



11 ถนนกมลาภักดี ตำบลวัดราชบพิธ

มอบให้ห้องสมุด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๓๖

Volume 5, Number 2, February 1953.

ฉบับแพทย์ประจำบ้าน

อินฟาร์กต์กล้ามเนื้อหัวใจอย่างมีจุนัน - ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ.	๕๕
ลำไส้ทะลุเนื่องจากไม้ก่ด - ประเสริฐ นิลประภัสสร พ.บ.	๖๓
บทความพิเศษ : วิธีใหม่เลือดแบบใหม่ ๆ ทางสรีลยกรรม - ณัฐ ภมรประวัติ พ.บ.	๖๘
บทความวิชาการ : การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูง	๗๗
หน้าสำหรับนิสิต : ความประหม่า	๘๐



ช่อเอกสาร ช่าง ศิษย์เก่า นันทิกทัยสมุด

HOUSE OFFICERS' NUMBER

* ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION - Praja Bhisessaridhi, M.B.	62
* INTESTINAL PERFORATION FROM BAMBOO SPLINTER - Prasert Nilprabhassorn, M.B.	67
SPECIAL ARTICLE: NEWER METHODS OF HEMOSTASIS - Nath Bhamarapravati, M.B.	68
EDITORIAL: OPERATIVE TREATMENT OF HYPERTENSION	77

ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(* With English abstracts.)

คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล เจ้าของ :: อวย เกตุสิงห์ พ.ศ. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา :: วิจิตร เทจสิต ผู้จัดการ
 สำนักงาน แผนกศิริวิทยศิริราชพยาบาล :: ฉบับละ บาท ทั้ปี (12 เล่ม) บาท ค่าส่งต่างหาก ::
 Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok.
 Hon. Editor: O. Ketusingh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejesit. Annual Subscription: 12 Baht. Postage extra.

แพทยศาสตร์บัณฑิต
มอบให้โดยสมค
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๓๖ Volume 5, Number 2, February 1953

อินฟาร์กต์ของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างปัจจุบัน

รายงานผู้ช่วย ๑ ราย
ประชา พิเศษสุรฤทธิ
พ.บ.
(แผนกอายุรศาสตร์)



สาเหตุ ส่วนใหญ่ของ อินฟาร์กต์ ของ
กล้ามเนื้อหัวใจ อย่างปัจจุบัน (acute
myocardial infarction) มักมาจาก
การที่หลอดเลือดโคโรนารีตีบหรืออุดตัน
โดยทันที. ที่พบบ่อยที่สุดมัก เป็นการ
เปลี่ยนแปลง เนื่องจาก หลอด เลือด แข็ง,
หรือมีไขมัน, อารเทอไรตีส. โรคเส้นหัวใจ
หรือเอออร์ตาเนื่องจากซิฟิลิส. มีราย
งานของ Miller⁽¹⁾ และคณะแสดงผู้ช่วย
๑๔๓ ราย, ซึ่งส่วนมากเหตุของการอุดตัน
เนื่องมาจาก ไขมันหรือหลอดเลือดโคโร

นารีตีบแข็ง. แต่ในคนไทยสาเหตุต่าง ๆ
เหล่านี้พบว่า พบไม่บ่อยนัก และสามารถ
ให้การ วินิจฉัย โรคได้ อย่างถูกต้อง ยังมี
น้อยรายมาก. ผู้ช่วยที่จะรายงานต่อไปนี้เป็น
ตัวอย่างของการที่หลอดเลือดโคโรนา
รีตีบอุดตันที่โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลง
ในหลอดเลือดโคโรนารีเลย, แต่มีพยาธิ
สภาพที่น่าสนใจ.

รายงานผู้ช่วย
ผู้ช่วยชายไทย, คู่, อายุ ๕๐ ปี. วัณ

ไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ค.ศ. ๒๕๕๕. (เลขที่ภายใน ๕๕๐๖๔-๕๕) ด้วยอาการสำคัญว่าแน่นหน้าอก และเป็นลมมา ๒ ช.ม.

ประวัติการป่วยอดีต: ไม่เคยมีอาการ เช่นนี้มาก่อนเลยแม้แต่ครั้งเดียว. ได้เคยฝากยามโรคมามาก่อน ๒๐ ปี ก่อน, และได้รักษาพยาบาลมาแล้ว. เคยมีอาการวิงเวียน ๑ ครั้ง, ก่อนมา ร.พ. หลายเดือนแล้ว, และไม่เคยเป็นอีกเลย.

ประวัติการป่วยปัจจุบัน: ๔ ช.ม. ก่อนมาร.พ. ผู้ป่วยนั่งอยู่บนรถ, โดยไม่ได้ออกกำลังกายทำอะไรเลย, รู้สึกปวดร้าวไปตามไหล่และแขนทั้ง ๒ ข้างพร้อม ๆ กัน. ขณะเดียวกันก็รู้สึกแน่นอกซ้ายมาก, มีปวดร้าวเล็กน้อย. อาการเหล่านี้ส่วนมากเป็นที่บริเวณอก ซ้ายส่วน บนใน ระดับราวนม. ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดมาก, จึงลงจากรถไปนั่งพัก. อาการปวดและอึดอัดเป็นมากขึ้น. มีเหงื่อออกตามมือ, เท้า; หน้าซีกคล้ำ, ตัวเขียว, แล้วเป็นลมหมดสติ. ประมาณ ๒ ช.ม. ต่อมาญาติจึงพามาถึงโรงพยาบาล. ไม่มีเลือดออกที่ใดเลย.

การตรวจร่างกายแรกพบ: อุณหภูมิ ๓๕.๕ °ซ. ชีพจร ๘๐. หายใจ ๓๒. ความดันโลหิต ๙๔/๗๒. ชีพจรอ่อน, เบา, เล็ก, แคสมีสม่ำเสมอ. ทำทางเชื่อมข้อม. รู้สึกตัวดี. พิศุทธิ์, แต่ไม่ค่อยพูด. หอบเล็กน้อย, นอนราบไม่ได้. กระจกกระต่ายมาก. มีเหงื่อเย็นออกตามมือ, เท้า, หน้าผาก. ปลายมือและปลายเท้าเขียว. คลำ. ปากคล้ำ.

ระบบเลือดไหลเวียน: หัวใจไม่โต เสียงหัวใจดังน้อยกว่าปรกติมาก.

ระบบหายใจ: หายใจหอบน้อย ๆ. ทรวงอกเคลื่อนไหวเท่ากันทั้งสองข้าง. เคาะไม่ตีบ. ฟังได้รัลล์ละเอียดขึ้นเล็กน้อย, บริเวณฐานปอดล่างขวา, ทางหลัง.

ระบบอาหาร: หน้าท้องส่วนบนไม่ตึง. กดเจ็บเล็กน้อยทั่วไป. นอกนั้นปรกติ.

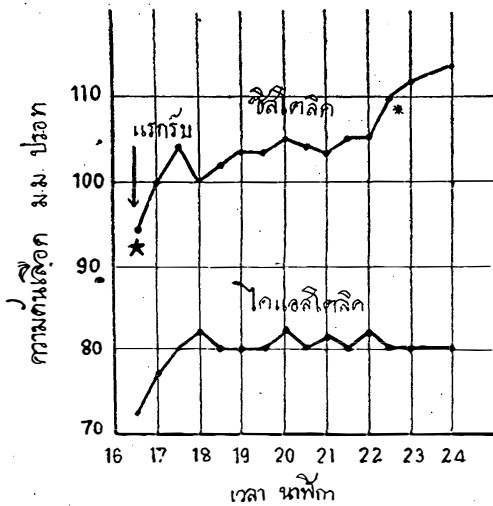
การตรวจทางห้องทดลอง: เม็ดเลือดแดง ๖.๐๓ ล้านต่อ ล.มม. เม็ดเลือดขาว ๒๑,๐๐๐ ต่อ ล.มม. นิวโตรฟิล ๕๒ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๕ เปอร์เซ็นต์, อีโอสิโนฟิล ๑ เปอร์เซ็นต์, เบโซฟิล ๒ เปอร์เซ็นต์, ปฏิภินวิทยาหาเห็น ๔ บวก.

E.S.R. ๑๐ มม. ต่อ ชม. เวลาเล็อก
แข็ง (ดีและไวท์) ๕ นาที.

การดำเนินโรคและการรักษา: เมื่อบริการ
รับไว้, ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายมาก,
มีอาการเขียวตามแขนขา, อุณหภูมิตำ
กว่าปรกติ. ใต้ให้ออกซิเจน, มอร์ฟีน,
ในโตรกลัยเซอรินและแชนธิน. ภายหลัง
การรักษาไม่ช้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเล็ก
น้อย. ใต้วัดความดันโลหิตทุกครั้ง ชม.
ใต้ผลเปลี่ยนแปลงทั้งภาพ.

* เม็ดเลือดขาว = 21000/ล.มม.

* เม็ดเลือดขาว = 19350/ล.มม.



ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก. ใต้ให้
Meperidine Hydrochloride เพิ่มขึ้น
อีก. ๖ ชม. ต่อมา, ผู้ป่วยเริ่มไอ; เสมหะ
เป็นฟอง, มีโลหิตสีแดงสดปนมาทั่ว. ตรวจ

ร่างกายปรากฏว่ามีวาล์วละเอียดขึ้น และ
วาล์วขยายปานกลางขึ้น ท่วมปอดซ้ายและ
ขวา, เคาะไม่ทึบ. ใต้ให้เพนิซิล
ลินเพิ่มชนิด. ๑๐ ชม. ต่อมาเริ่มมีไข้
ขึ้นถึง ๓๗.๘ ๕. ยังคงไอมาก. ใต้พร
ยา, เร็ว, แต่คงสับสน. จนกระทั่ง
ถึงแก่กรรม, หลังจากรับไว้ใต้ ๒๐
ชม.

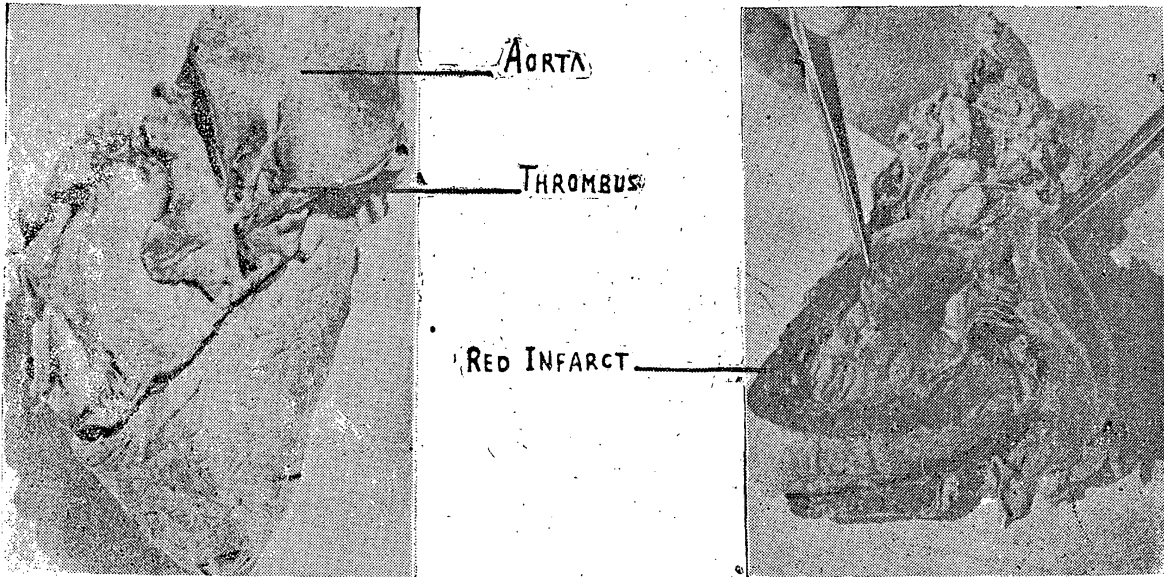
รายงานการตรวจศพ: ทำเวลา ๑๒ ชม.

หลังจาก ถึงแก่กรรม. รายงานเลขที่
๕๖๖๘. ผู้ป่วยรูปร่างแข็งแรง, เกิดโต
สมอายุ, ชักเล็กน้อย. ในช่องท้องไม่มี
น้ำ. แต่ในช่องเยื่อหุ้มปอดมีน้ำใส, ไม่
มีสี, ทั้งสองข้างรวม ๕๐ ล.ซม. กระบัง
ลมทั้ง ๒ ข้างสูงแค่ซี่โครงที่ ๕.

หัวใจ: หนัก ๒๘๐ ก. มีอินฟาร์กต์สีแดง
ที่ผนังเวนทริเคิลซ้าย. เอออร์ตามีแผ่น
สะเก็ดสีเหลือง ๆ และมีแผลเย็บ. มีตัง
ย่อยเล็ก ๆ, สีแดงเรื่อ ๆ ๒ ตังห้อยออก
จากบริเวณแผลเย็บเห็นขอบลิ้นเอออร์-
ติกและยื่นไปอุดปากช่องโคโรนารี. ลิ้น
เอออร์ติกปรกติ. หลอดเลือดโคโรนารี
ไม่มีอาร์เทอรีโอสเคลอโรสิส. วัดขนาด

หัวใจโตขึ้น; วรรณขลิ้นไตรคัสซิก ๑๑๕ มม., วรรณขลิ้นพลโมนิก ๖๐ มม., วรรณขลิ้นไมตรัล ๕๐ มม. ปอด: ทั้งสอง

ข้างหนักรวม ๑,๗๐๐ ก., มีเลือดคั่งในปอดและขวมมาก. ม้าม: หนัก ๑๐๐ ก., มีเลือดคั่ง.



ตับ: หนัก ๑,๘๐๐ ก., โตกว่าปรกติ, ขนาด ๓๗x๑๖x๖ ซม., มีบริเวณที่เป็นโฟคัลเนโครสิสในกลีบขวา, โตขนาด ๑x๑ ซม. ไต: หนักข้างละ ๑๐๐ ก. มีเลือดคั่ง

ปอด: เลือดคั่งและขวมมาก. พบ "Heart failure cells" จำนวนมาก. ผนังบางผนังมีเอกซเทคอย่างข้จจุบัน. ม้าม: มีเลือดคั่ง. ตับ. เซลล์ตับแสดงถึงการเสื่อม (คิเจเนอเวต). มีบริเวณเนโครสิส. เซลล์กลมเล็ก (small round cells) แทรกแซงทั่ว ๆ ไป, พร้อมกบอ์โฮลิโนฟิล. มีลักษณะไฟโบรสิสเล็กน้อย. ไต: มีเคล้าคัยสัเรเวลดิ่งกของเฮบิเดียมเซลล์ททยทวยบล.

ตรวจทางจุลทัศน์: เอออร์ตา. เยื่อภายใน (อินทิมา) ของเอออร์ตาหนาจนกว่าปรกติ, แสดงการเปลี่ยนเป็นเนอไลด์ (ฮัยอะลีน), และมีแผลเบา. เห็นครีอมบัสที่กลายเป็เนอ (ฮอรัแกไนต์). ไม่ มีลักษณะแสดงถึงซีฟลิคเคเอออร์ไตติส.

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

๑. อาริโอโรมาของเอออร์ตา. มีแผล

เย็บ และ ธีรอมบัส กำลัง กลาย เป็น เนื้อ (ออร์แกนไนส์) ออกช่องเย็บของหลอดเลือด โคโรนารี.

- ๒. อิน ฟาร์คท์ แดง ข ง เว้นทวีเกิล ซ้าย.
- ๓. บร็องโคปน์นิวโมเนีย.
- ๔. ท็อกสิคเซปทาโตคิส.
- ๕. ปอดขวมและเลือดคั่ง.
- ๖. ไทมีเคลาคัยส์เว็ลลิ่งก์.

อภิปราย

อินฟาร์คท์กล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดขึ้นอย่าง ชั่วขณะ เพราะ หลอดเลือด โคโรนารีถูก อุดด้วยธีรอมบัส, เป็นภาวะที่พบน้อยมาก ในคนไทย, และยังไม่เคยมีรายงานที่ใด โดยชัดเจน. ในผู้ช่วยรายงาน, สาเหตุของ การอุดตันเป็นธีรอมบัสที่กำลังเปลี่ยนเป็น เนื้องอกขึ้นที่แผลเย็บเนื่องจากฮาเออ โรมาของเอออร์ตา, โดยไม่มีลักษณะ แผลถึงชีพิติสของเอออร์ตาเลยทั้ง ๆ ที่ ตรวจทางเซโรโลยีได้ผล ๔ บวก. ข้อ นี้เป็นการค้นพบที่น่าสนใจที่ได้จากการ อุดกั้นของเอออร์ตาหรือโคโรนารีแล้ว ทำให้เกิดอินฟาร์คท์กล้ามเนื้อหัวใจในคน ไข้ที่เป็นชีพิติสหัวใจ, ดังที่ Barker⁽²⁾ ได้

เคยรายงานไว้. Luisada⁽³⁾ กล่าวว่า สาเหตุของการอุดตันที่เกิดขึ้นมักมาจาก ธีรอมบัส, การตกเลือดในผนังหรือ เยื่อชั้นใน, และโรคชีพิติสของหัวใจ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย. Sharfman⁽⁴⁾ จากการตรวจศพ ๘,๑๘๔ ราย พบ ๒๓๓ รายที่เป็นชีพิติสเอออร์โตคิส, และใน จำนวนนี้ ๓๗ รายมีปากช่องหลอดเลือด โคโรนารีตีบไป.

ความยากลำบากอยู่ที่การวินิจฉัยโรค จากภายนอกว่าสาเหตุของอินฟาร์คท์มา จากอะไร. Woodruff⁽⁵⁾ ให้ความเห็นว่า ในรายที่มีอินฟาร์คท์กล้ามเนื้อหัวใจอัน เกิดจากปากช่องตีบมักมีธีรอมบัสและ ฮาเออโรมาโตสิสอยู่ด้วยเสมอ. สำหรับ ผู้ช่วยรายงานสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเข้ามาใน โรงพยาบาล, โดยที่แยกสภาพอื่น ๆ ที่คล้ายคลึง กันออกไป, อาศัยลักษณะผู้ป่วย, ประวัติ และอาการตรวจพบ. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เราค้นพบพยาธิสภาพของภาวะฉุกเฉินในช่องท้อง ที่คนไข้อาจเข้ามาในลักษณะของช็อค, มี ปวดที่หน้าท้องรเฟอว์ไปที่ไหล่, และอาจ มีอาการแน่นอกก็ได้. ในผู้ช่วยรายงานนี้ ไม่มีจุดเจ็บที่แน่นอกในบริเวณหน้าท้อง, ไม่

มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ, อาการแน่น และปวดร้าวที่อกอยู่ค่อนข้างสูง, และเราไม่พบสิ่งผิดปกติในระบบอื่น ๆ. ในรายที่เป็นหงอกเลือดโคโรนารีย์ก็มักมีอาการมาก่อนเล็กน้อย ๆ, พอที่จะทำให้นึกถึงไคย่าง.

ผลการตรวจศพในผู้ป่วยรายนี้ยืนยันสาเหตุของการอุดตันของปากช่องโคโรนารีย์อย่างสมบูรณ์ โดยหรือมบัสที่กำลังเปลี่ยนเป็นเนื้อ, โดยที่หลอดเลือดเองปรกติและไม่พบหรือมบัสที่อื่น. จากรายงานของ Newman⁽⁶⁾ มักมีการอุดตันทั้ง ๒ แขนงใหญ่ของหลอดเลือดโคโรนารีย์ในผู้ป่วย ๘๐ รายพบว่ามีหรือมบัสเพียง ๒๒ ราย, และทุกรายมักมีอาเรอโรมาในหลอดเลือดโคโรนารีย์ด้วย. ผู้ป่วยที่หลอดเลือดโคโรนารีย์ถูกอกโดยปัจจุบันมักมีขนาดของหัวใจปรกติ, เหมือนกับที่เราตรวจพบในผู้ป่วยรายนี้, ซึ่งผิดกับพวกที่มอินฟารคท์กล้ามเนื้อหัวใจจากการคืบของหลอดเลือดโคโรนารีย์ซึ่ง ๗๐ เปอร์เซ็นต์มักมีฮัยเปอร์โทรฟี่ของหัวใจ.⁽¹⁾

ในผู้ป่วยอายุเพียง ๕๐ ปีเช่นรายนี้, เกิดหลอดเลือดโคโรนารีย์ตันโดยปัจจุบัน, นับเป็นสิ่งที่น่าสนใจ, โดยเหตุที่อายุค่อนข้าง

จะน้อยสำหรับโรคนี้, ซึ่งพบได้ยากในเมืองเราอยู่แล้ว. Sigler⁽⁷⁾ ได้เคยรายงานอายุคนใช้อินฟารคท์กล้ามเนื้อหัวใจจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีย์ในจำนวน ๑,๗๐๐ ราย. ส่วนมากอายุตกอยู่ระหว่าง ๕๖.๘ ปีโดยเฉลี่ย, และอายุเมอตาย ๕๘.๘ ปี. รายงานผู้ป่วยรายนี้ยังแสดงให้เห็นว่าอินฟารคท์กล้ามเนื้อหัวใจโดยทันทีจากการอุดตันหลอดเลือดไม่จำเป็นที่จะต้องมีอาการมาก่อนเลยก็ได้, และการดำเนินของโรครวดเร็วมาก. ที่น่าสังเกตอีกอย่างหนึ่งก็คือในผู้ป่วยนี้ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจ, เช่น ventricular extra-systole หรือ paroxysmal ventricular tachycardia เลย.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยอินฟารคท์กล้ามเนื้อหัวใจโดยปัจจุบันเนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีย์ถูกอกโดยหรือมบัสที่กำลังออร์แกไนส์จากแผลเขยออาเรอโรมาของเออร์ตัวและไม่มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดโคโรนารีย์เลย. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมภายใน ๒๐ ชม.หลังจากรับไว้และให้การวินิจฉัยโดยถูกต้อง. สาเหตุของการตายมาจากหัวใจ

ล้มโดยทันทีและปอดขวม. ผู้ช่วยไม่เคย
มีอาการมาก่อนเลย. ผลการตรวจศพและ
การตรวจทางพยาธิวิทยาบ่งและยืนยันสา
เหตุการอุดตันอย่างชัดเจน.

ขอขอบคุณ : น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ, ซึ่งช่วย
อ่านผลการตรวจพยาธิวิทยา, และ น.พ. ชูชาติ อุตโร
ทัย ซึ่งช่วยถ่ายภาพ.

เอกสาร

1. R.D. Miller; H.B. Burchell; J.E. Ed-

wards: A.M.A. Arch. Int. Med. 597-604
(1951).

2. W.F. Barker: New England J. of Med.
12:524-527 (1945).

3. A.A. Luisada: Med. Clin.N. Am. : 69-91
(1952).

4. W.B. Scharfman; J.B. Wallach; A. An-
grist: Am. Heart J. 40:63-80 (1950).

5. J.O. Woodruff: Am. J. Med. 4 : 248-278
(1948).

6. M. Newman : Lancet, 50 : 1045-1047.
(1951)

7. L.H. Sigler: J.A.M.A. 998-1004, (1951).

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารคดีราช

(Abstract of the fore-going Report)

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION •
from Thrombotic Coronary Occlusion
A Case Report

Praja Bhisessariddhi

M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

Myocardial infarction appears rarely in medical reports in this country. On October 28th 1952 a forty year old man was admitted in a state of collapse. While sitting quietly in a car he suddenly experienced an acute pain, shooting along both arms, accompanied by oppression and slight aching in the left chest. The condition quickly got worse. He developed sweating and blue colour in the face and all over the body, and finally lost consciousness. When hospitalized, two hours after the onset, the patient was conscious but prostrate, orthopneic, cyanotic, restless and in imminent collapse. The pulse was feeble, soft, small, though regular; rate 80 per minute. The arterial blood pressure was 94/72. Area of cardiac dullness was not enlarged. Heart sounds

were very weak. Fine, moist râles were detected posteriorly in the base of the right lung. Laboratory findings were not significant save for a slight leucocytosis (21,000 per cu. mm.). Six hours later pulmonary edema became definite in the left lung. The body temperature rose to 37.8°C. The pulse was rapid and small, but rhythmic throughout until expiration 20 hours after admission. Post mortem examination revealed a wide area of red infarction in the wall of the left ventricle. The cause was seen in two small polypoid structures, identified microscopically as organising thrombi, arising from atheromatous ulcers just above the aortic ring occluding the coronary orifices. The lungs were congested and edematous.

(Seven references. Two figures.)

72 /

ลำไส้ทะลุเนื่องจากไม้กักัด

รายงานผู้ป่วยรายที่สอง

ประเสริฐ นิลประภัสสร

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ต่อไปนี้เป็นรายงานของผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึ่งรับไว้ในแผนกศัลยศาสตร์, โดยให้การวินิจฉัยโรคในขั้นแรกผิด, ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน, แต่ผลภายหลังการผ่าตัดกลับปรากฏว่าเป็นการทะลุของลำไส้เล็กส่วนปลาย (Terminal ileum) โดยสาเหตุจากไม้กักัดแทงทะลุออกมา. เรืองไม้กักัดแทงทะลุลำไส้นี้ได้มีรายงานไว้แล้วครั้งหนึ่งในจดหมายเหตุทางแพทย์ โดย น.พ.โอกาส พลังกร.⁽¹⁾ รายงานนี้ ก็เป็นการทะลุของลำไส้เล็กส่วนปลายเช่นกัน, ทะลุห่างจากรอยต่ออิลีโอซีคัล ๑๕ ซม. ได้ประวัติมีไม้กักัดในขณะแข่งขัน, และให้การวินิจฉัยขั้นแรกว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเหมือนกัน. หลังจากกินขนมได้ปวดท้องน้อยด้านขวา, ปวดอยู่ ๒ วัน จึงมา ร.พ.

รายงานผู้ป่วย. เพ็กชายไทย, อายุ ๑๔ ปี (เลขที่ภายใน ๑๖๕.๕๖), รับไว้เมื่อวันที่ ๕ ม.ค. ๒๔๕๖ เวลา ๑๔.๕๕ น. ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องด้านขวา ส่วนล่างมา ๕ ชม.

ประวัติการป่วย. ๔ วันก่อนมา ร.พ., ในตอนเที่ยงราว ๔ น., รู้สึกปวดท้องทั่วๆ ไป. โดยเฉพาะบริเวณรอบๆ สะท้องและเหนือสะท้อง. ปวดไม่มาก, และค่อยๆ คล้ายปวดท้องธรรมดา. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน. เขามองคตามหน้าท้องก็ไม่รู้สึกเจ็บนัก. หน้าท้องไม่ตึง. ไม่มีไข้. อจจาระและขี้ส้วมปรกติ. อาการปวดคนเป็นเรื่อยๆ ค่อยมาทุกวัน, และเป็นในตอนคึกเสมอ. ปวดอยู่จนสว่างจึงค่อยบรรเทาไป. ผู้ป่วยยังไปโรงเรียนได้ตามปรกติ. กินอาหารได้มากอย่างปรกติ. ๕ ชม. ก่อน

มา ร.พ., ซึ่งเป็นเวลาราว ๕ น., รู้สึกปวดท้องอีก. คราวนี้มาปวดมากเฉพาะด้านขวา. ปวดผิดปกติครั้งก่อน, ก็รู้สึกปวดจุกและปวดมากกว่ามาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณท้องด้านขวา. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน. ไม่รู้สึกว่ามิใช่. อุจจาระผูก. ปัสสาวะปรกติ. หน้าท้องตึงแข็ง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านขวาล่าง. กดเจ็บมาก. ปวดอยู่เรื่อยๆ, ขยับหรือเอี้ยวตัวก็เจ็บ. เดินมากไม่ไหว, จึงมา ร.พ.

ประวัติอดีต. ไม่เคยเป็นบิด. ไม่เคยอุจจาระมีพยาธิ.

ประวัติเกี่ยวกับอาหาร. ซึ่งมาซักถามเขาในตอนหลัง, คงไม่ได้ความแน่นอนว่าผู้ป่วยกลืนไม้กลัดเข้าไปตั้งแต่เมื่อใด. โดยปรกติผู้ป่วยเป็นคนรื้อร้อในการกินอาหาร. ในระหว่าง ๔-๕ วันก่อนนั้น, นอกจากอาหารประจำวันที่บ้านแล้ว, ก็กินพวกปลาหมึก, กระจ่างปลา. ผู้ป่วยเอง เข้าใจว่าไม้กลัดคง มาจากหอยทอดซึ่งห่อใบตองและมีไม้กลัด. แต่มาตรวจดูผู้ป่วยสงสัย จนมเชื่อว่าอาจมีไม้กลัดอยู่ด้วย.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๕°ซ. ชีพจร ๘๘/นาที. หายใจ ๒๒/นาที. ความดันเลือด ๘๔/๖๐.

ลักษณะทั่วไป. ไม่เชื่องซึม, ยังอาจลุกเดินระยะใกล้ ๆ ในลักษณะตัวงอเล็กน้อย.

ระบบอาหาร. ท้องไม่อืด. มีกล้ามเนื้อแข็งเล็กน้อยทางท้องน้อยด้านขวา. กดเจ็บมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จุด McBurney's ตรวจได้ rebound Tenderness. Rovsing's sign ไม่ได้. ไม่มีฮัยเปอร์เอสตีเซียในบริเวณ Sherren-Triangle. คลำไม่พบก้อนที่ใด. ตับและม้ามคลำไม่พบ. เสียงกลดกกลดในท้องเป็นปรกติ. ตรวจทางทวารหนักพบ Douglas Pouch ไม่โป่ง, กดเจ็บมีก้อนไปทางขวา.

การตรวจระบบอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง. เม็ดเลือดแดง ๔.๕ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๐,๘๕๐. นิวโทรฟิล ๘๖ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟไซต์ ๑๔ เปอร์เซ็นต์. ไม่พบเชื้อมาลาเรีย. ผลการตรวจปัสสาวะและอุจจาระเป็นปรกติ.

อุจจาระเลย. ในวันที่ ๔ หลังผ่าตัดไม่มี
ไข้. ชีพจรลดเหลือ ๕๐ ครั้งต่อนาที. ผู้
ป่วยลุกเดินได้. เริ่มให้อาหารอ่อนย่อย
ง่าย. ในวันที่ ๕ หลังผ่าตัด, ไม่มีไข้.
คัตใหม่เย็บออก. อาการปวดเหลือเฉพาะ
ที่แผล. เริ่มอุจจาระได้ ๑ ครั้ง. ในวันที่
๗ หลังวันผ่าตัด, ให้กลับบ้านได้. อาการ
ทั่วไปปรกติและแผลผ่าตัดหายเกือบสนิท.

ความเห็น. การทะเลของลำไส้เล็ก
จากของที่กินเข้าไป, พบน้อยมาก. แต่ก็เป็น
เรื่องพึงระวังในการผ่าตัดไส้ติ่ง, ที่จะ
ต้องตรวจคอวยวะใกล้เคียงทวาร, และ
เป็นอีกเหตุหนึ่งที่ทำให้การวินิจฉัยโรคได้
ติ่งอึกเสบไม่ใช่ของง่ายนัก, จึงที่นาย
แพทย์เสนอ อินทรสุขศรี ได้เคยรายงาน
ไว้แล้ว. เรื่องนี้เป็นอุทาหรณ์ให้ระวังใน
การกินอาหาร ซึ่งใช้ไม้กติก เกี่ยวข้องกับ
เย็บอาหารด้วย.

สรุป. รายงานผู้ป่วย ๑ ราย. เป็น
รายที่ ๒ ที่พบใน ร.พ. ศิริราช, มีลำไส้
เล็กส่วนปลายทะเลเนื่องจากไม้กติก, ซึ่ง
กินเข้าไปเมื่อโตไม่ปรากฏชัด. มีอาการ
ปวดท้องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก่อน ๔ วัน. มา
ปวดมากที่ท้องน้อยข้างขวา ๕ ชม. ก่อน
มา ร.พ. ให้การวินิจฉัยขั้นแรกผิดว่าเป็น
ไส้ติ่งอักเสบที่ยังขึ้น. ได้ทำการตัดไส้ติ่ง
ซึ่งมีลักษณะ อักเสบ เล็กน้อย ออกแล้วจึง
ตรวจพบไม้กติกแทงทะลุลำไส้เล็กส่วน
ปลาย, ห่างจากที่ต่ออิลีโอซีคัล ๔ ซม.
ผู้ป่วยหายกลับบ้านเป็นปรกติใน ๗ วัน.

เอกสาร

๑. โอภาส พลังกูร. จ.ม.ท. แพทย
สมาคม ๑:๑๕ (๑๙๔๘).
๒. เสนอ อินทรสุขศรี. สารศิริราช
๓:๕๒๘ (๑๙๕๑).

(Abstract of the preceding Article)

INTESTINAL PERFORATION FROM BAMBOO SPLINTER

A Case Report

Prasert Nilprabhassorn

M.B.

(Dept. of Surgery)

A Thai boy of 14 was admitted on the 5th January 1953 for abdominal pain, which began four days previously, generalized, with focus around the umbilicus, dull, colicky in nature. There was no nausea, no tenderness. The abdominal wall was not tense. The pain was not severe, but was persistent. The bowels were constipated. It became accentuated 9 hours before admission, with localisation in the right lower abdomen, and developed piercing character. Physical examination revealed slight rigidity of the abdominal wall, with marked tenderness over McBurney's point; rebound tenderness was positive; no mass was palpable. Rectal examination disclosed a tender spot on the right of the Douglas pouch. Total leucocyte count was 10,950, with 86 percent neutrophils. Provisional diagnosis was acute appendicitis. On opening the abdomen about 50 cc. of yellowish pus was aspirated. The appendix was only slightly congested, not enough to account for the pus formation. On examining the terminal

ileum after appendectomy a splinter of bamboo was seen projecting about 2.5 cm. through the intestinal wall 4 cm. above the ileocecal junction, enclosed in a weak mesh of fibrin. On extraction the splinter was found to be a bamboo "pin" such as generally used for pinning together banana leaves to form wrapping for sale articles on the food markets. It was 4 cm. long, pointed at both ends. The hole, through which it had pierced, nearly 2 mm. in diameter, was sutured with 3 stitches. The abdomen was closed with drainage. Penicillin and streptomycin, and later terramycin, were given beside routine treatments. The recovery was uneventful.

Incidentally this is the second case of intestinal perforation by bamboo splinter met with in this hospital. The first case was reported five years ago (Okas Balangura, M.B. : J. Med. Ass. Siam, 1:15, 1948) and presented essentially the same clinical and operative findings.

(Two references.)

DWZ

บทความพิเศษ

วิธีห้ามเลือดแบบใหม่ๆ ทางศัลยกรรม

ณัฐ ภมรประวัติ

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ความก้าวหน้าทางศัลยกรรมในปัจจุบันนี้, ถ้าหากยกเว้นเทคนิคต่างๆ ในการผ่าตัด, รวมทั้งการขีรยาลผู้ช่วยก่อน, ระหว่างและภายหลังผ่าตัดเสียแล้ว, ก็อาจจะกล่าวได้ว่าขึ้นอยู่กับเรื่องสำคัญ ๓ ประการ, คือการระงับความรัสึกระหว่างผ่าตัด, การขีรยกันและต่อสู้เชื้อโรค, และการห้ามโลหิต, ซึ่งทั้งสามอย่างนี้ย่อมจะต้องเกี่ยวพันกันเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การผ่าตัดนั้น ๆ ดำเนินไปสำเร็จเรียบร้อย.

การห้ามโลหิตได้เข้ามาเป็นส่วนสำคัญในการผ่าตัดเป็นเวลานานก่อนที่จะได้มีผู้มองเห็นถึงความสำคัญของ ยาสลยและการขีรยกันต่อสู้เชื้อโรค. ตั้งแต่ยุค

โบราณมาแล้วมนุษย์ได้พยายาม คิดค้นหาวิธีห้ามโลหิตที่สะดวกและแน่นอน, นี้แต่ใช้วิธีธรรมชาติง่ายๆ, เช่นใช้ขี้วัวไฟ, ใช้สายรัด (tourniquet), ใช้ยาบางชนิด เช่นสารส้ม, เพื่อรัดหลอดเลือด, ฯลฯ จนกระทั่งถึงการผูกหลอดเลือด. เทาที่ค้นพบถอยหลังไปได้ Celsus, ปราชญ์ชาวโรมัน, ได้เขียนเล่าถึงการใช่วิธีผูกหลอดเลือดแต่คริสต์ศตวรรษที่ ๑ ในหนังสือ

De Re Medicina ของท่าน. ต่อมาจึงถึงสมัยที่มีผู้คิดค้นจับหลอดเลือด (hemostatic forceps) ขึ้นใช้สำเร็จ.

การห้ามโลหิตโดยใช้ความร้อน, เช่นไฟหรือเหล็กเผาแดง ซึ่งได้เลิกใช้ไปนานเมื่อมีผู้คิดวิธีห้ามเลือดที่ดีกว่าขึ้นใช้, ก็

ได้ มารวบรวมหลักการขึ้นใหม่ในตอนหลัง, โดยเปลี่ยนเป็นใช้จุกวดยกระแสดไฟฟ้าแทน ในการผ่าตัดข้างแฉ่ง ซึ่งใช้วิธีห้ามเลือดตามธรรมดาไม่ได้ผล, เช่นการผ่าตัดคัมภีร์หรือการผ่าตัดที่เกี่ยวกับมะเร็ง, เมื่อต้องการจะไม่ให้เซลล์ของมะเร็งมีโอกาสร่วงไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย.

การห้ามโลหิตโดยอาศัยวิธีการกายภาพ (physical means) ต่าง ๆ เหล่านี้, ในขั้นแรกก็นับว่า พอเพียงต่อความต้องการของศัลยแพทย์. แต่ต่อมาเมื่อวิชาศัลยศาสตร์เจริญมากขึ้น, ปัญหาเกี่ยวกับโลหิตออกจากตำแหน่งต่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถจะห้ามได้ โดยวิธีบีบหลอดเลือดแล้วผูก, เช่นที่ท่าตามปรกติ, ก็เริ่มเกิดขึ้นเช่นลำดับ. ตัวอย่างของพวกนี้ได้แก่โลหิตที่ออกจากเนอตัม, ไต, สมอง, และก้อนเนื้องอกที่มีหลอดเลือดมาก ๆ. พวกนี้ห้ามยากที่สุดเพราะเนอเบอเยอและเยื่อ. ในแผลเรอริงทมิไซนัส, เช่นพวกออสติโอไมยติไลติส, เวลาที่ต้องการจะเปิดแผลให้กว้าง เพื่อให้หนองหรือน้ำเหลืองไหลออกสะดวก, หรือในแผลที่เกิดในเนื้อแข็ง เช่นที่มไฟโบรสิส, เหล่านี้ห้ามเลือดได้ยากเช่นกัน. แผลพวกนี้ถ้าไม่ห้าม

ให้หยุดสนิทจริง ๆ, ไปเย็บปิดเลย, ก็มักเกิดก้อนเลือด (hematoma) ภายหลัง. หรือถ้าจะใส่ที่ชะราย (เกรน) ไว้, ก็มักจะติดเชือก, เกิดเป็นหนองได้บ่อย ๆ.

ถ้าเป็นแผลเปิดกว้าง หรือติดเชือกอยู่แล้ว, เรามักจะห้ามเลือดโดยการยัดผ้า (packing หรือ tamponade). แต่ที่กึ่งกลางข้างมากก็ออกที่หลัง, ซึ่งผู้ป่วยมักจะเจ็บปวดมาก, เพราะผ้าไปติดกับผิวของแผล, และมักจะเกิดเลือดออกอีก, เนื่องจากลิ่มเลือดที่อุดตันโลหิต อยู่หลุดติดกับผ้าก็หลุดออกมา. ถ้าเป็นแผลซึ่งทางออกแคบอยู่แล้ว, ไปเอาผ้ายัดเข้าไป, ก็จะไปอุดทางออกของหนองและน้ำเหลือง, เลยทำให้เชื้อโรคลุกลามไปได้อีก.

หากตัวอย่างที่อ้างนี้จะเห็นได้ว่า จำเป็นต้องหาวิธีห้ามเลือดพิเศษไป กว่าที่การบีบและผูกหลอดเลือด ตามวิธี ธรรมดา. อาจจะ เป็นวิธีทำให้เลือดแข็งเป็นลิ่มเร็วขึ้น, หรือหาวัตถุห้ามเลือด, ซึ่งเมื่อยัดไว้ที่แผลแล้วจะดูดซับซึมไปเองโดยไม่ต้องไปดึงออกที่หลัง. วัตถุดังกล่าวนี้จะต้องไม่เป็นสิ่งระคาย, ไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยา

ในเนื้อและไม่เป็นแอนติเจน, จึงจะใช้ได้โดยปลอดภัย.

ระหว่างคริสต์ศตวรรษที่ ๑๘ ได้เริ่มมีผู้สนใจ คึกขากกลไก ของการ แข็งตัวของโลหิต, แต่ก็ยังไม่มีผู้ใดนำเข้ามาประยุกต์ทางศัลยกรรม. จนกระทั่งในปี ๑๘๑๑ Harvey Cushing ในสหรัฐอเมริกา, และ ๓ ปีต่อมา Horsley ในอังกฤษ, ได้ริเริ่มหาวัด ซึ่งช่วยให้โลหิตแข็งตัวเร็วเข้ามาใช้ทางศัลยกรรม, ทั้งยังเป็นของ ซึ่งร่างกาย คัดซึมไปเองโดยไม่ต้องเอาออกภายหลังอีกด้วย. วัตถุประสงค์คือกล้ามเนื้อลาย (striated muscle) ซึ่งชำแหละมาจากส่วนไหนก็ได้, เอามาบีบหรือบีบแผลตรงบริเวณที่เลือดออก. กล้ามเนื้อซึ่งถูกตัดหรือถูกทำให้ชำชอกนั้นจะปล่อย Thrombokinase ออกมา. ตัวกล้ามเนื้อเองจะช่วยเป็นโครงให้เลือดจับเป็นลิ่มคั้น. ในรายงานของ Cushing (1) ได้กล่าวถึงประโยชน์ ของ กล้ามเนื้อในการห้ามโลหิตที่ออกในการผ่าตัดสมอง. แต่ต่อมาก็ได้มีผู้นำมาใช้ในการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป. เนื่องจากกล้ามเนื้อที่นำมาใช้มักจะต้องชำแหละจากบริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย, ไม่ใช่จากตรงที่ผ่าตัดเอง, ฉะนั้นจึงมีข้อ

เสียอยู่ ๒ อย่าง, คือเสียเวลาและเสียต่อการคิดเชอโรค. ในรายงานฉบับเดียวกันนี้ Cushing ได้ให้ความคิดไว้ด้วยว่าเราอาจจะใช้ไฟบรินที่ได้จากการคัดเลือก (อย่างที่ใช้) จนไฟบรินจับกันเป็นก้อน, เอามาบีบบน ผิวหน้าของแผลที่กำลังมีเลือดออกซึมอยู่, ทำนองเดียวกับการใช้ผ้าสำลีหรือผ้ากอสซิช์โลหิต, และดีกว่าตรงที่ว่าอาจจะปล่อยทิ้งไว้ได้โดยโดยไม่ต้องไปเอาออกภายหลัง.

สองสามปีต่อมา Gray (๑๘๑๕) ก็ทดลองเอาไฟบรินจากเลือดแกะมาทำให้แห้งเป็นแผ่นเล็ก ๆ ใช้ห้ามเลือด, และ Harvey (๑๘๑๘) อีกคนหนึ่งได้เอาไฟบรินของเนื้อวัวมาใช้ ด้วยความประสงค์ข้อเดียวกัน. หลังจากนั้นก็ไม่มีผู้ใดรายงานผลการศึกษาขึ้น ต่อไปเป็นเวลากว่ายี่สิบปี.

หลังจากที่ได้เข้าใจหลักต่าง ๆ ในกลไกการแข็งตัวของเลือดดีแล้ว, ทั้งยังสามารถแยกพลาสมาออกเป็นส่วน ๆ ได้ด้วย, จึงได้มีผู้ทดลองนำเอาผลิตภัณฑ์จากการแยกพลาสมาไปใช้เป็นตัวห้ามเลือดเฉพาะที่นำมาใช้มีอยู่ ๘ ชนิดด้วยกัน.

แต่ที่ทดลองได้ผลมีเพียง ๓ ชนิด, คือ
 ธีรอมบิน, ไฟบริน และไฟบริโนเจน.

การนำธีรอมบินเข้ามาใช้, มุ่งหวังผล
 เพียงทางสรีรเคมีอย่างเดียว, โดยธีรอม
 บินเป็นสารที่เปลี่ยนไฟบริโนเจนให้เป็นไฟ
 บริน. ธีรอมบิน ๑ ส่วนสามารถเปลี่ยน
 ไฟบริโนเจนได้ถึง ๖๐๐ ส่วน. ยิ่งกว่า
 นั้น, ความรวดเร็วของปฏิกิริยานี้จะ
 เปลี่ยนไปตามความเข้มข้นของ ธีรอมบิน
 เองโดยตรง: ยังมีธีรอมบินมากเท่า
 ไร, ไฟบริโนเจนก็จะถูกเปลี่ยนเร็วขึ้นเท่า
 นั้น. (2)

Seeger และพวกได้รายงานการใช้
 ธีรอมบินช่วยห้ามโลหิตในขาดแผลเล็กๆ,
 รวมทั้งแผลที่โลหิต ออกไม่หยุดใน ผู้ป่วย
 พวกที่เป็นโรคตกเลือดง่าย (hemor-
 rhagic diathesis). (3,4) เขากล่าวว่าได้
 รัยผลดี. Seeger อธิบายว่าธีรอมบินจะไป
 ช่วยเร่ง ให้เกิด ลิ่มเลือดก้อน เล็ก ๆ ออก
 ปลายหลอดเลือดฝอยที่ขาดและซึ่งเย็บตัน
 เหตุให้เลือดออกไม่หยุด. เขาแนะนำว่าควร
 จะใช้ธีรอมบินป้ายลงผิวหน้าของแผล, หรือ
 พ่นลงไปเป็นฝอย. ต่อมาได้มีคนใช้วัตถุ
 ห้ามเลือดอื่น ๆ, เช่นไฟบรินโฟม (fibrin
 foam), ฟองเจละติน (gelatin foam)

ชูบธีรอมบินช่วยห้ามเลือด, ทำให้ยิ่งได้
 ผลดีขึ้น กว่าการใช้วัตถุอื่น ๆ แต่ อย่าง
 เดียว. โดยมากธีรอมบินที่ใช้ในเตรียม
 มาในสภาพเป็นผงแห้ง. เมื่อต้องการใช้
 ก็เติมน้ำเกลือไอโซโทนิกลงไปละลายให้
 เป็นน้ำยา.

ไฟบริน เป็น โปรตีน ซึ่งเมื่อเกิด ขึ้น
 แล้วจะ ทำให้ เลือดเปลี่ยน สภาพจาก ของ
 เหลวกลายเป็นลิ่ม. เมื่อคว่ำกอล้องจล-
 ทัศน์จะเห็นไฟบรินเป็นเส้นใยเล็ก ๆ เกือบ
 โยงกันเป็นตาข่าย, และมีพวกเม็ดเลือด
 มาติดอยู่. ทั้งตัวใยเองยังไปติดกับเนื้อ
 แผลส่วนอื่นๆอีกด้วย. (2) อาศัยความทึบ
 เกาะกันแน่นนั่นเอง จึงทำให้มันเป็นสาร
 ห้ามเลือดที่ใช้ได้ผลดี. ไฟบรินที่นำมาใช้
 ทำ โดย การแยก พลาสมาโปรตีน ออก
 เป็นส่วน ๆ แล้วเอามาทำให้แห้ง. เรา
 สามารถ เตรียมไฟบรินแห้งให้มี ลักษณะ
 ต่าง ๆ กัน ออก ไปโดย อาศัย พลิกแปลง
 กรรมวิธีทางเคมีตามต้องการ. ที่เอามา
 ใช้ทางศัลยกรรมมี ๒ ชนิด, คือ ไฟ
 บรินโฟม (fibrin foam), และไฟบริน
 ฟิล์ม (fibrin film). อย่างแรกใช้เช่น
 วัตถุห้ามเลือด, แต่อย่างหลังใช้แทนเยื่อ
 ความมาแตรซ์ของมัสมอง, และใช้ข้อ

กันไม่ให้สัมผัสกับเยื่อ หุ้มสมอง ภายหลังผ่าตัด.

เนื่องจากไฟบรินโพลีเมอร์เป็นผลิตภัณฑ์ของร่างกายมนุษย์, ฉะนั้นเมื่อใส่ไว้ในแผลที่ห้ามเลือดแล้ว, เราจึงปล่อยมันไว้เช่นนั้นได้โดยไม่ต้องกลัวว่ามันจะทำอันตรายต่อร่างกาย. ตามธรรมชาติมันจะถูกดูดซึมไปหมดหมดสิ้นภายใน ๑ ถึง ๔ สัปดาห์. จากการศึกษาทางจุลทรรศน์วิทยา, พบว่ามีเซลล์โมโนนิวเคลียร์ฟาโกไซต์ตัวเล็กๆ จำนวนมาก เข้าไปทำลายก้อนไฟบรินนั้น. อาจจะมีเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์ฟอนิวเคลียร์หรือเซลล์ยักษ์เล็กน้อย. พวกเนื้อเส้นใยมันน้อย, ซึ่งช่วยไม่ให้มันแผลงเป็นมาก.

ไฟบรินโพลีเมอร์มีลักษณะคล้ายรวงผึ้ง. ภายในพรุนเป็นช่องเล็กบ้างใหญ่บ้าง. ตามปรกติเขาบรรจุขวดมาพร้อมกับซีโรมบิน ซึ่งช่วยให้ได้ผลในการห้ามเลือดโดยสมบูรณ์ทั้งแง่ปีคกัน (mechanical) และฟิสิกเคมี. ชุดไฟบรินโพลีเมอร์ประกอบด้วยขวด ๓ ขวด. ขวดแรกใส่ไฟบรินโพลีเมอร์, ขวดที่สองใส่ซีโรมบินแห้ง, และขวดที่สามใส่น้ำเกลือไอโซโทนิค. เวลาจะใช้ก็เติมน้ำเกลือลงละลายซีโรมบินแล้วเอาไฟบริน

โพลีเมอร์, บีบขยี้ผิวของแผลที่เลือดกำลังออก, หรือยัดเข้าไปในโพรงของแผล. Ingraham และ Bailey⁽⁵⁾ ได้บรรยายถึงการใช้ไฟบรินโพลีเมอร์ว่าใช้ได้ประโยชน์มากในศัลยกรรมของประสาท, เช่นเลือดออกจากหลอดเลือดฝอยตามผิวหน้าของศีรษะ หรือจากโคนของก้อนเนื้อของสมอง ซึ่งมักจะมีเลือดออกมากภายหลังที่ตัดก้อนออกไปแล้ว. นอกจากนี้ในศัลยกรรมทั่วไปก็ยังใช้ได้ประโยชน์มาก, เช่นแผลผ่าตัดที่ตรงที่ถุงน้ำดีเกาะอยู่. หลังจากตัดถุงน้ำดีออกแล้วมักมีเลือดออกมาก. เอาไฟบรินไปประคบไปเลือดก็จะหยุดทันที. ในผู้ป่วยเป็นฮีโมฟีเลียที่มีเลือดออกไม่หยุดจากแผลเล็ก ๆ น้อย ๆ, ถ้าใช้ไฟบรินโพลีเมอร์หรือมบินยัดก็จะได้ผลดี. เขาบอกด้วยว่าใช้ไฟบรินโพลีเมอร์ห้ามเลือดที่ออกจากเส้นโลหิตแดงไม่ได้ผล. ตั้งข้อสังเกตเลือดและผูกตามธรรมดา. ถ้ามีซีโรมบินน้อยจึงค่อยใช้ไฟบรินโพลีเมอร์ที่เหลือ.

ไฟบรินโนเงินเป็นโปรตีนอีกชนิดหนึ่งในพลาสมาที่ถกนำมาใช้. แต่ความจริงประโยชน์ของมันในทางห้ามเลือดไม่ใช่ประโยชน์โดยตรงที่ต้องการ. Conkrite และพวก⁽⁶⁾ ได้ใช้น้ำยาผสมไฟบริน

โนเจนกับอีร้อมบินเป็นฉนวนกลางในการปลูกผิวหนัง (skin graft). ชั้นแรกเขาใช้น้ำยาไฟบริโนเจนทาผิวแผลที่จะปลูกเสียก่อน, แล้วจึงเอาหนังที่จะปลูกชุบน้ำยาอีร้อมบินทาขยบนผิวของแผล. ไฟบริโนเจนกับอีร้อมบินทำปฏิกิริยากันเกิดเป็นฟิล์มของไฟบรินบาง ๆ ช่วยเชื่อมหนังกับแผลให้แนบสนิทติดกัน, ทั้งช่วยห้ามโลหิตซึ่งอาจมีซึมออกจากแผลเรื่อย ๆ. ถ้าโลหิตที่ออกมากเกินไปภายหลังจากเอาผิวหนังทาบกับแผลแล้ว, อาจทำให้การปลูกผิวหนังไม่สำเร็จก็ได้.

แม้ผลิตภัณฑ์ของพลาสติกที่ใช้เป็นวัสดุห้ามเลือดจะนับว่าใช้ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจก็ตาม, แต่ก็ยังเป็นของที่มีราคาแพงและหา ยาก เพราะ ต้อง ทำ มา จาก เลือดคน. เพราะฉะนั้นการค้นคว้า ในแนวนั้น ก็ยังคงดำเนินต่อไปเพื่อมุ่งหาสารใหม่ ๆ ทดแทนกัน, แต่ราคาถูกกว่าและหาง่ายอีกด้วย. จนกระทั่งถึงเวลานี้มีผู้คิดค้นได้หลายชนิดด้วยกัน, แต่ที่นิยมใช้กันมากมีอยู่ ๒ อย่าง, คือออกซิไดส์เซลลูโลส (Oxidised cellulose) และ "ฟองเจละติน" (gelatin sponge, Gelfoam).

ออกซิไดส์เซลลูโลส⁽⁷⁾ ทดแทน

จากเซลลูโลส. สารจำพวกนี้ไม่ว่าชนิดใดก็ตาม, จะเป็นสำลี, กระดาษหรือผ้าก๊อซ, อาจจะทำให้ละลายในน้ำยากว่าอื่น ๆ ได้ โดยออกซิไดส์เสียก่อนด้วยไนโตรเจนไดออกไซด์, เพื่อลดจำนวนอนุภาคมูลคارب็อกซิลซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่กำหนดลักษณะของเซลลูโลสนั้น ๆ ในด้านที่เกี่ยวกับความอ่อนนุ่ม, อำนาจการดูดซึมและการละลายของมัน. Franz และพวกเป็นผู้ที่ได้ออกศึกษาประโยชน์ของสารพวกนี้ก่อนผู้อื่น. งานส่วนใหญ่ทำที่วิทยาลัยแพทยแห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย. ชั้นแรกได้มุ่งเพียงจะทดลองนำมันมาใช้แทนก๊อซและสำลีธรรมดาซึ่งปล่อยทิ้งไว้ในแผลไม่ได้, แต่เมื่อได้ออกศึกษาต่อไปจึงพบว่ามันมีสมบัติทางห้ามเลือดได้ดีด้วย.

สำลีและผ้าก๊อซที่ถูกออกซิไดส์แล้วจะมีลักษณะผิดไปจากของเดิมเล็กน้อย: สีค่อนข้างขาว, เหนียวจน, ดกซึ่มได้, ละลายได้รวดเร็วในน้ำยาไฮเดียมไฮคาร์บอนเนตแรง ๐.๑๕ โมลาร์, ซึ่งมี pH ใกล้เคียง ๆ กับ pH ของเลือด. จะใช้ทำลายเชื้อโรคโดยนึ่งในออโตเคลฟว์ไม่ได้, แต่ต้มในน้ำเดือดได้นาน ๓ นาที (ซึ่ง

ยังไม่พอเพียงที่จะทำลายสเปอรของเชื้อโรค). ในชั้นแรก Franz ได้เริ่มทดลองโดยเอาไปฝังในอวัยวะต่าง ๆ ในสัตว์ทดลอง, เช่น ที่เนื้อกล้ามเนื้อ, ไขกระดูก, ในไต, ตับ, ฯลฯ, แล้วทิ้งไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่งจึงตัดเอาเนื้อส่วนที่ฝังไว้มาตรวจดู. พบว่าของที่ฝังถูกดูดซึมไปได้ โดยไม่ทิ้งผลเป็นอะไรไว้เลย. ความรวดเร็วที่มันจะถูกดูดซึมไปขึ้นอยู่กับจำนวนของเซลล์ไวรัสที่ปล่อยไว้ในแผล, ความใหญ่เล็กของแผลและจำนวนเลือดที่ตกค้างอยู่ในแผล. ต่อมา Franz ได้ทดลองใช้กอสพิเคสเหล่านี้เปรียบเทียบกับกอสธรรมดา ในการห้ามโลหิต, จึงได้พบว่านอกจากจะไม่ต้องเอามันออกจากแผลแล้ว, มันยังมีคุณสมบัติบางอย่างประการในการห้ามโลหิตที่เหนือกว่ากอสธรรมดา. เมื่อกอสพิเคสชนิดนี้ถูกเลือดไว้จนชุ่มแล้ว, ทั่วมันจะพองขึ้นจนเต็มโพรงของแผล. มันจะค่อย ๆ กำขึ้น. เลือดจะเข้าไปจับ เป็นลิ่มใน โพรง ของมันหนาแน่น, ซึ่งช่วยให้เลือดหยุดออกทันที. ต่อมากอสก็ค่อย ๆ ละลายตัวและถูกดูดซึมไปทางกระแสโลหิต. บางครั้งไปโดยตรงแล้วถูกขับออกทางไต. แต่บางครั้งไปทางอ้อมโดยถูกพวกฟาโกไซต์กินเข้า

ไป, ซึ่งถ้ายอมดูจะเห็นว่าชัยโตพลาสม์ของเซลล์พวกนี้ยอมติดสไปโรฟิลิซิกกว่าธรรมดา. ตามปกติไม่มีการอักเสบเกิดขึ้นเลย. นอกจากจะมีเชื้อโรคเข้าไปก่อจน.

ได้มีผู้นำออกสไคสค์เซลล์ไวรัสชนิดต่าง ๆ, เช่น กอสหรือสำลี, ไปใช้ห้ามเลือดในการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป. บางแห่งใช้ชวยหรือมยีน, แต่บางแห่งก็ไม่ชอบ. ปรากฏว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ. ตัวอย่างที่ผู้รายงานยกขึ้นมากล่าวว่ามี เช่น ในการผ่าตัดขยับกลับชายซึ่งเป็นมะเร็งออก, การผ่าตัดเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก, และการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือด. อย่างไรก็ตามเขาแนะนำไม่ควรใช้ในการต่อกระดูกหักโดยผ่าตัด (open reduction), เพราะที่เซลล์ไวรัสมีฤทธิ์เป็นกรด, จะทำให้กระดูกใหม่ (แคลลัส) เกิดไม่ดี หรือช้ากว่าปกติ.

เกี่ยวกับ ฟองเจละติน หรือ เจลโฟม, Correll และ Wise⁽⁸⁾ ได้รายงานการทำวัสดุห้ามเลือดใหม่ชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะคล้ายฟองน้ำ. เขาทำโดยพ่นฟองอากาศเล็ก ๆ เข้าไปในน้ำยาเจละตินชนิดหนึ่ง, ทำให้เจละตินนั้นมีลักษณะ

คล้ายฟองน้ำเมื่อทำให้แห้งแล้ว. มันดูคล้ายฟองน้ำธรรมชาติ, แต่สีค่อนข้างขาว, เขามากและไม่ยืดหยุ่น, ภายในก้อนมีโพรงเล็กๆ พกรุนไปหมด. อาจจะทำหรือขยำให้เป็นรูปอะไรก็ได้. มันดูหนาได้มากและไม่ยุ่ยด้วย, แม้จะชุ่มน้ำเพียงใด. ก้อน ฟองทะเลที่กิน ก้อนหนึ่งจะคุดน้ำได้ถึง ๕๐ เท่าของน้ำหนักตัวมันเอง, หรือคุดเลือดได้ประมาณ ๔๕ เท่า. การทดลองในสัตว์ได้แสดงว่าไม่มีฤทธิ์เป็นแอนติเจน.

ในแง่ที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบและขับถ่ายออกจากร่างกาย, Correll ได้ทดลองย่อยชิ้น ฟองน้ำ ชนิดนี้หนัก ๑๐๐ มก. ด้วยน้ำยาเย็บชิ้นแรง ๑ เปอร์เซ็นต์ (U.S.P. XII). ปรากฏว่ามันถูกย่อยหมดภายใน ๓๐ นาที. การทดลองกับไฟบริน โฟมก็ให้ผลใกล้เคียงกัน. เมื่อเขาไปฝังไว้ในอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของ สัตว์ทดลอง, ปรากฏว่าทิ้งไว้ ๒๓ วันแล้วผ่าดู, คงเหลือแต่ฟิล์ม ของ เจลละตินบาง ๆ อยู่เท่านั้น. ถ้าทิ้งไว้ ๓๐ วันจะไม่มีเหลือเลย. ทั้งไม่ทำให้เกิดมีปฏิกิริยาในเนื้อ, หรืออักเสบด้วย.

วิธีใช้ฟองทะเลที่กินก็เช่นเดียวกับไฟบรินโฟม หรือพวกออกซิโคสที่เซลล์ว-

โลส, คือยัดใส่ในแผลที่เลือดออกมากๆ และไม่สามารถจับและผูกหลอดเลือดได้ด้วยวิธีธรรมดาได้. ถ้าจะให้ได้ผลดีขึ้นกว่าเดิมต้องเอาชุน้ำยา หรืออมบิโนพอหมาก ๆ เสี้ยวก่อน. มันจะคุดเลือดเข้ามาในก้อนโดยเร็ว, และเมื่อถกกับหรืออมบิโนเข้าก็จะกลายเป็นลิ่มเล็ก ๆ ติดอยู่ในฟองน้ำนั้น. เวลาฉีดฟองทะเลที่กินใช้กันแพร่หลาย และใช้ในศัลยกรรมทุกชนิด. แผนกศัลยศาสตร์แห่งโรงพยาบาลศิริราช ก็ใช้วัตถุห้ามเลือดชนิดนี้. แต่ไม่ได้ใช้ชุน้ำยาอมบิโน (เพราะไม่มี). คงใช้แต่ตัวฟองน้ำอย่างเดียวซึ่งก็พอจะได้ผลบ้าง.

Cantor และ Reynold⁽⁹⁾ ได้รายงานการใช้ฟองทะเลที่รักษาอาการโลหิตออกจากแผลที่กระเพาะอาหารในสัตว์ทดลอง, ซึ่งมีวิธีใช้ที่ค่อนข้างแปลกกว่าการใช้วัตถุห้ามเลือดอื่น ๆ. เขาทดลองโดยใส่ฟองทะเลที่กินที่ทำเป็นผงแล้วลงไปในการะเพาะอาหารทางหลอดสวนกระเพาะ, แล้วใส่หรืออมบิโนตามลงไป. จะไปเกิดลิ่มเลือดช่วยห้ามเลือดได้. ผงทะเลที่ใส่ลงไปนั้นต้องใช้น้ำหรือครีมเป็นตัวละลายไป.

เอกสาร

1. Harvey Cushing : Ann. Surg. 1:1-19 (1911).
2. Samson Wright : Applied Physiology, 9th Ed., 1952 (Oxford Med. Publications).
3. W. H. Seegers et al : Science 89: 86 (1939).
4. E. D., Warner et al: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 41:655-657 (1939).
5. F.D., Ingraham and O.T. Bailey: J.A.M. A., 126:680-685 (1947).
6. E.P. Conkrite et al: J.A.M.A. 124: 976-978 (1944).
7. V.K., Franz: Surg. Clin. N. Am. 338-347 (1945).
8. J.T. Correll and E.C. Wise: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 58:233-235 (1945).
9. O.M. Cantor and R.P. Reynold: J. Lab. and Clin. Med. 35: 890-893 (1950).

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สงชอสมุทรวมวิชาการและสารศึรราชฉบับพิเศษรุ่นใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศึรราช เพื่อจะได้จัดการสอขสวณ.

บทบรรณาธิการ

การตัดสินใจผ่าตัดเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูง

โรคความดันเลือดสูงเป็นโรคที่กำลังเพิ่มความสำคัญขึ้นอย่างรวดเร็ว. ในอเมริกาอเมริกันว่าโรคนี้ เป็นปัญหาสำคัญที่สุดประการหนึ่งในปัจจุบัน. ในประเทศเรา, เท่าที่ตัดสินจากที่สังเกตได้, โดยไม่มีสถิติเปรียบเทียบ, ก็เห็นจะต้องลงความเห็นว่าเป็นโรคนั้นมีมากขึ้น, และพบแพร่หลายแม้ในคนที่อายุยังค่อนข้างน้อย. อันเหตุของการเพิ่มความชุกชุมขึ้นจะเป็นอะไรก็ยังไม่ทราบแน่, แต่น่าจะเป็นได้ว่าความกดดันในชีวิต เป็นแฟกเตอร์สำคัญประการหนึ่ง, เพราะสังเกตได้ว่าในหมู่ชนที่มีการรวิวรณ์ หรือ แข่งขันกันมาก ๆ มักมีโรคนั้นชุกชุม. การรักษาที่มีอยู่ในขณะนั้นกล่าวได้ว่าไม่มีผลเด็ดขาดแต่อย่างใด. ในจำนวนยาหลายต่อหลายขนานที่ใช้กันอยู่, อย่างที่ที่สุดก็ให้ผลเพียงบรรเทาและยับยั้ง การดำเนิน ของโรคเท่านั้น.

เมื่อไม่ยกยวน จึงมีผู้ลองใช้วิธีตัดทำลายระบบประสาท ซิมพะเธติกเป็นการรักษาทางผ่าตัดคน. การกระทำอันอาศัยความเห็นว่าเป็นความดันเลือดที่สูงเกินปรกติ เป็นผลของการที่หลอดเลือดบีบเกร็งผิดปกติ, ซึ่งจะลดน้อยลงได้โดยตัดประสาทบีบหลอดเลือดให้ขาดตอนเสียจากศูนย์บีบหลอดเลือด. วิธีรักษาแบบนี้ได้แพร่หลายออกไปโดยรวดเร็ว. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอเมริกา มีผู้รายงานผลการรักษาในคนไข้ฉบับ ๆ ราย (1). ถึงแม้เทคนิคในการผ่าตัด ถือกันว่าไม่ยากเกินไปนัก, แต่ผลที่ได้นั้นยังกำกวมอยู่. สังเกตจากรายงานต่าง ๆ เห็นได้ว่าการคัดเลือกคนไข้ เป็นข้อสำคัญมากในการที่จะช่วยให้ได้ผลดีหรือไม่ดีประการใด. (2) สำหรับในประเทศเรา, แม้การผ่าตัดแบบนี้ยังไม่ค่อยแพร่หลาย, แต่ก็ยังมีผู้สามารถ

(1) M. M. Peet and E.D. Isberg: J.A.M. A. 130: 23 (1946)

(2) A. M. Fishberg: J.A.M. A. 137: 670 (1948)

ทำได้ และ เต็มใจที่จะทำ ถ้ามีผู้แนะนำคน
ใช้ไปให้. ข้อที่น่าสนใจสำหรับแพทย์ทั่วไป
คือคนไข้ อย่างไรก็ดี จะรักษาโดย ผ่าตัด,
อย่างไรก็ดี ผ่าไม่ได้. ปัญหาในที่มีผู้ศึกษา
ไว้หลายคนแล้ว, ดังจะยกมากล่าวเป็น
สังเขปต่อไปนี้.

ข้อสำคัญประการแรกคือต้องเข้าใจว่า
การตัด ประสาท ชิมพะเรติกไม่ใช่ เป็นวิธี
รักษาอย่างที่อาจเรียกได้ว่า "ตัดราก"
ของโรค. การผ่าตัดคนเพียงทำให้หลอด
เล็ดบับเกร็งน้อยลง, เป็นเหตุให้ความ
ดันเลือดลด. แต่คนเหตุที่ทำให้หลอด
เล็ดบับเกร็งนั้นเรายังไม่ทราบแน่. การ
รักษาโดยตัดประสาทนั้นจึงเป็นเพียงรักษา
เหตุชั้นรอง, ไม่ใช่เหตุชั้นต้น. แต่ตามท
ปรากฎนั้นมีคนไข้บางคนผ่าตัดแล้วอา
การของโรคหายไปเลยก็มี. (3) ดังนั้นการ
ตัดชิมพะเรติกอาจ เป็นการรักษาให้หาย,
หรือเพียงการบรรเทาก็ได้.

หลายคน เข้าใจ ว่า ความ พิการ ของ
หลอดเล็ด เป็นเรื่องสำคัญมากในโรคนี้.
ถ้าหากเพิ่งแรกเป็น, หลอดเล็ดยังไม่
เป็นอันตรายมาก, การรักษา มักได้ผลดี

กว่า ถ้าหาก ปล่อยให้โรค เป็นอยู่ นานจน
หลอดเล็ดผิดปรกติเสียแล้ว. เพราะ
ฉะนั้นลักษณะของหลอดเล็ดจึงเป็นเครื่อง
ช่วยตัดสินที่สำคัญที่สุดว่าจะสมควรรักษา
โดยการผ่าตัดหรือไม่ ข้อนี้อาจทายได้
โดยอาศัยเครื่องประกอบสองสามข้อ, คือ
ประวัติของโรค, ความดันเลือด, และ
การตรวจหลอดเล็ดของเรติน่า. ประวัติ
ที่เคยมีเลือดออกในสมอง, หรือความผิด
ปรกติ อย่างอื่น เกี่ยวกับ หลอดเล็ด ของ
สมอง (อะโปเปลิกซัย) ต้องนับว่าเป็น
เรื่องสำคัญมาก. เฟฟเฟอร์⁽³⁾ พบว่าส่วน
เทียบระหว่างคนไข้ที่ใดผลดีกับที่ไม่ได้ผล
ดีภายหลังตัด ประสาทชิมพะเรติก เปลี่ยน
ไป, แล้วแต่มีประวัติอะโปเปลิกซัยหรือ
ไม่: ในจำพวกที่มีอะโปเปลิกซัย, และ
เป็นโรครมาแล้วสืบ, ส่วนเทียบระหว่าง
ผลดีกับ จำนวน ทั้งหมด เป็นเพียง ๓:๒๘,
ส่วนในพวกที่ไม่มีอะโปเปลิกซัย, เป็นมา
แล้วสืบเช่นกัน, ส่วนเทียบเป็น ๔:๑๕.
ฟิชเชอร์⁽²⁾ มีความเห็นว่าคนที่มีประวัติ
อะโปเปลิกซัยหลายหนแล้ว, ไม่ควร
รักษาโดยการผ่าตัดเลย; ถ้าเพียงหน
เดียวยังไม่เป็นโร. ไวท์⁽⁴⁾ และเดตาแคตส์⁽⁵⁾

(3) K.H. Pfeffer: Dtsch. Med. Wschr. 9:261 (1951)

(4) Wright: Proc. Roy. Soc. Med. 40:773 (1947)

(5) G. Detakats: Surgery 21: 773 (1947). (ในรายการที่ 3)

ก็ห้ามทำซิมพะเร็คโตมัยในรายอะโปเปล็กซัยและอาร์เทอร์ไอสะเคลอโรสิส. เพราะฉะนั้นต้องถือว่าอะโปเปล็กซัยเป็นข้อห้ามทำซิมพะเร็คโตมัยที่สำคัญประการหนึ่ง.

ลักษณะของหลอดเลือดทงอตา (เรติน่า) อาจแสดงให้ทราบถึงหลอดเลือดทั่วๆ ไปได้อย่างใกล้เคียง. ในคนที่ความดันเลือดสูงมาก และหลอดเลือดมีการบีบเกร็งมาก, ถ้าตรวจเรติน่าอาจพบลักษณะที่เรียกว่า "เรตินิติสแอนจิไอสะพลาสติก้า," คือหลอดเลือดคืบเล็กและเนอเรติน่า แสดงการอักเสบเรอรั้ง. ซาร์เรและลินด์เนอร์⁽⁶⁾ อ้างว่าในจำนวนคนไข้ที่ตรวจพบลักษณะนี้, เฉลยเวลามายายต่อสู้ไปได้เพียง ๑๘ เดือนเท่านั้น. รายที่ตรวจพบ ปายลิตีมา และมีเลือดออกในเรติน่าด้วย, แสดงว่าเป็นโรคความดันเลือดสูงชนิดร้าย, และการพยากรณ์โรคเลวมาก. ในรายเช่นนี้การตัดซิมพะเร็คโตมัยไม่ค่อยจะให้ประโยชน์อะไร.

ในโรคความดันเลือดสูง, ความดันไต้อัสโตลิกมีความหมายในการพยากรณ์โรคมมากกว่าความดันซิสโตลิก. คนที่ความดันไต้อัสโตลิกต่ำกว่า ๑๐๐ มม.

ปรอทไม่ควรรักษาโดยผ่าตัด, นอกจากมีอาการอื่น ๆ ที่บ่งให้ทำ. คนพวกนี้อาจรักษาทางยาได้ผลดี และมีชีวิตยืนยาวไปได้ไม่จำกัด. ซาร์เร⁽⁶⁾ เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงในความดันไต้อัสโตลิกอาศัยเป็นเครื่องแสดงลักษณะและความร้ายแรงของโรคไต. ถ้าวัดไต่สูงครั้งเดียว, ไม่มีความหมายอย่างไร. ถ้าวัดซ้ำ ๆ ไปได้สูงขึ้นเรื่อย ๆ, แสดงว่าโรคเป็นชนิดร้าย, ควรรีบทำการผ่าตัด. ถ้าวัดไต่ผลขึ้น ๆ ลง ๆ, แม้ว่าจะสูง, แสดงว่ายังมีหวังที่จะรักษาด้วยยาเป็นผลดี. ถ้าวัดไต่สูงคงที่, ไม่เกิน ๑๒๐ หรือ ๑๓๐ มม. ปรอท, และลักษณะอื่น ๆ ดี, การผ่าตัดมักให้ผลดีมาก. แต่ถ้าสูงคงที่และเกินกว่า ๑๓๐ มม. ปรอท, ผ่ามักไม่ค่อยได้ผล.

เกี่ยวกับลักษณะของหลอดเลือด, เพ็ฟเฟอร์⁽³⁾ ให้ข้อสังเกตกว้าง ๆ ไว้ว่า คนที่อายุเกินกว่า ๕๐ ปี, หรือแม้ ๔๖ ปี, ที่มีความดันเลือดสูง, โดยมากมีอาร์เทอร์ไอสะเคลอโรสิสด้วยแล้ว, และมีหวังน้อยที่จะได้ผลดีจากการตัดซิมพะเร็คโตมัย.

อวัยวะที่มีส่วนสำคัญในโรคความดันเลือดสูง, และต้องคำนึงถึงในการตัดสินใจ

(6) H. Sarre and E. Lindner: Klin. Wschr. 102 (1948). (ในรายการที่ 3)

ผ่าตัด, ยังมีหัวใจและไตอีกด้วย. ในคนที่ความดันเลือดสูงอยู่นาน ๆ, หัวใจย่อมเปลี่ยนแปลงไปจากปรกติบ้าง, ไม่มากนักน้อย. รายที่หัวใจพิการมาก ๆ, เช่นหัวใจห้อง, ไม่ค่อยปลอดภัยในการผ่าตัด. อย่างไรก็ตาม, ตามหลักสรีรวิทยา, ถ้าหัวใจไม่เสียมากนัก, การตัดขลิบพระเชือก, ซึ่งลดความดันเลือด, ย่อมลดภาระของหัวใจลง, และช่วยให้หัวใจดีขึ้นมากกว่าที่จะทำให้เลวลง. เพราะฉะนั้นเพียงอาการแน่นหน้าอก, หรือเหนื่อยง่าย, ยังไม่ควรถือเป็นข้อห้ามตัดประสาท, นอกจากจะมีลักษณะอื่นที่แสดงว่าหัวใจเลวมาก. ข้อห้ามทำขลิบพระเชือกโตมัยที่สำคัญคือโรคของหลอดเลือดโคโรนารี, โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮาร์เทอริโอสเคลโรสิสและอินฟาร์คต. พิชเชอร์(2) เคยพบหนึ่งรายที่เป็นโรคดังกล่าวและตายทันทีหลังตัดขลิบพระเชือก.

สำหรับไต, ข้อที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้แน่ที่สุดคือการทดลองคุณสมบัติ. เพียงตรวจพบแอลบูมินเล็กน้อยในปัสสาวะ, หรือความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะแกว่ง

น้อยกว่าปรกติ, ยังไม่เป็นที่ห้ามทำการตัดขลิบพระเชือก. การทดลองหน้าที่ของไตโดยละเอียด, เช่นการวัดการขับถ่ายของบางอย่าง(เคลียร์แรนส์เทสต์) ในเลือด, อาจขัดกัน อุบัติเหตุไตล้มโดยทันทีหลังการผ่าตัดไต, เป็นการเพิ่มความปลอดภัยขึ้นอีก. แต่ก็มีผู้เห็นว่าควรทดสอบอย่างที่ใช้กันตามธรรมดา, เช่นวัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ, ก็อาจเพียงพอที่จะบอกได้ว่ารายไหนไม่ควรผ่าตัด. ข้อที่พึงสังเกตคือไตแตกต่างสำคัญจากหัวใจตรงที่การตัดประสาทขลิบพระเชือก, ทำให้ความดันเลือดลด, ไม่ช่วยทำให้การทำงานของไตดีขึ้นเสมอไป, เหมือนอย่างหัวใจขึ้น, เพราะหน้าที่ของไตจะดีขึ้นได้ต้องอาศัยการขับถ่ายลง ๆ ของความดันเลือด, ไม่ใช่ต่ำหรือสูงอยู่เรื่อย ๆ.

ในเวลานี้ ยังมีความเห็นต่างกัน อยู่มากในข้อที่ควรผ่าตัดเมื่อไร. บางคนบอกว่ายิ่งผ่าเร็วยิ่งดี, แต่บางคนเห็นว่าแม้จะเริ่มมีอาการ, ถ้าความดันเลือดสูงมากและหลอดเลือดของเรติน่าไม่ดี, ก็

ไม่ควรผ่า. อย่างไรก็ดี, คุณเหมือนจะเห็น
 พ้องต้องกันว่า ข้อที่จะช่วยลดอันตราย
 ของการผ่าตัด, และของโรค, ลงได้มาก
 ที่สุดคือการตรวจพบเสียแต่เนิ่น ๆ ว่าโรค
 กำลังเปลี่ยนจากอย่างไม่ร้ายเป็นอย่างร้าย,

โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงในเรติน่า, และ
 วิชาตัดตืดตั้งแต่คนไข้ยังอายุน้อย ๆ.
 ในรายเช่นนี้การตัดขिमพระเทตคอาวรงการ
 ทำเนนของโรคไว้ได้สำเร็จและยัดชีวิตคน
 ไข่ออกไปได้ออกมาก.

เงินค่าบำรุง

ค่าบำรุงหนังสือรวมทั้งค่าส่ง ๑ ปี: ๑๕.๐๐ บาท
 ที่ส่งจ่ายเงิน: ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร
 ผู้รับเงิน: ผู้จัดการสารศิริราช

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ., สุหัท พึ่งเกียรติ พ.บ., ไพบลย์ เอื้อทวีกุล พ.บ., ญัฐ ภมร ประวัต พ.บ., จิตติ ปาลวัฒน์ พ.บ., ชะวดี รัตพงศ์ พ.บ., ศรี จิตระจินดา พ.บ., อัฐ เกตุสิงห์ พ.บ., เสริมศรี กฤษณามระ พ.บ., สุพร เกิดสว่าง พ.บ., สมศักดิ์ สืบสงวน พ.บ., อวรุช ศรีสุกรี พ.บ.

๑. F. Horace Smirk: Prolongation of Action of Hypotensive Drugs. Use of Polyvinylpyrrolidone (P.V.P.) and Dextrans. (การยืดเวลาแสดงฤทธิ์ของยาลดความดันเลือดสูงโดยการใช้โพลีวินิลไพร์โรลิโดนกับเด็กซ์ทราน). *Lancet*, 45 : 695-699 (1952).

ผู้รายงานได้ใช้ Hexamethonium bromide (H.M.B.) กับ M.B.1863 (Hexamethylene - bis - ethyldimethyl ammonium bromide) และได้กล่าวถึงวิธีที่จะลดจำนวนครั้งของการฉีดยาให้น้อยลง, โดยที่ขณะเดียวกันสามารถยืดระยะเวลาแสดงฤทธิ์ของยา, ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำได้นาน, และมีการขึ้น ๆ ลง ๆ น้อยมาก, โดย:

(๑) ผสมแอกเวนเรลีนกับ H.M.B. ให้มีความเข้มข้น ๑:๒๐๐,๐๐๐ ถึง ๑:

๑๐๐,๐๐๐, ฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง, เพื่อทำให้หลอดเลือดคืบเฉพาะท.

(๒) ใช้ ๒๐ เปอร์เซ็นต์ H.M.B. ชนิดฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง, ละลายใน ๒๕ เปอร์เซ็นต์ P.V.P., หรือ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ M.B. ๑๘๖๓ ละลายใน ๒๕ เปอร์เซ็นต์ P.V.P. โดยวิธีนี้ความดันโลหิตจะค่อย ๆ ลดและค้างอยู่นาน ๖ ถึง ๘ ชม.

(๓) ใช้ ๑๖ เปอร์เซ็นต์ H.M.B. หรือ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ M.B. ๑๘๖๓, ชนิดฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง, ละลายใน ๒๐ เปอร์เซ็นต์ เด็กซ์ทราน, ได้ผลคล้าย ๒๕ เปอร์เซ็นต์ P.V.P.

(๔) เมื่อใช้ฉีดยาเข้าใต้หนังแล้ว, ผู้รายงานยังให้ผู้ช่วยกิน H.M.B. หรือ Hexamethonium bitartrate เพิ่มเติม, ในตอนที่ความดันโลหิตเริ่มจะขึ้นอีก. โดยวิธีเหล่านี้เขาสามารถยืดเวลาแสดงฤทธิ์ของ H.M.B. ออกไปได้นาน. เพียงฉีดยา

ยาครึ่งเคียว, แล้วให้คิดยาเพิ่มเติม, จะทำให้ความดันโลหิตลดต่ำได้นานเกิน ๘ ชม.

ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ.

๒. M.B. Dockerty, M.D., S.B. Lovelady, M.D., and G.T. Foust, Jr. M.D.: Carcinoma of the Corpus, in Uteri Young Women. (มะเร็งของตัวมดลูกในหญิงอายุน้อย) Am. J. Obst. Gynec. 5:966 (1951).

ในคนไข้ที่เป็น มะเร็งของ ตัวมดลูก ๑.๖๕๔ ราย, ปรากฏว่า ๓๖ ราย (๒.๑ เปอร์เซ็นต์) มีอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี. ใน ๓๖ รายนี้ส่วนมากมีอาการเกี่ยวกับระยะ และเลือดออกกระปริบกระปรอย; บางรายขาดระยะ; บางรายมีตกขาวผิดปกติ, ซึ่งรักษาไม่ได้ผล; อาการช้ำไม่ค่อยพบ. ผู้รายงานย้าว่าอาการต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนมากเนื่องจากมะเร็งของตัวมดลูก. การขดมดลูกตรวจแต่แรกและการตรวจตกขาวโดยย้อมสีและตรวจกล้อง, เป็นการจำเป็นสำหรับผู้ช่วยอายุน้อยที่มีอาการดังกล่าว.

เหตุประกอบอื่นที่มักจะพบด้วยคือ การ

อ้วนและเป็นหมัน, ความดันเลือดสูง, เบาหวานและอาการที่มีขนคอกผิดปกติ (hirsutism).

มะเร็งของตัวมดลูกส่วนมากเป็นชนิดแอดีโนมาอย่างร้าย. ความพิการอันที่พบบ่อยด้วยบ่อยคือฮัยเปอร์โทรฟิของเนอกล้าม, ฮัยเปอร์เพลเซียของเอ็นโคมิเทรียม, เมตาเพลเซียของต่อมคอมดลูก, ซึ่งลักษณะเหล่านี้ อาจจะทำให้เห็นว่ามีเอสโตรเจนมากเป็นประจำมานาน. แต่ผู้รายงานไม่สามารถแสดงให้เห็นได้แน่นอน. เพียงแต่พบว่า ๖ รายมีการแตกของถุงไข่สุก, โดยอาศัยการตรวจเย็บมดลูกและรังไข่.

การรักษาควรจะทำการตัดตัวปากมดลูกออกทั้งหมด. แล้วภายหลังใส่เรเดียมหรือฉายด้วยแสงเอกซเรย์ลึก, หรือทั้งสองอย่าง. การใส่เรเดียมขนาดน้อยเพื่อประสงค์จะให้เลือดหยุด, ไม่ควรใช้, นอกจากแน่ใจโดยการขดมดลูกแล้วว่าไม่เป็นมะเร็ง. แต่อย่างไรก็ตามไม่มีเหตุผลใดที่จะแสดงว่าการใส่เรเดียมจะระงับการเจริญงอกงามของมะเร็งได้.

สุหส์ พุ่งเกียรติ พ.บ.

๓. A.T. John, M. D., Bsc., V.S. Vinayagam, M.B. : Effect of Interrupted Courses of Chloramphenicol on Relapse Rate in Typhoid Fever. (ผลของการบริหารคลอรัมเฟนิคอลล (คลอโรมัยเซติน) เป็นชุดขยัก ๆ ต่ออัตราใช้กลับของทัยฟอยด์) *Lancet*, 16: (1952).

เป็นที่ทราบกันแล้วว่าคลอรัมเฟนิคอลลมีผลดีในการรักษาใช้ทัยฟอยด์. แต่ปรากฏว่าถึงแม้จะบริหารยาต่อหลังจากใช้ลดเป็นปรกติแล้วหลายวัน, ก็ยังมีใช้กลับอีกมาก (ต่ำสุดมีถึง ๑๖ เปอร์เซ็นต์). การใช้ใช้กลับมักจะมีเกิดในวันที่ ๕ ถึง ๒๒ หลังจากอุณหภูมิเป็นปรกติแล้ว. มีผู้ทดลองเปลี่ยนวิธีบริหารยาโดยให้ยาเป็นชุดขยัก ๆ เพื่อลดอัตราใช้กลับ, ปรากฏว่าได้ผลดี.

วิธีบริหารยาที่ผู้รายงานใช้มีดังนี้, คือ: เมื่อการวินิจฉัยโรคแน่นอนแล้วก็เริ่มให้คลอรัมเฟนิคอลลขนาด ๐.๒๕ กรัมทุก ๒ ชม. จนกระทั่งอุณหภูมิร่างกายลดลงสู่ระดับปรกติ. ต่อไปให้ ๐.๒๕ กรัมทุก ๔ ชม. อีก ๔๘ ชม. แล้วงดยาเป็นเวลา ๕ วัน. ในวันที่ ๖ ให้ยาใหม่ขนาด ๐.๒๕ กรัมทุก ๖ ชม. เป็นเวลา ๖ วัน. การ

รักษานอกจากนี้ เป็นไปอย่างธรรมดาสำหรับทัยฟอยด์.

ผลปรากฏว่าอัตราการใช้กลับเพียง ๕ เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่พวกบริหารยาเพียงชุดเดียวมีใช้กลับถึง ๔๑ เปอร์เซ็นต์. จำนวนยาที่ใช้ในการบริหารเป็นชุดขยักนั้นประมาณ ๑๕ กรัมต่อ ๑ คน, และในการบริหารยาแบบเก่า (รวมทั้งจำนวนยาที่ใช้ในระยะใช้กลับด้วย), ประมาณ ๒๒ กรัมต่อ ๑ คน.

สรุปจากผลรายงานอื่น ๆ และจากการทดลองนี้ว่าอัตราใช้กลับจะสูงที่สุด ถ้าหยุดยาทันทีที่อุณหภูมิกลับเป็นปรกติ; การใช้กลับจะพบน้อยลงถ้าบริหารยาต่อไปอีกระยะหนึ่ง, และจะน้อยที่สุดเมื่อบริหารยาเป็นชุดขยัก ๆ.

ไพบูลย์ เอศวรกุล พ.บ.

๔. J.E. Moore, C.F. Mohr: Biologically False Positive Serologic Tests for Syphilis (ผลบวกเท็จในการชันสูตรซีฟิลิสโดยเซโรโลยี). *J. A.M.A.*, 5:467-473 (1952).

การชันสูตรโรคซีฟิลิสโดยวิธีทดสอบซีรัมของผู้ป่วยนั้นไม่ให้ผลแน่นอน

เพราะทั้งแอนติเจน (ซึ่งสกัดจากอวัยวะต่าง ๆ อย่าง, เช่นหัวใจวัว) และแอนติบอดีทั้งสองอย่างนั้นไม่специфичเฉพาะเชื้อทรอปนีมาอย่างแท้จริง. ในผู้ที่ไม่ได้เป็นซิฟิลิส, แต่ทดสอบซีรัมให้ผลบวกแน่นอน, เขาเรียกผลนั้นว่าเป็น **biologically false positive reaction**. ผลเช่นนั้น, มี ๒ ประเภท, คือประเภทปัจจุบันและประเภทเรอริง. ชนิดปัจจุบันพบรวมในโรคคิเคเชอหลายอย่าง, ที่ขอยกที่สุดคือมาลาเรียและโรคเรอน. พวกนี้จะให้ปฏิกิริยาบวกเท็จอยู่ต่อไปราว ๖ เดือนจึงจะให้ผลลบ. ชนิดเรอริงให้ผลบวกอยู่ต่อไปหลาย ๆ ปี, บางทีอาจถึงตลอดชีวิต; ที่พบมากที่สุดคือในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรอนและ collagen disease บางชนิด.

วิธีแยกแยะระหว่างผลบวกเท็จกับผลบวกแท้ อาศัยหลักว่าซีรัมของผู้ป่วยเป็นซิฟิลิสมีแอนติบอดี ๒ อย่าง. อย่างแรกไม่специфич และเป็นตัวที่เกี่ยวข้องอยู่ในการทดสอบมาตรฐานที่ใช้ทั่วไป. อย่างหลังспецифич, เรียกว่า **Treponemal immobilization antibody** ซึ่งวิธีทดสอบเฉพาะ, เรียกว่า **Treponemal immobilization test**. ถ้าหากการทดสอบ

ตามวิธีมาตรฐานให้ผลบวก, แต่การทดสอบอย่างหลังให้ผลลบ, ผลนั้นก็เป็นที่เท็จ. ในรายงานฉบับนี้ได้แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของแอนติบอดีที่специфичและไม่специфичทั้งสองชนิดในผู้ป่วยเป็นซิฟิลิส, ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อมันกระทั่งถึงระยะภายหลังที่ได้รักษา, ไว้ด้วย.

ณัฐ กมรประวัติ พ.บ.

๕. A.J. Klans et al: Differential Diagnosis of Hepatitis and Liver Cirrhosis by means of Cholecystography. (การวินิจฉัยแยกโรคตับอักเสบและตับแข็งโดยการถ่ายภาพรังสีน้ำดี) **Am. J. Dig. Dis. : 244-248 (1952).**

รายงานการตรวจผู้ป่วยตับอักเสบอย่างปัจจุบันและเรอริง, และตับแข็งโดยการถ่ายภาพรังสีน้ำดีโดยวิธีให้กินยา. ในขณะที่ยกเคอร์สอินเด็กส์ต่ำกว่า ๑:๓๐. ปรากฏผลว่าในรายตับอักเสบ (พิสูจน์โดยการตรวจร่างกายและระยะของโรค) ๑๕ ราย, เงามงูของน้ำดีเป็นปกติ ๑๕ ราย, ไม่ค่อยชัดเกิน ๓ ราย, และอีก ๑ รายมีก้อนนิ่วในถุงน้ำดีด้วย. ในรายตับแข็ง

(พิสูจน์โดยการตรวจร่างกาย ตักเนื้อตับ
ตรวจ, และการตรวจศพ.) ๑๕ ราย, ทุก
รายไม่ปรากฏว่ามีเงาของถุงน้ำดีชัดเจน
เลย. มี ๖ รายที่พอเห็นไต. ๑๓ รายไม่
มีเงาเลย. ผู้รายงานได้สรุปว่า การถ่าย
รูปถุงน้ำดีเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยแยกโรคตับ
แข็งและตับอักเสบได้, นอกเหนือไปจาก
การตรวจหน้าทของตับโดยวิธีอื่น ๆ.

จิตติ ปาลวัฒน์ พ.บ.

๖. Richard L. Merkel, M.D.: The
use of Menadione Bisulfite and
Ascorbic Acid in the Treatment
of Nausea and Vomiting of Preg-
nancy. (ประโยชน์ของเมนาดีโอนไบ-
ซัลไฟต์ และกรดแอสคอร์บิกในการรักษา
อาการแพ้ท้อง) Am. J. Obst. Gynec.
2:415-417 (1952).

ในการทดลองใช้กรดแอสคอร์บิก (วิ-
ตามินซี) และเมนาดีโอนไบซัลไฟต์ลด
การซึมผ่านผนังของหลอดเลือดในเนอรก.
เพื่อป้องกันการผ่านของ "แฟคเตอร์ที่ทำให้
อาเจียน" จากกระแสโลหิตของเด็ก
หรือจากเนอรกเข้าสู่กระแสโลหิตของแม่,
ใช้คนใช้ ๗๐ คน (มีอาการตั้งแต่เล็ก

น้อยจนถึงรุนแรงมาก), โดยให้กินกรด
แอสคอร์บิกวันละ ๒๕ มก. กินเมนาดี
โอนวันละ ๕ มก. เป็นเวลานาน ๓๐ วัน,
แล้วค่อย ๆ ลดยาลงเรื่อย จนคนไข้ไม่มี
อาการคลื่นไส้และอาเจียนเลยจึงหยุดยา.
ผลปรากฏว่าใน ๖๔ ราย อาการหายไป
ภายใน ๗๒ ชม.; ๓ ราย อาการลดน้อย
ลง, แต่ยังคงคลื่นไส้อยู่บ้าง; แม้จะให้ยา
ต่อไปและเพิ่มขนาดยาขึ้น; ๓ รายอาการ
ไม่ดีขึ้นเลย.

ในพวกลูกป่วยเอมีลิสกราวิการ่วมใน
ในระยะครรภ์เดือนที่ ๔ ถึง ๗, และใน
พวกตั้ง "ครรภ์หลอก", ถ้ารักษาโดยวิธี
อื่น ๆ ไม่ค่อยได้ผลแล้ว, ใช้วิธีนี้ได้ผล.

ยาทั้ง ๒ ชนิดนี้ต้องใช้ร่วมกันจึงจะ
ได้ผลดี. ถ้าหากใช้เพียงกรดแอสคอร์บิก
อย่างเดียวได้ผลเล็กน้อย. ถ้าใช้เมนาดี
โอนอย่างเดียว, ได้ผลเพียง ๕๐ เปอร์เซ็นต์.

นอกจากนี้ยังได้ประโยชน์ทางอ้อม
ในพวกที่ให้กินยาเข้าเหล็กเพื่อรักษาอา-
การซีด. พวกนี้มีอาการรบกวนทางลำไส้
น้อยลงและบางรายไม่มีอาการเลย. การ
ดูดซึมเหล็กดีขึ้นเพราะวิตามินซีและวิตะ

ก่อนและหลังให้ยานี้ระดับของโปร-
ร้อมอินเล็กน้อยคงที่.

ชะวตี รัตพงศ์ พ.บ.

๗. Morris Binder M.D., Jerome T. Paul, M.D.: Report on Cases of Bleeding Peptic Ulcer. (รายงานโรคแผลเย็บตึกที่มีเลือดออก) J. Digest. Dis. 9:278 (1952).

ผู้รายงานได้รักษาแผลเย็บตึกที่มีเลือดออกรวม ๑๐๐ ราย, ซึ่งได้วินิจฉัยโดยอาศัยรังสีเรนต์เก็น, การผ่าตัด, หรือการตรวจศพ. พบว่าส่วนที่เกี่ยวข้องแผลที่หัวใจนั้นมักมีภาวะเป็น ๖.๕:๑. ๘๒ เปอร์เซ็นต์ของโรคพบในคนมีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป. อาการเลือดออกเกิดขึ้นมากในระหว่างเดือนตุลาคมถึงเมษายน. มีผู้ป่วยถึงตาย ๖ คนในจำนวน ๘๕ คนที่รักษาทางยา. ตาย ๒ คนในจำนวน ๑๕ คนที่รักษาทางผ่าตัด.

ศรี จิตรระจินดา พ.บ.

๘. George L. Baum, M.D. and Philip Oransky, M.D.: Unusual Reaction to Intrapleural Administration of Streptokinase and

Streptodornase. (ปฏิกิริยาแปลกในการบริหารสเตรปโตคิเนส และสเตรปโตคอร์เนสทางช่องปอด). J.A.M.A. 11:12 (1952).

สเตรปโตคิเนสคือเอ็นซิมที่ละลายไฟบริน, เกิดจากสเตรปโตค็อกคัส (streptococcic fibrinolysin) ส่วนสเตรปโตคอร์เนสเป็นเอ็นซิมที่สกัดจากชีย์ไรโบนิวคลีเอส, เกิดจากสเตรปโตค็อกคัสเช่นกัน (streptococcic desoxyribonuclease) มีประโยชน์ในการละลายไฟบรินในพวกโรคอักเสบเรื้อรังมีเสมหะ. เพื่อทำให้เกิดผิวเข้กขึ้นใหม่.

ได้มีผู้ใช้ในผู้ป่วยเอ็มพัยมาเรอริง, แต่พบว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์มีปฏิกิริยาคล้ายอะนาฟิแล็กซิส, เช่น มีไข้, ปวดหัว, หอบเหนื่อย, คลื่นไส้, เกิดขึ้นใน ๔-๖ ชั่วโมงและหายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ ในคนไข้หนึ่งรายซึ่งเป็นเอ็มพัยมาเรอริง. ภายหลังที่ใช้สเตรปโตคิเนส ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย และสเตรปโตคอร์เนส ๒๕,๐๐๐ หน่วย ใต้ทางช่องปอดที่คุดเขาเข้กซเทคออกหมดแล้ว, ได้พบปฏิกิริยาไข้สูงเกินปรกติ (ซีพีเอพียเรกเซ็ช) และการไหลเวียน

ล้ม. ปฏิกริยานี้ได้เกิดภายในเวลา ๔-๖ ชม. มีอาการสำคัญคือไข้สูง, หนาวสั่น, หอบเหนื่อย, หน้าเขียว, และปวดภายในช่องอกซีกนั้น. ได้รับความประคบไว้. อาการไม่ดีขึ้น. จึงได้ตัดเอาหน้าในช่องเยื่อหุ้มปอดออก. อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว.

เขาให้คำอธิบายว่าเอ็นซัยม์ทั้ง ๒ ไปละลายผนังของโพรง, ก่อให้เกิดพิษซึ่งถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตต่อไป.

อัฐ เกตุสิงห์ พ.บ.

๕. Herschel S. Murphy, M.D., F.A.C.S.; The Management of the Third Stage of Labour employing a Combination of Pitocin and Methergine (การบริหารระยะที่สามของการคลอดโดยใช้พิโตซินร่วมกับเมเธอร์จิน) Am. J. Obst. and Gynec. 62: 146 (1952).

ในระยะหลังๆ นี้ยากกระตุ้นมดลูกที่ใช้ในระยะที่ ๓ ของการคลอดมีอยู่ ๒ พวกด้วยกัน, คือ จำพวกพิคิไตริลและพวกเออร์โกท. ผู้เขียนรายงานการใช้ยา ๒ ชนิดนี้ร่วมกันในคนไข้ ๑๓๕ ราย. วิธี

ใช้มีดังนี้, คือ (๑) ก่อนการคลอด, ถ้ามีเวลาให้ฉีดอะโทรปีนซัลเฟต ๑/๑๕๐ เกรนเข้าใต้ผิวหนัง. (๒) หลังจากเด็กคลอด, ฉีดยีโตซิน ๑๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อทันที. (๓) ฉีดเมเธอร์จิน ๑ ล.ชม. เข้าหลอดเลือด หรือเข้ากล้ามเนื้อ หลังรกคลอด. นอกจากนี้, หลังจากการคลอดเสร็จแล้ว ให้กินเมเธอร์จิน ๑ เม็ด ๓ เวลา, ประมาณ ๖-๑๒ เม็ด.

ยานี้ใช้ได้ ในราย คลอดผิดปกติทุกอย่าง, เช่นการผ่าตัดเอาเด็กออกหน้าท้อง, การคลอดทำกัน, การใช้คีม, ครรภ์แฝดและโรคชักแห่งครรภ์ก็ใช้ได้, เพราะพิโตซินไม่มีฤทธิ์ต่อความดันโลหิตเลย.

การใช้ยาทั้ง ๒ อย่างร่วมกันในระยะที่ ๓ ของการคลอดทำให้โรคแทรกซ้อนน้อยลง, มดลูกหดรัดดีและเข้าอยู่เร็วขึ้น, เสียโลหิตน้อย. อันตรายของการเป็นพิษหรือการแพ้ยายังไม่เคยปรากฏเลย.

เสริมศรี กฤษณามระ พ.บ.

๑๐. Bertram Katzman, M.D.: Use of Androgen-estrogen Combination to prevent Pain and Lactation in the Puerperium (การใช้แอน

โคร เจ็นและ เอสโคร เจ็นร่วมกันข้อมกัน ความเจ็บปวดและ หลังน้ำนมในระยะหลังคลอด) *Am. J. Obst. and Gynec.* 6: 1952.

ผู้เขียนรายงานผลดีในการใช้แอนโคร เจ็นและเอสโคร เจ็นรวมกันเพื่อระงับปวด เนื่องจากนมคัด, และทำให้ไม่มีน้ำนม หลังคลอดบุตร, ซึ่งจำเป็น คนไข้ข้าง ภาย. เขาใช้เทสโทสเทอโรนโปรปีโอ เนท ๒๐ มก. ร่วมกับเอสตราดิออลเป็น โยเฮต ๑ มก. ในน้ำมัน ๑ ต.ชม. ฉีด เข้ากล้ามเนื้อ ๑ ครั้งเพื่อทำให้ไม่มีการ เจ็บปวดจากนมคัด, ได้ผล ๘๘ เปอร์เซ็นต์. ใช้ยานี้ ๒ ต.ชม. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๑ ครั้งภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด, เมื่อต้องการไม่ให้น้ำนมเลย, ได้ผล ๘๗ เปอร์เซ็นต์. ยาที่ใช้นี้ไม่ทำให้มีผล แทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้นเลย, ซึ่งแสดง ว่าได้ผลดีกว่าที่จะใช้แอนโคร เจ็นหรือเอส โคร เจ็น เพียง อย่าง เดียว ซึ่ง อาจมี ฤทธิ์ แทรกซ้อนได้.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.

๑๑. G.A. Wright, M.B., Ch. B., M.R.C.P. and T.K. Owen, M.B.,

Ch. B., M.Sc., M.R.C.P.: *Polio-myelitis in Mother and Newborn Infant* (โปลิโอมีอีไลติสในแม่และเด็กแรกเกิด) *B.M.J.* 800-801 (1952).

รายงานทารก ๑ คนซึ่งเป็นโรคโปลิโอ ในวันที่ ๘ หลังคลอด, และตายในวันที่ ๑๐, เกิดจากแม่ซึ่งเป็นโปลิโอก่อนคลอด (แม่ตายในวันที่ ๖ หลังคลอด). ระยะพักของโปลิโอโดยทั่วไปเชื่อว่าประมาณ ๑๐ วัน, แต่อาจสั้นกว่านั้น, เช่น เพียง ๕ วันก็ได้.

ถึงแม้ว่าจะแยกเด็กจากแม่ทันทีก็ตาม, ก็น่าจะคิดว่าเป็นการติดเชื้อเกิดเมื่อก่อนคลอดมากกว่าจะเป็นการติดเชื้อ ภายในมดลูก. สิ่งที่น่าสนใจก็คือตรวจพบมัยโอคาร์ไตติสและโพคัลนีโครสิสในหัวใจเด็ก Saphir และ Wile (๑๙๔๒) มีความสนใจ เป็นครั้งแรกเกี่ยวกับมัยโอคาร์ไตติสในโปลิโอ, แต่กล่าวว่าไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงที่แน่นอน. ในปี ๑๙๔๕ Saphir ได้พบมัยโอคาร์ไตติส ๑๐ ราย ในคนไข้ ๑๗ รายที่ตายเพราะโปลิโอ.

พยาธิสภาพของหัวใจในรายนี้ไม่แสดง การเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงอะไรนัก. เด็ก

ตายด้วยบัลซาร์พาราดีซีส, ไม่ใช่ด้วยหัวใจล้ม.

สมศักดิ์ สืบสงวน พ.บ.

๑๒. Daniel C. Darrow and Edward L. Pratt: Fluid Therapy: Relation to Tissue Composition and Expenditure of Water and Electrolyte (การรักษาทดน้ำ, ความสัมพันธ์กับส่วนประกอบของเนื้อ และการเสียน้ำ กบอเล็กโตรลัยต์) J.A.M.A. 143:365-373 (1950) และ 432-439 (1950).

โซเดียม, โปแตสเซียมและคลอไรด์เป็นสิ่งสำคัญในจำพวกอเล็กโตรลัยต์. การเปลี่ยนแปลงในคลอกรก-ต่างของน้ำภายนอกเซลล์จะทำให้ส่วนประกอบของน้ำภายในเซลล์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว.

วิธีคำนวณความต้องการน้ำว่ามากน้อยเพียงไร อาศัยคำนวณจากเมตาบอลิซึม, ซึ่งรู้ได้จากน้ำหนักตัว, อายุ, การออกกำลังกายและอาหารที่กิน. จากนั้นจึงคำนวณประกอบด้วยจำนวนปัสสาวะอีกทางหนึ่ง, โดยวัดความถี่ของปัสสาวะ, แล้วเพิ่มจำนวนน้ำสำหรับการเสียน้ำโดยไม่รู้ตัว (insensible loss), เหงื่อ,

อาการ และการเสียน้ำเพราะโรคเข้าไปอีกชั้นหนึ่ง.

ในทารกปกติมักจะให้น้ำ ๑๕๐ ล. ชม. ต่อ กก. ซึ่งจะทำให้ความถี่ของปัสสาวะได้ราว ๆ ๑,๐๐๘, ถ้าหากว่าไม่มีเหงื่อมาก, หรือไม่มีอาการเสียน้ำผิดปกติ. ในทารกอายุ ๑ ขวบจะมีการสูญเสียคลอไรด์, โซเดียม, โปแตสเซียมระหว่างนอนหลับต่ออย่างละ ๘ ไมโครกรัมต่อวัน. ดังนั้นควรจะให้เด็กได้รับเกินจำนวนเล็กน้อย.

อาการของซีไปโปแตสเซียมมีอ่อนเพลีย, ตัวอ่อนปวกเปียก, อาจถึงอัมพาต, หอบ, หน้าเขียว, ท้องอืด, คลื่นไส้, อาเจียน, หัวใจโต. อาจได้ยีนซิสโตลิกเมอร์เมอรัล, ความดันชีพจรสูงขึ้น. อาจมี Corrigan's pulse, ความดันเลือดตกต่ำสูงและอาการหัวใจล้ม. อาจมีอัมพาตของกระบังลม, และหน้าท้อง. กล้ามเนื้อหัวใจอาจแสดงความผิดปกติทางหน้าที่. แต่โปแตสเซียมในเซรุ่มอาจน้อยลงโดยไม่มีอาการเลยก็ได้.

ซีไปโปแตสเซียมมีอาการซึม, ซาและซู่ซ่าตามแขนขา, ชัก; หัวใจเต้นช้า, หลอดเลือดแขนขาห่อ, แอสเซ็นดิง

มเพลคซิคพาราลัยลีส. บางรายมียิวเมีย และหัวใจหยก. ฮัยเปอร์โปแตสซเมีย มักจะเกิดในรายที่ไตพิการ. การรักษาใช้ นิกกอลโคสเข้าหลอดเลือด, ฉีดน้ำเกลือ ฮัยเปอร์โทนิคเพื่อช่วยการไหลเวียนและ ช่วยให้ไตทำงานดีขึ้น. ควรให้แคลเซียมด้วย.

ในการรักษาด้วยน้ำต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบและปริมาณ การสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรลัยต์, ซึ่งจะสัมพันธ์กับอัตราและความลึกของการหายใจ, และกัมภรคัยของใยคาร์บอนเนตในเซรุ่ม และของเลือดด้วย. การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน, ช่วยให้อ่านจำนวนน้ำในร่างกายด้วย. การวัดจำนวนขี้สวามีประโยชน์มากในการตัดสินใจและจำนวนของน้ำที่จะให้.

น้ำที่จะให้ โดยฉีกควรใช้ กลโคสละลาย ๕ ถึง ๑๐ เปอร์เซ็นต์ในน้ำกลั่น. การให้น้ำทางไตฝวหนังควรใช้น้ำเกลือโซเดียมคลอไรด์ไฮโซโทนิค ๑ ส่วนผสมกับ ๑-๒ ส่วนของ ๕ เปอร์เซ็นต์กลโคส. ใน ๒๔ ชม. แรกไม่ควรให้น้ำที่มีไฮโซโทนิค โซเดียมคลอไรด์เกิน ๑ ใน ๓ ของที่ต้องการ. Darrow's solution มีประโยชน์มากในการเติมอิเล็กโตรลัยต์ที่

ขาด. ผู้เขียนแนะนำให้ใช้ไม่เกิน ๘๐ ล.ชม. ต่อ น้ำหนักตัว ๑ กก. สำหรับรายที่ขาดโปแตสเซียมมาก, การให้น้ำอาจไม่พอเพียง, ควรให้โปแตสเซียมแต่ละเทหไตฝวหนังอีกด้วย.

การให้น้ำยาคาร์โรท์ทางหลอดเลือด, ใช้น้ำยา ๑ ส่วน ผสมกับ ๒-๓ ส่วนของ น้ำละลายกลโคส ๕-๑๐ เปอร์เซ็นต์ในน้ำ. การเพิ่มโปแตสเซียมมาก ๆ อาจทำให้เกิดตะกอนได้, ถ้าหากแคลเซียมในเลือดต่ำอยู่แล้ว. ไม่ควรใช้ในรายแอสโตสิสเพราะไตพิการและโรคอื่นที่คล้ายกัน.

ในแอลคาโลสิสอาจใช้น้ำยาที่มีโซเดียมคลอไรด์ ๖ ก. และโปแตสเซียมคลอไรด์ ๒.๖ ก. ต่อลิตร ผสมกับกลโคส ๕-๑๐ เปอร์เซ็นต์ ๕-๓ ส่วน, ให้ทางหลอดเลือด.

สำหรับการขี้กันและรักษาข้อคในทารก, การให้เลือด ๓๐ ล.ชม. ต่อ กก. ได้ผลดีมาก. ในรายที่ขาดน้ำเพราะเสียอิเล็กโตรลัยต์, การให้เลือดหรือพลาสมา จะช่วยการรักษาให้ไตผลดีขึ้น.

อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ.

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ก.พ.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	(ก) ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และ (ข) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล						
	อายุรฯ	ศัลยฯ	สูติ-นารี	จักษุฯ	กุมารฯ	รวมทุกแผนก	
๑. (นอก) ใหม่	๑,๒๕๑	๖๒๗	๖๘๔	๘๓๓	๘๖๘	๔,๓๐๔	
เก่า	๑,๔๐๖	๘๐๕	๑,๐๒๐	๖๒๘	๑,๑๒๔	๔,๙๘๔	
รวม	๒,๖๕๗	๑,๔๓๒	๑,๗๐๔	๑,๔๖๒	๑,๙๙๒	๙,๒๘๐	
๒. (ใน)	๑๔๘	๒๑๘	๕๘๒	๘๘	๑๗๕	๑,๒๙๗	
๒. จำนวนการผ่าตัด	ศัลยฯ	๒๓๓	จักษุฯ	๑๔๐	สูติ-นารี	๘๘	รวม ๔๕๑ ราย
๓. จำนวนเด็กเกิด	ชาย	๒๑๖	หญิง	๑๘๘	รวม	๔๐๔ คน	
๔. จำนวนเด็กคลอดตาย	ชาย	๑๒	หญิง	๑๖	รวม	๒๘ คน	
๕. จำนวนผู้ป่วยที่ตาย	๘๗ คน (๓.๐๕ ในร้อยละที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๖ ราย						
	(๔.๑๘ ในร้อยละที่ตายทั้งหมด)						
๖. จำนวนการถ่ายเลือด	ในโรงพยาบาล ๒๕๕ ราย ช้างนอก ๗ ราย รวม ๓๐๒ ราย						
๗. แผนกรังสีวิทยา							
ก. รังสีเอกซ์	ตรวจ ๑,๔๑๓ คน รักษา (ใหม่) ๒๓ คน จำนวนที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๐๘ ครั้ง						
ข. รังสีเคมี	รักษา ๑๐ คน จำนวนครั้งที่ให้การรักษา (ใหม่และเก่า) ๓๗ ครั้ง						
ค. ไดอะเทอม	รักษา (ใหม่) - คน จำนวนการรักษา (ใหม่และเก่า) - ครั้ง						
๘. แผนกสรีรวิทยา	ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๒ ครั้ง วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, ปัสสาวะและน้ำอสุจรวม ๒,๗๘๒ ครั้ง						
๙. แผนกพยาธิวิทยา	ตรวจศพ ๖ ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๕๒๑ (จากภายนอก ๒๔) แอ็กกูติเนชัน ๑๐๔ วัสดุเซอร์แมนและคานัน ๑,๔๕๖ หมู่เลือด ๔๕๐ นับเม็ดเลือด ๘๘ ฟิล์มเลือด ๓๐ น้ำไขสันหลัง ๔๗ อูจจาระ ๒๔๗ ปัสสาวะ ๕๑ เสมหะและอื่น ๆ ๔๕ ตรวจทดลองตัวจืด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๑๐ เพาะเชื้อในเลือด ๗๐ นิติสตัว - รวมตรวจต่าง ๆ ๓,๒๒๔ อย่าง ศพญาติรับไป ๔๔ ศพ ภายวิภาครับไป ๘ ศพ สปีเฮอร์รับไป ๗๐ ศพ รวม ๑๒๒ ศพ						
๑๐. หน่วยทันตกรรม	ผู้ป่วยใหม่ ๑๔๓ คน เก่า ๑๗๒ คน รักษาโรคในปาก ๖๘ คน ถอนฟัน ๑๕๖ คน อุดฟัน ๕๗ ซี่ ผ่าตัดในช่องปาก ๑๑ คน						

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีพีชญ และแผนกสถิติ)

ทุนที่ได้รับเพิ่มเติมและได้รับมาใหม่ใน
ปีการศึกษา ๒๔๘๕-๘๖

๑. ทุนพระมรคกสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิตลลิตยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ จ่ายช่วยเหลือแพทย์และพยาบาล ในคณะฯ ซึ่งเดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศ ๑๘ คน เงิน ๕๔,๐๐๐.๐๐ บาท ๒. ทุนของสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์ เก็บดอกผล ๑๐ % สมทบทุนและใช้ที่เหลือสำหรับช่วยเหลือนักเรียนพยาบาลผู้เอาใจใส่ในการเรียน ประพฤติดีและซื่อสัตย์เงิน ปีนี้ได้รับพระราชทานเพิ่มเติม ๓,๖๒๔.๗๕ บาท รวมเป็นเงิน ๑๖,๓๒๑.๖๕ บาท ๓. ทุนประสาร ขรรค์ศิริ ของพระยาอเทนเทพโกสินทร์ ให้เป็นรางวัลแก่อาจารย์ผู้อุทิศเวลาทั้งคืนให้แก่การ ศึกษาใน ประเภท วิชา ของตน จนไม่มีโอกาส ได้รับ ประโยชน์จากภายนอก (เฉพาะวิชาชีพ) เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท และให้เป็นรางวัลแก่นักศึกษาแพทย์ผู้สอบไล่ได้คะแนนสูงสุดประจำชั้น ๔ คน เงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท ๔. ทุนสุวรรณประทีปเก็บดอกผลเป็นรางวัลแก่นักเรียนพยาบาลผู้เอาใจใส่ในการเรียน และประพฤติดี ปีนี้ได้รับเพิ่ม ๑๓๐.๐๐ บาท รวมเป็น

เงิน ๒๐,๕๐๐.๐๐ บาท จ่ายเป็นรางวัลแก่นักเรียนพยาบาล ๑ คน เงิน ๕๘๐.๐๐ บาท ๕. ทุนอศุทธยเดช เป็นทุนของผู้ที่เคยได้รับพระอุปการ จากสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิตลลิตยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ ขณะเมื่อศึกษาวิชา ณ ต่างประเทศ ร่วมใจกันบริจาคได้อุทิศทุนนักศึกษาแพทย์ ๔ คน เงิน ๑,๘๐๐.๐๐ บาท ๖. มูลนิธิของโรงเรียนเขมะสิริอนุสรณ์ เพื่อคนวิชาแพทย์ ของครูนักเรียนโรงเรียนเขมะสิริอนุสรณ์และพระประยูรญาติของหม่อมเจ้าพูนศรีเกษมเกษมศรี ได้รับเพิ่มเติม ๑,๕๐๐.๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒๗,๔๕๓.๕๐ บาท ๗. ทุนค้นคว้าทางแพทย์ ของนายแพทย์ทองอยู่และนางสุคใจ จันทร์ยุมี่ ได้รับเพิ่มเติม ๓๐,๐๐๐.๐๐ บาท. รวมเป็น ๕๐,๐๐๐.๐๐ บาท. ๘. ทุนศรีนาวาพล เกตุสิงห์ของหลวงศรีนาวาพล (อู เกตุสิงห์) เก็บดอกผลอุดหนุนอาจารย์ในแผนกวิชาปฏิบัติคลินิกได้รับเพิ่มเติม ๕๐๐.๐๐ บาท. รวมเป็นเงิน ๕,๒๑๐.๐๐ บาท. ๙. ทุนคุณแม่ที่อุปถัมภ์ของนางทองเต็ม ทิพย์วรรณะ เก็บดอกผลอุดหนุนการค้นคว้าวิชาแพทย์ได้รับเพิ่มเติม ๑,๕๐๐.๐๐ บาท รวมเป็น

เงิน ๓,๑๐๐.๐๐ บาท. ๑๐. ทนพระยา
อนุกิจวิบูล ของคุณหญิงแฉล้ม เทพหัสดิน
ณ อยุธยา เพื่อเก็บดอกผลให้ยื่น
รางวัลแก่อาจารย์ผู้รักในวิชาและทำงาน
โดยอุทิศเวลาเต็มที ในการค้นคว้าหา
ความรู้เพิ่มเติมที่เกื้อผลเป็นวิชาแก่นักคึก
ษาแพทย์ต่อไป ใ้รับเพิ่มเติม ๑,๐๐๐.๐๐
บาท. รวมเป็นเงิน ๔,๐๐๐.๐๐ บาท. ๑๑.
ทน ชน ศรัยภักย์ ของ คุณชน ศรัยภักย์
เพื่อเก็บดอกผล ออกทุนนนักศึกษาแพทย์
ที่ซิดนีย์ ใ้รับเพิ่มเติม ๕๐๐.๐๐ บาท
รวมเป็นเงิน ๒,๕๐๐.๐๐ บาท ๑๒. ทน
เพ็ญศิริพันธ์ ของ นายบุญมี เพ็ญศิริพันธ์
เพื่อค้นคว้าวิชาแพทย์ ใ้รับเพิ่มเติม
๕๐๐.๐๐ บาท. รวมเป็นเงิน ๓,๗๐๐.๐๐
บาท ๑๓. ทนปรีชานสาสน์ บันยารชุน
ของพระยาปรีชานสาสน์ เพื่อเก็บดอก
ผล ออกทุนอาจารย์ในแผนกปรีคลินิก
ใ้รับเพิ่มเติม ๓๕๐.๐๐ บาท. รวมเป็น
เงิน ๔,๘๕๐.๐๐ บาท. ๑๔. ทน บุษย
อังกูร ของ นายศิริ บุษยอังกูร เพื่อเก็บ
ดอกผลบำรุงการศึกษา ใ้รับเพิ่มเติม
๓,๐๐๐.๐๐ บาท. รวมเป็นเงิน ๘,๐๐๐.
๐๐ บาท ๑๕. ทน ชนโอสถกรรม
(เช่อม รัตนกนก) ของ ชนโอสถกรรม

เพื่อออกทุนนนักศึกษาแพทย์ที่ซิดนีย์ ใ้
รับเพิ่มเติม ๓,๐๐๐.๐๐ บาท. รวมเป็น
เงิน ๖,๐๐๐.๐๐ บาท. ๑๖. ทน ม.ล.
เต๋อ สนิทวงศ์ ของ นายแพทย์ ม.ล. เต๋อ
สนิทวงศ์ เพื่อใช้ในการค้นคว้าวิชาแพทย์
อุทิศพระกุศลถวายสมเด็จพระราชาธิบดี
นาทเรนทร เงิน ๑๐,๑๒๐.๐๐ บาท
๑๗. ทน แพทย์หญิง สภาณี พยงเวช
ของหลวงพยงเวชศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือ
นักศึกษาแพทย์ที่ซิดนีย์ เงิน ๒,๒๕๖.๓๐
บาท ๑๘. ทน พระศรีทิพยโภชน์ (ใหญ่
จาทรงกุล) ของคุณอุทัยพิทย แคงสว่าง
เพื่อช่วยเหลือนักเรียนพยาบาล ใ้รับ
เพิ่มเติม ๑,๐๐๐.๐๐ บาท รวมเป็นเงิน
๒,๕๐๐.๐๐ บาท ๑๙. ทน พระยาอนุ
บาลคิดถกรรม ของ พระยาอนุบาลคิดถ
กรรม และคุณหญิง เพื่อออกทุนนศึกษา
แพทย์ที่ซิดนีย์ เงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท
๒๐. ทน ทสินีเยเวช ของ ศาสตราจารย์
หลวงไตรภคยานการ เพื่อเก็บดอกผล
ช่วยเหลือนักศึกษาที่ซิดนีย์ เงิน ๒,๑๔๒.
๕๕ บาท ๒๑. ทน อ. อคากร ของ
บริษัทไทยพาณิชย์การ จำกัด เพื่อเก็บ
ดอกผลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่ซิดนีย์
เงิน ๔,๔๓๖.๕๕ บาท ๒๒. ทน มหา-

วรรณ มันทากรณ์ ของ นายแพทย์สุมาน
 มันทากรณ์ ให้เป็นเงินรางวัลในประเภท
 อัครา ค่าธรรมเนียมแก่นักศึกษาข๓ ๒ ที่
 สอบได้ได้คะแนนเยี่ยมในวิชากายวิภาค
 ศาสตร์และสรีรวิทยารวมกัน เงิน ๑๗๐.
 ๐๐ บาท ทุก ๆ ปี ๒๓. ทน จงกลน
 ของมูลนิธิจงกลนินิ ให้ออกทุนนนักศึกษ
 ษาแพทย์ท๓ช๓สน มีความข๓นหมั้นเพียร
 ในการศึกษา และมีความประพฤติเรียบร้อย
 ร้อย จำนวน ๔๑ คน เงิน ๑๔,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๒๔. ทน โมกขะเวส ของ
 นายแพทย์ประ๓า โมกขะเวส ให้ออกทุนน
 นักศึกษาแพทย์ท๓ช๓สน เงิน ๑๐,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๒๕. ทน พักม๓ทอง ของ นาย
 ล้วน พักม๓ทอง ให้ออกทุนนนักศึกษ๓แพทย์
 ท๓ช๓สน เงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๒๖. ทน
 พระยาอรรด๓ระวิสุนทร เพื่อใช้ประโยชน์
 ในการทำ หน๓งส๓และวาร๓สารท๓ เป็นประ-
 โยชน๓ในวิชาแพทย์ ใ้รับเพิ่มเติม๓๐๐.
 ๐๐บาท รวมเป็นเงิน ๔๐,๔๐๐.๐๐ บาท
 ๒๗. ทนกน๓ก๓ด ของนายกิม๓จ๓ว กน๓ก๓ด
 เพื่อ เก๓ย ค๓อก ผล ช่วย๓ก ทุนน นัก ศึกษ๓
 แพทย์ท๓ช๓สน หรือใช้ในการวิจัยทาง
 แพทย์ ใ้รับเพิ่มเติม ๒,๑๐๐.๐๐ บาท
 รวมเป็นเงิน ๑๔,๑๐๐.๐๐ บาท ๒๘.

ทนอิน๓ทรม๓น๓ตรี ของคุณหญิงอิน๓ทรม๓น๓ตรี
 เพื่อเก๓ยค๓อกผลข๓าร๓งก๓ิจการในแผนกพ๓ยา
 ข๓าล-ผ๓ด๓คร๓ร๓ ใ้รับเพิ่มเติม ๑,๐๐๐.
 ๐๐บาท รวมเป็น ๗,๕๐๐๐.๐๐ บาท

จำนวนผู้อุปการกิตติมศักดิ์และวิสามัญ
เพิ่มเติม

ตาม๓ท๓ค๓ณะแพทย์ศาสตร์ และ ศี๓วิ๓ราช
 พ๓ยาข๓าล ได้ ๓ประกาศ ร๓าย๓น๓มผู้ ๓อุปการ
 กิตติม๓ศักดิ์และวิส๓ามัญไว้แล้ว๓น ๓คน
 ๓ปรากฏว๓ว่ามีผู้ ๓อุปการ๓บริ๓๓คเพิ่มเติม๓ก๓ง
 ท๓๓ไปน๓ ค๓ือ:—

ผู้อุปการกิตติมศักดิ์

๑. นาย ยง ย๓ทธิ เสน๓จักร ๒๐,
 ๐๐๐.๐๐ บาท ๒. คุณหญิงมิ กล๓าโหม
 ราชเส๓นา ๑๖,๐๐๐.๐๐ บาท ๓. พระ
 ยาโก๓มาร๓ก๓ด๓น๓ตรี ๑๕,๐๐๐.๐๐ บาท
 ๔. นายสน๓อง รัตนวิ๓ัย ๑๓,๕๐๐.๐๐
 บาท ๕. นายกิม๓จ๓ว กน๓ก๓ด ๑๒,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๖. ม.ล. ไ้๓อ ส๓นิ๓ท๓วงค์
 ๑๐,๑๒๐.๐๐ บาท ๗. คุณหญิง
 ก๓ฤ๓ราช๓ท๓ร๓งส๓วส๓ติ ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท
 ๘. ร.ท.โก๓ศล ก๓น๓ตะ๓๓๓ร ร.น. ๑๐,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๙. นางค๓ล๓ยพ๓าก๓ย์ส๓วม๓ณ๓ท์

๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๐. นางจันทร์
 เคียงศิริ ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๑. นาง
 สรวง ศรีศิริ ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๒.
 คุณหญิงประสารัสชันกร ๑๐,๐๐๐.๐๐
 บาท ๑๓. หม่อมขาว เกษมศรี ณอยุธยา
 ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๔. คุณหญิงอินทร
 มนตรี ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๕. นาย
 ประยงค์ อังสุมาลี ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท
 ๑๖. นายเสรี ไสริจระ ๑๐,๐๐๐.๐๐
 บาท ๑๗. นายโฆสิต เวชชาชีวะ
 ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๘. พระชนบาล
 กิตติกรรม ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ๑๙.
 นายมนู ญประพัฒน์ ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท
 ๒๐. นางยุทศาสตร์โกศล ๑๐,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๒๑. หลวงนรธัญบัญชา ๑๐,
 ๐๐๐.๐๐ บาท

ผู้อุปการวิสามันท์

๑. นางวิมล ศาลยาชีวิน ๖,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๒. นายประธาน เสนาคิสัย
 ๕,๖๐๐.๐๐ บาท ๓. นางอุบลศักดิ์
 ประชาบาล ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๔. นาย
 ประมุข (บัวเฮง) บัณฑิตสุวรรณ ๕,๐๐๐.
 ๐๐ บาท ๕. น.ส. ทองคำ ทิพยะวรร
 ชนะ ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๖. นายผยง

กรลักษณ์ ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ๗. นาย
 มนต์ มังคละพฤษ ๕,๐๐๐.๐๐ บาท
 ทั้งนี้ ทางคณะแพทยศาสตร์และศิริ-
 ราชพยาบาลได้จัดการ ออกบัตรประจำตัว,
 มอบประกาศนียบัตร และเข็มประจำตัวให้
 ผู้มีจิตศรัทธา ดังกล่าวไปเรียบร้อยแล้ว
 เห็นอันว่า ผู้บริจาคเหล่านี้มีสิทธิในการที่
 จะได้รับการอุปการจากคณะแพทยศาสตร์
 และศิริราชพยาบาล ตามระเบียบที่ได้อ่าง
 ไว้ทุกประการ.

นักศึกษาได้รับทุนการศึกษา

โดย มติ คณะ กรรมการ ประจำ คณะ
 แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล อันมีมติ
 ให้ผู้มีนามดังต่อไปนี้ได้รับ ทุนอุดหนุนการ
 ศึกษา ประจำปี พ.ศ. ๒๔๙๕ - ๙๖
 คือ:-

๑. ทุนมหิดลอุดหนุนพิเศษ (สำหรับ
 นักศึกษาชั้นปีที่ ๔)

๑. นายเฉลิม นิยมะจันทร์ ๗๐๐
 บาท ๒. นายนิพนธ์วัน พรหมผลิน ๕๐๐
 บาท ๓. นายชัชวาล วีระพันธ์ ๔๐๐
 บาท ๔. นายจำนง วิวัฒน์สุข ๒๐๐
 บาท

คุณหลวงจ้าวสุฤทธิแพทย์เรียนสำเร็จ
วิชาแพทย์จากราชแพทยาลัยและได้ยก
วิชาที่พิจัยวิทยาศาสตร์ออกมา จนนับว่าเป็น
จักษุแพทย์ผู้อาวุโสและมีชื่อเสียงมากที่สุด
ผู้หนึ่งของประเทศไทย ก่อนถึงแก่

กรรมได้จัดตั้งสำนักงานรักษาโรคตาชั้นที่
บางลำภุ พระนคร ซึ่งขณะนั้นนายแพทย์
กอบชัย พรหมินทะโรจน์
ท่าน
ประกอบงานต่อไป.

เฉพาะท่านที่สนใจ

- สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๕.๐๐ บาท
- สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน ราคา ๒๕.๐๐ บาท
- สารศิริราชฉบับพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท
- ค่าส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

หน้าสำหรับนิลลิต

ความประหลาด

“ความประหลาดเป็นทางแห่งความตาย
ฉันใด ความประหลาดก็เป็นทางแห่งความ
ไม่สำเร็จ ฉันนั้น”

เรื่องจริงอันเป็นต้นเหตุให้ข้าพเจ้า
เขียนเรื่องนี้ ก็คือในระหว่างที่ข้าพเจ้าคุม
สอบปฏิบัติการของนักศึกษาแพทย์ ได้
สังเกตว่า เกือบครึ่งของนักศึกษาทำการ
ประหลาดอย่างมากมาย บางคนมีอัน
ขนาดที่เป็นโรค จนถึงกับไม่สามารถที่จะ
ใช้เข็มฉีดยาใส่เข้าไปในปากกบได้ คน
หนึ่งตกยาจากขวดเพนซิลลิน แต่สิ่งที่
กุกออกมาได้คืออากาศ หามัน่ายาถูก
กุกออกมาด้วยไม่ แต่นักศึกษาแพทย์ผู้นั้น
ก็ยังเข้าใจว่า วัตถุใสในกระบอกฉีดยา
นั้นคือน้ำยา และได้ฉีดยาเข้าไปในผิวหนัง
หนึ่งหนพกขาว อีกคนหนึ่งกดน้ำยาและ
กระขนาดเรียบร้อยแล้ว ได้วางกระบอก
ฉีดยาไว้ข้าง ๆ เขาแอสกอสซอลทาผิวหนึ่ง
หน แล้วหยิบเอากระบอกฉีดยาอีกอันหนึ่ง
ซึ่งไม่มีน้ำยาอยู่เลยมาฉีดยาแทน อีกคน

หนึ่งแทนที่จะตกยาจากขวดยาซึ่งบดผลลาก
ไว้ กลับไปกดเอาแอสกอสซอลจากขวดที่
วางอยู่ใกล้ ๆ กัน ต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วน
แล้วแต่เป็นตัวอย่างของการประหลาดอย่าง
มาก อันเป็นเหตุสำคัญเหตุหนึ่งที่ทำให้
การสอบก็ติ การแข่งขันกีฬาต่าง ๆ ก็ติ
หรือในการประกอบกิจการงาน และแม้
แต่ในการเกี่ยวผู้หญิง ต้องล้มเหลวลง
อย่างเห็นหน้าเสียกาย

ในแง่ของสรีรวิทยา การประหลาด
หรือการตกใจกลัว เหล่านี้ fight and
flight hormone ของ Cannon หรือเอ็ป
ปีเนฟริน ซึ่งเป็นฮอร์โมนของต่อมแอด
รีนัลเมดัลลาร์ จะถูกขับออกมามาก
ลักษณะอาการสำคัญที่เห็นได้ชัดก็คือ
การที่หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก ปากคอ
และมือไม้สั่น พุคคิตตะกุกตะกัก แรงแ
ค้นเลือดสด หน้าตาแดง ถ้าหากทำการ
วิเคราะห์หน้าตาในกระแสโลหิต จะพบ
ว่าเพิ่มขึ้นสูงกว่าธรรมดา มาก จนบางครั้ง

ถึงกับตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้ ที่
เรียก Emotional glycosuria ซึ่งมัก
พบได้บ่อย ๆ ในเด็กนักเรียนก่อนจะเข้า
ห้องสอบ ทหารที่จะออกไปรบ หรือคน
ใช้ก่อนจะเข้าห้องผ่าตัดก็เช่นกัน

การประหม่าย่อมยังเกิดผลร้าย ทำ
ให้การสอบต้องผิดพลาดไป ทำให้สติสัมป
ชัญญะเสียไป ขาดการรอบคอบ ความ
นึกคิดต่าง ๆ ที่ต้องจดจำเอาไว้จะลืมเสีย
หมด มีความเลอะเลือนเกิดขึ้นแทนที่ ทำ
ให้พูดออกมาเป็นเรื่องเป็นราวไม่ได้ นัก
กีฬาสมัครที่ตองพลาดด้วยชนะเลิศ หรือ
คนบางคนอาจเล่นเทนนิสได้เก่งมาก ครั้น
เวลาแข่งขัน หรือเล่นกันโดยมีเดิมพัน
มักจะเป็นฝ่ายพราชัย เหล่านักเล่นแล้วแต่
มีสาเหตุเนื่องมาจากการประหม่าทั้งสิ้น
ตรงกันข้าม บางคนซึ่งโดยปรกติก็มีใช้
คนเก่งกว่าใคร ๆ แต่เมื่อถึงเวลาแข่งขัน
เข้า มักปรากฏว่าเป็นผู้ชนะเล่ห์บ่อย ๆ
เข้าพเจ้าได้เคยปรารภกับเขาถึงความสำ
เร็จเช่นนั้น และได้รับตอบว่า "เคล็ดลับ
ของความสำเร็วนั้น ก็คือการไม่ประหม่า
นั่นเอง"

คนเหตุสำคัญของความประหม่ามีอยู่
๓ อย่างคือ ๑. การที่เป็นผู้ไม่เชื่อใจตัว

เอง เช่นนักศึกษาไม่เชื่อฝีมือของตัวเองจะ
สอบได้ก็ จึงเกิดความวิตกกังวลขึ้น
๒. การที่ต้องผจญกับผู้สูงกว่า จะด้วยวัย
วุฒิหรือคุณวุฒิก็ตาม อย่างเช่นเด็กนักเรียน
จะเข้าหาครู ยิ่งเป็นครูใหญ่ด้วยแล้ว
เด็กนักเรียนก็ยิ่งเกิดความประหม่ามาก
หรือข้าราชการจะเข้าพบกับอธิบดี หรือ
การที่ผู้หนึ่งผู้ใดจะเข้าพบกับนายกรัฐมนตรี
เหล่านั้นเป็นต้น ถ้าหากวัยวุฒิหรือคุณวุฒิ
แตกต่างกันมาก ความประหม่าก็ยิ่งมาก
ถ้าหากวัยวุฒิหรือคุณวุฒิแตกต่างกันน้อย
ความประหม่าก็จะน้อยลง

วิธีที่จะขำยัดความประหม่าก็เช่นเกี่ยว
กับการรักษาโรค โดยการขจัดสาเหตุทั้ง
กล่าว คือ ๑. จะต้องเป็นผู้ที่ชนะน้ำใจตนเอง
ต้องมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจตัวเอง
เชื่อใจว่า ไม่มีสิ่งใดที่เหนือความสามารถ
ของตน ๒. เมื่ออายุมากเข้า มีความรู้
ความชำนาญเพิ่มขึ้น ความประหม่าก็จะ
ค่อยลดลงไป และ ๓. การฝึกหัดบ่อย ๆ
จนเกิดเป็นความเคยชิน ก็ระชนะความ
ประหม่าได้ นักพูดที่เชี่ยวชาญ เมื่อครั้ง
เริ่มหัดพูดใหม่ ๆ ก็ระพูดติดตะกุกตะกัก
ปากคอสั่น ครั้นนาน ๆ เข้า เมื่อพูดบ่อย ๆ
เข้า ความประหม่าก็จะค่อย ๆ หายไปเอง

เรื่องของความประหม่านี้ เราจะไม่มีใครพบในบุคคลตามประเทศที่เจริญแล้ว ขางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเขาฝึกหัดอบรมกันมาตั้งแต่เกิด ๆ นักเรียนชั้นมด หรือชั้นประถม ก็มีการฝึกหัดพูด หรือเขียนกระดาน หน้าชั้นแล้ว ทั่วยกวออบรมติดต่อกันเรื่อย ๆ มาเช่นนั้น เมื่อเด็กโตขึ้น ความประหม่าก็จะไม่มีเหลืออยู่เลย เราจะเห็นเด็ก ๆ ฝรั่งพูดกับคนแปลกหน้า โดยไม่มีการกระตากอาย หรือผู้ใหญ่ทุกคนสามารถที่จะ

ยืนขึ้นปาฐกถาต่อหน้าชุมนุมชน ได้อย่างไม่สะทกสะท้าน นับว่าเป็นบุคคลลักษณะที่น่าสรรเสริญอย่างหนึ่ง

ข้าพเจ้านำเรื่องเช่นนี้มาเล่าสู่กันฟังก็หวังว่า ไม่ได้ทำความเสียหายให้แก่ใคร เพียงแต่เพื่อคัดเตือนแนะนำให้เกิดประโยชน์ขึ้นภายหลัง และเพื่อจะให้เขียนบทเรียนของนักศึกษาทุก ๆ คนว่า อย่าประหม่า! เพราะความประหม่าเป็นปมคออันหนึ่งที่จะทำให้เสียผล.

ส. อ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

สารศรัทธาพิมพ์จำนวนจำกัดเฉพาะสมาชิก หากท่านไม่ได้รับฉบับประจำเดือนใด โปรดทวงถามโดยด่วน มิฉะนั้นท่านจะได้หนังสือไว้ไม่ครบตามลำดับ

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารศิริราช ฉบับนี้เป็นฉบับพิเศษ, เสนอเรื่องของนายแพทย์ประจำบ้านล้วนๆ. ทงนต้องนับเป็นก้าวใหม่ของเราในความพยายามที่จะส่งเสริมแพทย์ใหม่ ๆ ให้หันมาสนใจในด้านวิชาการมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่นี้. โภยมากหมอตสำเร้จใหม่ ๆ ก็มักเจียมตัวว่ายังไม่ค่อยอยู่, ยังไม่สมควรจะแสดงอะไร, รอเอาไว้ให้ใหญ่โตขึ้นเสียก่อนแล้วจึงค่อยเผยแผ่วิชาความรู้. ครันทำงานไปได้เวลาพอสมควร, ก็พอดังระยะมีคนรู้จักมากขึ้น, มีผลมอดขึ้น, คนไข้ชอบ, เวลาสำหรับจะอ่านหรือเขียนหนังสือทางวิชาการก็ไม่ค่อยมี. ยิ่งคอยนานไป ๆ จนถึงขั้นเป็นหมอใหญ่, รู้ตัวว่ามีผู้นิยมชมชอบมาก, ฝีมือสูงเสี่ยแล้ว, การที่จะมาเขียนบทความธรรมดาสำมัญ, เช่นรายงานคนไข้หรือข้อสังเกตอะไร, ก็จะทำเกินไป, ไม่สมภูมิเสี่ยแล้ว. ต้องคอยเขียนแต่เรื่องใหญ่ ๆ ชนิดที่จะทำให้งการแพทย์สะเทือน. ทำนองนี้โดยมากลงท้ายด้วยไม่ได้เขียนอะไรเลย. ถ้าหากผู้ใดเริ่มการเขียนเสี่ยตั้งแต่ต้น ๆ. แม้เป็น

งานเล็กน้อย, เช่นย่อเอกสาร, ใ้เคยรู้สึกเสี่ยบ้างว่าวิทยาทานนั้นให้ความชื่นอกชื่นใจ ไม่น้อยกว่าทำบุญกุศล อย่างอื่นเหมือนกัน, บางทีมากกว่าเสี่ยด้วยซ้ำ, เช่นน้ตอไปก็คงยินดีที่จะมีโอกาสเขียนอีกบ่อย ๆ, น้อย ๆ ก่อน, แล้วก็ค่อย ๆ มากขึ้นและใหญ่ขึ้นจนกระทั่งใหญ่ที่สุดที่เขาจะมีโอกาสทำได้. เราหวังว่าสารศิริราช ฉบับพิเศษ ฉบับนี้จะเป็นเสมือนหนึ่งเมล็ดพืชพันธุ์ที่ไท่ที่ว่านลงไว้ในเนอานาแห่งแพทย์ของเรา.

๑ ทั้ง ๆ ที่แพทย์ประจำบ้านแต่ละคนก็มีงานประจำอยู่เต็มที, อย่างที่จะหาเวลาว่างได้ยาก, เราก็ได้รับการสนองตอบต่อการเรียกร้องสำหรับสารศิริราชฉบับแพทย์ประจำบ้านอย่างพร้อมเพรียงคั้ง, คุณหมอประชา พิเศษสุรฤทธิ เสนอรายงานเรื่องโรคหัวใจซึ่งสมัยเสี่ยก่อนไม่ค่อยได้ยินใครพูดถึง, แต่เคยวนดจะพบบ่อยจนจะเป็นเพราะโรคมากขึ้นหรือหมอดขึ้นยังไม่แน่. พึงสังเกตว่าความร่วมมือระหว่างพยาธิแพทย์กับแพทย์รักษาได้ช่วยให้การ

วินิจฉัยสมบูรณ์อย่างหมกขุ่นหาจริง ๆ. คุณหมอประเสริฐ นิลประภัสสรเสนอเรื่อง ชนิดอุบัติเหตุซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาของประเทศคว้นออกโดยเฉพา, คือเรื่อง ของไม้กัลก, ซึ่งไม่ปรากฏว่าฝรั่งมิใช่. พึงสังเกตว่าเฉพาะในโรงพยาบาลศิริราช เท่านั้นอุบัติเหตุถึงสองครั้งในสองสาม ปี. ทอนอาจมองก็ได้, เว้นแต่ไม่ทราบ เหตุที่แท้จริง. อุบัติเหตุนี้คงถือว่าสำคัญ เพราะมีโอกาสดังเกิดได้เสมอ และอาจเป็น อันตรายถึงแก่ชีวิต. ควรชมความรอบ คอบของนายแพทย์ผ่าตัดที่โตตรวจตรวจได้ ไล้ส่วนใกล้เคียงอย่างละเอียดจนพบเหตุที่ แท้จริง. มิใช่เพียงแต่เปิดหน้าท้องออก ตัดได้ตั้งแล้วก็จบ. ถ้าเช่นนั้นคนไข้ราย นี้คงจบเรื่องลงในแบบอื่น. รายงานนี้คง เป็นอุทาหรณ์ที่ควรสำหรับแพทย์ผ่าตัดผู้ อื่น ๆ ต่อไปอีก.

๑ คุณหมอณัฐ ภมรประวัติ, นัก เขียนหนุ่มคนหนึ่งในวงศิริราช, ได้ให้ เรื่องซึ่งเป็นผลของการอ่านหนังสือคำหรือ คำว่าหลายเล่ม, และเป็นเรื่องที่เราเชื่อว่า แพทย์ทุก ๆ สาขาจะสนใจ, ไม่เพียง แต่ศิษย์แพทย์เท่านั้น. การที่แพทย์สมัยนี้ สามารถห้ามเลือดได้โดยแน่และในภาวะ ซึ่งแต่ก่อนไม่อาจทำได้, ช่วยให้ศิษย์ แพทย์ในปัจจุบัน สามารถทำการผ่าตัดซึ่ง

ในสมัยก่อนไม่อาจทำได้, เช่นในตับเป็น ต้น. วิธีใหม่ ๆ เหล่านี้ยังไม่แพร่หลาย ในประเทศเรา, เหตุสำคัญเป็นเพราะราคา แพง. ถ้าหากเราอาจผลิตสิ่งที่ต้องใช้ เองได้ในราคา ถูกกว่าของที่สั่งจาก ต่าง ประเทศ, บางทีการผ่าตัดของเราอาจก้าว หน้าเร็วขึ้นอีกก็ได้.

๑ สำหรับผู้ที่มิได้เสนอรายงาน หรือ บทความ, เพียงได้ช่วยทำย่อเอกสารให้, ก็ควรได้รับความสนใจอย่างยิ่ง. การ อ่านย่อเอกสารเรื่องหนึ่ง, ก็ได้ผลเกือบ ๆ เท่าอ่านรายงานเรื่องหนึ่ง, เว้นเสียแต่มี รายละเอียดน้อยไป. เพราะฉะนั้นท่านที่ ได้อ่านสารศิริราช ฉบับนี้ก็ได้ผลเกือบ ๆ เท่าที่ได้อ่านเรื่องสัปดาห์เรื่อง, ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นผลของความพยายามของแพทย์ ประจำบ้านรุ่น พ.ศ. ๒๔๕๖. เราหวังว่า การปฏิบัติเช่นนั้นคงจะเป็นแบบอย่างสำหรับ แพทย์ประจำบ้านรุ่นต่อ ๆ ไป.

๑ บางท่านคงสังเกตว่าในสารศิริราช สองสามฉบับนี้ข่าวคร่ำครวญหรือไป. ข้อนั้น เป็นด้วยหนังสือของเราออกล่าช้ามาก. เห็นว่าจะเอาข่าวที่เก่ามากแล้วมาลงก็คงไม่มี ผู้สนใจเท่าใดนัก, จึงเลือกลงแต่เฉพาะ ที่เห็นว่าจะเขียนขึ้นทันถาวรได้. เมื่อไรเรา เร่งการออกให้ทันเวลาได้, จากนั้นเราจึง จะพยายามลงข่าวละเอียดมากขึ้น.