



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๐๐

Volume 8, Number 6, June 1956

มิดเคิลโลบ์ซ้ายโครม

ขุนรัตน์เวชชสาธา

(คลินิกขุนรัตน์เวชชสาธา, พระนคร)

คำนี้เป็นคำที่นายแพทย์ Graham, Barford และ Mayer ได้กำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๔๘, มีความหมายว่าเป็นการอักเสบเรื้อรังโดยเฉพาะของปอดขวากลับกลางและปอดซ้ายส่วนลึงกิวลาร์ (lingular portion) ของกลีบขวา, มีอาการไอ, มีเสมหะออกมาก. บางครั้งมีโลหิตออก. มีไข้เป็นพัก ๆ. อาการคล้ายกับโรคหลอดลมพองมาก (ยริ่ง-มิเอ็คเทิส), ซึ่งตามความจริง, ในระยะนี้ปลายโรคก็มักจะลงเอยด้วยการเป็นโรคหลอดลมพอง.

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิของโรคนี้เริ่มตั้งแต่มีการอุดตันของหลอดลมที่เข้าไปสู่ปอดกลับกลางข้างขวาหรือส่วนลึงกิวลาร์ของปอดกลับขวาซ้าย, ภัยเหตุใดเหตุหนึ่ง, ทำให้ปอดส่วนนั้นเหี่ยวแฟบไปด้วยไม่มีอากาศ. ต่อมาปอดส่วนนั้นเกิดการอักเสบขึ้น (บีนิวโมไนติส) และเนื้อปอดถูกทำลายเสียไป.

สาเหตุของการอุดตันของปอดส่วนนั้น, ในทางกายวิภาคปรากฏว่าหลอดลมที่แยกออกจากหลอดลมใหญ่ข้างขวาเข้าสู่ปอดขวากลับกลางและส่วนลึงกิวลาร์ของปอด

ซ้ายกลับขมมนั้นมีลักษณะเล็กและยาวกว่า หลอดกลมอื่น ๆ, จึงมีโอกาสระเกิดการ ออกคันทันไ้่ง่าย. การออกคันทันเกิดได้ด้วย เหตุ ๒ ประการ, คือมีการอักเสบภายใน หลอดกลมและมีก้อนเสมหะมาอุด, ซึ่งไม่ อาจทำให้หลอดออกไปได้ด้วยกาไร่ประการ หนึ่ง; กับการอักเสบขวมของต่อมน้ำ เหลืองโดยรอบหลอดกลมนั้น, ทำให้เกิดการ กดจากภายนอก, ทำให้ช่องซึ่งเล็ก และแคบอยู่แล้วออกคันทันไ้โดยง่าย, อีก ประการหนึ่ง.

การออกคันทันอาจเป็นขั้วคราวหรือถาวร อยู่ตลอดไป. อย่างไรก็ตาม, ปอดซึ่งไม่ ไ้ด้วยอากาศจะเหี่ยวแฟบลงและเกิดการ อักเสบตามมา. การอักเสบนี้จะทำลายเนื้อ แต้ (พาเร็นไคมีมา) ของปอดไ้เสียไป, โดยเป็นหนอง หรือไฟโบรสิส. เมื่อการ อักเสบหมดไปแล้ว, การออกคันทันอาจสลาย ลง, ก็จะมีลมผ่านเข้าไปสู่ปอดคันทันไ้ได้อีก. การพองของปอดในครั้งนี้จะพองออกไม่ ไ้ไ้เต็มไ้และจะกึ่งเอาหลอดลมไ้พองออก ด้ว้เนื่องจากไฟโบรสิสของเนือปอดทกถั่ว แล้ว, ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดลมพอง ทั้ไปในปีนัยปลา.

ในรายที่มี การออกคันทันอย่างถาวรปอด

ส่วนนั้นอาจคงเหี่ยวแฟบ (อะเทเล็กเตสิส) อยู่คงที่, และอาจเปลี่ยนเป็น ไฟโบรสิส ไปจนหมด.

การอักเสบของปอดที่เหี่ยวอยู่อาจเกิด ขึ้นซ้ำซาก. ทุกคราวที่มีการติดเชื้อเกิด ขึ้นในทางเดินอากาศคนไ้จะมีอาการไอ, มีเสมหะคล้ายหนอง, บางที่ปนเลือด, มี ไ้เจ็บหน้าอก. อาการไปพ้องกับขั้วในปอด, วัณโรคและโรคหลอดลมพอง.

สาเหตุของการอักเสบและการออกคันทัน ครั้งแรกไม่จำกั้ตัวว่าจะเป็นเชื้อ อย่งไ้ใด อาจเกิดจาก ไวรัส หรือยักเทรี, รวมทั้ง เชื้อวัณโรค. ต่อมน้ำเหลืองที่อักเสบขวม จนกดหลอดลมคันทันไ้ไปนั้นก็ไ้ไม่จำกั้ตัวว่าจะ เกิดแต่เชื้อวัณโรคอย่งไ้เกี่ยวข้องเหมือนกัน.

ประวัติและอาการของคนไ้

คนไ้ส่วนมากมาหาหมอด้ว้ความ สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค. บางรายก็อาจหา ยาฉีกและกินเองมาแล้วเป็นจำนวนมาก โดยไม่ไ้ผล. อาการสำคัญของคนไ้ก็คือไอเรอรั้ง, เสมหะปนหนองและเลือด, มีไ้เจ็บหน้าอก. การซักถามประวัติของ โรคย้อนหลังขึ้นไปมักจะได้ความว่าเริ่ม ครั้งแรกโดยมีอาการไ้ขั้วอย่างแรง, เจ็บ

หน้าอก, หรืออาจขอกเสียที่เคียวว่าเคย เป็นโรคปอดควม (ยีนัวโมเนีย) มาแล้ว ครั้งหนึ่ง, เมื่อหายแล้วกลับมีอาการใน ทำนองเดียวกันอีก, แต่ไม่รุนแรงเท่าและ ในระยะเวลาต่างกัน. คนไข้พวกนี้มักเป็นผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก. แต่ความจริงโรคนี้ อาจมีได้ในคนทุกอายุ. รายที่ผู้เขียนได้ พยายามอย่างต่ำ ๑๕ ปี, อย่างสูง ๕๘ ปี. ผู้เขียนได้พบโรคนี้บ่อย ๆ, มักให้การ ทักสินว่าเป็นอะเทเล็กเทสิสของปอดกลีบ กลางโดยไม่ทราบสาเหตุอันแท้จริงของ โรค. จนกระทั่งได้อ่านบทความของนาย แพทย์ เฮฟเลอร์ ใน American Review of Tuberculosis เล่มเดือน มิถุนายน ๒๔๕๘ จึงได้รู้สาเหตุและสิ่ง ที่ไม่เข้าใจมาเป็นเวลาช้านาน, จึงได้นำ มาบรรยายในที่นี้และคิดว่าเพื่อนแพทย์อีก เป็นอันมากคงจะไ้พบอย่างเดียวกัน.

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโดยทางอาการเราจะแยก ออกจากโรคฝักในปอด, หลอดลมพอง, และวัณโรค ไม่ได้ยากกว่าจะ ใ้เห็นฟิล์ม ภาพเอกซเรย์ของปอดของคนไข้แต่ละราย. เงามในภาพเอกซเรย์ที่ถ่ายแบบ โปสทีโร-

แอนทีเรียร์แสดงการขยายของปอดกลีบ กลางข้างขวาด้วย, เป็นเงาที่บรรปรสาม เหลี่ยม, มีมุมบนชี้ตรงไปที่ไฮลิสขวา. เมื่อถ่ายค้ำข้างทางขวาเห็นเป็นเงาที่บ, เป็นแท่งยาวชันอยู่ในเงาของหัวใจคล้าย กับเวลามีน้ำขังอยู่ในระหว่างกลีบของปอด (อินเตอร์โลบิวลาร์). ในรายที่มี อะเท- เล็กเทสิสของส่วนลึงกิวลาร์ของปอดซ้าย กลีบบนจะปรากฏเป็นเงาที่บอยู่ในส่วนกลาง ของช่องปอดซ้าย, เหนือหรือต่อกับเงา ของหัวใจทางค้ำบน. เงามของรูปถ่ายค้ำ ข้างก็แสดงในทำนองเดียวกัน.

ในการวินิจฉัยด้วยภาพเอกซเรย์นั้น จำเป็นจะต้องถ่ายภาพค้ำข้างกำกับด้วย (ขวาหรือซ้าย) จึงจะยืนยันได้โดย สมบูรณ์. (โดยมากผู้เขียนใช้วิธีการตรวจ ด้วย ฟลูออโรสโคปย์เสียครั้งหนึ่งก่อน แล้วจึงยืนยันการวินิจฉัยด้วยการถ่ายค้ำ ข้าง.)

การวินิจฉัยด้วยรังสีเอกโคปเป็นทั้ง การวินิจฉัยและการรักษาไปด้วยในตัว, และเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยั้งที่จะต้องตรวจให้ รู้ว่าการอุดตันนั้นเกิดแต่การกกดันจาก ภายนอกหรือเกิดแต่การอักเสบมีก้อนเสม หะอุด, หรือเป็นวัตถุต่างที่ (ฟอเรินบอ-

ซึ่งจะได้กำจัดเอาออกเสียในทันทีนั้น, สำหรับรายที่เริ่มเป็นโรคครั้งแรก.

การวินิจฉัยด้วยวิธีของ โคมกราฟฟ์ เป็นงานค่อนข้างยากและต้องการความชำนาญทั้งในการทำและการอ่านอย่างมากมาย, ซึ่งต่างนอกจากจะทำเพื่อวินิจฉัยแยกบรูอง-มิเอ็คเตสซิสแล้วก็ได้ประโยชน์แก่น้อย.

การรักษา

โรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง. กว่าคนไข้จะมาปรึกษาแพทย์และวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นมีคเคิลโลบ์ซัยน์โครมก็มักจะได้ผ่านระยะของบรูองมิเอ็คเตสซิสมาแล้วหลายครั้ง. เนื้อแท้ของกลีบกลางย่อมเสียหายถูกทำลายจนเกินกว่าจะแก้ไขด้วยการรักษาทางยาได้. ฉะนั้นจึงเหลือวิธีรักษาอยู่อย่างเดียวคือตัดเอาออกทิ้ง.

ในการตัดเอาออกทิ้งนั้น, นายแพทย์เฮฟเลอร์ให้คำเตือนไว้ว่าในรายที่เป็นเรื้อรังมานาน, เราอาจได้พบต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ หลอดลมชั้นข้างเป็นหิน, และในบางรายอาจเบียดเอาหลอดลมเป็นแผล. หลอดโลหิตและหลอดลมจะเกาะกันแน่นด้วยผลของการอักเสบ. ในรายเช่นนี้ย่อมจะเป็นการยากที่จะแยกตัด

และเย็บหลอดลมชั้นได้. คนไข้อาจต้องเสียเลือดเป็นจำนวนมาก. เพื่อยोगกันเหตุร้ายอันนายแพทย์เฮฟเลอร์แนะนำควรจะแยกและผูกเส้นโลหิตดำก่อน, เย็บปิดหลอดลมแต่เพียง ๑ หรือ ๒ เซม, แล้วเลาะแยกปอดกลีบกลางออกก่อน, แล้วจึงตัดหลอดโลหิตแดงภายหลัง. ถึงหากจะมีเลือดออกจากหลอดเลือดแดงของกลีบกลางก็พอจะทำให้หยุดได้ง่ายด้วยวิธีนี้.

นายแพทย์เฮฟเลอร์รายงานไว้ในจำนวนคนไข้ ๓๒ คน, ทำการผ่าตัดที่ Cleveland Clinic, มีโรคแทรกซ้อน ๒ ราย. รายหนึ่งเกิดมีน้ำและลมในช่องอก (ฮัยโดรอนิวโมโธแรกซ์), อีกรายหนึ่งเป็นหนองในช่องปอด. ไม่มีใครตาย, รอดได้เป็นอย่างดีทั้งหมด.

ผู้เขียนมีคนไข้เป็นมีคเคิลโลบ์ซัยน์โครมอยู่หลายราย. ไม่มีใครยอมผ่าตัดสักรายเดียว. โดยมากอ้างว่าอายุมากแล้ว, กำเริบเมื่อใดก็มารักษาอีก. ในจำนวนนี้มรายหนึ่งเป็นเด็กอายุ ๑๕ ปี. เป็นวัณโรคแพร่กระจาย (มีเล็ยวี) และวัณโรคกล่องเสียงเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๕. รักษาอยู่จนทุเลาแล้วก็หนีไป. กลับมาหาอีกเมื่อ

เกือบพบตุจิกายน พ.ศ. ๒๔๕๘, โดยมีอาการไข้สูง, เจ็บหน้าอก, ไอมีเลือดออก, ตรวจพบว่าเป็นมิกเกิดโดยซีอีบีโครม. ครั้งแรกสันนิษฐานว่าคงเกิดแต่ที่คอมน้ำเหลืองขวมและกดทำให้หลอดลมตีบ, จึงเร่งให้การรักษา, ฉีดสเตรปโตมัยซิน ๐.๕ ก. ผสมไอโซโซลิต (นีโอเทเบินของบียเออร์) ๕๐ มก. ทุกวัน, กิน Iso-Pas และคอร์ติโซน. ปอดกลับพองออกได้โดยไม่มีทันทันนิ่วโมไนติส. อีกรายหนึ่งเป็นรายที่ไ้รักษาผ่านไปแล้ว. มาเกิดควมสงสัยว่าจะเป็นอะเทเล็กเทสิสของส่วนลึงกิวดาร์ของปอดกลีบซ้ายบนในภายหลัง, จึงไม่มีรูปถ่ายค่านข้างยืนยัน. รายนี้ไม่มีร่องรอยของอะเทเล็กเทสิสเหลืออยู่. ทั้งสองรายนี้ชวนให้สงสัยว่ามีมิกเกิดโดยซีอีบีโครมนี้มีทางข้อยกันได้ด้วยการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องเสียตั้งแต่เมื่อเป็นในครั้งแรก, และด้วยการใช้แอนติไบโอติคให้ถูกต้อง. ถ้าเรามีบร็องไชสโคปจะใช้การไ้ทันท่วงทีก็เชื่อว่าเราจะช่วยคนไข้ให้พ้นจากโรคนี้ไ้มาก. คิดว่าเคื่ก ๆ น่าจะเป็นโรคนี้ไ้ไ้ น้อย. รายอื่น ๆ ที่พบโดยมากเป็นเรื้อรังมาแล้วหลายปี.

รายงานคนไข้

คนไข้รายที่ ๑ ชายจีนอายุ ๖๑ ปี, อยู่จ.ว. ฉะเชิงเทรา, มาตรวจเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ ๘ เมษายน ๒๔๕๗ โดยมีอาการไอ, เจ็บหน้าอกและเจ็บคอ. เสมหะสีขาว. คนไข้เคยเป็นเช่นนี้บ่อย ๆ คิดว่าจะเป็นวัณโรค จึงเข้ามตรวจที่กรุงเทพฯ. คนไข้เป็นคนร่างใหญ่, มีอนามัยก็. ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติที่อกทั้งสองข้าง. เสมหะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค. ตรวจด้วยฟลูออโรสโคปย์ไม่พบอินฟิลเตรชันในปอดจึงคิดว่าเป็นหลอดลมอักเสบอย่างธรรมดา, ให้กินซัลฟาไดอะซีน, ฉีดเพนนิซิลลิน. รักษาอยู่ ๑๒ วันก็หายเป็นปกติ, จึงกลับบ้าน.

ในเดือนสิงหาคม ๒๔๕๗ กลับมีอาการไอและเจ็บอกข้างขวาอีก. มารักษาอยู่ ๗ วันก็หายกลับไป.

ในเดือนตุลาคม ๒๔๕๗ กลับมีอาการไอเจ็บหน้าอก, ไม่มีไข้. แต่รายงานว่าเสมหะข้นเหนียว, มากกว่าทุกครั้ง. ครั้งนี้ไ้ถ่ายฟิล์มไว้. พบเงาทึบเป็นเส้นบางที่ส่วนกลางปอดข้างขวาและมีเงาจาง ๆ ไ้เส้นนั้นมาเล็กน้อย. สันนิษฐานว่าเป็นเยื่อหุ้มปอดอักเสบที่ผนังกันระหว่าง

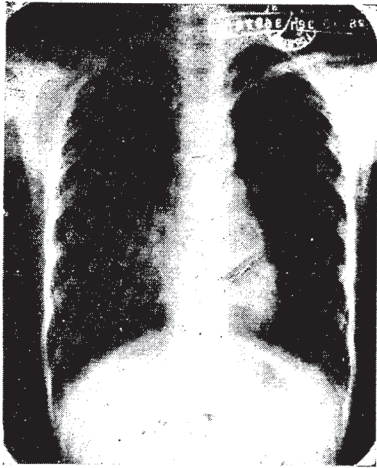
กลับ. เสมหะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคเป็นครั้งที่ ๒. ให้การรักษาอย่างเดิมอยู่ ๑๕ วันก็หายกลับไป. คนไข้มีไข้บ่อยครั้ง ก็นอนอีก ๒ ครั้ง, คือในเดือนมีนาคมและธันวาคม ๒๔๕๘. ถ่ายฟิล์มและตรวจสอด้วยฟลอรอโรสโคปเห็นชัดเจนว่าเงาที่เห็นข้าง ๆ ที่กลางปอดข้างขวาคราวก่อนกลับหนาขึ้น, และแน่ใจว่าเป็นมิกเกลโลบัสซิสโครม. เสมหะยังคงตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคเช่นเดิม.

รายงานเป็นตัวอย่างให้เห็นชัดว่าป็นวัณโรคในทิสต์เป็นซ้ำๆ เมื่อเกิดขึ้นแต่ละคราวนั้นทำให้เนื้อแท้ของปอดเสียหายหนักขึ้นทุกที. ผู้เขียนขอสารภาพว่าในตอนนั้นไม่ทราบว่าคนไข้รายนี้เป็นมิกเกลโลบัสซิสโครม. จากการตรวจเชื้อไม่พบทั้ง ๔ ครั้ง จึงให้การตัดสินใจเพียงว่าไม่ใช่วัณโรคเท่านั้น. ข้อที่น่าคิดสำหรับคนไข้รายนี้ก็คือในฐานะที่เป็นผู้สูงอายุจะเป็นเนื้องอกอย่างไรก็ได้หรือไม่. น้ำหนักตัวของคนไข้เมื่อแรกมา ๕๗ กิโลกรัม, ครั้งสุดท้ายซึ่งเมื่อ ๒๓ มกราคม ๒๔๕๘ น้ำหนัก ๕๖ กิโลกรัม.

คนไข้รายที่ ๒ เกิดชายอายุ ๑๕ ปี, มาให้ตรวจครั้งแรกเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน

พ.ศ. ๒๔๕๕ โดยเป็นวัณโรคกล่องเสียงและวัณโรคแพร่กระจาย. รักษาอยู่ ๕ เดือนอาการดีขึ้นก็ไม่มาอีกทั้งที่เสียงยังแหบอยู่. กลับมาให้ตรวจและรักษาอีกเมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๔๕๘ โดยมีอาการไข้, ไอและโลหิตออกในวันแรกที่เริ่มป่วย. เสียงยังแหบอยู่ตามเดิม. ตรวจไม่พบเสียงผิดปกติที่หน้าอก. ฟิล์มปอดปรากฏว่ามีเงาที่บริเวณพาราไฮลาร์ส่วนล่าง. ตรวจด้วยฟลอรอโรสโคปพบว่าเงานั้นเป็นอะเทเลคเทสิสของกลีบกลางข้างขวา. ได้ถ่ายฟิล์มด้านข้างประกอบอีกภาพหนึ่ง. ผู้เขียนสันนิษฐานจากประวัติเดิมประกอบกับที่ตรวจพบใหม่น่าจะเกิดแต่ก่อนหน้าเหลืองที่เป็นวัณโรคมากตัยและเป็นอาการเริ่มแรกของมิกเกลโลบัสซิสโครม, จึงให้การรักษาอย่างหนักแน่นเข้มแข็งร่วมกับคอร์ติโซนวันละ ๕ มก. ภายใน ๑๒ วันเมื่อตรวจด้วยฟลอรอโรสโคปก็พบว่าปอดกลีบกลางข้างขวากลับพองออกได้ตามเดิม, ก่อนจะมีวัณโรคในทิสต์เกิดขึ้น.

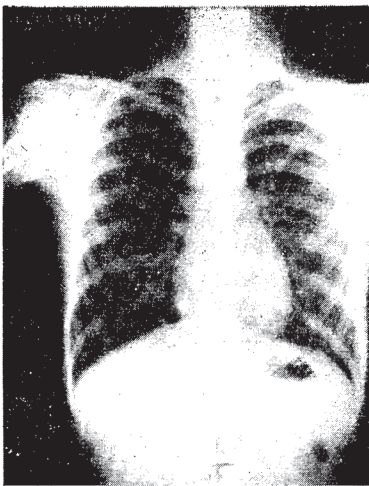
คนไข้รายที่ ๓ พระภิกษุอายุ ๗๐ ปี, ไปขอรับการรักษาที่ ร.พ. สงฆ์ โดยมีอาการไข้และไอ, มีเสมหะมากและข้น. ผู้



ภาพที่ ๑



ภาพที่ ๒

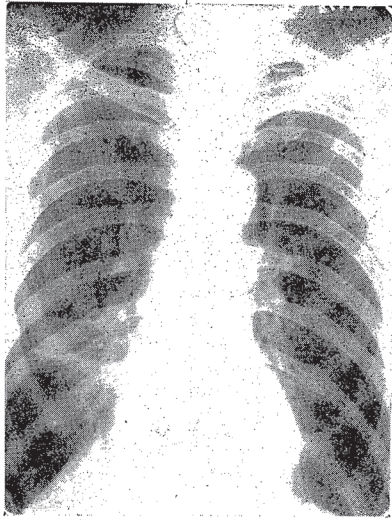


ภาพที่ ๓

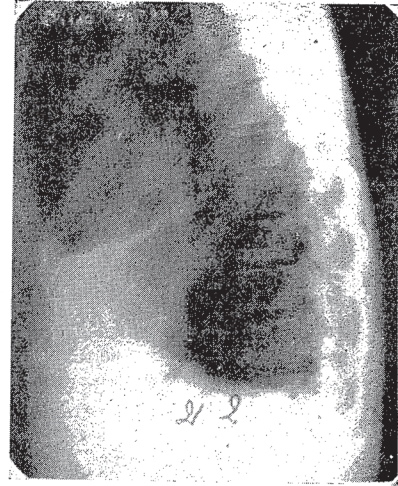


ภาพที่ ๔

คนไข้รายที่ ๒ ภาพที่ ๑ และที่ ๒, แสดงเงาทึบในบริเวณพาราไฮลาร์ข้างขวาส่วนล่าง, ซึ่งฟลู. แสดงว่าเป็นอะเทเล็กเตลีส.

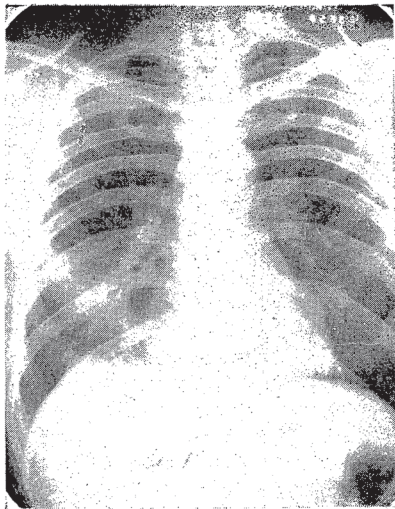


ภาพที่ ๕

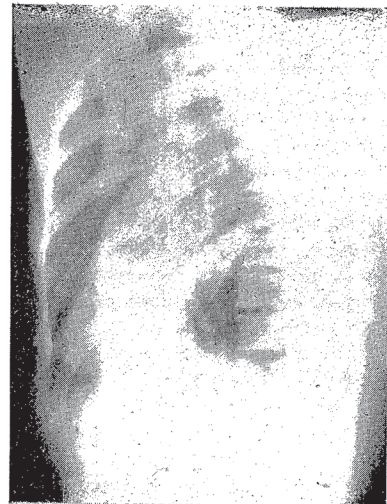


ภาพที่ ๖

คนไข้รายที่ ๓ ภาพที่ ๕ และที่ ๖, แสดงนารูปสามเหลี่ยมตรงกลีบกลางของปอดขวา, ซึ่งสันนิษฐานว่าเป็นการยุบแฟบเฉพาะส่วน.



ภาพที่ ๗



ภาพที่ ๘

คนไข้รายที่ ๔ ภาพที่ ๗ และที่ ๘, แสดงเงาที่บ้ที่ส่วนกลางของปอดขวาเนื่องจากอะเตเล็กเตลีสของกลีบกลางของปอด.

ช่วยรายงานว่ามีอาการเช่นเดียวกันนี้บ่อย ๆ เป็นเวลาช้านานแล้ว. จำไม่ได้ว่าตั้งแต่เมื่อไร. พิล์มปอดมีเงาเป็นเส้นบางที่ใต้ส่วนกลางของปอดขวาลงมาเล็กน้อย. ตรงกับตำแหน่งของกลีบกลางเงาเส้นนี้ เป็นรูปสามเหลี่ยมมีฐานอยู่ก้านนอก, และปลายยื่นไปทางขั้วปอดเป็นมุมชัน. ส่วนกลางในกรวยรูปสามเหลี่ยมนี้ไม่มีเงาของอินฟิลเตรชันของปอดเลย ผู้เขียนสันนิษฐานว่าเป็นการขยายเฉพาะส่วนของกลีบกลางข้างขวาและเป็นมิกเกิลโลบซีเอ็นโครมอีกรายหนึ่ง, แม้ว่าภาพถ่ายก้านข้างจะไม่ยืนยัน คนไข้รายนี้น่าจะผ่านระยะการออกันของหลอดลมและปอดแพบอย่างสมบูรณ์มาแล้ว. ปอดพยายามจะพองออกตามเดิม. หากแต่การอักเสบของเยื่อหุ้มปอดกักกันไว้. ถ้าหากมีโอกาสให้ทำบร็องไจโอกราฟีเราอาจได้พบบร็องไจโอเทสิสในปอดกลีบนี้.

คนไข้รายที่ ๔ พระภิกษุอายุ ๓๖ ปี, ไปตรวจรักษาที่ ร.พ. สงฆ์เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๕. ได้มีโอกาสสอบถามอาการเริ่มป่วยไค่อย่างถี่ถ้วน, เพราะนายแพทย์ผู้ตรวจได้ทราบเรื่องมิกเกิลโลบซีเอ็นโครมอยู่ก่อนแล้ว. ผู้ป่วยไค่มี

อาการเช่นไค่, ทนาวสันตอนกลางคืนก่อนมาโรงพยาบาล ๖ วัน. เข้าวันรุ่งขึ้นมีไอ, เจ็บหน้าอกแสบขวา. อาการเจ็บมากขึ้นเมื่อไอ. ในตอนกลางคืนไอมีเลือดเป็นก้อน. ในวันที่ ๓ อาการไค่และไอมีเลือดยังมีอยู่, จึงขอรับการรักษาที่สุขศาลาชั้น ๒ อ. ทนອງอก. อาการไม่เท่าไรจึงเดินทางเข้ามาขอรับการรักษาที่ ร.พ. สงฆ์.

เมื่อแรกรับปรอทชีพจรและการหายใจปกติ. ตรวจพบเสียงหายใจน้อยลงในปอดขวาและบางครั้งมีร่องไค่เสียงแหลมที่ใต้สะกักขวา. เคาะไม้ตึบ. เสมหะไม่มีเลือด. ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค. เม็ดโลหิตขาว ๑๑๘๕๐ ต่อ ๑ ค.ม.ม. นิวโทรฟิล ๗๓ ๒๕. ลิมโฟไซต์ ๑๕ ๒๕. อีโอสิโนฟิล ๘ ๒๕. พิล์มปอดหมายเลข น๑ และน๒ แสดงว่ามีเงาที่ขั้วที่ใต้ส่วนกลางของปอดขวา. ถ่ายก้านข้างยืนยันว่าเป็นอะเทเล็กเทสิสของกลีบกลางของปอดขวา. คนไข้ยังอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลขณะเขียนรายงานนี้.

ในจำนวนคนไข้หลายรายที่ตรวจมาแล้วยังไม่เคยพบรายที่เป็นอะเทเล็กเทสิสของส่วนลึงกิวลาร์ของปอดซ้ายกลีบบนเลยสักรายเดียว.

สรุปความ

มีคเกิดไลบ์ซัน ไทรมหมายถึงกลุ่มอาการซึ่งประกอบด้วยอาการไอเรื้อรัง, มีเสมหะเป็นหนอง, และบางครั้งเป็นเลือด, เกิดแต่การอักเสบเรื้อรัง (chronic pneumonitis) ของปอดขวาใกล้กลางหรือปอดซ้ายใกล้บนส่วนลึงกิ่วล่าง.

การอักเสบของปอดส่วนที่กล่าวไว้ข้างต้น กับการอุดตันของหลอดลมที่นำอากาศเข้าไปสู่ปอดส่วนนั้นก่อน, ทำให้ปอดเหี่ยวแฟบลง, และมีการอักเสบติดตามมาภายหลัง. ปอดที่อักเสบนี้จะไม่กลับคืนก็ได้ เช่นเดิม. บางรายอาจกลายเป็นหนอง, เป็นหนองในช่องปอด, และส่วนมากเป็นบริเวณฝีเย็บเตลิส.

การอุดตันของหลอดลมส่วนมากเกิดจากความกดกันภายนอก, เช่นต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ หลอดลมนี้เองอักเสบวมและกดทับจนตีบตัน. การอักเสบของต่อมอาจเกิดแต่การติดเชื้อแบคทีเรีย, เช่นเชื้อ

วัณโรค, ฯลฯ, หรือการติดเชื้อไวรัส, หรือเนื้องอกอย่างร้ายในบริเวณใกล้เคียง. การรักษามีอยู่ทางเดียว, คือตัดเอาปอดที่เหี่ยวและอักเสบนั้นออก. แต่ในรายที่เริ่มขึ้น, คือเกิดการอุดตันของหลอดลมครั้งแรก, ถ้าได้วินิจฉัยและรักษาโดยถูกต้องแล้ว, น่าที่จะป้องกันอาการของมีคเกิดไลบ์ซัน ไทรมและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้.

เอกสาร

1. Donald B. Effler and John Erwin: Amer. Rev. Tuberculosis, June 1955.
2. E.A. Graham, T.H. Barford and J.H. Mayer: Postgrad. Med. 4:29, 1948. (จาก 1)
3. D.L. Paulson and R.R. Shaw: J. Thorac. Surg. 18:747, 1949. (จาก 1)
4. R.D. Brock: Anatomy of the Bronchial Tree with Special Reference to the Surgery of Lung Abscess. Oxford University Press, New York and London, 1946, p. 96. (จาก 1)

(Summary of the preceding Article)

THE MIDDLE LOBE SYNDROME

Khun Ratanavejsakha
C.M.

201

After reviewing the anatomical and clinical features of the Middle Lobe Syndrome (Graham) in considerable detail the author presents summaries of four of his own cases. The first was a Chinaman of sixty-one with history of chronic cough with chest pain and clear sputum. When first seen the lungs were clear and sputum was negative for tubercle bacilli. Diagnosed as bronchitis the patient improved rapidly under sulphadiazine and was discharged within twelve days. He came again four months later with similar symptoms and again responded very well to treatment. Two months later he reported for the third time, with cough and chest pain, but remarked that the sputum was thicker and more tenacious than formerly. X-ray examination revealed a thin line of opacity in the right mid-lung field. The case was diagnosed as interlobular pleurisy. Sputum was negative for tubercle bacilli. The patient was discharged well after 15 days of treatment with sulphadiazine. He had two similar attacks 5 and 14 months later, respectively. At the last visit radiography and fluoroscopy showed that the linear shadow seen formerly had assumed an ap-

pearance typical of the Middle Lobe Syndrome. The second patient was a boy of fifteen, first seen for the treatment of acute miliary tuberculosis with laryngeal involvement. He was discharged improved after four months of treatment. He came again 3 years and 4 months later with fever and cough with sputum. Radiography revealed opacity in the lower right parahilar region which under fluoroscopy could be identified as atelectasis of the right middle lobe, possibly brought about by compression from tuberculous lymph nodes. The diagnosis of beginning Middle Lobe Syndrome was established, and an intensive course of treatment supplemented with cortisone was given. After twelve days the atelectatic portion appeared normal. The third case was that of a priest, 70 years old, who sought treatment for fever with productive cough, which he had had for a very long time. X-ray examination disclosed a triangular shadow in the right middle lobe, with the base lateral and the apex pointing towards the hilus, and without any sign of pulmonary infiltration. This gave the impression of partial collapse of the right middle lobe. The fourth

patient was also a priest, 36 years of age, who had had fever with cough, chest pain and bloody sputum for six days. There were diminished breath sounds in the right lung with occasional sibilant rhonchi below the scapula. The sputum was negative for *M. tuberculosis*.

The total leucocyte count was 11850 per cu. mm., with 73 per cent neutrophils, 19 per cent lymphocytes and 8 per cent eosinophiles. X-rays confirmed the presence of atelectasis of the right middle lobe. Only the right lung was involved in these four cases.

ผลของการขาดแมกนีเซียมต่อระบบประสาท

วันดี ไวลาร์จ

พ.บ.

(โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, พระนคร)

เป็นที่ทราบกันทั่วไปแล้วว่าสัตว์ที่ขาดแมกนีเซียมมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้น. ทนพวกในวัยอ่อนเมื่อให้กินอาหารที่มีแมกนีเซียมไม่เพียงพอใน ๗-๑๐ วันก็เกิดมีอาการชักเอง, หรือทำให้ชักได้โดยทำเสียดัง. นอกจากนี้ยังมีอาการหลอดเลือดขยายตัวทำให้มีเลือดไหลผ่านเกินปกติ (ฮัยเปอริเมีย). อาการนี้หายไปในระยะ ๒-๓ สัปดาห์, แต่กลับเป็นใหม่อีกได้, หรือกลายเป็นผิวหนังอักเสบ. ในสุนัขก็พบเช่นเดียวกันแต่มีอาการทางผิวหนังน้อยกว่าและอาการทางขาดอาหารเด่นชัด.

ในปศุสัตว์เข้าใจว่าการมีระดับแมกนีเซียมในสัตว์ต่ำเป็นเหตุของกลุ่มอาการ ๓ กลุ่มซึ่งมีอาการคล้าย ๆ กันแต่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ. กลุ่มอาการเหล่านี้ได้แก่ “เตตานีย่ำจากกินหญ้า” (grass tetany), “เตตานีย่ำจากการหลั่งน้ำนม” (lactation tetany) และ “กลุ่มอาการ

แห่งการกินนม” (milk syndrome). เตตานีย่ำจากกินหญ้าเกิดขึ้นเมื่อฝูงวัวควายซึ่งไปหากินครั้งแรกในทุ่งหญ้าอันใหม่และได้รับอาหารที่มีไนโตรเจนมาก, ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมและเป็นสาเหตุให้มีระดับแมกนีเซียมในสัตว์ต่ำลง. ซึ่ทำให้มีการคันกระตุ้น (เออริเทอิมิดี), และกล้ามเนื้ออกระตุก. ภัยที่เข่นมาก ๆ อาจชักและตาย, ถึงแม้ว่าในขณะนั้นอาหารจะยังมีแมกนีเซียมอยู่ก็ตาม. เมื่อให้กินแมกนีเซียมเพิ่มอาการก็หายไปได้.

อาการขาดแมกนีเซียมในลูกวัวที่กินแต่นมเท่านั้นมักเกิดขึ้นในพวกที่กินจำนวนมาก ๆ และเติบโตเร็ว. เชื่อว่าแมกนีเซียมในอาหารไม่พอเพียง, ทำให้เกิดอาการ “กลุ่มอาการแห่งการกินนม” ขึ้น. สถานะการแขนงอาจเกิดในทารกได้. อาการที่เกิดขึ้นได้แก่รีเฟล็กซ์ไวเกินปกติ, ท่าทางที่งอตัว, กล้ามเนื้อสั่นรัวและกระตุก,

ประสาทปลายทางอักษะ, อะแท็กเซีย. ในที่สุดมีการชักแข็งเหยียดและชักกระตุกและตาย.

ในคนโตมีการศึกษากันมานานแล้วแต่ก็ยังไม่ได้ผลแน่นอน. ในขณะนี้ได้มีรายงานเกี่ยวกับการขาดแมกนีเซียมซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคไตอย่างร้ายแรง, การแพ้พิษแห่งครรภ์, หรือการป่วยเนื่องจากขาดอาหาร. อาการตามที่รายงานมีอาการสั้นรว, กล้ามเนื้อกระตุกและชัก. คนไข้ที่มีอาการสั้นรวแต่กำเนิด, ฮัยเปอร์ธัยรอยติสมี, ลมบ้าหมู, แพ้พิษครรภ์, และโรคไตมักมีแมกนีเซียมในซีรัมน้อย. โดยเฉพาะพวกที่มีอาการสั้นรวแต่กำเนิดพบเสมอว่ามีแมกนีเซียมในซีรัมและในบางรายเมื่อให้แมกนีเซียมเข้าหลอดเลือดก็ตายไป.

Engbaek ได้ค้นคว้าเกี่ยวกับฤทธิ์ของแมกนีเซียมและได้แสดงให้เห็นว่าแมกนีเซียมทำหน้าที่สำคัญต่อระบบประสาท ๒ แห่ง, คือที่เซลล์ประสาทและแผ่นประสานกล้ามเนื้อและประสาท(นิวโรมัสคิวลาร์จังก์ชัน). เขาพบว่าเมื่อมีแมกนีเซียมเกินต้องการจะทำให้จำนวนของอะเซทิลโคลีนซึ่งเกิดที่แผ่นประสานน้อย

ลง. ตรงกันข้ามแคลเซียมเพิ่มจำนวนอะเซทิลโคลีนและเป็นปัจจัยของแมกนีเซียมโดยตรง. อาการสั้นรวที่เกิดขึ้นจากการขาดแมกนีเซียมคงเกิดจากการลดน้อยลงของแมกนีเซียมที่แผ่นประสานกล้ามเนื้อและประสาท, และการทำให้แมกนีเซียมแล้วอาการสั้นรวหายไปก็คงเนื่องมาจากฤทธิ์ของแมกนีเซียมเช่น. ส่วนกลไกการแสดงฤทธิ์ของแมกนีเซียมต่อเซลล์ประสาทยังไม่ทราบแน่นอน, แต่เข้าใจว่ามันมีส่วนสำคัญเกี่ยวข้องกับระบบเอ็นไซม์ภายในเซลล์ประสาท.

Flink และผู้ร่วมงานได้รวบรวมเอกสารของการขาดแมกนีเซียมในผู้ป่วยซึ่งมีสภาวะวิสัยเรื้อรัง ๓๐ คน. ส่วนมากมีอาการจิตสับสน, เพ้อคลั่ง, ประสาทหลอน, กล้ามเนื้อสั้นรวและชัก. เขาพบว่าในซีรัมของพวกสภาวะวิสัยอย่างแรงมีระดับของแมกนีเซียมต่ำ.

แมกนีเซียมในซีรัมปกติมีประมาณ ๑.๕ มิลลิกรัมเวเลนต์ต่อเดลิตร. ถ้าต่ำลงเพียง ๑.๒ ยังไม่เป็นการขาด. ในรายที่มีอาการเกิดขึ้น, พบว่าแมกนีเซียมในซีรัมต่ำกว่า ๑.๕ มิลลิกรัมเวเลนต์ต่อเดลิตร, และในรายที่เป็นมาก ๆ จะต่ำกว่า ๑.๒

มีลลิวคิวเวเลนซ์ต่อลิตร.

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างคนไข้ ๒ รายที่แสดงให้เห็นอาการของผู้ป่วยที่ขาดแมกนีเซียม.

รายแรกเป็นชายอายุ ๓๓ ปี. มีประวัติภูมิสุราจักมา ๑๕ ปี. มีอาการอาเจียนและเจ็บในทรวงอกซึ่งมากขึ้นเวลาไอและเคลื่อนไหว. มีไข้ ๑๐๒ ฟ. ครั้งแรกได้วินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชนิดกลีบ. ในขณะที่เข็วนั้นก็มีอาการของเกร็ดเลือดต่ำ เมินส์. มีจิตสับสน, กระสับกระส่าย, มีสัทธิพร่วมมือไต่ข้าง. ไม่มีประสาทหลอน. มีอาการสั้นรัว, โดยเฉพาะที่มือ. แมกนีเซียมในซีรัมเมื่อแรกรับ ๑.๕ มิลลิวคิวเวเลนซ์ต่อลิตร. เข้า ร.พ. มีอาการมากขึ้น แมกนีเซียมในซีรัมลดลงเหลือ ๑.๒๓ มิลลิวคิวเวเลนซ์ต่อลิตร. ในระยะ ๑๒ ชม. ต่อมาได้ให้แมกนีเซียมซัลเฟต ๑๐ ก. ในกลุโคส ๕ ปช. ๑๐๐๐ ล.ชม. ๒ ครั้ง. รุ่งขึ้นอาการหายไป.

รายที่สองเป็นชายอายุ ๔๔ ปี. มีอาการขวมที่ท้องและขาทั้ง ๒ ข้างมา ๗ สัปดาห์. ผู้ป่วยดื่มเบียร์และวิสกี้ครั้งละมาก ๆ มาหลายปี. พอหยุดกินก็ชัก ๒ ครั้ง. ผู้ป่วยมีอาการร่วงเหงา, สั้นรัว,

ทับโต, ตาเหลือง. ต่อมาผู้ป่วยมีอาการชักกระตุก. แมกนีเซียมในซีรัม ๑.๑๑ มิลลิวคิวเวเลนซ์ต่อลิตร. ได้ให้แมกนีเซียมซัลเฟต ๑๐ มก. ในกลุโคส ๕ ปช. ๑๐๐๐ ล.ชม. ในวันรุ่งขึ้นอาการดีขึ้น. แมกนีเซียมในซีรัม ๑.๕๐ มิลลิวคิวเวเลนซ์ต่อลิตร. จึงไม่ได้รักษาต่อ. ในวันต่อไปมีอาการประสาทหลอนและสั้นรัวอย่างแรงอีก, พร้อมทั้งอาการคันก้นด้วย. จึงได้ให้แมกนีเซียมอีกและให้ต่อไปจนอาการเย็นปกติ. แมกนีเซียมในซีรัมในวันที่ ๕ มี ๑.๕๓ มิลลิวคิวเวเลนซ์ต่อลิตร.

วิธีการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต คือใช้ละลายในกลุโคส ๕ ปช. เตรียมได้โดยใช้น้ำละลายแมกนีเซียมซัลเฟต ๕๐ ปช. ที่โรเซอจำนวน ๒๐ ล.ชม. เติมให้ได้ ๑๐๐๐ ล.ชม. ท้วยน้ำละลายกลุโคส. หยกเข้าหลอดเลือดในเวลาประมาณ ๑-๒ ชม. ผู้ป่วยส่วนมากแสดงอาการดีขึ้น, โดยเฉพาะเมื่อได้รับการรักษา ๒ ครั้งใน ๑๒ ชม.

การรักษาด้วยแมกนีเซียมมีข้อควรระวังเป็นพิเศษ คือรฟเลกซัสของคนไข้ต้องมียู่ตั้งแต่ต้น. ถ้าอ่อนลงและหายไป

ท้องผูกการให้ยา. ต้องเตรียมแคลเซียมกลูโคสเนกไว้พร้อมที่จะใช้ทันที. อนึ่ง, แมกนีเซียมจะใช้ได้ก็เมื่อผู้ป่วยนั้นมีไตทำงานเป็นปกติ.

แมกนีเซียมซัลเฟตอาจให้เข้ากล้ามเนื้อได้, แต่เจ็บมาก. ตามปกติใช้ ๔-๑๐ ล.ซม. ของน้ำละลาย ๕๐ ปช. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, เข้าได้ ๓ ครั้งใน ๑ วัน. ในรายที่มีอาการชัก, เช่นในคนไข้ฮิ-แคลิมีเซีย, มักใช้ ๔ ก. แมกนีเซียมซัลเฟตในรูปละลาย ๒๐ ปช. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในเวลา ๔-๕ นาที, แล้ว

ตามทันทีด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต ๑๐ ก. (ละลาย ๕๐ ปช.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ. แบ่งฉีด ๒ ข้าง. แล้วใช้อีก ๕ ก. ทุก ๔ ชม. ภายในระยะ ๒๔ ถึง ๔๘ ชม., ถ้าหากวิเฟล็กส์เข้าไม่หาย หรือจำนวนยัสสาวะไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ล.ซม. ในระยะ ๔ ชม.

การกินแมกนีเซียมซัลเฟตไม่ได้ผล, เพราะทำให้ซีรัมมีแมกนีเซียมเพิ่มน้อยมากหรือไม่เพิ่มเลย.

(รวบรวมจาก Cary Suter, Neurology 10: 691-698, 1955.)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

ปัญหาการใช้วัคซีนโปลิโอ ในประเทศไทย

เฉลิม บุรณะนนท์

พ.บ., A. F. L. (Paris)

(ผู้อำนวยการสถานเสาวภา, สภากาชาดไทย)

เมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน ๒๔๙๘ องค์การอนามัยโลกได้เชิญผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (ใช้ไซสั่นหลังอกเสย) จากประเทศต่างๆ รวม ๑๕ ท่านไปประชุมกัน ณ กรุงสต็อกโฮล์ม, ประเทศสวีเดน, เพื่อเสนอผลของการใช้วัคซีนดังกล่าวและสำรวจผลเป็นแนวทางสำหรับการพิจารณาใช้วัคซีนนั้นต่อไป. การประชุมนี้ให้ความรู้หลายประการเกี่ยวกับสถานะของโรคโปลิโอ ในส่วนต่างๆ ของโลก, และสมควรที่แพทย์ของเราจะได้รับทราบไว้บ้าง.* ในบทความต่อไปนี้ข้าพเจ้าใคร่จะเสนอความเห็นว่าเป็นประเทศไทยเราควรจะทำเนนการอย่างไร. ความเห็นนี้เป็นความเห็นส่วนตัวซึ่งได้มาจากการศึกษา, สังเกต, ค้นคว้าและสังสรรค์กับผู้เชี่ยวชาญ, ซึ่งใคร่เผยแพร่และขอให้ผู้ที่สนใจใฝ่ศึกษาวิจัยในบ้านวิชาการอย่างพร้อมมูล, เพื่อเป็นแนวทาง

ปฏิบัติสำหรับเพิ่มพูนความรู้ในวิชาแพทย์แขนงนี้ต่อไป.

จะเห็นได้จากรายงานที่เก่า ๆ และรายงานการประชุมครั้งหลังนี้อย่างแน่ชัดว่าโรคโปลิโอ เป็นโรคที่มีมากในประเทศซึ่งอยู่ในโซนอุ่นและเป็นประเทศที่มีการอนามัยดี, เช่น สหรัฐอเมริกา, คานาดา, เกินมาร์ค, สวีเดน, นอร์เวย์ และสวีตเซอร์แลนด์, และโรคมักจะเกิดในฤดูใบไม้ร่วง. คนไข้จะเริ่มเป็นในฤดูนี้ทุกปี, และทารกอายุ ๔ หรือ ๕ ปีมักจะมีระบาดครั้งหนึ่ง. คนไข้ส่วนมากเป็นชนิดอัมพาตและมีอัตราตายสูง. แต่ส่วนในประเทศอื่นซึ่งอยู่ในโซนเดียวกัน, แต่มีการอนามัยดีกว่ามักจะไม่ใคร่มีโรคนี้. ถ้าเป็นประเทศซึ่งอยู่ในโซนร้อน, แม้จะปรากฏว่ามีโรคนี้บ้าง, อาการก็ไม่สู้ร้ายแรง.

ตามรายงานต่างๆ จะเห็นได้ว่าวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ตามแบบของ Salk

* รายงานนี้จะได้นำลงพิมพ์ในสารศิริราชฉบับกรกฎาคม ๒๔๙๘

ได้ใช้ปรากฏผลในสหรัฐอเมริกาอย่างน่าปลมใจ, ถึงแม้จะมีบางรายที่ไ้รับผลร้ายเนื่องจากการผลิตวัคซีนก็เป็นอุปสรรคซึ่งแก้ไ้ได้แล้ว. แต่การควบคุมการผลิตในก้านคุณภาพของวัคซีนและความปลอดภัยทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตต้องเอาใจใส่อย่างเข้มงวด. ในประเทศอื่น ๆ ซึ่งไ้ใช้วัคซีนเป็นจำนวนมาก, ถึงแม้การผลิตและการใช้จะผิดแปลกกันไปบ้างเล็กน้อย, ผลก็ปรากฏว่าไ้ดีเหมือนกัน, และผลที่จะไ้แน่นอนก็ค้องอาศัยการควบคุมที่เข้มงวดและเชื่อไ้. ในประเทศเหล่านี้ยอมเป็นททวายกันอยู่แล้วว่าเด็กที่เกิดใหม่ไ้มีความต้านทานต่อโรคโปลิโอและเมื่อกลางเดือนมิถุนายนคนแพทยสมาคมอเมริกันมีการประชุมประจำปีที่เมืองชิคาโก, ไ้เอาใจใส่ในเรื่องวัคซีนโปลิโอ เป็นพิเศษ. Dr. Salk⁽¹⁾ ไ้แสดงถึงผลสำเร็จที่ไ้รับจากการใช้วัคซีนนี้อย่างไม่มีข้อแย้ง. นายแพทย์ใหญ่สาธารณสุข, Dr. Leonard Scheele,⁽¹⁾ ไ้สนับสนุนถึงความสำเร็จและไ้ย้าว่าควรจะใช้กับเด็กจนกระทั่งอายุ ๑๕ ปีและหญิงที่มครรภ์ก่อนผู้น. บัณฑิตวิทยาลัยอเมริกันไ้เพิ่มการผลิตขึ้น เป็นเดือนละ

ประมาณ ๑๐ ล้านขนาดใช้ (โ้ต), และไ้ใช้กันอย่างแพร่หลายตลอดจนแพทย์ทำการรักษาส่วนตัว. Dr. Scheele ไ้แสดงสถิติว่าเด็กซึ่งไ้รับการฉีดวัคซีนโปลิโอ เพียงครั้งเดียวมีจำนวนผู้เป็นโรคนี้เพียง ๖.๓ ในหนึ่งแสนคน, แต่เด็กที่ไ้รับการฉีดวัคซีนมีจำนวนเป็นโรคโปลิโอ ๒๕.๒ ในหนึ่งแสนคน.

Dr. Salk⁽¹⁾ ยังไ้ทำการทดลองต่อไปว่าในจำนวนเด็กซึ่งมีไ้ฉีดวัคซีนโปลิโอ ๔๑๖๖ คน, เมื่อไ้ตรวจโลหิตแล้วปรากฏว่าเพียง ๔.๘ ปร. เท่านั้นที่มีความต้านทานต่อเชื้อใช้ไซส์นลึง. หลังจากไ้รับการฉีดครั้งแรกแล้ว ปรากฏว่าจำนวน ๔๓ ปร. มีความต้านทานต่อโรคนี้, และภายหลังจากฉีดครบ ๓ ครั้งภายใน ๑ ปี ปรากฏว่า ๕๘.๕ ปร. ของเด็กที่กล่าวแล้วมีความต้านทานต่อโรคนี้ ทั้ง ๓ ชนิด.

Dr. Salk แนะนำว่าในการฉีดวัคซีน ๓ ครั้งควรจะฉีดครั้งที่ ๒ ห่างจากครั้งแรก ระยะ ๒-๖ สัปดาห์และครั้งที่ ๓ ภายหลัง ๖ เดือน.

ด้วยผลที่กล่าวแล้วนี้ นักสาธารณสุขศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัย จอห์นฮอปคินส์, Dr. David Bodian⁽¹⁾, มีความเห็นว่า

ใน ๒-๔ ปีข้างหน้าสหรัฐอเมริกาจะสามารถให้ความป้องกันโรคนี้แก่ประชาชนได้ทุกคนและโรคนี้ก็หายไปจากประเทศเหมือนภัยไข้ทรพิษ.

เนื่องจากความสำเร็จของการใช้วัคซีนนี้ทำให้ประชาชนในหลายประเทศ, เช่น สหราชอาณาจักร, ได้เรียกร้องต่อรัฐบาลของตนให้ผลิตหรือนำมาซึ่งวัคซีนนี้เพื่อใช้ในประเทศ, รัฐบาลสหราชอาณาจักรจึงได้ตกลงเปิดการผลิตขึ้นภายในประเทศเมื่อปี ๑๙๕๕. ในทำนองเดียวกันเรื่องนี้ก็จะเกิดขึ้นในประเทศอื่นๆ ในโซนอื่น. แต่ถ้าเป็นประเทศเล็กก็อาจจะซื้อได้จากประเทศใกล้เคียงหรือได้รับความช่วยเหลือจากประเทศ ซึ่ง ร่วมกลุ่ม นโยบาย เกี่ยว กัน, เพราะถ้าจะตั้งแหล่งผลิตขึ้นจะเป็นการสิ้นเปลืองมากจนผิดสัดส่วน. แต่ทั้งนี้จำเป็นจะต้องพิจารณาถึงสถานะของประชาชนว่าประชาชนมีความต้านทานต่อโรคนี้บ้างแล้วหรือยัง. ตามความเห็นในรายงานของผู้เชี่ยวชาญว่าถ้าประเทศใดเป็นประเทศซึ่งมีโรคนี้อย่างอ่อนเป็นประจำอยู่แล้วก็แสดงว่าเชื้อโรคมีอยู่แล้วในประเทศนั้น, จะเป็นภัยเหตุผลกลไกก็ตามเชื่อนั้นได้อ่อนฤทธิ์ลง, ไม่ได้ทำให้เกิดโรค, แต่ทำให้เกิด

ความต้านทานขึ้นในร่างกาย. ประชาชนในประเทศนั้นจึงเป็นโรคนี้, แต่มีอาการน้อยไม่ร้ายแรง, อัตรากายต่ำ, และถ้าได้ตรวจน้ำเหลืองของประชาชนในประเทศนั้นแล้วจะปรากฏว่ามีความต้านทานโรคนี้อยู่ในน้ำเหลืองมากขึ้นตามอายุ, เพราะได้รับเชื้ออย่างอ่อนอยู่เสมอ. แต่มีบางประเทศ, ซึ่งมักจะเป็นเกาะ, ซึ่งปรากฏว่าน้ำเหลืองของคนเหล่านั้นไม่มีความต้านทานต่อโรคนี้เลย. เมื่อได้รับเชื้อเข้าก็เกิดโรคอย่างร้ายแรง, อัตรากายสูง. ในประเทศที่กล่าวสัทท้ายนี้จำเป็นต้องฉีดวัคซีนเพื่อก่อให้เกิดความต้านทานและต้องฉีดเพิ่มเติมอยู่เสมอ. ส่วนประเทศซึ่งเคยมีโรคนี้แล้วอย่างอ่อน, มีอัตรากายต่ำและมักจะไม่มีอาการอัมพาตถาวร, ในน้ำเหลืองของประชาชนมีความต้านทานโรคนี้จนอายุมาก ๆ ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้วัคซีนป้องกันอย่างที่ต้องทำการฉีดเป็นจำนวนมาก, เช่นในสหรัฐอเมริกา, เพราะถ้าฉีดวัคซีนเข้าไปแล้ววัคซีนจะไปทำให้ร่างกายไม่ผลิตความต้านทานเนื่องจากการได้รับเชื้ออย่างอ่อน ๆ.

ในประเทศไทยเราอาจจะค้นถอยหลังไปได้ไม่ต่ำกว่า ๒๕ ปีว่าเคยมีโรคโปลิโอฯ ระบาดแล้ว, แต่คนไข้เหล่านั้นหา

อาการร้ายแรงเช่นที่พบในประเทศซึ่งอยู่ใน
โซนอุ่นไม่. เรามักจะพบแต่ในเด็กอายุ
ระหว่าง ๒-๕ ปี, มี ๒-๓ รายภายในปี
หนึ่ง, และคนไข้มักจะมีประวัติว่าเป็นไข้
๒-๓ วันและมีอัมพาตของแขนหรือขา.
ภายหลังเมื่อไข้ลดแล้วอาการอัมพาตยังมี
อยู่, ซึ่งมักจะเป็นคอนที่ผู้ปกครองของคน
ไข้พาคนไข้มาโรงพยาบาล. เมื่อให้การ
รักษาทางอาการไม่ช้าคนไข้ก็หายเป็นปกติ.
เมื่อเป็นเช่นนั้นจึงเป็นที่น่าพิจารณาว่าเราควร
จะนำวัคซีนป้องกัน โปลิโอเข้ามาใช้ใน
ประเทศไทยหรือไม่, ทั้งนี้จะเป็นด้วยการ
สั่งซื้อเข้ามาหรือผลิตขึ้นเองในประเทศก็
ตาม, และถ้าหากประชาชนจะเรียกร้องให้
รัฐบาลหาวัคซีนมาใช้, เจ้าหน้าที่เฉพาะ
เรื่องคือพวกแพทย์เราก็จะต้องพิจารณาให้
ถึถ้วนว่าเป็นการสมควรหรือไม่. รายงาน
ของผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้อ้างไว้แล้วได้แนะ
ไว้ชัดว่าถ้าประเทศไทยมีโรคโปลิโอ ๆ ที่
มีอาการอัมพาตจำนวนมากและมีอัตราการ
สูง, ก็ควรเริ่มพิจารณาใช้วัคซีนป้องกัน
โรคนี้, แต่ทั้งนี้จะต้องทำการทดลองหา
ความต้านทานในโลหิตของประชาชนทุก
อายุ, ซึ่งจะแบ่งได้เป็น ๓ รุ่น, คือรุ่นเด็ก
อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี, รุ่นหนุ่มอายุระหว่าง

๑๕-๒๐ ปีและพวกผู้ใหญ่รวมทั้งอายุ
๒๐ ปีขึ้นไปจนกระทั่งแก่. ถ้าผู้ที่มีอายุตั้งแต่
๕๕ ปีขึ้นไปมีความต้านทานต่อโรค
นี้ถึง ๓ ชนิดแล้ว, การหาความต้านทาน
ในน้ำเหลืองของประชาชนในอายุอื่นก็ไม่
จำเป็นเพราะผลนั้นก็แสดงแล้วว่ามีความ
ต้านทานเกิดขึ้นแต่อายุน้อย ๆ. แต่ถ้าคน
ในอายุสูงไม่มีความต้านทานก็จำเป็นต้อง
สำรวจเด็กอายุถึง ๑๕ และรุ่นหนุ่มตั้งแต่
๑๕-๒๐ ปีขึ้นไปว่ามีความคุ้มกันในน้ำ
เหลืองมากน้อยเท่าใด. ถ้าปรากฏว่าไข้ไข
สันหลังที่เกิดขึ้นในประเทศนั้น ๆ เป็น
ลักษณะอ่อน, อาการอัมพาตไม่ถาวรและ
อัตราการต่ำ, ประชาชนในประเทศนั้นมัก
จะมีความต้านทานอยู่ในร่างกายแล้ว, ก็น่า
ที่นักวิจัยได้ทำไว้หลายประเทศ. ชักคัว
อย่างไ้เช่นงานของ Dr. Paul, Dr.
Horstman และ Dr. Melnick ที่ได้ทำ
ในประเทศอียิปต์. (๒)

ข้าพเจ้ากับแพทย์หญิงสมหมาย ศรี-
งาม, ร่วมกับ Prof. Koprowski, ผู้เชี่ยวชาญ
ขององค์การอนามัยโลก, ได้ถือโอกาส
เจาะโลหิตของประชาชนไทยหาความ
ต้านทานโรคโปลิโอ. ปรากฏว่าในคนไทย
อายุระหว่าง ๕๐-๘๐ ปี (๓) ส่วนมากมี

ความต้านทานต่อเชื้อโปลิโอทั้ง ๓ ชนิด. ตามประวัติก็เห็นได้ว่าโรคโปลิโอมีประจำอยู่ในประเทศไทยแล้วและไม่มีการระบาด. แต่เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๕-๒๔๙๖ ได้มีระบาดขึ้นครั้งหนึ่ง, ซึ่งปรากฏว่ามีอาการอัมพาตและมีอัตราการตายราว ๖ เปอร์เซ็นต์. ข้าพเจ้าได้มีโอกาสทดลองน้ำเหลืองของเด็กซึ่งตายจากการระบาดคราวนั้นแต่ยังมีอาการอัมพาตอยู่. การหาความต้านทานครั้งหลังนี้ร่วมกับผู้ที่เคยทำในรายงานก่อน, และได้รับความสะดวกจาก พล.ท. ชุนปทุมโรคนิพนธ์แห่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ปรากฏผลว่าคนไข้ส่วนมากเป็นโรคโปลิโอ ชนิด ๑, แต่มีชนิด ๒ และชนิด ๓ ปนอยู่ด้วย. ถ้าหากวงเวียนแห่งการระบาดของโรคเป็นอย่างในประเทศที่อยู่ในโซนร้อน, เราก็คาดว่าโรคจะระบาดอีกในขั้นหรือขั้นหน้า. ดังนั้นการที่จะพิจารณาว่าควรจะใช้วัคซีนชนิดใดในเด็กหรือไม่, จึงควรต้องรีบพิจารณาก่อน.

ก่อนอื่นจะต้องพิจารณาเสียก่อนว่ามีต้นเหตุอะไรบ้างที่ทำให้เกิดโรคโปลิโอ และจะต้องยอมรับทันทีว่าเชื้อโปลิโอเป็นสิ่งจำเป็นสำคัญ, และจะต้องยอมรับว่าเชื้อโ

ลิโอทั้ง ๓ ชนิด มีอยู่แล้วในประเทศไทย. แต่เหตุใดจึงเป็นแต่เพียงอ่อนๆ. ในทฤษฎีของผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวว่าเป็นเพราะการอนามัยอยู่ในระดับต่ำ, ประชาชนได้รับเชื้อที่ละน้อยๆ แต่อายุน้อยๆ, ก่อให้เกิดความต้านทานขึ้นในร่างกาย, จึงไม่เป็นโปลิโออย่างร้ายแรง. แต่คำอธิบายนี้จะคลุมเครือและขัดกันเองกับเหตุการณ์ซึ่งเกิดในประเทศที่อยู่ในโซนร้อนและมีการอนามัยในระดับสูง. ในประเทศที่มีการอนามัยดีจะคิดว่าไม่มีเชื้อโปลิโออันนั้นไม่ได้, เพราะมีผู้เป็นอยู่เป็นประจำ. ถ้าไม่มีเชื้อแล้วคนไข้จะเกิดขึ้นได้อย่างไร. ทฤษฎีก็ไม่ผิดทีเดียว, แต่ต้องการคำอธิบายที่สมเหตุสมผล, เพราะความจริงเป็นอย่างนั้นแล้ว. คำอธิบายที่สนับสนุนทฤษฎีก็คือในประเทศที่มีการอนามัยไม่ดีนั้นมิใช่โรคชนิดอื่นในจำพวกแบคทีเรียอยู่มาก. ตามธรรมชาติสิ่งมีชีวิตทั้งหลายถ้าอยู่รวมกันมากในจำนวน, มากในชนิด, ก็จะไปตามธรรมชาติคือต้องแย่งกันอยู่แย่งกันกิน. จุลินทรีย์เหล่านั้นจึงไม่ให้ออกาสเชื้อโปลิโอเจริญได้เต็มที่เหมือนกับในประเทศซึ่งการอนามัยอยู่ในระดับสูงที่ได้ฆ่าจุลินทรีย์พวกอื่นเสียเป็นจำนวนมาก, แต่

การอนามัยกันนั้นหาได้ทำลายเชื้อโพลิโอไวรัสเมื่อเชื้อโพลิโอไวรัสอยู่อย่างมีผู้เขี่ยเขี่ยพันน้อยก็ยอมเจริญดีกว่าในที่มีผู้เขี่ยเขี่ยพันมาก (Antibiosis). ภัยเหตุผลจนซาฟเจ้าจึงขอชี้ให้เห็นว่าเชื้อโรคโพลิโอไวรัส อยู่มีแทบทุกประเทศ, แต่แข็งแรงและเป็นภัยมากในประเทศซึ่งมีการอนามัยดี, และอ่อนเพลียเป็นภัยน้อยในประเทศซึ่งมีการอนามัยไม่ดี.

กินฟ้าอากาศเป็นต้นเหตุอีกข้อหนึ่งที่จะช่วยให้เชื้อโพลิโอไวรัสแข็งแรงหรืออ่อนลง. ในประเทศโซนร้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูใบไม้ร่วงยอมจะมีฝนตกและอากาศเลว, ครัวครัวมีฝน, ไม่มีแสงแดดส่องพอที่จะทำให้เชื้อโพลิโอไวรัสอ่อนกำลังลง. (การที่แสงแดดทำให้เชื้อจุลินทรีย์อ่อนกำลังลงก็เนื่องมาจากแสงอุลตราไวโอเล็ตทำให้เชื้ออ่อนกำลังและอีกประการหนึ่งคือความแห้ง.) ในประเทศซึ่งอยู่ในโซนร้อนมักจะมีแดดส่องตลอดวันตลอดปี, นอกจากหน้าฝน. ทฤษฎีการใช้แสงอุลตราไวโอเล็ตทำให้เชื้อจุลินทรีย์อ่อนกำลังลงเป็นที่รับรองกันทั่วไปและได้นำมาใช้ในห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับไวรัสและห้องที่ต้องการความสะอาดเป็นพิเศษ, เช่นห้องที่ทำการผลิตวัคซีน

ชนิดซีจี. นอกจากนั้น Robert Cruickshank⁽⁴⁾ ได้รายงานไว้ในคราวประชุมนักจุลชีววิทยาสากลครั้งที่ ๖ ที่กรุงโรมเมื่อเดือนกันยายน ๑๙๕๓ ว่าการใช้แสงอุลตราไวโอเล็ตเขี่ยไว้ในห้องเรียน, ทำให้จำนวนจุลินทรีย์ลดน้อยลง, และทำให้นักเรียนเป็นหวัดน้อยลง. เป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๕-๒๔๙๖ ตอนที่มิโรคโพลิโอไวรัสระบาดนั้นส่วนใหญ่ของประเทศไทยได้รับทางลมใต้ฝุ่นทำให้อากาศวิปริตครัวครัวมีฝนอยู่เป็นเวลานานผิดปกติ.

ต้นเหตุสำคัญอีกข้อหนึ่งก็คือความต้านทานของบุคคล. ถ้าประชาชนปฏิบัติร่างกายมิให้อ่อนเพลียก็จะลดจำนวนผู้เป็นโรคลงได้บ้าง, เพราะโรคนี้มักจะเกิดขึ้นในผู้ที่ร่างกายอ่อนแอ, หรือผู้ที่แข็งแรงแต่ไปหักโหมกำลังเช่นเล่นกีฬามากเกินไป, หรืออดนอนมากเกินไป.

ในข้อต่อไปคือการติดโรค. ได้พิสูจน์แล้วว่าโรคนี้ติดต่อกันได้ทางอาหารและน้ำดื่มเหมือนกันที่ใช้ภาชนะเดียวกัน (ทัยพอยต์). เมื่อเข้าไปในร่างกายแล้วก็จะไปอยู่ในลำไส้ก่อนและภายหลังจึงเข้าไปอยู่ในโลหิต. ถ้าประชาชนระวังในสิ่งที่ยังวิปริตเข้าไปก็จะทำให้มีโอกาสติดโรคได้น้อยลง.

เพื่อความปลอดภัยของประชาชนควร
จะประกาศให้ทราบถึงการติดต่อของโรค
ว่าเป็นไปได้อย่างเดียวกับไข้รากสาค้น้อย,
และให้ประชาชนระวังเรื่องสิ่งที่เป็นโรค,
อย่าให้ทำงานหรือออกกำลังจนเหนื่อยเกิน
ไป, ก็จะช่วยให้การระบาดของโรคนั้นมี
น้อยลง. สำหรับการใช้วัคซีนนั้นในชั้นนี้
เห็นว่าไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรค โปลิ-
โอ, เพราะสิ่งแวกกล่อมได้อำนวยความสะดวก
วัคซีนตามธรรมชาติ, ก่อให้เกิดความ
ต้านทานอยู่แล้ว. แต่ทั้งนี้ไม่ได้เป็นเหตุผล
ที่จะห้ามผู้ที่อยากจะมีวัคซีนให้ฉีด,
เพราะเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าถ้าฉีดวัคซีน
เข้าไปแล้วก็จะป้องกันโรคนี้ได้โดยอัตโนมัติ.
แต่ผลร้ายจะเกิดขึ้นภายหลังเพราะจะของ
ฉีดยาเพิ่มเติมอยู่ทุกปี. ถ้าไม่ฉีดวัคซีนเพิ่ม
ในร่างกายก็จะไม่มีความต้านทานเพราะ
วัคซีนที่ฉีดเข้าไปนั้นจะไปทำให้ร่างกาย
ไม่ผลิตความต้านทานซึ่งเกิดจากการได้
รับเชื้อตามธรรมชาติ.

ในประเทศไทยยังมีใครเริ่มงานอัน
เกี่ยวกับไวรัสให้กว้างขวางพอที่จะทำการ
ตรวจหรือวิจัยเกี่ยวกับไวรัสเลย. ดังนั้น
การหาความต้านทานในโลหิตของประชา
ชนที่ใดแน่ไว้ข้างต้นจึงต้องส่งไปยังต่าง

ประเทศ, ดังที่ข้าพเจ้าได้ร่วมกับ Prof.
Koprowski ในการตรวจโลหิต ๒ ครั้ง
ที่กล่าวถึง. ทุกครั้งจะต้องส่งเซรัมไปให้
Prof. Koprowski ที่หน่วยโรคโดยผ่าน
องค์การอนามัยโลกที่เจนีวา. จากนั้น
เซรัมถูกส่งโดยดุษฎีขององค์การอนา-
มัยโลกถึง Prof. Koprowski. ถ้ามีได้
อาศัยดุษฎีทางค่านาฬิกาจะไม่ยอมให้
เซรัมเข้าไป. ยศนี้ขององค์การอนามัยโลกได้
แจ้งว่าองค์การอนามัยโลกได้ตั้งห้องทดลอง
ที่สามารถจะตรวจน้ำเหลืองได้ที่สิงคโปร์,
ในความอำนวยความสะดวกของ Dr. Hale.
ถ้าจะทำการตรวจต่อไปก็ขอให้ส่งไปให้
Dr. Hale โดยตรง. ดังนั้นในกาลต่อไป
ถ้ามีผู้ใดสนใจจะทำการค้นคว้าถึงความ
ต้านทานโรคในประชาชนไทยก็ขอให้ติดต่อ
ไปยัง Dr. Hale ได้. แต่เป็นที่น่าคิด
ว่าเหตุใดเราจึงไม่มีห้องทดลองที่ทำงาน
ชั้นนี้ได้ในประเทศไทยสักแห่งหนึ่ง, ซึ่ง
สามารถจะทำการเพาะเชื้อไวรัสในทิสซิว
คัลเจอร์, ทำเซรุ่มนิวตราไลเซชันได้,
ฉีดสัตว์ทดลอง (ลิง) เพื่อหาเชื้อโรค
โปลิโอ ๆ และทำค่อมปลีเมนต์ฟักเซชัน
เพื่อหาชนิดของไวรัสได้, ซึ่งจะเห็นประ
โยชน์แก่คนใช้ในการทำนายโรคและเบ็ด

โอกาสให้นักศึกษาและแพทย์ได้มีความ
 วิชาการนี้. ความเห็นนี้ได้นำเสนอถึงรัฐมนตรี
 ว่าการสาธารณสุขครั้งหนึ่งแล้ว, และเคย
 พิจารณาว่าจะเข้าอยู่ในโครงการซึ่งองค์
 การบริหารวิเทศกิจจะช่วยเหลือตั้งแต่ปี
 ๒๔๙๘. แต่เนื่องจากมีการเปลี่ยนตัว
 บุคคลเรื่องจึงเงียบไป. ครั้งนั้นในชั้นนี้ถ้า
 ผู้ใดอยากจะทำการศึกษาหาความคืบ
 ทานในน้ำเหลืองก็ยังคงส่งไปทำที่ต่าง
 ประเทศอยู่ต่อไป, จนกว่าจะมีที่ทำงาน
 เกี่ยวกับไวรัส ซึ่งสามารถทำงานดังกล่าว
 แล้วข้างต้น. หวังทดลองจนคนจะช่วย
 ผลเจ้าหน้าที่ในการทำงานเกี่ยวกับไวรัส
 ซึ่งถ้าจะมีการผลิตวัคซีนป้องกันโปลิโอ
 วัคซีนก็จะเป็นการง่าย, เพราะการผลิตวัคซีน
 นี้ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำไว้ว่าถ้าหากผู้ช้
 ชาญจริง ๆ แล้วก็อย่าผลิตดีกว่า, เพราะ
 ถ้าพลาดลงไปย่อมมีภัยมากกว่าที่จะได้

วัคซีน, วัคซีนที่เกิดขึ้นแล้วในบริษัทเอกชน
 บางแห่งซึ่งทำการผลิตวัคซีนที่เป็นภัยแก่
 ประชาชน.

(๓๐ ก.ค. ๕๕)

เอกสาร

1. Proceedings of the Meeting of American Medical Association, Chicago June 1956.
2. A Survey of Neutralizing Antibody of Poliomyelitis-Virus in Cairo, Egypt. By John R. Paul, Joseph L. Melnick, Hammie H. Barnett and Natan Goldblum.
3. H.Koprowski, C.Puranananda and S. Sringam, Preliminary Report on the Epidemiology of Poliomyelitis in Thailand, M.J. of Chulalongkorn Hospital Medical School, Vol.2, No.1, March 1955.
4. Robert Cruickshank, Ultra Violet Light in the Control of Respiratory Infection in School, Proceedings of the Sixth International Congress of Microbiology, Rome, Sept. 1953.

(Summary of the preceding Article)

THE PROBLEM OF ANTI-POLIO VACCINATION IN THAILAND

Chaloem Puranananda

M.B., A.F.L. (Paris)

(Queen Saovabha Institute, Bangkok)

The author reviews the report of the Conference of WHO Experts held in Stockholm, in November 1955, and uses the recommendations therein to consider whether Salk's vaccine is indicated in Thailand, where sporadic cases of mild attack without permanent paralysis have been registered for more than twenty years. There was an epidemic in 1952-1953 which hit Bangkok and involved more than three hundred cases with the bulbar type of the disease causing 6 per cent mortality.

The sera of a group of adults inhabiting an un-infected area, with age range between 40 and 80 years, were investigated. It was found that the majority possessed immunity against all three types. The sera of a group of children between 2 and 7 years old struck by the epidemic of 1952-1953 were also examined and all three types of viruses were identified in most cases.

The author, relying in the said report, concludes that although an epidemic may occur in this or the next year, if the cycle were the same as found in other countries, Salk's vaccine is not indicated. He stresses that since the epidemiology and mode of infection of polio resemble those of typhoid fever, the medical and public health authorities should advise the public accordingly, with the additional point of warning them not to over-exert themselves. The author interpretes the low virulence of polio in this country in the light of antibiosis. In a country where public health and sanitation are of a low standard, a multitude of bacteria flourishes and thus hampers the thriving of viruses, whereas in a country with well developed public health and sanitary conditions most bacteria have been eliminated and thus leave room for the viruses to multiply and become more virulent.

(C.P.)

2

บันทึกปฏิบัติ

การถ่ายเปลี่ยนเลือด

ระเบียบ ฤกษ์เกษม

พ.บ., F.I.C.S.

(โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, เชียงใหม่)

การถ่ายเปลี่ยนเลือด (replacement blood transfusion, exanguinous blood transfusion) หมายถึงการถ่ายเอาเลือดในตัวของผู้ป่วยออกและเอาเลือดจากผู้อื่นเติมให้ในเวลาเดียวกัน. วิธีนี้ชื่อนำมารักษาโรคได้หลายอย่าง, แต่ในที่นี้จะกล่าวแต่เฉพาะที่นำมาใช้กับทารกที่เป็นโรคเฮรัยโรวบลาสโตซิสเฟตาลีส, อันเกิดจากมีมารดาที่มีหมู่เลือด Rh ลบและบิดามีหมู่เลือด Rh บวก. ส่วนในการรักษาโรคอื่น ๆ นั้น ก็คงถือหลักใหญ่ในการปฏิบัติอย่างเดียวกัน, จะผิดไปบ้างก็แต่ในข้อปลีกย่อย, เช่นเรื่องของเลือด, จำนวนเลือดที่จะเอาออกและเติมเข้าไป, ทั้งนี้ก็ต้องพิจารณาให้เหมาะสมแต่ละราย ๆ ไป.

เมื่อพูดถึง Rh ลบ, Rh บวกแล้วหลายท่านคงจะรู้สึกว่าบ้านเราไม่น่าจะมีปัญหามากมายอะไร, เพราะคนไทยมี Rh บวกเป็นส่วนมาก, ที่มี Rh ลบหายากเต็มที. แต่สำหรับฝรั่งหรือคนผิวขาวนั้นว่าเป็นปัญหาใหญ่, เพราะโดยสถิติคนผิวขาวมี Rh ลบถึง ๑๕ เปอร์เซ็นต์. แต่ถึงกระนั้นโอกาสที่จะพบโรคเฮรัยโรวบลาสโตซิสเฟตาลีสในบ้านเราก็มียู่เสมอทั้งเคยมีรายงานปรากฏมาแล้ว. นอกจากนั้นหลักการของการปฏิบัตินี้ใช้ได้สำหรับโรคอื่น ๆ ด้วย.

วิธีปฏิบัติในการคลอดที่มารดาเป็น Rh ลบ และบิดาเป็น Rh บวก

๑. ทาคีเตอร์ Rh ในแม่. ถ้าทาคีเตอร์สูงกว่า ๑:๑๖ ลูกในครรภ์มักมีอันตราย

เสมอ, โดยเฉพาะเมื่อแม่เคยผ่านการมีครรภ์หลาย ๆ ครั้งแล้ว.

๒. เมื่อเด็กคลอดออกมาแล้วควรตัดสายสะดือให้ยาวกว่าปกติ (ประมาณ ๓ นิ้วฟุต), เพื่อสะดวกในการถ่ายเปลี่ยนเลือดถ้าจำเป็น.

๓. เก็บเลือดจากสายสะดือด้านที่ยังติดอยู่กับรก ๒ ล.ซม. ใส่หลอดมีออกซาเลท, ๘ ล.ซม. ใส่หลอดแก้วเปล่า(คาห์น), และใส่บนโต๊ะไค้ ๒ แผ่น.

๔. หาหมู่เลือด และ Rh ของเลือดทันที. ถ้า Rh ลบ ก็เป็นอันว่าเด็กนั้นปลอดภัย, ไม่ต้องทำอะไรต่อไป. ถ้า Rh บวก, ก็ต้องทำตามหัวข้อต่อไปข้างล่างนี้.

๕. ทำการทดสอบแบบ Coombs. ถ้าได้ผลลบก็ปลอดภัย, ไม่ต้องทำอะไร. ถ้าได้ผลบวกทำตาม ๖ และ ๗.

๖. ทาซีโมโกลบิน. ถ้าต่ำกว่า ๑๒ ก. ต้องเตรียมพร้อมที่จะถ่ายเปลี่ยนเลือด.

๗. นัยเม็กเลือดชนิดนอร์โมยลาสท์. ความปกติพวกนี้น้อยกว่า ๒๐/๑๐๐ เม็กเลือดขาว. ถ้าได้มากกว่านี้ต้องเตรียมพร้อมที่จะถ่ายเปลี่ยนเลือด.

๘. ผสมเลือดสลักกัน (ครอสส์แมท-ซิงก์) ระหว่างเลือดของเด็กกับเลือดของผู้ให้เลือดที่มีหมู่เดียวกันและมี Rh ลบ. ควรมีเลือดเตรียมพร้อมที่จะให้ได้อย่างน้อย ๑ หน่วย.

จากข้อสังเกตในแผนการรักษาเห็นว่าเลือดที่จะเอามาให้เด็กนั้นถ้าได้เลือดผู้หญิง Rh ลบ มักจะได้ผลดีกว่าเลือดที่เอามาจากผู้ชายที่ Rh ลบ.

เครื่องมือที่ควรเตรียมไว้เพื่อทำการถ่ายเปลี่ยนเลือด

๑. กระจกนิรภัยขนาด ๒๐ ล. ซม. ๑๒ อัน
๒. หลอดโพลีเอธิลีน (ป. อ.) ขนาดเบอร์ ๑๕, ๑๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐ ยาวชนิด ๒๔ นิ้วฟุต
๓. เข็มสำหรับค้ำกับหลอด ป.อ. ตามขนาด
๔. สะตอปักอกเข็ศสามทาง ๓ อัน
๕. กิววาลฟอว์เซ็ปส์ ๒ อัน
๖. หลอดคาห์น ๒๐ อันพร้อมค้ำยที่ค้ำ
๗. หลอดยวรูแคลเซียมกลโคเนต ๑๐ ล. ซม. ๑ หลอด

๘. ไหมเย็บขนาด ๒-๕, ๓-๐, และ ๔-๐ อย่างละ ๑ หลอด

๙. เข็มข้างคม ๖ เล่ม

๑๐. เครื่องจับเข็ม ๒ อัน

๑๑. มอสกัโทเฟอร์เชปส์ (เค็ลลีย์) ๔ อัน

๑๒. กรรไกรคัตใหม่ ๑ อัน

๑๓. กรรไกรสตราวิสมัส ๑ อัน

จำนวนของเลือดที่จะให้บันทึกจากหน้า
หน้าของทารก, คือ ๖๐ ล.ซม. ก่อนน้ำ
หนักเด็ก ๑ ปอนด์. เมื่อให้ตามนแล้วจะ
ได้เปลี่ยนเลือดประมาณ ๔๕ ปซ. ของ
ทั้งหมด ซึ่งน่าจะเป็นการเพียงพอ. ภาย
หลังที่ได้ทำการเปลี่ยนเลือดแล้ว, และ
ก่อนที่จะถอดหลอด ป.อ. ออกจากหลอด
เลือดดำของสายสะดือควรให้เลือดทารก
ต่ออีก ๑๐ ล.ซม. ก่อนน้ำหนักเด็ก ๑
ปอนด์, แล้วจึงถอดหลอดออก. ทุก ๆ
ครั้งที่ให้เลือดเข้าไปได้ ๑๐๐ ล.ซม.
ควรฉีกแคลเซียมกลูโคเนตเข้าทางหลอด
ป.อ. ๑ ล.ซม. เพื่อรักษาระดับแคลเซียม
ในเลือด.

การถ่ายเปลี่ยนเลือดควรทำในห้องผ่า
คัต. นอกจากผู้ทำแล้ว ควรมีผู้ช่วยอีก ๒

คน. คนหนึ่งล้างมือพร้อมผู้ทำ, เพอ
เข้าไปช่วยเปลี่ยนและทำความสะอาดกระ
บอณฉึก, เขาเลือกใส่กระบอณฉึก และเก็บ
ตัวอย่างเลือดต่าง ๆ ซึ่งจะกล่าวโดยละ
เอียดในหัวข้อต่อไป. อีกคนหนึ่งควรเป็น
แพทย์อาวุโสเพื่อคอยคทาารกเกี่ยวกับสีผิว
หนัง, ชีพจร, และจากจำนวนเลือดที่ได้ถ่าย.

การปฏิบัติ

มักเกิดติดกับโต๊ะ (ใช้แผ่นอย่างที่ใช้
เวลาทำเซอร์คัมซิชั่น). เตรียมความ
สะอาดบริเวณสะดือเด็กเหมือนกับจะทำการ
ผ่าคัต. คลุมผ้าแล้วคัตสายสะดือให้เหลือ
๑ ถึง ๒ นิ้ว. ตามประสบการณ์เห็นว่าถ้า
สายสะดือสั้นใส่หลอด ป.อ. เข้าไปได้
สะดวกกว่าหากสายสะดือยาว. เมื่อคัตสาย
สะดือแล้วจับปลายของหลอดเลือดดำด้วย
ปากคีมมีฟัน, เลือดหลอด ป.อ. ที่ขนาด
เหมาะกับหลอดเลือดดำ (โดยมากขนาด
๑๘ หรือ ๑๙) ใส่เข้าไปในหลอดเลือด.
(หลอด ป.อ. ต้องฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาเซฟิ-
รานแล้วล้างด้วยน้ำเกลือก่อนใช้.)

เพื่อพ้นความจำ, สายสะดือมีหลอด
เลือด ๓ หลอด, คือหลอดเลือดแดง ๒
และหลอดเลือดดำ ๑ หลอด. หลอดเลือด

กำเป็นหลอดที่ใหญ่ที่สุด, มีผนังบางและมีรอยย่น ๆ. ต้องแน่ใจว่าใส่หลอด ป.อ. เข้าในหลอดเล็กดำ, ไม่ใช่หลอดเล็กแดง.

ใส่หลอด ป.อ. ลึกเข้าไปอีกจนมีหลอดไหลออกมา, ซึ่งมักจะอยู่ในราว ๒-๓ นิ้ว ฟต. บางทีอาจมีความลำบากบ้างเล็กน้อยเกี่ยวกับกาใส่หลอดคนเพราะบางทีรู้สึกผิดมากเวลาสอดหลอดเข้าไป. ทั้งนี้เพราะหลอดเล็กคนนั้นโค้ง. เป็นการจำเป็นมากที่จะต้องใช้หลอดให้ผ่านส่วนนี้เข้าไปจึงจะใส่หลอดไหลออกมา. ถ้าค่อย ๆ ชยบไปมากด้วยความระมัดระวังก็สำเร็จเสมอ. อย่าฉีกเข้าไปในหลอด ป.อ. ก่อนที่เห็นมีหลอดไหลออกมา, เพราะการที่มีหลอดไหลออกมาทางนี้จะบอกให้ทราบว่าไม่ได้สอดหลอด ป.อ. ทะลุผนังของหลอดเล็กดำไปแล้ว. เมื่อจัดหลอด ป.อ. เข้าที่เรียบร้อยแล้วก็ต่อกับกระบอกฉีก ๒๐ ล.ซม. และกดหลอดออกมาให้เต็มหลอด. เอาหลอดใส่หลอดคาตันซึ่งเขียนหมายเลข ๑, ส่วนหลอดที่เหลือทิ้ง. เมื่อเอาหลอดทากรอก ๒๐ ล.ซม. ก็เอาหลอดจากผู้ให้หลอดจำนวนเท่ากันฉีกกลับเข้าไปซ้ำ ๆ. ทำเช่นนั้นสลับกันไป. ในระหว่างนี้ผู้ช่วยจะต้องคอย

ระวังอัตราหัวใจของทากรอกอย่างระมัดระวัง. ถ้าอัตราเร็วขึ้น, ควรจะเปลี่ยนหลอดช้าลง. ตามปกติสำหรับฉีก ๒๐ ล.ซม. ควรใช้เวลาประมาณ ๓-๔ นาที. เมื่อฉีกหมดแล้วจะฉีกใหม่ควรให้มีระยะห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ นาที. กระบอกฉีกควรทำความสะอาดโดยล้างด้วยน้ำเกลือ, และผู้ช่วยควรเป็นผู้เอาหลอดใส่กระบอกฉีกให้แก่ผู้ทำ. ในการกดหลอดออกและใส่หลอดเข้านี้ถ้ามีสะท้อนปกอด ๓ ทางจะช่วยให้สะดวกมากขึ้น.

ทุก ๆ ครั้งที่เขาหลอดออกจากทากรอก ๑๐๐ ล.ซม. ควรฉีกแคลเซียมกลูโคเนทให้ ๑ ล.ซม. ดังกล่าวแล้ว. หลอดที่เขาออกในตอนต้น ๆ, ตอนกลางและตอนท้ายสุดควรเก็บตัวอย่างส่งไปตรวจหาอิคเทอ-รัสอินเทกส์, บิลิรูบิน, และทคหลงแบชของ Coombs.

เมื่อดำยเปลี่ยนหลอดพอแก่ความต้องการแล้วควรให้เลือดเท็ดต่ออีกราว ๑๐ ล.ซม. ก่อนนำหนักตัว ๑ ปอนด์.

เสร็จแล้วก็เอาหลอด ป.อ. ออกและเขียนผู้กรวยหลอดเล็กดำ.

ถ้าการถ่ายเลือดดำทางหลอดเล็ก

ของสายสะคือไม้ไต้กั้จ้ำคั้งทำทางหลอด
เล็อกเฟมอรัลโดยผ่าเข้าไป.

วันรุ่งขึ้นควรตรวจนับเม็ดเล็อกคกรวย
ทุก ๆ อย่าง, หากคเคอรัลอินเค็กส์หรือ
จำนวนขิลูบีน. (อย่างหลังนี้สำคัญมาก.)
ถ้าคเคอรัลอินเค็กส์ยังคงสูงอยู่, เทียบ
กั้ทหาได้ในตัวอย่างสกทำยระหว่างทำ
การถ่ายเล็อกเมอวันที่แล้ว, อาจต้องทำ
การถ่ายเปลี่ยนเล็อกซ้ำอีก.

ถ้าจำนวนขิลูบีนยังคงสูงกว่า ๒๐

มก.ปช. ก็ควรถ่ายเล็อกซ้ำอีก.

ถ้าซีโมโกลบินลดลงมาถึง ๑๒ ก.
หรือต่ำกว่า, ควรให้เล็อกน้อย ๆ ทุก ๆ
วันเพื่อรักษาระกั้ซีโมโกลบินให้อยู่ประ-
มาณ ๑๓.๕ ก. เป็นอย่างน้อย.

เมื่อทำการถ่ายเปลี่ยนเล็อกเสร็จแล้ว,
ต้องคอยคเค็กด้วยควมระมัดระวัง, โดย
ฉะเพาะถ้าเค็กมีอาการซึมมากขึ้น, ตัว
เหลืองมากขึ้น, อาจะเกิด Kern icterus
ได้.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

บทบรรณาธิการพิเศษ

“๒๕๖๓ - ๒๕๖๕”

นายแพทย์ สงัด เปล่งวาณิช

(หัวหน้ากองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กรมการแพทย์)

ท่านบรรณาธิการ “สารศิริราช” ได้ทักท้อกับผมทั้งด้วยวาจาและจดหมาย, ขอให้เขียน “บทบรรณาธิการพิเศษ” สำหรับสารศิริราช “ฉบับศิษย์เก่า,” นัยว่าเป็นการให้เกียรติอย่างสูง. ผมจะปฏิเสธก็ไม่ได้, เพราะได้ผลดีผ่นอนเป็นเชิงภาคเสกมากหลายครั้งหลายคราวแล้ว. ทั้งสารศิริราชฉบับนี้ก็เป็น “ฉบับศิษย์เก่า.” คำว่าศิษย์เก่านี้เองเป็นแรงผลักดันให้ผมเกิดความมานะ, ใช้เวลาที่เคยและควรจะนอนหลับอย่างมีความสุขมาเขียนเรื่องนี้ให้แก่ท่านบรรณาธิการ, เพื่อรักษาชื่อเสียงและเกียรติของ “ลูกศิริราช” ไว้ด้วยความเต็มใจอย่างยิ่ง.

จดหมายท่านของทวงเรื่องฉบับหลังที่สุดของท่านบรรณาธิการที่มีไปถึงผมมีความว่า, เพื่อสะดวกแก่การเขียนบท

บรรณาธิการ, ขอแจ้งชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียนซึ่งเป็นศิษย์เก่าที่จะนำลงพิมพ์ในสารศิริราชฉบับนี้มาให้ทราบ, ทำให้ผมเกิดความเอะใจ, เพราะชื่อเรื่องที่บอกไปแต่ละเรื่องนั้นมีลักษณะย่งว่าเป็นเรื่องทางวิชาการทั้งสิ้น. ผู้ที่คุ้นเคยกับผมตลอดจนท่านบรรณาธิการเองย่อมทราบว่าหน้าที่การงานที่ผมปฏิบัติเป็นเวลากว่าสามสิบปีนั้นยังคงให้ผมถนัดในเรื่องทางวิชาการก็แต่เพียงการฟังและอ่านเท่านั้น. สำหรับการเขียนและการพูดเรื่องวิชาการ, เฉพาะอย่างยิ่งถ้าจะให้วิจารณ์เรื่องวิชาการด้วยแล้ว, ฉันให้ทำก็เรียกได้ว่าเป็นการปล่อยไก่เรากี่ ๆ นี้เอง.

ผมได้อ่านสารศิริราชทุกฉบับที่พิมพ์ออกจำหน่าย, แต่ก็ไม่ได้ใช้ความสังเกตไว้ว่า “บทบรรณาธิการ” ของสารศิริราช

แต่ละฉบับนั้นมีแนวการเขียนไปในทางใด. ดังนั้นเมื่อถึงบทของคนที่จำต้องออกโรงบ้างและเกิดความไม่แน่ใจขึ้นเช่นนั้น, จึงได้ไปพลิกทบทวนคณาจารย์ศิริราชฉบับที่ล่วงแล้วมา, ก็พบว่าแทบทุกฉบับ "บทบรรณาธิการ" ก็คือเรื่องทางวิชาการเรื่องหนึ่งนั่นเอง, จะผิดแผกแตกต่างกันบ้างก็ตรงที่รสอ่อนบ้างเข้มบ้างเท่านั้น.

ถึงได้เวียนไฉนแต่ต้นแล้วว่าผมถนัดในเรื่องทางวิชาการแต่เพียงการฟังและอ่านเท่านั้น, เมื่อมาถูกขี้ให้แสดงเรื่องในทางวิชาการด้วยการเขียนตามลักษณะเฉพาะของนิตยสารฉบับนั้นแล้วผมก็จำต้องเขียน. แต่จะขอเขียนในทางวิชาการตามแนวที่ผมถนัด. ท่านบรรณาธิการและท่านผู้อ่านจะอนุเคราะห์ให้เป็นวิชาการและฟังพอใจหรือไม่นั้น, ได้โปรดให้การวินิจฉัยตามควรแก่กรณีและไม่ตรีจิตด้วยเทอญ.

วิชาแพทยที่ผมเข้าเรียนเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๓ นั้นมีหลักสูตรการเรียน ๖ ปีเช่นเดียวกัน, แต่เรียกเป็นปีที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ไม่ได้เรียกเป็นเตรียมแพทย์และนักศึกษาแพทยปีที่ ๑ ถึง ๔ เช่นในปัจจุบัน. ขบแรก ๆ เรียนที่หอวังซึ่งขบนครและสร้างสนามกีฬาแห่งชาติขึ้นแทน. มีครู

ฝรั่ง ๒ คน. คนหนึ่งสอนชีววิทยา, อีกคนหนึ่งสอนกายวิภาค. ถึงชั้นปีที่ ๕ และ ๖ ซึ่งเรียกกันว่าชั้นฝึกหัดจึงข้ามฟากมาเรียนที่ศิริราชพยาบาล. มีครูฝรั่ง ๒ คน, คือคุณพระอาจารย์วิชาคม (หมอยอร์ซ แมค ฟาแลนค์) กับ ดร. เฮลลิส, ซึ่งสอนปาดิโโลยี. เป็นสมัยที่ใกล้กับเวลาจะปฏิรูปการศึกษาวินิจฉัยโดยความช่วยเหลือของโรคคิเฟิลเลอร์มุนนิช, แต่บังเอิญผมเข้าเรียนเร็วไปหน่อย, จึงสำเร็จเป็นแพทย์ก่อนแพทย์ปริญาญรุ่นแรกถึง ๔ ปี.

การเรียนในสมัยนั้นเรียกได้ว่าเรียนกันอย่างนกแก้ว. ท้องตำรากันเหมือนท่องสวดมนต์เจ็ดตำนาน. น้อยครั้งเต็มทีที่มีการทดลองในห้องปฏิบัติการให้เห็นจริงเห็นจังเป็นการช่วยความจำ. เกล็ดซ้ำ ๆ ในการเรียนครั้งกระโน้นมีผู้เขียนเล่าไว้แล้วผมจึงจะไม่ขยายซ้ำในที่นี้. จำนวนนักเรียนในวันหนึ่ง ๆ ก็มีเพียงสิบกว่าคน. แต่ชั่วระยะเวลาเพียงสามสิบกว่าปีเท่านั้นการเรียนและวิธีเรียนแทบเรียกได้ว่าเปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ. คณาจารย์เต็มไปด้วยคนไทยซึ่งสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศนับจำนวนได้หลายสิบ. คนหนึ่งก็ชำนาญและสอนไปอย่างหนึ่ง. มี

ถาวรทดลองประกอบหลักวิชาที่เรียนไปจากห้องเรียนอย่างมากมาย. จำนวนนักศึกษาที่เพิ่มขึ้นเป็นรุ่นละเกือบสองร้อยคน.

สถานศึกษาในครั้งกระนั้นเต็มไปด้วยเรือนไม้ยกพนงจากดิน, หลังคาสังกะสี, และมีเพียงไม้กั้นหลัง. มีคอกอยู่เพียงไม่กี่คอก. เท่าที่ผมจำได้ก็เป็นคอกคนใช้พิเศษและคอกสุติกรรม. คนใช้นอนอยู่บนเตียงไม้เก่า ๆ, มีที่นอนข้าง. ไม่มีข้าง. เรือนผ่าตัดเป็นโรงครึ่งไม้ครึ่งอิฐ. เราเรียกกันว่า "โรงกระโจม" เพราะมีลักษณะคล้ายกระโจม. ตึกผ่าตัดตามโรงพยาบาลในหัวเมืองขณะนั้นยังใหญ่กว่าโรงกระโจมในครั้งกระโน้นเสียอีก. แต่ในปัจจุบันนี้เต็มไปด้วยตึกสองชั้นสามชั้นระเกะระกะไปหมด. จำนวนเตียงซึ่งเดิมมีเพียงร้อยกับเศษก็เพิ่มขึ้นเป็นร่วมพันแล้ว. ห้องเรียนก็ทันสมัย, เพียงพร้อมไปด้วยอุปกรณ์การเรียนอยู่รอบห้อง. มีการฉายภาพทั้งนิ่งและเคลื่อนไหว, และยังมีย้ายห้องเรียนไปตามวิชาที่เรียนหลายวิชา. ห้องเรียนเมื่อผมเรียนนั้นมีเพียงโต๊ะนักเรียน, โต๊ะครู, และกระดานดำเท่านั้น. นักเรียนไม่ต้องย้ายห้องเรียนเพราะมีห้องเดียว. อาจารย์เท่านั้นที่จะต้องย้ายห้องเข้า

มาสอน. นอกจากวิชากายวิภาคนั้นแหละนักเรียนจึงจะย้ายไปเรียนในโรงศพ, เพราะย้ายศพไม่ได้. ผมมีกิจกรรมติดต่อกับสำนักศึกษาเดิมนั้นไม่บ่อยนัก. ฉะนั้นเมื่ออย่างเข้าไปแต่ละครั้งก็หลงทางแทบทุกที, เพราะนาน ๆ ไปทีหนึ่ง, มีคอกใหม่เกิดขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้งง ๆ ไป.

เมื่อเรียนสำเร็จและได้รับประกาศนียบัตรแล้ว, ต่างก็แยกย้ายกันไปประกอบอาชีพตามใจรักของแต่ละคน. ส่วนใหญ่สมัครเข้ารับราชการในกรมสาธารณสุขซึ่งในเวลานั้นสังกัดกระทรวงมหาดไทย. มีน้อยคนที่สมัครเป็นแพทย์ทหาร. ในรุ่นของผมซึ่งเป็นรุ่นที่ ๓๐ (๒๔๖๗) มีอยู่ด้วยกัน ๑๓ คน. สมัครอยู่กรมสาธารณสุขเสีย ๕ คน, ๒ คนอยู่ศิริราชพยาบาล, อีก ๑ คนเป็นแพทย์เซนต์ยอห์น, และอีก ๑ คนถึงแก่กรรมเมื่อสำเร็จ. ในสมัยนั้นแพทย์ประจำบ้านของศิริราชพยาบาลมีน้อยตำแหน่งเต็มที. มีอายุรกรรม, ศัลยกรรม, และสุติกรรมเพียงแผนกละ ๑ คนเท่านั้น. ในปัจจุบันนี้มีแพทย์ประจำบ้านทั้งบุเนียร์และชเนียร์ทั่วถึงไปหมดทุกแผนก, ทั้งแผนกใหญ่และเล็ก, แผนกละหลายคน, เป็นที่น่าอับอุใจ.

เงินเดือนของพวกเขา, ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน, คนที่รับได้เพียงเดือนละ ๘๐ บาท เท่าเทียมกันหมด. ตำแหน่งแรกของพวกเขาที่เข้าทำงานในกรมสาธารณสุข เรียกว่า "แพทย์สำรวจ," สำหรับส่งไปช่วยแพทย์หลวงประจำท้องที่ตามหัวเมือง, ยี่สิบปี โรคระบาดบ้าง, วิทยาการแทนบ้าง. ระหว่างที่ครองตำแหน่งนี้ไม่มีภาระเงินเดือน, จนกว่าจะได้เลื่อนเป็นแพทย์หลวงประจำท้องที่, จึงจะได้เงินเดือน ๘๐ บาท. เมื่อได้เงินเดือนจนครบถึงคน ๑๒๐ บาทแล้วก็หยุดเพียงนั้น. ถ้าเลื่อนตำแหน่งเป็นสาธารณสุขจังหวัดซึ่งมีคนเงินเดือน ๑๐๐-๑๘๐ บาท, จึงจะได้เงินเดือนเดือนต่อเดือนไปคนละ ๑๖ บาท. พอได้รับถึง ๑๘๐ บาทก็พักอีก, จนกว่าจะได้รับการพิจารณาเลื่อนตำแหน่งเป็นสาธารณสุขมณฑล. สมัยนั้นใครได้เงินเดือน ๒ ปีติด ๆ กันก็นับว่าเป็นคนมีชนชั้นที่เกี้ยว, เพราะตามปกติคนนั้นมักจะได้รับยศ, ขรรดาคึกกัก, ตรา, แล้วจึงเงินเดือน. ภายเทศน์ ๒-๓ ปีจึงจะได้เงินเดือนขึ้นสักคนหนึ่ง. แต่เดี๋ยวนี้ว่ากันว่าความขี้ขลาดไม่มีความดีไม่ปรากฏ, ก็จะได้คนหนึ่งทุกปีไป.

วิธีการไปหัวเมืองในสมัยนั้นใช้วิธี

เรียกไปสั่งให้เตรียมตัวเดินทางไปเมืองโน้นเมืองนี้, เพื่อไปป้องกันโรคหรือรักษาการแทน. บางทีได้รับคำสั่งวัน, พรุ่งนี้ออกเดินทาง. บางทีก็มีเวลาเตรียมตัวนานหน่อย. ไม่ค่อยจะได้ถามถามว่าจะสมัครใจหรือไม่, ชักข้อหรือไม่, ไปถูกหรือไม่. เป็นเรื่องของผู้ที่ได้รับคำสั่งจะต้องไปศึกษาเอาเอง. เมื่อแพทย์ปริญารุ่นแรก ๆ เรียนสำเร็จออกรับราชการนั้น, เป็นความประสงค์ของทางราชการที่จะให้ตามหัวเมืองกันดารรอบนอก ๆ มีแพทย์แผนปัจจุบันที่ทันสมัยที่สุดช่วยบำบัดความเจ็บไข้ของประชาชน, แพทย์ปริญารุ่นแรก ๆ จึงถูกจับสลากส่งไปอยู่ตามจังหวัดที่บรรดาแพทย์รุ่นปัจจุบันฟังชื่อแล้วก็ยังคงหน้าเข้, ใต้แม่ฮ่องสอน, มหาสารคาม, สกลนคร, นครพนม ฯลฯ เป็นต้น.

ส่วนใหญ่ของพวกเขาในวันใหม่ ๆ นั้นก็มีเหตุผลเฉพาะที่ว่ามีความจำเป็นจะต้องอยู่กรุงเทพฯ. ถ้าถูกขอร้องให้ไปจังหวัดไกล ๆ, จังหวัดรอบนอก ๆ, ก็มักแสดงกิริยาอาการว่าไม่สมัครใจและอดใจ. บ้างก็ว่าไปมาลำบาก, ทั้ง ๆ ที่การคมนาคมในปัจจุบันแสนจะสะดวกสบาย, ต่างกับเมื่อสมัยสามสิบปีก่อนราวฟ้ากับดิน.

สมัยนั้นทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, รถไฟก็มีเพียงแค่วิศวกรรม. จากนั้นไปก็ต้องอาศัยม้าและเกวียน. บางแห่งที่พอมีทางรถยนต์ที่ทันเวลาเดินทางบ้าง, ก็คือเกวียนยนต์ที่เดินบนทางเกวียน. กว่าจะถึงที่หมายก็ครึ่งก่อนวันและเสียอีกเสียขอมแท็กซี่ใช้ไปเลย.

สภาพของหัวเมืองในครั้งกระโน้น, แม้จะย่อมเปรียบไม่ได้กับครั้งกระนั้น. ผู้คนย่อมไม่หนาแน่นเท่า. ตลาดไม่ใหญ่โตเท่า. ความสะดวกสบายในการครองชีพย่อมไม่คึกเท่า. แพทย์ที่ไปอยู่ตามหัวเมืองก็มีทั้งแก่และหนุ่มเช่นทุกวันนี้, แต่มีกันเพียงเมืองละคนสองคน. ผิดกับเคียววันซึ่งบางเมืองมีนับด้วยจำนวนสิบ. ครั้งกระนั้นหลายเมืองมีแพทย์แผนปัจจุบันเพียงคนเดียวคือพวกเรากลศิริราชเท่านั้นเอง. ทางราชการแต่งตั้งให้เป็นแพทย์หลวงประจำท้องที่, ไปคอยขี้ของกันโรคระบาด, ควบคุมดูแลสุขศาลา, รักษาคนเจ็บไข้. แต่หลายสิบเมืองไม่มีบ้านหลวงให้อยู่, ไม่มีสุขศาลาให้คุม, ต้องไปหาเช่าบ้านเขาเองเปิดเป็นสุขศาลาขึ้น. รักษาคนเจ็บไข้ด้วยตนเองคนเดียว. ทำงานตั้งแต่เปิดประตูบ้าน, บัดกวาด, ตรวจคนไข้, ให้การ

รักษา, ล้างขวด, ผสมยา, และให้ยาแก่คนไข้, เป็นงานเหมา. แต่เคียววันจะไปเมืองไหนก็ได้พบทั้งแพทย์รุ่นพี่และรุ่นพ่อ, ได้รับความต้อนรับอย่างอบอุ่น. ถ้าไปเป็นแพทย์ของโรงพยาบาล, ก็มีโรงพยาบาลจริง ๆ ให้ได้เข้าไปทำงาน, มีพรรคมีพวกช่วยกันคนละไม้คนละมือไม่ใช่เป็นงานเหมาอย่างแต่ก่อน. แม้กระนั้นแพทย์รุ่นใหม่ ๆ ก็ยังคงทำหน้าที่เมื่อต้องออกหัวเมือง.

พวกเราหลายคนที่อยู่หัวเมืองบ่นว่าไม่ไว้จะรักษาคนไข้ได้อย่างไร, เครื่องมือก็ไม่มี, ไม้ก็ไม่ครบ, พยาบาลก็ไม่มี. อ้ายโน้นไม่มี. อ้ายนี้ไม่มี. พวกเราหลายคนที่ว่าคงล้มไปว่าการรักษาคนเจ็บไข้ นั้น, หรือการประกอบโรคศิลปะนั้น, เป็นวิชาการที่ต้องใช้ทั้งศิลปะและวิทยาศาสตร์, และที่สำคัญที่สุดต้องมีจิตใจเป็นหมอดูด้วย. ผมยังจำได้คั้งเมื่อครั้งผมอยู่หัวเมือง, ถูกตามไปทำคลอดคนไข้ซึ่งมีบ้านอยู่ห่างจากหัวเมืองราว ๒๐ กิโลเมตร. เวลาที่ถูกตามเป็นเวลาากลางคึก ทางที่จะไปยังบ้านคนไข้ที่สะดวกที่สุดคือทางรถไฟ. ในเวลาเช่นนั้นไม่มีรถไฟขบวนใดผ่านเมืองเลย. ได้อาศัยความเอื้อเฟื้อของนาย

สถานีรถไฟช่วยจักรดโยกให้. เราจึง
 ไปถึงบ้านคนไข้ไ้ภายในเวลาชั่วโมงเศษ.
 จากการตรวจก็ไ้ทราบว่าคนไข้มีการคลอ
 ยึดเยื้องซึ่งเข้าในระยะที่สองของการคลอ
 แล้ว. หมอคำแยกกลางบ้านไ้ช่วยจนสุด
 มือ, จนคนไข้ชอกช้ำมากอยู่แล้ว. ผมจึง
 ต้องตัดสินใจใช้เข็ม. ไ้พยายามทำคว
 มาศอกเครื่องมือให้ถูกต้องตามหลักวิทยา
 ศาสตร์ที่สุด. มาถึงคราวจะใช้เข็ม, ซึ่งต้อง
 ไ้พยาบาลแก่คนไข้, ผมมีติดกระเป๋ายาไป
 แก่ฉลอรโฟรัม, เครื่องมือไม่มี, พยาบาล
 ไม่มี. จึงไ้ใช้กระดากวากเขียนมันนเป็น
 รูปกรวย, จุกสำลีใส่ในกรวยกระดาก, หยก
 ฉลอรโฟรัม, จักการทำให้คนไข้สลบไป
 พลง, อธิบายวิธีหดยคยา, วิธีครอบ, วิธียก,
 แก่สำมิของคนไข้ไปพลง. พอคนไข้สล
 เรียบร้อยแล้วก็มอยหน้าไ้ให้สำมิเป็นผู้ให้
 ยาสลบต่อ. ไ้แกอยู่หัว ผมอยู่ท้าย. คาก
 ต้องคอยคูกทั้งทางหัวทางท้าย. มือก็ทำไป.
 ปากก็คองพร่ำบอกให้สำมิแยกกรวย
 กระดากออกหดยคยา. ในไม่ช้าเด็กก็คลอ
 ออกมาไ้เรียบร้อย. จากนั้นยังต้องทำหน้า
 ที่คล้ายพวาทมณ, ทำยันต์แชนรอยเปล
 เด็ก, สวดมนต์ภาวนาไ้เด็กอยู่เย็นเป็น
 สุข, ที่ศิริราชไม่เคยสอนมาเลย, ตามคำ

ขอรับรองของยายของเด็ก. กว่าคนไข้จะฟื้น
 เป็นปกติและเกินทางกลับเมืองโคยชบวน
 รถไฟเที่ยวแรกก็เป็นเวลากว่าย่ำโมง.
 ผมไ้กินข้าวฟรี ๒ มื้อและไ้เงินมา ๕ คำ
 ลัง, พร้อมกับความปลาบปลืมชั้นอก
 ชั้นใจ, ไ้ไ้ช่วยชีวิตเขาไว้ซึ่งไม่อาจค
 ราคาค่าเป็นเงินไ้. นิทานเรื่องนี้จึงสอนไ้
 รู้ว่า....

แต่ก็เป็นเรื่องน่าพมใจไ้ยังมีพวกเรา
 อีกหลายคนไ้ไ้ความกล้าหาญมานะอด
 ทน, ไ้ทั้งทางวิทยาศาสตร์, ศิลปะและ
 จิตใจ, คลอจนสนิทปัญญา, กักแปลง, ภัย
 โน่นชนนี้, จากสิ่งของเครื่องมือเท่าที่มีอยู่,
 ทำการช่วยคนเจ็บไ้ไ้พ้นจากความทกข
 ทรมาณและปลดปล่อยแก่ชีวิตไว้ไ้เป็นจำ
 นวนมากอย่างน่าสรรเสริญ.

ผมไ้เขียนเล่ามาเลี่ยยคยาว. ถ้าจะ
 ไ้เขียนก็เขียนไ้อีก, แต่คะเนว่าท่านผู้
 อ่านคงเริ่มจะเบื่อแล้ว. จึงใคร่จะขมวดคปม
 ไ้สรุปใจของเรองเลี่ยย. ที่ผมเขียนมานี้ก็
 มุ่งหมายไ้ให้บรรดาศิษย์ของคณะแพทย
 ศาสตร์ทั้งศิริราชและพาลงกรณ์, ทั้งศิษย์
 เก่าและศิษย์ใหม่ไ้ไ้เล็งเห็นไ้ว่าในชั่วระยะ
 เวลาเพียงสามสิบยี่เท่านั้นการแพทย์ของ
 เมืองไทยเราไ้ก้าวหน้าไปอย่างเป็นที่น่า

มหัศจรรย์. แม้ว่าอีกหลาย ๆ อย่างจะยัง
เทียบไม่ได้กับประเทศทางตะวันตกที่เจริญ
แล้ว, ก็เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันของ
เขาเริ่มก่อนเรา, เจริญมาก่อนเรา. ถ้าพวก
เราได้พยายามก้าวให้ยาว ๆ เยี่ยงที่ก้าว
อยู่ในขณะนี้, ผมก็เชื่อว่าในไม่ช้าสักวัน
หนึ่ง, อีกหลายอย่างที่เรายังไม่ทันเขา
นั้นก็คงจะค่อย ๆ ทันเข้าที่ละอย่างสองอย่าง,
จนทันเขาหมดทุกอย่าง, เพราะกรุงโรม
นั้นต้องใช้เวลาสร้างหลายวัน, ไม่ใช่วัน
เดียว, ทั้งที่ทรายนั่นอยู่แล้ว.

ศิลปศาสตร์วิทยาศาสตร์ในทางวิชาการ
แพทย์ก็เจริญขึ้นแล้ว. จำนวนแพทย์ที่
สำเร็จก็เพิ่มมากขึ้นแล้ว. วิธิตำเนิการ
ในการจัดการแพทย์ก็ปรับปรุงวาทันสมัย
ขึ้นแล้ว. มีโครงการที่จะดำเนินงานมาก
มายหลายโครงการ. องค์การต่างประเทศ
ก็มีเข้ามาให้ความช่วยเหลือหลายองค์การ.
การศึกษาค้นคว้าต่างประเทศทั้งองค์การและ
ตัวบุคคลก็มีมากขึ้นเป็นลำดับ. ทุกสิ่ง
ทุกอย่างแลดูเฟื่องฟูขึ้นสู่ความเจริญก้าว
หน้าอย่างเป็นที่น่าชื่นชม. แต่มีอยู่สิ่งหนึ่ง
ซึ่งผมรู้สึกว่าจะไม่ดีขึ้น. สิ่งนั้นคือความ

เลี้ยวสละที่จะช่วยเผยแพร่ความนิยมในการ
แพทย์แผนปัจจุบันตามหัวเมือง. ผมรู้สึก
ว่าในปัจจุบันนี้พวกเราหลายคนมีความอค
ทนและเลี้ยวสละน้อยลงกว่าพวกเราหลาย
คนรุ่นก่อน ๆ.

ขณะนี้ผมแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ประมาณ
สองพันคนต่อพลเมืองยี่สิบล้านคน.* คึก
ฉิวเฉลัยก็จะเท่ากับแพทย์ ๑ คนต่อพล
เมือง ๑๐,๐๐๐ คน. คุไปก็น่าจะพอใจ
สำหรับสถานะของประเทศในปัจจุบันนี้. แต่
ตามความจริง, ในจำนวนแพทย์สองพันคน
นี้, เกือบครึ่งจำนวนประกอบอาชีพอยู่ใน
กรุงเทพฯ. ถ้าจะคิดฉิวเฉลัยจำนวนแพทย์
ต่อพลเมืองประมาณ ๑ ล้านคนในกรุงเทพฯ
ก็จะเท่ากับประมาณแพทย์ ๑ คนต่อพล
เมือง ๑,๐๐๐ คน. ตามหัวเมืองก็จะเหลือ
เพียงแพทย์ ๑ คนต่อพลเมือง ๑๕,๐๐๐
คน. ถ้าจะแยกแยะแรงแจกแจงเป็นรายจังหวัด
แล้ว, จำนวนแพทย์ต่อพลเมืองของแต่ละ
จังหวัดจะแตกต่างกันอย่างน่าพิศวง. เหตุ
ผลในเรื่องนี้ถ้าจะพูดกันก็เป็นเรื่องยาก
และใช้เรื่องที่จะพูดในทันที.

อย่างไรก็ตาม, การที่จะแก้ไขให้

* ตามการสำรวจครั้งสุดท้ายเมื่อมิถุนายน ๒๔๕๕ ประมาณคร่าว ๆ ว่าจะมีพลเมืองเพิ่มขึ้นเป็นถึง ๒๔ ล้านคน.

ประชาชนคนเจ็บไข้ตามหัวเมืองไ้รับบริ-
 การค้ำนนี้ให้ค้ำช้นและทั่วถึงเท่าเทียมไ้ดี
 เคียงกัน, พวกเราก้มีส่วนที่จะช่วยแก้ออยู่
 ทั่วย. หลักธรรมค้ำมอยู่ว่าค้ำงม้การเสนอ
 กอ้นจ้จะเกิตกการสนอ้ง. ฉะนั้น, ถ้าพวก
 เราช่วยกันใช้ความอ่อกทน, ความเสี่ยสละ
 ให้มากช้น, พยายามกระจายกันอ่อกไปอยู่
 ทามส่วนภูมิภาคให้มากช้น, รั้งงานและ
 รั้งช้อ, ปรระกอบโรคค้ำลประก้วยจิตใจของ
 ทมอ่อจ้จ้, ประชาชนก้จะเกิตกความนิยม
 การแพทยัแผนช้จ้ขุ่นของเรามากช้น.
 เขาเหล่านั้นก้จะพากันเรียกรอ้งมากเข้า
 และมากเข้า. ผู้บริหารประเทศจะทนช้น
 เฉยเมยอยู่ไ้ไ้ไหน. การบ้ารอ้งอย่างจ้จ้จ้
 ก้จะเกิตกช้น. โรงเรียนแพทยัก็จ้เกิตกมาก
 ช้น. กิจการแพทยัในค้ำนต่าง ๆ ก้จ้ถูก
 ส่งเสริมให้ค้ำช้น. ก้าวของเราจ้จะยาว
 ช้นกว่าช่วงก้าวชณะนี้.

ผมค้ำใจที่ไ้ระแคะระคายมาว่าคณา-
 จารย์แพทยัหลาย ท่าน เริ่มเล็งเห็นความ
 สำค้ำญ ของการแพทยั ในหัวเมือง ช้นช้ช้ง
 แล้ว, ไ้ค้ำค้ำก้นถึงวิธิการสนช้ซึ่งอาจพลิก
 แพล้งไ้และใช้แทนกันไ้ค้ำตามหัวเมือง.

ค้ำค้ำก้นถึงเรอ้งที่จะเชี่ญแพทยัหัวเมืองรุ่น
 อาวุโสมาเล่านิทานเรอ้งจ้จ้ช้นค้ำค้ำศึกษา
 แพทยัเชี่นการปลอ้ใจ. ค้ำค้ำก้นถึงเรอ้งที่
 จะให้ค้ำค้ำศึกษาแพทยัข้สูกท้ายอ่อกฝักงาน
 ทามหัวเมือง, โขยขยายผลก้สูก, เพิ่ม
 ข้การค้ำศึกษา, หรือโคยจ้ค้ำการวางการฝักเสี่ย
 ใหม่, เพื่อให้แพทยัรุ่นค้อ ๆ ไปไ้ค้ำเคยช้น
 กับสถานะการณ้ทางหัวเมืองช้นช้ช้ง. จะ
 ไ้เกิตกความมานะขากช้นความเสี่ยสละไม่
 ท้อถอยง่าย. ค้ำค้ำก้นอ้กหลายอ่อย่างเพื่อ
 การแพทยั ในชนบท ไ้รุ่งเรอ้งเท่าเทียม
 หรือเกือยเท่ากรุงเทพจ้. ผมขอภาวนาว่า
 ขออ่อย่าให้ความค้ำค้ำต่าง ๆ เหล่านี้ เกิตกม้
 ออุปสรรคช้ค้ำขวางเชี่นเหตุให้ค้ำค้ำช้ค้ำค้ำค้ำค้ำ
 ค้ำค้ำค้ำ, และขอภาวนาว่าขอให้ความค้ำค้ำ
 ต่าง ๆ จ้ผลค้ำค้ำอ่อกผล, รวมก้ำล้จ้ใจ
 ก้นจ้นเกิตกเชี่นกระแสจิตที่มีอำนาจอันแรง
 ก้ำล้รอนถึงอาศ้นพระอินทร์จ้ไ้. เมอ้น
 กิจการแพทยัของเราจ้จะเรี่จ้จ้รุ่งเรอ้งเชี่น
 ที่เชี่นค้ำหน้าช้ช้, เชี่นค้ำค้ำค้ำเชี่นค้ำและ
 เชี่นเกือยค้ำค้ำก้หม้ค้ค้ในวงการแพทยัของ
 เราเอง.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ร.ท. สุพัต อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ., ร.ท. สมาน นันทวานิช พ.บ.

โชติศรี ทำราบ พ.บ., สินทวี นันทวานิช พ.บ., ร.ท. โอภาส ธรรมวานิช พ.บ., ร.น.

ภัทธา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๑. J. Vincent Collins and Alfred Granettelli: การวางยาสลบสำหรับ
กักที่อนซิลในเด็ก ๆ. J.A.M.A. 1: 5-9,
1956.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงการวางยาสลบ
ในเด็กที่ทำการกักที่อนซิล, โดย
เปรียบเทียบ ๒๕ รายที่ถ่วงยาสลบโดย
วิธีเอ็นโคเทรเม็ลกับอีก ๒๕ รายซึ่งวาง
ยาสลบโดยวิธีเข้าอ็เธอร์. ผู้รายงานได้
กล่าวถึงความเหมาะสมและไม่เหมาะสม
ประการต่าง ๆ ของแต่ละวิธี, ซึ่งสรุปได้
ว่าวิธีแรกให้ผลดีกว่าวิธีหลัง, โดยที่
สามารถควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน,
และควบคุมการหายใจได้สะดวกกว่า.
การให้ยาสลบก็ให้ได้อย่างสม่ำเสมอ,
ทำให้การผ่าตัดได้ผลดีมาก. ส่วนการให้
ยาระงับสมองก่อนวางยาสลบนั้นใช้เหมือน

กันทั้งสองวิธี.

ร.ท. สุพัต อิศรางกูร ณ อยุธยา พ.บ.
ร.พ. ภูมิพลฯ, คอนเมือง

๒. R.H. Girdwood and J.A.R. Lenman: โรคโลหิตทางชนิดเมกาโล-
บลาสติคเกิดระหว่างการรักษาด้วยปริมิ-
โคน (Primidone) B.M.J. 4959:
146-147, 1956.

โรคลมบ้าหมูเป็นโรคที่พบบ่อย, ต้อง
ใช้เวลารักษานาน, และยาระงับการชักก็
มีหลายชนิด. ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย
๑ รายที่เกิดโรคโลหิตทางชนิดเมกาโล-
บลาสติคระหว่างการรักษาด้วยปริมิโคน.
ผู้ป่วยเป็นโรคลมบ้าหมูมานาน ๒๖ ปี,
ได้รับยานี้ในขนาด ๒๕๐ มก. วันละ ๒
ครั้ง, ร่วมกับฟีโนบาร์บิโคน ๓๒ มก.
วันละ ๓ ครั้ง, เป็นเวลา ๗ เดือนก่อนที่
จะเข้ารับการรักษา.

ขณะท้อง, ผู้ช่วยชีวิตมาก. ซีโมไกลบิน ๕.๑ กรัมต่อ ๑๐๐ ล.ซม. เม็ดเลือดแดง ๑.๓ ล้านต่อ ล.มม., เเรกคิวโลซัยต์ ๑ ปช. และไขกระดูกเป็นเมกาโลบลาสติค. ไข่ให้เลือดและวิตามินบี ๑๒ ขนาด ๑๐๐ ไมโครกรัมเข้ากล้ำม. แต่จำนวนเรกคิวโลซัยต์ไม่เพิ่ม. จึงไข่เปลี่ยนให้กินกรรอกโฟลิก ๕ มก. วันละ ๓ ครั้ง. ระหว่างนี้ยังคงให้ปริมิโคนขนาด ๒๕๐ มก. และพีโนซาร์บีโตน ๖๕ มก. อยู่. หลังจากรักษาไข่ ๑๐ วันพบว่าซีโมไกลบินเพิ่มเป็น ๗.๗ กรัมต่อ ล.ซม. และเม็ดเลือดแดง ๒.๔๔ ล้านต่อ ล.มม., เเรกคิวโลซัยต์ ๑๘ ปช.

รักษาอยู่ ๒ เดือนแล้วหยุดกรรอกโฟลิก. ซีโมไกลบินเป็น ๑๑.๔ กรัมต่อ ๑๐๐ ล.ซม. เม็ดเลือดแดง ๔.๔๑ ล้านต่อ ล.มม. ไขกระดูกเปลี่ยนเป็นนอร์โม-บลาสติค.

ผู้รายงานเข้าใจว่าการเกิดโรคโลหิตทางชนิดเมกาโลบลาสติคนี้เนื่องมาจากปริมิโคน, เพราะยังไม่เคยมีรายงานว่าพีโนซาร์บีโตนอย่างเดี่ยวจะทำให้เกิดได้. เข้าใจว่าปริมิโคนไปขัดขวางระบบเฮนซิม

ซึ่งโดยปกติทำงานร่วมเป็นโคแฟกเตอร์กับกรรอกโฟลิก.

ร.ท. สมาน นันทวานิช พ.บ.
ร.พ. ภูมิพล ฯ, กองเมือง

๓. Robert J. Atwell and John A. Prior: อัลเลอร์จิกซ์นิวโมในติสระหว่างการรักษาวัดโรค. รายงานผู้ช่วย ๒ รายเนืองจาก พี.เอ.เอส. Ann. Int. Med. 1: 190-197, 1955.

การใช้สเตอโรยโตมัยซินร่วมกับ พี.เอ.เอส. ในการรักษาวัดโรคนั้นอาจเกิดปฏิกิริยาเป็นพิษขึ้นได้; แม้ว่าจะไม่พบบ่อยนัก. ทั้งสเตอโรยโตมัยซินและ พี.เอ.เอส. สามารถก่อให้เกิดปฏิกิริยาขึ้นได้คล้าย ๆ กัน. แต่ยังมีพิเศษ, คือสเตอโรยโตมัยซินอาจจะทำลายเส้นประสาทที่ ๘ ได้โดยเฉพาะ, ในขณะที่ พี.เอ.เอส. มักจะรบกวนระบบทางเดินของอาหาร. Warring และ Howlett กับ Morandi และพวกได้เคยรายงานผู้ช่วยที่เกิดเป็นนิวโมในติสชั่วคราวเนืองจาก พี.เอ.เอส. ในทันใด รายงานผู้ช่วยอัลเลอร์จิกซ์นิวโมในติสชั่วคราวเพิ่มขึ้นอีก ๒ ราย; เป็นเด็กผู้หญิงอายุ ๑๕ คนหนึ่ง, กับชายอายุ ๓๑ คน

หนึ่ง; คนหลังเป็นหมอ, รักษาตัวเองอยู่
กับบ้านก่อนมาเข้า ร.พ. ๑๐ วัน.

ทั้ง ๒ รายปรากฏอาการไข้ขึ้นสูง,
คลื่นไส้, แต่ไม่อาเจียน, อ่อนเพลีย, และ
ไอ. รายแรกยังมีอาการปวดหัวอย่างรุนแรง,
ลมพิษ, ปวดตามกล้ามเนื้อทั่วตัว.
นับเมื่อกเล็ดพบลิ่วโคซัยโคลิสต์และอีโอสติ
โนฟิลเลีย. ได้หยุดยาทั้ง ๒ อย่าง. อาการ
ทั้งปวงหายไปภายใน ๖ วัน. ได้ลองทำอิน
ตราเคอร์มิลและแพ็ชท์เทสต์. ทั้งสเตอริป-
โตมัยซินและโซเดียม พี.เอ.เอส. ให้ผล
คล้ายกัน. รายงานเมื่อลองรักษาใหม่โดยให้
สเตอริปโตมัยซินหรือ พี.เอ.เอส. แต่อย่าง
ใดอย่างหนึ่ง, ก็มีไข้ขึ้น, ปวดหัว, และ
ปวดตามกล้ามเนื้อ; ส่วนอาการทางผิวหนัง
หนึ่งปรากฏเมื่อให้ยาทั้งสองควบกัน. กลุ่ม
อาการ Loeffler (บับโนโมโนคิสต์ชั่วคราว
ร่วมกับอีโอสติโนฟิลเลีย) พร้อมกับการปวด
หัวและปวดกล้ามเนื้อปรากฏเมื่อให้ พี.เอ.
เอส. อย่างเดียว.

ส่วนรายหลัง, นอกจากจะมีบับโนโม-
โนคิสต์แล้ว, ยังมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง,
ปวดบิก ๆ; อุจจาระค่อนข้างเหลว, สี
างลง, และคลื่นเหินจิก. เมื่อหยุดให้
พี.เอ.เอส. บับโนโมโนคิสต์และอาการอื่น

หายไปโดยรวดเร็วใน ๒ วัน.

ทั้ง ๒ รายได้รับการฉีดสเตอริปโตมัย-
ซิน ๑ กรัม, สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง, กับ
พี.เอ.เอส. วันละ ๑๒ กรัม.

โชติศรี ทำราบ พ.บ.
(วิทยากร, พระนคร)

๔. I.S.L. Loudon: ความหมายของ
ลิ้นผ้า B.M.J. 4957: 18-20, 1956.

เนื่องด้วยบรรดาแพทย์มักจะถือการ
ตรวจลิ้นเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจร่างกาย
และถือว่าลิ้นผ้าเป็นอาการแสดงของโรค
หรือความผิดปกติของลำไส้, ผู้รายงานได้
ทำการตรวจลิ้นของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคต่าง ๆ
กันจำนวน ๗๐๐ ราย, โดยถือเอาพวกที่
เป็นแผล, ฟกช้ำ และข้อเคล็ดเป็นค้อน
โทรล ๑๐๐ ราย, ส่วนอีก ๖๐๐ ราย
ประกอบด้วยเด็ก ๒๐๐, ผู้ใหญ่ ๔๐๐.
ทุกคนได้ถูกซักถามถึงนิสัยเกี่ยวกับการ
สุขุขและ การถ่ายอุจจาระ. นอกนยังบันทึก
สภาพของลิ้น, ฟัน, ไข้, และการ
วินิจฉัยโรคด้วย.

ผลของการตรวจพอจะสรุปได้ว่าลิ้นผ้า
เกิดจากการสุขุข. ยิ่งเป็นพวกสุขุข
ก็จะยิ่งพบลิ้นผ้ามากขึ้น. นอกนพบในโรค

คึกเข็ชของทางเดินหายใจ, และโรคคึกเข็ชของปาก. ในไข้ซึ่งจะเนื่องมาจากสาเหตุใดก็ตามจะพบลิ้นฝ้าเสมอ.

ลิ้นฝ้าไม่มีความสัมพันธ์กับโรคและความผิดปกติของทางเดินอาหารเลย, ฉะนั้นคนที่องผกลิ้นจึงไม่ฝ้าเสมอไปนอกจากจะเป็นไข้.

สินทวิ นันทวานิช พ.บ.
ร.พ. ภูมิพลฯ, คอนเมือง.

๕. Linden E. Johnson, Everett C. Sutter: การรักษาวัดโรคชอกโคโดยการควยยาสะเตร็ปโตมัยซิน, พี. เอ. เอส. และไอโซไนโคตินิคแอซิกเป็นเวลานาน. *Military Med.*, 2: 124-128, 1955.

ยารักษาวัดโรคที่รู้จักแพร่หลายในปัจจุบันคือสะเตร็ปโตมัยซิน, ไอโซไนโคตินิคแอซิกซัยควาไซท์, พาราอะมิโนซาลิซิลลิกแอซิก. ผู้รายงานได้ทดลองใช้ร่วมกันทั้งสามอย่างเป็นระยะเวลา ๑๒-๒๔ เดือน, ในผู้ช่วยซึ่งกำลังเป็นวัดโรคระยะต่าง ๆ ๕๐ ราย. อายุของผู้ช่วยระหว่าง ๒๐-๖๗ ปี, ส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๓๐-๕๐ ปี. ในจำนวนนี้เป็นหญิง ๔ คน, ผัว ๑๖ คน, นอกนั้นเป็นชาย

และผัวขาว. ตรวจเสมหะพบเชื้อวัดโรคทุกคน. ขนาดของยาที่ใช้คือสะเตร็ปโตมัยซิน ๑ กรัมทุก ๓ วัน, ไอโซไนโคตินิคแอซิกซัยควาไซท์ ๕ มก./กิโล./วัน, พาราอะมิโนซาลิซิลลิกแอซิก ๑๒ กรัม/วัน. สรุปผลการรักษา, ผู้ช่วยทุกคนมีอากาศดีขึ้น, ไข้ลดจนเป็นปกติ, เสมหะน้อยลง, น้ำหนักตัวเพิ่มเฉลี่ย ๒๑ ปอนด์ (ส่งสค ๔๕ ปอนด์, คำสค ๒ ปอนด์). น้ำหนักตัวเริ่มเพิ่มอย่างรวดเร็วภายใน ๓-๖ เดือนแรก. หลังจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย. ตรวจเสมหะไม่พบเชื้ออีกเลย, นอกจากมีรายหนึ่งยังคงพบเชื้อเมื่อเดือนที่ ๘. เชื้อแสดงความทนต่อสะเตร็ปโตมัยซินและไอโซไนโคตินิคแอซิกซัยควาไซท์, แต่ไวต่อพาราอะมิโนซาลิซิลลิกแอซิก. ผู้ช่วยรายนี้คงมีไข้และอากาศไม่ดีขึ้น. การศึกษาโดยรังสีเวินต์เกินปรากฏว่าก่อนรักษา ๓๔ รายมีโพรงในชอก. ต่อมาโพรงซึกเวียบร้อย ๓๑ ราย. ผู้รายงานให้ข้อสังเกตว่าการรักษาวัดโรคด้วยยา ๓ ชนิดร่วมกันได้ผลไม่ดีกว่าใช้เพียง ๒ ชนิดเลย. ผลแทรกซ้อนในการรักษาเป็นเวลานานนี้ไม่ปรากฏร้ายแรงแต่อย่างใด.

ร.ท. โอภาส ธรรมวานิช พ.บ. ร.น.
ร.พ. ทหารเรือสัตตทหัย.

๖. J.P. Bound, T.P. Telfer: วิตะมิน เค. ขนาดต่าง ๆ กับความเข้มของบิลิรูบิน ในพลาสมา ของเด็ก คลอดก่อน กำหนด. *Lancet*, 20: 720-722, 1956.

เด็กคลอดก่อนกำหนดมักจะมีเลือด ออกง่ายในสัปดาห์แรก, เนื่องจากโปรธอม บินในเลือดต่ำ. ตามปกติเราให้วิตะมิน เค. แก่เด็กคลอดก่อนกำหนดทุกคนเพื่อป้องกันภาวะนี้. ขนาดของวิตะมิน เค. ที่ให้กัน ยังไม่แน่นอน. บางแห่งให้สูงถึง ๑๐๐ มก. ผู้รายงานได้ทดลองให้วิตะมิน เค. แก่เด็ก ๒ พวก, พวกแรก ๗๒ คนให้วิตะมิน เค. วันละ ๑๐ มก. ๓ วันติดต่อกัน, พวกที่สอง ๖๐ คนให้วิตะมิน เค. เพียง ๑ มก. ในวันที่ ๕ ตรวจหาบิลิรูบินในพลาสมาทั้ง ๒ พวก. พบว่าในพวกแรก ๔๐ ปร. มีบิลิรูบินถึง ๑๘ มก. ปร. หรือมากกว่า, ซึ่งเป็นระดับอันตรายมาก. มีเด็ก ๒ รายถึงแก่กรรม ด้วยเหตุ น้ำ คี ย้อม ตึก เนอ สมอง (Kern icterus).

พวกหลังมีเพียง ๒ รายที่พลาสมาบิลิรูบิน ๑๘ มก. ปร. กลไกการเกี่ยวข้อง ระหว่างวิตะมิน เค. กับระดับบิลิรูบินยังไม่ทราบแน่ชัด, แต่เชื่อว่าต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นอน. ดังนั้นการให้

วิตะมินเค. ควรให้ขนาดต่ำๆซึ่งจะปลอดภัย ต่อการเกิดน้ำคีย้อมตึกเนอสมองมากกว่า ให้ขนาดสูง.

ร.ท. โสภาส ธรรมวานิช พ.บ., ร.น.
ร.พ. ทหารเรือสัตตหีบ.

๗. L. M. Rosenbach, and C. R. Gangemi. วิชาโรคกับการตั้งครรภ์. *J.A.M.A.* 161: 1035-1038, 1956

ผู้รายงานศึกษาประวัติคนไข้โรค ๑๕๒ คนที่รักษาที่ศูนย์วิจัยปัสสาวะอินสตีติวต์ ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๒๕ ถึง ๑๙๕๔ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์. มีการตั้งครรภ์ ๒๕๑ ครั้ง. มีคนไข้ ๒๓ คน (๘.๕ ปร.) เท่านั้นที่โรคกำเริบขึ้นระหว่างตั้งครรภ์และปีแรกหลังคลอด. ใน ๒๓ คนนี้, เพียง ๓ คนเท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างใช้ได้. ที่เหลือนั้นไม่ยอมรับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ใช้ไม่ได้. คนไข้ ๑๕ คน (๘ ปร.) มีอาการดีขึ้นระหว่างตั้งครรภ์. พวกนี้ได้รับการรักษาอย่างดีทั้งนั้น. มี ๑๕ รายที่ได้ทำให้แท้งเพื่อรักษา; ๔ คนในพวกนี้ (เท่ากับ ๒๑ ปร.) อาการมากขึ้นในปีต่อไป. หากเปรียบเทียบผลนี้กับคนไข้ที่ได้ถูกปล่อยให้ตั้งครรภ์ต่อไปจนถึงกำหนดคลอด,

และพวกที่ไ้รับคำแนะนำให้ทำให้แห้งแต่ไม่ยินยอม, เห็นใ้ว่าการทำให้แห้งนั้นไม่ไ้ประโยชน์เลย. ผู้รายงานมีความเห็นว่าในปัจจุบันนี้คนไข้วัณโรคที่ไ้รับการรักษาถูกต้องแล้ว, แม้ว่าจะมีครวษัน, ถ้าไม่จำเป็นจะต้องถือว่าเป็น "โรคแทรก" หรือเป็นเหตุของความกังวลกลัวว่าโรคจะกำเริบขึ้นแต่ประการใด.

ภัทธา อรุณลักษณ์ พ.บ.
(ร.พ. พุทธชินราช, พิษณุโลก)

๘. L. Pfannmueller. การรักษาอะมีบิเอสซิสด้วยเรโซเทร็น. *Lancet* 6292: 934-935, 1956

เรโซเทร็นเป็นยาผสมผลอโรควินกับไฮโอโคซัยคร์ออกซัยควิโนลิน. ผู้รายงานเสนอผลการทดลองรักษาคนไข้ ๔๒ คนที่โรงพยาบาลโมซูลและโรงพยาบาลฮิลลาห์, ประเทศอิรัก. เป็นบิตอะมีบิครวม-ตา ๕ ราย, รักษาหายทางคลินิกและของจระไม่มีเชื้อภายใน ๘ วันทุกราย. เป็นบิตและคัยอ๊กเสอะมีบิ ๓๑ ราย, รักษาหายทางคลินิก ๓๐ ราย (๑ รายไม่ไ้รักษาจนตลอด) และตรวจของจระไม่มีพบเชื้อ ๒๘ ราย. เป็นบิตและฝิอะมีบิใน

คัย ๖ ราย, รักษาหายทุกรายและไม่พบเชื้อคัย. ในพวกหลังนี้เขาตั้งต้นสองสามวันแรกด้วยเรโซเทร็นร่วมกับผลอโรควิน. คนไข้ที่เรโซเทร็นไ้คัย. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในจำนวนเม็ดเลือด, การนอนกันของเม็ดเลือด, และผลการตรวจปัสสาวะแตกต่างจากปกติ. อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือท้องเกิน. ถ้าเป็นมากก็ควรลดขนาดยาลงเสียสองสามวัน, ซึ่งจะทำให้อาการแทรกซ้อนนั้นหายไป. การรักษาคัยแอนติไบโอติกไม่ไ้ผลคัย. คนไข้ของเขา ๑๔ รายเกิดเป็นฝิบคัยในคัย ขึ้นภายหลังรักษามาจากทอน คัยแอนติไบโอติก.

ภัทธา อรุณลักษณ์ พ.บ.
(ร.พ. พุทธชินราช, พิษณุโลก)

๙. G. Dvorak-Theobald and H.Q. Kirk: ทางไหลของเอเควีสซีวเมอ์ในโรคคัยหินบางราย. *Am. J. Opth.* 41: 424-427, 1956.

ผู้รายงานแสดงว่าการระบายของเอเควีสซีวเมอ์จากห้องหน้า (แอนที-เรียร์เชมเบอร์) ของนัยคัยต้องผ่านความต้านทานสองตอน. ตอนแรกคือเมื่อผ่าน

จากทราเขควิลีเข้าสู่ท่อของเซลล์มี, และ
 ตอนที่สองเมื่อไหลออกจากท่อของเซลล์มี
 ผ่านไปตามหลอดเล็ก ๆ ในชั้นเปลือก
 ลูกตา (สะเคลอรา) จนถึงหลอดเล็กกว่า
 เฮปีสะเคลอรัล. ความต้านทานตอนที่สอง
 นี้สูงกว่าตอนแรกมาก. ในการตรวจเช็ค
 ชั้นของลูกตาที่เป็นก้อนหิน (กลอโคมา)
 สามัญอย่างเรอริงบางราย, พบว่าในชั้น
 สะเคลอรา มีการเจริญเกินปกติ (ฮัยเปอร์-
 ไทรฟัย) และสะเคลอโรสิส, ซึ่งเป็นการ
 เปลี่ยนแปลงตามวัย. กว้างเทคน้หลอด

เลือดในชั้นสะเคลอราจึงถูกแยกแน่นอน
 ชองภายในแคตัย, แม้ถึงแพยไปก็มี. ผู้
 รายงานจึงสรุปว่า โรคก้อนหิน สามัญชนิด
 เรอริงบางราย มีสาเหตุแท้จริงอยู่ที่ความ
 ชราของสะเคลอรา, ซึ่งเกิดการเจริญเกิน
 ปกติและสะเคลอโรสิสของเส้นใยคืออลลา-
 เจ็น, บีบหลอดเล็กจนแพยและเฮควียส-
 ฮิวเมอร์ไหลไม่สะดวก, จึงเกิดก้อนหิน
 ในที่สุด.

คาซุอิชิ คอนยามา
 (โตเกียว, ประเทศญี่ปุ่น)

โปรดทราบ

ท่านผู้ส่งข้อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่
 ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดติดต่อกับ
 แผนกจัดการของสารศิริราช.

ปกิณกะ

๑. คีอคเตอร์ เอฟ. เซเพอร์

คีอคเตอร์ เอฟ. เซเพอร์ เป็นนายแพทย์
สะเปเชียลิสต์เซอร์เฮอร์ชาวเยอรมัน, เข้า
มาเป็นที่ปรึกษากรมแพทย์ทหารบกในสมัย
นายพลทวิ พระยาตำรวงแพทยาคุณ (ฮวด
วีระไวทยะ) เป็นเจ้ากรม. คร. เอฟ.
เซเพอร์ว่า "ฉันเป็นหมอเลือก. ฉันชอบ
ยาโฆลโรเฟอร์มกับอีเธอร์เท่านั้น, เพราะ
ฉันถือว่ามันดีกว่ากรไกรเป็นยาวิเศษของฉัน.
ถ้ามีฉันไม่เหมือนเลือกสักสามวัน. มีอีกจะ
แข็งไปหมด. ค่อยไปอีกเจ็ดวันถ้าฉันเห็น
เลือกไหล, ก็ชักงงมันไปเสียแล้ว."

ท่านคีอคเตอร์ เอฟ. เซเพอร์เล่าว่า
"ที่โรงพยาบาล ณ กรุงเบอร์ลินฉันเลือก
เลือกตั้งแต่ ๘ น. ถึงเที่ยง. ซ้ำกลางคืน
ก็ยังมอด. เมื่อสงครามอยู่กับรัสเซีย,
พวกรัสเซียพาฉันไปอยู่ในกองทัพเป็นเวลา
หกเดือน. มีฉันได้กวาดเลือกที่โต๊ะ
เกือบตลอดวัน. นั่นเป็นการที่สพวารมย์

ของฉัน."

คร. เอฟ. เซเพอร์ได้เป็นผู้วางแปลน
โรงพยาบาลฟาลงกรณของสภาอากาศ
สยามที่ศาลาแดง, และได้แสดงวิชาผ่าตัด
สอนศิษย์ไว้ให้แทนตัวได้ ๑ คน, คือ
พันโท หลวงพิศภัยคัลยกิจ (ตึก สิงห์ศักดิ์).
นำเสียค่ายที่ท่านคีอคเตอร์ต้องถึงแก่กรรม
ลงโดยด่วนเนื่องจากทำผ่าตัดคนไข้เป็น
กาฬโรคต่อมาเหลืออยู่ที่ศิริราชพยาบาล
และได้รับเชื้อติดต่อไป. วันที่คีอคเตอร์
เอฟ. เซเพอร์ออกบัตรเชิญแขก ไปเยื่
โรงพยาบาลฟาลงกรณนั้นเอง, กลับเป็น
วันที่แขกทุกท่านต้องพากันไปฝังศพคีอค
เตอร์ เอฟ. เซเพอร์, ตรงกันทั้งวันและ
เวลาที่เชิญแขกไว้. เป็นความปลาบในชี
วิตของหมอชอยกต.

พ.ท. อภัย หะสีตะเวช

(ศิษย์หมายเลข ๑ ของศิริราช) (ชลบุรี)

๒. วิสัญญีแพทย์

เมื่อพูดถึงวิสัญญีแพทย์, บรรดาแพทย์
 ทั่ว ๆ ไปมักไม่สนใจ, โดยที่เห็นว่าการ
 ให้อาสาสยเป็นของง่ายเหมือนปอกกล้วย
 เข้าปาก, ไม่ยากเย็นอะไรเลย. ใคร ๆ ที่
 หยคือเชอร์ได้ก็เข็นวิสัญญีแพทย์ได้. หน้า
 ที่ของวิสัญญีแพทย์คล้ายพนักงานซึ่งคอย
 ทำตามคำสั่งของศัลยแพทย์. เพราะเหตุนี้
 จึงหาผู้ที่สมควรเป็นวิสัญญีแพทย์ได้ยาก.
 ความจริงศัลยแพทย์ได้ชื่อว่าเป็นผู้รักษา
 คนไข้, แต่ความรับผิดชอบอันแท้จริงส่วน
 หนึ่งในขณะผ่าตัดขึ้นอยู่กับวิสัญญีแพทย์,
 เพราะวิสัญญีแพทย์ควบคุมชีวิตคนไข้, มี
 หน้าที่ทำให้คนไข้สลบและควบคุมการหายใจ
 และการเต้นของหัวใจให้ปกติ. การทำ
 ให้คนไข้สลบนั้นไม่ใช่ของง่าย, แต่การ
 ทำให้อาสาสยโดยสภาพทั่ว ๆ ไปของคนไข้
 อยู่ในเกณฑ์ที่นั้นไม่ใช่ของง่าย. ถ้ามีการ
 ผิดพลาดแม้แต่น้อยหรือชั่วเวลาอันสั้น, ก็
 อาจทำให้คนไข้ถึงแก่กรรมได้. ทั้งนี้เพราะ
 ระหว่างสลบนั้นคนไข้พูดไม่ได้, เราต้อง
 สังเกตอาการแสดงเอาเอง. วิสัญญีแพทย์
 จึงควรได้รับการฝึกโดยเฉพาะ, และจำ
 เป็นต้องรู้กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา

และเภสัชวิทยาคือด้วย, การให้อาสาสยจึง
 จะปลอดภัยต่อคนไข้.

การนำยานานาใหม่ ๆ และวิธีการ
 หลายอย่างมาใช้, ได้เพิ่มสมรรถภาพของ
 วิสัญญีแพทย์ขึ้นมาก. ยาสาสยที่บริหารทาง
 หลอดเลือด, ยาทำให้กล้ามเนื้อห่อนตัว,
 ร่วมกับการใช้ท่อสอดเข้าไปในหลอดลม
 เป็นการขยายวงของการทำให้สลบออกไป
 อีก. การนำเครื่องให้อาสาสยมาใช้ก็มีประ
 โยชน์มาก, เพราะทำให้เปลืองอ้อเธอร์น้อย,
 สามารถทำการฉายปอดได้ก็, เพิ่มหรือ
 ลดออกซิจีนได้ตามความต้องการ, และ
 และยังมีคุณสมบัติอื่น ๆ อีกนา ๆ ประ
 การ. คุณสมบัติเหล่านี้ช่วยให้ศัลยแพทย์
 สามารถทำการผ่าตัดรักษาโรคหัวใจ, โรค
 ปอด, และผ่าตัดแม่คนไข้ที่ร่างกายอ่อนแอ
 ได้อย่างกว้างขวาง. แต่ในขณะเดียวกัน
 ก็ทำให้การบริหารยาสาสยยุ่งยากยิ่งขึ้น.
 ของอะไรก็ตามที่มีประโยชน์มาก, ของสิ่ง
 นั้นก็มีโทษมหันต์เสมอ. เรื่องของการ
 ให้อาสาสยก็ดำเนินตามรอยเดียวกัน. ผิด
 กันอยู่ที่ว่าอันตรายของการปฏิบัติเหล่านี้
 สามารถขจัดให้น้อยลงได้ โดยการฝึกและ

การศึกษานี้

ตามสถิติในจำนวนคนไข้ซึ่งได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ๑๐ แห่งในสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ๑๙๔๘ ถึง ๑๙๕๒ รวม ๖๕๗,๐๐๐ คน, มีคนไข้ถึงแก่กรรมเพราะการให้ยาสลบ ๓๘๔ ราย, ซึ่งเท่ากับ ๑ ใน ๑๘๑๖. สถิตินี้แสดงว่าแม้ในประเทศที่การแพทย์เจริญ, มีวิสัญญีแพทย์ที่ผ่านการฝึกมาแล้วอย่างดี, อันตรายจากการให้ยาสลบก็ยังมีอยู่เสมอ. ในเมืองเรา

ไม่มีสถิติ, จึงไม่ทราบว่าคนไข้ถึงแก่กรรมเพราะการให้ยาสลบเท่าไร. แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าเราไม่มีคนไข้ถึงแก่กรรมเพราะยาสลบ. อย่างไรก็ตามการฝึกหัดอบรมวิสัญญีแพทย์และผู้ช่วยให้มีสมรรถภาพสมบูรณ์ย่อมจะลดจำนวนอันตรายซึ่งเกิดจากการให้ยาสลบลงได้เสมอ.

น.ต. ลักษณะ บัญศิริ ร.น.
(กรมแพทย์ทหารเรือ)

๓. เขามีไข้ก่อนไหม

การที่ "เขา" ต้องมานอนแหวอยู่โรงพยาบาล ๆ ก็มักไปกัวยเคียงและคนเจ็บไข้, ต้องจากบ้าน, จากความอบอุ่นและความสุขของบ้านมา, ก็นับว่าเขาเป็นคนเคราะห์ร้ายมากอยู่แล้ว. นอกจากนั้นเขายังเดินไม่ได้, ยังปวดหัว, ยังชักกระตุก, บางทีก็ยังไม่รู้ว่าชีวิตจะรอดหรือไม่. ดังนั้นจึงเป็นธรรมดาอยู่เองที่จิตใจของเขาจะตกกระทบกระเทือนไปบ้าง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เขากำลังรุ่งเรืองอยู่ในอาชีพ, อยู่ดี ๆ

ก็มาเป็นอัมพาตลงอย่างกะทันหัน. จิตใจย่อมงันไปได้. อาชีพหยุดชะงัก. ลูกเมียชากที่พึ่ง. สภาพจิตใจของเขาเหล่านั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไป. เขาอาจท้อคอาลัยในชีวิต, หงุดหงิด, เศร้า, คอยเรียกร้องแต่ความเอาใจใส่จากคนอื่น. บางคนอาจจะแวง, แปลงการกระทำของผู้อื่นไปในทางร้าย. ฉะนั้นในการรักษาเขาที่มีโรคทางกาย, จึงเป็นหลักที่ที่ควรคำนึงอยู่เสมอว่า เขาก็มีหัวใจเหมือนกัน.

ทุกวันนี้วิทยาการของแพทย์ได้ก้าวหน้าไปมากในทางวัตถุ. เมื่อก่อนเราสวนกันได้แค่ทวารหนัก, เคียงวันสวนหัวใจก็ได้. เมื่อก่อนมันสมอง, ซึ่งเข็นของมีค่ายิ่ง, คุณแม่ธรรมชาติจึงเก็บไว้ในที่สูง, ห่อหุ้มด้วยกระดูก ซึ่ง แข็งแรง และทนทาน, ใกล้เคียงอวัยวะที่ลึกลับ; เคียงวันเราเอาอิเล็กทรอนิกส์เข้าที่หนึ่งศีรษะที่ออสายมาเข้าเครื่องขยาย, เอาการทำงานอันลึกลับของสมองออกมาเขียนเขียนกราฟได้อย่างที่เรียกกันว่าอิเล็กทรอนิกส์เอนเซฟาโลแกรม. นี่เป็นตัวอย่างอันน้อยของความ เจริญ ทางวัตถุในทางแพทย์.

แต่ทางจิตใจของเราได้มีวิวัฒนาการมานานไป กับ ความเจริญ ทาง วัตถุนี้ หรือเปล่า. เมื่อห้าสิบลูก่อนจิตใจของเรา, ท่าทีของเราที่มีต่อเขาเป็นอย่างไร, ทุกวันนี้เป็นอย่างไร. เมื่อสมัยก่อนเราไม่เคยได้ยินการวิพากษ์วิจารณ์วงการแพทย์ในหนังสือพิมพ์เลย, แต่เคียงวันพบบ่อย ๆ. รายที่สุกซึ่ครายหนึ่งเขียนจดหมายถึงหนังสือพิมพ์ว่าภรรยาเขาไปอยู่โรงพยาบาลเพื่อคลอดบุตร, แต่ถูก “สขเลือกเอาไปขาย” อย่างทารุณ, ซึ่งความจริงก็เป็นการเอาเลือกไปตรวจตามระเบียบเท่านั้น. จึงเห็น

ได้ว่า “ท่าที” ของเราที่มีต่อเขานั้นควรเป็นท่าทีที่เห็นอกเห็นใจ, ท่าทีที่เข้าใจซึ่งกันและกัน, ท่าทีที่เป็นมิตร, หวังดีต่อเสมอ และอดทนด้วย. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขาที่ค่อนข้างระแวงก็ควรจะให้เว้นการกระทำใดๆ ที่จะให้เขาระแวงหนักขึ้น. ในเรื่องความเห็นอกเห็นใจนี้มีคำใหม่ในภาษาอังกฤษ คำหนึ่ง, คือ “empathy”, ซึ่งแปลว่าความสามารถที่จะเข้าใจในความรู้สึกของคนอื่น ๆ โดยอารมณ์ของเราไม่สิ้นสะเทือนไปด้วยกับคนนั้น ๆ, และด้วยเหตุนี้เองท่านจึงตกใจได้ก็. เป็นคำที่คล้าย กับ sympathy ซึ่งแปลว่า “ความเห็นอกเห็นใจ.” คนที่มีซิมพัลลีย์จะพูดว่า “ฉันรู้สึกเช่นเดียวกับท่าน,” แต่คนที่มีเอ็มพัลลีย์จะพูดว่า “ฉันรู้ว่าท่านรู้สึกอย่างไร.” ฉะนั้นถ้าเราปลุกฝัง “เอ็มพัลลีย์” ไว้ในนิสัยของเรา, เราจะเข้าใจอารมณ์ของเขาคิดขึ้น, และจะช่วยเขาให้สงบอารมณ์และหายจากโรคเร็วขึ้น. เอ็มพัลลีย์จะช่วยจะให้เรา “โรคเป็นแก่คนไข้อะไร” แทนที่ “คนไข้เป็นโรคอะไร.”

นับว่าเป็นเคราะห์ดีของวงการแพทย์อย่างหนึ่งที่ว่าในโลกนี้ยังมีเขาที่เรียกกันว่า “คนจน” อยู่. เพราะเขาที่จน ๆ เหล่านี้

เองก็กลายเป็น “วัตถุพลอยได้” ที่สำคัญยิ่งของการแพทย์, คือในขณะที่รักษาให้เขา, เราก็กู้ค่าตัวเขาเป็น “เครื่องประกอบการสอน” แก่นักเรียนแพทย์, ซึ่งเราจะขอขอบคุณเขามากในขั้นนี้.

เพราะฉะนั้นในการปฏิบัติต่อเขาเหล่านี้, ไม่ว่าจะ เป็นใน ห้องตรวจโรคคนอกหรือในห้องรักษา, ถ้าเราจะเคารพต่อจิตใจของ

เขา, ต่อส่วนกายวิภาคของเขาที่เป็นพยาธิ (เฉพาะอย่างที่แปลกๆ และหายาก), และด้วยหลักการที่ว่า “เขามิใช่ก้อนไม้,” ผลที่ปรากฏก็จะเป็นอันไปไม่ได้เลย, นอกจากการแซ่ซ้องสาธุการต่อเราและอาชีพของพวกเขา.

พ.ท. สุพจน์ ขวัญมิตร พ.บ.

(ร.พ. พระมงกุฎเกล้า)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๔๕๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๘๕๑	๑,๑๕๐*	๑,๒๔๔	๑,๑๘๕*	๑,๕๘๕	๒๕๑	๗,๓๑๔
เก่า	๓,๕๐๒*	๑,๕๐๗	๒,๐๓๔	๑,๕๐๘*	๓,๕๓๐*	๓๕๘	๑๓,๒๓๕*
รวม	๕,๓๕๓*	๓,๐๕๗	๓,๒๗๘	๒,๖๙๓*	๕,๑๑๕	๖๐๙	๒๐,๕๕๓*
<u>ใน</u>	๑๘๓	๒๕๕	๘๘๓	๑๐๑	๓๒๓	—	๑,๗๔๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๓๓๕. จักษุ ฯ ๒๗๔. สูติ-นารี ฯ ๒๒๔. รวม ๘๓๓ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๑๕. หญิง ๒๒๕. รวม ๖๑๕. คลอดตาย ชาย ๕. หญิง ๑๐ รวม ๑๕.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๑* คน (๕.๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๔ ราย. (๑๔.๐ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๖๑ ครั้ง. ข้างนอก ๑๐ ครั้ง. รวม ๔๗๑ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๖๓๖ คน. รักษาใหม่ ๓๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕๐ ครั้ง. รานเดียม รักษา ๑๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๔ คน, รักษาใหม่และเก่า ๔๓ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๕๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๔๖๒ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๔ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๐๗๔ ราย. (จากภายนอก ๕๗ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน ๕๓. วัชเชอร์แมนและคานัน ๑,๗๑๐. หมูเลือด ๒๕๔. น้บเม็ดเลือด ๔๑๒. ทานเซอร์บักเทรี ๕๖. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๗๒ อูจจาระ ๒๕๐. ปัสสาวะ ๒๓๒. เสมหะและอื่น ๆ ๓๒. เพาะเชื้อจากเลือด ๕๕๘. อูจจาระ ๑๒๖. ปัสสาวะ ๓๑. น้ำไขสันหลัง ๑๓. เสมหะและอื่น ๆ ๘๑. นิโคตีลทดสอบ — เพาะเชื้อปอด ๒๔. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๒๕. ตรวจศพนิติเวช ๑๗. ตรวจของกลาง ๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๘. เจาะน้ำสันหลัง ๑๒. เจาะตับ ๑๕.* น้ำช่องปอด ๑๓. อัดลมเข้าช่องปอด ๗. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕.* นิโคตีลทดสอบ ๓๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๒๐. ถอนฟัน ๓๕๕. อุดฟัน ๑๐๘. ผ่าตัดช่องปาก ๒๗.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา

๑. คุณหญิงประทีปนิรันตน์ ภูมिरัตน์ เสรีภูภักดิ์ บ้านเลขที่ ๖๗๖ ถนนอนุวงศ์ ตำบลจักรวรรดิ อำเภอสามพันขวด จังหวัดพระนคร มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อให้ซื้อหนังสือและเครื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับแผนกคัลลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๒. นางยุคตะเสวีวิวัฒน์ บ้านเลขที่ ๖๓๔ ซอยปรีดา ตำบลบางกระบือ จังหวัดพระนคร บริจาครถเข็น ๓ คัน รวมราคา ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ให้แก่แผนกศัลยกรรม—นรีเวชวิทยา

๓. นางพร้า นิลวัชระ บ้านสี่แยกถนนวรจักร ตำบลวรจักร อำเภอป้อมปราบศัตรูพ่าย จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ทั้งเป็นทุน “นางพร้า นิลวัชระ” เพื่อเก็บคอกผลบำรุงโรงพยาบาลศิริราช

การประชุมวิชาการประจำเดือน

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้เปิดเรียนภาคที่หนึ่ง ปีการศึกษา ๒๔๕๕—๒๕๐๐ เมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน

๒๔๕๕. ในโอกาสเดียวกัน ก็ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำเดือนขึ้น ทั้งเคยปฏิบัติมาเช่นปีก่อน ๆ.

ในรอยับการศึกษาใหม่นี้ ท่านคณะบดีและท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์ ได้รับเลือกจากคณะฯ ให้เป็นผู้ดำเนินการประชุมวิชาการ และผู้ช่วยดำเนินการฯ โดยลำคัย, และเพื่อจักให้การประชุมประสบผลสัมความมุ่งหมาย, ได้รับความพึงใจจากบรรดาผู้เข้ามาร่วมฟังการประชุมทั้งดั่งกัน, ท่านผู้ช่วยดำเนินการประชุมทางวิชาการจึงได้กำหนดระเบียบไว้ดังนี้:

๑. ผู้เสนอเรื่องต้องพยายามรักษาเวลาโดยเคร่งครัด. ถ้าเกินไปจากที่กำหนดมากกว่า ๕ นาที, ประธานของประชุมจะขอให้ระงับเรื่อง.

๒. ผู้อภิปรายครั้งหนึ่งต้องไม่เกิน ๔ นาที. ฉะนั้น ผู้ถามและผู้ตอบโปรดอภิปรายให้อยู่ในหัวข้อเรื่องเท่านั้นและได้ข้อความกระทัดรัด. ถ้าอภิปรายนอกเรื่องหรือยืดยาวเกินไปประธานจะขอให้ระงับการอภิปรายนั้น.

๓. การถามการตอบเป็นตอนสำคัญของการประชุม. ที่ประชุมจะอนุญาตให้

ถาม ตอบได้จนเป็นที่พอใจ, นอกจากจะ
เกินเวลาไปมาก.

๔. ข้อยกพร่องต่าง ๆ จะได้เสนอต่อ
ที่ประชุมหลังเสร็จทางวิชาการครั้งหนึ่ง ๆ
เพื่อแก้ไขสำหรับการประชุมคราวต่อไป.

ในการประชุมครั้งแรกของปีการศึกษา
๒๔๙๙-๒๕๐๐ นี้ ผู้ดำเนินการประชุม
ได้จัดขึ้น ณ ห้องปาฐกถาของแผนกพยาธิ
วิทยา ในวันเสาร์ที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๔๙๙
เวลา ๑๐.๓๐ น. มีเรื่องที่จะแสดง
ดังต่อไปนี้:

๑. กลุ่มอาการมาร์ ฟัง, รายงานผู้
ช่วย ๕ ราย. ศาสตราจารย์ แดง กาญจนนา
วัฒน์ แพทย์หญิงฉวี ลิมปพยอม แห่ง
แผนกจักษุวิทยาฯ, และแพทย์หญิงตระ
หนักจิต ทวีวัฒนสุต แห่งแผนกอายุรศาสตร์,
เป็นเจ้าของเรื่อง.

๒. เอ็คโคโคปิคโซมเรียนเฮปียิลิโอมา,
รายงานผู้ช่วย ๑ ราย. นายแพทย์ วิทร
โฮสถานนท์ แห่งแผนกสรีรศาสตร์—นิว
เวชวิทยา เป็นเจ้าของเรื่อง.

อาจารย์ย้ายสังกัด

นายแพทย์ ตรีภูล กิติสิน, อาจารย์
ประจำแผนกวิชาสรีรวิทยา คณะแพทย

ศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ผู้สมัครเข้า
สอบแข่งขันเลื่อนชั้นตามพระราชบัญญัติ
ข้าราชการพลเรือนและได้เลื่อนชั้นเป็นชั้น
เอก, ได้ย้ายจากสังกัดเดิมไปรับตำแหน่ง
อาจารย์เอกประจำแผนกวิชาสรีรวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
แล้ว, ตั้งแต่วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๔๙๙.

นายแพทย์ ตรีภูล กิติสิน เป็นอาจารย์
อาวุโสผู้หนึ่งในแผนกวิชาสรีรวิทยา แห่ง
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ทาม
ประวัติการรับราชการของท่านผู้ปรากฏว่า
เมื่อสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์จากคณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแล้ว ก็สมัคร
เข้ารับราชการเป็นอาจารย์ในแผนกวิชาสรี
รวิทยาแห่งสำนักศึกษาเคมิตลอดมาร่วม
เวลากว่าสิบปี. ในระหว่างนั้นได้ทำการ
ค้นคว้าเพื่อเสนอวิทยานิพนธ์ "การศึกษ
เภสัชวิทยาของต้นหญ้าไต้ใบ", ได้ทำงาน
ชั้นในในความควบคุมและแนะนำของศาส
ตราจารย์ อวย เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนก.
ปรากฏผลในที่สุดว่า นายแพทย์ ตรีภูล
กิติสิน ได้ประสบผลสำเร็จในการเสนอ
วิทยานิพนธ์ดังกล่าวนี้และได้รับแพทย
ศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาลเมื่อวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์

๒๔๕๕. ต่อมาได้รับทุนให้ไปงานการให้การศึกษาแพทยศาสตร์ในสาขาวิชาสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาณสหรัฐอเมริกา ๑ ปี, แล้วกลับมารับราชการในตำแหน่งเดิม.

การจากไปของอาจารย์ผู้นี้ คงยังให้เกิดความอาลัยในบรรดาเพื่อนข้าราชการร่วมแผนกไม่น้อย แม้ว่าจะเกิดความยี่ติที่ท่านได้ก้าวหน้าไปสู่ตำแหน่งราชการสูงขึ้นก็ตาม.

ข่าวแผนกจักษุวิทยาฯ มิถุนายน ๒๔๕๕

๑. มีการอ่านวารสารทางแพทย์ ทุกวันจันทร์เวลา ๑๕.๐๐ ถึง ๑๕.๐๐ น. ครั้งละ ๒ ชั่วโมง. น.พ. สำราญ วงศ์พาศเป็นผู้จัดชั่วโมงเรื่อง. แพทย์ประจำบ้านฮาวโตและแพทย์ประจำบ้าน เป็นผู้เตรียม และ อ่าน. เรื่องที่ได้นำมาพูดในเก็อนนมีดังนี้:

- ๑. การศึกษาเรื่องเรติโนยาสโตมา
- ๒. โรคแทรกภายในสมองหลังจากเป็นโรคโพรงกระดูกมาศตอยด์อีกเสบเรอรั้ง
- ๓. การใช้เพิร์คินโซนและเพิร์คินโซไลนณโรคทางตา

๔. การใช้วิตามินเพื่อป้องกันเลือดออกหลังผ่าตัดแอดีนอยด์และท่อมที่อนซิล

๕. กลไกการปรับอากาศของจมูก

๖. วิเคราะห์สไลด์หลังจากทำผ่าตัดต่อกระพอก โดยวิธีปลิ้นออกจากถุงหุ้ม

๒. ได้รับมอบศาลาศิลยกรรม (เดิม) จากแผนกศัลยศาสตร์, เมื่อวันจันทร์ที่ ๑๘ มิถุนายน, และเริ่มใช้ชั้นล่างเขียนห้องผ่าตัด, ชั้นบนเป็นสำนักงานและห้องรายงานของแผนก

๓. มีการพินความรั่วในวิชาจักษุวิทยาและวิทยาโสคนาสิกสาริ่งช้ทุกวันศุกร์ เวลา ๑๓.๐๐ ถึง ๑๔.๐๐ น. น.พ. บรรจงศักดิ์นิมะมาตรเป็นผู้บรรยาย.

๔. เรื่องทางวิชาการบรรยายในการประชุมวิชาการประจำเดือน, เรื่องกลุ่มอาการมาร์ฟัง, รายงานผู้ช่วย ๒ ราย โดย น.พ. แคง กาญจนารัตน์, พ.ญ. ฝิว ลิมปพยอมร่วมกับพ.ญ. กระทบักจิต ตรีณสุต, แผนกอายุรศาสตร์.

๕. น.ส. สอศศิริ บัณเฑาะวี ี.พ. พนักงานวิทยาศาสตร์ได้ลาออกไปศึกษาต่อ คณะสาธารณสุขศาสตร์.

ฝิว ลิมปพยอม พ.บ. รวบรวม

ข้าว แผนกอายุรศาสตร์ มิถุนายน

๒๔๕๕

ชุมนุมวิชาการในแผนก

รายงานผู้ช่วยทั่วไป: ๑๓ มิ.ย. ๕๕. รายที่ ๑, ผู้ช่วยหญิงอายุ ๓๑ ปี. เจ็บชายโครงขวา ๕ วัน. หน้าท้องส่วนบนขวาตึงและกดเจ็บมาก. พอคาล้ำขี้ไก่. ไข้สูง. เมื่กลืนข้าวลง. ไอโอคินเทสต์ ๓ +. เมื่อให้เพนิซิลลินแล้วผู้ช่วยดีขึ้นมากเกือบเป็นปกติ, แต่คาล้ำก้อนไค้ไค้ชายโครงขวาที่ไม่ใช่ขี้ไก่. รอการสืบสวนต่อไป.

รายที่ ๒, ผู้ช่วยหญิงอายุ ๑๘ ปี, เข้ามาอยู่โรงพยาบาล ๘ เดือนแล้วด้วยโรคหรือมโหฬายโคชินคเปอร์เปอร่า. มีไข้เป็นพัก ๆ, สัปดาห์ละราว ๒ ครั้ง. ไม่พยเชื้อมาลาเรีย, และไม่พยแบคทีเรียในการเพาะเชื้อในเลือด. ม้ามคาล้ำไม่พย. ไม่ดีขึ้นหลังจากให้ยาจำพวกเพโมเรอราซัยและแอนติไบโอติกและยารักษามาลาเรีย.

๒๐ มิ.ย. ๕๕. ผู้ช่วยส่งสัยเนองอกในสมอง. มีการตรวจพบทางประสาทยุ่งยากมาก. การตรวจศพปรากฏว่าเป็นเนองอกของประสาทรับเสียง (อะคูสติก). และ

กคส่วนของสมองข้างเดียว.

๑๗ มิ.ย. ๕๕. ผู้ช่วยหญิงอายุ ๑๕ ปี มีหัวใจล้มเลิกคั้ง. ความดันเลือดสูง. ไม่มีชีพจรในแขนซ้าย. ไทชวาไม่ทำงาน. เข้าใจว่าเป็นวีเนลซัยเปอร่าเท็นชัน. แต่ต้องแยกโคอาร์คเทชันของเอออร์ตาชนิดผิดแบบต่อไป.

รายงานผู้ช่วยโรคในทรวงอก: ๕ มิ.ย.

๕๕. (๑) ผู้ช่วยชาย, อายุ ๕๖ ปี. ไอเสียงแห้งมา๓เดือน. มีก้อนปรากฏทางขวาของเมคิอาสทินัม ปฏิกริยาาคาห์นลบ. การกระตักกิ่งเทรเมียไม่พย. ไม่ปรากฏอาการพยอนของแอนิวริสม์ ๆ ได้ถกกันถึงแผนการรักษาไปทางเนองอกในเมคิอาสทินัม.

(๒) ผู้ช่วยชาย, อายุ ๔๒ ปี. มีลักษณะทางคลินิกและภาพเอกซเรย์เป็นขันิวโมเนียที่ปอดกลีบซ้ายล่าง. หายช้ามากทั้ง ๆ ที่รักษาด้วยเพนิซิลลิน, เทอร์รามิซินและซัลฟาโคซินทีละขนาน, ในขนาดที่ควรได้ผล. เข้าใจว่าเป็นสตาฟีโลค็อกคัลขันิวโมเนียซึ่งมีเรโซลูชันล่าช้า.

๑๖ มิ.ย. ๕๕. รายที่ ๑ ผู้ช่วยชาย, อายุ ๔๖ ปี. เป็นพลิวริลเซฟฟิวชันชนิด

เลือดปนน้ำเหลืองในช่องปอดข้างขวาที่หา
 เหตุไม่ได้. เมื่กลืนเลือดขาวสง. ไอโอดีน
 เทสต์ลบ. ย้อมสีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด
 แขนงซ้ายโคเลลา ๔ ครั้ง ได้ผลที่ลึก
 ล้นกันมาก (ชั้น ๑ ชั้น ๔ ชั้น ๔ และ
 ชั้น ๒ ตามลำดับ). ใ้ให้การรักษาแบบ
 วัณโรค. ใช้ลดลงปกติ. น้ำน้อยลงมาก
 เร็ว ๆ.

รายที่ ๒, ผู้ป่วยชาย, อายุ ๒๕ ปี,
 มา ร.พ. ด้วยอาการของการอุดตันที่ซุบ
 เรียรวินาคาวา และเสียงแหบมา ๑
 เดือน. ภาพเอกซเรย์แสดงเนื้องอกก้อน
 ใหญ่ของเมดิอัสตินัม. ผลการตรวจชิ้น
 เนื้อจากต่อมน้ำเหลืองที่คอ บ่งไปทางวัณ-
 โรค. ตรวจพบแผลวัณโรคที่กล่องเสียง.

การประชุมวิชาการระหว่างแพทย์
 ประจำบ้านกับแพทย์ประจำบ้านอาวุโส

ในแผนก

๑๔ มี.ย. ๕๕. เรื่องที่ ๑. แขนกที่เรียว
 เส้นโคคาร์โคทิสชนิดรองปัจจุบัน (sub-
 acute) ที่เห็น ๆ หาย ๆ. มีรายงานว่า
 ระยะหลัง ๆ มักทนยาเสมอ. ใ้เลือกผู้
 ย่วยที่มีปวด บริเวณม้าม มาตัด ม้าม ออก.
 พบมีแหล่งติดเชื้อที่ม้ามทุกราย, และหาย

หลังจากตัดม้ามออก.

เรื่องที่ ๒ ทวอบีคัลอิโอสโนพีเลีย.
 ๒๑ มี.ย. ๕๕. เรื่องที่ ๑ ความสัมพันธ์
 ระหว่างการปรากฏหรือมโยลิสต์ในหลอด
 เลือดกำปลายทางกับคาร์ตีนมาของอวัยวะ
 ภายใน

เรื่องที่ ๒. กลุ่มพยาธิสภาพที่เกิดภายใน
 หลังมัยโอคาร์เดียมอินฟาร์กชัน.

๒๘ มี.ย. ๕๕. เรื่องที่ ๑. การ
 วินิจฉัยชีพลิตคแอนิวริสม์ของเอออร์-
 ทิคไซนัสก่อนตาย.

เรื่องที่ ๒. การวินิจฉัยเอ็นเซฟาไลติส.

ร่วมชุมนุมวิชาการของคณะ ฯ

๓๐ มี.ย. ๕๕. พ.ญ. ทัศนภักดี หะ-
 วินสุต ใ้ร่วมกับศาสตราจารย์แดง
 กาญจนาวินัย และ พ.ญ. ฉวี ลิมปพยอม
 บรรยายเรื่องกลุ่มอาการมารฟิง

ผู้มเกียรติเยี่ยมแผนก

๕ มี.ย. ๕๕. ศาสตราจารย์ Maegraith,
 คณบดีโรงเรียนโรคเมืองร้อนแห่งลิเวอร์
 พูล, ใ้มาเยี่ยมแผนกและเยี่ยมผู้ป่วย
 โรคเมืองร้อนตามตึกต่าง ๆ ของแผนก.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม

ข่าวศิษย์เก่า

กลับจากต่างประเทศ เรืออากาศโท สุธิ เพิ่มเติมที่ประเทศอังกฤษ เมื่อต้นเดือน
ถิมอักษร แห่งโรงพยาบาลภูมิพลฯ กรม น, และได้เข้าประจำยังสังกัดเดิมโดย
แพทย์ทหารอากาศ กลับจากการศึกษา เวชร้อยแล้ว.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชั้กเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

หน้าสำหรับนิลิต

โรแนลด์ รอสส์

ผู้ได้รับรางวัลโนเบลปี ๑๙๐๒

งานสำคัญของท่านผู้นี้คือมาลาเรีย, โดยได้แสดงว่าเชื้อมาลาเรียเข้าสู่คนได้อย่างไร. นับว่าเป็นผู้ริเริ่มการค้นคว้าซึ่งนำความสำเร็จในการรักษาโรคนี้ในภายหลัง.

ชีวประวัติ

โรแนลด์ รอสส์ (Ronald Ross) สืบสกุลแองโกลอินเดียขึ้นมาถึงสามชั่วคน. เกิดที่เมือง ฮัลโมราในแคว้นเนปาลเมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๑๘๕๗. เป็นบุตรชายคนแรกในพี่น้องรวมสี่คน. ยศกาเป็นนายพลชื่อเซอร์แคมป์เบลล์ เคลย์ รอสส์. โรแนลด์ รอสส์ เริ่มศึกษาวิชาแพทยที่โรงพยาบาลเซนต์บาร์โธโลมิว, กรุงลอนดอนเมื่อปี ๑๘๗๔ และได้รับปริญญา M.R.C.S. ในปี ๑๘๗๕. หลังจากนั้นเป็นแพทย์ประจำเรือซึ่งเดินทางระหว่างลอนดอนกับนิวยอร์กอยู่พักหนึ่ง, แล้วได้เข้าทำงานในกรมการแพทย์ของแคว้นมัท-

ราส, ประเทศอินเดีย. ได้ร่วมการรบกับพม่าด้วย. ในปี ๑๘๘๘ ได้ลาออกจากราชการและกลับไปศึกษาวิทยายุक्तที่วิทยาลัย. ไคลน์ (Dr. Klein) ที่ลอนดอน. เมื่อสอบได้ประกาศนียบัตรวิชาสาธารณสุข (D.P.H.) แล้วก็กลับไปอินเดียอีก. เริ่มสนใจมาลาเรียเป็นพิเศษเมื่อปี ๑๘๙๒. ได้ศึกษาขงด้วย. ในปี ๑๘๙๔ เซอร์แพทริก แมนสัน (Patrick Manson) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางโรคเมืองร้อน, ได้ให้รอสส์ศึกษาเชื้อมาลาเรีย ซึ่งลาเวอรั (Laveran) ได้พบเมื่อปี ๑๘๘๐. รอสส์ได้มุ่งหน้าศึกษาปัญหาว่าเชื้อมาลาเรียผ่านจากกระยะหนึ่ง ๆ ไปอย่างไร, โดยการแนะนำและสนับสนุนของแมนสัน. ต่อมารอสส์ได้ถูกส่งไปแคว้นฮัลลัมเพื่อค้นคว้าเรื่องคาลาอะซาร์. ในปี ๑๘๙๕ ได้รับแต่งตั้งเป็นอาจารย์ผู้บรรยายวิชาโรคเมืองร้อนที่ลิเวอร์พูล, และในปี ๑๙๐๒ ได้เลื่อนเป็นศาสตราจารย์. ในปี ๑๙๑๑ ได้

รับแต่งตั้งเป็นเซอร์ (Knight Commander of the Bath.) ในปี ๑๕๑๒ ได้ย้ายไปเป็นแพทย์เฉพาะโรคเมืองรอนท์ โรงพยาบาลของคิงส์คอลเลจในกรุงลอนดอน. ระหว่างสงครามโลกครั้งแรกได้ทำงานเป็นที่ปรึกษาหลายแห่ง. ในปี ๑๕๑๘ ได้เลื่อนยศเป็น Knight Commander of the Order of Saint Michael and Saint George. เขาได้เดินทางไปไกล ๆ อยู่เสมอเพื่อแนะนำเรื่องการรักษา มาลาเรีย. นอกจากบทความทางวิชาการแล้วเขายังได้เขียนเรื่องประเภทรักโรกรักไว้อีกหลายเรื่อง. ในปี ๑๕๒๖ ได้มีการเปิดสถานโรสส์และโรงพยาบาลโรคเมืองรอนท์เพื่อเป็นเกียรติแก่เขาที่พุดนีย์ (Putney) ในลอนดอน. เขาได้ถึงแก่กรรมตนเองในปี ๑๕๓๒, ศิริรวมอายุได้ ๗๕ ปี.

เรื่องที่ได้รับรางวัลโนเบล

“... ก่อนกลางเดือนสิงหาคม ๑๘๘๗ ข้าพเจ้าได้รวบรวมยุงสี่เท้าเป็นจำนวนมาก และยุงลาย* สองสามชนิด. เมื่อใกล้ของข้า

แหละคุณปรากฏว่าไม่ได้ผลเพราะไม่พบอะไรในยุง....

“ข้าพเจ้าจำพวกยุงลายได้, แต่ไม่สามารถหาลูกน้ำหรือปล่อยให้ยุงนั้นก็ผู้ช่วยได้, จึงไม่สามารถทดลองอะไร. จนถึงวันที่ ๑๕ สิงหาคมผู้ช่วยคนหนึ่งได้อา ลูกน้ำใส่ขวดมาให้. พอรุ่งขึ้นบางตัวก็กลายเป็นยุงซึ่งข้าพเจ้าได้พบยุงลายหลายตัว อันเป็นพวกเดียวกับที่ได้พบตามค่ายทหาร, แต่ตัวใหญ่กว่าและแข็งแรงกว่ามาก. ด้วยความยินดียิ่งข้าพเจ้าได้ให้มันกินเลือดคนชื่อมาลาเรีย. พอกินเสร็จก็ผ่า ๔ ตัว, แต่ก็ไม่พบอะไร... เพราะที่ร้ายยิ่งที่ไม่ได้ยุงจากขวดอีกเลย. อย่างไรก็ดีข้าพเจ้ายังมียุงลายเหลืออีก ๔ ตัว. แต่โชคไม่ดีตามเคย. ข้าพเจ้าผ่ายุงสองตัวไม่กินและไม่พบอะไร. เมื่อถึงวันที่ ๒๐ สิงหาคมข้าพเจ้าเหลือยุงอีก ๒ ตัว. ยิ่งดีที่มันไม่ตาย. ทั้งสองตัวได้กินเลือดคนชื่อมาลาเรียมาแล้ว ๑๖ ครั้ง. โดยที่มันงานยุ่งมากข้าพเจ้าจึงมีโอกาสศึกษามันเอาในคอนยีน, เมื่อนั้นค่าเพลิงมากแล้ว. การผ่าตัดก็เป็นผลสำเร็จเมื่อถึงยุงตัวที่เจ็ด

* เนื่องด้วยโรสส์ไม่มีเอกสารเรื่องยุง, จึงได้จัดแบ่งชนิดเองและตั้งชื่ออย่างง่าย ๆ. ยุงสี่เท้าเป็นพวกคิวลิกซ์ (Culex) ส่วนยุงลายอยู่ในพวกสเตโกมัยเอีย (Stegomyia).

ข้าพเจ้าได้ตรวจทุก ๆ เซลล์ก็ไม่พบอะไร, จนกระทั่งถึงกระเพาะอาหาร, และเกือบจะเลิกการตรวจเสียแล้ว, ข้าพเจ้าได้พบเซลล์กลม ๆ ขนาดเล็กมากปะปนอยู่กับเซลล์ปกติและยากที่จะแยกออกจากกัน. สันนิษฐานจากข้าพเจ้าว่านั่นเป็นของใหม่. เมื่อได้ตรวจต่อไปก็พบเซลล์พิเศษอีกหลายตัว. ข้าพเจ้าได้โฟกัสเซลล์พิเศษตัวหนึ่งและเห็นว่าภายในมีรูเล็กๆ ๆ สีดำเหมือนกับพิกเมนต์ของเซลล์มาลาเรียอยู่สองสามจุด. ข้าพเจ้านับเซลล์พิเศษนี้ได้ ๑๒ เซลล์ในยุงตัวนั้น. แต่เนื่องจากความเห็นที่เห็นน้อยและความผิดหวังย่อย ๆ ข้าพเจ้าจึงไม่ได้เฉลียวถึงความสำคัญของการค้นพบนั้น. ภายหลังที่จัดการเมานต์ตัวอย่างนั้นเก็บไว้แล้ว ข้าพเจ้าก็กลับอ่านและกลับไปเกือบชั่วโมงทั้งนั้น. และในทันทีก็เกิดความนึกเป็นครั้งแรกขึ้นว่ายุงเหล่านี้ ๆ ได้กลายเป็นและบรรลุดังที่สุดแล้ว, และก็เป็นความจริง.....

“เช้าวันรุ่งขึ้นเจ้ายุงตัวที่แปดและสุดท้าย... ก็ได้ถูกฆ่าและชำแหละออกด้วยความกระวนกระวายใจ.... โชคดี.... ข้าพเจ้าได้พบเจ้ารูสีดำอย่างเดียวกันใน

เซลล์พิเศษอีก.... และพบว่าคราวนี้ไม่ได้อยู่ในกระเพาะของยุงแต่อยู่ในผนังของกระเพาะ.....”

“การสังเกตสองครั้งนี้ได้ช่วยคลี่คลายปัญหาของมาลาเรีย... แม้ว่าจะยังไม่ถึงขั้นสิ้นสุด, แต่ก็ได้พบร่องรอยแล้ว, กล่าวคือข้าพเจ้าได้พบความจริงสองประการ, ใดแก่ (๑) เกือบทุกชนิดของยุงที่มีส่วนเกี่ยวข้อง, และ (๒) ตำแหน่งและการปรากฏของเซลล์มาลาเรียภายในกระเพาะ.....”

ในเดือนกรกฎาคม ๑๙๕๑ แมคคัลลัม (MacCallum) พยายามการสืบพันธุ์แบบแยกเพศ (sexual phase) ของเซลล์มาลาเรีย. แมนสันจึงเชื่อกันที่ว่าเซลล์พิกเมนต์ของรอสส์คือเซลล์ตัวเมียที่ไกรยการผสมพันธุ์แล้ว, ซึ่งภายหลังการค้นนั้นก็เคลื่อนไหวได้และฝังตัวอยู่ในอวัยวะของยุงเพื่อการเจริญต่อไป. ในเดือนกรกฎาคม ๑๙๕๔ รอสส์ได้พบโปรโตซัวของโปรเทโอโซมา (Proteosoma) ซึ่งเป็นเซลล์มาลาเรียของนก, ในค่อมน้ำลายของยุง. ดังนั้นทางเชื่อมโยงกับการติดเซลล์ของมาลาเรียจึงได้ถูกเผยออก, และเรอทั้งหมดก็ไ้เสร็จเรียบร้อย. กรวาศ

(Grassi), นักมาลาเรียชาวอิตาลี, ได้พบความจริงเกี่ยวกับมาลาเรียในคน และได้เข้กเผยความเร้นลับที่ยังเหลืออยู่จนหมดสิ้น. รอสส์หวังเป็นอย่างมากว่าการค้นพบของเขา “คงช่วยชีวิตของพลโลกจำนวนมาก. เป็นการเข้กโลกให้พียงแสงแห่งอารยะธรรม.” เขาคงจะผิดหวังบ้าง, เพราะเรื่องไ้ก่กลายเป็นยาก. การเศรษฐกิจก็, การเพาะปลูกก็และการสังคมของพลโลกก็, เกิดมีความสำคัญขึ้นมาและเป็นเหตุให้การควบคุมมาลาเรียไม่ได้ผลก็เท่าที่หวัง. ยิ่งกว่านั้นการระชากของโรคในแง่ต่าง ๆ ก็ยังไม่เข้กเข้าใจกันก็แต่ในทุกวันนี้. การค้นพบของเซอร์โรนัลด์ รอสส์ได้ผลให้เห็นลู่ทางในการช่วยกำจัด, เช่นการระบายน้ำ, การใส่น้ำมันในขี้และหนอง, เหล่านี้ยว่ามีประโยชน์มากแก่หมู่ชนที่อยู่ในคองมาลาเรีย. เมื่อควบกับการใช้ควินินและยาที่ผลิตขึ้นใหม่ ๆ อีกหลายอย่าง, เช่น

อะเคยริน, แม้ว่าจะไม่ถึงก็ทำให้มาลาเรียหมดไป, ก็ได้ช่วยลดอัตราป่วยลงไปไ้มาก, การนำ คีคีท. และยาปราบแมลงอื่น ๆ มาใช้, ช่วยให้การปราบยุงไ้ผลก็ยิ่งขึ้น.

บางคนคงจะมีความเห็นว่างานของรอสส์ไ้ช่วยส่งเสริมคนเช่นวอลเตอร์ วิก (Walter Reed) และชาลส์นิกอลส์ (Charles Nicolls) ให้ไ้ค้นพบบวมที่เป็นพาหะของโรคอื่น ๆ ต่อมา. แต่ก็ควรระลึกอยู่เสมอว่าผู้ที่ริเริ่มงานมาลาเรียมาก่อน, เช่นอีโอบอลด์ สมิธ (Theobald Smith) และแมนสัน, ต่างก็ไ้มีส่วนร่วมในงานอันพึงยกย่องนี้ด้วย. ทั้งยังไม่ควรลืมว่านายพลกอร์กัส (Gorgas) ผู้ปราบยุงในแคว้นคลองปานามาจนหมดสิ้น, ไ้ขจัดทั้งมาลาเรียและไข้เหลืองไปพร้อมกันด้วย.

สนอง อุณาคุต พ.ด., M.S.

โปรดทราบ

ท่านผู้สั่งซื้อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดคิกต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารศิริราช ฌบัยคิษย์เก่าครวหน้า
 ขอที่ควรระอวคได้ประการหนึ่ง, นอกเหนือ
 ไปจากการที่ไ้รับความร่วมมือจากศิษย์เก่า
 อย่างคียงเช่นเคย, คือเรามีเรื่องจากศิษย์ที่
 อยู่ในที่ต่าง ๆ กัน, ไม่เพียงแต่ “หลายมุม
 ของประเทศ” เท่านั้น, หากแต่ “หลายมุม
 ของโลก” ที่เกี่ยว. นอกจากนี้เรื่องที่ได้
 รับจากเชียงใหม่, คุณหมอรละเอียด ฤกษ์-
 เกษม), พิษณุโลก (คุณหมอกัทรา อรุณ-
 ลักษณ์), พระนคร (ท่านชุนรัตนเวชสาขา,
 ท่านชุนสังกัด โรคกคคคค หรือ นายแพทย์ สังก
 เปล่งวานิช,) คุณหมอวันดี ไวสำรวจ,
 คุณหมอเฉลิม บุรณะนนท์, คุณหมอสุพรรณ
 ชวัญมิตร, คุณหมอ โชติศรี ท้าวราย),
 คอนเมือง (คุณหมอสินทวินันทวานิช,
 คุณหมอสมาน นันทวานิช, คุณหมอสุพัค
 อิศรางกูร ฯ), บางละมุง (คุณหลวงภิกเนศ
 ประสิทธิ์วิทย์หรือคุณหมออภัย หะสิทธิ์-
 เวช), และสัตคทีบ (คุณหมอโสภาส
 ขรรพวานิช) ซึ่งเป็นส่วนในประเทศแล้ว
 ยังได้ เรื่อง ซึ่งผู้เขียนอยู่ในโตเกี่ยว (คุณ
 หมอคาชูอิชิ คอนยามาหรือนิยม อุตย-
 ภาค) ในประเทศญี่ปุ่น, และบอสตัน (คุณ

หมอลักษณ์ บุญศิริ) ในสหรัฐอเมริกา
 อีกด้วย. กองทัพทั้งสามมีผู้แทนอยู่ใน
 ฌบัยนครวณ, ไม่น้อยหน้าของฝ่าย
 พลเรือนนัก. ในแง่ของเนื้อหาอันนี้ว่า
 หลายรสหลายแนว, ทั้งในก้านวิชาการ
 และปฏิบัติ. เรื่อนำในเล่ม, ของท่าน
 ชุนรัตน ฯ, เป็นเรื่องที่อาจใหม่สำหรับคนที่
 มิใช่ “อระแพทย์”. เราเชื่อว่าท่านผู้อ่าน
 ส่วนมากคงทราบดีว่าท่านผู้เขียนได้ศึกษา
 และปลุกปลักกับโรคของปอด, โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งวัณโรค, มาเป็นเวลานานแล้ว, ใน
 ขณะที่ “อระแพทย์” ในปัจจุบันหลายท่าน
 ยังเป็นนักเรียนแพทย์ หรือ แม้นักเรียน
 สามัญอยู่. กาลเวลาไม่ได้ทำให้ความ
 สอดส่องสนใจของท่านผู้นี้ในวิชาการหย่อน
 คลายลงไปเลย. ท่านยังตามคคคกับสมัย
 อยู่เสมอ. ในแง่เนื้อหาของ, ในแง่ของการ
 เขียนก็, เรื่อง “มิคเคิลโลบ์ซึนโครัม”
 ของท่านเป็นตัวอย่างสำหรับผู้สนใจจะเขียน
 เรื่องวิชาการได้เป็นอย่างดี. เราหวังว่า
 ในไม่ช้า - คงไม่ต้องถึง “ฌบัยคิษย์เก่า”
 ครวหน้า - เราคงจะได้เสนอ เรื่อนของท่าน
 น้อออก. เมื่อกล่าวถึงหมอกทแก้แก้อาย, เรา

ก็อกไม้ใบไม้ที่จะระลึกถึงศิษย์เก่า “เลขที่
หนึ่ง” ของศิริราช, คือท่านพันตรี อภัย
หะลิทะเวศ, ซึ่งแม้อายุแปดสิบเศษและออก
จากโรงเรียนไปกว่าหกสิบปีแล้ว, ก็ยังระลึก
ถึงโรงเรียนเก่า, และเออเพือเขียนบทความ
ความสั้นบ้างยาวบ้างมาเขียนของขวัญแก่
สมาชิกของสารศิริราชอยู่เสมอ ๆ. แม้ว่า
ในหนังสือเล่มนี้ เรื่องของท่านออกจะสั้นไป
สักหน่อย, แต่ถ้าคิดว่านอกจากท่านผู้แล้ว
ก็คงจะไม่มีใครเขียนได้, คุณค่าของเรื่อง
สั้น ๆ นั้นก็เห็นจะเกินกว่าความยาวของมัน
หลายเท่าที่เคี้ยว. เรื่องเกี่ยวกับประวัติ
การแพทย์แผนปัจจุบันของไทยอีกเรื่องหนึ่ง
ในเล่มนี้เป็นรอยจารึกจากปลายปากกาของ
แพทย์นักเขียนมือเก่าชื่อนำคนหนึ่ง, ซึ่ง
ได้ฝากชื่อไว้ในหน้ากระดาษพิมพ์นานาชนิด
มาตั้งแต่สมัยที่ผู้เขียนยังขึ้นชั้นยังเป็น
นักเรียนสามัญอยู่. งานประพันธ์ของท่าน
ที่เกี่ยวกับวงการแพทย์โดยตรง, นอกจาก
เบ็ดเตล็ดอีกมากมาย, ใต้แก่งานที่ทำได้
ในหน้าที่บรรณาธิการให้แก่ “ข่าวแพทย์
ของสโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์มหา-
วิทยาลัย”, ซึ่งได้เป็นคู่แข่งกับ “จด
หมายเหตุทางแพทย์ของแพทย์สมาคมแห่ง
ประเทศสยามมาหลายต่อหลายปี, ราวกับ

สิ้นอายุขัยลงในระหว่างสงครามโลกคราวที่
สองนั่นเอง. ความลายครามของท่านนักเขียน
ที่เรากล่าวถึงอยู่นี้, หมายถึงคุณหมอสงัด
เปล่งวาณิช, เห็นได้จากวิธีเขียนของท่าน
ใน “ขทบรรณาธิการพิเศษ” ซึ่งทำให้เรา
อ่านเพลินคล้าย ๆ กับอ่านนวนิยาย, แล้ว
พอจบก็ได้คิดขึ้นมาว่าได้ผิวที่ชวนเพลินนั้น
คือ “เรื่อง” อันเป็นแก่นสาร. จะมองใน
แง่ความรู้รอบตัว, ประวัติการแพทย์, การ
แพทย์ชนบท, เวชศิลป์ทั่วไป, หรือการ
ศึกษาแพทย์ก็พบบนแท่งแท่งนั้น, และอะไร ๆ
อื่นอีกหลายอย่าง. ถ้าหากจะลองเปิดโปง
ให้ทราบความจริงว่าเราได้พยายามขอยก
บรรณาธิการจากท่านผู้มาติด ๆ กันสี่หรือ
ห้าปีแล้วจึงได้, ก็รู้สึกว่าจะไม่เสียหายนัก,
เมื่อคำนึงตามหลักที่ว่า “ของใต้อากคือ
ของดี”. แต่ทั้งนี้ก็ได้หมายความว่าเรื่อง
อื่น ๆ ที่เราได้มาโดยค่อนข้างง่าย, คือใช้
เวลาไม่ถึงหลายปี, จะเขียนของเหลวไปเสีย
หมด. ยกตัวอย่างเช่นเรื่องโปลิโอฯ ของ
ท่านผู้อำนวยการสถานเสาวภา, คุณหมอส
เฉลิม บรรณานนท์, ซึ่งเราได้มาภายหลังที่
ขอแล้วก็ได้ขึ้นเพียงครั้งเดียวเท่านั้น. ถึง
แม้จะสมมติว่าเราต้องเตือนสักสามสี่ครั้ง,
เราก็ยังคงพอใจมากเช่นกัน, ถ้าหากได้

เรื่องท่านองน, ซึ่งมีทั้งการเสนอข้อเท็จจริง, การทดลอง, และการเสนอความคิดเห็นในเรื่องเดียวกัน. เรื่องของคุณหมอสุพนขวัญมิตร และของคุณหมอลักษณ์ บุญศิริ ก็เช่นเดียวกันกับเรื่องดังกล่าวมาแล้ว, เราได้มาโดยไม่ยากนัก. คงจะเป็นด้วยแต่ละท่าน ได้มีหัวข้อเรื่องที่จะเขียนอีกแต่อยู่ในสมองของท่านมากและนานเต็มทีแล้ว, พอมีช่องที่จะระบายความนึกเขียนเสียบ้างก็ฉวยโอกาสเปลี่ยนความนึกนึกเป็นลายลักษณ์อักษรออกมาได้แทบจะในทันที. เรื่องที่เห็นจะต้องนับว่า "หนัก" กว่าเพื่อนในหนังสือฉบับนี้ได้แก่เรื่อง "การถ่ายเปลี่ยนเลือด" ของคุณหมอรวิชัย ฤกษ์เกษม, กับเรื่อง "การขาดแมกนีเซียม" ของคุณหมอรวันดี ไว่สารวัจ. ทั้งสองท่านได้พยายามเสาะหาเรื่องที่น่าสนใจส่งมาเสนอ. แม้ว่าในแง่ทฤษฎีออกจะมี

เงื่อนไขที่เข้าใจยากทั้งสองเรื่อง, ถ้าจะอ่านเอาแต่เพียงรู้และสนใจในแง่วิชาการ แต่เพียงระดับสภากาชาด, ก็คงจะไม่ใช่เป็นที่หนักสมองนัก. สองเรื่องนี้เป็นข้อเสนอความรู้ที่อยู่ในแนวที่ไม่ค่อยได้อ่านบ่อย, นับเป็นการให้รสแปลก ๆ แก่หนังสือของเราด้วย. ในแผนกย่อเอกสารก็เช่นกัน, บรรดาผู้สมัคร ย่อได้ช่วยกัน คนละไม้คนละมือ, เพิ่มทั้งความแตกต่างและความน่าสนใจให้แก่สารศิริราช "ฉบับพิเศษเก่า" เล่มนี้เช่นอันมาก. อันความเอื้อเฟื้อของท่านทั้งหลายที่ได้เสนอนามไว้ข้างต้นแล้วนั้นย่อมเป็นเครื่องแสดงให้เห็นทั้งสามัคคีและไม่ตรีจิตที่มีอยู่ในหมู่ศิษย์ของศิริราชด้วยกัน, และต่อมวลสมาชิกของสารศิริราชด้วย. เราขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งไว้ในที่นี้.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน