der Menschlichen und Vergleichenden Anatomie (From Reimann et al, 1944).

Le Double, A.F., 1897. Traite des Variations du System Musculaire de l' Homme (From Reimann et al 1943).

Nakano, T., 1923. Beitrage zur Anatomie der Chinesen. Die Statistik der Muskelvarietaten. Folia Anat. jap., vol. I, pp. 273-382.

Schwalbe, G., und W. P. Fitzner 1899. Varietaeten Statistik und Anthropologie. Morph. Arbeit., Bd. 3, S. 459-490. (from Reimann et al, 1944).

Thomson J.W. et al , 1922. Heridity and Racial Variation in the Musculus Palmaris Longus. Am. J. Phys. Anthropol., v. 4, pp. 202-218.

(Abstract of the preceding Report)

Anatomical Studies

THE PALMARIS LONGUS IN SIAMESE AND CHINESE

Vichien Diloksambhandh

M.B.

(Dept. of Anatomy)

A study in 42 cadavers, Siamese and Chinese, and 308 doctors and medical students, comprising in all 248 males and 102 females, revealed an incidence of 6.29 per cent for total absence of the palmaris longus in the 700 arms. The ratio "absence in both arms" to "absence only in the right arm" to "absence only in the left arm" was found to be 13:8:10. Absence in the left arm only was more frequent than that in the right arm only;

the ratio being as 23:21, which is near that found for Europeans and Americans.

Other variations encountered included 1 instance (left arm) of tendinous development on the proximal end; one instance of accessory slip (left arm); and one instance of unusual insertion (both arms). The left arm thus showed variations more frequently than the right.

(Seven references. Two figures)

พยายาลฉลาด

มารดาคนไข้ (พุคกัษหัวหน้าพยายาล): นี้ทำไมหล่อนถึงไล่คนไข้ของฉันไม่ให้อยู่
เป็นเพื่อนลูกของฉันล่ะยะ ถอดียังไงกัน.

พยายาล: ก็ฉันไม่ไล่ไล่, แต่ได้บอกให้ทราบว่า อยู่เป็นเพื่อนได้คนเดียวเท่านั้น.

มารดาคนไข้: ก็ทำไมที่ตกโน้นท่านของฉันถึงมีคนมาเฝ้าอยู่ได้ทั้งแปดเก้าคนล่ะยะ

พยายาล: คงจะเป็นเพราะคนละตักสี่ตะ ตักคนมระเขยขให้อยู่ได้เพียงคนเดียว
เท่านั้น นอกจากท่านหัวหน้าแผนจะอนุญาตเป็นพิเศษ. สวัสดิ์.

(เรื่องจริง)

แอนนุยเรียหลังฉีดบีลัม

และ

การรักษาด้วย บี. เอ. แอล.

รายงานผู้ช่วย ๑ ราย

เนติฉลอง เนตรศิริ

พ. บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

การฉีดบีลัมสำหรับรักษาโรคในเด็ก
นั้นนิยมใช้กันน้อย. เมื่อสมัยก่อนมี
เพนิซิลลิน, แผนกกุมารเวชศาสตร์, ร.พ.
ศิริราช, ได้รักษาฟิลีสแต่กำเนิดด้วย
การฉีดบีลัมควบกับสารหนูอย่าง, โดย
ให้ขนาดครั้งละ ๒ มิลลิกรัมต่อหน้าหนักตัว
๑ กิโลกรัม, ๑-๒ ครั้งใน ๑ สัปดาห์.
บีลัมที่ใช้เป็นชนิดที่ละลายในน้ำมัน.
ไม่เคยสังเกตเห็นอาการเป็นพิษรุนแรงแต่
อย่างไร. ผู้ช่วยที่รายงานนี้เป็นรายแรก
ของแผนกที่แสดงอาการเป็นพิษจากบีลัม
อย่างหนัก.

รายงานผู้ช่วย

ประวัติ. เด็กชายไทยอายุ ๕ ปี ๘ เดือน.
รับไว้ในแผนก กุมารเวชศาสตร์ วันที่ ๗

มิถุนายน ๒๕๕๕, เลขที่ภายใน ๕๕๖๐.
๕๕. มีอาการสำคัญคือไม่ถ่ายขี้สวาระ
มา ๕ วัน. เดิมที่เด็กคนนี้แข็งแรงสบาย
ดี. ประมาณ ๓-๔ เดือนก่อนมา ร.พ.
ได้มีเม็ดหนองเม็ดเล็กๆ เกิดขึ้นที่ขาซ้าย.
ขึ้นที่ละ ๓-๕ เม็ด. เป็นๆ หายๆ เรื่อย
มา. เพื่อจะรักษาเม็ดหนองนี้เมื่อ ๕ วัน
ก่อนมา ร.พ., รว ๘ น., ได้รับการฉีด
ไอโอบิสมอล (Thio-Bismol) ๑.๕ เกรน
เข้ากล้ามเนื้อ. ๔ ชม. ต่อมาเริ่มคลื่น
ไส้และอาเจียน. วันนั้นเด็กอาเจียนประ
มาณสิบครั้ง. ๒ วันต่อมาสังเกตเห็นว่า
ขวมทั้งตัวและมีไข้. อาเจียนมากขึ้น. กิน
อาหารไม่ได้. ตั้งแต่ฉีดยาจนถึงเมื่อมา
ร.พ., ซึ่งรวมเป็นเวลา ๕ วัน, เด็กไม่
ถ่ายขี้สวาระเลย.

อาการเมื่อแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๗° ซ. ซีฟพร ๑๐๘/นาท. หายใจ ๒๖/นาท. แรงดันเลือด ๑๑๐/๗๒. เด็กเพลียและซึม. นอนนิ่งและหลังเท้าทั้งสองข้างขวมเห็นชัด. ปอดและหัวใจปรกติ. ท้องอืดพอประมาณ. ทับพอกดำได้.

การวินิจฉัย แอนบูเรียเพราะบิสมีท

การดำเนินโรค

๔ มิ.ย. ใช้สูงสุด ๓๘.๘. ซีฟพร ๑๒๖ เบา. ซึมและขวม. ทับดำได้ ๑ นิ้วฟุต. ความดันเลือด ๑๑๐/๗๐. บัสสาวะ ๒ ล.ซม. แอลบิวมิน ++. เม็ดเลือดแดง ++. เม็ดเลือดขาว ๘-๑๐/H.D. อำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ ๒๖.๓ เปอร์เซนต์ปริมาตร. ถ่ายเลือด ๓๐๐ ล.ซม.

๕ มิ.ย. ใช้สูงสุด ๓๘.๓. ซีฟพร ๑๒๖ เขามาก. ซึมและขวมมากขึ้น. ทับดำได้ ๑ ๑/๒ นิ้วฟุต, กดเจ็บ. ความดันเลือด ๑๒๔/๑๐๒. บัสสาวะ ๒ ล.ซม. แอลบิวมิน +. เม็ดเลือดแดง ๔-๕/H.D. เม็ดเลือดขาว ๖/H.D. อัตราเลือดคนนอนกัน ๕๕ มม./ซ.ม.

เริ่มให้ BAL เวลา ๑๐ น.

๑๐ มิ.ย. ใช้สูงสุด ๓๗.๕. ซีฟพร ๑๒๐ เบา. ซึมมาก. ขวมและทับเท้าเดิม. ความดันเลือด ๑๒๔/๑๐๖. บัสสาวะไม่มี.

๑๑ มิ.ย. ใช้สูงสุด ๓๘.๑. ซีฟพร ๑๒๐ เบา. ซึมมาก. ขวมและทับเท้าเดิม. ความดันเลือด ๑๒๐/๑๑๐. บัสสาวะ ๑๐ ล.ซม. แอลบิวมิน ++. เม็ดเลือดแดงไม่พบ. เม็ดเลือดขาว ๑-๒/H.D. N.P.N. ๑๗๑.๒ มก., ยูเรีย ๑๕๕.๘ มก., เคราตินีน ๖ มก., เซรุ่มแอลบิวมิน ๔.๗ ก., เซรุ่มกลีโบลิน ๒.๕ ก. คอ ๑๐๐ ล.ซม. อำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ ๒๘.๒ เปอร์เซนต์ปริมาตร. ถ่ายเลือด ๓๐๐ ล.ซม.

๑๒ มิ.ย. ใช้สูงสุด ๓๗.๕. ซีฟพร ๕๕ เขามาก. ขวมและทับคางเดิม. ความดันเลือด ๑๓๒/๑๒๐. บัสสาวะ ๔๐ ล.ซม. (ถ่ายรคข้าง). แอลบิวมิน ++. เม็ดเลือดแดงไม่พบ. เม็ดเลือดขาว ๑/H.D.

๑๓ มิ.ย. ใช้สูงสุด ๓๗.๔. ซีฟพร ๕๖ เบา. ซึมมากขึ้น. ขวมและทับเท้าเดิม. ความดันเลือด ๑๓๒/๑๑๐.

บัสสาวะ ๔๕ ล. ชม. (ถ่ายรคข้าง). ถ.พ. ๑.๐๑๕. แอลบิวมิน ++. เม็ดเลือดแดงไม่พบบ. เม็ดเลือดขาว ๑-๒/H.D. N.P.N. ๒๐๐ มก., ยูเรีย ๑๕๕.๘ มก., โซเดียมคลอไรด์ ๔๐๐ มก., แคลเซียม ๘.๒ มก. ค่า ๑๐๐ ล. ชม.

๑๔ มิ.ย. ใช้สังสุก ๓๗.๒. ซีพีพร ๑๐๑ เบา. ชม. ขวมมากจน. ความดันเลือด ๑๒๒/๑๐๘. บัสสาวะ ๓๐๐ ล. ชม. (ถ่ายรคข้าง). ถ.พ. ๑.๐๐๘. แอลบิวมิน +. เม็ดเลือดแดงไม่พบบ. เม็ดเลือดขาว ๑/H.D. N.P.N. ๒๐๐ มก., ยูเรีย ๒๒๘.๔ มก., เคราตินีน ๖.๖ มก., โซเดียมคลอไรด์ ๔๕๐ มก. ถ่ายเลือด ๓๐๐ ล. ชม.

๑๕ มิ.ย. ใช้สังสุก ๓๗.๐. ซีพีพร ๕๕. อาการทั่วไปเริ่มดีขึ้น. ความดันเลือด ๑๒๒/๑๐๖. บัสสาวะ ๖๐๐ ล. ชม. (ถ่ายรคข้าง). ถ.พ. ๑.๐๐๗. แอลบิวมิน +. เม็ดเลือดแดงและขาวไม่พบบ.

หยุด BAL วันนั้น.

๑๗ มิ.ย. ใช้สังสุก ๓๗.๖. ซีพีพร ๑๐๗. ชม่น้อยลง. ขวมขมมาก. คับคั่งได้ ๑ นิ้วฟุต, กดเจ็บเล็กน้อย. ความ

ดันเลือด ๑๒๒/๑๑๐. บัสสาวะ ๕๕๐ ล. ชม. (ถ่ายรคข้าง). ถ.พ. ๑.๐๐๘. แอลบิวมิน +. เม็ดเลือดแดงและขาวไม่พบบ. N.P.N. ๑๗๑.๒ มก., ยูเรีย ๑๘๖ มก., เคราตินีน ๕ มก. ค่า ๑๐๐ ล. ชม.

๑๘ มิ.ย. ใช้สังสุก ๓๗.๓. ซีพีพร ๑๐๒. ชม่น้อย. ขวมขม. ความดันเลือด ๑๐๒/๘๔. บัสสาวะ ๗๕๐ ล. ชม. (ถ่ายรคข้าง). ถ.พ. ๑.๐๐๘. แอลบิวมินพอตรวจพบบ. เม็ดเลือดแดงและขาวไม่พบบ. N.P.N. ๑๓๖.๘ มก., ยูเรีย ๑๖๘ มก., เคราตินีน ๓.๘ มก., โคลเลสเตอรอล ๘๐ มก. ค่า ๑๐๐ ล. ชม.

๒๒ มิ.ย. ใช้สังสุก ๓๗.๖. ซีพีพร ๑๐๗. หายชม. หายขวม. ความดันเลือด ๙๖/๗๐. บัสสาวะ ๑๐๐๐ ล. ชม. (ถ่ายรคข้าง). ถ.พ. ๑.๐๐๗. แอลบิวมินพอพบบ. เม็ดเลือดไม่พบบ. N.P.N. ๗๕ มก., ยูเรีย ๑๐๘ มก., เคราตินีน ๒.๑ มก., โคลเลสเตอรอล ๑๑๘ มก., ค่า ๑๐๐ ล. ชม. อำนวยการจับคาร์บอนไดออกไซด์ ๓๖.๕ เปอร์เซนต์ปริมาตร.

ท้วยความระมัดระวัง. เฉพาะอย่างยิ่งชนิดที่ละลายในน้ำเป็นพิษมากกว่าชนิดที่ละลายในน้ำมัน.

อาการสำคัญของผู้ป่วยคือ คลื่นไส้, อาเจียน, และแอนนุเรียทันที. ในวันแรกๆ ผู้ป่วยยังคงแข็งแรงคืออยู่; แต่ตอนหลังเพ็ล็ดลง, ชั่ม, บวม, ซัฟรเบอเร็ว, E.S.R. ตกเร็ว. มีอาการขี้เมื่อย. มีการคั่งของ N.P.N. แรงคั้นเลือดสูง, และมีแอสโตสิสเกิดขึ้น

สำหรับการรักษานั้นใน๒วันแรกได้ฉีคน้ำเกลือและกลูโคสเข้าเส้น. ให้โซเดียมไบคาร์บอเนต และทำการถ่ายเลือด. อาการไม่ดีขึ้น. วันที่ ๓ จึงตั้งต้นให้ BAL. ขนาดของ BAL หรือไดเมอร์แคปโพล (Dimercaprol), ที่ใช้คือ: ฉีคเข้าเนอกลั่มครึ่งละ ๓๓ มก. วันแรกฉีค ๔ ครั้ง วันที่ ๒, ๓, และ ๔, วันละ ๒ ครั้ง, และวันที่ ๕ และ ๖ วันละครั้ง. พร้อมกันนี้ได้ทำการถ่ายเลือดทุกสามวัน, และให้กลูโคส ๕๐% ๕๐ ล.ซม. เข้าเส้นทุกวัน. วันรุ่งขึ้นจากเริ่ม BAL, ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้ ๒๐ ล.ซม. วันที่ ๒ และ ๓ ถ่าย ๔๐ และ ๔๕ ล.ซม. ตามลำดับ. วันที่ ๔ ถ่าย ๓๐๐ ล.ซม. และวันที่ ๕ ถ่าย ๖๒๐ ล.ซม. ในวันที่ ๕ หลัง

จากให้ BAL, N.P.N. ในเลือดยังสูงถึง ๒๐๐ มก.%. อีก ๓ วันต่อมาจึงเริ่มลด, และถึงระดับปกติ ๗ วันภายหลัง. เป็นที่สังเกตว่าแม้ในตอนแรก ๆ ที่เริ่มฟื้นแต่ยังถ่ายปัสสาวะน้อยอยู่นั้น, ฉ.พ. ปัสสาวะก็ดำ, แสดงว่าไตเสียอำนาจถ่ายปัสสาวะเข้มนไปมาก.

ผลที่ได้ในผู้ป่วยรายนี้เราไม่ยืนยันแน่นอนว่าเป็นเพราะ BAL อย่างเดียว, เพราะเยอบทวยลของไตนั้นสามารถจะกำเนิดใหม่ได้ง่าย. ฉะนั้นถ้าประคัษประคองชีวิตผู้ป่วยไว้ได้นานพอ, ไตอาจจะกลับทำงานได้เอง.

จากการค้นเอกสาร, ได้พบรายงานเรื่องอาการเป็นพิษจากบิสมีทซึ่งทำให้เกิดแอนนุเรียและรักษาด้วย BAL เพียงรายเดียว. อาการของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้ให้คล้ายคลึงกับรายของเรามาก. เด็กอายุ ๒ ปี ๒ เดือนได้รับการฉีคไอโอบิส-มอดเข้าเนอกลั่ม ๐.๗๕ เกรน เพื่อรักษาเนโซฟาริงส์อักเสบ และเหงือก อักเสบ. ๘ ซ.ม. ต่อมาตั้งต้นมีแอนนุเรีย. เมื่อรับไว้ในร.พ. นั้นไม่ถ่ายปัสสาวะ มาแล้ว ๕ วันครั้งและมี N.P.N. ในเลือด ๒๔๐ มก.%. ในวันที่แรก เขาได้ ฉีคและให้กิน กลูโคส,

รวมจำนวนน้ำที่ไททง หมกถึง ๒๑๒๕ ล. ชม. และให้กินโซเดียมไบคาร์บอเนต ๑ กรัมทุก ๔ ชม. อาการไม่ดีขึ้น. วันรุ่งขึ้น จึงฉีดยา BAL ในขนาด ๓๓ มก. เข้าเนื้ออกซ้ายทุก ๔ ชม. รวม ๖ ครั้ง. ไม่นานภายหลังนั้นเด็กถ่ายขี้สีขาว ๕๗๐ ล. ชม. N.P.N. ในเลือดตกเป็น ๑๓.๕ มก.% ในวันที่ ๖ และลดลงถึงระดับปกติในวันที่ ๑๐.

สรุป

รายงานผู้ป่วย ๑ รายซึ่งแสดงอาการแอนูเรียทันทีภาย หลังการฉีดยาบัลไมซ์ไร-

โกล์คอลลิต เข้า เนื้ออกซ้าย เพียงครั้งเดียว, และผลของการรักษาด้วย BAL, กับย้อเอกสาร จาก รายงาน ผู้ป่วยที่ คล้าย คลึงกันมากอีก ๑ ราย.

เอกสาร

1. Cushny: Pharmacology and Therapeutics (1948), p. 158.
2. Brennemann: Practice of Pediatrics v. 2, 26: p. 26.
3. Petersilge, C.L.: J. Ped. 5: 580-583 (1947).

ท่านสมาชิกโปรดทราบ :

๑. ชำระค่าบำรุง
๒. ทวงหนังสือ
๓. ขอกรับใหม่

โปรดติดต่อผู้จัดการ.

(Abstract of the fore-going article)

ACUTE ANURIA FOLLOWING BISMUTH INJECTION

Treated with BAL

Case Report

Cherd-Chalong Netrasiri

M.B.

(Dept. of Pediatrics)

This is the first case of bismuth poisoning met with in this Department. A Siamese boy, aged 4 $\frac{2}{3}$ years, received an intramuscular injection of 1.5 grains of Thio-Bismol from a private practitioner, for chronic pustular eruptions. Four hours later he developed persistent nausea and vomiting. Micturition stopped completely. Generalised edema was observed on the second day. There was no fever. On the fifth day the boy was brought for admission. The body temperature was found to be 37.7°C, pulse rate 108, respiration rate 26, arterial blood pressure 110/72. The patient was dull and weak; eye-lids and feet were definitely edematous. Liver was just palpable. There was slight tympanites. The blood showed nitrogen retention (N.P.N. 150 mg. per cent, urea 166.5 mg. per cent, creatinine 4.4 mg. per cent) with loss in albumin (serum

albumin 3.8 per cent, serum globulin 3.1 per cent).

Treatment with glucose-saline infusions and blood transfusions was of no avail. On the third day BAL therapy was begun: four injections of 33 mg. on the first day, two injections on each of the second, third and fourth days, and one injection on each of the fifth and sixth days. Blood transfusion was given every three days, and glucose injection every day. Urine secretion increased gradually from 20 cc. on the second day of BAL to 620 cc. on the fifth day. The blood N.P.N. reached the normal level on the seventh day.

Follow-up records showed patient to be in good health ten months after discharge.

(Three references)

บทความพิเศษ

ดุลย์กรด - ค่าง

อวย เกตุสิงห์

พ. ต.

(แผนกสัตววิทยา)

ปฏิกิริยาของพลาสติกมาเป็นค่างอ่อน ๆ, pH เฉลี่ยประมาณ ๗.๕, และในคนปกติไม่ไถวเกินกว่า ๗.๓ ถึง ๗.๕. เข้าใจว่าปฏิกิริยาของเนื้อค่าง ๆ ก็คงใกล้เคียงกัน. ข้อเท็จจริงที่ในการครองชีวิตนั้นร่างกายต้องกรดขึ้นตลอดเวลา, เช่น กรดคาร์บอนิก, ซัลเฟอริก, แลคติก, ฟอสฟอริกและฮัยโปคลอริกเป็นต้น. การที่ร่างกายสามารถรักษาค่างให้เป็นค่างอยู่ได้, จึงเป็นเรื่องที่น่าทึ่งมาก, และเป็นผลของกลไกซับซ้อนซึ่งธรรมชาติได้สร้างไว้สำหรับรักษาดุลย์ระหว่างกรดและค่างในร่างกายโดยเฉพะ. กลไกดังกล่าวนี้อาจแยกออกได้เป็นสองพวก, คือการขับถ่ายกรดออกจากร่างกายพวกหนึ่ง, กับ

“บีฟเพอร์” ของเลือดอีกพวกหนึ่ง. ในโอกาสนี้จะกล่าวถึงกลไกทั้งหมดนี้โดยสังเขป.

เกี่ยวกับ การ ขับ ถ่าย กรด ออกจากร่างกาย, กลไกที่เกี่ยวข้องกระจายอยู่ในสามส่วน, คือในการหายใจ, การขับปัสสาวะและการถ่ายอุจจาระ. การหายใจกำจัดกรดที่ระเหิดได้, ซึ่งตามปกติก็หมายความว่าคาร์บอนไดออกไซด์; กรดอย่างอื่นที่ระเหิดได้ซึ่งจะถูกขับออกทางนี้ในเวลาปกติมีเพียงเล็กน้อย. ในการขับถ่ายกรดด้วยกัน, ต้องนับว่ากลไกนี้มีความสำคัญที่สุด, เพราะค่างในร่างกายรวดเร็วมาก. คาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มพูนขึ้นในเลือดอาจถูกขับออกไปหมด

สั้น โดยการหายใจลึกและเร็วภายในไม่กี่วินาที. แต่การหายใจไม่สามารถขับกรดอื่น ๆ ที่ไม่ระเหิด; พวกมันต้องขับออกทางปัสสาวะหรืออุจจาระ. ส่วนมากของกรดที่ไม่ ระเหิดถูก ขับออก ทาง ปัสสาวะ, ในรูปของเกลือ, เช่นฟอสเฟต, คลอไรด์, ซัลเฟต, ยูเรต, แล็คเตต, ฯลฯ. ในการขับถ่ายนี้, ไตไม่เพียงแต่กำจัดกรดออกไปแต่อย่างเดียว, ยังช่วยสงวนค่างไว้และส่งกลับคืนให้แก่เลือดอีกด้วย. ชีอนเห็นได้จากความจริงว่า เลือดมี ปรากฏิรียาเป็นค่าง, แต่ปัสสาวะเป็นกรด. การเปลี่ยนแปลงในตอนนี้อธิบายได้โดยการเปลี่ยนไตโซเดียมฟอสเฟตเป็น โมโนโซเดียมฟอสเฟต. ในเลือดปรกติมีส่วนเทียบ (เรโซ) โมโนโซเดียมฟอสเฟตต่อไตโซเดียมฟอสเฟตเท่ากับ ๑:๔. ในปัสสาวะส่วนเทียบกลับเป็น ๕:๑. ทงนหมาย ความว่า มีค่าง โซเดียมกลับคืนไปให้แก่เลือดได้เป็นจำนวนมาก, ซึ่งจะมีประโยชน์สำหรับการจับกรดจำนวนอื่นต่อไป.

การขับถ่าย กรด ทางอุจจาระมีความสำคัญเพียงส่วนน้อย. เยื่อเมือกของลำไส้เล็กอาจขับพวกฟอสเฟตออกได้บ้าง. นอกจากนี้ก็มีคลอไรด์, แต่กรดฮัยโดรคลอริก

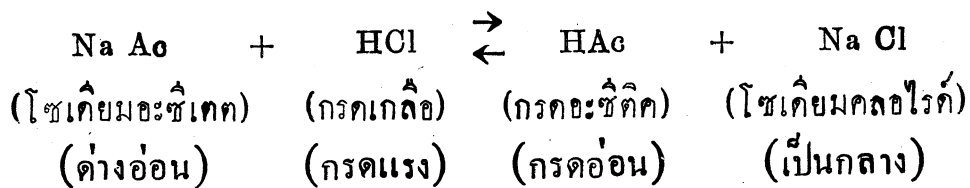
ที่หลั่งออกในกระเพาะนั้นเมื่อลงไปถึงลำไส้เล็กก็ถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายใหม่เป็นส่วนใหญ่, ในรูปของคลอไรด์.

ที่กล่าวมาแล้วนี้เป็นกลไกส่วนซึ่งกำจัดกรดออกไปจากร่างกาย, แต่ก่อนที่การกำจัดจะเกิดขึ้นได้นั้น, กรดย่อมต้องถูกขนจากที่แหล่งเกิดไปถึงอวัยวะที่จะขับถ่าย. ส่วนที่ทำหน้าที่ขนส่งนี้ก็คือเลือดซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่าง. เมื่อกรดเกิดขึ้นในไต, เลือดซึ่งไหลผ่านที่บริเวณนั้นเข้าไป, โดยการแยกกระจาย (คิฟฟิวชัน). ถึงแม้จะมีอันตรายที่เลือดเองจะกลายเป็นกรดมากเกินไป, ก่อนที่จะนำกรดไปถึงที่ถ่ายทิ้ง. ธรรมชาติได้สร้างกลไกพิเศษไว้สำหรับขยับกันเหตุนี้ในเลือดเอง, คือที่เรียกว่า "ระบบบัฟเฟอร์". โดยอาศัยระบบนี้เลือดสามารถรักษาตัวเองให้มี ปรากฏิรียาเกือบคงที่อยู่ได้. หากจะมีกรดจำนวนมากเข้าสู่เลือด, เลือดจะมี ปรากฏิรียาเปลี่ยนไปทางกรดขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น; และหากแม้จะมีค่างจำนวนมากเข้าไปในเลือด, เลือดก็จะกลายเป็นค่างมากขึ้นเพียงเล็กน้อย. คุณสมบัติเช่นนี้มีใช้เป็นของพิเศษที่มีเฉพาะในเลือด, แต่เป็นคุณสมบัติทั่วไปของสารจำพวก "บัฟเฟอร์".

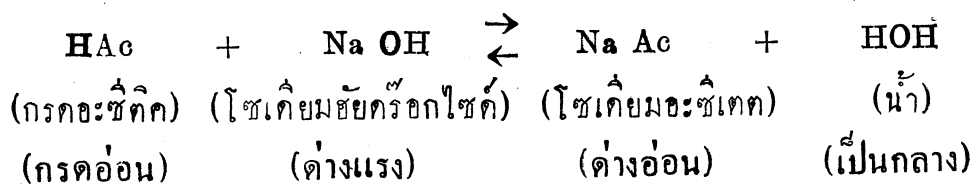
คำว่า "บัฟเฟอร์" มีความหมายทั่วไปว่า "เครื่องกันกระแทก" ที่นำมาใช้ในทางเคมีหมายความถึงสารจำพวกหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติของมันไม่ให้ปฏิกิริยากรดทำเปลี่ยนแปลงมากหรือเร็ว. ส่วนมากของพวกนี้ เป็นสารผสมระหว่างกรดอ่อนกับเกลือของมัน, เช่นกรดอะซิติกกับโซเดียมอะซิเตต. น้ำยาที่มีสารคั้นละลายอยู่จะมีคุณสมบัติเป็นบัฟเฟอร์, กล่าวคือถ้าเติมกรดหรือด่างลงไป, น้ำยานั้นจะเปลี่ยนเป็นกรดหรือด่างแต่เพียงเล็กน้อย, น้อย

กว่าถ้าหากเขากรดหรือด่างจำนวนเดียวกันเติมลงในน้ำกลั่น. ที่เป็นเช่นนั้นเองคือความจริงว่าเวลาเติมกรดลงไป, โซเดียมอะซิเตตจะกระทำปฏิกิริยากับกรดนั้น, เกิดเป็นเกลือของกรดใหม่, ซึ่งเป็นกลาง, กับกรดอะซิติก, ซึ่งเป็นกรดอ่อน; หากเติมด่างลงไป, กรดอะซิติกในน้ำยาบัฟเฟอร์จะกระทำปฏิกิริยากับด่างนั้น, เกิดเป็นเกลืออะซิเตต, ซึ่งเป็นด่างอ่อน. ตัวอย่างจะเห็นได้จากสูตรต่อไปนี้:

ก. เติมกรดเกลือ



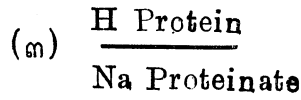
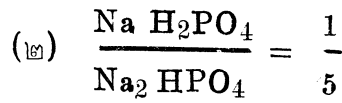
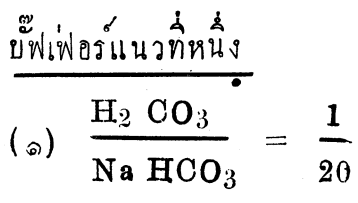
ข. เติมโซเดียมไฮดรอกไซด์



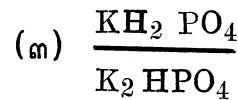
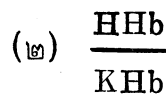
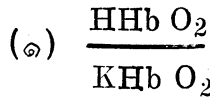
พึงสังเกตว่าบัฟเฟอร์ทำการโดยเปลี่ยนกรดแรง เป็นกรดอ่อน และเปลี่ยนด่างแรงเป็นด่างอ่อน. โดยทำนองนี้ความเข้มข้น

ของ อีออนไฮโดรเจน ของน้ำยา จึงเปลี่ยนจากเดิมเพียงเล็กน้อยทุกครั้ง ที่มีด่างแรงหรือกรดแรงเติมลงไป.

สารบัฟเฟอร์ในเลือด มีอยู่ทั้งในพลาสมาและในเม็ดเลือด. พวกแรกนับได้ว่าเป็นแนวที่หนึ่งในการชั่งกัน, เพราะกรดหรือด่างที่เข้ามาใหม่จะถูกจัดการโดยพวกนี้ก่อน, แล้วจึงไปถึงพวกที่อยู่ภายในเม็ดเลือด, ซึ่งควรเรียกได้ว่าแนวที่สอง. สารบัฟเฟอร์ในพลาสมา มีสามชุด หรือ ระบบ, คือ: (๑) กรดคาร์บอนิกกับโซเดียมไบคาร์บอเนต, มีส่วนเทียบเท่ากับ ๑:๒๐. (๒) โมโนโซเดียมฟอสเฟต (กรด) กับไดโซเดียมฟอสเฟต (ด่าง), ส่วนเทียบ ๑:๕. (๓) โพรเทอินของพลาสมา, ซึ่งในปฏิกิริยาของเลือด (pH๗.๔) ทำหน้าที่เป็นกรดและจับด่างได้. สารบัฟเฟอร์แนวที่สอง, ในเม็ดเลือดแดง, มีสามชุด, คือ: (๑) ออกซีสีโมโกลบิน (กรด) กับโปแตสเซียมออกซีสีโมโกลบิน (ด่าง) (๒) วัตวิสต์ซีโมโกลบิน (กรด) กับโปแตสเซียมซีโมโกลบิน (ด่าง). (๓) โมโนโปแตสเซียมฟอสเฟต (กรด) กับไดโปแตสเซียมฟอสเฟต (ด่าง).

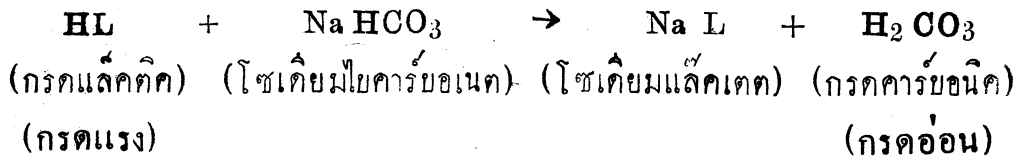


บัฟเฟอร์แนวที่สอง



ส่วนมากของ มุลกรด และ ด่างที่เกิดขึ้นในร่างกาย สามารถ ซึมผ่านผนัง ของเม็ดเลือดแดง, เข้าและออกได้โดยสะดวก, ดังนั้น สารบัฟเฟอร์ใน เม็ด เลือด จึงมีส่วน ร่วมในการรักษาสมดุลกรด-ด่างได้ด้วย.

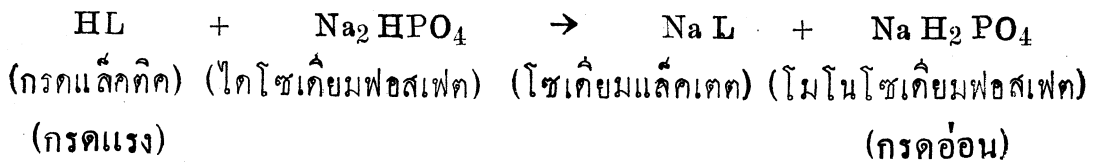
เมื่อมีกรดเกิดขึ้นในร่างกาย, มันจะ กระทำปฏิกิริยากับบัฟเฟอร์ต่างๆ. ยกตัวอย่าง เช่น กรด แล็คติก เกิดขึ้น เนื่อง จาก การหดตัวของกล้ามเนื้อ. ส่วนใหญ่ของ กรดจะถูกโซเดียมไบคาร์บอเนตในพลาสมาจับไว้, กลายเป็นโซเดียมแล็คเตท, ดังสูตรนี้ :



กรดแลคติก, ซึ่งเป็นกรดแรง, ถูกเปลี่ยนเป็น กรดคาร์บอนิก, ซึ่งอ่อนกว่า, กับโซเดียมแลคเตต, ซึ่งเป็นกลาง. กรดคาร์บอนิกที่เกิดขึ้นนั้นถูกเลือกนำไปที่ปอด, และปล่อยออกไปทางผนังถุงลม,

แล้วก็หายใจออกไป, เป็นการกำจัดออกเสียได้จากร่างกาย.

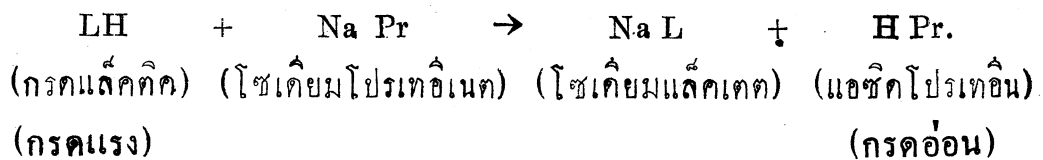
ส่วนหนึ่งของกรดแลคติก, ที่เกิดขึ้นในชั้นต้น, อาจทำปฏิกิริยากับโคโซเดียมฟอสเฟตก็ได้, ดังสูตรต่อไปนี้:



กรดแรงถูกเปลี่ยนเป็นกรดอ่อนก็เกิดขึ้น, โดยทำนองเดียวกับปฏิกิริยาที่กล่าวแล้ว. โมโนโซเดียมฟอสเฟตที่เกิดขึ้นนั้นถูกเลือกพาไปสู่ไต, และขับถ่ายออกทางอวัยวะนั้น (ไตชั้นต้น). สิ่งนี้คือการจับกรดโดยระบบฟอสเฟตนี้สู้ระบบไบคาร์บอเนตไม่ได้, เพราะเขื่องช้ากว่า, โดย

ที่ต้องเสียเวลานานกว่าที่จะขับโมโนโซเดียมฟอสเฟตออกให้หมดสิ้น, ไม่รวดเร็วเหมือนที่ปอดสามารถขับกรดคาร์บอนิกออกได้.

บางส่วนของ กรดแลคติก อาจกระทำปฏิกิริยากับโปรเทอินของพลาสมา, ดังนี้:



เมื่อกลไกอื่น ๆ ช่วยทำให้เลือกมี
ปฏิกิริยาเป็นต่างมากขึ้นแล้ว, แอซิดโปร
เทอีนก็คายฮัยโดรเจนออกให้ต่างอื่น ๆ รัย
ต่อไป, และกลับเป็นแอลคาไลน์โปรเทอีน
กึ่งเคมี.

ตามกลไกต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนี้,
เห็นได้ว่าสารขี้เถ้าหรือที่กระทำปฏิกิริยากับ
กรดนั้นในที่สุดก็กลับคืนเป็นสารเคมี, เป็น
ส่วนใหญ่. มีที่เสียบออกไปจากร่างกายก็
เพียงโซเดียมกับฟอสเฟต. แม้กระนั้นไต
ยังช่วยประหยัดโซเดียม, และส่งส่วน
หนึ่งกลับคืนให้แก่เลือดอีกด้วย (ดูตอน
หน้า).

สำหรับคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้น
เป็นจำนวนมากในระหว่าง การทำงานของ
ร่างกายนั้น, ลงความเห็นกันว่ามักกลไก
สำหรับ ข้องกันไม่ให้ มัน กระทบกระเทือน
ศูนย์ กรด ต่าง เป็นชั้น ๆ ต่อไปนี้: (๑)
คาร์บอนไดออกไซด์ซึมแซกเข้าไปในเม็ด
เลือดแดง, และกลายเป็นกรดคาร์บอนิก
(โดยอาศัย เอนไซม์ คาร์บอนิก แอนฮัย -
เดรสในเซลล์). (๒) ออกซัยอีโมโกล
บินกลายเป็นวิทิวส์อีโมโกลบิน, และ
ปล่อยไปแต่สซึมออกเป็นเสรี. (๓) โป
แตสซึมมันรวมกับกรดคาร์บอนิก เป็น โป

แตสซึมมันรวมกับคาร์บอนิก. ข้อนี้ทำให้ภายใน
เม็ดเลือดแดงมีคาร์บอนิกมากกว่าใน
พลาสมา, และนำไปเกิดชั้นต่อไป, คือ
(๔) ส่วนหนึ่งของคาร์บอนิกซึมแซก
ผนังเม็ดเลือดแดงออกไปสู่พลาสมา; แต่
ไปแต่สซึมออกไปไม่ได้, เพราะผนัง
เม็ดเลือดไม่ยอมให้ผ่าน. ข้อนี้ทำให้ภายใน
เม็ดเลือดมีประจุไฟฟ้าบวกมากกว่าภายใน
นอกเซลล์, คือพลาสมา. การเสียดสี
นี้ทำให้ส่วนหนึ่งของคลอไรด์ในพลาสมา
ซึมแซกผ่านผนังเม็ดเลือดเข้าสู่ภายใน, ที่
เรียกว่า "การย้ายคลอไรด์" (คลอ
ไรด์ชิฟท์), เป็นการด่วงทดแทนและทำ
ให้ไตคลายภาพกึ่งเคมี.

ดังนั้นผลของการที่คาร์บอนไดออก -
ไซด์เข้าสู่เลือดจึงทำให้ในพลาสมามีไค
คาร์บอนิกมากขึ้น, และมีคลอไรด์น้อย
ลง. ไคคาร์บอนิกเพิ่มขึ้น, เพราะซึม
ออกมาจากในเม็ดเลือด; ส่วนคลอไรด์
น้อยลง, เพราะซึมเข้าไปสู่เม็ดเลือดเสีย
บ้าง. อนึ่งภายในเม็ดเลือดแดงมีความ
ดันออสโมติกเพิ่มขึ้น (เพราะได้รัยคลอ
ไรด์เข้าไปและโมเลกุลของอีโมโกลบิน
แยกออกไป), และคณน้ำเข้าไปข้างใน,
ทำให้เม็ดเลือดพองโตขึ้นด้วย.

เมื่อเลือดไหลไปถึงปอด, คาร์บอนไดออกไซด์หนีออกไป, ไบคาร์บอเนตในพลาสมาสลาย, ปลดปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปอีก, คลอไรด์กลับออกไปจากเม็กลูกไปสู่วัสดุต่าง ๆ. วิตามินซีโมโนกลูบินกลายเป็นออกซีสโมโนกลูบินซึ่งเป็นกรดแรงกว่ากรดคาร์บอนิก, แยกไปแต่สลายกลับมาจากไบคาร์บอเนต (ภายในเม็กลูก). ไบคาร์บอเนตสลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์, ซึ่งซึมออกจากเม็กลูก, ไปสู่วัสดุต่าง ๆ, แล้วหนีออกไปทางถุงลมของปอด. เม็กลูกกลับเป็น "เลือดแดง", มีคาร์บอนไดออกไซด์อยู่แต่เพียงเล็กน้อย, เหมือนในตอนต้น, และพร้อมที่จะทำการขนถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์จำนวนใหม่ต่อไปอีก. ทั้งนี้เป็นกลไกที่ร่างกายใช้สำหรับจัดการกับกรดคาร์บอนิก ซึ่งเกิดขึ้นมากมายตามปกติ.

จากที่บรรยายมาข้างต้นเห็นหลักสำคัญสองประการของร่างกายในการจำกัดกรดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น, คือการหมุนเวียนและการประหยัด. ทั้งสองข้อนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน. ด้วยวิธีหมุนเวียนทำให้สามารถประหยัดได้, และการประหยัด

ช่วยให้การหมุนเวียนสำเร็จ. สารพวกบีเฟออร์เปลี่ยนรูปไปในการทำงานของมัน, แต่แล้วก็เปลี่ยนกลับเป็นรูปเดิม, และพร้อมที่จะทำงานอีกได้. ในการหมุนเวียนนี้การหมดเปลืองเกิดขึ้นเหมือนกัน, แต่ร่างกายก็มีทางที่จะประหยัดให้การหมดสิ้นน้อยที่สุด. ดังนั้นแม้ในวันหนึ่ง ๆ มีกรดทั้งที่ระเหิดได้และไม่ได้เกิดขึ้นในร่างกายเป็นจำนวนมากมาย, ร่างกายก็ยังสามารถรักษา "ความเป็นกลาง" ไว้ได้อย่างดีตลอดเวลาหลาย ๆ สิบปี. ยกเว้นแต่ในเมื่อพยาธิทำให้จำนวนกรดเพิ่มขึ้นผิดปกติหลาย ๆ เท่า, หรือทำให้กลไกส่วนใดขัดข้องไป, เป็นเหตุให้สูญเสียและเกิดเอนเอียงไปในทางกรด (แอซิโดสิส) หรือทางด่าง (แอลคาโลสิส). ถ้าการเอนเอียงนี้ไม่มากนัก, ร่างกายก็สามารถแก้ไขได้เอง, โดยอาศัย "กลไกฉุกเฉิน" เข้าช่วย, เช่นการหายใจเกิน (ฮัยเปอร์ปเนีย), การขับกรดมากขึ้น. การประหยัดต่างเพิ่มขึ้น, เป็นต้น. ถ้าแก้ไขไม่ตก, ก็ต้องอาศัยการช่วยจากภายนอก, ซึ่งยอมทิ้งได้หมดที่รู้จักคือกรดต่างและเข้าใจกลไกของมัน, จึงจะช่วยได้.

บทบรรณาธิการ

เหตุของการหนาวสั่นหลังจากฉีดน้ำเกลือ

อาการหนาวสั่นแทรกแซงการฉีดน้ำเกลือมีปรากฏเนื่อง ๆ ไม่ว่าในที่ใด. จะมีการแตกต่างกันบ้างก็ว่าถหรือห่าง, หนักหรือเบา. การที่จะไม่ให้มีเลยนั้นคงไม่ได้, เพราะมีเหตุประกอบหลายอย่าง, และ บางอย่าง เช่น ข้อ ที่หลัก เลี้ยง ไม่ได้. เหตุต่าง ๆ เหล่านี้ อาจรวบรวมเข้า เป็นสี่พวกใหญ่, ดังนี้คือ: (๑) เหตุเกี่ยวกับคนไข้, (๒) เหตุเกี่ยวกับน้ำเกลือ, (๓) เหตุเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ฉีด, และ (๔) เหตุเกี่ยวกับการฉีด. เหตุแต่ละข้ออาจทำให้เกิดอาการแทรกแซงได้ โดยลำพัง, ยิ่งถ้ามีเหตุหลายข้อเกิดร่วมกัน, ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสและความรุนแรงมากขึ้น. ในการปฏิบัติจึงจำต้องขจัดเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่เหลือเลย, จึงจะลดอุบัติการณ์ของการหนาวสั่นให้อยู่ในระดับต่ำได้.

เหตุเกี่ยวกับคนไข้แยก ออกได้ เป็นเหตุประจำและเหตุชั่วคราว. เหตุประจำ

หมายความถึงธรรมชาติของคนไข้ซึ่งทำให้เกิดอาการแทรกแซงขึ้นเสมอ ในเมื่อได้รับฉีคน้ำเกลือ, ไม่ว่าเขาจะอยู่ในภาวะเช่นไร, ใช้น้ำเกลือกี่ลิตรเพียงไร, ใครเป็นผู้ฉีด, ฯลฯ. คำอธิบายมีมากมาย, แต่ไม่มีอะไรเด็ดขาด. ต้องยอมรับแต่เพียงว่าเป็น ธรรมชาติ ของบุคคลนั้น ๆ. โดยมากพวกนี้มักมีประวัติ "แพ้จำเพาะ" (แอลเลอร์ยี). ถ้าไต่ถามเสียก่อนก็อาจหลีกเลี่ยงให้เขาได้. เหตุประจำนี้มีความสำคัญไม่มาก, เพราะพบไม่บ่อยนัก, และถ้าพบเข้าก็ เป็นเรื่องที่ไม่สามารถกำจัดได้. เหตุชั่วคราวเป็นเรื่องที่น่าสนใจ, เพราะปรากฏอยู่เสมอ. ซ่อนหมายความว่าถึง ภาวะ ชั่วขณะ ที่คนไข้ ได้รับน้ำเกลือ, เช่นการอ่อนเพลีย, เลือดน้อย, หัวใจอ่อน, การไหลเวียนล้ม, เลือดขาด ออกสีเงิน, ฯลฯ, ซึ่งเพิ่มโอกาสที่จะมีอาการแพ้มากขึ้น. ฟังสังเกตว่าการฉีดสิ่งใด ๆ เข้าในกระแสโลหิตย่อมเป็นการชวนที่จะ

ให้เกิดปฏิกิริยาได้เสมอ. ยิ่งคนไข้อยู่ในสภาพช็อคหรืออ่อนเพลียมาก ๆ, ก็ยังมีช็อกมากขึ้น. การให้น้ำเกลือแก่คนในภาวะเช่นนี้จึงต้องระมัดระวังมากกว่าให้แก่คนที่อยู่ในสภาพใกล้เคียงปกติมากกว่า, และถ้าหากมีทางใดที่จะส่งเสริมให้ภาวะทั่วไปของคนไข้ดีขึ้น, เช่นการให้ความอบอุ่น, ใช้ยาบำรุงหัวใจหรือกระตุ้นการไหลเวียน, ก็ควรกระทำเสียก่อนหรือพร้อม ๆ กันไป.

เหตุจำพวกที่สองได้แก่คุณภาพของน้ำเกลือ. ข้อนี้ถ้าหากใช้น้ำเกลือที่ผลิตโดยวิธีใด, ก็ลดโอกาสแทรกแซงได้มาก. แต่ตามที่ปรากฏในการปฏิบัตินั้นแม้ใช้น้ำเกลือที่มีชื่อเสียงที่สุด, ราคาแพงที่สุด, และน่าจะเชื่อได้ว่าดีที่สุด, ก็ยังมีอาการหนาวสั่นได้เหมือนกัน. กรณีเช่นนี้อาจเป็นการบังเอิญ, หรืออาจเป็นผลของเหตุประกอบอื่น ๆ ก็ได้. จากการศึกษาตรวจค้นเรามีความรู้อยู่ที่เหตุสำคัญของอาการหนาวสั่นที่เกี่ยวกับน้ำเกลือคือสิ่งที่เรียกว่า "พัยโรจีน" (pyros = ไฟ, คือไข้; gen = ให้). สิ่งนี้เป็นสารเคมี, จำพวกอินทรีย์, แต่จะเป็นสารอะไรแน่, ยังไม่ทราบ, ทราบแต่ว่าเกิดจากแบค-

ทีเรีย, อาจเป็นสิ่งแปลกจากเชื้อโรคต่าง ๆ; ถ้าในที่มีแบคทีเรียมาก, ก็มีพัยโรจีนมาก. ข้อสำคัญคือพัยโรจีนไม่เสียหาย แม้อุณหภูมิร้อนจัดเช่นที่ใช้ในการทำไรโซ (สเตอร์ริไลเซชัน) อย่างปกติ. ข้อนี้เป็นเหตุสำคัญที่ในสมัยก่อนมีการหนาวสั่นบ่อยมากภายหลังให้น้ำเกลือ, โดยที่ไม่ได้ระมัดระวังในระหว่างผลิต, เข้าใจว่าถ้าในตอนที่ทำการฆ่าเชื้อเสียโดยการนึ่งอัด (ออโตเคลฟว์) ก็คงจะเป็นการปลอดภัย. แต่การปฏิบัติเช่นนี้ฆ่าแต่ตัวแบคทีเรีย, ไม่ได้ทำลายผลิตภัณฑ์ของมัน. พัยโรจีนยังคงอยู่และทำให้เกิดหนาวและไข้ขึ้น. เมื่อทราบความจริงข้อนี้จึงได้คิดแปลงหลักการใหม่, ใช้วิธีผลิตซึ่งป้องกันการปนเชื้อ (คือนแทมิเนชัน) และการรอกวงัมของเชื้อโรคตั้งแต่ต้นจนตลอดถึง คั้นสกัดท้าย. ใช้เครื่องกลั่นแบบพิเศษ ซึ่งป้องกันการไม่ระเหยไม่ให้ปะปนกับไอน้ำ; ภาชนะที่รองรับน้ำกลั่นและที่บรรจุน้ำเกลือต้องทำไรโซเสียก่อนอย่างลึก ๆ วน ๆ, เพื่อป้องกันไม่ให้แบคทีเรียซึ่งบังเอิญตกลงไปหลังจากการทำไรโซแล้ววนน มีเวลาแพร่พันธุ์ขึ้น, ฯลฯ. การบรรจุขวดก็ทำตามวิธีที่

ให้มีการปนเขื่อนน้อยที่สุด. คนสุดท้ายคือ
 นิ่ง, ซึ่งมีความสำคัญในฐานะทำลายเขื่อน
 ซึ่งอาจ ปะปน เข้าไปได้ใน ระหว่าง ทำการ
 ผลิต. การผลิตน้ำเกลือ สำหรับฉีดได้
 ภายสภาพจากการปรุงยาธรรมชาติมาเป็น
 การปฏิบัติเฉพาะอย่าง, ต้องการเครื่องมือ
 เครื่องใช้ ฉะเพาะ, และผู้ผลิต ฉะเพาะ,
 ก่อกำเนิด อุตสาหกรรม น้ำเกลือ สำหรับฉีด
 ชิน, ตามที่ปรากฏอยู่ในเวลานี้. สำหรับ
 ผู้ผลิตที่เป็นบริษัทใหญ่, มีทุนรอนมาก,
 สามารถสร้างเครื่องมือ ที่เหมาะ และมีคน
 ปฏิบัติที่ชำนาญการ, ย่อมได้ผลิตผลที่มี
 คุณภาพดี, ไว้ใจได้ว่าจะมีความปลอดภัย
 จากพิษโรเจ็นเป็นส่วนมาก, แต่ราคาจำ-
 หน่ายก็ต้องสูงตามคุณภาพ และโหดร้ายไป
 ด้ว. น้ำเกลือชนิดนี้เป็นประโยชน์อย่าง
 ยิ่งสำหรับแพทย์รักษาส่วนตัวและหน่วยรักษา
 พยาบาลย่อย ๆ, ซึ่งจะได้ไม่คุ้มเสียถ้า
 หากจะผลิตน้ำเกลือตนเอง. แต่โรงพยา-
 บาลใหญ่ ๆ โดยมากพยายามประหยัดค่า
 ใช้จ่ายโดยทำการผลิตเสียเอง, โดยอา-
 คัยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีอยู่แล้ว. การผลิตได้เอง
 ด้วโหดร้ายน้อย เช่นนี้ เป็นการ ส่งเสริมให้
 แพทย์ สามารถใช้ น้ำเกลือได้ใน ปริมาณ
 มากพอ แก่ความ ต้องการ, ไม่ ต้องถูก

เหนียวรังไว้โดยความจำเป็นต้องประหยัด,
 และทำให้ไม่ต้อง พังพองค่าการ ภายนอก
 อีกด้ว. สำหรับผลิตภัณฑ์นี้ควรทำได้เช่น
 ด้วกับการค้า, ถ้าหากเจ้าหน้าที่เอาใจ
 ใส่ควบคุมการผลิตให้ ดำเนินไป ตามวิธีที่
 ถูกต้อง, เพราะเป็นเรื่องที่เคยเคย, ไม่ใช่
 เป็นความลับในการค้าอย่างใด. ถ้าหาก
 จะได้ผลแตกต่างกันบ้าง, ก็คงเป็นด้ว
 การปฏิบัติและการควบคุม, ซึ่งอยู่ในวิสัย
 ที่จะปรับปรุงได้.

เหตุจำพวกที่สาม, เกยวกับเครื่องมือ
 ที่ใช้ในการฉีด, เป็นเรื่องซึ่งมักได้รบ
 การเพิกเฉยเสียมาก. ตามที่ปฏิบัติอยู่
 เป็นส่วนมากในเวลานี้, ฝ่ายพยาบาลเป็นผู้
 เตรียมเครื่องมือสำหรับให้น้ำเกลือ, ซึ่ง
 ประกอบ ด้ว หลอดบรรจุ, หลอดขยาย,
 เครื่องหยด, เครื่องหมุนบีบ (สกรูว์
 แคลมป์) และเข็มฉีดยา. การทำความ
 สะอาด เป็นเรื่อง ที่ เข้าใจความ จำเป็นก็ อยู่
 แล้ว. แต่หลายคนอาจยังไม่ทราบความ
 สำคัญของหลอดขยายที่ใช้. หลอดที่ทำ
 ด้วยางผสมกำมะถัน (วัลคาไนส์),
 เช่นที่ใช้ในงานทั่ว ๆ ไป, ไม่เหมาะสำหรับ
 ใช้ในงานนี้. เคยมีผู้สังเกตว่าหลอดขยาย
 ใหม่ ๆ ทำให้เกิดการหนาวสั่นเสมอ, แต่

ตลอดยวงเก่าไม่ค่อยทำ. การตรวจค้น แสดงว่าหลอดยวงใหม่ ๆ ปล่อยสิ่งละลาย บางอย่างออกมา, ซึ่งเป็นเหตุของการ หนาวสั้น, จึงได้มีการแนะนำว่าถ้าจะเปลี่ยน ใช้หลอดใหม่, ต้องต้มกับโซดาไบคาร์ บอเนตเสียก่อน, แล้วล้างน้ำหลาย ๆ ครั้ง, จนหมดสิ่งละลายที่ขบควน. สมัย หลังสงครามนี้เปลี่ยนมาใช้หลอดยวงล้วน ไม่ผสมกำมะถัน (เพียววรกัม), หรือหลอด ปลาสติก, ซึ่งไม่ก่อความยุ่งยาก, แต่ เสียที่ไม่ทนทาน. เป็นหน้าที่ของผู้ใช้ที่จะ เลือกละเอียดอย่างไร. ส่วนที่อาจเป็นเหตุ ของปฏิกิริยาที่ไม่ดีอีกส่วนหนึ่งคือเข็มฉีดยา, ซึ่งควรแยกถ้วยหลอดให้ภายใน รุกดวงนั้น สอาดปราศจากเลือดและสิ่งเกอระกรังอื่น ๆ ทุกครั้งที่ใช้แล้วและก่อนที่จะส่งไปหนึ่งหรือ ต้ม. โดยมากเข้าใจว่าทำการฆ่าเชื้อโรค แล้วยกพอ, หมกเรอองกัน, จึงไม่ได้เอาใจ ใส่ในความสะอาดอย่างอื่น. แต่ความจริง หากมีเลือดเกอระอยู่ข้างใน, เลือดนั้นก็ เป็นอาหารเลี้ยง เชื้ออย่างดี. ระหว่าง เวลาที่ใช้ครั้งหนึ่งกับที่ส่งไปหนึ่ง, เชื้อโรค ก็เจริญได้มากมาย, สร้างพิษโรเงินไว้ เยอะ. เมื่อเอาไปใช้ครั้งต่อไป, แม้ล้าง แล้ว, พิษโรเงินก็ยังอยู่และถูกน้ำเกลือ

ละลายพาเข้าสู่ร่างกายของคนไข้. ดังนั้น ผู้เตรียม เครื่องมือให้เลือด จึงต้องถือ เป็นระเบียบ ที่จะแยงรเข็ม ฉีดและ ล้างให้ สอาดทันทีทุกครั้งที่เลิกใช้. ไม่ปล่อยให้ เลือดและ สิ่งสกปรกอื่น ๆ เกอระกรังไว้. การปฏิบัตินี้ จะช่วยลดจำนวนคนไข้ที่เกิด อากาการหนาวสั้นได้มาก.

สมัยใหม่ไม่มีบริษัทต่างประเทศผลิตน้ำ เกลือ สำเร็จรูป ส่งเข้า มาขาย เป็นจำนวน มาก, ซึ่งส่วนใหญ่บรรจุขวดชนิดเบ็ดออก แล้วฉีกได้โดย, โดยไม่ต้องถ่ายภาชนะ. ขอนี้ได้เปรียบ ที่ตัดโอกาสอา การ แทรก- แฉงเพราะเหตุความไม่สะอาดใน เครื่องมือ ได้หมดสิ้น. แต่คนไข้ย่อมต้องเสียเปรียบ ในการจ่ายค่าเครื่องมือ และค่า แรงงานที่ ใช้บรรจุถ้วย, นอกเหนือไปจากค่าน้ำ เกลือโดยเฉพาะ. สถานพยาบาลบางแห่ง พยายามเอาเปรียบผู้ผลิต, โดยนำเอา ขวด ของเขาไป บรรจุน้ำเกลือ ที่ทำตนเอง, เพิ่มความสดวกในการใช้ชน. แต่การ ปฏิบัตินี้ ไม่ เป็นการ ประหยัด เท่าที่อาจคิด เห็น, เพราะขวดบรรจุเงินเจ้าของเขาออก แยกเพื่อใช้ครั้งเดียว, และทำอย่างถูกราคา ถูกที่สุด, เพียงเหมาะสมกับความต้องการ ของเขา. การเอาใช้ซ้ำ ๆ ย่อมทำให้เกิด

ชำรุดและเสื่อมคุณภาพ. ความปลอดภัย
 ย่อมน้อยลงไป. ใช้ได้ไม่กี่ครั้งก็มักต้อง
 เลิก, มิฉะนั้นก็เสี่ยงกับอาการแทรก
 แฉงซึ่งมากขึ้น. ขวดยบรรลุสำเร็จรูปที่ขอ
 ได้ใน ตลาดเวลานี้ แ่งได้ เป็น สองแบบ.
 แบบหนึ่งมีหลอดแก้วเล็กสอดผ่านจุกเข้า
 ไปในขวด, สำหรับถ่ายอากาศเวลาน้ำ
 เดือดไหล. หลอดแก้วนี้ทำความสอาด
 ยาก, เพราะแปร่งเข้าไม่ได้, ต้องแช่
 น้ายา, ถ้าจะแช่ก็ต้องถอดออกจากจุก,
 ซึ่งเป็นเหตุให้แตก. ขวดชนิดนี้จึงมัก
 ใช้ไม่ได้สำหรับการบรรจุขวดใหม่. ขวด
 อีกแบบหนึ่ง มีลิ้น พิเศษ สำหรับ ปลอ่ยให้
 อากาศ เข้าแทนที่น้ำเดือด ที่ไหล ออกมา.
 ลิ้นนข้างที่ถอด ออกทำ ความ สอาดเป็น
 ส่วน ๆ ได้. ส่วนมากมักทำด้วยยางหรือ
 ปลายสติคแข็ง, และไม่ไปร่งตา, เป็นเหตุ
 ให้สิ่งโสโครกซ่อนอยู่ได้. มีตัวอย่าง
 เหตุการณ์ ที่เกิด จริง ๆ เป็น อุทาหรณ์:
 หมวกยาคีของโรงพยาบาลศิริราชถูกต่อ
 ว่าบ่อ ๆ จากแผนก รักษา แผนกหนึ่งว่า
 น้ำเดือดที่ผลิตขึ้นเองนั้นแล้วไป, ทำให้
 คนไข้หนาวสั่นบ่อ ๆ, แม้ว่าผู้ใช้จะได้
 ใช้เครื่องให้ของต่างประเทศ, เพื่อความ
 ปลอดภัยยิ่งขึ้น, แล้วก็ตาม. หมวก

ยาคีที่สนใจใคร่ทราบว่าเครื่องให้น้ำเดือด
 นั้นมีกลไกอย่างไร, ได้ขอข้อมไปตเครื่อง
 หนึ่ง. ทางแผนกรักษาสิ่งเครื่องซึ่งต่อ
 ฝาเตรียมพร้อมไว้แล้วที่จะส่งไปเข้าเครื่อง
 หนึ่งอัดไปให้. ระหว่างศึกษากลไกอยู่นั้น
 เจ้าหน้าที่หมวกยาคีเคอะใจที่ไต่กลิ่นเหม็น
 ผิดธรรมดาจากจุกขวด, ซึ่งมีลิ้นอากาศ
 อยู่ด้วย. ไต่ลองถอดออกก็พบหลอด
 กระจกอยู่ในและเน่าจนส่งกลิ่น. คงเป็น
 ด้วผู้ทำความสอาด, ซึ่งอาจเป็นชนชั้น
 น้อย, ไม่ทราบว่าหลอดอากาศอยู่ข้างใน
 และควรจะทำความสอาดทุกครั้งที่ใช้แล้ว.
 หมวก ยาคีได้แจ้งข้อพบให้ แผนกรักษา
 ทราย, และต่อ่นั้นก็ถูกต่อว่าน้อยลง,
 แสดงว่าความสอาดปรกภายในลิ้นอากาศนั้น
 คงเป็น เหตุ ประกอบ สำคัญส่วนหนึ่ง ของ
 การหนาวสั่น.

เหตุจำพวกที่สี่, เกี่ยวกับกรณีคิดโดย
 เฉพาะ, หมายความว่าถึงที่คนคิดในการ
 ปฏิบัติ, ซึ่งความจริงเป็นเรื่องที่แพทย์ทุก
 คนย่อมทราบก็อยู่แล้ว. แพทย์ใหม่บาง
 คนอาจเพิ่งเคยให้น้ำเดือด, อาจตื่น
 มาก เกินไป จนล้ม ทรายการบาง อย่างเสีย.
 แพทย์เก่าบางคนก็น้ำเดือดเสียมากมาย
 หลายร้อยครั้ง, จนเห็นเป็นเรื่องสามัญ

เสียเหลือเกิน, เลยแปลเรื่องต่วนข้อ
ควรระวังบางประการไปเสีย. พวกหลังนี้
อันตรายมากกว่าพวกแรก, เพราะอาจ
พลาดอย่างหนัก ๆ ได้. ทางที่คิดว่า
เตือนตนเองทุกครั้งทีให้น้ำเกลือว่าการน
เป็นการสำคัญ, อาจช่วยชีวิตได้, และ
อาจช่วยให้ตายเร็วขึ้นก็ได้. นอกจาก
ความสอากซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาแล้ว, มี
เรื่องที่ของนกลงอีกสอง, คือความเร็ว
ของการให้, และอุณหภูมิของน้ำที่ให้.
มาตรฐานเกี่ยวกับความเร็วเท่าที่มีในคำ-
ราคือหนึ่งหยดต่อหนึ่งวินาที, แต่ในการ
ปฏิบัติเรามักเห็นเร็วกว่า. ข้อพึงระวัง
คือน้ำเกลือแตกต่างจากเลือดมาก, การ
ใส่เข้าไปเร็วอาจทำการเปลี่ยน แปลงทาง
ฟิสิกเคมี, นอกเหนือไปจากความคัน
ฮอสโมติก, ซึ่งอาจเป็นผลร้ายอย่าง
มาก ๆ ก็ได้. การให้น้ำเกลือจึงต้องช้า
กว่าให้เลือด, ซึ่งมีโอกาสแทรกแซงน้อย
กว่า. ข้อที่สอง, เกี่ยวกับอุณหภูมิ; ใน
สมัยก่อนกำชับกันเสมอว่าน้ำเกลือต้องอุ่น
เท่า ๆ กับเลือด, เพราะเกรงจะไปรบกวน
อุณหภูมิโดยการ คุกคาม ร้อนโดย ตรง.
สมัยหลัง ๆ ไม่มีผู้ทดลองแล้วอ้างว่าไม่จำ
เป็นต้องให้น้ำเกลืออุ่น, แม้น้ำเกลือมี
“อุณหภูมิห้อง” ก็ได้โดยไม่ทำให้เกิด

อาการหนาวสั่น. อย่างไรก็ตามในข้อนี้พึง
สังเกตว่า “อุณหภูมิห้อง” ของโรงพยา-
บาลฝรั่งนั้น มักจะ คงที่ใน ระดับ ๒๐° ซ.,
โดยการอุ่นในน้ำหนาวและเย็บหน้าข้าง
ในหน้าร้อน. แต่อุณหภูมิห้องของเรา
เปลี่ยนไ้มาก ๆ ในช่วงเวลาอันสั้น, เช่น
ก่อนและหลังฝนตกเป็นต้น. ในข้อนี้ถ้าจะ
มีผู้ทดลอง เปรียบเทียบ การให้น้ำเกลือ
โดยรักษาอุณหภูมิให้อุ่นคงที่, กับไม่
รักษาอุณหภูมิ, ให้ทราบว่า จะให้ผลการ
แทรกแซงแตกต่างกันหรือไม่.

ทุกครั้งที่มีการหนาวสั่นเกิดขึ้น หลัง
จากให้น้ำเกลือ, ควรที่ผู้ให้จะไตร่ตรอง
เพื่อตรวจค้นหาเหตุ. บางทีอาจประ-
สพ ความจริง ที่ไม่ได้ เคย นึก ฝันเลยก็
ได้. ไม่ควรเหมาเอาง่าย ๆ ว่าเป็นความ
ไม่เหมาะ ของคนไข้, หรือ ความไม่
บริสุทธิ์ของน้ำเกลือ, เพราะการเหมา
ง่ายเกินไป, ไม่เป็นประโยชน์แก่สติปัญญา,
และไม่ทำความก้าวหน้าแต่อย่าง
ใด. ถ้าหากเห็นว่าน้ำเกลือไม่จริง ๆ,
ก็ต้องเปลี่ยนเสียใหม่, แต่ถ้าเปลี่ยนไม่
ได้, เช่นเป็นร่องในโรงพยาบาล, ก็
ต้องขแรงให้ผู้เกี่ยวข้องนั้นทราบอย่างเป็น
หลักฐาน, เพื่อจะได้จัดการแก้ไขให้มี
ของใช้ที่ดียิ่งขึ้นไปอีก.

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: สมอง กาญจนาลัย พ.บ., สุจินต์ จารุจินดา พ.บ., สวัสดิ์ สกุลไทย พ.บ.,
ชาญ สุรภาพนกุล พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., สมโพธิ พุททะเวส พ.บ., ดิเรก พงษ์พัฒน์ พ.บ.,
ทินรัตน์ สถิตนิมานถาร พ.บ., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๑. William T. Fitts, Jr., James D. Maxwell, and Robert C. Horn, Jr. The Significance of Nipple Discharge (ความสำคัญของการมีคิสซาจากหัวนม) Ann. Surg., 134: 29-39 (1951)

การ มีเลือดออกจากหัวนม เป็นเรื่องสำคัญ. ผู้รายงานได้ศึกษาเท่านั้น ๑๐๔๘ ชิ้น, ซึ่ง ๕๗ ชิ้นมีเรื่องเกี่ยวกับคิสซาจากหัวนม. พบว่าพยาธิสภาพแรกเริ่มเป็น intraductal papillomatosis ๔๗ เปอร์เซ็นต์, และ ๔๕ เปอร์เซ็นต์ของพวกนี้มีพยาธิสภาพหลายแห่ง. เป็นคาร์ติโนมาเฉลี่ย ๒๕ เปอร์เซ็นต์. มีสองรายที่คล้ายไม่พบก้อน. เป็น cystic mastitis เรอริงซึ่งไม่มีเนื้องอกในท่อต่อมน้ำนม ๕ เปอร์เซ็นต์. รายที่เกิดจากการอักเสบเพราะ การคั่งในท่อต่อมน้ำนมมี ๑๓ เปอร์เซ็นต์.

เซ็นต์.

คิสซาจะมีเลือดปนหรือไม่ก็ตาม, ไม่ช่วยการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกหรือไม่. ๗ ใน ๒๕ รายที่เป็นคาร์ติโนมา, ไม่มีคิสซาปนเลือด. เนื่องจากพบว่าคาร์ติโนมา มีถึง ๓๕ เปอร์เซ็นต์, ผู้รายงานเห็นว่าควร คั่นคว่ำทาง คัลยกรรม และ พยาธิวิทยาทุกรายที่มีคิสซาจากหัวนม, ไม่ว่าจะคล้ายก้อนใดหรือไม่.

สมอง กาญจนาลัย พ.บ.

๒. Lonis J. Notkin: The Effect of Banthine on the Gastric Secretion of Young, Normal Subjects. (ผลของแบนธินต่อการหลั่งน้ำย่อยกระเพาะอาหารในคนหนุ่มปกติ) Am. J. Digest. Dis. 1; 4-5 (1952)

ในนักศึกษาแพทย์อายุ ๒๑ - ๒๗ ปี ๓๒ คน, ให้แบนธินครั้งละ ๕๐ มก.

(แคปซูล) ก่อนนอนหนึ่งครั้ง, แล้วให้อีกครั้งหนึ่ง ๓๐ นาทีก่อนให้กินอาหารกระตุ้น (เทสต์นม). หลังจากนั้นวิเคราะห์น้ำย่อยพบว่า ๖๕.๖ เปอร์เซ็นต์ มีกรดเสรีลดลง. ไข่แย่งผู้ถูกทดลองเป็น ๔ พวก, ตามระดับกรดเสรีที่พบในตอนก่อนโทรล. มี ๒ พวกที่เห็นชัดว่ากรดลดลงหลังให้แย่งอื่น, คือในพวกที่ ๓ (กรดเสรีก่อนโทรล ๒๐ - ๓๕ หน่วยคลินิก) ลดลง ๖๖.๖ เปอร์เซ็นต์ของราย (เฉลี่ยกรดที่ลด ๘ หน่วยคลินิก) และพวกที่ ๔ (กรดเสรีก่อนโทรลมากกว่า ๔๐ หน่วยขึ้นไป) ลดลง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ของราย (เฉลี่ยกรดที่ลด ๑๒.๘ หน่วยคลินิก). ผู้รายงานมีความเห็นว่า, หากน้ำย่อยเป็นกรดมาก, ให้แย่งอื่นแล้วก็จะยิ่งลดกรดลงได้มาก.

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.

๓. R.F. Chinnoek, H.W. Rosenberg : Results of Administration of Vitamin B 12 to New-born Infants (ผลการให้วิตามินบี ๑๒ แก่เด็กเกิดใหม่) J. Ped. 2: 183-185 (1952)

ผู้รายงานทำการทดลองเพื่อศึกษาการให้วิตามินบี ๑๒ ในทารกภายใน ๒ เดือน จะทำให้น้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็วจริงหรือไม่, และถ้าหากขึ้นเร็วจริงแล้ว เมื่อยังจะเป็นอย่างไร. ได้ทดลองในทารกคลอดครบกำหนด ๑๒ คน, โดยแบ่งออกเป็น ๓ หมู่. หมู่แรกให้วิตามินบี ๑๒ ขนาด ๕ ไมโครกรัมทุกวัน, รวม ๖๐ วัน, หมู่สองให้เท่ากันนาน ๓๐ วัน, และหมู่สามไม่ได้ให้. ทุกคนอยู่ที่บ้านและไปตรวจชั่งน้ำหนักอย่างละเอียดทุกสองสัปดาห์. ภายหลังทดลองได้ ๒ เดือน, ปรากฏผลว่าน้ำหนักและส่วนสูงของทารกทั้งสามหมู่ไม่แตกต่างกันเลย.

สวัสดิ์ สกลไทย พ.บ.

๔. Raymond E. Lesser, Ruben Meyer, Arvin T. Henderson. Circulation Times in Newborn Infants by the Fluorescein Method (เวลาเลือดไหลเวียนในเด็กเกิดใหม่) Am.J. Dis. Child. 645-648 (1952)

วิธีทำ, ไข่เข็มฉีดยาขนาดเบอร์ ๒๓-๒๕, แหว่งเข้าหลอดเลือดดำที่หลังมือ, แล้วคลายที่รัดแขน. พอให้สัญญาณก็ฉีดยา

น้ำยา ๕ เปอร์เซ็นต์โซเดียมฟลูออเรสเซนซ์ และ ๕ เปอร์เซ็นต์โซเดียมไฮคาร์บอเนต (Fluorescite) ในขนาด ๐.๐๗ ล.ซม. ท่อน้ำหนักตัว ๑ ปอนด์. ตรวจการเกิดสีเรืองเขียวที่คอหน้าใจโตว่าของหนังตาโดยใช้ Wood's light (ให้รังสีอุลตราไวโอเล็ต).

ได้ทดลองในเด็กเกิดใหม่ที่ปรกติ ๕๕ คน, อายุ ๓๓ นาที ถึง ๕ วัน. น้ำหนัก ๒๔๐๐ ถึง ๔๓๐๐ กรัม.

คิดผลได้เป็น "เวลาไหลเวียนจากข้อมือถึงหนังตา" เกิดอายุ ๑ ถึง ๕ วัน,เฉลี่ย ๑๐.๒ ± ๔.๒ วินาที.

การไหลเวียนในขณะเพิ่งคลอดช้ากว่าเมื่ออายุได้ ๕ วัน.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๕. Hang Dale : Treatment of Carbuncle With Local Penicillin Injection. (การรักษาฝีฝักบัวด้วยการฉีดเพนิซิลลินเฉพาะที่) J.A.M.A. 6: 527 (1952)

ผู้รายงานได้รักษาผู้ป่วยฝักบัว ๑๔ ราย ด้วย การ ฉีด เพนิ ซิลลิน ความเข้มข้น ๑๐๐,๐๐๐ หน่วยต่อ ล.ซม. ได้ผิวหนัง

โตยรอบขอบนอกของผู้. ฉีดครั้งเดียวหรือหลายครั้งเป็นราย ๆ ไป. การฉีดเช่นนี้ประกอบด้วยการฉีดเพนิซิลลินโดยวิธีธรรมดา, การพักผ่อนและประกอบด้วยน้ำร้อน, ใตผลคั้น, ทำให้ไม่จำเป็นต้องผ่าฝีเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย. ส่วนจะต้องผ่าฝีหรือไม่ขึ้นอยู่กับแต่ละกรณี. ผู้รายงานเห็นว่า การฉีดเพนิซิลลินเฉพาะที่จะทำให้ฝีหายเร็วขึ้น.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๖. David goldring, Hilda Wahltman. Flush Method for Blood Pressure Determination in New-born Infants. (การวัดความดันโลหิตในเด็กเกิดใหม่โดยวิธีล้าง) J. Ped. 40: 285-289 (1952).

การวัดความดันโลหิตทารกโดยวิธีใช้ฟ้งมีความยากลำบาก. อย่างไรก็ตาม, การวัดความดันโลหิตในทารกมีความจำเป็นเหมือนกัน, ดังเช่นในราย coarctation ของเอออร์ตา ฯลฯ.

ผู้รายงานได้ใช้วิธีวัดความดันโลหิตโดยใช้สายคาแทนการฟ้ง, คือใช้ปลอกรัด (คัฟฟ์) กว้าง ๒.๕ ซม. พันรอบข้อ

มือหรือข้อเท้า และใช้แผ่นยางใส หรือถุงมืออย่างที่ขาด ๆ ก็ได้พันแน่นรอบเท้าหรือมือ, เพื่อรื้อให้เลือดออกไปเสีย. สูบลมเข้าในปลอกรัดให้ความตึง สูงกว่า ความตึงซิสโตลิกที่ควรจะได้เล็กน้อย, แล้วปลดขางรัดมือเท้าออก. มือหรือเท้านั้นก็ระกุกวาชักอยู่. ค่อย ๆ ปลดขาลมลดความตึงในปลอกรัดลง. ความตึงซิสโตลิกอ่านเมื่อเลือดเข้าสู่มือหรือเท้าและทำให้เกิดสีแดงขึ้น.

เขาเปรียบเทียบวิธีนี้กับวิธีใช้ ฟัง และใช้มือสัมผัสชีพจร. ในรายที่มีความดันโลหิตปกติ ๖ ราย, พบว่าผลของวิธีนี้แตกต่างจากในวิธีใช้ฟังและใช้สัมผัส. ผลปรากฏคล้ายกันในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง ๓ ราย. แต่ในพวก coarctation ของเอออร์ตาวัดโดยวิธีฟังไม่ได้, แต่วิธีปรากฏสีแฉงวัดได้, และจากการศึกษาในผู้ป่วยเช่นนี้ ๒-๓ รายเขากล่าวว่าถ้าหากความดันโลหิตของแขนสูงกว่าของขามากกว่า ๒๐ มม. ปรอทแล้ว, จะช่วยบ่งชี้ว่าเป็น coarctation ของเอออร์ตา.

(หมายเหตุ) ได้ทราบว่าผู้ทำรายงานนี้ผู้หนึ่ง ทาง M.S.A. ได้ส่งมาประจำแผนก

ศัลยศาสตร์ ในฐานะศัลยแพทย์ทางประสาท)

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๗. M.D. Thompson, H. C. Trowell.
Pancreatic Enzyme Activity in Duodenal Contents of Children with A Type of Kwashiorkor. (เอ็นไซม์ของตับอ่อนในสิ่งที่สกัดได้จากทิวโอดินัมของ เด็กที่เป็น โรคควาสิชออร์กอร์) Lancet, 21: 1031-1035 (1952).

ผู้รายงานได้ศึกษาน้ำย่อยจากตับอ่อนในเด็กที่มีภาวะทุโภชนาการ ชนิดที่เรียกว่า Kwashiorkor จำนวน ๕๕ ราย, โดยเทียบกับค็อนโทรลที่มีอายุใกล้เคียงกัน ๒๔ ราย. หลักเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาที่มี (๑) อาการขวมกข้มโดยไม่ใช้เพราะไตหรือหัวใจ, (๒) มีการเปลี่ยนแปลงของผผ, (๓) น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ, (๔) ผิวหนัง เปลี่ยน กลายเป็น สีดำคล้ำ (Hyperpigmentation) และลอก, พบได้บ่อยที่บริเวณรักแร้และขาหนีบ, (๕) มีโลหิตจาง (ฮีโมโกลบิน ๒.๘ กรัมถึง ๑๒.๓๒ กรัม), (๖) โปรรเทอีนของ เซรัมต่ำ, (๗) บางรายพบอาการแสดงของการ

ชาววิกะมินปี. ในผู้ป่วยเหล่านี้ อาการ
ท้องร่วง มีถึง ๔๕ เปอร์เซ็นต์, แต่น้อยกว่า
๒๕ เปอร์เซ็นต์ของรายที่มีท้องร่วงมีเซลล์
ลิวดาร์เฮกซาคติในอุจจาระ. พบมาลาเรีย
๕๖ เปอร์เซ็นต์, พยาธิปากขอ ๔๗
เปอร์เซ็นต์.

ในการทดลองได้ใส่หลอดสวนทิวโอ
ทินัมลงไปโดยอาศัยเอ็กสเรย์ช่วย. ทิว
น้าย่อยในส่วนที่ ๒ และ ๓ ของทิวโอที่
น้มออกเก็บในที่เย็นทันที, แล้วตรวจหา
ไลเปสและอะมีเอเลสในวันเดียวกัน. ผล
พบว่าในทุกรายของผู้ป่วยมีความเข้มข้นของ
ไลเปสและ อะมีเอเลสต่ำกว่าปรกติอย่าง
ชัดเจน, และในผู้ป่วยคนเดียวกันมีความ
เข้มข้นน้าย่อยทั้ง ๒ ชนิดเพิ่มขึ้นเมื่อ
เข้าสู่ระยะพักฟื้น.

ในการศึกษา เนื้อ จากตับอ่อนในรายที่
ตายโดยยังไม่ได้รักษาพบว่าในเซลล์ไม่มี
เมล็ดคซัยโมเจน, และยิ่งกว่านั้นยังพบว่า
ไม่มีซัยโทพลาสต์มีรอบ ๆ นิวคลีไอ, แต่
นิวคลีไอคดลีตามปรกติ, ซึ่งแสดงว่า
ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดภายหลัง
ตาย.

ตีเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ.

๘. E.T. Bell. Postmortem Study
of Vascular Disease in Diabetics
(การศึกษาโรคของหลอดเลือดในผู้ป่วย
เบาหวาน, จากการศึกษาศพ). Arch.
Path., 5, 444-455 (1952)

การค้นพบอินสุลินและแอนติไบโอติก
ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตายเพราะแอสโตซิส
หรือการคึกเขอน้อยลง, แต่ที่ตายด้วย
ความพิการของหลอดเลือดคงมีอยู่มาก.
ผู้รายงานจึงศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการตาย
ด้วยความพิการของหลอดเลือดในคนเป็น
เบาหวาน, กับคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน,
โดยศึกษาจากการตรวจศพคน เป็นเบา
หวาน ๑๕๕๘ ราย. พบว่าเกี่ยวกับอายุที่
เริ่มเป็นมีประมาณ ๕ เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่
เกิดเป็นเบาหวานก่อนอายุ ๒๐ ปี, มี ๑๖
เปอร์เซ็นต์ก่อนอายุ ๔๐ ปี, แต่เกิดขึ้น
ภายหลังอายุ ๕๐ ปี ถึง ๗๐ เปอร์เซ็นต์.

เกี่ยวกับการตายเนื่องจากความพิการ
ของหลอดเลือด, ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน
อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ไม่มีใครตายเพราะ
ความพิการนั้นเลย. ผู้ป่วยอายุระหว่าง
๒๐ ถึง ๔๐ ปีตายเพราะความพิการของ
หลอดเลือด ๒๒.๘ เปอร์เซ็นต์. ถ้า

อายุมากกว่า ๕๐ ปีตายเพราะความพิการของหลอดเลือด ๕๔ เปอร์เซ็นต์.

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ช่วยที่มีไข้เป็นโรคเบาหวาน, ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ไม่มีใครตายเพราะความพิการของหลอดเลือดเลย. อายุระหว่าง ๒๐ ถึง ๔๐ ปีตายเพราะความพิการนั้น ๕.๗ เปอร์เซ็นต์. อายุมากกว่า ๔๐ ปีตายเพราะความพิการนั้น ๓๐ เปอร์เซ็นต์. ฉะนั้นประมาณ ๒๔ เปอร์เซ็นต์เท่านั้น, ไม่ใช่ ๕๔ เปอร์เซ็นต์. ที่คนเป็นเบาหวานอายุมาก ๆ ตายเพราะความพิการของหลอดเลือด.

ความพิการของหลอดเลือดเหล่านี้ ได้แก่ แก้งกรีน, ฮาเตอร์ไอโสะเคลอโรสิสในไตและโรคหลอดเลือดโคโรนารี.

เป็นที่น่าสังเกตว่า คนที่เริ่มเป็นเบาหวานก่อนอายุ ๔๐ ปีไม่ค่อยมีความพิการของหลอดเลือดเกิดขึ้น, และที่ตายเพราะเหตุนี้ก็น้อย.

ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงและเป็นมานานของโรคเบาหวานกับความพิการของหลอดเลือด.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.บ.

๕. W.O. Thomson: Sudden Death following Injection of Penicillin (การตายทันทีภายหลังฉีดเพนิซิลลิน) B.M.J. 4775:70-71(1952)

เป็นรายของผู้ช่วยชาย, อายุ ๖๗ ปี, ถึงแก่กรรมโดยเร็วภายหลังฉีดเพนิซิลลินผลึก ๓๐๐,๐๐๐ หน่วย. มีประวัติว่าเคยได้รับการฉีดทั้งเพนิซิลลินผลึกและผสมโปรเคนมาหลายครั้งแล้วโดยไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด, จนกระทั่ง ๖ สัปดาห์ก่อนตาย, ภายหลังที่ฉีดโปรเคนเพนิซิลลิน ๓๐๐,๐๐๐ หน่วย, เกิดคอลแลปส์และหมดสติทันที, หัวเขียว, แต่เพราะหืดที่เขาพึ่งได้เอง ในชั่วครู่ต่อมา. อีกราว ๑ เดือนต่อมาเขาได้ฉีดเพนิซิลลินผลึก ๓๐๐,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อ. ๒-๓ นาทีภายหลังฉีดเกิดคอลแลปส์, หัวเขียว, ลิ้นและริมฝีปากขวม, หายใจขัดและตื้น, และตายใน ๑๐-๑๕ นาทีภายหลังฉีด. ผลจากการตรวจศพที่สำคัญคือมีฮาเซอโรมาของหลอดเลือดโคโรนารีมาก, ฮีเปอร์โทรฟี่ของเวนทริเคิลขวา, และมีไฟโบรสิสกล้ามเนื้อหัวใจอยู่ ๒ แห่ง. ผู้รายงานเข้าใจว่าสภาพของหัวใจที่เย็นมาก่อนเช่นนี้, ถ้าเกิดแม้

เพียงอะนาพีแล็คติคส์ออกจาก การผลิตยา ก็ทำให้มีการหดเกร็งของโคโรนารีและ เกิดหัวใจล้มทันทีได้.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๑๐. H.G. Mueller. Laktations-
hemmung mit Dienoestrol. (การ
ห้ามน้ำนมด้วยไดเอเนสตอรอล) Dtsch.
med. Wschr. 77: 769 (1952)

ไดเอเนสตอรอล แอสทิง ฤทธิเอสโตร
เจนิกได้ก็, แม่บริหารโดยการกิน. ผู้
รายงานได้ทดลองใช้ในคนไข้หลังคลอด
๔๖ คนเพื่อให้ระงับการหลั่งน้ำนม. ใน
จำนวนนี้, ๑๒ คนบุตรคายคลอกหรือ
ตายในเวลาเร็วหลังคลอด, ๑๒ คนบุตร

ตายภายใน ๓ ถึง ๕ วันหลังคลอด,
และ ๒๒ คนแท้งระหว่างเดือนที่ ๔ และ
๖. การให้ยาใช้กิน, มีอัตรา ๑ เม็ก
(๑ เม็กมีไดเอเนสตอรอลอะซีเตท ๒ มก.)
วันละ ๓ ครั้ง, ให้อยู่ ๔ ถึง ๕ วัน. ได้
ผลดีทุกคน, ข้างกันน้ำนมคงได้ทุกราย
ที่ยังไม่มีอาการนั้น; ในรายที่มีอาการแล้ว
ก็หายภายในหนึ่งถึงสามวัน. ระหว่างให้
ยานี้ได้จัดการจำกัดน้ำ, ถ่ายยา, และวัด
เต้านมด้วย. ยานี้มีข้อดีคือ: (๑) ไม่
ต้องฉีด, (๒) ได้ผลดี, (๓) ไม่ปรากฏ
อาการแพ้. แม้หยุดยาแล้วก็ไม่กลับมี
น้ำนมออกมาใหม่.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด

ปกิณณกะ

๑. สมาคมนักเรียนเก่า ๆ

แผนกสาธารณสุขชนบทบุรี
๑๗ ก.ค. ๕๕

เรียน บรรณาธิการสารคดีวิราช

เรื่องข่าวศิษย์เก่าในหนังสือสารคดีวิราช
ฉบับประจำเดือน พ.ค. ๕๕ ข้อ ๑๐,
นายแพทย์อายุศ ณสงขลา ที่ว่ารุ่น ๒๔
(๒๔๖๖) นั้น ความจริงคือรุ่น ๒๕
ขอโทษการทักท้วงของผมนี้ เพื่อบริ
ผู้อ่านเข้าใจผิด

ในฉบับ มี.ค. ๕๕ เรื่องสมาคมนัก
เรียนเก่า นั้นผมมีความเห็นชอบด้วย จึง
อยู่เรามีสโมสรและแพทย์สมาคม แต่
แนวทางบางอย่างไม่เหมือนกัน ผมจึง

เรียนมาในโอกาสนี้ และขอฝากพิจารณา
ไว้ว่าถ้ามีสิ่งใดที่จะให้ผมช่วย โปรดแจ้ง
ให้ทราบ

ขอแสดงความนับถือ

อัมพร วิเศษจิตร

(นายแพทย์อัมพร วิเศษจิตร)

(เราต้องเป็นฝ่ายขอร้องและขอขอบคุณหมอบ
ที่กรุณาแก้ไขให้ได้รับความถูกต้อง ขอท่านสมาชิก
โปรดเข้าใจตามนี้ด้วย สำหรับความเห็นเรื่องสมาคมนัก
ศิษย์เก่าศิริราชคง ยังอีกนาน กว่าจะเป็น รุปร่าง ขึ้นมา
เพราะความเห็นของหมอบอัมพร วิเศษจิตร เป็นข้อ
แรกที่เรารับได้ในเรื่องนี้ เราหวังว่าท่านศิษย์เก่าผู้อื่น
ที่เห็นด้วย จะช่วย ส่งเสริมต่อไปตามความคิดเห็นของ
ท่าน)

๒. ข่าวอาจารย์เก่า

ถอนถอน

วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

ท่านบรรณาธิการที่นับถือ

ผมได้ออกจาก นิตยสารมาตั้งแต่ ๖

ส.ค. ไม่มีเวลาเลยไม่ได้ไปลา ทร. ออก
บริดตัน (อดีตศาสตราจารย์สรีรวิทยา -
บ.ภ.) ตามที่ตั้งใจไว้ แต่หวังว่าคุณหมอบ
สุก แสงวิเชียร จะได้ไปเยี่ยมก่อนกลับ

ส่วน ดร. บัคแมน (อภิศาสตราจารย์
สัทศาสตร์ - บ.ก.) และ ดร. เบร์คินส์
(อภิศาสตราจารย์ อายุศาสตร์ - บ.ก.)
นั้นผมได้ลาไว้ตั้งแต่ก่อนออกจากฟิลิปปินส์
ไปแล้ว

ที่อังกฤษนี้ผมได้ไปหา ดร. จี. คัลลิว.
อีโอบอลด์ (อภิศาสตราจารย์สัทศาสตร์,
ก่อนหน้า ดร. บัคแมน - บ.ก.) ที่แบริค
ฟอร์ด ท่านทำงานในโรงพยาบาล "เซนต์
ลูคแมเทอรินตีบฮอสปิเทล" และ "แบริค
ฟอร์ดรอยัลอินเฟอร์มารี" ผมได้ไป
พักที่บ้านของท่านสองคืน ได้การต้อนรับ
อย่างดี ท่านได้เฝ้าดูนักเรียนแพทย์รุ่น
ที่สำเร็จเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๖๘, ๒๔๖๙ และ

๒๔๗๐ มาให้ดูและถามเรียงตัวว่าใคร
เป็นอะไรอยู่ที่ไหน ผมได้บอกเท่าทำได้

และได้เล่าถึงศิริราชให้ฟัง. ท่านยินดีที่ได้
ทราบข่าวว่า ศิริราช ของเราเจริญขึ้นมาก
และได้ฝากความระลึกถึงมายังนายแพทย์
และพยาบาล ที่เคยเป็นศิษย์ และเพื่อนร่วม
งานมาด้วย เพราะฉะนั้นถ้าไม่มีอะไรขัด
ข้องขอได้ช่วยเขียนท่านทั้งหลายตามนี้

ดร. อีโอบอลด์ยังอ้วนท้วม แข็งแรง
ทุกเดิม และยังทำงานทางรักษาอยู่เสมอ
คำบเลทที่อยู่ของท่านคือ

Mr. G.W. Theobald, M.D., M.R.C.P., F.R.C.S.,
F.I.C.S., F.R.C.O. & P.
St. Luke's Maternity Hospital
and Royal Infirmary.
Bradford, England.

ผมสบายดีแล้ว หวังว่าจะได้พบกันใน
เร็ววัน

โดยความนับถือ
ประพนธ์ เสรีรัตน์

๓. ชาวอาจารย์ปัจจุบัน

แอนน์อาเชอร์, มิชิแกน

๒๔ ก.ค. ๒๔๙๕

ท่านบรรณาธิการที่นับถือ

การดูงานของผม ได้ผลเป็นที่พอใจ
แต่ต้องกะเสือกกะสนเอนเองทั้งนั้นจึงได้

ผมมาพัก โรเซสเตอร์สามวัน เขียน

จดหมายขอทุนงานของ บริษัทบอสแอนต์-
ลอมบี้ ได้ดีมาก ได้มีโอกาสได้ถาม
เรื่องไฟโตไมโครกราฟกับผู้อำนวยการ
เขาโดยตรง รุ่งขึ้นโดยการแนะนำของ

เขาได้ไปพบกับผู้ชำนาญของโกคัก ตอน
 บ่ายได้ไปดูการศึกษาของโคฟูลโมนารีย์
 เช็กเมล็ดและหลอดเลือดของปอคกัย คร.
 Topin ที่โรงเรียนแพทย์โรเซ็สเคอร์ซึ่ง
 อยู่ในตึกเดียวกันกับสตรีของเมมอเรียลฮอส
 ปีทล. เช้าวันเสาร์นั่งแท็กซี่ไปดูปลาสด
 เชื้อแบคทีเรียที่ทอวอร์คัส, แนนเจอร์ลไซแอน
 ทิพีเคเอสตะบิลชเม้นท์ พอกลับไปทำไค

ออกจากโรเซ็สเคอร์ก็มาคลีฟแลนด์
 ได้พักครู่เก่า ศึกษาถึงวิถีชีวิตศิลปะเคชั่น
 การทำเซลล์ลอยดินเชื้อแบคทีเรีย หา
 สาเหตุที่ทำเองไม่สำเร็จ การศึกษาการ
 เจริญของส่วนหน้าตาโดยเครื่องมือพิเศษ
 ที่เขาทำให้สัมพันธ์ขึ้นตนเอง เป็นงานที่
 ได้ทำกันติดต่อกันมา ตั้งแต่ผมมาครั้งที่แล้ว
 (พ.ศ. ๒๔๗๔-๗๖ บ.ก.) แต่ไม่ได้
 ศึกษา ครึ่งหนึ่งเป็นสระเปลี่นเองให้เขา
 ถ่ายเอกสเรย์ เพื่อเรียนให้เข้าใจ แต่
 ประโยชน์ที่ได้นั้นหนักไปในทางพื้น ได้ไป
 ดู "พิพิธภัณฑสถานามัย" ที่สร้างขึ้นโดย
 อคักผู้ชำนาญการพิพิธภัณฑที่เครสเค้น
 แกหนีจากเยอรมนีมา เลยมาได้ภรรยา

ที่นี้ ทำนาคมาก แยกที่แผนกศิริวิทยา
 เคยคิดจะทำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร ได้ไปดู
 ห้องสมุดหนังสือแพทย์เก่า ๆ ที่ย้ายมาจาก
 หอสมุดกองทัพบกเพราะไม่มีที่เก็บ ได้ดู
 ภาพเขียนกายวิภาคขนาดเท่าตัวจริงที่
 เขียนไว้กว่าร้อยปีแล้ว

ที่ คลีฟแลนด์ โรงเรียนแพทย์ เขา
 กำลังเปลี่ยนแปลง อย่างใหญ่ หลวง
 เปลี่ยนเป็น "คอรัลเรคเคคคอร์ล" อย่าง
 ใหม่เอี่ยม แต่ผมไม่ได้รายละเอียดเพราะ
 ไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการเอง การสอนก็
 เหมือน ๆ เดิม แต่หากมีการค้นคว้า
 กว้างขวางยิ่งกว่าของเราอีก นอกจาก
 มีคนที่ทำงานจริงจังแล้ว เขายังมีสตางค์
 มากด้วย บางแห่งเขาใช้ของกันนำ
 เสียหายเหลือเกิน ผมขอภาวนาอย่าให้
 คนของเราเอาอย่างเขาไปใช้ในเมืองไทย
 เลย เป็นลุ่มจมหมกตัวแน่

โดยความนับถือ

สุด แสงวิเชียร

(เชื่อว่าท่านผู้อ่าน คงพลอย เหนื่อยไปกับท่าน
 ศาสตราจารย์สุดด้วย น. ก.)

๔. ข้าวต่วน

ในโอกาสสุดท้ายก่อนที่หนังสือจะออก, เรามีสำนวนที่เห็นควรเสนอท่านสมาชิกสองข่าว, คือ:

(๑) พระราชทานที่ดิน ที่ดินหน้าโรงพยาบาลศิริราชบ้านใต้ ตรงที่ตั้งโรงเรียนพยาบาล ทูลกระหม่อม, สมเด็จพระราชบิดา ฯ ได้ประทานให้คณะแพทยศาสตร์ เช่าในอัตราปีละ ๑ บาท มาเป็นเวลา ร่วมสมัยแล้ว บัดนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, พระราชชนนีและสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ, ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ พระราชทานและประทานที่ดินผืนนั้นให้เป็นสิทธิ์แก่คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล โดยเด็ดขาดแล้ว, นับว่าเป็นพระมหากรุณาและพระกรุณาแก่ศิริราชเป็นอย่างยิ่ง.

(๒) “ทุนวันมหิดล” สำหรับงาน “วันมหิดล” วันที่ ๒๔ กันยายน, บัดนี้คณะกรรมการแพทยศาสตร์ฯ ได้พิจารณาเห็นพ้องต้องกันว่า แทนที่แต่ละแผนกในคณะ ฯ จะจัดทำ พวงมาลามาวาง สักการะเป็นแผนก ๆ ไป, ซึ่งรวมกันเข้าแล้วก็เป็นกรวมคเปลือกมาก, สมควรที่คณะ

แพทยศาสตร์ ฯ จะจัดทำพวงมาลาวางเป็นพวงเดียว, และประหยัดเงินเรียไรทเหลือนี้เก็บเข้าไว้รวมเป็น “ทุนวันมหิดล”, ซึ่งคงจะได้พอกพูนขึ้นทุก ๆ ปี, และเก็บไว้ใช้ประโยชน์ในการอุดหนุน การศึกษา ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลสืบไป. ในกรณี, ทางการยืมกู้ยืมเงินสมทบทุนจากท่านผู้มีจิตศรัทธา, และจะได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้รับเงิน สมทบทุน ที่บริเวณพระรูปอนุสาวรีย์ในวันนั้น.

กำหนดการ สำหรับ คณะ แพทย - ศาสตร์ ฯ ในวัน มหิดลมีโดยสังเขปคือ: (๑) ๗.๓๐ น. พิธีสงฆ์ในหอประชุมราชแพทยาลัย, อุทิศส่วนกุศลถวายทูลกระหม่อม ฯ (๒) เดินแถวนำพวงมาลาไปวางและถวายบังคมที่พระรูป ฯ (๓) ร่วมชุมนุมในหอประชุม ฯ เพื่อฟังสุนทรพจน์ของท่านคณบดีฯ และฟัง เวียง ความ สักการะเกียรติทูลกระหม่อม ฯ ฌบัย ที่ ได้รับรางวัล

ในวันนั้น เชื่อกันว่าให้ เอกชนและองค์การต่าง ๆ ถวายสักการะได้ตลอดวัน.

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ส.จ.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๘๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	(ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล					รวมทุกแผนก	
	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ		
ก. (นอก) ใหม่	๑,๓๘๓	๗๐๕	๗๘๒	๘๑๐	๕๔๐	๔,๖๓๔	
เก่า	๑,๓๖๑	๑,๐๒๘	๑,๑๕๔	๖๐๗	๑,๖๐๗	๕,๗๕๖	
รวม	๒,๗๔๔	๑,๗๓๓	๑,๙๓๖	๑,๔๑๗	๒,๑๔๗	๑๐,๓๙๐	
ข. (ใน)	๑๓๒	๒๒๘	๕๑๑	๑๒๖	๑๕๘	๑,๑๕๕	
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ	๒๔๒	จักษุฯ	๒๐๒	สูติ-นารีฯ	๑๔๗	รวม ๕๙๑
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๑๕๗	หญิง	๑๘๔	รวม ๓๔๑ คน		
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย	๑๑	หญิง	๘	รวม ๑๙ คน		
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๑๑๘ คน (๘.๘๒ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๒ ราย						
	(๘.๖๓ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)						
๖. จำนวนการย้ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๓๑๖ ราย ข้างนอก ๑๑ ราย รวม ๓๒๗ ราย						
๗. แผนกรังสีวิทยา							
ก. รังสีเอ็กซ์	ตรวจ ๑๗๓๔ คน รักษา (ใหม่) ๓๕ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๖๓๕ ครั้ง						
ข. รöntgen	รักษา ๑๔ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๘ ครั้ง						
ค. โคอะเชอมี	รักษา (ใหม่) — คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) — ครั้ง						
๘. แผนกศรัวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๘ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บีสสภาวะและน้ำย่อยรวม ๒,๔๑๖ ครั้ง						
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๑๒ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๓๐๕ (จากภายนอก —) แอ็กกูตึเน- ชั่น ๘๒ วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๖๒๘ หมู่มเลือด ๕๘๘ นิบเม็คเลือด ๑๐๐ ฟิล์มเลือด ๘๗ น้ำไขสันหลัง ๒๐ ออจาระ ๘๘๖ บีสสภาวะ ๑๐๑ เสมหะและ อื่น ๆ ๗๒ ตรวจทดลองควัจจิต (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๐ เพาะเชื้อในเลือด ๑๐๓ จิตสัตว์ ๔๘ รวมตรวจต่าง ๆ ๔,๐๘๒ อย่าง สฟฐาติรับไป ๖๒ ศพ ภาวะวิภาค รับไป ๓ ศพ สปีหรือรับไป ๗๔ ศพ รวม ๑๓๕ ศพ						
๑๐. หน่วยทันตกรรม	ผู้ป่วยใหม่ ๑๖๔ คน เก่า ๑๐๑ คน รักษาโรคในปาก ๔๑ คน อุดฟัน ๕๓ ซึ่ ถอนฟัน ๑๒๘ ซึ่ ผ่าตัดในช่องปาก ๒๓ คน						

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สมาน สมานวณิช และแผนกสถิติ)

อนุโมทนา มีผู้บริจาคเงินและสิ่งของ
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตั้งต่อไปนี้

๑. พระยาอนุบาลกิตติภรณ์ และ
คุณหญิง ๑๓๓ ถนนศาลาแดง พระนคร
บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน
“พระยาอนุบาลกิตติภรณ์” เก็บคอกผล
อุทหนันนักศึกษแพทย์ และอุททิศส่วน
กุศลให้คุณบิดามารดาผู้วายชนม์ไปแล้ว
๒. ธนาคารมณฑล จำกัด พระนคร
บริจาคเงินตั้งเป็นทุน “ธนาคารมณฑล
จำกัด” ประจำปี พ.ศ. ๒๔๕๕ เป็นเงิน
๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๓. คุณหญิงอุเทนเทพ
โกสินทร์ ๒๒ ซอยอารี ถนนกรุงเทพพร
สมุทรปราการ พระนคร บริจาคเงิน
๒,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน
“คุณหญิงอุเทนเทพโกสินทร์ (เยอน
บรรณศิริ)” โดยขออุททิศส่วนกุศลให้
พระยาเสนาภุเบศร์ (ใส สโรบล) ผู้เป็น
บิดา ๔. นายช้อยบึง แซ่ฉั่ว ร้านพันสิ
ยี่ห้อเซียงเอง หลังโรงภาพยนตร์แค้ป-
บัตตอล พระนคร บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐
บาท เนื่องในการทำบุญคล้ายวันเกิดของ
มารดา ๕. นางลมูล แก้วเจริญ ๔๕
ถนนพารุท พระนคร บริจาคเงินสมทบ

ทุน “นางลมูล แก้วเจริญ” ๕๐๐.๐๐ บาท
และสมทบทุน “น.ส. ลมัย แก้วเจริญ”
๕๐๐.๐๐ บาท ๖. น.ส. นวนิษฐ์
โรจนเสนา กองการเทศบาล กรม
มหาดไทย ส่งเงินจำนวน ๔๑๐.๐๐ บาท
อันเป็นเงินของข้าราชการกองการเทศบาล
บริจาคพร้อมกัน เพื่ออุททิศส่วนกุศลให้
นายโนวี โรจนเสนา บิดา ทั้งนี้ เนื่อง
ในโอกาสประกอบพิธีการกุศลสัตตมวารศพ
๗. นางสาว ชนระนรงค์ องค์การ
ส่วนยาง นายอน อำเภอบึงสาม นคร
ศรีธรรมราช บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท
๘. นายคุณุชัย แซ่ลิ่ม ๓๕๖/๑
สะพานเหลือง ถนนพระราม ๕ พระนคร
บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ๙. นายจำ
นิคมรัตน์ บ้านตำบลสองพี่น้อง สุพรรณ-
บุรี บริจาคเงิน ๑๐๐.๐๐ บาท บำรุง
แผนกคัลยศาสตร์ ๑๐. บริษัทปูนซีเมนต์
ไทยจำกัด พระนคร บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐.
๐๐ บาท เพื่อให้ใช้จ่ายในกิจการของ
โรงพยาบาลศิริราช ๑๑. นายอุดม
บัวแย้ม โรงสียี่ห้อเมียนเส็ง ตำบล
บางหลวง อำเภอบางเลน นครปฐม
บริจาคเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนก
คัลยศาสตร์ ๑๒. นางอุ้นเรือน อุบลวงษ์

ของขวัญแก่เด็กช่วย เสร็จแล้วได้เสด็จ
ไปยังหอประชุมราชแพทยาลัย ประทับ
ร่วมเสวยน้ำชากับบรรดาอาจารย์ เสด็จ
กลับเมื่อเวลาประมาณ ๑๗.๐๐ น. ใน
การนี้ท่านคณบดี, อาจารย์, นักศึกษา
แพทย์และนักเรียนพยาบาล ได้ชุมนุมกัน
รับเสด็จอย่างคึกคัก ทุก ๆ คนรู้สึกปล้ำ
ปล้ำในพระกรุณาเป็นอันมาก.

อาจารย์ไปต่างประเทศ

๑. นายแพทย์
สุนทร ทัศนทานันท์ อาจารย์อายุรศาสตร์
ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน
พูลไชรท์ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม
๒๔๕๕ ๒. แพทย์หญิงวันดี ไวสารว
อาจารย์กายวิภาคศาสตร์ ไปศึกษาต่อ
ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุนพูลไชรท์ เมื่อ
วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๓. นาย
แพทย์ประพันธ์ อารีย์มิตร อาจารย์สรี
ศาสตร์ ฯ ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา
โดยทุนพูลไชรท์ เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม
๒๔๕๕ ๔. นายแพทย์มงคล เครือ
ตราชู อาจารย์อายุรศาสตร์ ไปศึกษา
ต่อ ณ ประเทศอังกฤษ โดยทุนบริติช
เคาน์ซิล เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๔๕๕
๕. แพทย์หญิงสุภา ณ นคร อาจารย์

อายุรศาสตร์ ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐ
อเมริกา โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. เมื่อ
วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๖. นาย
แพทย์เพอง สัตย์สงวน อาจารย์ศัลยศาสตร์
ไปศึกษาและปฏิบัติงาน ณ สหรัฐอเมริกา
โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. เมื่อวันที่ ๗
กันยายน ๒๔๕๕ ๗. นายแพทย์เวช
วุฒิมิ อาจารย์อายุรศาสตร์ ไปศึกษา
ต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๗ กันยายน
๒๔๕๕

เราขออวยพรให้ท่านอาจารย์ทั้งหลาย
เหล่านี้ประสบความสำเร็จจงทุกประการ

อาจารย์กลับจากต่างประเทศ

๑. นาย
แพทย์สร เมตติยวงศ์ อาจารย์อายุรศาสตร์
ซึ่งเดินทางไปศึกษาและฝึกงานทางโรค
ผิวหนังและกามโรค ณ มหาวิทยาลัย
แคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่วันที่
๘ สิงหาคม ๒๔๕๔ ได้กลับถึงกรุงเทพฯ
เมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม คนี้
๒. นายแพทย์ศิริ จิ่งเจริญ อาจารย์
สรีรวิทยา ซึ่งเดินทางไปศึกษาต่อ ณ
ประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ปลายเดือนสิงหาคม
๒๔๕๑ ได้กลับถึงกรุงเทพฯ ตั้งแต่วันที่
๒๔ สิงหาคม ๒๔๕๕ ท่านได้เข้าคุ

งานในแผนกสรีรวิทยาที่มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดเป็นเวลา ๑ ปี แล้วจากนั้นได้ทำการค้นคว้าเกี่ยวกับ การไหลเวียนในหลอดเลือดแคโรติกในสัตว์ต่างชนิด ที่มหาวิทยาลัยลอนดอน และเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ สอบไล่ได้วิทยาศาสตร์กฤษฎีบัณฑิต (Ph. D.) ปรากฏว่างานค้นคว้าของท่านได้ผลที่ไม่ได้มีใครคาดหมายมาก่อนเลย และเป็นงานค้นพบที่สำคัญมากชิ้นหนึ่ง

เราขอแสดงความยินดีในความสำเร็จของท่านอาจารย์ด้วยอย่างมาก และท่าน

อาจารย์ทั้งสองได้กลับมาสอนศิษย์ของท่านต่อไปตามเดิมแล้ว.

มงคลสมรส นายแพทย์บัญญัติ ปริชาญา นนท์ พ.ย. อาจารย์อายุรศาสตร์ กับนางสาวกานดา ศิริอรุณ ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ค.ศ. เราขออำนาจพรให้คู่ย่าวสาว จงประสบความสุขสวัสดีตลอดชั่วกาลนาน.

อุปสมบท นายแพทย์วิทย์ มีนะเกษิษฐ์ อาจารย์ในแผนกพยาธิวิทยา ได้อุปสมบท ณ วัดนางหงษ์ นครนายก เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ค.ศ. เราขออนุโมทนาในส่วนกุศลนี้ด้วยเป็นอย่างมาก.

ข่าวศิษย์เก่า

ไปต่างประเทศ ๑. แพทย์หญิง ชนิทรภมรสติ ไปศึกษาโดยทุนส่วนตัว ณ ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๒. นายแพทย์ระเบียบ ฤกษ์เกษม ไปศึกษาและทำงานเพิ่มเติมทางศัลยกรรม ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๓. นายแพทย์ รุฉินทร์ ทัศนตังกุล ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุนฟูลไบรท์ เมื่อ

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๔. นายแพทย์ฉลาด ธีระพัฒน์ ไปศึกษาวิชาศัลยกรรมต่อโดยทุนฟูลไบรท์ และทุนรัฐบาลอเมริกัน ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๕. นายแพทย์บุญเริ่ม สิงหนทร ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกาโดยทุนฟูลไบรท์ เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๖. นายแพทย์เล็ก ณ นคร ไปศึกษาและงานศัลยกรรม

เพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๗. นายแพทย์โชติ บวรณกาล ไปศึกษาและปฏิบัติงานทางวิทยาการสัตต ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๘. นาวาโทอรุณ รัตตะรังสี ไปศึกษาต่อ ณ ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๙. แพทย์หญิง กววมณี โชติกเสถียร ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุนสมาคมสตรีอุดมศึกษาฯ เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๐. นายแพทย์ชัยศิริ เขตตานรักษ์ ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๑. นายแพทย์ ศิริ สดาวระ ไปศึกษาและปฏิบัติงาน ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๒. นายแพทย์ ประณัติ ลักษณะพุกก์ ไปศึกษาและปฏิบัติงาน ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๓. นายแพทย์สมขรณ์ วัชโรทัย ไปงาน ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๔. นายแพทย์เฉก ชนะศิริ ไปศึกษาและปฏิบัติงาน ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๕. แพทย์

หญิงศศิจันทร์ วิมุกตานนท์ ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๔๕๕ ๑๖. แพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียร ไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๔๕๕

เราขออวยพรให้ท่านศิษย์เก่าทั้งหลายนี้ จงประสบความสำเร็จในการไปต่างประเทศของท่านจงทั่วกัน.

กลับจากต่างประเทศ ๑. นายแพทย์ นิตดา ศรียามัย ซึ่งได้ออกเดินทางไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัณโรค โดยทุนรัฐบาลอเมริกา ตั้งแต่วันที่ ๖ กันยายน ศกก่อนนั้น บัดนี้ได้เดินทางกลับถึงประเทศไทยแล้วแต่เมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ศกนี้ ท่านได้ไปเป็นแพทย์ประจำ แผนกงานทางวัณโรคที่ National Jewish Hospital เคนเวอร์. โคโลราโด และปฏิบัติงานทางวัณโรคในค่านสาธารณสุขที่เคนเวอร์ และตามโรงพยาบาลวัณโรคต่าง ๆ ในรัฐนิวยอร์กด้วย.

มงคลสมรส ๑. นายแพทย์สมาน สุวรรณฤทธิ พ.บ. กับ น.ส. พวงศรี งามละออ ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๔๕๕ ๒. นายแพทย์ชิงฉัตร

โคละทัก พ.บ. กับ นางสาวชัตรียะ อรัณ-
 ยะนาถ ป. พยาบาล เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม
 ค.ศ. ๒๔๕๕ ๓. นายแพทย์สมศักดิ์
 สิริสวัสดิ์ พ.บ. กับ นางสาวประนอม บุรณะ
 พงศ์ เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๔๕๕
 ๔. นายแพทย์ทวีชัย จูระเวช พ.บ. กับ
 นางสาววิจิตรวราญ วัฒนถนอม ป. พยาบาล
 เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๔๕๕ ๕.
 นายแพทย์ ม.ร.ว. สถาพร เกษมสันต์ พ.บ.
 กับ นางสาววิไล ธรรมสุวรรณ ป. พยาบาล
 เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ค.ศ. ๒๔๕๕ ๖. นาย
 แพทย์สวัสด์ เตมียาจ พ.บ. กับ นางสาว
 ชัชวาลย์ สวัสดิ์สังคราม ป. พยาบาล เมื่
 วนที่ ๑ สิงหาคม ค.ศ. ๒๔๕๕ ๗. นางสาว
 ลัดดา สมิตย์ กับ นายโสภาส จาตุรงค์กุล
 เมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ค.ศ. ๒๔๕๕ ๘. แพทย์
 หญิงวิฑูรย์ พิจารณจิตร พ.บ. กับ เรือโท
 ประคิยติ ยุทธศาสตร์โกศล ร.น. เมื่
 วนที่ ๕ สิงหาคม ค.ศ. ๒๔๕๕ ๙. แพทย์
 หญิงอาภา อารณศิริ พ.บ. กับ นาย
 แพทย์วิโรจน์ สิงห์เสนี ท.บ. เมื่อวันที่
 ๑๐ สิงหาคม ค.ศ. ๒๔๕๕

สารศิริราชจำเป็นต้องขออภัยต่อท่าน
 ศิษย์เก่าอีกมากท่าน ที่มีข่าวเกี่ยวกับไป
 ต่างประเทศ กลับจากต่างประเทศ และ

มงคลสมรส ซึ่งเรามีใ้เสนอข่าวนั้น
 เพราะเราไม่ได้รับข่าวจากท่าน จึงขอถือ
 โอกาสขออภัยท่านศิษย์เก่าอีกครั้งให้ช่วย
 กันแจ้งข่าวเกี่ยวกับตัวท่านหรือเพื่อนของ
 ท่าน เพื่อเราจะได้นำเสนอข่าวต่อศิษย์
 ศิริราชให้ทราบทั่วกัน.

สโมสรแพทย์ชนะเลิศบริดจ์ ปี ๒๔๕๕

เราได้ทราบข่าวอันเป็นที่น่ายินดีว่า ใน
 ปีนี้ สโมสรแพทย์ฯ ของเราได้รับเกียรติ
 ครองถ้วยชนะเลิศบริดจ์ประจำปีประเภท
 สโมสร โดยชนะที่มราชศฤงคาร ๑๘๘๐
 แต้ม ในการแข่งขันรอบสุดท้ายเมื่อวันที่
 ๑๗ สิงหาคม ค.ศ. ๒๔๕๕ ทั้งนี้เป็นครั้งแรก
 ที่สโมสรเราได้รับเกียรตินี้ นับแต่ที่
 สหสมาคมบริดจ์แห่งประเทศไทย ได้ยุบเลิก
 มาเป็นเวลา ๕ ปี รายงานผู้เล่นให้แก่
 ที่สโมสรแพทย์ของเรา คือ ๑. นาย
 แพทย์สนอง อุนากุล ๒. นายแพทย์
 ยัฒเย็น ทวีพัฒน์ ๓. นายแพทย์เทียน
 เพ็ญ กระจุกทอง ๔. นายแพทย์สมภพ
 สุสังกรกาญจน์ ๕. นายโกวิท สุจริตกุล.

สารศิริราช ขอแสดงความยินดีกับ
 ในเกียรติที่ได้รับนี้.

รายนามผู้เฝ้าเพื่อสารศิริราช ๑. นาย ๑๐๐.๐๐ บาท ๒. พ.ท. ชุนจำนงบรรณ
 แพทย์สุชาติ ศุภสินธุ์ ๑๐๐.๐๐ บาท แพทย์ ๑๐๐.๐๐ บาท ๓. นายแพทย์
 ๒. นายแพทย์วิทยา ทรัพย์ประุง ๕๐.๐๐ ศิริ พัฒนกำจร ๒๐๐.๐๐ บาท
 บาท ๓. นายแพทย์ชน ปานทิพย์ ๕๐.๐๐ รวบรวมทั้งสิ้นในครั้งนี้เป็นเงิน ๑๐๕๐.
 บาท ๔. นายแพทย์สง เสียมภักดี ๕๐๐. ๐๐ บาท สารศิริราชขอขอบคุณในความ
 ๐๐ บาท ๕. นายแพทย์อำนาจ เสริมรส ๕๐๐.๐๐ บาท
 เฝ้าเพื่อของท่านทั้งหลายนี้ด้วย.

การส่งเงินค่าบำรุง

ผู้รับ : ผู้จัดการสารศิริราช
 ที่ส่งจ่าย : ป.ณ. หน้าพระลาน
 ทั้งนี้ เพื่อความรวดเร็วและเรียบร้อยแก่การปฏิบัติ.

หน้าสำหรับนิลลิต

หวัดหน้าฝน

ในหน้าฝนคนมักเป็นหวัดเก่ง. ข้อนี้ อธิบายกันว่า เป็น เพราะ อากาศ ชื้นบ้าง, เพราะถูกละของฝนบ้าง, เบียดไซกไซน บ้าง. แต่ในหน้าหนาว, อากาศแห้งผาก, ผู้คนไม่ค่อยมีโอกาสได้ถูกน้ำ, ก็ยังมี คนเป็นหวัดกันมาก ๆ เหมือนกัน. ความจริงทุกคราวที่ “เปลี่ยนอากาศ”, จาก เย็นไปร้อน, จากร้อนไปเย็น, โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในประการหลัง, ก็มักมีจำนวน คนเป็นหวัดเพิ่มขึ้นอย่างเห็นชัดจนเสมอ. พิเคราะห์ที่ดูออกจะรู้สึกว่าการ “เปลี่ยน” ฤดูจะมีความสำคัญมากกว่า “การเปียก” หรือ “การแห้ง”.

เหตุของหวัดถือกันว่าไม่มีอะไรจำเพาะ. ทั่วอะไรต่ออะไรหลายอย่างอาจทำให้มีอาการหวัดได้. ที่แรกก็เข้าใจว่าเป็น พวกแบคทีเรียที่ซุกซ่อนอยู่ในจมูก, ปาก และคอ, ต่อมาไปโทษเอาไวรัส. ในสมัยหลังนี้, เมื่อความมีเรื่องแอนติบอดีเพิ่มขึ้น, ก็เหมือนว่าจะจับเหตุของ

หวัดได้ว่า เป็นเรื่อง ของ การ แพ้ จำเพาะ (แอลเลอร์ยี), จนถึงกับมีการประกาศ ศึกโครมว่าได้ค้นพบ ยารักษาหวัดอย่าง คักคิลิทธิ, ซึ่งเป็นพวกแอนติฮิสตามีน. อย่างไรก็ดี, ผลที่ได้นั้นปรากฏว่าไม่ค่อย สมส่วนกับความคาดหมาย. ในเวลานี้เรา อาจตั้งขึ้นว่าเมื่อสมัยก่อนในหนึ่งข้อ, คือ เวลาเป็นหวัดขึ้นมาแล้ว, ไม่ต้องทน ทรมาน คักจุมก หายใจอึดอัดหรือหายใจ ทางปาก, มียาพวกบีบหลอดเลือดและแอนติฮิสตามีน หยอดช่วยให้ เยื่อเมือกบวม ยุบ, จมูกโล่งหายใจคล่อง, และบางที ช่วยให้อาการหวัดหายเร็วขึ้นบ้าง. แต่ก็ มีข้อเสียอยู่ด้วยเหมือนกัน. ประการแรก ยานี้ช่วยเพียงบรรเทาอาการ, ไม่ได้ตัด เหตุของโรค, ดังนั้นก็ทำให้สลับไปชั่วคราว, แต่ที่จะหายจากโรคยังคง ต้องอาศัยอำนาจต้านทานของร่างกายตาม เคย. ประการที่สอง, ยาพวกนี้ราคาแพง

มาก. ขนานทมชอว่าคินนค่านวณคญแล้ว
ทยอดคองหน่ง ๆ เสี้ยค้ายาตงฆาท. ถ้า
ใครเป็นทวักย้อย ๆ ก็ยากจนเป็นแน่. คิค
กรอบคอบแล้วเห็นได้โดยง่าย ๆ ว่าไม่
เป็นทวักเสี้ยเลยละเป็นคี่. ขอนกัหมาย
ความว่าการบ้องกัน มีความสำคัญมาก,
และเพราะเรายังไม่รู้จักทวักเหตุที่แน่นอน,
เท่าที่รู้จักเหมือนมันจะอยู่ทงรอบ ๆ ทวักเรา
และภายในทวักเราอยู่ทุก ๆ คน, ดังนั้น
การบ้องกันคงจะต้องวางแผนไปในทาง
เพิ่มอำนาจต้านทานขวกกับคัตเหตุชวณ
(ปริคสิไปซิ่งกั) ออกเสี้ยให้มากที่สุดท
จะมากได้.

วิธีเพิ่มอำนาจต้านทานโรคของร่าง
กายก็เหมือนจะรู้จักกันก็อยู่ทุก ๆ คน, คง
ไม่จำเป็นจะต้องพรรณา. การพักผอนให้
เพียงพอ, อาหารคี่, ออกกำลัง, แต่ง
กายอบอุ่นเป็นทวัก ประกอบที่ สำคัญ มาก.
สำหรับเหตุชวณนั้นมามากมาย, แต่ที่
สำคัญ ๆ พอจะสรุปเข้าได้เป็นสามข้อ
ใหญ่ ๆ เพื่อให้จำง่ายคิ่งนี้: (๑) เชื้อ
แปลก, (๒) อากาศเปลี่ยน, และ (๓)
เท้าเขยอก. เชื้อแปลกหมายความว่าถึงเชื้อ
ที่ใครยเข้ามาใหม่ในขณะที่โอกาสเหมาะ
สำหรับมันเจริญ. เชื้อพวกนี้มักทำเหตุ

เกิดทร้อนมาก. เรารู้แล้วว่าเชื้อทมดิน
ฐานประจำอยู่ในทวักเราเองนั้นมักจะมีควม
คู้กันอยู่, ไม่ค่อยทำเหตุมากนัก, นอก
จากในเมื่อร่างกายมีอำนาจต้านทานคตกต่ำ
มาก ๆ. การได้รบเชื้อจากทอนจึงเป็น
เหตุสำคัญมาก. จะหลีกเลี่ยงขอนกัหมาย
ความว่าต้องคเว้นการปะปน กับคน หมู
มาก, โดยเฉพาะในที่อัย, อากาศถ่ายเท
ไม่ไค้, เช่นในโรงหน่งหรือโรงละคร.
คิคเฝิน ๆ ในรถประจำทางต่าง ๆ ไม่น่า
จะมีการอัยอากาศ, เพราะรถแล่นอยู่
เรื่อย. แต่ในภาวะปัจจุบันสังเกตว่าการ
ขาดถ่ายเทอากาศคงเกิดขึ้นได้ ไม่น้อย.
เพราะรถแน่น, คนยืนอ็คกันยัดช้องถ่าย
อากาศหมด. มีหน้าซ้ารดสมียใหม่
ลอกแบบเมืองฝรั่งมาโดยตรง, ยีคมีคชิต,
ไม่มีช้องระบายลมยอนและซ้าง ๆ หลังกา,
ยั้งอัยมากใหญ่. ขอนขวกกับการทคของย
ห้อย โทนขณะทเห็นค เห็นอยจากงาน มา
แล้ว, ช่วยให้เชื้อแปลก ๆ เข้าร่างกาย
ไค้ง่ายขึ้นเป็นแน่.

ในช้ออากาศเปลี่ยน, จะเปลี่ยนจาก
ร้อนเป็นหนาว, หรือจากแห้งเขนเขยอก,
เช่นฝนแล้งหรือฝนตก, หรือเปลี่ยนฤดู
ก็ตาม, ข้อที่สำคัญคคือการปรับทวักอ

ภาวะแวดล้อม. ร่างกายของสัตว์เลือด
 อุ่นเช่นเราต้องมีกลไกสำหรับบังคับการ
 ถ่ายเทความร้อน. กลไกในคนปรกติมี
 ชีตตั้งไว้ให้ปล่อยความร้อนเพียงเท่านั้น
 เท่านั้น, เพื่อไม่ให้ร่างกายร้อนเกินไป.
 ขณะความร้อนเย็นของอากาศคงที่, กลไก
 นี้ทำงานไปเรื่อย ๆ และสามารถทำหน้าที่
 ที่ได้ผลปรกติ. ถ้าหากอากาศภายนอก
 เปลี่ยนมากโดยทันที, เช่นเย็นลงหลาย ๆ
 องศาเวลาที่ฝนตกหนักและลมแรง, กลไก
 ดังกล่าวอาจเปลี่ยนขีดของการทำงานไม่
 ทัน, ยังคงปล่อยความร้อนออกจากตัว
 เช่นเดิมเรื่อย ๆ, ร่างกายเย็นลงเกิน
 ปรกติ, อาจเกิดหนาวสะท้าน, ชวนให้
 สั่น. ชื้นทำให้กลไกรักษาความร้อน
 ต้องสลับเปลี่ยนการดำเนินงานอย่างกระทัน
 หัน. การไหลเวียนเลือดต้องเปลี่ยนแนว,
 เปลี่ยนความดัน, เปลี่ยนการไหล. การ
 เปลี่ยนเหล่านี้กระเทือนถึงการทำงานของ
 อวัยวะต่าง ๆ, ของเซลล์, และของ
 เซลล์ซึ่งทำหน้าที่ของมัน. เหตุการณ์ทำ
 นองนี้ลดความต้านทานของร่างกาย โดย
 รวดเร็ว, ชวนให้เชื้อโรคก่อเหตุเกิด
 ร้อนได้ง่าย. การเปลี่ยนจากหนาวเป็นร้อน
 ก็อาจทำเรื่องทำนองเดียวกัน. ส่วนที่เกี่ยวข้อง

กับความชื้นและความแห้งของอากาศนั้น
 ข้อสำคัญคงเป็นความผิดปกติของเยื่อ
 ทางหายใจ. ถ้าอากาศชื้นมากเกินไป,
 น้ำระเหยออกจากเยื่อชั้นในได้ยาก, น้ำก็
 คั่ง, เซลล์ทำงานไม่ได้ดี, ความต้าน
 ทานต่ำลง. ถ้าอากาศแห้งเกินไป, เยื่อ
 เยื่อความชื้นไปโดยการระเหยมากเกินไป
 สมควร, เซลล์แห้งเกินไป, ความต้าน
 ทานก็เสีย. เพราะฉะนั้นความชื้นมากไป
 ก็ไม่ดี, น้อยเกินไปก็ไม่ดี. ข้อที่ปฏิบัติ
 ง่ายที่สุดเกี่ยวกับการระวังในเวลาอากาศ
 เปลี่ยน, และสำคัญที่สุด, คือแต่งกาย
 ให้พอเหมาะ, ให้ได้ความอบอุ่นพอดี
 สำหรับร่างกาย, ไม่ให้รู้สึกหนาวหรือรู้
 สึกร้อนจนเกินไป. สังเกตว่าถ้าอากาศ
 ร้อนจัด ๆ, แล้วเกิดฝนตกใหญ่ในทันที,
 มักมีคนเป็นหวัดมากต่อจากนั้น. นี้ก็
 เพราะว่า ระหว่างที่ร้อนพากันแต่งตัวด้วย
 เสื้อผ้าบาง, พอฝนตกอากาศกลับเย็นทันที,
 ผู้ที่ไม่รู้จักรักษาตัวไม่เพิ่มเสื้อผ้าขึ้น, ตัว
 ก็เย็นเกินไป, จึงเป็นหวัด. ผู้ที่เข้าใจ,
 รีบแต่งกายให้พอเหมาะเสีย, ก็ไม่เป็น
 อะไร. ในประเทศหนาวอากาศแห้งมาก,
 เขามักเพิ่มความร้อนให้อากาศโดยตั้ง
 อ่างน้ำเปิดทิ้งไว้ใกล้เตาผิง, หรือเอาผ้า

ซุบน้ำผึ้งไว้, และอื่น ๆ. สำหรับอากาศ
 ชื้นในหน้าฝนของเราเห็นจะหาวิธีแก้ยาก;
 แต่ถ้าหากหลบจากภายในห้องที่อบ ความ
 ชื้นไว้, ไปอยู่กลางแจ้ง, มีกระแสลม
 และแสงแดด, ซึ่งลดความชื้นในอากาศ,
 ก็อาจช่วยได้มาก, และยังได้ประโยชน์
 ทางอื่นอีกด้วย.

เรื่องเท้าเปียกเห็นจะต้องนับว่าเป็น
 เรื่องใหม่สำหรับชาวเรา, เพราะในสมัย
 ก่อนพวกเราไม่ได้ใส่รองเท้า. ปัญ
 หานี้ก็ไม่สำคัญ. คือคนที่ไม่ใส่, เท้าเคย
 กับการเปียกเฉยอยู่เสมอ, ก็ชินกับการ
 เปลี่ยนแปลง ร้อน เย็น ของอากาศได้ง่าย.
 หากเท้าจะเปียกน้ำ, ไม่ซ้าก็แห้ง. ส่วน
 คนที่ใส่รองเท้านั้นเท้าเคยกับความอบอุ่น,
 ถ้าเท้าเย็นลงทันทีก็เกิดความผิดปกติขึ้น.
 ถ้ารองเท้าเปียก, กว่าจะแห้งก็นาน, ซึ่ง
 ระหว่างนั้นเท้าเย็นลงมากเพราะการระเหย
 ของน้ำ. ดังนั้นเรื่องเท้าเปียกจึงมีความ

สำคัญมากในเรื่องเป็นหวัด, และควร
 นับเป็นเหตุสำคัญประการหนึ่ง, เพราะ
 พวกเราไม่ค่อยนึกถึง. เวลาไปทำงาน,
 ถูกฝนรองเท้าเปียกแล้วก็ใส่รองเท้า
 กระทั่งแห้งไปเอง. ที่ถกควรมีรองเท้า
 อากาศดีไว้สำหรับเปลี่ยนในที่ทำงานในหน้า
 ฝน, จะลดโอกาสของการเป็นหวัดลงได้
 มาก. ในเวลาอากาศเย็น, ควรใส่ถุงเท้า
 หนาและรองเท้าที่ให้ความอบอุ่น. จะช่วย
 ให้รู้สึกสบาย, ไม่หนาว, และไม่ค่อย
 เป็นหวัดด้วย.

ที่กล่าวมานี้สำหรับคนปกติ. คนที่
 ผิดปกติ, เช่นมีความพิการในจมูก, หรือ
 มีการติดเชื้อเรื้อรังในจมูกและคอ, ย่อม
 เป็นหวัดได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ. วิธีป้องกัน
 ที่สำคัญ คือรักษาความพิการหรือการ
 ติดเชือนั้น ๆ เสีย.

ผ. ข. อ.

บันทึกท้ายเล่ม

๑ การศึกษากายวิภาคศาสตร์, ใน การนำของท่านศาสตราจารย์สค แสง- วิเชียร, ดำเนินไปข้างหน้าอย่างเสมอ. เรื่อง ของคุณหมอวิเชียร คีลกลัมพันธ์ที่เราลง นำในฉบับนี้ เป็นตัวอย่าง ของ ความรู้ ทาง ร่างกายที่เกิดขึ้นจากการ ศึกษา ใน แนวน. การศึกษาได้ทำโดยละเอียดละออ, เช่น เคี้ยวกับเรื่องอื่น ๆ ที่แผนกกายวิภาค ศาสตร์ “ปล่อย” ออกมา. ผลการตรวจ ค้นของคุณหมอวิเชียรแสดงให้เราทราบว่า “ไทย—จีน” มีกล้ามเนื้อที่ยึดกัน คล้ายฝรั่ง, แต่ก็มีแตกต่างบ้างเหมือนกัน. ความแตกต่างนี้, แม้เพียงส่วนน้อย, อาจมีความสำคัญในการผ่าตัดที่บริเวณ นี้ก็ได้. นี่เป็นตัวอย่างว่าการตรวจค้น ไต ๆ ก็ตาม, แม้ผิดพลาด ๆ จะไม่น่าสนใจ, แต่ถ้าคิดให้ลึก ก็มัก พบ ความ สำคัญ ขึ้น เสมอ.

๑ เรื่อง ของ คุณ หมอ เคิดฉลอง เนตรศิริ, อาจารย์อาวุโสของแผนกกุมาร เวชฯ, เป็นเรื่องที่สองที่ท่านเออเพื่อแก่ สารศิริราชในช่วงระยะสี่ปี (เรื่องแรกลง

พิมพ์ในสารศิริราชฉบับฉลองหกสิบปีศิริ ราช). นี่ก็เป็นตัวอย่างอีกข้อหนึ่งซึ่งแสดง ให้เห็นชัดว่าเรื่องที่น่าสนใจ ๆ คุณเหมือน ไม่ค่อยมีประโยชน์เท่าไร, หากอ่านโดย พินิจอาจได้ความรู้ลึกซึ้งมากมายก็ได้ เรื่องของคุณหมอเคิดฉลองสรุปอย่างเฉื่อยๆ ก็ได้ความว่าเด็กได้รับ บิสมัท มากเกินไป, ไตเลยไม่ทำงาน, รักษาด้วย บี.เอ.แอล. หาย, ไม่ตาย. แต่ถ้าอ่านแล้วคิดก็จะให้ ทราบถึงการต่อสู้ของหมอกับอาการสำคัญ, แอนยูเรีย, ภาวะวิตต่าง ๆ; ความพยายาม ที่จะประคองคนไข้ไว้; การต่อสู้ของ ร่างกายคนไข้เองกับพิษที่กำลังพอกพูนขึ้น ในร่างกาย, และผลของยาที่กล่าวกันว่า มี ฤทธิ์ “จำเพาะ” สำหรับพวกโลหะต่าง ๆ ที่เป็นพิษ. ผู้อ่านที่สนใจธรรมชาติของ ร่างกายจะยินดีเห็นพิเศษที่ได้เห็นผลใน เคมีของเลือดซึ่งเนืองจากไตไม่ขับขี้สสาวะ ซึ่งเปรียบเสมือน “การทดลองที่ไต” ในสัตว์ทดลอง. ได้เห็นชัดว่าพวกสารใน โตรเจนในเลือดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไร, และพอไตขับขี้สสาวะได้ใหม่, สารพวก

นั้นตกลงอย่างไร, ฯลฯ. การอ่านหนังสือ
มีหลายวิธี, ซึ่งให้ประโยชน์มากน้อย
ต่างกัน, ดังนี้. เราหวังว่าเรื่องเล็ก ๆ ของ
คุณหมอเด็กตลอดนี้จะโตเป็น "หลักอ้างอิง"
สำหรับนักเรียนในวิชาสรีรวิทยาเท่า ๆ กับ
ในวิชากุมารเวชศาสตร์.

๑ ขทความพินวิชาในเล่มนี้เราได้
เลือกเอา "เคลียร์ด-ต่าง" ซึ่งนอกจาก
เป็นเรื่องสำคัญในตัวของมันเองแล้ว, ยัง
เป็นเรื่องที่ในเวลาอัน วงการแพทย์ในต่าง
ประเทศกำลังสนใจกันมาก, เกี่ยวกับการ
รักษาโดยวิธี "ให้น้ำ" ทั้งในทางคัลย-
กรรม, อายูรกรรมและกุมารเวชกรรม.
โดยที่หน้ากระดาษกำกับ, ผู้เขียนจึงขอร้อง
ให้แคบเพราะหัวข้อ. เรื่องอื่นที่เกี่ยวข้อง
ไม่ตรงทีเดียว, ได้แต่เพียงเอ่ยถึงเท่านั้น,
เช่นเรื่อง "การย้ายคลอโรท" (คลอ
โรทซีฟท์) เป็นต้น. หวังว่าการเอ่ยถึง
คงจะเพียงพอแล้วที่จะชักนำท่านที่สนใจ
ใคร่รู้ต่อไปให้ค้นคว้าหาความรู้ตามหัวข้อ
นั้น ๆ.

๑ ท่านสมาชิกที่สนใจอ่านย่อเอกสาร
ของเรามาตั้งแต่ต้น, คงจะสังเกตเห็นว่า
เกือบย่อเอกสารเรื่องหนึ่ง ๆ คลื่นลงมาก.
ในฉบับแรก ๆ นั้น, ย่อเรื่องหนึ่ง ๆ กิน

เนื้อที่ไม่ต่ำกว่าหนึ่งหน้าครึ่ง, บางเรื่อง
เกินสองหน้า. แต่เดี๋ยวนี้บางเรื่องเพียง
ครึ่งหน้าเท่านั้น. นี้ไม่ใช่เพราะท่านผู้
ย่อพากันขเกยและเลือกย่อแต่เรื่องสั้น ๆ
ทั้งสิ้น. ความจริงเป็นเพราะผู้ย่อมีความ
ชำนาญขึ้นนั่นเอง. สังเกตว่าผู้ทยอยย่อ ๆ
มักได้ข้อความสั้นกว่าผู้ที่นาน ๆ ย่อครั้ง,
หรือเพิ่งเริ่มหัดย่อ. ทั้งนี้ไม่จำเป็นว่า
เรื่องที่ ย่อสั้นจะ ขาด ข้อความ ที่สำคัญไป.
ความจริงความมุ่งหมายของการย่อเรื่อง
คือแสดงให้ผู้อ่านได้ทราบว่าในหนังสือเล่ม
นั้น ๆ มีเรื่องนั้น ๆ, คนนั้น ๆ เขาตรวจ
หรือทดลอง อย่างนั้น ๆ และได้ผล ะไร
บ้าง. รายละเอียดของวิธีทำ, รายละเอียด
ของผล, ความธรรมดาไม่ใช่ของ
จำเป็น. หากผู้ใดที่สนใจอยากทราบละเอียด,
หรืออยากทำเองบ้าง, ก็ต้องหา
หนังสือต้นฉบับเดิมอ่าน, จะอ่านเพียง
ข้อความที่ย่อแล้วไม่พอ. อย่างไรก็ตาม, เมื่อนัก
ถึงสถานะของบ้านเมืองเราที่หาหนังสือ
วิชาการยาก, ในการย่ออย่างที่เราเห็นว่า
น่าจะมีใครลองทำในบ้านเราบ้าง, เรายัง
ปล่อยให้ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็นด้วย.

๑ ในแผนกปักษีของเราย่างที่
มีข่าว, ทั้ง ๆ ที่มีแผนกข่าวโดยจำเพาะ

อยู่แล้ว. ข้อนี้ขอข้แจงว่าข่าวใดที่ค่อนข้างหรือสำคัญ, เราเห็นว่าท่านสมาชิกทั้งหลายควรได้ทราบทั่วกัน, เราก็นำลงในแผนกปกิณฑณะ. ทั้งนี้เพราะได้ทราบว่าแผนกข่าว, ซึ่งอยู่ข้างท้ายนั้น, หลายท่านไม่ได้อ่าน. ส่วนปกิณฑณะอยู่เด่นกว่า, และยังเข้าในสารบัญญัตด้วย, มีการพิมพ์หัวข้อเรื่อง, ซึ่งอาจสะกุดทาง่ายกว่า.

๑ ฉบับหน้าเป็นฉบับพิเศษ “วันทล

กระหม่อม” หรือ “วันมหิดล”, ซึ่งเราจะได้จัดเรื่องพิเศษ, เช่นเดียวกับเมื่อข้กลายนี้. แต่คราวนี้มีความเสียใจที่จะไม่สามารถ จัดทำให้เสร็จทันแจกจ่าย ในวันงานได้, ต้องรอต่อไปอีกหลายวัน. ทั้งนี้หวังว่าคงจะไม่ทักทอน รสชาติและคุณค่าของ เรื่อง ต่าง ๆ ซึ่งจัด เป็นพิเศษ ในฉบับนี้ลงแต่ประการใด.

โปรดเตือน

ท่านผู้ส่งข้สารศิริราชฉบับพิเศษ และสมุดรวมวิชาการ รุ่นใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดจดหมายเตือนไปยังสำนักงานสารศิริราชแผนกจัดการ.