น.พ. ตระหนักจิต ทะเลสุต
มอบเท่าเรื่องสมุด
คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ห้องสมุด
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๔๙๖ | Volume 5, No 12, December 1953.

การถูกพิษปรอทโดยการรม – สมบัติ สุคนธพันธุ์ พ.บ. ๖๔๕
บทความพื้นวิชา : การห้ามเลือดกำเดา – ชุด อยู่สวัสดิ์ พ.บ. ๖๕๓
บทบรรณาธิการ : ๑. ค่าของปริญญา ๒. เมอร์คิวเรี่ยลิสม์ ๖๖๐
ปกิณกะ : เฮปาติคโคมา ๖๗๐
หน้าสำหรับนิสสิต : อักษรย่อที่พบบ่อยในหนังสือแพทย์ ๖๘๕

ย่อเอกสาร ข่าว ศิษย์เก่า บันทึกท้ายสมุด

---

* MERCURY POISONING BY INHALATION – Sombati Sukondhabhandhu, M.B. 651
REFRESHER COURSE : TREATMENT OF EPISTAXIS – Chud Yuswasdi, M.B. 653
EDITORIAL : DEGREES AND WHAT THEY STAND FOR – MERCURIALISM 660
MISCELLANY : HEPATIC COMA 670
ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(* With English abstract)

คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล เจ้าของ ∴ อวย เกตุสิงห์ พ.ด. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา ∴ วิชิฏฐ์ เตชสิต ผู้จัดการ
สำนักงาน แผนกสรีรวิทยาศิริราชพยาบาล ∴ ฉบับละ 1 บาท ทั้งปี (12 เล่ม) 15 บาท รวมค่าส่งทางปณ ∴
Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok.
Hon. O. Ketusinh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (12 Nos): Bahts. Postage extra.

ห้องสมุด คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๔๙๖ | Volume 5, Number 12, December 1953

การถูกพิษปรอทโดยการรม

รายงานผู้ป่วยสองราย

สมบัติ สุคนธพันธุ์
พ.บ.
(แผนกอายุรศาสตร์)

น.พ. ตระหนักจิต ทะโกนสุข
มอบให้ห้องสมุด
คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพ

การถูกพิษเกลือของปรอทอาจเกิดได้โดยวิธีต่างๆ กัน, อาทิการใช้ยาเข้าปรอทในขนาดมากเกินไปหรือใช้อยู่นานเกินไป, เช่นใช้ปรอทไบคลอไรด์เป็นยาค่าเชื้อ, ใช้ยาขับปัสสาวะที่เข้าปรอท, อุดฟันด้วยสารผสมปรอท, หรือการสัมผัสโดยตรง, เช่นการทาขี้ผึ้งปรอทหรือบุคคลที่ทำงานอุตสาหกรรมเกี่ยวกับปรอท.

การถูกพิษไอระเหยของปรอทโลหะส่วนมากมีรายงานจากในด้านอุตสาหกรรม, หมวกสักหลาด, ทำสี, ทำเธอร์มอมีเตอร, ทำอาวุธ ฯลฯ, ซึ่ง Neal กล่าวว่ามีกว่า ๓๐ ชนิด.(1)

Hamilton อ้างว่าการแพ้ปรอทในทางอุตสาหกรรมได้มีการกล่าวไว้ตั้งแต่ก่อนสมัยโรมัน. ในปี ๑๖๖๕ ในประเทศอ๊อสเตรียมีการบัญญัติกำหนดเวลาทำงานของคนงานในเหมืองปรอทให้จำกัดไม่เกิน

๘ วันใน ๑ เดือนและ ๔ ชั่วโมงใน ๑ วัน.(1)

นอกจากพวกคนงานในโรงอุตสาหกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว, ที่สำคัญในวงการแพทย์คือคนที่ทำงานในห้องทดลองซึ่งต้องใช้ปรอทเป็นเครื่องประกอบในเครื่องมือมากชนิด, อาจทำปรอทตกกับพื้นและหายใจเอาไอระเหยเข้าไปซึ่งถ้ามากและนานพอก็อาจเกิดอาการแพ้ปรอท (mercurialism) ได้.

ปรอทโลหะสามารถระเหยได้ในอุณหภูมิห้อง. ยิ่งอุณหภูมิสูงขึ้น, การระเหยก็ยิ่งมากขึ้น.(2) Handerson และ Haggard ได้ทดลองหาปริมาณอิ่มตัวของปรอทในอากาศที่มีอุณหภูมิต่าง ๆ กัน, ได้ผลดังนี้: ที่ ๒๐° ซ. มี ๑๕ มก. ต่อลิตร์, ๓๐° ซ. มี ๓๐ มก. ต่อลิตร์, ๔๐° ซ. มี ๗๐ มก. ต่อลิตร์, ๑๐๐° ซ. มี ๓๒๖ มก. ต่อลิตร์.

Ashe และพวกกล่าวว่าคนที่เสี่ยงต่อไอปรอทในความเข้มข้น ๒ มก. ต่อ ๑๐ ลูกบาศก์เมตร์ ต้องนานกว่า ๒ ปีจึงจะมีอาการของการแพ้ปรอท. แต่ก็มีผู้รายงานผู้ป่วยที่ทำงานในโรงงานทำหมวกสักหลาดนานเพียง ๑ เดือน.

ระดับของไอปรอทที่สูงสุด, ตามโรงอุตสาหกรรมเกี่ยวกับปรอท, ที่คาดว่าปลอดภัยพอ, ได้กำหนดไว้ว่าไม่ควรเกิน ๑ มก. ต่อ ๑๐ ลูกบาศก์เมตร์.

การดูดซึมของไอปรอท, บางคนเชื่อว่าเกิดโดยตรงทางเยื่อบุทางเดินลมหายใจ บ้างว่าปรอทละลายอยู่ในผนังบุทรวงอก, แล้วถูกดูดซึมโดยเลือดอีกที่หนึ่ง.(3) เมื่อปรอทเข้าไปในร่างกายแล้ว, ก็จะพบอยู่ได้ในเนื้อทุกส่วน, แต่ส่วนมากอยู่ในตับ, ไต, ม้าม, กระดูก. มันถูกขับถ่ายออกทางไต, ตับและเยื่อบุลำไส้ใหญ่.(4)

รายงานผู้ป่วยที่แพ้ปรอทโดยการรมควันและมีอาการรุนแรง, หาได้น้อยมาก. เท่าที่ค้นได้, มีรายงานกล่าวถึงลูกเรือ ๒๐๐ คนในเรือสลุป Triumph (๑๘๑๐) ได้ทำการรื้อย้ายสินค้าปรอท, มีลูกเรือตายถึง ๓ คน.(2) มีรายงานผู้ป่วยหญิงซึ่งสูดไอระเหยจากปรอทหนัก ๒.๔ กรัม, ซึ่งใส่ลงบนเหล็กเผาไฟแดง, และถึงแก่กรรมต่อมา.(5) ในแผนกอายุรศาสตร์ ร.พ. ศิริราช, เท่าที่ค้นรายงานได้, ก็มีอยู่เพียง ๒ ราย* ซึ่งมีสาเหตุและ

* ก่อนปี ๒๔๘๒. รายงานเก็บไว้ห้าปีก็ทิ้งไป. แต่หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ปัจจุบันยืนยันว่าแผนกอายุรศาสตร์เคยรับผู้ป่วยอีกไม่ต่ำกว่า ๒ ราย, ซึ่งแพ้การรมควันปรอทรักษาซิฟิลิส โดยแพทย์แผนโบราณ.

อาการคล้ายคลึงกัน, และในรายที่ ๒ ถึงแก่กรรม, ดังจะได้เสนอต่อไปนี้.

รายที่หนึ่ง

ชายไทยอายุ ๓๐ ปี, หย่าจากภรรยาแล้ว (ล.น. ๗๙๘๙.๙๒), รับไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อวันที่ ๑๑ ก.ย. ๙๒ ด้วยอาการสำคัญว่าถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดและเจ็บคอมา ๒๐ วัน. ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามักมีน้ำมูกไหล, บางทีมีเสมหะเป็นก้อนสีเขียวและเหม็นจัดออกมาเสมอ ๆ ประมาณ ๑ ปี. รักษาโดยวิธีนัดยา, สูบยา, ก็ไม่ทุเลา. จนมีคนแนะนำให้รักษาโดยการรมไอปรอท. จึงเมื่อ ๒๐ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยหาซื้อปรอทโลหะก้อนประมาณเท่าผลพุทธชา, ผสมกับชิ้นชูป, ห่อกระดาษฟางมัดเป็นปล้อง ๆ ๓ ปล้อง, แล้วจุดไฟเผา. จ่อไว้ที่จมูก. มีผ้าคลุมศีรษะอยู่ด้วย. สูดควันเข้าไปแรง ๆ, ครั้งแรก ๑ ปล้อง. หลังจากเริ่มทำชั่วครู่ก็มีอาการเมา, ปวดและเวียนศีรษะ, หนักหนังตา, น้ำลายไหล, อาเจียน. แต่ก็ทนทำจนหมดปล้อง. ไม่กี่ชั่วโมงต่อมาก็มีปวดท้อง, ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำพุ่ง, ราวสิบกว่าครั้ง. ครั้งหลัง ๆ มีมูกเลือดปนด้วย. วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยยังพยายามทำซ้ำอีกทั้งเช้าและเย็น, จนหมด ๓ ปล้อง. ทุกครั้งมีอาการเมาเช่นครั้งแรก, ท้องเดินเป็นมูกเลือด, ตัวร้อน, กระวนกระวายมาก. ถึงบางคราวต้องลงไปแช่น้ำทะเลอยู่นาน ๆ. ห้าวันหลังรมยาก็เริ่มมีปวดฟัน, เจ็บคอ, ลิ้น, กลืนอาหารลำบาก, ปัสสาวะน้อย, ปวดท้อง. ถ่ายอุจจาระวันละ ๕-๘ ครั้ง, มีมูกเลือดเสมอ. ผู้ป่วยได้ไปหาแพทย์, แพทย์บอกว่าแพ้ปรอทและรักษาโดยฉีดยาอยู่หลายวันก็ไม่ทุเลา, นอกจากถ่ายอุจจาระน้อยลง, จึงมารักษาตัวที่กรุงเทพฯ.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗ ซ. ชีพจร ๙๒. หายใจ ๒๒. ความดันโลหิต ๘๖/๖๒. ร่างกายผอมแห้ง, ซูบซีด, ตาลึก, แก้มตอบ. ท่าทางอ่อนเพลียมาก, ซึม, พูดเสียงเบา. ริมฝีปากแห้ง, ปากสกปรก, อ้าได้เพียงเล็กน้อย. ลิ้นฝ้า, แลบออกไม่ได้, เจ็บมาก. กรามขนสองข้างโยกและเจ็บ. เหงือกไม่มีขลุไลน์, ไม่มีหนอง, เยื่อบุคอหอยแดง. หน้าท้องกดเจ็บรอบ ๆ สะดือ. ตับ, ม้ามคลำไม่พบ. ในจมูกพบอะโตรฟีคไรห์ไนติส. หูขวามีน้ำหนวก. อื่น ๆ ปรกติ.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง. ฮบ. ๗๕ ปซ., เม็ดเลือดแดง ๔.๓๕ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๙,๔๐๐ (ป. ๗๖ ปซ., ล. ๒๒ ปซ., อ. ๒ ปซ.). ปัสสาวะมีแอลบิวมิน ๑ บวก. อุจจาระเหลว, เหม็นเน่า, ไม่มีมูกเลือด,. พยไข่แอสคาริสและพยาธิปากขอ, ส่งเพาะหาเชื้อบิดทั้งชนิดอะมีบ้าและบะซิลลารี่ไม่พบ. ผลเคมีของเลือด : เครอาตินิน ๑.๙ มก.ปซ., N.P.N. ๒๐๐ มก.ปซ., ยูเรีย ๒๓๕.๘ มก.ปซ. ผลคาห์น ๔ บวก. ตรวจการทำงานของไตโดยวิธีโมเซ็นธาลและยูเรียเคลียร้านซ์ได้ผลปรกติ.

การเปลี่ยนแปลงในห้องรักษา. หลังรับไว้ได้ให้น้ำเกลือ, กลูโคส, วิตะมิน, ยาบำรุงหัวใจ, B.A.L. ผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อย ๆ. อาการต่าง ๆ ทั่ม, แม้เรื่องหมูก, ก็หายไปหมด. จึงจำหน่าย ๒๗ วันหลังจากรับไว้, โดยแนะนำให้ไปรักษาซิฟิลิสต่อไปที่บ้าน.

รายที่สอง

พระภิกษุไทย, อายุ ๒๘ ปี (ล.น. ๙๑๘๒.๙๓), รับไว้เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๔๙๓, ด้วยอาการสำคัญว่าถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดมา ๖ วัน. มีประวัติย้อนหลังว่ามีน้ำมูกไหลย่อย ๆ, ปวดศีรษะ, มีกลิ่นเหม็นคาวในหมูก, และเสียงไม่แจ่มใสมาราว ๑๐ ปี. มีชาวบ้านแนะนำว่าคงจะเป็นริดสีดวงหมูก, ให้รักษาโดยรมปรอทจะหาย. ๖ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยจึงจัดการหาปรอทโลหะก้อนราวปลายนิ้วหัวแม่มือใส่กะลาเผาไฟและเข้ากระโหม. สูดควันลึก ๆ. ทำอยู่ราวชั่วโมงกว่า. หลังทำก็มีอาการแสบ ๆ ตา, น้ำมูกน้ำตาไหล. ต่อมามีคลื่นไส้, อาเจียน, ครั่นเนื้อครั่นตัว, ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำวันละ ๑๐ กว่าครั้ง. ต่อมาปากเบ้ย, พั่นโยกทั้งปาก, อุจจาระมีมูกเลือด, เหม็นเน่า, ปัสสาวะน้อย. ได้รักษาโดยกินยาต้ม, ไม่ดีขึ้น, จึงมา ร.พ.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๑ ซ., ชีพจร ๙๐/นาที. หายใจ ๒๒/นาที. ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ มม. ปรอท. ลักษณะผอมแห้ง, อ่อนเพลีย, ซึมมาก. ปากแห้ง, มีกลิ่นเหม็น. พั่นโยกคลอนทั้งปาก, เหงือกสีคล้ำ. มีหนองตาม

ขอบทั่ว ๆ ไป. ไม่มีบลูไลน์. หน้าท้องกดเจ็บทั่ว ๆ ไป. อื่น ๆ ปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง. ฮย. ๖๖ ปซ. เม็ดเลือดแดง ๔.๘๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๙๘๕๐ (ป. ๙๐ ปซ., ล. ๙ ปซ., อ. ๑ ปซ.) ปัสสาวะน้อยมาก, วันแรกมีเพียง ๓๐ ล. ซม., มีแอลบิวมิน ๑ บวก, กับเซ็ลล์เอปิเลี่ยมบ้าง. อุจจาระเป็นน้ำ, มีมูกและโลหิต, กลิ่นเหม็นคาว. เพาะหาเชื้อบิดยะซิลลารี่ย์ไม่พบ. ผลเคมีในเลือด: เครอาตินิน ๖ มก. ปซ., N.P.N. ๑๗๙.๖ มก. ปซ., ยูเรีย ๑๙๙.๘ มก. ปซ. คาห์นลบ.

การเปลี่ยนแปลงในห้องรักษา. ผู้ป่วยได้รับน้ำเกลือ, กลูโคส, วิตะมิน บี ๑ และซี, B.A.L. และการรักษาอาการอื่นๆ. ชั้นแรกดูมีอาการดีขึ้น. ปัสสาวะมากขึ้นเป็นประมาณสองร้อย ล. ซม. อาการเจ็บเหงือกและปากทุเลาไปมาก. รู้สึกว่าฟันแน่นดีขึ้น. อาหารก็พอฉันได้บ้าง. แต่ในวันที่ ๖ หลังรับไว้ผู้ป่วยบ่นว่าเหนื่อยมากผิดธรรมดา. ตรวจเห็นมีอาการคล้ายคนเป็นลม, หน้าซีด, มือเท้าเย็น, สติดี. ให้ยากระตุ้นหัวใจ, แต่อาการไม่ดีขึ้น. ชีพจรกลับเบาลง. ในที่สุดหมดสติและถึงแก่กรรมโดยหัวใจวายเฉียบพลัน.

อภิปราย

ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้ป่วยเรื้อรังแรมปีมาก่อนด้วยโรคเกี่ยวกับจมูกและทำการรักษาตัวเองตามคำแนะนำของชาวบ้านโดยเผาปรอทและรมควันระเหยของมัน, ซึ่งเป็นวิธีรักษาแบบยากลางบ้านแผนโบราณ. ตามคำบอกเล่าของหัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ปัจจุบันทราบว่าเคยมีผู้ป่วยรักษาโรคซิฟิลิสโดยการรมควันปรอท และมีอาการถูกพิษปรอทมารับการรักษาใน ร.พ. อีกไม่น้อยกว่า ๒ ราย, เมื่อประมาณสิบปีก่อน. จึงเชื่อว่าคงมีคนไข้อีกไม่น้อยที่รักษาตัวโดยวิธีรมควันปรอทแล้วเกิดอาการแพ้ปรอทขึ้น, แต่อาจไม่ได้ไปหาแพทย์แผนปัจจุบันหรือโรงพยาบาล, คงรักษาด้วยยากลางบ้านต่อไป. คนไข้เหล่านี้ถ้าได้ไปปรึกษาหรือรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันที่ถูกต้อง, ก็ไม่ต้องทรมานหรือถึงต้องเสียชีวิต. คนไข้ทั้งสองนี้เป็นอุทาหรณ์ของผลร้ายซึ่งเกิดจากการใช้ยาโดยรู้จักแต่คุณ, ไม่รู้ถึงโทษ.

สรุป

ได้เสนอรายงานผู้ป่วยถูกพิษปรอทโดยการรมควัน ๒ ราย. รายหนึ่งหาย. อีกรายหนึ่งถึงแก่กรรม. ทั้ง ๒ รายได้ใช้ปรอทโลหะเผาไฟแล้ว สูดควันเข้าไปเต็มที่เพื่อเป็นการรักษาโรคในหมู่. ทั้ง ๒ รายเริ่มแสดงพิษปรอทโดยอาการทางระบบทางเดินอาหาร, ต่อมาจึงแสดงออกทางไต, เป็นการอักเสบแรงถึงขนาดมียูเรเมีย. การรักษาได้ใช้ B.A.L. และการรักษาตามอาการ.

เอกสาร

1. William P. Ashe et al: Arch of Indust. Hyg. and Occup. Med., Jan. 53.

2. Sollman: Manual of Pharmacology (1951).

3. M.J. Glaister: Medical Jurisprudence (1953).

4. Thienes and Haley: Toxicology (1948).

5. Lewin: Gifte und Vergiftungen (1929).

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดทวงถามแผนกจัดการสารศิริราชด่วน เพื่อสดวกแก่การสอบสวน.

(Abstract of the preceding Report)

MERCURY POISONING BY INHALATION

Sombati Sukondhabhandhu

M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

Mercury poisoning occurs sporadically in Thailand (Siam), mostly from oral use of the metal or its salts in native medicinal preparations. The author collects two cases in which the metal was inhaled. The first case (admitted 11. Sept. 1949) was a thirty-year old Thai (Siamese) who suffered from chronic nasal discharge. Following neighbours' advice he mixed a mass of mercury as big as a cherry with ashes from incense-sticks, wrapped up the compound in straw paper, taper fashion, ignited it and inhaled the vapours by placing his nostrils directly above the burning mass, with a cloth thrown over his head. In spite of warning symptoms-headache, vertigo, drooping of eyelids, salivation, vomiting – he kept at it until one-third of the taper had burned away. A few hours later he had abdominal pain with repeated watery diarrhea, later with blood and mucus. The following day the "treatment" was repeated morning and afternoon, until the whole taper was used up. At each "treatment" the symptoms recurred. Five days later the patient had toothache, pain in the throat, tongue and abdomen, with difficulty in swallowing and scanty urine. There were five to eight stools daily, always with mucus and blood. On admission the patient was emaciated and pale, with sunken eyes and checks, weak and dull (T 37.0°C, P 92, R 22, Bl. pr. 86/62). The lips were dry, the mouth dirty and painful to open. The tongue was furred, sore and so swollen as to hinder protrusion. The upper molars were loose and painful. There was neither blue line nor pus around the gums. The pharynx was congested. The abdomen was tender. Atrophic rhinitis and otitis media, right-sided, were detected. Other findings were not significant. Laboratory examination revealed: Hb 75 per cent; erythrocyte count 4.35 million; leucocyte count 9400 (P 76 per cent, L 22 per cent, E 2 per cent); urine had albumin 1+; feces, fluid, foul smelling, with neither blood nor mucus, but with ova of ascaris and hookworms, culture for dysentery organisms negative; blood creatinine 1.9 mg. per cent, N.P.N. 200 mg. per cent, urea 235.8 mg. per cent; Kahn 4+. Treatment with BAL, glucose, cardiotonics and general measures brought about satisfactory improvement, and the patient was discharged 27 days after admission.

The second patient (admitted 28. Sept. 1950) was a priest, 28 years old, who inhaled a lump of mercury as big as the thumb, burnt in a coconut shell inside a tent, for treatment of chronic nasal condition. The regimen lasted somewhat longer than an hour; it was followed

by irritation in the eyes and nose, later nausea, vomiting, repeated watery diarrhea and febrile sensations. Afterwards the mouth became sore; the stools developed dysenteric characters, and the urine was scanty. On hospitalization six days after the inhalation, the patient was in debilitated condition and very toxic(T 37.1° C, P 90, R 22, Bl.pr. 130/70). The mouth was dry and foul-smelling; all teeth were loose; the gums were darkly coloured and contained pus, but there was no blue line. The abdomen was generally tender. Hemoglobin was 66 per cent; red cell count 4.85 million; white cell count 19850 (P 90 per cent, L 9 per cent, E 1 per cent). Daily urine output was only 30 cc.; examination revealed albumin 1+ with epithelial cells. Stool was fluid, with mucus and blood; culture was negative. Blood chemical analysis gave creatinine 6 mg. per cent, N.P.N. 179.6 mg. per cent, urea 199.8 mg. per cent. Kahn test was negative. Treatment with BAL, glucose-saline and other general measures brought slight improvement; but on the sixth day of hospitalization the patient suddenly succumbed to acute cardiac failure.

It is suggested that the dangers of inhaling mercury vapour, in the laboratory as well, be given proper publicity to avoid further incidents of poisoning.

(Five references)

---

ear หู
pinna ใบหู
ear lobule ติ่งใบหู
external auditory meatus ช่องหู
external auditory canal หลอดหูชั้นนอก
external ear หูชั้นนอก
cerumen ขี้หู
tympanic membrane เยื่อ (แก้ว) หู
ear ossicles กระดูกเยื่อหู
malleus กระดูก (รูป) ฆ้อน
incus กระดูก (รูป) ทั่ง
stapes กระดูก (รูป) โกลน
tympanum หูชั้นกลาง (บางที = เยื่อหู)
middle ear หูชั้นกลาง
inner ear หูชั้นใน
labyrinth หูชั้นใน, ลาบีย์รินธ์
cochlea อวัยวะ (รูป) หอยโข่ง
semicircular canals หลอดกึ่งวงกลม
mastoid process ปุ่ม (โหนก) หลังหู
temporal bone กระดูกขมับ
temporal lobe กลีบขมับ (สมอง)
auditory nerve ประสาทรับเสียง
auditory centre ศูนย์ (ประสาท) รับเสียง

บทความพิเศษ

การห้ามเลือดกำเดา

ชุด อยู่สวัสดิ์
พ.บ.
(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

เหตุของเลือดกำเดา เลือดกำเดาอาจเกิดได้ดังต่อไปนี้:

๑. เกิดภายหลังผ่าตัดเกี่ยวกับโรคของจมูก, เช่นภายหลังการคลองตัดเนื้องอก (สะแนริงก์), เจาะโพรงกระดูกแก้ม, ตัดผนังกลางจมูกทิ้งหรือทิ้งอกอย่างเดียวไก่ (เซ็ปตัลสะปอร์).

๒. เกิดจากการแคะ, แกะและขยี้จมูกบ่อย ๆ. มักพบในเด็กเล็ก ๆ ที่มีน้ำมูกกรัง.

๓. เกิดจากถูกของแข็ง, เช่นถูกชก, หกล้ม.

๔. เกิดจากความร้อนสูง, มีเลือดคั่งที่ศีรษะและหน้ามาก, เช่นเวลาตากแดดนาน ๆ หรือมีไข้, เช่นไข้ทัยฟอยด์, มาเลเรีย.

๕. มีโรคโลหิตและการไหลเวียน, เช่นความดันเลือดสูง, หลอดเลือดเปราะ, หรือเม็ดเลือดแดงหรือขาวผิดปรกติมาก.

๖. มีโรคขาดอาหาร, เกี่ยวกับขาดวิตะมินและวัตถุที่ทำให้เลือดแข็งเย็นลิ่มด้วย. มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคไข้รังสี. มาเลเรียเรื้อรังเย็นสาเหตุที่สำคัญเพราะพบเสมอและสำแดงฤทธิ์ตามข้อ ๔,๕,๖.

วิธีห้ามเลือด การห้ามเลือดที่ขาดสมรรถภาพย่อมทำให้เลือดที่ออกอยู่นั้นกลับออกมากขึ้นอีก.

ก. ปัจจุบันพยาบาล

๑. ใช้มือบีบจมูก, เพื่อบีบบริเวณ "ลิตเติล" (Little's area), ซึ่งอยู่ที่สัน

จมูกส่วนหน้าและเป็นที่รวมของหลอดเลือดที่อยู่ใกล้ผิวมาก. เพราะฉนั้นถ้ามีการครูดถลอก, ก็จะมีเลือดออกได้โดยง่ายและออกเป็นจำนวนมาก.

๒. ให้ผู้ป่วยพักนิ่งในที่โปร่ง, เย็น, และปลอบไม่ให้ตกใจ.

๓. ให้นั่งศีรษะสูงและง้ำเล็กน้อย. ห้ามแหงนหน้า, เพราะเลือดจะไหลเข้าคอ, ทำให้ต้องขาก, อาเจียน, ไอและบ้วนน้ำลายเสมอ ๆ, ทำให้ไม่ได้พักนิ่ง.

๔. ใช้น้ำเย็นหรือน้ำแข็งชะโลมหน้าและศีรษะ, เพื่อลดจำนวนเลือดไหลไปที่แผล.

๕. ใช้ยาห้ามเลือด, เช่นแอดเรนะลินซึ่งเป็นยาที่ควรประจำกระเป๋าของแพทย์และพยาบาลเสมอ. หรือใช้เกลือละลายน้ำให้เข้ม, ชุบสำลีหรือผ้าจุกไว้ในช่องจมูก.

๖. ให้กินยาระงับประสาท. เช่นฟีโนบาร์บิตาล, โปแตสเซี่ยมโบรไมด์และฆลอราล, เพื่อให้หายกระวนกระวาย, ทำให้ร่างกายสงบนิ่ง, ความดันเลือดลดลง, เลือดอาจหยุดเองได้.

ข. วิธีห้ามเลือด

(๑) ห้ามเลือดด้วยยา

๑. ก่อนอื่นใด, ถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้กินยาระงับประสาท, ก็ควรจัดการให้เสีย.

๒. ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย, ตะแคงหน้าไปทางรูจมูกที่เลือดออก, แล้วเอาชามรูปไตรอไว้ที่ปาก, เพื่อสะดวกในการบ้วนน้ำลาย. ให้นอนชิดขอบเตียงข้างขวา, ถ้าผู้รักษาถนัดมือขวา. (ชิดขอบซ้าย, ถ้าถนัดมือซ้าย.) เตรียมกระดาษหรือผ้าที่สอาดไว้เช็ดเลือดที่ออก.

๓. เตรียมชุดใส่ยาชาและยาห้ามเลือด. คือ ยาแพนโตเคน ๒ เปอร์เซ็นต์กับยาแอดเรนะลิน ๑:๑,๐๐๐ ผสมกันในแก้วยาตามส่วน ๑ ล.ซม. ต่อ ๑–๒ หยดตามลำดับ (มากกว่านี้เล็กน้อยก็ได้), ก๊อสแห้ง, ขนาด ๑×๑๐ ซม. หรือสำลี, สำหรับชุบยาจุกจมูก, ที่ถ่างจมูกแบบธูดิคัม (Thudichum), ปากคีบสำหรับจมูกแบบ Pritchard-Urban, ชามรูปไตเพื่อใส่น้ำทำความสอาดผู้ป่วย, กรรไกรตัดผ้า, ไฟฉายที่ติดหน้าผาก, หรือผู้ช่วยส่องรูจมูกด้วยไฟฉาย.

๔. เตรียมชุดล้างจมูก หากเลือดซึมออกช้าและน้อยลงแล้ว, ควรล้างจมูกด้วยน้ำยาที่อุ่นจัด ๆ แต่พอทนได้, เพื่อล้างลิ่มเลือดซึ่งสำคัญมาก, เพราะว่าทำให้ยาที่ใส่เข้าไปไม่ถึงแผลที่เลือดออก. ชุดล้างจมูกได้แก่ชามรูปไต ใส่น้ำยาที่อุ่นจัด (น้ำเกลือเข้มมาก ๆ, หรือโซดาไบคาร์บอเนตหรือยัยโดรเจ็นเพอร์ออกไซด์), ซิกกินสันเซอริน์ (Higginson's syringe).

ขณะที่แพทย์กำลังทำการใส่ยาชาและยาห้ามเลือดนั้น, ผู้ช่วยควรจัดเตรียมของที่จะใช้ในขั้นต่อไปอีก, คือของใช้ในการอุดช่องจมูกทางส่วนหน้า (anterior nasal packing) และการอุดช่องจมูกทางช่องปาก (posterior nasal packing).

การปฏิบัติห้ามเลือดด้วยยา

๑. เมื่อเตรียมของใช้ต่างๆ ดังกล่าวดีแล้ว, ให้ดึงของที่อุดจมูกอยู่เดิมออกเสีย, โดยใช้น้ำยาหยอด (ยาล้าง) ให้เลือดหายกรังที่รูจมูก.

๒. เอาก๊อสแห้งชุบยาชาและยาห้ามเลือดใส่แทน. ถ้าเลือดยังคงออกซึมอีกก็ให้เปลี่ยนเช่นนี้ต่อไป. ในเวลาเดียวกันก็บีบจมูกและเอาลิ่มเลือดออกเสียบ้าง. หากเปลี่ยนยาอยู่เช่นนี้ประมาณ ๑๕-๓๐ นาที, เลือดอาจหยุดได้. การที่ต้องใส่ยาดังกล่าวนี้ก็เพื่อให้หลอดเลือดหดเล็ก, เลือดมาน้อยและความรู้สึกน้อยลง, ผู้ป่วยจะไม่เจ็บ, ทำการรักษาได้สดวก, และเครื่องมือไม่กระแทกทำให้เยื่อจมูกเป็นแผลเพิ่มขึ้นอีก. จุดที่เลือดออกหรือแผลไม่อาจเห็นได้ชัดเจนอย่างยิ่ง. มันซึมออกได้ทั่ว ๆ ไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่กระดูกเทอร์บิเนท, ซึ่งมีเยื่อฟองน้ำที่เต็มไปด้วยเลือด.

๓. เทคนิคการใส่ผ้าที่ชุบยา คือส่องไฟที่รูจมูก, ถ่างจมูก, ใช้ปากคีบจับผ้าให้ห่างจากปลายสุด ของผ้าประมาณ ๑-๒ ซม. (เพื่อป้องกันไม่ให้ปากคีบถูกเยื่อจมูกโดยตรง), บิบปลายผ้าที่จะใส่ให้เล็กเรียว แล้วสอดเข้าจมูก ตรงกลาง ๆ, เฉียงขึ้นบนขนานกับพื้นจมูก. ผ้านี้จะไปติดที่ส่วนหน้า ของกระดูกเทอร์บิเนทอันกลาง. ใส่ผ้าให้แนบบริเวณส่วนบนนี้ให้ทั่วเพื่อทำให้ประสาทแอนที่เรียร์เอธมอยด์หมดความรู้สึกและห้ามเลือดบริเวณนั้น. ต่อไปจับผ้าสอดไปทางส่วนลึก, กลางรู

จมูก, ให้ขนานกับพื้นของช่องจมูก. สอดตรงกลางช่อง. เมื่อลึกประมาณ ๒-๓ นิ้วก็กระดกปลายปากคีบขึ้นบนเพื่อให้ผ้าแนบขนานกับกระดูกเทอร์บิเนทอันกลาง และถูกประสาทที่เพิ่งแยกจากประสาทสะพิโนพาลาตินแก๊งเกลียน. ผ้าที่เหลือก็ค่อย ๆ สอดให้ทั่วเยื่อ. อย่าอัดให้แน่นนัก, เพราะเยื่อบุอาจถูกผ้าเสียดสีทำให้ถลอกเป็นแผลเพิ่มขึ้นอีก.

ข้อควรระวัง: ๑. ต้องมือเบา.

๒. สอดผ้าให้อยู่ตรงกลางรูจมูก.

๓. อย่าให้ปากคีบถูกเนื้อโดยตรง และอย่าดันผ้าแรง.

๔. ผ้าที่ใช้ต้องเรียวเล็กเหมาะกับช่องจมูกและนิ่ม. ถ้าโต, ผ้าจะครูดเยื่อบุทำให้ถลอกเป็นแผลเลือดออกเพิ่มอีก.

๕. ถ้าผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ, ต้องหยุดใส่ผ้าชั่วขณะ, และพูดเอาใจไว้เสมอ.

ถ้าเลือดหยุดด้วยการใช้ยาดังกล่าวนี้, ควรให้ผู้ป่วยนอนพักสัก ๑/๒—๓ ช.ม. เพราะผ้านั้นจะแห้งกรังติดกับเยื่อจมูกแน่น, อาจจะทำให้เลือดออกอีกเวลาดึงผ้าออก. ควรสังเกตว่าลมหายใจเข้าออกตามปรกตินั้นอาจช่วยให้น้ำระเหยได้ถึง ๕๐๐ ล.ซม. ในเวลา ๒๔ ช.ม.

(๒) การห้ามเลือดโดยใช้แรงกดดัน

หมายถึงการใส่ผ้าที่ชุบวาสลีน (เพื่อให้กระชับติดกันแน่น) ในช่องจมูก. ถ้าใส่ทางรูจมูกด้านหน้า, เรียกว่า **anterior nasal packing**. ถ้าใส่ทางปากเพื่อให้ผ้าเข้าอยู่ในเนโซฟาริงซ์, เรียกว่า **posterior nasal packing**.

๒ ก. การใส่ผ้าในช่องจมูกด้านหน้า (anterior nasal packing)

วิธีเดิม เอาขั้วของถุงมือยางสวมกับที่ถ่างจมูกด้ามยาว (St. Clair-Thompson's long-blade speculum). เมื่อทาวาสลีนให้ลื่นแล้ว, ก็สอดเข้าไปในช่องจมูกข้างที่มีเลือดออก. ใช้ปากคีบสำหรับจมูก (Pritchard-Urban's nasal forceps) จับผ้าวาสลีนที่มีลักษณะเป็นแถบยาว (**vaseline gauze tape**) ขนาด ๑×๕๐ ซม. ใส่เข้าไปจนเต็มช่องจมูกแล้ว, ก็ใช้ปี๊ลาสเตอร์ปิดยึดปากช่อง, เพื่อไม่ให้ผ้าที่อุดช่องจมูกเขยื้อนออกมาขณะกลืนอาหารและยา. ใส่ผ้าเช่นนี้ประมาณ ๑๐-๒๔ ช.ม. จึงเอาออก.

วิธีดัดแปลง เอาท่อยางที่มีเส้นผ่ากลางของรูท่อประมาณ ๐.๓-๐.๕ ซม., ยาว ๕-๘ ซม., สอดทะลุก้นนิ้วของถุงมือยางไปประมาณ ๑ ซม. แล้วใช้ด้ายผูกตรึงกับก้นนิ้วยางนั้น. ทาวาสลินเพื่อให้ลื่น. เอาท่อยางที่เตรียมนี้ใส่เข้ารูจมูก, ลึกจนผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญเวลาที่ให้กลืนน้ำลาย, และเวลาบิดจมูกก็หายใจผ่านรูท่อนั้นได้ดี. ให้ผู้ช่วยจับท่อให้อยู่ที่และถ่างนิ้วถุงมือยางเพื่อรับวาสลินก๊อสเช็ดทางส่วนบนด้านในสุดก่อน, เพื่อจะกดท่อยางให้ชิดติดกับพื้นของช่องจมูก, ต่อไปก็สอดจนทั่วเต็มช่องจมูก. เมื่อใส่ผ้าเต็มช่องจมูกแล้ว ผู้ป่วยยังคงหายใจทางรูจมูกของเขาเช่นเดิมได้โดยผ่านทางท่อยาง.

วิธีนี้ดีกว่าวิธีเดิม, คือ (๑) ผู้ป่วยหายใจได้ทางรูจมูกอย่างเดิม, (๒) นอนหลับได้ดีกว่า, (๓) กลืนอาหารและยาได้สะดวก, (๔) ไม่เกิดเสียงดังในหู, (๕) อาการปวดศีรษะและความรำคาญต่าง ๆ น้อยลงมาก, (๖) ใช้ยาต่าง ๆ ลดลงมาก.

๒ ข. การใส่ผ้าในช่องจมูกทางด้านปาก (Posterior nasal packing) วิธีนี้จะใช้ก็ต่อเมื่อเลือดยังคงไหลเข้าคออยู่อีก, ภายหลังใช้วิธีอื่นแล้ว.

ของใช้ เตรียมแบบ ๒ ก. วิธีเดิม, และเตรียมเพิ่มอีก คือวาสลินก๊อสที่ม้วนเป็นก้อนกลมโตประมาณเท่าหัวแม่มือของผู้ป่วย, และเอาด้ายฟอกผูกตรงกลาง, ปล่อยชายด้ายไว้ให้ยาวประมาณ ๑ ฟุต ทั้งสองชาย; แคธิเตอร์, เครื่องกดลิ้น, และยาพ่นคอและจมูกให้ชา.

วิธีทำ สอดแคธิเตอร์ใส่ทางจมูก, ให้โผล่ทางคอ. กดลิ้นแล้วจับปลายแคธิเตอร์ออกทางปาก. ผูกวาสลินก๊อสที่เตรียมไว้กับปลายที่โผล่นี้ด้วยเงื่อนกระตุก. ดึงแคธิเตอร์กลับออกทางรูจมูกให้พาเอาวาสลินก๊อสเข้าไปข้างใน. แก้แคธิเตอร์ออก. ดึงด้ายท่อออกมาทางรูจมูก, พร้อมกับใช้นิ้วมือสอดเข้าปากเพื่อประคองก๊อสให้เข้าไปอยู่ในเนโซฟาริงซ์. ดึงด้ายให้ตึงพอควร. ก๊อสจะขวางปิดรูจมูกทั้งสองข้าง. ต่อไปทำแบบ ๒ ก. วิธีเดิม. เอาก๊อสแห้งขวางรูจมูกระหว่างด้ายทั้งสอง และผูกด้ายทับ, กันไม่ให้วาสลินก๊อส

กลับเข้าปากอีก. ใส่ผ้าเช่นนี้ไว้ประมาณ ๑๐-๒๔ ช.ม.

เลือดที่ออกจากจมูกทุกราย, จะหยุดได้เสมอ, ถ้าทำโดยวิธีนี้. ห้ามจุกผ้าแน่นเกินไป, เพราะจะเจ็บมาก, และเยื่อบุอาจเกิดนิโครสิสได้.

๒ ค. การเอาผ้าที่จุกช่องจมูกออก

ควรเอาผ้าที่ใส่ไว้ในรูจมูกออกภายใน ๑๐-๒๔ ช.ม. ถ้าปล่อยไว้นานจะเกิดเนื้อตายได้เพราะการกด และอาจทำให้เลือดออกอีกหลังจากเอาผ้าออกแล้ว. ถ้ามีเลือดออกหลังจากนี้, ห้ามใส่ผ้าแน่น, ควรใส่ผ้าชุบยาห้ามเลือดจุกโหย่ง ๆ ไว้เท่านั้น.

วิธีเอาผ้าออก ก. ใช้ยัยโดรเจนเพอร์ออกไซด์ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ หยดใส่รูจมูกระหว่างนวดถุงมือยาง กับเยื่อจมูก. ค่อย ๆ ดึงว๊าสลินก๊อสออกทีละน้อย ๆ. หากมีเลือดออกก็หยุดชั่วขณะ. ทำเช่นนี้เรื่อยไปจนหมดผ้า. เลือดที่ซึมออกเล็กน้อยจะค่อย ๆ หยุด, เมื่อให้นอนนิ่ง ๆ หรือพ่นยาห้ามเลือด. จมูกจะคัดต่อไปอีก ๒-๓ วัน. ฉะนั้นต้องรีบทำให้เยื่อจมูกหดโดยเร็ว, โดยวิธีรมยา, หยอด, หรือใส่ผ้าชุบยาบีบหลอดเลือด. หากจมูกคัดอยู่นาน ๆ อาจทำให้เกิดโรคโพรงกระดูกอักเสบได้โดยง่าย.

ข. การเอาผ้าที่ใส่ในเนโซฟาริงซ์ออก

จะต้องตัดเงื่อนที่ผูกกับก๊อสแห้งออกเสียก่อนทำ. ดึงผ้าที่ใส่ในช่องจมูกออก. ให้ใช้ปากคีบคุนก้อนผ้าทางช่องจมูก. ผ้าที่อยู่ในเนโซฟาริงซ์จะตกลงในลำคอและออกมาทางปาก. การทำดังนี้อาจทำให้เลือดออกอีกได้, เพราะปลายปากคีบอาจกระแทกเยื่อจมูก. เนื่องจากไม่ได้ใส่ยาชา, ผู้ป่วยก็อาจสะบัดหน้าหนี. เมื่อเอาผ้าที่จุกทางส่วนหน้าออกแล้ว, อาจต้องปล่อยผ้านั้นไว้ชั่วคราว, จึงจัดการเอาออก. ตามวิธีใหม่, อาจเอาถุงยางค็อนด็อมผูกหุ้มแคธิเตอร์ทางปลายที่มีรูข้างๆ, สอดถุงนี้เข้าจมูก. เอามือบีบจมูกไว้. บีบลมใส่ในถุงยางทางแคธิเตอร์. ถุงยางจะโป่งและดันไปทางด้านใน, แล้วจะดันก้อนผ้าว๊าสลินที่จุกอยู่ที่เนโซฟาริงซ์ให้ตกเข้าไปในคอแล้วจะคายออกทางปาก. วิธีนี้สดวก, ผู้ป่วยไม่เจ็บและเลือดไม่ออก.

ค. รักษาเหตุ ในระหว่างที่ทำการห้ามเลือด, จะทำการขัจจุบันพยายามหรือห้ามเลือกด้วยยา หรือด้วยแรงกดโดยใส่ผ้าทางส่วนหน้าหรือส่วนหลังของจมูกก็ตาม, จะต้องพิจารณาหาเหตุที่ทำให้เลือดออกตามที่กล่าวมาแล้ว, และจัดการรักษาเท่าที่จะทำได้.

ถ้าเลือดออกมาก อาจต้องถ่ายเลือดหรือฉีดน้ำเกลือ, หรือให้ยาบำรุงอื่น ๆ ตามความเหมาะสม. สำหรับเมืองไทย, ตรวจเลือดหาเชื้อไข้มาเลเรีย, แม้ไม่พบเชื้อก็น่าจะให้ยารักษาควบไปด้วย, ในเมื่อมีเพียงประวัติที่ชวนให้สงสัย.

โปรดทวงถาม

ท่านสมาชิก : หนังสือหาย
ย้ายสถานที่
หนังสือฉบับใดขาดหาย
โปรดติดต่อแผนกจัดการ.

บทบรรณาธิการ

ค่าของปริญญา*

ปริญญาเป็นเครื่องแสดงชั้นการศึกษาที่ผ่านมหาวิทยาลัย.

ในต่างประเทศ, มหาวิทยาลัยส่วนมากเป็นองค์การอิสระ, กำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของตนเอง, รวมถึงการวางหลักสูตรด้วย. ดังนั้นปริญญาจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ จึงมีคุณค่า, ในสายตาของผู้รู้, แตกต่างกันไป, มิใช่สม่ำเสมอกันไปหมด. เป็นธรรมดาที่มหาวิทยาลัยซึ่งอยู่ในฐานะด้อยย่อมพยายามจะเขยิบฐานะของตนขึ้น. ส่วนมหาวิทยาลัยที่อยู่ในชั้นนำก็พยายามต่อไปที่จะรักษาสถานะของตนไว้. มหาวิทยาลัยที่ดีก็มีผู้นิยมมาก. ดังนั้นจำนวนนักศึกษาจึงเป็นเครื่องแสดงอย่างหนึ่งสำหรับฐานะของมหาวิทยาลัย, แม้จะมิใช่ข้อที่แม่นยำเสมอไป. บัณฑิตที่สำเร็จจากมหาวิทยาลัยใดก็ตาม, ย่อมมีความพากภูมิในสถานศึกษาของตน, จึงมีธรรมเนียมใส่ชื่อมหาวิทยาลัยต่อท้ายอักษรย่อปริญญาอีกชั้นหนึ่ง.

ความแตกต่างระหว่างชื่อเสียงของมหาวิทยาลัยและความนิยมของผู้ศึกษาและประชาชนเป็นต้นเหตุปัญหาใหญ่สำหรับทางการในประเทศต่าง ๆ ที่มีมหาวิทยาลัยหลาย ๆ แห่ง. มีผู้พยายามจะแก้ข้อนี้โดยวิธีต่าง ๆ, เช่นจัดองค์การกลางสำหรับสอบไล่บัณฑิตที่ได้รับปริญญาจากที่ต่าง ๆ อีกชั้นหนึ่ง, เพื่อแสดงว่าผู้ที่สอบไล่ได้ทั้งองค์การนี้มีฐานะเท่าเทียมกันหมด. วิธีเช่นนี้ได้ผลก็เพียงแต่สำหรับทางการเท่านั้น. ในด้านประชาชนก็ดี, หรือในสังคมก็ดี, ก็มีผู้มองเห็นว่าการสอบไล่มิใช่เป็นเครื่องวัดชั้นความรู้อย่างเด็ดขาด. มันเป็นแต่เพียงเครื่องวัดชนิดหนึ่งเท่านั้น. ผู้ที่เรียนในสถานศึกษาคนละแห่ง, แม้จะสอบไล่ได้ตามข้อสอบอย่างเดียวกัน, ย่อมมีความแตกต่างกันไปอย่างที่ไม่มีใครจะอาจแก้ได้. ความแตกต่าง

---

* บรรณาธิการสารศิริราชได้รับจดหมายจากผู้ที่ใช้นามแฝงว่า "สมาชิกสารศิริราชผู้หนึ่ง" แสดงความข้องใจเกี่ยวด้วยปริญญาที่แปลชื่อกันต่าง ๆ. บทความข้างบนนี้เป็นคำตอบ.

ทยศาสตร์ศิริ

กันในอาชาร์ยเป็นข้อสำคัญที่สุด. ประชาชนสามัญก็เข้าใจได้ถึงความหมายของคำว่า "คนละครู". นอกจากนั้นลัทธิประเพณีของโรงเรียน, ความสดวกในการศึกษา, ความพร้อมเพียงในอุปกรณ์และความชักจูงจิตใจของนิสสิตเองก็เป็นเหตุประกอบที่สำคัญมาก. ความสำคัญของความแตกต่างเหล่านี้มีตัวอย่างให้เห็นได้บ่อย ๆ ในต่างประเทศ. บางคนกระเสือกกระสนไปเรียนวิชาในสำนักของศาสตราจารย์ที่มีชื่อเสียงอุโฆษ. เข้าได้แล้วบางทีมิได้พบตัวท่านศาสตราจารย์นั้นเลยก็มี. ได้ติดต่อกับลูกศิษย์ชั้นท้าย ๆ. แต่เขาก็ยังพอใจว่าได้เข้าอยู่ในสำนักที่ดีและได้กลิ่นไอไปจากอาชาร์ยที่มีชื่อเสียง. การเช่นนี้มิใช่ว่าจะไร้ประโยชน์เสียเลยทีเดียว. การได้คลุกคลีกับระเบียบและระบบที่ดีย่อมเป็นการอบรมที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งในการศึกษาชั้นสูง.

เนื่องด้วยความแตกต่างดังกล่าวแล้ว, จึงเป็นการยากยิ่งที่จะเปรียบเทียบคุณค่าของปริญญาที่ได้มาจากมหาวิทยาลัยต่างกัน. ยิ่งเป็นมหาวิทยาลัยในคนละประเทศ, มีขนบธรรมเนียมและขีดชั้นผิดแผกกันมาก, ยิ่งยากขึ้นไปอีก. ตัวอย่างเช่นโรงเรียนแพทย์ในประเทศอังกฤษมีระบบให้ปริญญาสองชั้น. ผู้เรียนจบหลักสูตรวิชาชีพตามธรรมดาได้รับปริญญาชั้น "แบเช็ลเล่อร์". หากทำการค้นคว้าทางวิทยาการ, เขียนวิทยานิพนธ์และสอบได้อีกชั้นหนึ่งจึงได้รับปริญญาชั้นด็อคเตอร์, ซึ่งนับว่าเป็นสูงสุดสำหรับแพทย์. แต่ในสหรัฐอเมริกา, โรงเรียนแพทย์ส่วนมากให้ปริญญาด็อคเตอร์เลยทีเดียวแก่ผู้เรียนสำเร็จหลักสูตรวิชาชีพ. ดังนี้ "เอ็ม.ดี." ของอังกฤษกับของอเมริกาจึงเปรียบกันไม่ได้. คงจะมีแต่ผู้ไร้สติเท่านั้นที่จะยืนยันว่า "เอ็ม.ดี." ของอังกฤษมีค่าเหนือกว่าของอเมริกัน, หรือว่า "เอ็ม.ดี." ของอเมริกันดีกว่า "เอ็ม.บี." ของอังกฤษ, เพราะทั้งหมดเป็นเรื่องคนละระบบ, และไม่มีอะไรจะใช้เป็นเครื่องเปรียบเทียบ. เวลาเรียนก็ดี, หลักสูตรก็ดีหาเป็นเครื่องวัดที่แน่นอนไม่. โรงเรียนบางแห่งอาจใช้เวลาสิบปีเพื่อสอนวิชาซึ่งบ้านเขาใช้กันเพียงหกปีเท่านั้นก็ได้. หลักสูตรจะเขียนไว้สูงเพียงใดก็ได้, ข้อสอบอาจออกให้ยากเย็นเพียงใดก็ได้, หากแต่ในการตัดสินนั้นกรรมการอาจยืดหรือหย่อนมากน้อยได้ตามความพอใจ. ด้วยเหตุนี้ผู้ที่มี

สติจึงงดเว้นที่จะเปรียบเทียบ "ค่าของปริญญา" ด้วยตัวอักษรย่อหรือชื่อของปริญญา, หากแต่ถือเอาประสิทธิภาพเป็นเครื่องชี้สำคัญกว่าอื่น ๆ. รองลงไปจากนั้นก็คือตัวอย่างที่ได้เคยประสพมาแล้ว. สมมุติว่ามีแพทย์ไทยพร้อมด้วยปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต, แปลเป็นภาษาอังกฤษตามพระราชบัญญัติซึ่งกำหนดไว้ตั้งครั้งเริ่มใช้ระบบปริญญาในประเทศไทยว่า "แยเช็ลเล่อร์ออฟเมดิซิน" และเขียนย่อว่า "เอ็ม.บี.", ไปสมัครงานหรือเรียนต่อที่มหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา. หากมหาวิทยาลัยนั้นเคยมีแพทย์ไทยที่เรียนสำเร็จอย่างเดียวกันและมีปริญญาอย่างเดียวกันไปทำงานมาก่อนแล้ว, คณะกรรมการของเขาก็คงจะระลึกได้, หรืออาจค้นบันทึกมาช่วยพ้นความจำได้, ว่าผู้ที่มีปริญญา "เอ็ม.บี." ของเมืองไทยนั้นมีความรู้หรือความสามารถพอที่จะทำงานหรือศึกษาในขั้นนั้น ๆ ได้. เขาก็คงจะให้โอกาสแก่คนใหม่นั้นในระดับใกล้เคียงกัน. ถ้าหากเคราะห์ร้าย, มหาวิทยาลัยนั้นไม่เคยรับแพทย์ที่สำเร็จจากไทยมาก่อนเลย, บางทีเจ้าหน้าที่ชั้นต่ำ ๆ อาจไม่เข้าใจความหมายของ "เอ็ม.บี." และอาจย้อนถาม, ทำให้ต้องเสียเวลาอธิบายกันเล็กน้อย. แต่จะเป็นเช่นนี้ก็เฉพาะคนที่ไร้ความรู้, หรือไม่ก็เป็นคนอวดดี, ถือว่าอะไรที่ไม่ใช่ของชาติตนนั้นเป็นสิ่งไม่ดี, ไม่จำเป็นจะต้องเอาใจใส่, เสียทุก ๆ อย่าง. เจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่ในมหาวิทยาลัยไม่ว่าที่ไหน ๆ ย่อมจะต้องรู้จักความหมายของ "เอ็ม.บี.", เพราะมีโรงเรียนแพทย์หลายร้อยโรงเรียนในโลกที่ใช้ปริญญานี้. หากเปิดวิทยาสารการแพทย์ของอังกฤษ, คานาดา, ออสเตรเลีย, จีนหรืออินเดียขึ้นดู, ก็คงได้พบ "เอ็ม.บี." ผู้ที่ไม่รู้จักความหมายของอักษรย่อหรือชื่อปริญญานี้จึงไม่สมจะเป็นเจ้าหน้าที่ในมหาวิทยาลัยนอกจากในชั้นเสมียนพนักงาน. แต่อย่างไรก็ตาม, แม้ว่าเขาจะรู้จักหรือไม่รู้จักความหมายของปริญญา, เขาก็ต้องถามก่อนเสมอว่าเรียนอะไรมาบ้าง, ทำอะไรได้บ้าง, รู้อะไรคล้าย ๆ กับพวกเขาบ้างไหม, พูดภาษาของเขารู้เรื่องหรือไม่, ฯลฯ. ที่เขาจะให้สิทธิหรือให้โอกาสเพียงใดเขาก็ย่อมอาศัยคำบอกเล่าในข้อเหล่านั้นเป็นหลัก. ใครจะนึกว่าถ้าหากเขาเห็นมีอักษรต่อท้ายชื่อเหมือนกับปริญญาของเขา, เขาจะให้สิทธิเช่นเดียวกับคน

ของเขา. แม้คนของเขาเอง, เขายังให้ไม่เสมอกัน, ดังกล่าวมาแล้ว. เป็นการแน่ที่เดียวว่าคนไทยคนแรกที่ไปเข้ามหาวิทยาลัยต่างประเทศจะต้องประสพกับความจำกัดต่าง ๆ, นอกจากจะมีอิทธิพลพิเศษอะไรหนุนหลังเท่านั้น. ต่อเมื่อได้แสดงความสามารถให้อาจารย์เห็น, สิทธิต่าง ๆ ก็มีมากขึ้น. หากคนแรก ๆ ทำประวัติไว้ดีแล้ว, คนหลัง ๆ ที่ตามไปก็ย่อมจะได้สิทธิและความสดวกมากขึ้น. เพราะฉะนั้นแต่ก่อนนี้การส่งคนไปเรียนหรือดูงานต่างประเทศจึงมีการเลือกเฟ้นกันอย่างละเอียด, เพราะเกรงจะไปทำชื่อไม่ดีไว้และทำความลำบากให้ผู้ที่ตามไป. สมัยนี้มีที่เลือกเรียนได้มากมาย, จึงไม่ค่อยเป็นห่วงกันในเรื่องนี้. อย่างไรก็ดี, วิธีปฏิบัติของมหาวิทยาลัยที่ไหน ๆ ก็เหมือนกัน, จะอเมริกัน, อังกฤษ, ฝรั่งเศสหรือเยอรมันก็ตาม, เขาย่อมตั้งขัดเข้าเป็นพวกใหญ่ ๆ อย่างคร่าว ๆ ก่อน. ถ้าเป็นพวกที่เขาไม่เคยรู้จัก, เขาก็ระแวงและกีดกันมาก. ถ้าเขาเคยรู้เห็นมาแล้วว่าพวกนี้ดี, เขาก็เออและลดหย่อนให้มาก. เขาจะให้อะไร, เพียงใด, ไม่ใช่เพราะอักษรต่อท้ายชื่อ, แต่เพราะตัวอย่างที่เคยออกไปแสดงเอาไว้. ไม่มีฝรั่งคนใดในมหาวิทยาลัยที่จะวิตถารพอที่จะปลงใจเชื่อเอาง่าย ๆ ว่ามนุษย์หน้าดำ ๆ, ถ้ามีปริญญา "เอ็ม.ดี.", จะเก่งกาจปราดเปรียวเหมือน "เอ็ม.ดี." ของเขาและจะต้องให้สิทธิเท่าเทียมกัน.

ค่าของปริญญาส่วนไม่น้อยขึ้นอยู่กับประวัติ. ในประเทศอังกฤษมีปริญญาแปลก ๆ, ซึ่งไม่มีใช้ในที่อื่นเลย. ที่เขายังใช้อยู่ก็เพราะได้เคยใช้มาเป็นเวลาหลายร้อยปีแล้วและมีผู้นิยมอยู่. ปริญญาเป็นเรื่องของจิตใจ, เป็นเรื่องลึกซึ้ง, มีใช่ตื้น ๆ, ประวัติของปริญญาจึงเป็นเครื่องดึงดูดและยึดเหนี่ยว. ปริญญาที่ได้ใช้กันมานาน ๆ จึงมีค่าในจิตของผู้ได้รับและของประชาชนเหนือกว่าปริญญาที่เพิ่งตั้งขึ้นใหม่ ๆ. เช่นเดียวกัน, ปริญญาที่เปลี่ยนแปลงกันง่าย ๆ, เปรียบดังกับการเปลี่ยนเครื่องแต่งกายของสตรี, ก็คงจะมีค่าต่ำไปด้วย. อย่างไรก็ดี, การจะตั้งปริญญาอะไร, จะเรียกชื่อปริญญาให้ไพเราะสักเพียงไหน, เป็นเรื่องความพอใจของผู้ตั้ง. ใครจะเห็นปริญญาของตนวิเศษสักเพียงไรก็ตาม, ค่าแท้จริงของปริญญานั้นอยู่ที่ความเชื่อถือ. ถ้าเพ้อฝันเลยขอบเขตของความสมควรไปมากนัก, ความเสื่อมถอยก็จะเป็นผลสะท้อนกลับมาถึงปริญญานั้น.

เมอร์คูเรี่ยลิสม์

เมอร์คูเรียลิสม์หรือฮัยดราร์จีย์ริสม์ หมายถึงการถูกพิษปรอทอย่างเรื้อรังเนื่องจากการใช้ผิด. เหตุอันตรายข้อนี้กว้างขวางเกินกว่าที่คนโดยมากจะนึกถึง. ในการค้นเอกสาร, มีตัวอย่างต้นเหตุที่แปลก ๆ และแตกต่างกันมากมาย.(1) เหตุประกอบสำคัญสองข้อส่งเสริมให้อันตรายมีมากขึ้น, คือการที่ปรอทอาจแทรกซึมเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายประการหนึ่ง, กับการที่อาการของการถูกพิษเรื้อรังนั้นค่อยเป็นค่อยไป, ไม่เด่นชัดและไม่ทำให้คนไข้ตกใจ, อีกประการหนึ่ง. ปรอทอาจแทรกซึมเข้าสู่ร่างกายโดยเร็วจากทางเดินอาหาร, ยาเม็ดต่าง ๆ, บาดแผล, แม้แต่ผิวหนังที่ปรกติ.(1) นอกเหนือจากในการใช้ปรอทเป็นยา, ปรากฏตัวอย่างการถูกพิษภายหลังการอุดฟันด้วยอะมัลกัม, ทาขี้ผึ้งยาเข้าเกลือปรอท, ใช้น้ำประเทืองผิวบางอย่าง; เกี่ยวกับอาชีพมีการขุดแร่ที่มีเกลือปรอท, การทำกระจกเงา, การย้อมสีขนสัตว์, การทำหมวกสักหลาด, ทำหลอดไฟฟ้า, เธอร์มอมิเตอร์, การชุบและอายโลหะ, การล้างรูปถ่าย, การดองศพ, การสงวนตัวอย่างต้นไม้, การใช้น้ำละลายซับลิเมตล้างมือ, การทำอะมัลกัม, ฯลฯ.(1,2) ผู้อาศัยอยู่ในห้องที่มีกระจกเงาซึ่งเคลือบด้วยปรอทและกำลังเสียโดยการสลายของปรอท, ก็อาจถูกพิษของมันได้ ครอบครัวหนึ่งมีอาการถูกพิษปรอทอย่างลึกลับอยู่เป็นเวลานับปี, ก่อนที่จะค้นพบว่าต้นเหตุอยู่ที่กระดาษปิดผนังห้องซึ่งเคยเอาน้ำยาเข้าปรอททาเพื่อฆ่าเชื้อโรค.(1) ต้นเหตุของการถูกพิษอาจลึกลับมาก, หรืออาจต้นเกินไปจนตัวคนไข้หรือแม้หมอผู้รักษานึกไม่ถึง. เลวิน(1) อ้างชื่อศาสตราจารย์ผู้หนึ่งซึ่งถูกพิษปรอทเนื่องจากอุดฟันด้วยอะมัลกัมและทรายความจริงก็ต่อเมื่อเขา (เลวิน) เอาสิ่งที่อุดนั้นออกและทำให้หายจากการถูกพิษ. กล่าวกันว่าผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับปรอท, แม้ชั่วเวลาอันน้อย, มีโอกาสที่จะถูกพิษเสมอ, เพราะปรอทระเหยเป็นไอได้, และเพราะปรอทก้อนเล็ก ๆ

(1) L. Lewin; Gifte u. Vergiftungen, 1929 (Georg Stilke, Berlin).

(2) T. Sollmann; A Manual of Pharmacology, 1950 (Saunders, Phila. and London).

อาจเกาะติดกับผิวหนัง แล้วซึมซาบเข้าทางนั้นได้. ดังนั้นการแตะต้องปรอทด้วยมือก็ดี, หรือการอยู่ในห้องที่มีปรอทอยู่ในที่แจ้งก็ดี, โดยเฉพาะในห้องที่ทึบ, จึงเป็นการที่ควรหลบเลี่ยงอย่างยิ่ง.

ผลของการถูกพิษอย่างเรื้อรังมักค่อย ๆ ปรากฏขึ้นทีละน้อย ๆ, ถึงแม้ว่าในบางรายสังเกตได้ก็ต่อเมื่ออาการรุนแรงปรากฏขึ้นแล้ว. โดยมากตั้งต้นด้วยอาการในทางเดินอาหาร, มีอาการปากเปื่อย, เหงือกบวม, ฟันคลอนและเจ็บ, คอหอยเจ็บ, ลำไส้ใหญ่อักเสบ. กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมักรอดไปได้. อาการเหงือกอักเสบนับว่าเป็นข้อหนึ่งที่บ่งถึงการถูกพิษปรอทเรื้อรัง, เช่นเดียวกับการถูกพิษบิสมัธและโลหะหนักอย่างอื่นบางอย่าง. "เส้นสีน้ำเงิน" บนเหงือก, ใกล้ๆ กับขอบที่ติดต่อกับฟัน, ก็เป็นลักษณะสำคัญอีกข้อหนึ่ง, ซึ่งพบในรายถูกพิษโลหะอย่างอื่นด้วยเหมือนกัน. น้ำลายไหลมาก, ลิ้นและเหงือกเจ็บ, รสเผ็ดหรือ "รสโลหะ" ในปากและปากเหม็นเป็นอาการสำคัญอื่น ๆ ในช่องปาก. อาจมีท้องผูกหรือท้องเดินก็ได้. คนไข้มักผอมแห้ง, ซูบซีด, กล้ามเนื้อเหี่ยว, กระดูกยางลง. บางครั้งอาจมีอาการประสาทอักเสบหรืออัมพาตอย่างเบา. หากเป็นหญิงตั้งครรภ์, อาจแท้งลูก. ไตอักเสบเป็นอาการประจำอย่างหนึ่ง. ในรายที่เป็นอยู่นานอาจมีตับอักเสบด้วยก็ได้. อาการทางจิตและสมองมักพบในรายที่หายใจเอาไอระเหยของปรอทเข้าไปครั้งละน้อย ๆ และเป็นเวลานาน ๆ. อาจมีตามัว, ตัวสั่น, ใจคอหงุดหงิด, อารมณ์เปลี่ยนง่าย, กระ-สับกระส่าย.(1,2,3) ในบางแห่งเชื่อกันว่าอาจหย่อนสมรรถภาพทางเพศ, แม้ถึงเป็นหมันก็ได้.

การวินิจฉัยอาศัยอาการและประวัติ, ซึ่งอาจต้องคิดค้นกันมาก, ดังตัวอย่างข้างต้น. จากอาการและการตรวจพบอาจบอกได้เพียง "การถูกพิษโลหะ". ประวัติว่ามีการถูกต้องหรือแม้ใกล้เคียงกับปรอท, อาจชวนให้นึกถึงเหตุที่ถูกต้อง. ในบางรายอาจตรวจพบปรอทขับถ่ายออกมาในปัสสาวะในจำนวนซึ่งมากเกินปรกติ, ซึ่ง

(3) J.C. Kranz and C.J. Carr; Pharmacologic Principles of Medical Practice, 1951 (Bailliere, Tindall and Cox, London)

อาศัยเป็นข้อชี้ขาดได้. (4,5)

การรักษาจะได้ผลเพียงใดแล้วแต่ระยะเวลาและความรุนแรงของอาการ. ซอลล์แมนน์สงสัยว่าการรักษาที่ตั้งต้นภายหลังอาการปรากฏชัดแล้วนั้นไม่ได้ผลจริงจังอย่างใด. (2) ในปัจจุบันนี้เชื่อกันว่าการรักษาด้วย บี. เอ. แอล. (ไดเมอร์คาปรอล; ๒,๓ - ไดเมอร์คัปโตโปรปะนอล) ให้ผลดีในมากราย, แต่ไม่ดีเท่าในรายถูกพิษอย่างปัจจุบัน. การเร่งการขับถ่ายด้วยโปรแทสเซียมไอโอไดด์และด้วยการอบความร้อน, อาจได้ผลบ้าง, แต่ยังไม่แน่ว่าจะดีเพียงใด. ดังนั้นข้อสำคัญที่สุดคือการป้องกัน, ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์. โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ประจำโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ จำต้องสอดส่องในอันที่จะป้องกันคนงานมิให้ต้องเผยตัวต่อไอระเหยหรือต่อปรอทหรือต่อเกลือของปรอทโดยไม่สมควร. หากเป็นความจำเป็นที่จะเลี่ยงไม่ได้, ก็ควรใช้เครื่องป้องกัน, เช่นเครื่องแต่งกาย, ถุงมือ, และหน้ากาก, ประกอบกับการชี้แจงแนะนำอันตรายให้ทราบ. หลักสำคัญที่จะลดอันตรายลงได้มากคือการถือว่าผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับปรอทในรูปใดก็ตาม, มีโอกาสที่จะถูกพิษได้เสมอ.

(4) W. Autenrieth; Med. Wschr. 128 (1920).

(5) F. Bamford; Poisons, Their Isolation and Identification, 1951 (Churchill, London).

เงินค่าบำรุง

ค่ายอกรับเป็นสมาชิกรวมทั้งค่าส่ง ๑ ปี : ๑๕.๐๐ บาท

สถานที่สั่งจ่ายเงินทางธนาณัติ : ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร

สั่งจ่ายเงินในนาม : ผู้จัดการสารศิริราช

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ช่วยในฉบับนี้: ไพบูลย์ เจ้งทวีกุล พ.บ., ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ.บ., ประชา พิเสษสุรฤทธิ์ พ.บ, สมโพธิ์ พุกกะเวส พ.บ., สวัสดิ์ สกุลไทย พ.บ., M.C.H., กาญจนา อรุณลักษณ พ.บ., ภูเก็ต วาจานนท์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., ม.ร.ว. จันทวนิวัทธ์ เกษมสันต์ พ.บ., พนิต เกยานนท์ พ.บ.

๑. A. Murray Fisher, M. D. and Victor A. McKusick, M. D. Bacteroides Infections, Clinical, Bacteriological and Theraptutic Features of Fourteen Cases. (โรคติดเชื้อจากแบคทีรอยด์) Am. J. Med. Sc. 3: 253—273 (1953).

พบกันมานานแล้วว่าโรคติดเชื้อหลายอย่างมีแบคทีเรียพวกหนึ่งปนอยู่ด้วย. แบคทีเรียพวกนี้ได้ชื่อรวม ๆ กันเรียกว่าแบคทีรอยด์. แต่ความสำคัญของเชื้อพวกนี้ในการทำให้เกิดโรค พึ่งรับรองกันเมื่อไม่นานมานี้เอง. เชื้อพวกนี้มักมีพบในโรคซึ่งมีการเน่าของเนื้อและมีหนองกลิ่นเหม็นจัด.

ทางด้านของวิชาแบคทีเรีย, ปรากฏว่าแบคทีรอยด์มีลักษณะเป็นแท่ง, ติดสีแกรมลบ, เป็นอนิโรบิคแบคทีเรียซึ่งไม่เกิดสปอร์และเปลี่ยนรูปร่างได้ง่าย. แบคทีรอยด์มีหลายชนิดด้วยกัน. บางชนิดก็อยู่โดยลำพัง. บางชนิดก็อยู่ในลักษณะซิมบิโอซิสกับพวกอนิโรบิคเสตร็พโตค็อคไค. การเพาะเลี้ยงเชื้อนี้ทำได้ค่อนข้างยาก. ถึงแม้จะยอมพบตัวถ้าเพาะเลี้ยงโดยวิธีธรรมดาจะไม่ขึ้น. ต้องเพาะเลี้ยงในบริวเออร์มีเดีย (Brewer's media) ในภาวะอนิโรบิคจึงขึ้นได้ดี, และเมื่อเพาะเลี้ยงขึ้นแล้วมันมักให้กลิ่นเหม็นคล้ายกับกลิ่นของหนองซึ่งให้เชื้อมา.

จากการทดลองกับแอนติไบโอติคต่างๆ ในแก้ว, ปรากฏว่าแบคทีรอยด์เปลี่ยนรูปร่างได้ง่าย. ในปัจจุบันนี้เชื่อกันว่าในสภาพที่มันเปลี่ยนรูปร่าง, มันจะทนทานต่อการต้านทานของร่างกายตามธรรมชาติและต่อยาที่ใช้. จากการทดลองก็ปรากฏว่าความไวของแบคทีรอยด์ต่อพวกเคโมเธอราปิวติคและแอนติไบโอติคนั้นมีการแกว่งไกวมาก.

ตามปรกติแบ็คทีรีอยด์มีในคนธรรมดาในปาก, ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบขับถ่ายของสตรี, และในลำไส้, โดยไม่ทำให้เกิดโรคแต่อย่างไร. มันจะทำให้เกิดโรคได้ก็ต่อ เมื่อมีการอักเสบ และการทำลายของเนื้อในบริเวณอื่น ๆ เสียก่อน. แล้วเชื้อนี้ซึ่งอยู่ตามแหล่งต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วจึงอาจจะเข้าไปผสมโดยผ่านไปทางหลอดน้ำเหลืองหรือหลอดเลือด, แล้วทำให้โรคนั้นรุนแรงขึ้น.

จากการทดลองในตัวสัตว์, เช่นหนูขาวหรือกระต่าย, การฉีดเชื้อแบ็คทีรีอยด์เข้าทางหลอดเลือดดำและเข้าทางช่องท้องปรากฏว่าไม่ทำให้เกิดโรค.

ผู้รายงานได้เสนอผู้ป่วย ๑๔ รายซึ่งมีอาการต่าง ๆ, อันได้พิสูจน์แล้วว่าแบ็คทีรีอยด์เป็นสาเหตุแห่งโรค และรับการรักษาด้วยแอนติไบโอติคต่าง ๆ, และบางรายก็รักษาทางศัลยกรรมควบด้วย. สรุปผลว่าออเรโอมัยซินและเทอร์รามัยซินให้ผลดีที่สุด. เพนิซิลลินก็ให้ผล. แต่การรักษาทางศัลยกรรมเพื่อผ่าเอาหนองและเนื้อตายและเน่าออก, ถ้าทำได้, ก็จะให้ประโยชน์มาก. ผู้รายงานยังได้เน้นว่าถ้าพบหนองที่มีกลิ่นเหม็นจัด, ย่อมพบแบ็คทีเรียชนิดเย็นแท่ง, ติดสีแกรมลบ, และมีรูปร่างต่าง ๆ กัน, ปนอยู่กับแบ็คทีเรียอื่น ๆ, ก็ให้นึกถึงแบ็คทีรีอยด์ไว้, เพื่อจะได้เพาะเลี้ยงต่อไปให้ถูกวิธี. ถ้าพิสูจน์ได้ว่าเป็นแบ็คทีรีอยด์จริง, ก็จะเป็นประโยชน์แก่การรักษามากขึ้น.

ไพบูลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ.

๒. William H. Daughaday, M.D., Oliver H. Lowry, M.D., Nara J. Rosebrough, B. S. and William S. Fields, M.D.: Determination of C.S.F. Protein with Folin Phenol Reagent. (การวิเคราะห์โปรเทอินในน้ำไขสันหลังด้วยน้ำยาโฟลินฟีนอล) Clin. Lab. 39: 663 (1952).

เป็นปฏิกิริยาระหว่างโปรเทอินกับทองแดงในด่าง, และริดิวส์กรดฟอสโฟทังก์สะติคฟอสโฟโมลิบดิค (Folin reagent) ด้วย คอปเปอร์โปรเทอินคอมเปล็กส์ และโดยทัยโรซีน, ทริปโตเฟน. การผสมต้องทำทันที. pH ที่เหมาะที่สุดสำหรับการเกิดสีเท่ากับ ๑๐.

วิธีทำ: ใช้น้ำไขสันหลัง ๐.๒ ล. ซม. ใส่ลงในน้ำยา คอปเปอร์ซัลเฟตในแอลคา

ไลน์คาร์บอเนต ๑๐ ล.ซม. ผสมกันตั้งทิ้งไว้ ๑๕ นาที. เติมโฟลินริเอเจ็นต์ ๑ ล.ซม. เขย่าแล้วทิ้งไว้ ๓๐ นาที. น้ำยามาตรฐาน (ต้องทำพร้อม ๆ กัน) ใช้ ๐.๒ ล.ซม. ของพลาสม่าเจือจาง, เทียบสีโดยใช้โฟโตคอเลอริมิเตอร์.

ผลที่ได้ลบด้วย ๖ มก.ป.ซ. ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากสารที่ไม่ใช่โปรเทอิน, ส่วนใหญ่เป็นกรดยูริค. ทัยโรซินและทริปโตเฟนจะให้สีได้ถึงแม้ไม่มีทองแดง, แต่โปรเทอินจะไม่ให้สีถ้ามีทองแดง.

วิธีนี้อาจทำเร็ว ๆ ที่ข้างเตียงคนไข้ได้ โดยใช้น้ำไขสันหลังเพียง ๒ หยด. เติม ๒ ป.ซ. โซเดียมคาร์บอเนต ใน ๐.๑ N โซเดียมฮัยดร็อกไซด์ ๑ ล.ซม. และ ๑ ป.ซ. คอปเปอร์ซัลเฟตใน ๒ ป.ซ. โซเดียมแอซิดแอซิเตด ๑ หยด. ภายหลัง ๕ นาที เติมโฟลินริเอเจ็นท์. เขย่าทันที. ทิ้งไว้ ๕ นาที. แล้วเทียบสีกับน้ำยามาตรฐานซึ่งทำจาก ๑,๒,๔, หยดของทัยโรซิน ๗ ป.ซ. ในกรดเกลือ ๐.๑ N. น้ำยามาตรฐานนี้จะเท่ากับ ๒๕,๕๐ และ ๑๐๐ มก.ป.ซ. ของโปรเทอินตามลำดับ; อาจทำเก็บไว้ใช้ได้ ๑ เดือน, โดยเติม ๐.๑ ล.ซม. กรดน้ำส้ม ๑ M. และอุดจุกขวดไว้อย่างดี.

ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ.บ.

๓. I.S. Friedman, M.D., S. Zuckerman, M.D. and E. McCatty M.P.H.: The Inactivation of Antibiotics by Cation Exchange Resins. (การทำลายฤทธิ์ของยาแอนติไบโอติคต่าง ๆ โดยแคธิอ็อน เอ็กซ์เชนจ์เรซินส์) Am. J. Med. Sc. 225 : 399 - 401 (1953).

ในปัจจุบันใช้ cation exchange resins เป็นสารนำโซเดียมออกจากร่างกาย, โดยมันสามารถรวมกับวัตถุที่มีประจุไฟฟ้าบวกหรือที่เป็นแอมโฟเทอริคได้, และสามารถดูดซับสารบางอย่าง, เช่นไอโอมีน, ไรโบฟลาวินหรือแอลกาลอยด์ได้. ได้ทำการทดลองเพื่อศึกษาว่าหากให้เรซินส์พวกนี้พร้อมกับแอนติไบโอติค, จะทำให้ยานั้น ๆ หมดฤทธิ์หรือไม่, โดยใช้ยา ๕ ชนิดคือเพนิซิลลิน, คลอร์แอมเฟนิคอล, ไดฮัยโดรสะเตร์ปโตมัยซิน, เทอร์รามัยซินและออเรโอมัยซิน.

วิธีทดลองใช้กระดาษกรองชุบน้ำยาแอนติไบโอติคที่มีความเข้มต่อหนึ่ง ล.ซม. ดังนี้: เพนิซิลลิน ๕๐ หน่วย, คลอร์แอมเฟนิคอล ๒๕๐ ไมโครกรัม, ไดฮัยโดรสะเตร์ปโตมัยซิน ๕๐๐ ไมโครกรัม,

เทอร์รามัยซิน ๒๐๐ ไมโครกรัมและออเรโอมัยซิน ๑๐๐ ไมโครกรัม. นำไปวางในเพลตเลี้ยงเชื้อแบคทีเรียคือ M. citreus, Streptococcus A_6 A_h, E. coli และ paracolon bacillus ทุกอัน. อีกพวกหนึ่งใช้กระดาษกรองชุบน้ำยาแอนทิไบโอติคที่ผสมเรซินแล้วนำไปวางอย่างเดียวกัน. แล้ววัดระยะวงกลมของการยับยั้งการเจริญของเชื้อในเพลต. พวกที่สาม, ใช้เรซินอย่างเดียวผสมกับที่เชื้อเลี้ยงไว้. ผลปรากฏว่าเรซินอย่างเดียวไม่ยับยั้งการเจริญของเชื้อ. เพนิซิลลินกับคลอร์แอมเฟนิคอลเมื่อรวมกับเรซินยังมีฤทธิ์คงเดิม. ไดฮัยโดรสะเตร็ปโตมัยซินเมื่อรวมกับเรซินเสียฤทธิ์ต่อเชื้อชนิดแกรมบวกและแกรมลบไปหมดสิ้นไปทันทีทันใด. เทอร์รามัยซินและออเรโอมัยซินเมื่อรวมกับเรซินเสียฤทธิ์ภายใน ๕ ช.ม. ทั้งต่อแกรมบวกและแกรมลบ.

ประชา พิเศษสุรฤทธิ์ พ.บ.

๔. Thomas S. Bumbalo, Francis J. Gustina, Rose E. Oleksiak: The Treatment of Pinworm Infection (Enterobiasis) with Papain. (การรักษาโรคพยาธิเข็มหมุดด้วยปาเปอิน) J. of Ped. 41: 576-579 (1953).

ผู้รายงานได้เคยทดลองรักษาผู้ป่วยพยาธิเข็มหมุด (อ๊อกซี่ยูริส) จำนวน ๔๐ รายด้วยยา Egressin ได้ผล ๕๒ ปซ., Diphenan ได้ผล ๓๐ ปซ., เจ็นเชี่ยนไวโอเล็ต ๘๒ ปซ. และเทอร์รามัยซิน ๘๔ ปซ. แต่เจ็นเชี่ยนไวโอเล็ตมีผลไม่ดีบ้าง, เช่นปวดท้องอย่างมากและคลื่นไส้อาเจียน. เด็กเล็กไม่สามารถกลืนยาเม็ดเคลือบได้. เทอร์รามัยซินแม้ว่าจะให้ผลดี, ไม่มีพิษ, แต่ราคาแพงมาก. ยาอื่นเช่น Lubisan, Acramil, Atebrin, Benadryl, Santonin ฯลฯ, ผลไม่แน่นอนและมีพิษ.

Weise ได้รายงานการรักษาผู้ป่วยพยาธิเข็มหมุด ๖๐ รายด้วยปาเปอิน (เอ็นซัยม์ของยางมะละกอ). ผู้ป่วยของเขาตรวจไม่พบพยาธิเลย ๖ สัปดาห์หลังการรักษา. Weise ได้แสดงในหลอดแก้วว่าปาเปอินย่อยผิวหุ้มตัวพยาธิ, ทั้งจะมีปฏิกิริยาดีขึ้นเมื่อได้เอ็นซัยม์ในลำไส้ช่วยเหลือ. ผู้รายงานนี้ได้ทดลองบ้างในคนไข้ ๓๐ ราย, อายุระหว่าง ๒๐ เดือนถึง ๓๒ ปี. การวินิจฉัยใช้ดัดแปลงเท็คนิค Graham

Scotch tape swab ต้องตรวจได้ผลลบทุกวันติดต่อกัน ๗ วันจึงถือว่าหายจากโรค. วิธีให้ยา, เขาถ่ายด้วยดีเกลือในคืนก่อนวันจะให้ป้าเปอีน, รุ่งขึ้นให้อาหารเยาไม่มีโปรเทอีน, แล้วให้ป้าเปอีน ๓ เม็ด, เคลือบน้ำตาล, เม็ดละ ๒๕๐ มก., กินห่างกัน ๑ ชั่วโมง ๔ ครั้ง, รวมทั้งสิ้น ๑๒ เม็ด (๓ กรัม). ผู้ใหญ่ให้ครั้งละ ๔ เม็ด ๆ ละ ๒๕๐ มก. เช่นเดียวกัน. รวม ๑๖ เม็ด (๔ กรัม). งดอาหารจนถึง ๒ ชั่วโมงหลังจากให้ป้าเปอีนมื้อสุดท้าย. ถ้าเด็กกลืนไม่ได้ให้ป้าเปอีนละลาย ๕ ปซ. ในแอลกอฮอล, มี ๐.๕ กรัมของยาใน ๑ ช้อนชา. ผลที่ได้มีหายเพียง ๑๐ ปซ. แต่อย่างไรก็ตามสนับสนุนรายงานของ Weise ที่ว่าป้าเปอีนปราศจากพิษและเป็นเอ็นซัยม์พืชที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับการรักษาพยาธิเข็มหมุด.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๕. AH. El Ramli: Chloramphenicol in Typhoid and Paratyphoid Fever. (คลอร์แอมเฟนิคอลในไข้ทัยพ็อยด์และพาราทัยพ็อยด์) Lancet 19: 927 (1953).

เมื่อปี ๑๙๕๐ ผู้รายงานได้รายงานผลของการใช้คลอร์แอมเฟนิคอล (คลอโรมัยเซติน) ในไข้ทัยพ็อยด์ ๒๐๐ ราย มาครั้งหนึ่งแล้ว. รายงานคราวนี้แสดง (๑) การใช้ขนาดยาอย่างใหม่. (๒) ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยาในระยะพักฟื้นกับไข้กลับ. (๓) การเปรียบเทียบผลของยาที่ทำขึ้นจากบริษัทต่าง ๆ. (๔) ผลของการใช้ยาเหน็บทางทวารหนัก.

ผู้ป่วยทั้งหมด ๓๙๘ ราย (ร.พ. ไคโร, อียิปต์) รับในระหว่างกุมภาพันธ์ถึงกันยายน ๑๙๕๒. ๘๑ ปซ. เป็นทัยพ็อยด์, ๑๗.๕ ปซ. เป็นพาราทัยพ็อยด์ เอ. และ ๑.๕ ปซ. เป็นพาราทัยพ็อยด์ บี. ๔๕.๕ ปซ. อายุต่ำกว่า ๕ ปี (ส่วนมากระหว่าง ๒-๕ ปี), ๖๔.๓ ปซ. อายุต่ำกว่า ๑๐ ปี, และเพียง ๒๑.๘ ปซ. ที่อายุสูงกว่า ๑๕. ขนาดยาที่ใช้ ๑๒.๕ มก. ต่อ กก. ทุก ๑๒ ช.ม.

ผล. ไข้ลดสู่ระดับปรกติภายใน ๓.๗ วัน.

การรักษาโรคในระยะพักฟื้น. (ก) ๒๘๙ ราย, ให้ยาต่ออีก ๐-๓ วัน, มีไข้กลับ ๒๖.๓ ปซ. (ข) ๕๘ ราย, ให้ยาต่ออีก ๑ สัปดาห์, มีไข้กลับ ๑๓.๘ ปซ.

(ค) ๕๑ ราย, ให้ยาต่ออีก ๑๒ วัน, มีไข้กลับ ๓.๕ ปซ.

ยาของบริษัทต่าง ๆ. (ก) คลอร์โรมัยเซติน (ปาร์คเดวิส) ในผู้ป่วย ๕๐ ราย, (ข) ซินโตมัยเซติน (ลอเปอติต์) ๑๐๘ ราย, และ (ค) Kemicetine (Carlo Erlba) ๒๐๐ ราย, มีบางรายที่ใช้ Microchlorina และ Alficetyn. ปรากฏว่าการรักษาด้วยยาเหล่านี้ได้ผลคล้ายคลึงกันมาก.

การให้ทางทวารหนัก, โดยการใช้เหน็บ, ในเด็กและทารก ๒๒ ราย, ขนาดยา ๕๐ มก. ต่อ กก. ต่อวัน, แบ่งให้วันละ ๒,๓ หรือ ๔ ครั้ง, ไข้ลดลงเป็นปรกติใน ๒.๘ วัน. ผลอื่น ๆ คล้ายกับการให้ยาทางปาก.

สวัสดิ์ สกุลไทย พ.บ., M.C.H.

๖. C. Choremis and Ph. Nicolaides: Does Prophylactic Vaccination favour the Development of Poliomyelitis? (การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทำให้เป็นโปลิโอ ๆ ง่ายขึ้นหรือ) Acta Paediatrica 1 : 1-7 (1953).

ผู้รายงานสังเกตว่าในการระบาดครั้งย่อย ๆ ของโรคโปลิโอฯ ในประเทศกรีซ มีคนเป็นโรคในทุกส่วนของประเทศ, แต่ในการระบาดครั้งใหญ่ ค.ศ. ๑๙๕๐ มีคนไข้ในเอเธ็นส์เป็นส่วนใหญ่. ครั้งใหญ่นี้เกิดขึ้นหลังจากมีดีฟธิเรียระบาดขึ้นก่อน, และได้มีการฉีด D.P.T. วัคซีนป้องกัน. ได้ทำจริงขังส่วนใหญ่เฉพาะในเอเธ็นส์.

การระบาดใหญ่ครั้งนี้มีตั้งแต่พฤศจิกายน ๑๙๕๐ ถึง กุมภาพันธ์ ๑๙๕๑. โรงพยาบาลเซนต์โซฟีได้รับคนไข้ไว้รวม ๗๖ คน, ซึ่งมีคนไข้ซึ่งได้ฉีด D.P.T. วัคซีนรวม ๑๗ คน, มีอายุตั้งแต่ ๘ เดือนจนถึง ๔ ปี. ๗ ราย เกิดอัมพาตขึ้นหลังจากฉีดป้องกันชุดแรก. ๕ รายเกิดอัมพาตขึ้นหลังจากฉีดยาป้องกันชุดที่สอง. อีก ๕ รายเกิดอัมพาตหลังจากฉีดยาครบเข็มชุดที่สาม. ระยะเวลาระหว่างวันที่ฉีดยาจนเกิดอัมพาต ๒-๑๔ วัน. คนไข้ทั้ง ๑๗ รายนี้, มี ๓ รายได้ฉีดยาที่แขน, อีก ๑๓ รายฉีดที่ขา, อีกหนึ่งรายไม่ได้ประวัติชัด. ทั้ง ๓ รายที่ฉีดที่แขนมีอัมพาตของแขนข้างนั้น (รวมทั้งบางรายมีอัมพาตที่แขนและขาอื่นร่วมด้วย). ๑๓ รายที่ฉีดที่ขา มี ๙ รายที่เกิดอัมพาตของขาข้างที่ฉีด (รวมทั้งบางรายมีอัมพาตของขาหรือแขน

อันด้วยเช่นกัน). ทั้ง ๑๖ รายนี้มีอยู่ ๔ รายที่มีอัมพาตเดียว ๆ เฉพาะขาหรือแขนที่ถูกฉีดยามาก่อน.

เหตุผลของการที่ปรากฏนี้เข้าใจว่าการฉีดทำให้เกิดความชอกช้ำ, ซึ่ง, ไม่ว่าจากเหตุใด, ทำให้ไขสันหลังส่วนที่เกี่ยวข้องไวต่อไวรัสมากขึ้น. อนึ่ง D.P.T. วัคซีนทำให้เกิดปฏิกิริยารุนแรง, ร่างกายมีความต้านทานต่ำลง. เข้าใจว่าการฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อมีผลไม่ดีมากกว่าฉีดเข้าใต้ผิวหนัง.

กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๗. Hans Elins and Albert Sokol: Dependence of the Lobular Architecture of the Liver on the Portohepatic Blood Pressure Gradient (การเกี่ยวเนื่องระหว่างการเรียงตัวของเนื้อตับกับความดันเลือดที่ผ่านตับ) Anat. Rec. 1: 7-179 (1953).

การเรียงตัวของเนื้อตับสัตว์มีนมนั้น เราเข้าใจกันว่าแผ่นเนื้อตับ (hepatic plate) เรียงเป็นรัศมีออกไปจากแขนงตั้งต้นของหลอดเลือดดำเฮปาติค เป็นเฮปาติคโลบูล. นอกจากในสัตว์บางชนิดจึงจะพบแผ่นเนื้อตับเรียงเป็นรัศมีรอบปอร์ตัลแคนัลเป็นแบบปอร์ตัลโลบูล.

ผู้รายงานสรุปผลว่า การเรียงตัวจะเป็นแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความดันในหลอดเลือดดำปอร์ตัลกับเฮปาติค. ถ้าความดันทางปอร์ตัลสูงกว่า, ลักษณะการเรียงตัวจะเป็นแบบเฮปาติคโลบูล, ซึ่งเป็นสภาวะปรกติ. ถ้าความดันข้างเฮปาติคสูงกว่า, จะพบปอร์ตัลโลบูล. สภาวะเช่นนี้พบได้ใน (๑) การอุดกั้นกระแสเลือดดำเฮปาติค, อาจโดยการผูก, เลือดคั่งท้น, เซ็นตรัลนิโครสิสของตับ, การรัดตัวของเนื้อกล้ามรอบแขนง หลอด เลือดดำ เฮปาติค. (๒) การลดจำนวนเลือดที่ผ่านหลอดเลือดดำปอร์ตัลเช่นการผูก, ตัดซ่านเพราะอุดกั้น, การอุดกั้นแขนงย่อย ของ หลอด เลือดดำปอร์ตัล.

ถ้าความดันทั้งสองข้างเป็นศูนย์, พบการเรียงตัวเป็นแบบปรกติ. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความยืดหยุ่นของแผ่นเนื้อตับก็ได้.

ภูเก็ต วาจานนท์ พ.บ.

๘. Sir Gordon Convell, P.G. Shute and M. Maryon: Pyrimethamine (Daraprim) as a Prophy-

lactic Agent against a West African Strain of P. falciparum. (พัยริเมธามีน (ดาราพริม) ในการป้องกันไข้มาลาเรียชนิดฟัลซิปารุม เชื้อสายอาฟริกันตวันตก) B.M.J. 481: 1081(1963).

ผู้รายงานได้ศึกษาการใช้ยาพัยริเมธามีน เพื่อป้องกันไข้มาลาเรียชนิดฟัลซิปารุม เชื้อสายอาฟริกาตวันตกโดยใช้ผู้ถูกทดลองซึ่งยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้ ๑๔ คน, ใช้ยาในขนาด ๒๕ มก. ต่อสัปดาห์ (วิธีการละเอียดมีในรายงานพร้อมด้วยตารางการใช้ยา). พบว่ายาในขนาดนี้มีผลดีเพียงพอที่จะป้องกันไม่ให้เกิดไข้จากเชื้อชนิดนี้และไม่พบฤทธิ์แทรกแซงประการใด.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ.

๙. Elizabeth Coryllos, M.I.: Etiology and Occurrence of Hypertension in Poliomyelitis. A Review of Literature. (ความดันเลือดสูงในโรคโปลิโอฯ และสมุฏฐาน). Arch. Ped. 4: 122-132 (1953).

ผู้เขียนได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความดันเลือดสูงในโรคโปลิโอฯ และสรุปว่าข้อที่เกี่ยวข้องมีคือ (๑) ความพิการทางประสาท, โดยไวรัสแสดงพิษต่อศูนย์ประสาทในเมดัลล่า, (๒) เป็นผลขั้นรองจากการมีออกซิยเจ็นน้อย (ฮัยป๊อกเซีย), หรือทั้งสองอย่าง, คือเป็นผลเนื่องจากศูนย์ประสาทในเมดัลล่าหรือการกล้ามเนื้อของการหายใจขัดข้อง. พวกที่ต้องช่วยผายปอดมีความดันเลือดสูงรุนแรงและเป็นอยู่นานกว่าในพวกที่ไม่ต้องช่วย. เหตุเกี่ยวข้องอีกประการหนึ่งคือ "ปฏิกิริยาป้องกันตน" (อะลาร์มรีแอ็คชั่น) อันอาจเกิดแก่คนไข้ที่ต้องเข้าเครื่องช่วยหายใจ.

ในการตรวจศพมักพบโรคเกิดแก่ฮัยโปธาลามัสและเมดัลล่าในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมหลอดเลือด. ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูง, มักพบว่าโรคเกิดแก่ส่วนบัลโบสะไปนัลหรือไขสันหลังส่วนคออย่างรุนแรง.

ในรายที่ความดันเลือดสูงและเป็นรุนแรงมักพบมีการเปลี่ยนแปลงทางจุลกายวิภาคในเมดัลล่า, ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นสาเหตุของการล้มเหลวการไหลเวียนและการหายใจ. ความดันเลือดสูงในโรคโปลิโอฯ ต่างจากความดันเลือดสูงเนื่องจากไตหรือชนิดเอ็สเซ็นเชียล, โดยมีการ

แทรกซ้อนทางหลอดเลือดน้อยมาก. อุบัติการของโรคความดันเลือดสูงในโรคโปลิโอฯ ไม่เกี่ยวกับอายุและเพศ, และพบในผู้ที่เป็นโปลิโอรุนแรงบ่อยกว่าที่เป็นอย่างอ่อน.

ม.ร.ว. จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์ พ.บ.

๑๐. Norah Elphinstone: Thiouracil in Pregnancy. Its Effect on the Foetus (การให้ไธโอยูเรซิลในหญิงมีครรภ์, ผลต่อเด็ก) Lancet 26:1281 (1953).

การทดลองแสดงผลว่า การให้ไธโอยูเรียหรือสารในพวกเดียวกันแก่สัตว์มีครรภ์จะทำให้ต่อมธัยรอยด์โตเกินปรกติ และเกิดเครตินิสม์ในสัตว์อ่อน. เคยมีรายงาน ๑๐ รายที่หญิงมีครรภ์และเป็นโรคคอพอกเป็นพิษที่รักษาด้วยไธโอยูเรซิล, เด็กที่เกิดมีต่อมธัยรอยด์โต, บางรายมีกระดูกเจริญช้ากว่าปรกติ. แต่ยังไม่มีรายงานการเจริญของเด็กภายหลังเลย.

รายงานนี้เสนอเรื่องหญิงอายุ ๒๙ ปี, ครรภ์ ๔ เดือนครึ่ง, เป็นโรคคอพอกเป็นพิษอย่างแรงมา ๑๓ เดือน, ได้รักษาด้วยเมธิลไธโอยูเรซิล ๒๐๐ มก. วันละ ๒ เวลาตลอดเวลาท้องและภายหลังคลอด. ในระยะจวนคลอดครรภ์มีน้ำมาก. อัตราเมตะบอลิสม์ลบ ๕ ปซ. เด็กคลอดออกมามีบวมทั่วตัวไม่มากนัก, ตาทั้งสองห่างกัน. สันจมูกแฟบ. กระหม่อมอ่อนทั้งหน้าและหลังเปิดกว้าง. ต่อมธัยรอยด์โต. ภายหลังคลอดไม่ได้กินนมมารดา.

ใน ๒๔ ชั่วโมงอาการผิดปรกติเพิ่มขึ้นชัดเจน, กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรงปลายมือปลายเท้าเขียว, ผิวหนังเย็น, ดูดนมช้า.

ในวันที่ ๑๕, ออกจากโรงพยาบาล, ดูดนมแรงขึ้น, ร้องเป็นพัก ๆ, ผิวหนังเย็น. อาการเขียวมีเป็นบางคราว. ต่อมธัยรอยด์โตค่อยยุบลง. ซีรัมโคเลสเตอรอล ๑๓๐ มก.ปซ.

๘ เดือนต่อมาเด็กยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อน, เพิ่งชันคอได้, เตะขาได้, ต่อมธัยรอยด์ไม่โต. การเจริญทางจิตใจช้า. ต่อมาอีก ๒ สัปดาห์พ้นขึ้น.

เมื่อ ๙ เดือน, เด็กเตะเท้าได้แรง, ชันคอได้ดี, เริ่มนั่งได้เมื่อพยุง.

เมื่อ ๑๗ เดือน, มารดารายงานว่าเด็กยังมีชีวิตอยู่, พยายามพยุงตัวเองขึ้นนั่ง, แต่ต้องช่วยทั้งนั่งและยืน, เริ่มพูดได้.

รายงานนี้แสดงว่า เมื่อมารดาครรภ์แก่นั้นเริ่มมีอาการมิกซ์อีดีม่า, และต่อมธัยรอยด์ของทารกในครรภ์ถูกกดการทำงานโดยยาจากแม่. ร่างกายทารกก็ขาดฮอร์โมนจากต่อมนั้น. ภายหลังคลอดเด็กไม่ได้รับยาอีก, ต่อมธัยรอยด์กลับทำหน้าที่ตามปรกติอีก, อาการของเด็กจึงหายไป. ในกรณีนี้เด็กจะกลับดีเป็นปรกติได้.

รายงานนี้ให้เห็นว่าการให้ไธโอยูเรซิลแก่หญิงมีครรภ์อาจมีผลติดต่อถึงทารกอีก, จึงควรระมัดระวัง. อันตรายจะลดลงมากถ้าควบคุมการให้ยาอย่าให้มารดามีอาการมิกซ์อีดีม่า.

พนิต เกยานนท์ พ.บ.

ท่านสมาชิกที่ยังมิได้ชำระค่าบำรุงประจำปี ๒๔๘๖
โปรดได้จัดส่งไปตามระเบียบโดยเร็วด้วย

ปกิณกะ

เฮปาติคโคม่า

อยุธยา

วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๙๖

เรื่อง เฮปาติคโคม่า

เรียน ท่านบรรณาธิการที่เคารพ.

ผมได้อ่านเรื่อง "เฮปาติคโคม่า" ของคุณหมอวิกิจ วิรานุวัตติ์ ลงเผยแพร่ในสารศิริราช ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๔๙๖ ซึ่งได้รวบรวมทฤษฎีข้างต้นที่กล่าวถึงสาเหตุของอาการนี้ และได้รีวิวรายงานอาการโดยพิศดารของผู้ป่วยที่มีอาการเฮปาติคโคม่าในแผนกอายุรศาสตร์ รวม ๑๑ ราย สรุปได้ว่ามีเหตุที่เชื่อว่าสำคัญ ๖ ประการ คือ;

๑. มีกรดน้ำดีและเกลือน้ำดีคั่งในกระแสโลหิต.

๒. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือ ต่ำมากหรือมีน้ำตาลปรากฏในปัสสาวะ

๓. โลหิตเป็นกรดมาก หรือ วัตถุที่ควรขับถ่าย เช่น ยูเรีย หรือไนโตรเจนคั่งในกระแสโลหิต (ซึ่งอาจเนื่องจากการชำรุดของตับและไต).

๔. ระดับโปแตสเซียมในโลหิตสูงขึ้นมาก (หรือต่ำมาก).

๕. การขาดวิตะมินบี หรือคอมเปล็กซ์.

๖. เหตุอื่นๆ เช่นสมองบวมน้ำ, ตกเลือด, หรือขาดออกซิเจน รู้สึกเย็นที่สนใจไม่น้อย ที่น่าสนใจคือถึงแก่กรรมทั้ง ๑๑ ราย ที่รายงาน (ไม่ทราบว่ารายที่หายมีบ้างหรือไม่). ตั้งแต่ยังเล็กลายเป็นต้นมา ผมได้สนใจกับยาชนิดหนึ่ง ซึ่งโฆษณาว่ามีประโยชน์โดยแท้จริงกับโรคบางชนิดของจิต. ยานั้นคือกรดกลูตามิค (**glutamic acid**) แหล่งของการศึกษาของผมซึ่งเป็นแพทย์เชลยศักดิ์ คือทดลองของจริง ๆ กับผู้ป่วยและอ่านวิทยาสารต่าง ๆ. เมื่อเดือนที่แล้วผมได้พบความประหลาดใจจากรายงานของนายแพทย์ J.M. Walshe [1] (ซึ่งรายงานไว้ใน Lancet ปลายเดือนพฤษภาคมศกนี้). ให้กรดกลูตามิคในลักษณะของโซเดียม กลูตาเมตแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการเฮปาติคโคม่า

๓ รายและรอดชีวิตหมดทั้งสามราย. เริ่มรู้สึกตัวภายใน ๔ - ๔๘ ชั่วโมง หลังจากเริ่มใช้ยานี้เข้าโลหิต (๒๓ ก. โซเดียมกลูตาเมตในน้ำ ๘๐ ล. ซม. เติมลงใน ๕๐๐ ล. ซม. ๕ ปซ. กลูโคส) ได้แก้ไขให้เกิดดุลย์อีเล็คโตรลัยต์ และให้วิตะมินก่อนแล้วก็ไม่ได้ผล.

กลูตามิคแอซิดให้ผลดีได้อย่างไรในรายเฮปาติคโคม่า เป็นสิ่งที่เราควรจะคำนึงกันต่อไป. Flock และพวก [2] (๑๙๕๓) พบว่า ในสุนัขที่ตัดตับออกมีกลูตามินเพิ่มขึ้นถึง ๕ เท่าในสมอง ฉะนั้นในเฮปาติคโคม่านั้นน่าจะมีจำนวนกรดกลูตามิคน้อยไปซึ่งคุณสมบัติของมันคงไปรวมกับแอมโมเนียเป็น amide glutamine [3] ทำให้แอมโมเนียซึ่งเป็นพิษอย่างแรงแก่สมองหมดไปโดยปริยาย.

การที่ตับเสื่อมสภาพนั้นย่อมเป็นเหตุผลพอที่จะเชื่อได้ว่ามันทำให้เกิดมีแอมโมเนียคั่งมากขึ้นในกระแสโลหิต. เพราะตับมีหน้าที่สำคัญที่จะทำให้แอมโมเนียหมดไปโดยเปลี่ยนเป็นยูเรียและขับถ่ายออกทางปัสสาวะ (Krebs cycle) [4] นั่นคือ :

แอมโมเนีย CO_2 ออร์นิชิน อาร์จินิน น้ำ

อาร์จินิน น้ำ เอ็นซัยม์ ยูเรีย ออร์นิชิน (ยูเรียถูกขับออกทางปัสสาวะ) เมื่อมีแอมโมเนียคั่งมากในกระแสโลหิต ก็น่าจะเป็นเหตุที่ทำให้มีแอมโมเนียเพิ่มมากในน้ำหล่อสมอง (C.S.F.) กรดกลูตามิคนี้คงใช้ได้ดีในรายโรคของตับเรื้อรังหรือซับแอคิวท์ แต่ในรายปัจจุบันยังสงสัยหยู่ใน "acute yellow atrophy" ของตับ ๕ ราย Latner [5] (๑๙๕๐) รักษาฟื้นทั้ง ๕ ราย โดยได้ฉีด tocopherol (วิตะมินอี) เข้ากล้ามวันละ ๓๐๐ มก.

ฉะนั้นพอสรุปได้ว่า การที่มีแอมโมเนียเพิ่มระดับขึ้นในน้ำหล่อสมอง(C.S.F.) น่าจะเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดเฮปาติคโคม่า ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนสำคัญของโรคตับ. กรดกลูตามิคและและวิตะมินอี เป็นยาที่เราน่าจะเริ่มลองใช้ดู (วิตะมินอีมีบทบาทสำคัญในการป้องกันหนูมิให้เกิดนิโครสิสในตับ. จากขาดอาหาร)

ด้วยความเคารพ

ทรวง เดชกำแหง พ.บ.

เอกสาร

1. J.M. Walshe, Lancet, 1: 1075 (1953).

2. E.V. Flock, M.A. Block, J.H. Grindlay, F.C. mann, J.L. Bollman J. Biol. Chem. 200: 529 (1953).

3. Lancet, 1:1134 1953).

4. Lovatt Evans, Starling's Human Physiology (1936) p. 582.

5. A.L. Latner, Brit. Med. J. 2: 748 (1950).

สำหรับท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการปกแข็ง	๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการปกอ่อน	๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	๓๐.๐๐ บาท
ค่าส่งทาง ป.ณ. เล่มละ	๒.๐๐ บาท

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ด.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กันยายน ๒๔๙๖

๑. จำนวนผู้ป่วย		อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๑,๔๘๑	๗๒๓	๙๓๙	๗๙๒	๘๙๕	๑๙๑	๕,๐๒๑
	เก่า	๑,๔๔๘	๘๓๙	๑,๖๐๐	๗๕๖	๑,๑๗๐	๑๙๑	๖,๐๐๔
	รวม	๒,๙๒๙	๑,๕๖๒	๒,๕๓๙	๑,๕๔๘	๒,๐๖๕	๓๘๒	๑๑,๐๒๕
ใน		๑๓๕	๒๑๕	๗๘๘*	๙๘	๑๕๒	—	๑,๓๗๘

๒. **จำนวนการผ่าตัด** ศัลยฯ ๓๐๖ จักษุฯ ๒๐๐ สูติ-นารีฯ ๑๗๙* รวม ๖๘๕ ราย

๓. **จำนวนเด็ก** เกิด ชาย ๒๖๐* หญิง ๒๔๙* รวม ๕๐๙* คลอดตาย ชาย ๑๑ หญิง ๑๐ รวม ๒๑

๔. **ผู้ป่วยตาย** ๘๘ คน (๖.๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๘ ราย (๒๐.๕ ปช. ของที่ตาย)

๕. **การถ่ายเลือด** ในโรงพยาบาล ๓๕๕ ครั้ง. ข้างนอก ๒ ครั้ง. รวม ๓๕๗ ครั้ง.

๖. **แผนกรังสีวิทยา** รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๒,๐๖๓ คน. รักษาใหม่ ๒๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘๕ ครง ราเดียม รักษา ๒๕*คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๒ ครั้ง. ไดอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ — ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. **แผนกสรีรวิทยา** (ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๖๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๗๑๙* ครั้ง

๘. **แผนกพยาธิวิทยา** ตรวจศพ ๑๘ ราย ตรวจเนื้อ ๓๐๒ ราย (จากภายนอก ๕๗ ราย). แอ็กกลูติเนชั่น ๗๖. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๙๙๑* หมู่เลือด ๕๓๘. นับเม็ดเลือด ๑๕๔. หาเชื้อบัคเตรี ๔๔. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๕, อุจจาระ ๒๕๘. ปัสสาวะ ๑๒๕. เสมหะและอื่น ๆ ๒๙. เพาะเชื้อจากเลือด ๗๑, อุจจาระ ๓๔, ปัสสาวะ ๑๗, น้ำไขสันหลัง ๑๐ เสมหะและอื่น ๆ ๙๔. ฉีดสัตว์ทดลอง เพาะเชื้อบิด ๒๘. ตรวจทดลองตัวจี๊ด ๙๒. ตรวจศพนิติเวช ๒๔. ตรวจของกลาง ๘.

๙. **แผนกอายุรศาสตร์** (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๑, เจาะน้ำสันหลัง ๑๓, ตับ —, นาช่องปอด ๕ อัดลมเข้าช่องปอด —, อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๐ ผ่าตัดผิวหนัง ๒๒ ฉีดยาซิฟิลิส ๕๒

๑๐. **แผนกทันตกรรม** รักษาโรคในปาก ๗๙, ถอนฟัน ๒๒๗, อุดฟัน ๕๒, ผ่าตัดช่องปาก ๒๙

*สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

อนุโมทนา. มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินและทรัพย์สิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้ (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่จำนวน ๑๐๐.๐๐ บาทขึ้นไป)

๑. คณะพุทธบริษัทวัดประยูรวงศ์ ซึ่งมีพระประสิทธิศีลคุณเป็นผู้จัดการได้บริจาคเก้าอี้พิเศษสำหรับตรวจคนไข้ หู คอ จมูก ๑ เก้าอี้ ราคา ๓,๔๐๐.๐๐ บาท และเครื่องเจาะกระดูกสำหรับทำการผ่าตัดหู ๑ เครื่อง ราคา ๒,๑๐๐.๐๐ บาท คิดรวมเป็นเงิน ๕,๕๐๐.๐๐ บาท ให้แก่แผนกรักษวิทยาโสตนาสิกลาริงซ์

๒. คุณหญิงอินทรมนตรี พร้อมด้วยบุตรและธิดา บ้านเลขที่ ๒๑๐ ถนนราชปรารภ ตำบลพญาไท อำเภอดุสิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๓๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน "อินทรมนตรี" ซึ่งตั้งไว้ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล และอุทิศส่วนกุศลให้ พระยาอินทรมนตรีผู้ล่วงลับไปแล้ว

๓. พระยาเกษตรรักษา บ้านเลขที่ ๕๘๐ ถนนกิ่งเพ็ชร อำเภอดุสิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน "ขุนกายวิภาคพิศาล" ซึ่งตั้งไว้ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

การประชุมวิชาการ

คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ได้ให้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือน ณ หอประชุมราชแพทยาลัย เดือนธันวาคม มีเรื่องที่แสดงดังต่อไปนี้:

๑. การใช้ เรดิโอ ไอโซโทป (Radio Isotope) ในการค้นคว้าทางการรักษา (Clinical Research) โดยนายแพทย์วิกูล วิรานุวัตติ์.

๒. ประโยชน์ของการทดสอบน้ำปัสสาวะโดยใช้คางคก ในครรภ์ไข่ปลาอุกและคอริโอเอปิธิลิโอม่า (Chorioepithelioma) โดยนายแพทย์สุพร เกิดสว่าง.

ได้บุตร

๑. นายแพทย์ตระกูล และคุณพจศรี กิตติสิน ได้บุตรชาย เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

เราขอแสดงความยินดีด้วย เป็นอย่างมาก.

ข่าวศิษย์เก่า

ข่าวมงคลสมรส

๑. นายแพทย์ยุคล เหมะจุฑา กับ น.ส. ทองเอย กาฬิศฐ์ ท.ย. เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

๒. นายแพทย์หญิงปริดา กาญจนฉายากับ นายแพทย์วิระวงศ์ มหาสันทนะ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

เราขอแสดงความยินดี และขออำนวยพรให้คู่สมรสประสพแต่ความสุขสำราญตลอดไป.

ผู้บริจาคเงินช่วยแหม่มเอ็ลลิส

ได้มีผู้บริจาคเงินช่วยแหม่มเอ็ลลิสเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

(๒๖๘) ๕ พ.ย. ๙๖. นายแพทย์เพียง สัตยสงวน (แผนกศัลยศาสตร์, ร.พ. ศิริราช) ๒๐๐.๐๐ บาท. (๒๖๙) ๕ พ.ย. ๙๖. พ.ท. สุพจน์ ขวัญมิตร์ (กรมแพทย์ทหารบก) ๒๐๐.๐๐ บาท. (๒๗๐) ๑๒ พ.ย. ๙๖. แผนกพยาบาลผดุงครรภ์ (ร.พ. ศิริราช) ๒๐๑๐.๐๐ บาท. (๒๗๑) ๔ ธ.ค. ๙๖. น.พ. สุนทร พลาวงศ์ (จ.ว. พิจิตร) ๑๐๐.๐๐ บาท.

รวมทั้งสิ้นตั้งแต่แรกรับเข้าเงิน ๔๓๔,๘๕.๐๐ บาท. และขอแจ้งให้ผู้บริจาคทราบด้วยว่าคณะแพทยศาสตร์ ฯ ได้ติดต่อขอแลกเงินจำนวนนี้ได้ในอัตรารัฐบาลซึ่งทำให้ได้จำนวนเงินตอลล่ามากขึ้น.

ข่าวพยาบาล

นักเรียนพยาบาลพุทธชินราชชมโรงพยาบาล

เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๔๙๖ เวลา ๙.๐๐ น. น.ร. พยาบาลชั้นที่ ๔ แห่งโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน ๒๙ คน ได้ชมโรงพยาบาลศิริ-

ราช ทางแผนกพยาบาลได้จัดให้ครูสอาดศรี เสมรสุต และครูสำรวย ศิริภาคย์ นำชมตามแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล อาทิเช่นให้ดูผ่าตัดใหญ่ ๑ ราย ดูแผนกรังสีวิทยา ดูแผนกอาหาร ดูแผนกตรวจโรค และตามติดคนไข้ภายในต่าง ๆ แห่งสุดท้ายคือ ติดเรียนพยาบาล การชมโรงพยาบาลได้เสร็จสิ้นลงเมื่อเวลา ๑๕.๐๐ น

นักเรียนสตรี จ.ว. ตาก ชมโรงพยาบาล

เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๔๙๖ เวลา ๙.๐๐ น. นักเรียนสตรีจังหวัดตากมีจำนวนประมาณ ๖๐ คน ได้มาชมโรงพยาบาล ทางแผนกพยาบาลได้จัดให้ครูสอาด ศรี เสมรสุต เป็นผู้นำนักเรียนเหล่านี้ชมตามแผนกต่าง ๆ เช่น แผนกตรวจโรค และตามติดคนไข้ ๒-๓ แห่ง แห่งสุดท้ายก็คือพิพิธภัณฑ์กายวิภาค ฯ จนถึงเวลา ๑๒.๐๐ น.

พยาบาลออสเตรเลียเยี่ยมและบรรยายเรื่องการประชุม

เมื่อวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๔๙๖ เวลา ๑๓.๓๐ น. มิสโรโจ (Rojo) ซึ่งเป็น Director of Victoria Hospital ที่ออสเตรเลียได้มาเยี่ยมโรงพยาบาล และในโอกาสเดียวกันนี้ได้บรรยายให้สมาชิกสมาคมนางพยาบาลฟังถึงการประชุมสภานางพยาบาลระหว่างนาๆชาติ (International Council of Nurses(ณ ประเทศบราซิล ณ หอประชุมราชแพทยาลัย มีพยาบาลจาก ร.พ. จุฬาลงกรณ์, ร.พ.หญิง และสถานที่อื่น ๆ มาร่วมฟังด้วยทั้งสิ้นประมาณ ๑๐๐ คนเศษ อนึ่ง สมาคมนางพยาบาลได้จัดให้มีการเลี้ยงน้ำชาให้ด้วย Miss. Rojo ได้เน้นให้ฟังถึงความสำคัญของวิชาชีพพยาบาลว่า "เพื่อทำการพยาบาลให้ได้ผลดีที่สุด"

นอกจากนั้นยังชักชวนให้พยาบาลไทยเก็บเงินเย็นทุนสำหรับส่งผู้แทนสมาคมพยาบาลไปเข้าประชุม "สภานางพยาบาลระหว่างนา ๆ ชาติ" ครั้งต่อไปซึ่งจะมีในปี พ.ศ. ๒๔๙๗ ณ กรุงโรม ประเทศอิตาลี ซึ่งอาจจะต้องใช้เงินคิดเย็นเงินไทยประมาณ ๑๖,๐๐๐.๐๐ บาท

การบรรยายได้เสร็จสิ้นลงเมื่อเวลา ๑๖.๐๐ น. เศษ

สมรส

๑. น.ส.ศรีสอางค์ ติระแพทย์ กับ นาย

จำรัส พาชีรัตน์ ธ.บ. เมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๔๙๖

๒. น.ส. พูนพรรณี พรศิริ กับ นายเฉลิม กุลพานิช เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๔๙๖ และ น.ส. พูนพรรณี พรศิริ ได้ย้ายไปทำงานอยู่แผนกเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๖ แล้ว.

สำเร็จการศึกษาในเดือนธันวาคม๒๔๙๖

๑. น.ส. นันทนา สุประกอบ ๒. น.ส. สุนันท์ ยิ่งวรพันธ์ ๓. น.ส. ทวี อินทรศิษฐ์ ๔. น.ส. สมศรี ณระนอง ๕. น.ส. นิตย์ กลิ่นแก้ว ๖. น.ส. วิณา ธนูวัฒนา ๗. น.ส. ลมุน เวศกาวี ๘. น.ส. ราศรี บุณยานนท์ ๙. น.ส. อำนวยศิริ ศิริสัมพันธ์ ๑๐. น.ส. ธรุณ สุมพิกานนท์ ๑๑. น.ส. ปราณี รันทรเกษม ๑๒. น.ส. ประเวน สวัสดิวงศ์ ๑๓. น.ส. กาญจนา โพธิ์ประสาท ๑๔. สุริย์ ชัญเสวี ๑๕. น.ส. เกษม พูนทอง ๑๖. น.ส. จำเรียง ชัยะนานนท์ ๑๗. น.ส. พูนทรัพย์ ศิลกะชาติ ๑๘. น.ส. อัศนีพร ชื่นชมภู ๑๙. น.ส. สุวดี ศรีเลนวัติ ๒๐. น.ส. ศรีพรรณะ สาสยุตร ๒๑. น.ส. บุญยศรี สุขโชติ ๒๒. น.ส. ลมัย คุณกิจ ๒๓. อำไพเหียนสุย ๒๔. น.ส. สุภา พันธุโกมล ๒๕. น.ส. ลมัย คำบุศรี ๒๖. น.ส. พิพัฒน์บุญยผลิก ๒๗. น.ส. ประดับศรี อินทรทัต ๒๘. น.ส. อนุช บุณมงคล ๒๙. น.ส. พวงแก้ว ขอมคำศรี ๓๐. น.ส. สุภา ปานสุวรรณ ๓๑. น.ส. วิไล จันทรโกศล ๓๒. น.ส. ประคองศรี ทวีศรี ๓๓. น.ส. แน่งน้อย คงสุวรรณ ๓๔. น.ส. บุญทวน เจริญสุข ๓๕. น.ส. พันภัย นิลประไพ ๓๖. น.ส. สุมล กสิวัฒน์ ๓๗. น.ส. พรรณี ปกรณ์ยุทธ ๓๘. น.ส. ประคอง สามลปาน ๓๙. น.ส. สุรัตน์ อุไรสินธ์ ๔๐. น.ส. มัลลิกา สุทธิมณฑล ๔๑. น.ส. สนอง รัตตะรังสี ๔๒. น.ส. ยุพา พลายมาศ ๔๓. สมสวย เรืองไวทยะ ๔๔. น.ส. ประชุม สุทธิเสงี่ยม ๔๕. น.ส. เพ็ชรรัตน์ ชะโกทอง ๔๖. น.ส. กาญจนา จรูญรัตน์ ๔๗. น.ส. พูนศรี ทองปริชา ๔๘. น.ส. สุดา นิลพงษ์ ๔๙. น.ส. พัชรา ชิดเครือ ๕๐. น.ส. วาสนา เหมะธร ๕๑. น.ส. สุศรี มังคละศิริ ๕๒. น.ส. พรรณี เพ็ชรานนท์

หน้าสำหรับนิสสิต

อักษรย่อที่พบบ่อยในหนังสือแพทย์

a a.	Ana, of each
Abs. feb.	Absente febre, when fever is absent.
A.C.	Ante cibum, before meals.
A.C.	Air-condition, Anodal closing.
A.C.C.	Anodal closure contraction.
A.C.O.	Anodal closing odor.
Ad.	Adde, add.
Ad lib.	Ad libitum. at pleasure.
A.D.	Auris dexter, right ear. Anodal duration.
Agit. vas.	Agitato vase, the vessel being shaken
Alt. hor.	Alterius horis, every other hour.
A.O.	Anodal opening.
A.O.C.	Anodal opening contraction
Aq.	Aqua, water.
Aq, bull.	Aqua bulliens, boiling water.
Aq. dest.	Aqua destillata, distilled water.
Aq. ferv.	Aqua fervens, hot water.
Av.	Avoirdupois.
Bals.	Balsam.
Bib.	Bibe, drink.
B.i.d.	Bis in die, twice daily.
B.N.A.	Basle nomina anatomica, the Basle anatomic terms.
B.P.	Boiling-point.
C.	Carbon. Cubic. Congius, a gallon. Centigrade. Current. Clonus. Closure. Cathode. Cervical. Cylinder. Capiat, let him take.
C.C.C.	Cathodal closure contraction
C.C.T.	Cathodal closure tetanus
Chart.	Charta, paper
Chartul.	Chartula, a small paper
C.O.C.	Cathodal opening contraction
Cochl	Cochleare, spoonful
Cochl. ampl.	Cochleare amplum, a tablespoonful
Cochl. mag.	Cochleare magnum, a large spoonful

Cochl. med.	Cochleare medium, a dessert spoonful.
Cochl. parv.	Cochleare parrum, a teaspoonful.
Collut.	Collutorium, a mouth-wash.
Collyr.	Collyrium, an eye-wash.
Comp.	Compositus, compound.
Cong.	Congius, a gallon.
C.P.	Chemically pure.
Cwt.	A hundredweight.
Destil.	Destilla, distil.
Dil.	Dilutus, dilute.
D. in p.	Divide in partes aequales, divide equally.
Div.	Divide.
D.R.	Reaction of degeneration.
Enem.	Enema.
F.	Fac, make.
F.l.a.	Fiat lege artis, let it be done according to rule.
Fld.	Fluid.
Fldr.	Fluiddram.
Flor.	Flores, flowers.
F.m.	Fiat mistura, let a mixture be made.
Fol.	Folia, leaves.
F. pil.	Fiant pilula, let pills be made.
Ft.	Fiat, let it be made.
	Fiant, let them be made.
Garg.	Gargarisma, a gargle.
Gm.	Gram.
Gr.	Grain.
Gtt.	Gutta, drops.
H.d.	Hora decubitus, at bed time.
H.s.	Hora somni, at bed time.
Id.	Idem, the same
K.C.C.	Kathodal closure contraction.
L.D.A.	Left dorsothanterior position (of the fetus)
L.D.P.	Left dorsoposterior position (of the fetus)
L.E.	Left eye.
Liq.	Liquor.
L.M.A.	Left mentoanterior position (of the fetus)
L.M.P.	Left mentoposterior position (of the fetus)
L.O.A.	Left occiptoanterior position (of the fetus)

Loc. dol.	Loco dolenti, to the painful spot
L.O.P.	Left occipitoposterior position (of the fetus)
L.S.A.	Left sacroanterior position (of the fetus)
L.S.P.	Left sacroposterior position (of the fetus)
M.	Meter. Meridies, noon.
	Misce, mix. Mistura, mixture. Myopia. Mille.
Ma.	Milliampere.
Mg.	Magnesium. Milligram.
Min.	Minim,
Ml.	Milliliter.
Mmm.	Micromillimeter.
No.	Number.
Non repetat.	Non repetatur, do not repeat.
O.D.	Oculus dexter, right eye.
Ol.	Oleum, oil.
Ol. res.	Oleoresin
O.m.	Omni mane, every morning
Omn. hor.	Omni hora, every hour.
Omn. noct.	Omni nocte, every night.
O.n.	Omni nocte, every night.
O.S.	Oculus sinister, left eye
Oz.	Ounce
Part. aeq.	Partes aequales, equal parts.
Pil.	Pilula, pill.
Pond.	Pondere, by weight.
P.p.a.	Phiala prius agitata, the bottle having first been shaken
Ppt.	Precipitate
P.r.n.	Pro re nata, when required
Pulv.	Pulvis, powder.
Q.i.d.	Quater in die, four times a day.
Q.h.	Quaque hora, every hour.
Q.s.	Quantum sufficit, a sufficient quantity.
Rad.	Radix, root.
R.D.	Reaction of degeneration.
R.D.A.	Right dorsoanterior position (of the fetus).
R.D.P.	Right dorsoposterior position (of the fetus).
R.E.	Right eye
Rect.	Rectified.

R.F.A.	Right frontoanterior position (of the fetus).
R.F.P.	Right frontoposterior position (of the fetus).
R.M.A.	Right mentoanterior position (of the fetus).
R.M.P.	Right mentoposterior positiou (of the fetus)
R.O.A.	Right occipitoanterior position (of the fetus)
R.O.P.	Right occipitoposterior position (of the fetus)
R.S.A.	Right sacroanterior position (of the fetus)
R.S.P.	Right sacroposterior position (of the fetus)
S.a.	Secundum artem, according to art or rule.
Sc. D.A.	Right scapuloanterior position (of the fetus)
Sc. D.P.	Right scapuloposterior position (of the fetus)
Sc. L.A.	Left scapuloanterior position (of the fetus)
Sc. L.P.	Left scapuloanterior position (of the fetus)
S.D.A.	Right sacroanterior position (of the fetus)
S.D.P.	Right sacroposterior position (of the fetus)
Sig.	Signetur, let it be labeled.
S.L.A.	Left sacroanterior position (of the fetus)
S.L.P.	Left sacroposterior position (of the fetus)
Sol.	Solution.
Solv.	Solve, dissolve.
Sp., Spir.	Spiritus, Spirit.
Stat.	Statim, immediately.
S.v.r.	Spiritus vini rectificatus, rectified spirit of wine.
S.v.t.	Spiritus vini tenuis, dilute alcohol, proof spirit.
Syr.	Syrup.
Tab.	Tabella, a tablet.
T.d. T.i.d.	Ter in die, three times a day.
Tinct.	Tincture.
Tr.	Tincture.
Trit.	Tritura, triturate
Troch.	Trochiscus, a troche.
Ung.	Unguentum, ointment.
Ut dict.	Ut dictum, as directed
Vin.	Vinum, wine.
Wt.	Weight.

บันทึกท้ายสมุด

◎ สารศิริราช ฉบับนี้ เป็นฉบับสุดท้ายของปีที่ห้า. เราบรรจุเรื่องประเภทรายงานเพียงเรื่องเดียว, เพราะมีปกิณกะยาว, เป็นเรื่องน้อย ๆ ได้เรื่องหนึ่ง. ขอขอบคุณคุณหมอทรวง เดชกำแหง, แห่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, เป็นอย่างยิ่งที่เธอผู้เขียนส่งมา. ปกิณกะบทนี้เป็นหลักฐานพยานแห่งความก้าวหน้าในการแพทย์ของประเทศเราอย่างชัดแจ้ง. มิเพียงแต่ "แพทย์เมืองหลวง" เท่านั้นที่สนใจและมีโอกาสที่จะติดตามความเจริญในวิชาการได้อย่างใกล้ชิด, "แพทย์ต่างจังหวัด" ในบัดนี้ก็อยู่ในฐานะที่จะรู้อะไรใหม่ ๆ แปลก ๆ ได้, และอาจเป็นผู้ชี้ให้ผู้อื่นสังเกตเห็นความใหม่และแปลกเหล่านั้นได้. ปกิณกะเรื่องนี้เป็นข้อชักจูงสำหรับ "หมอหัวเมือง" และเป็นข้อเตือนสำหรับ "หมอกรุงเทพฯ" ว่า "หมอต้องอ่านหนังสืออยู่เสมอ." "แพทย์ต่างจังหวัด" กำลังเขยิบใกล้กรุงเข้ามาแล้วในเรื่องวิชาการ. ถ้า "แพทย์เมืองหลวง" ไม่กระดิกรอล้ำหน้าได้ในวันหนึ่ง.

◎ เรื่องประเภทรายงานของเราคราวนี้น่าสนใจมากในฐานที่เป็นตัวอย่างแสดงถึงต้นเหตุของการถูกพิษอีกทางหนึ่ง ซึ่งนาน ๆ จึงพบ. การถูกพิษยาต่าง ๆ ที่ใช้กันอยู่ใน "ยากลางบ้าน" หรือยาแผนโบราณเป็นเรื่องที่มีอยู่เสมอ ๆ. สิ่งที่เป็นต้นเหตุบ่อยที่สุดเห็นจะเป็นสารหนู, ซึ่งใช้แพร่หลายโดยแพทย์แผนโบราณทั้งจีนและไทย. ต้นเหตุถูกพิษในเด็ก ๆ ดูที่จะเป็นฝิ่นหรือมอร์ฟีน, ซึ่งเราหวังว่าจะได้รับเรื่องที่รวบรวมขึ้นใน แผนกกุมารเวชศาสตร์ในไม่ช้านี้. รายงานของคุณหมอสมบัติ สุคนธพันธุ์ ที่นำลงพิมพ์เป็นเพียงเรื่องนำให้ระลึกถึงอันตรายอันอาจเกิดจากการได้รับไอระเหยของปรอท, ซึ่งมักจะไม่ค่อยนึกถึงกัน. เราได้ลงพิมพ์บทบรรณาธิการเกี่ยวกับการถูกพิษนี้ เพื่อเพิ่มเติมส่งเสริมด้วยแล้ว.

◎ "บทความพื้นวิชา" ของคุณหมอชุด อยู่สวัสดิ์ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติ, ซึ่งคงจะมีประโยชน์จริงจังแก่แพทย์รักษา, แม้แพทย์รักษาทั่วไป. การมีเลือดกำเดาออกโดยมากเป็นเรื่องเล็กน้อย, ซึ่งมีการสอนวิธีแก้ไขกันในประเภท

ย์ทุกันพยาบาลและชาวบ้าน โดยมากจัดการกันเองได้. แต่ในบางคราวเลือดออกอย่างไม่หยุด, ออกแล้วออกเล่าจนคนไข้ช็อคเพราะเสียเลือด. ในรายเช่นนั้นแพทย์ประจำครอบครัวหรือแพทย์รักษาทั่ว ๆ ไปคงต้องรับภาระ, เพราะชาวบ้านคงมีน้อยคนที่จะนึกถึงแพทย์หมูกก่อนอื่น. ข้อที่พึงระลึกไว้ก็คือการเลือดกำเดาออกอาจเป็นเพียงอาการหนึ่งของโรคที่สำคัญมากก็ได้. ดังนั้นในรายที่เลือดออกย่อย ๆ หรือออกมาก, แก้ไม่หายโดยวิธีธรรมดา, ควรตรวจร่างกายโดยละเอียดเพื่อตัดปัญหาเกี่ยวกับโรคเลือด, ความดันเลือด, เนื้องอกร้าย, และอื่น ๆ.

◎ ในแผนกข่าวโปรดสังเกตรายนามผู้ส่งเงินเพื่อช่วยเหลือการครองชีพของแหม่มเอ็ดลิส, ซึ่งมีเพิ่มเติมอีกหลายราย. การขอแลกเงินในอัตรารัฐบาลได้รับอนุญาตแล้วและคณะกรรมการพยายามที่จะให้สามารถส่งเงินไปภายในกลางเดือนธันวาคม, เพื่อจะได้เป็น "ของขวัญตรุษฝรั่ง" หรือ "ของขวัญปีใหม่" ที่น่าชื่นชมยิ่งสำหรับแหม่มเอ็ดลิส.

ท่านสมาชิกที่ยังไม่ได้ชำระค่าบำรุง
โปรดรีบจัดการส่งตามระเบียบ