



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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



ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๔๙๓

Volume 6, Number 12, December 1954

การวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองในเด็กตั้งแต่ระยะต้น

อรุณ เนตรศิริ

Dr. Med. (Jena), D.T.M. (Hamburg) และ

เนติฉลอง เนตรศิริ

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าวัณโรคเยื่อหุ้มสมองเป็นโรคที่พบบ่อย ๆ ในเมืองเรา. ทั้ง ๆ ที่เราจำกัดจำนวนผู้ช่วย, ในปีหนึ่ง ๆ เรายังต้องรับเด็กเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มสมองไว้รักษาในแผนกประมาณ ๒๕ รายเสมอ. วัณโรคเยื่อหุ้มสมองเป็นอาการแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุดของวัณโรคในเด็ก. Simon, ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญผู้หนึ่งในเรื่องวัณโรคของเด็ก, ได้กล่าวว่าวัณโรคเยื่อหุ้มสมองในวัยแรก ๆ ของเด็กนั้นก็คือการตายอย่างธรรมดาสำหรับเด็กที่เป็น

วัณโรคนั้นเอง. ทั้งนี้เพราะ ๗๕ ถึง ๘๐ ในร้อยของทารกและเด็กที่เป็นวัณโรคจะตายเพราะเหตุนี้. แต่ก็เป็นการกล่าวในสมัยก่อนมีแอนติไบโอติก, สำหรับในปัจจุบันสภาพการได้เปลี่ยนแปลงแล้ว. (เดี๋ยวนี้เป็นที่ทราบและรับรองกันทั่วไปว่าวัณโรคเยื่อหุ้มสมองไม่ตายทุกรายเช่นสมัยก่อน, แต่อาจรักษาหายได้. บางคนก็หายสนิท, บางคนก็มีความพิการเหลืออยู่. สถิติจากรายงานของ กระทรวง สาธารณสุข อังกฤษ ปี ๑๙๕๐, แสดงว่าสำหรับผู้ช่วยวัณโรค

เยื่อหุ้มสมองทั้งหมดจะตาย ๗๐ ในร้อย ราย; แต่ถ้าเป็นผู้ช่วยที่ได้รับการรักษา ตั้งแต่ระยะต้นของโรค, จะตายเพียง ๕๐ ในร้อยเท่านั้น. ในจำพวกที่หาย, ๘๕ ในร้อยสลายเป็นปกติอยู่ ๒ ถึง ๓ ปีต่อมา, และ ๑๕ ในร้อยมีความพิการเหลืออยู่. สถิติอันแสดงชัดว่าผู้ช่วยที่ได้รับการรักษา ตั้งแต่ระยะต้นมีโอกาสรอดมาก, หรืออย่างน้อยหนึ่ง, ผู้ช่วยที่ได้รับการรักษาในระยะหลังของโรคมักมีโอกาสรอดน้อย, และหากจะมีชีวิตอยู่ได้, ก็มักมีความพิการเหลืออยู่. ผลของการรักษาโรคนี้จากโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งแตกต่างกันบ้าง, เพราะอายุและจำนวนผู้ช่วย, รวมทั้งแผนการรักษาอาจไม่เหมือนกัน. แต่ที่น่าสังเกตก็คือทุก ๆ แห่งต่างก็ได้ผลตามนัยดังกล่าวข้างบนนี้เหมือนกันทั้งนั้น. งานสำคัญ ๆ ที่พอจะอ้างได้ก็คืองานของ Lincoln และ Sifontes, ซึ่งแสดงผลการรักษาผู้ช่วย ๕๒ ราย จาก โรงพยาบาล Bellevue, New York. เขาได้ผลดังนี้: ผู้ช่วยในระยะแรกรอด ๘๐.๕ ในร้อย, ในระยะที่ ๒, เมื่อมีเครื่องแสดงทางประสาทแล้ว, รอด ๗๓.๖ ในร้อย, แต่ในระยะสุดท้ายเมื่อมีอาการโคมาแล้ว, รอดเพียง ๑๖.๖

ในร้อยเท่านั้น. งานของศาสตราจารย์ Robert Debré แห่งปารีสก็ได้แสดงให้เห็นความสำคัญของการได้รับการรักษา ตั้งแต่ระยะต้นของโรคเหมือนกัน. จากจำนวนผู้ช่วย ๒๓๒ ราย, ได้รับการรักษาในสัปดาห์แรก ๗๘ ราย, ในสัปดาห์ที่ ๒ ของโรค ๑๑๕ ราย, ในสัปดาห์ที่ ๓ ของโรค ๓๘ ราย. ปรากฏว่าอัตราตายสำหรับพวกแรกสูงเพียง ๓๐ ในร้อย, สำหรับพวกที่ ๒ สูง ๔๕ ในร้อย, และพวกที่ ๓ สูงถึง ๖๐ ในร้อย.

จากผู้ช่วยเด็กของเราเอง, คือผู้ช่วยเด็กอายุภายใน ๑๒ ปี, จำนวน ๑๐๓ ราย ซึ่งได้รับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์, ระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๙๓ ถึง พ.ศ. ๒๔๙๖, ก็ได้ผลในทำนองเดียวกัน. คือผู้ช่วยที่ได้รับการรักษาในระยะต้นมี ๕ ราย, อัตราตาย ๐; ผู้ช่วยที่ได้รับการรักษาในระยะกลางมี ๓๑ ราย, อัตราตาย ๔๖.๕๓ ในร้อย, และผู้ช่วยที่ได้รับการรักษาในระยะปลายมี ๖๗ ราย, อัตราตาย ๘๗.๐๕ ในร้อย. อัตราตายจากผู้ช่วยทั้งหมด ๑๐๓ รายเท่ากับ ๖๘.๓๖ ในร้อย. การที่ได้นำทั้งตัวเลขและเอกสารจากประเทศต่าง ๆ, ทั้งอังกฤษ, อเมริกา,

ฝรั่งเศส, และไทยมาอ้าง, ความประสงค์ ก็เพื่อจะชี้ให้เห็นถึง ความสำคัญ ของการ วินิจฉัย วัณโรคเยื่อหุ้มสมองใน ระยะต้น, ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องที่จำเป็น, ถ้าเราจะ ช่วยชีวิตเด็กที่เป็นโรคนี้ให้ได้ผลดีที่สุด, ด้วยยาซึ่งมีอยู่แล้วในปัจจุบัน.

ก่อนที่จะบรรยายต่อไปสมควรที่จะต้อง ทำความเข้าใจเสียก่อนว่าการวินิจฉัย วัณโรคเยื่อหุ้มสมองในระยะต้นนั้นหมายความว่าอย่างไร. ย่อมเป็นที่ทราบแล้วว่าโรค นี้ในรายที่เขียนไปตามแบบ (classical case) นั้นเราแบ่ง ระยะโรค ออกเป็น ๓ ระยะด้วยกัน, และเพื่อพบนความถี่จำ, จะขอนำมากล่าวไว้แต่โดยย่อดังต่อไปนี้:

ระยะแรก, หรือบางทีก็เรียกว่า Prodromal Stage นั้น, ขออ้าง Robert Whytt ผู้บรรยายโรค วัณโรค เยื่อหุ้ม สมองเป็นคนแรกเมื่อเกือบสองศตวรรษมาแล้ว. ท่านผู้นี้ได้บรรยายระยะนี้ไว้อย่างน่า ฟังว่า "เด็กซึ่งมีน้ำอยู่ในเว็นทริเคิลของ สมองนั้น จะเริ่มแสดงอาการ ๔ ถึง ๖ สัปดาห์ก่อนตาย. เริ่มด้วยเบื่ออาหาร, หงอย, ไม้ว่าเร็ง, คัดขิกและเนือหายไป. มีชีพจรเร็วเสมอ, และมีไข้บ้าง. ลึนมัก ผ่า. กระจายน้ำและอาเจียนบ่อย ๆ. มัก

จะบ่นปวดศีรษะบริเวณขม่อม, และชอบ นอนมาก. สิ่งเกตุว่าเด็กพวกนี้มักชอบ เอามือแคะจมูก, และเวลานอนหลับก็มัก จะกัดฟัน". Robert Whytt บรรยาย ไว้สั้น ๆ เช่นนี้, แต่ก็ถูกต้องและใช้ได้ อยู่จนปัจจุบัน. เราจะเห็นว่าในระยะ แรกหาได้มีอาการ หรือเครื่องแสดง อย่าง หนึ่งอย่างใดซึ่งบ่งถึงพยาธิสภาพที่เยื่อหุ้ม สมองโดยตรงไม่. ระยะนี้จึงวินิจฉัยได้ ยากมาก.

ระยะที่ ๒ เป็นระยะของการระคาย, เนื่องจากแรงคั้นน้ำไขสันหลังในสมองสูง ขึ้น. เริ่มในสัปดาห์ที่ ๒ ของโรค. เด็ก มีอาการ ชัยเปอร์เอสซีเซียที่ ผิวหนังและ ประสาทต่าง ๆ. สัมผัสตัวเบา ๆ ก็เจ็บ. ประสาทหและตาไวมาก. ถผิวหนังแรง สักหน่อยก็จะเกิดเป็นรอยแดงนูนขึ้น, ซึ่ง เรียกว่าเคอร์โมกราฟัสมี. หรือที่ฝรั่ง เคสเรียกว่า Tache cérébrale. เด็ก แสดงอาการ ระคาย ทางโมเตอร์ มากขึ้น, เช่นกัดฟัน, เคียว, กุดปาก, เอามือถ ่ปากและศีรษะ, เหวี่ยงแขนไปทางศีรษะ. บางทีก็ถอนใจใหญ่และหาว. ตอนนั้นความ รู้สึกตัวเสียไปบ้างแล้ว. แต่เด็กยังตอบ คำถามได้. ถ้าเป็นทารก, ขม่อมก็มักจะ

โป่งและตั้งตัว. รีเฟล็กซ์ที่เข้ามกไว และอาจไม่เท่ากันทั้ง ๒ ข้าง. เครื่องแสดงของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจะปรากฏขึ้น, เป็นต้นว่า คอแข็ง, มี Kernig's sign และ Brudzinski's sign.

ในระยะที่ ๓ ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย, เด็กอยู่ในสภาพโคม่า (coma), ปลูกไม่ตื่น. มีอาการพาราลิซิสของประสาทสมองเกิดขึ้นชัดเจนแล้ว. เป็นเหตุให้หนังตาตก, ตาเหลือ, ปากเบี้ยว, และม่านตาไม่เท่ากัน. บางคนมีแขนขาแข็งงอไปทั้งแถบ. เป็นลักษณะสรีรศาสตร์คัมพิลเจีย. รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ซึ่งไว้ในระยะแรก, มาถึงตอนนี้อาจหายไปหมด. คอซึ่งแข็งก็กลับอ่อนลง. ท้องมักยุบแฟบ, และตัวเด็กจะผอมแห้งมาก. การหายใจ, ซึ่งในระยะก่อนมักไม่สม่ำเสมออยู่แล้ว, ในที่สุดเมื่อถึงระยะก่อนตาย, ก็จะกลายเป็นการหายใจแบบ Cheyne-Stoke หรือ Biot เช่นเดียวกัน, ซึ่งพวกรซึ่งในระยะก่อนนั้นมักจะช้าและไม่สม่ำเสมอ, ก็จะเร็วมาก. อุณหภูมิสูงขึ้น. มักมีอาการชักกระตุกเกิดขึ้น, และตามธรรมดาเด็กจะถึงแก่กรรมเพราะความล้มเหลวของการหายใจ.

ในการจำแนกผู้ป่วยเพื่อการศึกษานี้

ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะกรรมการรักษาวัณโรคเยื่อหุ้มสมองด้วยสเตร็ปโตมัยซิน แห่ง กรมสาธารณสุข ของ สังกัดแลนต์, โดยถือหลักดังนี้:

๑. ระยะต้น หมายถึงรายที่เครื่องมือแสดงทางกายน้อย, ยังไม่มีเครื่องมือแสดงทางประสาท, มีความรู้สึกตัว.

๒. ระยะกลาง หมายถึงรายที่เครื่องมือแสดงทางกายแน่นอน, มีเครื่องมือแสดงทางประสาทแล้ว, แต่ความรู้สึกตัวยังดี.

๓. ระยะหลัง หมายถึงรายที่ไม่รู้สึกตัวแล้ว.

การจำแนกผู้ป่วยดังกล่าวนี้เป็นประโยชน์สำหรับการที่จะเปรียบเทียบผลของเรากัยของทอน ๆ ใด. ระยะแรกแท้ ๆ นั้นก็คือระยะต้น. แต่ถ้าเราวินิจฉัยโรคได้ในระยะกลาง, ก็ยังไม่ช้าเกินไป. ฉะนั้นความหมายของการวินิจฉัยโรคในระยะต้นของเราก็คือการวินิจฉัยใน ๒ ระยะที่กล่าวนี้. จากจำนวนผู้ป่วย ๑๐๓ ราย, มีผู้ป่วยใน ๒ ระยะนี้เพียง ๔๐ ราย, คือในระยะต้น ๕ ราย ระยะกลาง ๓๕ ราย.

การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยโรค, ไม่ว่าโรคใด, หลักของเราคือจะต้องนึกถึงโรคนั้นก่อน จึงจะวินิจฉัยได้. สิ่งที่จะช่วยให้คิดถึงโรคนั้น ๆ อาจจะได้มาจากการถามประวัติ, จากการตรวจร่างกาย, หรือจากผลทางห้องปฏิบัติ, อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างรวมกัน.

ประวัติ โดยเฉพาะในรายวัณโรค เมื่อหุ้มสมองนั้น, ถ้าจะวินิจฉัยให้ได้ในระยะต้น ๆ การถามประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดมีความสำคัญมากที่สุด. ทั้งนี้เพราะในมารายผู้ป่วย อาจยังไม่มีเครื่องหมายทางกาย หรือ ทางประสาท อย่างใดเลย. ถ้าได้ประวัติว่ามีคนเป็นวัณโรคก็, หรือมีคนแก่ไอเรอรั้งอยู่ในครอบครัวเดียวกันก็, หรือมีญาติที่เป็นวัณโรคมาเยี่ยมเท่านั้นก็, จะต้องเฉลียวใจเสมอว่าผู้ป่วยเด็กของเราอาจติดเชื้อแล้วหรือไม่. ตามธรรมดาแล้วถ้ามีวัณโรคอยู่ในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง, ทารกหรือเด็กเล็กในครอบครัวนั้นจะเป็นผู้รับเชื้อที่เสมอ. แหล่งของการติดเชื้อสำหรับทารกหรือเด็กเล็กมักอยู่ภายในบ้านเอง, และจะต้องเป็นบุคคลที่มอเรอเกี่ยวข้องกับทารก

ด้วยบ่อย ๆ. ในบางกรณีเราอาจทราบล่วงหน้าว่าผู้ป่วยเด็กของเราเป็นวัณโรคชนิดใดชนิดหนึ่งอยู่แล้วก็ได้. ประวัติเกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคเช่นนี้จะหวังจากผู้ช่วยทุกรายไม่ได้. แต่ถ้ารายใดให้ประวัติเช่นนี้ก็ย่อมเป็นประโยชน์มากในการวินิจฉัย. จากผู้ป่วย ๕๐ ราย มีประวัติวัณโรคในครอบครัวถึง ๑๕ ราย, และประวัติที่ผู้ป่วยเองเป็นวัณโรคอยู่ก่อนแล้ว ๕ ราย.

อนึ่ง, ประวัติเกี่ยวกับเด็กเป็นโรคติดเชื้อมาก่อน, โดยเฉพาะโรคหัดหรือไอกรน, ก็สำคัญเหมือนกัน, เพราะเป็นที่ทราบกันแล้วว่าภายหลังโรคทั้งสองนี้วัณโรคมักจะกำเริบขึ้นบ่อย ๆ, ถ้าเด็กเคยเป็นอยู่แล้ว. เราได้ประวัติผู้ป่วยภายหลังโรคหัดถึง ๑๕ ราย, แต่มีรายเกี่ยวเท่านั้นที่เป็นภายหลังโรคไอกรน.

สำหรับอันตรายจากการกระทบกระแทก, เช่นหกล้ม, ตกเตียง, ตกเปล, หรือการตำผ้าตัด, เช่นที่บริเวณข้อที่เป็นวัณโรคอยู่แล้วก็, เป็นการยากมากที่จะอ้างว่าเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคนั้น ด้วยหรือไม่. อาจจะเป็นเหตุบังเอิญก็ได้, ดังมีรายงานของ Eckstein และของ Zapert ในทำนองนี้. อย่างไรก็ตาม, ผู้ป่วย

ของเรา ๖ รายมีประวัติอันตรายเป็นนัยก่อน
เป็นโรค.

อายุ เรืองอายุนี้, ถึงแม้ว่าโรคเขื้อ
หุ้มสมองจะเห็นได้ทุก ๆ อายุ, แต่ถ้าเรา
ทราบว่าสำหรับเด็กนั้นเป็นมากที่สุดใอายุ
เท่าใดและไม่ใคร่พบในอายุใด, ก็จะเป็น
ประโยชน์ มากต่อ การวินิจฉัย เหมือนกัน.

Eokstein ได้รวบรวมผู้ช่วยจากเอกสาร
ต่าง ๆ ๘๕๒ ราย, ปรากฏว่าอายุ ๖
เดือนหลังของขัแรกเริ่มเป็นมาก, และเป็น
มากที่สุดใอายุ ๑ ถึง ๒ ขวบ. หลังจาก
นั้นก็เริ่มเป็นน้อยลง. จากจำนวนผู้ช่วย
ทั้งหมดของเรา ๑๐๓ ราย, ปรากฏว่า
ทารกอายุต่ำกว่า ๖ เดือนเป็นน้อยมาก,
มีเพียง ๑๖.๗ ในร้อยของจำนวนผู้ช่วย
ทั้งหมด. อายุที่น้อยที่สุดที่พบเป็นคือ ๓
เดือน. ส่วนมากของผู้ช่วย (๗๗ ราย) มี
อายุระหว่าง ๖ เดือนถึง ๔ ขวบ. แต่
อายุภายใน ๔ ขวบนี้, อายุระหว่าง ๖
เดือนถึง ๒ ขวบเป็นมากที่สุด, คือพบถึง
๔๗ ราย. ภายหลังจากอายุ ๔ ขวบแล้วเริ่ม
เป็นน้อยลง.)

อาการ อาการส่วนมากเราไม่เห็นเอง,
แต่มักจะได้จากการถามประวัติ. อาการที่
มีความสำคัญต่ออาการวินิจฉัยในระยะต้นคือ:

๑. การเปลี่ยนแปลงทางด้าน อารมณ์และกิริยาอาการของเด็ก เด็กจะ
ผิดแปลกไปจากสภาพปกติของตน. มีใจ
คอหงุดหงิดและร้องกวน. เวลาร้อง,
มารดาคุมก็ไม่นิ่งเหมือนเช่นเคย. บาง
เวลาก็หงอย, ไม่ชอบเล่น. ชอบเล่นที่
เคยชอบก็ไม่ชอบ. กลับชอบอยู่คนเดียว
ในที่สุด ๆ และนอนซึมเซาผิดปกติในเวลา
กลางวัน. แสดงอาการอ่อนเพลียและ
เห็นอ้อยง่าย. เคยนิ่งหรือเดินได้แล้วก็ไม่
นิ่งไม่เดิน. อาการเหล่านี้เกิดขึ้นช้า ๆ,
แต่มีอยู่เรื่อยไปและหนักยิ่งขึ้นด้วย.

๒. อาการเบื่ออาหารและน้ำหนัก
ตัวลด ถ้าเป็นมารดาที่ช่างสังเกต, หรือ
ถ้าเรารู้จักเด็กดี, จะเห็นว่าเด็กโหมลง
อย่างรวดเร็ว. ผอมและน้ำหนักตัวลด
มาก. ลักษณะที่น้ำหนักตัวลดลงอย่าง
รวดเร็ว, เกินกว่าที่จะอธิบายได้ว่าเนื่อง
จากการเป็นไข้และเบื่ออาหารเช่นนั้น, เป็น
อาการที่พึงสังเกต.

๓. อาการอาเจียน อาการนี้พบ ๕๕
ในร้อย, จากผู้ช่วยของเรา, อาการอาเจียน
ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีความสัมพันธ์กับการกิน
อาหาร, หรือไม่มีอาการคลื่นเหียนนำมา

ก่อน, มักบ่งถึงสาเหตุจากสมอง.

๔. อาการปวดศีรษะ อาการนี้มีความสำคัญสำหรับผู้ช่วยที่เข็นเด็กโต เพราะบอกให้ทราบได้. เป็นอาการที่จะช่วยให้เด็กถึงสาเหตุจากสมองด้วยเช่นเดียวกัน. ผู้ช่วยของเราเป็นทารกและเด็กเล็กเสียเกือบทั้งหมด, จึงไม่มีใครพบอาการนี้. แต่ Illingworth พบเป็นอาการในระยะต้นของโรคเยื่อหุ้มสมอง ๒๕ ในร้อยละ ๘๒ จากจำนวนผู้ช่วยของเขา ๘๒ ราย.

๕. อาการชัก ในรายที่โรคดำเนินไปตามแบบ, คือเกิดขึ้นช้า ๆ, อาการชักจะเกิดในระยะหลังของโรค. แต่สำหรับทารก, โรคมักเกิดขึ้นเร็วและอาจนำด้วยอาการชัก. จากจำนวนผู้ช่วยในระยะต้น ๔๐ ราย, เราพบอาการนี้ ๑๑ ราย, หรือเท่ากับ ๒๗.๕ ในร้อยละ. เป็นธรรมดาเมื่อเด็กมีอาการชัก, เรามักจะนึกถึงสาเหตุจากสมองด้วย, และก็จะต้องค้นคว้าต่อไป, เช่นตรวจน้ำไขสันหลัง เป็นต้น. สาเหตุสำคัญที่สุดสำหรับอาการชักของเด็กในเมืองเราก็เนื่องจากการอักเสบที่สมองหรือเยื่อหุ้มสมอง.

๖. อาการไข้ ผู้ช่วยมีไข้ไม่มากนักอยู่ทุกราย. อาการไข้นี้ถึงแม้จะไม่

ลักษณะเฉพาะโรคอย่างใดและเปลี่ยนแปลงได้, แต่ในรายที่เด็กมีไข้โดยสาเหตุไม่ได้, และโดยเฉพาะเมื่อมีอาการไอด้วย, หรือในรายที่มีไข้แต่อาการไข้ก็น่าจะไม่หายไปโดยการให้ยาและแอนติไบโอติกซึ่งไม่ใช่แนวการรักษาวัณโรคแล้ว, รายเช่นนี้ควรจะนึกถึงการติดเชื้อวัณโรคด้วย.

เครื่องแสดงทางกายและสิ่งตรวจ

พบบางอย่าง สำหรับการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองในระยะต้น, ประวัติและอาการมีความสำคัญมากกว่าเครื่องแสดงทางกาย. รายใดที่มีเครื่องแสดงทางกายแล้วย่อมหมายความว่าโรคได้รุดหน้าเลยระยะต้นไปเสียแล้ว. ดังนั้นเราจึงจะไม่กล่าวถึงเครื่องแสดงบ่งชี้ ๆ ถึงการอักเสบที่เยื่อหุ้มสมอง, เป็นต้นว่าคอแข็ง, มี Kernig's sign และ Brudzinski's sign, แต่จะกล่าวถึงเครื่องแสดงบางอย่างที่อาจพบได้แม้เครื่องแสดง ๓ อย่างดังกล่าวนี้จะยังไม่ปรากฏชัด.

๑. ขม่อมโป่งหรือตึง เป็นเครื่องแสดงที่สำคัญสำหรับทารกที่ยังมีขม่อมเปิดอยู่, เพราะชี้ถึงการมีแรงดันสูงในสมอง.

ผู้ช่วยทารกของเราทุกคน ที่ยังมีนมอมเข้ค
อยู่มี เครื่องแสดงนี้ ยกเว้น ๑ รายเท่านั้น
ที่ไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงอย่างใดเลย.
สำหรับการตรวจให้ได้ผลแน่นอน, ควรจะ
รอเมื่อทารกสงบ, ไม่ร้อง, หรือเมื่อหลับ.

๒. เคอร์โมกราฟีม์ หรือ Tâche
cérébrale เครื่องแสดงนี้, ถึงแม้จะพบ
ได้ในโรคอื่น ๆ อีก, หรือแม้คนสบายก็
อาจมีได้, แต่ศาสตร์จารย์ อิบราฮิม, ผู้
ซึ่งสมัยหนึ่ง เป็นเจ้าตำหรับโรค ทางระบบ
ประสาทของเด็กสำหรับประเทศเยอรมันนี้,
ได้ให้ความสำคัญมากในการวินิจฉัยแยก
โรค, ถึงกับกล่าวไว้ว่ารายใดที่ไม่มี
เครื่องแสดงนี้ไม่ใช่โรคเชื้อหุ้มสมอง.
เราพบมีในผู้ช่วยของเราเพียง ๗๑.๔๒ ใน
ร้อยเท่านั้น. อย่างไรก็ตาม, ทุกรายที่ส่ง
สัยควรจะค้นหาเครื่องแสดงนี้. ถ้าพบก็มี
ประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคมาก.

๓. การมีรีเฟล็กซ์ที่เข้าไวมิเท่า
กัน ในระยะต้นของโรค, ตามธรรมดา
รีเฟล็กซ์ที่เข้าจะเริ่มไวมิแล้ว. การตรวจ
พบได้ว่าไวมิเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง, ก็จะมี
นอนยิ่งขึ้น. จาก ๔๐ ราย, เราตรวจพบ
ได้เช่นกล่าวนี้เพียง ๗ รายเท่านั้น.

๔. ประสาทสมองมีพาราเลีย ลีส
ในระยะที่ ๒ ของโรค, อาจพบอาการ
พาราเลีย ลีสของประสาทสมองได้ข้างแล้ว,
เช่นปากเขียว, หรือตาเหล่. เราพบ ๓๐
ในร้อยของจำนวนผู้ช่วยเท่านั้น.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.

๑. การตรวจน้ำไขสันหลัง, การจะ
วินิจฉัยโรคให้ได้แน่นอน จำเป็น ต้องเจาะ
น้ำไขสันหลังตรวจ. การเจาะ, ถึงแม้
สำหรับเด็กไม่ใช่เทคนิคที่ยาก, แต่ก็น่า
จะเป็นการกระทำที่เหมาะสมกว่า สำหรับนาย
แพทย์ที่ประจำโรงพยาบาลหรือสถานพยา-
บาลซึ่งมีความสะดวกทุกอย่างในการตรวจ.
ว่าโดยหลักแล้ว, ทุกรายที่สงสัยควรได้
รับการตรวจน้ำไขสันหลังเสมอ, และใน
บางกรณีจะส่งเด็กไปตรวจตามโรงพยาบาล
ใหญ่ ๆ ก็น่าจะทำได้.

น้ำไขสัน หลังใน ระยะ ต้นนี้ ทุก รายมี
แรงดันสูง. สีใสเหมือนน้ำทุกราย. แต่
ถึงแม้จะใส, ถ้าใส่หลอดแก้วแล้วส่อง
ในแสงแดด, จะเห็นมีละอองลอยอยู่ภาย
ใน. ปรากฏการณ์เช่นนี้เรียกว่า Tyn-
dall phenomenon ให้ผลบวก. เซลล์
ในระยะต้นเพิ่มขึ้นไม่แน่นอน. ครึ่งหนึ่ง

ของผู้ป่วยทั้งหมดมีเซลล์ไม่เกิน ๓๐๐ ตัว. อีกครึ่งหนึ่งเซลล์อยู่ระหว่าง ๓๐๐ ถึง ๑,๐๐๐ ตัว. ส่วนมากเป็นพวกลิมโฟ-ซัยต์ทุกราย. โปรตีนเพิ่มขึ้น. ปฏิกริยา Pandy และ Nonne-Apelte ให้ผลบวก. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ก็คือ น้ำตาลจะลดลงมาก. ผลสเตรปโตคอกคูลินเป็นลบ. ถ้าเก็บน้ำไขสันหลังใส่หลอดแก้วไว้ในตู้เย็น, ระหว่าง ๖ ถึง ๒๔ ชั่วโมง, จะมีใยบาง ๆ คล้ายใยแมลงมุมเกิดขึ้น, เนื่องจากการแข็งตัวของไฟบริน. ถ้าย้อมใยบางนี้ตามวิธีของ Ziehl-Neelsen ก็อาจจะพบเชื้อวัณโรคได้ในทุกราย. การพบหรือไม่พบเชื่อนั้น แล้วแต่ว่าบุคคลที่ตรวจจะมีความพยายามและความตั้งใจหรือไม่. จากผู้ป่วย ๕๐ ราย, พบเชื้อวัณโรคจากใยเช่นนั้นเพียง ๗ ราย. รายที่ไม่พบเชื้อ, ก็อาจจะยืนยันเชื้อได้. โดยการเพาะหรือโดยการปลูกในหนูตะเภา.

๒. การทดสอบทูเบอร์คูลิน จากผู้ป่วยของเรา, การทดสอบทูเบอร์คูลิน แสดงผลบวก ๘๕ ในร้อย. การทำการทดสอบทูเบอร์คูลินนี้สำคัญไม่ใช่แต่เฉพาะในการวินิจฉัย วัณโรคเยื่อหุ้มสมองเท่านั้น. ในการที่จะวินิจฉัยว่าเด็กเป็นวัณโรค

หรือไม่โดยทั่ว ๆ ไป, หรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เป็นวัณโรคชนิดไปมารีัย ก็เป็นการทดสอบที่จำเป็นที่สุดด้วย. สำหรัยการตรวจเด็กทั่ว ๆ ไป, ควรจะทำการทดสอบทูเบอร์คูลินเป็นประจำ. โดยวิธีนี้เราจะพบเด็กเป็นวัณโรค โดยบังเอิญได้บ่อย ๆ, ซึ่งย่อมเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรคในระยะต้น.

การทำการทดสอบทูเบอร์คูลินอาจให้ผลบวกหรือผลลบก็ได้. ถ้าได้ผลบวกย่อมสนับสนุนการวินิจฉัยโรค. แต่ถ้าได้ผลลบก็เป็นประโยชน์มากในบางกรณีเหมือนกันที่จะตัดวัณโรคออกเสียได้จากการวินิจฉัย แต่ตามธรรมดา, เด็กที่ทำการทดสอบทูเบอร์คูลินให้ผลบวกหาได้หมายความว่า เป็นวัณโรคเสมอไปไม่, อาจจะมี ความหมายแต่เพียงว่าได้ติดเชื้อมีวัณโรคเท่านั้นก็ได้, เว้นแต่เด็กอายุภายใน ๒ ถึง ๓ ขวบ, ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นโรคแทบทุกราย. แต่สำหรับปัจจุบันนี้ต้องแน่ใจด้วยว่าเด็กไม่ได้รับการปลูก BCG วัคซีนมาก่อน. ในทำนองเดียวกัน, รายที่ทดสอบให้ผลลบ, ก็ไม่ได้หมายความว่าเสมอว่าเด็กไม่ได้เป็นวัณโรค. ผลลบอาจเกิดขึ้นได้ทั้ง ๆ ที่เด็กเป็นวัณโรคอยู่, เช่นในรายที่เด็กเป็นวัณ-

โรคในระยะพักตัวของเชื้อ, ซึ่ง Debré เรียกว่า pre-allergic phase; ในรายที่โรคเป็นมากแล้ว, เช่นวัณโรคแพร่กระจายระยะหลัง; ในรายที่เป็นภายหลังเป็นโรคหัด; และกรณีสุดท้าย, ในรายที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งมีสังขาร (constitution) แปลกจากคนอื่น, คือถึงแม้จะเป็นวัณโรคแต่ก็ไม่มีปฏิกิริยาต่อทูเบอร์คูลิน (Wallgren).

วิธีทำการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ให้น่าเชื่อถือที่สุดคือการฉีดเข้าหนังตามวิธีของ Mantoux. ถ้าใช้ P.P.D. (Purified protein derivative) ก็ตั้งต้นด้วย ๐.๐๐๐๐๒ มก. ถ้าได้ผลลบก็ซ้ำด้วย ๐.๐๐๐๕ มก. เราใช้ Koch's Old Tuberculin และตั้งต้นด้วย ๑ ใน ๑๐๐๐. ถ้าได้ผลลบซ้ำด้วย ๑ ใน ๑๐๐. ขนาดสูงสุดของทูเบอร์คูลินควรจะเป็นเท่าใดนั้น, ยังเป็นปัญหาที่ไม่ตกลงกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญเรื่องวัณโรค. การทำเพียงขนาด ๑ ใน ๑๐๐ ถ้าเป็นผลลบ, อาจพลาดได้, ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยติดเชื้อมาแล้ว. ถ้าทำถึง ๑ ใน ๑๐ แล้วได้ผลลบ, ผลนั้นก็แน่นอน. แต่ในขณะเดียวกัน, ปฏิกิริยาที่ไม่สเปซิฟิค, ก็อาจเกิดได้มากขึ้น, และอาจ

เป็นเหตุให้การวินิจฉัยผิดพลาดไปได้เช่นเดียวกัน.

เพราะเหตุว่าการทำการทดสอบทูเบอร์คูลินตามวิธีของ Mantoux มักไม่สะดวกสำหรับแพทย์ทั่วไป, จึงใคร่จะถือโอกาสเสนอวิธีทำวิธีหนึ่ง, ซึ่งเป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจากวิธีของ Pirquet, จะเรียกว่า Scarification Method ก็ได้. วิธีนี้ได้ทำการทดลองแล้วในโรงพยาบาลเด็กของมหาวิทยาลัยมิวนิคว่าใช้ได้ดี. เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกมาก. ไม่ต้องหาเครื่องมืออะไรพิเศษนอกจาก Koch's Old Tuberculin และเข็มฉีดยาที่หนึ่งอันที่ไร้เชื้อ.

วิธีทำ เริ่มด้วยทำความสะอาดผิวหนังของแขนท่อนบนด้านนอกแขนใดแขนหนึ่ง, ด้วยแอลกอฮอล์หรืออีเธอร์. แล้วเอาเข็มกรีดผิวหนัง ๒ แห่ง, ห่างกัน ๖ ซม. กรีดให้เย้นรูกากะขาด, ขนาดยาว ๑๐ ถึง ๑๕ มม. จนมีเลือดออกซิบๆพอเห็นได้. หยด Old tuberculin ลงบนกากะขาดอันบนทิ้งไว้นาน ๕ ถึง ๑๐ นาที. แล้วอ่านผลภายหลัง ๔๘ ชั่วโมง. ถ้าได้ผลลบ, ที่กากะขาดอันบนจะเห็นเป็นรอยแดงเล็ก ๆ

นุนชนเล็กน้อย; แต่ที่ภาวะขาดล้างจะไม่
มีอะไรเกิดขึ้นเลย.

เท่าที่พอจะกล่าวได้จากผู้ช่วยที่เราทำ
การทดสอบแล้ว, วิธีนี้มีความแรงเท่า-
ขนาด ๑ ใน ๑.๐๐๐ ของวิธี Mantoux
หรือมากกว่า. ผลที่แน่นอนจะได้รายงาน
ต่อไปเมื่อการทดสอบได้สิ้นสุดแล้ว.

๓. การตรวจเม็ดเลือดขาว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดขาวสำหรับ
วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง. ทามักจะเกิดขึ้นที่แน่นอน
อย่างไร้ไม่. แต่การมีเม็ดเลือดขาว
สูงขนาด ปานกลางเป็นลักษณะ เฉพาะของ
วัณโรคโดยทั่ว ๆ ไป. ๖๒ ในร้อยละของ
ผู้ช่วยของเรามีเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นปาน
กลาง, ๒๘ ในร้อยละจำนวนปกติ, และ ๑.๕
ในร้อยละจำนวนสูงชันมาก.

๔. การตรวจปอดด้วยแสงเรินท์-
เกิน จากผู้ช่วย ๕๐ รายได้ผลดังนี้:

วัณโรคชนิดไปรมารีย์คอมเพล็กซ์
๑๘ ราย
วัณโรคแพร่กระจาย ๓ ราย
วัณโรคปอด ๑๒ ราย
หลอดลมอักเสบ ๒ ราย
ปกติ ๕ ราย
ส่วนมากของผู้ช่วยเป็นวัณโรคชนิด

ไปรมารีย์. มีอยู่ ๕ รายที่ภาพเรินท์เกิน
ของปอดเป็นปกติ, แต่ผู้ช่วยก็เช่นวัณโรค
เยื่อหุ้มสมอง. การตรวจพบเช่นนี้เป็นที่น่า
สังเกตมากเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค. ผู้ช่วย
๓ รายเป็นวัณโรคแพร่กระจาย. สำหรับ
วัณโรคชนิดนี้, ถ้าพบก็ต้องนึกถึงวัณโรค
เยื่อหุ้มสมองทันที, และต้องตรวจน้ำไข
สันหลัง, เพราะอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง
น้ำไขสันหลังแล้วก่อนมีอาการทางเยื่อหุ้ม
สมอง. โดยวิธีนี้เราอาจจะวินิจฉัยโรคได้
ในระยะต้นมาก. แต่วัณโรคแพร่กระจาย
ไม่จำเป็นจะต้องเป็นควบไปกับวัณโรคเยื่อ
หุ้มสมองเสมอไป. Görgenyi-Göttche
และ Pühr, จากการตรวจศพเด็กอายุ
ภายใน ๑๕ ปี ๑๑ ราย, พบโรคทั้งสอง
นี้เช่นร่วมกัน ๓๔ ราย, เป็นวัณโรคเยื่อ
หุ้มสมองเฉยๆ ๑๒ ราย, และเป็นวัณโรค
แพร่กระจายอย่างเดี่ยว ๒๕ ราย.

สรุป

ในปัจจุบันนี้, วัณโรคเยื่อหุ้มสมองมี
โอกาสรักษาหายได้มาก, ถ้าผู้ช่วยได้รับการ
รักษาในระยะต้นของโรค. การวินิจฉัย
วัณโรคเยื่อหุ้มสมองในระยะต้นไม่ใช่ของ
ง่าย, จะต้องพิจารณาจากหลายแง่หลาย

มุ่ม, แต่ที่สำคัญที่สุดก็คือประวัติและอาการ. จากจำนวนผู้ป่วยเป็นวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง ๑๐๓ รายที่รับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๕๓ ถึง พ.ศ. ๒๔๕๖, เป็นผู้ช่วยในระยะต้นของโรค ๔๐ ราย. การศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในระยะต้นจากผู้ช่วยจำนวนนี้, พบว่ามีรายการสำคัญต่อไปนี้:

ประวัติ

ประวัติวัณโรคในครอบครัว ๑๕ ราย (๓๗.๕ ในร้อยละ).

ผู้ช่วยเองเป็นวัณโรค ๕ ราย.

ผู้ช่วยเป็นหัดมาก่อน ๑๕ ราย (๓๗.๕ ในร้อยละ).

อายุ

อายุก่อนที่สุด คือ ๓ เดือน.

อายุ ๖ เดือนถึง ๒ ขวบ มีมากที่สุด.

อาการ

การอาเจียน พบ ๕๕ ในร้อยละ.

ชัก พบ ๒๗.๕ ในร้อยละ

อาการไข้ มีทุกราย.

เครื่องแสดงและสิ่งตรวจพบ

ที่สำคัญที่สุดคือขม่อมโป่งหรือคั่ง, ซึ่ง

พบเกือบ ๑๐๐ ในร้อยละในทารก. เคอร์โมการพีส์มีพบเพียง ๗๑.๕๒ ในร้อยละ.

น้ำไขสันหลัง แสดงการเปลี่ยนแปลงตามแบบฉบับ.

พบว่าสีใสเหมือนน้ำทูกทราย.

จำนวนเซลล์เพิ่มขึ้นไม่แน่นอน. ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีเซลล์สูงไม่เกิน ๓๐๐ ตัว, อีกครึ่งหนึ่งอยู่ระหว่าง ๓๐๐ ถึง ๑๐๐๐ ตัว. ส่วนมากเป็นลิมโฟไซต์.

จากไขยางที่เกิดขึ้นทุกรายนั้น, พบเชื้อเพียง ๗ ราย.

การทดสอบทูเบอร์คิวลิน ให้ผลบวก ๘๕ ในร้อยละของจำนวนผู้ป่วย.

การตรวจเม็ดเลือดขาว ได้ผลไม่แน่นอน. อาจปกติหรือสูงมากก็ได้. แต่ส่วนมากขึ้นสูงขนาดปานกลาง.

การตรวจปอดด้วยแสงเรินท์เก็น พบว่าส่วนมากเป็นวัณโรคปอดชนิดไพรมารีย-คอมเปล็กซ์. วัณโรคแพร่กระจายมี ๓ ราย. สำหรับวัณโรคชนิดนี้, ถ้าพบต้องนึกถึงวัณโรคเชื้อหุ้มสมองด้วยเสมอ.

THE EARLY DIAGNOSIS OF TUBERCULOUS MENINGITIS IN CHILDREN.

Arun Netrasiri, Dr. Med. (Jena), D.T.M. (Hamburg).

and

Cherdchalong Netrasiri, M.B., M.D. (Hon.)

(Department of Pediatrics.)

Based on data, derived from the analytical study of 103 cases of tuberculous meningitis, admitted into the Pediatric Department during B.E. 2493 to B.E. 2496, of which 40 cases were in the early stages of the disease, the authors discuss at length the possibilities of an early diagnosis of this disease. In the first place the necessity to take a thorough history of the patient is being stressed, as 60 per cent of the cases studied revealed known tuberculous infection either in the family or of the patients themselves. Among the predisposing factors, measles is considered the most important. Referring to the age incidence, children between 6 months and 2 years of age make the majority of

the patients, the youngest being 3 months old. Vomiting and convulsive seizures are the outstanding symptoms in the early phase of the disease. Two signs are found to be of utmost diagnostic significance, namely the tense or distended fontanelle and the positive dermographism. The authors finally recommend a routine tuberculin test in the examination of children, and a diagnostic lumbar puncture in cases of acute miliary tuberculosis, as in such cases, after the authors' own experience, changes in the spinal fluid usually precede the meningitic signs and symptoms.

S.S.

โรคหัวใจชนิดวอลฟ์-พาร์กินสัน-ไวท์ซินโดรม

รายงานผู้ช่วยเด็กหนึ่งราย

สวัสดิ์ สกกุลไทย

M.B., D.C.H., D.T.M. & H. (Eng.)

(แผนกกุมารเวชศาสตร์, ศิริราชพยาบาล)

เพ็ญศรี กาญจนษ์จิตติ

และ

M.B.

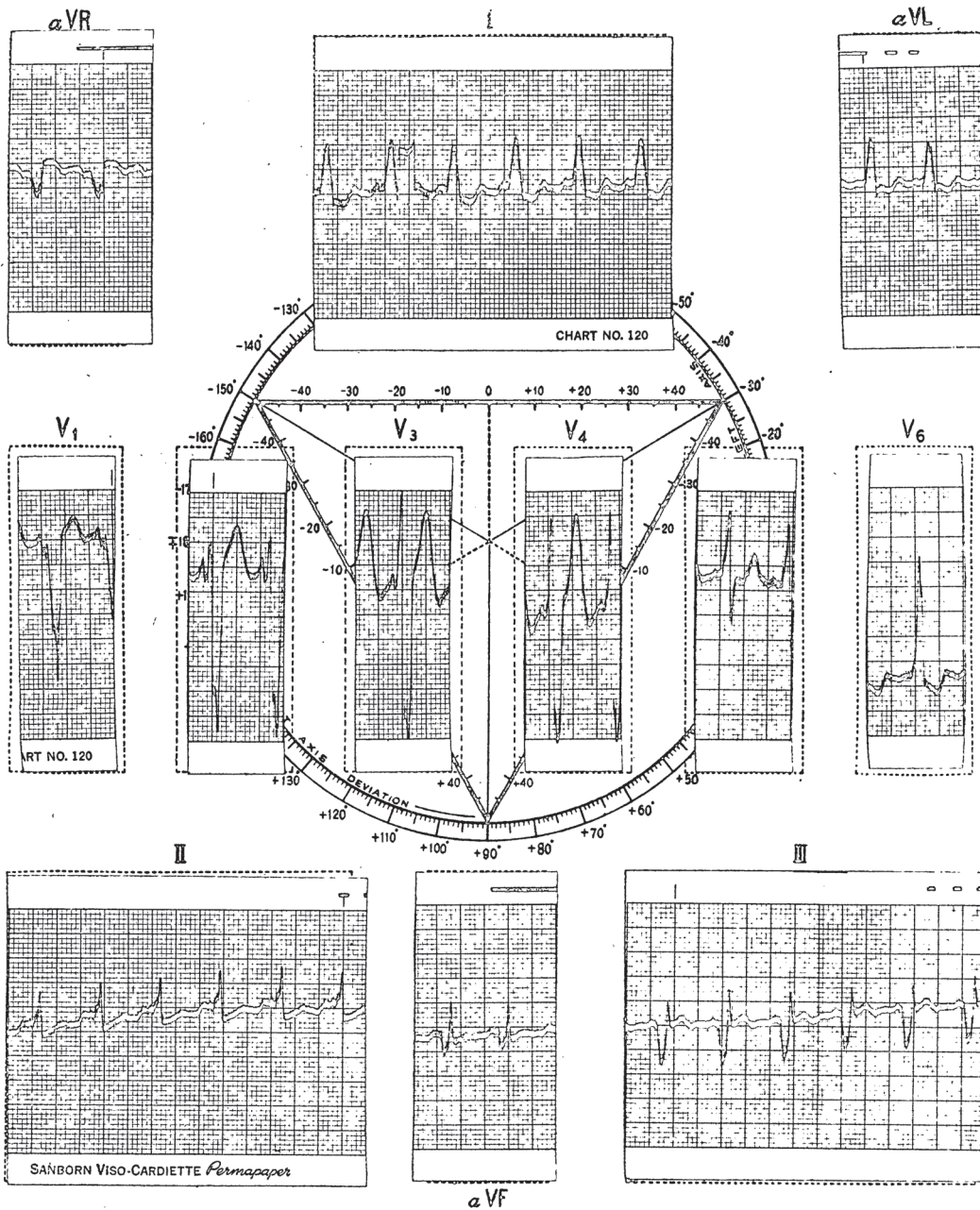
(สถานมารดาและทารกสงเคราะห์, สาทร)

ในปี ๑๙๓๐ Wolff, Parkinson, และ White ได้รายงานเป็นครั้งแรกถึงกลุ่มอาการ (ซินโดรม) หนึ่งซึ่งประกอบด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ ซึ่งผิดปกติเป็นพิเศษ, คือมี PR interval สั้นมาก (น้อยกว่า ๐.๑๑ วินาที), QRS complex กว้างกว่าปกติ (มักกว้างกว่า ๐.๑๑ วินาที), และมักเกิดพาร็อกซิสมัลแทชีคาร์เดียได้ง่าย. นับแต่นั้นมาก็ได้มีรายงานกลุ่มอาการนี้มากกว่า ๒๐๐ ราย, แตกต่างกันตั้งแต่จำนวนผู้ป่วย ๑ รายจนถึง ๖๕ ราย (Willius และ Carryer, ๑๙๔๖).

ผู้ป่วยรายแรกชื่อวอลฟ์, พาร์กินสัน และไวท์ รายงาน, มีอายุขณะนั้นได้ ๓๕ ปี. นายแพทย์ทั้งสามได้พบผู้ป่วยเป็นครั้งแรกเมื่อ ๒ ปีก่อนรายงาน (คือปี ๑๙๒๘). ผู้ป่วยมีประวัติสำคัญว่ามีพาร็อกซิสมัลเอเทรียลแทชีคาร์เดีย และพาร็อกซิสมัล

เอเทรียลไฟบริลเลชั่น, แต่ก็ยังสามารถทำงานอาชีพเป็นศรกายบริหารได้ดี. ECG ในขณะนั้นลงความเห็นว่า เป็น bundle branch block (B.B.B.). อีก ๑ ปีต่อมาได้สงสัยว่าอาจเป็นด้วยส่วนใดส่วนหนึ่งของเวทริเคิลทำงานก่อนกำหนด เนื่องจากมีทางเดินของระบบสื่อ นำในหัวใจผิดปกติ, จึงได้ตรวจซ้ำจากจนแน่ใจ, และอีก ๑ ปีต่อมาจึงได้รายงาน.

โรคนี้พบในเด็กประมาณ ๐.๐๔ ٪. ของ ECG ของเด็กทั่ว ๆ ไป, ในผู้ใหญ่พบประมาณ ๐.๐๕๖-๐.๑ ٪. (Ohnell 1944). โรคนี้พบได้ในทุกอายุ, ตั้งแต่ ๖ วัน (Engle, 1952) จนถึง ๖๘ ปี (วอลฟ์ และไวท์, ๑๙๔๘). ถ้าหากโรคนี้เกิดขึ้นเนื่องจากมีทางสื่อ นำนอกเหนือจากธรรมดาจริง, ก็ควรเป็นมาแต่กำเนิด. ความแตกต่างในอายุเป็นเพียงแต่เวลาของการบังเอิญที่นำผู้ป่วยไปพบกษัตริย์โรค



Patient position Recumbent.

Rhythm Sinus

Rate 120 Auricular 120 Ventricular 120

P-R Interval 0.08

Q-R-S Interval 0.12

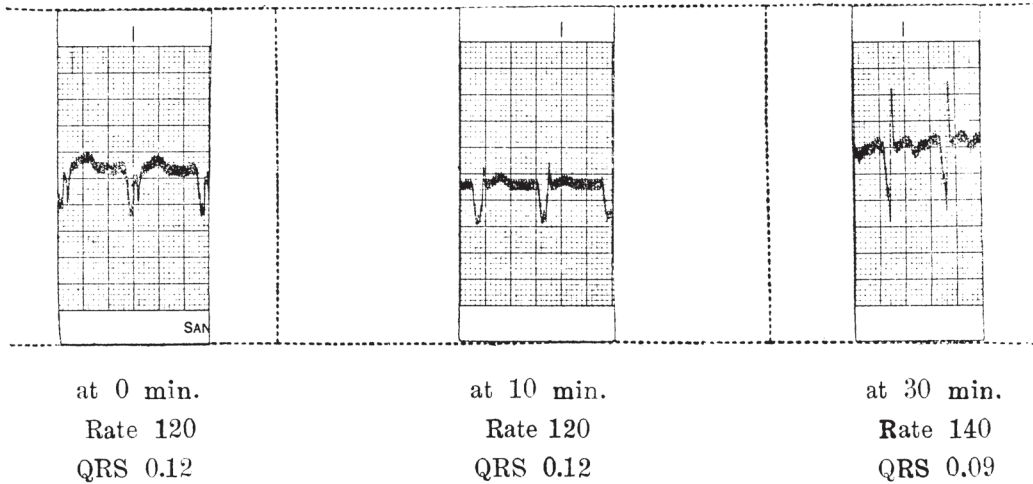
Q-T Interval 0.36

V-A-T 0.08 in V₁, 0.06 in V₆

Remark : short P-R and prolonged Q-R-S.

Impression : Wolff-Parkinson-White Syndrome.

EFFECT OF ATROPINE SO₄ 0.2 mg. (H)



ไตเท่านั้น.

โรคนี้พบได้ไม่ยากนัก. มีถึง ๕ ปช. ในบรรดาภาพบันทึก ECG ที่มี QRS complex กว้าง, และ ๕ ปช. ในบรรดาผู้ที่มีพาร็อกซ์สมัลแทสเซียมคาร์เดีย (Hunter 1940).

ความผิดปกติของการวินิจฉัยโรค มักเกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่ได้นึกถึงและเข้าใจว่าเป็น B.B.B. หรือพาร็อกซ์สมัลแทสเซียมคาร์เดียธรรมดา, ซึ่งถ้าได้พิจารณาให้ละเอียดก็จะแยกออกได้โดยไม่ยากนัก. ส่วนมากโรคนี้ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจชนิดมีพยาธิสภาพในเนื้อหัวใจ (ออร์แกนิก), ถ้ามีก็เพราะบังเอิญเป็นร่วมกันเท่านั้น. ๗๐ ปช. ของผู้ป่วยโรคนี้มีหัวใจปกติ

(Wood, 1952).

ช่วงระยะเวลาหนึ่งของโรคนี้อาจมี ECG กลับเป็นปกติได้. อาจเกิดขึ้นได้เองหรือโดยการให้ออกก่าลัง, การทดลองแบบวัลซ์ลวา, หรือการบีบคออติคไซนัสและการใช้ยา (เช่น อะโทรปีน, ควินิควิน, คีนิเทิลล์, เอมีล ไนไตรท์, เฟนิล-เอเฟริน). วอลฟ์และไวท์ (๑๙๔๘) สามารถทำให้กลับเป็นปกติได้ ๒๑ รายในผู้ป่วย ๔๑ ราย.

อิเล็กทรอนิกส์โอแกรมในเวลาใดเวลาหนึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้, ดังเช่นในผู้ป่วยของเรา, โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราความเร็วและ QRS complex เปลี่ยนไปมาก.

เนื่องจากโรคนี้วินิจฉัยได้ไม่ยากด้วยการทำ ECG, ไม่ใช่โรคที่หายากนัก, ทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะและการพยากรณ์โรคอีกด้วย, จึงเห็นสมควรเสนอรายงานผู้ช่วยต่อไปนี้:

รายงานผู้ช่วย

ผู้ช่วยเด็กชายไทย, อายุ ๖ ปี. สถานมารดาและทารกสงเคราะห์, ถนนสาทร, ส่งมาปรึกษา. ได้รับแต่วันที่ ๑๑ ส.ค. ๒๔๕๗, จำหน่ายเมื่อ ๒๔ ส.ค. ๒๔๕๗ รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาลได้ ๑๔.วัน.

อาการสำคัญมีว่าเป็นไข้และหอบเสมอ ๆ มาประมาณ ๒ ปีเศษ. ผู้ช่วยเป็นบุตรคนที่ ๘ ในจำนวน ๑๑ คน ของบิดาที่มีอาชีพขับรถยนต์รับจ้าง. บิดาอายุ ๕๐ ปี, มารดาอายุ ๔๐ ปี. ทั้งบิดามารดาและพี่น้องทุกคนสุขภาพดี. เมื่อตั้งครรภ์ผู้ช่วย, มารดาแข็งแรงดีและคลอดครบกำหนด. การเกิดโตและสติปัญญาปกติ, นอกจากนี้ไม่ค่อยช่างพูดและบางครั้งมีอาการซึม ๆ เท่านั้น. เมื่อ ๒ ปีเศษมานี้ผู้ช่วยเป็นไข้หอบ, ได้ไปหาแพทย์ที่สถานมารดาและทารกสงเคราะห์. วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดลมอักเสบ, กินยาประมาณ

๔-๕ วัน, อาการก็หาย, ไม่ได้สังเกตเรื่องชีพจร. ค่อนข้างเป็น ๆ หาย ๆ อยู่เรื่อย. สังเกตว่าถ้าผู้ช่วยหกล้มก็มักเป็นไข้และหอบ. อาการเช่นนี้มีอยู่เกือบทุก ๒ เดือน. ในครั้งสุดท้ายได้ไปฉายเอกซเรย์โดยคำแนะนำของแพทย์; พบว่าหัวใจโต, จึงได้ส่งมาปรึกษา.

ผู้ช่วยต้องงดการเล่าเรียนเสมอ ๆ เนื่องจากป่วยบ่อย ๆ, และรู้สึกว่าการจำไม่ดี. การศึกษาไม่คืบหน้าเลย. ร่างกายไม่ได้ทรุดโทรมลง กำลังกายก็ในเวลาปกติวิ่งเล่นไต่ราว ๆ บ้าน, เช่นเดียวกับเด็กคนอื่น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ

๓๘.๗°ซ., ชีพจร ๑๓๐, หายใจ ๒๔. น้ำหนัก ๑๖ กก. ความสูง ๑๐๕.๔ ซม. ความดันเลือด ๑๐๔/๗๖ มม.ปรอท. รูปร่างเป็นปกติ. ปลายนิ้วไม่ขุ่น (คลัยบิง). ไม่มีอาการเขียวและหลอดเลือดดำที่คอไม่โป่ง. ชีพจรสม่ำเสมอ, ขนาดและความแรงปกติ. อัตราชีพจรสำหรับ ๓ วันแรกที่มีไข้, ระหว่าง ๖.๐๐-๘.๐๐ น. เฉลี่ยได้ ๑๑๐/นาที (จาก ๑๓ ครั้ง). ในวันหนึ่งที่มีไข้ ๓๕°ซ. ระหว่าง ๒๒.๐๐

-๒.๐๐ น. อัตราชีพจร ๑๒๐-๑๒๖/นาที. ต่อจากนั้นอีก ๑ วัน, ซึ่งไม่มีไข้เลย, อัตราชีพจรเฉลี่ย ๑๑๔/นาที (จาก ๔๑ ครั้ง). นับจาก ECG, ชีพจรอยู่ระหว่าง ๑๒๐-๑๔๐/นาที. (สำหรับเด็กอายุ ๖ ปี, อัตราชีพจรปกติประมาณ ๑๐๐/นาที). ทรวงอกส่วนหน้าหัวใจ (ปรีคอร์เดียม) นูนเล็กน้อยทั่วไป. เห็นการกระแทกของหัวใจที่ช่องซไโครงที่ ๔ และ ๕, โกล์เส้นพารา-สเตอร์นัลข้างซ้าย (ผนังอกข้าง). คลำไม่พบอาการออกสะเทือน (thrill) ที่ใด. จุดหัวใจกระเพื่อม (เอเปกซัล) อยู่ที่ช่องซไโครงที่ ๖ นอก MCL ๑ ซม. ผนังหน้าท้องส่วนบนเห็นได้ชัด. ฟังที่จุดหัวใจกระเพื่อมได้เสียงไมตรีลที่ ๑ กังแรงเกินธรรมดาและซิสโตลิกเมอร์เมอร์เบาๆ, บริเวณลิ้นไตรคัสปีคและเอออร์ติคปกติ. ในบริเวณลิ้นพัลโมนารีย์พบเสียงที่ ๒ กังเกินปกติและมีซิสโตลิกเมอร์เมอร์เสียงไม่กร้าว, นานประมาณ ๓/๔ ของระยะซิสโตลิก, และแพร่ไปที่ช่องซไโครงที่ ๓ และได้ข้อสเตอร์โนคลาวิคูลาร์.

คืบโตย้อยลง ๒ ซม. ต่ำกว่าชายโครงที่ MCL, ความแข็งปกติ.

มุกม่น้ำมุกเล็กน้อย. คอแดงเรื่อ ๆ

และมีแกรนิวเลชัน. ท่อนซิลอักเสบและโตเล็กน้อย.

รายงานผลการตรวจทางรังสีแจ้งว่าหัวใจโตปานกลาง, ส่วนมากไปทางซ้าย (เทเลเรนต์เกโนแกรม) หลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์และบริเวณเอเทรียมซ้ายคู้ย่งขึ้น พัดม่ายเฉียงจากซ้ายและจากขวา ภายหลังกลืนแบเรียมแสดงว่าห้องหัวใจโตขึ้นทุกห้อง, ที่เว็นทริเคิลทั้งสองมากกว่าส่วนอื่น บุ่มพัลโมนารีย์ (pulmonary conus) คพองขึ้นเอออร์ตาไม่อยู่ทางขวา. พลูโอโรสโคปี้ แสดงว่าหัวใจแข็งแรงปานกลางและเต็มสม่ำเสมอ. เห็นส่วนไฮลัสเด่น. ปอดมีเลือดคั่ง รังสีแพทย์ลงความเห็นเห็นว่าหัวใจโตขึ้นปานกลาง, ในส่วนเว็นทริเคิลทั้งสองมากกว่าส่วนอื่น, อาจเป็นได้จาก V.S.D. (Ventricular septal defect).

บันทึกไฟฟ้าหัวใจ (ECG) พบว่าผู้ป่วยมีจังหวะไซนัส (sinus rhythm), อัตราความเร็ว ๑๒๐/นาที. PR. interval ๐.๐๘ วินาที (ปกติ ๐.๑๖-๐.๒๐). QRS complex ๐.๑๒ วินาที (ปกติไม่เกิน ๐.๑). QT interval ๐.๓๔ วินาที (ปกติในอัตรา ๑๒๐=๐.๓๒). PJ interval

๐.๒๐ วินาที (ปกติไม่เกิน ๐.๓๐). VAT ใน V_6 ๐.๐๖ วินาที, แต่ใน V_1 ๐.๐๘ วินาที. R ในทุกวิถีต่อ (lead) มี slurring, แต่ไม่มี rS M.

สรุปว่า:— ผู้ป่วยมี PR interval สั้น พร้อมกัน QRS complex ยาวขึ้น หรือที่เรียกว่า Wolff - Parkinson-White syndrome (W.P.W), และขณะกำลังเป็นโรโนฟาริงไอทิสอีกด้วย.

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้มีหลายประการ, ดังต่อไปนี้.

ปัญหาข้อที่ ๑ ECG อาจทำให้สำคัญผิดว่าเป็น B.B.B. ดังวอลฟ์และไวท์เองก็เคยเป็นมาแล้ว.

QRS complex ซึ่งกว้างกว่า ๐.๑๑ วินาทีนั้นย่อมจะผิดปกติเป็นแน่เหมือนกันทั้ง W.P.W. และ B.B.B., ซึ่งมีข้อที่ชี้แยกออกจากกันได้ ๓ ประการ คือ: (๑) PR interval ใน W.P.W. ต้องต่ำกว่า ๐.๑๑ วินาที, ซึ่งใน B.B.B. เป็นปกติ. (๒) PJ interval ใน W.P.W. ต้องไม่เกิน ๐.๓๐ วินาที, หรืออาจสั้นกว่า ๐.๒๕ วินาที, เช่น ๐.๒๐ วินาที อย่างในผู้ป่วยของเรา, แต่ใน B.B.B. ต้องยาวกว่า ๐.๓๐ วินาที (๐.๓๑-๐.๓๔)

(๓) เนื่องจาก W.P.W. อาจกลายเป็นจังหวะปุ่ม (nodal rhythm) และจังหวะไซนัสปกติได้เองโดยวิธีและยากยิ่งกว่าข้างต้นแล้ว, ไม่ได้ทำให้ B.B.B. เปลี่ยนแปลงแต่อย่างใดทั้งสิ้น. ภายหลังให้ควินิดีน, QRS complex จะกว้างกว่าเก่าเล็กน้อย.

ปัญหาข้อที่ ๒ การที่หัวใจของผู้ป่วยนี้โตขึ้นปานกลางนั้นเนื่องจากเหตุใด.

ลักษณะที่หัวใจโตปานกลางทั้งสองข้างเช่นนี้ อาจเข้าได้กับการที่ผนังระหว่างเวนตริเคิลมีช่องโหว่ในทอนสูง (high ventricular septal defect), โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ หลอดเลือดแดงพัลโมนารีโตขึ้นและเห็นการตันในส่วนไซลัส. มีสิ่งที่น่าสนใจอย่างหนึ่งก็คือ ใน high V.S.D. มักจะต้องมีซิสโตลิกเมอร์เมอร์ ซึ่งดังและเสียงกร้าวมาก. หลายรายอาจได้ยินที่ด้านหลังของผู้ป่วยด้วย. ซิสโตลิกเมอร์เมอร์ต้องมีทุกราย. ในผู้ป่วยของเราไม่ได้ยินเมอร์เมอร์กร้าวและไม่มีการซิสโตลิกเมอร์เมอร์ที่บริเวณฐานหัวใจ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ไม่เป็นเสียงกร้าวและไม่ดัง, อาจพบในรายที่ผนังเอเทรียมมีช่องโหว่ขนาดใหญ่, แต่ ECG จะต้องแสดง

right axis deviation และเอเทรียมขวา
โตมากและโตกว่าห้องอื่น ๆ ของหัวใจ.

เหตุผลเหล่านี้ทำให้เข้าใจว่าหัวใจอาจ
โตเองด้วยเหตุไซนัสแทคซิคาร์เดียและ
เพราะมีพาร็อกซิสมัลแทคซิคาร์เดียบ่อยๆ
ในเวลาที่ใช้ (ที่ทำให้หอบ).

ผู้ช่วยหนึ่งรายของ Engle, อายุ ๑๐
ปี, มีลักษณะคล้ายกับผู้ช่วยของเราเป็น
อย่างยิ่ง, นับตั้งแต่ซิสโตลิกเมอเมอร์,
ภาพเอ็กซเรย์หัวใจ; หลอดเลือดแดงพัล
โมนารีก็โตและเด่นพองเหมือนกัน. เขา
เข้าใจว่าพาร็อกซิสมัลแทคซิคาร์เดียเป็น
เหตุให้หัวใจโตเช่นกัน. ปัญหาจะแก้ไข
ได้โดยการสวนหัวใจ.

สมมุติฐานของกลุ่มอาการ มีผู้อธิบาย
ไว้ ๓ ประการคือ:

(๑) เนื่องจากมีเส้นใยสำหรับสื่อนำ
อิมพัลส์เป็นพิเศษ, จากไซโน-เอเทรียล
โน้ด, หรือที่หนึ่งที่ใดในเอเทรียมไปสู่
เวเนทริเคิลข้างหนึ่งข้างใด, หรือแม้แต่ที่
เอ-วโน้ด เช่นทาง Bundle of Kent
(Kent, 1893).

(๒) เนื่องจากการที่อิมพัลส์แผ่ไปสู่
แขนงของระบบสื่อนำใน หัวใจแขนงใดก็ได้
เร็วกว่าปกติอย่างมาก, ซึ่งอาจเรียกได้ว่า

เป็น "bundle branch acceleration"
ข้างใดข้างหนึ่ง.

(๓) เป็นผลของการที่มี "จุดจิกจิง
หระ" (pace maker) จุดหนึ่งอยู่ในเอ
เทรียม, อีกจุดหนึ่งที่เวเนทริเคิลข้างใด
ข้างหนึ่ง (Hunter et al., 1940), ทำให้
PR interval สั้นและ QRS complex มี
รูปร่างเหมือน B.B.B. ในบางคราวอิมพัลส์
อาจผ่านตามทางลัด (short circuit)
และบางคราวก็ผ่านตามทางปกติ (คือผ่าน
bundle of His). ข้อนี้ น่าจะเป็นไปได้
ยาก.

ในปัจจุบันคำโรคหัวใจ ที่มีผู้ยกย่อง
เป็นมาตรฐานสนับสนุนคำอธิบายประการ
แรกเกือบทั้งสิ้น. ได้มีผู้ตรวจศพผู้ช่วยที่
เป็น W.P.W. และได้พบเส้นใยสื่อนำ
พิเศษนี้หลายคน (Engle, 1952). Mall
ได้อธิบายกำเนิดของเส้นใยสื่อนำพิเศษนี้
ไว้อย่าง ชัดเจนตามวิทยา เอ็มบริยอของ
หัวใจคน, ซึ่งพบได้ในเอ็มบริยอขนาด
๑๓ ถึง ๒๑ มม. ทั้งนี้ยอมส่งเสริมการ
ค้นพบของ Kent ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น.

ได้มีผู้ทดลองทำ W.P.W. ให้เกิด
ขึ้นได้ในสุนัขและแมว, โดยการทำบรีจ
ด้วยเครื่องเพิ่มกำลังหลายพันเท่า, ใช้กระ

แสดงจากเอเทรียมเป็นต้นกำลัง (input) และปล่อยกำลังส่ง (output) ไปที่เว้นทรีเคิลได้สำเร็จ (Butterworth และ Poindexter, 1942).

W.P.W. อามี ECG ได้เป็น ๔ แบบ (Burch), สดแต่ว่าเส้นใยสื่อนำพิเศษจะไปสิ้นสุดลงที่ใด, หมายความว่าแล้วแต่ว่ามีคิโปลาไรเซชันขึ้นที่ใดก่อน

แบบที่ ๑ พบมากที่สุด คือไปสุดที่เว้นทรีเคิลขวาเป็นชนิดที่ Kent (1914) บรรยาย และเรียกว่า right lateral atrio-ventricular junction. ECG คล้าย B.B.B. ข้างซ้ายอย่างสมบูรณ์ (left complete B.B.B.) หรือ right ventricular premature contraction.

แบบที่ ๒ อิมพัลส์แพร่ออกจากเส้นใยพิเศษไปทั่ว เว้นทรีเคิล ทั้งสองข้างโดยรวดเร็ว, ทำให้เกิดมีระยะถือ (refractory period) ต่อ bundle of His. QRS complex จึงกว้างและมีทิศทางการเปลี่ยนแปลง (direction of main deflection) เหมือน ECG ปกติ.

แบบที่ ๓ เส้นใยพิเศษไปสิ้นสุดที่เว้นทรีเคิลซ้าย, แล้วจึงมีอิมพัลส์แผ่ไปทั่วเว้นทรีเคิลขวา. ภาพ ECG จึงคล้าย mul-

tiple left ventricular premature contraction หรือ B.B.B. ข้างขวา

แบบที่ ๔ การคิโปลาไรเซชันเกิดขึ้นใกล้ ๆ Bundle of His หรือที่บริเวณผนังกันเว้นทรีเคิล, ทำให้มี PR interval สั้นอย่างเดี๋ยวนเพราะไม่มีการผิตจึงหระในส่วนเว้นทรีเคิล (Ventricular asynchronism).

พาร์ออกซิสมีลแทมเบียคาร์เดีย เกิดได้บ่อยมาก. มีถึง ๕๐-๖๐ ปร. ของผู้ป่วย W.P.W. ทั้งหมด (Willius และ Carryer, 1946) อาจเป็นได้ทั้ง เอเทรียลและเว้นทรีคิวลาร์, และมักเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้พลังงานมาก, เช่นมีไข้. จากการทำ ECG ขณะมีอาการ, Paul Wood เข้าใจว่าอาจเกิดจากการที่อิมพัลส์วิ่งเวียนไปรอบ ๆ (circus movement) อิมพัลส์อาจผ่านลงมาทาง bundle of His. แล้วกลับไปทางเส้นใยพิเศษหรืออาจลงมาตามเส้นใยพิเศษแล้วขึ้นตาม bundle of His ชนิดแรกพบได้บ่อยกว่า. ในผู้ป่วยบางคนอาจเกิดขึ้นได้ทั้งสองอย่างเช่นพัก ๆ. การมีพาร์ออกซิสมีลแทมเบียคาร์เดียทำให้หัวใจต้องหนักแรงมาก. ตามที่มรายนงานบางคนมีอาการจับได้ถึง ๑๐ ครั้ง ใน ๑

วัน. รายงานมากแห่งแสดงว่าพาร็อก
ซิสมีลแทมย์คาร์เคีย เป็นเหตุให้ทารก
ซึ่งเป็นโรคนี้ถึงแก่กรรม.

การบำบัดและพยากรณ์โรค สำหรับ
W.P.W. ไม่มีการบำบัด, และไม่มีผล
อย่างไรในการพยากรณ์โรค สำหรับ
พาร็อกซิสมีลแทมย์คาร์เคีย ต้อง แยก ว่า
เป็นชนิด เอเทรียล หรือเว็นทริคิวลาร์แล้ว
บำบัดตามชนิด.

ถ้ายังมีโรคของเนื้อหัวใจ (ออร์
แกนิก) ควรไปด้วย การบำบัดโรคแล้ว
แต่โรคพวกนี้. ในปัญหาผู้เป็น W.P.W.
จะมีโรคของหลอดเลือดโคโรนารีย์ย่อย
เพียงใด, ไวท์ (๑๙๕๒) เชื่อว่าไม่
แปลกจากคนอื่น ๆ.

ขอขอบคุณ ท่าน หัวหน้าแผนก กุมารเวชศาสตร์
ที่ได้อนุญาตให้เสนอ รายงานนี้ และกรุณาแนะนำข้อคิด
บางประการ, ท่านศาสตราจารย์ สด สวงวิเชียร กรุณา
ช่วยเหลือเกี่ยวกับภาพประกอบ, นายแพทย์อำรุง ศรี
สุกรี ช่วยถ่ายภาพ และ นางสนธิ ลอยนรินทร์ มารดา
ผู้ป่วยได้ร่วมมืออย่างดียิ่ง.

เอกสาร

1. G.E. Burch and T. Winsor: A Primer of Electrocardiography. p. 82. (Lea & Febiger)
2. J.S. Butterworth and C.A. Poin-dexter: Arch. Int. Med. 69:437-449, 1942.
3. M.A. Engle: Am. J. Dis Child. 84: 692-705, 1952.
4. M. Holzmann and D. Scherf: Ztschr. Klin Med. 121:404, 1932.
5. A. Hunter, C. Papp and J. Parkin-son: Brit Heart. J. 2:107, 1940.
6. A.F.S. Kent: Quart J. Exper. Physiol 7:193, 1914.
7. F.P. Mall: Am. J. Anat. 13:249, 1912.
8. R.F. Öhnell: Acta med. Scandinav. Supp. 152:1, 1944.
9. F.A. Willius and H.V. Carryer, Proc. Mayo. Clin. 21:438, 1946.
10. P. White: Electrocardiography in Practice, p. 346 (Saunders, 1952).
11. C.C. Wolferth and F.C. Wood, Am. Heart. J. 8:297, 1933.
12. L. Wolff, J. Parkinson and P.D. White: Am. Heart. J. 5:685, 1930.
13. L. Wolff and P.D. White: Arch. Int. Med. 82: 446, 1948.
14. P. Wood: Disease of the Heart and Circulation, 2nd impression, p. 441. (Eyre & Spottiswoode).

(Abstract of the preceding Report)

A CASE OF WOLFF-PARKINSON-WHITE SYNDROME

Swardi Skulthai
M.B.,D.C.H. (Eng.), D.T.M., & H. (Eng.) and
(Department of Pediatrics)

Pensri Khanjanasthiti
M.B.
(Maternity-Child Health Welfare)

A case report of WPW syndrome in a boy aged 6, who came to Siriraj Hospital with the chief complaint of dyspnoea and limitation of exercise for two years. No similar history in the family.

Physical examination reveals well-developed and well-nourished child, no cyanosis, no clubbing. He has tachycardia (120/min.); apex beat at left 6th interchondral space, one cm. outside MCL. There is no thrill. Mitral first sound is accentuated with systolic murmur at the

apex and pulmonary valve area.

ECG: Sinus rhythm, rate 120, PR 0.08 QRS, 0.12, QT 0.34, PJ 0.20, VAT in V_1 0.08, in V_6 0.06, slurring of R in all leads, R in standard lead I and deep S in standard lead III.

When bundle of Kent theory is applied, this case represents the one which terminates on right ventricle.

(14 references)



บทบรรณาธิการพิเศษ

กุมารเวชศาสตร์

วิชาโรคเด็กจัดได้ว่าเป็น สาขาโรคหนึ่งซึ่งเก่าแก่มาก, เฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย. บรรดาแพทย์แผนโบราณที่ได้ถือเอาการรักษาเด็กเป็นวิชาของท่านโดยเฉพาะ, เป็นวิชาชีพที่จิตใจของตัว, ไม่ก้าวก้าวไปในสาขาอื่นนั้น มีอยู่ไม่น้อย. บรรดาหลักศิษย์ของบาง ท่านยังคงมีชื่อท่านอาจารย์ อยู่ในวงเล็บ ภายหลังชื่อ ของท่านเองก็ยังมีให้เห็นได้หลายคน. ความเก่าแก่ของหมอเด็กหรือกุมารแพทย์เทียบเท่าได้กับหมอตำแยหรือสตรีแพทย์ในบ้านเรา. วิชาศัลยศาสตร์เสียอีกซึ่งในต่างประเทศถือว่าเป็นแขนงวิชาแพทย์เก่าแก่นั้น, ในบ้านเรากลับไม่เจริญอย่างที่ควร. อาจเป็นเพราะแพทย์โบราณถือว่า, ผู้นั้นแตกเองได้, ก้อนทุมและอาการขวมต่าง ๆ, นั้นเป็น "ลม". ไม่แต่เพียงโรคผลไปพลาง ๆ, ซ้ำยังเป็น ศัตรูต่อการผ่าตัด เสียอีกด้วย. ฉะนั้นอาจกล่าวโดยไม่ผิดว่า ศัลยศาสตร์ในบ้านเราเพิ่งจะเริ่มค้นคว้าในสมัยที่แพทย์ชาวยุโรปและอเมริกันเข้ามา, ตลอดจน

คุณหมอพลายผู้มีชื่อเสียง, และได้ล่วงลับไปแล้วนั้นด้วย.

ความเจริญของ วิชากุมารเวชศาสตร์ในต่างประเทศได้มีขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะรอบร้อยปีมานี้เอง, เฉพาะอย่างยิ่งในประเทศสวีเดน. ตอนนั้นมนุษยชาติเรายังหลงผิดไปอย่างมากชั่วระยะเวลาหนึ่งคือคิดว่าเด็กคือผู้ใหญ่ที่มีขนาดเล็ก. ฉะนั้นเด็กก็ไม่แตกต่างกับผู้ใหญ่เท่าไรเลย. เด็กต้องทำงานหนักเท่าหรือยิ่งกว่าผู้ใหญ่ (คิดเทียบเป็นกำลังแรงม้า), จะต้องทำงานในที่ ๆ ผู้ใหญ่ทำไม่ได้, เช่นในเหมืองถ่านหิน, ในปล่องไฟ. มนุษย์เรากล้าชายและรับชอทาสเด็ก, นำเด็กเข้าไปรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลผู้ใหญ่. โดยเหตุนี้เองและอย่างช่วยไม่ได้, กุมารเวชศาสตร์ก็ต้องเป็นแขนงหนึ่งของอายุรศาสตร์.

ต่อมาเราได้ วิชาความรู้ความจริงว่าเด็กแตกต่างกับผู้ใหญ่มากมาย. เด็กยกมือเมื่อเกิดมา, ช่วยตัวเองไม่ได้โดยแม่แต่จะเอียงคอ. แต่แล้วต่อมาเด็กก็จะยืน

และเกือบเกินไค้ด้วยตัวเองในสิบสองเดือน
ต่อมา, โดยไม่ต้องเอาอย่างใคร, ไม่ต้อง
ให้ใครสอน, เวียนเอง, จำเอง, ผึกฝนเอง,
ทำผิดเอง, และไม่เคียงสา. เมื่อเวลาผ่านไป,
เขาเองก็จำขึ้นที่จ้ะต้องหัดอ่านสี่หน้า,
อารมณ, และเสียงของผู้ใหญ่. และใน
เวลาต่อ ๆ มากี่คนอื่นทงนนทสอนเขา, ทำ
โทษเขา, แนะนำเขา, จนเขาเองเติบโต
ขึ้น ๆ จนกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อาจทำแต่กั,
ทำแต่ชั่ว, หรือทำไค้ทั้งกัและทงชั่วใน
เวลาเดียวกัน.

ความแตกต่าง ของเด็ก ไม่ใช่้อยู่ดั่งที่
กล่าวมานี้แต่อย่างเดียวก, ในทางเทคนิก,
ความเจริญเติบโต, เมตะบอลิสม, อาหาร,
ขนาดของยา, เด็กแตกต่างกับผู้ใหญ่เกือบ
ทงสิ้น, ซึ่งบรรดาแพทย์เราต่างก็รู้เป็น
อย่างคี่แล้ว.

เมื่อความเข้าใจในเด็กมีมากขึ้น, การ
ค้นคว้าเรื่องเด็กมีมากขึ้น, การแผ่เมตตา
จิตของเราจากเด็กและลกของเราไปยังลก
ของคนอื่นไค้มีมากขึ้น ๆ, ความเอาใจ
ใส่ในเด็กก็มียิ่งขึ้น ๆ. ทงนี้ไม่เฉพาะ
แต่ในต่างประเทศแม้ในบ้านเราเอง ก็เช่น
เดียวกัน.

ในบ้านเราไค้มีตัก สำหรับผู้ช่วยเด็ก

โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศิริราช เมื่อ
พ.ศ. ๒๔๗๐ และเพ็งไค้แยกเป็นแผนก
กุมารเวชศาสตร์อิสสระเมื่อพ.ศ. ๒๔๘๘.
ต่อมาภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่สอง
นี้แล้ว, ความสนใจในเด็กไค้เริ่มขึ้นอย่าง
จริงจัง. คณะรัฐบาลปัจจุบันและองค์การ
ต่าง ๆ ของสหประชาชาติ ไค้เห็นความ
สำคัญของความรุ่งเรือง ของชาติที่ จะต้อง
มีรากฐานมาจากเด็ก, ไค้ทำความเจริญ
ให้แก่พวกเด็ก ๆ เป็นส่วนรวมอย่างมาก
มาย, โดยไค้ให้ความอุดหนุนในทุก ๆ
ทางแก่หน่วยสังเคราะห์มารดา และ ทารก,
ซึ่งมีทงหน่วยประจำและเคลื่อนที่, ไค้มี
โรงพยาบาลเด็ก, ศาลเด็ก, สถานพินิจ
เด็ก, สถานอนามัยเด็กกลาง, ความ
เอาใจใส่ต่อเด็กตามโรงเรียนแม้ด้วยการ
จรรยา ฯลฯ. นอกจากนั้นยังไค้ส่งบรรดา
แพทย์ และ อาจารย์ใน โรงเรียน แพทย์ไป
ศึกษาวิชากุมารเวชศาสตร์เพิ่มเติมในต่าง
ประเทศอีกด้วย. และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ด้วย พระมหากษัตริย์คุณของ พระบาทสม-
เด็จพระเจ้าอยู่หัว, อาจะกล่าวไค้ว่าเงิน
พระราชทานส่วนพระองค์เท่าที่ปรากฏส่วน
มากไค้ทรงพระราชทานให้แก่งานเกี่ยวกับ
เด็ก.

ในโรงเรียนแพทย์ของเราก็ได้สังเกตเห็นความสำคัญในความเจริญของกุมารเวชศาสตร์, ได้มีการแยกออกมาเป็นแผนกอิสระจากแผนกอายุรศาสตร์. แต่ถึงกระนั้นก็ตาม, ก็ยังเป็นทรูสึกกันโดยทั่วไปว่า, การสอนวิชากุมารเวชศาสตร์ในหลักสูตรไม่ได้ส่วนสัมพันธ์กับการที่ต้องนำไปใช้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว. บรรดาแพทย์ทั่วไปยังรู้สึกตัวว่ามีความรู้เรื่องเด็กน้อยลง. ยิ่งเมื่อสถาบันเกยวกัยเด็กได้บังเกิดขึ้นมากมายเช่นในระยะปัจจุบันแล้ว, ความต้องการแพทย์ที่มความรู้เรื่องเด็กก็ยิ่งมากขึ้น. จะเห็นได้จากการทำงานแพทย์ไปศึกษาวิชาโรคเด็กในต่างประเทศมากยิ่งขึ้น.

ความเอาใจใส่ต่อเด็กจากสังคมจะหาได้หยกหย่างแก่เพียงเท่านั้นไม่, ยังมีสิ่งที่จะต้องกระทำอีกมากมาย. สิ่งที่จะต้องกระทำจะเกิดขึ้นเองตามวันและเวลาที่ล่วงไป, และเป็นสิ่งที่ต้องเป็นไป, จะมีสิ่งใดมา

หยุดยั้งหาได้ไม่.

Sir Leonard Parson ได้กล่าวเป็นประโยคแรกในหนังสือ The Modern Trends in Paediatrics อันมีชื่อเสียงของท่านว่า.

"In the United Kingdom, the study of the child health and disease has advanced in the last few years from a rather insignificant and certainly neglected section of Medicine to become one of the major subjects of the medical curriculum. In many universities it forms, with medicine, surgery and obstetrics, one of the four subjects of the final examination. Moreover, every university, with the exception of Oxford and Cambridge, now possesses a professorial chair in Child Health. The United Kingdom has thus, at last, followed the example set by Sweden over 100 years ago."

เรียบเรียงจาก

1. W.S. Graig : Child and Adolescent Life in Health and Disease, 1st imp. 1946.
2. L. Parson : Modern Trends in Paediatrics, 1st imp. 1951.

สวัสดิ์ สกุลไทย M.B.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : อรุณ เนตรศิริ Dr. Med., [เกิดฉลอง เนตรศิริ พ.บ., พ.ด.
สวัสดิ์ สกลไทย พ.บ., D.C.H., D.T.M. & H., สมโพธิ หุคกระเวส พ.บ., ดิเรก พงศ์พัฒน์ พ.บ.
อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ., นิตยา สุนทรพานิช พ.บ., จิตร วารินทร์ พ.บ.
ม.ร.ว. จันทร์นิวัตร์ เกษมสันต์ พ.บ.

๑. H. Schäfer : ผลไม้พื้งปรารณา
ในการรักษาด้วยแอนติไบโอติก. *Monat-
schrift für Kinderheilkunde*. 102:
192-196, 1954.

ผลไม้พื้ง ปรารณาในการรักษาด้วย
แอนติไบโอติกมีอยู่ ๓ ประการคือ (๑)
เชื้อโรคคอกซา. (๒) ระหว่างการรักษามี
การติดเชื้ออื่นเกิดขึ้นใหม่. (๓) ติดเชื
อ, ซึ่งอาจจะเป็นเฉพาะที่หรืออาจจะเป็น
กระจายทั่วไปได้. ผู้รายงานได้อ้างตัว
อย่างประกอบ ๓ ราย. เพื่อป้องกันผลอัน
ไม่พื้งปรารณาเหล่านี้, ผู้รายงานได้เตือน
ไม่ให้รักษาโรคด้วยแอนติไบโอติกอย่าง
พร่าเพรื่อ, ควรจะเก็บไว้สำหรับรายที่มี
อาการมาก. เมื่อทำการรักษาด้วยแอนติ
ไบโอติก ก็ควร จะตรวจ บัสสาวะหาเชื้อรา
เสมอ. ถ้าพบเชื้อราในบัสสาวะถือได้ว่า
เป็นสัญญาณของมัยโคสิสและถ้าสงสัยก็
ต้องงดแอนติไบโอติกทันที, เพราะปัจจุบัน

นี้ยังไม่มีแอนติมัยโคติกที่หวังผลได้แน่
นอน.

อรุณ เนตรศิริ Dr. Med.

๒. M.R. Richards and R.B. Hiatt:
ผลเสียของการสวนทวารหนักใน *Con-
genital Megacolon*. *Pediatrics*. 12:
253-259, 1953.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยที่มีเมกะโค-
ลอนโดยกำเนิด ๑๐ รายภายหลังการสวน
ทวารหนักด้วยน้ำหรือน้ำยาที่มีความคัน
ออสโมติกต่ำ. ส่วนมากมีอาการสำคัญ
คือ อ่อนเพลีย, ปวดศีรษะ, อาเจียน, ไอ,
ซัด, เหงื่อออก, บัสสาวะมาก, ผิวหนังเย็น
ซัด, เป็นลม, บางรายซัด, โคมาและตาย.
อาการเหล่านี้จะอธิบายได้ว่าเป็นอาการ
ของ water intoxication. ตรวจศพ ๑
ราย, พบว่ามีเลือดคั่งที่ leptomeninges.
convolution ของสมองแบนลง, sulci

ของถุงลมของปอดเกิดขึ้นจากการพองตัวของหลอดเล็กฝอยซึ่งเป็นผลจากวงจรเลือดพัลโมนารีย์เริ่มเกิดขึ้น. ทารกในครรภ์มีเลือดผ่านวงจรพัลโมนารีย์เพียง ๕ ๒๒. โดยผ่าน foramen ovale และ ductus arteriosus เข้าหัวใจทางซ้ายเกือบหมด. หน้าท้องของฟอราเมน โอวาเล่หยักก่อนที่คัตคัส อาร์เทอร์ิโอสตีค, ซึ่งเชื่อกันว่ากล้ามเนื้อสร้างขึ้นเป็นผนังนั้นหดตัว. ดังนั้นปริมาณของเลือดทั้งหมดจึงผ่านเข้าไปสู่วงจรเลือดพัลโมนารีย์. ถุงลมที่แฟบและล้อมรอบด้วยตาข่ายของหลอดเล็กฝอยในชีวิตในครรภ์ถูกทำให้ขยายตัว, เมื่อมีเลือดผ่านเข้าตาข่ายของหลอดเล็กฝอย. ทฤษฎีนี้ไม่ได้ขัดแย้งต่อการสังเกตที่แล้่ว ๆ มา, ที่ยังสามารถอธิบายได้อีกว่าทารกในครรภ์มารดาต้องมีฟอราเมน โอวาเล่และคัตคัส อาร์เทอร์ิโอสตีคก็เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความตันในวงจรพัลโมนารีย์มาก. ผู้รายงานได้ทำการทดลองเอาปอดทารกตายในครรภ์, ยังมน้ำทั้งสองอัน. อันหนึ่งใช้ macrodox ฉีดเข้าเลือดแดงพัลโมนารีย์แทนเลือดโดยจำกัดความตันให้ได้ ๘๐ มม.ปรอท, ทั้งใส่ในขวดบีบที่มีฝาปิดหยุนไต้ซึ่งทำหน้าที่

คล้ายกะบังลม. อีกอันหนึ่งใช้เส้นค้อนโทรลใส่ไว้ในขวดแก้วเช่นเดียวกันแต่ไม่ได้ฉีดมาโครด็อกซ์. เขาพบว่าปอดอันที่ทำให้ความตันสูงขึ้นโดยฉีดมาโครด็อกซ์เข้าไปนั้นลอยน้ำและมีเส้นชั้นแสดงทางจุลกายวิภาคว่ามีการพองตัวของถุงลม, ส่วนปอดอันค้อนโทรลนั้นเส้นชั้นแสดงว่าถุงลมยังแฟบอยู่.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๕. J. Lorber. เยื่อหุ้มสมองอักเสบด้วยเชื้อวัณโรคในเด็ก รักษาด้วยสเตอโรปโตมัยซินและ พี.เอ.เอส. Lancet. 22: 1104-1107, 1954.

ผู้รายงานได้รักษาเด็กที่เป็นวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง ๓๘ ราย, ๑๔ รายอายุต่ำกว่า ๓ ปี. ให้การรักษาโดยฉีดสเตอโรปโตมัยซิน, เข็มกล้ำขนาด ๒๐ มก./ปอนด์ต่อวัน; เข้าไขสันหลังครั้งละ ๒๕-๕๐ มก. กิน พี.เอ.เอส. ขนาด ๐.๕ กรัมต่อวัน. ในจำนวนนี้ ๑๒ ราย มีการพยากรณ์โรคเลว, ได้ให้ทูเบอร์คูลินเข้าไขสันหลังด้วย. ในผู้ป่วย ๓๘ ราย, ตรวจพบวัณโรค ๓๕ ราย, ที่ไม่พบเชื้อ ๓ ราย. มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขสันหลัง, การ

ทดสอบทุเบอรัคูลิน และมี วัณโรคในท่อน
สันนิษฐาน. ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะ
ต้น ๕ ราย, กลาง ๑๖ ราย, Miliary
developing meningitis ๒ ราย, ระยะ
กำลังกำเริบ ๑๑ ราย.

ผลที่ได้ติดตามอย่างน้อย ๒ ปี, มีตาย
๑๐ ราย (๒๖ ปช.) เฉพาะ ๒๗ รายที่
รักษาเมื่อยังไม่หมดสติ หาย ๒๕ ราย
(๕๒ ปช.) อีก ๒ รายไม่ได้ตายเพราะ
วัณโรคเชื้อหุ้มสมอง. การใช้ทุเบอรัคูลิน
ใส่ไขสันหลังได้ผลในผู้ป่วยระยะกลาง ๓
ราย ที่ไม่ได้ผลด้วยการรักษาอย่าง
ธรรมดา. ที่มารักษาตั้งแต่ยังมีสติรอด ๒๕
ราย. ทุกรายมีอาการทั่วไป, มีหนอง
๒ ราย, หูดัง ๑ ราย, ตามัว ๑ ราย ที่
เหลือ ๒๑ คน (๘๔ ปช.) ไม่มีโรคทาง
ประสาทตามเลย.

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์. พ.บ.

๖. A. Friedman: ค่าของผลต่อแอม-
เฟนิคอลในการรักษาไข้ไทฟอยด์ในเด็ก.
J. Amer. Acad. Ped. Inc. 1: 28-37,
1954.

ผู้รายงานได้ ศึกษาผลได้และผลเสีย
จากการให้ผู้ป่วย ๑๒๒ คนกินยาผล

แอมเฟนิคอลเปรียบเทียบกับผลการรักษา
ผู้ป่วยอีก ๑๒๒ คนด้วยวิธีคอนเซอเว-
ตีฟในระยะเวลาเดียวกัน. การวินิจฉัยโรค
ทุกรายสันนิษฐานโดยการตรวจทางขี้เคี
วิทยาและเซโรโลยี.

ให้ผลต่อแอมเฟนิคอลในขนาด ๕๐
มก./กก./วันในระยะ เวลาแตก ต่างกัน,
ตั้งแต่ ๓ ถึง ๑๖ วัน, และส่วนมากลด
ขนาดยาลงเป็น ครั้งหนึ่งเมื่อไข้ลดลงเป็น
ปกติแล้ว. ๕๑.๕ ปช.ของผู้ป่วยไข้ลด
ลงภายใน ๔ วัน. นอกนั้นไข้ลดลงภายใน
๖ ถึง ๘ วันหลังให้ยา. สรุปผลจาก
การศึกษาได้ว่า (๑) ส่วนมากของผู้ป่วย
สนองรับยานี้ได้ดี. (๒) ไม่จำเป็นต้องให้
ยานาน ๆ, ควรหยุดยาภายหลังไข้ลด
แล้วเพียง ๑ ถึง ๒ วัน. (๓) ควรให้
ผลต่อแอมเฟนิคอลในระยะแรกที่ สุกซึ่งทำ
ให้อัตราตายลดลงมาก. (๔) ในรายช้ำ
เปอร์โทรฟิคฟอร์ม, ควรรักษาโดยวิธีรักษา
อาการก่อน, จนอาการทุเลาบ้างแล้วจึง
เริ่มให้ผลต่อแอมเฟนิคอลในขนาดน้อยก่อน,
คือประมาณ ๑๒.๕ มก./กก./วัน, เพื่อป้องกัน
ไม่ให้เอ็นโดท็อกซินเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว
เร็วเกินไป, แล้วจึงเพิ่มยาภายหลัง. (๕)
ผลแทรกแซงที่สำคัญคืออาการเหมือนกับ

ถ้าได้ทะเลาะและการผื่นผวนของกระเพาะลำไส้ได้อย่างแรง. (๖) อัคราไขกัลขัณขอยุ่กัขัระยะของโรคเมื่อเริ่มใช้ยา. ถ้าให้ระยะสั้น ๆ ของโรค, อัคราไขกัลขัสูงกว่าการให้ในระยะหลังของโรค, แต่ประการหลังจะมีอัคราทายสูงกว่า.

อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ.

๗. L.G. Goodwin and O.D. Standen: การถ่ายพยาธิไส้เดือนตัวกลมด้วยปีเปอราซีนไซเตรท. B.M.J. 2: 1332-1333, 1954.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ปีเปอราซีนไซเตรทถ่ายพยาธิไส้เดือนตัวกลมในผู้ป่วยซึ่งเป็นตั้งแต่เด็กอ่อนจนถึงผู้ใหญ่รวม ๒๑๖ ราย. ให้ยาชนิดเม็ดเพียงครั้งเดียว, แล้วถ่ายด้วยทีเกล็ดอภาย หลังให้ยา ๒๔ ชม. ไม่ต้องเตรียมผู้ป่วยและไม่ห้ามเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์. ผลปรากฏว่า ๗๐ ถึง ๘๐ ปร. ของผู้ป่วยไม่มีไข่พยาธิในอุจจาระอีก. ทุกรายมีตัวพยาธิออกมาในอุจจาระ. พวกที่ยังพบไข่พยาธิหลังการถ่ายยาครั้งแรกนั้น, เข้าใจว่าเป็นเพราะได้รับยาน้อยไป. ขนาดที่ผู้รายงานแนะนำคือขนาดเฉลี่ย ๓ ก., ผู้ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี

ให้เพียง ๒ ก. และในผู้ใหญ่อาจให้ได้ถึง ๔ ก. ไม่ปรากฏพิษยาในผู้ป่วยเหล่านั้น. พยาธิที่ออกมาในอุจจาระอยู่ในสภาพสลบ, ซึ่งจะพินไคได้นำมาไว้ในสิ่งแฉก ล้อมที่พอเหมาะ.

อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ.

๘. H.W. Brown: การถ่ายพยาธิไส้เดือนตัวกลมด้วยปีเปอราซีน. J. Ped. 45: 419-424, 1954.

ผู้รายงานได้ใช้ปีเปอราซีน (piperazine) รักษาเด็กนักเรียนซึ่งมีพยาธิไส้เดือนตัวกลม (*Ascaris lumbricoides*) ๕๑ คน. อายุระหว่าง ๖ ถึง ๑๕ ปี. ใช้ปีเปอราซีนเซกซาซัยเตรทในน้ำเชื่อม (๑ ล.ชม.= ๑๐๐ มก.). ขนาดของยาคิดตามน้ำหนักตัว. ๑๕-๓๐ ปอนด์ให้ยา ๐.๕ ก./วัน, ๓๑-๖๐ ปอนด์ให้ยา ๑.๐ ก./วัน. และ ๖๑ ปอนด์ขึ้นไปให้ยา ๒.๐ ก./วัน. แบ่งให้วันละ ๒ ครั้ง, เช้าและเย็นในเด็ก ๔ พวกโดยให้ยาคิดต่อกันไป ๕ วัน, ๔ วัน, ๓ วันและ ๒ วันตามลำดับ. ปรากฏว่าพวกที่ ๑. เด็ก ๘ คนได้ผล ๑๐๐ ปร. พวกที่ ๒. เด็ก ๑๕ คนได้ผล ๘๗ ปร. พวกที่ ๓. เด็ก ๑๕

คนได้ผล ๕๓ ปช. พวกที่ ๕. เด็ก ๑๓ คนได้ผล ๘๕ ปช. จากการทดลองในเด็กเพียง ๕๑ คน, จึงยังไม่สามารถทราบจำนวนยาที่น้อยที่สุดที่ทำให้ผลดีที่สุด. ทุกคนทนยาได้ดี. ไม่แสดงอาการแพ้ยาเลย จึงนับว่าเป็นยาที่ปลอดภัย.

นิตยา สุนทรพานิช พ.บ.

๕. G.J. Carroll: การตายอย่างปัจจุบันของทารก. J. Ped. 4: 401-412, 1954.

จากการจำแนกสาเหตุการตายอย่างปัจจุบันของทารก ๑,๒๖๗ คนจากทารกตาย ๕๔๐๐ คน (๒๗ ปช.) พบว่า ๗๒๕ รายตายโดยไม่ทราบสาเหตุ. ตรวจศพ ๑๐๔ ราย, ๒๗ รายมีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบอินเทอรัลตีเซี่ยล บีนวโมเนีย. ทารก ๒๗ รายนั้นรวมกับอีก ๕ รายของผู้รายงานมีอายุต่ำกว่า ๖ เดือนและมีสุขภาพดีมาก่อน. เด็กที่ไม่ได้รับการตรวจศพ, มักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดบวม, โรคติดเชื้อของระบบหายใจส่วนบน, หายใจไม่ออก หรือสูดสิ่งอาเจียนเข้าไป, ซึ่งผู้รายงานเชื่อแน่ว่าสาเหตุแท้จริงของการตายของทารก เหล่านี้ น่าจะ เป็นกรรมวิธีเดียวกับทารกที่เฝ้าทำการตรวจศพเหล่านั้น.

ผู้รายงานมีความเห็นพ้องกับบุคคลผู้มีส่วนร่วมในการตรวจศพทารกเหล่านั้นว่ายังไม่สามารถที่จะหาคำอธิบายถึงเหตุของการตายในทารกเหล่านั้นได้อย่างพึงพอใจ. ที่สุดได้แนะนำว่าควร จะจับไว้ใน พวกตายโดยไม่ทราบสาเหตุในเมื่อสามารถที่จะแยกเหตุอื่น ๆ ออกไปได้แน่แล้ว, มากกว่าที่จะให้การวินิจฉัยว่าตายโดยเหตุต่าง ๆ กันกล่าว. เขาได้ย้ำถึงความสำคัญในการที่วินิจฉัยว่าทารกตายเพราะสำลัก (suffocation), เพราะจะครออบอยู่ในความรู้สึกของครอบครัวตลอดไป. เป็นการเหมาะที่จะให้การวินิจฉัยว่าทารกตายโดยไม่ทราบสาเหตุเพราะยังเป็นที่ให้มีการค้นสาเหตุที่แท้จริงต่อไปด้วย.

นิตยา สุนทรพานิช พ.บ.

๑๐. A.M. Hand, W.T. McLean and J.N. Ettendorf: การรักษาอาการท้องเดินด้วย ออเรโอไมซินร่วมกับทริเบิ้ลซัลโฟนาไมด์ (ออเรโอแม็กม่า). J. Ped. 44:407-413, 1954.

ผู้รายงานแย่งเด็กย่อยออกเป็น ๒ พวก; พวกละ ๕๐ คนโดยมีความรุนแรงของโรคคล้ายคลึงกัน. พวกที่หนึ่งรักษาด้วยแอน

คิโยโอคิและยาอย่างอื่นที่ไม่ใช่ ออเวโอ
มัยซินรวมกับซัลโฟนาไมค์. พวกที่สอง
รักษาด้วย ออเวโอ แมก มาโดย วิถีปฏิบัติ
คล้ายคลึงกัน. เปรียบเทียบผลของการ
รักษาทั้งสองพวกไว้ดังนี้ (๑) การเพาะ
เชื้อซีเกลล่าพาราทิสเซนเตอร์อิ, พวกที่
สองให้ผลลยเร็วกว่าพวกแรก. (๒)
๘๑ ปช. ของพวกที่สองและ ๗๕ ปช.
ของพวกที่หนึ่งใช้จะลงในวันที่ ๓. (๓)
อาการเริ่มเป็นก้อนในเวลาใกล้เคียงกัน,
พวกที่สองเริ่มในวันที่ ๕ และพวกที่หนึ่ง
ในวันที่ ๗. (๔) ต้องให้น้ำทางหลอด
เลือดใน พวก ที่หนึ่ง นานกว่า พวก ที่สอง.
(๕) พวกที่สองได้กลับบ้านเร็วกว่าพวกที่
หนึ่ง.

จิตร วารินทร์ พ.บ.

๑๑. J. Marie and G. Sie: อาการ
ลันวิตะมินเอเฉียบพลันในทารก. *A.M.A.*
Am. J. Disease of Children. 87:
731-735, 1954.

ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย ๔ คน. ๓
คนแรกได้กินวิตะมินเอ ๓๕๐,๐๐๐ หน่วย
และวิตะมินบี ๗.๕ ก. ครั้งเดียว, อีก
คนหนึ่งได้รับวิตะมิน จำนวน ใกล้เคียง กัน

โดยการหยอดทางจมูก. เป็นเวลา ๖ วัน.
ทั้ง ๔ รายมีอาการอาเจียนพุ่ง และกระ-
ห่อมหน้าโป่งคั่ง, ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
ของน้ำไขสันหลังนอกจากความคั้นเพิ่มขึ้น
เล็กน้อย. ผู้รายงานยังได้ทดลองในเด็ก
๖ คน, โดยให้วิตะมินเอ ๓๕๐,๐๐๐
หน่วยครั้งเดียว. พบว่าเด็กมีอาการอา-
เจียนพุ่ง, ท้องเค้น, กระสับกระส่าย,
นอนไม่หลับ, ๔ คนมีไข้ ๓๕° ซ., กระ-
ห่อมหน้าโป่งคั่ง, ไม่มีอาการทางเยื่อ
หุ้มสมอง, ฟันคัสและอีเล็กโตรเอนเซฟา-
โลแกรมปกติ. น้ำไขสันหลังมีความคั้น
เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับ ๔ รายแรก. อาการ
ไม่รุนแรงและหายไปในวันที่ ๓-๔.

สรุปผลได้ว่าการคดซีมิวิตะมินเออย่าง
รวดเร็วทำให้เกิดอาการของ ซีมิวิตะมินเอ
ลันเฉียบพลันซึ่งไม่รุนแรงและหายไ้ง่าย.

จิตร วารินทร์ พ.บ.

๑๒. F.C. Walsh, C.M. Poser and
S. Carter: สมอของอีกเสบเนองจากอิน-
เฟคเชียส โมโนโนคลีโอสิส. *Pedia-*
trics. 13:536-542, 1954.

ได้รายงานผู้ป่วยเด็กชายผิวขาว อายุ
๘ ปี ๑ ราย, ซึ่งมีอาการสมอของอีกเสบ

อย่างแรง. จากอาการ, การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการวินิจฉัยได้ว่าเป็นเนื่องจาก infectious mononucleosis. ปฏิกริยา heterophil agglutination, ไทเทอรั ๑:๑๐๒๕ ในวันที่สองหลังจากเริ่มไว้, และลดลงถึง ๑:๑๖ ในวันที่อาทิตย์ที่ ๖ หลังจากให้กลัยซันไค. อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทของโรคนี้พบ น้อยในผู้ใหญ่และยิ่งพบน้อยมากในเด็ก. การเปลี่ยนแปลงของน้ำไขสันหลังขึ้นอยู่กับส่วนของระบบประสาทที่เป็นโรค. การพยากรณ์โรคในเด็กมักดี, เมื่อหาย

แล้วอาจมี อาการพิการ ทางประสาทเหลืออยู่เล็กน้อยหรือไม่มีเลย. การศึกษาทางอิเล็กโตรเอนเซฟาโลกราฟฟีและน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยด้วยโรคนี้, พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทมากกว่าที่พบได้โดยการตรวจร่างกายทั่วไป.

การตรวจ serial heterophil agglutination ในผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทที่ไม่สามารถจะอธิบาย หรือหาสาเหตุได้, อาจจะช่วยในการวินิจฉัยโรค.

ม.ร.ว. จันทร์นิวัทธิ์ เกษมสันต์ พ.บ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้หนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

ปกิณกะ

✓ โวล์ แอซิดฟาสท์แบซิลลัส

(The Vole Acid-Fast Bacillus)

จำเดิมแต่โคค (Koch) ประสพความล้มเหลวในการใช้ "ทเบอร์คูลิน" รักษาวัณโรค, ก็ได้มีผู้พยายามค้นคว้าหาแอนติเจน, เพื่อใช้ในการสร้างภูมิคุ้มกันต่อวัณโรค, ตัวอย่างเช่น ๑. ไวรัสเส้นทเบอร์เกิลแบซิลลัส ซึ่งมีจำนวนน้อย ๆ ชื่อว่า "Bovo-vaccine" นำมาใช้โดย Von Behring; ๒. ทเบอร์เกิลแบซิลลัสที่ถุกฆ่า, ใช้กันมากในอิตาลี ภายใต้ชื่อว่า "Petragani - Salvioli vaccine; ๓. ทเบอร์เกิลแบซิลลัสที่ทำให้พิษร้ายแรงของมันดำ, ได้แก่ บัซิจู (Bacillus Calmette Guérin) วัคซีน. และ ๔. ทเบอร์เกิลแบซิลลัสที่ไม่มีพิษร้ายต่อคน, ได้แก่ทเบอร์เกิลแบซิลลัสของเต่า และโวล์แอซิดฟาสท์แบซิลลัส.

โวล์แอซิดฟาสท์แบซิลลัส นอกจากจะทำให้เกิดวัณโรคใน Wild vole (Microtus agrestis) แล้ว, ยังอาจทำ

ให้เป็นโรคในหนูพวกอื่นได้ เช่น Banle vole (Clethrionomys glareolus), Wood mouse (Apodemus sylvaticus) และ Shrew (Sorex araneus). จากการสำรวจ Microtus agrestis จากแหล่งต่าง ๆ ในเกาะอังกฤษ ระหว่างปี ๑๙๓๖-๑๙๓๘, ซึ่งพบทั้งสิ้นรวม ๕๓๐๕ ตัว, พบว่ามีจำนวนถึง ๘๘๒ ตัว ที่มีพยาธิสภาพของวัณโรค, ส่วนใหญ่พบที่ต่อมน้ำเหลืองและปอด.

รูปร่าง ลักษณะ ของโวล์แอซิดฟาสท์แบซิลลัส มีลักษณะเป็นแบซิลลัส, ยาว ๑-๕ ไมครอน, กว้าง ๐.๕-๐.๖ ไมครอน. ทั่วขอบงอเป็นรูปเคียว และต่อกันคล้ายอักษร S, และมีลักษณะเปลี่ยนรูปได้มากกว่ามัคโคแบคทีเรียม ทเบอร์คูลอสิต ของมนุษย์และวัว โวล์แอซิดฟาสท์แบซิลลัสสามารถจะเลี้ยงได้อย่างดีในคอรีเซทเอ็กก็ม์เคียมที่ไม่มีการเชอรัน.

การทดลองทำให้เกิดโรคในสัตว์ต่างๆ เช่น หนูตะเภา, กระต่าย, โคโยให้กิน, ฉีดใต้ผิวหนัง, ฉีดเข้าช่องท้องและฉีดเข้าสมอง. พบว่าทำให้มีพยาธิสภาพของวัณโรค. ส่วนการทดลองใน หนูขาวเล็ก, หนูขาวใหญ่, Golden hamster, พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของวัณโรคชนิดที่ไม่รุนแรง.

การทดสอบทูเบอร์คูลิน พบว่าในสัตว์ทดลองที่ทำให้เกิดโรคโดย ไวรัสแอซิกฟาสท์แบซิลลัส จะให้ปฏิกิริยาเป็นผลบวก คือ ทูเบอร์คูลินซิส มนุษย์หรือวัว, ในทำนองเดียวกับสัตว์ที่ทำให้เกิดโรคโดย มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูลินซิส มนุษย์หรือวัว, ก็ให้ปฏิกิริยาเป็นผลบวกต่อทูเบอร์คูลินที่เตรียมจาก ไวรัสแอซิกฟาสท์แบซิลลัส.

ด้วยเหตุผลที่ไวรัสแอซิกฟาสท์แบซิลลัส สามารถจะทำให้เกิดโรค, และการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพซึ่งเห็นได้ด้วยการกล้องจุลทัศน์เหมือนกับเชื้อวัณโรคของมนุษย์และวัว, จึงอาจสรุปได้ว่า ไวรัสแบซิลลัสเป็นเชื้อวัณโรคชนิดที่สามของสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนม.

Wells และ Broolse เป็นผู้เริ่มศึกษา

วิทยาคู่มกกันของไวรัสแบซิลลัสโดยทดลองในหนูตะเภาในปี ๑๙๕๐. พบว่าหนูที่ได้รับการฉีดไวรัสแบซิลลัสไว้อ่อนแล้ว, เมื่อได้รับทูเบอร์เกิลแบซิลลัส, จะเกิดอาการวัณโรครุนแรงน้อยกว่าพวกคอนโทรลและพวกที่ได้รับบีซีจี. ต่อมาได้มีผู้ทดลองมากขึ้นทั้งในประเทศอังกฤษและกลุ่มประเทศสะแกนดิเนเวีย. พบว่าหนูตะเภาที่ได้รับการฉีดไวรัสแบซิลลัสแล้ว ๓ - ๔ อาทิตย์, จะมีปฏิกิริยาบวกต่อทูเบอร์คูลิน, และเมื่อได้รับเชื้อทูเบอร์เกิลแบซิลลัส, ก็คงมีอายุยืนกว่าพวกที่ไม่ได้รับการฉีด, เมื่อเปรียบเทียบกับพวกที่ฉีดบีซีจีนั้นได้ผลเหมือนกัน.

ในที่สุดการทดลองก็มาถึงมนุษย์. พบว่าในการสร้างภูมิคุ้มกันด้วยไวรัสแบซิลลัส, โดยวิธีฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, ในหนึ่งหรือจะโดยวิธี มีลติเบิ้ลบิงเจอร์ ก็ตาม, สามารถจะเปลี่ยนจากบุคคล ที่มีปฏิกิริยาไวรัสทูเบอร์คูลิน ลบเป็นบวกได้ใน ๒๑-๒๘ วันหลังฉีด. ปลอดภัยหากการลุกลามของโรค. สำหรับปฏิกิริยาเฉพาะที่นั้น, อาจจะเป็นแผล, ซึ่งกินเวลาหลายเดือนถึงจะหาย. คล้ายกับการสร้างภูมิคุ้มกันด้วย บีซีจี.

สำหรับการ ศึกษาเกี่ยวกับ ภูมิคุ้มกัน
 วัคซีนวัณโรคในมนุษย์นั้น, มีปัญหาหลาย
 ประการซึ่งผิดกับการทำในสัตว์, เช่น (๑)
 เห็นจะได้แก่การที่เราจะใช้ แอนติเจน ฉีด
 นั้น, จะปลอดภัยหรือไม่. (๒) เราไม่
 สามารถจะทดลองความต้านทานของบุคคล
 ที่ได้วัคซีน ด้วยการทำเป็นโรค. ได้แต่
 เพียงเปรียบเทียบระหว่าง พวกที่รับวัคซีน
 กับพวกไม่ได้รับ, แล้วดูจำนวนที่เกิดโรค
 ขึ้น. แต่ทว่าไม่แน่นอนนัก, เนื่องจากบุคคล
 ทั้งสองพวกนี้ อาจ จะอยู่ใน ที่ต่างกัน,
 โอกาสที่จะได้รับเชื้อ นั้นก็ไม่เหมือนกัน.
 สำหรับ บีซีจี วัคซีนนั้น, ได้มีผู้ทดลองกัน
 มากมาย, และมีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถ
 ที่จะเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อ เชื้อวัณโรค ใน
 บุคคลที่มีปฏิกริยาต่อบเชอร์คูลิน. ส่วน
 วัณโรคเชื้อ ฟูสท์ แบซิลลัส วัคซีนนั้นยังไม่
 ทำกันแพร่หลายถึงขนาดที่จะสรุปผลได้.

สำหรับ บีซีจี เป็นเชื้อที่กลกทำให้พิษ
 อ่อนลง ที่ Calmette กล่าวว่าเป็น "vi-
 rus fixe" ในปัจจุบันนี้หลายคนทดลอง
 จน Wallgren กล่าวว่าความร้ายแรงของ
 บีซีจี นั้นอาจจะลดลง, จนกระทั่งทำให้ภูมิ

คุ้มกันที่เกิดขึ้นน้อยลง. ส่วน วัณโรคเชื้อ ฟูสท์
 เป็นเชื้อที่ได้จากธรรมชาติ, ไม่ได้มาคัด
 แปรลง เพื่อให้ความร้ายแรงลดน้อยลง.
 ฉะนั้นจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงในความร้าย
 แรง. ด้วยเหตุนี้ Wallgren ได้แนะนำว่า
 ควรจะใช้ วัณโรคเชื้อ ฟูสท์ วัคซีน บีซีจี.

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าเรามีวัคซีน, จะ
 เป็น บีซีจี หรือ วัณโรคเชื้อ ฟูสท์ วัคซีนช่วย
 เพิ่มภูมิคุ้มกันต่อเชื้อวัณโรค, แต่อย่าลืม
 ว่าวัคซีนนี้ ไม่สามารถจะสร้างหรือเพิ่ม
 พนภูมิคุ้มกันที่จะต่อสู้กับการรู้เท่าไม่ถึง
 การฉี, ความจน, การอยู่แออัด, สภาพ
 ของอาหารเลว ๆ, อันเป็นเหตุช่วยส่งเสริม
 การติดต่อกัน และการลุกลามของวัณโรค.

เอกสาร

1. A.Q. Wells : The murine type of Tubercle bacillus. Special report series No. 259, 1946.
2. A.J. Wallgren : Advances in Pediatrics. Vol. 5, 1952.
3. W. Pagel, F.A.H. Simmonds & N., Mac Donald : Palmonary Tuberculosis 1953.

ประสงศ์ คุ้มจินดา พ.บ., D.T.M. & H.

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ก.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๔๘๖

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๑,๘๔๐	๘๖๓	๑,๐๒๓	๘๓๘	๑,๐๕๑	๓๒๘	๖,๑๔๕
เก่า	๒,๕๐๘*	๑,๕๑๐*	๑,๔๘๕	๘๗๘	๒,๐๐๐	๒๖๗	๘,๗๕๐*
รวม	๔,๓๔๘*	๒,๓๗๓*	๒,๕๐๘	๑,๗๑๖	๓,๐๕๑	๕๙๕	๑๔,๘๙๕
<u>ใน</u>	๑๖๓	๒๓๒	๗๘๐*	๑๑๔	๒๖๒	—	๑,๕๕๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๒๘ จักษุ ๓๕๑ สูติ-นารี ๑๘๖ รวม ๘๖๕ ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๗๓. หญิง ๒๔๘. รวม ๕๒๑.* คลอดตาย ชาย ๑๑. หญิง ๕ รวม ๑๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๑๓ คน (๗.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๒ ราย. (๓๗.๒ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๘๑ ครั้ง. ข้างนอก ๖ ครั้ง. รวม ๓๘๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๔๓๓ คน. รักษาใหม่ ๒๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๗๐ ครั้ง
 ราเดียม รักษา ๒๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๖* ครั้ง. ไอโอดีนเรียมรักษา
 ใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบรซล์เมตอะบอลิสม์ ๑๓๗* ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๕๑๑* ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๒ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๐๑๗ ราย. (จากภายนอก ๓๖ ราย). แอ็กกูติเนชัน
 ๑๖๖. วัลเซอร์แมนและคานัน ๑,๘๒๒. หมู่เลือด ๕๒๐. นับเม็ดเลือด ๑๕๒. หาเชอแบคทีเรีย ๑๑๒. ตรวจน้ำ
 ไชสันหลัง ๕๕. อูจจาระ ๓๒๐. บัสสาวะ ๒๓๓*. เสมหะและอื่น ๆ ๒๕. เพราะเชื้อจากเลือด ๑๕๒.
 อูจจาระ ๑๘. บัสสาวะ ๖๑. น้ำไขสันหลัง ๒๒. เสมหะและอื่น ๆ ๒๑๑. นิติสัตวศาสตร์ ๑๖. เพราะเชอแบค ๕๖.
 ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๔๖. ตรวจศพนิติเวช - . ตรวจของกลาง - .

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๘. เจาะน้ำสันหลัง ๘. เจาะตับ ๕. น้ำช่องปอด ๖.
 อัดลมเข้าช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๔. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๐. นิติเวชฟิสิกส์ ๒๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๐๐. ถอนฟัน ๓๕๓. อุดฟัน ๑๐๓. ผ่าตัดช่องปาก ๓๔.

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา

ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคทรัพย์บำรุง ร.พ.
ศิริราช ประจำปีเกิด พุทธศักราช ๒๔๙๗
คือ นายอุทิศ ปุຍะกุล บริจาคเงินจำนวน
๕,๐๐๗.๕๐ บาท เพื่อซื้อเตียงและเครื่อง
อุปกรณ์ให้แผนกอายุรศาสตร์

ข่าวห้องสมุด

ในระหว่างเดือนกรกฎาคม—พฤศจิกายน ๒๔๙๗ ทางห้องสมุดได้รับหนังสือ
จาก The Commonwealth Fund ซึ่งมี
มวรายชื่อต่อไปนี้:

1. Papanicolaou : Atlas of Exfoliative Cytology;
2. Blackfan and Diamond : Atlas of the Blood in Children,
3. Cournand, Baldwin & Himmelstein : Cardiac Catheterization in Congenital Heart Disease,
4. Papanicolaou : Epithelia of Woman's Reproductive Organs,
5. Huddleson : Brucellosis in Man and Animals,
6. Talbot, Sobe, McArthur : Functional Endocrinology from Birth to Adolescence,
7. Frank Powdermaker : Group Psychotherapy : Studies in Methodology of Research and Therapy,
8. Goldring and Chasis : Hypertension and Hypertensive Disease,
9. Alien : Medical Education and The Changing Order,
10. Rennie and Woodward : Mental Health in Modern Society,
11. Richardson : Patients have Families,
12. Ropes and Bauer : Synovial Fluid Changes in Joint Disease,
13. Witmer : Teaching Psychotherapeutics Medicine,
14. Asfford :

15. Trends in Medical Education, Joint Committee on the Teaching of Social and Environmental Factors in Medicine : Widening Horizons in Medical Education,
16. Paul D Gertler, Menard M. White: Coronary Heart Disease in Young Adults,
17. Galdston : The meaning of Social Medicine,
18. G. Heath Robert : Studies in Schizophrenia,
19. H.E. King : Psychomotor Aspects of Mental Disease.

และ Schering:

1. A.G. Schering, Berlin : Hormone Therapy.

การประชุมวิชาการ

ทางคณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาลได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปี
เกิด พุทธศักราช ๒๔๙๗ หรือประชุมราช
แพทยาลัย มีเรื่องบรรยายดังต่อไปนี้:

๑. Electron Microscopy โดย
น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ, น.พ. สังก
กาญจนกฤษกร และ น.พ. สุก แสงวิเชียร
๒. The Genetic and Incidence of Hemoglobin E. in Thailand. โดย น.พ. สุภา ฌ นคร, Miss Virginia Minnich และ Dr. Amoz I. Chernoff.

กำหนดงานฉลองวันขึ้นปีใหม่

ทางคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
กำหนดจะจัดงานฉลองวันขึ้นปีใหม่

ณ หอประชุมราชแพทยาลัย ในวันที่ ๓๐
ธันวาคม ๒๔๕๗ แผนกพยาธิวิทยาเป็น

ผู้ดำเนินงานในชั้น (โปรดดูข่าวรายละเอียดต่อไป)

ข่าวพยาบาล

นักเรียนพยาบาลพุทธชินราช เข้มโรง พยาบาล

เมื่อวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๔๕๗ เวลา
๕.๐๐ น. นักเรียนพยาบาล ๔ จาก
โรงเรียนพยาบาลพุทธชินราชจำนวน ๒๔
คน ได้มาชมโรงพยาบาล. ในคราวพา
ชมนี้ หัวหน้าแผนกพยาบาลได้มอบให้
ครูผอย, พิศาลบุตร, ครูสงวนสุข ฉันทะ-
วงศ์, ครูสอาดศรี เสมอสุต และครูประ

ถัมภ์ ทรงชนคักก็ พาชมแผนกต่าง ๆ ใน
โรงพยาบาล, อาทิเช่น แผนกตรวจโรค,
แผนกกุมารเวชศาสตร์, แผนกศัลยศาสตร์
และห้องผ่าตัด, แผนกอายุรศาสตร์, แผนก
พยาธิวิทยา, แผนกกายวิภาคศาสตร์และ
แผนกสรีรวิทยา. การชมสถานที่ได้เสร็จ
สิ้นลงเมื่อเวลา ๑๕.๐๐ น. อนึ่งทาง
แผนกพยาบาลได้จัดอาหาร กลาง วันเลี้ยง
ต้อนรับในการนี้ด้วย.

ข่าวศิษย์เก่า

แต่งตั้งผู้รักษาราชการในตำแหน่งอธิบดี

เนื่องจาก อธิบดีกรมอนามัย ได้ถึงแก่
กรรมเมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๔๕๗ กระ
ทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งที่ ๑๖๔/
๒๔๕๗ ลงวันที่ ๒๓ ตุลาคม ๒๔๕๗

แต่งตั้งนายแพทย์ สวัสดิ์ แคงสว่าง รอง

อธิบดี เป็นผู้รักษาราชการในตำแหน่งอธิบดี

เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม
๒๔๕๗ เป็นต้นไป.

มงคลสมรส

๑. น.พ. ประกอบ ขณูไทย กับ พ.ญ.
ม.ร.ว. เฉลิมสุข สุขสวัสดิ์ เมื่อวันที่ ๕

พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗. เวชชแสดง
ความยินดีและขอ อำนวยพรให้ประสพแต่
ความสุขตลอดกาล.

เฉพาะท่านที่สนใจ

- สมุทรวรวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๕.๐๐ บาท
- สมุทรวรวิชาการ ปกอ่อน ราคา ๒๕.๐๐ บาท
- สารศิริราชฉบับพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท
- ส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

หน้าสำหรับนิสสิต

✓ เด็กกับผู้ใหญ่

ในสภาพปกติ การทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญหลาย ๆ อย่าง และส่วนประกอบบางอย่างในร่างกายของเด็กแตกต่างกับในผู้ใหญ่, แม้แต่ในเด็กด้วยกันก็ยังมีอาการแตกต่างเป็นไปตามวัยด้วย. ยิ่งในพยาธิสภาพ เด็กมีโรคที่ต่างกับผู้ใหญ่อยู่มาก, หรือแม้แต่โรคเดียวกันบางโรคก็มีประวัติ, อาการ, อาการแสดง, ตลอดจนการดำเนินของโรคที่ไม่เหมือนในผู้ใหญ่. นิสิตคงจะไม่พบผู้ใหญ่ที่มีอาการที่ชานโดยไม่ได้เป็นโรคอะไร, แต่ในทารกภาวะที่ชานหลังคลอด (Icterus neonatorum) ถือว่าเป็นสภาพปกติของทารก. มีโรคจำนวนมากที่พบเป็นแต่เฉพาะเด็ก. และในทางตรงกันข้ามโรคหลาย ๆ โรคของผู้ใหญ่ไม่พบในเด็ก. สำหรับเด็กด้วยกัน, อายุก็มีความสำคัญอยู่มาก. นิสิตคงจะอ่านพบ, หรือได้ฟังจากอาจารย์ที่ย่างเรื่องอายุเป็นส่วนที่สำคัญเกี่ยวกับโรคบางโรค. โรคกิดเชออย่างง่ายในเด็กคิดต่อกันง่ายมาก, และเมื่อ

เกิดเป็นครั้งหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันไม่ขึ้นอีก. บางโรคก็ป้องกันได้ด้วยการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็ก. บางโรคมักจะไต่ประวัติสืบย้อนจากพี่น้อง. สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เมื่อใคร่ครวญดูจะเห็นว่า การถามประวัติให้ละเอียดและถูกทางก็จะได้ประวัติที่ช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องมากขึ้น. แต่การที่จะถามประวัติให้ได้ละเอียดถูกทาง, เพื่อนักถึงโรคในกลุ่มอาการที่พบได้มากและรอยคอบที่สัค, ก็จำเป็นต้องอาศัยความรู้หรือจากการที่เคยพบเห็นมาก่อน, ไม่ใช่เพียงแต่ทราบจากในตำราอย่างเดียว. ในการตรวจเด็ก นิสิตบางคนจะบอกว่าตรวจไม่ได้ หรือตรวจลำบาก, เพราะเด็กร้อง. แต่ในเวลาน่าคิดช่วย, บางครั้งอาจารย์ต้องการให้ทารกหายใจแรง, ท่านยังใช้วิธีการอื่นเพื่อจะได้ตรวจสะดวกขึ้น. สำหรับนิสิตเองถ้าสนใจและตรวจช่วย ๆ เวลาจะครบกำหนดที่มาฝึกงานในแผนก, ก็คงจะรู้สึกว่าการตรวจเด็กไม่ยากเหมือนเมื่อได้มาฝึกงานใหม่ ๆ. การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องได้มากย่อมต้องอาศัยความชำนาญ

ที่ได้เรียนจากของจริง ไม่น้อยกว่าอาศัยตำรา. เท่าที่ปรากฏในแผนกกุมาร ๆ, เรามีเด็กช่วยที่เป็นของจริงให้นิสสิตหาความชำนาญได้เพียงพอ, และนิสสิตก็มีสิทธิ์ที่จะเรียนจากของจริงได้เต็มที่, จึงเป็นโอกาสที่ทุกคนไม่ควรจะเพิกเฉยเสีย.

เพื่อให้ได้เห็นความแตกต่างกันระหว่างการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในเด็กและผู้ใหญ่ทั้งที่กล่าวข้างต้น, ขออ้างความจริงบางประการเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของไตและการครองน้ำ (Water metabolism) ของเด็กเป็นอุทาหรณ์.

ผู้ใหญ่ปกติรับประทานอาหารและกึมน้ำอย่างธรรมดาจะมี glomerular filtrate วันละ ๑๘๐ ลิตร, ขับถ่ายปัสสาวะวันละ ๑,๒๐๐-๑,๕๐๐ ล.ซม. เพราะฉะนั้น ๘๘ ในร้อยของ glomerular filtrate ถูกดูดซึมกลับโดยทวยล (Tubular reabsorption). หน้าที่ของทวยลอยู่ภายใต้ความควบคุมของแอนติไคยริคฮอร์โมน จากต่อมพิทิวทารีหลัง. สำหรับร่างกายปกติเมื่อกึมน้ำเข้าไปมาก, ฮอร์โมนจะน้อยลง. การดูดซึมกลับของน้ำน้อยลง, จำนวนปัสสาวะมากขึ้น. เวลาที่กึมน้ำน้อย, ฮอร์โมนหลังมาก, การดูดซึมน้ำ

กลับมาก, จำนวนปัสสาวะก็น้อย. ปรากฏการณ์ทำนองเดียวกันจะเกิดในขณะที่มีอาการขาดน้ำ (dehydration) เพื่อจะรักษาน้ำในร่างกาย. ประสิทธิภาพของไตในทารกน้อยกว่าในเด็กโตและผู้ใหญ่. ยิ่งในทารกคลอดก่อนกำหนด, ประสิทธิภาพของไตจะยิ่งลดลงตามส่วน. จากการทดลองทำ ยูเรียเคลียแรนซ์ ได้แสดงว่า glomerular filtrate ของทารกใน ๓ เดือนแรกมีประสิทธิภาพเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่, ทารก ๓-๑๒ เดือน เพิ่มขึ้น $\frac{๓}{๕}$ เท่าของผู้ใหญ่. ยิ่งในทารกคลอดก่อนกำหนด, ประสิทธิภาพของไตจะยิ่งลดลงมากตามส่วน.

ร่างกายทารกมีน้ำร้อยละ ๗๐-๘๓ ของน้ำหนักตัว, เด็กโตร้อยละ ๕๓-๖๓, ผู้ใหญ่ชายเฉลี่ยร้อยละ ๕๓, หญิง ๔๕. ในเด็กและทารก, น้ำอยู่ในเซลล์และนอกเซลล์ในปริมาณเท่า ๆ กัน. ในผู้ใหญ่ปริมาณน้ำที่อยู่ในเซลล์มีมากกว่า. เหตุนี้จึงทำให้เด็กและทารกมีอาการขาดน้ำได้เร็วกว่าผู้ใหญ่.

เด็กคลอดก่อนกำหนดและทารกอ่อนเดือนมีโอกาสที่จะบวมได้ง่าย, เพราะมีอ

สารศิริราช

เด็กโทรไลท์ เคลย์แรนซ์ต่ำ; ทั้งนี้เพราะ
มีการกรองน้อยลงและมีการคุกกลับที่หยุด
มาก. ผลจากสองอย่างดังกล่าว, ทำให้
มีการคั่งของฮีเลียมโทรไลท์ในอินเตอร์สตี

เซียมฟลูอิด และมีการคั่งของน้ำตามมา,
เพื่อจะรักษาร่างกายให้มี ความดันออสโม
ติก ปกติขึ้นเอง.

ด.พ.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ตั้งข้อสมมุติวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

๖๕๖ บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีวิชาฉบับ "กุมารเวชศาสตร์" นับว่าเป็นฉบับพิเศษสุดท้ายของปี ๒๕๕๗. เป็นอันสิ้นสุดกันเสียทีสำหรับเก่า. ท้อแท้กันไปเราจะได้ตั้งหน้าตั้งตาฉบับใหม่กันต่อไป. อย่างไรก็ตามก็ ก่อนจะจากเก่าไป, เราได้จัดทำให้เป็นพิเศษจริง ๆ, ให้สมกับเก่าสายคราม, ก็คงจะเห็นได้ว่าบรรดาเรื่องสำคัญ ๆ น่ารู้อยู่ และเขียนของแผนกกุมาร ๆ ล้วน ๆ.

๑ เรื่องแรก คือ "การวินิจฉัยโรคเยื่อหุ้มสมองในเด็กตั้งแต่ระยะต้น." ของท่านหัวหน้าแผนกและรองหัวหน้าแผนกร่วมกันเขียน. นับว่าเราได้ความรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิถึงสองท่าน. โรคนี้มีความสำคัญและร้ายแรงเพียงใดนั้น มีบรรยายไว้อย่างละเอียดแล้ว. การวินิจฉัยโรคจึงนับว่าสำคัญมาก, เพราะเกี่ยวข้องกับการรักษา. ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วเท่าใด, โอกาสปลอดภัยก็ย่อมมีมากขึ้น. ฉะนั้นจึงเป็นเอกสารอันมีค่ายิ่งแก่กุมารแพทย์ทั้งหลายที่จะได้ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป.

๑ "วอลฟ์ - บาร์คินสัน - ไวท์ ซิซัน

โรคม" เป็นชื่อโรคหัวใจชนิดหนึ่ง ซึ่งคุณหมอสวัสดิ์ สกลไทย เป็นผู้วินิจฉัยได้เป็นคนแรกสำหรับในบ้านเมืองเรา. ความจริงโรคนี้ไม่ได้ทำอันตรายคนไข้เท่าใดนัก. แต่ในด้านการศึกษาโดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ของเรา, จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการค้นคว้าวิชาการให้ก้าวหน้าเรื่อยไป. จะสังเกตได้ว่าชั่วระยะเวลา ๒-๓ ปีนี้ ความรู้ทางโรคหัวใจมีผู้สนใจกันมากขึ้น. มีแพทย์ไปศึกษา อีซีจี โดยเฉพาะกันมากขึ้น. คุณหมอสวัสดิ์ ดูเหมือนจะเป็นคนแรกที่ได้ศึกษาโรคหัวใจทางเด็กมาเป็นพิเศษ, และคุณหมอก็ได้แสดงให้เห็นให้เราเห็นแล้วว่าคุณหมอจริง. มีหลายโรคที่แต่ก่อนๆ นี้เข้าใจกันว่าไม่มีในเมืองเรา. แต่ต่อมาเมื่อมีผู้ทรงคุณวุฒิได้ศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจัง กลับปรากฏว่าโรคเหล่านั้นก็มีในเมืองเรา. ตัวอย่างเช่น Weil's disease ซึ่งคุณหมอใช้ ยูนินพินซ์ (อดีตอาจารย์แผนกอายุรศาสตร์) เป็นผู้วินิจฉัยได้เป็นคนแรกเมื่อ ๑๓-๑๔ ปีที่แล้วมา. คุณหมอสวัสดิ์ เป็นอีกผู้หนึ่งที่ได้ตั้งต้นเจริญรอยตาม. หวังว่าคงจะได้เป็น

ตัวอย่างที่น่าเจริญรอยตามกันต่อไป.

๑ “โวลต์แอสซิคฟาสท์แบซิลลัส” ของคุณหมอประสงค์ ตูจินคา เป็นเรื่องที่สนใจอีกเรื่องหนึ่ง, เพราะเวลานี้เป็นที่น่าวิตกว่าวัณโรคกำลังแพร่หลายมาก. ผู้ที่เป็นวัณโรคจำนวนไม่น้อยที่เข้ารับการรักษาไม่ถูกหลักวิชา. จึงอาจทำให้เชื้อวัณโรคคืบคองได้ง่าย. นั่นย่อมเป็นผลร้ายต่อผู้อื่นที่ติดเชื้อมาต่อไป. ทั้งที่ทราบกันดีอยู่แล้ว. สำหรับในทางป้องกัน, เวลานี้ บชจ. กำลังอยู่ในขั้นทดลองอย่างแพร่หลาย, ถ้าหากโวลต์แอสซิคแบซิลลัสถูกนำมาทำเป็นวัคซีนใช้ป้องกันวัณโรคได้ผลดี. และไม่มีอันตรายแก่ผู้ได้รับการฉีด, ก็จะเป็นโชคดีแก่เด็กที่ยังไม่ติดเชื้อมาต่อไป. ฉะนั้นเวลาเท่านั้นจะช่วยชี้โชคชะตาว่าวัณโรคในบ้านเราจะลดน้อยลงไปหรือไม่.

๑ “เด็กกับผู้ใหญ่” มีข้อแตกต่างกันหลายประการ นับแต่การทำงานของอวัยวะในร่างกายตลอดจนถึงการเป็นโรคบางอย่าง. ทั้งที่คนหมอดิเรก พงษ์พิพัฒน์ ได้เขียนไว้แล้ว. แพทย์จำนวนไม่น้อยมักมองข้ามข้อนี้ไป, ทำให้คิดว่าเมื่อเรารักษาผู้ใหญ่ได้ เราก็รักษาเด็กได้เช่น

เดียวกัน, เพราะนึกเสียด่าเด็กก็ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ นั่นเอง, ทั้งที่คุณหมอสวัสดิ์ สกลไทย ได้กล่าวไว้ในบทบรรณาธิการเรื่อง “กุมารเวชศาสตร์”, เมื่อได้อ่านบทความทั้งสองนี้แล้ว, อาจปลดเปลื้องความเข้าใจผิดได้ไม่มากนักน้อย, และคงจะได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ เพื่อให้ได้เพิ่มหลักสูตรสำหรับวิชาโรคเด็กให้กว้างขวางจนกว่าที่เขินอยู่ในขณะนี้แน่นอน. แพทย์ยังมีไม่พอสำหรับพลเมืองไทย ๑๘ ล้านคน, แต่กุมารแพทย์ยังมีน้อยลงไปอีกเกือบเทียบส่วนกันไม่ได้. ฉะนั้นถึงเวลาแล้วที่ควรเร่งผลิตกุมารแพทย์ให้มากขึ้นพร้อมกันไปด้วย.

๑ นอกจากนั้น, เราได้แถมย่อเอกสารลงพิมพ์ให้ถึง ๑๒ เรื่อง. ล้วนแต่น่าอ่านน่ารู้ทั้งนั้น.

๑ สุกท้ายแห่งปีเก่านี้ เราขออวยพรให้ท่านสมาชิกทั้งหลายที่ยังไม่สำเร็จสมความปรารถนาสิ่งใดในปีเก่า, ก็ขอให้สละสิ้นกันแต่ปีเก่านี้, และจงประสบโชคดีในปีใหม่ที่กำลังจะเวียนมกรายมาถึง. ส่วนผู้ที่มิใช่โชคก็อยู่แล้ว ก็จงประสบแต่สิ่งดีงามต่อไปเทอญ.

บ.ก.ร.