สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE
จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๔๙๗ | Volume 6, Number 9, September 1954

รายงานเด็กสองรายมีฟันตั้งแต่เกิด

สุด แสงวิเชียร
พ.บ., พ.ด.
(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

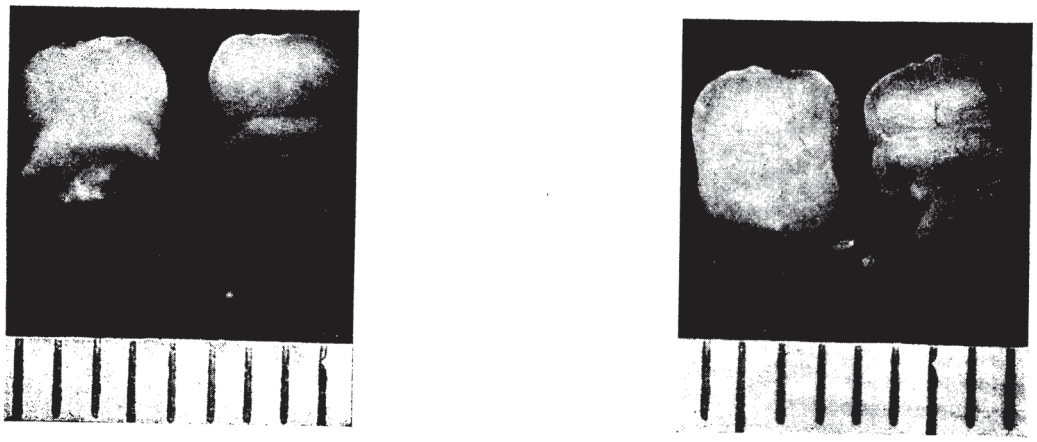
ฟันที่ปรากฏพร้อมกับเด็กเกิด, ซึ่งเรียกในภาษาอังกฤษว่า Congenital teeth (Ballantyne 1904) หรือ decidual eruption at birth (Cusick 1923)นั้น เป็นสิ่งผิดปกติที่ไม่พบบ่อยนัก. ในทะเบียนสถิติของแผนกสูตินริเวชวิทยาคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๗๘ ถึง พ.ศ. ๒๔๙๐ รวม ๑๓ ปี, มีเพียง ๓รายเท่านั้น ในจำนวนผู้ที่มาคลอดทั้งหมด๒๒๕๒๗ ราย. คือพบในปี ๒๔๘๓, ๑ราย, ๒๔๘๖,๑ ราย และในปี ๒๔๙๐, ๑ ราย. ที่เสนอต่อไปในรายงานนี้พบในปี ๒๔๙๔ ทั้งสองราย. กล่าวไว้ในหนังสือ Manual of Antenatal Pathology and Hygiene ว่าพบประมาณ ๑ ราย ในเด็กเกิดใหม่ ๖๐๐๐ ราย. สถิติของ ร.พ. ศิริราชเท่ากับ ๑:๗๕๐๙, นับว่าใกล้เคียงกัน. Ballantyne เองได้รายงาน ๖ ราย (๑๘๙๖ และ ๑๘๙๘). รายงานทั้งสองไม่สามารถติดต่อหาได้. เข้าใจว่าทั้ง ๖ ราย ที่รายงานนั้น Ballantyne ก็คงไม่ได้พบเห็นเอง. คงอาศัยรายงานของผู้

ที่พบส่งไปให้, เช่น Dr. Vargus ส่งไปให้จากยาร์เซโลน่า. สำหรับรายของวาร์กัสนั้น, นอกจากจะมีฟันโผล่ขึ้นเต็มที่, ฟันนั้นยังอยู่ในถุงที่เรียกว่า extra-alveolar dental sac ด้วย. การผิดปกติมักเกิดพร้อมกับการผิดปกติอื่น ๆ เช่น ปากแหว่ง, เพดานแหว่งหรือลิ้นมีเยื่อยึดติดกับพื้นปาก.

คลิค (๑๙๒๓) ได้รายงานหนึ่งราย, ซึ่งไม่เห็นฟัน, แต่พบเป็นก้อนเท่าเมล็ดถั่วขนาดใหญ่ที่เหงือกล่าง. เด็กไม่ยอมดูดนมถึงจะลองอย่างไรก็ตาม. ในที่สุดต้องผ่าออกดูจึงพบว่าภายในก้อนมีฟันสองซี่, ซี่ซ้ายทอดอยู่ตามขวางในส่วนกลางของก้อน. ซี่ขวาอยู่ในตำแหน่งปกติ. ดึงหลุดออกมาได้ด้วยปากคีบมีเลือดออกเล็กน้อย. เมื่อฟันออกแล้วเด็กจึงยอมดูดนม. ฟันทั้งสองเจริญเต็มที่, ขนาดเท่าฟันน้ำนมซี่หน้า. ในปี ๑๙๒๔ ฮอร์ตันได้รายงานใน Southern Medical Journal ว่ามีเด็กมีฟันถึง ๖ ซี่. แต่ไม่ได้รายละเอียดเพราะหาต้นฉบับไม่ได้. ทุกรายงานที่กล่าวมาแล้ว ไม่ได้แสดงรูปร่างของฟันโดยละเอียด, และไม่มีการกล่าวถึงลักษณะจุลทัศน์เลย. พยาธิสภาพของการผิดปกติในสโตนส์ (๑๙๔๘) บรรยายไว้เพียงสั้น ๆ ว่าฟันมีขนาดเล็กและมีส่วนประกอบไม่สมบูรณ์. เคลือบฟันยางคลุมเด็นทินที่มีส่วนประกอบหยาบ ๆ. ที่จะรายงานต่อไปนี้ได้เอาฟันมาฝนให้บาง และนำบางส่วนไปแช่ในกรดกัดอาตปูนออกแล้วเอาไปทำเซ็คชั่น. คงเป็นการสมควรที่จะได้เสนอเป็นรายงานเพิ่มเติม.

รายแรก (เลขที่ ๕๙๓๗.๕๔) เป็นเด็กแฝด, คู่แฝดถึงแก่กรรมหลังคลอด, การคลอดเป็นปกติ. เด็กมีขนาดค่อนข้างเล็ก มีลักษณะภายนอกเป็นปกติทุกส่วน, นอกจากในปากมีฟันล่างซี่หน้าปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ๒ ซี่, โผล่พ้นเหงือกและคลอนได้. ซี่ขวาอยู่เอียงเล็กน้อยเห็นฟันไม่เต็มหน้า (รูป ๑). เด็กเป็นลูกครรภ์ที่ ๖. ไม่ปรากฏมีการผิดปกติแบบนี้ในครอบครัว. ฟันที่ปรากฏไม่ทำให้การดูดนมผิดปกติไป. ฟันคลอนเคลื่อนได้มาก เพราะมีแต่เนื้อเหงือกเพียงเล็กน้อยยึดติดอยู่. แพทย์เกิดกลัวว่าฟันอาจหลุดตกไปในคอได้, จึงใช้มือค่อย ๆ ดึงก็หลุดออกโดยง่าย. ได้แช่ฟันไว้ใน ๑๐ ป.ซ. ฟอร์มาลิน, และแบ่งซี่หนึ่งออกเป็น ๒ ซีก. ฟันอ่อนมาก. มีดที่ผ่าลงไปรู้สึกคล้ายไม่

รูป ๑ เด็กมีฟันตั้งแต่เกิด (รายที่ ๑)



รูป ๒ ฟันของรายที่ ๑ แสดงด้านนอกและด้านใน

รูป ๓ ฟันที่ปรากฏตั้งแต่เกิด (ถ่ายจากกล้องจุลทัศน์).
ก. จากส่วนที่ฝนจนบาง (× ๒๐)
ข. จากฟันซี่เดียวกันหลังจากละลายธาตุปูนออกแล้ว เคลือบฟันหลุดไปหมด (× ๕๐)

รูป ๔ เด็กมีฟันตั้งแต่เกิด (รายที่ ๒)

กระทบอะไรเลย. ฟันทั้งสองมีขนาดไล่เลี่ยกันมาก (รูป ๒). วัดได้ยาว ๔.๒ มม. กว้าง ๓.๘ มม. และหนา ๒.๙ มม. กว้างไล่เลี่ยกับฟันหน้าของเด็กเกิดใหม่ (๔.๒ มม.), แต่สั้นกว่าฟันหน้าของเด็กเกิดใหม่ที่รากยังไม่เจริญเต็มที่, ซึ่งยาว ๘.๘ มม. รูปลักษณะโดยทั่วไปเหมือนฟันหน้า (incisor) ของฟันชุดน้ำนม. ที่ขอบของส่วนบน (crown) มีเขี้ยนปุ่มเล็ก ๆ และส่วนบนแบนเป็นรูปจอบเป็นลักษณะของฟันหน้า. ส่วนคอ, คอดมากเป็นลักษณะของฟันน้ำนมที่กำลังจะถูกเปลี่ยน. ติดกับส่วนรากมีเนื้อของเหงือกติดอยู่เล็กน้อย.

ลักษณะที่เห็นด้วยกล้องจุลทัศน์ จากส่วนที่นำไปฝนจนบาง, คงมีเคลือบฟันและเด็นทินปกติ. แต่ไม่มีซีเม็นตัม (cementum) จากส่วนที่นำไปละลายธาตุปูนด้วยกรดก็ไม่เห็นมีอะไรผิดปกติ. เซลล์ส่วนมากยังอ่อนอยู่. ไม่เห็นซีเม็นตัมที่บริเวณรากฟัน. ไม่อาจตัดสินว่าเด็นทินมีลักษณะเป็นสิ่งที่มีโครงสร้างหยาบ ๆ เช่นที่โสตนส์อธิบายไว้ (รูป ๓).

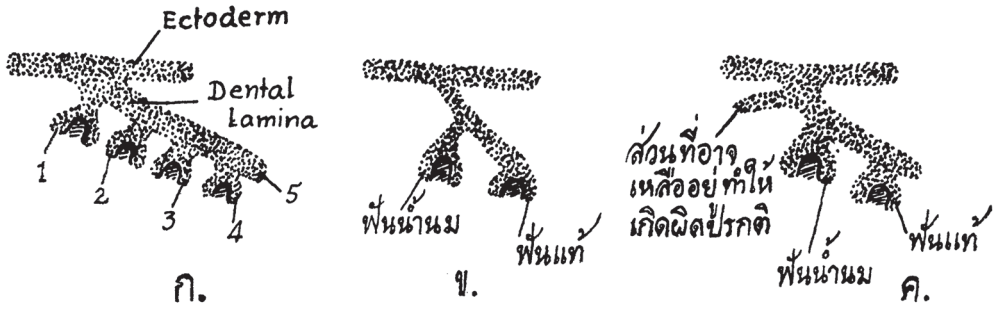
รายที่ ๒ (เลขที่ทั่วไป ๘๙๔๐๘.๔๔) เป็นลูกครรภ์ที่ ๕. คลอดครบกำหนด. เด็กมีร่างกายเจริญเต็มที่และปกติทุกส่วนของร่างกาย. น้ำหนักตัว ๓.๕๗ กก., เพศหญิง. พบฟัน ๒ ซี่ในตำแหน่งของ lower medial incisors, แต่ขนาดไม่เท่ากัน. ซี่ขวาเล็กกว่ามาก (รูป ๔). ฟันคลอนไปมาได้. คงติดอยู่กับเหงือกเท่านั้น, ไม่มีรากฝังอยู่ในกระดูกคาง. ประวัติครอบครัวไม่มีใครมีร่างกายผิดปกติ. พี่ๆ มีร่างกายปกติทุกคน. ขณะตั้งครรภ์มารดาไม่เคยมีการเจ็บป่วย. ผู้เขียนคงได้รับฟันมาศึกษาเพียงซี่เดียว. ขนาดไล่เลี่ยกับของรายแรก, แต่ยาวกว่าเพราะมีส่วนรากคล้ายฟันน้ำนมที่จะเปลี่ยน (ยาว ๗.๐ มม., กว้าง ๔.๑ มม., หนา ๓.๔ มม.). ไม่ได้ทำเซ็คชั่น.

ข้อน่าสนใจเกี่ยวกับการผิดปกตินี้ก็คือฟันเหล่านี้เป็นฟันชุดอะไร. ถ้าเป็นฟันน้ำนมที่เร่งเจริญ, เด็กทั้งสองนี้ก็คงจะไม่มีฟันน้ำนมซี่หน้า, ใกล้กลางของคางล่างเช่นเด็กปกติ. ได้พยายามติดต่อขอทราบการเจริญเติบโตต่อไปของเด็กทั้งสองก็ไม่ได้ผล; จึงต้องยกแต่เพียงคำอธิบายของสโตนส์ (๑๙๔๘) ที่อาศัยงานของวินโดว์สัน (๑๙๔๖) มาเสนอ. เขาถือว่าอวัยวะเหล่านี้เป็นอวัยวะตกค้าง (vestigeal teeth) ที่เป็น accessory bud แยกออก

จาก dental lamina ซึ่งเป็นชั้นที่ให้เนื้อเคลือบของฟันชุดปกติ, และเป็นฟันที่ปรากฏขึ้นก่อนที่เคลือบของฟันน้ำนมจะเกิด. ฉะนั้นจึงถือว่าเป็นฟันที่ควรจะหายไปในสัตว์มีนมและในคน, แต่ถ้ายังคงเหลืออยู่ก็ทำให้เกิดการผิดปกติขึ้น.

สัตว์มีสันหลังชนิดที่ต่ำกว่าสัตว์มีนมนั้น มีฟันเป็นหลายชุดขึ้นแทนที่กันตลอดชีวิต, เรียกว่า Polyphyodont (รูป ๕ ก.) จากเด็นตัลลามิน่าจะให้ฟันชุด ๑,๒,๓,๔ และอาจต่อไปอีกจากปลายของเด็นตัลลามิน่า (๕).

สัตว์มีสันหลังพวกสัตว์มีนมรวมทั้งคนด้วยจะมีฟันเพียง ๒ ชุด (diphyodont) (รูป ๕ ข.). ชุดแรกคือฟันน้ำนม, จะขึ้นหลังเด็กอายุครบ ๖ เดือน. ฉะนั้นในรายที่มีฟันปรากฏมาตั้งแต่เกิด, จึงถือว่ามีฟันอีกชุดหนึ่งซึ่งควรจะหายไปตามหลักวิวัฒนาการ, แต่ยังคงเหลืออยู่และแทรกอยู่ก่อนชุดฟันน้ำนม. คำอธิบายนี้ยังไม่มีหลักฐานยืนยันแน่นอน, เพราะยังไม่มีผู้ใดได้พบลักษณะนี้ในเซ็คชั่นที่ตัดเข้าไปในคางของเด็กที่กำลังเติบโต. (รูป ๕ ค.) จึงเป็นเพียงแต่ภาพสมมุติเท่านั้น. จากลักษณะของฟัน, ถึงจะเหมือนฟันน้ำนมมาก, แต่ก็มีลักษณะที่แสดงว่าเป็นฟันที่ไม่ได้ใช้เป็นประโยชน์, เพราะทั้ง ๒ รายไม่มีส่วนใดของฟันยึดแน่นอยู่กับกระดูกคางเลย. ในรายแรกก็เกือบไม่มีราก. เหมือนกับฟันที่กำลังถูกเปลี่ยนหรือเจริญ



รูป ๕. แสดงการเจริญของฟัน (ดัดแปลงจาก Tomes)
ก. แสดงวิธีเจริญของฟันในสัตว์มีสันหลังชนิดต่ำกว่าสัตว์มีนม (polyphyodont)
ข. แสดงวิธีเจริญของฟันในสัตว์มีนมและในคน (diphyodont)
ค. รูปสมมุติแสดงวิธีที่ฟันผิดปกติอาจเกิดขึ้นได้.

ไม่เต็มที่. ทั้งนี้สนับสนุนคำสันนิษฐานข้างบน.

ข้อน่าสนใจอีกก็คือ ฟันเซ่นนี้อาจเป็นสาเหตุระคายทำให้เด็กไม่ยอมดูดนมเซ่นในรายของคูลิค (๑๙๒๓), และถ้าทิ้งไว้อาจหลุดลงไปในคอได้. สโตนส์(๑๙๔๘) ได้ชี้ว่าเมื่อพบแล้ว, ต้องแยกออกจากรายที่มีฟันน้ำนมขึ้นเร็วกว่าปกติ.

ข้าพเจ้าขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกสูตินรีเวชวิทยา, ร.พ. ศิริราช โดยเฉพาะนายแพทย์สุพร เกิดสว่าง, ที่ให้ข้าพเจ้าได้ศึกษาเด็กสองรายนี้. ขอบคุณนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญที่กรุณารวบรวมสถิติเกี่ยวกับการผิดปกตินี้ให้. นายแพทย์เสงี่ยม ลิมพะสุต คณะทันตแพทยศาสตร์ที่ช่วยตรวจดูเช็คชั่นและให้ยืมหนังสือเป็นแนวทางการศึกษา.

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๔.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน ราคา ๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

(Abstract of the preceding Report)

CONGENITAL TEETH

Sood Sangvichien
M.B., M.D.
(Department of Anatomy)

Two cases of congenital teeth or deciduai eruption at birth are described. It is very rare; within 13 years there are only 3 cases in 22,527 babies born in the Department of Obstetrics and Gynecology of Siriraj Hospital.

These two cases of congenital teeth were found in the Department of Obstetrics and Gynecology of Siriraj Hospital in 1951. There was no significant past history of the mothers and their families. The teeth looked like incisors of the temporary teeth. Under microscopic examination only the cementum was absent. They were movable having no roots to fix them to the jaws as normally.

The author also discusses about the nature of those teeth both in polyphyodont and diphyodont.

(Four Figures, Two Diagrams and Five References)

T.K.

✓เซซาเรี่ยนเซ็คชั่นภายหลังตาย

ประพนธ์ เสรีรัตน์

พ.บ., F.I.C.S.

(กรมการแพทย์)

การทำผ่าตัดเอาทารกออก หลังจากที่มารดาถึงแก่กรรม (Postmortem cesarean section) เป็นการกระทำเพื่อช่วยทารกให้พ้นจากการเสียชีวิตตามมารดาไปด้วย. สตรีที่มีโรคแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์นอกจากอาจเป็นอันตรายแก่ตนเองยังอาจมีอันตรายต่อชีวิตของทารกในครรภ์ด้วย. ด้วยเหตุฉะนี้บางรายจึงจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเอาเด็กออกเสียก่อนที่อันตรายนั้น ๆ จะแสดงอาการคุกคามต่อชีวิตของมารดาและบุตร, เช่น ในสตรีที่มีโรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจรั่ว, โรคพิษแห่งครรภ์เป็นต้น. การผ่าเอาเด็กออกจากครรภ์ภายหลังที่มารดาเสียชีวิตแล้วใหม่ ๆ เป็นการกระทำอีกระยะหนึ่งที่ช่วยชีวิตเด็ก. การนี้จะกระทำก็ต่อเมื่อแน่ใจว่าเด็กยังมีชีวิตอยู่. โดยมากเด็กมักถึงแก่กรรมก่อนมารดา, เนื่องมาจากพิษของโรคที่แพร่อยู่ในกระแสเลือดของมารดา, และเนื่องจากแอ๊กซีเยี่ที่เกิดแก่เด็ก. แต่ถ้าหากมารดาถึงแก่กรรมโดยกระทันหัน, หรือถึงแก่กรรมด้วยโรคที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเด็กยังสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ในครรภ์ได้อีกประมาณ ครึ่งชั่วโมงภายหลังที่มารดาได้สิ้นใจ(๑) ก็มีโอกาสที่จะช่วยโดยวิธีที่กล่าวนี้ได้, แต่โดยเหตุที่มารดาถึงแก่กรรมโดยปัจจุบันทันด่วน, เป็นการยากที่จะติดต่อขออนุญาตทำการผ่าตัดจากผู้ปกครองหรือสามีได้ทันท่วงที, การทำผ่าตัดทำนองนี้จึงไม่ค่อยจะมีโอกาสได้กระทำ, หรือเมื่อทำแล้วอาจไม่ได้ผลสมความมุ่งหมายของผู้ทำก็ได้.

Eastman (๒) กล่าวว่าการผ่าตัดนี้ควรจะทำในรายที่ยังได้ยินเสียงหัวใจเด็กก่อนที่มารดาจะสิ้นใจ, และควรมีใบรับรองจากสามีของคนไข้เสียก่อนให้เรียบร้อย. ในบางกรณีก็เป็นการยากยิ่ง, เพราะการกระทำผ่าตัดในลักษณะนี้อยู่ในภาวะกระทันหัน, ซึ่งไม่สามารถจะติดต่อกับสามีหรือผู้ปกครองให้ทันการได้. แม้แต่นายแพทย์

ผู้รักษาก็ไม่อาจจะทรายล่วงหน้าเบื้นเวลานานถึงชั่วโมง ๆ ได้, ดังในรายที่คนไข้ถึงแก่กรรมระหว่างให้ยาสลบ หรือในรายที่แพทย์กำลังทำผ่าตัด ด้วยสาเหตุอื่นอยู่ ดังที่รายงานโดย Weil และคณะ[๓] หรือคนไข้ถึงแก่กรรม เพราะหัวใจหยุดในขณะที่รับการผ่าตัด ดังรายงานของ Baden และ Baden[๔].

ถึงแม้ว่าจะได้กระทำการผ่าตัดก็ตาม, ก็ยังไม่แน่นอนนักว่า เด็กจะรอดเสมอไป, ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับโรคของมารดาและระยะที่เด็กมีแอ๊อกเซีย.

M. Roberts Talisman[๕] รายงานไว้ ๑ ราย ซึ่งคนไข้ถึงแก่กรรมด้วยโรคติดเชื้อของปอดอย่างรุนแรง. คนไข้สิ้นใจแล้ว ๘ นาที จึงทำการผ่าตัดเอาเด็กออก. เด็กหนัก ๔ ๕/๑๖ ปอนด์. อยู่ได้เพียง ๒๐ นาที.

จากรายงานดังที่ได้ อ้างมาแล้วนั้นจะเห็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งว่าคนไข้เหล่านั้นเบื้นคนที่อยู่ ใน โรงพยาบาล แล้ว ทั้งสิ้น, และถึงแก่กรรมในขณะที่ผ่าตัดอยู่, หรือทรายล่วงหน้าอย่างแน่นอนแล้วว่าจะต้องถึงแก่กรรม. ด้วยเหตุนี้จึงมีทางช่วยเหลือทารกไว้ได้ทันท่วงที. ถ้าหากคนไข้ที่อยู่ในสภาวะอื่น ๆ เช่นประสพอุบัติเหตุถึงแก่กรรมทันทีหรือเบื้นโรคบ้าคุยันชั้นทันที เช่นนี้, ภาวะการย่อมเปลี่ยนไป, และในบางโอกาสย่อมเบื้นที่น่าเสียดาย หรือน่าสงสารเบื้นที่สุดที่ต้องปล่อยให้ทารกเสียชีวิตไปต่อหน้าต่อตาทั้ง ๆ ที่ยังมีช่องทางที่จะช่วยชีวิตไว้ได้.

ฉะนั้นข้าพเจ้าจึงเห็นว่าการผ่าตัดเอาเด็กออกภายหลังมารดาถึงแก่กรรมนั้นน่าจะได้รับการพิจารณาด้วยความสนใจเบื้นอย่างมาก, และควรให้สิทธิเสรีแก่นายแพทย์ผู้มุ่งหวังที่จะช่วยชีวิตมนุษย์ไว้, แม้ว่าจะต้องเสี่ยงต่อ อันตรายเพียงใดก็ตาม. สิ่งที่ยากยิ่งประการหนึ่ง ก็คือการลงความเห็นหรือการตัดสินใจโดยเด็ดขาดอย่างฉับพลันว่า มารดาถึงแก่กรรมแล้วหรือยัง, ซึ่งอาจจะเบื้นปัญหามิใช่น้อย. ถ้าหากยังลังเลใจอยู่นานเกินไป, ทารกก็ย่อมมีหวังที่จะรอดชีวิตอยู่ได้น้อยเต็มที.

ตามรายงานที่ได้ปรากฏมาแล้วมีเพียง ๒๔ รายเท่านั้น ที่นับว่าทำผ่าตัดดังกล่าวนี้แล้วได้ผลดี. ฉะนั้นข้าพเจ้าจึงขอเสนอรายงาน คนไข้ที่ได้รับผลดีเบื้น รายที่ ๓๐ ต่อไปดังนี้ :

คนไข้ชื่อนาง ฉ.ต. อายุ ๔๑ ปี, บ้าน

ถนนพระสุเมรุ, พระนคร. เลขที่ทั่วไป ๒๗๒๒๑, ทะเบียนสูติกรรมภายใน ๘๕๒, เลขทะเบียนฝากครรภ์ที่ ๔๙๔๑, ครรภ์ที่ ๓ เคยมีบุตรมาแล้ว ๒ คน, ทั้งคู่ยังมีชีวิตอยู่และสบายดี. ไม่เคยแท้งเลย. รับไว้ในแผนกสูติกรรม, วชิระพยาบาล, เมื่อ ๑๗.๐๐ น. ของวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๔๙๗, ด้วยการตั้งครรภ์ได้ ๓๘ สัปดาห์ และมีโรคพิษแห่งครรภ์ (ท็อกซีเมีย) ระยะท้ายแทรกซ้อน. แรกรับอุณหภูมิ ๓๗.๐°ซ., การหายใจ ๑๘ ครั้ง, ชีพจร ๘๔ ต่อ ๑ นาที, ความดันเลือด ๑๗๐/๑๑๐ มม. ปรอท. ปฏิกิริยาวัสเซอร์แมนและคาห์นให้ผลลบทั้ง ๒ ชนิด. แอลบิวมินในปัสสาวะ ๑ +, น้ำหนักตัว ๗๓.๕ กก. ระหว่างวันที่ ๑๖ ถึง ๒๐ เดือนเดียวกันไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากนัก, นอกจากอาการบวมไม่ยุบ, และความดันเลือดอยู่ระหว่าง ๑๕๐/๑๐๐ กับ ๒๐๐/๑๑๐. ครั้นวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ เวลาประมาณ ๑๑.๐๐ น. คนไข้มีอาการของหัวใจล้มเกิดขึ้น และมีอาการปอดบวมน้ำ. มีน้ำเย็นฟองออกทางจมูกมากและหน้าเขียวมากขึ้นทุกที. ได้พยายามแก้ไขจนถึงเวลา ๑๒.๑๐ น. คนไข้ก็ถึงแก่กรรม. เมื่อคนไข้ถึงแก่กรรมแล้วแลเห็นอาการเด็กดิ้นทียิเวณมดลูก, แสดงว่าเด็กยังมีชีวิตอยู่. จึงได้ลงมือทำผ่าตัดเมื่อเวลา ๑๒.๒๐ น. ซึ่งเย็นเวลาภายหลังที่มารดาถึงแก่กรรมแล้ว ๑๐ นาที. ปรากฏว่ามีครรภ์แฝด. ขณะที่ทำการผ่าลงไปนั้น. ไม่มีเลือดพุ่งออกจากหลอดเลือดเลย. เด็กคนแรกมีน้ำหนัก ๑,๙๐๐ กรัม. มีอาการแอสฟิกเซีย. แก้อยู่ประมาณ ๓๐ นาทีจึงหายใจเย็นปกติ. คนที่สองซึ่งเอาออกหลังจากคนแรกประมาณ ๑ ถึง ๒ นาที น้ำหนัก ๒,๗๐๐ กรัม. มีอาการแอสฟิกเซียเล็กน้อย, แก้อยู่ประมาณ ๑๕ นาทีก็หายใจเย็นปกติ. ทารกทั้งสองคนเป็นหญิง, และมีชีวิตรอดอยู่จนกระทั่งญาติมารับกลับบ้านประมาณ ๑ เดือนภายหลังเกิด.

สรุป รายงานคนไข้ ๑ ราย. มีครรภ์แฝด, กำหนด ๓๘ สัปดาห์. มีโรคพิษแห่งครรภ์ระยะท้ายแทรกซ้อน. ต่อมามีอาการของหัวใจล้มโดยปัจจุบัน และปอดบวมน้ำ และถึงแก่กรรมโดยกระทันหัน. ได้ลงมือทำการผ่าตัดเอาเด็กออกภายหลังหัวใจมารดาหยุดเต้นแล้วประมาณ ๑๐ นาที. ทารกแฝด, เพศหญิง, แรก

เกิดมีแอสฟิกเซีย แต่แก้ไขพ้นอันตรายทั้งสองคน. คนไข้รายนี้เป็นรายงานที่ ๓๐ ในจำพวกที่ผ่าตัดแล้วได้ผลสมความมุ่งหมาย, ตามที่ปรากฏในวารสารการแพทย์.

เอกสาร

1. Greenhill: Principle and Practice of Obstetrics, 9th. ed., p, 948.
2. J.N. Eastman: Williams, Obstetrics, 10th. ed., p. 1123.
3. A. Weil, R.J. Yoder and M. Bachand: Amer. J. Obst. & Gynec. 66:207,1953.
4. E.E. Baden and W.F. Baden: Amer. J. Obst, & Gynec. 66:202,1953.
5. B.R. Talisman: Amer. J. Obst. & Gynec. 68:717, 1954.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

(Abstract of the preceding Report)

POST-MORTEM CEASAREAN SECTION

Prapond Seriratana.
M.B., F.I.C.S.
(Department of Medical Services
Ministry of Public Health)

The author suggests that a ceasarean section should be performed in those who die suddenly of some diseases e.g. chronic nephritis, valvular heart disease, toxemia of pregnancy etc. The operation should start as soon as possible after the death of the mother, in order to prevent the foetus from anoxia.

A case of toxemia of pregnancy is reported. The patient suddenly died of acute cardiac failure and pulmonary edema. Ceasarean section was started ten minutes after the mother's cardiac arrest; a pair of twins was delivered. There was asphyxia at the beginning of birth, but this was soon relieved. This is the 30th successful case found in the medical journals.

(Five References)

T.K.

ยามาลาเรียและการรักษามาลาเรีย

กำธร สุวรรณกิจ

พ.บ., Dr. P.H. (Harvard)

(คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์)

ข้าพเจ้าได้อ่านนิตยสารภาษาไทยฉบับหนึ่งมีเรื่องการรักษามาลาเรียด้วยยาใหม่ขนานหนึ่ง. นายแพทย์ผู้เขียนแสดงความไม่พอใจในคำโฆษณาของยาขนานนั้น. แม้ในขณะนี้กรมอนามัยจะได้ทำการป้องกันโรคนี้อย่างกว้างขวางแล้วก็ตาม, แต่มาลาเรียก็ยังเป็นโรคที่ต้องรักษากันอยู่มาก. ข้าพเจ้าเห็นว่าการนำเรื่องการรักษามาเล่าสู่กันฟังคงจะได้ประโยชน์ไม่น้อย. จึงขอย่อความและนำบทความบางตอนของเรื่องนี้จาก World Health Organization Technical Report Series No. 80, Expert Committee on Malaria, Fifth Report, June 1954, มาเสนอแก่เพื่อนแพทย์ผู้สนใจ, ดังต่อไปนี้:

วิธีการออกฤทธิ์ของยารักษามาลาเรีย

ตามทฤษฎียาอาจแสดงฤทธิ์ต่อเชื้อมาลาเรียดังนี้:

๑. ต่อสะโปโรซอยต์ในขณะที่มันเพิ่งเข้าสู่ร่างกายมนุษย์.

๒. ต่อเชื้อในระยะแรก (primary tissue phase) หรือระยะปริเอริย์โธรซิย์ติค.

๓. ต่อเชื้อระยะไม่มีเพศในระยะเอริย์โธรซิย์ติค.

๔. ต่อเชื้อระยะมีเพศในระยะเอริย์โธรซิย์ติค.

๕. ต่อเชื้อในระยะที่สอง (secondary tissue phase) หรือตอนท้ายของระยะเอ็กโซเอริย์โธรซิย์ติค, ซึ่งเป็นต้นเหตุของการที่เชื้อไวแว็กส์อาจแฝงอยู่ในร่างกาย หรือทำให้ไข้กลับได้ภายหลังเวลานาน ๆ. (เข้าใจว่าระยะนี้ไม่มีสำหรับเชื้อฟัลซิปารุ่ม).

๖. ต่อกาเมโตซัยต์ในระยะยุง. ยาที่ใช้กันโดยมากแบ่งเป็นพวกได้ดังนี้:

๑. อัลคาลอยด์ของชิงโฆนา (ควินิน, โตตาควินา).

๒. อะมิโนอะคริดีน (เมปาคริน หรือ อะเตบริน).

๓. ๔-อะมิโน-ควิโนลีน (ฆลอโร-ควิน, อะโมไดอะควิน).

๔. ๘-อะมิโน-ควิโนลีน(ปามาควิน, ปริมาควิน).

๕. ไบกูอะไนด์ (โปรกูอานิล)

๖. ไดอะมิโน-ฟีย์ริมิดีน (พัยริเมธามีน).

ตามที่ได้ทดลองกันมาแล้วยังไม่ปรากฏเลยว่ามียาชนิดใดที่มีผลต่อเชื้อมาลาเรียในระยะสะโปโรซอยต์. พวกอัลคาลอยด์ของซิงโฆนา, อะมิโน-อะคริดีน, ๔-อะมิโนควิโนลีน, ไบกูอะไนด์ และไดอะมิโนฟีย์ริมิดีน มีอำนาจทำลายต่อเชื้อระยะไม่มีเพศของเชื้อมาลาเรียทุกชนิดในคนในระยะเอริย์โธรซีย์ติค. แต่สองจำพวกหลังมีฤทธิ์ช้ามากจนไม่เหมาะแก่การรักษา. ๘-อะมิโนควิโนลีนไม่มีอิทธิพลต่อเชื้อฟัลซิปารุ่มในระยะไม่มีเพศและระยะเอริย์โธรซีย์ติค, แต่มีอำนาจทำลายอย่างแรงต่อกาเมโตซัยต์ของเชื้อทุกชนิด. นอกจากนี้ยังมีอำนาจต่อระยะเอ็กโซเอริย์โธรซีย์ติคชั้นที่สองของเชื้อไวแว็กส์. ดังนั้นจึงมีประโยชน์มาก. ยานี้มีผลยับยั้งต่อระยะปรีเอริย์โธรซีย์ติคของเชื้อฟัลซิปารุ่มและไวแว็กส์, แต่ว่าจะต้องให้ในขนาดมากอย่างน่ากลัวอันตราย.

ยาพวกไบกูอะไนด์, และไดอะมิโน-ฟีย์ริมิดีน เป็นยาสองจำพวกเท่านั้นที่อาจใช้ได้ต่อเชื้อระยะปรีเอริย์โธรซีย์ติคอย่างปลอดภัย และได้ผลเต็มที่แต่เฉพาะเชื้อฟัลซิปารุ่ม. ยานี้ดูเหมือนจะไม่มีอำนาจต่อระยะมีเพศ ของฟัลซิปารุ่ม ในกระแสโลหิต, แต่ปรากฏว่าทำให้เชื้อไม่สามารถเจริญในยุง.

ความทนยาของเชื้อมาลาเรีย

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าเชื้อมาลาเรียบางสะเตรนมีความต้านทานต่อยาบางชนิดมากกว่าเชื้อสะเตรนอื่น ๆ. แต่ความทนยาซึ่งบังเกิดขึ้นภายหลังการใช้ยานั้นเพิ่งจะเป็นที่ทราบกัน, เช่นการที่ P. gallinaceum บังเกิดความทนยาต่อโปรกูอานิลเพิ่งจะมีผู้รายงานเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๗. ต่อมาก็มีผู้พบว่าเชื้อฟัลซิปารุ่มและเชื้อไวแว็กส์มีความสามารถที่จะทนต่อโปรกูอานิลเหมือนกัน. เมื่อเร็ว ๆ นี้ก็เป็นที่ทราบกันว่าเชื้อมาลาเรียบังเกิดความต้านทานต่อพัยริเมธามีน. ความต้านทานต่อยาทั้ง

สองนี้มีผลจากขนานหนึ่งข้ามไปยังอันหนึ่งด้วย.

ความต้านทานต่อโปรกูอานิลนั้น อาจเกิดขึ้นเร็วหรือช้า, หรือไม่เกิดขึ้นเลยก็ได้. ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะการที่เชื้อมาลาเรียถูกเผยต่อยา. ความทนทานอย่างแรงต่อยาจะเกิดขึ้นภายในสองสามเดือน, ถ้าให้ในขนาดน้อยและค่อย ๆ ให้ในเวลานาน ๆ. ถ้าให้ยาถึงขนาด, ความต้านทานนี้ก็จะไม่เกิดขึ้น.

สำหรับยาฆ่าลอโรควินหรืออะโมไดอะควินนั้น ยังไม่ปรากฏเลยว่ามีความทนยาเกิดขึ้น. ได้มีผู้พยายามที่จะก่อให้เกิดความทนต่อยาเมปาครีน, ฆลอโรควิน และอะโมไดอะควิน โดยทดลองต่อเชื้อมาลาเรียของนกและสัตว์มีนม, แต่ก็ไม่สำเร็จ.

ความทนของเชื้อมาลาเรียในคนต่อควินินเป็นที่ค่อนข้างหายาก. ในขณะนี้เป็นที่ทราบกันแต่เพียงว่าความทนทานอาจมีได้แต่เฉพาะยาโปรกูอานิลและพัยริเมธามีนเท่านั้น.

การรักษามาลาเรีย

ความมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดก็คือ: (๑) บำบัดอาการให้หมดไปโดยรวดเร็ว และให้มีพิษแทรกแซงน้อยที่สุด. (๒) การรักษาอย่างตัดเชื้อโรค. การที่จะทำให้ยุงไม่สามารถจะแพร่เชื้อโรคที่ได้รับจากผู้ป่วยไปได้, ก็เป็นสิ่งที่ปรารถนาเหมือนกัน.

ควินินซัลเฟทหรือฮัยโดรฆลอไรด์ ให้วันละ ๑.๓-๒.๐ ก. (๒๐-๓๐ เกรน), จะทำให้ไข้ลดลงโดยรวดเร็วและหายขาดได้มากถ้าเป็นเชื้อฟัลซิปารุ่ม. ยาขนานนี้รักษาหายขาดได้น้อยถ้าเป็นเชื้อสะเตรนยุโรปบางชนิดของฟัลซิปารุ่ม. ยานี้ไม่มีผลต่อการติดเชื้อของกาเมโตซัยต์ต่อยุง, และในภาวะการ ยางอย่างอาจช่วย ให้เกิดไข้ปัสสาวะดำ.

เมปาครีน ถ้าให้ขนาดหนักคือ ๖๐๐-๙๐๐ มก. ในวันแรกหรือสองวันแรก, แล้วต่อไปวันละ ๓๐๐ มก. จนครบสัปดาห์, จะทำให้ไข้มาลาเรียทุกชนิดลดลงโดยเร็ว, และรักษาหายขาดได้มากถ้าเป็นเชื้อฟัลซิปารุ่ม. ยานี้ไม่มีผลต่อกาเมโตซัยต์. พิษมีบ้างเหมือนกันเช่น ปัซยัโคสิส, อาจมีจิตเลอะเลือนหรือพุ่งซ่าน ข้อเสียอีกอย่างหนึ่งก็คือยานี้อาจทำให้ผิวหนังมีสีเหลือง.

ฆลอโรควิน ทำให้ไข้ของมาลาเรียทุกชนิดลดลงโดยเร็ว, และรักษาหายขาดได้มากถ้าเป็นเชื้อฟัลซิปารุ่ม. ยานี้ดีกว่าเมฟาควิน, คือไม่ทำให้ผิวหนังเหลืองและไม่มีอาการทางจิต. การให้ยาครั้งแรก ๖๐๐ มก. (ของเบส). ๖ ชั่วโมงต่อมาให้อีก ๓๐๐ มก. ต่อไปให้อีกสองวัน ๆ ละครั้ง ๆ ละ ๓๐๐ มก. อะโมไดอะควินมีฤทธิ์คล้ายฆลอโรควินและให้ผลพอ ๆ กัน. ยาทั้งสองอย่างนี้ไม่อาจทำให้กาเมโตซัยต์หมดอำนาจติดเชื้อต่อยุงได้. โปรกูอานิลออกฤทธิ์ช้ามาก ไม่เหมาะแก่มาลาเรียบ้านๆขุขัน, ไม่อาจรักษามาลาเรียชนิดฟัลซิปารุ่มให้หายขาดได้, แต่สามารถป้องกันการที่จะติดเชื้อฟัลซิปารุ่มต่อไป ซึ่งเป็นฤทธิ์ที่ไม่มีในเมฟาควิน, ฆลอโรควิน, อะโมไดอะควินหรือควินิน, ยานี้เป็นยารักษามาลาเรียที่มีพิษน้อยที่สุดในเวลานี้.

พยริเมธามีน คล้ายกับโปรกูอานิล, คือออกฤทธิ์ช้าและมีอำนาจป้องกันการติดเชื้อฟัลซิปารุ่ม.

การรักษาไข้มาลาเรียในคนที่ไม่มีอำนาจต้านทาน ควรใช้ยาจำพวกฆลอโรควิน, อะโมไดอะควิน, เมฟาควิน, หรือควินิน. ยาสองขนานแรกเห็นจะดีที่สุดที่จะตัดไข้. ทั้งพิษก็มีน้อย.

โปรกูอานิล และพยริเมธามีน มีฤทธิ์ช้าเกินไป, ไม่เหมาะแก่การรักษา เว้นแต่จะใช้ยาที่มีฤทธิ์เร็วช่วย.

สำหรับคนไข้ที่มีอาการโคม่าต้องใช้วิธีฉีด. อาจฉีดควินินฮัยโดรฆลอไรด์ ๐.๖๕ กรัมในน้ำเกลือนอร์มัล ๓๐๐-๔๐๐ ล. ซม. เข้าหลอดเลือดช้า ๆ (อย่าให้เร็วกว่า ๕๐ มิลลิกรัมของยาต่อนาที). อาจจะฉีดซ้ำอีกครั้งภายหลัง ๖ ชั่วโมงก็ได้, หรือจะใช้วิธีหยดเข้าหลอดเลือดนาน ๒๔ ชั่วโมงหรือกว่าก็ได้. วิธีหลังนี้มีประโยชน์มากสำหรับคนไข้ที่ร่างกายขาดอาหารมาก.

อีกวิธีหนึ่ง คือ ใช้เมฟาควินเมเธนซัลโฟเนท (อะเตบริน มูโซเนท) ฉีดเข้ากล้าม ๓๐๐-๔๐๐ มก. ในน้ำ ๑๐ ล.ซ.ม. อาจให้ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ๖ ชั่วโมงภายหลัง

ฆลอโรควินและอะโมไดอะควิน ก็ใช้ผู้เคยใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดเหมือนกัน. ในขณะนี้ยังไม่แน่ว่าจะได้ผลดีในรายที่หนักมาก.

การฉีดควินินเข้ากล้ามเนื้อยังมีทำกัน

อยู่มากในหลายประเทศ. ผลเสียหายก็คือทำให้เนื้อเน่าและเป็นฝี.

เมื่อคนไข้สามารถที่จะกินได้แล้ว, การรักษาต่อไปก็ควรเป็นการให้กินยา.

การรักษามาลาเรียชนิดไวแว็กส์ให้หายขาด การรักษาให้หายขาดอาจทำได้เป็นส่วนมากโดยใช้ยาขนานใดขนานหนึ่งในจำพวก ๘-อะมิโนควิโนลิน. ยาขนานแรกที่ใช้เพื่อป้องกันไข้กลับคือพามาควิน, ในขนาด ๑๐ มก. ของเบส วันละ ๓ ครั้ง เป็นเวลา ๑๐ วัน. ต่อมาได้พบว่ายาขนานอื่น ๆ ในพวกนี้, คือเพ็นตาควิน, ไอโซเพ็นตาควินและปริมาควิน ให้ผลดีกว่าและมีพิษน้อยกว่าพามาควิน. เข้าใจว่าในสามขนานที่กล่าวที่หลังนี้, ปริมาควินที่ใช้คือ ๑๕ มก. ของเบสทุกวัน เป็นเวลา ๑๔ วัน. ถ้าให้ระหว่างที่มีไข้ควรใช้ฆลอโรควินช่วยด้วย.

การรักษาไข้ชนิดพลัสโมเดียมมาลาริแอให้หายขาดนั้นใช้วิธีเดียวกันกับการรักษาไข้ชนิดไวแว็กส์.

ในการใช้ยาจำพวก ๘-อะมิโนควิโนลิน ควรระวังอย่างกวดขันเป็นพิเศษและเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้กับคนไข้ที่มีผิวหนังดำ, เพราะบางทีอาจมีการทำลายเม็ดเลือดภายในหลอดเลือดอย่างฉับพลันได้.

การรักษาไข้มาลาเรียในคนที่มีความต้านทานอยู่บ้าง การให้ยาครั้งเดียว, เช่น ๖๐๐ มก. ของฆลอโรควินเบส หรือ ๖๐๐ มก. ของอะโมไดอะควินเบส, แก่คนไข้ที่มีความต้านทานโรคอยู่บ้างนั้น ได้พิสูจน์แล้วว่าให้ผลดี. การรักษาด้วยโปรกูอานิล ๓๐๐ มก. ครั้งเดียว ก็มีรายงานว่าได้ผลดีเหมือนกัน. ได้มีผู้ให้ความเห็นว่าการให้พยิริเมธามีน ๕๐ มก. ครั้งเดียวก็อาจให้ผลดีและเป็นการประหยัด. แต่โดยเหตุผลที่ว่ามีความทนต่อยาดังกล่าวมาแล้ว, จึงเห็นว่าควรใช้โปรกูอานิล, และพยิริเมธามีน เพื่อการป้องกันเท่านั้น, และใช้ฆลอโรควิน, อะโมไดอะควิน, เมปาครีน และควินินในการรักษา.

การป้องกันและการระงับโรค

การป้องกันอาการไข้ในมาลาเรียอาจทำได้โดย:

๑. ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อมาลาเรียในระยะปรีเอริย์โธรซิย์ติค.

๒. ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อมาลาเรียระยะไม่มีเพศในระยะเอริย์โธรซิย์ติค.

ยาที่มีฤทธิ์ตามข้อ ๑. ในที่ไม่เป็นพิษคือ ไยกูอาไนด์และไดอะมิโนพิย์ริมิดีน. ฤทธิ์เช่นนี้เท่าที่ปรากฏก็จำกัดอยู่แต่เพียงเชื้อฟัลซิปารุ่ม. แต่โดยที่ยานี้มีฤทธิ์ต่อระยะไม่มีเพศ และเอริย์โธรซิย์ติคของมาลาเรียทุกชนิด, การใช้ยานี้จึงไม่จำกัดอยู่ต่อเชื้อฟัลซิปารุ่มเท่านั้น. การใช้ยานี้ควรจะทำให้ถูกวิธี เพื่อจะได้ไม่ก่อให้เกิดความทนต่อยาขึ้น.

ขนาดของยาโปรกูอานิลที่แนะนำให้ใช้ในการป้องกันหรือระงับโรค คือ ๑๐๐ มก. ต่อวันสำหรับคนที่ไม่มีความต้านทาน, และ ๓๐๐ มก. ต่อสัปดาห์ สำหรับคนพื้นเมืองในถิ่นมาลาเรีย. ประโยชน์ที่ยิ่งของยานี้ก็คือเราอาจแจกจ่ายยานี้ให้แก่ชาวบ้านได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะมีอันตรายจากการกินยาเกินขนาด.

ขนาดของพัยริเมธามีน คือ ๒๕ มก. สัปดาห์ละครั้ง. ยานี้มีประโยชน์ที่ใช้ในขนาดน้อย และเด็ก ๆ ก็กินได้สดวก เพราะไม่มีรส, แต่จะต้องระวังเก็บไว้ให้ไกลมือเด็ก มิฉนั้นเด็กจะคิดว่าเป็นขนมและกินเข้าไปมาก ๆ.

ทั้งโปรกูอานิลและพัยริเมธามีนยังมีประโยชน์ในการป้องกันการสืบพันธุ์ของมาลาเรียด้วย.

ในการระงับมาลาเรียฟัลซิปารุ่มจะต้องใช้ควินินขนาดสูงถึงวันละ ๐.๖๕ ก. (๑๐ เกรน). แต่ถ้าเป็นสะเตรนของนิวกินีขนาดนี้ก็ยังไม่พอ. ข้อเสียของยานี้คือถ้าใช้เป็นเวลานานก็จะมีพิษแทรกแซงเกิดขึ้น, หรืออาจมีไข้ปัสสาวะดำ, จึงไม่สมควรที่จะใช้ยานี้ในท้องที่ที่มีฟัลซิปารุ่มชุกชุม.

เมปาครีน (อะเตบริน) วันละ ๑๐๐ มก. เป็นยาระงับมาลาเรียทุกชนิดได้อย่างดี, ถ้าหากว่าเริ่มกินยานี้ ๑๔ วันก่อนเข้าไปในถิ่นมาลาเรีย และกินต่อไปอีกเป็นเวลา ๑ เดือน หลังจากออกมาจากถิ่นนั้น. แต่ยานี้มีข้อเสีย, คือถ้ากินเป็นเวลานาน บางคนจะมีอาการทางผิวหนัง และที่เป็นบ่อยก็คือไลเฆน็อยด์เดอร์มาไตติส (Lichenoid dermatitis) ที่มือ, ข้อมือ, เท้าและข้อเท้า. นอกจากนี้ก็ทำให้ผิวหนังเหลือง.

ฆลอโรควิน ระงับมาลาเรียได้ดีกว่าเมปาครีน, ใช้ขนาด ๓๐๐ มก. ของเบสสัปดาห์ละครั้ง. หรือใช้วันละ ๑๐๐ มก.

สำหรับผู้ที่ไม่มีความต้านทาน. ยานี้มีฤทธิ์คล้ายเมปาครีน, แต่มีพิษน้อยกว่าและไม่ทำให้ผิวหนังเหลือง.

อะโมไดอะควิน ให้สัปดาห์ละ ๔๐๐ มก. ของเบส ก็ให้ผลดีพอ ๆ กัน.

ในขณะนี้ยาที่มีผลดีสำหรับการป้องกันก็อยู่ในพวกโปรกูอานิล, พยิริเมธามีน, ฆลอโรควินและอะโมไดอะควิน. สองขนานแรกดีที่ป้องกันการสืบพันธุ์ในยุงได้และราคาถูก. นอกจากนั้นโปรกูอานิลยังดีขึ้นไปอีกที่มีพิษน้อย. แต่อย่างไรก็ดี, ยังมีอันตราย อยู่ในตอนที่ว่าเชื้ออาจเกิดความทนทานต่อยาขึ้นได้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้อย่างไม่ถูกวิธี. ถ้าเกิดเช่นนั้นขึ้นก็ให้เปลี่ยนไปใช้ฆลอโรควิน, อะโมไดอะควิน, หรือควินิน.

สรุปขนาดยาที่ควรใช้

การรักษาไข้ในคนที่ไม่มีความต้านทาน

๑. ฆลอโรควินไดฟอสเฟทหรือซัลเฟท: ๖๐๐ มก. ของเบสทันที, ๓๐๐ มก. ๖ ชั่วโมงต่อมา แล้ววันละ ๓๐๐ มก. ต่อไปอีก ๒ วัน.

๒. อะโมไดอะควินไดฮัยโดรฆลอไรด์ไดฮัยเดรท: ๖๐๐ มก. ของเบสทันที, แล้ววันละ ๔๐๐ มก. ต่อไปอีก ๒ วัน.

๓. เมปาครีนฮัยโดรฆลอไรด์: ครั้งละ ๒๐๐ มก. วันละ ๓ ครั้งสำหรับ ๒ วันแรก; ครั้งละ ๑๐๐ มก. วันละ ๓ ครั้ง ต่อไปอีก ๕ วัน; หรือ ๑ กรัม (๒๐๐ มก. ๕ ครั้ง) สำหรับวันแรก, และครั้งละ ๑๐๐ มก. วันละ ๓ ครั้ง ต่อไปอีก ๖ วัน.

๔. ควินินซัลเฟทหรือไดฮัยโดรฆลอไรด์: วันละ ๑.๓-๒.๐ ก. (๒๐-๓๐ เกรน) เป็นเวลา ๕ ถึง ๗ วัน.

การรักษาอย่างฉุกเฉิน

๑. ควินินไดฮัยโดรฆลอไรด์: ๐.๖๕ ก. ใน ๓๐๐-๔๐๐ ล.ซม. ของน้ำเกลือนอร์มัล, ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ (อย่าให้เกิน ๕๐ มก.ต่อนาที). ถ้าจำเป็นต้องฉีดซ้ำอีกภายหลัง ๖ ชั่วโมง, หรือให้โดยวิธีหยดเข้าหลอดเลือด ในขนาด ๒.๐ ก.ต่อ ๒๔ ชั่วโมง.

๒. เมปาครีนเมเธนซัลโฟเนท (อะเตบรินมูโซเนท): ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๓๐๐-๔๐๐ มก. ถ้าจำเป็นซ้ำอีกภายหลัง ๖ ชั่วโมง. (๓๗๕ มก. เมปาครีนเมเธนซัลโฟเนทเท่ากับ ๓๐๐ มก. เมปาครีนฮัยโดรฆลอไรด์).

การรักษามาลาเรียชนิดไวแวักส์และมาลาริแอให้หายขาด. ๑. ปริมาควินไดฟอสเฟท : วันละ ๑๕ มก. ของเบสเย็นเวลา ๑๔ วัน. เพิ่มฆลอโรควินในระยะมีไข้.

๒. ปามาควินนัฟโธเอทหรือไดฮัยโดรฆลอไรด์: ครั้งละ ๑๐ มก. ของเบสวันละ ๓ ครั้ง, เย็นเวลา๕ถึง๑๐วัน เพิ่มควินินหรือฆลอโรควินในระยะมีไข้. (๑๘ มก. ของนัฟโธเอท ๘ มก. เบส = ๑๐ มก. ไดฮัยโดรฆลอไรด์, หรือเทียบอย่างง่าย ๆ ๒ นัฟโธเอท = ๑ เบส = ๑ ไดฮัยโดรฆลอไรด์.)

การรักษาไข้ในคนที่มีความต้านทานอยู่บ้าง ๑. ฆลอโรควินไดฟอสเฟทหรือซัลเฟท : ๖๐๐ มก. ของเบสครั้งเดียว.

อะโมไดอะควินไดฮัยโดรฆลอไรด์ไดฮัยเดรท : ๖๐๐ มก. ของเบสครั้งเดียว.

ปามาควินฮัยโดรฆลอไรด์ : ๖๐๐ มก. ครั้งเดียว.

ควินินซัลเฟทหรือไดฮัยโดรฆลอไรด์ : วันละ ๑.๐-๑.๕ ก. (๑๕-๒๕ เกรน) เย็นเวลา ๒ วันหรือมากกว่า.

การป้องกันและระงับโรค ๑. ฆลอโรควินไดฟอสเฟทหรือซัลเฟท : สัปดาห์ละ ๓๐๐ มก. ของเบสหรือวันละ ๑๐๐ มก.

๒. โปรกูอานิล โมโนฮัยโดรฆลอไรด์ : วันละ ๑๐๐ มก. สำหรับคนที่มีความต้านทานอยู่บ้าง, สัปดาห์ละ ๓๐๐ มก.

๓. ซะโมไดอะควินไดฮัยโดรฆลอไรด์ไดฮัยเดรท : สัปดาห์ละ ๔๐๐ มก. ของเบส.

๔. พัยริเมธามีน : สัปดาห์ละ ๒๕ มก. ของเบส.

หมายเหตุ ขนาดยาที่แจ้งไว้ข้างบนนี้เป็นขนาดสำหรับผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนัก ประมาณ ๗๐ กก. ผู้ที่มีน้ำหนักและอายุแตกต่างไปควรได้รับยามากหรือน้อยตามส่วน. แต่สำหรับโปรกูอานิล และพัยริเมธามีนนั้น, ถ้าเป็นเด็กอายุตั้งแต่ ๕ ปีลงไปควรให้ ๑ ใน ๔ ของขนาดผู้ใหญ่, และถ้าอายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี ควรให้ครึ่งหนึ่งของขนาดผู้ใหญ่.

ยารักษามาลาเรียที่ผู้ผลิตใช้ชื่อต่าง ๆ กัน:—

Amodiaquine
Cam-aqi
Camoquin
Flavoquine
Miaquin
SN 10751

Chloroquine
Aralen
Nivaquine B
Resochin
Tanakan
SN 7618
3377 RP

Mepacrine
Acriquine
Arichin
Atabrine
Atebrin
Chemiochin
Chinacrin
Crinadora
Erion
Hoffkinine
Italchina
Malaricida
Methoquine
Metoquina
Metoquine
Palusan
Quinacrine

Pamaquine
Aminoquin
Beprochin
Fourneau-710
Gamefar
Pamaquine
Plasmochin
Plasmocide
Plasmoquine
Praequine
Quipenyl
Rhodoquine

Primaquine
SN 13272

Proguanil
Balusil
Bigumal
Chlorguanide
Chloriguane
Diguanyl
Drinupal
Quanatol
Paludrine
Palusil
Tirian

M 4888
SN 12837
3359 RP

Pyrimethamine
Daraprim
Malocide
B-W 50-63

บทความพิเศษ

"ทูลกระหม่อม ฯ" รำลึก

หลวงพิณพากย์พิทยาเภท
พ.ด., M.D., (Jefferson), C.R. (Harvard)
(คณบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล)

เมื่อประมาณก่อนตรุษฝรั่ง พ.ศ. ๒๔๖๑ ขณะที่ข้าพเจ้าก้าวลงจากรถไฟข้ามทวีปของสหรัฐอเมริกา ลงสู่ชานชลาสถานีรถไฟเมืองยอสตัน ท่ามกลางอากาศอันเย็นยะเยือกของฤดูหนาว, ซึ่งข้าพเจ้ายังไม่คุ้นเคยนัก, ความตื่นเต้นเนื่องจากแปลกถิ่นอันกำลังขึ้นสุดขีดนั้นค่อย ๆ ยรรเทาเบาบางลง เมื่อเหลือบเห็นกลุ่มคนไทยกลุ่มหนึ่งมาคอยรับอยู่แล้ว, ซึ่งนอกจากท่านเจ้าคุณชนินทร์ ฯ ผู้ปกครองนักเรียนไทยในสหรัฐขณะนั้นแล้ว, ยังมีเจ้านายชั้นสูงเสด็จมาด้วย. เจ้านายพระองค์นั้นคือสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมขุนสงขลานครินทร์. เย็นครั้งแรกที่ข้าพเจ้าได้เข้าเฝ้าเฉพาะพระพักตร์, ทำให้เกิดความปลื้มปีติอย่างสูงสุดสำหรับเด็กไทยซึ่งเพิ่งจบการศึกษาจากโรงเรียนในประเทศ และยังเอิญได้รับโชคดีได้ไปศึกษาต่อในต่างประเทศด้วยทุนเล่าเรียนหลวง, ต้องเร่ร่อนมาแรมเดือนในเรือกลไฟขนาดย่อมข้ามมหาสมุทร, ไม่คุ้นเคยกับดินฟ้าอากาศ, ไม่คุ้นเคยกับอาหารที่แปลกรส, ต้องเมาคลื่นและประสพแต่ความไม่สุขสบายด้วยประการทั้งปวง, ไม่เคยมีผู้ใดให้ความรู้มาก่อนเลยว่า ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นเป็นอย่างไร, ต้องมาได้พบได้เห็นได้มาเรียนรู้โดยตนเองทั้งสิ้น ด้วยความมุมานะของผู้แสวงหาโชคลาภเท่านั้นเองที่ทำให้เกิดกำลังใจมุ่งให้ถึงจุดหมายปลายทาง, และเมื่อถึงเข้าจริง ๆ ความเหน็ดเหนื่อยท้อแท้ต่าง ๆ ก็เหือดหายไปแทบหมดสิ้น ด้วยพระกรุณาของทูลกระหม่อม ฯ. ได้ทรายภายหลังว่า มิใช่แต่ข้าพเจ้าเท่านั้นที่ได้รับพระกรุณาเช่น

นั้น, นักเรียนไทยแทบทุกคนที่ไปถึงใหม่ ๆ ก็ได้รับพระกรุณาเช่นกัน, ตลอดจนเสด็จเยี่ยมเยียนเมื่อป่วยไข้, เพื่อเป็นกำลังใจ. นี่เป็นตัวอย่างของพระจริยาวัตร, ซึ่งทรงปฏิบัติอยู่เป็นนิจ, ทำให้เกิดผลสท้อนในจิตใจของผู้ได้รับพระกรุณาอย่างไม่มีวันลืมเลือน. เป็นตัวอย่างอันดีงามสำหรับนักเรียนไทยทั่วไปในสมัยนั้นพึงปฏิบัติตาม, เป็นเหตุให้เกิดความสามัคคีรักใคร่สนิทสนมในหมู่คณะเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในราชตระกูล, ขุนนางหรือสามัญชน, ทุกคนมีความเสมอภาค. ความรักใคร่สนิทสนมอันก่อเกิดขึ้นในต่างประเทศนั้น มีความมั่นคงยืนนานมาตราบเท่าทุกวันนี้ เพราะพระองค์ทรงเป็นผู้นำ.

นอกจากนี้ ทรงมีวิธีการที่จะอบรมสั่งสอนผู้ใกล้ชิดให้มีความรู้รอบตัว, ให้รู้จักความกระเหม็ดกระแหม่ เช่นทรงกำหนดให้ผู้ที่ไปถึงใหม่ ๆ ไปดูพิพิธภัณฑ์แห่งโน้นแห่งนี้, ให้หาทางไปเอง. เมื่อดูเสร็จแล้วต้องกลับมาทูลว่าได้ไปเห็นอะไรมาบ้าง, ซึ่งจะได้ทรงชี้แจงเพิ่มเติมต่อไปเพื่อเป็นความรู้ สำหรับเรื่องกระเหม็ดกระแหม่นั้น, เป็นที่ทรายกันอยู่ทั่วไปว่าไม่โปรดผู้ที่พุ่มเพื่อยหรูแพ้. ดังนั้นเวลาจะไปเฝ้า ณ พระตำหนักที่พัก, จะต้องระมัดระวังในการแต่งกาย, ผูกเน็คไทและสวมเสื้อผ้าชุดเก่า ๆ สักหน่อยจึงจะเป็นที่พอพระทัย. บางครั้งอยากทรงทรายว่าผู้ใดเที่ยวเก่งบ้างก็ทรงเอ่ยขึ้นลอย ๆ ว่า "เออ วันนี้หนังโรงไหนมีเรื่องสนุกบ้าง", ผู้ที่ยังเป็นหน้าใหม่, ไม่เข้าใจถึงความหมายอันลึกซึ้งของคำรับสั่งถามประโยคนี้, ก็จะทูลว่าโรงนั้นโรงนี้มีเรื่องดี, ก็ทรงขับได้ทันทีว่าผู้นี้ดูหนังเก่ง. ทรงกระทำทุก ๆ วิถีทางที่จะสอนให้รู้ถึงคุณค่าของเงิน. ครั้งหนึ่งเสด็จกลับจากประเทศอังกฤษ, แทนที่จะไปประทับโฮเต็ลให้สุขสบายกลับไปประทับที่ไว.เอ็ม.ซี.เอ. ทุนทรัพย์ส่วนพระองค์ที่ประทานให้เป็นทุนการศึกษาแก่บรรดาคนไทยนั้นมีจำนวนมากหลาย. ส่วนมากประทานให้ผู้สมควรจริง ๆ ทั้งนั้น. ชาวต่างประเทศบางคนก็เคยได้รับทุนของพระองค์. จะประทานก็ต่อเมื่อได้ทรงพิจารณาแล้วโดยละเอียดว่าจะเป็นประโยชน์จริง ๆ และผู้นั้นไม่มีทุนทรัพย์อื่นมาช่วยเหลือได้. ผู้ใดยังมีผู้ปกครองจะช่วยเหลือได้บ้างแล้ว. มักจะประทานเพียงครั้งเดียว, ให้ผู้ปกครองออกอีกครั้งหนึ่ง. นี่เป็นหลักที่ทรงปฏิบัติตลอดมาและในกรณีอื่นก็เช่นกัน.

จนกระทั่งในการสร้างตึก อำนวยการของเราก็ทรงบริจาคเพียงครั้งเดียว เพราะรัฐบาลมิงบประมาณจะออกได้ครั้งหนึ่งแล้ว, ดังนี้เป็นต้น.

ในด้านการปกครองดูแลนักเรียนส่วนพระองค์ และนักเรียนส่วนตัวซึ่งทางผู้ปกครองได้ฝากฝั่งไว้, ก็ทรงเป็นธุระดูแลจนทั่วถึง. สำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกลก็ทรงมอบให้นักเรียนชั้นผู้ใหญ่ ผู้ทรงไว้วางพระทัยช่วยดูแลอีกต่อหนึ่ง. เป็นการสนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบสมกับเป็นผู้ที่ได้รับการไว้วางพระทัย. ตลอดเวลาทรงวางแผนการศึกษาไว้ให้แต่ละคนอย่างละเอียด เพื่อประโยชน์ต่อประเทศชาติในอนาคต. อาจกล่าวได้ว่าพระกรณียกิจทุกชนิดขณะประทับอยู่ในต่างประเทศ มีสายโยงเกี่ยวพันถึงความเจริญรุ่งเรืองของประเทศชาติ และความสุขสมบูรณ์ของประชาชนชาวไทยแทบทั้งสิ้น. ส่วนที่มิเกี่ยวข้องถึงพระองค์เองนั้นน้อยที่สุด.

ในด้านการศึกษาส่วนพระองค์นั้นเล่า, ก็เพื่อประโยชน์ส่วนรวมเช่นกัน. ทรงทนทุกข์ทรมานพระวรกายและพระทัย เพื่อให้สำเร็จปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิต. ทั้งนี้ไม่ใช่เพราะพระองค์ท่านต้องการให้มีวิชาชีพเพื่อเป็นทางทำมาหากินต่อไปเหมือนอย่างปวงชนเราทั้งหลาย, เพราะทุนทรัพย์ส่วนพระองค์นั้นมีมหาศาล. หากจะทรงใช้สรอยเพื่อความสำราญส่วนพระองค์จนตลอดพระชนม์ชีพก็ไม่มีวันหมดสิ้น, แต่ได้ทรงตั้งพระทัยอย่างเด็ดเดี่ยวที่จะเป็นแพทย์ให้ได้ ถึงแม้ว่าความสำเร็จอันนี้จะเป็นสิ่งสุดท้ายในพระชนม์ชีพ. เพราะทรงเห็นเหตุการณ์ไกล, ทรงวิตกกังวลถึงการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศเป็นที่ตั้ง. ถึงแม้ว่าทรงได้ประกาศนียบัตรทางสาธารณสุขแล้วก็ยังไม่พอ, ยังแคบเกินไป. ความคิดเห็นและข้อแนะนำของพระองค์ในเรื่องการแพทย์ และการศึกษาวิชาแพทย์ของประเทศ ยังได้รับการยกย่องนับถือไม่เต็มที่, เพราะออกมาจากปากของผู้ที่มิใช่แพทย์, ถึงแม้ว่าท่านผู้นั้นจะเป็นชั้นเจ้าฟ้า. โดยที่การแพทย์นั้นเป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่ง, พระวาจาของเจ้าฟ้าก็ไม่สามารถลบล้างทฤษฎีของวิทยาศาสตร์ได้. พระองค์ทรงตระหนักในความจริงข้อนี้ จึงต้องทรงยอมพ่ายแพ้ในปัญหาที่โต้เถียงเกี่ยวกับการแพทย์โดยดุษณีภาพในบางกรณี. แต่ในพระทัยนั้นยังเกิดมุมานะอย่างต็มที่ ที่จะเอาชนะให้ได้

ในที่สุด, จึงได้ทรงเข้าศึกษาวิชาแพทย์ และทรงได้รับความสำเร็จในที่สุดด้วยปริญญาแพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตเกียรตินิยม. ตลอดระยะเวลาศึกษาทรงสนพระทัยในการค้นคว้าวิจัยอย่างนักวิทยาศาสตร์ที่แท้จริง, จนมีเรื่องตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ต่างประเทศ. เมื่อทรงสำเร็จการศึกษาพระอนามัยก็เริ่มทรุดโทรมจนต้องทรงรับการผ่าตัดพระนาภีเนื่องจากไส้ติ่งอักเสบ, และพระวักกะที่ไม่ใคร่ปกติอยู่แล้วก็กำเริบขึ้นอีก. ผลของการตรวจอย่างละเอียดในทางแพทย์เป็นอย่างไร, พระองค์ทรงตระหนักในพระทัยเป็นอย่างดี. เมื่อเสด็จกลับถึงประเทศไทยราวกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๔๗๑ นั้น, ผู้ที่ไปรับเสด็จณท่าเรือและผู้ที่เคยได้เฝ้าขณะประทับในต่างประเทศเมื่อยังก่อนสังเกตเห็นว่าพระวรกายค่อนข้างซูบซีดไปกว่าเดิม, แต่ก็ยังทรงรับสั่งว่าสบายดี.

คล้าย ๆ กับจะทรงรู้สึกว่า เวลาของพระองค์นั้นยังเหลือไม่สู้มากนักแล้ว จะต้องปฏิบัติพระกรณียกิจที่ได้ตั้งพระทัยไว้ให้ลุล่วงให้จนได้. การเป็นแพทย์ที่สมบูรณ์, เมื่อศึกษาจบแล้วจะต้องผ่านการเป็นแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลอีก. ถึงแม้ว่าขณะทรงเป็นนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้าย จะได้เคยประจำอยู่ในโรงพยาบาลมาตั้ง ๓ เดือนแล้วก็ตาม, แต่นั่นยังไม่เรียกว่าแพทย์ประจำบ้าน, ไหน ๆ จะเป็นแพทย์กันแล้วจะต้องเป็นให้ถูกแบบ. เมื่อทางรัฐบาลไม่สามารถจะจัดให้พระองค์ปฏิบัติหน้าที่แพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลที่พระองค์ได้ทรงเกื้อกูลอุปถัมภ์มาแล้ว, ก็ต้องไปหาที่อื่น. การเสด็จขึ้นไปปฏิบัติหน้าที่แพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลในภาคเหนือของประเทศนี่เอง, เป็นต้นเหตุให้พระองค์เสด็จจากเราไปโดยไม่มีวันกลับ. ประเทศไทยต้องสูญเสียอัจฉริยะบุรุษของประเทศไปพระองค์หนึ่งโดยที่ยังไม่ได้รับผลจากพระองค์ท่านอย่างเต็มที่. โรงพยาบาลศิริราช, โรงเรียนแพทย์, โรงเรียนพยาบาล-ผดุงครรภ์ ได้รับการปรับปรุงบูรณะในทุก ๆ วิถีทางด้วยน้ำพักน้ำแรงตลอดจนทุนทรัพย์ส่วนพระองค์และด้วยอิทธิพลของพระองค์, หมดโอกาสที่จะให้พระองค์ได้รับความชื่นชมยินดีในความสำเร็จต่าง ๆ ที่ได้ทรงเริ่มก่อไว้. วงการแพทย์และการสาธารณสุขต้องขาดผู้หวังดี, ผู้รู้, ผู้กล้าติชมอันยิ่งใหญ่ไปผู้หนึ่ง.

อย่างไรก็ตาม พระองค์ได้จากไปแล้ว, แต่คุณความดีในพระจริยาวัตร์ และพระกรณียกิจยังคงเหลืออยู่อย่างไม่มีวันเสื่อมคลาย. เป็นหน้าที่ของชาวศิริราชทุกคนที่จะเจริญรอยตามเบื้องพระยุคลบาท. ช่วยกันทำนุบำรุงสิ่งที่พระองค์ได้ทรงเริ่มก่อไว้ให้เกิดความมั่นคงและเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป, เพื่อเป็นการสนองพระคุณ, เกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติตามที่ได้ทรงตั้งพระทัยไว้แต่ต้นทุกประการ.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช.

บทบรรณาธิการ

"โดยรอยพระยุคลบาท"

ทางจูงใจ

โดยหลักพระพุทธศาสนา, ผู้ทำกุศลย่อมได้บุญ. แต่ผู้ที่ทำกุศล, แล้วยังชักจูงผู้อื่นให้ทำตามไปด้วย, ย่อมได้บุญแรงยิ่งขึ้นไปอีก.

หลักข้อนี้นับว่าได้เริ่มด้วย พระพุทธองค์ซึ่งเมื่อได้บรรลุพระโพธิญาณแล้วก็มิได้ทรงสงวนความสำเร็จไว้แก่พระองค์เองเท่านั้น, หากได้ทรงพระอุตสาหะออกจาริกเพื่อโปรดปวงมนุษย์ให้ได้เห็นทางที่จะประพฤติเพื่อแสวงธรรมต่อไปอีกด้วย. อนึ่ง, คงจะหลักเดียวกันนี้เองเป็นต้นเหตุของธรรมเนียมที่ต้องเคาะระฆังเวลาทำบุญ, หรือทำการประโคมหรือฉลองเมื่อทำงานทางศาสนา. ถึงแม้ว่าชาวบ้านอาจเข้าใจว่าเป็นการป่าวประกาศแก่เทวดาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่น ๆ, ความจริงที่แฝงอยู่เบื้องหลัง, และประโยชน์ที่อาจเห็นได้, คงจะเป็นการชักชวนทางอ้อมให้ผู้อื่นบังเกิดศรัทธาพลอยทำบุญตามไปด้วยนั่นเอง.

พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, "เสด็จในกรม ฯ" ของชาวศิริราชรุ่นเก่า, ก็ได้ทรงปฏิบัติโดยหลักดังกล่าวนี้ในการประกอบพระกรณียกิจเพื่อราชแพทยาลัยในสมัยที่พระองค์ดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการ. เคยทรงเล่าประทานบรรณาธิการสารศิริราชว่าในสมัยนั้นงบประมาณสำหรับศิริราชมีน้อย, เพราะโรงเรียนแพทย์เป็นกิจการใหญ่, ความสนใจยังมีน้อย. โรงพยาบาลไม่มีคนไข้. โรงเรียนแพทย์ก็ไม่มีนักเรียน. ไม่มีใครเห็นความสำคัญของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ในการสอนนักเรียนแพทย์เลย. กล่าวได้ว่าในตอนนั้นมีแต่พระองค์เท่านั้นที่ทรงทราบว่าความรู้ในด้านวิทยาศาสตร์ทดลองมีความจำเป็นสำหรับแพทย์ แผนปัจจุบัน เพียงไร, เพราะได้เคยทรงพบเห็นมาระหว่างที่ทรงศึกษาอยู่ในประเทศเยอรมันนี. พระองค์

ได้ทรงดำเนินพระนโยบายที่จะชักจูงความสนใจในโรงพยาบาลศิริราชและโรงเรียนราชแพทยาลัยให้ บังเกิดขึ้นในหมู่บุคคลสำคัญ ๆ ทั้งในด้านราชการและด้านสังคม. ทรงพระอุตสาหะเสด็จไปเฝ้าเจ้านายต่าง ๆ เพื่อทูลให้ทรงทราบความจำเป็นและความต้องการของสถานที่ดังกล่าว, และทรงชักจูงให้บังเกิดศรัทธาเพื่อประกอบการกุศลโดยบำรุงโรงพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์ด้วยประการต่าง ๆ. ทรงปฏิบัติเช่นเดียวกันในหมู่ข้าราชการผู้ใหญ่และพ่อค้าคหบดีที่ทรงคุ้นเคย. ในการชักชวนนั้นมักทรงแสดงให้เห็นว่าการที่พระองค์ทรงดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการราชแพทยาลัยอยู่นั้นก็เป็นการทรงเสียสละอย่างหนึ่ง, เพราะเป็นตำแหน่งที่ไม่มีอำนาจราชศักดิ์อย่างใด, แต่เป็นตำแหน่งที่มีงานเป็นกุศล. ดังนั้นจึงใคร่ทรงยอกยุญต่อ ๆ ไปให้คนอื่นได้มีโอกาสทำกุศลด้วย. ทรงเล่าว่าการปฏิบัติของพระองค์นั้นได้ผลบ้าง, ไม่ได้ผลบ้าง, เพราะคนยังไม่เห็นความจำเป็น และยังศรัทธาน้อย. ตัวอย่างที่จะเป็นเครื่องชักจูงก็ไม่ใคร่มี. ครั้นต่อมาเมื่อทรงประสบความสำเร็จในการน้อมนำให้ทูลกระหม่อม ๆ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, ทรงสนพระทัยและตกลงที่จะประทานพระอนุเคราะห์ให้แก่ศิริราช, เสด็จในกรมฯ ก็ทรงวางพระทัยได้ว่าความพยายามของพระองค์ตั้งแต่ดั้งเดิมนั้นจะบรรลุผล. ทรงกล่าวว่าพระองค์เองเป็น "คนจน" และเป็นเพียงพระองค์เจ้า, จะชักจูงใครเขาก็ไม่ค่อยเห็นด้วย, จะทำอะไรเองก็ไม่ค่อยได้มาก. แต่สมเด็จพระราชบิดา ฯ ทรงเป็น "เศรษฐี" และเป็นเจ้าฟ้า, มีพระอิทธิพลทั้งในการเงินและทางบ้านเมือง, เพราะฉะนั้นจะทรงติดต่อพูดจากับใครก็มีน้ำหนัก. อย่างไรก็ดี, การก็ปรากฏว่าสมเด็จพระราชบิดา ฯ ทรงประกอบพระกรณียกิจได้ผลเกินกว่าที่เสด็จในกรม ฯ หรือผู้หนึ่งผู้ใดน่าจะได้คาดหมายไว้เสียอีก.

ทูลกระหม่อม ฯ ทรงเริ่มต้นด้วยการทรงพระอุตสาหะเสด็จไปต่างประเทศอีกครั้งเพื่อทรงศึกษาวิชาสาธารณสุขซึ่งทรงเห็นว่าจะเป็นรากฐานความรู้ให้ทรงสามารถปฏิบัติราชการเพื่อโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลได้ดี. ต่อมาภายหลังที่ได้เสด็จกลับเข้ามาทรงปฏิบัติงานบ้างแล้วก็เสด็จออกไปอีกเป็นครั้งที่สาม เพื่อทรงเรียนแพทย์, เพราะทรงเห็นความจำเป็นบาง

ประการ, และได้ทรงศึกษาจนสำเร็จได้รับปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตทั้ง ๆ ที่พระอนามัยอยู่ในสภาพเสื่อมโทรมมาก. ทรงมุมานะเรียนจนได้ก็ด้วยพระปรารถนาที่จะสามารถทรงแสดงความเห็นหรือประทานคำแนะนำในเรื่องการแพทย์ได้โดยมีน้ำหนักอย่างเต็มที่. นับเป็นการทรงเสียสละพระองค์เองอย่างเต็มเปี่ยมเพื่อกิจการที่พระองค์ทรงศรัทธา. การปฏิบัติของพระองค์ในข้อนี้เป็นการโฆษณาชักจูงความสนใจให้แก่การแพทย์และโรงเรียนแพทย์อย่างเข้มแข็งและได้ผลยิ่ง. ประชาชนโดยทั่วไปได้รับการกระตุ้นเตือนให้นึกถึงความสำคัญของวิชาแพทย์อย่างชัดแจ้ง. หากการแพทย์มีความสำคัญเป็นรองแล้ว เหตุไฉนทูลกระหม่อม ฯ ซึ่งทรงพระฐานันดรศักดิ์เป็นสมเด็จเจ้าฟ้าพระอนุชาธิราช และทรง "มั่งมีอย่างเหลือหลาย" จะทรงเสียสละด้วยประการทั้งปวงที่จะเรียนแพทย์. นอกจากนั้น การที่พระองค์ประทานทรัพย์สินส่วนพระองค์เป็นจำนวนมากมายเพื่อส่งคนไปเรียนวิชาสำหรับกลับมาเป็นอาจารย์ของแพทย์ก็ดี, เพื่อเป็นทุนสำหรับส่งเสริมกิจการต่าง ๆ ก็ดี, ประทานอาคารสำหรับโรงพยาบาลก็ดี, ย่อมเป็นที่เร้าใจแก่คนทั่ว ๆ ไปให้หันมาเอาใจใส่และช่วยเหลือโรงเรียนแพทย์เช่นพระองค์บ้าง.

ในการที่ทูลกระหม่อม ฯ มาทรงรับพระภาระเป็นผู้แทนรัฐบาลไทยไปทำการเจรจากับรอคคีเฟ็ลเล่อร์ มูลนิธิในการทำความตกลงเกี่ยวกับการที่มูลนิธินั้นจะอำนวยความช่วยเหลือให้แก่โรงเรียนแพทย์ของไทย, บุคคลิกภาพของพระองค์ย่อมเป็นที่พึงประสงค์อย่างยิ่ง. ไม่ต้องสงสัยว่าความสำเร็จจะไม่บังเกิดในเมื่อผู้แทนของรัฐบาลไทยเป็นสมเด็จพระอนุชาของพระเจ้าอยู่หัว, เป็นผู้ทรงสนพระทัยอย่างยิ่งในการแพทย์, และโดยพระองค์เองก็ได้ประทานความช่วยเหลือหลายประการแล้วเพื่อกิจการของโรงเรียนแพทย์. เชื่อว่าอย่างน้อยผู้แทนของรอคคีเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิก็คงจะต้องนึกบ้างว่าหากเมืองไทยมีผู้ทรงศักดิ์ที่มีความคิดสูง และสามารถเสียสละได้เช่นทูลกระหม่อม ฯ กระนั้นแล้ว, การที่มูลนิธิจะลงทุนรอนและกำลังความคิดเพื่อส่งเสริมการศึกษาแพทย์ของไทย, ซึ่งโดยการนั้นเองก็เป็นกุศลอยู่แล้ว, คงจะไม่เป็นการเสี่ยงเปล่าเป็นแน่. การเจรจาเรื่องความช่วยเหลือสำเร็จไปได้โดยราบรื่น, และการปฏิบัติงานของมูล

นิธิก็เย็นที่ปลอดโปร่ง. มูลนิธิ ฯ ได้รับความร่วมมือจากทางการของไทยอย่างเพียบพร้อมทุกประการ, และสามารถอำนวย ผล ดี ยิ่งให้แก่ การ ศึก ษา แพทย์. ตลอดส่วนใหญ่ของเวลาที่รอคกิเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิให้ความ ช่วยเหลือ อยู่ นั้น ทูล กระหม่อม ฯ ทรงรับพระภาระช่วยเหลือศิริราชอยู่ทั้งทางตรงและทางอ้อม. ไม่ต้องสงสัยว่าการที่ทรงเสียสละให้แก่โรงเรียนแพทย์โดยมิได้ทรงมุ่ง หวังการ ตอบแทนอย่างใดเลยย่อมเย็นทั้งการกระตุ้นและการจูงใจแก่มูลนิธิอยู่ด้วย. การที่ส่งคนไปศึกษาในต่างประเทศเย็น นักเรียนทุนส่วนพระองค์เพื่อให้กลับมาเย็นอาจารย์สอนนักเรียนแพทย์, และมีสัญญาที่จะประทานเงินส่วนพระองค์เพิ่มเติมขึ้นจาก เงินเดือนของทางราชการเพื่อให้อยู่ในฐานะที่จะอุทิศตนให้แก่โรงเรียนแพทย์ ได้อย่าง เต็มที่ก็ดี, การที่ประทานตึกพักคนไข้ให้แก่โรงพยาบาลโดยไม่ยอมให้ตั้งชื่อเย็นอนุสรณ์แก่พระองค์ก็ดี *, ย่อมเย็นที่ประทับใจและจูงใจแก่รอคกิเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิอยู่มาก. ข้อนี้มีเหตุการณ์ที่อาจอ้างเย็นข้อสนับสนุนได้, คือเมื่อทูลกระหม่อม ฯ สิ้นพระชนม์ลงในขั้นสุดท้ายของสัญญาการร่วมมือ ระหว่างรัฐบาลไทยกับมูลนิธิ ฯ, ทางมูลนิธิก็ได้ตกลง ยืดอายุ สัญญาต่อ ไป อีกหนึ่งปี "เพื่อถวายความระลึกถึง" แด่ทูลกระหม่อม ฯ (+).

ในด้านบุคคลก็ไม่ต้องสงสัยว่ามีคนจำนวนมากที่ได้อุทิศและกำลัง อุทิศตนให้แก่โรงเรียนแพทย์หรือกิจการ แพทย์เพื่อดำเนิน "โดยรอยพระยุคลบาท". บุคคลผู้หนึ่งในกลุ่มนี้สมควรจะอ้างได้, เพราะถึงแก่กรรมไปแล้ว, คือศาสตราจารย์ เอ.จี. เอ็ลลิส, อดีตศาสตราจารย์และหัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา, คณบดีคณะแพทยศาสตร์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช, และ อธิการบดีจุฬาลง กรณมหา วิทยาลัย. ท่านศาสตราจารย์ ผู้นี้ เข้ามา ประเทศไทยครั้งแรกเพื่อช่วยปรับปรุงแผนกพยาธิวิทยาและห้องตรวจเชื้อ ของโรงพยาบาลศิริราชในสมัยเสด็จในกรม ฯ ยังทรงอำนวยการอยู่. เมื่อสิ้นสัญญาก็กลับไปประ-

---

* เมื่อสิ้นพระชนม์แล้วทางการได้ตั้งชื่อว่า "ตึกมหิดลบำเพ็ญ" (+) ศาสตราจารย์ เอ.จี.เอ็ลลิสในหนังสือ "พระราชกรณียกิจของสมเด็จเจ้าฟ้า ฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์ที่ทรงมีแก่กิจการแพทย์ของประเทศไทย" สารศิริราช ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒.

เทศอเมริกา และ ได้รับหน้าที่ในตำแหน่งศาสตราจารย์ รอง ใน วิชา พยาธิ วิทยาในมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่ง. ครั้นรอคคิเฟ็ลเล่อร์ มูลนิธิ เริ่มให้ ความ ช่วยเหลือแก่ศิริราชท่านผู้นี้ก็ได้รับแต่งตั้งเป็นหัวหน้าคณะศาสตราจารย์ออกมา ทำงานให้แก่โรงเรียนแพทย์โดยกำหนดเวลาจำกัดตามสัญญา. ระหว่างที่ปฏิบัติงานตามหน้าที่นี้ท่านได้ร่วมงาน และ วิสาสะกับทูลกระหม่อม ฯ อย่างใกล้ชิด, ทำให้บังเกิดทั้งความนิยมและความเคารพรักในน้ำพระทัยของพระองค์เป็นอย่างยิ่ง. เมื่อสิ้นพระชนม์แล้วท่านศาสตราจารย์ได้เขียนหนังสือที่ระลึกถวายเพื่อบรรยายพระกรณียกิจที่ได้ทรง ปฏิบัติ แก่ โรง เรียน แพทย์ และ การแพทย์ของไทยอันยังผลดีวิเศษทั้งทางตรงและทางอ้อม. ท่านได้ลงท้ายหนังสือของท่านด้วยความว่า "ในการที่พระองค์ได้ทรงถือกำเนิดมาในโลกนี้นั้นนับว่าเป็นการประเสริฐยิ่ง". ผู้ที่อ่านหนังสือนี้ย่อมจะเห็นได้โดยง่ายว่าท่านผู้เขียนมีความซาบซึ้งตรึงใจในการทรงเสียสละ ของ ทูลกระหม่อม ฯ เพียงใด. คงจะไม่เป็นการผิดพลาดมากนักถ้าหากจะเดาว่าพระกรณียกิจของทูลกระหม่อม ฯ ได้มีส่วนสำคัญในการจูงใจท่านศาสตราจารย์ผู้นี้, ภายหลังที่รอคคิเฟ็ลเล่อร์มูลนิธิเลิก ให้ความ ช่วยเหลือแล้ว, แทนที่ท่านจะกลับไปเป็นศาสตราจารย์ในมหาวิทยาลัย ที่มีชื่อเสียงในสหรัฐ ฯ, ตกลงอยู่ต่อไปในฐานข้าราชการไทยและทำหน้าที่เป็นศาสตราจารย์และคณบดีของโรงเรียนแพทย์ที่นอกประเทศไทยแล้วก็ไม่มีใครรู้จักเลย. ท่านผู้นี้ได้ทำงานให้แก่โรง เรียนแพทย์ ของเรา ตราบจนถึงเกษียณอายุราชการ. เมื่อได้กลับไปบำเพ็ญชีวิต สงบอยู่ที่บ้าน เดิมแล้วก็ยังไม่วาย ระลึกถึงและยินที่จะมาเยี่ยมเยียนศิริราชอยู่เสมอ, ตราบจนถึงแก่กรรม.

ทูลกระหม่อม ฯ มิได้ทรงบำเพ็ญพระคุณอย่างใหญ่หลวงไว้แก่ศิริราชเพียงด้วยพระองค์เองเท่านั้น, แต่การที่ทรงสนพระทัยอย่างจริงจัง และทรง เสียสละอย่างสุดสิ้นให้แก่ศิริราชยังได้จูงใจผู้อื่น, แม้แต่ชาวต่างประเทศ, ให้บังเกิดความศรัทธาใน การที่จะ ทำคุณแก่สถานศึกษาแห่งนี้โดยรอยพระยุคลยาทอีกด้วย. พระคุณของทูลกระหม่อม ฯ จึงเป็นสิ่งที่ชาวศิริราชจะลืมเสียมิได้.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., จำลอง หะริณสุต พ.ด., D.T.M., Ph.D.
นันทา ติตถะสิริ พ.บ., สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ., ดิลี จิงเจริญ พ.ด., Ph.D.
ดรุณี ดำรงมณี พ.บ., จรูญ ไชยโรจน์ พ.บ., อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph.D.

๑. R.C. Ionux et al: ทำให้เห็นร่างแหเปอร์คินจิ (Purkinje networks) ของหัวใจวัว. Anat. Rec. 118: 723-735, 1954.

ผู้ศึกษาได้ใช้แยเริ่ยมซัลเฟต ๒๕ ก. ในไดโอดราสท์ ๗๐ ป.ซ. ๕๐ ล. ซม. ผสมให้เข้ากันด้วยเครื่องผสม. ฉีดเข้าในช่องที่ล้อมรอบร่างแหเปอร์คินจิ ของเยื่อบุชั้นในหัวใจวัว; แล้วถ่ายด้วยเอ็กซเรย์วิธีพิเศษ (Modified extremity technic 35-40 KV,1/10Sec. on 100MA) ระยะ ๓๖ นิ้ว, ทำให้เห็นกิ่งขวาและซ้ายของบันเดิลของฮิส และสาขาได้ชัดเจน, แต่ที่บันเดิล และส่วนปลายที่กระจายอย่างละเอียด เข้าไปในกล้ามเนื้อของหัวใจไม่อาจเห็นได้. ได้ตัดเอาเนื้อส่วนต่าง ๆ มาทำเซคชั่น, ปรากฏว่าการที่ไม่เห็นกิ่งร่วมนั้นเป็นเพราะที่บริเวณนี้ไม่มีปลอกของเนื้อพังผืดที่จะให้ตัวยาแทรกเข้าไปได้. ที่กล้ามเนื้อก็เช่นเดียวกัน, ปลอกของพังผืดติดชิดรอยเส้นใยเปอร์คินจิ, ทำให้ตัวยาแทรกเข้าไปไม่สดวก. ภายในบันเดิลของฮิสมีเส้นใยประสาทจำนวนมาก, และใน ๒ ราย พบว่า มีแกงเกลียนเซลล์ กระจายอยู่ระหว่างเส้นใยเปอร์คินจิ. ความสำคัญของเนื้อเยื่อประสาทกำลังทำการศึกษาอยู่.

สุด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. J.F.B.Edeson: การรักษามาลาเรียเฉียบพลันด้วยอะซาครีน. Ann. Trop. Med. and Parasit. 48:160, 1954.

ยาอะซาครีน เป็น สาร พวก อะคริดีน คล้ายกับเมปาครีน, ทำโดยบริษัทอังกฤษ, เม็ดละ ๑๐๐ ม ก. ผู้รายงานได้ทดลองในผู้ป่วยที่สหรัฐมะลายู ๗๘ คน. เนื่องจากเป็นยาใหม่, ขนาดที่กำหนดใช้จึงยังไม่แน่นอน. ขนาดที่ให้แบ่งออกเป็น ๔ ชนิด คือ (ก) วันแรก ๐.๒ ก. ต่อไปอีก ๒ วัน ๆ ละ ๐.๑ ก. (ข) วันแรก ๐.๖ ก. ต่อไปอีก ๕ วัน ๆ ๐.๓ ก. (ค)

ให้มือเดียว ๐.๖ ก. (ง) วันแรก ๐.๖ ก. ต่อไปอีก ๒ วัน ๆ ละ ๐.๓ ก. ต่อมาลาเรียฟัลซิปารัม, โดยวิธี ก. และ ค. ผลไม่เย็นที่พอใจ. ตามวิธี ข. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือและอำนวยความสดวก. วิธี ง. เย็นวิธีที่น่าพึงพอใจ, ซึ่งไข้จะลงใน ๑.๒ วัน. ตรวจไม่พบตัวมาลาเรียใน ๒.๕ วัน หลังเริ่มให้ยา. ยานี้ไม่ออกฤทธิ์ต่อกามิโตไซต์เลย. ไม่มีพิษยาอันใดปรากฏในผู้ป่วย. สำหรับต่อมาลาเรียไวแว็กส์, ผลที่ได้คล้าย ๆ กับในพวกมาลาเรียฟัลซิปารัม; แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังน้อยและผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการติดตามผล, จึงยังลงความเห็นไม่ได้แน่นอน. เมื่อเปรียบเทียบผลกับยาฆ่าโรควินซึ่งให้ ๐.๓ ก. มือเดียว, พบว่าอะซาครินมีคุณสมบัติด้อยกว่า.

จำลอง หะริณสุต พ.ด., D.T.M., Ph.D.

๓. R. Rowlandson: ความพยายามระงับความเจ็บหลังผ่าตัดโดยยาชาเฉพาะที่ที่มีฤทธิ์ยาวนาน. Lancet. 4:171-172, 1954.

ได้ทดลองในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องอกด้วยโรคต่าง ๆ กัน, แต่โดยการผ่าแผลเหมือนกัน (substantially constant thoracotomy approach). ในครึ่งจำนวนผู้ป่วยได้รับยาอิโฟคาอิน (Efocaine) โดยการฉีดเข้าในช่องระหว่างซี่โครงต่ำกว่าซี่โครงที่จะต้องตัด, เหนือขึ้นไปและต่ำลงมา ๒ ช่อง, ในระหว่างทำการผ่าตัด. ผู้ป่วยและพยาบาลไม่ได้รู้ว่ารายไหนที่ได้รับยาชานี้บ้าง.

พบว่าผู้ป่วยพวกที่ได้รับยานี้, ก็คงมีความเจ็บหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับพวกที่ไม่ได้รับยาเหมือนกัน.

นันทา ติตถะสิริ พ.บ

๔. F.H. Smirk, A.E. Doyle and E.G. McQueen: การควบคุมความดันเลือดโดยฤทธิ์ร่วมของ ริเซอร์ปีน และเพนตาพัยโรลิดินัม (Reserpine and Pentapyrrolidinum). Lancet. 4: 159-161, 1954.

การใช้เพนตาพัยโรลิดินัม ร่วมกับ ริเซอร์ปีน มีผลในการลดแรงดันเลือดในรายที่เป็นโรคความดันเลือดสูง ดีกว่าการใช้แต่เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง. มีความสดวกเพราะให้รับประทานได้. ข้อสำคัญคือการหาขนาดที่เหมาะสำหรับผู้

ป่วยแต่ละราย. ได้แนะนำให้หาขนาดรีเซอร์ปีนก่อน, ซึ่งขนาดพอเหมาะคือขนาดมากที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนปกติ โดยไม่มีอาการแทรกแซง, และให้ยาในขนาดนี้เรื่อยไป (ประมาณ ๐.๒๕-๐.๕ มก. วันละ ๒-๓ ครั้ง). แล้วเริ่มให้เพนตาพัยโรลิดินั่มโดยวิธีหาขนาดพอเหมาะ โดยวิธีเดียวกัน (ซึ่งเย็นประมาณ ๖๐-๗๐๐มก. วันละ ๒ ครั้ง).

การใช้ยา ๒ ขนานนี้ร่วมกัน มีประโยชน์ คือ: (๑) ทำให้ขนาดที่ให้ผลของเพนตาพัยโรลิดินั่มลดลง, เย็นผลให้มีการกั้น (Blockade) ประสาทพาราซิมพะเธติคน้อยลง, และไม่มีอาการแทรกแซง. (๒) การขึ้นลงของความดันเลือดในระหว่างวันน้อยลง. (๓) ป้องกันการขึ้นของความดันเลือดตามอารมณ์ (emotional rise) เพราะรีเซอร์ปีนมีฤทธิ์ระงับประสาทด้วย (sedative). (๔) จากการติดตามผู้ป่วยเย็นเวลา ๔½ ปี พบว่า การเกิดหัวใจล้ม (Congestive cardiac failure) และการหอบ (Cardiac asthma) ลดน้อยลงมาก.

มีข้อเสียอยู่อย่างเดียวคือ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก, แต่บางรายก็ตายโดยปุบปับ เพราะหลอดเลือดแตกในสมอง. ข้อนี้เย็นเพราะความดันเลือดกลับสูงขึ้น, ซึ่งมักจะเนื่องจากการหยุดยา, การลดขนาดยาโดยการปฏิบัติไม่ถูกต้อง, หรือความดันเลือดกลับสูงขึ้นก่อนได้รับยามื้อถัดไป.

นันทา ติตถะสิริ พ.บ

๕. J.M. Lord, B.W. Powell and H. Roberts: การรักษาเด็กเกิดใหม่ที่ไม่หายใจ. Lancet. 2: 1001 - 1004, 1953.

ผู้รายงาน ได้ยันทึก วิธีปฏิบัติ ประจำสำหรับการ ช่วยเด็กเกิดใหม่ ที่ไม่หายใจอย่างรีบด่วนและผลการปฏิบัติรักษาในระยะ ๔ ปี. การกระทำเริ่มด้วยการดูดคอเอามูกออกในระยะแรก, พ่นลมเข้าทางหลอดลมในเด็กครบอายุ, และให้อ๊อกซิเย็นลงไปในกระเพาะ อาหาร ในเด็ก คลอดก่อนกำหนด. การพ่นลมเข้าทางหลอดลม, ไม่ดีในรายที่คลอดก่อนกำหนด, เพราะว่าทำให้เกิดช็อคได้. การพ่นลมเข้าทางหลอดลมเพื่อให้ปอดขยายและหายใจได้,

ทำในราย ที่มีการ ฟุบแฟบของ ปอดอย่าง ถาวร.

๗ ปซ. ของเด็กเกิดใหม่ตายจากการขาดลมหายใจ.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๖. J. Zellweger: สีใส่อาหาร Praxis. 43: 362-365, 1954.

จากการ ทดลองในสัตว์ พบว่าสีหลายชนิดที่ใส่ในอาหารอาจทำให้เกิดมะเร็งได้. นอกจากนั้นสียังอย่างทำให้พวกเชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้เปลี่ยนแปลงด้วย.

ดิถี จึงเจริญ พ.ด., Ph.D.

๗. Y.M. Bromhers, R. Foaff and D. D. Diengott: โรคเกาเซอร์ (Gaucher's Disease) ในคนตั้งครรภ์ B.M. J. 2: 761-763, 1953.

เกาเซอร์เป็นโรคที่พบน้อย. เกิดแก่หญิงมากกว่าชาย, มักเป็นในพวกยิว. ผู้รายงานมีโอกาสยันทึกรายงานผู้ป่วยตั้งครรภ์ ๑๓ ราย ซึ่งมา ร.พ. ในเยรูซาเล็ม.

๙ ราย ท้องได้ครบกำหนด. ๔ ราย เกรงว่าจะเสี่ยงอันตรายมากเกินไป จึงเอาเด็กออกในภาคแรกของระยะตั้งครรภ์.

ไม่มีเหตุผลที่จะทำให้ต้องกลัวเช่น ๙ รายแรก เพราะว่าในหญิงที่ปล่อยให้มีครรภ์ต่อไป, คลอดได้ปกติและไม่มีเลือดออกหลังคลอด หรือเหตุแทรกซ้อนอื่น ๆ. โรคนี้ไม่ทำให้เลวลงเมื่อมีการตั้งครรภ์, มีคนไข้บางคนกลับรู้สึกสบายขึ้น.

แม้ว่ากรรมพันธุ์อาจเป็นต้นเหตุ แต่ในทัศนะของผู้รายงาน ไม่มีเหตุผลใดที่จะห้ามตั้งครรภ์ในคนไข้ประเภทนี้.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๘. A.M. Master, H.L. Jaffe and L. Pordy: เจ็บหน้าอกเนื่องจากหัวใจและจากเหตุอื่น. Ann. Int. Med. 2: 315-322, 1954.

ผู้รายงานได้รายงาน ผลการ สำรวจผู้ป่วย ๒๐๐ ราย. ๑๐๐ รายมีอาการเจ็บหน้าอกที่มีสาเหตุจากหัวใจ, อีก ๑๐๐ รายจาก เหตุอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ เกิดจากการผิดปกติของระบบประสาท. แล้วให้หลักในการ วินิจฉัยสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอกโดยถือลักษณะข้างล่างนี้มากกว่า ๓ อย่างขึ้นไป:-

ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เนื่องจากหัวใจ (๑) เกิดขึ้นเวลาออกแรง. (๒) มีตำแหน่งการเจ็บอยู่ใต้กระดูกหน้าอก (sternum). (๓) เย็นการเจ็บชนิดรัดหรือบีบ. (๔) มักเจ็บร้าวไปยังไหล่หรือแขนซ้าย. (๕) การเจ็บครั้งหนึ่ง ๆ เย็นอยู่ไม่นาน. (๖) หายได้ด้วยการใช้ไนโตรกลีเซอรีน.

ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เนื่องจากเหตุอื่น. (๑) เกิดขึ้นขณะพัก. (๒) มีตำแหน่งการเจ็บอยู่ทั่วหน้าอกข้างซ้าย. (๓) เย็นการเจ็บชนิดปวดร้าว. (๔) เจ็บอยู่เฉพาะที่ไม่เสียวร้าว. (๕) การเจ็บครั้งหนึ่ง ๆ เย็นอยู่นาน. (๖) การใช้ไนโตรกลีเซอรีนไม่ได้ผล.

ดรุณี ดำรงมณี พ.บ.

๙. I.L. Milberg and J.A. Tolmach: การรักษาแผลเรื้อรังที่ขาด้วยผงเจลาตินที่ถูกดูดซึมได้ (เจลโฟม) J.A.M.A. 155: 1219-1221, 1954.

ผู้รายงานได้รายงานผลการทดลองรักษาแผลเรื้อรังที่ขาในคนไข้ ๑๐๖ คน, ด้วยการใช้เจลโฟมชนิดผงใส่แผล. โดยอาศัยฤทธิ์การกระตุ้นทิชชู, ผลปรากฏว่า, ในจำนวนนี้แผลหาย ๘๖ ราย, ดีขึ้น ๑๑ ราย, และไม่ได้ผล ๙ ราย. จากการศึกษาเปรียบเทียบกับผลการรักษาโดยใช้ยาอย่างอื่นได้แก่ขี้ผึ้งออเรโอมัยซิน, Silver Leaf Foil, ใบอะโลเวอรา และผงผลึกทริปซิน, พบว่า แผลที่ใส่ผงเจลโฟมเกิดมีแกรนูเลชั่นทิชชูได้เร็วและหายเร็วกว่าพวกที่ใช้ยาอย่างอื่น.

จรูญ ไชยโรจน์ พ.บ.

๑๐. K.M. Parckelmann: อาเตบรินในการรักษาพยาธิตัวตืด. Deutsches med. J. 5: 244-245 1954.

ประสิทธิภาพของอาเตบรินในการบำบัดพยาธิตัวตืดได้พบขึ้นในการใช้ยานี้เย็นยาคุมกันมาลาเรียในการป่วยเชื้อโรคนี้ในอเมริกาใต้ในปี ๑๙๔๔. ผู้เขียนได้วิจารณ์งานของคนอื่น ๆ และได้รายงานผลของเขาเองในการใช้อาเตบรินบำบัดพยาธิตัวตืด. ๓๔๗ รายจาก ๔๘๘ รายที่มีที่เนียแซ็กจินาต้าหรือที่เนียโซเลียมภายหลังได้รับการบำบัดด้วยยานี้, พยาธิตัวตืดพร้อมทั้งหัวของมันได้ถูกขับออกมา. อีก ๔๖ ราย, ถูกขับออกเฉพาะตัว.

วิธีให้ยาในการบำบัดพยาธิตัวตืด :—

ให้ผู้ป่วยงดอาหารมื้อเย็นในวันก่อนกินยา. วันรุ่งขึ้นงดอาหารเช้า. ให้กินอาเตบรินิ ๐.๘ ถึง ๑.๐ กรัม. สองชั่วโมงต่อมาให้ยาถ่ายจำพวกเซลายน์ ๒๐ ถึง ๓๐ กรัม. โดยมากพยาธิตัวตืดจะถูกขับออกมาหลังกินยา ๒ ถึง ๔ ชม. ในบางคนที่อาเจียน, ทำให้ผลที่จะได้เสียไป. แก้ได้โดยให้ยาทางสายยางที่กลืนลงไปถึงดูโอดีนั่ม.

ผู้เขียนออกความเห็นว่าอาเตบรินเป็นยาถ่ายพยาธิที่ดีที่สุดในพวกยาถ่ายพยาธิต่าง ๆ ที่นิยมใช้กันเวลานี้. ขนาดที่ใช้ ๑ กรัมไม่ทำให้เกิดเป็นพิษขึ้น, ถ้าใช้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามใช้. ขนาดนี้ถ้าจำเป็นก็ให้ซ้ำได้ภายหลังหลาย ๆ วัน. ได้ผล ๘๐ ถึง ๙๐ ป่ซ.

อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph.D.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

ปกิณกะ

ข้อพึงปฏิบัติ ๑๐ ข้อ
สำหรับการเจาะเลือดโดยผู้ป่วยไม่เป็นลม

๑. ในการตรวจเลือดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจทั่วไป, ให้เจาะเลือดในตอนกลาง ๆ ของการตรวจร่างกายซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ถูกตรวจนึกถึงการเจาะเลือดน้อยที่สุด. ระหว่างการตรวจ ในระยะแรก โดยเฉพาะเมื่อวัดความดันเลือดควรพินิจดูหลอดเลือดดำไปด้วย และในการตรวจต่อไปจะได้ดูว่ามีเลือดซึมจากรอยเจาะหรือไม่.

๒. อย่าเอ่ยถึงคำว่า "เลือด" เพราะอาจมีผลต่อต้านเกิดขึ้นในบางคน.

๓. อย่าให้ผู้ถูกตรวจเห็นเข็ม, กระบอกฉีดและเลือด, จงปฏิบัติเช่นเดียวกับหมอฟันซึ่งจะซ่อนเครื่องมืออันน่าตกใจไว้ก่อน เก็บเครื่องมือไว้ในลิ้นชัก, หลอดใส่เลือดในภาชนะทึบ หรือถ้วยแก้วที่กรุด้วยกระดาษ ยอกย้ำให้ผู้ถูกตรวจมองไปทางอื่นขณะที่ดูดเลือด.

๔. อย่าให้สำลีชุ่มยาฆ่าเชื้อ เมื่อทำความสอาดผิวหนัง ของเหลวที่หยดลงบนแขนจะทำผู้ถูกตรวจนึกว่าเป็นเลือด.

๕. อย่าแหนบผิวหนัง (เพื่อให้หลอดเลือดขยาย) ให้ค่อย ๆ รัดสายยางห้ามเลือดโดยปล่อยออกได้ด้วย การดึงเบา ๆ

๖. ใช้เวลาคลำหลอดเลือดดำที่มองเห็นไม่ชัดให้นานพอ. คลำให้ดีก่อน, ไม่ใช่ไปค้นหาเอาที่หลัง.

๗. แทงเข็มห่างจุดหมายไม่เกินหนึ่งในสิบนิ้วฟุต การแทงเข็มไกลจากหลอดเลือดถึงหรือเกินหนึ่งนิ้วฟุต เป็นการทำให้ชอกช้ำโดยไม่จำเป็น.

๘. ใช้เข็มมีปลายแบบ ซูเบ่อร์ เบอร์ ๒๑ ยาว ๑½ นิ้ว การใช้เข็มยาวก็เพื่อให้ขนานเข้าไปกับรูหลอดเลือด. ปลายแบบนี้ทำให้ โอกาส ทะลุ ผนังหลอดเลือดด้านล่างน้อยลง. ขนาดรูเข็มโตทำให้เลือดไหลสดวก

๙. เจาะเลือดที่แขนข้างที่ใกล้กับท่านให้แขนเหยียดเต็มที่และข้อศอกวางอยู่บนมือซ้ายของท่าน กดนิ้วหัวแม่มือให้แน่นบนหลอดเลือดดำที่ต้องการประมาณ ๑ นิ้ว

ห่างจากที่ต้องการเจาะ กดนิ้วให้แรงขึ้นและค่อย ๆ ดันเข็มผ่านหนังไปสู่หลอดเลือด ขณะดูดเลือด, กดปลายเข็มกับผนังหลังของหลอดเลือดเพื่อหลีกเลี่ยงการสั่นปะทะกับรูเข็ม. วางก้อนสำลีลงบนรอยเจาะ, กดลงเบา ๆ แล้วดึงเข็มออก. กดก้อนสำลีไว้เช่นนั้น และให้ผู้ถูกตรวจพันแขนนาน ๓ นาที; ซึ่งเย็นเวลาที่ใช้ล้างเข็มและกระบอกฉีด. ยังย้ายที่หลอด, หรือทำการยันทึก. พันผ้าทับรอยเจาะและตรวจร่างกายต่อไป

๑๐. จงจำไว้ว่าไม่เจาะเลือดเกิน ๒ ครั้ง, ส่วนมากควรเจาะแขนข้างหนึ่งเพียงครั้งเดียวเท่านั้น.

(ตัดตอนจาก Industrial Medicine and Surgery, 21 : 345, July, 1952)

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.

โปรดทราบ

๑. สมุดรวมวิชาการ

๒. สารศิริราชฉบับพิเศษ

หนังสือทั้งสองเล่มนี้ คงมีเหลืออยู่เพียงจำนวนน้อย ผู้ประสงค์ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ หรือต้องการซื้อไว้ประจำตู้สมุด โปรดติดต่อขอทราบรายละเอียดได้จากสำนักงานสารศิริราช.

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ต.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๔๙๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก ใหม่	๒,๑๕๐*	๗๘๘	๑,๐๕๘*	๕๑๐	๑,๔๓๔	๓๑๔*	๖,๖๕๔
เก่า	๑,๕๒๕	๑,๒๕๗	๑,๔๒๓	๘๓๕	๑,๕๖๖*	๓๐๕	๗,๗๕๑
รวม	๔,๐๗๕*	๒,๐๘๕	๒,๔๘๑	๑,๗๔๕	๓,๔๐๐	๖๑๕	๑๔,๔๐๕*
ใน	๑๔๕	๒๒๓	๗๑๕	๑๓๓	๒๘๖*	—	๑,๕๐๖*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๓๕๕* จักษุ ฯ ๓๖๒* สูติ-นารี ฯ ๑๘๗* รวม ๕๐๔* ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๑๘. หญิง ๒๕๘*. รวม ๔๗๖. คลอดตาย ชาย ๑๗. หญิง ๑๐ รวม ๒๗.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๔ คน (๑๐.๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๘* ราย. (๓๑.๒* ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๒๐ ครั้ง. ข้างนอก ๑๓ ครั้ง. รวม ๓๓๓ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กส์ตรวจ ๒,๗๑๒* คน. รักษาใหม่ ๓๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๒๑ ครั้ง. ราเดียม รักษา ๒๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๔ ครั้ง. ไดอะเธอร์มีย์. รักษาใหม่ – ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า – ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๗๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๕๔๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๘* ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๓๘ ราย. (จากภายนอก ๒๒ ราย). แอ็กกลูติเนชั่น ๑๓๖. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๘๑๑. หมู่เลือด ๕๔๘. นับเม็ดเลือด ๑๖๕. หาเชื้อบัคเตรี ๑๑๖. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๗๒. อุจจาระ ๓๖๐. ปัสสาวะ ๑๕๖*. เสมหะและอื่น ๆ ๑๔. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๔. อุจจาระ ๖๕. ปัสสาวะ ๔๓. น้ำไขสันหลัง ๘. เสมหะและอื่น ๆ ๒๒๘. ฉีดสัตว์ทดลอง ๔. เพาะเชื้อบิด ๓๑. ตรวจทดลองตัวจี๊ด ๔๕. ตรวจศพนิติเวช ๒๑. ตรวจของกลาง ๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๘. เจาะน้ำสันหลัง ๘. เจาะตับ ๓. น้ำช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องปอด –. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๔. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๒. ฉีดยาชิฟิลิส ๓๓.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๐๔. ถอนฟัน ๓๖๕*. อุดฟัน ๗๐. ผ่าตัดช่องปาก ๖๕*.

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าววันมหิดล ในวันที่ ๒๔ กันยายนศกนี้ อันเป็นวันที่ระลึกคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระราชชนิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ ซึ่งถือกันเป็นวันมหิดล คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้กำหนดจัดงาน เช่นเคยปฏิบัติมา มีพิธีทางศาสนา ทำบุญอุทิศส่วนกุศลถวายและวางพวงมาลาถวายสักการะ พระรูปสมเด็จพระราชชนิดา และเปิดโอกาสให้ผู้ที่จงรักภักดีและคุ้นเคยในพระองค์ท่าน ได้ถวายสักการะต่อพระรูปสมเด็จพระราชชนิดาในโอกาสนี้ด้วย

ในงานนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระบรมราชินี ได้ทรงพระกรุณาเสด็จมาร่วมในงานพิธี ทรงถวายพวงมาลาเครื่องสักการะบูชาพระรูปสมเด็จพระราชชนิดา ในโอกาสนี้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ พระราชทานเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนวันมหิดลทรงประทับอยู่พอสมควรจึงเสด็จกลับ

อนึ่ง ได้มีทางราชการ โรงพยาบาลต่าง ๆ ศิษย์เก่า นักศึกษาแพทย์ นักเรียนพยาบาล และนักเรียน ได้มาร่วมงานเป็นจำนวนมาก

ทุนวันมหิดล ทุนวันมหิดลเพื่อการศึกษาและค้นคว้าในวิชาแพทย์ในปีนี้ ได้มีผู้บริจาคเงินร่วมสมทบทุนเพิ่มเติม ดังนี้

คุณหญิงสิน ภักดีนรเศรษฐี ๑๐๐๐.๐๐ บาท ผู้บริจาครายอื่น ๆ รวม ๕๓๖๔.๒๕ บาท รวมเงินทั้งสิ้น ๑๖๓๖๔.๒๕ บาท

ยอดเงินทุนวันมหิดลรวมทั้งสิ้นตั้งแต่รับมา ๕๗๕๓๓.๒๕ บาท

ผลการตัดสินเรียงความเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวันมหิดล ทางคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เคยกำหนดการประกวดเรียงความมาทุกปี ในปีนี้ทางคณะกรรมการได้กำหนดหัวข้อเรื่องดังเคยกระทำมา

ได้มีนักศึกษาแพทย์ส่งเรื่องเข้าประกวดเป็นจำนวนมาก ปรากฏผลว่า คณะกรรมการประกวดเรียงความ พิจารณาลงมติให้สำนวนเรียงความของ นายมนตรี กันตะบุตร นักศึกษาแพทย์ปีที่ ๓ เป็นสำนวนยอดเยี่ยม ได้รับรางวัลในการประกวดครั้งนี้ (เรื่องนี้จะนำลงในสารศิริราชเดือนต่อไป)

นักศึกษาบำเพ็ญกรณียกิจ ในวันมหิดล มีนักศึกษาแพทย์ทั้งหญิงและชายจำนวนประมาณ ๖๐ คน ได้ร่วมกันบำเพ็ญกรณียกิจอันดี ช่วยกันจัดทำความสอาดเรียบร้อย บริเวณตึกเรียนกายวิภาคและสรีรวิทยา ทำทางระบายน้ำและตายหญ้าตลอดจนทำความสอาดห้องเรียนห้องปฏิบัติทดลอง เพื่อเป็นการรำลึกถึงบุญคุณของสถานศึกษาตามกำลังความสามารถของตน. การบำเพ็ญกรณีเช่นนี้สมควรเป็นตัวอย่างอันดีที่จะปฏิบัติสืบไป. เราขออนุโมทนาในการกระทำทั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง (ดูรายละเอียดในหน้านิสิต).

ข่าวพยาบาล

เลี้ยงน้ำชาส่งครูพยาบาลที่ไปต่างประเทศ เมื่อวันจันทร์ที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๔๙๗ เวลา ๑๕.๐๐ น. แผนกพยาบาลผดุงครรภ์ได้จัดให้มีการเลี้ยงน้ำชาให้แก่ น.ส. นพรัตน์ สุรพิพิธ และ น.ส. สมศิริ ทับแสง ครูพยาบาล ซึ่งจะได้เดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศ ที่หอประชุมราชแพทยาลัย เริ่มงานเวลา ๑๕.๐๐ น. โดยหัวหน้าแผนกพยาบาล - ผดุงครรภ์กล่าวอวยพร และโรงเรียนได้มอบของขวัญให้เป็นที่ระลึกแก่ผู้ที่จะไปศึกษาทั้ง ๒ คน. แล้วทั้ง ๒ คนได้กล่าวตอบ และได้ร่วมการเลี้ยงน้ำชาระหว่างพยาบาลและนักเรียนพยาบาลร่วมกัน เสร็จสิ้นงานเมื่อเวลา ๑๗.๐๐ น. เศษ

ครูพยาบาลไปศึกษาต่อต่างประเทศ น.ส. นพรัตน์ สุรพิพิธ ครูพยาบาลแผนกสูตินริเวชฯ ได้เดินทางไปศึกษาวิชาสูติศาสตร์ต่อ ณ ประเทศอังกฤษเป็นเวลา ๑ ปี โดยทุน Columbo Plan ได้เดินทางโดยเครื่องบินของบริษัท B.O.A.C. จากท่าอากาศยานดอนเมืองเมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๔๙๗ เวลา ๑๒.๑๕ น. มีคณะครูและนักเรียนไปส่งกันหลายคน

สมรส ๑. น.ส. เยาวภา โพธิรังษียากร กับ นายทองโรจน์ พจนารถ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๙๗. ๒. น.ส. ยาจิตต์ ตันยุวรรธนะ กับ นายนิยม วุฒิธำรง เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๔๙๗. ๓. น.ส. มาลี มากสุทธปาล กับ ร.อ. ประสาท วิมลศิลป์น เมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๔๙๗

โอน น.ส. ราตรี รองเมืองศาสตร์ไปกรมการแพทย์เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๙๗

ลาออก ๑. น.ส. สุดารี เวณุโกเศศ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๔๙๗

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

ของแถม หน้า ๔๒๐

หน้าสำหรับนิสิต

"งานโยธาวันมหิดล"

ท่านทั้งหลายย่อมทราบดีแล้วว่าทางมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลได้ถือเอาวันที่ ๒๔ กันยายน ของทุก ๆ ปีเป็นวัน "วันมหิดล", ทั้งนี้เพื่อเป็นการระลึกถึงพระกรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, พระองค์ท่านได้ทรงอุตสาหะพิริยะนำความเจริญแห่งแพทย์แผนปัจจุบันมาสู่ปวงชน ดังท่านได้เห็นประจักษ์พยานอยู่จนตราบเท่าทุกวันนี้. จะเรียกง่าย ๆ ก็คือศิริราชเจริญก้าวหน้ามาถึงทุกวันนี้ก็โดยอาศัยสมเด็จพระราชบิดา ฯ เป็นผู้นำ. ในสารศิริราชฉบับ "วันมหิดล" ที่เคยจัดทำมา ได้มีผู้เขียนถึงพระประวัติและคุณงามความดีของพระองค์ท่านไว้แล้ว.

สำหรับนักศึกษาแพทย์ ในวันมหิดลก็ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยเหมือนกัน. เริ่มมาตั้งแต่ปี ๒๔๙๖ คือทางแผนกสโรวิทยาได้ออกประกาศเชิญชวนนักศึกษาแพทย์ทั้งหลายให้แสดงความเสียสละในวันมหิดล โดยออกแรงทำงานโยธาเท่าที่จะทำกันได้ และจะไม่มีสิ่งตอบแทนให้. นักศึกษาส่วนมากก็ร่วมใจกันมาทำงานโยธาอย่างพร้อมเพรียง, เป็นที่น่าปลาย

ปลื้มแก่ผู้ได้พบเห็นยิ่งนัก.

สำหรับปี ๒๔๙๗ นี้ ทางแผนกก็ได้มีประกาศเชิญชวนเช่นเคย, เมื่อวันมหิดลมาถึงวันนั้นฝนตกพรำ ๆ ตลอดทั้งวัน, ตกมาตั้งแต่ตอนกลางคืนก่อนหน้าวันมหิดล, ทำให้ถนนหนทางแฉะไปหมด. อย่างไรก็ดีเหล่านักศึกษาแพทย์ก็ได้มาชุมนุมเข้าแถวถวายบังคมพระรูปกันอย่างพร้อมเพรียง, กว่าจะเสร็จพิธีการต่าง ๆ ก็กินเวลาถึงเกือบเที่ยงวัน. ภายหลังจากแยกย้ายกันรับประทานอาหารกลางวันกันเสร็จแล้ว, นักศึกษาที่อาสาสมัครมาทำงานโยธาต่างก็ทยอยกันมาที่แผนกสรีรวิทยาคอยฟังคำสั่งว่าจะให้เขาทำอะไร มีนักศึกษามารับอาสาทั้งหมด ๖๐ คน เป็นนักศึกษาปีที่หนึ่ง ๒๖ คน เป็นหญิง ๒ คน, ปีที่สอง ๓๒ คน เป็นหญิง ๑๐ คน และปีที่ ๓, ๒ คน เป็นหญิงทั้ง ๒ คน. ผู้เขียนได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการควบคุมดูแล งานที่ให้ทำคือทำความสอาดห้องเรียนของแผนกกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา, ถางหญ้าและขุดทางระบายน้ำรอบ ๆ ตึกของสองแผนกนี้.

บางท่านอาจสงสัย ว่าเหตุใดจึงต้องใช้นักศึกษามาถางหญ้าและขุดดินเช่นนั้น, คนงานของโรงพยาบาลไม่มีแล้วหรือ. ขอตอบว่ามีแต่ไม่พอใช้ และจะเป็นด้วยเหตุใดไม่ทราบไม่ค่อยมีผู้สนใจหรือเอาใจใส่ให้สมกับเป็นตึกสอนนักเรียนแพทย์. หญ้าขึ้นรกรุงรัง และทางระบายน้ำก็ตันหมด. เวลาฝนตกน้ำฝนก็ขังนองพื้นรอบตึก ทำให้เดินยากลำบากขึ้น, ต้องเดินย่ำน้ำฝนกลับบ้าน โดยเฉพาะเวลาเย็นเลิกเรียนแล้วมักจะเย็นเวลา ๑๗.๐๐ น. ถึง ๑๘.๐๐ น. คงเหลือแต่อาจารย์และศิษย์สองแผนกนี้เท่านั้นที่ต้องทนระกำลำบากตากฝนกลับบ้าน. ด้วยเหตุนี้เองพวกเราจึงต้องช่วยตัวเอง และเพื่อให้นักศึกษามีกำลังน้ำใจและทำด้วยความเต็มใจจึงเลือกเอาวันสำคัญวันนี้. เมื่อทำแล้วได้ผลดีจริง ๆ ทางระบายน้ำใช้ได้ดี ตลอดหนึ่งปีสามารถระบายน้ำไม่ให้ท่วมทางเดินรอบตึกได้.

สำหรับปีนี้ฝนตกน้ำแฉะตลอดทั้งวันแต่เหล่าอาสาก็ทำกันด้วยความเข้มแข็งจริงจัง, มิได้ย่อท้อต่ออุปสรรคธรรมชาติเลย. ทุกคนเปียกและเปรอะมอมแมมคล้ายกับกรรมกรจริง ๆ. ส่วนพวกผู้หญิงและชายบางคนก็ทำความสอาดปัดกวาดเช็ดถูห้องเรียนและห้องทดลอง, ทำกันได้เรียบร้อย. ภายหลังที่ทำงานโยธา

เสร็จแล้ว, มีการถ่ายรูปหมู่ไว้เป็นที่ระลึกทั้ง ๆ ที่ฝนกำลังปรอยอยู่. ผู้เขียนก็อยู่ในกลุ่มนักศึกษาด้วย. ท่านจะเห็นว่าทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส, ทั้ง ๆ ที่เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า แต่เขายิ้มด้วยความสุขใจ. ยิ้มด้วยความเสียสละเพื่อสาธารณประโยชน์ และเพื่อแสดงความกตัญญูกตเวทีต่อสมเด็จพระราชชนิดา ฯ. สิ่งที่เขาได้รับตอบแทนในวันนั้นก็คือ อาหารว่าง มีกล้วยหอมคนละหนึ่งลูก ข้าวต้มมัดคนละกลีบ และกาแฟคนละถ้วยเท่านั้นเอง. ทุกคนแสดงความพอใจ.

นักศึกษาแพทย์ ๖๐ คนนั้นมีน้ำใจเยี่ยมไปด้วยความเมตตา, เห็นสาธารณประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญ, มิได้มีผู้ใดบังคับ ก็เต็มใจทำให้ด้วยความไมตริจิต, หากจะมีญาณวิถีใด ๆ ให้สมเด็จพระราชชนิดา ฯ ในสุคติได้ทรงทราบ, ก็คงทรงโสมนัสและอนุโมทนาในกุศลกรรม ซึ่งนักศึกษาแพทย์ทั้ง ๖๐ คนได้บำเพ็ญเป็นแน่แท้.

ในนามของอาจารย์ในแผนกนี้ ผู้เขียนขอชมเชย คุณงามความดีที่เหล่าอาสาสมัคร ๖๐ คนได้ปฏิบัติในวัน "มหิดล". ขออวยพรให้ทั้ง ๖๐ คนจงประสบจตุรพิธพร และขอให้สมองของท่านจงปลอดโปร่งแจ่มใส มีความจำดีเป็นพิเศษ จะได้สอบไล่ได้ทุกคน. ผู้ที่ยังรู้น้อยก็ขอให้หมั่นเรียนเพียรจดจำให้รู้มากขึ้น. ผู้ที่รู้แล้ว ก็ขอให้รู้แจ่มแจ้งดียิ่งขึ้น. ปรารถนาสิ่งใดขอให้สำเร็จสมความประสงค์ เทอญ.

ตระกูล กิตติสิน

บันทึกท้ายสมุด

◎ สารศิริราชฉบับวันมหิดลนี้ ได้รับการจัดทำให้เป็นฉบับพิเศษอีกเหมือนเช่นปีก่อน ๆ, ทั้งนี้เพื่อเป็นการน้อมรำลึกถึงพระคุณของทูลกระหม่อม ฯ สมเด็จพระราชบิดา, ที่พวกเรายอมรับนับถือว่าพระองค์ท่านเป็นผู้ริเริ่มการแพทย์สมัยใหม่ และได้สนับสนุนให้เจริญก้าวหน้ามาจนทุกวันนี้.

◎ เราได้นำเรื่องของคุณหมอทั้งในและนอกศิริราชมาลง, เพื่อให้เห็นว่าศิษย์เก่าทั้งหลายมิใช่ในขอบเขตศิริราชเท่านั้น แม้ผู้ที่ประกอบอาชีพอยู่ในสถานที่ต่าง ๆ, ยังคงรำลึกถึงทูลกระหม่อม ฯ เสมอ. เรื่องแรกคือ เรื่องเด็กมีฟัน แต่กำเนิด ของ คุณหมอสุด แสงวิเชียร. คุณหมอสุด ได้อุตส่าห์รวบรวม และค้นหา สมุฏฐานว่าทำไมเด็กคลอดใหม่ ๆ บางคนจึงมีฟัน. ทำให้เราได้ความรู้ว่ามันเป็นฟันชนิดไหน. เป็นการช่วยให้หลายท่าน พอจะอธิบายให้ชาวบ้านฟังได้ว่า เด็กมีฟันแต่กำเนิดนั้นไม่ใช่เด็กยักษ์เด็กมารอะไรเลย.

◎ เรื่องที่สองคือเรื่องการผ่าเด็กออกทางหน้าท้องในมารดาที่ตายใหม่ ๆ ของคุณหมอประพนธ์ เสริรัตน์ ท่านเป็นผู้ชำนาญในทางสูตินริเวชวิทยา, และมีความสนใจในวิชาการมาก. จะเห็นได้ว่าเวลามีการประชุมวิชาการที่ไหน, ท่านมักจะไปร่วมด้วยเสมอ หรือมิฉะนั้นก็มีเรื่องไปแสดงกับเขาเหมือนกัน. เป็นที่น่ายินดีที่ท่านรายงานว่าการกระทำของท่าน ครั้งนั้นเด็กรอดตายเป็นรายที่ ๓๐ จากรายงานในวารสารแพทย์ต่าง ๆ. หมายความว่าการกระทำที่จะให้บรรลุผลดีนั้น, ต้องอาศัยการตัดสินใจเด็ดขาด และกระทำให้รวดเร็วเท่าที่จะทำได้. หวังว่าสูติแพทย์ทั้งหลายคงจะได้ยึดเป็นตัวอย่างต่อไป.

◎ เรื่องที่สาม คือยารักษามาลาเรีย ของคุณหมอกำธร สุวรรณกิจ ขณะนี้ท่านดำรงตำแหน่งคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์. ท่านอุตส่าห์สละเวลาเรียบเรียงเรื่องนี้ตามแนวของ Expert Committee on Malaria, Fifth Report, June 1954, ทำให้ได้ความรู้ว่าควรจะใช้ยาอะไรให้เหมาะสมกับเชื้อมาลาเรียในคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน และในคนที่มีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว. เราอาจหวังได้ว่ามาลาเรียใน

บ้านเราและพวกเขื่องรังคงจะลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ.

◎ นอกจากนั้นท่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชยังกรุณาเขียนบทความพิเศษเรื่อง "ทูลกระหม่อมรำลึก" ให้อีกด้วย. เมื่อได้อ่านแล้ว, ย่อมรู้สึกทราบซึ้งในความเย็นบุรุษผู้เลิศล้ำของทูลกระหม่อม ฯ อย่างหาสิ่งใดเปรียบมิได้. พระองค์ท่านเย็นเข้าและมั่งคั่งด้วยทรัพย์ศฤงคาร, แต่พระองค์ท่านกลับไม่ถือพระองค์, คบหาสามัญชนด้วยความ สุภาพเรียบร้อย, มีความมัธยัสถ์. พร้อมกันนั้นก็ทรงมีน้ำพระทัยเมตตาแผ่กุศล เพื่อ สาธารณประโยชน์อย่างแท้จริง. ฉะนั้นบทความนี้จึงมีค่ายิ่ง ควรแก่ชนรุ่นหลังจะได้ ถือ เย็นตัวอย่างปฏิบัติตาม.

◎ "โดยรอยพระยุคลบาท"--ทางจุงใจก็เย็นอีก ตอนหนึ่ง ที่ส่ง เสริม สนับสนุนความดีของทูลกระหม่อม ฯ. แม้แต่ฝรั่งยังถูกจูงใจให้ลุ่มหลง ในความดีของ ท่านดังข้อเท็จจริงที่ปรากฏอยู่ในบทความนั้นแล้ว.

◎ ในหน้านิสสิต, เราได้นำเรื่องงานโยธาของนักศึกษามาตีพิมพ์เพื่อจะได้เย็นแนว ทาง อบรมบ่ม นิสัย เด็กให้ รู้จักความกตัญญูกตเวที. รู้จักทำการบ้านการเรือนให้เรียบร้อยด้วยตนเอง, ไม่จำเย็นต้องจ้างเขาทำเสมอไป. บางคนเห็นว่าตนจะเรียนเย็นหมอ, การบ้านการเรือนไม่เห็นจะต้องทำ, มีเงินจ้างเขาทำก็ได้. นั่นเย็นความคิดที่ผิดแน่ ๆ. หวังว่านักศึกษาทั้งหลายคงทราบความมุ่งหมายของเราดี. เราได้นำตัวอย่างที่ดีของทูลกระหม่อม ฯ มาอบรมสั่งสอนพวกท่านนั่นเอง.

◎ สุดท้ายท่านยังได้รับ ความรู้เย็ดเตล็ดเกี่ยวกับการ เจาะเลือดผู้ป่วย, ว่าควรจะ ปฏิบัติ อย่างไร จึงจะ เหมาะสมโดยไม่ให้ผู้ป่วยเย็นลม. คุณหมอบุญเรืองได้รวบรวมมาให้ ท่านอ่าน เพื่อประดับความรู้, และจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้อง.

ต. ก.

ของแถม

การเข้าสนับ (การตัดหนังหุ้มของลับออก)

แขกบางพวกถือพิธีเข้าสนับห้ามเย็บแผล แต่บัญญัติของยิวถืออยู่ ๓ ข้อ คือ

๑. ตัดหนังหุ้มปลายของลับ (chaticha).

๒. ดึงหนังกลับ (Periah).

๓. ดูดเลือดออก (metziza).

มิได้ห้ามเย็บแผลแต่อย่างใด.

สำหรับ ข้อ ๑ ศัลยแพทย์จะใช้มีดหรือกรรไกรไม่ขัดข้อง ส่วน ข้อ ๒ แพทย์ส่วนมากใช้หมุด, แยกพังผืดก่อนดึงหนังขึ้น. ตามประเพณีศาสนาต้องใช้เล็บหัวแม่มือแยก. สำหรับ ข้อ ๓ ใช้สำลีซับเลือด, ศัลยแพทย์บางคนใช้กระบอกเข็ม ๕ ล.ซม. ดูดเลือด, เพื่อให้ถูกต้องตามบัญญัติ. เวลาจะตัดหนังถ้าใช้คีมกอมโค (Gomco Clamp) จับเย็บแนวสำหรับกรีด, จะไม่ค่อยออก. ถ้าห้ามการเย็บแผลให้ใช้ผ้าทาวาสลินหุ้มรอยแกรนส์เพนิส จะทำให้เลือดหยุดได้โดยไม่มีอันตราย. ครบ ๒๔ ชม. จึงเอาออก ใช้ขี้ผึ้งบอริคหรือขี้ผึ้งเพนิซิลลิน หรือเทอรามัยซินพันหลวม ๆ แทน. จะหายใน ๔-๕ วัน. ถ้าเลือดออกมากซึ่งจะมีไม่ถึง ๑ ปซ. ที่ต้องเย็บซึ่งตามบัญญัติก็มิได้ห้ามไว้.

(J.A.M.A. 24: 1476, 1954)

สง่า นาควิโรจน์