



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

11๑๗ กอ ๑๖๖๗๖๖
มอบให้ห้องสมุด
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๑ Volume 10, Number 1, January 1958.

เยื่อโรคอกสีโคสิส

สุนทร ตันตน์นันท์

W.B., F.C.C.P.

(แผนกอายุรศาสตร์)



“ภาวะธัยรอยด์เกิน” หรือธัยเปียร์-ธัยรอยติสซึม (Hyperthyroidism) หรือธัยโรท็อกสิโคสิส (Thyrotoxicosis) ใช้สำหรับเรียก ภาวะที่ มีธัยรอยด์ฮอร์โมนในร่างกายเพิ่มมากขึ้นกว่าปรกติ.

การแยกประเภท ๑. ต่อมธัยรอยด์โตขึ้นพร้อมๆกับมีอาการเป็นพิษ, เรียกว่าไฮปอร์ธัยรอยด์โรท็อกสิโคสิส, หรือโรคเกรฟว์ (Grave's disease). ในยุโรปเรียกโรคยาเซดาว (Basedow's disease), คอพอกตาพอง (Exophthalmic goiter) หรือเรียกเพื่อให้เข้าใจง่ายว่า คีฟฟ์วส์ท็อกสิคกอยเตอร์

เพราะต่อมโตทั่วไปทั้งต่อม.

โรคนี้มักปรากฏในคนอายุน้อย, มักเป็นในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย. มีอาการเป็นพิษที่แสดงออกทางประสาท. ส่วนอาการทางหัวใจมีน้อย.

๒. ต่อมธัยรอยด์เป็นก้อนขนาดใหญ่ขึ้น, แล้วต่อมาอาการเป็นพิษจึงเกิดขึ้น, เรียกว่า เซกนตารีธัยโรท็อกสิโคสิส, ที่อกสีคอะดีโนม่า, โรคพลัมเมอร์ (Plummer's disease) (เพราะพลัมเมอร์ได้ใช้ไอโอดีนรักษาก่อน). พวกนี้เรียกให้เข้าใจง่ายว่า โนคลูร์ ท็อกสิคกอยเตอร์ เพราะมีต่อมโต

เป็นก้อน ๆ. พวกนี้มักเห็นในอายุกลางคน, มีอาการที่เกี่ยวกับกระดูกหลุดออกและคอหอย, ก็มีอาการทางหัวใจอยู่ด้วย.

การวินิจฉัยโรค อาศัยหลักต่อไปนี้:

(๑) อาการและสิ่งตรวจพบ มีเหนื่อยง่าย, กินจุ, แขนงอก, ผอมลง. ไม่ชอบอากาศร้อน. ใจสั่น. ชีพจรเต้นเร็ว (แม้ว่าตรวจในขณะหลับ). มือสั่น. ลิ้นที่แลบออกมาก. ผิวหนังช่น, เรียบ, มีเหงื่อออกมาก. เมื่อมีคอพอกและตาโปนด้วยก็ยิ่งเห็นได้ชัด.

(๒) การตรวจทางห้องทดลอง

(ก) B.M.R. เพิ่มขึ้น. ช่วงแวงปรกติของ B.M.R. + 10 ถึง - 10 ปร. ฉะนั้น พงษ์เกินกว่า B.M.R. ที่อยู่ในช่วงปรกติ อาจเป็น B.M.R. ที่ปรกติของผู้ช่วยคนหนึ่ง, แต่เป็น B.M.R. ที่สูงขึ้นของผู้ช่วยอีกคนหนึ่งก็ได้.

(ข) โชมเลตเทอร์วอลลดต่ำลง. ความเข้มในคนปรกติ ๑๕๐ มก. ปร. (แผนกศิริวิทยา ร.พ. ศิริราช).

การตรวจทั้งสองอย่างนี้จะแสดงถึงภาวะธัยโรทอกสิโคสิสได้. ถ้าหาก B.M.R. เพิ่มขึ้นและโชมเลตเทอร์วอลลดต่ำลง. เมื่อได้รับการรักษาให้กินแล้ว B.M.R. จะลด

ลงและโชมเลตเทอร์วอลจะสูงขึ้น.

(ค) P.B.I. (Protein-Bound Iodine)

เป็นไอโอดีน ที่อยู่กับโปรตีนในนมหรือปลาสีมา. พบว่าสูงกว่า ๘ มก. ปร. โดยมากอยู่ระหว่าง ๑๐-๒๐ มก. ปร. P.B.I. กับ B.M.R. ไม่ค่อยจะสูงได้ส่วนสัมพันธ์กัน.

(ง) การจับวากิไอโอดีน. วัดจำนวนเปอร์เซ็นต์ที่ต่อมธัยรอยด์จับไอโอดีนที่มีกัมมันตภาพรังสีไว้. อัตราปรกติ ๑๐-๕๐ ปร.

(จ) การทดสอบโดยลองรักษา. ให้กินไอโอดีนโดยใช้ น้ำยาลูกกลอน ครั้งละ ๒-๕ หยด, วันละ ๓ เวลา, ประมาณ ๑๐ ถึง ๑๔ วัน, หรือใช้ไฮโอโยเรชิลาน ๔ ถึง ๘ สัปดาห์. ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น, แสดงว่ามีธัยโรทอกสิโคสิส.

เปรียบเทียบความแม่นยำจากการตรวจทางห้องทดลองได้ดังนี้: B.M.R. มีความแม่นยำ ๖๗ ปร., P.B.I. 80 ปร., และการจับวากิไอโอดีน ๘๕ ปร. (Wohl 1951).

ภาวะแทรกซ้อน จะขอกล่าวถึงเฉพาะที่สำคัญ, คือ โรคหัวใจที่เนื่องมาจากธัยโรทอกสิโคสิส, และอีกอย่างหนึ่งที่เรามักจะไม่นึกถึงแต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้, คือ

อาการค้ำชาน.

ที่เกี่ยวกับหัวใจนั้น, ความจริงในโรคหัวใจที่ออกสติกโคสิสก็มีความผิดปกติขึ้นในระยะหัวใจและหลอดเลือดแล้วตั้งแต่แรก. แต่เราสงสัยกันว่าโรคหัวใจจากโรคหัวใจที่ออกสติกโคสิส (Thyrotoxic heart disease) ทั่วไปสำหรับในระยะหลังๆ ซึ่งมี ออริคลาร์ไฟบริลเลชัน และหัวใจล้มเพราะเลือดคั่งเกิดขึ้นแล้ว (Wood 1950). โรคหัวใจเนื่องจากโรคหัวใจที่ออกสติกโคสิสมักเกิดขึ้นในโนคลาร์-ที่ออกสติกคอกอยเตอร์.

การเปลี่ยนแปลงในทัย ปรากฏว่ามีเนอติบอกลีเซอโรอริ (พาร์เนอซีมาทิสเฮปาทิก) ในประมาณ ๕๐ ปีช. ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเกอร์ฟว์. มีทัยเดอสมสมรรถภาพในประมาณ ๕๐ ปีช. ของผู้ป่วย. ส่วนอาการค้ำชานไม่มี, แต่ที่ว่าเช่นส่วนน้อย (Williams 1950). กลไกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทัยมีหลายอย่าง. การขาดกลัยโคเจนในเซลล์ของทัยเป็นเหตุของหนึ่งซึ่งมีการพองตัวของวิตามิน บี เข้ามาเกี่ยวข้อง.

การรักษา การรักษาโรคหัวใจที่ออกสติกโคสิสนั้นความจริงไม่ใช่เป็นการรักษาต้นเหตุแท้ๆ, เพราะจนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นเหตุแน่. แต่อาการแสดงนั้นเหมือน

กับอาการที่มึนหรืออ้วนขึ้นมากขึ้นในกาย. เพราะฉะนั้นการรักษาจึงมุ่งไปที่การลดการหลังของต่อม, ซึ่งทำได้ ๒ ประการ. ประการที่ ๑ ลดปริมาณของเนอติบอกลีเซอโรอริ, โดย (ก) ผ่าตัด, (ข) ใช้ยาคีโอไอโอดีน, (ค) ฉายรังสีเร็นคเก้น. ประการที่ ๒ ลดปริมาณการสร้างฮอว์โมนจากต่อม, คือการสกัดกั้นทางเคมี (chemical block) โดยใช้ (ก) ยาต่อต้านฮัยรอยด์ (แอนติฮัยรอยด์) (ข) ไฮโอไทด์ (ค) แอนไฮออนบางอย่าง เช่นไฮโอซัยอะเนตและเปอร์มอลเวต.

การรักษาอาการตาโปน และตาโปนจนกลืน โดย (ก) การฉายรังสีต่อมพิทิวทารี, (ข) การตัดต่อมพิทิวทารี, หรือตัดก้านพิทิวทารี (ค) ใช้คอร์ติโคสเตอโรอิด, หรือยาสกัดฮัยรอยด์, (ง) การผ่าตัดตาหรือรักษาเฉพาะที่.

การรักษาทางอายุรศาสตร์ การรักษาโดยทั่วๆ ไปได้แก่:

- (๑) อาหาร. ให้มีแคลอรีสูง, โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตมากๆ, และมีแคลเซียมและฟอสฟอรัสด้วย.
- (๒) วิตามินจำพวกกลุ่ม "บี" คอมเพล็กซ์, "เอ", "ซี" และ "ดี."
- (๓) ให้ยาระงับ. อาจต้องการขนาด

สูง กว่าปรกติ เพื่อช่วยระงับ อาการกระสับกระส่าย.

(๕) เอาใจใส่ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนทั้งกายและใจ. ให้ความเห็นใจ.

(๕) ระงับ อาการ ชัยเปอร์ริชียรอยคัสมีด้วยยาแอนติชียรอยคัส.

ในจำพวกยาแอนติชียรอยคัส, พวกไธโอไซโรเรซิลใช้ได้ผลดี, แต่มีอาการเป็นพิษมาก. ต่อมาใช้เมธิลไธโอไซโรเรซิลและโปรพิลไธโอไซโรเรซิล. ในอังกฤษนิยมใช้มานานแรก, ในอเมริกานิยมมานานหลัง. ขนาดของยาทั้งสองนี้ ใช้ประมาณเท่าๆกัน.

แต่บางแห่งให้ใช้ โปรพิลไธโอไซโรเรซิล

ครึ่งหนึ่งของเมธิลไธโอไซโรเรซิล (Martin 1956). ต่อมาในอเมริกาใช้เมธิมาโซลหรือเมธิลเมอร์คัปโตอิมิดาโซล (Methimazole, Methyl mercaptoimidazole) ซึ่งมีชื่อการค้าว่า "Tapazole". ในตอนแรกๆ ว่าดีกว่าโปรพิลไธโอไซโรเรซิล. แต่ต่อมาพบว่า มีพิษพอๆกัน, คือ ๓-๕.๕ ปร. (McGavack 1954). อีกสารหนึ่งซึ่งคล้ายๆกัน คือคาร์บิมาโซล (Carbimazole), ใช้มากในอังกฤษ. สารนี้เป็นเมธิลคาร์บอเอธิกซัยไธโออิมิดาโซล (methyl carbethoxy-thioimidazole, Carbethoxy thio-methylglyoxaline) ซึ่งมีพิษน้อยกว่า. แผนกอายุรศาสตร์ยังไม่เคยใช้ยาจำพวกเหล่านี้.

ขนาดของยาที่ใช้

ขนาดใช้ มก.	Methyl Thiouracil	Propyl Thiouracil	Methimazole (Tapazole)	Carbimazole
ขนาดแรกเริ่ม	200-400	200-400	20-40	30-45
ขนาดประจำ	50-100	25-100	5-10	10-15

สำหรับขนาดยาที่ใช้ในระยะประจําานเป็นการยากที่จะบอกลงไปให้แน่นอนว่าใช้ขนาดเท่าใด. การให้มากหรือน้อยสุดแต่

ผลที่ได้รับจากผู้ป่วยว่าดีขึ้นได้มากน้อยแค่ไหน.

อาการแสดงว่ายาได้ผล คืออาการใจ

สันถกน้อยลง, ซัพพรซาลง, อาการทาง
ประสาทกขน, B. M. R. ลก. ทอมาอก
หลาย ๆ สปีคาห นานกทว กจะเพมขน,
และกลามเนอกจะมกาลงขนจนเขนปรกค.

เมอใหยาไปไค ๔ ถึง ๗ สปีคาห, ถา
B.M.R. ลกลงสูปรกค, กกลขนากยาลง.
เพราะฉนณผู้บวยทอมาใหทรวจสมาเสมอ
ทก สปีคาห ทลอก เวลา ปรมาณ ๓ เดือน.
เมอลกขนากยาลงแลว, มาใหทรวจ ๑ หรือ
๒ เดือนทอครัง ในระหวางทใหการรกษา.

เวลาทจะใหยาอยางนอยทอองไมทากวา
๖ เดือน. เวลาทเหมาะะปรมาณ ๑๐ เดือน
ถึง ๑ ปี. อาจะใหอยูนานหลาย ๆ ปีก็ไค.

อาการพษ มีอาการเจบคอ, มีไขขน,
มผนตามผวหนง. อาจะมีคยอกเสบควย
ก็ไค, แต่นาน ๆ จึงจะพข. ลิวโคยเนยพข
ไค, ซังอาจะไมรุนแรง, แตบยทก่นา
กลว, เพราะทอไปจะเกคเอแกรนโลซัยโต
ลีสซน. เพราะฉนณในสองเดือนแรกควร
นบเมคเลอกชาวทกครังเดือน. ทอไปทา
เดือนละครัง.

เอแกรนโลซัยโตลีสซนเขน อาการเขนพษ
ทรายแรงทสค. เราไมสามารถขอกไควา
จะเกคขนเมอโต. โดยมากมกปรากฏขน
ในเดือนแรก. บยทการนบเมคเลอกชาว

บอย ๆ ก็ไมสามารถขอลวงหน้าไค. ทาง
ทค ถาหากผู้บวย มีอาการเจบคอ และมีไข,
ควรรวงและเผ่า สังกคทวาจะ มีอาการแพ
รุนแรงเกคขนหรือไม. ในรายทม "ไข,"
ถาสงสยวาจะเนองจากยา, ก็หยคยาเสย
ชวคราว. เมอไขลคแลว, ลองใหยาขนาก
นอย ๆ. ถาหากมีไขขนอก, แสทงวาเกค
ขนจากยาเขนคณเหตุ.

การรกษาเอแกรนโลซัยโตลีสซน, นอก
จากการหยคยา, ใหพักผอนและใหการ
รกษาพยาบาลอยางคแลว, ควรใหแอนติ-
ไบโอติกเขนเพนนิซิลลิน, ใหไอโอกัน, ให
อาหารค, และใหคอรคโคสเรทอรอยคเขน
สยโครคอรคไซนเขาลลคเลอก. อาจะ
ใหยาสคคคย, พยรคคอกซน, วิตะมิน
"บี ๑๒," หรือถาจาเขนอาจทอองใหเลอก
ควย.

เมอใหยาแอนติบยรอยคนาน ๆ อาจะ
ทาใหตาโปนและคอปอกโตขน, ควรให
บยรอยคแหงควยไปควย, เพอไปกระทุ
นอร์โมนจากบคคิตารบ.

การรกษาโดยใชไอโอกัน ใชน้ำยา
ลกลลจะชวยให อาการ ของผู้บวยค ขนชว
ระยะหนง. โดยมากมกรอไวใหกอนผาคค
ปรมาณ ๒ สปีคาหเพอชวยใหคอมบยรอยค

ซึ่ง มีชัย เปรอร์เปด เชีย และ ชัยเปอร์ วาสคูลาร์ ภายหลังการให้ยาแอนติบิรอยต์ กลับมีเลือดน้อยเข้า, ไม่ย่อย. ใช้ขนาดน้ำยา ลูกลด ๕ ถึง ๑๕ หยด, วันละสามครั้ง.

การรักษารักษาโรท็อกสิโคสิสในผู้ป่วยรายต่าง ๆ นั้นผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายมีความเห็นแตกต่างกันบ้าง. Werner (๑๙๕๖) ได้รวบรวมเอกสารไว้และได้กล่าวถึงวิธีที่เห็นสมควร, ซึ่งต่อไปผู้เชี่ยวชาญจะขอคัดคณนำมากล่าวเฉพาะพวกที่สามารถรักษาได้ผลทางยา.

สำหรับพวกที่ใช้ยาแอนติบิรอยต์เป็นเวลานาน ๆ นั้น ผู้ป่วยจะมีอาการคนประมาณ ๗๐-๘๐ ปช. ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้คัดเลือกแล้วว่าสมควรจะให้ยาน, ซึ่งใดแก่พวกที่ไม่ใช่ท็อกสิคกอยเตอร์ที่กลายเป็นใหม่, ก็พบว่าท็อกสิคกอยเตอร์ที่ต่อมโตทั้งสองข้างและมีพิษอย่างรุนแรง. แต่ถ้าหากใช้ ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเลือกสรรก่อน, ผลที่ได้ก็เหลือประมาณ ๔๐-๕๐ ปช.

ในรายที่มีต่อมโตเล็กน้อย, การให้ยาจะได้ผลดีมาก.

ในรายที่มีตาโปนด้วย, การให้ยาจะได้ผลไม่เต็มไป.

ท็อกสิค โนคลาร์ กอยเคอร์ไม่ได้ผลเลยจากการรักษาด้วยยาแอนติบิรอยต์, จึงให้รักษาทางศัลยกรรมหรือใช้รากิไอโอไอโอดีน.

เกี่ยวกับโรคหัวใจมีข้อสังเกต ๒ ข้อ.

(๑) โรคหัวใจเนื่องจาก ธิโรท็อกสิโคสิสจะให้การรักษาทางยาก เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด, หรือในรายที่มีอายุมากเสี่ยงอันตรายต่อการผ่าตัดและไม่มีความอดทนต่อฟไอไอโอดีนใช้. อาการของออร์คิลาร์ไฟบริลเลชันและหัวใจล้ม เพราะเลือดคั่งจะเกิดขึ้นถึงเป็นปรกติได้. ในรายที่จะให้ยาแอนติบิรอยต์อย่างเคียวไปนาน ๆ อาจจะให้ให้นานถึง ๒ ขหรือหลายขก็ได้.

(๒) ในรายที่มีธิโรท็อกสิโคสิสและมีหัวใจอ่อนด้วย, เช่นล้มไม่ตรัสคยเป็นต้น, ถ้ามีทามบิคาร์เตยหรือออร์คิลาร์ไฟบริลเลชัน โดยไม่มีอาการหัวใจล้มเพราะเลือดคั่ง, หากรักษารักษาโรท็อกสิโคสิสให้ดีขึ้น, อาการทางหัวใจจะทะเลา. บางรายที่มีหัวใจล้มเพราะเลือดคั่งและออร์คิลาร์ไฟบริลเลชันต้องให้ดิจิเทลิสและยาขับปัสสาวะด้วย, แล้วให้ยาแอนติบิรอยต์และไอไอโอดีนก่อนทำผ่าตัด. การผ่าตัดจะช่วยให้ออร์คิลาร์ไฟบริลเลชันหายไปได้. ถ้า ๒ สัปดาห์หลังผ่าตัดแล้วยังไม่หาย ก็ใช้ กวินคิน

ช่วย.

อาการที่ชาน เกิดจากตับ มีการ อักเสบ ซึ่งเนื่องมาจากหมกกลัยโคเจิน, เพราะว่า หมกกลัยโคเจินโนลียัสและพวองวิตามิน "บี", ทำให้มีอันตรายต่อตับมากขึ้น, และอาจทำให้มีไวรัสโรสเกิดขึ้นได้พร้อมทั้งอาการที่ชานด้วย. การรักษาให้คาร์โบไฮเดรต, วิตามิน "บี หนึ่ง" และคอร์ติโคสเตอรอยด์. เมธิลลธิโอโยเรซิลไม่ควรใช้, เพราะว่ากลุ่มเมธิลลมีพิษต่อตับ.

ในหญิงมีครรภ์ใช้รากไฮโอไอโคโนไม่ได้เลย, การรักษาจึงจำเป็นต้องเลือกกระหว่าง การผ่าตัดหรือใช้แอนติบิรอยด์. โดยมากตกลงกันว่าถ้าพบผู้ป่วยในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ให้ยาแอนติบิรอยด์. การให้แอนติบิรอยด์ต้องระวังอย่าให้ ถึงระยะซี-โปรบิรอยด์, และอย่าให้ B.M.R. ต่ำกว่า +๒๕ ปช. ในระยะ ๓ เดือนก่อนคลอด. ขนาดยาที่ให้ง่ายใช้ครึ่งเคียวหรือเศษสองส่วนสามของคนที่ไม่ตั้งครรภ์. ทงนเพอของกนไม่ให้ทารกเกิดมา มีกอยเตอร์ และเป็นซี-โปรบิรอยด์, หรือแม่ตาย. ในระหว่างที่ให้ยาแอนติบิรอยด์, ให้บิรอยด์แห่งควยก

ได้. อนึ่งยาแอนติบิรอยด์ขับถ่ายออกใน นานมควย, จึงให้บุตรคนไม่ได้.

บิรที่อกสโคส ในเด็กควรให้ แอนติบิรอยด์มากกว่าใช้การผ่าตัด, เพราะว่า ผลที่ได้จากการ ผ่าตัดในเด็ก ไม่ดีเท่าในผู้ใหญ่, และยังมีอาการกระทบกระเทือนทางจิต เกิดขึ้นด้วยในการผ่าตัด.

เพราะฉะนั้นสรุปได้ว่าการเลือกรักษาผู้ป่วยนั้นสุดแต่แต่ ชนิดของ บิรที่อกสโคส, อายุ, สุขภาพ, และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย, รวมทั้งความสะดวกในการเลือกวิธีที่จะนำมาใช้บำบัดให้เหมาะสม.

เอกสาร

1. M.G. Wohl: Textbook of Medicine, Lea & Febiger, Philadelphia 1951.
2. P. Wood: Diseases of the Heart and Circulation. J.B. Lippincott. Philadelphia, 1950.
3. R.H. Williams: Textbook of Endocrinology. W.B. Saunders, Philadelphia, 1950.
4. L. Martin: The Practitioner 176: 592, 1956.
5. Mc Gavack: J. Clin. Endocrinol. & Metab. 14: 948, 1954.
6. S.C. Werner: J. Chronic Dis. 4: 216, 1956.

บทความพิเศษ

ธีรยศชัยโรโมน สตรีเคมีและสตรีวิทยา

สนอง อุณากร
พ.ด., M.S. (Minn.)

สตรีเคมีของธีรยศชัยโรโมน

เนื่องจาก การค้นพบไอโอดีน ในต่อม
ธีรยศชัยโรโมนเป็นครั้งแรกโดยเขามันน์ (Bau-
mann) เมื่อปี ๑๘๕๕, และต่อมาในปี ๑๘๕๕
ออสทวัลด์ (Ostwald) พบว่าไอโอดีนใน
ต่อมอยู่ร่วมกับโปรตีน, จึงได้ตั้งชื่อว่า “ธีร-
โรโมนกลูบิน”. สารนี้มีไอโอดีนอยู่ ๐.๕-๑
เปอร์เซ็นต์. หลังจากนั้นก็มีการศึกษาค้นคว้าใน
เรื่อง เมตาบอลิซึมของไอโอดีน กับต่อมธีร-
ยศชัยโรโมนอย่างกว้างขวาง. เมื่อประมาณสิบห้า
ปีมาแล้วมานได้เข้าใจกันว่าปัญหาใหญ่ ๆ
เกี่ยวกับ สตรีเคมี ของธีรยศชัยโรโมน
แล้ว. คือทราบว่าต่อมธีรยศชัยโรโมนสังเคราะห์
ธีรโรโมนกลูบินขึ้น, เช่นฮอร์โมนที่เกี่ยวกับ
ในต่อมธีรยศชัยโรโมน. ส่วนตัวฮอร์โมนที่ส่งเข้า

สู่กระแสโลหิตคือธีรโรโมน (พบโดยเค็น
คอลลด์ (Kendall) เมื่อปี ๑๙๑๕) โดยสัง-
เคราะห์ขึ้นจาก ๓,๕-ไดไอโอโคทัยโรซีน
(พบและพิสูจน์โดย แฮริงตัน และ บาร์เกอร์
(Harrington, Barger) ในปี ๑๙๒๗). แต่
ในระยะ ๑๕ ปีหลังนี้เอง, โดยการนำเอา
กัมมันตรังสีไอโอดีนมาใช้ เป็นสาร ช้ทาง
(tracer) ประการหนึ่ง, โดยการนำโพรมา
โทกราฟมาใช้วิเคราะห์นำสะกัต่อมธีร-
ยศชัยโรโมน, และโดยการใช้ยาพวก
ที่ทำให้เกิดคอพอก (goitrogenic drug)
ซึ่งสะกักักันระยะต่างๆ ของการสังเคราะห์
ธีรโรโมนอีกประการหนึ่ง. จึงได้พบว่ามีการก
อะมิโน ธีรโรโมนกับไอโอดีนอีกหลายชนิดที่มี

ส่วนแรกของควย(*) และซึ่งไม่เคยพบกัน
มาแต่ก่อน. การค้นพบเหล่านี้ช่วยแสดง
ให้ทราบว่า ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ เรืองนมิใช่
เป็นเรื่องง่าย ๆ ถึงที่เข้าใจกัน. เรืองนเป็น
แบบเดียวกับฮอร์โมนของเปลือก ต่อมหวมก
ไตหรือของรังไข่ ซึ่งแต่เดิมก็เข้าใจกันว่า
เพียงชนิดเดียว. แต่ในปัจจุบันนี้เฉพาะ
ของเปลือกต่อมหวมกไตก็พบกว่า ๓๐ ชนิด
แล้ว. ฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ก็เช่น
กัน. ไตเซอกันมาถึง ๓๕ ชนิดแล้วว่าธัยรอยด์
ชั้นเป็นฮอร์โมนเพียงชนิดเดียวของต่อม
ธัยรอยด์. บทความใดเปลี่ยนความคิดไปแล้ว,
โดยที่ Gross และ Pitt-Rivers (๑๙๕๑)
พบ ๓, ๕, ๓-ไทโรไอโดโรนินในกระแส
โลหิต, ซึ่งมีฤทธิ์อย่างเดียวกันแต่แรงกว่า
ธัยรอยด์จนถึง ๕ เท่า.

การเจริญเติบโต, การผลิตและการ
หลังฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ก็, อยู่ภายใต้
ในการกำกับของต่อมพิทูอิทารีกลีบหน้า,
ซึ่งหลังธัยโรโทรบิค ฮอร์โมน มาควบคุม.
การควบคุมนี้เรียกได้ว่าเป็นแบบอัตโนมัติ.
ต่อมพิทูอิทารีเปรีพเฮอร์โมส
แตรท, และต่อมธัยรอยด์เหมือนกษेत्रอง

ทำความร้อน. ถ้าระดับของธัยรอยด์ฮอร์-
โมนในเลือดต่ำกว่าธรรมดา, ต่อมพิทู-
อิทารีจะตกกระตุ้นให้หลังธัยโรโทรบิค
ออกมาช่น. ฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์
ให้ผลิตและหลังฮอร์โมนให้มากขึ้นอีกจนพอ
กับความต้องการของร่างกาย. ตรงกัน
ข้าม, ถ้าหากธัยรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูง
เกินกว่าปรกติ, ต่อมพิทูอิทารีจะตกยับ
ยั้ง, ให้หลังธัยโรโทรบิคน้อยลง. Wolff และ
Chaikoff (๑๙๕๘) แสดงว่าถ้าพลาสมา
ไอโอไดด์สูงกว่า ๓๐ แกมม่า พีซี. จะยับ
ยั้งต่อมพิทูอิทารีกลีบหน้าให้หยุดหลังธัย-
โรโทรบิค. ต่อเมื่อไคระกซ์ของธัยรอยด์ชั้น
หรือไอโอไดด์ในเลือดต่ำกว่าระดับดังกล่าว,
ต่อมพิทูอิทารีจึงจะส่งฮอร์โมนมาใหม่อีก,
เพื่อช่วยให้ระดับของธัยรอยด์ชั้นในเลือดเป็น
ปรกติ. และพดักกับการทำงานของร่างกาย
อยู่เสมอ. ซอนเรียกว่า “แกนพิทูอิทารี
ธัยรอยด์”. จากันเห็นได้ว่าถ้าหากควยเหตุ
ใดก็ตามปริมาณ ธัยรอยด์ฮอร์โมนลดต่ำ
กว่าปรกติ, ธัยโรโทรบิคก็จะเพิ่ม, ทำให้
เกิดธัยเปอรเพลเซีย, ธัยเปอรโทรบิคและ
มีเลือดมาสู่ต่อมธัยรอยด์มากขึ้น, เป็นเหตุ

(*) ๑๙๔๘ Fink และ Fink พบโมโนไอโอโดไทโรซีน โดยใช้ไอโอดีน ๓๓๑. ๑๙๕๑ Gross และ
Pitt-Rivers พบ ๓, ๕, ๓ ไทโรไอโดโรนินในพลาสมาและธัยรอยด์. ๑๙๕๒ Roche และ Michel พบ
โมโนไอโอโดซิสตีดินในต่อมธัยรอยด์ถึง ๒ พีซี. ของไอโอดีนในธัยรอยด์ทั้งสิ้น. ๑๙๕๕ Roche และ Michel
พบ ๓, ๓ ไดไอโอโดโรนิน (ไม่มีฤทธิ์เลย).

ให้ต่อมโตหรือที่เรียกว่า “คอปอก” (goitre).

เมตะบอลิซึมของไอโอดีนอาจแบ่งออกได้เป็น ๒ ตอนด้วยกัน.

๑. การดูดซึม ไม่ว่าไอโอดีน, ไอโอดีน หรือไอโอดีนเคททิกนเข้าไป, ต้องเปลี่ยนให้เป็นไอโอดีนที่เสถียรก่อนจึงจะถูกดูดซึมผ่านผนังลำไส้เข้าสู่ กระแสโลหิตได้. ตามปรกติร่างกายต้องการไอโอดีนเพื่อสุขภาพที่เสถียรไปแต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้นเอง, คือปริมาณ ๐.๑ มก. ต่อวันหรือประมาณ ๔๐ มก. ต่อปี. แม้กระนั้นก็ยังพบโรคคอปอกซึ่งเนื่องจากการขาดไอโอดีนเป็นโรคประจำถิ่นได้ทั่วโลก.

๒. การเก็บไอโอดีน เมื่อไอโอดีนผ่านมาถึงต่อมธัยรอยด์ซึ่งมีคุณสมบัติในการจับไอโอดีนไว้ดีกว่าที่อื่น ๆ ของร่างกายถึง ๘๐ เท่า, ธัยรอยด์จะจับไอโอดีนไว้แล้วออกซิไดส์ให้เป็นไอโอดีนโดยทันที. ความสามารถในการจับไอโอดีนควบคุมโดยธัยโรโทรฟิคฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารี. Stanley และ Astwood แสดงว่าอัตราการสะสมไอโอดีนโดยต่อมธัยรอยด์ในคนจะเพิ่มขึ้นภายใน ๒-๓ ชั่วโมงภายหลังจากให้ธัยโรโทรฟิคฮอร์โมน

ปฏิกิริยาที่ออกซิไดส์ ไอโอดีนให้เป็นไอโอดีนนั้น ถูกยับยั้งโดยซัยอาไนต์และไฮโอซัยอาเนท (Van der Lann 1947), เปอร์มิลอเรทและแอนไอออนอื่น ๆ (Wyngaarden 1952). สารต่าง ๆ ที่กล่าวจะยับยั้งเอ็นซัยม์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง. โดยเฉพาะพวกไฮโอซัยอาเนทตามปรกติก็พบมีอยู่ทั่วไปในร่างกาย, ในเลือดในน้ำลาย, และขี้ส้วมของคนปรกติด้วย, แต่ที่ว่ามีเพียงขนาดน้อย. ทนทานใจคอปอกว่ามีมากในพืชผักบางอย่าง, เช่นพวกกะหล่ำปลี เป็นต้น. เพราะฉะนั้นในบางถิ่นที่ประชาชนนิยมกินพืชผักเหล่านี้เป็นอาหารมาก ๆ และขี้ขุย ๆ โดยมีไคทมิให้เสถียรก่อน, หรือกินนมจากวัวที่กินพืชผักเหล่านี้, ก็พบว่าเกิดเป็นโรคคอปอกชนิดประจำถิ่นกันมาก, ทั่ว ๆ ทั่วอาหารไม่ขาดไอโอดีน. อย่างไรก็ตาม, ถ้าหากให้ไอโอดีนขนาดมาก ๆ ด้วย, ก็ยังกันการเกิดเป็นคอปอกได้.

ที่ทราบเรื่องนกัน เป็นครั้งแรกก็โดยในสมัยหนึ่ง ได้นิยมใช้ ไฮโอซัย อาเนทรักษาโรคความดันเลือดสูง. ในปี ๑๙๓๖ บาร์เคอร์ (Barker) ได้ให้ไปแคสเซียมไฮโอซัยอาเนทแก่ผู้ช่วยหลายราย, และพบว่าส่วนมากคอปอกโตขึ้น, และเมื่อให้กิน ธัยรอยด์ทุกวันก็กลับสู่สภาพปรกติ.

๓. การจับกับไอโอดีน ไอโอดีนอินทรีย์ ภาย หลัง ที่เกิดขนาจาก การออกซิไดส์ของไอโอดีนที่จับกับอัยโรซีนทันที, โดยอาศัยเอนไซม์อัยโรซีนไอโอดิเนส (Fawcett 1954) จับกับโคโมรโมออกซิเดสที่มีอยู่ในเอมบริโอของตัวอ่อนของตัวอ่อน, กลายเป็นโมโน และไอโอดีนอัยโรซีนตามลำดับ. ปฏิกริยานี้ถูกขยับยั้งโดยสารพวกที่หมอนพอนซ์ไอโอดีนเรียมและไอโอดีนเรซิด (ที่นิยมกันมากในปัจจุบันคือโปรบิซิลไอโอดีนเรซิด) และพวกอิมิดาโซล, เช่นทาปาโซล (๑-เมธิล-๒-เมธิล-๒-อิมิดาโซล). โดยที่สารเหล่านี้มีฤทธิ์อย่างแรง, เพราะฉะนั้นจะลดล้างโคเอนไซม์ซึ่งเป็นพวกออกซิไดซิงเอนไซม์. นอกจากอนพอนซ์ต่าง ๆ ซึ่งนิยมใช้เป็นยารักษาโรคคอโมอัยรอยด์เป็นพิษ (เรียกว่ายาแอนติอัยรอยด์) แล้ว, ที่น่าสนใจคือไอโอดีนขนาดมาก ๆ. ก็มีผลทำนองเดียวกัน, ทั้งได้ใช้กันมาก่อน, โดยนายแพทย์พลัมเมอร์ (Plummer) แห่งเมโยคลินิกได้เริ่มใช้น้ำยา ลกอล ในการเตรียมคนไข้คอ พอกตาพองสำหรับ ผ่าตัดตั้งแต่ ๑๙๒๓. มีนส์ (Means) แห่งแมสซาชูเซตส์ เจเนอรัลฮอสปิทัล ได้ เป็นคน นำยานมาใช้รักษาโรคคอโมอัยรอยด์เป็นพิษในปี ๑๙๓๗

โดยให้กิน ๑๐ มก. ต่อวัน, ซึ่งมากกว่าขนาดปรกติ (๐.๑ มก.) ถึง ๑๐๐ เท่า. ทั้งนี้โดยที่มันมีฤทธิ์ ขยับยั้งคอโมอัยรอยด์ให้หยุดหลังอัยโรโทรบิซอร์ โมนโคดิง กล่าวแล้ว.

หลังจากที่แอสทูด (Astwood, 1943) ในอเมริกาและฮิมส์เวิร์ธ (Himsworth, 1943) ในอังกฤษได้นำไอโอดีนเรซิดมาใช้รักษาโรคคอโมอัยรอยด์เป็นพิษ, เป็นผลให้เกิดไอโอดีนเรซิดกอยเตอร์กันมาก. ทั้งนี้เนื่องจากการสังเคราะห์อัยรอยด์ของโมนโคดิง, จึงมีการหลังอัยโรโทรบิซอร์เพิ่มขึ้น, ทำให้เกิดอัยเปอร์เพลเซีย, อัยเปอร์โทรฟิและเม็ดเลือดมาสู่คอโมอัยรอยด์มากขึ้น, เป็นเหตุให้เกิดคอพอกทั้งกล่าวแล้ว. การผ่าตัดก็ทำได้โดยยาก. จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงใช้ยาพวกไอโอดีนเรซิดควบกับไอโอดีนเรียมไอโอดีนเรซิด, เพื่ออาศัยไอโอดีนเรียมขยับยั้งการหลังของอัยโรโทรบิซอร์, ทำให้ผลไม่ต่าง ๆ หายไปและผ่าตัดได้ง่าย.

ในรายของไอโอดีนเรซิดกอยเตอร์นั้นยาบดด้วยไอโอดีนไม่ได้ผล. เพราะว่าแม้จะมีไอโอดีน จนมาก เกินพอ ในอัยรอยด์ ก็ตาม, แต่ ไอโอดีน ก็จะไม่สามารถ จับกับ อัยโรซีนได้.

เคลาส์ (Clausen, 1951). ใ้รายงาน พ. เอ. เอส. กอยเตอร์ซึ่งเกิดหลังใ้ พ. เอ. เอส. ในการรักษาวัณโรค. กอยเตอร์น มีลักษณะ แขนงเดี่ยว กัยไฮโอยู เรซิด กอยเตอร์. ทงนักโดยทยาพ. เอ. เอส. เป็นพวกอะมีโนพีนอลตนเอง.

ที่น่าสังเกตกคือการให้ยาแอนติบิรยอยต์ เพื่อรักษาโรควิรยอยต์เป็นพิษ, กว่าจะเห็นผลกัต้อง ๒ สัปดาห์ผ่านไปแล้ว. ทงนัโดย ทยานน ๆ ไม่มีอำนาจทำลายอัยร็อกซินใน กระแสโลหิตหรือทผลิต ชนแล้ว ในต่อมอัย รยอยต์. เพราะฉะนั้นผลจึงไม่เกิดทันทันทันใด แต่จะเกิด กตอเมื่อ อัยรอก ชนทม อยู่ ในตัว ลกลงแล้ว, และไม่มีอาการสังเคราะห์ชนใหม่ อีก.

๕. การสังเคราะห์ อัยรยอยต์ ฮอร์โมน

ไคโอไอโคทัย โรซิน ๒ อดู จะถูกออกซิ- ไทส์ และจับ ถัน เข้า เป็น เตตรา ไอโอโค อัยโรนินและอัยร็อก ซินตามลำดับ, โดย อาศัย ออก ซิไค ซึ่งเอน ซัยม์และ อัยโรโทร บัคฮอร์โมน. อัยร็อกซินนอาจถูกกไ้เอนคน ให้กลายเป็น ไทรไอโอโคอัยโรนิน, ซึ่งมี ฤทธิ์แรง กว่าอีกทอ หนึ่งกัไ้, กั้ทไ้โรเซ่ และมีเช้ล (Roche, Michel) พยไอโอคั- เนดิงกเอนซัยม์ในต่อมอัยรยอยต์. อย่างไรกั

อัยร็อกซินนอาจถูกเปลี่ยนให้เป็น ไทรไอโอ โคอัยโรนินตามอัยวะรอน ๆ กัไ้, เพราะ มีผู้พบเอนซัยม์นในอัยวะรอน ๆ หลาย อย่าง, เช่นแอลไบรท์ (Albright) พยในไต, ลาร์สัน (Larson) พยในกล้ามเนื้อหัวใจ และแม็คลาร์เกิน (MacLargen, 1954) พย ในไต. ระยะเวลาพว่าจะถูก ยัยยง โดยสาร พวกอะมีโนพีนอล (Astwood, 1954), เช่น พวกซัลโฟนะไมค์ในขนาดสูง ๆ.

อัยร็อกซินกั, โมโน-, ไค-, และ ไทร ไอโอโคอัยโรนินกั, จั้รวมอยู่กับคยล- ลอยต์ ซึ่งเป็น กลัยโคโปรเทอินใน ต่อมอัย- รยอยต์. จั้กัว่าเป็นสภาพของฮอร์โมนทเก็ย สำรองไว้ ในต่อม, และทออสทวลดกตงซอ ให้ว่าอัยโรไกลบูลินดิงกล่าวแล้ว.

๕. การแปรสภาพเป็นฮอร์โมน โดย

ทัอัยโรไกลบูลินมีอดูใหญ่, น้ำหนักอดูถึง ๖๘๐,๐๐๐, จึงไม่สามารถผ่านเข้าสู่ กระแสโลหิตได้. เพราะฉะนั้นมันต้องถูก ฮัยโคโรลัซให้เป็นอัยร็อกซิน และ ไทรไอโอ โคอัยโรนินเสียก่อน. การเปลี่ยนแปลงน ควยคมโดยอัยโรโทรบั้น และโดยอาศัย โปรคัไอ ลัย คิค เอน ซัยม์ "คาเช้ฟซิน" (พบโดยเคอโรเบอรัคิส, De Robertis 1941). ร่าง กาย ของ คน ปรกติ มี อัยร็อกซินทงสน

ประมาณ ๑๕ มก. จำนวนที่ผลิตขึ้นใช้ทดแทนวันละ ๐.๓๓ มก. แต่ในรายที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากกว่าปรกติ, อาจมีสูงกว่่านถึง ๑๐ เท่าได้. เพราะฉะนั้นในรายที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปรกติ, ฉีดฮอร์โมนวันละ ๐.๕ มก. ก็เป็นการเพียงพอแล้ว.

๖. การฉีดฮอร์โมน ไอโอดีนเป็นตัวประกอบสำคัญของฮอร์โมน, โดยที่ประกอบถึง ๒ ใน ๓ โดยน้ำหนักของธัยรอกซิน. คนปรกติมีไอโอดีนในร่างกายประมาณ ๒๕ มก. ส่วนใหญ่อยู่ในต่อมธัยรอยด์และตามกล้ามเนื้อ. โดยที่ไอโอดีนเป็นธาตุจำเป็นสำหรับร่างกาย, เพราะฉะนั้นแม่ภายหลังที่ร่างกายใช้ธัยรอยด์ฮอร์โมนแล้ว, ก็พยายามเก็บเอาไอโอดีนที่ สลายตัวแล้วมาใช้สังเคราะห์ฮอร์โมนชนิดใหม่อีก. แขนงเกี่ยวกับเหล็กของซีโมโกลบิน. ฉะนั้นส่วนน้อยของไอโอดีน เท่านั้น ที่ถูก ขับ ออกจากร่างกาย, คือประมาณ ๐.๑ มก. ต่อวัน. ในการขับถ่ายไอโอดีนหรือผลแห่งเมตะบอลิซึมของธัยรอยด์ฮอร์โมน ๕๘ ปช. ถูกขับออกทางไต และอีก ๒ ปช. ทางลำไส้, เหงื่อ, น้าลาย, และน้านม. ไอโอดีนในน้าลายก็, น้าย่อยของกระเพาะก็, และ

น้านมก็, มีมากกว่าในพลาสมา ๑๕ ถึง ๔๐ เท่า.

สรีรวิทยาของธัยรอยด์ฮอร์โมน หน้าที่สำคัญๆ ของธัยรอยด์ฮอร์โมนโดยย่อๆ อาจประมวลได้ดังนี้ :

๑. เกี่ยวกับการเจริญเติบโต. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับโครงร่างและระบบประสาท. เด็กที่ต่อมธัยรอยด์หย่อนสมรรถภาพ จะมีลักษณะเตี้ยแคระและโง่งเงาเท่าตัว, ที่เรียกว่าเครตินนิซึม (Cretinism). ในสัตว์ชั้นต่ำที่ทำการเปลี่ยนแปลงร่างกายเป็นชนิดๆ, เช่นกบ, ถ้าหากตัดเอาต่อมธัยรอยด์ออก ขณะที่ยังเป็นลูกกบอยู่, มันก็จะคงสภาพเป็นลูกกบหัวโตหางยาวอยู่นั่นเอง, ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นกบได้.

๒. เกี่ยวกับการควบคุมความร้อนของร่างกาย. แมกนัสเลวี (Magnus-Levy) เป็นคนแรกที่ ได้ สังเกต เห็น ขอน ตง แดบ ๑๘๕๖. เนื่องจากธัยรอยด์ฮอร์โมนเป็นตัวควบคุมการทำงาน ของเซลล์ต่างๆทั่วร่างกาย, เมื่อฮอร์โมนลดน้อยลง, เซลล์ต่างๆ ก็จะทำงานน้อยลง. การใช้ฮ็อกซีบีเงินกนน้อย, และความมรอนกเกิดขนน้อย.

ในปัจจุบันเราได้นำความรู้นี้มาประยุกต์ใช้ในการทดสอบภาวะของต่อมขั้วรอยค้, โดยการตรวจหาเบซัลเมตาบอลิซึมซึ่งทราบกันอยู่แล้ว.

๓. เกี่ยวกับภาวะควบคุมเมตาบอลิซึมของร่างกาย. ในรายที่ต่อมขั้วรอยค้ทำงานน้อยกว่าปรกติ, เมตาบอลิซึมของโปรตีน, ไขมันและคาร์โบไฮเดรตจะลดต่ำลง. การคุ้ช้มีคาร์โบไฮเดรตและกรค้ไขมันก็ลดลง.

มีการค้ของโปรตีนตามไตหนึ่ง (มีกค้ค้มา) และ ระวัง ของโมเลค้เทอรอลและลิขค้ฟอสฟอรัสในข้ร้มีสูงข้. สิ่งเหล่านี้ตรงกันข้ในรายที่ต่อมขั้วรอยค้ทำงานมากเกินกว่าปรกติ (ข้เปอร้ข้รอยค้ค้), ซึ่งจะพบเครอาค้ในข้ส้ส้ส้, และมีแคลเซียมและฟอสฟอรัส มากเกินปรกติในข้ส้ส้ส้และอูจ้จ้จ้.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ข้จ้เงินค่าข้จ้
 ๓. ข้กรข้เป็นส้มาข้ก
- โปรดค้ค้ต่อแผนกจ้จ้การ

การกลืนตัวของลำไส้เกิดซ้ำในเวทาสัน

รายงานคนไข้หนึ่งราย

กวี ทั้งสุบุตร

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

การกลืนตัวของลำไส้ เป็นภาวะที่พบบ่อยในเด็กไม่ค่อยบ่อยนัก. ในประเทศไทยเราพบประมาณ ๕ รายต่อบปี. ในร.พ. เด็กแห่งเมืองบอลตันพบประมาณ ๒๑ รายต่อบปี. การกลืนตัวของลำไส้ที่เกิซ้ำ, คือเป็นแล้วกลืนเป็นอีก, ในระยะเวลาอันสั้นก็งพบได้น้อยยิ่งขึ้น. Thorndike (๑๙๓๒) ได้รายงานไว้ ๕ ราย และสืบสวนเอกสารพบว่ามียารายงานมาแล้ว ๗๕ ราย. ต่อมา Killin กับ Clagett (๑๙๔๑) และ Mastin (๑๙๔๒) ได้รายงานอีกท่านละ ๑ ราย. Gross พบว่าในผู้ป่วย ๗๑๒ รายมีทเกิดซ้ำประมาณ ๒ ๒๕. McFarlane (๑๙๕๔) ได้รายงานไว้ ๔ ราย. นอกจากนี้ระหว่างปี ๑๙๔๐-๑๙๕๖ ก็มีผู้รายงานอีก ๓-๔ ท่านเท่านั้น. เห็นได้ว่าการกลืนตัวของลำไส้ชนิดที่เข่นแล้วเป็นอีกพบได้น้อยมาก. จึงสมควรที่จะรายงานผู้ป่วยซึ่งมีภาวะเช่นนี้พบใน ร.พ. ศิริราช ๑ ราย

ในปี ๒๕๕๕ ถึงต่อไป.

ผู้ป่วยเด็กชายไทย, อายุ ๖ เดือน (ล.น. ๑๔๘๔๐-๕๕, ล.ท. ๕๘๐๖๗-๕๕). รับไว้เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๕ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้อง, ท้องอืดและมีมูกเลือดปนกับอุจจาระมา ๑ วัน.

ประวัติปัจจุบัน | ๕ ช.ม. | ก่อนมา

ร.พ. ผู้ป่วยร้องไห้และมีอาการปวดท้องมาก. ร้องจนหน้าเขียว. ยกขาทั้งสองข้างงอขึ้นมาที่หน้าท้อง. เหงื่อแตก. หลังจากนั้นม้อาเจียน ๒-๓ ครั้ง. มีเคี้ยวอาหารและน้ำเขียว ๆ ปนเล็กน้อย. ไม่ได้ถ่ายอุจจาระ. มารดาจึงสวนให้. มีอุจจาระปนมูกและเลือดออกมา. ผู้ป่วยร้องมากจนและชักตัวไปมา. หลังจากนั้น ๖ ช.ม. ท้องอืดมากและนอนซม, จึงมาร.พ.

ประวัติอดีต ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ มาก่อน. เป็นเด็กแข็งแรง, ร่าเริง. บิดามารดาแข็งแรง.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๘๕. ชีพจร ๑๓๖/นาที. หายใจ ๓๔/นาที. ร่างกายเค็ยโตสมอายุ. ค่อนข้างซึก. หายใจเร็ว. ริมฝีปากแห้ง. ลิ้นฝ้า. ท่อนซิดและคอไม้แดง.

การตรวจหน้าท้อง พบว่าไม้มีการแข็งตงของผนังหน้าท้อง. คลำพบมกอนขนาด ๔ x ๑ ๑/๒ เซนติเมตร บริเวณชายโครวงขวา. รูปคล้ายกล้วยหอม. นุ่ม. เคลอนไหวไ้. กตไม้เจ็บ. อาการตรวจพบของคานซ์ (Dance's Sign) ไ้ผลลบว. คัยและม้ามคลำไม้พบ. เคาะบริเวณกอนไ้เสียงโปร่ง. ฟังไ้เสียงลำไ้เคลอนไหวมากกว่าปรกติ.

การตรวจทางทวารหนัก ไ้เป็นมก เลือค. คลำไม้ไ้กอนซึกเจน. คัลเคอซึกปรกติ.

ตรวจหัวใจและปอกไม้พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ ๕๖. ๔๐ ปรช. ม.ล.ท. ๒.๗ ล้าน. ม.ล.ช. ๑๕,๗๕๑. โปลัย ๘๕ ปรช. ลัยมฟ. ๑๑ ปรช. มาลาเรียไม้พบ. บัสสวระไม้พบสิ่งผิดปกติ. อจจาระไ้เมื่คเลือคแดง.

ไ้ให้การวินิจฉัยชนตนว่าลำไ้กลันตัว. จึงทำการผ่าคัตทันท. พบว่าเป็นลำไ้

กลันตัวชนิดโอโคลิค. จึงไ้ทำการคลายลำไ้ออก, ซึ่งทำไ้ง่าย. ลำไ้ที่คลายแล้วมสีคลา. หลังจากไ้ผ่าชนำอันซึกไว้, ลำไ้ก็ค้อย ๆ แคงและมีการเคลอนไหว. จึงยกลำไ้กลับและเย็บชคหน้าท้อง. หลังผ่าคัตช่วยอาการคชน. ทอทยหายออก. ต่อมาก ๒ วันผู้ช่วยกลับทอชคอก และรอง แสคอง อาการ ปวด ทอช. ยกขาทางสองข้างชนมาทหน้าท้อง, อาเจียน. ทำการตรวจทางทวารหนักพบวามเลือคปนมกอก. จึงไ้ทำการผ่าคัตคองคองหนิงในวนท ๒๓ กันยายน ๒๕๕๕. พบว่ามีการกลันของลำไ้อก, แต่เป็นคนละแห่งกบคองแรก. เป็นชนคลำไ้เล็กต่อลำไ้เล็ก, ห่างจากทประสารโอโคลิคคัลประมาณ ๖๐ ซม. ส่วนทคลายตัวไว้เมื่อผ่าคัตคองแรกอยู่เป็นปรกติ. จึงทำการคลายทแห่งใหม่น. พบว่าคลายออกไ้ง่ายเช่นกัน, และลำไ้เคลอนไหวไ้ค. คลำต่อมน้ำเหลือง บริเวณชวไ้พบวาทอกว่าปรกติ. ไ้เย็บชคหน้าท้อง. หลังผ่าคัตช่วยอาการไม้คชน. ไข้สูง, ชีคและถึงแกกรรมหลังผ่าคัตประมาณ ๑๔ ช.ม.

วิจารณ์

Thorndike ไ้ทำการคินรายงานจาก

โรงพยาบาลเทกแห่งเมืองบอสตัน ๕๐๕
 วิทยาระหว่าง ค.ศ. ๑๘๖๕ กับ ๑๘๓๒ วิทย
 งาม ๕ วิทยทบทวนการเกิดซ้ำ. คอสมอตราท
 เกิดซ้ำประมาณ ๑/๘๐. เขาพบว่าเวลา
 เฉลี่ยของการเกิดซ้ำประมาณ ๕ เดือน,
 และผู้ป่วยก็กลับไปบ้านคร่งหนงแล้ว. Mas-
 tin (๑๘๔๒) ใ้รายงานผู้ป่วย ๑ รายที่
 ด้ไส้มีการกลืนซ้ำ ๓ ครั้งในระยะเวลา ๑๒
 เดือน. Arntzen และ Helsted (๑๘๒๕)
 ใ้รายงาน การเกิดซ้ำซงห่างกัน ๘ ปี.
 Cohen (๑๘๒๑) ใ้รายงาน ๑ รายซง
 เกิดซ้ำในเวลา ๓๐ ชม. หลัง ผ่าตัด.
 David A. McFarlane (๑๘๕๔) ใ้ราย
 งาน ๔ รายซงเกิดซ้ำในเวลา ๘, ๔, ๕ และ
 ๖ วันหลังผ่าตัดตามลำคย. เนื่องจาก
 สาเหตุ ของ การกลืน ตัวของไส้ยัง ไม่มี
 ใครพิสูจน์ใ้แน่นอน, ดังนั้นสาเหตุของ
 การกลืนซ้ำกนจึงยังไม่แน่นอน. บางคน
 ้างว่าเนื่องจากมีการโตของต่อมมาเหลือง
 ที่ขวลาไส้. บางคนว่าเกิดจากการทำงาน
 ผิดปรกติของระบบประสาท. ผู้ป่วยที่ราย
 งานนเกิดซ้ำหลังผ่าตัดครั้งแรก ๒ วัน, ซง
 ึกว่าเกิดซ้ำกนในเวลาอนัน. ตำแหน่งที่
 เกิดอาจพบซาทเกาหรือทใหม่กใ้. ในราย
 งาน ของ เรากการ เกิดซ้ำเกิด คนละ แห่งกย
 ครั้งแรก, และเราพบวามค่อมมาเหลืองท

ขวลาไส้โต. ซง Serasen (๑๘๕๕) เื่อ
 ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการกลืนซ้ำซงใ้.
 การเกิดซ้ำไส้กลืนกนซ้ำ ๆ ในเด็กถ
 แม้ว่าจะหายาก, แต่ก่ต้องนถงอยู่ในใจ
 เสมอ. ถงแม้ว่าหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ก้อาจ
 เกิดซ้ำซงใ้, จะต้องคอยกแลอย่างใกล้ชิด
 เพื่อจะได้ทำการรักษาใ้ทันท่วงที และ
 เพื่เราจะใ้ได้ไม่มองข้ามเหตุกนไปเสีย. ราย
 งาน นต้องการ จะถง ความ สนใจ ให้คิด ถง
 โอกาสที่จะเกิด โรคซ้ำหลังจากการผ่าตัด.
 การรักษาต้องทำการผ่าตัดทันท, และต้อง
 ัจคุดย่น้ำ และคุดย อเล็ก โตร ลัยท ให้พอ
 เหมาะ.

สรุป

๑. ใ้รายงานผู้ป่วย ๑ รายทบทวนการ
 กลืนตัวของไส้ซงกน, ครั้งหลังเกิดซง
 คนละแห่งกยครั้งแรกและห่างจากครั้งแรก
 ๒ วัน.
๒. ใ้ไซให้เห็นว่าภาวะนแม่หายาก
 แต่ก้อาจเกิดซงใ้.
๓. การรักษาต้องทำการผ่าตัดทันท,
 และกานถงคุดย่น้ำและคุดยอเล็กโตรลยท.
 ผู้รายงานขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ น.พ.
 อุดม โปษะกฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่ใ้
 กรุณาอนุญาตใ้เสนอรายงานนี้, และขอขอบพระคุณ
 อาจารย์ น.พ. เปรม บริ และ น.พ. เกษม ลิม่วงศ์
 ผู้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้.

เอกสาร

- | | |
|--|---|
| 1. M. Cohen : Amer. J. Dis. Child.
21; 410, 1921. | Proc. Mayo. Clinic 16, 529, 1941 |
| 2. A. Trhondike : New England J.
Med. 207, 649, 1932. | 5. E.V. Mastin : Amer. J. Surg.
58, 300, 1942. |
| 3. Gross. The Surgery of Infancy.
and Childhood. Saunders p. 281-300. | 6. M.D. Teitelbaum & N. Arenson:
Am. J. Roentgenol. 63, 80-88 Jan. 1950. |
| 4. J.A. Killin and T.O. Clagett | 7. D. A. McFarlane, L. P. Themas :
Am. J. Surg. 53: 340-344, 1941. |
| | 8. Serasen: N. England J. Med.
253: 905-8, 1955. |

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Case Report)

INTUSSUSCEPTION WITH RECURRENCE AFTER SHORT INTERVAL

A Case Report

Kawee Tangsubutr

M.B.

(Dept. of Surgery)

A Thai baby, male, 6 months old, was admitted on the 21. of September 1956 for the treatment of abdominal pain with distension and mucous and bloody stool. The symptoms started acutely 9 hours before admission. The pain was apparently very severe, accompanied with sweating and vomiting. There was no previous history of significant illness. The body temperature was 36.8°C, the pulse rate 136, respiration rate 34. The abdomen showed no rigidity. A mass about 4 × 1½ cm. was palpated in the right hypochondrium, fusiform, soft, movable not tender, tympanitic. Dance's sign was positive. Gurgling sounds were accentuated. Rectal examination disclosed normal cul de sac, and blood and mucus were recovered. The leuco-

cyte count was 15751, with 89 percent polymorphs. With provisional diagnosis of intussusception operation was so forth undertaken. Ileo-colic involvement was found. Reduction was highly successful, the parts showing active motility. The patient showed remarkable improvement after the operation; but the symptoms recurred on the third postoperative day. Laparotomy revealed another intussusception, this time ileal, about 60 cm. above the ileo-cecal junction. The metastatic lymph nodes were found enlarged. Reduction could be effected without difficulty; but the patient succumbed to shock 14 hours after the operation.

(Eight references)

บทความนิติเวชวิทยา

ยาเสพติดให้โทษ

สงกรานต์ นิยมเสน

Ph.D., B.P., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ ขุนเกตุทัศนวิทยาพยาธิ)

เพื่อเห็นแก่มนุษยชาติ ได้มีการตกลงกันระหว่างประเทศต่าง ๆ ที่จะร่วมมือกันลดอันตรายจากฝิ่น, ฝิ่นยา, และยาเสพติดทั้งหลาย. ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีสัญญาแห่งกรุงเฮกเรื่องฝิ่นและโคคาอินแล้ว. ต่อจากนั้นจึงได้มีกฎหมายเกี่ยวกับฝิ่น, ฝิ่นยา, และของเสพติดทั้งหลายไว้หลายฉบับ. ขางฉบับได้ยกเลิกและมีกฎหมายใช้แทนมาเป็นลำดับดังนี้ :

พระราชบัญญัติ มอร์ฟีน และ โคเคอีน, พ.ศ. ๒๔๕๖. ยกเลิกแล้ว.

พระราชบัญญัติ ฝิ่น, พ.ศ. ๒๔๖๔. ยกเลิกแล้ว.

พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ, พ.ศ. ๒๔๖๕. ยังบังคับใช้อยู่, แต่เพิ่มเติมเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๕.

พระราชบัญญัติ ฝิ่น, พ.ศ. ๒๔๗๒. ยังใช้อยู่, แต่เพิ่มเติมอีก ๖ ครั้ง.

พระราชบัญญัติ กัญชา, พ.ศ. ๒๔๗๗. ยังใช้อยู่.

พระราชบัญญัติ พืช กะท่อม พ.ศ. ๒๔๖๖. ยังใช้อยู่.

วัตถุประสงค์ของกฎหมายเหล่านี้หนักไปในทางปราบปราม. ฉะนั้นจึงมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกรรมไว้ในครอบครอง, การใช้, การเพาะปลูกทำผล, การประเภช, การขาย, การนำเข้าหรือออกนอกประเทศ, รวมทั้งบทลงโทษด้วย. แต่สำหรับการประกอบโรคศิลปะ, การใช้ยาเสพติดก็บางขนานยังมีความจำเป็นต้องใช้, จึงมีข้อยกเว้นไว้สำหรับแพทย์ ซึ่งต้องปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดทีเดียว.

ขาสัพยัคคิให้โทษคือยาอะไรบ้าง พระ
ราชบัญญัติขาสัพยัคคิให้โทษ พ.ศ.
๒๔๖๕. มาตรา ๔, ให้ใช้บังคับต่อยา
หลายอย่าง, คือ :

“ มาตรา ๔ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้
บังคับแก่ยาต่อไปนี้ :

๑. ฝิ่นยา

๒. บรรดา อลกาลอยคัส ของ ฝิ่น รวม
ทั้งวัตถุที่แปรจากจากอลกาลอยคัส, และ
บรรดาเกลืออนประกอบขนจากอลกาลอยคัส.

๓. ไบโคคารวมทั้งอลกาลอยคัสของ
ไบโคคาและวัตถุที่แปรจาก จาก ไบโคคา
และบรรดาเกลืออนประกอบขนจากไบโคคา.

๔. บรรดา ยาที่กล่าวข้างบนนี้, ไม่
เลือกว่าจะเป็นเนอยาลวนหรือผสมด้วยวัตถุ
อื่น, ไม่เลือกว่าจะเป็นยาน้ำ, ยาเม็ด,
หรือจะมีลักษณะอย่างอื่น, หรือจะปรุงแต่ง
ด้วยวิธีใด ๆ.

๕. ยาหรือยาปรุงอย่างอื่นไม่ว่าชนิด
ใด ๆ ซึ่งเสนาบดีเห็นว่าถ้าใช้โดยมิขงคว
จะทำให้เกิดโทษโดยลักษณะ, หรือสุขภาพ,
หรือทำนองเกยวณกนกับโทษ ของยาที่กล่าว
แล้วในข้อก่อน ๆ แห่งมาตราน, และซึ่ง
เสนาบดีจะ ได้จัก เพิ่ม เข้าในบัญชี ด้วยการ
ประกาศ ในหนังสือ ราชกิจจานุเบกษา เป็น
สำคัญ.”

เดิมพระราชบัญญัตินี้กระทรวงมหาด
ไทยเป็นผู้รักษา, จึงได้ออกกฎกระทรวงที่
๕ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๔๕๕ ระบุชื่อ
ขาสัพยัคคิไว้ ๒๖ รายการ. ครั้นต่อมา
กระทรวงสาธารณสุขได้เป็นผู้รักษาพระราช
บัญญัติและต้องปฏิบัติทำให้เป็นไปตามมติ
ของ คณะมนตรีเศรษฐกิจ และการ สังคม
แห่ง สหประชาชาติ เรื่อง การ ควบคุม ยา
สัพยัคคิให้โทษที่สังเคราะห์ขึ้นใหม่และอยู่
ในความ ควบคุม ของ สหประชาชาติตาม
ที่เลขาธิการสหประชาชาติได้แจ้งผ่านกระ-
ทรวงการต่างประเทศมา, จึงได้ประกาศ
เพิ่มเติมกฎกระทรวงฉบับที่ ๕ ลงวันที่ ๓๐
มิถุนายน ๒๔๕๖ ระบุรายชื่ออีก ๑๖ ราย
การ, รวมทั้งสิ้นจึงเป็น ๔๒ รายชื่อ.

อนึ่งตามพระราชบัญญัติกัญชา, พ.ศ.
๒๔๗๗ ได้บัญญัติความหมายของกัญชา
ไว้, คือ

“ กัญชา ” หมายความว่าตลอดถึงทุก
ส่วนของต้นกัญชา, รวมทั้งวัตถุต่าง ๆ ที่
อยู่ในต้นกัญชา เช่นใบ, ดอก, ยอด, ผล,
ยาง, และลำต้น, เป็นต้น.

พระราชบัญญัติ พืชกระท่อม ได้บัญญัติ
ความหมายของพืชกระท่อมดังนี้ :

“ พืชกระท่อม ” หมายความว่ารวมตลอด
ถึงทุกส่วนของพืชกระท่อม, ซึ่งเรียกตาม

พฤกษ์ศาสตร์ว่า มิตรายน สีเปชีโอชา, ไม่ว่าจะมีสิ่งอันผลสมอยู่ด้วยเป็นรูปหรือของปรกติ ฯ”

ผู้ใดบ้างมิได้ใช้ได้ กฎหมายที่กำหนด

ผู้มีผู้ใช้ไว้ดังนี้

“ มาตรา ๑๔ ผู้ใดมิไว้, เพราะปลูกทำผล, ประภิชฐ์, ชาย, โอน, จำหน่าย, หรือใช้ซึ่งยาเสพติดให้โทษในทางใด ๆ ก็ตาม, ท่านให้ถือว่าเป็นการผิดกฎหมาย, เว้นไว้แต่จะเป็นไปโดยประการที่จะกล่าวต่อไป

๑. นักปรองยา, ซึ่งได้รับอนุญาตตาม มาตรา ๑๓, จะมีไว้ขายหรือจำหน่ายยา เช่นนี้ไว้, แต่เพียงที่กำหนดไว้ในกฎข้อบังคับของท่าน

๒. แพทย์, ช่างฟัน, และสัตว์แพทย์, ซึ่งได้รับใบอนุญาตตาม มาตรา ๑๓ และประสงค์ จะใช้ยา เช่นนี้ เพื่อ การบำบัดโรคด้วยตนเอง, จะมีไว้และใช้ได้แต่เพียงที่จะได้มีกำหนดไว้ในกฎบังคับของท่าน

๓. โรงพยาบาลและกศลสังคหะสภาต่าง ๆ จะซื้อและมียา เช่นนี้ไว้สำหรับบำบัดโรคแก่คนเจ็บใช้ได้ แต่เพียงที่จะได้มีข้อกำหนดไว้ในกฎข้อบังคับของท่าน

๔. สถานวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ. เจ้าหน้าที่ยุทธศาสตร์รัฐบาลมีอำนาจเช่นนี้ไว้เพื่อ การวิทยาศาสตร์ หรือ การแพทย์ แล้วแต่กรณี, ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง.

๕. บุคคลซึ่งมิได้รับใบอนุญาตและซึ่งต้องการยาเสพติดให้โทษ สำหรับใช้ เป็นยาบำบัดโรคของตน, จะซื้อหรือรับเอา ยา เช่นนี้ไว้แต่เฉพาะจากผู้ซึ่งมิได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้ และตามกฎข้อบังคับท่านนี้, และท่านยังคิดว่าบุคคลเช่นนั้นจะต้องใช้แต่ เฉพาะเพื่อ การบำบัด โรคของ ตนเองเท่านั้น.

๖. เมื่อปรากฏว่าบุคคลใด มียาเสพติดให้โทษโดยมิได้รับใบอนุญาต, ให้ถือว่าผู้นั้นประพฤติผิดกฎหมาย, เว้นแต่จะแสดงหลักฐาน ให้เป็นที่ พอใจ ว่ายานั้น ได้รับมา และยึดถือไว้ โดยชอบด้วยบท แห่งพระราชบัญญัติหรือกฎข้อบังคับ.

บทระวางโทษ กฎหมายยอมมีโทษ

เสมอ.

“ มาตรา ๒๐ ผู้ใดเพาะปลูก, ทำผล, ประภิชฐ์, หรือนำโดยวิธีใด ๆ หรือส่งให้นายาเสพติดให้โทษชนิดใด ๆ เข้ามาหรือออกนอกราชอาณาจักร, ผ่านผู้ต่อบทแห่ง

สงกรานต์ นียมเสน

พระราชบัญญัตินี้, ผู้ที่มีความผิดของ
ระวางโทษปรับสเท่าของราคายา, แต่ต้อง
ไม่น้อยกว่าห้าสิบบาท, หรือจำคุกไม่เกิน
สองปี, หรือทั้งปรับทั้งจำ.

นายแพทย์ จะ ใช้ ต้อง ทำอย่างไร

นายแพทย์ผู้ต้องการใช้ยาเสพติดให้โทษ
จะต้อง เขียน ใบสั่งยา ตาม แบบ ย.ส. ๑๐
เท่านั้น. จะเขียนลงในแบบใบสั่งยาชนิดอื่น
เช่นใบสั่งยาของโรงพยาบาลก็ไม่ได้. ใบ
สั่งยานั้นขายเป็นเล่ม ๆ, ซอโกทกระทรง

สาธารณสุข, จังหวัดเวศม์. หนึ่งใบสั่งยา
แบบพิเศษ ย.ส. ๑๐ นี้ไม่ขายให้แก่บุคคล
ทั่วไป, คือขายให้เฉพาะแพทย์, ฉะนั้น
จึงมีข้อบังคับ ในการขาย ไว้เป็น พิเศษ อีก,
โดยนายแพทย์ผู้ขอ ต้องยื่นคำร้อง เรียกว่า
“คำขอ ซอแบบ ใบสั่ง ยาพิเศษ สำหรับ ยา
เสพติดให้ โทษ” แบบ ย.ส. ๖. เพราะ
ในแบบคำร้องนี้ ต้องแสดงว่า เป็นผู้ประกอบ
โรคศิลป์.

แบบ ย.ส. ๑๐	
.....	ใบอนุญาตที่
นามและที่อยู่ของแพทย์ สำหรับ
นามคนไข้และที่อยู่
ที่	วันที่
.....	
นาม	

แบบ ย.ส. ๑๐ นี้พิมพ์ไว้เป็นตัวอย่างและสำเนา. แผ่นบนให้แก่ผู้ช่วย. ส่วน
แผ่นล่างเป็นสำเนาซึ่งแพทย์ต้องเก็บไว้เป็นหลักฐานมกกำหนด ๓ ปี, เพื่อให้เจ้าหน้าที่
ตรวจได้.

แพทย์ประมาท ทำให้ผู้ป่วย ตีดยา
เสพยาผิดมีความผิดอย่างไรบ้าง แพทย์
 ควรใช้ความ ระมัดระวัง อย่างยิ่ง จะไม่ให้
 ผู้ป่วยกลายเป็นคนตีดยา. ถ้ามีความ
 จำเป็นยิ่งยวด, เช่นผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง
 ชนิดรักษา ไม่หาย และ มีความเจ็บปวด
 ทรมานก็เป็นเหตุผลอันสมควรที่จะให้. แต่
 ถ้าแพทย์ให้ไปโดยความประมาทเช่นภาย
 หลังผ่าตัดแล้ว, สั่งครึ่งเคียวให้ลดเคมอร์ฟีน
 ทลออกเจ็ดวันเข้าเยนคิงน, นับได้ว่าสั่ง
 โดย ไม่สมควร และต้อง รับผิดชอบเพราะ ความ
 ประมาทนั้นทั้งทางอาญาและทางแพ่ง.

ในความผิดกระทำโดยประมาทเป็นผล
 ให้เกิดอันตรายสาหัสต่อร่างกายหรือจิตใจ
 นั้น ประมวลกฎหมาย อาญา ได้บัญญัติไว้
 ดังนี้ :

“มาตรา ๓๐๐. ผู้ใดกระทำโดยประ-
 มาท, และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่น
 ได้รับความอันตราย สาหัส ต้องระวางโทษจำคุก
 ไม่เกินสามปี, หรือปรับไม่เกินเจ็ดพัน
 ห้าร้อยบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

และมาตรา ๒๕๗ ได้บัญญัติอันตราย
 สาหัสไว้ :

- “อันตรายสาหัสนั้นคือ
 ๑. ตาบอด, หูหนวก, ลิ้นขาด, หรือ

เสียอวัยวะประสาท.

๒. เสียอวัยวะสืบพันธุ์, หรือความ
 สามารถสืบพันธุ์.

๓. เสียแขน, ขา, มือ, เท้า, นิ้ว,
 หรืออวัยวะอื่นใด.

๔. หน่าเสียโฉมอย่างถาวร.

๕. แท้งลูก.

๖. จิตพิการอย่างถาวร.

๗. ทพพลภาพหรือ บ่อยเจ็บเรื้อรัง ซึ่ง
 อาจถึงตลอดชีวิต.

๘. ทพพลภาพหรือบ่อยเจ็บด้วยอาการ
ทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวัน, หรือจนประ-

ทพพลภาพเกินกว่ายี่สิบวัน.

การ ตีดยาเสพยา ตีค เข้า ลักษณะ (๘)

ของมาตรา ๒๕๗ และมีโทษตามมาตรา
 ๓๐๐ ทั้งนี้เพราะเห็นว่าเมื่อตีดยาเสพยา ตีค
 แล้วจำต้อง ทำการรักษา ซึ่งในการ รักษา
 ต้องใช้เวลาเกินกว่า ๒๐ วัน, และใน
 ระยะเวลารักษานผู้ป่วยได้รับการทรมาน
 อย่างมากทีเดียวจากการงูใช้ยา.

นอกจากนี้ แพทย์ ยังต้อง รับผิดชอบ ในทาง
 แพ่งโดยปรับเป็นเงินค่าเสียหายอีก, ทั้ง
 มาตรา ๔๒๐ แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง

และพาณิชย์ระบุไว้.

“มาตรา ๔๒๐ ผู้ใดจงใจหรือประ-
มาทเดินเล่น, ทำตบชกคลอนโดยผิด
กฎหมายให้เขาเสียหางงแกชวตกก, แก

ร่างกายกต, ชนามยกต, เสวภาพกต,
ทรพยสัน หรือสิทธิ อย่าง หนึ่ง อย่างใด กต,
ท่านว่าผู้ันนทำละเมิด, จำตั้งใช้คำสัน
ใหม่ทดแทนเพอการนน”



โปรดทราบ

- ๑. ทวงหนังสือ
- ๒. ชำระเงินค่าขำรง
- ๓. ขอกรวยเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

บทบรรณาธิการ

5-HT*

5-HT เป็นอักษรย่อสำหรับ “5-ฮัยดรอกซิทริพตอะมีน” (5-Hydroxytryptamine), ซึ่งยังมีชื่ออื่นอีกหลายชื่อ. เรืองนเรมคตตงแตบ ค.ศ. ๑๘๖๘ เมอลกวักและชมิกท์ (Ludwig, Schmidt) รายงานว่าหาก ฉักเลอกทแยกไฟบรินออกเสียบแล้ว (เพื่อไม่ให้แข็งเขินลิ้ม) เข้าในหลอกเลอก, จะทำให้มีความผลคมมากชน. ต่อมาผู้แสดงว่าผลคกงกลว เป็นเพราะหลอกเลอกขยับตัว. ในปี ๑๙๑๘ เจนเวย์ (Janeway) กษณะพบว่าหาก ฉักชรมักโคผล เช่นกน. สติเวอรัทกษชุกเคอรั (Stewart, Zucker) ทกลองโคผลเหมอนกนน. ไรด์ (Reid) พบ สารขยับ หลอก เลอก อย่างหนง ใน กลักเลอก (เพลทเล็ท), ซึ่งเขาให้ชื่อว่ “ชโรมโบซัยคิน”. แอรัสป่าเมอร์ (Erspamer)

แยก ไคสารขยับหลอกเลอกจากผนังของกระเพาะอาหารและลำไส้, และให้ชื่อว่ “เอ็นเทอรามิน”. ในปี ๑๙๔๗ รัปพอร์ต, กรนและเพา (Rapport, Green, Page) แยกไคสารบริสัททจากชรมชงมฤทขยับหลอกเลอกแรงแมก. เขาให้ชื่อสารน้นว่ “ชโรโทนิน”. ต่อมา แฮมลิน และฟิชเชอรั (Hamlin, Fischer) สงเคราะห์ 5-ฮัยดรอกซิทริพตอะมีนชน, ซึ่งรัปพอร์ต ฟิชชันในสัทว่ว่เป็นสารเคียวกนกับชโรโทนิน. ต่อมาสารอน ๆ ทกลวชอแลวกไครับการ ฟิชชันว่เป็นอย่างเคียวกนทงน. ในปีจจุบันชอ “5-HT” กษ “ชโรโทนิน” เป็นทมผู้ไซ่มากกว่อย่างอน ๆ.

ในปีจจุบันลง ความเห็นกนว่ 5-HT เป็นสารประเภทฮอรัโมน, แต่ตำแหน่งท

* เรียบเรียงจาก (1) *Physiol. Rev.* 34:563-588, 1954; (2) *J. Physiol.* 123:148-167, 1954; 126:596-618, 1954; 126:248-254, 1954; (3) *Brit. Med. J.* 4977:1222, 1955; (4) *Am. J. Physiol.* 175:157; 1953; (5) *J. Biol. Chem.* 210:139-148, 1954; 212:111-116, 1955; 215:337, 1955; (6) *Science* 121:369, 1955; 122:284, 1955; 123:24, 1956; (7) *Dtsch. med. Wsehr.* 78:1447, 1953; 81:501, 1956; 81:1073, 1956; 81:1078, 1956 (8) *J.A.M.A.* 159:397, 1955; (9) *Proc. Roy. Soc. Exper. Biol. Med.* 91:39-41, 1956; (10) *Lancet* 269:1379, 1955.

ผลิตภัณฑ์ และหน้าที่ทางสรีรวิทยาของมัน
 นั้นยังมีความเคลือบคลุมอยู่. ส่วนมากเชื่อ
 ว่ามันเกิดขึ้นในผนังของลำไส้, โดยแปร
 สารมาจาก 5-ออกซิทริปโตเฟน โดย
 ฤทธิ์ของเอนไซม์ คาร์บออกซเลส. เมื่อ
 5-HT ออกไปสู่เลือดแล้วก็จะถูกย่อย
 เกล็ดเลือด. ดังนั้นจึงพบว่ามีมากหรือน้อย
 ไปตามจำนวนของเกล็ดเลือดด้วย. สำหรับ
 หน้าที่นั้นแม้จะยังไม่รู้อะไรแน่นอน, แต่ก็
 รู้ว่าสารนี้มีฤทธิ์ต่อร่างกายหลายอย่างด้วย
 กัน. ตัวอย่างที่เป็นเข้าของฮอร์โมนนทเห็น
 ไคซิกโคแกกลามเนอเรีย. ในสัตว์ทดลอง
 การฉีด 5-HT ทำให้กลามเนอเรียในผนัง
 หลอดเลือด, ทางเดินอาหาร, หลอดลม,
 และ มดลูก เพิ่มการทำงานขึ้นทั้งในด้านการ
 หดตัวและความตึงตัว (โทนัส). โดยเฉพาะ
 ในหลอดเลือดพบว่าหากก่อนบริหาร
 5-HT หลอดเลือดอยู่ในสภาพหย่อน, มัน
 จะหดตัวแคบลง; แต่ถ้าหากหลอดเลือดหด
 ตัวอยู่แล้ว, มันจะกลับขยาย. กล้าม
 เนื้อหัวใจก็ถูกกระตุ้นเหมือนกัน. หัวใจที่
 แยกจากตัวจะแสดง อาการเต้น เร็วขึ้นและ
 แรงขึ้น. โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวใจของหอย
 ไข่คือ 5-HT มากจนถึงกับใช้เป็นตัว
 สำคัญเปรียบเทียบกับปริมาณของสารนี้ได้.
 หัวใจ ในร่างกายแสดงปฏิกิริยาต่อ 5-HT

แตกต่างจากหัวใจที่แยกเดี่ยว, เนื่องด้วย
 การทำงานของคนยังหวังหัวใจ. หากฉีด 5-HT
 เข้าใน หลอดเลือด ของสุนัข ทวารยา สลบ,
 ผลที่ปรากฏ ในการไหลเวียน เลือด จะแบ่ง
 ออกได้เป็นสามระยะ. ระยะแรก, ความดัน
 เลือดลดลงอย่างรวดเร็ว, พร้อมกับหัวใจ
 เต้นช้าลงมาก. การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้
 เข้าใจว่าเป็นผลของการกระตุ้นศูนย์หัวใจ
 (ศูนย์เวกัส), ประกอบกับการสะท้อนกลับ
 กลีบของประสาทซิมพะเวติก. บางคน
 พบหลอดเลือดของปอดบีบตัวด้วย. ระยะที่
 หนึ่งนั้นเป็นอยู่ชั่วขณะสั้น, แล้วตามมากด้วย
 ระยะที่สอง, ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือความ
 ดันเลือดขึ้นสูงและขึ้นอยู่นานมาก. ผลนี้
 เนื่องจากการบีบตัวอย่างแรงของหลอดเลือด
 ทวารร่างกาย. ในระยะที่สามนั้นเห็นผลตรง
 กันข้าม, คือความดันกลีบลดต่ำกว่าปรกติ,
 และเป็นอยู่นานเหมือนกัน. ทั้งนี้เป็นผลของ
 5-HT ต่อหลอดเลือดโดยตรง, ดังกล่าว
 แล้ว. ผลของ 5-HT ต่อการหายใจสำคัญ
 คือทำให้หายใจเพิ่มมากขึ้น. แต่ในขณะ
 ที่ศึกษาอาการ การหยุดหายใจ ชั่วขณะได้.
 หลอดเลือดของปอดบีบตัว, และหลอดลมก็
 บีบด้วย. ภาวะอาหารและลำไส้มีการ
 เคลื่อนไหวมากขึ้น. เข้าใจว่าส่วนใหญ่เป็น
 ผลของการกระตุ้นกล้ามเนื้อโดยตรง. ถ้า

หากมีการกระตุ้นทางประสาทด้วยก็เป็นเพียงส่วนน้อย. หลอดเลือดของโคบายตัวเมื่อได้รับ 5-HT, ทำให้จำนวนบัสสาวะน้อยลง. กล้ามเนื้อของกระเพาะบัสสาวะมีการหดตัวมากขึ้น. กล้ามเนื้อมดลูกสันของตัว 5-HT ด้วยการบีบตัวอย่างแรง, และมีความไวต่อสารนี้มากจนใช้เป็นเนื้อสำหรับพิสูจน์หรือเทียบความแรงของ 5-HT ได้.

สำหรับคน, ผลของ 5-HT มักไม่ค่อยแน่นอน. อาการสำคัญ ๆ มีหายใจขัด, ปวดท้อง, ปวดกระเพาะบัสสาวะ, อยากถ่ายอุจจาระและบัสสาวะ, คลื่นไส้, อ่อนเพลีย, ซาหรือปวดหัวตัว. บางครั้งมีร้อนในคอ, หายใจหอบ, ใจ, หัวใจเต้นเร็ว, และบัสสาวะไหล. คนที่มีความดันเลือดสูงอยู่แล้ว, ความดันอาจลดลงก็ได้, แต่บางครั้งก็เพิ่มขึ้นไปอีก. ผลต่าง ๆ ที่กล่าวมาปรากฏขึ้นเมื่อใช้ 5-HT อย่างยา, เพราะฉะนั้นไม่ได้หมายความว่าในร่างกายปรกตินั้น 5-HT จะแสดงผลดังกล่าวมาน.

ข้อที่กระตุ้นให้นักวิทยาศาสตร์เพิ่มความสนใจใน 5-HT ยิ่งขึ้นคือการที่พบความสัมพันธ์โดยใกล้ชิดกับสมองและระบบประสาท. แกดดัม (Gaddum) รายงานว่า 5-HT เป็นจำนวนมากผิดปกติในฮัยโปทาลามัส, มิดเบรน, บางส่วนของ

ฮาลามัสและในเนื้อสีเทาของไฮสตันหลัง, ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวของกับระบบประสาทอัตโนมัติ. เทรนด์เคเดินเบิร์ก (Trendelenburg) แสดงว่า 5-HT มีฤทธิ์แรงมากในการช่วยให้พลังประสาทผ่านข้ามแกงเกลยอนไท้, และแกดดัม ได้ตรวจพบเอ็นไซม์ที่การขอกซัยเลสจำนวนมากในแกงเกลยอนของซัยมพะเรคค, ซึ่งอาจเปลี่ยน 5-ออกซัยทริยปโตเฟนเป็น 5-HT ได้. งานที่สามชนนช ถึงความเกี่ยวข้องของ 5-HT กับระบบประสาทโดยตรง. อนึ่ง, มีผู้พบสารหลายอย่างที่ขึ้นปฏิบัตย์ (แอนตะโกนิสต์) ของ 5-HT ในร่างกาย, ในทำนองที่เรียกว่า "การขยับโดยแย่ง" (คอมเพทิฟ อินฮิบชัน), คือแย่งที่ของ 5-HT ในปฏิบัตย์ต่าง ๆ หรือแย่งทำหน้าที่. ปฏิบัตย์ที่น่าสนใจมากคือ LSD 25 (หรือ d-Lysergic acid diethylamide) ซึ่งสโกลด์และโฮฟแมนน์ (Stoll, Hofmann) ได้พบโดยบังเอิญว่าทำให้เกิดอาการวิปริตทางจิตได้หลายอย่าง, แม้บริหารในขนาดเพียงน้อย ๆ (๓๐ ไมโครกรัม). อาการสำคัญคือการคลั่งคล้ายที่เกิดจากฤทธิ์ของ เมสคาลีน. แกดดัมแสดงว่า LSD 25 เป็นปฏิบัตย์ของ 5-HT ที่แรงมาก; เพียงความเข้มข้น ๑:๑๐,๐๐๐,๐๐๐ ก็สามารถลดขยับ

ฤทธิ์ของ 5-HT ต่อมดลูกของหนูโตหมก
 สิ้น. เขาเข้าใจว่าอาการทางสมองที่เกิด
 จาก LSD 25 นั้นคงเกิดจากการที่สาร
 นั้นเข้าไปยับยั้งหรือลดพลัง 5-HT ที่ใน
 สมอง. เมื่อสมองขาด 5-HT ก็เกิดอาการ
 ผื่นผื่นคันดังกล่าว. ทั้งนี้หมายความว่า
 5-HT ทำการรักษาหน้าที่ของสมองให้เป็น
 ไปตามปกติ. แต่มีผู้นอธิบายว่า LSD 25
 ไปทำให้ 5-HT ถูกทำลายซ้ำกว่าปกติ,
 เกิดการระดมขึ้นในสมอง, และการระดม
 นั้นเป็นเหตุของอาการทางจิต, ซึ่งเป็นการ
 อธิบายในทางตรงกันข้ามกับ แกกคัม.

รีเซอรีน (Reserpine) เป็นสารอีกอย่าง
 หนึ่งที่มีผลเกี่ยวข้องกับ 5-HT. ยานนี้มี
 ฤทธิ์ระงับสมอง, มีประโยชน์สำหรับฮัย-
 เปอร์เทนชัน โรคประสาท และโรคจิตบาง
 ชนิด. ไบรด์ (Brodie) สังเกตว่าผลของรี-
 เซอรีนคล้ายกับผลของ 5-HT, และ
 ได้ตรวจพบว่ารีเซอรีนทำให้มีการปล่อย
 5-HT ออกมามากขึ้น. เขาเข้าใจว่าอาการ
 ทางสมองที่เกิดจากการบริหารรีเซอรีน
 นั้นแท้จริงเป็นผลของ 5-HT ที่ถูกปล่อย
 ออกมานั่นเอง. ข้อที่น่าทึ่งยิ่งขึ้นไปอีกคือ

LSD 25 มีผลเป็นปฏิปักษ์ของรีเซอรีน
 ควบเหมือนกัน.

ในขณะนี้มี ความ สับสน อยู่มาก ใน
 ความรู้เรื่อง 5-HT ที่เกี่ยวข้องกับสมอง. ผล
 ของการทดลองบางอย่างยังขัดแย้งกันอยู่,
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับอาการ ทาง
 จิต. ได้มีการศึกษาปริมาณของ 5-HT ใน
 เลือดของ คนไข้ที่ มีความ พิกาว ทาง สมอง
 ปรากฏตามรายงานหลายราย. บางรายก็
 อ้างว่ามีปริมาณของ 5-HT มากขึ้น, บาง
 รายก็ไม่. ต้นเหตุของความขัดแย้งคง
 จะมีหลายอย่าง, แต่ขอหนึ่งคงจะเกี่ยวกับ
 วิธีวิเคราะห์ปริมาณ, ซึ่งต้องใช้วิธีส่ว
 (ไบโอแอสเสย์), ทำให้ความแม่นยำ
 มาก. หากต่อไปมีวิธีวิเคราะห์ที่ดีขึ้น, ก็
 หวังได้ว่าความขัดแย้งต่างๆอาจจะหมดไป.
 อย่างไรก็ตาม, แม้ในขณะนี้ความรู้อยู่ยังไม่
 แน่นนอน, แต่เท่าที่มียุติกันได้ให้ประโยชน์
 อย่างมาก, คือได้เป็นเหตุกระตุ้นสำคัญ
 ประการหนึ่งในการที่จะศึกษาโรคของจิตใน
 แห่งของชีวเคมี. เป็นที่หวังว่าการศึกษา
 ในแง่นี้ต่อไปจะให้ผลดีอย่างมีประสิทธิภาพ
 และการป้องกันโรคจิต.

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : สกลิต สุขโรจน์ พ.บ., สมชัย บรรลิตติ พ.บ., D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.
อำนาจ สุนันท์ พ.บ., สุต แสงวิเชียร พ.ด., ฝิว ลิมปพยอม พ.บ., พัทธา วิสุตกุล พ.บ.
เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ., โชติ ธรรมมาสถิตย์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.
ธงฉัตร โคละทัต, พ.บ., Dr. med, D.T.M. ,ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ., เกษียร ภักคานนท์ พ.บ.,
ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑. A.E. Read et al.: ผลของโรโธอะซิค
ในการควบคุมท้องมาน เนื่องจาก คับแข็ง.
B.M.J. 963-966, 1958.

ผลของโรโธอะซิคเป็นสารที่ได้อาจจากซัลโฟ
นะไมด์โดยวิธีเคมี, นำมาใช้เป็นยาขับ
ปัสสาวะที่คิดว่ายาขับปัสสาวะพวกปรอท ใน
การรักษาโรคคับแข็งที่ม่น้ำในช่องท้องและ
ขาบวมเป็นอาการแทรกซ้อน. ยานี้ใช้กิน,
ยังไม่พบว่ามผลเป็นพิษ. ผู้รายงานได้ทำ
ลองในผู้ป่วย ๑๓ รายรวม ๑๕ ครั้ง. ๕ ครั้ง
ได้ผลดี. จากผลที่ได้สนับสนุนว่าผลของโร-
โธอะซิค นอกจากจะเป็นยาขับน้ำแล้วยัง
เป็นสารยับยั้งการขบนิคแอนธัยเทรสต์ด้วย.

สกลิต สุขโรจน์ พ.บ.

การใช้คอร์ติโคโทรปินรักษารมาตของค
อโรโธโรติสอย่างแรง มีข้อดีกว่าใช้คอร์ติ
โซนหรือสเตอรอยด์อื่น, คือสามารถที่จะ
รู้ได้ว่าให้คอร์ติโคโทรปินกระตุ้นได้ผลมาก
น้อยเพียงใด, โดยการหาปริมาณ ๑๗
ซีบีหรือซีบีคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่ตกขับ
ออกมาในปัสสาวะ. วิธีนี้ยังใช้ได้กับผู้ป่วย
ที่อยู่นอกโรงพยาบาล, ให้ฉึกษาเอง, และ
ส่งปัสสาวะมาให้ตรวจตามกำหนด. แพทย์
ก็สามารถที่จะสั่งเพิ่มลดขนาดยาได้.
อันตรายมีน้อย. การหยดใช้คอร์ติโคโทร
ปินทำให้เกิดอาการน้อยกว่าการหยดใช้ยา
พวกคอร์ติโซนหรือสเตอรอยด์อื่น ๆ.

สกลิต สุขโรจน์ พ.บ.

๒. Oswald Sowage et al: การหลังคอร
ติโค สเตอรอยด์ ในคนไข้รมาตของค
อโรติส ระหว่างรักษาด้วยคอร์ติโค โทรปิน
เป็นเวลานาน. B.M.J. 1257-1262, 1957.

๓. S. Roberts: การวินิจฉัยเอ็มบอดีสม์
ของหลอดเลือดปัสสาวะด้วยรังสี. Proc. Roy.
Soc. Med. 50: 93-96, 1957

พยาธิ วิทยา หลอดเลือด ปัสสาวะ ถูก ศึกษ

(พฤษภาคม เอ็มบอลิซึม) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากน้อยดังต่อไปนี้: (๑) เลือดมาสู่ส่วนของปอดน้อยลงบ้าง, ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อปอด. (๒) อินฟาร์กต์ไม่สมบูรณ์ (incomplete infarct), เนื้อปอดคืนสู่สภาพปกติในเวลาไม่นาน. (๓) ซนเซอร์ราจิก อินฟาร์กต์ (Hemorrhagic infarct), เนื้อปอดตายและในที่สุดถูกเปลี่ยนเป็นพังผืด.

ภาพรังสีของปอดในพยาธิสภาพนี้จึงไม่แสดงลักษณะเฉพาะ. อาจปรากฏเป็น (๑) เงาในเนื้อปอดซึ่งมักปรากฏหลายเงา. พบย่อยที่คล้าย (๗๕ ปช.), ขวามากกว่าซ้าย. รูปของเงาเป็นไปตามรูปของส่วนเนื้อปอดที่เบน. ความทึบของเงาจะมากน้อย และเวลาที่ปรากฏขึ้น อยู่กับการเปลี่ยนแปลงในเนื้อปอด. (๒) เยื่อหุ้มปอดแตกเงาของเหลว (พลิวรัลเอฟฟิวชัน) ๔๔ ปช. มีขารายพบเยื่อหุ้มปอดหนาเฉพาะที่บริเวณทรวงอก. (๓) เงากระบังลมแตกสูงชัน ๓๕ ปช. อาจเกิดในตอนแรกหรือเมื่อหายแล้ว. (ม.ห. หมายถึงในรายที่เนื้อปอดสูญหายไปและมีพังผืดแทน. ผู้ย่อ) (๔) ลวดลายของหลอดเลือดในปอดเล็กลงในบริเวณที่เป็น, แต่จะ

กลับคืนสู่ปกติในไม่กี่ชั่วโมง, หรืออาจถูกแทนโดยเงาทึบของอินฟาร์กต์.

สมชัย บวรกิตติ. พ.บ.,

D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๔. E.H. Hass, L.J. Schneiderman
 บั๊กเทรียมเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยทางหลอดสวนคา. New Engl. J. Med. 256:556-557, 1957.

ผู้เขียนได้ทดลองย้ายน้ำเพาะเชื้อ *Serratia marcescens* ที่บริเวณเกล็ดขององคชาติและแคมช่องคลอดของผู้ป่วยครึ่งตัว ที่สอดหลอดสวนปัสสาวะคาไว้ ๓ ราย. แล้วตรวจปัสสาวะโดยเพาะเชื้อเป็นระยะ. ในระยะ ๑-๒ วันแรกไม่พบเชื้อในปัสสาวะ, แต่ใน ๒-๓ วันต่อมาพบเชื้อดังกล่าวเจริญงอกงามเป็นจำนวนมาก. จากผลนี้ทดลองให้ความเห็นว่า การใส่หลอดสวนคาไว้ ในกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญในการนำเชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ มากกว่าการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว. เขาเชื่อว่าเชื้อบั๊กเทรียมจากลำไส้ เข้าสู่ทางเดินปัสสาวะทางช่อง ซึ่งมีปัสสาวะและ เอ็กซูเกต ที่อยู่ระหว่างหลอดอย่างกั้นผนังทางเดินปัสสาวะ, โดยเคลื่อน

ไปแยกขบวนการเนียน (Brownian). เซลล์เคลื่อนที่เข้าไปกับหลอดสวน ในการสวน เป็นครั้งคราว, เชื่อว่าไม่มีความสำคัญในการเกิดโรค.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.,

D.T.M. & H., T.D.D., F.C.C.P.

๕. J. Lawton Smith: โรคแทรกทางตาที่เกิดในไข้วมาติก และซอกอกเสบรมาทอยค Am. J. Ophth, 43: 575-582, 1957.

ผู้เขียนได้รวบรวม โรคแทรกทางตาในไข้วมาติก ๒๐๐ ราย และซอกอกเสบรมาทอยค ๔๖๕ รายในโรงพยาบาลจอห์นสฮอปคินส์, ระหว่างปี ๑๙๔๖-๑๙๕๒. ไม่พบยวไอทิสซนิกไม่มีแกรนโลมาในไข้วมาติกเหล่านั้นเลย. สำหรับโรคซอกอกเสบรมาทอยค ๗๗ ราย. ตรวจพบพยาธิสภาพทางตาเพียง ๒๕ ราย. ๑๖ รายในจำนวนนี้เขียนวไอทิสซนิกไม่มีแกรนโลมา. เขายังพบว่าโรคแทรกทางตาของซอกอกเสบรมาทอยคมี ๖.๒ ๗๕. ของไข้วมาติกมี ๓.๗ ๗๕. นอกจากนั้นยังพบโรคแทรกทางตาในโรค Still, กลุ่มอาการ Felty, ซอกอกเสบรมาทอยค Marie-Strumpell และปไซริเอทิกคาร์ไรโรทิสคัว.

อำนาจ สุนันท์ พ.บ.

๖. Anthony Donath, John W. Metigue:

วิธีทดสอบโรคเมลาโนมาอย่างร้ายของนัยน์ตา โดยการจับกัมมันตรังสีฟอสฟอรัส.

A.M.A. Arch. Oph. 57: 668-671, 1957.

ผู้เขียนได้ทำการทดสอบ การจับ P32 ในผู้ป่วย ๔๐ รายที่สงสัยจะเป็นเมลาโนมาอย่างร้ายของลูกตา, ได้ผลดังนี้:-

๑. ไม่พบว่ามีผลบวกแท้จริงสำหรับผู้ป่วย ๓๔ รายเลย. ๑๗ รายในจำนวนนี้ให้ผลบวกและได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคนั้นจริง โดยการตรวจตาที่ควักออกมา.

๒. พบว่ามีผลลบเท็จ ราย เดียวซึ่งพิสูจน์ต่อมาโดยตรวจตาที่ควักนั้นและพบว่า เป็นเมลาโนมาอย่างร้ายของม่านตา.

๓. พบว่ามี ๕ รายซึ่งรอยโรคอยู่ทางก้านหลังลูกตา, ไกลเกินกว่าที่เครื่องนับรังสีจะทดสอบได้. จึงให้ผลลบ.

๔. ผลบวก ในรายที่ได้รับการรักษาด้วยโคอะเธอร์มัยมากจนทดสอบนั้น, ไม่มีความหมายสำหรับการแปลผล.

เขาแนะนำว่าผลบวก มีค่าในการยืนยันเมลาโนมาอย่างร้ายมาก, แต่ผลลบใช้ตัดโรคนั้นออกไม่ได้.

อำนาจ สุนันท์ พ.บ.

๗. E.H. Polley: ประสาททหฺลลคเลค
ทหฺลลคเลค ใน กล้ามเนอ ลาย และผิวหน้.
J. Comp. Neurol. 103: 25-267, 1955.

กลุ่มใยประสาท ทสมพนธ์ อยู่กัทหฺลลค
เลคของ ส่วนนอกของ ร่างกาย ใ้ร้จก กน
มา เป็นเวลา เกือบ ๕๐ ปี. แต่ไม่สามารด
คลลคลายใ้ว่าทเกคของ ประสาทเหล่านอยู่
ทใ้ไหนแน่, ไม่ทราบถึงการกระจายทแน้ชค
ของประสาทเหล่านั้น, และชนคของปลาย
ประสาททสมพนธ์อยู่. ผู้ค้นคว้ใ้ทำการ
ทกลองในแมว ๖ ตัวโดยทำการผ่าตัดคังต่อ
ไปนี้: ๑. ตักรากหน้าและอนหลังของ
ประสาท ไซ สันหลัง ห่างจาก แก้ง เกลย อัน
หลัง. ตัคคังแก่ประสาทไซสันหลังส่วนเอ
เส้นท ๒ ถึงส่วนเซครัลเส้นท ๒. ๒.
คคเส้น ชิมพะเรคคส่วนทอของออกหมคพรอ
ทงรากหน้าและหลัง ของประสาทไซสันหลัง
เช่นการผ่าตัดคแบขท ๑. ๓. ตัคเฉพาะ
เส้นชิมพะเรคค.

หลังผ่าตัด ๒๔-๓๕ วันฆ่าสัตว์คเอา
กล้ามเนื้อจากขาหลังและผิวหน้จากผ่าเท้า
ทำเซคชัน, บ้อมประสาทควยเกลยเงิน,
ใ้คผลคังต่อไปนี้:

กลุ่มใย ประสาท ของ ทหฺลลค เลค แกง
ภายในกล้ามเนื้อของขาหลังมีลักษณะ

๑. มีกลุ่มใยกลุ่มคนอยู่ ในเนอผงค
รอบทหฺลลคเลค และ อยู่ทส่วนนอก ของผงค
ชันนอก. เป็นประสาทจากเซลลทอยู่ใ
แก้งเกลยของเส้นประสาทไซสันหลังทสม-
พนธ์อยู่กัขาหลัง. ประสาทพวกนลคคอยู่
ลงเมอคคแก้งเกลยออกไป.

๒. ท ผงคชัน นอกมี กลุ่มใย ประสาท
กลุ่มกลาง ประกอบควย เส้นใยขนาดคกลาง,
กำเนิดจาก แก้งเกลย ทอยู่ สงชัน ไป ไม่ใ้
จากแก้งเกลยทสมพนธ์กัขาหลัง. ผ่าน
เข้าสูทหฺลลคเลคโดยอาศัยเส้นชิมพะเรคค.
ประสาทกลุ่มนหายไปเมอคคชิมพะเรคค

๓. กลุ่มใย ประสาท ส่วนลค ประกอบ
ควยเส้นประสาทขนาดเลค. พยอยู่ในผงค
ชันกลางและชันนอก. เป็นประสาทจาก
เซลลในชิมพะเรคคแก้งเกลย. หายไปเมอ
คคเส้นชิมพะเรคค. มีปลายเป็นร่างแห
เลค ๆ และเป็นปุ่มกระจายอยู่ระหว่างเซลล
ของส่วนนอกของผงคชันกลาง.

๔. ประสาททไปสูทหฺลลคเลค ของผ
หน้โดยมากเป็นประสาทนำควมรู้สึก. มี
เซลลกำเนิดจากแก้งเกลยของประสาทไซ-
สันหลัง.

สุด แสงวีเชยร พ.ค.

๘. E.G. Millwood M. Klein: ความเป็นไปของพืชไอซัยอะเนียสในเพนซิลลินความเข้มข้นต่าง ๆ 11: 656-660, 1956.

ความมุ่งหมายของผู้รายงานนี้เพื่อจะทราบว่าเชื้อขึ้นบนน้ำตาลสายเพนซิลลินไม่ให้ Ps. pyocyanea (aeruginosa) มาปนเขยอนได้หรือไม่. น้ำตาลสายเพนซิลลินนี้ใส่ตัวยาถนอมซึ่งรวมเขยอนกันคกขนายา โดยไม่กระทบกระเทอนฤทธิ์ของนายา. ได้พบจากการทดลองว่าความแรงของนายามีส่วนสำคัญ, คอถานาหลายจาง ๆ บคเทรวเจริญโคก, และถายคเทรวเขยออยู่ แล้วมันจะ อยู่ต่อ อิกนาน. สำหรับ น้ำตาลสายที่เขยม ต้องใช้ ชิเทรวทบพี-เพอร์ควย, มิฉะนั้นเพนซิลลินเปลี่ยนรูปเร็วมาก. พวกไซโอเมอร์ซาเลท, เฟนนิล เอธิลแอลกอฮอล์, เฟนนิลเมอร์คิวริกในเทรวท, เฟนนิลเมอร์คิวริกอะซีเตท, ฆลลวโรควิวอลก็ใช้เขยบพีเพอร์โค.

น้ำตาลสายเพนซิลลินขนาด ๑๕,๐๐๐ หน่วย ต่อ ล.ซม. และสังกว่าจะไม่ให้ Ps. pyocyanea มาปนเขยอน. ทงนเกยวกขความเขยอนของนายา และ ความสามารถทวงชีวิตของบคเทรว. น้ำตาลสายยาทคคเขยอได้เพนซิลลิน ๑๐๐,๐๐๐, ๕๐,๐๐๐ และ ๒๕,๐๐๐ หน่วยสากลต่อล.ซม.. จะ

หมคเขยใน ๒-๖ วัน.

ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๙. A.M. Dawson et al. : นีโอไมซินในการรักษาเซปติคโคมา. Lancet 2: 1263-1268, 1957.

ผู้รายงานทดลองรักษาคนไข้ ๘ คนเป็นเซอรโรสิส และ ปอร์คัลเอ็นเซฟาโลปายิย์เรอริง, และอก ๑๒ รายเป็นเซปติคโคมาปัจจุบัน ด้วยยานีโอไมซินซัลเฟต ๔ ถึง ๑๐ มก. ต่อวันเป็นเวลา ๑๐ เดือน. ขณะเดียวกันก็ให้การรักษาอย่างอื่น ๆ ร่วมกันไปด้วย.

คนไข้เรอริง ๖ รายมีอาการทางคลินิกขง, โดยเฉพาะทเกยวกับอาการทางจิตใจ (ซึ่งการรักษาค้วยการจำกัอาการโพเทอนไม่เป็นผล), และทำให้แอมโมเนียมในเลือดลดลง.

แต่บางคราวก็กลับเพิ่มได้อีกนคทน้อยหลังการรักษา. ยันทกคลนสังมองก็แสดงว่าคขง. ๖ รายใน ๗ รายมีอาการลมหายใจเหม็น (ซึ่งมีลักษณะเฉพาะโรคตับ) ลดนัยลงไป. ๑ รายกลับมีอาการอิกภายหลัง ๑๐ เดือนหลังจากการรักษา. คนไข้เซปติคโคมา ๗-๑๒ คนแสดงอาการคขงในตอน

คนไข้ ๒ คนต้องหยกรักษาด้วยน้ำไอ
มยชันเนื่องจากเกิดมทอกรวงรุนแรง.

พัชรา วิสตุกุล พ.บ.

๑๐. Victor Riddel: การบริบาลรักษา
ชัยโรที่อกส์โคสิส. Brit J. Surgery 183:
25-55, 1956.

ผู้เขียนรวบรวมทฤษฎี, รายงานต่างๆ,
ตลอดจนความชำนาญของผู้เขียนเองเกี่ยว
กับการรักษาโรคคอปอกเป็นพิษด้วยวิธีทาง
ยา (คาร์บิมาโซล และไฮโอไซเรซิด), ทาง
ผ่าตัด, และไฮโอคินกัมมันต์. ไคซให้เห็น
ข้อเสียของแต่ละวิธีอย่างละเอียด. การ
เลือกรักษาวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความหนักเบา
ของโรคโดยถือเอาชีพจรคนไข้เป็นหลัก.
แบ่งคนไข้เป็น ๓ ชนิด: ชนิด ๑, ชีพจรเวลา
หลังไม่เกิน ๕๐/นาท. ชนิด ๒ ชีพจร ๕๐
ถึง ๑๑๐/นาท. ชนิด ๓, ชีพจรเกิน
๑๑๐/นาท. ชนิด ๑ รักษาทางยาอย่าง
เดียว. ชนิด ๒ และ ๓ มีข้อขบงทคองรักษา
ทางผ่าตัดดังนี้: ๑) คอปอกมีขนาดใหญ
๒) มีการกดอวัยวะใกล้เคียง, ๓) สงสัย
จะเป็นมะเร็ง, ๔) คอปอกเป็นเซกนคาวัย
ชัยโรที่อกส์โคสิส, ๕) รักษาทางยาแล้ว
แพหรือไม่ได้ผล, ๖) ผู้ช่วยมีความจำเป็น

ทางทนทรัพย์, ๗) คอปอกเป็นพิษที่มีโรค
หัวใจแทรก. ผู้เขียนอธิบายวิธีรักษาคนไข้
โรคหัวใจที่เกิดจากคอปอกเป็นพิษอย่าง
ละเอียด.

การเตรียมผู้ช่วยเพื่อผ่าตัดนั้น เขาให้
ยาแอนติชียรอกค เฉพาะผู้ที่เขาคอปอกชนิด
ที่ ๓ เท่านั้น, และพยายามให้เป็นระยะ
เวลาสั้นไม่เกิน ๔ สัปดาห์. คนไข้ก่อน
เตรียมผ่าตัดด้วยน้ำยาละลายรวมค, ซึ่ง
ผู้เขียนนิยมให้ขนาดคงที่ (๑๐ หยดวันละ
๓ ครั้ง) โดยไม่เพิ่มขนาดยา. ทงนอ่าวว่า
ยุ่งแก่การจดจำและได้ผลไม่แตกต่างกัน.
การให้ไฮโอคิน หลังผ่าตัดนั้น ไม่มีข้อเสีย,
กลับให้ประโยชน์ในบางกรณี, แต่ไม่ให้
เกิน ๗ วัน.

เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฮโอคินกัมมันต์
นั้นผู้เขียนเห็นว่ายังเป็นของใหม่, คำวน
ขนาดยาล้าบาก, ได้ผลช้ากว่ารักษาทาง
ยาแบบเดิม, คือเริ่มได้ผลในสัปดาห์ที่ ๒
และอาจจะทำให้เกิดเป็นมะเร็งได้. แต่ใน
รายที่ทานคอปอกและมีโรคหัวใจที่ทนผ่าตัด
ไม่ได้, หรืออายุเกิน ๕๕ ปี น่าจะพยายาม
ด้วยวิธีกัมมันตภาพรังสี. อย่างไรก็ตาม
ถ้าเลือก รักษา ถกตออง กัษระษะ ของโรค ใน
เวลานยังไม่มีวิธีใดที่คกกว่าผ่าตัด.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๑๑. L. Bellesia et al.: การป้องกันลิ-
โคพเนยจากการฉายรังสีเร็นทเก้น โดยใช้
ไคเอธิลแอลกอฮอล์ชนิดเข้มข้นไปรยีนไอโบนเต.

J. Fac. Radiologists. 4: 239-249, 1957.

ลิโคพเนยจากการรักษาด้วยเอกซเรย์
เป็นเหตุที่ทำให้ต้องพักการรักษาจนที่จะ
ครบกำหนด. พยาธิสภาพยังไม่ทราบ
สาเหตุแต่เชื่อว่า (๑) ผลของรังสีทำให้ไซ-
กระดูกหดยึดสร้าง. (๒) ขาดความเห็นว่าง
รังสีออกฤทธิ์โดยตรงต่อเม็กลอกขาวใน
กระแสโลหิต, และพิษเกิดจากเม็กลอก
ขาวถูกทำลายไปก่อกหน้าของไซกระดูก.
แพททและพวก (๑๙๕๕) ให้ยานก่อน
เอกซเรย์พบว่าป้องกันการลอกเม็กลอกขาว
ได้. ในปี ๑๙๕๔-๕ สไตรคิและพวกรักษา
หญิง ๓ คนพบว่า เม็กลอกขาวไม่ลอก.
เขาเชื่อว่าเพราะมีเอสโตรเจนสูง, จึงนำมา
ใช้กับคนไข้, ได้ผลเช่นกัน. ผู้รายงาน
ทำการทดลองซ้ำในผู้ป่วย ๑๖ ราย ใช้ยา
๑๐ ราย ให้ยานขณะทำการรักษาด้วยรังสี
लगजनเม็กลอกขาวตาขนาดแสดงว่าจะเกิด
อันตราย. ในบางรายให้ในโตรเจนมีสตาร์ก
ร่วมด้วย. ผู้รายงานแสดง ผลของการ
รักษาด้วยภาพกราฟ. สรุปผล (๑) เกิด
ลิโคพเนยรายแรง เมื่อให้รังสีอย่างเดี่ยว.
เม็กลอกขาวลง ๕๐ ปช. ถ้าไม่หยุดรังสี

จะเกิดอันตรายแก่คนไข้. (๒) การให้ยา
นี้สามารถกันภาวะดังกล่าวได้, ช่วยให้
การรักษาใช้เวลาออกไปได้มาก, และให้
รังสีขนาดมาก ๆ ได้จนครบตามจำนวนท
กะไว้, เพราะลิโคพเนยเกิดช้าและไม่รุนแรง.
ยานเป็นเอสโตรเจนสังเคราะห์.

โชติ ชรรมาสถิตย์ พ.บ.

๑๒. N.A. Lewtas, Stevens Dimant: การ
วินิจฉัย ซัยเปอร์ โครฟิค อินเทอร์ สติเซลล์
โปลีนิวไรติสควยวอิมยอโลกกราฟ. J.Fac.

Radiologists 4: 276-279, 1957.

พยาธิสภาพของโรคนี้มีปลอกของ
ชวอนน์ (Sheath of Schwann) ของเส้น
ประสาทหนาขึ้นกว่าปรกติ. อาจเป็น
เฉพาะที่ ราก หรือที่ คอ ตาอ ไขว่หน้าก็ได้.
รายงานผู้ป่วย ๒ ราย. รายหนึ่งเป็นชาย
อายุ ๒๖ ปี. มีอาการเข้าอันมา ๑๘
เดือน. ต่อมาซาซาไม่มีกำลัง. อีเล็กโตร
มัยอโลแกรม แสดงว่า ประสาทล่างเสีย.
ตรวจด้วยรังสี โดยใช้มัยอโลกัล, พบไป
ติดที่ คอ ตาอ ไขว่หน้าระดับ L₁-๒.
เห็นรากประสาทโตผิดปกติ. ใส่ยา ๒ ล.
ชม. ทชยส์เทอร์น่า, ยาลงมาติดที่เดิม.
ผ่าตัดพบรากประสาทโตมาก. รายที่สอง

ชายอายุ ๖๒ ปี, ปวดท้องส่วนล่างมา ๘ ปี ๕, บดอมาซาทเท่า. เคยผ่าตัดไส้ติ่ง. ทศลมบวาร์ชมพระเชือกเมือ ๒ บกชนพยเข้า ขวาไม่รู้สึกเจ็บและรเฟล็กซ์เสียบ. ใ้มีมัย อโลกล ๓ ล. ซม. เข้าชัสเทอร์นา, ทิศ ทศลมบวาร์ ๒-๓. ผ่าทศพบเส้นประสาทโท. ทงสองรายเจาะนำสันหลังไคยัก. ภาพ มัยอโลแกรมทศก้งเนองอกของไซสันหลัง. มีทศกระตบคชตาอไควนา.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

๑๓. S. B. Feinberg, M. E. Goldberg:

การวินิจฉัยโรคเยื่อหุ้มสมองไขสันหลังโดยอาศัยรังสีเร็นทเจน. Radiol. 2: 185-191, 1957.

โรคนี้มักเกิดกับเด็กคลอดก่อนกำหนด, เด็กคลอดโดยการผ่าตัด, หรือคลอดจาก มารดาที่เป็นโรคเบาหวาน. มีพยาธิสภาพ คือข้อกระดูกงูไขสันหลังหรือสมองเพราะมีเลือดคั่ง มาศ. อาจพบถุงอากาศเล็ก ๆ หรือเป็น โพรงใหญ่ ๆ, หลอดเลือดฝอยขยายโต, หลอดเลือดฝอยคุดตันและบางอันมีเยื่อหุ้มเยื่อ- สัน เยื่อหุ้มสมองทางเคมีเป็นปกติซค- คาไรต์แอลคัยค ซึ่งรวมเรียกว่าโปรเทอน คาร์โบฮัยเครท. วิจัยรักษาใช้แบบหัวใจซ้าย วย, ให้ออกซัยเจนสูง. มีเครื่องช่วยการ หายใจอย่างรายข้อคแพยและมีความชันสูง.

ผู้รายงาน คึกษาการ เปลียนแปลง ของปอด โดย ถ่าย ภาพ เอ็กซเรย์ ทารก แรก เกิด ๓ ชนคก้งกล่าวแล้ว. ถ่ายภาพเมือคลอดหรือ ภายใน ๑ ซม. หลังคลอดแล้วคึกตามถ่าย ทก ๒ ซม. ใ้นานทศกทจะทำได้. จาก ๕๕ คน, (๗ คนผ่าทศเอาออก) มี ๑๕ คนเป็นโรคน. ๘ คนได้ทศตรวจพิสจน์. ๒ คนรักษาหาย. ๑ รายเอ็กซเรย์และ แผนกรักษา วิจัยผลคึกว่าเป็น ป็นิวโมเนีย, แต่จากการตรวจศพพยเยื่อหุ้มเยื่อ- สัน. ๗๔ รายปรกค.

จากการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทก ๒ ซม. ช่วยใ้วินิจฉัยโรคนก่อนม้อการได้ ๗ ราย. พยจกแกรนยลละเยือกทวปอดเหมือนกันทง สองข้าง. เมือคึกตามค้อไปคึกยงซคกเจน พรอม ทงเงา หลอดลม และหลอด เลือดค่น ซคกมากชน, ซงเป็นส้งผลปรกคึกในเด็กอ่อน. ค้อไปอาจพยการแพยของเนอปอด. นเป็น ค่อนทศตรวจได้ทงคลินค. เด็กหายใจ ๖๐/นาที. ๗ ใน ๑๐ รายเกิดอาการใน ระยะเวลา ๑๕-๓ ซม. หลังคลอด.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

๑๔. Margaret N. Barr. ผลของผลลอร์- โปรมาชัน ค้อการหดเกร็ง ของกล้ามเนื้อ

โรคขาดทะเลย์ในคน Lancet 1: 991-993, 1958

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย ๑ ราย, เป็นเด็กหญิงอายุ ๑๑ ปี. ถูกไม่ตำทเทามา ๑๖ วัน. ผลเกิดเป็นหนอง และมีอาการชากรรไกรแข็ง, อ้าปากได้เพียง ๑ ซม. เท้าขวาอยู่ในท่าบิดเข้าข้างใน (อินเวอร์ชัน) และเหยียด (แพลนตาร์ เฟลคชัน). เข้าขวางอเนอง มาจาก มีการ หดเกร็งของ กล้ามเนื้อของเท้าขวา. รีเฟล็กซ์ของข้อเข่าและข้อเท้าทั้งสองไวกว่าปรกติ. มีโคลนัสควัย. ข้างขวาเป็นมากกว่าข้างซ้าย. ได้ให้การรักษายาขาดทะเลย์. สำหรับการหดเกร็งนั้น ได้ให้พ โนคาร์บี โตน อย่าง เต็มที่. พบว่าไม่สามารถบรรเทาได้. ผู้เขียนจึงได้ใช้ผลอร์โปรมาซีน ๒๐ มก. ฉีกเข้าหลอดโลหิตดำซ้ำ ๆ. ปรากฏว่าได้ผลดี. ได้ให้ยานเป็นระยะในเวลาต่อมา. มีการให้ไฮโอเฟนโทน ๕๐ มก. ร่วมด้วยในวันที่ ๖, ช่วยให้ อาการชากรรไกร แข็งหดเกร็งลดลงได้มาก.

ผู้รายงานสรุปว่า ผู้ป่วยรายนี้โดยไม่ต้องใช้ยาระงับหรือยาลดอาการเกร็งเลย. ผลอร์โปรมาซีนทำให้ อาการ เกร็ง หายไปได้. ไม่มีอาการแทรกซ้อนอันเกิดจากการใช้ยาน, แม้จะใช้ยานถึง ๑๕ วัน.

Cole และ Robertson (๑๙๕๕) เคยใช้พ โนคาร์บี โตนร่วมกับผลอร์โปรมาซีนกล่าวว่าได้ผลดีกว่าการใช้ ผลอร์โปรมาซีนอย่างเดียว.

กรงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๑๕. H. Duner: แอครินะลินให้ผลมากขึ้นในรายที่ค หลอดลม ที่ได้ รักษาไว้ ก่อน ด้วย ACTH และเปร์กนีโซน. Acta med. Scand. 195: 243, 1957.

เป็นที่ ทราบดีกัน อยู่แล้วว่า หลังจากการรักษาโรคหอบหืดด้วยคอร์ติโซนหรือ DOCA นั้นเมื่อให้แอครินะลินจะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น มากกว่า ให้ แอครินะลิน อย่าง เดียวมาก. แต่ไว้ในรายชั้ไปคอร์ติซอลได้ผลตรงข้าม, คือความดันเลือดกลับลดลง. ในผู้ป่วยด้วยโรคหอบหืด ๕ ราย ผู้รายงานพบว่าผลของยาทั้งสองชนิดที่ใครจะเป็นที่น่าพอใจมาก. ในรายสเตาตัสแอสมาติกัส, ซึ่งโดยปรกติ การใช้ แอครินะลินได้ ผลน้อยเหลือเกิน, ถ้าร่วมกับ ACTH ก็ได้ผลดียิ่งขึ้นอย่างมาก. ในรายที่มีอาการกลับหอบหืดขึ้นมาอีกในขณะที่ทำการรักษาอยู่, ถ้าให้แอครินะลินทันทีจะได้ผลดี. การที่เป็นเช่นนี้เข้าใจว่า แอครินะลิน เข้าไปถึง เนื้องลม

ของหลอกลมได้. ทั้งนี้เพราะกลูโคสเทอ-
รอยคัทมอยในเนอกลามของหลอกลมอย่าง
พอเพียง, เป็นตัวที่ทำให้แอดรีนาลินไปออก
ฤทธิ์ตรงเนอกลามโดยตรง. ในรายที่วาง
กายผลิตสเตอรอยด์ไม่พอเพียง, ควรกระ
ตุ้น เปลือกต่อม หมวกไตด้วย ACTH หรือ
ด้วย สารคล้าย กลูโคสเทอรอยด์ โดย ตรง,
เพื่อให้แอดรีนาลินกลับให้ผลมาตามเดิม.

ธงฉัตร โกละทัต

W.M., Dr. med., D.T.M.

๑๖. H. Knothe, G. Witt: การรวมแอน-
ติไบโอติก. Dtsch. med. Wschr. 83 :
829-834, 1958

ยาจำพวกแอนติไบโอติกที่ใช้ร่วมกัน
ตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปนั้น มีได้ทั้งผลเสีย และ
ผลดี. สำหรับผลคนนึ่งมักจะต่อไปนี้

๑. ข้องกันเชื้อต้านฤทธิ์ยา, หรือทำ
ให้มีการต้านฤทธิ์ยา.

๒. เพิ่มฤทธิ์ของ แอนติไบโอติกอย่าง
หนึ่งอย่างใดในจำนวนทั้งหมดรวมอยู่.

๓. ลดอาการแทรกแซง ซึ่งเนื่องจาก
การแพ้ยาเพราะใช้ยามากเกินไป.

๔. มีประโยชน์ ในราย ที่มีเชื้อ หลาย
ชนิดร่วมกัน.

๕. ข้องกันการเจริญอย่างรวดเร็วของ
เชื้อราหรือ พวงจุลินทรีย์ ที่ทำให้เกิดโรค.

๖. มีการออกฤทธิ์สูงสุดและเร็วที่สุด,
ซึ่งเหมาะแก่ผู้ช่วยในรายอาการหนักมากๆ.

แอนติไบโอติกที่ รวมกัน อยู่ใน อาจจะมี
ฤทธิ์ช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน, หรือไม่ก็
ออกฤทธิ์ในทางตรงกันข้าม. ปัจจุบันมีตัว
อย่าง ของ โรคอยู่ โรคเดียวคือ แอ็คทีเรียล-
เอ็นโดคาร์ไดติสของปัจจุบันที่ใช้แอนติไบ-
โอติกรวมได้ผลดีเลิศ. ผลที่ได้นี้อาจนำไป
ใช้ในโรคอื่น ที่มีสาเหตุ จากเชื้อ ชนิดเดียว
กัน.

การใช้แอนติไบโอติกรวมเป็นประจําอัน
ยังไม่มีการ แนะนำเพราะมัน ก็มีข้อ เสียอยู่
ด้วย. คือมันจะไปเร่งการสร้างความต้าน
ทานของเชื้อเร็วขึ้น, และเชื้อที่มีความต้าน
ทานสูงนั้นยังจะแพร่กระจายรวดเร็วขึ้น. ซึ่ง
จะทำให้การรักษาภายหลังไม่ได้ผล, เนื่อง
จากการให้ขนาดยาค่าโดยอัตราส่วน.

ธงฉัตร โกละทัต

W.M., Dr. med., D.T.M.

๑๗. J.P. Gibson. ปฏิกริยาของทารก
ต่อการคัมมมแซ่เบน. J. Ped. 52 : 404-
406, 1958.

ผู้เขียนได้ศึกษาเรื่องนี้ในผู้ป่วยเด็กในสถานพยาบาลส่วนตัว, เป็นทารก ๑๕๐ คน (ชาย ๖๕ คน, หญิง ๘๕ คน), อายุอยู่ระหว่าง ๑๕ ชั่วโมง ถึง ๗ เดือน. จำนวนเด็กที่กินนมแม่หรือนมผสมทั้งหมด ๘๕ ปุ่ช. ของเด็ก ๑๕๐ คน. ส่วนที่เหลือเป็นเด็กที่กินนมแม่แทน.

หลักการให้นมคือ พวกหนึ่งให้นมแม่เป็นจากเต้านม (อุณหภูมิ ๕๕ ซ.) ทวางทงไวจนเย็น เทาอุณหภูมิห้อง, แล้วจึงให้เด็กกิน; พวกที่สอง, ให้กินนมแม่เป็นจากเต้านมแทน.

ผลการศึกษาพบว่าเพียง ๑๑ รายที่มีอาการปวดท้องทันที, และ ๒ รายในจำนวนนี้ต้องรักษาอาการแน่น. ส่วนพวกที่เหลือมีอาการหายไปเอง. ผู้เขียนได้ติดตามศึกษาผลมาโดยตลอด. พบว่า ๖๘ รายมีน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยในระยะเวลา ๖-๗ เดือน, คือน้ำหนักเริ่มเพิ่มขึ้นในวันที่ ๒ หลังกินนมเย็น. ๖ รายน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย, ๓๕ รายเท่าเกณฑ์เฉลี่ย (ในจำนวนเด็กทั้งหมด ๑๒๐ คน). ๗ รายมี น.น. เพิ่มขึ้นไม่ชัดเจน. แต่ไม่พบว่าน้ำหนักลดลงไม่ชัดเจนเลย.

สรุปว่าการให้นมเย็นนั้นไม่มีอันตราย

ต่อทารกเลยและเกือบไม่มีผลเปลี่ยนแปลงต่ออุณหภูมิร่างกาย.

ปรีชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๑๘. Roy D.H. Maxwell, James Paterson. เมโปรชาเมทในการรักษาโรคติดเชื้อ. B.M.J. 5075 : 873-874, 1958.

อาการติดเชื้อคือสภาวะที่มีการหย่อนและหดเกร็งสลับกันในทางเดินหายใจในภาวะที่มความตึงเครียดทางประสาทและกล้ามเนื้อ, ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น.

สาเหตุของการติดเชื้อเชื่อว่า เป็นผลของความผิดปกติในการทำงานของสมองกลีบหน้าทควบคุมกลไกการพักและยังมีผลของสิ่งแวดล้อมภายนอกของตัว, เช่นความตึงเครียดของอารมณ์และกังวล.

Turvey (๑๙๕๖) รายงานว่า ๖๐ ปุ่ช. ของผู้ป่วยโรคประสาทได้ผลเป็นที่พอใจจากการใช้เมโปรชาเมทในขนาด ๔-๖ เม็กต่อวัน. การศึกษาอเล็กโตรมัยโอกราฟีโดย Dickel และพวก (๑๙๕๖) แสดงว่ามีการผ่อนคลายของวิถีประสาทและกล้ามเนื้อที่ไวต่อกรรมคาหลังให้ยาน.

ผู้เขียนได้ทดลองในผู้ติดเชื้อ ๑๘ คน

ที่อาการมาก และเกิดปมค้อยในสังคัมซึ่งเคยได้รับการรักษาโดยการส่องพจนมาแล้ว, แต่ได้ผลเพียงเล็กน้อย. ในการรักษาผู้ช่วยต้องไปพบแพทย์เป็นระยะ ๆ. ในระยะแรก ๆ สัปดาห์ละครั้ง. ต่อไปเดือนละครั้งจนครบ ๘ เดือน. ขนาดยาที่ใช้ ๑ เม็ด (๕๐๐ มก.) วันละ ๓ เวลา. ผลปรากฏว่า ๖ ราย (๓๓ ปช.) ได้ผลดีมาก, ๘ ราย (๔๕ ปช.) ได้ผลดี, อีก ๒ รายได้ผลเล็กน้อย, และไม่ได้อะไรเลย ๒ ราย.

ประโยชน์ของยานี้ เชื่อว่าเกิดจากการไปลดและทำลายกังวลและความตึงเครียด.

ปริชา เจตนะศิลป์ ป.บ.

๑๕. Edmund M. Luttwak, Albert J. Behar, Nathan J. Saltz. การทดลองเปรียบเทียบผลของยาละลายไฟบรินกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ฮอร์โมนต่อการยึดติดของเยื่อช่องท้อง. Arch. Surg. 75 : 96, 1957.

โดยที่เชื่อว่าการยึดติดกันของลำไส้เกิดจากการรวมตัวและการเสริมสร้างของเยื่อช่องท้องที่คลุมบนเยื่อช่องท้องที่ติดกัน, ดังนั้นการป้องกันจึงอาศัยหลักสองประการคือ (๑) กำจัดเชื้อไฟบรินให้หมด

ไป, หรือ (๒) กันไม่ให้มีการรวมตัวและการเสริมสร้างของเยื่อช่องท้องที่เกิดในไฟบริน. ประการแรกทำได้โดยการใช้ยาละลายไฟบริน, ประการหลังโดยให้สารคอร์ติโคสเตอรอยด์ เพื่อไประงับการเกิดของเยื่อช่องท้อง. การทดลองดังกล่าวได้กระทำในสัตว์ และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ.

ผู้รายงานได้ศึกษาถึงขนาดและชนิดของยาที่ทำให้เกิดผลในการป้องกันลำไส้ติดกัน, และการเกิดแกรนโลมาในสัตว์ทดลองที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวด้วยผงทัลคัม.

ผลปรากฏดังนี้: (๑) ปลาสมิโนเจน และปลาสมิน ไม่สามารถยับยั้งการเกิดลำไส้ติดกัน. (๒) การให้สารคอร์ติโซนทางไตมีน้ำหนักก็ไม่ได้อะไร เช่นเดียวกัน. (๓) การให้สารคอร์ติโซนเข้าในช่องท้องสามารถลดจำนวนและขนาดของแกรนโลมาลงได้มาก, และมีเพียงรายเดียวที่มีลำไส้ติดกัน. (๔) โดยให้ยาไฮโดรคอร์ติโซนฉีดเข้าช่องท้อง, สามารถลดแกรนโลมาลงได้มากขึ้นไปอีก, และไม่พบการยึดติดของลำไส้ในพวกนี้เลย.

โดยการควบคุมตาเปล่าแกรนโลมาที่เกิดขึ้นในสัตว์ทดลองที่ได้รับยาคอร์ติโซน

เข้าในช่องท้องมีขนาดเล็ก, สีชมพู, มีเยื่อ
บุช่องท้องบาง ๆ คลุมอยู่, และสามารถ
ลอกออกได้โดยง่าย. ส่วนแกรนูโลมาที่
เกิดในสัปดาห์ที่สองที่ไม่ได้รักษาขนาดโต,
สีเหลือง, และมีการรวมตัวแข็งแรง.

ไม่พบมีการเกิดเป็นพิษเลยในพวกที่ให้
ฮัยโปคอร์ติโซน. นอกจากนี้มีอยู่ ๒ ราย
ที่แผลแยกเล็กน้อยและมีอยู่ ๓ รายที่แผล
เป็นหนอง. ไม่มีตัวใดตาย.

เกษียร ภัฏคานนท์ พ.บ.

๒๐. Edward J. Berman, Max T. Taylor,
Charles Fisch: การทดลองป้องกันวัณตร
คูลาร์ไฟบริลเลชันภายหลัง ฮัยโปเธอร์เมีย
และการชักนำให้หัวใจหยุด. J. Thorac.
Surg. 35 : 483-491, 1958.

ในการทำการผ่าตัดภายในหัวใจ (อิน
ทราคาร์ดิแอค) โดยใช้ฮัยโปเธอร์เมียเขา
พบว่าในการทำการนวดหัวใจด้วยมือ เพื่อ
ทำให้หัวใจที่หยุดกลับเต้นตามปรกติ, มัก

เกิดอาการแทรกซ้อนคือ วัณตรคูลาร์ไฟ-
บริลเลชันเนื่องจากมีการ กระตุ้นทางเมฆา
นิกตอกล้ามเนื้อหัวใจและ การเปลี่ยนแปลง
ทาง พ. เอส. กับอิเล็กโตรลิต. ผู้เขียน
มีความ คิด ที่จะ ป้อง กัน อาการ แทรกซ้อน
โดยใช้ยาพวกกดหัวใจ. เขาได้ทดลองใน
สุนัขที่ทำให้หัวใจหยุด, แล้วใช้อะเซทิล
โกลีนอย่างเคียว, หรือรวมกับแมกนเซียม
ซัลเฟต, กวินคีน และ ฮีสตาซีน. พบว่า
การเกิดวัณตรคูลาร์ ไฟบริลเลชันไม่ลดลง
ในการใช้แมกนเซียม, แต่อาจป้องกันได้
โดยใช้กวินคีน และฮีสตาซีน. ในระหว่าง
ยาทั้งสองอย่างนี้ กวินคีน ดีกว่าเพราะหัวใจ
กลับเต้นใน จังหวะ ปรกติได้ โดยไม่ต้องใช้
การนวดหัวใจ.

ส่วน มาก ของไฟบริลเลชัน หายไปโดย
การฉีดไปแทสเซียม ผลิตโรคและแคลเซียม
กลูโคเนทเข้าสู่หลอดเลือดโคโรนารี.

ยศวีร์ สุขุมมาจันทร์ พ.บ.

ปกิณกะ

๑. ประโยชน์ของวีแอลจีซิน

ในการประชุมร่วมอภิปรายเรื่องฮอร์โมนของรังไข่ที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ทกรังนวยอรัค, ได้มีความเห็นเห็นเป็นทศอกคลอชองทอ้ง ก็นว่าวีแอลจีซิน เป็น สิ่ง ช่วย เร่ง การคลอชทปลอกทภัยและมีคุณค่า, และยังช่วยในรายคลอชธรรมคาควย.

นายแพทย์มาร์ติน สโตน แห่งโรงเรียนแพทย์นวยอรัค, เสนอว่าการใช้วีแอลจีซินอย่างเคียว มักให้ผลเพียงชั่วคราวในการทำให้ปากมดลูกอ่อนตัวลง. ถ้าใช้ร่วมกัย ออกซัยโคจีนควัย จะมีผลคามากชในรายที่ คนไข้เริ่มมีการขยาย ของปากมดลูกเพียงเล็กน้อย, เคชเริ่มเอาทวลงจุกทปากมดลูก, และลงนำทนทวยังไม่แตก. เขาเพิ่มเติมว่า ในคนไข้ที่ ต้อง ชัก นำ การคลอช ๖๒ คน, ใช้วีแอลจีซินช่วยได้ผลในสามในสของทงหมค, ชงถ้าไม่ใช้วีแอลจีซินช่วย, แต่ใช้ยาอย่างธรรมคาค, ได้ผลคเพียง ๘ ราย ใน ๓๕ รายเท่านั้น.

แต่อย่างไรก็ตามยังมีความเห็นในเรื่องฮอร์โมนนแตกต่างกันอยู่.

นายแพทย์เค็คเคอร์, ประธานของการประชุม, กล่าวว่าวีแอลจีซินจะมีผลเล็กน้อยต่อเวลาของการคลอชทงหมคในรายปรกติ, และการทคลอชให้หยุดการคลอชก่อนกำหนดก็ไคผลไม่ชัดเจน. เขารายงานว่าใช้ ในคนไข้ ทอ้งแรก และ คน ที่เคชคลอชแล้วมีเวลาคลอช นานเกชจะไม่แตกต่างกันเลย, ไม่ว่าจะได้วีแอลจีซินหรือไม่ก็ตาม. มีประโยชน์ในด้านหย่อนมดลูกชัดเจนกว่าอย่างอื่น.

ส่วนนายแพทย์วีเช็ค, แห่งฮิลลินอยส์, กล่าวว่าวีแอลจีซินให้ผลคต่อคนไข้ที่ มีการแท้งคคคามและคลอชก่อนกำหนด, และยังช่วยลดเลียงอภัยทวเหตุที่ไม่ค, ช่วยให้การจำนวนมากสามารถรอดชีวิตได้.

นอกจากนหลายคนเห็นวาร์แอลจีซินยังช่วยลคอการปวกระคได้ควย.

นายแพทย์อะแบรมสัน, แห่งโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ค, รายงานวาร์แอลจีซินสามารถลคคความเจ็บปวด จาก การปวกระค

ได้ใน ๕๐ ปี. ของคนไข้มากกว่า ๒๐๐ คน.
แต่ จอห์น เค็ลลีย์, แห่งมหาวิทยาลัย
แคลิฟอร์เนีย, ทกลงในคนไข้ ๕๐ คน,

ได้ผลช้เงินเพียง $\frac{๑}{๕}$ เท่านั้น.

(จากเมด. นิว. ๑๐ มี.ค. ๑๙๕๘)

พัชรา วิสุตกุล พ.บ.

๓. เวลาที่อันตรายมากที่สุดสำหรับเด็ก

ระยะเวลาที่อันตรายมากที่สุดในชีวิต
ของเด็กคือระยะเวลาที่เกือบคลอด, กำลัง
คลอด, และหลังคลอด. ยิ่งใกล้เวลาคลอด
เท่าไรก็ยิ่งมีอันตรายมากขึ้น. องค์การอนา-
มัยโลกพิมพ์เผยแพร่ว่า การตรวจค้นแสดง
ความจริงว่า ขณะที่ อัตราราย ของ ทารก
ที่ ำไปลดลงมาก, จำนวนทารกตาย
ระหว่างคลอดลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น.

ตัวอย่างเช่นในอังกฤษและเวลส์, ตั้ง
แต่ ต้น ศตวรรษ อัตราราย ของ ทารก อายุ
ระหว่าง ๖-๑๒ เดือนลดลง ๕๒ ปี. แต่
อัตรารายของทารกหลังคลอดที่ลดลง $\frac{๑}{๓}$
เท่านั้น. ฉะนั้นการเสียชีวิตระหว่างคลอด
ทำให้อัตรารายของทารกสูงขึ้น.

เพื่อที่จะให้เข้าใจความสำคัญขอ้นไทม์
ผู้ชำนาญพิเศษแนะนำให้ศึกษา "ความ
ตายรอบเวลาคลอด" (Perinatal mori-
ality), คือนัยตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ ๒๘ สัปดาห์

จนถึงหลังคลอด ๑ สัปดาห์. องค์การ
อนามัยโลกได้พยายามเริ่มรวบรวมสถิติที่
คิดตามระยะเวลาที่ทนใหม่มาจากนา-
ชาติ. ปรากฏว่าเศษหนึ่งส่วนสามของ
"ความตายรอบเวลาคลอด" เกิดขึ้นใน
วันทารกคลอด. และสำหรับจำนวนทารก
ตายต่ออัตรารายคนนั้น, เด็กผู้ชายมีมาก
กว่าเด็กผู้หญิง. แต่เด็กที่ตายเพราะระบบ
ประสาทพิการมาแต่กำเนิด เป็นเด็กผู้หญิง
มากกว่าเด็กผู้ชาย. เหตุผลที่เป็นเช่นนั้นยังไม่ทราบแน่.
ความจริงอีกอย่างหนึ่งคือ
ความตาย รอบเวลา คลอด ที่บันทึกไว้ใน นม
เปอร์เซ็นต์สูง ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน,
แสดงว่ายังคงมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้
อีกมาก.

การตายที่เกี่ยวกับสภาพของเด็กอ่อน
ในครรภ์เอง นม เปอร์เซ็นต์สูง ที่ สก ใน
ความตายรอบเวลาคลอด. ตัวอย่างเช่นใน

คานาคามีตายเพราะเหตุน ๔๕.๗ ปช., เพราะสาเหตุเกี่ยวกับ การผดุงครรภ์ ๓๑ ปช., ความพิการแต่กำเนิด ๑๔.๘ ปช., และสาเหตุจากมารดาอีก ๘.๕ ปช. ของ ความตายรอบเวลาตลอดทั้งหมด.

มีช่องทางที่จะควบคุมสาเหตุเหล่านี้ได้ เพียงใด. การทอคราตายของทารกทั่วไปลดต่ำลงเป็น ผลจาก การเพิ่ม ภาวะความ ต้านทานแก่ร่างกายต่อโรคติดต่อ, และ การทมิเด็กเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร น้อยลง, ซึ่งอาศัยการอบรมมารดาและการ ทำงานของสถานทารก สงเคราะห์ อย่างดี. อาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์การลดความ ตายรอบเวลาตลอดยังสามารถทำได้อีก. คือต้องเอาใจใส่ในสาเหตุเหล่านี้และสาเหตุ ที่เกิดแก่ทารกก่อนและหลังคลอด, เช่น ซึ่ฟลิส. โรคติดต่อเช่น หัดเยอรมัน, อีสุกอีใส, ซึ่งมีอันตรายต่อมารดาน้อยแต่ ทำให้เกิด ความพิการแต่กำเนิดกับทารก ได้.

การที่จะป้องกันโรคเหล่านี้ไม่ให้ เป็น อันตรายต่อทารก บางอย่าง ต้องทำก่อนเกิด

เกิดหลาย ๆ ปี, เช่นท้องตรวรกษาแม่ที่ เป็นโรคกระดูกอ่อน, อันเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เด็กตายระหว่างคลอดได้.

จากการศึกษาใน ๑๗ ประเทศ พบว่า นอรวัยเป็นประเทศที่มีความตายรอบเวลา ตลอดต่ำที่สุด, คือในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ ประเทศนี้มีจำนวนทารกตาย ๒๖ ต่ออัตรา พันคน, นิวซีแลนด์ ๒๘, สวีเดน ๒๘.๔, เนเธอร์แลนด์ ๒๙.๒, อเมริกา ๓๐.๔, สวิตเซอร์แลนด์ ๓๐.๕, ฝรั่งเศส ๓๔, เบลเยียม ๓๕.๔, อังกฤษและเวลส์ ๓๘.๓, ออสเตรเลีย ๔๐.๕, สกอตแลนด์ ๔๒.๑, เยอรมัน ๔๔, อิตาลี ๔๖.๒.

อย่างไรก็ดี การสำรวจทำให้ทราบว่า การรวบรวมสถิติความตายรอบคลอดยังคง ประสบความยากลำบากในหลายประเทศ, และเมื่อจะเปรียบเทียบตัวเลขระหว่างประเทศ, ควรคิดถึงตัวเลขสถิติที่ไม่สมบูรณ์ด้วย. (รวบรวมจากเอกสาร องค์การอนามัยโลก SEAR 533)

ฉลองขวัญ ศิลปจารย์ พ.บ.

๓. บันทึกลับ

๑. เครื่องกรองกนควนบหฺร ต่อคำถาม

ว่าการติดเครื่องกรองกน (ฟิลเตอร์) ที่กน
บหฺร จะมีประโยชน์เพียงใดต่อการป้องกน
มะเร็งของปอด, ศาสตราจารย์ เลนกล
(เกอติงเก้น) ตอบว่าสารที่ถูกสงสัยว่า
เป็นเหตุของมะเร็งปอดนั้นไม่ใช่โคติน,
แต่เป็นสารจำพวก "ทาร์" ซึ่งมีอยู่ในใบ
ยาและเกิดขึ้นเมื่อมีการเผาไหม้. เครื่อง
กรองกนที่ติดเข้ากับกนบหฺร นั้นส่วนมากมี
การประกาศว่า "กนโคติน," ซึ่งไม่
ใช้ตัวสำคัญในเรื่องนี้. สำหรับนิโคตินนั้น
ได้มีการวัดแล้วว่าอาจถูกเครื่องกรองกน
กักเอาไว้ได้ถึง ๕๐ หรือ ๖๐ เปอร์เซ็นต์. สำหรับ
"สารก่อมะเร็ง" ยังไม่มีการวัดเช่นกัน
(เพราะยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นตัวเหตุแน่),
แต่ เห็นว่าคงถูกกนไว้ได้ โดยการดูดซับ
(แอกซอร์ปชัน) พอๆ กับนิโคติน. ทั้งนี้
หมายความว่าไม่มีความปลอดภัยเต็มที่
ใดๆ. ท่านศาสตราจารย์แนะนำว่าวิธีที่จะ
ป้องกนให้แน่ชัดที่สุดสำหรับผู้ทอคยหฺรที่ไม่ไค
คือ "อย่าอ้คควนเข้าไปในปอด."

๒. หมึ่งมีครรภกับการเดินทางโดย

เครื่องบิน หมึ่งมีครรภอาจเดินทางโดย
เครื่องบินไคจนถึงครรภเต็ม แปกเคอนโดย
ไม่คอง ค่านงถึง อั้นตรายอะไร มากไปกว่า
การ เดินทางโดยวิธีอื่น ๆ (รถหรือเรือ).
หลังแปกเคอนแล้วไม่ควรถูกเดินทางไกลไม่ว่า
โดยวิธีใดทงนั้น. การโดยสารเครื่องบิน
ในระยะไกลอาจมีอั้นตรายมากกว่าในระยะ
ไกล, เพราะระยะไกลมักใช้เครื่องบินเล็ก
ซึ่งบินหน้าอากาศไม่คิไม่พ่น, เครื่องบินอาจ
โคลงเคลง, ฯลฯ. หากเดินทางไกลๆ
เครื่องบินอาจปลอตกภัยกว่าเรือกลไฟเพราะ
มีโอกาศที่จะเมาคลนและมีการรบกวน
อื่น ๆ นอยกว่า. (คทช. เมท. โว. ๘๓ :
๕๘๘, ๑๕๕๘)

๓. อาร์เตอร์ไอสเคลอโรสิสเป็นเหตุ
ของความดันเลือดสูง, หรือความดัน
เลือดสูงเป็นเหตุของอาร์เตอร์ไอส-
เคลอโรสิส ศาสตราจารย์ เซอนม้ค-
เคอร์ส (คิสเซิลคอรฟ) อ้างโรคหลอดเลือด
เออร์คาคับตรงส่วนคอคอก (อิสิมัส) ว่า

ส่วนที่ใกล้หัวใจว่าที่คอคนนั้นมีความคันสูง
ขน, และในส่วนนเกิการเคอริโอสเคลอ-
โรสิสซัคเจนแม้ในคนที่อายุน้อย. แต่
ส่วนที่อยู่เลยส่วนคืบไปนั้นไม่มีลักษณะของ
การเคอริโอสเคลอโรสิสเกิดขึ้นเลย. ข้อ
สังเกตท่านว่าแสดงว่าความคันเลือดสูง
เป็นเหตุของการเคอริโอสเคลอโรสิส.

๔. การระงับความเจ็บด้วยสะกดจิต

ดร. เมสัน (ลอนดอน) เห็นว่าการสะกดจิต
มีประโยชน์, อาจใช้แทนยาสลบไคในบาง
ราย ของ คนไข้ ที่ต้อง ผ่าตัด (เกือบ ยี่สิบ
เปอร์เซ็นต์). สำหรับการผ่าตัดน้อยมี
ประโยชน์มาก (ประมาณสามสิบห้าเปอร์-
เซ็นต์). อาจใช้สำหรับการปฏิบัติทำให้
เจ็บ, เช่นแต่งแผล, ตัดเนื้อตายหรือแยก
สะเก็ดออกจากแผล. มีประโยชน์เป็นพิเศษ
ในรายมีความเจ็บปวดเรอริง หรือรักษาไม่
หาย. ข้อดีคือการสะกดจิตใช้ได้แม้สำหรับ
คนไข้ที่อ่อนเพลียมาก ๆ (ที่ห้ามใช้ยาสลบ),
และคนไข้ที่กลัว, กันไม่ให้สีกเขาเลือก
หรือสั่งอาเจียนเข้าไปในปาก. ข้อเสียคือ
คนไข้บางคนสะกดไม่ลงเลย, และคนที่
เคยสะกดลง, ในบางคราวก็สะกดไม่ได้ผล.
ทั้งนั้นจึงเป็นวิธีที่ไม่แน่นอนและใช้ไม่ได้

สำหรับภาวะรีบด่วน. (โปร. รอย. โช. เมท.
๑๙๕๖)

๕. วันโรคกำลังเซื่องลง ระหว่าง ค.ศ.
๑๙๕๐ กับ ๑๙๕๕ อัตราตายด้วยวัณโรค
ในฝรั่งเศสลดจาก ๕๘.๑ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐
เหลือ ๓๑.๑, ในเดือนมกราคม ๑๓.๘
เหลือ ๖.๓, และในปอร์ตเกสจาก ๑๔๓.๖
เหลือ ๖๓.๐, แม้กระนั้นวัณโรคก็ยังเป็น
เหตุตายที่ใหญ่ที่สุดในจำพวกโรคติดเชื้อ
และโรค เนื่อง จาก พยาธิ แบง กิน ทง มวล.
เมื่อก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง ส่วนมาก
ของคนตาย เพราะ วัณโรค เป็น หญิง อายุ
๒๐ ถึง ๓๐ ปี ชายอายุระหว่าง ๕๐ กับ
๕๕ ปี. ในปัจจุบันคนตายเป็นพวกอายุ
มากกว่า ๖๐ ปี, ชายและหญิงเท่า ๆ กัน.
(ฮอล. ๕๘/๗)

๖. ในรัสเซีย แพทย์หญิงเป็นผู้นำ
แพทย์อเมริกัน กลุ่มหนึ่ง ทพง กลย จากไป
เยือนรัสเซีย แจงว่าที่เมือง นน แพทย์ มาก
กว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์เป็นหญิง, และพวก
ครอง ตำแหน่ง สูง ๆ ในด้าน สาธารณสุข,
การศึกษแพทย์และการค้นคว้า. รัฐมนตรี

สาขารณสุขเป็นหญิง, ผู้อำนวยการ คอฟ (คล้ายสถานเสาวภาของเรา) ก็เป็น
 “สถาบัน ควบคุมคุณภาพของแพทย์” ก็ หญิงด้วย.
 เป็นหญิง, และผู้อำนวยการสถาบันคาร์- (พ.ม. รวบรวม)

เรื่องสำหรับอาจารย์

อาจารย์กับการเจริญของสถานศึกษา

กำลังสำคัญที่จะทำให้สถานศึกษาทรง
 ควบอยู่และเจริญก้าวหน้าต่อไปก็คือครู,
 อาจารย์. ฉะนั้นสถานศึกษาที่ตกแห่ง
 นอกจาก จะทำหน้าที่ ประจำการสอน และ
 อบรมนักศึกษาตามภาระที่มอบหมายแล้ว
 ยังมีหน้าที่ สำคัญอีกสองอย่าง. อย่าง
 หนึ่งคือของชวนชวนหาครอาจารย์ที่ดี, ที่
 มีความรู้ เป็นยอด เข้มแข็งกล้า เขามาเป็น
 อาจารย์ในสถานศึกษานั้น ๆ. สองมีหน้าที่
 อบรมอาจารย์ที่มอญแล้ว ให้เป็นอาจารย์ที่
 มีความรู้ยิ่งขึ้น. ทั้งนี้เพราะอาจารย์ที่ดี
 และมีความรู้ นอกจากจะทำหน้าที่ประจำ
 ฝึกแล้ว, ความดีและความรู้ของอาจารย์
 นั้นเอง จะช่วย ส่งเสริม ชอเสียง เกียรติคุณ
 ของสถาน ศึกษาแห่งนั้น ให้แพร่หลาย ออก
 ไป. พยานที่พอจะเห็นก็คือสถานศึกษา
 ในต่างประเทศ ถูกรื่องน เช่น เรื่อง สำคัญ

อย่างขึงเรื่องหนึ่ง. เช่นเมื่อมีตำแหน่งสูง
 ว่างลง, คนที่รองลงมาถ้าไม่เก่งและค
 จริง ๆ มักจะไม่ได้ตำแหน่งนั้น. โดยมาก
 เขา มักจะ มกรวมการ ตงชน พิจารณาเรื่อง
 เช่นเป็นพิเศษ, เพื่อนาคคนที่เขาแน่ใจว่า
 คีจริง ๆ มาสร่วมตำแหน่งแทน. วิชคค
 เลอกอาจมีเป็นหลายแบบ. อาจลงประกาศ
 แข่งความถี่. แต่แบบนี้มักเป็นตำแหน่ง
 เล็ก ๆ. หรือกรวมการรับคำแนะนำจากผู้
 ที่เคยเกี่ยวข้องของกยสถานทีเช่นเป็นศิษย์เก่า,
 เป็นกรวมการขางคณะของสถานศึกษาแห่ง
 นั้น. ผู้ที่ถูกแนะนำตัวภายหลังที่ไดถูก
 ตรวจ ผลงาน ที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว, ก็จะถูก
 เชิญสัมภาษณ์. ถ้าตกลงจะมีเงื่อนไข
 อย่งไร, เช่นเงินค่าตอบแทน, สิ่งของ
 และเจ้าหน้าที่ ๆ ของการมอญมารับหน้าที่
 ใหม่. โดยประการณะเมื่อตำแหน่งขนาด

หัวหน้าวางลง, เช่นดังแก่กรรมหรือถึง
เกษียณอายุ, มักจะเกิดขึ้นพร้อมกันในแผนก
นั้น ๆ. เพราะคนทรงลงมาถ้าวาทวดคง
ขนาดและไม่มีโอกาสจะเป็นหัวหน้า, ก็มัก
จะหาทางขยับขยายไปเป็นหัวหน้าที่แห่งอื่น
ต่อไป. ถ้าวาทวดว่ายังไม่พออีกอาจจะหา
ทางออกเป็นสองทาง. ทางหนึ่งลาไปหา
ตำแหน่งใหม่, หรือขอมริบขอก็คัดเห็นและ
การเปลี่ยนแปลงที่จะนำมาโดยหัวหน้าใหม่
จากแห่งอื่น. พอผู้รับตำแหน่งสรวมแล้ว
การดำเนินการต่อไปก็กลับเข้าปรกติ. แต่
วิธินั้นงาน, การสอน, การค้นคว้าก็จะ
เป็นตามนโยบายของ หัวหน้า โดย อิสสระ.
โดยเหตุนี้ อาจารย์ในมหาวิทยาลัย ในต่าง
ประเทศจึงจำเป็นต้องแข่งขันกัน, เช่นแข่ง-
ขันในความสามารถในการสอน, แข่งขัน
ในความสามารถในการศึกษาและค้นคว้า,
แข่งขันกัน ในการช่วยเหลือดำเนิน กิจการ
ต่าง ๆ ของสถาน ศึกษาแห่งนั้น ให้เจริญ
ขึ้น. ไม่ใช่รื้อแบบชาวโสเช่นที่พวกเราได้
เห็นกันอยู่. ในความรู้สึกของผู้เขียน ๆ
เห็นว่าเห็นเหตุประการเดียวที่จะทำให้อห
วิทยาลัยในต่างประเทศเจริญก้าวหน้ามกิจ
การงานและการศึกษาใหม่ ๆ ปรากฏออก
มาเสมอ ๆ. ไม่ควรเข้าใจผิดว่ามหาวิทยาลัย
เหล่านั้นเจริญมากเพราะจำนวนนักศึกษา

หรือเพราะมตททสวยงามและเครื่องมอ
ทันสมัย. แต่เขาเจริญเพราะมีครอาจารย์
ก. ขอเสียงของอาจารย์ตนเอง เป็นเหตุ
ชักจูงนักศึกษามาสืบสานัก, เป็นเหตุชักนำ
ให้ ผู้สมัครวิชา บริจาคสร้าง สถานท และขอ
เครื่องมอ. อาจารย์ททจึงเป็นผู้ถูกยกย่อง
ทศกในต่างประเทศ และมีผู้ต้องการ อยู่ทุก
หนทุกแห่ง. ผู้ที่เคยไปต่างประเทศแล้ว
กลับมาชมว่าอาจารย์ของเขาดี, เล่นหัว
กันได้อย่างกะเพอน, ชวนไปกินเหล้าและ
เที่ยวสำมะเลเทเมาได้. ผู้เขียนรับรองได้
ว่าคนชนาคนนั้นไม่ใช่อาจารย์ผู้ใหญ่และจะ
ไม่มีโอกาสเป็นอาจารย์ผู้ใหญ่ในมหาวิท-
าลัยใหญ่ ๆ เลย. จะขอชักตัวอย่างตาม
ประวัติของ Sir William Osler. ท่านผู้นั้น
ขณะ ที่เป็นคาสตราจารย์ อยู่ที่แคนาดา น
มีการศึกษาค้นคว้า พอจะ ไปเป็นคาสตรา-
จารย์ที่อื่น ๆ ได้ทุกแห่ง. แต่ถึงกระนั้น
เมื่อมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนียต้องการตัว
ทางการของมหาวิทยาลัย ยังกลัวว่าถึงจะมี
ความรู้ ก็อาจจะมิบังอย่างบกพร่องไม่สม
เป็น คาสตราจารย์ ในมาตรฐาน ของ เขาก็
ได้. เขาอดส่ำหัจคคาสตราจารย์ผู้ใหญ่
ของมหาวิทยาลัย และภรรยาเชิญตัวออส-
เลอร์ไปกินข้าว, สอบท่วงทีและวาทา, ก
กิริยามารยาทในการกินอยู่. เมื่อเป็นทศ

ใจแล้วจึงได้เชิญไปเป็นคาสตราจารย์. ตอน
ท่านจะย้ายไปจอห์น ฮอปคินส์ และสคท้าย
ไปเป็น Regius Professor ทอดอกฟอรคนน
จะมีการ คัดเลือก เป็นแบบใดหรือไม่ ๆ ได้
กล่าวไว้ในประวัติ. แต่ขณะนั้นเกียรติคุณ
ชื่อเสียงของฮอปคินส์ได้กระจายแพร่ไปทั้ง
สองทวีปแล้ว, ฉะนั้นการจะเป็นคาสตรา-
จารย์ในมหาวิทยาลัยใหญ่ ๆ ที่มีชื่อเสียง
ในต่างประเทศนั้นไม่ใช่เป็นของง่าย. ถ้า
ไม่จริง ๆ แล้วทำงานจนหัวหงอกขาวก็
อยู่เพียงคน Associate Professor เท่านั้น.
ผู้ที่เขยื้อนแล้ว ถ้ามอบยกพร้อมแม่แต่เพียง
เล็กน้อย, แต่ถ้ามอบพร้อมนอจนำ
ความเสื่อมเสียมาสู่มหาวิทยาลัยได้, ทาง
การ มหาวิทยาลัย ก็ มัก จะ เชิญ ออก โดย
มรรยาทก่อน. ถ้าไม่ยอมก็ขังค้ำให้ออก
เป็นทางการ, ไม่ยอมให้อยู่เป็นข้อครหา
นินทาแบบที่เราเห็นกัน. ฉะนั้นการเป็น
อาจารย์จึงไม่ใช่อาชีพที่สะดวกสบาย. นอก
จากจะต้องทำการสอนตามหน้าที่ ๆ ใ้รับ
มอบหมายให้แล้ว, ยังจะต้องศึกษาค้น
คว้าอยู่ตลอดเวลา, ต้องสนใจในกิจการ
ทั่วไปของสถานศึกษาแห่งนั้นพอสมควร,
และต้องมีความประพฤติดี เป็นแบบอย่าง
ของนักศึกษาด้วย. มีฉนวนโอกาสที่จะ
ก้าว ไปถึง ชั้นที่ ทุกคน ที่เขยื้อน อาจารย์ แล้ว

ปรารถนาจะไม่มีเลย.

ในการ เขียน เรื่องนี้ตาม คำขอของ ขอ
“เรื่องสำหรับอาจารย์” ของท่านบรรณาธิ
การสารคดีราช, ผู้เขียนไม่ได้คิดไปในแง่
อันเลย, คิดแต่เพียงจะชี้ให้ทุกคนที่เคยบ่น
ว่าทำไมมหาวิทยาลัยของเราจึงเจริญสู้เขา
ในต่างประเทศไม่ได้. มหาวิทยาลัยของเรา
เราไม่ใช่ไม่เจริญเพราะเรามีเงินน้อย, ไม่
ใช่ไม่เจริญเพราะเรามีนักศึกษาน้อย, ไม่
ใช่ไม่เจริญเพราะเรามีสถานที่ไม่พอ, ไม่
ใช่ไม่เจริญเพราะเรามีเครื่องมือเครื่องใช้
ไม่ทันสมัยเหมือนเขา. สิ่งเหล่านั้นเป็นแต่
ส่วนประกอบเท่านั้น. แก่นที่แท้จริงซึ่งเป็น
เหตุที่เราเจริญไม่ได้เท่าเขา เพราะเรามีครู
อาจารย์สู้เขาไม่ได้. ผู้ที่เดินทางและหา
โอกาสงานอย่างจริงจังผ่านประเทศอเมริ-
กาแล้วข้ามมาอังกฤษ, จะเห็นว่ามหาวิท-
าลัยในอังกฤษยากจนกว่าในอเมริกามาก,
สถานที่คับแคบกว่า, มีเครื่องมือเครื่องใช้
เก่าแก่กว่า. แต่ทุกคนจะไม่กล้าพูดว่าการ
ศึกษาค้นคว้าในอังกฤษนั้นดีกว่าอเมริกา
จนแลกันไม่เห็นหลัง. เหตุนี้เพราะอะไร.
เพราะอาจารย์ในอังกฤษนั้นไม่ค่อยในความ
รู้ความสามารถว่า อาจารย์ ใน อเมริกา
เลย. มีบางคนใน ตำแหน่งเดียวกัน
กลับมีอายุสูงกว่าก็มี. ฉะนั้นการจะแก้ไข

ให้มหาวิทยาลัยของเราก้าวหน้าให้ทัดเทียมเขานั่น, จึงไม่ใช่แค่เพียงทุ่มเงินสร้างตึกและซื้อเครื่องมือแต่ไม่มีคนใช้เท่านั้น. เราจะต้องแก้ไขข้อบกพร่อง, คือทำอย่างไรเราจึงจะมีครูที่อยู่ในมาตรฐาน. ทางการจะต้องสืบและสอบสวนอยู่เสมอว่าครูอาจารย์ของเราทำหน้าที่ ๆ ใดรับมอบหมายคือให้การสอนต่อนักศึกษา ครบถ้วนตามหลักสูตรและตามแนว ทศวรรหรือไม่. ครู, อาจารย์ ที่สอนนั้นเคยคิดแก้ไขทัศนคติเปลี่ยนแปลงวิธีสอนให้เหมาะสมกับการเจริญก้าวหน้าในวิชานั้น ๆ หรือเปล่า, เคยพยายามแก้ไขข้อบกพร่องบ้างไหม. ครูอาจารย์นั้นได้ศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ

หรือเปล่า, ใ้แข่งเวลาพอสมควรสนใจในกิจการทั่วไปของสถานศึกษาแห่งนี้บ้างหรือไม่, และเคยได้พยายามแก้ไขข้อบกพร่องของส่วนรวมบ้างไหม. ถ้าใช้การเลื่อนวิทยฐานะของครู อาจารย์ โดยอาศัยหลักเกณฑ์ตามที่กล่าวมาแล้ว, ย่อมจะเป็นเหตุหนึ่งที่จะชักจูงครูอาจารย์ให้มีการแข่งขันไปในตัว, เป็นการแข่งกันที่จะให้ผลดี เพราะเป็นการ อบรมครูอาจารย์ให้ดียิ่งๆขึ้นไป. เมื่อเรามีครุคมีจำนวนมากพอ, ปัญหาเรื่องเหตุไร มหาวิทยาลัยของเราจึงไม่เจริญถึงขนาดเขาก็ย่อมจะหมดสิ้นไปเอง.

สุด แสงวิเชียร พ.ด.

หน้าสำหรับนิสิต

In vino veritas

สถานิตละตินกล่าวไว้ว่า "In vino veritas" (ในเมรัยย่อมรู้ความจริง). สถานิตินี้ "คุสึทสมิต" ได้ถอดบรรยายเป็นพากย์ไทยอย่างวิจิตรงดงาม เมื่อได้อ่านพบเข้าแล้ว กอดที่จะนั่งลงนั่งศึกษาแพทย์ซึ่งเปรียบประจุนองร่วมอาชีพไม่ได้. เป็น

ที่ยอมรับกันอยู่ทั่วโลกว่า สตราเมรัยเป็นสิ่งสำคัญในสังคมซึ่งจะขาดเสียไม่ได้. ที่ใดมีสังคม, ทนบกยอมจะเห็นสตราเมรัยคงอยู่ด้วย, เปรียบประจุนองตามทศวรรนั้น. ในด้านการรักษาโรค แอลกอฮอล์ ก็มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งยวดในบางโอกาส แพทย์ก็

ใช้แอลกอฮอล์เพื่อเป็นทวยาสำคัญคือหวัง
ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มาใช้ในการรักษาโดย
เฉพาะ. ในบางโอกาสแพทย์ก็ใช้แอลกอฮอล์
เพียงเพื่อเป็นทวาทละลายให้สารสำคัญ
แปรสภาพมาเป็น "น้ำยา." จึงเห็นได้ว่าสรา
เมรียนสำคัญมาก ทั้งในกานสังคมวิชา
ชีพและสังคมส่วนตัวของพวกเรา. สรรพ
สิ่งต่าง ๆ มีทั้งคุณประโยชน์และโทษร้าย
ฉนั้นใด, สราเมรียนก็เห็นความจริงซ่อนไปไม่
พ้น. ทั้งผู้ใช้สราเมรียนและผู้ถูกใช้มีโอกาส
จะไ้รับคุณและโทษจากสราเมรียนเท่าๆกัน.
ทั้งนี้ สกแล้ว แต่ สติปัญญาของผู้นั้นโดย
เฉพาะว่าจะเลอกรับคุณ หรือโทษของมัน
ไว้. ผู้ใช้สราเมรียนบางคนสามารถยังประ
โยชน์ให้เกิดแก่ตัวเอง และต่อประเทศชาติ
ได้อย่างมากมาย, ทำให้ตัวเองไ้รับความ

สนกสนานเพลิกเพลิน, ทำให้ตนเองเป็นท
ชมชื่นในสังคม, และถึงแก่ทำให้ประเทศ-
ชาติรอกพันจากภัยพิบัติ, ทำให้ไ้รับชัย
ชนะในศึกสงครามก็เคยปรากฏในประวัติ-
ศาสตร์อยู่บ่อยๆ. ท่านองเคียวกันสราเมรียน
นแหละสามารถบรรเทาให้ผู้ใช้หมดความ
สุขสำราญ, หรือถึงแก่ชีวิตทางตรงและ
ทางอ้อม, ทำให้ผู้ใช้เป็นทเหยยคหยาม
แก่สังคม, เป็นทหวาทระวางของผู้คบหา
สมาคม, ทำให้พ่ายแพ้สงคราม, กลาย
เป็นผู้ทรยศต่อเพื่อนฝูง และต่อ ประเทศชาติ
ไปเลย, ก็เคยมีทวอย่างมาแล้ว.

ต่อไปนี้จะไ้้นำโคลงสั้น ซึ่ง "กุสติก
สมิต" ไ้คมอบเป็นของขวัญไขปริศนา In
vino veritas ไ้ให้นักศึกษาไ้ค้นหาเอาเอง
ว่ามีความจริงแท้เพียงใด.

๑ ในเมรียนย่อมรฺ

ภายิตนฉนั้นใด
ชาวโรมชอบพดสัง
คนโลกจงขุ่นขี้

๑ เขาไ้ร่มุ่งกล่าวถ้อย

ยามคมเมรียนเมา
ความในจิตจักเผย
กระจำงคังขวตแก้ว

ความจริง

ไ้ครร์
สองงาม ฉะฉนนา
อ็คใจ

เปรียบเปรย
อยู่แล้ว
แผ่หมค เจียวพ่อ
เหน่งใส

๑ ใครมีใจใหญ่แม่
เสียดสีความลับ
ศัตรูจึงมักคิด

ควรบอก
จักแจ้ง
ชวนคม

ทำสนิทเสแสร้ง
๑ ศัตรูผู้เสกแสร้ง
ลวงหลอกให้ตายใจ
ร้ายยิ่งสลกเห็น
เชอผีคตศคคคคแก

หลอกหลอน
ทำเป็น มิตรฤา
เชอแล้
แนชค
ฉิบหาย

๑ แม่หมายมุ่งจักไต่
เลอกมิถรรระวงตัว
สรวาณนาร
แห่งอมิตรผู้ตง

เจริญศรี
อย่าพลง
คอเควอง มอนา
จิตผลาญ

๑ การคบมิตรจงได้
ใครชอบชวนคมมอม
คือมิตรปฏิรูปเลิศ
คงจะมุ่งแต่ใช้

สังเกต
เพื่อนไซ้
กลหลอก กลบ้แฮ
เล่หกล

๑ รักตนจงอย่าไต่
เมลอสตจกพา
ยามคมอย่าตคาย
กุมสติไว้ของ

เมามาย
จิตของ
คมแต่ นอัยเทอญ
บ้กบย

อันสรวาเมรยณ ถ้า จะเปรียบได้กับไฟ.
ในรามเกียรติ์เขาว่า “เด็กจะเล่นไฟก็ถาม
ไหม้ทงสรวพางค์”. ฉะนั้นถ้าหากนัก
ศีกษาจะเล่นกับไฟแล้ว, ก็ขอใ้เล่นแบบผู้

ใหญ่ทเต็มไปตัวบสติสัมปชัญญะเกิด. เมื่อ
นั้นแหละไฟ จึงจะบังเกิดประโยชน์แก่ผู้ ใช้.
ขณะใดที่นักศีกษาเกิดไม่แน่ใจในตัวเองแล้ว
ไซ้ร, ก็ควรจะหลีกเลียงเสียดสีกว่า.

“หมอดิเรก”



แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๕๐๖	๑,๐๘๖	๑,๒๘๔	๑,๐๖๘	๑,๒๔๑	๓๓๕	๖,๕๒๐
เก่า	๓,๕๒๘	๑,๘๘๕	๒,๓๖๖	๑,๔๗๒	๑,๕๗๓	๕๖๓	๑๑,๘๖๗
รวม	๕,๐๓๔	๒,๙๗๑	๓,๖๕๐	๒,๕๔๐	๓,๒๑๔	๘๙๘	๑๘,๓๘๗
<u>ใน</u>	๒๒๘	๓๓๑	๑,๑๓๖*	๑๓๗	๓๓๕	—	๒,๑๖๗*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๑ ๔๕๘*, จักษุ ๑ ๔๑๘, สูติ-นรี ๑ ๒๑๘, รวม ๑,๐๘๔ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๔๑๖*, หญิง ๓๗๒, รวม ๗๘๘*. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๘. รวม ๒๐.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๗ คน (๖.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๔๑ ราย (๒๘.๘ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๘๔ ครั้ง. ข้างนอก ๑ ครั้ง. รวม ๔๘๕ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๗๔๔ คน. รักษาใหม่ ๑๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๖๔ ครั้ง. รadium รักษา ๑๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๖ ครั้ง. ไอโซโตป รักษาใหม่ ๒ คน, รักษาใหม่และเก่า ๑๗ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๘๘๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๑ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๒๒๐ ราย. (จากภายนอก ๕๖ ราย). แอ็กกลูตินเนชั่น ๘๘. วัชเชอร์แมนและคาห์น ๒,๑๕๓. หมู่เลือด ๒๓๖. นับเม็ดเลือด ๕๔๕. หาเชื้อบักเตรี ๑๒๐. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๘, อุจจาระ ๓๑๑, ปัสสาวะ ๒๘๘, เสมหะและอื่น ๆ ๔๓. เพราะเชื้อจากเลือด ๑๕๒, อุจจาระ ๖๘. ปัสสาวะ ๒๐. น้ำไขสันหลัง ๒๕, เสมหะและอื่น ๆ ๓๖๑*. นิติศัพท์ทดลอง —. เพราะเชื้อบิต ๑๘. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๖. ตรวจสพนิตินเวซ ๒๐. ตรวจของกลาง ๒.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๕. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๖. น้ำช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องปอด ๑๕. อัดลมเข้าช่องท้อง ๔. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๐. นิติชายซ์ฟิสิส ๒๑.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๔๔*. ถอนฟัน ๕๒๒. อุดฟัน ๑๘๒. ผ่าตัดช่องปาก ๔๑.
(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรักษ์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
(เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)
คือ :

๑. บริษัทปูนซีเมนต์ไทย จำกัด จังหวัด
พระนคร บริจาคเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท โดย
เสด็จพระราชกุศลสาธารณะ เพื่อบำรุงตึก
อาเนันทมหิตล และบริจาคเพื่อกองการกุศล
สาธารณะในปี ๒๕๐๐ บำรุงโรงพยาบาล
ศิริราช ๑๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน
๕๐,๐๐๐ บาท.

๒. หม่อมหลวงแสงโสม กฤษณามระ
บ้านตารากร ๕๕๐ ถนนพระสุเมรุ จังหวัด
พระนคร ส่งเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
อันเป็นเงิน ของทายาท ของท่านเจ้า พระยา
ศรีพิพัฒน์รัตนราชโกษาธิบดี พร้อมใจกัน
บริจาคสมทบทุน "ตารากร" เพื่อก่อตั้ง
ส่วนกุศลแก่ท่านเจ้า พระยาศรีพิพัฒน์รัตน-
ราชโกษาธิบดี และท่านผู้หญิงประไพ
ศรีพิพัฒน์ ซึ่งได้ถึงอสัญกรรมไปแล้ว.

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมวิชาการ
ประจำเดือน เมษายน วันที่ ๒๑ ธันวาคม
๒๕๐๐ เริ่มประชุมเวลา ๑๐.๓๐ น. ณ

ห้องประชุมตึกแพทยวิद्या เรื่องทนา
แสดง คือ :

๑. การแสดงอะดิโนมา และ โปเลียปี
ในลำไส้ใหญ่ส่วนลงและซิกมอยด์ด้วยรังสี
เร็นทเก้น น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก, น.พ.
ทฤษฎี ประภาสวัต และ น.พ. ทวี บุญโชติ
แห่งแผนกรังสีวิทยาเป็นผู้เสนอ.

๒. ปีนิวโมโคแรกซ์ เกิดเองร่วมกับ
โรคหัวใจ (รายงานผู้ช่วย ๑ ราย) น.พ.
สัมพันธ์ ขวรงค์ดี และ น.พ. สันทร ทัศนท
นันท์ แห่งแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

ปาฐกถาของ รังสี แพทย์ จาก อังกฤษ

เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๐๐ เวลา
๑๕.๐๐ น. น.พ. Ralston Paterson แห่ง
ฮอลโลเวย์เคม อินส์ติติวต์ และ โรง พยา ขาด
คริสตี, รังสีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแห่งประเทศ
อังกฤษ และเป็นผู้นำผู้หนึ่งในการใช้รังสี
รักษาโรค, ได้มาบรรยายการรักษารังสี
มะเร็ง เรื่องการรักษาคาร์ซิโนมาคอสมตลก
ณ ห้องประชุมตึกแพทยวิद्या. ทง นตาม
คำเชื้อเชิญของรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย.

อนึ่ง, ปาฐกผู้เดียวกันนี้, ได้ไปบรรยาย
เรื่อง มะเร็งทรวงอกด้วยวิธีรังสี ณ
แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่

๒๑ ธันวาคม ๒๕๐๐, และเรื่องคาร์สิ-
โนมาของปากและริมฝีปาก ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ด้วย. ปรากฏว่ามีแพทย์จาก
สำนักต่าง ๆ ไปร่วมฟัง การบรรยาย เป็น
จำนวนมาก.

แผนกรังสีวิทยา

ข่าวประจำเดือนธันวาคม

ข่าวทั่วไป

๒๐ ธ.ค. ๒๕๐๐ ทางแผนกไตคอนรัย
ศาสตราจารย์ Ralston Paterson ผู้อำนวยการ
การของ Holt Radium Institute and
The Chistie Hospital, Manchester.
ผู้เชี่ยวชาญในวิชารังสีวิทยา และ วิทยาเคมี
กัมมวิทยา Dr. Edith Paterson, ผู้เชี่ยวชาญ
วิชา Radio-biology. ทั้งสองท่านได้
มาเยี่ยมแผนกในคอนเซ้า และให้ข้อคิด
เห็นแนะนำต่าง ๆ. ในคอนยายแสดงปา-
ฐกถาทดกพยาธิวิทยาเรื่อง Carcinoma of
Cervix. มีภาพยนต์ฉายประกอบด้วย.

๒๑ ธ.ค. ๒๕๐๐ บ่ายวันเสาร์ทางแผนก
ไตไปร่วม การเลี้ยง อาหารกลางวัน คอนรัย
ท่านทั้งสอง ที่สมาคม นักเรียนเก่า อังกฤษ
ซึ่งเป็นการเลี้ยง โดยรังสีแพทย์ ทั้งหมดใน

พระนคร. ศาสตราจารย์ R. Paterson ได้
กล่าวขอบคุณ และแสดงความ รู้สึกส่วนตัว
ว่าคงแต่ไคไทยรวบโลกมาเห็นประเทศไทย
นม โยธาณศิลป์วัตถุที่แปลกสวยงามที่สุด.

วิชาการ

ในเดือนนมการประชุมนวิชาการในแผนก
น้อยไป, คอสมรณจฉย ๒ ครั้ง, เท่ากับ
รังสีรักษา.

ข่าวแผนกกุมารเวชศาสตร์

นายแพทย์ศิริกร พงศ์พิพัฒน์, อาจารย์
ในแผนกกุมารเวชศาสตร์, ได้เดินทางไป
ศึกษาวิชากุมารเวชศาสตร์เพิ่มเติม และค
งาน ณ เมืองซิมบอร์กประเทศเยอรมัน เป็น
เวลา ๒ ปี, ได้รับปริญญา Dr. med. และ
D.T.M. นายแพทย์ศิริกรได้เดินทางกลับ
และเข้าประจำหน้าที่เรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่
วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๐๐.

นายแพทย์ประสงค์ ตันจินดา, อาจารย์
ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ ได้ร่วมเดินทางไป
ไปอบรมพันฟูวิชาการ (บรรยายเคลื่อนที่)
ในจังหวัดภาคเหนือ, ระหว่างวันที่ ๒
ธันวาคม ถึง ๑๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๐.

ภัทรพร พรรณเชษฐ์ พ.บ.

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีราชของท่านมีอายุอย่างชนบท สบายควยฉบบน. เวลาถ่าย ทัผ่านไปในนคร รวกรวอยง. รู้สึกคล้าย ๆ กันเมื่อไม่นานมานเองที่ “บรรณาธิการ” และ “ผู้จัดทำ” (ซึ่งขณะนั้นยังไม่ได้อำนาจแห่ง กังกล่าวทั้งสองคน) ไท่บ่งประกายกันว่า “จะทำหรือไม่ทำ”, “ถ้าทำ, จะทำอย่างไร”, “จะมีกี่แผ่นก, กี่หน้า” ฯลฯ. ในตอนนั้นตกลงกันว่าจะมีขนาดเพียงเล่มละสองยก, เพราะจะไ้จัดทำไ้ทันเวลาทุก ๆ เดือน. จะพิมพ์เพียงครึ่งละหรือฉบบน. จะรับแจ้งความแต่เพียงจำกัด. เนื้อหาส่วนใหญ่จะเป็นรายงานการประชุมวิชาการที่ ศิริราชทุก ๆ เดือน (เพราะจุดประสงค์ดั้งเดิมของสารคดีราชคือการกระตุ้นงานทาง วิชาการของคณะ). นอกจากนั้นแผนกที่สำคัญจะเป็น “แผนกย่อเอกสาร”, ซึ่ง ไ้กำหนดไว้ว่าเล่มหนึ่ง ๆ จะพิมพ์ย่อ- เอกสารประมาณสี่เรื่อง. พอนาเรื่องเสนอ คณะกรรมการฯ และไ้รับอนุมัติ, การ ก็เปลี่ยนแปลงไปจากที่กะไว้หลายอย่าง. แจ้งความต้องรับมากกว่าที่คิดไว้, เพราะ สารคดีราชออกำเนิคนควย “กำลังใจ” ล้วน ๆ, ไ้ไ้เรียกร้องเงินทนจาก คณะ กรรมการหรือจากที่ใดเลย, เลยงควย

กำลังทรัพย์ที่ไ้จากค่าแจ้งความเป็นส่วน ใหญ่. เมชขายหนังสือ, ก็ต้องขาย แจ้งความ. ในค่านเราเป็นหนท่านเจ้า ของแจ้ง ความทงหลายที่ไ้ให้ ความสนับ สนุนด้วยความเห็นอกเห็นใจยิ่ง. ขนาด ของเล่มเพิ่มจากสองเป็นสี่ยก, แลวกหา, หก, จนเจ็ดและขางเล่มกแยกยก. ภาพ ประกายว่าจำกัด, แต่แล้วสำหรับ ขาง เล่มเพียง ค่าลิขสิทธิ์และ ภาระค้ายารค ืท่านนกว่าราคาหนังสือรายเล่มเสีย แล้ว. เนื้อหาที่จะไ้จากรายงานในที่ ประชุมฯ ก็กลายเป็นต้อง “วังงา” เป็น ส่วนใหญ่, เพราะท่านเจ้าของรายงานขาง ท่านกไ้ไ้เขียนเรื่องไว้, ขางท่านก็อยาก ส่งไปพิมพ์ทอน. “แผนกย่อเอกสาร” ก็มีไ้เพียงหกเรื่องในตอนต้น, เพราะถ้า หากมี ถึงย สิบเรื่องก็คงไ้มีหน้ากระดาษ เหลือสำหรับเรื่องอื่น ๆ เลย. ท่านสมาชิก ทวจากหนังสือมาตงแต่ต้นคงจะจำไ้ว่าใน บแรกนั้น “ย่อเอกสาร” เรื่องหนึ่ง ๆ กิน เนื้อที่สองถึงสามหน้ากระดาษ. ต่อมาใน บหลัง ๆ ผู้ยอชกก็ค่อยขำนาญขึ้น, ย่อไ้ สั้นลง ๆ, และเรากไ้สามารถเพิ่มจำนวน เรื่องย่อมากขึ้น ๆ ตามส่วน. จากหกเป็น แปด, แลวกเป็นสิบ, เป็นสิบสอง. เป็น

สืบสองอยู่หลายขั จึงเพิ่มเป็นสืห้าในขั ท
 เกา. คอถงฉบบนซงเรมคณข ทสืข, เร
 จขบรรลถจคหมาย, คอสามารถทพมพ
 ยอเอกสารไคถงยสืขเรองเขนครงแรก. นข
 ว่าเป็น “ความสำเร็จ” ประการหนึ่งในจค
 มุงหมายหลายประการแคคังเคม. แมจ
 เป็นแคเพงส่วนอย, เรกรรศกมควม
 ยนค, เพราะทรายว่ายอเอกสารนเขนท
 คองใจของ ท่านสมาชกจำนวนมากทอยใน
 คางจงทวคทอปฏิบัติจงานส่วนทว, ซงเป็น
 ขคคคคเคทสารศิรัราชพยายามทจะยนบร
 การไปถงอยเสมอ. เหตุทยนคคอกกคอใน
 คานการศกษาภายในศิรัราชเองเห็นไคว่า
 สารศิรัราชมีส่วนกระตุนและผลกคณอยมก
 พอไซ, การทเรารสามารถทพมพยอเอกสาร
 ไคถงยสืขเรองกเพราะมเรองพอเพงอยาง
 หนึ่ง, และเพราะเรองหนึ่ง ๆ ยอไคสนมาก
 พอออกอยางหนึ่ง. การทไคเรองมากพอ, ก
 เพราะไครับการสนยสนน จากมวลสมาชก
 ของศิรัราช. การทเรองยอสนลงๆ, กเพราะ
 สมาชกของศิรัราชไคเลาเรยนจากทวอยาง
 ทคพมพมาเรอย ๆ ในระหวางเกาข ทผ่าน
 ไปน. หมายควมว่าสารศิรัราชมิไค
 เสยเปล่า, อยางนอยกไคใหขทเรยนแก่
 สมาชก ของศิรัราช เองใน คานทจะชวยให
 สามารถทำงานใหแก่ส่วนรวมไคคชน.

๑ ท่านสมาชกทรวสารศิรัราชมาแต่

คังเคมคังจะจ่าไคว่าในคอนปลายของข ท
 หนึ่งนเองมท่านสมาชกผู้หนึ่งเขยนจค-
 หมายแสดงควมประสงคมาขอใหจคพมพ
 เรองเกยวคณคเวชวทยาข่าง, และเราก
 ไคคคคทอขอเรองประเกทนจากท่านผู้อยู่ใน
 จานะจะเขยนใหไค. ไครับคาคถง, เร
 กจงใหท่านสมาชกทรวว่าจะไคจคใหตาม
 ควมประสงคของท่านผูขอ. แคเวลาก
 ไคล่งไปจนถงข ทเกา, เรจงสามารถจค
 การไคสำเร็จ. เรองนจงเขนทวอยางอก
 ประการหนึ่งของ “ความสำเร็จทคอย ๆ
 คยคลามา”. อยางไรค, เรทรวว่าท่าน
 สมาชกคังจะไม่เสยคายเวลาท ไคคคคค
 คอย (ถ้าหากมท่านผู้ไคไคถงทาคคอยอย),
 เพราะทงแคเรมไครับ เรองนคเวชมาคพมพ
 เรากไคแคเรองทคในทกๆ แง. จะเป็น
 วิชาการกค, ควมสนใจทวๆ ไปกค,
 ทรวชเรยขเรยงกค, เขนทคไมไคทงน.
 ในลขขนเรากม “เรองผน” ใหอ่านอก,
 ขนเป็นเรองทถงคควมสนใจไค หลายแง
 มากทเคยว.

๑ นอกจากการเพิ่มจำนวนยอเอกสาร
 เป็นยสืขเรอง, ขงมขอเสนออกขอหนึ่ง.
 คอการประเคมแผนกยอยใหม่ “เรอง
 สำหรัขารย”, ซงเรากำหนดจะคพมพ
 ขทควมเกยวคขารยในทกๆ แง, นข
 คังแควิชาถาร, เทคนคในการสณ, เรอง

จงใจล่อมใจ, ตลอดจนกระทั่ง “ลูกไม้”
 ทางการเมือง, ซึ่งเราเห็นว่าจะเป็นประโยชน์แก่
 อาจารย์ทั้งหลาย. แม้ว่าสมาชิกที่เป็น
 อาจารย์ในขณะนั้นจะมีเพียงสองสามร้อย
 (รวมทั้งอาจารย์ในท้องถิ่นด้วย), แต่
 สมาชิกอีกไม่น้อยก็คงจะได้เป็นอาจารย์ใน
 โอกาสต่อไป, และแม้สมาชิกอื่น ๆ ก็คง
 จะได้รับประโยชน์อะไรบางอย่างจากบทความ
 ประเภทนี้. อย่างไรก็ตามเราจะพยายามตี
 พิมพ์แต่เรื่องสั้น ๆ และคราวละหนึ่งเรื่อง
 เท่านั้น. สำหรับฉบับเริ่มแรกนี้เราได้อธิ
 เรื่องจากท่านคณะใด, แต่ขงเคยมีท่านค
 ราชการมาก, ไม่มีเวลาเขียนให้. พอดี
 อาจารย์หมอสถ. แสงวิเชียรส่งเรื่องมาทัน
 เวลา, เราจึงนำลงเป็นประเดิมเสียเลย.
 หวังว่าท่านสมาชิกทุกท่าน, จะเป็นอา
 จารย์หรือไมก็ตาม, คงจะได้ประโยชน์จาก
 เรื่องของท่านอาจารย์ฝั้น.

๑. แม้ฉบับนี้จะเป็นฉบับเริ่มต้นนี้ ทราบ
 เราก็คงไม่ได้จัดเป็นฉบับพิเศษแต่ประการใด,
 นอกจาก “คุย” กันถึงความหลังและความ
 ถ้าเร่เล็ก ๆ น้อย ๆ. ทั้งนี้เพราะเราเห็น
 ว่าอายุเพียงยี่สิบของสารศิริราชยังน้อย
 นก. ตามหลักการนสารศิริราชควรจะม
 อายุยืนต่อไป ๆ ไม่มีที่สิ้นสุด, จนกว่า
 “ศิริราช” จะสิ้นอายุ. ถ้าหากจะมีการ
 ลดอายุร่วมกันข้างกันจะทำต่อเมื่อสารศิริ
 ราชอายุได้ห้าสิบหรือร้อย, อย่างน้อย ๆ

กยสหาย (ซึ่งคณะเจ้าหน้าที่คนคงไม่
 ใ้รวมด้วย). ทั้งนี้ฉบับนี้ ทราบจึงเป็น
 ฉบับธรรมดา. มีเรื่องรายงานคนไข้หนึ่ง
 เรื่อง (ถ้าใส่กลิ่นตัวเกิดซ่า, ของคุณหมอ
 กว. ทั้งสวยตัว), เรื่องรวบรวมจากเอกสาร
 (วิว) หนึ่งเรื่อง (วิทยุที่ออกสื่อโคสัส, ของ
 คุณหมอสุนทร ตันตนะนันท์), บทความพ
 วิชาหนึ่งเรื่อง (สรีรเคมีและสรีรวิทยาของ
 ค่อมฉวีรชย, ของคุณหมอสนอง อนุ
 กล), กับเรื่องประจำหนึ่งเรื่อง (บทความ
 นิตเวช, ของคุณหมอสงกรานต์ นิยมเสน).
 ในแผนกปกิณะ: เราก็คงมีเรื่องหลายร
 ตามเคย. แปลกซกนทในฉบับนี้ย้ายเอา
 “หน้าสำหรับนิต” มาต่อท้ายแผนก
 ปกิณะ, เพื่อให้เป็นที่ระลึกตาของท่าน
 สมาชิกที่มีใจนิตด้วย, เพราะบางครั้งใน
 หน้านิตเรื่องที่มีใจนิตใจเหมือนกัน.
 เราหวังว่าการแก้ไขเล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้
 จะช่วยให้สารศิริราชทำประโยชน์ให้แก่ท่าน
 สมาชิกได้เต็มเม็ดเต็มหน่วยยิ่งขึ้น.

๑. กิจการใดก็ตาม, จำต้องมีการ
 แก้ไขเปลี่ยนแปลงระเบียบ, วิธีการและแนว
 ปฏิบัติอยู่เสมอ, จึงจะคลคลายทันแก่เวลา.
 สารศิริราชของเราทั้งหลายก็ต้องเป็นเช่น
 นั้น. เพราะฉะนั้นตลอดเวลาอายุ ๓๓
 ไปนั้นในความกึกก้องของเจ้าหน้าที่จึงมีแต่
 “ปรึบปรุง, ปรึบปรุง, ปรึบปรุง” อยู่ตลอด
 เวลา. สำหรับกาลต่อไปก็คงเช่นกัน.

ของแถม

“ปากเหม็น”

อาการปากเหม็นอาจมีสาเหตุหลายประการ. ที่พบบ่อยคือฟันผุหรือรากฟันหักคาอยู่แล้วเน่าเพราะฤทธิ์ของยัคเตรีในปาก. ชีวทันแพทย์ควรแนะนำให้คนไข้ไปหาแพทย์ฟันให้ทำการกำจัดรากฟันที่เน่าหรือกระเปาะหนองออกเสีย.

ต่อมที่อนซิลอักเสบเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุของกลิ่นเหม็นจากปากได้. เนื่องจากมีเชื้อที่ทำให้เน่าเหม็นอยู่ในบริเวณซอกลึก (ครีพท์) ของต่อม. ในกรณีเช่นนี้ควรให้คีตต่อมที่อนซิลเสียเพื่อกำจัดแหล่งของการอักเสบและเน่า.

ในแก๊งกรินของปอด(เช่นจากแอสบีเรชัน ปั่นวโมเนีย) ลมหายใจออกอาจมีกลิ่นเหม็น. ยาจำพวกการะบอนและนามันระเหย, ซึ่งเมื่อกินแล้วขับถ่ายออกทางปอด, อาจช่วยได้. ยาจำพวกซัลวาไรซาน อาจทำลายเชื้อที่เป็นเหตุของแก๊งกรินได้.

สาเหตุที่พบบ่อยคือโคเลอรัคคูลัมของหลอดอาหารและการผ่น้ำของมูก(ไอซันน่า).

สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจพบได้บ้างก็มี, เช่นกลิ่นจากกระเพาะอาหารในคนที่เป็นเนอมา, กลิ่นที่เกิดจากการรักษาความสะอาดของปากไม่ดีพอ, เป็นต้น. คนที่จิตใจหวาดกลัวมาก ๆ อาจมีกลิ่นเหม็นออกจากปาก. ชีวยังไม่สามารถอธิบายกลไกได้.

การรักษาหลายทาง. การพบมากก็เป็นวิธีรักษาอย่างหนึ่ง, โดยข้อมันไม่ให้กลิ่นค้างอยู่ในปาก. การเคี้ยวแตงกวา, ข้วนปากด้วยน้ำยาหอม, หรือกินโพลีฟอสเฟต, อาจทำให้กลิ่นลดน้อยลงไต่ข้าง, แต่ไม่ถึงกับแก้ขาด. วิธีรักษาอย่างหนึ่งใช้อาหาร, เช่นให้กินใบผักกาดหอมหัวเล็ก ๆ หั่นหัวในต้อนเช้า, หรือพริกหยวกสด ๆ, หรือผักชีเขียวอื่น ๆ ก็ได้. นาผลส่นคนหรือนามะเขือเทศคนกว่าให้ผลกเหมือนกน. วิธีเหล่านี้ทำง่ายและคนไข้อาจทดลองทำตัวเองได้.

ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med.

(รวบรวม)