



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๓๖

Volume 5, Number 8 August 1953.

ฉบับอายุรศาสตร์

ลูปสเอร์รี่มาโตซุสดีสเซมินาตัส - สร เมตติยวงส์ พ.บ. และ สุเอ็ด คชเสนี พ.บ.	๔๐๕
เฮปาทิคโคมา (โคเลเมีย) - วิกิจ วีรานวัตต์ พ.บ., M.P.H.T.M.	๔๑๕
อีโซฟาโก - บร็องเคียลฟิสตุล่าภายหลังกำเนิด - บัญญัติ ปริชญานนท์ พ.บ., F.C.C.P. และวิกิจ วีรานวัตต์ พ.บ., M.P.H.T.M.	๔๒๔
บทความพิเศษ : วิธีตรวจทดลองเพื่อแสดง "L. E. Phenomenon" - สร เมตติยวงส์ พ.บ.	๔๓๓
บทบรรณาธิการพิเศษ ๑. คณค้ำแห่งการร่วมมือ ๒. โรคผิวหนังมิใช่ลึกแค่ผิวหนัง - ประเสริฐ กังสดาชัย M.B., Ch. B., พ.ด.	๔๓๖
ปกิณกะ : จดหมาย	๔๕๒
ข่าวสำหรับบัณฑิต : ช่วยภาษา	๔๖๐

ผู้ออกสาร ช่าง ศิริชัยเก่า บันทึกท้ายสมุด

INTERNAL MEDICINE NUMBER

PUS ERYTHEMATOSUS DISSEMINATUS - Sorn Mettiyawongse, M. B. and Su-ed Kongsanti, M.B.	405
HEPATIC COMA (CHOLEMIA) - Vikit Viranavatti, M.B., M. P. H. T. M.	423
REQUIRED OESOPHAGO-BRONCHIAL FISTULA - Banyat Priyanonda, M.B., F.C.C.P. and Vikit Viranavatti, M.B., M.P.H.T.M.	431
SPECIAL ARTICLE: DEMONSTRATION OF "L. E. PHENOMENON" - Sorn Mettiyawongse, M. B.	433
EDITORIAL: THE VALUE OF COOPERATION - SKIN DISEASES NOT ONLY SKIN-DEEP-436	
MISCELLANY: LETTER TO THE EDITOR	452
ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE (* With English abstracts. ** Article in English)	

คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล เจ้าของ : อวย เกตุสิงห์ พ.ด. บรรณาธิการ สุพิมพ์ คุ้มชนนา : วิจารณ์ เกตุสิงห์ ผู้จัดการ
สำนักงาน แผนกสรีรวิทยาศิริราชพยาบาล : ฉบับละ บาท ทั้งปี (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 Tejasit. Annual Subscription (2 Nos.): Bahts. Postage extra.



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๓๖

Volume 5, Number 8, August 1953

LUPUS ERYTHEMATOSUS DISSEMINATUS

Report of a Case

Sorn Mettiyawongse and Su-ed Kochaseni
M.B. M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

Lupus erythematosus disseminatus is a systemic disease of unknown etiology. It is currently believed to belong to the so-called "collagen diseases" group. (1) Its relationship to chronic discoid type is a subject of controversy. In occasional cases it is found that the chronic discoid type can transform into an acute systemic one.

Clinical features of lupus erythematosus disseminatus are variable but at some time in the course of the disease most of the following manifestations may be observed: (1) fever, prolonged and irregular with a tendency to remissions of variable duration; (2) malaise and loss of weight; (3) serous and synovial membranes involvement, such as arthritis, pericarditis and pleuritis; (4) lymphadenopathy; (5) suppression of blood forming organs with leukopenia, anemia and thrombocy-

topenia; (6) cardiac and renal involvement; (7) rashes, particularly over the butterfly area of the face, usually not constant; (8) enlargement of liver and spleen. Neurologic and psychiatric manifestations are infrequent. The disease is especially common in females of the second, third and fourth decades. (2,3,5)

Due to its protean manifestations, early diagnosis of this disease is usually difficult unless confirmed by the demonstration of the so-called "L.E." (lupus erythematosus) phenomenon as first described by Hargraves and co-workers. (4)

The "L.E." phenomenon has been found in a high percentage of patients with lupus erythematosus disseminatus and only a small number of false positive has been reported. (5-8) The present

consensus of opinion is that the finding of "L.E." phenomenon, with few exceptions, is reliably diagnostic;⁽⁹⁻¹²⁾ but a negative outcome does not exclude the disease.

The phenomenon consists of the "L.E." cells and clumps or "rosettes" formation in the peripheral blood or bone marrow preparations or in the exudates.^(13,14)

A typical "L.E." cell varies in size from a third of the size of a red blood cell to three to four times that size.⁽¹⁵⁾ It is practically always a mature polymorphonuclear, neutrophilic, occasionally eosinophilic or basophilic, and rarely monocytic leukocyte, with a vacuole containing a homogenous purple-staining mass which is also known as "L.E." cell inclusion body. This inclusion body has been demonstrated to be a nuclear material of mature, autolyzed polymorphonuclear neutrophile or lymphocyte.^(4,7,9,16-19) Ordinarily with Wright's stain, the "L.E." cells appear bluish, although they may vary from bluish to purple or reddish-brown. The rosette consists of a central mass of bluish-staining cell debris surrounded by phagocytes forming a ring around the central mass.

This phenomenon has been demonstrated to be a lytic-phagocytic process.^(4,18) The breakdown of cells, especially of the neutrophiles and lymphocytes, and the lysis of their nuclei is enhanced by a certain abnormal portion of the plasma gamma globulin fraction, the "L.E." factor, present in the plasma of a

high percentage of patients with lupus erythematosus disseminatus.^(7,16,20-22) In experimental simulation of the "L.E." phenomenon, Silver and Kuna⁽²³⁾ assumed that the polysaccharides liberated from the breakdown of tissue in this disease are adsorbed to the surface of the nuclear material, creating a condition which is favorable to the attraction of leukocytes and which presumably brings about the "L.E." phenomenon.

A hypothesis is formed by Inderbitzin⁽²⁴⁾ that the "L.E." phenomenon is based on a possible pathologic combination of heparinoids (pathologic mucopolysaccharides) with the gamma globulin fraction. These pathologic heparinoids originate from degeneration of the collagenous connective tissues in this disease which consists in part of hyaluronic acid and chondroitinpolysulfonic acid, substances closely related to heparin.

An auto-sensitization and a direct correlation of the Coombs' test has also been suggested for the formation of the "L.E." phenomenon.^(25,26) The "L.E." factor represents auto-antibody and the cell nucleus is the antigen. Relation to hypersensitivity state of this phenomenon has recently been emphasized by Walsh and Zimmerman.⁽²⁷⁾

CASE REPORT

A Thai (Siamese) girl aged 13 (H.N. 13010.92) was first admitted to the Medical Service of Siriraj Hospital on April 4, 1949 with the chief complaint of continuous bleeding from the nose for 20 hours. The history dated back to three months

before admission when she noticed occasional appearances of ecchymoses here and there over both extremities. Later, some purpuric spots developed and there was bleeding from gums three days before admission. Past and family histories were noncontributory.

On admission the temperature was 38.8°C; pulse 140/min.; respiration 24/min.; B.P. 102/40. Physical examination revealed a well-nourished girl, pale but not icteric. Numerous purpuric spots and ecchymoses were found over both extremities and a few of them on the trunk. There was slight enlargement of superficial lymph glands on both sides of neck. Examination of the lungs, heart and abdomen was negative. Fluoroscopy of the chest showed no evidence of pulmonary infiltrations.

Laboratory studies: Hemoglobin 42%; R.B.C. 2.3 million; W.B.C. 13,400 with 76% of polymorphonuclear cells, 23% of lymphocytes and 1% of eosinophiles. Blood platelets were 12,900. Coagulation time was 4 min. Bleeding time was 1½ hour. Tourniquet test was positive. Kahn reaction was negative. Urine and feces were normal.

A diagnosis of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura was made. The treatment was symptomatic with repeated blood transfusions. She unfortunately had an attack of *P. vivax* infection from one of the transfusions and was treated with quinine dihydrochloride. Painful feeling in the left hip occurred about 2½ months later. Roentgenogram of the hip, lumbosacral region and sacro-iliac joints showed no evidence of bone or joint involve-

ment. The pain was only relieved by analgesics. The patient was discharged on July 13, 1949 with no bleeding symptoms but still with slight pain of the left hip.

The patient was again admitted on May 16, 1952 because of bleeding nose for 1 month. In the interval of 3 years between the two admissions, her health was only affected by the constantly painful left hip and occasional fever. Later roentgenogram of sacro-iliac joints showed sacro-iliac arthritis on the left side.

About two months prior to the second admission, few erythematous spots were noticed over both malar eminences, gradually increasing in number. Ecchymoses here and there soon appeared, again accompanied by frequent bleeding from nose and gums. She became easily fatigued and had lost some weight. Left cervical lymph glands became enlarged. Fever was present, especially in the afternoon.

On admission the temperature was 37.8°C; pulse 124/min.; respiration 20/min.; B.P. 110/80. The patient was thin and pale. Erythematous spots were symmetrically distributed over both malar eminences. Few ecchymoses were found over the nape of neck and left arm. Submandibular and superficial cervical lymph glands were palpable, from a bean to thumb size, discrete, movable and slightly tender. Examination of other systems was negative.

Laboratory studies: Hemoglobin 60%; R.B.C. 3.56 million; W.B.C. 5,600 with 73% of polymorphonuclear cells, 35% of lymphocytes and 4% of eosinophiles. Blood platelets were 114,000. Reticulocytes were

2.6%. Tourniquet test was positive. Bleeding time was $6\frac{1}{2}$ min. Coagulation time was 9 min. Bone marrow aspiration revealed normal cellular picture. Kahn reaction was positive. Urine and feces were normal.

Blood chemistry findings: albumin 3.1 gm.%; globulin 3.1 gm.%; creatinine 1.2 mg.%; N.P.N. 26.5 mg.%; cholesterol 83 mg.%; sugar 86 mg.%; urea 36.7 mg.%; NaCl 500 mg.%; calcium 8.1 mg.%; potassium 14.3 mg.%.
 * Fluoroscopy of the chest showed no evidence of pulmonary infiltrations.

One of the cervical lymph glands was biopsied and the microscopic section showed hyperplasia of lymphoid tissue with slight increase of mononuclear cells.*

About two weeks after admission she had high fever with sore-throat. Nonhemolytic streptococci were found in hemoculture. Penicillin was given and the response was quite satisfactory.

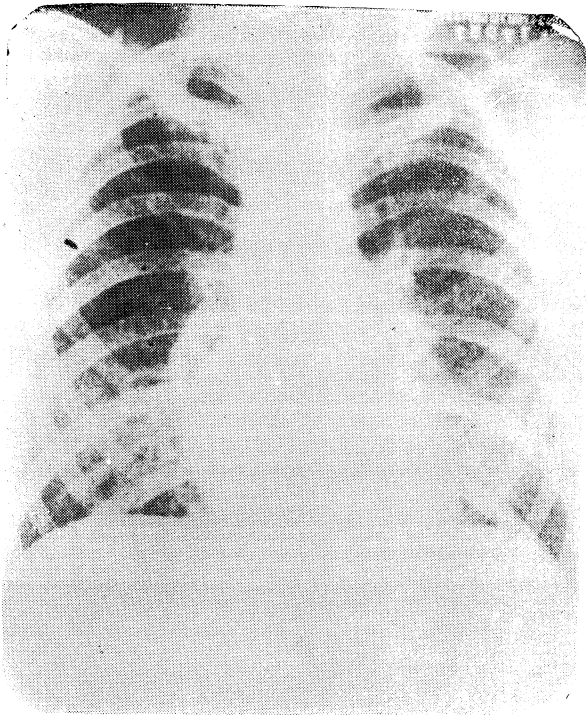
The appearance of the erythematous spots over the butterfly area of the face made one aware of lupus erythematosus disseminatus. Thus a test for demonstration of the "L.E." phenomenon by the method of Hamburger⁽³¹⁾ was performed. The result was positive (fig. 1 and 2). Similar positive result was obtained on re-examination about a month later.

As the left hip became more painful and the weakness increased, cortisone was given initially at 50 mg. per day. The dose was so small because at that time the

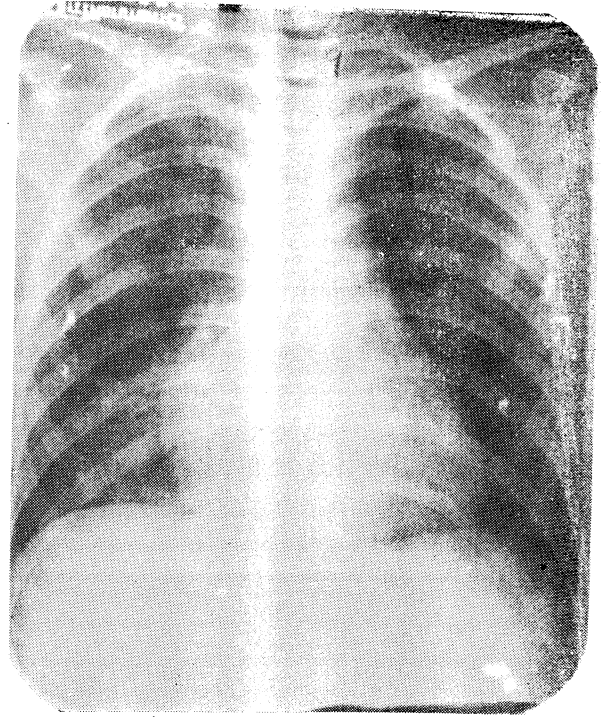
drug was not easily available and the patient was of small build. Left interphalangeal joints became painful and so cortisone was increased to 75 mg. per day, resulting in much improvement of the general condition. Joint pain became slight, appetite increased and rashes faded.¹

At the beginning of September, 40 days after beginning the treatment with cortisone, while she was still receiving 75 mg. of cortisone per day, the patient developed left lower chest pain. Friction sound was detected. Roentgenogram of the chest showed pulmonary infiltrations over both lung fields, apparently tuberculous. Cortisone was then stopped. The patient ran high fever with occasional coughing of blood-stained sputum. Blood examination revealed W.B.C. 5,400 with 90% of polymorphonuclear cells and 10% of lymphocytes. Tuberculin test was negative from 1:100,000 to 1:100 dilution. Sputum was negative for acid-fast bacilli. Penicillin in heavy doses was given for 3 days and when the condition became more serious, cortisone was given at 100 mg. per day. Improvement with a drop of temperature was noted. But after a few days the fever shot up again. Subsequent roentgenograms showed clearing of pulmonary infiltrations in about a fortnight but there was an increasing area of dullness over the right paratracheal region and small amount of effusion on the right side. White blood count showed polymorphonu-

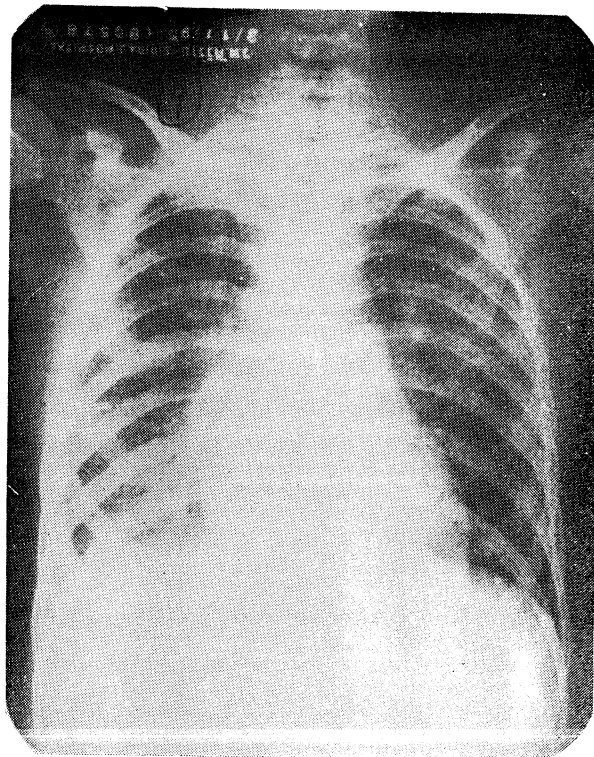
* Kindly read by the Department of Pathology.



Sept. 1. 52 Pulmonary infiltrations over both lung-fields.



Sept. 12. 52 Almost complete clearing of the pulm. infiltr. in rt. lower lung-field. Left lung new clear.



Nov. 3. 52 Bilat. pulm. T.B. apparently slowly progressing. Also slight enlargement of the heart.

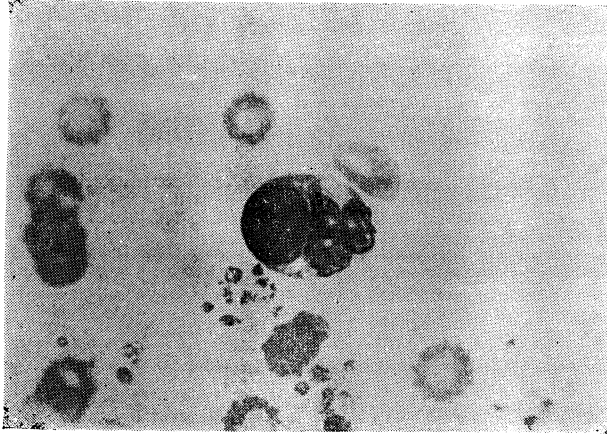


Figure 1
"L.E." cell

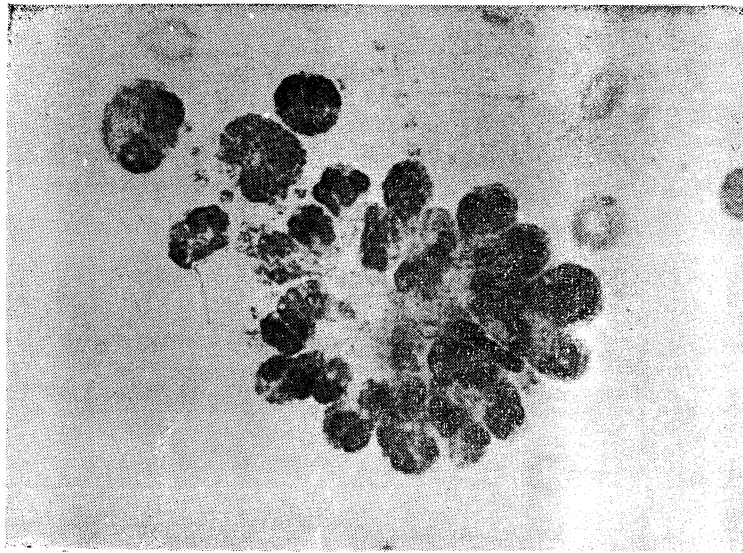


Figure 2
"Rosette" formation, showing clumping of leukocytes
around a homogenous mass.

clear leukocytosis and so penicillin alone was given, but with very slight effect. As hemoculture was positive for *S. paratyphi C* and agglutination was also positive in 1:160 titre, chloramphenicol was given. The response was satisfactory: the temperature gradually declined, general condition improved. Chloramphenicol was tailed off and stopped after a total of 8.75 gm. Lung signs were unchanged. Roentgenogram revealed pleuritis with small amount of effusion on the right side; there were enlarged hilus glands with perihilar infiltrations on both sides.

In October, the skin lesions appeared to be increasing in extent with newly developed ecchymoses. There were bleeding from gums and pain over right shoulder and interphalangeal joints. Coughing with occasional blood-stained sputum was present. Tuberculin test was again negative in 1:1,000 dilution. Symptomatic treatment including a blood transfusion was given. There was no improvement and so cortisone was resumed at 100 mg. daily. After a few days, there were puffiness of face and swelling of legs. Albumin in urine was positive. Blood pressure was 180/120. Cortisone was thereupon stopped, and the blood pressure dropped to normal with a decrease in puffiness of face and edema of legs.

The patient refused further hospitalization and was discharged on November 21, 1952. Last roentgenogram of the chest on November 3, 1952 gave the impression of bilateral pulmonary tuberculosis, apparently slowly progressive; and right basal pleuritis with small amount of fluid.

It was reported that the patient died at home a few months after discharge. Apart from more swelling of legs and breathlessness, no other details were obtained.

COMMENT

Cases of lupus erythematosus disseminatus have previously been observed in the Department of Internal Medicine of Siriraj Hospital, but none has ever been confirmed by the demonstration of the "L.E." phenomenon, nor reported.

Hematologic disorders, including thrombocytopenic purpura are well known manifestations of this disease, though infrequent.^(10,28) Typical butterfly rash is frequently a preterminal manifestation, and false positive reactions in Wassermann or flocculation tests may occur.⁽⁵⁾

At present ACTH and cortisone are the only drugs that may prolong the life of patients with this disease, though they do not cure. Complications may occur during the course of treatment and among them several cases of tuberculosis have been reported.⁽²⁹⁾ It is possible that the two steroids lower the natural resistance of the host and act as desensitizing agent, diminishing the sensitivity to tuberculin test.

Most of the manifestations described in the introduction of this paper were observed in our case. It is doubtful whether the involvement of lungs and pleurae is tuberculous in origin or a manifestation of lupus erythematosus itself, or both. The case for lupus erythematosus disseminatus is supported by the clearing

of early pulmonary infiltrations within a short time without antituberculous treatment. Smears of sputum were also repeatedly negative for acid-fast bacilli. The case for tuberculosis is supported by the persistence of the perihilar infiltrations later found. Tuberculin negativity can be explained by the desensitizing effect of cortisone.⁽³⁰⁾

SUMMARY

A case of lupus erythematosus disseminatus in a young Thai (Siamese) girl is reported. Typical manifestations were present, preceded by thrombocytopenic purpura. The diagnosis was confirmed by the demonstration of the "L.E." phenomenon by the method of Hamburger.

Treatment with cortisone was given. The nature of pulmonary and pleural involvement in this case is uncertain.

The patient died at home a few months after discharge and nearly four years after the onset of the illness.

Acknowledgement: We wish to thank Dr. Sood Sangvichien, Professor and Head of the Department of Anatomy for the photomicrographs and reproduction of the roentgenograms.

REFERENCES

1. P. Klemperer, A.D. Pollack and G. Baehr, *J.A.M.A.* 119:331 (1942).
2. G. Baehr, and A.D. Pollack, *J.A.M.A.* 134:1169 (1947).
3. R.A. Jessar, R.W. Lamont-Havers, and C. Ragan, *Ann. Int. Med.* 38:717 (1953).
4. M.M. Hargraves, H. Richmond, and R. Morton, *Proc. Staff Meet., Mayo Clin.* 23: 25 (1948).
5. H. Montgomery, and W.G. McCreight, *Arch. Dermat. & Syph.* 60:359 (1949).
6. L. Berman, A.R. Axelrod, H.L. Goodman, and R.I. MCLAughry, *Am. J. Clin. Path.* 20:403 (1950).
7. S.L. Lee, S.R. Michael, and I.L. Vural, *Am. J. Med.* 10:446 (1951).
8. J.R. Haserick, *J. Invest. Dermat.* 16:211 (1951).
9. J.R. Haserick, and R.D. Sundberg, *J. Invest. Dermat.* 11:209 (1948).
10. S.R. Michael, I.L. Vural, F.A. Bassen, and L. Schaefer, *Blood* 6:1059 (1951).
11. J.R. Haserick, and D.W. Bortz, *Cleveland Clin. Quart.* 16:158 (1949).
12. P.A.J. Smith, *Brit. J. Dermat.* 64:10 (1952).
13. J.B. Watson, P.A. O'Leary, and M.M. Hargraves, *Arch. Dermat. & Syph.* 63:328 (1951).
14. T.A.J. Van Doormaal, and J.T.R. Schreuder, *Dermatologica* 101:167 (1950).
15. S.S. Barnes, T.W. Moffatt, C.W. Lane, and R.S. Weiss, *Arch. Dermat. & Syph.* 62:6 (1950).
16. J.R. Haserick, L.A. Lewis, and D.W. Bortz, *Am. J. Med. Sc.* 219:660 (1950).
17. J.B. Moyer, and G.S. Fisher, *Am. J. Clin. Path.* 20:1011 (1950).
18. R.J. Rohn, and W.H. Bond, *Am. J. Med.* 12:422 (1952).
19. W. Dameshek, and M.L. Bloom, *Blood* 5:101 (1950).
20. G.S. Fisher, and J.B. Moyer, *Grace Hosp. Bull.* 28:3 (1950).
21. J.R. Haserick, and L.A. Lewis, *Blood* 5:718 (1950).

22. J.R. Haserick, Arch. Dermat. & Syph. 61:889 (1950).
 23. H. Silver, and A. Kuna, J. Invest. Dermat. 19:281 (1952).
 24. T. Inderbitzin, J. Invest. Dermat. 20:67 (1953).
 25. A. Zontendyk, and J. Gear, Brit. Med. J. 2:1175 (1950).
 26. S.C. Gold, J. Invest. Dermat. 19:333 (1952).
 27. J.R. Walsh, and H.J. Zimmerman, Blood 8:65 (1953).
 28. E.L. Dubois, Am. J. Med. 12:197(1952).
 29. B. Walker, Brit. Med. J. 2:1078(1952).
 30. G.S. Mirick, Bull. John Hopkins Hosp. 88:332 (1951).
 31. R.N. Hamburger, Yale J. Biol. and Med. 22:407 (1950).

liver	ตับ
liver cell	เซลล์ตับ
hepatic vein	หลอดเลือดดำของตับ
portal vein	หลอดเลือดดำพอร์ทัล
bile	น้ำดี
bile duct	ท่อน้ำดี
common bile duct	ท่อน้ำดีรวม
bile capillary	หลอดเลือดฝอยน้ำดี
bile salts	เกลือน้ำดี
bile acids	กรดน้ำดี

(ความย่อจากพจนานุกรมอังกฤษข้างต้น)

ลูปัสเอเรียมมาโตซูลคิลเซมินาตุล

สร เมตติยวงส์
พ.บ.

และ สุเอ็ด คชเสนี
พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

โรคนี้เป็นโรคของร่างกายทั้งร่าง, ไม่ทราบสาเหตุ. จัดเข้าในพวก "collagen disease". การดำเนินโรคและอาการมีดังนี้คือ: (๑) มีไข้และไม่สม่ำเสมอ. หายเองได้. (๒) อ่อนเพลีย, น้ำหนักลด. (๓) เยื่อเซรวัสและซินโนเวียล (เช่นเยื่อหุ้มข้อและเยื่อข้อ) อักเสบ. (๔) ต่อมน้ำเหลืองเป็นโรค. (๕) อวัยวะสร้างเลือดถูกกดทางด้านหน้า. (๖) หัวใจและไตเป็นโรค. (๗) ผื่นขึ้นที่ผิวหนัง, โดยเฉพาะเนื้อที่รูปผีเสื้อที่หน้า. (๘) ตับ, ม้ามโต. ระบบประสาทและจิตใจ ไม่ค่อยถูกกระทบกระเทือน. โรคนี้มักเป็นในหญิงอายุ ๑๑ ถึง ๔๐ ปี.

ในระยะแรกมักจะวินิจฉัยแยกโรคได้ยาก, นอกจากสามารถแสดง "L.E. phenomenon" ซึ่งมี "L.E. cells" ปรากฏหรือเรียงเป็นวงคอกจันทร์ (roset-

te) ปรากฏในเลือดในส่วนตนของร่างกาย (peripheral blood), ในไขกระดูกหรือในเนื้อเยื่อ.

รายงานผู้ป่วย หญิงไทยอายุ ๑๓ ปี (ต.น. ๑๓๐๑๐.๕๒), วัฏจักรแรกเมื่อ ๔ เมษายน ๒๔๕๒ ด้วยอาการสำคัญว่ามีเลือดออกทางจมูกมา ๒๐ ชั่วโมง. สามเดือนก่อนได้มีจ้ำเลือด (ecchymosis) ที่ขาทั้งสองข้าง, และ ๓ วันก่อนมาโรงพยาบาลมีจุดเลือด (purpuric spots) เกิดขึ้นและมีเลือดออกจากเหงือก. ได้วินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นอีทีโอปาทิคกรูมโอสซิปโตบีนคเปอร์เปอรา. ได้ถ่ายเลือดให้สองเดือนครึ่งต่อมาเจ็บที่ตะโพกซ้าย. โดยเอ็กซเรย์ไม่พบสิ่งผิดปกติ. ผู้ป่วยกลับไปบ้านได้สามปี, ถูกลดมาอีกเมื่อ ๑๖ พ.ค. ๒๔๕๕ ด้วยอาการเลือดออกจาก

จุ่มกัมมันต์แคงท์โทนิกแกมมา ทั้ง สอง ข้าง, ซึ่งค่อย ๆ เพิ่มจำนวนขึ้น. มีจำเล็ดตามขา. เล็ดคออกจากเหงือกและจากจุ่มอก. น้ำหนักตัวลด. ท่อมหน้าเหลืองทคอโตขึ้นมาก, ขนาดเท่าแม่คั่วถึงหัวแม่มือ, ไม่ติดกัน, เคลื่อนไหวได้และเจ็บเล็กน้อย. มีไข้ในตอนบ่าย. ปฏิกริยาคาคัน, ซึ่งเมื่อสามชกอนให้ผลลบ, คราวนี้ให้ผลบวก. ไข่ออฟซัยค่อมหน้าเหลืองทคอบว่ามีไฮเปอร์เพลเซียของเนอซนิคติมฟ้อยด์และเซลล์โมโนนิวเคลียร์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย. ไม่พบการแทรกซึมในเนอปก.

เมื่อปรากฏจกท์โทนิกแกมมา, แสดงว่าเป็นลูปส์เอริธิม่าโตซุสคิสเซมินาตส์กัทรว L.E. phenomenon โดยวิธีของ Hamburger ได้ผลบวกเป็นการยืนยันถึงสองครั้งห่างกันหนึ่งเดือน (ดูภาพ). รัักษาค้วยคอร์ติโซน, อาการคขึ้นข้าง. สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยมีไข้สูง. เอ็กซเรย์สงสัยเป็นวัณโรคปก. ไอ. เสมหะมีเลือดคิตแต่ไม่พบเชื้อแอซิดฟาสท์. ทคสอบทเบอรคูลินให้ผลลบถึง ๑ ท่อ ๑๐๐. เม็ดเลือดขาว ๕๕๐๐, โปลียมอร์ฟ ๘๐ เปอร์เซนต์. ๒ สัปดาห์ต่อมาเอ็กซเรย์

แสดงว่าอาการแทรกซึมในปอดซก้างลง, แต่มีส่วนทขทขบริเวณพาราโทรเคียดข้างขวา, และมีน้ำในเยื่อหุ้มปอดขวาเล็กน้อย. ใค้ให้เพนิซิลลิน. ไม่คขึ้น. ต่อมาพบว่าเป็นไข้พาราทัยฟอยด์ซั, จึงให้คลอแอมเฟนิคอล. ไข้ลง. แต่ภาพเอ็กซเรย์ไม่เปลี่ยนแปลง.

หนึ่งเดือนต่อมา อาการ ทาง ผิวหนังมากขึ้น. เล็ดคออกจากเหงือก. ปวดทข้อไหล่ขวาและข้อนิ้ว. ไอ. เสมหะมีเลือดคิต. ทคสอบทเบอรคูลินให้ผลลบอีก. รัักษาค้วยคอร์ติโซน, และให้เลือดคอก. เกิดวมทหน้าและขา, จึงหยุดคอร์ติโซน, เอ็กซเรย์พบวัณโรคทงสองข้าง, ซึ่งค่อยค้ำเนินไปซ้า ๆ และมีเยื่อหุ้มปอดส่วนฐานอีกเสบ, มีน้ำเล็กน้อยข้างขวา.

ผู้ป่วยไม่ยอมอยู่โรงพยาบาล และไปค้ำบ้านในสองสามเดือนต่อมา. รวมเวลาช่วยทงสนสย.

อภิปราย ได้มีการยืนยันโรคนัโดยทรวงใค้ "L.E. phenomenon" เป็นครั้งแรก. อากมีโรคของเลือดเป็นอาการแสดงค้วย. ก่อนตายมีผน "รูปลัเสอ" ปรากฏซัคเจน. ปฏิกริยาวัสเซอร์แมนทรอคาคัน

อาจให้ผลบวกเท็จได้. ACTH และคอร์ติโซลเป็นยาที่อาจยักชีวิตผู้ป่วยได้, แต่ก็อาจทำให้ความต้านทานโรคต่ำลง, และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้, เช่นวัณ-

โรค. การศึกษาทั้งสองนี้ก่ความต้านทานอาจเป็นเหตุที่การทดสอบทูเบอร์คูลินให้ผลลบ.

(บ.น.)

การรวบรวมเงินเพื่อส่งช่วยการครองชีพของแม่หม่อมเฮลลิสถึงกลางเดือนสิงหาคม ได้เงินประมาณสามหมื่นห้าพันบาทแล้ว เมื่อพ้นกำหนดสิ้นเดือนนี้ คณะกรรมการจะได้จัดการส่งไปยังท่านผู้รับโดยเร็วที่สุด รายชื่อผู้ส่งเงินสมทบ และจำนวนเงินอย่างคร่าวๆจะได้พิมพ์ในสารศิริราชฉบับกันยายน ๒๕๕๖

เฮปาทิคโคมา (โคลิเมีย)

วิกิจ วีรานวัตต์

พ.บ., M.P.H.T.M. (Tulane)

(แผนกอายุรศาสตร์)

ในระยะสุดท้ายของโรคตับ, ที่มีอาการ เหลือง (ที่ซ่าน) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม, ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมโดยมี อาการง่วง, ซึม, ไม่พดจา, หมดสติ, เข้าสู่ระยะโคมา. ข้าพเจ้าเชื่อว่าเพอเนแพทีย ส่วนมากคงได้ประสพภาวะอนันขงเกิดแก่ผู้ป่วย ของตนบ้างไม่มากก็น้อย. ผู้ป่วยบาง รายมีอาการหายใจหอบลึก, มีอาการตก เลือดจากเยื่อหรือดำได้. อะไรเล่าเป็น ต้นเหตุและเรองแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วย มีอาการและการดำเนินของ โรคในระยะ ท้าย ๆ นคล้ายกัน. ผู้ป่วยมีอาการคล้าย ยूरเมียมาก, แต่ก็ไม่เหมือนกันทีเดียว. ความจริงภาวะนี้ไคมีแพทียหลายแขนงสน ใจกันมากและได้พยายามค้นคว้ากันเรื่อย ๆ มา. ข้าพเจ้าจึงเห็นว่าสมควรจะค้นหาว่า เรองนี้มาเล่าสู่กันฟัง, อันเป็นแนวนำไป ถึงหลักการบำบัด. ข้าพเจ้าได้ค้นรายงาน ของผู้ป่วยในแผนกมา ๑๑ รายซึ่งไคมี

การศึกษาดทางชีวเคมีกันบ้างก่อนผู้ป่วย ถึงแก่กรรมเล็กน้อยถึงในตารางท้ายราย งานนี้, แต่ต้องออกตัวว่าไม่ได้ทำอย่าง ละเอียด. บางรายเจาะเลือดไม่พอกับการ ตรวจ เพราะผู้ป่วยถึงแก่กรรมเสียก่อน. บางรายมาถึงโรงพยาบาลได้ไม่กี่ชั่วโมง ก็ถึงแก่กรรม. ทั้งนี้จึงต้องเสนอเท่าที่ ทำได้.

Hepatic coma หรือ Coma hep- aticum เป็นคำที่คิดกว่า cholemia เพราะ cholemia มีความหมายตามคำแปลว่า "น้ำค้ในโลหิต" เท่านั้น, ทาตรงกั ความจริงที่เกิดขึ้นไม่. แต่เนื่องจากโคลิ เมียเป็นคำที่ไซกันมาแล้วนาน (Fre- richs 1860), แพทย์บางท่านและในหนังสือ บางเล่ม, วารสารบางฉบับก็ยังคงใช้ คำนี้อยู่.

สาเหตุ จนบัดนี้ก็ไม่มีผู้ใดทราบถึงสาเหตุ แน่ฉนของเฮปาทิคโคมา. ไคมีผู้กล่าว

ถึงสิ่งต่อไปนี้อาจเป็นต้นเหตุ, หรือ
เกี่ยวข้องกับเซปติคโคมา :

๑. กรดน้ำดี (Bile acids), เกลือน้ำดี

(Bile salts). สารสองจำพวกนี้คงอยู่
ในการไหลเวียน, อาจเป็นต้นเหตุของ
โคมา. แต่เหตุผลที่คานาก็คือผู้ป่วยไม่จำ
เป็นต้องมีอาการเหลืองก็มีภาวะเช่นนี้ได้.
อาการเหลืองมากหรือน้อยไม่เกี่ยวกับการ
เกิดโคมาเร็วหรือช้า, หรือไม่เกิด, ดังที่
พวกเราได้เห็นบ่อย ๆ ในผู้ป่วย. ในผู้
ป่วย ๑๑ คนของเรา, รายที่ ๕ ได้มีอาการ
เหลือง; แต่รายที่ ๑๑ เหลืองจืด, มีอีก
เคอร์สอินเทกส์ถึง ๑๖๗. ในสัตว์ทดลอง
ของ Litchman และ Stern (๑๙๓๕)
ฉีดน้ำดีเข้าหลอดโลหิต, หรือใส่ น้ำดีลง
ไปรอบ ๆ สมองและไขสันหลังเฉพาะที่,
ทำให้เกิดการชักและโคมาในแมว. ซึ่งมี
ลักษณะไม่เหมือนกับโคลัสเมียเลย.

๒. ระดับน้ำตาล ในโลหิต และ น้ำตาล ในปัสสาวะ.

ในบางรายอาจมีฮัยเปอร์
กลัยซีเมีย, ฮัยโปกลัยซีเมียหรือกลัยโค
ซูเรียเข้ามาปรากฏ, แต่ไม่จำเป็นเสมอ
ไปทุกราย. โรคคัยบางอย่าง, เช่นคัย

อักเสบโดยติดเชื้ออย่างปัจจุบัน (infec-
tious hepatitis), คัยเหี่ยวเหลือง
อย่างปัจจุบัน (acute yellow atrophy)
อาจทำให้มีฮัยโปกลัยซีเมียเกิดเอง (spon-
taneous hypoglycemia) ทำให้มีอาการ
แสดงซึ่งต้องรักษาโดยทันที, ดังที่
ได้มีรายงานในวารสารมาแล้ว. ฮัย-
โปกลัยซีเมียเนื่องจากคัย (hepatic hy-
poglycemia) เกิดจากการเสื่อมโทรมที่
กระจายทั่ว ๆ ไปในเนื้อคัย (Comm,
๑๙๔๗). พวกที่มีฮัยเปอร์กลัยซีเมียและ
กลัยโคซูเรียคงพบได้ในบางรายของคัยอัก
เสบโดยติดเชื้ออย่างปัจจุบันและ โรคเนื้อ
ร้ายของคัยอ่อน (Flood et al, ๑๙๓๓;
Levy and Litchman, ๑๙๔๐). ใน
รายงานของเรามี ๒ รายที่มีกลัยโคซูเรีย
(รายที่ ๓ และ ๔), แต่ น้ำตาลในเลือด
อยู่ในระดับปรกติ. นอกนั้นไม่ปรากฏว่า
มีการเปลี่ยนแปลงในระดับน้ำตาลในเลือด
หรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ.

๓. เอโซทีเมีย (Azotemia), อะมิโน แอซิดีเมีย (Aminoacidaemia).

ยูเรียที่เกิดกับผู้ป่วย ที่มีอาการทางคัยได้
มีรายงานมาแล้วตั้งแต่ปี ๑๘๗๖ โดย

Whittle. เราได้พบในบางรายของผู้ป่วย. อาการที่น่าจะเป็น คับเหตุนองการ สูญเสียสมรรถภาพของตับ, แต่คงไม่ใช่เหตุผลแท้จริง. ถ้าสังเกตในผู้ป่วยของเราแล้ว, จะเห็นว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความแรงของ ยูรีเมีย และการเกิด โคลิเมียเลย. ในผู้ป่วยที่ไว้วิเคราะห์ในโตรเงินในเลือด ๕ ราย, ผลอยู่ในระดับปกติ ๔ ราย (รายที่ ๑, ๕, ๗, ๘). หนึ่งในรายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง (รายที่ ๕). มีสูงมาก ๔ ราย (๔, ๖, ๑๐, ๑๑). ในรายเหล่านี้ มีการเปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะที่เห็นโตชดคือรายที่ ๑๐, ๑๑. อีก ๒ ราย รายที่ ๔ และ ๖, เพียงมีแอลบิวมินอยู่ในปัสสาวะเท่านั้น. เป็นที่น่าสังเกตว่าใน ๔ รายมีอาการเหลืองจัดทั้งนั้น (อิคเทอริส อินเด็กซ์ ๑๐๐-๑๖๗). Thomson, Frazier และ Ravdin กล่าวว่าอาการเหลือง อาจทำให้เกิดพยาธิสภาพในไต และตรวจพบสิ่งผิด ปกติใน ปัสสาวะ ที่ เรียก กันว่า bile nephrosis หรือ cholemic nephritis, เช่นคิเจเนอเรนซ์ของทวบล, แพรกเม็นเทชั่นและเคสควาเมชั่นของเฮปติไลสมของทวบล, วัตถุสีของน้ำคอกหลุดทวบล และการ เปลี่ยนทาง คิเจเนอเรนซ์ในกลุ่ม

กลอเมอร์ไล. Litchman กล่าวว่าคิเจเนอเรนซ์ของ ทวบล อาจเกิดขึ้นในรายมีอาการเหลืองไต, แต่ไม่ทำให้เกิดการคั่งของ N.P.N. Meyer, Popper และ Steigman (๑๕๔๑) พบว่ามีฮีปโตซีสของยูเรียเพิ่มขึ้นในทวบลในรายมีตับซำรุก, และการกรองของกลอเมอร์ไลคนี้ลดลงในรายมีอาการเหลือง. เนื่องจากในบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในโลหิต, Stewart และ Cantarow ได้ฉีดโซเดียมคิซัยโตรโคเลต (เกลือของน้ำคิ) เข้าหลอดโลหิตดำในสุนัข, ทำให้เกิดพยาธิสภาพอย่างรุนแรงในไต, มีการเปลี่ยนทางคิเจเนอเรนซ์ในทวบล. Helwig และ Schutz (๑๕๓๕) เชื่อว่ามีแฟคเตอร์อื่น, นอกจากที่ออกซิเจนที่ปล่อยออกมาจากเนื้อชดที่ตาย, มาเป็นพิษต่อไต. Nonnebruch (๑๕๓๗) ได้จำแนกผู้ป่วยที่เป็นโคลิเมีย ตามความสัมพันธ์กับสารปฏิภูมในโตรเงินในเลือดดังนี้:

(ก) โคมาโดยไม่มี การ คั่ง ของ ในโตรเงินและการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของเลือด (คั่งผู้ป่วยของเรา รายที่ ๑, ๕, ๗, ๘).

(ข) โคมาโดยมีการคั่งของสารใน-

โตรเจนในเลือดปานกลาง. อะมิโนแอซิดที่เมียบ (aminoacidaemia) และเอโซที่เมียบ (azotemia) เล็กน้อย. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะ, เช่นไม่พบไข่ขาว, เม็ดโลหิตแดง, และขาว (ทั้งผู้ป่วยรายที่ ๕).

(ค) โคมาที่มีในโตรเจน คั่งมากในเลือด (hepatorenal coma), อาจมีอาการของยูริเมียหรือไม่มี. มีการเปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะ: เช่นพบเม็ดโลหิตขาว, ไข่ขาว, เม็ดโลหิตแดง (ทั้งผู้ป่วยรายที่ ๑๐), ทำให้มีอาการของ hepatorenal syndrome (Garlock และ Klein, ๑๙๓๘; Boyce และ McFetridge, ๑๙๓๕).

๔. โปแตสเซียมในเซรัม. Cantarow (๑๙๓๘) พบว่าระดับโปแตสเซียมในโลหิตเพิ่มขึ้นถึง ๓๒.๕ มก. ต่อ ๑๐๐ ล. ซม. ในระยะสุดท้ายของโรคตับเหี่ยว, แม้ว่าภาวะเลือดมีโปแตสเซียมมาก (hyper-kalemia) มีในที่สุดอื่น ๆ ด้วย. ดังนั้นความสัมพันธ์จึงยังไม่ชัดเจนชัด.

๕. วิตามิน. Snell และ Nesbitt (๑๙๔๑) ได้สังเกตความคล้ายคลึงระหว่างอาการของเฮปาทิกโคมา และของโรคของเนอสมอง (encephalopathy), และแอลกอฮอล์พิษโคสติสจากการขาดวิตามินบี. เฮปาทิกโคมาอาจเนื่องมาจากหน้าที่เก็บ วิตามิน ของตับเสียไปก็เห็นได้. เป็นความจริงว่าในบางรายที่ตับเสื่อมสมรรถภาพมาก ๆ และมีอาการโคมา, การให้วิตามินบีและกรณินโคติคจำนวนมากๆ ทำให้อาการหายไต่อย่างประหลาด (Litohman, 1949).

๖. อื่น ๆ (ก) การเบี่ยงทางให้เลือดไหลเฉียงไปเสียจากไต (pre-renal deviation of fluid). ข้อนี้ควรเกี่ยวกับการผันแปรในคูลย์อิล็คโตรลิต, หรืออาจเป็นเหตุอื่นที่ยังไม่ทราบ.

(ข) แอซิโคสติส. คนไข้รายที่ ๑ ของเรามีอำนาจจับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ๒๕.๔ เปอร์เซ็นต์ปริมาตร, แต่ไม่มีสารคีโตนในปัสสาวะ.

(ค) การขมมน้ำของสมอง. อาจสำคัญในรายที่มีอาการขมมน้ำมาก ๆ.

(ง) การตกเลือดในสมอง.

(จ) การขาดออกซิเจน (anoxemia) หรืออ็อกซีเจนต่ำ (hypoxia) ของสมอง.

สรุปข้อตรวจพบในเลือดและปัสสาวะ

มีผู้ช่วยในแผนกอายุรศาสตร์ (เท่าที่ค้นได้) ๑๑ รายที่มีอาการเซปติกโคมา และถึงแก่กรรม.

รายที่ ๑. นาง ส.น., ล.ท. ๑๑๘๔๕.๕๑, ล.น. ๒๔๘๐.๕๑, วันรับ ๓๑ มี.ค. ๕๑. วินิจฉัย: ตับเหลืองเหลืองปื้น (acute yellow atrophy). เคมีเลือด: น้ำตาล ๕๕ มก. ปช., N.P.N. ๓๑.๖ มก. ปช., ยูเรีย ๑๘.๒ มก. ปช., เคราตินิน ๑.๗ มก. ปช., อิกเทอริสอินเด็กซ์ ๑๑๖.๖, อำนาจจับ CO₂ ๒๕.๔. เคมีปัสสาวะ: แอลบูมินไม่พบ, น้ำตาล—ไม่พบ, น้ำที่+, เม็ดเลือดแดง—ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว—ไม่พบ, คัสท์—ไม่พบ, สารคีโตน—ไม่พบ. (ม.ท. น้ำไขสันหลัง—ปกติ).

รายที่ ๒. นาง ถ.น., ล.ท. ๘๗๓.๕๑, ล.น. ๓๕๒๕.๕๑, วันรับ ๑๕ พ.ค. ๕๑, วินิจฉัย: ตับเหลืองและมอดกน. เคมีเลือด: น้ำตาล ๗๔ มก. ปช., อิกเทอริสอินเด็กซ์ ๑๔.๑, เคมีปัสสาวะ: แอลบูมิน—ไม่พบ, น้ำตาล—ไม่พบ, น้ำที่—ไม่ได้อตรวจ, เม็ดเลือดแดง—ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว—ไม่พบ, คัสท์—ไม่พบ, สารคีโตนไม่พบ.

รายที่ ๓. นาย ม.ป., ล.ท. ๘๕๗.๕๒, ล.น. ๒๐๐.๕๒, วันรับ ๗ ม.ค. ๕๒. วินิจฉัย: ออบสเคอร์คัพปิลีเรียเซอโรโรลิส. เคมีเลือด: น้ำตาล ๑๐๐ มก. ปช., อิกเทอริสอินเด็กซ์ ๕๕.๖, เคมีปัสสาวะ: แอลบูมิน—ไม่พบ, น้ำตาล—พอพบ, น้ำที่+++ , เม็ดเลือดแดง—ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว—ไม่พบ, คัสท์—ไม่พบ, สารคีโตน—ไม่พบ (ม.ท. การทดสอบความทนกลูโคสปกติ).

รายที่ ๔. นาย ส.ช., ล.ท. ๒๗๔๐๕.๕๓, ล.น. ๕๕๑๑.๕๓, วันรับ ๓ ก.ค. ๕๓. วินิจฉัย: โรคไวล์ (Weil's disease) เคมีเลือด: น้ำตาล ๑๑๕ มก. ปช., N.P.N. ๑๐๐ มก. ปช., ยูเรีย ๑๗๔

มก.ปช., อิกเตอร์สอินเท็กซ์ ๑๐๐, เคมีขี้สสารวาระ: แอลบิวมิน+, น้ำตาล++, น้ำค้ำ+, เม็ดเลือดแดง-ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว-ไม่พบ, คีราสต์-ไม่พบ, สารคีโคโคน-ไม่พบ.

รายที่ ๕. นาย อ.ต., ล.ท. ๒๗๘๑๒.

๕๓, ล.น. ๖๐๐๕.๕๓, วันรับ ๕ ก.ค. ๕๓, วินิจฉัย: คับเหี่ยวและเปลี่ยนเป็นมะเร็ง. เคมีเลือก: น้ำตาล ๕๖. มก.ปช., N.P.N. ๓๐.๓ มก.ปช., เคราตินิน ๑.๒ มก.ปช., อิกเตอร์สอินเท็กซ์-ไม่เหลือง, เคมีขี้สสารวาระ: แอลบิวมิน-ไม่พบ, น้ำตาล-ไม่พบ, น้ำค้ำ-ไม่พบ, เม็ดเลือดแดง-ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว-ไม่พบ, คีราสต์-ไม่พบ, สารคีโคโคน-ไม่พบ.

รายที่ ๖. นาง พ.ส., ล.ท. ๔๓๖๔๘.๕๔,

ล.น. ๑๑๑๐๖.๕๖, วันรับ ๑๗ ก.ค. ๕๔. วินิจฉัย: โรคมะเร็ง. เคมีเลือก: N.P.N. ๑๓๐.๘ มก.ปช., เคราตินิน ๕ มก.ปช., เคมีขี้สสารวาระ: แอลบิวมิน+, น้ำตาล-ไม่พบ, น้ำค้ำ-ไม่พบ, เม็ดเลือดแดงสองสามตัว, เม็ดเลือดขาว-ไม่พบ, คีราสต์-ไม่พบ, สารคีโคโคน-ไม่พบ. (ม.ท. น้ำไขสันหลังปรกติ).

รายที่ ๗. ท.ช. พ.จ., ล.ท. ๔๕๕๕๓.

๕๔, ล.น. ๑๒๘๓๕.๕๔, วันรับ ๓๐ พย ๕๔. วินิจฉัย: คับเหี่ยวและมีอุจจาระ. เคมีเลือก: N.P.N. ๓ มก.ปช., ยูเรีย ๔๑.๗ มก.ปช., เคราตินิน ๑.๕ มก.ปช., เคมีขี้สสารวาระไม่ไค้ตรวจ.

รายที่ ๘. นาย ท.ช., ล.ท. ๓๘๐๓๘.

๕๕, ล.น. ๑๑๒๕.๕๕ วันรับ ๓๐ มก. ๕๕. วินิจฉัย: ผอมมีคในคับ. เคมีเลือก: N.P.N. ๒๗. ๗ มก.ปช., ยูเรีย ๔๔.๔ มก.ปช., เคราตินิน ๑.๒ มก.ปช., อิกเตอร์สอินเท็กซ์-เหลืองปานกลาง. เคมีขี้สสารวาระ: แอลบิวมิน-ไม่พบ, น้ำตาล-ไม่พบ, น้ำค้ำ-พอบพบ, เม็ดเลือดแดง-ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว-ไม่พบ, คีราสต์-ไม่พบ, สารคีโคโคน-ไม่พบ.

รายที่ ๙. นาย ช.ก., ล.ท. ๔๓๘๘.๕๕,

ล.น. ๑๓๔๑.๕๕. วันรับ ๔ ก.พ. ๕๕ วินิจฉัย: มะเร็งคับและมีมีการอุดกั้นปอร์ทัล. เคมีเลือก: N.P.N. ๔๕.๖ มก.ปช., ยูเรีย ๖๒.๒ มก.ปช., เคราตินิน ๑.๘ มก.ปช., อิกเตอร์สอินเท็กซ์ ๑๑๑.๑ มก.ปช., โคลเอสเทอรอล ๒๐๐ มก.ปช.,

เคมีขี้สสาระ; แอลบิวมิน-ไม่พบ, น้ำตาล-ไม่พบ น้ำค้ำ+, เม็ดเลือดแดง-ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว-ไม่พบ, ค้ำสท์-ไม่พบ, สารค้ำโคโคน-ไม่พบ. (ม.ท. C.C.F.3⁺, T.F.2⁺).

แอลบิวมิน+, น้ำตาล-ไม่พบ, น้ำค้ำ++++, เม็ดเลือดแดง-ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว-ไม่พบ, ค้ำสท์-ไม่พบ, สารค้ำโคโคน-ไม่พบ.

สรุป

รายที่ ๑๐. นาง ป.อ., ล.ท. ๒๖๕๕๔. ๕๕, ล.น. ๑๑๓๓.๕๕, วันรับ ๓๐ มิย. ๕๕, วินิจฉัย: โรคไวรัส? เคมีเลือด: N.P.N. ๒๐๐ มก. ปช., ยูเรีย ๒๓๕.๒ มก. ปช., เคราตินีน ๒.๕ มก. ปช., เคมีขี้สสาระ: แอลบิวมิน+, น้ำตาล-ไม่พบ, น้ำค้ำ-ไม่พบ, เม็ดเลือดแดง-ไม่พบ, เม็ดเลือดขาว-น้อยมาก, ค้ำสท์-ชนิดหลายละเอียด, สารค้ำโคโคน-ไม่พบ.

โคมาเซปาคิคุ่มเป็นกลุ่มอาการ (ซินโดรม) ที่ยังหาสาเหตุที่แน่นอนไม่ได้, เช่นเดียวกับก้นขี้ริ้เมย. มันอาจเป็นผลรวมของการผิดปกติหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นในร่างกาย. การศึกษาต่อไปโดยละเอียด, ถึงการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของส่วนต่างๆ ในคนไข้เป็นจำนวนมาก, อาจช่วยนำทางไปถึงแสงสว่างข้างหน้าในเวลาไม่ช้า. ในผู้ป่วยของเรา ๑๑ รายที่แสดงรายงานก็ไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่ชัดเจนพอถึงสาเหตุข้อใด.

รายที่ ๑๑. นาย ล.ท., ล.ท. ๔๔๔๗๘. ๕๕, ล.น. ๑๒๐๘๓.๕๕. วันรับ ๒๕ ตค. ๕๕, วินิจฉัย: มะเร็งหัวตบ้ออน, มีเมตาสเทสิสไปที่ก้น ทำให้เกิดออกก้นปอรัทลและบิลิเอรียซ์เซอโรโรสิส. (ตรวจศพ) เคมีเลือด: น้ำตาล ๑๐๔ มก. ปช., N.P.N. ๒๐๐ มก. ปช., ยูเรีย ๒๒๘.๘ มก. ปช., เคราตินีน ๒.๕ มก. ปช., อิคเทอรินินเด็กซ์ ๑๖๗, เคมีขี้สสาระ:

เอกสาร

- (1) F.F. Boyce, and C.M. Mc-Fetridge, : Arch. Surg. 31:105 (1935).
- (2) J.W. Conn, J.A.M.A.: 134, 130 (1947).
- (3) C.A. Flood, D. Seegal, B.

Spock, and R.F. Loeb: Amer. J. Med. Sc. 185:358 (1933).

(4) J.H. Garlock, and S.H. Klein; Ann. Surg. 107:82, (1938).

(5) H. Levy, and S.S. Litchman, : Arch. Int. Med. 65:607, (1940).

(6) S.S. Litchman.: Disease of the Liver, Gall Bladder and Bile Ducts, Second edition, 1949 (Henry Kimpton and Co.).

(7) S.S. Litchman and E.L. Stern: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 32:1201 (1935).

(8) F.G. Helwig and C.B. Schultz: J. Lab. and Clin. Med. 21:264 (1935).

(9) K.N. Meyer, Popper, and K. Steigman, after Litchman, 1949.

(10) Nonnenbruch, after Litchman. 1949.

(11) H.C. Stewart and A. Cantarow: Arch. Path. 20:86 (1935).

(12) L.L. Thomson, Jr., W.D. Frazier, and I.S. Ravdin: Amer. J. Med. Sc. 199:305 (1940).

(13) W. Whittle, after Thomson (1940).

neutrophil
lymphocyte
basophil
acidophil
eosinophil
monocyte
erythroblast
reticuloocyte

นิวโทรฟิล (น.)
ลิมโฟไซต์ (ล.)
เบโซฟิล (บ.)
แอซิโดฟิล
อีโอสิโนฟิล (อ.)
โมนไซต์ (ม.)
เอริthroblast
เรติคิวโลไซต์

(Abstract of the preceding Article)

HEPATIC COMA (CHOLEMIA)

Vikit Viranuvatti

M.B., M.P.H.T.M. (Tulane)

(Dept. of Internal Medicine)

Attention is drawn to the close similarity in the clinical pictures of hepatic coma (cholemia) and of uremia. The possible etiology of the former is reviewed; at the same time blood and urine findings in eleven patients, all of whom died, are brought into discussion. That hepatic coma may be due to retention of bile acids and bile salts is ruled out by the fact that the degree of jaundice does not determine the onset of coma. Hyperglycemia, hypoglycemia and glycosuria are occasionally met with. In the author's series two patients had glycosuria, but blood sugar level was normal. Azotemia and aminoacidemia are also mentioned. Blood nitrogen was normal in four cases, fairly high in one and very high in four cases. In the last group, examination of urine

showed fine granular casts in one case, bile in another and albumin in all four. It has been mentioned in the literature that the kidney lesions might be due to the blocking of renal tubules with bile pigments, resulting in tubular degeneration. Other possible causes are high serum calcium, lack of vitamin B, pre-renal deviation of fluid and disturbance of electrolyte balance, acidosis, cerebral edema, intracranial hemorrhage, cerebral anoxemia and hypoxia. In conclusion the author states that just as in the case of uremia, the cause of hepatic coma is still unknown. More detailed investigations are needed.

(13 references)

(O.A.)

502

ไอโซฟาโก - บร็องเคียลฟิลตุลาภายหลังกำเนิด

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

บัญญัติ ปริชญานนท์

พ.บ., F.C.C.P.

วิกิจ วีรานูวัตต์

และ

พ.บ., M.P.H.T.M. (Tulane)

(แผนกอายุรศาสตร์)

การเกิดมีฟิลตุลาติดต่อบริเวณหลอดอาหารและหลอดลม (ไอโซฟาโก-บร็องเคียลฟิลตุลา) เป็นสิ่งที่เราไม่พบได้บ่อยนัก. ถึงแม้ในวารสารต่างประเทศก็มีรายงานไว้ไม่มาก. ในเมืองไทยเรายังไม่เคยมีใครรายงานไว้เลย. ดังนั้นจึงเห็นสมควรจะรายงานเรื่องนี้ไว้เป็นรายแรก.

ไอโซฟาโก-บร็องเคียลฟิลตุลาอาจแบ่งเป็น: (๑) ชนิดเป็นแต่กำเนิด, ซึ่งพบได้น้อย, กับ (๒) ชนิดเป็นภายหลังกำเนิด, ซึ่งพบได้บ่อยกว่ามาก. Morton และคณะ (1) ได้รายงานผู้ช่วยซึ่งเข้าใจว่าเป็นไอโซฟาโก-บร็องเคียลฟิลตุลาแต่กำเนิดหนึ่งราย, ซึ่งฟิลตุลานั้นคงอยู่บนกระทั้งเป็นผู้ใหญ่, และเกิดบร็องเคียลฟิลตุลาตามหลัง; ได้รักษาโดยการผ่าตัด. สำหรับไอโซฟาโก-บร็องเคียลฟิลตุลาชนิด

เป็นภายหลังกำเนิดนั้น ๕๐ ถึง ๖๐ เปอร์เซ็นต์เกิดเพราะมีเนื้องอกอย่างร้าย.

ไอโซฟาโก-บร็องเคียล ฟิลตุลา:

๑. เป็นแต่กำเนิด. หายาก
๒. เป็นหลังกำเนิด.
๓. อย่างร้าย (๕๐ ถึง ๖๐ เปอร์เซ็นต์).

๔. อย่างไม่ร้าย.

(๑) โดยได้รัยอันตราย, เช่นของตกลงไป, การใช้เครื่องมือ, แผลขาดเย็บทางทรวงอก, กินสารเคมีชนิดกัดเนื้อ.

(๒) มีไคเวอร์ตักิวล์มของหลอดอาหาร.

(๓) การติดเชื้อ, เช่นวัณโรค, ซิฟิลิส (กัมมาหรือแอนยริสซึม), เชื้อรา (แอสคิตโนมัยโคซิส), เชื้อแบคทีเรีย.

ในการศึกษาไอโซฟาโกบร็องเคียลฟิลตุลา

ทูล่าหลังกำเนิด ๑๕ ราย, Coleman และ Bunch พบว่าการไต่รับอันตรายเป็นต้นเหตุบ่อยประมาณหนึ่งในสามของทั้งหมด. สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในพวกนี้คือมีของตกลงไปในห้องคลมหรือหลอดอาหาร, การใช้เครื่องมือเพื่อต่างหลอดอาหารที่คืบเพราะเหตุอื่นนอกจากมะเร็ง, และการที่ทรวงอกถูกบีบเขี่ยอย่างรุนแรง. ๒๖ รายใน ๑๕ รายเกิดจากการอักเสบ; วัณโรคและซิฟิลิสเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในพวกนี้. การเกิดฟิสต์ทูล่าเกี่ยวกับวัณโรคมักจะเกิดเพราะว่ามีโรคเกิดแก่ต่อมน้ำเหลืองในเมดิอัสติคินัมและต่อมน้ำเหลืองเคเซียลหรือแคลซิไฟต์ที่เกิดเปื่อย, หรือฝเย้นแตกเข้าไปในหลอดลมและหลอดอาหาร. ซิฟิลิสระยะที่ ๓ ของหลอดลมหรือหลอดอาหารอาจทำให้เกิดฟิสต์ทูล่าโดยนี้โครสิส, หรือก็มีมาแตกเพราะเขย. แอนยริสม์ก็อาจทำให้เกิดฟิสต์ทูล่าได้เพราะความกดดันทำให้เนื้อตาย.

ลักษณะทางคลินิก. มีได้หลายอย่างด้วยกัน. อาการที่พบบ่อยคือสำลักหรือไอภายหลังกินอาหาร. นอกนั้นก็มิไอเรอริง, เพราะการอักเสบเรอริงของทางหาย

ใจในส่วนบน. ปอดอักเสบอาจพบบ่อย ๆ และอาจมีหนองในปอดหรือบร็องคิเอ็คเตสิสเป็นโรคแทรกซ้อน. อาการไอเป็นเลือดก็พบบ่อย ๆ และอาจเป็นเหตุตาย. การวินิจฉัยโรคนี้อาศัยประวัติ, การตรวจร่างกาย, เอ็กซเรย์และการตรวจภายในอวัยวะต่าง ๆ (endoscopy). การตรวจร่างกายอาจเผยโรคที่ส่วนอื่น, เช่นวัณโรค, ซิฟิลิส หรือโรคเนื้องอกฟังกัส.

การรักษานี้ใช้โซฟาโก-บร็องเคียลฟิสต์ทูล่าภายหลังกำเนิดที่สำคัญคือการผ่าตัดเอาฟิสต์ทูล่าออก รวมทั้งส่วนของเนื้อปอดที่พิการด้วย. ฟิสต์ทูล่าเล็กกว่าขนาดปากคนวัยกลาง ๓ มม. อาจรักษาโดยการจี้ด้วยซิลเวอร์ไนเตรทหรือโซเดียมซัยคร็อกไซต์. ฟิสต์ทูล่าที่เกิดเพราะการคืบเขยก็อาจรักษาด้วยยาเฉพาะเขย.

คนไข้โซฟาโกบร็องเคียลฟิสต์ทูล่าหลังกำเนิดในวารสารต่างประเทศ, เท่าที่ค้นได้, Moersch และ Schmidt⁽²⁾ รายงานไว้ ๒ รายซึ่งเข้าใจว่าเกิดเพราะคาร์สิโนมา; Murtagh และ Tyson⁽³⁾ รายงานหนึ่งรายที่เกิดจากชนกระดกเข้าไปติดในหลอดอาหารและแทงทะลุเข้าไปในหลอดลมใหญ่ข้างขวา; Coleman

และ Bunch⁽⁴⁾ ได้รายงาน ๔ รายที่
ได้รักษาโดยเย็บปิด; Brackett และ
Lautz⁽⁵⁾ ได้รายงานไว้หนึ่งราย, สาเหตุ
จากเนื้องอกอย่างร้ายควยกับวัณโรค;
Maier⁽⁶⁾ รายงานหนึ่งรายซึ่งแทรกซ้อน
ด้วยไอเป็นเลือดอย่างรุนแรง, จนต้องตัด
ปอดทิ้งกลับ.

ผู้ช่วยที่จะรายงานต่อไปนี้จัดอยู่ในพวก
เป็นภายหลังกำเนิด, ซึ่งเข้าใจว่าเกิด
จากวัณโรคของต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด.
รายนี้ได้รับการด้วยสระโปรโตมัยซิน และ
ไอโซในอะซิค. ผู้ช่วยหายเร็วเรียบร้อยเป็น
ปรกติ.

รายงานผู้ป่วย. ผู้ช่วยชาย, ไทย, อายุ
๓๒ ปี, อาชีพทำนา, ได้มาตรวจที่แผนก
อายุรศาสตร์ เมื่อ ๑๐ พ.ย. ๒๕๕๕ ด้วย
อาการสำคัญว่ากลืน อาหารลำบากมา ๔
เดือน. ครั้งแรกรู้สึกกลืนข้าวเหนียวลำบาก
ก่อน, โดยต้องไค่น้ำกลืนลงทุกครั้ง.
ไม่เจ็บคอ. ระยะเวลาเริ่มไอและเจ็บหน้า
อกด้านหน้า. ไอมีทุกวัน, มากบ้างน้อย
บ้าง. มักไอมากตอนเช้าหลังตื่นนอน.
เสมหะมีน้อย, เหนียว, สีขาว. วันหนึ่ง
เสมหะมีเลือดสดปนเล็กน้อย. ผู้ช่วยมี

อาการอ่อนเพลียมากกว่าธรรมดา, แต่ไม่
ได้สังเกตเห็นหรืออาการอย่างอื่น.

หนึ่งเดือนต่อมาคลื่นลำ ขาก มากขึ้น
และมีน้ำหนักน้อย. แม้แต่กินข้าวต้มและ
ก็คิดคอและลำบาก. หลังจากลำบากก็มีไอ
อย่างรุนแรง. เจ็บหน้าอกมากขึ้น. ทั้ง
ยังสังเกตเห็นก้อนหนึ่งเกิดขึ้นที่ฐานคอส่วน
หน้า, เห็นอกระกุกใหญ่ปลาร้าข้างขวา,
โตประมาณเท่านิ้วก้อย.

หนึ่งเดือนต่อมา อาการ ยิ่ง มาก ขึ้น.
กลืนอาหารลำบากทุกครั้ง. มีเม็ดสีขาว
ออกทางจมูก. ไอมากขึ้น. ก้อนที่คอโต
มากขึ้น. ผู้ช่วยหิวแต่กินอาหารไม่ได้,
จึงอ่อนเพลีย, และผอมลงมาก. ในตอน
นี้ ผู้ช่วยไอมีเลือดออกออกครั้งหนึ่ง, เป็น
เลือดแดง, มากกว่าครั้งก่อน, แต่แล้ว
ก็หยุดไปเอง.

ผู้ช่วยทรุดลงเป็นลำดับ. ร่างกายผอม
ซดมาก. ก้อนที่คอโตเท่าลูกหมาก. ผู้
ช่วยกินอะไรไม่ได้เลย, แม้แต่อาหาร
น้ำ ๆ. เริ่มรู้สึกมีไข้บ้าง, แต่ไม่มีหนาว
สั่น.

ส่วนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ช่วย มี ไข้
สูงทั้งวัน, ไอมาก, หอบ, เหนื่อย, จึง
ได้มาที่ ร.พ. ให้ตรวจ.

ประวัติอดีต. ไม่มีโรคร้ายแรงอย่างใด. ปฏิเสธการไอเรื้อรัง. ผู้ช่วยแต่งงานแล้ว, มีบุตรหนึ่งคน. บุตรภรรยาแข็งแรงดี. ดูงซึ่งอยู่ในบ้านเดียวกันมีอาการไอและผอมแห้งมา ๒ ปีแล้ว.

การตรวจร่างกายครั้งแรก. ผอมซีด. ไม่มีขวม. ไม่มีกษิษาน. ลิ้นฝ้า, หนา. ชีพจร ๑๒๐/นาที. หายใจ ๒๕/นาที. อุณหภูมิ ๓๗.๕°ซ. ทรวงอกเคลื่อนไหวเท่ากันทั้งสองข้าง, เคาะไม้ที่ขยี้ไค. ฟังเสียงหายใจปรกติ, ไม่พบเสียงแทรกแซงใด ๆ.

หัวใจไม่โต, ไม่มีเมอร์เมอร์. คับและม้ามคล้ำไม่พบ. หน้าท้องหย่อน, คล้ำไม่พบสิ่งผิดปกติ. ค่อมน้ำเหลืองบริเวณซุปรากลาวิกิวลาร์ข้างขวาคล้ำไคไคเท่าใช้ไคไคยอม ๆ, เคลื่อนไหวไค, กกเรียเล็กน้อย.

การตรวจทางห้องทดลองเมื่อแรกรับ. ซีโมโกลบิน ๖๐ เปอร์เซนต์. เม็ดเลือดแดง ๔.๑๒ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๑๐๑๕๐. โปลียัมอร์ฟ ๕๕ เปอร์เซนต์. ลิมโฟซัยต์ ๓๗ เปอร์เซนต์. โอสิโนฟีล ๓ เปอร์เซนต์. เบโซฟีล ๑ เปอร์เซนต์.

ปฏิกิริยาเคาห์นลบ. เสมหะไม่พบเชื้อแอซิดฟาสต์. ทดสอบทเบอร์คิวลินบวก ๑:๑๐๐๐ (โกลด์ทเบอร์คิวลิน).

ใบอ็อพซัยค่อมนำเหลืองทไคไคผลว่า เป็นวัณโรค.

เอ็กซเรย์หลอดอาหาร. (ภาพที่ ๑) ปรากฏพิศตุลล่า ซัก เจน ที่ ส่วน สามกลาง (middle third) ของหลอดอาหาร, ทะลุถึงหลอดลมใหญ่ข้างขวาส่วนหนึ่ง, และถึงเมติอาสตันมทคคคอกันอีกส่วนหนึ่ง.

ทรวงอก P.A. ในฟิล์มเห็นค่อมพาราเทรเคยลขวาโต. ไม่มีลักษณะบ่งถึงการแทรกซึมในเนื้อปอกหรือเมทาสเตสิส. หัวใจปรกติ.

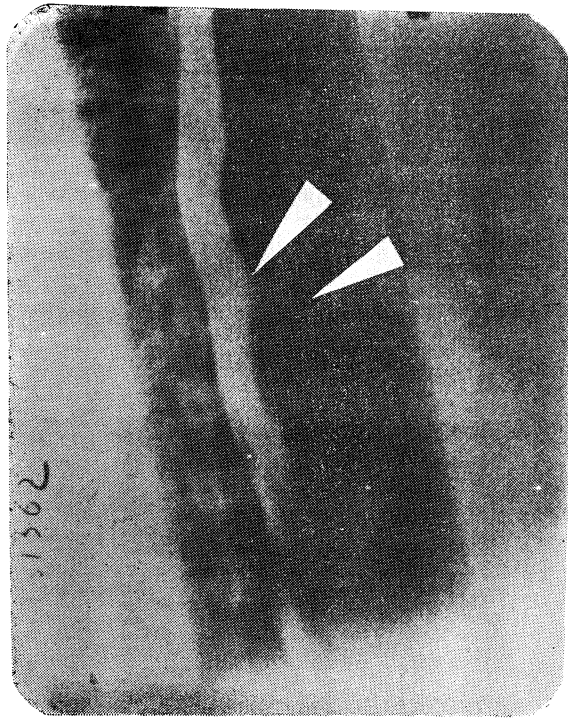
รังสีแพทย์ลงความเห็นว่า สงสัยเนื้อร้ายของหลอดอาหารและมีอ็อโซฟาโกบร็องเคยลพิศตุลล่า, ถึขค่อมพาราเทรเคยลขวาโต.

การดำเนินและการรักษา. ไคส่งผู้ช่วยไปตรวจทางบร็องโคสโคปัยและอ็อโซฟาโกสโคปัยที่แผนกจักษวิทยา ฯ การตรวจอย่างแรกแสดคงมนังหลอดคอก (เทรเคย) ปรกติ, แต่รอยสัน (คาริน่า) ขวม

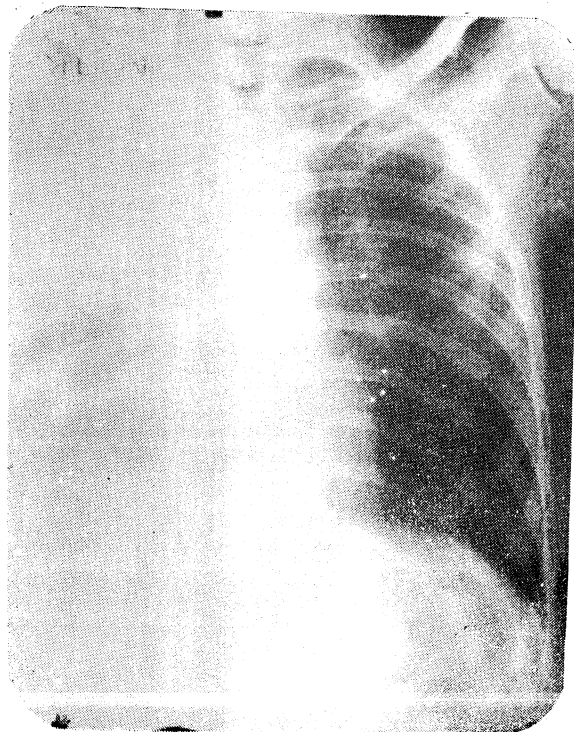
และเลือดคั่ง. ทำกว้างำของหลอดลม
เล็กน้อยเห็นรูเล็ก ๆ, ผิวสกลปรกทผนัง
ของหลอดลมใหญ่ขวา. การตรวจหลอด
อาหารพบว่าผนังบางแห่งมีลักษณะเป็นปุ่ม
คล้ายฟองเกิด. มีหนองไหลออกมาจาก
ปากช่องของหลอดอาหารและมีเนื้องอก
ขนาดคล้ายเนื้องอกที่ระดับไฮเอะทิส (๑๓
นิ้วฟุตจากขอบพื้นทศกแวงบน). ไปขอพซัย
จากส่วนบนพบเนื้องอกเสวยๆขึ้น และ
เรอรั้งในชั้นเยื่อเมือกของหลอดอาหาร

ระหว่างที่อยู่ในแผนกจักษวิทยา ผู้
ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น. ใต้เอ็กซเรย์
หน้าอก, พบว่าเยื่อหุ้มปอดขวาอักเสบ
และเนื้องอกมีคอนโซลเคชั่นที่ทกลีบขวาบน
(ภาพที่ ๒). เนื่องจากผู้ป่วยกินอาหาร
ไม่ได้, จึงได้ย้ายไปแผนกศัลยศาสตร์
เพื่อเจาะกระเพาะและให้อาหารทางหลอด
ยง. ได้เริ่มรักษาด้วยโคธัยโคโรสเตร็ป
โตมัยซินฉีดเข้ากล้ามเนื้อละ ๑ ก. สาม
สัปดาห์ต่อมา ตรวจภายใน หลอดอาหาร
และหลอดคออีกครั้งหนึ่ง, พบว่ารูปลัด
ในหลอดลมใหญ่ขวาแคบลง, สอาด
มากและไม่มีการอักเสบ. คารินาของหลอด
คอ (เทรเคีย) ยังอักเสบและเลือดคั่ง. ได้
ย้ายผู้ป่วยกลับไปรักษาในแผนกอายุร-

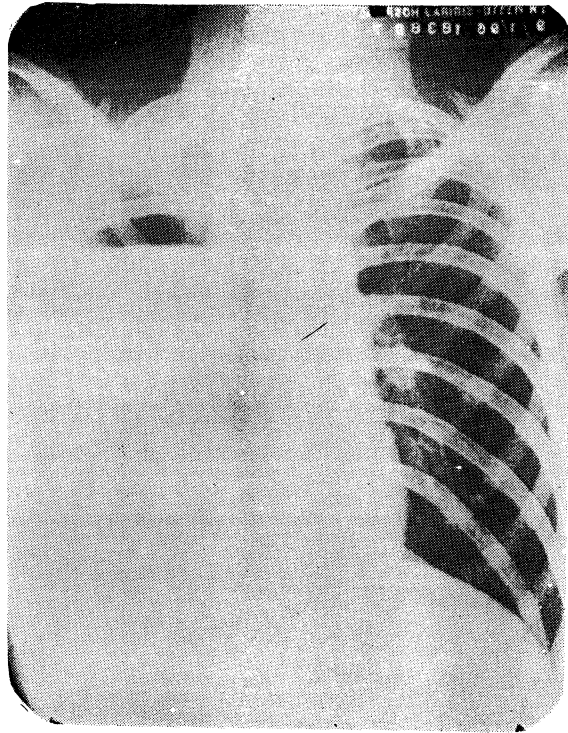
ศาสตร์. ฉีดโคธัยโคโรสเตร็ปโตมัยซิน
เข้ากล้ามเนื้อ ๑ ก. สองครั้งต่อสัปดาห์,
กับให้ไอโซไนอะซิด และ ยาสนับสนุน
อื่น ๆ. ยังคงให้อาหารทางหลอดยงผ่าน
ช่องเจาะกระเพาะ. หนึ่งสัปดาห์หลังจาก
ย้ายแผนก ก็ตรวจพบ น้ำใน ช่อง ปอดขวา.
เอ็กซเรย์แจ้งว่ามีน้ำอยู่ในถุงหุ้ม (เอ็น
แคปซูลแตก) ในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา
(ภาพที่ ๓). เจาะได้หนองค่อนข้างใส
เหลืองนวล, ย้อมพบไปลีย่มอร์ฟเป็นส่วน
ใหญ่, ไม่พบเชื้อชนิดใด. เจาะครั้งแรกได้
หนอง ๒๐๐ ล.ซม. หนึ่งสัปดาห์ต่อมาเจาะ
ได้ ๕๐๐ ล.ซม. ได้ใส่โคธัยโคโรสเตร็ป
โตมัยซินเข้าในช่องที่เจาะทั้งสองครั้ง
ละ ๑ ก. หนองเริ่มน้อยลงมาก. สิบเจ็ดวัน
ต่อมาเอ็กซเรย์พบว่ามีอาการอยู่ในถุง
(เอ็นแคปซูลแตก) อยู่นิวโมโอแร็กซ์) ภาย
ในโพรงเยื่อหุ้มปอดขวา, และไม่เห็นว่า
(ภาพที่ ๔). ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆ
มา. สองเดือนภายหลังเริ่มการรักษา, ผู้
ป่วยเริ่มคืบหน้าทางปากได้, แล้วต่อมาก็
เริ่มกลืนอาหารเหลว ๆ ได้เอง. รวมอยู่ใน
โรงพยาบาลทั้งสิ้นเป็นเวลาสี่เดือน, ได้
รับยาโคธัยโคโรสเตร็ปโตมัยซินรวม ๕๐
ก. ไอโซไนอะซิดรวม ๑๑.๕๕๐ ก.



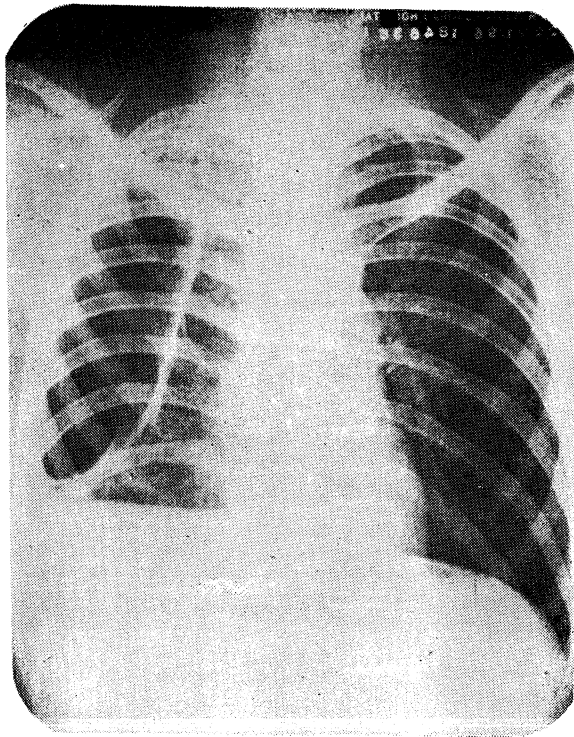
ภาพที่ ๑. (๒๔ พ.ย. ๕๕.) มีรูติดต่อระหว่างหลอดอาหารกับหลอดลมใหญ่ และเมดิออสติมัน (ตรงลูกศร). ตรวจโดยกินแบเรียม.



ภาพที่ ๒. (๔ ธ.ค. ๕๕.) เยื่อหุ้มปอดขวาอักเสบ และมีก้อนไฮโดรเจนในกลีบขวาบน.



ภาพที่ ๓. (๘ ม.ค. ๕๖.) มีน้ำและอากาศในช่องปอดขวา (ชนิดมีlungหุ้ม).



ภาพที่ ๔. (๒๒ ม.ค. ๕๖.) มีอากาศขังอยู่ในลู่ภายในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา. ไม่มีน้ำ.

น้ำหนักตัวขึ้นจาก ๓๖ กก. เป็น ๔๗ กก.

ตรวจ บริเวณคอไอโซ ฟาโกสโคปียซ์ซ้ำ
ได้รับรายงานว่ามีผลค่าหายดี, จึงได้ส่ง
ผ่าตัดเพื่อขจัดผลที่เกาะกระเพาะไว้.

เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วย
แข็งแรงดี. กลืนอาหารเป็นปกติ. ผล
หายเรียบร้อย. ตรวจร่างกายไม่พบความ
ผิดปกติ.

อภิปราย

อาการสำคัญของผู้ป่วยรายนี้คือสำคัญ
เวลากลืนอาหาร, และมีก้อนที่คอ. เรื่อง
แรกที่เราน่าจะนึกถึงคือมะเร็งของหลอด
อาหารซึ่งมีเมตาสเทสิสไปที่ต่อมหน้า
คอ. ในการตรวจหลอดอาหารโดยกลืน
แบเรียมตามวิธีรังสีจึงได้พบพิสดารที่ติดต่อ
ระหว่างหลอดอาหาร กับหลอดลมใหญ่
ขวา, ซึ่งสันนิษฐานว่าแน่โดยบริเวณคอไอ
โซฟาโกสโคปียซ์. ไข่ออพซัยต่อมหน้า
คอก่อนที่คอแข็งว่าเป็นวัณโรค, จึงทำ
ให้เราคิดว่าพิสดารนั้นคงเกิดจากต่อมหน้า
คอก่อนในเมทิสต์ติ่มเป็นวัณโรคแล้ว
เบียดและแตกออก, ทำให้มีช่องทะลุติด
ต่อระหว่าง หลอดลมกับหลอด อาหารขึ้น.
จากการคำนึงนี้เราจึงได้มุ่งการรักษาไป

ทางค้ำวัณโรค, โดยใช้โคซัยโตรส
เตร็ปโตมัยซินและไอโซไนอะซิด. ผู้ป่วย
มีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ, ทั้งประกอบกับ
การเจาะกระเพาะใส่หลอดให้อาหารช่วย
เพิ่มความแข็งแรงของคนไข้ด้วย. ผู้ป่วย
หายดีในเวลาสี่เดือน. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
๑๑ กก. การติดตามผู้ป่วยหกเดือนหลัง
จากออกไปแล้วปรากฏว่าแข็งแรงดีและ
สุขภาพเป็นปกติ. ตรวจไม่พบข้อผิดปกติ
ใด ๆ, ทั้งโดยตรวจร่างกายและตรวจ
ทางรังสี. ดังนั้นจึงลงความเห็นว่าต้น
เหตุของพิสดารเป็นวัณโรค. การรักษา
ร่วมมือกันในสามแผนกได้ช่วยให้ผู้ป่วย
หายเป็นปกติได้.

สรุป

๑. เสนอรายงานผู้ป่วยหนึ่งรายมี
คอไอโซฟาโกบร็องเคิลพิสดาร ชนิดเป็นภาย
หลังกำเนิด, ไม่ใช่เนื้องอก, เกิดจาก
วัณโรคของต่อมหน้าคอก่อนในเมทิสต์ติ่ม,
แทรกซ้อนด้วยการเกิดหนองในทรวงอก.
๒. การรักษาทางยาด้วยโคซัยโตร
สเตร็ปโตมัยซินกับไอโซไนอะซิด, ประ
กอบกับการรักษา ประทั้ง อาการทาง ศัลย
กรรม, ช่วยให้ผู้ป่วยหายเรียบร้อยดี,

และอยู่ในสภาพปรกติหกเดือนหลังจำหน่าย
จากโรงพยาบาล.

ในที่สุดขอขอบคุณ ท่านหัวหน้าแผนก
อายุรศาสตร์ท่อนุญาติให้นำเรื่องมาแสดง,
และขอบคุณ ท่าน ศาสตราจารย์สุก แสง
วิเชียร, นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ,
นายแพทย์พร วราเวชช์, และนายแพทย์
เสนอ อินทรสุขศรี ที่ได้มีส่วนช่วยในการ
แสดง, การวินิจฉัยและการรักษา.

เอกสาร

1. Morton et al.: J. Thorac. Surg. 19: 811-816 (1950).
2. H. J. Moersch and H. W. Schmidt: Arch. Otolaryng. 25: 689-692 (1937).
3. J. A. Murtagh and M. D. Tyson: New Eng. J. Med. 222:494-495 (1940).
4. F. P. Coleman and G. H. Bunch Jr.: J. Thorac. Surg. 19: 542-558 (1950).
5. J. G. Brackett and H. A. Lutz: Arch. Otolaryng. 52 : 225-233 (1950).
6. H. C. Maier: Am. Rev. Tuberc. 63: 220-226 (1951).

micturition, urination	การถ่ายปัสสาวะ
urine	ปัสสาวะ, น้ำเบา
anuria	อะนูเรีย, การไม่หลังปัสสาวะ, ไม่มีปัสสาวะ
polyuria	โพลียูเรีย, ปัสสาวะมากเกินไป (ปรกติ)
oliguria	โอลิกูเรีย, ปัสสาวะน้อยเกินไป (ปรกติ)
glycosuria	กลัยโคซูเรีย, ปัสสาวะมีน้ำตาล
albuminuria	แอลบูมินูเรีย, ปัสสาวะมีแอลบูมิน

(Abstract of the preceding Report)

ACQUIRED OESOPHAGO-BRONCHIAL FISTULA

A Case Report

Banyat Prijyanonda

M.B.,F.C.C.P.

Vikit Viranuvatti

M.B.,M.P.H.T.M. (Tulane)

(Dept. of Internal Medicine)

A Thai (Siamese) farmer, 23 years old, was admitted on November 10th 1952 for the treatment of progressive difficulty in swallowing, which had been noticed for about four months. Even fluid foods were regurgitated. Associated symptoms were chest pain; coughing with scanty sputum, sometimes blood-tinged; growth of a nodular mass, beginning about one month later, at the base of the front part of the neck, reaching the size of a hen's egg in two months, and progressive loss of weight. Four days before admission the patient developed high fever, with severe cough and difficulty in breathing. His past and familial histories contained nothing of import. On admission the body temperature was 37.9°C., pulse rate 120 per minute, respiration 24 per minute. The enlarged lymph nodes in the right supraclavicular space were movable and slightly tender. Heart and lungs were normal. Blood findings were: hemoglobin 60 per cent, erythrocyte count 4.12 millions, leucocyte count 10150, polymorphs 59 per cent, lymphocytes 37 per cent, eosinophil 3 per cent, basophil 1 per cent. Kahn reaction was negative. Biopsy revealed tuberculous nature of the glands. Roentgenological examination disclosed

the presence of an oesophago-bronchial fistula in the middle third of the oesophagus, joining it to the right main bronchus and to the adjoining part of the mediastinum. The right paratracheal glands were enlarged. There was no pulmonary infiltration, and the heart was normal. Malignancy of the oesophagus with oesophago-bronchial fistula was suspected by the roentgenologist. Bronchoscopy and oesophagoscopy confirmed the presence of the fistula; tissue removed from a furuncle-like mass in the oesophageal wall was inflammatory. While in the EENT ward the patient developed right pleuritis with consolidation of the right upper lung lobe. He was transferred to the Surgical Department for gastrostomy; treatment with dihydrostreptomycin was begun. Three weeks later broncho-oesophagoscopy found the orifice of the fistula shrunken, clean and without discharge. The patient was transferred back to the medical ward; isoniazid was given in addition. One week later empyema developed; aspiration with injection of dihydrostreptomycin brought it to a close. Thereafter the patient's condition improved steadily. He was discharged after four months' hospitalization, having received

50 gm. of dihydrostreptomycin, 11.450 gm. of isoniazid, recovered the ability to swallow, and gained 11 Kg. in body weight. The fistula was completely healed. The gastrostomy was abolished before discharge. The patient reported himself heal-

thy at the last follow-up, six months later. The fistula was believed to be tuberculous in origin, resulting probably from necrosis of some mediastinal glands.

(Six references. Four figures.)

(T.K.)

blood clotting, coagulation

hemolysis laking

hemoglobin

erythrocyte, red blood cell

leucocyte, white blood cells

polymorph

การแข็งของเลือด

การทำลายเม็ดเลือด

ฮีโมโกลบิน (ฮ.บ.)

เม็ดเลือดแดง (ม.ด.)

เม็ดเลือดขาว (ม.ล.)

โพลีมอร์ฟ. (ป.)

บทความพิเศษ

วิธีตรวจทดลองเพื่อแสดง "L.E. Phenomenon"

สร เมตติยวงศ์

พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ค.ศ. ๑๙๔๖ เป็นครั้งแรกที่ Hargraves และพวก⁽¹⁾ ได้สังเกตพบและต่อมาได้รายงานถึงลักษณะอันผิดปกติบางอย่างหนึ่งของเม็ดเลือดขาวใน heparinized sternal marrow ของผู้ป่วยด้วยโรค disseminated lupus erythematosus และให้ชื่อว่า "L.E." cell. ต่อมาก็ได้มีผู้พิจารณ์รับรองและอธิบายสันนิษฐานการพบของ Hargraves อย่างแพร่หลาย. อีกทั้งยังมีผู้พบลักษณะของเม็ดเลือดขาวเช่นนั้นในน้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจของผู้ป่วยด้วยโรคเช่นเดียวกัน.

การพบ "L.E." phenomenon ในอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ, หรือการตรวจพบ

โดยวิธีทดลองจากเลือดของผู้ป่วย, หรือโดยวิธีอื่นใดก็ตาม, ขณะนี้รับกันว่าเป็นเครื่องประกอบในการวินิจฉัยโรคคิสเซมิเนตัสเกลปัสเอริธึมาโตซัสอย่างสำคัญมาก. แม้ว่าจะมีรายงานที่เกี่ยวกับการพบลักษณะของเม็ดเลือดเช่นนั้นในโรคอื่น ๆ บ้างก็น้อยเต็มที.

ได้มีผู้คิดค้นหาวิธีต่าง ๆ เพื่อตรวจทดลองแสดง "L.E. phenomenon" หลายวิธีด้วยกัน, ซึ่ง Beerman⁽²⁾ ได้รวบรวมไว้อย่างสมบูรณ์จนถึงปี ค.ศ. ๑๙๕๑. โดยทั่วไปได้ใช้ตรวจจากสิ่งเหล่านี้คือ:

๑. ไขกระดูกผสมเฮปาริน.
๒. เลือดที่เจาะจากส่วนตนของร่างกาย (peripheral blood) ผสมกับยากัน

เลือกแข็ง, หรือไม่ผสม.

๓. พลาสติกของผู้ช่วยผสม ก๊าซไฮดรอกของคอนกรีตสนิม.

๔. จากเม็ดพองของผิวหนังที่ทำให้เกิดขึ้นโดยแคนธาริกัส.

การตรวจทดลองโดยวิธีต่าง ๆ นี้, บางวิธีก็สะดวกน้อย, เช่นต้องใส่แต่ไฮดรอก; บางวิธีต้องใส่ภาชนะพิเศษ, เช่นภาชนะที่เคลือบด้วย silicone, หรือบางวิธีก็ใช้เวลานานมาก. ยังไม่มีวิธีใดที่จะให้ความแน่นอน, สดวก, ง่ายและใช้เวลาอันน้อยเลย. ทางแผนกอายุรศาสตร์ได้ทดลองใช้วิธีของ Hamburger⁽³⁾ พบว่าทำได้ง่าย, ภาชนะที่ใช้ก็ธรรมดาตามอยู่แล้ว, และกินเวลาไม่นานนัก, ถึงแม้จะไม่เป็นวิธีที่ได้ผลเต็มที่เท่าไร. วิธีทำโดยละเอียดคือ:

๑. เก็บเลือดจากหลอดเลือกว่าของ ผู้ช่วย ๕ ล.ซม. ใส่ขวดออกซาเลต (๔ มก. โปแตสเซียม ออกซาเลต + ๖ มก. แอมมอน. ออกซาเลต), นำไปเซ็นทรัลพีพ์เป็นเวลา ๑๐ นาทีในความเร็ว ๒,๐๐๐ รอบต่อนาที. เสร็จแล้วคูดเอาพลาสติกมาออกเก็บไว้.

๒. เก็บเลือดจากคนธรรมดาโดยวิธี

เดียวกัน. เอาเลือดคน ๑ ล.ซม. ใส่ในหลอดซีมาโตคริตแบบ Wintrobe ไว้. ทิ้งเลือดเอาไว้ในหลอดทดลองขนาด ๕ ล.ซม. สองหลอด ๆ ละ ๒ ล.ซม.

๓. เอาหลอดทดลองสองหลอดหลังนั้นไปเซ็นทรัลพีพ์ให้ความเร็ว ๒,๐๐๐ รอบต่อนาทีเป็นเวลา ๕ นาที, แล้วคูดพลาสติกมาออกเก็บไว้.

๔. เลือกที่เลือดอยู่ในหลอดหนึ่ง, เอาพลาสติกมาของผู้ช่วยที่คูดออกเก็บไว้แต่แรก, เค็มลงไป ๑ ล.ซม. อีกหลอดหนึ่งที่เลือดอยู่ใช้สำหรับค้อนโทรลโดยเค็มพลาสติกมาของผู้ที่ไม่ช่วยอีกคนหนึ่งลงไป.

๕. เขย่าหลอดทั้งสองเบา ๆ, เพื่อให้พลาสติกและเม็ดเลือดเข้ากันดีแล้วเอาไปอบในอุณหภูมิ ๓๔°ซ-๓๖°ซ เป็นเวลานาน ๒๕ นาที. ขณะที่ยอบอยู่นั้นให้เขย่าหลอดเบา ๆ สักครึ่งหนึ่ง, และเมื่อครบ ๒๕ นาทีแล้ว, ให้เขย่าอีกครั้งหนึ่ง.

๖. หลังจากอบแล้วนำเอาเลือดและพลาสติกมาผสมใส่หลอด Wintrobe อย่างละหนึ่งหลอด. ค่อยเอาหลอดทั้งสองพร้อมกับหลอด Wintrobe ที่ใส่เลือดค้อนโทรลไว้ตั้งแต่แรกด้วย, ไปเซ็นทรัลพีพ์ในความเร็ว ๒,๐๐๐ รอบต่อนาทีเป็นเวลา ๑๐ นาที.

๗. เมื่อเซ็นทรัลพีวีเจ็ลแล้ว, กัด
 พลาสติกมาทงเอาแต่ "buffy coat" หนึ่ง
 หยด, หยดลงไปบนแผ่นกระจกที่สะอาด.
 ทำสเมียร์อย่าง ๆ ตามธรรมดา, แล้ว
 ย้อมด้วย Wright's stain นำไปตรวจดู
 ด้วยกล้องจุลทัศน์.

โดยวิธีนี้จะเห็นว่าได้สไลด์ที่ตรวจมี
 สามชนิดด้วยกันคือ:

๑. "buffy coat" ที่ไม่ได้ทำอะไร
 เลย.

๒. "buffy coat" ซึ่งนำไปย้อมกับ
 พลาสติกของผู้ป่วย

๓. "buffy coat" ซึ่งนำไปย้อมกับ
 พลาสติกของผู้ที่ไม่ป่วย.

"L.E. phenomenon" อาจตรวจพบ
 โดยตรงใน "buffy coat" จากเลือดจาก
 ส่วนต้นของผู้ป่วยเองที่ทิ้งไว้เป็นเวลานาน
 พอสมควร, แต่ผู้ป่วยด้วยโรคนี้มักมีลิว
 โคไซด์เนี้ยทำให้การตรวจหาลำบาก. วิธีนี้
 ใช้เลือดจากผู้ที่ไม่ป่วยจึงทำให้การตรวจ
 ง่ายขึ้น.

ส่วนมากเกือบทุกวิธี, เมื่อทำสเมียร์
 แล้วมักใช้ย้อมด้วย Wright's stain ซึ่ง
 นับเป็นวิธี fixed stain. แต่เมื่อเร็ว ๆ นี้
 Rohn และ Bond⁽⁴⁾ ได้รายงานวิธีตรวจ
 ด้วย supravital stain ทั้งสำหรับเลือด
 และไขกระดูก, นับว่าสะดวกและย่นเวลา
 ขึ้น, และภายหลังอาจนำมาย้อมด้วยวิธี
 fixed stain อีกรีกได้, แต่แผนกอายุร-
 ศาสตร์ยังไม่มีโอกาสได้ทดลองวิธีนี้.

เอกสาร

1. M.M. Hargraves, H. Rich-
 mond and R. Morton: Proceed.
 Staff Meet., Mayo Clin. 23:25
 (1948).
2. H. Beerman: Am. J. Med.
 So. 222:473 (1951).
3. R.N. Hamburger: Yale J.
 Biol. and Med. 22:407 (1950).
4. R.J. Rohn, and W.H. Bond:
 Am. J. Med. 12:422 (1952).

บทบรรณาธิการพิเศษ

ประเสริฐ กังสดาลัย

M.B., Ch. B. (Edin.), พ.ด. (ศิริราช)

๑. คุณค่าแห่งการร่วมมือ

ความรู้ยิ่งงอกเงยขึ้น, การร่วมมือกันด้วยดีระหว่างแผนกวิชาต่าง ๆ ย่อมมีความสำคัญมากขึ้น. ดังตัวอย่างรายงาน "อีโซฟาโกยร็องเคียลปลัสกล่าหลังกำเนิด," ซึ่งถ้าอายุรแพทย์นึกเสียดายว่าจะเกิดจากโรคเนอรัย แห่ง หลอดอาหารหรือหลอดลม, แล้วปล่อยให้กลับเข้าพร้อมกับบอกว่าไม่มีทางรักษาให้หายได้, แทนที่จะส่งเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตและศึกษาโดยละเอียด, อวิชชาคือผลผลิต, แทนที่จะได้ช่วยชีวิตซึ่งได้เกิดขึ้นกับคนไข้รายนี้. อายุรแพทย์ผู้กำชีวิตของเขาไว้ในมือได้เห็นความจำเป็น, ที่จะต้องเชิญแพทย์ผู้ชำนาญทางคอมาตรวจ, ด้วยวิธีใช้เครื่องมือสอดลงไป ในหลอดลม (บร็องโคสโคปีย์), จึงปรากฏ

ว่าพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดเป็นโรคติดต่อถึงกันระหว่างหลอดลมกับหลอดอาหารนั้นคือวัณโรค. จากขั้นของการรักษาก็เป็นไปตามระเบียบแผนและได้ผลดี. ดังปรากฏอยู่ในรายงาน.

ในสมัยของการศึกษาเพื่อค้นหาหรือพิสูจน์ สมมูลฐาน ของโรค หรือ พยาธิสภาพแห่งภัย, ย่อมต้องอาศัยการตรวจทางห้องทดลองมากมายหลายอย่าง, ซึ่งแผนกรักษาไม่สามารถจะจัดทำให้ได้ครบถ้วน, จึงต้องพึ่งแผนกสรีรวิทยาบ้าง, แผนกพยาธิวิทยาบ้าง. "โพลีเมีย" ซึ่งเป็นศัพท์สากลที่ใช้กันมานานแล้วสำหรับผู้ช่วยมากด้วยโรคภัยซึ่งมีอาการซึมและต่อมาหมดสติ, ผลที่สุดตาย, บางรายก็ใช้กันอย่างหละหลวม, เพราะว่าไม่มีค

ชาน, หรือจะมีก็เพียงเล็กน้อยก่อนตาย. ฉะนั้นข้อเฮปาทิกโคมาดังปรากฏในเรื่องที่ รายงานไว้ในฉบับอื่นเรื่องหนึ่ง, จึงเป็น ข้อที่เหมาะสม. แม้ว่าการค้นคว้าหา สมุฏฐานของเฮปาทิกโคมาในผู้ป่วย ๑๑ ราย, จะไม่ผลิตผลซึ่งผิดแผกไปจากราย งานในต่างประเทศก็ตาม, ก็ยังแสดงถึง การร่วมมืออันดีโดยแผนกสรีรวิทยาต่อ แผนกอายุรศาสตร์, ซึ่งเป็นเจ้าของราย งาน.

วิวัฒนาการอีกขั้นหนึ่งในการค้นหา สมุฏฐานของโรคตับก็คือการเจาะตัดตับ, ซึ่งแพทย์ในแผนกอายุรศาสตร์ได้ปฏิบัติ มาแล้วมากมาย, และได้รายงานผลตีพิมพ์ ลงในจดหมายเหตุทางแพทย์ของ แพทย-สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูป ถัมภ์ เล่ม ๓๕ ตอน ๓, ประจำปีค.ศ. ๒๔๕๕. ในกรณีหลังนี้, แผนกพยาธิวิทยาได้อันเคราะห์, และให้ ความร่วมมือ ต่อ แผนก อายุรศาสตร์ เป็น อย่างดี.



๓. โรคผิวหนังมิใช่ลึกแคผิวหนัง

มีผู้เล่าให้ฟังว่าเมื่อประมาณยี่สิบปีมาแล้ว, อาจารย์นายหนึ่งได้กล่าวว่า “โรคที่น้ำมันตับปลา”, และอีกนายหนึ่งว่า “โรคผิวหนังกษมกษา”. ความจริงได้ ประจักษ์กันมานานว่าโรคและพยาธิสภาพ ผิวหนังมิใช่มีสมุฏฐานอยู่แค่ผิวหนัง. ยก ตัวอย่าง “ลมพิษ” อาจเกิดขึ้นเพราะถูก ด้วง, หรือเพราะกินกุ้ง. ในบางรายก็ ยุ่งยากมาก, เพราะลมพิษเป็นแต่เพียง อาการ, และอาการอย่างหนึ่งของโรค ภายในกาย, เช่นมาลาเรียหรือวัณโรค.

ในสารศิริราชฉบับกุมภาพันธ์ ๒๔๕๓ ปรากฏเรื่องบันทึกผู้ป่วย “ลูปัสเอรีธิม่าโต ซัส” สืบมาจากแผนกอายุรศาสตร์. ตาม ข้อเรื่องแสดงว่าผู้ป่วยทั้งสี่รายเป็นโรคนี้ ในประเภทเรื้อรัง, คือมีแต่ปรากฏการณ์ ทางผิวหนังเท่านั้น. หรืออีกนัยหนึ่งเป็น โรค “ผิวหนังแคผิวหนัง”, เช่นเดียวกับ ที่ศาสตราจารย์ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. ๒๓๕๓.

ใน พ.ศ. ๒๔๕๕ พี. เคิล์มเปอเรอร์ ได้จัดโรคลูปัสเอรีธิม่าโตซัสประเภทร้าย แรง (ดิสเซมมินาตัส) เข้าไว้ในจำพวก

โรคของเนื้อเยื่อคอลลาเจน, ซึ่งเราก็มองเห็นด้วย, เพราะนอกจากอาการแสดงทางผิวหนัง, ยังเกิดพยาธิสภาพขึ้นในข้อกระดูก, ในเยื่อซิวรี, เช่นเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ. แต่พยาธิสภาพแห่งโรคนี้, มันเกิดขึ้นได้กับหลายอวัยวะ, มีคย, ม้าม, ไตและหัวใจ, และร้ายที่สุดก็คือความรุนแรงที่เกิดกับระบบสร้างโลหิต.

ใน พ.ศ. ๒๔๕๒ หน่วยกัวิททยาของ

แผนกอายุรศาสตร์ได้รับผู้ช่วยด้วยอาการเลือดกำเอนออกมา ๒๐ ชั่วโมงก่อนถึงโรงพยาบาล. ต่อมาพิจารณาเห็นว่า เป็นโรคธรูมโฆชัยโตชนิดเปอร์เปอรา. อีกสามปีเศษเขาก็เข้าโรงพยาบาลอีกด้วยอาการเช่นเดียวกัน. แต่คราวนี้หมอตรวจพบฟันที่หน้า, จึงส่งสตัลปลสเอวียัมาโตซุสคิสเซมินาตส์และเริ่มศึกษากันเต็มที่, จนปรากฏผลเป็นเรื่องราวงานชิ้นไว้ในสารศิริราชฉบับนี้.

blood	เลือด
whole blood	เลือดครบ
plasma	พลาสมา, ส่วนน้ำของเลือด
serum	เซรัม, ซีรัม
blood clot	ลิ่มเลือด
substrate	ซับสเตรท (สิ่งถูกย่อย)
digestive juice	น้ำย่อย
secretion	น้ำหลั่ง
secrete	หลั่ง
excrete	ขับถ่าย

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ., ขาญ สถาปนกุล พ.บ., สมจิตต์ เอี่ยมสะอาด พ.บ.,
พงศ์ชัย สุนทรชัย พ.บ., ประไพศรี สุวรรณิน พ.บ., ชรรยง ภูตระกูล พ.บ., สมบัติ สุนทรพันธ์ พ.บ.
รจิต บุรี M.B., B.S., M.D. (London), D.T.M., จิตต์ ตูจินดา พ.บ., D.T.M. (Hamburg),
วิจิตร พานิช พ.บ., มุกดา ตฤณานนท์ พ.บ., สฤษดิ์วิงศ์ วงศ์ถ้อยทอง พ.บ., ศรี จิตรจินดา พ.บ.

๑. Vincent Edmund, M.D., M.R.

C.P.: Oral Thrombin in the Treatment of Hematemesis. (วิธีการรักษาการอาเจียนเป็นเลือดโดยให้กินธรีอมบิน) B.M.J. 4824:1371-1372 (1953).

ธรีอมบิน เป็น สาร ชนิด หนึ่ง ที่ ทำ ให้ “ไฟบริโนเจน” แข็งตัวเป็น “ไฟบริน” ได้ ภายใน ๒-๓ วินาที, ทำให้เลือดแข็ง. ได้มีผู้ทดลองให้คนไข้ที่มีเลือดออกในกระเพาะอาหารกินธรีอมบิน, เพื่อจะทำให้เลือดหยุด. เริ่มการทดลองเมื่อ ๖ ปีมาแล้ว. มีข้อต้องนึกถึงหลายอย่าง, เช่น ต้องให้ยามีความเข้มข้นในกระเพาะอาหารเพียงพอ, ต้องเปลี่ยน pH ในกระเพาะ, เพราะกรดจะทำลายธรีอมบิน. ผู้ริเริ่มทดลองได้แก้ไขโดยให้กินธรีอมบินผสม Phosphate buffer และใช้รายงานผลใน ๓ ปีต่อมา. จากการทดลอง ๑๐๐

รายในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระขบทางเดินอาหารและอาเจียนเป็นเลือด, ได้สรุปว่าธรีอมบินเป็นยาที่มีค่ามากในการรักษาเลือดออกจากระขบทางเดินอาหารส่วนบน. ผู้รายงานนึ่งได้ทดลองต่อมา, ใช้ธรีอมบินที่ผสมฟอสเฟตบัฟเฟอร์มาแล้ว, ทดลองในผู้ป่วย ๒๒ รายที่มีประวัติอาเจียนเป็นเลือด. แบ่งเป็นก้อนโทรลครึ่งหนึ่ง. ใส่หลอดยางเข้าไปในกระเพาะ, ตกน้ำย่อยมาตรวจ. เมื่อพบเลือด, จึงใส่ธรีอมบินลงไป. โดยวิธีนี้พบว่าพวกให้กินธรีอมบิน, เลือดหยุดหรือออกน้อยลงอย่างชัดเจนภายหลังที่ให้ยาได้ ๒ ครั้ง, มีอยู่ ๔ รายจาก ๑๑ ราย. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจค้นอย่างละเอียดจนรู้สาเหตุ.

ผู้รายงานได้สรุปว่า การให้กินธรีอมบินยังไม่เป็นที่พอใจในการทำให้เลือดหยุด,

โดยเฉพาะเมื่อเลือดคั้นออกมาจากหลอด
เลือดแดงที่โตกว่าเส้นเลือดฝอย. แต่ใน
รายที่เลือดออกจาก oesophageal varix
มักได้ผลดี, เพราะออกจากหลอดโลหิต
ดำและร็อมบีนสามารถเข้าไปถูกกับแผล
แตกของหลอดเลือดได้โดยตรง. ใน ๒๒
ราย, พวกที่ทดลองยาไม่ได้ผล ๑ ราย,
ปรากฏจากการผ่าตัดที่ต่อมาภายหลังว่า
หลอดเลือดที่แตกนั้นมีขนาดใหญ่เกินไป
กว่าที่จะหยุดยั้งเลือดออกได้โดยวิธีใช้ยา
ใด ๆ ทั้งสิ้น.

ประชา พิเศษสุรฤทธิ พ.บ.

๓. Christian Hamburger, Georg
K. Stürup, Herstedvester, and E.
Dahl-Iversen; Transvestism. (ความ
วิถาวรของแค้นตัวแปลงเพศ). J.A.M.A.
5:391 (1953).

ผู้รายงานได้กล่าวเฉพาะ "genuine
transvestism" (หรือ eonism) ในชาย,
ซึ่งหมายถึงอาการวิถาวรในผู้ชายที่ชอบ
แค้นตัวและแสดงตัวเป็นหญิง. โดยมาก
มีรักร่วมเพศและไม่ชอบเกี่ยวข้องกับเพศ
หญิง. อาการแสดงเริ่มตั้งแต่เด็กและมี
เรื้อยไปจนตลอดชีวิต, สุกแต่เป็นมาก

หรือน้อย. เกี่ยวกับสาเหตุ, ยังไม่มีจิต
แพทย์, นักวิเคราะห์จิต หรือนักเพศ
ศาสตร์คนใดที่จะอธิบายได้แจ่มแจ้ง. แต่
ความเห็นของผู้รายงานโน้มเอียงไปทาง
การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซมแห่งเพศ
(intersexes) โดยถือตาม Gold-
schmidt's intersex theory. เหตุอาจ
เกิดจากคนพวกนี้มี X-chromosomes
สองอันอยู่ในเซลล์ของร่างกาย, แขนงเพศ
หญิง; แต่ต่อมเพศเดียวโตผิดมาเป็น
อวัยวะสืบพันธุ์ของเพศชาย. ในการรักษา
ปรากฏว่าคนพวกนี้ตั้งใจอย่างแน่นอน
พื้นที่จะเป็นผู้หญิง. ทำอย่างไรแพทย์ก็
ไม่สามารถจะให้เขาเปลี่ยนกลับมาเป็นผู้
ชายโดยสมบูรณ์. หน้าที่ของแพทย์ก็คือ
พยายามช่วยให้เขาคำเนินชีวิตแขนงไป
ในทางที่ถูกโดยให้เขาเป็นผู้หญิงให้มาก
ที่สุด, แต่โดยไม่เป็นภัยแก่สังคม, ถึง
วิธีต่อไปนี้ คือ:

๑. ขอมให้แต่งกายเป็นผู้หญิงได้
โดยอิสระ.

๒. ในบางรายควรไต่ขอมให้มีชื่อและ
เพศเป็นหญิงได้ตามกฎหมาย.

๓. ให้สารเอสโตรเจนเพื่อระงับหน้า
ที่ของลูกอัณฑะและช่วยเสริมลักษณะของ

ผู้หญิง, เช่นการขยายตัวของมัน. แต่
ละซุกไม่ควรให้นานเกิน ๖ เดือน.

๔. ในรายที่เป็นรุนแรง อาจใช้การ
ตอน. เมื่อคนไข้เป็นหญิงไม่สมหวังเพราะ
ยังมีอวัยวะของเพศชายอยู่, อาจกลายเป็น
โรครจิต, อันอาจเป็นมูลเหตุอาชญา
กรรมและภัยต่อสังคมในทำนองอื่น ๆ. ขน
ต่อไปตัดเพศชาย, โดยการตัดลิ้งค์, ตัด
แปลงดูงอวัยวะและสร้างช่องคลอด.

การรักษาจะได้อผลดี เฉพาะรายที่
ลักษณะทั่วไปคล้ายผู้หญิงเป็นทุนเดิมอยู่
แล้ว. ความมุ่งหมายของการรักษาเพื่อ
จะให้คนพวกนี้มีสมมุติระหว่างกายกับ
ใจอยู่ได้ตลอดไป.

ผู้รายงานได้รายงานตัวอย่าง ๑ ราย
ที่มีรูปร่างคล้ายผู้หญิงมาก และได้รับ
การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว.

ชาญ สถาปนกุล. พ.บ.

๓. Milton Cutler and Paul Cut-
ler.: Pseudomonas Meningitis (เชื้อ
หุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรียชิวโตโมนัส). Am.
Pract. 4:200 (1953).

รายงานผู้ป่วย ๒ ราย ซึ่งเชื้อหุ้มสมอง
อักเสบเพราะ Pseudomonas. ทั้ง ๒

รายเกิดภายหลังเจาะสันหลัง. น้ำไขสัน
หลังแสดงการเปลี่ยนแปลงอย่างเชื้อหุ้ม
สมองอักเสบเป็นหนองทั้ง ๒ ราย. ราย
แรกได้นำไปตรวจการเรืองแสง กับรังสี
เหนือม่วง (อัลตราไวโอเล็ต). ครั้งแรก
รักษาโดยให้เพนิซิลลิน, คีฮัยโครส-
เตร็ปโตมัยซินและเทอรัรามัยซิน. คนไข้
อาการดีขึ้นใน ๔ วันต่อมา, แต่แล้วใน
วันที่ ๑๐ กลับหนักลงอีก, จึงได้เพาะแยก
เชื้อบริสุทธิ์จากน้ำไขสันหลังไปทดสอบว่า
แพ้ยาชนิดใด. พบว่าเชื้อแพ้คลอโรมัย
เซทินและเทอรัรามัยซิน, จึงรักษาด้วย
ยาทั้งสอง, และหายเร็วข้อยกในอีก ๘
วันต่อมา.

ในรายที่ ๒ เพียงแต่เพาะเชื้อพบ. ได้
ให้เพนิซิลลิน, ซัลฟาไทอะซีนและคลอ
โรมัยเซทิน. อาการกลับหนักลง, จึง
เปลี่ยนให้ สเตร็ปโตมัยซิน. คนไข้มี
อาการดีขึ้น, กินเวลากว่า ๔ เดือนจึง
หายเป็นปรกติ.

ผู้รายงานย้ำว่าการเจาะน้ำไขสันหลัง
ควรระวังการนำเชื้อเข้าไปให้มาก ๆ. การ
ดำเนินของโรคอาจจะมีการกำเริบขึ้น, ทุ
เลาลง, และกลับเป็นใหม่ได้. อาจยกร
ตรวจโดยการเรืองแสงของน้ำไขสันหลัง

กบรังสีเหนือม่วงจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคเร็วขึ้น. บีซูโทโมนัสแต่ละสเตรนแพ็คต่อแอนติไบโอติกต่าง ๆ. การรักษาที่ให้ผลแน่นอนต้องอาศัยการทดลองว่าเชื้อแพ้ย่างไร (sensitivity test). เขาเชื่อว่าเพนิซิลลินคงจะใช้ไม่ได้ผลในโรคนี้.

สมจิตต์ เอี่ยมสอาด พ.บ.

๔. S. Waldmann and L. Pelner:

Mercurial-Fastness in the Patient with Congestive Heart Failure (การค้ออยาซียบีสสารวะเข้าปรอทในคนไข้ที่เป็นโรคหัวใจล้ม) Am. J. Med. Sc. 225:39 (1953).

ทดลองในคนไข้ ๑๐ คน, อายุระหว่าง ๕๑ ถึง ๖๘ ปี, ซึ่งเป็นโรคหัวใจล้มอย่างรุนแรง, และค้ออยาซียบีสสารวะเข้าปรอท. คนไข้ได้รับยาเมอร์คิวรียกรีนโอเคียม ๒ ล. ซม. ผสมกับพิริคอกซิน ๑๐๐ มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อคอโปกหรือเข้าหลอดเลือดดำ. ปรากฏผลเป็นทงพอใจว่าคนไข้ทุก ๆ คนถ่ายบีสสารวะได้มากขึ้น. แต่อันตรายจากการใช้ยาซียบีสสารวะเข้าปรอทขนาดมาก ๆ แล้วไม่ได้

ผลนั้น, เป็นข้อที่ของระวังไว้ด้วย. กลไกที่พิริคอกซินไปแก้การค้ออยาซียบีสสารวะนั้นยังไม่ทราบแน่นอน. อาจะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระดับของเอ็นซิมบางชนิด. การค้ออยาซียบีสสารวะพวกปรอทอาจแสดงออกมาในทางใดทางหนึ่ง, เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงแบบลูกโซ่, เพื่อที่จะให้การซียถ่ายบีสสารวะเข้าไปด้วยก็.

พงศ์ชัย สุกนธวัคค์ พ.บ.

๕. Herman I. Chin, Roland B.

Mitchell and Anna C. Arnold:

Relation of Chemical Structure to Fungistatic Activity. (ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเคมีกับอำนาจยับยั้งเชื้อรา.) J. of Invest. Dermat. 20:177 (1953).

การทดลองใช้ฮาโลเจน (halogen) เข้าไปแทนที่ในนิวเคลียสของสารฟีนอลิกทำให้สารนั้นมีอำนาจฆ่าเชื้อแบคทีเรียและเชอรามากขึ้น. Klarman และผู้ร่วมงานได้แสดงว่าการเติมฮาโลเจนเข้าในหมู่ซียกรอกซิลในตำแหน่ง "พารา" ได้ผลดีกว่าการเติมในตำแหน่ง "ออร์โธ",

และถ้าให้หุ้มแอลคิลจะยิ่งเพิ่มความแรงยิ่งขึ้น. โดยการใช้สารประกอบต่าง ๆ รวม ๔๒ ชนิด, ละลายใน ๗๐ เปอร์เซ็นต์ แอลกอฮอล์ให้มีความเข้มข้น ๐.๐๐๐๑ ถึง ๐.๑ M. ทดลองกับเชื้อ *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporun canis*, *Monosporium apiospermum*, *Phialophora Verrucosa*, *Sporotrichum Schenkii*, และ *Candida albicans*, ปรากฏว่าไคโผลกั, และมีผลที่ยังขึ้นเมื่อทดลองกับเชื้อ *Coccidioides immitis*. นอกจากนั้นการเติมคลอรีน (คลอรีนเนชั่น) และโบรมีน (โบรมีนเนชั่น) ก็เพิ่มอำนาจยับยั้งการเจริญของเชื้อราเกือบทุกชนิด. ในการทดลอง ปรากฏว่าการเติมไฮโอคีน (ไฮโอคีนเนชั่น) เพิ่มอำนาจยับยั้ง, แต่การเติมฟลอริน (ฟลอรินเนชั่น) ไม่เพิ่ม. การแทนที่ของคลอรีนสองอนุภาคเหมือนจะเพิ่มฤทธิ์ยิ่งขึ้น. นอกจากนอนพอน์ของ *Phenothiazine* ทดลองใช้ไคโผลกัเช่นเดียวกัน.

สารประกอบที่ใช้ต่อต้านเชื้อ *Coccidioides immitis* ได้ดีที่สุด คือ 1,10-phenanthroline; 2, 9-dimethyl-1, 10-phenanthroline; และ beta-di-

ethylamino-ethyl-1-methyl-3-isopropyl-cyclopentane-carboxylate hydrochloride.

ประไพศรี สุวรรณิน พ.บ.

๖. H.H.G. Eascott, M.B., M.S., F.R.C.S., C.G. Rob, M.C., M.A., M. Chir., F.R.C.S.: Some Factors affecting Uropepsinogen in Man- (สาเหตุบางประการที่มีผลต่อการขับถ่ายสารพอกยูโรเปปซินोजีน) *Lancet*, 22: 1068-1072 (1953).

เย็บซินโนจีนเป็นโปรตีนซึ่งพบอยู่ในปัสสาวะและปัสสาวะ, โดยเซลล์ของกระเพาะอาหารส่วนพาโรเอทลผลิตขึ้น. ส่วนใหญ่หลังเข้าในกระเพาะอาหารและถูกกรดเกลือแปรสภาพเป็นเย็บซิน. ส่วนน้อยถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตและขับถ่ายออกทางไตเป็น "ยูโรเย็บซินโนจีน". ผู้ทดลองได้หาปริมาณของยูโรเย็บซินโนจีนในปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมง, ใช้ทียโรซีน (Tyrosine) เป็นมาตรฐาน, วัดความสามารถย่อยโปรตีนของยูโรเย็บซินโนจีน. ๑ หน่วยคือ ๑๐๐ ล.ซม. ของปัสสาวะเทียบเท่ากับ ๐.๐๐๑๕ มก. ของ

ทัยโรซิน. คือนโทรลในคนไข้ ๖๓ คน ที่ไม่เป็นแผลในกระเพาะอาหาร, ไข่ผล เผลยชายและหญิงเท่ากับ ๓.๕ หน่วย/ช.ม. (ผลเฉลี่ยในชายสูงกว่าหญิงเล็กน้อย.) ในคนไข้ ๗๔ คนทำการตรวจทางห้องรักษาว่าเป็นแผลที่ทิวโอคินัม, พร้อมทั้งมีข้อสันนิษฐานจากห้องทดลองและจาก เช็กเซอร์ย์, ผลเฉลี่ยชายและหญิงเท่ากับ ๘.๗ หน่วย/ช.ม. ส่วนคนไข้ที่เป็นมะเร็ง กระเพาะอาหารและแผลในกระเพาะอาหาร ปรากฏว่ามีการขับถ่ายของยูโรเปปซิโน- เจนเป็นปรกติ.

การหายยูโรเปปซิโนเจนในปัสสาวะจะ ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย โรคแผลที่ทิวโอคินัมในบางกรณีที่ไม่สามารถหาต้นเหตุ ของโรค, หรือพวกที่อาเจียนออกมาเป็น เลือด.

บรรยง ภูตระกูล พ.บ.

๗. Ernest Jawetz.: Antibiotic Synergism and Antagonism. (การ ร่วมฤทธิ์และต้านฤทธิ์ระหว่างแอนติไบโอ- ทิค.) Arch. of Int. Med. 90:301 (1952).

เนื่องด้วยปรากฏการใช้แอนติไบโอ-

ติคอย่างพุ่มเพื่อย ในการรักษา โรคบาง อย่าง, ผู้รายงานจึงได้ศึกษาเกี่ยวกับ การ ร่วมฤทธิ์ (ซินเออร์จิสซึม) และการต้าน ฤทธิ์ (แอนตะโกนิสซึม) ระหว่างยาเหล่านี้. จากการทดลองเขาพบว่ายาแอนติไบโอติก แข่งไต่เป็น ๒ พวก คือ:

๑. เพนิซิลลิน, สะเทร็ปโตมัยซิน, บาซิตราซิน (Bacitracin), นีโอไมย ซิน (Neomycin).

๒. ออโรโอมัยซิน, คลอร์แอมเฟนิ คอล, เทอรรามัยซิน.

พวกที่ ๑ ส่วนมากจะร่วมฤทธิ์กันไม่ มากนักน้อย, โดยไม่ขัดแย้งกัน.

พวกที่ ๒ ไม่ส่งเสริมหรือต่อต้านซึ่ง กันและกัน.

พวกซัลโฟนะไมค์มักเข้ากันดีกับพวก ที่ ๒.

พวก ๒ ถ้าให้ร่วมกับพวก ๑, ผลจะ แล้วแต่ว่า:

(ก) ถ้าเชื้อแพ้ต่อยาพวก ๑, ก็จะออก ฤทธิ์ต่อต้านกัน.

(ข) ถ้าเชื้อไม่แพ้ยาพวก ๑, ยาพวก ๒ ก็จะส่งเสริมให้ฤทธิ์ดีขึ้น.

สมบัติ สุคนธ์พันธุ์ พ.บ.

๘. Lack: The Pathogenesis of Tuberculosis (กลไกของการเกิดพยาธิสภาพในวัณโรค). Post-grad. Med. J. 29:340-341 (1953).

การค้นคว้าที่สถาบัน ออโรฟิติกส์, แสตนฟอร์ด, โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ชนิด phase contrast, สามารถแบ่งเชื้อวัณโรคเป็น ๒ ชนิด, คือ ชนิด bacilli และชนิด cocci. ชนิดแรกอาจหาค้นได้เป็นชนิดหลังได้ ในเมื่อขาดอาหารหรือเนื่องจากผลของยาแอนติไบโอติก, เช่น สเตรปโตมัยซิน, เพนิซิลลิน, พี.เอ.เอส. หรือไอโซไนอะซิด. แต่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม, เชื้อชนิดค็อกโคไคอาจกลายรูปกลับเป็นชนิดบาซิลไลก็ได้. การเปลี่ยนรูปจากชนิดบาซิลไลไปเป็นค็อกโคไค, ถือเป็น การลดอำนาจก่อโรค (ปาโรเจเนซิติวี่) ของเชื้อได้ด้วย. มีผู้พบว่าเชื้อชนิดบาซิลไลที่มีพิษแรงแรงมักจะงอกเป็นรูปเส้นยาว (คอร์ด) และยึดติดกันโดยส่วนประกอบส่วนหนึ่งของคอร์ด, ซึ่งเป็นวัตถุจำพวกไขมัน (ไลบิก). ในเชื้อชนิดค็อกโคไคววัตถุไลบิกนี้ไม่มี (Bloch, 1950).

สาเหตุที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาเกินควรต่อเชื้อวัณโรค (ฮัยเปอร์เซ็นซิทีฟิวิตี) นั้น

มาจากสารจำพวกโปรตีนที่อยู่ในเชื้อ. ได้มีผู้ค้นคว้า (Seibert และ Morley, 1933) อ้างว่าความแรงของทูเบอร์คิวโลโปรตีนในเชื้อทั้งชนิดค็อกโคไคและบาซิลไลนั้น, ไม่แตกต่างกันเลย, ต่างกันที่ปริมาณเท่านั้น. เชื้อวัณโรคผลิตภัณฑ์ของแบคทีเรียชนิดอื่น ๆ ที่ว่ามีไม่เอนไซม์ซึ่งอยู่นอกเซลล์และมันทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นในร่างกายได้โดยทางอ้อม. ยิ่งกว่านั้น, เชื้อที่ไม่ทำอันตรายต่อเซลล์ของร่างกายอาจเป็นเพราะว่าเชื่อนั้นไม่มีการแบ่งตัวในเซลล์ที่มันอาศัยหรืออาจอยู่รวมกับเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์โดยภาวะซิมไบโอสิส. แต่ถ้าเป็นเชื้อซึ่งทำอันตรายต่อร่างกายแล้ว, มันจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอยู่ในเม็ดเลือดโมโนไซต์ของร่างกาย, จนกระทั่งเซลล์ถูกทำลายไป. ความแตกต่างข้อนี้เป็นคุณสมบัติของชนิดต่าง ๆ ของเชื้อวัณโรค.

ได้มีผู้พบว่าเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ของคนที่เป็นวัณโรค. สามารถปล่อยสารต้านทาน (แอนติบอดี) ชนิดหนึ่งซึ่งทำให้เกิดการสลายตัวของเซลล์ที่มีทูเบอร์คิวโลโปรตีนเกาะอยู่ (Favour, 1951). การที่จะมีปฏิกิริยาเกินควรต่อ

เชอวณโรคหรือไม่นั้นก็อยู่ที่ความเชื่อของคนนอกเหนือไปจากลิ้มโฝซัยท์ที่จะสามารถรักษาเชอวณโรคโดยวิธีอื่นเพื่อจะได้ทำปฏิกริยากับสารต้านทานที่ได้จากลิ้มโฝซัยท์หรือไม่.

เวลานี้เชอวณโรคที่เกิดเคชเชอชั้นในก้อนทเบอร์เคิลเนื่องมาจากกลไกอื่นนั้น เคชเชอชั้นเป็นระยะหนึ่งของการชั่งกันตัวของผู้ป่วย และมีระยะการเกาะของธาตุปูน (แคลเซียมฟอสเฟต) เป็นสสารอันสุดท้ายของเชอวณโรค.

ในใจกลางของจุดที่เกิดเคชเชอชั้นนั้น มีตัวเชอวณโรคซึ่งมักจะเป็นชนิดคือคอโค. แต่ถ่าเกิดการละลายตัวของเชอชั้นก็อาจจะเจริญขึ้นมาใหม่และทำอันตรายแก่คนไข้ได้. สาเหตุที่ทำให้เกิดเคชเชอชั้นของคนเชอวณโรคเชอวณโรคของเชอชั้นมีโปรทีเอส, มากกว่าสมรรถภาพของเชอชั้น. หากการทดลองในแก้วผู้รายงานสามารถละลายสารเคเชอช (Caseous matter) นี้โดยพลาสตินได้. น้ำในร่างกายทั่วๆ ไปมีพลาสตินโนเงินอยู่เสมอ. ในเนื้อหนึ่งส่วนที่ไดรับอันตรายหรือไดรับการคิกเชอวณโรคจะเปลี่ยนให้พลาสตินโนเงินกลายเป็น

เป็นพลาสตินได้ (Unger, Lancet. 2: 742, 1952).

รจิต บุรี M.B., B.S., M.D., (London) D.T.M.

๕. Stanley S tellor: Subarachnoid Injection of Alcohol in Treatment of Spasticity in Paraplegia (การฉีดแอลกอฮอล์เข้าใต้เยื่อหุ้มไขสันหลังเพื่อรักษาอาการกล้ามเนื้อตึงในพาราพลีเจีย). Arch. Neur. and Psych. 3:343-349 (1953).

ผู้เขียนรักษาอาการตึง (Spasticity) ในอัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) จากสาเหตุต่างๆ กัน, โดยฉีดแอลกอฮอล์เข้าช่องทางเดินน้ำสันหลัง (intrathecal injection).

วิธีฉค. ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงบน Stryker frame ในท่าเง้าน้ำสันหลังธรรมดา. จุดท่อนให้มช่องเหลืออยู่บริเวณเอว (ลัมบาร์). ไซเข็มขนาด ๑๘ เจาะลงที่ช่องลัมบาร์ ๒-๓ ให้ปลายด้านปากหันลงทางขา. คกเอาน้ำสันหลังออก ๑๐ ล.ซม. แล้วรับผู้ป่วยนอนหงายให้เข็มทคาไว้ลอคช่องท่อนที่เตรียมไว้. ยก

ปลายเตียงให้ภรรยาช่วยทำมุม ๔๕° กับพื้น.
 ค่อย ๆ ถีตแอลกอฮอล์แอ็บโซลุต ๑๕
 ล.ซม. เข้าช่องทางเดินน้ำสันหลังโดย
 ค่อยๆ หลอดอย่างสั้น ๆ ระหว่างหลอดถีตก็
 เข็มเจาะ. ใช้เวลา ๓๐-๖๐ วินาที. เสร็จ
 แล้วให้ผู้ป่วยนอนเหยียดขา, และนอน
 พักประมาณ ๑ ชั่วโมง. ให้ผู้ป่วยคอย
 สังเกตอาการที่เกิดขึ้น, เช่น pa-
 resthesia. ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนราบ ๆ
 หรือในท่าเข็นเตเส้นเขอร์ดที่เตียง. ผู้
 บัวยส่วนมากถกนึ่งเก้อเช่นไต้ในวันรุ่งขึ้น.

ในการถีตซ้ำให้เจาะที่ช่องออราซิค
 ๕, และเพิ่มแอลกอฮอล์เป็น ๒๐-๓๐
 ล.ซม.

ผล. การถีตและอาการระตถ, ถีน
 ทกรายภายหลังถีต. มีอยู่ ๔ รายยังคงมี
 ถีนเนอกล้ามหน้าทองเล็กน้อย.

การเคล็ดอนไหว, ผู้บัวย ๒ รายระตถ
 เท้าไต้ก่อนถีต, ภายหลังถีตระตถไต้ไต้.

รึเฟล็กซ์ไวและแพลนคาร์รึเฟล็กซ์ถีต
 ปรกติซึ่งมีอยู่ก่อนทุกราย, หายไปภาย
 ภายหลังถีต.

ความรึสึกไม่เปลี่ยนแปลงภายหลัง
 ถีต. ๒ รายมีอาการปวดขามากภาย
 ภายหลังถีต.

อาการทางอจจาระ, บัสดาระและแผล
 ถกที่ขัไม่ค้อยถีนภายหลังถีต.

พึช. มีน้อย. โดยมากไม่ค้อยรุนแรง.
 อาการพึชจากการถีตมีปวดขา, ปวดถึระ,
 อาเจียน, ซ้ำซ้ำชณะ, paresthesia และ
 อ่อนเพลีย.

ข้อบ่งใช้การรักษายแขน มี:

๑. การถีนและระตถเป็นอย่างมาก
 จนถกความรำคาญไต้แก่ผู้บัวย, หรือทำ
 ให้การพึชขาดขัดข้อง.

๒. หน้าทของกล้ามเนอเสี่ยหมด.

๓. โรคไม่เปลี่ยนแปลงต่อไป.

จิดต์ ตูจันดาพ.บ., D.T.M. (Hamburg)

๑๐. Sydney Olansky, M.D., Fred
 W. Harb, M.D., Clayton E. Wood,
 M.D., and Dorothy S. Rambo: In-
 tramuscular Chloromycetin (Chlo-
 ramphenicol) in the Treatment of
 Venereal Diseases (การรักษากามโรค
 โดยถีตคลอโรมัยเซตินเข้ากล้ามเนอ)
 Am. J. Syph. 37:253-258 (1953).

ผู้รายงานไต้ใช้คลอโรมัยเซตินผ
 แขนวตะกอนในน้ำถีตเข้ากล้ามรักษาค
 ใช้บัวยกามโรค. ไต้ผลถีนต่อไป:

ซิพลิส ๑๓ ราย. เป็นระยะที่หนึ่ง ๒๐ ราย, และระยะที่สอง ๔๓ ราย. ใช้น้ำยา ๒ ขนาด, คือ ๒ กรัม ทุก ๑๒ ชั่วโมง, เป็นเวลา ๖ วัน (รวม ๒๔ กรัม), กับ ๒ กรัม วันละครั้ง, เป็นเวลา ๖ วัน (รวม ๑๒ กรัม). ปรากฏว่าทั้ง ๒ ขนาดให้ผลใกล้เคียงกัน, และดีทุกราย. การตรวจน้ำเหลืองให้ผลลบ ๔๓ ราย. ไคเตอร์ลดลง ๑๕ ราย. อีก ๑ รายไม่นับ, เพราะได้รับเชื้อใหม่.

Granuloma inguinale ๒๓ ราย. ใช้น้ำยาน้ำยา ๓ ขนาด, คือพวกที่หนึ่งให้ ๔ กรัมทุก ๑๒ ชั่วโมง (รวมยา ๑๒ กรัม), พวกที่สองให้ ๑ กรัม, วันละครั้ง ๑๒ วัน (รวมยา ๑๒ กรัม), พวกที่สามให้ ๒ กรัม วันละครั้ง, ๖ วัน (รวมยา ๑๒ กรัม). ปรากฏว่าผลหายเร็วหรือดีทุกราย, นอกจาก ๑ รายที่หายอย่างพวก ๒.

Lymphogranuloma venereum ๒ ราย. ให้น้ำยาทั้งหมด ๑๒ กรัม. ได้ผลทั้ง ๒ ราย.

หนองใน ๑ ราย. ให้น้ำยา ๑๒ กรัม ภายใน ๖ วัน. หายเร็วหรือดี. การแพ้พิษยา. มีน้อยมาก. เป็นลมพิษ

และเป็นไข้ ๒ ราย, รักษาหายด้วยแอนติบิโอดีคิมิน. มีขมแค้นร้อนในบริเวณที่ฉีดยา ๑ ราย, หายเองใน ๔ วัน. นำสังเกตว่าในทุกรายไม่ปรากฏอาการแพ้ชนิดคลื่นไส้, อาเจียน, ท้องเดินหรืออาการอื่นที่พบบ่อยในการให้ยาน้ำยาทางปาก. สรุปผลว่าการฉีดคอสโตรมัยเซตินเข้ากล้ามเนื้อหรือรักษากามโรคทั้ง ๕ ชนิดได้ผลดี.

วิจิตร พานิช พ.บ.

๑๑. Samuel S. River, M.D.: The Control of Hypertension with 1-Hydrazinophthalazine (Apressoline) (การรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วย "อะเปรโซลีน") Am. J. Med. 2: 160-164 (1953).

ทดลองในผู้ป่วย ๖๕ คนที่มีความดันโลหิตสูง, โดยใช้อะเปรโซลีนขนาด ๕๐ มก. กินวันละ ๓ ถึง ๖ ครั้ง (๑๕๐ ถึง ๓๐๐ มก. ต่อวัน), แล้วแต่ขนาดไหนจะได้ผลเป็นที่พอใจ. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงชนิดต่างๆ กันดังนี้ คือ:

(๑) เอ็ดเซนเซียลฮัยเพอร์เทนชัน ๔๑ ราย. เวลาที่เป็นโรคนานกว่า ๗ ปี,

แต่ไม่มีผู้ใดอยู่ในระยะอันตราย. ได้ผลเป็นที่พอใจ ๓๑ ราย. ความดันโลหิตตกลงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างละ ๒๐ มม. หรือมากกว่านั้น. ส่วนมากของผู้ป่วยในพวกนี้มีความดันโลหิต ๒๐๒/๑๒๓ มม.ปรอท, และภายหลังใช้ยาแล้วอยู่ประมาณ ๑๖๕/๙๕ มม.ปรอท.

ในผู้ป่วยอีก ๑๐ รายผลไม่เป็นที่พอใจ, เนื่องด้วยได้เป็นโรคมาหลายปีแล้ว และมีการเสื่อมสมรรถภาพของไตและหลอดเลือดขยุบสลายรักษาไม่หาย.

(๒) วินนาลซียเปอร์เท็นชัน. ส่วนมากเป็นกลอเมอรูโลเนไฟรติสเรื้อรังและพียอัสโตเนไฟรติส. รวม ๕ ราย. ทั้งหมดผลไม่เป็นที่พอใจเลย.

(๓) ฮัยเปอร์เท็นชันอย่างร้าย. มี ๖ ราย. วินิจฉัยโดยอาศัยการตรวจพบ N.P.N. ในเซรัมสูง, มีแปบิลอิคีมา, แอลบิวมินูเรียและฮีมาตูเรีย. รักษาได้ผล ๒ ราย. ความดันโลหิตตกต่ำลงเกือบถึงปรกติ. แอลบิวมินูเรียและแปบิลอิคีม่าน้อยลง.

(๔) ภายหลังตัดประสาทซิมพะเรติก (Post-sympa thectomy). มี ๓ ราย

ที่ตัดซิมพะเรติกแล้วได้ผลไม่เป็นที่พอใจ. รักษาด้วยอะเปอโรโซลีนลดความดันโลหิตลงเล็กน้อยเท่านั้น.

อาการแพ้ยาที่พบบ่อยคือคลื่นไส้, อาเจียน, ปวดศีรษะ, เวียนศีรษะ, หายไปเมื่อหยุดยา. การแพ้จะมีน้อยถ้าให้ยานานขึ้นๆ และค่อยๆ เพิ่มขึ้น, จนได้ผลเป็นที่พอใจ.

สรุป อะเปอโรโซลีนได้ผลเป็นที่พอใจในพวกเฮิสเซ็นเซิลซียเปอร์เท็นชันเท่านั้น.

มุกดา ตฤณานนท์ พ.บ.

๑๒. Ancel Blaustein, Ned Shnayerson, Robert Wallach: Clinical Use of a New Anticoagulant Phenylindane dione. (การใช้ยาห้ามเลือดแข็งนานใหม่, เฟนิลอินเคนดิโอน) Amer. J. Med. 6:704-706 (1953).

ผลของการทดลองเฟนิลอินเคนดิโอนปรากฏว่าแสดงฤทธิ์เร็ว, ไม่มีการสะสมยา, สามารถควบคุมขนาดใช้ได้ง่าย, การต้านทานต่อยาน้อยและการตกเลือดห้ามไม่หยุดคมีน้อยมาก.

ขนาดที่ใช้, เริ่มต้น ๒๐๐ ถึง ๓๐๐ มก. แบ่งให้ก่อนเช้าและก่อนนอน. ค่าไป

ให้ขนาดประจำ.เฉลี่ย ๖๕ มก. ต่อวัน.
(ระหว่าง ๒๕ ถึง ๑๐๐ มก. ต่อวัน).
ปรากฏผลในระกัยโปรธร้อมบิณฑตองการ
ภายใน ๒๐ ช.ม. ๒๐ ราย; ภายใน
๒๘ ช.ม. ๒๗๔ ราย; ภายใน ๓๒ ช.ม.
๘๒ ราย, ภายใน ๕๔ ช.ม. ๕ ราย;
และ ๑๕ รายธร้อมบิณฑตองการเลย,
แม้ใช้ขนาดมาก ๆ. เวลาหมก
ฤทธิ ๓๘๖ รายภายใน ๔๘ ช.ม.; ๑๔
รายใน ๗๒ ถึง ๑๔๓ ช.ม. ในการทก
ลองพิษของยาพยว่าอาจเกิดกตเล็อกและ
ปัสสาวะเป็นเล็อก, แต่ต้องให้ยาขนาด
มากกว่าที่ใช้ในการรักษามาก.

การทนทานต่อยาแยกได้เป็น ๒ พวก,
คือพวกที่แสดงการทนทานตั้งแต่แรก,
กับพวกที่แสดงในภายหลัง. ในพวกแรก
ไม่ไ้ระกัยโปรธร้อมบิณฑตองการเลย.
พวกหลังนั้นในตอนต้นแสดงผลดี, แต่ต่อ
มา "เวลาโปรธร้อมบิณฑตองการ" จะกลับสู่ระกัย
ปรกติแม้จะเพิ่มขนาดยา.

วิตามิน K เป็นปฏิยัภัยต่อชยานี้. แต่
การจะใช้วิตามิน K ในรูปต่าง ๆ กัน (เช่น
ออกไซค์หรืออิมัลชัน) ยังไม่ทราบชัด,
เนื่องจากคนไข้ ๔๐๐ รายนั้นมตกเล็อกเล็ก
น้อยเพียง ๓ รายเท่านั้น.

สฤษดีวงศ์ วงศ์ถ้วยทอง พ.บ.

๑๓. Yale David Kosdoff M.D.,
Leslie E. Morris, M.D., and Lowell
G. Lubio, M.D.: "Paraplegia com-
plicating Gout." (พาราพลีเจียแทรก
ซ้อนโรคเก๊าท์). J.A.M.A. 1:37 (1953).

ชายฉิวชาวอายุ ๔๔ ปี เข้า ร.พ. ถ้วย
อาการอัมพาตของขาทั้ง ๒ ข้างมาสอง
เดือน, ถ่ายปัสสาวะลำบาก, อุงจาระผูก,
และปวดกระดูกสันหลัง. เคยมีปวดข้อ
เรอริงเป็น ๆ หาย ๆ มา ๑๒ ปี. คมสุรา
เป็นประจำมา ๑๕ ปี.

ผู้ช่วยร่างกายแข็งแรง. ความคั้น
โลหิต ๑๔๐/๘๕. มีก้อน (tophi) ที่ห
ทั้งสองข้างและที่คออกขวา. ครึ่งล่างของ
ลำตัวและขาทั้งสอง มีความรู้สึกไว้น้อย
กว่าปรกติ. กำลึงกล้ามเนื้อของขาอ่อนมาก.
รีเฟล็กซ์ข้อเท้าและข้อเข่าไวกว่ปรกติ.
มีแองเคิลโคไลนัส. กรคยูริคในปัสสาวะ
๒๔ ช.ม. ๖๑๔ มก., ในเล็อก ๑๐.๗
มก. มีอีโกลแกรมแสดงว่ามีลึอก
สมบรวณทชอราชิค ๑๑. เอ็กซเรย์แสดง
อัสติโออาร์โทรติสชันน้อยที่สุดในการะกุก
สันหลังส่วนคอ, อก, เหวและกัน.

ผ่าคักพบก้อนสีขาวคล้ายช้อลค์เต็ม

ในช่องไขสันหลัง, และก้อนเนื้อในไขสันหลังไปทางข้าง ๆ และข้างหลัง. ก้อนเนื้อนี้พิสูจน์ได้ว่าเป็นไซโตมัยเรท. กัวไซ

สันหลังปรกติ. ภายหลังผ่าตัดกำจัดไขสันหลังทั้งสองคนเรื่อย ๆ.

ศรี จิตรจินดา พ.บ.

คำบำรุงสารศิริราช

คำบำรุงหนังสือรวมทั้งค่าส่ง ๑ ปี : ๑๕.๐๐ บาท
ส่งเงินทางธนาคารตั้งจ่ายที่ : บ.ณ. หน้าพระลาน
ผู้รับเงิน : ผู้จัดการสารศิริราช

ปกิณกะ

จดหมาย

๑๘ กรกฎาคม ๒๔๕๖

เรียน บรรณาธิการสารคดีราช

เมืองนอกผมก็ไม่ได้ไป นอกเมืองก็ไม่ได้ไป เข้ามาก็ยืนอยู่หลังนอนอยู่ใน ร.พ.ศิริราช กลับเป็นข่าวใหญ่ไปได้ และเป็นข่าวทางวิชาการเสียด้วย เพราะผมกล้าเสี่ยงผ่าตัดเพื่อขยับโรคแรงกัน โลหิตสูงเป็นรายแรกในศิริราช (ไม่ใช่ในประเทศไทย) บัดนี้เวลากลับเลยมาหนึ่งเดือนหลังการผ่าตัดครั้งที่สองแล้ว ญาติมิตรและศิษย์ที่ไปเยี่ยมเยียนหรือคอยถามข่าวก็ทราบกันดีแล้วว่าผมรอดจากการผ่าตัด แต่ยังมีผู้สนใจเพราะตนเองเป็นโรคแรงกันโลหิตสูง อาจต้องการทราบผลสุดท้ายของการผ่าตัดในโรคของผม เพื่อให้เป็นที่แน่นอนว่าเขาเหล่านั้นได้ทราบผลอันแท้จริง ผมจึงต้องขอรบกวนหน้ากระดาษสารคดีราช ผลจากการผ่าตัดครั้งที่ ๒ มีดังต่อไปนี้ (๑) แรงกันซิสโตลิกตกลงถึง ๘๐ มม. ปรอทขณะทำการผ่าตัด. (๒) ในวันรุ่งขึ้นแรงกันก็เริ่มขึ้น และวันต่อมาขึ้นไปถึง ๑๕๐

/๑๐๐ จากนั้นแกว่งขึ้นไปถึง ๑๖๐/๑๐๐ (วัดเมื่อก่อนนอนเช้า) บางครั้ง ๑๗๐/๑๑๐ (วัดตอนบ่าย) (๓) ผมยังจะต้องนอนเค้น โดยมีผ้าค้ำหนุนพนักแข็ง และขาที่นอนบน และต้องมีเครื่องวัดที่อยู่อีกด้วย. (๔) ผลสุดท้ายจะเห็นได้จากตัวเลขที่กล่าวมาแล้วว่าโรคหายเด็ดขาดนั้นไม่มีแน่ หวังเพียงอาการบรรเทาลงไปชั่วคราวหนึ่ง ซึ่งจะเป็นเวลาอีกกี่สัปดาห์ก็แต่การปฏิบัติตน (ทั้งนี้เพราะเมื่อรับการผ่าตัดผมอายุเกือบ ๕๕ ปีเต็ม)

ผมทราบมาว่ามีผู้สนใจ คอย รอ ผล การผ่าตัดของผม ถ้าได้ผลดี ก็อาจมีผู้ไปรับการผ่าตัดในต่างประเทศ ผมเสียใจด้วยในการที่บางท่านจะต้องผิดหวัง โดยเฉพาะที่มีอายุแก่กว่าผมหลายปี ถ้าท่านได้อ่านหรือทราบข้อความในขบขรรณาธิการ "สารคดีราช" ประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๔๕๖ ท่านก็คงจะไม่กระตือรือร้นในเรื่องการผ่าตัดกันมากนัก

การผ่าตัดเพื่อขยับโรคแรงกันโลหิตสูงควรสงวนไว้เป็นวิธีการขั้นสุดท้าย ใน

เมื่อได้พักผ่อน และรักษา ทางยาไม่ได้ผล
แล้ว ในสมัยนี้มียาใหม่ ๆ ซึ่งเมื่อใช้ให้
ถูกต้อง จะยังเกิดผลดีในรายที่โรคไม่
แรงเกินไปและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
และหลอดโลหิต แต่ยาเหล่านี้มีฤทธิ์
แรงมาก จะใช้อย่างสุ่มสี่สุ่มห้าไม่ได้
ทางที่ดีที่สุด คือเข้ารับการรักษาใน ร.พ.
จนเป็นที่พอใจของหมอเสียก่อน แล้วจึง
ออกมาใช้ยาต่อไป เมื่อกลับทำงาน แต่ก็
ต้องคิดถึงกับหมอโดยใกล้ชิด

ท้ายที่สุดนี้ผมขอกล่าวว่า “บ๊องกันไว้
ดีกว่าแก้ แน่นนอนเลย” ผมเองเคยปวด
ศีรษะด้วยเหตุต่าง ๆ และโดยเฉพาะ
ปวดท้ายทอย ซึ่งต่อมา พิเคราะห์ ถูกต้อง

ว่าเป็นไมเกรน เคยวัดแรงดันเลือดขณะ
ปวดศีรษะ และไม่ปวดก็ไม่เคยปรากฏ ว่า
ขึ้น เลยเลิกวัด และกว่าจะรู้ว่า เป็นโรค
แรงดันโลหิตสูง ก็ขึ้นไปถึง ๒๐๐ ซิส
โตลิก โดยไม่มีอาการปวดหรือมีศีรษะ
เลยแม้แต่น้อย. ทั้งนี้เพราะผมไม่ปฏิบัติ
ตนตามที่แนะนำต่อผู้อื่นไป กล่าวคือเมื่อ
อายุเข้าวัย ๔๐ ปี แม้แต่จะไม่มีอาการ
เจ็บป่วยใด ๆ ก็ตาม ควรจะให้แพทย์
ตรวจร่างกายโดยละเอียด อย่างช้า ๆ
เดือนต่อครั้ง หรืออย่างน้อยก็ให้ไต่ตรวจ
หัวใจ, หลอดโลหิต, แรงดันเลือด, และ
ปัสสาวะ.

ประเสริฐ กังสดาลย์

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง	๓๕.๐๐	บาท
สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน	๒๕.๐๐	บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	๒๐.๐๐	บาท
คำสั่งทาง ป.ณ. เล่มละ	๒.๐๐	บาท

แผนกข้าว

(รวบรวมโดย ค.พ.)

ข้าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน มิถุนายน ๒๕๕๖

๑. จำนวนผู้ป่วย (นอก ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก. ใน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล)

	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๕๕๒	๓๘๕	๕๑๐	๘๘๖	๕๐๐	๑๕๔	๕,๒๒๗
เก่า	๑,๓๕๐	๑,๒๓๑	๑,๔๕๑	๓๕๒	๑,๐๕๐	๑๘๘	๖,๑๕๒
รวม	๒,๙๐๒	๒,๐๑๖	๒,๔๐๑	๑,๒๓๘	๑,๕๕๐	๓๔๒	๑๑,๓๖๖
ใน	๑๓๓	๒๓๕	๖๔๔*	๑๐๓	๕๕๖	—	๑,๓๑๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๒๗๕ จักษุ ๒๓๒ สูติ-นารี ๑๒๕ รวม ๖๓๒ ราย

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๒๑๖* หญิง ๑๓๒ รวม ๓๔๘ คน. คลอดตายชาย ๑๐. หญิง ๑๒ รวม ๒๒

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๐๕ คน (๘๐ ป.ช. ของที่รับไว้) ได้ตรวจศพ ๒๑ ราย (๒๐.๐ ป.ช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๒๘๕ ครั้ง. ข้างนอก ๑๖ ครั้ง. รวม ๓๐๑ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา ก. รังสีเอกซ์ ตรวจ ๒,๑๓๕* คน. รักษาใหม่ ๒๕ คน. รวมรักษาใหม่และเก่า ๖๒๗ ครั้ง.

ข. ราเดียม รักษา ๒๑ คน รวมรักษาใหม่และเก่า ๕๔ ครั้ง. ค. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ - ครั้ง รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสูรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๑๑ ครั้ง. วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, บัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๒,๓๕๑ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๑. ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๖๔๓ (จากภายนอก ๓๔). แอ็กกูติเมชัน ๑๖๐. วัสดุเจอร์เมนและคาร์บอน ๑,๖๕๕. หมู่มเลือด ๖๐๐ นั้บเม็คเลือด ๑๐๐. ฟลิ้มเลือด ๑๕. น้ำไขสันหลัง ๔๕. อุจจาระ ๕๒๖. บัสสาวะ ๕๔. เสมหะและอื่นๆ ๑๓๔*. ปฏิบัติวิทยาตัวจิ๋ว ๔๒. เพาะเชื้อในเลือด ๖๔. นิ้ดสัตว์ ๑๗. รวมตรวจต่างๆ ๔,๐๗๗ ครั้ง. ศพญาติรับไป ๔๕. ภาววิภาครับไป ๖. สปีเฮอร์รับไป ๘๕. รวม ๔๔๐ ศพ.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ เจาะท้อง ๑๘ ครั้ง. เจาะน้ำสันหลัง ๑๕ ครั้ง. เจาะตับ ๑ ครั้ง. เจาะช่องปอด ๔ ครั้ง. อัดลมเข้าช่องปอด ๑ ครั้ง. อัดลมเข้าช่องท้อง ๔๔ ครั้ง. ผ่าตัดเล็กโรคผิวหนัง ๑๖ ครั้ง. นิ้ดยาซิฟลิส ๑๖ ครั้ง.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๓* คน. ถอนฟัน ๒๐๕ คน. อดฟัน ๗๕ซี่. ผ่าตัดช่องปาก ๒๗ คน

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความ^{ผู้} ^{ผู้}ของ นายแพทย์สรรักษ์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

อนุโมทนา. มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และทรัพย์สินของบำรุงคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลดังต่อไปนี้ (เฉพาะ ที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)

๑. พันโท พระชำนานัญชาติศักดิ์คา บ้านเลขที่ ๖ ตรอกศรีบ้าน ถนนสามเสน อำเภอคูสิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๘,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อให้เป็นเงินทุน บำรุงนักศึกษาแพทย์ ซึ่งกำลังเล่าเรียนอยู่ แต่หมกทนที่จะเรียนต่อไป และให้ใช้ ดอกจากเงินต้นนั้นเป็นขี ๆ ตามมากน้อย
๒. นางเวทีก วรรณสุข บริษัทวรรณสุข จำกัด ถนนอนุกรม อำเภอบางพลี จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐,๔๒๗. ๓๔ บาท ซอปกอพลาสติก ๑ ชุด ให้ โรงพยาบาลศิริราช
๓. ขุนพิบูลย์อินสาร บ้านเลขที่ ๔๐๓ ตำบลท่าใหม่ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท ให้แก่แผนกรังสีวิทยา ใช้จ่ายเป็นทุน "ปราชัยะเร็ง" ตามแต่จะเห็นสมควร เนื่องจากได้มารับการรักษาโรคมะเร็งที่กลองเสียง ในแผนกรังสีวิทยา และได้เห็นผู้ช่วยเป็นโรคมะเร็งต่างๆเป็นจำนวนมาก
๔. เจ้าพระยาจักรีพิพัฒน์ บ้านเลขที่ ๔๔๐

ถนนพระสุเมรุ อำเภอพระนคร จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน "การากร" ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เนื่องในการบำเพ็ญบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ ม.ล.อัมพาการากร

๕. ราษฎรอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร บริจาคเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อบำรุงการสาธารณสุขในแผนก สติศาสตร์-นวิเวชวิทยา

ไปต่างประเทศ. ๑. ศาสตราจารย์หลวง พินพากย์พิทยาเกศ คณะศึกษาศาสตร์ ฯ ไปประชุม The First World Conference on Medical Education ณ กรุงลอนดอนและไปทำงานในทวีปยุโรป และสหรัฐอเมริกา ออกเดินทางวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๔๕๖

๒. ศาสตราจารย์ แดง กาญจนารัตน์ หัวหน้าแผนกจักษุวิทยา ฯ ไปทำงานต่างประเทศโดยทุน W.H.O. ออกเดินทางวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๔๕๖
๓. นายแพทย์สำโรจน์ ประชัญชาม อาจารย์แผนกสติศาสตร์ ฯ ไปศึกษาต่อ ณ ประเทศอังกฤษ โดยทุนบริติช เคาน์ซิล ออกเดินทางวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๔๕๖
๔. แพทย์หญิงพินิต เกยานนท์

อาจารย์แผนกศิริวิทยา ไปศึกษาและก
งาน ณ สหรัฐอเมริกา ๕. นายแพทย์
วิเชียร ศิลกสัมพันธ์ อาจารย์แผนกกาย
วิภาคศาสตร์ ไปศึกษาและกงาน ณ
สหรัฐอเมริกา ทั้ง ๒ ท่านนี้ โดยทุน
M.S.A. และออกเดินทางวันที่ ๒๔ สิงหา
คม ๒๔๕๖ ๖. นายแพทย์ทินรัตน์
สถิตนิมานการ อาจารย์แผนกพยาธิวิทยา
ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา โดย
ทุน M.S.A. ออกเดินทางวันที่ ๒๗
สิงหาคม ๒๔๕๖.

การประชุมวิชาการ. คณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาลได้จัดให้มีการประชุม
วิชาการประจำเดือน ณ หอประชุมราช
แพทยาลัย เริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ ๑๑.
๑๐ น. มีเรื่องที่น่าสนใจต่อไปนี้ :-

เดือนกรกฎาคม : ๑. รายงานโรค
มะเร็งตัวมกลูกในผู้ป่วยอายุน้อย ๑ ราย
โดยแพทย์หญิง ม.ร.ว. สังศรี เกตุสิงห์
๒. โคลิ์ค็อกคัลซิสต์ รายงานผู้ป่วย ๑
ราย โดยนายแพทย์โอกาส พลากร

๓. ผู้มีบิดในตับแตกเข้าช่องเยื่อหุ้มห
ใจ ๓ ราย โดยนายแพทย์วชิร วิราน
วัตต์, นายแพทย์วีรจิต บุรี, แพทย์หญิง
ตระหนักจิตต์ หรือณสุต.

เดือนสิงหาคม : อีโซฟาโกบร็อง
เค็ลล์พีสตุลล่าหลังกำเนิด โดยนายแพทย์
บัญญัติ ปริชญานนท์, นายแพทย์วชิร
วิรานวัตต์ ๒. คริปโตค็อกคัล เมนิง
โกเอ็นเซฟาไลติส โดยนายแพทย์สร
เมตคิยวงศ์, นายแพทย์บัญญัติ ปริชญ
านนท์, นายแพทย์สมบัติ สุคนธพันธุ์
๓. การตัดปอดเพื่อรักษาวัณโรค โดย
นายแพทย์กษาน จาติกวณิช.

ข่าวห้องสมุด. น.ส. อุกัย ทุกัยโพธิ
บรรณารักษ์ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ฯ
ได้รับทุนจาก China Medical Board
ไปศึกษาและกงาน ห้องสมุด ณ สหรัฐ
อเมริกา ออกเดินทางวันที่ ๒๒ สิงหาคม
๒๔๕๖ ระหว่างที่บรรณารักษ์ไม่อยู่ น.ส.
จุไร อินทนิยม อ.บ. ผู้ช่วยทำหน้าที่แทน

ข่าวนักศึกษา

แพทย์ประจำนักศึกษา โดยมติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ ฯ แต่งตั้งให้ผู้มีนามต่อไปนี้เป็นแพทย์ประจำนักศึกษาประจำการศึกษา ๒๔๕๖-๕๗.

- ๑. แพทย์หญิง ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล
- ๒. นายแพทย์ ทองนอก นิตยสุทธิ
- ๓. แพทย์หญิง มาลัย เหล่าสุนทร
- ๔. นายแพทย์ สมโพธิ พุกกระเวส
- ๕. นายแพทย์ ฤษฏี ประภาสวัต
- ๖. นายแพทย์ มุกดา ฤกษ์ฉานนท์
- ๗. แพทย์หญิง แฉล้ม วรรัตนานสาร
- ๘. นายแพทย์ ไพบลีย์ เอื้อทวีกุล
- ๙. แพทย์หญิง เพทาย ศิริการุณ

ทุนการศึกษา ในปีการศึกษา ๒๔๕๖-๕๗ ทางคณะแพทยศาสตร์ ฯ มีทุนอุดหนุนนักศึกษา ดังต่อไปนี้

- ๑. ทุนอศุลยเดช (สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ ๔) จำนวนเงิน ๑,๘๐๐.๐๐ บาท

- ๒. ทุนของบริษัทรวมแพทย์ (สำหรับนักศึกษาปีที่ ๕) จำนวนเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท
- ๓. ทุนจงกลณี (ของ ม.จ. หลุยส์ จงกลณี วัฒนวงศ์) จำนวนเงิน ๑๔,๐๐๐.๐๐ บาท
- ๔. ทุนของแผนกคัลยศาสตร์: ก. สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ ๔ จ่ายภาคละ ๓๐๐.๐๐ บาท ข. สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ ๓ จ่ายภาคละ ๒๕๐.๐๐ บาท
- ๕. ทุนของสมาคมสตรีอุดมศึกษา จำนวนเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท
- ๖. ทุนของหลวงอุตรภักษ์พานิช จำนวนเงิน ๕๕๕.๕๑ บาท
- ๗. ทุนของนางสุม อาคุปต์ สรรคม จำนวนเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท

และนึ่งให้นักศึกษาที่ประสงค์จะขอทุนอุดหนุน ติดต่อขอใบสมัครได้ที่ห้องคณบดี ฯ กำหนดหมดเขตยื่นใบสมัครในวันที่ ๓๑ สิงหาคมนี้.

ข่าวศิษย์เก่า

ข่าวมงคลสมรส ๑. แพทย์หญิง นันทา เกตุทัต กับ ร.อ. ชุคม ติตถะสิริ วันที่

๒ สิงหาคม ๒๔๕๖ ๒. แพทย์หญิง วนิดา สงวนศักดิ์ กับ นายแพทย์ คำรงค์

เจ้าสกล วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๔๕๖
 ๓. แพทย์หญิงสลาภ ชุณหวัต กับนาย
 แพทย์สุธรรม ทังวงศ์ วันที่ ๑๖ สิงหา
 คม ๒๔๕๖ ๔. นายแพทย์สมสวาท
 สุวรรณเลขะกะ กับ น.ส. สมพร กลิ่นถาวร
 วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๔๕๖ ๕. นาย
 แพทย์พนิต ศิริยามัย กับ แพทย์หญิงชูศรี
 มานะ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๔๕๖ ๖.
 แพทย์หญิงประยูร คัดไพโรจน์ กับ นาย
 ปกครอง ไชยกาล วันที่ ๒๐ สิงหาคม
 ๒๔๕๖ ๗. นายแพทย์นิรันดร ประภา
 สวัสดิ์ กับ น.ส. สุมาลี เวชกิจ วันที่ ๒๔
 สิงหาคม ๒๔๕๖

เราขอแสดงความยินดีและขออำนวยการ
 พรให้ประสบความสำเร็จสำหรับทุกท่าน.

ไปต่างประเทศ นายแพทย์สมศักดิ์

เอกะสุต ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ สหรัฐ
 อเมริกา ออกเดินทางวันที่ ๒๐ สิงหาคม
 ๒๔๕๖.

พระราชทานเพลิงศพ เจ้าภาพกำหนด
 การรับพระราชทานเพลิงศพ นายแพทย์
 พิทักษ์ (ช่นชวง) ปาตวัฒน์ (ช่นพิทักษ์
 ประชาสุข วันที่ ๓๑) ณ วัดมกุฏกษัตริยา
 ราม ในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๔๕๖
 เวลา ๑๖.๓๐ น.

เงินอุดหนุนหม่อมเอลิสร ได้รับข่าว
 ด้วยความยินดีว่า ยอดเงินเพื่อช่วยเหลือ
 ค่าครองชีพสำหรับหม่อมเอลิสร ยืนยัน
 จำนวนเงิน ประมาณ ๓๔,๘๐๐.๐๐ บาท
 สำหรับรายนาม ผู้บริจาคคนนั้นเราจะได้นำ
 เสนอในฉบับกันยายน.

ข่าวพยาบาล

ทุนสุวรรณประทีป. ผู้ที่ได้รับทุนสุวรรณ
 ประทีปสำหรับปีนี้ได้แก่ น.ส. อัจฉราภรณ์
 ตันกุลรัตน์.

งานต้อนรับน้องใหม่. น.ร. พยาบาล

๒ ได้จัดงานต้อนรับนักเรียน พยาบาล
 ๑ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย เมื่อวันที่
 อังคารที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๔๕๖ เริ่ม
 งานเวลา ๑๖.๐๐ น. ในโอกาสนี้ได้
 เชิญท่านผู้ใหญ่และ อาจารย์ภายในโรง-

พยายามเท่านั้น เพราะรักเป็นงานรื่นเริง
กันเองอย่างงานภายใน มีการเลี้ยงนำชา
และการแสดงเบ็ดเตล็ดของนักเรียนทั้ง ๒
ชั้นอย่างสนุกสนาน เสร็จงานเวลา ๑๘.
๐๐ น. เศษ ตอนค่ำมีภาพยนตร์ตลกแต่
เวลา ๑๘.๓๐ น. ถึง ๒๓.๓๐ น.

งานทำบุญประจำปีของ น.ร. พยาบาล

ปีที่ ๓. วันอาทิตย์ ที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ.
๒๔๕๖ คณะนักเรียนปีที่ ๓ ได้ทำบุญ
ประจำปี ทั้งรายการต่อไปนี้ เวลา ๑๐.
๐๐ น. พระสงฆ์ ๕ รูป เจริญพระพุทธ

มนต์ เวลา ๑๑.๐๐ น. ถวายภัตตาหาร
เพล แล้วถวายเครื่องไทยทาน เวลา
๑๓.๐๐ น. พรมน้ำพระพุทธรูปมนต์ชั้น ๔
ที่สร้างใหม่ เวลา ๑๓.๓๐ น. มีพระ
ธรรมเทศนา ๑ กัณฑ์ เสร็จพิธี

ตอนกลางคืนมีภาพยนตร์ฉายที่สนาม
หน้าคณนอนพยาบาลถึง ๒๒.๓๐ น.

พยาบาลสมรส. น.ส. สกั เทพาสึก
กัย เวือโทปรุง เปลี่ยนประสิทธิ์ ในวันที่
๑๑ สิงหาคม ๒๔๕๖.

สอาดศรี เสมรสุด

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ส่งซองสารศิริราชฉบับพิเศษ หรือสมุดรวมวิชาการรุ่นหลัง หากยังไม่
ได้รับหนังสือเล่มใด โปรดแจ้งไปยังสำนักงานสารศิริราชด้วย.

หน้าสำหรับนิสสิต

ช่วยภาษา

คำอังกฤษที่ออกสำเนียงผิดบ่อยๆ เกี่ยวกับอักษร Y เป็นสระ. อักษร Y เป็นสระ. อาจให้เสียงเป็น “ไอ” หรือ “อี” ก็ได้, แล้วแต่การเน้นเสียงและตัวสะกด วิธีที่ดีที่สุดที่จะไม่ให้ผิดคือท่องจำคำที่พบบ่อยๆ.

(พยางค์ที่ใช้อักษรตัวโทเป็นพยางค์เน้น)

analyse	แอนนะไลส์	histolytica	ฮิสโตลิตติค้ำ
analysis	อะแนลลิสิส	hypnosis	ฮิปโนสิส
catalyse	แคตตะไลส์	hypnotic	
catalysis	คะแตลลิสิส	hysteria	ฮิสเตอเรีย
catalyst	แคตตะลิสท์	paralyse	พาระไลส์
cycle	ไซเคิล	paralysis	พาร์ลลิสิส
cylinder	ซิลินเดอร์	myoma	ไมโอมา
lysis	ไลสิส	myxoma	มักโซมา
lytic	ลิตติก	myxedema	มักซิดีมา
hydrolyse	ไฮโครไลส์	myeloma	ไมเอ็ลโลมา
hydrolysis	ไฮครอลลิสิส	myelin	ไมเอ็ลลิน
hydrolytic	ไฮโครลิตติก	mycotic	ไมค็อตติก
autolyse	ออโตไลส์	myceteric	มิกเตอริค
autolysis	ออตอลลิสิส	mydriasis	มิดริอาสิส
autolytic	ออโตลิตติก	myringa	ไมริงกา

myringitis	เมอรินไจกิส	synechia	ซินเคีย
myringotomy	เมอรินก็อตโทมี	synovia	ไซโนเวีย
myrrh	เมอ	synovin	ซินโนวิน
myrtle	เมอเท็ด	synovitis	ซินโนไวทิส
nycturia	นิคตุเรีย	syringe	เซอร์ริง
nystagmus	นิสแต็กมัส	syringitis	เซอร์ริงไจกิส
pyemia	ไพเอมีเย	syringocoele	ไซริงโกซีล
pyknometer	พิกนอมีเตอร์	syrup	เซอร์พ
pyrogen	ไพโรเจ็น	systole	ซิสโตล
pyrrole	เพอรอล	type	ไทป์
syndrome	ซินโดรม	typical	ทิปิคัล
		typist	ไทป์สติก

“นักเรียน”

เงินค่าบำรุง

ท่านสมาชิกที่ยังไม่ได้ส่งเงินค่าบำรุงไปชำระ โปรดให้จัดการส่งไปตามอัตรา
และระเบียบที่แนบไว้ เพราะทางสำนักงานมีภาระต้องใช้จ่ายอยู่เป็นประจำ

บันทึกท้ายเล่ม

๑ สารคดีราชฉบบันเป็นผลของการร่วมมืออย่างแข็งขันของ “แผนกอายุรศาสตร์” เกือบจะตลอดเล่ม, นับตั้งแต่เรื่องสำคัญ ๆ จนกระทั่งย่อเอกสารและปกิณกะ. แม้กระทั่งบทบรรณาธิการคราวนี้ก็เป็น “บทบรรณาธิการพิเศษ”, โดยท่านผู้นำแผนก, ซึ่งควรได้รับความขอบคุณเป็นพิเศษในการที่อุตสาหะเขียนเรื่องมาถึง ๒ เรื่องทั้ง ๆ ที่กำลังช่วยอยู่. คงจะเป็นความแข็งขันของท่านหัวหน้าแผนกเองที่ได้ชักจูงให้บรรดาสมาชิกทุกคนของแผนกนั้นพากันกระตือรือร้นอย่างยิงที่จะทำให้สารคดีราชฉบบันเป็น “ฉบับอายุรศาสตร์” จริง ๆ. ซึ่งเราเชื่อว่าคงไม่มีผู้ใดคัดค้าน. “ชาวอายุรศาสตร์” เกือบทุกคนมีชื่ออยู่ในสารคดีราชฉบบัน. ทางฝ่ายเราก็ได้เสนอความร่วมมืออย่างค้ำประกันโดยเต็มกำลัง, ด้วยความเขินอายอย่างไม่จำกัด, สนองศรัทธาของผู้เขียนทั้งเรื่องและรูป. ถ้าเป็นวารสารที่ต้องเลียงท้ายด้วยคำวิจารณ์ก็คงดีแน่. แต่เราอาศัยความร่วมมือของบรรดาห้างร้านทั้งหลาย

ความ, ประกอบกับสภาพกติกามารกาของเจ้าหน้าที่, และความเข้มแข็งของผู้จัดการ, จึงอาจทำได้, ทั้ง ๆ ที่ค่าพิมพ์สูงกว่าค่าขายถึงสองสามเท่า. ถ้าสารคดีราชของเราจะค่อยไปข้างในร้านอื่น ๆ, ในร้านค่าขายก็คงพอเป็น “หนังสือพิเศษ” ได้ข้างเป็นแน่.

๑ เนื่องด้วยเป็น “ฉบับพิเศษ” นี้เอง เราจึงได้รับเรื่องของคุณหมอสร เมตตियวงส์ถึง ๒ เรื่องเป็นพิเศษ, เพราะท่านผู้นั้นตามธรรมดาเป็นคนค่อนข้างจะ “เกียจคร้าน” สักหน่อย, ไม่ค่อยยอมให้เรื่องง่าย ๆ. คราวนี้ “ฉบับอายุรศาสตร์” ปลูกขันธ์เขาได้สำเร็จ. เรื่องของคุณหมอสร และ คุณหมอสุเอ็ดคงจะตกขัณฑ์ผู้ที่สงสัยอยู่ว่า “สารคดีราชไม่รับลงเรื่องภาษาอังกฤษหรืออะไร”. ความจริงเรายินดีรับเสมอ, ขอแต่ให้ได้ภาษาที่พอสมควร. ฉะนั้นได้อย่างที่เห็นลงในฉบับนี้, ก็ยังเต็มใจรับยิ่งขึ้นไปอีก. สำหรับเรื่องที่เกี่ยวข้องโรคผิวหนังนั้น, ตั้งแต่เรามารับเรื่องของคุณหมอสร (ลูอีสเอริชียมาโตซุส) เมื่อสามปี

มาแล้ว, ก็เพิ่งมีเรื่องนี้เป็นครั้งแรกของ,
แสดงว่าหมอของเรายังสนใจโรคแขนงนี้
น้อย, ทั้ง ๆ ที่มีคนไขทวยานทั่วเมือง. เรา
หวังว่าการที่หมอมอสร์ ซึ่งเป็นอาจารย์
อาวุโสในแผนกอายุรศาสตร์เป็นหัวเรี่ยว
หัวแรงศึกษาโรคนี้อยู่, คงจะส่งเสริม
ความสนใจในสาขาคำคัญนี้ได้ยิ่งกั
ที่สุด, และสารศิริราชคงจะเป็น "พาหะ" ที่
เหมาะสมยิ่งสำหรับการเผยแพร่ที่ตองการ.

๑ คุณหมอมอวิจิ วิรานุวัตต์ กำลัง
ก้าวยาวมากในค่านวิชาการ, โดยมีเรื่อง
ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการบ่อยจนเห็นจะ
กล่าวได้ว่า "มากที่สุด", ลงพิมพ์ทั้งใน
สารศิริราชและสารอื่น, รวมทั้งในต่าง
ประเทศด้วย. นับว่าเป็นผู้ทำหน้าที่
แก่โรงเรียนมากผู้หนึ่ง. เรื่อง "เฮปาทิก
โคมา" ในฉบับนี้เป็นเพียงเรื่องเล็ก ๆ, แต่
ก็แนะทางเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็น
ในเรื่องอาการสำคัญอย่างละเอียดละออ.
ถึงแม้ว่าชื่อ "เฮปาทิกโคมา" จะเป็นคำ
ใหม่, และคำเก่า "โคลิเมีย" เราไม่
ค่อยจะได้ยินบ่อยนัก, ถ้าหากได้มีการ
ศึกษากันอย่างละเอียด, อาจพบอาการนี้
ไม่น้อยก็ได้, เพราะสังเกตว่าโรคเกี่ยว
กันกันในบ้านเรามีอยู่มากเหมือนกัน.

๑ คนไข้ที่ช่วยเป็นโรค "อีโซฟา
โก-บร็องเคียลฟีลคูล่า" ซึ่งคุณหมอม
อวิญญูติ และ คุณหมอมอวิจิรายงานในหนังสือ
สือฉบับนี้, นับว่าเป็นผู้มีโชคอย่างยิ่งใน
การที่ได้กลับบ้านด้วยความปราศจากโรค,
ภายหลังที่ได้รับ การตรวจ จากท่านแผนก
และได้รักษาในสามแผนกของโรงพยาบาล
ศิริราช. น่าคิดว่าถ้าคนไข้ไปโรง
พยาบาลที่ไม่มีรังสีแพทย์ และไม่มีผู้ชำน
นาญการตรวจภายในหลอดอาหาร และ
หลอดลม, การวินิจฉัยโรคจะเป็นอย่างไร,
และการรักษาจะได้ผลอย่างไร. น่าเกรง
ว่าจะสงสัยไปทางคาร์ซีโนมา, ซึ่งพบ
บ่อยกว่าโรคของคนนี้, และการรักษาก็คง
ไปในทาง "ประคั้นประคอง" ซึ่งน่าจะไม่ได้
ผล. แม้คนไข้ไม่ได้ "แพทย์ลา
ริงซ์" ตักเนื้อออกมาให้พยาธิแพทย์ตรวจ,
ก็น่ากลัวการวินิจฉัยจะไขว้เขว; และแม้
จะวินิจฉัยถูกแล้ว, ถ้าหากไม่มีคัลยแพทย์
เจาะกระเพาะเพื่อช่วยให้อาหาร, ก็น่า
กลัวว่าคนไข้จะ อยู่ไปไม่ตลอดการรักษาค
คนไข้รายนี้นอกจาก จะเป็นโรค ที่หายาก
แล้วยังเป็นตัวอย่างที่ดียิ่งสำหรับผลที่ได้
จากการร่วมมือของแพทย์หลาย ๆ สาขา,
ซึ่งนับความจำเป็น สำหรับความปลอดภัย

ของคนไข้และความก้าวหน้าของวิชาแพทย์ (อุบทยบรรณาธิการพิเศษ). เราหวังว่า แพทย์ของเราจะถือหลัก "คนไข้ก่อน" ไว้เสมอ, และที่คิดกังวลในเรื่องไม่ร้ายแรงอื่น ๆ เสียทั้งสิ้น, เพื่อให้คนไข้ได้รับ การรักษาเยียวยาที่ดีที่สุดที่การแพทย์ทั้ง

หมด, ไม่ใช่เพียงแต่แพทย์คนหนึ่งคนใด, จะทำได้. การแพทย์ในยี่จุบนั้นเป็นเรื่องของการร่วมมืออย่างใกล้ชิดของแขนงวิชาต่าง ๆ. การที่แพทย์ผู้ใดจะกระโดดไปอย่างโดดเดี่ยวเช่นในสมัยก่อนนั้น, เห็นจะทำไม่ได้อีกแล้ว.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

ท่านสมาชิกที่ไม่ได้รับหนังสือ เพราะหายหรือย้ายที่อยู่โดยไม่ได้นัดไปรับ
ติดต่อไปยังแผนกจัดการสารศิริราชโดยด่วน