



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๐

Volume 9, Number 1, January 1957

โรคเบาหวานในเด็ก

เนติฉลอง เนตรศิริ

พ.บ., พ.ด.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

อุบัติการณ์ ในสหรัฐอเมริกา, จากการสำรวจภาวะอนามัยของชาติปี ๑๙๓๕-๓๖ ปริสซิลลา ไวท์ (Priscilla White) พบว่า ในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ๒๕๐๐ คนตอ้งมีเป็นโรคเบาหวาน ๑ คน. ในขณะที่จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีที่เป็นเบาหวานมีประมาณ ๑๓,๐๐๐ คน. พวกที่ต้งเป็นโรคตั้งแต่อายุไม่ถึง ๑๕ ปีและยังมีชีวิตอยู่ในเวลานั้นมีประมาณสี่หมื่นคน.

ในปี ๑๙๕๕ จอสลิน (Joslin) บอกว่ามีผลเมืองเป็นเบาหวานทั้งหมดประมาณ ๒ ล้านคน. เป็นเด็กและผู้ต้งคนเป็นโรคต้ง

แต่ก่อนอายุ ๑๕ ปีถึง ๑ ล้านคน. ทั้งนี้เป็นเพราะเด็กของเขาที่เป็นเบาหวานในเวลานั้นมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าแต่ก่อนมาก.

ทองกฤษ, เมอบ ๑๙๕๔ มาลินส์ (Malins) กล่าวว่าในอังกฤษและเวลส์มีเด็กอายุไปโรงเรียนเป็นเบาหวานประมาณ ๑๒๐๐ คน. ฟอรัชัม (Forsham) และธอร์น (Thorn) บอกว่าคนจีน, ญี่ปุ่นและอินเดียนเป็นเบาหวานน้อย, และถ้าเป็นก็เป็นชนิดไม่รุนแรงนัก. ซาตทเป็นเบาหวานมากที่สุดคือชาวคิวิ. แพเตอร์สัน (Pater-son) บอกว่าในประเทศรอนซังเทกมีการขาด

อาหารและพาราไธลามากจนมีเด็กเป็นโรคเบาหวานน้อย.

ในประเทศไทยเราสังเกตได้ว่าโรคเบาหวานในเด็กมีน้อยมาก, ทั้งนี้โดยอาศัยสถิติของโรงพยาบาลศิริราช. การที่เราพบโรคเบาหวานในเด็กมีน้อยเป็นเพราะสาเหตุประกอบกันหลายอย่าง, คือ (๑) อับติการของโรคเบาหวานในพลเมืองทั่วไปมีน้อยอยู่แล้ว. (๒) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานแล้วไม่ได้รับการรักษาเป็นหมัน, ทำให้ไม่มีบุตรซึ่งจะรับทอดโรคต่อไปโดยกรรมพันธุ์. เอ็ดลิส (Eulis) กล่าวว่าเมื่อสมัยก่อนใช้อินซูลินในอัตราการใช้ของหญิงที่เป็นเบาหวานมีประมาณ ๑ ถึง ๖ เพอร์เซ็นต์เท่านั้น. (๓) ลูกของหญิงที่เป็นเบาหวานคงจะตายในครรภ์และตายเมื่อแรกคลอดเป็นส่วนมาก. แม้ในแผนกสูติศาสตร์ของเราจะพบมารดาที่เป็นเบาหวานจำนวนน้อยก็ตาม, แต่แม่ที่อยู่ในระยะก่อนปรากฏโรคเบาหวาน (ปรีไดอะเบติก) ก็อาจมีบุตรที่ผิดปกติได้แล้ว, เช่นตัวโตกว่าปกติและมีการตายคลอดและตายหลังคลอดใหม่ในอัตราสูง. ระยะก่อนปรากฏโรคเบาหวานนั้นอาจกินเวลาหลายปี. อาจนานถึงสามสิบปี; แต่ในระยะภายหลังจะมีอาการผิดปกติซึ่งกล่าวถึงบ่อยกว่าในขั้นแรก ๆ.

สถิติเกี่ยวกับอับติการและสถิติอื่น ๆ ของโรคเบาหวานในเด็กที่รวบรวมได้ในโรงพยาบาลศิริราชจะได้กล่าวถึงในตอนหลัง.

การตายในระยะเกิดใหม่ แต่ก่อนมีหลายคนเข้าใจว่าการตายในระยะเกิดใหม่ของทารกที่มารดาเป็นโรคเบาหวานนั้นส่วนมากเป็นเพราะทารกมีน้ำตาลหย่อนในเลือด (ซีไปกลัยซีเมีย). แต่มิลเลอร์ (Miller) และลอสส์ (Loss) อ้างว่าน้ำตาลในเลือดของทารกที่เกิดใหม่จากมารดาที่เป็นเบาหวานนั้นส่วนมากไม่ได้แตกต่างจากของทารกที่มารดาไม่ได้เป็นเบาหวาน. เจลลิส (Gellis) ได้ศึกษาเด็กเกิดใหม่ที่มารดาเป็นเบาหวาน ๖๐๐ คน. เขาพบว่าเพียง ๓ คนเท่านั้นที่มีน้ำตาลหย่อนในเลือด. ทั้งสามคนซึ่งภายหลังคลอดและอาการดีขึ้นทันทีเมื่อให้กลูโคส.

เหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการตายของทารกเกิดใหม่ที่มารดาเป็นเบาหวานคืออาการหัวใจหอบ. มิลเลอร์เข้าใจว่าเนื่องจากมีการมีหัวใจโตและหัวใจล้ม, โดยที่เขาเอ็กซเรย์และตรวจศพพบหัวใจโต. แต่เจลลิสว่าอาการเกี่ยวกับการหัวใจนั้นเกิดจากฟัลโมนารีย์ซัยอะลีนเมมเบรน, ซึ่งพบในทารกของหญิงที่เป็นเบาหวานบ่อยกว่า

ทารกอื่น ๆ. ทารกยังคลอดก่อนกำหนด
มากเพียงใดก็ยังมีโอกาสพบเขอตกถาวร
มากจนเพียงนั้น.

คาร์เดิล (Cardell) ได้สังเกตว่าทารก
ที่ขนาดโตเกินปกติ, ซึ่งคลอดจากมารดา
ที่เขอตกถาวรนาน, หลายรายมีกลอสเมอริ
ไลทิงเจอร์ไม่เต็มท. ถ้าจะถือตามทฤษฎี
ของพ็อตเตอร์ (Potter) และเทียร์สตัน
(Thiersten) ก็คงกล่าวว่าทารกเหล่านี้
แม่ตัวโตก็ยังไม่เจริญเต็มท.

ที่ในอเมริกาประมาณเศษหนึ่งส่วนสาม
ของทารกที่เกิดจากมารดาที่เขอตกถาวร
มีน้ำหนักเมื่อคลอดมากกว่า ๔ กก. ใน
จำนวนทารกอื่น ๆ มีเพียง ๕ เปอร์เซ็นต์
เท่านั้นที่หนักเท่านี้. เร็วนี้ยังไม่มีการ
อธิบายได้ชัดแจ้ง. เคยเข้าใจกันว่าเหตุ
เป็นเพราะทารกในครรภ์ต้องทนต่อภาวะนำ
ตาลในเลือดเกิน (ซีซีเปอร์กลัยซีเมีย), แต่
ก็คงไม่ถูก, เพราะแม่ที่อยู่ในระยะก่อน
ปรากฏเขอตกถาวร, หรือพ็อตอยู่ในระยะ
เฉยงกันหรือเขอตกถาวรแล้ว, ก็มีลูกโต
ผิดปกติ (มาโครโซเมีย) มากเหมือนกัน.
ต้นเหตุอาจเกี่ยวกับเรื่องของรปธรรม (คือน
สติทิวซัน) และพันธุศาสตร์ (เจเนติกส์).
มีหลายคนเห็นว่ามาโครโซเมียน่าจะเป็น
ผลของการผลิตฮอร์โมนคุมการเติบโต,

ของฮอร์โมนของมารดา, มากเกินปกติ.
แต่ความพยายามที่จะพิสูจน์ข้อนี้ยังไม่สำ
เร็จ. อะบิโลน (Abelone) กล่าวว่าทารก
ที่เกิดจากมารดาที่เขอตกถาวรเมกลอสเมอริ
ไม่ได้ตัวโตกว่าปกติเมื่อเกิด. บาร์นส์
(Barns) ได้ฉีดฮอร์โมนคุมการเติบโตเข้า
ไปในหนูกึ่งครรภ์. ไม่ปรากฏว่าลูก
ของหนเหล่านี้คลอดออกมาโตกว่าปกติ.
ยอสท์ (Jost) ได้ตัดศีรษะออกจากกระต่าย
ที่ขยายในครรภ์ได้ ๑๕ วัน, และหนที่อยู่ใน
ในครรภ์ได้ ๑๖ วันแล้ว. เขาพบว่าสัตว์ทั้ง
สองพวกยังเจริญเติบโตในครรภ์ต่อไป. ทั้ง
นี้แสดงว่าในระยะหลังของชีวิตในครรภ์
นั้นทารกไม่จำเป็นต้องพึ่งฮอร์โมนคุมการ
เติบโตของมันเอง.

ความพิการแต่กำเนิด ทารกเกิดจาก

มารดาที่เขอตกถาวรมีความพิการแต่กำ
เนิดมากกว่าทารกพวกอื่น. มีผู้บรรยาย
ความพิการไว้ว่ามีอะเนนเซฟาเลีย, ท่อไต
ซันสอง, ไตไม่งอก (อะเจเนซิส), ปาก
แหว่ง, นิ้วติดกัน (ซีซีแนคคิตาลี) และ
โรคหัวใจแต่กำเนิด. ผู้รายงานส่วนมาก
มักกล่าวแต่เพียงว่าความพิการถึงตายมัก
เปอร์เซ็นต์, เช่น เฮอริวิตซ์ (Hurwitz,
๑๙๕๒) ว่ามี ๓.๕ ปร., โจนส์ (Jones,

๑๕๕๒) ว่ามี ๓.๗ ปช., ไวส์และเค คอส
 ไล้ (Reis, de Cosla, ๑๕๕๒) ๑.๗ ปช.,
 ค็อลเลอร์ (Koller, ๑๕๕๓) ๔.๔ ปช.
 นายแพทย์ไรท์ (Reid) แห่งโรงพยาบาล
 คลอดยตรบอสตันได้รวบรวมรายงานทารก
 ที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวาน ๒๘๖
 รายที่ขอสลันคลินิก, และพบว่าความ
 พิการถึงตาย ๒.๔ ปช., เทียบกับ ๐.๗๕
 ปช. ในทารกอื่น ๆ ที่คลอดในโรงพยา-
 บาลเดียวกัน. สำหรับทารกของแม่ที่อยู่ใน
 ระยะก่อนเบาหวานปรากฏนค็อลเลอร์และ
 คาร์เคิลล์กล่าวว่าไม่มีความพิการย่อยกว่า
 ว่ายปกติ.

อายุ ตามสถิติต่าง ๆ ปรากฏว่าเบา
 หวานในเด็กมีประมาณ ๕ ถึง ๘ เปอร์เซ็นต์
 ของเบาหวานทั้งหมด. แต่เบาหวานใน
 ทารกนั้นน้อยมาก. เมอโย ๑๕๓๑ ลอร์
 เรรันส์และแม็คคานส์ (Lawrence, McCance)
 ได้รวบรวมเรื่องทารกเป็นเบาหวานไว้ครึ่ง
 หนึ่ง. ต่อมาในปี ๑๕๔๗ ชวาร์ตส์มันน์,
 ครูชิวส์และบรัน (Schwartzmann, Crusius,
 Bierne) ก็ได้ทำเช่นเดียวกัน. รายงาน
 ของเขากล่าวถึงผู้ช่วย ๕๗ รายที่ผู้บริ-
 ษายไว้ก่อนแล้ว, และเพิ่มของเขาเองเข้า
 อีกหนึ่งราย, รวมเป็น ๕๘ รายด้วยกัน.

หลังจากนั้นจนถึงปัจจุบันมีผู้รายงานอีก
 ๒๒ ราย. ดังนั้นรวมทั่วโลกมีทารกเป็น
 เบาหวานที่ไ้รายงานไว้เพียง ๘๐ ราย.
 สำหรับ ๒๒ รายหลังซึ่งรวบรวมโดยไคคาน
 (Keidan) นั้นเข้าใจว่าเป็นชนิดชั่วคราวเสีย
 ๓ รายซึ่งจะต้องต่อไปว่าเป็นเบาหวานแท้
 หรือไม่. ผู้ช่วยที่ขอสลันในชุดของไค-
 คานนั้นมอายุเพียง ๕ วัน. แต่ในชุดของ
 ชวาร์ตส์มันน์ ๕ รายมีอาการคงแต่เกิด.

เพศ เด็กชายและเด็กหญิงเป็นโรคนี้
 เท่า ๆ กัน. อาจเป็นไปได้ว่าเด็กชายมาก
 กว่าเล็กน้อย. แต่สำหรับเบาหวานในทารก,
 ในชุดของชวาร์ตส์มันน์ที่ทราวยเพศ ๔๕
 ราย, เป็นชาย ๒๘ หญิง ๑๗; ในชุด
 ของไคคานที่ทราวยเพศ ๑๖ รายเป็นชาย
 ๑๒ หญิง ๔. รวมความว่าเบาหวานในวัย
 ทารกเป็นแก่เด็กชายเกือบสองเท่าของเด็ก
 หญิง.

การเจริญเติบโตของร่างกาย ไวท์
 (White) ได้รายงานในปี ๑๕๕๒ ว่าในเด็ก
 ๔๑๗ คนที่ขอสลันคลินิกซึ่งเป็นเบาหวาน
 ไม่เกินสามเดือน, ๘๖ เปอร์เซ็นต์มี
 ร่างกายสูงกว่าปกติ.

กรรมพันธุ์ ตามสถิติหลายแห่ง
ปรากฏว่าเด็กที่เป็นเบาหวานมีประวัติครอบครัว
เป็นโรคนี้ประมาณ ๒๕ ถึง ๔๐
เปอร์เซ็นต์. ชุต (Chute) ว่าถ้าเป็นโรคอยู่
เกิน ๑๕ ปีแล้วจะมีประวัติคนในครอบครัว
เป็นถึง ๔๓ เปอร์เซ็นต์. ไอเซเล
(Eisele) ว่าถ้าเป็นโรคเกิน ๒๐ ปีแล้วจะมี
ประวัติในครอบครัวถึง ๖๒ เปอร์เซ็นต์.
ข้อสำคัญอยู่ที่การติดตามตาม, เพราะมี
บ่อย ๆ ที่ญาติมีอาการของโรคเกิดขึ้นภายหลัง
เด็ก. สำหรับฝาแฝดเพศเดียวกันนั้น
ถ้าคนหนึ่งเป็นเบาหวานแล้ว, โอกาสที่อีก
คนหนึ่งจะต้องเป็นด้วยมีประมาณ ๗๐ เปอร์เซ็นต์.
ส่วนฝาแฝดต่างเพศนั้นไม่เป็นโรค
นทั้งสองคนเพียง ๑๐ เปอร์เซ็นต์.

โรคแทรก นอกจากอะซิโตสิส, โคมา
และการติดเชื้อแล้วสถิติของ ไวท์ ในปี
๑๙๔๖ แสดงอุบัติการณ์การของโรคแทรกใน
ผู้ป่วย ๓๐๘ รายที่เริ่มเป็นเบาหวานตั้งแต่
ก่อนอายุ ๑๕ ปี และเป็นมาแล้วมากกว่า
๒๐ ปี, มีดังต่อไปนี้: อาร์เทอร์โอสเคลอ
โรสิส ๘๐ ปี.ช., ฮัยเปอร์เทนชัน ๔๐ ปี.ช.,
เนฟไรติส ๑๓ ปี.ช., แอลบูมินูเรีย ๓๔

ปี.ช., เลือดออกในเรตินา ๗๐ ปี.ช., เวก
ไนติส ๖ ปี.ช., ค้อ ๖ ปี.ช., อินแฟนติ-
ลิสม์ ๒๓ ปี.ช., สภาวะแคะ ๑๕ ปี.ช.,
เซปโตไมกอลี ๑๖ ปี.ช.

ความยืนยาวของชีวิต จอสลินได้แบ่ง
ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มเป็นก่อนอายุ ๑๕ ปี
และตายที่จอสลินคลินิกรวม ๖๗๖ ราย
ออกเป็น ๕ พวกตามสมัยต่าง ๆ. คือสมัย
“เนาน์น-แอลเด็น” (Naunyn - Allen),
ค.ศ. ๑๘๘๘-๑๙๒๒ (ก่อนใช้อินซูลิน)
เด็กมีอายุอยู่ได้เพียง ๒.๕ ปีภายหลังเริ่มมี
อาการ; สมัยแบนติง (Banting), ค.ศ.
๑๙๒๓-๑๙๓๖, ๕.๔ ปี; สมัยฮาเกดอร์น
(Hagedorn), ค.ศ. ๑๙๓๗-๑๙๔๓,
๕.๗ ปี; สมัยเบสต์ (Best) ระยะต้น, ค.ศ.
๑๙๔๔-๑๙๔๕, ๑๗.๖ ปี; และสมัย
เบสต์ระยะหลัง, ค.ศ. ๑๙๕๐-๑๙๕๕,
๑๕.๘ ปี. ทั้งนี้แสดงว่าการรักษาที่ช่วย
ให้เด็กเบาหวานอายุยืนยาวขึ้นมาก.

เหตุของการตาย สถิติที่รวบรวมได้จาก
จอสลินคลินิกแสดงอยู่ในตารางต่อไปนี้.

สารศรียาข

สมัย	เหตุของการตาย (เปอร์เซ็นต์)			
	โคมา	การติดเชื	โรคหัวใจหลอดเลือด (รวมทั้งหมด)	ไตอักเสบ
เนานยน - แอลเลน	๘๖.๐	๑๐.๐	๐.๖	๐
แบนคิงก	๕๖.๖	๒๓.๒	๕.๑	๒.๐
ซาเกคอรน	๒๗.๒	๒๔.๗	๑๗.๓	๑๒.๐
เบ็สตร์ระยะต้น	๕.๗	๖.๕	๕๘.๓	๓๖.๘
เบ็สตร์ระยะหลัง	๖.๒	๗.๒	๗๖.๔	๕๕.๐

เห็นได้ชัดว่าเวลาเหตุของการตายที่สำคัญได้เปลี่ยนจากโคมาและการติดเชืมาเป็นโรคของหัวใจรวมหลอดเลือด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งไตอักเสบ.

สถิติของแผนกกุมารเวชศาสตร์ (ศรียาข)

อุบัติการ ตั้งแตกลางปี พ.ศ. ๒๔๕๒ จนถึงเคยวณชงเขนเวลารวม ๗ ปี ใกรบเด็กเขนเขาหวานเพียง ๓ คน, ในจำนวนเด็กที่ใกรบไว้ทั้งหมด ๑๖,๒๗๒ คน. กงนนอุบัติการของโรคเขาหวานจึงมีเพียง ๑ ต่อ ๕๕๐๐.

เพศ เขนชาย ๑, หญิง ๒.

เชืชาติ ไทยทง ๓ คน.

อายุเมือเริ่มอาการ ๕ ๑/๒, ๕, และ ๕ ปี, ตามลำดับ.

เวลาระหว่างเริ่มมีอาการกับมาโรงพยาบาล ๖ เดือน, ๑ ปี, และ ๑ ๑/๒ เดือน. สำหรับรายที่สามนนไม่แน.

ประวัติครอบครัว ในสองรายแรกไม่มีประวัติที่ขงถึงโรคเขาหวานในครอบครัว. ในรายที่สาม, มารดาตงครรภ์ ๗ ครั้ง; ลูกคนแรกแข่งแรงก, อายุ ๑๒ ปี; ลูกคนที่สองคอคอตัวผู้ช่วย, อายุ ๕ ปี; ลูกคนที่สามคอคอออกมาแล้วไม่หายใจ; ครรภ์ที่สี่, แตงเมือ ๕ เดือน; ลูกคนสุดท้ายแข่งแรงก, อายุ ๔ เดือน.

เหตุที่ทำให้มาโรงพยาบาล รายแรก, เพราะถ่ายขี้ส้วมระกระปรักกระปรอย. รายที่สอง, เพราะมือและเท้าขวม. รายที่สาม, เพราะอะลิโคสิส.

อาการ สองรายแรกมีขี้ส้วมมาก. ใส, และทิ้งไว้มกชน; กินจุ, หิวน้ำข่อย, ตมนามากและผอมลงเรื่อย ๆ. รายที่สามมีอาการเบื่ออาหาร, ผอมลงและเหนื่อยง่าย.

ภาวะเมื่อมาโรงพยาบาล ทั้งสามราย แสดงอาการทุโภชนาและรูปร่างเล็กกว่าปกติมาก. รายแรกและรายที่สอง, อายุ ๖ ขวบ, มีน้ำหนักตัวเพียง ๑๑ กิโลกรัม. รายที่สาม, อายุ ๕ ขวบ, มีน้ำหนักตัวเพียง ๑๒ กิโลกรัม.

ปริมาณน้ำตาลในเลือด รายแรก, ระหว่าง ๒๐๐ ถึง ๓๕๐ มก. ปช.; รายที่สอง, ๒๖๐ ถึง ๕๘๘ มก. ปช.; รายที่สาม, ๑๖๗ ถึง ๕๒๖ มก. ปช.

โกลูโคสเทอรอลในเลือด ไม่สูงทั้งสามราย. การรักษา สำหรับอาหารได้ปล่อยเต็มทั้งสามราย. แต่รายที่สองในระยะหลังจำเป็นต้องสั่งจำกัดอาหาร, เพราะอ้วนมากเกินไปและมีไขมันอาหารรัยประทานเสมอๆ.

ในรายแรกได้ให้อินสูลินธรรมดา, ขนาดสูงสุด ๑๕ หน่วย, วันละสามครั้ง. ในรายที่สองใช้ยาอย่างเดียวกัน, แต่ต้องให้ขนาดสูงสุดถึง ๕๕ หน่วยวันละสามครั้ง ส่วนในรายที่สามได้ให้อินสูลิน N.P.H. ขนาดสูงสุด ๔๕ หน่วยก่อนอาหารเช้า.

โรคแทรก ในรายแรกมีการติดเชื้อในทางเดินขี้ส้วม. รายที่สองมีโรคแทรกหลายอย่าง, คือ (๑) อะลิโคสิส ๖ ครั้ง, (๒) ต่อนัยนตา, เป็นภายหลังเป็นเบาหวานได้ ๒ ปี, (๓) คับโต, ซึ่งพบตั้งแต่มาโรงพยาบาลครั้งแรก, หลังจากเริ่มอาการเบาหวานแล้ว ๑ ปี, (๔) บร็องไรม์นิวโมเนีย. รายที่สามมีอะลิโคสิส ๒ ครั้ง, โคมาเพราะเบาหวาน ๑ ครั้ง.

ผลของการรักษา รายแรกตายด้วยการติดเชื้อในทางขี้ส้วม, หลังจากได้เป็นเบาหวานมาแล้ว ๑ ปี ๒ เดือน. รายที่สองตายด้วยบร็องไรม์นิวโมเนีย, หลังจากมีอาการเบาหวานได้ ๕ ปี ๒ เดือน. ส่วนรายที่สามยังคงมีชีวิตอยู่. รายนี้ได้เป็นเบาหวานมาแล้วอย่างน้อย ๔ ปี ๘ เดือน.

ผลของการตรวจศพ การวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา สำหรับ รายแรก คือ เบาหวาน

(Summary of the preceding Article)

DIABETES MELLITUS IN CHILDREN

Cherd-Chalong Netrasiri

M.B., M.D.

(Dept. of Pediatrics)

This is a concise survey of recent papers on diabetes mellitus in children, followed by a statistical summary of the disease as seen in the Siriraj Hospital. During 7 years (1949 to 1956) there were only 3 cases of diabetes mellitus against a total admission of 16,272 children, giving an incidence of 1:5400. There were 2 girls and 1 boy, all Thai (Siamese). Symptoms were first noted at ages of 5, 5½ and 9 years, and the patients were hospitalized 6 months to 1½ years later, because of frequent urination, edema of hands and feet, and acidotic symptoms respectively. Family history was not suggestive. Symptoms included polyuria, polyphagia, polydipsia, emaciation, easy fatigue, and attack of the urine by ants. All were malnourished and under-developed. The blood sugar ranged from 200 to 588 mg. per cent.

Treatment consisted of insulin injections, regular insulin in 2 cases (15 and 95 u. t.i.d. respectively) and N.P.H. insulin in 1 case (45 u. in the morning). The diet was not restricted, except in one case when the patient became much overweight. All cases were complicated, one with infection of the urinary tract, which was fatal; one with acidosis on two occasions, cataract (observed two years after onset of disease), hepatomegaly, and terminal bronchopneumonia; one with acidosis on two occasions and coma once. This last case is still living, having had diabetes for nearly five years. Autopsy in the first case revealed hydronephrosis with early abscess formation, hydro-ureter and cystitis; in the second case hepatomegaly and broncho-pneumonia were found.

(Nineteen references)

209

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในโรคเบาหวาน

นันทา คิตตะสิริ

พ.บ.

(แผนกสรีรวิทยา)

ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะมีอาการและลักษณะตรวจพบหลายอย่างเช่นเกี่ยวกับในสัตว์ทดลองที่ศึกษาข้ออื่นออก, แต่ในการตรวจศพที่ตายด้วยโรคนี้บางรายก็ไม่พบความผิดปกติในข้ออื่นเลย. ดังนั้นแม้ในปัจจุบันก็ยังไม่ทราบสมมูลฐานของโรคนี้แน่นอน. แต่ถึงกระนั้นนัก, เช่นที่เห็นว่าความผิดปกติในเมแทบอลิซึมของโรคเบาหวานมีลักษณะเช่นเกี่ยวกับการขาดอินซูลินและการบริหารอินซูลินก็ทำให้อาการต่าง ๆ ของโรคกลับหายเป็นปกติได้เกือบทุกราย.

ส่วนสำคัญของข้ออื่นที่เกี่ยวของกับเรื่องนี้ คือ ไขมันของตับและไขมันในคนประกอบด้วยเซลล์ ๒ ชนิด, คือเซลล์แอลฟาหลังสารทำให้น้ำตาลในเลือดมากขึ้นเรียกว่า ซีลเปอร์กลัยซิมิคแฟคเตอร์, หรือแฟคเตอร์ HG, ส่วนเซลล์ชนิดเบต้าหลังอินซูลินซึ่งใช้แก่โรคเบาหวานได้.

ในร่างกายยังมีฮอร์โมนอื่นๆ อีกหลายชนิดซึ่งแสดงฤทธิ์ทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่ม

ขึ้นได้, ได้แก่ :

๑. ฮอร์โมนไคอะเบโทเจนิกและคิโตเจนิกของต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า.

๒. ฮอร์โมนจำพวกกลูโคคอร์ติคอยด์หรือ ออกซิคอร์ติคอยด์ ของเปลือกต่อมหมวกไต.

๓. แอดรีนาลิน.

๔. ธิร็อกซิน.

การขาดอินซูลินทำให้มีการผิดปกติในเมแทบอลิซึมของคาโบไฮเดรตอย่างรุนแรง, ซึ่งทำให้มีการผิดปกติในเมแทบอลิซึมของไขมันและโปรตีนต่อไปอีก.

การเปลี่ยนแปลงเมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต เมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตในโรคเบาหวาน มีลักษณะผิดปกติไปจากปกติหลายอย่าง:

(๑) กลูโคสซึมซาบเข้าสู่เซลล์ไม่ได้, ทำให้คงอยู่ในเลือด.

(๒) ตับและกล้ามเนื้อไม่สังเคราะห์กลัยโคเจนเนื่องด้วยขาดอินซูลินซึ่งเป็นตัว

เร่งปฏิกริยาเกี่ยวกับเฮกโซคีนเนส.

(๓) ทิสซีวใช้กลุโคสไคโนน้อยกว่าปกติ.

(๔) กลุโคส เปลี่ยนแปลงเป็นกรดไขมันและไขมันไม่ได้.

(๕) มีการสังเคราะห์น้ำตาลจากสารที่ไม่ใช่น้ำตาลเพิ่มมากขึ้น (กลุโคโนโอเจนิซิส). ส่วนมากได้จากโปรตีน.

การสังเคราะห์จากไขมันยังไม่ชัดเจนแน่นอน.

การเปลี่ยนแปลงของ ๕ ชนิดทำให้เมตาบอลิซึมอยู่ในเลือดและล้นออกไปในปัสสาวะ.

(๖) R.Q. ลดลงจากปกติ ๐.๘๕ เป็น ๐.๗ ซึ่งแสดงว่าร่างกายใช้ไขมันเป็นต้นตอของพลังงาน.

(๗) ความทนทานของร่างกายต่อกลุโคสมีน้อยลง. ในการทดสอบความทนทานนี้จะได้ผลว่าน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงมากกว่าปกติและสูงอยู่นานหลายชั่วโมง.

การเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมของไขมัน ไขมันถูกใช้เป็นตัวตอพลังงานเพิ่มมากกว่าธรรมดา. ร่างกายมักจะคมไขมันออกจากแหล่งที่สะสมไว้, ทำให้ในเลือดมีสารประเภทลิพิดส์เพิ่มขึ้น, ไคแกโมเลส-

เตอรอล, กรดไขมันธรรมดาและฟอสโฟลิพิดส์. ในด้านการรักษามักจะยึดถือเอาการเพิ่มพูนของโมเลสเตอรอลในเลือดเป็นเครื่องแสดงถึงการเพิ่มพูนของสารลิพิดส์โดยทั่วไปและถือว่าความมากขึ้นของโมเลสเตอรอล เป็น เครื่องแสดงความรุนแรงของโรคเบาหวาน. ในรายที่เป็นมาก ๆ โมเลส เตอรอล อาจ จะเพิ่มจาก ระดับ ปกติ (๑๕๐-๒๕๐ มก. ปช.) ถึงหลายเท่าก็ได้ (๕๐๐-๑๐๐๐ มก. ปช.). มีหลายรายที่แม้ว่าน้ำตาลในเลือดจะกลับเป็นปกติแล้ว, แต่โมเลสเตอรอลยังสูงอยู่. ทั้งนี้แสดงว่า จะต้องรักษาต่อไปอีก.

เมื่อไขมันถูกใช้มาก ร่างกายก็จะต้องเกิดสารจำพวกคีโตน ซึ่งตามธรรมดาสารพวกนี้จะถูกทำลายโดยการออกซิเดชันในทิสซีวและในตับ. แต่การทำลายนี้ต้องอาศัยกรดออกซาโลอะซิดิก ซึ่งเกิดขึ้นในตอนท้ายของการออกซิไดส์-คาร์โบไฮยัเครท. ถ้าหากคาร์โบไฮยัเครทไม่ถูกออกซิไดส์จนถึงขั้นสุดท้ายก็ไม่มีกรดออกซาโลอะซิดิก. ดังนั้นสารจำพวกคีโตนก็จะไม่ถูกทำลายหมดสิ้น. ข้อนี้ประกอบกับการที่ไขมันถูกใช้มากกว่าปกติเกินความสามารถที่ทิสซีวจะออกซิไดส์สารคีโตนได้ทันกาล. ดังนั้นสารคี

ตาลไม้มากนัก, เนื่องด้วยอินซูลินแสดง
ฤทธิ์เหนียวรังไข่. สิ่งทศอยกระตุ้นการ
เปลี่ยนแปลงนี้ไคแก ไทอะบี โทเจนิคฮอร์-
โมนของต่อมพิทูอิตารี, กลูโคคอร์ติโคอยด์
ของต่อมหมวกไต, และธัยรอกซินของต่อม
ธัยรอยด์. ในคนที่เป็นเขาหวานอินซูลิน
ขาดไปทำให้พวกสารอน ๆ ทำงานได้เต็มที่,
มักเปลี่ยนโปรเทอีนเป็นน้ำตาลมากขึ้น.
กรทอะมี โน จากโปรเทอีนถูกแยกเอากลุ่ม
อะมีโนออกไป. ส่วนที่เหลือถูกเปลี่ยนเป็น
กลูโคสหรือเป็นค โคนแล้วแต่ว่าเป็นกรท
อะมีโนชนิดกลูโคเจนิคหรือค โทเจนิค. การ
เปลี่ยนแปลงทงนเกิดขึ้นในคย. ถ้าอาหาร
มีโปรเทอีนไม่พอ, โปรเทอีนของร่างกาย
ก็จะถูกใช้ไปสำหรับการเปลี่ยนแปลงน.
การที่ร่างกายใช้ โปรเทอีนมากทำให้มี
การขับถ่ายสารประกอยในโตรเจินมากจน.
ชอนอธิบายว่าทำไมคนที่เป็นโรคเขาหวาน
นาน ๆ จึงมีร่างกายผอมลง.

ความผิดปกติทางเคมีในโรคเบาหวาน

- (๑) กลัยโคเซเรีย. เมื่อน้ำตาลใน
เลือดเพิ่ม มากจนเกินระดับกักกันของไต
(๑๖๐-๑๘๐ มก. ปช.) หลอดฝอยของ
ไตจะคุดน้ำตาลกลัยเข้าสู่โลหิตไม่ได้หมด

ทำให้มีน้ำตาลออกในปัสสาวะ. จำนวนน้ำ
ตาลในปัสสาวะมากน้อยไปตามความรุนแรง
ของโรค ในรายที่เป็นน้อยอาจมีน้ำตาลใน
ปัสสาวะ ๒๔ ชม. เพียงตรวจพบถึง ๑
ปช., รายที่เป็นปานกลาง ๑-๓ ปช.,
รายที่เป็นรุนแรง ๓-๘ ปช. ในการขับน้ำ
ตาลออกมาก, ไทจะต้องขับน้ำออกมาก
ด้วย. ดังนั้นจึงมีอาการถ่ายปัสสาวะมาก
และปัสสาวะนี้มีความถี่จำเพาะสูงกว่า
ปกติด้วย, ซึ่งเป็นลักษณะที่แตกต่างจาก
การถ่ายปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสา-
เหตุอื่น ๆ, การที่เสียน้ำออกไปทางปัสสาวะ
เป็นจำนวนมากทำให้มีการกระหาย, และ
ถ้าใครรับน้ำไม่เพียงพอจะมีอาการขาดน้ำ.
ในบางรายแม้ว่าน้ำตาลในเลือดจะสูงเกินขีด
กักกันของไตตามปกติแล้ว, แต่ก็ไม่พบน้ำ
ตาลในปัสสาวะ. ภาวะเช่นนี้มักอธิบายกัน
ว่าไตมีขดกักกันสูง, และมักพบในคนสูง
อายุที่เป็นเขาหวานมานาน ๆ และมีหลอด
เลือดแข็งและไตอักเสบรวมอยู่ด้วย. ความ
พิการสองประการหลังนี้ ทำให้กลอสเมอริส
กรองปัสสาวะได้ช้าลง, ซึ่งหมายความว่า
มีน้ำตาลไหลไปถึงหลอดฝอยของไตในจำ-
นวนน้อยลงด้วย. หลอดฝอยจึงสามารถ
ดูดขมน้ำตาลกลัยเข้าสู่เลือดได้. ดังนั้นจึง

ไม่มีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ.

(๒) ซัยเปอรักกลัยซเมย์ในระหว่างอดอาหาร. จำนวนน้ำตาลในเลือดในคนที่เช่นเขาหวานเพียงเล็กน้อยอาจอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมากกว่าปกติเล็กน้อย. ในรายที่เป็นอย่างปานกลาง, อาจตรวจได้น้ำตาลถึง ๓๐๐ มก. ปช. ส่วนในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีน้ำตาลในเลือดถึง ๖๐๐ มก. ปช. หรือสูงกว่าได้. ทงนมรายงานไว้ถึง ๒๐๐๐ มก. ปช. จำนวนน้ำตาลในเลือดไม่อาจบอกให้ทราบได้ว่าคนไข้จะเข้าสู่ภาวะโคมาหรือไม่, เพราะเคยพบว่าคนไข้เขาหวานที่อยู่ในภาวะโคมาอาจมีน้ำตาลในเลือดสูงเพียงเล็กน้อย (เช่น ๑๓๐ มก. ปช.), ส่วนในรายที่น้ำตาลสูงมาก ๆ อาจไม่เกิดโคมาก็ได้. การพยากรณ์ผลของโคมาก็ไม่สามารถจะยึดถือน้ำตาลในเลือดเป็นหลักได้. ยางรายมีโคมาและน้ำตาลเพียง ๓๐๐ มก. ปช. ก็ตาย, แต่ยางรายน้ำตาลถึง ๑๐๐๐ มก. ปช. ก็หาย.

(๓) ความทนทานต่อน้ำตาลลดลง. การทดสอบความทนทานต่อน้ำตาลเป็นเครื่องช่วยวินิจฉัยโรคในรายที่วินิจฉัยโรคไม่ได้แน่นอน. คนที่เป็นเขาหวานน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้นสูงกว่าปกติและอยู่ใน

ระดับสูงเป็นเวลานาน, ซึ่งแสดงว่าร่างกายใช้น้ำตาลไม่ได้, หรือได้แต่เพียงส่วนน้อย.

(๔) การมีสารจำพวกกลัยซีสเพิ่มมากขึ้น. ดังได้กล่าวไว้ในโรคเขาหวาน มีซัยเปอร่า โคลเลสเตอรอล เมย์ เนื่องจากร่างกายใช้ไขมันมากขึ้น. อนึ่ง, ร่างกายสังเคราะห์โคลเลสเตอรอลจากอะซิเตท, และในโรคเขาหวานก็มีสารจำพวกเหล่านี้เกิดขึ้นมาก. ดังนั้นการสังเคราะห์โคลเลสเตอรอลอาจเป็นไปได้มากขึ้น, เป็นการช่วยเพิ่มโคลเลสเตอรอลในเลือดอีกทางหนึ่ง. การที่ร่างกายขาดน้ำและมีเลือดเข้มข้นมาก อาจมีส่วนช่วยทำให้วิเคราะห์ได้จำนวนโคลเลสเตอรอลสูงขึ้นด้วยก็ได้.

การบริหารอินซูลินทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงโดยเร็ว. แต่สำหรับโคลเลสเตอรอลไม่เป็นเช่นนั้น. ในคนที่โคลเลสเตอรอลในเลือดยังคงสูงอยู่, แม้มีน้ำตาลในเลือดลดลงแล้ว, มักมีอาการโรคกำเริบขึ้นใหม่ได้ง่ายและมักมีโรคแทรกซ้อนรุนแรงด้วย. มีผู้สังเกตว่าเด็กที่เป็นเขาหวานไม่ค่อยมีซัยเปอร่า โคลเลสเตอรอลเมย์. โดยมากจำนวนโคลเลสเตอรอลในเลือดเป็นปกติ. ในโรคเขาหวานในระยะปลายมักจะกลับมีโคลเลสเตอรอลใน

เล็กน้อยกว่าปกติ. โรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายเปอริโอมิเอสเทอโรลมีเยเป็นลักษณะประจำแสดกการเปลี่ยนแปลงเช่นนเหมือนกัน. ยังไม่ทราบสาเหตุ, แต่มีคนให้ความเห็นว่าอาจเกิดจาก (๑) โลหิตจางหรืออาการผอมแห้งที่มักพบในตอนท้ายของโรค, (๒) มีการย้ายโอมิเอสเทอโรลออกไปจากเลือดสำหรับการทำงานของเซลล์เรติคิวโลเอ็นโดทีเลียลที่เพิ่มมากขึ้น, หรือ (๓) เปลือกต่อมแอดรีนัลทำงานมากขึ้น, เนื่องจากความคับแค้นทางใจและกาย. ข้อนี้ทำให้โอมิเอสเทอโรลในต่อมแอดรีนัลลดน้อยลง, และโอมิเอสเทอโรลในเลือดก็ลดตามไปด้วย. แต่ไม่ว่าสาเหตุที่แท้จริงจะเป็นอะไรก็ตาม, การตรวจพบคล้ายเปอริโอมิเอสเทอโรลมีเยย่อมแสดกถึงการพยากรณ์โรคที่ร้ายแรงอยู่เสมอ. (๕) คีโอสติสและอะสโตสิส, ผลของการเปลี่ยนแปลงทั้งสองได้กล่าวไว้แล้วโดยละเอียด. (๖) ชีวมัมไซเคียมซลอไรท์และโปแตสเซียมลดน้อยลง.

ทั้งสองอย่างนี้ (ข้อ ๕, และ ๖) พบในรายที่โรคดำเนินไปมากแล้ว, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอะสโตสิสอย่างมาก. ในระหว่างนี้มักมีไซเคียมออกไปทางปัสสาวะรวมกับกรดคิตอนเป็นจำนวนมาก.

ส่วนโปแตสเซียมมักจะลดลงได้มากเหมือนกัน (เช่นจาก ๑๖-๒๒ เหลือ ๗ มก. ปช.) ในรายที่เป็นอะสโตสิส. ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากสาเหตุหลายอย่าง, เช่นเสียไปในปัสสาวะ, ใ้ได้รับเข้าไปใหม่เป็นจำนวนน้อย, หรือการย้ายของโปแตสเซียมจากเลือดเข้าไปอยู่ภายในเซลล์เนื่องจากการบริหารอินซูลิน. (๗) สมดุลย์ในโตรเงินเป็นลบ. เนื่องจากมีการใช้โปรเทอีนเพิ่มมากขึ้นในการเปลี่ยนเป็นน้ำตาล, ร่างกายมักขับถ่ายสารในโตรเงินออกทางปัสสาวะเป็นจำนวนมาก. ถ้าหากร่างกายไม่ได้รับโปรเทอีนอย่างเพียงพอจะเกิดภาวะขาดโปรเทอีนขึ้น. ในโตรเงินที่ร่างกายได้รับน้อยกว่าที่ร่างกายขับถ่ายออกไปจึงทำให้สมดุลย์ในโตรเงินเป็นลบ. ในการขาดโปรเทอีนมากๆ อาจทำให้โปรเทอีนในพลาสมาลดน้อยลงจนถึงชกขวม. ในการรักษาอาการโคมาเนื่องจากเบาหวาน, เมื่อบริหารอินซูลิน, กลูโคส, น้ำ, และอิเล็กโตรลัยท์จำนวนมากๆ, การให้น้ำมากๆ อาจลดความเข้มข้นของโปรเทอีนในพลาสมาลงได้มากจนถึงการเกิดการขวมขึ้นได้.

สารในโตรเงินอีกอย่างหนึ่งที่ไตขับออกเพิ่มขึ้นในปัสสาวะคือแอมโมเนีย, ซึ่งได้สังเคราะห์ขึ้นในไตโดยลำกรตจำพวกคิตอนที่

ต้องกำจัดออกไปจากร่างกาย.

๘. การคั่งคางของเอน.พ.เอน.ในราย
ที่โรคเป็นมาากๆ, โดยเฉพาะเมอมอาการ
โคมาเกิดขึ้น, อาจตรวจเลือดพบสารจำพวก
เอน.พ.เอน.เพิ่มมาากขึ้น, ทั้งนี้เพราะมีโรค
ไตเข้ามาแทรกด้วย. แต่ในบางรายหา
สาเหตุไม่พบ. มีบางคนอธิบายว่าเป็นเพราะ
การขาดน้ำ, หรือการล้มเหลวของการไหล
เวียนประกอบกษมีการทำลายโปรตีนเป็น
จำนวนมาก.

เอกสาร

1. Samson Wright: Applied Physiology, 1953 (Oxford Med. Publ., London)
2. C.J. Wiggers: Physiology in Health and Disease, 1955 (Lea & Febiger, Philadelphia)
3. I. Kleiner: Human Biochemistry, 1954 (Mosby, St. Louis)
4. A. Cantarow, M. Trumper: Clinical Biochemistry, 1949 (Saunders, Philadelphia)
5. Scdemenn: Phatologic Physiology, 1955.

เขตการพนฟูทางวิชาการแพทย

คณะแพทยศาสตร์และศึรราชพยาบาล จะเขตการพนฟูทางวิชาการแพทย
ครั้งที่ ๕ ในวณจันทรท ๒๕ ถึงเสัวท ๓๐ มีนาคม ๒๕๐๐ มีกำหนด ๕ วัน
ครัง รายละเอียดขอทราบได้จาก น.พ. สุก แสงวิเชยว.

โรคแทรกบางอย่างในโรคเบาหวาน

และ

การรักษาโรคไตและโคมาเนื่องจากเบาหวาน

สุนทร ตันชนันท์

พ.บ., F.C.C.P.

(แผนกอายุรศาสตร์)

โรคเบาหวานมีความแพร่หลายมากพอสมควรในประเทศไทย. โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย. เมื่อโรคกำเริบมากผู้ป่วยอาจมีอาการไตหรือโคมาเกิดขึ้น, ซึ่งเป็นเหตุของอันตรายในโรคนี้. แต่ยังมีโรคอีกหลายอย่างที่มีเกิดแทรกซ้อนโรคเบาหวาน, ซึ่งสมควรจะทราบไว้. ในที่จะกล่าวถึงเฉพาะโรคทางอายุรศาสตร์ที่พบค่อนข้างบ่อยเท่านั้น.

(๑) วัณโรค

โรคนี้เป็นโรคแทรกที่พบบ่อยในโรคเบาหวาน. Root (1934) ได้ชี้ให้เห็นว่าคนที่เป็นเบาหวานอยู่เป็นระยะเวลานานจะมีโอกาสเป็นวัณโรคมากขึ้น. Boucot และ Cooper (1952) พบว่าพวกที่มีอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี, ถ้าเป็นเบาหวานมานานกว่า ๑๐ ปี, จะเป็นวัณโรคซึ่งอยู่ในระยะกำเริบมาก

กว่าบุคคลพวกอื่น ๆ.

คนไข้ที่เคยเป็นวัณโรคและโรคนี้อยู่ในสภาพสงบไม่ลุกลาม, ถ้าหากเกิดโรคเบาหวานขึ้นในภายหลัง, วัณโรคก็อาจไม่กำเริบขึ้น, ถ้าหากโรคเบาหวานนั้นได้รับการรักษาอย่างไคผลดี. ตรงกันข้ามผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานอยู่, เมื่อมีวัณโรคมาแทรก, วัณโรคมักจะป็นรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลว. มักจะมีเคซุเอซัน, หรือการเป็นโพรง, หรือมีการทบแน่นแบบบีนวโมเนีย (บีนวโมนิคคอนโซลิเดชัน).

อาการทั่วไปก็มักจะรุนแรงด้วย. ศาสตราจารย์ประเสริฐ กงส์ทาลัย, หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์, มีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและมีวัณโรคแทรกซึ่งเห็นสมควรยกตัวอย่างมากแล้วไว้ ๓ ราย. รายที่ ๑, ผู้ป่วยอายุ ๕๕ ปี, เป็นวัณโรคชนิดรุนแรง, มีโพรง และเกิดภาวะอากาศรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

ชนิดเกิดเอง. หากเดือนต่อมาอาการกำเริบขึ้นอีกเนื่องจากโรคเบาหวานไม่สงบ. เมื่อได้รับการรักษาทางเบาหวานและวัณโรคเป็นอย่างดีก็ช่วยก่อกำหนดคนและสหายค. จนเป็นคนเป็นเวลา ๕ ปีแล้วอาการไม่กำเริบเลย. รายที่ ๒ ผู้ป่วยอายุ ๕๗ ปีเป็นเบาหวานและวัณโรค. การรักษาไม่ได้ผลเพราะผู้ป่วยไม่พยายามร่วมมือด้วย. ใ้รับการรักษาเป็นครั้งคราว. อาการโรคกำเริบทุกๆ ปี. รายที่ ๓ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกอายุรศาสตร์, มีนาในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเนื่องมาจากวัณโรค, เกิดขึ้นภายหลังที่มอร์สโคสดี้อย่างรุนแรงเพราะเบาหวาน.

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเป็นวัณโรคบ่อยกว่าธรรมดาอันยังไม่ทราบแน่นอน. มีคำอธิบายที่อาจไว้คงต่อไป:

คนที่ไม่เป็นเบาหวานแต่เป็นวัณโรคก็เพราะที่โภชนาการและได้รับเชื้อวัณโรคมาโดยตรง. ผู้ที่เป็นเบาหวานก็ร่างกายฝ่ายพอมลงมาก, นำหนักตัวลด, โภชนาการก็ผิดปกติ. พวกนี้มีความต้านทานโรคต่ำซึ่งคงจะเนื่องมาจากการผิดปกติในทางเมตาบอลิซึม. ลอว์ก (Long) กับพวก (๑๙๕๑) พบว่าพวกที่มระดับวิตามินเอ. และ ซี. ในเลือดต่ำ, เป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนที่มระดับวิตามินทั้งสองอยู่

ในเกณฑ์ปกติ. คนที่เป็นโรคเบาหวานส่วนมากวิตามินเอในเลือดต่ำกว่าปกติเนื่องจากการหย่อนสมรรถภาพของตับ. เกส (๑๙๕๓) ได้สังเกตว่าคนที่หมกสนิทเนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน, ถ้าเป็นซ้ำบ่อยๆ, มีคอรัคโคสเคอโรบค้อออกมาในปัสสาวะมาก. ขอนเส่งว่าต้องมีอะไรมารบกวนต่อมพาราไทรอยด์ทำให้ฮอร์โมนของต่อมหมวกไตขยับนำหลังออกมามาก, จึงลดความต้านทานของคนนั้นต่อเชื้อวัณโรค.

จอสลินกล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มอร์สโคสดีโคสดีและหมกสนิท, มักเผาผลาญไขมันมาก, ซึ่งจะทำให้มีกลัยเซอรอลเกิดขึ้นมาก. กลัยเซอรอลช่วยให้เชื้อวัณโรคเจริญเติบโตได้ผลดี, ดังที่เขาใส่สารผสมลงไปให้อาหารที่จะเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค.

มาร์ตินและพวก (๑๙๕๓) กล่าวว่าความต้านทานโรคผู้ที่เป็นเบาหวานต่ำกว่าปกติเพราะมีความผิดปกติทางชีวเคมีเกิดขึ้น, ซึ่งกระทบกระเทือนไปถึงการสร้างกรดแลคติกในเนื้อเยื่อ.

สรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าผู้อื่นนั้นเนื่องมาจากเหตุผลหลายอย่างประกอบกัน, เช่นนำหนักตัวลด; อดีโคสดี, การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี, การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน,

ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม, หรือ
ทโรคณาการ. อาจเป็นอย่างไรอย่างหนึ่ง
หรือหลายอย่างรวมกันได้.

ในแง่ปฏิบัติ, ถ้าหากผู้ช่วยที่เป็นเขา
หวานได้รับการรักษาอย่างดีแล้ว, อาการ
ไม่ดีขึ้น, ควรคิดถึงโรคไว้ว่าอาจจะมี
แทรกอยู่ด้วย.

คนเป็นเบาหวานที่มีโรคแทรกจะ
ต้องรักษาทางโรคและเบาหวานไปด้วย
กัน, โดยปฏิบัติตามแผนและอย่าง
เข้มแข็งจริงจังทั้ง ๒ โรค.

ความรุนแรงของโรคไม่ได้ขึ้นอยู่
กับการเป็นเบาหวานน้อยหรือเป็นมาก, แต่
ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ได้ทำการบำบัดเบาหวาน
หรือไม่เพียงพอ. ผู้ช่วยที่ควรได้รับการ
รักษาต่อไปในทางคล้ายกรรมก็เช่นเดียวกัน,
ต้องได้รับการรักษาเบาหวานเป็นอย่างดี.
ควรสังเกตว่าการบำบัดเบาหวานจะช่วยบ
บัดโรคด้วย. เพราะฉะนั้นแม้ว่าโรค
จะได้สงบลงแล้ว, หรืออยู่ในสภาวะชง
เสมอกับหายแล้วก็ตาม, ก็ยังต้องเอา
ใจใส่ทำการบำบัดโรคเบาหวานต่อไปอย่าง
จริงจัง, เพื่อยกเลิกการกลับกำเริบขึ้นใหม่
ของโรค.

(๒) ตับโต

ผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานที่มีโรคแทรกอยู่
แล้ว, และไม่ได้รับการรักษา, และเด็ก
ผู้ช่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษา, มัก
จะมีอาการตับโตอยู่ด้วยเสมอ. ในบางราย
การโตของตับอาจตรวจทางร่างกายไม่
พบ, แต่พบการเปลี่ยนแปลงมีไขมันเพิ่มขึ้น
มากในอวัยวะนั้นอย่างเด่นชัด. ขอนแอง
จากว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพร้อม ๆ โรค
เบาหวานนั้นนอกจากจะเปลี่ยนในค่านรูป
ลักษณะของตับแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงใน
ทางสมรรถภาพด้วย, ซึ่งเป็นไปในทาง
เสื่อมและเห็นได้จากการตรวจทางชีวเคมี.
อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจ
เกิดขึ้นเองจากเบาหวาน, หรือเกิดขึ้นโดย
ไม่เกี่ยวข้องกันกับเบาหวานก็ได้.

ปัญหาว่าการที่ตับโตขึ้นในโรคเบาหวาน
เป็นเพราะอะไร, อาจจะตอบได้ ๒ อย่าง
คือ (๑) โรคเบาหวานทำให้มีแฟตตับอัน
ผิดปกติขึ้นในตับ, (๒) ตับมีสัทธิครมคดเจ
เนอเรชั่น.

(๓) ปอร์ทัลเซอร์โรสิส

โรคแทรกโรคตับที่บ่อยเหมือนกันใน
คนที่ เป็นโรคเบาหวานอยู่นาน ๆ. สาเหตุ

ที่ทำให้เกิดโรคแทรกกันยังไม่ทราบแน่นอน. แต่เชื่อกันว่าไม่ใช่การขาดโปรตีน, เพราะมักได้พบด้วยกันในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบำรุงดีประการหนึ่ง, ก็เพราะการบริหารโกลีนไม่มีผลทำให้พยาธิสภาพของเซอร์โรสสันคนไต, อีกประการหนึ่ง.

การรักษาคีโตสิสและโคมาเนื่องจากเบาหวาน

อาการแทรกซ้อนทั้งสองอย่างนี้เป็นผลร้ายแรงที่สุดของโรคเบาหวานและมักจะพบได้บ่อย ๆ. การวินิจฉัยโรคและการรักษาต้องอาศัยการตรวจในห้องทดลองเป็นหลักช่วย. เพื่อความสะดวกในสถานที่ซึ่งไม่มีห้องทดลองที่สมบูรณ์, ศาสตราจารย์เคนแคนแห่ง ร.พ. เพนซิลเวเนียได้นำวิธีปฏิบัติซึ่งให้ความสะดวกมากและเป็นวิธีซึ่งเราสามารถนำมาใช้ในแผนกอายุรศาสตร์ของเราด้วยผลดี.

วิธีอาศัยการตรวจคีโตนในเลือดเป็นหลักช่วยในการกำหนดขนาดของอินซูลิน. วิธีหาคีโตนนกใช้วิธีเช่นเคยยกยทใช้ตรวจอะซีโตนในปัสสาวะ (Rothera หรือ Rothera-Wishart). ค้นแคนถอว่าคนไข้ที่มีปัสสาวะที่มีน้ำตาล ๔ ขวกและพลาสมาอะซีโตน ๔

ขวก, เป็นข้อวินิจฉัยว่าอยู่ในสภาพโคมาเนื่องจากเบาหวาน

การรักษาคีโตสิสเนื่องจากเบาหวาน

การรักษาแบ่งได้เป็น ๓ แนว :

(๑) ในรายที่มีโรคคีโตเซอแทรกซ้อนไม่รุนแรง. ต้องเพิ่มขนาดอินซูลินมากขึ้น, แต่ยังไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการที่เคยให้ยาอยู่แต่เดิม.

(๒) ในรายที่มีโรคคีโตเซอแทรกซ้อนรุนแรงปานกลาง. ยังคงให้อินซูลินในขนาดเท่าเดิม. อินซูลินชนิดที่มีฤทธิ์อยู่นานก็ให้ต่อไปได้. แต่จะต้องเปลี่ยนวิธีบริหาร, คือให้อินซูลินธรรมดาทุก ๔ ชั่วโมง, แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดขึ้นไปทราบเท่าที่ปัสสาวะยังมีน้ำตาลและเลือดยังมีน้ำตาลมากอยู่. เมื่อโรคแทรกซ้อนมีอาการทุเลาขนาดของอินซูลินลง.

(๓) ในรายที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงและโคบายับัน. ตัวอย่างโรคแทรกซ้อนดังกล่าวได้แก่ ฝักบัว, ปอดอักเสบ, อินฟารคตกลาเมนอหัวใจ. จำเป็นต้องรีบช่วยไว้ในโรงพยาบาลและจัดการให้อาหารวันละ ๔ มอ ๆ ละเท่า ๆ กัน, โดยให้ทุก ๆ ๖ ชั่วโมง. บริหารอินซูลินธรรมดาเพียงอย่าง

เคี้ยวเท่านั้น, โดยให้ก่อนอาหารทุกมื้อ. เพิ่มขนาดอินซูลินขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งสามารถลดน้ำตาลในปัสสาวะลงและทำให้หมดไปได้. เมื่อโรคแทรกซ้อนทั้งหลายลง, ก็ลดขนาดอินซูลินลงได้. จำนวนอินซูลินที่บริหารควรหนึ่ง ๆ นนกระทั่งราว ๆ ประมาณเศษหนึ่งส่วนสามของขนาดทั้งหมดในหนึ่งวันที่เคยให้อยู่ก่อนมีโรคแทรก.

การรักษาโคมาเนื่องจากเบาหวาน

เมื่อพบผู้ป่วยซึ่งสงสัยว่าหมดสติเนื่องจากโรคเบาหวาน, ตรวจปัสสาวะพบน้ำตาล & ขวกและตรวจพลาสมาพบคีโตน & ขวก, อาจเริ่มรักษาผู้ป่วยโดยให้อินซูลิน ๑๐๐ หน่วยใต้โดยทันที. ทั้งนี้ให้ลดอินซูลิน ๕๐ หน่วยเข้าหลอดเลือดและ ๖๐ หน่วยเข้าใต้ผิวหนัง. ต้องให้น้ำตามเนือที่เติมเกลอเค็มๆ ประมาณ ๒๕๐ ล.ซม. เพื่อช่วยแก้การขาดโซเดียมซึ่งเกิดเนื่องจากการเสียชวคนไปนในปัสสาวะซึ่งถ่ายออกไปเป็นจำนวนมาก. ต้องรีบส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพร้อมทั้งพลาสมาที่เจาะออกมาแล้วด้วย.

สำหรับการรักษาในโรงพยาบาลตามเครื่องทดลองสมมุติควรทำการตรวจให้ครบทุกอย่าง ๆ ตั้งแต่คงอยู่ในตารางที่

๑, ซึ่งเป็นกรตรวจและรักษาที่ควรกระทำภายใน ๑๒ ชั่วโมงแรกของการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล. ในระหว่างที่คอยผลการตรวจอย่างอนนควรทำการตรวจพลาสมาทำให้ปฏิกิริยา & ขวกต่อคีโตน, โดยเจาะจางเสียบก่อนหนึ่งเท่าตัวโดยนำเกลอนอร์มัล. ถายังให้ปฏิกิริยาคีโตน & ขวกออกก็เจาะจางเท่าตัวออกครึ่งหนึ่ง. การตรวจนอาศัยเป็นหลักสำหรับคำนวณขนาดอินซูลินที่จะให้แก่คนไข้คงปรากฏในตารางที่ ๒.

สำหรับอินซูลินที่บริหารในครั้งแรกนี้, ให้ฉีดเศษหนึ่งส่วนสามของขนาดทั้งหมดเข้าหลอดเลือด, อีกเศษสองส่วนสามฉีดเข้าใต้ผิวหนัง.

สำหรับเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๒ ปี) ขนาดของอินซูลินที่บริหารในครั้งแรกให้เพียงเศษหนึ่งส่วนสี่ของผู้ใหญ่.

เมื่อเริ่มการรักษา, ถ้าหากความดันเลือดซัยสโตลิกต่ำกว่า ๕๐ มม.ปรอท, ให้นำเกลอนอร์มัลเข้าหลอดเลือดด้วย, โดยอาจให้อย่างค่อนข้างเร็ว, คือ ๒๐-๓๐ ล.ซม. ต่อนาที. (๗-๑๐ หยดต่อวินาที).

เมื่อให้อินซูลินครั้งแรกแล้ว การที่บริหารยานต่อไปในขนาดอย่างใดนอาศัยหลักดังต่อไปนี้:

สารศรราช
ตารางที่ ๑

ชั่วโมงของการรักษา	๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
การตรวจ													
เลือด													
น้ำตาล	*		(*)		*		(*)		*		(*)		*
คีโตน	*		*		*		*		*		*		*
คาร์บ. ไคออก.	*				*				*				*
ซีมาโตคริต	*		*		*		*		*		*		*
ถ.พ.	*				*				*				*
ยเร็วในโทร.	*				*				*				*
ไปแตสเซียม	*				*				*				*
ปัสสาวะ													
น้ำตาล	*	(*)	*		*	(*)	*	*	*	*	*	(*)	*
คีโตน	*		(*)	(*)	*		(*)		*		(*)		*
เพาะเชื้อ	*		*		*				*		*		*
วิเคราะห์	*		*		*				*		*		*
ความดันเลือด	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* หมายความว่า "ทำการตรวจ"

(*) หมายความว่า "เว้นเสียก็ได้"

ตารางที่ ๒

จำนวนอินซูลินที่ฉีด, ตัดสินจากปฏิกิริยากีโตนในปัสสาวะ

จำนวน+แสดงความแรงของคีโตน ปช. แสดงความเข้มของปัสสาวะ**				อินซูลิน, จำนวนหน่วย	
				ให้ครั้งแรก	ให้ครั้งต่อไป
๑๐๐ ปช.	๕๐ ปช.	๒๕ ปช.	๑๒.๕ ปช.	๑๐๐	๕๐ ทุก ๓ ช.ม. ๒๕ ทุก ๑/๒ ช.ม.
++++	+++ หรือ ++				
++++	++++				
++++	++++	++++		๒๐๐	* ทุก ๑/๒ ช.ม.
++++	++++	++++			
++++	++++	++++	++++		

* อาจต้องเพิ่มอินซูลิน, ถ้าไม่ทะเลา

** ๑๐๐ ปช. หมายความว่าปัสสาวะที่ไม่ได้เจือจาง; ๕๐ ปช. หมายความว่าปัสสาวะที่เจือจาง ๑ เท่า ๑๒๕.

ตารางที่ ๑

ชั่วโมงของการรักษา	๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
การตรวจ													
เลือก น้ำตาล	*		(*)		*		(*)		*		(*)		*
คีโตน	*		*		*		*		*		*		*
คาร์บ. โคอิก.	*				*				*				*
ฮีมาโตคริต	*		*		*		*		*		*		*
ถ.พ.	*				*				*				*
ย.เรียวในโทร.	*												*
โปแตสเซียม	*				*				*				*
ปัสสาวะ น้ำตาล	*	(*)	*	(*)	*	(*)	*	(*)	*	(*)	*	(*)	*
คีโตน	*		(*)		*		(*)		*		(*)		*
เพาะเชื้อ	*								*				*
วิเคราะห์	*								*				*
ความดันเลือด	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* หมายความว่า "ทำการตรวจ"

(*) หมายความว่า "เว้นเสียก็ได้"

ตารางที่ ๒

จำนวนอินซูลินที่ฉีด, ตัดสินจากปฏิกิริยากีโตนในปัสสาวะ

จำนวน+แสดงความแรงของคีโตน ปช. แสดงความเข้มของปัสสาวะ**				อินซูลิน, จำนวนหน่วย	
				ให้ครั้งแรก	ให้ครั้งต่อไป
๑๐๐ ปช.	๕๐ ปช.	๒๕ ปช.	๑๒.๕ ปช.		
++++				๑๐๐	๕๐ ทุก ๓ ชม.
++++	+++ หรือ ++			๑๐๐	๒๕ ทุก ๑ ชม.
++++	++++			๒๐๐	} ๕๐ ทุก ๑/๒ ชม. *
++++	++++	++++		๓๐๐	
++++	++++	++++	++++	๔๐๐	

* อาจต้องเพิ่มอินซูลิน, ถ้าไม่ทุเลา

** ๑๐๐ ปช. หมายความว่าปัสสาวะที่ไม่ได้เจือจาง; ๕๐ ปช. หมายความว่าปัสสาวะที่เจือจาง ๑ เท่า ฯลฯ

(เนื่องด้วยตารางที่พิมพ์ในหน้า ๒๒ ของสารคดีราช ฉบับ ม.ค. ๒๕๐๐ มีการผิดพลาด, โปรดแก้

ก. เพิ่มขนาดของอินซูลิน. ในรายที่มีคีโตสิสรุนแรงและพบว่าจำนวนคีโตนในปัสสาวะไม่น้อยลงและอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ดีขึ้นภายหลังให้การรักษาแล้ว ๖ ชั่วโมง, ก็เพิ่มอินซูลินชนิดครวละ ๒๕ หน่วยในการฉีดยาครั้ง ๆ ไป. อาจเพิ่มขนาดมากกว่าขนาดที่ได้อีก ๘ ชั่วโมงไปแล้ว. ในบางรายซึ่งมีคีโตสิสรุนแรงมาก, อาจใช้อินซูลินถึง ๑๐๐ หน่วยหรือมากกว่านั้นทุก ๆ ครั้งชั่วโมง, จนกว่าคีโตนในปัสสาวะที่ไม่ได้เจือจางมีปฏิกิริยาต่ำกว่า ๔ ขวก. มีข้อพึงระวังคือรายที่ไม่พบขบวนการออกซิเดชันน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปก็ได้. เมื่อเจาะเลือดสำหรับหาอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำตาลในเลือดแล้ว, ก็ฉีกกลูโคสเข้าหลอดเลือดได้, ซึ่งจะเป็นการช่วยวินิจฉัยและให้การบำบัดไปในตัว.

- ถ้าตรวจน้ำตาลในปัสสาวะได้ปฏิกิริยา ๔ ขวก ให้อินซูลิน ๓๐ หน่วย.
- ถ้าตรวจน้ำตาลในปัสสาวะได้ปฏิกิริยา ๓ ขวก ให้อินซูลิน ๒๐ หน่วย.
- ถ้าตรวจน้ำตาลในปัสสาวะได้ปฏิกิริยา ๒ ขวก ให้อินซูลิน ๑๐ หน่วย.
- ถ้าตรวจน้ำตาลในปัสสาวะได้ปฏิกิริยา ๑ ขวก งดให้อินซูลิน.

ถ้าปฏิกิริยาน้ำตาลในปัสสาวะให้ผลลบ, ต้องระวังและงดอินซูลินไว้จนกว่าจะน้ำตาลออกมาในปัสสาวะอีก. ควรให้น้ำ

ข. ลดขนาดของอินซูลิน. ^{๒๕ ร.} ขอนพึงกระทำในเมื่อคีโตนในปัสสาวะลดลงหลังจากให้อินซูลินในครั้งแรก. ตามปกติคีโตนจะลดลงก่อนในปัสสาวะที่เจือจาง, แล้วต่อมาจึงจะลดลงในปัสสาวะที่ไม่ได้เจือจาง. ปฏิกิริยาของคีโตนในเลือดจะอ่อนลงก่อน, แล้วปฏิกิริยาของคีโตนในปัสสาวะจึงจะอ่อนลงทีหลัง. เมื่อปัสสาวะที่ไม่ได้เจือจางมีปฏิกิริยาคีโตนลดลงต่ำกว่า ๔ ขวกแล้ว และอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น, แสดงว่าความทนทานของร่างกายต่ออินซูลินมีน้อยลง, ต้องระวังป้องกันการเกิดน้ำตาลต่ำในเลือด. ขอนพึงกระทำโดยเว้นระบะการบริหารอินซูลินให้ห่างลง, เป็นให้ทุก ๓ หรือ ๔ ชั่วโมง (โดยมากให้ทุก ๔ ชั่วโมง). จำนวนอินซูลินที่จะให้ในอาทิตย์หลังเกิดเหตุจากผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะดังต่อไปนี้.

ละลายกลูโคส ๕๐ ปช. ๕๐ ล. ซม. ฉีกเข้าหลอดเลือด (เท่ากับน้ำตาล ๒๐ กรัม). ถ้าคีโตนในปัสสาวะลดลงเหลือ ๒ ขวก

หรือต่ำกว่า ๒ บวกในพลาสติกที่ไม่ได้เจาะ
ข้าง, หรืออำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์
เพิ่มขึ้นมากกว่า ๓๕ ปริมาตรเปอร์เซ็นต์,
และถ้าผู้ป่วยมีอาการชักจนเกิดการชักซ้ำโดย
ให้อินซูลินและอาหารทุก ๆ ๖ ชั่วโมง.

การให้น้ำและเกลือ, ฉีดน้ำเกลืออิน-
มัล ๒๐๐๐-๓๐๐๐ ล. ซม. ในระหว่าง
๔ ชั่วโมงแรกของการรักษา, หรืออาจให้
น้ำตาลไปได้เรื่อย ๆ ทรายไตที่ความถ่วง
จำเพาะของเลือดสูงกว่า ๑.๐๕๕, ชีมา-
โตคริต สูงกว่า ๕๐ ปซ., และความดัน
เลือดซัสโตลิกน้อยกว่า ๕๐ มม.ปรอท.
แต่ต้องไม่ให้โซเดียมคลอไรด์มากกว่า
๒๔ กรัมใน ๒๔ ชั่วโมงแรก. ถ้าต้อง
การให้น้ำในระยะนี้ใช้ละลายฟรคโทสหรือ
กลูโคสชนิดไอโซโทนิคแทนน้ำเกลือ.

ให้โปแตสเซียมคลอไรด์ ๑ กรัมทุก
๔ ชั่วโมงรวม ๕ ครั้ง, โดยตั้งต้นหลัง
จากเริ่มการรักษาแล้วได้ ๖ ชั่วโมง. ทงน
ใช้ไตในรายที่ไตทำหน้าที่ไตและปัสสาวะ
ถ่ายออกได้สะดวก.

ในเด็กใช้ขนาดต่าง ๆ ลดลงตามส่วน.

ถ้าจำเป็นจะต้องให้โปแตสเซียมเข้า
หลอดเลือดก็ฉีดขนาดละลาย ๑.๑๔ ปซ. ของ
โปแตสเซียมคลอไรด์จำนวน ๑๐๐-๕๐๐
ล. ซม. เข้าหลอดเลือดอย่างช้า ๆ, จนกว่า

อาการขาดโปแตสเซียมในเลือดจะหายไป,
ซึ่งอาจตรวจทราบได้จากการบันทึกคลื่นไฟ-
ฟ้าหัวใจ (EKG).

ถ้าผู้ป่วยกินอาหารได้ก็ให้น้ำซบและ
อาหารน้ำหนักคาร์โบไฮเดรต. ให้ได้ตั้งแต่
๖-๑๐ ซม. หลังจากเริ่มการรักษา. อาจ
ให้ฟอสฟอรัสอะนินทรีนและแมกนีเซียม
ด้วยก็ได้.

การให้คาร์โบไฮเดรต. อาจฉีดน้ำ
ละลายกลูโคส ๕ ปซ. หรือฟรคโทส ๑๐
ปซ. เข้าหลอดเลือดในจำนวน ๑ ลิตรภายใน
หลัง ๖ ซม. ของการรักษา, หรือเมื่อ
ตรวจไม่พบคีโตนในเลือด, และน้ำตาลลด
น้อยลง, หรือน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า
๒๕๐ มก. ปซ. อาจใช้ซ้ำอีกได้ภายใน ๖
ซม., ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกินอาหารได้.

การให้ต่าง. โดยมากไม่จำเป็นต้อง
ให้. ให้เฉพาะในรายที่อำนาจจับคาร์บอน-
ไดออกไซด์ต่ำมาก ๆ หรือมีอาการช้ำเปื่อย
เนยมาก. ให้ไตในรายที่อำนาจจับคาร์บอน-
ไดออกไซด์ต่ำกว่า ๑๕ ปริมาตรเปอร์เซ็นต์.
หลักปฏิบัติอย่างง่าย ๆ คือให้น้ำยาโซเดียม
แล็คเตท (ราชัมค) เคียงหนึ่งส่วนหกโมลาร์
จำนวน ๕๐๐ ล. ซม. ต่อ ๑๐ ปริมาตร
เปอร์เซ็นต์ของอำนาจจับคาร์บอนไดออก-

ไซคัลทอลจากปกติ. การให้ค้างมากไป อาจทำให้เกิดแอลคาโลซิสขึ้นหลังจากที่ ได้ขยับคีโตสิสไปแล้ว.

การล้างกระเพาะและสวนอวัยวะ. ควรล้างกระเพาะทุกรายที่มีอาการปวดท้อง, ท้องอืด, และอาเจียนเรื่อย ๆ. แล้วให้น้ำเกลืออนอร์มัลอื่น ๆ จำนวน ๒๕๐ ล. ซม. ไว้ในกระเพาะ. อาจใส่ซัลเฟอร์ไพโรมาซีน (ลาร์แกคัล) ๒๕ มก. ไว้ควยก็ไคเพื่อ ยอกนอาเจียน.

ควรสวนอวัยวะทุกราย, แต่อาจรอไว้จนอาการของผู้ป่วยดีขึ้นบ้างก็ได้.

อาหาร. ให้อาหารทุก ๖ ชั่วโมง, โดยให้ ๔ มื้อในหนึ่งวัน. แต่ฝึกอินซูลินชนิดธรรมดาาก่อนอาหารทุกมื้อควย. ภายหลัง ๒๔ ชั่วโมงไปแล้วให้อาหาร ๒๐๐๐ คา-ลอรี่, ซึ่งมีโปรตีน ๑๑๐ กรัม, คาร์-โบไฮเดรท ๒๕๐ กรัมและไขมัน ๖๕ กรัม.

ควรให้แอสกีไบโอติกและยาเคมีโเทอ-รายยทุกราย.

การพยากรณ์โรค. การรักษาระยะได้ผล คหรือไม้อยู่ที่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว, ยิงนานมากความหวังที่จะหายก็ยิ่งน้อยลง. นอกจากนั้นการพยากรณ์โรคก็ยิ่งเกี่ยวกับ อายุของผู้ป่วย, สมรรถภาพของไต, การมีหรือไม่มีโรคคิคเซอ, ความรุนแรงของ

คีโตสิส, และระดับของน้ำตาลในเลือด อีกควย.

เอกสาร.

1. J.J. Bookman et al.: Diabetes 2:100, 1952.
2. K.R. Boucot, D.A. Cooper, E.S. Dillon, P. Meier, R. Richardson: Am. Rev. Tuberc. 65:1, 1952.
3. G.G. Duncan:
 - (1) Diseases of Metabolism, 1952 (Saunders, Phila.)
 - (2) Ann. Int. Med. 37:1188, 1952.
 - (3) Med. Clin. N. Am. 39:1579, 1955.
4. A. Fasoli, E.B. Magid, M.D. Glassman, P.P. Foa: Proc. Soc. Exper. Biol & Med. 1954.
5. A.L. Greenbaum, P. McLean: J. Biochem. 54:407, 1953.
6. H.R. Getz, E.R. Long, H.J. Henderson: Am. Rev. Tuberc. 64:381, 1951.
7. E.A. Gais: New York State J. Med. 53:1844, 1953.
8. D. Hubble: Diabetes 4:197, 1955.
9. E.P. Joslin: Treatment of Diabetes Mellitus, 1952 (Lea & Febiger, Phila.)
10. A.J. Kenny: J. Clin. Endocrinol. 15:1089, 1955.
11. C.T. Lee, G.G. Duncan: Metabolism 5:144, 1956.
12. S.P. Martin, G.R. McKinney, R. Green, C. Becker: J. Clin. Invest. 32:1171, 1953.
13. H.F. Root: New Engl. J. Med. 210:1, 1934.
14. G.A. Wrenshall, S.B. Andrus, J. Mayer: Endocrinol. 56:335, 1955.

บทบรรณาธิการ

วิตะมิน เค

วิตะมิน เค เป็นอย่างหนึ่งในจำพวก
วิตะมินที่ละลายในไขมัน, ซึ่งตาม (Dam)
โคคนพบเมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๕ และให้ชื่อด้วย
อักษร “เค” เพราะเห็นว่ามีหน้าที่เกี่ยว
กี่ยวการแข็งตัวของเลือด, ซึ่งในภาษาของ
เขาเรียกว่า “Koagulation.” เขาสังเกต
ว่าลูกไก่ซึ่งเลี้ยงด้วยอาหารที่สกัดเอาไข-
มันออกจนหมดสิ้นแล้วนั้น บังเกิดอาการตก
เลือดจากผิวหนังและเยื่อเมือกต่างๆ. อา
การนี้ เป็นผล เนื่อง มาจาก การที่ เลือดของ
สัตว์นั้นแข็งเช่นลิ่มซากกว่าปกติมาก. ต่อมา
ก็ได้ค้นพบว่าความผิดปกติในการแข็งตัว
ของเลือดนั้นเป็นเพราะ ความเข้มข้นของโปร-
ธรีอมบินในเลือดมีต่ำกว่าปกติ. ถ้าหากบริ-
หารไขมันที่สกัดได้จากอาหารธรรมชาติ
บางอย่างให้แก่ไก่พวกนี้ จะสามารถรักษา
อาการตกเลือดที่เกิดขึ้นนั้นได้. และเมื่อ
ตรวจดูการ แข็ง ตัว ของ เลือด ก็ พบว่า เป็น
ปกติ, พร้อมกันจำนวนโปรธรีอมบินในเลือด
เพิ่มมากขึ้นด้วย. ข้อตรวจพบเหล่านี้เป็น
หลักฐานว่า ในไขมันบางอย่าง มีวิตะมินอีก

อย่าง หนึ่ง ซึ่ง เกี่ยว ข้อง กี่ยวการ สร้างโปร-
ธรีอมบินและการแข็งตัวของเลือด. การ
ค้นคว้า ต่อ มา แสดง ว่าวิตะมินมีอยู่แพร่
หลายมาก ใน ธรรมชาติ และ ใน อาหารที่
มนุษย์เรากินอยู่เป็นประจำ, เช่นในผัก
เขียวต่างๆ, เมล็ดพืชและเนื้อสัตว์โดย
ทั่วไป. ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะมีวิตะมิน เค
อยู่เพียงในชั้นพอตรวจพบเท่านั้นก็ตาม, แต่
ก็ปรากฏว่าผู้ที่กินอาหารรวมประเภทอย่าง
ธรรมดาไม่ค่อยมีอาการของการขาดวิตะ-
มินนี้, นอกจากจะมีภาวะผิดปกติบางอย่าง
เกิดขึ้น. มีเพียงแต่คนเท่านั้นที่ดูเหมือน
มีความต้องการวิตะมิน เค ในอาหารน้อย
มาก, พวกสัตว์มีนม (แม่แมด) คนๆ
เช่นเดียวกัน. มีผู้พยายามจะทำให้เกิด
อาการขาดวิตะมิน เคขึ้น ใน สัตว์พวกนี้
โดยการให้อาหารที่ไม่มีวิตะมิน, แต่ไม่
ได้ผล. ปรากฏว่าสัตว์พวกนี้ทนทานต่อ
การขาดแคลนวิตะมิน เค มาก, เช่นเดียวกับ
คนเหมือนกัน. สัตว์ที่ทำให้เกิดอาการ
ขาดวิตะมิน เค ได้ง่าย, นอกจากลูกไก่,

ได้แก่ลูกห่านและลูกเขียด. (1) ต้นเหตุของความแตกต่างระหว่างความทนทานของสัตว์ทดลองชอมานกับของมนุษย์นั้นเขาใจว่าไม่เกี่ยวกับปริมาณของความต้องการ, แต่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงบางประการ. ประการหนึ่งคือการทำพวกบุคคลในลำไส้สามารถสังเคราะห์วิตามินเค ขึ้นได้. อาจเป็นไปได้ว่าบุคคลที่ประกอบเป็นพืช ประจำลำไส้ของมนุษย์ และ สัตว์ มนุษย์ มีความสามารถในเรื่องนี้ดีกว่าบุคคลในลำไส้ของไก่, เขียด หรือห่าน. เพราะฉะนั้นถึงแม้ว่าอาหารที่กินเข้าไปไม่มีวิตามิน เค เลย, ก็ยังสามารถได้รับวิตามินนี้จากบุคคลในลำไส้ของตนเองอย่างพอเพียง. อีกประการหนึ่งที่อาจเป็นไปได้คือการดูดซึมของวิตามินนี้อาจแตกต่างกันในระหว่าง สัตว์ ทนทาน กับ สัตว์ ที่ไม่ ทนทานต่อการขาด วิตามิน เค. มนุษย์และสัตว์มน่มอนๆ อาจมีสมรรถภาพในการดูดซึมดีกว่าพวกเขียดไก่. การดูดซึมของวิตามิน เค ต้องอาศัยน้ำ, หรือจะพูดให้ถูกต้องก็คือเกลือของน้ำ. ถ้าไม่มีน้ำในลำไส้, การดูดซึมวิตามินเค ก็จะดำเนินไปไม่ได้. ด้วยเหตุนี้ผู้ที่เข็นโรค

ที่ชาน เนื่องจาก การอดกิน จึงอาจมีอาการตกเลือด, ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงความขาดแคลนวิตามิน เค. (2)

ด้วยเหตุผลทั้ง กล่าวมา อาการขาดวิตามิน เค ในมนุษย์จึงมีค้อมีปรากฏ, และในรายที่อาการเกิดขึ้นนั้นมักอธิบายได้ด้วยการบกพร่องเกี่ยวกับกลไกของลำไส้แล้วอย่างใดอย่างหนึ่ง. คนที่ทำการอดกินชนิดขวางการไหลของน้ำเข้าสู่ลำไส้เกิดอาการขาดวิตามิน เค ได้เพราะการดูดซึมเสียไป, ทั้งกล่าวแล้ว. คนที่มีอาการท้องร่วงรุนแรง และ ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจมีการดูดซึมวิตามิน เค จากลำไส้ไม่พอเพียง, และอาจมีอาการตกเลือดแทรกซ้อนขึ้นได้. ในคนที่กินยาจำพวกแอนติไบโอติกในขนาดมาก, บุคคลประจำลำไส้ อาจตายหมด, การสังเคราะห์วิตามินเค ที่เคยมีอาจหยุดชะงักไป. ถ้ากินอาหารที่ขาดแคลนวิตามินนั้นด้วย, อาการขาดก็อาจเกิดขึ้น. ด้วยเหตุผลคล้ายกัน, เด็กเกิดใหม่บางคนมีอาการตกเลือด, ซึ่งแก้ไขได้ด้วยวิตามิน เค, และอธิบายได้ว่าคงเป็นเพราะลำไส้ของเด็กนั้นไม่มีเชื้อแบคทีเรีย

(1) Best and Taylor: Physiol. Basis of Med. Practice, 1950 (Williams & Wilkins, Baltimore)

(2) S. Wright: Applied Physiol., 1953 (Oxford Med. Publ., London)

ที่จะสังเคราะห์ วิตามิน เค, และได้จาก นานนมมารดาไม่พอ. ควบเหตคนมีผู้นำ ให้บริหารวิตามิน เค ในจำนวนมากแก่ หญิงที่ครรภ์แก่ในเวลาใกล้คลอด, เพื่อ ป้องกันเด็กเกิดใหม่ มีอาการ ขาดวิตามิน นน. (3)

คนทั้งขาดแคลนวิตามิน เค มักมี "เวลา โปรธรรอมบิน" (ควิก) นานกว่าปกติ, เนื่อง ควบมีโปรธรรอมบินในเลือดน้อย. "เวลา โปรธรรอมบิน" ในคนปกติอยู่ระหว่าง ๑๒ ถึง ๒๕ วินาที. (3,4) ถ้าเวลาโปรธรรอม บินนานขึ้น, หมายความว่าโปรธรรอมบิน ในเลือดมีความเข้มข้นลง, และโอกาสที่ จะเกิดการตกเลือดก็มีมากขึ้น. เวลาน ังไม่ทราบแน่ชัดว่าวิตามิน เค มีความ สัมพันธ์อย่างไรกับโปรธรรอมบิน. ความเห็น เกี่ยวของเรื่องนี้มีต่าง ๆ กัน. บางคนเข้าใจ ว่าวิตามิน เค ถูกเปลี่ยนเป็นโปรธรรอมบิน ในตับ. อีกพวกหนึ่งว่าวิตามิน เค ให้ส่วน ประกอบบางส่วนซึ่งจำเป็น สำหรับการสร้าง โปรธรรอมบิน. บางคนอธิบายว่าวิตามิน เค ไปกระตุ้นให้ตับสร้างโปรธรรอมบิน; ถ้าไม่มี วิตามิน เค ตับก็ไม่สร้าง. บางคนเห็นว่า

วิตามิน เค ทำหน้าที่เป็นสื่อเกี่ยวกับกระบวนการ ออกซิเดชันและรีดักชันภายในตับ. (3)

สรุปได้ว่าวิตามิน เค มีส่วนอย่างใดอย่าง หนึ่ง เกี่ยวของ กับการสังเคราะห์ของโปร- ธรรอมบิน, แต่จะเกี่ยวข้องในขั้นนี้ไม่เป็น ักกระจ่าง. การค้นคว้าในสมัยหลัง ๆ นี้ ักพบหลักฐานที่ชวนให้เข้าใจว่าวิตามิน เค มีได้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่เพียง กับตับเท่านั้น, แต่ดูเหมือนจะเกี่ยวข้องกับการแปรพลัง งานของร่างกายโดยทั่ว ๆ ไป อีกด้วย. คีช เนนา (Kuehnau) และคณะให้สมญาวิตามิน นี้ว่าเป็น "สารแสดงฤทธิ์ทางชีวภาพสำหรับ สัตว์มีชีวิตทุก ๆ สิ่ง." (5). การทดลอง แสดงว่า กระบวนการ เช่นฟอสฟอริบ เลชั่น และซีเครชัน, ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างการ เปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารหลายอย่างใน ร่างกาย, ทำให้เกิดพลังงานสำหรับการ ทำงานของอวัยวะต่าง ๆ, ต้องอาศัยวิตามิน นควบยงนั้น. ถ้าขาดไปหรือมีน้อยไป, กระบวนการนั้น ๆ ก็ดำเนินไปโดยเชื่องช้า หรือหยุดชะงัก. ถ้าหากเติมวิตามิน เค ลงไป, ปฏิกริยานั้น ๆ ก็ดำเนินได้หรือ ดำเนินเร็วขึ้น. ดังนั้นแทนที่การค้นคว้าจะ

(3) Wiggers: Physiol. in Health and Disease (Lea and Febiger, Phila.)

(4) Bell et al: Physiol. & Biochem., 1952 (Livingstone. Edin.)

(5) Dtsch. Med. Wschr. 37: 1511, 1956

ทำให้เกิด ความ กระ้าง ขนใน กลไก การ
แสดงผลของวิตามิน เค ต่อการสร้าง
โปรตีนรอมบิน, กลีบคเหมือนจะเพิ่มความ
ลึกลับของขนอก, เพราะไคพยบทยาท
แปลกกว่าเดิมขึ้นมาใหม่.

ในปัจจุบันเรารู้ความสำคัญอันสูงส่งของ
วิตามินเคเกี่ยวกับธรรมชาติทางเคมีของวิตามินเค.
แมคคี (McKee) และพวกแยกไคสารน
อย่าง บริสุทธิ์จาก หญ้า อดฟลฟ้า ตง แต่ปี
๑๙๓๕. ต่อมาเขาแยกไคสารคล้ายคลึง
กันและมีฤทธิ์ต่อร่างกายอย่างเดียวกันจาก
ปลาเน่าออก. เขาตั้งชื่อวิตามินจากหญ้าว่า
“เค หนึ่ง”, และจากปลาเน่าว่า “เค-
สอง”. โครงสร้างของสารทั้งสองนี้คล้าย
คลึงกันมาก. แต่วิตามิน เคสองนี้มีฤทธิ์
แรงเพียง ๖๐ ปร. ของ เคหนึ่ง เท่านั้น.
วิตามิน เคหนึ่ง มีชื่อทางเคมีตามโครง
สร้างว่า ๒-เมธิล-๓-ฟิธียล-๑,๔ นพ
โธควิโนน. ในเวลาใกล้ ๆ กันนั้นแอน
เดอร์สัน (Anderson) และนิวแมน (New-
man) แยกไคสารจำพวกคล้ายคลึงอย่างหนึ่ง
จากเชื้อราโรค (มีโคคัยคเทรียมทเซอร์ค
โลสิส), ซึ่งเขาให้ชื่อว่า “ฟิธิโอคอล”
(Phthiocol) และมีโครงสร้างเป็น ๒-เมธิล
๓-ฮัยดรอกซัย - ๑,๔ นพโธควิโนน, ซึ่ง
ต่างจากวิตามิน เคหนึ่ง ตรงส่วนกลาง

เท่านั้น. ขอบทนาทางเคมี ฟิธิโอคอลนมี
ฤทธิ์ต่อร่างกายเหมือนกับวิตามินเค. ต่อ-
มากมีผู้ แยกไคสาร จาก ธรรมชาติ หรือ
สังเคราะห์สารนอกเช่นจำนวนมาก, ซึ่ง
มีสูตรหลักเป็นนพโธควิโนน, และล้วนแต่
มีฤทธิ์คล้ายคลึงกับวิตามินเค ทงน. เพียง
ปี ๑๙๔๒ บริงค์เฮาส์ (Brinkhous) รวบรวม
รวมไคสารเช่นถึง ๒๔ อย่าง. (1) ไม่ทราบ
ว่าในขณะนั้นจะมีเพิ่มขึ้นแล้วอีกอย่างไร.
สารจำพวกนี้อย่างหนึ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษ
ได้แก่ “เมนาควิโอน” (Menadiol) ซึ่ง
เป็นสารสังเคราะห์, และมีคุณสมบัติพิเศษ
คือละลายได้ในน้ำ, ซึ่งหมายความว่ามัน
ถูกดูดซึมได้แม้เมื่อไม่มึนาคินในลำไส้, ซ้ำ
ยังมีฤทธิ์แรงกว่าวิตามิน เค ธรรมชาติ
สองถึงสี่เท่าอีกด้วย.

สารจำพวกคูมาริน (Coumarin) หลายน
อย่างมีฤทธิ์เป็น “แอนติวิตามิน เค”.
ตัวอย่างสำคัญได้แก่ “ไดคูมารอล”
(Dicoumarol) ซึ่งมีอยู่ในหญ้าชนิดหนึ่ง,
เรียกว่า “สวีตโคลเวอร์” (Sweetclover)
และถูกค้นพบโดยบังเอิญเพราะสัตว์ที่ไปกิน
หญ้าชนิดนี้จนเจ็บ และตาย ด้วยอาการ ตก-
เลือดอย่างรุนแรง. สารนี้มีโครงสร้าง
ประกอบด้วยกลุ่มนพโธควิโนนแบบเดียวกับ
วิตามิน เค. เขาใจว่าความคล้ายคลึงนี้เอง

ทำให้โคคูลารอลสามารถเข้าไปแย่งที่ของ
 วิตามิน เค เสียบ, และขัดขวางการทำงาน
 ของวิตามิน เค โดยวิธี “ยับยั้งโดยยอ
 แย่ง” (competitive inhibition), เช่นเดียว
 กับสารที่เป็นปฏิปักษ์กันในคือนๆ. เวลา
 โคคูลารอลมาใช้เป็นยา ยับยั้งการแข็งตัว
 ของเลือดในร่างกาย, คงที่ทรายนอยู่แล้ว.

ประโยชน์ของวิตามิน เค ในทางรักษา

โรคในขณะนั้นยังมีไม่มากนัก. ใช้แต่เพียง
 แก่ภาวะขาดแคลน, ติงกล่าวแล้วข้างต้น,
 ซึ่งมักเกิดขึ้นแต่นาน ๆ ครั้ง. อย่างไรก็ตาม,
 เนื่องจาก การศึกษาพบ หน้าที่ อย่างอื่นของ
 วิตามินน, ติงอาจไว้แล้ว, อาจเป็นไปได้ว่าใน
 ภายหน้าของใช้ สำหรับ สารสังเคราะห์ อาจมี
 เพิ่มมากขึ้นอีก หลาย ประการ และ เป็นในที่
 สำคัญ ๆ มากก็ได้.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราช ปี ๒๔๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้
 รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัด
 ส่งให้ตามประสงค์

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: เล็ก ศฤงคไพบูลย์ พ.บ.; สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.;
ประเวศ วะสี พ.บ.; โขติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.; บัญญัติ ปริชญานนท์ พ.บ.; พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ พ.บ.;
เกษียร ภักดานนท์ พ.บ.; ผิว ลิมปพยอม พ.บ.; ชลอรุจิรวัดน์ พ.บ.; ประมุข จันทวิมล พ.บ.

๑. John O. Godden O. Theron Clagett,
Howard A. Andersen: ความไวต่อแอล-
กอกซอลเป็นอาการหนึ่งของโรคชอคัจกิน.
J.A.M.A. 160: 1274-1276, 1956.

ผู้ป่วยด้วยโรคชอคัจกิน ๔ รายมีอาการ
เจ็บขนภายหลังคมเครื่องคมทมแอล-
กอกซอล, แม้แต่เพียง ๒-๓ ครั้ง. อาการ
เจ็บเกิดขึ้นทงขณะคมและภายหลังคมถึง
๕ นาที. เจ็บอยู่นานตั้งแต่ ๑๕ นาทีถึง
๓ ชั่วโมง. ลักษณะที่เจ็บเป็นอย่างปวด ๆ,
ชา ๆ, ถ่วง ๆ, หรือเจ็บอย่างธรรมดา.
ตำแหน่งที่เจ็บ, ในรายแรกเจ็บที่บริเวณ
หัวใจราวไปถึงคอและไหล่ด้านซ้าย, และ
ไปตามด้านในของแขนซ้ายจนถึงปลายนิ้ว
นาง; ในรายที่สองเจ็บคล้ายรายแรกแต่
ไม่มีเจ็บที่บริเวณหัวใจ; ในรายที่สามเจ็บ
ที่หลังตอนล่าง, แน่นขึ้นมาถึงหน้าอก; ใน
รายที่สี่ทงคนเจ็บที่ไหล่ซ้ายราวไปถึงด้าน

หลังของต้นแขนซ้าย.

ทั้งสี่รายภายหลังรักษาด้วยไนโตรเจน
มีสคาร์คและรังสีเรินต์เกินแล้วอาการเจ็บ
ไม่เกิดขึ้นอีก.

ก่อนหน้าได้มีรายงานเรื่องนรวมทง
สิ้น ๑๖ ราย. มีลักษณะการเจ็บคล้าย
คลึงกัน. มีอยู่ ๒ รายที่ต้องให้ยาจำพวก
มอร์ฟีน, และ ๑ รายมีอาการคันมากทง
ตัวแทนที่จะมีอาการเจ็บ.

ผู้รายงานได้แนะนำให้สอยถามคนไข้
ทุกรายที่สงสัยว่าจะเป็นโรคชอคัจกินว่ามี
อาการใด ๆ เกี่ยวกับการคมแอลกอกซอลบ้าง
หรือไม่, และถ้ามีก็ควรค้นหาโรคอื่นต่อไป.
นอกจากนี้การทดสอบความไวต่อแอลกอก-
ซอลอาจมีประโยชน์ในรายที่ได้รับการรักษา
แล้วว่าจะกลับเป็นอีกหรือไม่, และอาจ
ใช้ประมาณผลของการรักษาได้ด้วย.

เล็ก ศฤงคไพบูลย์ พ.บ.

๒. B.H. Swarting: วิชาทดสอบสายตา ทวารก Am. J. Oph. 38: 114-115, 1954.

ผู้เขียนใช้เครื่องมืออย่างง่าย ๆ สำหรับทดสอบความเห็นชัดของสายตาทารกและเด็กเล็ก ๆ. เครื่องมือที่กล่าวมานี้ประกอบด้วยหลอดขนาดโตต่าง ๆ กัน, โดยอาศัยหลักของสแนลเลน. ลวดคนผูกติดกับเครื่องมือโทรโนม (เครื่องมือให้จังหวะคนตรี), ทำให้ลวดแกว่งไปมาอยู่ตรงหน้าช่องรูปเสี้ยว

วงกลมที่เจาะไว้ข้างหน้าหีบที่มีแสงสว่างใส่ไว้ข้างใน. ทดลองในห้องมืด. ให้ลวดแกว่งอยู่ห่างจากหน้าของเด็ก ๑ เมตร. ผู้เขียนเห็นว่าถ้าเด็กมองเห็นลวดชัด, เด็กก็จะมองจอที่ลวด. ถ้าเด็กเห็นไม่ชัด, ก็จะไม่จ้อง. เขาคำนวณสายตาของเด็กจากขนาดโตของเส้นลวดเล็กที่สุดที่เห็นได้. ผลของผู้เขียนสรุปได้ดังต่อไปนี้:

เส้นผ่าศูนย์กลางของลวด	สายตา (เปรียบเทียบ)	อายุ
แผ่นกลมกว้าง ๒๐ มม.	เท่ากันกับนิ้วโต	๓ เดือน
๑.๕ มม.	๒๐/๔๐๐	๖ เดือน
๐.๗๕ มม.	๒๐/๒๐๐	๑ ปี
๐.๓๕ มม.	๒๐/๑๐๐	๒ ปี
๐.๑๕ มม.	๒๐/๕๐	๓ ปี

(หมายเหตุ: เรืองนัยมีขอทนายสงสัยอีกมาก.)

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๓. W. J. Snape: แผลเปื่อยคอไอดินมเป็นเหตุของศีรษะชันคอคอกันบางครั้ง. Ann. Int. Med. 5: 100-1009, 1955.

ได้รายงานผู้ป่วยที่เป็นแผลเปื่อยคอไอดินมซึ่งมีอาการศีรษะชัน ๖ ราย, มีอาการและข้อตรวจพบดังแผลเปื่อยคอไอดินม

ตรวจทางห้องทดลองแสดงว่าเป็นศีรษะชันคอคอกัน, เช่นมีแอลคาไลน์ฟอสฟาเตสและโฆเลสเตรอลสูง, มีสีน้ำตาล, แต่ไม่มียูโรบิลิโนเจนในปัสสาวะ. การทดสอบสมรรถภาพของตับพบการเสียไปบ้าง. ได้ทำการเจาะตัดตับตรวจสองราย. พบว่ามี

การเปลี่ยนแปลงเข้ากันกับที่ชันชันคุดอก
กัน. ทกฉายพบว่าม้แผลที่ลำไส้ส่วนคุดอก
คุดอกนี้โดยการถ่ายภาพทางรังสี. ๓ ราย
พิกจน์ได้โดยการผ่าตัด. หลังจากให้การ
รักษาแผลโดยทางยา ๓ รายและโดยผ่า
ตัด ๓ ราย, ซึ่งบางรายเคยได้รับการรักษา
ยาโดยเข้าใจว่าเป็นโรคอื่นมาแล้วอย่างไว้
ผล, ทกฉายมีอาการคุดอกและอาการเหลือง
หายไป. บางรายกลับม้มีอาการที่ชันชัน
อีก, เพราะไม่ปฏิบัติตามแผนรักษา.

ผู้รายงานได้อธิบายถึงสาเหตุซึ่งแผล
ที่ลำไส้ส่วนคุดอกคุดอกนี้จะทำให้มีการคุดอก
ในทางเดินน้ำคุดอกนี้, คือ: (๑) เนื่อง
จากแผลและการอักเสบเป็นที่ยม้ระเบิดที่
น้ำคุดอกโดยตรง. (๒) จากการอักเสบและ
การขวมของคุดอกเนื่องมาจากแผลที่ลาม
เข้าไปทางคุดอกหลัง, กุดอกทางเดินน้ำคุดอก
ผ่านมาในคุดอกนี้, (๓) แผลที่ลามลึกหรือ
ทะลเข้าไปในเอ็นแผ่นแกสโตรเฮปาคิคทำ
ให้มีการคุดอกคุดอกนี้ในส่วนคุดอกคุดอก
ได้.

ประเวศ ะสี พ.บ.

๔. Anthony G. Boreadi, J. Gershon-
Cohen: การมีอากาศเข้าทางเดินอากาศ

หายใจและทางเดินอาหารในนาทีแรกหลัง
คลอด. Radiol. 3:407-409, 1956.

ผู้รายงานได้ทำงานนี้เป็นคนแรก, โดย
ถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกในระหว่าง ๒๕-
๖๐ วินาทีภายหลังคลอด, ทิศตามหลัง
จากนั้น ๒๔ ชม. และในวันต่อไป, เพื่อคุดอก
การขยายตัวของปอด. ทรวงอกคลอดปกติ
และครบกำหนด. มารดาบางรายได้คุดอก
ยาสลบอย่างคุดอกคุดอก. ผลคือในทรวงอก
๒๕ คน, ๑๓ คนพบมีอากาศในกระเพาะ
อาหาร. ในปอดมีอากาศมากน้อยต่างกัน ;
๘ คนมีอากาศในปอดปกติ, ๔ คนมี
ขนาดน้อยไป. ทั้ง ๑๒ คนไม่มีอากาศใน
กระเพาะอาหารเลย. การศึกษาเป็น
ประโยชน์เกี่ยวกับคุดอก. ทรวงอกแรกเกิดมี
อากาศในปอด พร้อม กับมีในกระเพาะได้.
ไม่พบว่ามีในลำไส้เล็กและใหญ่เลย.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

๕. Hugh Climil, Geoffrey Beven, S. R.
Sims: การรักษาวัดโรคปอดคุดอกคุดอก
โคโคโรฟีน และเม โมเออร์รายี่ระยะยาว-
Brit. J. Tuberc. and Dis. of Chest 50:
265-268, 1956.

รายงานการใช้คุดอกโคโคโรฟีนในผู้

ป่วยด้วยโรค ๓ ราย. รายแรกเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์, วัณโรคชนิดปัจจุบันของปอดส่วนบน, และบีโซริเอตีสบริเวณขาหนีบ. รักษาด้วยสเตียรอยด์โทมัยซิน, พี. เอ. เอส., และคอร์ติโคโทรฟินฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, ครึ่งแรก ๑๐๐ หน่วยต่อวันอยู่ ๒ สัปดาห์, แล้วลดเป็น ๒๐ หน่วยต่อวัน, รวมทั้งสิ้น ๖ เดือน. อาการของโรคทั้งสามอย่างดีขึ้นอย่างรวดเร็ว. รายที่สองเป็นวัณโรคขนาดมากที่ปอดทั้งสองข้าง, เป็นโรคขาดอาหารและพิษสุราเรื้อรังด้วย. รักษาโดยสเตียรอยด์โทมัยซิน, พี. เอ. เอส., และไอโซไนอะซิด. ภายหลังเกิดมีไข้และผื่นผิวหนัง, จึงให้หยุดยาชั่วคราว. ต่อมาได้ให้ยาอย่างเก่าอีก, พร้อมทั้งให้คอร์ติโคโทรฟิน ๖๐ หน่วยต่อวัน. เมื่อลดขนาดคอร์ติโคโทรฟินลงเป็น ๓๐ หน่วยต่อวันก็เกิดอาการไข้และผื่นขึ้นอีก, จึงต้องเพิ่มเป็น ๔๐-๕๐ หน่วยต่อวัน. ได้ให้คอร์ติโคโทรฟินอยู่นานถึง ๑๒ เดือนจึงหยุด. ยังคงให้ยารักษาวัณโรคต่อไป. ปรากฏว่าวัณโรคในปอดทเลาไปมากและอาการทั่วไปดีขึ้น. รายที่สามเป็นวัณโรคชนิดเรื้อรังอย่างมากในปอดทั้งสองข้าง. รักษาด้วยสเตียรอยด์โทมัยซิน และไอโซไนอะซิดเป็น

เวลา ๗ สัปดาห์. อาการทางคลินิกและภาพรังสีกลับเลวลงไปอีก. จึงได้ให้คอร์ติโคโทรฟินวันละ ๖๐ หน่วย. ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้นอย่างรวดเร็ว. ไข้ลง, อัตราอนอนกันของเม็กลีอดแดงกลับเข้าสู่ปกติ. ต่อมาได้ลดขนาดของคอร์ติโคโทรฟินเป็นวันละ ๔๐ หน่วย. ให้อยู่เป็นเวลา ๖ เดือนจึงหยุด, และให้ยารักษาวัณโรคต่อไป. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ.

ผู้รายงานเชื่อว่าคอร์ติโคโทรฟินอาจใช้ได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยวัณโรค, ถ้าให้ยารักษาวัณโรคร่วมด้วย. ยานอาจช่วยให้การใช้ยารักษาวัณโรคได้ผลดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น. ในรายที่มีอาการแพ้ยารักษาวัณโรคชนิดซัยเปอเซ็นซิวิตีอาจใช้ยานควบคุมได้, และอาจทำให้มีคื่นซีไตเซชันเกิดขึ้นได้ระหว่างใช้ยาน.

บัญญัติ ประญานนท์ พ.บ.

๖. Angelo Compagna: เอ็มบอลีสมีอากาศในสมองแทรกซ้อนการทำบีโนโมเพอริโตนีเยม Dis. Chest 3: 345-353, 1954.

รายงานผู้ป่วย ๑ รายซึ่งพบจากเอ็ม-

ขอลิสต์อากาศในสมองแทรกซ้อนการอัดอากาศเข้าห้องเพื่อรักษาวัณโรคปอด. แต่ก่อนเคยมีรายงาน ๑๕ ราย, ตายทุกราย.

ผู้ป่วยอายุ ๓๒ ปี, เป็นวัณโรคปอดทั้งสองข้าง, ใ้รับการอัดอากาศเข้าห้องมาทั้งหมด ๔๔ ครั้งแล้ว. ครั้งที่เกิดแทรกซ้อนนี้ใส่อากาศเข้าไป ๗๐๐ ล. ซม. ความดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้น ๑๘ มม. น้ำ. ผู้ป่วยค่อย ๆ ลุกจากเตียงและเดินไปใต้เตียงน้อย, แล้วก็เป็นลม, หน้าเขียว, หายคหายใจ, ชักกระตุกทั้งตัว. ใ้รีบยี้ให้นอนตะแคงข้างซ้าย. ใ้สู้ออกซิเจน. ฉีดอะโทรปีนและฝายปอด. ต่อมาคนไข้เริ่มหายใจใหม่. ความดันเลือด ๑๐๐/๗๐ มม. คุกอากาศออกจากช่องท้อง ๑๐๕๐ ล. ซม. ความดันภายในช่องท้องเป็น ๘ มม. น้ำ. ผู้ป่วยเริ่มพูดได้และบอกว่าตามัว. แขนและขาซ้ายเคลื่อนไหวไม่ได้, แต่ดิ้นภายใน ๒ ชม. ต่อมาและเป็นปกติภายใน ๔ ชม. ส่วนอาการตามัวนั้นหายไปใน ๔๘ ชม.

Durant กล่าวว่าเอ็มบอลิสต์อากาศมี ๒ชนิด, คือ: (๑) ชนิดเป็นแก๊สปอด, หรือชนิดเข้าหลอดเลือดดำ. อากาศเข้าทางหลอดเลือดดำ, เข้าสู่หัวใจซีกขวา, ไปสู่ปอด. ในรายที่อากาศเข้าไปมาก ๆ จะตาย

เนื่องจากอากาศเข้าไปอยู่ในเว็นทริเคิลขวาทำให้หัวใจหยุดทำงาน. การรักษาที่ให้ผลดีคือให้นอนตะแคงข้างซ้าย, อากาศจะหลุดลุดออกไปได้. (๒) ชนิดสมอหรือชนิดเข้าหลอดเลือดแดง. อากาศเข้าสู่หัวใจซีกซ้ายแล้วสู่การไหลเวียนทั่วไป. อาจจะอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ, ทำให้ตายได้ทันที, แม้อากาศจะน้อยก็ตาม. บางรายจะไปอุดหลอดเลือดของสมอ, เช่นรายนี้.

การป้องกันโรคแทรกซ้อนก็คือการใส่อากาศด้วยความระมัดระวัง. ควรจะแน่ใจว่าอากาศเข้าไปในช่องท้อง, และให้คนไข้นอนศีรษะต่ำ. ขณะที่ใส่อากาศเข้าไปนั้นต้องระวังอาการเช่นมีนงง, คลื่นไส้, เป็นต้น. เมื่อใส่อากาศเข้าไปจำนวนหนึ่งแล้วควรจะอ่านความดันภายในช่องท้อง. หลังจากนั้นควรตรวจฟลูออโรสโคปย์ระยะแรกของยอกโค้งของกระบังลม ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าควรจะใส่อากาศมากน้อยเพียงใด.

โรคแทรกซ้อนโรคนั้นถ้าเกิดขึ้นแล้ว, มักจะเป็นอันตรายแก่ชีวิต. ดังนั้นการปฏิบัติด้วยความระมัดระวังและถูกต้องตามวิธีการเท่านั้นที่จะปลอดภัย.

พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ พ.บ.

๑). Puryear, Ralph: W.C. Brann, W.G.
 พิไธโรโมซัยโตมา ในระหว่างสงคราม.
 J. Urol. 76:4, 1956.

ความยากลำบากในวินิจฉัยโรคพิไธโรโมซัยโตมาในคนไข้ สงครามมีหลายประการด้วยกัน. ประการแรก, มีอีกหลายโรคที่ทำให้เกิดอาการและมีความคันเลือดสูงในขณะสงครามได้บ่อยกว่าโรคที่กล่าว, ยืนยันว่าอาการเป็นพิษแห่งสงคราม, ความคันเลือดสูงชนิดหาเหตุไม่พบ, และความคันเลือดสูงจากโรคไต. ประการที่สอง, ในคนสงครามเราไม่สามารถคลำก้อนในท้องได้มากนัก. ประการสุดท้าย, เพราะโรคนี้เกิดขึ้นบ่อย (มีรายงานทั่วโลกเพียง ๓๕ ราย) เราจึงไม่ค่อยได้นึกถึงมัน.

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, สงคราม ๔ เดือน, มีอาการปวดศีรษะมากเป็นสำคัญ. แม้กินยาระงับปวดเป็นจำนวนมากก็ไม่หาย. เมื่อมาโรงพยาบาลตรวจพบว่ามีความคันเลือดสูง. แพทย์ให้ยาระงับปวดเมมอรอล ๑๐๐ มก. อาการปวดศีรษะมากขึ้น, ความคันเลือดสูงขึ้นด้วย. แต่ภายหลังให้แอสไพริน ๑๐๐ มก. เข้าหลอดเลือดความคันเลือดลดลงทันที. เหตุนี้

ทำให้สงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็นพิไธโรโมซัยโตมาและตัดสินใจผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง. ขณะผ่าตัดคลำพบก้อนเนื้องอกทางคานซ้ายของไต. เมื่อแยกก้อนนี้ทำให้ความคันเลือดขึ้นสูง. ไม่ได้เอาก้อนเนื้องอกออกในขณะนั้น, เพราะแผลผ่าตัดแคบและสถานการณ์ไม่สะดวกแก่การเอาออกอย่างปลอดภัย.

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอีกครึ่งหนึ่งภายหลังครั้งแรก ๑๕ วัน, โดยทำวิธินาการมาซ. เมื่อเอาก้อนเนื้องอกออกมาแล้ว, ความคันเลือดลดลงทันทีและวัดไม่ได้เลยในขณะต่อมา. ต้องให้ยาขับหลอดเลือดอย่างแรงและในขนาดมาก. การพันตัวของผู้ป่วยไม่ราบรื่นนัก. อย่างไรก็ตาม, ทั้งมารดาและบุตรแข็งแรงในเวลาต่อมา.

หลังจากนั้น ๓ เดือนผู้ป่วยได้รับการตรวจอีกครั้งหนึ่ง, รวมทั้งการทดสอบทางเคมีด้วย, เพื่อที่จะค้นหาเนื้องอกที่อื่น. ปรากฏว่าผู้ป่วยปกติดีทุกอย่าง. ชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นพิไธโรโมซัยโตมา.

ผู้รายงานสรุปว่าคนไข้ที่เป็นพิไธโรโมซัยโตมาขณะสงครามควรจะได้การรักษาอย่างประคับประคอง, จนกระทั่งเห็น

ว่าบุตรในครรภ์มีความแข็งแรงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้นอกครรภ์แล้วจึงควรผ่าตัดเอาออกเสีย. ขณะที่เราอาจว่ามีก้อนเนื้องอกอยู่ที่ใด, มากน้อยเพียงไร. ต่อมาจึงเอาก้อนเนื้องอกออก. ในขณะที่เอาออกต้องเตรียมยาที่ใช้ลดหรือเพิ่มความดันเลือดที่ออกฤทธิ์ทันทีไว้. ควรมีคนเฝ้าวัดความดันเลือดทุกนาที, โดยเฉพาะตอนเอาก้อนเนื้องอกออก.

เกษียร ภัฏคานนท์ พ.บ.

๔. C.C. Wang: การสำรวจผลการรักษา
มะเร็งกล่องเสียงร่วมคอหอยด้วยเอกซ-
เรย์ภายหลังห้าปี. New Engl. J. Med. 22:
1033-1035, 1956.

ผู้เขียนได้รวบรวมผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งบริเวณกล่องเสียงและคอหอยระหว่างเวลา ๕ ปีติดต่อกันจำนวน ๑๕๐ คน. ทกราย เป็นมะเร็งชนิดสระควมัสเซลล์. ๕ ปช. เป็นเพคหิง. ๘๕ ปช. มีอายุ ๕๐ ปี. และเลข ๕๐ ปี. ได้รักษาด้วยรังสีเอกซ์ ขนาด ๔๕๐๐-๕๐๐๐r. อยู่นาน ๖ สัปดาห์. ปรากฏว่าอัตราตายสูงมาก, คือ รอดชีวิตนานถึง ๕ ปีเพียง ๑๘ ปช. เท่านั้น.

ถ้าเป็นมะเร็งที่เยื่อกล้ามเนื้อคอตติส, ผลการรักษาค่อนข้างจะดี. ถ้าเป็นที่พิธิวiform ไฮเนิสและที่บริเวณหลัง ครีคือยก็รักษาได้ผลน้อย.

เขาสังเกตว่ามีบ่อย ๆ ที่มะเร็งบริเวณนี้จะแสดงอาการเจ็บคอ, เสียงแหบ, หายใจลำบาก, ต่อมน้ำเหลืองโต, ก็ต่อเมื่อโรคดำเนินไปไกลและไปมากแล้ว.

ผิว ลิมป์พยอม พ.บ.

๕. Ted Suie, Frank W. Taylor: ผล
ของคอร์ติโซนต่อแผลเขยคอรเนียบเนอง
จากบิวโตโมนาสที่ทดลองทำชน. A.M.
A. Arch. Path. 56: 53-56, 1956.

ใช้กระต่ายแบ่งเป็น ๔ พวก, และใช้เชื้อบิวโตโมนาสที่เพาะบริสุทธิ์พื้นล้านตัวต่อล. ซม. ของน้ำเกลือไอโซโทนิค. พวกแรก, ใช้เชื้อ ๒ หยดหยอดตาพร้อมก็ใช้เข็มฉีดยาเขยคอรเนียบให้เป็นแผล. พวกที่สอง, ฉีคคอรโทนอะซีเตท ๑ มก. เข้าใต้เยื่อค่อนจึงติว่า ๒๔ ซม. ก่อน, แล้วหยอดเชื้อ ๒ หยด พร้อมก็เขยคอรเนียบให้เป็นแผล. พวกที่สาม, ทำเหมือนพวกแรก, แต่ฉีดไปลียมยักซินบี. ๑ มก. เข้าใต้ค่อนจึงติว่าไว้ ๒๔ ซม.

ลวงหน้า. พวกที่สี่, ทำเหมือนพวกแรกแต่ฉีดโพลีเอมีลีนซินี. และคอร์ติโซนเข้าใต้ค้อนจึงที่ว่าไว้ก่อน ๒๔ ชม.

ตรวจเลือดและน้ำเอควีลัสของกระต่ายทั้งหมดไม่ได้ผลแฉกกลติเนชั่นต่อปัสสาวะโคโมนาสแอรจิโนซา.

ผลที่ได้คือพวกแรก, ๕ ปช. มีคอร์เนียเป็นแผลลึก $\frac{2}{3}$ ของความหนา; ๖๘ ปช. เป็นแผลตื้นหรือไม่เป็นแผลเลย. พวกที่สอง, ๕๔ ปช. คอร์เนียเป็นแผลลึกขนาด $\frac{2}{3}$ ของความหนา, และที่ตื้นหรือไม่มีแผลเลยมี ๒๒ ปช. พวกที่สามและที่สี่ไม่มีอะไรเกิดขึ้นแก่คอร์เนียเลย.

การตรวจไม่พบว่ามีแอนติบอดีเกิดขึ้น แสดงว่าการที่เกิดแผลลึกและกว้างต่างกันมากใน ๒ พวกนั้น, ไม่ใช่เพราะคอร์ติโซนไปกุดการสร้างแอนติบอดีในพวกที่สองแล้วจึงทำให้เกิดแผลกว้าง, แต่เนื่องจากคอร์ติโซนทำให้กลไกการป้องกันของเซลล์เกี่ยวกับการอักเสบของตาลลดลง, เซอจึงถูกลามได้ง่าย.

ชลอ รุจิรวัดน์ พ.บ.

๑๐. J. Montgomery Deaver, John E. Hopkins: แก๊สไตรอิลไฮดรอกซีโทมียี่ Ann.

Surg. 144: 127-132, 1956.

ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย, มีช่องทางติดต่อระหว่างกระเพาะอาหารและอิลีอิมส่วนปลาย ๘ เดือนภายหลังที่ได้ทำการผ่าตัดเอากระเพาะอาหารออก ส่วนหนึ่งเพื่อรักษาแผลในกระเพาะ. ผู้ป่วยมีอาการอุจจาระร่วงเป็นอาหารที่ไม่ย่อยวันละหลายครั้ง, และผอมลงอย่างมากหลังการผ่าตัดครั้งแรก. ตรวจพบภาวะโรคโดยการกินแบเรียมและถ่ายรังสีเอกซ์. รักษาโดยการตัดเอาช่องทางติดต่อเดิมออก, และต่อกระเพาะอาหารกับเจจุนัมใหม่. โรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่น่าสนใจคืออะคัยนาคาลในเลือดต่ำถึงไม่รู้สึกรู้ตัว (๓๐ มก. ปช.) ในวันที่ ๒ และ ๓ หลังผ่าตัด, ซึ่งตรวจพบและแก้ไขได้ไม่ยาก. ต่อมาผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และไม่มีอาการเกี่ยวกับทางเดินอาหารอีกเลย. ผู้รายงานได้รวบรวมข้อผิดพลาดทางศัลยกรรมเย็บและกล่าวถึงอาการแสดง, การพยากรณ์โรคและการรักษาไว้โดยละเอียด. ถึงแม้จะมีปรากฏในรายงานก่อน ๆ น้อยรายก็ตาม, อาจจะมีมากขึ้นในระยะเวลาที่การผ่าตัดเกี่ยวกับกระเพาะอาหารกำลัง

ทวีจำนวนอย่างมากในปัจจุบันนี้. ผู้รายงาน ส่วนต้น, ก่อนจะทำกรต่อกระเพาะอา-
ได้แนะนำวิธีขึงกันข้อผิดพลาดนี้โดยให้ หารทุกราย.
หาเอ็นของไทรตซ์ (Treitz) กับเจูนัม ประมุข จันทวิมล พ.บ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกลับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

ปกิณกะ

๑. องค์การมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

เรามีความยินดีที่ได้ทราบว่าองค์การ มะเร็งของคณะแพทยศาสตร์และศิริราช พยาบาลจะได้เริ่มกิจการอย่างจริงจังภายใน เร็ววัน. เชื่อว่าเมื่อหนึ่งเดือนถึงมือท่าน สมาชิกกิจการขององค์การก็คงจะได้กำลัง ดำเนินอยู่แล้ว. ที่เรามีความยินดีมาก ก็เพราะทราบคืออยู่ว่าองค์การมะเร็งได้ถูก ตั้งขึ้นใน คณะแพทยศาสตร์ และศิริราช พยาบาลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๔๘๕, คือสิบสองปีมาแล้ว. ในครั้งนั้น คณะ กรรมการประจำคณะฯ ได้พิจารณาข้อเสนอ ของหัวหน้าแผนกสรีรวิทยา ขอให้จัดตั้ง องค์การขึ้นเป็นศูนย์กลางสำหรับการตรวจ, รักษา, บำบัดและศึกษาคนไข้เกี่ยวกับ มะเร็ง. ที่ประชุมได้รับข้อเสนอและมีมติ ให้ตั้งองค์การมะเร็งขึ้น. ได้แต่งตั้งอนุ กรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อจัดการวางแผน ขององค์การ. อนุกรรมการชุดนั้นได้ ประชุมกันหลายครั้งและได้ตกลงในหลัก การไปแล้วหลายข้อ. แต่แล้วก็ได้มีเรื่อง แทรกแซงเข้ามาเป็นอันมาก, เกือบด้วย

สถานะหลังสงครามบ้าง, การเพิ่มจำนวน นักศึกษาแพทย์บ้าง, ตั้งโรงเรียนแพทย์ ใหม่บ้าง. กิจการจึงชะงักและเงี่ยหายไป เสียหลายปี. มาได้รับการรื้อฟื้นขึ้นอีก ครั้งหนึ่งใน พ.ศ. ๒๔๙๖ เมื่ออาจารย์ นายแพทย์สังข์ ภาณุจณกฤษณ์ เขียน รายงานการดำเนินงานเพิ่มเติมในต่างประเทศ ทำความถึงการจัดตั้งองค์การมะเร็ง, ทำให้กระทรวงสาธารณสุขยังเกิดความสนใจ ขึ้น. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จึงได้แจ้งให้ทราบว่าคณะฯ ได้จัดตั้งองค์ การดังกล่าวขึ้นมาก่อนหน้านั้น เกือบแปดปี แล้ว, และได้ถือโอกาสเสนอแผนการและ แสดงสถิติหลายอย่าง, พร้อมทั้งขอความ อนุเคราะห์ไปด้วย. ภายหลังที่ได้คอยมา เป็นเวลานานพอสมควรแล้ว, คณะแพทย ศาสตร์และศิริราชพยาบาลจึงได้เริ่มดำเนิน กิจการขึ้นในตอนนี้. เริ่มต้นด้วยการ แต่งตั้งกรรมการคณะต่าง ๆ, ซึ่งมีหน้าที่ ของตนและมีบทบาทที่จะต้องประสานงาน ระหว่างกันและกันด้วย. ในด้านสถานที่

คณะ ฯ ก็ได้เตรียมบางส่วนของตึกรังสีวิทยาไว้สำหรับเป็นคลินิกมะเร็งหรือคลินิกเนื้องอกมาตั้งแต่หลายปีแล้ว. แต่ระหว่างนี้ต้องอาศัยใช้เช่นที่พักของแพทย์หญิงและนักศึกษาแพทย์หญิงบางส่วน. ขณะนี้กำลังดำเนินการขยับขยายผู้อาศัยออกไป. หากเรียบร้อยเมื่อใดก็คงจะได้รวบรวมคนไข้มะเร็งทั้งหมดไว้ด้วยกันเพื่อสะดวกแก่การรักษาและศึกษาต่อไป.

โดยที่องค์การนี้มีจุดประสงค์กว้างขวางมาก, ทั้งการรักษา, บำบัด, และศึกษา

กันคว่า, คงจะต้องการทุนรอนสำหรับดำเนินการเป็นจำนวนมาก. ลำพังงบประมาณอย่างเดี๋ยวกคงไม่พอแก่การ. เราจึงถือโอกาสขอกบุญแก่ท่านทั้งหลาย, ขอให้ช่วยกันรวบรวมทุนทรัพย์สำหรับองค์การนี้ด้วย. แม้ไม่ใช่เอง, หากเพียงช่วยติดต่อขอจากผู้อื่นให้, ก็เป็นการกุศลยิ่งอยู่แล้ว. เกี่ยวกับเรื่องการเงินขอเชิญติดต่อกับท่านคณะที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลโดยตรง.

๒. เบ็ดเตล็ดเกี่ยวกับเบาหวาน

๑ ส่วนใหญ่ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน, ซึ่งเกิดจากการขาดอินซูลิน, มักมีประวัติเกี่ยวกับกรรมพันธุ์อยู่ด้วย, ซึ่งนับเข้าอยู่ในประเภท เมินเคเลย์น ริเชสส์ฟ เทรต์. อย่างไรก็ตาม, อาการเบาหวานมิได้เกิดจากการขาดอินซูลินแต่อย่างใด, อาจเนื่องมาจากเหตุอื่นอีกก็ได้, คือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับเมตะบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต.

๑ ฮุสแซย์ (Houssay, ๑๙๓๐) ได้

ตัดเอาต่อมมีต่อมที่ร้ายออกจากสัตว์ทดลองที่ได้ตัดต่อมอ่อน (แพนแครียส) ออกแล้ว. ได้ผลว่าอาการของโรคเบาหวานทุเลาลง. เมื่อฉีดน้ำสกัดต่อมมีต่อมที่ร้ายเข้าไปในสัตว์ทดลองนั้น, อาการเบาหวานก็กำเริบขึ้น.

๑ ในสัตว์ที่ไม่ได้ตัดต่อมอะไรออกเลย, หากฉีดน้ำสกัดต่อมมีต่อมที่ร้ายกลับหน้า, ก็มีอาการเบาหวานเกิดขึ้น. น้ำสกัดดังกล่าวนามทั้ง เอ. ซี. ที. เอส. และ ฮอร์โมนคุมการเติบโต.

๑ ยังก์ (Young, ๑๙๕๐) ได้ฉีดฮอร์โมนคุมการเติบโตจากต่อมยี่ตือตารีวี่, ทำให้บริสุทธีแล้ว, เข้าในสัตว์ทดลองและทำให้สัตว์นั้นเกิดอาการเบาหวานได้.

๒ ลองก (Long, ๑๙๓๖) ได้ตัดต่อมหมวกไต (แอดรีนัล) ออกจากสัตว์ที่ตัดตั๋บ้ออนออกแล้ว, และพบว่าอาการเบาหวานน้อยลง, ซึ่งคล้ายกับผลของฮีสเซย์. แต่เมื่อฉีดน้ำสะกัตต่อมยี่ตือตารีวี่หน้าเข้าไป, อาการเบาหวานไม่เย็นมากขึ้น. ถ้าฉีดน้ำสะกัตต่อมหมวกไต. อาการเบาหวานจึงกำเริบ. สัตว์ที่ไต่ผ่าตัดตามวิธีของฮีสเซย์ก็เช่นเดียวกัน. ถ้าฉีดน้ำสะกัตของเปลือกต่อมหมวกไตก็มีอาการเบาหวาน. คอร์ติโซนและฮัยโครคอร์ติโซน, ซึ่งฉีดเข้าไปในสัตว์แล้วทำให้มีอาการเบาหวานเกิดขึ้น. เป็นฮอร์โมนในพวกที่ไต่ชื่อว่า "กลูโคคอร์ติคอยด์".

๓ ฮอร์โมนของต่อมยี่ตือตารีวี่ซึ่งมีทั้ง เอ. ซี. ที. เอส. และฮอร์โมนคุมการเติบโต, ทำให้เกิดอาการเบาหวานได้. ฮอร์โมนคุมการเติบโตไประคุมการเคลอนไซมันออกจากตั๋บและเร่งการสลายของไซมัน (Greenbaum, ๑๙๕๓) และลดปริมาณการใช้คาร์โบฮัยเครตในส่วนปลาย (Fasoli,

๑๙๕๔). หากตั๋บ้ออนแก่ไซต่อตันไม่ไหวก็เกิดอาการเบาหวาน. ส่วน เอ. ซี. ที. เอส. ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นต่อมหมวกไตให้ปล่อยฮอร์โมนพวกกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมา, ซึ่งทำให้น้ำตาลมากขึ้นในเลือดโดยกระตุ้นกลูโคไนโอเจนิสิสและกการใช้น้ำตาล. ฤทธิ์เช่นนี้เห็นเฉพาะในคนที่มีความโน้มเอียงอยู่ก่อนแล้ว.

๔ ฮอร์โมนของธัยรอยด์เพิ่มน้ำตาลในเลือดโดยกลัยโคเจโนลัยสิสและกลูโคไนโอเจนิสิส, ประกอบกับเร่งการคูดซึ่มในลำไส้.

๕ แอดรีนาลีน (เอปีเนฟริน) ทำให้มีการปล่อยกลัยโคเจิน (กลัยโคเจโนลัยสิส) จากตั๋บและกล้ามเนื้อ.

๖ กลูคากอน (glucagon) ซึ่งสร้างขึ้นโดยเซลล์ซันนิคเบต้าของตั๋บ้ออน, มีชื่อตามฤทธิ์ของมันว่า ฮัยเปอร์กลัยซึ่มิกกลัยโคเจโนลัยติกแฟคเตอร์ (H.G.F.), เพราะมันทำให้น้ำตาลในเลือดมากขึ้นโดยการละลายออกมาจากตั๋บ. ฤทธิ์แตกต่างจากฤทธิ์ของแอดรีนาลีน ซึ่งปล่อยน้ำตาลจากกล้ามเนื้อด้วย. การทดลองในคนพบว่ากลูคากอน ทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (Hubble, ๑๙๕๕). ฤทธิ์ชวนให้คิดว่า

เหตุหนึ่งที่ทำให้คนเป็นเขอาหวนได้คือการที่เซลล์จำพวกออสฟ้านั้นขยับอ่อนสร้างกลุ่-
คาก่อนมากเกินปกติ. แต่เค้นนี้ (Kenny,

๑๙๕๕) ตรวจไม่พบว่ากลุ่คาก่อนเพิ่มขึ้น
ในคนเป็นโรคเขอาหวน, หรือในคนปกติ.
สุนทร ตันทนันทน์ พ.บ., F.C.C.P.

๓. บันทึกสั้น

๑. โรคเขอาหวนกับการตั้งครรภ์ เคลย์
ตัน (จ. อ้อยสท. กัยเน. บริต. เอ็ม. ๖๓:
๕๓๒, ๑๙๕๖) รายงานการตั้งครรภ์ ๒๐๑
ครั้งในคนไข้เขอาหวน ๑๗๖ คน. ได้ทำ
เซซาเรียน ๑๒๒ คน, ตัดมดลูกทางหน้า,
ท้อง ๖ คน. มีมารดาตายเพียง ๑ คน.
อันตรายสำคัญเกี่ยวกับแอลบูมินูเรีย,
เลือดออกในเรติน่าและความดันเลือดสูง.
อัตราการตายของเด็กสูงมาก. จากการคลอด
แฝดสองคน ๓ รายและแฝดสามคน ๑ ราย
มีเด็กรอด ๒ คน. ในการคลอดธรรมชาติ
๑๙๘ ครั้งมีเด็กรอดเพียง ๑๓๒ คน. ต้อง
ทำให้คลอดเสีย ๘ ราย. แท้งเอง ๗.
เด็กตายก่อนคลอด ๒๑, คลอดใหม่ตาย
๓๐. เด็กส่วนมากหนักเกินปกติ. แต่รัก
ยิ่งโตมากขึ้นไปอีก. โปลัยซัยครัมนิออส
มีใน ๔๘ ปร. ของการตั้งครรภ์ธรรมดา.

ถ้าปล่อยให้ครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนด
เด็กมักตายในสัปดาห์ท้าย. ถ้าทำให้
คลอดก่อนกำหนด, เด็กมีโอกาสรอดมาก
ภายหลังคลอด. ยิ่งรักษาเขอาหวนไม่ดี,
ยิ่งมีตายมากขึ้น. แต่แม้รักษาดีก็ยังไม่
การตายหมดสิ้นไม่ได้. เด็กที่คลอดแล้ว
ตายนั้น ส่วนใหญ่ เป็นเพราะ น้ำหล่อเด็ก
ท่วม, ทำให้หลอดลมอุดกั้นและหน้าเขียว.

๒. การรักษาโคมาเพราะเขอาหวน คิวริล
(แอส. ซัม. ๑:๒๒, ๑๙๕๖) แนะนำว่า
ไม่ควรเสียเวลานำคนไข้ส่งโรงพยาบาล,
แต่ควรเริ่มการรักษาเลยทีเดียว. ถ้าคนไข้
หมดสติและสงสัยว่าเป็นเพราะเขอาหวนให้
ฉีดกลูโคส (๕๐ ปร.) จำนวน ๕๐ ล.ซม.
เสียก่อน. ถ้าหากภายหลัง ๒๐ นาทียังไม่
ฟื้น, แสดงว่าไม่ใช่หมดสติเพราะน้ำตาล

ในเลือดน้อย, แต่เป็นโคอะบีติกโคมา. ให้ฉีดอินซูลิน ๑๐๐ หน่วยเข้าหลอดเลือดในคอมนั้น. ค่อยไปอีก ๒ ชม. ฉีดโคอีก ๕๐ หน่วย. ค่อยไปอีกทุก ๆ ๓ ชม. ฉีดอินซูลิน ๕๐ หน่วยผสมกลูโคส (๕๐ หรือ ๕๐ ๒๕.) ๕๐ ล.ชม. โดยมากไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินเกินกว่า ๔๐๐ หน่วยใน ๔๘ ชม.

๓. การรักษาเบาหวานด้วยคาร์บูตะไมด์

(ปี.แซด.๕๕) อาริไซชิในประเทศสหรัฐอเมริกา (จาก เจ.เอ.เอ็ม.เอ ๑๒:๑๑๗๕, ๑๙๕๖) รายงานการรักษาคนไข้ ๑๖ คนด้วยยานี้. ได้ผลดีใน ๕ คน. ผลที่ดีที่สุดเห็นในคนไข้

อายุกลางคนหรือแก่, โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่อ้วนและโรคไม่รุนแรง. ยานี้แทนอินซูลินไม่ได้. ระหว่างใช้ต้องควบคุมอาหารด้วย. ยานี้ให้ผลต่อเฉพาะเมื่อมีอินซูลินอยู่ในร่างกายบ้าง. สำหรับคนไข้หนักโดยมากไม่ได้ผล, แต่ก็มีที่ได้ผลดี.

คนที่ต้องใช้อินซูลินเป็นประจำอยู่แล้วหากจะเปลี่ยนเป็นยาใหม่นี้ควรเข้าอยู่ในโรงพยาบาลชั่วคราว, เพราะอาจเกิดอะซิโตนัสและโคมาขึ้นได้ในระหว่างเปลี่ยน. อะซิโตนัส, โคมา, และโรคแทรกซ้อนปัจจุบันอื่น ๆ เป็นข้อห้ามใช้ยานี้.

๔. โรคแมวข่วน แมวข่วนหรือกัดทำให้ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ, อาจถึงกับเป็นหนอง, แต่ไร้เชื้อ. อาการนี้อาจเกิดสองหรือสามสัปดาห์ภายหลังถูกข่วนหรือกัด, ซึ่งในระหว่างนั้นแผลเดิมหายแล้ว. นอกจากต่อมนวม, คนไข้มีอาการอ่อนเพลีย, ปวดศีรษะ, ไม่มีไข้. อาการของโรคอาจแสดงออกทางอื่นนอกจากผิวหนังและต่อมน้ำเหลือง, เช่นอาการทางนัยน์ตา, ช่องท้อง, ปอด, หรือแม้สมองก็ได้. การรักษาได้แก่การผ่าตัดและให้เทออร์ราเมียซิน. (ชมิท, วิ. คล. โว. ๒๘, ๑๙๕๖).

๕. โรคแทรกซ้อนในครรภ์หญิงสูงอายุ

รพ. คลอดบุตรนิวยอร์กเผยแพร่สถิติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอดในหญิงอายุเกิน ๔๕ ปี ๒๓๗ คน. อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยนี้มี ๑:๓๐๓. ทุก ๆ ๓ หรือ ๔ รายมีการแท้ง ๑ ราย. หากอายุเกิน ๔๗ ปีอาจมีการแท้งได้ ๘๐ ๒๕. ต้องผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้อง ๑๐.๗ ๒๕. เด็กที่เกิดมีส่วนที่มีความพิการและเป็นมอโรลมากกว่าปกติ. (แอส. ชมิ. ๑:๑๔, ๑๙๕๖).

๖. แบคทีเรียเอนโตคาร์ดิติสกับการ
เพาะเชื้อในเลือด คนไข้ ๘๒ คน, อายุ
๑๖ ถึง ๗๑ ปี. เป็นชาย ๖๒ หญิง ๒๐.
ต้นเหตุเป็น เสตรีป. วีริแคนส์ ๓๕ ราย,
น็อนอีโมลีย์ติคัสเตรีป. ๑๕, มิโครค็อก-
คัสฟัยโอเจเนส ๒๘. นอกนั้นเป็นเชื้อ
อื่น ๆ. ใน ๗๗ รายเพาะได้เชื้อในเลือด
ภายหลังการเจาะซ้ำไม่เกิน ๕ ครั้ง. ไม่มี
รายใดเลยที่ต้องเจาะเลือดเพาะเชื้อมากกว่า
๑๐ ครั้ง. ๔๑ ปช. ของตัวอย่างเลือด
ทั้งหมดให้ผลบวก. ผลนี้แสดงว่าหาก
สงสัยโรคนี้และเจาะเลือด ๕ ครั้งแล้วไม่ได้
เชื้อ, ก็ควรลองให้การรักษาได้ (เพราะ
โอกาสพบเชื้อมีน้อยลงหลังจากการเจาะ
ครั้งที่ ๕) เพื่อยืนยันผลร้ายจากโรคและ
โรคแทรก. (เข็ลวิ, แอม. จ. เมท. ไซ.
๒๓๒:๒๘๔, ๑๙๕๖).

๗. การถูกพิษโบรไมต์ในเด็ก เด็กอายุ
๓ ๑/๒ ขวบได้รักษาแก้ไขมีโซเดียมโบร-
ไมต์ ๑๐ ปช. กินวันละ ๓๐ ถึง ๔๐ ล.ชม.
ภายในสองสัปดาห์มีอาการซึม, ไม่เล่นหัว,
ง่วง, เคนเซ, ซึมมากขึ้นเรื่อย. แพทย์นำ
ส่ง รพ. โดยสงสัยว่าเป็นเอ็นเซฟาไลติส
ตรวจปริมาณโบรไมต์ในปัสสาวะ, น้ำสัน

หลังและปัสสาวะ, และตรวจคลื่นไฟฟ้า
สมองได้ผลซึ่งบ่งว่าเป็นการถูกพิษโบรไมต์.
รักษาค่ายการให้กินโซเดียมผลอไรด์จำ-
นวนมาก. หายเป็นปกติ. หลักปฏิบัติ
เพื่อยืนยันการถูกพิษเช่นนี้ได้แก่ (๑) ไม่
ให้ยาเกินขนาด, (๒) เมื่อปรากฏผลที่ต้อง
การแล้วควรลดขนาดยาลง, (๓) ระหว่าง
รักษาค่ายโบรไมต์ต้องระวังให้โซเดียม-
ผลอไรด์จำนวนมากพอสมควร, เพื่อส่ง
เสริมการขับถ่ายโบรไมต์, (๔) ใบสั่งยา
ที่ผสมโบรไมต์ควรเขียนหมายเหตุ non rep.
เสมอ. (แอรส. ซัม. ๑.๑๔, ๑๙๕๖).

๘. การรักษาฮัยเปอร์เอเมสิสกราวิตา-
รัม ชุบิอัส (แอรส. พรักซ. ๒๓, ๑๙๕๖)
ถือว่าความพิการของตับ เป็นเหตุสำคัญ
อย่างหนึ่ง, เนื่องจากตรวจพบพลาสมา
โปรตีนน้อยกว่าปกติและไกลบูลินเกิน
ปกติ. เขามุ่งการรักษาไปในการแก้เหตุ
นี้โดยบริหารยาจำพวกตับย่อยแล้ว (ลิ-
เวอร์ฮัยโตรลีสเสต) ควบกับฟรุกโตส, ฉีด
เข้าหลอดเลือด, ภายให้วิตามินบีรวมด้วย.
ภายใน ๖ ถึง ๑๐ วันโปรตีนในเลือด
กลับเป็นปกติและอะซีโตนในปัสสาวะหาย

ไป. ภายใน ๑๔ วันคนไข้หายเรื้อยร้อย และกลับบ้านได้.

๙. ผิงเข้าตาตัวเอง นายแพทย์ผู้หนึ่งฉีก “ปากติน” เข้ากันตัวเองแล้วเกิดเป็นก้อนอีกเสียนั้น. เพื่อให้ก้อนนั้นหายไปเร็วกว่าธรรมดาเขาจึงฉีกซี่อะลอรอนิกเอส (ซึ่งเร่งการแทรกซ่านและตกซึม) เข้าในตำแหน่งที่อกเสียนั้น, ทำให้ก้อนแข็งหายไปภายในสองสามชั่วโมง. ขณะเดียวกันก็เกิดหนาวสั่นอย่างรุนแรงและมีอาการเซ็ปติสปรากฏขึ้น. แม้จะบริหารแอนติไบโอติกอย่างเข้มแข็งก็ไม่ได้ผล. นายแพทย์นั้นตายในวันที่ ๑๒ ของโรค. ข้ออธิบายว่าซี่อะลอรอนิกเอสช่วยให้เชื้อโรคซึ่งคงเกิดพอกพืดขึ้น ในตำแหน่งที่อกเสียนั้นแทรกซ่านออกไปจากตำแหน่งซึ่งเดิมถูกล้อมอยู่

และกระจายไปทั่วร่างกาย. ออบติเหตุนี้ เป็นบทเรียนที่ดีสำหรับหมอลึกลงสองข้อ, คือ ผิงเข้าตาตัวเองเขาออกยาก, ข้อหนึ่ง, และไม่ควรรบกวนการติคเชือกที่ถูกล้อมกรอบไว้แล้ว, อีกข้อหนึ่ง. (เชร. ค. เกก. ๗:๒๔๘, ๑๕๕๖)

๑๐. กลไกการแสดงฤทธิ์ของแอนติไบโอติคต่อร่างกาย นอกจากออกฤทธิ์ระงับเชื้อโรค, แอนติไบโอติคแสดงฤทธิ์ต่อร่างกายของมนุษย์ได้ด้วย. มีผู้พิสูจน์ในกยว่าแอนติไบโอติคมีฤทธิ์ต่อต้านธัยร็อกซิน, ซึ่งอาจเป็นต้นเหตุของการที่เซลล์ของร่างกายมีปฏิริยาน้อยลงต่อเชื้อโรคที่เข้าไป. แต่ข้อนี้ยังไม่มีการพิสูจน์ในสัตว์เล็กอื่น. (แอรส. ซัม. ๑:๒๕, ๑๕๕๖)

ผ.ม. (รวบรวม)

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราช ปี ๒๔๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัดส่งให้ตามประสงค์

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๕๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๓๘๖	๕๕๓	๑,๒๕๕	๕๕๐	๑,๓๐๕	๒๔๔	๖,๕๓๓
เก่า	๓,๑๔๖	๑,๘๖๕	๒,๔๐๔	๑,๕๔๑	๒,๕๖๑	๒๗๕	๑๑,๗๕๖
รวม	๔,๕๓๒	๒,๘๕๘	๓,๖๕๙	๒,๕๓๑	๔,๒๖๖	๕๒๓	๑๘,๒๘๙

<u>ใน</u>	๑๖๕	๒๖๗	๑,๐๕๕*	๑๑๓	๓๒๒	—	๑,๕๓๐*
-----------	-----	-----	--------	-----	-----	---	--------

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๓๕๕. จักษุ ฯ ๓๒๘. สูติ-นารี ฯ ๒๕๐. รวม ๕๓๓. ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๕๔. หญิง ๓๔๗. รวม ๗๐๑. คลอดตาย, ชาย ๑๖. หญิง ๑๒. รวม ๒๘
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๒๗ คน (๖.๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๕๘ ราย. (๔๕.๗ ปช. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๖๘ ครั้ง. ข้างนอก ๒ ครั้ง. รวม ๔๗๐ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๓๗๕ คน. รักษาใหม่ ๓๐* คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๓๓ ครั้ง. ระเบิดยม, รักษา ๒๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๖๒ ครั้ง.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๕๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๓๐๘ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๘๘ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๔๕ ราย. (จากภายนอก ๖๗ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๓๑. วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๘๗๒. หมู่เลือด ๓๑๕. น้บเม็ดเลือด ๔๔๕. หาเชออบักเตรี ๑๘๓. ตรวจน้ำสันหลัง ๘๕. อุจจาระ ๓๐๒. บัสสาวะ ๒๔๒. เสมหะและอื่นๆ ๑๘. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๕. อุจจาระ ๖๓. บัสสาวะ ๑๑. น้ำไขสันหลัง ๖. เสมหะและอื่นๆ ๑๔๐. นิ้ดสัตว์ทดลอง ๓. เพาะเชื้อบิต ๒๔. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๓๕. ตรวจศพนิติเวช ๑๘. ตรวจของกลาง ๕.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๕. น้ำช่องปอด ๓. อัดลมเข้าช่องปอด ๓. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๖. นิ้ดยาซีฟฟัส ๑๓.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๒๕. ถอนฟัน ๓๕๖. อุดฟัน ๑๐๘. ผ่าตัดช่องปาก ๒๓.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ชาวอนูโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
(เฉพาะนมมรดกค่าคงแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)
คือ:

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์เฉลิม
พรหมมาลี อธิบดีกรมมหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ได้มีจิตศรัทธาส่งเงินจำนวน ๑๐,
๕๐๐ บาท อันเป็นเงินเหลือจ่ายซึ่งคณะ
อาจารย์และข้าราชการกรมมหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์ร่วมมือกันบริจาคช่วยในการ
ทำบุญอายุครบ ๖๐ ปี วันที่ ๕ มกราคม
๒๕๐๐ เพื่อดังเป็นทุน “นายแพทย์เฉลิม
พรหมมาลี” เก็บดอกผลบำรุงห้องสมุดมหา
วิทยาลัยแพทยศาสตร์

๒. พระยาบวรณศรีพงศ์ บ้านเลขที่ ๖๖
ซอยอารี ถนนกรงเทพฯ-สมุทรปราการ
จังหวัดพระนคร บริจาคพันธบัตรเงินกรุง
ที่ ๑ พ.ศ. ๒๔๕๕ มีราคา ๑๐,๐๐๐ บาท
พร้อมด้วยใบโอนมาด้วยเพื่องดงเงินทุน
เรียกว่า “ทุนพระยาบวรณศรีพงศ์” เก็บ
ดอกผลสำหรับจัดหาตำราแพทย์ให้บรรดา
นักศึกษาแพทย์คณะแพทยศาสตร์และศิริ
ราชพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ทั่วไป

๓. นายพน บัญศิริ บ้านท้ายตลาด
จังหวัดระยอง บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท

เพื่อสมทบทุน ”พระศรีสมทโภาค (อิม)
และ ดนจิ ยมจินดา” ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล อันมี
วัตถุประสงค์เก็บผลประโยชน์อุดหนุนนัก
ศึกษาแพทย์

การประชุมวิชาการประจำเดือน คณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำ
หนดประชุมวิชาการประจำเดือนของคณะ
ในวันเสาร์ที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๐๐ เวลา
๑๐.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสภาแผนกพยาธิ
วิทยา เรืองทแสงคง คือ:

- ๑. ความผิดฐานทำให้แท้งลูกตาม
ประมวลกฎหมายอาญาใหม่ ผู้เสนอ: น.พ.
สงกรานต์ นิยมเสนแห่งแผนกพยาธิวิทยา.
- ๒. ลำไส้แฝก ผู้เสนอ: น.พ. เฉลิม
ชาติ รัตนเทพ แห่งแผนกศัลยกรรมศาสตร์

กระจกฉายเรื่องประวัติการแพทย์ Dr.
Robert Williams Prichard ที่ปรึกษาการ
แพทย์ทางพยาธิวิทยาประจำ USOM ได้
มอบกระจกฉายพร้อมด้วย ทำคำอธิบาย
เกี่ยวกับประวัติการแพทย์ ตั้งแต่สมัยก่อน
ประวัติศาสตร์จนถึงสมัยปัจจุบันให้แก่
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เป็น

จำนวน ๘๖ แผ่น (ขนาด ๓๕" x ๓๕")
กระจกฉายเหล่านี้เก็บไว้ ณ ห้องสมุดกลาง
ผู้ประสงค์จะศึกษาหรือนำไปใช้ในการ
แสดงปาฐกถา จะติดต่อขยมิได้ทขรณา
รกษของห้องสมุด.

อาจารย์ศัลยศาสตร์ กลับ จาก ต่าง ประเทศ

น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี อาจารย์ประจำ
แผนกวิชาศัลยศาสตร์ ซึ่งเดินทางไปศึกษา
วิชาเพิ่มเติมและงาน ณ สหรัฐอเมริกา
ด้วยทุนขององค์การ ไอ.ซี.เอ. และทุนของ
สมเด็จพระราชบิดา เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม
๒๔๕๘ นั้น ได้เดินทางกลับและเข้าประจำ
หน้าที่เรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่วันที่ ๑๐
ธันวาคม ๒๔๕๘.

ณ โรงพยาบาลเด็ก นครโคลัมเบีย ซึ่ง
ขึ้นตรงต่อโรงพยาบาลใหญ่ของมหาวิทยาลัย
ไอโฮไอโอสเทท แห่งมลรัฐไอโฮไอ, น.พ.
เสนอ อินทรสุขศรีได้เข้าศึกษาและงาน
ทางกุมารศัลยกรรม ประมาณ ๑ ปี ทั้งใน
ในความควบคุมของ น.พ. วิลเลียม เอช.
แคลทเวอร์ธ ผู้เป็นหัวหน้าแผนกวิชากุมาร
ศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งนี้. หลัง
จากได้ศึกษาและงานเป็นการสมควรแล้ว
องค์การ ไอ.ซี.เอ. ได้อนุมัติให้ท่านผู้นี้ ได้

เข้าทำงานในโรงพยาบาลเด็กของนครใหญ่
ในมลรัฐอื่น ๆ มี: นิวยอร์ก, ขอสตันและฟิ
ลาเดลเฟียเป็นต้น.

น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี ได้รับ Certi-
ficate in Pediatric Surgery จากองค์การ
ไอ.ซี.เอ. และประกาศนียบัตรจาก The
Children's Hospital, Columbus, Ohio
ในฐานะศัลยแพทย์ ที่เข้าช่วยปฏิบัติงานให้
แก่โรงพยาบาล.

การกลับมาอย่างน่าชื่นชมของอาจารย์
ศัลยศาสตร์หนุ่มผู้นี้เราหวังว่า จะเป็นกำลัง
สำคัญได้อีกผู้หนึ่ง ในทางสร้างเสริมเกียรติ
คุณให้แก่โรงเรียนแพทย์ ของ เราภายใน
อนาคตอันใกล้

อาจารย์จักษุวิทยา ๙ สมรส น.พ. ชุก

อยู่สวัสดิ์ อาจารย์เอกประจำแผนกวิชาจักษุ-
วิทยาและวิทยาโสตนาสิกดาริงซ์ ได้เข้า
พิธีสมรสกับ พ.ญ. ประมวณมาลัย จันท
เวคิน แห่งแผนกวิชาพยาธิวิทยา เมื่อวันที่
๑๑ มกราคม ๒๕๐๐ สถานที่พิธีคือ บ้าน
ประชุมแพทย์ ถนนสีพระยา พระนคร.

เราขออวยพรให้คู่สมรสนี้ จงเจริญ
ด้วยจตุรพิพร และจำเริญนิฉิมปรารภนา
ทุกประการ.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

ธันวาคม ๒๔๕๕

รายงานผู้ป่วยทั่วไป: ๑๒ ธ.ค. ๕๕. ๑.

ชายอายุ ๔๕ ปี, เคนลำบากมาเดือนครึ่ง, ปวดศีรษะเสมอ. ภายใน ๕ เดือนนี้สาลักน้อย, ไอมากและเสียงแหบ. ตรวจมอมพาดส่วนล่าง ชนิดตึงและอัมพาตของประสาทสมองเส้นที่ ๑๐. ก้นลูกตาปกติ. มซรเบลดาร์อะแท็กเซบ, พดไม้ซัดและสาลักน้อย. เมื่อรับไว้แรก ๆ คิดว่าเป็นเอ็นเซฟาโลมัยอีไลติสกระจายทั่วไป, หรือเนองอกในสมอง (ซึ่งลักษณะทางคลินิกไม่เข้ากัน) มาอยู่ ร.พ. ได้ ๔ เดือน. อาการคือยคนเป็นลำดับ, คาหั้นลบ. จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นมัลติเบลดะเคลอโรสิส.

๒. หญิง, โสฤ, อายุ ๔๔ ปี. มีไข้ ๑๐ วัน. กษาน ๑ สัปดาห์. เมคเลอคขาวขึ้น. โปลัยมอร์ฟสง. ตับโตเล็กน้อย, กคเจ็บมากไตชายโครงขวา. ทองอด. มยรเมย. หนาทของตบไม่ค. บัสสวามแอลบ-มิน ๒+, มีเมคเลอคแดงเล็กน้อย. ให้เพนซิลลิน. ไข้ลงใน ๕ วันแล้วชนอก. ถึงแก่กรรมในสัปดาห์ที่ ๒ ทรบไว้, ทงทยรเมยหายคแล้ว, กษานลดลง. ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นหลอดคนาคอกเสบเป็นหนอง.

ตรวจศพพบผลหลอดคนาคอกเสบหลายหัวในคัย, และกลามเนอหวิจคเจเนอเรชน.

รายงานผู้ป่วยโรคในทรวงอก ๑๕ ธ.ค. ๕๕

(๑) ชายอายุ ๕๑ ปี, เจ็บอกขวาม่น้อย ๆ มา ๖ เดือน. ไม่มีไข้. ไม่มีไอ. ๒ เดือนมานเจบขอยชน, และบางครงแน่นเจบรวไปถึงข้างหลัง. ยงกินอาหารได้ปกติ. ร่างกายทั่วไปไม่ทรคโทรม. ไม่สยขหริ. ทรวงอกขวาเคลอนไหวนอยกว่าซ้าย. เคาะทบถึงช่องชโครงที่ ๓ ด้านหน้าและทวยบริเวณกระคกสันหลัง (ค่านหลังทบมากกว่า). เสียงหายใจเบามาก. ภาพรังสีพยกอนกลมเกอยเต็มส่วนบนของอกขวา, ค่อนไปข้างหลัง. ทเบอรคลินลย. วินิจฉัยโรคชนแรกว่า: (๑) เนองอกเกิดจากเซลล์ประสาท, หรือ (๒) เนองอกจากเซลล์เอมบริยไอนิค, หรือ (๓) บรื่องฉมิโอเจนิคชยส์ต.

ผ่าตัดพบว่ามีก้อนเนองอกกลม, ข้างในละ ๆ เป็นนา, มชวยคคคกบผนงอกคานในทกระคกชโครงที่ ๔ และ ๕. ค้อมาแผนกพยาธิวิทยา รายงานว่าเป็นเทราโตมาซึ่งพบน้อยมากในตำแหน่งนี้.

๒. ชายอายุ ๔๔ ปี, ไอมา ๑ สัปดาห์ หอยเหนอยมา ๓ วัน, เสียงแหบมา ๑ เดือน. ไม่ปฏิเสธกามโรค. อกฟาคสะพาน

๒-๓ ปีมาแล้ว. สบายหรือใจจากมา ๒๐
 กวายเป็น. แรงแคนเลือดของแขนปกติและเท่า
 กันสองข้าง. ไม่มีฮอร์เนอร์สซันโครม. มี
 เทอเมซลทก. มีปลายนิ้วขานไม่ชัดเจน.
 หอยลักปานกลาง. มีอาการแสดงปอดแพย
 ไรลม (อะตเล็กเตลิส) ของปอดซ้ายทั้ง
 ปอด, ซังสนับสนุนโดยภาพรังสี. ตรวจคอ
 พยอัมพาดสายเสียงข้างซ้าย. ค่างนลย
 สองครึ่ง, หนึ่งขวกหนึ่งครึ่ง. ทเขอร์คลิน-
 ลย. มีไข้ทกวัน. วินิจฉัยขนแรกว่าเป็นอะ-
 นีวรัยส์ของโค้งเอออร์ตา. ยังแยกขรอง
 โนเจเนคคาร์ซีโนมาออกไม่ได้.

ตรวจศพพยอะนีวรัยส์ของโค้ง เอออร์
 ต้ากคหลอกลมใหญ่ข้างซ้าย.

๒๒ ธ.ค. ๕๕. (๑) ชายอายุ ๔๑ ปี,
 หลกลมข้างซ้ายฟาคคันนามาสองเคอนกว่า,
 เจ็บอกขางนนและมีไอนิคหนอย. หนึ่งเคอน
 ต่อมากำเริบ. ไขมันเส้นเลือดเป็น
 สาย ๆ ขางครึ่ง. ร่างกายไม่ทรคโตรม
 มาก. ตรวจพยอาการแสดงของเหลวเกอย
 เต็มอกซ้าย. เจาะไตนาปนเลือด ๑๔๐๐
 ล.ซม., ถ.พ. ๑.๐๒๔ ตรวจไม่พยเซลล์
 เนอรัย. สังกาเซอวโรคยงไม่ได้ผล.
 ภาพรังสีเอกซแสดงจุดเล็ก ๆ กระจายทั่ว
 ไปในปอดขวา. ต่อมาพยโพรงใกล้ขอกปอด
 ซ้าย. ทเขอร์คลิน ๑ : ๑๐๐๐๐ ขวก. ได้

ใช้ยาขับคไปทางวโรค (เพราะถ้าเป็น
 การกระจายของมะเร็งก็ไม่มีทางรักษา) ได้
 หนึ่งสัปดาห์เศษกถึงแกกรรมโดยไม่ได้คาด
 คิคไว้.

ตรวจศพเฉพาะทรวงอก ค้วย ตาเปล่า,
 พยาธิแพทยสงสัยวโรค.

๒. หญิงอายุ ๔๘ ปี, เป็นไข้ ๑๐ วัน,
 ไขมันเส้นเลือด ๖ วัน, เจ็บอกขางขวา
 มาก ๕ วัน. แพทยท ร.พ. อนคคยามาหลาย
 ครั้งไม่ทุเลา. ไข้ ๓๘.๐ ซ. มีปอดอกเสยท
 กลีบกลางและส่วนบนของกลีบล่างขวา. ท-
 เขอร์คลิน ๑ : ๑๐๐๐๐ ขวก. เม็ดเลือด
 ขาวขน. โปลัยมอพสง. เลยงเซอจากเส้น
 หาระพยแอลฟาสะเทรพ. ไซเพนซิลลินและซัล
 ฟาโตอะซินไม่ได้ผล, กลีบได้ผลค้มากค้วย
 อะโรมรัยซินโดยใช้ลงใน ๕ วัน. พยาธิ
 สภาพในเนอปอดคขนมาก. ต้องการคค-
 คลายค่อไปอีก.

ร่วมชุมนุมวิชาการระหว่าง พ.ป. และ พ.ป.

ชาวโส ๖ ธ.ค. ๕๕. คึกษารายงานผู้ช่วย
 ทไตตรวจศพ. ชายอายุ ๒๘ ปี. ๗ เคอน
 กอนเคยค้วยอกเสย. ๒ สัปดาห์กอนมาเป็น
 บิค, มีคขานปานกลาง. ท้องอกมาก. หนา
 ท้องค่งชายโครงขวาและกตเจ็ย. เม็ดเลือด

ชาวชน. โปลีย์มอร์ฟอง. ทดสอบพบหน้าที่ของคยเสื่อม. ให้การวินิจฉัยชนแรกว่าไปสตันโคโรติกเซอร์โรลิสหรือโม่แดงใจคัสเป็นหนอง. ตรวจศพพบฝัโม่แดงใจคัสเล็กบ้างใหญ่บ้างทั่วคย.

ร่วมชมนุมวิชาการนอกคณะ ๒ ธ.ค. ๕๕.

น.พ. วิจิต บรุ, พ.ญ. ตระหนักจิต หะริณ-สตุ และ น.พ. ชาญ สถาปนกุล ได้นำเรื่อง "ไตอักเสบ" ไปบรรยายในการประชุมวิชาการแพทย์ภาคเหนือ ณ จังหวัดนครสวรรค์. ๒๐ ธ.ค. ๕๕. น.พ. วรกิจ-วานวัตต์ ไปบรรยายเรื่อง "ไอโอดีนเทสต์" ที่ ร.พ. พระมงกุฎเกล้าฯ.

การสำรวจคึกษานอกคณะ ๑๔-๑๕ ธ.ค.

๕๕. น.พ. จำลอง หะริณสตุ เดินทางไปสำรวจปลาตามหนองน้ำต่าง ๆ ของจังหวัดอุทธรธานี เพื่อตรวจหาเมตาเซอร์คาเรียในเนื้อปลาที่จะเป็นสาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ในคยของคน.

ผู้มเกยรตเขยมแผนก ๑๕ ธ.ค. ๕๕.

คาสตราจารย์ L.C. Brumpt ได้มาเขยมตรวจผู้ช่วยโรคเลอคอนเนองจากซีโมโกล-บินผิดปกติ. ในโอกาสนี้ อาจารย์ในแผนกได้เขาร่วมคย, และท่านคาสตราจารย์ได้บรรยายเกยวคยเรองนี้ในตอนขย.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม

ข่าวศิษย์เก่า

สมรส ๑. แพทย์หญิงสุวพันธ์ สุวรรณ-จินตากับนายโสภณ เจียรนุ้ยประกอบพิธ ณ ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๐๐. ๒. นายแพทย์ไพฑลย์ สงขวาจากับ นางสาวสุนทร มธรา-ลย ประกอบพิธ ณ ห้อง ประชุม กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม

๒๕๐๐. ๓. นายแพทย์วิชา ขุญยพุกคณะกับนางสาวจางงค์ อังสุมาลี ประกอบพิธ ณ สโมสรสำนักวัฒนธรรมฝ่ายหญิง เมื่อ วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๐๐. เราขออวยพรให้คู่สมรสทั้งสามนึ่งเจริญด้วยศิริสวัสดิพิพัฒนามงคลสืบชวกาลนาน

หน้าสำหรับนิสิต

พรบใหม่

หมู่ชนและประเทศชาติที่เจริญแล้วแต่โบราณกาล ย่อมมีชนบทยุคใหม่ที่เรียกกันในปัจจุบันว่าวัฒนธรรมเป็นของตน ๆ เพื่อเป็นเครื่องหมายให้รู้ว่าหมู่ชน ประเทศนั้นเป็นชน หมู่หนึ่ง ประเทศหนึ่ง ก็นั้นชนบทยุคใหม่แตกต่างกันไป ตามดินที่มออยู่ตามความนิยม ตามความเห็นชอบของชนที่อาศัยอยู่ในหมู่และประเทศชาตินั้น ๆ ด้วยเหตุนี้ ชนบทยุคใหม่ของหมู่หนึ่งประเทศหนึ่ง จึงแตกต่างกันไปไม่เหมือนกัน การที่จะจัดทำชนหลายหมู่ หลายประเทศให้ชนบทยุคใหม่เหมือนกันหมดทุกประการ จึงไม่อยู่ในวิสัยที่จะทำได้ และชนบทยุคใหม่ซึ่งมีอยู่แล้วนั้น ถ้าไม่เป็นเหตุเสียหายเดือดร้อนแก่ใครๆ และไม่นำความเสื่อมเสียมาสู่หมู่คณะประเทศชาติของตนแล้ว แม้จะเก่าแก่เพียงไร ก็ไม่ควรเหยียดย่ำเล็กกล่มทำลายเสีย ควรสงวนรักษาไว้เหมือนโบราณวัตถุและสมบัติอันมีค่า แม้จะเก่าแก่เพียงไรก็ไม่ควรทอดทิ้งทำลาย ควรถนอมรักษาไว้ให้ดี การที่จะทำต้องสงวนรักษาชนบทยุคใหม่ของเก่าไว้ก็เพื่อให้คน

ในภายหลังได้รู้ว่า หมู่และประเทศชาติของตนได้เจริญมาแล้วอย่างไร และมีชนบทยุคใหม่อย่างไรบ้าง หมู่ชนและประเทศชาติที่เจริญแล้วกล่าวโดยเฉพาะไทยเราเมื่อถึงวันชนบทยุคใหม่ ซึ่งนิยมกันว่าเป็นมงคลก็ถูกขงยามยามคึกคักประเพณีกล่าวขวัญให้พรกันตามควรแก่ฐานะของตน ๆ แต่เพราะเหตุที่ชาติไทยได้นับถือพระพุทธศาสนา มาแต่โบราณกาล จึงเต็มคำวาศีล ซึ่งเป็นบัญญัติในศาสนาเข้าข้างหน้าแล้ว กล่าวรวมกันว่าให้ศีล ให้พรกัน

พรนั้น โดยพยัญชนะแปลว่า สิ่งพึงเลือกโดยอรรถ หมายถึง ความดีงาม ความสุข ความเจริญ การให้พรเป็นเครื่องประกาศความหวังก่อนมออยู่ในใจ ปรารถนาให้ผู้รับพรมีความสุขความเจริญ โดยปกติคนทุกคนต่างก็ปรารถนาความสุขความเจริญให้แก่ตนเองอยู่แล้ว และไม่มีใครต้องการความเดือดร้อนเสื่อมเสียเลย ด้วยเหตุนี้การให้พรจึงเป็นทั้งต้องการและสพรอริยาศัยของทุกคนเหมือนแถวสารพัตร์นทุกคนปรารถนา อันตรงกันข้ามกับการ

สาปแช่งคำว้าซังไม่มีใครปรารภนาจะพึง
 ณะนการเสถคงความหวังคิ อันมออยู่ในใจ
 ใให้ปรากฏก้วยการให้พร กล่าวคำขวญอัน
 เป็นศึรมงคลแก่กัน จึงตรงกับความต้องการ
 การของทกคน

การให้พร จะให้ในวันใด เวลาใดก็ไค
 ไม่จำกต แต่ท่นยอมให้กันในวันยใหม่ัน
 เพราะวณชนบใหม่เป็นวณทเดือนใจให้ทกคน
 หวนระลึกถึงชวตของตคน ๆ ที่ไคผ่านมา
 แล้วว่า ในบัทแล้วเวาไครอดพ้นอุปสรรค
 อันตรายแห่งชวตเป็นมาควยค ควรปลมใจ
 ยงนิก ต่างพากันทำบุญนเวงสนกสนาน
 ให้ศึลใให้พรกันตามกำลังตามฐานะ ทงจะ
 กระจันเทอนใจให้ศึรจควา ในบัทแล้วชวต
 ของเวาเป็นมาไคยวษรณ ไคริศความสุ
 ความเจริญเพียงไรหรือเป็นมาควยความชม
 ชนยากแค้นประการใด ทงจะไคริว่าตนม
 ความประพฤคิบกพร่องเสียหายนาคำหั้น
 อย่างไรบ้าง ซงควรแก้ไขกลัยให้เป็นคิ ไม
 ประพฤคิบกพร่องเสียหายนนออก หรือ
 จะไคริว่าตนไคประพฤคิตงามเป็นคิอย่างท
 คิของฝุทไคริเห็น เป็นคณประโยชน์แก่
 ตนแก่คนอน ตลอดจนประเทศชาติคาศานา
 อย่างไรบ้าง ซงควรพยายามรักษาความ
 คณนไว้ ให้คงทหรือให้คมากชน เหมือน

ฝุค้ำขวยศึรจสอยขญชึประจาวนเคอนหรือ
 ขของตคนควา ในวณเคอนหรือบัทลวงมา
 แล้ว มกัไรหรือชวคทนเท่าไร และทม
 กัไรหรือชวคทนนเป็นเพราะเหตุใด เมื่อ
 ทวายว่าชวคทน กัจกไคหาวธิแก้ไขชองกัน
 มีให้ชวคทนคอไป เมื่อทวายว่าไคกัไร
 กัจกปลมใจ และหาวธิทำให้ไคกัไรมาก
 ยงชนโดยลาคัย นอกจากนนั้นยังเป็นทาง
 ให้ไคเห็นความผันแปรไม่แน่นอนของสิ่ง
 ต่าง ๆ ในโลก เช่นเห็นมณษย์รวมทงศึค
 ภิรจฉาน หรือยานเมองทกากลางเจริญเคีย
 ไคชนและรุ่งเรืองกม ทถอยกำลังแก่ชว
 ชารคทวคโทรมลงกม ททายไปแล้วจาก
 โลกนกม ทยากจนแล้วกลยมมกม ท
 มงมแล้วกลยยากจนกม ทเคยรักไค
 เป็นมิตรสหายแล้วกลยกลายเป็นศึตรค
 อาฆาตกนกม ทเคยเป็นศึตรเกลยคชงกัน
 แล้วกลยคณคเป็นมิตรสหายกม ความ
 ผันแปรไม่แน่นอนเหล่านี้แหละ จักเป็น
 เครื่องเตือนใจมิให้ประมาทในชีวิต ซง
 เป็นเหมือนความผันและฟองน้ำ และเตือน
 ใจมิให้พึงเพ้อเหอเหิมในลาภยศศึรเสริญ
 สขทตนไคริบ และไม่กลยนำลาภยศทตน
 ไคริบไปเป็นเครื่องมอเขยคเขยพ้ทำลาย
 ฝุชน แล้ววษทาความคิ เพศตคน เพศ

วงศ์สกุล เพื่อประเทศชาติ และเพื่อเพื่อน
 รวมโลกตงนบาง อนงวนชนบใหม่เป็นเหตุ
 ให้โคธสสาทะความช่นขานในชวตว่า การ
 ที่เรามาชวตมาตลอดคย นนบวาเป็นขญลาค
 อนประเสริฐทหาไคยาก เพราะชวตของ
 มนษย์เต็มไปคยการคอสู้แข่งขันมือปสรวค
 อนตรายรอยคาน ผู้ทคองลิมหายค้ายจาก
 ไป เพราะการคอสู้แข่งขันในระหวางนคม
 ไม่น้อย แต่เรามาโชคคี่ มชวตรอคมาไค
 ไม่มือนตรายควรปลมใจแท้ ตงนบาง.

การให้พร เป็นทนิยมแพร่หลาย ทั้ง
 ในหมู่มนษย์ทั้งในหมู่เทวดาในสวรรค์ มี
 เรืองเล่าในเวสสันดรชาคก กณคท์ทศพรว่า
 เมอพระอินทรจอมแห่งเทวดาในสวรรค์ชน
 ทาวคิงส์ ทอคพระเนตรเห็นบุพนิมิตร ๕
 ประการค้อ

๑. คอกไม้ทพยที่ประกยเหยวแห่ง
 หมคความสง่างาม
๒. เครองนึ่งหมเค้ราหมองหมครคมี
๓. เห่งอไหลคอกจากรกแร่
๔. สรรกายเค้ราหมอง หมครคมี
๕. ไมยนิคี่ในทอยุ่ชองตน

ปรากฏแก่นางผลคี่เทพกัญญา อัคร
 มเหสี กญชองสวรรค์มอยุ่ว่า เมอชพนนิมิตร
 ทง ๕ ประการนปรากฏแก่เทวดาองค์โตค

แสดงว่าเทวดาองค์นั้นสนขญ คองจค
 จากสวรรค์ พระอินทรทรงทราบว่าพระนาง
 จะคองจคจากสวรรค์เพราะสนขญแลว จึง
 พาพระนางไปประทยทพระแท่น ณ อทยาน-
 นันทวัน แลวประทานพรให้พระนางเลอก
 ๑๐ ประการ พระนางไคเลอกพร ตงนคช

๑. ขอให้ไคเป็นมเหสีชองพระเจ้าสญ
 ชัย ในเชคทวนคร
๒. ขอให้มคองทาคำสนิท เหมือนค
 ลกเนอทราบ
๓. ขอให้มคองามสนิท เหมือนสร้อย
 คองนคยง
๔. ขอให้มนามว่าผลค
๕. ขอให้ไคบุครเป็นผู้ชบาย มเกยรค
 ยค บินคี่ในการกคค
๖. เมอทวงครรรค ขออย่าให้ชทรน
 ชน ให้งามละม่อมคคล้ายคั่นอน
๗. ขออย่าให้ถนทงสองหยอนชานท
 ๘. ขออย่าให้เกคคางคอก ให้ค้ำสนิท
๙. ขอให้มคฉววรรณะละเอียคอ่อน
๑๐. ขอให้ไคปล่อยนคโทชถงประหาร

และในกณคท์สคกขรรพชาคกเคยวคั่น
 กมเรองเล่าวว่า พระอินร์แปลงเพคเป็น
 พรหมณชรา มาขอพระนางมทวไป เพช

สารศักราช

ททลองพระทัยพระเวสสันดร พระเวสสันดร
ก็ประทานให้ ครั้นทรงทราบว่าพระเวสสัน-
ดรมาพระทัยเค็ดเคียวในการบำเพ็ญทาน
บารมี จึงไต่ถามพระนางมัทรีกลยมาคน
ถวาย และประทานพรให้พระเวสสันดร
เลือก ๘ ประการ พระเวสสันดรได้เลือกพร
ดังนี้ คือ

๑. ขอให้พระราชบิดาทรงยินดีในทาน
บารมีที่บำเพ็ญแล้ว และเมื่อดอกขจร ขอ
ให้พระบิดาทรงต้อนรับเป็นอนงค์

๒. ขออย่าให้ยินดีในการประหารชีวิต
และให้ไต่ปล่อยนงกัโทษถึงประหาร

๓. ขอให้ประชาชนทุกชนในปกครอง
อยู่เย็นเป็นสุขทวหน้าตลอดครชสมัย

๔. ขอให้ยินดีแต่ในพระมเหสีเท่านั้น
อย่าตกอยู่ในอำนาจของสตรีใด ๆ

๕. ขอให้โดยตรผู้ทรงเกียรติสามารถ
ปกครองไพร่ฟ้าประชาชนให้ร่มเย็นเป็นสุข
โดยธรรม

๖. ขอให้โภชนาหารคฤทพิย์ จงเกิด
มีในรัชสมัยของพระองค์

๗. เมื่อยริจากทาน ขอให้ทรัพย์
สมบัติมีบริบูรณ์ไม่บกพร่อง

๘. เมื่อดุจิกจากมนุษย์โลกแล้ว ขอ
ให้ไต่เกิดในสวรรค์ และในที่สุด ขอให้ไต่
บรรลพพระสัพพัญญุตญาณ

หากมีผู้ถามว่า พรทั้ง ๑๐ ประการ
ที่พระอินทร์ประทานแก่ผู้ใด ซึ่งไต่สำเร็จ
แล้วแก่พระนางมัทรีครบทุกประการกต และ
พรอีก ๘ ประการ ที่พระอินทร์ประทานพร
แก่พระเวสสันดรซึ่งไต่สำเร็จแล้วแก่พระ-
เวสสันดรทุกประการกต ไม่มีปัญหาประ-
การใดแล้ว เพราะพรนั้นเป็นพรสวรรค์ และ
พระอินทร์เป็นผู้วิเศษ มีบุญญาธิการมาก
สามารถนึกอะไรไต่ทั้งนั้น แม้ป่าลิต
อย่างไร ก็เป็นอย่างไรจริง ส่วนพรที่เรา
ท่านทั้งหลายประสิทธิ์ประสาทให้กันอย่าง
ในทวอนน จะสำเร็จผลแก่ผู้รับหรือไม่ ถ้า
ตอบว่าไม่สำเร็จแล้วไป ถ้าตอบว่าสำเร็จ
ก็สำเร็จไต่อย่างไร

ไต่กล่าวมาแล้วว่า หมู่ชนที่เจริญแล้ว
มักนิยมให้พรกัน เป็นธรรมคทาที่ผู้ใดรับพร
แล้วจะน้อมใจระลกลดลงผลแห่งความคของ
ตนซึ่งเป็นเหตุให้ตนไต่รับพร แต่คนนเกิด
ขี้ตอมีใจว่า ตนไต่ทำความคไต่จึงไต่รับ
ความนิยมชมชื่นจากญาติมิตรเป็นอย่างไร
ของตนเอง เป็นเหตุให้ผู้ใดรับพรทำความค
มากขงชน แล้วรักษาความคนนั้นไว้ให้
เสถียรอยู่ นกแสตงให้เห็นว่า การให้พร
ย่อมสำเร็จผลแก่ผู้รับ ซึ่งผู้รับพรขงคน
อาจไม่รู้สก็ก็เป็นไต่

ความจริงพรรณน กคอกำเตือนใจให้ผู้
 รัยพรขำเพญความคินนเอง อนค้ำพด ซึ่ง
 แม้ผู้พคกล่าวอย่างจับใจไพเราะ ด้วยความ
 บริสุทธิใจ หรือด้วยใจอันเข้มค้วยเมตตา
 เพียงไร ก็ไม่สามารถบรรกาลให้เกิดความ
 สุข ความเจริญได้ทั้งปรารณา แต่คำพด
 นั้นเข้ยังจยอย่างสำคัญในอนให้โตขำเพญ
 คุณงามความดี ซึ่งเป็นเหตุนำความสุข
 ความเจริญมาให้ ผู้หวังความสุขความ
 เจริญแก่ตนต้องขำเพญความดีด้วยตนเอง
 การทำความดี ความเจริญให้แก่ตนเอง
 เป็นของประเสริฐแท้ และปราศัญกสรร-
 เสริญ เพราะความคินน นำสุขมาให้แก่ตน
 โดยส่วนเคียวไม่เป็นโทษเสียหายนเคออรอน
 แก่ใครๆ และเป็น ทวอย่างทค แก่ผ อน ทว
 เห็นค้วย การให้พรเข้เข้ตนเหตุให้ผกฝน
 อบรมตนให้เป็นคนดี ทำความดีความเจริญ
 ให้แก่ตน ฉะนนจตอบได้ว่าการให้พร
 ย่อม สำเร็จผล แก่ผู้รัย โตจริงและ สำเร็จโต
 ในเมื่อผู้รัยพรล่อว่า พรเข้เข้ค้ำกระตั้นเคอ
 ใจให้ ทำความดี และได้ทำความคินน
 บริบูรณ์แล้ว

การให้พร นอกจากจะเป็นเครื่องเคอ
 ใจให้ผู้รัยพรขำเพญความดีแล้ว ยังเป็น

เครื่องแสดงเมตตาที่ฝังอยู่ในใจของผู้
 อนุยพรให้ปรากฏชคออกมา ฉะนน ผู้ให้
 พรจึงชอว่า ปฏิบัติตามหลักสรวาณยธรรม
 ในพระพทศศาสนากส่วนหนึ่ง จึงอย่าง
 นั้น ในพระพทศศาสนายกย่องสรรเสริญ
 การแผ่เมตตา คือปรารณาคัดอกันว่า
 เป็นสรวาณยธรรม เป็นเครื่องปลุกความ
 นิยมเคารพกรไคร่ ปลุกความสามัคคี
 เป็นทางเจริญ ปีคการทะเลาะวิวาทกัน
 อันเป็นชนวนให้แตกสามัคคีและเป็นทาง
 เสื่อม สมคิงทพระพทศเจ้าครสสอนไว้ว่า
 จะทำอะไรด้วยกายวาจาหรือด้วยใจ ก็ให้
 มีเมตตาปรารณาคัดอกัน มิให้เข้เข้เข้
 ด้งผลลัญกันคิงนเข้เข้ตน โดยนยน จึง
 เห็นได้ว่า ทงผู้ให้พรทงผู้รัยพร โตช
 ว่างปฏิบัติตามหลักสรวาณยธรรมของพระ
 พทศเจ้า และได้รัยประโยชน์ค้วยกันทง
 สองฝ่าย

- พรที่นิยมให้ในพระพทศศาสนามิ ๔
 อย่างทเรียกว่าจทรพิทพร คือ ๑. ให้มี
 ายุนนานไม่มีโรคภัยเข้เข้เข้เข้ ๒.
 ให้มีผพวรรณผคผองสคใส ๓. ให้มีความ
 สุขกายสุขใจ ๔. ให้มีกำลังกาย กำลัง
 ทพย์ และกำลังใจ

ทางปฏิบัติเพื่อให้ไต่พรทั้ง ๔ นั้น พระ
พุทธเจ้าไต่ทรงชไว้ ดังนี้ คือ

๑. การไม่เบียดเบียน ไม่ทำลายชีวิต
สัตว์ อำนวยผลให้มอายนนาน ไม่มีโรค
เบียดเบียน ผู้ไม่เบียดเบียนทำลายสัตว์
ย่อมมอายนนาน ไม่มีโรคเบียดเบียน

๒. ความเป็นผู้มีใจหนักแน่น ไม่
ฉุนเฉียวโกรธง่าย และความเป็นผู้มี
เมตตา ปรารถนาความสุขความเจริญให้
แก่ผู้อื่น ไม่อิจฉาริษยาผู้อื่น อำนวยผลให้ม
ฉวีพรรณผ่องใส ผู้ไม่มักโกรธและ
มีเมตตาประจําใจ ย่อมมฉวีพรรณผ่อง
ใส

๓. การบริหารร่างกายให้ถูกต้องตาม
หลักอนามัย อำนวยผลให้ร่างกายสม-
บูรณ์ ซึ่งเรียกว่าสุขภาพ การอบรมใจให้
ผ่องใส ปราศจากกิเลสนิวรณ์ ไม่คิดค
รอนทำลายผู้อื่น อำนวยผลให้มีใจบริสุทธิ์
ผ่องใส ซึ่งเรียกว่าสุขใจ ผู้บริหารร่างกาย
ให้ถูกต้องตามหลักอนามัย ย่อมมีสุขภาพ
ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ผู้อบรมใจให้
ผ่องใส ปราศจากกิเลสนิวรณ์ ย่อมมีสุข
ใจและใจที่ผ่องใส

๔. การหมั่นฝึกกำลังกาย อำนวยผล
ให้มกำลังกาย การหมั่นประกอบภาระงาน

อาชีพโดยสุจริต ไม่ผิดศีลธรรม อำนวย
ผลให้มกำลังทรัพย์ การหมั่นอบรมใจใน
สติปัญญาทั้ง ๔ อำนวยผลให้มกำลังใจ ผู้
หมั่นฝึกกำลังกาย ย่อมมกำลังกาย ผู้
หมั่นประกอบอาชีพโดยสุจริตย่อมมกำลัง
ทรัพย์ ผู้อบรมใจในสติปัญญาทั้ง ๔ ย่อม
มกำลังใจ

การไม่เบียดเบียนทำลายชีวิตผู้อื่น เป็น
พรท ๑ ความไม่โกรธฉุนเฉียวและมีเมตตา
เป็นพรท ๒ การบริหารและอบรมใจให้
ผ่องใส ปราศจากกิเลสนิวรณ์เป็นพรท ๓
และท ๔ ผู้ปรารถนาทั้ง ๔ นทางหมด หรือ
อย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้าปฏิบัติตามหลักธรรม
ที่พระพุทธเจ้าทรงชไว้ เพื่อให้ไต่พรนั้น ๆ
ดังกล่าวมานั้น ย่อมไต่รับพร ค่อมมอายน
นาน มีฉวีพรรณผ่องใส มีสุขภาพสุขใจ
มกำลังกายกำลังทรัพย์ และกำลังใจสม
ประสงค์ ถ้าไม่ปฏิบัติตามหลักธรรมที่ทรง
ชไว้แล้ว แม้ปรารถนาอ่อนนหรือบนนาน
ก็หาสำเร็จสมปรารถนาไม่

สรุปความว่า ผู้ประพฤตินั้นเป็นคนค
มีหรืออายต่อความชั่ว มีโอตตปะเปลี่ยค
กลัวต่อผลของความชั่วทุจริต มีจิตมั่นอยู่
ในศีลธรรม ไม่ปล่อยใจให้ตกอยู่ในอำนาจ
ของความชั่ว ซึ่งเป็นธรรมคำฝ่ายต่ำไม่

ก่อความเดือดร้อนเสียหายให้แก่ตนและคน
 อื่น ด้วยอำนาจความโลภ ความโกรธ
 ความหลง ความริษยาพยาบาทอาฆาต
 ซอวาไทรยพรอนศกกสถิ เป็นพรอมตะ
 โดยมีต้องชวนชวายนขอ และรอให้ผู้อื่นใด
 มาประสิทธิ์ประสาทให้เลย
 ขอพรทั้ง ๔ คือ อายุ วรรณะ สุขะ พละ

จงเกิดแก่ปวงชน สัตว์ ผู้มีลมปราณทุก
 ชนิด ทกชาติ ชั้นวรรณะ ทุกเพศ ทุกวัย
 ตลอดทุกใหม่ในเทอญ.

พระศรีวิสุทธิวงศ์

(คัดจากหนังสือรายเดือน "ศุภมิตร" ปีที่ ๒
 ฉบับที่ ๒ มกราคม ๒๕๐๐)

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สวรรค์วิราชย์ ๒๔๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้
 รัยหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสวรรค์วิราชย์ สำนักงานจะจัด
 ส่งให้ตามประสงค์

บันทึกท้ายสมุด

๑ สวัสดิ์ชัย ๒๕๐๐ จากสารคดีวิราช

สองพันห้าร้อยเริ่ม

ขอทักถ่มนัสยก

ขอคุณรัตนตรัยปก

ขอเทพไทท้าวท้าว

เจริญ วรรมพรรมผ่องไร่

เจริญ สุขยิ่งสุขทวี

เจริญ ชนม์ชนะพยาศีย์

เจริญ พะลังเพิ่มแกลัว

พุทธศก

ขอบฟ้า

บ้องเกษ

หลังพร้อมพรสวรรค์

ราศี สิ้นเทอญ

เทวศแคล้ว

ย่ำบ่อน

กลั่นกล้าการผอง

๑ เราเริ่มค้นบทเก่าของสารคดีวิราช, ซึ่งตรงกับครบรอบแห่งพุทธศตวรรษที่ยี่สิบห้า, อันถือว่าเป็นวารคดีที่สำคัญวารหนึ่งในพระพุทธศาสนา, ด้วยลักษณะภายนอกแบบเดิม, แต่มีการปรับปรองภายในเล็ก ๆ น้อย ๆ อันเราถือว่าเป็นการเริ่มต้น. เช่นเดิมเราตั้งใจที่จะเปลี่ยนใช้กระดาษใหม่ที่คุณภาพดีกว่าในปัจจุบัน, ซึ่งผู้จัดการก็ได้รับความเห็นโดยหลักการแล้ว. แต่บังเอิญเป็นคราวเคราะห์ที่กระดาษที่ซื้อมาไปเรื่อย ๆ ในระหว่างนี้มาแล้ว, ประกอบกับเรามีความจำเป็นต้องเพิ่มรายจ่ายในบางด้านขึ้น, ทำให้

การที่จะเพิ่มค่ากระดาษ (โดยไม่เพิ่มค่าบำรุง) เป็นการที่ค่อนข้างจะหมิ่นเหม่, จึงทำให้เราต้องงดการปฏิบัติตามความคิดเห็นไว้คราวหนึ่งก่อน. ทั้งนี้ขอเรียนต่อท่านที่ไม่ได้เป็นสมาชิกมาตั้งแต่ต้นว่า สารคดีวิราชนี้เองตลอดมาตั้งแต่เกิด, โดยถือกำเนิดขึ้นมาด้วยศรัทธาของคณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ฯ และด้วยมงคลคือนาม “ศิริราช” อันเป็นอวัถถลวัน ๆ. ที่เจริญเติบโตและยั่งยืนมาเรื่อย ๆ จนถึงขอบเขตเก่าแก่ด้วยไมตรีจิตและการสนับสนุนจากท่านสมาชิกและท่านผู้ลงแรงความเท่านั้น.

อันเป็นความจริงที่เราระลึกถึงอยู่อย่างไม่ลืมและพยายามเสมอที่จะตอบแทนให้คุ้ม โดยควรแก่หน้าที่ของวิทยาศาสตร์.

๑ การปรับปรุงที่เรากำหนดไว้สำหรับบทเทานมอยู่สองประการ, คือขยายแผนกย่อเอกสารและขยายแผนกปกิณกะ. สำหรับแผนกย่อเอกสารนั้นในฉบับนี้ยังขยายไม่ออก, เกือบครึ่งเป็นเวลาใกล้ปลายปีการศึกษา, ผู้ที่เราหวังพึ่งพาหาเรื่องให้ต่างก็ยุ่งด้วยงานประจำทั้งนั้น. เราไม่อยากจะคาดคะเนขึ้นใจกันจนเกินสมควร, จะขอรอไปอีกสักหน่อหนึ่งก่อน. ส่วนแผนกปกิณกะนั้นการขยายทำได้ค่อนข้างจะง่ายกว่า, จึงได้ลงมือเสียตั้งแต่ในฉบับนี้, คือเพิ่มจำนวน "บันทึกสั้น" ขึ้นเป็น ๑๐ รายการ, เป็นการปรับปรุงขึ้นที่หนึ่ง. นอกจากนี้เรามีเรื่องที่เหมาะสมสำหรับแผนกปกิณกะรวบรวมไว้มากพอสมควรแล้ว, ซึ่งในฉบับต่อไปคงจะทำให้แผนกนี้มีประโยชน์ต่อท่านสมาชิกยิ่งขึ้น, และคงเป็นแผนกซึ่งไม่มีใครพลิกผ่านข้ามไปเสียเป็นแน่.

๒ เรื่องวิชาการทั้งสามเรื่องในฉบับนี้เกี่ยวกับโรคเขาค้อนทั้งนั้น. อาจมีบางท่านสงสัยว่าทำไมไม่จัดเป็น "ฉบับ

โรคเขาค้อน". เรื่องนี้ครั้งแรกเราก็คิดๆ อยู่เหมือนกัน, เพราะมีการประชุมวิชาการของคณะฯ เกี่ยวกับเรื่องเขาค้อนถึงสองคราว, มีเรื่องเสนอเป็นหลายเรื่อง. ถ้ารวบรวมได้ครบถ้วนก็จะเป็นการ "รวมวิชาโรคเขาค้อน" ที่พอได้ทีเดียว. แต่พอดำเนินการรวบรวมเข้า, ก็มีเรื่องขลุกขลัก. บางท่านได้พุดปากเปล่าโดยไม่มีต้นฉบับ, บางท่านมีต้นฉบับแต่หายเสียแล้ว, หรือว่ายังไม่เรียบร้อย, ต้องขอแก้ไขก่อน. ได้มาสามเรื่องเป็นรุ่นแรก, เท่าที่นำลงพิมพ์ในฉบับนี้. ได้เรื่องที่สัปดาห์หลังที่เราจัดบรรจเล่มไปแล้ว, จึงต้องรอไว้. โดยที่ได้เรื่องไม่ครบครัน, ประกอบกับเรื่องบางเรื่องที่น่าสนใจก็ยังไม่ได้ต้นฉบับมา, เราจึงเห็นว่านำลงพิมพ์ไปเรื่อย ๆ อย่างธรรมดา ๆ คงจะเหมาะกว่าประกาศกรีกโครมไปว่าเป็น "ฉบับโรคเขาค้อน" แล้วมีแต่โครง. หวังว่าท่านสมาชิกคงหมดสงสัย.

๓ เรานำเรื่องโรคเขาค้อนในเด็กของคุณหมอเชิดฉลอง เนตรศิริลงเป็นเรื่องนำเพราะเป็นเรื่องที่รวบรวมสถิติของเราเองมาแสดงด้วย, ซึ่งคงจะเป็นที่สนใจไม่เพียงแก่แพทย์ไทยเท่านั้น, แม้แพทย์

ต่างประเทศก็คงอยากทราบ. โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝรั่งอาจประหลาดใจต่อยุติการของโรคเขาค้อในเด็กของเราที่อยู่ในเกณฑ์ค่ามากเมื่อเทียบกับจำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษา. แต่ขณะเดียวกันสังเกตว่าโรคที่เป็นนั้นมีการดำเนินค่อนข้างรุนแรงมาก, เพราะคนไข้สามคนต้องตายเสียสองคนในเวลาซึ่งสำหรับสมัยมีอินซูลินใช้นั้นถือว่ามีอันมาก. หากคิดย้อนหลังกลับไปก็ชักจะสงสัยว่าเป็นได้หรือไม่ว่าเด็กของเราที่เป็นเขาค้อนั้นส่วนมากไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง, และความรุนแรงของโรคได้ทำให้เด็กส่วนมากตายเสียตั้งแต่อายุน้อยและไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. ข้อนี้ถ้าหากมีใครสนใจลองสำรวจดู, ก็คงจะทำความกระจ่างให้ได้โดยง่าย.

๑ โรคเขาค้อเป็นโรคเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม, และอาการแสดงส่วนไม่น้อยต้องอาศัยการตรวจในด้านชีวเคมี. เรื่องของคุณหมอนันทา ติตตะสิริ คงจะช่วยทบทวนและเพิ่มความรู้อีกแก่ท่านผู้อ่านได้เป็นอย่างดี. น่าสังเกตว่าโรคเขาค้อได้เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่ต้นมานานแล้ว, และการค้นคว้าอย่างหนักหน่วงก็ได้ทำกันตลอดมา. เมื่อมีการค้นพบอินซูลินนั้นก็ดูเหมือนว่าอะไร ๆ ก็รู้กันหมด

แล้ว. แต่ความจริงนั้นแม้ในขณะนี้ยังมีอะไร ๆ อีกมากที่ยังเป็นปัญหา. อะไรหลายอย่างที่เราเข้าใจกันว่าเป็นที่ประจักษ์แล้ว ปรากฏว่าเป็นข้อที่ไม่ตรงกับความจริง. คำอธิบายต่าง ๆ, วิเคราะห์, วินิจฉัยและวิธีการรักษาเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ. การตรวจคนเรอของเขาค้อจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจมากสำหรับผู้สนใจ. ยิ่งสำหรับบ้านเราเองแล้วยังมีอะไร ๆ ที่จะทำได้อีกมาก. แม้แต่ปัญหาบางอย่างก็ยังไม่ชัดเจน, คือมีคนเป็นโรคนี้นานน้อยเพียงใด, ก็เป็นเรื่องที่สมควรศึกษาข้อหนึ่งแล้ว. เรื่องอื่น ๆ ก็ยังมีอีกมากมาย. ล้วนแต่รอคอยผู้ที่จะศึกษาอยู่ทั้งสิ้น.

๑ เราเริ่มต้นด้วยสถิติ (ในเด็ก), ตามด้วยวิทยาการมูลฐาน, และลงท้ายด้วยการปฏิบัติ, คือเรื่องเกี่ยวกับโรคแทรกและการรักษา, ของคุณหมอ สุนทร ตันตนาท, ผู้ซึ่งได้รวบรวมความรู้ที่เป็นประโยชน์ไว้มากและได้เฟื่องถึงแง่ปฏิบัติเป็นพิเศษ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวการรักษาอะซิโกลิสและโคมาเนื่องจากเขาค้อคงจะให้ประโยชน์จริงแก่ท่านนายแพทย์มีโอกาสรักษาคนไข้ประเภทนี้, เพราะให้หลักซึ่งช่วยในการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติได้เป็นอย่างดี.