



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ปีที่ ๑๔, ฉบับที่ ๑๑, พฤศจิกายน ๒๕๐๕

Volume 14, Number 11, November 1962.

อาการปวดศีรษะในเด็ก

อรุณ เนตรศิริ Dr. med. (Jena), D.T.M. (Hamburg), พ.ด. (กิตติมศักดิ์)
(ศาสตราจารย์, หัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์)

อาการปวดศีรษะสำหรับเด็กโดยทั่วไปมีความสำคัญน้อยกว่าอาการอื่น ๆ เช่น ชักกระตุกหรืออาเจียน. เพราะเหตุนี้ในเด็กจึงไม่ค่อยพบมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการนี้. ทารกนั้นแม้จะปวดศีรษะได้, แต่ก็บอกไม่ได้. แต่ถ้าสังเกตให้ดี, จะเห็นว่าทารกแสดงออกซึ่งการปวดศีรษะเหมือนกัน, โดยการแหว่งแขนคว่ำไปทางศีรษะบ่อย ๆ, ขวนหน้า, ตึงผม, หน้าผากย่น, ร้องกวนมาก, และบางคนอาจสิ้นศีรษะด้วย. ส่วนเด็กเล็กถึงแม้จะรู้สึกปวดที่บอกตำแหน่งของอาการปวดไม่ได้. ตามธรรมดาเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบมักไม่บ่นเรื่องอาการปวดศีรษะ.

เรื่องย่อ .เนตรศิริ, อรุณ. อาการปวดศีรษะในเด็ก. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๒), ๑๔ : ๖๑๗-๖๓๖.

ในงานวนคนไข้เด็กอายุ ๕ ถึง ๑๒ ปี ๒,๔๕๑ คน มี ๑๖ คนที่ปวดศีรษะ. โรคคอและจุก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งไซนัสอักเสบ, เป็นเหตุบ่อยที่สุด. นอกนั้นมีโรคติดเชื้อ, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ไมเกรนและภาวะทางจิต. คนไข้ที่เป็นโรคลายในกระโหลกศีรษะ ๑,๒๒๐ คน มีปวดศีรษะเป็นอาการนำเพียง ๗.๓๗ ปช., ซึ่งอาจเป็นเพราะมีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบเป็นส่วนมาก. เนื้องอกในสมองเป็นเหตุปวดศีรษะบ่อย. การเจาะน้ำสันหลังใช้รักษาได้, แต่ต้องระวัง. ก่อนตัดสินใจว่า เด็กปวดศีรษะเพราะจิตใจ จำต้องตรวจร่างกายให้ละเอียดก่อนเสมอ. ไมเกรนมีบ่อยในเด็กโต. เด็กเล็ก ๆ อาจมีอาการแปลก ๆ ซึ่งต้องวินิจฉัยแยก. การรักษาควรมุ่งถึงเหตุและการใช้ยาระงับปวดต้องระวังมากในเรื่องพิษของยา. การรักษาด้วยน้ำมีโปะโซชน์ในรายโรคติดเชื้อ.

อาการปวดศีรษะจึงมีความสำคัญเฉพาะ
เด็กโตเท่านั้นเป็นส่วนมาก.

ในระหว่างวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ถึงวันที่
๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๓, คือภายใน ๒๕
วัน, ได้มีเด็กมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยเด็ก
นอกของโรงพยาบาลศิริราช ๒,๔๕๑ คน.
ในจำนวนนี้มีเด็กมาตรวจโดยมีอาการปวด
ศีรษะเป็นอาการสำคัญ ๑๖ ราย. เป็นเด็ก
อายุระหว่าง ๕ ถึง ๑๒ ปี. จากการวินิจฉัย
โรคปรากฏว่าสาเหตุของอาการปวดศีรษะ
ในผู้ป่วย ๑๖ รายนั้น จำแนกได้ดังนี้ :

Sinusitis	๗	ราย
Pharyngitis	๓	ราย
Otitis media	๑	ราย
Enteric fever	๒	ราย
Purulent meningitis	๑	ราย
Psychogenic Headache	๑	ราย
Migraine	๑	ราย

จากตัวเลขเหล่านี้ เห็นได้ว่าสำหรับเด็ก
ในกลุ่มโรคห, คอ, จมูกและ ไซนัส เป็น
สาเหตุสำคัญที่สุดของอาการปวดศีรษะ.
ส่วนกรณีอื่น ๆ ถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วย
น้อยมาก, แต่ละโรคก็เป็นโรคตัวอย่างที่มี
อาการปวดศีรษะเป็นอาการสำคัญทั้งสิ้น.

อาการปวดศีรษะเนื่องจากโรค ไซนัส- ไซติส

โรคนี้พบเด็กเป็นบ่อยมาก. ตามปรกติ
มักเป็นเด็กโต ในจำนวน ๗ รายข้างบน,
ปรากฏว่าเป็นเด็กอายุระหว่าง ๑๑ - ๑๒
ปี ถึง ๖ คน. เด็กพวกนี้มักมีประวัติเกิด
การติดเชื้อของทางหายใจตอนบนบ่อย ๆ.
บางคนก็เป็นคออักเสบ, เป็น อีทีนอยด์ มี
ต่อมที่อนซิล โต. บางคนก็เป็น แอลเลอร์-
ยี. โดยมากมักมีไข้สูงปานกลางหรือไข้
ต่ำ ๆ, มีอาการคัดจมูก, มีน้ำมูกเขียว
เป็นหนอง. ในรายที่เป็นอย่างปัจจุบัน มี
ปวดศีรษะเป็นอาการสำคัญ. แต่รายที่เป็น
เรื้อรังมักไม่ใคร่ปวด. อาการปวดศีรษะเกิด
ขึ้นเนื่องจากการอักเสบที่เยื่อเมือกของปาก
ช่อง (ออสเทียม) ของ ไซนัส, และมีเลือด
คั่งที่กระดูก เทอร์บีเนต ซึ่งอักเสบด้วย.
Wolff กล่าวว่าบริเวณปากช่อง ใน ไซนัส
เป็นตำแหน่งที่เจ็บปวดมากที่สุด. ตาม
ธรรมดา ไซนัส ไทน์อักเสบ, อาการปวด
เจ็บก็มักอยู่ที่บริเวณ ไซนัส นั้น. ในรายที่
แมกซิลลารีย์ ไซนัส อักเสบปัจจุบัน, ความ
เจ็บปวดก็มักปรากฏที่บริเวณแก้มข้างที่เป็น
หรือที่กรามบน. ตอนเช้ามักไม่ใคร่ปวด.
แต่จะปวดมากขึ้นในตอนเย็น (Daniel C.

๑๐ และประสาทจากคอคอนขมร่วมกัน.

ถ้ามีพยาธิสภาพที่, เรามักพบการอักเสบเฉพาะที่, เช่นเป็นผื่นที่คอคอนนอก, เป็น โอไตติส มีเคียว หรือเป็น มาสคอปไตติส.

ผื่นที่คอคอนนอกพบได้บ่อยในเด็กและทำอาการปวดเจ็บห้อย่างมาก. บ้างเวลาเคี้ยวอาหารยังปวดมากจน. ถ้ามีผลไชหรือ เทรกัส (Tragus) ก็เจ็บปวดด้วย, และบริเวณรอบพบที่ด้านหลังหมักจะร้ายเนื่องจากขวม.

ในรายที่เป็นโอไตติส มีเคียว บ้างขึ้นซึ่งเด็กเช่นกันมาก, อาการปวดเกิดขึ้นเนื่องจากความกดดันของสิ่งซึมเยิ้ม (exudate) ที่เกิดขึ้นรวดเร็วจากการอักเสบ, มักปวดมาก, ปวดลึกอยู่เรื่อย, และจำเป็นต้องใช้ยาระงับปวด. แต่เมื่อเขอแก้วหูแตกเอง, หรือโดยการเจาะ, อาการปวดจะหายไปทันที. สำหรับการวินิจฉัยควรระวังถึงด้วย. ถ้าทารกเป็นหวัดอยู่และร้องควนมากในเวลากลางคืน, ต้องตรวจดูเขอแก้วหู, ซึ่งอาจแสดงอาการอักเสบ, ขวมและบางที่กัโป่ง. มาสคอปไตติส บ้างขึ้นมักเป็นภายหลังเป็น โอไตติส มีเคียว, ทำอาการปวดเจ็บที่ขุมกหนู (มาสคอปต์) และปวดศีรษะลึกใน

ข้างที่เป็น. อาการปวดเจ็บส่วนใหญ่เนื่องมาจากเยื่อหุ้มกระดูกอักเสบ. บางทีอาจเนื่องจากการอักเสบของ ครา มาเทอร์ ก็ได้. ขุมกหนูขวมและกดเจ็บ, มีหนองไหลออกจากหู. ถ้าสังสัย เอ็กซเรย์ จะช่วยในการวินิจฉัย.

จาก มาสคอปไตติส อาจเกิด ธรอมโบสิส ของ ละเทอร์วัล ไชนัส ก็ได้, ซึ่งจะทำอาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงที่บริเวณข้างหลังหูของข้างที่เป็นโรค.

อาการปวดศีรษะเนื่องจากสาเหตุทาง

ตา

— นัยน์ตาเขลี่ย (eye-strain) เนื่องจากมีความขบพร่องเกี่ยวกับหักแสงของตาเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการปวดศีรษะในเด็ก. เด็กพวกนี้มักมาหากุมารแพทย์ก่อน. แต่การตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติที่จะอธิบายสาเหตุของการปวดศีรษะได้. เหตุที่ทำให้สงสัยความผิดปกติทางตากเพราะเด็กมีประวัติปวดศีรษะอยู่นานแล้ว, มักมีอาการเมื่อยไซ้สายตามากๆ. ตอนเช้าไม่ปวด, แต่มาปวดในตอนบ่าย. ถ้าได้นอนหลับอย่างสบายอาการปวดก็ดีขึ้น. วันใดมีการข้านมากต้องดูหนังสีส้มมาก, ก็มักปวดเสมอ. นอกจากนั้นตำแหน่งของ

อาการปวดศีรษะมักจะตั้งต้นรอบ ๆ ตาก่อน แล้วกระจายไปที่หน้าผากและขมับ. ในกรณีการวินิจฉัยที่แน่นอน และการปฏิบัติรักษาเป็นภาระของจักษุแพทย์โดยเฉพาะ.

อาการปวดศีรษะเนื่องจากโรคติดเชื้อ

อาการปวดศีรษะมักเกิดขึ้นเสมอเมื่อเด็กเป็นโรคติดเชื้อ, ไม่ว่าจะเนื่องจากเชื้ออะไร, บักทีเรีย, ไวรัส โปรโตซัวหรือปรสิต. โดยเหตุที่โรคติดเชื้อเป็นโรคสามัญสำหรับเด็ก, อาการปวดศีรษะจึงพบได้มากในกรณี. อาการปวดศีรษะมักเกิดขึ้นในระยะแรกเริ่มของโรคเมื่อมีอาการเป็นไข้. ตามปรกติเมื่อใช้ลดอาการปวดศีรษะก็บรรเทาลงด้วย. อาการปวดมีลักษณะกระจายทั่วศีรษะ. สำหรับใช้ทายฟอยล์ ซึ่งพบเป็นตัวอย่างของโรคในกุ่มัน อาการปวดศีรษะจะเกิดขึ้นแล้วตั้งแต่ระยะต้นของโรค, ปวดมากในสัปดาห์แรกและลดน้อยลงในสัปดาห์ที่ ๒.

ในด้านการรักษาอาการปวดศีรษะเนื่องจากโรคติดเชื้อ, นอกจากการรักษาโรคที่เด็กเป็นอยู่โดยเฉพาะ ควรจะพยายามใช้ยาสีโรเธอราบี เพอลดอาการไข้. การวางกระเป๋าน้ำแข็งที่ศีรษะ หรือขยหน้าผากด้วย

ผ้าชุบน้ำเย็น ๆ ก็อาจบรรเทาอาการปวดศีรษะได้. ในรายที่ปวดรุนแรงอาจต้องใช้ยาแก้ปวด, เช่น แอสไพรินหรือยาระงับประสาทเช่น พิโนบาร์บิทัล ด้วย.

อาการปวดศีรษะเนื่องจากโรคภายในกระโหลกศีรษะ

ขอก้าวแต่เพียงบางโรคที่พบบ่อยเท่านั้น. ขออ้างตัวเลขจากผู้ช่วยที่รับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๘๕ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๐ (ตั้งในหน้า ๖๗๒ ตอนบน).

ในจำนวนผู้ช่วย เลือด ออก ภายในกระโหลกศีรษะ ๕๖ รายเป็นเด็กอายุ ๔ ขวบไป ๑๐ ราย. ส่วนมากเป็นการเลือดออกชนิด สับอาร์มโนยด์ และ สับครัล, ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนจากโรคเลือดที่เด็กเป็นอยู่, เช่น ไอคิโอะพีธิก อีธอมโยซัยโตพีนิค เพอร์เพอรา, ลิวคีเมียปัจจุบัน, อะพลาสติก อะนเมีย, หรือมีฉะนนักเป็นอาการแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อ, เช่น โรคหัดและโรคไข้เลือดออก. ความจริงอาการปวดศีรษะเป็นอาการสำคัญในกรณี. การที่พบบ่อยมากจากประวัติอาจเป็นเพราะไม่ได้ถามหรือเด็กหมดสติเสียก่อนที่จะทราบว่า

โรค	จำนวน	มีอาการปวดศีรษะ
เลือดออกภายในกระโหลกศีรษะ	๕๖ ราย	๒ ราย
เยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนอง	๓๕๓ ราย	๑๕ ราย
วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง	๒๖๔ ราย	๒๖ ราย
สมองอักเสบไข้ไข้น	๕๓๖ ราย	๔๐ ราย
เนื้องอกในสมอง	๑๑ ราย	๗ ราย

รวมผู้ป่วยทั้งหมด ๑,๒๒๐ รายมีอาการปวดศีรษะเพียง ๕๐ ราย, คิดเป็นส่วนร้อยละ ๗.๓๗ ในร้อยละ. เป็นอุบัติการณ์ที่ต่ำ, ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนมากเป็นทารกและอาการปวดศีรษะพบส่วนมากในเด็กอายุ ๕ ขวบขึ้นไปเกือบทั้งสิ้น, อายุต่ำกว่า ๔ ปี ไม่พบเลย.

ปวดศีรษะก็ได้.

เช่นเดียวกันในจำนวนผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนองทั้งหมด ๓๕๓ รายก็เป็นเด็กอายุ ๔ ขวบขึ้นไปเพียง ๑๕ คนเท่านั้น. อุตบัติการณ์ของอาการปวดศีรษะจึงต่ำ. อาการปวดศีรษะในรายเหล่านี้มักเกิดขึ้นควบไปกับอาการรบกวนทางเยื่อหุ้มสมองและการมีความดันของน้ำไขสันหลังสูง.

ผู้ป่วยที่เข้แนวณโรคเยื่อหุ้มสมอง ๒๖๔ รายเป็นเด็กอายุ ๔ ขวบขึ้นไป ๒๖ ราย ซึ่งมีอาการปวดศีรษะ. ส่วนมากที่ปวดเป็นเด็กอายุ ๕ ปี (๑๑ ราย). ภายหลังอายุ ๕ ปี อุตบัติการณ์ของโรควัณโรคเยื่อหุ้มสมองในเด็กลดต่ำลงมาก.

เด็กเป็นโรคสมองอักเสบไข้ไข้น จำนวนมากในจำนวน ๕๓๖ รายที่อ้าง, เป็นเด็กอายุ ๔ ขวบขึ้นไป ซึ่งมีอาการปวดศีรษะ ๔๐ ราย. ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ ๑๑ ขวบ ๑๐ ราย. ไวรัสชนิดอะไรเป็นสาเหตุของโรคสมองอักเสบเหล่านี้ยังต้องการการศึกษาต่อไป. แต่ปรากฏว่าไม่ว่าจะเนื่องจากไวรัสชนิดใด, อาการปวดศีรษะจะเกิดขึ้นในระยะแรกเริ่มของโรคอย่างรวดเร็ว, แล้วตามมากับอาการเสียความรู้สึกตัวและบางทีก็อาการชักกระตุกด้วย (Ryan).

โรคเนื้องอกในสมองพบน้อยในเด็ก. แต่อาการปวดศีรษะเป็นอาการที่สำคัญมากของโรคนี้. จาก ๑๑ รายที่พบมีอาการปวด

ศีรษะ ๗ รายในประวัติ. เนื่องจากในเด็ก
เนืองอก ใน สมอง ส่วน มาก เป็นชนิด ซีรี
เบลลาร์ (๕ จาก ๑๑ ราย) ซึ่งจัดอยู่ในจำ
พวก อินฟราเท็นโทเรียล, ฉะนั้นอาการ
ปวดศีรษะจึงมักอยู่ที่บริเวณท้ายทอย. แต่
อาการกระจายไปทั่วศีรษะก็ได้.

ในกรณีต่าง ๆ ที่กล่าวมา ซึ่งมีความกด
ดันของน้ำไขสันหลังสูงคล้ายเสมอ, สำหรับ
การรักษาอาการปวดศีรษะการเจาะ ไขน้ำ
ไขสันหลังออกเลยข้างด้วย ความระมัดระวัง
เป็นพิเศษจะเป็นการบรรเทาอาการ. แต่บาง
ทีก็จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดด้วย. - การเจาะ
น้ำไขสันหลังเองอาจเป็นเหตุเพิ่ม ความปวด
ศีรษะขึ้นอีกได้ภายในเวลา ๖ ถึง ๒๐
ชั่วโมงภายหลังเจาะ. เพื่อหลีกเลี่ยงเหตุนี้
ในการเจาะน้ำไขสันหลังไม่ควรใช้เข็มใหญ่
เกินไป, ปลายเข็มต้องเรียบหรือคม, อย่า
เจาะไขน้ำออกเร็ว, ไม่ควรเอาออกมาก
กว่า ๑๐ ซี.ซี.ม. และอย่าเจาะบ่อย ๆ.
ถ้าไม่ใช้ความระมัดระวังให้ดีในการเจาะ,
อาจมีอันตรายถึงชีวิตเกิดขึ้นได้ในรายที่เป็น
เนืองอกหรือฝ ในสมองชนิด สัยเท็นโทเรียล,
เนืองอก เมคัลลา โอบลียงกาคา ถูกกดกับ
ขอย ฟอราเม็น แม็กนัม.

อาการปวดศีรษะเนื่องจากจิตใจ (Psy-
chogenic Headache)

อาการปวดศีรษะชนิดนี้อาจพบได้ใน
เด็ก. โดยมากเด็กใช้อาการนี้เพื่อเรียก
ร้องความสนใจหรือความเอ็นดูจากพ่อ, แม่,
และ บาง คนก็ใช้เพื่อ หลีกเลี่ยง การ กระทำ
บางอย่างซึ่งตนไม่ปรารถนา, เช่นมักอ้าง
ว่าปวดศีรษะใน ตอน เช้า วันจันทร์เพราะไม่
อยากไปโรงเรียน เป็นต้น. การค้นหาสา
เหตุของอาการปวดศีรษะใน เด็กนี้ว่า ยาก
มากอยู่แล้ว, แต่การวินิจฉัยว่าสาเหตุเนื่อง
มาจากปฏิกิริยาทางจิตใจนั้นยากที่สุด. จำ
เป็นต้อง ถาม ประวัติ ให้ละเอียด และ สังเกต
กิริยาท่าทางของเด็กให้ถี่ถ้วน. ในกรณี
การตรวจร่างกาย รวมทั้ง การตรวจ ทางห,
คอ, จมูกและประสาทอย่างละเอียด, จะ
ไม่พบสิ่งผิดปกติแต่อย่างใด. การตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการ, เช่นถ่ายภาพรังสีกระโหลก
ศีรษะและไซนัสต่างๆ ซึ่งสมควรจะทำเสมอ
ก็ไม่ได้ผลเช่นเคยเช่นกัน.

อาการปวดศีรษะเนื่องจากโรคไมเกรน

ความจริงโรคนี้ถึงแม้จะมีอุบัติการสูง
ในผู้ใหญ่, ในเด็กก็อาจพบได้เหมือนกัน,
และโตมการศึกษากันมากในขั้นนี้แล้ว ๆ มา

ในต่างประเทศ. สำหรับเด็กอเมริกัน Ryan กล่าวว่าได้มีการ คาคกระเน แล้วว่าประมาณ ๒ ในร้อยจะแสดงอาการของโรคแล้วตั้งแต่ อายุภายใน ๑๐ ปีแรก, ซึ่งหมายความว่า เด็กอเมริกันราว ๑ ล้านคนเป็นโรคนั้น. โดยทั่ว ๆ ไปเด็กโตเป็นโรคนั้นมากกว่าเด็กเล็ก (Vahlquist). ทารกก็เป็นได้และจะมีอาการ ชักกักับอาเจียนเป็นอาการสำคัญ (Russell; Vahlquist กับ Hackzell; Balyeat). ส่วน เด็กเล็กอายุ ๓-๕ ขวบที่เป็นโรคนั้นก็เช่น เดียวกัน จะมีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้และ อาเจียนเป็นอาการสำคัญ (Balyeat และ Rinkel; Glaser). ดังนั้นโรคไมเกรนในเด็ก จึงมีอาการแตกต่างไปจากผู้ใหญ่มาก. สำหรับเด็กอายุเลย ๕ ขวบขึ้นไปอาการปวด คีรษะอาจมีอยู่แต่ไม่ใช่เป็นอาการเด่นชัด. อาการคลื่นไส้, อาเจียนและปวดท้องกลับ เป็นอาการนำ. อาการปวดศีรษะแฉะเดียว ถึงแม้จะพบได้เหมือนกัน, แต่ก็พบน้อยกว่า ในผู้ใหญ่. เช่นเดียวกันอาการทางตา, เช่น สโคโตมา ในระยะแรกเริ่มเป็น, ก็ไม่ใคร่พบ ในเด็กอายุต่ำกว่า ๘-๙ ขวบ (Dees). นอกจากนั้นเด็กที่เป็น ไมเกรน อาจมีไข้ประภอย ด้วย. Riley กล่าวว่าไข้อาจสูงได้ถึง ๓๘-๔๐ ซ. อาการปวดท้องและอาการ

ไข่นี้จะไม่พบในผู้ใหญ่เลย. อาการที่ผิด ไปจากผู้ใหญ่เหล่านี้อาจเป็นเหตุให้วินิจฉัย โรคผิดไป. ทง ๆ ที่เด็กเป็นโรคไมเกรน, เราอาจนึกผิดว่าเป็นโรคปัจจุบันในท้องหรือ โรคติดเชื้ออย่างหนึ่งอย่างใดในระยะแรก เริ่มก็ได้.

Balyeat และ Brittain กล่าวว่าโรคนั้น มีกรรมพันธุ์ถึง ๘๕ ในร้อย. ประมาณ ๕๐ ในร้อยของเด็กที่เป็นโรค มีประวัติคนอื่น ๆ ในครอบครัวเป็นด้วยเสมอ (Bueke และ Peters). แอลเลอร์ยชกมีความสำคัญ ในการเป็นโรค (Glaser; Balyeat และ Rinkel). เช่นเดียวกัน, ปัจจัยทางจิต ก็ มีความสำคัญทำนองเดียวกัน (Vahlquist และ Hackzell; Krupp และ Friedman). เด็กพวกนี้เป็นเด็กที่ประสาทไว, ตื่นเต้น ตกใจง่าย, มีการเสียนิสัย, เช่น ซอซกัก เล็บเข็นตน. เมื่อมีความตึงเครียดทางประ สาท, นอนไม่พอ, กินอาหารไม่เป็นเวลา, เห็นคเห็นอຍเกินไป, ถูกแสงแดดจัดหรือ เมื่อดูภาพเคลื่อนไหวเร็ว ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ก็มักเกิดอาการขึ้น.

ในการวินิจฉัยโรค ไมเกรน ในเด็กจำ เป็นที่สังเกตของตรวจเด็กอย่างละเอียด เพื่อ แยกกรณีที่อาจเป็นการอาเจียนแบบ ชัยคลิ-

คิล, เป็นโรคติดเชื้อปัจจุบันหรือโรคปัจจุบันในท้อง. ในบางรายเนื้องอกในสมองอาจทำอาการเหมือนไมเกรนได้, จึงต้องตรวจกันตา (eye-ground) และฉายแสงเร็นตเก็นกระโหลกศีรษะด้วยเสมอ. แต่รายที่ประวัติปวดศีรษะบ่อย ๆ ทุกครั้งมีคลื่นไส้อาเจียนหรือปวดท้องด้วย, มีอาการทางตา, เช่น สโคโตมา, อาการกลัวแสง, มองเห็นไม่ชัดชั่วคราว, และมีประวัติพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นด้วย, การวินิจฉัยมักจะถูกต้อง.

การพยากรณ์โรคสำหรับรายที่เริ่มเป็นแล้วแต่เล็ก ๆ นั้น Vahlquist และ Hackzell กล่าวว่าดี. เมื่ออายุ ๗ ขวบแล้วจะเป็นน้อยเข้าทุกที, และอาจหายไปเลยได้.

สำหรับการรักษานั้น Cafegot (คือ ๑ มิลลิกรัมของ เออร์โกตามีน คาร์เตรท ผสม ๑๐๐ มิลลิกรัมแคฟเฟอีน) เป็นยาที่นิยมกันทั่วไป. ขนาดของยาเปลี่ยนแปลงตามอายุหรือน้ำหนักตัว, ให้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแล้วซ้ำได้อีกภายในครึ่งชั่วโมง ถ้ายังไม่ดีขึ้น. นอกจากนี้จะต้องนึกถึงเรื่องแอลเลอร์ยี และสิ่งเกตุว่าเด็กแพ้อะไร. การหาหนทางให้เด็กห่อนความตึงเครียดทางประสาทเสียได้ก็จะเป็นผลดีด้วย.

ในการรักษาอาการปวดศีรษะที่มุ่งหมายที่สำคัญคือการรักษาอาการเพื่อให้อาการปวดหายไป, และเพื่อไม่ให้มีอาการปวดศีรษะเกิดขึ้นอีก. ในกรณีหลังนี้คือการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ. สำหรับการรักษาอาการ, มีตัวยาสำคัญอยู่ ๒ จำพวกที่ใช้อยู่ทั่วไป, คือพวกยาระงับปวดที่แก้ไขด้วย (antipyretic analgesic), เช่น แอสไพริน, และพินาซติน, และอีกพวกหนึ่งคือ ยาระงับปวดที่ทำให้หลับด้วย (narcotic analgesic), เช่น มอร์ฟีน, ผีนหรือ โคเคอิน. สำหรับเด็กยาพวกหลังนี้เราพยายามหลีกเลี่ยงและสงวนไว้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นที่สุดเท่านั้น, เนื่องจากยาจำพวกนี้มฤตตกการหายใจและเด็กแพ้ง่าย. ยาแก้ปวดจำพวกแรกจึงนิยมใช้อยู่ทั่วไป. แอสไพริน, และ พินาซติน ได้กำเนิดมาจากกากถ่านหิน. การใช้พาราเฟอโรมากไปโดยไม่ระวังก็อาจเกิดผลร้ายต่อเด็กได้. มีรายงานมากมายที่แสดงว่า แอสไพริน อาจทำอาการเลือดออกได้, เนื่องจากทำโปรธอมบินในเลือดต่ำ, ทำอาการเลือดออกโดยเป็น ธรอมโบไซท์โทปีนิค เปอร์เฟอรา. ทำอาการ แอลเลอร์ยีค, และร้ายที่สุดคือ ทำอาการ อะซีโตสิส ซึ่งเป็นเหตุให้เด็ก

ตายได้ (ดิเรก พงศ์พิพัฒน์). ส่วน พนา-
ชทน ก็เช่นเดียวกัน, อาจทำอาการเลือด
ละลาย, อะกรานโลซัยโตซีส, ฮีโมโกล
บินยวเรย และอาการ แอลเลอร์ยิก. ขณะท
เขย่นรอนกมเต็กอายุ ๗ ข้อยคน หนึ่งน
แผนกซงเป็น อะพลาสติกอะนเมีย เนื่อง
จากนายแพทย์ได้แนะนำให้กินยา เอ.พ.ช.
เพอระงับอาการปวดฟัน. ผู้ช่วยได้กินยาน
ประมาณ ๑๐๐ เม็กภายในเวลาเดือนเศษ.
ฉะนั้นสำหรับเต็กการใช้ยา จำพวกนงคว
ระมิกะวังและใช้โดยคูลยพินิจ. รายโคท
สามารถจะบรรเทาอาการปวดได้ด้วยวิธีอื่น,
ก็ไม่ควรจะใช้ยา, และเมื่อจำเป็นจะต้องใช้
ก็ควรใช้น้อยที่สุด. การรักษาเหตุของโรค
ย่อมสำคัญกว่าการรักษาอาการเสมอ.

เอกสาร

1. Krischek, J. : Kopfschmerzen. Verlag S. Karger, Basel; 1958.
2. Heyck Hartwig : Der Kopfschmerz, Differentialdiagnostik und Therapie für die Praxis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959.
3. Ryan, Robert, E. : Headache, Diagnosis and Treatment. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1957.
4. Friedman, A.P., and H. Houston Merritt : Headache, Diagnosis and Treatment. F.A. Davis Company, Philadelphia, 1959.
5. Wolff, H.G. : Headache and other Head Pain. Oxford University Press, New York, 1948.
6. Baker, Daniel, C. Jr. : "The Ear, Nose and Throat as Sources of Headache" in Ryan (No. 3).
7. Meyler, L. : Side Effects of Drugs. Elsevier Publishing Company, Amsterdam, 1952.
8. Glaser, J. : Allergy in Childhood. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A., 1956.
9. Ryan, R.E. : Ann, Otol. Rhin. and Laryng. 1947, 56:46.
10. Balyeat, R.M. and H.Z. Rinkel: Am. J. Dis Child. 1931, 42:1126.
11. Glaser, J. : A.M.A. Am. J. Dis. Child. 1954, 88:92.
12. Bueke, E.C. and G.A. Peters : A.M.A. Am. J. Dis. Child. 1956, 92:330.
13. Dees, S.C. : Pediat. Clinic North America 1954, 1:1017.
14. Krupp, G.B. and A.P. Friedmen : Am. J. Dis. Child. 1953, 85:146.
15. Direk, Pongpipat : Siriraj Hospital Gazette 1955, 7:519-528.
16. Wilson, T.G. : Diseases of the Ear, Nose and Throat in Children. William Heinemann Medical Books Ltd., London 1955.
17. Biesalski P. : Die Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten im Kindesalter. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Germany, 1960.

(Summary of the preceding Article)

HEADACHE IN CHILDREN

Arun Netrasiri, Dr. med. (Jena), D.T.M. (Hamb.), M.D. (Hon.)

(Department of Paediatrics)

Head of Dept.: Prof. Dr. Arun Netrasiri

Sixteen out of 2451 children, aged 5 to 12 years, who visited the children's out-patient department of Siriraj Hospital during February 11th to March 2nd 1960, were found to have headache as the chief complaint. Among the causes of headache of these children, diseases of the nose and throat occupied the first place, while headache due to infectious diseases, purulent meningitis and migraine as well as psychogenic headache were also recorded.

Headache due to paranasal sinusitis, earache and eyestrain are described and points of diagnosis of each item are emphasized.

In 1220 cases of intracranial diseases, including 536 cases of acute encephalitis, 353 cases of purulent meningitis, 264 cases of tuberculous meningitis, 56 cases of intracranial haemorrhage and 11 cases of intracranial tumours, which were admitted into the pediatric ward during 1952-1957, headache as the chief complaint was encountered only in 7.37 per cent. That younger patients constituted the majority of the cases, explains the low incidence, as headache is found to be very rare among children under 5 years of age. Of all in-

tracranial diseases in children brain tumour appeared to cause relatively high incidence of headache. Special precautions in performing lumbar puncture are mentioned, as in these cases it may be the therapeutic procedure of choice in relieving the symptom.

To diagnose a case of headache in children as being psychogenic in nature, a thorough physical examination of the patient as well as laboratory investigations are of absolute necessity, in order to exclude any possible organic disease. Migraine as a cause of headache is not uncommon in older children. Diversity of its clinical picture in children of younger age group is pointed out and differential diagnosis given.

Treatment of the cause rather than the symptom is being stressed at the end of the discussion. The author warns against the indiscriminate use of antipyretic analgesics, as unfavourable side-effects may ensue. Hydrotherapy is advocated especially in the relief of headache due to infectious diseases.

(18 references)

A.N.

การศึกษาค่า พี.บี.ไอ. ในคนไทยปกติ*

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์

W.U., Dr. Med., D.T.M.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)**

ร่วมไทร สุวรรณิก

W.U., M. Sc. Med., F.I.C.S.

(แผนกรังสีวิทยา)***

การทดลองที่ใช้ในการหาสภาพการทำงานของต่อมธัยรอยด์อาจแบ่งออกได้เป็นสองทาง, คือทางอ้อมกับทางตรง. ทางอ้อมได้แก่การหาอัตรา เบซัล เมตาบอลิซึม หรือการวัดระดับของ โชมเลสเทอร์โรล ในน้ำเหลือง, ทางตรงมีเช่นการใช้ ราคิโอไอโอดีน หรือการวัดระดับของ PBI การวัดระดับของ PBI ในน้ำเหลืองเป็นวิธีตรงที่เชื่อถือได้มากที่สุดวิธีหนึ่ง, ถ้าผู้ทดลองไม่ได้รับสารทมิธาตุไอโอดีน, จะโดยการรับประทาน, การทาที่ผิวหนังหรือการตรวจทางรังสีที่ใช้สารทมิธาตุไอโอดีนอยู่.

จุดประสงค์ในการเสนอรายงานนี้คือ:

(๑) เพื่อเสนอผลที่ได้จากการตรวจหาค่าของ PBI ในน้ำเหลืองตามวิธีของ Astwood แก้ไขจาก Zak⁽¹⁾ ซึ่งเราได้ดัดแปลงแล้วทำให้ง่ายขึ้นอีก, ผลแม่นยำเชื่อถือได้, ใช้ในน้ำเหลืองในการตรวจครั้งหนึ่งๆ น้อย, เป็นการเหมาะที่จะใช้ตรวจในผู้ป่วย

เรื่องย่อ พงศ์พิพัฒน์, ดิเรก, ร่วมไทร สุวรรณิก: การศึกษาค่า พี.บี.ไอ. ในคนไทยปกติ. สารคดีวิรัช ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๒), ๑๔ : ๖๗๘-๖๘๗.

ได้เสนอการทดสอบสภาพการทำงานของต่อมธัยรอยด์ โดยการวัดระดับของ พี.บี.ไอ. ใน เซรุ่ม, ซึ่งดัดแปลงจากวิธีของ Astwood แก้ไขจาก Zak, ให้ง่ายและแม่นยำ, ใช้ เซรุ่ม เพียง ๐.๕ ซี. ซม., เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็กด้วย. ได้หาค่าปกติในผู้ใหญ่ ๑๐๕ คนอายุ ๒๐ ถึง ๓๐ ปี, ได้ค่า ๒.๕๐ ถึง ๗.๔๘ มกก. ปช.; ในเด็กอายุ ๑ เดือน ๓๐ คนได้ค่า ๒.๘๒ ถึง ๖.๔๖ มกก. ปช.; ในเด็กอายุ ๓ ถึง ๑๒ ปี ๒๖๐ คนได้ค่า ๒.๕๐ ถึง ๘.๔๘ มกก. ปช.. ไม่มีความแตกต่างตามเพศและอายุ. ในเด็กที่มีค่า พี.บี.ไอ. สูงในสัปดาห์แรกหลังคลอด, ค่านี้กลับลดลงภายใน ๑ เดือน.

คนเดียวกันได้ข้อย่อย ๆ ครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก. ระยะต่าง ๆ ในกรรมวิธีก็ยังคงแบ่งออกเป็น ๓ ระยะเหมือนวิธีเดิมที่ใช้กันทั่ว ๆ ไปในตอนหลังนี้คือ:

๑. การแยก ไอโอดีน ที่รวมอยู่กับโปรตีน จาก ไอโอดีน อนินทรีย์ ที่อยู่ในน้ำ

* ด้วยความช่วยเหลือทางเทคนิคของนายสมพร น้อยสง่า

** หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อรุณ เนตรศิริ

*** หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. อำนวย เสมรสสุต

เหลืองด้วยการตกตะกอนโปรตีน.

๒. การย่อยโปรตีน เพื่อให้ไฮโอคีน
ที่รวมอยู่กับ โปรตีน แยกตัวออกมา.

๓. การหาปริมาณ ไฮโอคีน โดยวิธี
เทียบสี.

(๒) เพื่อหาค่าปรกติในคนไทย. สำหรับ
ค่าปรกติในผู้ใหญ่มีผู้ทำไว้โดยวิธีคล้าย
คลึงกันหลายราย (Barker et al. (2), Staw
et al. (3), Kydd et al. (4), Danowski et
al. (5) วิกุลและคณะ) ทั้งได้รวบรวมเปรียบเทียบ
ไว้ในตารางที่แสดงผล. สำหรับค่า
ปรกติในเด็ก, ตามเอกสารต่างประเทศที่
รายงานไว้มีน้อยมาก. บางรายก็มีจำนวน
ผู้ตกทดลองเป็นจำนวนน้อย. การตรวจค้น
ไม่สู้จะสมบูรณ์. ค่าที่อ้างอิงโดยเอกสาร
และตำราต่าง ๆ เป็นค่าของ Danowski (5)
และคณะซึ่งทำในทารกอายุภายในหนึ่งปี
๑๑๐ ราย. Talbot et al (6) รายงานค่าใน
เด็กโตอายุ ๓-๑๓ ปี ๓๕ รายโดยใช้วิธี
ที่แตกต่างจาก Riggs และ Man ได้ค่าเฉลี่ย
๕.๕ มกก. ปช., เกณฑ์แกว่ง ๔.๐-๗.๐
มกก. ปช.. เขากล่าวว่าค่าของเขามีความ
แม่นยำ ๑๐ ปช. (ตารางละเอียดเปรียบเทียบ
ค่าในตารางที่แสดงผล).

(๓) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค,

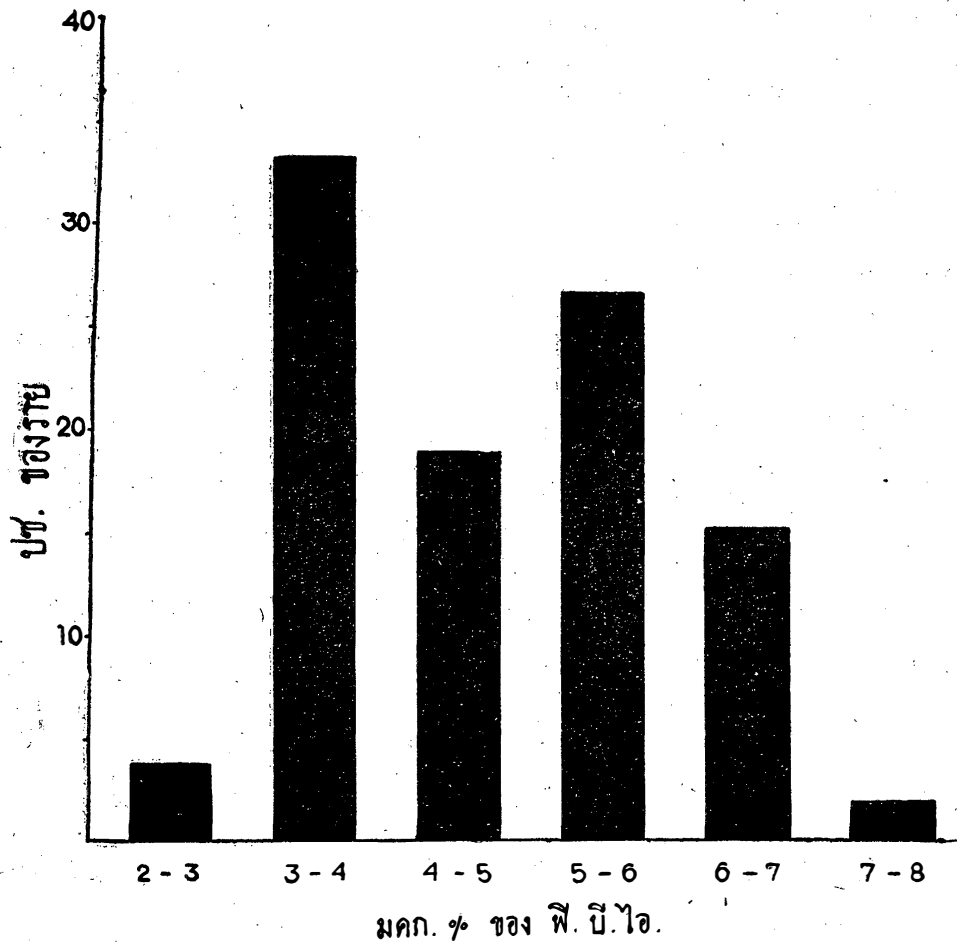
วินิจฉัยแยก, และติดตามผลของการรักษา
โรคในระบอบ เอ็นโทครีน, โดยเฉพาะเพื่อ
ช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคที่มีระดับ ธิย-
รอยด์ ฮอร์โมนต่ำโดยกำเนิดในทารกได้
ตั้งแต่ในระยะต้น ๆ อันจะเป็นผลดีในการ
รักษา.

(๔) เพื่อได้ความรู้และความชำนาญใน
ในชั้นรากฐานในอันจะก่อให้เกิดความคิด
ที่จะวิจัยการกระทำหน้าที่ของต่อม ธิยรอยด์
ในภาวะต่าง ๆ ต่อไป.

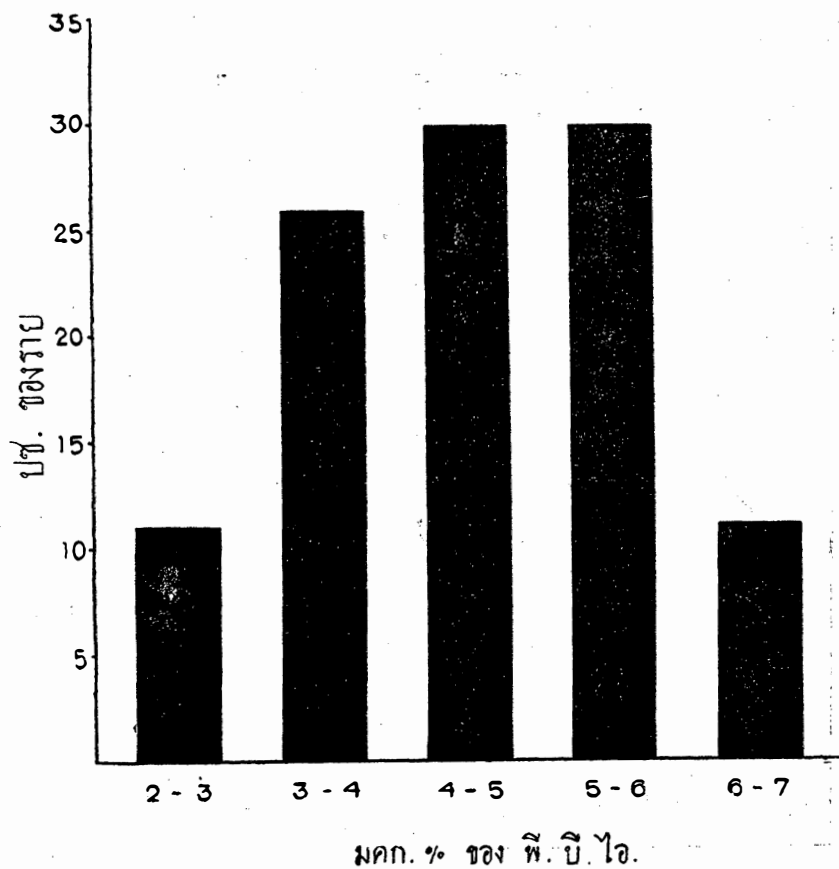
การตรวจค้นครั้งนี้ทำในผู้ใหญ่และเด็ก.
ผู้ใหญ่มี ๑๐๕ ราย, เป็นชาย ๔๕ ราย
หญิง ๕๖ ราย, อายุระหว่าง ๒๐-๓๐ ปี. ผู้
สมัครทดลองส่วนมากเป็นนักศึกษาแพทย์,
นักศึกษาวิชาพยาบาล, แพทย์และพยาบาล,
ทุกคนไม่มีประวัติของการได้รับ ไฮโอคีน
จากภายนอก, ร่างกายอยู่ในสภาพปรกติ.
ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในพระนครและชน-
บุรี. เด็กอายุ ๑ เดือน มี ๓๐ ราย. ทุก
รายได้จากคลินิกเด็กปรกติของแผนก
มารร, ร.พ. ศิริราช. ส่วนเด็กอายุ ๓
เดือนขึ้นไปจนถึง ๑๒ ปี มี ๒๖๐ ราย. ส่วน
ใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในพระนครและชนบุรี,
และส่วนมากเป็นเด็กที่มารับการตรวจที่
คลินิกเด็กปรกติของแผนกมารร. ร.พ. ศิริ-

ราช. ได้แบ่งเด็กที่ตกทดลองเป็นหมู่ ๆ, ชายแตกต่างกันหมู่ละ ๒ บ. แต่ละหมีผู้ถูกทดลองจำนวนไล่เรียงกัน, และมีเด็กแต่ละเพศในจำนวนไล่เรียงกัน (ถึงรายละเอียดตามตาราง). หลอดแก้วทดลองที่ใส่เลือด, เข็มและกระบอกฉีดยาที่ใช้ตลอดรายการทดลอง, เตรียมไว้เฉพาะและทุก ๆ ครั้งล้างสะอาด, ตามด้วยน้ำกลั่น, ทำให้แห้งก่อนเข้าตู้ย้อมฆ่าเชื้อ. เจาะเลือด ๓-๕ ล.

ซม., ตึงทึงไว้ในอุณหภูมิห้อง ๑-๒ ชม. แล้วนำเข้าเครื่องหมุนเหวี่ยงเพื่อแยกนำเหลืองใส่ขวดเฉพาะไว้. ถ้าไม่ได้ทำการทดลองในวันนั้นหรือทำไม่หมดในวันเดียวกัน, ก็เก็บนำเหลืองไว้ในตู้ทำความเย็นช่องน้ำแข็ง. ทำการตรวจให้หมดภายในไม่เกิน ๓ วัน. การทดลองครั้งหนึ่ง ๆ ใช้นำเหลืองเพียง ๐.๕ ล.ซม. เพื่อความแม่นยำและลดข้อผิดพลาดในการวิเคราะห์



รูป 1. เซรุ่ม พี. บี. ไอ. ของผู้ใหญ่ปกติ 105 คน



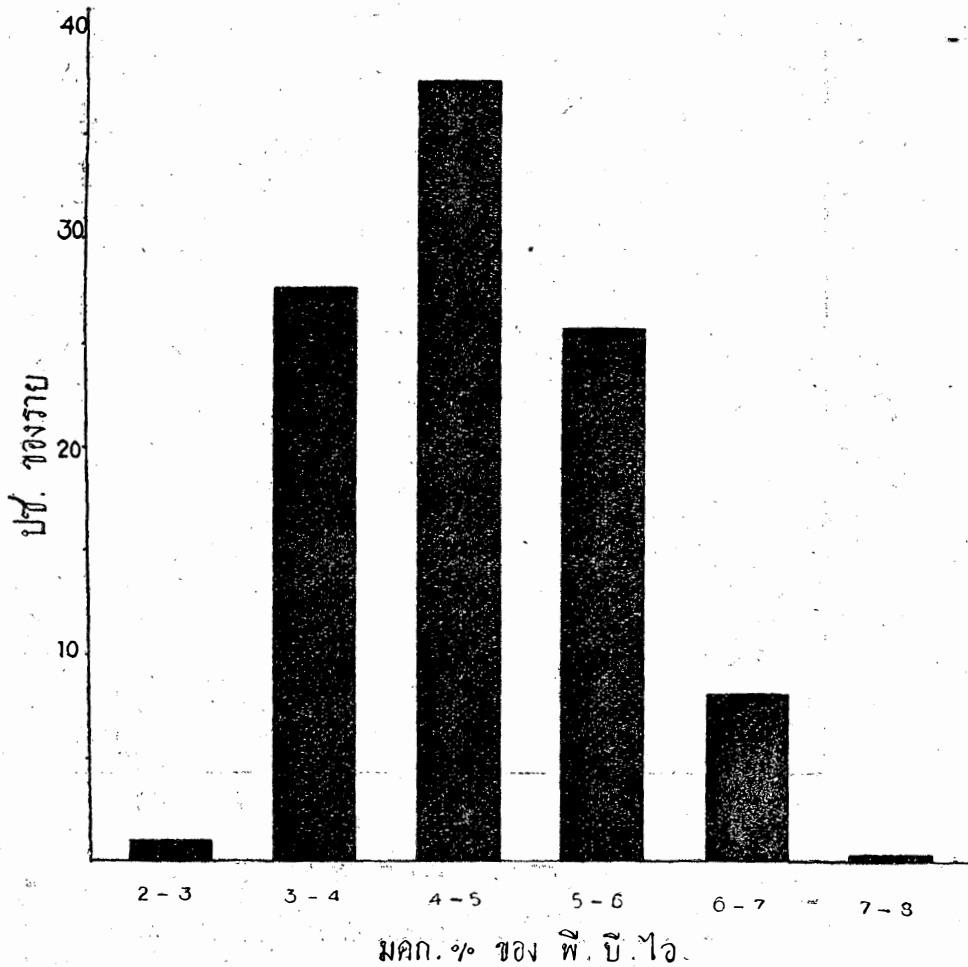
รูป 2. เชื้อ ที. บี. ไอ. ของเด็กปกติ อายุ เดือน 30 คน.

ได้ทำซ้ำ ๒ ครั้งในทก ๆ นำเหลือง. นำเหลืองที่เหลืองเกินไปเพื่อนำมาทำซ้ำเมื่อสงสัย. ในการทดลองแต่ละวันได้หาค่าของน้ำยามาตรฐานเพื่อนำมาใช้อ่านค่าของน้ำเหลืองประจำวันด้วย. การทดลองแต่ละครั้งกินเวลาประมาณ ๔-๕ ชม. ผู้ดำเนินงานประจำทดลองเวลาเป็นพนักงานวิทยาศาสตร์ที่ใดคลกคล้อยกับงานนี้ โดยเฉพาะตั้งแต่ต้น, จนผลที่ได้อยู่ในเกณฑ์คงที่. ในวันหนึ่ง ๆ ทำการทดลองไม่

เกิน ๑๐ ราย (โดยปรกติทำวันละ ๘ ราย).

ผล

ตารางที่ ๑ แสดงเปรียบเทียบผลในผู้ใหญ่. ของเรา ๑๐๕ รายเฉลี่ยได้ ๔.๗๔-๑.๑๗ มคก. ปช., เกณฑ์กว้าง ๒.๕๐ ถึง ๗.๔๘ มคก. ปช., ชาย ๔๕ รายเฉลี่ยได้ ๔.๗๗-๑.๑๕ มคก. ปช. หญิง ๕๖ รายเฉลี่ยได้ ๔.๗๑ - ๑.๑๕ มคก. ปช. ตามรูปที่ ๑ เห็นได้ว่าค่า ๓ ถึง ๖ มคก.



รูป 3. เซรัม พื. บี. ไอ. ในทารกและเด็กปกติ อายุ 3 เดือน ถึง 12 ปี.

ปช. พบย่อยรวม ๗๕ ปช. ของจำนวนครึ่ง.

ในเด็กอายุ ๑ เดือน ถึง ๓๐ ราย ได้ค่าเฉลี่ย ๔.๔๕-๐.๕๗ มคก. ปช., เกณฑ์แกว่ง ๒.๘๒ ถึง ๖.๔๖ มคก. ปช. ตามรูปที่ ๒ เห็นว่า ค่า ระหว่าง ๓ ถึง ๖ มคก. ปช. พบใน ๘๖.๖๖ ปช.

ตารางที่ ๒ แสดงค่าในเด็กอายุ ๓ เดือน ถึง ๑๒ ปี ๒๖๐ ราย. เกณฑ์แกว่ง ๒.๕๐ ถึง ๗.๔๘ มคก. ปช. เห็นว่าค่า

เฉลี่ยในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี น้อยกว่าของผู้ใหญ่และน้อยกว่าค่าของเด็กโตเล็กน้อย. ไม่มีความแตกต่างตามเพศในกลุ่มอายุต่าง ๆ. รูปที่ ๓ แสดงว่าค่าระหว่าง ๓ ถึง ๗ มคก. ปช. พบย่อยถึง ๕๐.๘๖ ปช.

ตารางที่ ๓ แสดงผลของ Danowski และของ Talbot. ค่าเฉลี่ยของเราสำหรับเด็กอายุ ๓ ถึง ๑๓ ปี ต่ำกว่าของ Talbot เล็กน้อย. สำหรับ Danowski ทำไว้เฉพาะใน

ตารางที่ ๑. เซอร์มิ พี.อี.ไอ. ในคนปรกติ (มคก. ปช.)

ผู้รายงาน	ปี	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.		ชาย		หญิง	
			จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.
Kydd	๑๙๕๐	๘๐	๕.๔ \pm ๐.๕๔	๑๐	—	๗๐	—	
Danowski	๑๙๕๐	๒๕	๕.๔ \pm ๐.๗๐	—	—	๒๕	—	
Staw	๑๙๕๐	๑๐๐	๕.๕	—	—	—	—	
Barker	๑๙๕๑	๖๘	๕.๑ \pm ๐.๑๐	—	—	—	—	
Viranuvati V.	๑๙๕๘	๑๕๐	๕.๒ \pm ๐.๑๐	—	๕.๒ \pm ๐.๒	—	๕.๑ \pm ๐.๒	
Phongphiphat D. Suwanik R.	๑๙๖๑	๑๐๕	๕.๗๔ \pm ๐.๑๗	๔๙	๕.๗๗ \pm ๐.๑๕	๕๖	๕.๗๑ \pm ๐.๑๙	

ตารางที่ ๒ เสร็จ พ.ย.๒๕. ในศึก ๒๖๐ คน (มคก. ๒๕.)

อายุ	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	ชาย		หญิง	
			จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.
๓-ก่อน ๒ ๒	๔๖	๔.๒๓ \pm ๐.๖๖	๒๓	๔.๒๔ \pm ๐.๗๕	๒๓	๔.๒๓ \pm ๐.๕๓
๒ ๒-ก่อน ๔ ๒			๒๕	๔.๓๗ \pm ๐.๗๑	๒๒	๔.๗๓ \pm ๐.๙๕
๔ ๒-ก่อน ๖ ๒	๕๐	๔.๖๗ \pm ๐.๕๕	๑๕	๔.๕๒ \pm ๐.๕๖	๒๔	๔.๗๑ \pm ๐.๗๗
๖ ๒-ก่อน ๘ ๒			๒๐	๔.๖๗ \pm ๐.๐๗	๒๓	๕.๑๗ \pm ๐.๑๓
๘ ๒-ก่อน ๑๐ ๒	๑๒๐	๔.๗๓ \pm ๐.๕๗	๒๐	๔.๖๑ \pm ๐.๗๒	๒๐	๔.๘๐ \pm ๐.๗๖
๑๐ ๒-ก่อน ๑๒ ๒			๒๐	๔.๕๒ \pm ๐.๗๗	๒๑	๔.๖๔ \pm ๐.๕๓

ตารางที่ ๓ เซรัม พี.บี.ไอ. ในทารกและเด็ก (มคก. ปช.)

ผู้รายงาน	อายุ	จำนวนราย	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.
Danowski (1951)	๐ - ๑๑.๕ ชั่วโมง	๒๐	๘.๓ \pm ๒.๔
	๑๒.๐ - ๒๓.๕ ชั่วโมง	๒๒	๑๐.๑ \pm ๑.๔
	๑ - ๓.๔ วัน	๑๔	๑๒.๐ \pm ๒.๔
	๓.๕ - ๖.๕ วัน	๒๗	๑๐.๕ \pm ๑.๘
	๑ - ๕ สัปดาห์	๑๐	๗.๔ \pm ๑.๘
	๖ - ๑๑.๕ สัปดาห์	๔๐	๖.๕ \pm ๑.๘
	๑๒ - ๕๒ สัปดาห์	๒๑	๖.๓ \pm ๑.๐
Talbot (1944)	๓ - ๑๓ ปี	๓๕	๕.๕
			(ความแม่นยำ \pm ๑๐%)

ทารกตายภายใน ๑ ปี. ปรากฏว่าค่า PBI สูง, โดยเฉพาะในระยะสัปดาห์แรกหลังคลอด, และค่อย ๆ ลดลงมาจนกระทั่งอายุ ๓-๑๒ เดือน ซึ่งยังมีค่าสูงกว่าของผู้ใหญ่เล็กน้อย.

ข้อสันนิษฐานรายละเอียดเกี่ยวกับวิธี

การ เมื่อสองปีมาแล้ว, ในการวิจัยเกี่ยวกับคอพอกและไอโอดีน, ห้องปฏิบัติการและวิจัยราทีโอไอโซโทปได้จัดห้องทดลองเฉพาะไอโอดีนขึ้น, เพื่อหาไอโอดีนจำนวนน้อย ๆ ในสารน้ำต่าง ๆ จากร่างกาย, ทำเฉพาะไอโอดีนอย่างเกี่ยวเท่านั้น, โดยใช้วิธีที่

Astwood คัดแปลงจากวิธีของ Zak. วิธีนี้ได้รับความร่วมมือแนะนำจากแผนกเคมี, ร.พ. แมสซาชูเซตส์ ดี เจเนอรัล, ขอสติน และห้องทดลองของคณะเทคนิคการแพทย์, ซึ่งเราขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย. เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีของ Chaney ซึ่งมีการกลั่น, และวิธีของ Barker ซึ่งมีการเผาเป็นเตาแล้ว, วิธีนี้คิดว่าทำได้สะดวกกว่าและได้ความนิยมแพร่หลายมากในปัจจุบันนี้.

กล่าวโดยย่อ, วิธีนี้ใช้ย่อยตะกอนจากกรวดไทรผลอระชะที่ติดด้วยกรวด ผลอริค. หลังจากนั้นก็วัดฤทธิ์ กระดาษลิ้นของไอโอดีนต่อปฏิกิริยาของ เฮลิกแอมโนเนียม ซัลเฟต

ข้อกรทอาร์ซีเนียสโดยใช้เทียบส. การกระทำทุก ๆ ตอนได้ใช้ความระมัดระวังและความประณีต, ทบทวนจนกระทั่งได้ค่าของการอ่านผลอยู่ตัว. การทำนั้นทำทุกวัน, ทำแต่อย่างเดียว, ใช้ภาชนะอย่างเดียวกันโดยไม่เปลี่ยนถ่ายเทคงแต่การตกตะกอนจนถึงการย่อย, และในตอนหมนเหวียงตะกอนนั้นได้ใช้ บัคเคอร์ เล็กขนาด ๕๐ มิลลิเมตรใส่ในเครื่องหมนเหวียงที่ติดแปลงโดยไม่ต้องเปลี่ยนภาชนะ, จึงไม่มีการสูญเสียของตะกอนที่ละลายด้วยโปตัสเซียม ไนเตรต. การเตรียมน้ำยาต่าง ๆ นั้นก็พยายามทำโดยระมัดระวัง. การย่อยนั้นกลองจุกยบที่เหมือนกันหมด. การอ่านปฏิกิริยากระทำในช่วงเวลาที่เท่ากัน.

ผลของการกระทำได้กราฟของค่ามาตรฐานขนาดและเกอบที่ขั้วกันทุกวัน, และผลของการอ่านค่าเซรมักได้ค่าที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมาก, ต่างกันไม่เกิน ๒-๕ ๒๕. ในเวลาทำซ้ำ. เมื่อได้ทดลองความแม่นยำโดยการส่งตัวอย่างวิเคราะห์ที่รู้ค่าแล้วรวมทั้งส่งเซรมของคนที่เคยได้รับวัตถุที่แสดงในการตรวจเอกซเรย์, เช่น บรอน-ไมกราฟฟี, โคลลิซีสโตกราฟฟี, มัยอิลोगราฟี, ก็ปรากฏว่าได้ผลตรงตามค่าของ

เซรมที่ส่งตรวจหา PBI โดยไม่ได้บอกให้รู้ล่วงหน้า. นอกจากนั้นการส่งเซรมที่เคยตรวจแล้ว, ส่งซ้ำไปอีก; ก็ได้ผลเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน.

วิจารณ์

การหาค่าของ PBI ในน้ำเหลืองตามวิธีดังกล่าวมีข้อดีอยู่หลายประการ, เช่นการทำค่อนข้างสะดวก, ใช้น้ำเหลืองน้อย, มีความแม่นยำในการหาเป็นที่พอใจ, เหมาะที่จะใช้ตรวจและติดตามผลของการรักษาในผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก), กรรมวิธีค่อนข้างง่ายเมื่อเทียบกวิธีอื่น. ผลที่ได้จากการทดลองหาค่าปรกติในผู้ถูกทดลองที่มีจำนวนมากพอ ย่อมจะใช้เป็นมาตรฐานค่าปรกติของห้องทดลองนั้น, ในอันจะใช้สำหรับการทดสอบศึกษาเรื่องอื่น ๆ และในผู้ป่วยได้.

ในผู้ใหญ่, เมื่อเทียบกับค่าของผู้คนที่ทำไว้, เห็นว่าค่าเฉลี่ยที่ได้โดยวิธีนี้ในห้องทดลองของเราต่ำกว่าเล็กน้อย. แต่เกณฑ์แกว่งใกล้เคียงกันสำหรับในเด็กเมื่อเทียบกับค่าของ Danowski. ไม่ปรากฏว่าค่าในเด็กของเราสูงกว่าผู้ใหญ่. ค่าในเด็กอายุ ๑ เดือนกลับต่ำกว่าค่าของผู้ใหญ่และเด็ก

โตเล็กน้อย. ข้อที่พบโดย Danowski ว่าค่าของ PBI ในสูงซัดเจนภายในสัปดาห์แรกหลังคลอดและค่อย ๆ ลดลงจนถึงปลายขวบแรก, แต่ค่าของระยะปลายขวบแรกก็ยังคงสูงกว่าค่าของผู้ใหญ่และเด็กโตเล็กน้อยนั้น, จากการทดลองของเราที่ทำในเด็กอายุ ๑ เดือน ๓๐ ราย, ไม่ปรากฏว่าได้ค่าสูงกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่. เพราะฉะนั้นพอจะอนุมานได้ว่าค่า PBI ที่สูงชันในสัปดาห์แรกหลังคลอด, น่าจะกลับมาเป็นปรกติในเวลาไม่เกิน ๑ เดือนหลังคลอด.

สรุป

ได้รายงานผลการทดลองหาค่า PBI ปรกติในผู้ใหญ่ ๑๐๕ ราย, เด็กอายุ ๑ เดือน ๓๐ ราย, เด็กอายุ ๓ เดือน ถึง ๑๒ ปี ๒๖๐ ราย, โดยคัดแปลงให้ง่ายและสะดวกจากวิธีของ Astwood ที่แก้ไขจาก Zak. ค่าเฉลี่ยในผู้ใหญ่ต่ำกว่าของผู้อื่นที่รายงานไว้เล็กน้อย. ในเด็กพบว่าค่าของ PBI ที่ปรากฏว่าสูงชันในสัปดาห์แรกหลัง

คลอด, กลับลดลงสู่ระดับปรกติในระยะก่อนอายุ ๑ เดือน.

ในที่สุด ผู้รายงาน ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ อรุณ เนตรศิริ และศาสตราจารย์อำนาจ เสมรสุด ที่กรุณาอนุญาตให้เสนอรายงานนี้, ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์จำลอง หะริณสุต, อาจารย์สทวงศ์ มงคลสุข, อาจารย์นายแพทย์วิบูล วิธานวดี, แพทย์หญิงนิศยา สมิตานนท์ ที่สนับสนุนงานนี้, นายแพทย์ภูเก็ท วาจนนท์ ช่วยคำนวณสถิติ, นายแพทย์อรุณ บุญประกอบ และนายแพทย์สภา ลิ้มพาณิชย์ การช่วยเขียนและถ่ายภาพ. ผู้ที่มีความสำคัญยิ่งที่ให้รายงานนี้ออกมาเสนอ, คือผู้ถูกทดลองทุก ๆ ท่าน.

เอกสาร

- (1) Zak, Bennie, H.H. Willard, Gordon B. Meyer, A.J. Boyd: J. Clin. Invest. 1952, 24:8
- (2) Barker, S.B., Humphry, M.J., Soley M.H., J. Clin. Invest. 1951, 30: 55.
- (3) Starr, Paul, Donald W. Petit., A.L. Chaney, Hilda Rollman, Joseph B. Alken, Brooke Jamieson, and Ingrid Kling: J. Clin. Endocrinol. 1950, 10:1237.
- (4) Kydd, David M., Evelyn B. Man and John P. Peters: J. Clin. Invest. 1950, 29:1033.
- (5) Danowski, T.S., S.Y. Johnson, W.C. Price, M., Mckelvy, S.S. Stevensons, and E.S. McCluskey: Pediatrics 1951, 7:240:
- (6) Talbot, N.B., A.M. Butler, A.H. Salzman, P.M. Rodriguez; J. Biol. Chem. 1944, 153:479.

(Summary of the preceding Report)

P.B.I. IN NORMAL THAI SUBJECTS

Direk Pongpipat M.B., Dr. med.
(Dept. of Pediatrics)

Romsai Suwarnig M.B., M. Sc. Med., F.I.C.S.
(Dept. of Radiology)

The authors determined the serum P.B.I. by a modification of the original method of Zak (Astwood modification), using only 0.5 ml. of material. In 105 adults, age range 20 to 30 years, the values for both sexes ranged from 2.90 to 7.48 mcg. percent; the mean for men was 4.77 ± 1.15 , that for women 4.71 ± 1.19 . Thirty babies one-month old gave

values between 2.82 and 6.46 mcg. Results of determination in 260 children 3 to 12 years old were between 2.90 and 7.48 mcg. percent. The authors believe there is no significant difference in connection with age or sex. The high P.B.I. values found in newborns probably does not last as long as one month.

(3 graphs. 6 references.)

มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ในเด็ก

รายงานผู้ป่วย ๑ รายที่รักษาด้วยการผ่าตัดและไอโอดีน ๑๓๑

ประสงค์ ตูจิงดา พ.บ., D.T.M. & H.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)*

ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ., M.Sc.Med., F.I.C.S.

(แผนกรังสีวิทยา)**

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ., Cert. in Ped. Surg.

(แผนกศัลยศาสตร์)***

มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ในเด็กนั้นถือว่าเป็นโรคที่พบได้ยากมาก, โดยเฉพาะเมื่อประมาณสามสิบปีเศษมาแล้ว. รายงานก่อน ค.ศ. ๑๙๓๐ มีจำนวนเพียง ๑๐ ราย. หลังจากนั้นได้มีผู้สนใจศึกษา, ทำให้จำนวนการวินิจฉัยโรคนี้มากขึ้นตามลำดับ. Theodor Winship⁽¹⁾ ได้พยายามรวบรวมผู้รายงานจากวารสารต่าง ๆ ในโลก, รวมทั้งสอยถ่ามไป ร.พ. เกือบต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา, คานาดาและยุโรปตะวันตก, พบว่ามีจำนวน ๓๓๔ รายที่วินิจฉัยโรคได้ก่อนอายุ ๑๕ ปี.

เรื่องย่อ ตูจิงดา, ประสงค์, ร่มไทร สุวรรณิก, เสนอ อินทรสุขศรี. มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ในเด็ก. รายงานผู้ป่วย ๑ รายที่รักษาด้วยการผ่าตัดและ ไอโอดีน ๑๓๑. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๒), ๑๔ : ๖๘๕-๗๐๑.

เด็กชายอายุ ๕ ปีมีก้อนโตที่คอมา ๑ ๑/๒ ปี. มีไข้. เดิมรักษาอย่างวัณโรค. ต่อมามีการแพร่กระจายไปที่ปอด. ตัดชิ้นเนื้อธัยรอยด์ตรวจพบ อะดีโนคาร์ซิโนมา. จึงตัดต่อมออกและรักษาตามด้วย ไอโอดีน ๑๓๑ สองครั้ง. หลัง ๑ ๑/๓ ปีอาการและภาพ เอ็กซเรย์ คงเดิม. วัตถุประสงค์จับ ไอโอดีน ได้ผลต่ำ. ได้กระตุ้นด้วย T.S.H. ทำให้การจับสูงขึ้น, แล้วให้ ไอโอดีน ๑๓๑ อีก. ภายหลังหกเดือนอาการดีขึ้น, ลักษณะโรคในปอดจางเกือบหมด. ต่อมาน้ำหนักเพิ่มขึ้น. เห็นว่าการใช้ T.S.H. ควบกับ ไอโอดีน ๑๓๑ ให้ผลดี.

* หัวหน้าแผนก, ศจ. นพ. อรุณ เนตรศิริ.

** หัวหน้าแผนก, ศจ. นพ. อำนวย เสมรสุต.

*** หัวหน้าแผนก, ศจ. นพ. อุดม โปษะภฤณะ.

สมมุติฐาน

การศึกษาเพื่อค้นหาสมมุติฐานของมะเร็งของต่อม ต่อม รอยคกยงเป็น ปัญหา เช่นเดียวกับการศึกษาหาสาเหตุของมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการ เกิด มะเร็งของต่อม ต่อม รอยคกในเด็กพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้:

๑. การศึกษาเกี่ยวกับกรรมพันธุ์และการเกิดโรคแต่กำเนิด

ในจำนวนผู้ช่วย ๓๓๔ รายได้ข้อสังเกตต่อไปนี้:

ก. เด็กทุกคนมีประวัติเมือคลอดปกติ, นอกจาก ๓ รายที่มีร่างกายผิดปกติเล็กน้อย, กัยอีก ๑๒ รายมีก้อนทวารแฉะต่อม ต่อม รอยคก และวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งในภายหลัง.

ข. ประวัติทางครอบครัว ไม่มีอะไรสำคัญ.

ค. ประวัติทางมารดา, มี ๑ คนที่ได้รับ การรักษายัไปต่อม รอยคกทางอายุกรรม และ ๒ คนได้รับการรักษายัเปอรต่อม รอยคกทางศัลยกรรมแต่ทั้ง ๓ รายนี้ไม่ได้รับการรักษาาระหว่างตั้งครรภ์เลย.

๒. การศึกษาเกี่ยวกับภูมิประเทศ มีผู้กล่าวว่ามะเร็งของต่อม ต่อม รอยคก มักจะพบ

บ่อยในถิ่นคอปอก. แต่ทว่าจากการรวบรวมของ วินซีฟ พบว่าผู้ช่วยมะเร็งของต่อม ต่อม รอยคก ในถิ่น ที่ไม่ใช่ถิ่น คอปอก มีมากกว่าในถิ่นที่มีการขาด ไอโอดีน. การ ศึกษาอย่างละเอียดของ Bex (2), Saxen (3), และ Thalmann (4), ก็ได้สนับสนุนงานของ วินซีฟ- นอกจากนั้น วินซีฟ ยังตั้งข้อสังเกตว่าการพบผู้ช่วยมะเร็งของต่อม ต่อม รอยคก ขึ้นอยู่กับความสนใจของสถานันการแพทย์มากกว่าภูมิประเทศ.

ข้อ สนับสนุน เกี่ยวกับถิ่น แคนคอปอก และมะเร็งของต่อม ต่อม รอยคก เป็นงานของ Kelly (5) ซึ่งศึกษาในประเทศสวีตเซอร์แลนด์และพบว่าภายหลังที่มักกฎหมายบังคับให้เพิ่มไอโอดีนในเกลือในปี ๑๙๒๘ แล้วจำนวนผู้ช่วย ด้วย โรคคอปอก ลดลง อย่างมาก. นอกจากนั้นงานของ Wynder (6) ที่พิมพ์ในปี ๑๙๕๒ ยังแสดงว่าอัตราตายจากมะเร็งของต่อม ต่อม รอยคก ก็ลดลงด้วยเช่นกัน.

Smither (7) กล่าวว่าการศึกษาในสภาพขาดไอโอดีนทำให้ต่อม ต่อม รอยคก ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ. T.S.H. จากปัสสาวะ จะกระตุ้นต่อม ต่อม รอยคก. เมื่ออาหารยังขาดไอโอดีนอยู่, ถ้าเป็นเวลานานพอ, ก็อาจ

จะเกิดเป็นมะเร็ง. ถ้าได้ ไอโอดีน ทันที
ที่, ต่อม ธัยรอยด์ ก็ระยิบและ อาจจะมี
การเกิดมะเร็งได้.

๓. โคบอลท์ Kriss, Carnes และ
Gross (8) ได้พบว่าต่อม ธัยรอยด์ ในเด็กจะ
โตขึ้นเมื่อได้รับ โคบอลท์ พลอสไรต์ ในการ
รักษาอาการขาด. แต่ที่ว่า Jaimet และ
Thode (9) ได้ศึกษาหน้าที่ของต่อม ธัยรอยด์
แล้วพบว่าไม่มี การ เปลี่ยน แปลง ใดๆ
เมื่อได้รับการรักษาดังกล่าว. Klinch (10)
ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางจุลกายวิภาค
ของต่อม ธัยรอยด์ ที่โตในเด็ก ๑๐ ราย.
ในจำนวนนี้ ๕ รายที่ได้รับการรักษาด้วย
โคบอลท์, แต่ลักษณะ ทางจุลกายวิภาค
ก็ไม่แตกต่างจากพวกที่ไม่ได้รับ โคบอลท์.
นอกจากนี้ Klinch ยังให้ความคิดเห็น
ว่าการที่มีการงอกเกิน (ฮัยเปอร์เพลเซีย) ของ
ต่อมนี้ บาง คราว คล้ายกับ มะเร็ง ของ ต่อม
ธัยรอยด์. แต่อย่างไรก็ตามจนกระทั่งปัจจุบัน
ก็ยังไม่ มีใคร สามารถ พิสูจน์ ได้ ว่า
โคบอลท์ เป็น คาร์ซีโนเจนหรือกอยโตรเจน.

๔. การศึกษาเกี่ยวกับอาหาร ทราบกัน
ว่าอาหารถั่วเหลืองสามารถทำให้เกิดคอ
พอกได้ในสัตว์. เด็กจำนวนหนึ่งมีคอพอก
หลังจากกินอาหารประกอบด้วยถั่วเหลืองเป็น
ส่วนใหญ่. ในจำนวนนี้บางคนได้ถูกทำการ

ตัดต่อม ธัยรอยด์ ออกทั้งหมด, โดยทำการ
ตรวจพยาธิวิทยาพบว่า เป็น “ฮัยเปอร์เพล-
เซียระยะเด็ก”. เด็กพวกนี้ส่วนใหญ่ได้ถูก
ตัดกลีบหนึ่งของต่อมออก, แล้วกลีบที่เหลือ
ก็เล็กลงเท่าปรกติ, ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับการ
รักษาอย่างอื่น, หรือบางรายก็ไม่ได้เปลี่ยน
แปลงอาหารที่รับประทานด้วย.

การศึกษาเพื่อหาผลจากถั่วเหลืองทำให้
ให้ต่อม ธัยรอยด์ โตได้, ทำกันอย่างกว้าง
ขวางในคนและ สัตว์ทดลอง. (11) พอสรุปได้
ว่าการที่เลี้ยงด้วยอาหารถั่วเหลืองและโปร-
เทอิน จากถั่วเหลืองจะทำให้หนูและทารก
มีต่อม ธัยรอยด์ โตเนื่องจากขาด ไอโอดีน.
แต่ถ้าเพิ่ม ไอโอดีน ไปในอาหาร, ต่อม
ธัยรอยด์ ก็ไม่โต. ถ้าหากใช้ เคซีน แทน
โปรเทอิน จากถั่วเหลืองในอาหาร, ต่อมก็
จะไม่โตเช่นกัน. ซอนแสดงว่าใน โปรเทอิน
จากนม มีสารจาก ธัยรอยด์, ซึ่งตอน
หลังพบว่ามี มโนไอโอโททัยโรซีน และ
ไดไอโอโททัยโรซีน.

การ ศึกษาที่ แสดง ว่า ถั่วเหลือง เป็น
กอยโตรเจน นั้นยังไม่มีการพิสูจน์ถึงที่สุด.

๕. การศึกษาเกี่ยวกับการฉายรังสี ที่
บริเวณคอขณะเป็นทารก ได้มีผู้สังเกตไว้
ตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๕๐ ว่าน่าจะมีการเกี่ยว

ข้อระหว่าง การฉายรังสีต่อม ธิยมีสกับ
มะเร็งของต่อม ธิยรอยด์. Duffy และ
Fitzgerald (12) ได้ศึกษาผู้ช่วยมะเร็งของ
ต่อม ธิยรอยด์ ที่เมมอเรียล ฮอสปิทัล ใน
นิวยอร์กตั้งแต่ปี ๑๙๓๒ ถึง ๑๙๔๘ รวม
๒๘ รายที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา
ว่าเป็นมะเร็งของต่อม ธิยรอยด์ ก่อนอายุ
๑๘ ปี. ในจำนวนนี้มี ๑๐ รายที่โตประวัติ

ว่าได้รับการฉายแสงรังสีเพื่อรักษาต่อม ธิย
มีส ที่โตระหว่างอายุ ๔ ถึง ๑๖ เดือน.
ต่อมาได้มีรายงานสนับสนุนจาก Simpson,
Hempelmann และ Fuller, (13) และ Clark (14)
และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานเพิ่มเติม ของ
Simpson และ Hempelman ซึ่งได้รวบรวม
ผู้ช่วยของเขาใหม่อีก, ดังสถิติต่อไปนี้:

จำนวนผู้ช่วย มะเร็งธิยรอยด์ ธิยรอยด์อดโนมา

มีประวัติการรักษาค้วยเอ็กซเรย์	๒,๓๓๓	๑๑	๕
พี่น้อง (ไม่มีประวัติรักษาค้วยเอ็กซเรย์)	๒,๖๒๒	๐	๑
เฉลี่ยเวลาที่โตขึ้นรังสีบำบัด		๑ เดือน	
เฉลี่ยเวลาที่เกิดมะเร็ง		๑๒.๒ ปี	
เฉลี่ยเวลาที่ติดตาม		๑๔ ปี	

ตามสถิติของวินชิพ ปรากฏว่าผู้ช่วยมะเร็งของต่อม ธิยรอยด์ ของเขาในสหรัฐ
อเมริกามีประวัติของการฉายรังสีเพื่อรักษาประมาณ ๒๐ ٪.

การใช้ ราคิโอเอแอนด์คัฟ ไอโอดีน เพื่อ
รักษา ธิยเปอรธิยรอยด์คีสต์และมะเร็งของ
ต่อม ธิยรอยด์ บางชนิดที่ไม่สามารถรักษา
ด้วยการผ่าตัด, ได้มีมาประมาณ ๕๕, จึง
ไม่สามารถจะกล่าวได้ว่าราคิโอเอแอนด์คัฟ ไอ
โอดีน จะเป็นเหตุก่อมะเร็งหรือไม่. แต่
อย่างไรก็ตามการใช้สารนี้ในผู้ช่วยเด็กควร
จะได้รับการระวังและมีเหตุผลเพียงพอ, ถึง

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีผู้รายงานว่า มีมะเร็ง
ของต่อม ธิยรอยด์ เกิดขึ้นระหว่างที่โตขึ้น
การรักษาโรคค้วย ไอโอดีน ๑๓๑.

ข้อสรุปทางคลินิกเกี่ยวกับ การเกิดของ
ระหว่างการรักษาค้วยรังสีเอ็กซเรย์และการเกิด
มะเร็งของต่อม ธิยรอยด์ มีดังนี้คือ:

ก. มีข้อสนับสนุนอย่างแข็งแรงที่แสดง
ว่าการใช้รังสีเอ็กซเรย์เพื่อรักษาในทารกอาจ

เป็นสมมุติฐานของมะเร็งต่อม ร้อยยัด ใน เด็กและหนุ่มสาวได้.

ข. ในปัจจุบัน ยังไม่มี เหตุผลเพียงพอที่ แสดงว่าการใช้รังสีเอกซ์เพื่อรักษาหรือการใช้ ไอโอไดน์ ๑๓๑ จะเป็นสาเหตุของมะเร็งของต่อม ร้อยยัด ในผู้ใหญ่.

การศึกษาของ Doniach (15) ในสัตว์ทดลองแสดงว่าหนูที่ ได้รับไอโอไดน์ ๑๓๑ หรือเอกซเรย์จะเกิดเป็นมะเร็งของต่อม ร้อยยัด มากขึ้น, เมื่อสัตว์นั้นถูกกระตุ้นด้วยต่อม ปีตติคาร์ย เป็นเวลานาน (โดยการ ใช้กอยโตรเจน.) กลไกในอาจจะคล้ายคลึงกันกับการใช้รังสีเอกซ์ ในทารก หรือเด็กที่กำลังเจริญเติบโต, เมื่อเอามาเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่.

อาการแสดงทางฝ่ายคลินิก

ขออ้างตามรายงานของ วินชิพ ซึ่งได้ศึกษาผู้ช่วยจากสถานที่ต่าง ๆ กันมีจำนวนถึง ๓๓๔ ราย, นับว่าเป็นจำนวนที่มากที่สุด. ในจำนวนนั้นพบว่าผู้ช่วยเป็นหญิง ๖๕ ปช. (ซึ่งคล้ายกันในผู้ใหญ่), เฉลยอายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ๕.๘ ปี. อายุต่ำที่สุด ๔ เดือน, และสูงที่สุด ๑๔ ๑๒ ปี. ส่วนมากของผู้ช่วยแสดงอาการหรือสิ่ง

ตรวจพบ อย่างชัดเจน ก่อนที่จะวินิจฉัยโรคได้แน่นอนไม่น้อยกว่า ๑ ปี.

อาการที่นำผู้ช่วยไปหาแพทย์ได้แก่:

ต่อมน้ำเหลืองที่ คอโตยวกับปุ่มที่ร้อยยัด ๕๘ ปช.

เฉพาะต่อมน้ำเหลืองที่ คอผิดปรกติไม่เจ็บไม่ยุบหาย ๓๐ ปช.

เฉพาะปุ่มที่ร้อยยัด ๑๒ ปช.

อาการเริ่มแรกประมาณ ๕๘ ปช. คือคลำได้ก้อนที่ด้านข้างของคอ. อาจจะเป็นหนึ่งก้อนหรือมากกว่า. ก้อนนี้ไม่เจ็บ. ประมาณ ๑๘ ปช. ของพวกนพบทง ๒ ข้าง, และประมาณ ๓๐ ปช. ของผู้ช่วยคลำไม่พบสิ่งผิดปรกติที่ต่อม ร้อยยัด. วินชิพ รายงานว่าต่อม ร้อยยัดที่คลำได้ในเด็ก ๑๗๖ ราย เป็นมะเร็งของต่อม ร้อยยัด ถึง ๒๗ ปช.

๑๕ ปช. ของผู้ช่วย ทั้งหมดแสดงว่ามีการลุกลามของมะเร็ง ไปที่ ปอดตั้งแต่แรก. ในจำนวนนี้ ๘ รายที่มีการลุกลามไปที่กระดูก. อาการอื่นๆ ที่พบนอกจากนี้ก่อนที่ต่อม ร้อยยัด แล้ว, ก็มีไอเสียงดัง, เจ็บปวดเฉพาะที่, เสียงแหบ, กลืนลำบากและหอบ. พวกที่มีอาการรุนแรงมากถึงแก่กรรม ไม่นานภายหลังผ่าตัด.

อาการของผู้ป่วยมักจะไ้ประวัติเป็นมานาน, คิดเฉลี่ยประมาณ ๒ ปี. พวกที่มีอาการเร็วที่สุดมีเพียง ๗ ราย, ที่มีอาการน้อยกว่า ๑ เดือน. รายที่มีประวัตินานที่สุดคือ ๑ ปี. มีรายงานอาการที่แตกต่างกับที่กล่าวมาแล้วคือของ Salsal (16) มีผู้ป่วย ๒ คนมีอาการของ ฮัยเปอรธัยรอยติสมี. ในจำนวนนี้ ๑ คนการวินิจฉัยโรคไม่แน่นอน.

ในการคลำไ้ก้อนที่คอเต็ก, มีความจำเป็นที่จะต้องแยกโรค, คือ:

1. Tuberculous adenitis
2. Nonspecific lymphadenitis
3. Thyroglossal—duct cyst
4. Lymphoma
5. Branchial cyst
6. Dermoid cyst
7. Chronic thyroiditis

ในรายที่มีอาการลุกลามไปที่ปอด, จำเป็นที่จะต้องแยกจากวัณโรค. ผู้ป่วยในชุดของ วินซีฟ ๗ รายที่ มีการลุกลามไปที่ปอด, ไ้รับการรักษาแบบวัณโรคเป็นเวลานานถึง ๒ ปีก่อนที่จะวินิจฉัยโรคไ้แน่นอน.

จากเหตุผลดังกล่าวในแง่ปฏิบัติ เพื่อการวินิจฉัยโรค, เราขอสรุปไ้ดังนี้:

๑. ในเด็กหรือเด็กวัยรุ่น, ถ้าคลำพบก้อนที่ต่อม ธัยรอยด์, ควรจะไ้รับการตัดตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา.

๒. ถ้าพบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต โดยหาสาเหตุไ้ไม่ได้และไม่ยุบ, ควรจะนึกถึงว่า อาจจะมีการลุกลามจากมะเร็งของต่อม ธัยรอยด์, จำเป็นที่จะต้องตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ.

การรักษา

๑. การทำศัลยกรรม Angelo แนะนำว่าทุกรายที่ไ้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และยังไม่พบว่ามีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ แนะนำว่าควรตัดออกทั้งหมด, (17) มากกว่าจะตัดออกเพียงบางส่วน. ถ้าหากมีการลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอ, ควรทำการตัดต่อมที่คอแบบถอนราก (แรดิกัล) ร่วมด้วย.

การใช้รังสีบำบัดภายหลังผ่าตัดเพอของกันการกลับเป็นอก, เป็นที่เชอถอกันในบางแห่ง.

๒. การใช้ยาสกัดธัยรอยด์ โดยอาศัยงานทดลองในสัตว์ พบว่ามะเร็งของต่อม ธัยรอยด์ ในหนูจะเกิดขึ้นไ้จากการทำให้หนูอยู่ในสภาพฮัยโปธัยรอยติสมีและกระตุ้นด้วย ฮอร์โมน ของ ปิตูอิทารี, และเมื่อหยุดให้ T.S.H. มะเร็งจะหยุดชะงักและลือไป. เหตุการณ์เช่นนี้อาจจะเกิดขึ้นในคนไ้.

Sir Thomas Dunhill (18) ได้รายงานไว้ตั้งแต่ปี ๑๙๓๗ ว่าเขาได้ทำการรักษา มะเร็งของต่อม ธัยรอยด์ โดยใช้ยาสกัด ธัยรอยด์ ๒ รายได้ผลดี. งานนี้มีผู้สนใจน้อย. จนกระทั่ง ๑๐ ปีต่อมาจึงได้มีผู้สนใจ เช่น Purves และ Griesbach (19). Blame (20) ได้รายงานผู้ช่วยหญิงอายุ ๑๕ ปีได้รับการผ่าตัดตนเองอกทศอกและรักษา ด้วยเอ็กซเรย์. ต่อมาอายุได้ ๓๒ ปี, ได้เอ็กซเรย์พบมีการแผ่กระจายไปยังเนอซอก โดยบังเอิญ. อายุ ๓๖ ปีได้ตัดต่อม ธัยรอยด์ ออกทั้งหมดและรักษาด้วยไอโอดีน ๑๓๑ (๒ ครั้ง ๑๒๒ มิลลิกรัม). เข้าใจว่าขนาดจะน้อยไป. เอ็กซเรย์ของปอดไม่ชัดเจน และทำท่าจะมากขึ้น. ใน ๒ ปีต่อมาจึงให้ ธัยร็อกซีน. พบว่าภายหลัง ๖ ปีจุดที่ปอด ลดลงและเธอยังมีชีวิตอยู่.

ชนิดเซลล์

Papillary carcinoma
 Papillary และ follicular carcinoma
 Follicular และ papillary carcinoma
 (รายที่มีส่วนเป็น ปลายัลลารีย์)
 Follicular carcinoma
 Undifferentiated carcinoma

การใช้ I¹³¹ การใช้ I¹³¹ เพื่อการ รักษา มะเร็งของต่อม ธัยรอยด์, โดยเฉพาะ รายที่มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ, ใน ตอนแรก ๆ ยังไม่ค่อยมีผู้นิยมมากนัก, เพราะมะเร็งของต่อม ธัยรอยด์ ส่วนมากเป็น ชนิดอะนาพลาสติก, ซึ่งทำให้ต่อม ธัยรอยด์ ไม่สามารถจะเก็บ ไอโอดีน ไว้ ได้มาก. ดังที่เห็นได้จากสถิติว่ามะเร็งของ ต่อม ธัยรอยด์ ในเด็กและเด็กวัยรุ่น ส่วน ใหญ่เป็นชนิดปลายัลลารีย์ อะดีโนคาร์ซิโน- มา, ซึ่งไม่สามารถจะเก็บ I¹³¹ ได้มาก พอถึงขนาดรักษาได้. แต่อย่างไรก็ตาม, ที่ เราพบถึงแม้จะเป็นปลายัลลารีย์ อะดีโนคาร์- ซิโนมา ก็มักจะมีบางส่วนที่เป็น ฟอสติก- ลาร์ อะดีโนคาร์ซิโนมา ร่วมด้วยเสมอเป็น ส่วนน้อย.

วินชีพ แสดงสถิติชนิดต่างๆ ของมะเร็ง ของต่อม ธัยรอยด์ ในเด็กไว้ดังต่อไปนี้ :

จำนวนราย	เปอร์เซ็นต์
๒๒	๑๕
๔๖	๓๒
๒๖	๑๘
(๕๔)	(๖๕)
๒๙	๒๐
๒๑	๑๕
รวม	๑๐๐

จากการศึกษาพบว่าเนอของมะเร็งทกระ
 ายไปตามอวัยวะต่าง ๆ นั้น, เมื่อดูกกระ-
 ทันด้วย ธิยโรโทรบิค ฮอโรโมน (T.S.H.)
 จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้ง ทางหน้าที่
 และรูปร่าง, พร้อมทั้งความสามารถในการ
 ที่จะเก็บ ไอโอดีน และทำให้เข็มด้วย, การ
 ที่ร่างกายจะได้รับ T.S.H. เพิ่มมากขึ้น, ก็
 โดยการตัดต่อม ธิยรอยด์ ออกทั้งหมด.
 ต่อมา ขัตติคาร์ย จะหลัง T.S.H. เพิ่มขึ้น.
 ฉะนั้นถ้าเราให้ I^{131} ขนาดสูงตามไปภาย
 หลังผ่าตัด, ก็จะทำให้เนอมะเร็งสามารถที่
 จะจับ I^{131} ได้มากพอที่จะเป็นขนาดรักษา
 ได้.

การคอยไตของเนอมะเร็งของต่อม ธิย-
 รอยด์ ต่อ T.S.H. อาจจะเป็นไปทางอื่นได้.
 เช่นเมื่อเราให้ I^{131} ไม่มากพอ, หรือ
 ในรายที่ไม่ได้รับ I^{131} เนอมะเร็งอาจล-
 ามมากขึ้นได้จากการกระตุ้นด้วย T.S.H.,
 ถ้าหากมีปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น, เรา
 อาจระวังการเติบโตของเนอมะเร็งได้โดย
 การให้ ธิยรอยด์ ฮอโรโมน จำนวนเพียงพอ
 เพื่อกดการหลังของ T.S.H. ที่เกิดขึ้นภายใน
 ร่างกาย.

การรักษาด้วย I^{131} แล้วต่อด้วย
 ธิยรอยด์ ฮอโรโมน จำนวนเพียงพอ เพื่อกด

การหลังของ T.S.H. เป็นวิธีที่ดีในการช่วย
 กันการกลับของเนอมะเร็ง.

ได้มีผู้พยายามใช้ ขัตติคาร์ย กัมมันต-
 รังสี (Y 90) ผังในเนอเพอรักษา มะเร็ง ของ
 ธิยรอยด์ ชนิดอะนาพลาสติคเหมือนกัน,
 แต่ผลที่ได้ไม่ดี.

การพยากรณ์โรค

เนอจากมะเร็งของต่อม ธิยรอยด์ ใน
 เด็กมีจำนวนไม่มาก, ฉะนั้นการที่จะลง
 ความเห็นว่าการรักษาอย่างไร จะมีผลดีกว่า
 นั้น, ไม่สามารถจะทำได้, เพราะ
 มีนายแพทย์น้อยคนที่มีโอกาสรักษาผู้ช่วย
 ด้วยโรคนี้มากกว่า ๑ คน.

อย่างไรก็ตาม, การพยากรณ์โรคนี้
 ว่าค่อนข้างดี. ขอนำงานของ วินชิพ มา
 แสวง, ที่ได้ติดตามผู้ช่วยโรคนี้มากที่สุด,
 คือมีจำนวนถึง ๒๒๖ ราย. แต่ส่วนใหญ่
 ึ่งได้รับการรักษาไม่ถึง ๕ ปี. มี ๖๓
 รายติดตามได้ ๕ ปี. พวกที่ติดตามได้กว่า
 ๑๐ ปี มี ๔๕ ราย. ในจำนวนนี้พบว่า,
 ๒๔ ราย มีชีวิตอยู่โดยไม่มีโรค, ๑๗
 ราย มีชีวิตอยู่โดยมีโรค, ๑ ราย มีชีวิต
 อยู่ได้เกิน ๒๗ ปี, และ ๕ ราย ึ่งแก่
 กรรมระหว่าง ๑๐-๒๕ ปี หลังผ่าตัด.

รายงานผู้ป่วย

เด็กชาย ก.ร., อายุ ๕ ปี, รัยไว้ในแผนกกุมารเวชศาสตร์เมื่อ ๒๑ ก.ย. ๐๒ โดยมีอาการสำคัญว่า มีก้อนที่คอ โตมา ๑ ปี.

ประวัติครอบครัว บิดาอายุ ๖๓ ปี, แข็งแรงดี. มารดาอายุ ๓๘ ปี, มีประวัติเมื่อ ๓ ปีก่อน ถ่ายเอ็กซเรย์ปอดพบว่า เป็นวัณโรคระยะแรกเริ่ม, ได้รับความรักษาโดยฉีดยา, และเอ็กซเรย์อีกว่าหายปรกติเมื่อ ๒ ปีก่อน. พนองมทั้งหมด ๓ คน. คนแรกเป็นหญิงอายุ ๑๖ ปี, ยังศึกษาอยู่. คนที่สองคือตัวผู้ป่วยเอง. คนที่สามเป็นชายอายุ ๗ ปี, แข็งแรงดี.

ประวัติอดีต ผู้ป่วย คลอดครบกำหนด, คลอดเอง, ไม่ต้องใช้เครื่อง. เมื่อคลอดไม่พบความผิดปกติในตัว. กินนมมารดาอยู่จนอายุ ๑๒ เดือน. เริ่มกินข้าวบดและนำซบดตั้งแต่อายุได้ ๕ เดือน. การเจริญเติบโตเหมือนเด็กคนอื่น ๆ. มีอุปนิสัยเรียบร้อยและฉลาด. เมื่ออายุ ๒ ปี เป็นปอดบวม. ออกหัดเมื่อสองขวบกว่า. เป็นไข้หวัดใหญ่ประมาณ ๑ ปีมาน. ไม่มีประวัติรักษาด้วยเอ็กซเรย์.

ประวัติการป่วยปัจจุบัน เมื่อประมาณ ๑ ปี

ครั้ง ก่อนมาร.พ. มารดาสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการไอและมีไข้. กลางคืนนอนมักมีเหงื่อออกเสมอๆ. ไข้เป็น ๆ หาย ๆ เป็นอยู่ประมาณ ๑๐ วัน, ก็เว้นสัปดาห์หนึ่ง, แล้วก็เป็นอีก. จึงพาไปหาแพทย์. แพทย์ได้ให้ยามารับประทาน. ตอนนั้นผู้ป่วยยังไปโรงเรียนได้ตามปรกติ, ยังไม่มีอาการอ่อนเพลีย, กินอาหารได้ดี. ต่อมาสังเกตว่า ผู้ป่วยช่วยขมผัดปรกติ, ไม่เจ็บ, ไม่อึกเสย, ไม่สังเกตว่ามีตาโปนหรือเปล่า. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยากินเวลามีไข้เช่นนี้ตลอดมาเป็นเวลา ๑ ปี, ๖ เดือน ก่อนมา ร.พ., อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น, ยังคงมีไข้เสมอและไอ, ไม่มีเสมหะ; อ่อนเพลียลง, และไข้มักจะเป็นตอนบ่ายและตอนกลางคืน, ถ้ามีไข้มาก ๆ มักหอบและเพ้อ. มารดาจึงพาไปหาแพทย์ใหม่. ได้รับความเอ็กซเรย์ปอด. แพทย์ว่าเป็นโรคปอด. ได้รับความฉีดยาวันเว้นวันอยู่ ๒๐ เข็ม. ต่อมารับประทานไอโซในอะซีท วันละ ๓ เม็ดเรื่อยมาเป็นเวลา ๕ เดือนและได้ยามากินอีก. ต่อมาอีก ๑๐ วัน มารดาสังเกตเห็นว่า ที่ คอ ของ เด็ก แดงและเจ็บ, คล้ายเป็นก้อน. เด็กบ่นว่าหายใจไม่สะดวกเวลานอน. อาการไข้และไอยังคงมี

เสมอๆ เช่น พักๆ. ในระยะหลังนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร, ซึม, ไม่ใคร่เล่น, ผอมลง. มารดาจึงพาไปหาแพทย์อีกและได้รักษาเม็คมามากขึ้นอีก ๑๐ เม็ท. พอกินไป ๖ เม็ทอาการอีกเสบที่คออีกทีเลากลง, แต่อาการไข้และหอบในบางคราวยังคงมีอยู่.

๕-๖ วันมานี้ รู้สึกว่าก่อนที่คอโตเร็วมาก. คลำได้ก้อนซด. มารดาไม่เห็นวาทาไปนฝิตปรกติ. มีเหงื่อออกตามฝ่ามือข้าง. ไม่มีไข้สั่นหรือเหนื่อยง่าย. ไม่ตกใจ, แต่สังเกตว่ากลางคืนนอนไม่ใคร่หลับมา ๓ เดือนแล้ว. มารดาเห็นอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงพามา ร.พ.

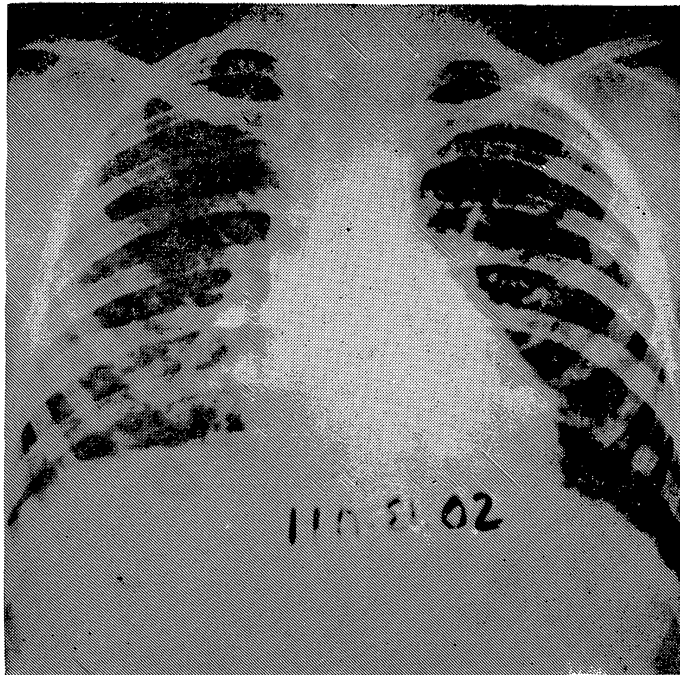
การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๔°ซ., ชีพจร ๘๘/นาที, หายใจ ๒๒/นาที. ความดันเลือด ๑๐๐/๖๐ มม.ปรอท, น้ำหนักตัว ๑๗.๕ กก. ร่างกายทั่วไปผอม, บาง, ท่าทางฉลาด, คอโตเล็กน้อย. มีก้อนขนาด ๕x๔ ซม. ที่ส่วนหน้าค้ำกลางของคอ, เคลื่อนไหวตามการกลืน, แข็ง, ขรุขระ, ไม่เจ็บ. ผิวหนังที่ปกคลุมไม่มีอาการอักเสบ, ไม่มีการเต้นของหลอดเลือดที่มองเห็นได้. หลอดลมคอไม่ถูกคั้นหรือตึง. ท่อน้ำเหลือง สับแมนติบูลาร์ คลำพบทั้งสองข้าง, ขนาดเส้นผ่า

ศูนย์กลาง ๑ ซม., แข็ง, เคลื่อนไหวไปมาได้, ไม่เจ็บ. ท่อม เซอร์ไวคัล หน้าทางซ้ายคลำได้ขนาด ๑ ซม., แข็ง, เคลื่อนไหวไปมาได้, ไม่เจ็บ. ท่อมหน้าเหลืองอื่นๆ คลำไม่พบ. ในระบอบอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

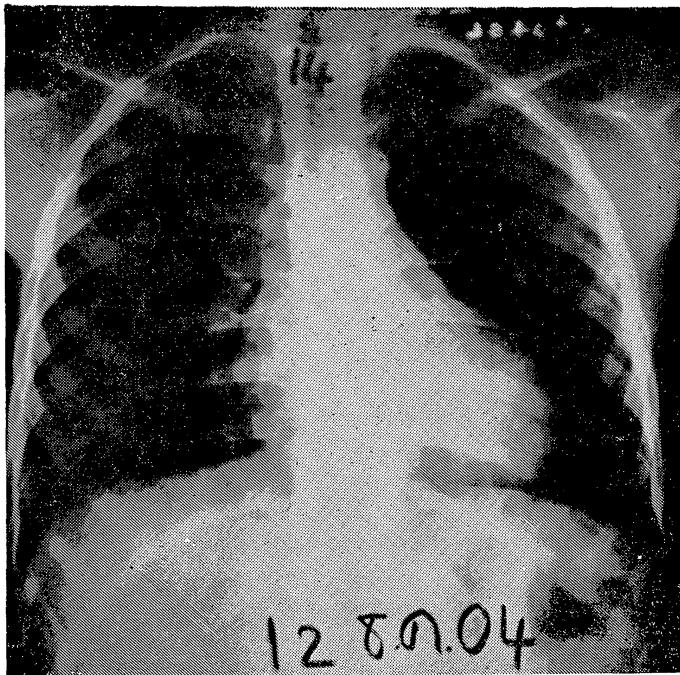
เอกซเรย์ปอด (๑๑ กย. ๐๒) พบเงาจุดขาวๆ ทั่วไปในปอดทั้งสองข้าง, คล้ายกับวัณโรคปอดระยะแพร่กระจาย หรือการกระจายของมะเร็งของต่อม ธัยรอยด์ มาที่ปอด (รูป ๑).

การตรวจทางห้องทดลอง ซีโมโกลบิน ๕๐ ปรซ., เม็ทเล็คแดง ๕.๔๕ ล้าน/ล.มม., เม็ทเล็คขาว ๘,๓๕๐/ล.มม., ป. ๓๖ ปรซ., ล. ๖๐ ปรซ., ม. ๒ ปรซ. ซี ๑ ปรซ., เบโซ. มัยอีโธ. ๑ ปรซ., E.S.R. ๔๖ มม./ซ.ม. B.M.R. + ๑๒.๖%. การทดสอบมิงก์ซ์. ๑ : ๑๐๐๐, ๒+. การจับราติโอไอโอดีน ๒๔ ซ.ม. ๗.๐๓ ปรซ. (ต่ำ).

ภาพฟิล์ม เอกซเรย์ ที่ถ่ายไว้เมื่อ ๖ เดือนก่อนหน้า มีลักษณะคล้ายคลึงกับเมื่อแรกรับไว้มาก, ประกอบกับการจับไอโอดีนต่ำและมีต่อม ธัยรอยด์ โต, จึงคิดว่าลักษณะภาพเอกซเรย์ของปอดนั้นเป็นมะเร็ง



รูปที่ ๑



รูปที่ ๒

ต่อม ธิยรอยต์ แพร่กระจายมากกว่าวัณโรค, จึงได้ปรึกษา นายแพทย์ เสนอ อินทรสุขศรี, ตักเอาชิ้นเนื้อของต่อม ธิยรอยต์ ไปตรวจ ๒ ซม. (เส้นผ่าศูนย์กลาง) ส่งไปตรวจ รายงานการตรวจโดยนายแพทย์ทินรัตน์ สถิตนิมานการ และนายแพทย์พอล ที. โรซาน แจ้งว่าเป็น “อะดีโนคาร์ซิ โนมา ของธิยรอยต์.”

ภายหลังที่ได้การวินิจฉัยโรคแน่นอนแล้ว จึงได้ผ่าตัดเอาต่อม ธิยรอยต์ ออกทั้งหมด (โดยนายแพทย์ เสนอ อินทรสุขศรี ๓ พย. ๖๒). พบว่าส่วนล่างของต่อมยกกลม ไปถึงหลอดลมคอ. ผู้ช่วยทนการผ่าตัดได้ ดี. ภายหลังผ่าตัด ๓ วันให้ I^{131} ๕๐ มิลลิกรัม และได้ให้ I^{131} อีกจำนวนเท่ากันเมื่อ ๒๕ ตค. ๒๕๐๒. หลังผ่าตัดผู้ช่วยได้รับ ยาสกัด ธิยรอยต์ ๑ เกรนต่อวัน. ระดับของ P.B.I. อยู่ระหว่าง ๔.๒-๗.๒ ไมโครกรัม. ปช., น้ำหนักของผู้ช่วยซึ่งลดลงเหลือ ๑๕.๕ กก. ก็เพิ่มเป็น ๑๗.๐ กก. ภายหลังผ่าตัด ๔ เดือน แคลเซียมในเลือดลดลงเหลือ ๕.๕ มก.ปช., เข้าใจว่ามีสภาพ ธิยไปพาราธิยรอยต์. ได้ให้ วิตามินดี ๖ แสนหน่วย สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง อยู่ ๒ สัปดาห์. แคลเซียมกลายเป็นปรกติ.

อาการทั่วไปไม่มีสิ่งผิดปกติ. น้ำหนักตัวคงอยู่ระหว่าง ๑๖.๕ กับ ๑๗ กก., ภาพ เอ็กซเรย์ ปอดไม่มีการเปลี่ยนแปลง. จนกระทั่งเดือน มิย. ๒๕๐๓ น้ำหนักลดลง เป็น ๑๕.๕ กก., จึงได้รับไว้ใน ร.พ. อีกครั้งเมื่อวันที่ ๑๓ มิย. ๐๓. พยายามให้อาหารและให้พักผ่อน. น้ำหนักของผู้ช่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๐ กก., ภาพ เอ็กซเรย์ ปอดยังคงเดิม.

ในต้นเดือน มีค. ๒๕๐๔ ได้ทำการศึกษาด้วย I^{131} อีกครั้ง. ปรากฏว่ามี การจับ ๒๔ ซม. ๖.๓ ปช. (เดิม ๗.๐๓%). ได้ทดลองใช้ T.S.H. (Primothyron Sche-ring) ๕๐๐ หน่วย นิด ๓ วัน ติด ๆ กัน, แล้วทำการทดสอบอีกครั้งพบว่า การจับเพิ่มขึ้นจาก ๖.๓ ปช. เป็น ๑๕.๕ ปช., ด้วยเหตุที่พบว่า มีการจับไอโอดีนเพิ่มขึ้น จึงได้ตัดสินใจให้ I^{131} อีกครั้งหนึ่งจำนวน ๕๐ มิลลิกรัม พร้อมทั้งให้ ปริโมธิยรอน ๓ วัน ติด ๆ กันวันละ ๕๐๐ หน่วย, และตามด้วยยาสกัด ธิยรอยต์ วันละ ๑ ถึง ๑ $\frac{1}{2}$ เกรน. ภายหลังให้ I^{131} แล้ว ๖ เดือน, ภาพเอ็กซเรย์ข้างลงมาก, น้ำหนักตัวยังคงเดิม. อีก ๑ เดือนต่อมา (๑๖ ตค. ๐๓) น้ำหนักเพิ่มเป็น ๑๘ กก. เอ็กซเรย์ข้างลง

อีก. ได้อนุญาตให้กลับบ้านเมื่อวันที่ ๒๖ ต.ค. ๐๔. ผู้ช่วยยังมาติดต่อเสมอ. ครึ่งสุดท้ายเมื่อ ๒๔ ส.ค. ๐๕. ภาพเอกซเรย์ แสดงว่า "การแพร่กระจายในปอดหายไปเกือบหมด." แต่ยังคงมีวัณโรคที่ซี่โครงซี่ละ ๑๒ เกรนทุกวัน. P.B.I. ครึ่งสุดท้าย ๔.๓๕ ไมโครกรัม. น้ำหนักตัว ๒๐.๖ กก. (๒๔ ส.ค. ๐๕). รวมเวลาภายหลังให้ยาครึ่งสุดท้าย ๑ ปี ๕ เดือน. ได้ถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดเมื่อ ๑๔ ต.ค. ๐๕. จุดกระจายของเนื้องอกมะเร็งในปอดข้างไปเกือบหมด (รูป ๒)

วิจารณ์

ผู้ช่วยคนนวมก่อนตกเป็นอาการสำคัญ. มีไข้เป็นๆ หายๆ ในตอนต้น, ทำให้เข้าใจว่าเป็นวัณโรค. เมื่อมา ร.พ. เอกซเรย์พบจุดคล้ายวัณโรคแพร่กระจายในปอด. แต่ได้ตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจ, จึงทราบว่าเนื้องอกมะเร็งของต่อมธัยรอยด์. ผ่าตัดเอาต่อมธัยรอยด์ออกแล้วตามด้วย ไอโอดีน ๑๓๑ ถึงสองครั้ง, ปรากฏว่าอาการทั่วไปของผู้ป่วยและภาพเอกซเรย์ยังไม่เปลี่ยนแปลงในเวลา ๑ ปี ๕ เดือน. ได้สืบหาสาเหตุพบว่าการใช้ ไอโอดีน ของต่อมธัยรอยด์ ทำ

กว่าปรกติ, จึงได้ทดลองให้ T.S.H. เพื่อกระตุ้น. ได้ผลว่าการจับ ไอโอดีน ค่อนข้าง. หลังจากนั้นจึงได้ทดลองรักษาด้วย ไอโอดีน ๑๓๑ ใหม่, โดยกระตุ้นด้วย T.S.H. ไปพร้อมกัน. คราวนี้ได้ผลดี. ผู้ช่วยน้ำหนักเพิ่มขึ้นและรอยโรคในภาพเอกซเรย์ของปอดข้างลงมาก. แสดงว่าการรักษาคราวนี้ได้ผลดี. เห็นได้ว่าการรักษาในตอนต้นไม่ได้ผลเพราะ ไอโอดีน ๑๓๑ ที่ให้เข้าไปนั้นไม่ถูกต่อมธัยรอยด์ จับเอาไว้, ก็ไม่สามารถจะแสดงฤทธิ์ได้. ต่อเมื่อกระตุ้นการใช้ ไอโอดีน ด้วย T.S.H., ต่อมธัยรอยด์จับไอโอดีน มากขึ้น, ไอโอดีน ๑๓๑ เข้าไปอยู่ที่ต่อม, จึงสามารถให้ผลการรักษาได้. ข้อเท็จจริงเป็นบทเรียนว่าการใช้ T.S.H. ร่วมกับ ไอโอดีน ๑๓๑ อาจให้ผลดีมากกว่าใช้ ไอโอดีน แต่อย่างเดียว.

สรุป

๑. ได้รวบรวมรายงานเกี่ยวกับมะเร็งของต่อมธัยรอยด์ในเด็ก จากวารสารต่างประเทศและกลไกการใช้ ฮอร์โมน ของธัยรอยด์ และ ฮอร์โมน กระตุ้น ธัยรอยด์ (T.S.H.) ร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและใช้ I¹³¹.

๒. ได้รายงานผู้ป่วยเด็กอายุ ๕ ปี เป็น
มะเร็งของต่อม ต่อมไทรอยด์, มีการแพร่กระ-
จายไปยังปอด. รักษาด้วยการผ่าตัดและใช้
I¹³¹ ร่วมกับ T.S.H. และยาสกัด ต่อมไทรอยด์
ได้ผลดี. ภายหลัง ๒ ปี ๑๐ เดือน ผู้ป่วย
ยังมีชีวิตอยู่ และ จุดแพร่กระจายของเนอ-
มะเร็งที่ปอดหายไปหมด.

ผู้รายงานขอขอบ คุณศาสตราจารย์นายแพทย์
อรุณ เนตรศิริ, หัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์, ที่ได้
อนุญาตให้นำรายงานนี้เสนอในที่ประชุม, และนาย
แพทย์สภา ลิ้มพานิชย์การ, หน่วยภาพการแพทย์ที่
ช่วยจัดทำภาพฉายให้.

เอกสาร :

1. Winship, T.: Pediatrics 1956,18: 459.
2. Bax, H.R.: Thesis, Utrecht, Netherlands. 1939. (After Winship. T, 1)
3. Saxen, E.: Acta chir. Scandinav., Suppl. 1950,156:1 (After Winship. T, 1)
4. Thalmann, A.: Schweiz. med. Wschr. 1954,84:473. (After Winship. T, 1)
5. Kelly, F.C.: World Goitre Survey, Iodine Education Bureau, London, 1946.
6. Wynder, E.L.: New Engl. J. Med. 1952: 246, 492, 538, 573.
7. Smithers, D.W.: J. of the Faculty of Radiologists 1959,10:11.
8. Kriss, J.P., W.H. Carnes, R.T. Gross: J.A.M.A. 1955,157,117.
9. Jaimet, C.H., H.G. Thode: J.A.M.A. 1955,158:1353.
10. Klinch, G.H.: J.A.M.A. 1955, 158:1347.
11. Judson, J., et al: Pediatrics 1959, 24:752-760.
12. Duffy, B.J., Jr., P.T. Fitzgerald: Cancer 1950,3:1018.
13. Simpson, C.L., L.H. Hempelmann, L.M. Fuller: Radiology 1955,64 840.
14. Clark, D.E.: J.A.M.A. 1955,159: 1007.
- 15 a. Doniach, I.: Brit. J. Cancer 1950,4:223.
- 15 b. Doniach, I.: Brit. J. Cancer 1953,7:181.
- 15 c. Doniach, I.: Brit. J. Cancer 1957,11:67.
- 15 d. Doniach, I.: Brit. J. Cancer 1957,11:253.
16. Sokal, J.E.: J.A.M.A. 1954,154: 1321.
17. Di George, A.M., K.E. Paschkis: Ped. clin. North Amer. 1959,6:585-589.
18. Dunhill, T., W.E. Griesbach: Brit. J. exper. Path. 1947,28:46.
19. Purves, H.D.: Lancet 1954,1:812.
20. Balme, H.W.: Lancet 1954,1:812.

(Summary of the fore-going Report)

THYROID CARCINOMA IN CHILDREN
With Report of One Case

Treated surgically and with I¹³¹

Prasong Tuchinda M.B., D.T.M.&H. Romsai Suwarnig M.B., M.Sc. Med., F.I.C.S.
(Dept. of Pediatrics) (Dept. of Radiology)

Sanoe Indrasukhsri M.B., Cert, in Ped. Surg.
(Dept. of Surgery)

After theoretical introduction the authors report the case of a boy 9 years old who had had a mass in the neck for 1½ years accompanied with irregular fevers and had been given antituberculous therapy for some time. Roentgenogram revealed miliary mottling of lung fields. The diagnosis was clinched by biopsy of the mass which revealed adenocarcinoma of the thyroid. Surgical removal of the tumour was followed by I¹³¹ treatment. But there

seemed to be no improvement either in general condition or in chest roentgenogram. After the lapse of 15 months and no progress it was found that the iodine uptake was poor but could be elevated with T.S.H. Another treatment with I¹³¹ combined with T.S.H. gave remarkable improvement: within 6 months the body weight increased considerably and all the lung mottling disappeared.

(2 Figures. 20 references.)

บทบรรณาธิการพิเศษ

โรคหมอทำ

ประสงค์ ตูจินดา พ.บ.

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

“โรคหมอทำ” ตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Iatrogenic diseases” ซึ่งมีรากมาจากภาษากรีก “iatros” แปลว่า “แพทย์” และ “genesthai” แปลว่า “กำเนิด”. ในพจนานุกรมแพทย์ของเบลคิสตัน ให้คำแปลคำว่า “สภาพของประสาท และ จิตใจที่ผิดปกติของผู้ป่วยอันเป็นผลจากการวินิจฉัยโรคของหมอ.” คำนี้ใช้ได้กันอย่างแพร่หลายในบรรดาจิตแพทย์มาช้านานแล้ว. แต่ในปัจจุบันคำนี้ได้ถูกนำมาใช้มากขึ้น, พร้อมกับความก้าวหน้าในวิทยาการทางแพทย์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมอกุมารแพทย์. แต่ไม่ได้ใช้ด้วยความหมายเกี่ยวกับจิตใจของคนไข้แต่อย่างใดก็ตามความหมายดั้งเดิม. โรคหมอทำในเด็กนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่รู้, ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์, หรือความผิดพลาด, ในการใช้เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อ

วินิจฉัยโรคหรือรักษาทางการแพทย์, โดยล้มหลักรากฐานว่า “ความแตกต่างในขนาดของร่างกายไม่ใช่ความแตกต่างสำคัญแต่อย่างใดระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่”. เพราะหมอกุมารแพทย์จึงมีโอกาสพบเห็นโรคหมอทำบ่อยและมากขึ้น. โรคจำพวกนี้อาจทำให้เกิดความพิการชั่วคราว, พิการตลอดชีวิตหรือทำให้ถึงตายก็ได้.

ทารกเกิดใหม่กับเด็กโตอาจมีปฏิกิริยาต่อยาบางอย่างแตกต่างกันได้, และผลแตกต่างกันอาจเป็นเหตุรุนแรงถึงตาย. ปัจจุบันที่เป็นต้นเหตุมีหลายประการ. ข้อแรกทควรนึกถึงคือ “ขนาดตัว”, ซึ่งโดยมากเราใช้น้ำหนักตัว หรือ เนื้อที่ผวกาย เป็นเครื่องวัด. “อัตรา การ คัด สุ่ม และ ชี้นำ ยาย” เป็นข้อควรคำนึงเกี่ยวกับความเข้มข้นของยาในร่างกายที่จะพอหรือไม่พอให้ผล. บางครั้งการกระจายของยาไปยังส่วนต่างๆ ไม่เท่ากัน;

สามารถทำให้เกิดผลแตกต่างได้. การ
 ทดสอบของยาของทารกเกิดใหม่ ที่ผลิตไปจาก
 เต็กโตอาจอธิบายได้ด้วยการแตกต่างในการ
 เผาผลาญและการทำลายพิษ. สมาคมโรค
 เต็กโตสหรัฐ ฯ สาขาทารกในครรภ์และทารก
 เกิดใหม่ แนะนำว่า การใช้ยาแก่ทารกสอง
 พวกนี้ควรจะแยก เต็กโต จากเต็กโต หรือผู้
 ใหญ่, เพราะการสนองต่อสรรพคุณยานั้น
 แตกต่าง กันมาก ทั้ง ปริมาณ และ คุณภาพ.
 ทั้งยังแนะนำว่ายาที่จะใช้แก่ทารกเกิดใหม่
 หรือทารกในครรภ์ ควรจะได้รับการ คั่นคว่ำ
 ทางปรีคลินิกให้ละเอียด ลอชมากกว่านก่อน
 ที่จะนำมาใช้.

ยาต้านเชื้อ (แอนติไมโครเบียล) มีความสำคัญมาก, เนื่องจากทารกเกิดใหม่
 มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายและมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ
 ต่าง ๆ ไม่ดี, การวินิจฉัยโรคในพวกนี้ก็
 ลำบากเพราะปฏิกิริยาของร่างกาย ต่างกันใน
 เด็กโตหรือผู้ใหญ่. บางคราวไม่ทราบว่า
 เต็ก เป็นโรค ติด เชื้อ จนกระทั่งได้ตรวจศพ.
 ด้วยเหตุนี้ จึงมีผู้นำเอายาต้านเชื้อ มาใช้ใน
 เด็กเกิดใหม่กันมาก เพื่อยป้องกัน และ รักษา.
 ทั้งนี้โดย อาศัยผลที่ ได้เห็นในผู้ใหญ่ และ
 เด็กโต. ยาซัลฟาเป็นพวกที่ ได้รับความ
 นิยมมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ซัลฟิออก-

ซาซอล, ซึ่งไม่ตกตะกอนในไต, ในปี
 ๑๙๕๖ ซิลเวอร์แมน รายงานว่าทารกที่ได้อ
 รับ เพนิซิลลิน และ ซัลฟิออกซาซอล มี
 อัตราตายมากกว่าพวกที่ได้อรับ เทอรามัย-
 ซิน, และในการตรวจศพได้พบ แครน
 อิคเตอร์ส ในอัตราสูงมากอีกด้วย. โอเกิ้ล
 อธิบายว่า แครน อิคเตอร์ส เนื่องมาจาก
 ซัลโฟเนอไมด์ ขัดขวางการรวมของ บิลิรูบิน
 กับ โปรตีน, ทำให้ บิลิรูบิน ซึมเข้าไปใน
 เซลล์ ของสมองได้สะดวก. ข้อนี้ทำให้เห็น
 ว่าไม่ควรใช้ ซัลโฟเนอไมด์ ในทารกเกิด
 ใหม่. แต่นอกจากนี้ยังต้องนึกถึงการ ใช้
 ซัลโฟเนอไมด์ จำพวกที่ชื่อย่นานในหญิง
 มีครรภ์ในระยะท้าย ๆ ด้วย, เพราะยาอาจ
 ผ่านทางรกเข้าไปถึงทารกได้.

ซูลอร์แอมเฟนิคอล เป็นยาอีกขนาน
 หนึ่งที่ยอมรับใช้ในทารกเกิดใหม่เพราะเห็นว่า
 ไม่มีอันตรายนอกจากในรายที่มีการ กัดไข
 กระดูก. แต่ในระยะสองสามปี มีรายงาน
 หลายรายที่เสนอว่าทารกที่ได้อรับยานี้, โดยเฉพาะ
 เต็กที่คลอดก่อนกำหนด, มีอาการ
 ระบบไหลเวียน เลือด ล้ม โดย บัจุบัน และ มี
 อัตราตายสูง. ในสหรัฐ ฯ ปรากฏสถิติว่า
 ในปี ค.ศ. ๑๙๕๔, ก่อนมีการใช้ แอน-
 ทิไบโอติก, มีอัตราตายของเต็กเนอของด้วยสูง

น้ำหนักแรกก่อนกำหนด ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐, แต่ในปี ๑๙๕๘, หลังจากมีการใช้ แอนติไบโอติก บ้างกัน, มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๔ ต่อ ๑,๐๐๐. เบอร์น และพวกได้ศึกษาพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับผลอร์แอมเฟนิคอล มีอัตราตายสูงกว่าพวก ค้อนโทรล และพวกที่ ได้รับ เพนิซิลลิน หรือ สเตรปโตมัยซิน. ต้นเหตุของอันตรายเข้าใจว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของผลอร์แอมเฟนิคอล ในร่างกายของทารกแตกต่างกับในผู้ใหญ่. ในพวกหลังนี้ ๕๐ ๒๕. ของ ผลอร์แอมเฟนิคอล ถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะในรูปของ กลูโคโรไนต์. ในทารกเกิดใหม่ มีการ ขับถ่าย ทางไตเพียงเล็กน้อยและช้า, ทำให้มียาค้างอยู่ในเลือดในความเข้มข้นสูงกว่า. มีผู้เปรียบเทียบให้เห็นว่าทารกในสัปดาห์แรกมีระดับ ผลอร์แอมเฟนิคอล ในเลือดสูงกว่าและคงอยู่นานกว่าทารกที่แก่เดือนหรือเด็กโตที่ ได้รับยาในขนาดเปรียบเทียบเท่ากัน. เพราะฉะนั้นสาเหตุของการเป็นพิษ จึงน่าจะเป็น การที่ไตในทารกเกิดใหม่ มีสมรรถภาพต่ำ. การศึกษาในท่าน เฮนซิมม์ แสดงว่าทารกเกิดใหม่มีความสามารถน้อยในการ คอยกักผลอร์แอมเฟนิคอล เพื่อทำการขับถ่ายทาง

ไต. ชอนมีประโยชน์ในท่านปฏิบัติ, เพราะแสดงว่าในทารกพวกนี้แม้ให้ยาเพียงขนาดน้อยก็ได้ผลเท่าเทียมกับการให้ยาขนาดมากในคนพวกอื่นๆ, เพราะยาที่เข้าไปนั้นถูกทำลายและขับถ่ายช้า. มีผู้แนะนำว่าขนาดยา ผลอร์แอมเฟนิคอล ที่ปลอดภัยสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดคือไม่เกิน ๒๕ มก. ต่อ กก., และทารกคลอดใหม่ควรกำหนดไม่เกิน ๕๐ มก. ต่อ กก.

การ ตกเลือดใน ทารกเกิดใหม่ เป็น อันตรายที่สำคัญ และมีบ่อย ประการ หนึ่ง. “โรคตกเลือดในทารกเกิดใหม่” เป็นชื่อที่ เทวาร์นเซ็นต์ เป็นผู้ตั้งชื่อนานมาแล้ว. ในปี ๑๙๓๗ แม็คฟาร์เลน และ บริงก์เฮาส์ ได้เสนอแนะให้ใช้ วิตามิน เค เป็นยาป้องกันโรคนี้. ในสมัยปัจจุบันใช้ วิตามิน สังกะเราะห์จำพวก “เมนาควิโอน” ซึ่งราคาถูก, จึงใช้กันในขนาดสูงๆ. ในบางแห่งใช้ถึงครึ่งละ ๒๕ มก. เป็นการประจำ. ในปี ๑๙๕๕ ครอสส์ และ ลอว์เรนซ์ ตั้งข้อสังเกตว่าเด็กเกิดใหม่ที่เช่นโรค แครนอิคเตอร์รัล, พวกที่ไม่เกี่ยวกับความไม่เหมาะสมทางเลือดระหว่างมารดากับบุตรมักจะมีประวัติการขาด ออกซิเจน และได้รับ วิตามิน เค ในขนาดสูงๆ. ในปี ๑๙๕๖

เขานต์ และ เทลเฟอร์ พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับ วิตามิน เค ในขนาดสูงมากกว่า ๑๐ มก. มีระดับ บิลิรูบิน ในพลาสมา สูงเกิน ๑๘ มก. ปช. ถึง ๓๘ ปช., ส่วนพวกที่ได้รับ วิตามิน เค เพียง ๑ มก. มีระดับ บิลิรูบิน ในพลาสมา เกิน ๑๘ มก. ปช. เพียง ๓.๕ ปช.. ในพวกแรกมีเส้น แคร้น อิคเทอริส ตาย ๒ คน. ในพวกหลังไม่มีเลย. ในสัตว์ทดลองทราบกันว่า วิตามิน เค ขนาดมาก ๆ ทำให้เกิดการสลายของเม็ดเลือดแดงได้, ถ้าสัตว์นั้นขาด วิตามิน อี ด้วย. ข้อนี้อาจเป็นจริงในเด็กเกิดใหม่ก็ได้, เพราะเด็กพวกนี้ตามปกติมีระดับ วิตามิน อี ต่ำมาก, ยิ่งเด็กเกิดก่อนกำหนดก็ยิ่งต่ำลงไปอีก.

“รีโทรเลนคัล ไฟโบรเพลเซีย” เป็นโรคก่อนเนืองอกปรากฏอยู่ข้างหลัง เเรติน่า ในเด็กอายุน้อย ๆ, โดย เทอร์รี่ เป็นผู้ให้ชื่อโรคในปี ๑๙๔๒. เข้าใจว่าต้นเหตุมีมาในระยะ เอ็มบริยอ โดยมีการเปลี่ยนแปลงใน หลอดเลือดของ เนื้อวุ้น (วitreous) ภายในลูกตาเป็นต้นเหตุ. ต่อมาในปี ๑๙๔๕ โอเวน และ โอเวน แสดงหลักฐานว่าเด็กที่มี รีโทรเลนคัล ไฟโบรเพลเซีย นั้นมีตาปรกติเมื่อเกิด. ต่อเมื่อ

อายุได้ ๓ ถึง ๖ สัปดาห์จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ หลอดเลือดของ เเรติน่า. ก่อนปี ๑๙๕๐ ไม่มีใครกล่าวถึงโรคนี้เลย. ตั้งแต่ปี ๑๙๕๕ มาจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ. ภายในสองสามปี โรคนี้ได้กลายเป็นสาเหตุอย่างเดี่ยวยุติทำให้เกิดในสหรัฐอเมริกา ตายออกมากที่สุด. การศึกษาจากหลายบ้านด้วยกันให้ผลพอจะสรุปได้ว่า เเรติน่า ของเด็กคลอดก่อนกำหนด “ไวต่อการถูกทำลายด้วย ออกซิเจน”. ในระยะแรก หลอดเลือดขยายตัวแคบลง, ซึ่งถ้าเป็นอยู่นานก็ทำให้หลอดเลือดตันอย่างถาวร. หลังจากนั้นจะมีการงอกเพิ่มขึ้นเกินปรกติ. ต่อไป เเรติน่า ลอกหลุดและในที่สุดมีวันตัวเป็นก้อน, และเด็กตายออกอย่างเต็มที่. รีโทรเลนคัล ไฟโบรเพลเซีย ยังไม่เคยมีรายงานในประเทศไทย. อาจเป็นเพราะแต่ก่อนนี้ การบริหารทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่ค่อยได้ผล, เด็กพวกนี้ตายเสียเป็นส่วนมาก. เวลา นเรศวร วิช บริบาล ดิชน และ มีการใช้ออกซิเจน ช่วยมาก, จึงสมควรสังวรณในข้อที่เสนอมาน. ข้อควรระวังคือต้องให้ออกซิเจน เฉพาะเมื่อเด็กมีความต้องการ, และความเข้มข้นไม่ควรเกิน ๔๐ ปช.. ถ้ามีความจำเป็นอาจเพิ่มขึ้นได้เป็นครั้งคราว,

และเวลาจะลดความเข้มข้นค่อย ๆ ลดลง. ความเข้มข้นสูงหรือต่ำต้องอาศัยเครื่องวัด, จะอาศัยกะจากปริมาตรไหลผ่านไม่ได้. ในกระโถมที่ให้ ออกซิเจน แก่เด็กเกิดก่อนกำหนดควรวัดความเข้มข้น ออกซิเจน อย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง.

การใช้ยาในระหว่างตั้งครรภ์เป็นเหตุสำคัญอีกพวกหนึ่งของ “โรคหมอทำ”, แต่เรื่องนยงมีการศึกษาน้อยมาก, แม้แต่ในสัตว์ทดลอง. ยาใหม่ ๆ เกิดขึ้นเรื่อย ๆ. การศึกษาผลเสียของยามักไม่พร้อมมูล. ขอนเสนอให้ทารกในครรภ์ต้องเสี่ยงกับอันตรายจาก “โรคหมอทำ” มากที่สุด. ดังนั้นในการให้ยาแก่มารดาที่ตั้งครรภ์ต้องนึกว่าอาจมีผลไปลงลูกในครรภ์ได้เสมอ. ในบ้านเราก่อนสงครามโลกครั้งที่สองยาควินิน เป็นต้นเหตุของอันตรายแบบน้อยที่สุด. อาจทำให้เด็กแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้. ในสมัยนิยมยาหลายขนานที่อาจทำความเสียหายได้, เช่น โพรเจสติน อาจทำให้ลูกเพศหญิงมีลักษณะเป็น “กระเทยเทียม”, ยากด ฉัยรอยดัก, เช่น ไอโอดีน ๑๓๑, โปแตสเซียม ไอโอไดด์, ไทโอยเรซิล, อาจทำให้เด็กมีต่อม ฉัยรอยดัก, เป็นต้น. ยารักษามะเร็ง, ซาลิซิลเลท,

แอมโมเนียม ซัลไฟด์, ยาลดความดันเลือด, ยาทำลายเชื้อโรค, ตลอดจน อีเล็กโตรลิต อาจให้ผลร้ายต่าง ๆ กัน. ในขณะนี้ ซาลิโตไมด์ กำลังเป็นที่รู้จักแพร่หลายและทำความตื่นตัวให้แก่แพทย์และประชาชนทั่วไป, คงที่ทราบกันอยู่แล้ว. เป็นที่น่ายินดีที่แม้นานจะโตมีเข้ามาจำหน่ายในบ้านเราตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๓ แต่ยังไม่มียารายงานการพิจารณาจากยานเลย. เมื่อต้นเดือนสิงหาคมแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยได้ประกาศให้ประชาชนทราบถึงอันตรายจากยาดังกล่าว, และต่อมากระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศห้ามจำหน่ายทั่วประเทศ.

ในปัจจุบันนี้การตรวจด้วยรังสี เอกซเรย์เป็นวิธีช่วยการวินิจฉัยโรคที่สำคัญที่สุดวิธีหนึ่ง. แต่รังสีนั้นอาจทำอันตรายแก่ร่างกายได้หลายประการด้วยกัน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเด็ก. ทิสซู่ของเด็กไวต่อรังสีมากกว่า ทิสซู่ของผู้ใหญ่. ตามธรรมชาติเด็กย่อมมีเวลาทรงชีวิตอยู่ต่อไปนานกว่าผู้ใหญ่, เพราะฉะนั้นย่อมมีโอกาสที่จะแสดงผลร้ายที่เกิดล่าช้าได้มากกว่าผู้ใหญ่. นอกจากนี้ระยะสืบพันธุ์ทั้งหมดยังไม่ถึงในเด็ก. ผลร้ายที่อาจมีย่อมจะเห็นชัดเจน, ไม่เหมือนในผู้ใหญ่ซึ่งบางส่วนของระยะสืบ-

พ้นไปได้แล้ว. ดังนั้นก่อนจะใช้รังสีเอกซ์ ในเด็กจำเป็นต้องพิจารณาเสียก่อนว่ามีความจำเป็นจริงๆ หรือไม่, และแม้จำเป็น, ก็ต้องพยายามหลีกเลี่ยงการตรวจซ้ำๆ, ซึ่งจะเพิ่ม ปริมาณ ของรังสีที่ เด็ก ได้รับจน ร้อย ๆ. การใช้รังสีตรวจ, แม้จะดูเหมือนจำเป็น, แต่ส่วนมากก็ไม่ค่อยมีประโยชน์. ทั้งเช่น ลอว์เรนซ์ นิคเค ได้ทำการตรวจทารกปรกติ, อายุ ๔ ถึง ๒๔ เดือน, จำนวน ๑๐๓๗ คนโดยถ่ายภาพ เอกซเรย์ ทรวงอก, ได้ภาพที่แสดงความผิดปกติน้อยกว่า ๐.๑ ๒๕., ซึ่งหมายความว่าส่วนใหญ่ นั้น การถ่ายไม่ให้เกิดผลอะไรเลย. ทั้งยังทำให้ทารกต้องถูกรังสีโดยไม่จำเป็นด้วย. ดังนั้น ก่อนที่จะส่งเด็กไปถ่าย เอกซเรย์ ควรเอาใจใส่ต่อการซักถามประวัติ, การตรวจร่างกาย,

และการทดสอบทแยงคลื่น ตลอดจนการตรวจอื่น ๆ เสียก่อน, เพื่อความปลอดภัยของเด็ก.

เอกสารที่ใช้ในการรวบรวม :

1. A.C. Smith: Textb. of Pediatrics, 1954, p. 2456.
2. Nyhan: J. Pediat. 1961,59,1-17.
3. Lischner: J. Pediat. 1961,59:21-33.
4. Crosse: Arch. Dis. Child. 1955, 30:501.
5. Laurence: Lancet 1955,1:819.
6. J.C. Bound, P.T. Telfer: Lancet 1956,2:720-722.
7. A. Patz: Pediat. Clin. N. Amer. 23. Feb. 58.
8. Comm. on Radiat. Hazards and Epidem. of malform.: Pediat. 1961,28:670.
9. L.N. Nickey: Pediat. 1961,27:670.
10. J. Caffy: Pediat. 1960,25:359.
11. Helen B. Taussig: JAMA 1962, 180:1106.
12. W. Lenz: Lancet 1962,1:271-272.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกยอเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : อรุณ เนตรศิริ Dr. med., D.T.M., พ.ด., แสงจันทร์ แสงวิเชียร พ.บ.
สุภา จันท์เจริญสุข พ.บ., บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ พ.บ., สมศิริ วุฒิปรีชา พ.บ., วรพันธ์ พิไชยแพทย์ พ.บ.,
วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ พ.บ., สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

๑. Dieckhoff, J., R. Koch: อธิบายการของ
ฟรุกโตส—๑,๖ ไคฟอสเฟต อัลโคเลส,
กลูตามิก—พิยวริกและกลูตามิก—ออกซา
โลอะซีติก ทรานส์อะมีเนส รวมทั้งการ
แสดงฤทธิ์ของ ลิวซีน—อะมีโนเปปติเคส
ในน้ำนมคนและน้ำนมวัว.

ยกเว้น ไลเปส เสียแล้ว, เอ็นไซม์
ต่าง ๆ ในน้ำนมมีความสำคัญอย่างไรยัง
เป็นเรื่องที่ทราบกันน้อยเต็มที่. ในน้ำนมคน
นั้นพบว่า มี เอ็นไซม์ อะมีนเลส, เปปติเคส,
เอสเตอเรส, คาร์เทเลส, และ เฮอร์ออกซิ-
เคส. ส่วนในน้ำนมวัวมี โปรตีเอส, อะมีน
เลส, ลักเทส, ไลเปส, แชนทีน ออกซิเคส,
ฟอสฟาเทส, อัลโคเลส, คาร์เทเลส และ ลัก
โทออกซิเคส. ผู้รายงานได้ศึกษาปัญหาที่
สรุปผลได้คือ (๑) ในน้ำนมคนที่เอาไขมัน
ออกแล้วและใน น้ำนมที่เหลือน (โคลอส-
ตรัม) พบว่ามี ฟรุกโตส-๑,๖ ไคฟอสเฟต
อัลโคเลส, กลูตามิก—พิยวริก ทรานส์อะ

มีเนส, กลูตามิก—ออกซาโลอะซีติก ทราน-
ส์อะมีเนส และ ลิวซีน อะมีโนเปปติเคส.
(๒) ในน้ำนมที่เหลือน (โคลอสตรัม) ของ
คนมีการแสดงฤทธิ์ของ ลิวซีนอะมีโนเปป-
ติเคส สูงมาก. (๓) ในน้ำนมวัวที่เอาไขมัน
ออกแล้วพบว่ามี การแสดงฤทธิ์ของ ฟรุก-
โตส—๑,๖ ไคฟอสเฟต อัลโคเลส เพียง
เล็กน้อยเท่านั้น. กลูตามิกออกซาโลอะซี-
ติก ทรานส์อะมีเนส ยังพบได้ตั้งแต่ กลู-
ตามิก—พิยวริก ทรานส์อะมีเนส และ ลิวซีน-
อะมีโนเปปติเคส ไม่พบเลย. (๔) ระหว่าง
น้ำนมวัวและน้ำนมที่เหลือนไม่มีความแตก
ต่างกัน.

อรุณ เนตรศิริ Dr. med., D.T.M., พ.ด.

๒. Alexander, W.D., G. Smith: ผลเสีย
ของ ซาลิซิลเลต เกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด
ในโรค รัวท์มาติก. Lancet 1962,1:768-771.
ในรายที่มีการอักเสบของหัวใจเนื่องจาก

โรค วัณโรคปอด ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่า การรักษาด้วย ซาลิซิลเลต จะมีผลดีหรือร้ายต่อกล้ามเนื้อหัวใจเพียงใด. ผู้รายงานได้ทดลองเป็นสองวิธี. วิธีแรกทดลองในผู้ป่วย ๕๐ ราย ซึ่งเป็นไข้ วัณโรคปอด, วัณโรคใน ร.พ. ๑ ถึง ๒ วัน, เมื่อแรกเริ่มไม่มีอาการแสดงของหัวใจล้ม. เริ่มให้ ซาลิซิลเลต จำนวนมากพอที่จะทำให้ระคายใน เซรัม เท่ากับ ๕๐ มก.ปช. แล้วคอยตรวจหาอาการแสดงของหัวใจล้มโดยถือหลัก เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง, มีน้ำคั่งในปอด, มีน้ำคั่งบริเวณเท้าและ เซรัม ร่วมกับการมีไข้โต. วิธีที่สอง, ทำในผู้ป่วย ๖ ราย ซึ่งมีรอยโรคที่หัวใจและต้องตรวจโดยการใช้หลอดสวนหัวใจ. ทำการทดลองภายหลังทราบผลการตรวจแล้ว. คำนวณหาจำนวนเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกและงานของมันเป็น คือนโทรลแล้วให้กิน ซาลิซิลเลต ๗ กรัมในน้ำ ๗๐ มล.. หลังจากนั้น ๓๐, ๖๐, ๕๐ นาที คำนวณหาจำนวนเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกและงานของมันเช่นเดียวกับ คือนโทรลพร้อมกับหาระดับ ซาลิซิลเลต ใน เซรัม ซึ่งสูงถึง ๕๐ มก.ปช. ในเวลา ๕๐ นาที.

ผลปรากฏว่าผู้ป่วยพวกแรก ๕ รายมีอาการแสดงของหัวใจล้มหลังให้ยาวันที่ ๒

ถึง ๘, และผู้ป่วย ๘ ใน ๕ รายไม่มีหลักฐานชัดเจนหัวใจอีกเลย. ๖ รายพบว่ามีอาการผิดปกติของ อิเล็กโตรคาร์ดิโอแกรม, และอีก ๑ รายมี คาร์ดิโอธอราซิก เรโซ มากเกิน ๕๐ ปช. ในผู้ป่วยพวกที่สองพบว่า (๑) ค่าเฉลี่ยของจำนวนเลือดที่หัวใจฉีดออกเพิ่มขึ้นเนื่องจาก จำนวนเลือดที่หัวใจฉีดแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น, (๒) งานของ เว้นทรีเกิด ซ้ายเพิ่มขึ้นประมาณ ๕๐ ปช.

ผู้รายงานสรุปว่าการให้ ซาลิซิลเลต อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้ม หรือภาวะมีน้ำคั่งในปอดในผู้ป่วยที่เป็นไข้ วัณโรคปอด. ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการให้ ซาลิซิลเลต ขนาดมาก ๆ ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจอีกเลยโดยชัดเจน.

แสงจันทร์ แสงวิเชียร พ.บ.

๓. Ayoub, E.M., L.W. Wannamaker:

การทดสอบแอนติบอดีในโรคไข้วัณโรคปอดปัจจุบัน และ โรค โกลเมอรูโลเนฟริตีสปัจจุบัน.

วิธีการวินิจฉัยโรคไข้วัณโรคปอดปัจจุบันและโรคไตอักเสบปัจจุบันซึ่งเกิดขึ้นเองจากการติดเชื้อ สเตรปโตค็อกคัส ในคนนั้นได้มีการทดลองหา แอนติบอดี ที่เกิดขึ้น

ในคนที่ เป็นโรคดังกล่าว โดยใช้สารที่มีคุณสมบัติเป็น แอนติเจน ที่โตมาจากสิ่งผลิตนอกเซลล์ของเชอราแนน, ซึ่งได้พบใหม่ในเร็ว ๆ นี้ ๒ ชนิดคือ สเตรียโตค็อกคัส เกลสออกซัยโรโบนคลีเอส และ สเตรียโตค็อกคัส ไคฟอสโฟพัยรีคีน นุกลิโอติเคส. คุณสมบัติย่อย ๆ ของสารใหม่ทั้งสองอย่างนั้นดังนี้: สเตรีย. เกลสออกซัยโรโบนคลีเอส เป็น เอ็นไซม์ที่สามารถ ดีโพลีเมอไรซ์ กรด เกลสออกซัยโรโบนคลีอิกจนกระทั่งทำให้เกิด แอนติบอดี, ซึ่ง แอนติบอดีนี้จะทำให้ เอ็นไซม์ เฉพาะของมันหมดฤทธิ์ไป. การพบมากในระยะพักฟื้น, สำหรับ สเตรีย. ไคฟอสโฟพัยรีคีน นุกลิโอติเคส มีคุณสมบัติเป็นตัวเร่งการสลายตัวของ ไคฟอสโฟพัยรีคีน นุกลิโอไทด์ ตรงที่คือ นิโคตินาไมด์ไรโบส จึงทำให้เกิดแอนติบอดี ขึ้น, ซึ่งจะถูกลดล้างไปโดย ไคฟอสโฟพัยรีคีน นุกลิโอติเคส. จึงเอามาคิดหา ไคเตอร์ ของ แอนติบอดี โดยวิธี ไคเตรชัน ระหว่าง แอนติบอดี ที่เกิดขึ้นกับ เอ็นไซม์ ดังกล่าว.

จาก รายงานที่เขาได้ทำการ ทดลองในคนไข้โรคไข้ วัณห์มาติก ๕๐ คนและในโรคไตอักเสบเฉียบพลัน ๔๖ คนพบว่า เกลสออกซัย

โรโบนคลีเอส ไคเตอร์ ขึ้นสูงในคนไข้โรคไข้ วัณห์มาติก, ส่วน ไคฟอสโฟพัยรีคีน นุกลิโอติเคส ขึ้นสูงที่สุดในคนไข้โรคไตอักเสบเฉียบพลัน. สำหรับ ไคเตอร์ แอนติสเตรียโตมัยซิน โอ นั้นขึ้นสูงพอกันในโรคทั้งสอง.

สุภา จันทรเจริญสุข พ.บ.

๕. Cost, L.R.; การศึกษาทางคลินิกในเด็กคลอดก่อนกำหนด, Arch. Dis. Childhood 1962,37:53-61.

ในการศึกษาเด็กคลอดก่อนกำหนด ๑๕๕ รายโดยเฟื่องเลี้ยงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะ ๔ วันแรกหลังคลอด, สรุปได้ดังนี้ (๑) เด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีอัตราการตายสูงในระยะ ๔ วันหลังคลอด. อัตราตายมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดและระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์. เด็กตัวโตกว่าที่ควรมีอัตราการตายสูงกว่าเด็กที่ตัวเล็กแต่อยู่ในครรภ์นานกว่า, (๒) การขยับขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งต่อการที่เด็ก น้ำหนักลดในระยะแรกคลอด. การขยับขึ้นที่ผิดปกติมักเกิดภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังคลอดและมีเกิดก่อนได้รับอาหาร, และไม่สัมพันธ์กับวิธีการให้อาหารและจำนวนอาหารที่ได้รับ. ผู้รายงาน

แนะนำให้ใช้ยารงับ ประสาทและ ให้อาหาร ทางสายยาง, ตลอดจนตัดเอาสิ่งที่อยู่ใน กระเพาะออกเพื่อช่วยลดการขย้อน, และ แนะนำให้ใช้วิธีอื่น เพื่อยกอน การขย้อนใน รายที่มีการลำเลียงระหว่างหลอด, เด็กที่ อาเจียนในสองสามชั่วโมงหลังคลอด และ เด็กที่มี ความ ผิดปรกติ ในระบบ การ หายใจ และระบบประสาท.

บุญชอบ พงษ์พานิชย์ พ.บ.

๕. Clapp, Wesley M. : การใช้ไตเทียม ในเด็ก Am. J. Dis. Child. 1962, 104: 45 - 51.

ได้รายงานผู้ป่วยเด็ก ๑๑ คนซึ่งเป็น โรคไตล้มและได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง. ผู้ป่วย ๓ คนซึ่งเป็นโรคไตอักเสบ ปัจจุบันใน ระยะ บัสดาระ น้อย รอดชีวิตและอยู่ต่อมาได้ไม่ น้อยกว่า ๑๘ เดือน (เวลาที่ตัดตามไต). ผู้ป่วย ๗ คนเป็นโรคไตเรื้อรังอาการดีขึ้นและ ในตอนหลังรักษาถ่ายเข้า. ในพวกนี้ ๔ คน ถึงแก่กรรมใน ร.พ., ๒ คนถึงแก่กรรม สองเดือนหลังกลับบ้าน, อีก ๑ คนยังมี ชีวิตอยู่เมื่อครบ ๑๗ เดือน.

การรักษาวิธีนี้ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง, และได้ผลดีในเด็กเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่,

และมีประโยชน์ในราย ถูกพิษขย้อนเช่นกิน ยาพิษ.

ข้อบ่งใช้วิธีรักษาไตเทียม (๑) อาการ เลวลง, เช่นอาเจียนมากขึ้น, ซึมมากขึ้น, กระวนกระวาย, ชัก, กล้ามเนื้อกระตุก, ความดันเลือดสูง. (๒) ไปแลสเชื่อมใน เลือดสูงเกิน ๗ มิลลิกรัม. คอเลสเตอรอล, อะซี- โทลีส อย่างแก่ไม่ตก, โดยมี ไบคาร์บอ- เนต ในพลาสมา ต่ำกว่า ๑๐ ถึง ๑๒ มิลลิกรัม คอเลสเตอรอล.

บุญชอบ พงษ์พานิช พ.บ.

๖. Blattner, R.J. : ชีพพลียังเป็นปัญหา ที่แก่ไม่ตก. J. Ped. 1961, 59:625-628.

จากรายงานทาง สาธารณสุข ปรากฏว่า ในรอบ ๕ ปีที่แล้วมามีผู้ป่วยโรค ชีพพลี ประมาณหนึ่งล้านสองแสนคน. ในรอบปี ๑๙๖๑ เพียงปีเดียวเพิ่มขึ้นถึง ๖๐,๐๐๐ คน. คณะกรรมการควบคุม ชีพพลี และเรื่อง เกยวข้องการรับเชื้อใหม่และกลายเช่นอีกเนื่อง จาก การรักษาไม่เพียงพอ จึงยังเป็นปัญหา อยู่. สำหรับการวินิจฉัย, ในระยะต้นของโรค วินิจฉัยได้เพียง ๓๐ ปี. เท่านั้นเพราะมี อาการแฉะและอาการแสดงน้อยมาก. เกยว กกับการเรียกชื่อ คอนเจนิตัล ชีพพลี ได้มี

ผู้เสนอว่าควรเรียก ปริเนตล ซีซีฟิลิส โดยอ้างว่า พตส ไตรบีเซอโดยผ่านรก. สำหรับการวินิจฉัย ซีซีฟิลิส แต่กำเนิดในทารกเกิดใหม่ที่ มารดาให้ผลบวกทางปฏิกิริยาน้ำเหลือง, ควรดำเนินการดังนี้ (๑) ตรวจเลือดจากสายสะดือทาง เซโรโลยี, (๒) ตรวจกัลกษณะรก, (๓) ทดสอบซึ่งขูดจากหลอดเลือดดำโดย วิธยายแสงพันหลังมืด, (๔) ตรวจอื่น ๆ ทาง เซโรโลยี.

การรักษาด้วย เพนิซิลลิน ให้ผลดีที่สุด ในเด็กให้ เพนิซิลลิน จี. โซเดียม ในน้ำทั้งหมด ๑ ถึง ๔ แส่นหน่วย ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. แบ่งฉีดทุก ๓ ชม. ๑๕ วัน. ในมารดาให้ โปรเคน เพนิซิลลิน ใน ๒ ปช. อะลูมิเนียม โมโนสเตอเรต จำนวน ๖ แส่นหน่วยต่อวัน, นาน ๑๐ วัน. ถ้ามีการแพ้ให้ใช้ร่วมกับ เอ็นซัยม์ เพนิซิลลินเนส ๘ แส่นหน่วยต่อวัน.

ยาอีกขนานหนึ่ง ที่ปรากฏว่าใช้ได้ผลดี คือ อิริย์โครมัยซิน. ให้ทั้งหมด ๑๕ ถึง ๒๐ ก. โดยแบ่งให้วันละ ๕๐๐ มก. วันละ ๓ ครั้งนาน ๑๐ วัน.

สมศิริ วุฑฒิปรีชา พ.บ.

๗. Coddington, R.D. : การใช้ปัสัยโมเธอราบายในการรักษาเด็กป่วย J. Ped. 1962. 60 : 259-264.

จากประสบการณ์ที่ได้ใช้ ปัสัยโมเธอราบาย ในเด็กป่วยทำให้มีข้อคิดเห็น ๓ ประการดังนี้คือ (๑) เสนอให้นำ ปัสัยโมเธอราบาย มารวมกับการ รักษาของ กุมารแพทย์ เนื่อง จากแพทย์ เหล่านี้เป็น ผู้ใกล้ชิดกับ เด็ก และครอบครัว ของเด็กมากที่สุด. โดยการให้ความอบอุ่นใจ, วาจาอันเป็นกันเองและความตรงต่อเวลา ตั้งแต่เริ่มแรกเหล่านี้สามารถที่จะทำลาย กำแพงกัน บรรยากาศความเป็นแพทย์กับผู้ป่วยและกับเด็กเอง. โดยการนัดพบระหว่างเด็กป่วยและผู้ปกครอง ของเด็ก กับ แพทย์เป็น ครั้งคราวตามวาระอันเหมาะสมจะทำให้ได้พบปะในจิตใจของเด็ก และการ รักษาที่จะได้ผลโดยเร็ว. ในรายที่ต้องการความชำนาญและความสามารถเป็นพิเศษจึงควรเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์. (๒) เสนอให้จิตวิชา ปัสัยมิอาตรัย เป็นสาขาสำคัญให้กับแผนกกุมารแพทย์ประจำบ้านกุมาร. (๓) การใช้ ปัสัยโมเธอราบาย นี้ผู้รายงานได้เข้าเคอนให้แพทย์เอาใจใส่มารดาผู้มีความวิตกกังวลมากให้เท่า ๆ กับเด็กผู้ป่วยทีเดียว.

สมศิริ วุฑฒิปรีชา พ.บ.

๘. Speirs, A. : ความพิการแต่กำเนิด
เนื่องจากยา ธาลิโดไมด์. Lancet : 1962, 1 :

ในขั้จยนี้ นมีรายงานเรื่องเด็กพิการแต่กำเนิดออกมาเสมอๆ และยังเพิ่มจำนวนยิ่งขึ้นทุกที, โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศเยอรมันตะวันตก, เยอรมันตะวันออก, เบลเยียมและสวีตเซอร์แลนด์. เข้าใจกันว่า ยาธาลิโดไมด์ เป็นต้นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการดังกล่าวได้ถ้ามารดาใช้ยานี้ขณะเริ่มตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนมากนำมาใช้ในฐานะที่เป็นยาระงับประสาท.

ผู้รายงานได้รวบรวม ผู้ช่วย ที่มีความพิการแต่กำเนิด ๑๐ รายที่มี ความพิการที่แขนขาทั้งสี่และบางรายก็มีความผิดปกติของทางเดินอาหารร่วมด้วย. ๘ รายถึงแก่กรรมใน ๗ วัน. ๒ รายเท่านั้นที่รอดชีวิตอยู่เกิน ๗ วัน. จากการสอบสวนประวัติของมารดาเด็กทั้ง ๑๐ คนนี้ได้ปรากฏว่ามารดา ๘ คนเริ่มรับ ธาลิโดไมด์ วันละ ๑๐๐ ถึง ๓๐๐ มก. ก่อนตั้งครรภ์, เริ่มตั้งครรภ์ใหม่ ๆ, และเมื่อครรภ์ได้ ๓ เดือน, ๑ คนใช้ยาระงับประสาทแต่ไม่ทราบชื่อและอีก ๑ คนไม่ได้ใช้ยาอะไร. นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่าหญิงที่ตั้งครรภ์ในระยะแรกๆ ซึ่งได้รับยา ธาลิโดไมด์ อาจมีเด็กพิการได้. ความ

พิการนั้นมักเป็นขาและแขนข้อยที่สุด (ข้อมือ แขนขาเริ่มปรากฏใน สัปดาห์ที่ ๖ และ ๗ และเริ่มเจริญเติบโตในสัปดาห์ที่ ๘ ของ เอ็มบริโอ). ความพิการรองลงมาที่พบได้คือ ไม่มีใบหู, หลอดอาหารและลำไส้คีย์, ไม่มีทวารหนักและอาจพบความพิการของไตได้. ผู้รายงานยังไม่ทราบขนาดยาแน่นอนที่ทำให้เกิดความพิการในเด็กและกำลังค้นคว้าอยู่.

วรพันธ์ พิไชยแพทย์ พ.บ.

๘. Whittaker, J.A., W. Austin, J.D.

Nelson : การวินิจฉัยพิษตะกั่วโดยใช้ เอเดตามิล แคลเซียม ไทโซเดียม (เอเดตามิล แคลเซียม ไทโซเดียม (เวอร์เซเนต)). Pediatrics 1962, 29 : 384-388

การทดสอบใช้วินิจฉัยอาการพิษตะกั่วในระยะแรกเริ่ม. ผู้รายงานได้ทดลองกับผู้ป่วย ๓ พวก. พวกแรกเป็นเด็กปรกติ, จำนวน ๒๔ คน, อายุ ๑๐ เดือน ถึง ๖ ปี. พวกที่สองสงสัยว่าจะถูกพิษตะกั่ว ๑๑ คน. พวกที่สามมีอาการถูกพิษ ๘ คน. ใช้ภาวะแกวที่ไตทำความสะอาดให้ปราศจากตะกั่วแล้วเก็บมีสสาร ๒๔ ชม. ก่อนให้และหลังให้ เอเดตามิล แคลเซียม ไทโซเดียม (Edathamil calcium disodium, Versenate)

แล้วนำมาหาปริมาณ ของ ตะกั่ว เป็น จำนวน ไมโครกรัมต่อลิตรต่อ ๒๔ ชม. ให้ยา ขนาด ๗๕ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. โดย ให้เป็นสารละลาย ๒๐ ปร. และมี โพรเคน อยู่ด้วย ๑๕ ปร. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แบ่งให้ ๓ ครั้งห่างกัน ๘ ชม. ผลปรากฏว่าในพวก แรกมีปริมาณของตะกั่วใน ชีตสภาวะ ก่อน ให้ ยา ๐ ถึง ๑๖๐ มกก./ลิตร, เฉลี่ย ๑๕ มกก./ลิตร. ภายหลังให้ยามี ๔ ถึง ๔๐๕ มกก./ลิตร. เฉลี่ย ๑๖๕ มกก./ลิตร. ในพวกที่ สอง พบ ปริมาณ ตะกั่ว ใน ชีตสภาวะ ก่อนให้ยา ๐ ถึง ๓๕ มกก./ลิตร, เฉลี่ย ๑๔ มกก./ลิตร, ภายหลังให้ยาได้ ๖๐๘ ถึง ๑,๕๗๐ มกก./ลิตร, เฉลี่ย ๘๕๕ มกก./ลิตร. ส่วนพวกที่สามได้ปริมาณตะกั่วก่อน ให้ยา ๐ ถึง ๕๐๐ มกก./ลิตร, เฉลี่ย ๑๔๖ มกก./ลิตร, และเมื่อหลังให้ยาได้ ๘๗๑ ถึง ๓,๐๓๐ มกก./ลิตร, เฉลี่ย ๑,๘๖๖ มกก./ลิตร.

จากการทดลอง เห็น ว่า การ ทด สอบ นี้ สำคัญมากในการช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัย ว่าถูกพิษตะกั่วในระยะ แรกเริ่มเพราะในเค้กรวมักจะวินิจฉัย ไม่ได้จนกว่าจะเกิด อาการ ทางสมองขึ้น, ซึ่งในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สมองอย่างถาวรแล้ว. แม้การหา

ปริมาณตะกั่วในชีตสภาวะ ๒๔ ชม. ก็อาจ ทำให้สับสนได้เพราะเด็กปกติก็มีปริมาณ ของตะกั่วในชีตสภาวะ ๐ ถึง ๔๐๐ มกก./ ลิตร และเด็กที่มีอาการเป็นพิษจากตะกั่ว อย่างชัดเจนมี ๓๕ ถึง ๗๒๐ มกก./ลิตร, ซึ่งค่าของมันเป็นค่าก้นอยู่. ส่วนการหาปริมาณของตะกั่วทั้งใน ชีตสภาวะ และ เลือด นั้น อาจได้ค่าต่ำแม้ว่าผู้ป่วยรายนั้น อาจ มี ตะกั่ว สะสมอยู่ในร่างกายเป็นจำนวนมาก. การ ทด สอบ นอาศัยหลักว่า เฮาตามิล ซึ่งเป็น สารที่มีพิษน้อยจะจับกับตะกั่วที่เกาะ อยู่ ตาม ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตลอดจน ในเลือด ให้กลายเป็นสารที่ไม่มีพิษ และ ถูก ขับ ออก ทางไต. การใช้ เฮาตามิล นี้ จะช่วยแยก คนปกติจากผู้ที่ได้รับตะกั่ว มาก กว่าปกติ อย่างชัดเจน.

วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ พ.บ.

๑๐. Swenson, O., C.T. Oeconomopoulos:

อะคาลาเซีย ของหลอดอาหารในเด็ก.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1961, 41: 49-59.

อะคาลาเซีย ของหลอดอาหาร ใน เค้ก ค่อนข้างพบได้ยาก. อาการปรากฏขึ้นช้า ๆ, มีน้ำหนักลด, กลืนอาหารลำบาก, สำรอก และอาเจียนเป็นอาการเด่น. อาการเจ็บไม่

ใคร่ปรากฏ. ผู้รายงานได้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ ๖ ราย ซึ่งมีอายุเกินกว่า ๑ ขวบถึง ๕ ราย, มีอาการสำรอกตอนกลางคืน ๕ ราย, ไอตอนกลางคืนเนื่องจากสำลัก ๓ ราย, อาเจียน ๓ ราย, กลืนลำบาก ๒ ราย และน้ำหนักลดถึง ๖ ราย.

โรคนี้ในบางครั้งอาจวินิจฉัยได้ง่ายโดยเพียงแต่อาศัยภาพรังสีของทรวงอก. จะเห็นเมทิสต์คินมี กว้างออก. ถ้ากลืน ขาเรียมด้วยจะเห็นบริเวณปากกระเพาะแคบพร้อมทั้งหลอดอาหารพองโตมากในครึ่งล่าง.

ผู้รายงานได้ติดตามเนื้องอกตรวจเป็นทางยาว ๒ ราย. ไม่พบ แกงเกลียน เซลล์ ในหลอดอาหารส่วนปลาย, ซึ่งในคนปรกติมีมากมาย. การศึกษาการขับกรดในผู้ป่วย ๒ รายพบว่ามีการหดตัว. จากการทดลองทำลายประสาทของหลอดอาหารส่วนล่างในสุนัขทำให้เกิด คาร์ดิโอสปีสม์ และหลอดอาหารพองโต, ทำให้เข้าใจว่าพยาธิสภาพที่ปรากฏใน อะคาลาเซีย เป็นความพิการหรือบกพร่องของประสาท พาราซิมัม อะเรติก ในหลอดอาหารส่วนล่าง. การเกิด

อะคาลาเซีย ในเด็กน่าจะเป็นแต่กำเนิด. ผู้รายงานให้ความเห็นว่า อะคาลาเซีย ของหลอดอาหารและโรค เฮิร์ชสปรังก์ เป็นโรคที่ไม่มี แกงเกลียน เซลล์ เช่นเดียวกัน. ผิดกันแต่ตำแหน่งของพยาธิสภาพเท่านั้น. ทั้ง ๒ สภาวะส่วนที่ไม่มี แกงเกลียน เซลล์ จะมีการหดเกร็งและไม่สามารถหย่อนตัวได้, ทำให้ส่วนต้นของ หลอด อาหาร และ ลำไส้ใหญ่ค่อย ๆ พองตัวออกและมี ฮัยเปอร์ทโรฟีย์.

การรักษาด้วยอาหารและยาพวก แอนติโคลิเนอร์จิก ได้ผลเพียงเล็กน้อย. ผู้รายงานว่าได้ผลดีมากภายหลังการใช้พลาสมเมอร์บีนิวมาติก โคเลเตอร์ ขยายปากกระเพาะในผู้ป่วย ๔ ใน ๖ รายนี้. พวกเขาทกลีบเข็นอีกได้ขยายซ้ำใน ๖ เดือนต่อมา. ผู้ป่วยที่ทำการขยายแล้ว ๓ ครั้งไม่ได้ผลแนะนำให้ผ่าตัด. การผ่าตัดขยายของ เฮลเลอร์ ก็ที่สุดในรายที่เป็นอย่างน้อย หรือ ปานกลาง, และขยายของ เวินเทิล ก็ในรายที่เป็นมาก. การตัดออกทั้งหมดไม่ควรทำในผู้ป่วยเด็ก.

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M.Sc. Med.

ปกิณกะ

๑. วิตามิน บี ๑๒ กับการเติบโตและการพักผ่อน

งานสำคัญของ คาสเซิล แสดงว่าการ ขั้วกันโรคโลหิตจางชนิดร้าย อาศัยขั้วกัน สำคัญสองประการ. ประการที่ ๑ คือ “เฮกซทรินสิค แฟคเตอร์” หรือขั้วกัน จากภายนอก, ซึ่งต่อมาแยกออกได้เป็น วิตามิน บี ๑๒ และตามปกติได้รับพร้อม กับอาหาร. ขั้วกันประการที่สองคือ “อิน-ทรินสิค แฟคเตอร์” หรือขั้วกันจากภายใน, ซึ่งถูกหลั่งออกจาก เซลล์ ทับเยนเมือก ของกระเพาะอาหาร. โรคโลหิตจางชนิด ร้าย เป็น ผลของ การที่ กระเพาะ อาหารไม่ สามารถสร้างขั้วกันภายในที่ต้องการโดยขั้ว กัน ขั้วกัน ภายนอก ผ่าน ทาง เคน อาหาร เข้า สู่ กระแสโลหิต. มีปัญหาเกิดขึ้นว่าโรคโลหิต จางชนิดร้าย ทำให้เกิดอาการ หลาย อย่าง, ถ้าการขาด วิตามิน บี ๑๒ ทำให้มีความ ผิดปกติในเลือดและไขสันหลัง, การขาด นี้ยังจะมีผลต่อ สุขภาพในค่านอื่น ๆ อย่าง ไรหรือไม่. มีรายงานเกี่ยวกับการทดลอง ในสัตว์แสดงว่า วิตามิน บี ๑๒ ช่วยในการ เจริญเติบโต, และยังมีผู้ทดลองอื่น ๆ อีก

หลายคนให้ความเห็นว่า วิตามิน บี ๑๒ นมขั้วกัน สำคัญในการสร้าง โปรตีน เช่นเดียวกับ ในการสร้างเลือด. เว็ทเชล และคณะกล่าว ว่าการที่เด็กไม่ เจริญเติบโต อาจ เป็นผลของ การขาด วิตามิน บี ๑๒. เขาพบว่าเด็ก พวกนี้สนใจมากต่อการให้กิน วิตามิน บี ๑๒. ชาว ไททำการรวบรวมเนอหาจาก ผลของ การทดลอง ของ ผู้ค้นคว้า ๑๗ ราย ซึ่ง ทำการ ศึกษาใน เด็กรวม ๑,๘๐๐ คน ในอายุต่าง ๆ กัน โดย เปรียบเทียบ กับเด็กที่ ไม่ได้รับ วิตามิน บี ๑๒. ปรากฏว่า ๑๒ พวกรายงานว่าได้ผลดี, คือเด็กมีความสูง, น้ำหนักตัว, และความอยากอาหารเพิ่มขึ้น. สองพวก รายงานว่าไม่ อาจลง ความเห็นได้. ส่วนอีกสามพวกว่าไม่มีผล. เบ็นจามิน และ เฮอร์รี ไม่พบความแตกต่างเกี่ยวกับน้ำหนัก ตัวและส่วนสูงของเด็กนักเรียน ๔๑๘ คน ที่ ได้รับ วิตามิน บี ๑๒ กับ ๔๑๓ คนที่ไม่ ได้รับ. แต่การศึกษานี้ทำอยู่ช่วงเวลา ๘ สัปดาห์เท่านั้นซึ่งนับว่าสั้นกว่าที่ผู้อื่น ๆ ได้ กระทำมา.

ชาว เน้นว่าเป็นการยากที่จะลงความเห็นว่า การขาด วิตามิน บี ๑๒ ทำให้การเติบโตช้า. เขาเห็นว่าอันตรายที่จะเกิดจากการขาด วิตามิน นมน้อย, เนื่องด้วยเด็กเกิดใหม่มี วิตามิน น้อยใน ระดับ สูง กว่า มารดาเสียอีก. นอกจากนี้ถ้าเด็กได้รับ วิตามิน น้อยไปในอาหาร, ก็หมายความว่าอาหารนั้นขาดส่วนสำคัญอื่นๆ ด้วย, ซึ่ง จะแสดงผลของการขาดให้เห็นได้ชัดเจนและรุนแรงก่อนที่จะเห็นผลของการขาด วิตามิน บี ๑๒. แม้ที่เคย และพวกตั้งข้อสังเกตว่าการเจริญเติบโตของเด็กใน จาไมคา ตึซัน หลังจากแก้ไขการขาดอาหารจำพวก โปรตีน และเพิ่มปริมาณให้โต คาลอร์ เพียงพอ. ความปรกติ โปรตีน เป็นต้นตอสำคัญ ของ วิตามิน บี ๑๒. เพราะฉะนั้นผลที่อาจเป็นเพราะการได้รับ วิตามิน น้อยก็ได้. ลา-โคมบี้ แย่งเด็กเป็นพวกอ้วน, พวกปรกติ,

และพวกผอม, แล้วให้ วิตามิน บี ๑๒ เหมือนๆ กัน. เปรียบกับพวกที่ไม่ได้ให้ วิตามิน. เขาพบว่าเด็กพวกอ้วนและได้ วิตามิน มีความสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าพวกที่ไม่ได้. เด็กพวกผอมที่ได้ วิตามิน มีน้ำหนัก เพิ่มขึ้นมากกว่าพวกที่ไม่ได้. แต่เด็กปรกติ ไม่แสดงความแตกต่างอะไร ระหว่างพวกที่ได้รับ วิตามิน.

ผลของการ คึกษา เหล่านี้ ยังไม่ช่วยให้ เราสามารถ ตัดสินใจได้แน่นอนว่าการให้ วิตามิน บี ๑๒ แก่เด็กป่วย หรือแก่เด็กใน ระยะฟื้นฟูเพื่อเป็น “ยาบำรุง” นั้น, จะ เป็นการทรมานเหตุผลเพียงพอ หรือไม่เมื่อคำนึง ถึง ราคาอัน แพง ของ ยา และ เหตุผลทาง วิชาการ.

(รวบรวมจาก B.M.J. March 24, 1962)

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

๒. ความรูปร่างประการเกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิด

นับตั้งแต่ปี ๑๙๕๖ เป็นต้นมาความเชื่อ ว่าจำนวน โครโมโซม ของคนเป็น ๔๖ ชิ้น ได้เข้าแทนที่ความเชื่อแต่เดิมว่ามี ๔๘ ชิ้น, โดยที่การศึกษาในระยะหลังมีวิธีการ พิเศษ

และละเอียดกว่าเดิม, ประการหนึ่ง, และ ความเห็น พ้อง ต้อง กัน จาก แหล่ง คึกษา หลายๆ แห่งอีกประการหนึ่ง. การค้นพบ ซึ่เช่นนี้เป็นความไหวตัว สำคัญ ยิ่งในวงการ

ชาว เน้นว่าเป็นการยากที่จะลงความเห็นว่า การขาด วิตามิน บี ๑๒ ทำให้การเติบโตช้า. เขาเห็นว่าอันตรายที่จะเกิดจากการขาด วิตามิน นมน้อย, เนื่องด้วยเด็กเกิดใหม่มี วิตามิน น้อยใน ระดับ สูง กว่า มารดาเสียอีก. นอกจากนี้ถ้าเด็กได้รับ วิตามิน น้อยไปในอาหาร, ก็หมายความว่าอาหารนั้นขาดส่วนสำคัญอื่นๆ ด้วย, ซึ่ง จะแสดงผลของการขาดให้เห็นได้ชัดเจนและรุนแรงก่อนที่จะเห็นผลของการขาด วิตามิน บี ๑๒. แม้ที่เคย และพวกตั้งข้อสังเกตว่าการเจริญเติบโตของเด็กใน จาไมคา ตึซัน หลังจากแก้ไขการขาดอาหารจำพวก โปรตีน และเพิ่มปริมาณให้โต คาลอร์ เพียงพอ. ความปรกติ โปรตีน เป็นต้นตอสำคัญ ของ วิตามิน บี ๑๒. เพราะฉะนั้นผลที่อาจเป็นเพราะการได้รับ วิตามิน น้อยก็ได้. ลา-โคมบี้ แย่งเด็กเป็นพวกอ้วน, พวกปรกติ,

และพวกผอม, แล้วให้ วิตามิน บี ๑๒ เหมือนๆ กัน. เปรียบกับพวกที่ไม่ได้ให้ วิตามิน. เขาพบว่าเด็กพวกอ้วนและได้ วิตามิน มีความสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าพวกที่ไม่ได้. เด็กพวกผอมที่ได้ วิตามิน มีน้ำหนัก เพิ่มขึ้นมากกว่าพวกที่ไม่ได้. แต่เด็กปรกติ ไม่แสดงความแตกต่างอะไร ระหว่างพวกที่ได้รับ วิตามิน.

ผลของการ คึกษา เหล่านี้ ยังไม่ช่วยให้ เราสามารถ ตัดสินใจได้แน่นอนว่า การให้ วิตามิน บี ๑๒ แก่เด็กป่วย หรือแก่เด็กใน ระยะฟื้นฟูเพื่อเป็น “ยาบำรุง” นั้น, จะ เป็นการทรมานเหตุผลเพียงพอ หรือไม่เมื่อคำนึง ถึง ราคาอัน แพง ของ ยา และ เหตุผลทาง วิชาการ.

(รวบรวมจาก B.M.J. March 24, 1962)

สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M. Sc. Med.

๒. ความรูปร่างประการเกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิด

นับตั้งแต่ปี ๑๙๕๖ เป็นต้นมาความเชื่อ ว่าจำนวน โครโมโซม ของคนเป็น ๔๖ ชิ้น ได้เข้าแทนที่ความเชื่อแต่เดิมว่ามี ๔๘ ชิ้น, โดยที่การศึกษาในระยะหลังมีวิธีการ พิเศษ

และละเอียดกว่าเดิม, ประการหนึ่ง, และ ความเห็น พ้อง ต้อง กัน จาก แหล่ง คึกษา หลายๆ แห่งอีกประการหนึ่ง. การค้นพบ ข้อนี้ นับเป็นความไหวตัว สำคัญ ยิ่งในวงการ

พันธุศาสตร์ ทั่วโลก. การค้นคว้าเรื่อง โชมโรโมโซม ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางและได้รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว, เป็นเหตุให้พบว่าความผิดปกติแต่กำเนิด บางอย่าง มีสาเหตุมาจากการที่ โชมโรโมโซม เกินหรือขาด, หรือผิดปกติไปโดยอย่างอื่น. เปรียบเทียบกับความก้าวหน้าในตำานแล้ว, ความก้าวหน้าในวิชา พันธุศาสตร์ ในตำานอื่น ๆ นั้นว่าได้เป็นไปอย่างช้า ๆ.

จนถึงปัจจุบันความคิดเห็นเกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิดที่ได้รับความสนับสนุนโดยทั่วไป, สรุปได้เป็นสองข้อ, คือ:

(๑) ความพิการบางอย่างเป็นผลโดยตรงของการเปลี่ยนแปลงของ ยีน หรือความผิดปกติของ โชมโรโมโซม. บางอย่างก็เป็นผลมาจากเหตุในภาวะแวดล้อม. บางอย่างก็เป็นผลของเหตุทั้งสองร่วมกัน.

(๒) ความพิการ ชนิดใดชนิดหนึ่งที่ปรากฏขึ้นต่างวาระกัน, อาจมีสาเหตุต่าง ๆ กันก็ได้. อาจพบความพิการชนิดใดชนิดหนึ่งเกิดขึ้นเป็นผลของสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งในสามข้อที่กล่าวแล้วก็ได้.

สำหรับ ความ ผิดรูป ที่มีสาเหตุ มาจาก พันธุศาสตร์ มีข้อควรพิจารณาต่อไปนี้.

๑. การเปลี่ยนแปลงของ ยีน เดียว. มีความ ผิดรูป หลาย อย่าง ที่ถ่ายทอดไปตามหลักของ เม็นเดล ที่ขงถึงการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งเฉพาะของ ยีน. ถึงแม้ว่าชนิดหนึ่ง ๆ จะพบน้อย, เมอรวมกลุ่มกันเข้า, พวกนั้นถือว่าเป็นกลุ่มใหญ่พอใช้. ในบางประเทศ เช่น สหรัฐ ฯ พบว่า ความ ผิดรูป ประเภทนี้ ประกอบขึ้นเป็น ส่วนถึง ๑๐ ๒๕. ของความผิดปกติทั้งหมด.

ความผิดปกติประเภทนี้ แบ่งออก เป็นพวกย่อย ๓ พวก.

(ก) การถ่ายทอดชนิด ออโตโซมัลดอมิแนนต์. ความผิดปกติในพวกนี้เกิดขึ้นจาก ยีน ซึ่งอยู่ในสภาพ เฮเทอโรซัยกัส บน ออโตโซม. ผู้พิการเกิดจากพ่อหรือแม่ที่มี ความพิการ (ยกเว้นในบางกรณีของการเปลี่ยนแปลง). พันธังและลูกของผู้พิการมีโอกาส ๑ ใน ๒ ที่จะพิการด้วย. ทั้งนี้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเพศ. ตัวอย่างที่พบแล้วได้แก่ อะมอนโตรเพลเซีย, เค็นติโนเจเนสิส อิมเปอร์เฟคตา, กลุ่มอาการ เล็บกระดูกสะบ้า (เนลเพเท็ลลา ซัยน์โตรม), ซัยโตรติก เอ็คโตเดอรัล คีส์เพลเซีย, มือเท้ารูปกำมูป (ลือบสเคอร์ คลอว์ ดีเฟคต์), นิ้วคิก (ซัยน์แแต่คีย์ลิสม์).

(ข) การถ่ายทอกชนิก ออโตโซมัล รีเซสส์ฟ. เกิดจาก ยีน เฉพาะที่อยู่ในสภาพ โฮโมซัยกัส บน ออโตโซม. พ่อและแม่ของผู้พิการมักจะมีปรกติ (เฮเทอโรซัยโกต). พันธของของผู้พิการมีโอกาส ๑ ใน ๔ ที่จะพิการด้วย. ลูกของผู้พิการมักจะปรกติ, แต่มีโอกาส ๑ ใน ๒ ที่จะมียีน เป็นชนิก เฮเทอโรซัยกัส ได้ (เฮเทอโรซัยโกต). ญาติทั้งฝ่ายพ่อและแม่มักไม่มีความพิการ, เว้นเสียแต่ได้มีการแต่งงานในวงศ์ญาติมาก่อน. เนื่องจากผู้อยู่ในวงศ์ญาติเดียวกันมีโอกาสที่จะมียีน รีเซสส์ฟ ชนิกเดียวกันได้, ผู้แต่งงานร่วมสายโลหิต จึงมีความผิดปกติแบบนี้บ่อยกว่าประชากรทั่วไป. การถ่ายทอกความพิการแบบนี้ไม่เกี่ยวกับเพศ. ตัวอย่างที่พบแล้วได้แก่กะเทยหญิงที่เกิดจากการงอกเกิน (ฮัยเปอรเพลเซีย) ของ แอดรีนัล, ฆอนโครคิยส์โตรฟี, กลีซฟีคินส์ คอนเจนิตา, ฆอนโครเอคโตเดอรัมัล คิยส์โตรฟี, การกอยลิสม์, ไมโครเซฟาเลีย.

(ค) การถ่ายทอกที่เกี่ยวกับเพศ. พวกนี้เป็นความพิการที่เกิดจาก รีเซสส์ฟ ยีน บน เอ็กซ์โครโมโซม. (ยังไม่เคยพบยีน ที่เกี่ยวกับเพศบน วาย-โครโมโซม

เลย) เนื่องจาก รีเซสส์ฟ ยีน นี้อยู่บน เอ็กซ์-โครโมโซม, ฉะนั้นจะไม่เห็นความพิการแบบนี้ในเพศหญิงที่ เฮเทอโรซัยกัส, แต่จะพบในผู้ชาย. (บน วาย-โครโมโซมไม่มี อัลลีล ปรกติ.) การถ่ายทอกเกิดโดยผ่านจาก เพศหญิงที่ เฮเทอโรซัยกัส ไปยัง ๑ ใน ๒ ของลูกชาย, และ ๑ ใน ๒ ของลูกหญิงมีโอกาสเป็น เฮเทอโรซัยกัสต่อไป. ผู้พิการที่เป็นชายจะถ่ายทอก ยีน รีเซสส์ฟ ที่เกี่ยวกับเพศไปให้ลูกหญิงทุกคน. แต่ลูกชายไม่ได้รับ ยีน ชนิกนี้ไปเลย (อยู่บน เอ็กซ์-โครโมโซม). ฉะนั้นลูกชายจึงปรกติทุกคน. ตัวอย่างที่พบแล้วได้แก่ เอ็คโตเดอรัมัล คิยส์เพลเซีย ชนิก แอนฮัยโตรติก, การกอยลิสม์ (แยกต่างจากในพวกที่แล้ว), โรคห้วยาทร (ฮัยโครเซฟาเลีย) แขนหนึ่ง, กะเทยชาย.

ปัญหาเกี่ยวกับความพิการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในครอบครัว ความพิการดังนี้อาจมีเหตุต่าง ๆ กันดังต่อไปนี้.

(ก) เนื่องจาก รีเซสส์ฟ ยีน. ข้อนี้ทำให้ไม่เคยพบตัวอย่างมาก่อนในครอบครัว. โอกาสที่จะพบความผิดปกติเช่นนี้ในลูกคนต่อไปมี ๑ ใน ๔.

(ข) เนื่องจาก ฟีนโคปี้ (Phenocopy). ความพิการเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากภาวะแวดล้อมตั้งแต่ระยะที่กำลังเจริญในมดลูก, เลียนแบบความพิการที่มีสาเหตุมาจาก ยีน. ตัวอย่างเช่น ต้อแก้วตา (แคตาระกต์) ที่เกิดจากโรคหัดเยอรมันในมารดา อาจเรียกได้ว่าเป็น ฟีนโคปี้ ของต้อแก้วตาที่เกิดจาก ยีน ชนิด มแตนต์. ความพิการแบบ ฟีนโคปี้ นี้จะเกิดขึ้นอีกในลูกคนต่อไปหรือไม่, แล้วแต่ว่าความผิดปกติในภาวะแวดล้อมเช่นครั้งแรกจะมีอีกหรือไม่. ตามตัวอย่าง ต้อแก้วตา ที่เกิด เนื่องจาก หัดเยอรมัน, เห็นได้ว่าเกือบเป็นไปได้ที่จะมีซ้ำอีก. เนื่องจากเป็นการสืบทอดที่ จะพิสูจน์ว่าความผิดปกติในภาวะแวดล้อมซ้ำคือเป็นต้นเหตุของ ฟีนโคปี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง, การที่ จะ ยืนยัน ว่าความ ผิดที่ปรากฏ นั้น เป็นความพิการแบบ ฟีนโคปี้ จึงต้องนับว่ายังทำไม่ได้.

(ค) เนื่องจาก มเตชัน. ต้นเหตุ คือการเกิด คอมีแนนต์ มเตชัน ขึ้นในสเปิร์ม หรือ ไข่ที่เป็นต้นกำเนิดของผู้พิการ. ในขณะโอกาสที่จะเกิดซ้ำในพี่น้องย่อมมีน้อย. แต่ลูกของผู้พิการอาจเกิด

ความผิดปกติได้ตาม แบบ การ ถ่ายทอด ชนิด ออโตโซมัล คอมีแนนต์. ในเรื่องนี้มีข้อน่าทึ่งอยู่ประการหนึ่ง, คือทฤษฎีที่ว่า มเตชัน มักเกิดได้บ่อยในพ่อแม่ที่มีอายุมาก. ท่านผู้รู้ในวิชาพันธุศาสตร์ส่วนมากเห็นต้งกันว่าความสำคัญอยู่ที่อายุของ พ่อมากกว่าของแม่. ทั้งนี้เป็นเพราะการแบ่งเซลล์ในสเปิร์มาโตเจเนซิส มีมากกว่าการแบ่งเซลล์ใน โอโอเจเนซิส. ในปี ๑๙๕๕ เฟ็นโรสได้แสดงให้เห็นว่าเด็กที่เป็น อะมออนโครเฟลเซีย นั้นเกิดจากพ่อที่มีอายุมากโดยเฉลี่ย.

(ง) เนื่องจากกำลังปรากฏ ลดน้อยไป (Reduced penetrance). ยีน ที่ คอมีแนนต์ ในสภาพ เฮเทอโรซัยกัส หรือ ยีน รีเซสซีฟ ในสภาพ โฮโมซัยกัส ไม่แสดงความพิการออกให้เห็น. ยีน ที่ผิดปกติอาจถูกส่งถ่ายทอดให้ลูกหลาน ตลอด หลาย ชั่วคนโดยไม่ปรากฏผลเป็นความพิการให้เห็น. ในภาวะเช่นนี้ โอกาสที่จะเกิดความพิการซ้ำในพี่น้องและลูกของผู้พิการย่อมมีน้อย, เพราะ ยีน ที่กำลังปรากฏ (เพเนทรานซ์) น้อย จะไม่ทำให้เกิดความพิการที่ปรากฏเสมอไป. จากที่กล่าวมานี้เห็นได้ว่า เมื่อ พบความ

ผิดปกติขึ้นเป็นครั้งแรกในครอบครัว, ย่อมเป็นการยากที่จะบอกว่า สาเหตุมาจากไหน, และการที่จะทำนายว่า ความผิดปกติแบบนั้น จะ

เกิดขึ้นอีกหรือไม่ใน ครอบครัว นั้น ๆ ก็เป็นการยากมาก.

ก.ส.

๓. ฤทธิ์ต่อต้านโปลิโอมีอีไลทิสของน้ำนมม้าเหลือง, นานนมคนและ นานแมว

ได้มีการทดลองหาฤทธิ์ต่อต้านโรค โปลิโอมีอีไลทิส ในน้ำนมมารดา ๗๑ คน ในซินซินาติ ระหว่างปี ๑๙๔๕ ถึง ๑๙๕๑, ซึ่ง แอนติบอดี เกิดจากการติดเชื้อ โดยธรรมชาติมิใช่จากการฉีดวัคซีน. นานนมมารดา ระหว่าง ๒ ถึง ๖ วัน หลังคลอดบุตร ถือว่าเป็นน้ำนมม้าเหลือง. การหาฤทธิ์ต่อต้านนี้ใช้ทดลองกับ โปลิโอไวรัส สะเทวนของ แลนซิงก์ ชนิด ๒ ในหนูขาว. ๘๕ ปร. ของตัวอย่างน้ำนมม้าเหลืองจากมารดา ๒๕ คน ซึ่งมี แอนติบอดี ต่อ โปลิโอไวรัส ชนิด ๒ ใน เซรัม แสดงฤทธิ์ลดล้าง ไวรัส ได้, และพบว่าฤทธิ์นี้ในตัวอย่างน้ำนมมารดา หลังคลอดบุตร ๓๕ ถึง ๓๕๖ วัน จำนวน ๓๕ คน.

สารต่อต้าน โปลิโอมีอีไลทิส มักมีมากในน้ำนมม้าเหลือง. มี ไทเตอร์ เฉลย

๑:๒๖ LD ๕๐ ถึง ๑:๕๐ LD ๕๐ ไวรัส. ส่วนในน้ำนมธรรมชาติมี ไทเตอร์ เฉลย ๑:๕๐ LD ๕๐. อย่างไรก็ตามก็ไม่มี ความสัมพันธ์ระหว่าง ไทเตอร์ ของฤทธิ์ต่อต้านนี้ในน้ำนมม้าเหลืองกับ ไทเตอร์ ของแอนติบอดี ใน เซรัม. ส่วนในน้ำนมของหญิง ซึ่ง โดยมากมี แอนติบอดี มากใน เซรัม, ก็มักมีสารต่อต้าน โปลิโอมีอีไลทิส มากด้วย.

ในวัว, นานนมจากแม่วัว ๖ ใน ๒๐ ครั้ง แสดงอำนาจลดล้าง โปลิโอไวรัส ได้อย่างน้อย ๑:๑๐๐ LD ๕๐ ได้หนึ่งครั้งหรือมากกว่า, แต่น้ำนมม้าเหลืองของแม่วัวก่อน และหลังออกลูก, หรือทั้งก่อนและหลังออกลูก, ๑๖ ครั้ง แสดงฤทธิ์ลดล้างได้ทั้งสิ้น. ฤทธิ์ลดล้าง โปลิโอไวรัส ในวัวอาจพบได้เร็วมาก คือ ตั้งแต่ ๕๘ วันก่อนออกลูก แต่

ผิครุขขึ้นเป็นครั้งแรกในครอบครัว, ย่อมเป็นการยากที่จะบอกว่าสาเหตุมาจากไหน, และการที่จะทำนายว่าความผิครุขแบบนี้จะ

เกิดขึ้นอีกหรือไม่ในครอบครัวนั้น ๆ ก็เป็นการยากมาก.

ก.ส.

๓. ฤทธิ์ต่อต้านโปลิโอมีอีไลติสของนางมน้ำเหลือง, นานมคนและ นานมวัว

ได้มีการทดลองหาฤทธิ์ต่อต้านโรค โป- ลิโอมัยอีไลติส ในน้านมมารดา ๗๑ คน ในซินซินาติระหว่างปี ๑๙๔๕ ถึง ๑๙๕๑, ซึ่ง แอนติบอดี เกิดจากการติดเชื้อ โดยธรรมชาติมิใช่จากการฉีดวัคซีน. น้านม มารดาระหว่าง ๒ ถึง ๖ วันหลังคลอดบุตร ถือว่าเป็นน้านมน้ำเหลือง. การหาฤทธิ์ต่อ- ท้านนี้ใช้ทดลองกับ โปลิโอไวรัส สะเทวน ของ แลงซิงก์ ชนิด ๒ ในหนูขาว. ๘๕ ปช. ของตัวอย่งน้านมน้ำเหลืองจากมารดา ๒๕ คนซึ่งมี แอนติบอดี ต่อ โปลิโอไวรัส ชนิด ๒ ใน เซรัม แสดงฤทธิ์ลดล้าง ไวรัส ได้, และพบว่าฤทธิ์นี้ ในตัวอย่างน้านม มารดา หลังคลอดบุตร ๓๕ ถึง ๓๕๖ วัน จำนวน ๓๕ คน.

สารต่อต้าน โปลิโอมัยอีไลติส มักมี มากในน้านมน้ำเหลือง. มี ไคเตอร์ เฉลี่ย

๑:๒๖ LD ๕๐ ถึง ๑:๕๐ LD ๕๐ ไวรัส. ส่วนในน้านมธรรมชาติ ไคเตอร์ เฉลี่ย ๑:๕๐ LD ๕๐. อย่างไรก็ตามก็ไม่มี ความสัมพันธ์ระหว่าง ไคเตอร์ ของฤทธิ์ต่อ- ท้านนี้ในน้านมน้ำเหลืองกับ ไคเตอร์ ของ แอนติบอดี ใน เซรัม. ส่วนในน้านมของ หญิงซึ่งโดยมากมี แอนติบอดี มากใน ใน เซรัม, ก็มักมีสารต่อต้าน โปลิโอมัย- อีไลติส มากด้วย.

ในวัน, น้านมจากแม่วัว ๖ ใน ๒๐ ตัว แสดงอำนาจลดล้าง โปลิโอไวรัส ได้ อย่าง น้อย ๑:๑๐๐ LD ๕๐ ได้หนึ่งครั้งหรือ มากกว่า, แต่น้านมน้ำเหลืองของแม่วัวก่อน และหลังออกลูก, หรือทั้งก่อนและหลังออก- ลูก, ๑๖ ตัว แสดงฤทธิ์ลดล้างนี้โดยสิ้น- ฤทธิ์ลดล้าง โปลิโอไวรัส ในวัวอาจพบได้เร็ว- มาก คือ ตั้งแต่ ๕๘ วันก่อนออกลูก แต่

ก็อาจหมกไปในเวลาอันสั้นเช่นกันคือ ๒ วัน
 หลังออกลก. ฤทธิ์ต่อต้านนี้จะพบในน้ำนม
 น้ำเหลืองหรือน้ำนมที่สกัดต่อเมื่อนำ เซรัมของ
 แม่วัวเหล่านี้มาฤทธิ์ ต่อต้าน น้อยกว่าเท่า
 นั้น. แต่ก็ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความ
 แรงของฤทธิ์ต่อต้านในน้ำนม น้ำเหลือง หรือ
 น้ำนมกับใน เซรัม. จาก เซรัม ของแม่วัว
 ๑๑๒ ตัว, อายุระหว่าง ๓ ถึง ๗ ปี, เลี้ยง
 ในรัฐ โอไฮโอ, แมริแลนด์ และ คาลิฟอร์-
 เนีย, มี ๘๐ ๗๕. ที่มีฤทธิ์คล้าย โปลิโอ-
 ไวรัส ชนิด ๒ ได้, แต่มีเพียง ๒๘ ๗๕. ใน
 เซรัม ของลูกวัว ๒๕ ตัว อายุ ๖ ถึง ๑๒
 เดือน, และเพียง ๗ ๗๕. เท่านั้นใน เซรัม
 ของลูกวัวอายุ ๕ เดือน ๓๐ ตัว ที่เลี้ยงใน
 โอไฮโอ. จากนั้นจะเห็นได้ว่าฤทธิ์ต่อต้าน
 โปลิโอมัยอิลิติส ใน เซรัม ของวัวนั้นเพิ่ม
 ขึ้นตามอายุ, ซึ่งแอนติบอดีนี้อาจเกิดขึ้น
 เนื่องจากการติดเชื้อที่ แอนติเจน ที่คล้าย
 คลึงกับของ โปลิโอไวรัส ก็ได้. ยังไม่พบ
 ปรากฏการณ์ที่แสดงให้เห็นว่า โปลิโอไวรัส
 ในคนจะทำให้เกิดโรคแก่แม่วัวได้. จาก
 การทดลองกับ เซรัม ของแม่วัว ๑๖ ตัวใน
 โอไฮโอ พบว่า เซรัม เหล่านี้แสดงฤทธิ์คล้าย
 ไลง โปลิโอไวรัส ชนิด ๑ และ ๓ ได้บ้าง,
 แต่น้อยครั้ง.

สารต่อต้าน โปลิโอมัยอิลิติส ในน้ำ
 นม น้ำเหลืองและน้ำนมคน มีคุณสมบัติที่
 เหมือนกับ แอนติบอดี จำเพาะ ต่อ โปลิ-
 โอไวรัส ดังนี้:

๑. ทนต่อความร้อน ๖๐°ซ.
๒. ถูกทำลายฤทธิ์ เมื่อทำให้ร้อนถึง ๑๐๐°ซ.

๓. สามารถขจัด โปลิโอไวรัส ทัน
 ที่โดยไม่ต้องอุ่นน้ำนม น้ำเหลืองหรือน้ำนม
 กับ ไวรัส ก่อน,

๔. ส่วนของน้ำนมหรือน้ำนม น้ำเหลือง
 ที่มีฤทธิ์ต่อต้าน โปลิโอมัยอิลิติส น้อยใน
 ส่วน แกมมาโกลบูลิน.

การทดลองต่าง ๆ ที่แสดงว่า แม่จะมี
 ติงต่อต้าน ไวรัส ในน้ำนม น้ำเหลืองและน้ำ
 นมในโรค เซอร์บัส ซิมเพล็กซ์, อาร์โทร-
 ปอด-บอร์น ไวรัส หมูบี (แจแปนิส บี,
 เซนต์หลุยส์, เวสต์ ไนล์, เคงกีว และไซ
 เหลือง) และ เวสเทิร์น อีควิไนน์ เฮนเซ-
 ฟาไลติส ไวรัส ก็ตาม, ก็ไม่พบว่า มี แอน-
 ติบอดี ต่อต้านเชื้อ ไวรัส เหล่านั้น. มารดา
 ที่มี แอนติบอดี จำเพาะต่อ เซอร์บัส ซิม-
 เพล็กซ์ ในเซรัม ก็ไม่ให้น้ำนม น้ำเหลืองหรือน้ำ
 นม ที่มีฤทธิ์คล้าย จำเพาะ ต่อ ไวรัส นี้
 แบบเดียวกับกับ แอนติบอดี.

โดยสรุป, การทดลองต่าง ๆ ได้ยืนยันว่าในน้ำนมฆ่าเชื้อและน้ำนมคน และนมที่อุทกซ์ต่อต้านโรค โปลิโอมัยอีไลทิส ซึ่งแสดงคุณสมบัติ เช่นเดียวกับ แอนติบอดี จำเพาะต่อ โปลิโอไวรัส ด้วย. และเข้าใจว่าในนมคนมีเซลล์ที่สร้าง แอนติบอดี จำเพาะนี้ไว้, เพราะในบางรายแม้ว่าในเลือด

จะมีค่าของ แอนติบอดี ต่อ โปลิโอไวรัส น้อยแต่กลับมีมากในน้ำนมฆ่าเชื้อหรือในน้ำนมของคน ๆ เดียวกัน.

(จาก Albert B. Sabin และ A. Howard Fieldsteel)

ปรีชา ตันไพจิตร พ.บ.

๕. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๖)

- | | |
|--|--|
| ๒๖๐๑. hyperaesthesia, hyperesthesia ภาวะรู้สึกไวเกิน | ๒๖๑๖. hyperextension การเหยียดเกิน |
| ๒๖๐๒. hyperalgesia, hyperalgia ภาวะปวดไวเกิน | ๒๖๑๗. hyperflexion การก้ม (งอ) เกิน |
| ๒๖๐๓. hyperalimentation การกินมากเกินไป | ๒๖๑๘. hyperfunction, hyper functioning การทำหน้าที่เกิน |
| ๒๖๐๔. hyperalkalinity ภาวะด่างเกิน | ๒๖๑๙. hypergalactia, hypergalactosis, hyperlactation การหลั่งน้ำนมเกิน |
| ๒๖๐๕. hypercalcemia ภาวะเลือดมีแคลเซียมเกิน | ๒๖๒๐. hyperglycemia, hyperglykemia ภาวะเลือดมีน้ำตาลเกิน |
| ๒๖๐๖. hypercalcinuria ภาวะบัสสาวะมีแคลเซียมเกิน | ๒๖๒๑. hyperhidrosis, hyperidrosis ภาวะเหงื่อมากเกิน |
| ๒๖๐๗. hypercatharsis การถ่ายท้องมากเกินไป | ๒๖๒๒. hyperhydrochloria ภาวะกรดเกลือเกิน |
| ๒๖๐๘. hyperchlorhydria ภาวะกรดเกลือเกิน | ๒๖๒๓. hyperlethal เกินทำให้ตาย |
| ๒๖๐๙. hyperchromic ภาวะติดสีมากเกินไป | ๒๖๒๔. hyperlipemia ภาวะเลือดมีไขมันเกิน |
| ๒๖๑๐. hypercythemia ภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไป | ๒๖๒๕. hypermotility การเคลื่อนไหวไวเกิน |
| ๒๖๑๑. hypercytosis ภาวะเม็ดเลือดขาวมากเกินไป | ๒๖๒๖. hypernormal เกินปกติ |
| ๒๖๑๒. hyperdiuresis การขับบัสสาวะเกิน | ๒๖๒๗. hypernutrition การรับอาหารเกิน |
| ๒๖๑๓. hypereccrisia, hypereccrisis การขับถ่ายเกิน | ๒๖๒๘. hyperorexia การอยากกินเกิน |
| ๒๖๑๔. hyperemesis การอาเจียนเกิน | ๒๖๒๙. hyperphagia การกินเกิน |
| ๒๖๑๕. hyperexcretory ซึ่งขับถ่ายเกิน | ๒๖๓๐. hyperpiesis ความดันสูงเกิน |
| | ๒๖๓๑. hyperplasia การงอกเกิน |
| | ๒๖๓๒. hyperpnea, hyperpnoea การหายใจเกิน |

โดยสรุป, การทดลองต่าง ๆ ได้ยืนยันว่าในน้ำนมฆ่าเชื้อและน้ำนมคน และนมที่อุทธรณ์ต่อต้านโรค โปลิโอมัยอีไลทิส ซึ่งแสดงคุณสมบัติ เช่นเดียวกับ แอนติบอดี จำเพาะต่อ โปลิโอไวรัส ด้วย. และเข้าใจว่าในนมคนมีเซลล์ที่สร้าง แอนติบอดี จำเพาะนี้ไว้, เพราะในบางรายแม้ว่าในเลือด

จะมีค่าของ แอนติบอดี ต่อ โปลิโอไวรัส น้อยแต่กลับมีมากในน้ำนมฆ่าเชื้อหรือในน้ำนมของคน ๆ เดียวกัน.

(จาก Albert B. Sabin และ A. Howard Fieldsteel)

ปรัชญา ตันไพจิตร พ.บ.

๕. เส้นศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๖)

- | | |
|--|--|
| ๒๖๐๑. hyperaesthesia, hyperesthesia ภาวะรู้สึกไวเกิน | ๒๖๑๖. hyperextension การเหยียดเกิน |
| ๒๖๐๒. hyperalgesia, hyperalgia ภาวะปวดไวเกิน | ๒๖๑๗. hyperflexion การก้ม (งอ) เกิน |
| ๒๖๐๓. hyperalimentation การกินมากเกินไป | ๒๖๑๘. hyperfunction, hyper functioning การทำหน้าที่เกิน |
| ๒๖๐๔. hyperalkalinity ภาวะด่างเกิน | ๒๖๑๙. hypergalactia, hypergalactosis, hyperlactation การหลั่งน้ำนมเกิน |
| ๒๖๐๕. hypercalcemia ภาวะเลือดมีแคลเซียมเกิน | ๒๖๒๐. hyperglycemia, hyperglykemia ภาวะเลือดมีน้ำตาลเกิน |
| ๒๖๐๖. hypercalcinuria ภาวะบัสสาวะมีแคลเซียมเกิน | ๒๖๒๑. hyperhidrosis, hyperidrosis ภาวะเหงื่อมากเกิน |
| ๒๖๐๗. hypercatharsis การถ่ายท้องมากเกินไป | ๒๖๒๒. hyperhydrochloria ภาวะกรดเกลือเกิน |
| ๒๖๐๘. hyperchlorhydria ภาวะกรดเกลือเกิน | ๒๖๒๓. hyperlethal เกินทำให้ตาย |
| ๒๖๐๙. hyperchromic ภาวะติดสีมากเกินไป | ๒๖๒๔. hyperlipemia ภาวะเลือดมีไขมันเกิน |
| ๒๖๑๐. hypercythemia ภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไป | ๒๖๒๕. hypermotility การเคลื่อนไหวไวเกิน |
| ๒๖๑๑. hypercytosis ภาวะเม็ดเลือดขาวมากเกินไป | ๒๖๒๖. hypernormal เกินปกติ |
| ๒๖๑๒. hyperdiuresis การขับบัสสาวะเกิน | ๒๖๒๗. hypernutrition การรับอาหารเกิน |
| ๒๖๑๓. hypereccrisia, hypereccrisis การขับถ่ายเกิน | ๒๖๒๘. hyperorexia การอยากกินเกิน |
| ๒๖๑๔. hyperemesis การอาเจียนเกิน | ๒๖๒๙. hyperphagia การกินเกิน |
| ๒๖๑๕. hyperexcretory ซึ่งขับถ่ายเกิน | ๒๖๓๐. hyperpiesis ความดันสูงเกิน |
| | ๒๖๓๑. hyperplasia การงอกเกิน |
| | ๒๖๓๒. hyperpnea, hyperpnoea การหายใจเกิน |

๒๖๓๓. hyperpyrexia ไข้สูงเกิน
๒๖๓๔. hypersalivation น้ำลายไหลเกิน
๒๖๓๕. hypersecretion การหลั่งเกิน
๒๖๓๖. hypersensitive ไวเกิน
๒๖๓๗. hypersomnia ขนาดใหญ่เกิน
๒๖๓๘. hypersthenia กำลังเกิน, ความตึงเกิน
๒๖๓๙. hypersusceptibility ภูมิไวรับเกิน
๒๖๔๐. hypertension ความดันสูงเกิน, ความดันเลือดสูง
๒๖๔๑. hypertension, benign ความดันเลือดสูงชนิดไม่ร้าย
๒๖๔๒. hypertension, essential ความดันเลือดสูงชนิดเกิดเอง
๒๖๔๓. hypertension, malignant ความดันเลือดสูงชนิดร้าย
๒๖๔๔. hypertensive ซึ่งมีความดันสูงเกิน
๒๖๔๕. hyperthermia, hyperthermy ไข้, ตัวร้อนเกิน
๒๖๔๖. hypertrophy การขยายตัวเกิน
๒๖๔๗. hyperuresis บัสสาวะมากเกินไป
๒๖๔๘. hypervascular มีหลอดเลือดมากเกินไป
๒๖๔๙. hyperventilation การระบายหายใจเกิน
๒๖๕๐. hypervolemia เลือดมากเกินไป
๒๖๕๑. hypnosis การสะกดจิต
๒๖๕๒. hypnotic เกี่ยวกับการสะกดจิต, ยานอนหลับ
๒๖๕๓. hypnotism การสะกดจิต, วิชาสะกดจิต
๒๖๕๔. hypnotist นักสะกดจิต
๒๖๕๕. hypnotization การสะกดจิต
๒๖๕๖. hypoacidity ภาวะกรดขาด, ภาวะกรดน้อยไป
๒๖๕๗. hypoactivity การทำงานน้อยไป
๒๖๕๘. hypoalgesia ความรู้สึกปวดน้อยไป
๒๖๕๙. hypoalimentation การกินอาหารน้อยไป
๒๖๖๐. hypoalkalinity ภาวะด่างน้อยไป
๒๖๖๑. hypocalcemia ภาวะเลือดมีแคลเซียมน้อยไป
๒๖๖๒. hypochloremia, hypochloridemia ภาวะเลือดมีคลอไรด์น้อยไป
๒๖๖๓. hypochromic ตืดสีน้อยไป, มีสีน้อยไป
๒๖๖๔. hypodynamic มีกำลังน้อยไป
๒๖๖๕. hypofunction การทำหน้าที่น้อยไป
๒๖๖๖. hypogalactia การหลั่งน้ำนมน้อยไป
๒๖๖๗. hypogastrium ท้องน้อย
๒๖๖๘. hypoglossal ใต้ลิ้น
๒๖๖๙. hypoglycemia ภาวะน้ำตาลในเลือดน้อยไป
๒๖๗๐. hypohemia เลือดน้อย, เลือดจาง
๒๖๗๑. hypohidrosis, hypoidrosis การมีเหงื่อออกน้อยไป
๒๖๗๒. hypohydration การขาดน้ำ, การมีน้ำน้อยไป
๒๖๗๓. hypoleukemia, hypoleukaemia, hypoleukia ภาวะมีเม็ดเลือดขาวน้อยไป
๒๖๗๔. hypomnesia ความจำเสื่อม
๒๖๗๕. hypomotility การเคลื่อนไหวน้อยไป
๒๖๗๖. hypoproteinemia ภาวะเลือดขาดโปรตีน
๒๖๗๗. hypoptyalism, hyposalivation ภาวะน้ำลายไหลน้อยไป
๒๖๗๘. hyposecretion การหลั่งน้อยไป
๒๖๗๙. hyposensitive ไวน้อยไป
๒๖๘๐. hypotension ความดันน้อยไป, ความดันต่ำ
๒๖๘๑. hypotensive ซึ่งความดันต่ำ
๒๖๘๒. hypotonic ซึ่งตั้งตัวน้อยไป
๒๖๘๓. hypovolemia เลือดมีปริมาณน้อยไป
๒๖๘๔. hypoxemia เลือดขาดออกซิเจน
๒๖๘๕. hypsophobia ความกลัวที่สูง
๒๖๘๖. hysteratresia ภาวะปากมดลูกตัน
๒๖๘๗. hysterectomy การตัดมดลูก
๒๖๘๘. hysterouryisis การถ่างปากมดลูก
๒๖๘๙. hysteritis มดลูกอักเสบ
๒๖๙๐. hysterocolposcope กล้องตรวจโพรงมดลูก

๒๖๕๑. hysterodynia อาการปวดมดลูก
 ๒๖๕๒. hysteropathy โรคมดลูก
 ๒๖๕๓. hysteropexy, hysteropexia การเย็บตรึงมดลูก
 ๒๖๕๔. hysteroptosis มดลูกหย้อย
 ๒๖๕๕. hysterorrhaphy การเย็บซ่อมมดลูก
 ๒๖๕๖. hysterorrhexis มดลูกแตก
 ๒๖๕๗. hysterosalpingectomy การตัดมดลูกและท่อนำไข่
 ๒๖๕๘. hysteroscope กล้องตรวจมดลูก
 ๒๖๕๙. hysterospasm การหดเกร็งของมดลูก
 ๒๖๖๐. hysterotomy การผ่ามดลูก
 ๒๖๖๑. hysterotrachelectomy การตัดคอมดลูก
 ๒๖๖๒. ice, dry น้ำแข็งแห้ง
 ๒๖๖๓. icteric, icteritious ซึ่งเป็นดีซ่าน, ลักษณะเป็นดีซ่าน
 ๒๖๖๔. icterogenic, icterogenous ซึ่งทำให้เกิดดีซ่าน
 ๒๖๖๕. icterohepatitis ตับอักเสบดีซ่าน
 ๒๖๖๖. icteroid คล้ายดีซ่าน
 ๒๖๖๗. icterus ดีซ่าน
 ๒๖๖๘. idiopathy โรคเกิดเอง
 ๒๖๖๙. idiosyncrasy ลักษณะพิเศษเฉพาะตัว
 ๒๖๗๐. ileac, ileal เกี่ยวกับอิลีอัม, แห่งอิลีอัม
 ๒๖๗๑. ileitis อิลีอัมอักเสบ
 ๒๖๗๒. ileum อิลีอัม, ลำไส้เล็กตอนปลาย
 ๒๖๗๓. iliac เกี่ยวกับอิลีอัม, เกี่ยวกับอิลีอัม
 ๒๖๗๔. ilium อิลีอัม, อิลีอัม, กระดูกตะโพก
 ๒๖๗๕. imbalance การเสียดุล
 ๒๖๗๖. immediate result ผลทันที
 ๒๖๗๗. immedicable รักษาไม่หาย
 ๒๖๗๘. immersion การจุ่ม
 ๒๖๗๙. immersion, oil การจุ่มน้ำมัน
 ๒๖๘๐. immiscible ผสมไม่เข้ากัน, ไม่ผสมกัน
 ๒๖๘๑. immobility การเคลื่อนไหวไม่ได้
 ๒๖๘๒. immobilization การทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้, การตรึง
 ๒๖๘๓. immune มีภูมิคุ้มกัน
 ๒๖๘๔. immunificent ก่อภูมิคุ้มกัน
 ๒๖๘๕. immunification การก่อภูมิคุ้มกัน
 ๒๖๘๖. immunity ภูมิคุ้มกัน
 ๒๖๘๗. immunity, acquired ภูมิคุ้มกันที่ได้มา
 ๒๖๘๘. immunity, active ภูมิคุ้มกันก่อเอง
 ๒๖๘๙. immunity, congenital ภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด
 ๒๖๙๐. immunity, inherited ภูมิคุ้มกันตกทอด
 ๒๖๙๑. immunity, innate ภูมิคุ้มกันโดยเชื้อชาติ
 ๒๖๙๒. immunity, local ภูมิคุ้มกันเฉพาะแห่ง
 ๒๖๙๓. immunity, mixed ภูมิคุ้มกันผสม
 ๒๖๙๔. immunity, natural ภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติ
 ๒๖๙๕. immunity, nonspecific ภูมิคุ้มกันไม่จำเพาะ
 ๒๖๙๖. immunity, passive ภูมิคุ้มกันรับเอา, ภูมิคุ้มกันถูกระงับ
 ๒๖๙๗. immunity, relative ภูมิคุ้มกันโดยเทียบ
 ๒๖๙๘. immunity, residual ภูมิคุ้มกันตกค้าง
 ๒๖๙๙. immunity, specific ภูมิคุ้มกันจำเพาะอย่าง
 ๒๗๐๐. immunization การก่อภูมิคุ้มกัน
 ๒๗๐๑. immunization, active การก่อภูมิคุ้มกันโดยตนเอง
 ๒๗๐๒. immunization, passive การก่อภูมิคุ้มกันรับเอา, การก่อภูมิคุ้มกันถูกระงับ
 ๒๗๐๓. immunochemistry เคมีภูมิคุ้มกัน
 ๒๗๐๔. immunodiagnosis การวินิจฉัยโรคทางภูมิคุ้มกัน
 ๒๗๐๕. immunologist นักวิทยาภูมิคุ้มกัน
 ๒๗๐๖. immunology วิทยาภูมิคุ้มกัน
 ๒๗๐๗. impacted calculus ก้อนนิ่วอัดติดแน่น
 ๒๗๐๘. impaction การอัดติดแน่น
 ๒๗๐๙. impalpable คลำไม่ได้, คลำไม่พบ
 ๒๗๑๐. impar ไร้คู่
 ๒๗๑๑. impatency สภาพช่องไม่เปิด
 ๒๗๑๒. impatent ช่องไม่เปิด

๒๗๕๓. imperforate ไม่ทะลุ, ไม่มีช่อง
๒๗๕๔. imperforation สภาพไม่ทะลุ, สภาพไม่มีช่อง
๒๗๕๕. impermeable ซึ่งซึมผ่านไม่ได้
๒๗๕๖. impervious ซึ่งผ่านไม่ได้, ซึ่งไม่ยอมให้ผ่าน
๒๗๕๗. implant ปลูกฝัง
๒๗๕๘. implantation การปลูกฝัง
๒๗๕๙. imponderable ซึ่งไม่ได้
๒๗๖๐. impotence, impotency, impotentia ความไร้สมรรถภาพ
๒๗๖๑. impregnate ทำให้ตั้งครรภ์, ทำให้เอิบขุ่ม
๒๗๖๒. impregnation การทำให้ตั้งครรภ์, การทำให้เอิบขุ่ม
๒๗๖๓. impressio, impression แอ้ง, รอยหว้า, รอยบุบ, รอยประทับ
๒๗๖๔. improcreant -มีลูกไม่ได้
๒๗๖๕. impuberism วัยเพศไม่สุก
๒๗๖๖. impulse พลัดกระทบ
๒๗๖๗. impulse, nervous พลัด (กระทบ) ประสาท
๒๗๖๘. impulsio ความผลักดัน
๒๗๖๙. imputability จิตใจสมบูรณ์
๒๗๗๐. inacidity ภาวะขาดกรด
๒๗๗๑. inaction การไม่ทำงาน, การทำงานน้อยไป
๒๗๗๒. inactivate ทำให้ไม่ทำการ
๒๗๗๓. inadequacy ความหย่อนหน้าที่, ความบกพร่องหน้าที่
๒๗๗๔. inadequacy. mitral ลิ้นไมตรัลหย่อนหน้าที่, ลิ้นไมตรัลบกพร่อง (หน้าที่)
๒๗๗๕. inalimental ไร้คุณค่าอาหาร
๒๗๗๖. inanimate ไร้ชีวิต, ไม่ไหวติง
๒๗๗๗. inanition ภาวะขาดอาหาร
๒๗๗๘. inappetence ความไม่อยากอาหาร
๒๗๗๙. inarticulate ไม่เป็นภาษา, ไม่เป็นคำพูด
๒๗๘๐. inborn เกิดระหว่างอยู่ในมดลูก, เกิดแต่ในครรภ์
๒๗๘๑. incarcerated ถูกขัง, ถูกรัด
๒๗๘๒. incineration การเผาเป็นเถ้า
๒๗๘๓. incipient ขณะเริ่ม, กำลังเริ่ม, กำลังเกิด
๒๗๘๔. incision การผ่า, การกรีด
๒๗๘๕. incisor ฟันตัด, ฟันฉีก
๒๗๘๖. incisura, incisure รอยบาก, รอยตัด, รอยผ่า
๒๗๘๗. incoherent ไม่ได้เรื่อง, ขาดลำดับ
๒๗๘๘. incompatibility ความไม่พึงผสม
๒๗๘๙. incompatibility, chemical ความไม่พึงผสมเพราะเหตุเคมี
๒๗๙๐. incompatibility, physiologic ความไม่พึงผสมเพราะเหตุสรีรวิทยา
๒๗๙๑. incompatibility, therapeutic ความไม่พึงผสมเพราะการรักษา
๒๗๙๒. incompatible ซึ่งไม่พึงผสม
๒๗๙๓. incompetence, incompetency ความไร้สามารถ
๒๗๙๔. incompressible ซึ่งบีบไม่เข้า
๒๗๙๕. incretion น้ำหลังเลี้ยงภายใน, น้ำหลังต่อมไร้ท่อ
๒๗๙๖. incretopathy โรคน้ำหลังเลี้ยงภายใน, โรคต่อมไร้ท่อ
๒๗๙๗. incrustation การเกิดสะเก็ด, การเกิดผิวแข็ง
๒๗๙๘. incurable รักษาไม่หาย
๒๗๙๙. indentation รอยบุบ, รอยบาก
๒๘๐๐. indifferent คงเฉย
๒๘๐๑. indigenous พื้นเมือง, เกิดในถิ่น
๒๘๐๒. indolent ไม่เจ็บปวด, เขินชา
๒๘๐๓. indurated กระด้าง
๒๘๐๔. inebriant ทำให้มึนเมา, ของมึนเมา
๒๘๐๕. inebriation ความมึนเมา
๒๘๐๖. inebriety ความติดเหล้า
๒๘๐๗. inert ไม่ทำงาน, ไม่มีฤทธิ์
๒๘๐๘. in extremis ระยะตริทุต
๒๘๐๙. infant ทารก
๒๘๑๐. infanticide การฆ่าทารก, ผู้ฆ่าทารก
๒๘๑๑. infantile เกี่ยวกับทารก, แห่งทารก

๒๘๑๒. **infantilism** สภาพคงคล้ายทารก
๒๘๑๓. **infantorium** สถานพยาบาลทารก
๒๘๑๔. **infarction** การอุดตัน
๒๘๑๕. **infectible** ซึ่งติดเชื้ได้
๒๘๑๖. **infection, aerial** การติดเชื้จากอากาศ
๒๘๑๗. **infection, contact, direct** การติดเชื้โดยสัมผัส
๒๘๑๘. **infection, droplet** การติดเชื้ทางหยดน้ำ
๒๘๑๙. **infection, dust** การติดเชื้ทางฝุ่น
๒๘๒๐. **infection, endogenous** การติดเชื้จากภายใน
๒๘๒๑. **infection, exogenous** การติดเชื้จากภายนอก
๒๘๒๒. **infection, focal** การติดเชื้เฉพาะแห่ง
๒๘๒๓. **infection, germinal** การติดเชื้ทางกำเนิด
๒๘๒๔. **infection, inapparent** การติดเชื้โดยไม่ปรากฏ
๒๘๒๕. **infection, indirect** การติดเชื้ทางอ้อม
๒๘๒๖. **infection, latent** การติดเชื้แฝง
๒๘๒๗. **infection, mass** การติดเชื้มวลก้อน
๒๘๒๘. **infection, mixed** การติดเชื้ผสม
๒๘๒๙. **infection, pyogenic** การติดเชื้หนอง
๒๘๓๐. **infection, secondary** การติดเชื้ตามหลัง, การติดเชื้ขึ้นตาม
๒๘๓๑. **infection, septic** การมีเชื้ในเลือด
๒๘๓๒. **infection, simple** การติดเชื้ชนิดเดียว
๒๘๓๓. **infection, subclinical (silent)** การติดเชื้โร้อาการ
๒๘๓๔. **infection, terminal** การติดเชื้ท้ายโรค
๒๘๓๕. **infection, water-borne** การติดเชื้จากน้ำ
๒๘๓๖. **infecundity** ความเป็นหมัน
๒๘๓๗. **inferior** ข้างใต้, ไปข้างใต้
๒๘๓๘. **infiltrate** แทรกซึม
๒๘๓๙. **infirm** อ่อนแอ, ทุพพลภาพ
๒๘๔๐. **infirmity** สถานพยาบาล
๒๘๔๑. **infirmity, camp** สถานพยาบาลเคลื่อนที่
๒๘๔๒. **infirmity** ความอ่อนแอ, ความทุพพลภาพ
๒๘๔๓. **inflammation** การอักเสบ
๒๘๔๔. **inflammation, acute** การอักเสบนี้จจุบัน
๒๘๔๕. **inflammation, catarrhal** การอักเสบเยื่อเมือก
๒๘๔๖. **inflammation, chronic** การอักเสบเรื้อรัง
๒๘๔๗. **inflammation, exudative** การอักเสบซึมเยิ้ม
๒๘๔๘. **inflammation, focal** การอักเสบเฉพาะแห่ง
๒๘๔๙. **inflammation, simple** การอักเสบสามัญ
๒๘๕๐. **inflammation, specific** การอักเสบจำเพาะเชื้
๒๘๕๑. **inflammation, suppurative** การอักเสบมีหนอง
๒๘๕๒. **inflammation, traumatic** การอักเสบเหตุบาดเจ็บ
๒๘๕๓. **infra-axillary** ใต้รักแร้
๒๘๕๔. **infraclavicular** ใต้กระดูกไหปลาร้า
๒๘๕๕. **infracostal** ใต้ซี่โครง
๒๘๕๖. **infradiaphragmatic** ใต้กะบังลม
๒๘๕๗. **infraduction** การหันลง (เมืองล่าง)
๒๘๕๘. **infraglottic** ใต้สายเสียง
๒๘๕๙. **inframammary** ใต้เต้านม
๒๘๖๐. **inframammillary** ใต้หัวนม
๒๘๖๑. **inframandibular** ใต้ขากรรไกรล่าง
๒๘๖๒. **inframarginal** ใต้ขอบ
๒๘๖๓. **inframaxillary** ใต้ขากรรไกรบน
๒๘๖๔. **infra-orbital** ใต้เบ้าตา
๒๘๖๕. **infrapatellar** ใต้กระดูกสะบ้า
๒๘๖๖. **infrascapular** ใต้กระดูกสะบัก
๒๘๖๗. **infrasternal** ใต้กระดูกสันอก
๒๘๖๘. **infratemporal** ใต้แอ่งกระดูกขมับ
๒๘๖๙. **infra-umbilical** ใต้สะดือ
๒๘๗๐. **infriction** การถูเข้าผิวหนัง
๒๘๗๑. **infusion** ยาขง, การแช่ข้ม, การปล่อยให้ไหลเข้าหลอดเลือด

๒๕๗๒. ingesta สิ่งกลืนกิน
๒๕๗๓. ingestion การกลืนกิน
๒๕๗๔. inguinal บริเวณขาหนีบ
๒๕๗๕. inguinodynia อาการปวดขาหนีบ
๒๕๗๖. inhalant ยาดม
๒๕๗๗. inhalation การสูดเข้าปอด, การดมยา, ยาดม
๒๕๗๘. inhale สูดเข้าปอด, การหายใจเข้าไป
๒๕๗๙. inion โหนกท้ายทอย
๒๕๘๐. initial แรกเริ่ม, ประเดิม
๒๕๘๑. injection การฉีด, สิ่งถูกฉีด, ยาฉีด, ฉีด-
ยาสวนทวารหนัก
๒๕๘๒. injection, endermic, intracutan-
eous, intradermal, intradermic,
subcutaneous การฉีดเข้าผิวหนัง
๒๕๘๓. injection, hypodermatic, hypoder-
mic การฉีดใต้ผิวหนัง
๒๕๘๔. injection, intracardiac การฉีดเข้า
หัวใจ
๒๕๘๕. injection, intramuscular การฉีดเข้า
กล้ามเนื้อ
๒๕๘๖. injection, intravascular การฉีดเข้า
หลอดเลือด
๒๕๘๗. injection, intravenous การฉีดเข้า
หลอดเลือดดำ
๒๕๘๘. inlet ทางเข้า, ทางเข้าเชิงกราน, ปากเชิง
กราน
๒๕๘๙. innate เป็นแต่กำเนิด
๒๕๙๐. innocent ไม่ร้าย
๒๕๙๑. innocuous ไม่มีอันตราย
๒๕๙๒. innominate ไม่มีชื่อ
๒๕๙๓. innoxious ไม่ให้โทษ
๒๕๙๔. innutrition การขาดอาหาร
๒๕๙๕. inoculate ใสเชื้อ, ปลูกเชื้อ
๒๕๙๖. inoculation การใสเชื้อ, การปลูกเชื้อ
๒๕๙๗. inoculation, curative การปลูกเชื้อเพื่อ
รักษา
๒๕๙๘. inoculation, protective การปลูกเชื้อ
เพื่อคุ้มครอง
๒๕๙๙. inoculum สิ่งใส่ปลูกเชื้อ
๒๕๙๐๐. inquest การชันสูตรพลิกศพ
๒๕๙๐๑. insalubrious ผิดอนามัย

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชื่อกเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ข.๗. หน้าพระลาน

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
<u>ใหม่</u>	๓,๐๖๗	๒,๑๒๖	๑,๘๓๗	๑,๘๖๗	๑,๕๕๑	๗๓๗	๑๑,๗๒๕
<u>เก่า</u>	๕,๓๕๑	๓,๑๖๕	๔,๐๘๔	๒,๖๒๒	๓,๕๗๗	๕๘๐	๒๐,๒๑๕
<u>รวม</u>	๘,๔๑๘	๕,๒๙๑	๕,๙๒๑	๔,๔๘๙	๕,๑๒๘	๑,๓๑๗	๓๑,๙๔๐
<u>ใน</u>	๒๖๓	๔๑๘	๑,๕๐๔	๒๒๓	๕๓๑	—	๒,๙๓๙

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๓๕, จักษุฯ ๖๔๔, สูติ-นารีฯ ๖๕๑, รวม ๑,๘๓๐ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๘๓, หญิง ๕๑๘, รวม ๑,๑๐๑. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๘, รวม ๑๙.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๓ คน (๗.๒๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๘๕ ราย (๔๔.๖๐ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๖๓ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๗๐ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๒๘๖ ครั้ง, รวม ๘๑๙ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๖๔๘ คน, รักษาใหม่ ๔๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๑๗ คน. รadiumรักษา ๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๕ คน, ไดอะเทอร์มีรี รักษาใหม่ - คน, รวมรักษาใหม่เก่า - คน. รัดิโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๔๘ คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๓๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๓๕ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๒ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๗๘๔ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๕ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๒๖๓ ชิ้น. ตรวจเนื่องจากการผ่าตัด ๑,๕๘๕ ราย (จากภายนอก ๒๑๗ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๔๔ ราย. แอ็กกูตินเนชั่น - ราย. วัสดุเซอร์แมน และคาร์น ๒,๔๕๒ ราย. หมู่มเลือด ๑๐๕ ราย. น้มน้ำเหลือง - ราย. วัตฮีโมโกลบิน ๒๒ ราย. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด - หาเชออบักตรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๔๘, อูจาระ ๕. บีสสวาระ ๒๒, เสมหะ และอื่น ๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๓๗๒, อูจาระ ๓๓๐, บีสสวาระ ๑๑๗, น้ำไขสันหลัง ๕๖, เสมหะ และอื่น ๆ ๕๒๓. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๘. น้ดัสต์หลอด - เพาะเชื้อปัสสาวะ ๕. ตรวจหลอดจี้ตัวจิ๋ว ๔๒. ตรวจเชอร์มวี่วิดิคัล ๑๕๓ ราย. ตรวจวิธีวิคัมบี ๑ ราย ตรวจอาร์เอส ๒ ราย. ทดสอบความไวต่อยา ๓๖ ราย. ตรวจศพนิติเวช ๓๖ ราย. ตรวจของกลาง ๑๕ ราย. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๓๓.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๖. เจาะน้ำสันหลัง ๖. เจาะตับ ๑๒. เจาะน้ำช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๗. ฉีดยาทั่วไป ๑,๗๔๖. ฉีดยาซีซีฟลีต ๑๕. เบาหวาน ๑,๕๑๔. ที.บี. คลินิก ๒๖๗.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๐๗. ถอนฟัน ๘๕๗. อุดฟัน ๓๕๘. ผ่าตัดช่องปาก ๓๗.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ประชุมวิชาการประจำเดือน คณะ

แพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา ๒ ครั้ง คือ

๑. วันศุกร์ ที่ ๑๒ ตุลาคม, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น., เรื่อง "วิชาแห่งสมองอย่างง่าย, นายแพทย์รศ. ตรี วรณิสสร แห่ง แผนก กายวิภาคศาสตร์ เป็นผู้เสนอ. อันถัดต่อไปเรื่อง "ฟลออเรสเซนซ์ แอนติบอดี, ทฤษฎีและการประยุกต์" นายแพทย์ ญัฐ ภูมรประวัติ, นายแพทย์ วิจารณ์ บุญพรรณนาวิภ และ น.ส. เพทาย สามัง แห่งแผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ.

๒. วันศุกร์ ที่ ๒๖ ตุลาคม, เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. เรื่อง "การทำให้หิมตก โดยฉายรังสี" นายแพทย์ ประเสริฐ นิลประภัสสร แห่งแผนกรังสีวิทยาเป็นผู้เสนอ. อันถัดต่อไปเรื่อง "สุขภาพและความปลอดภัยในแง่ฉายรังสี" ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิจารณ์ สุวรรณสุทธิ แห่งแผนกรังสีวิทยาเป็นผู้เสนอ.

ข่าวห้องสมุด

(๑) ชมกิจการ Dr. Dorothy Parker

ผู้เขียนชำนาญ ทางห้องสมุด คำน เกษตรของมูลนิธิ รอคคีเฟลเลอร์ ได้แวะชมห้องสมุด คณะเมือบ่ายวันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๕.

(๒) ให้อุปกรณ์เครื่องใช้ (ก) วิทยากรเลขาธิการให้เครื่องพิมพ์ดีดไฟฟ้าภาษาไทย ๑ เครื่อง (ข) ผู้ไม่ประสงค์ออกนามให้เงิน ๒๐๐ บาท เพื่อซื้อสิ่งประดับในห้องสมุด.

(๓) ส่งหนังสือบำรุงห้องสมุด (ก) นายแพทย์ ยศวิทย์ สุขมาลจันทร์ แห่ง แอด-เบอร์ค โอนสไตน์ คอลเลจ ให้ Rubin: Thoracic Diseases ๑ เล่ม, (ข) แพทย์หญิง อนงค์ ซึ่งดำรง ให้ Bailey: Histology และ Cunningham: Textbook of anatomy, (ค) นักศึกษาแพทย์ อารยะ โตเจริญ ให้ Chamberlain: Symptoms and Signs in Clinical Medicine และ Burrows: Textbook of Microbiology. (ง) Commonwealth Fund ให้ Advances in rheumatic fever 1940-1961. (จ) สถานทูตเยอรมัน ให้ Die Antibiotika ๒ เล่ม.

ห้องสมุดขอขอบคุณผู้บริจาคทั้งหลายนี้.

(๔) ตำราใหม่ (ก) Medical Examination Review Book, Internal Medicine 1961 v. 9, (ข) Medical Examination

Review Book, Pediatrics 1960-1961 v. 10.

(ค) Eastman, Obstetrics 1961. (ง)

Reid: Textbook of Obstetrics 1962. (จ)

Baird: Combined textbook of obstetrics and gynecology. (ฉ) WHO: Diagnosis and treatment of acute radiation injury 1961.

ไปต่างประเทศ ๑. ศาสตราจารย์นายแพทย์กิติ จิ่งเจริญ แห่งแผนกสูติวิทยา ได้รับทุนให้ไปทำการวิจัยในวิชาสูติวิทยา ที่มหาวิทยาลัยเทมเปิล, ฟิลาเดลเฟีย, สหรัฐอเมริกา และได้เดินทางโดยเครื่องบินออกจากท่าอากาศยานดอนเมือง เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ค.ศ. อาจารย์และพนักงานวิชาศาสตร์ในแผนกได้ร่วมกันจัดเลี้ยงอาหารกลางวันแก่แผนก เป็นการส่งและแสดงความยินดี

(๒) นายแพทย์ประสงค์ ตูจินดา ได้รับทุนนิเชิฟ ไปฝึกอบรมกุมารเวชศาสตร์ ณ ประเทศอังกฤษ เป็นเวลา ๑ ปี, และ (๓) แพทย์หญิงสุทธาสคร ตูจินดา ไปศึกษาโลหิตวิทยาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษเช่นกัน, ทุนส่วนตัวเป็นเวลา ๑ ปี. ทั้งสองนี้เป็นอาจารย์ แห่ง แผนก กุมารเวชศาสตร์ เดินทางไปตั้งแต่ ๒๔ กันยายน พ.ศ.

๒๕๐๕. (๔) นายแพทย์กิติเรก พงษ์พิพัฒน์ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ ได้รับทุนมูลนิธิฮุมโบลท์ไปทำการวิจัยในวิทยาเอ็นโดคริน ณ ประเทศเยอรมนี เป็นเวลา ๖ เดือน, เดินทางไปตั้งแต่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๐๕, (๕) น.ส. ฉายเชิด ณ ถลาง, ผู้ตรวจการพยาบาล แผนก กุมารเวชศาสตร์ ได้รับทุนแผนกการโคลัมเบียไปศึกษาและทำงานในวิชาพยาบาลกุมารเวช ณ ประเทศนิวซีแลนด์ มีกำหนด ๒ ปี, ออกเดินทางในวันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๕.

๕. แพทย์หญิงมานี วิสกุล แห่งแผนกสูติศาสตร์ และ นารีเวชวิทยา เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ประเทศอังกฤษ โดยทุนบริติชเคานซิล.

๖. น.ส. อุดม พิงคิลย์ แห่งแผนกพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ไปศึกษาวิชาพยาบาลเพิ่มเติม ณ ประเทศนิวซีแลนด์ โดยทุนแผนกการโคลัมเบีย. ออกเดินทางโดยเครื่องบินเมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ค.ศ. ในโอกาสนี้ แผนกพยาบาล ได้จัดเลี้ยงน้ำชาและมอบของขวัญเล็กๆ มีผู้เข้าร่วมงานแสดงความยินดีเป็นอันมาก.

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ค.ก.น. ศาสตราจารย์เย็นจามิน บอสเชส และ ดร. เวอร์จเนีย บอสเชส, สามภรรยาจาก แผนกประสาทวิทยา, มหาวิทยาลัยนอร์ธ เวสเทอร์น, ชิคาโก ได้แวะเยี่ยมและดูงาน

แผนกอายุรศาสตร์. ศาสตราจารย์จิตต์ ทัจินตา ได้เป็นเจ้าภาพจัดงานเลี้ยงอาหาร กลางวัน, แล้วพาไปแสดงป่างูกาที่โรงพยาบาลประสาท, พญาไท.

บันทึกงานฉลองเจ็ดสิบสองปี (๖)

แผนกกุมารเวชศาสตร์

(๑) ภาคพื้นฟูวิชากร (ครั้งที่ ๕) ซึ่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชได้จัดทำขึ้น สมทบในงานฉลอง ๗๒ ปี ศิริราช, แผนกกุมารเวชศาสตร์ได้ร่วมโดยมีรายการย่อ ๆ ดังนี้ :

ก. การบรรยาย ๓๐ เมย. ๐๕.

- (๑) นพ. อารีย์ วัลยะเสวี ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการบรรยายร่วม. "โรคไตทางฝ่ายอายุรกรรม"
- (๒) พญ. ม.ร.ว. จันทรวัดทอง เกษมสันต์และ นพ. อารี วัลยะเสวี บรรยายเรื่อง : "โรคไตในเด็ก".
- (๓) ผู้บรรยายทั้งสองร่วมในการอภิปรายหมู่เรื่อง "การบริบาลโรคไต"

๑ พ.ค. ๐๕.

- (๑) นพ. ประสงค์ ทัจินตา บรรยาย "การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด".
- (๒) พญ. สุกสาคร ทัจินตา แสดงและบรรยายเรื่อง : "ปัญหาทางพันธุศาสตร์ในโรค ฉาลัสส์เมย์".

อาคันตุกะ เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ค.ก.น. ศาสตราจารย์เย็นจามิน บอสเชส และ ดร. เวอร์จเนีย บอสเชส, สามีภรรยาจาก แผนกประสาทวิทยา, มหาวิทยาลัยนอร์ธ เวสต์เทอร์น, ชิคาโก ได้แวะเยี่ยมและดูงาน

แผนกอายุรศาสตร์. ศาสตราจารย์จิตต์ ทัจินตา ได้เป็นเจ้าภาพจัดงานเลี้ยงอาหาร กลางวัน, แล้วพาไปแสดงป่างูกาที่โรงพยาบาลประสาท, พญาไท.

บันทึกงานฉลองเจ็ดสิบสองปี (๖)

แผนกกุมารเวชศาสตร์

(๑) ภาคพื้นฟูวิชากร (ครั้งที่ ๕) ซึ่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชได้จัดทำขึ้น สมทบในงานฉลอง ๗๒ ปี ศิริราช, แผนกกุมารเวชศาสตร์ได้ร่วมโดยมีรายการย่อ ๆ ดังนี้ :

ก. การบรรยาย ๓๐ เมย. ๐๕.

- (๑) นพ. อารีย์ วัลยะเสวี ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการบรรยายร่วม. "โรคไตทางฝ่ายอายุรกรรม"
- (๒) พญ. ม.ร.ว. จันทรวัดทอง เกษมสันต์และ นพ. อารีย์ วัลยะเสวี บรรยายเรื่อง : "โรคไตในเด็ก".
- (๓) ผู้บรรยายทั้งสองร่วมในการอภิปรายหมู่เรื่อง "การบริบาลโรคไต"

๑ พ.ค. ๐๕.

- (๑) นพ. ประสงค์ ทัจินตา บรรยาย "การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด".
- (๒) พญ. สุกสาคร ทัจินตา แสดงและบรรยายเรื่อง : "ปัญหาทางพันธุศาสตร์ในโรค ฉาลัสส์เมย์".

สารศิริราช

- (๓) นพ. ทิเรก พงษ์พิพัฒน์ แสดงผู้ช่วยเด็กที่มีอวัยวะเพศร่วม.
- (๔) พญ. กาญจนา สืบสงวน บรรยายเรื่อง : “สมมุติฐานของ ม็องโกลิสม์”.
- (๕) นพ. อารี วัลยะเสวี และ พญ. ม.ร.ว. จันทรีวัฑฒ์ เกษมสันต์ แสดงวิธีทำ
ไข่ออกซี่ไตด้วยเข็ม.

๒ พ.ค. ๐๕.

- (๑) ศจ.พญ. เฉิดฉลอง เนตรศิริ ทำหน้าที่เป็นประธานการบรรยายภาคเช้า.
นพ. อารี วัลยะเสวี เป็นเลขานุการ.
- (๒) นพ. สมโพธิ พุกกระเวศ บรรยายเรื่อง : “การอิมมูไนส์ในวัยเด็กตาม
กิจวัตร”.

ข. นิทรรศการ แผนกได้จัดทำภาพและคำบรรยายแสดง :

- (๑) โรคในทารกเกิดใหม่.
- (๒) ร่วมกับแผนกศัลยศาสตร์, เรื่อง “ความผิดปกติแต่กำเนิดซึ่งแก้ไขด้วย
ศัลยกรรม”
- (๓) ร่วมกับแผนกพยาธิวิทยาและแผนกอายุรศาสตร์, เรื่อง : “การทำไข่ออกซี่
ไตด้วยเข็มในโรคไตเรื้อรัง”.

๒. ภาคแสดงกิจกรรมและวิชาการต่อประชาชน.

แผนกกุมารฯ ได้ออกร้านแสดงกิจกรรมและเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนตั้งแต่
๔ พ.ค. ถึง ๑๐ พ.ค. ๐๕.

ก. นิทรรศการ (๑) แสดงกิจกรรมหน้าที่, แผนผังของแผนก, สถิติจำนวนผู้ป่วย,
แสดงภาพเด็กป่วยโรคบางโรคโดยเฉพาะ ทางอาหารและโรคติดเชื้อซึ่งอาจป้องกันได้
โดยการปลูกฝี ฉีดยา, ข้อความสั้นๆ ที่ขึงถึงสาเหตุ, อาการ, และข้อตรวจพบ, วิธีป้องกัน,
ข้อควรระวัง, อันตรายที่จะเกิดขึ้น, วิธีที่จะปฏิบัติและป้องกันในระยะแรก, โดยแยก
การแสดงผลออกเป็นหมู่ๆ คือ :

(ก) หมู่แสดงการเจริญเติบโตของทารก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงหกขวบ, แสดงภาพและตารางน้ำหนักตัวและส่วนสูงของเด็กปกติ, การเจริญในการกระทำหน้าที่ของเด็กปกติ, สาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เด็กไทยเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ.

(ข) หมู่อาหารวิทยา. แสดงการเลี้ยงทารกด้วยนม, ข้อดีและประโยชน์ของการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา, หลักการเลือกนมในการใช้เลี้ยงทารกแทนนมมารดา, แสดงนมชนิดต่าง ๆ ให้ประชาชนได้ทราบ, แนะนำอาหารเพิ่มสำหรับทารก, แสดงชนิดของอาหารที่มีประโยชน์ และหาได้ง่ายในบ้านเรา (ถั่วบรุษัน), แสดงโรคที่เกิดจากการขาดอาหาร, ลักษณะและอาการที่จะเป็นข้อสังเกตและการป้องกัน.

(ค) หมู่โรคเลือด แสดงโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, สาเหตุในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ขวบและเกิน ๓ ขวบ, โรคโลหิตจางเรื้อรังแต่กำเนิดกลุ่มธาลัสซีเมียจากกรรมพันธุ์และข้อแนะนำ.

(ง) หมู่โรคติดเชื้อ แสดงภาพเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปลูกฝี ฉีดยา, ตลอดจนวิธีการและอายุในระยะเวลาต่าง ๆ ของทารกและเด็กที่ควรจะได้รับการปลูกฝีและฉีดยาป้องกัน, แสดงโรคที่กำลังอยู่ในความสนใจของประชาชน เช่น "โรคไข้เลือดออก", แสดงภาพอาการและสิ่งตรวจพบและสถิติเกี่ยวกับอายุ, ฤดูกาลที่พบ ตลอดจนอาการและข้อตรวจพบของไข้เลือดออก.

(จ) หมู่ความพิการผิดปรกติแต่กำเนิด แสดงภาพของการผิดปรกติ, อันมีสาเหตุต่าง ๆ, กรรมพันธุ์, โรคติดเชื้อ, รั้งสี, ตลอดจนความผิดปรกติที่อาจจะรับการบำบัดรักษาได้, เช่นปากแหว่ง, หัวขาด, หัวใจพิการแต่กำเนิด, ฯลฯ เป็นต้น.

(๒) ไถ่น้ำเคืองใช้ที่เป็นประโยชน์บางอย่างในการรักษา ทำให้ประชาชนสมัครใจ: ตักถากทารกคลอดก่อนกำหนด, กระโجمออกซี่งเงิน, ปอดเหล็ก. ทั้งสามอย่างเป็นที่สนใจของประชาชน และมีผู้จิตศรัทธาบริจาคทรัพย์ สำหรับซื้อเครื่องใช้เหล่านี้เป็นจำนวนมาก.

ข. จำหน่าย

๑. จำหน่ายนมที่ใช้เลี้ยงทารกและเด็กในราคาถก.
 ๒. จำหน่ายหนังสือ "ลูกรัก" ซึ่งเป็นบันทึกและคู่มือสำหรับเลี้ยงเด็กของสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
 ๓. บริการจำหน่ายเครื่องคิดเลขโอลิมปิกและนม "คลิม" เป็นแก่ประชาชน.
 ๔. จำหน่ายหนังสือหัดอ่านภาษาอังกฤษสำหรับเด็ก.
- ทั้งนี้โดยความร่วมมือจากบริษัท, ห้างร้านที่เป็นเอเยนต์จำหน่ายและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. รายได้จัดส่งสมทบทุนฉลอง ๗๒ ปีศิริราช.
- ตลอดเวลามีแพทย์, นักศึกษาแพทย์, พยาบาล, และเจ้าหน้าที่ของแผนกอยู่ประจำเพื่อให้คำอธิบายแก่ประชาชน.

ค. บรรยาย ร่วมในการบรรยายความรู้ทาง แพทย์แก่ ประชาชน เรื่อง "ไข้และกรไอพรอทวัดไข้" ในวันที่ ๗ พ.ค. ๐๕ โดยนายแพทย์ศิเรก พงษ์พิพัฒน์.

๓. กรรมการ

แพทย์ในแผนกได้รับเกียรติให้เป็นกรรมการช่วยเหลืองานฉลอง ๗๒ ปีศิริราช ดังต่อไปนี้:

(๑) พญ. เฉิดฉลอง เนตรศิริ, กรรมการแผนกการเงิน, (๒) นพ. ประสงค์ คุ้มจินดา, กรรมการแผนกการเงิน, (๓) นพ. สมโพธิ พุกกะเวส, กรรมการประวัติและการแสดงวิชาการ, (๔) นพ. ศิเรก พงษ์พิพัฒน์, กรรมการแผนกการเงิน, (๕) นพ. อารี วัลยะเสวี, กรรมการประวัติและการแสดงวิชาการ.

ความเห็นสำหรับงานทั่วไป แผนกกุมารเวชศาสตร์เห็นว่าในการจัดงานไม่มีข้อดี. ทุกคนในแผนกที่ร่วมงานต่างก็มีความพอใจ.

มรดกกรรมของท่านต้องนับว่าเป็นการสูญเสียที่น่าเสียดาย อย่างหนึ่ง. บุตรคนโตของท่าน, แพทย์หญิงจินดา รัตนสาธา, เรียนจบศิริราชและรับราชการในหน่วยวิสัญญีวิทยา, แผนกศัลยศาสตร์. ขณะกำลังศึกษาเพิ่มเติมที่สหรัฐ ฯ. บุตรสาวคนรองอีกสามคนกำลังอยู่ในระหว่าง การศึกษา. สารศิริราชขอแสดงความอาลัย และเสียใจร่วมกับครอบครัวของท่านผู้มรณะด้วย.

๒. เลขที่หนึ่งป่วย พันตรี คุณหลวง วิมลเนศประสิทธิ์วิทย์, ศิษย์หมายเลขหนึ่งของศิริราช, ซึ่งประกอบวิชาชีพอยู่ที่ตำบลบางละมุง, จังหวัดชลบุรี และขณะอายุย่างเข้าที่เก้าสิบแล้ว, ได้ป่วยมีอาการเกี่ยวกับทรวงอกและมาเข้ารับการรักษาอยู่ในแผนกอายุรศาสตร์ (ตึกธนาคารไทย-

พาณิชย์). อาจารย์ผู้ใหญ่น้อยและนักศึกษาได้พากันไปเยี่ยมเยียนท่านศิษย์อาวุโสอยู่เรื่อย ๆ. หวังว่าอาการของท่านคงทุเลาขึ้นในไม่ช้า.

๓. ฉาบปีก เจ้าภาพได้จัดการรับพระราชทานเพลิงศพพันโท หลวงจรูญเจริญเวช (จริง ปาณตรงกันนท์) ที่เมรุวัดเทพศิรินทราวาส เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๕ โดยมีญาติมิตรไปร่วมในงานอย่างคับคั่ง. ท่านผู้เป็นศิษย์รุ่น พ.ศ. ๒๔๖๔. หลังจากสำเร็จการศึกษาแล้วได้เข้ารับราชการในกองทัพบกและต่อมาได้โอนมาสังกัดสภากาชาดไทย, และได้ปฏิบัติงานในแผนกจักษุโรคคอนาสีกถาวรจนเกษียณอายุ. ก่อนถึงแก่กรรมได้ลาออกไปประกอบอาชีพส่วนตัวอยู่เป็นเวลาหลายปี.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทย

ต้องการสิ่งแสดงต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ของไทยในสมัยก่อน, เพื่อชดเชยความคลาดเคลื่อนของการรักษาพยาบาล. ผู้ประสงค์จะให้ (หรือขาย) สิ่งเช่นนั้น โปรดติดต่อแผนกสรีรวิทยา.