



สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๓๘ | Volume 7, Number 11, November 1955

อาการพิษซาลิซิลเลตในเด็ก

ดิเรก พงษ์พิพัฒน์

พ. บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

ในขณะนี้เราได้มีรายงานหลายฉบับ (1, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 24) ที่แสดงว่าซาลิซิลเลตเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเป็นพิษแก่เด็ก. การเกิดพิษอาจปรากฏระหว่างการรักษาโรคหรือเป็นอุบัติเหตุเนื่องจากการกินยาผิด. ในการทดลองก็อาจทำให้เกิดอาการเป็นพิษขึ้นได้.

การดูดซึมซาลิซิลเลตเกิดขึ้นที่ภายหลังกิน. Smith (6) กล่าวว่าในผู้ใหญ่ที่กินยานี้ครึ่งเดียว, ระดับในพลาสมาขึ้นสูงสุดภายใน ๒ ถึง ๑ ชม.; ระดับจะขึ้น

ช้ากว่าเล็กน้อยถ้ากินกรดอะเซทิลซาลิซิลลิค (แอสไพริน). Lester และพวก (8) กล่าวว่าเมื่อกินแอสไพรินครึ่งเดียวตามขนาด, ยาระงับชีพจรต่ำมากที่สุดในเวลา ๑๕ ถึง ๓๐ ชม., แต่ยังมีอาการคงอยู่บ้างในปัสสาวะเป็นเวลา ๒ ถึง ๓ วัน. ประมาณ ๗๐ ปร.ซ. ขับถ่ายทางปัสสาวะ. บางส่วนออกมาในรูปเท็ม, แต่ส่วนมากออกมาในรูปซาลิซิลลิคและรูปรวมอื่น ๆ. บางส่วนเสียไปทางเหงื่อ. ๒๐ ปร.ซ. ถูกออกซิไดส์ในทิสซิว. โซเดียมไบคาร์

บอเนตช่วยเพิ่มอัตราการดูดซึมและขับถ่าย, และช่วยลดระดับในพลาสมาด้วย. Goodman⁽⁴⁾ กล่าวว่า การดูดซึมของเมธิลซาลิซิลีเลต (น้ำมันระกำ) ช้ามาก. ฉะนั้นการล้างกระเพาะอาหารจะเป็นประโยชน์แม้จะได้กินยานั้นเข้าไปเป็นเวลาหลายชั่วโมงแล้วก็ตาม.

กลไกที่เป็นเหตุของการเป็นพิษอาจสรุปได้, คือเมื่อร่างกายได้รับซาลิซิลีเลตเข้าไป, ในขั้นแรกสมองจะลดภาระต้นทำให้มีอาการหอบ, คาร์บอนไดออกไซด์ถูกขับออกไปมาก, ยังผลให้ความดันและปริมาตรของมันในพลาสมาต่ำลง, และ pH ขึ้น. ถ้ายาเข้มข้นมาก, ผลต่อภาวะเกิดไปมารวีย์ เมตะบอลิก อะซิโตสิสตามหลังแอลคาโลสิสจากการหายใจเกินปกติที่เกินขึ้นในระยะนั้น. นอกจากนั้นยังมีอาการอื่น ๆ ที่เกิดจากฤทธิ์ของซาลิซิลีเลตในแง่อื่นที่ไม่เกี่ยวกับกลไกต่างอีก, เช่นในขนาดมากในระยะแรกจะมีการกระตุ้นระบบประสาทกลาง, แล้วต่อมากด. เหตุที่ทำให้ผู้ปกครองตกอกตกใจส่วนใหญ่ที่เนื่องมาจากผลทางระบบประสาทกลาง, ซึ่งอาจจะมีอาการคันคัน, งุนงง, ชักกระตุก, หมดสติและการหายใจล้มเหลว. การ

ตาย, ถ้าเกิดขึ้น, โดยมากเกิดจากศูนย์หายใจถูกกด. อาการอื่น ๆ อีกมาก, เช่นปวดศีรษะ, หอบ, วิงเวียน, ก็เป็นผลของซาลิซิลีเลตต่อระบบประสาทกลางทั้งสิ้น. สำหรับอาการอาเจียน, Graham⁽⁵⁾ กล่าวว่าอาจเกิดจากการรบกวนที่ศูนย์อาเจียน, หรือการรบกวนเฉพาะที่ใดที่ใด ๆ กัน, เพราะว่ามีอาการเกิดขึ้นภายหลังการให้ยาทางหลอดเลือดหรือให้ทางทวารหนัก, และไม่พบบนกระเพาะอาหารด้วย.

อาการหอบ ในบรรดาอาการพิษทั้งหลายของซาลิซิลีเลต, ได้มีผู้ศึกษาถึงอาการหอบมากที่สุด. มันเป็นอาการที่พบเป็นประจำในทารกและเด็ก, ทรมานเด็กมาก, และทำให้เกิดความสับสนในส่วนประกอบเคมีของเลือดมาก. ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าอาการหอบไม่ได้มีสาเหตุประการแรกจากอะซิโตสิส. Graham และ Park⁽⁵⁾ ใ้กัทดลองฉีดโซเดียมซาลิซิลีเลตในแมวที่งดวางยาสลบ, และได้ผลกระตุ้นการหายใจทันที. โซเดียมซาลิซิลีเลตทำให้เกิดอาการหอบทั้งสิ้น, ไม่ว่าจะให้โดยละลายในน้ำ, ในน้ำยาโซเดียมไบคาร์บอเนต ๕ ปช., น้ำยาโซเดียมแลคเตทหรือน้ำยาแคลเซียม

กลูโคเนต ๑๐ ปช. ในการศึกษาคราวเดียวกันพบว่า การหอบจะเกิดก่อนที่มีการเปลี่ยนแปลงใน pH ของเลือด. ฉะนั้นอธิบายได้ว่า ซาลิซิลีเลตออกฤทธิ์จำเพาะต่อศูนย์การหายใจ.

ไต ผลต่อไตมีผู้สนใจกันน้อย. Lutwak-Mann ทดลองในหนู, และ Rapoport⁽⁹⁾ ทดลองในสุนัข, พบว่า ซาลิซิลีเลต ทำให้มีการขับขี้สวะอย่างมากมาย. การถ่ายขี้สวะน้อยที่พบบ่อยในผู้ป่วยอาจเป็นผลตอนหลัง, เนื่องจาก ร่างกายขาดน้ำ. ไพรเทอีนูเรียพบได้บ่อย ๆ, คาสต์และเซลล์ก็อาจพบได้. Smith⁽⁶⁾ กล่าวว่า การผันแปรในหน้าที่ของไตอาจเกี่ยวข้องกับการเสียค่า. Lutwak-Mann กล่าวว่า ภายหลังเกิดอาการเป็นพิษ ๔ ชม. ขึ้นไป, ขี้สวะของหนูจะเป็นค่าและมีใยคาร์บอนเนต.

เหงื่อออก ซาลิซิลีเลตไปออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมความร้อน, ทำให้เกิดการเสียความร้อนมากขึ้น, โดยการขับเหงื่อและเพิ่มเลือดไหลปลายทางมากขึ้น, แต่ไม่ทำให้อุณหภูมิปกติของร่างกายลดลง.

เลือดออก อาการเลือดออกอาจพบได้เหมือนกัน. เชื่อว่าเกิดจากหลอดเลือด

ขยายตัวและโปรธรอมบินลดน้อยลง, และจะยิ่งลดน้อยลงมากในคนไข้ที่มีโรคตับแข็งอยู่ด้วย.

การผันแปรในคุลย์กรดต่าง ซัน เป็นเรื่องยุ่งยากมากในทารกและเด็กอ่อน. ในระยะแรก ๆ เลือดจะมีภาวะเป็นด่าง เนื่องจากการหายใจเกินปกติ, pH สูง, อำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์สูง. ต่อมาก็มีไพรมารี๋ย เมตะบอลิก อะซิโตสิส. ในระยะแรก ๆ โซเดียมจะถูกขับถ่ายทางไตบ้าง เพื่อแก้แอลคาโลสิส. แต่ Rapoport และ Zuest⁽⁹⁾ บอกว่าการเสียโซเดียมและโปแตสเซียมอาจเนื่องจากยาไปทำให้เกิดความพิการที่ไต อย่างไรก็ตาม Seiyer บอกว่า เมตะบอลิก อะซิโตสิสที่เกิดภายหลังและรุนแรงอาจเนื่องจากการคืนทวียสารสะสมอยู่ด้วย.

การรักษา ควรล้างกระเพาะอาหาร ทดรายในพวกที่คัมน์น้ำมันระกำ เพราะการดูดซึมช้า. โซเดียมไบคาร์บอนเนตช่วยให้การดูดซึมดีขึ้น. ฉะนั้นไม่ควรใส่ในน้ำที่ใช้น้ำล้างกระเพาะ.

ต้องให้น้ำทุกราย, เพื่อแก้ร่างกายขาดน้ำ จากอาเจียนและเหงื่อออก, และช่วยการขับถ่ายทางไต. ควรให้น้ำยา

โซเดียมแล็คเตททางหลอดเลือกเพื่อทดแทนแคตไอออนที่เสียไปทางไตหรือไปรวมกับกรดคิโต. กลโคสให้ไปเพื่อแก้ไขคิโตซิสรุนแรงให้น้อยลง.

ถ้ามีอาการชัก, ไม่ต้องให้ยาแก้ชัก, เพราะอาจจะกลับไปอีกมาก. ควรให้ออกซิเจนเพราะอาการชักอาจเนื่องมาจากสมองขาดเลือด.

ในบ้านเราพวกซาลิซิลเลตเป็นยาที่นิยมใช้กันแพร่หลายและหาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาดในรูปต่าง ๆ. แพทย์และประชาชนส่วนมากนิยมให้เด็กกินซาลิซิลเลตเป็นยาลดไข้. น้ำมันระกำก็นิยมใช้เป็นยาทาภายนอก. เพราะฉะนั้นย่อมจะมีกรณีเป็นพิษจากซาลิซิลเลตเกิดขึ้นเสมอ ๆ. ในบ้านเรา, เมื่อ ๔-๕ ปีมานี้, โดยการสังเกตของท่านหัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์, พบว่าเด็กป่วยที่มีประวัติเป็นไข้มา ๑ หรือ ๒ วัน, แล้วมีอาการหอบอย่างมาก, ซึม, ไม่ค่อยรู้สึกตัว, หรือบางรายก็มีอาการกระสับกระส่าย, มักมีประวัติกินยาซาลิซิลเลตมาก่อน. การตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุของอาการดังกล่าว. แต่ยีสต์สภาวะที่คมเค็ทให้สีม่วงเข้มกับเฟอร์ริกคลอไรด์. ส่วนมากตรวจพบอะเซโตนด้วย. จาก

อาการและสิ่งตรวจพบเหล่านี้ลงความเห็นได้แต่เพียงว่าผู้ป่วยมีอาการอะซิโตสิส, แต่เนื่องจากอะไร, จากพิษของซาลิซิลเลตหรือไม่, ยังไม่มีข้อพิสูจน์แน่ชัด. เด็กพวกนี้มักมีอาการหนักมาก. ถึงแม้จะให้กลโคส, และน้ำ, และรักษาตามอาการ, ก็มักจะไม่รอด. ต่อมาในต้นปี ๒๕๕๕ ท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกสรีรวิทยาได้ให้ยืมเครื่องวิเคราะห์ที่อำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ของเลือดมาใช้ในแผนกกุมารเวช ฯ, ทำให้การวินิจฉัยและบำบัดอะซิโตสิสได้ผลดีขึ้น.

ในเวลาเดียวกัน, ได้สังเกตว่าผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการแพ้ซาลิซิลเลตมีอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ของเลือดต่ำทุกราย. โดยที่สามารถทราบความรุนแรงของอะซิโตสิสได้แน่นอนขึ้น, ตั้งแต่ต้นปี ๒๕๕๕ จึงได้เริ่มใช้ค่าช่วยรักษาอะซิโตสิสในรายที่รุนแรง, โดยใช้น้ำยาริงเจอร์แล็คเตทร่วมกับน้ำยาโซเดียมไบคาร์บอเนต ๑.๓ ปช. และเค็ช ๑ ส่วน ๖ โมลาร์ โซเดียมแล็คเตท. ผู้ป่วยที่ได้รับค่าช่วยรักษาปรากฏว่ามีหลายรายรอดตาย. เพื่อที่จะให้มีหลักฐานการตรวจทางห้องทดลองสนับสนุนขึ้นจึงได้ขอความ

ร่วมมือจากอาจารย์ทางแผนกสัตววิทยา เพื่อทราบวิธีหาปริมาณชาลิซีย์เลตในเลือด, นายแพทย์สันอง ชูนากุลได้กรุณาแนะนำให้ทำตามวิธีของ P.B. Campanaro และ Malonado Allende.

ตั้งแต่ มกราคม ๒๔๙๕ ถึง พฤษภาคม ๒๔๙๘ แผนกกรมเวชฯ ได้รับผู้ช่วยที่ให้การวินิจฉัยว่ามีอาการพิษชาลิซีย์เลตรวม ๒๓ ราย.

อายุ สูงสุด ๑๒ ปี, ต่ำสุด ๗ เดือน. อายุต่ำกว่า ๒ ปี, ๘ ราย; ระหว่าง ๒ กับ ๕ ปี, ๑๐ ราย; ระหว่าง ๕ กับ ๑๒ ปี, ๕ ราย.

เป็นที่น่าสังเกตว่าทารกและเด็กเล็กเกิดอาการเป็นพิษไ้มากกว่าเด็กโต.

ประวัติการไ้ยา ที่ตามประวัติได้แน ๑๓ ราย, มีแอสไพร ๒ ราย, แอสไพรีน ๒ รายและชาลิซีย์เลต ๕ ราย. นอกนั้นไม่รู้แน่.

อาการสำคัญที่นำผู้ช่วยมา ร.พ. ๒๐ รายใน ๒๓ รายมา ร.พ. ด้วยอาการหอบ. หอบมาก่อจนถึง ร.พ. อย่างน้อย ๘ ชม. อย่างมาก ๒ วัน. เมื่อเข้ามาอยู่ใน ร.พ. มีอาการหอบลึกทุกราย.

โรคที่เป็นเหตุของการไ้ยา เป็นไ้หวัด, คออักเสบและต่อมที่อนซิลอักเสบ ๑๔ ราย, ไ้ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ ๔ ราย, หลอดลมอักเสบ ๑ ราย, เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ๑ ราย, บิดมีไ้ ๑ ราย.

สิ่งตรวจพบ (ก) บัสสาวะ, คัมแล้วให้สีม่วงเข้มกับเฟอร์ริกคลอไรด์ทุกราย, พบอะเซโตน ๑๕ ราย, แอลบิวมิน ๓ ราย, แกรนูลาร์ คาสต์ ๒ ราย.

(ข) เลือด, อำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ใน ๒๐ ราย, ได้ผลต่ำสุด ๑๓.๕ ปริมาตร ปช., สูงสุด ๓๕.๖ ปริมาตร ปช.; ต่ำกว่า ๒๕ ปริมาตร ปช. ๑๒ ราย, ระหว่าง ๔ กับ ๔๐ ปริมาตร ปช. ๘ ราย; เวลาเลือดแข็งตัว, ตรวจ ๕ ราย, ปกติทุกราย. ชาลิซีย์เลตในพลาสม่า, ตรวจ ๕ ราย, สูงสุด ๕๑.๔ มก. ปช., ต่ำสุด ๕.๔ มก. ปช.

(ค) น้ำสันหลัง, ตรวจ ๖ ราย, ให้สีม่วงเข้มกับเฟอร์ริกคลอไรด์ทุกราย.

อัตราตาย มี ๕ ราย, เท่ากับ ๒๑.๗ ปช.

เห็นสมควรเสนอเป็นตัวอย่างสองราย.

ครึ่งละ ๒๑ เม็ด. ทั้งหมดไม่เกิน ๓ เม็ด
ก็หาย.

ประวัติปัจจุบัน หนึ่งวันก่อนมาร. พ.,
ในตอนเย็นหลังจากไปวิ่งเล่นเห็นออกกลับ
มา. มารดาสังเกตว่าผู้ช่วยตัวร้อนมาก,
จึงให้กินแอสไพริน ๒ เม็ด. ๒ ช.ม. ต่อมา
ให้กินซ้ำอีก ๒ เม็ด, พร้อมกบิยาซัลฟา ๑
เม็ด. ๒ ช.ม. ต่อมามีอาการหอบ. ตัวร้อน
น้อยลงแต่ยังไม่หาย. มารดาจึงให้แอส-
ไพรินอีก ๒ เม็ดกับซัลฟา ๑ เม็ด. อาการ
หอบทวีมากขึ้นเรื่อย ๆ. ผู้ช่วยไม่ค้อยรู้สึก
ตัว, กระสับกระส่าย. พอรุ่งเช้ามารดาพา
ไปหาแพทย์ที่ร้านขายยาแห่งหนึ่ง, แพทย์
ฉึกษาเข้าตะโพก ๑ เซ็ม (ในตอนหลัง
ทราบจากแพทย์ผู้นั้นว่าเป็นยาฆ่าจุลินทรีย์)
แล้วนำส่ง ร.พ.

การตรวจร่างกายแรกวัย อุณหภูมิ
๓๘.๕ ช. ชีพจร ๑๔๐/นาที. หายใจ
๕๒/นาที. ความดันเลือด ๑๐๐/๕๐.
หอบเล็กน้อย. เซอิมซึม. กระสับกระส่าย.
กินร้อง, เพ้อ. ไม่รู้สึกตัวตลอดเวลา. ไม่
มีอาการเขียว. ริมฝีปากแห้ง. คออักเสบ
แดง. ปอดและหัวใจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ.
ระบขอื่น ๆ ไม่พบข้อผิดปกติ.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง ม.ล.ก.
๔.๕ ล้าน, ม.ล.ช. ๑๕๒๐๐, นิวโทร
๕๖ ปช., ลิ้มโฟ ๔๔ ปช. อานาจีบ
การบ่อนโคอีออไซท์ ๒๐.๘ ปริมาตร ปช.,
ซาลิซิลเลตในพลาสมา ๕๑.๔ มก.ปช.

ข้อสวาระให้ผลบวกกับ เพอร์ริคผลอ-
ไรท์ (ข้อสวาระต้มแล้ว); แอลิวมินมี
นิกน้อย; อะเซโทนไม่พบ; มีแกรนุ-
ลาร์คาสต์.

น้ำส้นหลังต้มเคือกแล้วให้ผลบวกกับ
เพอร์ริคผลอไรท์. อื่น ๆ ปกติ.

เมื่อรับไว้ได้ให้เศษ ๑ ส่วน ๖ โม-
ลาร์ โซเดียมแล็คเตท, กลูโคส, ยากระตุ้น
การไหลเวียนเลือด, ออกซิจีนและเพ-
นิซิลลิน. อาการต่าง ๆ ไม่ดีขึ้น. คงหอบ
เล็กน้อย. อาเจียน ๑ ครั้ง, ซึ่งมีแต่น้ำใส ๆ
ออกมา. ไม่ไค้สติตลอดเวลา. ถึงแก่กรรม
๑๔ ช.ม. หลังรับไว้ใน ร.พ.

รายงานการตรวจศพ (เลขที่ ๕๕๕๓.
๒๔๕๗) สมองมีขมมน้ำ; เซลล์ประสาท
มีฟอง (แคววิโอลต์) และในบางตอนมีการ
เสื่อมของนิวเคลียส; ซัยโทพลาสมาใน
บางเซลล์มีอโอสิโนฟิลิคออกดัยประปราย.
ปอดมีขมมน้ำและเลือดคั่งปานกลาง.
ในบางตอนมี โมโนนิวเคลียร์ เซลล์แทรก

ซึ่มในส่วนอินเทอร์สติกเซียล.

คัมมีเลือดคั่ง, เกลาคีย์สะเว็ลลิ่งกั และ เซ็นทรัลนัโคโรลิส ของเซ็ลล์คัมเล็กน้อย.

โตมี เกลาคีย์สะเว็ลลิ่งกั ของเยื่อหุ้มทูล. โกล์เมอรูล ปรากฏมีเซ็ลล์มากกว่าธรรมดา. มีแอลบิวมินจับตัวเจนนในทูล. หลอดเลือดของไตไม่เปลี่ยนแปลง.

ม้ามมีเลือดคั่งในไซนุซอยด์; มัลบีเกียนคอร์ปัสเซิล ไม่เป็นรูปอย่างธรรมดา. บางแห่งมีการเปลี่ยนแปลงไปทางนัโคโรลิส. หลอดเลือดมัลบีเกียนมีการอักเสบ.

ต่อมหมวกไตมีเลือดคั่ง.

หัวใจมีเกลาคีย์สะเว็ลลิ่งกัและแฟคตึคัเจเนอเรชั่น.

วิจารณ์

อุณหภูมिर่างกาย ในเด็กเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วกว่าในผู้ใหญ่, เพราะเด็กมีอัตราเมตาบอลิซึมสูงกว่า และมีเนื้อที่กระจายความร้อนต่อหน่วยน้ำหนักตัวมากกว่าผู้ใหญ่. เพราะฉะนั้นการให้ยาลดไข้ในขนาดมากเป็นเวลานาน ๆ ในวัยที่ต้องการบรรเทาอาการจึงไม่มีความจำเป็นสำหรับเด็ก. นอกจากนี้การทำซีโคโรเออ

รายก็เป็นที่เหมาะ, ลดไข้ได้มาก, และจะทำให้เด็กรู้สึกสบายขึ้นมากด้วย. ถ้าใช้ในขนาดที่เหมาะสมและใช้เป็นครั้งคราวเท่าที่จำเป็น, ถ้าคอยนั่งอยู่เสมอมว่ายาลดไข้ทั่วไปมีฤทธิ์เพียงลดไข้, ไม่ได้เป็นยารักษาโรค (ยกเว้นไซร์มาติกเท่านั้น), จำนวนการลดไข้ยาลดไข้ก็จะน้อยลงไปมาก. เด็กแต่ละคนทนต่อยาได้ไม่เหมือนกัน. นอกจากนั้นสภาพของเด็กขณะที่ได้รับยา ยังเป็นเหตุช่วยเสริมให้เด็กเกิดอาการลดไข้. อาจพบอาการพิษอย่างรุนแรงในเด็กที่มีระดับซาลิซิลเลตในเลือดค่อนข้างต่ำได้บ่อย ๆ. Graham และ Parker⁽⁵⁾ ให้หลักฐานแสดงว่าอาการพิษที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันได้มาก ๆ ในแต่ละบุคคล.

สรุป

ได้เสนอรายงานอาการพิษเนื่องจากยาพวกซาลิซิลเลตในเด็ก รวม ๒๓ ราย. ผู้ป่วยทุกรายมา ร.พ. เมื่ออาการพิษอยู่ในระยะเมตาบอลิซึมอะซิโคลิส. ทารกและเด็กเล็กเกิดอาการเป็นพิษได้มากกว่าเด็กโต. ทำรายถึงแก่กรรมภายใน ๒๔ ชม. หลังรับไว้. หนึ่งรายได้ตรวจศพ.

ในที่นี้ขอขอบคุณท่านศาสตราจารย์หัวหน้า

แผนกกรมเวชศาสตร์ ที่กระตือรือร้นในแนวทางในการศึกษา, ตรวจแก้รายงานและอนุญาตให้เสนอรายงาน; ท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกและอาจารย์ใน แผนกสรีรวิทยาที่ได้นำเครื่องมือเครื่องใช้ตลอดจน แนะนำแนวทางปฏิบัติ, หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านที่ให้ความร่วมมือในการตรวจ ค้นและรักษาผู้ป่วย.

เอกสาร

1. F.H. Harvie et al. : Am. J. Dis. Child, 39 : 149, 1955.
2. M.J.H. Smith, C.H. Gray, J.B. Lurenon : Lancet 1 : 1008, 1954.
3. R.L.S. Bayless and A.W. Steinbeck : Lancet 1 : 1010, 1954.
4. Goodman and Gilman : The Pharmacological Basis of Therapeutics (The Macmillan Company, 1955).
5. J.D.P. Graham and W.A. Parker. Quart. J. Med. 17 : 153, 1948.
6. P.K. Smith, H.L. Gleason, C.G. Stoll and S. Ogorzalek : J. Pharmacol. & Exper. Therap. 87 : 2371, 1946,
7. William M. Wallace : Quart. Rev. Ped. 9 : 135, 1954.
8. D. Lester, G. Lolli and L.A. Greenberg : J. Pharmacol & Exper. Therap. 87 : 329, 1946.
9. S. Rapoport and G.M. Guest : J. Clin. Invest. 24 : 759, 1945.
10. J.A. Erganian, G.B. Forbes, and D.M. Case : J. Ped. 30 : 129, 1947.
11. R.B. Singer : Medicine 33 : 1, 1954.
12. S. Spector and C.F. McKhann : J. Ped. 32 : 227, 1948.
13. P.D. Doolan, W.P. Walsh, L.H. Kyle and H. Wiskinsky : J.A.M.A. 146 : 105, 1951.
14. H.R. Farber, M.J. Yiengst and N.W. Shock : Am. J. Med. Sc. 217 : 256, 1949.
15. L.A. Greenberg : New Eng. J. Med. 243 : 124, 1950.
16. W.J. Keller : Am J. Clin, Path. 17 : 415, 1947.
17. H.L. Barnett, J.R. Pavers, J.H. Benward and A.F. Hartmann : J. Ped. 21 : 214, 1942.
18. C.C. Johnson. J.A.M.A. 94 : 784, 1930.
19. C.T. Ashwerth and J.F. Mckenzie : J.A.M.A. 126 : 806, 1944.
20. K. Dodd. Am. J. Dis. Child. 53 : 1435 - 1446, 1937.
21. Wyllie : Lancet 2 : 768, 1935.
22. Troll : Am. J. Dis. Child. 69 : 37-43, 1945.

(Abstract of the foregoing Paper)

SALICYLATE INTOXICATION IN INFANTS AND CHILDREN

Direk Pongspipatna

M.B.

(Dept. of Pediatrics)

Twenty - three cases of salicylate poisoning were admitted into the Pediatric Service within the past forty - one months. The age range was 7 months to 12 years; the majority of cases were between the ages of 2 and 5 years. Sodium salicylate in the form of mixture was the drug most frequently used. Contributory laboratory data included plasma salicylate concentration, CO_2 - combining power and detection of ketone bodies and salicylate in the urine, and of salicylates in the cerebrospinal fluid. The intoxication was severe in most cases, and five patients succumbed. The principal curative measures comprised intravenous infusion of sodium lactate solution, glucose, oxygen and circulatory stimulants. Two case histories were presented as illustration. One patient was a four - year old girl who had been given 8 tablets of "Aspro" in the lapse of 15 hours. Hyperpnea and vomiting were severe. Salicylate concentration in the plasma was

found to be 7 mg. per cent., CO_2 - combining power 13.5 vol. per cent. She improved markedly within 24 hours of treatment. The other case was that of a boy, 2 years old, who was admitted in an unconscious state, restless and very toxic. He had received 6 tablets of "Aspirin" and 2 tablets of a "sulfa" drug within four hours. Hyperpnea was also marked. Plasma salicylate was found to be 51.4 mg. per cent., CO_2 - combining power 20.8 vol. per cent..

The patient succumbed 14 hours after admission in spite of intensive treatment. Autopsy revealed brain edema; congestion and edema in the lungs, congestion in the liver, spleen, adrenal; cloudy swelling in the liver and in the heart, which also showed fatty degeneration; cloudy swelling in the renal tubules which contained inspissated albumin.

(Twenty - four references)

(T.K.)

การแพ้โซเดียมซาลิซิลเลตในผู้ใหญ่

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย

จำลอง หะวินสุต

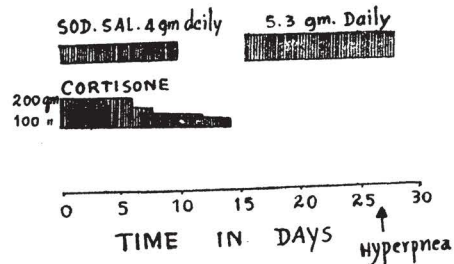
พ.ศ., Ph. D. (L'pool), D.T.M. (Calc.)

(แผนกอายุรศาสตร์)

เราเคยพบการแพ้โซเดียมซาลิซิลเลตในเด็กบ่อยๆ, แต่ในผู้ใหญ่ไม่สู้บ่อยนัก, นอกจากในรายที่พยายามจะฆ่าตัวตายโดยใช้แอสไพริน (กรกอะเซทิลซาลิซิลลิก) หรือน้ำมันระกำ (เมธิลซาลิซิลเลต). ผู้ป่วยที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นรายโซเดียมซาลิซิลเลตวันละ ๕.๓ กรัมเพียง ๑๐ วันก็เกิดอาการแพ้ขึ้น, ดังรายงานต่อไปนี้:

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย, โสภ, อายุ ๒๗ ปี (เลขที่ทั่วไป ๕๕๐๘๑.๕๗). เคยรับไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อ ๕ เดือนก่อน, โดยเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังมาโทสัส-ทิสเซมินาตัส. รักษาด้วยยาคอร์ติโซน. ต่อมาอาการกลับเป็นอีก, โดยมีไข้, ปวดข้อและผื่นขึ้นตามตัว. รับไว้ในโรงพยาบาลครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๔๕๘. ครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับคอร์ติโซนอยู่ ๑๔ วัน.

เจ็ดวันแรกให้วันละ ๒๐๐ มก., ๗ วันหลังค่อยๆ ลดขนาดลงเรื่อยจนงดยา (ทุกรูป). ในเวลาเดียวกันก็ให้โซเดียม



ซาลิซิลเลตชนิดเม็ดเค็ลล์อบวันละ ๔ กรัมอยู่ ๑๐ วัน, แล้วงดยา. ตั้งแต่เริ่มให้ยาทั้งสองอย่างนี้ผู้ป่วยก็มีอาการทเลาซันเวอช, จนกระทั่งเมองคยาซาลิซิลเลตและลดขนาดยาคอร์ติโซนลงมากแล้ว, คือเมื่อวันที่ ๑๒ ของการอยู่โรงพยาบาล, ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดข้อขึ้นอีก, และปวดมากขึ้นเมื่อไม่ได้ให้ยาทั้งสอง. ไม่มีไข้. ในวันที่ ๑๖ อยู่โรงพยาบาล (๖ วันหลังจากงดโซเดียมซาลิซิลเลตแล้ว) จึง

ให้ไซเคียมซาลิซิลีโลกชนิดเม็ดเคลือบ
อีกวันละ ๕.๓ กรัม, โดยแบ่งให้ ๔ ครั้ง,
คือ หลังอาหารเช้า, กลางวัน เย็น และ
ก่อนนอน. ในเย็นวันที่ ๑๐ ของการให้
ยาผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจเร็ว, ลึก, ห
อบ, คลื่นไส้เล็กน้อย, ไม่อาเจียน, ทำทาง
ซึม. ๑๒ ชั่วโมงต่อมาอาการเป็นมาก
ขึ้น. หอบลึก. หายใจ ๓๔ ครั้งต่อนาที.
นอนราบไม่ได้. ชีพจร ๑๒๐ ต่อนาที.
ความดันเลือด ๑๐๐/๗๐ มม. ปรอท.
ตรวจปอดและหัวใจไม่พบสิ่งผิดปกติ. ให้
การวินิจฉัยขั้นแรกว่าเป็นซาลิซิลีลิซึม.
ตรวจปัสสาวะไม่พบกรดยูริกหรือสารคีโตนเลย.
มีซาลิซิลีโลกซึบถ่ายในปัสสาวะเป็นจำนวน
มาก. (การไตเตรทหาจำนวนซาลิซิลีโลก
ในปัสสาวะยังทำไม่ได้). เจาะเลือดตรวจ
(โดยวิธีของ F. Velez Orozco และ F.
Guerra) พบซีรัมซาลิซิลีโลก ๖๐ มก.
ปช., แอลคาโลรีเซอร์ฟ ๑๓.๕ ปช. จึง
งดไซเคียมซาลิซิลีโลกและให้น้ำยาไซ-
เคียมแอสคิเตทหนึ่งในหกโมลาร์ ๕๐๐ ล.
ซม. และน้ำเกลืออินอร์มัลอีก ๑๐๐๐ ล.
ซม. ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะออกมากหลังจาก
ให้น้ำยาทั้งสองสัปดาห์, ซึ่งสิ้นเวลา ๔
ซ.ม. อาการหอบทุเลามาก. หายใจเหลือ

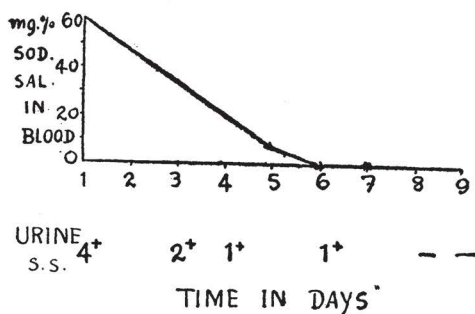
๒๔ ต่อนาที, ชีพจร ๕๐ ต่อนาที. ใน
วันที่ต่อมาเก็บปัสสาวะและเจาะเลือดตรวจหา
จำนวนซาลิซิลีโลกและแอลคาโลรีเซอร์ฟ

วิจารณ์

ไซเคียม ซาลิซิลีโลก หรือ แอสไพ
ริลที่ใช้ลดไข้หรือแก้ข้ออักเสบมาทีมนั้น,
เมื่อให้ขนาดสูงมาก ๆ อาจเกิดเป็นพิษได้,
เรียกว่าซาลิซิลีลิซึม. ผู้ป่วยจะมีอาการ
คลื่นไส้, อาเจียน, หอบ, เวียนศีรษะ,
ปวดหัว, เพื่อหรือซึม, ชีพจรเร็ว. หาย
ใจหอบ, ตามัว. อาการที่เกิดขึ้นมีความ
รุนแรงมากขึ้นแล้วแต่ความเข้มข้นของซา
ลิซิลีโลกในเลือด. ถ้ามีถึง ๒๕ มก.ปช.
จะเริ่มเกิดมีหอบ,⁽¹⁾ ถ้าถึง ๕๐ มก.ปช.
จะหายใจหอบลึก, ชีพจรเต้นเร็ว, ซึม
และมึนงง, คลื่นไส้อาเจียนและแอลคาโล
รีเซอร์ฟจะลดต่ำกว่า ๒๕.๘ ปช., ซึ่ง
แสดงถึงอะซิโตสิสอย่างแรงด้วย.^(1,2) ใน
รายของเรานี้ซีรัมซาลิซิลีโลกขึ้นสูงถึง
๖๐ มก.ปช. แอลคาโลรีเซอร์ฟลดต่ำ
เหลือ ๑๓.๕ ปช., และมีอาการแสดง
ซาลิซิลีลิซึมอย่างชัดด้วย, คือหอบลึก,
ชีพจรเร็ว หอบและซึม. อย่างไรก็ตามผู้
กล่าวว่อาการแพ้ซาลิซิลีโลกนี้จะหายไป

อย่างรวดเร็ว, ถ้าหยุดยาได้ทันที. (3,4,5) ผู้ป่วยของเราที่เช่นเดียวกัน, เพียงแต่หยุดยาและให้น้ำยาโซเดียมแล็กเตทและน้ำเกลืออนอร์มัล, ก็ที่เลาขึ้นอย่างรวดเร็ว. ทั้งนี้คงขึ้นอยู่กับภาวะชั้ถ่ายของซาลิซัยเลททางไตด้วย.

โซเดียมซาลิซัยเลทที่ให้ไปในชุดแรกคงจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับที่ให้ในชุดที่สอง, เพราะที่เราได้งดยาชุดแรก ๖ วันแล้วจึงได้เริ่มให้ชุดที่สอง. การชั้ถ่ายซาลิซัยเลทในผู้ป่วยนี้ก็เร็วพอใช้เหมือนกัน, ถึงรูปนี้, ซึ่งเห็นได้ว่าตรวจไม่



พบซาลิซัยเลทในเลือดแล้วหลังจากหยุดยาได้ ๕ วัน.

โซเดียมซาลิซัยเลทที่ใช้รักษาไข้มาากันั้น, ถ้าจะให้ได้ผลก็ต้องให้ขนาดสูงในชั้นที่เกือบเกิดเป็นพิษ, คือมีอาการคลื่นไส้หรือหอบเหนื่อย ๆ. ในขณะนั้นระดับซาลิซัย

เลทในเลือดมี ๒๕ มก.ปช. เป็นอย่างน้อย. คิดเป็นยาโซเดียมซาลิซัยเลทต้องให้ประมาณ วันละ ๖ กรัม. อันดิงตัน⁽³⁾ ให้ถึงวันละ ๑๐ กรัม, ทำให้ปริมาณซาลิซัยเลทในเลือดขึ้นถึง ๕๐ มก.ปช., แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการเป็นพิษรุนแรง. ส่วนผู้ป่วยรายของเราให้วันละ ๕.๓ กรัมอยู่ ๑๐ วันจึงเกิดอาการ, นับว่าขนาดน้อยกว่าที่เขาเคยรายงานกันไว้แล้วในต่างประเทศ. ปัจจัยที่สำคัญอาจเป็นเพราะผู้ป่วยของเราน้ำหนักตัวน้อยกว่าของเขาก็เห็นได้ (รายงานหนัก ๕๐ กก.) หรือไม่เช่นนั้น ก็เนื่องจากรายานมีการชั้ถ่ายซาลิซัยเลทน้อยกว่าผู้อื่นก็ได้.

ในการตรวจหาซาลิซัยเลทในเลือดพบว่าในวันที่ ๔ หลังจากหยุดยาแล้วยังเหลือ ๕ มก.ปช, ในวันที่ ๕ และ ๖ ตรวจไม่พบแล้ว. ในปัสสาวะยังคงพบอยู่อีก, แต่พอถึงวันที่ ๘ ก็ตรวจไม่พบ.

สรุป

ผู้ป่วยโรคตับดีเอริย์ธมาโตซัสคัสเซมินาทัส ได้รับโซเดียมซาลิซัยเลทชนิดเม็ดเค็ลอบวันละ ๕.๓ กรัมอยู่ ๑๐ วัน, เกิดอาการซาลิซัยลิสมีอย่างแรง, คือคลื่น

ไส้, ท้อง, ช้ำ, หายใจหอบ, ชีพจรเร็ว. ตรวจพบปริมาณซาลิซิลีเลทในเลือดสูงถึง ๖๐ มก.ปช. แอลคาโลรีเซอर्फต่ำมาก, เหลือเพียง ๑๓.๕ ปช. บัสสาวะมีซาลิซิลีเลทมาก. อาการพิษกึ่งกล่าวแล้วทุเลาอย่างรวดเร็วเมื่อกินยาและให้น้ำยาโซเดียมแอสคอร์บิกและน้ำเกลืออินอร์มัล. ตรวจไม่พบจำนวนซาลิซิลีเลทในเลือดหลังหยุดยาแล้ว ๕ วัน. แต่ในบัสสาวะยังตรวจพบอยู่อีก ๑ วันหลังจากนั้น. ถึงแม้ผู้ช่วยจะมีอาการรุนแรง, แต่ก็รักษาได้ทันที่. ผู้รายงานขอขอบคุณ แพทย์หญิง อุไร จิ่งเจริญ

แห่งแผนกศิริวิทยาที่ได้กรุณาตรวจหาปริมาณโซเดียมซาลิซิลีเลทในซุ่ม.

เอกสาร

1. T. Sollmann: A Manual of Pharmacology (W.B. Saunders Co., 1949. Phila.).
2. A. Osol et al: United States Dispensatory (J.B. Lippincott Co., 1947).
3. R.W. Huntington et al: Ann. Int. Med. 24: 1029, 1946.
4. R. Wegria and Smull: J.A.M.A. 129: 489, 1945.
5. R. Wigria and Smull: J. Ped. 26: 211, 1945.
6. R.B.H. Gradwohl: Clinical Laboratory Methods and Diagnosis. (C.V. Mosby Co., 1948 St. Louis).

ข่าวด่วน

กำหนดการพ้นวิชาของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตามที่ได้มีหนังสือติดต่อกับนายแพทย์โดยทั่วไปว่าระงับให้มิชุน ตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๔ ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๙๕ นั้น, ขอแก้กำหนดเป็นตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๒ ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๖ มีนาคม ๒๔๙๕.

(Abstract of the preceding Article)

SALICYLATE POISONING

A Case Report

Chamlong Harinasuta

M.D., Ph.D., (L'pool) D.T.M. (Calc.)

A patient suffering from lupus erythematosus disseminatus received 5.3 gm. of sodium salicylate tablets daily for ten days, after which she developed nausea, tinnitus, drowsiness, hyperpnea and tachycardia. Sodium salicylate concentration in the serum was found to be 60 mg. per cent and alkali reserve 13.5 vol. per cent. There was strongly positive reaction

for salicylate in the urine. The administration of sodium salicylate was withdrawn, upon which the plasma level of salicylate dropped sharply. Five days later sodium salicylate was undetectable in the plasma, although positive reaction in the urine sustained 24 hours longer.

(Six references)

(O.C.)

อะซิโกลิสรุนแรง เนื่องจากกินแอมโมเนียมซัลไฟด์

จำลอง หาริณสุต

พ.ด., Ph.D., (L' pool) D.T.M. (Calc.)

(แผนกอายุรศาสตร์)

แอมโมเนียมซัลไฟด์ที่ใช้เป็นยาขับปัสสาวะ, จัดอยู่ในพวกเกลือที่ทำกรดขึ้นในร่างกาย. กลไกของการขับปัสสาวะคือเมื่อแอมโมเนียมซัลไฟด์ถูกดูดซึมเข้าในร่างกายแล้ว, ไอออนแอมโมเนียมจะถูกเปลี่ยนเป็นยูเรีย, เหลือไอออนซัลไฟด์ไว้, ซึ่งจะถูกลำเลียงออกจากโกลเมอรูลัสของไต, แล้วถูกดูดกลับเข้าในร่างกายอีก, ส่วนใหญ่โดยส่วนต้นของทิวล, และส่วนน้อยโดยส่วนปลายของทิวล. โดยที่ซัลไฟด์มีจำนวนมาก, ทิวลทำการดูดซัลไฟด์ให้กลับเข้าร่างกายไม่ทัน, ไอออนนั้นก็ออกไปกับปัสสาวะ, โดยดึงเอาไอออนโซเดียมติดไปด้วย. โดยทำนองนี้น้ำก็จะถูกดึงออกไปเป็นจำนวนมากด้วย, เกิดเป็นการขับปัสสาวะ.^(1,2)

ในเวลาเดียวกันนั้นซัลไฟด์ซึ่งเป็นไอออนที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้. จะทำปฏิกิริยากับไบคาร์บอเนตของระบบบัฟเฟอร์,

ลดจำนวนต่ำลง, ทำให้เกิดอะซิโกลิสขึ้น. ถ้าร่างกายแก้ไขไม่ได้ทันที่, ก็อาจเกิดอะซิโกลิสมากขึ้นอาจทำอันตรายต่อผู้ป่วยได้.

อะซิโกลิสอย่างแรงที่เกิดขึ้นจากแอมโมเนียมซัลไฟด์ได้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยผู้หนึ่งถึงรายงานต่อไปนี้.

เด็กชายไทยอายุ ๑๓ ปี เลขที่ทั่วไป ๒๐๕๘๑.๕๘, บัญเป็นโรคโกลเมอรูโลเนฟริทิสรองปัจจุบัน, รัยไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๘. อยู่โรงพยาบาลได้ ๖ เดือนก่อนที่จะเกิดอาการครั้งนี้. ระหว่างที่อยู่ในห้องบริบาลมีอาการบวมข้างขม่อม. ยาขับปัสสาวะที่ใช้มีหลายอย่าง, คือเมอร์คูซัลเฟต, ไทอูเรทิน, โปแตสเซียมในเครท, ไทอะม็อกซ์. จำนวนปัสสาวะต่อวันมีประมาณ

๖๐๐ ถึง ๑,๒๐๐ ล.ชม., ความกว้าง
 เพราะอยู่ระหว่าง ๑.๐๓๐ ถึง ๑.๐๐๘,
 สุกแล้วแต่จำนวนขี้สสาระน้อยหรือมาก,
 แอลบิวมีนมีทุกวัน, ตั้งแต่ ๒ + ถึง ๔ +
 คาสต์, เมื่อกัดเนื้อแดงและเมื่อกัดเนื้อขาว
 มีบ้างในบางวัน. อุณหภูมิร่างกายประมาณ
 ๓๗.๓°ซ. ในตอนบ่าย, ความดันเลือด
 ประมาณ ๑๒๒/๘๘ มม.ปรอท. เอ็นพี
 เอ็นในเลือด ๓๐ มก. ปรช., ครีอะทีนิน
 ๑ มก. ปรช., แอลบิวมีนในซีรัม ๓ ปรช.,
 โกลบูลิน ๑.๕ ปรช. ผู้ป่วยมีอาการขม ๆ
 ขม ๆ เรื่อยมา. ถ้าขมมากฉีกเมอร์คิวซีย
 คริน, ขี้สสาระออกมาก, ขมก็ยกลง.
 แต่ไม่ซำกขมขึ้นอีก. เป็นคังนัจนกระทั้ง
 ถึงคันเคอนกันยายน ๒๔๕๘ กลับขมขึ้น
 อีก. ใค้ฉีกเมอร์คิวซียคริน ๓ ครั้ง ๆ ละ
 ๒ ล.ชม. ห่างกัน ๖ และ ๒ วัน, ตาม
 ลำดับ. ขี้สสาระไม่ค่อยออก. ตรวจ
 ขี้สสาระพบว่าปฏิบัติกริยาเป็นค่าง. คังนั้นใน
 วันที่ ๑๑ กันยายน จึงเริ่มใค้แอมโมเนียม
 ผลิตอโรค (ในรูปน้ำละลาย ๒๕ ปรช.) ใน
 ขนาด ๓.๘ กรัม วันละ ๓ ครั้ง (รวม
 วันละ ๑๑.๔ กรัม). ปฏิกริยาขี้สสาระ
 เปลี่ยนเป็นกรด. จึงฉีกเมอร์คิวซียคริน
 ๑ ครั้ง, ขี้สสาระออกพอสมควร. ผู้ป่วย

ใค้รับแอมโมเนียมผลิตอโรค ๔ วัน. ะ
 หวานนั้นมีอาการคลื่นไส้ข้างเล็กน้อย, ไม่
 มีอาเจียน. ในคืนวันที่ ๔ ใค้ให้ผู้ช่วย
 มีอาการเหนื่อยและหอบ, ซึ่งใค้เป็นมาก
 ขึ้นทุกที. อุณหภูมิขึ้นเป็น ๓๘.๕°ซ. ชีพจร
 ๑๒๐/นาที, รุ่งขึ้นเป็น ๑๓๕/นาที ใน
 ตอนเช้า และ ๑๔๕/นาที ในตอนบ่าย,
 พร้อมทั้งเต้นเขาค้ว. ความดันเลือด
 ๑๒๐/๕๐ มม. ปรอท. หายใจหอบลึกและ
 ชื้นเป็น ๓๒, ๔๔ และ ๕๒/นาที ภายใน
 ๑๒ ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ. อาเจียน
 ตลอดเวลา. มีน้ำและน้ำลายออกมาก. ใค้
 ใค้ขม ๆ, มีเสมหะขาวข้างเล็กน้อย. ทำ
 ทางอาการหนักคล้ายจะตาย. เจาะเลือด
 ตรวจพบว่าแอลคาโลรีเซอร์ฟเหล็ก ๕.๑
 ปรช. ปริมาตร, เอ็นพีเอ็น ๕๖.๔ มก. ปรช.,
 ครีอะทีนิน ๒ มก. ปรช. ไม่มีขี้สสาระ
 ออกเลย. วินิจฉัยว่าเป็นอะซิโตสิสอย่าง
 แรง. งดยาแอมโมเนียมผลิตอโรคทันที.
 ฉีกน้ำยาโซเดียมแลคเตท ๑/๖ โมลาร์
 ๑๕๐๐ ล.ชม. ใค้ออกซัยเงิน. ใค้กิน
 โซเดียมไบคาร์บอเนตเท่าที่กินใค้. ฉีก
 อะมิโนพีลลันและยาบำรุงหัวใจ. ๖ ชั่วโมง
 ภายหลังใค้การรักษาก็ช่วยมีอาการ
 ทั่วไค้ขึ้น, หอบลดลง. หายใจเหลือ

๔๔/นาทีก, ซึฟวร ๑๒๐/นาทีก. ถ้าย
 บัสสาวะไม่ออก, ท้องสวน, ใ้ ๗๐๐ ล.
 ซม. รุ่งขึ้นให้กลูโคส ๑๐ ปช. ในน้ำ
 กลั่น ๑,๐๐๐ ล. ซม. แอลคาโลรีเซอร์ฟ
 ซึนเป็น ๒๒.๖ ปช. ปริมาตร. หายใจ
 ๒๔/นาทีก, ซึฟวร ๑๒๐/นาทีก, เอ็น.พีเอ็น
 ๖๐ มก.ปช., ครีอะทีนิน ๑.๕ มก.ปช.
 ความดันเลือด ๑๒๔/๘๒ มม.ปรอท.
 ถ้ายบัสสาวะได้เอง. ต่อมาผู้ช่วยทะเลาะขึ้น
 เรื่อย ๆ และในที่สุดก็กลับคืนสู่สภาพเดิม.

วิจารณ์

อะซีโคติสสันเกิดจากแอมโมเนียม
 ผลิตไรค์, เท่าที่ค้นได้พบมีผู้รายงานไว
 ๒ ครั้งเท่านั้น, และครั้งสุดท้ายเมื่อ ๓๐
 ปีมาแล้ว.^(3,4)

ขนาดกินของแอมโมเนียมผลิตไรค์ที่
 ใช้เป็นยาขับบัสสาวะนั้น, ซอลด์แมนน์⁽²⁾
 กำหนดไว้ ๓-๖ กรัมต่อวัน, กึคแมนและ
 กิลแมน⁽¹⁾ และ โอซอล⁽⁵⁾ กำหนดไว้สูง
 กว่า, คือ ๘-๑๒ กรัมต่อวัน. ขนาดเท่า
 ที่ทำให้บัสสาวะเป็นกรคนตามปกติจะไม่
 ทำให้เกิดอะซีโคติส. ในรายที่ไตทำหน้าที่
 ขับถ่ายกรไม่เต็มที่หรือร่างกายแก้ไขไม่ได้,
 เช่นในโรคไตอักเสบเรื้อรังหรือในรายที่

กินยาเกินขนาด, อาจเกิดอะซีโคติสได้.
 ถ้าแก้ไขไม่ทันผู้ช่วยอาจเกิดเป็นอันตราย
 จนถึงขั้นเสียชีวิตได้.

ผู้ช่วยรายนี้ได้รับแอมโมเนียมผลิต-
 ไรค์. (ปรังในแผนกเภสัชกรรมของร.พ.
 ศิริราช) วันละ ๑๑.๔ กรัม นับว่าเป็นขนาด
 สูงสุดประจำวันของผู้ใหญ่อยู่แล้ว. เมื่อ
 คิดว่าผู้ช่วยเพิ่งอายุ ๑๓ ปี, น้ำหนักตัว
 ในขณะที่มีขมอยู่ด้วยยังเพียง ๓๐ กก.
 ขนาดยาที่ให้ก็น่าจะต้องว่าสูงเกินขนาด.
 ทั้งนี้ภายหลัง ๔ วันจึงเกิดอาการแสดง
 ของอะซีโคติสชัน. แอลคาโลรีเซอร์ฟ
 เหลือเพียง ๕.๑ ปช. ปริมาตร (ปกติ ๕๓-
 ๖๐ ปช. ปริมาตร.)⁽⁶⁾ นับว่าเป็นอะซีโค-
 ติสอย่างแรงมาก. เพราะเหตุที่ไตของผู้
 ช่วยรายนี้ยังทำงานได้ก็พอใช้. หลังจาก
 ให้โซเดียมแล็คเทท ๑/๖ โมลาร์
 ๑,๕๐๐ ล. ซม., หรือภายในเวลา ๖
 ชั่วโมงภายหลังให้การรักษา, ผู้ช่วยก็มี
 อาการดีขึ้น. หลังจากรักษา ๒๔ ชั่วโมง
 อาการก็หายไปเกือบสิ้นและแอลคาโลรี
 เซอร์ฟชันเป็น ๒๒.๖ ปช. ปริมาตร. ต่อ
 มาผู้ช่วยก็มีอาการดีขึ้นตามลำดับจนหาย
 เป็นปกติ.

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วยโรคโกล์เมอรูโลเน
ไฟโรติสรองข้จขุข้หนึ่งรายที่แสดงอาการ
อะซีโตสิสอย่างแรงอันเกิดจากการกิน
แอมโมเนียมซัลไฟด์, ซึ่งใช้เป็นยาขับ
ขี้ส้ววะ, แต่ขนาดที่ให้นั้นสูงมาก, คือ
วันละ ๑๑.๔ กรัม. อาการรุนแรงเกิด
ภายหลังให้ยาได้ ๔ วัน. แก้ไขได้ทันที
ทั่วทั้งโคของคยาแอมโมเนียมซัลไฟด์,
ให้น้ำยาโซเดียมแลคเตท, โซเดียม
ไบคาร์บอเนต, อ็อกซีเจน, กลโคสใน
น้ำกลั่น, และยาบำรุงหัวใจ. ผู้ช่วยเริ่มมี
อาการดีขึ้น ๖ ชม. ภายหลังจากให้การรักษา,
และเกือบเป็นปกติใน ๒๔ ชม.

ในที่นี้ผู้รายงานขอแสดงความขอบคุณศาสตราจารย์ ประเสริฐ กังสดาลัย หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ ที่ได้กรุณาแนะนำช่วยเหลือในเรื่องนี้เป็นอย่างดี.

เอกสาร

1. L.S. Goodman & A. Gilman: The Pharmacological Basis of Therapeutics (The MacMillan Co., New York, 1955).
2. T. Sollmann: A Manual of Pharmacology (W.B. Saunders & Co., Phila., 1949).
3. J.B.S. Haldane: J. Physiol. 55: 265, 1926 (quoted by (2)).
4. J.B.S. Haldane et al: J. Physiol. 65: 412, 1928 (quoted by (2)).
5. A. Osol et al: The Dispensatory of the United States of America (J.B. Lippincott Co., Phila., 1947).
6. J.A. Kolmer et al.: Approved Laboratory Technic (Appleton-Century-Crofts, Inc., New York, 1951).

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้ส่ง
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีวิชา

(Abstract of the preceding Report)

SEVERE ACIDOSIS DUE TO AMMONIUM CHLORIDE

Chomlong Harinasuta

M.D., Ph.D., (L' pool.) D.T.M. (Calc.)

(Dept. of Internal Medicine)

A case of marked acidosis due to ingestion of ammonium chloride is reported. The patient, a boy of thirteen, weighing 30 Kg. and suffering from subacute glomerulonephritis, was given 11.4 gm. of ammonium chloride daily, in three divided doses, as a diuretic. By the fourth day of administration the boy developed severe hyperpnea, rapid and feeble pulse, frequent vomiting and dry cough, which were recognised as signs of severe acido-

sis. The blood alkali reserve was reduced to 5.1 volume per cent. The ammonium chloride was stopped and sodium lactate was given intravenously. Auxiliary treatment included sodium bicarbonate, glucose, oxygen and heart stimulants. Symptoms subsided within six hours, and recovery was rapid.

(Six references.)

(C.H.)

บทความพิเศษ

โรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยแยก, การพยากรณ์และการรักษา

จิตต์ ตีจินดา

พ.บ., พ.ค., D.T.M. (Hamburg)

(แผนกอายุรศาสตร์)

การวินิจฉัยแยกโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง อาจทำในระหว่างผู้ช่วยกำลังหมดสติ, หรือหลังจากฟื้นคืนสติแล้วก็ได้.

ก. ขณะผู้ช่วยหมดสติ จำเป็นต้องแยกโรคจากสาเหตุอื่น ๆ ของการหมดสติ. ซึ่งมีอยู่มากมายและไม่จำเป็นต้องบรรยายในที่นี้, เพราะเป็นเรื่องยืดเยื้อมาก. การตรวจพบอาการสมองเฉพาะแห่งเช่นอัมพาตครึ่งซีกทั่ว, ฯลฯ, ช่วยแยกสาเหตุของการหมดสติที่ไม่มีวิการสมองเฉพาะที่ออก. การตรวจน้ำสันหลัง, ตรวจภายในลูกตา, ตรวจโพรงสมองโดยการใส่ลม, ทำอาร์เทอร์ิโอแกรมหลอดเลือดสมอง และตรวจกระแสไฟฟ้าสมอง เป็นการช่วยแยกโรคหลอดเลือดสมอง ออกจากสาเหตุของการ

หมดสติอื่น ๆ ได้มาก.

ข. หลังจากฟื้นคืนสติหรือในรายที่ไม่หมดสติ ผู้ช่วยเมื่อฟื้นคืนสติแล้วมีอาการสมองเฉพาะที่, จำต้องแยกจากโรคอื่น ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอาการสมองเฉพาะที่ได้คล้ายกัน. ตัวอย่างรายที่มีอัมพาตครึ่งซีกทั่วอาจเกิดจากการฉวยที่ศีรษะ, เนื้องอกสมอง, โรคติดเชื้อที่สมองหรือเยื่อหุ้มสมอง, เช่นสมองอักเสบ, โพรงหนองในสมอง, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, และสาเหตุอื่น ๆ เช่น ซีสต์เซอโรโคสิส, ซัยคาติคซีสต์ในสมอง, สเคลอโรซิสกระจัดกระจาย เป็นต้น. โรคดังกล่าวโดยมากมักก่อให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกทั่วอย่างช้า ๆ. ส่วนในโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง, ส่วน

มาก อัมพาตครึ่งซีกตัวเกิดขึ้นทันทีทันใด. โรคอื่นบางรายที่กล่าวแล้วอาจก่อให้เกิด อัมพาตครึ่งซีกตัวขึ้นทันทีทันใดคล้ายโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมองได้, เช่น :

(๑) การฉลายคีระยะและมักขึ้นเล็กน้อยที่ฐานในของเยื่อหุ้มสมองคิวรา. ในโรคนี้ได้ประวัติการฉลายที่คีระยะอย่างแรง. อาการก้าวหน้าขึ้นไปช้า ๆ. น้ำสันหลังอาจใสหรือมีสีเหลืองคล้ายโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง. การตรวจโพรงสมองและช่องไขว้เยื่อหุ้มสมองโดยวิธีเอ็นเซฟาโลกราฟีช่วยแยกโรคออกจากกันได้.

(๒) เนื้องอกสมอง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่มีเลือดออก, อาจก่ออาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองได้. เลือดออกในสมองอาจทำให้เกิดมีความดันในกระโหลกศีรษะสูง, ทำให้มีอาการปวดศีรษะ, อาเจียนโดยไม่มีคลื่นเหียนหรือเกี่ยวกับการกินอาหาร, และข้อปดิกดิสค์ขวม. ในรายเช่นนี้การทำเอ็นเซฟาโลแกรม, อาร์เทอร์ิโอแกรมหลอดเลือดสมองและการใช้ radioactive diiodofluorescein ฉีดเข้าหลอดเลือดแล้วตรวจหาตำแหน่งเนื้องอกด้วยเครื่องนับรังสีไอ-

เกอร์, ช่วยแยกโรคได้มาก. การตรวจกระแสไฟฟ้าสมองไม่ช่วยในการแยกโรคทั้งสองนี้เลย.

(๓) สเกลล์โรซิสกระจัดกระจาย, ในรายเริ่มเป็นครั้งแรก, อาจมีอาการสมองเฉพาะที่ขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการอื่นมาก่อน, ซึ่งคล้ายกับโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันมาก. การตรวจโดยทำอาร์เทอร์ิโอแกรมหลอดเลือดสมองช่วยแยกโรคได้มาก. ถ้าการตรวจนี้ยังแยกโรคไม่ได้, ต้องรอสังเกตการดำเนินของโรคต่อไป. ในโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมองรายที่เป็นมากอาจตาย; ที่เข้มน้อยเมื่อหายแล้ว, อัมพาตอาจคืนคืนหรือคงที่. ส่วนในสเกลล์โรซิสกระจัดกระจายอาการมักก้าวหน้าไปอย่างช้า ๆ และมีกรหาย ๆ เช่น ๆ.

เมื่อแยกโรคต่าง ๆ ออกได้แล้วต่อไปต้องแยกชนิดต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมองชนิดต่าง ๆ ออกจากกัน. ที่สำคัญคือการแยก ระหว่างเลือดออกในสมอง, หลอดเลือดสมองตัน กับหลอดเลือดสมองถูกอุด. หลักการแยกดูในตารางต่อไปนี้.

| อาการ และสิ่งตรวจพบ | เลือดออก ในสมอง | เลือดแข็งใน หลอดเลือดสมอง | หลอดเลือดสมอง ถูกอุด |
|------------------------|--|---|--|
| การเริ่มต้น | ก) มักมีปวดศีรษะ, คลื่นเหียน, อาเจียน. ข) อาการสมอง เฉพาะที่เป็นทันทีทัน ใด. | ก) มีอาการล่อง หน้าก่อนเป็น. ข) อาการสมอง เฉพาะที่ค่อยเป็น ค่อยไป. | ก) ไม่มีอาการล่อง หน้า. ถ้ามีก็เป็น เล็กน้อยไม่สำคัญ. ข) อาการสมอง เฉพาะที่ เป็นทันที ทันใด. |
| ชักเมื่อเริ่มเป็น | มีบ่อย | ไม่ค่อยมี | มีบ่อย |
| หมดสติเมื่อเริ่มเป็น | ก) มีบ่อย และ เป็น อยู่นาน. ถ้าหมดสติ เกิน ๒๔ ชม. โดย มากเนื่องจากโรคนั้น. ข) ขณะหมดสติ หน้าแดง, ชีพจรแรง และช้า, หายใจคั่ง. | ก) พบน้อยและเป็น ไม่นาน, ไม่เกิน ๒๔ ชม. ข) คล้ายหลอดเลือด สมองถูกอุด. | ก) พบน้อย. เป็นไม่ นาน. ข) ขณะหมดสติมี ซีด, หน้าซีด, ชีพจรเบา, หายใจ เบา. |
| ไข้ | มีเมื่อเริ่มเป็น. | ไม่มี | มีหรือไม่มี, แล้ว แต่สาเหตุ. ราวกับ เนื่องจากเยื่อช่อง หัวใจ อีกเสบมีเชื้อ ชนิดรอนบ์จุลิน มี ไข้เสมอ. |

| อาการ และสิ่งตรวจพบ | เลือดออก ในสมอง | เลือดแข็งใน หลอดเลือดสมอง | หลอดเลือดสมอง ถูกอุด |
|--------------------------------|--|------------------------------|--|
| การตรวจร่างกาย | พบสาเหตุ และ อาการสมองเฉพาะที่. | เหมือนกัน. | เหมือนกันเช่น โรคหัวใจ. พบอาการและสิ่งตรวจพบของหลอดเลือดถูกอุดที่อื่น, เช่น ผิวหนัง, ไต, ม้าม. |
| ความดันเลือดสูง | พบบ่อย. | ไม่ค่อยพบ. | ไม่ค่อยพบ. |
| หายใจแบบ เซย์นส์ไคค | พบบ่อย. | ไม่ค่อยพบ. | ไม่ค่อยพบ. |
| ตาและหน้า เอียงไปข้างอัมพาต | พบบ่อย. | ไม่ค่อยพบ. | ไม่ค่อยพบ. |
| คอแข็ง | พบบ่อย. | ไม่ค่อยพบ. | ไม่ค่อยพบ. |
| การตรวจ ภายในลูกตา | พบเลือดออก, แอลบูมินูรีค, เรติไนติส, หลอดเลือดโป่งพองขนาดเล็ก ๆ. | พบหลอดเลือดแข็ง. | พบหลอดเลือด เรติน่าถูกอุด. |
| อาการทางไต | พบบ่อย. | ไม่ค่อยพบ. | ไม่ค่อยพบ. |
| อาการ บวมน้ำ ๒ ข้าง | พบบ่อย. | ไม่ค่อยพบ. | ไม่ค่อยพบ. |

| อาการ และสิ่งตรวจพบ | เลือดออก ในสมอง | เลือดแข็งใน หลอดเลือดสมอง | หลอดเลือดสมอง ถูกอุด |
|--|--|--|--------------------------------------|
| น้ำสันหลัง | ความดันสูง, มีสี เหลือง, ปนเลือด หรือเป็นเลือด (๗๕ ปช.) | ความดันไม่สูง, โดย มากใส, บางรายอาจ มีสีเหลือง แต่ไม่ ปนเลือด. การ เปลี่ยนแปลงอื่น ๆ แล้วแต่สาเหตุ. | เหมือน ใน หลอด เลือด สมอง ถูก อุด |
| การ เคลื่อน ที่ ของ หินปูน ที่ ต่อม ขั้ว น้ อัด (pineal shift) | มี. | ไม่มี. | ไม่มี. |
| อาร์เทอโรแกรม. | มีการผลัด กัน ของ หลอดเลือด สมอง. | หลอดเลือดสมองที่ ตันไม่มีสีเข้. | เหมือน หลอดเลือด สมองตัน. |

การ พยา กรณ์ โรค ของ เลือด ออก ใน
สมอง, เลือด แข็ง ใน หลอด เลือด สมอง
และ หลอด เลือด ถูก อุด

เลือดออกในสมองนี้ข้ว่าเป็นโรคร้ายแรงมาก, เพราะตายมากกว่าชนิดอื่น ๆ. ๕๐ ปช. ตายภายใน ๔ วันแรก. จากสถิติของ Aring และ Merritt ใน ๑๑๖ รายที่ตาย, ๘ ปช. ตายภายใน ๒๔ ชม.; ๔๑ ปช. ระหว่างวันที่ ๑ ถึง ๔; ๓๘ ปช.

ระหว่างวันที่ ๕ ถึง ๑๔; อีก ๑๑ ปช. ตายระหว่าง ๒ สัปดาห์ ถึง ๒ เดือน. สถิติของ Zimmerman ใน ๑๐๗ รายพบว่า ๕๔ ปช. ตายขณะที่เป็นครั้งแรก; ทั้งหมดนี้ตายภายใน ๕ สัปดาห์. ตามสถิติของร.พ. ศิริราช พ.ศ. ๒๔๕๔-๒๔๕๗ ใน ๑๔๗ รายเป็นเลือดออกในสมอง ๕๗ ราย (๖๕.๕๘ ปช.), เลือดแข็งในหลอดเลือดสมอง ๓๒ ราย, ตาย ๕ ราย (๒๘.๑๒ ปช.);

หลอดเลือดสมองถูกอก ๗ ราย, ไม่มีตายเลย. การพ่นเร็วหรือช้าแล้วแต่เลือดออกมากหรือน้อย. รายใดถ้ามีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ เกินกว่า ๑๒ ถึง ๒๔ ชม., แสดงว่าเลือดออกมากขึ้น. รายไหนที่มีการหายใจแบบเฮย์น-สโต็ค หรือมีเลือดซึมเข้าโพรง, การพยากรณ์โรคเลวมาก.

เลือดแข็งในหลอดเลือดสมองหายแล้ว, อาจเกิดซ้ำอีกได้บ่อย. การเกิดซ้ำของเลือดออกในสมองพบน้อย. ส่วนในหลอดเลือดสมองถูกอกนั้นการเกิดซ้ำแล้วแต่สาเหตุ.

สำหรับผู้ป่วยที่หมดสติอยู่นาน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิน ๒๔ ชม., การพยากรณ์โรคไม่ดี.

การเกิดโรคแทรกเช่นปอดบวม, แผลนอนทับมีเชื้อ, หรือทางเดินขี้สวะอักเสบ, ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี.

อัมพาตเกิดจากเลือดแข็งในหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดสมองถูกอก, ถ้าไม่พ่นเมื่อหนึ่งเดือนผ่านไปแล้ว, มักจะไม่พ่นเลย. ในเลือดออกในสมองการตัดสินใจถึงกล่าวต้องรอจนผ่าน ๖ ถึง ๘ เดือนแล้ว.

ถ้าเกิดการหกทั้งที่กลัมน้ำในคอ, หมายถึง

ความยากลำบากนั้นไม่ค้นก็เป็นปกติได้.

การรักษาเลือดออกในสมอง, เลือดแข็งในหลอดเลือดสมอง, และหลอดเลือดสมองถูกอก

ก่อนใดการรักษาจำเป็นต้องแยกชนิดของโรคให้ได้เสียก่อน. ถ้าแยกไม่ได้, ควรให้แต่การรักษาทั่วไปเท่านั้น. ส่วนการรักษาเฉพาะควรรอก่อน, เพราะการรักษาเฉพาะของชนิดหนึ่งอาจเป็นอันตรายต่ออีกชนิดหนึ่งก็ได้.

การรักษาเลือดออกในสมอง แบ่งออกเป็นสองระยะ:

๑) ระยะหมดสติ

ก) การรักษาทั่วไป. ให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง ๆ ถ้าไม่จำเป็น, ห้ามย้ายหรือแยกหามผู้ป่วย. ที่กที่สุดคือผู้ป่วยเป็นทีไหน, ควรรักษาที่นั่น, นอกจากจะเป็นอย่างอื่นที่ไม่เหมาะสมกับการรักษาจะย้าย. แต่ต้องระวังการกระแทกอย่างที่สุด, เพราะชตากรรมของผู้ป่วยอาจตัดสินใจใน ๑-๒ ชม. หรือวันแรก ๆ. ถ้าพอหาแพทย์และพยาบาลรักษาได้ที่บ้าน, ก็ไม่ควรย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาล. ภายหลัง ๕ วันแล้ว, ถ้า

ผู้ช่วยที่ขึ้นอายุย้ายได้.

ขยายสิ่งผิดหรือออก, เช่นการที่ผู้เสีย
โทษ, เชื้อชาติ, ฯลฯ. ยกเว้นระดับเล็ก
น้อย. ตะแคงศีรษะไปทางใดทางหนึ่งเพื่อ
ป้องกันตนตกออกคอกน้อย. ถ้าตนตกต้อง
จับด้วยคัมคังห้อยไว้. คอยล้างน้ำลาย
และเสมหะออกจากคอกน้อย ๆ เพื่อป้องกัน
การสำลักเข้าปอด, เพราะผู้ช่วยหมดสติ
ซากหรือกลืนไม่ได้. ในรายที่มีเสมหะ
มากควรฉีกอะมิโนพีลลีนและอะโทรปีน
ให้. ตะแคงผู้ช่วยบ่อย ๆ เพื่อป้องกันปอด
บวมชนิดชั๊ยไปสะเตคค.

ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ, ต้อง
สวนออก. ถ้าจะคั่งสวนปัสสาวะบ่อย ๆ,
ควรคาสายยางไว้.

ให้อาหาร, น้ำและเกลือให้เพียงพอ.
การฉีกกลูโคสหรือซโครต ๕๐ ๒๕. เข้า
หลอดเลือดดำเป็นการให้อาหารที่ดี, แต่
อาจทำให้ผู้ช่วยขาดน้ำได้. บางคนให้ฉีก
กลูโคส ๕ ๒๕. ในน้ำเกลือ. วันหนึ่ง ๆ
ไม่ควรให้น้ำน้อยกว่า ๑๕๐๐ ล. ซม.
โดยทางหลอดเลือดดำ, ทางใต้ผิวหนัง
หรือสวนเข้าทางทวารหนักแล้วแต่จะเห็น
เหมาะ. อาจผสมวิตามินหรือโปรเทอีนฮัย
โกลัยเซทด้วยก็ได้. การให้อาหารและ

น้ำทางท่ออย่างสอดเข้าทางจมูกก็เพราะ
อาหารเป็นการให้อาหารและน้ำที่ดีที่สุดถ้า
ทำได้, เพราะอาจให้อาหารได้หลาย
ชนิด. การให้ต้องมีแพทย์หรือพยาบาล
คอยช่วย, เพราะมักจะมีอาเจียนถ้าให้
ที่เคี้ยวมาก ๆ หรือให้อยู่นาน ๆ วัน. บาง
ครั้งอาจสำลักเข้าปอดได้. ถ้ามีอาเจียน
ควรจับผู้ช่วยคว่ำ, เอาศีรษะห้อยลงข้าง
เตียงและคังท่ออย่างออก. รายที่พอรู้สึก
บ้าง ใน ๒๔-๔๘ ชม. แรกไม่ควรให้อา-
หารทางปาก, เพราะอาจสำลักได้.

ป้องกันโรคแทรก, เช่นปอดอักเสบ,
ซึ่งมักเกิดขึ้นเสมอในผู้ช่วยที่หมดสติเกิน
๒๔ ชม. โดยให้ยาแอนติไบโอติก, เช่น
เพนิซิลลิน ๒๐,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อ
๔ ชม. หรือ ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย, เข้าเส้น.

ถ้าผู้ช่วยนอนหมดสติอยู่นาน ๆ อาจเกิด
แผลนอนทับได้. ต้องพยายามป้องกัน
โดยจกผ้าปูนอนและเสื่อผ้าไม่ให้มีรอยยับ
ยุ่ย, ป้องกันการชันและ, หมั่นพลิกตัวผู้
ช่วยเสมอ ๆ, ล้างและทำความสะอาดกัน
และฝึยโดยเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ ๒๕ ๒๕.,
แล้วโรยแป้งหรือใช้ฟวงมาลัยยางรอง.
ถ้าเป็นแล้ว, ก็จัดการรักษาและป้องกัน
การติดเชื้อ.

รายที่กระสับกระส่ายให้ยาระงับ, เช่น ฟีนobarbิทัลโซเดียม ๓ เกรน ฉีกเข้ากลั้มหรือ ๖ เกรนทางปากวันละ ๓ ครั้ง; พาราแลกซีล ๑-๒ แกรมทางปากหรือ ๒-๔ ล.ซม. ฉีกเข้ากลั้ม; หรือผลอวัล-ซีเอท ๑๕ เกรนทางปาก. ห้ามใช้มอร์ฟีนเพราะก่อกการหายใจ. บางรายจำเป็นต้องให้ ออกซีเจน.

การเอากระเป๋าน้ำแข็งวางบนศีรษะเพื่อห้ามเลือดหรือ กระเป๋าน้ำร้อน วางบนมือและเท้าไม่มีประโยชน์, แต่ไม่ให้โทษ. จะทำเพื่อให้ญาติพอใจก็ไม่ขัด.

ข) การรักษาเฉพาะ. คือการรักษาสาเหตุ, เช่นลดความดันเลือดโดยฉีกหรือให้ยาลดความดันเลือด. เมื่อให้แล้วต้องคอยเฝ้าผลอย่างใกล้ชิดเพื่อเป็นแนวทางขนาดหรือชนิดของยาที่จะให้ต่อไป. การเอาเลือดออก (เจาะหรือผ่า) สมัยนี้ไม่ค่อยทำกัน, เพราะมียาลดความดันเลือดที่ อยู่ยูกมากแล้ว.

ลดการคั่งน้ำในสมองด้วยการฉีกกลูโคสหรือซูโครส ๕๐ ปร. ๕๐ ล.ซม. วันละ ๑ถึง๒ ครั้ง. Westphal ว่าอาการเลือดออกในสมองเกิดจากเลือดออกส่วนหนึ่งและจากสมองคั่งน้ำ, ซึ่งเกิดในโรคนี้,

อีกส่วนหนึ่ง.

ฉีกเลือดผู้ป่วยเองเข้ากลั้ม ๒๐-๓๐ ล.ซม. เพื่อเป็นการห้ามเลือดทุกวันสัก ๑๐ วัน. ถ้ากลัวเลือดแข็งขณะศุคควรใช้โซเดียมซิ.เตท ๒๕ ปร. ๒ ล.ซม. ผสม. ยาห้ามเลือดอื่น ๆ ไม่มีประโยชน์.

การผ่าศุคภายหลังที่ได้ทำอาร์เทอริโอกรัฟวินิจฉัยโรคและตำแหน่งที่เป็นแล้ว, เป็นที่นิยมกันในระหว่างศุคแลพัทธ์ระยะบยประสาท. ผู้เขียนได้ศุคการแสตงผู้ป่วย ๒ รายที่โรงพยาบาล แบลล์วูดครันนีวัลลอร์ที่ศุคยารแพทย์ว่าหมดหวัง, ศุคขึ้นด้วยการผ่าศุคเอาเลือดออก. แต่การรักษาทางยา กับทางผ่าศุคอย่างไรจะดีกว่ากัน, ยังไม่เป็นที่ตกลง.

๒. ระยะฟื้นแล้ว. เมื่อผู้ป่วยฟื้นแล้ว, ควรให้นอนพักต่อไปอีกประมาณ ๒ถึง๓ สัปดาห์ในรายที่เป็นน้อย ๆ, และ ๔ถึง๖ สัปดาห์ในรายที่เป็นมาก. ห้ามการกระเทือนและการรบกวนทางจิตใจ, เช่นการเยี่ยม โดยมีจำเป็นหรือเรื่องรบกวนต่าง ๆ. รายที่กระสับกระส่ายให้ยาพวกไฮโรไมด์หรือยาระงับที่กล่าวมาแล้ว. เริ่มให้อาหารอ่อนก่อน, ค่อยไปค่อยให้อาหารแข็ง. ถ้ายังมีสำลักอยู่, ควรให้ทางท่อ

ยางหรือทางตลอดเลือกต่อไปอีก. เริ่มให้ยาลด่ายอ่อน ๆ ได้. เลิกสวณยัสสวาระ; แต่ถ้ายังด่ายลำบาก, ควรให้ยากระตุ้นพาราซิมพะเซคิกช่วย.

บ็องกนกล้ามเนื้อหดกึ่งโดยเปลี่ยนท่าแขนขาบ่อย ๆ; อย่าปล่อยให้ยอยู่ในท่าเดียวนาน ๆ. เอาหมอนใส่รักแร้และรองใต้เข่า. กึ่งปลายแขน, ข้อมือและนิ้วมือให้เหยียดออก. ถ้ามีการหดกึ่งควรใส่เปลือกให้เหยียดวันละประมาณ ๒-๓ ชม. เอาถุงทรายหรือหมอนแข็ง ๆ ยันเท้าให้ตั้ง, หรือใส่เปลือกเท้าในท่าตั้งวันละ ๒-๓ ชม.

โยกข้อต่าง ๆ และนวดกล้ามเนื้อแขนขาข้างอัมพาตภายหลังฟื้นแล้วอีก ๒-๓ สัปดาห์หรือถึง ๓-๔ สัปดาห์. การโยกข้อต้องทำทุกข้อเพื่อกันข้อแข็ง. ครั้งแรกทำข้อละ ๒-๓ ครั้งต่อวัน, ต่อไปทำมากขึ้น; แต่ไม่ควรเกินข้อละ ๒๐ นาที. การนวดต้องทำเบา ๆ. ต่อไปนวดมากขึ้นเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง. บางคนชอบกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยกระแสไฟฟ้าฟาราเดคเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง. เมื่อกล้ามเนื้อแข็งแรงดีแล้ว เริ่มให้ผู้ช่วยบริหารกล้ามเนื้อเอง. ต่อไปให้หัดลุกนั่ง, ใช้มือและเท้า

เดินในท่าทางอย่างคนปกติ. ไม่ควรรีบร้อนเดิน, เพราะจะทำให้เดินได้ในท่าขาเก. ถ้ากล้ามเนื้อหดกึ่งให้ยาเนโอสติกมันหรือโปรสติกมันเมธิลซัลเฟต ๑ : ๒๐๐๐ ขนาด ๑-๒ ล.ชม. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ ๖ ครั้งต่อ ๑ สัปดาห์, หรือให้เนโอสติกมันไฮโดรไมท์ ๑๕-๔๕ มก. กับอะโทรปีนซัลเฟต $\frac{๑}{๑๐}$ เกรน, วันละ ๓ เวลา.

การรักษาเลือดแข็งในหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดสมองอกอก

โรคสองอย่างนี้ทำให้สมองส่วนที่เกี่ยวข้องขาดเลือดและก่อให้เกิดการสลายและการเหลวขึ้นเหมือนกัน. ฉะนั้นการรักษาเฉพาะจึงเหมือนกัน, ฉิดแต่การรักษาสาเหตุเท่านั้น. การรักษาทั่วไปและการรักษาอาการสมองเฉพาะที่เหมือนกันในเลือดออกในสมองเว้นแต่การทำกรเคลื่อนไหว, กระตุกด้วยไฟฟ้าและนวด. เริ่มต้นเร็วกว่า. บางคนให้เริ่ม ๑ ถึง ๒ สัปดาห์ภายหลังเย็น.

(๑) ขยายหลอดเลือด. ในสองโรคนี้มีผู้เชื่อว่ามีอาการหดเกร็งของหลอดเลือดเกิดขึ้นด้วย, เพราะอาการในโรคนี้ฟื้นเร็ว

หรือมขินแทบทุกวัน. เป็นการรักษาที่
ลำบากหน่อย. ถ้าคุมไม่ค้ำจะมีเลือดออก
ที่พิการสมองที่เกิดจากโรคนี้หรือก่อน ๆ.

(๓) ยาบำรุงระบบไหลเวียนเลือด.
ในโรคทั้งสองนี้โดยมากมีการไหลเวียน

เลือดเลวลงด้วย. ยาที่ควรใช้มีแคฟเฟ-
อินโซติโอเอ็นโซเอท, สตรีมมัน, โครรา-
มินและคาร์คิอาซอล, ฯลฯ.

(๔) รักษาสาเหตุ. เช่น ซึ่ฟัส,
โรคหัวใจ, ฯลฯ.

ข่าวด่วน

กำหนดการพินิจของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตามที่ได้มี
หนังสือติดต่อไปยังนายแพทย์โดยทั่วไปว่าจะจัดให้มีขึ้น ตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๔
ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๙๕ นั้น, ขอแก้กำหนดเป็นตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๒
ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๔๙๕.

บทบรรณาธิการ

เหงื่อออก

แพทย์หลายคนคงจะได้พบคนไข้ที่มาปรึกษาเรื่องมีเหงื่อตามฝ่ามือฝ่าเท้าเสมอ ๆ, ซึ่งยิ่งออกมากเวลาตื่นตื่น. ส่วนมากไม่อาจรักษาให้หายขาดได้. จึงขอรวบรวมความรู้เกี่ยวกับต่อมเหงื่อ, ยาขับเหงื่อและยาระงับเหงื่อมาเสนอปรึกษาความรู้พอสมควร.

ต่อมเหงื่อมีลักษณะเป็นหลอดตรง, ฝังอยู่ในหนัง. ส่วนใหญ่เป็นต่อมขี้เหงื่อชนิดน้ำใสเอ็คครีน ซึ่งทำหน้าที่ช่วยควบคุมความร้อนของร่างกายโดยการระเหยและนำความร้อนไปด้วยถึงที่ทราบกันคืออยู่แล้ว. อีกพวกหนึ่งเป็นต่อมขนาดใหญ่กว่า, หลั่งเหงื่อชนิดขุ่น, เรียกว่า "อะโปครีน." มีอยู่มากในบริเวณรักแร้, และหัวเหน่า. หน้าทของมันยังไม่ทราบแน่นอน. ที่พอทราบบ้างก็คือในบางคนน้ำหลังของมันเป็นเหตุของกลิ่นตัว.

ตามปกติเหงื่อที่ออกตามผิวหนังนั้นเกิดขึ้นระยะ ๆ. ระยะจะถี่และรุนแรงแค่ไหนก็สุดแล้วแต่ความร้อนที่มาสัมผัส.

อารมณ์ตื่นตื่นทำให้เหงื่อออกได้, โดยเฉพาะที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า. ถ้าจิตตณหภุมิแวดล้อมให้สิ่งพอที่เหงื่อจะออกได้ง่าย ๆ, อารมณ์ตื่น, การหายใจลึก ๆ, ตกอกตกใจหรือช็อคเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นจะทำให้เหงื่อออกทั่วตัวได้. ถึงแม้ในอากาศหนาว, ความเจ็บปวดหรืออารมณ์รุนแรงก็อาจทำให้เหงื่อออกท่วมตัวเป็นเม็ดโต ๆ ได้.

มีผู้เชื่อว่าพวกต่อมเอ็คครีนยังทำงานได้แม้บริเวณเฟล็กส์ชัน (คือข้อศอกหรือข้อพับ) และอุณหภูมิของอากาศเป็นตัวกระตุ้น. เหงื่อที่ออกโดยความร้อนหรือขยายอย่างนั้น, ในหน้าร้อนออกง่ายกว่าในหน้าหนาว.

สำหรับประสาทที่ควบคุมต่อมเหงื่อนี้เรียกว่า "ประสาทซิมพาเทติก" ซึ่งในปัจจุบันนี้เชื่อว่ามาจากประสาทซิมพาเทติกชนิดโสมลิเนอริค. เมื่อประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น, ส่วนปลายของมันจะปล่อยอะเซทิลโคลีน, ซึ่งจะไปกระตุ้นต่อมเหงื่อโดยตรงอีกทอดหนึ่ง. พวกต่อมเอ็คครีนรับสนองก็ได้, แต่สำหรับพวกอะโป

ครันมีบางคนว่าไม่รับสนองต่ออะเซทิลโคลีน. ที่เชื่อว่าเป็นประสาทพวกโคลีนเนอร์จิกก็เพราะว่ามันรับสนองเฉพาะยาพวกพาราซัยมพะโรมิเมติก, เช่นอะเซทิลโคลีน, บีโลคาร์บอน, พัยสอสติกมิน, ฯลฯ, แต่ไม่รับสนองต่อยาพวกซัยมพะโรมิเมติก เช่น แอควินาลีน.

นอกจากนี้อะโทรปีนซึ่งเป็นพวกพาราซัยมพะโรลียติก, ยังสามารถลดทอนเม็ทอให้เหลือไม่ให้เห็นได้.

ยาขับเหงื่อ. ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นต่อมเหงื่อมีดังต่อไปนี้.

๑. อะเซทิลโคลีน. ออกฤทธิ์คล้ายนิโคตินและมีสคาร์บิน. ขนาดน้อยกระตุ้นแก๊งเกลียน, ขนาดมากคล้ายพาราลัยส์. จึงกล่าวว่คล้ายนิโคติน. ในเวลาเดียวกันมันออกฤทธิ์ที่ปลายประสาทด้วย, จึงว่าคล้ายมีสคาร์บิน. หากใช้น้ำยา ๑:๑,๐๐๐ ฉีดเข้าในหนังให้เข้มน้คน, จะทำให้เหงื่อออกได้ภายใน ๕-๑๕ วินาที. นอกจากนี้จะเห็นเหงื่อออกอยู่บนเม็ทน, ยังเห็นผลกระจายออกไปรอบๆ อีกด้วย. ผลส่วนหลังนี้เกิดจากแอ๊กซอนรีเฟล็กซ์ซึ่งคล้ายฤทธิ์ของนิโคตินตอนต้น. ถ้าเราให้เคตราเฮอียล์แอมโมเนียมาก่อน, ซึ่งไปพารา

ลัยส์แก๊งเกลียนโดยทันที, จะไม่เกิดแอ๊กซอนรีเฟล็กซ์. ถ้าขนาดต่ำกว่านี้จะได้ผลเหมือนกับมีสคาร์บินอย่างเดียวกัน.

๒. นิโคตินขนาดน้อย (๑:๑,๐๐๐-๑:๑๐๐,๐๐๐) ทำให้เหงื่อออกได้. ขนาดมากจะพาราลัยส์แก๊งเกลียน.

๓. บีโลคาร์บอน. ออกฤทธิ์กระตุ้นที่ประสาทแห่งเดียว. เมื่อฉีดเข้าในหนังจะไ้เหงื่อออกตรงที่ฉีดเท่านั้น, บริเวณรอบๆ ไม่ออกเลย. ขนาด ๑:๑๐,๐๐๐, ๐๐๐ ก็ยังได้ผล. ถ้าฉีดเข้าใต้ผิวหนังขนาดมาก (๑๖ มก.), เหงื่อจะออกมากและทั่วตัว. ข้อเสียคือทำให้เกิดผลไม่กหลายอย่าง, เช่นน้ำลายไหล, อาเจียน, หลอดเลือดขยายทั่วไป.

๔. พัยสอสติกมิน (หรือเอเซอริน). ออกฤทธิ์โดยไปปลบล้างฤทธิ์ของโคลีนเอสเตอเรสซึ่งมีอยู่ในเลือดและทิสซิว. ตามปกติโคลีนเอสเตอเรสคอยทำลายอะเซทิลโคลีนให้หมดไปโดยเร็ว. ฉะนั้นเมื่อพัยสอสติกมินคอยทำลายโคลีนเอสเตอเรส, อะเซทิลโคลีนซึ่งมีอยู่ในเลือดจึงคงอยู่และออกฤทธิ์อยู่ได้นาน. นอกจากนี้ในตอนที่หลังนี้มีบางคนอ้างว่าพัยสอสติกมินออกฤทธิ์โดยตรงต่อต่อมเหงื่อด้วย.

๕. เมธาโพลีนและคาร์บามอล. เป็นสารสังเคราะห์ทั้งสองขนาน, ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นพวกประสาทโพลีเนอร์จิก. เมธาโพลีนเป็นอะเซทียัลเตคาเมอียัลโพลีน. ส่วนคาร์บามอลเป็นคาร์บามิโนอียัลโพลีน. เมธาโพลีนออกฤทธิ์เฉพาะปลายทางอย่างเดียว. ไม่มีฤทธิ์ต่อแก๊งเกลียน. เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะทำให้เหงื่อออกมาก, และโดยเฉพาะในร่มผ้ายิ่งออกเม็ดโต ๆ. เมธาโพลีน, จึงมีโอกาสระบายไปตามระบบน้ำเหลืองได้อีกด้วย.

คาร์บามอลคงตัวอยู่ในร่างภายใต้้นานกว่าเมธาโพลีน, และยังมีฤทธิ์ต่อแก๊งเกลียนคล้ายนิโคตินอีกด้วย. นอกจากนี้มันไม่ถูกทำลายโดยโพลีนเอสเทอร์. ฉะนั้นฤทธิ์ของมันจึงไม่เกี่ยวกับพิษสอสติกมัน. เนื่องจากมันถูกทำลายช้า มันจึงสามารถซึมไปตามระบบน้ำเหลืองได้ง่ายและกระจายไปได้รวดเร็ว, ไปทำให้เหงื่อออกได้ไกล ๆ ห่างจากบริเวณที่ฉีดเข้าในหนัง.

๖. ฟุ้ทเรโธเนียม (Furtrethonium). เป็นฟุ้ทรีลไทรเมอียัลแอมโมเนียมไอโอไดด์, ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายพวกพาราซีมพะเอคิกทั้งหลาย, และยังมีฤทธิ์

ต่อระบบการไหลเวียนและระบบประสาทด้วย. เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, ภายในไม่กี่นาทีจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว, เหงื่อออกมาก, และน้ำลายไหล. ในเวลาเดียวกันคนไข้อยากถ่ายปัสสาวะด้วย. สารนี้ไม่ได้เป็นโพลีนเอสเทอร์, จึงไม่ถูกทำลายโดยโพลีนเอสเทอร์. ฤทธิ์คงตัวอยู่นานเนื่องจากมันออกฤทธิ์ต่อกระเพาะปัสสาวะด้วย, จึงนิยมใช้รักษาอาการถ่ายปัสสาวะไม่ออก.

๗. เฮกซีน-อล (Hexene-ol). มีฤทธิ์คล้ายพวกมัสคาร์นอย่างเดียว. ใช้ฉูดนผิวหนังก็ทำให้เหงื่อขริเวณนั้นออกได้. ไม่ทำให้มีชัยเปอร์เมียดด้วย.

ยาระงับเหงื่อ. ยาพวกนี้แบ่งออกได้เป็น ๒ พวก, คือพวกออกฤทธิ์กดปลายประสาทพาราซีมพะเอคิก, กับพวกออกฤทธิ์กั้นที่แก๊งเกลียน.

พวกออกฤทธิ์กดปลายประสาทพาราซีมพะเอคิกมีต่อไปนี้.

๑. อะโทรปีนและสโคโปลามีน. เวลาานเชื่อกันว่ายาทั้งสองนี้มีไคออกฤทธิ์ที่ปลายประสาท, แต่ออกฤทธิ์ที่เซลล์โดยตรง, โดยคอยขัดขวางอะเซทียัลโพลีนในการที่จะซึมผ่านเซลล์เมมเบรนไปรวม

กับ "วีเซ็ปติฟชัยสตันซ์" ในเซลล์

ถ้าฉีดอะโทรปีนเข้าหลอดเลือด, มันสามารถทำให้เหงื่อออกทั่วตัวลดน้อยลงได้ราว ๔๕-๕๐ ปร., แต่ก่อนที่ระไค้ผลทางเหงื่อ, มักจะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง. ถ้าฉีดเข้าในหนัง, ในขนาด ๐.๐๑-๑.๐ ม.ชม. ของน้ำยา ๑ : ๑๐๐,๐๐๐, มันสามารถห้ามการหลั่งเหงื่อในบริเวณนั้นออกได้ตั้งหลายวัน, และไม่มีอันตรายต่อระบบอื่นอีกด้วย.

สโคโปลามีนมีฤทธิ์คล้ายอะโทรปีน, สามารถห้ามการหลั่งเหงื่อออกได้ราว ๓๕ ปร., แต่ส่วนมากนิยมใช้รักษาอาการอย่างอื่นมากกว่า.

ยาทั้งสองขนานเมื่อเวลาให้กินจะทำให้เหงื่อไม่ออกตามต้องการ, แต่ยังได้ผลที่ไม่ต้องการด้วย, เช่นหัวใจเต้นเร็ว, นัยน์ตาพร่า, ปากคอแห้ง, ฯลฯ. ถ้าจะต่อต้านไม่ให้มีผลต่อความร้อนหรือต่ออีโลคาร์บอน, ต้องให้อะโทรปีนชัดเฟดถึง ๑๐.๐ มก., แต่จะไค้อาการเป็นพิษด้วย.

๒. เมแธนเธลิน (Methantheline) เป็นแอนติโคลิเนอร์จิกอย่างแท้จริงขนานหนึ่ง. เคยใช้รักษาโรคแผลเข็วยในกระ

เพาะอาหาร, พลอยทำให้เหงื่อออกน้อยลงด้วย, จึงได้นำมาลองรักษาคนไข้ที่มีเหงื่อออกมากผิดปกติ. ปรากฏว่าได้ผลดีทางเภสัชวิทยาว่ามีฤทธิ์เด่น ๓ อย่างด้วยกัน, คือ (๑) ชักขวางฤทธิ์ของอะเซทิลโคลีนที่ปลายประสาทพาราซิมพะเรติก, (๒) กั้นฤทธิ์ของอะเซทิลโคลีนที่แก๊งเกลียน, (๓) ในขนาดเป็นพิษมีฤทธิ์ที่อกล้ามเนื้อคลายคล้ายควาเร.

๓. ไดเฟมานิล (Diphe-manil) เป็นควอเทอร์นารีอะมีนอีกขนานหนึ่ง, ซึ่งออกฤทธิ์ได้นานกว่าและให้ผลไม่คีน้อยกว่าเมแธนเธลิน. นอกจากนั้นยังมีใหม่ ๆ อีก ๔ ขนาน, คือโปรแปนเธลิน, ฮอกซีย์เฟโนเนียม, เมธเซสโปลามีน (methsespolamine) และคาร์สตัน. อย่างไรก็ตามก็ถึงทุกขนานยังไม่เป็นแอนไซโครติคที่แท้จริง.

พวกที่ออกฤทธิ์กั้นแก๊งเกลียนมี:

๑) เฮกซาเมโซเนียม. เป็นยาที่ใช้รักษาโรคความดันเลือดสูง. ในเวลาเดียวกันมีผู้สังเกตว่าทำให้เหงื่อในคนปกติออกน้อยลง, และในรายที่เหงื่อออกเกินธรรมดาอยู่แล้วก็ได้ผลอย่างรวดเร็ว. จึงมีผู้นำมาทดลองใช้รักษาอาการเหงื่อ

ออกมาก. ถ้าให้กินขนาด ๒๕๐ มก. จะเห็นผลภายใน ๑๕ นาที และจะคงอยู่ได้นาน ๓-๔ ชม. จึงนิยมใช้ยานระงับเหงื่อออกมาก. ถ้าไม่ได้ผลแล้วจึงให้ตัดประสาทซิมพะเรติก.

๒) เตตราเออียัสแอมโมเนียม และโทลาโซลีน (Tolazoline) มีฤทธิ์กันแก๊งเกลียนได้เหมือนกัน. แต่ผลต่อเหงื่อยังอยู่ในระหว่างทดลอง.

สำหรับฤทธิ์ของแอดรีนาลีนและสารพันธุเดียวกัน, แต่เดิมเข้าใจกันว่าประสาทของต่อมเหงื่อเป็นพวกโพลีเนอรัลคิกอย่างเดี่ยว, แอดรีนาลีนจึงไม่ควรจะมีฤทธิ์ยับเหงื่อ. แต่บัดนี้มีผู้ทดลองฉีดแอดรีนาลีนเข้าในหนังขนาด ๑:๑๐๐๐ - ๑:๑๐,๐๐๐, ปรากฏว่าทำให้เหงื่อออกได้, ถึงแม้จะไม่มากมายเหมือนยาพวกโพลีเนอรัลคิก. แม้ลองฉีดอะโทรปีนก่อน, แอดรีนาลีนก็ยังให้ผลอยู่นั่นเอง, แต่ถ้าฉีดไทเบนามีนก่อน, จะหยุดยั้งฤทธิ์ของแอดรีนาลีนได้. แสดงว่าประสาทที่แอดรีนาลีนได้ไปกระตุ้น ไม่ใช่โพลีเนอรัลคิกแน่, มันจะต้องเป็นแอดรีนอรัลคิก. ข้อสันนิษฐานอีกอย่างหนึ่งคือคนที่เข้โรคฟีโอโชมโรไมซัยโตมามีเหงื่อออกมากเป็น

อาการสำคัญข้อหนึ่ง. ได้มีผู้พยายามหาเหตุผลต่าง ๆ, แต่ก็ยังไม่ทราบกันแน่. ข้อสันนิษฐานที่น่าเลื่อมใสก็คือเชื่อว่ามัยโอเอปิจิลเลลเซลล์ของต่อของต่อมอะโปครีนมีประสาทซิมพะเรติกมาเลี้ยง, ส่วนต่อมเอครีนมีประสาทพาราซิมพะเรติกมาเลี้ยง. ฉะนั้นเหงื่อที่ออกเมื่อให้แอดรีนาลีนนั้น คงออกมาจากต่อมอะโปครีน. เหงื่อแตกตามฝ่ามือ, ฝ่าเท้าและรักแร้เวลามีอารมณ์คนเต้นหรือเกี่ยวกับจิตใจนั้นเข้าใจว่ามาจากต่อมอะโปครีนก็ได้.

สำหรับฤทธิ์ของแอดรีนัลคอร์ติคอยด์ต่อต่อมเหงื่อ, คนที่เคยชินต่ออากาศคึกแล้ว, เวลาทำงานในที่ร้อน ๆ เหงื่อจะออกมากกว่าคนที่ยังไม่เคยชิน. ถ้าวันหนึ่ง ๆ เรากินเกลือลดน้อยลง, ครั้งแรกเกลือในปัสสาวะจะลดลงทันที. ต่อมาอีก ๒๔-๓๖ ชม. เกลือในเหงื่อจึงลดตามอย่างชัดเจน. ระหว่างที่กำลังทำให้ผู้ใดผู้หนึ่งเคยชินต่ออากาศร้อน, คนนั้นจะมีคลุ้ยในโตรเงินเย็นลบ, และเหงื่อที่ขับสภาวะมีเกลือออกมาน้อยด้วย. นั่นหมายความว่าแอดรีนัลคอร์ติคอยด์ทำงานมากขึ้นทันที.

เมื่อลองให้ DOCA (เตสโตออกซัยคอร์ตติโคสเทอโรนอะซิติล) ทุกวัน,

ปรากฏว่าโซเดียมและคลอไรด์ในปัสสาวะลดทันที. ต่อมาในเหงื่อจึงลดตามอย่างมากมายด้วย, และจะลดอยู่เรื่อยราวที่ยังคงให้ยาอยู่. แต่ในปัสสาวะจะลดอยู่ ๒-๓ วันเท่านั้น, แล้วจะกลับขึ้นไ้เอง. เกิดอในเหงื่อจะลดลงมากเมื่อให้ DOCA, แต่ในเวลาเดียวกัน ในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง. ทั้งนี้แสดงว่าต่อมเหงื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับความดันออสโมติก ใ้ย่างดี, โดยเหตุนี้เอง คนเป็นโรค แอ็คติซึ้นจะมีเกลือออกมาในเหงื่อมาก. ตรงข้ามคน

ที่เป็นคุชซิงซึ้น โครมจะมีเกลือในเหงื่อน้อยกว่าปกติ.

ACTH ก็ให้ผลเช่นเดียวกับ DOCA. ด้วยเหตุนี้จึงพออธิบายได้ว่าคนปรั้ตัวเองให้ทำงานในอากาศร้อน ๆ ได้ดีโดยอาศัยกลไกที่ต่อมพิทูอิทารีหลั่ง ACTH ออกมาก่อน, แล้วไปกระตุ้นแอดรีนัลคอร์เทกซ์, ให้หลั่งคอร์ติโคยต์ไปควบคุมเกลือไม่ให้เสียไปทางเหงื่อมากเกินไปอีกชั้นหนึ่ง.

บ.ก.ร.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารคดีวิชาฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารคดีวิชา.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้: ประยูร ฐิตะสุต พ.บ.; ภูเก็ต วาจานนท์ พ.บ.; สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ.
วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.; ตระกูล กิติสิน พ.ด.; อานนท์ ประทีตสุนทรสาร พ.บ., M.P.H.T.M.
อวย เกตุสิงห์ พ.ด.; นันทา ติตตะสิริ พ.บ.; ประภัสสร จุลกระรัตน พ.บ.

๑. Victor M. Villarejos: การรักษา
อะมีบิเอดิสต์ด้วยเฮรัยโธรมัยซิน. Amer.
J. Trop. Med. & Hyg. 4: 699-704,
1955.

ผู้รายงานเสนอผลการรักษาโรคบิด
ด้วยยาเฮรัยโธรมัยซินในผู้ป่วย ๕๘ ราย,
ทั้งชนิดปัจจุบันและเรื้อรัง. ในชนิดเรื้อ
รัง ๗๐ รายแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๓ พวก
(๑๐, ๒๔ และ ๓๖ คน), แต่ละพวกให้
เฮรัยโธรมัยซินในครั้งแรก ขนาด ๘๐๐
มก. แล้วตามด้วยขนาด ๒๐๐, ๒๐๐
และ ๓๐๐ มก. ทุก ๘, ๖ และ ๖ ชม.
ตามลำดับเป็นเวลา ๕ วัน. รวมขนาดยา
แต่ละพวกที่ให้ทั้งหมด ๓.๖ ก., และ
๖.๕ ก. ปรากฏว่ายังตรวจพบเชื้อภายหลัง
การรักษาในพวกแรก ๔๐ ปช., พวก
ที่สอง ๑๒ ปช. และพวกที่สาม ๒.๘
ปช.

ในชนิดปัจจุบัน ๒๘ รายแบ่งผู้ป่วย
ออกเป็นสองพวก (๑๘ และ ๑๐), แต่

ละพวกให้ยาในครั้งแรกขนาด ๘๐๐ มก.
แล้วตามด้วยขนาด ๒๐๐ และ ๓๐๐
มก. ทุก ๖ ชม. เป็นเวลา ๕ วัน, รวม
ขนาดยาที่ให้ทั้งหมด ๔.๖ ก. และ ๖.๕
ก. ผลปรากฏว่าในทั้งสองพวกอาการรุนแรง
ต่าง ๆ ลดน้อยลงไปในเวลา ๖๒ ชม.
และ ๔๖ ชม. ตามลำดับ. ในวันที่สอง
ของการรักษาตรวจพบจำนวนเชื้ออะมี
บิเอดิสต์ในอุจจาระลดน้อยลง, และในวันที่ ๓
ตรวจไม่พบเลย.

สรุปผลในการรักษาโรคบิดอะมีบิเอดิสต์
ว่าจะเป็นชนิดเรื้อรังหรือปัจจุบันก็ตามการ
ใช้ยานี้จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อให้ยาในครั้งแรก
ด้วยขนาดสูง (๘๐๐ มก.) แล้วตาม
ด้วยขนาด ๓๐๐ มก. ทุก ๖ ชม. เป็น
เวลา ๕ วัน. ให้ได้ยาทั้งหมด ๖.๕ ก.
อาการรุนแรงต่าง ๆ จะลดน้อยลงไปอย่าง
รวดเร็ว.

ประยูร ฐิตะสุต พ.บ.

๒. Junnosuke Nakai: วิธีฉีกกรด
ของสมีคเพื่อตรวจปล้อง (Node) ในระบบ
ประสาทกลาง. *Anat. Rec.* 2: 267-
274, 1954.

โดยการฉีกกรดของสมีค ๑ ปซ. เข้า
หลอดเลือดแดงสู่ระบบประสาทกลางทั้ง
ของแมวและหนู, แล้วตรวจชิ้นเนื้อทาง
จุลกายวิภาค, พบว่าใยประสาทที่หุ้มด้วย
ปลอกมัยอะลินในระบบประสาทกลางมีรอย
ปล้องของ Ranvier ชัดเจน, แอ็กซอน
คอกลงและปลอกมัยอะลินไม่มีในตำแหน่ง
ของรอยปล้องเช่นเดียวกับใยประสาทใน
ระบบประสาทส่วนปลาย, และพบการแตก
แขนงไต้ข้างในตำแหน่งของรอยปล้อง.

ภูเก็ต วาจนนท์ พ.บ.

๓. W.Z. Randles, Jr., J.R. Quinn:
การรักษาทาที่ตกค้าง. *Am. J. Ophth.*
37: 209, 1954.

เมื่อนัยน์ตาตกค้างต้องล้างตาให้เร็วที่
สุดและนานที่สุดด้วยน้ำ. อย่าเอากรด
อื่น ๆ ไปล้างตาเพื่อจะทำลายฤทธิ์ของ
ต่าง เพราะว่ามีเอกรดทำลายฤทธิ์ต่าง
หมดจะทำลายตาต่อไป. หยอดคอร์โคิน
ทุก ๒ ชม. เฉพาะเวลาคืน. ใส่ยาแอนติ

ไบโอติก. หยอดคอร์โคิน ๑ ปซ. ถ้า
ม่านตาไม่กว้างออก, ให้หยอด ๑๐ ปซ.
นี้ไอซีเอ็นเฟรินเป็นระยะ ๆ.

ใส่วัสลินหรือเอาผ้าชุบวัสลินทำเป็น
eye pad ปิดตา. ควรใส่จนกว่าคอร์เนีย
จะยอมใส่มืด. ประคบน้ำอุ่นวันละ
๓ ครั้งจนกว่าตาหายแดง. ยาชาเฉพาะที่
ไม่ควรใช้เลยเว้นแต่จะปวดมาก. ควร
ใช้โคเคอินหรือชาลิซัยเลตหรือบาร์บิ-
เรทแก้ปวด.

สำราญ วัศพำห้ พ.บ.

๔. H.A. Sissons, G.J. Hadfield:
ฤทธิ์ของคอร์ติโคสเตอโรนและผลการ
เจริญของกระดูก. *J. Anat.* 89: 69-78,
1955.

ผู้รายงานทดลองฉีกคอร์ติโคสเตอโรน ๒๐
มก./ก. หรือ ๑๐ มก./ก. เข้ากล้ามเนื้อ
กระต่ายอายุ ๖ สัปดาห์ทุกวันเป็นเวลา
๒๔ วัน, และ ๒๐ มก./ก. เข้าหนูอายุ
๓๐ วันทุกวันเป็นเวลา ๓๑ วัน. นำและ
ตรวจเป็นระยะ ๆ ไปตลอดการทดลอง.
วัดความยาวของกระดูกก้นขาโดยใช้รังสี
เรินต์เก้นและศึกษาลักษณะแผ่นกระดูก
อ่อนเอพิฟิซีสที่ปลายล่างของกระดูก

ชา. พบว่าในกระต่าย, คอร์ติโซนทำให้การเจริญยาวของกระดูกหยุดทันที. แผ่นกระดูกอ่อนเอปiphyseal ข้างลง, และจำนวนของเมตะฟิเซสตรงกลางเอปiphyseal ข้างลง. ยิ่งให้คอร์ติโซนนาน, ผลก็ยิ่งรุนแรงขึ้น. เมื่อให้ยานานถึง ๒๔ วันพบว่าแผ่นกระดูกอ่อนเอปiphyseal ข้างมากและไม่มีการแบ่งตัวของเซลล์เลย. ไม่มีแคลเซียมมาทำให้แข็ง. ซันกระดูกเล็ก ๆ ละลายหายไปเกือบหมด และไม่มีซันกระดูกเล็ก ๆ เกิดขึ้นใหม่เลย. หลอดเลือดฝอยน้อยลงมาก. เซลล์สร้างกระดูก (ออสทีโอคลาสต์) น้อยลงและลักษณะผิดปกติ. เซลล์ทำลายกระดูก (ออสทีโอคลัสต์) เพิ่มขึ้น.

พวกที่ให้คอร์ติโซนนาน ๑๕ วันแล้วหยุด, และหลังหยุดให้แล้วนาน ๗ วัน, ไม่พบการเปลี่ยนแปลง; แต่เมื่อหยุดให้นาน ๑๐ วัน, แผ่นกระดูกอ่อนเอปiphyseal กลับเจริญและหนาขึ้น, มีลักษณะเกือบเหมือนกระดูกของกระต่ายธรรมดา. มีซันกระดูกเล็ก ๆ ใหม่ ๆ เกิดขึ้นมาก.

ส่วนมากการเปลี่ยนแปลงทั่ว ๆ ไปในหนูคล้ายกับในกระต่าย, แต่ความรุนแรงน้อยกว่าเล็กน้อย.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๕. J. Alfred Rider et al: เมธสโคโปลามีน (ปามีน) ไบรไมด์ใช้กินแก้ทิวโอเคนัลอัสเซอร์. J.A.M.A. 12: 1085-1088, 1955.

เมธสโคโปลามีน (Methscopolamine) ไบรไมด์เป็นยาพวกรพาราคีมี-พะโธลิติกชนิดขนานใหม่, สามารถทำให้น้ำย่อยของกระเพาะอาหารหลังออกน้อยลงทั้งปริมาณและกรด.

เกี่ยวกับน้ำย่อยอาหาร, ผู้รายงานได้ทดลองในคนไข้โดยใช้กินครั้งเดียวในขนาด ๒.๕-๕ มก. ปรากฏว่าได้ผลดี. แต่ถ้าใช้ไปนาน ๆ, ปริมาตรกลับไม่ลด, และกรดก็ลดเพียง ๓๔.๓ ٪. ของคนไข้ทั้งหมดเท่านั้น. เกี่ยวกับอาการของทิวโอเคนัลอัสเซอร์นั้น, ลองให้ขนาด ๗.๕-๕๐ มก. ต่อวัน (โดยมากให้ ๒.๕ มก. ก่อนอาหาร และ ๕ มก. ก่อนนอน), ปรากฏว่าได้ผลดีเพียง ๗.๓ ٪. เท่านั้น. จำเป็นต้องให้ยาลดกรดอย่างอื่นควบไปด้วยจึงจะได้ผลดี.

อาการแทรกซ้อนเช่น ปากคอแห้ง, ท้องผูก, นัยน์ตาพร่า, ถ่ายขี้สภาวะลำบาก, พบได้ประมาณ ๖๐ ٪. เมื่อให้กินขนาด ๑๒.๕ มก. ต่อวัน.

การเจริญของอะมีบาเพราะขาดสารโปรตีนอื่นซึ่งจับอยู่ระหว่างเม็ดแป้ง.

ผู้รายงานมีความเห็นว่าคว่ำให้อาหารอื่น ๆ ที่ใช้ในอาหารเพาะเชื้อชนิดต่าง ๆ ที่เคยใช้กันมาทำให้ไม่สามารถศึกษาคุณสมบัติของแป้งข้าวเจ้าในการช่วยการเจริญของอะมีบาได้เพียงพอ. เชื่อว่าอาหารเพาะเชื้อใหม่เตรียมได้ง่ายและเหมาะสมสำหรับศึกษาการเจริญและการเพิ่มจำนวนของอะมีบาในแง่ที่เกี่ยวข้องกับยัคเทรที่อยู่ว่วมด้วย, หรือในแง่อื่น ๆ เพื่อให้ได้อะมีบาที่ปราศจากเชื้ออื่นปน.

อานนท์ ประทัดสุนทรสาร
พ.บ., M.P.H.T.M.

๘. W. Bruehl, H.J. Jahn: การใช้อินสุลินขนาดมากฉีกโรคชักเสวยรุมาคิค. Dtsch. med. Wschr. 47: 1727-1729, 1955.

ผู้รายงานทดลองรักษาคอนไซช้อักเสวยรุมาคิคเรื้อรัง ๑๔ คนโดยวิธีฉีกอินสุลินในขนาดมากซึ่งทำให้เกิดอาการชั้ไปกลับชั้เมื่อยอย่างแรง. ใช้ขนาด ๑๐ ถึง ๑๕ หน่วยฉีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งเดียว, หรือ ๑๒ ถึง ๒๐ หน่วยฉีดเข้าได้

ผิวหนึ่งสองครั้ง. ครั้งแรกก่อนอาหารเช้าครั้งที่สอง ๔ ชั่วโมงภายหลังอาหารกลางวัน. คนไข้มีอาการเลือดชาน้ำตาลชัคเจน (เหงื่อออก, หัวมาก, ฯลฯ). ผลปรากฏการทุเลาทั้งอาการทั่ว ๆ ไปและอาการที่ข้อโดยตรง, เช่นความเจ็บปวดและการเคลื่อนไหว, ในคนไข้ ๑๑ คน. ไม่มีปฏิกิริยาแรงน่ากลัวอันตรายอย่างใด. ผู้รายงานอธิบายกลไกว่าชั้ไปกลับชั้เมื่อยกระตุ้นการหลั่งแอดรีนาลินจากต่อมหมวกไต. แอดรีนาลินกระตุ้นสมองส่วนกลาง (มิกเซรน). สมองส่วนกลางกระตุ้นชั้ไป-พียชิส (ชั้ชั้คาร์ย) ให้ปล่อย ACTH ออกมา, ซึ่งไปกระตุ้นการหลั่งอะดรีนัลชั้ของเปลือกต่อมหมวกไตอีกทอดหนึ่ง.

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๙. A.S. Curry: สารที่เกิดจากเมตะบอลิสม์ของฟีโนบาร์บิโตน. J.Pharmacy and Pharmacol. 12: 1072-73, 1955
ยัสสาวะของคนกินฟีโนบาร์บิโตน (ลูมินาล) รมีฟีโนบาร์บิโตนและสารที่เกิดจากเมตะบอลิสม์ของฟีโนบาร์บิโตนถูกขับถ่ายออกมา. ตรวจได้โดยสะกัดยัสสาวะด้วยโพลีโรฟอร์ม. แล้วสะกั

ด้วยฮีเออร์ซอกชั้นหนึ่ง. น้ำสะกักแต่ละส่วน. เมื่อระเหยเอาตัวทำลายออกแล้ว. เขาไปแยกส่วนโดยวิธีโครมาโตกราฟีบนกระดาษ (เปเปอร์ โชมรมาโตกราฟี). พบว่าส่วนที่ละลายใน โชมล โรฟอร์มันมี ฟีนอรับิโทนและสารที่เกิดจากเมตะบอลิซึมของมันอยู่ด้วยกัน, แต่ส่วนที่ละลายในฮีเออร์ซอกไม่มีฟีนอรับิโทน, มีแต่สารที่เกิดจากเมตะบอลิซึมของมัน, ซึ่งพิสูจน์ว่าเป็นพาราซิทริกซัยฟีนอรับิโทนในรูปเสรี.

นันทา ติตตะสรี พ.บ.

๑๐. Robert A. Hines: ประสาทปลายทางอีกเสบภายหลังการรักษาคด้วยไฮโซโซในอะซิค. J.A.M.A. 12:1197-1198, 1955

รายงานคนไข้ ๓ รายซึ่งมีอาการผิดปกติทางหลอดเลือดและประสาทปลายทาง (เพอริเฟอรัล) เกิดขึ้นภายหลังได้รับไฮโซโซในอะซิครักษาวัณโรคปอดในขนาด ๑๐๐ มก. วันละสามเวลารวมเวลา ๕ ถึง ๘ สัปดาห์. เริ่มด้วยมีอาการชาในบริเวณมือและเท้า (เป็นรูป "ถุงมือ" และ "ถุงเท้า"). ลองหยุดยาเสียประมาณ ๒๐ วัน อาการดีขึ้นเล็กน้อย. แต่เมื่อให้ต่อดีไปอีก, แม้จะลดขนาดยาลง, อาการก็กำเริบมากขึ้น. มีการเปลี่ยนแปลงในทางขาดการหล่อเลี้ยง. ผิวหนังเขียวคล้ำ, ความรู้สึกไวเกินปกติ (ฮัยเปอร์เอสซิเชี่ย). ในที่สุดนิ้วทั้งองอลักษณะเป็นเขยคือปยุทวัง ค้อนแตรคเชอร์ และโรค เว็บนอก. อาการไม่หายไป, แม้รักษาด้วยพิริคิออกซิน.

ประภัสสร จุลกะรัตน์ พ.บ.

โปรดทราบ

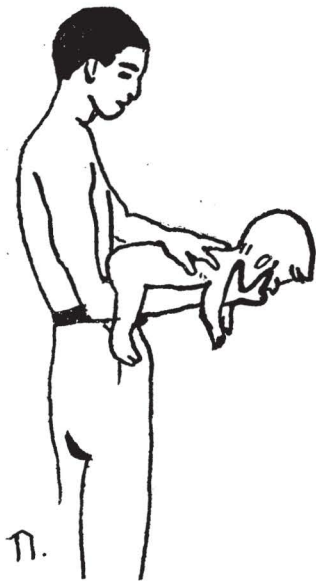
ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารคดีราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารคดีราช.

ปกิณกะ

๑. การฉายปอดวิธีใหม่สำหรับเด็ก

สารศิริราชฉบับประจำเดือนมิถุนายน ๒๔๕๕ เคยลงเรื่องการฉายปอดวิธีต่างๆ ไว้ครั้งหนึ่งแล้ว. ในตอนนั้นวิธีแกว่งไกวของ Rve นั้นว่าเหมาะสำหรับเด็กทารกและเด็กเล็ก ๆ. บัดนี้มีผู้คิดแปลงจนใหม่, เรียกว่าวิธี "Rickard prone tilting-visceral shift." วิธีปฏิบัติมีดังต่อไปนี้คือ :

๑. ท่าของเด็ก. จับเด็กนอนคว่ำพาดไปตามแขนของผู้ทำการฉาย. เอาศีรษะเด็กออกไปทางฝ่ามือ. แลดูคล้าย



เด็กนอนคว่ำคว่ำมออยู่บนแขนนั้นเอง. เอานิ้วกลางของมือข้างนั้นสอดเข้าไปในปากเด็กและกดลิ้นให้แบนลง, เพื่อให้ทางหายใจสะดวกขึ้น. เด็กต้องอยู่ในสภานอนคว่ำหน้า. ต้องไม่ให้เอียงไปข้างหนึ่งข้างใด. ส่วนมืออีกข้างหนึ่งของผู้ฉายให้กางนิ้วออกจับบริเวณคอและไหล่เด็กไว้เพื่อกันเด็กตกและระมัดระวังท่าได้ถนัด.



๒. ท่าของผู้ฉาย. ควรยืนให้แขนข้างที่มีเด็กนอนคว่ำมออยู่นิ่งให้ตั้งฉาก ๙๐° กับแขนท่อนบนและขนานกับพื้นห้อง. แขนท่อนบนต้องให้แนบชิดกับลำตัว เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้ออกดันแขนรบกวนหน้าหนักเด็กมาก

เกินไป. ต่อมาได้คิดแปลงใหม่อาจเปลี่ยน
จากทำขึ้นเป็นทำนั่งบนเก้าอี้, นั่งบนขอน
ไม้หรือนั่งคุกเข่าข้างหนึ่งก็ได้, แล้วเอา
ข้อศอกของแขนข้างที่มดเล็กอยู่นั้นท้าวไว้
บนหัวเข่าข้างเดียวกับแขนนั้น. นัยว่า
สบายก็ขึ้น.

๓. การหายใจออก. ต้องตั้งต้นทำ
ให้หายใจออกก่อนทันที, โดยเหยียด
แขนลงประมาณ ๔๕°. หัวเด็กอยู่ในท่า
ที่มดลง. อวัยวะในช่องท้องเคลื่อนและคั้น
กระบังลมไปทางทรวงอก, เป็นการช่วย
คั้นอากาศ ในปอดให้ออกมา ทางจมูกและ
ปาก. ในเวลาเดียวกันถ้ามีน้ำในทางเดิน
หายใจ, ก็จะพลอยไหลออกมากด้วย.

๔. การหายใจเข้า. เมื่อทำหายใจ
ออกแล้ว, ให้งอแขนขึ้นให้สูงกว่าระดับ
ราว ๔๕°. คราวนี้หัวเด็กชันขึ้น. อวัยวะ
ในช่องท้องก็จะเคลื่อนกลับลงไป ในช่อง
ท้องส่วนล่าง, พลอยดึงกระบังลมลงต่ำ
ไปด้วย. ทำให้ความคั้นในช่องอกลด
น้อยลง, อากาศภายนอกก็คั้นเข้าสู่ปอด
ได้. เป็นการหายใจเข้า.

ทำให้หายใจ ออกและเข้า สลับกันไป
ตามจังหวะ.

๕. จังหวะการผายปอด. จังหวะที่
เหมาะ คือ ๑๒ ครั้งต่อนาที. ถ้าหายใจ
สำคัญน้ำและมีน้ำในทางเดินหายใจมาก,
ควรทำ ๘ ครั้งต่อนาที, และเวลายกหัว
ขึ้นเพื่อทำการหายใจเข้านั้นขอแขนขึ้นเพียง
๓๐° ก็พอ. เมื่อน้ำแห้งแล้ว, จึงทำ
๑๒ ครั้งต่อนาที. ทำติดต่อกันเรื่อยไป
จนกระทั่งเด็กหายใจได้เองหรือตายแน่ ๆ
แล้ว.

จะเห็นได้ว่าวิธีนี้ง่าย. ไม่ต้องมี
พิธีของอะไรมากมายเลย, และไม่มี
อันตรายแก่เด็กด้วย, เพราะไม่ได้ใช้แรง
กดคั้นจากภายนอก. เหมาะสำหรับใช้ใน
เด็กอายุระหว่างหนึ่งสัปดาห์ถึงอย่างสูง ๒
ขวบ, หรือน้ำหนักระหว่าง ๗-๒๘ ปอนด์.
ถ้าเด็ก โตกว่านี้ ควรใช้ วิธีของ นีลสัน
(Nielsen).

(จาก J.A.M.A. 8: 754-765, 1955)

ก.ต.ส.

๒๒. ปีนี้ที่กลั่น

๑. การชักของเด็กระหว่างมีไข้อาจมีอันตรายได้. ผู้ปกครองมักตกใจมากในอาการชัก. แต่กุมารแพทย์มักถือว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญ. อันตรายถึงตายหายาก. อย่างไรก็ตาม, ตามสถิติ, ๕ ถึง ๑๐ ٪ ของเด็กมีอาการอัมพาตตกค้าง, การเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้าสมอง, หรืออาการอื่นที่บ่งถึงอันตรายต่อสมอง. มีส่วนไม่น้อย (๕ ถึง ๒๐ ٪, ตามรายงานต่าง ๆ) ที่เกิดโรคลมบ้าหมูในภายหลัง. เพราะฉะนั้นทางที่ควรจัดการทำให้การชักสงบเร็วที่สุดที่จะทำได้โดยการให้ยาระงับสมองและการลดไข้. (J.A.M.A. 159: 1335, 1955).

๒. มัลเลอร์โปรมาซีน (ลาร์กัคติล) ใช้ควบกับฟีโนบาร์บิทัลโซเคียม (ในผู้ใหญ่) หรือมัลลอร์ล (ในเด็ก) รักษาอาการชักได้. ผลระงับการชักได้นาน ๘ ถึง ๑๒ ชม. ประโยชน์ที่สำคัญของยานคือทำให้อาการหวาดกลัวซึ่งมีเป็นประจำในคนไข้พวกนี้กลับกลายเป็นความสงบและใจคอสบาย. (Lancet 2: 1063, 1955).

๓. เพนิซิลลินกระตุ้นการเจริญเติบโต ของสัตว์หลายชนิด. เคยเข้าใจว่าผลเกิดจากการทำลายยัคเทวี. แต่ J.H. Taylor และ W.S. Gordon (Nature, 176: 312, 1955) ทดลองในลูกหมู, เปรียบเทียบผลการใช้เพนิซิลลินธรรมดา กับเพนิซิลลินที่ทำให้หมดฤทธิ์เสียก่อนแล้ว (ใช้ความร้อน, เอ็นไซม์. ๖) เปรียบกับคอนโทรล, พบว่าเพนิซิลลินธรรมดาทำให้การเติบโตเร็วขึ้น ๑๔.๓ ٪, เพนิซิลลินที่ทำลายฤทธิ์แล้วทำให้โตเร็วขึ้น ๕.๔ ٪. เขามีความเห็นที่ว่าตัวสำคัญที่กระตุ้นการเติบโตนั้นไม่ใช่ฤทธิ์ทำลายยัคเทวีแต่อย่างใด, เข้าใจว่าสารที่เกิดขึ้นจากการทำลายของเพนิซิลลิน (เพนิซิลอะมีน) คงมีส่วนสำคัญไม่น้อยอยู่ด้วย.

๔. การเปรียบเทียบประโยชน์ของแอสไพรินและของคอร์ติโซนในการรักษาข้ออักเสบรูมาตอยด์. กรรมการร่วมของสภาวิจัยการแพทย์ (อังกฤษ) และมูลนิธิอินฟีลด์ ได้ศึกษาเรื่องนี้มาเป็นเวลา

สองปีเต็ม. (เคยรายงานครึ่งหนึ่งแล้ว เมื่อครบหนึ่งปี.) ใต้ทดลองในคนไข้ ๖๑ คน, รักษาด้วยคอร์ติโซน (วันละ ๘๐ มก.) ๓๐ คน, ด้วยแอสไพริน (วันละ ๔.๔ ก.) ๓๑ คน. เมื่อครบสองปีได้ตรวจคนไข้รวม ๕๘ คนโดยละเอียด. ลงความเห็นว่าผลที่ได้จากยาทั้งสองขนานนั้นไม่แตกต่างกันเลย. (Brit. 2: 695, 1955)

๕. ฮัยโปเธอร์เมีย (การทำให้อุณหภูมิร่างกายลดต่ำกว่าปกติ) Swan, Virtue, Blount, Jr., Kircher, Jr. (Ann. Surg. 142: 382, 1955) รายงานผลการใช้ฮัยโปเธอร์เมียทำให้คนไข้หลับและเลือดไหลช้าเพื่อการผ่าตัดในคนไข้ ๑๐๐ คน (ผ่าตัดหัวใจ ๘๐ คน, ไม่เกี่ยวกับหัวใจ ๒๐ คน). มีความเห็นว่าหากไม่ทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า ๒๖°ซ. (๗๘.๘°ฟ) ก็เป็นการปลอดภัยมาก, ถ้าทำการระมัดระวังข้อแทรกแซงต่าง ๆ ถูกต้อง. ถ้าลดอุณหภูมิต่ำกว่านี้, อัตราตายเพิ่มขึ้นโดยรวดเร็ว. ในจำนวน ๑๐๐ คนของเขา มีตาย ๒๒ คน, ซึ่ง ๑๔ คนเชื่อว่าเนื่องมาจากฮัยโปเธอร์เมีย. ไฟบริลเลชันของเวนทริเคิลเป็นเหตุตายที่สำคัญ

ที่สุด. (วิธีแก้ไฟบริลเลชันของเขาใช้นวดด้วยมือ, กระตุ้นด้วยไฟฟ้า, และฉีดโปแตสเซียมผลอไรด์เข้าหลอดเลือดโคโรนารีตามลำดับ.) ผู้รายงานสรุปว่าฮัยโปเธอร์เมียเป็นวิธีที่มีประโยชน์, ช่วยให้สามารถทำการผ่าตัดในรายที่ถ้าไม่ใช้วิธีนี้ก็ทำไม่ได้. และปลอดภัยพอใช้, สมควรจะศึกษาต่อไป.

๖. การใช้วิตามิน ซี และวิตามิน เอ รักษา มะเร็ง Schneider (Dtsch. med. Wschr. 15: 584, 1954) ยึดข้อเท็จจริงสองประการ, คือ (๑) คนไข้มะเร็งมักขาดวิตามิน ซี อย่างมาก, และ (๒) การใช้วิตามิน เอ รักษาผลของมะเร็งมักได้ผลดี (ไม่หายขาด), ทดลองรักษาคนไข้มะเร็งต่าง ๆ กัน ๑๐๐ คน, ในระยะเวลา ๓ ปี, ด้วยวิตามิน ซี วันละ ๑๐๐๐ มก. และวิตามิน เอ ๓๐๐,๐๐๐ หน่วยสากล. ไม่มีคนไข้ใดแสดงอาการวิตามิน เอ เกินขีด. ผลน่าพอใจมาก. อาการทั่วไปของคนไข้ดีขึ้น, น้ำหนักตัวขึ้น, อัตราเม็ดเลือดคนอ่อนกันต่ำลง. อาการผอมแห้งชะงัก. บางรายสังเกตได้ว่าขนาดของก้อนเนื้องอกเล็กลง (ชั่วคราว). เขาเชื่อว่าการรักษานี้ยึดชีวิตคนไข้ไปได้. (ผ.ม. รวบรวม)

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๘๘

| ๑. จำนวนผู้ป่วย | อายุร | ศัลย | สูติฯ | จักษุ | กุมาร | ทันต | รวมทุกแผนก |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|-------|------|------------|
| <u>นอก</u> | | | | | | | |
| ใหม่ | ๑,๘๑๕ | ๑,๑๑๖* | ๑,๓๔๗* | ๑,๑๘๘* | ๑,๓๑๒ | ๓๘๖ | ๗,๒๗๔ |
| เก่า | ๓,๐๒๒* | ๑,๘๕๓ | ๒,๒๘๓* | ๑,๕๐๖* | ๒,๒๘๖ | ๓๐๐ | ๑๑,๓๖๐ |
| รวม | ๔,๘๓๗ | ๓,๐๖๙ | ๓,๖๓๐* | ๒,๖๙๔* | ๓,๕๙๘ | ๖๘๖ | ๑๘,๖๓๔ |
| <u>ใน</u> | ๑๘๘* | ๒๔๘. | ๕๕๒.* | ๑๒๘. | ๒๘๖. | — | ๑,๘๕๕* |

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๑ ๓๒๘. จักษุ ๑ ๓๑๓. สูติ-นารี ๑ ๒๔๑. รวม ๘๘๒ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๔๗.* หญิง ๓๑๒. รวม ๖๕๙.* คลอดคาบ ชาย ๑๑. หญิง ๘. รวม ๒๐.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๘ คน (๘.๒ ปีข. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๘๘* ราย. (๖๐.๑* ปีข. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๒๘ ครั้ง. ข้างนอก ๔ ครั้ง. รวม ๔๓๒ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๘๐๐* คน. รักษาใหม่ ๕๘* คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๑๒๕* ครั้ง. ไรเดียม รักษา ๒๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๘ ครั้ง. โคอะเธอรัมีซี, รักษาใหม่ — ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๗๕๓ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๘ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๒๔๘* ราย. (จากภายนอก ๘๕ ราย). แอ็กกูติเนชั่น ๑๓๔. วัณโรคและกาฬโรค ๒,๑๒๖ หมูเอด ๖๔๕. นับเม็ดเลือด ๓๘๘. หาเชื้อแบคทีเรีย ๑๘๒. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๗๐. อุจจาระ ๓๓๕. บัสสาวะ ๒๒๑. เสมหะและอื่น ๆ ๔๑. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๖๒ อุจจาระ ๖๓. บัสสาวะ ๔๔. น้ำไขสันหลัง ๑๕. เสมหะและอื่น ๆ ๑๓๓. ฉีดสัตว์ทดลอง ๑๐. เพาะเชื้อบิด ๒๗ ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๖. ตรวจสพนิตีเวซ ๒๐. ตรวจของกลาง ๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๕๒.* เจาะน้ำสันหลัง ๑๗. เจาะตับ ๑๒.* นำร่องปอด ๕. อัคคิมเข้าช่องปอด ๑๒.* อัคคิมเข้าช่องท้อง ๒๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๗.* ฉีดยาซีฟิเลียส ๒๒.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๖๖. ถอนฟัน ๕๔๘.* อดฟัน ๑๐๔. ผ่าตัดช่องปาก ๒๔.

(โดยความ^ขเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยา-
บาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐
บาทขึ้นไป) คือ:

๑. บริษัทปูนซีเมนต์ไทย จำกัด จัง
หวัคพระนคร บริจาคเงินเพื่อการสาธารณ
กุศลประจำปี พ.ศ. ๒๔๕๘ จำนวน ๒๐,
๐๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน). บำรุง
โรงพยาบาลศิริราช โดยมอบให้ใช้จ่าย
ในกิจการที่จำเป็นตามแต่จะเห็นสมควร

๒. คุณหญิงหริศจันทรสวัสดิ์ บ้าน
เลขที่ ๕๖๐ ถนนนครชัยศรี อำเภอคลอง
จันทระนคร ได้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
ส่วนตัวและร่วมกับเงินที่ได้รับสมทบจาก
บรรดาญาติมิตรที่มาร่วมทำบุญวันเกิดครบ
รอบ ๗๐ ปี เมื่อวันที่ ๒๔ กันยายน
๒๔๕๘ รวมเป็นจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐
บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน). เพื่อให้ตั้งเป็น
ทุนเรียกชื่อว่า "พระยาและคุณหญิงหริศ-
จันทรสวัสดิ์" สำหรับเก็บคอกองคลังช่วย
เหลือผู้ช่วยขนาดในแผนกอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

การประชุมทางวิชาการ คณะแพทย
ศาสตร์และศิริราชพยาบาลมีการประชุม

ทางวิชาการ ในวันเสาร์ที่ ๒๕ ตุลาคม
๒๔๕๘ เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องปาฐกถา
แผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่จะแสดงคือ:

๑. Salivary Gland Virus
Inclusion Disease or Generalized
Cytomegalic Inclusion Disease
(รายงาน ๑ ราย พร้อมทั้งการสอยสวน
รายงานต่าง ๆ) โดยนายแพทย์สงรัก
กาญจนกฤษกร แผนกพยาธิวิทยา และ
นายแพทย์สงรัก สกลุโดย แผนกกุมาร-
เวชศาสตร์

๒. Leukemia cutis รายงาน
พร้อมทั้งแสดงผู้ป่วย ๑ ราย โดย นาย
แพทย์สวัสดิ์ และนายแพทย์จิตร วารินทร์
แผนกกุมารเวชศาสตร์

ในวันเสาร์ที่ ๑๕ พฤศจิกายน เริ่ม
แต่เวลา ๑๐.๓๐ น. ทรง ณ ห้องปาฐก-
ถาพยาธิวิทยา มีเรื่องที่จะแสดงคือ:

๑. ทางเลือกสุ่มมอง โดย นาย
แพทย์กิติ จังเจริญ แผนกสรีรวิทยา

๒. โรคน้ำสนใจของกระบังลมที่มี
อาการเหมือนโรคหัวใจ โดย นายแพทย์
เวช วุฒิมิณี แผนกอายุรศาสตร์

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์ ชุมมนุวิชากร
ในแผนก

รายงานผู้ป่วยทั่วไป

๒ พ.ย. ๕๘. รายที่ ๑. ผู้ป่วยมีไข้
ซัด เม็ดเลือดต่ำทุกชนิด แต่ไขกระดูก
กลับมีเม็ดเลือดมาก สงสัยจะมีเนื้องอก
ร้ายที่ใดสักแห่ง แต่ผลการตรวจศพ
ด้วยตาเปล่ายังอธิบายลักษณะทางคลินิก
ไม่ได้.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยบิกเรอริง อูจจาระ
เหม็นเหมื่อนกลิ่นมะเร็ง ตรวจอุจจาระพบ
เชื้ออะมีบา ก่อนตายมีตัวเหลือง และ
อาการแสดงการทรุดโทรมของตับ ผลการ
ตรวจศพ สนับสนุนบิกเรอริง และ acute
yellow atrophy.

๕ พ.ย. ๕๘. รายที่ ๑. ผู้ป่วยมีแผล
เขื่อยในปากและในลำคออย่างมาก มีแผล
เขื่อยและเลือดออกตามผิวหนัง สงสัยแพ้
ยาถ่าย (ยากกลางบ้าน) ใ้รักษาแบบแพ้
ยา อาการทุเลามาก

รายที่ ๒. ผู้ป่วยมีก้อนในท้องส่วนบน
ซ้าย ลักษณะก้อนเป็นถุงน้ำและเข้าใจว่า
อยู่ที่ไต. ไทอาจเป็นถุงน้ำหลายอัน หรือ
เป็นเนื้องอก มีพลาสติกเซลล์ สงสัยในไข
กระดูก. เบ็ดช่องท้องแล้วพบว่า เป็นเนอ

งอกของไต.

๒๓ พ.ย. ๕๘. รายที่ ๑. ผู้ป่วยมี
อาการแสดงของหลอดลมอกตัน ซึ่งสนับ
สนนด้วยบร็องไคกรรพีย และมีลนเฮ-
ออร์ติควัว ซึ่งได้มีการถกเถียงกันมาก
ว่าจะเกิดจากรูมาติซึม หรือ ซิย์ฟลิส.

รายที่ ๒. น.พ. วิถี ทุกร่วมมีอกข
น.พ. ร่มไทร แห่งแผนกรังสีวิทยา แสดง
แผ่นภาพเอ็กซเรย์ จากการทำ สเปลล์-
โนปอร์โทกราฟี ๒ ราย

รายงานผู้ป่วยโรคในทรวงอก.

๕. พ.ย. ๕๘. รายที่ ๑. ผู้ป่วยมี
หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เพ่งเป็นให้ผล
ตรวจไอโอดีนสีบวก แต่ได้ลองให้อะรา-
เลนแล้วไม่ทุเลา จะได้ส่งไปทำการเจาะ
หนองต่อไป.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยมีก้อนที่เมกิสติคัม
ลักษณะทางคลินิกแยกยากระหว่างหลอด
เลือดเออร์ตาโป่งพอง และเนื้องอกของ
เมกิสติคัม

๑๒ พ.ย. ๕๘. รายที่ ๑. ผู้ป่วยมี
เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างเดียว ไ้
เจาะเอาน้ำเลือดออกมากศึกษา ก็ยังหาเหตุ
ไม่ได้.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยสงสัย congenital cystic bronchiectasis ได้มีการอภิปรายกันเกี่ยวกับ congenital lung cysts แบบต่าง ๆ.

๑๕ พ.ย. ๕๖ น.พ. เวช ใ้กร่วมบรรยายและแสดงผู้ป่วยที่มี ฟล็กเตอร์ของกระบังลม.

ร่วมชุมนุมวิชาการนอกคณะ ฯ.

๗ พ.ย. ๕๕ พวกเราได้ไปร่วมการประชุมกลุ่มอหะระแพทย์ ณ แพทยสมาคม น.พ. วิกิจ วีรานวัตต์ ได้แสดงเรื่องประโยชน์ของการใช้ไอโอดีนในการวินิจฉัยน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เกิดจากหนองอะมีบิกจากตับ พร้อมทั้งรายงานผู้ป่วย ๔ ราย.

๒๕ พ.ย. ๕๕ พวกเราได้ไปร่วม

การประชุมแพทย์ภาคเหนือ ที่เชียงใหม่ แพทย์ของแผนกไปร่วมบรรยายทางวิชาการ ๓ คน คือ:

- ๑. น.พ. เวช วุฒิภูมิ บรรยายเรื่อง "ชนิดต่าง ๆ ของหัวใจวายเล็กน้อย จากแง่ของการรักษา" เรื่องที่ ๒ "การรักษาและประคับประคองผู้เป็นหัวใจวายเล็กน้อย"

นอกจากนั้นมีการฉายภาพยนตร์พร้อมกับพากย์เป็นภาษาอังกฤษ แสดง "ฟล็กเตอร์ของกระบังลม"

- ๒. น.พ. วิกิจ วีรานวัตต์ (ร่วมกับ น.พ. บัญญัติ) บรรยายเรื่อง "ปอดคยเรมิก"

- ๓. น.พ. บัญญัติ ปรีชญาณนท์ บรรยายเรื่อง "โรคหัวใจซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพในระบบหายใจ" (Pulmonary Heart Diseases).

บัญญัติ ปรีชญาณนท์ พ.บ. รวบรวม

อาจารย์ย้าย พ.ญ. วันดี ไวสำรวจ อาจารย์โทแห่งแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์ ได้ย้ายไปประจำ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แห่งกรมแพทย์ทหารบก เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘. ท่านผู้นี้เมื่อสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์แล้ว ได้ออกรับ

ราชการเป็นอาจารย์ประจำแผนกกายวิภาคศาสตร์อยู่หลายปี ต่อมาได้รับทุนให้ไปศึกษาและทำงาน ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อกลับมาเข้าประจำตำแหน่งเดิมแล้วมีนานนัก ก็ได้ย้ายสังกัดราชการไปสู่กรมใหม่.

อาจารย์ไปต่างประเทศ. น.พ. คิเรก พงษ์พิพัฒน์ อาจารย์ประจำแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์ ได้เดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศเยอรมนีโดยทุนส่วนตัว มีกำหนด ๓ ปี เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๔๕๘ เราขออำนวยความสะดวกให้ท่านจงประสบความสำเร็จทุกประการ

อาจารย์เดินทางกลับ. น.พ. สาโร ประยุกต์ขำ อาจารย์ประจำแผนกวิชาศัลยศาสตร์และนรีเวชวิทยา ได้เดินทางกลับจากประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๔๕๘ ท่านผู้นี้ได้ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษเป็นเวลา ๓ ปี การกลับมาครั้งนี้ เราหวังว่าจะนำความรู้ใหม่ๆ มาสู่แผนกซึ่งท่านประจำอยู่เป็นอันมาก.

ข่าวด่วน

กำหนดการพินิจวิชาของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตามที่ได้นำหนังสือติดต่อก่อนไปยังนายแพทย์โดยทั่วไปว่าระงับให้มิชฌ ตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๔ ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๕๕ นั้น, ขอแก้กำหนดเป็นตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๒ ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๔๕๕.

หน้าสำหรับนิลิต

“คนเหมือนกัน”

ในรัชกาลพระเจ้าเสือ (ศรีกรุงเก่า) มีเหตุการณ์เป็นเกร็ด ๆ อยู่เรื่องหนึ่งซึ่งเป็นเรื่องมุขปาฐะ, เล่ากันสืบ ๆ มาว่ากาลครั้งหนึ่งพระเจ้าเสือเสด็จประพาสทางชลมารค. นัยว่าจะเสด็จไปถวายนมัสการพระพุทธรูปที่สระบุรี. พระองค์ประทับเหนือบุนบกในเรือพระที่นั่งทรงพร้อมด้วยขบวนเรือคามาพระบรมราชอิสริยยศ. มีมหาดเล็กคนสนิทของพระองค์ผู้หนึ่งนั่งฟังพระแทนที่ประทับหลับอย่างสบาย. ฝพายคนหนึ่งเหลือบเห็นเข้าก็นั่งน้อยใจในวสานาตนขึ้นมา, ทั้งมีมานะในใจเป็นแรงสนธิสนนอีกโสดหนึ่งด้วย, จึงอันไม่อยู่. แม้จะเกรงเคชานภาพปานใดก็มีอาสกดกลั่นไต่. จึงเอ่ยเป็นเชิงปรารภออกมาดัง ๆ ว่า “คนเหมือนกันนั่นหว่า. อีกคนหนึ่งสินอนสบายส่วนเราต้องพายเรือเหิงอไหลโคลย้อย. เออถันมีนคนเหมือนกันนั่นหว่า”. พุดแล้วก็ถอนใจ.

พระเจ้าเสือทรงไต่ยินถ้อยคำของตาฝพายซัดเจน, แต่มิได้ทรงพิโรธหรือครัด

คุกคามประการใด. ทรงประทับคยณัภาพอยู่, เป็นแต่กำหนดทรงหมายยคคณไว้ในพระราชฤทัย. จนเวลาเที่ยงถึงที่ประทับร้อนก็เสกัจจนสุปลัพลายกพนเพื่อประทับสำราญพระอิริยาบถจนกว่าจะย้ายค้อยจึงเสด็จต่อไป. เผอญไต่ถุนพลขพลาที่มีสนธิออกลุกอยู่. เสียงร้องของลูกสนธิไต่ยินถึงพระกรรณ. พลันอยติพระบรมราชไชบายชนทันที. ครวสสั่งให้มหาดเล็กคนสนิทที่นอนหลับมาในเรือไปเสกัจอน, พลาขพระราชทานพระบรมราชกระแสให้มหาดเล็กอีกคนหนึ่งไปถามคัวฝพาย “คนเหมือนกัน” มาเฝ้า, ซึ่งในไม่ช้าทาคคนเหมือนกันก็มาหมอยถวายบังคมอยู่ทรงพระพิศตร. พระองค์จึงตรัสถามว่า “นี่แน่เจ้า, เสียงอะไร้องอยู่ไต่ถุนพลขพลา. ลงไปคยชั”.

ทาคคนเหมือนกันกราชถวายบังคมคคลานออกมาพินหน้าพระที่นั่งแล้วก็ลุกเดินจากพลขพลาเพื่อปฏิบัติคามาพระบรมราชกระแส. ไต่ถุนพลขพลาคยก็ค้องมุดเข้าไป. แดมแม่สนธิชนั้นยังไม่เป็นมิตรกยใคร ๆ

อีก, ควรเป็นเรื่องหนักใจมาก. พอโผล่เข้าไปให้มันเห็นเท่านั้นมันก็ประกาศความเป็นสัตว์ทันที. จำต้องคอยรู้ว่ามันเป็นอะไร แล้วรีบกลับขึ้นไปกราบทูล. “ขอเดชะใต้ฝ่าละอองธุลีพระบาทปกเกล้าปกกระหม่อม, เสียงร้องทมิฬพระบรมราชโองการทรวัดตามนั้นข้าพระพุทธเจ้าได้ลงไปแล้วเป็นเพราะสุนัขมาอาศัยตก ลูก อยู่ใต้ถุนพลับพลา, ลูกมันพากันร้อง, พระพุทธเจ้าข้า”.

“เออ, ลูกมันมีกี่ตัวแล้ววะ,” รัชสังถาม.

“ไม่ทราบเกล้า, พระพุทธเจ้าข้า,” กราบทูล.

“ลงไปคช,” รัชสังบอก.

คา “คนเหมือนกัน” ก็ต้องมุดเข้าไปใต้ถุนพลับพลาอีก. พอเห็นมีจำนวนเท่าไรก็รีบกลับเข้าไปกราบทูล. “ขอเดชะ, ลูกสุนัขทั้งหมดมี ๔ ตัว, พระพุทธเจ้าข้า”.

“เออ, ตัวผู้กี่ตัว, ตัวเมียกี่ตัวแล้ววะ,” รัชสังถาม.

“ไม่ทราบเกล้า, พระพุทธเจ้าข้า.”

“ลงไปคช.”

คา “คนเหมือนกัน” มุดเข้าไปอีกแล้วกลับขึ้นมากกราบทูล. “ตัวผู้ ๒, ตัวเมีย ๒.”

“เออ, มันมีสีอะไรบ้างเล่า.”

“ไม่ทราบเกล้า, พระพุทธเจ้าข้า.”

“ลงไปคช.”

มุดเข้าไปอีกแล้วขึ้นมากกราบทูล. “ตัวผู้สีนวลกับดำ, ตัวเมียสีแดงกับดำ.”

“เออ, แม่มันสีอะไรวะ.”

“ไม่ทราบเกล้า, พระพุทธเจ้าข้า.”

“ลงไปคช.”

ทั้ง ๆ ที่แกไม่อยากจะมีมุดเข้าไปอีกเลย, ก็ต้องมุดเข้าไป. แล้วกลับขึ้นมากกราบทูล. “สีแดง, พระพุทธเจ้าข้า.”

พระเจ้าเลื่อมพระกระแสน้ำรัชสังให้คำคนเหมือนกันนั่งเฝ้าอยู่หน้าพระที่นั่ง. พลงมีคำสั่งให้คนไปตามมหาดเล็กที่นอนหลับมาในเรือมาเฝ้าทันที. ครั้นมาเฝ้าแล้วก็ให้พระตำรับให้ลงไปดูหมาแม่ลูกอ่อนทำนองเดียวกัน.

มหาดเล็กครั้นรัชพระราชโองการไล่เกล้าแล้วก็มีมุดเข้าไปดู. ไม่ช้าก็กลับขึ้นมากกราบทูล. “นางสุนัขตกลูกอยู่ใต้ถุนพลับพลา, พระพุทธเจ้าข้า.”

“เออ, ลูกมันมีกี่ตัว.”

“สี่ตัว, พระพุทธเจ้าข้า.”

“ตัวผู้กี่ตัว, ตัวเมียกี่ตัว.”

“ตัวผู้ ๒, ตัวเมีย ๒, พระพุทธเจ้าข้า.”

“สีอะไรบ้าง.”

“ตัวผู้สั้นवलกษัยค่าง, ตัวเมียสีแดงกษัย
ท่า, พระพุทธเจ้าข้า.”

“แม่มันสีอะไร.”

“แม่มันสีแดง, พระพุทธเจ้าข้า.”

พระเจ้าเลอจึงมีพระดำรัสกับผุ้พวย “คน
เหมือนกัน” ว่า “เป็นอย่างไรเจ้า. เจ้าได้
พบไว้เมื่อพวยเรือมานั้นว่าคนเหมือนกัน,
แล้วเจ้าเหมือนกับเขาไหมเล่า. ได้ดูนั้น
เจ้ามุกกเทยว, เขามุกกเทยว. เจ้าจะว่า
อย่างไร.” ตา “คนเหมือนกัน” เกรงพระ
ราชอาณาตกประหม่าตัวสั้นนั่งนงก, แข็งใจ
กราบขังคมทูลพระกรรณาว่า “ขอเคชะได้
ผ้าละของอุลัพระบาทปกเกล้าปกกระหม่อม,

พระมหากรรณาธิคุณล้นเกล้าล้นกระหม่อม
อยู่แล้ว, สดแต่จะพระกรรณาโปรดเกิด,
พระพุทธเจ้าข้า.”

พระเจ้าเลอจึงรับสั่งให้โขนด้วยทวย
๓๐ ที.

เรื่องนี้ผู้เฒ่าผู้แก่ได้เล่ากันต่อ ๆ มา,
เป็นชนิกเกล็ดพงศาวดารไม่ปรากฏหลัก
ฐานแน่นอน, แต่ก็เป็นเรื่องคมคายไม่
น้อย, แก่ปัญหาเรื่องคนเหมือนกันตกไป
ในเนื้อเรื่องนั่นเอง.

(จากหนังสือ สุเทพอนุสรณ์)

(พิมพ์แก๊ฟไปนมัสการพระธาตุคอกยสุเทพ,
เชียงใหม่)

โปรดทราบ

ท่านผู้สั่งซ้อสมุดรวมวิชาการและสารคดีราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังมิได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารคดีราช.

บันทึกท้ายสมุด

๑ ที่เชื่อว่าเมืองไทยเป็นตลาดยาของโลก, ใครใคร่ขายขาย ใครใคร่ซื้อซื้อ คุณก็มีความจริงอยู่มาก. มีกฎหมายควบคุม การขายยาที่เสมือนไม่มี, เพราะใครเจ็บ ใช้ให้ช่วยก็จัดหาซื้อยากินเองได้ตามใจชอบ, เพียงแต่เล่าอาการสั้น ๆ ให้เด็กขายยาฟังหรือบางทีก็เจาะจงชื่อยาอย่างนั้นอย่างนี้. ด้วยเหตุนี้เองจึงมีข่าวกล่าวขวัญกันเสมอ ๆ ว่าคนนั้นกินยาผิดถึงตาย, คนนี้ถูกฉกยาถึงตาย. นับว่าเป็นเรื่องน่าสมเพชแค้นเรอนาดยิ่งนัก. เมื่อใดที่หนอเมืองไทยจะมีการควบคุมการขายยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย. เรากำลึงคอยคุณด้วยความหวัง.

๑ “การแพ้ชาติชัยเลิศในเด็ก” ของคุณหมอดิเรก พงษ์พิพัฒน์เขียนตัวอย่างอันดี, ที่แสดงให้เห็นว่าประชาชนชอบทำตัวเป็นหมอ, ซอหยกยามาให้ลูกหรือหลานกินกินเอง. เช่นใช้ช็อคชอยาแก้ไอ, ทั้งในเรื่องนี้. โดยมากมักจะต้องการให้ใช้หายทันทีโดยไม่ต้องทราบสมุฏฐานของโรค. พยายามให้ยาลดไข้เป็นระยะไปโดยไม่ไต่ค้ำนึ่งถึงพิษของยานั้น. ในที่สุดจึงได้

เกิดเรื่องเศร้าช่นย่อย ๆ, ทั้งรายละเอียดก็แจ่มอยู่ในเรื่องนั้นแล้ว.

๑ คุณหมอจำลอง หาริณสุทไค์อุส่าห์นำชาติชัยเลิศเป็นพิษในผู้ใหญ่มาร่วมเพิ่มเติมความรู้แก่พวกเราด้วย. ยิ่งส่อให้เห็นว่าการใช้ยาจำพวกนี้ต้องได้รับการเอาใจใส่, ต้องใช้ให้ถูกหลัก. เมื่อเกิดเป็นพิษขึ้นแล้วหากรีบแก้ไขทันที, คนไข้ก็อาจปลอดภัยได้, ทั้งคนไข้ของคุณหมอจำลองรายที่เสนอนั้น.

๑ คุณหมอจำลองยังได้แถมเรื่อง “แอมโมเนียมซัลไฟโรคเป็นพิษ” ให้อีกเรื่องหนึ่ง ที่แรกตั้งใจจะจัดให้เขียน “บทความพิษวิทยา”. แต่เห็นว่ายังศึกษาทางด้านพิษวิทยาไม่ละเอียดพอ, มีแต่ทางอาการคลินิกเป็นส่วนใหญ่, จึงยังไม่หาญพอที่จะเรียกว่า “บทความพิษวิทยา”

๑ เราได้นำบทความพิเศษของคุณหมอดิเรก ตูจินคาเรื่อง “โรคภัยร้ายของหลอดเลือดสมอง” ตอนจบลงไว้ในฉบับนี้ด้วย, เพื่อท่านจะได้สะดวกในการหยิบอ่านภายหลัง, ความดีเด่นของเนื้อเรื่องมีอย่างไรแจ่มอยู่ในท้ายสมุดเล่มก่อนแล้ว.

๑ การฉายปอดด้วยมือในขณะนั้นบ
ว่ามีความก้าวหน้าไปมาก, เพราะมันมีประ
โยชน์มาก, สามารถช่วยชีวิตคนไข้ใน
ภาวะฉุกเฉินได้ไม่น้อย. วิธีใหม่ที่ได้นำ
เสนอในเล่มนี้เห็นว่าน่าจะใช้ได้ก็เหมือนกัน

๑ ในหน้าสำหรับนิสิตเราได้คัดเรื่อง
“คนเหมือนกัน” จากหนังสือที่พิมพ์แจก
แก่ผู้ที่ไม่ไปมีสการพระธาตุกอยสุเทพ

(เชียงใหม่) มาให้อ่าน เพื่อให้ท่านได้
เพลิดเพลินบันเทิงใจพร้อมทั้งได้ความรู้
ด้วย. จะเห็นได้ว่าเราทุกคนเป็นคนเหมือน
กันก็จริง, แต่ความรอบคอบละเอียดถี่ถ้วน
อาจแตกต่างกัน. พวง่าย ๆ ก็คือบางคน
มีตาแต่หามีแววไม่, การก้าวหน้าของคน
แต่ละคนจึงแตกต่างกัน.

บ.กรร.

ของแถมมีในหน้าต่อไป

ของแถม

ผลของคอลชิซิน (Colchicine) ต่อการสร้างสเปอร็มของกระต่าย.

คอลชิซินเป็นแอลคาลอยด์มีฤทธิ์หยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์. ต่อมาผู้ทดลองกับกบไม้และสัตว์ ปรากฏว่ามีนักการสร้างสเปอร็มได้. Barsoum จึงทดลองในกระต่ายตัวผู้, โดยฉีดยาขนาด ๑.๕ มก. เข้าใต้ผิวหนัง สัปดาห์ละสองครั้งพวกหนึ่ง และขนาด ๓ มก. สัปดาห์ละหนึ่งครั้งอีกพวกหนึ่ง, เป็นเวลา ๑๕ สัปดาห์. กระต่ายทั้งสองพวกทนยาได้ดี. ฆ่ากระต่ายตรวจลูกอ๊อง. ปรากฏว่าลูกอ๊องเหี่ยวลงเหลือน้ำหนักเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น. ทำแช่ชิ้นพบว่ายาลูกอ๊องเหี่ยวลงเหลือส่วนเล็กของเซลล์คงเป็นปกติ.

คอลชิซินเป็นพิษต่อนิวเคลียสของสเปอรมาโทซัว และหยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ได้. จึงใช้ห้ามการสร้างสเปอร็มได้. ทำให้ลูกอ๊องเหี่ยวลง. แต่สุขภาพอย่างอื่นคงปกติ.

ผู้ขอข้อมูลเพิ่มเติมว่าชายที่มีลูกมากแต่กลัวการทำวัชเชคโตมีย์ จึงอาจมีหวังใช้คอลชิซินช่วยก็ได้. นั่นเป็นความหวังในอนาคต.

(เรียบเรียงจาก J. Pharmacol. and Exper. Therap. 3:319-322, 1955)

ก.ต.ส.