



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๓ มีนาคม ๒๕๓๘ | Volume 7, Number 3, March 1955

ข้อต่อคางติดไม่เคลื่อนไหวแต่กำเนิด

รายงานผู้ช่วยเค็ทหนึ่งราย

สมโพธิ พุกกะเวส

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

สุด แสงวิเชียร

และ

พ.บ.,พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

การที่ข้อต่อคางประสานติดกันจนปาก
อ้าไม่ออก เป็นการพิการที่พบได้ไม่ยาก
อาจเป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง
ก็ได้. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ
สภาพขึ้นในข้อต่อถือเป็นการพิการที่แท้
(true หรือ intra-articular). ถ้าที่
ภายนอกข้อต่อมีการเปลี่ยนแปลง เช่นมี
เนื้อพังผืดเกิดขึ้นมากในกล้ามเนื้อหรือใน
เนื้อเยื่อที่อยู่รอบข้อต่อถือว่าการพิการ
ที่ไม่แท้ (Stones 1948). การเปลี่ยน

แปลงที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดมีเนื้อพังผืด
ยึดข้อต่อให้แน่น (fibrous ankylosis),
หรือส่วนทั้งสองของข้อต่อมีกระดูกต่อกัน,
(bony ankylosis).

จากจดหมายเหตุต่าง ๆ เท่าที่ค้นได้
กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการพิการว่า
อาจเกิดจากการติดเชื้อ, เช่นจากการอักเสบ
ในหูส่วนกลาง, จากฝีในกระดูกคาง
(dento-alveolar abscess) หรือเกิด
แทรกซ้อนจากไขข้อค้ำแดง, ไขหัด, ไขทัย

ฟอยล์หรือโรคหนองใน. อันตรายที่ข้อต่อ
เป็นสาเหตุอีกอย่างหนึ่ง เช่นอันตรายที่
เกิดขณะคลอดหรือหลังคลอดเล็กน้อย
จากการใช้คีมช่วยการคลอดทำให้ฐาน
ของกระดูกแกตทึบบริเวณข้อต่อ. ในราย
ที่ไม่ปรากฏสาเหตุต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว
และการพิจารณาที่มาแต่กำเนิด, อะไรเป็น
เหตุทำให้เกิดการพิการยังเป็นปัญหาไม่
ตกลงกัน. นอกจากนั้นการพิการแต่กำเนิด
ยังพบได้ค่อนข้างยาก. จึงเห็นเป็นการสม
ควรที่จะได้เสนอเป็นรายงานแสดงผู้ช่วย
๑ ราย พร้อมทั้งการศึกษาเพิ่มเติมที่จะหา
สาเหตุทำให้เกิดการพิการนี้แต่กำเนิด.

ผู้ช่วยเป็นเด็กชายไทย อายุ ๑ ปี ๒
เดือน เลขที่ทั่วไป ๔๖๔๕๘-๕๕, เลขที่
ภายใน ๑๒๖๒-๕๕. มาโรงพยาบาล
ครั้งแรก เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ.
๒๔๕๔ เมื่ออายุได้ ๒ เดือน โดยมีอา
การสำคัญว่าปากไม่ขึ้นตั้งแต่เกิด, ได้
รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อต่อเทมโปโร-
แมนดิบูลาร์เคลื่อนแต่กำเนิด (congeni-
tal dislocation of temporo-mandi-
bular joint) ได้ส่งไปตรวจทางแผนกรัง
สี. เนื่องจากกระดูกยังมีธาตุปูนไม่พอทำ
ให้ไม่อาจเห็นขอบเขตของกระดูกได้ชัดเจน;

แพทย์ทางแผนกรังสีไม่อาจยืนยันได้ว่า
เป็นการพิการตรงตามที่แพทย์แผนกผู้ช่วย
นอกวินิจฉัย. แพทย์ได้นัดให้มาอีกครั้ง
หลัง ๖ เดือน. ผู้ช่วยได้ถูกพามาเป็นครั้ง
ที่ ๒ และรับไว้ที่แผนกกุมารเวชศาสตร์
เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๕๕ มี
อาการซึม, ชัก, ผอมมาก. คงอยู่ในโรง
พยาบาลได้เพียงวันเดียวถึงแก่กรรม.

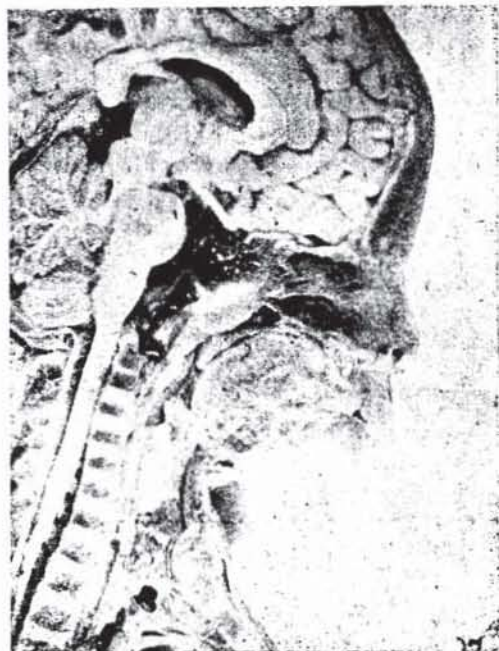
ผู้ช่วยมีประวัติการคลอดเป็นปกติ.
ครรภ์ครบกำหนด. ไม่ปรากฏมีประวัติว่า
มารดามีอันตรายหรือมีการป่วยใช้ขณะตั้ง
ครรภ์. คนทำคลอดเป็นนางผดุงครรภ์
เด็กไม่ได้รับความกระทบกระเทือนจนเกิด
อันตรายขณะคลอดและหลังคลอด. หลัง
คลอดแล้วได้สังเกตว่าผู้ช่วยร้องไม่ดัง,
ปากอ้าไม่ขึ้น, ทำให้การให้อาหารเด็กเป็น
ไปโดยความลำบากมาก. ไม่ปรากฏใน
รายงานว่าได้พยายามให้เด็กดื่มนมมารดา.
ต้องคอยหยอดนมด้วยปลายช้อนเข้าไป
เมื่อขณะผู้ช่วยร้อง. วันหนึ่งต้องให้นม
ประมาณวันละ ๑๐ กว่าครั้ง เพื่อให้พอ
กับความต้องการของร่างกายเด็ก, แต่ถึง
เช่นนั้นผู้ช่วยก็ยังคงได้อาหารไม่พอ, ร่าง
กายผอม, นั่งเองไม่ได้. ประวัติกโรคทวี
ปฏิเสชคามโรคในบิตามารดา. ผู้ช่วยเป็น

บุตรคนที่ ๕ พัสคนยังอยู่มีร่างกายแข็งแรงเป็นปกติทุกคน.

อาการเมื่อแรกวัย. ผู้ป่วยผสมมาก ผิวหนังเหี่ยวแห้ง, ชัก, หายใจเร็ว ๔๔/นาที, ชีพจร ๑๖๐/นาที, ความร้อน ๓๘.๖° ซ. ร้องเสียงไม่ดัง, อ้าปากได้เล็กน้อยเห็นฟันใต้ ๔ ซ. คือฟันหน้าบนซี่ใกล้กลาง ๒ ซ. และฟันหน้าล่างซี่ใกล้กลาง ๒ ซ. อื่น ๆ ภายในปากไม่อาจตรวจได้. กระดูกคางล่างเล็กกว่าปกติ. ไม่อาจกึ่งให้ปากอ้าขึ้นได้. ผลของการถ่ายเอ็กซเรย์ครั้งแรก มีรายงานดังต่อไปนี้ รูปถ่าย

จากหลังไปหน้าและจากด้านข้าง ๆ ปรากฏว่าเด็กมีส่วนหน้าเล็กเมื่อเทียบกับขนาดของกะโหลก, ผนังกะโหลกบางเรียบ, กระหม่อมหน้ายังเข็ง, ไม่แสดงว่ามี การเพิ่มความดันในกะโหลก, กระดูกคางล่างเล็กผิดปกติ. ส่วนตัวและส่วนกิ่ง (ramus) ของกระดูกคางสั้นและแคบ, กระดูกอยู่สูงกว่าปกติ. ให้คำวินิจฉัยว่าเป็นไมโครนาธิอา (micrognathia).

ได้ส่งศพไปที่แผนกกายวิภาคศาสตร์ เพื่อศึกษาเฉพาะที่บริเวณของข้อต่อคาง. ศพได้ถูกฉีกฟอर्मาลินแล้วผ่าออกเป็น ๒



รูป ๑, ๒ แสดงด้านหน้าและด้านใกล้กลางของซี่คาง

ซึก. จากค่านกลางของซึกที่ผ่าจะเห็นได้ชัดเกินกว่ารูปเต็มหน้า (รูป ๑) ภาวะกระดูกล่างไม่ปกติ คือไม่มีคาง (รูป ๒) จากวิธีผ่ากแนวคางจะทอดเฉียงลงไปคอทันที, ไม่หักเป็นมุมที่คางเช่นเด็กที่มีกระดูกคางล่างเจริญปกติ. พันมี ๔ ซ. พันหน้าชั้นใกล้กลาง ๒ ซ. พันหน้าล่างใกล้กลาง ๒ ซ. น้อยกว่าเด็กในอายุรุ่นเดียวกันไปเล็กน้อย คือควรจะมีพันหน้าชั้นใกล้ริมแล้ว, แต่ยังไม่มีส่วนในเด็กนี้. อวัยวะอื่นไม่ปรากฏมีส่วนใดผิดปกติ.

ได้ส่งซึกศพไปถ่ายเอ็กซเรย์ (รูป ๓) ปรากฏว่าส่วนตัวของกระดูกคางมีขนาดเล็ก. เห็นพันท้าวถึงเจริญฝังอยู่ในกระดูกครบจำนวนพันนั้นม. รูปร่างของกิ่งซึกเกิน เห็นคอนคัลล์ได้ชัด. เห็นอคอน



รูป ๓ ภาพเอ็กซเรย์ของซึกศพ

คัลล์ยังมีช่องแคบ ๆ เหมือนช่องของซึกโคโรนอยด์โปรเซสส์ไม่ชัดเกินปรากฏเหมือนเช่นเนื้อเคี้ยวกระดูกโหนกแก้ม (zygoma). มีเงาแปลกเป็นแถบกว้างประมาณ ๕ มม. (วัดจากฟิล์ม) ทอดจากบริเวณของกรามสคชขมาที่มุมของกระดูกคางล่าง เหมือนตำแหน่งทกล้ามเนื้อมีเดิลเฟเทอริยักออยด์ทอดอยู่ จากรูปเอ็กซเรย์ไม่อาจยืนยันได้ว่ามีซึกต่อเติมปอโรแมนคัลลาร์เคลตอน. จึงเปิดชำแหละเข้าไปทางด้านข้าง ปรากฏว่าการผิดปกติไม่ได้เป็นการเคลื่อนที่ข้อต่อคางแต่เป็น ankylosis ของข้อต่อ, โดยมีแผ่นกระดูกยื่นจากบริเวณของกระดูกโหนกแก้มมาต่อกับบริเวณส่วนหน้าของกิ่งซึกปกติจะเห็นเป็นโคโรนอยด์โปรเซสส์ยื่นขึ้นไป. การผิดปกติคงเป็นทั้ง ๒ ข้างคล้ายคลึงกัน ทางขวามีกระดูกตีคมากกว่าทางซ้ายเล็กน้อย (รูป ๔, ๕) และมีซึกโกมาติกโปรเซสส์ของกระดูกเทมปอรัลเจริญไม่เต็มที่ ไม่เข้าไปต่อกับเทมปอรัลโปรเซสส์ของกระดูกโหนกแก้ม ทำให้โค้งซึกโกมาติกไม่เป็นโค้งตลอด การ



รูป ๔, ๕ ลักษณะของข้อต่อทางขวาและซ้าย ลูกศรแสดงตำแหน่งที่กระดูกเชื่อมกัน ก. คอนดิลล์

ทิศของกระดูกแขนทำให้กระดูกทางล่างไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย, ไม่ว่าจะเป็นการอ้าปากหรือเคลื่อนไหวไปข้าง ๆ และเป็นผลทำให้กระดูกคางไม่เจริญไปตามปกติ. และอยู่สูงกว่าขมวดา. ความกว้างของกิ่งของกระดูกวัดได้ ๑.๗ ซม., ของเด็กที่ใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบกับอายุภายใน ๖ เดือนกว้าง ๒.๒๗ ซม. ระยะจากมุมถึงซิมฟิซีสวัดได้ ๔.๑๗ ซม. (ปกติ ๕.๑ ซม.) ความกว้างของส่วนทวิวัดได้ใกล้เคียงกัน ๑.๓๔ และ ๑.๓๒ ซม. (วัดจากจุดสูงสุดของ alveolar border ระหว่างพื้นหน้าที่ใกล้กลาง กับขอบล่างของซิมฟิซีส).

ในการชำแหละ ค่อยไปพบว่า ทางข้าง

ซ้ายโคโรนอยด์โปรเซสส์ยังคงมีปรากฏและอยู่ในตำแหน่งปกติ. ทั้งเล็กกลัมนีโอเทมปอรัลซึ่งเล็กกว่าปกติออกไป จึงพบเป็นปลายแหลมเล็ก ๆ อยู่สูงกว่าโค้งซัยโกมาติก, ทางข้างขวาไม่ชัดเจน.

จากการชำแหละนี้ ยืนยันได้ว่ากระดูกคางล่างของผู้ป่วยนี้เจริญเป็นปกติครบทุกส่วน, แต่เคลื่อนไหวไม่ได้เป็นเพราะมีกระดูกยื่นติดต่อระหว่างส่วนหน้าของกิ่งกัยกระดูกโตนกแก้มเชื่อมเป็นกระดูกแผ่นเดียวกัน เป็นแบบ bony ankylosis.

สาเหตุที่ทำให้เกิดการผิดปกติที่บริเวณคางล่างนี้ Ballantyne (1904) อ้างความเห็นของ F. von Winckel เกิด

เพราะมีการกตจากน้ำคร่ำ (amniotic fluid) หรือจากสิ่งอื่นที่บริเวณของโค้งแขวงเขยลันที่ ๑ ทำให้การเจริญไม่เป็นไปตามปกติและทำให้ส่วนต่าง ๆ ซึ่งเจริญจาก โค้งนี้ ไม่มีการเรียง เช่นปกติ. สำหรับรายงาน ไม่อาจยืนยันได้ว่า มีน้ำคร่ำเพิ่มมากหรือไม่ คงได้แต่ประวัติว่าคลอดตามปกติเท่านั้น. ความสัมพันธ์ของน้ำคร่ำกับการผิดปกติไม่ถือเป็นความสำคัญ โดย Burket (1936), ที่รายงานเด็ก ๑ ราย มีข้อต่อติคมาแต่กำเนิดและมีหน้าไม่เจริญเทียบโตครึ่งซีก (facial hemiatrophy). ถึงในรายของ Burket จะมีน้ำประมาณได้ระหว่าง ๓๕๐๐-๕๐๐๐ ล. ซม. ก็ตาม แต่ Burket เองก็ไม่สามารถให้ได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุ. จากงานทั้ง ๒ ชิ้นแล้วไม่ปรากฏมีผู้ใดได้ให้ความเห็นถึงสาเหตุของการพิการนี้.

การศึกษาที่สำคัญต่อมาคืองานของ Symons (1952) ซึ่งได้ศึกษาการเจริญของข้อต่อในคน. Symons กล่าวว่าข้อต่อตามการวิวัฒนาการในหมู่สัตว์ (phylogenic) เป็นข้อต่อเกิดขึ้นใหม่แทนข้อต่อเก่าที่อยู่ระหว่างกระดูก articulare (malleus) และกระดูก quadrate

(incus). ฉะนั้นการเจริญของข้อต่อจึงผิดกับการเจริญของข้อต่อชนิดชินโนเวียลทั่วไป คือแทนที่จะมีกระดูกอ่อนเป็นโครงก่อนกระดูกแท้. ส่วนต่าง ๆ ของข้อต่อคางคังตันโดยเป็นเยื่อชั้นกลาง (mesenchyme). และถึงจะเปลี่ยนเป็นกระดูก, ส่วนที่ ๒ ที่จะมาประกอบเป็นข้อต่อคือคอนคัยล์ของกระดูกคางคังกับส่วนรอยบุ่มของกระดูกเทมปอรัลก็อยู่ห่างกันมาก. ต้องมีการเจริญของกระดูกอ่อนชุดที่สอง (secondary cartilage) ในส่วนยื่นคอนคัยล์, ส่วนที่สองจึงจะเข้ามาชิดกัน. พบในเอมบริโอไอซนาค ๕๐ มม.

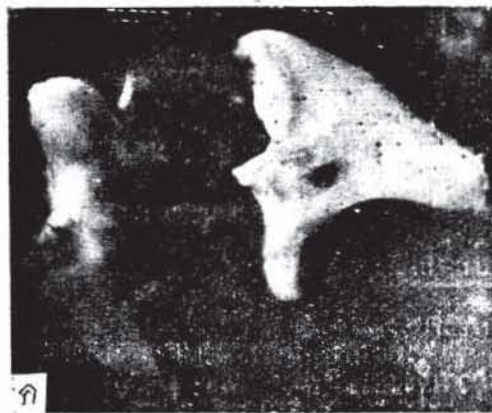
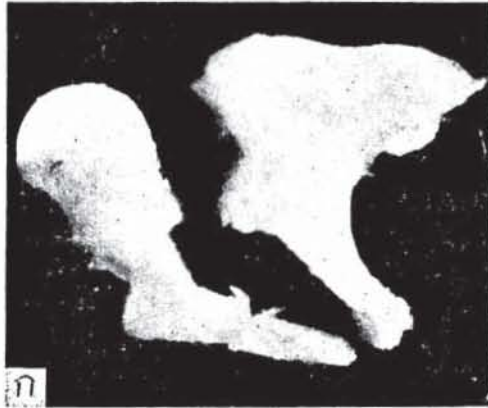
โดยการขยายตัวอย่างรวดเร็วของคอนคัยล์ ทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างส่วนที่สองของข้อต่อค่อยหายไปเป็นส่วนมาก คงเหลือแต่เพียงเป็นเนื้อเยื่อที่ติดต่อกับกล้ามเนื้อฟิโตรีออยค่อนข้างและติดต่อกับที่ส่วนบนของ Meckel's cartilage ซึ่งเปลี่ยนเป็นกระดูกมัลเลอุส. แผ่นที่เหลือนับเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดเป็นแผ่นในข้อ, ที่จะทำให้เกิดเป็นข้อต่อขึ้นระหว่างส่วนที่สองของข้อต่อคือคอนคัยล์ของกระดูกคางคังและรอยบุ่มของกระดูกเทมปอรัล.

ตามงานค้นคว้าของ Fell และ Conti (1934) และจากการศึกษาของ Carey (1912) ถือว่าเพื่อให้เกิดเป็นข้อต่อชั้นในเอมบริโอ ท่อนกระดูกทั้งสองที่เข้ามาชิดกันและที่กำลังเจริญเติบโต จำเป็นต้องมีชั้นของกระดูกอ่อนแทรกอยู่ระหว่างช่องข้อต่อที่กำลังขยายตัว.

จากการศึกษาทั้ง ๓ ทดแล้วจะเห็นได้ว่า ถ้ามีการผิดปกติเกิดขึ้นจนเป็นเหตุให้ไม่เกิดเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนแปลงเป็นแผ่นในข้อต่อ ข้อต่ออันก็จะไม่เกิดขึ้น. หรือไม่เจริญไปตามปกติ. แต่เนื่องจากไม่เคยพบพืชใดที่มีการผิดปกติในข้อต่ออัน โดยไม่มีเนื้อเยื่อที่จะไปทำให้เกิดเป็นแผ่นในข้อต่อ ก็คือส่วนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์อยู่กับเนื้อเยื่อที่เจริญเป็นปกติหรือเปล่า โดยซ้ำแผลกระดูกล้มเนื้อฟิเทอริยกอยด์อันข้าง และกระดูกเล็กในหู.

ในการซ้ำแผลได้พบว่ากระดูกล้มเนื้อฟิเทอริยกอยด์อันข้างคงมีอยู่ชัดเจนทั้ง ๒ ข้าง ทางข้างขวามีลักษณะเป็นพังผืดมากกว่าเป็นกล้ามเนื้อ อาจเป็นเพราะมีการเลื่อมเนื่องจากไม่ได้ใช้. ต่อไปได้ซ้ำแผลเข้าไปในช่องหูส่วนกลาง. ปรากฏว่าทางข้าง

ซ้ายมีแต่ค้ำ (handle) ของกระดูกมัลเลียสเท่านั้น (รูป ๖ ข.) ได้พยายามค้นเพื่อให้พบส่วนหัวและกระดูกอินคัสก็ไม่พบ, ซึ่งเป็นของไม่น่าจะเป็นไปได้ เพราะกระดูกทั้ง ๒ นั้นซ้ำแผลและเอาออกมาศึกษาได้โดยสะดวก เช่นในรูป ๖ ก. ซึ่งเป็นกระดูกข้างซ้ายของเด็กปกติใช้ในการซ้ำแผลและเปรียบเทียบกัน และทางข้างขวาของศพเด็กพิการนี้ (รูป ๖ ค) ก็ซ้ำแผลและออกได้โดยสะดวกเช่นเดียวกัน. ถึงแม้จะไม่ชัดเจนเท่าเด็กปกติก็ได้ส่วนต่าง ๆ ออกมาครบถ้วนนอกจากค้ำของมัลเลียสซึ่งหักขณะกิ่ง. จากผลของการซ้ำแผลทำให้สันนิษฐานว่าการผิดปกติของข้อต่ออันมีสาเหตุมาแต่เดิมคือเยื่อชั้นกลางของโค้งแบริงเขมบลอันที่ ๑ ข้างซ้ายเกิดผิดปกติขึ้นไม่ประกอบเป็นส่วนหัวของมัลเลียสและกระดูกอินคัสทำให้ไม่มีพังผืดโยงจากกล้ามเนื้อฟิเทอริยกอยด์อันข้างมาที่หัวของมัลเลียส. เช่นเหตุให้ไม่มีเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนแปลงเป็นแผ่นในข้อต่อ. ข้อต่อจึงไม่เกิดหรือเจริญเป็นปกติ. เยื่อชั้นกลางรอบข้อต่อ จึงทำให้เกิดเป็นแผ่นกระดูกเชื่อมกระดูก โหนกแก้มกับส่วนหน้าของกิ่งของ



รูป ๖ แสดงรูปกระดูกเล็กๆ ในช่องหูส่วนกลาง ขยายขึ้น ๑๐๐ เท่า

- ก. ของเด็กปกติข้างซ้าย
- ข. ของเด็กพิการข้างซ้าย
- ค. ของเด็กพิการข้างขวา

กระดูกกลาง ทำให้เป็นการพิการแบบ Bony ankylosis.

ข้อสันนิษฐานนี้มีหลักฐานพิศจน์เพียงเท่านี้; อาจมีทางผิดได้ เช่น ๑. ทางข้างขวาที่มีข้อต่อดกกันทำไมจึงยังมีกระดูก

ทุกขรยถัน. ๒. การชำแหละอาจขาดความระมัดระวังทำให้หักกระดูกเล็ก ๆ ทั้งสองไม่พบ. แต่ในการที่จะพบเด็กพิการแบบนี้ก็เป็นของยากมาก. ถ้าได้บันทึกเป็นแนวทางไว้ คงจะทำให้ในการศึกษา

ต่อไปเพิ่มความสนใจและเพิ่มความละเอียดในการค้นคว้ายิ่งขึ้น, คงจะได้หลักฐานสนับสนุนหรือไม่ยอมรับความเห็นที่กล่าวมาแล้ว.

มีข้อที่ควรสงสัยอีก ๒ ข้อ คือ อะไรเป็นสาเหตุให้เกิดไขในเด็กนี้. และเด็กนี้ถ้าได้รู้สาเหตุเสียแต่แรก จะทำการแก้ไขด้วยการผ่าตัดให้ข้อต่อใช้การได้เป็นปกติจะได้หรือไม่.

ผู้รายงานขอขอบคุณแผนกรังสีวิทยาที่ช่วยในการถ่ายภาพ, นายแพทย์เสงี่ยมลิ้มพระสัท, คณะทันตแพทยศาสตร์ที่ให้ออชมหนึ่งสื่อเป็นแนวการศึกษา.

สรุป ได้รายงานข้อต่อคางคิกไม่เคลื่อนไหวแต่กำเนิดหนึ่งราย มีกระดูกเชื่อมจากกระดูกโหนกแก้มมาที่ส่วนหน้าของกิ่งของกระดูกคางล่าง. จากการชำแหละปรากฏว่ากระดูกเล็กในส่วนกลางข้างซ้ายมีแต่ก้ามของกระดูกมัลเลียส ไม่มีส่วนหัวและไม่มีกระดูกอื่นคัส, ทำให้เข้าใจว่าสาเหตุของการพิการมาจากเยื่อชั้นกลางของโค้งแขนงเขี่ยลันท์ ๑ ไม่เจริญ

ตามปกติ ทำให้ไม่มีเนื้อพังผืดยึดจากกล้ามเนื้อเพอริออยค่อนข้างไปที่ส่วนหัวของกระดูกมัลเลียส เช่นที่พบในเพศชายนาค ๑๕๐ มม. (Symons. 1952) เนื้อพังผืดต่อไปจะเปลี่ยนเป็นแผ่นในข้อ ให้ข้อต่อเจริญไปตามปกติ. เมื่อข้อต่อไม่เกิดขึ้นตามปกติเพราะไม่มีแผ่นในข้อเป็นส่วนสำคัญทำให้เกิด, เนื้อพังผืดรอบข้อต่อจึงเกิดเป็นกระดูกเชื่อมส่วนทั้ง ๒ ที่กล่าวแล้ว. รายงานไม่ได้ยืนยันข้อสันนิษฐานนี้ เพราะกระดูกหูเล็กข้างขวาเป็นปกติ และเป็นการพบเพียงรายเดียว.

เอกสาร

1. J.W., Ballantyne. 1904 Manual of Antenatal Pathology and Hygiene. W. Green & sons Ltd., Edinburgh.
2. L.W. Burket J.A.M.A. 106: 1719-1722, 1936.
3. E.J. Carey Amer. J. Anat. 29:93-115, 1921.
4. H.B. Fell and R.G. Canti. Proc. Roy. Soc. (B) 116:316-351, 1934.
5. H.H. Stones 1948. Oral and Dental Diseases. E. & S. Livingstone Ltd. Edinburgh.
6. N.B.B. Symons. J. Anat. 86: 326-332, 1952.

(Abstract of the Preceding Article)

CONGENITAL ANKYLOSIS OF THE MANDIBULAR JOINT

A case report

Sombodhi Bukkavesa

M.B.

(Department of Pediatrics)

and

Sood Sangvichien

M.B., M.D.

(Department of Anatomy)

A case of congenital ankylosis of the mandibular joint is reported. The patient was a boy of 1 year and 2 months old. At the age of 2 months, he was brought to the hospital with a chief complaint of being incapable of opening his mouth. The probable diagnosis was given as a congenital dislocation of the temporo-mandibular joint. Re-examination after 6 months was advised. At the age of 1 year and 2 months, he was admitted to the Department of Pediatrics. He was extremely thin and weak and died on the day following admission.

His mother said that it was very difficult to feed him because he could

not open his mouth. Milk was given drop by drop while he cried. He weakened gradually from malnutrition and finally died.

With the aid of autopsy, the final diagnosis was congenital ankylosis of the mandibular joint. In the left middle ear, only handle of malleus was present, while that on the right was normal. This might be due to the abnormal development of the mesenchyme of the first branchial arch.

(Six references and eight figures)

T.K.

บันทึกปฏิบัติ

สรุปผลการวิเคราะห์

การจำบุคคลได้จากรูปถ่ายเพียงบางส่วนของใบหน้าผู้คนเคยดี

ภูเก็ต วาจานนท์ พ.บ.
(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ใช้รูปถ่ายขาวดำแสดง เฉพาะบางส่วนของใบหน้าบริเวณ ตา จมูกและปาก มีขนาดใกล้เคียงกับความเป็นจริง ผู้ทายเป็นผู้ที่รู้จักเจ้าของภาพดีในฐานะเป็นศิษย์ของเจ้าของภาพ.

ปรากฏผลว่าจากลักษณะภาพตาทำให้จำได้ร้อยละ ๖๑.

จากลักษณะภาพ จมูกทำให้จำได้ร้อยละ ๔๘.

จากลักษณะภาพ ปากทำให้จำได้ร้อยละ ๘๕.

ตากับปาก ทำให้จำได้มาก เนื่องจากอวัยวะทั้งสองเป็นทแสดงลักษณะการความรู้สึกต่าง ๆ จึงเป็นจุดสนใจของบุคคลอื่น และจุดจำได้ดีกว่าลักษณะของจมูก การวิเคราะห์จากลักษณะอวัยวะนั้น ๆ ของเจ้า

ของภาพ เป็นรายตัว ทำให้ทราบแน่ชัดว่าถ้าอวัยวะที่แสดง แต่ละส่วน มีลักษณะจำเพาะชัดเจน หรือมีคำอื่นใด เช่น ฝาแฝดเป็น หรืออื่น ๆ ก็จะเป็นจุดเด่นทำให้จำบุคคลนั้นได้ง่ายขึ้น.

ภาพ ตาใน บางราย เพี้ยนไปจากความจริง บางรายถ่ายโดยไม่สวมแว่นเป็นเหตุให้จำไม่ได้หรือจำได้ยาก ถ้าไม่นำภาพที่เพี้ยนไปเหล่านี้เข้ามาคิดในรายการด้วยการจำได้จากภาพตาจะ สูงขึ้นเป็นร้อยละ ๘๑ การจำภาพปากได้มากกว่าภาพตาอาจเป็นเพราะผู้ทายเป็นคนฟังปากรู้อาหรือคำอธิบายจากเจ้าของภาพ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ปากของผู้ทายเป็นจุดสนใจมากกว่าอื่น.

ในการวิเคราะห์ค้นพบว่า เมื่อจำภาพจมูกได้ ก็สามารถ จำภาพปาก หรือภาพตา

ของบุคคลเดียวกันได้ด้วย ส่วนมากจำภาพปาก หรือตาได้ แต่จำภาพ จมูกไม่ได้ แสดงให้เห็นชัดว่าภาพจมูก แต่อย่างใด มีความสำคัญไม่มากในการ จำภาพหน้าบุคคล.

เมื่อจำภาพตาได้ก็สามารถจำภาพปากของบุคคลเดียวกันได้เกือบทั้งหมด แต่มีบางคนจำได้แต่ภาพปาก จึงแสดงถึงความจำได้ง่ายของภาพ ปาก บุคคลที่คุ้นเคยกันยิ่งกว่าภาพตา แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าภาพ ถ่าย นั้น เหมือน ตัวจริง มากที่สุด ปากกับตาจะเป็นส่วนสำคัญมากในการ จำภาพหน้าบุคคล.

ถ้าหากยึดภาพใบหน้าไปทางข้างข้าง ให้มากขึ้น ผู้ทนายก็มีโอกาสใช้ลักษณะของรูปร่าง หน้าผาก ชายผม แก้ม คาง หรืออื่น ๆ เข้าไปประกอบช่วยในการวินิจฉัยได้ถูกต้องมากขึ้น หรือ หากเอาภาพมาประกอบกันเป็นภาพเดี่ยวเช่น ตากับจมูก จมูกกับปาก เราก็คาดผลได้ถูกต้องว่าจะต้องจำได้มากขึ้นจน เกือบ จะไม่ผิดเลยก็ เป็นได้ (สำหรับรายการนี้ไม่ได้ทำ).

ในการ วิเคราะห์ เปรียบเทียบผู้ทนายชายกับหญิง ในชุดนี้ ปรากฏว่า ชายจำลักษณะภาพตา จมูกและปาก แต่ละอย่าง

ได้ดีกว่าหญิงอย่างน่าสังเกต ทั้งนี้อาจเป็น เพราะชายมีการ วนิฉัยดีกว่าก็เห็นได้ หรือเพราะศิษย์ชายกล้าเผชิญหน้าอาจารย์ มากกว่าก็ได้.

ผลทางใช้การ

การแสดง ภาพถ่าย บุคคลโดย เฉพาะ ผู้ช่วย โดยมรรยาทจำเป็นต้องอำพราง มิให้ผู้อื่นจำได้แม้ผู้คุ้นเคย ส่วนมากของภาพที่เราเห็นมักยึดแต่บริเวณตาเพียงแห่งเดียว (รูป ๒) แต่จากการวิเคราะห์เห็นพบว่า ผู้คุ้นเคยกันสามารถจำกันได้ดีแม้เพียงจากภาพปากหรือภาพตาเท่านั้น.

ดังนั้นจึงสมควรยึดภาพหน้าบุคคลทั้งที่ปากและตา (รูป ๓) หรือจะให้ดียิ่งขึ้น โดยยึดทั้งปาก จมูกและตา (รูป ๔) เว้นแต่ส่วนที่ ต้องการแสดงจะถูก ยังเสียด้วยการยึดตัวอื่น เราก็ยึดส่วนนั้นและบริเวณใกล้เคียงเท่าที่จำเป็นเพิ่มขึ้น ด้วยวิธีนี้ก็คงไม่ ต้องวิตกว่าจะมีผู้จำได้มากขึ้น เพราะ บริเวณที่เพิ่มเพิ่มนั้นมีความพิการ ซึ่งก็ผิดไปจากปกติของผู้นั้นแล้ว.

นอกจากนี้คำหน้ต่าง ๆ ที่จะเป็นเครื่องช่วยในการจำ ควรลบออกเสียด้วย.



๑



๒



๓



๔

อย่างไรก็ดี ผู้ที่คุ้นเคยกันจริง ๆ จะสามารถจำภาพที่ขบคและลบทำหนีดังกล่าวแล้วได้ เหมือนกัน เพราะอาศัย ลักษณะอื่น แต่วิชานี้จะเป็นผลก็อย่างมากต่อเจ้าของภาพที่บุคคลอื่นไม่คุ้นกับตัวจริงมาก่อน.

หมายเหตุ สรุปผลการวิเคราะห์ที่ได้จากรายการ “การทายภาพ” ของแผนกกายวิภาคศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ในงานรื่นเริงปีใหม่ ๒๔๙๘ ระหว่างนักศึกษแพทย์.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ตั้งข้อสมุควรวมิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

บทความพิเศษ

สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์และเด็กในระยะก่อนคลอด

ณ แสงสิงแก้ว

พ.บ., พ.ด., C.P., F.A.P.A.

(หัวหน้ากอง ร.พ. โรคจิต กรมการแพทย์)

ในตอนต้นขออธิบายศัพท์เสียก่อน คำว่า "สุขภาพ" ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า "Health" ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันแพร่หลายแล้ว. แต่เพื่อให้ชัดเจนยิ่งขึ้นจะได้อธิบายตามทฤษฎีการองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความไว้ คือ "สุขภาพ" หมายถึงความสุขสมบูรณ์ของทั้งร่างกายและจิตใจ, ไม่แยกออกจากกัน. ถ้าหากจะบอกว่าผู้ใดมีสุขภาพดี, ก็หมายความว่าผู้นั้นสุขภาพดีทั้งกายและใจด้วย. และเพื่อประโยชน์แก่การศึกษา, คณะกรรมการองค์การอนามัยโลกได้แยกให้มีความว่า "สุขภาพจิต" (Mental Health) ขึ้น, คำว่า "สุขภาพจิต" นั้นไม่หมายความเพียงว่าไม่เป็นโรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น, แต่หมายถึงว่าผู้นั้นอยู่ในสังคมด้วย ความผา

สุขด้วย. ผู้ใดที่อยู่ในสังคมด้วยความเดือดร้อน, ไม่เรียกว่าผู้นั้นมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์. จากตนเองจึงมีการศึกษาต่อไปว่าคนจะอยู่ในสังคมด้วย ความสุขเรียบร้อยนั้นด้วยอย่างไร.

อีกคำหนึ่ง คือ สุขวิทยาจิต (Mental Hygiene) คือวิชาที่ศึกษา, ค้นคว้า, ส่งเสริมให้มนุษย์มีสุขภาพจิต การศึกษา สุขวิทยาจิต เป็นการ ศึกษา มุ่งเกี่ยวกับนิสัย, จิตใจ, ความประพฤติของคนธรรมดาและผิดธรรมดา, แล้วหาวิธีทำให้คนมีความสุข, ไม่เป็นโรคจิตและหาวิธีศึกษาทางป้องกันโรคจิตด้วย.

ในปัจจุบัน, การศึกษาให้คนมีความสุขไม่เป็นภัยต่อผู้อื่นและไม่ให้เป็นโรคจิตนั้น, ใ้มุ่งไปถึงการศึกษาการเคียบโตมา

ตั้งแต่เด็ก, และถ้าจะให้แน่นอนยิ่งขึ้น, ทั้งทั้งแต่ก่อนเกิดด้วย. เช่นลักษณะก่อนเกิดเป็นอย่างไร, และเกิดมาแล้วเป็นอย่างไร, โทซินเป็นอย่างไร, และเมื่อแก่เป็นอย่างไร, จะมีวิธีปฏิบัติคนอย่างไรในอันที่จะทำให้คนอยู่ในสังคมด้วยความสุขทุกระยะเหล่านั้น, เป็นต้น.

ปัญหาของเด็กเล็กเป็นวิชาที่มุ่งศึกษา มาก, ดังที่ปรากฏมี Child Guidance Clinics ชนทุกแห่งทั่วโลก, และดังที่เราได้รู้จักให้มีคลินิกสุขภาพจิตขึ้นในขณะนี้แล้วที่ธนบุรี.

ในขณะเดียวกันและต่อเนื่องกัน, ถอยหลังลงไป, เพื่อให้ได้ความรู้และช่วยเหลือผู้ให้กำเนิดเด็กตั้งแต่ก่อนเด็กคลอด, การศึกษาจิตวิทยาของหญิงมีครรภ์ ก็ได้รับความสนใจยิ่งขึ้น, ดังจะนำมาบรรยายเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ๔ ประการด้วยกัน, คือ:

๑. ความสำคัญเกี่ยวเนื่องมาแต่ทารกอยู่ในครรภ์ กับชีวิตอนาคตของเด็ก.
๒. จิตวิทยาของหญิงมีครรภ์.
๓. สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์.
๔. การดูแลช่วยเหลือ จากทางการหรือองค์การต่อหญิงมีครรภ์และเด็กก่อนคลอดในประเทศไทย.

ข้อแรก, การศึกษาความสำคัญแห่งชีวิตอนาคตของเด็กอันเนื่องมาแต่เด็กอยู่ในครรภ์, เป็นเรื่องกว้างขวางมาก. เป็นการศึกษาตั้งแต่ก่อนเกิดและหลังเกิดว่ามีความสำคัญและสัมพันธ์ต่อกันเช่นไร. เรื่องนี้ขอตัดทอนข้อความจากหนังสือสุขภาพจิตของ Lemkau ซึ่งได้รับการยกย่องมากในอเมริกาและอังกฤษขณะนี้.

Lemkau เริ่มด้วยทฤษฎีจิตวิทยาของไมเออร์ว่าชีวิตคือปฏิกริยาของตนเองต่อสิ่งแวดล้อม. กล่าวคือไปว่าชีวิตและอนาคตของชีวิตเริ่มแต่หน้าที่ที่ไข่และสเปิร์มผสมกันในครรภ์มารดา. สิ่งแวดล้อมอันแรกของชีวิตคือมดลูก. ในมดลูกนั้นเป็นสิ่งแวดล้อมที่หล่อเลี้ยงด้วยน้ำอุ่นและมีจำนวนมาก. ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับไข่มดผสมแล้ว ก็กว้างใหญ่และมีค. และมดลูกนั่นเองเป็นสิ่งแวดล้อมที่ให้ความอบอุ่น. ในสิ่งแวดล้อมเช่นนั้นไข่เจริญเร็วมาก. ถ้าจะเปรียบชีวิตในมดลูกกับชีวิตภายนอก, ชีวิตในมดลูกนั้นเป็นชีวิตที่แยกจากโลกภายนอกเด็ดขาด, แต่ก็อบอุ่นและมีความสุขบางคนอยากกลับไปอยู่อีก. แต่แม้กระนั้น ก็ยังมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมของประการเกิดขึ้น, เช่น

ความโลภครั้งที่ ๒ น้อยมาก. ทั้งนี้ เพราะหญิงมีครรภ์ได้รับอาหารเป็นพิเศษ โดยรัฐบาลจำกัดกำหนดปริมาณให้.

จากงานของ Sonntag พบว่าเสียงภายนอกมีอำนาจต่อเด็กในครรภ์เหมือนกัน. ถ้าเสียงไม่ไพเราะ, เช่นเสียงเครื่องจักรดังกึ่ง, จะทำให้เด็กในครรภ์ไม่สบาย. สังเกตว่าเด็กตื่นผิดปกติ. ตรงกันข้าม, คนตรีประสานเสียงนั้นทำให้เด็กมีการเคลื่อนไหวดี. อย่างไรก็ตาม, Lemkau กล่าวว่า การเคลื่อนไหวในระยะก่อนคลอด ๒ เดือน มีความเปลี่ยนแปลงมาน้อยได้มากถึง ๑,๐๐๐ ปช. แล้วแต่สิ่งแวดล้อม.

ข้อสอง, จิตวิทยาของหญิงมีครรภ์. จิตใจของหญิงมีครรภ์เป็นอย่างไร. ข้อนี้เราควรศึกษาจิตวิทยาธรรมชาติของหญิงขณะตั้งครรภ์, แล้วหาทางส่งเสริมสุขภาพ. เมื่อทราบจิตใจในระยะนี้ว่ามีความผันผวนประการใด การแก้ไขส่งเสริมให้อยู่ในสภาพที่ดีก็จะทำได้เอง.

จิตใจของหญิงมีครรภ์มีลักษณะที่สำคัญคือมีความหวาดกังวลอย่างธรรมดา (Normal Anxiety). บางคนอาจวิต, แต่มักเกี่ยวพันกับหวาดกังวล. บางรายมีแต่

หวาดกังวลก็มี.

ความหวาดกังวลเกิดจากอะไร. จะลองแบ่งออกได้หลาย ๆ ประการ :

๑. นึกลำบากไปก่อนว่าการมีบุตร คือความลำบากด้วยประการต่าง ๆ, ซึ่งบางครั้งอธิบายไม่ได้. เกรงว่าเด็กเกิดมาจะมีอาการ ๓๒ ไม่ครบ. กลัวพิการ, นัวมากไป, น้อยไป, แขนขาไม่สมบูรณ์, เหล่านี้เป็นต้น.

๒. หวั่นเกรงไปว่าจะมีอันตรายในการคลอด. คนโดยมากชอบพูดต่อ ๆ กันว่าคนนั้นตายคลอดอย่างนั้นอย่างนั้น. เพราะฉะนั้นตามชนรายหนึ่งก็เก็บมาคิดวิตกวิจารณ์.

๓. หวาดกังวลในเรื่องความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย, เช่นมีอ้วม, ท้ายวม. หวาดว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่าง ๆ.

๔. เรื่องการเงิน. เกรงว่าเงินจะไม่พอใช้. คิดว่าเราเองมีเงินเท่านั้นก็ยังไม่พอใช้, ถ้ามีลูกขึ้นมาจะทำอย่างไร. ใหนยังจะต้องมีคนช่วยเหลือเลี้ยงดู, เพิ่มการใช้จ่ายอื่นอีก.

๕. หวาดกังวลในเรื่องครอบครัว, ในเรื่องสามี, พ่อแม่ของสามีและญาติมิตร, ฯลฯ.

เท่านั้นจึงมีลูกได้, ขอนจะช่วยให้หญิงมี
ครรภ์มีสุขชน.

๒. ส่วนเรื่องอาการ ๓๒ ครบ, แต่
กลัวอันตรายในการคลอด, ฟังแสดงสถิติ
อันแท้จริงให้เห็นว่าการคลอดปกตินั้นเป็น
ของธรรมดา. ที่ผิดปกติมีไม่เกิน ๑ ใน
๑๐๐. ฉะนั้นการคลอดบุตรเป็นของธรรม-
การจริง ๆ. หญิงมีครรภ์ทั้งหลายมักสบาย
ยิ่งขึ้นถ้าเข้าใจความจริงข้อนี้, ตกว่าจะได้
ฟังแต่เรื่องคนตายเพราะคลอดบุตรย่อย ๆ
จากชาวบ้านที่คิดแต่พดให้คนใจเสีย.

๓. เรื่องการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ,
ก็อธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติ
เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งหนึ่ง, อีกสิ่ง
หนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันก็ย่อม
เปลี่ยนแปลงไปด้วย. เปรียบเหมือนใน
บ้านมีเพื่อนมาพักด้วยก็ต้องเพิ่มเตียงนอน.
เตียงก็ย่อมต้องเขี่ยโต๊ะเก้าอี้ ฯลฯ ใน
ครรภ์มารดาก็เช่นกัน. เมื่อมีลูกมาอยู่
ด้วยทำให้เนื้อนมคลุกโตขึ้น, ก็ไปเขี่ยค
กระเพาะเขา, ลำไส้, ไตและอวัยวะอื่น, จึง
เกิดอาการเขาย่อย, ท้องผูกและมีขวมบ้าง,
ซึ่งเป็นของธรรมดาและไม่ช้าก็จักปกติ. ถ้า
ยิ่งนึกต่อไปว่าผู้มาอยู่ด้วยนั้นจะเป็นผู้มา
ให้ความรักและความสุขแล้ว, ก็ยิ่งจะบีบ

ยิ่งขึ้น.

๔. ปัญหาเรื่องการเงิน. ควรอธิบาย
ให้ฟังว่าอาจเป็นการตรงกันข้ามกับที่คิด
วิตกกังวล. การเงินอาจจะไม่ผันแปรเลย
ถ้ารู้จักใช้จ่ายให้สอย. หรือแม้มีเงินน้อย,
เมื่อมีเด็กเกิดขึ้น, การเงินอาจกลับดีขึ้น
ด้วยซ้ำ. สถิติจากทางเศรษฐศาสตร์ยืนยัน
ว่าการมีลูกทำให้รู้จักประหยัดขึ้น, ทำให้
ใคร่ซอหรือมีเครื่องใช้ไม่สอยเพิ่มขึ้น. การ
มีบ้านช่องและเครื่องใช้คือยริบลดที่จะเกิด
โดยปริยายนี้, ก็เท่ากับว่ามีเงินมากขึ้น
เหมือนกัน. ถ้าเขาเข้าใจถึงนี้อาจมีสุขภาพ
จิตดีขึ้นบ้าง.

๕. เรื่องในครอบครัว. แพทย์ควร
ทำตัวเป็นเพื่อนของหญิงมีครรภ์. การไป
เยี่ยมไม่ใช่เพียงไปจับคลำท้อง, เป็นงาน
เป็นการ, โดยไม่พูดว่ากระไร, เขียนใบสั่ง
ยาให้แล้วกริบหนีไปเช่นนั้น. แต่ควรทำ
ตัวเป็นเพื่อน, ให้คำปราศรัยและเห็นใจ,
เช่น แม้แต่เพียงได้ถามว่า กินได้ไหม,
นอนหลับไหม, บ้านช่องเป็นอย่างไร, จะให้
หมอช่วยอะไรบ้างไหม, เท่านั้นก็ยังพอทำ
ให้หญิงมีครรภ์มีความอบอุ่นขึ้นบ้าง, รู้สึก
ว่ามีเพื่อนที่คิดขึ้นมา. มีหลายรายที่คุยกับ
หมอโดยไม่พูดถึงเรื่องในครรภ์เลย, แต่

พูดถึงเรื่องบ้านช่องและความหนักใจในบ้านต่าง ๆ. นั้นแสดงว่าหมอเขาถึงจุดการช่วยทักแล้วคือทำให้เขารู้สึกเป็นกันเองและได้ระบายความรู้สึกนึกคิดที่อึดอัดออกมา. นั่นแหละคือส่วนหนึ่งของปรัชญาไฮเออร์บายบี. ถ้าได้มีโอกาสพบสามัคควรถกัญญาหากัยสามัคโดยเฉพาะ, ให้สามัคเข้าใจว่าเขาควร จะ พึ่ง แสดงเสมอว่ายังรักภรรยาอยู่เช่นเดิม. มีเครื่องแสดงน้ำใจเล็ก ๆ น้อย ๆ มาฝากบ้าง, เมื่อกลับจากทำงาน, แม้แต่ช็อคโกแลตสักช็อกโกโก้, เป็นต้น. สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ภรรยาสดชื่นต่อสามัคได้.

๖. ในเรื่องลูกนอกกฎหมาย. รัฐและชุมชนต้องช่วย. ทกซ์จากการมีครรภ์แล้วยังทกซ์เรื่องลูกจะไม่มีพ่อ, และทกซ์เรื่องอนาคตของเด็กจะไม่มีใครเลี้ยงดูอีกทั้งนี้, ถ้าหากไม่มีผู้เอื้อมือเข้าไปช่วยเหลือ, ลูกโตขึ้นมีหวังเป็นโรคจิตหรือเป็นอาชญากร. เพราะแม่ไม่มีความอบอุ่น, ลูกก็ขาดความมั่นคงของจิตใจ. จึงควรมีสถานที่ดูแล, ช่วยให้มีงานทำ. ถึงไม่มีพ่อ, ก็มีแม่, และมีคนอื่นคอยช่วยเหลือ.

๗. พวกลูกที่ยังไม่ยอมจำ, แต่ยังมีบุญมี. ทางพุทธศาสนาจะช่วยอธิบายได้คือว่า

เป็นกุศลอันใหญ่ยิ่งที่เขาอยากมาอยู่กับเรา, โปรรักษ์เขาเด็ก.

๘. ความหวาดกังวลเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก. ข้อที่ต้องให้การศึกษาล่วงหน้าว่าการเลี้ยงดูเด็กนั้นมีหลักอย่างไร, ซึ่งทุกโรงพยาบาลได้ทำอยู่แล้ว, และได้แนะวิธีเลี้ยงและให้เงินมันทำอย่างไร, เป็นต้น. สำหรับหลักเกณฑ์ในการให้เงิน, ทางสุขภาพจิตได้ศึกษาว่ามีปัจจัยให้หันมาตามเวลา, คือนาฬิกาที่ยังต้องให้ทันทีเสมอไป, เช่นทุก ๓ หรือ ๔ ชั่วโมง, แล้วแต่นาฬิกาที่ตั้งไว้, โดยไม่คำนึงว่าเด็กนั้นจะหิวหรือไม่. ถ้าหากบังคับถึงเครียดเกินไปเช่นนั้น, เมื่อเด็กโตขึ้นจะกลายเป็นคนเจ้าระเบียบ, เป็นคนเคร่งเครียดต่อชีวิต, เอาแต่ใจตัว, หากความสุขไม่ได้. จึงเห็นว่าเด็กหิวเมื่อใดให้ใดเมื่อนั้น, เพื่อก็กจะไค่ไม่มีความรู้สึกว่าคุณกขิตความต้องการ, เกิดความเคร่งเครียดเกินไป. เด็กจะจิตใจหระของตนเองไค่ว่าเมื่อไรควรกินนม, และจะร้องเมื่อหิว. ทั้งนี้มารดาไค่คอบคึกษาและสังเกตด้วยว่าเด็กทรวงเพราะหิวนั้นมีลักษณะเช่นไร.

การเลี้ยงดูเด็กให้ มารดาเตรียมตัวไว้. พอเด็กเกิดจะไค่เลี้ยงด้วยนมสยาย

ใจ. เมื่อหญิงมีครรภ์เช่นนี้ก่อน, ก็คอย
อยู่ด้วยความหวัง, โดยคิดว่าจะเลี้ยงได้ก็.
ปลายปลม ล่วงหน้าต่อไปว่านแหละ เช่นผ
มือของแม่. ในขณะเดียวกันควรให้แม่ได้
เข้าใจถึงความรักที่ลึกกว่าความรักที่สูงสุด
ประการหนึ่งนั่น คือความรักที่แม่มีต่อ
ลูก. โดยอย่างน้อยที่สุดครั้งหนึ่งในชีวิตก็
ยังมีความรักที่สูงสุด และมีความสุขที่สุด,
คือในขณะที่มีลูก และเลี้ยงลูกด้วยคน
เอง. มนุษย์ที่ขาดสุขภาพจิตนั้น เพราะ
ขาดความรักในใคร ๆ. คนที่ไม่รักใคร
หรือไม่มีใครรักเลย, ผู้นั้นจะไม่มี ความ
สุขเลย. สำหรับแม่ที่เลี้ยงลูกนั้น, เขา
ได้ให้มันด้วยตนเอง. มันมันไม่ใช่เพียง
น่านมที่แม่ให้อย่างเดียว, หากเป็นเด็ก,
เป็นความรักในสายเลือดถ่ายทอดสู่ทารก,
ซึ่งจะเจริญเติบโตขึ้น ด้วยความ อ่อนอ่อน
ไปด้วย. Spitz ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องนี้
อยู่ ๑๐ ปี, ศึกษาเรื่องลักษณะการให้
นมของแม่ ต่อลูก. พบว่าเด็กที่แม่ให้
นมอย่างไม่เต็มใจ, ลูกโตขึ้นจะหงุด
หงิด, ฉุนเฉียว. แต่ถ้าเด็กอ่อนในวัย
ของความเห็นทารก, โตขึ้นก็จะเห็นโลก
น่าอยู่. ชีวิตของเด็กที่อ่อนที่ลูกนั้นคือ
เมื่ออยู่ในอ้อมอกของมารดา. เขาจะรู้สึก

เป็นสุขและปลอดภัยทุกอย่าง. ส่วนมาร-
ดาก็เช่นกัน. ขณะลูกทุกคนมีความรู้สึกใน
ความเห็นใจของและมีความรู้สึกของความ
รักในลูก จะเพิ่มพูนขึ้น อย่างปลาค. ผู้
อำนวยการโรงพยาบาลวชิระเคยเล่าในการ
ประชุมแพทย์ว่ามีแม่ราว ๕๕ ใน ๑๐๐
ราย, ที่ยากจนและได้เคยขอกอนุญาตให้
ลูกแก่คนอื่นแล้ว, แต่ภายหลังจากให้ลูก
ทุกคนมสองสามครั้ง, ก็บอกเลิกไม่ให้.
แสดงว่าความรักลูกยิ่งเพิ่มพูนขึ้น, ถ้าได้
พ่อแม่ที่ทนทนอมด้วยตนเอง.

อนึ่ง, หญิงที่คลอดลูกนั้น, ขณะเมื่อ
คลอดแล้วมักมีความสุขเกิดขึ้นอย่างปลาค.
เรียกว่าได้ รัชการ ชดเชย จาก ธรรมชาติ,
คือชดเชยต่อความยากลำบากในการคลอด
เมื่อเขาคลอดแล้วเขาจะ ลืมความเจ็บป่วย
ใด ๆ ทั้งสิ้น, จะมีความสุขและจะพูดตาม
อะไรออกมา. ประโยคแรกที่เขาจะ
เป็น "หญิง หรือ ชาย" ไม่พูดเรื่องอื่น.
ถ้าตอบว่า "หญิง" ก็ยิ้ม, ตอบว่า "ชาย"
ก็ยิ้ม. ความสุขเช่นนั้น, ผู้ชายและคนที่
ไม่มีบุตรหาไม่ได้.

เกี่ยวกับปัญหาข้อนี้, เรื่องการดูแล
ช่วยเหลือของทางการ. เมื่อว่าตามหลัก
การแล้วรัฐควรช่วยเหลือ, ดังที่กระทรวง

สาธารณสุขกระทรวงทำอยู่แล้ว. แต่ควรเพิ่มในข้อการศึกษาและเข้าใจเรื่องกายและใจแยกกันไม่ได้ให้มากขึ้น, ขณะตรวจครรภ์ไม่ใช่จับและตรวจครรภ์ร่างกายเด็กและแม่อย่างเคียว แต่ควรให้พนักงานผู้ปฏิบัตินึกถึงหลัก. สุขภาพจิตให้มากขึ้น. เช่นให้ความเป็นเพื่อน, ความเห็นอกเห็นใจ, และการแนะนำทักอย่าง และโดย การไปเยี่ยมเยียนบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดความอบอุ่น, และขณะ เคียงกัน ส่งเสริมให้ มีการว่าเรื่องขึ้นถึงในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน, สิ่ง ที่ เจ้าหน้าที่ แพทย์ และ นาง สงเคราะห์ ควรปฏิบัติ คือ :

๑. ให้คำแนะนำก่อนแต่งงาน, ทั้งชายและหญิงสุขภาพต้องสมบูรณ์, ไม่มีโรค, เช่นกามโรค ฯลฯ. ถ้าเกิดมีขึ้น, ควรรักษาให้หายก่อน. เป็นของแน่นอนที่ว่าชีวิตพลัสทำให้ร่างกายและจิตใจของแม่และเด็กไม่มีความสุข.

๒. การแต่งงานให้มีหลักฐาน, มีพยาน, มีผู้ใหญ่รู้เห็น, การที่หญิงและชายแต่งงานโดยมีหลักฐาน, ทำให้เกิดความมั่นคง, หรือทำให้เกิดหลักประกัน, แล้วก็อยู่ด้วยกันด้วยความสุขใจดีกว่าที่อยู่ด้วยกันโดยไม่มีใครรับรอง. ขางคนกลัว

สิ้นเปลืองเลยไม่แต่งงาน. เวลานีสภาวัฒนธรรมช่วยเหลือในเรื่องนี้ด้วย, จัดให้ทำได้โดยค้ำด้วยและราคาถูกด้วย.

๓. จัดคลินิกแม่และเด็ก. หลายแห่งมีจิตแพทย์และนางสงเคราะห์ที่เข้าใจจิตวิทยา เข้าไป ช่วยแนะนำ หญิงมีครรภ์. ในคลินิกนั้นเขาอาจจะจัด ๓-๔ สิ่ง, เช่น:

ก. พาพวก หญิง มี ครรภ์ ออก กำลึง กายทนน.

ข. พาออกไปนั่งเล่นที่อากาศดี, ที่ที่ต้นไม้ใหญ่, ฯลฯ

ค. มีการถกปัญหาชีวิต ในหมู่ห้าหกคนมาถกทอดความรู้จักกันเอง, เพราะ "สิ่ง ที่มนุษย์ต้องการ คือเพื่อน" ฉะนั้น, ต้องพาให้เขามีเพื่อนด้วย.

ง. ตัวแพทย์หรือเจ้าหน้าที่หาเวลานั่งและร่วมสนทนาเป็นเพื่อนอยู่เสมอ, ทำตัวเหมือนเพื่อนแท้จริงๆด้วย.

๔. จัดคนของ คลินิกไป เยี่ยม ที่บ้าน เป็นครั้งคราว. ขณะนี้เราก็ได้จัดทำไปแล้ว, คือมีแพทย์สุขาภิบาล, นางสงเคราะห์. ต่อไปอาจมีนักจิตวิทยาออกไปด้วย. คนเราเมื่อมีความ วิตกกังวล ก็มีภัย คำพูดของทุกคนที่พูดให้ฟัง. ฉะนั้น, โดยหลักความจริงอันนี้, ถ้าหญิงมีครรภ์ยังเชิญไปไต่รัย

คำแนะนำใน ทาง ที่ผิดก็จะเป็น ผลร้ายแก่
ตนเอง, จึงควรที่จะหาทางให้เขาได้รับ
แก่คำแนะนำชี้แจง มีความรู้ และ ความคิด
ที่ถูกต้อง.

๕. พยายามพบกับสามี และญาติข้าง,
เพื่อปรับความเข้าใจ.

๖. ในบ้านประชาสงเคราะห์.

ก. ช่วยเหลือลูกนอกกฎหมาย, เช่น
จัดสถานสงเคราะห์ ฯลฯ.

ข. ช่วยในยามฉุกเฉิน, ในยามไฟ
ไหม้, สงคราม ฯลฯ.

ค. ช่วยการเงิน.

๗. ในบ้านสาธารณสุข, ช่วยหญิง
มีครรภ์ในแง่การรักษากว, กระทรวง
สาธารณสุข ได้ให้ข้าราชการ ลาได้ ๖
สัปดาห์ ในการคลอดเพื่อช่วยเหลือทั้งใน
ด้านร่างกายและจิตใจ.

๘. ในบ้านวัฒนธรรม, ช่วยเหลือใน
สิ่งต่าง ๆ ที่เป็นการยกย่องให้เกียรติและ
สิทธิพิเศษแก่หญิงมีครรภ์. ให้ความยก
ย่องว่าเป็นแม่ของชาติ, การให้ที่นั่งในรถ
ในเรือเป็นพิเศษเหล่านี้, ถือว่าเป็นการช่วย
เหลือทางบ้านวัฒนธรรมแก่หญิงมีครรภ์.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารนิเวศ

บทบรรณาธิการ

การควบคุมการจำหน่ายยา

ผู้ที่เคยได้ไปเห็นต่างประเทศมาแล้ว โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา คงจะเห็นพ้องกันผู้เขียนว่า ร้านจำหน่ายยาแทบทุกแห่งเขามีได้เพียงขายยาอย่างเดียว โดยมากเขาขายน้ำชา กาแฟ และของเบ็ดเตล็ดรวมไปด้วย. ยาท่ประชาชนพอที่จะซื้อได้ง่ายๆ ก็ให้แก่พวกเขาประจำบ้าน ส่วนยานอนตรายต่าง ๆ จะซื้อได้ก็ต่อเมื่อมีใบสั่งยาจากแพทย์ผู้รักษาเท่านั้น. ผู้เขียนเคยไปซื้อซอซยาซัลฟาไทอาซีนจากร้านขายยาแห่งหนึ่งในอเมริกา. เขาทำท่าแปลกใจ, แล้วก็อธิบายว่าต้องมีใบสั่งจากแพทย์จึงจะจำหน่ายให้ได้, ถ้าฉันขายไปโดยพลการเขาจะถูกจับ. นั่นหมายความว่าเขาคงมีกฎหมายลงโทษและต้องมีการควบคุมกันจริงๆ จนเป็นที่ไว้วางใจได้.

ตัวอย่างดังกล่าวมาพอจะเห็นได้ว่า ถ้าร้านขายยามีว่แต่รอคอยขายตามใบสั่งแพทย์ ก็ต้องล้มละลาย. ฉะนั้นเขาจึงต้องหารายได้จากทางอื่นมาจนเจือ. นับว่าการควบคุมของเขาได้ผลดี, และผู้ขายยาก็ซื้อ

ลัทธิต่อกฎหมาย.

ตรงกันข้ามกับบ้านเรา ทุกวันร้านขายยามักลากลั่นไปหมด. มีตั้งแต่คนไทยไปจนถึงคนต่างก่าว มีจำนวนมากมาย โดยเฉพาะคนจีน, ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนมากของร้านเหล่านี้ช่างขายคิบขายดี เพราะเขาขายถูกกว่าร้านคนไทย ใครจะมาซื้ออะไรเขาก็ขายให้ทั้งนั้น. ไม่ว่าจะเขียนอนตรายลัทธิเพียงไหน. ผู้เขียนเคยไปยื่นคมาแล้วหลายร้าน พอจะกล่าวได้ว่าแต่ละร้านผู้ซอซยามีจำนวนถึง ๘๐-๙๐ ปซ. มาซอซยาโดยไม่มีใบสั่งของแพทย์เลย. บางครั้งเด็กอายุเพียง ๘-๙ ขวบก็มาซื้อซอซยาซัลฟา ๒ เม็ด. ผู้เขียนแกล้งถามว่าหนจะซื้อไปทำไม. เด็กน้อยตอบว่าแม่เขาให้ซื้อเขาไปกินแก้คัน. นั่นเป็นตัวอย่างหนึ่งในพันหรือหมื่นที่ได้พบเห็นมา. มาถึงสมัยยาประเภทแอนติไบโอติกคันตัว เขาก็เปลี่ยนจากซัลฟามาเป็นเพนิซิลลิน หรือที่ลงท้ายด้วยคำว่า "มัยซิน". ผู้ขายก็ยินดีขายให้, เพราะส่วนมากไม่ใช่

เกสซักร เป็นเพียงเด็กชายของหน้าร้าน ซึ่งเขาต้องชอຍาได้แม่นย่ำเป็นผู้ขายให้. เขาไม่ได้คำนึงถึงโทษที่อาจเกิดจากยา เป็นพิษ หรือการชอຍาต่าง ๆ, เพราะเขาไม่มีความรู้ เขาไม่ได้เล่าเรียน. จะไปโทษเขาที่เดียวก็ไม่ถูก. ต้องโทษผู้มีอำนาจควบคุม, แต่ไม่ได้เหลียวแลเอาใจใส่ให้สมกับหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย. เป็นที่น่าวิตกว่าถ้าชนปล่อยปละละเลยกัน เช่นนั้นต่อไป อาจทำให้เกิดความเสียหาย ชนแก่ผู้ช่วยได้มากมาย ข้อสำคัญที่สุด คือ เชอชอຍา ทั้งที่เคยมีบทความลงไว้แล้ว.

ตามความคิดเห็นของผู้เขียน เห็นว่า ถึงเวลาแล้วที่เราคนไทยซึ่งเป็นเจ้าของประเทศไทย และเป็นเอกราชมาช้านานแล้ว ควรจะลงมือจัดการแก้ไขสิ่งบกพร่องซึ่งจะนำความเสื่อมโทรมมาสู่ฐานะ เศรษฐกิจ และสวัสดิภาพของประชาชนชาวไทย. สิ่งแรกคือต้องควบคุมการจำหน่ายยาอันตรายให้เข้มแข็งเด็ดขาด เยี่ยงประเทศที่เจริญแล้วเขาทำกัน. ถ้าหากกฎหมายที่มีอยู่แล้วยังไม่รัดกุม. ก็จงช่วยกันตราขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน. มีบทลงโทษให้รุนแรงขึ้น.

ประการสำคัญต้องควบคุมให้จำหน่ายยาอันตรายได้เฉพาะตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น. จะขายตามอำเภอใจไม่ได้. ทำอย่างไรจึงจะรู้ว่าร้านใดมียาอะไรบ้าง และขายไปให้ใครบ้าง. ขอน้องให้บริษัทผู้เป็นตัวแทนจำหน่ายยาแต่ละชนิดแจ้งบัญชีรายการว่า ร้านใดชอຍาอะไรไปบ้างจำนวนจำนวนเท่าใด. ตั้งแต่เมื่อไหร่. เจ้าหน้าที่ที่ทำกรรมนี้เข้าบัญชีเรียงตามตัวอักษร เพื่อให้ค้นหาได้ง่าย เมื่อถึงกำหนด ๒-๔ สัปดาห์ก็ส่งเจ้าหน้าที่ไปตรวจตามร้านขายยานั้น ๆ ว่า ที่ขายไปแล้วตรงกับใบสั่งแพทย์หรือไม่. ถ้าไม่ตรงกันก็ต้องให้ส่วนให้คำตักเตือน หรือจักม ยึดใบอนุญาตขายยาเสีย. ถ้าได้ทำกันจริง ๆ ก็คงกล่าวมานั้นสักกระยะหนึ่ง ก็จะมีประจักษ์ผลก็ได้. ขออย่างเดียวกันนี้สิ่งสำคัญที่สุด ต้องเลือกคนที่ไว้วางใจได้. อย่าให้เจ้าหน้าที่ไป “คอรัปชั่น” กับร้านขายยา. สภาฯ ก็มีว่า ตามหลังผู้ใหญ่หมาไม่กัด. คือ ขออย่าให้ผู้ใหญ่ทำตัวอย่างชกก่อน ผู้น้อยก็จะไม่กล้ากระทำการ.

การควบคุมการขายยานี้ยังมีผลดีทางอื่นอีกข้อหนึ่ง คือ เป็นการช่วยป้องกันหมอเถื่อนได้อีกด้วย. เท่าที่ทราบกันอยู่

เวลานี้ว่าบ้านเมืองของเรา แม้แต่ในกรง-
เทพารเอง ก็มีผู้ทำตัวเป็นหมอกันเกลื่อน
ไปหมด เพราะเขาทำได้ง่าย เพียงแต่ใจ
กล้าหัดคิดอย่าให้เขิน ก็แสดงตัวเป็นหมอ
ไปได้แล้ว. อีกประการหนึ่งประชาชนของเรา
ยังน้อยในการศึกษา ไม่เข้าใจคำว่าหมอนั้น
หมายถึงใคร. ส่วนมากเข้าใจเสียว่า
คนที่คิดอย่าเขิน, คนนั้นแหละคือหมอ.
ฉะนั้นเป็นการจำเป็นที่จะต้องจัดการเผยแพร่
วิชาความรู้ให้แก่ประชาชนและต้องให้
เห็นความสำคัญของการออกกฎหมาย
หรือคำสั่งการควบคุมต่าง ๆ. ผู้เขียน
คิดว่าคงจะไม่เกินความสามารถเป็นแน่,
เพราะเวลานี้รัฐบาลกำลังดำริจะสร้างคณะ
แพทยศาสตร์ขึ้นที่พิษณุโลกอีกหนึ่งแห่ง.
เขินอันว่าเมืองไทยเราจะมีคณะแพทย-
ศาสตร์ถึง ๓ แห่งในมหาวิทยาลัยเดียวกัน
กัน ซึ่งขณะนี้มีอยู่ ๒ แห่งแล้ว และยังมี

หนึ่ง ๆ ผลึกแพทย์ปริญญาออกมาได้ร่วม
๒๐๐ คน. ต่อไปคงจะได้เกือบ ๓๐๐ คน.
จึงเขินอันตักปัญหาเรื่อง ไม่มีแพทย์ได้
แล้ว. เมื่อเราควบคุมการจำหน่ายยาได้,
ก็เขินอันว่าเราควบคุมหมอเดือนได้ด้วย.
เพราะกล่าวแล้วว่าผู้ที่หัดจะซออย่าได้จะต้อง
เป็นแพทย์จริง ๆ หรือมีฉันทันก็ผู้ช่วยทีม
ใบสั่งยาจากแพทย์.

ถ้าหากว่าบทความชิ้นนี้จะมีค่าและ
คุณประโยชน์ต่อวงการแพทย์ของไทยเรา
และต่อประชาชนทั่วไปก็ด้วยแล้ว หวัง
ว่าผู้ที่มออำนาจหน้าที่ในทางนี้ คงจะนำไป
พิจารณาด้วยดี ซึ่งผู้ที่จะเขินที่ปรึกษาให้
ความคิดเห็นได้ก็ ก็คือสมาคมแพทย์
แห่งประเทศไทย และในที่สุด จำนวน
ประชาชนที่ตักตายลงเพราะ “ยา” และ
“หมอ” ก็จะได้ลดจำนวนน้อยลง.

บ.ก.ร.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ตระกูล ถิตินัน พ.ด., อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph. D.
สมโพธิ พุทธะเวส พ.บ., อารุช ศรีสุกรี พ.บ., สุพจน์ อ่างแก้ว พ.บ., นันทวัน พรหมผลิน พ.บ.
จรรยา ไชยโรจน์ พ.บ., ศรีวัฒนา ศีตะจิตต์ พ.บ.

๑. A.K. Kukherjee and S. Banerjee: การศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางจุลกายวิภาคศาสตร์ในโรคโลหักะบีตโลหักะเบีต. Anat. Record. 4:907-915, 1954.

ผู้ศึกษาใช้หน้กระเภาและลิ่งเรช้สเป็นสัตว์ทดลองโดยให้กินอาหารที่ทำให้เกิดโรคโลหักะบีตโลหักะเบีต (scurvy) แบ่งออกเป็น ๒ พวก. พวกเป็นโดยทันทีและพวกเป็นเรอริง. จากเช้คชันที่ท้ทำจากอวัยวะต่าง ๆ ของสัตว์เหล่านี้ได้พบว่า มีเลือดออกและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลื่อมของแถบฟาสซิกคล้่าของต่อมแอกวีนัลและท้ตบ้กับท้ม้าม. ในต่อมแอกวีนัลของหน้กระเภาที่มีโม่เลสเคออรอล และ คีโกลสเคออรอยด์จ้ำนวนน้อยลงมาก, ทำให้เข้าใจว่าในโรคนี้ ต่อมแอกวีนัลทำหน้าที่ได้น้อยกว่าปกติ. พวกที่เป็นโรคนี้เรอริงจะมีเซลล์เลติก ของต่อมลูกฮันจะแสดงการเลื่อม, แสดงว่าลูกฮันจะของสัตว์ที่เป็น

โรคนี้ขี้ซอร์โมนได้น้อยกว่าปกติ. ที่ไตพบการเลื่อมของโกลเมอรูลัสและหลอดไตพวกขตส่วนต้น (proximal convoluted tubules) พบทั้งในหน้กระเภาและในลิ่ง.

สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. F.P. Becker and M. Maslon: ตรวจน้ำย่อยในกระเพาะอาหารไก่โดยไม่ต้องกลืนสายยาง. New Eng. J. of Med. 2:68-69, 1953.

ผู้เขียนได้ทดลองหากรดเกลือเสร์ในน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร (free gastric hydrochloric acid) ในผู้ช่วย ๘๘ ราย โดยไม่ต้องใช้วิธีกลืนสายยาง, เปรียบเทียบกับวิธีกลืนสายยางแบบเดิมพร้อมกันไปด้วย. ปรากฏว่าได้ผลดีพ้กค้ล้อยตามกันทั้งสองวิธี. ผู้เขียนจึงแนะนำให้ใช้วิธีใหม่สำหรับหากรดเกลือเสร์คว้่ามีหรือไม่มี. เพราะเป็นการเหมาะสมและได้ผล

แน่นอนคัก้วย.

วิธีทดลอง แบบใหม่โดย ไม่ต้องกลืนสายยางทำดังนี้. ให้ผู้ช่วยออกอาหารเช้า. ถ่ายขี้ส้วมและให้กลืนสายยางคนน้ำย่อยออกมา. เก็บไว้เช่นคอนโทรล (control) อีกซึ่งตามีนเข้าใต้ผิวหนังเพื่อช่วยกระตุ้นให้กรดเกลือเสรี ออกมามาก ๆ. ครบครึ่ง ชม. ดคนน้ำย่อยออกตรวจอีกครั้ง, แล้วเลิกกัน. ให้ผู้ช่วยถ่ายขี้ส้วมทิ้ง. แล้วให้รับประทาน Diagnex (ซึ่งเป็น quinine-bearing resin ที่สังเคราะห์ไว้) สองกรัม. เก็บขี้ส้วมเมื่อครบหนึ่ง และสอง ชม. ตามลำดับ. ตรวจสอบหาควินินในน้ำขี้ส้วมโดยใช้ฮีเออร์ไรส์ลงไปในน้ำขี้ส้วมที่เป็นค่าง, สกัดเอาควินินออกต่อไปด้วยกรดกำมะถันซึ่งมีความแรงเศษหนึ่งส่วนสี่นอร์มัล. แล้วเอาน้ำยานั้นไปส่องดูด้วยแสงอุลตราไวโอเล็ต. เปรียบเทียบกับน้ำยาควินินแท้ ๆ. ปรากฏว่าถ้ามีควินินมากกว่า ๐.๐๑๒ มก. แสดงว่าต้องมีกรดเกลือเสรีในน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร.

ตระกูล กิติสิน พ.ด.

๓. E. Schwartz: การรักษาหอบหืด

โดยให้กินฮัยโครคอร์ติโซน. J. Allergy 25: 112-119, 1954.

ผู้ช่วยคัก้วยโรคหืด ๔๕ คนได้รับการรักษาในวันแรก ๆ ด้วยฮัยโครคอร์ติโซนวันละ ๘๐ มก. ต่อมาลดลงเหลือวันละ ๔๐-๖๐ มก. และคงให้ขนาดนี้เรื่อยไป. ๔๕ คนสบายขึ้นมาก, โดยเฉพาะใน ๘ คนที่เคยได้รักษาด้วยคอร์ติโซนมาก่อน ได้ผลดีเป็นพิเศษ. อาการที่เกิดขึ้นตามมามีปวดศีรษะหนึ่งราย; เหนื่อยออก, หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ, เวียนศีรษะอีกหนึ่งราย.

อุไร อรุณลักษณ์ พ.ด., Ph. D.

๔. H.O. Mossberg: ขนาดของผลอโรมัยเซตินปาลมิเททในเด็ก. Acta Paediatrica 43: 174-180, 1954.

ผลอโรมัยเซติน มีรสขมมาก ต้องกลืนโดยใส่แคพซูล แต่การให้เด็กกลืนแคพซูลเป็นปัญหาย่างยากมาก วิธีที่ปาร์ค-เดวิส เตรียมผลอโรมัยเซตินปาลมิเททขึ้นซึ่งมีผลอโรมัยเซตินเบส ๕๗.๖ ๒๕. และ มีรสขมนกน. เมื่อผ่านไปถึงลำไส้มันจะถูกย่อยโดยไลเปสของตับอ่อน แล้วจึงถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสโลหิตในรูปของผลอโรมัยเซตินคอลล. สำหรับผลอโร

มัยเซตินปาลมิเททเองไม่มีคุณสมบัติทางแอนติไบโอติก ไฮโดรไลสิสของผลอโรมัยเซตินปาลมิเททในลำไส้ต้องการไลเปสจำนวนเพียงพอ. แต่จากการศึกษาของ Ross, Burke & Rice ในรายไฟโบรซิสของตับอ่อนก็ยังเพียงพอสำหรับทำให้ผลอโรมัยเซตินปาลมิเททแยกตัว. แม้ในรายผู้ป่วยเด็กที่กำลังท้องเสียก็สามารถแยกและดูดซึมผลอโรมัยเซตินปาลมิเททได้ผลน่าพึงพอใจ. จากผลงานของผู้รายงานกล่าวว่า.

๑. การให้ผลอโรมัยเซตินปาลมิเททในเด็กที่กลืนแคพซูลไม่ได้ดีกว่าผลอโรมัยเซตินชนิดผลึกแน่นอน. (เด็กทารกอายุอ่อนเกินแสดงปฏิกิริยาต่อผลอโรมัยเซตินชนิดผลึกน้อย แต่ยิ่งอายุมากขึ้นมีปฏิกิริยาเพิ่มขึ้น นอกจากเด็กอายุมาก ๆ บางคนปฏิกิริยาน้อยจะเนื่องจากควบคุมปฏิกิริยาของตนเองได้.)

๒. อัตราการดูดซึมและความเข้มข้นสูงสุดของยาทั้งสอง.

— ผลอโรมัยเซตินชนิดผลึกดูดซึมได้เร็วกว่าปาลมิเทท, และเมื่อให้ก่อนอาหารจะปรากฏก่อนชนิดปาลมิเทท ๑ ชม. และสูงเป็นสามเท่า.

— ความเข้มข้นสูงสุดของผลอโรมัยเซตินชนิดผลึกจะปรากฏเมื่อชั่วโมงที่ ๒ หลังจากให้กินก่อนอาหาร.

— ถ้าหากให้หลังอาหารการดูดซึมของยาทั้งสองขนาดจะช้าและความเข้มข้นสูงสุดจะปรากฏช้ากว่าให้ก่อนอาหารเล็กน้อย คือความเข้มข้นของยาผลอโรมัยเซตินในเลือดจะปรากฏในชั่วโมงที่ ๒ ถึง ๓.

— ถ้าให้กินผลอโรมัยเซตินชนิดผลึก ๕๐ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กก. จะปรากฏความเข้มข้นในเลือด ๓๐ มคก./ล.ชม. เมื่อชม. ที่ ๕ และถ้าให้กินปาลมิเทท ๕๐ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กก. จะปรากฏความเข้มข้นในเลือด ๕-๑๐ มคก./ล.ชม. เมื่อ ชม. ที่ ๕.

๓. ถ้าให้ผลอโรมัยเซตินชนิดผลึก ๑๕ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กก. จะปรากฏความเข้มข้นในเลือดเท่ากับให้ผลอโรมัยเซตินปาลมิเทท ๕๐ มก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ดังนั้นการจะให้ผลอโรมัยเซตินปาลมิเททจะต้องให้ขนาดมากกว่าชนิดผลึก ๓ เท่า เชื้อเกือบทั้งหมดที่แพ้ต่อผลอโรมัยเซตินต้องการความเข้มข้นของผลอโรมัยเซตินในเลือดประมาณ ๕ มคก./

/ล.ชม. ดังนั้นจึงต้องให้ยาฆลอโรมัย
เซตินปาลมิเตท ๕๐ มก. ค่อน้ำหนักตัว
๑กก. ทุก ๆ ๖ ชม. หรือ ๒๐๐ มก. ค่อ
กก. ใน ๑ วัน.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ.

๕. F.H. Allen Jr. and L.K. Dia-
mond: การป้องกันเคิร์นอิคเทอริส J.A.
M.A. 14:1209-1213, 1954.

ทารกที่เป็นอริบีโรบลาสโตสิสพีทล
ลิส จะตายไคเนื่องจากสาเหตุสำคัญ ๆ
สองประการ คือ เมื่อขณะอยู่ในครรภ์ตาย
จากอาการโลหิตจาง ซึ่งเราไม่สามารถจะ
ป้องกันได้ในเวลานั้น. เมื่อคลอดออกมา
แล้วอาการโลหิตจางจะสำคัญน้อยลง แต่
เมื่เกิดเลือดแดงก็ยังคงถูกทำลายอย่างรวดเร็ว
เร็วเช่นเดิม. ทำให้เกิดมีบิลิรูบินจำนวน
มากซึ่งการกำจัดจะยากกว่าเมื่อทารกยัง
อยู่ในครรภ์มารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
ทารกคลอดก่อนกำหนด.

จำนวนนี้อาจจะทำอันตรายต่อสมอง
เกิดอาการที่เรียกว่าเคิร์นอิคเทอริสซัน,
ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้
ทารกตายภายหลังคลอดหรือมีฉะนั้นก็
พิจารณาเป็นชีวิตประหวัดพัลซัย.

การป้องกันเคิร์นอิคเทอริสทำได้โดย
การทำ exchanged transfusion บ่อยๆ
และรีบทำในระยะแรกที่สุดเท่าที่จะทำได้
เพื่อมิให้ ชีรัม บิลิรูบิน สูงเกิน ๒๐ มก.
ปซ. ปัญหาสำคัญจึงอยู่ที่การวินิจฉัยโรค
ให้ไคเร็วที่สุด. ที่สำคัญก็คือประวัติของ
ของมารดาเรอบตรคนก่อน ๆ, นอกนั้นก็
คืออาการตัวเหลืองใน ๒๔ ชม. แรกของ
ชีวิตเด็ก. เมื่อสงสัยแล้วต้องใช้การตรวจ
ทางห้องทดลองสนับสนุนด้วย. และการ
หาผู้ให้เลือดก็ต้องใช้เลือดที่เข้ากับเลือด
มารดาไค.

ผู้รายงานแนะนำว่าการทำ exchang-
ed transfusion ควรทำเมื่อเด็กแรก
คลอดที่เคียวในรายที่สงสัยอยู่แล้ว โดย
ตรวจมารดามี anti-Rh 1:64 หรือสูง
กว่า, ถ้าซักว่านั่นก็ควรทำเมื่อเกิดไค ๖
ชม. แล้ว โดยจะเริ่มมีอาการตัวเหลือง
เกิดซัน หรือมีชีรัม บิลิรูบินสูงถึง ๑๐
มก.ปซ. ภายใน ๑๒ ชม.

อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ.

๖. B.M. Willmott Dobbie: ซ่อง
คลอดกลับเป็นมะเร็งใหม่ในรายมะเร็งของ
ตัวมดลูก และ ป้องกันโดย ราเคียม

J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 60: 702-705, 1953.

เนื่องจากปรากฏว่าในรายที่เย็บมะเร็งของตัวมดลูก และได้ทำการผ่าตัดเอา มดลูกออก โดยมีไตตามด้วยการใส่แร่ราเดียม, มักปรากฏว่ามะเร็งกลับเกิดขึ้นใหม่อีกบ่อย ๆ ที่รอยผ่าตัดเดิมในช่องคลอด. ผู้รายงานจึงรวบรวมคนไข้ที่เป็นอะติโน-คาร์ซิโนมา ของตัวมดลูก ๒๒๘ ราย. ผลปรากฏว่า ใน ๓ เดือนแรกหลังที่มดลูกออกแล้วยังไม่เกิดอะไรขึ้น เขาจึงได้ติดตามผลต่อไปอีก ๕-๑๕ ปี พบว่า:

(๑) ในคนไข้ ๖๔ ราย ที่ได้ทำการผ่าตัดกันอย่างเคียว จะมีมะเร็งเกิดขึ้นที่ช่องคลอดได้อีก ๑๑ ปช.

(๒) ในคนไข้ ๘๐ ราย ที่หลังผ่าตัดแล้วตามด้วยการฉายเอ็กซเรย์ลึกจะกลับเป็นได้อีก ๑๐ ปช.

(๓) อีกพวก ๘๔ ราย หลังผ่าตัดแล้วตามด้วยการใส่แร่ราเดียมจะกลับเป็นได้อีก ๒.๔ ปช.

ส่วนตำแหน่งที่มักจะกลับเป็นขึ้นได้พบว่ามี ๕ ปช. มักจะเป็นที่รอยผ่าตัดเดิม (Vaginal vault) และอีก ๒ ปช.

เป็นที่บริเวณ suburethral ซึ่งมีจะปรากฏหลังการผ่าตัดมาแล้วเป็นเวลานาน และ ๕ ปช. ของรายที่กลับเป็นไตใหม่จะเกิดหลังผ่าตัดไปแล้ว ๕ ปี. ผู้รวบรวมได้สังเกตว่าใน ๑๗ รายของมะเร็งที่เกิดใหม่จะมี ๕ ส่วน เกิดหลัง ๕ ปีไปแล้ว, อีก ๑ ส่วน เกิดหลัง ๒ ปี และที่เหลือขาดในระยะ ๕ ปีก็มีเปอร์เซ็นต์พอ ๆ กันก็กล่าวแล้ว.

สุพจน์ อ่างแก้ว พ.บ.

๗. K.L. Krabbenhoft: การรักษาลิ้นเกล็ดคอขยเคียร์ไซคิส. J. Michigan Med. Soc.-2: 986-988, 1953.

ในทางคลินิกโรคนี้แบ่งออกเป็นเฉียบพลัน, หลังเฉียบพลัน, และเรื้อรัง. ภาพเอ็กซเรย์จะพบหินปูนบนบริเวณซูปราสไปเนคัลเห็นคอน ซึ่งการถ่ายภาพจะถ่ายทั้งในท่าบิกเข้าและบิกออกของแขน. ขนาดของก้อนหินปูนที่ปรากฏบนภาพนั้นไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่เป็น มาและความรุนแรงของโรค. ทั้งไม่มีคุณค่าในการพยากรณ์โรคนี้เลย.

การรักษามีอยู่หลายวิธีด้วยกัน แต่การรักษาด้วยรังสีเร็นคเกินด้ก็เป็นวิธีหนึ่ง

ที่ได้ผลดีมาก แต่ปกติอาจหายได้เอง ในราว ๑๒ ปช. มีผู้รายงานหลายท่าน ได้รายงานไว้ดังนี้ ในรายเฉียบพลันจะดีขึ้นมากหรือหายเลยได้ ๕๔ ปช. ถ้ารักษาโดยทางรังสีเรตินคเกินต์, ในรายเรื้อรังจะดีขึ้นหรือหายเลย ๓๐-๕๐ ปช., แต่ถ้ามารักษาแต่เริ่มเป็นผลจะดีขึ้น.

แสงเรตินคเกินต์ใช้ขนาดครึ่งละ ๑๐๐-๑๒๕ เรตินคเกินต์ยูนิต. ในอากาศฉายตรงที่ตำแหน่งหน้าของหัวไหล่, ฉายอยู่ ๔ ครั้ง. ๒ ครั้งแรกให้ห่างกัน ๑อาทิตย์, ส่วน ๒ ครั้งหลังก็ฉายอาทิตย์ละ ๒ ครั้ง เทคนิคในการฉาย ๒๐๐ K.V., filter ๑ มม. Cu และ ๑ มม. Al, ๕๐ F.S.D. แต่ถ้าการรักษาครั้งแรก ๆ ยังไม่ได้ผล, มักจะฉายเพิ่มให้อีก ๑-๒ ครั้ง.

สุพจน์ อ่างแก้ว พ.บ.

๘. J.W. Millen and D.H.M. Woollam: ลักษณะของเส้นเลือดใน choroid ที่เพ็กซัส. J. Anat. 87: 114-123, 1953.

ผู้ค้นคว้าได้ใช้สมองกระต่าย ๑๔ ตัว, สมองเด็กในครรภ์ ๔ คน และสมองผู้ใหญ่ ๑๒ คน. ในกระต่ายใช้ฉีดสีกายหลังที่

ตายแล้วทันทีเข้าไปในหลอดเลือดแดงคาโร-ทิดร่วมหรือหลอดเลือดแดงเบรณิโอเซ-ฟาติก, แล้วฟักซ์ทิ้งหัวด้วยน้ำยาฟอร์มาลิน ๑๐ ปช. นาน ๔ วัน. ส่วนเด็กในครรภ์ทำในอายุต่าง ๆ กัน, ฉีดสีกายในหลอดเลือดโลหิตแดงคาโรทิดร่วมทั้งสองข้าง, ต่อมาทำเหมือนในกระต่าย. สำหรับผู้ใหญ่ทำจากสมอง จากห้องชันสูตรศพ, ทำเมื่อยังสดเท่าที่จะทำได้โดยฉีดโดยตรงเข้าหลอดเลือดแดง choroid ที่อื่นหน้า, แล้วเอาทั้งสมองฟักซ์ในน้ำยาฟอร์มาลิน ๑๐ ปช. นาน ๔ วัน แล้วจึงชำแหละ choroid ที่เพ็กซัสออก. แชนด์ลงในแอลกอฮอล์ และชั้ยลอลตามลำดับ. เก็บไว้ศึกษาในน้ำยาเมธิล ซาไลซิลเลท.

ปรากฏว่า choroid ที่เพ็กซัสของช่องสมองอันข้างมีลักษณะยื่นคล้ายใยไม้เป็นจำนวนมาก. การกระจายของส่วนยื่นนี้แตกต่างในชนิดต่าง ๆ ของสัตว์. กระต่ายมีวิลโลเป็นจำนวนมากที่ตำแหน่งสติกโกลิกซ์ช่องระหว่างช่องสมอง. ในคนส่วนยื่นคล้ายใยไม้มีมากใกล้กับด้านที่ติด (attached border) ของเพ็กซัสมีอยู่ตลอดความยาว, และลักษณะของหลอดเลือดมีการเรียงซับซ้อนกันมากกว่าสัตว์

รู้ถึงกลวิธีของการควบคุม การเกิดของน้ำ
ไขสันหลัง.

นันทวัน พรหมพลิน พ.บ.

๕ C.R. Shuman: วิธีปฏิบัติผู้ช่วยโรค
เบาหวานในการผ่าตัด. J.A.M.A. 155:
621-626, 1954

ผู้รายงาน ได้วิเคราะห์ผู้ช่วยโรคเบา
หวาน ๓๕๐ รายซึ่งได้รับการผ่าตัดจาก
สาเหตุต่าง ๆ กันรวม ๓๗๓ ครั้ง ซึ่งเป็
นการผ่าตัดใหญ่เสีย ๑๕๐ ครั้ง. ผู้ช่วย
เหล่านั้นส่วนมากมีโรคแทรกซ้อนอยู่ก่อน
แล้ว. พบว่าถ้าได้ควบคุมดูแลในด้าน
เมตาบอลิซึม, การใช้ยาสลย, การทดแทน
น้ำและเกลือแร่ที่เสียไปและการใช้ยาแอน
ติไบโอติกที่เหมาะสมโดยระมัดระวังแล้ว.
ก็ถือได้ว่าผู้ช่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ที่ปลอดภัย
ภัยสำหรับกรผ่าตัดทุกชนิด. ผู้ช่วยตาย
ด้วยโรคแทรกที่เกี่ยวกับหัวใจและหลอด
เลือดรวมทั้งการติดเชื้อมากกว่าการตาย
เนื่องจากโรคเบาหวานเอง. นอกนี้ผู้รายงาน
ยังได้กล่าวเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยว
กับวิธีปฏิบัติต่อผู้ช่วยโรคเบาหวานในระยะ
ก่อน, ระหว่างและหลังผ่าตัดเพื่อเป็นข้อ
แนะ นำแผน การ รักษา และ ควบคุม โรค

แทรกซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้.

จรรยา ไชยโรจน์ พ.บ.

๑๐. H.J. Kowaski, W.H. Abel-
mann and W.E. McNeely: จำนวน
สลายของหัวใจในผู้ช่วยที่เป็นโรคตับแข็ง
และมีน้ำในช่องท้องมากกับผลของ การ
เจาะ. J. Clin. Invest. 33:768-773,
1954.

ผู้รายงานได้ศึกษาจำนวนสลายของ
หัวใจ (cardiac output) ในผู้ช่วยโรค
ตับแข็งที่มีน้ำในช่องท้องมาก ๑๓ คน.
และเปรียบเทียบกับพวกที่ไม่มีน้ำในช่อง
ท้อง. โดยอาศัยพณฑ์ผิวของร่างกายและ
ปริมาณของออกซิเจนที่ใช้. ปรากฏว่าค่า
เฉลี่ยของจำนวนสลายของหัวใจในผู้ช่วย
พวกที่ไม่มีน้ำในช่องท้องสูงกว่าพวกที่มี
น้ำในช่องท้องบ้างเล็กน้อย. ทั้งสองพวกมี
ค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคนปกติ. ผู้ช่วย ๕
คนในพวกนี้เมื่อได้เจาะน้ำในช่องท้องออก
แล้ว. พบว่าจำนวนสลายของหัวใจไม่
มีการเปลี่ยนแปลง. สรุปได้ว่าการที่มีน้ำใน
ท้องอย่างมาคนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิด
ผลสำคัญต่อระดับของจำนวนสลายของหัวใจ

ใจในผู้ป่วยโรคตับแข็ง.

จรรยา ไชยโรจน์ พ.บ.

๑๑. R.L. Atkinson: แอนิวริสซึมของหลอดเลือดแดงของไต J. Urol. 2: 117-119, 1954.

แอนิวริสซึมของหลอดเลือดแดงของไต ไม่ค่อยพบบ่อยนัก และเป็นการยากที่จะแยกว่า ชนิดไหนเป็นจริง หรือหลอด. อัตรตายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยตัดไตออก น้อยกว่าพวกที่ได้รับการรักษาทางยา.

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิง ผิวขาว ก่อนข้างอ้วน อายุ ๖๗ ปี. มา ร.พ. ด้วยอาการสำคัญว่ามีปวดท้อง ๆ บริเวณหลัง. ๑ วันก่อนมา ร.พ. ปวดและร้าวมาที่ท้องด้านหน้าและขาข้างซ้าย. การตรวจร่างกาย

พบว่าความดันเลือด ๒๒๐/๑๖๐ มม.ปรอท. นอกนั้นปกติ การตรวจทางห้องทดลองปรากฏว่าปกติทุกอย่าง. การตรวจทางรังสีเอ็กซพบว่ามีแอนิวริสซึมของหลอดเลือดแดงของไต. และได้ทำการตัดไตออก.

การตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าไตหนัก ๑๑๖ กรัม หลอดเลือดแดงโป่งออกเป็น รูปกลมขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง ๑๕ มม. แข็งมากอยู่ติดกับขั้วไต. เมื่อผ่าก้นนี้ออกพบว่าผนังหนา ๒ มม. และมีหินปูนเกาะแอนิวริสซึมเต็มไปทั่วเยื่อเลือดเก่า ๆ สีน้ำตาลปนดำ ส่วนไตมีลักษณะปกติ. ภายหลังผ่าตัดได้ ๑๐ วันผู้ป่วยกลับบ้านได้. ความดันเลือดลดลงเหลือ ๑๔๐/๑๑๐ มม.ปรอท.

ศรีวัฒนา ศีตะจิตต์ พ.บ.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ซึ่งชอบสมัครรวมวิชาการและสารสิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารสิริราช.

ปกิณกะ

แพทย์ไทยสมัยโน้น

(สารศิริราชได้รับความเอ็นดูจากท่าน “หมายเลขหนึ่ง” ของศิริราชอยู่เสมอๆ, ซึ่งเราขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง. เรื่องที่น่าลงต่อไปนี้เป็นเรื่องในสมัยที่โรงเรียนแพทย์ใหม่ๆ ซึ่งเราหวังว่าการบรรเทาอย่างกระทัดรัดของท่าน “หมายเลขหนึ่ง” จะเหมาะทั้งสำหรับศิษย์เก่าและศิษย์ใหม่: พวกแรกคงจะได้รับการกระตุ้นเตือนให้ระลึกถึงความหลัง. พวกหลังย่อมจะได้ช้ำบทราบ ถึงความยากลำบาก ของแพทย์ใน สมัย โนน และความก้าวหน้าที่ได้บังเกิดขึ้นในระหว่างหกสิบปีเศษที่ผ่านมา. ทั้งสองพวกก็จะทราบซึ่งด้วยความกตัญญูต่อ “ศิริราช” ซึ่งได้มีส่วนสำคัญที่สุดในความเปลี่ยนแปลงทั้งหมด. เพื่อให้บรรณาการเหมาะสมกับเนื้อเรื่อง เราได้รักษาต้นฉบับของท่าน “หมายเลขหนึ่ง” ไว้โดยมิได้แก้ไขตัดแปลงอย่างใดเลย.)

บรรดาแพทย์แผนปัจจุบันที่ร่วมโรงเรียน ร่วมสังคมนักมา ทั้งร่วมชาติด้วยกัน ก็ไต่กันยกกันแล้วประหนึ่งพนองคตลอดออกมาจากคุณมารดา คือ คุณแม่ศิริราชพยาบาล

ก็เป็นการเหมาะสม ที่นายแพทย์ ฮวย เกทสิงห์ ไต่อกุส่าห์เรียกเขาเวลาพักผ่อนมานั่งเมื่อยหลัง และอ่อนใจคนอนเรื่องสารศิริราช ให้คงมีชีวิตอยู่เสมอไป สารศิริราช ได้มีประโยชน์อย่างไร เชื่อว่าคงทราบซึ่งอยู่ในอกใจของท่านแล้วทุกๆท่าน นายแพทย์สมาธิกัผู้อ่าน สารศิริราชเป็น

อนสาวรีย์ของบรรดานายแพทย์ที่มีโอกาสนำชีวิตมาร่วมสังคมนักเมื่อเวลาศึกษาวิชา และออกทำประโยชน์ให้แก่ประชาชน

เมื่อท่านผู้ใดได้มีนามลงไว้ในสารศิริราชแล้ว ถึงแม้จะมีชีวิต หรือลาไปแล้วก็ เรื่องและชื่อของท่านก็คงจารึกไว้พ้องระลึกถึงได้เสมอ ว่าพฤติกรรมของพ้องนั้นมีค่าคุณงามความดีเพียงใด เฉพาะในสายตาของข้าพเจ้า ก็ได้เห็นมาบ้างตามที่ขะบรรยายให้ท่านฟัง และโปรดรับนามของท่านผู้นั้น จารึกในอนสาวรีย์สารศิริราชด้วย

เรื่องที่ ๑

คือนายแพทย์สร้อย เวลาเรียน ๘ เดือนเท่านั้นไต่ออกเขื่อนนายแพทย์ เมื่อไต่เข้าโรงเรียนญัตินำมาฝาก เพื่อให้พ้นจากกลุ่มเพื่อนที่กำลังจะหัดสับฟัน มาอยู่โรงเรียนไต่ ๒ เดือน ในกลางคืนวันหลัง ก็มีคนมาเรียก หมอ ๆ ๆ คนกินยาตาย ขอไปรคไปช่วยกันหน่อย

ท่านขุนเทวะโอสถว่ากันไม่เข้าใจ ใคร
เข้าใจบ้างก็ไป นายสร้อยรับอาสา พอเห็น
คนไข้มีอาการหนัก น้ำลายฟูมปากหลับ
ตาจะตาย นายสร้อยว่ากินยาฝนแน่ก็ละ
ลายฟูมครี Sulphate of copper ๒ เกรน
กรอกเข้าไป อาเจียนออกภายในเวลา ๑๐
นาที กรอกน้ำกาแฟเข้ม ๆ ให้กินไม่ยอม
ให้นอน พอสว่างอาการดีขึ้นมาก นาย
สร้อยค้นตำยาพบขมิ้นโคลโลคินมีรอยหมัก
ไป ๔ ออนซ์ ซึ่งเป็นยามีน้ำฝนผสมอยู่
เป็นส่วนแรง

ที่สามารถกระทำได้นั้น เพราะนาย
สร้อยรู้จักลักษณะของยาฝน และทวนนาย
สร้อยก็ออกไปส่งประสงค์ของญาติ ที่นำ
มาฝาก พอ ๘ เดือนเช้าหลวงใหญ่จึงรัก
ภักดิ์ขอมา กรมพยาบาลก็ส่งนายสร้อย
ไปเป็นแพทย์ใหญ่ ของโรงพยาบาลมณ-
ฑลภักดิ์ พัง ๆ ชาวคนนายสร้อยก็มีปฏิบัติ
หน้าที่อยู่ได้ อาศัยเพื่อนคักคำภักดิ์ไป
เป็นอาหาร เพราะเวลานั้นสารศิริราชยัง
ไม่จัด ถ้ามีเวลานั้นก็เป็นกำลังช่วยวิเศษ
ของนายสร้อย

นายแพทย์สร้อย ไปจากโรงเรียน ปี
พ.ศ. ๒๔๓๔ เป็นเวลา ๒๕ ปีแล้ว เมื่อ
ไปอายุ ๒๒ ปี รวมเข้าเป็น ๔๔ ปี คงลา

ไปแล้ว

เรื่องที่ ๒

นายแพทย์ชุ่ม (หลวงอาภิทยาคุม)
กับนายแพทย์ชาย จักษุรักษ์ (พระอุดม
จิตยาคุณ) อยู่เวรด้วยกัน ที่กองทัพอ
ยุบลราชธานี

เวลาคึก มีคนไข้ตกแทงที่ขมับ โล-
หิตไหลพุ่งฉีก คนไข้เอามืออุดไว้ เบ็ด
มือโลหิตฉีกทุก ๆ ที นายสิบลอกพยายาม
อาบ ไปเบ็ดแผลแล้ววิ่งเข้าวิ่งออกจาก
ห้องหลายครั้ง เบ็ดคู้ยา ๒-๓ วัน หยิบ
อะไรไม่ถูก

นายสิบลอกพยายามชุ่ม หยิบสำลึชบ
น้ำอุ่น บ้วนน้ำทั้งแล้วยัดแผลแน่น แขน
เคลือบอีกชั้นหนึ่ง บอกว่าไปนอนได้ เข้า
จึงมา ในคืนนั้นไม่มีโลหิตไหลซึมเลย
การประคบไหวรักษารักษาโรค ของนายแพทย์
ชุ่มนี้ว่าเก่งหลายอย่าง จึงได้เป็นหลวง
อาภิทยาคุม ผู้ตรวจศิริราชและเป็นอา-
จารย์ช่วยสอนชั้นแรก ๆ คราวหนึ่งมาถึง
อนิจกรรม ด้วยกรรมพินิจ คือ กระจก
ของ ที.บี. ถ้ามีอายุยืนยาวก็คงจะทำประ-
โยชน์ได้มาก

นายสิบลอกพยายาม เก่งทางยาและ

ทางหนึ่งลือมาก ทางขาดผลไม่ใคร่สนใจนัก จึงชักงง ๆ ไป.

นายแพทย์ทั้ง ๒ นี้ กระทรวงกลาโหมขอไปจะให้รับตำแหน่งแพทย์โท เดือนละ ๓๒ บาท เบี้ยเลี้ยง ๒๗๑ บาท ท่านเห็นว่าหมอตัวเล็กนัก ยังเป็นเด็ก ๆ ด้วย จึงให้ เบี้ยเพียง นายสิบเอก พยาบาล เงินเดือน ๒๐ บาท เบี้ยเลี้ยง ๗ บาท อยู่โรงพยาบาลกรุงเทพ ฯ ได้เดือนละ ๒๕ บาทตามสัญญา ไปราชการทัพถูกตัดเสีย ๕ บาท

วันหนึ่ง หม่อมเจ้าเจ๊ก อาจารย์แพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช และท่านเป็นนายแพทย์ประจำพระองค์ในรัชกาลที่ ๕ ด้วย ได้เชิญแพทย์ทุก ๆ โรงพยาบาล และแพทย์ กระทรวงวังรวมประมาณ ๘๐ นายไปเลี้ยงกัน

มีผู้ออกหลวงอาภัพวิทยา (ชุ่ม) ว่า นายแพทย์ มา รวม กันอยู่ มาก นายอย่างนี้ ถ้ามีคนใช้สักคนเคียวเข้ามา เพียงแค่เข้าก็หายโรค

หลวงอาภัพวิทยาว่า ผมเห็นว่าคนใช้คงตายเลย เพราะหมอมากเกินไป หลวงอาภัพวิทยาเคยมีความเห็นแปลก ๆ เช่นนี้เสมอ

คราวหนึ่ง หลวงอาภัพวิทยา กับ ข้าพเจ้าได้มองดู เขาออกลูกกัน เฉพาะหน้าต่างโอดศาลาท ๒ เขิงสพานมอญ ออกลูกกันที่โรงม้าบ้านเจ้าพระยาเทเวศน์ เฉพาะประคองคนออกลูกอยู่ตรงหน้าต่าง เผาคัทหรือว่าเขาจะทำอย่างไรกัน

พอออกแล้ว ทั้ง ๒ ปวดท้องมาวันยังค่ำ หมอตำแยเร่งให้ขึ้นกระดานอยู่ไฟ กุอาการคนไข้สัปดาห์อื่นสัปดาห์หนาว แล้วก็จำเป็นขึ้นนอนทั้งไฟที่ร้อน ด้วยฟันไม้สะแกเป็นถ่านโพลง คนไข้ทนไม่ไหวก็ลงมานอนอยู่ข้างล่าง แล้วหมอตำแยคนนั้นก็ออกจากบ้านไป เห็นว่าคลอดแล้ว

ส่วนคนไข้ก็นอนห่มผ้าหนาวอยู่ เจ้าไข้ไปตามหมอมตำแยอีกคนหนึ่งมาหารือก็ออกความเห็น ว่า นอนห่างอย่างนี้ไม่ได้ และไฟก็น้อย ให้ขึ้นกระดานไฟอีก และโหมไฟให้แรงจึกขึ้น ไม่ถึงชั่วโมงคนไข้ก็ชักพลัดตกกระดานไฟ สิ้นชีวิตเลย.

หลวงอาภัพวิทยา กับข้าพเจ้าได้แต่ มองดูพฤติกรรมของเขา กำแพงหลังติดกันอยู่ ไม่สามารถจะช่วยเขาอย่างไรได้ นแหละเมื่อหลงเชื่อแล้ว ไม่รู้ว่าจะเกิดโทษสักเพียงใด เวลานี้ตามชนบทนอก ๆ ก็มีอยู่อย่างคาดกัน

เรื่องที่ ๓

อีกเรื่องหนึ่ง ข้าพเจ้าได้รักษาผู้ล่า
เสาะที่ทะเลโปกคนไข้สตรีคนหนึ่ง บ้านบาง
กระสอบ อำเภอบางปะกง หัวผู้ใหญ่
ลามถึง ๒ ทะโปก รักษาอยู่ ๒ เดือน
เศษจึงหายแผล คนไข้ดีก็อยู่บนเรือน
แข็งขาตั้งแข็งไปหมด ลงจากเรือนไม่ได้

เกศมิโจรมาปล้นบ้านใกล้กัน พอคน
ไข้ไต่ย็นเสียงขึ้นและร้องว่า ไอ้เสื่อเอา
วา คนไข้ก็ลงจากเรือนไปอยู่บ้านอื่นที่ไกล
ออกไปหน่อยได้ บอกว่ามาได้อย่างไร
แทบไม่รู้ตัว พอรุ่งเช้าก็กลับไม่ได้ จนหลาย
วันจึงค่อย ๆ ยืนด้วยไม้เท้ามาบ้านได้ และ
สิ้นเปลือง ยาน้ำมันสระ โตคลื่นนิเมนต์
๓-๔ ขวด

เรื่องที่ ๔

ท่านคอกเตอร์แฮนฮัทม์เซ็น ก็สม
ควรจะจารึกนามของท่านไว้ ในพวก
อาจารย์สอนวิชาแพทย์ในสมัยก่อนๆ ท่าน
ก็เป็นอาจารย์ทั้งโรงเรียนแพทย์ฝรั่ง
และเป็นอาจารย์ดั้งเดิม

ข้าพเจ้าได้ไปฝึกหัดผลสมยาอยู่กับท่าน
วันหนึ่ง มีชน นางผู้ใหญ่ผู้หนึ่ง มาหาท่าน
ปรึกษากันในห้องอย่างไปรเวท แล้วมาสั่ง

ให้ปร่งยาผสมด้วยทิงเจอร์แมลงวันเสปญ
อย่างเต็มโก๊ส ๒ ขวด ให้ท่านที่มา
ขอความช่วยเหลือ ๑ ขวด ก็ย้านางสาวที่บ้าน ๑
ขวด มอຍยาให้แล้วก็กลับไป ท่านคอก-
เตอร์ฮัทม์เซ็นว่า จะคิดฆ่าทำลายกรรม
ที่ตนชใหม่ ๆ มนุษย์ใจเป็นสัตว์

สักอาทิตย์หนึ่งมาบอกว่า ท่านหมอบ
ยาที่ให้ไป มันกลับทวีแรงเร้าหนักขึ้นอีก
กรรมเห็นจะไม่ทำลายออกมา ตามความ
ต้องการของมันแล้ว

เลยเทศว่า ท่านเจ้าคุณดำยิตามารดา
เรา คิดทำลายกรรมแล้ว เราจะให้มีชีวิต
มาพบกันได้อีก หรือ ขอจงเอามายอมไว้ที่
มีสถานคลอเคลียอย่างเรียบร้อย เจ้าคุณ
ก็เป็นอันเลิกความคิดเดิม

ท่านคอกเตอร์ฮัทม์เซ็นว่า เราเป็น
แพทย์มีแต่จะรักและทำนุบำรุงชีวิตมนุษย์
ให้มากขึ้น จึงจะถูกต้องตามศีลธรรมและ
จรรยาของแพทย์

เรื่องรัก เรื่อง ทำลายชีวิตมนุษย์ใน
กรรมนอกกรรม ไม่ได้เป็นอันขาด.

เรื่องที่ ๕

อีกเรื่องหนึ่ง คอกเตอร์ เอฟ. เซเฟอร์
นายแพทย์พิเศษเฉพาะวิชาการผ่าตัด

คัลยกรรม, ผู้ช่วยวิเริ่มแยบแปลนแผนผัง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ถึงแก่กรรม
ด้วยแผลเข็มแทงนิ้วมือ จากเชือกกาฬโรค
ของคนไข้ที่โรงพยาบาลศิริราช

ท่านบอกว่ายาวิเศษของฉันทันคือมีด ถ้า
หยุดงาน ๒-๓ วันไม่มีการผ่าตัด ขอบ
เปอร์เรชั่นแล้ว มีฉันทันจะเสียไปหมด ต้อง
ค้นหาคนไข้ที่จะได้ผ่าตัดเสมอ

ไทม์คนไข้สตรีผู้หนึ่ง มกลกไหลออก
เสมอ ท่านได้ใช้เครื่องกักขังไว้ ถ้ากระ
ทำได้ทั้งนี้ นานเข้าก็ค่อยขยับตัวหายไปเอง

ท่านใส่เครื่องแล้ว ตั้ง ๒-๓ วันให้มาตรวจ
ครั้งหนึ่ง เวลามาตรวจคนไข้เอาเครื่อง
ห่อกระดาษมา ๒-๓ คราว บอกว่าหลุด
ออกมาแล้วจึงห่อไว้

ท่านได้เรียกสามีผู้หนึ่งมาขอขนาผู้หนึ่ง
มาบอกว่าอย่าได้เอาเครื่องนี้ออก โดยลำ
พัง ถ้าคนไข้ไม่ฟังฉันทันจะไม่รักษาและอย่า
มาท้อใจ ภายหลังสามีไม่กล้าไปพบท่าน
เลยให้ภรรยาไปตรวจแต่ผู้เดียว

สวัสดิ์ท่านผู้อ่าน

พ.ต. อภัยหะสีตะเวช

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ก.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๔๘๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
<u>ใหม่</u>	๑,๕๕๘	๘๘๓	๑,๐๘๒	๑,๐๓๐	๑,๒๔๒	๒๘๓	๖,๐๘๘
<u>เก่า</u>	๒,๑๘๒	๑,๔๘๗	๑,๕๒๖	๑,๑๒๗	๒,๓๐๓*	๒๗๘	๘,๘๑๓*
<u>รวม</u>	๓,๗๔๐	๒,๓๗๐	๒,๖๐๘	๒,๑๕๗*	๓,๕๔๕	๕๖๑	๑๕,๐๐๒
<u>ใน</u>	๑๘๑	๒๖๖	๗๖๘	๑๑๘	๒๖๐	—	๑,๕๘๓
๒. <u>จำนวนการผ่าตัด</u>	ศัลยฯ ๒๘๑. จักษุฯ ๓๖๖.* สูติ-นารีฯ ๑๐๔. รวม ๗๕๑ ราย.						
๓. <u>จำนวนเด็กเกิด</u>	ชาย ๒๘๖.* หญิง ๒๔๔. รวม ๕๓๐. คลอดตาย ชาย ๑๒. หญิง ๖ รวม ๑๘						
๔. <u>ผู้ป่วยตาย</u>	๑๓๒ คน (๘.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๗ ราย. (๕๕.๖ ปช. ของที่ตาย)						
๕. <u>การถ่ายเลือด</u>	ในโรงพยาบาล ๕๔๔* ครั้ง. ข้างนอก ๘ ครั้ง. รวม ๕๕๒* ครั้ง.						
๖. <u>แผนกรังสีวิทยา</u>	รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๕๑๘ คน. รักษาใหม่ ๒๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๘๖ ครั้ง รักษามะเร็ง ๒๗* คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๐* ครั้ง. โคอะเรอรัมิช, รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.						
๗. <u>แผนกสรีรวิทยา</u>	ตรวจเบรชแลมตะบอลิสต์ ๘๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๘๓๔ ครั้ง.						
๘. <u>แผนกพยาธิวิทยา</u>	ตรวจศพ ๔๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๘๓๕* ราย. (จากภายนอก ๔๘ ราย). แอ็กกูตินเนชัน ๘๐. วัชเชอร์แมนและคาร์สัน* ๑,๘๗๗. หมูเลือด ๕๖๘. นับเม็ดเลือด ๒๘๕. หาเชื้อบักเตรี ๖๖.* ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๓. อูจจาระ ๓๑๒. บัสสาวะ ๑๔๖. เสมหะและอื่น ๆ ๓๒. เพาะเชื้อจากเลือด ๘๗. อูจจาระ ๘๒. บัสสาวะ ๑๘. น้ำไขสันหลัง ๒๔. เสมหะและอื่น ๆ ๑๐๘. นิติสัต์วาทคอง - . เพาะเชื้อบัก ๕๕. ตรวจทคองทัวจิด ๒๓. ตรวจศพหน้าผิว ๒๔. ตรวจของกลาง ๑.						
๙. <u>แผนกอายุรศาสตร์</u>	(เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๗. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๑. น้ำช่องปอด ๘. อັคคัมเข้าช่องปอด ๘. อັคคัมเข้าช่องท้อง ๓๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๒. นิติยาธิพิลิส ๓๘.						
๑๐. <u>แผนกทันตกรรม</u>	รักษาโรคในปาก ๘๒. ถอนฟัน ๓๑๘. อกฟัน ๘๐. ผ่าตัดช่องปาก ๒๘.						

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของ นายแพทย์สุรศักดิ์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ทุน "อานันทมหิดล" ด้วยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระราชประสงค์พระราชทานเงิน ให้เป็นทุนอุดหนุนแก่อกกลการศึกษาทางแพทยศาสตร์ให้เจริญยิ่งขึ้น และทรงพระราชอุทิศเงินทุนนี้ ถวายเป็นพระบรมราชานุสรณ์แก่พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล โดยทรงพระราชทานนามว่า "ทุนอานันทมหิดล"

นักศึกษาแพทยศาสตร์ผู้ได้คะแนนดีเยี่ยมในการสอบไล่ครั้งสุดท้าย ตามหลักสูตรปริญญาแพทยศาสตร์ มีสิทธิสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อรับเงินทุนอุดหนุนนี้ในการที่จะไปศึกษาวิชาเพิ่มเติมจากต่างประเทศ ทั้งนี้ตั้งแต่การศึกษา ๒๔๕๘ เป็นต้นไป

ผู้มีสิทธิเข้ารับการศึกษาโดยพระราช

ทานทุน "อานันทมหิดล" ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้:

๑. นักศึกษาแพทย์ผู้ที่สอบในวิชาอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์และสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในขั้นสุดท้ายได้จากแผนกวิชานั้น ๆ, และได้คะแนนรวมทั้ง ๓ วิชา คือกเฉลี่ยแล้ว ต้องได้ไม่น้อย ๘๕ ปช. และต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนในภาคปฏิบัติและฟังคำบรรยายอย่างน้อย ๘๐ ปช.

๒. นักศึกษาแพทย์ผู้ที่ได้รับคะแนนดีเยี่ยมในการ สอบไล่เพื่อ ปริญญา แพทยศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๘ เป็นต้นไป หรือ นักศึกษา แพทย์ ที่สอบ เพื่อ ปริญญา แพทยศาสตร์บัณฑิตได้คะแนนรวมทั้งตั้งแต่ ๘๐ ปช. ขึ้นไป

รายละเอียดอื่น ๆ สอบถามได้ที่สำนักงานเลขาธิการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

ข่าวศิษย์เก่า

การบรรยายพิเศษวิชาการ ทางคณะ (Post graduated course) ระหว่างวันที่ ๑๔ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัด มีนาคม ๒๔๕๘ ถึง วันที่ ๑๕ มีนาคม ให้มีการ บรรยายพิเศษวิชาการ (Post ๒๔๕๘ ณ หอประชุม ราชแพทยาลัย

โรงพยาบาลศิริราช เรื่องที่บรรยายมีดังนี้
ต่อไปนี้ :

วันที่ ๑๔ มีนาคม ภาคเช้า :

๑. Cytological diagnosis of Cancer โดย น.พ. สังกัด กาญจนกฤษชสร และ พ.ญ. คีรีวัฒนา คีตะจิต

๒. Cancer of lung โดย น.พ. ประคิษฐ์ ตันสุรศักดิ์

ภาคบ่าย : รายงานผู้ช่วยที่น่าสนใจ ๑ ราย แผนกพยาธิวิทยา ร่วมกับแผนกอายุรศาสตร์

วันที่ ๑๕ มีนาคม ภาคเช้า :

Carcinoma of uterus โดย น.พ. ชระ สุขวาทิน

๒. ตกขาวในสตรี (Leucorrhoea) โดย น.พ. ผ.ร.ว. สังคีต เกตุสิงห์

ภาคบ่าย : แสดงการตรวจผู้ช่วยและการผ่าตัด แผนกสูติศาสตร์ ๒

วันที่ ๑๖ มีนาคม ภาคเช้า :

๑. นิติเวชวิทยา โดย น.พ. ส.ร.ก. วรรณต์ นิยมแสน

ภาคบ่าย :

๑. หมู่เลือดในคน น.พ. สมศักดิ์

พันธุกรรม

วันที่ ๑๗ มีนาคม ภาคเช้า :

๑. การเปลี่ยนแปลงของเลือดประจำเดือน โดย น.พ. เต็ม ขุนนาค

๒. การตกเลือดในระหว่างตั้งครรภ์ โดย น.พ. เต็ม ขุนนาค

๓. โรคพิษแห่งครรภ์ในระยะหลัง โดย น.พ. เต็ม ขุนนาค

ภาคบ่าย

๑. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคประสาท และอาการทางจิตใจของเด็ก ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางกาย โดย น.พ. ประสพ รัตนากร

วันที่ ๑๘ มีนาคม ภาคเช้า :

๑. Fluid และ electrolyte imbalance ในเด็ก โดย น.พ. ทิเรก พงศ์พิพัฒน์

๒. การก้าวหน้าในการรักษาโรคอุจจาระร่วงในทารก โดย น.พ. ชรุณ เนตรศิริ

๓. พยาธิลำไส้ในเด็กและการรักษาแบบใหม่ๆ โดย น.พ. สมโพธิ พุกกระเวศ

ภาคย้าย : เยี่ยมแสดงผู้ช่วย และ colloquium ในแผนกกุมารเวชศาสตร์

วันที่ ๑๕ มีนาคม ภาคเช้า :

๑. การเลี้ยงทารกด้วย น้่านมผสม

โดย น.พ. เฉลิมฉลอง เนตรศิริ

๒. การพิเคราะห์แยกโรคไข้ออกผื่น ในเด็ก โดย น.พ. ประสงค์ คุ้มจินดา

๓. การก้าวหน้าในการรักษาโรคเด็ก

โดย น.พ. สวัสดิ์ สกลไทย

ในการบรรยายนี้ ได้มีแพทย์ผู้สนใจ มาร่วมด้วยเป็นจำนวนมาก หลังจากจบ การบรรยายในวันที่ ๑๕ มีนาคมแล้วทาง คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้ เลี้ยงอาหาร กลางวันเป็น เกียรติแก่ผู้มา ร่วมกันบรรยายนี้ และปิดการบรรยายประ จำปี ๒๔๕๘.

ข่าวพยาบาล

โอน

๑. น.ส. พรเพ็ญ เสนณรงค์ ๒. น.ส. ละม่อม สบายใจ

ทั้ง ๒ ท่านไปรับราชการ ณ ร.พ. สมเด็จพระเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๔๕๘.

บรรจุ

๑. น.ส. ยุพา วีระมณี ๒. น.ส. ยุพา ภิงกษ ๓. น.ส. อัจฉราภรณ์ คันทกุลรัตน์ ๔. น.ส. อารีย์ อินทยศ ๕. น.ส. แฉล้ม ศิริโสตา ๖. น.ส. นงลักษณ์ เลาหะจินดา

๗. น.ส. กฤษณี พลกล้า ๘. น.ส. เพ็ญ แซ่ รักตะบุตร ๙. น.ส. ชุคม กาญจนโหติ ๑๐. น.ส. นุสสรณ์ บำรุงผลกี ๑๑. น.ส. สัจกร รัตนโกเมนทร์ ๑๒. น.ส. ขจรศิริ สัจจามัน ๑๓. น.ส. สมพร ศิริสันของ เกียรติ ๑๔. น.ส. มาลี ใต้ร่มบุญ ๑๕. น.ส. ฉนอมศรี พุ่มอิมผล ๑๖. น.ส. อมรา นาคสุสุข ๑๗. น.ส. นิสากร อุป- ภิรมานนท์ ๑๘. น.ส. สุพรรณิ สวัสดิ์- ฤทธิริณู ๑๙. น.ส. จรรยา ชูชมกลิ่น ๒๐. น.ส. ขวัญเรือน สุวรรณานนท์ ๒๑. น.ส. รัตน์ ศุกรเศษ ๒๒. น.ส. สุชาภา พูลลาภ

๒๓. น.ส. อารี วิเศษ ๒๔. น.ส. นพพร
 วงศาโรจน์ ๒๕. น.ส. สุรียา เกษมมงคล
 ๒๖. น.ส. ปัญญา ศิริวรรณบุรณ ๒๗.
 น.ส. พรเพยวี่ ศิริศรีภักษ์ ๒๘. น.ส.
 ชนงค์ศรีกุล ๒๙. น.ส. พรรณี ถนอมศักดิ์
 ๓๐. น.ส. มะตุม ศิริบุญ ๓๑. น.ส. ก้อน

เงิน สว่างแสง ๓๒. น.ส. จารวรรณ ชารา
 วุฒิ ๓๓. น.ส. กอรรณการ สุวรรณกิจ
 ๓๔. น.ส. ชมพู สัตย์ประภอบ ๓๕. น.ส.
 มนิกา จันทร์วิมล ๓๖. น.ส. เรณู พานิช.
 ๕๕๕
 ทงนตงแคว้นท ๑๕ มกราคม ๒๕๕๘

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

โปรดทราบ

๑. สโมสรรวมวิชาการ
๒. สภาศิริราชฉลยพิเศษ

หนังสือทั้งสองเล่มนี้ คงมีเหลืออยู่เพียงจำนวนน้อย ผู้ประสงค์ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ หรือต้องการซื้อไว้ประจำตัวสมาชิก โปรดติดต่อขอทราบรายละเอียดได้จากสำนักงานสภาศิริราช.

หน้าลำหรมนิลิต

อาการแสดงของโรคบางอย่าง

๑. เทนัยซาเบ็ยก (Wet beri beri) ไม่จำเ็น ต้องขวมกั้ตามคำรา เสมอไป ขางราย ขวมกคั้มี คึนตัวซ้าแบะ โรคไต หรือโรคหัวใจได้ เรวินิจฉัยได้โดย แยกการขวมจากโรคอื่นออก และการ รักษาได้ผลคั้ควยวิตามิน บี ๑. ซึ่งจะได้ ผลคั้เฉพาะเมื่อฉิกเข้าหลอกเล็อกเส็ยโดย มาก

๒. น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจในบางราย แม้มีน้ำอยู่มากก็ไม ปรากฏ อาการแสดง ของหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) อาจเ็นเพราะน้ำค็อย ๆ เกิดซ้าๆ และหัวใจมีอัยเปอรโทรฟัยซคเซย (compensatory hypertrophy) ได้พอ เพราะ ฉนั้น การวินิจฉัย ต้องอาศัยการ ตรวจพย อย่างอื่นร่วมคั้ว

๓. คนใช้ที่มีใช้ และมี generaliz- ed lymphadenopathy ควรนึกถึง

1. Septicemia.
2. Leukemia.
3. Infectious mononucleosis,

and infectious Lymphocytosis.

4. Infectious granuloma, esp. T.B., syphilis, Hodgkin's disease, brucellosis, systemic fungous diseases, etc.

5. Malignancy: lymphosarcoma, metastatic CA.

๔. วิฉัย Nephrotic syndrome:

A Albuminuria.

B B.M.R. ค้า

C Cholesterolemia.

D Decrease serum albumin,

E Edema.

๕. Congestive heart failure มีอาการที่ทำได้ง่าย ๆ ค็ือ

D Disease — หมายถึง มีอาการ แสดงของโรคที่ทำให้เกิดหัวใจวาย

D Dyspnea — หายใจลำบาก

T Tachycardia — หัวใจเต้นเร็ว

E Enlargement of heart

E Enlargement of liver

- E Edema
- P Pulmonary edema
- V Venous engorgement

๖. โรคหัวใจที่ขุ่นสมอง ทำให้ปวดหัวได้มาก ๆ. มีไข้ได้เล็กน้อย ทำให้เราอาจสงสัยโรคสมองอักเสบ. การนับเม็ดเลือดจะช่วยได้มาก จะปรากฏเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น, เปรูเซ็นต์ของอีโอซิโนฟิลเพิ่ม. ตอนหลังมักมีขวมไผ่ล้นขึ้นที่หน้า.

๗. การจำ โรคหรือภาวะ แฉกซ้อนของโรคเบาหวาน:

หนัง หมายถึงการคันตามผิวหนัง, ที่ปากช่องคลอด.

๓. มีอาการตามัว จนถึง optic atrophy.

ฮาเตอร์ มีอาการแสดงของ arteriosclerosis ตามระบบต่าง ๆ.

เปอรู หมายถึง peripheral neuritis และ diabetic neuropathies.

อะซิโต หมายถึง acidosis.

โคมา หมายถึง coma.

ที.บี. วัณโรคจะกำเริบ หรือรักษาไม่หายถ้ามีเบาหวานอยู่.

ผู้ถูกขัง คนไข้เบาหวานจะเป็นผู้

ข้อย ๆ. บางคนปรากฏผู้ถูกขังได้โต ๆ.

๘. ในบ้านเรือน การวินิจฉัยโรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ต้องแยกมาลาเรียขึ้นสมอง และอาการทางสมองจากทัยฟอยด์ หรืออินฟลูเอนซ่าเล็กน้อย เพราะเราพบได้บ่อย ๆ

๙. คนไข้ที่ช็อค และมีไข้ อย่าให้การรักษาเรื่อยไปโดยไม่คงตรวจเลือดเลย เพราะเคยพบคนไข้ที่คงกินเหล็กอยู่คั้งนานโดยหมอผู้รักษาไม่รู้ว่าเป็นลึคเมีย

๑๐. คนไข้ที่มีไข้ ช็อค และมีแผลที่เหงือกและในปาก อย่าลืมนึกถึง acute leukemia

๑๑. การมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ปกติเรานึกถึงวัณโรค, มะเร็ง, และขาดแคลส, แต่ไม่ควรลืมการรั่วของเส้นเลือดที่โป่งพอง (aneurysm)

๑๒. เมื่อพบคนไข้ที่มีอาการเหนื่อยชา, อัมพาตของประสาทเฟเซี่ยล ควรนึกถึงโรคเรื้อนของเส้นประสาท ไวท์วีย์ โดยไม่ควรลืมคลำเส้นประสาทก่อนสั่งฉีดวิตามิน บี ๑.

๑๓. เมื่อมีคนไข้วัณโรค ต้องตรวจปัสสาวะทุกราย เพราะถ้ามีเบาหวานแทรก

ชยัควัย และเราควบคุมเขาหวานไม่ได้
ไม่มีวันที่เราจะรักษาโรคโรคให้หายได้

๑๔. คนไข้ที่มีอาการเจ็บอกส่วนล่าง
ก่อนไปข้างหลัง ต้องตรวจปัสสาวะทุก
รายก่อน จะวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อหุ้ม ปอดอักเสบ
เฉียบ เพราะเคยพบหลายรายที่มีอาการอัก
เสบเป็นหนองที่ไต

๑๕. ไข้มาลาเรียที่มีลักษณะไข้ตรง
ตามตำรา การวินิจฉัยก็ง่าย แต่ก็ไม่ควร
ลืมว่าเคยมีแล้วที่บางรายมีลักษณะไข้ลอย
เหมือนทัยฟอยด์, หรือมีไข้ทุกวันแบบ
remittent หรือ intermittent ก็ได้.

อีกอย่างหนึ่ง ที่อยากเตือนไว้ก็คือ
มาลาเรียนั้นทำให้มีอาการไตที่กระษย และ
ไม่แน่ว่าเราจะหาตัว มาลาเรียได้ พยทก
ราย. เพราะฉะนั้นเราต้องตรวจหลายครั้ง
ทั้งปัสสาวะและปัสสาวะ. ถ้าลักษณะ
ทาง clinical ยังสงสัยมาลาเรีย และผู้
ป่วยมีอาการหนักรอไม่ได้, แม้หาตัวไม่พบ
ก็ควรรีบรักษามาลาเรียได้โดย เป็นการ
วินิจฉัยด้วยการรักษา (therapeutic
diagnosis) ไปในตัว.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

๖๕๒ บทกท่ายลมุด

๑ ก่อนอื่นเราต้องขออภัยท่านผู้อ่าน โดยเหตุที่ฉบับยกมภาพันธุ์ก่อนข้างจะ ขวางไปสักหน่อย, ทั้งนี้เพราะว่าเรื่อง ส่วนมากที่ตีพิมพ์ในฉบับก่อนข้างสิ้นไป. แต่ทว่า ล้วน แล้ว เป็นเรื่องน่าอ่านทั้งนั้น. จึงหวังใจว่าท่านผู้อ่านคงจะเห็นความสำคัญ ของเรื่องมากกว่าความสั้นยาวเป็นแน่. อย่างไรก็ตามเราก็ได้ชักใช้ไว้ในฉบับมีนาคมนี้ ให้หน้าชน และบรรจุเรื่องดีพิเศษทั้งนั้น.

๑ เรื่องแรกคือ ข้อต่อคางคกแต่กำเนิด ของคุณหมอสุด แสงวิเชียร. นับว่าเป็นรายแรกที่มีรายงานสำหรับในบ้านเรา เมื่ออ่านแล้วท่านคงจะเห็นความสำคัญในการที่จะให้การรักษาโดยเร็วที่สุด มีคนไข้จะช็อคตายอย่างเช่นรายนี้. นอกจากนี้ยังจะได้เป็นการส่งเสริมให้ยรรคแพทย์ที่ได้พบเห็น โรคเช่นนี้ช่วยกันรายงานเพิ่มเติม หรือส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่สนใจในการค้นคว้า, เพื่อจะได้ทำการรักษาต่อไป.

๑ บทความพิเศษของคุณหมอฝน แสงสิงแก้ว หัวหน้ากองโรคจิต, เราพิจารณาแล้วเห็นว่า เป็นเรื่อง น่าอ่านน่ารู้

มากจึงได้นำลงเผยแพร่ต่อไป. ท่านคงยอมรับว่าหนังสือไทยเรายังได้รัย การศึกษาอบรม ในชีวิตการครองเรือนและการมีคูน้อยกว่าเท่าที่ควร. มิฉะนั้นอย่าใช้เวลาทั้งครรรรม ความคิดกลัวย่างนี้ข้างอย่างนั้น ข้างร้อยแปด, เลยทำให้จิตใจแปรปรวนไป. ฉะนั้นเมื่อได้งานบทความของคุณ หมอฝนแล้วพวกเราซึ่งเป็นแพทย์ทั่ว ๆ ไป คงจะได้นำไปใช้คือหนังสือมีครรรรต่อไป.

๑ การควบคุมการจำหน่ายยา นับว่าเป็นบทความที่องอาจสักหน่อย, แต่ได้เขียนขึ้นมาด้วยความบริสุทธิ์ใจ เพื่อต้องการเห็นประชาชนชาวไทยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และได้ชอຍาที่แท้จริง. เราต้องการแก้คำพูดที่ว่าเมืองไทยเป็นสถานที่ทดลองยาของต่างประเทศ และคนไทยเป็นสัตว์ทดลองเรากันเอง. เพราะเหตุใดจึงมีคำพูดเช่นนั้นขึ้นได้. ก็เพราะว่ายาอะไร ๆ เขาส่งเข้ามาขายกันอย่างแพร่หลาย โดยไม่มีการควบคุมเลย. โฆษณาที่ ๑ หน่อยเป็นชายได้ทั้งนั้น. ประชาชนเท่านั้นที่คอยรับยา. อาจต้องเสียทั้งเงินและเสียทั้งชีวิตด้วย. เมืองเราได้ชื่อว่ากำลัง

ทำตามอย่างต่างประเทศหลายต่อหลาย
อย่าง ฉะนั้นสิ่งใดที่มันเป็นประโยชน์
ต่อประชาชนแล้ว ขอให้ทำไปเถิด จะมี
แต่ผู้แซ่ซ้องสรรเสริญทั้งนั้น. การควบคุม
การจำหน่ายยาที่จัดว่าเป็นสิ่งที่ดีและ
ได้ประโยชน์ต่อประชาชน. แล้วเหตุใด
เล่าจึงยังไม่เริ่มทำกันเสียที.

๑ ประวัติด้อย ๆ ของแพทย์บางคน
สมัย ๕๐-๖๐ ปีเขียนไทย พ.ศ. ๒๓๖๕

หระลิตะเวช ซึ่งเป็นแพทย์หมายเลขประจำ
ตัวหนึ่งได้ออกสำเนาเขียนมาให้ท่านแล้ว.
เราพึงได้โอกาสนำลงให้ท่านทั้งหลาย
อ่านประกัยความรู้กัน. ส่วนนวนโวหารใน
เรื่องนั้น เราคงรักษาไว้ตามเดิมเพื่อให้
ท่านพิจารณาเปรียบเทียบเองว่าคนสมัย
ก่อนกับสมัยนี้ เขียนหนังสือมีสำนวนโว
หารต่างกันแค่ไหน.

บ.ก.ร

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.