



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๓๖

Volume 5, Number 1, January 1953.

ตั๋บกัเสบโดยตดเชือ - ดิเรก พงศัฟพัฒน์ พ. บ. ....	๑
ผลแทรกซ้อนของการอัดอากาศเข้าช่องท้อง - ชาญ สถาปนกุล พ. บ. ....	๘
บทความพิเศษ : อีเล็คโทรไลต์ - ดิถี จังเจริญ พ. ด., Ph. D. ....	๑๘
บทบรรณาธิการ : การจัดอาหารในโรคตับ .....	๒๓
ปกิฉกะ : ข้อสังเกตบางอย่างในการประชุมแพทย์ภาคเหนือ ๒๕๓๕ .....	๓๖
หน้าสำหรับนิสสิต : นาฬิสุดท่าย .....	๔๘

ชือเอกสสาร ช่าว ศิษย์เก่า บันทักท่ายสมค

UNUSUAL CASE OF INFECTIOUS HEPATITIS - Direk Bhongsebhithadhna, M.B. ....	7
COMPLICATIONS OF PNEUMOPERITONEUM - Charn Stapanakul, M. B. ....	9
SPECIAL ARTICLE: ELECTROLYTES - Dithi Chungcharoen, M.D., Ph. D. ....	19
EDITORIAL: DIET IN LIVER AFFECTIONS .....	23
MISCELLANY: NORTHERN MEDICAL CONGRESS .....	36

ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(\* With English abstract.)

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล เจ้ารอง :: อวย เกตุสิงห์ พ.ด. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา :: วิชาญ เจริญ ผู้จัดการ  
 สำนักงาน แผนกศิริราชศิริราชพยาบาล :: ฉบับละ บาท ทั้งปี (12 เล่ม) บาท ทั่วทั้งต่างภาค ::  
 Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ of Medical Sciences, Bangkok.  
 Hon. Editor: O. Ketusinh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription: 12 Baht. Postage extra.



สารศิริราช  
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๔๙๖

Volume 5, Number 1, January 1953

ตับอักเสบโดยติดเชื<sup>๕</sup>

รายงานผู้ช่วยที่แปลก ๑ ราย

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์

พ. บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

ตับอักเสบโดยติดเชื<sup>๕</sup> (Infectious Hepatitis) เป็นโรคที่พบบ่อยในบ้านเรา โดยธรรมดาโรคนั้นไม่รุนแรง, ไม่ทำให้ผู้ช่วยถึงแก่ความตาย, ขณะที่เป็นก็มักมีอาการไม่รุนแรง, เพราะฉะนั้นส่วนมากเราจึงรักษาที่แผนกผู้ช่วยนอก. แม้ว่าขณะที่เป็นโรคจะมีพยาธิภาพที่ต<sup>๕</sup>, แต่เมื่อหายก็มักจะหายสนิทโดยมาก. ตามรายงานของ Luke (๑๙๔๔) กล่าวว่า

ในระหว่างที่มีการระบาดของ, ประมาณ ๔ เปอร์เซ็นต์ ของ ผู้ช่วย ทั้งหมด จะมีอาการหนักมากจนแสดงลักษณะที่ต<sup>๕</sup> วินิจฉัยในทางคลินิกว่าเป็น Yellow atrophy อย่างครบถ้วน. ถึงกระนั้นผู้ช่วยพวกนี้ส่วนมากก็ยังหายได้. อัตราตายในระหว่างการระบาดเฉลี่ยเพียง ๐.๒-๐.๔ เปอร์เซ็นต์. ดิบห้าเปอร์เซ็นต์ของผู้ช่วยที่ตายแสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงในสมอง, คือ

\* บรรยายในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๔๙๕.

มีการโทรมโดยปัจจุบัน (Acute degeneration) ของแก๊งเกลียนเซลล์และเมนิงโกเอ็นเซฟาไลทิสอ่อน ๆ.

เมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๔๕๕ แผนกกุมารเวชศาสตร์ได้รับผู้ช่วยที่เป็นโรคภัยอีกเสียโดยติดเชื้อมา ๑ ราย. ผู้ช่วยนี้มาหาเราด้วยอาการชักและไม่รู้สึกตัวเป็นอาการสำคัญ, และได้ถึงแก่กรรมหลังรับไว้รักษาได้ ๔ วัน. เท่าที่ตรวจค้นตามเอกสารที่หาได้, ยังไม่ปรากฏว่าเคยมีผู้ใดรายงาน ผู้ช่วยที่เป็นภัยอีกเสียโดยติดเชื้อมีภาวะแทรกซ้อนผิดปกติเช่นนี้, จึงเห็นสมควรจะเสนอรายงานไว้.

#### รายงานผู้ช่วย

เด็กหญิงไทย, อายุ ๘ ปี (เลขที่ทวไป ๓๒๑๖๘.๕๕ เลขที่ทวไป ๘๖๖๕.๕๕) รั้งไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๔๕๕, จำหน่ายวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๔๕๕. มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าเป็นไข้มา ๖ วัน, ตัวเหลืองและชักไม่รู้สึกตัวมา ๑ วัน.

ประวัติครอบครัว. บิดามารดาสบายและสมบูรณ์ดี. มีพี่น้อง ๒ คน, สบายดี.

ไม่มีประวัติชักในครอบครัว. บ้านที่อยู่นั้นค่อนข้างอึดแอ. ไม่เคยมีใครเป็นโรคร้ายแรง. น้ำดื่มใช้น้ำประปาต้ม. น้ำใช้เย็นน้ำประปา.

ประวัติการคลอดและการเจริญเติบโต.  
เป็นไปในสภาพปกติ.

ประวัติการป่วยอดีต. ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง. เคยฉีควัคซีนเมื่อก่อน ๆ หลายครั้ง, แต่ไม่ทราบว่าวัคซีนอะไร. หลังฉีดยังไม่มีอาการอะไรผิดปกติ. ครั้งสุดท้ายที่ผู้ช่วยได้รับการฉีดมานานกว่า ๑ ปีมาแล้ว.

ประวัติการป่วยปัจจุบัน. เจ็ดวันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ช่วยยังสบายดีเป็นปกติ. ได้รับการฉีควัคซีนกันโรคภัยพวยดครั้งที ๒ ซึ่งห่างจากครั้งแรกเป็นเวลา ๑ สัปดาห์. รุ่งขึ้นมีอาการไข้สูงถึง ๑๐๔.๓ ฟ. พร้อมกับมีอาการอาเจียนและรับประทานอาหารไม่ลงเลย. ญาติผู้ช่วยนึกว่าเป็นไข้ธรรมดา, จึงให้รับประทานแอสไพรินครั้งละครึ่งเม็ด. จำนวนครั้งที่ให้ยาในวันหนึ่ง ๆ ไม่แน่นอน. เมื่อรับประทานยาแล้วก็รู้สึกตัวไข้ลดลงได้เล็กน้อย, แต่ก็กลับสูงอีก.

ไข้เป็นอยู่เช่นนี้ตลอด ๓-๔ วันจึงลดลง, แต่ก็ไม่ถึงกับไข้เป็นเป็นปกติ. ตลอดเวลาที่ไข้สูงอยู่ ๓-๔ วันญาติผู้ช่วยสังเกตเห็นยัสสาวะสีเข้มจกชน, แต่ยังไม่ทันสังเกตเห็นตัวและตาเหลือง. อจจาระผก, แข็ง, สีไม่ชัด. เด็กไม่เคยขยับคอหรือเจ็บตามชายโครงเลย. สองวันก่อนมาโรงพยาบาล, ขณะที่ไข้ลดลงข้างนั้น, ญาติได้สังเกตเห็นตัวผู้ช่วยเริ่มเหลืองจน. ยัสสาวะใสแต่กลับสีเข้มมากขึ้น, จนเป็นสีชาแก่. เด็กคงนอนซึม, และไม่ยอมรับประทานอาหารเลย. แม้แต่ของน้ำๆ ก็ไม่รับประทาน. อาการอาเจียนมีน้อยลง. จน ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาลก็เกิดอาการชักขึ้นในตอนกลางคืน, ชักหลังแอ่น, มือกำ, ทาค้าง. เป็นอยู่นาน ๒-๓ นาที, แล้วหายไปพักใหญ่ ๆ แล้วกลับเป็นอีก, รวม ๓-๔ ครั้งในวันนั้น. หลังจากชักแล้วเด็กก็ไม่รู้สึกตัวเรื่อยมา, จนบิดาและญาติได้นำมาโรงพยาบาล. ตลอดเวลาที่ช่วยที่บ้านไม่ได้รับประทานยาอะไรนอกจากแอสไพริน ๕ เม็ดครึ่ง, กยฉึดยาบำรุงหัวใจ ๑ เข็มก่อนที่จะมาโรงพยาบาล.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๕°ซ. ชีพจร ๑๒๘/นาที. หายใจ

๒๔/นาที. ความดันเลือด ๑๐๖/๗๔ มม.ปรอท. หัวเหลือง, เปลือกตาขาว (สะเคลอรา) เหลืองจก. มีอาการเชื่อมซึม (ท้อคลิค). ไม่รู้สึกตัว. มีจำเขยวทแถม, แขนและขา. คอไม่แข็ง. Kernig's sign ลบ. รีเฟลกซ์เอ็นเซา (คันทเรอค) มีทั้งสองข้าง. ไม่มีอัมพาตที่ใด. ม่านตาขยายปานกลาง, ให้ปฏิกิริยาต่อแสงเล็กน้อยทั้งสองข้าง. ความตึงของเนอกล้ามเป็นปกติ. เหนืออกเหลืองเล็กน้อย, ลิ้นและฟันปกติ. คอแดงเล็กน้อย กดท้องไม่เจ็บที่ใด. คลำตับโตกลับซ้าย ๓ นิ้วมอจากกระดูกอ่อนไซฟอยด์. ผิวตัวไม่ขรุขระ, กดค่อนข้างแข็ง. ในระบอบไหลเวียนและระบบหายใจไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง. ซีโมโกลบิน ๖๒ เปอร์เซ็นต์. เม็ดเลือดแดง ๓.๖๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๒๓๖๐๐. นิวโทรฟิล ๖๔ เปอร์เซ็นต์. ลิมโฟซัยต์ ๓๓ เปอร์เซ็นต์. อีโอสิโนฟิล ๒ เปอร์เซ็นต์. เกล็ดเลือด (หรือมโฆซัยต์) ๒๕๕,๒๐๐. เวลาเลือดแข็ง (ลิคและไวท์) ๓๐ นาที. เวลาเลือดไหล (บลิคคิงไทม์) (คิวค) ๗ นาที. ทูร์นิเกตต์ทดสอบลบ. การทคของ

ลิ้มเล็กค. อิคเตอร์อินเทกส์ ๑๔๗.๐๕.  
 แวนเคินเบอร์กเทสต์ไคไบเฟล็ค แวนเคิน  
 เบอร์ก (ควอนตีเตคัพ)  $D=24.2.7 \text{ mg.}\%$   
 $I = 41.60 \text{ mg.}\%$ ;  $D:I=58.34\%$ . เคมี  
 เล็ค (ค่าต่อ ๑๐๐ ล.ซม.): โคลเลสเตอ  
 รอล ๑๖๓.๒ มก., เอ็น.พี.เอ็น. ๑๕๐ มก.,  
 ยูเรีย ๑๖๐ มก., เครอาคินิน ๑.๗ มก.  
 เซรุ่มแอลบิวมิน ๕.๘ เปอร์เซ็นต์, กลอ  
 บิวลิน ๑.๘ เปอร์เซ็นต์. เวลาไปรอรอม  
 บิน (ควิค) ๒ นาที ๕๐ วินาที (คือนโทรล  
 ๑๘ วินาที). C.C.F. ๒ ขวก. T.F. ๓ ขวก.  
 ปัสสาวะ: แอลบิวมิน ๓ ขวก, น้ำที่ ๑  
 ขวก, ยูโรบิลิโนเจน ๑ ขวก (๑:๒๐);  
 จุลทัศน์พบคัสท์ซินิกไล (ฮัยอะลีน) และ  
 ลายจุด (แกรนูลาร์), ไม่พบน้ำตาล, เม็ด  
 เล็คแดง, เม็ดเล็คขาว. แอ็กกลูตินเนชัน,  
 ไคทัยฟอยค์ ๑:๑๒๘๐. เพราะเซอใน  
 เล็คไม่ไคเซอ. แอ็กกลูตินเนชันและทค  
 ลองฉิคหนตะเพาเพื่อหาเซอได้ปโตสะ  
 ไปร่าอิคเทอโรเฮโมราจิก้า, ไม่ไคผล.  
 เจาะน้ำไขสันหลังพบน้ำใส, ไม่มีสี, ความ  
 ตันเริ่มตันปรกติ; ปฏิกริยา Pandy และ  
 Nonne-Apelt, ไคผลลบ; เซลล์ไม่พบ  
 เลย; น้ำตาลตรวจไม่พบ; โซเคียมคลอ  
 ไรด์ ๗๓๐ มก. เปอร์เซ็นต์, โปรเทอิน

๐.๔๔ เปอร์เซ็นต์, เอ็น.พี.เอ็น. ๒๕ มก.  
 เปอร์เซ็นต์.

น้ำตาลในเลือดตรวจไค ๒๘ มก.เปอร์  
 เซนต์, เจาะ ๔ ซ.ม. ภายหลังฉิคน้ำตาล  
 ลายกลโคสตรวจไค ๑๐๕ มก. เปอร์  
 เซนต์. ทคสอบความทนน้ำตาล (กลโคส  
 ทอเลอรานซ์) ไคผล: น้ำตาลขุ่นสูงสุด  
 (๑๖๔ มก. เปอร์เซ็นต์) ภายในครึ่งชั  
 โมง, และลดถึงระดับปรกติใน ๔ ชั่วโมง  
 ครึ่ง, แต่ยังสูงกว่าระดับก่อนอาหาร.

หลังรับไว้ไคให้น้ำละลายลายกลโคสเข้า  
 หลอกเล็ค, ให้เล็ค, ให้น้ำเกลือ, เพน  
 ซิลลิน, ออเวโฮมัซิน, วิตามินเค, วิตะ  
 มินบีคอมเปล็กซ์. ยาสะกัตคัย (อย่างไ  
 ไคทำยริสทอ). ไลโปโทรยัคแค็ปซูล, ยา  
 กระตุ้นไหลเวียน, และรักษาตามอาการ  
 อื่น ๆ. ผู้ป่วยกลับทรุดลง. ไข้สูงชัน  
 เรอຍ ๆ. ไม่รู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา, และ  
 ในที่สุดถึงแก่กรรม ๔ วันหลังรับไว้ในโรง  
 พยาบาล.

รายงานการตรวจศพ. (รายงานเลขที่  
 ๕๖๑๕) โดยนายแพทย์วิจิตร ไซยพร.  
 พบคัยโคเล็คน้อย. อวัยวะทั่วร่างกายมีสี  
 เหลืองจากน้ำค. ปอดมีเล็คคัง. การ



โรคคัยอีกเลยเพราะคัยเขื่อนเป็นผลของ  
 สารเคมีที่มีพิษที่ถูกคัยซึมจากลำไส้แล้ว  
 ไม่ถูกทำลายพิษ, เนื่องจากคัยเสื่อม  
 สมรรถภาพ. อาการชักและไม่รู้สึกตัว  
 ในผู้ป่วยรายนี้อาจจะเนื่องจากสารเคมีพิษ  
 เช่น Stokes ว่าก็ได้. แต่จากการตรวจ  
 พบปรากฏว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก  
 และหลังจากให้น้ำละลายกลูโคสเข้าหลอดเลือด  
 เลือดแล้วผู้ป่วยไม่มีอาการชักอีกเลย. ถึง  
 นั้นอาการชักในรายนี้น่าจะเนื่องมาจากระ  
 คัยน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่าจากพิษของ  
 สารเคมี.

จากการศึกษาของ Conn (๑๙๔๗)  
 ปรากฏว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการมีระ  
 คัยน้ำตาล ในเลือดต่ำคือ ฮัยเปอร์อินสลิ  
 นีสมีเนื่องจากความพิการทางการหรือทาง  
 ภาย (functional hyperinsulinism,  
 organic hyperinsulinism) และฮัย-  
 โปกลิยซีเมียเนื่องจากคัย (hepatogenic  
 hypoglycemia).

จากประวัติซึ่งไม่ปรากฏมีอาการชัก  
 มาก่อนเลย, และจากผลของการทดลอง  
 ความทนน้ำตาล (glucose tolerance  
 test) ซึ่งแสดงว่าน้ำตาลในเลือดก่อน  
 อาหารมีน้อยและไม่มีปฏิกิริยาในทางฮัย

โปกลียซีเมีย, ความความเห็นของ Conn  
 น่าจะคัยฮัยเปอร์อินสลิ นีสมีเนื่องจากความ  
 พิศารทางการออกเสียได้. เช่นเคียว  
 กั้นการตรวจศพก็ ไม่พบพยาธิสภาพที่คัย  
 อ่อน, ซึ่งจะเป็นเหตุของฮัยเปอร์อินสลิ-  
 นีสมีเนื่องจากความพิการทางกาย. การท  
 ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่คัยอย่างมากมาย, รวม  
 ทงการหน้าทของคัยก็ปรากฏแล้วว่าได้  
 เสียไปมาก. เหล่านี้สนับสนุนความเห็น  
 ของเราว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจน  
 ถึงกัยทำให้เกิดอาการชัก, น่าจะเป็นผล  
 มาจากคัยโดยตรง.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านหัวหน้าแผนกกุมาร  
 เวชศาสตร์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและอนุญาตให้เสนอ  
 รายงานนี้; อาจารย์นายแพทย์ทินรัตน์ สถิตนิมานการ  
 ช่วยอ่านเช็คชั้น; หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์  
 ประจำบ้านในแผนกกุมารเวช ๑ ได้ให้ความร่วมมือใน  
 การตรวจค้นและรักษาผู้ป่วย.

เอกสาร

1. Sodeman: Pathologic Physiology(1952).
2. C.E. Van Rooyen and A.J. Rhodes:  
 Virus Diseases of Man (1948).
3. Conn: The Spontaneous Hypoglycemia,  
 J.A.M.A. 115:1669 (1940).
4. Conn: Diagnosis and Management of  
 Spontaneous Hypoglycemia, J.A.M.A.  
 134: 131 (1947).
5. Horstmann: J. Ped. 30:381 (1947).
6. B. Luké: Pathology of Fatal Epidemic  
 Hepatitis, Am. J. Path. 20:471 (1944).
7. B. Luké and T. Mallory: Am. J. Path.  
 22: 867 (1946).

(Abstract of the fore-going Report)

## AN UNUSUAL CASE OF INFECTIOUS HEPATITIS

Direk Bhongsebhikhadhna

M.B.

(Dept. of Pediatrics)

A Thai (Siamese) girl of 8 was admitted (6. August 1952) with chief complaints of fever for 6 days, jaundice, and convulsion for 1 day. Familial and personal past histories were not significant. The illness began with fever after an antityphoid vaccination; with vomiting and loss of appetite. The febrile attack lasting four days was followed by jaundice with bile-coloured urine. The patient absolutely refused all food. Tonic convulsions developed in the night before admission, after which the patient became unconscious. On admission the body temperature was 37.5°C, pulse rate 128, respiratory rate 24, arterial pressure 106/74. The patient was unconscious, jaundiced, with petechial patches. The knee-jerk was positive. Kernig's sign was negative. There was no paralysis. The liver was palpable on the left side, extending 3 fingerbreadths below the tip of the xiphoid process; it was rather tense but smooth. Significant laboratory findings included hemoglobin 62 per cent; r.b.c. 3.69 million; w.b.c. 23600 (neutrophile 64 per cent, lymphocyte 33, monocyte 1, eosinophile 2); platelets 295,200; clotting time (Lee and White) 30 minutes; bleeding time (Duke) 7 minutes; tourniquet test negative; icterus index 147.05; Van den Bergh reaction

biphasic; Van den Bergh quantitative: D 24.27, I 41.60, D:I 58.34; blood chemistry (values per 100 cc.): cholesterol 163.2 mg., N.P.N. 150 mg., creatinine 1.7 mg., urea 160 mg., serum albumin 4.8 gm., serum globulin 1.8 gm.; prothrombin time (Quick) 2.40 minutes (control 0.18 minutes); urinalysis: albumin + + +, bile +; urobilinogen + (1:20); microscopy of urine revealed hyaline and granular casts; C.C.F. + +; T.F. + + +; agglutination: typhoid 1:1280; hemoculture negative; agglutination and inoculation for *Leptospira icterohemorrhagiae*, negative; lumbar puncture: fluid clear, i.p. normal; Pandy's and Nonne-Apelt reactions, negative; c.s.f. cell count 0; c.s.f. chloride 730 mg. per cent (as NaCl), protein 0.44 per cent; N.P.N. 25 mg. per cent. Fasting blood sugar was 28 mg. per cent; glucose tolerance test gave essentially normal reaction.

Treatment was symptomatic, with intravenous glucose, penicillin, aureomycin, vitamin K, vitamin B-complex, liver extract, lipotropic capsules and circulatory stimulants. The patient showed no improvement and, with fever rising steadily, expired on the fourth day of hospitalisation. The most significant autopsy findings were in the liver, which showed extensive necrosis of parenchymal cells

in the periphery of the lobules; the portal area was inflamed, with hyperemia and marked lymphocyte infiltration; the cells around the central veins showed cloudy swelling and fatty degeneration. The impression was: Infectious hepatitis.

The interesting feature in this case was the convulsions, which might have

been due to infective involvement of the brain; c.s.f. findings, however, failed to support this. On the other hand, the very low blood sugar, and the fact that after intravenous glucose the convulsions completely disappeared, were strong evidences for the hypoglycemic nature of the symptom.

(Seven references)

---

# ผลแทรกซ้อนของการอดอากาศเข้าช่องท้อง เพื่อรักษาวัณโรคปอด

ชาญ สถาปนกุล

พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

การอดลมเข้าช่องท้อง ในการรักษาวัณโรคปอด, และเพื่อประคับประคองการวินิจฉัยโรคบางอย่าง เพิ่งเริ่มทำในโรงพยาบาลศิริราชเมื่อสามสี่ปีมานี้เอง. บางครั้งคนไข้เกิดอาการหอบ, ซีด, ปวดท้องมาก, และอื่น ๆ ขึ้นในขณะทำ, ทำให้คิดอยากจะรวบรวมความรู้เรื่องจากงานที่เคยมีผู้ทำไว้. แต่เมื่อพิจารณานี้แพร่หลายและเห็นทสนใจกัน ในระหว่างสี่ปีที่ผ่านมาแล้วมานี้เอง, ซึ่งเป็นเวลาที่ทางห้องสมุดของเราแทบจะไม่ได้รับเอกสารและนิตยสารฉบับใด ๆ เลย. จึงจำเป็นต้องรวบรวมมาจากวงจำกัดของหนังสือเท่านั้น.

ผลแทรกซ้อนจากการอดลมเข้าช่องท้องมิได้ ตั้งแต่รู้สึก แน่นอึดอึด จนถึงรุนแรงขนาดตายทันที. แต่นาน ๆ จึงจะเกิดสักครั้ง, ซึ่งนับว่าปลอดภัยกว่าเมื่อเทียบกับผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการอดลมเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด. ถึงกระนั้นการอดลมถึงผลแทรกซ้อน ท้องอาจเกิดขึ้นได้อยู่เสมอ, ย่อมคงอยู่กระตุ้นให้ผู้ที่ทำต้องระมัดระวังและเป็นทางให้ช่วยวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นได้แน่นอนยิ่งขึ้น, อันเป็นทางที่ให้เราแก้ไขได้ทันที.

อาการทั่วไปที่ไม่รุนแรง

1. อาการปวด.
  - ก. จากการแทงเข็ม. อาจเกิดได้ถ้าใช้ยาชาไม่พอ, โดยเฉพาะเมื่อปลายเข็มผ่านเยื่อช่องท้อง. ความปวดผสมกับความตกใจอาจทำให้ผู้ป่วยช็อคได้. ใน

คนอ่อนที่ไขมันหน้าท้องหนา ยิ่งต้องระวัง  
การใช้ยาชา, โดยใช้เข็มทยาวพอฉีดยา  
ถึงเยื่อช่องท้อง.

ข. หลังจากการทำ. อาการขนาด  
เข่าที่พบ เสมอคือรู้สึกแน่น ชัดชัดซึ่งเกิด  
จากการเพิ่มความดันในช่องท้อง, จาก  
การทแยงช่องท้องถูกยึดและถูกคัน, จาก  
การยึดของเยื่อคอดัก (แอคชัน) ที่มีอยู่  
เต็มระหว่างกะบังลมและอวัยวะในช่อง  
ท้อง.<sup>(1)</sup> ตรงกันข้าม, Harper และ Le-  
vin<sup>(18)</sup> ได้รายงานผลดีจากการใช้อิทธิ  
พลเข้าช่องท้องแต่พอควรไปแก้อาการผิด  
ปรกติของระบบทางเดินอาหารที่เกิดจาก  
การทำประสาทพรีนิกพาราเลียส, โดยรวบ  
นั้นหลังจากพาราเลียสประสาทพรีนิก แล้ว  
กะเพาะอาหารตรง ตรง และ มีการ หัก พับ  
ระหว่างบริเวณพัลลอร์ส, ทำให้เกิดอาการ  
พัลลอร์สถูกอุดกั้นบางส่วน. หลังจากอิทธิ  
พลแล้วกะเพาะอาหารกลับสู่ตำแหน่งเดิม,  
การหักพับหายไป, อาการอาเจียนก็หยุด.

อาการปวดท้อง. โดยมากเกิดจาก  
การยึดของกะบังลม. ความปวดจะร้าวไป  
ที่ไหล่และคอ. การที่การปวดเกิดมาก  
ข้างขวาเป็นเพราะ (๑) ด้านขวามีตับ

เป็นอวัยวะที่แข็งแรงกว่ากะเพาะอาหารในทาง  
ด้านซ้าย, ลมคันคับไม่ได้มากจึงไปคันกะ  
บังลมด้านขวาแรงกว่าข้างซ้าย. (๒) เมื่อก  
ัดถูกแยกออกจากกะบังลม, เกิดมีการ  
คั่งคองที่เอ็นแผ่นพัลลอร์ส.<sup>(4)</sup>

### อาการปวด บริเวณ ทรวงอก เบื้อง

ล่าง. เกิดจากมีการกระตุ้นประสาทระหว่าง  
ซี่โครงและมีการคั่งตามจุดที่เกิดของกะ  
บังลม.

โดยมาก อาการ ปวด เหล่านี้ เป็นชั่ว  
ครู่ระหว่างการยึดครั้งแรก ๆ สองสาม  
ครั้ง. มักไม่อยู่นานเกิน ๖ สัปดาห์หลัง  
จากยึดครั้งแรก. ไม่ควรมีอาการปวดมาก  
มายถึงกับต้องรักษาและถึงกับต้องงดการ  
อด. แต่ทงนี่ย่อมสุดแต่ความอดทนของแต่ละ  
บุคคลด้วย. เราอาจช่วยให้บรรเทาได้  
โดยการยกปลายเตียงให้สูง.

### ๒. อาการคลื่นไส้และเบ้ออาหาร.

เกิดจากการเพิ่มความดันในช่องท้อง. มัก  
เกิดในตอนแรก. พอทนได้แล้วก็หายไป  
ไปเอง.

๓. ไข้ต่ำ ๆ. พบได้บ่อย ๆ หลังจาก  
ยึดแต่ละครั้งในวันที่ยึด. ไม่ได้มีอยู่ตลอด  
ไป.

อาการจากผล แทรก ซ้อน ที่อยู่ใน  
ชั้นรุนแรง.

อาการหอบ. เกิดจากการลดไวทัล  
แคแปซิตี, เพราะกะบังลมเคลื่อนไหว  
ได้น้อยกว่าปรกติ. มักเกิดเมื่อใส่อากาศ  
มากเกินไป.

หัวใจวาย. ไม่เกิดในคนที่หัวใจ  
ปรกติ. โดยมากเกิดในรายที่มีโรคหัวใจ  
มาก่อน, หรือในคนสูงอายุ. ในคนที่หัวใจ  
ปรกติอาจเกิดหัวใจวายได้จากกรณีที่หัวใจ  
ฉีกฉีกเคลื่อนที่ร่วมกับการบีบของหลอดเลือด  
ใหญ่.

เพิ่มความ รุนแรง ของ การไอ เป็น  
เลือด. ได้มีรายงานโดย Mellies ว่าเมื่อ  
อัดอากาศมากทำให้ไอเป็นเลือดมากขึ้น;  
แคพอเอาอากาศออกเสียข้าง, อาการทุเลา  
ลง. โดยทั่วไป, รวมทั้งตามความสังเกต  
ของ Mitchell และผู้ร่วมงาน,<sup>(7)</sup> พบว่า  
การอัดลม เข้าสู่ช่องท้อง ในรายที่กำลังไอ  
เป็นเลือด, จะช่วยให้ไอหยุดหรือหยุดได้.

ปอดแฟบ. (Atelectasis) เกิด  
จากหลอดลมคดงอ, ทำให้เสมหะไหลไม่  
สะดวก. Iturriaca ได้รายงาน ๑ ราย

ที่เกิดอะทีเล็กเตลีส, แล้วเกิดติดเชือกแทรก  
ซ้อนโดยสะเทร็ปโตค็อกโค, ทำให้มีเส้น  
ผ่าฐานปอด.

เกิดอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด. (9,  
10,11,19,15.) ที่เกิดโดยเฉื่อยปลายเข็ม  
เข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดนั้นเป็นไปได้ยาก,  
แม้จะเคยมีรายงานมาแล้ว. ที่เคยเกิดขึ้น  
ก็เพราะ แต่ก่อนนี้ นิยมใส่ อากาศบริเวณ  
หน้าท้องข้างซ้ายเหนือสะดือ. เพราะฉะนั้น  
ถ้าเราใส่บริเวณข้างสะดือ (พารามบิลี-  
คัล) หรือใต้สะดือ (สับอมบิลิคัล) ก็คง  
จะหลีกเลี่ยงข้อนี้ได้, เช่นกับที่ควรระวัง  
ถึงการที่อากาศเข้าสู่ช่องท้องโดยเฉื่อย  
ในการทำกรอดปอด.<sup>(17)</sup>

สำหรับการที่อากาศเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้ม  
ปอดที่เกิดเอง (สะปอนเตเนียสปีนิวโมโท  
แรกซ์) และอากาศรั่วไปจากช่องท้องโดย  
ตรง, ต้นเหตุเข้าใจกันดังต่อไปนี้:

(๑) Banyai และ Jurgens อธิบายว่า  
อากาศรั่วไปตามปลอกเยื่อคดหลอดอาหาร  
และหลอดเลือดใหญ่ที่ผ่าน diaphrag-  
matic hiati เข้าเมดิอาสทีนัม. เมื่อ  
ความตึงมากเข้าก็แตกเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้ม  
ปอด. แต่การที่อากาศรั่วเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้ม

ปอดที่เกิดจากซากาคีในเมดิอาละตินนั้น, โดยมากเกิดข้างซ้าย.

(๒) เกิดจากกะบังลมไม่สมบูรณ์ (diaphragmatic defect).

๑. ความไม่สมบูรณ์อาจเกิดจากแผลฉีกโรคที่ลุกลามมาจากปอดส่วนที่ติดกะบังลม, และเกิดได้บ่อยทางค้ำขวา.

๒. ความบกพร่องแต่กำเนิด. Harrington กล่าวว่าที่พบบ่อย ๆ มี ๓ ชนิด คือ:

ก. ชนิดผ่านบริเวณ pleuro-peritoneal hiatus (Bochdalek's foramen

ข. ชนิดที่เป็นเพราะส่วนหลัง (โปสทีเรียร์) ของกะบังลมไม่เกิดขึ้น.

สองชนิดนี้พบบ่อยและเป็นแต่กำเนิด. โดยมากที่ม้แหวงใหญ่อยู่ทางค้ำซ้าย, พวกนี้มักตายตั้งแต่อายุน้อย ๆ เพราะมีเซอร์เนียเข้าไปซัดขวางปอดและหัวใจ.

ค. บริเวณ foramen of Morgagni (Larrey's space). มักพบในผู้ใหญ่. โดยมากเมื่อเกิดเซอร์เนียจะพบทางขวาใต้กระดูกหน้าอกซัดซ้ายโครงขวา.

๓. เมื่อความคั้นในช่องท้องมากเกินไป, เส้นใยเนอกลัมของกะบังลมอาจถูกฉีกออกมากจนเกิดฉีกขาดได้.

พวกที่ม้ของแหวงหรือไม่สมบูรณ์ในกะบังลมนี้, ตามปรกติค้เป็นส่วนช่วยยกมิให้เกิดเซอร์เนียผ่านไปขยายช่องแหวงได้อีก. แต่โดยการอัดอากาศเข้าช่องท้อง, อากาศจะแยกค้ออกจากกะบังลม, ทำให้อากาศหรือเซอร์เนียผ่านช่องนั้นได้. มีรายงานหลายรายที่ตรวจโดยรังสีและด้วยเครื่องซอราโคสโคปพบเมล็ดใส (blebs) ที่ค้ำบน (plaural surface) ของกะบังลม. ก่อนเกิดอากาศรั่วเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด. เมล็ดใสเหล่านี้โตขึ้นเมื่อเพิ่มความคั้นในช่องท้องจึงเข้าใจว่า คงจะเป็นด้วยเยื่อช่องท้อง คั้นผ่านช่องแหวงในกะบังลม, เกิดเป็นถึงอากาศ (pneumocoele) ใต้เยื่อหุ้มปอดที่ติดกะบังลม, ซึ่งต่อไปอาจกลายเป็นอากาศรั่วเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดได้. เพราะฉะนั้นคนไข้ที่อดอากาศแล้วต้องแนะนำให้หลีกเลี่ยงการที่จะช่วยเพิ่มความคั้นในช่องท้อง, เช่น ไอ, เบ่งอุจจาระ, หัวเราะมาก ๆ, ทำงานที่ชอกแรง, เป็นต้น.

อาการมักเกิดหลังเคยอดมาแล้วหลายครั้ง. เกิดโดยกระทันหัน. หอบ, แน่นในทรวงอกหรือเจ็บชกร้าวไปไหล่และค้ำข้างเดียวกันของคอ. อากาศในช่องท้องลดน้อยลง. ถ้ารุนแรงมากจะเกิดช็อค.

อาการจะเกิดเร็วหรือช้า, มากหรือน้อย  
สุดแต่

(๑) ขนาดของรูที่แตกและการแตก  
ทันทีหรือค่อยแตกทีละนิด. (๒) ปริมาณ  
และความคั้นของลมในช่องท้อง. (๓) การ  
เกิดเป็นคลื่นปิดเปิด (valve effect) ที่อาจ  
เกิดขึ้นตรงรูที่แตก, ทำให้เกิดวงร้าย  
(vicious cycle) มี tension pneu-  
mothorax, ดังที่มีรายงานตาย ๑ ราย  
หลังการอักเสบเข้าช่องท้อง. (15)

อาการทั่วไปในระบบทางเดินอาหาร.

คลื่นไส้และอาเจียนหลังทำพบนาน ๆ ครั้ง.  
โดยมากเกิดเวลามี ความคั้นใน ช่องท้อง  
สูง, หรือมีการคั้นเด่นทางจิตใจมาก.  
ส่วนความผิดปกติอื่น ๆ ที่เคยมีผู้รายงาน  
ไว้มีท้องผูกหรือท้องร่วง, สะอึก, ทำให้  
อาการของวัณโรคลำไส้ที่มีอยู่เก่านั้น,  
ถ่ายอุจจาระ เป็นเลือด และตกเลือด ทาง  
ทวารหนัก, วิตถวงทวารหนักกำเริบ.

มาน้ำ. ตามรายงานทั่วไป, การ  
อักเสบ ๆ ทำให้มีน้ำซึมจากเยื่อช่องท้อง  
ได้ ๑-๓ เปอร์เซ็นต์, ซึ่งโดยมากมีน้ำ  
น้อย. ไม่มีอาการ, และปราศจากเชื้อ.  
บางคนเข้าใจว่าเกิดจากเยื่อช่องท้องแพ้

อากาศที่ผิดปกติ, เพราะบางรายที่ได้  
ตรวจศพ ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง ของเยื่อ  
ช่องท้อง. Trimble และผู้ร่วมงานได้  
แสดงผลจากการตรวจศพของผู้ที่ได้รับการ  
อักเสบเข้าช่องท้อง ๒๐ ราย เพื่อแสดง  
ผลเฉพาะที่ในเยื่อช่องท้อง. ปรากฏว่า  
๑๑ รายมีเยื่อช่องท้องปกติ, ๓ รายมี  
วัณโรคเยื่อช่องท้อง, ๓ รายมีการอักเสบ  
เรื้อรังอื่น ๆ, ๓ รายมีการอักเสบ  
เรื้อรังอย่างรุนแรง. เขาได้สรุปว่าหลัง  
การอักเสบเข้าช่องท้องแล้ว, ถ้าเกิด  
มีน้ำซึมจากเยื่อช่องท้องเป็นจำนวนมาก  
ควรนึกถึงวัณโรคของเยื่อ.

เยื่อช่องท้องอักเสบ. โดยทั่วไปวัณ

โรคเยื่อช่องท้อง ที่เกิดกับผู้ป่วยที่กำลัง  
รับการอักเสบเข้าช่องท้องมีได้ราว ๑  
เปอร์เซ็นต์, เช่น Crow และ Welch  
พบ ๕ รายใน ๕๔๖ ราย (๐.๙ เปอร์เซ็นต์),  
ตาย ๔ ราย, รอด ๑ ราย. Ban-  
yai และผู้รายงานอื่นบางคน<sup>(4)</sup> เชื่อว่า  
วัณโรคเยื่อช่องท้องมีมาก่อนทำ, แต่มา  
ปรากฏรุนแรงหลังทำ, เพราะสังเกตได้  
ว่ารายเหล่านั้น เป็นวัณโรคอย่าง ดำเนิน  
ไปไกลมาก ๆ แล้วถึงนั้น, ซึ่งมักมีวัณ

โรคกำไ้และมิโอกาสที่จะเป็นวัณโรคเยื่อ  
 บช่องท้องร่วมอยู่ด้วยเสมอ. Ophüls<sup>(16)</sup>  
 ได้แสดง ผลจากการ ตรวจศพผู้ที่เป็นวัณ  
 โรค ๓,๐๐๐ ราย, ปรากฏว่าพวกที่วัณ  
 โรคกำลังดำเนินอยู่มีวัณโรคเยื่อช่อง  
 ท้อง ๑๒.๖ เปอร์เซนต์, วัณโรคตาม  
 หลัง (secondary) ในทางเดินอาหาร  
 ๔.๖ เปอร์เซนต์.

สำหรับเยื่อช่องท้องอักเสบที่เกิดจาก  
 การติดเชื้ออย่างอื่นก็เคยมีผู้รายงาน, เช่น  
 Case ได้ทำการ อุดอากาศเข้า ช่องท้อง  
 เพื่อการวินิจฉัยในคนไข้ที่เป็นมะเร็งของ  
 ทับ ๑ ราย และตาย ด้วยเยื่อ บช่อง ท้อง  
 อักเสบทั่วไป. Rilance และ Warring  
 พบการแตกของฝีเพื่ลวิกเรอริงทำให้เกิด  
 เยื่อหุ้มท้องอักเสบปัจจุบัน. Mitchell  
 และผู้ ร่วมงานพบ ๒ รายที่มีการ ติดเชื้อ  
 หลายเชื้อ.

เยื่อยึดติดในช่องท้อง. (แอ็ดฮีชัน)

Anderson และ Winn กล่าวว่ามิได้ถึง  
 ๗๑ เปอร์เซนต์. อาจไม่ทำให้เกิดอาการ  
 ผิดปรกติ, แต่ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นมี: (๑)  
 เมื่อความคั้นในช่องท้องสูงจะปวดท้องได้  
 ง่าย. (๒) ชักขวางไม่ให้กระบังลมถูกคั้น

ขึ้นสูงเท่าที่ควร. (๓) อาจทำให้เกิดลำไส้  
 ถูกอกคั้น. (๔) เมื่อเส้นเยื่อยึดติดซากร  
 ออก, อาจทำให้เกิดตกเลือดในช่องท้อง.

การตกเลือดในช่องท้อง. โดยมาก  
 จะเริ่มมีอาการไม่เกิน ๒๔ ชม. หลังอัก  
 ปรากฏอาการแ้งและอาการแสดงของการ  
 ตกเลือดภายใน, เช่นปวดท้องมาก, กระ  
 ลับกระส่าย, ซ้อค, ซีโมโกลบินและเม็ด  
 เลือดแดงลดลงเรื่อยๆ, ตรวจได้ shif-  
 ting dullness หรือ fluid thrill.  
 โดยการถ่ายภาพรังสีทรวง โดยให้คนไข้  
 นอนตะแคงขวาเห็นระดับของเหลวได้.

ในปี ๑๙๔๗ Cornwall และ  
 Petridge ได้รายงานผู้ช่วย ๑ ราย, ตาย  
 เพราะตกเลือดในช่องท้องอย่างมากมาย  
 ราว ๖ ชม. หลังทำ. การตรวจศพพบ  
 ว่าปลายเข็มแทงถูกหลอดเลือดดำในเกรค  
 เตอร์โอเม้นตัม. Larkin และ Phillips<sup>(2)</sup>  
 ได้รายงาน ๑ ราย, ซึ่งไม่ตาย; ได้ทำ  
 การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง, พบเลือดในช่อง  
 ท้องเป็นจำนวนมาก, แต่หาจุดที่เลือด  
 ออกไม่พบ. เขาเข้าใจว่าสาเหตุอาจเกิด  
 จากปลายเข็มแทงถูกหลอดเลือดที่อยู่ใต้  
 เยื่อหุ้มช่องท้องส่วนผนัง (พารีเอทัลเพอ  
 ริโทเนียม).

การแทงเข็มถูกอวัยวะในช่องท้อง.

มีรายงานอยู่ไม่มากนัก. อุบัติเหตุจากการแทงเข็มถูกอวัยวะในช่องท้องน่าจะเกิดมากกว่าที่มีรายงานไว้, แต่ไม่เกิดอาการรุนแรงเรวกี่เลยไม่ทราบ. Case ใ้รายงานการแทงเข้าลำไส้ ๓ ครั้ง, กระเพาะปัสสาวะ ๑ ครั้ง, hydroureter ๑ ครั้ง โดยไม่มีผลร้ายรุนแรงแต่อย่างใด. มี ๑ รายที่ตาย จากการฉีดยาออกซิเจนเข้าไปในม้าม. มีรายงานหลายรายที่ตายจากฟองอากาศเข้าหลอดเลือด (แอร์เอ็มโบลีสม์) ที่เกิดจากการแทงเข็มเข้าไปในเนอติข. มีรายงานการแทงเข้ากระเพาะอาหาร ๑ ราย.<sup>(1)</sup>

ไส้ติ่งอักเสบ. ความสัมพันธ์ระหว่างไส้ติ่งอักเสบกับการฉีดยาอากาศเข้าช่องท้องยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่. บางคนไม่ถือว่าไส้ติ่งอักเสบเป็นผลแทรกซ้อนของการฉีดยาเข้าช่องท้อง, เช่น Mitchell และผู้ร่วมงานพบไส้ติ่งอักเสบเพียง ๑ รายจากผู้ที่ยาอากาศเข้าช่องท้อง ๗๑๐ ราย. แต่ Rilance และ Warring ในปี ๑๙๕๔ ว่าไส้ติ่งอักเสบเกิดในพวกที่ฉีดยามากกว่าพวกที่ไม่ได้ฉีดยา ๖.๕ เปอร์เซ็นต์; Knopp ว่าเป็น ๗:๑, Schaff และ

Bornstein ใ้รวบรวมการเกิดไส้ติ่งอักเสบในคนไข้ ๕๕๑ รายที่ฉีดยา, และ ๓๒๕๐ รายที่ไม่ได้ฉีดยา, เทียบกันแล้วปรากฏว่าพวกที่ฉีดยาเกิดมากกว่า ๕ เท่า.

การฉีดยาเข้าช่องท้อง จะทำให้เกิดไส้ติ่งอักเสบได้บ่อยกว่าหรือไม่นั้นไม่สำคัญเท่ากับอากาศในช่องท้องไปแยกอวัยวะข้างอื่นออกห่างจากไส้ติ่ง, ทำให้เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไปได้ง่าย. อีกอย่างคือทำให้การวินิจฉัยโรคลำบากกว่าธรรมดา.

ช็อคเพราะเยื่อช่องท้อง (Peritoneal Shock).

โดยมากเกิดจากการให้ยาชาเฉพาะที่แถวเยื่อช่องท้องไม่พอ. อาจจะเป็นทันที, หรือภายหลังอีกนานก็ได้. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย, ใจสั่น, ตาลาย คล้ายเป็นลม, หน้าซีด, หายใจเร็ว, เวลาทำควมเตรียมพร้อมที่จะฉีดยาจะคลื่นไส้อ่อน, พร้อมยกเข็มออก, และรักษาช็อคตามธรรมดา.

ผลแทรกซ้อนอื่น ๆ ในช่องท้อง.

นาน ๆ พบทีและเคยมีรายงานแล้ว, มีคือ: (๑) ม้ามยึดตัว. ตามปรกติ, ม้ามยึดติดอยู่กับที่โดยเอ็นก๊าสโตรสเปลิติก และพรีโนโคลิค, ร่วมกับความคั้นของ

อวัยวะในช่องท้องและกระบังลม. เมื่อเอ็นฉีกขาดโดยอันตราย, ถูกดึงตึงเกินไป, หรือหย่อนมาแต่กำเนิด, ม้ามก็จะมีอาการเคลื่อนที่ผิดปกติได้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผนังของหย่อน. การฉีกอากาศเข้าช่องท้องทำให้มีอวัยวะต่าง ๆ หย่อน, เกิดที่ว่างเปล่ามากกว่าปกติ, ยิ่งเกิดการเคลื่อนที่ผิดปกติธรรมดาต่างายขึ้น. Middleton และผู้ร่วมงานได้รายงาน ๑ ราย, ซึ่งคล้าม้ามได้ที่ใต้ชายโครงขวาชนิดเอปิกัสเตรียม; ขวม้ามยึดออกยาวมาก. มีธ่อมโบลิสและอินฟารคชั่นของม้าม

- (๒) เข็มทักในช่องท้อง.
- (๓) โอลีเมนต์มียค.
- (๔) กระบังลมเหี่ยว (อะโทรฟี่) และกระบังลมหดเกร็ง.
- (๕) ถุงอากาศในช่องท้อง, ไม่ทำให้เกิดอาการ.

ผลแทรกซ้อนที่ผนังท้อง. อาจพบ (๑) ก้อนเลือด (hematoma) และถุงอากาศ (pneumocoele). (๒) กล้ามเนื้อฉีกกันแยกออกจากเส้นกลาง (diastasis). (๓) เพิ่มความรุนแรงของเฮอร์เนียที่มีอยู่เก่า, หรือทำให้เกิดเฮอร์เนียใหม่. เพราะฉะนั้น

ควรซ่อมแซมเฮอร์เนียก่อนที่จะเริ่มฉีก อาจมีถุงอากาศเกิดขึ้นในบริเวณขาหนีบ (inguinal pneumocoele) ซึ่งแสดงว่ามีโปรเซสส์สวาจินาลิสเบียดอยู่ตั้งแต่กำเนิด. เมื่อเอ็นมากเข้าจะ เกิดถุงอากาศยื่นลงไป ในถุงอณฑะ (scrotal pneumocoele). ถุงอากาศชนิดนี้เกิดเมื่อฉีกหลายครั้งแล้ว, แสดงว่าอากาศคั้นผ่านผนังของโปรเซสส์สวาจินาลิสที่ยึดกันไม่แข็งแรง, ทำให้ผนังแยกจากกัน. เท่าที่มีรายงานมาราว ๘ รายอาการปวดจะหายไป ใน ๒๔ ชม. การขวมที่ถุงอณฑะ จะยุบใน ๔ - ๖ วัน. เมื่อยุบแล้วอีกซ้ำอีกปรากฏว่าไม่เกิดอีก เข้าใจว่า อากาศที่เข้าไปนั้น ได้ก่อการระคายจนทำให้ โปรเซสส์สวาจินาลิส อักเสบติดกันไปแล้ว.

ผลแทรกซ้อนเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะและนรีเวช. ที่อาจพบได้มี: (๑) เคยมีรายงาน ๒ ราย, ที่ต้องใส่หลอดสวนปัสสาวะอยู่ ๑๐ และ ๑๓ เดือนตามลำดับ, จึงถ่ายปัสสาวะได้ปกติ. (๒) การฉีกครั้งแรกไม่ควรทำขณะกำลังมีระดู, เพราะอาจทำให้ มดลูก เย็น ตระคริว อย่างแรง. แต่การฉีกครั้งต่อ ๆ ไปไม่เป็นไร.

(๓) ระบุขาดไปหรือปวกระดู. (๔) ซีสโตซีส และ เร็คโตซีสอาจ กำเริบหรือเกิดใหม่, โดยอาจมีความบกพร่องในชั้นแฟลสเซียมาก่อน, เป็นแต่กำเนิดหรือเพราะอันตราย.

อินเตอร์ สตี เซล เอ็ม พย ซึ มา.

(Interstitial emphysema). (๑) เอ็ม พย ซึ มา ได้ผิวหนังเกิดได้บ่อยแต่ไม่สำคัญ, เช่นเดียวกับเอ็ม พย ซึ มา ใน โอเม็นตัม, ผนังหลอดอาหารในช่องท้องและเอ็ม พย ซึ มา ใน ช่องหลังเพอริโทเนียม. (๒) เอ็ม พย ซึ มา ใน เมคิอาสตีนิ่มมีรายงานแล้วราว ๑๕ ราย.

อาการจะมีคอคอกหรือเจ็บใต้กระดูกหน้าอก, หัวใจเต้น, กลืนลำบากและปวดที่คอ เวลาคลื่น, มีเอ็ม พย ซึ มา ที่หนังบริเวณคอ, เคาะได้เสียงเหมือนกลอง (ทิมปะนิค) ที่กระดูกหน้าอก, อาจฟังได้ systolic crunch เสียงดังที่ปลายหัวใจ. ถ้าขยับตัวและบันทึกโฟโนคาร์ดิโอแกรมช่วยให้การวินิจฉัยแน่.

Banyai และ Simmonds เชื่อว่าอากาศจากช่องท้องผ่านไฮอะติสของกะบังลมไปตามข้าง ๆ หลอดอาหาร และเออร์

ต้าเข้าเมคิอาสตีนิ่ม. Hamman ว่าอากาศอาจไปทางช่องวีโทรเพอริโทเนียม.

Joannides ได้ศึกษเมคิอาสตีนิ่มของสุนัข, พบว่าในส่วนบนอากาศจะกระจายไปตามเซอร์วิคัลแฟลเซีย, ในส่วนล่าง มาตาม คานหลัง ของเนอรัวแกรรอบหลอดอาหาร, ไปในมีเซ็นเทอรัลและเนอรัโทโรเพอริโทเนียม. เพราะฉะนั้นเราอาจอธิบายกลับได้ ว่าอากาศ จากช่องท้องก็อาจย้อนเข้าเมคิอาสตีนิ่มได้เช่นกัน.

เอ็มโบลิสม์อากาศ. เป็นผลแทรกซ้อนที่อันตรายมากที่สุด. ที่มีรายงานตาย ๗ ราย. ที่ไม่ได้รายงานก็คงจะมีอีกสำหรับสาเหตุตามรายงานว่าเกิดจากฉีดอากาศเข้าไปในตับ, หลอดเลือดดำของม้าม, และหลอดเลือดแดงอิลีอิค. นอกนั้นไม่แน่ว่าเข้าอะไร. อาการอาจเกิดขึ้นที่หรือในภายหลังก็ได้.

พวกที่ไม่ถึงตายมีรายงานอยู่มาก. ถ้าเป็นน้อย, บางทีนึกว่าเป็นอาการทางประสาท. เราอาจหลีกเลี่ยงการเกิดเอ็มโบลิสม์นี้ได้โดยต้องแน่ใจว่าปลายเข็มอยู่ในช่องว่างก่อนฉีดลมเข้าไป.

เอกสาร

1. H.F. Stein: Am. Rev. Tuberc. 64: 645 (1951).<sup>1</sup>
2. J.C. Larkin and S. Phillips: Ibid, 63:116 (1951).
3. M.J. Small and R.E. Freemont: Ibid, 63:591 (1951).
4. W.J. Habeeb and H.G. Reiser: Ibid, 61:323 (1950).
5. J.W. Middleton, W.H. Pickett, and A.O. Singleton, Jr.: Ibid. 62:439 (1950).
6. J. Ross, and J.B. Farber: Ibid, 62:109 (1950).
7. R.S. Mitchell, J.S. Hiatt, P.P. McCain, H.F. Easom, and C.D. Thomas: Ibid, 55:306 (1947).
8. B. Schaff and S. Bornstein: Ibid: 61:353 (1950).
9. J.J. Repa and H.R. Jacobson: Ibid, 63:587 (1951).
10. J.F. Wu and W.B. Neptune: Ibid, 63:710 (1951).
11. J. Ross and J.E. Farber: Ibid, 63:67 (1951).
12. S. Netzer: Ibid, 63:62 (1951).
13. H.C. Wortman and H.E. Bass: Ibid, 60:520 (1949).
14. W.J. McAuliffe and R. Douglas: Ibid, 60:524 (1949).
15. S.A. Yannitelli, C.E. Woodruff, E.E. Mueller, and W.L. Howard: Ibid, 60: 794 (1949).
16. H.G. Trimble, J.L. Eaton, and G. Moore: Ibid, 39:528 (1939).
17. L.R. Gaetan, Ibid, 39:537 (1939).
18. F.R. Harper and O.S. Levin: Ibid, 42:130 (1942).
19. A.L. Banyai and G.H. Jurgens: Ibid, 42:688 (1940).

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ซื้อสารศิริราชฉบับพิเศษและสมุดรวมวิชาการรุ่นใหม่ หากยังไม่ได้รับ  
หนังสือ โปรดแจ้งให้แผนกจัดการทราบบ

# บทความพิเศษ

อิเล็กโทรไลต์

ดิถี จิ่งเจริญ

พ.ด., Ph.D. (Lond.)

(แผนกสรีรวิทยา)

อิเล็กโทรไลต์ประกอบด้วยไอออนส์ของเกลือแร่และโปรตีนซึ่งกระจายอยู่ในน้ำตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย. สำหรับพวกโปรตีนมีปฏิกิริยาไม่แน่นอน; เมื่ออยู่ในน้ำยาที่เป็นกรดหรือเป็นกลาง, โปรตีนจะไปรวมที่แคโทด; ในน้ำยาที่เป็นด่างก็จะไปรวมที่แอนโนด. ฉะนั้นจึงเรียกพวกนี้ว่า amphoteric electrolyte หรือแอมโพลีต์ (ampholyte). อิเล็ก

โทรไลต์ต่างๆ มีความสำคัญในการรักษาระดับความดันออสโมติก, ทุลย์กรค-ต่าง และการทำงานของเซลล์ในร่างกาย. โดยอาศัยอิเล็กโทรไลต์เหล่านี้ในน้ำในร่างกายจึงนำกระแสไฟฟ้าได้. ถ้ามีอิเล็กโทรไลต์จำพวกเกลือแร่มาก, ไฟฟ้าผ่านได้ดี, มีอำนาจลื่อนำไฟฟ้า (electrical conductivity) หรือค็อนดัคตันทันส์ (conductance) สูง.

จำนวนอิเล็กโทรไลต์ในทุกส่วนของร่างกายเท่ากัน, แต่ส่วนประกอบแตกต่างกันบ้าง, เช่นพวกที่อยู่ในอกและในเซลล์, ดังจะเห็นได้จากรายการต่อไปนี้

(๑) จำนวนอิเล็กโทรไลต์ในพลาสมา

Cations	mEq/l	Anions	mEq/l
Na	138.0	Cl	105.0
K	4.5	HCO <sub>3</sub>	25.0

## สารวิเคราะห์

Ca	5.2	PO <sub>4</sub>	2.2
Mg	2.0	SO <sub>4</sub>	0.5
		โปรตีน	16.0
รวม	149.7		148.7

(จำนวนน้ำในพลาสมาเฉลี่ยประมาณ ๕๓๕ กรัม/ลิตร) (แคทีออนและแอนไอออนควรจะเท่ากัน, หากแต่โปรตีนให้ปฏิกิริยาไม่แน่, ผลที่ได้จึงไม่ตรงตัวทีเดียว.)

(๒) จำนวนอิเล็กโทรลิต์ในเม็ดเลือดแดง  
(เมื่อใส่ฮอกสลิเจน ที่ pH ๗.๔)

<u>Cations</u>	<u>mEq/l</u>	<u>Anions</u>	<u>mEq/l</u>
Na	16	Cl	55
K	96	HCO <sub>3</sub>	15
Ca	0.5	อื่น ๆ	44
Mg	4.6		
รวม	117.1		117

(จำนวนน้ำในเม็ดเลือดแดงคิดเฉลี่ยประมาณ ๗๒๐ กรัม/ลิตร).

การที่จำนวนอิเล็กโทรลิต์แต่ละชนิดในเซลล์และนอกเซลล์ต่างกั้นกันเนื่องจากคุณสมบัติพิเศษของผนังเซลล์. ในภาวะปกติต่างที่เหลือนอกจากที่โดยรวมกับกรดที่ไม่ระเหิดจะถูกเปลี่ยนให้เป็นไบคาร์บอเนต, เพราะฉะนั้นน้ำในเซลล์และรอบๆเซลล์จะมีความเสมอภาคทางไฟฟ้า (electrical neutral solution) เสมอ.

ร่างกายได้รับอิเล็กโทรลิต์เพิ่มเติมอยู่เสมอจากอาหารที่กินเข้าไป. อาหารบางอย่างอาจช่วยให้การดูดซึมเกลือแร่ดีขึ้นหรือเลวลง, เช่นแล็คโทส, โปรตีน, วิตามิน บี ช่วยการดูดซึมแคลเซียม; กรดไขมันก็กั้นการดูดซึมแคลเซียมและแมกนีเซียม. ขณะเดียวกันบางส่วน ของอิเล็กโทรลิต์จะถูกขับออก

ทางเหงื่อ. ยัสสาวะและลำไส้. อีเล็ก  
โทรลิตที่ถูกลดขยับออกทางเหงื่อที่สำคัญคือ  
โซเดียมและคลอไรด์, ทางไตขยับออก  
ทุกชนิดโดย "กลไกกรองและดูดกลับ"  
(filtration-reabsorption mecha-  
nism) ยกเว้นแอมโมเนียมซึ่งมีในพลาสมา  
เป็นจำนวนน้อย. ทวบลของไตเลือกดูด  
ซึมแต่ไอเล็กโทรลิตที่ข้างชนิด. โซเดียม  
กับคลอไรด์ ถูกขยับได้ง่ายและดูดซึม  
กลับเข้ามาเป็นจำนวนพอๆกัน. แต่โปแทสเซียม  
จะถูกขยับออกในยัสสาวะมากกว่าคลอไรด์,  
เนื่องจากดูดซึมกลับเข้าไม่เต็มที่.  
ไตต้องขยับไอคาร์บอเนตออกแทนเพื่อให้ได้  
เสมาภาคทางไฟฟ้า (electrical neu-  
trality). ในบางภาวะไตให้แอมโมเนียม  
ออกแทนค่างที่ไม่ระเหย (fixed base).  
แอมโมเนียมที่ทวบลของไตเอามาจาก  
กลูตามีน (glutamine). หากมีจำนวน  
อีเล็กโทรลิตที่เกินต้องการ ไตก็จะทำหน้าที่  
ขยับออกทั้งจนไตกลับสภาพเดิม. พวก  
แคลเซียมและแมกนีเซียมถูกขยับออกทาง  
ลำไส้เป็นส่วนใหญ่.

ฮอร์โมนของเปลือกต่อมหมวกไตมี  
ฤทธิ์ต่อการที่ไตจะดูดซึมโซเดียมกับโป  
แทสเซียม. ในรายที่หน้าทของต่อมหมวก

พร่อง, เช่นโรค Addison, โซเดียม  
จะถูกดูดซึมกลับเข้าร่างกายน้อย, ทำให้  
เกิดอาการขาดโซเดียมอย่างรุนแรง.  
ขณะโซเดียมถูกขยับออกมาก, ร่างกาย  
ก็ขยับน้ำออกมากด้วย. จำนวนโซเดียม  
ในน้ำนอกเซลล์ลดต่ำลง. น้ำในเซลล์  
จะมีความดันออสโมติกสูงกว่า, เป็นเหตุ  
ให้น้ำเข้าในเซลล์มากยิ่งขึ้น. คนไข้จำ  
พวกนี้จะไวต่อ "อาการเมาน้ำ" (Water  
intoxication). ส่วนโปแทสเซียมกลับ  
ถูกไตดูดซึมกลับมากขึ้น, ทั้งนี้เพิ่มจำนวน  
โปแทสเซียมในร่างกายทั้งในน้ำนอก  
เซลล์และน้ำในเซลล์. แต่จำนวนน้ำไม่  
เพิ่มตามสัดส่วน, เพราะโปแทสเซียมไม่  
มีอำนาจทางออสโมติก (not osmotically  
active).

เมื่อให้ยาสะกิดเปลือกต่อมหมวกไต,  
หรือ Desoxy-corticosterone, ร่างกาย  
จะเก็บโซเดียมและน้ำเข้าไว้, แล้วขยับโป  
แทสเซียมออก; อาจเกิดขาดโปแทสเซียม  
จนถึงกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมและทำงาน  
ได้ไม่เท่าปรกติ. ฉะนั้นควรให้อาหาร  
ที่มีโปแทสเซียมมากควยไปด้วย.

ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอีเล็กโทร  
ลิตที่ซึ่งมักพบบ่อย ๆ:

(๑) ในรายที่เหงื่อออกมาก ๆ, ซึ่งอาจเนื่องจากทำงานในที่อากาศร้อน, หลังจากเป็นไข้, หรือให้ยาระงับไข้บางอย่าง, ร่างกายจะเสียโซเดียมกับคลอไรด์ไปทางเหงื่อมาก.

(๒) การเสียน้ำจากทางเดินอาหารเป็นจำนวนมาก, เช่นอาเจียน. ร่างกายเสียคลอไรด์จนอาจเกิดภาวะต่างในเลือด และมีคาร์บอนไดออกไซด์ค้างเป็นการชดเชย. ขณะท้องร่วง, ร่างกายเสียน้ำกับโซเดียมไปคาร์บอนเนตมาก. แม้ว่าไตจะช่วยเก็บน้ำและสงวนอิเล็คโตรไลต์ที่ทำการไว้, ก็อาจเกิดแอสิโตสิสในเลือดได้.

(๓) เมื่อให้ยาขับปัสสาวะที่ทำให้เป็นกรดด้วย (acidifying diuretics), เช่นแคลเซียมคลอไรด์, แอมโมเนียมคลอไรด์.

(๔) ให้เกลือที่ทำให้เป็นด่าง (alkalinizing salts), เช่นไปคาร์บอนเนตหรือโซเดียม.

(๕) โรคเบาหวาน. เนื่องจากการเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ, มีกรดเกิดขึ้นมาก, ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในคลัยกรรค - ด่างและจำนวนโปแทสเซียมในน้ำนอกเซลล์สูงขึ้น. เมื่อให้อินซูลิน, น้ำตาล

และน้ำตาลไอโซเดียมคลอไรด์, จะทำให้จำนวนโปแทสเซียมลดลงจนอาจถึงระดับอันตรายได้, เนื่องจากน้ำในร่างกายถูกเจือจางโดยน้ำตาลและจากการที่โปแทสเซียมผ่านเข้าไปในเซลล์เมื่อการเผาผลาญน้ำตาลดีขึ้น. ฉะนั้นควรให้อาหารที่มีโปแทสเซียมมากพอ, หรือถ้าแน่ใจว่าโปแทสเซียมลดต่ำลงจริง, ก็ควรให้โปแทสเซียมด้วย.

(๖) ไข้จับสั่น. เนื่องจากเม็ดเลือดแดงถูกทำลายมาก, โปแทสเซียมในเม็ดเลือดแดงจะออกมากกระจายในพลาสมา, เพิ่มระดับโปแทสเซียมในพลาสมาให้สูงขึ้น. แต่ในระยะพักฟื้นจากไข้โปแทสเซียมจะน้อยกว่าปกติ, เพราะไตขับโปแทสเซียมออกทิ้งเสีย.

(๗) ถูกไฟไหม้, น้ำร้อนลวก, หรือได้รับอันตรายอื่นที่เซลล์ถูกทำลายมาก. โปแทสเซียมในเซลล์จะออกมาอยู่ในน้ำนอกเซลล์. ระดับโปแทสเซียมอาจสูงและเป็นเหตุหนึ่งของอาการช็อค.

(๘) การเสียเลือดมาก ๆ. ร่างกายต้องสูญเสียอิเล็คโตรไลต์ไปด้วยมากเหมือนกัน.

(๘) Streeten กับ Ward-Mcquaid เข้าใจว่า พาราลิติกอิลเลียส (Paralytic ileus) เกิดจากการขาดโปแทสเซียม. เขาแนะนำการให้โปแทสเซียมในรายเหล่านี้, บางรายได้ผลดี.

(๑๐) ในรายความดันเลือดสูงหลายคนได้แสดงว่าจำนวนน้ำกับโซเดียมในน้ำนอกเซลล์เพิ่ม, โปแทสเซียมลด. เมื่อจำกัดจำนวนโซเดียมตลอดไว้จะช่วยให้แรงดันเลือดลดลงบ้าง.

การให้น้ำและอิเล็กโทรไลต์ในรายที่ร่างกายขาดทั้งสองอย่างนี้, มักนิยมให้น้ำเกลือโซเดียมคลอไรด์ ๐.๘๕ หรือ ๐.๕ เปอร์เซ็นต์. Fox กับคณะพบว่ามักทำให้เกิดการผันแปรในระดับอิเล็กโทรไลต์; ที่สำคัญก็คือคลอไรด์เพิ่ม, โปแทสเซียมในเลือดลดต่ำลง (hypopotassemia), และได้แนะนำให้ใช้ balanced electrolyte solution แทน  $\text{Na}$

๑๔๐ mEq/l, Cl 103,  $\text{HCO}_3$  55 แต่ให้เป็นอะซีเตท ๔๗ และโซเดียม ๘ K10, Ca 5 กับ Mg 3). การใช้อะซีเตทกับโซเดียมจะไม่ทำให้ปฏิกิริยาในเลือดเปลี่ยนแปลงเหมือนอย่างให้โซเดียมคลอไรด์โดยตรง. สารทั้งสองจะถูกเผาผลาญเปลี่ยนให้เป็นโซเดียมคลอไรด์ และช่วยแก้ภาวะกรดในและนอกเซลล์ได้ดี. แคลเซียม, นอกจากจะรักษาระดับในเลือดแล้ว, จะช่วยป้องกันฤทธิ์กดของโปแทสเซียมที่มีต่อหัวใจ. แมกนีเซียมก็เช่นกัน จะช่วยไม่ให้เกิดการรบกวนหน้าที่ของประสาทและเนื้องอกกล้ามเนื้อ (neuro-muscular function).

อย่างไรก็ดี, เมื่อมีการผันแปรในระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย, หากไคยังปรกติและร่างกายได้รับอิเล็กโทรไลต์ต่าง ๆ อยู่เสมอ, จำนวนอิเล็กโทรไลต์ก็จะคืนสู่สมดุโดยตัวเอง.

# บทบรรณาธิการ

## การจัดอาหารในโรคตับ

ตับเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของอวัยวะหนึ่ง มีหน้าที่หลายอย่าง, รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต, โปรตีนอื่น, และไขมัน, เกี่ยวกับการขับถ่าย, และเกี่ยวกับการทำลายพิษ. ดังนั้นเมื่อตับเป็นโรค, หน้าที่ต่างๆ นั้นย่อมมีการผันแปรไปไม่มากนักน้อย. ความวิปริตมีมากเป็นพิเศษในรายที่ตับไทรีบ อินทราย อย่างแพร่หลาย, เช่นมีการอักเสบในเนื้อแท้ของตับ, ไทรีบพิษต่างๆ (สารหนู, ฟอสฟอรัส, ฯลฯ), หรือตับแข็ง (ซีรโรสิส). ในรายเช่นนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะของอาหารสำหรับคนไข้ด้วย. เพราะถ้าอาหารไม่เหมาะ, นอกจากจะเป็นการเพิ่มภาระ, เร่งให้ตับหมดสมรรถภาพเร็วขึ้นแล้ว, ผลทางอ้อมจากการที่เมตาบอลิซึมวิปริตไป, อาจทำให้สิ่งเช่นพิษต่างๆ พอกพูนขึ้น, เป็นเหตุอินทรายอีกทางหนึ่งได้. การเปลี่ยนแปลงของตับในทางพยาธิวิทยาประการหนึ่ง ที่นับว่าเป็น ผลร้าย มากคือ ลักษณะ

“มันจุดตับ” (แฟตตี้ลิเวอร์). ในการพยายามที่จะป้องกันการเกิดพยาธิสภาพนี้, ในสมัยหลังๆ นี้ได้มีการนำยาใหม่ๆ เข้ามาใช้หลายขนาน, เช่นวิตามินไลโปโทรบิค, ยาสะกักตับชนิดยั้งไม่ได้ทำบริสุทธิ์, ฟรุคโทส, เป็นต้น. ผลที่ได้ยังไม่เป็นที่พอใจ, อาจเป็นเพราะเป็นการยากที่จะตัดสินใจให้ถูก ต้องว่า ในรายใดควรใช้ยาใด, และเพราะยังไม่เข้าใจกลไกในการแสดงฤทธิ์ของยาเหล่านั้นอย่างละเอียดเพียงพอ. ในขณะเดียวกัน, ความสำคัญของอาหารในการรักษา โรคตับก็ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้นและมี การเห็นพ้อง ต้องกันเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ.

เป็นเวลาหลายปีมาแล้วที่เอ็ปปิงเงอร์ (Eppinger) ได้ให้ความเห็นตามข้อสังเกตของเขาว่า, สำหรับโรคตับนั้นควรให้อาหารคาร์โบไฮเดรตมาก, ไม่ให้ไขมันเลย, และให้โปรตีนน้อย. ระบบนี้ยังถือเช่นแบบฉบับ มาจนถึง ปัจจุบัน ในหลาย

แห่ง. ในตอนหลังนี้มีการดัดแปลงสำคัญเกิดขึ้น, ตามความเห็นของผู้เสนอว่าควรให้อาหารโปรตีนด้วย, และอาจให้ไขมันชนิดที่ย่อยง่ายได้บ้าง. ความเห็นเรื่องโปรตีนเป็นของความรู้ในเรื่องความสำคัญของกรดอะมิโน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมธิโอนีน, ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำหน้าที่ของตับ. ความเห็นนี้ในหลักการอาจถูกต้อง, แต่ในการปฏิบัติยังลักลั่นกันอยู่. มอร์ริสัน (Morrison) บอกว่าควรให้โปรตีนแท้ ๆ วันหนึ่ง ๆ ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ กรัม; ปาเต็ค (Patek) ว่าวันละ ๑๕๐ ถึง ๑๗๐ กรัม. จำนวนทั้งสองน้อยค่อนข้างจะมาก: จำนวนแรกเท่ากับเนื้อวัว ๑๕๐๐ กรัม, จำนวนหลังเท่ากับ ๗๐๐ ถึง ๘๕๐ กรัม. โปรตีนจำนวนเท่านี้สำหรับคนปรกติก็เกินต้องการมากอยู่แล้ว, เพราะตามความเห็นส่วนใหญ่ในเวลานี้ก็แนะนำให้กินเพียงวันละ ๑ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. สำหรับผู้ช่วยด้วยโรคตับยังมีเหตุผลพิเศษอีกด้วยที่ชวนให้ต้องคิดเป็นห่วงในจำนวนโปรตีนมากเท่าที่มอร์ริสันและปาเต็คแนะนำ. เหตุผลนี้เกี่ยวกับหน้าที่ของตับในการขับถ่ายยูเรีย, ซึ่งเป็นปฏิกลูชันสุดท้ายในเมตาบอลิซึม

ของโปรตีน. ในคนที่ตับอักเสบ, มักพบว่ามีการขับถ่ายยูเรียน้อย, ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นผลของการที่ตับผลิตยูเรียได้น้อยลงกว่าปรกติ. เพราะเหตุนี้หากให้โปรตีนมากนัก, อาจไม่เป็นการปลอดภัยจากการคั่งของปฏิกลูจากเมตาบอลิซึมของโปรตีนก็ได้.

อย่างไรก็ดี, ในทางตรงกันข้าม, มีผู้ได้พิสูจน์ว่าหากร่างกายขาดแคลนโปรตีน, ตับจะเข้าสู่สภาพ "มันจก" ได้ง่ายกว่าปรกติ. ดังนั้นในการปฏิบัติจึงมีเหตุผลสมควรที่จะจัดให้ร่างกายได้รับโปรตีนเข้าไปเพียงพอที่จะป้องกันการเกิด "มันจกตับ", โดยไม่เกินความสามารถของตับที่จะจัดการเมตาโบไลส์ได้. น่าจะคิดเห็นได้ว่าคุณภาพของโปรตีนย่อมเป็นส่วนสำคัญด้วย, ไม่เพียงแต่ปริมาณเท่านั้น. ดังนั้นโปรตีนที่จะให้แก่คนไข้ควรจะเข้มข้น, มีกรดอะมิโนที่จำเป็นแก่ร่างกายครบถ้วน, ย่อยง่าย, ดูดซึมง่าย, และไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ. ในบางระยะที่ตับอยู่ในภาวะล่อแหลมมาก, และไม่เป็นการปลอดภัยที่จะเสี่ยงให้ต้องทำงานเข้าอีกด้วย, ก็น่าจะคิดให้โปรตีนเสียชั่วคราว, หรือลดลงเหลือ

แต่เพียงน้อย ๆ. ตามเหตุผลที่อ้างแล้ว  
เกี่ยวกับคุณสมบัติ, โปรตีนที่เหมาะสมที่  
สุคน่าจะได้แก่โปรตีนของนํ้านม, รอง  
ลงไปคือเนอสต์ว่ทมีเส้นใยละเอียดและ  
ย่อยง่าย, เช่นเนอโก้, เนอสกโคเป็น  
ต้น. ตามความเห็นของคัลคและวิลด์-  
ฮิร์ท (Kalk and Wildhirt) โปรเท  
อินแท้เพียงวันละ ๘๐ กรัมก็เพียงพอแล้ว,  
ซึ่งเท่ากับนํ้านมประมาณ ๒.๔ ลิตร, หรือ  
เนอโก้หรือนเนอวีประมาณ ๔๐๐ กรัม.  
ในรายการอีกเสบของตัวยู่ในระยะปัจจุ  
บันหรือรุนแรง, ควรจะลดปริมาณโปรเท  
อินให้น้อยลงไปอีก.

ความเห็นในปัจจุบันเกี่ยวกับอาหาร  
คาร์โบไฮเดรตยังคงเป็นเช่นที่เอปิงเงอร์  
ได้แนะนำไว้, คือให้เป็นจำนวนมากตลอด  
ทุก ๆ ระยะ. นอกจากข้าวและเมล็ดพืช  
อื่น ๆ, เช่นลูกเดือยหรือข้าวโอ๊ต, ควร  
ให้นํ้าตาลเพิ่มขนออกด้วย, เพื่อให้ได้คาร์  
โบไฮเดรตมากพอกับความต้องการ. นํ้า  
ตาลที่มีประโยชน์มากที่สุดสำหรับตัวยู่คือ  
ฟรุคโตส, ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าแม้ในกรณี  
ที่ตัวยู่ไม่สามารถใช้กลูโคสได้, ฟรุคโตส  
อาจเป็นประโยชน์ได้. แต่นํ้าตาลนั้นมีข้อ  
เสียสองประการ, คือหวานจัดมาก, กับ

ราคาค่อนข้างแพง. สำหรับบรรดาที่  
เลี้ยงได้โดยบริหารวิธีดี. สำหรับราคา,  
ถ้าจำเป็นต้องประหยัด, ก็อาจใช้นํ้าตาล  
ธรรมดา (ซูโครส) แทนได้, ซึ่งให้ฟรุค  
โตสครึ่งจำนวน. แต่นํ้าตาลนั้นก็ค่อนข้าง  
หวานจัดเหมือนกัน, และไม่เหมาะ  
สำหรับดี. กลูโคสเป็นนํ้าตาลที่นิยมใช้  
กันมาก. แต่ราคาแพงกว่านํ้าตาลธรรมดา  
และถ้าหากยกข้อได้เปรียบที่มันถูกค  
ซึมเข้าร่างกายได้รวดเร็วโดยไม่ต้องย่อย  
เสียก่อนแล้ว, ก็เสียเปรียบตรงราคาค่อนข้าง  
แพง. ถ้าจะสรุปสั้น ๆ ในเรื่องการ  
บริหารนํ้าตาลก็พอกล่าวได้ว่าควรใช้นํ้า  
ตาลธรรมดา (ซูโครส) ในรายการใช้กิน  
ได้, และถ้าหากจะต้องใช้วิธีดีก็ควร  
เลือกฟรุคโตสก่อนกลูโคส.

ในเรื่องไขมัน, แม้ในปัจจุบันก็ยัง  
เห็นอยู่ว่าอาหารจำพวกนี้เป็นเหตุอันตราย  
ที่สุดของระวัง, เพราะการมีไขมันมากใน  
ร่างกายเป็นเหตุทำให้เกิด "มันจุกตัน"  
ได้ง่าย. แต่ถ้าจะตัดขาดเสียเลย, ก็อาจ  
ให้ผลร้ายได้หลายทาง. ประการหนึ่ง  
ตามธรรมดาอาหารไขมันเป็นตัวกระตุ้น  
สำคัญสำหรับการบีบตัวของผนังน้ำดีและ  
ของการหลั่งน้ำดี; ถ้าไม่มีไขมันเสียเลย

หน้าตังกว้างก็ย่อมเฉื่อยชาไป, ทำให้  
 ด้ขโดยทั่ว ๆ ไปพลอยเฉื่อยชาไปด้วย.  
 ประการที่สองเป็น ผล ตาม จากข้อ ที่แล้ว,  
 คือหากไม่มีการหลั่งหรือปล่อยน้ำค้ำเข้าใน  
 ลำไส้เล็ก, การดูดซึมของวิตามินที่ละลาย  
 ด้ในน้ำมันก็จะดำเนินไปไม่ได้, ร่าง  
 กายก็จะขาดวิตามินเหล่านั้นในที่สุด. คง  
 ส่วนใหญ่จึงมีความเห็นพ้องกันว่าควรให้  
 คนไข้ได้รับไขมันบ้าง, แต่จำกัดปริมาณ,  
 และเลือกชนิดของไขมันให้เหมาะ. คุณ  
 สมบัติของไขมันที่เหมาะสมก็คล้ายๆ กับโปร  
 เทอินที่กล่าวแล้ว, คือมีการดูดไขมันที่จำ  
 เป็นแก่ร่างกายครบถ้วน, ไม่มีสิ่งแปลกปน  
 มาก, และย่อยง่าย. ไขมันที่ดีที่สุดคือ  
 เนยเหลว. คุณคิดว่าเนยให้ได้ในทุก ๆ

ระยะของโรคตับ: ในระยะแรกเริ่มและ  
 รุนแรงควรให้ประมาณ ๓๐ กรัมต่อวัน,  
 ในระยะอื่น ๆ ต่อมาจนกระทั่งระยะพักฟื้น  
 หรือเรื้อรังอาจให้ได้ถึงวันละ ๕๐ กรัม.  
 ไขมันจากพืช, เช่นน้ำมันมะพร้าว, น้ำ  
 ด้มันโอลีฟหรือมาร์การ์น, อาจให้ได้ใน  
 ระยะอื่นนอกจากระยะรุนแรง, โดยให้  
 ด้ปรุงแต่งอาหาร, ในวันหนึ่งๆ ไม่เกิน ๓๐  
 กรัม, ต่างหากจากเนย. อย่างไรก็ตาม,  
 อาหารที่ทอดและใช้น้ำมันจนแทรกซึม  
 ในเนื้อต้องถือเป็นของแสลงตลอดทุกระยะ  
 รวมทั้งระยะเรื้อรังถึงขั้นซีโรลิส (ตับแข็ง)  
 ด้วย. ไขมันที่ขอยยาก, มีมันหมู, ไขวัว,  
 เข้คือนกถือเป็นของแสลงเหมือนกัน.

ท่านสมาชิก

๑. ไม่ได้รับหนังสือ
๒. ย้ายที่อยู่  
 โปรดแจ้งให้แผนกจัดการทราบด่วน

## แผนกยอเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สำราญ วงศ์พำห้ พ.บ., ถนนอมฤต ภูมิภักดี พ.บ., ฉวีวรรณ เขียวพิทยากร พ.บ.  
บุญเรือง นิยมพร พ.บ., วิเชียร ติลกสัมพันธ์ พ.บ., สุจินต์ จารจินดา พ.บ., ประภัสสร รพินทร์ พ.บ.  
สวัสดิ์ สกุลไทย พ.บ., D.C.H., D.T.M. and H., อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๑. S.E. Venn: Control of Post-tonsillectomy Pain (การระงับความเจ็บปวดหลังตัดทอนซิล) A.M.A. Arch. Oto. 56:59-60 (1952).

Efocaine เป็นยาใหม่ที่มีฤทธิ์ระงับความรู้สึกลเฉพาะที่นานเกือบ ๑ สัปดาห์. ผู้รายงานใช้ฉีดเข้าตำแหน่งที่ทอนซิลหลังจากตัดออกแล้ว, ทำให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหลังผ่าตัด. ยานี้ไม่มีฤทธิ์เป็นวัตถุผิดที่ซึ่งจะรบกวนเนื้อ, และไม่ทำให้ประสาทตาย, ไม่เพิ่มการอักเสบ.

ในเด็กที่ได้ตัดทอนซิล ๓๗ คนโดยใช้ยาสลย, และผู้ใหญ่ ๘ คน ใช้ฉีดยาชาเฉพาะที่, หลังจากตัดทอนซิลออกแล้วใช้อีโพรเคนฉีดไปที่แอนท์เรียพลลาร์และโปลท์เรียพลลาร์ตามจุดต่าง ๆ กัน, รวมยาประมาณ ๑ ถึง ๑.๕ ล.ซม.

ผลปรากฏว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหลังจากตัดทอนซิล, สามารถกลืนอาหารได้โดย

ไม่เจ็บปวดมาก, ไม่มีปวดร้าวไปที่หู, และซาไป ๕-๖ วัน. บางคนหลังจากยาหมดฤทธิ์แล้วรู้สึกเจ็บคอ. ยานี้ไม่ขัดต่อการหายใจของแผล, ไม่มีเลือดออกหลังผ่าตัด.

สำราญ วงศ์พำห้ พ.บ.

๒. Allan E. Sachs: Absence of Common Bile Duct (การไม่มีท่อน้ำดีร่วม) J.A.M.A. 16: 1462-1463 (1952).

การผิดแปลกทางกายวิภาคของท่อน้ำดี (biliary ducts) มีความสำคัญมากทางศัลยกรรม. ผู้รายงานได้พบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง พร้อมทงมโนวในท่อน้ำดีด้วย, เมื่อทำการผ่าตัดหาไม่พบท่อน้ำดีร่วม. ไตเข้คพื้นคัส (fundus) ของถุงน้ำดีออก แล้วลองใส่แคธิเตอร์คพบวว่า (๑) มีท่อของตับ (hepatic duct) ๒ ท่อ, เย็บเข้าสู่ส่วน

กลางของถุงน้ำดี. (๒) ท่อของถุงน้ำดี (cystic duct) เบิกเข้าสู่ทิวโศคนั้นมเลย. ไท้เอาก้อนนี้วออกแล้วทำโคลีซัสตอสโตมียไว้. ภายหลัง ๓ สัปดาห์ไท้ถ่ายภาพหลอดน้ำดี (cholangiogram) โดยไ้ใช้ลิปีโอคอด. ไ้พบการผิดปกติซ้คเจนน.

ผู้ช่วยหายดี. ไ้ติดตามมาถึง ๒ ปีแล้วไม่มีอาการอะไรเกิดขึ้นเลย.

ผู้รายงานย้าว่า รายนั่นลงจะพบน้อย, แต่กมีความสำคัญมาก. ท่อของถุงน้ำดีในรายงานทำหน้าที่เหมือนท่อน้ำคร่วม, การผิดปกติเช่นนี้อธิบายไ้ว่าเป็นผลจากการเจริญเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติมาตั้งแต่ครั้งเป็นเอ็มบริยโอ.

ถนอมฤดี กุมิภักดี พ.บ.

๓. Henry Moore and D.K. O'Donovan: Anuria Treated by Cortisone. (การใช้คอร์ติโซนรักษาอาการไม่ถ่ายปัสสาวะ) B.M.J. 1: 183 (1953).

ผู้รายงานไ้ทดลองใช้คอร์ติโซนอะซ้เททหรือ "คอรีโคน" ฉีกลงกล้ามเนื้อ, นอกจากรายที่ยังว่าให้กิน, เพื่การรักษาอาการไม่ถ่ายปัสสาวะอย่างข้ๆขึ้น ๔ ราย; ๒

รายสงสัยว่าเกิดเพราะไตแพ้จำเพาะ (อัลเลอร์ยิก), ๑ รายเพราะไ้รับซัลฟาเมอราซีนเกินขนาด, และอีก ๑ รายเพราะหยุดคอร์ติโซนทันทีหลังจากไ้รับวันละ ๑๐๐ มก. เพื่รักษาซ้ออักเสบรมมาตอยก้ประกอบด้วยมีอาการเจ็บคอ, เป็นไข้และมีผื่น. ผลปรากฏว่า ๒ รายแรกหายเร็วและรียบร้อย, อีก ๑ รายอาการไม่ถ่ายปัสสาวะหาย; ๑ รายตาย.

ทั้งนี้ยังไม่สามารถสรุปผลลงไปให้แน่นอนไ้ว่าคอร์ติโซนรักษาอาการไม่ถ่ายปัสสาวะ (แอนยูเรีย), เพราะอาการน้อหายเองไ้.

ฉวีวรรณ เชี่ยวพิทยาการ พ.บ.

๔. Spencer, Vankinscott, Lewin, Laszlo: Removal of Calcium in Man by Ethlenediamine Tetraacetic Acid. A Metabolic Study. (การเอาแคลเซียมออกจากคนโดยเอธิลไ้ดอะมีนเตตราอะซ้ติกแอซิด) J. Clin. Invest., 12: 1023 (1952).

สารนี้(EDTAA)เล็กรวมกับไอออนของโลหะที่เป็นไ้เวเลนต์และไ้โทรเวเลนต์. เป็นสารผสมที่ละลายไ้ใน pH ที่เหมาะ

และไม่ตกตะกอนโดยตัวทำตกตะกอนธรรมดา. ในการทดลองในกระต่าย, ถ้าฉีด EDTAA เข้าเส้นโดยเร็วทำให้แคลเซียมในเซรุ่มต่ำลงจนถึงซีก, ซึ่งแก้ไขได้โดยฉีดเกลือแคลเซียม. ถ้าฉีดซ้ำๆ แม้จำนวนมาก, แคลเซียมในเซรุ่มก็ไม่ลดลง.

เขาได้ทดลองใน ๑๑ คน; ปรกติ ๔ คน, นอกนั้นช่วยด้วยโรคกระดูก เช่น ออสทีโอโพโรซิสและมัลติเบิลมีอิลโลมา, โดยใช้ di-Na-EDTA (แคลเซียม ๑๐๘ มก., ๑ ก.) ๔ กรัม, di-Na-Ca-EDTA (๑ ก. มีแคลเซียม ๘ มก.) และแคลเซียมกลูโคเนท ๔๖๖ มก. ฉีดเข้าเส้นโดยหยด (infusion). เปรียบเทียบผลการขับถ่ายแคลเซียมปัสสาวะ, และผลต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวันทดลอง. สรุปได้ดังนี้ (๑) EDTAA ทำให้การขับถ่ายแคลเซียมทางปัสสาวะในวันที่ฉีดเพิ่มขึ้น, โดยแคลเซียมในเซรุ่มไม่ลดลง, ซึ่งอาจได้แคลเซียมมาจากการย้ายที่โดยเร็วจากกระดูก. แคลเซียม EDTA ทำให้ขับแคลเซียมออกได้มากกว่า (๒) ขับถ่ายได้ง่ายทางปัสสาวะโดยเฉพาะเกลือแคลเซียม EDTA ขับถ่ายได้โดยรวดเร็ว. (๓) เป็นสารที่ไม่เกี่ยว

กับเมตะบอลิซึม, ต่างกับแคลเซียมกลูโคเนท. (๔) ส่วนประกอบของเลือดไม่เปลี่ยนแปลง. (๕) มีความสำคัญในการรักษา เพราะ แคลเซียม ที่ฉีด เข้าไปจะ แลกที่กับโลหะ (เรเดียม, yttrium, และตะกั่ว) ที่ติดอยู่ในกระดูก.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๕. B. Kilman and H.A. Salhanick:  
Relaxation of Pubic Symphysis of the Mouse during the Estrus Cycle and Pseudo-pregnancy. (การยืดตัวของพิวบิคซิมฟิซิสของหนูระหว่างรอบ เอส ตรีส และ การ ตั้ง ครรภ์ หลอก) Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 1: 201 (1952).

ผู้รายงานศึกษาหนูโตเต็ม ขนาดและยังไม่ถูกตัดด้วยตัวผู้ ๑๖๒ ตัว ในระยะต่างๆ (met-estrus, di-estrus, pro-estrus, estrus) ของรอบเอสตรีส (estral cycle), และศึกษาหนูอีกจำพวกหนึ่ง ๑๔ ตัว โดยกระตุ้นปากมดลูกด้วยไฟฟ้าฟาราดีคเพื่อทำให้เกิดครรรภ์ หลอก, แล้วอีก ๓ วันต่อมาทำ ๘ ตัว ใน ๑๔ ตัวนี้ให้เกิด decidual reaction

โดยรบกวนด้วยเส้นค้ำย. ทดด้วตรวจสี  
เมียร์จากช่องคลอด, ย้อมด้วย ๐.๐๕%  
Giemsa solution. คักษาพิวบิคซิมพย  
สีสและวัคระยะระหว่างกระดูกพิวบิสโดย  
การถ่ายรูปเรินต์เก็น. ปรากฏว่า หนูใน  
ระยะเอสตรัส(๑๐ ด้ว) กระดูกพิวบิสแยก  
ห่างกันเฉลยไต้ ๐,๕๓ มม., ห่างกว่า  
หนูในระยะอื่นๆ ของรอบเอสตรัสประมาณ  
๒ เท่า. หนูพวกที่ทำให้เกิดครวรัหลอด,  
แม้กระตุ้นมคลูกให้เกิด deciduomata,  
ไม่มี การแยกของกระดูกพิวบิส ผิด ปกติ  
อย่างไร. ผู้รายงานเชื่อว่าการยักของซิม  
พยสีสในระยะเอสตรัสนั้นเป็นเช่นเดียวกับ  
ในระยะตั้งครวรั, เกิดขึ้นโดยฤทธิ์ร่วม  
ของเอสโตรเจนและ ฮอร์โมนพิเศษชนิด  
หนึ่งที่ทำให้เนอเขื่อยค (relaxative  
hormone).

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๖. Innerfield, Schwarz and An-  
grist: Intravenous Trypsin: Its  
Anticoagulant, Fibrinolytic and  
Thrombolytic Effects (การฉีดทริป  
ซินเข้าเส้น: ผลทางกันเลือดแข็ง, ละลาย  
ไฟบรินและละลายทรอมบัส) J. Clin.

Invest.: 12: 1049 (1952)

ผู้รายงาน ทำให้เกิดก้อนเลือดแข็งใน  
หลอดเลือดของกระดูกค้ำย ๖๐ ด้ว และสุนัข  
๒๕ ด้ว, แล้วฉีดทริปซินเข้าเส้นเลือด  
ทั่ว ๆ ในเวลาและจำนวนพอเหมาะ. ก้อน  
เลือดแข็งเหล่านั้นละลายตัวไปไต้. ผนัง  
เส้นเลือดก็เป็นปกติ. ทริปซินในขนาด  
น้อยทำให้เลือดแข็งในหลอดทดลอง, แต่  
ไม่ทำเช่นนั้นในร่างกาย, เพราะฤทธิ์ของ  
สารที่มีฤทธิ์ต่อต้านทริปซิน. ถ้าให้ขนาด  
มากจะเป็นตัวกันเลือดแข็งได้ไต้โดยย่อย  
โปรตีนที่ เกี่ยวข้อง กับการทำ เลือดแข็ง  
ลึ้ม, ให้กลายเป็นกรดอะมิโน.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

๗. Haskell S. Ellison, Howard J.  
Holley: Hypokaliemia due to In-  
sufficient Dietary Intake, Two  
cases with Respiratory Symptoms  
(โปแตสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากอาหาร  
ไม่พอเพียง, รายงานผู้ช่วย ๒ รายซึ่งมี  
อาการทางระบบหายใจ) Am. Pract. 4:  
6-8 (1953).

รายงานผู้ช่วย ๒ รายซึ่งหายใจลำบาก  
อย่างมาก, อันเป็นผลของการขาดโป

แคสเซียม, พิสูจน์โดยวิเคราะห์ปริมาณโปแตสเซียมในเซรุ่ม รายแรก 1.9 mEq/l รายที่สอง 2 mEq/l. ภายหลังให้โปแตสเซียมคลอไรด์เข้าหลอดเลือดแล้วอาการกลับดีขึ้นอย่างมาก. ระดับในเซรุ่มในวันรุ่งขึ้น, รายแรกเป็น 2.9 mEq/l; รายที่สอง 2.2 mEq/l, ซึ่งแปดวันต่อมาขึ้นเป็น 3.6 mEq/l. ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ขาดโปแตสเซียมเนื่องจากได้อาหารไม่พอเพียง, โดยที่กินอาหารลำบากและได้อาหารพวกของเหลวเป็นส่วนมาก.

ผู้รายงานได้อธิบายถึงสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งเป็นแพคเตอร์ในการที่โปแตสเซียมลดลงไป. ในรายที่ได้อาหารไม่เพียงพอ ๆ, จะทำให้เกิดการขาดโปแตสเซียมขึ้น, มีผลทำให้การหายใจขัดข้อง, โดยอาจไม่มีอาการอื่นปรากฏด้วยเลย.

สุจินต์ จารุจินดา พ.บ.

๘. W.A.B. Campbell M.D. Belf., M.R.C.P.E.D.C.H. Influenza in Early Pregnancy: Effects on the Foetus (ไข้หวัดใหญ่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์, ผลต่อทารกในครรภ์) Lancet 4:173 (1953).

การระบาดของไข้หวัดใหญ่อย่างรุนแรงในไอร์แลนด์เหนือ เมื่อเดือนสิงหาคม ๑๙๕๐ ถึง มกราคม ๑๙๕๑, เป็นเหตุให้พบว่าไข้หวัดใหญ่ในเกือบทุก ๆ ของการตั้งครรภ์ทำให้ทารกเกิดความพิการได้เช่นเดียวกับโรคหัดเยอรมัน (Rubella), จึงได้มีการประชุมสภากุมารแพทย์และพนักงานสาธารณสุขทำการสำรวจมารดาทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ที่สถานฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในเมืองเบลฟาสต์, Royal Maternity Hospital, และสถานมารดาทารกสงเคราะห์แห่งเมืองเบลฟาสต์.

มารดาเหล่านี้มีวันแรกของการมีระกฐ์ครั้งสุดท้ายอยู่ระหว่าง ๑ กันยายน ๑๙๕๐ และ ๓๑ มกราคม ๑๙๕๑, และมีประวัติเป็นไข้หวัดใหญ่. เมื่อครบกำหนดคลอด, เด็กที่คลอดแบ่งได้เป็น ๔ พวก, คือ "ตายคลอดปกติ (normal stillbirths)," "ตายคลอดพิการ (deformed stillbirth)," "คลอดมีชีวิตปกติ (normal live-births)" "คลอดมีชีวิตพิการ (deformed live-births)". เด็กที่สำรวจทั้งหมด ๕๘๕ คน. มารดาที่มีประวัติไข้หวัดใหญ่ใน ๔ เดือนแรกของการตั้งครรภ์

๑๖๔ คน, ที่เหลือ ๘๒๕ คนไม่ได้มีประวัติไข้หวัดใหญ่ใน ๔ เดือนแรก.

ในจำนวน ๑๖๔ คนนั้นมีตายตลอด ๔ ราย, ตายตลอดพิการ ๑ ราย, (Anencephalic), เกิดมีชีวิต ๑๖๐ คน. ในจำนวนหลงลืมพิการ ๔ คน.

ผลที่ได้ไม่ได้แสดงให้เห็นว่าการที่มารดาเป็น ไข้หวัดใหญ่ในระยะแรกตั้งครรภ์จะเป็นการเสี่ยงต่อการที่ทารกจะตายตลอดหรือมีความพิการเสมอไป.

ประภัสสร รพีพันธุ์ พ.บ.

๕. The British Medical Research Council : The Treatment of Pulmonary Tuberculosis with Isoniazid (การรักษาวัณโรคปอดด้วยไอโซไนอะซีด). B.M.J. 2: 735-745 (1952).

รายงานนี้เป็นการทดลองเปรียบเทียบผลของการรักษาวัณโรคแห่งปอดชนิดและระยะต่าง ๆ ด้วยไอโซไนอะซีด (Isonicotinic Acid Hydrazide) กับ สเตรปโตมัยซินควบกับ PAS. ยาที่ใช้คือ Nydrazid ของบริษัทสควิบ์.

ผู้ช่วยทุกคนอยู่ในโรงพยาบาลและมีลักษณะดังต่อไปนี้:

(๑) เมื่อเริ่มต้นรักษาจะต้องตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะของเสมหะเมื่อไม่เกิน ๒ สัปดาห์ก่อน, หรือจะต้องได้ผลบวกจากการเพาะเชื้อ จากอย่างหนึ่งอย่างใดของผู้ป่วยเมื่อไม่เกิน ๒ เดือนก่อนนั้น. (๒) เมื่อเริ่มต้นรักษา, เชื้อวัณโรคนั้น ๆ จะต้องไม่ทนทานต่อสเตรปโตมัยซินหรือ PAS. (๓) ผู้ป่วยจะต้องไม่ได้รักษาเกินกว่า ๑๕ ก. ของสเตรปโตมัยซินและ/หรือ ๓๐๐ ก. ของ PAS. ภายในระยะ ๓ เดือนก่อนหน้า. (๔) ผู้ป่วยจะต้องไม่เคยได้รับ, หรือไม่คาดว่าจะได้รับการรักษาโดยยูป้องภายใน ๓ เดือนข้างหน้า.

ขนาดของยาที่ใช้ : สเตรปโตมัยซิน (ไม่ใช่โคชัยโคโรสเตรปโตมัยซิน) ๑ ก. ทุกวัน, ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว. (เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ให้ ๑๕ มก. ต่อ กก. ต่อวันแต่ไม่เกินกว่า ๑ ก. ต่อวัน), PAS. ๒๐ ก. ของเกลือโซเดียมทุกวัน, แบ่งกินวันละ ๔ ครั้ง (เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ให้ ๑ ก. ต่อ ๓ ก.ก. ต่อวัน แต่ไม่เกิน ๒๐ ก.), ไอโซไนอะซีด ๒๐๐ มก. ทุกวัน แบ่งให้กินทุก ๑๒ ชม. (เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ให้ ๓ มก. ต่อ กก. ต่อวัน, แต่ไม่เกิน ๒๐๐ มก.).

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยตลอดอย่างน้อยที่สุด ๓ เดือน มีอยู่ ๓๓๑ คน; ๑๗๓ คนด้วยไอโซในอะซิด (๒๐๐ มก. ทุกวัน), ๑๕๘ คนด้วยสเตอโรปโตมัยซิน (๑ ก. ทุกวันควบกับ PAS. ๒๐ ก. ทุกวัน) ปรากฏผลต่อไปนี้:

ไอโซในอะซิดมีพิน้อยในขนาดและระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองนี้. ภายหลัง ๓ เดือนผู้ป่วยโดยทั่ว ๆ ไปในพวกที่ให้ไอโซในอะซิดก็กว่าสเตอโรปโตมัยซินและ PAS เพียงเล็กน้อย, แขนงหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยภายหลัง ๓ เดือนใน "พวกไอโซในอะซิด" (H) มากกว่า "พวกสเตอโรปโตมัยซิน" และ PAS (SP) คือเป็น ๑๑ ปอนด์ต่อ ๖ ปอนด์.

อุณหภูมิลงสู่ระดับปรกติในผู้ป่วยพวก H ๕๖ ป.ช., SP ๖๗ ป.ช., E.S.R. ลงสู่ปรกติ. ในพวก H ๒๐ ป.ช. พวก SP ๒๒ ป.ช. ตรวจทางรังสีวิทยาพบพวก H เฉลว ๑๐ ราย, ตาย ๑ ราย; พวก SP เฉลว ๑ ราย, ตาย ๓ ราย. ตรวจไม่พบเชื้อภายหลัง ๒ เดือน, มีพวก H ๒๓ ป.ช. พวก SP ๒๖ ป.ช.

ความทนทานของเชื้อมักจะหายไอโซในอะซิด ๑๑ ป.ช. ในเดือนแรก, ๕๒ ป.ช.

ในปลายเดือนที่สองและ ๗๑ ป.ช. ในปลายเดือนที่สาม ที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นนั้นเนื่องจากเชื้อมันต่ออายุ.

ผู้ป่วย ๗๕๐ คนกำลังอยู่ในการทดลองค้นต่อไป, และผลของการใช้ไอโซในอะซิดควบกับยาอื่นกำลังทดลองอยู่.

สวัสดิ์ สกกุลไทย พ.บ.,  
D.C.H., D.T.M. and H.

๑๐. Werner Schrader: Naehkrankheiten nach Magenoperationen (โรคที่เกิดตามหลังการผ่าตัดกระเพาะ) Dtsch. Med. Wchschr. 36: 1086 (1952).

คนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อเหตุต่าง ๆ กัน, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังการตัดกระเพาะตามวิธี Billroth II, มักมีอาการโรคตามหลังหลายประการ. ที่พบบ่อยมากคือโลหิตจาง, ซึ่งอธิบายว่าเกิดเพราะขาดเหล็กเนื่องจากความไม่พอเพียงในน้ำหลังของกระเพาะ. การขาดเหล็กนี้บางครั้งไม่ถึงกับทำให้เกิดโลหิตจางจนตรวจพบได้, เพียงแต่มีอาการบ่งถึงการขาดแคลนเหล็ก, เช่น เหนื่อยง่าย, เบื่องาน. อีกอย่างหนึ่งคือ

ขาดวิตามิน, เช่นวิตามินพวก "บี" ต่าง ๆ. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แล็คโทฟลาวีน (ดิน อักเสบ, ปากนกกระชอก ฯลฯ); วิตามินดี ก็อาจถูกดูดซึมไม่ทันถึงขาดแคลนได้. ผลของการขาดแคลนทำนองนี้ อย่างหนึ่ง ซึ่งแม้มีไม่บ่อยนักแต่ก็ได้พบมาแล้วได้แก่การที่กระดูกเสียหินปูน (แคลเซียม) ออกไป, เช่นเดียวกับที่พบในคนเป็นอะคิเลีย (achylia). ผู้รายงานเคยพบที่เป็นโรคกระดูกพรุน (ออสตีโอพอโรซิส) และแม้กระดูกหักเอง.

อาการที่กล่าวมาแล้วนี้เป็นพวกที่ปรากฏในเวลานาน ๆ ภายหลังตัดกระเพาะ. ยังมีอีกพวกหนึ่งซึ่งพบภายหลังที่ผ่าตัดไปแล้วไม่นานนัก. อาการเหล่านี้เรียกรวมได้ว่าเป็นอาการชวนให้เกิดคอลแลปส์เนื่องจากเหตุในลำไส้เกี่ยวกับกาารกินอาหาร (alimentary, enterogenous tendency to collapse). ภายหลังกินอาหารเสร็จ

ใหม่ ๆ หรือแม้ขณะกำลังกิน, คนไข้มีอาการไม่สบาย, ชู้ซ่า, อึดอัด, เวียนหัว, เพลีย, มึนงง, เหนื่อยออก, กระจายน้ำ, ฯลฯ อาจต้องถึงกับลงนอน. อาการทั้งหมดอาจหายไปภายใน ๒๐-๓๐ นาที. ระหว่างไม่สบายนั้นชีพจรเร็วและความดันเลือดต่ำ. เขาเห็นว่าปฏิกิริยาเหล่านี้คล้ายกับอาการที่เกิดขึ้นในคนปกติที่ดื่มน้ำตาลกลูโคสผ่านหลอดขยายเข้าไปสู่ลำไส้ส่วนเจริญนมโดยตรง, และเข้าใจว่าเกิดโดยรีเฟล็กซ์.

จากข้อสังเกตนี้ผู้รายงานให้ความเห็นว่าคนไข้ที่ผ่าตัดกระเพาะอาหารแล้วนั้นควรให้อาหารที่ม่น้ำตาลน้อย, คล้าย ๆ กับที่ใช้ในคนเบาหวาน, และให้กินอาหารครึ่งละน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ, ซึ่งอาจป้องกันอาการโรคตามหลังที่กล่าวแล้วได้.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

# ปกิณกะ

ข้อสังเกตบางอย่างในการประชุมแพทย์ภาคเหนือ  
ณ จังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๔๙๕

เมื่อประมาณ ๒ เดือนมานี้ นายแพทย์  
โยนทล บัญญัติ อาจารย์ศึกษาศาสตร์เก่า  
ของศิริราช ซึ่งบัดนี้ดำรงตำแหน่งนาย  
แพทย์ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลत्मชอ  
เสียงในภาคเหนือของประเทศ คือโรง  
พยาบาลพุทธชินราช ได้ชวนข้าพเจ้าให้  
นำเรื่องไปแสดงในการประชุมแพทย์ภาค  
เหนือซึ่งจะได้ประชุมกัน ณ จังหวัดลำปาง  
ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายนถึงวันที่ ๒  
ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๕ นอกจากความ  
รู้สึกเป็นเกียรติเฉพาะตัว ข้าพเจ้ารู้สึก  
แปลกใจในฐานะที่การประชุมนี้หนักไปใน  
ทางวิชาการฝ่ายทำนายโรคและการรักษา  
และต้องการให้วิชาการที่ได้จากการประ  
ชุมนั้นเกิดประโยชน์เหมาะแก่แพทย์ที่อยู่  
ห่างไกลไปจากศูนย์กลางของการแพทย์  
ของประเทศคือจังหวัดพระนคร เพราะ  
วิชาที่ข้าพเจ้าศึกษาและทำการสอนอยู่นั้น  
ถึงแพทย์ในศูนย์กลางเอง ก็มีความเข

หน้าเป็นอย่างยิ่ง ฉะนั้นการที่คณะกรรมการ  
การจัดการประชุมกลางนครอนมาเชิญ  
คนทำการศึกษาเกี่ยวกับศพ หรือมี  
ฉันทศึกษาทดลองเกี่ยวกับสัตว์ที่ไม่ใช่  
คน จึงทำให้หลายคนประหลาดใจ ไม่แน  
ใจว่าข้าพเจ้าจะมีเรื่อง อะไรไปก่อให้เกิด  
ประโยชน์ขึ้นได้แก่แพทย์ที่ทำการรักษา  
อยู่ตามหัวเมืองซึ่งย่อมห่างไกลจากวิชา  
รากฐาน ยิ่งกว่าแพทย์ที่อยู่ในศูนย์กลาง  
ของการศึกษา

กำลังผู้สำคัญที่ก่อให้เกิดการประชุม  
แพทย์ภาคเหนือขึ้นเป็นประจำ คือ นาย  
แพทย์เบนทล บัญญัติ ท่านผู้นี้ได้มีความ  
สนใจที่จะอบรมวิชาการให้กับแพทย์หัว  
เมืองอยู่เสมอ มีความคิดที่ก้าวหน้า  
ศึกษาและฝึกฝ่ายทางวิชาการ ถ้ามี  
โอกาสได้พิจารณาประวัติของท่านหลาย  
คนคงแปลกใจ ที่เหตุใดศิริราชจึงไม่เลือก  
ท่านไว้เป็นศาสตราจารย์พิเศษกรรมของ

โรงเรียน หรือจึงไม่ถูกเลือกเข้าดำรง  
ตำแหน่ง สำคัญทาง วิชาการ ทอจทำ  
ให้การแพทย์ของประเทศก้าวหน้ายิ่งกว่า  
นี้ แต่เหตุการณ์ที่ล่วงมาแล้ว กลับ  
นำโชคดีไปสู่กิจการแพทย์ของภาคเหนือ  
และพลเมืองของภาคนี้ เพราะท่านได้  
กลายเป็นผู้นำและทำ ความเจริญ ให้กับ  
โรงพยาบาลที่ท่านดูแลจนบัดนี้กลายเป็น  
ศูนย์กลางของกิจการแพทย์ในภาค เปรียบ  
เหมือนนายแพทย์ เมโย ผู้นำที่ ได้ทำให้  
เมืองเล็ก ๆ ที่ไม่มีคนรู้จักคือเมืองโรเชส-  
เตอร์กลายเป็นศูนย์กลางของวงการแพทย์  
โดยการชักชวนของนาย  
แพทย์ เบนทล แพทย์ที่ใกล้เคียงกับจัง  
หวัดพิชน โลก ได้ถูกเชิญ ไปร่วมประชุม  
ทางวิชาการทุกเดือน เผยแพร่ความรู้ใหม่  
นำข้อขัดข้องออกปรึกษาหารือกัน ต่อมา  
จึงคิดรวบรวมกันเป็นการประชุมประจำ  
ในปีแรก พ.ศ. ๒๔๕๒ ได้ประชุมกันที่  
จังหวัดพิชน โลกเอง ผู้ร่วมประชุมส่วน  
มากเป็นแพทย์ที่อยู่ในภาคนี้ ปี พ.ศ.  
๒๔๕๓ ได้ประชุมกันที่จังหวัด เชียงใหม่  
การประชุม ได้ขยายออก โดยเชิญแพทย์  
ภาคอื่น โดยเฉพาะภาคกลางไปร่วมประ-  
ชุมและเสนอเรื่องต่อที่ประชุมด้วย ปีที่ ๓

พ.ศ. ๒๔๕๔ ประชุมกันที่จังหวัดนคร  
สวรรค์มีเรื่องราวเสนอมามากจนต้องประชุม  
กันถึงเวลากลางคืน สำหรับการประชุมที่  
ลำปางนี้ ได้ขยายจุดประสงค์ ออกไปอีกคือ  
นอกจากเชิญกันเป็นส่วนบุคคลแล้ว ได้มี  
ขอกไปทางแพทย์สมาคมเชียงใหม่และ  
ครอบครัวไป ประชุมและชุมนุม ประเทศ  
อันสวยงาม ของจังหวัดนี้ด้วย เป็น  
การได้ทั้งความรู้ และพักผ่อน ไปในตัวก็  
ก่อให้เกิดความสามัคคีระหว่าง แพทย์ ที่  
ตั้งแต่ ออก จาก โรงเรียนแล้วเกือบไม่มี  
โอกาสได้พียงกันเลย กิจการที่ขยายจน  
ทำให้เกิดภาวะต่อคณะแพทย์ของจังหวัด  
ลำปางเป็นอันมาก เพราะจะต้องเตรียม  
สถานที่พัก จัดยานพาหนะสำหรับการรับ  
ส่งและเที่ยวเตร่ จัดอาหารและของที่ใช้  
รับรองเป็นการใหญ่โตมาก เพราะเฉพาะ  
แพทย์ภาคกลาง และครอบครัวท่านนี้  
เป็นจำนวนกว่า ๗๐ คน เมอรวมกับ  
แพทย์ภาคอื่นและแพทย์ของหัวเมืองต่าง ๆ  
ในภาคเหนือก็เป็นคนกว่า ๒๐๐. น่าชมที่  
สามารถดำเนินการไปโดยเรียบร้อยหาข้อ  
บกพร่องไม่ได้ มีแต่เสียงพึมพำว่าการ  
เลี้ยง คออกระ เกินกว่าจุดประสงค์ ที่จะใช้  
แลกเปลี่ยนความรู้กัน

การประชุมได้แสดงให้เห็นว่าชาวพ  
เมืองสนใจในกิจการของแพทย์แผนปัจจุบัน  
มาก ให้การต้อนรับและเลียงค้อย่างเป็นกัน  
เองจริงๆ, ข้าราชการทุกแผนกรวมทั้งท่าน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดก็สนใจมาก ถ้าไม่ถูก  
ราชการด่วนเรียกตัวลงมากรุงเทพฯ ท่าน  
คงจะร่วมในการประชุมทุกวัน เพื่อมี  
เรื่องใดที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อจังหวัด  
ของท่าน จะได้นำไปศึกษาปฏิบัติ ถึงตัวท่าน  
จะไม่ค่อยก็ยังมีอดสำห้ให้คณะนายไปร่วมใน  
การต้อนรับวันรุ่งด้วยทุกคน คิษย์เก่า  
ของจุฬาฯ ก็ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่นหา  
ฝาคั่ง เล่นเอาข้าพเจ้าซึ่งเป็นคิษย์เก่าผู้  
หนึ่งแต่ไม่ค่อยจะย่างกรายไปสถานศึกษา  
เดิมเลยซักจะต้องหลบลงมาอยู่ข้างหลัง

เรื่องที่ประชุมส่วนใหญ่เป็นเรื่องนำไป  
จากภาคกลาง ข้าพเจ้ารู้สึกว่าจะได้คิด  
แก้ไขในการ ประชุม ต่อไปให้มี เรื่องของ  
แพทย์ตามหัวเมืองมากขึ้น เพราะคน  
ภาคกลางเอง โดยเฉพาะพวก อาจารย์ของ  
โรงเรียนแพทย์ก็อยากทราบความคิดเห็น  
ข้อข้องใจของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ตามหัว  
เมืองเหมือนกัน อยากทราบจนกระทั่งว่า  
หลักสูตร การ ศึกษาแพทย์ขณะ นี้ให้ ผลดี  
ผลเสียแค่ไหน มีวิธีการใดบ้างที่น่าจะ

ทำให้เกิดคุณ ประโยชน์ ต่อแพทย์ที่ อยู่  
ต่างจังหวัด แพทย์ที่อยู่ตามหัวเมืองมักจะ  
บ่นว่าหาเรื่องไม่ค่อยได้หรือมีฉันทักเกรง  
ว่าเรื่องที่จะ รายงานศึกษาจะไม่ถนัดจนรอย  
คอบ ขาดรายงานที่แน่นอน ขาดการศึกษา  
จากทนายเหตุต่าง ๆ แต่ข้อบกพร่อง  
เหล่านี้ก็อาจแก้ไขได้โดยวางกำหนดลง  
ไปว่าภายในปีสองปีจะทำเรื่องนั้นเรื่องนี้  
แล้วขอรับรองมายังแพทย์สมาคม ให้จัดทำ  
เรื่องที่สนใจจากทนายเหตุต่าง ๆ ส่งไป  
ให้ เป็นการบังคับให้สมาคมปฏิบัติงานแทน  
ที่จะบ่นว่า สมาคม ไม่เห็น ทำอะไรให้เกิด  
ประโยชน์ต่อแพทย์ที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์  
กลาง ข้าพเจ้ามีความเห็นว่าเรื่องทำที่  
โดยแพทย์ตามหัวเมืองนั้นอาจจะดีกว่า  
เรื่องที่ทำโดยแพทย์จากภาคกลางเสียอีก  
เพราะนำเอาไปใช้ในการปฏิบัติได้ทันที  
เรื่องที่เสนอโดยแพทย์จากภาคกลางบาง  
เรื่องอาจจะสูงเกินไป อาจหนักมากไปทาง  
หลักวิชาจนนำไปปฏิบัติไม่ได้ก็มี จึงนำ  
จะเปลี่ยนแปลงให้เรื่องที่เสนอประกอบกัน  
ให้มีส่วนทั้ง ๒ ฝ่าย

จาก ภาค กลางมี เรื่อง ของ กรม การ  
แพทย์คือ ยารักษาโรคโรคนานาใหม่,

เรื่อง **aphasia** และ **cerebral localization**: จากกรณีนามัยมีเรื่องเกี่ยวกับองค์การนามัย โลกของนายแพทย์ใหญ่ การอภิปรายเรื่อง **anterior poliomyelitis** ในก้านสาธารณสุข. แพทย์ที่ส่งมาช่วยโดย **M.S.A.** เสนอเรื่อง **Treatment of chest injuries. Endometriosis. The relationship of the ruptured intervertebral disc to sciatica, complications of spinal anaesthesia** และเรื่อง **syphilis.**

จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีเรื่อง มะเร็งของหลอดลมและรายงาน ๓ รายที่ รักษาด้วย **Pneumonectomy**, เรื่อง **sympathectomy in Thrombo-angitis obliterans**

จากโรงพยาบาลศิริราชมีเรื่อง **The newer techniques in Diagnostic Roentgenology, anterior Poliomyelitis** การชักในลมบ้าหมู, หน้าที่ของ **Vertebral venous plexus**, ข้อกระดูก การผ่าตัดศีรษะใน ร.พ. ศิริราช ในระยะ ๑๐ ปี, **tumours of lateral neck, nasopharyngeal tumours.**

ตามหัวเรื่อง ที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้

ว่าการประชุมแพทย์ภาคเหนือของจังหวัด ลำปางคราวนี้ มีเรื่องกว้างขวางครอบคลุมไปเกือบทุกสาขาของการแพทย์ นอกจากการประชุมแล้ว ยังมีภาพยนตร์ส่งมาช่วยโดย **USIS** และบริษัททำยาบางบริษัท และที่ถ่ายโดยนายแพทย์อภัย ศิริอรุณ จากโรงพยาบาลศิริราชด้วย. ฝีมือถ่ายไม่แพ้ที่มาจากต่างประเทศ. นายแพทย์ผู้นี้ น่าจะ ได้ใช้ โอกาส ผูกฝนเอาดีทาง ภาพยนตร์วิชาการให้ มากกว่าภาพยนตร์ทั่วๆไป. คงจะได้ฝากฝีมือและชื่อเสียงเกี่ยวกับภาพยนตร์ทางวิชาการไว้ใน ภายหน้า นอกจากนึ่งมีการผ่าตัด, ทำ **gastro jejunostomy** และผ่าตัดไทรอยด์โดยนายแพทย์ศัลยกรรมฝีมือ เยี่ยมจาก โรงเรียนแพทย์ทั้ง ๒. ท่านที่สนใจจริงจะได้ผลจากการประชุมคัมภีร์เวลาที่เสียไป และ แพทย์ที่ไปจากภาคอื่นก็ภูมิใจที่ได้มีโอกาสสนองตอบแทนเจ้าบ้านผู้อารี โดย นำความรู้ไปเฉลี่ยแจกจ่ายกัน.

มีข้อบกพร่องที่สังเกตได้ก็คือ มีบางท่านอภิปรายยืดยาวเสียแต่ผู้เดียว, ทำให้บรรยากาศของที่ประชุมเกิดการรวนเรกัน อยู่พักหนึ่ง เลยเป็นสาเหตุให้มีคนเข้าประชุมบางตาไปกว่าวันแรก แต่ส่วนใหญ่

ของแพทย์หัวเมืองมักสนใจฟังอยู่โดยตลอด เวลาเสมอ อีกข้อหนึ่งก็คือขงเรื่องมีผู้อภิปรายน้อยไป อาจมีการเกรงใจไม่กล้าซักถาม ที่จริงคำถามบางอันเช่นคำถามที่ก่อให้เกิดการสนใจต่อที่ประชุมมาก แสดงว่าแพทย์หัวเมืองได้ศึกษาอยู่เสมอเหมือนกัน ถ้าทำให้เข้มแข็งว่ากว่าจะเป็นแรงกระตุ้นให้แพทย์จากศูนย์กลางระมัดระวังในการเสนอเรื่องและในการอภิปราย. ข้อที่เสียมากก็คือ การประชุมมักล่าช้ากว่ากำหนดทุกวัน มักสายถึง ๓๐-๔๐ นาที. ทำให้ประธานในการประชุมต้องเร่งรัดและทำให้หลายคนเกิดเกรงใจในเรื่องเวลา การช้าอาจเป็นเพราะตอนกลางคืนไม่สามารถขัดครัทธาของท่านเจ้าของบ้านได้ ในโอกาสต่อไปน่าจะตัดการเลี้ยงครระหว่างประชุมเสีย มีเพียงอาหารค่ำพออิ่ม ในคืนสุดท้ายจึงจะเข้ความอหิยาสัย คงจะทำให้ทุกคนพักผ่อนในการประชุมดีขึ้น

ท่านสภานายกของแพทยสมาคมซึ่งร่วมในการประชุมด้วย ได้สังเกตเห็นประโยชน์ของการประชุมนี้ จึงคิดจะทำขึ้นในภาคกลาง โดยแพทยสมาคมเป็นเจ้า

ภาพ แต่ท่านไม่สามารถเข้าร่วมประชุมทางธรรการได้ จึงมอบท่านขุนประเมินฯ ทำหน้าที่แทนที่ประชุมไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่า การประชุมแพทย์ภาคเหนือนี้ได้ทำงานประจำแล้ว ถ้าเว้นว่างไปในขีใด ในขีต่อไปอาจไม่สามารถรวบรวมกันเป็นยกแผ่นได้. ที่ประชุมจึงลงมติให้ใช้จังหวัดพิษณุโลกเป็นที่ประชุมในขี ๒๔๕๖ แต่เพื่อไม่ให้เสียไมตรีจิตของแพทยสมาคมถ้าแพทยสมาคมสามารถจัดเป็นแบบ refresher course ได้ แพทย์หัวเมืองก็ยินดีรับสนองคำเชิญ ผู้แทนของแพทยสมาคมรับผิดชอบที่ประชุมและจะนำเสนอสมาคมต่อไป.

ถ้าการทำ refresher course เป็นผลสำเร็จก็ตองนับเป็นความดีของนายแพทย์เบนทูลอีกคนหนึ่ง ที่สามารถยิงที่เกี่ยวข้องไถ่กัน ๒ ตัวถึงจะห่างกันถึง ๕ ปีก็ตาม ตัวแรกเป็นความสำเร็จในการประชุมประจำภาคของท่าน ตัวที่สองเป็นสิ่งทราวิธกันมานานในเรื่อง refresher course การศึกษาแขนงกรมการแพทย์และแพทย์ทหารได้จัดทำกันข่างแล้ว แต่ถ้าแพทย์

สมาคมซึ่งเท่ากับเป็นตัวแทนของแพทย์ทั้ง  
ประเทศจัดทำคงจะได้ผลดีและกว้างขวาง  
ยิ่งขึ้น ยิ่งท่านสถานายกเป็นอธิบดีกรม  
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ด้วย ท่านอาจ  
จะใช้ ตำแหน่งและหน้าที่ของอาจารย์  
ต่าง ๆ ของ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ให้

ตระเตรียมเรื่องเสนอต่อที่ประชุม แล้ว  
พิจารณาเป็นความดีความชอบเรื่องที่ยาก  
ก็จะง่าย แต่ทรงนตองได้ผู้นำที่เข้มแข็ง  
จริงๆ ทางวิชาการแขนงนายแพทย์เบนทูล  
บุญชิต

สุด แสงวิเชียร

เงินค่าบำรุง

อัตราค่าบำรุงรวมทั้งค่าส่ง : ๑๕.๐๐ บาท  
ที่ส่งจ่าย : ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร  
ผู้รับ : ผู้จัดการสารคดีราช

# แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ส.จ.)

## ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

### สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนพฤศจิกายน ๒๔๘๕

๑. จำนวนผู้ป่วย (ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารีฯ	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก	
ก. (นอก) ใหม่	๑,๘๒๔	๖๗๘	๗๕๖	๘๐๓	๑,๗๑๘	๕,๗๖๙	
เก่า	๑,๘๓๘	๑,๑๑๘	๑,๓๕๑	๗๑๑	๑,๖๘๕	๖,๗๐๓	
รวม	๓,๖๖๒	๑,๗๙๖	๒,๑๐๗	๑,๕๑๔	๓,๔๐๓	๑๒,๔๗๒	
ข. (ใน)	๑๗๖	๒๑๘	๖๓๔	๘๕	๒๒๘	๑,๓๕๓	
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ	๒๗๘	จักษุฯ	๑๑๑	สูติ-นารีฯ	๑๒๐	รวม ๕๗๐ ราย
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๒๑๓	หญิง	๑๗๓	รวม ๓๘๖ คน		
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย	๗	หญิง	๘	รวม ๑๖ คน		
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๑๑๗ คน (๘.๗๑ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๒ ราย (๑.๒๕ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)						
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๓๕๕ ราย ข้างนอก ๑๘ ราย รวม ๓๗๓ ราย						
๗. แผนกรังสีวิทยา	<p>ก. รังสีเอ็กซ์ ตรวจ ๑,๖๒๐ คน รักษา (ใหม่) ๒๐ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๖๖๔ ครั้ง</p> <p>ข. รังสีเคมีย รักษา ๑๖ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๔๐ ครั้ง</p> <p>ค. ไดอะเทอร์มี รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง</p>						
๘. แผนกสรีรวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๗๓ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บีสตาเวและน้ำย่อยรวม ๓,๕๕๐ ครั้ง						
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๑๒ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๗๖๔ (จากภายนอก ๒๘) แอ็กกูติเนชั่น ๑๓๘ วัสดุเซอร์แมนและคาห์น ๑,๗๓๐ หมู่เลือด ๖๑๒ นั้บเม็ดเลือด ๑๐๖ ฟิล์มเลือด ๖๐ น้ำไขสันหลัง ๕๐ อูจจาระ ๒๗๘ บีสตาเว ๘๘ เสมหะและอื่น ๆ ๘๒ ตรวจทดลองควัจจิต (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๒๓ เพาะเชื้อในเลือด ๑๔๑ นิติสัตว์ ๘ รวมตรวจต่าง ๆ ๔,๑๒๕ อย่าง ศพญาติรับไป ๕๐ ศพ ภายวิภาค รับไป ๖ ศพ สปีหรือรับไป ๘๑ ศพ รวม ๑๔๗ ศพ						
๑๐. หน่วยทันตกรรม	ผู้ป่วยใหม่ ๑๗๐ คน เก่า ๑๘๘ คน รักษาโรคในปาก ๖๓ คน ถอนฟัน ๒๑๒ ฟันอุดฟัน ๓๘ ฟัน ผ่าตัดในช่องปาก ๒๘ คน						

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

อนุโมทนา มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และทรัพย์สินของบำรุงคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้ (เฉพาะ ที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐ บาทขึ้นไป)

๑. นายแพทย์ประชา โมกขะเวส ฌ บริษัทเวชชการ จำกัด ถนนศรีวงศ์ อำเภอ บางรัก จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐, ๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "โมกขะเวส" เพื่อเกบคอกผลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ผู้ ชักสน เนื่องในโอกาสที่ได้ทำการสมรส มาครบ ๑๕ ปี

๒. นางหิม ภิขุบูรณะ บ้านเลขที่ ๒๐ เขตเทศบาลอำเภอชุมแสง จังหวัด นครสวรรค์ บริจาคเงินเป็นค่าทำสถิติ กัลยกรรรมหญิง ๕,๕๐๐.๐๐ บาท และ บำรุงห้องศพ ๑๐๐.๐๐ บาท รวมเป็น เงิน ๕,๖๐๐.๐๐ บาท อุทิศส่วนกุศลให้ นายพลสวัสดิ์ ภิขุบูรณะ ผู้ล่วงลับไปแล้ว

๓. นายประธาน เสนาคิสัย ฌ โรง สี่ไฟไฟโรจน์ จังหวัดเพชรบุรี นำส่งเงิน ของ บุตร และ ธิดา ของนายเสม นางชวย เสนาคิสัย ซึ่งพร้อมใจบริจาคเป็นเงิน ๕,๖๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ขอเตียงพร้อม ๕ ทงเครื่องอุปกรณ์ครบชุดให้แก่แผนกศัลย ศาสตร์ โดยขอให้จากรกชอกเตียงหนึ่ง

ว่า "นายเสม เสนาคิสัย" และอีกเตียง หนึ่งว่า "นางชวย เสนาคิสัย" และ อุทิศส่วนกุศลให้ บิดามารดา ผู้ล่วงลับ ไป แล้ว

๔. น.ส. สนิท จารุนาคร บ้านเลขที่ ๗๒๔ ถนนจักรเพ็ชร อำเภอพระนคร จัง หวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้ขอเตียง ๑ เตียง ให้แผนก ศัลยศาสตร์นรีเวชวิทยา ส่วนเงินที่เหลือ บำรุงคนไข้อนาถา ขออุทิศส่วนกุศลให้ หลวงประจักษ์ภูมิพิพจน์บิดาและ นางเนย ประจักษ์ภูมิพิพจน์ มารดา

๕. นายไฟโรจน์ เบญจฤทธิ บ้าน เลขที่ ๑๕ นานาเหนือ ถนนกรุงเทพ ฯ - สมุทรปราการ จังหวัดพระนคร บริจาค ยาฉีดพินิจิลลิน ขนาดสองแอสนูนิต เป็น จำนวน ๓,๘๗๐ ขวด ประมาณราคา ๕,๔๑๘.๐๐ บาท เพื่อร่วมมือในการ บำรุงการกุศลสาธารณะประโยชน์ แก่คน ไข้อนาถา

ได้รับ พระ ราชทาน เครื่อง ราชอิสริยา ภรณ์ เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๔๘๕ ข้าราชการในคณะ

แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ดังต่อไปนี้

ทวีติยาภรณ์มงกุฎไทย นายแพทย์สุกแสงวิเชียร, นายแพทย์อวย เกตุสิงห์, ขุนเกตุทัศน์วิทยาพยาบาล.

ตรีตาภรณ์มงกุฎไทย: นายแพทย์ประคิษฐ์ ทัศนศาสตร์, นายแพทย์ฉวี สุขวัฒน์, นางพิณพากย์พิทยาภท, นายแพทย์เชิวย อุทยานัง, นายแพทย์เกษาน จากิกวณิช, แพทย์หญิงเลิศผลของเนตรศิริ

เบญจมาภรณ์ช้างเผือก: นายแพทย์ทิดิ จงเจริญ, นายแพทย์แตกกลม คุณวิศาล, นายแพทย์สนอง อุณาภุส, นายแพทย์สวัสดิ์ สกฤตไทย,

เบญจมาภรณ์มงกุฎไทย: แพทย์หญิงสลวย เตระยานนท์, นายแพทย์วิเชียร ทิลกสัมพันธ์, แพทย์หญิงบุญเฮนกกัลปวิทย์, แพทย์หญิงพินิต เกยานนท์, แพทย์หญิง ม.ร.ว. กนิยิกา เทวกุล, แพทย์หญิงอำภาศรี ขจรบุญ, แพทย์หญิงนันทา เกตุทัต, นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา, นายแพทย์บัญญัติ ปรีชญาณนท์, นายแพทย์ทองน่าน วิภาตะวณิช, นายแพทย์

โอกาส พलगูร, นายแพทย์ทองนอก นิตยสุทธิ, นายแพทย์สาโรช ประักษ์ขาม แพทย์หญิงวิไล เขมยงกาญจน์, แพทย์หญิงสุกสาคร จงเจริญสุข, นายแพทย์สำราญ วงศ์พาท, นายแพทย์บรรจงศักดิ์ นมาตร์, แพทย์หญิงมาลัย เหล่าสุนทร.

จักรพรรดิมาลา: นายแพทย์แดง กาญจนารักษ์, น.ส.เจนจิรา เบราวณะกุล, นายน้อย สว่างศิลป์, นายเตียง ทัศนสงวน, นางฉลวย สรรคูปต์.

งานปีใหม่ ทางคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้ม้งานรื่นเริงส่งปีเก่า-ต้อนรับปีใหม่ เหมือนนขบทแล้ว ๆ มา โดยยื่นแผนกคัลยศาสตร์เป็นผู้จัดทำเนิงงาน และกำหนดให้ม้งานในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ ใช้หอประชุมราชแพทยาลัยเป็นสถานที่จัดงาน ซึ่งครั้งนั้นนับว่าเป็นขบท ๕ ครั้งแต่เริ่มมีมา งานเริ่มตั้งแต่เวลา ๑๖.๐๐ น. โดยจัดให้มีการกีฬา การดนตรีและร่วมรับประทานอาหาร ในระหว่างนั้นผู้ช่วยคณบดี ฯ ได้อ่านคำขอขมาพรของคณบดี ฯ ซึ่งไม่สามารถมาร่วมด้วยได้ เนื่องจากต้องไปประชุม

เกี่ยวข้องกับเรื่องมะเร็งที่อินเดีย เวลา ๒๐ น. เริ่มการแสดงวีวีวของข้าราชการในแผนกต่าง ๆ ซึ่งให้ความสนุกสนานครึกครื้นมาก มีข้าราชการตลอดจนนักศึกษาแพทย์ นักเรียนพยาบาล ญาติมิตรและแขกผู้มีเกียรติมาร่วมในงานนี้ เป็นจำนวนมาก งานได้สิ้นสุดลงเมื่อเวลา ๒๔.๐๐ น. ตรง.

อาจารย์กลับจากต่างประเทศ นายแพทย์ อานนท์ ประทีปสุนทรสรว อาจารย์ในแผนกพยาธิวิทยา ซึ่งได้ออกเดินทางไปศึกษาและ ศึกษาค้นคว้า ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๔๕๔ โดยทุน เอ็ม. เอส. เอ. ยี่สิบได้เดินทางกลับถึงประเทศไทย เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๔๕๔ แล้ว ท่านได้เข้าศึกษาในแผนกโรคเขตร้อน และ สุขศาสตร์ ในโรงเรียน แพทย์ มหาวิทยาลัยทูลเกล้าฯ แห่งทูลเกล้าฯ เชียงใหม่ และ

ได้รับปริญญา Master of Public Health in Tropical medicine (M.P.H T.M.) จากนั้นท่านได้ทำงานในตำแหน่งศาสตราจารย์ในมหาวิทยาลัยชิคาโก, เทนเนสซี, จอร์เจีย, โอไฮโอ, และ ดี.ซี. ในโอกาสที่ท่านยังได้รับประกาศนียบัตรทางปาราศาสตร์ จากสถานสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา และได้รับเกียรติเป็นสมาชิกของสมาคมอเมริกันสำหรับโรคเขตร้อนและ สุขศาสตร์ด้วย ขณะนี้ท่านได้กลับมาทำงานของท่านตามเดิมแล้ว เราขอแสดงความยินดีในการกลับมาของท่านเป็นอย่างมาก และขอแสดงความชื่นชมในเกียรติที่ท่านอาจารย์ได้รับไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย.

โอนอาจารย์ นายแพทย์ประภอย เสนา คิสัย อาจารย์ศัลยศาสตร์โอนไปรับราชการ ณ โรงพยาบาลตำรวจ กรมตำรวจ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๔๕๔

ข่าวศิษย์เก่า

มงคลสมรส นายแพทย์ศิริกริช หงสนันทน พ.บ. และ แพทย์หญิงศรีเกรียงศักดิ์พิชิต พ.บ. เมื่อวัน ๒๕ ธันวาคม

๒๔๕๕ เราขออวยพรให้คู่บ่าวสาวจงประสบความสุขสวัสดีตลอดกาลนาน. ได้บุตร แพทย์หญิงบุญญา และนาย

แพทย์ศิริพร วณิกเกียรติ ได้บุตรชาย  
เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๔๙๕ เราขอ  
แสดงความยินดีในข่าวนี้เป็นอย่างมาก

ไปต่างประเทศ นายแพทย์ทวี ตันติวงศ์  
ได้ออกเดินทางไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐ  
อเมริกา ตั้งแต่วันที่ ๑๘ ธันวาคม  
๒๔๙๕ เราขออวยพรให้ท่านประสบความสำเร็จ  
ด้วยดีตลอดไป.

กลับจากต่างประเทศ ๑. นายแพทย์  
เชาวลิต ราชปรีชา พ.บ. ซึ่งออกเดินทาง  
ไปทำงาน ณ สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่วันที่  
๑๕ ธันวาคม ๒๔๙๔ โดยทุน  
เฮม. เอส. เอ. ได้เดินทางกลับถึงประเทศไทย  
เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๔๙๕  
ท่านได้ไปทำงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไป  
ที่โรงพยาบาลบารันส์ มหาวิทยาลัยวอ-  
ชิงตัน เป็นเวลา ๕ เดือน และได้ออก  
เดินทางในงานในสหรัฐต่าง ๆ อีกเป็น  
เวลา ๓ เดือน โอกาสที่ท่านได้รับเกียรติ  
เป็นสมาชิกแห่งอินเตอร์เนชันนัลคอล-  
เลจออฟเซอร์เจอนส์ (F.I.C.S.) ด้วย.  
และท่านได้กลับมาทำงานตามเดิม ณ โรง  
พยาบาลนครพนมแล้ว.

๒. นายแพทย์น้อย ปาณิกบุตร พ.บ.  
ซึ่งได้รับทุนของ กองทัพ อากาศ ไปศึกษา  
เพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษ ตั้งแต่วันที่  
๓๑ กรกฎาคม ๒๔๙๓ ได้เดินทาง  
กลับถึงกรุงเทพฯ แล้ว แต่เมื่อวันที่ ๒๐  
ธันวาคม ๒๔๙๕ ท่านได้เข้าศึกษา  
วิชาโรคเมืองร้อนและอนามัย ในมหา-  
วิทยาลัยลอนดอน ได้รับประกาศนียบัตร  
D.T.M. and H. จากนั้นท่านได้เข้า  
งานในมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูลและที่สถ-  
บันแห่งโรคทางทรวงอก โรงพยาบาล  
บรมทัน มหาวิทยาลัยลอนดอน และที่  
อื่นอีกหลายแห่ง บัดนี้ท่านได้กลับมาทำ  
งานตามเดิม ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลย  
เดชในตำแหน่งหัวหน้าแผนกอายุรกรรม.

มรณกรรม. พันโทชำเพ็ญ บุณยพุกคณะ  
(ขุนชำเพ็ญสุขกิจ) คิษย์เก่ารุ่น ๒๔๖๔  
เมื่อการเรียงการศึกษาแล้ว ท่านได้เข้ารับ  
ราชการในกรมสาธารณสุข จนถึง พ.ศ.  
๒๔๘๔ ได้โอนมาเป็นนายทหารประจำ  
กรมแพทย์ กระทรวงกลาโหม ประมาณ  
๕ ปี ท่านช่วยเป็นโรคนี้ไว้ในโต และ  
ได้ลาออกจากราชการเมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน  
๒๔๙๕ เนื่องจากช่วยครอบครัวกำหนด

ท่านได้เข้ามารับการรักษาศิริราชเมื่อวัน  
ที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๔๕๕ และถึงแก่กรรม  
เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๔๕๕

ศาสตราจารย์ ศิริราช ขอแสดงความเสียใจใน  
มรณกรรมของศิษย์เก่าอาวุโสผู้หนึ่งด้วยเป็น  
อย่างมาก.

### สรุปข่าวสำคัญของศิริราช ในรอบปี ๒๔๕๕

๑ เมษายน ศาสตราจารย์ ประจักษ์  
ทองประเสริฐ หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์  
ได้ขอลาออกจากราชการ

๒๖ พฤษภาคม คณะกรรมการประจำ  
คณะ แพทย์ ศาสตร์ และ ศิริราช พยายาม  
ได้ลงมติแต่งตั้งนายแพทย์ สมาน สมาน  
วณิชย์ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้า  
แผนกศัลยศาสตร์.

๒ มิถุนายน เปิดการศึกษาประจำ  
๒๔๕๕ - ๕๖ ในชั้นมัธยมศึกษาเข้าใหม่  
คือนักศึกษาแพทย์ ๑๕๔ นักเรียนพยา-  
บาล ๗๒ ในวันนั้นท่านคณบดีได้ประชุมนัก  
ศึกษาแพทย์ และ อาจารย์ ใน คณะ กล่าว  
เปิดการศึกษาประจำและแจกรางวัลการ  
ศึกษา

๑๕ มิถุนายน พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่  
หัวได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เล็ง  
พระราชดำเนิน ในพิธี เบิกหอประชุมราช  
แพทยาลัยและประสาทปริญญา ในชั้นมีผู้  
สำเร็จการศึกษามากกว่า ๑๐๐๐ แพทย์  
ศาสตร์กษัตริย์บัณฑิต ๑ แพทย์ศาสตร์บัณฑิต  
๑๓๕ ประกาศนียบัตรพยาบาล ๖๘

๓ กันยายน สมเด็จพระราชชนนีฯ เสด็จ  
เยี่ยมโรงพยาบาลและประทานแจกของ  
ขวัญแก่เด็กป่วย

๒๔ กันยายน ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัย  
มีคำสั่งให้หยุดการศึกษา ๑ วันเนื่องใน  
“วันมหิดล” มีการวางพวงมาลาสักการะ  
ที่อนุสาวรีย์สมเด็จพระราชบิดาฯ และ  
อ่านเรียงความเฉลิมพระเกียรติคุณที่ได้



# หน้าสำหรับนิลลิต

## หน้าที่สุดท้าย

ในการสอบทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็นการสอบชนิดย่อยหรือใหญ่ มักจะเห็นนักเรียนที่หน้าเวทนาอยู่หมู่หนึ่ง แสดงกิริยาเคียดร้อนวุ่นวายไปหมด ราวกับแต่ว่าอายนั้นก็ยังไม่รู้อาย โน่นก็ยังไม่ไต่จำ พยายามจะใช้นาที่สุดท้ายขยอกวิชาที่เรียนมาแล้วเขียนเตือนหรือเขียนขี้ให้ไต่ในทันทีนั้น นักเรียนพวกนี้มักมีประวัติดังต่อไปนี้ มาสายเป็นประจำ เข้าห้องปฏิบัติการศึกษา ไม่เคยทำงานปฏิบัติที่นครบถ้วน มักมีสาเหตุให้ต้องลาอยู่เสมอ นักศึกษาวิชาทางเทคนิคโดยเฉพาะแพทย์มักเข้าใจผิดว่า ป่าฐกถาของครกปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติเป็นคนที่ละอย่าง แต่ครกที่ทสนใจในการสอนนั้น ป่าฐกถาของเขาและงานที่นักเรียนจะไปปฏิบัติกลมกลืนไปด้วยกัน ในฐานที่โรงเรียนแพทย์ของเรายังมีครกผู้ชำนาญการสอนน้อย เวลาสำหรับเตรียมการสอนมีไม่พอ ป่าฐกถาบางครั้งจึงเหมือนตำรามากเกินไป โดยไม่มีโอกาส

ได้พิจารณาว่าสิ่งที่แสดงป่าฐกถาไปนั้นจะมีงานหรือสิ่งปฏิบัติสำหรับนักเรียนได้ศึกษาให้เกิดการเข้าใจพอเพียงหรือไม่ โดยเหตุนี้ นักเรียนจึงถือว่าป่าฐกถาเป็นส่วนหนึ่ง การปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติเป็นอีกส่วนหนึ่ง นอกจากนั้นยังมีครบบางคนโดยเฉพาะครกใหม่ ๆ มักเกรงว่าถ้าแสดงป่าฐกถาไม่ละเอียดเท่าหนึ่งสอนนักเรียนจะคดกมมี แต่ความจริงไม่มีตำราเล่มใดจะมีข้อความครบถ้วนจนเป็นที่พอใจคนทุกคนได้ ข้อความตอนหนึ่งอาจจะเป็นที่สนใจหรือ เห็นเป็นของสำคัญมากของคนหนึ่ง แต่อีกคนหนึ่งอาจไม่สนใจ หรือไม่เห็น หรือ เข้าใจ ว่าเป็นของสำคัญเลยก็ได้ ฉะนั้นครกสอนที่ทศเขาจึงสอนในสิ่งที่เขา เข้าใจ แจ่ม แจ้ง เท่านั้น เพราะถือว่าไม่มี มนุษย์ใด ในโลก เวลานั้นที่จรรู้และเข้าใจในวิชาแขนงใดแขนงหนึ่งได้โดยตลอด แต่เขาก็แก้ข้อบกพร่องของเขาขึ้นทีละน้อยๆ ด้วยการอ่านตำหรับ

ตำราอ่านแล้วซ้ำอีก พยายามถอดข้อ  
 ความ จนเมื่อพูดออกไปแล้ว ผู้อื่น เข้าใจ  
 อ่านตำราเล่มอื่น ประกอบเข้าฟังป้าฐูกถา  
 และคำบรรยายเพิ่มเติมเมื่อมีโอกาสศึก-  
 ษาการค้นคว้าใหม่ ๆ จากจดหมายเหตุ  
 เพื่อจะช่วยให้คลคลาย ปัญหาที่ยังไม่แจ่ม  
 แฉง ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง  
 อาจจะทำข้างานที่ใดเคยศึกษากันมาแล้ว  
 เพื่อให้เกิดความซาซของมองเห็นภาพและ  
 วิธีการขณะทำการบรรยาย หรือมีฉะนณ  
 ตรกตรองต่งข้อสงสัยชนแล้วคนควาตกลง  
 แกข้อทสงสัย งานอาจสำเร็จหรือไม่สำเร็จ  
 ไม่เป็นของแปลกล้ำหรือเขา เพราะการ  
 ทำการค้นคว้าในสิ่งไรลงไปนั้น ทำให้  
 เขามีหลักการศึกษากว้างขวางยิ่งชน ยิ่ง  
 ได้โอกาสสอบค้นลงไปจนถึงต้นตอของ  
 งกน ข้อความที่เขาจะกล่าวก็ยิ่งซาซซมี  
 ะลักฐาน ู้ไปจนถึงประวัติที่เหตุไรงาน  
 ะนจึงมีผู้กระทำ ทำแล้วให้ผลผลิตถูก  
 อย่างไร จนกระทั่งถึงผลเป็นความรู้ใน  
 ะจจุบัน เหตุนี้ครคเขาจึงรู้สึกตัวว่าเขายัง  
 ะนอยยอยู่เสมอ เมื่อเขาเรียนรู้ ในการสอน  
 ของเขา ๆ ก็พยายามสอนเท่าที่เขาเข้าใจ  
 สอนให้นักเรียนนำไปใช้ประกอบงานปฏิบัติได้  
 สิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อการ

ปฏิบัติเขาอาจจะคัดค้านเสีย เพราะเขา  
 ด้ว่าการเรียนไม่มีจบสิ้น การศึกษาให้  
 ลกซงกว้างขวางเป็นหน้าที่ของนักศึกษา  
 ที่จะเรียน ที่จะต้องสยคนสิ่งทีใดเล่าเรียน  
 มาแล้วให้แตกฉานออกไปอีก เพียงเวลา  
 ๔ - ๕ ปีวิชาที่สมลงไปชนนักศึกษาชน  
 ให้ได้แต่ความรู้ของตน การที่จะรู้ที่ต่อ  
 ไปภายหน้าเป็นหน้าที่ของนักศึกษาเอง  
 ควรจะถอยอยู่เสมอว่าการศึกษาที่แตกตงตน  
 เมื่อออกจากโรงเรียน

โดยสาเหตุถึง ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น  
 ป้าฐูกถา ของโรงเรียน ทางเทคนิคจึงเป็น  
 สิ่งจำเป็นที่นักศึกษาจะต้องเข้าฟัง และฟัง  
 ให้เข้าใจ จะจคได้มากได้น้อยไม่เป็นของ  
 แปลก เพราะมีตำราและเวลาที่อ่าน  
 และซักถามเพิ่มเติมได้ ฉะนณเมื่อเข้า  
 ปฏิบัติการผู้ที่ฟังดีฟังคิตคตอกันมาโดย  
 ตลอดจนจึงสามารถปฏิบัติงานได้ทันที และ  
 ทำงานทันเวลาปฏิบัติทุกครั้ง แต่เมื่อนัก  
 ศึกษเข้าใจผิดเสียว่าป้าฐูกถาไม่สำคัญ  
 มาไม่ทัน มาทันก็โอเอ ฟังครึ่งๆ กลางๆ  
 เขาตำราอ่านมาอ่านหรือทำงานขณะเวลา  
 ป้าฐูกถา พอเข้าปฏิบัติก็ไม่รู้จะตั้งต้นปฏิบัติ  
 ะตรงไหน กว่าจะได้ลงมือเวลาก็ล่วงไป  
 ครึ่งหรือค่อน ไม่พยายามรีบทำตอนยาก

วนเวียนซ้ำอยู่กับงานง่าย ๆ สุดท้ายไม่สามารถทำงานทันเวลาปฏิบัติสักครั้งเดียวพยายามจะเอางานวันทีแล้ว มาทำในวันทีมีงานใหม่ แต่ถึงรู้ว่าซ้ำ ก็ไม่พยายามแก้ไข พอถึงเวลายังไม่เข้าห้องปฏิบัติคุยกันนอน รอจนอาจารย์เขาห้องหรือถึงเวลาที่เขาจะมาตรวจข้อเท็จจริงเขานั่ง พวกเราเวลาจนสอบก็ขาดปากปากตา ขาดเข้าห้องปฏิบัติ ยิ่งเรียนงานยิ่งค้างพอกพูนยิ่งจนเรียนอะไรก็ยังไม่รู้ รู้แล้วก็กลัวยังไม่รู้ ให้อุ่นวายทั้งกายและใจไปหมด ลกเขาจนนาทีสุดท้ายเดินคืบไป จนถึงห้องสอบถึงจะยอมวางสมุด อย่างฮาเลย ฮาวรรณ เต็มทกายใจตลอดเวลาไม่มีได้สิ่งขบพักผ่อน พอเห็นข้อสอบถ้างเฉยตรงกันที่คิดมาก ยินดีนึกว่าตัวเก่งเก่งถก รีบตอบโดยบางครั้งยังไม่ทันอ่านคำถามให้เข้าใจ ยังไม่ทันวางแผนวาทที่จะตอบให้ถูกต้อง ครบถ้วนนึกว่า “หวานหม” ก็เขียนส่ง ๆ ลงไป เอาตอนต้นไปไว้ท้ายเอาท้ายมาเขียนหัว ผู้ตรวจบางคนหัวทมนไม่ทราบว่าผู้ตอบรู้หรือไม่รู้ บางทีเลยให้หมายเลกว่าข้อที่ผู้ตอบนึกว่าตอบไม่ได้ ถ้างเฉยข้อสอบออกมาไม่ตรงกับที่ตัวเก่งก็ใจ เสียไม่เป็นอันทำได้เลย ในบางครั้งเป็นสาเหตุให้เกิดการทุจริตในห้องสอบ

นักเรียนควร คิดอยู่เสมอว่า ครูที่เขา

สอนนั้นบางครั้งเขารู้ น้อยกว่าตัวเสียอีก ( โดยเฉพาะผู้เขียนคำตอบ ของนักเรียนบางคนก็เกินกว่าที่ผู้เขียนจะตอบได้) ฉะนั้นในการสอบทุกครั้งที่คิดเขาจะออกข้อสอบในหัวข้อที่นักเรียน ควรรู้ ควรเข้าใจ ข้อที่มีความสำคัญ ต้องการ การวินิจฉัยของนักเรียน ข้อที่ในการปฏิบัติการนักเรียนเข้าใจแจ่มแจ้ง เขาไม่ออกในข้อที่เขาไม่รู้ หรือข้อที่นักเรียน ๆ ไม่เข้าใจ หรือข้อที่ไม่เกิดประโยชน์อันใดต่อสมองของนักเรียน ฉะนั้นถ้านักเรียน ๆ มาโดยความตั้งใจ มีการเรียนเป็นระเบียบสม่ำเสมอ เรียนเพื่อรู้ไม่ใช่เรียนเพื่อให้สอบได้ ผู้เขียนรับรองได้ว่า นักเรียนผู้นั้นจะไม่มีเวลาสอบตกเลย และไม่จำเป็นจะต้องเดือค ร้อนกระ วน กระวาย จนนาทีสุดท้าย ควรยอมให้หนึ่งชั่วโมงก่อนสอบหรือหนึ่งวันก่อนสอบ เป็นชั่วโมงหรือวันที่สมองและตาควรได้มีโอกาสพักผ่อน เมื่อเวลาเข้าสอบจะได้มีจิตใจสงบ อ่านข้อถามให้เข้าใจ วางแนวที่จะตอบแล้วตอบไปตามที่ใดเรียนมาแล้ว ถ้าเราไม่ได้เรียนมาสม่ำเสมอคิดค้อกัน ตลอดปีแต่มาเรียนชั่วเวลา ๒-๓ วัน จนถึงนาทีสุดท้าย ถ้าจะบังคับกาลให้ผู้นั้นสอบได้ก็ฟัดสุดเต็มที่.

สุด แสงวิเชียร.



เออเพื่ออย่างคิงของท่านหัวหน้าแผนก และอาจารย์ทั้งหลายในแผนกนั้น. ในโอกาสต่อ ๆ ไปเราหวังว่าจะได้จัดวิชาต่าง ๆ รวบรวมขึ้นฉบับพิเศษให้อีกหลายวิชาด้วยกัน. สำหรับเดือนกุมภาพันธ์เราจะมี "ฉบับแพทย์ประจำบ้าน," ซึ่งเป็น การดำเนินคนละแนวกับ "ฉบับเฉพาะวิชา" ที่กล่าวถึง. ท่านสมาชิกบางท่าน อาจลงความเห็นว่สารศิริราชที่จะ "แก้" ฉบับพิเศษอยู่มาก, เพราะเรามีฉบับวันมหิดล (วันทลกระท่อม) และฉบับศิษย์เก่าอยู่แล้ว. ทั่วไปนบางที่จะไม่มีฉบับรวมคาเลยก็ได้. ถ้าหากเป็นทั้งนั้นจริงๆ, เราก้หวังไม่มีผลร้ายอันใด, เพราะเราเชื่อว่าฉบับพิเศษต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้สารศิริราชของเราคึกคักเข้มแข็งยิ่งขึ้นมาก. แต่ถ้าทุก ๆ ฉบับเป็นพิเศษไปหมด, เราก้เห็นว่าควรจะใช้คำว่าพิเศษ, เรียกแต่ "ฉบับกุมารเวช", "ฉบับศิษย์เก่า", ฯลฯ เฉย ๆ.

๑ สำหรับฉบับเริ่มปีใหม่, เราเสนอเรื่องรตต่าง ๆ กันทั้งสามเรื่อง, นับตั้งแต่รายงานคนไข้จนถึงวิชาการโดยเฉพาะ. รายงานของคุณหมอดิเรก พงศ์พิพัฒน์ ควรถือ เช่นตัว อย่างไม่ได้ สำหรับ ความครบ

ถ้วน. รวมทั้งทเกี่ยวกับ การตรวจค้นใน ตันห้องทดลอง. ทั้งนี้เช่นด้วยแนวทางที่ทันสมัยของแผนกกุมารเวชฯ, และด้วย ความสนใจของท่านผู้รายงาน โดยเฉพาะตัวอีกด้วย. นอกจากความเพียบพร้อมใน ตันวิชาการ, รายงานของคุณหมอดิเรก ยังมี ความสำคัญ ใน ตัน ปฏิบัติอีก ด้วย, เพราะอาการชักในเด็กเป็น เรื่องที่พบบ่อย, และเหตุมีได้แปลก ๆ กัน. รายงานเช่น อุทาหรณ์ สำหรับ เหตุซึ่ง อาจพบ ได้บ่อย, เพราะเด็กที่ไม่สบายแล้วไม่ยอมกินอาหาร มีเสมอ ๆ, แต่คงจะวินิจฉัยถูกต้องได้ยาก, เพราะถ้าจะให้แน่ก็ ต้องตรวจเลือดวิเคราะห์ น้ำตาล. อย่างไรก็ตาม "การวินิจฉัยโดย ลองรักษา" (เออร์บีวคิคโคแอ็กโนลิส) อาจจะช่วยได้อย่างคร่าว ๆ และอาจเป็น ประโยชน์ได้.

๑ เมื่อพูดถึงความครบถ้วน, ก็จำ ต้องยกย่องคุณหมอดิเรก สถาปนคุณ อีกผู้หนึ่งในฐานะที่เป็นคนละเอียดละออ และพยายามอย่างยิ่งที่จะสร้างงานที่สมบูรณ์ขึ้นจากเอกสารซึ่งมีจำกัด. ถ้าฝรั่งอ่านรายการเอกสารท้ายเรื่องของคุณหมอดิ

ชาญ, บางคนอาจเห็นชั้นว่าอ้างแต่วิทยาสารลขยเคยวทงเรอง. ถ้าหากเป็นเมองฝรง, คงจะมีขออ้างจากหนังสืออื่น ๆ และทง ๆ ภาษาอีกมากมาย. แคนเช่นเมองของเรา, เทาทคณหมอไปชคคนมาไคินก็ทำให้เรารู้สึกสนใจแล้วว่าพยายามเอาใจใส่. ยิ่งทกว่าอ้างตำราเล่มเคยวเป็นไทน ๆ. นอกจากนเรองของคณหมอชาญมีคณมุ่งหมายในค่านปฏิบัติเป็นของคณ, และในข้อนี้ต้องยอมรับว่าท่านเขียนอย่างทควรจะได้ผลเต็มที่เทาทจะเป็นไปได้. คณหมอชาญคงเป็นคนหนึ่งในหลายคนที่ตระหนักทช่วยการประสพวาท้องสมคของเรายังต้องการหนังสืออีกมาก. เราขอเสนอท่านท่านผู้ใจบุญอีกครั้งหนึ่ง (จำไม่ได้ว่าเป็นครั้งที่เท่าไร) ว่าการบำรุงห้องสมคมีคณไม่น้อยกว่าการกุศลอย่างอื่นและคเหมือนจะยืนยาวกว่าคช่วย.

๑ เรื่องของวิชาการของคณหมอคณิจิงเจริญ, เราทราบดีว่าคณจะย่อยยากสำหรับ

หลายท่าน, เพราะเป็นวิชาจริง ๆ, ซึ่งผู้ที่ไม่ได้ศึกษาเสมอ ๆ คงจะลืมเสียแล้ว. บางท่านอาจคิดว่าสั้นไป, ซึ่งต้องรับว่าเป็นความจริง. แทจริงนนเรองอเล็กโทรลยค้เป็นเรองใหญ่. เคยมีผู้เขียนเป็นหนังสือขายได้เต็มเล่ม. ทคณหมอคณิจิงยื่นลงมาเหลือไม่กี่หน้าจำกัดของขอสมเซย, สำหรับท่านที่อ่านแล้วไม่เข้าใจก็, หรือรู้สึกว้าสั้นไปก็, เราขออภัยและขอเสนอว่าควรหาคำราอ่านเพิ่มเติม. เรองอเล็กโทรลยค้ได้อยู่ในความสนใจของแพทย์ในต่างประเทศเป็นอย่างมาก. ความรู้เรองนี้ได้ยังผลการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในการแพทย์สมัยหลังนี้, ทั้งในด้านความเข้าใจและในด้านการรักษา. ยกตัวอย่างที่สำคัญมาก ๆ ก็ได้แก่การหันมาใช้ไปแคสเซียมสำหรับฉค, ซึ่งแต่เคมถือว้าเป็นของห้าม, และการฉคกลโคสละลายน้ำกลั่นแทนละลายในน้ำเกลือ, เพื่อย้องกันโซเคียมเกินในเลือด, เป็นต้น. เหล่านนี้เป็นผลโดยตรงของการศึกษาเรองอเล็กโทรลยค้ในเลือด.