



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑-๒ ม.ค.-ก.พ. ๒๕๐๓ Volume 12, Number 1-2, Jan.-Feb. 1960.

แคร์นิกเทอรัส

อรุณ เนตรศิริ

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

Orth นักพยาธิวิทยาเยอรมัน ในปี ๑๘๗๕ ได้พบทารกเกิดใหม่ที่ตายเนื่องจากโรค อิกเทอรัส กราวีส นีโอเนโทรมีรายหนึ่ง, มีสีน้ำตาลคดคสมอง. เขาไม่เคยพบเช่นนี้ในผู้ใหญ่เลย. ๒๕ ปีต่อมา Schmorl ได้ศึกษาพยาธิสภาพโดยละเอียด, โดยการตรวจส่องของทารกก่อนเดือน ๒๘๐ ราย. ในจำนวนนี้ ๑๒๐ รายมีประวัติตัวเหลืองจากเมื่อยงมีขจัดอยู่. ๖ รายจาก ๑๒๐ รายนี้เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ๒ ราย, และนอกจากนี้เป็นทารกคลอดปกติ. Schmorl พบว่ามีสีของนาคคดคดอยู่ที่ เขซัลแกงเลียในบริเวณเดียวกับ Orth ได้รายงานไว้, โดยเฉพาะที่บริเวณ ฮิปโปแคมปัส, โกลบัลพัล-

ลิส, พทามาเน, นิวเคลียส ของลูเอส, อินฟเรียร์ โอลีฟัว แต่ไม่พบที่ผิวของสมองใหญ่. Schmorl เรียกพยาธิสภาพว่า "Kernikterus." คำเยอรมันคำนี้ได้นำมาใช้ เป็นศัพท์ แพทย์สากลอยู่จนปัจจุบัน, แม้จะมีผู้พยายามให้เปลี่ยนเรียกเป็นอย่างอื่น เช่น บิลิเวิน เอนเซฟาโลพาธีย เป็นต้น (Ernster, Herlin และ Zetterström; Küster และ A. Dortman; Waters และพวก). ในภาค อังกฤษ คำนี้ ได้ เขียน เพี้ยน ไปเป็น Kernicterus

งานหลายฉบับของ Hsia, Allen, Gellis และ Diamond กลุ่มนักค้นคว้าแห่งเมืองบอสตันได้ชี้ให้ ทราบถึง ผลร้ายของ พยาธิ-

สภาพนั้นว่า ไม่แต่จะเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของทารกมรณะในระยะแรกเกิดเท่านั้น, ยังเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด อัมพาต เนื่องจากสมองในอายุต่อมาอีกด้วย. ในบรรดาทารกเกิดใหม่ที่เป็นโรค, ๗๐ ปช. จะตายในสัปดาห์แรก และราว ๑๐ ปช. ของพวกที่รอด จะมีความพิการอย่างรุนแรงทางระบบประสาทเอ็กซทราพียแรมิคัล เป็นโสมิ-โอแอตอิโทซีส, ไบแลเทอร์ล แอตอิโทซีส, หรือเป็นอัมพาตแบบ ฮโทนิค-แอตอิติก ของ Foerster. บางคนมีสติปัญญาเสื่อมและมีอาการหั่นทอน. บางคนมีความผิดปกติทางตา (Körber; Jochims; Gerver และ Day; Crome, Kirman และ Mars; Byers และพวก).

สมัย ๒๐ ปีกว่ามานี้รู้จักกันแต่เพียงว่า แครนอิคเทอร์ลเป็นโรคแทรกซ้อนของโรคอิคเทอร์ล กราวิส นีโอเนโทรม์. แต่อย่างเดี๋ยวเท่านั้น. พยาธิสภาพจึงไม่มีความสำคัญสำหรับประเทศไทย โดยเหตุที่อิคเทอร์ล กราวิส ซึ่งเกิดจาก ฮาร์เอชแฟคเตอร์ระหว่างแม่กับลูก เข้ากันไม่ได้เป็นโรคที่ไม่ใคร่พบปะในคนไทย. แต่ในระยะหลังนี้ได้มีรายงานหลายแห่งแสดงว่า แครนอิคเทอร์ลอาจจะเกิดขึ้นได้ในกรณีอื่น ๆ อีก. พยาธิ

สภาพจึงมีความสำคัญทางแพทย์ในเมืองเรามากขึ้น.

แครนอิคเทอร์ล อาจเกิดขึ้นได้ในรายที่ทารกเกิดใหม่เป็นโรค. “เฮโมลิติกคิสซีส ของทารกแรกเกิด” เนื่องจากมีหมู่เลือด เอ บี โอ ขัดแย้งกันระหว่าง แม่กับลูก. กล่าวคือ แม่เป็นหมู่ โอ และ ลูก เป็นหมู่ เอ หรือ บี (Shumway) และพวก; Zulzer และ Mudgett; Jervis; Zulzer และ Cohen). ประสิทธิภาพของ เฮปโตอินคอม แพคทีบิลิตมีมากขึ้นเพียงใดในเมืองเราจึงไม่มีตัวเลขที่จะแสดงได้. แต่ Valentine แห่งเมืองฮอนเทรีโอ คานาดา ได้ศึกษาทารกเกิดใหม่ ๑,๐๐๐ ราย, ซึ่งมีอาการตัวเหลืองภายใน ๒๔ ชั่วโมงภายหลังเกิด, พบว่า ๑๗ คนเป็นโรค เฮปโตอินคอม แพคทีบิลิติก. ในการคลอด ๗๑ ราย Valentine กล่าวว่าอาจจะพบทารกเป็นโรคได้ ๑ ราย, ซึ่งสำหรับฝรั่งก็นับว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่า โรคเฮโมลิติกคิสซีส ที่เนื่องจาก ฮาร์ เอช อินคอม แพคทีบิลิติกเสียอีก.

สารบีทารกเกิดก่อนกำหนด แครนอิคเทอร์ลอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากมีสภาวะ บิลิรูบินในเลือดสูงจากสาเหตุหลายประการ, เช่น จากตับหย่อนสมรรถภาพ, จากการให้

วิตามิน เค จำนวนมาก จะเป็นการดีให้
แก่มารดา ก่อนคลอด หรือดีให้แก่ทารกภายหลังคลอดก็ตาม, และจากการให้ยาจำพวก
ซัลไฟโซกซาโซล หรือ แกนทรีซัน เป็นต้น
(Bound และ Telfer; Meyer และ Angus;
Silverman กับพวก; Meyer; Grosse กับ
พวก; Marcel Lelong; Lucey กับ Dolan;
Govan กับ Scott; Schmöger Köttgen กับ
Braun).

Zimmerman และ Yannet ได้รายงาน
ไว้แล้วตั้งแต่ปี ๑๙๓๓ ว่า แครนนิคเทอร์ส
อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากเซพซัส. เมื่อ ๓ ปี
มานี้ Wong Hock Boon จากสิงคโปร์ ได้
รายงานทารกคลอดครบกำหนด ๒๖ คน,
อายุภายใน ๑๕ วัน, เป็น แครนนิคเทอร์ส
โดย ไม่ได้เป็นโรคเฮโมลิติก ของทารก
แรกเกิดเลย. ทารก ๒๖ รายนี้ Gellis ให้
ข้อสังเกตว่า แครนนิคเทอร์สน่าจะเกิดขึ้น
จากเซพซัสมากกว่าจากเหตุอื่น.

แครนนิคเทอร์ส อาจเกิดขึ้นได้ในราย
ที่ทารกเป็นโรค ซิวลิส มาแต่กำเนิด
(Jochims). Ehrlich และ Ratner พบในราย
ที่เป็นโรคคัมฮักเซียในระยะเกิดใหม่. Crig-
ler และ Najjar พบแครนนิคเทอร์ส ใน
ทารกที่เป็นโรค คอนเจนิตัล แพมีเลียล

นอนเฮโมลิติก จอนคิส, ซึ่งเป็นกรณีที่จะ
พบได้น้อย. สันนิษฐานว่า เนื่องจากความ
บกพร่องทางกรรมพันธุ์ เป็นต้นเหตุให้ทารก
ขาด เอ็นซัยม์ กลูโคโรนิล ทรานสเฟอเรส,
จึงไม่สามารถขับ บิลิรูบินออกได้ดังปกติ.
อีเวคเคอริ สเฟโรซัยโทซิสในทารกเกิด
ใหม่ก็อาจเป็นสาเหตุของแครนนิคเทอร์สได้,
ดังปรากฏตามรายงานของ Stamey และ
Diamond จากบอสตัน. ทารกทั้ง ๓ คนที่
รายงานนี้ มีพ่อ หรือ แม่เป็นโรคเช่นเดียวกับ
กันด้วย.

อาการและเครื่องแสดงของแครนนิค-
เทอร์สส่วนมาก ได้มาจากผู้ป่วยที่เป็นโรค
เฮโมลิติกของทารกแรกเกิด และมีพยาธิ
สภาพแทรกซ้อน. ได้มีการศึกษากันอย่าง
กว้างขวาง ในต่างประเทศใน ระยะแรกเริ่ม
ของโรค, ซึ่งในรายที่เป็นนิคเทอร์ส กราวิส
นิโอเนโทรม มักจะปรากฏขึ้นในราววันที่
๓-๕ หลังเกิดนั้น Bertrand กับพวกแยก
อาการและเครื่องแสดงทางสมองเป็น ๒ พวก
พวกหนึ่งมีอาการทาง สมอง อย่าง กระจาย,
ไม่ยั้งถึง ตำแหน่ง พิการ แห่ง แห่ง ไตที่
สมองโดยเฉพาะ. ทารกมีอาการหงอย,
หลับ, ชึม, อาเจียน, เบื่ออาหาร, ไม่กิน
นม, มีไข้สูง, เนื้อตัวอ่อนเขียว, ไม่ไคร้

เคลอนไหว, การหายใจไม่สม่ำเสมอ อาจหายใจเร็วและตื้นหรือหายใจหอบเป็นพัก ๆ, วัณโรคของมอริโอให้ผลลบ, และอาจมีอาการชักกระตุกอย่างก็ได้. ส่วนอีกพวกหนึ่งนั้นจะมีอาการทางระบบประสาท เอ็กซทราพียแรมิกัล กล่าวคือ มีอาการขยับไปโทเนียของกล้ามเนื้อ, มีหลังแอ่น คีรษะหงายไปข้างหลังในลักษณะ ไฮปีสโทโทนิส และมีอาการเกร็งตัวเป็นพัก ๆ. ทารกคดนมและกลืนนมได้ด้วยความลำบาก, มีกล้ามเนื้อขบย่อย ๆ และอาจเป็นปอดอักเสบ, ซึ่งเป็นเหตุให้ตายในระยะนี้. ทารกในพวกนี้มักมีทางผิดปกติจากทารกธรรมดาด้วย เช่น เวลานอนก็มักกำหมัด, งอแขนเหมือนท่านกมวอย, แต่มีขาเหยียดคอยึดกันเป็นต้น, มักกระสับกระส่ายและร้องขบย่อย ๆ บางทีมีอาการเสีงแหล่มคัง, อาการชักกระตุกแบบเกร็ง ๆ อาจเกิดขึ้นได้, ก่อนตายบางคนอาจมีอาการเปลี่ยนไปเหมือนทารกในพวกแรกก็เป็นได้.

กำเนิดพยาธิสภาพของแคว้นอิคเทอร์สยังอธิบายไม่ได้ชัดเจนทีเดียว. การพบ ฮาร์เชส แพคเตอร์ โดย Landsteiner และ Wiener ในปี ๑๙๔๐ ได้อธิบายสมมูลฐานของโรค เฮโมลิติกของทารกแรกเกิด, ซึ่ง

เป็นโรคสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิด แคว้นอิคเทอร์ส. แต่สาเหตุแท้จริงของพยาธิสภาพของแคว้นอิค เทอร์ส เอง ยังหาทราบกันแน่นอนไม่ได้. มีทฤษฎีอยู่หลายอย่าง แต่ถ้าจะกล่าวโดยสรุปแล้ว ปัญหาก็คือว่า สมอของทารกพวกนี้คล้ายมากก่อนจากเหตุใดเหตุหนึ่งแล้วจึงมี bilirubin มาจับที่หลัง, หรือว่า bilirubin เองเป็นพิษต่อสมอง คือ เมอติคชันของสมองแล้วทำให้เกิดการละลายขึ้น.

แอน็อกเซีย ในทารกแรกเกิดอาจเป็นสาเหตุของ อัมพาต จากสมอง ในทารกอายุต่อมา. ซอนเป็นความจริงที่ทราบกันคืออยู่ทั่วไปแล้ว. โดยการศึกษาสมองของทารก ๒ คน ที่ตายเพราะแคว้นอิคเทอร์สอย่างละเอียด, Meriwether, Hager และ Scholz พบว่าตำแหน่งของการเปลี่ยนแปลง ที่สมองทั้ง ๒ ราวนี้ มีลักษณะกระจายอยู่เหมือนในสมองของสัตว์ทดลอง, ซึ่งได้ทำให้ตายด้วยการขาดออกซิเจน เช่น โดยการให้คาร์บอนมอนอกไซด์หรือโดยให้สัตว์อยู่ในภาวะอากาศที่มีความกดดันต่ำ. ฉะนั้นจึงมีความเห็นว่า แอน็อกเซียหรือฮัยพอกเซียน่าจะเป็นสาเหตุสำคัญ เป็น ประการแรก ที่ทำให้เกิดการละลายขึ้นที่สมอง. ส่วนการเขอนติคัส bilirubin นั้นมีความสำคัญรองลงมา. Soeken

ซึ่ง คึกษาจุลพยาธิ — ภาย วิชาค วิทยา ของ สมองทารก ทศาย ด้วย แคร่นอิคเทอร์ส จาก โรงพยาบาลเด็กแห่งมหาวิทยาลัยเยอร์ลินก็ มีความเห็นในทำนองเดียวกัน. ในกรณีท ทารกเป็นโรค เฮโมลิติกของทารกแรกเกิด ทารก อาจ ได้ รัย ออก ซีเงิน น้อย จริง เพราะ สภาวะเลือดจาง, แต่ก็ไม่ปรากฏว่าถึงแม้จะไ้ เปลี่ยนเลือดให้จนเลือดไม่จางแล้ว แคร่น อิคเทอร์สก็ยังไม่อาจเกิดขึ้นได้. ข้อขัดแย้ง สำหรับความ เห็นนอก ประการหนึ่งที่สำคัญ ก็คือ ในรายที่ทารกขาดออกซีเงินมาก ๆ แต่ไม่มีอาการตัวเหลือง. ทารกพวกนั้นหา มีอาการ และ เครื่องแสดงต่าง ๆ เหมือนดัง รายที่เป็นแคร่นอิคเทอร์สไม่ (Lathe, Claireaux และ Norman).

การที่ Eyquem สามารถทำให้มเกิด แคร่นอิคเทอร์ส ได้ โดย การ ฉีด แอนติบอดี เข้าในลูกแมวและลูกสุนัข, รวมทั้งการที่ม ผู้ พย แอน ตีบอด ใน เนื้อ สมอง ของ ทารกที่ เป็นแคร่นอิคเทอร์ส, เหล่านี้ เป็นเหตุให้ม ความเห็นว่สมองอาจผลายเนองจาก ปฏิกิริ ยา แอนติเจน-แอนติบอดี. แต่ทฤษฎีนี้อาจ อธิบาย กำเนิดพยาธิสภาพ ได้ก็แต่ เฉพาะใน รายที่แคร่นอิคเทอร์ส, ซึ่งเกิดขึ้นเนองจาก อารี เซส หรือ เอ บี โอ อินคอมแพทิบิลิตี

อย่างเดียวกัน.

ในทำนองเดียวกัน, ความเห็นของ Wiener, Wexler และ Bran-cato ซึ่ง กล่าวว่า การจับกลุ่มของเม็ดเลือดแดงใน หลอดเลือดฝอยทสมอง ของทารกเนองจาก ได้ รัย แอน ตีบอด จาก แม่ เมื่ เวลา คลอด และทำให้เกิดแอมโบลีสม์ ตลอดจนมีอิน- ฟาร์คชันทสมองเกิดขึ้นเป็นผลตามมา เป็น สาเหตุทำให้สมองผลาย, ส่วนยลวิธินั้น มาดคทหลง. ความเห็นนี้ไม่สามารถ อธิบายกำเนิตพยาธิสภาพของ แคร่นอิคเทอ รัส ที่เกิด ขึ้นใน ทารก เกิด ก่อน กำหนดได้ เหมือนกัน (Lathe, Claireaux และ Norman),

ประสพการณ์ของแคร่นอิคเทอร์สมีส่วน สัมพันธ์โดยตรงกับระดับของยลวิธินในซีรัม. เมื่อ ระดับ ของยลวิธินสูงระหว่าง ๑๖-๓๐ มก.ปช., ๑๘ ปช. ของทารกจะเป็นโรค. ถ้าสูงกว่า ๓๐ มก.ปช. ขึ้นไป, ๕๐ ปช. ของทารกจะแสดงอาการ (Allen, Diamond กับ Vaughn; Hsia และพวก; Allen กับ Diamond). ทางอเมริกาถอกันว่ระดับยลวิธินในซีรัม ขนาด ๒๐ มก.ปช. เป็นระดับ อันตราย (Allen กับ Diamond), แต่ทาง อังกฤษ โดย เฉพาะ สำหรับ ทารก เกิด ก่อน กำหนด ถิระดับ ๑๘ มก.ปช. เป็นระดับ

ซินทรายแลว (Croms, Meyer และ Gerrard; T.C. Meper).

โดยการสกัดสีจากสมองของผู้อยู่ด้วยโรค แครน อิกเทอริส ด้วยวิธีแตกต่างกัน Claireaux, Cole และ Lathe; Waters ก็พบว่า สามารถวิเคราะห์ได้ตอกันว่า สีนอกจากที่สมองนั้น คือ บิลิรูบินชนิดที่ไม่รวมกับสารอน, มีคุณสมบัติละลายได้ในสารพวกละลายไขมัน เช่น แอลกอฮอล์ โพลีโพรพิลีน และอะซีโตน. ปัจจุบันเราทราบกันแล้วว่าบิลิรูบินมีอยู่ ๒ ชนิด, ซึ่งมีคุณสมบัติแตกต่างกัน. ในการสร้างกายจะขับบิลิรูบินออกนั้น, ส่วนใหญ่ของบิลิรูบินจะรวมกับกรด กลูคูโรนิก โดยอาศัย เอ็นไซม์ กลูคูโรนิล ทรานสเฟอเรส จากตับ (Schmid; Talafant; Billing, Cole และ Lathe). จากกระบวนการรวมนี้จะเกิดเป็นบิลิรูบิน กลูคูโรนิก (Billing, Cole และ Lathe), ซึ่งมีคุณสมบัติละลายได้ในน้ำ. ไทสามารถขับบิลิรูบินชนิดนี้ออกทางปัสสาวะได้แต่อย่างเคียวเท่านั้น (R. Schmid). ความรู้ช่วยให้อธิบายได้ว่า การที่ทารกเกิดใหม่มีอาการตัวเหลืองชนิดออกจะไม่มีเป็นแคร์นอิกเทอริสนั้น, ก็เพราะบิลิรูบินที่เพิ่มขึ้นมากในเลือด เป็นบิลิรูบินกลูคู

โรนิก. เช่นเดียวกับทารกที่ไม่พบแคร์นอิกเทอริสเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ก็เพราะว่า ความเข้มสูงของบิลิรูบินที่พบในทารกเกิดใหม่นั้นจะปรากฏในผู้ใหญ่ไม่ได้, เนื่องจากตับของผู้ใหญ่สามารถจะรวมบิลิรูบินกับกรดกลูคูโรนิกได้มากกว่ามาก.

มีรายงานหลายฉบับซึ่งแสดงว่า บิลิรูบินเป็นพิษต่อเซลล์ของสมองแน่นอนในคนเมตะบอลิซึม. งานของ Küster ซึ่งศึกษาโดยวิธี ทิสซิวคัลเจอร์ ก็ได้แสดงว่า บิลิรูบินที่ยังไม่ถูกผูกพันเป็นพิษต่อทิสซิว. ยิ่งความเข้มข้นของบิลิรูบินสูงขึ้นก็จะยิ่งเห็นได้ชัด, โดยจะมีไมโครซีสและคิเงินเนอเรนซ์ของทิสซิวเกิดขึ้น. งานของ Day ก็ได้แสดงชัดว่า บิลิรูบินในความเข้มข้น ๓๐ มก.ปช. สามารถทำให้การใช้ออกซิเจนของเนื้อสมอง, และกระบังลมของหนูซึ่งถูกขบละเอียด, รวมทั้งของยีสต์คัลคนิชยลง, และทำให้โปรโตซัวชนิดหนึ่งไม่เคลื่อนไหวอีกด้วย. แต่ถ้าเติมซัยโคโพรเมซี ซึ่งเป็นเอ็นไซม์สำหรับการหายใจของทิสซิว หรือถ้าตกตะกอนบิลิรูบินด้วยเมธิลีนบลู พิษของบิลิรูบินก็จะหมดไป. การศึกษาของ Ernster, Herlin และ Zetterstrom อีกพวกหนึ่งก็แสดงให้เห็นเช่นเดียวกันว่า บิลิรูบินเป็นพิษ

ท่อมิโตคอนเทรีย ของตับและสมองของหนู
ในท่านเมตะบอลิซึม.

Blood-Brain barrier อาจมีความ
สำคัญในการกำเนิดพยาธิสภาพของแคว้น-
อิคเทอริส. โดยการฉีดพาราซอลโรเมอ
คิวริเบนโซเอท เข้าซีสเทิร์นของกระต่าย
ภายหลังการฉีดบิลิรูบินเข้าหลอดเลือด เป็น
ผลให้การกระทำหน้าที่ของ Blood-Brain
barrier เสียไป. ในน้ำไขสันหลังจะพบทั้ง
บิลิรูบินและโปรตีนเพิ่มขึ้น (Ernster กับ
พวก). การทมิโปรตีนเพิ่มขึ้นในน้ำไข
สันหลังชานไปกับบิลิรูบิน แสดงว่าบิลิรูบิน
อาจผ่านเข้าไปใน น้ำไข สันหลัง ในลักษณะ
อัลบูมิน-บิลิรูบิน คอมเพล็กซ์ (Klatskin
และ Bungards). การทดลองนี้ชวนให้คิดว่า
นอกจากยพอกเซี่ยซึ่งสามารถทำให้หน้าที่
ของระบบ Blood-Brain barrier เสียไปได้
(Slobody และพวก), บิลิรูบินในซีรัมเอง
ในความเข้มข้นอย่าง มากเกินกว่าที่โปรตีน
จะรวมได้ทั้งหมดนั้น ก็อาจจะมีผลร้ายต่อ
ระบบ Blood-Brain barrier ได้เหมือนกัน,
ในอันที่จะเป็นเหตุให้มีบิลิรูบินผ่านเข้าไปติด
เบอนสมองมากขึ้น (Lathe, Claireaux และ
Norman; Vogel),

การที่แคว้นอิคเทอริสมักเกิดขึ้นในระยะ

เกิดใหม่ และการที่ทารกเกิดก่อนกำหนด
อาจเป็น โรคนี้ได้แล้ว โดยมีความ เข้ม ของ
บิลิรูบินในซีรัมสูงกว่าของทารกปรกติ. เหล่านี้
แสดงว่าการ เกิดก่อน กำหนดมี ส่วน สำคัญ
กัวยมากใน การเกิดพยาธิ สภาพแคว้นอิค-
เทอริส (Ernster กับพวก). การทดลองกับ
สัตว์กึ่งสุนัขสุนัข (Waters กับ Dritton).

เกี่ยวกับพิษจากตับ ซึ่งอาจเป็นเหตุ
ส่งเสริมให้เกิดแคว้นอิคเทอริสนั้น อาจจะพบ
ได้ในกรณีทารกเป็น อิคเทอริสกราวีส นี-
โอเนโตริม. ตับของทารกพวกนี้อาจหย่อน
สมรรถภาพไตการขจัดแอมโมเนียในเลือด.
การมีแอมโมเนียในเลือดสูง อาจส่งเสริม
ให้เกิด แคว้น อิค เทอ ริส ได้ (Bessman;
Gorten, Shear, Hodson และ Bessman).

บทความของ Allen และ Diamond ว่า
กัวยการป้องกัน แคว้นอิคเทอริสได้เป็นเหตุ
สำคัญ ที่ ช่วย ให้ การ พยากรณ์ โรคค ี้น.
Allen และ Diamond ได้ชี้ให้เห็นว่าพยาธิ
สภาพ ของ แคว้นอิคเทอริส อาจ ป้องกัน ได้
โดยการเปลี่ยนเลือดให้, และถ้าจำเป็นก็
ต้องเปลี่ยนให้หลาย ๆ ครั้ง เพื่อยกกัน
ไม่ให้ระดับของบิลิรูบินในซีรัม สูงกว่า ๒๐
มก.ปช. คราวใดที่ระดับของบิลิรูบินในซีรัม
อยู่ต่ำกว่า ๒๐ มก.ปช. แคว้นอิคเทอริสจะ

ไม่เกิดขึ้นเลย (Vaughn, Diamond และ Allen) ในภายหลัง ๆ นี้ได้มีรายงานหลายฉบับรับรองความเห็น (Lathe; Brown; Zuelzer และ Robinson; Bickel และ Linneweh; Crosse, Wallis และ Walsch; Forfar กับพวก; M. Vést).

โดยเฉพาะในยุโรปได้มีการพยายามที่จะใช้ โปลีสแตียนียลพอร์ซอลิโคน หรือ Peristone-N โดยการให้ทางหลอดเลือด, เพื่อลดระดับ ความเข้มข้น ของบิลิรูบิน ในเลือด. Peristone-N มีคุณสมบัติที่จะขจัดพิษหรือสารบางอย่าง เช่น สีสอกจากร่างกายทางปัสสาวะ.

Halfpap และ Natalis; Damerow; Martius; Kellner กับ Stoermer Wohlmuth และ Kiss ต่างรายงานว่าได้ผลดี. บางท่านใช้ควบคู่ไปกับการเปลี่ยนเลือด. มีทารกเป็นอิคเทอริส กราวิส ๒ ราย ซึ่ง Kellner และ Stoermer สามารถช่วยชีวิตไว้ได้, โดยการให้ Peristone-N ควบคู่กับ Decortin ซึ่งเป็นฮอร์โมน จากคอร์เทกซ์ ของต่อมหมวกไต, โดยไม่ได้เปลี่ยนเลือดให้เลย ทั้ง ๆ ที่ ระดับบิลิรูบิน ในเลือด สูงถึง ๑๗ มก.ปช. และ ๔๐ มก.ปช.

การฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต ต่อทารกที่มีอาการตัวเหลืองมาก ๆ เพื่อเปลี่ยนบิลิรูบินที่อาจเป็นพิษ ให้กลายเป็น บิลิเวอร์ดิน ตามคำแนะนำของ Cremer, Perryman และ Richards, ปรากฏว่าสามารถยับยั้งระดับของบิลิรูบินในเลือดที่เพิ่มขึ้นซ้ำ ๆ ได้. และบางทีก็อาจลดระดับบิลิรูบินได้จริง ๆ. แต่ในการใช้เพื่อป้องกันแคโรนอิคเทอริส จะได้ผลเพียงใดนั้น จะต้องรอดารศึกษาค้นคว้าต่อไป.

Danoff, Boyer และ Holt Jr. แห่งนิวยอร์ก ทดลองรักษาภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงในทารกเกิดใหม่ด้วยการฉีก โซเคียมกลูโคโรเนททางหลอดเลือด. หากไม่ได้ผลจึงเปลี่ยนเลือดให้. ความประสงค์ในการให้กรดกลูโคโรนิกมาก ๆ ก็เพื่อจะให้กรดนี้รวมกับ บิลิรูบิน ให้เกิดเป็น บิลิรูบินกลูโคโรนิก, เพราะทารกเกิดใหม่มีอำนาจรวมน้อย. การรักษาแบบนี้ ถึงแม้ผลจะแสดงว่าได้ผลในส่วนใหญ่เหมือนกัน ก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากทอน, ซายังมีผู้ปฏิเสธอีกด้วย (Dwyer และ McCue; Driscoll, Dowben; Grana, Wilkinson และ Hsia)

(เอกสาร ๗๕ รายการ, ขอดูได้จากผู้เขียน)

หัวใจอักเสบจากโรคคิฟิเรีย

สวัสดิ์ สกฤตไทย

W.B., D.C.H. (Eng.), D.T.M. & H. (Eng.)

หัวใจอักเสบเป็นโรคแทรกซ้อนร้ายแรงของโรคคิฟิเรีย. จากผู้ช่วยในจำนวน ๖๐๐ รายของ Altshuler และพวกในปี ๑๙๔๘⁽¹⁾ นั้น ๑๐๘ ราย หรือ ๑๘ เปอร์เซ็นต์ มีการเปลี่ยนแปลงทางหัวใจ, ซึ่งแสดงได้ด้วยภาพ อ.ซ.จ. ดังนี้: คลื่นที่กลับในทกกลัก, หรือ มีการลกด่างของ อารเอส-ทีเช็กเมนต์. ในจำนวนนี้มีเพียง ๑๑ รายหรือ ๑.๘ เปอร์เซ็นต์ที่มีหัวใจบวม.

โรคแทรกซ้อนนี้มีอัตราตายสูงมาก. Paul Wood กล่าวว่า แม้จะกล่าวได้ลำบากก็เข้าใจว่าประมาณ ๕๐ เปอร์เซ็นต์.⁽²⁾ จากสถิติของแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชมีอัตราตาย ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์. ด้วยการศึกษาปรับปรุง แผนการบำบัดเสียใหม่ เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๐, ทำให้อัตราตายเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก (ตาราง ๑). การสืบค้นวารสารต่าง ๆ เรื่องโรคคิฟิเรียภายหลังปี ๑๙๔๘ ทำให้ยาก เพราะโรคนี้ใกล้กลายเป็นโรคหายากในต่างประเทศที่เจริญแล้ว. ฉะนั้นรายงานนี้จึงเป็นรายงานเบื้องต้นของการบำ-

บัดซึ่งได้เกิดขึ้นเอง. ยังต้องการการคัดแปรออกมาก, แต่คาดว่าเรื่องนี้อาจเป็นที่น่าสนใจและถูกนำไปใช้เป็นประโยชน์ได้ จึงได้นำเสนอในที่นี้.

รายงานผู้ป่วย ๓ ราย

ผู้ป่วยรายที่ ๑ ก.ช.จ. ชาย ๑ ปี ๕ เดือน เลขที่ตัวไป ๑๖๖๒๒/๒๕๐๐.

ผู้ป่วยได้กรับไว้ในโรงพยาบาลตแผนกตาหคอกจุมกเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๐๐ ด้วยอาการสำคัญว่า ตัวร้อนมา ๑๒ วันและหายใจขัดมา ๑ วัน.

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว เคยได้รับการฉีดคิฟิเรียที่ออกชอยด์เมื่ออายุ ๘ เดือน ๒ ครั้ง, ห่างกันเดือนละครึ่ง. ไม่มีใครเป็นโรคเช่นผู้ป่วย.

ผู้ป่วยรายที่ ๒ เด็กชาย ส. อายุ ๖ ปี ได้กรับไว้ในโรงพยาบาลตแผนกตาหคอกจุมกเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๐๐ ด้วยอาการสำคัญว่า ตัวร้อนและไอมา ๑๐ วัน.

สถิติคนไข้โรคคอติบ ๕ ปี ระหว่าง ๒๘ มิ.ย. ๕๕ ถึง ๒๗ มิ.ย. ๒๕๐๐

ปี พ.ศ.	จำนวนคนไข้ ที่รับไว้ใน แผนกกุมารฯ	คนไข้โรคคอติบ											
		รวม						มีหัวใจอักเสบร่วมด้วย					
		รวม		หาย		ถึงแก่กรรม		รวม		หาย		ถึงแก่กรรม	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
๒๘ มิ.ย. ถึง ๓๑ ธ.ค. ๕๕	๑,๑๒๐	๑๒๒	๑๐.๕	๑๐๕	๙.๓	๑๓	๑.๑	—	—	—	—	—	—
๒๕๕๖	๒,๐๕๗	๑๖๒	๗.๘	๑๓๕	๖.๕	๒๓	๑.๑	—	—	—	—	—	
๒๕๕๗	๓,๐๕๔	๓๓๖	๑๑.๐	๒๕๑	๘.๒	๔๕	๑.๕	๒	๐.๖	๐	๐	๒	๑๐๐
๒๕๕๘	๓,๑๐๒	๒๗๕	๘.๘	๒๖๒	๘.๔	๑๓	๐.๔	๑	๐.๓	๐	๐	๑	๑๐๐
๒๕๕๙	๓,๓๒๔	๒๓๓	๗.๐	๒๐๕	๖.๒	๒๔	๐.๗	๑	๐.๓	๐	๐	๑	๑๐๐
๑ ม.ค. ถึง ๒๗ มิ.ย. ๒๕๐๐	๑,๕๒๒	๑๗๖	๑๑.๕	๑๖๑	๑๐.๕	๑๕	๑.๐	๓	๑.๙	๓	๑๐๐	๐	๐
รวมยอด	๑๔,๕๗๕	๑,๓๐๔	๙.๐	๑,๑๗๑	๘.๐	๑๓๓	๑.๐	๗	๐.๕	๓	๑๐๐	๔	๑๐๐

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ไม่เคย
ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบหรือวัณโรคมาก่อน.
ไม่มีใครเป็นโรคคอตีบ.

ประวัติปัจจุบัน ๑๐ วันก่อนมาโรงพยาบาล
มีอาการไข้หวัดธรรมดาและไอ. ๑ วันก่อน
มีอาการเจ็บคอและคอขม. จึงถูกพามา
โรงพยาบาล. ไข้หวัดธรรมดาหาย. ได้ทำการ
บำบัดด้วยยาให้แอนติบอดีฉีดเข้า
กล้ามเนื้อ ๒๐,๐๐๐ หน่วย, เพนซิลลินและ
อื่นๆ. หลังจากรับไว้ได้ ๗ วันผู้ป่วยไม่รู้สึก
ตัวและชัก. จึงถูกย้ายมาแผนกกุมารฯ.
นับว่ามาหาเราในวันที่ ๑๔ ของโรค.

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิกาย ๓๖.๕°
ซ, ชีพจร ๖๒/นาที, หายใจ ๒๒/นาที,
แรงดันเลือด ๙๕/๖๕ มม.ปรอท. ผู้ป่วย
ซึม, ไม่หอบ, ไม่ขม, ไม่เขียว. เสียง
หัวใจมีไอเอสโตลิกเมอร์เมอร์แยก. คับโต
คล้ำใต้ ๓ นิ้วมือ, คอแข็ง. คอแดง
ไม่มีฝ้า.

การตรวจทางห้องทดลอง ฮย. ๖๐ ปร.,
มลก. ๓.๘๑ ล้าน/ล. มม., มลช.
๑๕,๘๐๐/ล. มม., โปไลยม. ๖๐ ปร.,
ลิมโฟ. ๕๐ ปร. ปัสสาวะมีแอลบูมินเล็กน้อย.
ซี.ซี.จ. แสดงว่ามี เอ-วีกัสโซซิเซชัน

อย่างสมบูรณ์, และมีปลอกของแขนงสั้นนำซ้าย.

หลังการย้ายที่ ทำอ.ช.จ. ทดวันอยู่ ๕ วัน ไม่ได้แสดงว่าดีขึ้น, แต่อาการทั่วไปดีขึ้นมาก. ญาติมาขอฝากกลับบ้านเนื่องจากผู้ป่วยไม่สมัครอยู่. ได้ข่าวว่าภรรยาป่วย. ได้มาตรวจออกครึ่งหนึ่งเมื่อ ๓ เดือนครึ่งต่อมาปรากฏว่าอ.ช.จ. ปกติ.

ประวัติปัจจุบัน ๑๒ วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการตัวร้อน รุมๆ อยู่เรื่อย. ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ ไอ เสียงแหบ, หายใจขัด จึงถูกพามาโรงพยาบาล. ไข้รับไว้ในแผนกตาหคอกมก. วันแรกได้ให้คีฟริเรียแอนด์ทีออกซิน ๒๐,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อ, ซัลฟาไทอาซีน, เพนิซิลลิน. อาการไม่ดีขึ้น, หอบมากขึ้น. ได้ทำการผ่าตัดเจาะคอในวันรุ่งขึ้น. ผู้ป่วยอยู่แผนกนั้นได้ ๑๒ วัน, อาการสลายและแผลหายเรียบร้อยจึงกลับบ้าน. หลังจากกลับไป ๑ วันมีอาการหายใจไม่สะดวก, มีเสียงดังและอาเจียน จึงถูกพามาโรงพยาบาลอีก. ไข้รับไว้ในแผนกกุมารฯ, นับว่ามาหาเราในวันที่ ๒๕ ของโรค.

การตรวจร่างกาย อดหนักมีกาย๓๗.๘๗, ชีพจร ๑๐๐/นาที, การหายใจ ๕๖/นาที, แรงดันเลือด ๑๐๖/๖๖ มม.ปรอท. ผู้ป่วย

กระสับกระส่าย, หอบ, เท้าวมเล็กน้อย. เสียงหัวใจปกติ, อีกรับที่ทออยู่ช่องซี่โครงที่ห้าทเส้นผ่านกลางคลาวิเคิล. การหายใจออกยาว, ไม่มีเสียงผิดปกติ. คลำตับได้ ๓ นิ้วมอ, ค่อนข้างแข็ง. คอแดง ไม่มีผา.

การตรวจทางห้องทดลอง ฮย. ๗๐ ปช.

มลก. ๕.๐๕ ล้าน / ล. มม., มลช. ๑๔,๐๐๐ / ล. มม. ไปลิ้ม. ๘๕ ปช. ลิ้มฟ. ๑๔ ปช., โมโนซ. ๑ ปช., บัสสาวะมีแอลบูมิน. การตรวจเซอจากคอให้ผลบวกสำหรับซี. ทีเฟเรอริอ ในวันแรก, และแอลฟ่าสะเตริปโตค็อกโคอีก ๒ วันต่อมา.

อ.ช.จ. แสดงว่ามี ปลอกของแขนงสั้นนำขวา.

ภายหลังการย้ายที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยรวดเร็วตามลำดับ. อยู่โรงพยาบาลได้ ๕ วัน อ.ช.จ. ก็เป็นปกติ. เมื่ออยู่ได้นาน ๑๔ วันไม่พบแอลบูมินในบัสสาวะ. ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ ๒๕ หลังรับไว้.

ผู้ป่วยรายที่ ๓ เด็กหญิง ส. อายุ ๘ ปี, รับไว้ในโรงพยาบาลที่แผนกตาหคอกมก เมื่อวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๐๐, ทวีปอาการสำคัญว่า ตัวร้อนไอและเจ็บคอมา ๗ วัน.

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ไม่เคยได้รับการฉีดยกัณโรคคีฟริเรียมาก่อน. ไม่มี

ผู้ใดในครอบครัวเป็นโรคนี้.

ประวัติไข้จับ ๗ วันก่อนมา ร.พ. มีอาการตัวร้อน ไอและเจ็บคอ จึงถูกพามาโรงพยาบาล. ได้รับไว้ในแผนกตาหคองมก. ได้ทำการบำบัดโดยให้คีฟลิเรีย แอนติท็อกซิน ๒๐,๐๐๐ หน่วย, เพนิซิลลิน, ไคยัลโคโรสเตรียโตมัซิน, เทอรามัซินและอื่น ๆ. หลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ ๔ วันก็ได้ร้อนญาติให้กลับบ้านได้. เมื่ออยู่บ้านได้ ๗ วันก็มีอาการรวม. อีก ๕ วันต่อมามีอาการหอบจึงมาโรงพยาบาล. ได้รับไว้ในแผนกกุมาร ฯ. นับว่าเป็นวันที่ ๒๕ ของโรค.

การตรวจร่างกาย แรกวัย อุณหภูมิกาย ๓๗.๐ ๑๕, ชีพจร ๑๑๔/นาที, หายใจ ๔๘/นาที, แรงคลื่นเลือด ๑๐๘/๕๘ มม.ปรอท. ผู้ป่วยหอบและเขียวเล็กน้อย, ขวมเล็กน้อยที่หน้า แขนและขา. อเย็บซี่ทออยู่ที่ช่องซี่โครงที่ ๖ นอกเส้นผ่านกลางคลาวิกูลาร์ราวครึ่งเซนติเมตร. มีจังหวะแกลดลอป. ยึดเคบ์เทชันทั่วไปทั้งสองข้าง. คับโตคล่าได้ ๔ นิ้วมือ, ค่อนข้างแข็ง. คอแดงไม่มีผื่น.

การตรวจทางห้องทดลอง ฮย.๕๐ปช., มลต. ๓.๔ ล้าน/ล.มม., มลข. ๑๕,

๒๕๐/ล.มม., โปลัยม.๗๘ปช., ลียมฟ. ๒๒ ปช. บัสสภาวะปรกติ. การกวาดคอเพื่อตรวจเชื้อและเพาะเชื้อได้ผลลบ.

การตรวจทางรังสีด้วยเครื่องเคลื่อนที่ ได้ผลว่าหัวใจโตทกห้อง.

อ.ช.จ. พยหัวใจไวลเตจค่า, คลนทคำในทกลัก, คลนทกลบหวในทกลักอก.

ภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ. จึงหวะแกลดลอปหายไปในวันที่ ๓. อ.ช.จ. แสดงคลนททชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน วิ ๔, วิ ๕ และ วิ ๖. ภายหลังวันที่ ๗ ของการรักษา, และเมื่ออีก ๑ เดือนต่อมาก็ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ว่า ผิดกว่าวันที่ ๗.

แผนการบำบัด

การบำบัดหัวใจอีกเสบจากโรคคีฟลิเรียเท่าที่ปรากฏในหนังสือเรียนไข้จับนี้คือ ให้ผู้ป่วยได้พักอย่างมากที่สุด. แล้วให้ของเหลวรวมทงพลาสมาทางหลอดเลือดอย่างระมัดระวังและห้ามใช้กิจกาลิส. แต่เนองจากอันตรายก็ยังคงสงบ จึงเห็นสมควรที่จะได้มีการคัดแปลงวิธีรักษาเสียข้างและได้ทำการบำบัดตามหัวข้อดังต่อไปนี้:

- ๑. ให้ผู้ป่วย ได้รับการพักอย่างสม-

ยวดี นอกจากการพยายามปรกติแล้ว
 ได้ให้ยาจำพวกบาร์บิทเรทด้วยในขนาดมาก,
 เช่นผู้ช่วยรายแรกมีอายุเพียง ๑ ปี ๕ เดือน
 ก็ได้ให้ไซโคบาร์บิทิลโซเคียมทางปาก ๐.๑
 กรัมทุก ๖ ชม. พร้อมกันได้ให้โพโนบาร์-
 บิทิล ๐.๐๓ กรัมวันละ ๒ ครั้ง ย่นนานถึง
 ๕ วันเพื่อให้ผู้ป่วยหลับสนิท, ซึ่งยังผลให้
 หัวใจทำงานน้อยลง. ระหว่างนั้นหากผู้ป่วย
 รับประทานอาหารเหลวคือนม. เมื่อ
 ผู้ป่วยมีอาการหอบลดลง อาการทั่วไปดีขึ้น
 และ อ.ช.จ. ค.ช.น. ก็ลดขนาดยาให้น้อยลง.

๒. ให้เปรีคินโซโลน ขนาดค่อนข้าง
 สูง. ประมาณ ๒๐ มก. ต่อวัน กินนานอย่าง
 น้อย ๒ สัปดาห์แล้วจึงค่อยลดขนาดยาลง.

๓. ยังคงให้แอนติท็อกซิน ๕๐,๐๐๐
 หน่วยเข้าหลอดเลือดตกทรายเมื่อแรกเริ่ม.

๔. ยังคงให้เพนซิลลิน จี กินวันละ
 ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย และงดเชื้อไขตกเป็น
 ปรกติแล้ว ๓ วัน.

๕. การบำบัดตามอาการอื่น ๆ ถ้ามี.
 อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมากใน
 ราววันที่ ๕; เช่นเดียวกับ อ.ช.จ. แต่ อ.ช.จ.
 ก็ยังผิดปกติอยู่ได้อีกแม้จะเป็นเวลา ๑ เดือน
 ภายหลังจากการรักษา.

วิจารณ์

การ อักเสบของ หัวใจและ การ ล้มของ
 การไหลเวียนเลือดส่วนปลายในโรคคิฟิธีเรีย
 เกิดขึ้นได้ ๒ ระยะ. ส่วนน้อยเป็นในระยะ
 แรก คือ สัปดาห์ที่หนึ่งและสอง ของ โรค
 เนื่องจากมีพิษในเลือดอย่างมาก. ผู้ช่วย
 แขนงนี้ มักช่วย ด้วยเซอ คิฟิธีเรีย ชนิดร้ายที่
 เรียกว่า "bull-neck diphtheria" และมัก
 จะไม่รอดชีวิต. ผู้ช่วยส่วนมากที่หัวใจ
 อักเสบมักอาการปรากฏในระยะหลัง คือใน
 สัปดาห์ที่สามขึ้นไป ซึ่งผู้ช่วยของเราที่อยู่
 ในจำพวกนี้.

พยาธิสภาพของหัวใจ อาจไม่พบอะไร
 มากมาย. โดยมากมีการเสื่อมย้อลันและ
 การตายของกล้ามเนื้อ. โยกล้ามเนื้อจะหมด
 ลาย, บวมและเห็นเม็ดเล็ก ๆ กระจายอยู่
 ทั่วไป. ลักษณะที่ถูกต้องอาจเป็นหย่อมๆ
 หรืออาจ เป็นส่วนสั้น ๆ ของใยเนื้อกล้ามเนื้อ
 ได้. มีเซลล์นิวเคลียสเดี่ยวล้อมอยู่ทั่ว ๆ
 ทั่วภาคเนื้อตาย และมีการซ่อมแซมด้วยไฟ-
 โบรมลาสเห็นได้ชัดเจน.

การตรวจ อ.ช.จ. ถ้าเป็นอย่างชนิดมี
 บลอคของหัวใจและแขนงสื่อนำมักเป็นอย่าง
 ร้ายแรง, ซึ่งส่วนมากมักถึงแก่กรรม. การ
 มีหัวใจโวลเตจต่ำ เช่น ผู้ช่วยรายที่สาม

แสดงว่ามีอันตรายต่อกลิมาเนื้อหัวใจทั่วไป
เนื่องจากพิษ. อ.ช.จ. แขนเป็นแขนผิดปกติ
คงท. อาจพบไตตั้งแต่เริ่มมีอาการ คือเมื่อ
๘ วันก่อนตาย จนถึง ๓ ช.ม. ก่อนตายก็ได้.

เอ็กโซที่ออกซินของเชื้อโรคคิฟิเรียเป็น
โปรตีนชนิดละลายน้ำได้. มีพิษมาก. พิษ
นี้ทำลาย และ ยึดติดกับ อวัยวะ เกือบทุกชนิด
เช่น หัวใจ, ไตและปลายประสาท. ในบาง
ครั้งอาจทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร.
สำหรับหัวใจถ้าหากผู้ช่วยพันตัวใด ก็มัก
หายเป็นปกติทุกอย่าง. ฉะนั้นจึงไม่ควร
สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ช่วยมากนัก.

ผู้ช่วยรายที่สองนั้น เมื่ออาการทั่วไป
ดีขึ้นมากแล้วออกจากโรงพยาบาลไปเนื่อง
จากเหตุผลทางไสยศาสตร์ของญาติ ก็ได้
รับข่าวเสมอว่าอาการดีขึ้นตามลำดับ.

ผู้ช่วยส่วนมาก ไม่ได้ถูกรบกวน นอก
เห็นข้อความจำเป็น เนื่องจากคำสั่ง "ให้พัก
อย่างสมบูรณ์", ซึ่งต้องปฏิบัติตามอย่าง
เคร่งครัด. การบำบัดและการตรวจมาก
อย่างจึงต้องละเว้น.

ผู้ช่วยสองรายที่มีแอลบูมินในปัสสาวะ
บ้าง และมีการขมเล็กน้อยนั้น เมื่ออาการ
ต่าง ๆ ก็ชดเชยหายไปเอง.

ปัญหาที่มีอยู่ว่า ระหว่างยาระงับประสาท

และเปรีคินิโซโลน อย่างไรจะช่วยผู้ช่วย
มากกว่ากัน. จากข้อสังเกตว่า ผู้ช่วยราย
แรกเป็นเด็กเล็ก เอาใจยาก, ทง ๆ ที่ให้ยา
มากจนเกรงการเกิดพิษแล้วก็ตาม ยังไม่
ค่อยจะหลับ, ถึงกระนั้นก็ช่วยก็หายได้
สนิท. ประกอบกับว่าเมื่อก่อน ๆ ก็เคยให้
ยาระงับประสาทค่อนข้างมากมาแล้วเหมือนกัน
แต่ไม่ค่อยได้ผลดี, จึงเข้าใจว่าผลดี
ส่วนใหญ่ คงเนื่อง มา จาก เปรีคินิโซโลน.
สำหรับผู้ช่วยรายที่สองที่ไม่สมควรอยู่โรง-
พยาบาลนั้น ภายหลังที่ไตให้การบำบัด
อย่างเต็มที่ ๕ วัน และหลังให้ไม่ได้ให้
การรักษาเพิ่มเติมอีกเลย, แต่ก็ยังหายได้
เป็นปกติดี, ทำให้เข้าใจว่า เวลาและจำ-
นวนยา อาจลดลงได้บ้าง.

สรุป

๑. ใต้แสดงผู้ช่วย ๓ ราย ที่มีอาการ
หัวใจอักเสบอย่างร้ายแรงเนื่องจากโรคคิฟิ-
เรีย และมา ร.พ. ในสัปดาห์ที่ ๓ และ ๔
ของโรค.

๒. ใต้ทำการบำบัดโดยให้ยาระงับประ-
สาทในขนาดสูงและเปรีคินิโซโลนในขนาด
ค่อนข้างสูงและการบำบัดตามอาการอื่น ๆ.

๓. ผู้ช่วยทั้งสามหายเป็นปกติภาย-

หลังที่อยู่โรงพยาบาลประมาณ ๑ เดือน ๒ คน, ส่วนอีกคนหนึ่งไม่สมัครอยู่ภายหลังได้รับการย้ายต่ออย่างเต็มที่ ๕ วัน. น้อย่างใกล้ชิด.

ขอขอบคุณศาสตราจารย์อรุณ เนตรศิริ หัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์ ทอนมัตถิ์ให้นำรายงานมาเผยแพร่ และนายแพทย์ปริชา วิชิตพันธ์ ผู้ซึ่งช่วยเหลือในการทำรายงาน

เอกสาร :

1. S.S. Altshuler et al: Ann. Int. Med. 29:294, 1948.
2. Paul Wood: Heart Disease. 4th Ed. New York, The McMillan Co.
3. E.A. Burkhardt et al: Am. J. Med. Sci. 195:301, 1938.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

กลุ่มอาการคุซซิง*

ติเรก พงศ์พัฒน์

พ.บ., Dr. med. (Hamburg)

ประเสริฐ ปาจารย์

พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์ - พยาธิวิทยา)

Cooke (๑๙๕๖) เป็นคนแรกที่สังเกตความสัมพันธ์ของเนื้องอกที่ต่อมแอดรีนัลกับภาวะทางคลินิก, ทัชจันเรียกว่า "กลุ่มอาการคุซซิง." ต่อมา Cushing (๑๙๓๒) ได้รวบรวมไว้ ๑๒ ราย และสรุปว่าคงเนื่องจากพิทธิคาร์บี เฮิสต์ฟีลิตส์. กลุ่มอาการนี้พบได้น้อยในเด็ก โดยเฉพาะในทารกยังพบได้น้อยมาก. Gilbert และ Guin (๑๙๕๖) ได้รวบรวมเอกสารทราขายงานทั้งหมดในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๔ ปีลงมา ๕ รายด้วยกัน เนื่องจากมะเร็งที่ต่อมไทรอยด์ของต่อมแอดรีนัล ๒๕ ราย. ในจำนวนนี้เพียง ๒ รายที่อายุต่ำกว่า ๖ เดือน สำหรับสาเหตุอื่น Farsham และ Thorn เชื่อว่าในเด็กส่วนมากเนื่องจากเนื้องอกชนิดรายที่ต่อมไทรอยด์ของต่อมแอดรีนัล. สำหรับสาเหตุอื่นที่พบน้อยมาก คือ Lightwood (๑๙๓๒), Powell (๑๙๕๕), และ Greenblatt (๑๙๕๗) รายงานไว้คนละรายว่าเนื่อง

จากแอดรีนัลที่ต่อมไทรอยด์ของต่อมแอดรีนัล. Chute และพวกรายงานในเด็กหญิงอายุ ๘ ปีหนึ่งรายเนื่องจากแอดรีนัล ฮัยเปอร์เพลเซีย. Bauer (๑๙๑๓), Sheykhov (๑๙๓๗) และ Heinbecker (๑๙๕๔) รายงานว่าพบในเด็กเนื่องจากเฮิสต์ฟีลิตส์ แอดรีนัล. ในทารก Albright และ Forbes เชื่อว่าสาเหตุของกลุ่มอาการคุซซิงนี้เนื่องมาจากเนื้องอกที่ต่อมไทรอยด์ของต่อมแอดรีนัลทั้งสิ้น.

ความมุ่งหมายที่รายงานนี้คือ ผู้ช่วยเขียนรายที่เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย, เป็นที่สงสัยรองจากรายงานของ Guin- และ Gilbert, ซึ่งเริ่มมีอาการตั้งแต่ ๖ สัปดาห์. ผู้ช่วยเขียนเริ่มมีอาการเมื่ออายุได้ ๘ สัปดาห์ และเมื่อพบผู้ช่วย, ซึ่งมอายุเพียง ๕ เดือน ๒๖ วัน, ผู้ช่วยก็มีอาการและการตรวจพบที่ชัดเจนมาก.

* เสนอรายงานในที่ประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อ ๑๖ ส.ค. ๒๕๐๑



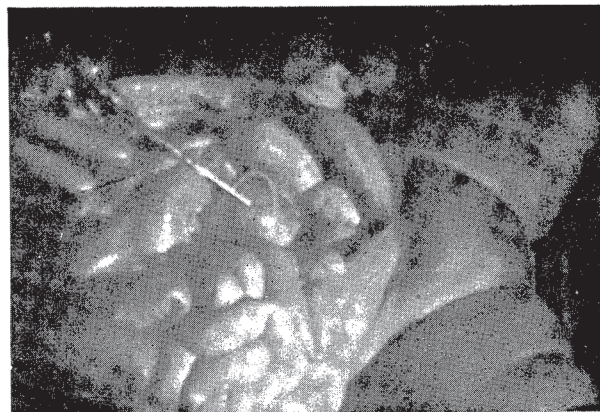
ภาพ ๑. แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย



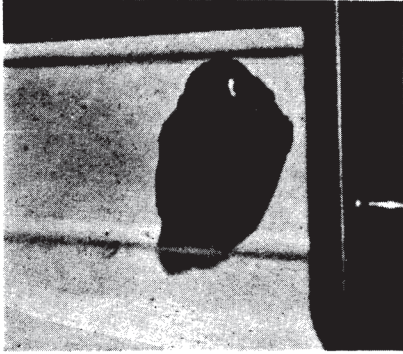
ภาพ ๒. แสดงส่วนหน้าซึ่งอ้วนมากอย่างผิดปกติ



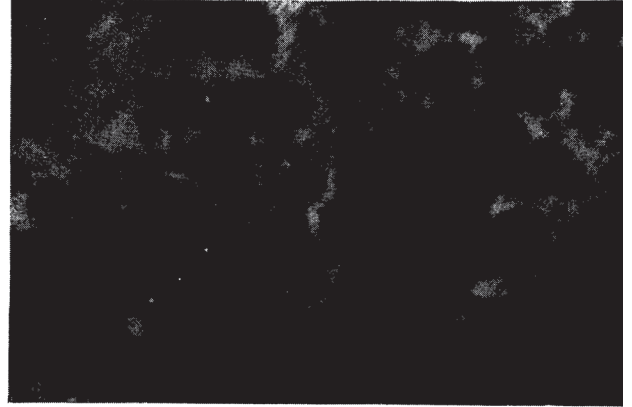
ภาพ ๓. แสดงบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์



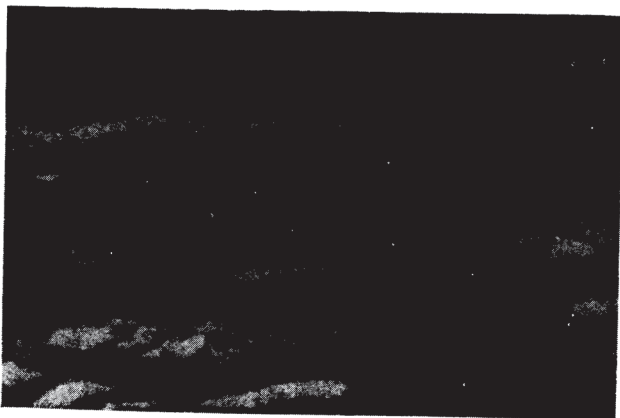
ภาพ ๔. แสดงก้อนเนื้ออกที่ต่อมแอดรีนัลซ้าย



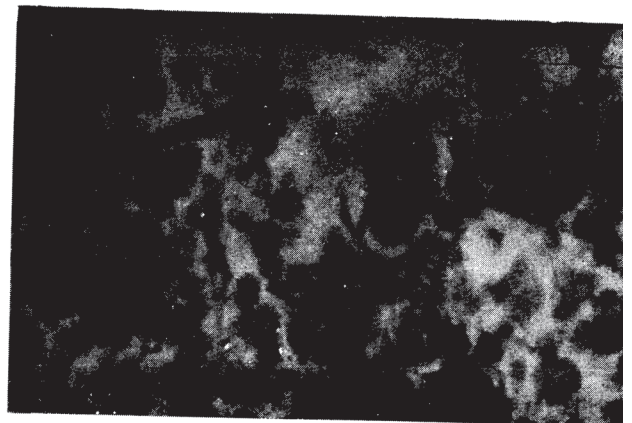
ภาพ ๕. แสดงภาพหน้าตัดของก้อนเนื้องอก



ภาพ ๖. คาร์ซีโนมาของคอร์เท็กซ์ของต่อมแอดรีนัลซ้าย ($\times 450$)



ภาพ ๗. แสดงส่วนของเนื้องอกที่แทรกเข้าไปในแคปซูลของต่อมแอดรีนัล



ภาพ ๘. แสดงการเสื่อมฮัยอกาลีนของ Crooke ของเบโซฟีล-เซลล์ที่ต่อมพิทูอิทารี

รายงานผู้ป่วย

เด็กหญิงลูกจีน อายุ ๕ เดือน ๒๖ วัน
รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ ๒๓ มี.ย. ๐๑
เลขภายใน ๑๒๓๗๕/๐๑, เลข kamar ๗
๒๕๒๐/๐๑. มีอาการสำคัญว่า เริ่มอ้วน
มากอย่างผิดปกติเมื่ออายุ ๒ เดือน.

ประวัติครอบครัว

บิดาอายุ ๔๕ ปี, มารดาอายุ ๒๘ ปี.
บิดามารดาสุขภาพดี. ขณะตั้งครรภ์ผู้ป่วย
มารดาไม่ไ้เจ็บป่วย หรือมี อาการ ผิดปกติ
อย่างใด. พี่น้องคนอื่น ๆ ที่ต่างมารดา
สุขภาพดีทุกคน.

ประวัติการคลอด

คลอดปกติ. คลอดเองที่บ้าน. หลัง
คลอดปกติ. น้ำหนักแรกคลอดไม่ทราบ.

การเลี้ยงดู

ในระยะ ๒-๓ เดือนแรกให้รับประทาน
นมมารดา. ต่อมาให้รับประทานนมผงเรื่อย
มาจนมา ร.พ. รับประทานไม่เป็นเวลา. กะ
วันหนึ่ง ๆ ไม่ต่ำกว่า ๘ ครั้ง. ผู้ช่วยถ่าย
ปัสสาวะบ่อย, และชอบก่นถ่ายตอนกลาง
คืนบ่อย ๆ ค่ำ.

การเจริญเติบโต

ชั้นคอโตเมื่ออายุเดือนเศษ. ครึ่งและ
ครึ่งโตเมื่ออายุ ๔ เดือนเศษ. อารมณ์ดี
และหัวเราะเสมอ.

ประวัติปัจจุบัน

เมื่อสัปดาห์ก่อนมา ร.พ. เริ่มมีอาการอ้วน
มากอย่างรวดเร็วผิดปกติ. แก้มทั้งสอง
พองออกมามาก จนคนหน้ากลมจนทุกที. พอ
อายุ ๓ เดือนก็อ้วนมาก จนใคร ๆ ทักว่า
ผิดปกติ. ผู้ช่วยรับประทานนมบ่อย. ถ่าย
ปัสสาวะบ่อยทั้งกลางวันและกลางคืน. ความ
ตัวบริเวณหลังมีขนมาก. เช่นผื่นขุย ๆ เมื่อ
๗ วันก่อนมา ร.พ. มีผื่นโตมากที่โตคง
ได้พาไปหาแพทย์ ซึ่งได้แนะนำให้มา ร.พ.

ตรวจร่างกาย

น้ำหนักตัว ๘.๕ กก., ยาว ๖๐ ซม.,
อุณหภูมิกาย ๓๗.๑ ซ., หายใจ ๓๒
ครั้ง/นาที, ความดันเลือด ๑๔๐/๗๐
มม. ปรอท.

ลักษณะทั่วไป ทารกอ้วนมากอย่างผิด
ปกติ. (ภาพ ๑-๒) แก้มทั้งสองข้างยุบและ
ห้อยลงมาจนมองเห็นหน้ากลม. คีรษะกลม.
ความบริเวณอื่น ๆ ก็มีไขมันใต้ผิวหนังมาก.

ผิวหนังทั่วไปสีแดงกว่าเด็กธรรมดา. ที่แก้มทั้งสองยังมีจุดขาว ๆ นูนเล็ก ๆ. ลักษณะเหมือนลิง. ผิวหนังบริเวณเลเยียใหญ่มีสีดำคล้ำกว่าปรกติ. มีขนอ่อนยาวมากที่บริเวณหลังและเลเยียใหญ่. คลิตอริสโตมีคปรกติ, มีขนาดเท่าปลายนิ้วก้อย (ภาพ ๓) ท้องบวม ผื่นหน้าท้องหนา. ทางค่าน้ำกล่าวชายโครวงซ้ายลงมากล้าพบก้อนขนาดผลส้มเขียวหวาน, ลักษณะค่อนข้างแข็งเคลือบที่ใต้ กตไม่เจ็บ. ระบายอุจจาระไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ.

ภาพรังสี

ภาพของกระดูกศีรษะ, กระดูกยาว, ระบายซี่โครงซี่สวาระ, ระบายย่อยอาหารไม่แสดงสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง

ฮย. ๑๒.๗ กรัม ปช., มลค. ๕.๒ ล้าน/ล.มม., มลข. ๑๒,๕๐๐/ล.มม., โปไลย์ม. ๗๕ ปช., ลิย์มฟ. ๒๐ ปช., โมโนซ. ๕ ปช.

น้ำตาลในเลือด ๘๓ มก. ปช., โซเคียม ๑๕๐ ม.อีคว., โปแทสเซียม ๗.๐ ม.อีคว., โชมเลตเตอร์อล ๕๕.๒ มก. ปช., ๑๗-คี-โทส:เตอร์อยด์ ๑๕ มก. ในซี่สวาระ ๒๔ ซม.

การดำเนินโรค

ตลอดเวลา ๘ วันแรกที่อยู่ ร.พ. ผู้ป่วยมีอาการแฉะใส่ว่าง. ขนบริเวณหลังและเลเยียใหญ่มากขึ้นชัดเจน. ผิวหนังบริเวณเลเยียใหญ่มีสีคล้ำมากขึ้น. วันที่ ๕ หลังรับไว้เริ่มมีไข้, อจจาระร่วง. วันที่ ๑๐ ไข้สูงมากขึ้นมือเท้าเย็น และถึงแก่กรรมหลังรับไว้ใน ร.พ. ๑๐ วัน.

ผลของการตรวจศพ

ต่อมแอดรีนัลซ้าย มีก้อนเนื้อออกกลมขนาด ๖x๕.๕x๕ ซม., มีเปลือกหุ้มชัดเจน, ติดกับต่อมแอดรีนัลทางค่าน้ำหนัก ๑๐๐ กรัม. อยู่ในเรโทรเพอริโทเนียม. ไม่ทำให้มีความผิดปกติในรูปร่างของไต. ก้อนนุ่ม, สีเหลือง. เมื่อผ่าครึ่งค้อนักมีสีเหลืองหยาบและนูนขึ้นมา. (ภาพ ๔, ๕) ลักษณะทางจุลกายของก้อนเนื้อออกประกอบด้วยเซลล์รูปหลายเหลี่ยมขนาดใหญ่และเล็กปนกัน. ซัยโทพลาสซึมมีสีชมพู, มีแกรนูลละเอียด, บางเซลล์มีเวคูโอลกลม ๆ ของไขมัน. เซลล์เรียงเป็นกลุ่มแยกด้วยไฟบริลล์สโตรมาบาง ๆ ซึ่งมีหลอดเลือดฝอยอยู่ภายใน. ไม่พบโชมมาฟีนเซลล์. เซลล์มีการเสื่อมมาก ติดสีไม่ดี. บางตอนมีเนื้อ

ตาย (ภาพ ๖). เปลือกหุ้มไฟบรัสแยก
ก่อนเนอออกจากต่อมแอดรีนัล, ซึ่งมีการฝ่อ
ลีบโดยถดถอย, ใต้ซีกเงิน, นอกจากข้างคอน
ทมิเซลล์ของเนอออกแทรกเข้าไปในเปลือก
หุ้มเป็นกลุ่มเล็กบ้างใหญ่บ้าง (ภาพ ๗)
ลักษณะเช่นนี้แสดงว่า เนอออกเนนคาร์-
ซิโนมาของคอร์เทกซ์ของต่อมแอดรีนัล.

ต่อมแอดรีนัลขวา มีลักษณะและขนาด
ปรกติ.

ต่อมพิทิวทารีย์ ขนาดปรกติ. ทัศน
เป็นคอน ๆ ไม่พบเนอออกหรือฮัยเปอรเพล-
เซีย. พบแต่ Crooke's hyaline degeneration
ของเฮไลฟิลเซลล์ (ภาพ ๘).

ต่อมธัยมัส ขนาดเล็กกว่าปรกติ, หนัก
๕ กรัม. ลักษณะทางจุลกายแสดงว่ามีไฮ-
มันแทรก, ไฟโบรสิสเล็กน้อยและลิม-
ฟอยด์เซลล์ลดจำนวนลงมาก.

วิจารณ์

ผู้ช่วยรายงานเนอแรกทเรมมิกกลุ่มอา-
การ กซซังก ตั้งแต่อายุน้อยที่สุดในประเทศ
ไทย, และเป็นรายที่อายุน้อยเป็นที่สองตาม
วารสารที่มีผู้รวบรวมไว้. มีอาการและการ
ตรวจพบทซซังเงิน. ในการวัดสมรรถภาพ
ของ คอร์เทกซ์ ของ ต่อม แอดรีนัล ไม่ไต่หา

๑๗-ฮัยคร็อกซัยคอร์ติโคสเตอรอยด์. มี
โอกาสเพียงหาการขับถ่ายของ ๑๗-คิโต-
สเตอรอยด์ในปัสสาวะ ๒๔ ชม., ซึ่งย่อมมี
ปริมาณต่างกันตามอายุ. ในเด็กปรกติที่
อายต่ำกว่าหนึ่งขวบจะขับถ่ายไม่เกิน ๑ มก.
ในปัสสาวะ ๒๔ ชม. ผู้ช่วยรายงานขับถ่ายสูง
อย่างซีกเงินถึง ๑๕ มก.

สรุป

ได้รายงานผู้ช่วยที่มีอาการและการตรวจ
พบซีกเงินว่าเป็นโรคกลุ่มอาการกซซังกจาก
มะเร็ง ทคอร์เทกซ์ ของ ต่อม แอดรีนัล หนึ่ง
ราย. จากการเปรียบเทียบกซซังวารสารที่มี
ผู้รวบรวมไว้จึงว่าเป็นรายที่เรมมิกอาการเมื่อ
อายุน้อยที่สุดเป็นอันดับสองตามวารสาร.

สวดทายน ผู้ช่วยรายงาน ขอขอบพระคุณนาย
แพทย์ ประสงค์ คุ้มจินดา และนายแพทย์
นันทวัน พรหมผลิน . และนายแพทย์สถา-
ลิมพานิชยกกร ที่กรุณาถ่ายและถ่ายภาพให้
ณ ทนทวย.

เอกสาร

1. H. Cushing: Bull. Johns Hopkins Hosp. 50:137, 1932.
2. G.H. Quin, F. Gilbert: A.M.A. J. Dis. Child. 92:297, 1956.
3. P.H. Forsham, G.W. Thorn: Text-book of Endocrinology. Edited by R.H.

Williams 2nd Ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co., pp. 272-286, 1955.

4. R.C. Lightwood: Arch. Dis. Childhood. 7:35, 1932.

5. L.W. Powell et al: A.M.A. J. Dis. Child. 90:417, 1955.

6. R.B. Greenblatt et al: A.M.A. J. Dis. Child. 94:691-695, 1957.

7. A.L. Chute, G.C. Robinson, W.L. Donahue: J. Ped. 34:20, 1949.

8. T. Bauer, H. Warsing: Wien. klin. Wchnschr. 26:1236, 1913.

9. A.L. Sheykhov, E.I. Palchewsky: klin. Med. 15:1113, 1937.

10. P. Heinbecker: Medicine. 23:225, 1944.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

1068

(Summary of the Preceeding Report)*

CUSHING'S SYNDROME

Report of a Case

Direk Phongphiphat
M.B., Dr. med., D.T.M. (Hamburg)

Prasert Pacharee
M.B.

(Dept. of Pediatrics and Pathology)

The authors report the case of a girl aged 5 months and 26 days who first developed syndromes presumably at the age of 8 weeks, which were clinically diagnosed as Cushing's syndrome. The diagnosis was supported by

the finding, among others, of an unusually high (19 mg) excretions of 17-ketosteroid. Adreno-cortical carcinoma of the left side was identified at autopsy. This was evidently one of the youngest reported cases in medical literature.

* Read before the meeting at Siriraj Hospital on 16 August 1958.

112-7781 1

บทบรรณาธิการพิเศษ

เด็กป่วยในโรงพยาบาล

สวัสดิ์ สกลไทย

W.B., D.C.H. (Eng.), D.T.M. & H. (Eng.)

เฉพาะในโรงพยาบาลศิริราชที่มีผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ ๑,๒๐๐ คนนั้น มีเด็กป่วยอยู่ ๓๒๐ คน, ในจำนวนนี้เป็นทารกที่อายุต่ำกว่าหนึ่งปีถึง ๑๑๐ คน. ปัญหาที่จะกล่าวต่อไปจึงไม่ใช่ปัญหาเล็กน้อย.

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า โรงพยาบาลนั้นไม่ใช่เป็นที่อยู่ที่ดีของเด็ก. ข้อเสียของโรงพยาบาลมีมากมาย ที่สำคัญคือ การติดต่อระหว่างกัน, ซึ่งเชื่อนักมักจะทนต่อยากยิ่งกว่าที่ทราบกันอยู่แล้ว. ที่สำคัญยิ่งกว่าก็คือ ทางด้านจิตใจ เช่น เด็กจะมี ความหวาดกลัว เมื่อต้อง ถูกพรากจากบ้านมาอยู่กับคนแปลกหน้า. และความทุกข์ที่เกิดจากความ เป็นห่วงใย ซึ่งกันและกันระหว่างพ่อแม่กับลูกนั้นมีมากนัก, แต่เราผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก็มักจะมองข้ามความสัมพันธน์ไปเสีย. ทงนถควยกฏอันเข้มงวดของโรงพยาบาล.

ตอนเริ่มแรกชีวิตของทารกนั้นจำเป็นต้องนอนอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่สงบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคนเลี้ยงดู, ซึ่งจะต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษในเรื่องอาหาร เพราะทารกไม่สามารถบอกว่ามีหรือหิวได้ชัดเจน. ภายในตัวของโรงพยาบาลอาหารของเด็กนั้นไม่ยืดหยุ่น จะกินก็ต้องเป็นเวลาเช่นเดียวกับผู้ใหญ่และกินอาหารมอดสุดท้ายเมื่อ ๑๗.๐๐ น. จะกินมากกว่าที่แพทย์และพยาบาลกำหนดไว้ก็ไม่ได้. ถ้ามีหิวก็กินมือน้ำจะกินมากขึ้นก็ไม่ได้. และที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือ "การแยก". ทารกไม่เหมือนเด็กโตหรือผู้ใหญ่, ซึ่งสามารถทำตัวเองให้หายเหงาได้ โดยนั่งลงเรื่องที่ผ่านมาในอดีตหรือฝันถึงอนาคต. ทารกจะรู้สึกนึกคิดอย่างไรก็ต้องอาศัยการกระตุ้นในวัยเด็กเวลานั้น, มิฉะนั้นจะเป็นสิ่งที่ได้จากแสงเสียงหรือการสัมผัสสะท้อน. ของเล่นที่ทำให้เกิดสิ่ง

ตั้งกล่าว มานันในโรง พยาบาล ก็เกือบ ไม่มี.
 คงน่าอย่างเช่น เด็กที่ช่วย คว้าโรค คัดคอ
 ้วยแล้ว “การแยก” นักรจะสาหัสยงชน.
 ริงอยู่, โรคคิกเซอ เช่นโรคหวัด ึ่งแม่
 ะเนนการคิกเซอที่ไม่ค้อยมออันตราย, แต่
 ึ่งเป็น กยทารก ก้มกจะรุนแรงและ แพร่ไค้
 ง่าย. เด็กอาจต้องร้อง, นาหนักลคหรืออาจ
 ึ่งตายไค้. ฉะนั้นในโรงพยาบาลเกือบทุก
 ึ่งจึงมักแยกเด็กให้อยู่ห่าง ๆ กัน. พยา-
 ยามจับต้องให้น้อยที่สุด. นางพยาบาลเอง
 ึ่งผูกฝาคคลุมปาก, ซึ่งยงทำให้คหน้าคา
 ึ่งแปลกประหลาดน่ากลัวยงชน. ยิงพอแม่
 ึ่งค้วยแล้ว ก้มกคักกกันให้จับต้อง ลกนอยท
 ึ่ง, ไค้รับอนุญาตให้เพียงไค้เห็นกันโดยมี
 ึ่งกระจกกันเท่านั้น. ทงนเช่นการทารุณและ
 ึ่งทรมานแก่บุคคลทงสองยงนั.

การคิกเซอนนทวงกสำคัญ แต่ก้มก
 ึ่งกลวกันเกินไป, เพราะถ้าคคคให้ชงแล้วถึง
 ึ่งจะแยกสักเท่าไรก็คงไม่พน. เรากเห็นกน
 ึ่งอยู่แล้ว แม่เด็กในขานเคยวกันเล่นกัน
 ึ่งเกือบ ตลอด เวลาที่ยังไม่ค้อย มีการคิกเซอ
 ึ่งระหว่างกัน. การที่ผู้ใดจะรับเซอจนเป็นโรค
 ึ่งนี้ ไม่ใช่เพราะว่าไค้รับเซอมาจากผู้อื่นแต่
 ึ่งอย่างเคยว. ถ้าร่างกายแข็งแรงคและจิตใจ
 ึ่งสขาย เรากจะคิกเซอจากผู้อื่นไค้ยาก.

ฉะนก่อนทจะรับทารกและเด็กไว้ในโรง
 พยาบาล เราจะต้องไม่คคคถึงแต่เฉพาะสกา-
 ึ่งวะของโรคเท่านั้น, แต่ควรรคคถึงสภาวะ
 ึ่งทางขานของเขาค้วย. พงนกว่าขานเขา
 ึ่งจะเล็กเพียงไค้ กยงให้ ความรักความอยช่น
 ึ่งแก่เด็กไค้คักกว่าโรงพยาบาล. เซอร์ เจม
 ึ่งสเปนซ์ไค้กล่าวไว้ว่า “เมอความจิตเน
 ึ่งของแพทยเพิ่มขน เขากให้เด็กไปอยู่โรง
 ึ่งพยาบาลน้อยลง”. จะต้องให้เด็กกลับขาน
 ึ่งโดยเร็วที่สุด เมออาการหนักนหลายแล้ว,
 ึ่งหรือพคง่าย ๆ ว่า เมอเด็กเริ่มกนอาหารและ
 ึ่งนาหนักขน. เด็กจะเคยไค้ในขานของเขาค
 ึ่งกว่าในโรงพยาบาล. นอกจากนั้นจะต้องพยา-
 ึ่งยาม คคคถึงม นษย ธรรมให้ มากเช่น พิเศษ,
 ึ่งพยาบาลจะต้อง คคคถึงเสมอว่า ณ บคนเรา
 ึ่งนแทนมารดาเขาแล้ว. การปฏิบัติเคยงแม่
 ึ่งทค เช่นการกอครค หรือ “พค” นั้นสำคัญ
 ึ่งเทียบเท่าการอายน้ำเตงตัว และ การให้ยา
 ึ่งเหมือนกัน. พยาบาลและแพทยจะต้องเล่น
 ึ่งกับเด็กเมอมเวลาว่าง, ซึ่งทวงกเป็นการ
 ึ่งปฏิบัติทงายที่สุด. การอุมช, เล่นหวัวและ
 ึ่งนำทารกออกมาให้ เห็นเคยอน เห็นตะวันนมี
 ึ่งคุณค่าไม่เพียงแต่กับร่างกาย หากทสำคัญ
 ึ่งยงคอกยจิตใจ. เด็กทจิตใจไม่สขาย ร้อง
 ึ่งกวนจะต้องไค้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษจาก

แพทย์ประจำบ้านและพยาบาล. ในระยะแรก ๆ ทารกหงุดหงิดพวกนี้จะทำตุ๊กตกับผู้ใหญ่ และพยายามผลัดกันของทุกอย่างที่เราหยิบยื่นให้, แต่ระยะปฏิสนธิจะมีอยู่เพียงสองสามวันเท่านั้น. ขออย่าเพิ่งใจเสีย, อย่าเพิ่งเลิกเอ็นดูเขา. ถ้าเรายังคงเข้าใจให้ความรักแก่เขา ค่อย ๆ ปล่อยให้เขาหา, ออกจากสองสามสัปดาห์ นี้สัปดาห์จะเปลี่ยนเป็นคนละคน.

การกระทำที่ไม่ดีประจำเป็น นักของ แพทย์และพยาบาล เช่น การให้วิตามินบ่อย ๆ ทุกวัน วันละหลายครั้ง, การวัดปรอททุก ๔ ชม., การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน, การเก็บรายงานที่ยุ่งยาก, และการทำบันทึกต่าง ๆ ของพยาบาล, ซึ่งโดยแท้จริงแล้วมีประโยชน์น้อย. ควรทำกิจการต่าง ๆ เหล่านี้ให้น้อยลง. อธิกเวลาเหล่านั้นให้กับจิตวิทยาของทารกที่อยู่ในความค และจะดีกว่า. เด็กที่เขินเขินขี้นมา ต้องการคนอุ้มอุ้มเป็นพิเศษ, เพราะว่าถ้าเขาอยู่คนเดียว เขาก็จะเกาามากเนื่องจากไม่มีอะไรจะทำ. “เด็กนั้นต้องการคนเล่นด้วย เขาเหงาเขานัก.”

ด้วยเหตุนี้กล่าว ทารกซึ่งต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจึงต้องได้รับการอุ้มและเป็นพิเศษ. พ่อแม่ควรได้รับอนุญาตให้

มาเยี่ยมได้บ่อยและอยู่นานที่สุดเท่าที่จะไม่ขัดขวางต่อการปฏิบัติงานของเรา และควรกระตุ้นเตือนให้ เขานอนและ เล่นเหมือนนอนที่บ้าน. เมื่อจะต้องให้การรักษาที่เจ็บปวด เช่น การแทงหลอดเลือด, เมื่อเสร็จแล้วพยาบาลจะต้องอุ้มให้ กระชับไว้ ก่อนสักพักใหญ่ เพื่อเป็นการปลอบโยน. เด็กที่ยังงอนเองไม่ได้ก็ต้องอุ้มไว้ในวงแขนแล้วขอนให้. เมื่อเด็กร้องก็ควรทำให้เหมือนนอนที่บ้าน คือพยายามหาสาเหตุว่าทำไมจึงร้อง แล้วจัดการแก้ไขเสีย.

ร้ายทำเป็นควรรให้แม่อยู่กับลูกด้วย, แม้มาก ๆ คนสามารถทำตัวให้เข้ากับงานของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี, โดยไม่เพียงแต่ช่วยนางพยาบาลเท่านั้น ยังช่วยเหลือเด็กช่วยข้างเคียงอีกด้วย. สเตนซ์แนะนำว่า แม่ทุกคนควรอยู่กับเด็กที่มาเจ็บในโรงพยาบาล (ซึ่งเราก็ดำเนินการแล้วกับทารกและเด็กช่วยในห้องพิเศษ). เมื่อเด็กเจ็บหนัก แม่ก็ไม่ได้หลับนอน. เด็กเองก็มักจะอยู่ในท่าที่บอกว่าสบายเสมอ ไม่ว่าจะอยู่ในเเยะ, ในอ้อมแขนหรือว่าบนตัก. นางพยาบาลจะช่วยเหลือก็เฉพาะส่วนที่เป็นเรื่องทางเทคนิคเท่านั้น.

จากข้อคิดคติที่ใดกล่าวมานั้นให้เห็นว่า
บริการในแผนกเด็กนั้นผิดแปลกจากแผนกผู้ใหญ่.
จำเป็นที่จะต้องคิดถึง "ใจเด็ก",
ซึ่งสำคัญไม่น้อย หรืออาจสำคัญกว่าการ
ช่วยเจ็บทางร่างกายเสียอีก. ความสนใจ
เปลือง, ความเห็นคนเห็นน้อยและความจริงจัง
ต่าง ๆ นั้น ยางตรงอาจทำให้เขื่อน่าย,

เฉพาะ อย่าง ยิ่งที่ อาจ เกิด กัญพยายาล และ
แพทย์ประจำบ้านนั้น, ข้อเห็นก็เสียว่า เราทำ
ให้กับอนาคตของ "คน". จะมีอะไรสำคัญ
ในชีวิตของเรา ยิ่งไปกว่าความ รกทมอยให้
กยเด็ก. ขอจงตั้งใจทำงานด้วยกำลังกาย
และจิตใจ. วันหนึ่งกศลคงจะสนองให้ท่าน
มีความสุขยิ่ง ๆ ขึ้น.

โปรดแก้ไขเจ้าของเรื่องในฉบับกันยายน-ตุลาคม

สารศิริราช ฉบับที่ ๑๑-๑๒ ประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม ๒๕๐๒ ใน
แผนกปักษีเวช เราได้ลงเรื่อง "ข้อสังเกตในการประชุมรังสีวิทยานานาชาติ ครั้งที่ ๕
ณ เมืองมิวนิค ประเทศเยอรมัน" ด้วยการใส่ชื่อเจ้าของเรื่องว่า "อำนวยการ เสมรสต์
M.B., M.D. --" นนผด. ที่ถูกต้องเป็นของ "โรจน์ สุวรรณสุทธิ พ.ช., C.R."
เราขออภัยในการผิดพลาดครั้งนทวย

แผนย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: เด็ดดลอง เนตรศิริ พ.บ., พ.ด., สวัสดิ์ สกลไทย พ.บ., D.C.H., D.T.M. & H.
ประสงค์ ตูจินดา พ.บ., D.T.M. & H., สุตสาคร ตูจินดา พ.บ., สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.
ม.ร.ว. จันทรวินัย เกษมสันต์ พ.บ., C. Ped., อารี วัลยเสวี พ.บ., D. Sc. Med.
ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ., ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑. H.G. Worthen, R.L. Vernier, R.A.
Good: เนโฟรสิสในทารก. A.M.A. J. Dis.
Child 98: 65-82, 1959.

กลุ่มอาการเนโฟรติกในทารกอายุต่ำกว่า
๑ ขวบมีอาการและสิ่งตรวจพบกายภาพและ
สิ่งตรวจพบทางห้องทดลองเหมือนโรคโอฟา
ติกเนโฟรสิสในเด็ก, แต่การดำเนินของโรค
ผิดกัน. การพยากรณ์โรคเร็วมาก และ
การรักษาคับแค่วินิจฉัยแต่โดยรอบยังไม่ได้ผล.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วยโรคนี้ ๑๒ ราย.
๖ รายเริ่มมีอาการขวมเมืออายุต่ำกว่า ๑
เดือน, อีก ๖ รายเริ่มขวมเมืออายุระหว่าง
๓-๑๐ เดือน. ๑ รายในพวกหลังนี้เข้าใจ
ว่าโรคเกิดขึ้นเนื่องจากการแพ้โปรท. อีก ๑
ราย ตรวจศพพบว่า เป็นโรคซัยโตแมกาลีค-
อินคลูชันของค.

สำหรับประวัติครอบครัวนั้น ปรากฏว่า
๕ รายที่มีพี่น้องโรคอย่างเดียวกัน, ซึ่งเท่า
กับ ๕๒ เปอร์เซ็นต์. นับว่าสูงมากถ้าเปรียบเทียบกับ

เนโฟรสิสในเด็ก. นอกจากรายที่แพ้โปรท
แล้วการรักษาไม่ได้ผล. ๑ รายตายก่อนได้
รับการรักษา. ๑ รายให้การรักษาคับแคอาหาร
เกลือต่ำและฉีกแอลบูมินและเลือดเข้าหลอด
เลือด. อีก ๑๐ รายได้รับการรักษาแบบเน-
โฟรสิสในเด็ก, ซึ่งประกอบด้วย คอร์ติโค-
โทรปิน ๑๐ ชุก, คอร์ติโซน ๑๐ ชุก,
ในไตรเจนมีสคาร์ด ๑๑ ชุก และคอร์ติโซน
และในไตรเจนมีสคาร์ดรวมกัน ๒ ชุก.

๓ รายที่รักษาคับแคตายเพราะยาที่ให้,
คือ ๑ รายตายเพราะผลภาวะอาหาร
ทะเล, ๑ รายตายเพราะเซปติสิสอย่างหนัก,
และอีก ๑ รายตายเพราะความดันเลือดสูง
และยูริเมีย, ซึ่งเกิดขึ้นใน ๑ สัปดาห์ภาย
หลังเริ่มให้การรักษา. ขณะทราบายานน
ผู้ป่วย ๘ รายได้ตายไปแล้ว. อีก ๓ ราย
อาการไม่ดีขึ้นเลย.

การตรวจไตทางจุลกายพบว่า ๕ รายไม่
มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโกลเมอรูลัส,
๔ รายมีโกลเมอรูลาร์ไฟโบรสิส. และอีก

๓. ราย มีการพองตัวของคอนวอลูเทททบูล ส่วนโค้งโดย ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง ที่ไกล-เมอรูลและ ไม่มีการออกตันของทบูล, ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการพองทวนน.

การศึกษาไกลเมอรูลด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแสดงว่า ๕. รายมีการรวมของ foot process ของเอปิเธลิอัลเซลล์, ซึ่งเป็นลักษณะของเนโฟรสิสในเด็ก.

นอกจากนี้ผู้รายงานได้ยกเอากรณีต่างๆ ที่น่าจะเป็นเหตุของเนโฟรสิสในทารกชนมาพิจารณา, และได้เน้นว่าที่ยกข้เมยในมารดาอาจมีความสำคัญอยู่ไม่น้อย.

เนติฉลอง เนตรศิริ พ.บ., พ.ด.

๒. M.C. Kunin et al: ภูมิคุ้มกันที่ไค จาก การ ฉีดวัคซีน อินฟลูเอนซ่าใน เด็กช่วย ้วยโรคเนโฟรสิสและฤทธิ์ของคอร์ติโซน. Pediatrics. 23: 54 - 61, 1959.

การศึกษาระดับของแกมม่าโกลบูลินใน เด็กช่วย ้วยโรค เนโฟรสิส นั้น ปรากฏว่ามี ระดับต่ำ. มีผู้กล่าวมาก่อนว่าความต้านทาน โรคของระบบหายใจส่วนบนนั้นน้อย. มีผู้ กล่าว ว่า การ ั้ยา จำพวก คอร์ติโคสเต-รอยด์ทำให้ความต่อต้าน โรคเกิด เชื่อมลดลง ้วย.

โอกาส ของ การ ักษา ม ชน เมื่อ มีการ ะบาด ของ เอ เซียน อินฟลู เ็น ซ่าใน เมือง บอสตัน. เด็กช่วย ้วยโรคเนโฟรสิสต้อง ั้รับการฉีควัคซีนหลายคน. มากคน ต้องกินยาจำพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ช่วย. พร้อมๆ กันก็ไ้ใช้เทกปรกติเป็นคอนโทรล.

จาก การ ฉี วัคซีน อินฟลู เ็นซ่า วัคซีน ีหลายเชื้อในเด็ก ๕๕ คนนั้น ๔๕ คนเป็น โรคกลุ่มอาการเนโฟรติกในระยะต่างๆ กัน. โดยรวมทั้งเด็กช่วย ั้ยาแอดรีโน คอร์ติ-คัล ฮอร์โมน ๑๗ คนช่วย. ๕ คนเป็นโรค กลุ่มอาการแอดรีโนเจนิตัล. ซึ่งได้รับการ ั้ยาคด้วยคอร์ติโซนอยู่, ๖ คนใช้เป็นคอน-โทรล.

ผลของภูมิคุ้มกันซึ่งวัดได้โดยการทดสอบ ั้ยาคในชั้นอินฮิบชัน. สองสัปดาห์ ั้ภายหลัง การ ฉี วัคซีน เข้าไค ั้ผหนึ่ง ครั้ง ั้ยวนนปรากฏว่ามีภูมิคุ้มกันใกล้เคียงกัน ในทุกพวก. ระดับของแกมม่าโกลบูลินใน ั้รุ่ม ซึ่งต่ำอยู่แล้วในพวกเนโฟรติกก็ไ้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง.

ผู้ทำการทดลองยังรู้สึกว่าการศึกษาชด ั้ยงครวออยู่และจำนวนเด็กยังน้อยไปกว่าที่ ั้ไ้ผลแน่นอน.

สวัสดิ์ สกุลงไทย

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

๓. B.L. Kendig, R.O. Hudgens: ผลของการเกิดโรคหัดในผู้ป่วยวัยโรคของทารกทางการแพทย์. *Pediatrics* 24: 616, 619, 1959.

โรคหัดเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยโรคมีอาการเลวลง. เขาใจว่าเนื่องจากโรคหัดทำให้ความต้านทานของร่างกายลดลง. เป็นผลให้เกิดการลุกลามของวัณโรคและการลบทเซอร์คูลินเรียเช่นซิวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัดได้. ผู้รายงานได้สังเกตผู้ป่วยวัยโรค ๒ พวกคือ:

พวกแรก เป็นผู้ป่วยวัยโรคเริ่มแรก ๑๒ คน, อายุเฉลี่ย ๓.๓ ปี. ทกวายให้ปฏิกิริยาบวกต่อทเซอร์คูลิน และมีต่อมน้ำเหลืองที่ไฮลาร์โตในฟิล์มเอกซเรย์. มี ๒ รายที่พบจุดทส่วนล่างของปอดขวาอีก ๒ รายให้ผลบวกโดยการเลียงเชื้อจากน้ำย่อยอาหาร. ขนาดของไอโซในอะซิคที่ให้คือ ๕-๑๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน. ในจำนวนนี้ ๕ รายได้รักษาประมาณ ๓ เดือนก่อนเกิดโรคหัด, และ ๓ รายได้รักษา ๑-๔ สัปดาห์หลังจากเป็นโรคหัดแล้ว. พบว่าทั้ง ๑๒ ราย ไม่มีอาการเลวลง.

พวกที่สอง เป็นผู้ป่วยวัยโรคของเยื่อหุ้มสมอง ๕ ราย, อายุ ๒-๕ ปี. ทกวาย

เกิดเป็นโรคหัดขึ้นขณะที่ได้รับการรักษาด้วยไอโซในอะซิค ๘-๑๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก., สเตรปโตมัยซิน ๕๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก., และพวกกรรพาราอะมิโนซาลิซิลิก ๘๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ใน ๑ วัน, เป็นเวลา ๑๕, ๕๔, ๓๐, ๒๐, และ ๑๐ วันตามลำดับ. ทกวายได้ให้แกมมาโกลบูลินขนาด ๐.๑๑-๐.๒๒ ล. ซม. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ตั้งแต่วันแรกซึ่งพบว่าติดต่อกับผู้ป่วยโรคหัด. ผู้ป่วยทั้ง ๕ รายเกิดเป็นโรคหัดแต่ไม่มีอาการกำเริบหรือเลวลงจากวัณโรค. ผู้รายงานได้กล่าวว่แกมมาโกลบูลินที่ได้ให้ในผู้ป่วย ๕ รายนี้ไม่มผลลดความรุนแรงของโรคหัด และไม่คิดว่าจะช่วยป้องกัน การลุกลามของวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง.

ประสงศ์ ตูจินดา P.M., D.T.M. & H.

๔. L.K. Diamond: เทสโทสเตอร์โรน A.M.A. J. Dis. Child. 98: 293-302, 1959.

ปัจจุบันนมเด็กและเด็กวัยรุ่นที่ช่วยเป็นโรคโลหิตจางชนิดอะพลาสติกเพิ่มมากขึ้น. การรักษาเกือบทั้งหมดไม่ได้ผล. ผู้รายงานเรื่องนี้ได้ทดลองยาชนิดใหม่ในการ

รักษา คือใช้ เทสโทสเตอร์โรน ร่วมกับ
คอร์ติโคสเตอรอยด์ และการให้เลือดสด
และเกล็ดเลือดสดเป็นครั้งคราว. เขาให้
เทสโทสเตอร์โรน อีแนนเซท ผิดเข้ากล้าม
เนื้อ ๓ มก. ค่อนำหนักตัว ๑ กก. สัปดาห์
ละ ๒ ครั้ง, และคอร์ติโคสเตอรอยด์ใช้
ไตรแอมซิโนโลน ๘-๑๒ มก. ต่อวัน.

ผลที่ได้จากการรักษาโดยวิธีนี้ ในผู้
ป่วย ๕ รายพบว่ามีการพบนขน ๔ ราย, ถึง
แก่กรรม ๑ ราย เนื่องจากเลือดออกมากทาง
กระเพาะลำไส้และมีโรคติดเชื้อเข้ามาร่วม
ด้วย. ในรายที่พบนขนตรวจพบว่า (๑) วิตค
โลซัยต์ และ ฮีโมโกลบิน เพิ่มขึ้นหลังจาก
ให้ยา ๑-๒-๕ เดือน. (๒) จำนวนเกล็ด
เลือดที่เพิ่มขึ้นในเวลาแตกต่างกันในคนไข้
แต่ละคนในระยะ ๔-๕ เดือน. (๓) จำนวน
ไปลีมอร์ฟก็เพิ่มขึ้นในระยะไล่เลี่ยกัน.
การตรวจเลือดจากไขกระดูกพบ การเปลี่ยนแปลง
ในทางที่ขุ่นข้น; (๑) มีการแบ่ง
ตัวของ ระบายเม็ดเลือดแดง ภายใน ระยะ ๑
เดือน. (๒) มีการกลีบสร้างของเซลล์ในไข
กระดูกเป็นหย่อมๆ เกี่ยวกับ ระบายเม็ดเลือด
แดงเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดและมีเมกะคาริโอ-
ซัยต์ชนิดตัวอ่อนเกิดขึ้นประปราย.

สุดสาคร ตูจินดา พ.บ.

๕. W.M. McKimmon, S.J. Boley, J.

Manpel: การติดเชื้อในเด็กที่ถูกตัดมาม
เนื่องจากมามแตก. A.M.A. J. Dis. Child.
98: 710, 1959.

การตัดมามในเด็กจะทำให้มีการติดเชื้อ
ง่ายหรือไม่ เป็นปัญหามาตั้งแต่ ๑๙๕๒
เมอคิงกและซิมคเคอร์รายงานทารก ๕ ราย
ที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงภายหลังการตัด
มาม. ผู้รายงานได้รวบรวมผู้ป่วยที่มาม
แตกและถูกตัดมามออก ๒๖ ราย, อายุตั้งแต่
๓-๑๔ ปี, และติดตามการเปลี่ยนแปลง
จาก ๒ เดือนจนถึง ๑๐ ปี. ไม่ปรากฏ
การติดเชื้อรุนแรงเพิ่มขึ้นในเด็กที่ได้รับการ
ตัดมามเหล่านี้.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

๖. J. Warkany, P.H. Beaudry, S.

Hornstein: ความพิการของเด็กเข้าใจว่า
เกิดเนื่องจากความพยายามจะทำให้แท้ง
บุตรด้วยอะมิโนพเทอริน. A.M.A. J. Dis.
Child. 97: 274-281, 1959.

การให้อะมิโนพเทอริน (โพลีคแซซิด-
แอนตาโกนิสต์) ร่วมไปกับอาหารของสัตว์
แทะจะทำให้ลูกในครรภ์ของสัตว์นั้นตาย.

ยานไคดกนำมาใช้ในหญิงที่ป่วยเป็นวัณโรค หรือมะเร็งและมีครรภ์ เพื่อทำให้แท้งบุตร. ผู้ช่วย ๑๐ รายจาก ๑๒ รายของ Thiersch ได้รักษาขนาด ๖-๑๒ มก. ทารกในครรภ์ตายในระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ และแท้งบุตรตามปรกติ. ขนาดตายต่อเอ็มบริโอ มีผลต่อเลือดของแม่เพียงเล็กน้อย. ทารกที่แก่เกิน ย่าไม่อาจฆ่าทารกได้ทันที ๓ ราย, แต่ทำให้เกิดความพิการ เช่น ฮีโมโครเซฟาลัส, มินิงโกเอ็นเซฟาโลซิส, ปากแหว่ง. และเพดานปากโหว่. ในบางรายงานกล่าวว่า เด็กสามารถคลอดได้ครบกำหนด แต่มีความพิการ ภายหลัง จากที่ ทำให้แท้งด้วยอะมิโนพเทอรินในระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์.

ผู้รายงานได้รายงาน หญิงอายุ ๒๗ ปี, พยายาม จะ ทำให้แท้ง ด้วย อะมิโนพเทอริน เมื่อดังครรภ์ได้ ๑๐ สัปดาห์ โดยกินยาเม็ดละ ๐.๕ มก. วันละ ๒ เม็ด ติดต่อกัน ๑๒ วัน รวม ๒๔ เม็ด. ผู้ช่วยหยุดยา เนื่องจากมึนงงเกิดขึ้น. ได้รักษาพิเศษว่า เป็น พิษจาก อะมิโนพเทอรินและอริยธี่มา มีลคิฟอร์ม และได้รับการรักษาด้วยการฉีกรวดฟลิค และซีโทรวาร์มี แพคเคอร์เข้า กล้ามเนื้อ ๑๐ วัน. การตั้งครรภ์ต่อมาไม่

มีเหตุการณ์ผิดปกติ, และคลอด ๒ สัปดาห์ ภายหลังที่คลอด. ทารกที่เกิดแสดงว่า มีการหยุดยั้งการเจริญเติบโตภายในครรภ์, คีมเคอร์เนล ก็ยัสซอสโตซิส, แมนทิบู-ลาร์ ฮีโปเพลเซีย, รูปร่างผิดปกติอยู่ระดับต่ำ และเพดานปากส่วนหลังโหว่, ภายหลังที่เด็กหยุดหายใจ ๒-๓ พัก ก็ตายใน ๒๕ ชั่วโมงภายหลังคลอด.

เนื่องจากอะมิโนพเทอริน และ ฟลิคแซซิด แอนตาโกนิสต์อื่น ได้รักษาพิษจน แล้วว่า เป็น เทอราโทเจนิคใน คน และ สัตว์. และเนื่องจากความพิการในเด็กนี้อาจอธิบาย ได้ว่าเกิดจาก สิ่งรบกวน ต่อการ เจริญเติบโต ของเอ็มบริโอในสัปดาห์ที่ ๑๐ ถึง ๑๒, ผู้รายงาน จึงเข้าใจ ว่าความ พิการ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากความ พยายาม ที่จะให้แท้งบุตร ด้วยอะมิโนพเทอรินไม่สำเร็จ.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

๗. T.J. Vietti, T.P. Murphy, J.A. James, J.A. Pritchard: การใช้วิตามินเค เป็นการป้องกันในทารกแรกเกิด. *J. Ped.* 56: 343-345, 1960.

ผู้รายงานได้สังเกต ปรากฏการณ์ เลือดออกในทารกเกิดใหม่ภายหลัง ทำเซอร์คัม-

ซิสชันจำนวน ๔๗๐ คน (ชายของทารกในขณะทำเกิน ๒๔ ชั่วโมงเล็กน้อย). ครึ่งหนึ่งของทารกจำนวนนี้ ได้ให้วิตามินเค (ฮัยคิโนน ๕ มก. เข้ากล้าม) ก่อนทำเซอร์คัมซิสชัน. ผลปรากฏว่าในทารกที่ไม่ได้รับวิตามินเค ก่อน, มีเลือดออกภายหลังการทำเซอร์คัมซิสชันเป็นจำนวน ๑๓.๕ ปรซ., ซึ่งมากกว่าในรายที่ได้รับวิตามินเค ก่อนทำถึง ๖ เท่า.

ในการศึกษาทารกเกิดใหม่อีกจำนวนหนึ่งพบว่า ในเด็ก ๒๒ คน, ซึ่งได้รับวิตามินเค เพียง ๑ คน ที่แสดงเวลาโปรธรมบินยาวปานกลาง, แต่มีทารกจำนวนถึง ๑๐ คนจาก ๒๔ คน ในพวกที่ไม่ได้รับวิตามินเค, ที่แสดงเวลาโปรธรมบินยาวปานกลาง.

ผู้รายงานอธิบายว่า ถ้าใช้วิตามินเค ในขนาดข้อยกกัน ๑-๒ มก. ในทารกเกิดใหม่ จะเป็นจำนวนที่เพียงพอในการแก้เวลาโปรธรมบินยาว และระดับโปรคอนเวอร์คินต่ำ อันเนื่องมาจากการขาดวิตามินเค, และวิตามินในขนาดดังกล่าว จะไม่ทำให้เกิดเลือดจางซีโมลิติกและแคร์นอิคเคอรัล.

ม.ร.ว. จันทรนิวัตร เกษมสันต์

W.D., C. Ped.

๘. D.C. Darrow, J.S. Welsh: การรักษาโรคจางซีโมลิติกในทารก. J. Ped. 56 : 204-210, 1960.

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ช่วยด้วยโรคจางซีโมลิติก รวบรวมทั้งสิ้น ๓๐๗ ราย ในระยะเวลา ๒ ปี. ทั้งนี้เพื่อจะศึกษาถึงระดับของโซเดียมในเลือดและเมตะบอลิซึมของซีโคสตีล. การวิจัยซีโรมอเลกุลโครมัลยัท ได้ทำ ๑๐๕ ครั้ง ในผู้ช่วย ๑๐๒ ราย, ซึ่งมีการขาดอย่าง มาก. ในจำนวนนี้มี ๑๕ รายที่มีโซเดียมในเลือดต่ำ (น้อยกว่า ๑๓๑ มิลลิอ็อกวิ./ลิตร) และ ๑๑ รายที่มีภาวะโซเดียมในเลือดสูง (มากกว่า ๑๕๐ มิลลิอ็อกวิ./ลิตร). ผู้ช่วยทั้งหมด ๑๐๒ รายมีภาวะเมตะบอลิซึมของซีโคสตีล.

ในผู้ช่วยทั้ง ๓๐๗ รายนี้ มีตายเพียง ๔ ราย. ผู้รายงานได้ให้ความเห็นว่าอัตราตายควรจะลดลงอีก ถ้าได้มีการปรับปรุงแผนการรักษาให้ดีกว่าที่ปฏิบัติไปแล้ว. แผนการรักษาที่ผู้รายงานแนะนำว่าควรจะทำต่อไปมีดังนี้คือ: (๑) ในรายที่อยู่ในเลือดมีผลซีโรมัลยัท, ไบคาร์บอเนตต่ำและมีโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปรกติ การให้เพื่อทดแทนอิเล็กโทรไลต์ด้วยซีโรมัลยัท ควรเป็นดังนี้: สำหรับน้ำหนักควรเป็น ๑๐ ล.ซม.

ก่อนนำหนักตัว ๑ กก. ในราย ที่มีภาวะขาดน้ำ
มาก, และ ๘๐ ปซ. ควรเป็นน้ำตาลละลายที่
มีโซเดียมแลคเตทริงเจอร์ ครึ่งหนึ่งเป็น
ม/๖ โซเดียมแลคเตทและอีกครึ่งหนึ่งเป็น
น้ำตาลละลายโซเดียมแลคเตท. (๒) ในภาวะ
ที่มีโซเดียมสูง, ซึ่งมีการสูญเสียน้ำเป็น
ส่วนใหญ่ร่วมทั้งไปแคสเซียมด้วย. สำหรับ
น้ำหนักที่เพอทดแทนในจำนวน ๑๐๐ ล.ซม.
ก่อนนำหนักตัว ๑ กก. และ ๕๐-๕๐ ล.ซม.
ควรจะเป็นน้ำตาลละลายแลคเตท-ริงเจอร์, อาจ
จะใช้ ม/๖ โซเดียมแลคเตทแทนก็ได้.

อารี วัลยะเสวี พ.บ., D. Sc. Med.

๕. Hermann Vollmer: วิเฟล็กซ์ชนิด
ใหม่ในเด็กอ่อน. A.M.A. J. Dis. Child.
95 : 481-484, 1958.

วิเฟล็กซ์ใหม่ชนิดหนึ่งในเด็กอ่อน ได้
ถูกบรรยายไว้ครั้งแรกโดย Juanico และ
Pirez del Pulgar Marx. เมื่อจับทารกให้
นอนคว่ำลงบนมือซ้ายของผู้ตรวจ แล้วใช้นิ้ว
ชี้หรือนิ้วหัวแม่มือขวาไถลงไปตามสันไปน้ของ
ทารกแรงพอควรจากเพลวิส ไปจนถึงคอ,
ถ้ามีปฏิกิริยาสนองต่อการกระตุ้น ทารกจะ
แสดงกิริยาต้งนคอ (๑) งอขา (๒) หลัง
แอ่นพร้อมก้มขยอกเพลวิส (๓) งอแขนพร้อม

ก้มงอศรษะ (๔) ร้องเสียงกึ่ง มากมายมี
สปีส์ซิมของกลีบคัสและเขี้ยวชวขณะ (๕)
บัสสาวะออกมา (๖) มีการหย่อนและย่น
ของหูดทวารหนักและอาจมีการผายลมและ
ถ่ายอุจจาระ (๗) เนอตัวเกร็งแข็งไป ๒-๓
วินาที หลังจากวิเฟล็กซ์ได้เกิดขึ้นเต็มที่แล้ว
ในเด็กปกติ. วิเฟล็กซ์จะมีเสมอในเดือน
แรก, ยังคงมีไต่บอยในเดือนที่สองและค่อยๆ
หายไปในเดือนที่สาม. เด็กคลอดก่อนกำ-
หนดแสดงควมไวของวิเฟล็กซ์ไต่บอยกว่า
เด็กคลอดครบกำหนด. วิเฟล็กซ์ต่างกับวิ-
เฟล็กซ์ของโมโรแต่มีความหมายเหมือนกัน
คือแสดงถึง การโตไม่เต็มที่ของระบบ ประ-
สาทกลางในเด็กอ่อน. วิเฟล็กซ์ทั้งสองจะ
หายไปในเดือนที่ ๓ แต่ไม่ใช่ในเวลาเดียว
กันเสมอไป.

ในเด็กที่มีอันตรายของสมองไม่มีพิ-
เรซวิเฟล็กซ์ ระหว่างเดือนแรกหรือไม่มี
ตลอดจนถึงเดือนที่สาม, ซึ่งแสดงถึงพยาธิ
สภาพในระบบประสาทกลาง. แต่ถ้ามีพิเรซ
วิเฟล็กซ์ ใน ๓ เดือนแรกก็มีไต่บอยความ
ว่าระยกันการมีอันตรายของสมองออกไป
ได้.

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.

๑๐. Baird S. Ritter: เม็นิงโกเอ็นเซฟาไลติสจากโรคคางทูมในเด็ก J. Ped. 52: 424-433, 1958.

เม็นิงโกเอ็นเซฟาไลติสที่เกิขึ้นร่วมกับการติดเชื้อไวรัสของโรคคางทูม เป็นโรคที่ทำให้เกิดการอักเสบที่เจริญของระบบประสาทกลาง. ส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยเชื้อไวรัสลูกกลมเข้าไปสู่สมองและเยื่อหุ้มสมอง, แต่บางรายก็เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาอัลเลอร์ยีของสมองในระหว่างที่เป็นโรค. อาการทางระบบประสาทกลางจากเชื้อโรคคางทูมอาจเกิดก่อน, พร้อมกัน, หรือเกิดตามหลังการอักเสบของต่อมน้ำลาย, หรืออาจเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการในแห่งอื่นก็ได้.

ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย ๓๐ ราย เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี, วินิจฉัยว่าเป็นเม็นิงโกเอ็นเซฟาไลติสจากโรคคางทูม, โดยมีอาการของการอักเสบที่เจริญของสมองและเยื่อหุ้มสมอง เช่นปวดศีรษะ, อาเจียน, ชัก, คอแข็ง, มีลิมโฟไซต์สูงในน้ำหล่อไขสันหลัง, ร่วมกับการศึกษาทางซีโรโลยี. ใน ๓๐ รายนี้มี ๑๓ รายที่ต่อมพาราไทรอยด์ไม่วมในระหว่างระยะของโรค, ๑๒ รายต่อมพาราไทรอยด์อักเสบก่อน, ๒ รายมีต่อมพาราไทรอยด์อักเสบเกิดขึ้นพร้อมกัน, และ

๓ รายมีต่อมพาราไทรอยด์อักเสบเกิดขึ้นภายหลัง. ทุกรายไม่ปรากฏว่ามีอาการอักเสบของต่อมลูกกวาล, ซ้ำแมกซิลลารีหรือเทสทิสเลย. แต่ ๓ รายมีการอักเสบของตับอ่อนร่วมด้วยต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งวินิจฉัยได้จากอาการปวดท้องและมีซิมมอมัยเลสสูง. ทุกรายไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นระหว่างระยะโรค.

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.

๑๑. T.R. Shapiro, E.N. Ehrenfeld: Widespread measles carrier in the first year of life. A.M.A. J. Dis. Child. 99:248-251, 1960.

พาราไทรอยด์อักเสบที่แพร่ในทารกพบได้น้อย แต่อาจพิจารณาได้ตั้งแต่ในครรภ์. การพิจารณาที่ไ้เร็วมีความสำคัญมาก เพราะถ้าไม่ได้รับการรักษาทันที่แล้วก็แล้ว การล้มของหัวใจจะเกิดขึ้นได้เร็วมาก. มากมายพิจารณาที่ผิดว่าเป็น การติดเชื้อของทางเดินอากาศตอนบนหรือปอดขวม. บางรายเกิดร่วมกับโรคติดเชื้อในปอดหรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ. ซุปราเวนทริคูล่าแทมัยคาร์เดีย พบได้บ่อยกว่าในเด็กเล็ก. ส่วนเอเทรียล ฟลัตเตอร์พบได้ยากมาก. เว้นตรีคูล่าแทมัยคาร์เดียและเอเทรียลไฟบริลเลชันไม่มีรายงานเลยในทารก. สาเหตุที่เกิด

ยังไม่ทราบแน่. บางรายเกิดร่วมกับโรคหัวใจแต่กำเนิดอื่น ๆ. ส่วนมากจึงหวั่นไหวเป็นอยู่ชั่วคราวแม้ว่าจะมีโรคหัวใจแต่กำเนิดร่วมด้วยก็ตาม, แต่ก็มีบางรายที่เป็นถาวรแม้ว่าจะได้รับการรักษา.

ผู้รายงานได้รายงาน พาร็อกซิสมัลแทกซ์เมียคาร์เบียในตาราง ๒ ราย.

รายที่ ๑ เมอคลอดอซิงตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ จนกระทั่งในวันที่ ๓ จึงมีอาการของหัวใจล้ม. พังหัวใจไม่ได้เมอร์เมอร์. ในอี.ซี.จี. พบว่าอัตราหัวใจ ๒๔๖ ครั้งต่อนาที. ไม่เห็นคลื่น พี. คลื่น ที คงตรงในทกลึก ยกเว้นเฮออาร์. ได้ให้การรักษาทันทีด้วยคิริท็อกซิน, ซึ่งทำให้อัตราหัวใจลดลงเป็น ๑๓๒ ครั้งต่อนาที. อาการอื่น ๆ กลับเป็นปกติ.

รายที่ ๒ มีอาการเขียวหลังคลอด. อัตราหัวใจ ๒๐๐ ครั้งต่อนาที. อัตราเต้นของเว่นทริเคิล ๑๘๘ ครั้งต่อนาที. วันที่ ๔ เขียวมากขึ้นและมีอาการแสดงของหัวใจล้ม ได้รักษาด้วยคิริทาลิส แต่ดีขึ้นเพียงชั่วคราว. ต่อมาได้ให้ยาขับขี้สภาวะเข้าปอด, ให้กินคิริท็อกซิน, ฉีดคิริทาลิสเข้าเนอกแลม, และควินคินไปช่วยพร้อม ๆ กัน. อาการไม่ดีขึ้นและถึงแก่กรรมในที่สุด. เมอตรวจศพพบว่า

มีพัลโมนารีตี สะเทโนลิสและมีรูขนาดใหญ่มาก ทผนังแข็งของเอเทรียม.

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.

๑๒. Joseph E. Sokol, Ellen M. Lessmann: ผลของสารเคมีที่ใช้รักษาโรคกระเร็งต่อทวารในครรภ์. J.A.M.A. 172:1765-1771, 1960.

การรักษาโรคกระเร็งในหญิงมีครรภ์มักมุ่งไปหาสารเคมีหรือใช้รังสี. ในรายเช่นนี้ การรักษาคด้วย รังสีเป็น อันตรายต่อ ทารกในครรภ์, โดยเฉพาะการรักษาในบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน. สำหรับสารเคมีที่ใช้ยังมีรายงานน้อยต่อ ผลของ ทารกในครรภ์. สารเคมีที่ใช้รักษาในโรคกระเร็งหลายอย่าง, สารอัลคิลเลท เช่นไนโตรเจนมัสตราค, แอนติเมตะบอลท์ เช่น ๖-เมอร์แคปโท-พูริน, สารที่กั้นการแบ่งตัวเฉพาะ เช่น des-acetylmethylcolcine. กล่าวโดยทั่วไป สารเหล่านี้มีผลต่อที่สรีรวิทยาที่แบ่งตัวเร็ว เช่นเยอบุลาไส้, ไชกระดูกและอวัยวะสืบพันธุ์. แต่อันตรายการแบ่งตัวของเด็กทารกสูง ฉะนั้นสารเคมีที่ใช้ น่าจะเป็น อันตราย ต่อเด็ก ทารกในครรภ์จนถึงตายหรือพิการก็ได้. จากการศึกษาทดลองในสัตว์อย่างมากมายพบว่า (๑) สาร

เคมีที่ใช้ทกอย่างทำให้สัตว์ทดลองในครรภ์
ตายหรือพิการได้ (๒) ผลนบนชนอ่ยกับเวลา
ของการตั้งครรภ์ (๓) ขนาดของยาที่ใช้ทก
ลองสงกกว่าที่ใช้ทางคลินิก.

ผู้รายงานจึงได้รวบรวมรายงาน การใช้
ทางคลินิกและสรุปผลได้โดยย่อดังนี้: อะมิ-
นอพเตอริน เป็นยาที่ทำให้แท้งได้อย่างมาก
และทำให้ทารกในครรภ์พิการเมื่อใช้ในระยะ
๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์. ยายังอน
ที่ใช้พบว่ามิพิษ น้อยต่อ ทารกในครรภ์กว่าที่
คาดหมายไว้. ยาซัลฟาน (busulfan) และ
๖- เมอร์แคปโตพิรนเมื่อให้สลบกันทำให้
เกิดความพิการอย่างรุนแรงได้, ถึงแม้ว่า
การให้ยาแต่ละอย่างไม่ทำอันตรายต่อทารก.

เมื่อให้ยาหลังการตั้งครรภ์เกิน ๓ เดือนไป
แล้วไม่พบความพิการของทารกแต่อย่างใด.

การททารกในครรภ์ทนต่อสารเคมีที่ใช้
มากกว่าที่คาดหมายไว้นั้นเป็นสิ่งที่น่าสนใจ.
ทงนอาจจะมสัง กนไม่ให้สาร เหล่านี้ ผ่านรก
ไปก็ได้, หรือเนื้อของเด็กได้รัยอันตรายยาก
กว่าเนื้อของแม่.

สุดท้ายผู้รายงานย้ำว่า ถึงแม้จะไม่พบ
อันตรายในเด็กเล็ก ๆ, เมื่อเด็กโตต่อไปยัง
ไม่ทราบว่าจะมีอันตรายอะไรเกิดขึ้นอีก. แต่
ก็ไม่ต้องกลัวจนไม่กล้าใช้ยาเหล่านี้ เพราะ
การให้ยาหลังจากการตั้งครรภ์ ๓ เดือนไป
แล้วไม่ค่อยพบอันตรายต่อทารกในครรภ์.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. เตะตะนัยในทารกเกิดใหม่

โรคตะตะนัยในทารกเกิดใหม่มีอาการและเครื่องแสดงไม่เหมือนในอายุอื่น ๆ อาการมือเท้าเกร็งมักไม่ใคร่พบ, แต่มักมีอาการชักกระตุก และ อาเจียน เป็น สำคัญ. จากรายงานหลาย ฉบับซึ่ง คึกษาาระคัยแคลเซียมในซีรัมของทารกเกิดใหม่ ได้ผลอยู่ระหว่าง ๑๐.๑๕ ถึง ๑๑.๐ มก. ปช. เตะตะนัย ใน ทารก เกิดใหม่ มี แคลเซียมในซีรัมต่ำเสมอ. ถ้าพบมีฟอสฟอรัสสูงขึ้นด้วยการวินิจฉัยที่แน่นอนขึ้น. สาเหตุของตะตะนัยในทารกเกิดใหม่มีอยู่ ๓ ประการคือ อาจเนื่องมาจากสภาพภัยไปพาราไธรอยติสส์ในขณะเกิดใหม่, จากการที่ทารกกินน้ำนมวัวซึ่งมีฟอสฟอรัสสูง, หรือจากสเตรสส์เนื่องจากการคลอดที่ผิดปกติ.

ผู้รายงานทั้งสอง ได้ศึกษาผู้ช่วย เป็น ตะตะนัยในขณะเกิดใหม่ ๑๒๕ รายซึ่งได้รับไว้ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลนิวยอร์ก, คอร์เนลล์ เมดิกัล เซ็นเตอร์ระหว่างปี ๑๙๔๐-๑๙๕๘ และสรุปผลได้ดังนี้.

เพศ พบว่าทารกเพศชายเป็นโรคนี้มากกว่าทารกเพศหญิง (๘๕:๕๐)

ประสิทธิภาพของโรค เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่เกิดใน ๒ ระยะการศึกษา คือปี ๑๙๔๐ ถึง ๑๙๔๕ และ ๑๙๕๐ ถึง ๑๙๕๘ ประสิทธิภาพของโรคสูง ๐.๒ และ ๐.๑๔ ปช.

ฤดูกาล พบว่าทารกที่เกิดในเดือนมกราคม, กุมภาพันธ์และมีนาคมเป็นโรคนี้มากกว่าทารกที่เกิดในเดือนอื่น ๆ.

วันตั้งต้นของโรค พบว่ามี ๒ พวก. พวกหนึ่งแสดงอาการภายใน ๒ วันแรกเกิด. พวกนี้มีความสัมพันธ์กับการกระทบกระเทือนในการคลอด. อีกพวกหนึ่งมีอาการในวันที่ ๕ หรือ ๖ ภายหลังจากเกิด. พวกนี้มิสาเหตุจากอาหาร.

อาการและเครื่องแสดง พบมากน้อยตามลำดับคือ อาการกล้ามเนื้อกระตุก,

อาการชักกระตุก, ภาวะผิวหนังเขียว, อาเจียน, เกร็งของแสงดวงตาคอหรือทรี-โซให้ผลบวก, ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดและอาการรวม.

ซีรัมค่าโคยตรง. อีก ๗ รายตายเพราะโรคคนที่ทารกเป็นอยู่ด้วย.

การรักษา ให้กินแคลเซียมคลอไรด์

ผลทางห้องปฏิบัติ พบว่ามีแคลเซียมในซีรัมต่ำกว่า ๓ มก.ปช.เสมอ, ส่วนระดับฟอสฟอรัสในซีรัมก็สูงจน.

๑/๒-๒ กรัมภายใน ๒๔ ชั่วโมง ได้ผลคทศก.

(จาก Biol. Neonat. 2:1-18, 1960)

ตาย ๒ รายตายเพราะการมีแคลเซียมใน

อรุณ เนตรศิริ Dr. med. (Jena), D.T.M. (Haburg), พ.ศ.

๒. โรคกระดูกอ่อนประจำตระกูลที่ทนต่อวิตามิน ดี.

โรคกระดูกอ่อนที่ทนต่อวิตามิน ดี. เหมือนโรคกระดูกอ่อนธรรมดาหลายอย่าง เช่นการเปลี่ยนแปลงในเลือดและปรากฏการณ์หลาย. แต่ก็มีข้อต่างที่โรคกระดูกอ่อนชนิดทนต่อวิตามิน ดี. เป็นกรรมพันธุ์, ระดับแคลเซียมในเลือดไม่ต่ำพอจะทำให้เกิดเตตระนีย์, ระดับแคลเซียมในปัสสาวะบางที่ปกติ. ไม่ปรากฏการอ่อนแอของเนื้อกล้ามเนื้ออย่างชัดเจนเหมือนในโรคกระดูกอ่อนธรรมดา. สุขภาพและสภาพโภชนาการอยู่ในระดับดี แม้จะมีร่างกายแคระ. มีการ

เปลี่ยนแปลงของสรีรเคมีชัดเจน, แต่มีการเปลี่ยนแปลงที่ปลายกระดูกน้อย. สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่, แต่ไม่ใช่ขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดในอาหารหรือการขาดวิตามิน ดี. โดยลำไส้ไม่ดี. พันโค่น (๑๕๓๖) ว่ามีจุดอ่อนในหน้าที่ของไต. แล้วทำให้มีฟอสฟอรัสออกมาในปัสสาวะมาก. การคุกกลับของไตน้อยลงทำให้มีผลต่อสารหลายอย่าง. ผู้รายงานได้รายงานครอบครัวหนึ่งที่เป็นโรคนี้ทั้งแม่, ลูกชาย ๓, หญิง ๑, ทุกคนมีสภาพโภชนาการสมบูรณ์แต่รูปร่าง

แคะ. มีประวัติไทรอยด์แสงแตกมากพอ. เริ่มสังเกตการเปลี่ยนแปลงของโครงกระดูกเมื่อเริ่มเดิน. กระดูกที่เขี้ยวและพีเมอร์โค้งไปทางด้านหน้าและด้านข้างชัดเจน, กระโหลกศีรษะปรกติ. การเปลี่ยนแปลงทางรังสีนอกจากเห็นกระดูกโค้งยังพบการเปลี่ยนแปลงมากที่เอวพิสัย. การตรวจทางห้องทดลองพบว่าเลือดมีฟอสฟอรัสต่ำ, แคลเซียมปรกติหรือต่ำเล็กน้อย, แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสสูง, อัลคัลโตรอยด์อย่างอ่อนอยู่ในระดับปรกติ. จำนวนฟอสฟอรัสที่ขับออกมาในปัสสาวะมาก. ได้ศึกษาสมดุลย์ของเมตาบอลิซึมและรูนัลเคลียร์รานซ์ในเด็ก ๒ คน. พบว่าแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดสูงหลังให้วิตามิน คี. ขนาดสูงมาก ๆ. จำนวนฟอสฟอรัสที่ขับถ่ายในปัสสาวะน้อยลง. กลไกที่ทำให้มีการดูดซึมกลับของฟอสฟอรัสหลังให้วิตามิน คี. ขนาดสูง ๆ ยังไม่แน่นอน.

นอน, แต่เขาเชื่อว่าเป็นผลโดยตรงต่อไต. การรักษามุ่งแต่สิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น. การให้วิตามิน คี. ในขนาดสูง ๆ อาจทำฟอสฟอรัส, แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสและภาพรังสีของเอวพิสัยกลับสู่สภาพปรกติ. ข้อสำคัญต้องทราบว่าทำให้การรักษาแค่นี้จึงจะกันไม่ให้เกิดการพิการมากจนและจะสามารถยับยั้งกระบวนการแรซึมที่ผิดปกติ. ความพิการมาก ๆ ของกระดูกอาจช่วยได้โดยทางศัลยกรรม. วิตามิน คี. ขนาดสูง ๆ ช่วยให้มีแคลเซียมที่ขับออกของเอวพิสัยเซลล์ปกติออก, เป็นการข่มกันไม่ให้มีความพิการมากจนและให้มีการเจริญเติบโตขึ้นด้วย.

(จาก Arch. Dis. Child. 34:384-391, 1959. โดย C.P. Dancaster et al.)

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์

W.B., Dr. med., D.T.M. (Hamburg).

๓. ความสมดุลและไม่สมดุลของกรดอะมิโน

สัดส่วนของกรดอะมิโนในโปรตีนมีความสำคัญที่ทำให้คุณภาพของโปรตีนแตกต่างกัน. ในการที่จะทำการเจริญ

เติบโตของร่างกายเป็นไปด้วยดีนั้นโปรตีนจะต้องประกอบด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็นแต่ละชนิดที่พอเหมาะแก่ความต้องการของร่าง-

กาย. โปวเทอนที่มีคุณภาพสูง เช่น โปวเทอนที่ไต่จากสัตว์ประกอบด้วย กรดอะมิโนที่จำเป็น ที่มีสัดส่วนพอดีกับความต้องการของร่างกายผลิตกับโปวเทอนที่มีคุณภาพต่ำกว่า เช่น โปวเทอนที่ไต่จากพืช. โปวเทอนของไข่, เนื้อสัตว์และนมเนนประกอบด้วย กรดอะมิโนที่จำเป็น ซึ่งมีสัดส่วน กับจำนวน กรดอะมิโนที่จำเป็นที่ Food and Agriculture Organization (FAO) แนะนำ. สำหรับ โปวเทอน จาก ข้าว สาลี และ ข้าว จ้าว นั้นมี ไลซีนต่ำ, แต่ถ้าเราเพิ่มไลซีนในจำนวนพอสมควรก็จะทำให้คุณภาพของโปวเทอนในข้าวเหล่านี้ดีขึ้นมาก. (1, 2, 4)

ความนิยมในการใช้กรดอะมิโนเพิ่มเติมได้มีขึ้นแพร่หลายดังกับการผลิต "ยารวมของวิตามินและกรดอะมิโน" ขึ้นจำหน่ายแก่ประชาชน, ซึ่งการใช้วิธีเพิ่มเติมกรดอะมิโนนั้นถ้าเป็นไปได้โดยไม่ถูกค้องแล้ว, นอกจากจะเป็นการสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุ ยังอาจจะทำให้เกิดเป็นพิษเนื่องจากกรดอะมิโนและความไม่สมดุลของกรดอะมิโนชนิดอื่นได้.

พิษของกรดอะมิโน กรดอะมิโนบางชนิดก็เหมือนกับวิตามินบางพวกซึ่งจะเกิดพิษขึ้นถ้าได้รับมากเกินไป. การทดลองในหนู

แสดงว่าการเจริญเติบโตจะช้าลงเมื่ออาหารมีกรดอะมิโนบางอย่างมากเกินไป.(4) จำนวนที่จะทำให้เป็นพิษของกรดอะมิโนต่าง ๆ ชนิดนั้นก็แตกต่างกันออกไป และพิษจะน้อยลงถ้าอาหารที่ได้รับ มีคุณภาพดี และจำนวนเพียงพอ.

ภาวะไม่สมดุลของกรดอะมิโน ผล

ของภาวะนี้ทำให้สัตว์เจริญเติบโตช้าหรือหยุดการเจริญเติบโต,(5) และบางพวกจะทำให้มีไขมันในตับมากกว่าปรกติ.(6) ผลเสียนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อเราเพิ่มกรดอะมิโนที่จำเป็นชนิดหนึ่งเพียงเล็กน้อยเข้าไปใน โปวเทอนที่หย่อนกรดอะมิโนที่จำเป็นมากกว่าหนึ่งชนิด. ผลเสียจะไม่เกิดขึ้น ถ้าเราทราบสัดส่วนของกรดอะมิโนที่จำเป็นและเพิ่มเข้าไปทุก ๆ ชนิดที่หย่อนไป.

การศึกษารองการไม่สมดุลของกรดอะมิโนนั้นได้ทำในสัตว์ทดลองเป็นส่วนใหญ่. ในคน, Holt(7) ได้รายงานถึงการไม่สมดุลของกรดอะมิโนในทารก, ซึ่งทำให้การเจริญเติบโตช้าลง. Hundley และคณะ(8) ได้ทำการ ศึกษาในผู้ใหญ่ ซึ่ง ผลเสีย ก็เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน. แต่อย่างไรก็ตาม, สำหรับในคนนั้นยังต้องการการการค้นคว้าอีกมาก.

สำหรับแง่ดีของการไม่สมดุลของกรดอะมิโนนั้น เราอาจจะนำมาใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคทางไวรัสหรือโรคเนื้องอก, (9,10) ซึ่งผลสำเร็จจะมีมากน้อยเพียงใดนั้นยังต้องรอการค้นคว้าต่อไปอีก.

เอกสาร

1. T.B. Osborne, L.B. Mendel: J. Biol. Chem. 17: 325, 1914.
2. H.R. Rosenberg, R. Culik: J. Nutrition. 63: 477, 1957.
3. A. Valyasevi, L.A. Barness, R. Kaye: Am. J. Clin. Nutrition (in press), 1960.
4. A.E. Harper: Ann. N.Y. Acad.

- Sciences. 69: 1027, 1958.
5. W.A. Krehl, P.S. Sarma, C.A. Elvehjem: J. Biol. Chem. 1: 403, 1946.
6. A.E. Harper, W.J. Monson, D.A. Benton, C.A. Elvehjem: J. Nutrition. 50: 383, 1953.
7. L.E. Holt Jr., S.E. Snyderman: W.H. Cole, Ed. Rutgers University Press, New Brunswick, N.J., 1956, pp. 60-68.
8. J.M. Hundley et al: Am. J. Clin. Nutrition. 5: 316, 1957.
9. S.N. Gershoff, A.F. Rasmussen Jr., C.A. Elvehjem, P.F. Clark: Proc. Soc. Exptl. Biol. Med. 81: 484, 1952.
10. J.B. Allison: W.H. Cole, Ed. Rutgers University Press, New Brunswick, N.J., 1956, pp. 69-85.

อารี วัลย์เสวี พ.บ., D.Sc. Med. (Penn.)

๔. การศึกษาเยื่อหุ้มสมองอกเสบจากเชื้ออีโมฟิลัส อินฟลูเอ็นเซ่ ด้วยสระเตร็ปโตมัยซิน

ก่อน ค.ศ. ๑๙๕๐ การศึกษาเยื่อหุ้มสมองอกเสบจากเชื้ออีโมฟิลัส อินฟลูเอ็นเซ่ ได้ผลไม่เป็นที่พอใจเกือบทั้งหมด. ผลคชนเมื่อนำเอาอิมมูนซีรัมจากม้าและกระต่ายมาใช้, อัตราตายลดลงบ้างเมื่อใช้ซัลโฟเน-ไมค์และอัตราตายลดลงเหลือประมาณร้อยละ ๕ เมื่อใช้ซัลโฟเน-ไมค์ควบกับสระเตร็ปโตมัยซิน. เมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๐ เฮฟเฟล-

เขาม์และเนลสัน ได้รายงานการใช้ยาควบ-แขนในผู้ป่วย ๕๐ ราย. ได้ผล ๘๖ ราย, ๓ รายซึ่งเท่ากับรายงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน. วิจัยศึกษาแขนใช้กันมานานจนกระทั่งมีการเสนอใช้แอมเฟนิคอลลสระเตร็ปโตมัยซิน. ในปี ค.ศ. ๑๙๕๐ ค็อกซ์ และคาร์สัน ได้รายงานการใช้ซัลโฟเน-ไมค์ควบกับซอลอร์แอมเฟนิคอลลรักษาโรคนั้นในผู้ป่วย

๑๕ คน และมีรายงานอื่น ๆ ที่แสดงว่าวิธีการรักษาโรคได้ผลเป็นที่พอใจ. เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการยอมรับการรักษาโรคนี้ด้วยซัลฟาไคอะซีน หรือ แกนทรีซินควบคู่กับ ซัลเฟอร์-แอมเฟนิคอลล.

โรงพยาบาลเด็กที่ซานฟรานซิสโกได้วางระเบียบการรักษาโรคนี้โดยใช้ซัลฟาไคอะซีน ขนาดใช้ ๐.๑๕ ถึง ๐.๒ ก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ ก.ก. ต่อวันเป็นเวลา ๗ ถึง ๑๔ วัน ควบคู่กับซัลเฟอร์-แอมเฟนิคอลล ขนาดใช้ ๕๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ ก.ก. ต่อวันเป็นเวลา ๕ วัน.

ระเบียบปฏิบัติประจำร่วมกับแผนรักษาทังกล่าวมีดังต่อไปนี้:

๑. เจาะตรวจน้ำไขสันหลังครั้งแรก เพื่อดูการคั่งของโพแทสเซียม, Smear, เพาะเชื้อ, ทดสอบ Direct Quellung และหาปริมาณสารวัณโรค.

๒. ถ้าการรักษาไม่ได้ผลก็ตรวจน้ำไขสันหลังซ้ำ.

๓. การมีน้ำในช่องไตเยื่อคร่าที่องคาคไวกวักความระมัดระวัง, แต่จะเจาะเฉพาะรายที่ผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจ หรือมีเหตุ

อื่นเช่น ความดันในสมองเพิ่ม, ภาวะโรคเยื่อเยื่อ, หรือภาวะทิ่มแทงของดังกกล่าว.

๔. การรักษาแบบข้างรุ้งและการให้น้ำด้วยการฉีด ให้ในรายที่เห็นสมควร.

แผนรักษายังไม่เปลี่ยนแปลงเพราะได้ผลยังไม่ค่อยลงเลย.

มีเหตุผลหลายประการที่ไม่ใช่เหตุผลที่คลื่อนตามท ค็อม และ คาร์สัน แนะนำเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๕๒ คือ

๑. เหตุการณ์คลื่อนมีฤทธิ์เพียงยับยั้งแบคทีเรียเท่านั้น และผลที่ได้นั้นไม่พอใจให้หยากใช้.

๒. รายงานค็อม และ คาร์สัน รายงานว่าได้ใช้ซัลเฟอร์-แอมเฟนิคอลล ๓ ถึง ๕ วันร่วมกับออกซัย เทตระซัยคลิน (ซึ่งอาจใช้ได้ผลในขณะนั้น) จึงแยกไม่ได้ว่าเป็นผลของยาชนิดใด.

๓. การใช้เทตระซัยคลินต่อเนื่องกันเปิดโอกาสให้มีการคิดเชื้ออื่นแทรกเข้ามาได้ง่ายทั้งที่ค็อมและคาร์สันรายงานไว้.

(จาก J. Ped. 56:253, 1960.)

พลเอก โภธิพุกษ์ พ.บ.

๕. ความสำคัญของกรดอะมิโนในปัสสาวะ

การขับถ่ายกรดอะมิโนออกทางปัสสาวะมีความสำคัญในฐานะที่แสดงการผิดปรกติในหน้าที่ของเซลล์, อันเป็นผลจากการผิดปรกติในเมตาบอลิซึมของกรดอะมิโน หรือการดูดซึมของทบูลไตผิดปรกติไป. กรดอะมิโนที่ขับออกทางปัสสาวะอาจเป็นเครื่องหมายวินิจฉัย หรือสืบสวนภาวะที่เป็นแต่กำเนิด, และอธิบายการผิดปรกติของเมตาบอลิซึมซึ่งเกิดขึ้นในกลุ่มอาการที่ยังไม่ทราบสาเหตุ.

การหาค่าของกรดอะมิโน วิธีที่จะหา
จำนวนกรดอะมิโนทั้งหมดให้ได้แน่นอนนั้นไม่ได้บอกความเข้มของกรดแต่ละอย่าง. การบอกความเข้มเปรียบเทียบมีประโยชน์สำคัญกว่า. โพรมาโตกราฟีมีประโยชน์มาก, เพราะง่ายและทำได้รวดเร็ว เหมาะสำหรับวิเคราะห์ปัสสาวะซึ่งมีจำนวนผิดไปจากปรกติมาก. การหาจำนวนของกรดอะมิโนแต่ละอย่างในปัสสาวะและในปัสสาวะต้องใช้โพรมาโตกราฟีชนิดเปลี่ยนไอออน, ไมโครไบโอโลยีและวิธีอื่นซึ่งมี, ซึ่งวิธีเหล่านี้มักยุ่งยาก. ระดับของกรดอะมิโนใน

เลือดของเด็กและผู้ใหญ่ใกล้เคียงกัน คือในเด็ก ๒.๕๒ - ๔.๓๖ มก.ปช. (ลิ้มเทิลและพวก) และในผู้ใหญ่ ๓.๓๗ - ๔.๒๓ มก.ปช. (วูดครฟ และมานัน). การขับกรดอะมิโนออกทางปัสสาวะในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่. ในทารกพญถึง ๑๐ ปช. ของสารในโคโรเงินทั้งหมดที่ขับออกทางปัสสาวะ, ส่วนในผู้ใหญ่พญอย่างมาเพียง ๒ ปช. เด็กขับออกทางปัสสาวะประมาณ ๒.๒ มก./น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน. ทารกคลอดใหม่หรือคลอดก่อนกำหนดขับออกสูงถึง ๘.๖ มก./น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน. กรดอะมิโนที่ขับถ่ายยังมีส่วนประกอบต่างกันด้วย คือผู้ใหญ่ ๗๐ ปช. ที่ขับออกมาเป็นเทารีน, กลัยซีน, ฮิสติดีนและเมธิลฮิสติดีน, แต่จะพบกรดอะมิโนถึงกล่าวประมาณ ๔๕ - ๕๕ ปช. ของทารกแรกเกิด, และ ๓๕ ปช. ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด.

ควรจะกล่าวได้ว่า การขับถ่ายกรดอะมิโนออกมากไม่ทำให้ขาดกรดอะมิโนในค่านโภชนาการ. ถือว่าเป็นจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโปรตีนที่ได้รับ. ถ้ามีการผิดปรกติของการถ่าย กรดอะมิโนจะ

เสียไปทางบัสสาวะเกินกว่าปรกติ ๑๐-๕๐ เท่า. การเสียไปเช่นนั้นจะมีความสำคัญเมื่อโปรตีนที่ไครับไม่พออยู่แล้ว.

การแปลผลของกรดอะมิโนใน

บัสสาวะ ต้องทราบถึงภาวะการคูกกลับตามปรกติ เช่นการคูกกลับของกลัยซีนและซิสทีนินไม่หมกเช่นกรดอะมิโนอื่น ๆ. กลัยซีนถูกขับออกมากที่สุด ซิสทีนินน้อยกว่า. ทั้งนี้เพราะพลาสมาที่กลัยซีนมีมากกว่าซิสทีนินจึงขับออกมาก. กลัยซีนและอะลานินมีจำนวนในพลาสมาเท่ากัน, แต่อะลานินขับออกทางบัสสาวะนั้นน้อยกว่ากลัยซีน, เพราะเคลือบรานซ์ของกลัยซีนเป็นเพียง ๑/๕ - ๑/๘ ของอะลานิน. กรดอะมิโนบางอย่างเช่นลิวซีน, เมไทโอนินและอาร์จินินถูกคูกกลับทางทูปของไตหมกจึงออกมาในบัสสาวะทางบัสสาวะ.

ในภาวะขาดอาหาร กรดอะมิโนในพลาสมาต่ำลง และในระยะต้นการขับกรดอะมิโนไอโซบูทริกจะเพิ่ม, เมื่อเพิ่มอาหารโปรตีน พบว่าการขับถ่ายของซิสทีนิน, เทารีนและเมธิลซิสทีนเพิ่มขึ้น. การให้โปรตีนฮัยโดรลีสเททในการรักษาไม่เพิ่มระดับของกรดอะมิโนในพลาสมาจน

มีการขับถ่ายเพิ่มขึ้น. ทั้งนี้เพราะว่าความความสามารถแยกแอมโมเนียออกจากกรดอะมิโน บ้างกันไม่ให้ระดับในพลาสมาสูงขึ้น, และการคูกกลับของไต บ้างกันระดับในพลาสมาไม่ให้ต่ำลง. ดังนั้นทั้งไตและตับจึงเป็นแฟคเตอร์สำคัญที่ทำให้ระดับกรดอะมิโนในพลาสมาปรกติ.

ถ้าระดับกรดอะมิโนในพลาสมาสูงขึ้น จำนวนที่ทูปของไตคูกกลับและจำนวนที่ออกมาในบัสสาวะจะเพิ่มขึ้นด้วย เรียกว่าเป็นการขับออกเพราะ "ท่วมท้น". เมื่อกรดอะมิโนมีระดับปรกติหรือต่ำ แต่ทูปไตคูกกลับได้น้อย กรดอะมิโนจึงถูกขับออกมา เรียกว่า "ขับออกเนื่องจากไต" กรดอะมิโนที่ขับออกมาในบัสสาวะนั้น อาจมีหลายอย่าง เรียกว่า "โดยทั่วไป" หรือมีเพียงอย่างเดียวหรือ ๒ อย่าง เรียกว่า "โดยเฉพาะ". ฉะนั้น เคนท์และวาลซ์ จึงแบ่งกรดอะมิโนที่ขับออกทางบัสสาวะเป็น ๔ พวกคือ:

๑. ขับออกเพราะท่วมท้น

ก. โดยทั่วไปไปพบในโรคตับพิการรุนแรง เมื่อเซลล์ของตับถูกทำลายไปมาก ระดับกรดอะมิโนจึงเพิ่มขึ้นและขับออกมาก. แยกอย่างของกรดอะมิโนที่ขับออกจากโรค

คัยต่างจากโรคไต คือ มีกรดอะมิโนที่มีซัลเฟอร์ (เทารีน, ซีสเทอีนและเมไทโอนีน), เอธานอลามีน และ กรด เบต้า-อะมิโนไฮโซบัตริคในโรคคัยมากกว่าในโรคไต. ถ้าเนอติยเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก เช่นคัยอีกเสยจากเซอไวรัลในเด็ก กรดอะมิโนอาจออกมาไม่มากอย่าง และตรวจไม่พบเมืออาการทเลา, นอกจากกลตคามันยังคงขยับออกมาเรื่อยๆ. ในโรคคัยเหยวเหลือของข้จขันตรวจพบกรดอะมิโนทกอย่างทออกมาเนองจากคัยสลายตัวเองแล้วไปรเทอีนถูกทำลาย.

ข. โดยเฉพาพบในโรค

๑. เฟนิลคิกโตนิเรีย เป็นโรคกรรมพันธุชากเอ็นซิมเฟนิลอะลานีนฮัยดรอกซิลเลส.

๒. ฮัยเปอรกลัยซินเรีย.

๓. โรคทมีข้สสาระกลันคล้ายน้ำตาลมาเขิล มีอาการทางประสาท, พบกรดอะมิโนทคอกันเป็นแขนงออกมาในข้สสาระ.

๒. ข้บออกสาเหตุจากไต

ก. โดยทัวๆไป

๑. โรคซ้บสทโนสิส มีซ้บสเทอีนมากในคัย, ไตและไขกระดูก. การผิดปรกติฮัยททขลของไต แต่เขนทอวยวะฮันทวย

เช่นคัยและสมอง เคล็กร้านซ้บของกรดอะมิโนแทบทกอย่างเพิ่มขน.

๒. กลุ่มอาการฟานโคน พยภาวะ ๓ อย่างร่วมกัน คือ ฟอสฟอรัสในเลือดต่ำในข้สสาระมาก, มีกรดอะมิโนในข้สสาระและน้ำตาล ในข้สสาระ ซ้บอาจพบ เขนแต่ก่าเนคหรือพบภายหลัง.

๓. ภาวะการขาดวิตามิน ค.

๔. พืชของโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว, ปรอท. ถ้าเขนนฮัยจะพบเพียงกรดอะมิโนในข้สสาระ แต่ถ้าเขนมากจะม้น้ำตาลในข้สสาระท้วย.

๕. โรควิลสัน ซ้บเป็นโรคของสมองส่วนยาซ้ลแกงเกล็ยและคัย. มีกรดอะมิโนหลายอย่างในข้สสาระ พยริโอนีนและซ้บสเทอีนมากทสก. เข่าใจว่าเกยวข้บของแดงซ้บสสมอยในสมองเป็นพืชต่อไต.

๖. กาลคิกโตซ้บเม็ย อาจเนองจากกาลคิกโตสถูกข้บออกมาระคายไต.

๗. มลคิเขิลมัยฮิโลมา และโรคทกลัยโคเจ็นค้ง.

ข. โดยเฉพา พบใน

๑. ซ้บสทินเรีย ไม่พบซ้บสเทอีนในทิสฮิวอน อาจมีนวลซ้บประกอยท้วยซ้บสเทอีนในข้สสาระ.

๒. การมีกรดเบต้าอะมิโนไอโซบูทีริกในปัสสาวะ.

๓. ภาวะขาดกรดแอสคอร์บิก.

๔. กลุ่มอาการฮาร์ทนุฟ.

๓. ไม่ได้จัดอยู่ในพวกใด

ก. โดยทั่วไป

๑. เนโพรสิส พยกรอะมิโนในปัสสาวะเป็น ๒ แบบ อาจคล้ายกับที่มีอยู่ในเลือด. แอสคองดการคุดกลับผิดปกติ หรือมีกรดอะมิโน บางอย่าง ซึ่งอาจ เกี่ยวกับการผิดปกติของเมตาบอลิซึม.

๒. เพิ่มค่าอะมิโนของ โปรตีน

เช่นไฟโหม้ หรือกลามเนอถูกทำลาย. จำนวนที่ขบออกมาขึ้นกับความรุนแรง.

ข. โดยเฉพาะ พยในโรคออสติโอมาลาเซีย ที่ทนต่อการรักษาด้วยวิตามิน ดี, พรหมกขมกกลยชั้นในปัสสาวะมาก.

การศึกษากรดอะมิโนในปัสสาวะอาจมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยกลุ่มอาการ ซึ่งทางคลินิกไม่ข่ง เฉพาะและชี้ไปใน ทางโรคของกระดูก, ไต, ตับหรือสมอง.

(รวบรวมจาก

1. J. Ped. 55:303-314, 1959.

2. Pediatrics. 21:117-142, 1958.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๒,๖๕๓	๑,๔๔๘	๑,๕๕๔	๑,๕๓๗	๑,๕๒๐	๕๔๕	๑๐,๐๕๗
เก่า	๕,๔๔๑	๒,๖๖๕	๓,๕๔๓	๒,๒๑๗	๓,๐๕๓	๕๖๗	๑๗,๘๘๖
รวม	๘,๐๙๔	๔,๑๑๓	๕,๐๙๗	๓,๗๕๔	๔,๕๗๓	๑,๑๑๒	๒๗,๙๔๓
ใน	๒๕๓	๓๗๓	๑,๔๒๑	๑๓๑	๓๕๓	—	๒,๕๓๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๗๕. จักษุฯ ๕๗๑. สูติ - นารีฯ ๒๗๖. รวม ๑,๔๒๒ ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๕๐๗, หญิง ๔๘๘, รวม ๑,๐๐๕ คลอดตาย, ชาย ๑๐, หญิง ๕, รวม ๑๕. คน

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๗ คน (๗.๖๖ ปีข. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๓ ราย (๔๗.๒๐ ปีข. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๗๑๕ ราย. ข้างนอก ๑ ราย. รวม ๗๑๖ ราย.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซเรย์ตรวจ ๓,๘๖๕ คน. รักษาใหม่ ๗๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๖๑๖ คน
 ราเดียม รักษา ๒๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔ คน. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๓ คน. รักษาใหม่และเก่า
 ๒๔ คน ราดิไอโอโซโทปใหม่ ๕ คน ราดิไอโอโซโทป ใหม่และเก่า ๕๑ คน

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๓๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๒๖๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๓ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๕๐๖ ราย (จากภายนอก ๑๔๔ ราย). แอ็กคลูติ
 เนชั่น ๒๓. วัสดุเซอร์แมนและคาห์น ๒,๕๕๐ หมู่เลือด ๓๕๑. นั้บเม็ดเลือด - หาเชออบคเตรี -
 ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๐. อุจจาระ ๗, บัสสาวะ ๔๘, เสมหะและอื่น ๆ - เพาะเชอจากเลือด ๒๔๔, อุจจาระ
 ๓๗, บัสสาวะ ๒๕, น้ำไขสันหลัง ๑๕๗, เสมหะและอื่น ๆ ๑๗๗. ฉีดสัตว์ทดลอง - เพาะเชอบค ๑๓.
 ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๓๗. ตรวจศพนิติเวช ๑๘. ตรวจของกลาง ๕. การตรวจเชอิลด์ของมะเร็ง - การ
 เพาะเชอวันโรค - การทดสอบเชอนชิตวิต -

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๒. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๔, น้ำช่อง
 ปอด ๑. อัดลมเข้าช่องปอด ๗. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๖๕. ฉีดยาซีฟลิส -.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๕๗. ถอนฟัน ๗๓๗. อุดฟัน ๓๕๐. ผ่าตัดช่องปาก ๒๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย		อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๒,๖๕๐	๑,๓๙๑	๑,๓๙๒	๑,๕๑๕	๑,๕๙๙	๔๖๙	๙,๔๒๔
	เก่า	๕,๖๑๙	๒,๖๓๔	๓,๕๒๑	๒,๒๒๗	๒,๙๖๔	๗๙๙	๑๓,๙๐๓
	รวม	๘,๓๐๙	๔,๐๕๕	๕,๙๑๓	๓,๗๔๒	๔,๕๖๓	๑,๒๖๘	๒๓,๓๒๗
	ใน	๒๕๐	๔๐๑	๑,๔๓๖	๑๓๙	๒๓๒	—	๒,๕๖๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๖๖๐. จักษุ ๖๐๗. สูติ - นารี ๓๒๐. รวม ๑,๕๘๗ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๗๒, หญิง ๔๖๙, รวม ๑,๐๔๑, กลอดตาย ชาย ๙, หญิง ๗, รวม ๑๕.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๖ คน (๕.๖๙ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๗๖ ราย (๕๒.๐๕ ปช. ของที่ตาย)

๕. การย้ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๖๖ ราย. ข้างนอก ๕ ราย. เจาะจากโลหิต ๒๖๖ ราย. รวม ๗๓๒ ราย.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๙๕๙ คน, รักษาใหม่ ๖๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๙๙๙ คน
 รัตเทียม รักษา ๑๙ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๗ คน โคอะเรอรัมี, รักษาใหม่ — คน, รักษาใหม่และเก่า —
 ครั้ง. รัตไอไอโซโทป ใหม่ ๑๑๐ คน, รัตไอไอโซโทป ใหม่และเก่า ๕๓ คน.

๗. แผนกสูติวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๗ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๐๙๙ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๖ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๗๓๒ ราย (จากภายนอก ๑๙๕ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน ๙๐. วัณโรคแมนและกาห์น ๒,๕๐๒. หนองเลือด ๔๗๕. หนองเม็ดเลือด — ทาเชอ์บักเทอรี — ตรวจนาไลสันหลัง ๓๑, อูจาระ ๖. บัสสวาระ ๑๒, เสมหะและอื่นๆ — เพาะเชื้อจากเลือด ๒๙๙, อูจาระ ๙๙, บัสสวาระ ๓๔, นาไลสันหลัง ๓๕, เสมหะและอื่นๆ ๒๙๐. ฉีดสัตว์ทดลอง ๒, เพาะเชื้อบิบัติ ๓๙, ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๕๓. ตรวจสพนิติเวช ๒๐. ตรวจของกลาง ๑๐. การตรวจเชื้อดื้อของมะเร็ง ๔๖. การเพาะเชื้อวัณโรค ๑๗. การทดสอบเซ็นซิวิตี ๑๗๑.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๖. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๑, น้ำช่องปอด ๓. อัดลมเข้าช่องปอด ๓. อัดลมเข้าช่องท้อง ๕. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๖. ฉีดยาซีฟาลี ๑๗.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๕๕. ถอนฟัน ๗๓๗. อุดฟัน ๒๗๗. ผ่าตัดช่องปาก ๕๐.

(โดยความ^{ผู้}ขอของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

แผนข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๒

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๒,๕๔๘	๑,๓๐๒	๑,๗๖๔	๑,๔๖๘	๑,๕๔๓	๔๗๕	๘,๑๐๑
	เก่า	๕,๗๓๑	๒,๕๘๗	๓,๔๔๕	๒,๑๔๒	๒,๖๔๔	๗๐๘	๑๗,๕๖๗
	รวม	๘,๒๗๙	๓,๘๘๙	๕,๒๐๙	๓,๖๑๐	๔,๑๘๗	๑,๔๑๓	๒๖,๖๖๘
ใน		๒๖๘	๓๘๑	๑,๔๒๐	๑๓๐	๓๔๔	—	๒,๕๕๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๑๗. จักษุ ๕๐๘. สูติ - นารี ๓๕๐. รวม ๑,๔๗๕ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๒๘, หญิง ๔๘๗, รวม ๑,๐๑๕ คลอดตาย ชาย ๖ หญิง ๖, รวม ๑๒.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๗ คน (๗.๓๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๘๒ ราย (๔๘.๑๘ ปช. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๔๘ ราย. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากโลหไทย ๒๘๘ ราย รวม ๗๓๖ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๓,๘๑๘ คน, รักษาใหม่ ๕๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๔๘๘ คน.
 ราเดียม รักษา ๒๐ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๓ คน โดยอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง. ราดิโอไอโซโทป ใหม่ ๑๘ คน, ราดิโอไอโซโทป ใหม่และเก่า ๑๐๐ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๒๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๗๘๔ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๒ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๐๖๐ ราย (จากภายนอก ๑๓๑ ราย). แอ็กกูติเนชัน ๖๘. วัสดุเซอร์แมนและคานัน ๒,๔๖๔. หมู่มเลือด ๔๘๗. นับเม็ดเลือด - หาเชออบักเตรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๕. อูจาระ ๕. บัสสาวะ ๑๑, เสมหะและอื่นๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๒๔๕, อูจาระ ๘๕, บัสสาวะ ๓๘, น้ำไขสันหลัง ๒๔, เสมหะและอื่นๆ ๑๕๖. นีดส์ตัวทดลอง ๓. เพาะเชอบักเตรี ๒๕, ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๒๘. ตรวจศพนิติเวช ๓๐. ตรวจของกลาง ๑๑. การตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๐ ราย, การเพาะเชื้อวัณโรค ๓๐ ราย. การทดสอบเซ็นซิวิตี ๑๘๕.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๘. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๒, น้ำช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๓, อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๖, นีดยาซียฟีลิส ๑๓.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๔๑. ถอนฟัน ๖๘๐. อุดฟัน ๒๔๔. ผ่าตัดช่องปาก ๖๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอยอดเยี่ยม

พิธีเปิดตึกทองอยู่ ลำซำ—โคบอลท์ ๖๐

ในโอกาสที่ ฯ พณ ฯ จอมพล สฤษดิ์
ธนะรัชต์ นายกรัฐมนตรีได้มาเป็นประธาน
ในพิธีเปิดตึก ทองอยู่ ลำซำ—โคบอลท์ ๖๐
ณ บริเวณตึกวังสวิตยา โรงพยาบาลศิริราช
เมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๐๒ เวลา
๐๕.๓๐ น. ทางคณะแพทย์ศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาลได้กำหนดหน้าที่ดังนี้:

๑. การจัดสถานที่

- ก. ภายในตึก (๑) แผนกรังสวิตยา
- (๒) แผนกพยาบาล-
ศตวรรษ ฯ
- (๓) แผนกธุรการ
- ข. ภายนอกทั่วไป แผนกธุรการ

๒. การวิพากษ์และดูแลความเรียบร้อย
ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกรังสวิตยา

และข้าราชการในแผนก

- นายแพทย์ผู้อำนวยการ
- นายแพทย์ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

๓. พิธีสงฆ์ การจัดพิมพ์และคอกไม้บูชา

- พระ ฯลฯ นายแพทย์สัพพจน์ อ่างแก้ว
- และ น.ส. จันทนา นวนุช

๔. การจัดแถวนักศึกษาแพทย์และนักเรียน

- พยาบาล อาจารย์ผู้ปกครองนักศึกษา
และผู้อำนวยการ โรงเรียน
พยาบาล — ผดุงครรภ์และ
อนามัย

๕. เครื่องขยายเสียง

- นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย
- น.ศ.พ. โกมล สายชุ่มอินทร์ และ
- น.ศ.พ. ฟู แซ่จิ่ง

๖. ดนตรี

สโมสรนักศึกษาแพทย์ศาสตร์ศิริราช

๗. การเลียงน้ำ

แผนกพยาบาล — ผดุงครรภ์ ฯ

๘. การจัดพยาบาลประจำตึกในเวลาเช้า

ผู้อำนวยการ โรงเรียนพยาบาล — ผดุง
ครรภ์ ฯ

การแต่งกาย สากลนิยม

- นักศึกษา: เครื่องแบบนักศึกษา
- นักเรียนพยาบาล: เครื่องแบบแขนสั้น

กำหนดการ

- ๑. เวลา ๐๕.๓๐ น. ฯ พณ ฯ นายก
รัฐมนตรี มายังสถานที่ประกอบ

- พิธิ
๒. จุฑาปเทียณพทชยชา
 ๓. ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทย-
ศาสตร์ อ่านรายงานการก่อสร้าง ฯ
 ๔. ฯ พณ ฯ นายกรัฐมนตรี กล่าวทอชย
 ๕. ฯ พณ ฯ นายกรัฐมนตรี กศปุมไฟ
ฟ้าเม็คแพรคลมย้าย, ไขกณแ
เบ็คตัก ขนชมตัก พระสงฆ์ ๕
รูป เจริญชัยมงคลคาถา
 ๖. ฯ พณ ฯ นายกรัฐมนตรี กศปุม
ประจำเครื่อง เบ็คการไซโคบอลท์
๖๐ ไทรบ้ายัก
 ๗. ขารานาพระสงฆ์ ทรงสมณคัก
เข้าประพรมนำพระพทชมนค
 ๘. เจริญแซกขนชมตัก
 ๙. ถวายจตุบัจจัยไทยธรรม.
แต่งกายสากล

คณะนักศึกษาของ สมาคม ภูมิ ศาสตร์

เยอนคณะ

เมอรนท ๑๑ ธันวาคม ๒๕๐๒ เวลา
๑๐.๓๐ น. ผู้แทนสมาคมภูมิศาสตร์แห่ง

วิคตอเรีย, สหพันธรัฐมลายา ได้นำคณะ
นักศึกษาของสมาคม จำนวนประมาณ ๒๕
คน มาขอเข้าชมคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ในโอกาสที่นักศึกษาคณะ
นั้นมาทัศนศึกษาประเทศไทย

รังสีแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาช่วย
งาน

Dr. H.J. Ham รังสีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ทางรังสี แห่งนครซิดนีย์, ออสเตรเลีย
ได้เข้ามาให้คำแนะนำและปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นเวลา ๒ สัปดาห์
ตั้งแต่วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๐๒ เป็นต้น
ไป

ท่านผู้นั้นเข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ของคณะ ฯ ด้วยความช่วยเหลือขององค์
การอนามัยโลก. ทางคณะได้จัดอาหาร
กลางวันเลี้ยงรับรอง ณ หอประชุมราช-
แพทยาลัย, มีอาจารย์ในแผนกวิชาต่าง ๆ
ไปร่วมเพื่อเป็นเกียรติแก่ท่านผู้นั้นพอ
สมควร.

บันทึกท้ายสมุด

ปีใหม่
นบพระธรรมพระสงฆ์ทรงบารมี
ขอมงคลคลประสิทธิ์มิตรสหาย
พื้นที่ร้อนผ่อนโทษร้ายวายกังวล

น้อมนอบใจบาทพระชินศรี
ทั้งทวยเทพฤทธิทั่วสากล
ญาติหญิงชายคลายโศกสพโศกผล
จำเริญชนม์จำรัสชื่อเลื่องลือเทอญ

๑ กว๊วหนังสือขยบนเราชนตบ ๑๒ ของสารคิริราช. แม่วาขณะนกาลงอยใน ระหว่าง “เร่งรัก” และ “รวบรัก” เพื่อให การออกหนังสือทันเวลา, กยงอกไมไคที่จะ นกไปถึงสมัยเริ่มงานวาชนเคิม “บรรณา- ธิการ” กับ “พิจกการ” ช่วยคึกกันสองคนวา จะพิมพ์สารคิริราชเป็นแบบ “ใบปลิวพิย”, ไซพิมพ์ออกสำเนาครวงละประมาณ ๘ หน้า, เพื่อจะได้มีงานน้อยสมกับเวลาที่ไม่ค้อยจะมี แต่พอคึกไปถึงทงที่จะไซกคอง นกถึงแจง- ความ, และเมอนกถึงแจงความกคองน กถึง “หน้าตา”. หนังสือ “ใบปลิวพิย” จึง กลายเป็นเล่มชน, และแทน ๘ หน้าก็กลายเป็น ๓ ยก, ซึ่งเมออกแล้วก็ค้อย ๆ กลายเป็น ๔, ๕, ๖ จนถึง ๗ หรือ ๘ ยกหรือ มากกว่าชนอก. ทง ๆ ที่เราจะพยายามรง ๆ เขาไว้เสมอ เพราะเกรงวาจะ “ยานปลาย” แล้วลมควา, แต่ก็ไม่อาจกักกันความเริญ

และงอกงามของสารคิริราชมาได้, จนถึง ระยะเวลาจนมอควยเหตุหลายประการรวม กัน, ทำให้คองริกรอนลงเสียข้างเป็นการ ช่วครว, แยกคยวกับรานกตบไม่ทงาม เกินไป, เพื่อให้แจงแรงชน. เราหวังวา คยความช่วยเหลืออย่างแจงแรงจากหลาย ทางคยกัน, ทงภายในสำนังงานสารคิริ- ราชและภายนอก, โดยเฉพาะอย่างยังท่าน ึ่งหลายทช่วยเหลือเรอง, ภายในสนบุน สารคิริราชคองจะพ้นระยะ “ริกรอน” ได้.

๑ เรามีความยินดีที่ไค เริ่มต้น ปีใหม่ คย “ฉยขุมารเวช”, โดยเฉพาะหลัง จากที่ไคเวนวา “ฉยขุมาร” มาเสียเป็น ระยะเวลาค่อนข้างนาน. แผนกกุมารเวช ๆ เป็นแผนกทมี “งาน” มากทสุดแผนกหนึ่ง ในคณะของเรา, ทงงานรักษาและวิชาการ, ประกอบ กับมีอาจารย์ท ขยนเขียน บทความ อยู่หลายท่าน, นยคองแต่ท่านหัวหน้าแผนก

ลงมาจนถึงท่านผู้น้อย, “ฉบับกุมารเวช-
ศาสตร์” จึงมีเรื่องที่น่าสนใจหลายเรื่องตก
ฉบับ. ในฉบับที่ท่านหัวหน้าแผนกเองเขียน
เรื่อง “แคร์นิกเคอริส”, ซึ่งได้รวบรวม
เรื่อง จากเอกสาร ต่าง ๆ มากเป็น ประวัติ-
การณั ผู้ใดได้อ่านบทความแล้วก็จะทึ่ง
ได้อ่านรายงาน ๗๕ รายงาน. เชื่อว่าทุก ๆ
ท่าน คงจะรู้สึกชอบ คุณท่าน หัวหน้าแผนก
กุมารศาสตร์สละเวลาอย่างมากมาสำหรับ
บทความเรื่องนี้.

๑ คุณหมอสวัสดิ์ สกลไทย ให้ความ
เห็นเพื่อแก่เราอย่างมากในการช่วยเขียนบท
บรรณาธิการพิเศษให้, ซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระ
ของบรรณาธิการไปเป็นอันมาก, ทั้งยังให้
เรื่อง “หัวใจที่เสียจากคิฟิเรีย” อีกเรื่อง
หนึ่ง, ซึ่งควรนับว่าเป็นการบันทึก “วาระ-
ใหม่” สำหรับการรักษาโรคนี้ให้โรงพยา-
บาลของเรา. ความสำเร็จเปลี่ยนแปลงวิธีการ
ให้ทันสมัยและถูกหลักวิชา, ปรากฏว่า
สามารถเปลี่ยนแปลงผลการ รักษา ได้อย่าง
พลิกหน้ามือเป็นหลังมือ. เราเชื่อว่ารายงาน
นี้คงจะเป็นที่ สนใจของ แพทย์ทุก ๆ คนเป็น
อย่างมาก.

๑ เรื่องที่สามเป็นผลของการ ร่วมงาน
ระหว่างกุมารแพทย์ — คุณหมอคิเรก
พงศ์พัฒน์ — กับพยาธิแพทย์ คุณหมอ

ประเสริฐ ปาจารย์ — ซึ่งเป็นตัวอย่างอันควร
มีคนปฏิบัติตามให้มาก ๆ ขึ้น. “กลุ่ม
อาการคซซิงก์” เป็นโรคที่ไม่ค่อยพบ, และ
เมื่อพบก็วินิจฉัยยาก. ในรายงานนี้ว่าเพราะที่
คิของแพทย์ที่สามารถทำหลักฐาน ทางห้อง
วิทยาศาสตร์ช่วยให้ทายได้ถูกต้อง, และ
ได้ศึกษาจากการตรวจศพอีกด้วย, จึง
สามารถยืนยันได้ว่า รายงานเป็นรายงานซึ่งแสดง
อาการตั้งแต่อายุน้อยที่สุด, ซึ่งปรากฏราย
งานเป็นครั้งแรก.

๑ แผนกปักษีของฉบับนี้ก็มีเรื่องน่า
รู้หลายเรื่องด้วยกัน. น่าสังเกตว่าท่านหัว-
หน้าแผนกกุมาร, ยังอุตสาหให้เรื่องสั้น ๆ
ในแผนกนอก (เตะระนัยในเด็กเกิดใหม่).
เรื่องคุณหมอคิเรก พงศ์พัฒน์ (โรคกระ-
ตักอ่อนประจำตระกูลที่ทนต่อวิตามินดี), คุณ
หมออารี วัลย์เสวี (กรทอะมีโน), คุณหมอ
พัลลภ โพธิ์พฤษย์ (เยื่อหุ้มสมองอักเสบ),
คุณหมอสุศักดิ์ เวชแพศย์ (กรทอะมีโนใน
ปัสสาวะ) ช่วยเพิ่มคุณค่าของแผนกปักษี
ขึ้นอีกมาก. สำหรับ “ย่อเอกสาร” ทั้ง ๑๒
เรื่องก็เป็นฝีมือของกุมาร แพทย์ทั้งใหญ่ผู้น้อย
อีกหลายท่าน. นับว่าท่าน “หมอเค็ก”
ทั้งหลายได้ร่วมมือกัน อย่างพร้อมเพรียงใน
การผลิต “สารศิริราชฉบับกุมารเวช” นี้
ขอได้รับความขอบคุณโดยทั่วกัน.