



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๑ | Volume 7, Number 12, December 1955

ลมพิษเนื่องจากความเย็น

สมโพธิ พุกกะเวส

พ.บ.

และ

อาวุธ ศรีสุกรี

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

ลมพิษเนื่องจากความเย็นเป็นพิษชนิด
ฮิสทีอามีนชนิดหนึ่ง. Duke เริ่มใช้คำ
ในปี ๑๙๒๓ โดยหมายถึงปฏิกิริยาที่
ขึ้นจากการไวต่อสิ่งกระทำทางพิษ
ฮิสทีอามีน, ความร้อน, ความเย็น, แสง, และการ
ระคายคายทางกาย. เขาเชื่อว่าฮิสทีอามีน
ชนิดนี้พบได้บ่อย ๆ ทั้งหญิงและชาย, มัก
พบในชายรุ่นหนุ่มและหญิงวัยกลางคน.
อาจมีกรรมพันธุ์บ้าง.

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น อาจเป็นชนิดใดใน
๒ ชนิด, คือ (๑) เกิดที่บริเวณสัมผัส

โดยตรง, หรือ (๒) เกิดในอวัยวะอื่น,
โดยอาศัยรีเฟล็กซ์; หรืออาจเป็นทั้งสอง
ชนิดก็ได้. การถูกเย็นที่แขนอาจทำให้
เกิดเป็นตุ่มหรือเป็นลมจนหมดสติ, ทั้งนี้
เป็นต้น. ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าปฏิกิริยานี้มีกล
ไกอย่างไร. Duke แสดงว่าปฏิกิริยานี้
แตกต่างจากปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการแพ้
วัตถุอย่างธรรมดา. การแสดงแอนติบอดี
ที่สามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นกระทำ
สำเร็จเพียง ๒-๓ ราย, คือ A. Wal-
zer⁽⁹⁾; Harris, Lewis และ Vaung-

han⁽⁵⁾ และ Coviso กับ Prieto.⁽⁹⁾ การทดลองของ Lewis แสดงว่าถ้าผิวหนังของบุคคลที่แพ้ถูกรบกวนทางกาย, จะปล่อยสารคล้ายฮิสตามีนออกมา; ถ้าฮิสตามีนเข้าไปในบุคคลธรรมดา ก็อาจจะทำให้เกิดอาการต่าง ๆ คล้ายการแพ้ความเย็น. Harton และ Brown⁽⁷⁾ ก็รายงานสนับสนุน โดยแสดงว่าในคนที่เป็นมพิษเพราะถูกเย็นนั้นมักพบในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นคล้ายกับคนที่แพ้ฮิสตามีน.

Bray⁽⁹⁾ กล่าวว่าปฏิกิริยาต่อความเย็นเกี่ยวข้องกับฮิสตามีน สำหรับการปล่อยสารคล้ายฮิสตามีน. ในคนปกติผิวหนังจะขบสารเช่นนี้ออกมาที่อุณหภูมิ ๒๐° ฟ. (-๖° ซ.) แต่ในคนที่แพ้ความเย็นฮิสตามีนสูงกว่า ๒๕° ฟ. ในรายงานผู้ช่วยของ Bray เอง ฮิสตามีนเท่ากับ ๔๕° ฟ.

ข้อสันนิษฐานว่า มีการขบสารคล้ายฮิสตามีนออกมานี้คือถ้าเอาสายวัดวัดแขนแล้วเอามือขมุน้ำเย็น, พบว่ามีขมวมแดง, คือไม่สามารถขบขี้กันปฏิกิริยาเฉพาะที่ไว้ได้, แต่จะขบขี้กันอาการทางร่างกายทั่วไปไว้ได้. หากปล่อยสายวัด, อาการทางร่างกายก็จะเกิดขึ้น.

ลมพิษที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเย็นก่อน

ข้างจะพบได้ยาก. ในวารสารการแพทย์เท่าที่ค้นได้, มีรายงานโรคนี้ประมาณร้อยรายเศษ, แต่มีเด็กเพียง ๒ รายเท่านั้น, คือ Bray รายงานเด็กอายุ ๘ ปี และ Herlitz,⁽⁶⁾ อายุ ๑๕ เดือน. ข้อสำคัญคือผู้ช่วยเหล่านี้ อาจเกิดอันตรายในขณะที่ว่ายน้ำเล่น, โดยเกิดอัลเลอร์ยีต่อความเย็นขึ้น, ซึ่งอาจมีอาการทั่วร่างกาย, ทำให้เป็นมพิษทั่วตัวคล้ายซ้อคก็ได้. ผู้ที่ขมุน้ำกายโดยสันนิษฐานกันว่าเป็นตะคริวนั้น, อาจเกิดมาจากเหตุทำนองนี้บ้างก็ได้.

ความไวทางอัลเลอร์ยีจากเหตุทางฟิสิกส์เริ่มตั้งแต่ปี ๑๘๖๐ เมื่อ Salter ทั้งข้อสังเกตว่าอากาศเย็นเป็นต้นเหตุให้เกิดอาการที่ร้ายได้. ในปี ๑๘๖๖ Bowdoo รายงานผู้ช่วยหญิงอายุ ๔๔ ปี ซึ่งมีอาการลมพิษและเป็นลมหมดสติ. แต่ในรายงานนี้ก็ไม่ปรากฏชัดเจนว่าเนื่องจากความเย็น. ในปี ๑๘๗๒ Blachez ได้รายงานลมพิษเนื่องจากความเย็นไวอย่างถึงขนาดในผู้ช่วยหญิงอายุ ๔๕ ปี, ซึ่งมีหน้า, มือ, คอและเท้าขมวมหลังจากถูกต้องความเย็น. ในบางเวลาคนไข้รู้สึกปวดแสบปวดร้อนตามทางเดินของหลอดอาหารและลำคอหลังจากกลืนอาหารเย็นจัด. หลังจากล้างมือ

ด้วยน้ำเย็นที่รู้สึกคัน. ต่อมาปวดแสบปวดร้อน, ผิวหนังกลายเป็นสีแดงเรื่อ ๆ คล้ายสีกหลาย, มือ ขวมและกำมือลำบาก. ปฏิบัติยาปรากฏเต็มที่ใน ๑๕ นาทีและคงอยู่ประมาณ ๓๐ นาที.

ในระยะห้าสิบปีต่อมามีรายงานอีก ๑๒ รายเท่านั้น. ในปี ๑๙๒๔ Duke ได้ตั้งข้อสังเกตเรื่องปฏิบัติยาจำเพาะต่อความร้อน, ความเย็นและแสง. เขาอธิบายผู้ช่วยที่เป็นเด็ก, ลมพิษและความผิดปกติของผิวหนังอื่น ๆ ว่าเป็นผลจากการระคายทางกาย. เขารายงานผู้ช่วยคนหนึ่งอายุ ๔๓ ปี, เป็นแพทย์, เป็นลมพิษอยู่นาน ๕ เดือน. ผู้ช่วยสังเกตว่าเวลาถูกลมเย็น, ลม, แก้ม, หน้าตาและหยาบ, ผิวหนังปวดแสบปวดร้อน, คันและแดง, ตาคันและน้ำตาไหลมาก, จามและไอ. ถ้าคัม น้ำเย็นทำให้เจ็บปวดในปาก, ถ้าคอ, หลอดอาหารและกระเพาะ. มีครั้งหนึ่งที่ผู้ช่วยถูกต้องความเย็นมากกว่าปกติ, มีปฏิกริยามากจนถึงคอลแลปส์, และต้องใช้แอดเวนเจอร์ลินช่วยบรรเทา.

ต่อมามีรายงานเพิ่มเติมอยู่เรื่อย ๆ, ทั้งปฏิกริยาเฉพาะที่และปฏิกริยาทั่วไป. บางรายมีคอลแลปส์ขณะว่ายน้ำและต้อง

ช่วยขึ้นมาจากน้ำ.

ในปี ๑๙๓๖ Horton, Brown และ Roth⁽⁷⁾ ได้รวบรวมรายงานผู้ช่วย ๒๒ ราย, อายุตั้งแต่ ๑๕ ถึง ๕๕ ปี, ซึ่งมีทั้งอาการแสดงเฉพาะแห่งและทั่วร่างกาย. เขาชี้ให้เห็นอันตรายซึ่งจะเกิดขึ้นในขณะว่ายน้ำ, โดยผู้ช่วยของเขาถึง ๕ รายเป็นลมหมดสติในขณะว่ายน้ำและ ๔ รายต้องช่วยขึ้นจากน้ำ.

อาการแข็งและอาการแสดง

๑. อาการเฉพาะที่. มีลมพิษเกิดขึ้นในบริเวณที่ตกต้องกับความเย็น.

๒. อาการทั่วร่างกาย. เกิดในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยทั่วไป, นอกเหนือจากตำแหน่งที่ตกต้องกับความเย็น. อาจมีอาการหืด, ปวดศีรษะ, ความคันเล็กน้อย, ชีพจรเร็วจนกระทั่งหมดสติ.

การรักษา :

ข้อสำคัญต้องพยายามป้องกัน, โดยระวังอย่าตกต้องกับความเย็น. ถ้าหากเป็นมากต้องแนะนำให้ไปหาอากาศอบอุ่น. การรักษาที่สำคัญคือพยายามเพิ่มความทนทาน. Duke ใช้น้ำแข็งวางที่ผิวหนัง,

โดยค่อย ๆ เพิ่มจำนวนและเวลามากขึ้น. Bray, Horton และ Roth⁽¹⁰⁾ อ้างว่า รักษาด้วยการฉีดยาสตีโรน ๐.๒-๐.๓ มก. เข้าใต้ผิวหนังวันละ ๒ ครั้ง, นาน ๒-๓ สัปดาห์, ได้ผลพอใจ.

Perry และ Horton⁽⁸⁾ อ้างว่ามีผู้ รายงานว่าใช้แอนติบีสตีโรน ได้ผลในทาง บรรเทาอาการ.

รายงานผู้ป่วย

ก.ญ. ไทย, อายุ ๕ ปี (ล.ท.๔๑๕๗๑.๕๘), มา ร.พ. ครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๔๕๘ ด้วยอาการสำคัญว่า ถูกน้ำเย็นหรือน้ำแข็งแล้วตัวแดง, เป็น ผื่นคล้ายลมพิษ, เป็นมาประมาณ ๓ ปี.

ประวัติครอบครัว บิดามารดาปกติ

ปกติและการกินนมแม่. มารดาตั้งครรภ์ทั้งสิ้น ๘ ครั้ง; ครั้ง ที่ ๑ และ ๒ แท้งเมื่อเดือนที่ ๓; ครั้ง ที่ ๔ แท้งในเดือนที่ ๔, ครั้งที่ ๖ แท้ง ในเดือนที่ ๑; ครั้งที่ ๓ คลอดเป็นหญิง, คือตัวผู้ป่วย; ครั้งที่ ๕ คลอดเป็นชาย, แข็งแรงดี, ครั้งที่ ๗ เป็นหญิง, ตายเมื่อ อายุได้สิบเดือน; ครั้งที่ ๘ คลอดเป็น

ชาย, อายุได้ ๑ ปี ๑ เดือน, แข็งแรงดี. ในครอบครัวไม่มีใครเป็นเช่นผู้ป่วย, ไม่มีใครเป็นหิด หรือเป็นลมพิษบ่อย ๆ. ผู้ป่วยคลอดง่ายและครบกำหนด. การ เจริญเติบโตเป็นไปตามปกติ.

เมื่ออายุ ๕ เดือนเป็นทรงชัก, ตัว ร้อนอยู่ ๒ วัน, แล้วชักอีก ๒ ครั้ง ๆ ละ ๕ นาที, แล้วก็หาย. ออกหัดเมื่ออายุ ๓ ปี, สุกใสเมื่ออายุ ๘ ปี. ไม่มีประวัติของการ เป็นหิด, หอบ, หรือเป็นหวัดบ่อย ๆ. ไม่เคยถ่ายบัสสาวะสีเหมือนน้ำปลาหรือน้ำ ล้างเนอ.

ประวัติปัจจุบัน เมื่อ ๓ ปีก่อนมา ร.พ.

ในหน้าหนาวผู้ป่วยอายุน้ำในข้อเท้า. พอ ชนจากน้ำคนและเย็นผื่นคล้ายลมพิษ. ผู้ป่วยสังเกตุว่าเมื่อกินไอศกรีมหรือน้ำแข็ง แล้วปากขอม. หลังจากนั้นต่อมาอาการเพิ่มมากขึ้น, เป็นทั้งหน้าหนาวและร้อน. เวลา อายุน้ำหรือเล่นน้ำ, ผิวหนังส่วนที่อยู่ใน น้ำก็แดงและขนเป็นขน ๆ. หลังจากนั้นมา ร.พ., ผู้ป่วยลงไปเล่นน้ำในอ่างน้ำเย็น อยู่นาน, เลยเป็นลมหน้าเขียว. ต้องฉุด ขนมา. มีลมพิษขนทั่วตัว.

ในการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ

ปกติตามระบบต่าง ๆ. ไม่ซีด. ไม่เหลือง, ยอด, หัวใจปกติ. คับ, ม้ามคล้ำไม่พบ. ไม่พบเคอร์โมกราฟีสม. อูจาระและบีส-สวาระไม่พบผิดปกติ. ตรวจเลือดพบ ฮบ. ๘๘ ปร., ม.ล.ค. ๔.๒๕ ล้าน, ม.ล.ช. ๗๘๐๐, นิวโทร. ๕๘ ปร., ลิมโฟ ๓๑ ปร. โมโน. ๗ ปร., อีโอ. ๔ ปร., คาค์นลย (รวมทั้งบิก้า, มารคาและน้อง ๒ คน) การทดสอบ Donath-Landsteiner สำหรับ cold hemolysin ให้ผลลบ (รวมทั้งบิก้ามารคาและน้อง ๒ คน)

การทดลองปฏิกิริยาของผิวหนังต่อ

ความเย็น

๑. ปฏิกิริยาเฉพาะที่. เขาก่อนน้ำแข็งวางบนหนังกำพร้าที่ข้อแขนนาน ๒ นาที แล้วเอาออก. ภายใน ๕ นาทีปรากฏรอยบวมขึ้น, มีรูปร่างเหมือนก้อนน้ำแข็ง, เริ่มจางลงภายหลัง ๔ ชม. ทดลองในบิก้า, มารคาและน้องอีกสองคน, ไม่ได้ผลเช่นนั้น.

๒. ปฏิกิริยาทั่วร่างกาย. เอามือจุ่มในน้ำเย็น ๕ ชม. นาน ๑๑/๒ นาที. มือบวมแดง. ความดันเลือดลดต่ำลง (จาก ๑๐๐/๖๐ เป็น ๘๒/๖๐, ๘๒/๕๒,

๘๘/๕๒, ๘๘/๕๖, ตามลำดับ, กลีบเป็นปกติในสองชั่วโมง). ซึ่พบเร็วขึ้น (จาก ๘๖ เป็น ๑๐๐, ๑๘๐, ๑๐๖, กลีบเป็นปกติในสองชั่วโมง). มีอาการปวดศีรษะด้วย. ตรวจบีสสวาระก่อนและหลังแช่มือในน้ำเย็นไม่พบปฏิกิริยาสำหรับฮีโมโกลบิน.

๓. ระบายอุณหภูมิที่ทำให้เกิดลมพิษ. ใช้เทอร์โมมิเตอร์ใส่หน้าอุณหภูมิต่าง ๆ กันระหว่าง ๒๐ กับ ๕๕ ซม. แล้วเอาที่ผิวหนังนาน ๒ นาที. พบว่าเกิดลมพิษในเมื่อใช้อุณหภูมิตั้งแต่ ๒๕ ซม. ลงไป, สูงกว่านั้นไม่เกิด.

๔. ความนานที่ต้องลดความเย็นก่อนเกิดลมพิษ. ทดลองที่อุณหภูมิ ๑๐ ซม. (ซึ่งทำให้มีปฏิกิริยาแรงที่สุด). พบว่าลมพิษเกิดขึ้นถ้าทิ้งลดความเย็นนานตั้งแต่ ๑๐ นาทีขึ้นไป. ถ้าลดนาน ๘ นาที, ผิวหนังมีรอยแดง, แต่ไม่เกิดเป็นดวงบวมขึ้นมา.

๕. บริเวณของร่างกายที่ออสเลอร์บิคต่อความเย็น. ใช้เทอร์โมมิเตอร์ใส่น้ำเย็นวางที่ผิวหนังที่แขน, ขา, ฝ่ามือ, ฝ่าเท้า, แก้ม, และเยื่อเมือกของกระพุ้งแก้มทั้งสองข้าง. ได้ผลเกิดดวงบวมขึ้นทุกแห่ง.

๖. ทวิกระตุ้นอย่างอื่นที่ทำให้เกิด
ปฏิกิริยา. ทดลองกระตุ้นด้วยน้ำร้อน.
(๖๐°ซ.) และการถูไถกระทบกระแทก.
ไม่มีผล.

๗. ปฏิกิริยาของ เปราสนิทซ์-คัสท์
เนอร์ (Prausnitz-Kustner) แสดงการ
ถ่ายเทภาวะอัลเลอร์ยีไปยังผู้อื่น. วิธิตด
ลองคือเอาซีรัมของผู้ป่วยจำนวน ๐.๑ ถึง
๐.๑๕ ล.ซม. ฉีดเข้าภายในผิวหนัง (อิน-
ตราเดอร์มัล) ที่แขนข้างหนึ่งของคนอื่น ๆ.
ที่แขนอีกข้างหนึ่งของคนเหล่านั้นฉีดซีรัม
ของคนปกติเป็นค้อนโทรล. แล้วเอาก้อน
น้ำแข็งวางบนผิวหนังตรงที่ฉีดซีรัมไว้.
ตรวจดูปฏิกิริยาเมื่อครบ ๑ ซม., ๓ ซม.,
๖ ซม. และ ๒๔ ซม. ใ้ทดสอบในเด็ก
คนไข้ ๘ คน, โดยมี ๓ คนที่ทำซ้ำสาม
ครั้ง. ได้ผลบวกแน่ชัดใน ๑ คน, ซึ่งใ้
ทดลองสามครั้งและให้ผลบวกสองครั้ง.
มีที่ให้ผลบวกไม่ค้ำยชัดเจนนักอีกสองคน.
ที่เหลือไม่ได้ผลบวกเลย. การทดลองนี้
แสดงว่าต้นเหตุที่ทำให้เกิดอัลเลอร์ยีนั้น
มีอยู่ในซีรัมและอาจถ่ายทอดไปยังผู้อื่น
ได้บ้าง, แม้จะไม่ทุกคนก็ตาม.

๘. เปรียบเทียบปฏิกิริยาต่อความ
เย็นกับปฏิกิริยาต่อฮิสตามีน, และผลของ

การบริหารแอนติฮิสตามีน. ฉีดฮิสตามีน
๑.๘๑ ไมโครกรัมละลายในน้ำ ๐.๐๕ ล.
ซม. เข้าภายในผิวหนัง. เกิดปฏิกิริยาเป็น
ดวงนูน. วางก้อนน้ำแข็งรูปสี่เหลี่ยมบนผิว
หนัง. เกิดปฏิกิริยาเป็นแผ่นนูนรูปเหมือน
ก้อนน้ำแข็ง. ค้ำไปใ้กินแอนธิซาน ๑๐๐
มก. รอ ๔ ซม., เพื่อให้ย้ายออกฤทธิ์ถึง
ขีดแรงที่สุด, แล้วทดลองเช่นตอนค้ำอีก
ครั้งหนึ่ง. พบว่าดวงนูนที่ผิวหนังซึ่งเกิด
จากฮิสตามีนนั้นลดขนาดลงมาก, แต่แผ่น
นูนที่เกิดจากวางก้อนน้ำแข็งไม่ลดขนาด
ลงเลย. ค้ำมาใ้ทดสอบใ้ผู้ป่วยกินแอน
ทิสติน ๐.๑ ก. วันละ ๓ ครั้งรวม ๓ วัน
แล้วทดลองปฏิกิริยาต่อความเย็น, ก็ไม่
ปรากฏว่ามีผลลดน้อยลง.

๙. ผลของคอร์ติโซน. ฉีดคอร์ติ
โซน ๕๐ มก. แล้วทดลองปฏิกิริยาต่อ
ความเย็น. สังเกตไม่ได้ว่ามีผลลดน้อย
ลง.

สรุป

ใ้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายซึ่งแสดงอัล
เลอร์ยีต่อความเย็น. การทดลองแสดงว่า
ผิวหนังไวต่อความเย็นตั้งแต่อุณหภูมิ ๒๕°
ซ. ลงไป ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นปรากฏทั้งที่

ผิวหนังและทั่วร่างกายด้วย. ผู้ป่วยเคย
เป็นลมระหว่างเล่นน้ำ. การบริหารแอน
ติฮิสตามีนและคอร์ติโซนไม่ให้ผลที่ชด
เจนแต่อย่างใด.

ผู้รายงานขอขอบคุณท่านศาสตราจารย์นายแพทย์
อรุณ เนตรศิริ, หัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์, ที่
อนุมัติให้รายงานเรื่องนี้และให้คำแนะนำต่าง ๆ. ขอ
ขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิงไอร จิงเจริญ, แผนกสรีร
วิทยา, ที่ได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแอนติฮิสตามีนและ
การทดลองด้วยฮิสตามีน และขอบคุณนายแพทย์ใน
แผนกกุมารเวชศาสตร์ที่ได้ช่วยในการทดลองบางอย่าง.

เอกสาร

1. H.M. Adam. R.B. Hunter. T.W.G. Kinnear Quart. J. Exper. Physiol. 36:49 - 59, 1950.
2. W.A. Bain Lancet 255:946 - 969, 1948.

3. R. Chobot Pediatric Allergy 1st ed. 1951 McGraw Hill Book Comp.
4. Duke W.W. J.A.M.A. 83:3-9, 1924.
5. Harris K.E., Lewis T., Vaughan J.M. Hemoglobinuria and urticaria from cold occurring singly or combination; observations referring especially to the mechanism of urticaria with some remarks upon Reynaud's disease. Heart 14 : 305-336, 1929.
6. Herlitz G. Int. Arch. Allergy 4: 10-13, 1953.
7. Horton B.T., Brown G.E. & Roth G.M. J.A.M.A. 107 : 1263-1268, 1936.
8. Perry E.L. & Horton B.T. Amer. Med. Sc. 214 : 553 - 558, 1947.
9. Tuft, L. Clinical allergy (W.B. Saunders Co., Phila., 1937).
10. Vaughan W.T. & Black J.H. Practice of Allergy (C.V. Mosby Co., St. Louis, 1948).

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีราช

(Abstract of the preceding article)

URTICARIA DUE TO COLD

Sombodhi Bukkaves
M.B.

and

Avudh Srisukri
M.B.

(Dept. of Pediatrics)

Allergy due to physical causes is rarely seen. The authors report the case of a Thai (Siamese) girl, 9 years old, who sought treatment for an urticaria-like affection seen after exposure to cold water or ice. There was no history of allergy in the family. The mother had four abortions out of eight pregnancies. The patient herself never suffered from asthma or other allergic manifestations. The present affection began three years ago. During the cold season the patient took a bath in a pond near her home. When she got out of the water she noticed itching and urticaria-like rash all over the body. Later she observed that her lips swelled when she took ice-cream or crushed ice. A year later the disease got worse, so that rashes appeared even when she bathed in the hot season. Once, one year ago, she collapsed while swimming and had to be helped out.

Rashes were seen all over the body. Systemic examination revealed no abnormality. Donath-Landsteiner test for cold hemolysin, dermatographism and Kahn test were negative. Tests for local sensitivity to cold, by the application of ice and of thermodes at different temperatures revealed that urticaria developed when the skin was to expose temperatures lower than 25° C. When one hand was immersed in water at 50° C. for 1½ minutes, it became swollen; the blood pressure fell and the pulse quickened. Warmth and friction did not produce these effects. Prausnitz-Kustner test performed in 8 subjects gave definitely positive reaction in one, and not clear cut in two subjects. Administration of antistine and of cortisone did not affect the allergic reaction.

(Ten references)

อาการชักเตตานี้จากเลือดพร่องโปแตสเซียม แทรกซ้อนการใช้คอร์ติโซน

รายงานผู้ช่วยสองราย

สมพันธ์ บุญยุคปต์
พ.บ.

ถนอมศรี ศรีชัยกุล
และ
พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ในปัจจุบันคอร์ติโซนได้ถูกใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ หลายชนิดและคงจะมากขึ้นทุกที. แม้ว่าผลดีจะมีมากสักเพียงใดก็ตาม, แต่ผลร้ายก็มีไม่น้อย. รายงานนี้แสดงอาการแทรกซ้อนที่แปลก และพบน้อย, คืออาการชักแบบเตตานี้ขึ้นเป็นผลจากระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ, ซึ่งพบในผู้ช่วยสองคน. รายงานนี้ยังแสดงด้วยว่าอาการชักเตตานี้ขึ้นอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโปแตสเซียมได้ด้วย, ไม่ใช่เพียงจากการเปลี่ยนแปลงของแคลเซียมหรือภาวะออสโมลาลิตีเมียกึ่งที่เข้าใจกันแต่เดิม.

ฤทธิ์ของคอร์ติโซนที่ทำให้เกิดภาวะเลือดพร่องโปแตสเซียม, ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอาการต่าง ๆ นั้น, มีผู้รายงานไว้เป็นจำนวนมากแล้ว. แต่เท่าที่ค้นได้มีรายงาน

เพียงสองรายเท่านั้นที่กล่าวถึงการชักเตตานี้แทรกซ้อนการใช้คอร์ติโซนและ เอ.ซี.ที.เอส., คือ E. Roelsen. (Acta Medica Scandinavica 1953) และ S. de Seze กับพวก (Revue du Rhumatisme et des Maladies Osteoarticulaires, 1952), แต่หาเอกสารไม่ได้.

สำหรับอาการชักแบบลมบ้าหมูซึ่งแทรกซ้อนการใช้คอร์ติโซนและ เอ.ซี.ที.เอส. มีผู้รายงานไว้หลายราย. Soffer, Levitt และ Baehr⁽¹⁾ รักษาผู้ป่วยโรคลูปัสเอรีธิม่าโตซุส คิสเซมินาคุส ๑๗ ราย, เกิดชักแบบลมบ้าหมู ๔ รายในระยะต้นของการรักษา, แต่ไม่รู้สึกเหตุแน่นอน, เพราะโรคนี้แม้ไม่ใช่ฮอร์โมนก็อาจชักได้. Dorfman⁽²⁾ และพวก รายงานผู้

ช่วย ๓ รายที่ชักแบบลมบ้าหมูระหว่างให้ เอ.ซี.ที.เอส. รักษาโรคต่าง ๆ รวม ๔๐ ราย, โดยไม่ให้กินโปแตสเซียมด้วยเลย ในระหว่างนั้น. อาการชักหายด้วยฟีโนบาร์บิทัล. ผลตรวจเลือดทางเคมีไม่ผิดปกติ.

แต่เขาอ้างว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนของสารภายในเซลล์โดยไม่แสดง การเปลี่ยนแปลงทางเลือดก็ได้.

Wayne⁽³⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ๔๓ คนด้วยเครื่องบันทึกไฟฟ้าสมอง (อี.อี.จี.) ก่อน, ระหว่าง, และหลังให้ฮอร์โมน. เขาพบว่า ถ้า อี.อี.จี. ก่อนให้ยาเป็นปกติ, การให้ยาไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง; แต่ในรายที่ อี.อี.จี. ผิดปกติอยู่ก่อน, หลังให้ยาจะผิดปกติกมากขึ้น. ในจำนวนหลังนี้ เกิดการชักขึ้น ๔ ราย. ทุกรายเกิดอาการ ชักชั้มนิสติก่อนชัก. ในสองรายพบระดับ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ. ให้ฟีโนบาร์บิทัลก็ทุเลาชัก. แต่หนึ่งรายได้ให้โปแตสเซียมด้วย. เขาได้อ้างรายงานอื่น ประกอบว่าควรให้กินเกลือโปแตสเซียม และจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารช่วยลด อัตราการเกิดอาการชักชั้มนิสติก่อนการให้ ฮอร์โมนนี้ได้. มีรายงานหนึ่งว่าเมื่อเกิด

อาการทางจิตแล้วการให้เกลือโปแตสเซียมจะเป็นผลดีอย่างยิ่งในการรักษา.

Prunty และพวก⁽⁴⁾ ได้อธิบายถึงกลไกที่เกิดขึ้นเมื่อให้คอร์ติโซนหรือเอ.ซี.ที.เอส. ว่ามีการคั่งของโซเดียมในร่างกาย เพราะมีการเพิ่มการคกกลับของโซเดียมทางไต, และลดการขับถ่ายทางเหงื่อ และทางอุจจาระ. เขาได้อ้างรายงานของ Sprague กับพวก และ Fourman กับพวกสนับสนุน.

Seldin และพวก⁽⁵⁾ อธิบายว่าเมื่อให้ เอ.ซี.ที.เอส. หรือ แอกรีนัลอะเคอรอยด์จะทำให้เกิดภาวะโปแตสเซียมและแคลเซียมในเลือดต่ำ, อันเป็นผลจากการคั่งของโซเดียมในเลือด.

Roussak⁽⁶⁾ รายงานผู้ป่วยโรคไตสันหลังรักษาด้วย ฟี.เอ.เอส. ผสม ลิควอริส (liquorice) รวมเวลา ๖๘ วัน, เกิดชักแบบลมบ้าหมูก่อน, ต่อมาชักแบบเตตานีย์. ตรวจเลือดพบวาระคีย์แคลเซียมต่ำเล็กน้อย (๗.๕ มก. ต่อ ๑๐๐ ค.ชม.), อานาการจับคาร์บอนไดออกไซด์ ๘๒ ๒๒. ปริมาตร. แต่มีแคลเซียมในปัสสาวะปกติ, ซึ่งแสดงว่า "ไอออนไนส์-ฟอร์ม" ของแคลเซียมในเลือดเป็นปกติ.

การให้แคลเซียมเข้าหลอดเลือดซ้ำ ๆ กัน ได้ผลเพียงชั่วคราว. ตรวจไฟฟ้าหัวใจพบ ST ต่ำ. ท่อมาพบว่าโปแตสเซียมและแคลเซียมในเลือดต่ำและมีอัลคาโลสิส. ในที่สุดผู้ป่วยถึงแก่กรรม. ภายหลัง Borst และพวกแสดงว่าลิคอริสมีฤทธิ์คล้ายแคลเซียมออกซัยคอร์โทน. Strong รายงานผู้ป่วยสองรายเกิดเตตานีย์หลังให้พี.เอ.เอส กับลิคอริส.

Mader และ Iseri⁽⁴⁾ รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย, ที่เปลือกต่อมแอดรีนัลทำงานเกินปกติ, เกิดเตตานีย์, ตรวจพบโปแตสเซียมในเลือดเพียง ๖.๕ มก. และแคลเซียม ๗.๕ มก. ต่อ ๑๐๐ ล.ซม. ฉีดแคลเซียมเข้าหลอดเลือดไม่ได้ผล. แต่ให้โปแตสเซียมผลอโรดเป็นเวลา นาน ๆ ทำให้หายได้.

Eliel และ Pearson⁽⁸⁾ รายงานผู้ป่วยที่เกิดเตตานีย์เพราะโปแตสเซียมต่ำ หลังผ่าตัด ๓ ราย. ทุกคนมีแคลเซียมปกติ.

Fourman⁽⁹⁾ ใ้รายงานการทดลอง ทำให้เกิดเตตานีย์จากการขาดโปแตสเซียม. เขาอ้างรายงานของ Darrow และพวก, Ravin และพวก, และ

Strong ว่าอาการชักเตตานีย์เกิดจากเลือดพร่องโปแตสเซียม, โดยแคลเซียมปกติหรือลดลงเล็กน้อย. อาการชักไม่อาจแก้ด้วยการให้แคลเซียม. เขาพบว่าเตตานีย์เกิดเมื่อระดับโปแตสเซียมในเลือดลดถึง ๘.๕ ถึง ๑๐.๕ มก. ต่อ ๑๐๐ ล.ซม., และอธิบายกลไกว่าเหตุเป็นเพราะให้โปแตสเซียมแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโปแตสเซียม. การพร่องโปแตสเซียมในพลาสมาจะเพิ่มโซเดียมในเซลล์. เมื่อให้โปแตสเซียมมันจะเข้าไปในเซลล์, แต่โซเดียมไม่ลดลงตามส่วนเพราะการจับส่วนของไอออนไม่เกิดโดยทันที. ดังนั้นโปแตสเซียมและโซเดียมในเซลล์จะสูงกว่าระดับปกติ, และเตตานีย์เกิดขึ้นในระยะนี้. Bedford⁽¹⁰⁾ รายงานการชักเตตานีย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโปแตสเซียมเนื่องจากได้อาหารที่มีโปแตสเซียมน้อยนานสามสัปดาห์, แล้วให้กินโปแตสเซียมซีเตรท ๒๐ กรัมครึ่งเดียว. เขาอธิบายว่าเตตานีย์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโซเดียมและโปแตสเซียมไอออนที่ผิวของเยื่อหุ้มเส้นประสาท, ซึ่งทำให้ประสาทมีความไวมากขึ้น, และอ้างว่าแคลเซียมในสภาพไอออนเป็นตัวควบคุมกลยุ่น.

รายงานผู้ป่วย

รายที่หนึ่ง

หญิง ไทย, คู่, อายุ ๒๒ ปี, (ล.น. ๑๒๕๑๗-๕๗), รั้วไว้วันที่ ๒๒ ก.ย. ๒๔๕๗ ภัยอาการสำคัญว่าเป็นไข้มา ๗ เดือนและมีเลือดกำเอนออกมา ๑๒ วัน

ประวัติอดีตไม่เกี่ยวข้องกับโรค.

เมื่อเจ็บเดือนก่อนมาโรงพยาบาล, หลังคลอดบุตรแล้ว ๑๐ วัน, เริ่มเป็นไข้ ปวดเมื่อยตามตัว, และปวดข้อต่าง ๆ, คือข้อมือ, ข้อไหล่, ข้อเข่า, พร้อมกับ มีเลือดออกตามไรฟัน, และมีพรายย่ำ ตามตัว. อาการเหล่านี้เป็น ๆ หาย ๆ มา ตลอดเวลา. สิบสองวันก่อนมา ร.พ. มี เลือดกำเอนออก.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๓๘.๕°ซ. ชีพจร ๙๖. หายใจ ๒๐. ความดันเลือด ๑๑๐/๕๘. ผู้ป่วยซีด มาก. มีพรายย่ำตามแขนขาและลำตัว. ขวมที่ข้อมือเล็กของนิ้วมือ, กตเจ็บ, แต่กำ และเหยียดได้. การตรวจระบบอื่นไม่พบ สิ่งผิดปกติ. ตรวจเลือดพบ ฮบ. ๔.๓ ก./๑๐๐ ล.ซม., ม.ล.ก. ๑.๗๒ ล้านต่อ ล.มม., ม.ล.ข. ๕๘๐๐ ต่อ ล.มม.,

เกล็ดเลือด (เพลทเลท) ๒๑๔,๐๐๐ ต่อ ล.มม. ในบัสสาวะพบ อีลิมิน ๒ ขว; มี เม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวเล็กน้อย. ตรวจอุจจาระไม่พบสิ่งผิดปกติ. เคมีเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ. ทดสอบปรากฏการณ์ L.H. ได้ผลบวก.

วินิจฉัยโรคว่าเป็น ลูปัสเอรีธีม่าโต ซุส คิสเซมินาตุส.

การดำเนินของโรคและการรักษา ใน

ในวันที่ห้าหลังรับ, ให้กินคอร์โทนอะซี- เทท ๒๐๐ มก. ต่อวัน. ในวันรุ่งขึ้นเริ่ม ตรวจเลือดพบโซเดียม ๒๗๖ มก. และ ไปแอสเซียม ๑๔.๒มก. ต่อ ๑๐๐ล.ซม. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น, ไข้ลดลง. เจ็ดวัน หลังเริ่มยาจึงลดขนาดเป็น ๑๕๐ มก. ต่อ วันอยู่อีก ๔ วัน. ผู้ป่วยกลับมีไข้ปวดข้อ อีก. ต้องเพิ่มยาเป็น ๒๐๐ มก. ต่อวัน ระหว่างนี้ไม่ได้ให้เกลือโปแตสเซียมเลย. ในวันที่ ๑๕ หลังเริ่มยาผู้ป่วยขวมที่แขนขา และลำตัว, ปวดศีรษะมาก, ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ, จึงได้ให้มิกซ์เจอร์โปแตส- เซียมซีเตรทขนาด ๑๕ ล.ซม. (มีโปแตส เซียม ๑ ก.) วันละสามเวลา. อาการขวม ไม่ดีขึ้น. ในวันที่ ๑๗ หลังเริ่มยา ผู้ป่วย

ชักแบบเกร็งและกระตก. แขนทั้งสองงอ
เข้าหาตัวและสั้น. มือเกร็งแบบ "มือ
หมอลำแย." ชักครั้งละ ๑ ถึง ๒ นาที.
ขณะชักไม่รู้สึกตัว. ตอนหยุดชักพอพูด
รู้เรื่องบ้าง. ตรวจพบอาการแสดง ทรช-
โซ, แต่ไม่พบอาการแสดง ชีวสเต็ม.
ความดันเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ. ในน้ำ
ไขสันหลังไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ผู้ช่วยชักตึก ๆ กันหลายครั้ง. เนื่อง
จากการชักมีลักษณะเตตานี้จึงได้ฉีด
แคลเซียมกลูโคเนท ๑๐ ปร. ๑๐ ล.ซม.
เข้าหลอดเลือด. อาการชักที่เลาลงชั่ว
ครู่, แล้วก็กลับมามีชักตึก ๆ กันจนผู้ช่วย
หมดสติ. กล้ามเนื้อกระตกเป็นครั้งคราว.
ประมาณสี่ชั่วโมงหลังเริ่มชักได้ให้เกลือ
โปแตสเซียมผลอไรต์ ๐.๖ ก. เข้าหลอด
เลือด. การชักหยุดไปประมาณสองชั่วโมง
จึงชักอีก. ให้โปแตสเซียมผลอไรต์อีก
๐.๖ ก. ผู้ช่วยเริ่มรู้สึกตัวบ้าง. การชัก
สงบไป ๘ ชม. จึงให้อีก ๐.๓ ก. รวม
ในวันแรกให้โปแตสเซียมผลอไรต์ ๑.๕
ก. ในวันนั้นงดคคอร์โทนอะซีเตท.

ในวันที่สองให้โปแตสเซียมผลอไรต์
เข้าหลอดเลือดอีก ๐.๗๕ ก. ผู้ช่วยไม่
ชักอีกแต่ยังไม่รู้สึกตัวคืน. ได้ตรวจไฟ

ฟ้าหัวใจ. ทำให้ควยสายนำเพียงสาย
เดียวเพราะเส้นจาวกที่ได้สั้นมาก พบ
คลื่น T ท่ามาก. ได้เจาะเลือดตรวจพบ
แคลเซียม ๑๐.๓ มก., โปแตสเซียม
๑๑.๕ มก., โซเดียม ๓๐๔.๗ มก. ใน
เลือด ๑๐๐ ล.ซม. จำนวนจับคาร์บอนได-
ออกไซด์ ๕๒.๗ ปร. ปริมาตร.

ในวันที่สี่ให้โปแตสเซียมผลอไรต์เข้า
หลอดเลือดอีก ๑.๕ ก. ผู้ช่วยรู้สึกเป็น
ปกติ, แต่กลับมีไข้สูงและปวดข้ออีก.
ดังนั้นในวันที่เจ็ดหลังชักจึงเริ่มให้คอร์ติ-
โซนอีกในขนาด ๒๐๐ มก. พร้อมกับ
กินโปแตสเซียมผลอไรต์ ๒ ก. ต่อวัน.
อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ, แต่ญาติต้องการรัย
กลับบ้าน, จึงจำหน่ายในวันที่ ๒๘ พ.ย.
๒๔๕๗. รวมอยู่ในโรงพยาบาล ๓๖ วัน.

รายที่สอง

หญิงจีน, คู่, อายุ ๓๗ ปี. (ล.น.
๕๕๕๗๕-๕๗), รัยไว้วันที่ ๑๘ ต.ค.
๒๔๕๗ กัวยอาการสำคัญว่ามีผื่นขึ้นทั่ว
ตัวมา ๕ วัน. สงสัยว่าแพ้ยาที่กินเข้าไป.

ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาใดๆ และไม่เคย
ชักมาก่อน.

เจ็ดวันก่อนมาร.พ. ผู้ช่วยอาเจียรมาก,

วันละ ๒ ก. ให้คอร์โทนในขนาด ๒๐๐ มก. ต่อวัน อยู่ ๕ วัน. ผิวนางเริ่มแห้ง. ลดขนาดยาเป็น ๑๗๕ มก., ให้อีก ๕ วัน, แล้วเปลี่ยนเป็น ๑๕๐ มก. ได้หนึ่งวัน, ผู้ป่วยบ่นปวดกล้ามเนื้อแขนขาและขาออบปาก. เป็นเช่นนี้อยู่อีก ๒ วันจึงเกิดชัก, ขาเหยียดเกร็ง, แขนงอสนั้, มือเกร็งแบบ “มือหมอคำแย”. ไม่หมดสติ เป็นอยู่ประมาณ ๒ นาทีก็หยุด, แต่มือยังอยู่ในท่าเดิม. ต่อมาก็ดชักอีกครั้งห่าง ๆ กัน, ไม่รุนแรง. ความดันเลือดปกติ. ตรวจเลือดทางเคมีพบแคลเซียม ๑๐.๑ มก., โปแตสเซียม ๕.๕ มก., โซเดียม ๓๔๕.๐ มก., คอเลสเตอรอล ๑๐๐ ล. ชม. ตรวจไฟฟ้าหัวใจได้ผลคล้ายกับในรายที่หนึ่ง, แต่เส้นสั้นมากไม่อาจแปลผลอะไรได้.

เนื่องจากอาการไม่รุนแรงจึงให้กินโปแตสเซียมผลอะไรก็ได้เพิ่มขึ้นเป็น ๔ ก. ต่อวัน, โดยไม่งดคอร์โทน. ในวันต่อมาผู้ป่วยไม่ชักอีก, แต่ยังคงพบอาการแสดงของทรูโซ, แต่ไม่พบอาการแสดงของไวสเค็ค. ตรวจเลือดพบ แคลเซียม ๕.๕ มก., โปแตสเซียม ๑๒.๗ มก., โซเดียม ๓๑๖.๒๕ มก., ฟอสฟอรัสอินทรีย์ ๓.๐ มก., คอเลสเตอรอล ๑๐๐ ล. ชม.

ในวันที่สามหลังชักตรวจได้ผลลบสำหรับอาการแสดงของทรูโซ. ได้ลดขนาดคอร์โทนลงเรื่อย ๆ. อาการต่าง ๆ ก็ขึ้นจนเกือบเป็นปกติจึงจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายหลังอยู่ได้ ๓๑ วัน.

อภิปราย

ในผู้ป่วยรายที่หนึ่ง, อาการชักเตตานี้เกิดหลังจากการให้คอร์โทนอะซีเตทรวมทั้งสิ้น ๒.๖๕ ก. ในเวลา ๑๗ วัน. ขณะชักกำลังให้อยู่ ๒๐๐ มก. ต่อวัน, และเป็นเวลาภายหลังเริ่มให้โปแตสเซียมซีเตรทวันละ ๓ ก. ได้ ๒ วัน. ผู้ป่วยมีอาการนำก่อนชัก ๒ วัน, คือบวมและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ. อาการชักรุนแรงและเกิดติด ๆ กันจนผู้ป่วยหมดสติคล้ายเป็นลมบ้าหมู, แต่มีอาการแสดงของทรูโซ. ส่วนอาการแสดงของไวสเค็คไม่มี. ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (แม้จะให้โปแตสเซียมซีเตรทแล้ว.) ระดับแคลเซียมและอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ปกติ. ฉีคแคลเซียมกลูโคเนทเข้าหลอดเลือดไม่ได้ผล, แต่ฉีคโปแตสเซียมผลอะไรก็ได้เข้าหลอดเลือดช่วยให้หายจากการชักได้, โดยไม่ได้ให้ยาระงับการชักอื่นใดเลย.

รายที่สองเกิดการชักเตตานย์หลังให้
คอร์โทนอะซีเตททั้งสี่ ๒.๑๗๕ ก. ใน
เวลา ๑๒ วัน. ขณะชักกำลังให้อยู่ ๑๕๐
มก. ต่อวัน, และให้ไปแคสเซียมซล
โรด์วันละ ๒ ก. ทั้งแต่เริ่มต้น. ผู้ป่วย
รายนี้ได้โซเดียมซลโรด์จำนวนมากทั้ง
กินและฉีดเข้าหลอดเลือด ตั้งแต่ก่อนให้
คอร์โทนจนให้ใช้แล้ว ๒ วัน. มีอาการ
นำก่อนชัก ๒ วันเช่นกัน, คือปวดเมื่อย
กล้ามเนื้อและซารอซปาก. พบอาการ
แสดงทรสโซ, ไม่พบอาการแสดงซีโวส-
เต็ค, เช่นเดียวกับรายที่หนึ่ง. ระวังไป-
แคสเซียมต่ำ, แคลเซียมและฟอสฟอรัส
ปกติ. การให้กินไปแคสเซียมซลโรด์
เพิ่มขนาดขึ้นเป็นวันละ ๔ ก. ทำให้อาการ
ชักหายไป. โดยไม่ได้ยาระงับการชัก.

ในผู้ป่วยรายที่หนึ่งอาการชักต่างจาก
ในรายที่สองตรงที่มีอาการหมดสติคล้าย
ลมบ้าหมู, แต่มีอาการแสดงของเตตานย์.
ผู้ช่วยคนแรกเป็นโรคลปสเธริย์ธมาโทซุส
คิสเซมินาคัส, ซึ่งคล้ายในรายงานต่าง
ประเทศ. (1,3) นำเสียคายที่ไม่ได้ตรวจ
ฉ.อ.จ ไว้ทั้ง ๒ ราย.

น่าสังเกตว่าการชักเตตานย์จากการ
พร่องไปแคสเซียมนี้, ไม่นั่นอนว่าไป

แคสเซียมในเลือดต่ำเพียงใดจึงจะเกิด
อาการ. ตามรายงานไปแคสเซียมอาจต่ำ
มาก ๆ โดยไม่เกิดการชักก็ได้, ต่ำเพียง
เล็กน้อยก็ชักได้. จำนวนไปแคสเซียม
ในเลือด ๑๐๐ ล.ซม. ขณะมีการชัก
ตามรายงานทคินโคมคิง :-

Roussak 13 มก., Fourman 8.4-
10.4 มก. Mader & Isori 6.4 มก.
รายงานนี้ ๘.๘ และ ๑๑.๕ มก. ทั้งนี้
อาจเป็นเพราะระดับต่ำของไปแคสเซียมใน
เลือดไม่ได้เป็นส่วนสัมพันธ์กับค่าในเซลล์.
ในเซลล์อาจต่ำมากโดยในเลือดพร้อม
เพียงเล็กน้อยก็ได้. หรืออาจเป็นอย่างที่
Fourman และ Bedford พบว่าการชัก
เกิดขึ้นได้เมื่อให้ไปแคสเซียมเข้าไปใน
รายที่ไปแคสเซียมต่ำอยู่ก่อนแล้ว, ซึ่ง
อาจเทียบได้กับผู้ป่วยรายที่หนึ่งของเรา.
แต่อธิบายไม่ได้สำหรับรายที่สอง. ผู้ราช
งานอื่น ๆ ก็ไม่ได้กล่าวไว้.

จริงอยู่, แม้ว่าจะมีแคลเซียมใน
เลือดเป็นปกติ. แต่อาจอยู่ในสภาพไฮออน
น้อยกว่าปกติ, ซึ่งทำให้เกิดชักเตตานย์
ได้. ซอนจะตัดสินได้ด้วยจำนวนแคลเซียม
ในซีรัม. แต่เนื่องจากความขัดข้องอาจ
อย่างจริงไม่มีผล. อนึ่ง, นำเสียใจที่การ

ตรวจไฟฟ้าหัวใจไม่ได้ผลก็เพราะเส้นที่ได้สั้นมาก. เข้าใจว่าเป็นเพราะตรวจหลังจากคนไข้หยุดชั๊กเพียงชั่วคราว. อย่างไรก็ตามการตรวจพบระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ชั๊กเจน, การที่ฉีดยาแคลเซียมกลูโคเนตเข้าหลอดเลือดในรายที่หนึ่งไม่ได้ผล, และทั้งสองรายหายด้วยการให้โปแตสเซียมผลอะไรก็ตาม น่าจะสรุปได้ว่าการชั๊กเจนนี้นั้นของผู้ป่วยทั้งสองรายนี้เกิดจากเลือดพร่องโปแตสเซียมอันเป็นผลของการใช้คอร์ติโซน. กลไกของการชั๊กไม่อาจอธิบายได้แน่นอน.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยสองรายที่เกิดการชั๊กแบบเจนนี้นั้น, ในขณะที่ให้คอร์ติโซนขนาด ๑๕๐-๒๐๐ มก. ต่อวันติดต่อกันเป็นเวลา ๑๗ และ ๑๒ วันตามลำดับ. มีผลการตรวจสนับสนุนว่าการชั๊กนี้เกิดจากภาวะหย่อนโปแตสเซียม, ไม่ใช่เกิดจากหย่อนแคลเซียม หรือฮิสทาลิเนียร์ระดับแคลเซียมในเลือดและอำนาจยับยั้งยอนไตออกไซค์ของร่างกายเป็นปกติ. การชั๊กแก้ไขด้วยการฉีดยาโปแตสเซียมผลอะไรก็ตามเข้าหลอดเลือดในรายที่หนึ่ง, และ

ให้กินในรายที่สอง, โดยไม่ได้ให้ยาระงับการชั๊กใดๆ ทั้งสองราย.

ผู้รายงานขอขอบคุณแผนกสรีรวิทยาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตรวจเลือดทางเคมี, ขอขอบคุณ น.พ. มุกดา ตฤณานนท์ ผู้ช่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า, และขอขอบคุณอาจารย์แผนกอายุรศาสตร์หลายท่านที่ช่วยเหลือ, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์ประเสริฐ กังสกาลย์ที่แนะนำและตรวจแก้ต้นฉบับให้.

เอกสาร

1. L.J. Soffer M.F. Levitt G. Baehr : Arch. Int. Med. 86:558, 1950.
2. A. Dorfman N.S. Apter K. Smull D.M. Bergenstal R.B. Richter J.A.M.A. 146: 25. 1951.
3. H.L. Wayne: J. Clin. Endocrin. Met. 14: 1039, 1954.
4. F.T.G. Prunty et al: B.M.J, 1: 853, 1953.
5. P.W. Seldin L.G. Welt J. Cort: J. Clin. Invest. 30: 673, 1951 (Abstr.)
6. N.J. Roussak: B.M.J. 1: 360, 1952.
7. I.J. Mader & L.T. Iseri : Proc. 27th Ann. Meet. Centr. Soc. Clin. Res.
8. L.P. Eliel O.H. Pearson R.W. Rawson: New Engl. J. Med. 243: 471, 1950
9. P. Fourman: Lancet 2: 525, 1954.
10. P.D. Bedford Lancet 2: 268, 1954.

(Abstract of the preceding article)

HYPOKALEMIC TETANY COMPLICATING CORTISONE THERAPY

Report of Two Cases

Sompone Punyagupta, M.B.

Tanomsri Srichaikool, M.B.

(Department of Internal Medicine)

One case of disseminated lupus erythematosus and one of bromism were on cortisone treatment in daily dosage 200 and 150 mg. respectively. After seventeen days of treatment in the first case and twelve days in the second, tetany developed. Trousseau's sign was positive Chvostek's negative. Blood pressure was normal. Blood chemistry showed hypokalemia (11.5 and 9.9 mg. per 100 c.c. of serum); serum calcium and carbon dioxide combining power were normal. E.C.G. taken shortly after the attacks yielded equivocal results.

The first patient developed in spite of preventive administration of three grams of potassium citrate per day for three days. In the second case two grams of potassium chloride per day had been given since the beginning of cortisone

treatment. The patient nevertheless developed tetany. This may have something to do with rather heavy daily administration of sodium chloride, intravenous as well as oral, which had been going on for seven days prior to starting cortisone.

Intravenous calcium gluconate was given to the first patient without effect. Both patients, however responded quite well to potassium chloride. The first patient received intravenously 1.5, 0.75, 1.5 gm. daily, to start with, later orally; 2 gm. The second patient was given orally 4 gm. daily. although evidences are not clear cut, it seems reasonable to conclude that the tetany was hypokalemic in nature.

(Ten references)

บทความพิเศษ

ความพิการแต่กำเนิด

ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์

พ.บ., M.S. (Mich.)

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ผู้ที่เกิดมามีร่างกายปกติย่อมเป็นผู้มีโชคดี, เปรียบเหมือนมีตนสมบูรณ์ที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้เป็นปกติ; แต่ผู้ที่เกิดความพิการหรือไม่สมประกอบนั้นว่ามีกรรมหรือเคราะห์ร้ายมาแต่กำเนิด. ข้อแรกก็คือได้ก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่จิตใจของผู้อื่นที่กำเนิดที่มีบุตรเป็นคนพิการ, พร้อมกับสร้างควมวิตกกังวลถึงบุตรคนต่อไปว่าจะมีการผิดปกติอีกหรือไม่; ก่อความยุ่งยากในการเลี้ยงดู, เพราะการพิการบางชนิดทำให้เด็กไม่สามารถระทำการชีวิตอยู่เช่นปกติ, ทั้งยังอยู่ในความดูแลของสถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์. พอโตขึ้นจนรู้ความอาจมีความน้อยเนื้อต่ำใจในความพิการของตน, อย่างน้อยก็มีความกระดากอายที่จะสังสรรค์กับเด็กอื่น. ปม

ค้อยของเด็กอาจเป็นสาเหตุให้มีการประมวลแปรทางจิต, จนบางครั้งเป็นที่เดือดร้อนต่อสังคมและสวัสดิภาพของประชาชนดังนั้นเรื่องการพิการแต่กำเนิดจึงควรได้รับความสนใจและศึกษา, เพราะนอกจากจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับความเจริญและความเสื่อมของพลเมืองของชาติแล้ว, ยังเกี่ยวข้องถึงปัญหาสังคมสงเคราะห์อีกด้วย.

ปัญหาใหญ่ที่สนใจกันอย่างยิ่งก็คืออะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิด, และจะมีทางใดหรือไม่ที่อาจป้องกันไม่ให้เกิดการพิการขึ้นได้ ในสมัยโบราณให้การสันนิษฐานไว้ต่าง ๆ กัน. พวกโรมันเชื่อว่าการร่วมทางเพศในระหว่างเวลามีระดูจะทำให้มีบุตรพิการแต่กำเนิด. Pliny กล่าวว่า "ธรรมชาติได้สร้างเด็กที่พิกล

พิจารณาให้ถี่เพื่อจะทำให้มนุษย์แปลกใจ และเพื่อความสนุกของธรรมชาติเอง." อย่างไรก็ตามก็ตั้งแต่สมัยโบราณมาจนบัดนี้ก็ยังไม่เป็นที่แน่ชัดทั้งสาเหตุและการป้องกัน. หลักของการป้องกันนั้น, จะเห็นในแง่ทางแพทย์หรือในแง่อื่นใดก็ตาม, ก่อนที่จะนำไปใช้จำเป็นต้องรู้สาเหตุเดิมที่จะนำไปสู่ผลอันไม่พึงประสงค์เสียก่อน. การศึกษาถึงสาเหตุที่จะทำให้เกิดความพิการนี้ได้ก้าวหน้าไปอย่างมากในทุก ๆ สาขาของวิชาแพทย์ในระยะหลังนี้, โดยเฉพาะในทางวิทยาเอ็มบริยโอสและพยาธิวิทยา.

Ballantyne (2) ได้พยายามชี้แจงถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นต่อเด็กในครรภ์ (fetus) และเห็นว่าเด็กในครรภ์อาจเป็นโรคที่พบในผู้ใหญ่ได้เหมือนกัน. นอกจากนี้แล้วยังมีโรคเฉพาะอีกด้วย, คือการพิการแต่กำเนิด. Arey (1) ได้รวบรวมชนิดของความพิการและจัดแยกเป็นพวก ๆ ตามลักษณะธรรมชาติของความพิการนั้น ๆ, ดังต่อไปนี้:

(๑) ขาดการเจริญ. คือเซลล์ที่จะเจริญเป็นอวัยวะต่าง ๆ ไม่เจริญต่อไป, ทำให้ร่างกายขาดอวัยวะเหล่านั้น, เช่น ไม่มีไต, แขนหรือขาดนิ้ว เป็นต้น.

(๒) เจริญไม่เต็มที่. มีภาวะเจริญไม่ถึงที่สุด, เช่นปากแหว่ง, เพดานปากแหว่ง, ลูกอวัยวะไม่ลงมาอยู่ในถุงอวัยวะ, ช่องทวารหนักไม่เปิด, มดลูกไม่เติบโต.

(๓) เจริญมากเกินไป. เช่นนิ้วมากกว่าปกติ, ท่อมอวัยวะหรือรังไข่เคลื่อนที่มากเกินไปจนอยู่ในที่ผิดปกติ.

(๔) อวัยวะอยู่ผิดที่. เช่นฟันขึ้นที่เพดาน, อวัยวะภายในผิดที่.

(๕) การรวมกันหรือแยกกัน. เช่นไตสองข้างรวมกันเป็นรูปเกือกม้า, ท่อไตแยกเป็นสอง.

(๖) อวัยวะเหมือนพวกสัตว์ต่ำ (atavism). หมายถึงการที่มีอวัยวะคล้ายคลึงกับในสัตว์ต่ำ, เช่นมีกล้ามเนื้อที่ช่วยยกกระดูกใหญ่ปลาร้าเพิ่มขึ้นเหมือนพวกสิง, หรือมีปอดคล้ายพวกสัตว์ต่ำ เป็นต้น.

ในระยะห้าปีหลังนี้การศึกษาเกี่ยวกับความพิการได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วและแย่งออกได้เป็นสองแนว. แนวหนึ่งถือว่าการเกิดการผิดปกติใน ยีน (gene) ซึ่งสืบกันทางกรรมพันธุ์. อีกแนวหนึ่งถือว่าสาเหตุการเกิดแนวคล่อมต่อเอ็มบริยโอสที่กำลังเจริญอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการได้.

สาเหตุเนื่องจากกรรมพันธุ์ งานสำคัญ
ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้คือ งานของเมอร์พีย์⁽⁵⁾
ผู้พบว่าในบางครอบครัวมีลูกหลานที่พิการ
ทางชนิด แต่กำเนิดขึ้นไปตามกฎของ
เมนเดล, เช่นโรคฮัยโครเซฟาเลียส, ท้อ
กระเจก, เพดานปากแหว่ง, การผิดปกติ
ของแขนขา, มีนมมอมากกว่าธรรมดา,
ปากแหว่ง, ข้อตะโพกเคลื่อน ฯลฯ เมอร์-
พีย์ลงความเห็นว่าการพิการแต่กำเนิดนั้น
การผิดปกติในส่วนประกอบของเซลล์
เซลล์ก่อนถูกผสม.

สาเหตุเนื่องจากสิ่งแวดล้อม. หากการ
ทดลองหลายอย่าง, พบว่าสิ่งแวดล้อมที่
เอ็มบริโอที่กำลังเจริญเติบโตอาจเป็น
สาเหตุให้เกิดความพิการขึ้นได้. ความ
ก้าวหน้าในเรื่องนี้ได้อาศัยการทดลองต่อ
เอ็มบริโอที่ยังมีชีวิต, โดยใช้เอ็มบริโอ
ของสัตว์ครึ่งน้ำ—ครึ่งบก, ซึ่งใช้ทดลอง
ได้สะดวกกว่าเอ็มบริโอของสัตว์ชนิดอื่น.
พบว่าทำให้เกิดการกระทบกระเทือน
จะทำให้เอ็มบริโอขึ้นพิการได้. Huxley
และ de Beer⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึงการทดลอง
แบบนั้นไว้อย่างละเอียด. Stockara⁽⁷⁾
ทดลองใช้ไข่ปลาให้เจริญในแอลกอฮอล์

อ่อน ๆ. พบากฎว่าสมองและอวัยวะสัมผัส
เจริญช้าลงกว่าปกติ. Bagg⁽⁹⁾ พบว่า
การใช้ยาเคมีฉายเอ็มบริโอของหนูทำให้
ให้ลูกตาและสมองผิดปกติ.

ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่กำลัง
สนใจกันมากก็คืองานของ Gregg⁽¹⁰⁾ ซึ่ง
ได้แสดงให้เห็นว่าการผิดปกติบางอย่าง,
เช่นข้อกระเจก, การยกพรัองที่ผนังระหว่าง
ห้องหัวใจ, เพเกินต์ คิคคัส ฮาร์เทริโอ-
ลีส, เป็นไข้ทนต์, และสมองเล็ก
(ไมโครเซฟาเลีย), ได้เกิดร่วมกับการ
ระบาดของโรคเหือดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส-
รูเบิลล่า, และมักเป็นความพิการที่พบใน
บุตรของหญิงที่เป็นโรคนี้ขณะตั้งครรภ์
อ่อน ๆ โดยไม่สัมพันธ์กับการผิดปกติทาง
ยีนเลย. ข้อนี้ทำให้มีผู้คิดต่อไปว่าโรค
ติดต่อก่อน ๆ ที่เกิดเนื่องจากไวรัส, เช่น
คางทูม, หัด, หรืออีสุกอีใสที่ขึ้นแก่
หญิงขณะตั้งครรภ์อ่อน ๆ นั้นอาจจะเป็น
สาเหตุให้เกิดความพิการแต่กำเนิดแก่
บุตรก็ได้.

กลไกที่ไวรัสรูเบิลล่ากระทำต่อเด็กใน
มดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด. มิลเลอร์ได้ทำ
สถิติไว้และพบว่ามารดาที่เป็นโรคเหือด
ขณะตั้งครรภ์อ่อน ๆ ทำให้บุตรพิการได้ถึง

๔๐ ปีช. มีข้อสังเกตที่น่าสนใจคือความพิการมีมากถ้าเป็นโรคในระยะตั้งครรภ์ก่อนครบสี่เดือน, หากเป็นหลังจากสี่เดือนแล้วไม่ค่อยพบความพิการ. จึงสันนิษฐานกันว่าระยะหลังเป็นเวลาที่รกได้เกิดขึ้นเต็มที่แล้ว, และรกนั้นเองคงระคายกันไม่ให้ไวรัสยูเรียลล่าผ่านจากมารดาไปสู่บุตรได้.

การศึกษาเรื่องความพิการนี้ได้ก้าวหน้าต่อไปอีก. ผลจากการทดลองกับไข่ของสัตว์ครึ่งน้ำ-ครึ่งบกได้เป็นแนวทางให้ก้าวต่อไปถึงพวกสัตว์มีนม, ซึ่งรวมทั้งมนุษย์เราด้วย. ปัญหาใหญ่ที่กำลังถกเถียงกันมากในขณะนี้คือเรื่องของการขาดอาหาร. มีผู้ให้ข้อสังเกตว่าจำนวนของเด็กที่คลอดก่อนกำหนด, เด็กตายคลอด, หรือพิการมาแต่กำเนิดนั้นมีมากขึ้นในขณะที่เกิดการออกอยาก. การขาดวิตามินเอ ถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญ Hale ลองเลี้ยงหมโดยให้อาหารที่ไม่มีวิตามินเอเลยในตอนแรกทั้งหมดเริ่มมีท้อง, แต่ให้วิตามินเอในตอนหลัง. เขาพบว่าลูกหมมีความผิดปกติหลายอย่าง, เช่นไม่มีม่านตา (anophthalmos), ม่านตาเล็ก (microphthalmos), ปากแหว่ง, เพดานปากแหว่ง. Warkany⁽⁷⁾

ได้ทดลองกับหนูโดยให้อาหารที่ขาดวิตามินเอ เช่นเดียวกัน. เขาพบว่ามีการเจริญช้าลง, ลูกหนูตัวเล็กกว่าปกติและมีความพิการอีกหลายอย่างรวมทั้งเพดานปากแหว่งด้วย.

วิตามินบีสำคัญไม่น้อย. ในประเทศอินเดียและญี่ปุ่นเขาพบว่าตามสถิติของการตายคลอด, การคลอดก่อนกำหนด, และความพิการต่าง ๆ แต่กำเนิด, สืบสวนได้ว่ามารดาได้รับวิตามินบี ไม่เพียงพอ Warkany ได้ทดลองและศึกษาหนูที่ขาดวิตามินบี พบว่าลูกหนูมากกว่า ๑ ใน ๓ มีความพิการทางโครงสร้างกระดูก, เช่นกระดูกคาง, กระดูกที่เอียง, พีบู่ล่าเรเดียส และอัลน่าสั้นกว่าปกติ. บางทีมีกระดูกซี่โครงติดกัน, นิ้วมือติดกัน, และเพดานปากแหว่ง. ตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่าการเปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดแต่ที่กระดูกเท่านั้น, ยังเกิดที่กระดูกอ่อนและเกิดที่เนื้อที่จะทำให้เกิดกระดูกอ่อนด้วย. การข้อมันความพิการนี้ทำได้ง่ายมาก, โดยใส่โรโยฟลาวิน (บี ๒) ลงในอาหารของหนูตั้งแต่เริ่มท้องในระยะสัปดาห์แรก. ผลจากการทดลองนี้ทำให้แน่ใจว่าโรโยฟลาวินสำคัญและจำเป็นมากใน

การเจริญของกระดูกในพวกหนู. คงจะเป็นเพราะเซลล์ในระยะนี้ต้องการไรโบ-ฟลาวีนมากกว่าในระยะอื่น.

นอกจากนั้นการขาดอาหารชนิดอื่น ๆ ก็อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการได้. หนูที่ขาดกรดแพนโตอีนมักจะมีทั้งกระดูกและลูกมักพิการด้วย. ที่พบได้เสมอคือไม่มีนัยน์ตา, กระโหลกศีรษะไม่ยึดและนิ้วผิดปกติ เป็นต้น. การขาดกรดโฟลิก ทำให้มีน้ำมากในกระโหลกศีรษะ. การขาดทองแดง, ไอโอดีน, วิตามินบี และอาหารอื่นคงจะทำให้เกิดการพิการได้เช่นเดียวกัน.

ผลทางฟิสิกส์และเคมีเชื่อกันว่าสามารถทำอันตรายแก่เด็กได้. Warkany และ Russel ฉายรังสีเอกซ์แก่หนูที่กำลังท้อง, และได้ลูกหนูที่มีความพิการต่าง ๆ. เขาทดลองฉายในวันที่ ๑๐, ๑๒, ๑๓, ๑๔, ๑๕ และ ๑๖ หลังจากผสมพันธุ์แล้ว. ลูกหนูมีเพดานปากแหว่งเป็นส่วนมาก. พวกที่ได้รังสีในวันที่ ๑๒ พิการมากที่สุด.

รัสเซลล์ทำการค้นคว้าต่อมาอีก, เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของขนาดรังสีเอกซ์และระยะเวลาปฏิสนธิ. เขาพบว่าแม้เพียงแต่ฉายรังสีเอกซ์ขนาด ๒๐๐ r เพียงครั้ง

เดียวก่อนการปฏิสนธิประมาณ ๕ วัน, มักทำให้ลูกหนูตายในท้อง. พวกที่ไม่ตายก็มีความพิการ. ถ้าฉายระหว่างวันที่ ๖ ถึงวันที่ ๑๓ ทำให้หนูตายหรือพิการมาก; แต่ถ้าหลังวันที่ ๑๔ แล้วจึงจะให้ขนาดมากถึง ๓๐๐ r ก็ไม่มีความพิการมาก. โดยทั่ว ๆ ไปเชื่อกันว่ายิ่งให้ขนาดแรง, ความพิการยิ่งมากขึ้น.

การขาดออกซัยซีน (ซัยซ็อกเซีย) เป็นอันตรายเหมือนกัน. Ingall⁽¹⁷⁾ ทดลองทำให้หนูที่กำลังท้องได้ ออกซัยซีนไม่เพียงพอ. เขาพบว่าถ้าปล่อยให้ในสภาพอย่างนั้นเพียง ๕ ชม. เท่านั้นลูกหนูมักจะตายในท้อง. พวกที่รอดตายก็มีความพิการต่าง ๆ. ะมากหรือน้อยแล้วแต่ ออกซัยซีนที่ขาดไป.

นายแพทย์สุก แสงวิเชียร⁽⁶⁾ ได้ทำการทดลองโดยใช้เอมบริโอไฮโกไท์ได้ผลว่าการเพิ่มความเข้มของคาร์บอนไดออกไซด์ในมีเดียสามารถทำให้คลื่นของการเคลื่อนของหัวใจผิดปกติไปในทางตรงกันข้าม, ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในการทำงานค่านเมตะบอลิซึมของเอมบริโอไฮโก.

สารเคมีบางอย่างที่ใช้ในการทดลองอาจทำให้เกิดความพิการได้อย่างน่าพิศวง.

Gillman (13) ได้พบโดยบังเอิญเมื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับแร่ธาตุว่า เมื่อฉีดทรีนีนแปนยลเข้าในหนูกำลังท้อง, ทำให้ลูกหนูพิการได้ต่าง ๆ, เช่นมีน้ำมากในกระโหลกศีรษะ, ลูกตายผิดปกติ, ส่วนมากพิการคล้ายพวกชาวคิวบาอะมินเอ.

Haskin (14) ลองฉีดในโตวจีนมีสัตว์, เขาพบว่าส่วนมากกระดูกพิการ, กระดูกคางไม่เจริญ, หัวกระโหลกผิดปกติ.

อันตรายนอกจากเรื่องการขาดอาหารและผลทางฟิสิกเคมีตามที่กล่าวแล้ว, ยังมีอีกข้อหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจในระยะหลังนี้, คือ เหตุเกี่ยวกับเอ็นโคโคโรน. ในปี ๑๙๔๖ White (8) ทดลองฉีดคอร์โมนเพศ, แล้วดูการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ. Moore (15) พยายามทำงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อมาอีกในปี ๑๙๕๐ และลงความเห็นว่าการฉีดคอร์โมนเพศอาจทำให้มีความพิการคล้ายกับพวกที่ชาวคิวบาอะมินเอ, มากกว่าจะทำให้อวัยวะเพศพิการโดยเฉพาะ.

บัตินทรีย์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพิการด้วยเหมือนกัน. Steiniger สนใจอันตรายนอกและได้ทดลองในหนูพบชัดเจนว่า

๑๐ ปช. ของลูกหนูมีปากแหว่งและเพดานปากแหว่ง. ยิ่งให้ขนาดสูง ๆ ยิ่งพบความพิการมาก.

Selye (16) ลองใช้ DOCA. Tedford และ Risley (17) (1954) ทำเช่นเดียวกัน, ลงความเห็นในที่สุดว่าการให้แอนดรินัลคอร์ติคอยด์สามารถทำให้เกิดความพิการได้.

คอร์ติโซนกำลังได้รับความสนใจในขณะนี้. งานที่สำคัญคืองานของ Fraser และ Fainstat (3) ซึ่งได้ผลว่าการฉีดคอร์ติโซนให้หนูกำลังท้อง, ทำให้ลูกหนูพิการแต่กำเนิดได้. ถึงแม้ว่าผลทางสรีรวิทยาของคอร์ติโซนต่อเอมบริโอจะยังไม่แน่ชัดนักก็ตาม, แต่ก็พอจะให้การสันนิษฐานได้ว่าผลอาจจะเป็นเพราะมีความคลาดเคลื่อนคล้ายทางเคมีของแม่, ซึ่งทำให้มีการเผาผลาญผิดปกติไป, แล้วผ่านจากแม่ทางรกไปสู่เอมบริโอ, หรือคอร์ติโซนอาจจะไปทำอันตรายแก่รกเอง, หรืออาจจะทำอันตรายต่อเอมบริโอโดยตรงก็ได้.

ถึงแม้ว่าความรู้จากการทดลองต่าง ๆ ได้ทำให้ทราบถึงสาเหตุของความพิการนั้น ๆ ว่าเนื่องจากการรบกวน คือ เกิดขึ้น

ภายในตัวเอ็มบริโอเอง, ที่เรียกว่า อินทรินสิคแฟคเตอร์, หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกก็ตาม, แต่ก็ยังมีความพิการแต่กำเนิดขางชนิดที่ตัดสินลงไม่ได้แน่ชัดว่าเป็นเพราะกรรมพันธุ์หรือสิ่งแวดล้อมแน่. ตัวอย่างได้แก่มีองโกลิสม์, ฮัยเปอโรโทรฟิคพัลลอริก สเตโนสิส และเท้าปุก เป็นต้น.

Warkany⁽⁷⁾ กล่าวว่าวายครที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคเบาหวาน มีความพิการมากกว่าวายครที่เกิดจากมารดาที่ปกติ. เรายังไม่ทราบแน่ชัดว่าเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความพิการอย่างไร.

มีสาเหตุอีกหลายประการที่น่าจะนึกถึงด้วย, เช่น อายุของแม่, เดือนของการปฏิสนธิ, การใช้ยาคุมกำเนิด, โรคของรกและมดลูก เป็นต้น. Murphy⁽⁵⁾ ให้ความเห็นว่าจำนวนของความพิการแต่กำเนิดของเด็กมีมากในมารดาที่มีประวัติว่าเคยแท้งมาก่อน, หรือเคยเป็นหมันมาเป็นเวลานาน. ส่วนมารดาที่มีอายุมากมักจะมีบุตรพิการแบบมีองโกลิสม์หรือฮัยโครเซฟาโลส,

เชื่อกันว่าอันตรายจากระเบิดปรมาณู คงจะทำให้ผู้ที่รอดชีวิตอยู่มีการเปลี่ยนแปลง

แปลงทางยีนด้วย. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางยีนแล้ว, เด็กที่เกิดมาจะพิกลพิการสักเพียงไหน, เป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจของวงการแพทย์, นักพันธุศาสตร์ และ นักมนุษยวิทยา.

เอกสาร :

- (1) L.B. Arey: Developmental Anatomy. (W.B. Saunders Co., Phila. 1950.)
- (2) Ballantyne. The Diseases and Deformities of the Foetus (Edinburgh, 1892)
- (3) F.C. Fraser and T.D. Fainstat: Amer. J. Dis. Child. 82: 593-603, 1951.
- (4) J.S. Huxley and G.R. De Beer: The Elements of Experimental Embryology, Macmillan, New York 1934.
- (5) D.C. Murphy: Congenital Malformations, (J.B. Lippincott Co., Phila. 1947.)
- (6) S. Sangvichien: Anat. Rec. 3: 529-538, 1952.
- (7) C.R. Stockard: Amer. J. Anat. 10: 369, 1910.
- (8) M.R. White: Anat. Rec. 99: 397, 1947.
- (9) H.J. Bagg: Amer. J. Anat. 30: 113, 1932.
- (10) N.M. Gregg: Med. J. 1: 313, 1945.
- (11.) H.C. Miller: Pediatrics 5: 320, 1950.
- (12.) T.H. Ingall: New. Eng. J. med. 243: 67, 1950.

- (13) J. Gillman and C. Gilbert: South African J. Med. 13: 46, 1948.
- (14) D. Haskin: Anat. Rec. 102: 493, 1948.
- (15) C.H. Moore: J. Clin. Endocrinol. 10: 942, 1950.
- (16) H. Selye: The Physiology and Pathology of Exposure to Stress Incorporated Med. Publisher, Montreal 1950.
- (17) M.D. Tedford and P.L. Risley Anat. Rec. 108: 596, 1954.
- (18) J. Warkany Etiology of Congenital Malformations. Advances in Ped. Interscience Pub., New York Vol 2, 1947.

โปรดทราบ

ท่านผู้ส่งข้อสมุทรวินิจฉัยและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อขอแผนกจัดการของสารศิริราช.

บทบรรณาธิการ

การเพิ่มความแม่นยำในการวัดความดันเลือดแดง

การวัดความดันเลือดแดงเป็นวิธีตรวจ
ที่ประโยชน์มาก, เพราะวิธีทำงานง่ายพอ
ควรและให้ผลซึ่งอาศัยความไปถึงภาวะ
ของอวัยวะต่าง ๆ ได้หลายระบบ, มีเพียง
แต่ของการไหลเวียนเท่านั้น. ในสมัยที่
โรคความดันเลือดสูงและโรคต่าง ๆ ของ
หลอดเลือดกำลังได้รับการวินิจฉัยบ่อย
มากขึ้นอยู่เสมอ, การวัดความดันเลือด
ก็ยิ่งเพิ่มความสำคัญขึ้นทุกที, จนกระทั่ง
แทบจะกล่าวได้ว่าแพทย์ที่ไม่ใช้เครื่องวัด
ความดันเลือดจะตกคนไข้มองว่าเป็นคนไม่
ทันสมัยเสียแล้ว.

ในโรงเรียนแพทย์ของเราที่มีการเพ่ง
เล็งในเรื่องนี้อยู่มานานแล้ว, โดยถือเป็นที่
หลักว่านักเรียนแพทย์ทุกคนต้องสามารถ
วัดความดันเลือดได้อย่างถูกต้องก่อนที่จะ
ผ่านเข้าไปถึงแผนกรักษา. ถึงแม้ว่าวิธีวัด
ความดันเลือดอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน
นี้ได้ใช้กันมาหลายสิบปีแล้ว, ก็ยังมีการ
ศึกษาค้นคว้าหาทางที่จะแก้ไขให้ได้ผลดี

ยิ่งขึ้นอยู่เสมอ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่
ของความแม่นยำ. ทั้งนี้เพราะวิธีที่ใช้อยู่นั้น
เป็นการวัด "ทางอ้อม", มิใช่วัด "ทาง
ตรง". ในการวัดทางตรงนี้ใช้เข็มกลวง
(แคณินิวลา) แทงสอดเข้าไปภายในหลอดเลือด,
ให้เลือดคั่งเข้าในเข็มและบันทึก
น้ำเกลือภายในหลอดเลือดซึ่งติดต่อกับเครื่อง
วัด. กำลังคั่งของเลือดจะดันเครื่องวัดของ
เครื่องวัดให้เคลื่อนไปเป็นส่วนสักโดยตรง.
วิธีนี้ให้ผลซึ่งใกล้เคียงความจริงที่สุด, แต่
ใช้โดยทั่วไปไม่ได้หรือไม่สะดวก. วิธีวัด
ทางอ้อมที่ใช้โดยแพร่หลายนี้มีใช้เช่น
การวัดความดัน "ภายใน" หลอดเลือด.
ผลที่อ่านได้นั้นเป็นความดันภายในถุงยาง
พันแขน "ภายนอก" หลอดเลือด. โดย
ถือเอาว่าภายหลังที่แรงความดันขึ้นไปสูง
มากจนหลอดเลือดแฟบ, แล้วค่อย ๆ ลด
ความดันลงช้า ๆ พอสมควร, ความดันที่
ปล่อยให้เลือดไหลผ่านส่วนที่ติดกดไปได้
เป็นครั้งแรกนั้น, เป็นความดันซิสโตลิก.

ข้อนี้ความจริงมีความคลาดเคลื่อนไม่น้อย. แต่โดยที่ความสทวกในการปฏิบัติก็ยอมรับว่ามีคามมั่นพอใช้ได้. ในการวัดความดันไตฮัสโตลิก. ซึ่งอาศัยการฟังเสียงที่เกิดขึ้นเหนือหลอดเลือดในส่วนที่ปลายทางกว่าส่วนที่ถูกรัด. ตามหลักของโคร็อคคอฟ. ยังมีคามคลาดเคลื่อนและการแกว่งของผลมากขึ้นไปอีก. การที่จะกำหนดเอาว่าความดันที่อ่านได้ตอนใดเป็นความดันไตฮัสโตลิกยังมีการไม่ลงรอยกันอยู่. สหาคคมหัวใจของสหรัฐอเมริกาและสหาคคมหัวใจของเกรตบริเตนและไอเฮอร์แลนด์ได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาปัญหาข้อนี้, นอกจากข้ออื่น ๆ อีก, และเมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๑ ได้ออกข้อเสนอแนะให้ถือเอาความดันที่ตรงกับขั้นระยะที่ห้าของโคร็อคคอฟ, คือตอนที่เสียงเจ็ยหายไป, เป็นความดันไตฮัสโตลิก. ทั้งนี้โดยที่การทดลองวัดโดยวิธี "ทางตรง" ได้ผลย่งว่าความดันไตฮัสโตลิกที่อ่านได้ตามวิธีที่ใช้ยู่เดิม, คือถือเอาระยะที่เสียงค่อยลง (ระยะที่สี่ของโคร็อคคอฟ), นั้นสูงเกินความจริงไปเกือบ ๑๐ มม.ปรอท. รายละเอียดในเรื่องนี้ได้เคยแจกแจงไว้ในหนังสือแล้ว.⁽¹⁾

ยังมีต้นเหตุของความคลาดเคลื่อนอีกบางประการซึ่งในการวัดความดันเลือดตามธรรมดาที่มีค้อยได้นักดิ่ง, ทั้ง ๆ ที่ต้นเหตุเหล่านี้บางทีก็ทำให้ผลผิดจากที่ควรเป็นไปไค้มาก ๆ. การเปรียบเทียบผลการวัดโดยวิธี "ทางตรง" กับวิธี "ทางอ้อม" แสดงว่าวิธีหลังให้ผลสำหรับความดันซัยส์โตลิกสูงกว่าวิธีแรกเล็กน้อย. ต้นเหตุแห่งความแตกต่างก็คือความจริงที่ความดันของอากาศภายในถุงพินแชนมิได้กดที่ผนังของหลอดเลือดโดยตรง. แต่ต้องกดผ่านไขมันที่ผิวหนังและกล้ามเนื้อ, ซึ่งกดความดันบางส่วนเสีย, จึงต้องใช้ความดันมากขึ้นเพื่อที่จะกดหลอดเลือดให้แฟบ. ดังนั้นในคนที่อ้วนหรือคนที่กล้ามเนื้อมาก, ความผิดค้อยม่มากขึ้น. ในต้นควรต้องระลึกถึงความจริงค้วว่าการวัดความดันเลือดที่ขา, ซึ่งบางครั้งกระทำกันง่าย ๆ, โดยเอาถุงพินแชนวัดที่ขาที่อนชนและฟังเสียงที่แองซาพิย (ปอปลิเทียลฟอสซ่า), ยังมีคามคลาดเคลื่อนมากใหญ่. นอกจากหลอดเลือดที่ใช้จะยู่ลึกมาก, มีกล้ามเนื้อและไขมันก็ค้ววางยู่หนา, ดังย่งที่ใช้วัดนั้นยังสันเกินไค้กว่าที่จะทำหน้าที่วัดและกด

(1) สารศิริราช ๒ : ๑๒ - ๑๗, ๒๔๕๕

หลอดเลือดอย่างได้ผลด้วย. ผลที่ได้จากการวัดเช่นนี้มีประโยชน์เพียงในคำเปรียบเทียบเท่านั้น.

คงจะเข้าใจได้โดยง่ายว่าในการวัดที่แขนหรือขาที่. ถ้าหากกล้ามเนื้อที่ถูกวัดนั้นอยู่ในสภาพหดตัวหรือหดเกร็ง, ก็ยังทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากขึ้นไปอีก, เพราะจะต้องใช้กำลังคนมากขึ้นสำหรับจะบีบกล้ามเนื้อที่แข็งอยู่นั้น. ดังนั้นในการให้คนไข้วางแขนระหว่างวัดความดันเลือดจึงต้องระมัดระวังว่าคนไข้มิได้ใช้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวของนั้น, เช่นเหยียดแขนแข็งไว้ด้วยตนเอง, เป็นต้น.

ถ้าหากให้คนไข้เหยียดแขนที่ข้อศอกอย่างเต็มที่ในระหว่างวัด, จะเกิดความคลาดเคลื่อนจากอีกเหตุหนึ่งเพิ่มขึ้นมาอีก, คือเหตุที่ผนังของหลอดเลือดถูกแรงตึง, ซึ่งจะก่อความผิดพลาดในการวัดความดันโลหิต. หลักของการวัดความดันนั้นอาศัยข้อที่ว่าแผ่นเยื่อที่ยืดหยุ่นได้นั้นจะสั้นหรือยาวที่สุดเมื่อทั้งสองด้านของแผ่นนั้นมีความดันเท่าๆกัน. ในการวัดที่ความดันโลหิตโดยวิธีนี้จะทำให้ผลใกล้เคียงความจริงที่สุดจำต้องกระทำให้ผนังของหลอดเลือดอยู่ในสภาพที่หย่อน, คือให้มี

ความตึงแต่เฉพาะที่เกิดจากความดันภายในหลอดเลือดเท่านั้น. ในท่าที่เหยียดข้อศอกเต็มที่หลอดเลือดเบรเฉยจะถูกตึงมากกว่าธรรมดา, ซึ่งทำให้ข้อจำกัดของการวัดความดันโดยวิธีโลหิตเสียไป.

อาศัยหลักที่กล่าวมาแล้วนี้, ในการวัดความดันเลือด, แขนข้างที่วัดนั้นควรวางทอดไว้บนโต๊ะหรือทรงรับอย่างอื่น, ซึ่งตั้งอยู่ใกล้ตัวคนไข้พอสมควร, ไม่ห่างจนคนไข้ต้องเกร็งแขนเหยียดออกไป. แขนที่อนั้นก็ยกขึ้นปลายควรทำม่วมร่วมกันที่ข้อศอกประมาณ ๑๖๐ องศา, และคนไข้ต้องปล่อยแขนข้างนั้นตามสบาย, ไม่หกดกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งส่วนใด.

เกี่ยวกับท่าทรงตัวของคนไข้ในทรายกันคืออยู่แล้วว่าท่านอนราบเช่นท่าที่ให้ผลซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดและมีรอบวงวนน้อยที่สุด. ดังนั้นจึงควรวัดความดันเลือดในท่านอนหรือทักครึ่งที่ทำได้. อย่างไรก็ตาม, ในการปฏิบัติบางครั้งก็เป็นการไม่สะดวกที่จะให้คนไข้อนราบ, และการวัดในท่านั่งเป็นการจำเป็น. ในกรณีเช่นนั้นควรพันถุงรอบแขนในระดับเสมอหัวใจ, เพื่อยोगันผลของความดันฮัยโดรสแตติกเกี่ยวกับเลือดในหลอดเลือด, ต้อง

ไม่ลืมนึกว่าความดันโลหิตที่วัดได้ในท่านั่งสูงกว่าที่วัดในท่านอนประมาณ ๕ ถึง ๑๐ มม. ปรอท; ความดันซิสโตลิกต่างกันน้อยกว่าเล็กน้อย.

ถุงที่พินแซนต้องพินแน่นพอสมควร, และไม่รัดแน่นเกินไปจนขัดขวางต่อการไหลของเลือดดำหรือทำให้หลอดเลือดแดงถูกกด. เวลาพินต้องวางถุงให้เหมาะ, ให้หลอดเลือดแดงลอดผ่านใต้ส่วนกลางของถุง. ควรให้หลอดเลือดที่ติดต่อกับสูลัมและแมนอิมิเตอร์อยู่ทางขอบบน, เพื่อจะได้ไม่เกาะกักับการฟังเสียง. ต้องใช้ถุงที่มีขนาดมาตรฐาน, คือกว้าง ๑๒ ซม. สำหรับแขนผู้ใหญ่, และ ๑๘ ซม. สำหรับขาผู้ใหญ่. สำหรับเด็กใช้ขนาดเล็ก

ลงตามส่วน.⁽¹⁾

เมื่อพินถุงเรียบร้อยแล้วต้องลองสูบลมอากาศเข้าถุงแล้วปล่อยให้รั่วออกเป็นการทดลองเสียก่อนหลาย ๆ ครั้ง, เพื่อให้คนไข้คุ้นกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น. ในการวัดนั้นควรสูบลมอากาศเข้าไปค่อนข้างเร็ว, และปล่อยให้ลมออกช้าพอสมควร, เพื่อจะสังเกตเสียงและอ่านความดันได้ทันเวลา. ตำแหน่งที่จะวางหลอดจับเสียงที่บริเวณแขนพับต้องทำให้ถูกต้อง, คือตรงเหนือหลอดเลือดแดงเบรเชียลพอก, มิฉะนั้นจะจับเสียงที่คงเริ่มแรกได้เข้าไป, และอ่านความดันซิสโตลิกได้ต่ำไป. วิธีที่จะทำตำแหน่งนี้ได้แม่นยำก็คือใช้นวมอกคล้องเสียก่อน.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุทรวินิจฉัยการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ., ประเสริฐ ปาเจริญ พ.บ., ประเทือง พลชาติ พ.บ.
สุนทร บุญชูชาติ พ.บ., โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., โอภาส ธรรมวานิช พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ., คัชรินทร์ พิณสวัสดิ์ พ.บ.

๑. Robert M. Johnson Joseph Meites: ผลของคอร์ติโซน, ฮัยโครคอร์ติโซน และ เอ.ซี.ที.เอส. ต่อการงอกของเต้านม และจำนวนโปรแล็คตินในต่อมบีคิตูตารีของหนูพุก. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.* 3: 455-458, 1955.

ผู้รายงานทดลองในหนูพุกขาวตัวเมีย ๔๒ ตัว. แบ่งเป็น ๔ พวก. พวกแรกให้น้ำเกลือ ๐.๘๕ ปร. (คือน้ำเกลือ) พวกที่สองให้คอร์ติโซน ๒ มก. พวกที่สามให้ฮัยโครคอร์ติโซน ๒ มก. พวกที่สี่ให้ เอ.ซี.ที.เอส. ๒ มก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุกวันเป็นเวลา ๑๐ วัน, แล้วตรวจ. ได้ผลดังนี้: (๑) ฮัยโครคอร์ติโซนและคอร์ติโซนทำให้การเจริญของร่างกายช้าลงตามลำดับ. แต่ เอ.ซี.ที.เอส. ขนาดที่ใช้ไม่มีผลต่อการเจริญของร่างกาย. (๒) ในพวกคือน้ำเกลือพบว่าต่อมนมมี

แต่ต่อมซึ่งมีแขนงน้อยและจำนวนของท่อที่กำลึงงอกน้อย. ไม่มีน้ำนมขับออกเลย. พวกนี้ได้รับฮัยโครโมนมีแขนงของต่อมมากขึ้นและการเจริญของต่อมตามกลีบเล็ก ๆ เพิ่มขึ้นมากและมีน้ำนมขับออกมาในต่อมนมด้วย. คอร์ติโซนให้ผลมากที่สุด, ฮัยโครคอร์ติโซนให้ผลปานกลาง, เอ.ซี.ที.เอส. ให้ผลน้อยที่สุด. (๓) น้ำหนักของต่อมบีคิตูตารีไม่เปลี่ยนแปลงเลยทุกพวก, เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัว. แต่ฮัยโครโมนต่าง ๆ ทำให้จำนวนโปรแล็คตินของต่อมบีคิตูตารีเพิ่มขึ้น. คอร์ติโซนทำให้เพิ่ม ๒๓ ปร., ฮัยโครคอร์ติโซนเพิ่ม ๔๑ ปร., เอ.ซี.ที.เอส. เพิ่ม ๗๑ ปร.

ผู้รายงานสรุปว่าฮัยโครโมนทั้งสามนี้สามารถทำให้เกิดการเริ่มต้นเจริญของต่อมนมและทำให้มีน้ำนมได้.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๒. E.D. Palmer: รุledgeพยาธิวิทยาของการอักเสบของหลอดอาหารแบบแผลกักเบื้อยชนิดรองปัจจุบัน. *A.M.A. Arch. Pathol.* 1: 51-57, 1955.

ผู้รายงานได้ศึกษาพยาธิวิทยาของชั้นเนื้อตักออกตรวจจากหลอดอาหารของคนไข้ที่เป็นหลอดอาหารอักเสบมีแผลกักเบื้อย (อีโรชั่น) ชนิดรองปัจจุบันซึ่งได้วินิจฉัยโดยอาศัยกล้องตรวจหลอดอาหาร, จำนวน ๑๐๐ ราย. ได้ชั้นเนื้อที่เหมาะสม ๖๑ ราย. ใน ๑๒ ราย ได้ตักเนื้อออกตรวจซ้ำอีก ๑ ถึง ๓ ครั้ง, ในระยะเวลาห่างกัน ๒ ถึง ๒๕ สัปดาห์. เขาพบว่าพยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดที่ชั้นลามินาโพรปริอาของหลอดอาหาร. มีการอักเสบอย่างรองปัจจุบัน (สับแอกิวท์). เอบีจี-เลียมส่วนมากเป็นปกติ. บางรายมีแผลกักเบื้อย แต่ไม่มีลักษณะอักเสบที่ผนังของแผล. มีน้อยรายที่เซลล์ของการอักเสบลุกลามเข้าไปในเอบีจีเลียม และส่วนมากเข้าไปไม่ถึงครึ่งของความหนา. ในรายที่ตักเนื้อออกตรวจซ้ำพบว่าพยาธิสภาพมีลักษณะเกือบเหมือนเดิม. จากการศึกษานี้เขาลงความเห็นว่พยาธิสภาพของโรคนี้เริ่มต้นภายใต้เอบีจีเลียม, โดย

สาเหตุอะไรบ้างยังไม่ทราบแน่. เขาค้นพบว่าแผลเกิดโดยฤทธิ์ของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารที่ขย้อขึ้นมา, เพราะการเปลี่ยนแปลงในเอบีจีเลียมพบได้บ่อยและเกิดภายหลัง. อนึ่ง การรักษาที่มุ่งทำลายฤทธิ์ของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร, หรือแม้การตัดกระเพาะออกเกือบหมด, ไม่ให้ผลดีอะไรเลย. น้ำในกระเพาะอาหารจะทำได้อย่างมากก็เพียงแต่ละลายเนื้อที่ตายแล้วเท่านั้น.

ประเสริฐ ปาจารย์ พ.บ.

๓. J.R. Tasker: เอนแกนิวโลซัยโตสิสถึงตายเกิดระหว่างรักษาคัยฉลอร์โปรมาซีน. *B.M.J.* 1: 950, 1955.

ผู้ป่วยหญิง อายุ ๓๘ ปี, เป็นโรคซิสทีเรีย รักษาอยู่หลายปีอาการไม่ดีขึ้น, แม้ใช้ไฟฟ้าทำให้หมดสติก็ไม่ได้ผล. ต่อมาแพทย์ได้ให้ยาฉลอร์โปรมาซีนขนาด ๗๕ มก. ต่อวันอยู่ ๕ วัน, และต่อไปวันละ ๑๕๐ มก. เรื่อยไป. ในวันที่ ๒๐ ของการรักษา ถ่ายอุจจาระสีซีด และยัสสาวะสีดำ, ตัวเหลืองเล็กน้อย. ในวันที่ ๒๖ เริ่มมีผื่นขึ้นตามตัว, ซึ่งขยายไปในวันที่ ๓๐. มีแผลที่เหงือกและลิ้นเล็ก

๕. ในวันที่ ๔๗, มีไข้ ๑๐๑.๒ ฟ. เมื่อกัดเลือดขาวลดเหลือ ๕๐๐/ล. มม., นิวโทรฟิล ๑๐ ปช. ลีมโฟไซต์ ๕๐ปช. ได้หยุดยาในวันนั้น. ผลที่เหงือกและลิ้นยังคงอยู่. จนถึงวันที่ ๕๓ เกิดปากขวม, ซึ่งรักษาหายด้วยเพนซิลลินและออกซัย-เตตราซัยคลิน. คนไข้ตายในวันที่ ๕๔ ของการรรักษา.

เมื่อกัดเลือดขาวต่ำลงในสัปดาห์ที่ ๖ หลังใช้ยาซัลเฟอร์ไพไรมาซีน.

อาการแพ้มีผื่นตามตัว, ไข้, ท้องเสียเล็กน้อย พร้อมทั้งมีแผลในปากและลิ้น.

ประเทือง พลชาติ พ.บ.

๔. M. Lesser, G.A. Eason หัวใจหยุดระหว่างวางยาสลบ ขณะชกน้าการคลอดค้วยยาจำพวกบีโทซิน. B.M.J. 4879: 79-80, 1954.

ผู้ช่วยได้รับการตรวจทางช่องคลอดระหว่างดมยาสลบ เนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนคลอด. แพทย์ผู้ตรวจได้ทำถุงน้ำทูนหัวแตกโดยบังเอิญ.

ในการวางยาสลบ, วิสัญญีแพทย์ได้ใช้ซัยโคลโปรเพนร่วมกับไนตรัสออกไซด์และออกซัยเจน. ๕ นาทีต่อมา, เมื่อ

คนไข้รู้สึกตัวข้งแล้ว, ได้ให้บีโทซิน (Pitocin) หยด, โดยให้บีโทซิน ๓๐ หยด ผู้ช่วยเกิดหัวใจหยุดทันทีทันใด. ผู้รายงานเข้าใจว่าคงจะมีเวโซเปรัสซินอยู่ข้งในบีโทซิน, และออกฤทธิ์ร่วมกับซัยโคลโปรเพน, ทำให้หัวใจหยุด. ฉะนั้นไม่ควรให้ ๒ ชนิดร่วมกัน. เขาแนะนำว่าการให้บีโทซินหยดอาจมีอันตรายในผู้ที่เข่นโรคหลอดเลือดโคโรนาร้อยอยู่แล้วและผู้ที่มีอายุเกิน ๔๐ ปี.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๕. Penti Ermala, Lars R. Holsti การกระจายและการดูดซึมน้ำมันกากควันยาสูบภายในอวัยวะทางหายใจ. Cancer, 4: 673-678, 1955.

ผู้เขียนได้ทดลองในห่นจำลองรูปคนที่ทำให้สับยหริได้. ไข่ไข่ขาวทาเคลือบอวัยวะต่างๆ เพื่อหาค่าแห่งและความเข้มของควันยหริที่ไปจับติดอยู่. กับได้ทดลองในสัตว์เพื่อผลการดูดซึมเข้าไปในทิสชีว. เขาพบว่า:—

๑. ในโพรงปาก, น้ำมันกากควันจากการสับยหริมีน้อยกว่าการสับยหริปริมาณ ๔ ส่วนต่อ ๑๐ ส่วน; แต่ใน

ผิดปกติมากกว่า, ประมาณ ๗ ต่อ ๕. จำนวนน้ำมันจากควันทั้งหมักที่ได้จากสับ-บยุหรือน้อยกว่าที่ได้จากสับกลอง, ประมาณ ๑๑ ต่อ ๑๕.

๒. ส่วนของร่างกายที่น้ำมันจากควันทักอยู่มากคือริมฝีปาก, ปลายลิ้น, เยื่อ-บุกระพุ้งแก้มระหว่างแถวฟัน, บริเวณ-ที่อ่อนซิด, สายเสียง, งามแยกของหลอด-คอ (เทรเคีย) และหลอดลมใหญ่, ซึ่งตรง-กันกับตำแหน่งที่พบว่าเป็นมะเร็งบ่อย ๆ.

๓. สำหรับการตกซึมของน้ำมันจากควันในทิสซิวของสัตว์. ได้ทดลองโดย-อาศัยวิธีฟลูออเรสเซนต์ไมโครสโคป. พบว่าน้ำมันจากควันสามารถแทรกซึมจาก-เยื่อเมือกลงไปทึ่ชั้นใต้เยื่อเมือกและเนื้อ-ชั้นไขมันได้ภายใน ๒-๓ นาที. แม้หลังจาก-นั้น ๕ ชั่วโมงก็ยังเห็นอยู่

โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ., C.R.

๖. Lars R. Holsti, Pentti Ermala: ป้ายิลลาเรียคาร์ลีโนมาของกระเพาะปัส-สาวะในหนูยักษ์ซึ่งเกิดหลังจากกินน้ำ-มันจากควันยาสูบ. *Cancer* 4: 679-682, 1955.

ผู้เขียนได้ใช้น้ำมันจากควันบยุหรืทาที่

ริมฝีปากและในโพรงปากหนูยักษ์จักรจำ-นวน ๖๐ ตัวเพื่อที่จะเกิดมะเร็งขึ้นตรง-ตำแหน่งที่ทาหรือไม่. ได้ใช้หนูอีก ๔๐-ตัวเป็นคอนโทรลโดยให้การเลี้ยงดูและ-อาหารอย่างเดียวกัน.

ใช้ทารซึ่งสกัดจากควันบยุหรื, ขนาด ๐.๒๔ ก. (ประมาณ ๑/๕ ที่ได้จากบยุหรื ๑ ตัว) บ้ายที่ปากหนูทุกวันเป็นเวลา ๑๒-เดือน. แล้วฆ่าหนูตรวจศพ. ไม่พบมะเร็ง-ที่ริมฝีปากหรือในโพรงปากเลย, แต่-กลับพบเนื้องอกป้ายิลโลมาอย่างไม่วายที่-บริเวณทริโกนามของกระเพาะเขา ๘๗.๕-ปซ., เป็นมะเร็งแบบป้ายิลโลมา ๑๐ ปซ. คอนโทรลไม่เป็นมะเร็งที่ใด ๆ เลย.

ผู้เขียนเข้าใจว่าในน้ำมันจากควันบยุหรื, นอกจากจะมีอะโรมาติกฮัยโดคาร์บอนจำ-พวกโพลีฮัยคลิด ซึ่งทำให้เกิดมะเร็ง-ที่ผิวหนังตรงตำแหน่งที่ทาแล้ว, คงจะมี-ส่วนอื่นซึ่งถูกดูดซึมเข้าไปในร่างกายและ-ถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะ. ผู้เขียนเข้าใจว่าสารนี้คงเป็นพวกนพธิยลอะมอน.

โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.บ. C.R.

๗. Leonard Apt: การทดลองศึกษา-ผลของการให้เด็กทารกกินเล็อก. *J. of*

Ped. 47 : 1-5, 1955.

การทดลองนี้ช่วยสนับสนุนความเห็นของสตี แพทย์ และกุมารแพทย์ซึ่งเชื่อกันมานานแล้วว่าอาการของเด็กคลอดใหม่ ๆ อาจจะมีเลือดสดปนได้, เนื่องจากในระหว่างมารดาเจ็บครรภ์เด็กได้กินเลือดของมารดาเข้าไป, ผู้รายงานได้ทดลองกับเด็กทารกสองพวก. พวกแรกเป็นเด็กทารกเพิ่งคลอดใหม่ ๆ, ยังถ่ายขี้เทาไม่หมด. อีกพวกหนึ่งอายุมากกว่าพวกแรก และถ่ายขี้เทาออกไปหมดแล้ว. รวมเด็กทารกที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ๕๑ คน. เด็กทุกคนผ่านการคลอดอย่างปกติ, และได้ตรวจอาการเป็นก้อนโตนแล้วอย่างน้อยคนละ ๒ ครั้งโดยวิธีไกวแอก. ใช้เลือด ๑๐ ถึง ๔๐ ล.ซม. ผสมซีเตรท หรืออีอกซาเลท, ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารโดยผ่านหลอดพลาสติก (โปลีเอธิลีน), ในอัตราประมาณ ๑ ล.ซม. ต่อนาที. ตรวจอาการที่เด็กถ่ายออกมา มีเลือดสดปนหรือไม่, และตรวจหาเลือดด้วย (ฮ็อกคัลท์) โดยวิธีไกวแอกด้วย. พวกแรกทุกคนมีเลือดสดออกมา. ตรวจพบได้อย่างรวดเร็ว ๕ ซม. อย่างช้า ๓๐ ซม. ภายหลังให้เลือด, และมีอาการระปนเลือด

สดต่อไปอีก ๑๒ ถึง ๔๐ ซม. ส่วนเลือดสดตรวจพบได้นานถึง ๘๗ ซม. ในเด็กพวกหลังก็ได้ผลเช่นเดียวกัน, แต่เริ่มพบอาการระปนเลือดสดในระยะเวลาเร็วกว่า, คือภายใน ๒ ๑/๒ ซม., และมีอยู่นานเพียง ๑๘ ซม. ส่วนเลือดสดตรวจพบอยู่เพียง ๔๖ ซม. แล้วอาการก็เย็นปกติ.

โอภาส ชรรมวานิช พ.บ.

๘. J.H. Burchenal M.L. Murphy:
การใช้คอรัทีโซนรักษาผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นเบิ้ลล์ส พอลซี J. Maine M.A. 46: 10-11, 1955.

สาเหตุของเบิ้ลล์ส พอลซีในเด็กก็เป็นเช่นเดียวกับผู้ใหญ่. โรคนี้พบได้ในเด็กทุกวัย, แต่พบน้อยมากก่อนอายุ ๓ ปี. ที่พบได้มากอายุระหว่าง ๖ ถึง ๑๕ ปี. ผู้ป่วยทั้งสามรายที่ผู้รายงานเสนอเป็นหญิง, อายุ ๖, ๗ และ ๑๐ ปี. ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีพาราดีซิสของประสาทสมองคู่ที่ ๗ โดยการให้คอรัทีโซน. ภายในระยะเวลา ๒-๓ สัปดาห์ต่อมาอาการดีขึ้นมาก. ผู้รายงานได้ให้ข้อสังเกตว่าผู้ป่วยโรคเดียวกันของเขาทั้งหมดซึ่งรักษาไว้ก่อนไม่เคยมีอาการดีขึ้นภายในระยะเวลาเร็ว

เช่นน้และบางรายเป็นอัมพาตของหน้า
ตลอดไปด้วย. อย่างไรก็ตามการใช้คอรั
ทีโซนนควรจะเริ่มในระยะแรกที่สุดก่อนที่
ประสาทจะมีอาการอะโทรฟิซัน.

โอกาส ธรรมวานิช พ.บ.

๕. G.E. De Angelis. and J.E. Miller. Rokitansky-Aschoff sin-
uses ของงูน้ำค้เห็นได้ด้วยรังสีเร็นต์-
เกน. Am. J. Roentgenol. 5: 765-
767, 1955.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วยหญิง ๑ ราย มี
อาการปวดท้องบริเวณยอดอกเป็นๆ หายๆ
มา ๔ ปี ทีละโดยการรับประทานน้ำนม,
อาการอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ จากการตรวจ
ร่างกาย พบเพียงกดเจ็บข้างบริเวณยอด
อก. การตรวจทางรังสีเร็นต์เกนโดยการ
ถ่ายภาพ. งดงาม้ำค้ภายหลังรับประทานวัตถุ
ทึบแสง พบภาพของงูน้ำค้มีรูปคล้าย
ผลน้ำเต้าซึ่งมีรอยคอดส่วนบน. บริเวณ
รอยคอดส่วนล่างมีจุดเล็ก ๆ ของวัตถุทึบ
แสงอยู่ซีกขอบและรอบๆ ส่วนนี้, ซึ่งให้การ
วินิจฉัยว่าเป็นการเกิดของ Rokitansky-
Aschoff sinuses. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด
เอางูน้ำค้ออก. ทางพยาธิวิทยาให้การ

วินิจฉัยว่าเป็น Rokitansky-Aschoff
sinuses ของงูน้ำค้ซึ่งมีการอักเสบ
เรอรั้ง. Sinuses นี้เกิดจากเยื่อของงู
น้ำค้ยื่นเข้าไปในผนังและแทรกผ่านชั้น
กล้ามเนื้อไปติดกับชั้นซีโรซา กลายเป็น
sinuses ซึ่งวัตถุทึบแสงจะไปบรรจุให้
เห็นในการถ่ายภาพรังสีเร็นต์เกน.

ทวี บุญโชติ พ.บ.

๑๐. A.G. Beckett: กรูมโบซัยโต-
ซินค เปอร์เปอร่า เกิดจากการใช้ออก-
ซัยเตตราซัยคลิน. Lancet 21: 1053-
1054, 1955.

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย บ่อยเป็นโรค
ปอดขวมทั้งสองข้าง. ภายหลังที่รักษาด้วย
เพนิซิลลินและซัลฟาไดอาซีนแล้วอาการ
ไม่ดีขึ้น. ได้ให้ออกซัยเตตราซัยคลิน
เป็นเวลา ๒๒ วัน รวม ๒๖ กรัม. ภาย
หลังหยุดยาแล้ว ๓ วัน, ผู้ป่วยมีเลือด
กำเดาออกมา. บัสสาวะเป็นเลือด และมี
จุดเลือดออกตามต่างๆ. การตรวจเลือด
พบมีเกล็ดเลือดต่ำลง และมี bleeding
time ยาวมาก. Prothrombin time
และ clotting time ปกติ. เมื่อดังแต่
กรรมแล้วได้ทำการตรวจไขกระดูกที่เจาะ

จากกระดูกหน้าอก. พบมีการเปลี่ยนแปลง
ที่แสดงการรบกวนการสร้างเกล็ดเลือด, และ
การตรวจศพพบมีเลือดออกตามต่างๆ
ทั่วไป เช่นที่เยื่อหุ้มสมอง (Leptom-
eninges), เพอริคาร์เดียม, เอ็นโท-
คาร์เดียม, เยื่อทางเดินอาหาร และ

กระเพาะปัสสาวะ ในผู้ช่วยรายนี้ สาเหตุ
ที่เกิดหรือมีโทษโดยนิต เฮอร์เปอร์ว่า น่า
จะถึงถึงออกซัยเตตราซัยคลินโดยเฉพาะ,
เนื่องจากซัลโฟนาไมด์ที่ใช้เป็นจำนวน
เพียงเล็กน้อยและระยะเวลาอันสั้น.

กัชรินทร์ ณี พินสวัสดิ์ พ.บ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

ปกิณกะ

๑. อันตรายของการให้ยาสลบในสุติกรรม

ราชสมาคมอายุรศาสตร์แห่งประเทศไทย
อังกฤษได้มีการประชุมอภิปรายปัญหาเกี่ยว
กับอันตรายของการให้ยาสลบในสุติกรรม,
ได้ผลสรุปดังต่อไปนี้.

การให้ยาสลบในสุติกรรมยังไม่เจริญ
ก้าวหน้าเท่าการให้ยาสลบในการแพทย์
แขนงอื่น ๆ ทั้งในด้านเทคนิคและความ
ปลอดภัย. ส่วนมากยังคงใช้วิธีเก่า ๆ.

ผลร้ายหรืออันตรายที่พบคือ:

๑. มีมารดาตายจากการให้ยาสลบ
เพิ่มขึ้น, เมื่อคิดเทียบตามส่วน.

๒. หลายรายของมารดาที่ตายมีการ
อาเจียนและหายใจเอาสิ่งอาเจียนเข้าไปใน
ปอด. การตายอาจเกิดขึ้นทันทีในใจ
จากขาดออกซิเจน, หรืออาจเกิดเป็นผล
ของการสำลักเอาสิ่งอาเจียนเข้าไปในปอด.

๓. บางครั้งเกิดอาการแทรกซ้อนทาง
ปอด.

๔. เกิดที่ เกิดจากมารดาที่งดวางยา
สลบ. มีหลายรายที่ตายหรือได้รับผลร้าย
จากการขาดออกซิเจน, หรือจากพิษของ

ยาสลบที่ใช้.

ข้อบกพร่องที่ทำให้เกิดผลเหล่านี้คือ:

๑. การให้ยาสลบตามบ้าน ทำโดย
แพทย์หรือนางผดุงครรภ์ประจำครอบครัวที่
ขาดความชำนาญในการให้ยาสลบ. แพทย์
และพยาบาลรุ่นเก่า ๆ ยังได้รับการฝึกหัด
ในการให้ยาสลบหญิงมีครรภ์ไม่เพียงพอ,
หรือเกือบไม่ได้รับการฝึกฝนมาเลย.

๒. การให้ยาสลบแก่หญิงขณะคลอด
ในโรงพยาบาลมักถูกปล่อยให้แก่คนใหม่ ๆ
ที่ขาดความชำนาญ, ทั้ง ๆ ที่หญิงกำลัง
คลอดมักจะวางยาสลบยาก, เพราะมักจะ
อ่อนเพลียจากการออกแรง, มีการเสีย
เลือดมากและขาดการเตรียมก่อนให้ยา
สลบ.

๓. การเตรียมคนใช้ก่อนให้ยาสลบ
ขณะคลอดมักทำได้ยาก, เพราะไม่สามารถ
จะกำหนดล่วงหน้าได้แน่นอนว่าคนใช้ราย
ใดจะต้องให้ยาสลบ. การให้ غذاหารและ
น้ำดื่ม ระหว่างคลอด ก็เป็นการไม่เหมาะ,
ดังนั้น จึงมักมีการอาเจียนและสำลักกระ-

คว่างให้ยาสลบ.

๔. ห้อยคลอกยังมีเครื่องมือให้ยาสลบและอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือนคนไข้ไม่ครบครันเหมือนห้องผ่าตัด, เช่นขาดเครื่องดูด, ขาดเตียงซึ่งสามารถเปลี่ยนท่าคนไข้ขณะดมยาให้หัวต่ำหรือสูงได้โดยรวดเร็ว. สำหรับขางรายจำต้องมีหลอดสำหรับสอดเข้าไปในหลอดคอ (เอ็นโดเทรเคียลทิวบ์) ด้วย.

การแก้ไขปรับปรุงที่ประชุมได้เสนอคือ:

๑. แก้ไขการให้ยาสลบตามบ้านให้ดีขึ้น.

๒. ปรับปรุงห้อยคลอกให้มีอุปกรณ์ทันสมัยในการดมยา และช่วยคนไข้ซึ่งสามารถเปลี่ยนท่าคนไข้ให้หัวสูงหรือต่ำได้โดยง่าย. ให้ครบถ้วน. แนะนำให้ใช้เตียง

คลอก.

๓. ให้วัดความดันเลือดระหว่างดมยาสลบเป็นระยะไปทุกราย.

๔. การใช้เครื่องมือสูติกรรมที่ยาก, และกระทำหลังจากที่การคลอกได้ดำเนินมาเป็นเวลานานแล้วนั้นอาจมีอันตรายได้ง่าย, ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ. การดมยาควรให้เจ้าหน้าที่ของวิสัญญีแพทย์ผู้ชำนาญ.

๕. เพิ่มจำนวนวิสัญญีแพทย์ในสัทธิกรรมชน, และให้ได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษ. แพทย์เหล่านี้ควรทำการค้นคว้าปรับปรุงและหาวิธิตักษณอยู่เสมอ, มิใช่เพียงแต่ให้ยาสลบเป็นแต่อย่างเดียว.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.

(รวบรวมจาก Proc. Roy. Soc. Med. 12: 1089-1090, 1955)

๒๒. บันทึกลับ

๑. ยาละลายนิ่วปัสสาวะ ได้รับการพัฒนาอีกในสมัยห้าทศวรรษ. รายงานที่ได้พบครั้งแรกที่ (Przemeck, Z. Urolog. 2: 97, 1955) แจ้งผลการใช้ยา

ชนิดหนึ่งซึ่งประกอบด้วยยาจากน้ำมันระเหยหอมหลายอย่าง (คัมเฟน. ซิเนออล, อะเนโซน, เฟินโซน. บีเนนและเทอร์บีน) ว่าสามารถทำให้ก้อนนิ่วหลุด

ออกมาหรือละลายได้. ในการรักษาเป็นเวลานานพอสมควร. ผลสำคัญ ๆ ได้แก่ อาการปวดและถ่วงหายไปโดยรวดเร็ว, บัสสาวะไหลคล่องและมาก, มีก้อนเมือก. ก้อนผลึกหุ้มด้วยเมือก. และเกลือคาร์-บอเนตและฟอสเฟตละลายในเมือกออกมาในบัสสาวะมาก. การถ่ายเอ็กซเรย์ช่วยแสดงว่าก้อนนี้ละลายหรือหายไป. เข้าใจว่ากลไกของการแสดงฤทธิ์ของยาอยู่ที่ การทำให้มีเลือดไหลผ่านไตมากขึ้น, การเปลี่ยนแปลงลักษณะคือผลึกของบัส-สาวะ, และการกำจัดการตกเข็วในทางเดินบัสสาวะ.

๒. คอร์ติโซนในโรคหลอดเลือดแดง Russek และคณะ (J.A.M.A. 159: 102, 1955) รักษาคนไข้โรคหลอดเลือดแดง (หรือมโบลิส, เอ็มบอลิซึม) ๓๕ คน ในระยะ ๔๘ ชม. แรกด้วยคอร์ติโซน, อ้างว่าได้ผลดีมาก. ใน ๒๑ รายเห็นผลทันที. ภายหลังรักษาด้วยคอร์ติโซนอยู่สามสัปดาห์ ๒๗ คนไม่มีอาการแสดงทางประสาทเหลืออยู่เลย.

๓. พาราดีไฮด์รักษาโรคลมบ้าหมู อย่างร้าย คนไข้โรคลมบ้าหมูที่แสดงอาการเข้าสู่ระยะร้าย (สตาซัส เฮบีไลปติกุส) มีอันตรายต่อชีวิตมากถ้าไม่รีบจัดการตัดโรคให้ทันเวลา Elste (Muench. Med. Wschr. 32: 1030, 1955) และนำให้ฉีดพาราดีไฮด์ ๑๐ ล. ซม. เข้ากล้ามเนื้อส่วนลึกในทันที. อาจซ้ำขนาดเดียวกันอีกครั้งหนึ่งได้ภายหลังครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง. วิธินี้สามารถตัดโรคไม่ให้กำเริบต่อไปได้. สำหรับคนไข้ที่มีความพิการของหัวใจอย่างมาก, ตับไม่ดี, หรือมีโรคปอดและหลอดเลือดอยู่แล้ว, ต้องระมัดระวังการใช้ยานี้.

๔. หนทางป้องกันเชื้อโรคทนทาน แอนติไบโอติก เกี่ยวข้องกันแพร่หลายแล้วว่าเชื้อโรคส่วนมากสามารถปรับตัวตัวเองให้ยังเกิดความทนทานต่อแอนติไบโอติกต่าง ๆ ได้โดยรวดเร็ว. ทำให้ยานั้น ๆ ใช้ไม่ได้ผลหรือต้องเพิ่มขนาดยาขึ้น. การเพิ่มขนาดยาอาจก่ออันตรายแก่คนไข้. โดยการแพ้ยา. หรือเกิดฤทธิ์แทรกแซง. เพื่อป้องกันผลร้ายเหล่านี้

จำต้องจำกัดการใช้แอนติไบโอติคความ
 หลักการต่อไปนี้ คือ (๑) ใช้เฉพาะเมื่อ
 รู้แน่ว่ายานั้นจะมีประโยชน์, และเฉพาะ
 ในรายที่จำเป็นจริง ๆ. (๒) ใช้การรักษา
 ที่สั้น, แต่โดยหนักแน่นและให้ผลจริง ๆ.
 ไม่รักษาอย่างลุ่ม ๆ กอน ๆ หรือขยักขยอน.
 (๓) งดใช้ในคนไข้ที่มีประวัติอัลเลอร์ยี.
 (Jung, Dtsch. Ges.-Wesen, 997,
 1955)

๕. การให้ลูกขี้เร็วหลังจากผ่าตัด ไม่
 ทำให้ผลหายช้า, แต่ลดความข้อยของ
 โรคแทรกหลายโรค, ทำให้คนไข้พ้นจาก
 ระยะเวลาที่คิดว่า เป็น "คนเจ็บ" ในเวลาเร็ว,
 และทำให้ระยะพักฟื้นสั้น. ในรายที่เหมาะ
 อาจปล่อยคนไข้กลับบ้านได้ในเวลาเร็ว,
 ทำให้มีเตียงว่างมากขึ้นในโรงพยาบาล.
 Farguharson ได้ลองรักษาได้เลื่อนลง
 ๔๘๕ รายโดยผ่าตัดแล้วให้กลับ
 บ้าน (โดยให้แพทย์ประจำครอบครัวช่วย

ดูแลต่อ), ได้ผลเป็นที่พอใจอย่างยิ่ง
 (Lancet 6889: 517, 1955)

๖. การรักษาไอกรนด้วยกระเทียม
 Atrosenko, แพทย์ชาวรัสเซีย, รายงาน
 ว่ารักษาโรคไอกรนด้วยกระเทียมได้ผลดี
 มาก (จาก Aerztl. Sammelbl. Nou.
 1955). เขาขุดกระเทียมสองสามหัว (๒๕
 ถึง ๓๐ ก.) ให้ละเอียด, เอาใส่ในขวด
 ปากกว้างใบเล็ก ๆ, เขาปากขวดจ่อที่ปาก
 เด็ก, แล้วให้สูดไอระเหยเข้าทางปากและ
 ไล่ออกทางจมูก. สูดสัก ๆ เช่นนี้ ๑๕
 ถึง ๒๐ ครั้ง. สำหรับเด็กเล็กมากเขา
 ใช้เครื่องพ่น. ทำเช่นนี้วันละสองครั้ง
 ทอดเวลา ๕ วัน. ทอดลงในคนไข้ ๑๐๐
 คน, ในระยะโรคต่างๆกัน. พบว่าได้ผลดี
 ที่สุดในระยะต้นๆ. ซึ่งเห็นผลดีในระหว่าง
 ๔ ถึง ๑๒ วัน. ในระยะหลัง ๆ ผลไม่
 ค่อยดี.

(ผ.ม. รวบรวม)

๑. การใช้ย้ออะ ลูรอนิ เคสช่วย รักษา
เริมพ้อมาเรอริง Bross และ Gar-
 binski (Schweiz. Med, Wschr. 32;
 774, 1955) รักษาคนไข้เริมพ้อมาเรอ
 ริง ๓๖ คนโดยกดเอาหนองออกแล้วล้าง
 โพรงควายน้ำเกลืออนอร์มัล, กดลมออก
 จากช่องเยื่อหุ้ม ปะดเพื่อให้เกิดความคัน
 ลบ., แล้วฉีกน้ำละลายย้ออะลูรอนิเคส
 (๑ ต่อ ๕๐) จำนวน ๒ ล.ชม. เข้าใน
 ช่องเยื่อหุ้มปอด. ยานช่วยให้เยื่อซอกเขต
 ถูกละลายและถูกกดซึมไปเร็วขึ้น, ทำให้
 แอนติไบโอติกที่ใส่เข้าไปในช่องออกฤทธิ์ได้
 สดวก. นอกจากนี้ได้ประโยชน์สำคัญที่
 ย้ออะลูรอนิเคสทำให้เยื่อหุ้มปอดที่ยึดติด
 อยู่นั้นแยกและหลุดออกจากกัน, ปล่อยให้ปอด
 ขยายตัวออกได้ดังเดิม. การใส่ยานจะทำ
 ทุกสองวัน, หรือสัปดาห์ละสองครั้งก็ได้,
 แล้วแต่ลักษณะของเยื่อซอกเขต.

๒. ช่างเชื่อมด้วยไฟฟ้ากับการเป็นหมัน
 มีคนเชื่อกันมากว่าช่างเชื่อมที่ใช้ไฟฟ้า
 เชื่อมโลหะต่าง ๆ เป็นเวลานาน ๆ จะเป็น
 หมันเพราะได้รับรังสีอัลตราไวโอเล็ตที่

ออกมากับแสงสว่างที่เกิดขึ้น. ความเชื่อนี้
 ไม่เป็นความจริง, เพราะรังสีดังกล่าวนี้
 ไม่อาจทำให้เป็นหมันได้. (Dtsch. Med.
 Wschr. 50, 1585, 1955)

๓. แอลเลอร์จี้กับอิดิโอซัยน์เครซซ์
ต่างกันอย่างไร แอลเลอร์จี้เป็นลักษณะ
 ที่บางส่วนได้มาจากกำเนิด, ผสมกับบาง
 ส่วนที่ได้ภายหลังเกิด, ซึ่งทำให้มีปฏิกริ-
 ยาจำเพาะอย่างเกิดขึ้นต่อสิ่งที่เรียกว่าแอล
 เลอร์เจ็น. แอลเลอร์เจ็นนี้มีลักษณะได้
 ต่าง ๆ นานาและในคนปกติไม่ก่อให้เกิด
 อาการอย่างใด (ในปริมาณที่ทำให้เกิดผล
 ในคนที่อัลเลอร์จี้). แอลเลอร์จี้มักเกิด
 ภายหลังหายจากโรคบางอย่าง, หรือภาย
 หลังที่ร่างกายได้รับสารบางอย่างเข้าไปจาก
 ภายนอก, ซึ่งไม่เคยมีมาแต่ก่อน. ส่วน
 อิดิโอซัยน์เครซซ์นั้นเป็นลักษณะที่มาจาก
 กำเนิด ซึ่งทำให้ร่างกายมีความไวเกิน
 ธรรมดาต่อวัตถุบางอย่าง, รวมทั้งพวกที่
 ไม่มีคุณสมบัติจะเป็นแอลเลอร์เจ็นด้วย,
 เช่นเสียง, สีส, เป็นต้น.

(พ.ร.บ. รวบรวม)

กรมการแพทย์

๑. การรวบรวม...
 ๒. การรวบรวม...
 ๓. การรวบรวม...
 ๔. การรวบรวม...
 ๕. การรวบรวม...
 ๖. การรวบรวม...
 ๗. การรวบรวม...
 ๘. การรวบรวม...
 ๙. การรวบรวม...
 ๑๐. การรวบรวม...
 ๑๑. การรวบรวม...
 ๑๒. การรวบรวม...
 ๑๓. การรวบรวม...
 ๑๔. การรวบรวม...
 ๑๕. การรวบรวม...
 ๑๖. การรวบรวม...
 ๑๗. การรวบรวม...
 ๑๘. การรวบรวม...
 ๑๙. การรวบรวม...
 ๒๐. การรวบรวม...

๑. การรวบรวม...
 ๒. การรวบรวม...
 ๓. การรวบรวม...
 ๔. การรวบรวม...
 ๕. การรวบรวม...
 ๖. การรวบรวม...
 ๗. การรวบรวม...
 ๘. การรวบรวม...
 ๙. การรวบรวม...
 ๑๐. การรวบรวม...
 ๑๑. การรวบรวม...
 ๑๒. การรวบรวม...
 ๑๓. การรวบรวม...
 ๑๔. การรวบรวม...
 ๑๕. การรวบรวม...
 ๑๖. การรวบรวม...
 ๑๗. การรวบรวม...
 ๑๘. การรวบรวม...
 ๑๙. การรวบรวม...
 ๒๐. การรวบรวม...

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๔๘๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
<u>ใหม่</u>	๑,๗๒๕	๑,๐๒๘	๑,๑๘๕	๘๘๗	๑,๐๓๔	๓๒๓	๖,๒๘๒
<u>เก่า</u>	๓,๔๕๔*	๑,๘๘๑	๒,๑๕๑	๑,๓๓๖	๒,๑๐๘	๒๖๔	๑๑,๑๘๕
<u>รวม</u>	๕๑,๗๘*	๒,๘๐๙	๓,๓๓๖	๒,๓๓๓	๓,๑๔๒	๕๘๗	๑๗,๔๖๗
<u>ใน</u>	๒๐๖.*	๒๓๐.	๘๒๖.	๑๐๘.	๒๔๓.	—	๑,๗๑๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๓๒๕. จักษุ ๑ ๒๘๘. สูติ-นารี ๑ ๒๒๗. รวม ๘๔๑ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๒๒. หญิง ๓๐๖. รวม ๖๒๘. คลอดตาย ชาย ๖. หญิง ๑๑. รวม ๑๗.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๑๗ คน (๖.๘ ปร. ของทวีปทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๕๖ ราย. (๔๗.๘ ปร. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๒๘ ครั้ง. ข้างนอก ๖ ครั้ง. รวม ๔๓๔ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๒,๒๓๘ คน. รักษาใหม่ ๕๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๒๖๒* ครั้ง. ราเดียม รักษา ๑๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๐ ครั้ง. โคอะเธอรัมี, รักษาใหม่ ๓ คน. รักษาใหม่และเก่า ๔๘ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๔๘๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยาตรวจศพ ๕๖ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๗๐๘* ราย. (จากภายนอก ๑๐๕* ราย). แอ็กกูตไนซัน ๑๖๘. วัตเซอร์แมนและคาร์น ๒,๐๒๘ หมู่เลือด ๔๔๕. นับเม็ดเลือด ๔๒๗. หาเชอ็อบคัตรี ๒๐๑. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๗๑. อูจจาระ ๓๒๘. บัสสาวะ ๑๘๐. เสมหะและอื่น ๆ ๑๗. เพาะเชื้อจากเลือด ๒๓๑ อูจจาระ ๘๗. บัสสาวะ ๔๖. น้ำไขสันหลัง ๒๐. เสมหะและอื่น ๆ ๑๑๑. นิติศัพท์ทดลอง ๑๓. เพาะเชอ็อบคัตรี ๓๗ ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๔๓. ตรวจศพนิติเวช ๑๑. ตรวจของกลาง ๔.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๕๗.* เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๕. นำช่องปอด ๑๑. อัดลมเข้าช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๖. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๖. นิติเวชพิบัติ ๓๘.*

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๘. ถอนฟัน ๔๒๐. อดฟัน ๘๕. ผ่าตัดช่องปาก ๔๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
(เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐ บาท
ขึ้นไป) คือ:

(๑) น.ส. สนาน อมาตยกุล บ้าน
เลขที่ ๕๘๒ ถนนพระราม ๕ ซอย
สงวนสุข จังหวัดพระนคร มีจิตศรัทธา
บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่ง
หมื่นบาทถ้วน) ตั้งเป็นทุน "สนาน
อมาตยกุล" เพื่อเก็บดอกผลสำหรับขอ
เลิกให้ผู้ช่วยอนาถาในโรงพยาบาลศิริ-
ราช.

(๒) ธนาคารมณฑล จำกัด จังหวัด
พระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท
(ห้าพันบาทถ้วน) ให้แก่คณะแพทย-
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อตั้งเป็น
ทุน "ธนาคารมณฑล จำกัด" ประจำปี
พ.ศ. ๒๔๕๘ และสิทธิอันพึงจะเกิดจาก
การบริจาคครั้งนี้ ธนาคาร ขอมอบให้กับ
นายสง่า วรณิกขันธ์ อธิการกรรมการของ
ธนาคารมณฑล จำกัด

พิธีวางศิลาฤกษ์ตึก "วิบูลลักษณ์" วัน
ที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๔๕๘ เวลา ๑๓.
๐๐ น. จอมพล ผิน ชุนทะวัน รองนายก

รัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
เกษตร ได้มาประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ตึก
"วิบูลลักษณ์" ซึ่งท่านได้สร้างให้คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อ
อุทิศส่วนกุศลและเป็นอนุสรณ์ แก่คุณ
หญิง วิบูลลักษณ์ ชุนทะวัน ภริยาของ
ท่าน ผู้ถึงแก่กรรมไปแล้ว ทนสร้าง
ขึ้นข้างเคียงกับตึกมหิตลวรานุสรณ์ และ
เมื่อการก่อสร้างสำเร็จแล้ว จะได้เปิดใช้
เป็นสถานที่รักษาพยาบาลคนไข้วิสามัญ
ต่อไป

การประชุมทางวิชาการ คณะแพทย
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล มีการประชุม
ทางวิชาการ ในวันเสาร์ที่ ๒๔ ธันวาคม
๒๔๕๘ เริ่มแต่เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้อง
ปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่แสดง
คือ

๑. ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเรียบ
ของปอดกบ โดยนายแพทย์ คิติ จิ่งเจริญ
แผนกสรีรวิทยา.

๒. Otogenic meningitis (รายงาน
งานผู้ช่วย ๒ ราย) โดยนายแพทย์ พรว
ระเวชช์ แผนกจักษุวิทยา.

๓. Retrobulbar haemangioma

with lateral orbitotomy. โดยนายแพทย์ สวรรณ วังศ์พาทิ แผนกจักษุวิทยาฯ.

การประชุมแพทย์ภาคเหนือ (เชียงใหม่)

เมื่อวันที่ ๒๕, ๓๐ พ.ย. และ ๑ ธ.ค. ๕๘ บรรดานายแพทย์ภาคเหนือได้ร่วมกันจัดให้มีการประชุมวิชาการแพทย์ที่เชียงใหม่. ได้มีแพทย์จากภาคต่าง ๆ ไปร่วมประชุมกันอย่างคับคั่ง. ทางศิริราชได้มีนายแพทย์หลายนายไปร่วมด้วย อาทิ ท่านอธิบดี, ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกแสงวิเชียร, นายแพทย์ อุดม ไชยงกฤษณะ นายแพทย์ คิติ และแพทย์หญิง อรุโณทัย ใจเจริญ. นายแพทย์ วิจิตร วิธานวิวัฒน์ เป็นต้น.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

ชุมนุมวิชาการในแผนก

รายงานผู้ป่วยทั่วไป

๑๔ ธ.ค. ๕๘ รายที่ ๑. แสดงผู้ป่วยที่เป็น chromomycosis ที่นงราย พบเชื้อราจากการตรวจชิ้นเนื้อ, จากหนอง, และกำลังรอผลจากการเลี้ยงเชื้อ.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยเคยเป็นเยื่อช่องท้องอักเสบมีน้ำ ครวณมีอาการหัวใจวายเล็กน้อย สงสัยจะเกิดจาก constrictive pericarditis (รับไว้เป็นครั้งที่ ๓).

๒๑ ธ.ค. ๕๘ รายที่ ๑. ผู้ป่วยสงสัยเนื้องอกในสมอง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาเหล่ทั้งสองข้าง, pharyngeal reflex เสีย พดไม่ชัด papillitis คอแข็ง.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยอายุ ๔๘ ปี มีตัวเหลืองชนิดการออกตันนอกตับ ภาพรังสีแสดงการอุดตันที่ทิวโอเคนัม ส่วนที่ ๒., duodenal loop กว้าง มี melena การตรวจศพมีมะเร็งจับกลุ่มรวม head of pancreas, duodenum ส่วนที่ ๒, ท่อน้ำดีพอง ยังแยกไม่ได้ว่าต้นตอจากอะไร

๒๘ ธ.ค. ๕๘ รายที่ ๑. เด็กหญิงอายุ ๑๔ ปี มี tetraplegia แบบ flaccid, และมี sphincter disturbance. อาการค่อย ๆ ดีขึ้นจนแขน ๒ ข้างใช้การได้ปกติ และขากลายเป็น spastic paralysis. ให้การวินิจฉัยว่าเป็น diffuse myelitis.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยอายุ ๕๑ ปี ชักมาก มีท้องมาน ขาบวม สงสัยกับอินบริเวณรังไข่จะพอล้ำได้ การตรวจศพพบว่าลักษณะคล้าย conglomerated tuberculosis

ในช่องท้อง ต้องรอผลการตรวจด้วย กล้องจุลทัศน์ต่อไป.

รายงานผู้ป่วยโรคในทรวงอก.

๑๗ ธ.ค. ๕๕ มี Dr. Hamsen มาร่วม ค่าย

รายที่ ๑. ผู้ป่วยมีน้ำในช่องเยื่อหุ้ม ปอดซ้าย ลักษณะน้ำเป็น transudate เกิดตายอย่างปบับจากการแตกของแอนิวรีซึม ของเออร์ตาเข้าช่องเยื่อหุ้ม ปอดขวา.

รายที่ ๒. Tuberculomas (สาม ยุ่ม) ของปอดซ้าย หายไ้จากการฉีดยุค และยา ที่หายไ้เข้าใจว่าเพราะเยื่อ หุ้มปอดขาดมีพังคั้นเหนียวบริเวณใกล้กับ ยุ่มวัณโรค ทำให้เกิดการกดคั้น-คั้งจาก การยึดหดของปอด ทำให้ยุ่มวัณโรคแตก

อาคันตุกะผู้มีเกียรติ

๘ ธ.ค. ๕๕ Dr. and Mrs. William Dameshek ผู้อำนวยการ Blood Research Laboratory, New England Center Hospital ได้มาเยี่ยมโรงพยาบาลและแผนกอายุรศาสตร์ โดยได้ตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยในห้องรักษา เยี่ยมห้องปฏิบัติ

การโลหิตวิทยาของแผนก ออกความเห็น ถกเถียงเกี่ยวกับโรคแปลก ๆ ที่น่าสนใจ ในผู้ป่วยบางรายของแผนกอายุรศาสตร์

Dr. Dameshek ยังได้แสดงปาฐกถาเรื่อง Immunologic Hematology ที่ห้องปาฐกถา ตึกพยาธิวิทยา.

อาจารย์ไปและกลับจากต่างประเทศ

๑. เมื่อวันที่ ๑๖ พ.ย. ๕๕ ศาสตราจารย์หลวงพิณพากย์พิทยเภท คณะบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราช และศาสตราจารย์นายแพทย์บานเย็น ทวีพัฒน์ หัวหน้าแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทย ศาสตร์จุฬาลงกรณ์ เป็นผู้แทนของมหา- วิทยาลัยแพทยศาสตร์ ไปประชุมเกี่ยวกับ การศึกษาแพทย์ที่ประเทศอินเดีย และได้ เดินทางกลับถึงกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ ๒๕ เดือนเดียวกัน โดยสวัสดิภาพ

๒. นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี อาจารย์แผนกศัลยศาสตร์ ไปศึกษาและค ุณงานต่อ ณ สหรัฐอเมริกาโดยทุน ICA. ออกจากสนามบินคอนเมืองในวันพฤหัสบดี ที่ ๘ ธ.ค. ๕๕ เวลา ๑๑.๐๐ น.

๓. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาลย์ โอสถานนท์ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์

ศิริราชได้เกิดทางกลับจากงานต่างประเทศถึงกรุงเทพฯ เมื่อ ๘ ธ.ค. ๕๘

๕. นายแพทย์ วัฏฏ วัฏฏวัฏฏ อาจารย์แผนกพยาธิวิทยาจากงานต่างประเทศ ถึงกรุงเทพฯ เมื่อ ๒๖ ธ.ค. ๕๘

๕. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนวย เสริมรส แห่งแผนกรังสีวิทยา กลับจากไปประชุมเกี่ยวกับการพลังงานปรมาณูและงานต่อ ณ ต่างประเทศ ถึงกรุงเทพฯ เมื่อ ๓๑ ธ.ค. ๕๘

ข่าวเกียรติยศ

เมื่อวันที่ ๑๔ พ.ย. ๕๘ นายแพทย์ อคม ไปะระกฤษณะ และนายแพทย์พิศิษฐ์ วิเศษกุล แห่งแผนกคัลยศาสตร์ได้รับเกียรติจากสถาบันคัลยกรรมของสหรัฐ

อเมริกาให้เข้าเป็นสมาชิก F.A.C.S. นับว่าเป็นแพทย์ไทยคนที่สองและสามที่ได้รับเกียรติเช่นนั้น

เมื่อ ๓๐ พ.ย. ๕๘ ไกรยขาวแจ้งว่าชนแพ้วภียพยาธิ (ศิษย์เก่ารุ่นที่ ๒๐) ได้เลื่อนตำแหน่งหน้าที่มาเป็นเลขาธิการนายทะเบียน สำนักงานควบคุมการประกอบโรคศิลป์.

ข่าวมงคลสมรส

แพทย์หญิงจำลอง แพ่งสรีภา อาจารย์แผนกศิริวิทยาได้เข้าสู่พิธีมงคลสมรสกับเรืออากาศโท ชำนาญ อังศ์สิงห์ ณ สโมสรนายร้อยพระจุลจอมเกล้าฯ ถนนราชดำเนินนอก เมื่อวันที่ ๘ พ.ย. ๕๘ เวลา ๑๖.๓๐ น.

ข่าวพยาบาล

นักเรียนพยาบาลโรงพยาบาลวชิระมาฝึกหัดงาน วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๔๕๘ โรงเรียนพยาบาลวชิระของเทศบาล ขอส่งนักเรียนพยาบาลปีที่ ๒ มาศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่โรงพยาบาล

ศิริราชตามที่ได้ออกลงไว้เป็นครั้งแรก นักเรียนชั้นนี้มีจำนวนทั้งหมด ๔๗ คน แบ่งส่งมาฝึกและอบรม ๒ รุ่น ๆ ละ ๒๓ และ ๒๔ คน กำหนดให้ศึกษาในแผนกจักษุ โสต นาสิกซ์ และลาวิงซ์ แผนกคัลย-

กระทรวงฯ และแผนกกรมฯ ทั้ง ๓ แผนก เป็นเวลาวันละ ๔ เดือน โดยกำหนด เวลาปฏิบัติงาน และเรียนตั้งแต่ ๘.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น.

การแต่งกายของนักเรียนพยาบาล วชิระของเทศบาลมีเครื่องแบบพิเศษ แตกต่างกว่าเครื่องแบบของศิริราช แต่ใช้สี ขาวเหมือนกัน

นักเรียนครุพยาบาลจากกระทรวงสา-
ธารณสุขขอมาดูงานเป็นเวลาพักละ ๑

สัปดาห์ นักเรียนครุพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน ๔ คน ได้ถูกส่งมาดูงานที่โรงพยาบาลศิริราช การดูงานนี้จัดเป็น ๒ พวก ๆ ละ ๒ คน ๒ พวกละ ๑ สัปดาห์ พวกแรกตั้งแต่วันที่ ๒๕ สิงหาคม ถึง วันที่ ๔ กันยายน พวกที่ ๒ ตั้งแต่วันที่ ๕ ถึงวันที่ ๑๑ กันยายน แผนกพยาบาลได้จัดให้ได้ทำงานในแผนก ศัลยศาสตร์และแผนกกุมารฯ ให้ได้ฝึกหัดงานตรวจการทั้งภาคเช้าและกึ่ง นักเรียนครุที่มาจากงานนี้มาจาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ๑ คน โรงพยาบาลหัวเฉียว ๑ คนและโรงพยาบาลหญิง ๒ คน

ครุพยาบาลกลับ จากประเทศอังกฤษ

น.ส. นพรัตน์ สรพิพิธ ผู้ซึ่งได้ไปศึกษา วิชาศัลยศาสตร์เพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษ โดยทุนแผนการณโคศลัมโบ ได้กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๘.๓๐ น. น.ส. นพรัตน์ สรพิพิธ ได้ศึกษาวิชาที่ประเทศอังกฤษ เป็นเวลา ๑ ปี เวลากลับไปแะคงงานที่ สหรัรัฐอเมริกาโดยทุนส่วนตัวเป็นเวลา ๓ เดือน บัดนี้เข้าประจำการแล้วในตำแหน่ง ครุพยาบาลผดุงครรภ์และผู้ตรวจการพยาบาลประจำแผนกสูตินรีเวชวิทยา

งานชุมนุมศิษย์เก่าพยาบาล วันที่ ๔

ธันวาคม ๒๕๕๘ แผนกพยาบาลได้จัดให้มีการชุมนุมศิษย์เก่าพยาบาลชั้นที่โรงพยาบาลศิริราช งานได้แบ่งออกเป็น ๒ ภาค คือ ภาคเช้า และภาคค่ำ

ภาคเช้า เริ่มเวลา ๘.๐๐ ถึง ๑๒.๐๐ น. โดยมี การแสดงภาควิชาการ แสดงวิธีการ ฝึกเครื่องใช้ ในการ สอน และการให้การ พยาบาลทุก ๆ อย่างสำหรับแผนกต่าง ๆ ชั้นที่ตึกเรียนพยาบาล พาสมสดานที่และ กิจกรรมในหอพักผู้ช่วย และพาสมหอพัก พยาบาล

อนึ่ง คณะศิษย์ คิษย์รุ่น ๒๔๕๗ ซึ่ง
เป็นรุ่นอาสาได้เสด็จมาในวันนักขัตฤกษ์โอกาส
มาชมกิจการที่ตึกเรียนพยาบาลและเยี่ยม
เยี่ยมสถานที่ศึกษาด้วย หัวหน้าแผนก
วิชาพยาบาล ฯ ได้พาชมและแนะนำให้
ศิษย์รุ่นอื่น ๆ รู้จักท่าน นอกจากนี้ยังมี
ศิษย์รุ่นหลายครวมอีกหลายท่านมาร่วม
ด้วย มีการสนทนาวิสาสะอย่างกัน
เอง ทำให้เพิ่มความสามัคคีและเข้าใจ
ซึ่งกันและกันในระหว่างศิษย์รุ่นพี่และรุ่น
น้อง และในระหว่างวิชาชีพพยาบาลด้วย
กันยิ่งขึ้น

ภาคค่ำ เริ่มเวลา ๑๘.๐๐ น. โดย
การรับประทานอาหารเย็น (อาหารจีน)
ที่หน้าหอประชุมราชแพทยาลัย มีการ
แสดงเบ็ดเตล็ดของศิษย์เก่า บุคลากร
ของศิษย์เก่าและศิษย์รุ่นปัจจุบันที่หน้าหอ
ประชุมราชแพทยาลัย มีพยาบาลทั้งรุ่น
เก่าและใหม่ มาชุมนุมทั้งสิ้นราว ๆ ๕๐๐
คนเศษ ดำรงท่วงทิวาภิรมย์และแขกที่
เชิญมาประมาณ ๕๐๐ คนเศษ คณะ
คณะแพทยศาสตร์และหัวหน้าแผนกวิชา
ทางฝ่ายแพทย์ พร้อมทั้งอาจารย์ทาง
แพทย์ก็ได้มาร่วมด้วย สถานที่ตกแต่ง
ด้วยไฟสีและบรรยากาศเต็มไปด้วยความ

เบิกบานอบอุ่น ทก ๆ คนแสดงความยินดี
เมื่อพบเพื่อนร่วมชั้น เมื่อรับประทานอาหาร
เสร็จแล้วหัวหน้าแผนกวิชาพยาบาล ฯ ได้
กล่าวต้อนรับและขอพรแก่ผู้ที่มาในงาน
คุณปลื้ม วีระไวทยะ คิษย์รุ่น ๒๔๖๒
ได้ช่วยเพิ่มความครึกครื้นโดยกล่าวขอ
ในฐานะของผู้แทนพยาบาลรุ่นเก่าพร้อม
ทั้งปลอญลกสวรรค์ ๒ ลูกใหญ่ขึ้นสูงพร้อม
ทั้งคำขอพรที่ละลูก คือ ขอพรให้วิชา
ชีพพยาบาล ๑ ลูก และให้โรงเรียน
พยาบาลก็พยาบาลจงเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป
อีก ๑ ลูก เสร็จแล้ว คุณปลื้ม ทินกร
คิษย์รุ่น ๒๔๖๔ ได้ฉายนาคราเอกโรง
ถึงแม้จะเป็นคุณย่า คุณยาย แต่ก็ตาม
ลวดลายในการรำก็ยังน่าดูมาก และยังมี
การแสดงรุ่นจิ๋วชุด “รำลูกเขีต” และ
“รำเงี้ยว” ของบุคลากรศิษย์เก่ารุ่น
๒๔๖๘ และมีการแสดงเบ็ดเตล็ดของศิษย์
เก่ารุ่น ๒๔๖๘, ๒๔๘๐, ๒๔๘๒, และ
รำไทยผูกมิตรของศิษย์รุ่นปัจจุบัน ซึ่งเพิ่ม
ความครึกครื้นยิ่งขึ้น

อนึ่งยังมีการร้องเพลงสลับโดยศิษย์
รุ่นปัจจุบัน, นายแพทย์ เสนอ อินทรสุขศรี
และนายแพทย์สุพร เกติสว่างด้วย นัก
ศึกษาแพทย์ยังได้นำคนตรีมาช่วยบรรเลง

ตลอดงาน

นายแพทย์สุพร เกิดสว่าง นายแพทย์
 วิสูตร เชาวชัยเวช และนักศึกษาแพทย์
 หลายคน ได้ช่วยเหลือในการค้บแต่ง
 ไฟฟ้า สถานที่ และควบคุมการกระจาย
 เสียงตลอดเวลา ซึ่งทางแผนกพยายาม
 ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง งานไต่สวน
 ลงเมื่อเวลา ๒๓.๐๐ น. เศษ ้วยความ
 เป็นกันเอง, วันเวียงสนกสนานเป็นอย่างยิ่ง
 งานเช่นนี้ นับว่าเป็นงานครั้งแรกที่เกิ
 ขึ้น และทุก ๆ คนสนกสนานเป็นอย่างมาก.

นักเรียนพยาบาลปีที่ ๑ สรรวมหมวก

วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๔๙๘ เวลา
 ๑๐.๐๐ น. หัวหน้าแผนกพยาบาลผดุง-
 ครรภ์และอนามัย ได้จัดพิธีมอบหมวกแก่
 นักเรียนพยาบาล ปรีคลินิก ที่สอบไล่ได้
 รวมทั้งสิ้น ๘๗ คน โดยเชิญท่านคณบดี
 คณะแพทยศาสตร์เป็นผู้มอบให้ นอกจากนี้
 นี้ได้เชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ
 หัวหน้าแผนกวิชาแผนกต่าง ๆ ในคณะ
 แพทยศาสตร์ และผู้ปกครองของนัก-
 เรียนมาร่วมเป็นเกียรติด้วย เสร็จสิ้นงาน
 เมื่อเวลา ๑๐.๓๐ น.

นักเรียนชั้น ๔ ทบการศึกษาในเดือน
ธันวาคม ๒๔๙๘

๑. น.ส. ขวัญเดือน จันทร์โพธิ์ ๒.
- น.ส. จันทนา ชีพเย็นสุข ๓. น.ส. เจต-
- จันทร์ กรมะสุวรรณ ๔. น.ส. ฉลอง จำ-
- นงคังค์ ๕. น.ส. นวรงค์ พุ่มทอง ๖.
- น.ส. ถนอมศรี สังขมัลลิก ๗. น.ส. ทอง
- ใบ ปณยานนท์ ๘. น.ส. ทักษิณี วรรณ-
- โชติ ๙. น.ส. ทศนีย์ ติตะศิริ ๑๐. น.ส.
- ธานี เศรษฐบุต ๑๑. น.ส. น้อย ผดุง-
- เวช ๑๒. น.ส. เนียน สหัสสถานนท์ ๑๓.
- น.ส. ปทุม ปทุมมาศ ๑๔. น.ส. พนพรรณ
- ชัยวัฒน์ ๑๕. น.ส. พวงเพ็ชร แขนประ-
- เสริญ ๑๖. น.ส. เพ็ญแข ปาละนันท์
๑๗. น.ส. พชนิ พันธ์หงษ์ ๑๘. น.ส.
- พัฒนา จากติกเขต ๑๙. น.ส. พยอม
- บุญวิรัตน์ ๒๐. น.ส. มยุรา กาญจนางกูร
๒๑. น.ส. มาลี สันธิเกษทริน ๒๒. น.ส.
- รจนา ชยางคานนท์ ๒๓. น.ส. รจนา ขน-
- นาค ๒๔. น.ส. ลักษณา เทพพิทักษ์
๒๕. น.ส. วรรณิ ถนอมบุญ ๒๖. น.ส.
- สินี ศิลปกรรมพิเศษ ๒๗. น.ส. สุนิ
- อนิตชล ๒๘. น.ส. สภาพ จันทร์วัฒน์
๒๙. น.ส. สภาพ เสตานนท์ ๓๐. น.ส.
- สมจิตต์ ลัมภกุล ๓๑. น.ส. สมบูรณ์

รัตนโสภี ๓๒. น.ส. สพรพรรณ พูลสุข
 ๓๓. น.ส. สมนพร ไรจน์ปรีชา ๓๔. น.ส.
 สมนพร แสงสุก ๓๕. น.ส. อนงค์ เวคมี-
 วิบูลย์ ๓๖. น.ส. อนงค์ พิพัฒน์ศิริ ๓๗.
 น.ส. อรุณ อินทสาดี ๓๘. น.ส. อารี
 เป็ลของประสิทธิ์ ๓๙. น.ส. อารี มกรทศ
 ๔๐. น.ส. อรุณศิริ ศิกษมัท ๔๑. น.ส.
 สมน อินทเกษตร ๔๒. น.ส. เบ็ญจางค์
 คมสัน ๔๓. น.ส. ลออ ดาวรรพานิช ๔๔.
 น.ส. กัญญา สาคยานุรักษ์ ๔๕. น.ส.
 พิชลพรรณ แซ่เจียง ๔๖. น.ส. กวางเกื้อน
 บุตรสุนทร ๔๗. น.ส. กัญญา สังข์สุนทร
 ๔๘. น.ส. จรรยา มงคลรัตน์ ๔๙. น.ส.
 นรี ฌ ตะกั่วทุ่ง ๕๐. น.ส. รวีวรรณ
 ศิริประพันธ์ ๕๑. น.ส. จำเนียร ศิริกุล
 ๕๒. น.ส. มาลินี สุขใจ ๕๓. น.ส. สมน-
 จิตต์ เพิ่มสุวรรณ ๕๔. นางสาว มยุเรศ
 มังสกุล ๕๕. น.ส. จินดา ทิพนก ๕๖.
 น.ส. ปฐม เจริญสุข ๕๗. น.ส. รรนา
 พงษ์ภรณ์ ๕๘. น.ส. สุกนธ์ บินแสง ๕๙.
 น.ส. จิรพรรณ ประจัญญพฤกษ์ ๖๐.
 น.ส. ไร่ไพ สักขากร ๖๑. น.ส. ผ่องศรี
 คมนามูล ๖๒. น.ส. สุกนธ์ ประเสริฐ-
 วงศ์ ๖๓. น.ส. สุกัญญา ฐาตรี

ผู้ที่สอบได้คะแนนเยี่ยมตลอดหลักสูตร

- ที่ ๑ ได้แก่ นางสาว มยุรา กาญจ-
นางกร
- ที่ ๒ ได้แก่ นางสาว ลักษณา เทพ-
พิทักษ์

การย้ายข้าราชการพยาบาล

- ๑. นางสาว ถวิล ทันพิบูลย์ ย้าย
ไปแผนกอายุรศาสตร์ เมื่อ ๑๕ ก.ย. ๕๘.
- ๒. นางอบต อัจฉริยะญาติ ย้ายไป
กรมอนามัย เมื่อ ๑ พ.ย. ๕๘.
- ๓. นางสาว กรองแก้ว ศิริวรรณ
ย้ายไปกรมรักษาคินแคน เมื่อ ๒๕ พ.ย.
๕๘.
- ๔. นางสาว เพ็ชรรัตน์ ฐะโกทอง
และ นางสาว สุภา กฤษณะสมิต ย้าย
ไปกรมการแพทย์ เมื่อ ๑ ธ.ค. ๕๘.

ลาออก

- ๑. นางสาว รัชณี กุลไกรเวช. และ
ม.ต. ปดุงณี มาลากุล ลาออกเมื่อ ๑
ก.ค. ๕๘
 - ๒. หม่อมฉลวย สวัสดิ์วิวัฒน์ ลา
ออกเมื่อ ๑ พ.ย. ๕๘.
- รวบรวมโดย เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์.

หน้าสำหรับนิสิต

ชนบทใหม่ผู้ใหญ่แจกสตางค์

เมื่อผู้เขียนเป็นเด็ก, มีความรู้ว้าซัน ยี่ใหม่ก็ด้วยเครื่องหมายสองสามอย่าง. อย่างหนึ่งคือพระไตรปิฎกขบถาตร์มากจน ล้นย่าม. อย่างที่สองมีผู้คนแต่งตัวสี่สรวย สดเกินไ้วัดเข็นกลุ่ม ๆ. อย่างที่สามมี การเล่นพิศดารอย่างที่ไม่ค่อยมี, เช่นวิ่ง ไล่เอาน้ำสาคกันหรือเอาโคลนมอมหน้า กัน, ผู้หญิงกับผู้ชายเล่นตองเทหรือปล้ำ รัยกันโยนน้า, เหล่านเช่นต้น. ตอน บ่าย ๆ เห็นคนเดินโซเซอะอะมากกว่า ปกติ. ตกค่ำก็กินเลี้ยงกัน, มีการร้องรำ ทำเพลง. บางทีก็ไ้เห็นคนทคามขรรวมตา เป็นผู้เส่งขมทิ้งมีลูกขันรำบ้อไปบ้อมาอยู่ กลางวง. ในเรื่องเหล่านี้เราพวกเด็ก ๆ ก็ พลอยสนุกไปด้วย. แต่ที่เราชอบมากที่สุด คือการที่มีข้าวเหนียวแคงกินอย่างไม่อื่น กับการไ้รับแจกสตางค์. ในสมัยนั้น เด็ก ๆ ที่อยู่บ้านไม่มีรายไ้ประจำ. อยาก กินอะไรหรือไ้อะไรก็ขอเป็นครั้งคราวไป. ถ้าจะกินขนมก็มักขอครั้งละหนึ่งหรือสอง สตางค์. ถ้าขอไ้ถึงสามสตางค์ก็นับว่า

เป็นการใหญ่ที่ไ้ไ้. เวลาไปโรงเรียนก็ มักไ้ค่าขนมเพียงสามถึงห้าสตางค์. คน ที่ไ้ถึงสิบสตางค์ก็นับว่าเป็นลูกเศรษฐีที่พอ แม่ใจดีมาก, เพราะสิบสตางค์นั้นเขาไ้ หนึ่งไ้ถึงสองครั้ง, หรือกินถ้วยเดียวไ้ สามชามแล้วยังเหลือขอไ้ส่วนหรือไ้ วยหรือขนมยังราคาหน้าไอศกรีมไ้อีก หนึ่งชามหรือหนึ่งแผ่น. แต่ในวันยี่ใหม่ นั้นอย่างเลว ๆ คุณพ่อหรือคุณแม่ก็ไ้แจกหนึ่งสลึง. ถ้ามีคุณยายคุณย่าด้วยก็ อาจไ้อีกสองสลึงต่างหาก. ที่ที่สุดคือคุณ ตาหรือคุณปู่, เพราะท่านใจป้าและมักเห็น ใจเรา. บางทีก็ไ้ทั้งบาท. สตางค์ที่ไ้รับ แจกนี้โดยมากมาในรูปสตางค์แคงร้อย เป็นพวงหรือท่อร้อยร้อย. ท่านไม่นิยม ใ้สตางค์ขาวหรือเหรียญสลึง เพราะ เกรงว่าหากไ้เราใ้ซื้อพวกนี้แล้วจะพา ไ้เคยและมีอเคิบ. แต่จะไ้มาในรูปใ้กัก ทาม, มันก็แปรรูปไปหมดทั้งนั้นภายในไม่ ช้า. เป็นว่าข้าง, ลูกข้างข้าง, หรือลูก โป้ง, บันแกบ, ตุ๊กกะตาขาววังหรือแม่

กระทั่งหนึ่งตระกูล. มีส่วนไม่น้อยที่แปร
รูปแล้วยังแปรสถานเข้าไปอยู่ในท้องถิ่น.
เป็นเรื่องธรรมดาที่ภายหลังใหม่สองสาม
วันเขาจำพวกชาติบรรพชิต, มหานิลแห่งทอง
หรือก็เกล็ดชายก็เกินปกติ.

ที่เล่ามานั้นเป็นเรื่องของเด็ก ๆ. เรื่อง
ของผู้ใหญ่ก็มักต้องไปเยี่ยมเยียนท่านที่เคารพ
พนมยด. ถ้าท่านเป็นผู้สูงอายุก็มักรดน้ำ
และขอพร. ท่านผู้ใหญ่ นอกจากให้พร
แล้วก็มักมีของขวัญ, ซึ่งอาจเป็นของ
เล็ก ๆ น้อย ๆ, หรือของเป็นชิ้นเป็นอัน,
หรือเงิน. ผู้ที่เมตตาใจก็อาจมีลาภถึงซึ่ง
ก็ได้. สรุปว่าในวันขึ้นปีใหม่ก็นั้นผู้น้อยเป็น
ฝ่ายได้, ผู้ใหญ่เป็นฝ่ายจ่าย. ที่ตรงกัน
ข้ามก็มีเหมือนกัน, คือผู้น้อยให้, ผู้ใหญ่
รับ. แบบนี้น่าจะถือว่าเป็นธรรมเนียมเงิน,
เพราะผู้ให้โดยมากเป็นเงิน, เช่นนายอา
กร, ผู้ผูกขาดหรือผู้เช่าเรือนโรงต่าง ๆ
 เป็นต้น.

เมื่อผู้เขียนเป็นนักเรียนแพทย์มีอา
จารย์ฝรั่งเป็นหัวหน้าแผนกต่าง ๆ. เวลา
ถึงตรุษฝรั่งมีนักเรียนที่หัวดีบางคนรวบรวม
กันไปหาอาจารย์ที่ชานในเวลาค่ำและ
ร้องเพลงคริสต์มาสเช่นที่ครึกครื้น, ซึ่ง
อาจารย์ก็มักตอบแทนโดยการเลี้ยงดูพอ

สมควร. อาจารย์บางคนยังใจดีแถมของ
หรือเงินให้อีกด้วย. เป็นทางทาลำไฟ
สำหรับนักเรียนใต้ทางหนึ่ง.

ในสมัยนั้นประเทศไทยยังเริ่มต้นในวัน
ที่ ๑ เมษายน, ซึ่งเป็นเวลาระหว่างปีการศึกษา
เรียน. ที่โรงเรียนมีแต่พวกห้องสามห้อง
สี่เท่านั้น, และไม่เห็นค้อมีเหตุการณ์อะไร
พิเศษ. อย่างนี้ก็เคยเห็นอาจารย์บาง
ท่านชวนนักเรียนที่ตกอกตกใจไปเลี้ยง
ข้าวที่ชาน. บางทีก็เล่นดนตรีเป็นการฉลอง
กันบ้าง. สมัยนั้นธรรมเนียมให้ของขวัญ
กันยังไม่แพร่หลาย. ให้กันเพียงบัตรส่ง
ความสุข. แม้กระนั้นก็โดยจำนวนน้อย.
นักเรียนแพทย์ที่เลื่องลือกันว่าสังคมก็
เห็นจะจ่ายบัตรความสุขไม่เกินโหล. พวก
ธรรมดาสบายจ่ายกันคนละห้าหกแผ่นก็รู้
สึกว่าเซ็งเต็มทีอยู่แล้ว.

เกี่ยวกับอะไรก็ได้เปลี่ยนไปตามเวลา.
ลัทธิทำอะไรทำคามกันเข้ามาครอบคลุม
และแผ่ไปทั่ว, พร้อมกับทำให้คนล้มตัว
ไปควย. แม้แต่เด็ก ๆ ในโรงเรียนสามัญ
ก็มีการแจกบัตรความสุขปีใหม่กันคนละ
ใบใหญ่ ๆ. ของขวัญก็ให้กันเกว๋อไป
หมด. ในเวลาใกล้ปีใหม่ร้านค้าจึงเต็ม
ไปทั่วด้วยบัตรความสุข. ขนมหักและของ

ขวัญ. ขันยี่ใหม่ครึ่งหนึ่ง ๆ เห็นจะมีเงิน
 เปลี่ยนมือกันด้วยเรื่องนี้เป็นจำนวนหลาย
 ล้านบาท. สำหรับบางคนขายง่ายที่เก็ชขึ้น
 นี้อาจไม่สลักสำคัญอะไร. แต่สำหรับ
 หลายคนอาจเป็นภาระที่ทำความอึดอัดให้
 มากก็ได้. คงมีไม่น้อยคนเหมือนกันที่พอ
 พันสมัยส่งความสุขแล้วถึงสมัยรับทุกข์
 ทนใช้หนี้ไปอีกนานทีเดียว. ผู้เขียนเคย
 ทราบบ้างบางคนก็กว้างขวางมากในสังคม.
 พอใกล้ขี้นใหม่จำต้องอพยพไปไกลที่อยู่
 เสียชั่วคราว. เพื่อหลบคนเยี่ยมและส่ง
 ความสุขขี้นใหม่ โดยเกรงว่าจะคอยแทน.
 ไม้ไหว.

ในสองสามปีหลังนี้ในโรงเรียนแพทย์
 ของเราได้มีการให้ของขวัญขี้นใหม่แก่อา-
 จารย์ยังเกิดขึ้นเป็นของใหม่. โดยมากใช้
 เงินที่ได้จากการเรียไรกัน. เงินที่นักเรียน
 ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นอาจไม่มากนักก็ได้. แต่
 ก็เป็นภาระที่เพิ่มเติมนอกเหนือเรื่องประจำ
 เข้ามา. นำาคิดว่าการกระทำนี้มีความ
 จำเป็นและเหมาะสมเพียงใด. ถึงแม้ว่า
 นักเรียนส่วนมากคงเต็มใจออกเงินเพราะ
 เห็นว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณของอาจารย์.

ผู้เขียนก็คิดว่ากาไรให้ของขวัญนี้ไม่มีความ
 จำเป็นแต่ประการใด. แม้ไม่ได้ก็คงไม่มี
 อาจารย์ผู้ใดขุ่น. เชื่อว่าอาจารย์คงไม่มาค
 หมายของขวัญจากนักเรียนที่กำลังเรี่ย
 อยู่กับคนและคงไม่เต็มใจรับนัก. เพราะ
 เป็นเรื่องทมของไ้หลายแง่. ผู้เขียนเห็นว่า
 มิวชอนที่คิดว่าจะใช้แสดงความปรารถนา
 ดีและความสำนึกบุญคุณต่ออาจารย์ใน
 โอกาสขี้นขี้นใหม่. ความจริงเพียงแต่กาไร
 ให้ขี้นความสุขก็เป็นการเพียงพอและ
 เหมาะสมกับฐานะดีแล้ว. (มีข้อสังเกตว่า
 ความธรรมเนียมไทยนั้นผู้น้อยจะอานวยพร
 แก่ผู้ใหญ่ไม่ได้, ผู้ใหญ่เท่านั้นเป็นผู้ให้
 พร. เพราะฉะนั้นในการเขียนขี้นจะเขียน
 ว่าศิษย์ขออวยพรแก่อาจารย์ไม่ได้. ต้อง
 เรียกร้องคุณพระศรีรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์
 สิทธิ์อื่น ๆ มาเป็นทพ.) การส่งขี้นควร
 ส่งให้ถึงมืออาจารย์เอง, ไม่ควรฝากใคร
 ไรให้, เพื่ออาจารย์จะได้ด้วยขี้นให้พรเป็น
 การตอบแทนความธรรมเนียม. หากเป็น
 ความสทว, จะแต่งตั้งผู้แทนขี้นไปเยี่ยมคำ
 นัยและขอพรของอาจารย์ที่บ้านก็ได้. เป็น
 วิธที่ก็เหมือนกัน.

สารศิริราช

การมีกตัญญูต่ออาจารย์เป็นอาภรณ์
ของศิษย์ผู้เจริญ. ความสำนึกในชั้น
แสดงได้ไม่เฉพาะแต่ในเวลาชั้นนี้ใหม่เท่า
นี้, แต่ได้ทุก ๆ กาลสมัย. ในขณะเรียน,
เรียนด้วยอุทิศสัจและคารวะ, เมื่อผ่าน

พ้นไปแล้ว, ยังเคารพนับถือและยกย่อง
ว่าเป็นอาจารย์. นึกวิธีแสดงกตเวทีที่
ความสุขและความยึดแก่อาจารย์มากมาย
ยิ่งกว่าของขวัญอันมีค่าใด ๆ.

อ.ก.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

ไปรษณีย์ที่ออกโดยแผนกจัดการสารศิริราช

บันทึกท้ายสมุด

๑ ลมพิษเนื่องจากความเย็นนั้นถือว่าเป็นโรคที่หายาก. การที่คุณหมอสมโพธิและคุณหมออาวอนำมาเสนอ สารศิริราชฉบับนี้นอกจากจะบอกให้ทราบว่าโรคอย่างนี้ก็มีอยู่แล้ว. ยิ่งข้อสำคัญประการหนึ่งไว้ด้วย. คือการที่คนที่เป็นโรคนี้อาจเกิดอันตรายจากการจมน้ำได้โดยง่าย. ในเมื่อเกิดเป็นลมพิษขึ้นทั่วตัวอย่างรุนแรงในขณะที่ตัวอยู่ในน้ำ, ทำให้เกิดอาการคอแลงปัสชัน. ข้อที่สนใจอีกประการหนึ่งในรายงานของคุณหมอทั้งสอง คือ ผลของการทดลอง, ที่แสดงว่าแม้เพียงอุณหภูมิไม่ต่ำเท่าไรก็อาจทำให้คนไข้เกิดลมพิษได้แล้ว. น่าคิดว่าถ้าผู้ที่อยู่ในประเทศหนาวจะมีความลำบากสักเพียงใด. ปัญหาที่ควรจะศึกษาต่อไปคือ ทำอย่างไรจึงจะลดล้างการแพ้ของคนไข้ได้. เสียหายที่คนไข้มีไคอยู่ในโรงพยาบาลนานพอสำหรับการศึกษาอื่น.

๑ คอรัทีโซนกำลังเป็นยาครอบจักรวาลมานานหนึ่งในเวลานี้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ร่ำรวยมากทั้งหมดและคนไข้, และสามารถผลิตยา

“วิเศษ” นี้ได้เอง. ในวิทยาศาสตร์เรามากได้อ่านรายงานการใช้ยานี้สำหรับโรคหรือภาวะแปลก ๆ ใหม่ ๆ อยู่เสมอ. แต่ยานี้เป็นอาวุธสงครามที่อันตรายมาก, เพราะกลไกการแสดงฤทธิ์ของมันคล้ายซับซ้อนเกี่ยวโยงยังอวัยวะที่สำคัญ ๆ หลายแห่ง. อาจยังมีบางแห่งที่เรายังไม่ทราบอีกด้วย. รายงานของคุณหมอสมพนธ์และคุณหมอดนอมศรี ที่นำลงพิมพ์เป็นเรื่องที่สองในฉบับนี้เป็นตัวอย่างที่ดีถึงอันตรายถึงกล่าวน้อย่างชัดเจน. นับว่าเป็นเคราะห์ดีของคนไข้ที่อาการเตตานย์ได้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสศึกษาและสอบสวนอย่างเต็มที่. ถ้าหากเกิดที่อื่นซึ่งไม่มีความสะดวกเช่นนั้น, อาการเตตานย์อาจหลงหลงหายไป, หรือแม้หากถูกจับได้, ก็หนักถึงก่อน เป็นธรรมชาติคือเลือดพว่องแคล่เชื่อมและการรักษาที่จัดไปในที่นี้ก็จะไม่อาจช่วยคนไข้ได้เป็นแน่. ถึงแม้ว่าผลการตรวจ ประกอบต่าง ๆ จะไม่หนักแน่นพอที่จะให้ยืนยันได้เต็มประกว่าอาการเลือดพว่องไปแคสเชื่อมเป็นต้นเหตุของการชักในคนไข้ที่รายงานนั้น, ในด้าน

ปฏิบัติรักษา ก็ต้อง ยอมรับว่าพอ เชื่อ ได้.
รายงานนอกจาก จะแสดง ว่าเจตตานัยอาจ
เกิดจากขาดไปแต่สเต็มมก ไคแล้ว, ยัง
เป็นตัวอย่างอื่นที่แสดงถึง อันตรายแทรก
ซ้อนที่ เกิดระหว่าง ไซคอร์ทิโซน. วิธีที่
ซึ่งก็ ที่จะ หลบเลี่ยงอันตราย คงนี้ ไค ก็คือ
พยายาม ไซคอร์ทิโซนอย่าง น้อยที่สุด และ
ในเมื่อจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น.

๑ คุณหมอดนอมฤดี ภูมิภักดิ์, อา-
จารย์กายวิภาคผู้หนึ่ง ที่ กำลัง ชื่น แข็งมาก,
ได้ใช้เวลานับปี ในการศึกษาทดลอง เกี่ยว
กับการทำให้เกิดความพิการแปลก ๆ ใน
เอ็มบริโอของสัตว์. การที่ท่านกำหนด
เราด้วยบทความเรื่อง ความพิการแต่กำเนิด
ในสารศิริราชเล่มนี้ จึงเป็นการเสนอ จาก
ประสบการณ์ด้วย, มิเพียงแต่เขียนคำอธิบาย
เท่านั้น. เราเชื่อว่าแพทย์ทุก ๆ ท่านคงจะ

อ่านด้วยความสนใจ, และหวังว่าคุณหมอ
คงจะมีเรื่องที่น่าสนใจ นำมา ให้เราอีก
ในโอกาสต่อไป.

๑ การวัดความดันเลือดแดงเป็นการ
ปฏิบัติซึ่งทำกันอยู่ทุก ๆ วัน, แต่กระนั้น
ก็ยังมีผู้พิจารณาเห็นว่ายังเป็นวิธีที่ไม่แม่นยำ
พอ และ พยายามศึกษาหาทางเพิ่ม ความ
แม่นยำอยู่เสมอ ๆ. เราหวังว่าบรรณา
ธิการในเล่มนี้จะเป็นประโยชน์จริงแก่
ทุก ๆ ท่านที่ใช้เครื่องวัดความดันเลือด.

๑ ในตอนสุดท้ายของบันทึกขอแนะนำ
ให้ท่านสมาชิกอย่างลุ่มอ่านบทความเรื่อง
การใช้ยาสลยเกี่ยวกับการคลอดในแผนก
ปกติภาวะด้วย. เราขอขอบคุณคุณหมอสุพร
เกิดสว่างที่ได้เสนอเรื่อง ที่นับว่า มีความ
สำคัญไม่น้อย.