



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๐๐	Volume 9, Number 8, August 1957
--------------------------------	---------------------------------

โรคโปลิโอ

การศึกษาราย ๒๐๔ ราย

อรุณ เนตรศิริ

พ.ด., Dr. med. (Jena), D.T.M. (Hamburg)

ม.ร.ว. จันทนิวัฒน์ เกษมสันต์ และ

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

เนติฉลอง เนตรศิริ

พ.บ., พ.ด.

อารี วัลย์เสวี

พ.บ., M.S.

ในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา, อุบัติการณ์ของโรคโปลิโอได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในบรรดาประเทศอื่น ซึ่งก่อน ๆ นั้นมีโรคนี้แต่เพียงประปราย. ในทวีปแอฟริกา ระหว่างปี ๑๙๔๕-๑๙๕๔ ได้มีการระบาดของโรคใน เมืองต่าง ๆ ๕ ครั้ง, โดยเฉพาะที่เมืองแองโกลาได้มีการระบาดค่อนข้างมาก ๒ ครั้งแล้ว. ทางทวีปเอเชีย, ที่ประเทศอินเดียได้เกิดมีการระบาดของโรคที่เมือง ขอมเมย์ ในปี ๑๙๔๕. มีผู้ป่วยทั้งหมด ๓๘๕ ราย,

ตาย ๖๔ ราย. ที่ซิดนีย์ถึงแม้ยังไม่มีการระบาด, แต่เคยคิดว่าใกล้แล้ว ทั้งแต่ปี ๑๙๔๘ เป็นต้นมาได้มีผู้ป่วยโรคโปลิโอมากขึ้น. สำหรับเมืองเราอาจกล่าวได้ว่า ก่อนปี ๑๙๕๒ โรคโปลิโอไม่มีความสำคัญทางการแพทย์เลย, เพราะพบน้อยมาก. แต่เมื่อได้เกิดการระบาดของโรคในปี ๑๙๕๒ อุบัติการณ์ของโรคนี้ก็ได้เพิ่มขึ้นกว่าก่อน. ดังนั้นเราจึงเห็นเป็นการสมควรที่จะเสนอผลการศึกษารายของผู้ป่วยของแผนก

กุมารเวชศาสตร์จากการระบาดปี ๑๙๕๒ ซึ่งเป็นการระบาดครั้งแรกในประเทศไทย.

ในการระบาดปี ๑๙๕๒, ตามสถิติของกรมสาธารณสุขปรากฏว่ามีผู้ป่วยโรคโปลิโอทั้งสิ้นระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนมกราคม เป็นจำนวน ๔๒๕ ราย. ในจำนวนนี้, เป็นผู้ช่วยเด็กที่ผ่านแผนก

กุมารเวชศาสตร์, ศิริราชพยาบาล, ๒๐๔ ราย, คือเป็นผู้ช่วยที่ไทรยไขว้รักษาในแผนก ๑๐๕ ราย และเป็นผู้ช่วยนอก ๙๕ ราย. ทั้งรายการละเอียดในตารางที่ ๑.

ผู้ช่วยทั้ง ๒๐๔ รายนี้ได้รับการตรวจและถามประวัติอย่างละเอียดตามแผนการ. เพื่อกำรศึกษาน.

ตารางที่ ๑ ผู้ป่วยแยกตามระยะของโรค

ระยะหรือชนิดของโรคเมื่อแรกรับ	จำนวนผู้ป่วย		
	รักษาในแผนก	ผู้ช่วยนอก	รวม
ระยะก่อนเป็นอัมพาต	38	28	66
ระยะเป็นอัมพาต			
ก. ชนิดสไปนัล	48	57	105
ข. ชนิดบัลบาร์	9	5	14
ค. ชนิดบัลโบร์สไปนัล	13	5	18
ชนิดเอ็นเซฟาไลติก	1	—	1
รวม	109	95	204

การเริ่มต้นของการระบาด การระบาดได้ตั้งต้นในเดือนกรกฎาคม ๑๙๕๒ และมีจำนวนผู้ป่วยทวีขึ้นมากในเดือนกันยายน, ตุลาคมและพฤศจิกายน. เดือนตุลาคมเป็นเดือนที่เรพบผู้ป่วยมากที่สุด, ดังจะเห็นได้จากตัวเลขในตารางที่ ๒.

เป็นที่น่าสังเกตว่าในเดือนกรกฎาคม

๑๙๕๒ นั้นโตมฝนตกที่กรุงเทพฯ ๖ ชุกมาก. ตกติดต่อกันอยู่หลายวัน, และบางวันก็ครมฝนอยู่ตลอดวัน. ฝรั่งที่โตศึกษาอยู่ที่ การเกยวักยฤดู กาลของโรคโปลิโอที่ระบาดในแอฟริกา. เขาสรุปว่าสำหรับทวีปแอฟริกาซึ่งมีอากาศร้อนชื้นนี้, โรคโ-

ตารางที่ ๒

<u>เดือน</u>	<u>จำนวนผู้ช่วย</u>
กรกฎาคม	๕
สิงหาคม	๑๕
กันยายน	๕๔
ตุลาคม	๗๖
พฤศจิกายน	๔๖
ธันวาคม	๖
มกราคม	๒
รวม	<u>๒๐๕</u>

ลิ โอจะระขาดในฤดูไหนของชุกไท้, แต่
โดยมากมักจะเย็นเดือนมกราคมมาก.
เกยว, ผู้อำนวยการแห่งสถานการวิจัย
ทางแพทย์ของแอฟริกาใต้ที่เมืองโยฮันเนส
เบออร์ก, ก็สังเกตเช่นเดียวกัน. แต่นักเขียน

เพียงข้อสังเกตเท่านั้น. ความสัมพันธ์
ระหว่างฝน, ความชื้นของอากาศ และ
การระบาดของโรคโปลิโอในประเทศร้อน,
จะมีจริงเสมอไปหรือไม่, ยังไม่มีเหตุผล
พอจะยืนยันได้.

อายุ จำแนกได้ดังในตารางที่ ๓.

ตารางที่ ๓

<u>อายุเป็นปี</u>	<u>จำนวนผู้ช่วย</u>
ต่ำกว่า ๑	๕๗
๑-๒	๔๕
๒-๓	๒๖
๓-๔	๑๔
๔-๕	๘
๕ ขึ้นไป	๑๐

ผู้ช่วยส่วนมาก (๕๕.๑ ปช.) มีอายุภายใน ๕ ปี. การระบาดของโรคโปลิโอครั้งแรกไม่ว่าที่ไหน, ทวีตเคน, อเมริกาเหนือ, ออสเตรเลีย, นิวซีแลนด์, อินเดียหรือสิงคโปร์, ล้วนเป็นกบฏเด็กอายุภายใน ๕ ขวบเป็นส่วนมาก. ฉะนั้นสมัยก่อนจึงได้เรียกชื่อโรคนี้ว่า "อินแฟนไทล์ พาราไลสิส." การที่เป็นเช่นนี้เชื่อกันว่าเพราะผู้ใหญ่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคไว้เพียงพอแล้วจากการเป็นโรคโดยไม่มีอาการ, เพราะมีเชื้อประจำอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ เป็นเวลานานมาแล้ว.

เพศ ผู้ช่วยเป็นชาย ๑๐๗ ราย, หญิง ๕๗ ราย. โดยทั่ว ๆ ไปในการระบาดทุก ๆ แห่ง เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง. อัตราส่วนสักระหว่างผู้ช่วยชายต่อผู้ช่วยหญิงอยู่ระหว่าง ๑.๒ ต่อ ๑ ถึง ๑.๓ ต่อ ๑ (จาก Fanconi: Die Poliomyelitis).

เชื้อชาติ เป็นไทย ๑๕๔ ราย, จีน ๕๐ ราย.

ผู้ช่วยเงินทรยไว้ในแผนกในขบวน ๆ มีจำนวนประมาณ ๒๐ ในร้อยของผู้ช่วยทั้งหมด. สำหรับโรคโปลิโอในผู้ช่วยเงินถึง ๓๒.๕ ในร้อย, ซึ่งเป็นจำนวนค่อนข้าง

มากเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบ. อนึ่งเขื่อนที่น่าสังเกตว่าไม่มีแขกหรือฝรั่งรวมอยู่ในจำนวนผู้ช่วยของเราเลย. ในหลาย ๆ ประเทศได้มีผู้สังเกตว่าอุบัติการณ์ของโรคโปลิโอแตกต่างกันมากในระหว่างชนเชื้อชาติต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน. ในมลรัฐจอร์เจียของอเมริกา, เด็กผิวขาวเป็นโรคโปลิโอชนิดอัมพาตมากกว่าเด็กนิโกรถึง ๔ เท่า. แต่ทางตอนใต้ของอเมริกามีการแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย. ทายาไวเมื่อมีการระบาดในปี ๑๙๔๐ ชนชาติคอเคเซียนเป็นมากที่สุด, และพวกฟิลิปปินเป็นน้อยที่สุด. ส่วนการระบาดที่เกาะมอริเชียสในปี ๑๙๔๕ แขกอินเดียและจีนเป็นมากที่สุด. อะไรเป็นเหตุให้มีอุบัติการณ์ของเชื้อชาติแตกต่างกันเช่นนี้, ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับโรคโปลิโอส่วนมากมีความเห็นคล้อยตามชาบิน, ซึ่งอธิบายว่าเหตุสำคัญน่าจะเป็นเพราะการครองชีพและสภาพสังคมอนามัยของเชื้อชาตินั้น ๆ ไม่เหมือนกัน, มากกว่าที่จะเนื่องมาจากเชื้อชาติเอง.

ตำแหน่งที่เกิดโรคและการกระจายของโรค ผู้ช่วย ๑๐๓ รายมาจากจังหวัดพระนคร, ๔๖ รายมาจากจังหวัดธนบุรี,

อีก ๕๕ รายมาจากต่างจังหวัด. ผู้ช่วยรายแรกมาจากจังหวัดพระนคร. รัยไ้ววันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕ สปีตาคหคตอมาจิงไคมีผู้ช่วยมาจากฉนบุรี. ภายใน ๒ เดือนแรกคือกรกฎาคมและสิงหาคมเป็นผู้ช่วยจากพระนครและฉนบุรีทงสน. ในเดือนกันยายนเริ่มมีผู้ช่วยมาจากต่างจังหวัด. สำหรับผู้ช่วยจากต่างจังหวัด, จังหวัดอยุธยาผู้ช่วยมากที่สุด, คือ ๑๕ ราย. รายแรกรัยไ้ววันที่ ๑๖ กันยายน, ๒ เดือนครึ่งภายหลังที่ไคมีผู้ช่วย รายแรก จาก พระ นคร. จากจังหวัดฉนบุรีซึ่งอยู่ติดกับจังหวัดพระนคร, มีผู้ช่วยมาตรวจเพียง ๖ ราย. รายแรกรัยไ้ววันที่ ๓๐ ตุลาคม, คือ ๔ เดือนภายหลังผู้ช่วยรายแรกจากพระนคร. จากจังหวัดฉลบุรีซึ่งอยู่ห่างจากพระนครในระยะทางไกลเคียงกับจังหวัดอยุธยา, วันที่ ๘ มกราคมจึงมีผู้ช่วยมาหาเรา, ซึ่งเท่ากับ ๕ เดือนเศษภายหลังผู้ช่วยรายแรกจากพระนคร. เรามีความรู้สึกว่าการเป็นศูนย์กลางของการคมนาคม ทางทางบก และ ทางนา, คอมมทงถนน, รถไฟและแม่น้ำ, เป็นเหตุส่งเสริมสำคัญสำหรับการกระจายของโรค.

สาเหตุส่งเสริม เนื่องจากยังไม่เป็นที่

ทราบกันว่าทำไมในบรรดาผู้ที่ไคมีเชื้อโปลิโอด้วยกัน, บางคนมีอาการอัมพาต, บางคนมีอาการเพียงทางเยอหุ้มสมองเท่านั้น, บางคนก็เป็นเช่นโรคหวัค, และบางคนไม่เป็นอะไรเลย. แต่ทกรายจะมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นในเลือด. หลาก ๆ ทานจึงมีความเห็นว่าสาเหตุส่งเสริมมีความสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินของโรค. ตัวเลขของรัสเซียและของสหรัฐแมนต่างแสดงให้เห็นชัดเจนว่าการเห็นคนเห็นเยอไปของผู้ช่วยในระยะก่อนเป็นอัมพาตเป็นเหตุให้โรคมีอาการหนักเสมอ. แอนเตอร์สันกับพวกไคศึกษาการเป็นโรคระหว่างพวกที่ติดต่อก่อนซิดในระหว่างการระยาคของโรค จำนวน ๒,๖๘๖ รายเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดต่อก ๒๔๐,๗๗๕ ราย. ปรากฏว่า พวกแรกเป็นโรคมากกว่าถึง ๓ เท่า, และเป็นอัมพาตชนิดยัลบาร์ มาก กว่า ถึง ๑๑ เท่า. เกี่ยวกับความชอกชากเช่นสาเหตุส่งเสริมเหมือนกัน, โดยเฉพาะการปลุกความคุ้มกันโรค, การฉึกยาในระหว่างที่มโรคระยาค. มังานหลายฉบับสนับสนุนข้อสังเกตที่ว่า แชนซาข้างไคไคมีความชอกชากแชนซาข้างฉนมากเป็นอัมพาต*. ในการทค

* (แอนเตอร์สัน สคาร์, ซิดล์ และกัโนเวลเลน, แมด คอลสคีย์)

ลองกัษัตว์, โยเกยนก็สามารถแสดงให้เห็นความจริงข้อนี้ได้อย่างชัดเจน.

ในจำนวนผู้ช่วย ๒๐๔ รายของเรา,

มีผู้ช่วย ๒๐ รายซึ่ง มีประวัติ สาเหตุ สัมพันธ์ในเวลาที่ติดต่อกับการเป็นโรค, ทั้งในตารางที่ ๕.

ตารางที่ ๕

สาเหตุสัมพันธ์	จำนวนผู้ช่วย	ผล
หกล้ม	๓	เป็นอัมพาต ๑ ราย. อีก ๒ รายไม่เป็น.
ฉีกคัพพีเรียที่คอชอยด์	๓	เป็นอัมพาต ๒ ราย. เป็นชนิดผสมของอีกเสบ ๑ ราย.
เป็นไขและฉีกยา	๖	เป็นอัมพาต ๕ ราย. ๑ รายไม่เป็น.
ถูกฟัน	๒	เป็นอัมพาต ๑ ราย. ไม่เป็น ๑ ราย.
ตกเตียง	๑	ไม่เป็นอัมพาต.
ภายหลังเป็นโรคอัสกีโตสและตกเตียง	๑	เป็นอัมพาต.
ภายหลังโรคคัพพีเรีย	๑	เป็นอัมพาต.
ปลุกผี ๓ วันก่อนช่วย	๑	เป็นอัมพาตชนิดบัลบาร์.
ว่ายน้ำเล่นก่อนช่วย	๑	เป็นอัมพาต.
ไปเที่ยวกลางคืนตากนาคาง	๑	ไม่เป็นอัมพาต.

เราอาจสรุปได้ว่าจากจำนวนผู้ช่วย ๒๐ รายที่มีประวัติสาเหตุ สัมพันธ์โรคเป็นอัมพาตถึง ๗๐ ในร้อย. เป็นที่น่าสังเกตควยว่าราย ที่ก่อน ช่วย ไตรบอินแฟคชัน อย่างหนึ่งอย่างใดแล้วไทรบอินแฟคชันหรือรายที่ไทรบอินแฟคชันความคุ้มกันโรค, เป็นอัมพาตเกือบทุกราย.

หมู่เลือด โดยที่มเอกสารอ้างว่าหมู่เลือด “โอ” เป็นโพลีโอไต้ง่ายกว่าผู้ทมิหมู่เลือดคองๆ (โบลเตโพวเกิล, ยุงเบบลต, และสมิธ) เพอจะทราบขอเท็จจริงนจากผู้ช่วยของเราเอง, เราไต้หาหมู่เลือดจากผู้ช่วย ๑๗๓ ราย ไต้ผลดังในตารางที่ ๕.

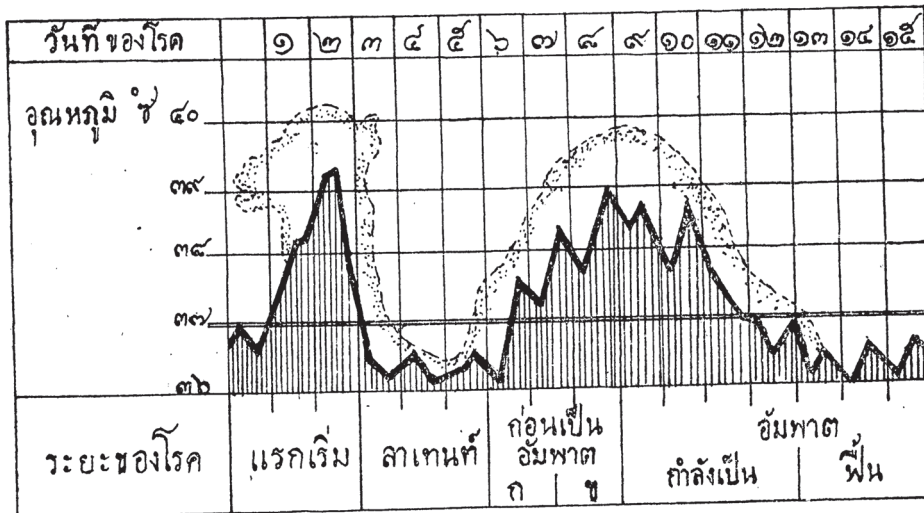
ตารางที่ ๕

หมู่เลือด	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นส่วนร้อย
เอ	๔๖	๒๖.๖
บี	๕๕	๓๑.๒
เอบี	๒๗	๑๕.๖
โอ	๔๑	๒๓.๖

ในบรรดาคคนไทยปรากฏว่า มีเลือดหมู่โอ สูงกว่าหมื่น (๓๗.๓ ในร้อย) และมีหมู่บี สูงกว่าหมู่เอ (๓๑.๑ และ ๒๑.๘ ในร้อย)* เป็นที่น่าสังเกตว่าในจำนวนผู้ป่วย ของเรานั้น กลับมีหมู่เลือด บี เป็นโรค มากกว่าหมู่เลือด โอ.

เรื่องความสัมพันธ์ของหมู่เลือดกับการเป็นโรคโปลิโอในโตม รายงาน ชัดแย้ง กัน หลายแห่ง. ฟานโคินจากเมืองซุริก พบว่าในบรรดาชาวสวิส หมู่เลือดเอเป็นโรคโปลิโอมากกว่าหมู่เลือดอื่น. แต่ เออร์บ, คอยล์ และ คิล จากอเมริกา; แมกเซน,

อาการและเครื่องแสดง



ก. มีอาการทงเยื่อหุ้มสมอง ข. มีอาการหมดกำลัง

รูปข้างบนนี้ได้ลอกแบบมาจากฟานโคิน เพื่อแสดงระยะต่างๆ ของโรคโปลิโอ. ทั้งนี้เพื่อประกอบความเข้าใจในการพิจารณาถึงอาการและเครื่องแสดงในระยะต่างๆ ของโรค.

* สงกรานต์ นิยมเสน และ สมศักดิ์ พันธุ์สมบูรณ์

เองเกล, เจนเส็น และ เฟรินเซน จากเคน
มาร์ค; รวมทงชชกย จากเยอรมันนต่าง
ได้พบว่าไม่มีการแตกต่างกันอย่างไรเลย,
เมื่อศึกษาจาก จำนวน ผู้ช่วย มาก ๆ และ
เปรียบเทียบกับกลุ่มเลือกของคนอื่น ๆ ในจำ
นวนมากที่สุดที่ไม่เป็นโรค.

อาการไข. ได้บันทึกจากผู้ช่วย ๑๖๔ ราย,
เป็นผู้ช่วยในระยะก่อนเป็นอัมพาต ๓๕ ราย
ในระยะเป็นอัมพาต ๑๒๙ ราย. ไม่ว่าจะ
อยู่ในระยะใด ผู้ช่วยส่วนมากมีไข้ต่ำกว่า
๓๘° ซ. ส่วนน้อยที่สุดมีไข้สูงกว่า ๓๘°
ซ. ทั้งรายละเอียดต่อไปนี้ :

(ก) ในระยะก่อนเป็นอัมพาต

ไข้ต่ำกว่า ๓๘° ซ.

๒๘ ราย = ๘๐ ปช.

ไข้สูงกว่า ๓๘° ซ.

๖ ราย = ๒๐ ปช.

(ข) ในระยะเป็นอัมพาต

ไข้ต่ำกว่า ๓๘° ซ.

๑๑๕ ราย = ๘๘ ปช.

ไข้สูงกว่า ๓๘° ซ.

๑๔ ราย = ๑๑ ปช.

มีผู้ช่วย ๑๖ ราย ซึ่งมีไข้ลักษณะเป็น
สองลอนคงที่ กอรัคคอน และเกรเปอร์ เรียก
ว่า "แบบโครเมตารัย" เนื่องจากมีลักษณะ
คล้ายหลังอูฐ. คำโครเมตารัยนหลายท่าน
เห็นตนว่า แมค ควอร์ มีความเห็นว่าไข้ไม่
ถูก, เพราะอุจุนนไม่มีหลังเป็นสองลอน
เสมอไป. อุจุนนในเปอร์เซียมลอนเคียว, อุจุน

ในเอเซียกลาง เท่านั้น มีหลังเป็นสองลอน.
แต่อย่างไรก็ตามลักษณะไข้เช่นนี้,
วิลเลียม พี. แฟรงค์ กล่าววว่าสำหรับผู้ช่วย
อายุระหว่าง ๕-๑๐ ปีจะพบได้ราว ๒๐ ใน
ร้อย. เราเองถือว่าเป็นประโยชน์มากใน
การวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะต้น.

อาการและเครื่องแสดงต่าง ๆ ที่ได้จากผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นอัมพาต ชงม

อาการทางเยื่อหุ้มสมอง รวบรวมได้ดังในตารางที่ ๖.

ตารางที่ ๖

อาการและเครื่องแสดง	จำนวนผู้ป่วย
ถ่ายขี้ส้ววะบ่อย	๑๕๓
อาการเป็นหวัด	๑๓๐
อาการทางท้อง	๑๑๕
อาการมึนงง	๑๐๗
อาการปวดในอกซ้ายและอกซ้ายเกร็งตัว	๓๘
ปวดศีรษะ	๑๑
อาการ ซึ่เปอร์เอสซีเซย์	๑๐
อาการชัก	๒
คอแข็ง	๘
เครื่องแสดงเคอร์นิก	๑๓
เครื่องแสดงอะมอสส์	๓๕
เครื่องแสดงทางกระดูกสันหลัง	๕๑
เครื่องแสดงลาแซ็ก	๑๔
ซึ่เปอร์เฟล็กเซย์	๓๔

อาการขี้ส้ววะบ่อย. พบมากที่สุดจากการถามประวัติ. บางทีอาจเป็นเพราะเราเจตนาถามถึงอาการนี้ หรือเป็นเพราะผู้ช่วยส่วนมากของเราเป็นทารกก็ได้. ฟาน โคนัน กล่าวว่าเป็นอาการเนื่องจากการรบกวนที่ เยื่อหุ้มสมอง ในระยะแรกของโรค,

ไม่ใช่เป็น อาการ รบกวนทาง กระเพาะ ขี้ส้ววะ. เพราะจากการศึกษาของเพ็ทเท่, ศูนย์กลางของการถ่ายขี้ส้ววะที่ โคนัน เมคัลลาร์ส ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเลยในโรคโปลิโอ.

อาการเป็นหวัด เช่นน้ำมูกไหล, ฟาริงซ์ หรือต่อมทอนซิลอักเสบ, เป็นอาการในจำพวก “โรคเบาๆ” ซึ่งพบในระยะเริ่มเป็นโรค. แต่ฟานโคห์น กล่าวว่าในระยะก่อนเป็นอัมพาตก็พบได้ราว ๗๐ ในร้อยเหมือนกัน.

อาการทางท้อง พบย่อยเป็นอันดับที่ ๓. ส่วนมากเป็นอาการอุจจาระผูก. ส่วนน้อยท้องร่วง. อาการอาเจียนนั้นพบน้อยที่สุด. สำหรับอาการท้องผูก เติเปอร์ และ ฮีฟพรียกพบว่า ๗๕ ในร้อยของผู้ป่วยมีอาการ.

อาการมีเหงื่อมาก เป็นอาการที่สำคัญมากสำหรับการวินิจฉัยในระยะก่อนเป็นอัมพาต. เราพบ ๑๐๗ รายซึ่งเท่ากับ ๕๒.๕๕ ในร้อยของผู้ป่วย. อาการนี้เกิดขึ้นโดยวิดิประสาทนิวโรเวเจตาทีฟ, เนื่องจากการรบกวนที่เยื่อหุ้มสมอง, เพราะเหตุว่าอาการไข้เอง หรือความร้อน ของ อากาศก็ เป็นได้. ฉะนั้น จึงต้อง ระวัง มากใน การ ถอดประวัติ. เราได้เลือก เฉพาะรายที่ มีอาการ เหงื่อออกมากจนผิดปกติเท่านั้น.

อาการปวดเนื้อกล้ามเนื้อ และ เนื้อกล้ามเนื้อเกร็งตัว. อาการเกี่ยวกับเนื้อกล้ามเนื้อเหล่านี้

เป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนการเป็นอัมพาต. จึงเป็นประโยชน์มากในการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะต้น.

อาการปวดศีรษะ พบเพียง ๑๑ ราย, เพราะผู้ป่วยส่วนมากเป็นทารกและเด็กเล็กซึ่งย่อยยากในการวินิจฉัย. นอกจากนั้นตามปกติ เด็กเล็กนั้นเมื่อได้รับการติดเชื้อทั่วๆไปอย่างหนึ่งอย่างใดก็มักไม่ปวดศีรษะดังเช่นผู้ใหญ่อยู่แล้ว.

อาการฮัยเปอร์เอสทีเซีย. เป็นอาการในระยะแรกของโรค. เราพบน้อย. อาจเป็นเพราะว่าทารกและเด็กเล็กนั้นวินิจฉัยได้แน่นอนยากมาก. แต่ วิมันน์ กล่าวว่าผู้ป่วยเด็กยังมีอายุน้อย, อาการนี้จึงจะพบได้บ่อยขึ้น. ในรายโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบอื่นๆก็อาจพบได้เหมือนกัน. จากจำนวนผู้ป่วย ๖๑๓ ราย, ฟานโคห์นพบมีอาการ ๕.๗ ในร้อยซึ่ง เป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงมากกับของเรา. อย่างไรก็ตาม การพบจะเป็นประโยชน์มากสำหรับการวินิจฉัยโรคในระยะต้น (เกอเยล์).

อาการชัก พบเพียง ๒ รายเท่านั้น. เป็นที่น่าสังเกตว่าโรคโปลิโอทำอาการชักน้อย

มาก. แต่ถ้าเรามีผู้ช่วยที่เป็นชนกสีมอง
อีกเสียหลายคน, อุบัติการของอาการชักจะ
เพิ่มขึ้น.

เครื่องแสดงต่าง ๆ ที่พบในระยะนี้ส่วน
มากยังถึง การรบกวนที่เยื่อหุ้มสมอง.
เครื่องแสดงอะมอสส์ เครื่องแสดงทางกระ-

ดูกสันหลังและเครื่องแสดงตาเช็ก พบได้
ในระยะนี้. การมีรีเฟล็กซ์ที่เข้าไวกว่า
ธรรมดา, ก็ยังถึงการรบกวนที่เยื่อหุ้ม
สมองเช่นเดียวกัน, คล้ายในรายเยื่อหุ้ม
สมองอีกเสียอื่น ๆ.

อาการและเครื่องแสดงที่พบในระยะ “เนอกลามหมดกำลัง” (อะคัยนามิค)

รวบรวมได้ดังนี้ :

เนอกลามสัน	๑๖ ราย
อาการชักเขา	๓ ราย
เครื่องแสดง “ฮอย”	๘๕ ราย
Reflex difference	๕๕ ราย
อะรเฟล็กเซียบ	๑๖๖ ราย

ในระยะ “เนอกลามหมดกำลัง” นี้
อาการอัมพาตจะเกิดขึ้นแล้ว. กำลัง
เนอกลามลดน้อยลง. ผู้ป่วยมีเนอควอน
เขียบ, คออ่อน. เหตุนี้จึงตรวจได้ Hoyer's
sign ได้จำนวนมากราย. อาการเนอกลาม
สันกเช่นเดียวกัน, พบได้บ่อยในระยะนี้,
เกรปเปอร์ กล่าวว่าเป็นอาการนำของการเป็น
อัมพาต. แต่ ฟานโคิน พบว่า, ทุกรายที่

มีอาการนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นอัมพาตเสมอไป.
บางราย อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการรบกวนที่
เยื่อหุ้มสมองก็ได้, จากผู้ช่วยของเขา ๘๗
ราย ที่มีอาการนี้, เป็นอัมพาตเพียง ๔๘
ราย. เราพบอาการชักเขาเพียง ๓ ราย.
เป็นอาการที่ไม่รุนแรง และหายไปเร็ว.
ลิวสัน และ เกรวีย์ กล่าวว่ามีอาการนี้
ในระยะต้น ๆ ของโรคจะพบได้ถึง ๑๐-๓๐

* เกี่ยวกับอาการชักนี้ เตเบอร์ และ รีฟเฟีย ก็พบเช่นเดียวกับเรา. คือเด็กที่เป็นโรคโปลิโอชักน้อย
ยิ่งกว่านั้นยังกล่าวว่า, แม้จะเป็นทารก หรือมีไข้สูง หรือเคยมีประวัติชักมาก่อนก็ตาม, แต่เมื่อเป็นโรคโปลิโอ
ก็มักไม่ชัก.

ในร้อย. อีฟฟรีย์ กล่าวว่าเขาพบไคถึง ๔๐
ในร้อยของผู้ช่วย.

ทง ๆ ทกาลงนอกلامไคลกลง, ผู้
ช่วยก็ยังคงเคลื่อนไหวได้ และยังไม่แสดงการ
เป็นอัมพาต, แต่มีการเปลี่ยนแปลงของ
รีเฟล็กซ์ ที่เขาเกิดขึ้นแล้ว, และในมาก
รายจะเคาะ รีเฟล็กซ์ที่เขาไม่ได้.

ลักษณะหน้าตาของผู้ช่วยในคอนนเรา
สังเกตว่า คล้าย มากไปทางผู้ช่วยที่เป็นไซ
ทียฟอยท์ กล่าวคือหน้าเซว ๆ, ตา

ปรอย, ค่อนเพลีย, หงอย, เซอสม, และ
และเลนมากผ่า.

ผู้ช่วยอัมพาต. ในการศึกษาผู้ช่วยที่เป็น
อัมพาตแบบสไปนัล, ปรากฏว่าส่วนมาก
เป็นอัมพาตเคียว (โมโนพลีเจีย) ของแขน
หรือขา, หรือมีคะแนนเป็นอัมพาตของขา
ทั้งสองข้าง (พาราพลีเจีย). ส่วนอัมพาต
ครึ่งซีกพบน้อยที่สุด. เราได้รวบรวมราย
ละเอียดไว้ในตารางที่ ๗.

ตารางที่ ๗

ชนิดของอัมพาตแบบสไปนัล	จำนวนผู้ช่วย
โมโนพลีเจีย ของแขนหรือขา	๕๘
พาราพลีเจีย ของขา	๔๕
เตตราพลีเจีย	๑๖
ไตรพลีเจีย	๑๐
พาราพลีเจีย ของแขน	๖
ครอสส์ค็ เฮมิพลีเจีย	๔
เฮมิพลีเจีย	๓
อัมพาตของนอกلامระหว่างซ็ ไครง	๑๒
อัมพาตของนอกلام กระบังลม	๘

สำหรับผู้ช่วยที่เป็นอัมพาตแบบซัลยาร์, เราพบว่าประสาทมมองที่ ๗ เป็นมากที่สุด.
รองลงมาได้แก่ศูนย์กลางของการหายใจ. รายละเอียดดังในตารางที่ ๘.

ตารางที่ ๘

ตำแหน่งที่เป็นอัมพาต	จำนวนผู้ช่วย
ประสาทสมองที่ ๗	๒๕
ประสาทสมองที่ ๑๐	๔
ประสาทสมองที่ ๑๒	๒
ประสาทสมองที่ ๕	๑
ศูนย์กลางของการหายใจ	๘

สิ่งตรวจพบในห้องปฏิบัติ.

๑. น้ำไขสันหลัง (ดูตารางที่ ๕)

ตารางที่ ๕

จำนวนเซลล์ ที่ศึกษาได้จากผู้ป่วย ๑๘๔ ราย.

จำนวนเซลล์	ระยะก่อน เป็นอัมพาต	ระยะเป็น อัมพาต	ชนิดลิมโฟ	ชนิดบัสโต สไปนัล	ตาย	ชนิดไม่เป็น อัมพาต	รวม
0-5	1	6	2	-	-	2	11
6-10	1	12	3	-	-	-	16
11-50	14	36	1	6	6	16	66
51-100	5	13	2	1	1	7	29
101-250	4	22	2	3	3	5	17
251-500	2	10	-	1	1	2	67
501-1,000	1	1	-	2	2	1	7
1,000 ⁺	-	1	-	-	-	-	1

จากตารางข้างบนปรากฏว่า ผู้ช่วย ในน้ำไขสันหลังระหว่าง ๑๑ ถึง ๒๕๐ ตัว. ส่วนมากคือ ๑๓๒ จาก ๑๘๔ ราย, ซึ่ง เพียง ๒๗ รายเท่านั้นมีจำนวนเซลล์ ทั่วทั้ง ๗๑.๗๓ ในร้อยละ, มีจำนวนเซลล์ ใน ๑๐ ตัว. ในจำนวนผู้ช่วย ๒๗ ราย

สารศิริราช

นี้ไม่มีใครตายเลย. ๑๓.๕ ในวัยของผู้ไขสันหลังของผู้ป่วย ๑๕๑ รายในระยะ
 ช่วยมีเซลล์สูงกว่า ๒๕๐ คิว. ต่าง ๆ ของโรค. ได้ผลทั้งในตารางที่
ชนิดของเซลล์. ศึกษาจากหน้า ๑๐.

ตารางที่ ๑๐

ระยะของโรค	จำนวนผู้ป่วย		
	มีโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์เซลล์มาก	มีลิมโฟซัยท์มาก	มีเท่า ๆ กัน
ระยะเริ่มเป็น	—	1	—
ระยะก่อนเป็นอัมพาต	9	19	1
ระยะเป็นอัมพาต	11	119	2

ในระยะก่อนเป็นอัมพาต, ๖๕.๕ ใน
 ร้อยของผู้ป่วยมี ลิมโฟซัยท์ สูง, และ
 ๓๑.๑ ในร้อยละ โพลีมอร์ฟ สูง. แต่ใน
 ระยะที่เป็นอัมพาตแล้ว ๕๐ ในร้อยละของผู้
 ช่วยมี ลิมโฟซัยท์สูง.

ได้ศึกษาจำนวนโปรตีนในน้ำไขสันหลัง.
 แต่เราได้ทดสอบโปรตีนโดยปฏิกิริยา
 แพนดัย และ นอนเน-อะเบลท์ เกือบทุกราย.

ก. ปฏิกิริยาแพนดัย ศึกษาจากผู้ช่วย

โปรตีนในน้ำไขสันหลัง

จำนวน ๒๐๐ ราย, ได้ผลทั้งในตาราง

เนื่องจากเหตุผลบางประการ, เราไม่
 ที่ ๑๑.

ตารางที่ ๑๑

ปฏิกิริยา แพนดัย	จำนวนผู้ป่วย	
	ระยะก่อนเป็นอัมพาต	ระยะเป็นอัมพาตแล้ว
ผลลบ	7	50
ผลบวกจาก ๆ	15	84
1 บวก	5	32
2 บวก	—	7
รวม	27	173

น้ำไขสันหลังของผู้ป่วยโรคโปลิโออาจให้ปฏิกิริยา แพนคัย เป็นผลลบได้. เราพบเช่นนั้น ๒๕.๕ ในร้อยละ ก่อนเป็นอัมพาต, และ ๒๘.๕ ในร้อยละ เป็นอัมพาตแล้ว. แต่ส่วนมากจะให้ผลบวก

ตั้งแต่ข้าง ๆ จนถึง ๑+๑. กล่าวคือ ๗๔ ในร้อยละ ของผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นอัมพาต, และ ๖๗ ในร้อยละ เป็นอัมพาตแล้ว.

ข. ปฏิกิริยา นีออนเน-อะเซลล์ท์. ศึกษาจากผู้ช่วย ๒๐๒ ราย (ตารางที่ ๑๒).

ตารางที่ ๑๒

ปฏิกิริยา นีออนเน-อะเซลล์ท์	จำนวนผู้ป่วย	
	ระยะก่อนเป็นอัมพาต	ระยะเป็นอัมพาตแล้ว
ผลลบ	4	53
ผลบวกจาก ๆ	1	4
1 บวก	20	120

สำหรับปฏิกิริยานักเช่นเดียวกัน, อาจให้ผลลบได้ทั้งในระยะก่อนเป็นอัมพาตและภายหลังเป็นอัมพาตแล้ว. คิดเป็นส่วนร้อยละ เท่ากับ ๑๖ ในระยะแรก และ ๒๕ ในระยะหลัง. แต่ส่วนมากจะให้ผล ๑+ คือ ๘๐ ในร้อยละ ในระยะก่อนเป็นอัมพาต และ ๖๖.๕ ในร้อยละ ในระยะเป็นอัมพาตแล้ว, ซึ่งใกล้เคียงกับผลจากปฏิกิริยา แพนคัย.

ในการศึกษาจำนวนโปรเทอนในน้ำไขสันหลังจากผู้ช่วยโรคโปลิโอ ๑๑๒ ราย สตีเฟนเนเบอร์ก พบว่า ๖๔ รายมีโปรเทอนปกติ, ๓ รายได้ผลต่ำกว่าปกติ, และที่เหลือ ๔๕ รายมีโปรเทอนเพิ่มขึ้น.

น้ำตาลในน้ำไขสันหลัง ศึกษาจากผู้ช่วย ๑๖๑ ราย (ตารางที่ ๑๓)

ระยะของโรค	จำนวนผู้ป่วย		
	น้ำตาลต่ำกว่า 45 มก. ในร้อย	น้ำตาลระหว่าง 45-75 มก. ในร้อย	สูงกว่า 75 มก. ในร้อย
ก่อนเป็นอัมพาต	10	28	1
เป็นอัมพาตแล้ว	51	71	—
แบบสไปนัล	45	49	—
แบบบัลบาร์	4	12	—
แบบบัลโบสไปนัล	2	10	—

จากรายการข้างบนปรากฏว่า ส่วนมากของผู้ป่วย, กล่าวคือ ๗๑.๘ ในร้อยละ ก่อนเป็นอัมพาต และ ๕๕ ในร้อยละ เป็นอัมพาตแล้ว, มีน้ำตาลในน้ำไขสันหลังในระดับปกติ. มีผู้ป่วยเพียงเท่านั้นที่มีน้ำตาลสูงกว่าปกติ.

เมื่อพิจารณา จากเอกสารต่าง ๆ

(กัเซลล์, ลทซ์เซอร์, ฟานโคห์น, ลีโซเนนเยอร์ก) ปรากฏว่าเมื่อคิดเฉลี่ยแล้วประมาณ ๘๐ ในร้อยละของผู้ป่วยจะมีน้ำตาลในน้ำไขสันหลังเป็นปกติ.

ผลสรุป. ศึกษาจากผู้ป่วย ๑๕๕ ราย.

ได้ผลดังในตารางที่ ๑๔.

ตารางที่ ๑๔

ระยะของโรค	จำนวนผู้ป่วย		
	ต่ำกว่า 600 มก. ในร้อย	ระหว่าง 600-750 มก. ในร้อย	สูงกว่า 750 มก. ในร้อย
ระยะก่อนเป็นอัมพาต	5	12	1
ระยะเป็นอัมพาต	60	79	2
แบบสไปนัล	48	63	2
แบบบัลบาร์	7	10	—
แบบบัลโบสไปนัล	5	6	—

ส่วนมากของผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นอัมพาตและระยะเป็นอัมพาตแล้ว มีผลอะไรก็ตามในน้ำไขสันหลังอยู่ในระดับปกติ. ในการระบาดที่นอกพบเช่นเคยกอนน. เป็นคนฟานโคห์นพบว่า ๘๘ ในร้อยของผู้ป่วยของเขา, จำนวน ๑๒๓ รายมีผลอะไรก็ตามในน้ำ

ไขสันหลังเป็นปกติ. สโชนเนเบอร์ก็ว่าเช่นนั้น.

อัตราการนอนกันของเมดเลือดแดง

(อ. เอส. อาร์.) เราได้ตรวจจากผู้ป่วย ๓๘ รายเท่านั้น. ได้ผลดังในตารางที่ ๑๕.

ตารางที่ ๑๕

อ. เอส. อาร์. มม.	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นส่วนร้อย
1-10	10	26
11-20	6	16
21-30	7	18
31-40	5	13
40+	8	21
100+	2	6
	(มีโรคแทรกซ้อน)	

จำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไปสำหรับการวิจารณ์. แต่ในการระบาดใหญ่ๆ ได้มีผู้ศึกษาเรื่อง อ. เอส. อาร์. นและปรากฏว่า อ. เอส. อาร์. อาจเป็นปกติหรือช้ากว่าปกติเล็กน้อย (แฮสส์เลอร์, ฟานโคห์น), หรืออาจเร็วกว่าปกติเล็กน้อยก็ได้ (เซเฟอร์).

๒. จำนวนเม็ดเลือดขาว.

โดยถือเอาจำนวนเม็ดเลือดขาว ๘,๐๐๐ ถึง ๑๐,๐๐๐ เป็นสภาพปกติของเด็ก (เนลสัน), เราได้ศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด ๑๖๕ ราย, ได้ผลดังในตารางที่ ๑๖.

สารศึรราช

ตารางที่ ๑๖

จำนวนเมตเลือกขาว	จำนวนผู้ช่วย
๖๐๐๐ - ๘๐๐๐	๑๗
๘๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐	๓๕
๑๐,๐๐๐ - ๑๓,๐๐๐	๕๒
๑๓,๐๐๐ - ๑๖,๐๐๐	๓๔
๑๖,๐๐๐ ขึ้นไป	๓๑

ส่วนมาก ของผู้ช่วย มีจำนวน เมตเลือกขาว ปกติ หรือ เพิ่ม ขึ้นเพียงเล็กน้อย. ส่วนน้อยเป็นลโคพเนย และมีบางรายทมจำนวนเมตเลือกขาวเพิ่มช่นมาก. ในการระบาคใหญ่ ๆ ทอน เช่นทสวเคน (เวิร์นสแตกท์) หรือทประเทคเยอรมัน (เฮเพอร์) ก็พบช่นนเหมอนกัน. การทเรวมผู้ช่วยเป็นทารกส่วนมาก, คือ ๗๑.๕ ในร้อยของผู้ช่วย

ทั้งหมด, เช่นเหตุให้เรวมผู้ช่วยทมเมตเลือกขาวเพิ่มช่นมากตามส่วน, เพราะสำหรับทารกจำนวนเมตเลือกขาว ๑๒๐๐๐ ใน ๑ ล. มม. ยังถือว่าเป็นสภาพปกติ.

ผลของการรักษา จากจำนวนผู้ช่วย ๑๐๕ รายทรับไวรูกษาในแผนก, รวบรวมผลได้ดังในตารางที่ ๑๗.

ตารางที่ ๑๗

ผู้ช่วย	หาย	ทุเลา	คงเดิม	ตาย	รวม
ชนิดสมองอักษบ	1	—	—	—	1
ก่อนเป็นอัมพาต	29	9	—	—	38
อัมพาตชนิดสไปนัล	3	18	20	7	48
อัมพาตชนิดบัลโบสไปนัล	1	3	2	7	13
อัมพาตชนิดบัลบาร์	—	5	3	1	9

เราอาจสรุปผลได้ว่าผู้ช่วยทวีไวรักษา
ในระยะก่อนเป็นอัมพาต, ส่วนมากหาย
ทงนน, ไม่มีตายเลย. ถึงแม้ในอัยวราย
ทมอาการ อัมพาตเกิดขึ้น ก็แสดงว่า พนทว
โคค. รายที่ตายมากที่สุดคือชนคยัลโยส-
ไปนัล. ใน ๑๓ รายตายเสียถึง ๗ ราย.
ตายมากกว่ารายที่เป็น อัมพาต ชนคยัลยาร์
ประมาณ ๕ เท่า.

อัตราตาย ในผู้ช่วย ๑๐๕ รายน, มี
อัตราตาย คำนวณได้ ๑๓.๗๖ ในร้อย,
ใกล้เคียงกับอัตราตายจากการระบาคทพา-
เลสไตน์ในปี ๑๙๕๐, และในประเทศเสปญ,
ปอร์ตุเกส และนอร์เวย์, ซึ่งคิดเฉลี่ยจาก
ผู้ช่วย ทงหมด ในระหว่างปี ๑๙๔๖ ถึง
๑๙๕๐. แต่ก็ยังต่ำกว่าอัตราตายของการ
ระบาคทขอมเบีย ในปี ๑๙๔๕ ซึ่งสูงถึง
๑๖.๕ ในร้อย.

การติดตามผู้ช่วย เราได้ติดตามผู้ช่วยซึ่ง
เป็นอัมพาตพวกหนึ่ง ๒๒ ราย, เป็นเวลา
ติดต่อกันเกินกว่า ๓ เดือน. พบว่า:

- ก. ๑๑ รายมีอาการดีขึ้นในเดือนแรก.
- ข. ๗ รายมีอาการดีขึ้นในเดือนที่ ๒.

ค. ๔ รายมีอาการดีขึ้นในเดือนที่ ๓.
ในผู้ช่วยเป็นอัมพาตอกพวกหนึ่งจำนวน
๑๗ ราย, เราได้ติดตามผลเป็นสองระยะ:
คือใน ๑ เดือนครึ่งหนึ่งและ ๓ เดือนครึ่ง
หนึ่ง. ปรากฏว่าใน ๑๗ รายน ๑๒ รายมี
อาการดีขึ้นแล้วในเดือนแรก.

โรคแทรกซ้อน ในผู้ช่วย ๑๐๕ รายทรว
ไวรักษา, มีโรคแทรกซ้อน ๑๑ ราย.
เกือบทุกราย เกิดเนื่องจากการ ติดเชื้อของ
หลอดลมและของปอด, คือเป็นปอดอักเสบ
๘ ราย, หลอดลมอักเสบ ๒ รายและเป็น
อะสิโคสิส ๑ ราย.

การรักษาโดยการถ่ายเลือด เนื่องจาก
มีการศึกษาเก่าๆ หลายแห่งซึ่งได้แสดงว่า
ซีรัมของคน สบาย ที่ไม่เคย เป็นโรคโปลิโอ
เลยหรือ เฉพาะ ของคน ที่ ใกล้ชิดกับผู้ เป็น
โรค, มีคุณสมบัติฆ่าเชื้อไวรัสโปลิโอได้
(ฟานโค่น) เราจึงได้ลองรักษาโดยการถ่าย
เลือด. รวมทั้งสิ้นเราได้ให้เลือดผู้ช่วย ๘๘
ราย, เป็นผู้ช่วยในระยะก่อนเป็นอัมพาต ๓๕
รายและเป็นผู้ช่วยอัมพาต ๕๓ ราย. รว
รวมผลได้ดังตารางที่ ๑๘.

ผู้ป่วย	จำนวน	ผลของการให้เลือด				
		คงเดิม	ทุเลา	ทุเลามาก	หาย	ตาย
ในระยะก่อนเป็นอัมพาต	35	—	6	2	27	—
ในระยะเป็นอัมพาตแล้ว	53	11	23	6	5	8

เราจะไม่วิจารณ์ ผลนี้ เพราะผู้ป่วย ของ
รวมจำนวนน้อยและเราไม่มีผู้ป่วย สำหรับ
เปรียบเทียบเพียงพอ. นอกจากนั้นเราไม่
สามารถจะทราบล่วงหน้าได้ว่าในระยะต้น ๆ
ของโรคนี้จะหายเองหรือจะดำเนินต่อไปอีก
ถ้าไม่ได้รับการให้เลือด. ถึงแม้ในระยะที่
เป็นอัมพาตแล้วก็เช่นเดียวกัน, เราทราบ
ล่วงหน้าไม่ได้ว่าอาการ อัมพาต จะหายหรือ
จะทรุดหนักน้อยเพียงใดต่อไปอีก. แต่เกี่ยว
กับการให้เลือดในการรักษาโรคโปลิโอใน
ในขณะนี้ ก็เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าได้
ให้ผลที่เราอาจจะวัดทราบได้ (ฟานโคน).

เอกสาร

- J.A. Anderson: J. Pediat., 27:68-70, 1945,
G.W. Anderson, and A.E. Skaar: Pediatrics, 7:741, 1951.
D. Bodian: Am. J. Hyg., 60:3, 358, 1954.
H.U.W. Blotvogel: Ztschr. Kinderh., 56:143, 1934.

B.P. McCloskey: Lancet, 1: 659, 1950.

R. Debre, and S. Thieffry: Symptomatology & Diagnosis of Poliomyelitis, Polimyelitis, WHO Monograph No. 26, Geneva, 1955.

Erb. Doyle and Deale: Canad. J. pub. Health, 29:441, 1938.

G. Fauconi: Die Poliomyelitis und ihre Grenzgebiete, 1944. (Benno Schwabe & Co., Basel)

G. Fanconi: Poliomyelitis und verwandte neurotrope Viruskrankheiten in Bergmann, W. Frey und H. Schwegk, Springer Verlag, Berlin.

W.P. Frank: Diagnosis and differential diagnosis of Poliomyelitis im Diagnosis and treatment of the acute phase of Poliomyelitis and its complications, edited by Albert G. Bower (Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1954.)

M.J. Freyche and J. Nielsen: Incidence of Poliomyelitis since 1920. Poliomyelitis, WHO monograph No. 26, Geneva, 1955.

J.H.S. Gear: Poliomyelitis in the underdeveloped areas of the world. Poliomyelitis, WHO monograph No. 26,

Geneva, 1955.

O. Gsell: Schweiz. med. Wchnschr. 509, 1937.

F. Goebel: Die Poliomyelitis im Ergaenzungswerk des Handbuches der Kinderheilkunde, herausgegeben von Reinhard von Pfaundler, 1942, Springer Verlag, Berlin.

Hatzky: München. med. Wchnschr. 1973, 1933.

E. Hassler: Monatsschr. Kinderh., 42:202, 1929.

A.B. Hill and J. Knowelden: Brit. M.J. 2:1, 1950.

D. Horstmann: J.A.M.A. 142:236, 1950.

C.H. Jungeblut and L.W. Smith: J. Immunol. 28, 1932.

R.B. Lawson and F. K. Gravey: J.A.M.A. 135:93, 1947.

T.H. Madsen, E.T. Engle, C. Jensen and I. Frenchen: J. Immunol. 30:213, 1936.

W.E. Nelson: Textbook of Pediatrics, 1954. (W.B. Saunders Co., Philadelphia and London)

Poliomyelitis: WHO Monograph No. 26, Geneva, 1955.

S. Niyomsen: The ABO blood groups of the Siamese, J. Med. Assn. Siam, 29: 25-38, 1945.

S. Phansomboon, W. Ikin Elizabeth and A.E. Mourant: The ABO, Rh and MN blood groups of the Siamese. Am. J. Phys. Anthrop., Vol. 7 N.S., No. 4. December, 1949.

I. McQuarrie: [The evolution of Poliomyelitis. Poliomyelitis papers and

discussions presented at the First International Poliomyelitis Conference, 1949 (J.B. Lippincott Co., Philadelphia.)

W.R. Russell: Poliomyelitis, second edition, 1956. (Edward Arnold Ltd., London.)

W.R. Russell: Brit. M.J., 1:465, 1949.

W.R. Russell: Factors which influence the clinical course of Poliomyelitis: Poliomyelitis, papers and discussions presented at the second International Poliomyelitis Conference, 1952. (J.B. Lippincott Co., Philadelphia, London)

A.B. Sabin: Epidemiologic patterns of Poliomyelitis in different parts of of the world: Poliomyelitis, papers and discussions presented at the first International Poliomyelitis Conference, 1949. (J.B. Lippincott Co., Philadelphia)

K.H. Schäfer: Klinik des Frühstadiums: Kleinschmidt:— Uebertragbare Kinderlaehmung, Verlag Hirzel, Leipzig, 1936.

H. Schöenberg: Ergebn. inn. Med. u. Kinderh., Bd VI, 1955. (Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg)

Sir James Spence: Poliomyelitis: Modern Trends in Pediatrics, edited by Sir Leonard Parson, 1951. (Butterworth & Co., Ltd. London)

Stephane, Thieffry: Die Poliomyelitis, 1953. (Medizinische Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart.)

W. Wernstedt: Ergebn. inn. Med. u. Kinderh., 25: 706: 1924, 26: 248: 1924. (Quoted from Fanconi)

189
189
180

(Summary of the preceding Article)

TWO HUNDRED AND FOUR CASES OF POLIO

Arun Netrasiri
Dr. med. (Jena), D.T.M. (Hamburg) and

Cherdchalong Netrasiri
M.B., M.D.

M.R. Chandnivat Kashemsant
M.B.

Aree Valyasevi
M.B.

(Dept. of Pediatrics)

This is an analysis of the records of polio cases encountered during the 1952 epidemic, the first of its kind, in which 425 cases were recorded by the Health Dept. for the whole country. 109 cases were admitted and 95 treated as outpatients in the Dept. of Pediatrics, Siriraj Hospital. 66 were seen in the preparalytic stage. Of the paralytic cases 105 were spinal, 14 bulbar, 18 bulbospinal and 1 was encephalitic. The epidemic began in July 1952, which was particularly rainy, and the incidence rose steadily through August to October, ending in November. 95.1 percent of the patients were not above 5 years of age. 107 were boys and 97 were girls. 154 were Thai, the rest Chinese. 130 patients lived in Bangkok, 49 in Dhonburi, while 55 came from other provinces. Probable predisposing causes were recorded in 20 cases (trauma, vaccination, etc.); of these 70 percent developed paralysis. 34.2 percent of the patients belonged to the blood group B. Most patients had fever below 39°C. both in the preparalytic and paralytic groups. The "dromedary" type of temperature curve was found only in 16 cases. Principal symptoms in preparalytic cases with meningeal involvement included

pollakisuria, catarrhal symptoms, abdominal symptoms, hyperidrosis, muscular pains and spasms, headache and hyperesthesia, in that order of frequency. The signs of Kernig, Amoss and Lasègue were present in 13, 35 and 14 cases respectively. Spine sign was found in 41 cases and hyperreflexia in 34. Important signs and symptoms in the adynamic stage were areflexia (166 cases), Hoye's sign (85 cases), reflex difference (59 cases), tremor (16 cases) and dysuria (3 cases). In cases of spinal paralysis monoplegia was most frequent (85 cases); next in frequency were paraplegia (45 cases), tetraplegia (16) and triplegia (10 cases). Hemplegia was found only in 3 cases, while the intercostal muscles were involved in 12 cases and the diaphragm in 8 cases. In the bulbar type the seventh nerve was most frequently affected (25 cases), followed by the respiratory centre (8 cases). 71 percent of patients had 11 to 250 cells per cu.mm. in the c.s.f. Lymphocytes were predominant in 65.5 percent of preparalytic cases. The Pandy reaction was positive (trace to 1 plus) in 74 percent of preparalytic cases and 67 percent of paralytic. The Nonne-Apelt reaction showed similar trends. 71.8 percent of prepara-

801

lytic and 59 percent of paralytic cases had normal sugar level in c.s.f.; the chloride content was usually normal. The E.S.R., determined in 38 cases, gave equivocal results. Most patients had normal or slightly elevated leucocyte count; a few had leucopenia. All patients admitted before development of paralysis recovered under treatment. Of 13 bulbosspinal cases 7 succumbed, while only 1 out of 9 bulbar paralysis ended fatally. Of 48 cases of spinal paralysis 3 were discharged cured, 18 improved, 20 unchanged and 7 dead. The mean mortality rate for the whole series of 109 was 13.76 percent. Follow

-up of 22 paralytic cases for 3 months showed that 11 patients improved during the first month, 7 in the second and 4 in the third month. In another group of 17 paralytic patients 15 showed improvement already during the first month. 11 patients out of 109 developed complications: 8 had pneumonia, 2 had bronchitis and 1 acidosis. Blood transfusion as treatment was tried in 35 paralytic cases and 53 paralytic. In the former group all patients improved or recovered; in the latter 8 died, the remaining cases being discharged improved or recovered.

(18 tables, 35 references)

Am

มลอร์แอมเฟนิคอลลกับโซทัยฟอยด์

รายงานผู้ช่วย ๑๗๑ ราย
(วันที่ ๑)

ปรีชา วิจิตพันธ์

สวัสดิ์ สกฤไทย

พ.บ.

พ.บ., D.C.H., D.T.M. & H.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

นับจาก รายงานแรก ของวรวรรคและพวกในปี ๑๙๔๘ ว่า มลอร์แอมเฟนิคอลลมีฤทธิ์ เหมาะเฉพาะกับผู้ป่วย ที่เป็น โซทัยฟอยด์, แต่ต่อมาแอนติไบโอติคขนานนี้ก็ได้มี ผู้นำมาใช้กัน อย่างแพร่หลาย กับผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าว.

มลอร์แอมเฟนิคอลลในสมัยแรกจำเป็นต้องสกัดจากนาเลียงเซอร์รา สเตรพโตมัยเซส วินซูเฮล. ผลิตออกจำหน่ายตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๔๗ โดยบริษัทปาร์ค-แควิส แห่งเมืองคัทรอยท์, สหรัฐอเมริกา. ใช้ชื่อพาณิชย์ว่า "มลอโรมัยเซทิน." ในปี ๑๙๕๐ แพทย์หญิง มิลเกร็ด ซี. เรบส์ตอคค์ เป็นผู้พบสูตรโครงสร้าง, ซึ่งนำไปพบวิธีสังเคราะห์. จัดว่าเป็นแอนติไบโอติคขนานแรกที่สามารถสังเคราะห์ได้. จากนั้นมาบริษัทผู้ค้นพบ บินยอุม ให้บริษัท ผลิตยา ในประเทศอื่นๆ ผลิตยานี้ได้ควย, ทำให้ราคาของยานี้ตกลงโดยรวดเร็ว. การผลิตและ

แพร่จำหน่าย เป็นไปโดยกว้างขวาง. แอนติไบโอติคนี้จึงมีคุณสมบัติพิเศษต่อมนุษยชาติอย่างมากมาย.

แอนติไบโอติคนี้สามารถระงับการเจริญของแบคทีเรียได้มากมาย. แต่ฤทธิ์ที่น่าสนใจมากที่สุดคือฤทธิ์ต่อซัลโมเนลล่าทัยโฟซา ซึ่งมีความไวต่อยา, แม้จะมีความเข้มข้นในเลือดเพียง ๐.๗๕ ถึง ๕, ส่วนมาก ๑.๕๖ ไมโครกรัม/ล.ซม. มลอร์แอมเฟนิคอลลเป็นตัวอย่าง เกินขีดอันหนึ่งว่าฤทธิ์ ต่อเชื้ออย่างเดียวกันในสัตว์ต่างชนิด และในแกว่นไม่เหมือนกัน. ออกอย่างหนึ่ง, ในหนูถีบจักรทคเคเฮอ เอส. ทัยโฟซาได้นั้น, มลอร์แอมเฟนิคอลลกลบฤทธิ์ของกันต่ำกว่าเพนิซิลลิน และเซอริควิน. บลิสส์และที่ออกได้แสดงว่ามลอร์แอมเฟนิคอลลในแกวมฤทธิ์ทำลายสเตรพโตคอคโค และป็นิวโมคอคโค, แต่ในหนูถีบจักรยานี้ไม่มีผลอย่างกันเช่นเลย. โรบินสันและพวก

รับประทานยาผลอร์เตตราซัยคลินและออกซัยเตตราซัยคลินแล้ว. เราพบยาทั้งสองในอุจจาระได้ไม่น้อย. การเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียของลำไส้เมื่อใช้พวกเตตราซัยคลินจึงมีมากกว่ามาก. ภัยเหตุการณ์เกิดขึ้น และ โมโนลิเอสซิส ในลำไส้ และ ในปากเมือกิน ผลอร์แอมเฟนิคอล จึงพบ น้อยกว่ามาก.

การดูดซึมและขับถ่าย ผลอร์แอมเฟนิคอลถูกดูดซึมเข้าร่างกายโดยรวดเร็ว, ถูกเมตาโบไลส์ โดยเร็ว และขับออกทางไต. ๕๐ ปช. ถูกขับออกภายใน ๒๔ ชม. ยานพบเป็นรูปอิสระในปัสสาวะได้ค่อนข้างมาก. เข้าใจว่าจะน้อยกว่า ๑๐ ปช. ที่เหลือขับออกในลักษณะ ของสาร ประกอบในโตรเจนที่ไม่ได้ถูกรับ. แม้ว่าในปัสสาวะจะมีอยู่เป็นรูปอิสระน้อย, แต่ในเลือดระดับเข้มข้นสูงจนเมื่อให้รับประทานเร็ว ยิ่งกว่าผลอร์เตตราซัยคลิน หรือ ออกซัยเตตราซัยคลิน. ผลอร์แอมเฟนิคอล ผ่านเข้าสู่ที่สัทธิต่าง ๆ ของร่างกายได้, สามารถผ่านเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง, ช่องเยื่อหุ้มปอด, ท่อน้ำนม, และผ่านรกเข้าสู่ทารกได้โดยรวดเร็ว, เมื่อให้กิน ๐.๕ กรัมขนาดเดียว. ระดับความเข้มข้นในเลือด พอเพียง คืออย่างต่ำ ๐.๕

ไมโครกรัม, นานถึง ๖ ชม. ถ้าให้ ๑.๐ ถึง ๒.๐ กรัมขนาดเดียว, จะอยู่นานถึง ๒๔ ชม.

ขนาดยา โดยทั่วไปให้ ๕๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน. มีหลักฐานจาก ๕ รายที่ว่าการให้ขนาด ๒๕ มก. ต่อ กก. ต่อวัน, ก็ได้ผลดีเทียบกัน.

รายงานผู้ป่วย ผู้ป่วยด้วยไข้ทัยฟอยด์รุ่นที่ ๑ ของเราทั้งหมด ๑๕๘ คน. รั้งไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๔๙๗ ถึง ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๘ รวมเวลา ๑ ปี ๑๑ เดือน. ในระยะเวลา นมการรับผู้ป่วยไว้ในแผนกทั้งหมด ๖,๐๓๖ คน. คงมีคนไข้ทัยฟอยด์คิดเป็นอัตราส่วน ๑:๓๐๕.

ผู้ป่วยทุกคน ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไข้ทัยฟอยด์, โดยอาศัยมีสังตรวจพบ นอกเหนือ ไปจาก อาการ ทาง คลินิกดังต่อไปนี้:

๑. การทดสอบไวคัล. ขึ้นสูงเกินกว่า ๑:๘๐, ไม่ว่าจะเห็น เอช. หรือโอ. หรือทั้งสองอย่าง.

๒. การเพาะเชื้อ ได้ผลบวก. จะได้จากเลือด, ปัสสาวะ, อุจจาระ หรือไข

กระดก, อย่างหนึ่งอย่างใด, หรือมากกว่า
หนึ่งอย่าง, ก็ตาม.

ในจำนวนผู้ช่วยทั้งหมด ๑๕๘ ราย
แบ่งออกได้เป็น ๓ พวก.

(๑) จำนวน ๑๐ คน, เกยไว้เป็น
ก้อนโทรล, โดยไม่ได้ให้ยา. ผู้ช่วยพวก
นี้อาการน้อย และมักมาในสัปดาห์สาม.
ถึงกระนั้น ก็มีความสำคัญในการเปรียบ
เทียบไม่น้อย. ผู้ช่วยในพวกนี้มีอยู่ ๒ ราย
ที่เมือเขาอยู่ในโรงพยาบาลใช้กลดลงภายใน
๓ วัน. การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์
สนับสนุนว่าเป็นไข้ทัยฟอยด์.

(๒) จำนวน ๑๗ คน, เป็นผู้ช่วยที่มี
อาการหนักมาก, ถึงแก่กรรมภายใน ๒๔
ชม. ภายหลังรับไว้.

(๓) จำนวน ๑๓๑ คน, เป็นผู้ช่วย
ทั้งหมดที่ได้รับการบำบัดด้วยซัลเฟอร์แอมเฟ-
นิกคอล, ในขนาด ๕๐ มก. ต่อหน้าหนักตัว
๑ กก. ต่อวัน, ให้อยู่นาน ๑๔ วัน. ใน
การคำนวณจึงใช้จำนวนแทนผู้ช่วยทั้ง
หมดเมื่อผลการแสดงผลการใช้ยา.

ผลของการรักษา ในจำนวนผู้ช่วยทั้งหมด
ที่ใช้ยา ๑๓๑ ราย:

ก. มีการใช้กลด ๕ ราย, เท่ากับ ๓
ปช.

ข. ถึงแก่กรรม ๕ ราย, เท่ากับ ๓
ปช.

ค. หาย ๑๕๓ ราย, เท่ากับ ๘๔ ปช.
ผลอื่น ๆ ของการใช้ยามตารางที่ ๑-๖

สรุป

(ก) ได้ทำการทดลองใช้ซัลเฟอร์แอม
เฟนิกคอลแก่ผู้ช่วยเด็ก ๑๗๑ คน, ในขนาด
ยา ๕๐ มก. ต่อ กก. ต่อวัน, และให้คิด
ต่อกัน ๑๔ วัน. ปรากฏผลว่า:

(๑) มีอัตราการหาย ๘๔ ปช. ใช้
กลด ๓ ปช. อัตราตาย ๓ ปช.

(๒) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ถึงสู่ปกติเท่า
กับ ๔.๘ วัน. มีเพียง ๖๒ ปช. เท่านั้นที่
ใช้ลงภายใน ๘๖ ชั่วโมง.

(๓) ยาต่างชนิดกันให้ผลคล้ายคลึงกัน.

(๔) ไม่ปรากฏอาการเป็นพิษของยา
ในขนาดและเวลาที่ให้ยาดังกล่าวแล้ว.

(๕) จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
(โดยไม่มีการศึกษาเลือด) ปรากฏว่า:

(๑) จำนวนเฉลี่ยของเม็ดเลือดขาว
เท่ากับ ๗๘๐๐ ต่อ ๑ ล. มม.

(๒) การทดสอบวิตัลได้ผลขงมากที่

สารศิริราช

ส.ก. การเพาะเชื้อจากไขกระดูกและเลือด เชื้อจากอุจจาระและปัสสาวะเกือบไม่มีประ-
 ไขผลบวกประมาณครึ่งหนึ่ง, แต่การเพาะ โยชน์เลย.

ตารางที่ ๑

อายุของผู้ป่วย

อายุเฉลี่ย ๗.๑ ปี ๕๐ ป.ช. ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๕.๒ ถึง ๙ ปี.

อายุ, ปี	จำนวนผู้ป่วย
ต่ำกว่า ๑	๓
๑ - ๒	๕
๒ - ๓	๖
๓ - ๔	๑๙
๔ - ๕	๑๖
๕ - ๖	๑๙
๖ - ๗	๓๐
๗ - ๘	๒๑
๘ - ๙	๒๑
๙ - ๑๐	๒๔
๑๐ - ๑๑	๑๗
๑๑ - ๑๒	๑๙
รวม	๑๙๘

ตารางที่ ๒

จำนวนแม่เหล็กขาว

จำนวนเฉลี่ยในผู้ช่วยทั้งหมด ๗๘๐๐/ล.มม.

๕๐ ปช. ของผู้ช่วยแม่เหล็กขาวระหว่าง ๕๘๐๐ กับ ๕๘๐๐/ล.มม.

(สังเกตว่าแม่เหล็กขาวมีใกล้เคียงจำนวนมากเท่าที่เชื่อกันอยู่)

<u>จำนวนแม่เหล็กขาวต่อ ล. มม.</u>	<u>จำนวนผู้ช่วย</u>
๓๐๐๐ - ๔๐๐๐	๑๐
๔๐๐๐ - ๕๐๐๐	๒๒
๕๐๐๐ - ๖๐๐๐	๒๑
๖๐๐๐ - ๗๐๐๐	๔๐
๗๐๐๐ - ๘๐๐๐	๒๕
๘๐๐๐ - ๙๐๐๐	๒๕
๙๐๐๐ - ๑๐๐๐๐	๑๑
๑๐๐๐๐ - ๑๑๐๐๐	๗
๑๑๐๐๐ - ๑๒๐๐๐	๖
๑๒๐๐๐ - ๑๓๐๐๐	๕
๑๓๐๐๐ - ๑๔๐๐๐	๔
๑๔๐๐๐ - ๑๕๐๐๐	๔
๑๕๐๐๐ - ๑๖๐๐๐	๒
๑๖๐๐๐ - ๑๗๐๐๐	๒
๑๗๐๐๐ - ๑๘๐๐๐	๒
๑๘๐๐๐ - ๑๙๐๐๐	๒
๑๙๐๐๐ - ^{ขึ้นไป} ขึ้นไป	๒
รวม	<u>๑๕๘</u>

สารศรียราช

ตารางที่ ๓

ผลการเพาะเชื้อและทดสอบวิคัล
(ส่งตรวจโดยมิไคคัลเล็ก)

ได้ผลบวก

รายการ เพาะเชื้อ	จำนวนส่งตรวจ	จำนวนราย	เปอร์เซ็นต์
จากเลือด	๑๗๘	๘๒	๔๖
จากบัสสาวะ	๕๘	๔	๗
จากอุจจาระ	๔๕	๔	๙
จากไขกระดูก	๑๒๕	๗๘	๖๒
การทดสอบวิคัล (ตั้งแต่ ๑:๘๐)	๑๘๑	๑๔๕	๘๐

ตารางที่ ๔

ผลการทดสอบในระยะโรคต่าง ๆ

รายการ	สัปดาห์ที่ ๑		สัปดาห์ที่ ๒		สัปดาห์ที่ ๓		สัปดาห์ที่ ๔	
	จำนวน	เปอร์เซ็นต์	จำนวน	เปอร์เซ็นต์	จำนวน	เปอร์เซ็นต์	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
คนไข้ที่รับไว้	๘๓	๔๗.๕	๗๔	๓๗.๕	๒๒	๑๑	๘	๔
ผลบวกการเพาะเชื้อ								
จากเลือด	๔๓	๕๗	๓๐	๓๘	๔	๒๕	๕	๕๖
จากบัสสาวะ	๑	๕	๑	๓	๑	๑๗	๐	๐
จากอุจจาระ	๑	๘	๒	๓	๐	๐	๑	๕๐
จากไขกระดูก	๔๐	๘๐	๒๘	๕๐	๖	๔๖	๔	๖๗
ผลบวกวิคัล	๕๕	๗๑	๗๐	๘๐	๑๔	๖๘	๖	๗๕

(หมายเหตุ. การเพาะเชื้อกลับได้ผลบวกมากขึ้นอีกครั้งหนึ่งในตอนกลางสัปดาห์ที่ ๓ และต่อจากนั้น
ทั้ง ๆ ที่ปฏิกิริยาวิคัลขึ้นสูง. เข้าใจว่าส่วนใหญ่เนื่องจากไขกลับ.)

ตารางที่ ๕

เปรียบเทียบผลของยาชนิดต่างๆ ที่ทำให้หายภายใน ๕๖ ชม.
(มีผู้ช่วยเพียง ๖๒ เพอร์เซ็นต์เท่านั้นที่หายภายใน ๕๖ ชม., และยาชื่อต่างๆ
กันให้ผลใกล้เคียงกัน.)

	จำนวนคนไข้	หายใน	หายหลัง	เปอร์เซ็นต์หายใน
	ทวิศึกษา	๕๖ ชม.	๕๖ ชม.	๕๖ ชม.
“ยา ก.”	๕๒	๓๕	๑๗	๖๗
“ยา ข.”	๕๓	๕๗	๓๖	๖๑
“ยา ค.”	๑๐	๗	๓	๗๐
“ยา ง.”	๕	๔	๑	๘๐
“ยา จ.”	๑๑	๖	๕	๕๕

ตารางที่ ๖

เปรียบเทียบเวลาที่ยาชนิดต่างๆ ทำให้ไข้ถึงปกติ (เวลาเฉลี่ย)

ชื่อยา	จำนวนคนไข้	เวลาไข้ก่อนรักษา	เวลาไข้หลังเริ่มรักษา
“ยา ก.”	๕๒	๘.๒ วัน	๕.๐ วัน
“ยา ข.”	๕๓	๙.๑ วัน	๕.๘ วัน
“ยา ค.”	๑๐	๘.๘ วัน	๕.๒ วัน
“ยา ง.”	๕	๑๕.๐ วัน	๖.๓ วัน
“ยา จ.”	๑๑	๗.๐ วัน	๖.๕ วัน
คือนโตรล	๑๐	๑๕.๒ วัน	๑๐.๐ วัน

เอกสาร

- 1955.
1. E.A. Bliss, H.P. Todd: Bact. Syph. Gonor. Ven. Dis. 33: 509, 1949.
 2. E.F. Rabe: Pediatrics 16: 590, 110: 639, 1949.
 3. R.C.V. Robinson et al: Am. J. Syph. Gonor. Ven. Dis. 33: 509, 1949.
 4. M.J. Romansky et al: Science, 110: 639, 1949.

490

(Summary of the preceding Report)
CHLOROMYCETIN IN TYPHOID FEVER
(First Series)

Preecha Vichitbhandh
M.B.

Swasdi Skulthai
M.B., D.C.H., D.T.M. & H.

(Dept. of Pediatrics)

198 patients, admitted between 5th January 1954 and 9th December 1955 (1:305 of total admissions) diagnosed as typhoid fever on the basis of clinical features and positive Widal reaction of titre over 1:30, H, O or both, or positive culture from blood, urine, feces or bone marrow, or positive in both reaction and culture, were divided into 3 groups: (a) 10 patients as control; mostly mild cases admitted in the third week of illness; (b) 17 cases admitted in serious condition and dying within 24 hours; (c) 171 cases treated with chloromycetin, 50 mg. per kilogram per day for 14 days. Of the

last group 5 cases relapsed (3 percent), 5 died (3 percent) and 153 recovered (94 percent).

The fever subsided within 4.9 days on the average; in 62 percent of cases the temperature became normal in 96 hours. Signs of toxicity were not recorded. The mean leucocyte count on admission was 7800 per cu. mm. The Widal reaction was positive in most cases. Blood culture and bone marrow culture gave positive result in about 50 percent of cases. Culture of urine and feces was practically useless.

(6 tables, 5 references)

โรคเลือดจางเมกะโลบลาสติกในเด็ก

รายงานผู้ช่วย ๑ ราย

สุดสาคร ตันจินดา

พ.บ.

จิตร วารินทร์

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

พยาธิสภาพ ในโรค เลือดจางเมกะโล-
บลาสติก, พวกโรคเลือดจางเพอร์นเซียส
และเกี่ยวข้องกับโรคเลือดจางมาโครซัยติก
อื่น ๆ นั้น, ได้มีการค้นคว้าสืบเนื่องกันมา
นานแล้ว. แอ็คคิสัน ในปี ๑๘๕๕, ได้
เป็นคนแรก ทออธิบาย อาการ ของ โรคเลือด
จางเพอร์นเซียส. ต่อมา ได้มีผู้พบการ
เปลี่ยนแปลงทางเลือด, การเปลี่ยนแปลง
ของเซลล์ในโพรงกระดูก, ตลอดจนการ
เปลี่ยนแปลงในระยะขยประสาทของโรคนี้. ใน
ปี ๑๙๒๘ คาสเซิล และพวก(๓) ได้ทำการ
ทดลอง แสดง ความ เกี่ยวของ ระหว่าง การ
ขาดกรด ในกระเพาะ อาหาร กับผล ของการ
สร้างเม็ดเลือดแดง. เขาแสดงให้เห็นว่า
อาหารของคนปกติ ๑๕๐ ล.ซม. หรือเนื้อ
กล้ามเนื้อของวัว ๒๐๐ กรัมอย่างใดอย่างหนึ่ง
แก่คนไข้โรคเลือดจางเพอร์นเซียส. พบว่า
ไม่มีการสร้าง เม็ดเลือดแดง เพิ่ม ขึ้นเลย.
แต่เมื่อให้รวมกันทั้ง ๒ อย่าง จึงพบว่าจำ-
นวนเรติคูลอซัยท์, ฮีโมโกลบินและเม็ด

เลือดแดงเพิ่มขึ้น. ดังนั้นเขาจึงสรุปว่า
การสร้าง เม็ดเลือดเพิ่มขึ้น ในคนไข้โรค
เลือดจางเพอร์นเซียส เกิดได้ จากเหตุ ๒
ประการ. อันหนึ่งให้ชื่อว่าอินทรินสิคแฟค-
เตอร์, มีอยู่ในน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร.
อีกอันหนึ่งเอ็ช ทรินสิค แฟคเตอร์ มีอยู่ใน
เนื้อกล้ามเนื้อ. ทั้ง ๒ อย่างไปรวมกันเกิด
สารแอนติอะนิมิกไปเกาะไว้ที่ตับ, ใช้เป็น
ส่วนหนึ่งในการสร้างเม็ดเลือดต่อไป.

ไมน์คอต(๔) ในปี ๑๙๓๕, ได้แสดงผล
ของการรักษาโรคเลือดจางเพอร์นเซียสด้วย
ตับและน้ำยาสกัดตับ, ได้ผลดีมากตลอด
เวลาที่ให้การรักษาอยู่. พวกเมกะโลบลาสติก
ในโพรง กระดูก กลับ มาสู่ สภาพ นอร์โม-
บลาสติกตามปกติ. เมื่อหยุดการรักษาก็
กลับไปเป็นเมกะโลบลาสติกอีก. จึงทำให้
เชื่อกันว่าสาเหตุของโรค เลือดจางเพอร์น-
เซียส น่าจะ เนื่องมา จาก การ ขาดวัตถุบาง
อย่างในการสร้างเม็ดเลือดแดง, ทำให้มี
การหยุดเติบโตของเม็ดเลือดแดง.

สำหรับอินทรีนลิกแฟคเตอร์นั้น เชื่อกันว่าขับออกมาจากต่อมบริเวณพันธุศาสตร์เพาะอาหาร. ในปัจจุบันสมมุติฐานของคาสเซิลทกล่าวไว้ว่าเอ็กซทรินลิกแฟคเตอร์ในอาหารจะต้องใช้อินทรีนลิกแฟคเตอร์ไปช่วยประกอบเป็นสารแอนติอะนิมิคนินได้เปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมออกไปตามผลของการทดลองต่าง ๆ. ต่อมาผู้มีสนับสนุนว่าอินทรีนลิกแฟคเตอร์เป็นเพียงตัวช่วยให้การดูดซึมของเอ็กซทรินลิกแฟคเตอร์จากผนังลำไส้เท่านั้น. เช่นการทดลองของการ์คเนอร์⁽⁵⁾ ได้ฉีดเอ็กซทรินลิกแฟคเตอร์เข้าในคนเป็นโรคเลือดจางเพอร์นิเชียส โดยไม่มีน้ำย่อยมาเกี่ยวข้องด้วยเลย, ก็สามารถทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นได้.

แต่ก็ยังมิผู้ทดลองและให้ความเห็นแตกต่างกันออกไป. เขาอ้างว่าเนื่องจากการทำงานทดลองให้เกิดโรคเลือดจางมาโครซัยติกคล้ายมาก, น้อยรายที่สุดที่สามารถจะทำได้. พร้อมทั้งการพบว่ามิฮโมลยลิสและมีการทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นในคนไข้โรคเลือดจางเพอร์นิเชียส. เพราะฉะนั้นสาเหตุน่าจะเกิดจากพิษจากเซอบักเทร⁽⁶⁾ มากกว่าจะเกิดจากการขาดวิตามินบางอย่างในการสร้างเม็ดเลือด, และอ้างว่าทฤษฎีแห่งการขาดคนไม่สามารถจะเอาไป

อธิบายในคนไข้โรคเลือดจางเพอร์นิเชียสได้ในรายที่มีอาการค้อยคั่นเองโดยปราศจากการรักษา.

อย่างไรก็ตาม เวลานี้ก็เป็นที่น่าทึ่งจากการทดลองและการรักษาว่าทางวิตามินบี ๑๒ และกรดโฟลิกสามารถจะเปลี่ยนไซกระทดเมกะโลบลาสติคมาสู่ปกติได้, และจากการทดลองต่าง ๆ ก็ถึงความเห็นแล้วว่าสารแอนติอะนิมิคของคาสเซิลนิน, เอ็กซทรินลิกแฟคเตอร์หรือวิตามินบี ๑๒ ก็ค่อนข้างจะดีกว่ากันเอง.

วิตามินบี ๑๒ ใช้เกี่ยวกับเซลล์โอโพรเทอีนเมตาโบลิซึม. ถ้าหากจะทำให้การสร้างของเนอเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายไม่ขึ้นไปตามปกติ, มีอัตราการแยกเซลล์ต่ำลงโดยเฉพาะในโพรงกระดูก, ทำให้การเจริญเติบโตของเม็ดเลือดแดงเข้าไป. วิตามินบี ๑๒ นี้ได้มาจากอาหารจำพวกเนื้อ, นม, ไข่, ฯลฯ, และยังมีได้ถูกสร้างขึ้นจากแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่อีกด้วย.⁽⁷⁾

สำหรับกรดโฟลิกนั้นก็เป็นโคเอ็นซัยม์ในการสังเคราะห์ที่เซลล์โอโพรเทอีนในร่างกายด้วยเช่นกันในชนิดต่าง ๆ. ดังนั้นในการขาดวิตามินบี ๑๒ หรือกรดโฟลิกอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างร่วมกันซึ่งเกิดในสถานการณ์ต่าง ๆ, ก็จะทำให้เกิดไซ

กระดูกเมกะโลบลาสติกได้. เช่นวิตะมิน บี ๑๒ คำนโรคลือกจากเพอร์นเซียส, เนองจากขาดอินทรินสิคแฟคเตอร์, ทำให้การถูกซึมของเอ็กซ์ทรินสิคแฟคเตอร์คือนิตะมิน บี ๑๒ ไม่เป็นไปตามปกติ. หรือในการตัดกระดูกเพราะอาหารออกเป็นเวลานานทำให้ขาดอินทรินสิคแฟคเตอร์ เป็นผลให้ขาดวิตะมิน บี ๑๒ เช่นกัน.

เชอกันว่า สัมพันธ์ระหว่าง กรดโฟลิก และวิตะมิน บี ๑๒ เป็นเรื่องเกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด. เช่นถ้าขาดวิตะมิน บี ๑๒ มากขึ้น, ความต้องการกรดโฟลิกก็จะเพิ่มขึ้น. ทั้งนี้รูปลักษณะของเมกะโลบลาสติกในโรคต่างๆ เช่นโรคลือกจากเพอร์นเซียส, โรคลือกจากมาโครซีติกหลังจากตัดกระดูกเพราะอาหารออก, โรคลือกจากพยาธิหัวใจปลา, โรคสะปรู, ไฮดีโอปาทิสต์-อาตอร์เวีย, โรคลือกจากมาโครซีติกที่เกิดร่วมในโรคไตภัยแคบ และจากการต่อต้านได้, โรคลือกจากมาโครซีติกจากการขาดอาหาร, โรคลือกจากเมกะโล-บลาสติกในทารก. ทั้งหมดคนบางอย่างเนองมาจากขาดวิตะมิน บี ๑๒ เป็นส่วนใหญ่, ขาดกรดโฟลิกบ้างเล็กน้อย, หรือขาดกรดโฟลิกส่วนใหญ่และขาดวิตะมิน บี ๑๒ ร่วมไปด้วย. บางอย่างก็ขาดเพียงอย่างเดียว

หนึ่งเท่านั้น.

รายงานผู้ป่วย

เด็กหญิงไทย, อายุ ๓ ปี. คลอดปกติที่บ้าน. การเจริญเติบโตปกติ. บิดามารดาอยากจนมาก, ทำนา. อาหารที่รับประทานเป็นประจำคือผัก, นาฬิกา, ปลาแห้ง. ไข่และอาหารสดประมาณ ๑ เดือนซอรับหนึ่งครึ่ง.

ตั้งแต่เกิดสลายปกติ. เมื่ออายุได้ ๑ ปี ๘ เดือนเริ่มมีอาการท้องเสียเรอแรงเป็นเดือน ๆ. มีพยาธิไส้เดือนออกมาเสมอ. มาป่วยอยู่โรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการทางท้องและถ่ายพยาธิแล้วกลับบ้าน.

ต่อมาอีก ๘ เดือน, ผู้ป่วยกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีกเนองจากถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด. รักษาด้วยยากกลางบ้าน ๑ เดือนไม่หาย. ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีไข้, ผอม, ซีด, ซึม. ปอดหัวใจปกติ. คับม้ามคล้ำไม่ได้. ต่อมาน้ำเหลืองไม่โต. ตรวจระบบประสาทไม่ผิดปกติ. ตรวจเลือดพบฮีโมโกลบิน ๔๐ ๒๕., เม็ดเลือดแดง ๑.๒๗ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๑๔๒๕๐. แยกชนิดเม็ดเลือดขาวปกติ. มีอะโนไซซัยโตสิส, พอยคิโลไซซัยโตสิสและฮัยโปโชมเบีย. ตรวจอุจจาระไม่พบพยาธิและไข่. เพราะเชื่อไม่ชน. ใ้

รักษาโรควินิจฉัยโรคว่าลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง. ใ้รักษาตามอาการ. ให้ซีเอ็นโอมัย-เซทิน, สเตอโริโดมัยซิน, และให้เลือด.

๑๐ วันต่อมากลับมามีไข้สูง, ไอ, หอบ. ตรวจพบว่าเป็นหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน. ไม่มีวัณโรคปอด. ใ้ให้เพนซิลลิน. หาย, กลับบ้าน.

๒ เดือนก่อนมาช่วยกลับเข้ามาอยู่โรงพยาบาลอีกเป็นครั้งที่ ๔. อาการที่นำผู้ป่วยมาตรวจคือชกมาก, หายใจหอบ.

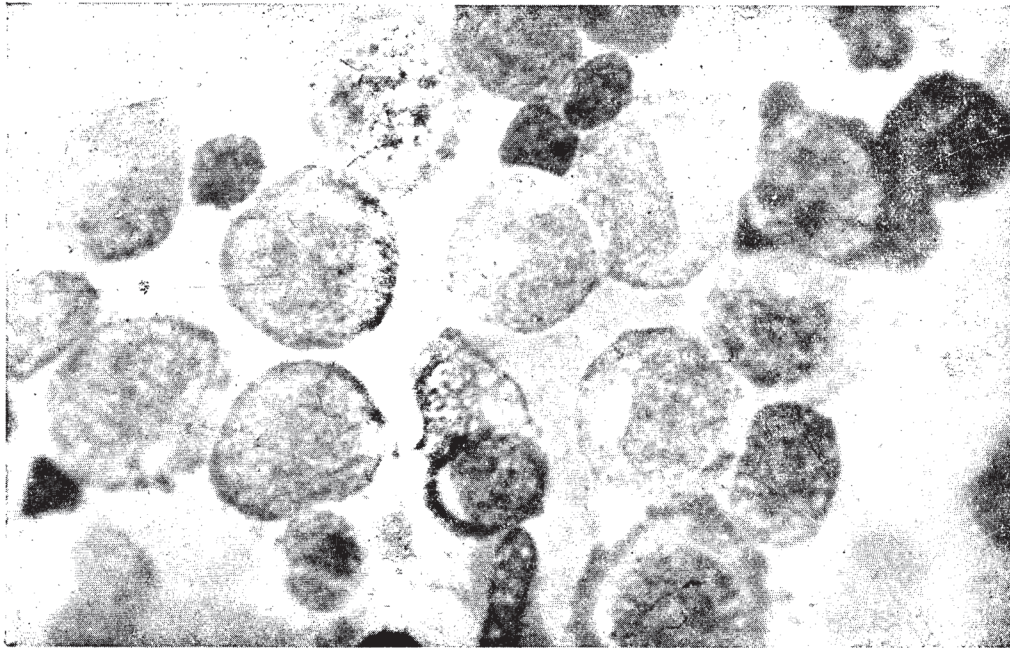
ในการตรวจร่างกายพบว่า ผอมมาก, ชม; อ่อนเพลีย; ชกมาก; ไม่เหลือง. น้ำหนักตัวเพียง ๘.๖ กก. ท้องบวมเล็กน้อย, ไม่มีท้องอืด. คับพอกลำไส้, ปอดฟังและเคาะปกติ. หัวใจโต. มีเสียงเมออร์เมอรัทียอด. ซีโมโกลบิน ๓.๑ ก. ๒๕. เม็ดเลือดแดง ๕๐๐,๐๐๐ ล.ม.ม. แยกชนิดเม็ดเลือดขาวปกติ. เม็ดเลือดแดงมีซีเอ็นโอมัยซิน, อะไมโนไซม์, พอยคิโลไซม์, เรทคิวโลไซม์ ๒.๒ ๒๕., วิ.พี.ซี. ๘ ๒๕., เอ็ม. ซี. ๘๘ ล. ไมครอน. เอ็ม. ซี. ซีโมโกลบิน ๓๗ ๒๕. อูจจาระไม่พบพยาธิ.

หาชนิดของซีโมโกลบินโดยอิเล็กโตร-ฟอเรซิสพบ เอ-เอ. ไม่มีฟอสโฟซีโมโกลบิน. เอ็กซ์เรย์ปอดปกติ, มีหัวใจโตเล็กน้อย.

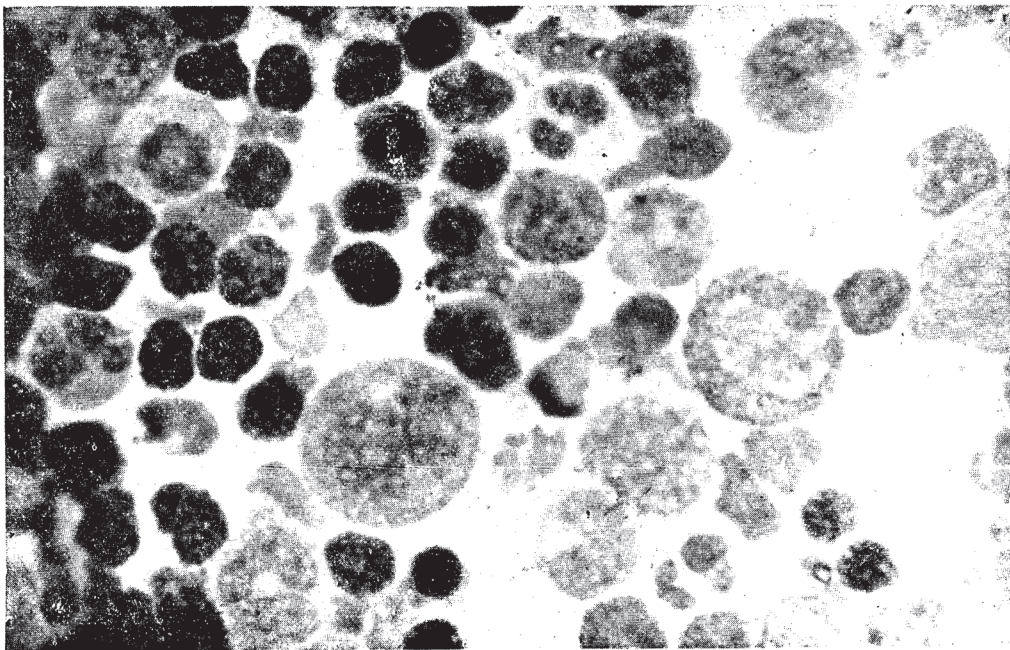
การทดสอบทเซอร์คิวลินให้ผลลบ.

โรคเลือดจางในผู้ป่วย วินิจฉัยว่าขาดเหล็กเนื่องจากมีประวัติของการเป็นโรคติดเชื้อบ่อย ๆ, การเสียเลือดเรื้อรังทางลำไส้, และจากผลของการตรวจเลือดดังกล่าว. จึงใ้ให้เฟอร์รัสซัลเฟต ๐.๒๗ ก. ทุกวัน. ระหว่างนี้ใ้ให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อติดตามผลการรักษา. ในระยะ ๓๐ วันแรกซีโมโกลบินขึ้นไปจาก ๓.๑ ก. เป็น ๗.๘ ก. ต่อจากนั้นใ้ให้เหล็กต่อไปอีก ๑ เดือน. ในเดือนหลังนี้ซีโมโกลบินไม่ใ้เพิ่มจนอีก, อยู่ในระดับ ๗ ก. ถึง ๘.๓ ก. ผู้ป่วยสบายดี. จากผลของการรักษานำให้สงสัยว่าอาการชกในผู้ป่วยนี้คงจะไม่ใ้สาเหตุจากการขาดเหล็กเท่านั้น, คงต้องมีเหตุอื่นร่วมด้วย.

การตรวจในระยะนี้พบซีโมโกลบิน ๗.๑ ก., เม็ดเลือดแดง ๒.๒ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๗๗๕๐, เรทคิวโลไซม์ ๑.๖ ๒๕. การแยกชนิดเม็ดเลือดขาว, อีโอสิโนฟิล ๕ ๒๕., แบนด์ ๑ ๒๕., โพลีมอร์ฟ ๕๕ ๒๕., ลิมโฟไซต์ ๔๕ ๒๕., เม็ดเลือดแดงมีอะไมโนไซม์ และพอยคิโลไซม์-โทสิสเล็กน้อย. การทดสอบน้ำย่อยในกระเพาะอาหารปกติ. พบมาโครซัยท์บางตัว, โพลีมอร์ฟบางตัว มีนิวคลีโอไลต์หลาย



ภาพที่ ๑. ไช้กระดุกก่อนรักษา. เมกะโลบลัสติก.



ภาพที่ ๒. ไช้กระดุกหลังการรักษาด้วยวิตามินบี ๑๒ (๑ สัปดาห์). นอร์โมบลัสติก.

ก่อน. ทำ วิ.พี.ช. ได้ ๒๑ ปช. เอ็ม.ซี.วี.
 ๕๓ ล. ไมครอน, เอ็ม.ซี. ซีโมโกลบิน๓๘
 ปช. ลักษณะของเลือดที่โคนทำให้กมอง
 โรคเลือดจางมาโครซัยติก. เจาะไขกระดูก
 ตรวจ ได้ผลว่า เป็นไข กระดก ชนิดเมกะโล-
 บลาสติก. พบว่าเป็นไขกระดูกเซลล์ลาร์,
 มีการหยุดเจริญของระบบอวัยวะที่อยู่ใน
 ระยะเมกะโบลาสต์เกือบทั้งหมด. ส่วน
 นอร์โมบลาสต์เกือบไม่มีเลย, ระบบมัยอ-
 ลอยด์และเมกะคารัยโอซัยท์ปกติ. จึงให้
 การวินิจฉัยในขั้นหลังว่าเป็นโรคเลือดจาง
 เมกะโบลาสติก.

ในการรักษา, ให้วิตามิน บี ๑๒ วันละ
 ๕๐ ไมโครกรัมหนึ่งสัปดาห์. นับเรตคิว
 โลซัยท์ได้เพิ่มจาก ๑.๖ ปช. เป็น ๒.๖ ปช.
 เจาะโพรงกระดูก, มีการเปลี่ยนจากเมกะ-
 โบลาสติกซัยเปอร์เพลเซียมาเป็นนอร์โม-
 บลาสติกซัยเปอร์เพลเซีย. ส่วนซีโมโกลบิน
 และเม็ดเลือดแดงกลับสู่ระดับปกติ หลังจาก
 เริ่มการรักษาหนึ่งเดือน.

วิจารณ์ โรคเลือดจางเมกะโบลาสติกนี้
 พบน้อยมากที่สุด. ในแผนกเด็กในระยะ
 ๘ ขน พบพบ เช่นรายที่สอง, ทำให้การ
 วินิจฉัยโรค ผิดพลาด ไปได้เพราะเราไม่ได้
 นกถึง.

ในผู้ช่วยรายงานในระยะแรก ก็เข้าใจว่า
 โรคเลือดจางนี้เกิดจากการขาดเหล็กอย่าง
 เดียว, เพราะพบอยู่เสมอ ๆ ในรายที่มี
 ประวัติของการเสียเลือดอยู่นาน ๆ และการ
 มีอินเฟกชันซ้ำ ๆ ดังกล่าวแล้ว. แต่เนื่อง
 จากการให้เหล็ก ไม่ทันผลที่เดียว จึงทำให้
 ค้นหาลักษณะของการชดช้อย. จากผล
 ของการตรวจเลือดและไขกระดูก พบว่าเป็น
 โรคเลือดจางเมกะโบลาสติก. เหตุผล
 ของการวินิจฉัยในรายนี้คือ :

๑. เนื่องจากมีอินทรินสิค แพ็คเคอร์.
 ทำการตรวจนำย่อยได้ผลปกติ. อนึ่งโรค
 เลือดจางเพอร์นเซียส มีความสำคัญ เกย
 ภัยเชื้อชาติและที่อยู่. ส่วนมากเป็นคน
 ผิวขาวในเขตอบอุ่น. มักพบในผู้ใหญ่. ใน
 เด็กพบน้อยมาก. ที่มีผู้รายงานว่าพบใน
 เด็กก็ยังไม่แน่ชัดทีเดียว. ฉะนั้นในรายนี้
 จึงเห็นว่าไม่ใช่โรคเลือดจางเพอร์นเซียส.

๒. ผู้ช่วยรายงานไม่ได้เป็นโรคคัย, ไม่
 ได้มีความพิการในลำไส้, ไม่ได้รับการฆ่า
 ตั้, ไม่มีประวัติและการตรวจ พบว่าเป็น
 โรคซัลแอคหรือทออบีคัลสปรู, ไม่มีไขมัน
 มากในอวัยวะ. มีประวัติของการขาด
 อาหารและการมีลำไส้ใหญ่อักเสบมานาน.
 ดังนั้นโรคเลือดจาง เมกะโบลาสติก ที่เกิด
 ในผู้ช่วยนี้คงเนื่องจากการขาดเอ็กซทริน-

ลึคแฝ้คเคอ์ร ในอาหาร และ การคคซ้่มไม่
เพยงพอควย. ทงการร้กษาควยวึระมึน บึ
๑๒ ก้ทำให้อู้บ้วยกลบ้เข้าสู่อัภาพปลกค้ไค้
โดยเร็ว.

สรุป ไกรายงานผู้บ้วยเก้กอายุ ๓ บึ ๑ คน
ซงเป็นโรคโลหึคจางซนึคเมกะโลบลาสตึค,
และร้กษาควยวึระมึน บึ ๑๒ ไค้ผลค้โดย
รวกเร็ว.

เอกสาร

1. Wintrobe: Clinical Hematology

(Lea and Febiger, Phila., 1956)

2. Sturgis: Hematology (C.C. Thomas, Springfield, Ill., 1948)

3. Minot: Lancet 1: 361, 1935.

4. Castle et al.: Am. Med. Sc. 178: 748, 1929.

do. 182: 741, 1931.

do 180: 305, 1930.

5. Gardner: J. Lab. & Clin. Med. 34: 1502, 1949.

6. Nye: J. Clin. Invest. 4: 71, 1927

7. Bethell et al.: J. Lab. & Clin. Med. 33: 1477, 1948.

8. Nieweg et al.: J. Lab. & Clin. Med.

44: 118, 1954.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนงสอ

๒. ซ้ارةเงินค้่าบ้ารุง

๓. บอกรบ้เป็นส้มาซึก

โปรดคคค้ต่อแผนกจ้กการ

(Summary of the foregoing Report)

MEGALOBLASTIC ANEMIA IN A CHILD

Soodsakorn Tuchinda
M.B.Chitr Vareenil
M.B.

(Dept. of Pediatrics)

A girl of 3, born of a poor farmer's family and giving past history of severe ascariasis, chronic colitis and acute bronchitis, was admitted with chief complaints of severe pallor and difficulty in breathing. Hemoglobin was found to amount to 3.1 gm. percent; r.b.c. count was 900,000; the differential leucocyte count was normal. The erythrocytes showed hypochromia, anisocytosis, poikilocytosis. Reticulocyte count was 2.2 percent, VPC 8 percent, MCV 88 cu. microns, MC Hb 37 percent. The hemoglobin was A-A in type, without fetal Hemoglobin. Roentgenogram showed the lungs to be normal, the heart slightly enlarged. Tuberculin reaction was negative. The case was diagnosed as iron deficiency anemia, and ferrous sulphate therapy caused rapid improvement. The Hb rose to 7.8 gm. percent within one month, but then stopped. At this stage the blood count showed 2.2 millions r.b.c., 1.6 per-

cent reticulocyte count, 5 percent eosinophile count, with 1 percent of band form, 49 percent polymorph and 45 percent lymphocytes. There was slight anisocytosis and pikilocytosis with few macrocytes. The VPC was 21 percent, MCV 93 cu. microns and MC Hb 38 percent. The gastric acidity was normal. Bone marrow puncture revealed megaloblastic characters. The cellular marrow showed mutarotational arrest of erythroid series in the megaloblastic stage. The myeloid series and megakaryocytes were normal. The diagnosis of megaloblastic anemia was established; and the patient improved rapidly under treatment with vitamin B12 (50 micrograms per day), the bone marrow changing from megaloblastic to normoblastic hyperplasia and the r.b.c. count and Hb becoming normal within one month's time.

(2 figures. 7 references)

P N E

บทบรรณาธิการพิเศษ

ผู้ช่วยเด็กในชนบท

สวัสดิ์ สกฤไทย

W.B., D.C.H., D.T.M. & H.

ผู้เขียนได้ขอยกยติให้ไปร่วมไปในคณะ
พันพิชการ, ซึ่งทางกรมการแพทย์จัด
ใหม่ขึ้น. ครั้นเราไปกันทางภาคอีสาน.
ได้ผ่านไปหลายจังหวัด, ยังเกิดสิ่งที่น่า
น่าสนใจแก่ผู้เขียนหลายประการ. มีสิ่ง
ที่น่าสนใจและเด่นอยู่ในความรู้สึกอยู่อย่าง
หนึ่ง, คือว่า, เหตุใดเด็กป่วยในโรง
พยาบาลต่างจังหวัดจึงมีน้อยนัก, ทั้ง ๆ ที่
มาตรวจกันที่แผนกผู้ป่วยนอกก็ไม่ค่อย,
และถึงจะมีผู้ป่วยเด็กในหอรักษา, เด็ก
นั้นก็มักเป็นโรคประจำของภาคอีสานคือ
“โรคคนว” เกือบทั้งสิ้น. เหตุไรจึงเป็น
เช่นนั้น? จะเป็นเพราะเด็กอีสานแข็งแรง,
ไม่ค่อยป่วยไข้กัน. จริงหรือ? ก็คงไม่
จริง. เมื่อดูตามท่านผู้อำนวยการ, ท่าน
ก็กำลังยุ่งคอยรับรองพวกเราอยู่, จึงให้คำ
ตอบซึ่งเป็นที่พอใจแก่ผู้เขียนไม่ได้. จนเมื่อ

ถึงขอนแก่นตอนเกือบกลางแล้ว, ได้พบกับ
แพทย์พชาย, นายแพทย์ชาญ เสือวรรณ
ศรี, ซึ่งได้ลาออกจากราชการเพื่อประกอบ
อาชีพส่วนตัวมานานมาแล้ว. ท่านได้สนใจ
กับการบำบัดโรคเด็กมากเป็นพิเศษ. ท่าน
กล่าวว่าเด็กป่วยก็มีมากเช่นเดียวกับใน
กรุงเทพฯ เหมือนกัน. แต่มีการรักษา
กันอยู่นอกโรงพยาบาล หรือโดยมากตาม
บ้าน, ไม่มีใครมาโรงพยาบาล. ผู้เขียน
พยายามนึกต่อไปว่าเหตุไรจึงเป็นเช่นนั้น.
ก็นึกได้สิ่งเดียว, ซึ่งรู้สึกเชื่องมนเหลือเกิน
ว่าคงถูกต้อง, คือ: โรงพยาบาลชนบทส่วน
มากไม่ได้แยกเด็กป่วยไว้ต่างหาก. “เด็ก
ป่วยจะอยู่ปนกับผู้ใหญ่ป่วยไม่ได้.”

เด็ก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กป่วยด้วย
แล้ว, เป็นธรรมดาอยู่เองย่อมเป็นผู้นำส่ง-
สาร, นำเมตตาทายกว่าผู้ใหญ่. การกระทำ

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ. รักษาการหน้าที่บรรณาธิการ

บทบรรณาธิการพิเศษ

ผู้ช่วยเด็กในชนบท

สวัสดิ์ สกฤไทย

W.B., D.C.H., D.T.M. & H.

ผู้เขียนได้ขอยกยติให้ไปร่วมไปในคณะ
พันพิชการ, ซึ่งทางกรมการแพทย์จัด
ใหม่ขึ้น. ครั้นเราไปกันทางภาคอีสาน.
ได้ผ่านไปหลายจังหวัด, ยังเกิดสิ่งที่น่า
น่าสนใจแก่ผู้เขียนหลายประการ. มีสิ่ง
ที่น่าสนใจและเด่นอยู่ในความรู้สึกอยู่อย่าง
หนึ่ง, คือว่า, เหตุใดเด็กป่วยในโรง
พยาบาลต่างจังหวัดจึงมีน้อยนัก, ทั้ง ๆ ที่
มาตรวจกันที่แผนกผู้ป่วยนอกก็ไม่ค่อย,
และถึงจะมีผู้ป่วยเด็กในหอรักษา, เด็ก
นั้นก็มักเป็นโรคประจำของภาคอีสานคือ
“โรคคนว” เกือบทั้งสิ้น. เหตุไรจึงเป็น
เช่นนั้น? จะเป็นเพราะเด็กอีสานแข็งแรง,
ไม่ค่อยป่วยไข้กัน. จริงหรือ? ก็คงไม่
จริง. เมื่อดูตามท่านผู้อำนวยการ, ท่าน
ก็กำลังยุ่งคอยรับรองพวกเราอยู่, จึงให้คำ
ตอบซึ่งเป็นที่พอใจแก่ผู้เขียนไม่ได้. จนเมื่อ

ถึงขอนแก่นตอนเกือบกลางแล้ว, ได้พบกับ
แพทย์พชาย, นายแพทย์ชาญ เสือวรรณ
ศรี, ซึ่งได้ลาออกจากราชการเพื่อประกอบ
อาชีพส่วนตัวมานานมาแล้ว. ท่านได้สนใจ
กับการบำบัดโรคเด็กมากเป็นพิเศษ. ท่าน
กล่าวว่าเด็กป่วยก็มีมากเช่นเดียวกับใน
กรุงเทพฯ เหมือนกัน. แต่มีการรักษา
กันอยู่นอกโรงพยาบาล หรือโดยมากตาม
บ้าน, ไม่มีใครมาโรงพยาบาล. ผู้เขียน
พยายามนึกต่อไปว่าเหตุไรจึงเป็นเช่นนั้น.
ก็นึกได้สิ่งเดียว, ซึ่งรู้สึกเชื่องมนเหลือเกิน
ว่าคงถูกต้อง, คือ: โรงพยาบาลชนบทส่วน
มากไม่ได้แยกเด็กป่วยไว้ต่างหาก. “เด็ก
ป่วยจะอยู่ปนกับผู้ใหญ่ป่วยไม่ได้.”

เด็ก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กป่วยด้วย
แล้ว, เป็นธรรมดาอยู่เองย่อมเป็นผู้นำส่ง-
สาร, นำเมตตาทายกว่าผู้ใหญ่. การกระทำ

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ. รักษาการหน้าที่บรรณาธิการ

เพื่อปฏิบัติรักษาใต ๆ จึงควรที่จะ บังคับให้
 มากที่สุดมิให้ผู้ใหญ่หรือเห็น. ผู้ใหญ่
 เป็นแต่เพียงผู้รับทราบขอแล้ว. เราจะพบ
 ใตเสมอ ๆ ว่า เวลาเราจะคิดยาให้เด็ก, ผู้
 ใหญ่, เฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่, มักจะเกยง
 กันไม่ยอมอุ้มเด็ก. ทงนเพื่อเลียงต่อการ
 รับผิดชอบความเจ็บปวดของเด็กเป็นต้น. การ
 ปรึกษามากจะกลวกันทกระบอกคิด. เด็กเอง
 อกมักจะตอง อดทนยาก กลุโคสและน้ำตาล,
 ซึ่งตอง บรรจ ักระบอกโต มาก เป็น ประจำ.
 ผู้ใหญ่อาจเข้าใจผิดคิดไปว่า เด็กตัวนี้
 เคย อดยาก เข้าไป ใต ทง ักระบอก เยอเร็ว.
 ตัวเองโดนเขานิดเคียวยังแยเลย. ทงนเป็น
 อก. ยงการคิดยาเขาหลอดเลอศด้วยแล้ว,
 อกอาจตองแทงเข็มหลาย ๆ ครั้ง. การเจาะ
 นำไซสัหลัง, การคิดยาทุก ๓ ชม., สึง
 เหลานลวนเป็นทหนักลว และเป็นอนตราย
 อกขอเสียงของโรงพยาบาลทงสน. อก
 ประการทงนใน ท ๆ ประชาชนไม่ นิยมให้
 เด็กเขารักษาตัวในโรงพยาบาล (ซึ่งอกอาจ
 เป็นเพราะโรง พยาบาลไม่มท สำหรับ เด็กก
 ใต); เด็กข่วยจะมีอาการหนักกว่าธรรมดา,
 เพราะถ้าไม่หนักจริงก็คงไม่มาโรงพยาบาล.
 เด็กกตองถง แกกรรมมาก เป็นผล ตามมา,
 และเมอมเรื่องเกิดชนกโทษว่าเป็นความผิด
 ของแพทย์และพยาบาลเสมอ. ข้อเสียง

โรงพยาบาลก็จะตองตอยลงเป็นธรรมดา.
 ตรงกันข้าม, ถ้าเด็กข่วยใตอยู่กับเป็น
 พวกและมีจำนวนมากพอใช้, เรากก็จะใต
 เด็กข่วยทไม่สหนักมากนัก. เด็กก็จะระค
 มากชน. เรากก็จะใตทจะคอยช่วยแกแทน
 ว่า, ลูกเขาเองทแรกมากหนักมาก, อด
 ยากระบอกโตอย่างน, แทงเข็มกหลาย
 ครั้ง, อดยากทุก ๓ ชม. แต่กัหายโตยรวค
 เร็ว. แมว่าลูกเรากตาย ก้ออย่าใตโทษหมอ
 เลย, เป็นตน.
 ผู้เขียนเห็นใจอย่างยงว่าตามโรงพยา-
 บาลต่างจังหวัดนต่าง กัถวนแต่ ม้งานลน
 อก และ ชัก สน ในทาง การเงิน ด้วย กน ทง
 นน. กรมการแพทย์เองก็ใตพยายามทจะ
 ปรับปรุงโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคให้ ใต กัท
 สุกเท่าทจะทำได้, ซึ่งเราเองก็ควรจจะพมใจ
 และคใจแล้วทว่าการแพทย์ชนบทของเราใต
 เจริญชนอย่างมากมายในเวลาไม่ ก ยมาน.
 ในคานการเงิน, แผนกกรมารเวชกรรมในท
 ใต ๆ กัตามมก เป็นแผนก ทมผู้สนใจบริจาค
 เงินมากเป็นพิเศษเสมอ. แพทย์ทคนรลค
 มากกว่าตัวเอง. เวลาลคเจมกจะห้วงมาก
 กว่าตัวเองเจม, แล้วกมกคคดถงบุญคุณ
 ของโรงพยาบาลมากเป็นพิเศษเสมอ, ใน
 เมอทานช่วยชีวิตลคเขาให้รอดพ้นอนตราย.
 ถ้าเช่นน ใน เมอ มาก ๆ แทงใตพยายาม

แยก หน่วย ชำนาญ พิเศษ ออกเป็น หน่วย
อายุกรรม, ศัลยกรรมและสรีรเวชกรรม,
เหตุใดจึงยังไม่มีหน่วยกุมารเวชกรรมเล่า.

Dr. T.D. Stahlie ผู้เชี่ยวชาญของ
องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, ได้
กล่าวในการประชุม เรื่องการ ศึกษาแพทย-
ศาสตร์ของเราว่า, บัดนี้เป็นเวลาสมควร
แล้วที่เราจะ ต้องเพ่งเล็ง ถึงการ อบรม วิชา
กุมารเวชศาสตร์ให้แก่ แพทย์ ส่วน ภูมิภาค
ให้มากขึ้นเป็นพิเศษ, และยินดีสนับสนุน

ในทุกทาง. แต่เราเองก็เหมือนจะขาดทั้งผู้
ช่วยและผู้สอนในโรงเรียนแพทย์, เพราะ
ในปัจจุบัน, อาจารย์ของเราที่มีอยู่ก็เป็นจำ
นวนน้อย และกำลังศึกษาอยู่ในต่างประเทศ
ก็หลายคน. ในขณะที่กรมการเวชศาสตร์
กำลังเป็นที่ต้องการอย่างมาก, ผู้ที่มี
หน้าทรวงบ่งชี้ชอบในเรื่องนี้ ยังต้องการความ
ช่วยเหลือจากภายนอกอีกมากมาย. ขอได้
โปรดช่วยด้วย-ถ้าท่านช่วยได้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: วรณี ทิพย์พยอม พ.บ., ภัทรพร พรรณเชษฐ์ พ.บ., ปรีชา วิจิตรพันธ์ พ.บ.,
ชาลิต ปรียาสมบัติ พ.บ., ฉวี ประดิษฐ์ทัศนีย์ พ.บ., กาญจนา ตูจินดา พ.บ., วิชัย กุศลาศัย พ.บ.,
ศรีวงศ์ หะวานนท์ พ.บ., ผกาเกษม เศรษฐสิงห์ พ.บ., จิตร วารีนิล พ.บ.

๑. Rolf Lundstrom: โรคแทรกซ้อนใน
การปลูกฝีและการรักษาด้วย วัคซีนเนยอิม-
มูนแก้มม้าโกลบิวลิน. J. Ped. 49: 129-
140, 1956.

โรคแทรกซ้อนจาก วัคซีน บ็อง กั้นไซ
ทรพิษได้แก่: อีโนออกเลชันวัคซีนเนย, เจ-
เนอรัลไลซ์ วัคซีนเนย, เอ็คซ์ม่า วัคซีนาคัม,
แก๊งกรนส์ วัคซีนเนย, พัดล วัคซีนเนย, ไซส์ท
วัคซีนเนชัน เอ็นเซฟาไลติส, วัคซีนเนชัน
เอ็คแซนธิมา และวัคซีนเนชันร่วมกับการเจ็บ
ป่วยอื่น ๆ ก็จะทำให้โรคแทรกซ้อนถึงตาย
ได้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนไข้ที่มีโรค
ทางสมอง. ได้มีรายงานไว้ ๓ ราย.

โรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงนั้นน้อยมาก.
จากการสำรวจในสวีเดนใน ระยะ ๕ ปี,
ปรากฏว่ามี ๒ รายถึงแก่กรรมจากเอ็คซ์ม่า
วัคซีนาคัม เกิดในทารก ซึ่งยังไม่เคยได้รับ
การปลูกฝี และอีก ๒ รายถึงแก่กรรมจาก
ไซส์ทวัคซีนเนชัน เอ็นเซฟาไลติส.

โดย การ คั่นคว่า ของ เค็มป์ ในสวีเดน.

ในปี ๑๙๕๔, ไทพว่าแก้มม้าโกลบิวลิน
โดยเฉพาะ ซึ่ง เตรียมโดย การ ทำการ แยก
จาก เลือด ของ คน ที่ ใ้ รัย วัค ซัน บ็อง กั้น ไซ
ทรพิษ ใหม่ ๆ, เรียกว่า วัคซีนเนยอิมมูนแก้มม้า
โกลบิวลินนั้น, มี ภูมิคุ้มกัน ต่อ ต้าน ต่อ ไซ
ทรพิษ และ วัคซีนเนย ไวรัส เป็น ๑๐-๒๐ เท่า
ของ แก้มม้าโกลบิวลิน ที่ เตรียม อย่าง
ธรรมดา, และการ ใ้ ก็ จะ ไม่ ชัด ชว าง ผล
ของ การ สร้าง ภูมิคุ้มกัน ของ การ ปลูก ฝี แ่
อย่างใด. เขา ใ้ ใ้ ทง บ็อง กั้น และ รักษา
ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น.

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญๆ ของ แก้มม้าโกล-
บิวลินโดยเฉพาะนี้ ได้แก่ การ บ็อง กั้น ไม่ ใ้
เกิด เอ็คซ์ม่า วัคซีนาคัม, ใน คน ใ้ เอ็คซ์ม่า
ซึ่ง จำ เป็น จะ ต้อง อยู่ ใกล้ ชิด กับ คน ที่ ใ้ รัย
วัค ซัน มา ใหม่ ๆ. ใ้ ใน การ บ็อง กั้น ผล
แทรกซ้อน. ใน คน ใ้ ใ้ รัย วัค ซัน ที่มี โรค
ร้ายแรง ร่วม อยู่ ด้วย, หรือ เกิด มี โรค ร้าย
แรง ชน ใน ระยะ นน. การ ใ้ รักษา เจเนอรัล
ไลซ์ วัคซีนเนย, เอ็คซ์ม่า วัคซีนาคัม และ

แก๊งกรนส่วคชเนย หรือ ใน ราย อื่นนอก-
เลขน่วคชเนย ทมแผลทคอรเนยควย, และ
ในโป้สท่วคชเนยชั้นเอนเซฟาไลติส ในเวลา
ทกกำลังจะมีการระยาค, ก็ใช้ร่วมในการ
บ้องกันไคควย.

ถ้าไม่มีแก้มมาโกลบิวลินโดย เฉพาะ
ก็ควรใช้แก้มมาโกลบิวลิน อย่าง อื่น ๆ ใน
ชนากสูง ๆ. จะไคผลในรายทความคาน
ทานนอยจากแก้มมาโกลบิวลินใน เลอคทา.
มีรายงาน ๑ รายทมเจเนอรลไลส่วคชเนย
และมีชัยไปแก้มมาโกลบิวลินนี้เมียบ, ใช้
แก้มมาโกลบิวลินที่เตรียมอย่างธรรมคาไค
ผลค.

วรรณี ทิพย์พยอม พ.บ.

๒. Sheldon C. Siegel, Victor Birnberg,
Vincent C. Kelly: การใช้เปรีคินิโซน
ในการรักษาอัลเลอรยัยในเด็ก A.M.A.
J. Dis. Child. 91: 454-459, 1956.

ผู้รายงานไคเสนอผลการรักษาเด็ก ๑๖
รายทเป็นโรคเกยวคขการแพคควยยาเปรีค-
นินิโซน. อายุระหว่าง ๑-๑๑ ปี. ๑๕
รายเป็นโรคหค, ๑ รายเป็นโรคหคควย
กบยะโตบยคเอคชี่มา, ใหยาอยู่บนาน ๑-๒๒
สัปดาห์. ชนาค ๑๕-๒๕ มก. ค่ควนใน

ระยะแรก, จนอาการสงบขงลคชนาคลง-
ระหว่างใหยาไคให้เกลอไปแตสเซียมควย
ควยและลคอาหารเค็ม.

ผลปรากฏว่า ทก ราย มี อาการ สงบ ลง
ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง. ๑ รายมีอาการ
ไตอักเสบอย่างเฉียบพลนเกคชน. นอกน
ไม่มีโรคแทรกชอนร้ายแรง อย่างไค ภาย
หลังใหยาน. ส่วนมากนาคหนักควพเมขน
เนื่องจากการคังของนาคและโซเคียม. นาค
หนักท่วลคลง อย่าง รวด เร็ว หลัง หยคยา.
ระดับ ๑๗ ซัยโทรคอรัคโคสเคอรอยคใน
ชมรมสูงขนตามชนาคยาทให้, แต่ไม่เกยว
โดยครงกบอาการ. แรงคันเลอคระดับซัยโม
โกลบีน, จำนวนเมคเลอคขาว, การครว
บัสสวาระ, โซเคียมและโปแคสเซียมในชมรม
อยู่ในระดับปกติชณะทใหยาน.

ผู้รายงานเชอว่ายาเปรีคินิโซนสามารถ
รักษาโรคท เกคจาก การ แพ้ ในเด็กไคเป็น
อย่างคเชนเคยวกับผู้ใหญ่.

ภทรพร พรณเชษฐ พ.บ.

๓. Sam M. Powell: รายงานผู้บ่วยทารก
๑ ราย ท เป็น ซัย ทิพย์พอยค และ เขอบุสมอง
อักเสบร่วม A.M.A.J. Dis. Child. 91:
380-384, 1956.

ผู้ป่วยเด็กอายุ ๒๖ วัน, รัยไว้ใน ร.พ. ท่วยอาการสำคัญว่าชักมา ๒๔ ช.ม., ไอ และมีไข้ต่ำๆ มา ๗ วัน. ไม่มีอาการทางลำไส้. คับและม้ามคล้ำไม่พย.

เด็กคลอดที่ ร.พ. ได้ ๓ วันก็กลัวย่าน และรัยประทานนมวัวต่อ. ปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์ในเรื่อง ความสะอาดเป็นอย่างดี. ผู้อื่นในครอบครัวสบายค.

ผลการเจาะสันหลัง, น้ำไขสันหลังเป็น เลือดปนหนอง, ความดันเพิ่ม, เม็ดเลือดแดงมี ๔๘๐๐๐ ต่อ ล.มม., เม็ดเลือดขาวมี ๔๔๕๐๐ ต่อล.มม., โปรวเทอน ๗๕๐ มก. ปช., น้ำตาล ๑ มก. ปช. ขอมสพบเชื้อชนิดแท่งแกรมลบ, ใหญ่กว่า ฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนเซ. เพราะเชื้อเป็นเชื้อที่พอยค. การทดสอบวตาลได้ผลบวก ๑ ต่อ ๑๖๐. เพราะเชื้อจากเลือดได้ผลลบ. เพราะเชื้อจาก อูจจาระได้เชื้อที่พอยค. ๒ ครั้ง. การเพาะเชื้อจากเลือดของบิดา มารดาได้ผลลบ.

ครั้งแรกได้ให้ ฆลออร์เตตราซัยคลิน ซัยโครฆลอไรท์, แอควิโนคอรทิคัลเอ็กสแทรกท์, และการรักษาตามอาการอื่น ๆ. หลังจากทราบว่า เป็นเชื้อที่พอยค. ได้เปลี่ยนเป็นฆลอโรมัยเซทินชนิดกิน. ฉีดสเตรปโตมัยซินฉีดเข้ากล้ามเนื้อและไขสันหลัง, ทงๆ

ที่ ทดสอบว่าเชื้อไวต่อฆลออร์เตตราซัยคลิน และสเตรปโตมัยซินมากที่สุด, ออกซัยเตตระไซคลินไวรองลงมา, แต่ไม่ไวต่อฆลออร์แอมเฟนิคอล, ซัลฟาไคอะซินและเพนิซิลลิน. อาการต่างๆ ที่ขึ้นเป็นลำคัยและกลัวย่านหลังจากอยู่ ร.พ. ได้ ๒๓ วัน.

ปรีชา วิจิตพันธุ์ พ.บ.

๔. Ben H. White: การถูกพิษ อะมีโน พยลลินในเด็ก. J. Pediatrics, 49 : 262-271, 1956.

พิษของอะมีโน พยลลินในเด็กได้มีผู้รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. ๑๙๕๐. ต่อมาได้มีผู้รายงานเพิ่มเป็น ๑๖ ราย. ในจำนวน ๔ รายถึงแก่กรรม, ๑๐ รายมีอาการหนัก. ผู้รายงานได้เสนอเพิ่มเติมอีก ๔ ราย. รายแรกอายุ ๒๓ เดือน. ได้กินยาเข้าไปโดยเหตุบังเอิญ. ๓ รายหลังอายุ ๑๘ เดือน, ๖ ปี และ ๗ เดือนตามลำดับ, ได้รัยยาเกินขนาดเพื่อรักษาโรค หัด เนื่องจากหลอกล่อมอกเสีย. ทกรายมีอาการของระบบประสาทกลางมีระดับไขว้ไขว้, มีอาเจียน, ภาวะชักกระตุก, ตันตัน. ๒ รายหลังมีอาการชักกระตุก. ทกรายได้รัยการรักษาหายด้วยยารรัย.

ผู้รายงานได้เสนอ ขนาด ของยาในการรักษาที่โตผลและปลอดภัยคือ ๓.๕ มก. ต่อ น.น. ตัว ๑ กก., นิดเขากล้ามเนื้อหรือ หลอดเลือดดำ; ๕.๐ มก. ต่อ น.น. ตัว ๑ กก. โดยกิน; ๗.๐ มก. ต่อ น.น. ตัว ๑ กก. ทางทวารหนัก. การช้ำยาไม่ควรเร็วกว่า ๗-๘ ชม. การแก้พิษส่วนใหญ่รักษา โดยการให้ ยาระงับ และให้ นำแก่ว่าง ภาย ร่วมกับการรักษาตามอาการ.

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.

๕. Malcolm D. Waite, David D. Colucci, Jerome Glaser: การถ่ายเลือดโดยทางช่องท้อง. *A.M.A.J. Dis. of Child.* 91: 382-384, 1956.

การให้ เลือดทาง ช่องท้อง มีประโยชน์มาก ในราย ที่ต้อง ให้เลือด ช้ำ ๆ กัน เป็น เวลานานและในเด็กที่เล็กมาก ๆ. วิธีให้, เตรียมผู้ช่วยเหมือนกับการเจาะท้องธรรมดา. จุดแทงที่ตักคือทางขอบขวาของ กล้ามเนื้อบริเวณที่จุดกึ่งกลางระหว่างระดับของสะดือและกระดูกหัวเหน่า. ถ้าเข้มนั้น เข้เข้าสู่ช่องท้องแล้ว, เมื่อดองคนนำเลือดเข้าไปจะเข้าไคอย่างง่าย.

ผู้เขียนได้ รายงานผลของการให้เลือด

ทางช่องท้องในเด็กที่เป็น ฮาลาสซีเมียเมเจอร์. พบว่าได้ผลดี. ซีโมโกลบินและซีมาโทคริตเพิ่ม.

ฉวี ประดิษฐ์ทัศนีย์ พ.บ.

๖. David H. Weintraub, M.D., Alvin Tabankin, M.D.: ความสัมพันธ์ระหว่าง วิโทรเลนทลไฟ โบรเพลเซย์ กับความ เข้ม ของออกซซีเจน. *J. Pediatrics* 49: 75-79, 1956.

ผู้รายงาน นี้ ได้ แสดงถึงความสัมพันธ์ ของ วิโทรเลนทลไฟ โบรเพลเซย์ ที่ เกิดใน ทารก คลอดก่อนกำหนดกับ ความเข้มของ ออกซซีเจนที่ใช้, โดยการทดลองในเด็ก ๘๓ คนซึ่งมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ ๑๐๗๕ - ๒๐๐๐ กรัม, ทดลองให้ออกซซีเจนใน ๓ วิธี ให้ ความ ออกซิเจน และเลียง ทารก ด้วย นม ผสมอย่างเดียวกัน. แบ่งเด็กออกเป็น ๒ พวก. พวกที่หนึ่ง ๔๕ คนให้ออกซซีเจน มีความเข้มสูง ๖๐-๖๔ ปรซ. พวกที่สอง ให้มีความเข้มเพียง ๓๐ ปรซ. เป็นเวลานาน ๓๐ วันเท่า ๆ กัน. แล้วแยกเด็ก ออกจากออกซซีเจนทันที. การตรวจจุดพัน คัสของลูกตาเริ่ม ตั้งแต่เด็กมีอายุ ประมาณ ๒-๓ สัปดาห์ และตรวจเป็นระยะ ๆ ทุก

สปีคาคท์.

ผลพบว่าในพวกแรกมี ๓๖ ปช. เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเยอพงผกบางส่วน, ๑๖ ปช. กลายเป็นเยอพงผกไปหมดและตายฉกเลย. ในพวกที่สองมี ๕ ปช. ทมการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดของเยอพงเวตินา; ๓ ปช. มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเยอพงผกบางส่วน. ไม่มีรายที่เปลี่ยนแปลงเป็นเยอพงผกจนหมดเลย.

โดยการลดความเข้มข้นของ ออกซัยเงินลงมาให้หยอชที่สุดเท่าที่จำเป็น. ทำให้ไม่มีทรูเลน ทลไฟ โบรมเพล เซบ หรือ อคราตายของทารกมากจนเลย.

การทดลองนี้เป็นการศึกษาสนันสนุนว่าการให้ออกซัยเงิน ทม ความเข้มข้นสูงเป็นเวลานาน ๆ ก็พอที่จะทำให้เกิด ทรูเลน ทลไฟ โบรมเพล เซบได้.

กาญจนา คัจฉินดา พ.บ.

๗. Louis A. Wikler : การใช้ซัลลอร์โปรมาชันเพอระงับอาการอาเจียนในเด็ก. Arch. Ped. 72: 197-199, 1955.

ผู้เขียนได้ทดลองใช้ซัลลอร์โปรมาชันเป็นยาระงับอาเจียนในผู้ช่วยเด็กอายุ ๓ เดือนถึง ๑๒ ปี, จำนวน ๔๘ ราย. ๑๕ รายเป็นโรคทางเดินอาหารอักเสบอย่างปัจจุบัน, ๑๑

รายเป็นโรค ทอนซิลอักเสบ, ๒๑ รายเป็นโรคติดเชื้อไวรัส และ ๑ รายเป็นโรคหัด. ให้ออกซัยเงินอย่างผลสมนาเสมอ ๕ ราย ขนาด ๑๐ มก. วันละ ๓-๔ ครั้ง. อีก ๓๕ ราย ใช้ยาเหน็บ ขนาด ๒๕ ถึง ๕๐ มก. วันละ ๑-๒ ครั้ง. ๓๔ รายใน ๔๘ รายนี้ไทรบยาจำพวกแอนติไบโอติก, ซัลฟา, และซาลซัยเลทควบควบ.

ผลปรากฏว่าผู้ช่วยส่วน มากทะเลาการอาเจียนลงมากภายใน ๑ วัน. เปรียบเทียบ กับรายที่ไม่ได้มลอโรโปรมาชัน, ซงอาการอาเจียนคงอยู่ถึง ๔๘ ชั่วโมงหรือนานกว่า. ประมาณ ๔๒ ปช. มีอาการม่นงหลังได้รัซัลลอร์โปรมาชันซง เป็นผลเสียขอเดยวเท่านนทพบได้. ผู้เขียนเชื่อว่ามลอโรโปรมาชันน่าจะใช้เป็นยาระงับอาเจียนในเด็กได้.

ภัทพร พรรณเชษฐ์ พ.บ.

๘. Hart E. Yan Riper : การเปลี่ยนโฉมหน้าในการใช้ซอลควักชันในสหรัฐ. Ped. Clin. N. Amer. 457-480, 1956.

ซอลควักชัน เริ่มใช้ เป็น ครั้ง แรก ในอเมริกาในปี ๑๙๕๔. ความประสงค์ของการใช้ก็เพอชงกันไม่ให้เกิดอัมพาตในคนที่ เป็นโรคโปลิโอ, ไม่ใช่ผิดเพอชงกันไม่

ให้เกิดโรค.

การฉีกซอลควคชัน นน กระทำ ดังนี้ :
การฉีกครั้งแรกฉีก ๒ ครั้ง, ครั้งละ ๑ ล.
ชม. เข้าใต้ผิวหนัง, ห่างกัน ๒-๖ อาทิตย์.
หลังจากนั้นประมาณ ๗ เดือนถึง ๑๒ เดือน,
ฉีกขนาดบัสท์ ๑ ล.ชม. ซ้ำ. เวลานยังไม่
ทราบว่าหลังจากฉีกขนาดบัสท์แล้ว, จะมี
ผลอยู่ถาวรเท่าใดต้องรอผลผลการทดลอง
ต่อไป.

การฉีกซอลควคชันเราเริ่มฉีกในเด็กตั้ง
แต่อายุ ๖ เดือนขึ้นไป, จนถึงอายุ ๓๕-
๔๐ ปี. เด็กต่ำกว่า ๖ เดือนเรามักไม่ฉีก,
เพราะ (๑) ในเด็ก ๖ เดือนแรกเข้าใจว่า
เด็กยังมีภูมิคุ้มกันจากแม่อยู่, (๒) ใน ๖
เดือนแรก เด็กสร้างภูมิคุ้มกัน ใ้ น้อยหลัง
ฉีกแล้ว.

วัคซีนที่ฉีกเขาเข้าใจว่า จะทำให้เกิดภูมิ
คุ้มกันขึ้นในร่างกาย, ภายใน ๗-๑๐ วัน.

ข้อห้ามในการฉีกควคชัน : (๑) ไม่
ควรฉีกในระหว่างที่มีโรคอะไรๆ ที่รุนแรงอยู่.
(๒) ในฤดูร้อน (ฤดูแห่งโปลิโอ) หรือ
ระหว่างที่มี การ ระบาดของโรคโปลิโอไม่
ควรฉีกควคชันให้ในรายที่มีอาการป่วยอ่อนๆ
โดยเฉพาะคนไข้ที่มีไข้, เจ็บคอ, อาการ
ทางกระเพาะอาหารและลำไส้. (๓) คน

ในบ้านที่มีผู้เป็นโปลิโอ.

ผลการใช้ในปี ๑๙๕๔, นายแพทย์
โรมัส ฟรังซิส แห่งมหาวิทยาลัยมิชิแกน
ได้สรุปว่า ประมาณ ๖๐-๗๐ ปช. สามารถ
ป้องกันการเกิด อัมพาต ซึ่งเกิดจาก ไวรัส
ชนิดที่ ๑, และประมาณ ๕๐ ปช. ได้ผล
ก่อกวนชนิดที่ ๒ และ ๓. ในแคนาดารายงาน
ว่าวัคซีนชนิดนี้ ป้องกัน โปลิโออย่างเป็นอัมพาต
ได้ประมาณ ๘๕ ปช.

องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่า ในทุก
ประเทศที่มีสถิติของโรคโปลิโอที่เป็น อัม-
พาตสูง ควรมีแผนการที่จะนำซอลควคชัน
นี้ไปใช้เป็นประจำ.

วิชัย กุศลาศัย พ.บ.

๕. J.D. Pickup: ซัยเปอร์วิทิมิโนลิส เอ.
Arch. Dis. Child. 31: 229-232, 1956.

อาการของ ซัยเปอร์วิทิมิโนลิส เอ.
แบ่งได้เป็น ๒ อย่างคือ:

๑. การเป็นพิษอย่างปัจจุบัน. มีอาการ
ปวดศีรษะ, สิ้นใจไหวตัวมาก. และตามด้วย
ซึม, มีอาการลอกของผิวหนังบริเวณขอบ
ตอของผิวหนังและเยื่อเมือกภายใน ๒๔ ชม.
และมีอาการลอกหลุดของผิวหนังใน ๒-๓ วัน
ต่อมา. อาการของการแพ้อย่างปัจจุบัน,

เกิดจากการกินคัพหมี่ขาว, ซึ่งโรคาเลด และมัวร์ (๑๙๕๓) พบว่ามีวิตามิน เอ เป็นจำนวนถึง ๘,๐๐๐,๐๐๐ หน่วยในคัพคิงกิโกลรัม.

๒. การเป็นพิษอย่างเรื้อรัง, ซึ่งเกิดจากการกินวิตามิน เอ. เช่น ในน้ำมันตับปลาหรือโอเลอุม เปอร์โคมอร์ฟิมเป็นจำนวนมากและเป็นเวลานาน, กังวลอย่างกินน้ำมันตับปลายวิธีสุทธิ ๑ ซ้อนชามติดต่อกัน ๖ สัปดาห์, ประมาณวันละ ๕๖๓.๐๕๐ หน่วย.

ชนคนมีอาการเบื่ออาหาร, คันทามผิวหนัง, มีอาการขวมและปวดเจ็บในชั้นใต้ผิวหนังของแขนขาและศีรษะ. มีรอยแตกและมีเลือดออกที่ริมฝีปากหรือบริเวณขอบคอของผิวหนังและเยื่อเมือก. ส่วนคอรัเทคซ์ของกระดูกหนาขึ้นในระยะหลัง. ผมหร่วง, ผิวหนังแห้ง ร่วมกับมีผื่นหรือขี้มา. คับและม้ามโตขึ้นและยังคงคล้ำได้ไปนานซึ่งทำให้เข้าใจว่ามีการทำลายของตับอย่างรุนแรงและถาวรเกิดขึ้น. ถ้าหยุดกินวิตามิน เอ. อาการต่าง ๆ จะหายอย่างรวดเร็ว. อาการเจ็บ, ปวด, เบื่ออาหาร, อาการสะกั้งไหวตัวจะหายไปภายใน ๑ สัปดาห์.

ศรีวงศ์ หะวานนท์ พ.บ.

๑๐. B.B. Breese, Frank A. Disney: เพนิซิลลิน วี. ในการรักษาโรคคิติกเซอจากเบตาฮีโมลิบติกสเตรปโตค็อกคัสในเด็ก. A.M.A. Dis. Child. 92: 20-23, 1956.

บ.บ. บรีส และแฟรงค์ เอ. ดีสนีย์ ได้ทำการทดลองใช้เพนิซิลลิน วี. ในการรักษาโรคคิติกเซอจากเบตาฮีโมลิบติกสเตรปโตค็อกคัสในเด็ก, พบว่า (ก) ๖ รายมีอาการป่วยซ้ำอีก, และกวาดคอนำไปเลี้ยงเชื้อ, พบเชอนภายใน ๖๐ วัน. (ข) ๑๗ รายเป็นพาหะ, ยังคงได้เชอนในคออีกภายใน ๖๐ วัน. (ค) ๑ รายเป็นไตอักเสบปัจจุบันในวันที่ ๘, นับจากวันที่ได้รับการรักษา. (ง) ๘๒ รายหาย, และหายอย่างรวดเร็ว.

จำนวน ๒๓ รายมีอาการกลับอีกและเป็นพาหะมีจำนวน ๕ ราย ที่กวาดคอและนำไปเลี้ยงเชื้อได้เชอนเดิม. ๗ รายได้เชอสเตรปโตค็อกคัสชนิดอื่น, และอีก ๑๑ รายแยกชนิดไม่ได้.

๑ รายที่เป็นไตอักเสบเฉียบพลันนั้น, มีประวัติเป็นเด็กชายอายุ ๑๓ ปี, มีอาการเจ็บคอและมีไข้มา ๑๐ วัน. เจ็บคอมาก, กลืนลำบาก, ค่อมนำเหลืองที่คออักเสบ, มีผื่น ๆ ค่อมที่อนซิลซึ่งโตมากจนเกือบ

จะออกทันลำคอ. เมื่อให้การรักษาโดยเพนิซิลลิน จี. ขนาด ๒ แสนหน่วย จำนวน ๔ เม็ด, ๗ และต่อมาเหลืองทอกละเอียดอย่างรวดเร็วจน. ไข้ลง, และการเลยงเซอจากคอไม่ขึ้น. วันต่อมาการอักเสบที่คอก็หายเป็นปกติ. ๘ วันต่อมาเกิดอาการของไตอักเสบ.

ในการทดลองนี้ไม่พบปฏิกิริยาที่เป็นพิษของยาน. ยานไม่ถูกทำลายโดยน้ำกรวดในกระเพาะอาหารและคอกซ์มีไตในลำไส้.

ศรีวงศ์ หะวานนท์ พ.บ.

๑๑. P.N. Swift: การให้ไอโซโพรินอซิดทางช่องไขสันหลัง เพื่อรักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค. Arch. Dis. Child. 158: 328-332, 1956.

รายงานผู้ช่วย ๑๘ รายที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรคและรักษาโดยการให้ไอโซโพรินอซิดทางช่องไขสันหลัง. ๑๘รายเป็นผู้ใหญ่ ๖ ราย, เด็ก ๑๒ ราย. อายุระหว่าง ๑๕-๕๓ ปี. เป็นรายที่เริ่มเป็นใหม่ ๆ ๖ ราย, เป็นมากแล้ว ๘ ราย, และระยะหลัง ๆ ๔ ราย. ขนาดของยาไอโซโพรินอซิดที่ใช้ ๐.๒-๑.๐ มก. ต่อปอนด์. ผลการรักษา, หาย ๑๖ ราย; ตาย ๒ ราย.

สำหรับโรคแทรกซ้อนเป็นสมองมีน้ำ ๑ ราย, อีโอติกอะโทรฟิซึ่มบางส่วน ๑ ราย, ชัก ๑ ราย, อัมพาตครึ่งซีก ๑ ราย. โรคตามที่เกิดขึ้นคืออัมพาตครึ่งซีก ๑ ราย, อัมพาตแขนขาทั้งหมดร่วมกับการผิดปกติทางจิต ๑ ราย, ตาย ๑ ราย.

การแพ้ยา (๑) การกระตุ้นศูนย์ประสาทกลาง. พบในผู้ช่วยผู้ใหญ่ ๑ รายที่มีการปกติของการตรวจ อ.อ.จ. และมีประวัติการชักในอดีต, เกิดการชักแบบลมบ้าหมู. (๒) การระคายเคืองเยื่อหุ้มสมอง. พบในคนไข้ ๒ ราย. รายแรกนำไขสันหลังแสดงลักษณะการเพิ่มไปสไลม์มอร์ฟ (๓๕๐ ทัว/ล. ซม.), รายที่ ๒ โปรตีนในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น, จนเกิดการออกคั้นของน้ำไขสันหลังข้างบางส่วน. ผู้ช่วยปวดศีรษะ, เบื่ออาหาร, และอาเจียนบางครั้ง.

ไอโซโพรินอซิดมีการระงับการเจริญของแบคทีเรียได้รวดเร็ว. ในการเริ่มเป็นใหม่ๆ ทำให้หายและหมดเชื้อ. ส่วนที่เป็นระยะหลัง ๆ มีการรวมตัวแต่ไม่ปราศจากเชื้อ.

ขนาดของยาที่ฉีด ทพอเหมาะในการรักษาและปราศจากอาการแพ้คือ ๐.๕ มก. ต่อ น.น. ๑ ปอนด์. อาการแพ้ เกิดในขนาด ๑ มก. ต่อปอนด์. อาการที่เกิดการกระตุ้นเกิดในขนาด ๑.๒๕ มก. ต่อปอนด์. ขนาด

ต่ำกว่า ๐.๓ มก. ต่อปอนด์ มีผลในทาง
รักษาซ้ำ.

ผกนภม เศรษฐสังข์ พ.บ.

๑๒. Robert G. Bridge, Francis E. Foley.:
การผ่าน ของ ลูบัสอีรียมาโทซีสแฟคเตอร์
ทางรก. Am. J. Med. Sc. 227: 1, 1954.

ผู้รายงานไตแสดงปรากฏการณ์ แอล.
อี. ในเด็กเกิดใหม่ที่มารดาเป็น เอส. แอล.
อี. (ซิสเต็มิกลูบัสอีรียมาโทซีส) และเข้าใจว่าผ่านทางรก. แอล.อี. เซลล์ แสดงได้
จนอายุ ๗ สัปดาห์ และหมดไปอย่างแน่นอน
๔ เดือนหลังคลอด.

ผู้รายงานได้รวบรวมรายงานต่าง ๆ
พบว่า ผู้ป่วยด้วย เอส.แอล.อี. ๒๐๐ ราย.

สามารถแสดงแอล.อี. เซลล์ ได้ ๕๐ ปช.
พบมากในระยะปัจจุบัน. แสดงยากมาก
หรือแสดงไม่ได้ในระยะร่องปัจจุบันและระยะ
เรื้อรัง.

ทรายเทาที่เขาเขียนรายงานนี้, พบว่า
มี ๑๑ รายที่แสดงปรากฏการณ์ แอล.อี.
ไต, แต่ผู้ป่วยไม่ได้เป็น เอส.แอล.อี. คือ:
(ก) แพ้เพนิซิลลินอย่างรุนแรง ๓ ราย และ
โลหิตจางแบบเปอร์นิเชียส ๑ ราย; (ข)
เคอร์มาไตติส เซอร์เปคิฟอร์มมิส; (ค) ทิส
คอบคัลบัส อีรียมาโทซีสเรื้อรัง; (ง) มีลิ
ซาร์ยทเบอร์คโลซีส; (จ) โรคเลือดจาง
ฮีโมลิติก; (ฉ) เจเนอรัลไลซ์ โมนิลีเอ-
ซีส; (ช) ลิวคีเมีย; (ซ) มัลติเบิลมีอิลโล-
มา.

จิตร วารินทร์ พ.บ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ชำระเงินค่าบำรุง
 ๓. ขอรับเป็นสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกกิจการ

ปกิณกะ

วิตามินเคในทารกเกิดใหม่

ในปี ค.ศ. ๑๙๒๕-๑๙๓๓ (1) มีนักค้นคว้าหลายท่านได้สังเกตพบว่าลูกไก่ที่เลี้ยงด้วยอาหารที่มีไขมันน้อยมักจะมีการเลอออกได้ง่าย ปี ค.ศ. ๑๙๓๑ แม็คฟาร์เลนได้พิสูจน์อย่างแน่ชัดว่าสารที่ขบ่งกันเลอออกในลูกไก่นั้นมีอยู่ในไขมัน. พอในปี ค.ศ. ๑๙๓๔ แคมได้สรุปว่าการที่เลอออกง่ายในโลกไก่นั้นเกี่ยวกับการขาดอาหารซึ่งมีอยู่ในไขมัน, และในข้อมาเขาก็ให้ข้อสารันว่าวิตามินเค (โคแอกเลชันวิตามิน) หลังจากนั้นก็มามีผู้สนใจและค้นคว้าเกี่ยวกับวิตามินเคนี้เป็นอย่างมาก จนกระทั่งปี ค.ศ. ๑๙๓๕ แม็คคอว์โคเวล, แม็คคีสามารถจะแยกวิตามินนี้ออกได้เป็น ๒ รูปด้วยกัน คือ วิตามินเค ๑ จากหญ้าอัลฟัลฟา และวิตามินเค ๒ จากปลาเน่า. วิตามินเค ๒ นี้กล่าวว่ามามีฤทธิ์ทางชีววิทยาเพียง ๒/๓ ของวิตามินเค ๑ ทั้งวิตามินเค ๑ และเค ๒ นี้เป็นสารละลายได้ในไขมัน.

ต่อมาได้มีผู้สังเคราะห์สารอะนาล็อก

ของวิตามินเคที่มีฤทธิ์เกี่ยวกับการขบ่งกันเลอออกได้, เริ่มทั้งแต่ชื่อโอคอล ซึ่งเป็นสารละลายได้ในน้ำ. ต่อมาอะนาล็อกนี้มีมากยิ่งจนจนพอจะสรุปถึงฤทธิ์ทางการตรวจทางชีววิทยาได้, เมื่อได้คิดเปรียบเทียบกับเม็นฟโรนให้เท่ากับ ๑๐๐๐ ดังนี้:

เม็นฟโรน ๑๐๐๐

อะเซโท-เม็นฟโรน ๔๕๐

วิตามินเค ๑ ๓๐๐

วิตามินเค ๒ ๒๔๐

๒ เมธิล-๔-อะมิโน ๑ นัฟโธล-ซัยโคโรลไรท์ ๔๗๐.

กลีโธไซเคียมของ ๒-เมธิล ๑:๔ อมิโนนัฟโธลซัยโคโรลไรท์ควิโนนไดฟอสฟอริก-แอซิกเอสเทอร์ ๔๕๐.

วิตามินเค ๒ เป็นสารสำคัญในการสร้างโปรธอมบินที่ตับ. เมื่อขาดวิตามินนี้ระดับของโปรธอมบินในเลือดจะต่ำ, เป็นผลให้เลือดแข็งตัวช้า. อาจเป็นสาเหตุให้เลอออกได้ง่ายขึ้น. โดยธรรมชาติวิตามินเคพบในผัก, เนอสัตว์, แต่ร่างกายได้

วิตะมินเคจากการสังเคราะห์ของแบคทีเรีย
ที่หมักอยู่ในลำไส้ (โดยเฉพาะ บี.โคไล) เป็น
จำนวนเพียงพอที่จะใช้สร้าง โปรตีนรวมขึ้น
ถ้าหากสภาพที่ยังคงอยู่.

ภาวะเลือดออกง่ายในทารกเกิดใหม่,
ได้เขียนที่รู้จักกันมาแต่โบราณซึ่งมีปรากฏตาม
กฎของลัทธิมอเสสที่กล่าวว่าการขลิบหนัง
ที่หุ้มองคชาติในทารกเกิดใหม่นั้นต้องรอ
จนกระทั่งทารกมีอายุเลย ๘ วันแล้ว. ตาม
ที่ปรากฏในวารสารการแพทย์ครั้งแรก (3)
เกี่ยวกับเลือดออกในทารกเกิดใหม่นั้นมีใน
ปี ค.ศ. ๑๖๘๒. ปี ค.ศ. ๑๘๕๔ ทาวน์
เซนท์ได้เป็นคนแรกที่ชื่อว่า "โรคการตกเลือด
ในทารกเกิดใหม่" ซึ่งได้ใช้ชื่ออยู่จนกระทั่ง
ทุกวันนี้. วิปเปิ้ลในปี ๑๙๑๒ ได้พบว่าโรค
นี้จะไม่พบโปรตีนรวมขึ้นเลยจากการศึกษา
เลือดศพ ๑ ราย. แต่ไม่ค่อยมีคนสนใจ
มากนัก. จนกระทั่งปี ๑๙๒๐ ร็อคคา (4)
ได้พบว่ามีการแข็งตัวของเลือดซ้ำในทารก
พวกนี้, โดยการให้เลือดหยดลงในกระเจก
แล้ววัดตะแคงทุก ๓๐ วินาที, ซึ่งในทารก
ปกติจะแข็งตัวเมื่อ ๕-๘ นาที. แต่ทารกที่
มีเลือดออกง่ายจะแข็งตัวเมื่อ ๓๐-๖๐
นาที. แอบท์ (๑๙๒๓) (4) ได้จัดเรื่อง
เลือดออกง่ายในทารกเกิดใหม่ไว้อันดับแรก

ในเรื่องโรคของทารกเกิดใหม่, และได้อ้าง
ถึงสถิติของโรคนี้ว่าแตกต่างกันมากตาม
สถานที่ต่างๆของโลก, เช่นจาก ลียง-
อิน อะซัยล์ม ที่บอสตัน มี ๐.๖ ๒๕.,
เอฟส์ไคน์-ฟอนต์ลิงอะซัยล์ม ที่ปารีส มีถึง
๘ ๒๕. ในจำนวนนี้กล่าวกันว่าประมาณ
๑๐.๑๕ ๒๕. มีสาเหตุเป็นโรคซีฟิลิสแต่
กำเนิด ส่วนสาเหตุอื่นที่พบคือ เซพซีสใน
ทารกเกิดใหม่. ได้ให้การรักษาโดยการให้
เลือด.

หลังจากนัการศึกษารื่อง วิตะมินเค
มีมากจน, จนกระทั่งปี ๑๙๓๗ แม็ค ฟาร์-
เลน (1) ได้แสดงให้เห็นว่าการขาดวิตะมิน
เค ทำให้ระดับของโปรตีนรวมขึ้นในเลือดต่ำ
ในสัตว์ทดลองลูกตัวนมและคน. ใน
เกี่ยวกับบริงค์เฮาส์ พบว่าระดับโปรตีนรวมขึ้น
ในทารกเกิดใหม่นั้นต่ำกว่าระดับปกติ. หลัง
จากนั้นก็ได้มีการใช้วิตะมินเค ในการ
รักษาและป้องกันเลือดออกง่ายในทารกเกิด
ใหม่. (สภาพของเลือดออกง่ายที่พบนุ่มัก
พบเมื่อทารกอายุได้ ๒-๔ วัน. ประมาณ
๓๐ ๒๕. ออกที่ผิวหนัง, ๗๐ ๒๕. ออกที่
ระบบทางเดินอาหาร, ๒๕ ๒๕. จากสาย
สะดือ. นอกนั้นอาจออกที่สมอง, ปอด, ไต,
ช่องคลอด ฯลฯ และมีก็จะออกพร้อมๆกัน
หลายแห่ง)

หลังจากที่มีการใช้วิตามินเค ในการ ป้องกันและรักษาโรคเลือดออกง่ายในทารก ที่เกิดใหม่อย่างแพร่หลายทำให้สถิติจำนวน โรคคนลตลงอย่างมาก, และการศึกษาเรื่องการแข็งตัวของเลือดมากจน. ปรากฏว่า การที่เลือดออกง่ายในทารกเกิดใหม่นั้น นอกจากเป็นผลของระดับโปรทรอมบินต่ำแล้วยัง เกี่ยวข้องกับการขาดแฟคเตอร์ II และอาจจะมีการขาดแฟคเตอร์ V ร่วมด้วย (3).

วิตามินเค ซึ่งมีจำหน่ายคอนหลังๆ นี้ ก็เป็นชนิดละลายในน้ำและมี ความเข้มข้นสูง ขึ้นโดยหวังที่จะได้ผลดีในการป้องกัน และ รักษาโรคนี้. ได้มีผู้ใช้กันแพร่หลายโดยเฉพาะในทารก คลอดก่อนกำหนดซึ่ง ตาม คลินิกบางแห่งให้ขนาดสูงถึง ๒๕ มก. เป็น ประจำ (สมิธ ๑๙๕๔) (5).

แคว้น อิคเทอร์ส, อาการเหลืองอย่าง มากใน ทารกเกิดใหม่ซึ่ง มีการ ทำลายของ เนอสมอง, มักจะเกิดในวันที่ ๔-๘ หลัง คลอด. ส่วนมากมักจะถึงแก่กรรม. สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจาก Rh หรือ ABO incompatibility. พวกเราสามารถจะป้องกัน ได้ โดยการ ทำการ ถ่าย และ เปลี่ยนเลือด. ในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ (6) ครอสส์กับพวก ได้สังเกตว่าทารกคลอดก่อน กำหนดที่เกิด อาการของแคว้นอิคเทอร์ส (โดยไม่เกี่ยว

ข้องกับการไม่เหมาะสมทางเลือดของ Rh หรือ ABO) มักจะมีประวัติของการขาด ออกซี้เจน และได้รับวิตามินเคมากเกินไป. ลอเรนซ์ ๑๙๕๕ (7) พบว่าในโรงพยาบาล แห่งหนึ่งภายหลังจากที่นำวิตามินเค ขนาด ๑๐ มก. มาให้ทารกเกิดใหม่ ๒-๓ วันติดกัน, มีทารกถึงแก่ กรรม ด้วยอาการ ทาง คลินิก ของแคว้นอิคเทอร์สเมื่ออายุระหว่าง ๖-๑๓ วัน.

เจ.พี. เบานด์ และ ที.พี. เทลเฟอร์ (8) ได้ศึกษาระดับของบิลิรูบินในเลือดของทารก คลอดก่อนกำหนดเมื่อให้วิตามินเค. พบว่า พวกที่ให้ขนาด ๑๐ มก. ๓ วันมีระดับเฉลี่ย ของพลาสมาบิลิรูบิน ๑๕.๔ มก. ต่อ ๑๐๐ ล. ชม. ในจำนวนนมสูงเกิน ๑๘ มก. ต่อ ๑๐๐ ล. ชม. ถึง ๓๘.๒ ปซ. (ทารก ๒ คนถึงแก่กรรมด้วยแคว้นอิคเทอร์ส). พวก ที่ให้วิตามินเค ๑ มก. วันเดียวมีระดับเฉลี่ย ของพลาสมาบิลิรูบิน ๕.๗ มก. และมี จำนวนที่สูงกว่า ๑๘ มก. ต่อ ๑๐๐ ล. ชม. เพียง ๓.๕ ปซ. สาเหตุของการที่ระดับ บิลิรูบินสูงจากวิตามินเคนั้นยังไม่มีความชัดเจน อย่างชัดเจน. เพียงแต่เข้าใจว่าเกี่ยวข้อง กับการเจริญไม่เต็มที่ของตับ. ระดับของ พลาสมาบิลิรูบินสูงกว่า ๑๘ มก. ต่อ ๑๐๐ ล. ชม. เป็นระดับที่ทารกมีโอกาสที่จะเป็น

แมครนอคเทอรัสจากการทรมานแตกละลาย
ของเม็ดเลือดในพวกทมกลุ่มเลือดไม่เหมาะ
สมกัน. (9)

ด้วยเหตุดังกล่าว จึงมีผู้แนะนำการใช้
วิตามินเคในการป้องกันและรักษาโรคเลือด
ออกง่ายในทารกเกิดใหม่, ว่าควรใช้ขนาด
น้อยจะปลอดภัยกว่า, โดยเฉพาะทารก
คลอดก่อนกำหนด. เอ็น.บี. คาปอน (10)
และพวกแนะนำให้ใช้ ๐.๕-๑ มก. (เม-
นัฟโธน บ.พ.ช.) ในการป้องกัน, และ
๑-๒ มก. ในรายทมเลือดออก, เพราะ
จำนวนนกฟอทจะเพิ่มระดับของโปรธอมบิน
ให้สูงปกติได้. อเมริกัน อะคาเดมี ออฟ
พ็คิแอตริส (11) แนะนำให้ใช้ ๒.๕ มก.
ครึ่งแก้ว, โดยกล่าวว่าถ้าให้สูงกว่านั้นจะมี
อันตราย (แต่ไม่บอกว่าอะไร).

เอกสาร

1. F. Bicknell: "Vitamins in Medicine" (1953) 686-712
2. S. Wright: "Applied Physiology" (1952) 151
3. M. Wintrobe: "Clinical Hematology" (1953) 890
4. Abt: "Pediatrics" (1923) vol. II 353-362
5. A. Clement, Smith: Text book, of Pediatrics: Nelson 6 th Ed. 1954, 256
6. Crosse: Arch. Dis. Child. 1955. 30, 501
7. Laurence: Lancet, 1955, i, 819
8. J.P. Bound, P.T. Telfer: Lancet. 1956, ii. 720-722
9. P.L. Mollison., M. Cutbush: Blood, 1951, 6, 777
10. N.B. Capon et al: Lancet, 1956 i, 966
11. Am. Academy of Pediatrics: Hospital Care of Newborn Infants, 1957, p. 64.

ประสงค์ ตูจินดา พ.บ.

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๘๘๖*	๑,๒๑๒	๑,๓๒๔	๑,๑๒๕	๒,๐๕๗*	๓๕๐	๘,๖๖๕*
เก่า		๓,๓๑๘	๑,๕๘๒	๒,๖๑๐*	๑,๔๖๔	๒,๘๕๕	๔๐๑	๑๒,๖๓๐
รวม		๖,๒๐๔*	๓,๑๙๔	๓,๙๓๔*	๒,๕๘๙	๔,๙๑๒	๗๕๑	๒๑,๖๓๕*
ใน		๒๒๕*	๓๐๕	๑,๐๘๑	๑๓๑	๔๐๕*	—	๒,๑๕๖*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๒๖. จักษุฯ ๔๘๕.* สูติ-นารีฯ ๒๔๐. รวม ๑,๑๕๑ ราย.*

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๘๗. หญิง ๓๖๑. รวม ๗๔๘. คลอดตาย, ชาย ๑๒. หญิง ๖. รวม ๑๘.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๐* คน (๘.๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๔๗ ราย. (๒๒.๔ ปช. ของที่ตาย).

๕. การฉายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๒๖ ครั้ง. ข้างนอก — ครั้ง. รวม ๔๒๖ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๑๘๘ คน. รักษาใหม่ ๔๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๓๑ ครั้ง. รักษาใหม่เก่า ๑๐ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๑ ครั้ง. โคอะเธอรัมีย์, รักษาใหม่ — ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๖๗๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๓๓ ราย. (จากภายนอก ๖๑ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน — วัชเชอร์แมนและคานัน ๒,๐๗๒. หมู่เลือด ๓๒๓. นับเม็ดเลือด ๓๐๑. หาเชื้อบักเตรี ๗๔. ตรวจน้ำไขสันหลัง — อูจาระ ๒๘๖. บีสสวาระ ๒๐๘. เสมหะและอื่นๆ — เพาะเชื้อจากเลือด ๑๒๕. อูจาระ ๖๗. บีสสวาระ ๑๓. น้ำไขสันหลัง ๑๒. เสมหะและอื่นๆ ๑๘. นิ็ดสัตว์ทดลอง — เพาะเชื้อบักเตรี ๑๔. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๑๘. ตรวจสพนิติวา ๑๔. ตรวจของกลาง ๒.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๐. เจาะน้ำสันหลัง ๓. เจาะตับ ๒. น้ำช่องปอด ๑๑. อัดลมเข้าช่องปอด — อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๗. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๐. นิ็ดชายฟิลิส ๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๗๖. ถอนฟัน ๓๘๑. อุดฟัน ๑๖๑. ผ่าตัดช่องปาก ๑๖.
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม
หมายเหตุ ผู้ป่วยทางแผนกอายุรฯ และกุมารฯ เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการระบาดของไข้หวัดใหญ่

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของ บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เฉพาะที่มีมูลค่าคงแก่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป คือ :

๑. นายลิม ชรรวมจริย บ้านเฝ้าหลิม เลขที่ ๑๐๑ ตำบลตลาดน้อย อำเภอสัมพันธวงศ์ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "ชรรวมจริย" เพื่อเก็บดอกผลสำหรับชอชยาให้ผู้ช่วยอนาถา โรงพยาบาลศิริราช และอุทิศส่วนกุศลให้ นายชัช ชรรวมจริย บุตรชาย และ ม.ล.หญิงหทัยทิพย์ ปราโมช หลานหญิงผู้ล่วงลับไปแล้ว

๒. นางชน พิทักษากร บ้านเลขที่ ๔๕๖ ตรอกสารภี ๓ กงอำเภอคลองสาน จังหวัดธนบุรี บริจาคพัดลม G.E. Roll around fan ๒ เครื่อง รวมราคา ๕,๐๐๐ บาท ให้แก่แผนกสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

๓. นายเกษม ลำชา และนางวาณี ลำชา บ้านเลขที่ ๓๐๖ ถนนเสื่อป่า จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท เพื่อสมทบทุน ในการสร้างตึก "ทองอยู่ ลำชา" ที่โรงพยาบาลศิริราช

๔. แพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น ๒๔๗๕ ได้ร่วมกันบริจาคเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท เพื่อตั้งเป็นทุน "เงินทุน แพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น ๒๔๗๕" เก็บดอกผลจกชอชงหนังสือ เอกสาร การแพทย์ ให้แก่ ห้อง สมคคณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อเป็นการ แสดง ความ กตัญญู กตเวทิต่อ สำนัก เรียบอนนเขนทเคารพยง

๕. ชนสุนทรสมบัติ บ้านเลขที่ ๑ ซอยฟ้าลงกระฉี่ ๑๒ ถนนพญาไท จังหวัดพระนคร นำส่งเงินรายได้ของ น.ส. เจมิ ชูเกษ ผู้วายชนม์ เพื่อสมทบทุน "น.ส. เจมิ ชูเกษ" สร้างตึกผู้ช่วยในโรงพยาบาลศิริราช งวทท ๑๒ เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท รวมกับชยอกเคมทงสนเขนเงิน ๒๐๕,๐๐๐ บาท

๖. นายนิวัติ และนางบุญเกอ เขญจ-กาญจัน บ้านเลขที่ ๑๐๕๖ ถนนนครไชยศรี อำเภอคูสิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๕,๐๐๐ บาท เพื่อให้ชอม ทค้แปลงห้องคลอกเซปคคค แผนกสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์
เดือน กรกฎาคม ๒๕๐๐
ชุมนุมวิชาการในแผนก
รายงานผู้ป่วยทั่วไป

๑๐ ก.ค. ๒๕๐๐ รายที่ ๑. ผู้ป่วยชาย, อายุ ๔๐ ปี, มีไข้, ไอและหอบมากมา ๓ วัน. นอนหายใจยิ่งไอมาก. ๓ สัปดาห์ก่อนมาเคยป่วยอยู่ใน ร.พ. แห่งหนึ่ง. แพทย์ว่าเป็นไข้หวัดใหญ่. เอกซเรย์อกหลายครั้ง. ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ. ๒ สัปดาห์ก่อนมา, เสียงแหบและไอมากขึ้น, เสมหะน้อย.

เมอริบไว้, อุณหภูมิ ๔๐° ซ. ชีพจร ๑๔๖. หอบ. ส่วนล่างของปอดทั้งสองข้างเคลื่อนไหวน้อย. ฟังไคร้องไหมและครีปีเตชัน. มี "เทรเคิล ทก". อัมพาตของไวกัลคอรักข้างซ้าย.

เมื่กลืนอาหาร ๑๐,๕๐๐ ไปลิ้น ๘๘%, ลิมฟ์ ๑๒%, คาห์นบวกล. ทูเบอร์คูลินลบ. พบสแตฟในเสมหะมาก. เอกซเรย์อกพบ "ก้อนบริเวณเอออร์ตา", อินฟิลเทรชันแถวขั้วปอดทั้งสองข้าง, ลมในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้ายล่าง.

การวินิจฉัยครั้งแรก: (๑) อะนิวิรัสม์ของส่วนโค้งเอออร์ตา.

(๒) ป่นิวโมเนียคิส, ส่วนล่างของปอดทั้งสองข้าง (โรคทนามาร.พ.).

การให้แอนติไบโอติกทำให้การอักเสบของปอดทเลามาก. แต่ ๒ สัปดาห์ต่อมาอะนิวิรัสม์แตก. ผู้ป่วยกระอักออกมาเป็นเลือดสด ๆ และถึงแก่กรรมใน ๑๕ นาที. ตรวจศพพบ ก้อนอะนิวิรัสม์ ยึดติดและทะลุเข้าหลอดเลือดซ้าย.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยหญิง, อายุ ๒๖ ปี, เจ็บในท้องและท้องโตขึ้นเรื่อย ๆ มา ๗ เดือน. มีผื่นคอแตกเป็นหนอง. เมอริบไว้มาก, ซด. ท้องข้างขวามึนนำเหลืองไหลออกจากแผล. ท้องมาน. คลำพบก้อน ซดอยู่บริเวณข้างขวา ของสะดือ. หัวใจและปอดปกติ. ทูเบอร์คูลินลบ. นำจากช่องท้องเอกซเรท. ตรวจทางช่องคลอดพบก้อนในช่องท้องขวาล่าง. ได้ให้การวินิจฉัยครั้งแรกว่าวัณโรคของช่องท้อง. ต่อมาเข้คหน้าท้องลงไปพบ วัณโรคของเยื่อช่องท้องและลำไส้ยึดติดกันเป็นก้อน.

๒๔ ก.ค. ผู้ป่วยหญิง, อายุ ๗๐ ปี, ไอมีเสมหะมา ๑๕ วัน, หอบเหนื่อยมา ๔ วัน. เมอริบไว้อุณหภูมิ ๓๘.๕° ซ. หอบ. มีครีปีเตชันทั่วไปทั้ง ๒ ข้าง. ทูเบอร์คูลินลบ. ตรวจเสมหะสามครั้งไม่พบแอซิดฟาสท์เบซิลไล พบสเตรปและสแตฟมาก.

ลักษณะ จากภาพ เอกซเรย์ คล้าย วัณโรค.
รักษาค้วยเพนซิลลินได้ผลดี.

การบรรยายพิเศษ. โดยนายแพทย์จาก
หน่วยยซอม.

๒ ก.ค. ค็อคเตอร์ ขรวาน์ บรรยาย
เรื่อง "เซพแพคติก โคมา"

๕ ก.ค. ค็อคเตอร์ ขรวาน์ บรรยาย
เรื่อง "อันตรายจากการใช้ คอรัคโคสเทอ
รอยด์คอร์โมน."

๑๖ ก.ค. ค็อคเตอร์ เลย์มาสเตอร์
บรรยายเรื่อง "โรคที่เกิดเพราะ ไวรัส."

๒๓ ก.ค. ค็อคเตอร์ เลย์มาสเตอร์
บรรยายเรื่อง "อินเฟคเซี่ยสเซพธาไตติส."

การร่วม ชุมชุมทาง วิชาการ ระหว่าง
พ.ป. และ หัวหน้า พ.ป.

๑๑ ก.ค. ได้กล่าวถึงประโยชน์การหา
ชีวิต แทรนสอะมิเนส ในการวินิจฉัยโรค.
ไตอย่างกว้างดังข้อความจาก Dis. Chest.
31: 512-522, 1957.

ได้ทราบกันมาตั้งแต่ปี ๑๙๔๑ แล้วว่า
ในทิสชีวิตหลายอย่างของสัตว์มี "กลูตามิค
ออกซาโลอะซิติค อะมิโนเฟอเรส (ทรานส์
อะมิเนส)" และมีอยู่สูงมากในกล้ามเนื้อ
หัวใจ (Cohen and Hekhuis).

ต่อมาจึงมีผู้ หาปริมาณของ เอ็นซัยมนี้
ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ สรุปได้ความว่าเมื่อมี
การทำลายกล้ามเนื้อ หัวใจเอ็นซัยมนี้จะสูง
ขึ้น ๒-๒๐ เท่าของปกติ (ปกติมีอยู่ราว
๑๐-๔๐ หน่วย) สูงขึ้นเร็วมากใน ๒๔
ชม., และเมื่อลดก็ลดลงเร็ว. อาจถึง
ระดับปกติใน ๑ สัปดาห์. โรคอื่นที่อาจทำ
ให้เอ็นซัยมนี้สูง ขึ้นได้คือ โรคหัวใจของตับ,
กล้ามเนื้อ, ไต. แต่ขึ้นไม่สูงมากและเส้น
โค้งที่ไตจะผิดปกติ.

การหา ปริมาณของ เอ็นซัยมนี้ จึงเป็น
ประโยชน์ในการวินิจฉัย อินฟาร์คชันกล้ามเนื้อ
เนื้อหัวใจชนิดปัจจุบัน, เช่น:

๑. ในระยะ ๒-๓ วันแรกท อ.ช.จ.
ยังไม่ แสดง ออกมา หรือ เมื่อมี อวัยวะเมย
มาก.
๒. เมื่อต้องแยกจาก เอ็มโบลีสม์ของ
ปอด.
๓. เมื่อ เกิด ของใหม่ร่วม อยู่กับของ
เก่า.
๔. เมื่อ อ.ช.จ. แสดงผลอย่างอื่นร่วม
อยู่ด้วย, เช่น ผลจากคิจิตาลิส, เยื่อหุ้มหัวใจ
อักเสบปัจจุบัน, บั้นเคิลยวานซ์บล็อกซาเง
ซ่าย.

ไปร่วมหน่วยอบรมวิชาการเคลื่อนที่

๑๑ ก.ค.-๑๔ ก.ค. พ.ญ. ตระหนักจิต ตรีณัฐ และ น.พ. ทองน่าน วิภาต-วณิชย์ ได้ไปร่วมหน่วยอบรมวิชาการเคลื่อนที่ กิจกรรมการแพทย์และหน่วยชุมชน.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

ข่าวแผนกกุมารเวชศาสตร์

มิถุนายน ๒๕๐๐.

วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๐๐ เวลา ๑๕.๓๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จพระราชดำเนินในการพระราชพิธีทรงเย็บตักอานนทมหิตล.

ตักอานนทมหิตลเป็นอาคาร ๒ ชั้นใช้รักษาพยาบาลเด็กป่วยโรคติดต่อเชื้อ ๘๐ คน. ค่าก่อสร้างเป็นเงิน ๑,๒๕๐,๐๐๐ บาทซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระราชทานร่วมกับรายได้ในการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์, เงินพระราชทานจากกองพระมรคกหม่อมเจ้าหญิงไชศรี ปราโมช เงินพระราชทานจากรายได้ทศณะข้าราชการบริพารศิลปินในพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าฯ ได้ร่วมใจกันแสวงหาเงินกู้ยืมรายได้ทุกแหล่ง ถวายสมทบทุนสร้างตักน

และเงินทมิผู้ โดยเสด็จพระราชกุศลครั้งนี้.

นอกจากนี้ได้พระราชทานเงินส่วนพระองค์สำหรับติดตั้งเครื่องไฟฟ้าและกริ่งไฟฟ้าประจำเตียงเป็นจำนวน ๕๑,๐๐๐ บาท. สำหรับเตียงผู้ป่วยประจำตักมี ๘๐ เตียงเป็นราคา ๒๒๕,๐๐๐ บาท ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ, พระราชทานจากเงินสมทบทุนขอเตียงทมิผู้ โดยเสด็จพระราชกุศลและจากเงินส่วนพระองค์เอง. อนึ่งสมเด็จพระราชชนนีฯ ได้พระราชทานเงิน ๓๒,๕๑๖ บาทซึ่งเป็นเงินทมิผู้ถวายโดยเสด็จพระราชกุศลในวันคล้ายวันประสูติ ๒๑ ตุลาคม ๒๔๙๙ เพื่อก่อซื้อเครื่องใช้ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลเด็กป่วยสำหรับตักน.

เดือนกรกฎาคม ๒๕๐๐.

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๐ เวลา ๑๐.๐๐ น. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ วัดสระเกศ ได้มาทำพิธีเย็บตักนฤเบศร์มานิต (สงวน-แซ จุฑาเทมย์)

ตักนฤเบศร์มานิตเป็นอาคาร ๒ ชั้น, สร้างด้วยเงินของหลวงนฤเบศร์มานิตเป็นเงิน ๔๓๕,๔๐๐ บาท. ชั้นบนนี้เด็กป่วยได้ ๒๓ คน. ชั้นล่างเป็นห้องเล่นของเด็กป่วย,

ห้องรับประทานอาหาร, ห้องพักผ่อนกลางวันและสำหรับให้เด็กพิการจากโรคต่าง ๆ ได้รับการช่วยเหลือทางกายบำบัด.

ภัทรพร พรรณเชษฐ์ พ.บ.

ข้าวแผนกรังสีวิทยา สิงหาคม ๒๕๐๐

อาจารย์และพยาบาลไปศึกษาต่อต่าง

ประเทศ

(๑) น.พ. ศุภฎ ประภาสวัตอาจารย์ประจำแผนกได้รับทุน ไอ.ซี.เอ. วันเดินทาง ๒๕ ส.ค. ๒๕๐๐ เวลา ๑.๓๕ น.

(๒) น.ส. อติศ สุขทัต พยาบาลได้รับทุน The China Medical Board of New York วันเดินทาง ๒๕ ส.ค. ๒๕๐๐ เวลา ๑.๓๕ น.

ทางแผนกได้จัดการทัศนาวจรเลียงสังท ยางละม่ง ณ บ้านของ น.พ. อำนวย เสริมสุต ชาวคณะและญาติมิตร ๔๐ กว่าคนได้ชม อ่างเก็บน้ำและเขื่อนารอนศรีราชา, หาดพิทยา, หาดวงพระจันทร์ และหาดจอมเทียน กัยหาดบางแสน.

เครื่องเอกซเรย์ชนิดข้อม

ทางแผนกได้ระงับอุปสรรคในการรักษาคนไข้มะเร็งในวันที่ ๓๑ ส.ค. ๒๕๐๐

เพราะเครื่องเอกซเรย์รักษาทั้งสามเครื่องเกิดเสียในเวลาใกล้ ๆ กัน. คนไข้ที่กำลังรักษาค้างอยู่ต้องแยกย้ายกันไปตามร.พ. อื่น เพื่อบริการรักษาให้ครบ, เพราะถ้าให้รอไปก่อนอาจจะเกิดผลเสียแก่คนไข้มาก, คอมะเร็งลุกลามมากจนหรือมะเร็งเกิดทนต่อแสงเอกซเรย์ได้.

ประชุมวิชาการ

มีการประชุมวิชาการเป็นประจำทุกวันจันทร์ และวันพุธ, โดยเชิญแพทย์แผนกต่าง ๆ เช่นแผนกศัลย์, พยาธิวิทยา, ห, ตา, คอ, จมูก, และอายุรศาสตร์ เป็นต้น, มารวมปรึกษาหารือเกี่ยวกับกรณีศึกษาคนไข้, ขอความเห็นหรือขอทราบผลสุดท้ายของคนไข้ขณะรักษาตัวอยู่ในแผนกนั้น ๆ. ในการประชุมทุก ๆ ครั้งได้รับความร่วมมือจากแพทย์ของแผนกต่าง ๆ เป็นอย่างมาก. แบ่งการประชุมเป็น ๒ อย่างคือ:

(๑) รังสีวินิจฉัย มีทุกวันจันทร์เวลา ๑๔.๓๐ น. และโดยเฉพาะวันจันทร์ของต้นเดือน. ได้เชิญรังสีแพทย์จาก ร.พ. อื่นมาร่วมด้วย. ในการประชุมมีการแสดงภาพรังสีคนไข้ที่น่าสนใจของรังสีแพทย์และแพทย์ทางคลินิก, ของความคิดเห็นในการ

ให้การวินิจฉัยแยกโรคว่าควรจะเป็นโรคอะไรได้บ้าง, การตรวจพิเศษอื่น ๆ, ผลการผ่าตัดหรือตรวจศพและแสดงพยาธิสภาพจากกล้องจุลทรรศน์.

เดือนนมเพียง ๑ ครั้งเท่านั้นเพราะวันอันตรายกษัตริย์ราชการ.

(๒) รังสีรักษา มีทั้งวันพัก เวลา ๑๔.๓๐ น. แสดงคนไข้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกน. จุดมุ่งหมายของการประชุมคือ:

ก. แสดงคนไข้เก่าที่มารับการตรวจผลของการรักษา แสดงลักษณะพยาธิสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของมะเร็งหรือผิวหนังและการหายขาด หรือเป็นมากรุนแรงและหาสาเหตุว่าเพราะอะไร. มีการแสดงภาพก่อนรักษาเปรียบเทียบกับ, การติดตามคนไข้เป็นระยะ ๆ เพื่อดูว่า จะให้คนไข้ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีเมื่อมีการลุกลามของมะเร็ง, ไม่ใช่พอรักษายับลงแล้วหายขาด, แต่ ๓-๖ เดือนให้หลัง มาหา รังสี แพทย์เมื่อมีการลุกลามมากมาพบหมอกว้างเสียแล้ว.

ข. แสดงคนไข้ขณะที่กำลังรักษาอยู่. ปรึกษาวางแผนทาง, การให้ขนาดแสงและหรือแพทย์แผนกอื่น ที่มาร่วมช่วยในการที่จะดำเนินการรักษาต่อไป.

ค. แสดงคนไข้ก่อนให้การรักษาเพื่อ

หรือว่าควรทำอะไร, ให้ขนาดแสงเท่าไรหรือวิธีใดจึงจะได้ผลดีเลิศ.

ง. ในบางโอกาสดำเนินการประชุมแบบผสมผสานโดยเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละแผนกมาพบเรื่องที่น่าสนใจ, เช่น เคยมีเรื่องคอพอกเป็นพิษ, เป็นต้น.

ในเดือนนมการประชุม ๓ ครั้ง. มีผู้ป่วยใหม่ ๓ ราย, เก่า ๑๐ รายเป็นการติดตามผล. เป็นมะเร็งของช่องปากและจมูก ๑๐ ราย, คับอ่อน ๑ ราย, ทา ๑ ราย. ขอนำรายที่มขัญหามาเป็นตัวอย่างดังนี้:

๑. ผู้ป่วยหญิงอายุ ๔๖ ปี เลขที่รักษา ๓๓๐๕ มีทอมในคอโต. แพทย์ทำการตัดทอนซิลออก ๓ เดือนต่อมาเมองอกออกมา. ตรวจพบที่ทอนซิลขวาโต ๑.๕ x ๒ ซม. ผลเนอสแควมส์เซลล์คาร์ซิโนมา. รักษาด้วยรังสี ๕,๑๖๐ รายใน ๕๐ วัน. ผู้ป่วยรักษาแล้วไม่มาติดตามเมื่อหายครบ ๕ ปีพอดีตรวจคอปกติ, มีลิโคเคอร์มาตรงผิวหนังที่คอเนื่องจากเซลล์ตาย. ผู้ป่วยเล่าว่าขณะรักษาคนไข้พากันกลัวแสง เพราะฉายแล้วคอแห้งมาก, เสียงแห้ง, กลืนอะไรเจ็บ. เป็นอยู่ ๒ เดือนเศษ. มีบางคนบอกให้ฟังว่าเขาไม่แพ้แสงมาก, เพราะพยายามบดสั่วนทีละหลอด

เอกซเรย์ไว้ขณะจัดทำ, พอพยายามออกจากห้องจึงลดส่วนนั้นลง. การที่คนไข้อย่างคนรักษาไม่ได้ผลอาจเป็นเพราะเหตุคนประการหนึ่ง, เพราะทำให้มะเร็งโตเร็วแสงไม่เท่าที่กะไว้, เซลล์ของมะเร็งเจริญต่อไปได้. เป็นขอเตือนอันหนึ่ง.

๒. ผู้ป่วยหญิงอายุ ๗๑ ปี, เลขที่รักษา ๕๓๐๒. มีเม็ดเล็กๆ ทรอมบอซัยโตสิส มา ๓ เดือน. ต่อมาโตและแตกออกเรื่อย ๆ จนขนาด ๓.๕x๖.๕ ซม. ขณะตรวจพบสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองใต้คางโตเท่าปลายนิ้วหัวแม่มือ, ยังเคลื่อนไหวได้. ผลเนอสแควมส์เซลล์คาร์ซีโนมา. เป็นผู้ช่วยใหม่. ความเห็นว่าควรหายขาดโดยฉายรังสี, เพราะโตมากเกินขนาดเข็มร่าเคียมจะฝังได้, และว่าจะต้องทำการผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองออกก่อนด้วย. ต่อมาพบว่าก้อนข้างขวาโตขนาด ๘x๘ ซม. และทึบเคลื่อนไหวไม่ได้.

๓. ชายไทยอายุ ๖๗ ปี, เลขที่รักษา ๕๓๐๘, กลืนอาหารสะดวกมา ๑ ปี, ผอมลงมากในเวลาอันรวดเร็ว. เวลาคลื่นปวดกุก. อ้าปากตรวจพบมะเร็งโป่งจากออร์โรฟาริงซ์ (เต็มหมด), ขนาด ๓x๓ ซม. และต่อมน้ำเหลืองคอข้างขวาขนาด ๒x๓ ซม. พยาธิเนอเป็นอะนาพลาซติคเซลล์-

คาร์ซิโนมา, ซึ่งเป็นชนิดที่มักกระจายได้เร็วมาก, จึงมุ่งการรักษาโดยโล่จากข้างนอกไปหาต้นคอ. เซลล์ชนิดนี้จะถูกทำลายง่ายเพียง ๔,๐๐๐ ร่ายเท่านั้นจะยับยั้งไป. ขณะนี้ผู้ป่วยได้รับรังสีที่คอทั้งสองข้าง ๓,๕๘๕ ร่ายแล้ว. ตรวจพบท่อน้ำลายในปากนั้นเล็กลงไปมากมาย, ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้ออกการรักษาเลย.

ข่าวแผนกกายวิภาคศาสตร์

สิงหาคม ๒๕๐๐

อาจารย์ไปศึกษาต่างประเทศ วันที่ ๕
 ส.ค. ๒๕๐๐ แพทย์หญิงผกา ศิริวณิช, อาจารย์ประจำแผนก, เดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา ออกจากท่าอากาศยานดอนเมืองเวลา ๐๑.๓๐ น.

ห้องสมุดของแผนกได้รับตำราเพิ่มเติม

ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมแพทยภาคใต้ ๒๔๕๕ ได้มอบหนังสือ คณิตศาสตร์ จำนวน ๔ เล่มให้ห้องสมุดกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งช่วยด้วยเงินทุนที่เหลือจากภาวใช้จ่ายในการประชุม.

ประดิษฐกรรม นายวินัย คิลกสัมพันธ์
ได้ทำ Vagina Spatula ด้วยเงิน มอบให้
แผนกเพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้า.

กิจวัตร ทางแผนกมีการประชุมทางธุระ
การและวิชาการภายในแผนกประจำสัปดาห์
ทุกวันอังคาร เวลา ๑๔.๐๐ น. ถึง ๑๕.๐๐
น. ซึ่งได้ปฏิบัติกันเป็นประจำเสมอมา. ใน

เดือนนี้มีการประชุมในวันอังคารที่ ๖, ๑๓,
๒๐, ๒๗, โดยอาจารย์ในแผนกได้ผลัด
กันอ่านย่อเอกสาร, และ น.พ. ม.ร.ว.
วระพนธ์ ทววงศ์ ได้เสนอผลงานที่ทำงาน
ในแผนกเรื่องการแตกต่างในที่เกาะต้นของ
กล้ามเนื้อทวารายเซยส.

ถนอมฤดี ภูมิภักดี พ.บ., M.S.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

๖๕๒ บันทึกทนายสมุท

๑ เรื่องของทารกและเด็กเป็นเรื่องที่น่าสนใจน่ารู้และน่าศึกษา. ถ้าหากจะเปรียบเทียบกับชีวิตของมนุษย์ เช่น คง หง เครืองจักร, ทารกและเด็กจะเป็นเครื่องจักรเล็ก ๆ ทั่ว ส่ายไป และ กลไก อัน เล็ก เละเอียด, การยับยั้งคล้ายมีไถ่ง่าย เมื่อใดเกิดมีการยับยั้งคล้าย, นายช่างผู้แก้ตัวจักร ก็ย่อมจะต้องเพิ่มความระมัดระวัง และใช้ความปราณีตยิ่งขึ้นเป็นพิเศษ. เหตุนี้โรคของทารกและเด็ก, จึงต้องอาศัยแพทย์ผู้ชำนาญจริง ๆ โดยเฉพาะ, ไม่แต่เท่านั้นกุมารแพทย์จะต้องมีคุณสมบัติพิเศษเช่นเป็นพิเศษอย่างหนึ่ง คือมีใจรักเด็กและเข้าใจในจิตใจของเด็กเป็นอย่างดี, การรักษาโรคในผู้ใหญ่ เหมือนส่วนใหญ่วารักษาเฉพาะตัวผู้ป่วยเอง แต่การรักษาทารกและเด็กกุมารแพทย์ไม่รักษาแต่เพียงเด็กป่วย หากยังต้องรักษาจิตใจของพ่อแม่ญาติพี่น้องของเด็กอีกหลายต่อหลายคน.

๑ สารศิริราชฉบับนี้ ได้รวบรวมเรื่องเกี่ยวกับโรคของ ทารกและ เด็กไว้ จึงเรียกได้โดยง่ายเต็มทีว่าเป็นฉบับ “กุมารเวชศาสตร์” ที่เรานำออกมาเสนอด้วยความตั้งใจอย่างข่ง. เพราะมีเรื่องที่น่าสนใจ

หลายเรื่องด้วยกัน.

๑ เรื่องนำในฉบับนี้ได้แก่ “โรคโปลิโอ และการรักษาผู้ป่วย ๒๐๔ ราย” ซึ่งศาสตราจารย์ น.พ. อรรถ เนตรศิริ และแพทย์ผู้ร่วมใจร่วมงานเป็นผู้นำเสนอ แม้ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่นำมาเสนอนจะไม่มากนัก, ถ้าหากเทียบกับการระบาดของโรคในต่างประเทศแต่ละครั้ง, ก็ยังเป็นเรื่องที่น่าวิตกอยู่ว่า, โรคนี้เป็นโรคที่แพทย์ไม่ควรจะนิ่งนอนใจ. การคำนึงถึงการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นต่อไปอีก รวมทั้งการรักษาโรค ตลอดจนการบำบัด ผลตามหลังของโรค. การเกิดอัมพาตอันทำให้เกิดการทพพลภาพเกิดขึ้นในผู้ป่วย, ย่อมหมายถึงความอากัพอันใหญ่หลวงทั้งทางกายและจิตใจ. เมื่อกล่าวถึงอัมพาตที่เกิดขึ้นตามหลังมาในโรคโปลิโอ, ก่อตที่ที่จะกล่าวถึงไม่ได้ว่า, อีกในเวลาข้างหน้าซึ่งก็คงไม่ใช่เวลาอันนานนัก, ร.พ. ศิริราชจะมีตักกายภาพบำบัดคนอีก ๑ หลัง โดยอาศัยความร่วมมือขององค์การที่สนใจได้ร่วมกันจัดหาทุนชน. เรื่องที่นำมาเสนอนเราไม่ อาจ ที่จะวิจารณ์ว่ามีคุณค่าเพียงใด, เพราะ รายงาน ได้แสดง ถึงคุณค่าอันหา

