

การตัดขาระดับข้อตะโพกในผู้ป่วย อัมพาตครึ่งท่อนล่างจากกระดูกสันหลังหัก เพื่อแก้ไข ปัญหาแทรกซ้อนจากแผลกดทับ : รายงานผู้ป่วยสองราย*

สมบัติ เมฆหมอก พ.บ., FICS**

วิทยา จารุพูนผล พ.บ., FICS, FRCST.**

Abstract : Bilateral hip disarticulation in paraplegic-spinal cord injury patient with complicated bed sore : A report of 2 cases.

Mekmok S, Charupoonphol V.

Department of Surgery, Banpong Hospital, Ratchaburi, Thailand.

Reg 7 Med J 1991 ; 10 : 173-179.

Report of 2 cases of spinal cord injury at T₁₀, T₁₂ level with paraplegia for 7 and 11 years respectively, both bed-ridden cases had been suffering from bed sore for years. Case No. 1 developed septicemic shock from severe infection of both hips with exposure of both heads of femur and urgency bilateral hip disarticulation was performed. Case No. 2 had been admitted for 11 years in Banpong Hospital with many operative treatments been performed for paraplegic complications, e.g. suprapubic cystolithotomy, permanent cystostomy, local skin flap and dressing bed sore ; so elective bilateral hip disarticulation was given. Both cases have improving condition postoperatively and they can help themselves in bed and using wheel chairs for moving around the ward. Bilateral hip disarticulation should to be another way of management that the surgeon may choose for his patient whose condition is full-fill for this type of operative treatment.

บทคัดย่อ การทำผ่าตัด bilateral disarticulation of hip ในผู้ป่วย paraplegia จากสาเหตุ spinal cord injury เพื่อแก้ไขปัญหาการอักเสบ ติดเชื้อของแผลกดทับซึ่งไม่เป็นที่แพร่หลายในบ้านเรา แม้ว่าอุบัติเหตุของผู้ป่วยจะทวีสูงขึ้นในปัจจุบัน มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาทำผ่าตัดดังกล่าว อาทิเช่น การเลือกผู้ป่วย วิธีการผ่าตัด ระยะเวลาที่เหมาะสม ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ค่าใช้จ่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพและผลการรักษาในระยะยาว ได้รายงานผู้ป่วยชาย 2 ราย อายุ 47 และ 42 ปี ซึ่งได้รับอุบัติเหตุของกระดูกสันหลัง ระดับ T₁₀ และ T₁₂ เป็นเวลานาน 7 และ 11 ปี ตามลำดับ ทั้งสองรายมีปัญหาการอักเสบติดเชื้อของแผลกดทับ รายแรกได้รับการผ่าตัด bilateral disarticulation of hip แบบ urgency เนื่องจากภาวะ septicemia จากแผลกดทับของข้อตะโพก ร่วมกับหัวกระดูกต้นขาโผล่ออกมานอกข้อทั้งสองข้าง รายที่สองผ่าตัดแบบ elective เพื่อรักษาภาวะแผลกดทับเรื้อรัง ทั้งสองรายได้รับผลดีหลังการผ่าตัด ผลดีขึ้นและช่วยตัวเองได้มากขึ้น การพิจารณาทำผ่าตัดวิธีดังกล่าวในผู้ป่วยที่เหมาะสม จึงน่าจะเป็นทางเลือกใหม่อีกทางหนึ่งสำหรับผู้ป่วย bed ridden จาก spinal cord injury สำหรับบ้านเรา

*เสนอในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 2 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่

จังหวัดสงขลา 11-13 กันยายน 2532

**กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี 70110

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายของกระดูกสันหลังจนเป็นเหตุให้ต้องกลายเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่างนั้น นับวันจะพบมากขึ้นในบ้านเรา สืบเนื่องจากการทวีจำนวนขึ้นของอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น ทางจราจร ตกที่สูง หรือการประทุษร้ายกัน ปัญหาการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ ผลแทรกซ้อนจากแผลกดทับ แม้จะทราบกันดีว่าการป้องกันเป็นหัวใจสำคัญในเรื่องแผลกดทับ แต่สภาพโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังกล่าวในประเทศของเรายังมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ เราจึงยังคงพบผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมาหาแพทย์ด้วยปัญหาแผลกดทับอยู่เสมอ แม้แต่ในรายที่นอนอยู่นาน ๆ ในโรงพยาบาลก็เช่นกัน แผลกดทับของข้อศอกเมื่อเกิดการติดเชื้อมีเกิดภาวะอันตรายมาก เนื่องจากจะมีผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อและเกิด septicemia จนถึงแก่กรรมอย่างรวดเร็ว บางรายถึงกับต้องทำการตัดขาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย¹ ในปี พ.ศ. 2530 หน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช ได้ทำการตัดขาระดับข้อศอกทั้งสองข้างในผู้ป่วยวัยหนุ่ม 1 ราย เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ² ซึ่งได้รับผลดีหลังการผ่าตัดผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มาก จากแนวคิดดังกล่าวคณะผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ดังรายงานที่จะนำเสนอต่อไปนี้

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ของกลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ส.พ. H.N. 29-32 (รูปที่ 1A)

ชายไทยคู่ อายุ 47 ปี มีประวัติถูกยิงบริเวณอกและหลังหลายนัด เหตุเกิดเมื่อปี พ.ศ. 2525 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อระบายปอดทั้ง 2 ข้าง และทำการผ่าตัดช่องท้อง กระสุนนัดหนึ่งทำลายไขสันหลังระดับ T₁₀ ทำให้เกิด paraplegia ทันที ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีนาน 20 วัน ก็กลับไปรักษาตัวที่บ้านเกิดซึ่งอยู่ที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ต่อมาไม่นานก็เกิดแผลกดทับขึ้น ผู้ป่วยทำแผลเองที่บ้านโดยใช้ H₂O₂ ล้างแผล แล้วใช้น้ำมันเครื่องที่ใช้แล้วทาแผลวันละครั้ง ผู้ป่วยรักษาเช่นนี้

อยู่นานนับปี จนแผลลามอักเสบมากขึ้น หัวกระดูกต้นขาไหลออกมานอกเข้าข้อศอกทั้งสองข้าง ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปี พ.ศ. 2531 ในภาวะ septicemic shock หลังจากแพทย์รักษากันผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงได้นำผู้ป่วยไปผ่าตัดขาระดับข้อศอกทั้งสองข้างแบบรีบด่วน

ผู้ป่วยรายที่ 2 อ.ท. H.N. 32-32 (รูปที่ 2 A)

ชายมอญคู่ อายุ 41 ปี มีประวัติถูกดินถล่มทับหลังหักขณะรับจ้างเป็นคนงานขุดพลอยที่จังหวัดกาญจนบุรีเมื่อปี พ.ศ. 2521 หลังเกิดเหตุผู้ป่วยเกิดภาวะ paraplegia ทันที และถูกนำส่งโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตรวจพบมีกระดูกหลังหักระดับ T₁₂ และได้รับการผ่าตัดตัด explor spine and wiring T₁₂ spine หลังการผ่าตัดครั้งแรกแล้ว ผู้ป่วยได้รับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ้านโป่ง มาตลอดจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 11 ปีแล้ว และได้รับการผ่าตัดรักษาผลแทรกซ้อนจากภาวะ paraplegia ดังนี้ พ.ศ. 2522 ทำผ่าตัด suprapubic cystolithotomy และ permanent cystostomy พ.ศ. 2528 ทำผ่าตัด local skin flap right hip ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาลโดยตลอด แต่เนื่องจากต้องเคลื่อนไหวบนเตียงและขึ้นลงจาก wheel chair อยู่เสมอ ทำให้มีปัญหาแผลกดทับเรื่อยมา มีระยะเวลาเพียง 6 เดือนหลังการทำ local skin flap ในปี พ.ศ. 2528 เท่านั้น ที่ผู้ป่วยปลอดจากการทำแผลกดทับ แล้วต่อมาก็กลับเป็นอีก หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ 1 ประสพผลสำเร็จด้วยดีแล้ว ศัลยแพทย์เจ้าของไข้จึงนำผู้ป่วยรายที่ 2 ไปทำการตัดขาระดับข้อศอกแบบไม่รีบด่วน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1

Preoperative diagnosis : Fracture T₁₀ spine with paraplegia with septicemia from severe infection of both hip joints.

Operative procedure : (รูปที่ 1 B) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ ลงมิดแนว Racquet บริเวณกลางน่อง แล้วอ้อมไปบรรจบกันด้านหน้า เลาะกระดูกต้นขาจนถึงข้อศอก แล้ว debridement แผลบริเวณข้อศอก ตัด capsule ligaments muscles ที่เกี่ยวข้องับหัวกระดูก

femur ตัดเส้นเลือด เส้นประสาทแล้วเย็บปิดแผลที่ stump ต้นขา แผลที่ข้อตะโพกเปิดไว้ ทำเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง

หลังการผ่าตัดแผลที่ข้อตะโพกดีขึ้นโดยลำดับ ได้ทำกายภาพบำบัดบนเตียงจนดีแล้วก็นำขึ้น wheel chair และฝึกการช่วยเหลือตัวเองต่าง ๆ ปัจจุบันผู้ป่วยเหลือแผลเพียงเล็กน้อยที่ขาข้างซ้าย (รูปที่ 1 C)

ผู้ป่วยรายที่ 2

Preoperative diagnosis : Fracture T₁₂ spine with paraplegia with chronic bed sores.

Operative procedure (รูปที่ 2 B) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ ลงมิดแนว Racquet แบบผู้ป่วยรายที่ 1 แล้วตัดหัวกระดูกต้นขาออกจากข้อตะโพกทาง incision จากขาแล้วเย็บแผลปิด โดยไม่มีแผลที่บริเวณผิวของข้อตะโพกทั้งสองข้างเลย (รูปที่ 2 C)

หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยดีขึ้นโดยลำดับ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และสามารถนั่ง wheel chair ไปร่ายยาล็อตเตอร์รี่ในเขตรั้วโรงพยาบาลได้หลายงวดแล้ว (รูปที่ 4 และ 5)

วิจารณ์

Indications for surgery

ข้อชี้บ่งในการตัดแขนตัดขาผู้ป่วยได้มีผู้ทำการศึกษาไว้หลายแห่ง ดังเช่น Turek ในปี ค.ศ. 1978 ได้ให้ข้อชี้บ่งไว้ดังต่อไปนี้⁴

1. Gangrene
2. Trauma
3. Tumor
4. Infection
5. Congenital abnormality
6. Functionless limb

สำหรับประเทศไทย นายแพทย์ดำรง กิจกุล³ ได้กล่าวไว้ในหนังสือเรื่อง การตัดแขนตัดขาและแขนขาเทียม เมื่อปี พ.ศ. 2526 ดังนี้

ข้อชี้บ่งในการตัดแขนตัดขาในประเทศไทย

1. อุบัติเหตุ 74.2%
2. โรคของเส้นเลือด โรคเบาหวาน โรคเรื้อน และการอักเสบติดเชื้อ 15.3%

3. เนื้องอก 7%

4. พิกัดแต่กำเนิด 3.5%

สำหรับผู้ป่วยที่เสนอในรายงานนี้ มีข้อชี้บ่งดังนี้
ผู้ป่วยรายที่ 1 ข้อชี้บ่งในการผ่าตัด

1. Severe infection both hip joints with exposure of both femoral heads

2. Useless limb

ผู้ป่วยรายที่ 2 ข้อชี้บ่งในการผ่าตัด

1. Chronic infection of bed sores

2. Useless limb

Timing for operative treatment

ผู้ป่วยรายที่ 1 ทำผ่าตัดแบบ urgency คือหลังจากรักษาจนผู้ป่วยพ้นภาวะ septicemic shock แล้ว ส่วนรายที่ 2 ทำผ่าตัดแบบ elective เวลาที่จะทำผ่าตัดผู้ป่วยในแต่ละรายจึงไม่เหมือนกัน ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น

1. ข้อชี้บ่งการผ่าตัด
2. สภาพร่างกายผู้ป่วย
3. สภาพจิตใจของผู้ป่วยและการยอมรับของญาติ
4. ดุลยพินิจของศัลยแพทย์

Operative technique^{5,6,7,8,9}

แนวลงมิดในการทำ hip disarticulation มีหลายวิธีดังนี้ (รูปที่ 3)

1. Posterior flap technique (Gordon Taylor 1952)

2. Anterior flap technique

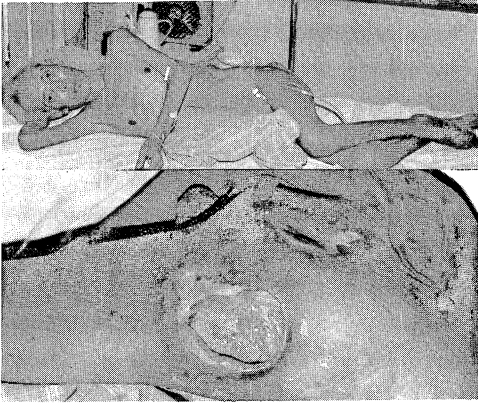
3. Posterior flap technique (Slocum 1949)

4. Racquet type incision (Boyd 1947)

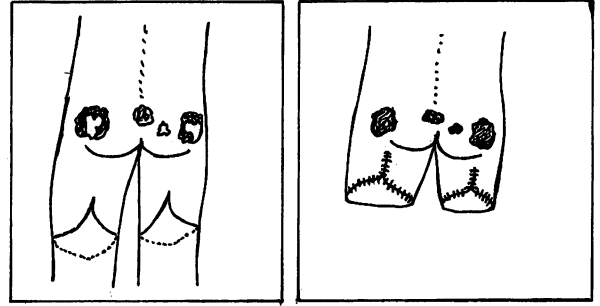
ผู้ป่วยทั้งสองรายใช้แนวลงมิดแบบ Racquet type incision ผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากมี hip joint exposed ทั้งสองข้าง จึง debridement และเปิดแผลบริเวณตะโพกทั้งสองไว้เป็น open drainage wound ผู้ป่วยรายที่ 2 ใช้ Racquet incision บริเวณต้นขา เลาะเอาข้อตะโพกทั้งสองข้างออก โดยไม่ได้เปิดแผลบริเวณตะโพกเลย ทั้งสองรายได้เหลือ stump เป็น skin flap ค่อนข้างมาก เพื่อต้องการใช้เป็นเบาะรองเวลาผู้ป่วยลุกนั่ง

Physical therapy

ทั้งสองรายเริ่มให้ทำกายภาพบำบัดบนเตียง โดยออก



รูปที่ 1 A ผู้ป่วยรายที่ 1 ก่อนผ่าตัด



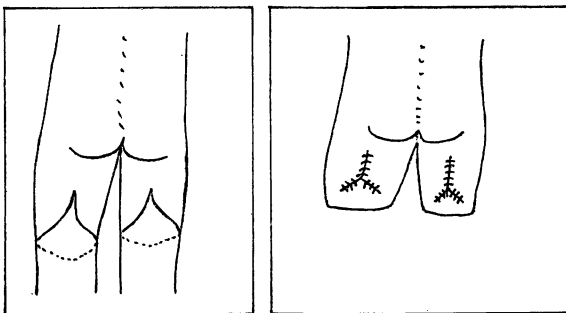
รูปที่ 1 B ผู้ป่วยรายที่ 1 แสดงแนว incision



รูปที่ 1 C ผู้ป่วยรายที่ 1 ภายหลังการผ่าตัด



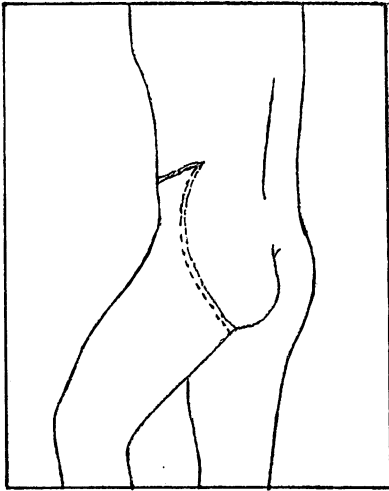
รูปที่ 2 A ผู้ป่วยรายที่ 2 ก่อนผ่าตัด



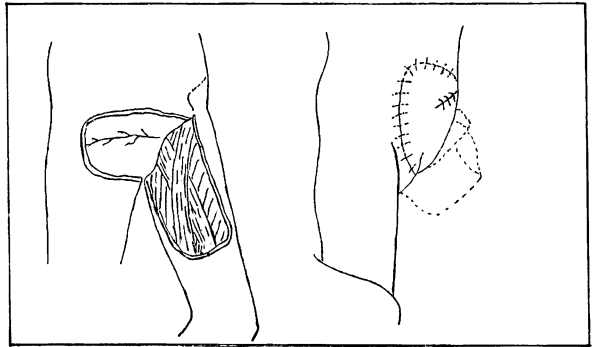
รูปที่ 2 B ผู้ป่วยรายที่ 2 แสดงแนว incision



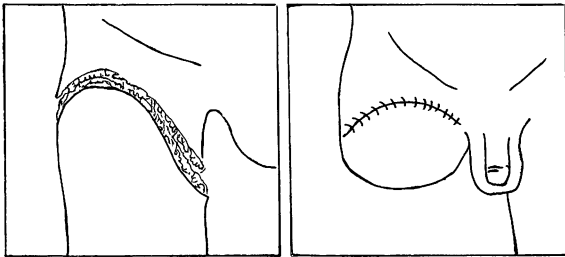
รูปที่ 2 C ผู้ป่วยรายที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด



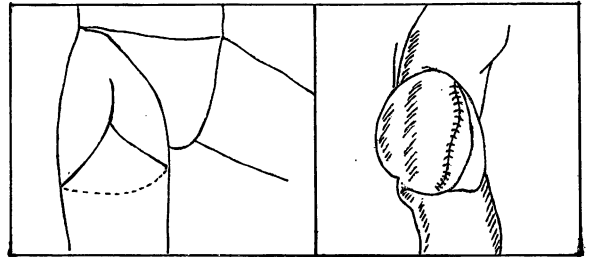
รูปที่ 3 A แนว incision โดยวิธี posterior flap technique ของ Gordon Taylor



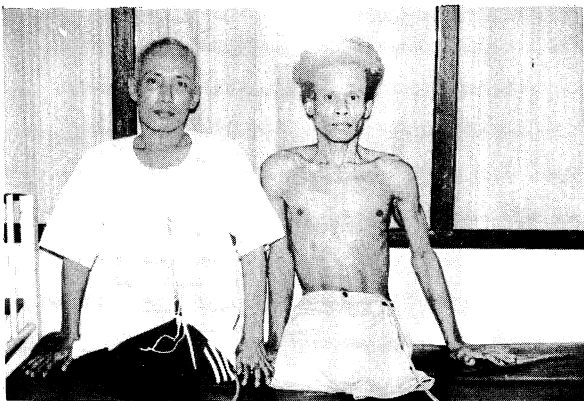
รูปที่ 3 B แนว incision โดยวิธี anterior flap technique



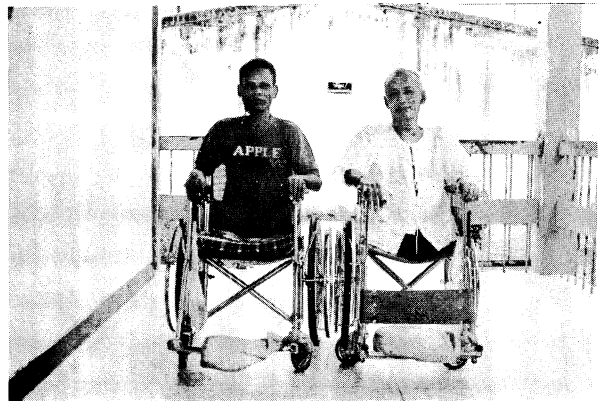
รูปที่ 3 C แนว incision โดยวิธี posterior flap technique ของ Slocum



รูปที่ 3 D แนว incision โดยวิธี racquet type incision



รูปที่ 4 ผู้ป่วยทั้งสองรายในท่านั่งบนเตียง



รูปที่ 5 ผู้ป่วยทั้งสองรายในขณะนั่ง wheel chair

กำลังเพิ่มแรงที่แขนและหัดพลิกตัว หัดการทรงตัวบนเตียง (รูปที่ 4) พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 (fracture T₁₀ level) ไม่สามารถยก stump เหนือพื้นได้ แต่ในผู้ป่วยรายที่ 2 (fracture T₁₂ level) สามารถยก stump เหนือพื้นเตียงได้โดยง่าย ต่อมาเมื่อแผลดีแล้ว ก็หัดให้พลิกตะแคงตัวด้วยตัวเอง นั่งบนเตียงแล้วเริ่มฝึกการนั่ง wheel chair พบว่าต้องใช้น้ำหนักประมาณ 4 กิโลกรัม ถ่วงบริเวณที่วางเท้าของ wheel chair รถจึงไม่กระดกหงายหลัง (รูปที่ 5) ผู้ป่วยรายที่เคยรับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลศิริราช สามารถเดินด้วยมือ 2 ข้าง โดยมี stump เป็นจุดพักได้อย่างคล่องแคล่ว สำหรับแนวการช่วยเหลือต่อไปนั้น เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นแล้วก็สามารถจะฝึกฝนการใช้ชีวิตและงานอาชีพที่เหมาะสมเพื่อกลับบ้านในโอกาสต่อไป

Phantom limb

ผู้ป่วย paraplegia ทั่วไปนั้น ถึงแม้จะรู้สึกว่ายาลายเท้ายังอยู่ ก็ไม่นับเป็น phantom limb³ ในรายงานนี้ ผู้ป่วยทั้งสองรายพบว่าความรู้สึกปลายเท้ายังคงมีอยู่หลังเกิดเหตุ spinal cord injury (false phantom limb) และยังคงรู้สึกว่ามีปลายเท้าอยู่แม้จะได้รับการตัดขาระดับข้อตะโพกแล้ว (true phantom limb)

Psychic Aspect

ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับคำบอกกล่าวเกี่ยวกับการตัดขา ระดับข้อตะโพกล่วงหน้า ผู้ป่วยรายแรกยินดีให้ทำ สำหรับผู้ป่วยรายที่สองนั้น นอนอยู่เตียงใกล้กันและได้เห็นสภาพผู้ป่วยรายแรกลุกนั่งได้เร็วและช่วยเหลือตัวเองได้มาก ก็รับรู้ว่าแพทย์ให้ทำผ่าตัดเช่นเดียวกันให้ หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายรู้สึกพอใจมากกับสภาพใหม่

Expense

การพิจารณาทำผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองราย ได้ช่วยให้ผลแทรกซ้อนจากปัญหาของแผลกดทับในผู้ป่วยลดน้อยลงมาก ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นและมีความหวังจะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ เพียงผู้ป่วยก็สามารถจะนำไปใช้บริการผู้ป่วยเจ็บรายอื่น ๆ ได้ ทีมผู้รักษาพยาบาลก็ไม่ต้องมีภาระทำผลกันตลอดปี คิดโดยส่วนรวมจะเป็นการประหยัดทั้งด้านเศรษฐกิจ เวลา สถานที่ให้บริการของรัฐในระยะยาวได้เป็นอันมาก

Use of the report

จากการศึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วยทั้งสองรายของโรงพยาบาลบ้านโป่ง และข้อมูลการศึกษาจากโรงพยาบาลศิริราช คณะผู้รายงานเชื่อมั่นว่า การตัดขาบริเวณข้อตะโพกในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างจากกระดูกสันหลังหักเฉพาะรายที่เหมาะสม จะเป็นทางเลือกใหม่อีกทางหนึ่งสำหรับแพทย์ผู้มีการจะต้องดูแลผู้ป่วย bed ridden ที่น่าสงสารเหล่านี้ของประเทศเรา และหวังว่าจะมีส่วนเสนอแนวความคิดดังกล่าวต่อสภากายภาพบำบัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อจะได้มีการศึกษาค้นคว้า พัฒนารูปแบบการรักษาดังกล่าวต่อไป เพื่อให้เกิดผลดีต่อการแพทย์ไทยของเราสืบไป

สรุป

1. ได้ทบทวนภาคทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดขา ระดับข้อตะโพกจากตำราและวารสารทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ
2. ได้รายงานผู้ป่วย 2 ราย จากโรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งได้รับการตัดขา ระดับข้อตะโพกเพื่อรักษาปัญหาแทรกซ้อนจากแผลกดทับในผู้ป่วย ซึ่งมีภาวะ paraplegia from spinal cord injury
3. คณะผู้รายงานตั้งความหวังไว้ว่าจะมีสภากายภาพบำบัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการศึกษาวิจัยการรักษาในแนวนี้อีกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้รายงาน ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ ประสิทธิ์ วันสม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ ตลอดจนให้คำแนะนำอันมีคุณค่ายิ่งสำหรับการเรียบเรียง

เอกสารอ้างอิง

1. เอกชัย จุลจาริตต์. การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง จากกระดูกสันหลังหัก. ใน : พงษ์ศักดิ์ วัฒนา, บรรณาธิการ. ศัลยกรรมอุบัติเหตุและออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2527 : 277-287.
2. จอมจักร จันทรสกุล. การตัดขา ระดับข้อตะโพกในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนในโรงพยาบาลศิริราช. ข้อมูลจากการติดต่อส่วนตัว.

3. ดำรง กิจกุลส. การตัดแขนตัดขาและแขนขาเทียม. กรุงเทพมหานคร : ยูนิตี พับลิเคชั่น, 2526.
4. Turek SL. Orthopaedics : Principles and their application. Philadelphia : WB Saunder, 1978.
5. Taylor GG, Monro RS. Technique and management of hindquarter amputations. Br J Surg 1952 ; 39 : 536-41.
6. Slocum DE. An atlas of amputations. St. Louis : CV Mosby, 1949.
7. Boyd HB. Anatomic disarticulation of the hip. Surg Gynecol Obst 1947 ; 84 : 346-49.
8. Cozen L. An atlas of orthopedic surgery. Philadelphia : Lea and Febriger, 1966.
9. Harris WR. Surgery of hindquarter, hip disarticulation, and above-knee amputation. In : Kostuik JP, ed. Amputation surgery and rehabilitation. The Toronto experience. New York : Churchill Livingstone, 1981 : 51-55.

Tobrex™ Ophthalmic
(Tobramycin 0.3%) Solution
95% effective in
external ocular infections**

Alcon

บริษัท ยู เอส สัมมิท โอเวอร์ซีส์

โทร. 2332920

ผู้แทนจำหน่าย