น.ท. ศ.ทนัทศิต ทะใหม่ศิต
ห้องสมุด
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๖ | Volume 5, Number 11, November 1953.

ฉบับศัลยศาสตร์

ธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนซ์ – สมาน สมานะวณิชย์ พ.ต. ๕๕๓
การสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนในโรคธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนซ์ – เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ. ๖๐๑
โรคโครห์น – โอกาส พลางกูร พ.บ. ๖๐๗
บทบรรณาธิการพิเศษ : การติดตามคนไข้ — กษาน จาติกวนิช F.R.C.S., L.R.C.P., D.T.M., F.A.C.S. ๖๑๕
หน้าสำหรับนิสิต : เราได้อะไรจากรายงานผู้ป่วย ๖๑๐
ข่าวเอกสาร ข่าว ศิษย์เก่า บันทึกท้ายสมุด

SURGERY NUMBER

* THROMBOANGIITIS OBLITERANS – Saman Samanavanich, M.D. 600
* STELLATE GANGLION BLOCK IN THROMBOANGIITIS OBLITERANS – Snoe Indrasukhsri, M.B. 607
* CROHN'S DISEASE–Okas Balangura, M.B. 608
EDITORIAL: FOLLOW – UP OF CASES – Kasarn Chatijavanij, M.R.C.S., L.R.C.P., D.T.M., F.A.C.S. 619
ABSTRACTS NEWS THE ALUMNI STUDENT'S CORNER EPILOGUE

(* With English abstracts)

คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล เจ้าของ ∴ อวย เกตุสิงห์ พ.ศ. บรรณาธิการ ผู้พิมพ์ผู้โฆษณา ∴ วิชิต เตชสิต ผู้จัดการ สำนักงาน แผนกสิ่งวิทยาศิริราชพยาบาล ∴ ฉบับละ 1 บาท ทั้งปี (12 เล่ม) 15 บาท รวมค่าสั่งทาง ปณ. ∴
Publication of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, Univ. of Medical Sciences, Bangkok. Hon. Editor: O. Ketusinh, M.D. Hon. Manager: Vichit Tejasit. Annual Subscription (12 Nos): Bahts. Postage extra.

สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๖ | Volume 5, Number 11, November 1953

ธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนซ์

ใน พ.ศ. ๒๔๘๖ — ๒๔๙๕

สมาน สมานะวณิชย์

พ. ด.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ห.ห.ศ.ศิริราช

ในพวกโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด, โรคธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนซ์เป็นโรคที่เราพบได้ย่อยที่สุด. เกี่ยวกับสาเหตุของโรคนี้ ยังมีผู้ค้นคว้ากันอยู่มาก, เพราะยังหาทราบสาเหตุที่แน่นอนไม่. สมัยก่อน ๆ เคยเชื่อว่าเกิดจากการสูบยามาก ๆ, เป็นผลจากนิโคตินในใบยาสูบ. ข้อนี้ก็กำลังเสื่อมความเชื่อลงไป, ถือแต่เพียงเป็นสาเหตุช่วยเท่านั้น. เกี่ยวกับเชื้อชาติ, มีการเชื่อครั้งหนึ่งว่า, โรคนี้เป็นเฉพาะในยิวพวกหนึ่ง, แต่ในปัจจุบันพบว่าโรคนี้มิได้ทุกเชื้อชาติ. ในชายพบว่าเป็นโรคนี้ส่วนมาก. หญิงมีเป็นน้อย. ในด้านอายุ, กล่าวว่าพบในอายุระหว่าง ๒๑—๔๕ ปี; อายุต่ำกว่า ๑๕ หรือสูงกว่า ๕๕ มีน้อย.

ก่อนที่จะนำเอาสถิติของโรคนี้มาแสดง, ขอกล่าวถึงทฤษฎีของโรคแต่โดยย่อ ๆ.

พยาธิวิทยา มีหลักอยู่ ๒ ประการ:

(๑) โรคนี้เป็นโรคที่เกิดขึ้นแก่หลอดเลือดแดง, หลอดเลือดดำและเส้นประสาทร่วมกันไป. ไม่ใช่โรคที่เกิดแก่หลอดเลือดแดงอย่างเดียว.

(๒) โรคนี้เป็นได้ทั่ว ๆ ไป, ทุก ๆ หลอดเลือดของร่างกาย, ไม่จำเป็นจะต้องเป็นที่แขนหรือขา.

ในด้านพยาธิวิทยาอาจสรุปได้ดังนี้:

(๑) มีการอักเสบเริ่มต้นที่ชั้นอินทิม่าของหลอดเลือดแดง.

(๒) มีธรอมบัสเกิดขึ้นในหลอดเลือด.

(๓) มีธรอมโบเฟลไบติสของหลอดเลือดดำที่คู่กันไป.

(๔) มีการอักเสบรอบ ๆ หลอดเลือด, ทำให้หลอดเลือดแดง, หลอดเลือดดำและประสาทรวมตัวติดกันด้วยเยื่อพังผืด.

(๕) ธรอมบัสที่เกิดขึ้นอาจกลับละลายเปิดช่องทางให้เลือดผ่านได้ (recanalization)

(๖) เลือดที่หล่อเลี้ยงอาจไหลตามทางอื่น (collateral circulation)

อาการแจ้งและอาการพบ (๑) อาการปวดเจ็บซึ่งเป็นผลเนื่องจาก

(ก) ผลของการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดโดยตรง.

(ข) การขาดเลือดมาสู่ทิสชิว, รวมทั้งเส้นประสาท.

(ค) การติดเชื้อเข้าแทรกแซง.

ฉะนั้นอาการปวดเจ็บจะเกิดเป็นอาการของ "อินเตอร์มิตเต็นต์ คลอดิเคชั่น", การปวดเมื่ออยู่นิ่ง ๆ, การปวดจากการเกิดแผลหรือแก๊งกรีน, หรือปวดจากการอักเสบของหลอดเลือด.

(๒) ส่วนที่เป็นโรคนั้นเย็นและคลำชีพจรส่วนนั้นเบาหรือไม่พบ.

(๓) เปลี่ยนสีไป.

(๔) มีการบวมของส่วนนั้น.

(๕) มีลักษณะของหลอดเลือดดำอักเสบ.

(๖) เกิดมีขาดแผลหรือแก๊งกรีนของส่วนนั้น.

การศึกษาที่สำคัญก็คือการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือด, โดยฉีดวัตถุทึบรังสีเข้าไป, ซึ่งจำเป็นที่จะต้องทำเสมอ.

การวินิจฉัยแยกโรค จะต้องแยกจากโรคเรย์โนด์, อาเทอริโอสะเคลอโรซิส, การเกิดธรอมบัสหรือเอ็มโบลัสเป็นสำคัญ, ซึ่งจะไม่กล่าวไว้ ณ ที่นี้.

การดำเนินของโรค เปลี่ยนแปลงไปได้มาก, แล้วแต่บุคคล. ในบางคนดำเนินไปช้า. ในบางคนรวดเร็วมาก. แต่ผลสุดท้ายของโรคคือการเกิดแก๋งกรีน.

การรักษา การรักษาโรคนี้ทำได้ต่าง ๆ กัน, แต่อาจจำแนกออกเป็น ๒ แนว.

(ก) การรักษาทางอายุรกรรม, โดยการให้พักผ่อน; ยกส่วนนั้น ๆ ให้สูง; ระวังการอุบัติเหตุกระทบกระเทือนต่อแขนหรือขาข้างนั้น; การให้แอลกอฮอลขนาดน้อย ๆ เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัว; การใช้ยาพวกที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด, เช่น อะเซติลโคลีน, พริสโคลีน; การให้ฮัยเปอร์โทนิคกลูโคส; การใช้ ACTH และคอร์ติโซน; การฉีดทัยพ็อยด์วัคซีน; การให้ความอบอุ่น; การชำระบาดแผลธรรมดา, ฯลฯ เหล่านี้ล้วนแต่ไม่ได้ผลดีเต็มที่.

(ข) การรักษาด้านศัลยกรรม. มีปฏิบัติกันหลายอย่าง, เช่นการตัดต่อมแอดรีนัล, การเลาะเยื่อประสาทซิมพะเธติครอบ ๆ หลอดเลือด, การตัดหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีธรอมบัส แล้วต่อใหม่. การตัดซิมพะเธติคแก๋งเกลียน; การผ่าลงบนหลอดเลือดเพื่อล้างเอาก้อนธรอมบัสออกแล้วเย็บปิดคืน (วิธีของซิดดอสแซนโตส); การตัดส่วนที่เป็นแก๋งกรีนทิ้งเสีย. การรักษาโดยวิธีผ่าตัดนี้ย่อมแล้วแต่ผู้ป่วยเกิดโรคขึ้นในระยะใด, และผลที่ได้รับย่อมดีกว่าทางยา.

สถิติผู้ป่วยในระยะ ๑๐ ปี ในแผนกศัลยศาสตร์

ความมุ่งหมายในการเขียนเรื่องนี้เพื่อที่จะแสดงถึงจำนวนผู้ป่วย และผลของการรักษาของเรา.

ในระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๔๘๖ ถึง ปี พ.ศ. ๒๔๙๕, รวม ๑๐ ปี, มีผู้ป่วยรับไว้รักษา ๑๐๘ คน, คิดเฉลี่ยปีละ ๑๐.๘ คน.

(๑) เพศ: ผู้ป่วยทุกคนเป็นชาย.

(๒) อายุ: ๒๔-๒๙ ปี ๒ ราย
๓๐-๓๕ ปี ๒๔ ราย

๓๖-๔๐ ปี	๒๒	ราย
๔๑-๔๕ ปี	๑๘	ราย
๔๖-๕๐ ปี	๒๒	ราย
๕๑-๕๕ ปี	๔	ราย
๕๖-๖๐ ปี	๑๒	ราย
๖๑-๖๕ ปี	๔	ราย

(๓) เชื้อชาติ: ไทย ๔๕ ราย จีน ๑๓ ราย

(๔) อาชีพ:

ทานา	๓๘ ราย	ไม่มีอาชีพ	๗ ราย
คาขาย	๒๒ ราย	ประมงค์	๓ ราย
กรรมกร	๑๓ ราย	บรรพชิต	๓ ราย
ทาสวน	๑๓ ราย	บำนาญ	๑ ราย
ทาราชการ	๗ ราย	ทำไร่	๑ ราย

(๕) ตำแหน่งที่เป็นโรค:

(ก) เฉพาะขา: ขาขวา ๓๗

ขาซาย ๔๙

ทั้ง ๒ ขา ๗

(ข) เฉพาะแขน: แขนขวา ๖

แขนซ้าย ๕

ทั้ง ๒ แขน ๓

(ค) เป็นทงแขนและขา ๑ ราย

(๖) การเกิดแก็งกริน: (ก) เกิดแก็งกรินมาแล้ว ๘๘ ราย

(ข) ยังไม่เกิดแก็งกริน ๒๐ ราย

(๗) ระยะเวลาที่เป็นโรคนี้, ก่อนมารับการรักษา.

๑-๔ เดือน	๔๑ ราย
๕ เดือน - ๑ ปี	๒๑ ราย
๑ + ปี - ๒ ปี	๑๙ ราย
๒ + ปี - ๓ ปี	๑๐ ราย
๓ + ปี - ๔ ปี	๕ ราย
นานเกินกว่า ๔ ปี	๑๒ ราย

(๘) วิธีการรักษาและผล:

(๑) ขา: (ก) การตัดนิ้วที่เป็นแก๊งกรีนออก. ทุเลา ๕ ราย

(ข) ตัดขา. ทุเลา ๔๗ ราย

ตาย ๔ ราย

(ค) การเลาะเยื่อประสาทซิมพะเธติคที่หุ้มรอบหลอดเลือด

ทุเลา ๓ ราย

(ง) การเลาะเยื่อประสาทซิมพะเธติค ร่วมกับการตัดนิ้วที่เป็นแก๊งกรีนออก. ทุเลา ๑๐ ราย

(จ) การตัดลิมบาร์แก๊งเกลียน:

ทุเลา ๑๗ ราย

ตาย ๑ ราย

(ฉ) การรักษาตามอาการ: ทุเลา ๔ ราย

(๒) แขน: (ก) ตัดนิ้วที่เป็นแก๊งกรีนออก: ทุเลา ๒ ราย

(ข) ตัดแขน: ทุเลา ๓ ราย

(ค) การเลาะเยื่อประสาท ซิมพะเธติคที่หุ้ม รอบหลอดเลือด: ทุเลา ๕ ราย

(ง) การสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน ทุเลา ๔ ราย

(๓) ไม่สมัครรับการรักษา ๔ ราย

(๔) สาเหตุที่ตาย. ทุกรายตายหลังผ่าตัด.

(ก) จากตับอักเสบเนื่องด้วยพิษ ๑ ราย

(ข) ยูรีเมีย ๒ ราย

(ค) ธร็อมโบซิสของสมอง ๑ ราย

วิจารณ์ ความจริงโรคนี้ได้มีการศึกษากันมาก เพื่อค้นหาถึงสาเหตุและการรักษา. ในผู้ป่วยของเรา, ส่วนมากมักมาเมื่อโรคเป็นมากแล้ว, กล่าวคือเกิดแก๊งกรีนขึ้นแล้ว, ซึ่งจำเป็นจะต้องให้การรักษาโดยการตัดอวัยวะนั้นเสีย. ใน ๑๐๘ ราย เป็นแก๊งกรีนแล้วถึง ๘๔ ราย.

เกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยเห็นได้ว่าระหว่างอายุ ๓๐ ถึง ๕๐ ปี มีผู้ป่วยเป็นโรคนี้มากที่สุด. ในอายุเกินไปกว่านั้น, ความจริงควรนึกถึงโรคอาร์เทอริโอสเคลอโรติคแก๊งกรีนก็จริง, แต่ผู้ป่วยพวกนี้ก็มีประวัติของการเกิดโรคมาก่อนนานปีแล้ว.

เกี่ยวกับอาชีพ, เห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ที่มีอาชีพทำงานหนักมาก ๆ.

ตำแหน่งของโรค, ทั้งแขนและขาเป็นได้ทั้งนั้น. แต่มีข้อที่น่าสังเกตก็คือแขนเป็นน้อยกว่าขา. คงเนื่องด้วยการไหลเวียนของเลือดดีกว่า.

เกี่ยวกับการรักษา, ปรากฏว่าการรักษาของเรามักมาลงท้ายด้วยการตัดแขนหรือขาเสมอ, เพราะผู้ป่วยมาในระยะแก๊งกรีนแล้ว. การเลาะเยื่อประสาทซิมพะเธติครอบๆหลอดเลือดแดงมีประโยชน์บ้าง, แต่ให้ผลดีไม่ได้แน่นอน, เนื่องจากเราไม่ทราบตำแหน่งของธร็อมบัสชัดเจน. การทำในตำแหน่งพ้นธร็อมบัส, คือส่วนอุดตันลงไป, แล้วก็ไม่มีผลดีอย่างไร.

ในรายที่เป็นที่ขาในระยะที่ยังไม่เกิดแก๊งกรีน, การตัดลัมบาร์ซิมพะเธติคแก๊งเกลียนปรากฏผลว่าดีมากที่สุด.

การตายจากโรคนี้นับว่าน้อย. ใน ๑๐๘ รายตาย ๕ รายหรือ ๔.๖ ปซ.

การรักษาของเรายังไม่มีผลดีแน่นอน

แต่อย่างใด, เพราะเรายังขาดการศึกษาอย่างถี่ถ้วนในด้านสาเหตุ, อุณหภูมิของผิวหนัง, การถ่ายภาพเส้นเลือด, และขาดอุปกรณ์หลายประการที่จะสนับสนุนในการศึกษา. ตลอดจนตัวผู้ป่วยเองยังขาดการสนใจต่อการป่วยเจ็บของตน. สถิติของเราในด้านการรักษาจึงได้ผลดีไม่สมบูรณ์, ดังที่ได้แสดงมาข้างต้นนั้น.

ในที่สุดนี้, ข้าพเจ้าขอขอบคุณ น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี และ น.พ. บุญจันทร์ เอียการนา ในการที่ช่วยเหลือในการค้นสถิติของโรค และช่วยในการเขียนรายงานนี้

เอกสาร

1. I.S. Wright: Vascular Diseases in Clinical Practice, 2nd Ed. (1952).

2. Allen Barker, Hines: Peripheral Vascular Diseases. (1949).

สำหรับท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการปกแข็ง	๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการปกอ่อน	๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	๒๐.๐๐ บาท
ค่าส่งทาง ป.ณ. เล่มละ	๒.๐๐ บาท

(Abstract of the preceding Article)

THROMBOANGIITIS OBLITERANS

Statistical Study for the Years 1942 to 1951

Saman Samanavanich

M.D.

(Dept. of Surgery)

Thromboangiitis obliterans has been known for a long time but its etiology has not been adequately described. The ideal treatment is still wanting. During the ten years selected for study, 108 cases were admitted. All were men between the twenty-fourth and sixty-fifth years. The highest incidence fell in the age-group 30-50. Ninety-five patients were Thai (Siamese); thirteen were Chinese. The heavy workers (farmers, coolies, etc.) were most frequently affected. The leg was attacked more frequently than the arm, in the ratio of 13:2. The duration of the disease in most cases was between one month and three years. Eighty-eight patients came for treatment when gangrene had already developed. Therefore the incidence of amputation was rather high, sixty in all. The mortality rate was low, about 4.5 per cent; all mortalities fell in the operated cases. Peri-arterial sympathectomy gave relief in thirteen cases; the result was not constant. Lumbar ganglionectomy seemed to be more reliable in the non-gangrenous cases, but was also more difficult; it procured relief in seventeen cases and was followed by exitus in one. Stellate ganglion block was successfully performed in 4 cases.

(Two references)

(T.K.)

การสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน ในโรคธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนซ์

เสนอ อินทรสุขศรี

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

การสะกัดกั้นซิมพะเธติคแก๊งเกลียน จะกีดขวางวงจรริเฟล็กซ์ของประสาทซึ่งทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือด, ก่อผลให้มีการกลับขยายตัว. จำนวนของเลือดที่ไหลเวียนเข้าสู่หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ก็จะเพิ่มมากขึ้น, และขณะเดียวกันการไหลเวียนของน้ำเหลือง(ลิมพ์)ก็พลอยดีขึ้นด้วย.

การฉีดสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนนั้นปรากฏว่าได้ใช้ในการรักษาโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดมามากด้วยกัน. ในรายแองจินาเพ็คตอริส, ริเฟล็กซ์ซิมพะเธติคดิสโตรพี่ย์, การมีธร็อมโบซิสของหลอดเลือดในสมอง, เยอร์ซาโต้กล้ามเนื้อเต็ลตอยด์อักเสบ, การฉลายของหลอดเลือดอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุต่าง ๆ, ฯลฯ, เหล่านี้ปรากฏว่าได้ผลดีเป็นที่พอใจ.

ในโรคธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนซ์, ซึ่งเป็นโรคที่หลอดเลือดถูกอุดตันลงด้วยก้อนธร็อมบัส, ไม่เพียงแต่ก้อนธร็อมบัสที่ทำให้หลอดเลือดนั้นมีช่องเล็กลง, การเกร็งตัวของหลอดเลือดจากการอักเสบยังผลให้ช่องทางที่เลือดจะผ่านนั้นยิ่งเล็กลงไปอีก. ช่องยิ่งเล็กลงเท่าใด, การเกิดธร็อมบัสยิ่งมีได้มากขึ้นเท่านั้น. ฉะนั้นในโรคที่แขน, ในระยะเริ่มต้นใหม่ ๆ, การสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน, นอกจากจะทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงแขนมีการขยายตัวให้เลือดไหลเวียนได้ดีแล้ว, ยังช่วยระงับการเกร็งตัวของผนังหลอดเลือดได้ดียิ่งขึ้นอีก. นอกจากนี้ยังจะช่วยในการรอเวลาให้หลอดเลือดคอลแลตเตอรัลเกิดพอเพียงที่จะนำเลือดไปเลี้ยงแขนนั้นได้ทั่วถึงอีกด้วย.

การฉีดสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน,

จะทำได้ผลดีโดยไม่ต้องการความชำนาญมาก, ผู้ป่วยไม่ต้องอยู่รับการรักษาใน ร.พ., เพียงแต่ปฏิบัติรักษาอย่างผู้ป่วยนอกได้, ทุ่นเวลาในการรักษา, ทุ่นเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายของสถาน พยาบาล และของผู้ป่วยด้วย. ผู้ที่มีความรู้ดีพอสมควรและชำนาญบ้างก็พอจะทำได้.

กายวิภาคศาสตร์ สเต็ลเลทแก๊งเกลียน ประกอบขึ้นโดยมีการรวมตัวของอินฟีเรียร์เซอร์ไวคัลแก๊งเกลียนและดอร์ซัลซิมพะเธติคแก๊งเกลียนอันแรก, และจะอยู่บนด้านแอนทีโรละเตอรัล ของกระดูกคอข้อที่ ๗. อยู่ระหว่างหัวของกระดูกซี่โครงที่ ๑ กับหลอดเลือดแดงเวอร์ทีบรัล. มีความยาวประมาณ ๒.๕ ซม. แต่ขนาดอาจเปลี่ยนแปลงไปได้, ไม่คงที่. ด้านบนของแก๊งเกลียนมีโคนประสาทเซอร์ไวคัลซิมพะเธติคทอดตัวอยู่บนพังผืดซึ่งหุ้มกล้ามเนื้อลองจิสสิมัสแคปิติสและกล้ามเนื้อของคอ, และพังผืดนี้ติดต่อเลยลงมาถึงกล้ามเนื้อสเคลินัสแอนติคัส. ทางด้านข้างมีประสาทเฟรนิคอยู่. ทางด้านหน้ามีปลอกแคโรติด. ด้านล่างมีส่วนยอดของเยื่อหุ้มปอด.

ความประสงค์ในการฉีดสะกัดกั้น, ไม่เพียงแต่จะต้องการสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนอย่างเดียว, หากว่าต้องการที่จะสะกัดกั้นอินเตอร์มีเดียทและมิดเดิลเซอร์ไวคัลแก๊งเกลียนซึ่งอยู่เหนือขึ้นไปอีกด้วย. ต้องสะกัดกั้นโพสต์แก๊งกลิโอนิคนิวโรนส์ที่มาสู่เขนได้ทั้งหมดจึงจะเป็นผลดี. แต่ในการฉีดที่ตำแหน่งสเต็ลเลทแก๊งเกลียนเพียงแห่งเดียว, ก็ปรากฏว่าน้ำยาที่ใช้นั้นอาจซึมซาบไปถึงแก๊งเกลียนดังกล่าวนั้นได้เหมือนกัน, โดยการแพร่กระจายของน้ำยาขึ้นไปตามเยื่อพังผืด.

วิธีการสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน

แต่ก่อนนี้, การสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน มักทำเข้าทางด้านหน้า, คือมุ่งฉีดเหนือหัวของกระดูกไหปลาร้าแล้วมุ่งเข็มลงไปสู่หัวกระดูกซี่โครงซี่ที่ ๑ โดยตรง. แต่อันตรายเกิดขึ้นได้มาก. จึงมีผู้ค้นหาวิธีที่จะแทงเข็ม เข้าสู่สเต็ลเลทแก๊งเกลียนในแนวต่าง ๆ กัน. วิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบันนี้ คือวิธีของเมอร์ฟี่, คือการเข้าสู่ทางแอนทีโรละเตอรัล ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงปลอกแคโรติดได้ดี.

วิธีทำ. ให้ผู้ป่วยนอนหงาย, ใช้หมอนสอดเข้าที่ใต้ป่า, ให้คอผู้ป่วยต่ำ

และแหงน. ให้ผู้ป่วยเอียงหน้าไปด้านตรงกันข้ามกับข้างที่จะฉีด. คลำหาแนวหลังของคลาวิคิวลาร์ เฮด ของกล้ามเนื้อสเตอร์โนมาสต๊อยด์, ซึ่งอยู่หลังหลอดเลือดดำเอ็กซ์เตอร์นัลจูกูลาร์พอดี. ที่ตำแหน่งนี้ถ้ากดลงไปลึก ๆ จะคลำพบซี่โครงซี่ที่หนึ่ง. ฉีด ๑ ปซ. โนโวเคนเข้าในผิวหนังจนเป็นเม็ดนูนขึ้น. ต่อมาใช้เข็มฉีดยาขนาดเบอร์ ๒๒, ยาวประมาณ ๖-๘ ซม., แทงเข้าสู่ตำแหน่งนี้, บ๊กเข็มเข้าสู่แนวด้านใน, เอียงไปทางด้านหลัง, มุ่งเข้าหากระดูกต้นคอ. ตลอดระยะทางฉีดโนโวเคน ๑ ปซ. ด้วย. ขณะแทงเข็มถ้าผู้ป่วยมีการปวดเจ็บอย่างมากขึ้นที่แขน, แสดงว่าเข็มผ่านไปทางด้านหลังมากเกินไป, จนไปถูกแขนงล่างของเบรเคียลเพล็กซัส. ในบริเวณนี้อาจไปถูกหลอดเลือดแดงเวอร์ทิบรัลหรืออินพีเรียร์ธัยรอยด์, ซึ่งจะมีเลือดไหลออกมาให้เห็น. ให้ถอนเข็มออกมาราว ๑-๒ ซม. แล้วแทงใหม่ให้ค่อนมาทางด้านหน้า. เข็มจะผ่านลึกไปถึงระหว่างกระดูกคออันที่ ๖-๗. มักต้องใช้เข็มลึกเข้าไปประมาณ ๓.๕-๖ ซม. แล้วแต่ความหนาของคอ. เมื่อถูกตัวกระดูกเช่นนี้แล้ว, ให้ถอนเข็มขึ้นมาเล็กน้อย, เพียงให้พ้นเยื่อหุ้มกระดูกเท่านั้น. ควรลองดูดดู เพื่อแน่ใจว่าเข็มนั้นไม่ได้ทะลุเข้าสู่หลอดเลือด หรือเข้าสู่ช่องไขสันหลัง. อีกประการหนึ่งก่อนจะฉีดน้ำยาลงไป, ควรให้ผู้ป่วยลองหายใจเข้าลึก ๆ, เพื่อดูว่าเข็มนั้นมิได้ผ่านทะลุเยื่อหุ้มปอดเข้าสู่ทรวงอก. เมื่อเริ่มต้นฉีด, ควรทดลองฉีดน้ำยาเข้าไปก่อนราว ๑ ล. ซม., แล้วรอดูผลว่ามีอาการผิดปรกติประการใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยราว ๑ นาที. ถ้าเรียบร้อยดีจึงค่อย ๆ ฉีดน้ำยาเข้าไปอีก ๖-๑๐ ล. ซม. ถอนเข็มขึ้นมาอีกเล็กน้อย, แล้วฉีดน้ำยาอีก ๒-๓ ล. ซม. ที่เหลือ, เพื่อให้น้ำยาได้อยู่ในบริเวณใกล้เคียงนั้นอีก. เมื่อดึงเข็มออก, ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง, แล้วทำการนวดคลึงบริเวณนั้น, เพื่อให้น้ำยาแพร่กระจายไปทั่ว ๆ.

น้ำยาที่ใช้อาจเป็นโปรเคน ชัยโครคลอไรด์ ๒ ปซ., เมติ๋ยเคน ๒ ปซ. รวมกับโปรเคนและแอดเรนะลิน, แพนโตเคน ๐.๑๕ ปซ. รวมกับโปรเคน ๒ ปซ.

ในผู้ป่วยบางราย อาจให้เน็มบิวทาลหรือเซโคนาล $\frac{๓}{๔}$ เกรน, ๓๐—๔๕ นาทีก่อนฉีด., เป็นการช่วยระงับอาการ

ต้นเต้นและป้องกันการแพ้โปรเคน.

จำนวนน้ำยา, ใช้ประมาณครั้งละ ๑๐–๒๐ ล.ซ.ม.

ผลการฉีด. ที่จะทรายว่าได้ทำการฉีดสะกัดกั้นสเต็ลเลทแกงเกลียนถูกต้อง, ก็ต่อเมื่อหลังฉีดแล้วปรากฏ "กลุ่มอาการฮอร์เนอร์" (Horner's syndrome) ขึ้นชัดเจน. กลุ่มอาการที่มีดังนี้คือ: หนังตาบนย้อย (ตาตี่), ช่องตาเบิดข้างนั้นแคบ, และหนังตาล่างสูงขึ้น; รูม่านตาแคบลง; มีเหงื่อออกบริเวณหน้าและหน้าผาก; มือ, ปลายมือ, และไหล่อุ่นและแดงขึ้น. อาการเหล่านี้จะปรากฏภายหลังฉีดราว ๆ ๓–๑๐ นาที. ถ้าไม่ปรากฏอาการเหล่านี้เมื่อพ้น ๑๐ นาทีแล้ว, แสดง ว่า การ ฉีดไม่ ถูกสเต็ล เลท แกง-เกลียน, ควรจะทำการฉีดใหม่.

อาการแทรกซ้อนในการ ฉีดสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน

อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ (๑) อาการปวดเจ็บชั่วคราวเมื่อแทงเข็มผ่านพังผืดที่หุ้มกระดูกต้นคอ; (๒) การมีอัมพาตชั่วคราว ของแขนจาก การที่น้ำยากระจาย มา ถึง เยื่อเลี้ยงเพลิกซัสส่วนล่าง (๓) การแพ้ยา, โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้โปรเคน.

อันตรายรุนแรง ที่อาจเกิดขึ้น ได้โดยผู้ทำไม่ชำนาญ คือ (๑) การเกิดลมหรือน้ำเข้าในช่องปอด, ถ้าเข็มแทงทะลุยอดปอด; (๒) การฉีดยาเข้าสู่ช่องไขสันหลัง; (๓) อัมพาตของประสาทเฟรนิค. (๔) การฉีดยาเข้าสู่หลอดเลือด.

อันตรายเหล่านี้อาจหลีกพ้นได้, ถ้าใช้ความระมัดระวังในการฉีด.

ผลของการรักษาโรคธร็อมโบแองจีไอติสโอบลิเตอแรนส์ ของแขน โดยการสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียน

ได้ทดลองทำการรักษาวิธีนี้ในผู้ป่วย ๖ ราย. น้ำยาที่ใช้คือโนโวเคน ๑ ป.ซ. ครั้งหนึ่ง ๆ ฉีดประมาณ ๑๕ ล.ซม. ผลที่ได้นับว่าดีมาก. ดังสรุปประวัติและผลการรักษาในตารางที่ ๑.

การฉีดสะกัดกั้นนี้ มักทำสัปดาห์ละ ๑–๒ ครั้ง, และทุกรายอาการปวดเจ็บหายในวันรุ่งขึ้นภายหลังฉีด, คือ ตั้งแต่การฉีดครั้งแรก.

การฉีดยากระทำตั้งแต่ ๑ ถึง ๗ ครั้ง. จำนวนน้ำยาโนโวเคนที่ใช้ทั้งสิ้น ตั้งแต่

ตารางที่ ๑

ประวัติและอาการ		รายที่ ๑	รายที่ ๒	รายที่ ๓	รายที่ ๔	รายที่ ๕	รายที่ ๖
	อายุ	๓๖ ปี	๕๒ ปี	๔๗ ปี	๓๗ ปี	๕๖ ปี	๔๗ ปี
	เชื้อชาติ	ไทย	ไทย	ไทย	ไทย	ไทย	จีน
	แขนข้างที่เป็น	ซ้าย	ขวา	ขวา	ซ้าย	ซ้าย	ซ้าย
	เป็นมานาน	๑๐ วัน	๒ เดือน	๒ เดือน	๑ เดือน	๑ เดือน	๑ เดือน
ก่อนฉีด	ความปวดเจ็บ	+++	+++	+++	++	+++	+++
	ความอบอุ่นของปลายมือ	เย็นมาก	เย็น	เย็น	เย็นมาก	เย็นมาก	เย็นมาก
	ชีพจรเรเดียล	ไม่พบ	เบา	เบามาก	เบามาก	เบา	เบามาก
	แก็งกรีนปลายนิ้ว	–	+	+	–	+	++
การฉีด	จำนวนครั้ง	๖	๓	๑	๓	๒	๗
	ฉีดทั้งสิ้น ล.ซ.ม.	๗๖	๕๒	๑๐	๔๖	๓๖	๑๒๕
หลังฉีด	ความปวดเจ็บ	หาย	หาย	หาย	หาย	หาย	หาย
	ความอบอุ่น ของปลายมือ	ร้อนขึ้น	ร้อนบ้าง	ร้อนขึ้น	ร้อน	ร้อน	ร้อน
	ชีพจรเรเดียล	+++	++	++	++	++	++
	แก็งกรีน	–	หาย	หาย	หาย	หาย	หาย
	อาการแทรกซ้อน	–	–	–	–	–	–
	ผลการรักษา	หาย	ทุเลา	ทุเลามาก	ทุเลา	ทุเลา	ทุเลามาก

๑๐—๑๒๕ ล.ซม. ทุกรายไม่มีโรคหรืออาการแทรกซ้อนในการฉีดนี้เลย. ภายหลังฉีด, ชีพจรเร็วเต้นแรงขึ้น, อุณหภูมิของปลายมือและปลายแขนเพิ่มขึ้น, ความปวดเจ็บหายไป, และนิ้วที่เป็นแก๊งกรีนอยู่นั้นก็แห้ง, ตกสะเก็ดแล้วก็หายไปด้วย. นับได้ว่าการรักษานี้ได้ผลดีทุกราย.

พึงสังเกตว่าการรักษาด้วยการสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนนั้นจะได้ผลดียิ่งก็ในระยะแรก ๆ ที่แก๊งกรีนยังไม่ลุกลามมาก. อาการที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นเพียงผลของการเกร็งตัวของผนังของหลอดเลือด, มันเกิดจากรีเฟล็กซ์เนื่องจากการอักเสบ, หรือการมีธรอมบัสเกิดขึ้น, แต่ก็ยังไม่โตพอที่จะอุดหลอดเลือดให้ตันไปหมด.

การสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนทำให้เกิดผลดีขึ้นนั้น, เข้าใจว่ามันไปทำลายซึ่งรีเฟล็กซ์ของประสาทซิมพะเธติคเสีย, การเกร็งตัวของผนังหลอดเลือดก็หมดไป. หลอดเลือดขยายตัวขึ้น. การทำบ่อย ๆ ครั้งช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และการไหลเวียนคอลละเทอรัลดีขึ้น, พอที่จะนำเลือดไปเลี้ยงปลายมือได้ดี, โดยไม่ต้องผ่านในตำแหน่งธรอมบัส, ผลของการรักษาจึงดี.

สรุป (๑) ได้กล่าวถึงกายวิภาคศาสตร์ของสเต็ลเลทแก๊งเกลียน และวิธีการฉีดสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนโดยย่อ ๆ.

(๒) ได้รายงานผลของการรักษาโรคธรอมโบแองจิไอติสโอบลิเตอแรนซ์ของแขนโดยการฉีดสะกัดกั้นสเต็ลเลทแก๊งเกลียนในผู้ป่วย ๖ ราย.

(๓) การฉีดทำสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง. ผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ ได้รับการฉีดตั้งแต่ ๑ ถึง ๗ ครั้ง.

(๔) น้ำยาที่ใช้ คือ โนโวเคน ๑ ปซ., ฉีดประมาณครั้งละ ๑๕ ล.ซม. จำนวนยาที่ผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ ได้รับทั้งสิ้นตั้งแต่ ๑๐—๑๒๕ ล.ซม.

(๕) ผลการรักษานับว่าดี, เป็นที่พอใจ. ไม่มีรายใดได้รับอันตรายแทรกซ้อนขึ้นในการฉีด.

เอกสาร

(1) J. Alfred Lee: A Synopsis of Anaesthesia, 2 nd ed., 1950.

(2) Caldwell et al: Sympathetic Block of Stellate Ganglion. Its Application in Orthopedic

Conditions. J. Bone and Joint Surg., 28: 513-52, 1946.

(3) D.R. Murphey, Jr. : Stellate Ganglion Block, A New Anterior Approach, Ann. Surg. 120: 759-763, 1944.

(4) Pollin et al : Death Following Stellate Ganglion Block, Ann. Surg. 133 : 226-33, 1951.

(5) Gordon ; Stellate Ganglion Block in Treatment of Subdeltoid Bursitis. J. of Intern. Coll. of Surg. 2:1951.

โปรดทวงถาม

ท่านสมาชิก : หนังสือหาย
ย้ายสถานที่
หนังสือฉบับใดขาดหาย
โปรดติดต่อแผนกจัดการ

(Abstract of the fore-going Report)

STELLATE GANGLION BLOCK IN THROMBOANGIITIS OBLITERANS

Sanoe Indrasukhsri

M.B.

(Dept. of Surgery)

Blocking of sympathetic ganglion interrupts the reflex arc for vasoconstrictor mechanism resulting in vasodilatation, increase in blood as well as lymph supplies. Stallate ganglion block has been used in the treatment of several vascular diseases. In thromboangiitis obliterans, not only is the blood vessel blocked by the thrombus but the vessel wall itself contracts as a result of inflammation. With a narrower passage the chances of thrombus formation is greater. In early stages of the disease stellate ganglion block besides causing an increase in blood supply and relaxing the vessel wall also gives sufficient time for collateral circulation to form. Other advantages are first, stellate ganglion block does not require a highly experienced surgeon, and secondly, no hospitalization is needed.

The anatomy of stellate ganglion is reviewed. The method of blocking employed by Murphey is described. The author claims that this is safer compared with earlier methods. Successful blocking is shown in 3-10 mins. by Horner's syndrome, evidenced by ptosis, narrowing of the palpebral fissure with raised lower eye-lid, constriction of the pupil, sweating in the regions of face and forehead, and flushing of hand, finger-tips and shoulder. Possible complications are temporary pain on penetrating fascial covering of the cervical spine; temporary paralysis of the arm due to diffusion of anaesthetic to lower brachial plexus; drug idiosyncrasy, particularly in the case of procaine. Dangers from an inexperienced performer are: pneumo-or hydro-thorax; injection into the neural canal; paralysis of phrenic nerve; injection into blood vessel.

The results of stellate ganglion blocking in six patients are given in table-form. In early cases gangrene is prevented from spreading. Each patient recieves two injections weekly. The total mumber of injections varies from one to twenty-seven. The anaesthetic used is 15 ml. 1 per cent novocaine solution. In all cases the treatment is a success. No complication is observed.

(Five references, one table)

(O.A.)

โรคโครห์น

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย

โอกาส พลางกูร

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ในปี ๑๘๐๖ William Saunders ได้บรรยายการมีอิเลอัมตีบและหนาในผู้ป่วยรายหนึ่ง. ในปี ๑๘๒๘ Abercrombie บรรยายอีกสองราย. ในปี ๑๙๐๗ Moynihan และในปี ๑๙๐๘ Mayo Robson ได้กล่าวถึงเนื้องอกจากการอักเสบของลำไส้ใหญ่. ในปี ๑๙๑๓ Balziel บรรยายพยาธิวิทยาในผู้ป่วยอินเตอร์สติเชี่ยลเอ็นเตอไรติสเรื้อรัง ๘ ราย ซึ่งได้พบเชื้อโรคเพียง B. coli ในหนึ่งรายและไม่มีหลักฐานของวัณโรค. เขาสรุปว่าคงมีหลายรายที่ได้วินิจฉัยผิดว่าเป็นวัณโรค. ในปี ๑๙๓๒ Crohn, Ginzberg และ Oppenheimer แห่ง Mount Sinai Hospital ได้บรรยายโรคของอิเลอัมตอนปลายสุดอย่างสมบูรณ์, โดยให้ชื่อว่า ริเจียนัลอิเลไอติส ซึ่งต่อมาได้แพร่หลายไป, และเปลี่ยนเรียกว่าโรคโครห์น (Crohn's disease). ที่แรก Crohn เชื่อว่าพยาธิภาพที่อิเลอัมนั้นต่างจากแกรนิวโลม่าที่เกิดขึ้นที่ลำไส้ใหญ่. ต่อมาในปี ๑๙๓๖ เขาจึงลงความเห็นว่าเป็นได้ทั้งอิเลอัมและลำไส้ใหญ่, และได้รายงานผู้ป่วย ๙ ราย.

Hadfield ในปี ๑๙๓๙ ได้บรรยายภาพจุลทัศน์ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคโครห์น.

พยาธิวิทยา. ตำแหน่งโรค Armitage และพวกพบว่าเป็นที่อิเลอัมส่วนปลาย ๘๘ ปซ., ลำไส้ใหญ่ ๓๘ ปซ. และเจจิวนัม ๓ ปซ. คนเดียวอาจเป็นสองอวัยวะก็ได้, คือ เป็นอิเลโอ-โคไลติส. Warren และ Somers (๑๙๔๘) รายงานไว้ว่าพบที่เจจิวนัม ๙ ปซ.

ที่อิเลอัมโดยมากเป็นไปจนถึงส้นอิเล

โอซี่,คัล และมีความยาวเฉลี่ย ๑๐ นิ้ว ฟุต. บางทีเย็นตลอดความยาวของอิเลอัม และส่วนหนึ่งของเจจิวนัม, หรือเย็นตลอดลำไส้เล็ก (Dalziel). บางทีมีส่วนที่เว้นว่าง. การมีพยาธิภาพหลายแห่งนี้เย็นลักษณะของ วัณโรคมากกว่า อิเลไอติส ชนิดน็อนสะเปซิฟิค. ส่วนที่หลอดอาหาร, กระเพาะหรือดิวโอดินัมนั้นยังไม่มีรายงานที่เชื่อถือได้.

พยาธิภาพเมื่อเริ่มเป็น ยังไม่แน่ว่าเริ่มด้วย ริเจียนัล อิเลไอติสชั่วขณะ หรือระยะแผลเยื่อยอย่างชั่วขณะ. โดยทั่วไปเชื่อว่าการเย็นแผลเยื่อยจะเย็นที่ตั้งต้น. ส่วนมากของอิเลอัมตอนปลายอักเสบมักพบในการผ่าตัดซึ่งเข้าใจว่าเย็นไส้ติ่งอักเสบชั่วขณะ. ส่วนของลำไส้ที่อักเสบบวมและแดงจัด, อาจมีเลือดออกเย็นจุด ๆ ให้เยื่อเซรัส. ต่อมน้ำเหลืองของเมเซนเตอรีย์อักเสบ, และอาจมีน้ำในช่องท้อง.

พยาธิภาพเมื่อเป็นเต็มที่ ลำไส้ใหญ่ขึ้นโดยรอบและแดง, ผนังหนาและแข็งเหมือนยาง. เมเซนเตอรีย์ก็อาจหนา, ไฟบรัส, เยื่อไขมันมากขึ้น. ต่อมน้ำเหลืองใหญ่และมีสีชมพู, มักมี "ทุเบอร์เคิล" สีขาวเล็ก ๆ บนผิวนอกของส่วนที่เย็น, ทำให้มีลักษณะคล้ายวัณโรคมาก, เมื่อดูด้วยตาเปล่า, ซึ่งทำให้สับสนกันมาเย็นเวลานาน. รอยต่อระหว่างส่วนที่ดีกับส่วนที่เย็นโรคมักเห็นชัดเจนบนผิวนอก, ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อเมือกยังมีต่อไปอีก. ถ้าเย็นที่ลำไส้ใหญ่, ลักษณะผิดไปข้าง, คือความหนาและแข็งไม่คอยสม่ำเสมอ, และอาจเย็นไม่รอบ.

การเปลี่ยนแปลงที่เยื่อเมือกเย็นได้ต่าง ๆ. มักพบแผลบ่อย ๆ. บางทีใหญ่มาก. แต่บางทีก็ไม่มีแผลเลย. แผลมักจะตื้น, มีมากทางด้านเมเซ็นเตอรีย์และเย็นรูปไข่ตามความยาวของลำไส้. ชั้นใต้เยื่อเมือกหนามาก, ทำให้รอยพับของเยื่อเมือกบวมใหญ่และผิดรูปไป. การที่มีชั้นใต้เยื่อเมือกหนารวมกับ ไฟโบรสิสในชั้นกล้ามเนื้อในระยะต่อไป, ทำให้ช่องของลำไส้เล็กลง. มีซัยเปอร์โตรพีย์ทดแทนในชั้นกล้ามเนื้อของส่วนบนขึ้นไปและในระยะหลัง ๆ ของโรคอาจมีการอุดกั้นอย่างสมบูรณ์เมื่อมีเศษอาหารมาติด.

พยาธิภาพทางจุลทัศน์ Hadfield (๑๙๓๙) ได้ศึกษาไว้อย่างสมบูรณ์โดยตรวจซีเรียลเซ็คชั่นของเนื้อที่ได้มาจาก

ระยะต่าง ๆ ของโรค. ระยะแรกที่สุดคือการเพิ่มจำนวนเซ็ลล์เอ็นโดธิเลี่ยมในพื้อลลิเคิลน้ำเหลืองในชั้นใต้เยื่อเมือก. ต่อมาหน่อยมีเซ็ลล์ยักษ์ในส่วนกลางของพื้อลลิเคิลเหล่านั้น. Hadfield ได้กล่าวว่าเซ็ลล์ยักษ์เหล่านี้เป็นลักษณะเฉพาะของโรคโครห์น. มันอาจมีลักษณะคล้ายวัณโรค, แต่มันไม่เคซิเอทและไม่มีแอซิดฟาสท์ยะซิลไล. มักมีลิมฟาติคอีดีม่าด้วย. ในระยะนี้ผิวของเยื่อเมือกมีแผลเยื่อยบ้างเล็กน้อย.

Bockus (๑๙๔๔) กล่าวว่าซัยเปอร์เปลเซียของต่อมน้ำเหลืองมากน้อยไม่คงที่แต่พบได้ ๙๕ ปซ. ใน ๒๐ ตัวอย่างที่ตรวจ. มีระยยเซ็ลล์ยักษ์ซึ่งไม่เคซิเอทและไม่มีเซือแอซิดฟาสท์ ๕๕ ปซ. นอกนั้นพบแต่เพียงลิมฟอยด์ซัยเปอร์เปลเซียชนิดไม่สะเปซิฟิคเท่านั้น.

ในระยะต่อไปมีการคืนตัวของฟอลลิเคิลที่ซัยเปอร์ปล๊าสติค. ช่องลำไส้แคบลง. มีแผลใหญ่ขึ้นและการติดเชื้อแทรกซ้อนในชั้นกล้ามเนื้อจะทำลายลักษณะลิมโฟเรติคิวล่าร์ซัยเปอร์เปลเซียของพยาธิภาพที่เป็นใหม่ ๆ ไปเสีย. ชั้นต่าง ๆ ของของลำไส้หนาแน่นไปด้วย ลิมโฟซัยต์, พล๊าสม่าเซ็ลล์และอิโอสิโนฟิล.

ในระยะหลังอาจมีไฟโบรสิสมาก, และมีฝีในชั้นกล้ามเนื้อทำให้มีการยึดติดกับอวัยวะใกล้เคียง และทะลุเข้าไปเป็นฟีสตูล่าหรือเป็นโพรงหนอง. การแตกเข้าช่องท้องทั่วไปไม่ค่อยจะมี. อินเตอร์แนลฟีสตูล่ามักเกิดระหว่างอิเลอัมกับซีคัมหรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น, อิเลอัมกับซิกม็อยด์, หรืออิเลอัมกับอิเลอัม. ที่หายากคืออิเลโอ-วาจินัลฟีสตูล่า. ฟีสตูล่าอาจติดต่อกับภายนอก หลังการผ่าฝีในช่องท้องเพื่อให้หนองออก, หรือหลังการตัดไส้ติ่ง, หรือเกิดขึ้นเองเป็นอัมบิลิคัล, เพอริเอนัลและเพอริเร็คตัลฟีสตูล่า.

สาเหตุของโรค สาเหตุของโรคยังไม่ทราบ. แต่มีข้อที่น่าสนใจเกี่ยวกับข้อนี้, คือ:

(๑) **วัณโรค**. ก่อนปี ๑๙๓๒ ส่วนมากของโรคนี้ได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค. Wilson (๑๙๕๐) ได้แสดงรายการเปรียบเทียบให้เห็นว่าวัณโรคกำลังน้อยลงและโรคโครห์นเพิ่มขึ้น. การแยกระหว่างสองโรคนี้คงลำบากมาก. จะทำ

ได้ก็โดยอาศัยการที่ไม่พบลักษณะและปฏิกิริยาของวัณโรค.

(๒) เรติคิวโลสิส Hadfield (๑๙๓๙) ได้แสดงถึงความคล้ายคลึงระหว่างพยาธิภาพที่เห็นใหม่ ๆ ในโรคโครห์นกับ Boeck's sarcoidosis และได้จัดไว้ในจำพวกเรติคิวโลซิส.

(๓) การอุดตันของหลอดน้ำเหลือง. มีผู้เห็นว่าการอุดตันของหลอดน้ำเหลืองอาจเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เมเซ็นเตอรี่หนาและเป็นแผล. แต่ในโรคโครห์นเมเซ็นเตอรี่หาได้เปลี่ยนแปลงทุกรายไม่. บางรายเมเซ็นเตอรี่ไม่หนาและพบต่อมน้ำเหลืองแต่เพียง ๒-๓ ต่อมเท่านั้น.

(๔) การติดเชื้อไวรัส. น่าคิดถึงมาก, เพราะพยาธิภาพแสดงว่าเป็นการอักเสบอย่างแน่นอน, แต่ไม่พบแบคทีเรียที่อาจเป็นสาเหตุ. มีผู้ค้นคว้าความเกี่ยวพันระหว่างโรคโครห์นกับลิมโฟกรานิวโลม่าอินกวินาเล่, แต่การทดลองไม่ได้ผล (Rodaniche, Kersner, and Palmer, 1943).

(๕) สาเหตุอื่น ๆ Felsen (๑๙๓๖) ได้พบเชื้อที่ทำให้เกิดยิดยาซิลลารี่หรือไดัปฏิกิริยา คอมปลีเม็นต์ ฟิกเซชั่นในผู้ป่วยโรคโครห์นจำนวนหนึ่ง. แต่ยังไม่มีผู้ใดพยสนับสนุน.

Warren และ Somers (๑๙๔๘) เห็นว่าภาพจุลทัศน์นั้นเหมือนกับโรคที่เกิดขึ้นต่อสารไลปิด, และเข้าใจว่าคัยล์อาจจะรั่วจากหลอดน้ำเหลืองของลำไส้ที่แตกและไประคายเนื้อของลำไส้.

การเพาะเชื้อจากส่วนที่เป็นโรค, จากต่อมน้ำเหลือง, และจากเลือดได้ทำกันแล้วทำกันอีก, แต่มักจะได้ผลลบเสมอ.

ลักษณะทางคลินิค. ส่วนมากเป็นในคนวัยหนุ่มสาว. แต่ได้มีผู้พบในเด็กอ่อนกว่า ๑๐ ปี, และในคนแก่อายุเกิน ๗๐ ปีด้วยเหมือนกัน.

การดำเนินของโรค Crohnและพวก (๑๙๓๒) ได้แบ่งโรคตามการดำเนินไว้เป็นสี่จำพวกด้วยกัน, คือ:

๑. จำพวกมีอาการ ปวดท้องอย่างฉับพลัน. พวกนี้ถูกผ่าตัดโดยถือว่าเป็นรายด่วน. ส่วนมากวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบฉับพลัน. ประวัติการป่วยรุนแรงและสั้น. แต่อาการปวดท้องไม่แน่นอน, ปวดแบบโคลิค, หรืออุจจาระเหลวเป็นครั้งคราว, ตลอดเวลาหลายเดือนหรือ

หลายปี. อาการรุนแรงซึ่งไม่อาจแยกจากไส้ติ่งอักเสบได้ก็คือมีไข้ต่ำ ๆ, ปวดท้องแบบโคลิค, อาเจียนและปวดกดเจ็บที่แอ่งอิลิอัคขวา. บางทีมีก้อนในท้อง, หรือท้องเดิน.

๒. จำพวกมีอาการของแผลลำไส้. พวกนี้มีอาการท้องเดินเป็นสำคัญ. อาการปวดมีร่วมด้วย, แต่มักหายไปภายหลังถ่ายอุจจาระ. ผอมและซีดลง. มีไข้ต่ำ ๆ บ้างบางคราว. อาจพบเลือดในอุจจาระอย่างเห็นด้วยตาหรือไม่เห็น. อินเตอร์นัลพีสตูล่าพบได้บ่อยในผู้ป่วยจำพวกนี้.

๓. จำพวกมีอาการอุดตันของลำไส้. อาการปวดเป็นแบบโคลิค. รู้สึกท้องลั่น, มีก้อน, เป็น ๆ หาย ๆ และคลื่นไส้. การถ่ายอุจจาระอาจมีการแปลกเพียงเล็กน้อย, หรืออาจมีท้องผูก, อุจจาระเหลว, หรือมีทั้งสองอย่าง. อาการเหล่านี้ไม่รุนแรงและเป็นอยู่นาน ๆ โดยไม่ทำให้ผอมลง. ผู้ป่วยเป็นห่วงโรคของเขามาก, ส่วนหมอมักจะหาเหตุไม่ได้และเข้าใจว่าผู้ป่วยนิวโรติค.

๔. จำพวกมีพีสตูล่าที่ไม่หาย. เข้าใจกันว่าพีสตูล่าที่ไม่หายซึ่งพบภายหลังตัดไส้ติ่งหรือผ่าผีในช่องท้องเป็นอาการแสดงของโรคโครห์น. การเกิดพีสตูล่าสู่ภายนอกขึ้นเองโดยมิใช่ภายหลังผ่าตัดพบน้อยมาก.

การตรวจเพื่อช่วยวินิจฉัยโรค

๑. **การตรวจเลือด** ผู้ป่วยส่วนมากมักมีซัยโปโครมิคอะนีเมียและโปรเตอินน้อยเนื่องจากการขาดอาหาร. ในโรคนี้ราวสองในสามของผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวมากปานกลาง.

๒. **การตรวจอุจจาระ** อาจพบเลือดโดยวิธีเคมีประมาณ ๖๐ ปซ., แสดงว่ามีแผลในลำไส้. มูกไม่พบ, นอกจากท้องเดินมาก. หนองและเลือดที่เห็นด้วยตาพบน้อยมาก.

๓. **การตรวจทางเดินอาหารด้วยเอ๊กซเรย์** โดยวิธีให้กินยาเรียมและตรวจดูเป็นระยะไป, หรือโดยสวนยาเรียมทางทวารหนัก, Kantor ในปี ๑๙๓๔ ได้อธิบาย "String sign" ว่าเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้, โดยพบส่วนคอดเป็นทางยาว, แคบและขรุขระที่อิเลอัมส่วนปลาย.

การวินิจฉัยแยก.

๑. ฮัยเปอร์พ์ลาสติคอิเลโอซิค้ลทุ-เบอร์คุโลสิส.

๒. วัณโรคลำไส้ชนิดเย็นแผล.

๓. แอ็คติโนมัยโคสิส.

๔. ลำไส้ใหญ่อักเสยชนิดเย็นแผล.

๕. โรคอื่น ๆ ที่ต้องแยกคือ มะเร็ง, ฮ็อดจ์คินและลิมโฟซาร์โคม่า.

การรักษา Garlock และ Crohn (๑๙๔๕) ได้ตรวจรายงานผู้ป่วย ๑๖๔ รายและตรวจเนื้อที่ตัดจาก ๒๕ ราย, ซึ่งทำการตัดเย็นสองระยะ. พบว่ามีการหายอย่างสมบูรณ์ทุกราย. เขาพบว่าการตัดโดยทำระยะเดียวมีอัตราตาย ๑๖.๓ ปซ. และโรคกลับ ๑๙.๕ ปซ., ตัดโดยทำสองระยะมีอันตราย ๑๒.๐ ปซ., โรคกลับ ๓๖.๓ ปซ., การทำอิเลโอโคโลสโตมีย์และเอ็กสคลูชั่นไม่ตายเลยและโรคกลับ ๑๓.๘ ปซ. เห็นว่าการรักษาโดยเอ็กสคลูชั่น ไม่ลดแต่อัตราตายเท่านั้น, ยังลดอัตราโรคกลับด้วย. ที่โรคกลับมีมากภายหลัง การตัดอย่างสอง ระยะนั้นเพราะได้รวมผู้ป่วยที่ไม่หายภายหลังการเอ็กสคลูชั่นอย่างเดียวอยู่ด้วย. เขาแนะนำให้รักษาโดยเอ็กสคลูชั่นอย่างเดียว, และถ้าจำเป็นจึงทำการตัดออกภายหลัง.

Clark และ Dixon (๑๙๓๙) พบว่าภายหลังการต่อลำไส้ผู้ป่วยยังคงมีอาการพิษอยู่อีกและมีหวังที่จะเกิดฟิสตูล่าขึ้นได้. Brown และ Donald (๑๙๔๒) พบว่าเพียง ๑๔ รายเท่านั้นที่สบายดีภายหลังการรักษาด้วยการตัด และต่อลำไส้ในผู้ป่วย ๒๒ ราย.

Edwards (๑๙๔๘) แนะนำให้ทำตัดออกในระยะเดียว, นอกจากผู้ป่วยจะอาการไม่ดีหรือก้อนติดแน่นมากจึงทำอิเลโอ-ทรานสเวอร์สโคโลสโตมีย์ไว้เพื่อจะตัดออกทีหลัง.

เมื่อพบในระยะปัจจุบัน, ซึ่งไม่มีการอุดกั้น, ดังที่ทำให้เข้าใจผิดว่าไส้ตึงอักเสย, ไม่ควรทำอะไรนอกจากยิดท้องและรักษาทางยา. ทั้งนี้เพราะบางรายหายได้. อย่างไรก็ตาม, ส่วนมากผ่าตัดจึงจะหาย.

การกลับเป็นอีก โดยการรักษาอย่างไรก็ตาม, มีโรคกลับได้ราว ๆ ๑๐ ปซ. (Crohn, Lewis, ๑๙๕๐) ซึ่งมักเกิดเหนือ (พร็อกสิมัล) ตำแหน่งที่ต่อ. สาเหตุนั้นอาจเย็นเพราะตัดออกไม่หมดหรือเพราะมีแหล่งของการติดเชื้อค้างอยู่ในต่อมน้ำ

เหลืองเมเซ็นเตอริค, ทำให้เกิดริอิม-พลานเตชั่นย้อนหลัง.

Bockus แนะนำตัดเหนือระดับที่ไขมันของเมเซ็นเตอรีย์หนาผิดปรกติขึ้นไป ๖-๑๒ นิ้ว, หรือไปต่อไปจนเลยส่วนของลำไส้ที่ถ่ายเทโดยต่อมที่ใหญ่อย่างเด่นชัด.

Garlock, Crohn และพวก (๑๙๕๑) ได้ติดตามผู้ป่วยอยู่เป็นเวลา ๙—๒๑ ปี และชี้ให้เห็นว่าภายหลังอิเลโคโลสโตมีย์มีอันตราย ๐ ปซ., และโรคกลับ ๒๒.๘ ปซ. ส่วนการตัดออกมีอัตราตาย ๑๔ ปซ. และโรคกลับ ๔๖ ปซ. การที่มีโรคกลับช้านั้นแสดงว่าโรคอาจหายเองได้. ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ส่วนมากตายด้วยลำไส้อุดตัน, เนื่องจากมีอะไรมาจุกช่อง. เขาได้กล่าวอ้างการตัดลำไส้เล็กออกอย่างยาวในผู้ป่วยที่เป็นเจจูโน-อิเลไอติสแล้วพัฒนารวดเร็วและไม่มีอาการรบกวนทางลำไส้, ว่าอาจนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคกลับในการรักษาอิเลไอติสด้วยการผ่าตัดต่อไป.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่, อายุ ๕๒ ปี, รับไว้เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๔๙๕ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องทั่ว ๆ ไปและกดเจ็บที่ส่วนล่างข้างขวามา ๑๒ ชั่วโมง. เคยเป็นเช่นนี้ครั้งแรกเมื่อ ๑๐ ปีมาแล้ว, และได้เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลโดยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบอย่างอ่อน. ได้รับการรักษาอย่างประทังอาการ. อาการดีขึ้นเป็นปรกติและกลับบ้านใน ๒ สัปดาห์. ต่อจากนั้นมีอาการเช่นเดิมเกิดขึ้นอีกเป็นครั้งคราว, แต่ไม่รุนแรง. ครั้งสุดท้ายเมื่อ ๑๔ เดือนมาแล้ว. ผู้ป่วยสบายดีจนกระทั่ง ๑๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลครานี้, เริ่มปวดท้องคล้ายกับครั้งแรก. ปวดตอ ๆ ในท้องทั่ว ๆ ไป. บอกไม่ได้ว่าปวดตรงไหน. คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน. ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นมูลโค ๓ ครั้ง. ไม่มีมูกเลือด. อาการไม่ทุเลาผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาล.

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๖° ซ. ชีพจร ๘๒/ นาที. รูปร่างค่อนข้างอ้วน. ไม่เชื่อมซีด. ลิ้นฝ้า. ท้องไม่อืด. ผนังหน้าท้องหนา. ไม่มีกดเจ็บหรือหน้าท้องแข็งที่ใด. ไม่พยก้อน. ตรวจทางทวารหนักพบว่ากดเจ็บมากที่ข้างขวาของแอ่งดักกลาส. ในปอดและหัวใจไม่พบความผิดปรกติ.

ตรวจเลือดได้จำนวนเม็ดเลือดขาว

๒๗๐๕๐, น. ๘๐ ปซ., อ. ๔ ปซ., ล. ๑๔ ปซ. โมโน ๒ ปซ.

ได้วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบชนิดฉับพลันในแง่เพ็ลวิคและได้ผ่าตัดในวันนั้นโดยใช้ยาดมสลบและรอยผ่าแม็คเบอร์เนย์สกริดิร์อน. พบเยื่อบุช่องท้องปรกติ. ไม่มีน้ำในช่องท้อง. ไส้ติ่งยาว ๓.๕ ซม., เส้นผ่าศูนย์กลาง ๔ มม., ขนาดเล็กมาก. มีเยื่อพังผืดยึดติดกับมีโซแอปเพ็นดิกส์และผนังด้านหลังของช่องท้อง. แต่ไม่มีลักษณะของการอักเสบอย่างฉับพลัน. ได้ตรวจดูลำไส้เล็กตั้งต้นที่ซีคัมขึ้นถึงส่วนล่างของเจจูนัม, ๓ หรือ ๔ เมตร์จากที่ตั้งต้น, จึงพบส่วนหนึ่งของเจจูนัมยาว ๑๑ ซม., มีผนังหนา, ลักษณะแข็ง, ผิวเยื่อเซรัสสีแดงจัดเนื่องจากเลือดคั่ง. เมเซ็นเตอรี่ของส่วนนี้หนา, ลักษณะคล้ายยาง, และมีต่อมน้ำเหลืองโต. ขนาดใหญ่ที่สุดมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑.๕ ซม. ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคโครห์นและได้ตัดส่วนที่เป็นนั้นออก, ๔ ซม. เลยไปทางเหนือ (พร็อกซิมัล) และ ๗ ซม. ทางใต้ (ดิสตัล), รวมทั้งเมเซ็นเตอรี่ด้วย. แล้วได้ต่อลำไส้ไว้. เมื่อผ่าลำไส้ที่ตัดออกดูความยาวพบว่ารอยย่นในเยื่อเมือกส่วนเป็นโรคมีสีแดงเข้มและบวม, แต่ไม่มีแผล, และที่หน้าตัดเห็นการบวมของชั้นใต้เยื่อเมือกมาก (รูปที่ ๑). หลังผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นขึ้นลำดับตามปรกติ, และกลับบ้านได้ในวันที่ ๗ หลังผ่าตัด.

การตรวจทางพยาธิวิทยารายงานว่ามีชั้นใต้เยื่อเมือกหนามาก. การแทรกซึมของเซ็ลล์แสดงการอักเสบ, ส่วนมากเป็นลิมโฟซัยต์, พ๊าสม่าเซ็ลล์และอีโอสิโนฟิล. มิโปลีย์มอร์ฟบ้าง. บางส่วนของเยื่อเมือกมีนิโครสิสหายไป. ชั้นกล้ามเนื้อและเซโรซ่าก็มีการแทรกซึมของเซ็ลล์เช่นเดียวกัน. ที่ปลายบนและปลายล่างของชิ้นลำไส้นั้นยังคงแสดงการอักเสบอยู่ด้วยเหมือนกัน, (รูปที่ ๒). ต่อมน้ำเหลืองในเมเซ็นเตอรี่แสดงว่ามีการอักเสบเรื้อรัง. ทางพยาธิวิทยาวินิจฉัยว่าเป็นโรคโครห์น.

หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้วสบายดี, ถ่ายอุจจาระเป็นปรกติ, และกินอาหารได้. ได้ตรวจร่างกายเมื่อ ๒ เดือนครึ่งหลังการผ่าตัด, ไม่พบสิ่งผิดปรกติอย่างใด. ตรวจทางรังสีไม่พบลักษณะแสดงว่าลำไส้ตีบหรือตันในที่ใด. ตรวจอุจจาระไม่พบเลือด.

ประวัติและการตรวจพบในผู้ป่วยรายนี้ เมื่อแรกมาทำให้เข้าใจว่าเป็นโรคไส้ติ่งอัก

เสียชีวิตขณะนี้. แต่เมื่อผ่าลงไปพบว่าไส้ติ่งมีเพียงการอักเสบเรื้อรังเท่านั้น. แม้ได้ตัดลำไส้ออกยาวเกินกว่าเนื้อเยื่อโรคที่เห็นแล้ว, ยังปรากฏจากการตรวจจุลทัศน์ว่าที่ปลายที่ตัดทั้งสองนั้นยังคงมีลักษณะอักเสบอยู่อีก, แสดงว่าตัดออกไม่พ้นส่วนที่เป็นโรค, และโรคอาจจะกลับเป็นอีกได้.

การตรวจเมื่อ ๒ เดือนครึ่งภายหลังการผ่าตัดยังไม่พบอาการและลักษณะอย่างใดที่แสดงว่ามีการกลับเป็นอีก, แต่จะต้องติดตามดูต่อไป.

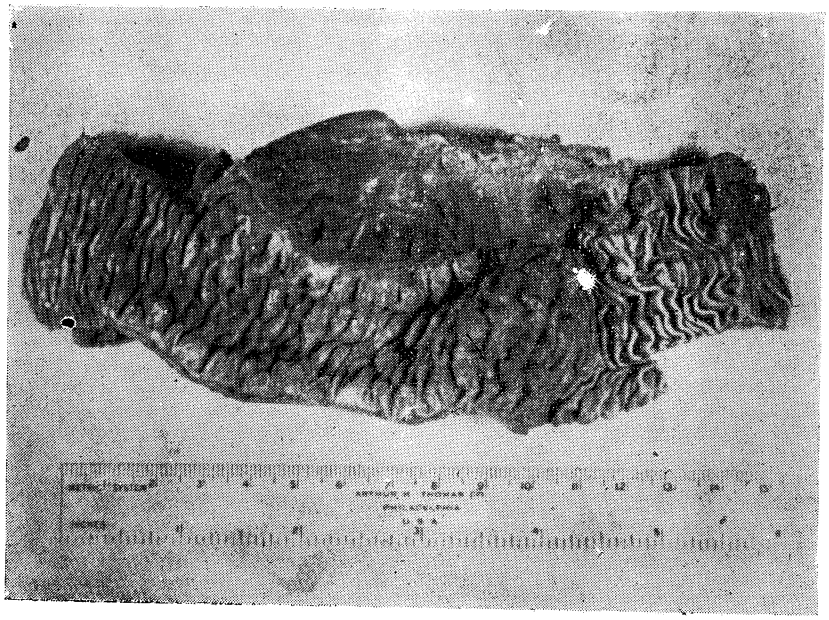
อนึ่งข้าพเจ้าค้นได้รายงานผู้ป่วยอีกหนึ่งราย, เป็นนายแพทย์ชายของโรงพยาบาลนี้, อายุ ๓๓ ปี, ได้รับจากการผ่าตัดเมื่อ ๗ ปีมาแล้วโดยเข้าใจว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบชนิดหนึ่ง. เมื่อเปิดช่องท้องพบว่าไส้ติ่งปรกติ, แต่ส่วนปลายของอิเลอัมยาว ๔ นิ้วฟุตจากที่ต่อกับซีคัมพองเล็กน้อย, สีแดง, และผนังหนากว่าธรรมดา, และมีการเคลื่อนไหวน้อย. ได้วินิจฉัยว่าเป็นเทอร์มินัลอิเลไอติสและได้ตัดไส้ติ่งออกเท่านั้น. ตามลักษณะผิดปรกติของอิเลอัมที่ได้บันทึกไว้นั้น, ข้าพเจ้าเชื่อว่าอาจเป็นจริงตามที่วินิจฉัยไว้. เนื่องจากในขณะนี้ผู้ป่วยไปต่างประเทศ, จึงสืบถามจากผู้ใกล้ชิดได้ความว่าหลังจะการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการท้องเดินและปวดท้องเป็นครั้งคราวเรื่อยมา. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจทางเดินอาหารด้วยเอ็กซเรย์. อย่างไรก็ตามอาการภายหลังการผ่าตัดนี้ชวนให้สงสัยว่าผู้ป่วยรายนี้อาจจะเป็นโรคโครห์น, และน่าจะได้รับการตรวจอย่างละเอียดต่อไปเมื่อมีโอกาส.

การที่ได้นำรายงานนี้มาเสนอก็เพราะว่ายังไม่เคยมีรายงานโรคโครห์นที่ได้สนับสนุนด้วยลักษณะทางจุลทัศน์มาก่อนเลยในบ้านเรา, เท่าที่ข้าพเจ้าสามารถสืบได้, และเพราะว่าโรคนี้เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ, การรักษาก็ยังไม่เป็นที่แน่นอน, จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในฐานเป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าต่อไป.

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณท่านหัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ที่ได้กรุณาอนุญาตให้นำเรื่องนี้มาบรรยาย. อาจารย์นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะที่ได้กรุณาแนะนำในการศึกษา, ศาสตราจารย์สุด แสงวิเชียรที่ได้กรุณาเกี่ยวกับภาพ, อาจารย์นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ์ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาทางเอ็กซเรย์เป็นอย่างดียิ่ง. และแผนกพยาธิวิทยาที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเช่นกัน.

เอกสาร

1. G. Armitage and M. Wilson, Brit. J. Surg., 38: 182 (1950).



รูปที่ ๑

รูปที่ ๒

2. B.B. Crohn, L. Ginzber, and C.D. Oppenheimer, J.A.M.A. 99: 1323 (1932).

3. J.H. Garlock. and B.B. Crohn, J.A.M.A. 127:205 (1945).

4. G. Hadfield, and L.P. Garrod, Recent Advances in Pathology, p. 52 (London: Churchill, 1947).

5. H.L. Bockus, Gastro - entero-logy, 158 - 195 (Philadelphia and London: Saunders, 1944).

6. B.B. Crohn, Lewis' Practice of Surgery (1950).

7. Kantor, J.A.M.A., 103: 2016 (1934).

8. C.H. Edwards, Recent Advances in Surgery, p. 139 (London: Churchill, 1948).

ท่านที่สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งหลังที่สุด ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชโดยเร็ว

(Abstract of the preceding Report)

CROHN'S DISEASE

A Case Report

Okas Balangura
M.B.
(Dept. of Surgery)

After an extensive review of the present status of knowledge concerning Crohn's disease, the author presents the history of a patient admitted on the 26th August 1952 for relief of diffuse abdominal pain and tenderness which really started ten-years ago and were attributed to mild appendicitis. There was nausea, but no vomiting. Three soft stools were passed during the preceding twelve hours; there was no blood in the passages. There was a low fever (temperature 37.6°C, pulse rate 92). Abdominal examination was essentially negative. Rectal examination revealed much tenderness on the right side of the Douglas pouch. There was leucocytosis of 27,050, with 80 p.c. of neutrophils, 4 p.c. of eosinophils, 14 p.c. of lymphocytes and 2 p.c. of monocytes. The case was diagnosed as acute pelvic appendicitis and laparotomy was performed. The appendix was normal save for some adhesions. In the distal part of the jejunum, 3 to 4 meters from its beginning, the diseased part was identified, 11 cm. long, with thickened and hardened walls, and congested. The mesentery was thick, rubbery and contained enlarged lymph nodes, the biggest measuring 1.5 cm. in diameter. Krohn's disease was suspected and the affected part was resected, including apparently normal lengths, 4 and 7 cm. proximal and distal to the part respectively. The patient stood the operation well and returned home seven days later. Re-examination two and a half months later revealed no signs of abnormality. Grossly the specimen was congested and edematous, especially in the submucosa, but there was no ulceration. Microscopically the submucous layer was much thickened, with inflammatory infiltration, chiefly of lymphocytes, plasma cells and eosinophils. Polymorphs were few. Parts of the mucosa were necrotic and sloughing. Like infiltration was seen in the muscularis and serosa. Pathologist's impression was Crohn's disease.

Inflammatory reactions were seen in both ends of the resected piece, so that recurrence was to be expected.

This is the first reported case of Crohn's disease with full histological support. Seven years ago a case with like clinical features were operated upon for acute appendicitis, in which the appendix was found to be normal, but the terminal ileum was engorged, thickened and inflamed; the case was diagnosed as terminal ileitis and only the normal appendix was removed. Whether that was also a case of Crohn's disease cannot be said for sure.

(Two figures; 8 references)

บทบรรณาธิการพิเศษ

การติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

กษาน ชาติกวนิช

F.R.C.S. (England), L.R.C.P. (London), D.T.M. (Liverpool), F.A.C.S.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ในปัจจุบันนี้, หากว่ามีผู้ใดเดินเข้ามาในเขต ร.พ. ศิริราช, จะได้ยินเสียงอึกทึกสับสนอลหม่านทั้งวัน. เสียงเหล่านี้เป็นเสียงจากการก่อสร้างศาลาศัลยกรรมใหม่, เพื่อให้มีที่เพียงพอที่จะปฏิบัติการผ่าตัด. ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดของแผนกศัลยศาสตร์เพิ่มจำนวนขึ้นทุก ๆ ปี. จะเห็นได้จากสถิติจำนวนการผ่าตัดดังนี้:

ปี พ.ศ. ๒๔๙๓: ๒,๘๒๙ ราย

พ.ศ. ๒๔๙๔: ๓,๐๗๓ ราย

พ.ศ. ๒๔๙๕: ๓,๑๐๘ ราย

อนึ่งข้าวในระยะ ๑๐ เดือนที่ล่วงมา (ม.ค. ถึง ต.ค. ๒๔๙๖) ถ้าจะดสถิติการผ่าตัดรายใหญ่ ๆ จะพบว่ามีดังนี้:

Transthoracic esophagectomy	19
Partial gastrectomy	50
Cholecystectomy	18
Resection of jaw	7
Subtotal thyroidectomy	39
Radical mastectomy	19
Total cystectomy	3
Nephrectomy	36
Prostatectomy	38
Frontal leucotomy and Topectomy	6

ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่มารอคอยเพื่อรับไว้รักษาใน ร.พ. โดยที่ทาง ร.พ. ไม่สามารถที่จะรับไว้ได้, เนื่องจากไม่มีที่พอ. ในหมู่ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง, บางรายมารอคอยรับการรักษาตั้งแต่โรคยังอยู่ในระยะที่จะรักษาได้จนโรคผ่านเข้าสู่ระยะที่หมดหวังเสียแล้ว.

เป็นที่น่าสนใจว่าระยะต่าง ๆ ของการรักษาของเราเริ่มแต่การตรวจและการระวังรักษาก่อนการผ่าตัด, การกระทำผ่าตัด, และการระวังรักษาภายหลังการผ่าตัด

แล้วนั้น, นับได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีพอสมควร. ส่วนเรื่องการติดตามผู้ป่วย, เมื่อภายหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว, ยังคงยกพร่องอยู่มาก. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว, ส่วนมากก็มักจะหายสูญไปเลย. เราไม่อาจทราบว่าผู้นั้น ๆ จะยังคงมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว, โรคที่เป็นนั้นหายสนิทหรือกลับเป็นอีก, หรือมีโรคแทรกประการใด, ฯลฯ. เหล่านี้เป็นปัญหาซึ่งเราจะต้องศึกษาและเอาใจใส่ให้มากยิ่งขึ้น.

โดยการติดต่อกับผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และตลอดเวลานานหลาย ๆ ปีหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้วนั้น, เราจะได้รับความรู้เพิ่มเติมขึ้นหลายอย่าง. เราจะทราบว่าการผ่าตัดของเราได้ผลดีเพียงไร. ในการผ่าตัดธรรมดา ๆ เช่นการผ่าตัดไส้เลื่อน, เราจะทราบว่าไส้เลื่อนกลับเป็นคืนอีกร้อยละเท่าใด. ในการผ่าตัดกระเพาะอาหารจะได้ทราบถึงการกลับมีแผลในกระเพาะอีกร้อยละเท่าใด, เกิดกลุ่มอาการดัมพ์ยิ่งร้อยละเท่าใด ฯลฯ.

ในการรักษาโรคมะเร็ง, การติดตามผู้ป่วยยิ่งมีความสำคัญและจำเป็นเป็นพิเศษ. เราจะทราบถึงจำนวนผู้ป่วยที่มะเร็งกลับเป็นอีก, ซึ่งเกิดขึ้นเพราะเราตัดออกไม่หมด, หรือตัดเอาส่วนที่มีเมตาสเตสิสไม่หมด. เรายังจะทราบต่อไปอีกว่าการเป็นขึ้นมาอีกนั้นเกิดขึ้นหลังจากรับการผ่าตัดไปแล้วนานเท่าใด. หากทราบ, เราสามารถที่จะให้การรักษามะเร็งกลับเป็นอีกนั้นได้ทันที.

จากการติดตามผู้ป่วยนี้เราจะได้สถิติ "อัตราการหายใน ๓ ปี" หรือ "อัตราการหายใน ๕ ปี" ของมะเร็งในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย.

ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญในการศึกษาโรคต่าง ๆ. ไม่แต่เพียงนั้น, หากว่ายังมีคุณค่าอันดีที่สุด, ที่จะช่วยชี้ทางในการรักษาผู้ป่วยต่อไปภายหน้าอีก. การผ่าตัดยางอย่าง, ที่เราเห็นว่าเป็นการรักษาที่มีผลดีที่สุดแล้วนั้น, ถ้าเรามีการติดตามผู้ป่วยต่อไปแล้ว, ความเห็นของเราอาจกลับตรงกันข้าม, คืออาจพบว่าการผ่าตัดแบบนั้นหาใช่เป็นแบบที่ได้ผลดีดังคิดไว้ไม่. ตัวอย่างเช่นการตัดประสาทเวกัสเพื่อรักษาแผลในกระเพาะ. ในตอนแรก ๆ มีผู้นิยมชมชื่นกันมากและคิดว่าเป็นวิธีผ่าตัดที่จะใช้แทนการตัดกระเพาะได้; การกระทำก็ง่าย, อัตราตายหลังการผ่าตัดก็ต่ำมาก. ต่อมาเมื่อมีการติด

ตามผู้ป่วยอยู่เย็นเวลานานพอ, ก็พบว่าการตัดประสาทเวกัสเพื่อการรักษาแผลในกระเพาะนั้นหาได้ผลดีดังคิดไม่. ความนิยมก็เสื่อมไป.

ในสมัยปัจจุบัน, การผ่าตัดแยบขุดวาก(แรดิคัล)มีมากขึ้นเป็นลำดับ. การผ่าตัดเอาหลอดอาหารออก, การตัดกระเพาะอาหารทั้งหมดออก, การตัดเร็คตัมและทำโคลอสโตมี่, เป็นการผ่าตัดที่กระทำกันบ่อยขึ้น. เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นอันตรายจากการผ่าตัดเหล่านี้แล้ว, เรายังจะต้องเผชิญกับปัญหาอื่น ๆ อีกนานัปการ. ในพวกที่ได้ผ่าตัดกระเพาะอาหารทั้งหมดออกนั้น, การย่อยอาหารจะผิดปรกติไปมาก. ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำแนะนำ และได้การบำรุงโดยอาหารพิเศษ. พวกที่รับการผ่าตัดโคลอสโตมี่จะต้องได้รับคำแนะนำถึงการทำความสอาด. ถ้าเราไม่มีการติดตาม, ให้คำแนะนำเป็นระยะ ๆ, ผลที่ได้รับแทนที่จะดี, กลับเป็นผลร้าย, เช่นพวกที่ถูกตัดกระเพาะอาหารอาจเข้าสู่ขั้นอันตรายจากการได้รับอาหารไม่พอเพียง, และอื่น ๆ.

เนื่องจากความสำคัญต่าง ๆ เหล่านี้ เราควรจะต้องเริ่มปรับปรุง "วิธีการติดตามผู้ป่วย" ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น, ให้ทัดเทียมกับวิธีการรักษาที่ก้าวหน้า. เราจะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะ ๆ ภายหลังการรักษา. ทางการอาจจัดให้มีพนักงานสังคมสงเคราะห์ออกไปเยี่ยมถึงบ้านหรือทำการติดต่อกับผู้ป่วยโดยทางจดหมาย, เพื่อถามข่าว. แม้เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมลง, ทางโรงพยาบาลยังจะต้องติดตามถามญาติพี่น้องและแพทย์ผู้รับช่วงการรักษานั้นต่อไป, เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของการตายของผู้ป่วย.

เรามีความเชื่อมั่นอยู่ว่าความสำเร็จในการติดตามผู้ป่วยจะมีมากขึ้นเป็นลำดับ ถ้าแพทย์ผู้รักษาและแพทย์ประจำบ้านทุกคน พยายาม ขอความร่วมมือจากผู้ป่วย, โดยให้คำแนะนำชี้แจงถึงความสำคัญของการติดตามนี้ให้ผู้ป่วยเข้าใจซึ้ง, ว่าเป็นความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง. เวลาจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลควรจะให้บัตรนัดวันและเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาติดต่อรับการตรวจและคำแนะนำ

เป็นระยะ ๆ ไป. การปฏิบัตินี้อาจมีความลำบากและเป็นปัญหายุ่งยากสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดไกล ๆ. แต่ถ้าหากเราจะเริ่มต้นมีการติดตามผู้ป่วยนี้ให้สมบูรณ์ดีสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพระนครหรือจังหวัดรอบ ๆ ที่ใกล้เคียงได้แล้ว, ก็จะเป็นสัญญะลักษณ์อันดีว่าเราได้ผ่านขั้นสำคัญไปได้ขั้นหนึ่งแล้ว.

ค่าบำรุงหนังสือ

ค่าบำรุงหนังสือ ๑ ปีรวมทั้งค่าส่งทาง ป.ณ. : ๑๕.๐๐ บาท
ส่งเงินทางธนาณัติสั่งจ่ายที่ : ป.ณ. หน้าพระลาน
ผู้รับเงิน : ผู้จัดการสารศิริราช

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ช่วยในฉบับนี้ : ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี พ.บ., โอกาส พลางกูร พ.บ., วิชัย บำรุงผล พ.บ., ทองนอก นิตยสุทธิ์ พ.บ., ตุ้ ชัยวัฒน์ พ.บ., โสภณ นาคไพรัชช์ พ.บ., ชูชาติ อุตตโรทัย พ.บ., กัมพล ประจวบเหมาะ พ.บ., สมาน สมาณะวณิชย์ พ.ต., เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ., กำธร ศุขโรจน์ พ.บ., โชติ พานิชกุล พ.บ.

---

๑. Frank J. Catanyltaro, Adrian M. Ostfeld, G.E. Bergner : Occurrence of Low Salt Syndrome during Treatment with Chloramphenicol (อาการขาดเกลือเกิดขึ้นระหว่างรักษาด้วยคลอร์แอมเฟนิคอล) J.A.M.A. 6:571 (1952).

ผู้ป่วยหญิงอายุ ๘๑ ปี มีอาการหายใจไม่สดวก, หอบและไอ. มีโรคหัวใจอยู่ก่อนนานแล้ว. ตรวจร่างกายพบว่าชีพ, หอบ, เหงื่อออก. ปอดมีเสียงเปรี๊ยะที่ฐาน. หัวใจโตมากทางซ้าย และมีเอ็กสตราซิสโตลิย์มาก. รักษาด้วย ดิจิตาลิส, วิตะมิน, โปแตสเซี่ยมไอโอไดด์, อะมิโนฟิลลิน. ระหว่างรักษาเกิดปอดอักเสบขึ้น. จึงให้คลอร์แอมเฟนิคอล (คลอโรมัยเซติน) ๐.๕ ก. ทุก ๖ ชม. ในวันที่สามถ่ายอุจจาระเป็นสีโคลนและเป็นน้ำวันละหลายครั้ง. ตรวจเลือดพบคลอไรด์ในเซรุ่ม ๗๗ มิลลิอีควิวาเล็นท์, โซเดียม ๑๑๕ มิลลิอีควิวาเล็นท์และโปแตสเซียม ๕ มิลลิอีควิวาเล็นท์ต่อลิตร์. ให้ ๕ ปซ. NaCl ๓๐๐ ล.ซม. เข้าหลอดเลือด, ให้เป็นระยะ ๆ, จนภายหลังสองสัปดาห์โซเดียมคลอไรด์ในเลือดสูงขึ้นเกือบเป็นปรกติ. ให้คลอร์แอมเฟนิคอลอยู่ ๑๒ วันจึงเลิก. อาการท้องเดินหยุดไปในวันที่ ๔ หลังหยุดยานั้น. โซเดียมในเลือด ๑๓๓ มิลลิอีควิวาเล็นท์ต่อลิตร์. สิบสองวันหลังหยุดคลอร์แอมเฟนิคอลคนไข้ตายโดยปัจจุบันเพราะหัวใจล้ม. ตรวจศพพบผื่เล็ก ๆ ที่ในต่อมแอดรีแนล. เขาเชื่อว่าอาการขาดเกลือที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องจากท้องร่วง, ซึ่งเป็นผลของคลอร์แอมเฟนิคอล.

ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี พ.บ.

๒. Alexander Brunschwig: Surgery of Hepatic Neoplasms, with Special Reference to Secondary Malignant Neoplasms. (การผ่าตัด

เนื้องอกของตับ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับเนื้อร้ายแพร่มา) Cancer,4: 725-742 (1953).

ผู้เขียนได้กล่าวถึงเทคนิคของการตัดตับออกบางส่วน. ในสุนัขตัดออกได้อย่างมาก ๘๐ ปซ., ยังคงมีชีวิตอยู่ได้. ในคนยังไม่ทราบ, แต่ตัดออกเสียกลีบหนึ่งได้โดยไม่มีอันตราย (กลีบซ้ายมีขนาดมากกว่า ๑/๕ ของตับทั้งหมด). ระบบเลือดดำของแต่ละกลีบแยกเป็นคนละส่วน, และบริเวณฐานของแต่ละกลีบที่สองข้างของเอ็นฟัลซิฟอร์มมีหลอดเลือดน้อยกว่าที่อื่น. หลักของการตัดตับออกบางส่วนมี (๑) เนื้องอกเล็ก ๆ ที่อยู่ใกล้ขอบของตับ, ตัดออกโดยทำรอยผ่ารูปลิ่มให้ใหญ่พอพ้นเนื้องอก. (๒) เนื้องอกที่อยู่ที่ส่วนนูนของตับ, ตัดที่ฐานของมันให้พ้นเนื้องอก. (๓) เนื้องอกที่ฝังอยู่ในเนื้อตับ, ตัดออกโดยทำรอยผ่ารูปไข่หรือกลมรอบก้อนเนื้อนั้น. (๔) ตัดกลีบซ้ายของตับ, โดยตัดตามแนวเส้นดิ่งทางซ้ายของเอ็นฟัลซิฟอร์ม. ระหว่างตัดใช้นิ้วมือกดที่ขั้วของตับไว้กันไม่ให้เลือดออก, หนีบหลอดเลือดและท่อน้ำดีใหญ่ ๆ ที่มองเห็นไปด้วย, และผูกภายหลังที่ตัดหลุดออกไปแล้ว. (๕) การตัดกลีบขวาก็ใช้หลักเดียวกัน. หลังจากการตัดตับไม่ว่าชนิดใด, อาจใช้ผ้าก๊อสอัดลงในบริเวณที่ตัดและเอาออกใน ๑ ถึง ๒ วัน; อาจใช้เจ็ลโฟมปะลงไปบนพื้นหน้าที่ตัดแล้ว เพื่อทำให้เลือดหยุดซึม, หรือใช้ผ้าก๊อสอัดลงไปบนแผ่นเจลโฟมอีกทีหนึ่ง. ควรใส่เดรนที่ทำด้วยยางอ่อนๆ ไว้ในบริเวณนั้น ๔ ถึง ๗ วัน. ในการเย็บเนื้อตับเขาใช้เข็มโค้งปลายทู่. ผู้เขียนได้ทำการตัดตับบางส่วนเพื่อความประสงค์ต่าง ๆ คือ (๑) ตัดเอาก้อนเนื้องอกเดี่ยวออก, จะเป็นไปรมะริย์, หรือเซ็คคันดะริย์ก็ตาม (๒) ตัดก้อนเนื้องอกที่เป็นเซ็คคันดะริย์ออกพร้อมกับก้อนไปรมะริย์, ในช่องท้องส่วนล่าง, เพื่อเป็นการบันเทาอาการชั่วคราว. (๓) ตัดก้อนเนื้องอกเซ็คคันดะริย์ใหญ่ ๆ ที่ทำให้มีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง. (๔) ตัดส่วนของตับที่ติดกับก้อนเนื้องอกชนิดร้ายของอวัยวะใกล้เคียง. ผู้เขียนได้เคยรายงานมาแล้ว ๑๐ รายและในรายงานนี้มีเพิ่มเติมอีก ๒๓ รายคือ: แองจิโอม่า ๑ ราย, แองจิโอซาร์โคม่า ๑ ราย, ไปรมะริย์คาร์ซิโนม่า ๕ ราย, ก้อนเนื้องอกเซ็คคันดะริย์, ได้แก่ คาร์ซิโนม่าของกระเพาะอาหารติดกับตับ ๒

ราย, คาร์ซิโนม่าของลำไส้ใหญ่ส่วนลงติดกับตับ ๑ ราย, ก้อนเนื้องอกเซ็คคันดะริย์เดียวและหลายอัน, ซึ่งก้อนไปรมะริย์ได้ถูกตัดออกไปก่อนแล้ว ๗ ราย, ก้อนเนื้องอกเซ็คคันดะริย์เดียวและหลายอันตัดออกพร้อมกับก้อนไปรมะริย์และกลับเข้าในใหม่ในท้อง ๖ ราย. อัตราตายของการตัดตับยางส่วนในผู้ป่วยทั้งหมด ๓๓ ราย มี ๕ ราย, หรือ ๑๔ ปซ. โรคแทรกที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดนี้มีฝีรอยผ่า, ฝีใต้กระบังลม, การมีเลือดออกอย่างมากหลัง ๒๔ ชั่วโมงแรกมักเกิดร่วมกับการติดเชื้อ, และบิลิอะริย์พีสตูล่า, ซึ่งไม่ร้ายแรงและหายเองได้. การทำให้มีการไหลออกโดยสดวกจากบริเวณที่ผ่าตัดนั้นเป็นหลักสำคัญในศัลยศาสตร์ของตับ. ผู้เขียนได้สรุปผลของการตัดตับยางส่วนในรายที่เป็นเนื้องอกเซ็คคันดะริย์, ซึ่งก้อนเนื้องอกไปรมะริย์ได้ถูกตัดออกไปแล้ว ๑ ปี ครึ่งถึง ๑๐ ปี รวม ๖ ราย. ๔ รายหายจากความเจ็บปวด, ๑ รายอาการไม่ทุเลา, และอีก ๑ รายยังไม่แน่. แสดงว่าการรักษาเช่นนั้นไม่ใช่จะไร้ประโยชน์เสียเลยทีเดียวในด้านบรรเทาอาการ.

โอกาส พลางกูร พ.บ.

๓. Paul W. Vertal M.D: Pre-operative Preparation of the Skin with a Depilatory Cream and Detergent. (การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัดโดยใช้ครีมทาขนร่วงและยาฟอก). Amer. J. Surg., 3:398 (1952).

ผู้รายงานเอาครีมทาขนร่วงชนิดหนึ่ง (Imra Cream) มาใช้เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด. พบว่าทำให้ขนจากชั้นลึกหลุดออกและทำให้เซ็ลล์ตายและแห้งติดอยู่บนหนังและสิ่งสกปรกต่าง ๆ ออกไปด้วย. ครีมนี้ไม่มีกลิ่นเหม็น, ไม่รบกวนผิวหนัง, ไม่ทำลายเนื้อ, ใช้ได้แม้จะมีแผลลึกหรือมีโลหิตซึมอยู่เสมอ. ผู้รายงานได้ศึกษาในคนไข้ ๔๖๐ ราย, โดยใช้ครีมนี้ร่วมกับยาระงับเชื้อชนิดหนึ่ง คือ Phisoderm (หรือ Phiso-hex). วิธีใช้ดังนี้: ผิวหนังที่มีขาดแผลกะรุ่งกะริ่ง, มีสิ่งสกปรก, ก่อนอื่นใช้ก๊อสสะเตอไรล์ปิดที่แผลไว้. ผิวหนังใช้ครีมทาให้ทั่ว. รอสักครู่ให้ยาออกฤทธิ์. ใช้ก๊อสสะเตอไรล์เบียก ๆ เช็ดครีมออก. พวกขน, สิ่งสกปรกต่าง ๆ บนผิวหนังจนถึงขอบแผลจะหลุดออกไปหมด. ได้ผลเร็ว, แน่นอนกว่าใช้มีดโกน, สะบู่และน้ำ. สำหรับการเตรียมผิวหนังโดย

ทั่ว ๆ ไป ใช้ครีมทาให้ทั่วบริเวณที่ต้องการให้หนาสัก ๒-๓ มม. ทิ้งไว้ ๑๕-๒๐ นาที แล้วเช็ดออกด้วยก๊อสและน้ำ. ถ้ามีขนมากหรือยาว ควรตัดให้สั้นเสียก่อน. เมื่อเช็ดขนและสิ่งสกปรกหลุดไปหมดแล้ว, ก่อนผ่าตัดถูล้างด้วย Phisoderm และน้ำสะเทอไรล์อีกก็พอ. สำหรับบริเวณที่จะคาดรัดด้วยยางเกาะแผล, เพื่อไม่ให้เจ็บเวลาลอกออก, ทาครีมเพียง ๖-๗ นาทีก็พอ. ผู้รายงานพบว่าในคนไข้ทั้ง ๔๖๐ ราย, แผลมีติดเชื้อเป็นส่วนน้อยมากและไม่มีปฏิกิริยาต่อผิวหนังเลย.

วิชัย บำรุงผล พ.บ

๔. J.E.M. Thomson: The Sprained Ankle (ข้อเท้าเคล็ด). Nebraska St. Med. J. 38: 206 (1953).

ข้อเคล็ด (สะเปรน) เป็นกลุ่มอาการ, คือมีบวม, เจ็บและการเกร็งของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ, โดยไม่มีข้อเคลื่อนที่เห็นได้, การเปลี่ยนรูปของข้อหรือเสียงกรอบแกรบจากกระดูกแตก. อันตรายมีแก่ถุงหุ้มข้อ (แคปซูล) และเอ็นรอบ ๆ ข้อเท่านั้น. เช่นนี้เรียกว่า ข้อเคล็ดธรรมดา (simple sprain). ถ้าอันตรายต่อถุงหุ้มข้อมีมากขนเสียความมั่นคงของข้อ, และกระดูก, กระดูกอ่อนและเยื่อซีย์โนเวียมีอันตรายมาก, เรียกว่าข้อเคล็ดซับซ้อน (complex sprain). โรคที่ต้องแยกจากข้อเท้าเคล็ดคือการหักของกระดูกต่าง ๆ ในบริเวณรอบ ๆ ข้อเท้า, ข้อเท้าเคลื่อนและเอ็นร้อยหวายขาด. การหักของกระดูกต่าง ๆ อาจแยกได้โดยอาศัยเอ็กซเรย์. ดังนั้นถ้าไม่พบกระดูกหักหรือข้อเคลื่อน, และไม่มีลักษณะที่แสดงว่าเอ็นร้อยหวายขาด, ก็ควรลงความเห็นว่าข้อเท้าเคล็ด.

สำหรับข้อเท้าเคล็ดธรรมดา, ถ้าพบภายใน ๔๘ ชม., ต้องให้พัก, ยกขาและเท้าข้างบ่วยให้สูง, จนการเจ็บปวดและการเกร็งของเนื้อกล้ามจะหายไป. ถ้าพบเมื่อพ้นระยะบวมแล้ว, ใช้พันด้วยผ้ายืดรัด (อีลาสติคเพร็สเซ่อร์แบนเดจ) ให้ข้ออยู่ในท่ากลาง (นิวตรัล), ไม่เหยียดไม่งอ; คนหนุ่มใช้เวลา ๒-๓ สัปดาห์, คนแก่ ๔-๖ สัปดาห์.

สำหรับข้อเคล็ดซับซ้อน, อาจต้องใช้ยาชา (เช่นโปรเคน ๒ ปซ. ๒๕-๓๐ ล.ซม.) ฉีดเข้าในบริเวณที่เจ็บหรือเข้าในข้อ, และอาจต้องให้ยาสลบ (เช่นเพ็นโตธาล) เวลาตรวจ, เพื่อให้เนื้อกล้ามคลายการ

แกร็ง. ถ้ากระดูกแอสตรากาลัสเคลื่อนไหวได้มากเกินธรรมดา, ต้องรักษาอย่างกระดูกหัก, คือเข้าเผือก. ให้เท้าทำมุมฉาก. เข้าเผือกจากนิ้วเท้าถึงใต้เข่า. เปิดนิ้วไว้ให้กระดิกได้. ถ้าเอ็นทิบิโอพีบูล่าร์ขาด, ต้องเข้าเผือกในท่าเท้าหมุนเข้าใน (อินเวอร์ต) ๒-๓ สัปดาห์, แล้วเปลี่ยนเข้าเข้าเผือกเดินในท่ากลางนครบ ๔ หรือ ๖ สัปดาห์, แล้วแต่อายุของคนไข้และการฉีกขาดมากหรือน้อย.

ในรายที่การเคลื่อนเข้ารุนแรงมากอาจต้องผ่าตัด. ในรายที่เอ็นทิบิโอพีบูล่าร์หลุดจากกระดูก, ต้องใช้ตะปูหรือควงยาว ๆ ตอกผ่านพีบูล่าร์เข้าไปในทิเบียหรือเย็บเอ็นเข้าที่.

โรคแทรกซ้อนมักไม่ค่อยมี. ที่อาจพบได้คือช็อคเฉพาะที่หรือหลอดเลือดอักเสบเกร็งเฉพาะแห่ง, กล้ามเนื้อเหี่ยว, เกิดเยื่อยึดติดและข้อยึกเสบ. เพื่อป้องกัน, ควรให้ออกกำลังโดยวิธีต่าง ๆ กัน.

ทองนอก นิตยสุทธิ์ พ.บ.

๕. James C. Kimbrough, Anthony A. Borski: Treatment of Tumors of the Testis (การรักษาเนื้องอกของลูกอัณฑะ) South. Med. J. 46: 480 (1953).

เนื้องอกของลูกอัณฑะแยกได้เป็นสองพวก, คือพวกที่แพ้แก่รังสี, ได้แก่เซมิโนม่า, และพวกที่ทนต่อรังสี, ได้แก่เนื้องอกพวกอื่น ๆ. เนื้องอกในระยะเนื้องอกอาจแพร่ไปทางเลือดหรือทางน้ำเหลือง, การรักษาจึงต้องแล้วแต่ระยะของโรค. แผนการรักษาที่เขาใช้คือ:

(๑) พวกที่แพ้แก่รังสี, ตัดลูกอัณฑะออก, ตัดกลุ่มต่อมน้ำเหลืองปริเอออร์ติคแล้วตามด้วยฉายรังสี.

(๒) พวกที่ทนต่อรังสีและแพร่กระจายไปแล้ว, รักษาเช่น (๑)

(๓) พวกที่ทนต่อรังสีและยังไม่แพร่, ตัดลูกอัณฑะออกและเลาะกลุ่มต่อมน้ำเหลืองปริเอออร์ติค.

(๔) พวกที่แพร่ไปอย่างมากแล้ว, ตัดลูกอัณฑะ, ฉีดเอสโตรเจ็นและตามด้วยการฉายรังสี.

(๕) พวกที่แพร่ไปปอดแล้ว, แต่เป็นเพียงแหล่งเดียว ๆ, ให้ตัดปอดส่วนที่เป็นโรคแล้วตามด้วยการฉายรังสี.

ผลของการรักษาแล้วแต่ชนิดของเนื้อ

ร้าย, ระยะเกี่ยวกับการแพร่, และการผ่าตัดที่อาจทำได้. ถ้าสามารถตัดเอาออกได้, ผลก็ดีที่สุด. ส่วนมากของคนไข้ที่ได้รักษามักตายภายใน ๑ หรือ ๒ ปี. ไม่เคยปรากฏว่าอยู่ได้นานกว่า ๕ ปี.

ตุ๊ ชัยวัฒน์ พ.บ.

๖. John M. Bell, P.M. Frost, J.L. Smith: Observations on the Intravenous Administration of Hypertonic Glucose in Man. (ข้อสังเกตการฉีดกลูโคสละลายชัยเปอร์โทนิคให้คน) Ann. Surg. 138: 203 (1953).

ทดลองฉีดกลูโคส ๒๕ ปซ. และแอลกอฮอล ๕ ปซ. ในน้ำกลั่นเข้าทางหลอดเลือดแล้วศึกษาการขับถ่ายน้ำและอิเล็คโตรลัยท์ในพวกหนึ่ง, และการใช้กลูโคสในร่างกายภายหลังการผ่าตัดใหญ่ในอีกพวกหนึ่ง.

พวกแรกมีผู้ป่วย ๑๓ ราย. ๕ รายให้กลูโคส ๒๕ ปซ. และแอลกอฮอล ๕ ปซ. ในน้ำกลั่น ๑,๐๐๐ ล.ซม. ๔ รายให้กลูโคส ๑๐ ซป. ในน้ำกลั่น ๑,๐๐๐ ล.ซม. และอีก ๔ รายให้กลูโคส ๕ ซป. ในน้ำกลั่น ๑,๐๐๐ ล.ซม. ในหมู่แรกมีจำนวนปัสสาวะและอิเล็คโตรลัยท์ถูกขับออกน้อยที่สุด, และในพวกที่ ๓ มีทั้งสองอย่างขับออกมากที่สุด. สรุปว่าการให้กลูโคส ๒๕ ปซ. และแอลกอฮอล ๕ ปซ. ในน้ำกลั่นเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ประมาณ ๑ ลิตร ภายใน ๖-๘ ชม. จะไม่ทำให้ขับถ่ายปัสสาวะและอิเล็คโตรลัยท์มากกว่าให้กลูโคส ๕ ปซ. และ ๑๐ ปซ.

พวกที่สองมีผู้ป่วย ๘ ราย ในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดใหญ่, โดยให้กลูโคส ๒๕ ปซ., แอลกอฮอล ๕ ปซ. ในน้ำกลั่นเย็นจำนวน ๒,๐๐๐ ล.ซม. ต่อวัน. พบว่าการขับถ่ายปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับกลูโคสที่ให้, แต่เกี่ยวกับอัตราเร็วของจำนวนกลูโคสที่ให้ต่อน้ำหนักตัวต่อ ชม. ภายหลังผ่าตัดใหม่ ๆ จะมีการคั่งของจำนวนกลูโคส (คิดเย็นปซ. จากจำนวนกลูโคสที่ให้) น้อยลงกว่าก่อนผ่าตัดเล็กน้อย, ซึ่งสามารถจะชดเชยได้เมื่อได้ให้จำนวนกลูโคสแก่ร่างกายเพียงพอ. การทดลองนี้แสดงว่าอาจจะให้กลูโคสได้ถึง ๖๐๐ กรัมต่อวันในรูปของกลูโคส ๒๕ ปซ. ทางหลอดเลือดอย่างช้า ๆ ซึ่งจะไม่รบกวนการขับปัสสาวะและอิเล็คโตรลัยท์ และยังให้จำนวนแคลอรีแก่ร่างกายได้พอ

เพียงในระยะที่ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำภายหลังการผ่าตัด.

โสภณ นาคไพรัชช์ พ.บ.

๗. H.T. Davies, M.B., B.S. and H.J. Galbraith, M.D., M.R.C.P.: Goiter And Hypothyroidism during Treatment With P.A.S. (คอพอกและฮัยโปธัยร็อยดิสม์เกิดระหว่างรักษาด้วย P.A.S.) B.M.J. 4822: 1261 (1953).

ตั้งแต่ใช้ยา P.A.S. ในการรักษาวัณโรค, มีคนไข้ไม่น้อยที่ได้รับยาเป็นจำนวนมากติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ. แต่เพิ่งมีรายงานเกี่ยวกับการเกิดคอพอกและฮัยโปธัยร็อยดิสม์ในคนไข้ที่รักษาด้วย P.A.S. ในระยะ ๑-๒ ปีนเพียงไม่กี่ราย.

ผู้เขียนได้รายงานคนไข้หนึ่งรายซึ่งเกิดอาการดังกล่าวขึ้นในระหว่างที่ใช้ P.A.S. และสะเตร็ปโตมัยซิน, และสภาพของต่อมธัยรอยด์กลับเป็นปรกติภายหลังจากหยุดยาแล้ว ๔ สัปดาห์.

Astwood (1945) พบว่าสารประกอบอะมิโนฟีนอลหลายอย่าง, รวมทั้ง 4-aminobenzoic acid, มีผลทำให้เกิดคอพอก. ดังนั้น P.A.S. (4-amino-2-hydroxy benzoic acid) จึงมีคุณสมบัตินี้ได้.

Kjeirulf-Jensen และ Wolffbrandt (1951) ได้ทดลองในหนูพบว่า P.A.S. และสารที่เกิดจากการสลายตัวของมันในร่างกาย, Meta-aminophenol, จะทำให้เกิดฮัยเปอร์เพลเซียของต่อมธัยร็อยด์ได้คล้ายไธโอยูเรซิล, และภาวะฮัยเปอร์เพลเซียนี้จะป้องกันได้โดยการให้ยาสะกัดของต่อมธัยร็อยด์.

Hanngren (1952) ได้ศึกษาโดยเรดิโอ-ไอโอดีนในคนไข้ที่รักษาด้วย P.A.S. พบว่า P.A.S., สามารถยับยั้งการเก็บไอโอดีนของต่อมธัยร็อยด์ได้.

ชูชาติ อุตตโรทัย พ.บ.

๘. Hyman S. Lans, M.D., L.F. Stein Jr. Ph. D., M.D. and Karl A. Meyer, M.D.; Electrolyte Abnormalities in Pyloric Obstruction Resulting from Peptic Ulcer or Gastric Carcinoma. (การผิดปรกติของอิเล็คโทรลัยท์ในภาวะอุดกั้นของกระเพาะอาหารส่วนพัยลอรัสที่เนื่องมาจากแผลเปื่อยเบื่อติค หรือมะเร็งของกระเพาะอาหาร.) Ann. Surg., 135: 441 (1952).

ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของอิเล็คโทรลัยท์ในคนไข้ ๒๔ คน ซึ่งมีภาวะโปแตสเซี่ยมในเลือดต่ำลง (hypokaliemia) เนื่องจากการอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนพัยลอรัส. ๑๕ คนเป็นแผลเปื่อยเข้าปิดค, อีก ๙ คน เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร. ส่วนใหญ่ของคนไข้พวกนี้มีอัลคาโลซิส, ซัยโปคลอริเมียและเอโซทิเมีย. คนไข้ ๑๐ คนที่มีอัลคาโลซิสเนื่องจากคลอไรด์ในเลือดต่ำ, เมื่อให้โซเดียมคลอไรด์แล้วไม่ได้ผลดี, หรือกลับเลวลงกว่าเดิม. แต่เมื่อให้โปแตสเซี่ยมคลอไรด์ทางหลอดเลือดในคนไข้ ๑๐ คนนั้น และอีก ๑๔ คนที่เหลือ, ปรากฏว่าได้ผลดีอย่างรวดเร็วในการแก้ภาวะอัลคาโลซิสและการขาดโปแตสเซี่ยม. สรุปว่า:

(๑) คนไข้แผลเปื่อยเข้าปิดและมะเร็งของกระเพาะอาหารมีความเข้มข้นของโปแตสเซี่ยมในน้ำย่อยของกระเพาะอาหารคล้ายคลึงกัน.

(๒) การเสียโปแตสเซียมติดต่อกันเป็นเวลานานทางอาเจียน, เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดขาดโปแตสเซี่ยม. การดูดน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหารอยู่ตลอดเวลาโดยไม่ทดแทนโปแตสเซี่ยมที่เสียไปให้เพียงพอ, จะทำให้เกิดอาการขาดโปแตสเซี่ยมภายใน ๔-๕ วัน.

(๓) คนไข้แผลเปื่อยเข้าปิดจะเสียคลอไรด์ไปมากกว่าโซเดียมทางอาเจียน, เนื่องจากมีการเสียกรดเกลือในน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร, จะทำให้เกิดภาวะอัลคาโลซิสขึ้นอย่างรวดเร็ว. ภายหลังการผ่าตัดเอากระเพาะอาหารออกส่วนหนึ่ง, จะเสียโซเดียมไปมากกว่าคลอไรด์. ดังนั้นจึงเกิดแอสิโดซิสขึ้น, แทนที่จะเกิดอัลคาโลซิส.

(๔) คนไข้ที่เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร, หรือตัดประสาทเวกัสออก, ก็ยังเสียคลอไรด์ไอออนไปได้มากทางอาเจียน, ถึงแม้ว่าไม่มีกรดเกลือในน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร. เพราะเสียคลอไรด์ในรูปโซเดียมคลอไรด์และโปแตสเซี่ยมคลอไรด์, ทำให้เกิดอัลคาโลซิสได้.

(๕) การให้โซเดียมคลอไรด์มักไม่ได้ผลในอัลคาโลซิสที่เนื่องจากคลอไรด์ในเลือดต่ำ. การที่ยังเกิดอัลคาโลซิสนั้นเพราะขาดโปแตสเซี่ยมด้วย, ซึ่งจะได้ผลดีในการแก้ไข, ถ้าให้โปแตสเซี่ยมคลอไรด์.

(๖) การขาดโปแตสเซี่ยมจะเกิด

เสมอในคนไข้ที่มีการอุดกั้นของกระเพาะอาหารส่วนพัยลอรัส. การแก้การขาดโปแตสเซียมมีความสำคัญมาก ในการช่วยชีวิตคนไข้ให้หายจากภาวะเหล่านี้.

กัมพล ประจวบเหมาะ พ.บ.

๙. Lewis and Thompson: Reduction of Post-Operative Pain. (การลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด) B.M.J. 1:973 (1953).

ความเจ็บปวดหลังจากการผ่าตัดเป็นสมุฏฐานข้อหนึ่งที่กีดกันมิให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกได้เต็มที่และไอไม่ได้ดี, ภายหลังที่ทำการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องแล้ว.

ผู้รายงานได้ทดลอง, ในผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง ๓๐ ราย, อายุอยู่ในระหว่าง ๓๑-๗๘ ปี, โดยก่อนที่จะเย็บปิดหน้าท้อง, ได้ฉีด โปรเคนซัยโดรคลอไรด์ ๒ ปซ. จำนวน ๔ ล.ซม., เข้าทางท่อโปลิเอธิลีน, ซึ่งคาทิ้งไว้ในระหว่างเยื่อบุช่องท้องและแผ่นเยื่อเร็คตัส. ต่อไปใช้ยาจำนวน ๓-๕ ล.ซม, ฉีดเข้าทางท่อนี้ทุก ๆ ๓ ชม. เป็นเวลานาน ๓ วัน. ปรากฏว่าได้ผลดีโดยผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย, ในเวลาหายใจเต็มที่. นอกจากนี้ยังอาจขยับเขยื้อนตัวได้, ลุกขึ้นนั่งและเดินได้โดยสะดวก. บางรายถ่ายบิดสาวะหรือผายลมได้ดี. บาดแผลไม่มีผิดปรกติในด้านการหาย. การใช้ยาระงับปวดหรือยานอนหลับต่าง ๆ ใช้น้อยกว่ารายอื่น ๆ. วิธีนี้ใช้ได้ดีทั้งในรายผ่าตัดตามแนวกลางตัวและพาราเดียน.

สมาน สมานะวณิชย์ พ.ด.

๑๐. T.W. van Wijk: Treatment of Peripheral Vascular Diseases With Cyclospasmol (การรักษาโรคของหลอดเลือดด้วยซัยโคลสะปาสโมล) Angiology, 4:130-113 (1953).

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยาขยายหลอดเลือดขนานใหม่, คือซัยโคลสะปาสโมล (๓,๕,๕-ไทรเมธิลซัยโคลเฮ็กซานอล-เอสเตอร์ของกรดแมนเดลิค) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ๕๐ ราย, เป็นชาย ๓๓ คน, หญิง ๑๗ คน, อายุระหว่าง ๑๖ ถึง ๗๖ ปี. ใช้เวลาในการรักษา ๑๒-๑๘ เดือน. มีผู้ป่วยเป็นโรคอาร์เตอริโอสะเคลอโรซิสโอบลิเตอแรนซ์ ๒๘ คน, โรคธรอมโบแองจิไอติสโอบลิเตอแรนซ์ ๕ คน, อีก ๑๗ คนเป็นโรค

ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเกร็งตัวของหลอดเลือด. ยานี้ให้กิน. เริ่มต้นให้ขนาด ๑๐๐-๒๐๐ มก. ต่อวัน. ต่อไปค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้น. ถ้าเป็นโรคมาก ๆ อาจให้ถึง ๖๐๐-๑,๐๐๐ มก. ต่อวัน. ไม่ปรากฏการแพ้พิษยา, แม้จะให้อยู่เป็นเวลานานๆ.

ในผู้ป่วย ๒๘ รายที่เป็นโรคอาร์เธอริโอสะเคลอโรซิสโอบลิเตอแรนซ์, ได้ผลดีมาก ๑๗ ราย (๖๑ ปซ.), ดีพอควร ๗ ราย (๒๕ ปซ.) อีก ๔ รายไม่ได้ผล.

ผู้ป่วย ๕ รายที่เป็นโรคธรอมโบแองจิไอติสโอบลิเตอแรนซ์, มี ๓ รายได้ผลดีมาก, ๑ รายดีพอควร, อีก ๑ รายไม่ได้ผล.

ผู้ป่วยอื่น ๆ อีก ๑๗ รายนั้น, ๘ รายได้ผลดีมาก, ๔ รายดีพอควร, ส่วนอีก ๕ รายไม่ได้ผล.

สำหรับผู้ป่วยโรคแองจินาเพ็คตอริส ถ้าใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่น ๆ จะได้ผลดีมาก.

เขาสรุปว่าซัยโคลสะปาสมอลเป็นยาอย่างหนึ่งที่เหมาะในการใช้รักษาโรคของหลอดเลือด.

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ.

๑๑. Herbert Conway: Histamine Wheal Test (Circulation in Tubed Pedicles and Flaps) (การทดลองทำให้เกิดแว่นนูนในหนังด้วยฮิสตะมิน) Ann. Surg. 1:55 (1952).

การทดลองนี้ใช้ดูว่า tubed pedicles และ flaps ที่เตรียมไว้สำหรับทำการซ่อมแซมในศัลยกรรมตกแต่งนั้นจะมีการไหลเวียนทดแทน (คอลละเทอรัล) เพียงพอหรือไม่.

หลักของการทดลองนี้คือฮิสตะมินจะทำให้เกิดแว่นนูนในหนังขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและมีแทรนซูเดชั่นของพลาสม่า. แต่แว่นนูนนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีเลือดมาเลี้ยงพอ.

เพราะฉะนั้นถ้าเกิดมีแว่นหนังนูนขึ้นได้ก็แสดงว่ามีเลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นเพียงพอ.

วิธีทำ: ใช้สายยางรัดปลาย tubed pedicle หรือ flaps (ปลายที่จะเอาไปปลูกใหม่) แล้วขูดปลายนั้นด้วยเข็ม. หยดเกลือแอซิดฟอสเฟทของฮิสตะมิน 1:1000 ลงไป. ทำคอนโทรลในบริเวณที่เหมือนกันทางอีกซีกหนึ่งของร่างกาย. แล้วรอผลเปรียบเทียบ. ถ้าการไหลเวียนในแฟล็ปนั้นดีพอก็จะเกิดแว่นนูนขึ้นในเวลาไล่เรี่ยกับคอนโทรล. จากการทดลองที่

เขาทำพบว่าโดยมากมักจะเกิดแว่นนูนขึ้นภายหลังทดลอง ๔ นาที (ถ้าการไหลเวียนดี). แต่ในบริเวณที่หนังหนาจะกินเวลานานกว่านั้น. ส่วนบริเวณของหน้าที่เปลี่ยนเป็นสีแดงได้ง่ายจะเกิดได้เร็ว.

ฉะนั้นถ้าเวลาของการเกิดแว่นนูนไล่เรียกับค็อนโทรลก็แสดงว่าปลายหนังข้างนั้นอาจเอาไปปลูกใหม่ได้.

ผู้ทดลองได้ทำการทดลองนี้ ๓๑ ครั้งในคนไข้ ๑๘ คน, และทุกครั้งได้ผลดี. ข้อดีของการทดลองนี้คือ (ก) ทำง่าย ไม่ต้องการเครื่องมือพิเศษ. (ข) อ่านผลได้เร็วภายในประมาณ ๘ นาที, และเชื่อถือได้. (ค) ไม่ทำลายและไม่เป็นอันตรายต่อ tubed pedicle และ flaps. (ง) มีผลที่อ่านได้ชัดเจน.

กำธร ศุขโรจน์ พ.บ.

๑๒. Kummer e: Anemia Associated with Diaphragmatic Hernia (อะนีเมียร่วมกับเฮอร์เนียกะบังลม). J.A.M.A.14: 1381 (1953).

รายงานการเกิดโรคโลหิตจางร่วมกับโรคเฮอร์เนียผ่านกะบังลมในผู้ป่วยหญิง ๒ คนอายุ ๕๐ และ ๖๑ ปี ตามลำดับ. คนแรกเกิดเฮอร์เนียเนื่องจากความดันในช่องท้องมาก. พบว่ามีโลหิตจางไม่มากนัก. ตรวจเลือดในอุจจาระพบได้เพียงเล็กน้อย. คนที่สอง, เกิดจากหลอดคอสั้นเปิดเข้าสู่กระเพาะอาหารส่วนบนซึ่งอยู่เหนือกะบังลม; มีโลหิตจางมากและพบเลือดในอุจจาระมาก. ในการผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองพบแผลในกระเพาะอาหารส่วนบนตรงระดับรูเปิดของเฮอร์เนีย. เป็นแผลซึ่งตรวจไม่พบโดยทางรังสีก่อนผ่าตัด. แผลนี้เป็นสาเหตุของโรคโลหิตจาง, ซึ่งดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด, ให้ยาพวกเหล็กและให้เลือด. การผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองทำโดยผ่าเข้าช่องอก ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะมากเพราะจะช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ คงอยู่ตามที่ ๆ ควร. วิธีนี้ยังว่าเป็นวิธีดีในรายที่เฮอร์เนียเกิดภายหลังกะบังลมได้รับอันตราย. รูเปิดของกะบังลมอาจทำให้แคบได้โดยเย็บกะบังลมติดเข้าทางด้านหน้าของข้อกระดูกสันหลัง และตรงขอบของรูซึ่งทำให้แคบแล้วกับกระเพาะอาหารตอนบน. เนื่องจากการพบโรคโลหิตจางร่วมกับโรคเฮอร์เนียผ่านกะบังลมเช่นนี้จึงเป็นข้อเตือนใจให้คิดเสมอในรายโลหิตจางโดยไม่รู้สาเหตุ.

โชติ พานิชกุล พ.บ

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ด.พ.)

ข่าวโรงเรียนและโรงพยาบาล

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กันยายน ๒๔๘๖

๑. จำนวนผู้ป่วย (นอก = ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก. ใน = รับไว้รักษาในโรงพยาบาล)

	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก ใหม่	๑,๕๓๒	๗๕๓	๕๖๕	๘๖๕	๑,๐๐๘	๒๔๕	๕,๔๑๖
เก่า	๑,๓๑๐	๕๕๒	๑,๕๒๗	๘๑๘	๑,๔๕๕	๓๑๕	๖,๓๘๕
รวม	๒,๘๔๒	๑,๗๔๕	๒,๔๕๖	๑,๖๘๓	๒,๔๖๗	๕๖๘	๑๑,๘๐๑
ใน	๑๒๗	๒๑๓	๗๐๒*	๑๑๔	๑๕๘	—	๑,๓๕๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๗๔ จักษุฯ ๒๓๒ สูติ-นารีฯ ๑๔๗ รวม ๖๕๓ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๔๔* หญิง ๒๐๗* รวม ๔๕๑* คน. คลอดตาย ชาย ๑๘ หญิง ๑๐ รวม ๒๘

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๐๘ คน (๘.๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๒๕ ราย (๒๓.๑ ปช. ของที่ตาย ตรวจศพทางนิติเวช ๓๓ ราย

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๒๘ ครั้ง. ข้างนอก ๔ ครั้ง. รวม ๓๓๒ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา ก. รังสีเอ็กซ์ ตรวจ ๒,๐๑๑ คน. รักษาใหม่ ๒๔คน. รวมรักษาใหม่และเก่า ๖๕๒ ครั้ง

ข. ราเดียม รักษา ๒๐ คน รวมรักษาใหม่และเก่า ๕๗ ครั้ง.

ค. ไดอะเธอร์มีย์ รักษาใหม่ – ครั้ง รักษาใหม่และเก่า – ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๗๕ ครั้ง. วิเคราะห์เลือด, น้ำไขสันหลัง, ปัสสาวะและน้ำย่อยรวม ๓,๔๔๘ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๘* ตรวจเนื้อจากศพและผ่าตัด ๑,๒๐๘* (จากภายนอก ๖๕). แอ๊กกลูติเนชั่น ๘๔. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๘๕๒ หมู่เลือด ๕๓๘ นับเม็ดเลือด ๓๐๐. ฟิล์มเลือด ๑๓๓*. น้ำไขสันหลัง ๖๔ อุจจาระ ๓๘๑. ปัสสาวะ ๑๘๓. เสมหะและอื่น ๆ ๒๘๖* ตรวจทดลองตัวจี๊ด (ปฏิกิริยาผิวหนัง) ๔๒. เพาะเชื้อในเลือด ๘๓ ฉีดสัตว์ ๑๖. รวมตรวจต่าง ๆ ๕,๒๖๕* ครั้ง. ศพญาติรับไป ๕๓, กายวิภาครับไป ๑, สัปเหร่อรับไป ๑๐๐, รวม ๑๕๔ ศพ.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ เจาะท้อง ๘ ครั้ง, เจาะน้ำสันหลัง ๑๖ ครั้ง. เจาะตับ ๑ ครั้ง. เจาะช่องปอด ๒๔ ครั้ง. อัดลมเข้าช่องปอด ๓ ครั้ง. อัดลมเข้าช่องท้อง ๓๕ ครั้ง. ผ่าตัดเล็กโรคผิวหนัง ๓๔ ครั้ง. ฉีดยาซิฟิลิส ๗๗ ครั้ง.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๔๘* คน. ถอนฟัน ๒๕๑ คน. อุดฟัน ๕๖ ซี่. ผ่าตัดช่องปาก ๓๓

* สถิติยอดเยี่ยม (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

รับสมัครผู้ทำการวิจัย. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการวิจัยในวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาต่าง ๆ คณะกรรมการวิจัยการแพทย์จึงได้อนุมัติให้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ดำเนินการเป็นผู้จัดหา และควบคุมดูแลผู้ทำการวิจัย โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ

๑. กรรมการวิจัยการแพทย์ เป็นผู้ให้ทุนสำหรับทำการวิจัยแก่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ สำหรับคณะแพทยศาสตร์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ คณะละ ๑ ทุน รวม ๖ ทุน

๒. จะให้ทุนอุดหนุนเป็นเวลา ๑๒ เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๔๙๗ ถึงเดือนเมษายน ๒๔๙๘ โดยจ่ายเงินให้แก่ผู้ทำการวิจัยเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้ คือ สำหรับคณะแพทยศาสตร์, สาธารณสุขศาสตร์, และทันตแพทยศาสตร์ เดือนละ ๑,๗๐๐ บาท สัตวแพทยศาสตร์ เดือนละ ๑,๔๐๐ บาท เภสัชศาสตร์ เดือนละ ๑,๒๐๐ บาท

๓. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เกี่ยวแก่การวิจัยของผู้ได้รับทุนที่จำเป็น (ไม่เกี่ยวกับการซื้อเครื่องมือในห้องปฏิบัติการ) คณะกรรมการวิจัยจะจ่ายให้

๔. ผู้สมัครเข้ารับทุนจะต้องเป็นผู้ที่ศึกษาสำเร็จวิชาต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น และมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำการวิจัยได้

๕. ผู้ได้รับทุนจะต้องทำงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของแต่ละคณะเหมือนอย่างอาจารย์อื่น ๆ ในสังกัด และให้มีโอกาสใช้เครื่องปฏิบัติการของคณะเกี่ยวกับการวิจัยได้สดวก และต่อไปภายหน้าหากเป็นคนดี มีความสามารถ อาจขอให้ได้รับการพิจารณายกขึ้นเป็นอาจารย์ในคณะนั้น

๖. ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับทุนให้ยื่นใบสมัครแจ้งความจำนงที่จะทำการวิจัยในวิชาสาขาใด ส่งไปยังคณบดีของคณะนั้น ๆ เพื่อทำการคัดเลือกต่อไป

๗. การสมัครเข้ารับทุนการวิจัยประจำปี พ.ศ. ๒๔๙๗-๙๘ นี้ ให้ยื่นใบสมัครได้ภายในวันที่ ๑ เมษายน ๒๔๙๗ เป็นวันหมดเขตรับสมัคร

๘. เมื่อคณะกรรมการวิจัยได้พิจารณาตัวบุคคลผู้รับสมัคร และเรื่องที่จะทำการวิจัยเห็นสมควรแล้ว จึงจะอนุมัติให้ดำเนินการได้

ประกาศ มา ณ วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๔๙๖

พิธีเบิดตึก เมื่อวันที่๑๕ตุลาคม ๒๔๙๖ ได้มีพิธีการเบิดตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นตึก ๓ ชั้นสร้างขึ้นใหม่ บริเวณหน้าตึกอำนวยการ ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุขได้มาเป็นประธานในพิธี แทนท่านนายกรัฐมนตรี พิธีการมีโดยย่อดังนี้ เวลา ๑๐.๐๐ น. เริ่มพิธีสงฆ์ เสร็จแล้วอธิบดีกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์อ่านรายงานการก่อสร้างจบแล้ว ท่านรัฐมนตรีกล่าวสุนทรพจน์และกระทำพิธีเบิดตึก พร้อมกันนั้นได้ขึ้นชมสถานที่ภายในตึก พิธีเสร็จสิ้นเมื่อเวลาประมาณ๑๒.๐๐ น. ในการนี้ได้มีข้าราชการ พยาบาล นักศึกษาแพทย์หญิงชาย นักเรียนพยาบาลไปคอยต้อนรับอยู่โดยพร้อมเพรียง

ไปต่างประเทศ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ อาจารย์ในแผนกศัลยศาสตร์ไปศึกษาและดูงานเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา โดยทุน M.S.A. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

โอน นายแพทย์มงคล โมกขะสมิต และแพทย์หญิง อำภาศรี ขจรบุญ อาจารย์ในแผนกสรีรวิทยา โอนไปรับราชการณกรมแพทย์ทหารเรือ กองทัพเรือตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

ได้บุตร ๑. นายแพทย์หญิงสำรวล กัยคุณวิสิษฐ์ สุทธิศริสังข์ได้บุตรหญิงคนแรก เมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๔๙๖ ๒. แพทย์หญิง กุลชลี กับ นายแพทย์ทินรัตน์ สถิตนิมานการ ได้บุตรชาย เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

เราขอแสดงความยินดีด้วยเป็นอย่างมาก.

การประชุมวิชาการ ทางคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนพฤศจิกายน ณ หอประชุมราชแพทยาลัย เริ่มประชุมเวลา ๑๑.๐๐ น. เรื่องที่แสดงมีดังต่อไปนี้:

เดือนพฤศจิกายน: ๑. ซิสโตเคมิ โดยนายแพทย์ สงัด กาญจนะกุญชร (แผนกพยาธิวิทยา) ๒. ปรากฏการณ์ L.E. เซ็ลล์ โดยนายแพทย์สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ (แผนกพยาธิวิทยา) ๓. อาการเหลืองเนื่องจากมาลาเรีย รายงานผู้ป่วย ๓ ราย โดยนายแพทย์วิกิจ วิรานุวัตติ์ (แผนกอายุรศาสตร์) และนายแพทย์ สมสวาท สุวรรณเสชะกะ (ร.พ. ตำรวจ)

ข่าวนักศึกษา

ถวายบังคมพระบรมรูปทรงม้า เมื่อวันที่ ๒๓ ตุลาคม ศกนี้ นักศึกษาแพทย์หญิงชายได้พร้อมใจกันจัดทำพวงมาลาเพื่อนำไปถวายสักการะพระบรมรูปทรงม้าเช่นทุกปี.

ผู้ได้รับทุนแพทยศาสตร์ประจำปี๒๔๙๖

เมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๔๙๖ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศรายนามนักศึกษาแพทย์ผู้ที่สมัครขอรับทุนศึกษาแพทยศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ผู้มีสิทธิได้รับทุน คือ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล: นักศึกษาปีที่ ๑: นายวิชัย ธรรมบวร, นายประเสริฐ ทองเจริญ, นายพยอม บำรุงกิจ, นายวิเชียร เพ็ชรกิจ, นายสมปอง แดงสุริยศรี, นายไพโรจน์ ละอองพานิช, นายสนอง ศรีอุดมวัฒน์, นายนิวัฒน์ เทพมณี, นายทหาร พันธ์ภู่, นายพงษ์วิริยะ สินธุสะอาด, นายประทีป หุตางกูร, นายชรินทร์ อาศนะเสน, นายนภา สุทธิ-นิเทศน์, นายยานเย็น สวนไทย, นายทองพูน วัฒนวิทย์, นายเกรียงศักดิ์ ศรีนุต, นายสมพร พฤกษราช

นักศึกษาปีที่ ๒: นายชิน ยุวชิต นายบัญญา รุ่นวงษา.

ทั้งนี้ให้นักศึกษาที่มีนามข้างต้นนั้นไปติดต่อกับคณบดี เพื่อทำสัญญาตามระเบียบต่อไป.

ข่าวศิษย์เก่า

ข่าวมงคลสมรส ๑. แพทย์หญิง ชุมพร โยธะพันธุ์ กับ นายแพทย์สุพัฒน์ ยัวเลิศ เมื่อ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๔๙๖. ๒. นายแพทย์เวทย์ อาริยชน กับ น.ส. เฉลิมศรี ยีนะนิลบุตร เมื่อ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๔๙๖. ๓. แพทย์

หญิงนงนุช กัลยาณมิตร กับนายสมยศ พัฒนพงศ์พานิช เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๔๙๖. ๔. นายแพทย์ชิน บูรณธรรม กับ น.ส. พิลาส ไกรฤกษ์ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๔๙๖. ๕. แพทย์หญิง นงลักษณ์ อัศวินคา กับ นายแพทย์สิทธิ บูรณ บูรณเวช เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๔๙๖. ๖. แพทย์หญิง อัญเชิญ ศาลยาชีวิน กับนายแพทย์ สุพพัต อิศรางกูร ณ อยุธยา เมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๔๙๖.

เราขอแสดงความยินดี และอวยพรให้คู่ข่าวสาวของประสพแต่ความสุขความเจริญตลอดกาลนาน.

การประชุมแพทย์ภาคเหนือครั้งที่ ๕

คณะแพทย์ภาคเหนือจัดให้มีการประชุมทางวิชาการสำหรับแพทย์ภาคเหนือขึ้น และเชื้อเชิญนายแพทย์อื่นไปร่วมประชุมด้วย ครั้งนับเป็นครั้งที่ ๕ ได้จัดให้มีขึ้น ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ถึงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๔๙๖.

พร้อมกันนี้ ทางคณะแพทย์ภาคเหนือจะได้นำชมปูชนียสถาน และสถานที่สำคัญ มีวัดพระศรีรัตนมหาธาตุ, โรงงานทอผ้า, โรงพยาบาลศรีสังวร, จังหวัดสุโขทัย, และ เมืองเก่าสุโขทัย.

ข่าวพยาบาล

งานวันมหิดล ๒๔๙๖ ในวันที่ ๒๔ กันยายน ซึ่งเป็นวันมหิดล แผนกพยาบาลผดุงครรภ์ ได้เก็บเงินรวบรวมส่งสมทบทุน "วันมหิดล" ได้ ๑๙๕๖.๐๐ บาท

อนึ่งในวันมหิดลนี้ ม.ร. พูนศรีเกษมเกษมศรี ได้ประทานเงินให้แก่แผนกพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นจำนวน ๕๐๐.๐๐ บาท เพื่อบำรุงความสุขของพยาบาล

งานต้อนรับครูพยาบาล ในวันอังคารที่ ๖ ตุลาคม ๒๔๙๖ เวลา ๑๕ น. แผนกพยาบาลผดุงครรภ์ได้จัดงานเลี้ยงน้ำชาต้อนรับครูพยาบาลทั้ง ๔ คนที่กลับจากศึกษาวิชา ณ สหรัฐอเมริกา ครูทั้ง ๔ คน คือ ครูสงวนสุข ฉันทวงศ์ ครูผู้ตรวจการแผนกอายุรกรรมเด็ก ครูสอางโสม อาคนสถิตย์ ครูและผู้ตรวจการ แผนกศัลยศาสตร์

ครูปราณี ผลพันธิน ครูแผนกวิชาพยาบาลทั่วไป และครูเกื้อนเพ็ญ ชาติกานนท์ ครูแผนกวิชาพยาบาลทั่วไป ครูทั้ง ๔ ได้เล่าเรื่องการเดินทาง การศึกษาวิชาเฉพาะ และความรู้เบ็ดเตล็ด ที่ได้พบเห็นมาตลอด ๑ ปีของการศึกษา ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ได้ฟังมาก งานสิ้นสุดลงเวลาประมาณ ๑๖.๓๐ น.

ในวันอังคาร ที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๔๙๖ เวลา ๑๕ น. ครูประภัมภ์ ทรงธนศักดิ์ ซึ่งได้ไปศึกษาวิชาเกี่ยวแก่การพยาบาลและการปกครอง จากนิวซีแลนด์ และครูอุไร มุกดาประกร ศึกษาและฝึกงานวิชาห้องผ่าตัด และการพยาบาลทางศัลยศาสตร์จาก สหรัฐอเมริกา ทั้งสองได้เล่าเรื่องเกี่ยวแก่วิชาที่ได้เรียนมา

งานทั้งสองครั้งนี้จัดเป็นงานภายในโดยเฉพาะ โดยใช้หอประชุมราชแพทยาลัย

ครูจากต่างประเทศมาช่วยการศึกษา

ทางองค์การ FOA ได้ส่ง Miss McIntosh จาก Washington University มาช่วยทางการศึกษาเป็นเวลา ๘ เดือน Miss McIntosh ได้เริ่มเข้ามาช่วยทำงานตั้งแต่วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๔๙๖ แล้ว

สมรส น.ส. อุไร ตัณฑ์วรกุล กับ นายประสง สคนธมาน วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๔๙๖

สอาดศรี เสมรสุต

ท่านสมาชิกที่ยังมิได้ชำระค่าบำรุงประจำปี ๒๔๙๖
โปรดได้จัดการส่งไปตามระเบียบโดยเร็วด้วย

หน้าสำหรับนิสสิต

เราได้อะไรจากรายงานผู้ป่วย

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๕ ขณะนั้นเป็นเวลาที่สงครามเอเชียบูรพากำลังติดพันอย่างดุเดือด ญี่ปุ่นใช้ประเทศไทยเป็นที่พักทหารและเป็นฉางเสบียงอันอุดม. มีหมอญี่ปุ่นคนหนึ่งติดตามมากับกองทัพ และเข้ามาชมกิจการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศิริราช "โรงเรียนแพทย์."

หมอญี่ปุ่นผู้นั้นได้ขอดูถึงการทำรายงานผู้ป่วย และสถิติในแผนกต่าง ๆ แต่สมัยนั้น รายงานผู้ป่วยจากแผนกต่าง ๆ เมื่อทำเสร็จแล้ว จะต้องส่งขึ้นไปเก็บยังห้องสถิติและรายงาน ยนต์กองอำนวยการ. นานๆเข้าที่เก็บมีไม่พอ รายงานเหล่านั้นถูกขนขึ้นไปทิ้งไว้บนเพดานที่กองอำนวยการ. ยิ่งไปกว่านั้น ปราศจากซึ่งความเหลียวและรู้ถึงคุณค่าของรายงาน บรรดารายงานทั้งหลายถูกเก็บลงมาทิ้งตามถังขยะให้เจ๊กข้าง ๆ โรงพยาบาลนำไปใช้ห่อของ นำมาห่อผ้าปูนปลาสเตอร์ ฯลฯ. ลายมืออันปราณีตบรรจง และตั้งใจบันทึกอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วย ได้กระจัดกระจายไปทุกแห่งเกลื่อนกลาดกับน้ำครำและสิ่งปฏิกูลทั้งมวล เจ้าของลายมือเหล่านั้นซึ่งต่อมาเป็นอาจารย์สอนอยู่ในโรงเรียนแพทย์ เห็นเข้าแล้วสะอึกและสลดใจ. คิดถึงความพยายามของตนที่จะสร้างรายงานผู้ป่วยไว้เพื่อประโยชน์แก่แพทย์รุ่นหลัง ๆ นั้น ถูกทำลายลงเสียสิ้นแล้ว.

ก็เมื่อเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นดังกล่าวเช่นนี้ เราจะได้รายงานผู้ป่วยและสถิติของโรคที่หมอญี่ปุ่นนั้นต้องการ ได้อย่างไร? นอกจากก้มหน้าด้วยความละอายเมื่อยอกกับเขาว่า "ไม่มี" และหมอญี่ปุ่นคนนั้นรำพึงเป็นภาษาอังกฤษอย่างแปร่ง ๆ ว่า - "Is this Medical School ? No reports. Nothing !"

ด้วยเหตุนี้เอง แผนกศัลยศาสตร์ จึงได้เริ่มต้นเก็บรายงานผู้ป่วยในแผนกของตนไว้เอง และเริ่มต้นทำสถิติผู้ป่วยในแผนกเอาไว้อย่างละเอียด เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๘๖ มาจนบัดนี้. ต่อมา

แผนกอื่น ๆ ก็จัดการเก็บรายงานผู้ป่วยในแผนกของตนไว้บ้าง.

นักศึกษาแพทย์ เมื่อได้เลื่อนขึ้นไปอยู่ชั้นปีที่ ๓ จะรู้สึกปลื้มใจ ตื่นเต้น เนื่องจากตนได้เข้าไปใกล้ชิดกับสิ่งที่อาจารย์หวงแหน เมื่อตนยังอยู่ปีที่ ๑-๒ นั่นคือ "ผู้ป่วย". นักศึกษาจะได้รับสิทธิพิเศษกล่าวคือได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้คุยและถามถึงประวัติความป่วยเจ็บรู้ไปจนถึงประวัติส่วนตัวและครอบครัว ที่คนธรรมดาไม่มีโอกาสจะไปรู้ของเขาได้ ได้จ้องมองลูบคลำ เคาะและฟัง ตรวจเห็นได้ทั่วร่าง. การได้ปฏิบัติเช่นนั้น เป็นการศึกษาอย่างสมบูรณ์ จะหาตำราแพทย์ที่วิเศษหรือวิจิตรพิศดารยิ่งไปกว่านี้มิได้.

เมื่อได้ซักถามประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์และอื่น ๆ แล้ว นักศึกษาก็จะต้องบันทึกเรียบเรียงลงในกระดาษจดประวัติ การทำเช่นนั้นเป็นการฝึกให้นักศึกษา ได้รู้จักวิธีการบันทึก ความสำคัญต่าง ๆ ของเรื่องโรค พร้อมกับการปฏิบัติการตรวจต่าง ๆ คล้ายกับตนเขียนตำราว่าด้วยโรคนั้น ๆ จำได้ติดตาติดใจ โดยตนเองไม่รู้สึกตัว.

ต่อมา นักศึกษาจะต้องประมวญประวัติและอาการที่ตรวจได้ทั้งสิ้นมาพิจารณาโดยความรู้และเหตุผล เพื่อการพิเคราะห์โรค. ความสำคัญตอนนี้ จะเกิดประโยชน์อย่างใหญ่หลวง. นักศึกษาถูกฝึกให้เป็นผู้ที่รู้จักใคร่ครวญมีเหตุผล และจะทำให้เป็นคนเชื่อมั่นในตนเอง.

ต่อจากนั้น นักศึกษาก็จะเรียนถึงการเปลี่ยนแปลงของโรค และวิธีให้การรักษาต่าง ๆ ตลอดไปจนผู้ป่วยหายหรือถึงแก่กรรม.

จริงอยู่ จะไม่มีผู้ใดเถียงเลยที่จะกล่าวว่า บันทึกประวัติต่าง ๆ ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ แผนกต่าง ๆ ได้อาศัยประโยชน์จากการบันทึกของนักศึกษาแพทย์เจ้าของผู้ป่วยนั้นอยู่มาก. การทำสถิติของโรคต่าง ๆ ก็ได้อาศัยจากรายงานเหล่านี้ทั้งสิ้น การทำรายงานที่ละเอียดถี่ถ้วน สถิติที่แน่นอนก็ยิ่งได้รับสมบูรณ์ยิ่งขึ้นเช่นกัน. เมื่อผู้ป่วยกลับมา เพื่อตรวจและรักษาอีก เราจะทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยเคยเป็นมาแล้ว และรับการรักษามาอย่างไร. รายงานผู้ป่วยจะเป็นบันทึกในการติดตามดูผลการก้าวหน้าของโรค ที่ผู้ป่วยเป็นมาแล้วอย่างดีที่สุด.

ประโยชน์ของรายงานผู้ป่วยที่บันทึก

ไว้ น้อยคนนักที่จะเห็นคุณค่า. เราจะเห็นประโยชน์ได้ก็เมื่อมีเหตุต่าง ที่ทำให้ต้องการทราบสถิติละเอียด หรือเป็นแพทย์ที่รับดูแลผู้ป่วยนั้น ๆ ต่อไป.

ปัจจุบันนี้ ในด้านนักศึกษา เกือบทุกคนจะไม่เห็นคุณค่าของมันเลย หาทราบกันซึ่งไม่ว่า ด้วยวิธีการบันทึกรายงานผู้ป่วยโดยละเอียดนั้น คือ "การศึกษา" ที่จะหาศึกษาจากสถานใดหรือตำราไหนมิได้. ใช่เพียงแต่เท่านั้นนักศึกษาบางคนสำคัญผิดอย่างมากที่คิดว่ารายงานผู้ป่วยเปรียบประหนึ่งยาหม้อขมขื่น หรือหนามยอกอกที่คอยขัดขวางการเที่ยวเตร่ และความสุขใจของตน. การบันทึกจึงทำอย่างเสียมิได้ พอให้เสร็จสิ้นไป. ร้ายยิ่งไปกว่านั้นอีก บางคนไม่ผิดที่จะพึ่งตนเอง ขาดความไว้ใจตนเอง จะเห็นได้จากนักศึกษาหลายคน ดูและเขียนรายงานผู้ป่วยจากแผ่นบันทึกผู้ป่วยนอก และลอกเอาการพิเคราะห์โรคจากแผ่นบันทึกนั้น มาใส่ลงเป็นการพิเคราะห์โรคของตน. อย่าลืมเสียว่า การพิเคราะห์โรคในแผ่นบันทึกของผู้ป่วยนอกนั้น แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยนอกได้มาโดยการถามประวัติอย่างคร่าว ๆ การตรวจร่างกายเพียงไม่กี่นาที. ส่วนนักศึกษาแพทย์อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย นับเป็นเวลาหลาย ๆ ชั่วโมง หรือหลาย ๆ วัน มีโอกาสตรวจร่างกายได้อย่างละเอียด มีโอกาสได้ตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์ และมีโอกาสในการใช้เวลาใคร่ครวญเหตุผลย่อมจะดีกว่าและถูกกว่าแน่นอน.

การบันทึกผลการก้าวหน้าในการดำเนินโรค ไม่ใช่การนั่งบันทึกอยู่เฉพาะที่โต๊ะ โดยการถามถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากพยาบาล หรือแพทย์ประจำบ้าน หรือจากแผ่นสั่งการรักษา. ผลนั้นจะได้รับจากตา หู มือสัมผัส และการนั่งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย เฝ้าถามถึงอาการและทำการตรวจอย่างเอาใจใส่ โดยมิพักว่าจะต้องเสียเวลาไปนานเท่าใด.

คุณค่าของรายงานผู้ป่วยที่ละเอียดถี่ถ้วน ขณะที่นักศึกษาบันทึกไว้นั้นมีเพียงใด ตนเองอาจไม่เห็น เพราะประโยชน์ที่ได้รับนั้นได้โดยไม่รู้สึกตัว. อนึ่ง ในกาลภายหน้า อาจเป็น ๑๐-๒๐ ปีข้างหน้า วงการแพทย์อาจเป็นหนี้บุญคุณต่อสถิติและรายงานของโรคต่าง ๆ ซึ่งนักศึกษาผู้นั้นก็พลอยมีส่วนที่ควรจะยิ้มและปลาบปลื้มอยู่ด้วย.

ส.น.อ.ศ.

บันทึกท้ายสมุด

◎ สารศิริราช "ฉบับศัลยศาสตร์" นี้ก็เช่นเดียวกับ "ฉบับอายุรศาสตร์" คือเนื้อเกือบทั้งหมดเป็นงานของสมาชิกในแผนกที่ให้ชื่อแก่หนังสือ. ความแม้กระทั่ง "หน้าสำหรับนิสิต" ก็เป็น "ผีปากกา" ของศัลยแพทย์. นอกจากจะขอยกใจแผนกศัลยศาสตร์เป็นส่วนรวมแล้ว, เรายังต้องขอบคุณคุณหมอเสนอ อินทรสุขศรี เป็นพิเศษในการที่ได้เป็นตัวตั้งตัวดีวิ่งเต้นหาเรื่องให้เต็มเล่ม, และได้ออกกำลังกายกำลังความคิดอย่างเต็มที่สำหรับการกำเนิดของสารศิริราชฉบับนี้. ถ้าจะกล่าวว่าความสำเร็จเป็นผลแห่งความเหนื่อยของคุณหมอเสนอก็คงจะไม่ผิดนัก.

◎ น่าปลื้มใจที่ท่านอาจารย์เก่าแก่ที่สุด, อาวุโสที่สุดในแผนกศัลยศาสตร์, คุณหมอสมาน สมานะวณิชย์, ก็อุตส่าห์สละเวลาให้เรื่อง, และยังให้ย้อเอกสารอีกด้วย. "ธรอมโบแองจิไอติสโอบลิเตอแรนส์" ดูเป็นชื่อที่ไม่ใคร่ได้ยินบ่อย. แต่ความจริงเป็นโรคที่ต้องนับว่ามีความสำคัญในจำพวกโรคที่นาน ๆ พบครั้ง. ความสำคัญอยู่ที่ว่าถ้าหากคนไข้มาหาหมอเร็วพอสมควร, ดูเหมือนจะมีทางช่วยได้มากและได้ผลดี. แต่ถ้ามาหาช้าเกินไป, อย่างที่เป็นอยู่มากในขณะนี้, ก็อาจต้องใช้วิธีตัดทิ้งเป็นการตัดมิให้โรคลุกลามหรือมีการแทรกซ้อนเกิดขึ้น, ซึ่งน่าเสียดายมาก. เราหวังว่าการตีพิมพ์รายงานของคุณหมอสมานนี้จะชี้ช่องให้แพทย์รักษาทั่ว ๆ ไป, ซึ่งมักได้พบคนไข้ก่อนหมอในโรงพยาบาล, ให้ทราบไว้อีกครั้งหนึ่งว่าการรักษาโรคถูกวิธีและทันเวลานั้นอาจช่วยมิให้คนไข้ต้องเสียแขน, หรือแม้มือหรือเท้าได้.

◎ รายงานเรื่องการทดลองของคุณหมอเสนอ อินทรสุขศรี "การสะกัดกั้นสะเต็ลเลตแก๊งเกลียน ฯ" ช่วยส่งเสริมเรื่องของคุณหมอสมานให้เด่นขึ้นมาอีกในความจริงที่ว่าการรักษาที่ถูกวิธีและโดยทันเวลานั้นอาจช่วยสงวนอวัยวะของคนไข้ได้. การสะกัดกั้นสะเต็ลเลตแก๊งเกลียนเท่าที่คุณหมอเสนอบรรยายไว้นี้ดู ๆ ก็ไม่ยากเย็นนัก, ดังที่ท่านกล่าวไว้ในรายงาน. ผลก็คงจะดีมากกว่าเสีย, อันตรายก็น้อย. หากมีแพทย์สนใจผ่าฝันทำไว้บ้าง, หรือ

ขดจำไว้ว่ามีผู้ทำได้อยู่ที่ศิริราช ก็คงจะมีโอกาสช่วยคนไข้ผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดเกร็งหรือตีบในส่วนมือหรือแขนได้อีกเป็นจำนวนมาก.

◎ เรื่องของคุณหมอโอกาส พลางกูร, ศัลยแพทย์หนุ่มผู้กำลังมีชื่อขึ้นอีกคนหนึ่ง, แม้จะเป็นเรื่องของโรคที่นาน ๆ พบครั้ง, ก็น่าสนใจในแง่ที่การวินิจฉัยอาจจะปะปนกับโรคไส้ติ่งอักเสบซึ่งพบบ่อย ๆ ได้โดยง่าย. อาจเป็นได้ว่าเรื่องทำนองนี้ได้เกิดขึ้นบ่อยกว่าเราสงสัย, ดังตัวอย่างที่คุณหมอโอกาสได้กล่าวถึงในตอนท้าย. (ควรดูเรื่องของคุณหมอเสนอ อินทรสุขศรี "การวินิจฉัยผิดในโรคไส้ติ่งอักเสบ" ในสารศิริราชฉบับกันยายน ๒๔๙๔ ด้วย.) นอกจากในแง่การวินิจฉัยก็ยังมีเรื่องสมุฏฐานซึ่งน่าสนใจมาก, เพราะดูยังมืดแปดด้านนั่นไปหมด. เป็นโอกาสหนึ่งซึ่งศัลยแพทย์ไทยอาจฝากชื่อไว้ในวงการแพทย์ของโลกได้.

◎ สำหรับคุณหมอกษาณ ชาติกะวณิช ผู้สงบเสงี่ยมของเรามีทั้งคำขอบคุณและคำต่อว่า. ขอบคุณที่อุตส่าห์สละเวลาเขียน "บทบรรณาธิการพิเศษ" ให้, ในหัวข้อซึ่งสำคัญยิ่ง, แต่ขณะเดียวกันก็ต้องต่อว่าในฐานที่สารศิริราชได้เพียรขอ "เรื่อง" จากท่านตั้งแต่บทหนึ่งฉบับหนึ่ง, เพิ่งมาได้เอาปลายบัดห้า. มิหนำซ้ำเรื่องที่เราตั้งหน้าคอยรับนั้นก็ยอมให้ "คนอื่น" ฉวยเอาไปก่อนเสียด้วย. อย่างไรก็ดี, เราหวังว่า ท่านคงจะแก้ตัวให้หมดข้อกินแหนงแคลงใจเสียที่ในเร็ว ๆ นี้.

◎ ในฉบับนี้ต้องยก "ปกิณกะ" ออกเสีย. เพราะนอกจากเรื่องยาว ๆ แล้วยังมีย่อเอกสารหลายเรื่องมาก, ด้วยศรัทธาของท่านศัลยแพทย์ทั้งหลาย, ทั้งนี้เพื่อสงวนคุณภาพในทางเศรษฐกิจของสารศิริราช, ซึ่งเอียงกะเท่เร่มาหลายเดือนแล้ว, ให้อยู่แต่เพียงลักษณะนั้น, ไม่ทับถมให้ถึงกับล่มลงไปเสียเลย. เราหวังว่าท่านสมาชิกคงไม่ว่าเอาเปรียบ, เพราะนี้ขาดทุนมาเกือบตลอดแล้ว. เรื่อง "ฉบับพิเศษ" นี้ดูทีจะทำเราแย่.