



# สารศิริราช SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๘, สิงหาคม ๒๕๐๕

Volume 14, Number 8, August 1962.

## ผลการทดสอบความแรงของ มลอร์แอมเฟนิคอล ต่อแบคทีเรีย ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๙ ถึง ๒๕๐๕

ประหยัด ทศนากรณ พ.บ.

(หน่วยจุลชีววิทยา, แผนกพยาธิวิทยา, หัวหน้าแผนก: ศจ. น.พ. ประดิษฐ์ ตันสุรต)

มลอร์แอมเฟนิคอล เป็น แอนติไบโอ-  
ติก ที่ได้จากรา สะเตรีปโตมัยซิส เวนัส  
เฮเล่. เบอร์กโฮลเตอร์ เป็นคนพบรานจาก  
ดินใน เวนัสเฮลา เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.  
๑๙๔๗ และเออร์ลิกกับพวก (1,2) พบว่า  
เมือเอามาเลี้ยงในอาหารเหลวขนาดเล็กซึ่งเชื้อ  
ที่กรองออกมา มีฤทธิ์ทำลาย จลินทรีย์ได้  
หลายอย่าง. คาร์เทอ กอททิลิบและคณะ (3,4)  
ก็ได้พบและรายงานผลงานอย่าง เคียวกันน.  
หลังจากได้มีรายงานเหล่านี้ออกมา บาทซ์  
(5,6) (ค.ศ. ๑๙๔๘) ก็แยกได้แอนติไบ  
โอติกเป็นผลจากรานและได้ศึกษาทราบ

เรื่องย่อ ทศนากรณ, ประหยัด. ผลการทดสอบ  
ความแรงของ มลอร์แอมเฟนิคอล ต่อแบคทีเรีย ตั้ง  
แต่ พ.ศ. ๒๔๙๙ ถึง ๒๕๐๕. สารศิริราช ๒๕๐๕  
(ค.ศ. ๑๙๖๒), ๑๔:๔๕๕-๕๑๑.

ผู้รายงานได้ทดสอบความแรงของ มลอร์  
แอมเฟนิคอล ต่อเชื้อ แบคทีเรีย ที่ได้จากคนไข้ใน  
ร.พ. ศิริราชตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๙ ถึง ๒๕๐๕. ผล  
แสดงว่าสำหรับ แบคทีเรีย พวกแกรมบวก, ยาน  
มีฤทธิ์แรงต่อพวก สะเตรีปโตค็อกโคไค และ  
บีนิวโมค็อกโคไค. ส่วนพวกแกรมลบ, ได้ฤทธิ์  
เพียงพอใช้ได้ในกรณีส่วนมาก. อนึ่งพบว่าเชื้อ  
สะตาฟีโลค็อกคัส ออเรียส คือต่อยานเพิ่มขึ้น  
เป็นลำดับได้สัดส่วนกับจำนวนยาที่ใช้มากขึ้น ๆ  
ทุก ๆ ปี. ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ยาพราเพื่อเพราะ  
จะทำให้ แบคทีเรีย คือยามากขึ้นต่อไป.

ถึงส่วนประกอบทางเคมี, ให้ชื่อว่า ฆลอโรมัยเซทิน เพราะมี ฆลออริน เป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยและได้กำเนิดจากพวก แอ็คติโนมัยซีตัส. ในเวลาต่อมาได้รู้จักสูตรโครงสร้างของสารนี้, และให้ชื่อทางเคมีว่า ฆลออร์-แอมเฟนิกอล. หลังจากรู้จักสูตรโครงสร้างก็ได้มีการสังเคราะห์ขึ้นได้สำเร็จ (7), จึงสามารถผลิตออกมาได้จำนวนมาก ๆ.

เมื่อพบยาใหม่ ๆ (1) ทราบแต่เพียงว่า สารนี้มีฤทธิ์ทำลายเชื้อพวกแกรมบวกได้หลายชนิดและพวก ริกเกตต์เซีย บางตัว. ต่อมา สมาเคอ และคณะ (8,9,10,11) พบว่านอกจากใช้ได้ผลต่อพวก ริกเกตต์เซียหลายอย่างแล้วยังได้ผลต่อ ไวรัส ชนิด ลียมโฟแกรนูโลมาเวเนอเรียมและ ไข้ททาโคสิส ด้วย. สมิธกับคณะ (12) ได้รายงานผลการทดลองว่า ฆลออร์แอมเฟนิกอล มีฤทธิ์มากต่อเชื้อพวกแกรมลบ, ริกเกตต์เซีย โปรวาเซกกีอี และ ขอเรลเลีย ริเคอร์-เร็นคัส, มีฤทธิ์ปานกลางต่อเชื้อพวกแกรมบวก, และมีโครีซัคเตเรียม ทูเบอร์คูลอสิส, และในความเข้มข้นขนาดคนไม่มีฤทธิ์ต่อพวก ยีสต์, รา, โปรโตซัว และ ไวรัสบางจำพวก. ยแมนซ์ กับพวก (13) ได้ทำการทดลองต่อเชื้อ ไวรูเลนท์ ฮิวแมน ทัยพ์

มัยโคซัคเตเรียม ทูเบอร์คูลอสิส ในหลอดทดลองและสรุปผลว่า ฆลออร์แอมเฟนิกอล มีฤทธิ์เพียงปานกลางต่อเชือนี้เท่านั้น, เมื่อเปรียบเทียบกับ สเตรีปโตมัยซิน หรือกรรพาราระมิโนซาลิซิลลิต.

การทดสอบฤทธิ์ต่อเชื้อต่าง ๆ ในหลอดทดลองที่ปรากฏตามรายงานต่าง ๆ นั้นให้ผลสอดคล้องกัน กับผลที่ได้จากการรักษาทางคลินิก (14,15,16,17,18,19,20,21) โดยเฉพาะโรคที่เกิดจาก ซัลโมเนลล่า ทัยพ์จนในปัจจุบัน สารนี้ก็ยังให้ผลสัมบูรณ์คงที่ตลอดมา.

เนื่องจาก ฆลออร์แอมเฟนิกอล เป็นแอนติไบโอติก ที่สามารถทำลายเชื้อได้อย่างกว้างขวาง ทั้งพวก แกรมลบ, แกรมบวก, ริกเกตต์เซีย และ ไวรัส จำพวกตัวโตได้หลายอย่าง, ประกอบกับสังเคราะห์ขึ้นใช้ได้, ทำให้ราคาถูกกว่าพวก แอนติไบโอติกอื่น ๆ ที่อยู่ในจำพวกยาครอบจักรวาลด้วยกัน, วงการแพทย์เมืองไทยจึงใช้ยานี้กันอย่างฟุ่มเฟือย, มิได้คำนึงถึงอันตรายเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนและการก่อให้เกิดความคอของเชื้อต่อยาเร็วยิ่งขึ้น (22). ในเรื่องผลแทรกซ้อนของยา ข้ำพเจ้าจะคงไม่กล่าวถึงเพราะอยู่นอกเหนือจุดประสงค์ของ

รายงานนี้. ขอกล่าวจำเพาะในเรื่องเกี่ยวกับ การ ใช้น้ำ ในแง่ผล ต่อ จุลินทรีย์ โดยจำเพาะบุคคลต่าง ๆ.

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าถ้าจุลินทรีย์ทำให้เกิดโรคขึ้น ในร่างกายเป็น เชื้อที่พ่ายแพ้ ต่อ แอนติไบโอติก ชนิดใดและร่างกายเราสามารถทนต่อยาได้, เราก็อาจใช้ แอนติไบโอติก นั้น ๆ รักษาโรคดังกล่าวได้. และในทางตรงกันข้าม ถ้าหากว่าเชื้อ จุลินทรีย์ทนทานต่อฤทธิ์ของ แอนติไบโอติก นั้น ๆ การจะใช้น้ำรักษาโรคก็ย่อมไร้ผล. ดังนั้นการจะใช้น้ำ แอนติไบโอติก อย่างใดอย่างหนึ่งในการรักษาโรคจึงจำเป็นต้องเหมาะสมกับเชื้อจุลินทรีย์อันเป็นต้นเหตุ. สำหรับการรักษาที่ถูกต้อง นั้นเราควร จะแยก เอาเชื้อ ต้นเหตุโรคมานำทดลองกับ แอนติไบโอติก ชนิดต่าง ๆ เสียก่อน, ให้ทราบว่าแพ้ต่อยาชนิดใด. แล้วจึงใช้น้ำชนิดนั้น ๆ ในการรักษาโรคต่อไป. อย่างไรก็ตามการกระทำดังกล่าว ต้องเสีย เวลาหลายวัน กว่าจะทราบผล แน่ชอน และไม่ สะดวก ใน ประเทศ เรา. ดังนั้น การปฏิบัติ ที่เหมาะสม คือผู้รักษาไม่ควรละเลยความรู้เภสัชวิทยาเกี่ยวกับ สะเป็คตรัม ของยาแต่ละชนิด, พิจารณาถึงข้อบ่งชี้โดยเคร่งครัด, ให้น้ำยาอย่าง

เห็นควรไปก่อนโดยหลีกเลี่ยงวิธีการเหวี่ยงแห, และในเวลาเดียวกันก็อาจทำการทดสอบความเหมาะสมของยาที่จะใช้กับโรคนี้ด้วยวิธีดังกล่าวไปด้วย.

ในรายงานต่อไปนี้จะกล่าวถึงผลการทดสอบความแรงของ ฆลอร์แอมเฟนิคอล ต่อเชื้อ บัคทีเรีย ที่ได้จากคนไข้ที่ส่งมาจากแผนกรักษาต่าง ๆ ในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๕ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๔ เพื่อแสดงถึง สะเป็คตรัม ของยาน้ำว่ามิต้องเชื้อบัคทีเรีย ในส่วนภูมิภาคนี้เป็นอย่างใด.

ตัวอย่างตรวจและวิธีทดสอบ

ก. ตัวอย่างตรวจ ตัวอย่างตรวจทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๕ ถึง ๒๕๐๔ รวมทั้งสิ้น ๑,๐๔๐ ราย, แยกประเภทตามตารางที่ ๑.

ข. วิธีทดสอบ ใช้วิธีเพาะเชื้อบนอาหารแข็งประค้ำยกระดาษชุป ฆลอร์แอมเฟนิคอล.

วัตถุที่ใช้

๑. อาหารเพาะเชื้อ : ใช้น้ำเพาะในจานวันเล็อก โดยใช้น้ำ ๕๐๐ มิลลิกรัม ใช้เป็นงานประจำผสมค้ำยเล็อกค้ำมา.



เก็บงาน วันเลือดทั้งหมดไว้ใน ค็อบบอดหมุมิ ๓๗ ๗. เป็นเวลาประมาณ ๑๘-๒๔ ๗.ม. เขามาอ่านผลและวินิจฉัยชนิดของเชื้อต่อไป.

๒. ในราย ซึ่งข้อม จากตัว อย่างตรวจ แล้วไม่พบยักเทรี, หรือพบมีจำนวนไม่มาก, กายย ละเลง ตัวอย่าง ตรวจใน งาน วันเลือด เพียงงานเดียวเพื่อการเพาะแยกและวินิจฉัย เชื้อ. แล้วเก็บไว้ใน ค็อบบอดหมุมิ ๓๗ ๗. เป็นเวลา ๑๘-๒๔ ๗.ม. ถ้ามีเชื้อมันใน งานวันเลือด นั้นแรกถ่าย เชื้อนั้นย้าย สู่ งาน วันเลือด อีกหนึ่งงาน โดยย้ายละเลง ให้หนา แน่นและประกวักกระตาศชบ ๗. ผลอร์แอมเฟนนิคอลล และทำเนินต่อไปเหมือนวิธีที่หนึ่ง.

ค. การอ่านผล การอ่านผลทำเมื่อ ได้เก็บ งานวันเลือด ที่ละเลงเชื้อและประกวัก-กระตาศชบ ๗. ผลอร์แอมเฟนนิคอลล ไว้ที่ ๓๗ ๗. เป็นเวลา ๑๘-๒๔ ๗.ม. แล้ว. ยักเทรี สะเตรน หนึ่ง ๆ มีความไวหรือไม่ต่อ ผลอร์แอมเฟนนิคอลล ในความเข้มข้นขนาดหนึ่ง ๆ นั้นอ่าน โดยคว่า มีเขตของ การ ยับ ยั้ง การ เจริญของยักเทรีรอบ ๆ กระตาศชบยาที่ประ วั หรือไม่. ความกว้างของเขตการยับยั้ง นี้ไม่ มีความ สำคัญ ใน การ แผล ผล (๒๓) เพราะว่าเขตการยับยั้งนี้จะกว้างหรือแคบขึ้น อย่งกับสมบัติของ ผลอร์แอมเฟนนิคอลล ที่จะ

ซึมไป ในอาหาร วันเลือด ใดกว้าง หรือ แคบ กว่ากัน, ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถใน การยับยั้งการเจริญของยักเทรี.

ขีดขึ้นความไวของยักเทรี สะเตรน หนึ่ง ๆ ต่อ ผลอร์แอมเฟนนิคอลลนั้นแบ่งเป็น ๔ ขนาด, คือไวมาก, ไวปานกลาง, ไวเล็กน้อย, และคือ. ในรายที่มีเขตของการยับยั้งการ เจริญรอบ ๆ กระตาศชบ ๗. ผลอร์แอมเฟนนิคอลล ทั้งสามความเข้มข้นเราถือว่ายักเทรี สะเตรน นั้นไวมากคือ ผลอร์แอมเฟนนิคอลล. ถ้ามี เขตของการยับยั้งการเจริญ ในความเข้มข้น อันสูงและอันกลาง, แต่ยักเทรีเจริญได้ รอบ ๆ กระตาศชบ ๗. ผลอร์แอมเฟนนิคอลล อัน ความเข้มข้นต่ำ, เราก็ อ่านว่ายักเทรี สะเตรน นั้นไวปานกลางคือ ผลอร์แอมเฟนนิคอลล. ถ้าแสดงเขตของการยับยั้งการ เจริญเฉพาะ ในความเข้มข้นสูงเราก็อ่านว่า ยักเทรีนั้นไวเล็กน้อยคือ ผลอร์แอมเฟนนิคอลล. ถ้าไม่แสดงเขตของการยับยั้งการ เจริญเลย ทั้งสามความเข้มข้นเราถือว่ายัก เทรี สะเตรน นั้นคือคือ ผลอร์แอมเฟนนิคอลล.

ผลการทดสอบ

ปรากฏในตารางที่ ๒-๓ และ ๔.

## ตารางที่ ๒ ชนิดของบักเตรีที่พบในตัวอย่างตรวจรวมทั้ง ๖ ปี

บักเตรี		หนอง	บัสสาวะ	เลือด	น้ำไขสันหลัง	ป้ายจากคอ	เสมหะ	น้ำล้างหลอดลม
ชนิด	ยอด							
<b>ก. บักเตรีพวกแกรมบวก</b>								
สเตฟาฟีลโลค็อกคัส ออเรียส	๕๒๘	๔๕๕	๕	๓๗	๔	๕	๑๘	๐
แอนฮีโมลิย์ติก สเตรีปโตค็อกโค	๗	๗	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อัลฟาสเตรีปโตค็อกโค	๒๓	๑๑	๓	๐	๑	๓	๕	๐
เบตาสเตรีปโตค็อกโค	๑๒	๑๐	๐	๐	๐	๒	๐	๐
ป็นิวโมค็อกโค	๓๔	๑๘	๐	๑	๑๓	๐	๓	๐
<b>ข. บักเตรีพวกแกรมลบ</b>								
อี. โคไล	๑๖๖	๑๐๘	๕๗	๐	๑	๐	๐	๐
พาราโคลอน บาซิลโล	๓๖	๒๑	๑๕	๐	๐	๐	๐	๐
โปรเตียส มอร์แกน	๔๗	๔๒	๕	๐	๐	๐	๐	๐
โปรเตียส วัลการิส	๔	๓	๑	๐	๐	๐	๐	๐
โปรเตียส อเมริกันัส	๔	๓	๐	๐	๑	๐	๐	๐
ปัสตูเรลลา ฟัยโอซีดิมอนัส	๖๖	๔๕	๑๔	๐	๐	๐	๓	๐
ซีโมเนลลา อินฟลูเอนเซ	๑๗	๖	๐	๐	๗	๐	๕	๐
แอคคาสิยีนัส ฟคาลิส	๓๓	๒๔	๖	๐	๐	๐	๐	๓
ซัลโมเนลลา ทัยฟิ	๑๒	๑	๐	๑๑	๐	๐	๐	๐
ซัลโมเนลลา วอตาริกา	๑๒	๗	๔	๐	๑	๐	๐	๐
แอโรแบคเตอร์								
แอโรจินัส	๒๕	๗	๑๘	๐	๐	๐	๐	๐
บาซิลลัส อนิทรากุม	๕	๔	๕	๐	๐	๐	๐	๑
ซัลโมเนลลา								
พาราทัยฟิ เอ.	๒	๐	๐	๒	๐	๐	๐	๐
ซัลโมเนลลา								
พาราทัยฟิ บี.	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐
เคล็บซิลลา ป็นิวโมนีอี	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ตารางที่ ๓ ผลการทดสอบความไวของ ซลอร์แอมเฟนิคอล ต่อบัคเตรีตลอด ๖ ปี

บัคเตรี		ความไวต่อ ซลอร์แอมเฟนิคอล							
ชนิด	จำนวน	ไวมาก	ปช.	ไวปานกลาง	ปช.	ไวเล็กน้อย	ปช.	% ดอ	ปช.
<b>ก. บัคเตรีพวกแกรมบวก</b>									
สเตาฟิซิล็อกซ็อกคัส ออเรียส	๕๒๘	๓๗๗	๗๑.๔๑	๕๗	๑๐.๗๕	๔๓	๘.๕๐	๔๓	๘.๕๐
แอนฮีโมลิย์ติกสเตรปโตค็อกโค	๗	๗	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อัลฟาสเตรปโตค็อกโค	๒๓	๒๑	๙๑.๓๑	๐	๐	๒	๘.๖๙	๐	๐
เบตาสเตรปโตค็อกโค	๑๒	๑๒	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ป็นิวโมค็อกโค	๓๕	๓๔	๙๗.๑๕	๐	๐	๑	๒.๘๕	๐	๐
<b>ข. บัคเตรีพวกแกรมลบ</b>									
อี. โคไล	๑๖๖	๕๖	๓๓.๗๕	๑๒	๗.๒๒	๒๑	๑๓.๖๕	๗๗	๔๖.๓๘
พาราโคลอนบาซิลโล	๓๖	๑๓	๔๖.๑๓	๕	๑๓.๘๘	๓	๘.๓๓	๑๕	๔๑.๖๖
โปรเตียส	๔๗	๑๘	๓๘.๓๑	๕	๑๐.๖๓	๗	๑๔.๘๙	๑๗	๓๖.๑๗
การิส	๔	๑	๒๕.๐๐	๑	๒๕.๐๐	๐	๐	๒	๕๐.๐๐
โปรเตียส	๔	๒	๕๐.๐๐	๐	๐	๒	๕๐.๐๐	๐	๐
อเมริกันสตีโมฟิลส	๑๗	๑๓	๗๖.๔๗	๒	๑๑.๗๖	๐	๐	๒	๑๑.๗๖
แอลคาลีนีสฟาลิส	๓๓	๘	๒๔.๒๕	๒	๖.๐๖	๑	๓.๐๓	๒๒	๖๖.๖๖
ซัลโมเนลลาทียฟ	๑๒	๑๒	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ซัลโมเนลลา	๑๒	๒	๑๖.๖๗	๐	๐	๔	๓๓.๓๓	๖	๕๐.๐๐
วอติริกา	๑๒	๒	๑๖.๖๗	๐	๐	๔	๓๓.๓๓	๖	๕๐.๐๐
แอโรแบคเตอร์	๒๕	๗	๒๘.๐๐	๑	๔.๐๐	๐	๐	๑๗	๖๘.๐๐

บักเตรี		ความไวต่อ หมลอร์แอมเฟนิกอล							
ชนิด	จำนวน	ไวมาก	ชป.	ไวปานกลาง	ชป.	ไวเล็กน้อย	ปช.	% ตอ	ปช.
บาซิลลัส อนิทราคุม	๕	๑	๑๑.๑๑	๑	๑๑.๑๑	๒	๒๒.๒๒	๕	๕๕.๕๕
ซัลโมเนลลา พาราทัยพี เอ.	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ซัลโมเนลลา พาราทัยพี บี.	๑	๑	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
เคล็บซิลลา ป็นิวโมนีอี	๑	๑	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ปัฐโดโมนาส พัยโอซัยอะเนียส	๖๖	๕	๗.๕๗	๖	๙.๐๙	๑๔	๒๑.๒๑	๔๑	๖๒.๑๒

ตารางที่ ๔ จำแนกผลความไวของ หมลอร์แอมเฟนิกอล ต่อสะตาฟัยโลค็อกคัส

ออเรียส เป็นรายปี

พ.ศ.	จำนวน สะเตรนของ สะตาฟ. อ.	ความไวต่อหมลอร์แอมเฟนิกอล							
		ไวมาก	ปช.	ไวปานกลาง	ปช.	ไวเล็กน้อย	ปช.	% ตอ	ปช.
๒๔๙๕	๕๒	๗๖	๕๓.๘๕	๒	๒.๑๗	๒	๒.๑๗	๒	๒.๑๗
๒๕๐๐	๔๗	๔๓	๙๑.๕๒	๑	๒.๑๒	๒	๔.๒๕	๑	๒.๑๒
๒๕๐๑	๕๑	๗๖	๗๓.๕๓	๗	๗.๗๕	๔	๔.๓๕	๓	๓.๒๕
๒๕๐๒	๑๑๗	๗๐	๖๗.๗๒	๑๔	๑๑.๗๖	๑๖	๑๓.๕๕	๗	๖.๗๗
๒๕๐๓	๗๕	๓๕	๔๕.๓๗	๑๔	๑๗.๗๒	๕	๑๑.๓๕	๑๗	๒๑.๕๑
๒๕๐๔	๑๐๑	๕๓	๕๒.๔๗	๑๗	๑๗.๗๒	๑๔	๑๓.๗๖	๑๖	๑๕.๗๕

อภิปราย

ก. ความเชื่อใจของวิธีทดสอบ การ

ทดสอบความไวของบักเตรีคือ แอนติไบโอ-  
ติก นั้นทำได้หลายวิธี, เช่นวิธีใช้ด้วยแถบ  
ดิสก์ฟอรัค, วิธีเจือจาง แอนติไบโอติก  
เป็นชั้น ๆ ในหลอดทดลอง, วิธีละลาย แอน-  
ติไบโอติก ความเข้มข้นต่าง ๆ กันในอาหาร  
แข็งที่ใช้เลี้ยงเชื้อเพื่อการทดสอบ, และวิธี  
ปะด้วยกระดาษซับ แอนติไบโอติก เป็นต้น.  
ผลการทดสอบบักเตรีชนิดเดียวกัน โดยใช้  
วิธีต่าง ๆ ดังกล่าวให้ค่าความไวของบักเตรี  
ต่างกันมาก. (24) วิธีที่ได้ผลละเอียดคือ วิธี  
เจือจางในหลอดทดลอง, แต่มีข้อเสียคือสิ้น  
เปลืองมาก, กินเวลานาน, เหมาะแก่การ  
ศึกษารายละเอียดแต่ไม่เหมาะแก่การทดสอบ  
เพื่อนำไปประยุกต์ทางคลินิก, ซึ่งต้อง  
การผลที่พอเชื่อถือได้ในเวลาอันรวดเร็ว. วิธี  
ที่เหมาะสมแก่ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค  
นั้นได้แก่วิธีปะด้วยกระดาษซับ แอนติไบโอ-  
ติก (25) ซึ่งให้ผลละเอียดพอประมาณ,  
ได้ผลเร็ว, สิ้นเปลืองน้อย. ผลที่ได้จากวิธี  
นี้แน่นอนพอที่จะถือเป็นบรรทัดฐานในการ  
เลือกใช้แอนติไบโอติกเพื่อการรักษาได้. (26)

แต่การประยุกต์ผลจากการทดสอบบนกม  
โอกาสผิดพลาดได้ในบางรายซึ่งผู้ประยุกต์

พึงสังวรไว้. กล่าวคือในบางรายรายงาน  
ทดสอบแสดงว่า แอนติไบโอติก ชนิดหนึ่ง  
น่าจะใช้ได้ผล, แต่เมื่อใช้รักษาแล้วอาการ  
ไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร. ในรายเช่นนี้ควรคำนึง  
เสมอว่าในร่างกายของคนเรากการออกฤทธิ์  
ของ แอนติไบโอติก ยังขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อมด้วย. ความล้มเหลวในการรักษาด้วย  
แอนติไบโอติก ชนิดหนึ่ง ๆ ที่น่าจะได้ผล  
ดีจากผลของการทดสอบนั้นอาจจะเกิดได้  
เพราะ :

๑. ความผิดปรกติในการดูดซึมและ  
การขับถ่าย แอนติไบโอติก ในผู้ป่วยราย  
นั้น ๆ, ซึ่งทำให้ระดับของ แอนติไบโอติก  
ในกระแสเลือดไม่สูงเท่าที่ควร.
๒. บักเตรีที่เพาะแยกได้และนำไปทดสอบ  
นั้นอาจจะเป็น บักเตรี ซึ่งปนเปื้อนในตัวอย่าง  
ตรวจ, ไม่ใช่ตัวสาเหตุอันแท้จริง.  
ข้อนี้เป็นกรณีให้เห็นชัดว่าการเก็บตัวอย่าง  
ตรวจให้ถูกวิธีมีความสำคัญมาก.
๓. การบริหาร แอนติไบโอติก อาจจะ  
น้อยเกินไปหรือหยุดเร็วเกินไป.
๔. มี มิวแทนต์ ที่คือคือ แอนติไบโอ-  
ติก นั้นเกิดขึ้นระหว่างการบริหารยา. ข้อ  
นี้มักเกิดขึ้นในรายที่มีการใช้ยาอย่าง  
ต้องบริหารยาเป็นเวลาดึกต่อกันนาน ๆ.

๕. ลักษณะพยาธิสภาพของบริเวณที่มีการอักเสบมีความสำคัญมากที่จะทำให้อแอนติไบโอติก ชนิดหนึ่ง ๆ ใช้ได้ผลหรือไม่. เช่นในรายที่มีการอักเสบในบริเวณขั้ว, มเยอพงผกเป็นผนังหนา, การแทรกซึมของ แอนติไบโอติก เข้าสู่บริเวณการอักเสบมัน้อย, ก็ทำให้การรักษาไม่ได้ผล. รายที่เป็นหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดเรื้อรังการรักษาด้วย แอนติไบโอติก อย่างเดียวมักจะ

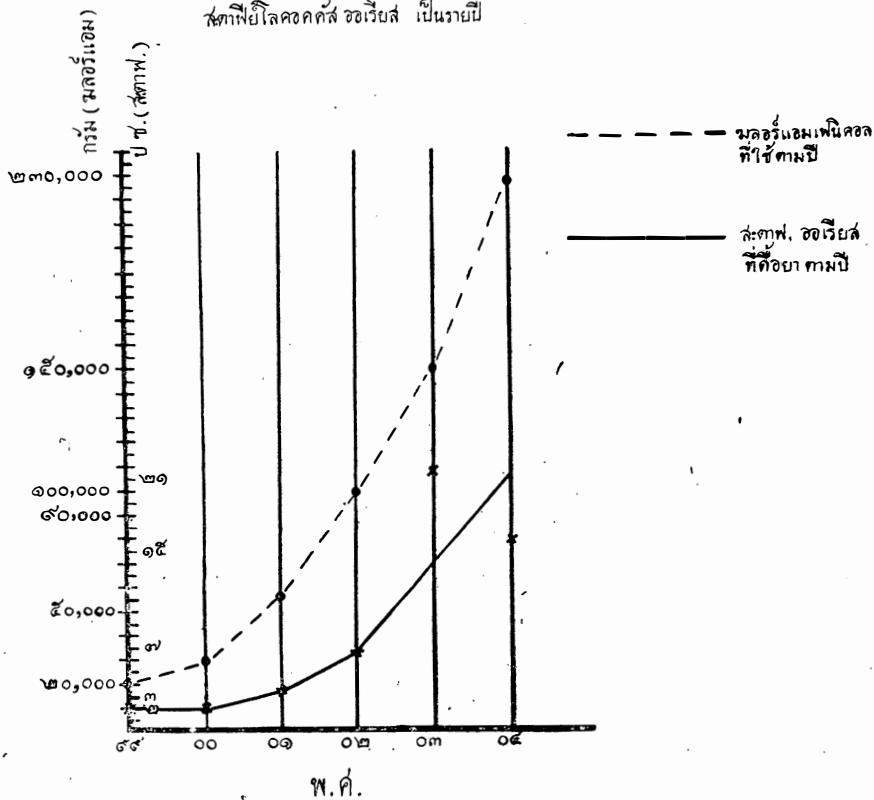
ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ, ต้องอาศัยการรักษาทางศัลยกรรมประกอบด้วย.

๖. ผลที่ได้จากการทดสอบ ผลการ

ทดสอบความไวของ ผลอร์แอมเฟนิคอลล ต่อ บักเตรีทั้งพวกแกรมบวกและแกรมลบ ที่ได้จากแผนกรักษาต่าง ๆ ใน ร.พ. ศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๙ - ๒๕๐๔ รวม ๖ ปี, ปรากฏผลดังต่อไปนี้:

กราฟแสดงความสัมพันธ์ของจำนวน ผลอร์แอมเฟนิคอลลที่ใช้และอัตราการดีของเชื้อ-

สตาฟิโลคอคคัส ออเรียส เป็นรายปี



สำหรับ บักเตรีพวกแกรมบวก, พบว่า แอนติไบโอติกคนมดทลิตดคพวก สเตรปโต

ค็อกโค และ ปีนิวโมค็อกโค. คือไม่พบว่า บักเตรีทั้งสองพวกนคอคค ผลอร์แอมเฟนิ-

คอด เลย, และมีฤทธิ์ปานกลางต่อเซอ  
สเตาฟิย์โลค็อคคัส ออเรียส (เฉลี่ยตลอด  
๖ ปี มีคอด ๘.๕๐ ปช. ดูตารางที่ ๓.)

สำหรับยัคเตรพวกแกรมลย, ปรากฏว่า  
แอนคิโย โอคติก นมีฤทธิ์เพียงพอใช้ได้ต่อ  
ส่วนใหญ่ของยัคเตรพวกแกรมลยเท่านั้น.  
(โดยมากมีอัตราคอดเกือบ ๕๐ หรือกว่า ๕๐  
ปช. ดูตารางที่ ๓). ขอนเป็นผลตรงข้ามกับ  
งานของสมิธและพวก.<sup>(12)</sup> ในพวกแกรมลย  
นี้สำหรับเซอในกลุ่ม ซัลโมเนลลา พบว่า

สารนยังให้ผลคอดอยู่. (ไม่มคอดยาเลย. ดู  
ตารางที่ ๓.)

เนื่องจากการทดสอบครั้งนมีเซอ สเตา-  
ฟิย์โลค็อคคัส ออเรียส จำนวนมากกว่าคว  
อื่น ๆ และจำนวนสูงพอจึงได้จำแนกผลคอด  
ยาเป็นรายยัค. พบว่ายัคเตรพวกนคอดคอดยา  
เพิ่มชนทกย, เป็นสัดส่วนกับจำนวนของยว  
ที่ใช้มากชน ๆ ทกย. (ดูตารางที่ ๔, ๕ และ  
กราฟ.)

ตารางที่ ๕ จำนวน ฆลอร์แอมเฟนคอด ที่ใช้เป็นประจำใน ร.พ. ศิริราช  
และอัตราคอดของ สเตาฟิย์โลค็อคคัส ออเรียส

ฆลอร์แอมเฟนคอด	พ.ศ. ๒๔๕๕	พ.ศ. ๒๕๐๐	พ.ศ. ๒๕๐๑	พ.ศ. ๒๕๐๒	พ.ศ. ๒๕๐๓	พ.ศ. ๒๕๐๔
จำนวนแค็ปซูล . .	๘๑,๖๐๐	๑๑๔,๐๐๐	๒๑๔,๗๐๐	๓๕๖,๘๐๐	๖๑๖,๐๐๐	๕๒๓,๐๐๐
คิดเป็นกรัม	๒๐,๔๐๐	๒๘,๕๐๐	๕๓,๖๗๕	๕๕,๒๐๐	๑๕๔,๐๐๐)	๒๓๐,๗๕๐
เปอร์เซ็นต์คอดของ สเตาฟิย์โลค็อคคัสออเรียส ต่อ ฆลอร์แอมเฟนคอด	๒.๑๗	๒.๑๒	๓.๒๕	๖.๗๗	๒๑.๕๑	๑๕.๘๔
เปอร์เซ็นต์ของ ฆลอร์แอม เฟนคอด ฤทธิ์แรงมากต่อ สเตาฟิย์โลค็อคคัสออเรียส	๕๓.๔๗	๕๑.๕๒	๘๓.๕๓	๖๗.๘๒	๔๕.๓๘	๕๒.๔๘

## สารศิริราช

ผลการทดสอบความแรงของ ฆลอร์-  
แอมเฟนิคอล ต่อยัคเทรที่ไค้จาก ร.พ.  
ศิริราชแสดงให้เห็นว่าสารนี้สามารถทำ-  
ลายยัคเทรไค้ได้อย่างกว้างขวางทั้งพวกแกรม  
บวกและแกรมลบ. สำหรับพวกแกรมบวก  
สารนี้ให้ผลดีมากที่สุดต่อยัคเทรชนิด สะเตร็ป-  
โตค็อกคไค้ และ ยันิวโมค็อกคไค้, ที่ปาน  
กลางคือ สะตาฟีลโลค็อกคไค้ ออเรียส. ใน  
พวกแกรมลบให้ผลพอใช้ไค้ต่อยัคเทรส่วน  
ใหญ่, แต่ยังมีมากที่สุดคือ ซัลโมเนลลา  
ที่ทำให้เกิดไข้ทัยฟอยด์ในคน.

นอกจากนี้ยังพบว่ายัคเทรโดยจำเพาะ  
สะตาฟีลโลค็อกคไค้ ออเรียส. ในส่วนภูมิ-  
ภาคนนขวันจะคอคค้อยานมากจนทกบ, เป็น  
สัคส์ส่วนกัยความพร้าเพรชของการใช้สารนี้.

ข้อควรคำนึงคือ ไม่ควรรใช้ แอนติไบ-  
โอติค ที่มีประสิทธิภพคไค้โดยพร้าเพรช,  
เพราะอาจจะมีผลร้ายคอคค้อยานรวมในภาย  
หลัง, กล่าวคือการใช้ แอนติไบโอติคชนิด  
ใดชนิดหนึ่งต่อยัคเทรต่าง ๆ, โดยจำเพาะ  
เชอ สะตาฟีลโลค็อกคไค้ ออเรียส. อย่าง  
พร้าเพรชจะเป็นการชักจูงให้เกิดมีการคอคค้อยาน  
ชนิดนั้น ๆ ในโอกาสคอคค้อยาน.

ในที่สุดข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ ศจ.

น.พ. สุขุม ภัทราคม ที่อนุญาตให้นำราย  
งานนมาเผยแพร่และแผนกเภสัชกรรมที่  
กรุณาให้สถิติของ ฆลอร์แอมเฟนิคอล ที่  
จ่ายไปยังแผนกรักษาต่าง ๆ.

## เอกสาร

1. Ehrlich, J., Q.R. Bartz, R.M. Smite, D.A. Joslyn, and P.R. Burkholder, Science 1947, 106 : 417.
2. Ehrlich, J., D. Gottlieb P.R. Burkholder, L.E. Anderson, and T.G. Pridham, : J. Bact. 1948, 56 : 467.
3. Carter, H.E., D. Gottlieb, H.W. Anderson : Science 1948, 107 : 113.
4. Gottlieb, D., P.K. Bhattacharyya, H.W. Anderson, and H.E. Carter : J. Bact. 1948, 55 : 409.
5. Bartz, Q.R. : J. Biol. Chem. 1948, 172 : 445.
6. Bartz, Q.R. : J. Clin. Invest. 1949, 28 : 1051.
7. Controulis, J., M.C. Rebstock, H.M. Crooks, Jr. : J. Am. Chem. Soc. In press.
8. Smadel, J.E., E.B. Jackson : Science 1947, 106 : 418.
9. Smadel, J.E., E.B. Jackson : Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 1948, 67 : 478.
10. Smadel, J.E., E.B. Jackson, H.L. Ley, Jr. and R. Lew Thwaite : Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 1949, 70 : 191.
11. J.E. Smadel, E.B. Jackson, A.B. Cruise : J. Immunol. In press.
12. Smith, R.M., et al : J. Bact. 1948, 55 : 425.
13. Youmans, G.P., A.S. Youmans, R.R. Osborne : Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 1948, 67 : 426.

14. Payne, E.H., J.A. Knaudt, S. Palacios: J. Trop. Med. & Hyg. 1948, 51: 68
15. Smadel, J.E., et al: Science, 1948, 108: 160.
16. Smadel, J.E., et al: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 1948, 68: 12.
17. Poyne, B.H., E.A. Sharp, J.A. Knaudt: Trans. Royal Soc. Trop. Med. Hyg. 1948, 42: 163.
18. Pincoffs, M.C., et al: Ann. Int. Med. 1948, 29: 656.
19. Woodward, T.E., et al: Ann. Int. Med. 1948, 29: 131.
20. Woodward, T.E. J.E. Smadel, W.A. Holbrook, W.R. Raby: J. Clin. Invest. 1949, 28: 968.
21. Chittenden, G.E., E.A. Shapp, A.J. Glazko, A.S. Schlingman: J. Clin. Invest. 1949, 28: 1052.
22. สุขุม ภัทราคม: สารศิริราช ๒๔๕๓, ๖: ๓๓๕-๓๔๓.
23. Difco Manual, 9<sup>th</sup> Ed., 1953, p. 334.
24. Einland et al.: A.M.A. Arch. Int. Med. 1951, 88: 446.
25. Spaulding et al.: J.A.M.A. 1951, 147: 1336.
26. Kolmer: Approved Laboratory Technic, 5<sup>th</sup> Ed., 1951, p. 557.

หนังสือรวมเรื่องพันธุ์ทางวิชาการครั้งที่เก้า

รวบรวมโดยคณะกรรมการประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราช  
 พยาบาล เบ็คริชของต้งแต่ยคน ผู้สนใจสั่งของพร้อมทั้งชำระเงิน ๓๕.๐๐ บาท ได้  
 ที่แผนกกายวิภาคศาสตร์ ศิริราช หรือส่งทางธนาณัติ สั่งจ่ายที่ไปรษณีย์หน้า  
 พระลาน ในนามของนายแพทย์ ภูเก็ท วาจนนท์ แผนกกายวิภาคศาสตร์ ศิริราช  
 ธนปร.

(Summary of the preceding Report)

SENSITIVITY OF CERTAIN MICROORGANISMS TO CHLORAMPHENICOL  
Changes observed from B.E. 2499 to B.E. 2504

Prayad Tasnakorn, M.B.  
(Dept. of Pathology)  
(Head of Dept. : Prof. Dr. Pradit Tansurat)

---

Microorganisms cultured from specimens collected in the Siriraj Hospital from B.E. 2499 to B.E. 2504 (1956 to 1961) were tested for sensitivity to chloramphenicol using the paper disc method. In the gram-positive group, the drug was very potent against streptococci and pneumococci, while against the gram-negative organisms only weak potency was noted in most cases. Moreover, it was found that

staphylococcus aureus showed increasing resistance in proportion to the increasing amount of the drug administered in general. During the first ten months of B.E. 2504 (1961) 230,750 gm. of chloramphenicol were dispensed in this hospital alone. The danger of complete tolerance to the antibiotic was sounded.

(twenty six references)

---

# อะพลาสติกอะนีเมียภายหลัง ใช้มัลอร์แอมเฟนิคอลล

ประเวศ วัชรี พ.บ., Ph.D. (Colorado)

อนงค์ ชั่งดำรง พ.บ.

สุภา ณ นคร พ.บ., พ.ด.

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. ประเสริฐ กังสดาลัย)

มัลอร์แอมเฟนิคอลล เป็น แอนติไบโอติก  
ที่แยกได้จาก *Streptomyces venezuelae*  
เป็นครั้งแรกโดย Burkholder และคณะใน  
ปี ค.ศ. ๑๙๔๗.<sup>(6)</sup> ในปี ค.ศ. ๑๙๔๘  
ก็ทราบดีว่า โครงสร้าง<sup>(19)</sup> และสามารถ  
สังเคราะห์ได้ในห้องทดลอง. การศึกษา  
ต่อมาแสดงว่า มัลอร์แอมเฟนิคอลล เป็น  
แอนติไบโอติก ที่มีฤทธิ์กว้างขวางสามารถ  
หยุดยั้ง แบคทีเรีย ทั้งชนิด แกรม บวกและ  
ลบ อีกทั้ง ริกเกตเซีย และ ไวรัส บางชนิด.  
หลังจากการทดลองถดถวน, และเห็นว่าไม่  
มีอันตรายแล้ว จึงได้นำออก เผยแพร่ ให้ใช้  
เมื่อเดือนมกราคม ค.ศ. ๑๙๔๘. ถึง  
แม้ว่าในปี ค.ศ. ๑๙๔๘ นั้นเอง Smadel<sup>(27)</sup>  
จะได้เตือนว่ายา อาจจะมีพิษ ต่อระบบสร้าง  
โลหิต, เพราะมีวง ในโตรเป็นชั้น อยู่ใน  
อณู, การใช้ยานี้เป็นไปอย่างแพร่หลาย  
และไม่ระมัดระวังเป็นที่สุด. ในปี ค.ศ.  
๑๙๕๐ Gill กับคณะ<sup>(8)</sup> และ Volini กับ

เรื่องย่อ วัชรี, ประเวศ, อนงค์ ชั่งดำรง, สุภา  
ณ นคร. อะพลาสติก อะนีเมีย ภายหลังใช้  
มัลอร์แอมเฟนิคอลล. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ.  
๑๙๖๒), ๑๔:๕๑๓-๕๒๗.

ได้รายงานผู้ป่วยโรค อะพลาสติก อะนีเมีย  
ภายหลังใช้มัลอร์แอมเฟนิคอลล ใน ร.พ. ศิริราช  
๒ ราย. รายแรกกินยานี้เพื่อป้องกันไข้วันละ  
๑-๒ เม็ดอยู่เป็นพิเศษ, และรายที่สองกินเพื่อแก้ไข้  
ครั้งละ ๒ เม็ดวันละ ๔ เวลาอยู่ ๓ วัน. การ  
ตรวจทางห้องทดลองและตรวจไขกระดูกแสดง  
อะพลาสติก อะนีเมีย. ผู้รายงานได้รวบรวมราย  
งานผู้ป่วย อะพลาสติก อะนีเมีย ภายหลังใช้  
มัลอร์แอมเฟนิคอลล จากเอกสารต่าง ๆ อีก ๔๓  
ราย. ได้วิจารณ์เกี่ยวกับการป้องกัน อะพลาสติก  
อะนีเมีย เนื่องจากการใช้ มัลอร์แอมเฟนิคอลล  
และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้โดยไม่จำเป็น.

คณะ<sup>(32)</sup> ได้รายงานผู้ป่วยที่เกิด อะแกรนู  
โลซัยโตสิส หลังการใช้ มัลอร์แอมเฟนิ-  
คอลล เป็นครั้งแรก. ในขณะ Rich และ  
คณะ<sup>(21)</sup>. ได้รายงาน อะพลาสติก อะนีเมีย  
ในผู้ป่วยติดยาในทางเดินปัสสาวะแล้วรักษา  
ด้วย มัลอร์แอมเฟนิคอลล. ในปี ค.ศ. ๑๙๕๒

ได้มีรายงาน อะพลาสติก อะนิเมีย หลังการ  
ใช้ ฆลออร์แอมเฟนิคอล เฉพาะในสหรัฐ  
อเมริกาเกือบ ๔๐ ราย, และส่วนมากของ  
ผู้ช่วยถึงแก่กรรม. จากการสำรวจทั่ว สห-  
รัฐอเมริกาเขาพบว่าตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๔๕  
ถึง ๑๙๕๒ มีผู้ช่วยโรค อะพลาสติก อะนิ-  
เมีย ๒๙๖ ราย. ในจำนวนนี้ ๔๔ รายได้  
รับเฉพาะ ฆลออร์แอมเฟนิคอล เพียงอย่าง  
เดียว, อีก ๙๕ รายได้รับ ฆลออร์แอมเฟนิ-  
คอล, แต่มียาอย่างอื่นด้วย. (17) ในเวลาตรง  
กันนี้ ปรากฏว่า สถิติ ของ จำนวน ผู้ช่วย ด้วย  
อะพลาสติก อะนิเมีย เพิ่มขึ้นมากมาย และ  
ส่วนมากของที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นในรายที่สงสัยว่า  
จะเป็นจาก ฆลออร์แอมเฟนิคอล. (34) ข้อนี้  
ทำให้ตกใจกันมาก, จึงได้ตั้งเตือนในการใช้  
ยานทั้งในร้านแพทย์และประชาชน. ภาย  
ในสองปีหลังจากนั้นการใช้ยาก็ ลดลง และ  
จากการสำรวจทั่ว ประเทศ อีกครั้งหนึ่ง ในปี  
๑๙๕๔ ก็ปรากฏว่า อะพลาสติก อะนิเมีย  
ที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้ ฆลออร์แอมเฟนิคอล  
ลดน้อยลงเป็นอันมาก. สถิติการขายก็ลด  
ลงต่ำสุดในปี ๑๙๕๔. หลังจากนั้นการใช้  
ยานได้เพิ่มขึ้นอีก. (1) รายงานผู้ช่วยที่เกิด  
อะพลาสติก อะนิเมีย ร่วมกับการใช้ ฆลออร์  
แอมเฟนิคอล ก็ปรากฏอยู่เรื่อย ๆ โดย

เฉพาะใน วารสาร ภาษาอื่น นอกจาก ภาษา  
อังกฤษ.

วัตถุประสงค์ของรายงานนักเภสัชทวน  
รายงาน ผู้ช่วย ทั้งหมด ซึ่ง แสดงการ กดใช้  
กระทกหลังการใช้ ฆลออร์แอมเฟนิคอล ที่  
หาได้ จาก เอกสาร ในห้อง สมุด ของ คณะ-  
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, และ  
รายงานผู้ช่วย ๒ รายซึ่งเกิด อะพลาสติก  
อะนิเมีย หลังการใช้ ฆลออร์แอมเฟนิคอล.

### การศึกษาจากเอกสาร

ได้ ศึกษาจากเอกสารเกี่ยวกับผู้ช่วย ๔๓  
รายเท่าที่สามารถค้นได้จากเอกสารในห้อง  
สมุดดังกล่าว. รายละเอียดได้รวบรวมไว้  
ในตาราง ๑.

มีเรื่องที่น่าพิจารณาละเอียด ๓ ประการ  
คือ:

๑. การวินิจฉัย การวินิจฉัยว่าเป็น อะ-  
พลาสติก อะนิเมีย นั้นไม่ยาก. ทำให้ได้โดย  
การตรวจเลือดพบ แพนซัยโตพีเนีย และ  
ตรวจไขกระดูกพบเซลล์ทั้ง ๓ จำพวกลดน้อย  
ลงหรือเกือบหมดไป. ส่วนการที่จะวินิจฉัย  
ว่า อะพลาสติกอะนิเมีย เกิดจาก ฆลออร์แอม  
เฟนิคอลนั้นทำได้ยาก. ในขณะนั้นไม่มีการ

ตรวจดูๆ ที่สนับสนุนโดยทรวงว่า อะพลาสติก  
อะนิเมีย ที่พบเกิดจาก ฆลออร์แอมเฟนิคอล  
และไม่ใช้จากสารอื่นหรือเหตุอื่น. แต่มีหลัก  
ฐานหลายประการที่สนับสนุนว่า ฆลออร์แอม  
เฟนิคอลเป็น สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด อะ  
พลาสติก อะนิเมีย, คือ (๑) การศึกษาทาง  
สถิติพบว่า อะพลาสติก อะนิเมีย เพิ่มขึ้น  
มากหลังการใช้ฆลออร์แอมเฟนิคอล, และ  
รายงานว่าเพิ่มขึ้นก็ เป็น พวกที่ สงสัยว่า จะเกิด  
เพราะยาน. ยิ่งกว่านั้นเมื่อจำกัดการใช้ยา  
แล้วจำนวนผู้ป่วยด้วย อะพลาสติก อะนิเมีย  
ก็ลดลง. (๒) ในผู้ป่วยหลายสิบราย  
เกิด อะพลาสติก อะนิเมีย ขึ้นภายหลังที่ได้  
รื้อยานเพียงอย่างเดียว. (๓) ในรายที่  
แสดงการกดไขกระดูก, อาการนี้หายไป  
หลังจากหยุดยา. หลักฐานเหล่านี้ควร  
เป็นข้อสนับสนุน พอเพียงว่า ฆลออร์แอมเฟ  
นิคอล เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด อะ  
พลาสติก อะนิเมีย. เมื่อพบผู้ป่วยที่ไทรีย  
ยานรวมกัยยาอื่นแล้วเกิด อะพลาสติก อะ  
นิเมีย ขึ้นก็ควรจะสงสัย ฆลออร์แอมเฟนิคอล  
ไว้ก่อน.

๒. อุบัติเหตุ มีปัญหาว่าเกิดภาวะแทรก  
ซ้อนน้อยแค่ไหนในผู้ที่ไทรีย ฆลออร์แอม

เฟนิคอล. การที่จะได้สถิติที่ถูกต้องนั้นค่อนข้าง  
ลำบากเพราะเหตุหลายประการ, อาทิ  
เช่น (๑) แพทย์ผู้ไทรียไม่ได้ติดตามผล  
อย่างใกล้ชิด, (๒) ผลที่เกิดจากยานบางที่  
แยกออกได้ยากจากผลของการ ดิคเซอ ซึ่ง  
อาจทำให้มีเลือดจางหรือเม็ดเลือดขาวน้อย  
ได้, (๓) แพทย์ผู้พบภาวะแทรกซ้อนนั้นไม่  
ได้รายงาน ก็ไม่มีทางที่ผู้สำรวจจะทราบได้,  
(๔) จำนวนผู้ที่ไทรียยานทั้งหมดคงจะประ  
มาณให้ถูกต้องได้ยาก.

อุบัติเหตุซึ่งได้มีผู้พยายามคำนวณไว้ มี  
แตกต่างกันมาก, เช่น Harrington (10)  
(๑๕๕๒) คำนวณว่าเกิด อะพลาสติก อะนิเมีย  
ขึ้น ๑ ในแปดแสนคนของผู้ที่ไทรีย  
ฆลออร์แอมเฟนิคอล, แต่ Wilson (33) ใน  
การใช้ยานในผู้ป่วยด้วยโรค หลอดลมพอง  
๖๒ ราย, พบ อะพลาสติก อะนิเมีย,  
๒ ราย, เท่ากับ ๓.๒ ٪. ซึ่งนับว่าสูงมาก.  
Kutscher (16) ในปี ๑๕๖๓ พบว่าอุบัติเหตุ  
ของ อะนิเมีย หลังจากไทรียยานอยู่ระหว่าง  
๐:๑ - ๑.๒๕ ٪.

๓. กลไกในการกดไขกระดูก เชื่อกันว่า  
ฆลออร์แอมเฟนิคอล ทำให้เกิดการกดไขกระดูก  
โดยกลไก ๒ อย่าง, คือโดยการกดไข

กระดูกโดยตรงและโดย ฮัยเปอร์เซ็นซิทีวิตี.

ก. การกดไขกระดูกโดยตรง ในปี

๑๙๓๔ Kracke และ Parker<sup>(14)</sup> ได้เคยกล่าวไว้ว่าสารทึบวง ในโตรเจนชั้น อยู่ในอณูอามีพิษต่อไขกระดูก. เมื่อทราบสูตรโครงสร้างของ ฆลอร์แอมเฟนิกอล แล้ว Smadel<sup>(27)</sup> ในปี ๑๙๔๕ เป็นคนแรกที่เตือนว่าสารทึบวงมีพิษต่อไขกระดูก. การศึกษาต่อมาทั้งในสัตว์ และในคน ก็ค่อย ๆ แสดงให้เห็นว่า ฆลอร์แอมเฟนิกอล มีพิษต่อไขกระดูกจริง. Smith<sup>(29)</sup> ทดลองฉีดให้สุนัขวันละ ๑ กรัมพบว่าทำให้เกิดเลือดจางขึ้น. Rigdon<sup>(22)</sup> ทดลองให้ ฆลอร์แอมเฟนิกอล แก่เป็ด, ปรากฏว่าทำให้เม็ดเลือดแดงและ เรติคโลไซท์ ลดน้อยลง. ในไขกระดูกพบว่าเซลล์สร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และ มีการเปลี่ยนแปลง ไปในทางเสื่อม. Krakoff และคณะ<sup>(15)</sup> ได้บริหาร ฆลอร์แอมเฟนิกอล แก่ผู้ถูกทดลอง ๔ คน. เขาพบว่าถ้าให้ยาขนาด ๖ กรัมต่อวันอยู่ ๑๐-๑๒ วัน เรติคโลไซท์ ลดลงในทุกคน. เมื่อเพิ่มยาเป็น ๖-๘ กรัมต่อวัน ฮีโมโกลบิน ลดลงด้วยและเมื่อให้ยา ๑๒ กรัมต่อวันเป็นเวลา ๒๐-๒๒ วัน, เกิดเลือดและเม็ด

เลือดขาวน้อยลงด้วยและพบ วาคโอด ในเซลล์ของไขกระดูก. ผู้ศึกษาอื่น<sup>(23)</sup> ก็ได้พบ วาคโอด ในเซลล์สร้างเม็ดเลือดแดงหลังจากได้รับ ฆลอร์แอมเฟนิกอล ซึ่งเชื่อกันว่าเป็น การแสดงถึงพิษ ของยาต่อเซลล์. วาคโอด เหล่านี้อาจหายไปหลังจากหยุดยา. Rubin และคณะ<sup>(24)</sup> ได้ทำการศึกษาเฟอร์โรโคเนติกส์ ด้วย  $Fe^{59}$  ในผู้ถูกทดลองที่ได้รับ ฆลอร์แอมเฟนิกอล ขนาดรักษา (วันละ ๒ กรัม). เขาพบว่าการชำระจาก พลาสมา และการรวม  $Fe^{59}$  เข้าไปในเม็ดเลือดแดง น้อย กว่าปรกติ อันแสดง ถึง การลดลงของการสร้างเม็ดเลือด. ความผิดปกติในเฟอร์โรโคเนติกส์ น้อยกว่าที่ ฮีโมโกลบิน จะลดลง, แสดงให้เห็นว่าการกดไขกระดูก โดย ฆลอร์แอมเฟนิกอล นั้นอาจจะเกิดขึ้นแม้ให้เพียงขนาดรักษา, แต่ตรวจไม่พบด้วยการตรวจธรรมดา.

จากการทดลองใน แยกที่เรียกว่า พบว่าหลังจากให้ ฆลอร์แอมเฟนิกอล เข้าไป, จะเกิดการห้ามการสังเคราะห์ โปรตีน และการคูนคลิสิก ชน. อันนี้ทำให้ไม่แปลกใจที่พบว่า ฆลอร์แอมเฟนิกอล มีฤทธิ์กดการสร้างเซลล์ของไขกระดูกโดยตรง.

ข. ฮัยเปอร์เซ็นซิวิตี ผู้ป่วยบางคน เกิด อะพลาสติก อะนีเมีย ขึ้นหลังจากได้ รับประทานน้อยๆ เช่นเพียง ๑ กรัม, และ ผู้ป่วยบางคน แสดงผลของการ กดไขกระดูก หลังจากได้รับ ผลิตอร์แอมเฟนิคอลล เป็นครั้งที่ ๒ หรือ ๓, ประกอบกับการที่ได้ประวัติ ของการแพ้บ่อยๆ ในผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้เชื่อว่า ฮัยเปอร์เซ็นซิวิตี เป็นกลไกอีกอย่าง หนึ่งที่ยานแสดงฤทธิ์กดไขกระดูก.

เป็นที่เข้าใจกันว่า ถ้าสามารถ ตรวจพบ การเป็นพิษของ ผลิตอร์แอมเฟนิคอลล ได้เร็ว เท่าใดแล้วหยุดยาเสีย, ไขกระดูกจะมี โอกาสฟื้นตัวได้มากขึ้น. โดยทั่วๆ ไปสิ่งที่ ควรติดตามก็คือการลดลงของ เรติคูลูโล- ซัยท์, ฮีโมโกลบิน, เม็ดเลือดขาวและ เกล็ดเลือด.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ ผู้ป่วยชาย, สัญชาติเยอรมัน, อายุ ๓๔ ปี (ลก. ๔๑๕๕๕.๐๒, ลน. ๑๐๑๑๒.๐๒) รั่วในโรงพยาบาลด้วย อาการสำคัญว่าชดและมีเลือดออกตามไร- ฟันเสมอมาเกือบ ๔ ปี, เป็นไขสูงมา ๑๔ วัน. ประมาณ ๔ ปีเศษก่อนเข้าอยู่ใน ร.พ.

ผู้ป่วยต้องเข้าไปทำธุรกิจ ในย่างรีบประมาณ ผลิตอร์แอมเฟนิคอลล เพื่อย่อยกินใช้วันละ ๑-๒ เม็ด. เมื่อกินติดต่อกันอยู่นานก็เคย ไข้สูงถึงแก่ตัวตนเองชดลงและมีเลือดออก ตามไรฟันด้วย. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจาก ร.พ. แห่งหนึ่งว่าเป็น อะพลาสติก อะนีเมีย และได้รับการรักษาด้วย สะเตอรอยด์ ฮอร์- โมน และการให้เลือด. อาการทเลดลงข้าง. หนึ่งปีเศษก่อนมาร.พ. นี้, ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ รพ. แห่งเคมุนนอกประมาณ ๓ เดือนเนื่องจากชดและมีเลือดออกตามไรฟัน. ๔ เดือนก่อนเข้าอยู่ รพ. ผู้ป่วยได้มารักษา ตรวจเลือดที่หน่วยโลหิตวิทยา, แผนกอายุร ศาสตร์, รพ. ศิริราชด้วยอาการอย่างเดียวกัน. ในการตรวจเลือดพบ ฮีโมโกลบิน ๔.๓ ก.ปซ., เม็ดเลือดแดง ๑.๖๘ ล้าน/ ล.มม., เม็ดเลือดขาว ๒,๒๐๐/ล.มม., เกล็ดเลือด ๒,๕๖๐/ล.มม. ได้เจาะไข กระดูกแต่ไม่ได้. ได้วินิจฉัยว่าเป็น อะพลาส- ติก อะนีเมีย. ให้การรักษาด้วยเพร์คินโซ โลน และให้เลือดสัปดาห์ละ ๒-๓ ครั้ง. อาการทเลดลงข้าง.

๑๔ วันก่อนเข้า อยู่ในโรงพยาบาล เริ่ม เป็นไขสูง, ไข, มีเสมหะเล็กน้อย, ไม่มี เลือดปน, และเจ็บบริเวณล้น, และมีเลือด

ออกจากโรฟันเมื่อ ๔ วันก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล.

การตรวจร่างกายแรกรับ พบว่าอุณหภูมิ ๓๘.๘๘๐., ชีพจร ๑๔๐/นาที, หายใจ ๓๖/นาที, ความดันเลือด ๑๒๐/๘๐ มม.ปรอท. ผู้ป่วยอ่อน, ซึมมาก, หายใจหอบ, มีจุดเลือดออกตาม ผิวหนังทั่วไปและมีเลือดออกจากโรฟัน. ทรวงอกขวาเคลื่อนไหวน้อยกว่าซ้ายและเคาะที่ขั้วบริเวณทรวงอกขวา ส่วนล่าง. ฟังได้เสียงกรอบแกรบชนิดหยาบ และปาน กลางเหนือ บริเวณที่เคาะได้ ที่ขั้ว. คับและน้ำมูกดำไม่พบบ. คอมน้ำเหลืองไม่โตผิดปกติ.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง. เลือดมี ฮีโมโกลบิน ๕.๑ กรัม ๒๕., เม็ดเลือดขาว ๑,๒๐๐/ล.มม., มี โปลีมอร์ฟ ๒๖๒๕., ลีมโฟไซต์ ๖๔ ๒๕., ในสิ่งละเลงเกือบไม่พบเกล็ดเลือดเลย. เม็ดเลือดแดงปกติ. ในปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ. ผลเคมีเลือดปกติ.

เอ็กซเรย์ พบหัวใจโตและเงาที่ขั้วบริเวณปอดข้างขวาส่วนล่าง.

การรักษาและการดำเนินของโรค. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย เพร์คินโซโลน, แอนติไบโอติกและการให้เลือด, แต่อาการไม่ดีขึ้น. ไข้สูงลอย, หอบชั้ยู่ตลอดเวลา, และถึงแก่กรรมในที่สุด. รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๑๗ วัน. ไม่ได้รับอนุญาตให้ทำการตรวจศพ.

รายที่ ๒. ผู้ป่วยหญิงไทย, คู่, อายุ ๒๕ ปี (ลท. ๔๗๗๕-๐๔), รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าอ่อนเพลีย, ซึม, และมีเลือดออกจากโรฟันมาประมาณ ๔ เดือน. ประมาณ ๕ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งหลังนี้, ผู้ป่วยเป็นไข้และไอเล็กน้อยอยู่ ๓-๔ วัน, จึงได้มารับการรักษาที่แผนกตรวจโรคนอก. ไข้หายไปรับประทาน ๓ อย่าง, เป็นยานาสองอย่างและอีกอย่างหนึ่งที่เป็นแคปซูลขาวคาบเขียว (ซึ่งในห้องยาของเราไม่มีอย่างเดียวกัน) ฆลอร์แอมเฟนิคอล). ผู้ป่วยรับประทานยาอยู่ ๓ วัน (มีละ ๒ เม็ด ๔ เวลา), อาการไข้หายไป. แต่ประมาณ ๔ วันหลังหายไข้ก็เริ่มมีอาการอ่อนเพลีย, ซึมลง, และมีเลือดออกจากโรฟัน. ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาจากแพทย์ตามคลินิก ได้รับการ ฉีดยาและ ให้น้ำ ไปรับ

ประทาน. อาการไม่ดีขึ้น, เลือดก็ยังออก  
จากไรฟันเสมอๆ และในระยะ ๑๕ วันก่อน  
มาโรงพยาบาลผู้ป่วยเป็นลมทุกวัน.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๓๗.๕°  
ชีพจร ๑๒๐/นาที, หายใจ ๒๒/นาที,  
ความดันเลือด ๑๐๐/๕๐ มม.ปรอท. ผู้  
ป่วยผอมซดมาก, เหนื่อยหอบ, มีจุดเลือด  
ออกตามตัวทั่วไป และมีคราบเลือดตามไร  
ฟัน. การตรวจระบบอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง.

เลือด (๓๐ พค.) มี ฮีโมโกลบิน ๐.๕  
กรัม ปช., เม็ดเลือดขาว ๔๐๐๐/ล.มม.,  
โพลีมอร์ฟ ๓๔ ปช., ลี้มโฟซัยท์ ๖๖  
ปช. ตรวจจรงทีสอง (๑๑ ก.ค.) พบ  
ฮีโมโกลบิน ๘.๘ กรัมปช., เม็ดเลือดขาว  
๒๖๐๐/ล.มม. เกล็ดเลือด ๐, โพลี-  
มอร์ฟ ๗๖ ปช., ลี้มโฟซัยท์ ๒๓ ปช.,  
ฮีโอสีโนฟิล ๑ ปช.

จากการเจาะไขกระดูกเล็กน้อย, ตรวจ  
พบเซลล์ทั้ง ๓ ชนิดลดลงมาก, ไม่พบ  
เมกะคารีโยไซท์เลย, มีวงไขมันอยู่ทั่วไป.  
พลาสมา เซลล์ และ ลี้มโฟซัยท์

มากขึ้น.

จากการตัดไขกระดูกออกตรวจ (เลขที่  
๓๓๘๖) พบว่าส่วนใหญ่เป็นช่องบรรจุไขมัน,  
มีเซลล์เพียงเล็กน้อย, เช่น เรติคูลัม เซลล์  
และ ลี้มโฟซัยท์ เกือบทั้งหมด. ไม่พบ  
เมกะคารีโยไซท์เลย.

การวินิจฉัย อะพลาสติก อเนมีเมีย, สงสัย  
จาก ฌลอร์แอมเฟนิกอล.

การรักษาและการดำเนินของโรค ใ้ให้การ  
รักษาด้วย เพร์คินโซโลน ขนาด ๕๐ มก.  
ต่อวันร่วมกับการให้เลือด. อาการดีขึ้น. ต่อ  
มาได้ให้ เมธิลเทสโทสเตอโรน ขนาด  
๕๐ มก/วันร่วมด้วย เพร์คินโซโลน ขนาด  
๕๐ มก/วัน. อาการทั่วไปดีขึ้นบ้าง.

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่รายงานสองรายนี้เป็น อะพลาส  
ติก อเนมีเมีย, วินิจฉัยได้จากข้อตรวจพบใน  
ทางเลือดและไขกระดูก. ที่สงสัยว่าสาเหตุ  
เกิดจาก ฌลอร์แอมเฟนิกอล นั้นก็เพราะมี  
ประวัติใช้ยานมาก่อนแล้วเกิดภาวะ อะพลาส  
ติก อเนมีเมีย ตามมาอย่างชัดเจน. ราย  
แรกรับประทาน ฌลอร์แอมเฟนิกอล วันละ  
๒๕๐-๕๐๐ มก. เป็นเวลาติดต่อกันถึง

เศษ, และค่อย ๆ ซึ่กลงและมีเลือดออกโดย  
ไม่ปร่ากว่าใช้ยาอื่นเลย. รายที่สองใช้  
ผลอร์แอมเฟนิคอด แล้วอาการ ซึ่คและ  
เลือดออกตามมาอย่างกระชั้นซึ่ค. ตามที่  
กล่าวแล้วว่าเราไม่มีวิธึ่ที่ จะ วินิจฉัยได้  
โดยตรงว่า อะพลาสติก อะนึ่เมีย เกิดจาก  
ผลอร์แอมเฟนิคอด, จะทำ ไ้ก็โดย ให้ยาน  
อีกแก่ผู้ช่วยที่หายจาก อะพลาสติก อะนึ่เมีย,  
และทำให้เกิด อะพลาสติก อะนึ่เมีย ซึ่คอีก,  
ซึ่งการทศ สอื่บซึ่คกล่าววนยากที่จะ มีโอกาส  
ทำได้และไม่สมควรที่จะทำอย่างย้ง.

สำหรับอื่ติการของ อะพลาสติก อะนึ่-  
เมีย หลังจากการใช้ ผลอร์แอมเฟนิคอด  
โดยทั่วไปในบ้านเรายังไม่ทราบ. ผู้ช่วยสอง  
รายที่นำมารายงานนั้ เป็นเพียงผู้ช่วยที่ผ่าน  
พบเข้าเท่านั้น, จะได้พยายามวิเคราะหึ่ผู้  
ช่วย อะพลาสติก อะนึ่เมีย ทั้งหมดและ  
เสนอผลในอนาคต. แต่คงประสบความ  
ลำบากเกยวกับสถิติ. นอกจากอุปสรรค ๔  
ประการที่กล่าว ในตอนทศทวนซึ่คเป็นปัญหา  
ในต่างประเทศแล้ว, เรายังมีความลำบาก  
เกยวกับประวัติการ ใช้ยาเพราะ โดย มากผู้  
ช่วยไม่สามารถแจ้งประวัติการ ใช้ยาที่ถูกค่อ  
ได้, เนื่องจากแพทย์ไม่ได้บอกไว้, และตน  
เองก็ไม่ได้ชวนชวายที่จะทราบและอีกอย่าง

หนึ่งค่อการซึ่คยาเกินเอง โดยไม่ทราบว่า  
ยาอะไร. แม้กระนั้นก็ตามมีเหตุอันควรสง  
สัยว่า ผลอร์แอมเฟนิคอด เป็นสาเหตุ  
สำคัญอันหนึ่งของ อะพลาสติก อะนึ่เมีย  
ในประเทศไทย. ทงนเนื่องจากจำนวนคนใช้  
อะพลาสติก อะนึ่เมีย เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ  
ตามปริมาณของ ผลอร์แอมเฟนิคอดที่ใช้.  
เมอบ ๒๔๕๗-๒๔๕๘ หน่วยโลหิตวิทยา,  
แผนกอายุรศาสตร์, มีผู้ช่วย อะพลาสติก  
อะนึ่เมีย เพียงบละ ๓-๔ ราย. แต่หลังจาก  
นั้นได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ, คื่อในปี ๒๕๐๐  
เป็น ๑๖ ราย, ปี ๒๕๐๑ เป็น ๑๐ ราย, ปี  
๒๕๐๒ และ ๒๕๐๓ บึ่ละกว่า ๒๐ ราย,  
และนับตั้งแต่นั้นปี ๒๕๐๔ จนกระทั่งขณะนึ้  
(มกราคม-กันยายน. ๒๕๐๔) หน่วย  
โลหิตวิทยาได้รับผู้ช่วยใหม่ที่เป็น อะพลาสติก  
อะนึ่เมีย ถึง ๒๐ ราย. สำหรับปริมาณ  
ผลอร์แอมเฟนิคอด ที่ได้ใช้ในโรงพยาบาล  
ศิริราชมีตัวเลขได้จาก ม.ร.ว. สนั่นศรี  
สวัสดิวัฒน แห่งแผนกเภสัชกรรม, คงน.

ปี	จำนวนแคปซูล (๒๕๐ มก.)
๒๔๕๗	๑๕,๑๔๐
๒๔๕๘	๑๖,๓๖๐
๒๔๕๙	๘๑,๖๐๐

ปี	จำนวนแคปซูล (๒๕๐ มก.)
๒๕๐๐	๑๑๔,๐๐๐
๒๕๐๑	๒๑๔,๐๐๐
๒๕๐๒	๓๕๖,๐๐๐
๒๕๐๓	๕๐๐,๐๐๐
๒๕๐๔	ใช้เกินจนกว่า ๑๐๐,๐๐๐

สำหรับปี ๒๕๐๔ จะขอยกตัวอย่างให้ท่านได้เห็น สถิติการใช้ยานในเคอนกรกฎาคม: คัลยกรรม ๘,๗๘๘, อายุรศาสตร์ ๓,๑๗๐, สติศาสตร์ ๓,๐๒๐, จักษุวิทยา ๖ ๕,๓๕๐, กุมารเวชศาสตร์ ๔,๖๘๐, แผนกตรวจโรคคนอก ๘๐,๐๐๐, รวม ๑๐๕,๐๐๕ แคปซูล: คิคเป็นน้ำหนัก ๒๖,๒๔๒.๒๕ กรัม, และยังมีชนิดน้ำเชื่อมอีก ๖๐๐ ขวด, มี ๒๖,๒๔๒.๒๕ กรัม, คิคเป็นน้ำหนัก ๑,๑๒๕ กรัม, รวมเป็น ๒๗,๓๖๗.๕๐ กรัม หรือ ๒๗ กิโลกรัม ๓๖๗ กรัม ๒๕๐ มก. ถ้าเราสามารถรวมปริมาณยาที่ผู้ป่วยไปซื้อจากร้านนอกโรงพยาบาลด้วยตัวเลขจะส่งกว่านี้อีกมาก.

ในเมื่อจำนวนผู้ป่วย อะพลาสติก อะนิ-

เมีย ใต้เพิ่มขึ้นมากมายพร้อม ๆ กับปริมาณของการใช้ ผลอร์แอมเฟนิคอลล ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นลำดับอย่างรวดเร็วเช่นนั้น, โดยเฉพาะในเมื่อยานเป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อต้านการสังเคราะห์ โพรเทอีน ซึ่งเขาได้แสดงให้เห็นชัดแล้วว่าทั้งในคนและสัตว์, อีกทั้งการสังเกตในการใช้ของผู้ป่วยแล้วว่าเป็นยาที่มีพิษก่อกวนกระดูก, ก็เป็นการเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะสงสัยว่ายานเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของอะพลาสติก อะนิเมีย ในประเทศไทยขณะนี้.

ในประวัติศาสตร์การแพทย์ ผลอร์แอมเฟนิคอลล นับเป็นยาที่เด่นชัดในการทำให้เกิด อะพลาสติก อะนิเมีย, หลังจากได้ถึงความเห็นแล้วว่าเป็นยาที่ปลอดภัย. ข้อนี้เป็นตัวอย่างยานี่จะทำให้เราต้องระมัดระวังในการใช้ยาทุกชนิดถึงแม้ว่ายานี้จะผ่านการทดสอบทั้งในสัตว์และคนมาแล้วก็ตาม. ตามที่เห็นแล้วว่าผู้ป่วยซึ่งเกิด อะพลาสติก อะนิเมีย เกือบทั้งหมดถึงแก่ความตาย. ยิ่งกว่านั้นยังมีรายงานว่าเกิด ลิวคิเมีย ในผู้ป่วย อะพลาสติก อะนิเมีย หลังใช้ผลอร์แอมเฟนิคอลล บางราย. Dameshek (4) ได้กล่าวไว้ในบทบรรณาธิการตอนเรื่องการใช้ ผลอร์แอมเฟนิคอลล ตอนหนึ่งว่า "สิ่งที่น่าเศร้าใจสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งเกือบทั้ง

หมดถึงแก่ความตายก็คือเขาไม่ได้ต้องการ ยานเลย。” หมายความว่าผู้ช่วยได้รับ ผลอร์แอมเฟนิคอล โดยไม่มีข้อบ่งชี้เพียงพอและข้อความอันเดียวกันนี้อาจใช้ได้ สำหรับในประเทศไทย.

เราควรทำอะไรบ้างเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาน. อาจทำได้สองทางคือทางด้านการแพทย์และทางด้านประชาชน. ทางด้าน แพทย์ควรได้รับคำสั่งแรงจะโดยในที่ประชุม กติ, ขทบรณาธิการกติก, ให้ใช้ความระมัด ระวังในการใช้ยานโดยพิจารณาถึงข้อบ่งชี้, ซึ่งควรใช้ยานในรายที่จำเป็นจริงๆ ในเมื่อ ไม่มียานอื่นที่เท่าและไม่ควรใช้ขนาดสูงเกิน ต้องการและรีบหยุดยาให้เร็วที่สุดที่จะเร็วได้. ควรติดตามผลจากการเปลี่ยนแปลงของเลือด ชณะใช้ยา, ถ้าหากพบร่องรอยของการกด ไชกระดูกจะไต่หยุดยาได้ทันที. ทาง ด้านประชาชนควรได้รับการชี้แจงจะโดยบทความทางวิทยุ กติก, ทางโทรทัศน์หรือโดยการเขียนกติกให้ตระหนักถึงอันตรายในการ ใช้ยานรับประทานเองโดยไม่มีใบสั่งแพทย์, และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมการจำหน่ายควรเขาเป็นธุระในเรื่องนี้.

## สรุป

ได้รวบรวมบททวนเอกสารเรื่องการกด ไชกระดูกที่เกิดขึ้นหลังการใช้ ผลอร์แอม-เฟนิคอล. ค้นได้รายละเอียด ๔๓ ราย. ผู้ ช่วยเป็นหญิง ๒๕ คน, ชาย ๑๘ คน, มี อายุตั้งแต่ ๑ ปี ๑๐ เดือน จนถึง ๕๒ ปี, อายุเฉลี่ย ๓๐.๕ ปี. ข้อบ่งชี้ในการใช้ ผลอร์แอมเฟนิคอล ในผู้ช่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเชอของทางเดินหายใจและ ของทางเดินปัสสาวะ. ปริมาณของยาที่ใช้ ค่าสค ๐.๕ กรัม, สูงสค ๑๖๘ กรัม. ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ ๔ วันถึง ๒ ปี. คนใช้ส่วน มากมีอาการเลือดจางและเลือดออก. วินิ ฉัยว่าเป็น อะพลาสติก อะนเมีย ได้โดยพบ แพนซีโตพีเนีย และในไขกระดูกมีเซลล์ น้อยลงมาก. ไม่มีทางวินิจฉัยโดยตรงว่า อะพลาสติก อะนเมีย เกิดจาก ผลอร์แอม-เฟนิคอล, แต่มีข้อสันนิษฐานทางสถิติ. อธิ การของการเกิด อะพลาสติก อะนเมีย หลัง การใช้ ผลอร์แอมเฟนิคอล ไม่มีใครทราบ แน่. มีผู้ให้ตัวเลขไว้แตกต่างกันมาก, คือ ๑ ใน ๘๐๐,๐๐๐ และ ๓.๒ ๒๕., เกือบ ทั้งหมดของผู้ช่วยถึงแก่ความตาย. การ ตรวจศพไม่พบความแตกต่างไปจาก อะ-พลาสติก อะนเมีย ทั่วไป. ได้ทบทวนกลไก

ตารางที่ ๑

ผู้ช่วย ๔๓ รายซึ่งแสดงผลของหมอกปรอทในอากาศ  
ไซเตรดุก

ผู้บรรยายที่	ผู้รายงาน	อายุ (ปี)	เพศ	ข้อบ่งชี้ในการวิจัย	ขนาดและระยะเวลาที่รักษา	ภาวะแทรกซ้อน	ผล
๑	Volini et al. 1950	๑๑	ชาย	หทัยพอด์	๕๓ ก. ในเวลา ๑๗ วัน	อะแกรนูโลซัยโตสิส และโลหิตจาง	หาย
๒	"	๔๑	ชาย	บรูซลโลสิส	๕๓ ก. ในเวลา ๑๕ วัน	อะแกรนูโลซัยโตสิส	หาย
๓	"	๑๔	ชาย	หทัยพอด์	๒๗ ก. ในเวลา ๘ วัน	อะแกรนูโลซัยโตสิส	หาย
๔	Rich et al. 1950	๖๓	ชาย	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	๐.๕ ก. ทุก ๖ ชม. หลายครั้งในเวลา ๓ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๕	Wilson et al. 1952	๓๕	หญิง	หลอดลมพอง	๑ กรัมสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ๕ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๖	"	๓๖	หญิง	หลอดลมพอง	๑ กรัมสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ๓ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	อาการไม่ดีขึ้น
๗	Claudon et al. 1952	๓๑	หญิง	ปอดอักเสบ	๒๔ ก. ในเวลา ๕ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๘	"	๕๒	ชาย	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	๘๐.๕ ก. ในเวลา ๒ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๙	Smiley et al. 1952	๒๕	ชาย	กัมพูและไม้ค้อย	๐.๕ ก. ต่อวัน ๑๔ วัน และต่อไป	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๑๐	"	๖	หญิง	สหายในท้อง	๐.๕ ก. ต่อวัน ๖ วันแรกของทุกเดือน ๘ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๑๑	"	๘	หญิง	โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน	๔ ก. ต่อสัปดาห์และต่อมาครั้งละ ๐.๒๕-๐.๕ ก. เสมอเมื่อเป็นหวัด	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๑๒	Sturgeon 1952	๑๐/๑๒	ชาย	โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ	ขนาดเท่าที่ไม่ทราบหลายครั้ง	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
				ท้องเดิน	๕ ก. เมื่ออายุ ๑๖ เดือน และ ๓ ก. เมื่ออายุ ๒๐ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย

ผู้บรรยายที่	ผู้รายงาน	อายุ (ปี)	เพศ	ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา	ขนาดและระยะเวลาที่ใช้ยา	ภาวะแทรกซ้อน	ผล
๑๓	Sturgeon 1952	๕๑/๒	หญิง	ทอนซิลอักเสบ	ไม่ทราบขนาดหลายครั้งในเวลา ๑ ปี	อะพลาสติค อะนีเมีย	ตาย
๑๔	"	๖๑/๒	ชาย	ทอนซิลอักเสบ	ไม่ทราบขนาด ๒ ครั้ง ๖ และ ๔ เดือนก่อนเกิดอาการ	"	ตาย
๑๕	"	๖	หญิง	ปอดอักเสบ	๖ ก. ในเวลา ๔ วัน	"	ตาย
๑๖	Hargraves et al. 1952	๑๑	หญิง	โรคติดเชื้อของทางหายใจส่วนบน	ไม่ทราบขนาด ๒ ครั้งห่างกัน ๑ เดือน	"	ตาย
๑๗	"	๔๒	ชาย	ไข้	๔.๕ ก. ในเวลา ๑๐ วัน	"	ตาย
๑๘	"	๓	หญิง	คออักเสบ	๕ ก. ในเวลา ๓ สัปดาห์	"	ตาย
๑๙	"	๕	หญิง	ไม่บอกไว้	๐.๕ ก. ๓ เดือนก่อนเกิดอาการ	"	ตาย
๒๐	"	เพื่อนรายที่ ๑๕	หญิง	ไม่บอกไว้	๒.๑ ก. ในเวลา ๖ วัน	"	ตาย
๒๑	"	ที่ ๑๕	หญิง	ไข้หวัดใหญ่	ครั้งละ ๑ ก. ๒ ครั้งห่างกัน ๑๓ เดือน	"	ตาย
๒๒	"	๓๖	ชาย	ปอดอักเสบ	ไม่ทราบขนาด, หลายครั้งในเวลา ๔ เดือน	"	ตาย
๒๓	"	๗๐	หญิง	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	ไม่ทราบขนาด, หลายครั้งในเวลา ๒ ปี	"	ยังมีชีวิตอยู่ขณะรายงาน
๒๔	"	ไม่บอก	หญิง	"	๒๕๐ มก. ต่อวันเป็นเวลา ๖ เดือน	ฮัยโปพลาสติกอะนีเมีย	หาย
๒๕	"	๑๘	หญิง	ไซนัสอักเสบ	๑๕ ก. ในเวลา ๗ เดือน	อะพลาสติค อะนีเมีย	ยังมีชีวิตอยู่ขณะรายงาน
๒๖	"	กลางคน	ชาย	คออักเสบ	๑ ก. ๓ ครั้งห่างกันครั้งละ ๑ เดือน	"	ไม่บอก
๒๗	"	กลางคน	ชาย	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	๕๐-๕๕ ก. ในเวลา ๘ เดือน	"	ไม่บอก

ผู้บรรยายที่	ผู้รายงาน	อายุ (ปี)	เพศ	ข้อเท็จจริงในการใช้ยา	ขนาดและระยะเวลาที่ใช้ยา	ภาวะแทรกซ้อน	ผล
๒๘	Rheingold et al.	๓๑	หญิง	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	๓.๗๕ ก. และอีก ๑ เดือนต่อมา ๑.๕ ก.	"	ตาย
๒๙	"	๒๓	ชาย	ไซนัสอักเสบ	๖ ก. ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑ เดือน	"	ตาย
๓๐	"	๑๘	หญิง	ฝีผิวหนัง	๒ ก. ต่อวัน ๒ สัปดาห์, เคยได้รับขนาดน้อยๆ เมื่อ ๑ และ ๒ เดือนก่อนหน้านั้น	"	ตาย
๓๑	Rheingold et al. 1952	๓๐	หญิง	แผลที่ขา	๖๑ ก. ในเวลา ๓๖ วัน	อะพลาสติก อะมีเมีย	ตาย
๓๒	"	๒๖	หญิง	ลิ้นและฟันคุด	๑ ก. ต่อวันเป็นเวลา ๒ เดือน	"	ยังมีชีวิตอยู่ขณะรายงาน
๓๓	Hawkins et al. 1952	๔	หญิง	ไอกรน	๒๔ ก. ในเวลา ๒๗ วัน	"	ตาย
๓๔	"	๑๑/๒	หญิง	ไอกรน	๒๔ ก. ในเวลา ๓๒ วัน	"	ตาย
๓๕	Wolman 1952	๖	ชาย	ไอกรน	๑๒ ก. ในเวลา ๒๔ วัน	"	ตาย
๓๖	CPC Barnes Hospital 1952	๔๔	ชาย	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	ไม่ทราบขนาด, หลายครั้งในเวลา ๑ ปี	"	ตาย
๓๗	Thompson et al. 1953	๔๘	หญิง	หลอดลมอักเสบ	๑ ก. ต่อวันครั้งละ ๗ วันหลายครั้ง ในเวลา ๑ ปี ๕ เดือน	"	ตาย
๓๘	Erslev 1953	๖๗	ชาย	หทัยพอยต์	๑๕๕.๕ ก. ในเวลา ๔๖ วัน	ฮัยโปเพลเซียของเซลล์สร้างเม็ดเลือดแดง	หาย
๓๙	"	๕๔	ชาย	ชาลิโมนเนลโลซิส	๖๕.๕ ก. ในเวลา ๒๔ วัน	"	หาย
๔๐	Johnston 1954	๕๖	ชาย	หลอดลมอักเสบ	๒๕-๕๐ ก. ในเวลา ๔ เดือน	อะพลาสติก อะมีเมีย	หาย
๔๑	Ozer et al. 1960	๒๐	หญิง	โดยเข้าใจผิด	๑๒ ก. ต่อวัน ๒ สัปดาห์	ฮัยโปเพลเซียของเซลล์สร้างเม็ดเลือดแดง	หาย
๔๒	Rosenbach et al. 1960	๒๕	หญิง	กรวยไตอักเสบ	๔ ก. ต่อวัน ๑๖ วัน	การกดไขกระดูกโดยเฉพะการสร้างเม็ดเลือดแดง	หาย
๔๓	"	๕	หญิง	หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดเชื้ออีโมฟิลัส อินฟลูเอนเซ	๓.๖ ก. ต่อวันเข้าหลอดเลือดดำ ๓ วัน กิน ๔ ก. ต่อวัน ๕ วัน	"	หาย

ในการออกฤทธิ์ของยาว่า ฆลอร์แอมเฟนิคอลล สามารถห้ามการสังเคราะห์ โพรเทอินและกรท นคลีอิค. กลไกในการทำให้เกิดอะพลาสติก อะนิเมีย นั้นเชื่อว่าเกิดจากการกดไขกระดูกโดยตรงและโดย อัยเปอรเช่นชิวทิวทีย.

ได้รายงานผู้ป่วย อะพลาสติก อะนิเมีย สงสัยว่าจาก ฆลอร์แอมเฟนิคอลล ๒ ราย. รายแรกเป็นชายเยอรมันอายุ ๓๔ ปี, กิน ฆลอร์แอมเฟนิคอลล วันละ ๒๕๐ - ๕๐๐ มก. อยู่พิเศษ, แล้วมีอาการช็อคและเลือดออก. ตรวจเลือดพบ แพนซัยโตพีเนีย และเจาะไขกระดูกไม่ได้เซลล์ในกระดูก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแต่ไม่ได้ตรวจศพ. รายที่สองเป็นหญิงไทยอายุ ๒๕ ปี, ได้รับ ฆลอร์แอมเฟนิคอลล วันละ ๒ กรัมสำหรับรักษาไข้ไม่ทราบสาเหตุ. ต่อมามีอาการช็อคและเลือดออก. ตรวจเลือดและไขกระดูกพบว่าเป็นอะพลาสติก อะนิเมีย. ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ขณะรายงาน. ได้ให้ความเห็นว่า ฆลอร์แอมเฟนิคอลล น่าจะเป็นสาเหตุทำให้พบ อะพลาสติก อะนิเมีย เพิ่มขึ้นมาก, เพราะจำนวนผู้ป่วยด้วย โรคนี้เพิ่มขึ้นคู่ไปกับการใช้ ฆลอร์แอมเฟนิคอลล. ได้เตือนให้ระมัด

ระวังใช้ ฆลอร์แอมเฟนิคอลล เฉพาะในรายที่จำเป็นจริง ๆ.

### เอกสาร

1. Annotations: Brit. Med. Jour. 1960, 2:1373.
2. Claudon, D.B., A.A. Holbrook: J.A.M.A. 1952, 149:912.
3. CPC, Barnes Hospital: Am. Jour. Med. 1952, 13:782.
4. Dameshek, W.: J.A.M.A. 1960, 174:1853.
5. Doudney, C.: Jour. Bact. 1960, 79:122.
6. Ehrlich, J., Q. Bartz, R. Smith, D. Joslyn, P. Burkholder: Science. 1947, 106:417.
7. Erslev, A.: Blood. 1953, 8:170.
8. Gill, P.: Med. Jour. Australia. 1950, 1:768. quoted in 2.
9. Hargraves, M., S. Mills, F. Heck: J.A.M.A. 195;149:1293.
10. Harrington, W.: in 3.
11. Hawkins, L.A., H. Lederer: Brit. Med. Jour. 1952, 2:423.
12. Hodgkinson, R.: Lancet. 1954, 1:285.
13. Johnston, A.W.: Lancet. 1954, 2:319.
14. Kracke, R., F. Parker: J. Lab. Clin. Med. 1943, 19:799.
15. Krakoff, I.H.: New Eng. Jour. Med. 1955, 253:7.
16. Kutscher, A., S.L. Lane, R. Segall: J. Allergy. 1954, 25:135 quoted in 26.
17. Lewis, C., L. Putnam, F. Hendricks, I. Kerlan, H. Welch: Antibiotics and Chemotherapy. 1952, 2:601 (quoted in No. 26).
18. Ozer, F., W. Truax, W. Levin: Blood. 1960, 16:997.

19. Rebstock, M., H. Crooks, J. Centrulis, Q. Bartz: Jour. Am. Chem. Soc. 1949, 71:2458.
20. Rheingold, J., C. Spurling: J.A.M.A. 1952, 149:1301.
21. Rich, M., R. Ritterhoff, R. Hoffmann: Ann. Int. Med. 1950, 33:1459.
22. Rigdon, R., G. Crass, N. Martin: Arch. of Path. 1954, 58:85.
23. Rosenbach, L., A. Caviles, W. Mitus: New Eng. Jour. Med. 1960, 263:724.
24. Rubin, D., A. Weisberger, D. Clark: Jour. Lab. Clin. Med. 1960, 56:453.
25. Saidi, P., R. Wallerstein, P. Aggeler: Jour. Lab. Clin. Med. 1961, 57:247.
26. Scott, J., G. Cartwright, M. Wintrob; Medicine. 1959, 38:119.
27. Smadel, J.: Am. Jour. Med. 1949, 7:671.
28. Smiley, R., G. Cartwright, M. Wintrobe: J.A.M.A. 1952, 149:914.
29. Smith, R., D. Joslyn, O. Gruhzt, I. McLean, M. Penner, J. Ehrlich: Jour. Bact. 1948, 55:425.
30. Sturgeon, P.: J.A.M.A. 1952, 149:918.
31. Thompson, H., H. Rowe: Onn. Int. Med. 1953, 39:1124.
32. Volini, I., I. Greenspan, L. Ehrlich, J. Gonner, O. Felsenfeld, S. Schwartz: J.A.M.A. 1950, 142:1333.
33. Wilson, L., M. Harris, H. Henstell, O. Witherbee, J. Kahn: J.A.M.A. 1952, 149:231.
34. Wolff, J.: Ped. Clin. of N.A. 1957:469.
35. Wolman, B.: Brit. Med. Jour. 1952, 2:426.
36. Yonis, O., W. Harrington: Jour. Lab. Clin. Med. 1960, 56:831.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the foregoing Report)

APLASTIC ANEMIA AFTER USE OF CHLORAMPHENICOL

Praves Vasee, M.B., Ph.D. (Colorado)

Anong Suengdamrong, M.B.

Supa Na Nakorn, M.B., M.D.

(Dept of Internal Medicine)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Prasert Kangsadal)

Two cases of aplastic anemia following the use of chloramphenicol were admitted into this hospital, one with the history of daily ingestion of one to two tablets "as precaution against jungle fever" for over one year, and the other of having taken 8 tablets per day for 3 days. The diagnosis was based on bone marrow picture, as

well as blood and other laboratory findings. The first patient succumbed, while the second survived. The authors also presented salient data from 43 other cases collected from available literature, and advised against unnecessary administration of the antibiotic.

(thirty six references)

พพิชภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อถึงความ  
คล้ายคลึงของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนั้น โปรดติดต่อ  
แผนกสารวิทยา.

บทบรรณาธิการ

ยาอันตราย-อันตรายจากยา

“ยาครอบงำสองคม” เป็นเรื่องที่แพทย์ควรระวัง, เพราะทุกคนได้ศึกษาเภสัชวิทยามาแล้ว. แต่ผู้ที่มีไข้แพทย์มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เขาใจเรื่องน. คนทั่วไปคิดว่ายาเป็นสิ่งดีแต่คนถ่ายเคียว. ดังนั้นอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาจึงเป็นอันตรายที่น่ากลัวมากและมักจะเป็นเรื่องร้ายแรง, เพราะประชาชนไม่อยู่ในฐานะที่จะระวังของกันตนเองได้เนืองด้วยไม่ระวังและไม่เฉลียวใจ.

กล่าวโดยหลักวิชา, ผลร้ายจากการใช้ยา, ซึ่งในทันทีไม่รวมยาพิษต่างๆ, อาจแยกได้เป็น ๒ พวกตามระยะเวลาที่เกิดขึ้น, คือพวกปัจจุบันกับพวกเนิ่นช้า. พวกปัจจุบันนั้นปรากฏให้เห็นภายในเวลาอันสั้นหลังจากการบริหารยา. อาจมีลักษณะทำนองเดียวกับผลของยาตามธรรมดา, และอาจเกิดจากการที่คนไข้ได้รับยาเกินขนาด, มีภูมิไวรับ (ซัสเซ็ปติบิลิตี) เกินปรกติ, หรือมีความแพ้ยาคือธรรมดา (อติโอซีชันเครซีช). ผลร้ายพวกนี้สังเกตทราบได้โดยง่าย, และ

ส่วนมากแพทย์ มีโอกาสที่จะทำการเยียวยา. ส่วนผลพวกเนิ่นช้านี้ค่อยเป็นค่อยไป, บางทีเริ่มปรากฏโดยเว้นระยะหลายวันหรือหลายสัปดาห์, ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากและการแก้ไขล่าช้าบางครั้งก็สายเกินไป. ข้อสำคัญประการหนึ่งคือพวกนี้มักจะแสดงผลร้ายต่ออวัยวะหรือระบบหน้าที่สำคัญๆ, เช่น ตับ, ไต, ระบบสร้างเลือด, ระบบประสาท, จึงเห็นได้จากฤทธิ์แทรกแซงของยาสลบบางอย่าง, ปรอท, สารหนู, ทลอคเจน แอนติไบโอติก บางชนิด.(๑) ผลที่ร้ายแรงและน่ากลัวเป็นพิเศษคืออาการเสพติก, และอันตรายที่ปรากฏแก่ เอ็มบริโยโอ หรือ ฟอส, ดังเช่นในกรณี ชาติโตไมด์ ซึ่งกำลังเป็นข่าวเด่นเด่นอยู่. ในขณะนั้นยังไม่ทราบชัดว่าจะมียาอะไรบางที่แสดงพิษต่อลักษณะทางพันธุศาสตร์. ถ้ามักจะเป็นภัยที่ร้ายแรงที่สุด, และก่อบุในชายที่อาจเป็นไปได้.

สาเหตุของผลร้ายที่เกิดแบ่งออกได้เป็นสามทาง, คือเกี่ยวกับยา, เกี่ยวกับการใช้

(๑) ดูรายงานสองเรื่องในหนังสือนี้

ยา, และเกี่ยวกับตัวคนไข้. ในส่วนที่เกี่ยวกับยานั้นอาจเป็นไปได้ว่าตัวยาที่ใช้ นั้น มีพิษ, แต่ยังไม่เห็นผู้ใดทราบบ้าง, จนกระทั่งเกิดผลร้ายปรากฏขึ้นแล้ว. ทางการสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบใน คำนัน โดยมิ ฎหมาย ควบคุมการจำหน่ายยา, กำหนดตัวยาที่อนุญาตให้ใช้ หรือห้ามใช้, และกำหนดให้ผู้ผลิตแจ้งส่วนผสม ของยาไว้ ให้เห็น ที่สิ่งผลิต หรือหีบห่อ. หากทราบว่าตัวยาสิ่งใดมีพิษมากจนไม่ปลอดภัย, ทางการก็อาจสั่งเก็บและงดขายยานั้น หรือยาที่เข้าตัวยานั้น ๆ เสียได้. แต่ใน คำนัน ปฏิบัติ การ ควบคุม แบบนั้น ยัง ไม่ให้ผลเต็มที่, เพราะต้นทุนของยามักมาก. นอกจากยาต่าง ประเทศที่ส่งเข้ามา ได้จากทุก ๆ แห่งในโลก, ยังมียาที่ผลิตขึ้นภายในประเทศอีกหลายต่อหลายชนิด, ซึ่งบางอย่าง ก็มีคุณภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความบริสุทธิ์ของตัวยาที่ใช้ เป็นเรื่องที่ควบคุมได้ยาก, และผู้ผลิตที่เป็นพ่อค้าแต่อย่างใดเคยยอมเลือกใช้ของที่ราคาถูกกว่าก่อนอย่างอื่น. นอกจากนั้นยังมีบุคคลบาง จำพวกที่นิยม การ ใช้ตัวยาที่มี พิษแรง, เช่น สารหนู, ด้วยความเชื่อในสรรพคุณ พิเศษบางอย่าง, และอาจแอบใช้ยานั้น ๆ เติมลงไปนอกตำรับในขนาดน้อยๆ, ซึ่งไม่

มีทางทราบ นอกจากจะทำการ วิเคราะห์ทางเคมี. ดังนั้นการควบคุมใน คำนัน จำต้อง ปรับปรุง และลงทุนอีก มากมาย ก่อนที่ จะได้ผลจริงจึงสมควรมุ่งหมาย.

สาเหตุเกี่ยวกับการใช้ยาโดยไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากแพทย์, จากตัวคนไข้, และจากผู้ขายยา. แพทย์อาจใช้ยาผิดขนาดไป, หรือใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเกินควรและยานั้น ให้ผลสะสม. ทั้งสองอย่างนี้คงจะมีความสำคัญ ใน คำนัน ทฤษฎี มากกว่า คำนัน ปฏิบัติ, เพราะแพทย์ที่คอยมจะ ต้องเอาใจใส่ ทบทวน เกี่ยวกับยาที่คนไข้ อยู่เสมอ ๆ. อันตรายที่สำคัญเกิดจากคนไข้และผู้ขายยา. คือ คนไข้ชอบซื้อยาใช้เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เสียก่อน. บางทีก็อาศัยคำบอกเล่าจากเพื่อนที่ เคยมีอาการคล้าย ๆ กัน, บางทีก็รับคำแนะนำจากคนขายของหน้าร้าน. ส่วนคนขายยานั้น ก็มักชอบ ดึงตนเองเป็น หมอ และไม่ค่อยนำพาต่อข้อบังคับเกี่ยวกับการขายยา ที่จำต้องมีใบสั่งของแพทย์, มุ่งเอาผลประโยชน์เป็นสำคัญ. น่าคิดว่าการปฏิบัติไม่ถูกต้องในสองข้อหลังนี้เป็นต้นเหตุของอันตราย ส่วนใหญ่ ที่เกิด จากการ ใช้ยาในบ้านเรา. คราวใดที่คนไข้ยังชอบกำหนดและซื้อขายรักษาโรคของตนเอง, คราวใดที่คน

ชายยายัง คงทนเป็นหมอเถื่อนได้โดยมีการ  
เสียงแต่เพียงเล็กน้อย, ทรายบนอนทราย  
ในคานนั้นก็ยังไม่หมดไป. การออกกฎหรือ  
วางระเบียบขวยควมต่าง ๆ คงจะให้ผลไม่ค  
เท่ากับให้การศึกษแก่ประชาชนเพื่อชอน  
ทรายของการรักษาตัวเองคงที่เข่นอยู่ใน  
ปัจจุบัน.

เกี่ยวกับเรื่องนม การกระทำ อย่างหนึ่ง  
ของ พวก นักค้ายา ที่ทาง การ ควรเอาใจใส่  
อย่างยิ่ง, คือการส่งตัวอย่างยาไปแจกแก่  
เด็ก ๆ ตามโรงเรียนต่าง ๆ. แม้คิดเพียง  
เล็กน้อย ก็เห็นได้ว่าเรื่องนี้น่ากลัวเพียงใด.  
เด็กที่ ไต่ยาไป อาจใช้ แก่ ตัวเอง หรือ เพื่อน  
อย่างผิด ๆ ถูก ๆ, หรือในยานอนอาจมีสิ่ง  
เป็นพิษหรือชวนให้เสพติดปนเจืออยู่. ทราย  
มาก ก็คือเห็น การ หักเด็ก ให้ ใช้ยา รักษา  
ตัวเองตั้งแต่เล็ก ๆ, ปลกนิสัยที่ไม่ดีเสียตั้ง  
แต่อายุน้อย ๆ. ในเรื่องนี้ น่าจะมีการ  
จำกัด ไว้ ข้างว่าการ แจกยา ตัวอย่าง นั้นจะ  
กระทำ ได้อย่างไร และจะให้ แก่ผู้ ไตได้บ้าง.  
ไม่ควร ถอดว่าการแจกยาเป็นการรกดแล้วก็  
ปล่อยโดยเสรี, เพราะบางทีก็เป็นกศลแต่  
เพียงผิว ๆ เท่านั้น.

บทบรรยาย มาแล้ว เป็นผลร้ายของการ  
ใช้ยาซึ่งทรายกันอยู่ในเวลานี้. ตามความ

คิดคำนึง โดยเหตุผลยังมีผลร้ายอีกประการ  
หนึ่งที่น่าจะเป็นจริงได้, แต่ยังไม่มีการพิสน.  
ข้อนี้เกี่ยวกับใช้ แอนติไบโอติก โดย  
เฉพาะ, ซึ่งกำลังแพร่หลายมาก. สังเกต  
จากปริมาณยาที่ใช้หมดไปในชั่วระยะเวลา  
จำกัด, (๑) ชวนให้สงสัยว่าการใช้ นั้น ๆ จะ  
จำเป็นเพียงไร และใช้ โดยมี ข้อบ่งเพียงพอ  
หรือไม่. นอกจากผลร้ายที่อาจเกิดจากพิษ  
ของ แอนติไบโอติก โดยตรง, ความทฤษฎี  
ยังมีผลร้ายจากการใช้แอนติไบโอติก โดย  
ทั่ว ๆ ไป อยู่ อีก ประการ หนึ่งซึ่ง พิจารณา  
ตามหลักวิชาเห็นว่าอาจจะเป็นไปได้, คือ  
การใช้ แอนติไบโอติก อาจตัดโอกาสที่ร่าง  
กาย จะ สร้าง ภูมิคุ้มกัน ขึ้น สำหรับ ตัวเอง.  
ทงนเองควย แอนติไบโอติก แสดงฤทธิ์  
แบบจ้โจมต้อจลินทรีย์ที่เป็นเชื้อโรค, ส่วน  
มากมีฤทธิ์ทำลายเชื้อโดยตรง, ทำให้เชื้อ  
ถูกทำลายโดยรวดเร็ว. โอกาสที่ร่างกาย  
จะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นจึงมีน้อย, ต่างกับผล  
ของการใช้ยาเช่นพวก ซัลฟา, ซึ่งฤทธิ์ส่วน  
ใหญ่เป็นการระงับเชื้อ, ร่างกายต้องต่อสู้  
กับเชื้อโรคเอง, และในการนั้นต้องสร้างตัว  
คุ้มกันขึ้นมา, ซึ่งเมื่เมื่อการคิดเชอผ่าน  
พ้นไปแล้ว ก็ยังคงมี อยู่ต่อไปใน ร่างกาย ใน  
สภาพของตัวคุ้มกันที่โตมา. ตัวคุ้มกันน้อยม

มีประโยชน์เมื่อมีการติดเชื้อเดิมซ้ำอีกใน  
เวลาต่อไป. ผลคือข้อนี้ยอมขาดไปในเมื่อใช้  
แอนติไบโอติก. เรืองนน่าจะมีผลสำคัญ  
โดยเฉพาะ สำหรับการติดเชื้อที่อาจเป็นได้  
ซ้ำ ๆ ซาก ๆ, เช่น ไข้หวัด, คออักเสบ,  
ท่อนซัลอักเสบ เป็นต้น. น่าจะมีใครลอง  
ศึกษาว่าการใช้ แอนติไบโอติก กับการใช้  
ยาจำพวก ซัลฟา จะให้ผลต่างกันอย่างไร  
บ้างในระยะยาว. คิดตามหลักวิชาผู้ที่ใช้  
แอนติไบโอติก น่าจะเป็นโรคดังกล่าวนี้ได้  
บ่อย ๆ, เพราะร่างกายไม่มีความต้านทาน  
เอง, ต้องอาศัยยา. เมื่อหยุดยาก็หมดทาง  
ที่จะต่อสู้เชื้อโรค. เมื่อเชื้อโรคได้ช่องก่อ  
การติดเชื้อ, ก็ต้องเป็นโรคใหม่อีก. แต่

คนที่ใช้ยาซัลฟานัน, ทดลองที่ไม่สบาย  
ยอม จะมีตัวคุมกัน เกิดขึ้นและเหลืออยู่บ้าง  
เมื่อโรคสงบ. ตัวคุมกันส่วนที่เหลือนี้อาจ  
ช่วยบรรเทาหรือแม้กระทั่งการติดเชื้อใหม่ได้.  
เพราะฉะนั้นคนพวกนี้น่าจะไม่ใช่โรคซ้ำบ่อย  
เท่าพวกแรกหรือหากเป็นก็น่าจะเขากว่า. ถ้า  
การศึกษา ได้ผลในทำนองนี้ จึงก็น่าจะวาง  
หลักได้ว่าไม่ควรใช้ แอนติไบโอติก สำหรับการ  
การติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ บ่อย ๆ, ควร  
ใช้ยาอื่น ซึ่งจะเปิด โอกาสให้ร่างกาย สร้าง  
ความต้านทานขึ้น ได้เองเพ็ดลค “อัน-  
ตรายที่มองไม่เห็น” จากยาจำพวก แอนติ  
ไบโอติก ลงเสียบ้าง.

## แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: อุดม โปชะกฤษณะ พ.บ., Dr. med., Dr. med. Dent.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., สมชัย บวรกิตติ พ.บ., มานี วิสกุล พ.บ.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., พิรัช เบ็ญพันธ์ พ.บ., ประพุทธ ศิริปัญญ์ พ.บ.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ., D.M.R.T., R.C.P. & S., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑. Herbert, D. Adams: การลามาเข้าไป  
ในทรวงอกของโรคที่เกิดได้กะบังลม. Surg.  
Clin. N. America 1961, 41:3.

กะบังลม ไม่ กัดขวาง การ ลุก ลาม ของ  
โรคในช่องท้องเข้าในทรวงอกอย่างจริงจัง,  
เช่นจากการอักเสบ, หนอง, หรือมะเร็งของ  
ตับ, ระบายน้ำค, ภาวะเพาะอาหาร, หรือตับ  
อ่อน. แอนติไบโอติก อาจจะทำให้เปลี่ยนแปลง  
โฉมหน้าของสภาพทำให้ยากที่จะวินิจฉัย  
ได้ถูกต้อง. การตัดเอาได้กะบังลมและบน  
ผิวตับ ส่วนมากเป็นเหตุ แทรกซ้อนหลังจาก  
การผ่าตัดช่องท้อง, จึงควรคิดถึงเสมอเมื่อ  
ผู้ช่วยมีไข้ที่หาเหตุผลไม่ได้.

สำหรับในตับ, จะเป็นหัวใจเดียวหรือ  
หลายหัวใจก็ตาม, ที่มาจากเชื้อหนองหรือ  
อะมีบยา, อาการแรกที่น่าจะเกิดขึ้นเมื่อ  
หนองลามไปถึงกะบังลม. การอักเสบที่ใน  
บริเวณนี้ ควรวินิจฉัย ให้แจ่มแจ้งว่ามาจาก  
(๑) การอักเสบในทรวงอกตอนล่าง. (๒)

การอักเสบได้กะบังลมหรือรอยๆ ทั่ว, (๓)  
หนองภายในตับเอง, หรือ (๔) หนองใต้  
ตับ, รอยไต, รอยม้าม, หรือท่อน้ำดี  
ซึ่งจะช่วยการ วินิจฉัย คัดการ ตรวจ ผู้ช่วย  
อย่างถาวร, การถ่าย เอกซเรย์, การกด  
หนอง, และถ้าจำเป็นก็การผ่าตัด.

เอกซเรย์ หน้าไปหลังขณะที่ผู้ช่วยนั่ง  
รูปหนึ่ง, ขณะที่ผู้ช่วยนอนตะแคงและเอาข้าง  
ทมิหนองขณะนอนรูปหนึ่ง, และถ่ายข้างๆ ใน  
ท่านั่งกรุปหนึ่งจะช่วยหาหนองได้มาก. จะ  
เห็น กะบังลมข้าง ทมิหนองนั้นสังเกตเห็น  
และมีปฏิกริยาของเยื่อหุ้มปอด ที่ใกล้ เคียง  
ด้วย. อาการที่จะบอกถึงตำแหน่งของหนอง  
ได้ กะบังลม ด้าน ซ้าย นั้น ล้า ยาก กว่า ด้าน  
ขวา. สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยคัด  
การผลิตภัณฑ์ หรือบคเบยว ของฟองอากาศใน  
กระบังของภาวะเพาะอาหาร.

ถึง แม้ฟอง อากาศ จะ ไม่ ปรากฏ ในรูป  
เอกซเรย์, แต่ถ้ากะบังลมถูกยกขึ้นไปสูง

ฝึกปรกติและมม คอสโตเฟรนิค หายไป, สิ่งที่จะทำก็คือเจาะเพอวินิจนัย, โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สบายมาก.

ในที่สุด การผ่าเพื่อสำรวจควรจะทำในรายที่มีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ และที่สงสัยหนองใต้กระบังลม, แต่ไม่สามารถจะพิสูจน์ได้แน่นอนโดยวิธีอื่น. การผ่าตัดควรจะทำผ่านเนื้อช่องซี่โครงที่ ๑๒ ที่ตัดออกไป, เข้าไปทางด้านนอก เยื่อช่องท้องและ ช่องปอด แล้วใส่ท่อระบาย. นอกจากนั้นอาจจะผ่าผ่านส่วนทรวงอกเยื่อหุ้มปอดตรงส่วน คอสโตเฟรนิค และตัดเอาส่วนหลังของซี่โครงที่ ๑๑ ออก, ผ่าตรงเข้าไปสู่หนองที่อยู่ใต้กระบังลม. วิธีหลังนี้ผู้ป่วยชอบมากกว่าวิธีแรก, บอกว่าเป็นการผ่าตัดตรงเข้าไปสู่หนองและการระบายก็ทำได้ง่าย. ผู้รายงานได้อธิบายถึงวิธีของกันเขอปนเยื่อช่องปอดทั่วไปไว้ด้วย.

สำหรับช่องส่วนหน้าและหนองอยู่ใต้คัพนั้นควรจะระบาย โดยผ่าเข้าไปใต้ชายโครงด้านหน้า, แต่พยายามที่จะไม่เย็บเข้าไปในช่องท้อง.

การอักเสบ และ หนอง ใต้กระบังลมที่ไม่ได้รักษาถูกต้อง, อาจจะลามทะลุเข้าไปในช่องปอด, ทำให้มีหนองเกิดขึ้น. แต่ถ้ามี

เยื่อคัพติดในช่องปอด อยู่แล้ว ระหว่าง ส่วนล่างของปอดกับกระบังลม, หนองก็อาจจะทะลุตรงไปออกที่หลอดลมได้. ผู้รายงานได้เคยกล่าวถึง บร็องโฌบิเลียร์ ฟิสตูลา หลายราย, และว่าการเอาหนองออกจากผู้ป่วยพวกนี้ควรจะทำในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในที่นี้, และควรผ่าตัด กลีบปอดออก ในโอกาสหลัง อาจจะเป็นของจำเป็น.

มะเร็งที่อยู่ ใต้กระบังลมก็อาจจะ ลุกลามเข้าไปในทรวงอกเช่นเดียวกับหนอง. ผู้รายงานได้เคยกล่าวถึงเนื้องอกของคัพที่กินทะลุกระบังลมเข้าไปเกิดขึ้นในปอด. ในรายเช่นนี้การผ่าตัด แยกผ่าน ทรวงอก และ ช่องท้อง เป็นวิธีที่ถูกต้อง.

อุดม โปษะภฤษณะ พ.บ.,

Dr. Med., Dr. med. Dent.

๒. Fairley, G.H.: คอร์ติโซน และความไวของผิวหนังต่อ ทูเบอร์คูลิน ในโรค เบริคูลอสีส. B.M.J. 1960, 433—436.

โดยทั่วไปการทดสอบเช่นซีคิวิตี โดยการฉีดเข้าผิวหนังจะให้ปฏิกิริยาผลบวกน้อยลงหลังจากให้ คอร์ติโซน หรือ คอร์ติโคโทรปิน, นอกจากในโรคเนื้องอกร้ายของเนื้อเยื่อระบบ ลียม์โฟเรติคูลาร์, ซาร์คอย

โคลีต และวัณโรค, ซึ่งมีรายงานว่าปฏิกิริยาของกลีบมจากชน. Citron และ Seading ได้รายงานผู้ช่วยโรค ซาร์คอยด์ ซึ่งให้ปฏิกิริยาต่อการทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ในระยะแรกแต่กลับให้ปฏิกิริยาของกลีบ ๕๗ ปช. หลังให้ คอรัติโซน.

ผู้รายงานได้รวบรวมผู้ช่วย ๒๕๗ ราย, ๑๓๘ รายเป็นโรคเนื้องอกร้ายชนิด ไพรมาเรีย ของเนอเยอ เรติคูลาร์, ซึ่งรวมทั้ง ลี้มโฟซาร์โคมา, โรค ซอคจกน, ลี้มโฟซัยติก ลิวคิเมีย. ๔๓ รายเป็นมะเร็งชนิดต่าง ๆ, และ ๑๑๖ รายให้เป็นรอยเปรียบเทียบกับซึ่งเป็นผู้ช่วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งและโรคของเนอเยอระบบ เรติคูลอเอ็นโทอีเลียม. ผลปรากฏว่าความไวต่อการทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ในพวกที่เป็นโรคของระบบ เรติคูลาร์ ลดลงจริง, ผู้ช่วยให้ปฏิกิริยาได้ถึง ๔๓ ปช. เปรียบเทียบกับ ๑๘ ปช. ในผู้ช่วยโรคมะเร็งและ ๑๒ ปช. ในผู้ช่วยเป็นโรคอื่น.

ในผู้ช่วยที่ให้ปฏิกิริยาต่อการทดสอบ ทูเบอร์คูลิน, พบว่า ๘ ปช. ของผู้ช่วยโรคเนอเยอ เรติคูลาร์, ๘ ปช. ของผู้ช่วยโรคต่าง ๆ, กลับให้ปฏิกิริยาของกลีบเมื่อให้ร่วมกับคอรัติโซน. ปรากฏการณ์เช่นนี้ไม่พบใน

พวกเป็นมะเร็ง. การทดลองนี้ให้ผลต่างกับผู้ช่วยเป็นโรค ซาร์คอยด์โคลีต ดังกล่าวแล้ว. จากนั้นทำให้สรุปได้ว่า กลไกการเกิดการกดความไวของปฏิกิริยาต่อการทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ในโรค ซาร์คอยด์ ต่างจากในโรคเนอเยอ เรติคูลาร์ โดย Citron และ Seading เชื่อว่าสาเหตุของโรค ซาร์คอยด์ เกี่ยวข้องกับวัณโรค. ปรากฏการณ์เช่นนี้เหมือนกับผู้ช่วยเป็นวัณโรคซึ่งถูกทำให้ติดเชื้อซีไทส์ ต่อทูเบอร์คูลิน.

ผู้ช่วยซึ่งให้ปฏิกิริยาต่อการทดสอบ และ กลับให้ ปฏิกิริยาของกลีบภายหลัง เมื่อให้คอรัติโซน ร่วมด้วยอาจเป็นช่องแฉะว่าจะเป็นโรค ซาร์คอยด์ มากกว่าโรค เรติคูลาร์.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๓. Pruzansky, J.J., S.M. Feinberg: การเปลี่ยนแปลงจากแอนติบอดีในอิมมูน เซรัมของหน้ะเกาชนิดตกตะกอนได้เป็นชนิดไม่ตกตะกอน. J. Immunol 1962, 88: 256-261.

เซรัมของหน้ะเกา, ที่ได้รับการฉีดด้วย ไข่ขาว หรือ ด้วย แก้มมาโกลบูลินของวัว, หรือด้วย แก้มมาโกลบูลินของกระต่าย, เมื่อถูกทำให้ร้อน ๕๖°ซ. นาน ๓๐ นาที,

จะหมดคุณ สมบัติ การจับ ตัวตก ตะกอน กับ ไฮโมโกลิน แอนติเจน และจะสูญเสียส่วน แอลบูมิน-โกลบูลิน คอมเพล็กซ์ ไปด้วย, แต่ยังคงแสดงการรวมตัวกับ ไฮโมโกลิน แอนติเจน ให้เห็นได้, โดยมี อนุพันธ์ แล็กติก เช่นซีไคเซซัน, โดยให้การตกตะกอน ร่วม (coprecipitation) กับ อิมมูน เซรัม ที่ ไม่ได้อาศัยความร้อน, โดยมีการจับตัวตก ตะกอนที่พีเอช ๕ หรือในวุ้น, และให้ ฮี-แม็กกลูทีเนซัน.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๔. Patterson, R., D.B. Sparks: การถ่าย ทอดปฏิกิริยาผิวหนัง, อาการหืด และอนา- พี้แล็กซีส จากสุนัขที่มี ฮีเปอร์เซ็นซิวิตี- วิตี้ ต่อเกสร แร็กไวท ไปยัง สุนัข ปรกติ. J. Immunol. 1962, 88: 262-268.

การทดลองใช้เซรัมจากสุนัขซึ่งมี ฮี-เพอร์เซ็นซิวิตี ต่อเกสร แร็กไวท ฉีดเข้า สุนัข ปรกติ แสดงผล ถ่ายทอด การเกิดปฏิกิริยาผิวหนังแบบวงนูนและหนังแดง, เกิด อาการทาง ระบข หายใจ แขนง หืด และ เกิด อนุพันธ์แล็กซีส. แต่ถ้า อิมมูน เซรัม ถูก ทำให้อ่อน ๕๖๕. นาน ๔ ชั่วโมงก่อนฉีด เข้าสุนัขปรกติ, ฤทธิ์การถ่ายทอด ฮีเปอร์

เซ็นซิวิตี จะสูญเสียไป. การตรวจศพ สุนัขที่ตายจาก อนุพันธ์แล็กซีส พบพยาธิสภาพส่วนใหญ่ที่ตับและลำไส้.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๕. Pritchard, J. A.: เด็กตายในครรภ์. J. Obst. Gynec. 1959, 14: 573-580.

การหาระดับ ไฟบริโนเจน ใน พลาสมา ในหญิง ๑๐๐ คนที่ลูกตายอยู่ในครรภ์อยู่นานไม่ถึง ๕ สัปดาห์, มักไม่พบว่ามีการไฟ-บริโนเจนต่ำ. แต่ถ้านานกว่า ๑ ใน ๔ จะ มีอันตราย. ระดับ ไฟบริโนเจน มักจะค่อยๆ ต่ำลงทีละน้อยเรื่อยไป. คนไข้อาจไม่มีอาการเลยก่อนการคลอดหรืออาจมีเลือดออก ตามไรฟัน, มีดวงจ้ำตามตัว. อาการคงจะ อยู่เช่นนั้นจนกว่าจะเอาเด็กและรกออก. การ ให้ไฟบริโนเจน โดยไม่เอาเด็กออกมีผลเพียง เพิ่มระดับ ไฟบริโนเจน ใน เลือดเท่านั้น, อาจเกิด ไฮโมโกลิน เซรัม เฮปาทิติส ได้. การ คลอด ไม่ได้ ทำให้ระดับ ไฟบริโนเจน น้อยลง. ควรเป็นที่ยุติกันทั่วไปแล้วว่าแพทย์ ผู้ฉลาดย่อม ไม่ปล่อยให้เด็กที่ตาย อยู่ในครรภ์ต่อไปอีกเกิน ๓-๔ สัปดาห์.

มานี้ วิสกุล พ.บ.

๖. Texon, M.: การไหลของเลือดเป็นต้น  
เหตุของโรค หลอดเลือดแข็ง Med. Sci.  
Law 1961, 1: 251-259.

การศึกษาเรื่องไขมัน, อาหาร, นิสัย  
ความเป็นอยู่, ตลอดจนสถิติการเกิดโรค,  
พบว่าแตกต่างกันแต่ละบุคคล, เป็นเหตุให้  
ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดแข็งต่าง  
กันไป. แต่สาเหตุร่วมกันซึ่งเป็นเบื้องต้น  
ยังไม่มีผู้ใดทราบ. ผู้เขียนเชื่อว่า การไหล  
ของเลือดตนเองเป็นสาเหตุเบื้องต้น, โดย  
สังเกตว่า พยาธิสภาพของโรค หลอดเลือด  
แข็ง ที่พบใน คพมิ ได้เกิด ขึ้น บริเวณหนึ่ง  
บริเวณใดโดยไม่มี ความหมาย, หาก  
ตำแหน่งที่พบนั้นมีความสัมพันธ์กับ กฎการ  
ไหลของน้ำ.

ผู้เขียนได้อธิบาย ทฤษฎีการไหลของน้ำ  
ไว้ ๒ ประการคือ

(๑) ในที่ที่มีความเร็วของน้ำต่างกัน,  
บริเวณที่มีความเร็วมากจะมี ความดันน้อย  
ตาม ทฤษฎีของ เฮอร์นอลล์, ดังนั้นในตอน  
แคบของท่อ, ความดันย่อมมีน้อยกว่าตอน  
กว้าง.

(๒) ในที่ที่ความดันต่ำ นอกจะ  
มากกว่าด้านใน (ซึ่งตรงข้ามกับโค้ง) เพราะ  
เกิดแรงหนีศูนย์กลาง.

จากการตรวจศพ ๑๐๐ ราย ผู้เขียน  
พบว่าตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพของโรค  
หลอดเลือดแข็งบ่อยที่สุดได้แก่ส่วนโค้งของ  
หลอดเลือด, ส่วนที่หลอดเลือดแยกเป็น  
ง่าม, บริเวณหลอดเลือดแยกแขนง, และ  
บริเวณที่ถูกกดจากภายนอก.

บริเวณที่พบโรคเสมอๆ ดังกล่าวนี้เป็น  
ส่วนที่มีความดันต่ำข้าง น้อยกว่าปรกติ,  
แล้วการบีบการกดทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือด  
ส่วนนั้นแยกออก, ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลง  
เริ่มต้น. ต่อมาผนังชั้นในของหลอดเลือด  
จะหนาขึ้นเนื่องจากเซลล์และ ไฟโบร-  
บลาสต์เพิ่มขึ้น, แล้วหนาขึ้นทีละน้อยๆ  
จนหลอดเลือดแคบ. เมื่อหลอดเลือดแคบ  
ความดันด้านข้างจะยิ่งน้อยลง, ทำให้พยาธิ  
สภาพเกิดมากขึ้น. การเปลี่ยนแปลงนพบ  
ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดจากชั้น เอ็น-  
โดเธลิยม จนถึงชั้นฐาน, ซึ่งติดกับผนัง  
กึ่งกลาง. พยาธิสภาพที่พบก็คือการเพิ่ม  
จำนวนเซลล์ของผนังชั้นใน, การเพิ่มของ  
ไฟโบรบลาสต์, การพอกพูน คอลลาเจน,  
เซลล์ลาร์ อินฟิลเตรชัน, และการพอกพูน  
ของไขมัน. บางทีก็มี แคลเซียม พอกขึ้น  
ด้วย.

ผู้เขียนได้ทดลองโดยใช้สุนัข ๕ ตัว,

เลี้ยงด้วยอาหารธรรมดา, ผ่าตัดเอาหลอด  
เลือดแดง คาโรติด มาต่อปลอกกับหลอด  
เลือดแดง พมอร์ล ให้ขก เป็นรูปตัว เอช.  
ภายหลัง ๑๒ ถึง ๑๕ เดือนหลอดเลือด  
นั้นเต็ม. เมื่อตัดออกตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์  
พบ การ เปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดตรง  
ก้านในของโค้ง ซึ่งเป็นที่มความดันน้อย.  
มีพยาธิสภาพคือชั้นใน ของผนังหลอดเลือด  
หนาขึ้นและมีการเพิ่มตัวของ ไฟโบรบลาสต์.

ผู้เขียน สรุปว่าสาเหตุของ โรค หลอด  
เลือด แข็งนั้น เริ่มต้นจาก การไหลของ  
เลือดเอง, ซึ่งยอมเปลี่ยนแปลงตามปัจจัย  
ต่าง ๆ คือ:

(๑) ลักษณะทางกายภาพของ หลอด,  
(๒) การไหล, (๓) ลักษณะทางกายวิ-  
ภาคของหลอดเลือด, (๔) เส้นใยของผนัง  
หลอดเลือด. ส่วนสาเหตุรองได้แก่อายุ,  
เพศ, เชื้อชาติ, อาหาร เมตะบอลิซึมของไข  
มัน, ยว, ฮอร์โมน, โรคร่วม, ความดัน  
เลือด, ตลอดจนความเครียดของอารมณ์.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ.

๗: Crowle, A.J., D.C. Lucker : ไมโคร  
อิมมูโนอิเล็กโตรโพรสิส, เปรียบเทียบ  
วิธีมีแผ่นครอบกับไม่มี. J. Lab. Clin. Med.  
1962, 59 : 697-704.

อิมมูโนอิเล็กโตรโพรสิส เริ่มนำมา  
ใช้เป็นครั้งแรกโดย Graber และ Williams  
เมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๓ เพื่อวิเคราะห์แยกสาร  
ชีวเคมี ที่มี ส่วน ประกอบซับซ้อนให้ได้ผล  
ละเอียดยิ่งขึ้น. ต่อจากนั้นได้ศึกษากันแพร่  
หลาย พร้อมทั้ง ตัดแปลง วิธีการ ตลอด มา.  
ในปัจจุบันนี้วิธีที่นิยมกันมากที่สุดคือวิธี ไมโคร  
อิเล็กโตรโพรสิส ซึ่ง Scheidegger เสนอ  
เมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๕. ต่อมาเมื่อ ค.ศ. ๑๙๖๐  
Crowle ได้ตัดแปลงโดยเพิ่มแผ่นครอบวาง  
บนโต๊ะได้. ผลการทดลองแสดงว่าวิธีใช้  
แผ่นครอบดีกว่าวิธีเก่าหลายประการ คือ  
(๑) ความไวในการวิเคราะห์สูงกว่า, (๒)  
สามารถทำซ้ำ ๆ ให้ได้ผลใกล้เคียงกัน,  
(๓) ตัดแปลงได้ง่ายกว่าและ เป็นเครื่อง  
ง่าย ๆ, (๔) ไม่มีปัจจัยทางเทคนิคมาเกี่ยว  
ข้องด้วยมากนัก, จึงช่วยลดการเกิดสิ่งผิด  
ธรรมชาติ ซึ่งทำให้ยุ่งยากในการแปลผล.  
จากการศึกษานพบว่า วันที่ใช้มีสอง  
ความเข้มคือ ๑ และ ๒ ปร.นิน, ความ  
เข้ม ๒ ปร. ให้ ปริษิติน อารค ที่บางกว่า  
และให้การแยกส่วนดีกว่าแต่อาจเสียความ  
ไวในการวิเคราะห์ไปบ้าง และมีข้อเสียเกี่ยว  
กับการถ่ายภาพ. นอกจากนั้นพบว่าการใช้

กระหัด สละไลต์ ที่เคลือบด้วยวุ้นก่อนการ  
ปฏิบัติคนให้ผลสู่วิธีกนนาเขยกไม่ได้.

พีรัช เบ็นพัฒน์ พ.บ.

๘. Volkman, A., และคณะ : ผลของ  
การตัดต่อม ขั้วต่อคารีย์ ในราย ที่เป็นมะเร็ง  
เต้านมในระยะหลัง. Am. J. Surg. 1962.  
4 : 415 - 423.

ผู้รายงานได้ทำ ไป้อพยชัย จากผู้ช่วยที่  
เป็นโรคมะเร็ง เต้านมระยะหลัง ก่อนตัดต่อม  
ขั้วต่อคารีย์ และหลังตัด, เพื่อแสดงถึงความ  
สัมพันธ์ทางคลินิก กัยการ เปลี่ยนแปลงทาง  
พยาธิวิทยาของโรคนี้. เขาได้รายงานผู้  
ช่วย ๗ ราย, อายุตั้งแต่ ๓๐-๕๕ ปี,  
ได้ตัดเต้านมที่เป็น มะเร็ง ออกโดยสิ้นเชิง  
และฉายรังสีให้แล้วแต่กลับเป็นอีก. ภาย  
หลังตัดต่อม ขั้วต่อคารีย์ แล้วพบว่าได้ผลดี.  
เมื่ออาการคั่น, ไมโทสิส ของเซลล์กลด  
ลง, ดีฟเฟอเรนซิเอชัน ของเซลล์ คั่น,  
พียคโนสิส มากขึ้น ฯลฯ.

จากการศึกษาพบว่าชนิดของเซลล์มะเร็ง  
ไม่ช่วยในการ ตัดสิน เกี่ยวกัยการ ตัดต่อม  
ขั้วต่อคารีย์, และการตัดต่อมนหมคหรือ  
เหลือไว้บ้างก็ได้ผลเช่นเดียวกัน. ผู้รายงาน  
สรุปว่าการผ่าตัดนี้ได้ผลเพราะเป็นการกำจัด

ฮอร์โมน แพคเตอร์ ซึ่งจำเป็นต่อการเจริญ  
ของเนื้อเต้านมและทำให้มีเนอ มะเร็งงอกออก  
เนื่องจากเนอมะเร็งปรัยปรังตัวเข้ากับ ฮอร์-  
โมน ในร่างกายได้.

ประพุทธ ศิริปณีย์ พ.บ.

๕. Dalby, J.E., R.S. Pointon : การ  
รักษามะเร็งทวารหนักโดยการฉายรังสี  
แทรก (interstitial irradiation), Am. J.  
Roentg. Rad. Ther. 1961, 85 : 515 - 520.

เสนอ รายงานผู้ช่วยมะเร็งทวารหนัก  
๑๗๑ ราย (ระหว่างปี ๑๙๓๒-๑๙๕๕),  
เป็นชาย:หญิงเท่ากัย ๔:๓, อายุเฉลี่ย ๖๕  
ปี. หญิงส่วนมากปล่อยให้เป็นมากกว่าชาย;  
ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า มะเร็งในชาย เป็นที่ขอบ  
นอกของทวารหนักมากกว่าข้างในทำให้เห็น  
ได้ง่ายกว่า. ได้รักษาการรักษาคัวยรังสี ๑๐๖  
ราย. ถ้าเป็นข้างเดียวของทวารหนักใช้ผง  
ธาเคียมแฆบระนายเคียว, ให้ขนาดรังสี  
๖,๐๐๐ ร. ใน ๗ วัน ถ้าเป็นหน้าหรือลาม  
ไปทั้งสองข้างของทวารหนักใช้ผงแฆบระนาย  
คัให้ขนาดรังสี ๕,๕๐๐ ร. ใน ๗ วัน. ได้  
ผลหายเลย ๕ ปี ๕๑.๒ ปรช. ได้ผลดีกว่า  
ในรายที่เป็นที่ขอบนอกไม่เข้าไปใน เร็ค-  
ตัม. ถ้าคิดเฉพาะรายที่เป็นระยะแรกเท่านั้น

ได้ผลการรักษาหายเลย ๕ ปีถึง ๗๒.๒  
ปช.

ก่อนนำเหลืองทมมะเร็ง กระจาย มาใช้  
รักษาด้วยการผ่าตัด. พวกนี้ผลของการ  
รักษาไม่ดี. หลังการรักษาด้วยการฝัง รา-  
เดียม ในส่วนมากทวารหนักกลับทำหน้าที่ได้  
ตามปรกติ. มีผลแทรกซ้อนอันคือมีเนื้องอก  
รุนแรง ๑๐ รายและช่องทวารหนักแคบ  
มาก ๑ ราย.

ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.

D.M.R.T., R.C.P. & S.

๑๐. Boenninghaus, H.G. : หูชั้นกลาง  
อักเสบในผู้โดยสารถาวร. Dtsch. med.  
Wschr. 1962, 87 : 69 - 71

หูชั้นกลางอักเสบ จากความดันอากาศ  
(aero - otitis media). ซึ่งเป็นคำที่ไม่สู้จะ  
ถูกต้องนัก, เพราะในบางคราวก็ไม่มี  
อักเสบ. อาการนี้มีสาเหตุเนื่องมาจาก  
ความแตกต่างของความดันในหูชั้นกลางกับ  
อากาศภายนอก. ในขณะที่เครื่องบินดิ้นตัว  
สูงขึ้น ความดันในช่องหูชั้นกลาง สูงกว่า  
บรรยากาศภายนอก, แต่ไม่เป็นอันตราย  
เพราะอากาศในช่องหูชั้นกลางจะถูกดันออก  
มาทางหลอด ยูสเทเชียน เข้าสู่นาโส

ฟาริงกซ์ ได้. ในขณะที่เครื่องบินร่อนลง  
ความดันในช่องหูชั้นกลาง จะน้อยลงเมื่อ  
เปรียบกับความดันบรรยากาศที่เพิ่มขึ้นทุก  
ที, และในขณะนั้นหลอด ยูสเทเชียน ไม่  
สามารถเปิดได้จากการที่ความดันในนาโส  
ฟาริงกซ์ มาก. ทั้งนี้เป็นเหตุให้เกิดอันตราย  
ต่อเยื่อหูและหูชั้นกลางได้. การเปลี่ยนแปลง  
ในความดันโดยฉับพลัน ทำอันตราย  
ได้มากขึ้นอีก. ในการตรวจพบว่าผู้โดย  
สารถาวรในไอพ่น บ่อยด้วยโรคนี้ มากกว่า  
ผู้โดยสารถาวรอื่น ๆ สามารถหักเท่า.  
ผู้ช่วยเหล่านี้มีอาการสมองต้อ, เจ็บ  
แปลบ ๆ หรือปวดหูและหูตึง. อาการเวียน  
ศีรษะมีน้อยมาก. โดยมากผู้ช่วยบอกว่ามี  
อาการมึนงงนับตั้งแต่มีอาการทางหู.

พยาธิสภาพที่พบขึ้นอยู่กับความรุนแรง.  
กล่าวคือพบการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหูตึงแต่  
มีการหว่าเข้า, มีเลือดคั่งสีแดง, ขวมและ  
มีเลือดออกข้าง. มีผู้ช่วยมิใช่บ่อยที่มี  
ทรานซุเคต ออกมาและมีบ่อย ๆ ที่การได้ยิน  
ยิ่งเสียงสูงเสียไป.

การป้องกันโรคนี้คือเครื่องบินต้องสร้าง  
ห้องที่ทำให้ความดันภายในห้องไม่เปลี่ยนแปลง  
รวดเร็วในขณะที่เครื่องบินขึ้นหรือลง, ผู้

โดยสารจะต้อง กลืนเสมอๆ หรือใช้วิธีของ  
 วิลส์ลิวา, คือบีบจมูก และ ปาก แล้วเบ่งลม  
 หายใจออกเต็มที่เพื่อให้อากาศเข้าในหลอด  
 ขูดเยื่อเยื่อ. การรักษาในรายที่จำเป็นคือ  
 ใช้ยาหยอดจมูกให้เยื่อจมูกหดรัด, เข้าลม  
 เข้าหลอด ขูดเยื่อเยื่อ, และในรายที่มี

ทรานซุเคท ก็เจาะเอาออก. ถ้ามีการติด  
 เชื้อในช่องหูชั้นกลางด้วยก็ใช้ แอนติไบ-  
 โอติก. เมื่อเยื่อหุ้มเป็นปรกติอาการต่าง ๆ ก็  
 หายไป, ซึ่งอาจกินเวลาตั้งแต่สองสามวัน  
 ถึงสองสามสัปดาห์.

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

# ปกิณกะ

## ๑. จดหมายจาก “ท่านเลขที่หนึ่ง”

สำนักงานแพทย์ นาเกลือ  
วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๕  
เรียน ท่านบรรณาธิการสารคดีราชที่เคอพ  
นัชชิต ทราบ

ผมพลอยยินดีด้วยมาก ที่งานอันใหญ่ยิ่ง  
ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
ได้สำเร็จผ่านพ้นไปแลคงได้รับผลอันนงค-  
งามของคณะแพทย์เรา ตลอดจนข้าราชการ  
กระทรวงสาธารณสุข พ่อค้าทั้งเกดสังกรรม  
แลแขกทั้งหลาย ผู้มีใจเลื่อมใสศรัทธา  
ช่วยบำรุงกันบริษัทยุติมาก ๆ ในการก่อก่อ  
ส่วนตัวผมแลขอเสียดใจพลอย โด่งดังขึ้น  
ด้วยความอุปการะของคณะอาจารย์ช่วยพยุง

จนถึงได้รับพระราชทานเข็มيارุงการ  
กศลแลคณะแพทย์

มีอะไรที่ควรจะใช้ได้ก็โปรดกรุณา ผม  
ขออาราธนาไว้กับท่าน

ขอให้คณะแพทย์ของเราจงมีความสุข  
ความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป และขอให้คณะ  
แพทยศาสตร์จงเป็นหลักศิลาของการแพทย์  
ต่อ ๆ ไปจนชั่วกาลนาน เทอญ

ด้วยความเคารพอย่างสูง

พ.ศ. หลวงวิมเนศประสิทธิ์วิทย์

(ขอบพระคุณในพรของท่านเลขที่หนึ่ง. ขอให้  
พวกเราช่วยกันรับไว้, และช่วยกันทำให้คณะแพทย-  
ศาสตร์วัฒนาสถาพรสมดังความปรารถนาดีของท่าน.)

## ๒. การใช้แอนติไมโครบิกในทางที่ผิด

หลังจากการใช้ เพนิซิลลิน มาเป็นเวลา  
๑๕ ปีแล้วได้พบการใช้ที่ไร้ประโยชน์, การ  
ปรับปรุุงทางการค้า, และผลเสียมาแล้ว.

การควบคุมทางการ นนมี ความมุ่งหมาย  
เพียงแต่เพื่อจะป้องกันการ ใช้ เพนิซิลลิน ใน  
ทางที่ไม่ถูกต้องเช่นการใช้เป็นยาอม, ยา

# ปกิณกะ

## ๑. จดหมายจาก “ท่านเลขที่หนึ่ง”

สำนักงานแพทย์ นาเกลือ  
วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๕  
เรียน ท่านบรรณาธิการสารคดีราชที่เคอพ  
นัชชิต ทราบ

ผมพลอยยินดีด้วยมาก ที่งานอันใหญ่ยิ่ง  
ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
ได้สำเร็จผ่านพ้นไปแลคงได้รับผลอันนงค-  
งามของคณะแพทย์เรา ตลอดจนข้าราชการ  
กระทรวงสาธารณสุข พ่อค้าทั้งเกดัสกรรม  
แลแขกทั้งหลาย ผู้มีใจเลื่อมใสศรัทธา  
ช่วยบำรุงกันบริษัทยุติมาก ๆ ในการกukul  
ส่วนตัวผมแลขอเสียดใจพลอย โด่งดังขึ้น  
ด้วยความอุปการะของคณะอาจารย์ช่วยพยุง

จนถึงได้รับพระราชทานเข็มيارุงการ  
กศลแลคณะแพทย์

มีอะไรที่ควรจะใช้ได้ก็โปรดกรุณา ผม  
ขออาราธนาไว้กับท่าน

ขอให้คณะแพทย์ของเราจงมีความสุข  
ความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป และขอให้คณะ  
แพทยศาสตร์จงเป็นหลักศิลาของการแพทย์  
ต่อ ๆ ไปจนชั่วกาลนาน เทอญ

ด้วยความเคารพอย่างสูง

พ.ศ. หลวงวิมเนศประสิทธิ์วิทย์

(ขอบพระคุณในพรของท่านเลขที่หนึ่ง. ขอให้  
พวกเราช่วยกันรับไว้, และช่วยกันทำให้คณะแพทย-  
ศาสตร์วัฒนาสถาพรสมดังความปรารถนาดีของท่าน.)

## ๒. การใช้แอนติไมโครบิกในทางที่ผิด

หลังจากการใช้ เพนิซิลลิน มาเป็นเวลา  
๑๕ ปีแล้วได้พบการใช้ที่ไร้ประโยชน์, การ  
ปรับปรุงทางการค้า, และผลเสียมาแล้ว.

การควบคุมทางการ นนมี ความมุ่งหมาย  
เพียงแต่เพื่อจะป้องกันการ ใช้ เพนิซิลลิน ใน  
ทางที่ไม่ถูกต้องเช่นการใช้เป็นยาอม, ยา

ทาภายนอกหรือการทำเช่นยาหยดแก้อ.  
ในปัจจุบันนี้พบว่ามีการใช้ แอนติไมโครบิก  
โดยไม่จำเป็นถึง ๕๐ ๒๕. และในบางแห่ง  
ปรากฏว่ามีการใช้ แอนติไมโครบิก มาก  
กว่าการใช้ แอสไพริน. ปัญหาเรื่องการใช้  
แอนติไมโครบิก ในทางที่ผิดนั้น, ก่อนอื่น  
ต้องทราบว่ามิใช่ผู้ช่วยจำนวนมากน้อยเพียงไร  
ที่ต้องการการรักษาด้วย แอนติไมโครบิก  
และเชื้อโรคชนิดใดที่ไวต่อ แอนติไมโคร-  
บิก. จากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่า การ  
รักษาด้วย แอนติไมโครบิก โดยไม่จำเป็น  
นั้นพบบ่อยในแพทย์เซตยศาสตร์แต่ในโรง-  
พยาบาลมีความจำเป็นมาก.

สาเหตุของการใช้ แอนติไมโครบิก ใน  
ทางที่ผิดคือ

๑. การรักษาโรคติดเชื้อเล็กๆ น้อยๆ :-  
ก่อนสมัย แอนติไมโครบิก, ไข้หวัด, โรค  
เจ็บคอ, ท้องร่วง, ฝักเล็กน้อย มักจะหายได้  
โดยไม่ต้องใช้ยาเฉพาะโรคแต่อย่างใด.  
โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเพียง ๕  
๒๕. เท่านั้นที่สาเหตุมาจากเชื้อ แบคทีเรีย  
ที่ไวต่อ แอนติไมโครบิก. การฝึกปรกติ  
เกี่ยวกับอาหาร, ยาถ่าย, การรบกวนทาง  
จิตใจ และ ไวรัส เป็นสาเหตุของโรคท้อง  
ร่วงซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้.

๒. การป้องกันโดยไม่จำเป็น :- จาก  
การศึกษาพบว่า การใช้ แอนติไมโครบิก  
ป้องกันการลุกลามของ แบคทีเรีย ในโรค  
ติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจจากเชื้อไว-  
รัส เช่น ไข้หวัดใหญ่ไม่ค่อยได้ผล, เพราะ  
แบคทีเรียมีส่วนร่วมด้วยเพียง ๐.๑-๐.๒  
๒๕. เท่านั้น. โรค ไวรัส ของสมอง, ลำไส้  
และผิวหนังกวนั้นผู้ติดเชื้อเช่นเดียวกัน. ใน  
เด็กที่เป็นหัดจะมีการติดเชื้อ แบคทีเรีย ใน  
พวกที่ไ้รับ แอนติไบโอติก ป้องกันมากกว่า  
ในพวกที่ไม่ได้ให้. การป้องกันนั้นไม่จำเป็น  
ในการผ่าตัดหรือการกระทำที่เกี่ยวกับฟัน  
โดย เทคนิค ที่สะอาดแล้วและไม่มีอาการ  
แทรกซ้อนหรือในผู้ป่วยที่ใส่หลอดสวนคา  
ตามต่างๆ นอกจากจะพบว่ามีการติดเชื้อ  
เกิดขึ้น.

๓. การรักษาโรคที่ยังวินิจฉัยไม่ได้ :-  
ในรายที่เป็นไข้ที่หาสาเหตุไม่ได้, การ  
พยายามใช้ แอนติไมโครบิก ย่อมมีมากขึ้น.  
เมื่อการวินิจฉัยโรคยังไม่ได้หรือเมื่อมีความ  
ต้องการ, ควรใช้ยาอย่างเคียวหรือถ้าจะ  
ใช้ร่วมกันต้องเป็นไปตามขนาดและตาม  
หลักการและในเวลาอันสมควร. เมื่อไม่ได้  
ผลควรจะงคและใช้อย่างอื่นแทนตามการบ่ง  
ชี้ทาง แบคทีเรีย. ส่วนมากที่ปฏิบัติกันมัก

เพิ่มขนาดและเพิ่มยาหลายอย่างเมื่อการรักษาเดิมไม่ได้ผล.

๔. การรักษาโรคที่ใช้ แอนติไมโครบิก ไม่ได้ผล:— อาการไข้ที่เกิดจากโรคบางอย่าง เช่นโรคในกลุ่ม คอลลาเจน เป็นต้น. โรค ไวรัส บางอย่างก็เช่นเดียวกัน.

๕. การใช้ยาเกินขนาดหรือไม่ถึงขนาด:— การใช้ยาเกินขนาดนอกจากจะไม่ได้ประโยชน์แล้วยังอาจเกิดผลเสียได้. ในระยะ ๒๐ ปีที่แล้วมา เพนิซิลลิน ๕๐,๐๐๐ หน่วยสามารถรักษาโรค บีนวโมเนีย ที่เป็นถึงภัยให้หายได้. ในปัจจุบันนี้มักใช้กันเป็นจำนวนถึงล้านหน่วย. การใช้ขนาดน้อยไปทำให้ไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้, ทั้งอาจคลุมอาการของโรคที่ร้ายแรงได้, และถ้าใช้ไปนาน ๆ ทำให้เชื้อโรคทนยาได้.

๖. การใช้ยาร่วมกันโดยไม่จำเป็น:— โดยทั่วไป แอนติไบโอติก ชนิดครอบจักรวาลอย่างเคียวควอร์จะเพียงพอ และยาส่วนมากในพวกนี้มฤตธิ์แอนติไมโครบิก คล้ายกัน. นอกจากวัณโรค, เยื่อภายในหัวใจอีกเสกชนิดของปัจจุบัน, เชื้อสตาฟีโลค็อกโคไคบางชนิด, และเชื้อโรคผสมเท่านั้นที่ควรใช้ แอนติไบโอติก รวมกัน. อย่างไรก็ตาม, สะเตร็บโตมัยซิน, โนวัวไบโอซิน, อีริธโรมัยซิน ไม่ควรใช้ตามลำพังในโรค

ติดเชื้อที่เกิดจาก แบคทีเรีย ทันทอ แอนติไบโอติก หลายอย่าง.

๗. การใช้เฉพาะที่หรือการใช้ภายนอก:— การใช้ แอนติไมโครบิก ในโรคผิวหนัง, และเยื่อ ทำให้เกิดการแพ้ได้ง่าย, ทั้งยาผ่านไปไม่เต็มและได้ผลน้อย. นอกจากนั้นการติดเชื้อตามเยื่อต่าง ๆ นั้นการใช้ยาที่ให้ทางระบบไหลเวียนก็ได้ผลคืออยู่แล้ว. การใช้ภายนอกควรเลือกใช้ยาบางอย่างซึ่งตามปรกติไม่ให้เข้าไปในร่างกายเพราะพิษของมัน ทั้งการใช้เช่นนี้ยังหลีกเลี่ยงการแพ้ยาเมื่อนำ แอนติไบโอติก ไปใช้กับการติดเชื้ออย่างรุนแรง.

๘. ความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวและการใช้ยาเอง:— ถึงแม้แพทย์จะไม่ได้สั่งยาให้แต่ผู้ป่วยมักไปซื้อยากินเอง, และแม้แต่ตัวแพทย์เองมักมียาติดไว้ในกระเป๋าเพื่อหยิบกินเมื่อเป็นเพียงเล็กน้อย.

๙. การโฆษณา:— การโฆษณามักทำเกินขอบเขต เช่นโฆษณาว่า แอนติไมโครบิก รักษาโรคที่เกิดจากเชื้อ ไวรัส ได้. อาจมีผู้เห็นคล้อยตามและนำไปใช้ในทางที่ไม่เป็นประโยชน์.

(รวบรวมจาก Med. Clinic. North America. 1961, 45: 845-855.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

ก. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๔)

๒๓๑๕. grafting, nerve การตอนต่อเส้นประสาท  
 grafting, skin การตอนต่อหนัง  
 graphology วิทยาอ่านลายมือ  
 graphomania โรคบ้าเขียนหนังสือ  
 graphophobia โรคกลัวหนังสือเขียน  
 grave ร้ายแรง, หนักหน่วง  
 Graves'disease โรคคอพอกตาพอง  
 gravid ท้อง, ตั้งครรภ์  
 gravida หญิงมีครรภ์
๒๓๒๔. gravidic เกิดระหว่างตั้งครรภ์  
 ๒๓๒๕. gravidism, gravidity การตั้งครรภ์  
 ๒๓๒๖. grinders กราม  
 ๒๓๒๗. gripe อาการปวดบีบในท้อง  
 ๒๓๒๘. grippe ไข้หวัดใหญ่  
 ๒๓๒๙. gristle กระดูกอ่อน  
 ๒๓๓๐. groin บริเวณขาหนีบ, บริเวณไข่ตัน  
 ๒๓๓๑. groove ร่อง  
 ๒๓๓๒. gums เหงือก  
 ๒๓๓๓. gustation การชิม, การร่ำรส  
 ๒๓๓๔. gustatory เกี่ยวกับการร่ำรส  
 ๒๓๓๕. gut ลำไส้  
 ๒๓๓๖. gynecologist นรีแพทย์  
 ๒๓๓๗. gynecology นรีเวชวิทยา  
 ๒๓๓๘. gynecopathy, gynopathy โรคเฉพาะสตรี  
 ๒๓๓๙. gynophobia, gynophobia โรคกลัวสตรี  
 ๒๓๔๐. gynaiatrics, gynaistry การรักษาโรคเฉพาะสตรี  
 ๒๓๔๑. gyration หมุนแบบลูกข่าง  
 ๒๓๔๒. gyrus รอยนูน  
 ๒๓๔๓. hairache อาการปวดโคนผม  
 ๒๓๔๔. halation ตาพร่าแสง  
 ๒๓๔๕. half-life ระยะครึ่งชีวิต  
 ๒๓๔๖. halitosis ลมหายใจเหม็น
- halitus ลมหายใจออก, ไอระเหยออก  
 hallex, hallux นิ้วหัวแม่เท้า  
 hallucal เกี่ยวกับนิ้วหัวแม่เท้า
๒๓๕๐. hallucination ประสาทหลอน, จิตหลอน,  
 ๒๓๕๑. hallucination, auditory ประสาทหลอนทางเสียง, จิตหลอนทางหู, หูหลอน  
 ๒๓๕๒. hallucination, olfactory ประสาทหลอนทางกลิ่น, จิตหลอนทางจมูก, จมูกหลอน  
 ๒๓๕๓. hand, claw มือหงิก  
 ๒๓๕๔. hand, drop มือห้อย  
 ๒๓๕๕. harelip ปากแหว่ง  
 ๒๓๕๖. harelip, double ปากแหว่งคู่  
 ๒๓๕๗. harelip, single ปากแหว่งเดี่ยว  
 ๒๓๕๘. hay fever ไข้แพ้งาง  
 ๒๓๕๙. helcology วิทยาว่าด้วยแผลเบ้อย  
 ๒๓๖๐. helcoma แผลเบ้อยที่กระจกตา  
 ๒๓๖๑. helcosis การเกิดแผลเบ้อย  
 ๒๓๖๒. heliopathia โรคเกิดจากแสงแดด  
 ๒๓๖๓. heliophobia โรคกลัวแสงแดด  
 ๒๓๖๔. heliosis อาการแพ้แดด  
 ๒๓๖๕. helminth หนอนพยาธิ  
 ๒๓๖๖. helminthagogue ยาขับ (หนอน) พยาธิ  
 ๒๓๖๗. helminthemesis การเอาเจ็ชมนี่ (หนอน) พยาธิ  
 ๒๓๖๘. helminthiasis โรคมี่หนอนพยาธิ, โรคเกิดจากหนอนพยาธิ  
 ๒๓๖๙. helminthic เกี่ยวกับหนอนพยาธิ, ยาขับ (หนอน) พยาธิ  
 ๒๓๗๐. helminthicide ยาฆ่า (หนอน) พยาธิ  
 ๒๓๗๑. helminthology วิทยาว่าด้วยหนอนพยาธิ  
 ๒๓๗๒. hemacyte เซลล์เลือด  
 ๒๓๗๓. hemacytometer เครื่องนับเม็ดเลือด  
 ๒๓๗๔. hemacytometry การนับเม็ดเลือด  
 ๒๓๗๕. hemacytopoiesis การสร้างเม็ดเลือด

๒๓๗๖. hemafacient ชั่งสร้างเม็ดเลือด  
 ๒๓๗๗. hemafecia อุจจาระมีเลือด  
 ๒๓๗๘. hemagglutination การจับกลุ่มของเม็ดเลือด  
 ๒๓๗๙. hemagogic ชั่งขับเลือด, ชั่งขับระดู  
 ๒๓๘๐. hemagogue ยาขับเลือด, ยาขับระดู  
 ๒๓๘๑. hemal เกี่ยวกับเลือด  
 ๒๓๘๒. hemanalysis การวิเคราะห์เลือด  
 ๒๓๘๓. hemangiectasia, hemangiectasis การขยายของหลอดเลือด  
 ๒๓๘๔. hematherapy, hemotherapy การรักษาด้วยเลือด  
 ๒๓๘๕. hematic เกี่ยวกับเลือด, อยู่ในเลือด, ยาบำรุงเลือด  
 ๒๓๘๖. hematimetry การนับเม็ดเลือด  
 ๒๓๘๗. hematocolpometra เลือดระดูขังในมดลูกและช่องคลอด  
 ๒๓๘๘. hematocolpos เลือดขังในช่องคลอด  
 ๒๓๘๙. hematocytometer เครื่องนับเม็ดเลือด  
 ๒๓๙๐. hematocytopenia เซลล์เลือดน้อย  
 ๒๓๙๑. hematocytosis เซลล์เลือดมาก  
 ๒๓๙๒. hematocyturia บัสสาวะมีเซลล์เลือด  
 ๒๓๙๓. hematologist ผู้ชำนาญโลหิตวิทยา  
 ๒๓๙๔. hematology โลหิตวิทยา  
 ๒๓๙๕. hemolysis การละลายเม็ดเลือด  
 ๒๓๙๖. hemolytic ชั่งละลายเม็ดเลือด  
 ๒๓๙๗. hematometra เลือดขังในมดลูก  
 ๒๓๙๘. hematonic ยาบำรุงเลือด  
 ๒๓๙๙. hematopathology โลหิตพยาธิวิทยา  
 ๒๔๐๐. hematopenia เลือดน้อย  
 ๒๔๐๑. hemopericardium เลือดขังในถุงหุ้มหัวใจ  
 ๒๔๐๒. hemoperitoneum เลือดขังในช่องท้อง  
 ๒๔๐๓. hematophagia, hematophagy การดื่มเลือด  
 ๒๔๐๔. hematophagous กินเลือด, เสียชีวิตด้วยเลือด  
 ๒๔๐๕. hematophobia โรคกลัวเลือด  
 ๒๔๐๖. hematopiesis ความดันเลือด  
 ๒๔๐๗. hematoplasia ระดูออกผิดที่  
 ๒๔๐๘. hematopoiesis การสร้างเลือด  
 ๒๔๐๙. hematopoietic เกี่ยวกับการสร้างเลือด  
 ๒๔๑๐. hemotherapy การรักษาด้วยเลือด  
 ๒๔๑๑. hematothorax เลือดขังในทรวงอก  
 ๒๔๑๒. hematotoxic เกี่ยวกับพิษต่อเลือด

อ.ก.

### การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ชื้อและนามสกุลให้ชื้อเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศึรวิราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

# แผนกข่าว

## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๒,๗๕๗	๑,๓๕๕	๑,๖๑๕	๑,๓๘๓	๑,๗๒๔	๔๕๓	๕,๐๓๑
เก่า	๔,๒๕๐	๒,๓๐๕	๓,๔๐๓	๒,๐๓๓	๓,๔๕๔	๗๔๓	๑๖,๒๒๘
รวม	๖,๗๐๗	๓,๖๖๐	๕,๐๑๘	๓,๔๑๖	๕,๑๗๘	๑,๑๙๖	๒๑,๒๕๕
<u>ใน</u>	๒๕๖	๓๕๐	๑,๓๑๔	๑๗๐	๓๕๕	—	๒,๔๔๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๕๘. จักษุฯ ๕๕๘. สูติ-นารีฯ ๕๕๒. รวม ๑,๖๐๘ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๐๖, หญิง ๔๖๗, รวม ๙๗๓. คลอดตาย, ชาย ๖, หญิง ๗, รวม ๑๓.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๓ คน (๗.๐๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๓ ราย (๓๖.๔/ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๖๗ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๕๒ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๓๐๑ ครั้ง, รวม ๗๕๐ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซเรย์ ๓,๘๗๒ คน, รักษาใหม่ ๕๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๖๓ ครั้ง. รวดเดียวรักษา ๑๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๘ ครั้ง, ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ ๑ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๖ ครั้ง. รัดไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๒๗ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๕ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๓๓ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๗๗๘ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๘๘๑ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๓ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๗๗๓ ชิ้น. ตรวจเนื่องจากการผ่าตัด ๑,๕๗๔ ราย (จากภายนอก ๒๐๘ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๐ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น ๒ ราย. วัณโรคแมนและคาห์น ๒,๑๐๐ พอด บันเน็ล ๕ ราย. การตรวจ อาร์.เอช. ๓ ราย โคลด์ ๔ ราย หมู่เลือด ๑๔๘. นับเม็ดเลือด - ราย. วัตซ์โมโกลบิน - . ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด - . เวลาโปรธรอมบิน ๓ ราย. หาเชื้อบักเตรี - . ตรวจน้ำไขสันหลัง ๔๑, อุจจาระ ๕, ปัสสาวะ ๖, เสมหะและอื่นๆ - . เพาะเชื้อจากเลือด ๓๗๒, อุจจาระ ๑๐๒, ปัสสาวะ ๑๕๑, น้ำไขสันหลัง ๓๘, เสมหะและอื่นๆ ๔๔๑. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๑. นิติสัตว์ทดลอง ๑ . เพาะเชื้อบิต ๑๘. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๓๑. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี ๒๖. ตรวจศพนิติเวช ๔๑. ตรวจวัตถุพยาน ๕. การตรวจผู้ป่วยคดี ๘๔. การตรวจวิเคราะห์ ๑๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๘. เจาะน้ำสันหลัง ๑๑. เจาะตับ ๑๘. เจาะน้ำช่องปอด ๑๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔. ฉีดยาทั่วไป ๑,๔๘๘. ฉีดยาซีฟาลีส ๑๘. เบาหวาน ๑,๓๓๒. กลืนก้อนโรค ๒๓๐.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๐๘. ถอนฟัน ๗๒๘. อุดฟัน ๓๗๔. ผ่าตัดช่องปาก ๖๐.

( โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ )

ประชุมวิชาการประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนกรกฎาคม ๒๕๐๕ ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม เวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่องที่น่าสนใจ คือ :

๑. การทดสอบหน้าที่ตับ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับแอลคาไลน์ฟอสฟาเทส และ โกลบูลินซีรั่ม โทกราฟี โดยวิธีฉีด, ศาสตราจารย์ น.พ. วิจิตร วิรานนท์, น.พ. อภิชัย เปล่งวาณิช และ พ.ญ. เจียมจิตต์ กัลยาศิริ แห่งแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

๒. วิธีการรักษาโรคอีซัสสปริงก์แบบใหม่ โดยการผ่าตัด, น.พ. พลภัทร ตาละลักษมณ์ และ น.พ. กำธร สุขโรจน์ แห่งแผนกศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

พิธีพระราชทานอนุปริญญาบัตรพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัย เมื่อวันที่

๑๖ กรกฎาคม ๒๕๐๕ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จมายังหอประชุมราชแพทยาลัย, ประทับเป็นประธานในงานพระราชทานอนุปริญญาบัตร.

สมเด็จพระองค์ประธานได้เสด็จลงมณฑล

พิธีเมื่อเวลา ๑๕.๐๐ น., ทรงทูลขยับเขยื้อนเครื่องนมัสการแล้ว อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กราบทูลรายงาน, ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัยเสนอรายชื่อผู้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร. องค์ประธานพระราชทานอนุปริญญาบัตร. พระสงฆ์สวดชัยมงคลคาถา ผู้ได้รับอนุปริญญากล่าวคำปฏิญาณแล้วรับพระราชทานรางวัล. สมเด็จพระองค์ประธานพระราชทานโอวาทแก่ผู้ได้รับอนุปริญญาบัตรเสร็จแล้วเสด็จกลับ.

ผู้สำเร็จ การศึกษาตาม หลักสูตร อนุปริญญาบัตรพยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัยครั้งนี้ มี : (๑) ผู้สำเร็จหลักสูตร ๔ ปี (รับจากผู้สำเร็จ ม. ๖) ๘๘ คน (๒) ผู้สำเร็จหลักสูตร ๓ ปี (รับจากผู้สำเร็จม. ๘) ๘๖ คน รวม ๑๗๔ คน.

ข่าวห้องสมุด

หนังสือตำราที่ได้รับใหม่ ได้มีสถาบันและบุคคลครุฑวิชาบริจาคตำราแพทยศาสตร์แก่ห้องสมุดกลางของคณะคือ :

(๑) ไชนา เมคิลล์ ขอรัก ได้ส่งตำราแพทย์ใหม่ๆ มาให้ห้องสมุดเป็นจำนวนหลายเล่ม. ผู้สนใจขอไปดูจากเจ้าหน้าที่.

(๒) น.พ. ยศวร สุขุมาลจันทร์ ได้ส่งหนังสือ Clinical applications of cardiopulmonary physiology, ซึ่ง Dr. Henry William เป็นผู้แต่ง, มาให้ห้องสมุด ๑ เล่ม. ท่านผู้นี้เป็นศิษย์เก่าที่สนใจส่งตำราแพทย์มาบำรุงห้องสมุดของโรงเรียนอยู่เนืองๆ. (๓) ทนุ คอมมอนเวลธ์ ได้ส่งหนังสือ Prothrombin (W.H. Seegers) มาให้ ๑ เล่ม.

ชมกิจการห้องสมุด เมื่อวันที่ ๒๕

มิถุนายน ๒๕๐๕ เวลา ๕.๐๐ น., คณะอักษรศาสตร์, ๖ ฟ้าลงกรณมหาวิทยาลัย, ได้นำนิสิตบรรณารักษศาสตร์จำนวน ๓๓ คน, มาชมกิจการห้องสมุดของคณะฯ. ในโอกาสนี้ เจ้าหน้าที่ห้องสมุดได้พาชมกิจการและให้คำอธิบายอย่างแจ่มแจ้ง, ซึ่งเป็นที่พอใจแก่บรรดานิสิตทุกคน.

เข้าผู้ทำงาน โรงพยาบาลหญิงได้ส่ง น.ส. อนงค์นารถ กลัดยางกร, บรรณารักษ์มาผู้ทำงานห้องสมุดระหว่างวันที่ ๖ กรกฎาคม ถึง

วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๐๕.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๕ น.พ. อีซาโอ มากาทานิ, หัวหน้าแผนกคอนแทคต์เลนส์ของมหาวิทยาลัยยเซ็นโต, โตเกียว, ได้มาเยี่ยมแผนกจักขุวิทยาฯ และฉายภาพเกี่ยวกับเรื่องคอนแทคต์เลนส์ให้ดู ซึ่งเป็นที่พอใจแก่บรรดาอาจารย์และเจ้าหน้าที่ของแผนกผู้ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี.

สับเปลี่ยนอาจารย์ เพื่อให้ราชการดำเนินไปด้วยดี ทางราชการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้อนุมัติให้มีการสับเปลี่ยนอาจารย์ในแผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กับแผนกกายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. นครเชียงใหม่ คือ: พ.ญ. อรรถ สันตคสิต กับ พ.ญ. ผกา ศรัวณิช (เชียงใหม่). ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๐๕ เป็นต้นไป.

## บันทึกงานฉลองเจ็ดสิบสองปี (๓)

### กิจกรรมของแผนกสุติศาสตร์นรีเวชวิทยา

(๑) การแสดงที่อาคารแสดงวิชาการของแผนก, ได้พยายามนำตัวอย่างแสดง “ของจริง”, ภาพ และเรื่องที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนทั่วไปมาแสดงเป็นจำนวนมาก.

ในอาคารแสดงวิชาการของแผนกมีผู้เข้าชมแน่นตลอดงาน. ประชาชนส่วนมากมักจะวนเวียนชมอยู่คนละไม้น้อยกว่า ๓๐ นาที, และมีหลายคนที่ชมและซักถามอยู่นานเป็นชั่วโมง. แพทย์, พยาบาล และนักศึกษาที่เผด็จการทำหน้าที่อธิบายอย่าง “ไม่หยุคปาก” ตลอดเวลา. ทั้งนี้ได้มีโอกาสทำให้ผู้มาชมเข้าใจคุณค่าของการฝากครรภ์, การคลอดในโรงพยาบาล, ทราบถึงอาการของโรคสำคัญ ๆ ทางสุติศาสตร์นรีเวชวิทยา, พร้อมทั้งได้มีโอกาสแก้ความเข้าใจผิดต่าง ๆ เช่น “รกบินไปเกาะหัวใจ” ฯลฯ.

(๒) การแสดงการผ่าตัดโรคทางนรีเวชวิทยา, เช่นเนื้องอกของรังไข่, ครรภ์นอกมดลูก ฯลฯ, โดยอาจารย์และพยาบาลห้องผ่าตัดแผนกสุติศาสตร์, ร่วมมือกับแผนกศัลยศาสตร์ทำการผ่าตัดทั้งหมด ๔ ครั้ง.

(๓) การบรรยายสำหรับประชาชนโดยอาจารย์ของแผนก. บรรยายเรื่อง “ประจำเดือน” ๒ รอบ และ การคุมกำเนิด, สำหรับประชาชน ๔ รอบ, ที่ห้องบรรยายพยาธิวิทยา.

(๔) การแสดงเรื่องมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ร่วมกับสถาบันมะเร็ง.

(๕) การหาเงินรายได้ให้งาน ๗๒ ปี. เนื่องจากแผนกมีจุดมุ่งหมายสำคัญไปในทางเผยแพร่ความรู้ทางแพทย์, เป็นวิทยาทานแก่ประชาชนทั่วไป, และเนื่องจากการตรวจต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเฉพาะสตรี เป็นเรื่องค่อนข้าง “ลับเฉพาะ” ไม่เหมาะที่จะจัดบริการพิเศษในงานเพื่อหาเงินรายได้, แผนกจึงพึ่งแต่ช่วยขายหนังสือศิริราชบรรณาการเป็นจำนวนประมาณ ๒,๐๐๐ เล่ม และขายหนังสือแนะนำการตั้งครรภ์, คลอด อีกข้างเพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน.

ความเห็นของแผนกสถิติศาสตร์ ฯ

(๑) การจัดงานเพียง ๕ วันน้อยเกินไป, จึงต้องต้ออีกตามความคาคหมายล่งหน้าของหลายท่าน. การจัดงานโดยกะทันหัน, ทำให้ล้ายากกับการจัดเวรเฝ้า, เพราะแพทย์ที่มาเฝ้าทุกคนม้งานที่ต้องทำอยู่ทางแผนกด้วย. เมื่อครงงานฉลอง ๖๐ ปี ศีรราชก็ต้อต้อเช่นเดียวกัน. จากบทเรียน ๒ ครังนี้ ถ้าม้งานฉลองทำนองนอก, ควรจะจัดเป็น ๗ วันเสียตั้งแต่ต้น และไม่มีการต้ออีก.

(๒) เนื้อของอาคารแสดงวิชาการที่จัดไว้ให้แต่ละแผนกน้อยเกินไป, และทางเดินกลางก็แคบ, เพราะมีโต๊ะนั่งถึงที่สำหรับผู้มาชมอย่างล้นหลาม. ขันงานก็ประสมมาครงหนึ่งแล้วเมองานฉลอง ๖๐ ปี. การเข้าชมการแสดงวิชาการนี้จะต้อใช้เนื้อที่มาก, เพราะผู้ชมแต่ละคนมักจะหยุดซักถามและฟังคำอธิบายอยู่เป็นเวลานาน. ถ้าแน่นเกินไปผู้มาชมทางค่านหลังจะเบียดเข้ามาและจะร้อนอบอ้าวมาก, จนประชาชนหมดความสนใจ, หรือหมดโอกาสที่จะฟังและไต่ถามสิ่งทีตนข้องใจต่าง ๆ ได้.

(๓) มหรสพต่าง ๆ เห็นว่าไม่จำเป็น, เพราะเท่าที่ปรากฏส่วนมากมีแต่เด็กเล็ก ๆ ไปดูเป็นกลุ่มย่อย ๆ เท่านั้น. ส่วนใหญ่ต้งใจมากูต่านวิชาการ. การมีมหรสพทำให้บริเวณงานแคบไป. นอกจากนั้นเสียงมหรสพต้งรบกวนการบรรยายสำหรับประชาชนรอบ ๒๐.๐๐ น. มาก. เนื่องจากไปต้งอยู่ใกล้ห้องบรรยาย.

(๔) การข้ามเรือจากท่าพระจันทร์มาคีรีราช ยังสับสนและแน่นมาก. ประชาชนไม่น้อยต้งกลับเพราะข้ามเรือไม่ได้ (ทรายจากพ่อค้าบริเวณท่าพระจันทร์). ทางที่ควรเข็ดพิเศษที่ท่าสถานีบางกอกน้อยด้วย. เพราะไม่ไกลจากประตูทางเข้านักและควรเพิ่มเรือให้มากขึ้น.

อย่างไรก็ตามความขกพร่องนเป็นเพียงสิ่งเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผลสำเร็จอันยิ่งใหญ่จากงาน.

(ยังมีต้อ)

## ของแถม

### การรักษาโพรงวัณโรคที่เป็นใหม่ ๆ

ในการรักษาผู้ป่วยที่มีโพรงวัณโรคใหม่ ๆ ๒๑ คนด้วยการใช้ยาฆ่าวัณโรค ร่วมกับ เปรีคินโซโลน เปรียบกับอีกพวก ๒๑ คนที่ใช้ยาฆ่าวัณโรคแต่อย่างเดียว. ในพวกที่ใช้ เปรีคินโซโลน ร่วมด้วยโพรงปิดในเวลาเฉลี่ย ๖๑ วัน. ส่วนอีกพวกหนึ่งโพรงปิดในเวลาเฉลี่ย ๑๒๑ วัน. การที่โพรงวัณโรคปิดได้เร็วและแน่นอนนั้นเนื่องมาจากฤทธิ์ต่อต้าน เอ็กซูเดต ของ เปรีคินโซโลน. ทิสซู รอยๆ โพรงคงความยืดหยุ่น. ไม่มี อะคิ-เล็กเตลีส รอย ๆ โพรง. แผลหายโดยเหลือแผลเป็นน้อยซึ่งทำให้โพรงปิดง่ายขึ้น. ขนาดของ เปรีคินโซโลน คือ ๐.๔ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. จนกว่าผนังของโพรงวัณโรคมองเห็นได้ยากในภาพ เอ็กซเรย์ แล้วจึงค่อย ๆ ลดขนาดลง. นอกจากนี้ เปรีคินโซโลน ยังอาจช่วยระงับการไหลเป็นเลือดได้ภายในเวลาสองสามชั่วโมงอีกด้วย.

(Sabjica, B., M. Mrakovic (Zagreb): Tuberkulosearzt 1961, 5: 325. อ้างถึงใน Medical Mirror 1961(6), 15.)

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.