



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๔๙๗

Volume 6, Number 4, April 1954

ไส้เลื่อนกะบังลม

รายงานผู้ช่วย

ชูชาติ ทองซำ

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

กะบังลมมีส่วนประกอบตั้งเดิม ๔ ส่วน, คือ (๑) เซ็ปต์มึแทรกนสเวอร์ซั่ม (Septum transversum) เป็นส่วนด้านท้อง (ventral), (๒) คอรัซัลเมเซ็นเทอรัย์ (dorsal mesentery) เป็นส่วนหลังตอนกลาง (median dorsal), (๓) เยื่อพลิวโรเพอริโตเนียม (pleuro-peritoneal membrane), (๔) ส่วนเพิ่มเติมได้จากผนังอกและท้อง. สองส่วนหลังนี้รวมกันเป็นส่วนข้าง. กล้ามเนื้อลายที่

เสริมความแข็งแรงของกะบังลมมีต้นตอจากเซ็กเมนต์ของคออินท์ ๔. การเจริญของกล้ามเนื้อเป็นเหตุให้ดึงเอาประสาทเฟรนิกมาสู่กะบังลม. พบว่าถ้าเยื่อพลิวโรเพอริโตเนียมไม่เจริญไปตามปรกติ, จะทำให้กะบังลมมีช่องโหว่ติดต่อกันระหว่างช่องท้องและช่องอก. กระเพาะอาหารและลำไส้มักเข้าไปยึดอยู่ในช่องอก. สภาพเช่นนี้เราเรียกว่าไส้เลื่อนกะบังลม (diaphragmatic hernia).

ชนิดของไส้เลื่อนกะบังลมแบ่งตามวิธี
ของ Harrington ได้ดังนี้:

๑. ไม่เกี่ยวกับการได้รับอันตราย.
(ก) ชนิดเป็นแต่กำเนิด. มักไม่มีถุง.
ตำแหน่งเกิดอาจเป็นได้ ๓ แห่ง: (1)
Pleuro-peritoneal hiatus, (2) Oe-
sophageal hiatus (3) Anterior
substernal opening.

(ข) ชนิดภายหลังกำเนิด (1) Oe-
sophageal hiatus, ตำแหน่งเดียวกับ
พวกแรก, แต่ชนิดนี้มีถุง. (๒) เกิด
ในท่อน ๆ.

๒. เกี่ยวกับการได้รับอันตราย. เกิด
จากแรงกระทบภายนอกแล้ว ทำให้มีการ
ฉีกเสียดของกะบังลม, และเกิดนิโคโรซิส
ภายหลัง. จะเกิดที่ใดก็ได้.

รายงานผู้ป่วย

เด็กชาย, จีน, อายุ ๑๓ ปี, รั้วไผ่เมื่อ
๘ มี.ค. ๒๔๕๗. อาการสำคัญคือปวด
ท้องบริเวณยอดอก. แน่นท้องและอึดอัด
ภายหลังอาหาร. เป็นเสมอ ๆ มา ๓ ปีเศษ.
ประวัติปัจจุบัน เมื่อ ๓ ปีก่อนมา ร.พ.
มีอาการปวดท้องบริเวณยอดอกเสมอ ๆ.
ปวดตื้อ ๆ. มักเกิดขึ้นหลังอาหารทุกมื้อ.

ไม่รุนแรงมาก. เป็นครั้งคราว. สังเกต
ได้ว่าถ้าค้มหน้ามาก ๆ แล้ววิ่งเล่น, รู้สึกมี
น้ำกระลอกอยู่ในทรวงอก.

หนึ่งปีเศษก่อนมา ร.พ. อาการปวด
ท้องที่ความรุนแรงมากขึ้น, ถิ่น, และ
มักมีอุจจาระสีเทา. ร่างกายผ่ายผอมลง,
ซีดลง.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ
๓๖.๕° ซ. ชีพจร ๘๐/นาที. หายใจ
๒๐/นาที. ความดันโลหิต ๑๐๕/๖๕
ม.ม. ปรอท.

อาการทั่วไป ผอม, ซีด, เหนื่อยง่าย
เมื่อออกกำลังกาย. ร่างกายเจ็บโตสมอายุ.
เหนื่อยง่ายและหอบเล็กน้อยเมื่อให้เดินใน
ระยะใกล้ ๆ. ออกซ่ายขยายตัวได้น้อยกว่า
ขวา. ด้านซ้ายเคาะที่ขึงแต่ระดับช่องซี่
โครงที่ ๔ ลงไปจนถึงชายโครง, ทั้งด้าน
หน้าและด้านหลัง. ส่วนด้านขวาปรกติ.
ด้านซ้ายฟังไตเสียง เคลื่อนไหวของลำไส้
ได้ระดับกับช่องซี่โครงที่เคาะที่ขึง. ส่วน
ด้านขวาปรกติ. หน้าท้องแฟบกว่าปรกติ.
กดเจ็บบริเวณยอดอกเล็กน้อย. คับและ
ม้ามคลำไม่ได้. เสียงลำไส้เคลื่อนไหว
ปรกติ. จุดหัวใจระเพื่อม (เอเพ็กส์ขั้ว)

อยู่ห่างจากเส้นมิกคลาวีคิวลาร์ไปทางขวา ๒ ซม. ชีพจรมีอัตรา, จังหวะ, ความแรงปกติ.

อุจจาระ, ปัสสาวะ, ปกติ.

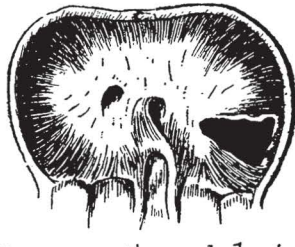
การตรวจทางห้องทดลอง. เม็ดเลือดแดง ๓.๗๒ ล้าน. ฮีโมโกลบิน ๗๐ ปร. (ซาล์ห์). เม็ดเลือดขาว ๕๓๕๐. นิวโทรฟิล ๖๔ ปร. ลิมโฟไซต์ ๓๖ ปร.

การตรวจทางรังสี. ตรวจระบอบทางเดินอาหาร: หลอดอาหารปกติ. กระเพาะอาหารอยู่ในท่ากลับย่นลงล่างและอยู่เหนือยอดของกะบังลม. ลำไส้เล็กมองเห็นอยู่ในช่องอก. หัวใจถูกดันไปทางขวา.

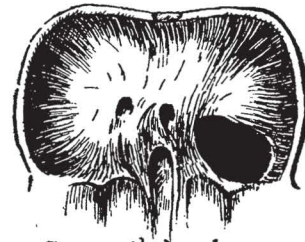
การวินิจฉัย. ไล่เลื่อนกะบังลม.



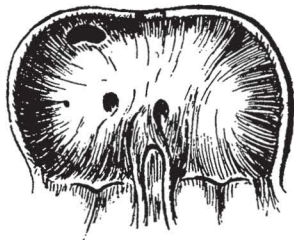
Esophageal hiatus



Pleuroperitoneal hiatus



Congenital absence



Substernal



Traumatic laceration



Inflammatory necrosis

แสดงตำแหน่งของช่องโหว่กะบังลม ที่พบได้บ่อยครั้ง และเป็นเหตุให้เกิดไล่เลื่อนกะบังลม (จาก West. J. Surg., 44: 255, 1936)

การผ่าตัด. (นายแพทย์โอกาศ พลังกูร ช่วย) การวางยาสลยไค้เลือกใช้วิธีเอ็น. ผู้ผ่าตัด. นายแพทย์ชูชาติ ทองซัซ ผู้ โทเทรเคียล, เพื่อให้ปอดขยายได้ใน

ระหว่างที่ผ่าเข้าไปในทรวงอก. แแนวผ่าได้ เลื่อนให้แนวเรีคตัสเฉียง (oblique rectus) เพื่อให้เบียดกว้างได้คี่. เมื่อผ่าเข้าไป ในช่องอก, ใต้พวยว่าช่องโหว่ที่เกิดขึ้นใน กระบังลมเป็นชนิดพลิวโรเพอริโตเนียลไซ อะคัส, และอยู่ใกล้กับช่องที่หลอดอาหาร ลอดทะลุกระบังลม, ขนาดช่อง ๔x๖ ซม. และอยู่ทางซีกซ้าย. มีกระเพาะอาหาร, ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง, รวมทั้งโค้งใต้ตับ (hepatic flexure) และโค้งใต้ม้าม (splenic flexure) และลำไส้เล็กเกือบ ตลอดทั้งเจนนัมและอิลีอัมเข้าไปอัดอยู่ใน ช่องปอดซ้าย. ใต้ส่วเอากกระเพาะอาหาร และลำไส้กลับออกมาไว้ในช่องท้อง. ปอด ซ้ายซึ่งถูกเบียดอยู่นานยี่ไม่สามารถขยาย ใต้เต็มช่องปอด, แม้จะช่วยอัดออกซี้ยี่ เงินให้ ทางหลอดเป่าอากาศหายใจก็ตาม. เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวลง, ง่ายต่อการ เย็บ, จึงประสาทเฟรนิก. แล้วเย็บช่อง โหว่บึคด้วยไหมดำ เบอร์ ๑๔๔, และ เสริมด้วย ฟาสเซียลาต้าจากหน้าขาอีกชั้น หนึ่ง. ในระหว่างเย็บบึคช่องโหว่นวิสัญญี แพทย์ได้ ช่วยอัดออกซี้ยี่เงินให้ ปอดพอง ด้วมากที่สคทจะมากได้. เมื่อบึคช่องโหว่ แล้วจึงบึคหน้าท้องตามลำดับชั้น.

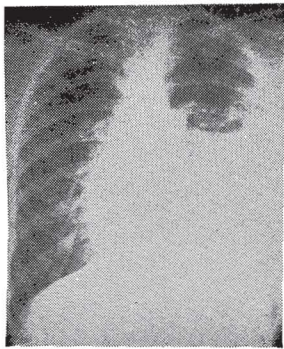
ข้อสังเกตระหว่างผ่าตัด: เห็นว่าอาการ ไล่เลือนนี้เป็นชนิดแต่กำเนิด, เนื่องจาก ความบกพร่องของเยื่อพลิวโรเพอริโต เนียม.

การพยาบาลรักษาหลังผ่าตัด

๑. อาการแทรกซ้อนที่สำคัญคือการ หอบเนื่องจากปอดซ้ายแฟบ. ในการเบีค ทรวงอกในเวลาผ่าตัด, ความดันอากาศ ภายนอกทำให้ปอดซ้ายแฟบลง, และปอด ใต้ถูกเบียดอยู่นานยี่จึงขยายไม่ได้เต็ม ทรวงอก. ต้องรีบแก้ไขให้ปอดพองด้ว มากที่สุดที่จะพองได้, โดยแทงเข็มเข้าไป ในช่องปอดและต่อเชื่อมกับสายยางซึ่ง ปลายอีกข้างหนึ่งจุ่มลงไปใต้น้ำในขวด (สระเตอโรล). การหายใจทำให้ปอด พองด้วและไล่อากาศออกที่ละเล็กละน้อย. ปอดก็สามารถพองด้วขึ้นตามลำดับ. อา- การหอบก็หายไป.

๒. การสอดสายยางลงไปในกระเพาะ เพื่อบรรเทาความอืด, ช่วยให้การหายใจ สดวกมากขึ้น.

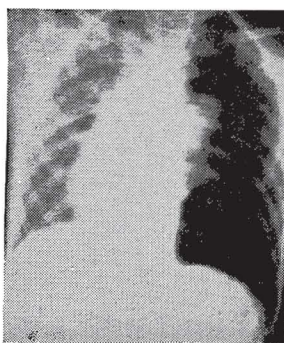
๓. การให้แอนติไบโอติก (เพนิซิล ลิน ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย ทุก ๔ ชม., รวม ๑,๒๐๐,๐๐๐ หน่วย ; กับสเตรป โทมัย



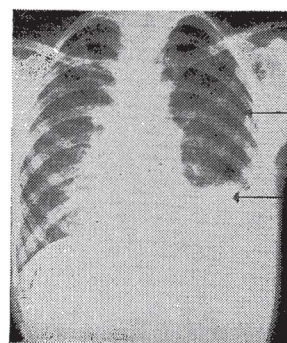
๑. ก่อนผ่าตัด. फिल्मถ่ายหลัง-หน้า



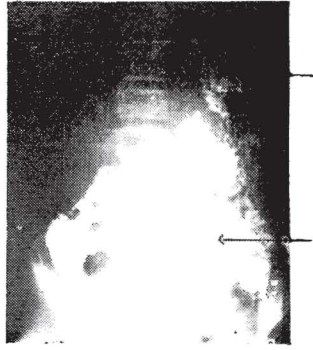
๒. ก่อนผ่าตัด. ตรวจทางเดินอาหาร, เห็นลัมไส้และครั่งหนึ่ง ของ กระเพาะอยู่ในช่องปอด.



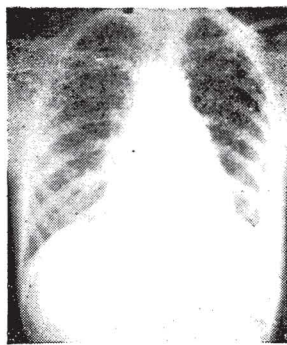
๓. ๒๐ ชม. ภายหลังผ่าตัด. ปอดซ้ายยังแฟบ.



๔. ๑๑ วันภายหลังผ่าตัด. ปอดซ้ายยังขยายไม่เต็มที่. มีน้ำในช่องปอดตอนล่าง.



๕. ๑๐ วันหลังผ่าตัด. กระเพาะอาหาร และ ลำไส้คนไข้ อยู่ในช่องท้องแล้ว.



๖. ๓ สัปดาห์หลังผ่าตัด. ปอดซ้ายขยายเต็มที่แล้ว.

ชัน ๐.๕ ก. วันละ ๒ ครั้ง, รวม ๕.๐ ก.) เป็นการช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนต่อปอด.

อาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด. ในวันแรก ๆ ผู้ป่วยมีอาการหอบมาก, แต่การบำบัดด้วยข้างบนได้ทำให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว. ในวันที่เจ็ด, อุณหภูมิ ๓๗ ซ, ชีพจร ๗๐/นาที, หายใจ ๒๐/นาที, ความดันเลือด ๑๐๕/๖๐ มม.ปรอท; อาการทั่วไปยังมีอ่อนเพลียเล็กน้อย; แผลผ่าตัดหายสนิทเรียบร้อย; แน่นท้องเล็กน้อย, ไม่หอบ, ไม่เหนื่อยเช่นเคยเป็นก่อนผ่าตัด.

สำหรับอาหารได้ให้อาหารอ่อน. ไม่มีอาการแน่นหลังอาหารดังเคยเป็นแต่ก่อน.

ผลการถ่ายเอ็กซเรย์หลังผ่าตัด. ตรวจระบบทางเดินอาหาร: กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวเกินปกติ. ทิวโอดินมีถูกดันไปทางซ้าย. ใต้เห็นน้ำและอากาศอยู่ในช่องอก (ซีบีโครบีนิวโมโท-แร็กส์) ทางซ้ายด้วย.

ฟลูออโรสโคปย์หน้าอก: โค้งซ้ายของกะบังลมมองไม่เห็น. ระดับน้ำ (ของเหลว) ทางซ้ายขยับลงไปที่การหายใจ.

ผลสุดท้าย ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่แปดหลังผ่าตัด, ด้วยอาการค่อนข้างดีแล้ว. ได้ให้มาตรวจซ้ำที่แผนกคนไข้นอกสองสัปดาห์ต่อมา. ผู้ป่วยมีอาการกระปรีกระเปร่าดีมาก. อาการแน่นและเหนื่อยภายหลังกินอาหารหายหมดสิ้น. ไม่มีอาการไอหรือเจ็บหน้าอกแต่ประการใด. นับว่าการผ่าตัดได้ผลดีมาก.

สรุป

๑. รายงานคนไข้เด็กชายจีน, อายุ ๑๓ ปี, เป็นโรคได้เลื่อนกะบังลม, มีภาวะอาหารและลำไส้เล็ก, ลำไส้ใหญ่ลอคเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้ายและดันหัวใจไปทางขวา.

๒. อาการสำคัญมีปวดท้อง, แน่น, อึดอึด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังอาหาร. อาการเริ่มชัดเจนเมื่อ ๓ ปีก่อนมารับการรักษา.

๓. การวินิจฉัยอาศัยการตรวจร่างกายและการตรวจทางรังสี.

๔. ได้ทำการผ่าตัดย้ายอวัยวะลอคเข้าไปในช่องอกกลับลงไปอยู่ในช่องท้อง, และซ่อมแซมช่องโหว่.

๕. ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยพ้นโรค, ไม่

มีโรคแทรก, และอาการกลับเป็นปกติ
ในเวลาเร็ว.

๖. เข้าใจว่าเป็นไส้เลื่อนชนิดเป็นแต่
กำเนิด, เนื่องจากความบกพร่องของเยื่อ
พลิวโรเพอริโตเนียม.

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์ โอลาส
พลางกูรเป็นอย่างยิ่ง, ที่กรุณาอนุญาตให้เสนอรายงาน

นี้และได้ช่วยจำลองภาพรังสีให้ด้วย; ศาสตราจารย์
ประเสริฐ กังสะตาลัยให้คำปรึกษา, และนายแพทย์
นันทวัน พรหมผลิน ช่วยเขียนภาพแสดงชนิดของไส้
เลื่อนกะบังลม.

เอกสาร

1. Harrington: Am. J. Surg.
1:421, 1940.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

(Abstract of the preceding Report)

DIAPHRAGMATIC HERNIA

A Case Report

Jujati Tongjaj

M.B.

(Dept. of Surgery)

A Chinese boy, aged 13, was admitted on the 8th of March, 1954, for the treatment of aggravating pain and oppression in the upper abdomen of about three years' duration. Other symptoms included tar-coloured stool, sense of splashing in the chest, pallor and emaciation. Physical examination suggested the presence of a mass in the left chest, extending from the level of the fourth rib downwards, with definite gurgling sounds. The apex beat was displaced to a point 2 cm. to the right of the M.C.L. X-ray examination revealed herniation of the whole stomach, in inverted position, and part of the intestines, displacing the heart to the right. The diagnosis of diaphragmatic hernia was thus established. At operation performed under endotracheal anesthesia (Dr. Okas Balangura, operator; Dr. Jujati Tongjaj, first assistant), by an oblique rectus incision, it was found that the herniated organs included the stomach, the greater part of the jejunum and ileum, and the

transverse colon with the two flexures. The left lung had been compressed for so long a time that it expanded only with difficulty, even with application of positive pressure through the tracheal tube. After replacement of the herniated organs the left phrenic was crushed to facilitate repair of the hiatus, which was found to belong to the pleuroperitoneal type. The defect was sutured, with reinforcement with a piece of the fascia lata. The patient stood the operation very well. Postoperative treatment included encouragement of lung expansion, relief of tympanites and antibiotic prophylaxis of pulmonary complication (penicillin 1.2 million units; streptomycin 5.0 gm.). The recovery was uneventful, save for the development of a slight hydropneumothorax. The patient was discharged on the eighth day. When seen a fortnight later he was apparently fit and well.

(One reference. One figures.)

สิ่งผิดที่ในล่วนลึกของหลอดลม

รายงานผู้ช่วย ๑ ราย

ประเสริฐ ทุมวิภาต

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

สิ่งผิดที่ซึ่งตกลงไปในหลอดลมเป็นของที่พบบ่อยนัก, เปรียบเทียบกับที่พบในหลอดอาหาร. ที่เช่นเช่นนี้เพราะเหตุว่าร่างกายของคนเราได้จัดระเบียบไว้อย่างคิมีให้ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหารต้องปะปนกัน. อาทิเช่นในเวลาคลื่น, อาหารที่อยู่ในปากจะผ่านลงไปหลอดอาหารขณะที่ปากทางระบบหายใจถูกปิดไว้อย่างมิดชิด. สิ่งผิดที่ซึ่งอาจติดไปด้วยในอาหารจึงมีโอกาสน้อยที่จะตกลงไปในทางเดินอากาศ. นอกจากนี้การไอยังช่วยขับไล่สิ่งที่อาจตกลงไปภายในหลอดลมให้หลุดออกมาภายนอกด้วย.

สิ่งผิดที่ซึ่งตกลงไปในหลอดลมมักพบในเด็ก. Stauffer (๑๙๓๕) ได้รายงานไว้ ๑๕ ราย, ส่วนมากอายุต่ำกว่า ๓ ปี. ในจำนวนนี้มี ๒ รายที่ผู้ช่วยไอและสิ่งผิดที่นั้นหลุดออกมาได้เอง. ๑๖ รายต้องใช้เครื่องมือหรือโคสโคปคีบเอาออก.

มีอยู่ ๑ รายที่ไม่ยอมมาให้ใช้เครื่องมือและถึงแก่กรรมภายหลัง. ในการตรวจศพพบสิ่งผิดที่ติดอยู่ที่หลอดลม, ทำให้ปอดข้างนั้นยุบ. อาการแทรกซ้อนที่พบในผู้ช่วยเหล่านี้คือผของปอดและหนองในเยื่อหุ้มปอด. F. Vander (๑๙๓๘) ได้รายงานไว้อีก ๑ ราย, ในเด็กอายุ ๖ ปี. มีอาการสำคัญว่าหายใจขัดอย่างปัจจุบันและการถ่ายภาพทางรังสีไม่ปรากฏมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพของปอด. ๒-๓ วันต่อมามีอาการของปอดบวมเกิดขึ้นแก่ปอดซีกขวาและต่อมามีหนองในเยื่อหุ้มปอดข้างนั้น. ผู้ช่วยถึงแก่กรรมในวันที่ ๑๒ หลังรับไว้รักษา. ในการตรวจศพพบในหลอดลมของปอดขวามีเมล็ดข้าวไรย์แทงทะลุผ่านปอดเข้าไปในเยื่อหุ้มปอดข้างนั้น.

บางครั้งการไออาจจะทำให้สิ่งผิดที่ติดอยู่ภายในหลอดออกมาเองได้. Tesone (๑๙๓๑) พบในเด็กอายุ ๕ และ ๘ ปี,

รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๗ พ.ค. ๒๔๙๖ ด้วยอาการสำคัญว่าไอเป็นเลือดมา ๓ เดือน. ก่อนที่จะมาไข้ไปให้แพทย์ในจังหวัดที่ตนอยู่ตรวจและถ่ายปรังสีปอด. ปรากฏว่ามีสิ่งผิดปกติค้างอยู่ในหลอดลมของปอดซีกขวา. ได้รับความแนะนำให้มารักษาในโรงพยาบาลนี้.

การตรวจร่างกายของผู้ป่วยพบแต่เพียงการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในเสียงปรั้งของบริเวณปอดซีกขวาล่าง, และเสียงอากาศที่ผ่านถุงลมของปอดบริเวณเดียวกันค่อนข้างเบา. รูปถ่ายทางรังสีขั้วชี้ว่ามีสายสร้อยโลหะพร้อมทั้งลอกเก็ตรูปหัวใจอยู่ในตำแหน่งหลอดลมของปอดซีกขวาล่าง. ตัวลอกเก็ตอยู่ตรงระดับข้อมือของหลอดลมไปสู่ปอดซีกขวาล่างและล่าง, ส่วนสายสร้อยห้อยลงไปหลอดลมหลอดล่าง, ส่วนโค้งของกระบังลมทางขวาไม่เรียบ.

จากนี้ได้ประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยว่าเมื่อ ๓ เดือนก่อนระหว่างที่ผู้ป่วยอมสายสร้อยคออยู่และเล่นกับน้อง, สายสร้อยได้หลุดตกลงไปในลำคอ. ตั้งแต่นั้นมาก็มีอาการไอเป็นเลือดสด ๆ อยู่เสมอ.

ในการรักษาได้ใช้เครื่องบริ่งโคสโคปสอดเข้าไปถึงตำแหน่งที่สิ่งผิดปกติค้าง

อยู่และได้คีบเอาออกมาได้สำเร็จ. ได้ตรวจค ส่วน ประกอบเห็นว่าครบบริบูรณ์. ต่อมาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยก็หายไปเป็นปรกติ.

ลักษณะของสิ่งผิดปกติที่คีบออกมาปรากฏว่าเป็นสายสร้อยคอทองคำติดลอกเก็ตเป็นรูปหัวใจขนาด ๑.๗ x ๑.๔ ซม. ตามความกว้างและยาว, เป็นรูปแบน. ความยาวของสายสร้อยรวม ๒๖ ซม., น้ำหนัก ๑๑.๒๕ กรัม.

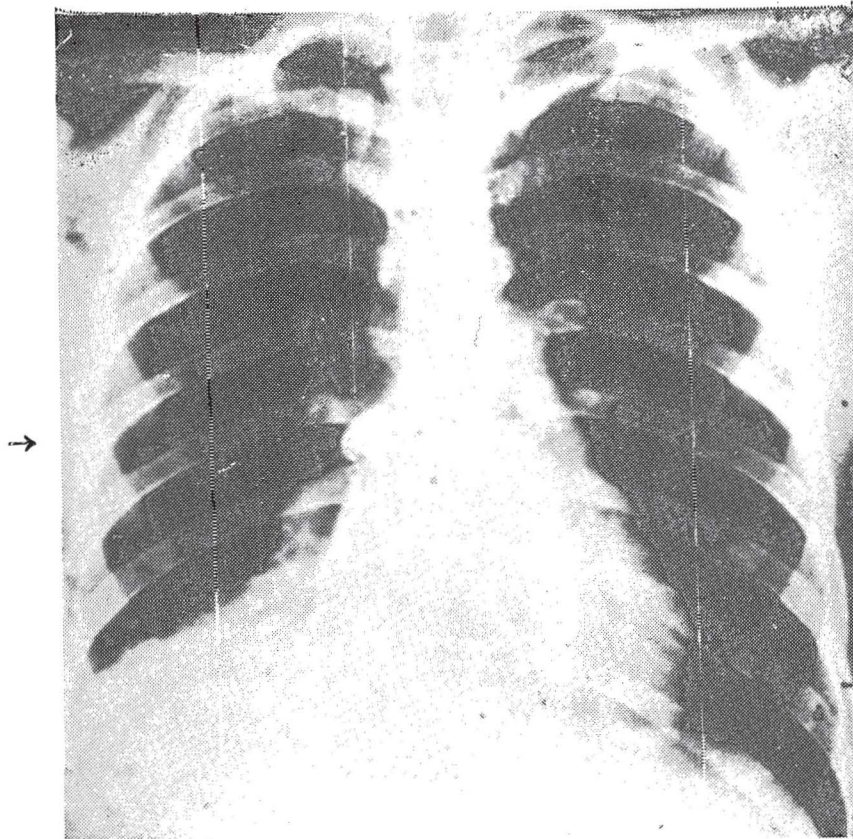
อาจารย์ น.พ. พร วรเวช เป็นผู้ใช้เครื่องบริ่งโคสโคป, และกรุณาให้พิมพ์ได้. อาจารย์ น.พ. สด แสงวิเชียรกรุณาถ่ายรูปให้. ผู้รายงานขอขอบคุณท่านทั้งสองอย่างยิ่ง.

สรุป

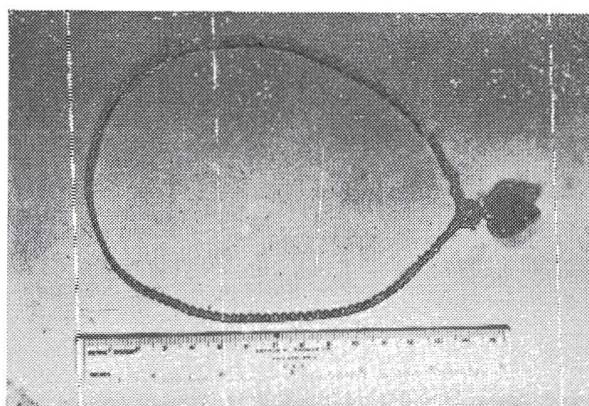
รายงานสิ่งผิดปกติซึ่งตกค้างในหลอดลมส่วนลึกของปอด ๑ รายพร้อมทั้งการคีบเอาออกโดยใช้เครื่องบริ่งโคสโคป. ผู้ป่วยหายเป็นปรกติหลังจากการรักษา.

เอกสาร

- (1) G. Ewart Martin: Arch. Otolaryng. 47 : 705-720, 1948.
- (2) Louis H. Clarf: Ibid, 6 : 979-1005, 1940.



ภาพ ๑. เห็นเงาล็อกเก็ตอยู่ในหลอดลมข้างขวา (ตรงระดับหัวใจ) สายสร้อยห้อยลงไปหลอดลมส่วนล่าง.



ภาพ ๒. ล็อกเก็ตพร้อมด้วยสายสร้อยซึ่งก็บ
ออกมาได้.

(Abstract of the fore-going Report)

FOREIGN BODY IN THE LOWER BRONCHUS

A Case Report

Prasert Dumavibhata

M.B.

(Dept. of Ophthalmology, Oto-rhino-laryngology)

Foreign bodies in the bronchus are relatively rare, in comparison to those in the oesophagus. The following case has curiosity as additional feature.

A Thai (Siamese) boy of eighteen came to the hospital on the 7th of May, 1953, with the complaint of hemoptysis for three months. He had been advised hospitalisation by a doctor in his hometown after discovery by roentgenography of a foreign body in a bronchus of the right lung. He narrated that one day while playing with his brother, a gold necklace kept in his mouth accidentally slid down the throat. Thereafter he coughed fre-

quently and often spitted blood. Physical examination revealed a slight dullness of the percussion notes with some diminution in the breath sounds in the lower part of the right lung. Roentgenogram disclosed an opaque chain with heart-shaped appendage, the latter lodged in the bifurcation of the main bronchus, and the former trailing down into the lower bronchus. By means of bronchoscopy there was little difficulty in removing the foreign body in toto. The necklace was 26 cm. long and weighed 11.25 gm.; the locket measured 1.7 by 1.4 cm. The patient's recovery was rapid and complete.

(Two references. Two figures.)

บทความพิเศษ

ไอและการบำบัดไอ

เทียมจันทร์ เขียมประเสริฐ

พ.บ.

(แผนกสรีรศาสตร์ ฯ)

การบำบัดอาการไอต้องมุ่งเอาการรักษาโรคซึ่งเป็นต้นตอของการไอเป็นสำคัญ, และถือการวินิจฉัยอาการไอเป็นเรื่องรองลงมา.

การไอเป็นกลไกทางรีเฟล็กซ์ของร่างกายจำพวกข้อมันอันตราย, มีจุดหมายเพื่อขจัดสิ่งที่ไม่ควรกวนระบบทางเดินของอากาศหายใจส่วนบน. ตามปรกติอาการไอในบางครั้งใช้อำนาจจิตบังคับได้ก็มี, หรือบังคับไม่ได้ก็มี, อาจจะทำให้ประโยชน์หรืออาจให้โทษแก่ร่างกาย, และอาจจะเป็นเพียงชั่วคราวคราว, หรือเป็นเรื้อรังอยู่เรื่อย ๆ ไปเป็นเวลานานก็ได้.

ประโยชน์ของการไอ. การไอมิ่ประโยชน์มากในการขจัดสิ่งผิดปกติ, เสมหะ, สิ่งที่เกิดขึ้นจากการอักเสบและสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดจากการที่เลือดคั่ง. แต่บางครั้ง, ถ้าตัวรับ

กวนนั้นมีมาก, การไอก็ไม่สามารถจะขจัดให้หมดได้.

กลไกของการไอ การไอเกิดขึ้นโดยอากาศที่อุดตันอยู่ภายในปอดมาปะทะกับช่องสายเสียงที่ขยับอยู่, และเมื่อช่องสายเสียงเย็บโดยกระแทกนั้น, อากาศที่อุดตันอยู่ในปอดก็พุ่งออกมาโดยทันที. ความแรงของการพุ่งนี้เองช่วยพาสิ่งของต่าง ๆ ที่เกาะอยู่ในทางเดินอากาศออกมาด้วย. ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการไอต้องอาศัยการทำงานของกะบังลม, กล้ามเนื้อหน้าท้องและหน้าอก, ผนังอก, และอากาศในปอด. ถ้าอาการไอรุนแรงเกินไป, บางครั้งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ปอดหรือหลอดเลือดได้เหมือนกัน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีพยาธิสภาพ

อยู่ก่อนแล้ว, เช่นมีโพรงของวงโคเป็น
คน.

ชนิดต่างๆ ของการไอ ในพวกมีการคิด
เชื่อในคอนบน ของทางเดิน อากาศหายใจ,
การไอมักจะมีลักษณะพิเศษ, คือไอเอา
เสมหะออกง่ายและไอเสียงกังวาล. มียก
เว้นในพวกไอกรน, ซึ่งเป็นผลของการ
อักเสบเหมือนกัน, แต่ไม่มีเสมหะเนื่อง
จากความแห้ง.

อาการไอ ที่เกิดในโรคหัดแท้ หรือหัด
อีลเลอร์ยัย, มักจะไม่มีเสมหะ, ไอคิด
คือเป็นพัก ๆ, พักหนึ่ง ๆ ค่อนข้างนาน,
และทำให้เหนื่อยแรงมาก. ในคนที่มีการ
อักเสบ เรือ รัง ในโพรง อากาศ เคียง จมก
(ไซนัสไซติส), อาจมีอาการไอได้, เกิด
จากมีน้ำหลังลิ้นไหลลงไป รบกวนทางเดิน
อากาศหายใจอยู่เรื่อย ๆ. อาการไอเช่นนี้
อาจจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้, แต่มักจะเป็น
บ่อยในตอนกลางคืน, เช่นเดียวกับในโรค
หัวใจล้มเหลวคั่ง.

ใน วัณโรค ปอด และ หลอด ลม โย่ง
(บร็องไคเอ็คทีซิส) มักจะไอมากในตอน
เช้า, เนื่องจากมีเสมหะสะสม อยู่มาก
ตลอดเวลานอน. ในวัณโรคปอดขั้นรุนแรง

แรงจะไอเสียงคังก้อง ๆ และมีกังวาลเล็ก ๆ.
แต่ในหลอดลมโย่ง, ไอจากเล็ก ๆ และ
ไอสั้น ๆ. ในโรคถุงลมโย่งเรื้อรัง (โพ
นิคเอ็มฟัยซีมา) อาการไอมักเกือบตลอด
เวลา, เนื่องจากมีเสมหะอยู่เสมอ.

การไอเนื่อง จากการ สูดเอาสิ่งระคาย
ต่าง ๆ เข้าไป, อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้,
แล้วแต่อาชีพของบุคคล; แต่โดยมากมัก
จะเป็นในเวลากลางวัน.

ในพวกที่มีเนื้องอกในเมทาสติโนมัก
จะไอแห้ง ๆ และมีเสียงก้อง; เป็นผลจาก
ทรวงอกบร็องไซติส ซึ่ง เกิด ขึ้น เป็น ครั้ง
เป็นคราว.

พวกที่ไอเพราะ "โรคเส้นประสาท"
หรือนิวโรสิส มักจะไอ เสียง เดียวกัน สม่ำ
เสมอตลอดทั้งวัน.

การวินิจฉัยเหตุของอาการไอ. พึงระลึก
เสมอว่าการไอเป็นแต่เพียง อาการของโรค
เท่านั้น. ฉะนั้นเราต้องค้นหาต้นเหตุที่แท้
จริงของการไอ ซึ่งซ่อนอยู่ให้ได้. เมื่อพบ
ถึงการไอ, เราควรระนึกถึงว่าอาจจะเกิด
จากสาเหตุต่าง ๆ, เช่น :

(๑) การอักเสบของระบบทางเดินอา
ากาศหายใจส่วนบน, เช่นหลอดคออักเสบ

(เทรซึไฮทิส), หลอดลมอักเสบ (บร็องไชนทิส), ฯลฯ.

(๒) การอักเสบของระบบทางเดินอากาศหายใจส่วนล่าง, เช่นปอดอักเสบ, วัณโรค, ฯลฯ,

(๓) โรคเยื่อหุ้มปอด, เช่นเยื่อหุ้มปอดอักเสบ.

(๔) โรคนอกปอด, เช่นเนื้องอกในทรวงอก, ท่อน้ำเหลืองอักเสบ, ฯลฯ.

(๕) โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด, เช่นเลือดคั่งในปอด.

ดังนั้นในการตรวจเพื่อวินิจฉัยสาเหตุของการไอเราจึงควรจะทำเป็นขั้น ๆ ดังนี้:

(๑) ถามประวัติให้ละเอียด, เช่นไอเป็นเลือดค้ำหรือเปล่า, ลักษณะเสมหะเป็นหนองหรือไม่, อาการเจ็บหน้าอก, หายใจขัด, เสียงหายใจผิดปกติธรรมดาอย่างไร, น้ำหนักตัวลดหรือไม่.

(๒) ตรวจร่างกายอย่างละเอียด, และการตรวจทางห้องทดลอง และตรวจด้วยเครื่องพิเศษ. ควรเอาใจใส่โดยละเอียดอย่างยิ่งระบบทางเดินหายใจ, เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติ, ตรวจทางรังสี เพื่อตัดปัญหาเรื้อรังวัณโรค, มะเร็ง และโรคอื่นที่อาจเย็บคเสียบปอด. ถึงแม้ประวัติจะไม่บ่งถึง

ก็ตาม, แต่ก็ควรจะคำนึงถึงด้วย.

ต้องตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ด้วย, เพื่อตัดปัญหาโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด, เช่นแอนิวรีสม.

(๓) ตรวจอย่างอื่น ๆ เพื่อช่วยการวินิจฉัย, เช่น ตรวจทางบักเตรีและซัยโตโลยีของเสมหะ, หรือของกระเพาะอาหารด้วย; ตรวจทคลองเกี่ยวกับการแพ้จำเพาะ (อัลเลอร์ยี); ตรวจหลอดลมด้วยบร็องไชนสโคปและบร็องไชนกราฟฟี; การทำไบออปซี้, ฯลฯ.

การรักษาอาการไอ. การรักษาแย่งออกเป็น ๒ แนว, คือ

(๑) รักษาต้นเหตุ.

(๒) ระวังอาการไอ, ซึ่งมีความสำคัญมากเหมือนกัน, และต้องการการตัดสินใจที่ถูกหลักวิชาและเหตุผล. ถ้าหากมุ่งแต่จะระวังอาการไอเสมอไป, โดยไม่คำนึงถึงเหตุผล, อาจเกิดอันตรายได้, เพราะการไอมีประโยชน์แก่ร่างกายด้วยมิใช่แต่จะมีโทษฝ่ายเดียว. ต้องตัดสินใจว่าในรายใดควรจะระวังการไอหรือไม่. ทั้งนี้แล้วแต่เหตุการณ์เป็นรายๆ ไป. ถ้าหากการไอนั้นก่อให้เกิดประโยชน์, เช่นใน

โรคไข้ในปอดหรือหลอดลมโป่ง, การไอ
ช่วยขับหนองออก, ก็ไม่ควรระวังเสีย.
แต่ถ้าเป็นการไอที่เป็นโทษแก่ร่างกายหรือ
ก่อให้เกิดการรบกวนมาก, เช่นพวกไอ
แห้ง ๆ, ก็ควรระวังเสียได้.

ในการไอ อย่างเรอริง ที่มี เสมหะออก
ตลอดเวลา, ควรแนะนำคนไข้ว่าไม่ควร
ไอสั้น ๆ และกระแทก ๆ, แต่ควรพยายาม
หายใจออกอย่างแรงและเรื่อย ๆ (คล้าย
ถอนหายใจ) หรือเปลี่ยนแปลงท่านอน
หรือนั่งเสีย, ดื่มน้ำอุ่น ๆ หรือใช้วิธีหนึ่ง
วิธีใดที่จะทำให้การไอนั้นได้ผลดีที่สุด, คือ
ขับเอาเสมหะออกได้ครั้งละมาก ๆ, จะไค้
ไม่ต้องไค้บ่อย.

ในวัณโรค, การบังคับให้นอนนิ่ง ๆ
โดยไม่ลุกขึ้นเลย, จะช่วยได้มาก. ถ้ามี
แผลวัณโรคที่หลอดลมใหญ่ ๆ และหลอด
คอ (เทรเชีย), ควรใช้สะเทร็ปโตมัยซิน
หรือสะเทร็ปโตมัยซินร่วมกับ P.A.S. จะ
ได้ผลดี. การใช้ยานอนหลับขนาดมาก
เพื่อระวัง อาการไอในรายนี้ อาจทำให้โทษ,
โดยช่วยแผ่ กระจายเชื้อไปยัง บริเวณใกล้
เคียงทางเสมหะมีเชื้อโรคที่ ตกค้างอยู่.

วิธีการรักษา ร้องมิเอ็คเคสลิสและไข้ในปอด
ที่ดีที่สุด คือการผ่าตัด, ถ้าทำได้. แต่การ

ตะแคงให้เสมหะไหล (ไปสเซอร์วัลเคร-
เนจ) และการหายใจสดใสน้ำร้อน ก็พอ
ช่วยไค้ในรายที่ทำผ่าตัดไค้ไม่ได้. ถ้าต้อง
การให้เสมหะออกตลอดเวลา, ควรยก
ปลายคันทิ้งเตี้ยให้สูง, หรือหาอะไรรหนุน
ตรงกลางตัว, ให้คนไข้อยู่ในท่าหัว และ
เท้าต่ำ (กลางตัวสูง). พบว่าวิธีนี้ช่วยลด
จำนวนคนไข้ ที่จะต้องทำ ผ่าตัดไค้ได้มาก.
สำหรับคนไข้ร้องมิเอ็คเคสลิสเรอริงก็เช่น
เดียวกัน.

สำหรับการ ไอที่เกิดจาก ปอดถูกกด
โดยก้อนเนื้องอกหรือแอนิวริสม์, การ
รักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัด. แต่การใช้ใน
โตรเจนมีสตาร์ทหรือฉาย ค่ายรังสีก็พอจะ
ระวังอาการไอซึ่งเกิดจากการบกรุกของเนอ
ร้ายไค้บ้าง. บางครั้งการใช้โคเคอิน หรือ
มอร์ฟีนในขนาดมาก ๆ ก็ให้ผล เป็นที่น่า
พอใจเหมือนกัน.

ในพวกที่ไอ เนื่อง จากความ ผิดปกติ
ของระบบหัวใจและหลอดเลือด, เช่นหัวใจ
ล้มมีเลือดคั่ง, หรือเลือดคั่งในปอด, การ
นอนยกศีรษะสูงช่วยไค้ได้มาก, และจะได้
ผลดียิ่งขึ้นเมื่อให้ ยาช่วยบรรเทาภาวะของ
หัวใจ, เช่นดิจิตาลิส หรือ ยาขับยัสสาวะ.

ในพวกที่ไอ เพราะโพรงอากาศ เคียง

จนอีกเสบ, ใช้น้ำพวกขี้บ่หลอดเล็กน้อย
มักให้ผลดี. บางคนชอบให้ทำอากาศอุ่น
ขึ้น, หรือชนชั้นอีกด้วย.

ในโรคหอบหืดแก้ไข้ น้ำละลายแอมโมเนีย
หนึ่ง ๑:๑๐๐๐ จำนวน ๐.๒๕ ล. ซม.
ฉีดซ้ำ ๆ เข้าหลอดเล็กน้อย, ได้ผลเห็นเร็วที่
มาก. แต่ในรายที่เรอจริงใช้ วิธฟันเป็น
ฝอยมักจะดีกว่า.

ในเยื่อหุ้มข้ออักเสบอย่างแข็ง, ใช้
พวกยาระคาย (เออร์วิแทนท์) เร่งการ
ขับเสมหะให้ไหลสะดวกขึ้น.

ในรายที่มีอาการไอเพราะหลอดลมหด
เกร็ง (สไปล์ม), เช่นเอมพิซมา
เรอจริง, ใช้น้ำแก้อาการเกร็ง (แอนติ-
สไปล์มอติก), แอนติไฮโปติกและแอนติ
ฮิสตามีนประกอบกันมักจะได้ผลดี.

ยาระงับไอ ที่นับว่าเป็นชนิด พิเศษ คือ
พวกขับเสมหะและระงับประสาทด้วย. พวก

นี้ระงับไอโดยทำให้ สันนัยหายใจไวต่อการ
ระคายน้อยลง. อีกพวกหนึ่ง, คือพวกขับ
เสมหะและบรรเทาการระคาย (คิมัล-
เซ็นต์) ทำให้ไอน้อยโดยไปเคลือบพัน
ผิวของหลอดลม, ช่วยให้การระคายน้อย
ลง. พวกสุดท้ายคือพวกที่ทำให้เสมหะ
เหลวโดยก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้.

อย่างไรก็ดี, เกี่ยวกับการไอแล้ว,
กล่าวโดยทั่วไป ไปต้งนับว่าโคเคอินเป็น
ยาที่มีประโยชน์ที่สุด. ถึงแม้จะเป็นยา
เสพติดให้โทษ, แต่ถ้าจำเป็นจริง ๆ ก็
ต้องใช้. การใช้ขนาดน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ
ให้ผลดีกว่าการใช้ขนาดมาก ๆ นาน ๆ
ครั้ง.

มอร์ฟีนนั้นหากจะใช้ก็ต้องระมัดระวัง
เป็นพิเศษ, เพราะพิษแรงและอันตรายของ
การติดยาดีมาก.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษรุ่นใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

บทบรรณาธิการ

ความรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้าน

ต่อโรงพยาบาล

“แพทย์ประจำบ้าน” คือนิยามที่เป็นคำใหม่สำหรับประเทศไทย, โดยเพิ่มมีการใช้กันมาสมัยสี่ปีเศษเท่านั้น. เหตุของการใช้คำนี้ นอกจาก จะ เป็นการ แปลอย่างตรงศัพท์ของคำภาษาอังกฤษว่า “เฮาส์ออฟฟิซเชอร์” ยังต้องการเลิกคำว่า “แพทย์ฝึกหัด” ซึ่งใช้กันมาแต่ก่อน, ซึ่งบางท่านมีความเห็นว่าเป็นไม่เหมาะ, เพราะอาจทำให้คนไข้ขาดความศรัทธาได้. แต่จะเรียกด้วยคำใดก็ตาม, ฐานะของแพทย์ประจำบ้านก็คงอยู่ในเกณฑ์ของ “แพทย์ฝึกหัด” อยู่แน่นอน. การเรียนสี่ปีในโรงเรียนแพทย์, ถึงแม้จะทำให้ผู้สอบได้ “มศกค. และสิทธิ” ของแพทยศาสตร์บัณฑิตอย่างบริบูรณ์, และมีสิทธิขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์ได้โดยไม่ต้องสอบก็ให้ความรู้แต่ เพียงพอ สำหรับตั้ง ค้นในการปฏิบัติวิชาชีพเท่านั้น. การที่มีโอกาสได้ทำงานในความควบคุมของอาจารย์หรือแพทย์ผู้อาวุโสในระยะเวลานี้จึงเป็นการ

เพิ่มเติม อย่างดี ยิ่งที่จะ ให้ความรู้ใน คำนปฏิบัติอย่างครบครัน. ผู้ที่เคยเป็นแพทย์ประจำบ้าน ในสำนักที่ดีแล้วย่อมรู้ สึกมความเชื่อในตนเองดีซ้น, และในการสมัครเข้าทำงานก็ได้รับการ ยก ย่องมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็น.

ตามทปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป, แพทย์ประจำบ้าน ทำงานใน ความ ควบคุม ของแพทย์อาวุโส. การปฏิบัติซึ่งเป็นงานประจำ, ซึ่งดำเนินไปตามระเบียบหรือแบบที่กำหนดไว้, รวมทั้งการสั่งการรักษารักษาตามระเบียบ, เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้าน. ส่วนงานที่เป็นการพิเศษ, รวมทั้งการสั่งการรักษาที่นอกเหนือไปจากระเบียบ, หรือการผ่าตัด, ฯลฯ, แพทย์ประจำบ้านต้อง ทำตามคำสั่งของแพทย์อาวุโส, จะจัดทำเสียเองมิได้. ทั้งนี้หมายความว่าแต่ละแผนกหรือส่วนย่อยมี ระเบียบวางไว้ว่าการ ใดย่างที่แพทย์ประจำบ้านตัดสินใจหรือสั่งเองได้. วิธีปฏิบัติเหล่านี้ย่อมมีเขียนไว้เช่น

ประกอบกับ การใช้สถิติเห็นวราง อย่างมาก อีกด้วย.

ความเสียหายของโรงพยาบาลอีกทาง หนึ่งนอกเหนือไปจากข้อเสียง, คือการ เสี่ยงทรัพย์. ทงนี้มีได้เป็นเพียงการขาดผล ประโยชน์ร้ายไ้, แต่ยังมีเกี่ยวกับความ หมกเปลืองโดยไม่จำเป็นอีกด้วย, โดย เฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการใช้ยาและอุป- กรณ์ในการรักษา, ซึ่งส่วนมากเป็นหน้าที่ ของแพทย์ประจำบ้าน. หากการสั่งใช้กระ ทำไปโดยไม่มีความรู้, หรือไม่มีสติ, มิได้

คำนึงถึงการประหยัด, โรงพยาบาลก็อาจ ต้องเพิ่มค่าใช้ จ่าย ขึ้น อีกมากโดยไม่จำเป็น, ซึ่งเป็นการถ่วง ความเจริญส่วนหนึ่ง ด้วยเหมือนกัน.

หวังว่าท ความ สัน ๆ นี้จะ เตือนใจ แพทย์ประจำบ้าน, และแพทย์อื่นที่ทำหน้าที่ซึ่งเทียบกันได้, ให้ระลึกไว้ว่าถึงแม้ตนเองจะเป็นเพียง “แพทย์ฝึกหัด”, แต่ก็ อยู่ใน ตำแหน่งที่ มีความสำคัญไม่น้อยใน ด้านรับผิดชอบเกี่ยวกับ ข้อเสียงและความ เจริญของโรงพยาบาล.

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมุดรวมวิชาการ ปกแข็ง	ราคา ๓๕.๐๐ บาท
สมุดรวมวิชาการ ปกอ่อน	ราคา ๒๕.๐๐ บาท
สารศิริราชฉบับพิเศษ	ราคา ๒๐.๐๐ บาท
ค่าส่งไปรษณีย์	เล่มละ ๒.๐๐ บาท

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้: สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ., นกุล ปริชญานุสรณ์ พ.บ.,
นิตยา สุนทรพานิช พ.บ., ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ., ประไพศรี สุวรรณิน พ.บ.,
โชติ พานิชกุล พ.บ., บุษกร รตารุณ พ.บ., เทียมจันทร์ เจียมประเสริฐ พ.บ.,

(๑) A. A. Levy: ไล้ตั้งอักเสบ
ปัจจุบันระหว่างมีโรค. New. Eng. J.
Med. 247: 350-352, 1952.

ผู้รายงาน สังเกตว่า ไล้ตั้ง อักเสบเกิด
ได้น้อยมากในขณะมีโรค, ได้แสดงตัว
เลขซึ่งได้รวบรวมมากกว่า ๒๐ ปี เพื่อสนับสนุน
ความเห็น. จากคนไข้ ๒๔๒ คน,
อายุระหว่าง ๑๑ ถึง ๕๐ ปี, ซึ่งได้ผ่า
ตัดรักษาไล้ตั้งอักเสบปัจจุบัน, มีเพียง ๕
ราย ที่กำลังมีโรค, และไม่มีรายใดที่อยู่
ในระยะวันแรกหรือวันที่สอง.

ได้รวบรวมคนไข้จำนวน ๑๒๕ ราย.
พบว่า มีที่ ไ้วินิจฉัยว่าเป็น ไล้ตั้ง อักเสบ,
แต่เมื่อผ่าตัดพบว่ามีไข้, ๔๖๐ ราย.
๑๕ รายในจำนวน น้อยในระหว่าง มีโรค.
ผู้รายงานสรุปว่า เกือบ ๒ ใน ๓ ของคนไข้
ที่กำลังมีโรค และไ้วินิจฉัยว่าเป็น ไล้ตั้ง
อักเสบปัจจุบัน, การผ่าตัดไม่พบโรคของ
ไล้ตั้งเลย. ได้ให้ความเห็นว่าไม่จำเป็น
ต้องทำการ ผ่าตัดอย่าง รีบด่วน ในผู้ป่วยที่

กำลังมีโรค, เพราะอาการต่าง ๆ ขณะที่มี
อาจไปพ้องกับไล้ตั้ง อักเสบชนิดปัจจุบันได้.
ถ้าหากจะผ่า ต้องผ่ากว้าง ให้เพียงพอสำหรับ
รักษาโรคอื่นในช่องท้องส่วนล่างที่อาจ
จะพบ.

ไม่มีข้อพิสูจน์ใดที่จะบอกได้ว่า ทำไม
ไล้ตั้งอักเสบไม่ควรจะเกิดขึ้นในระหว่างที่
มีโรค.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

(๒) Paul. E. Gerhardt. การ
รักษาแผลไฟไหม้อย่างรุนแรง ด้วยคอร์ติ
โซนโดยไม่ต้องปลูกหนัง. A.M.A.
Arch. Surg. 5: 1953.

ผู้ป่วยหญิง, ถูกไฟไหม้เป็นบริเวณ
๒๕ ปร. ของผนังร่างกาย. ในจำนวน
๑๕ ปร. เป็นการไหม้ชนิดที่ ๒ และ ๓,
อีก ๒๕ ปร. เป็นชนิดที่ ๑. ส่วนที่ไหม้
คือ (๑) แขนซ้ายทั้งหมดจากปลายนิ้ว
ถึงไหล่. (๒) ๖๐ ปร. ของลำตัวด้าน

ซ้ายทั้งหน้าและหลัง. (๓) ก้นค้ำซ้าย
ทั้งหมด. (๔) ครึ่งหนึ่งของก้นขวา. (๕)
เศษหนึ่งส่วนสามของสะโพกขวาส่วนล่าง.
(๖) ขาซ้ายส่วนบนทั้งหมดจนถึงเข่า.

ได้รับการรักษาในระยะแรกด้วยมอร์-
ฟีนและเพนิซิลลิน, แคมป์แผลด้วยน้ำมัน.
ในระยะต่อไปตัดเอาผิวหนังส่วนที่ตายออก
ทุกวัน, และรักษาประคับประคองด้วยการ
ให้น้ำ, วิตามิน, แอนติไบโอติก, ยาระ
งับประสาท, และให้เลือด. ได้เริ่มให้
คอร์ติโซนในวันที่ ๕. ครั้งแรกให้
๑๐๐ มก. ต่อวัน ต่อไปวันละ ๗๕ มก.
ต่อวัน. ปรากฏว่าแผลหายโดยเอพิธิเลียม
งอกเข้า ไปจาก ส่วนขอบ โดย รอย ภายใน
ระยะเวลาน้อยกว่า ๑๑ สัปดาห์, และผู้
ป่วยสามารถใส่แขนขาได้เป็นปกติ.

นกุล ปริชญานุสสรณ์ พ.บ.

(๓) Louis Odessky, Andrew
V. Bedo, Harry Weisler and
Benjamin Newman. สมองอักเสบใน
เด็กที่เข้หนักซึ่งได้รัยแก้มม่า โกล์บูลินใน
ขนาดบรรเทา. J. Ped. 43: 404-406,
1953.

รายงานผู้ป่วย ๓ ราย ซึ่งทุกรายได้

รัยแก้มม่า โกล์บูลินขนาดบรรเทา (atten-
uating dose) มาแล้วและยังเกิดอาการ
สมองอักเสบขึ้น.

ผู้รายงานกล่าวว่า การให้แก้มม่า โกล์
บูลิน, แม้จะลดความรุนแรงของโรคหัด
ได้จริง, แต่โรคแทรกซ้อนบางอย่างเช่น
สมองอักเสบ (เอ็นเซฟาไลติส), สมอง
และไขสันหลังอักเสบ (เอ็นเซฟาโลมัยอี
ไลติส) อาจเกิดขึ้นได้. เขาไม่คิดว่าเป็น
การจำเป็นที่จะฉีด แก้มม่า โกล์บูลินเพราะ
มันไม่สามารถป้องกันอาการแทรกซ้อนทาง
สมองได้. เขากล่าวว่าในผู้ป่วยที่เข้หนัก
ทุกคนจะต้องตรวจระยะขยประสาทกลางโดย
ละเอียด, ไม่ว่าจะได้แก้มม่า โกล์บูลินมา
แล้วหรือไม่ก็ตาม.

ทำไมจึงเกิดสมองอักเสบขึ้นในผู้ป่วย
โรคหัด ซึ่งได้ แก้มม่า โกล์บูลิน ในขนาด
บรรเทาแล้ว, ผู้รายงานสันนิษฐานและ
ตั้งสมมุติฐานว่าเป็นเพราะ

(๑) แก้มม่า โกล์บูลินไม่ได้ฆ่าเชื้อ
ไวรัส.

(๒) แก้มม่า โกล์บูลินขนาด ๒-๔
ล.ชม. ในบางรายไม่เป็นการพอเพียง.

(๓) ภายหลังกออกหัด, เด็กมีความ
ต้านทานต่ำไป, เชื้อหัดเข้าสู่ระยะขยประสาท

กลางได้ง่ายขึ้น, แม้จะไต่แก้มมาใกล้-
บุลินมาแล้ว.

(๔) ร่างกายของบางคนสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นได้ไม่พอเพียง.

(๕) ในน้อยราย, ร่างกายไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นได้เลย.

นิตยา สุทรพานิช พ.บ.

(๔) Frederick A. Figi and David B. Stark: นิวโรไฟโบรมาของกล่องเสียง. รายงานผู้ช่วยหำราย *Laryngos* 9: 625-659, 1953.

นิวโรไฟโบรมาของกล่องเสียงอาจจะเกิดที่กล่องเสียงแห่งเดียวหรือเกิดร่วมกับตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกายที่เรียกว่า *Von Recklinghausen's disease*. ทั้งสองชนิดพบได้ไม่บ่อยนัก. มีผู้รายงานก่อนหน้า ๒ ราย. ผู้เขียนได้รายงานเพิ่มเติมอีก ๒ ราย. รายแรกเป็นชายอายุ ๔๑ ปี, มีอาการเสียงแหบมา ๕ ปี. การตัดชิ้นเนื้อจากก้อนที่คอข้างขวาแสดงว่าเป็นนิวโรไฟโบรมา. ที่กล่องเสียงของผู้ช่วยคนเดียวที่พบว่ากลามเนออะริยที่น้อยดีและอะริยเอปิกลือตคคโพลด์ทั้งสองขวมตลอดลงไปถึงตำแหน่งครีค้อยคักานหลัง.

สายเสียงเส้นขวาถูกยึดติดแน่น. ชิ้นเนื้อตัดออกตรวจแสดงว่าเป็นนิวโรไฟโบรมา. รายที่สองมีอาการเสียงแหบเช่นเดียวกัน, และการรักษาคือการตัดเอาก้อนออก.

ผู้เขียนยังได้รายงานนิวโรไฟโบรมาชนิดที่ เป็นภายใน กล่องเสียง แห่งเดียวอีก ๓ ราย. แต่ละรายพบก้อนเนื้อชนิดนี้, และชิ้นเนื้อที่ตัดออกก็บ่งชี้ว่าเป็นนิวโรไฟโบรมา. รายแรกเป็นหญิงอายุ ๔๕ ปี, มีอาการเสียงแหบมา ๑๒ ปี. รายที่สองเป็นเด็กอายุ ๕ ขวบ, มีอาการนอนกรน. รายสุดท้ายเป็นหญิงอายุ ๑๕ ปี, รู้สึกว่ามีอะไรค้างอยู่ในคอมา ๕ เดือน, มีอาการเปลี่ยนแปลงของเสียง. รักษาโดยการตัดเอาชิ้นเนื้อออกทั้ง ๓ ราย. การตรวจซ้ำภายหลังผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก ๑๐ เดือนพบว่าทุก ส่วน ภายใน กล่องเสียง อยู่ในสภาพปกติ.

สำหรับอายุของผู้ช่วยที่เขียนพบได้ตั้งแต่อายุ ๖ ปี ถึง ๕๓ ปี, และเกิดในหญิงมากกว่าชายในอัตรา ๓ : ๒.

ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ.

(๕) H.D. Priddle, C.W. Moulton and M.S. Dennis: ครรภ์นอก

มดลูก, การศึกษาใน ๑๓๖ รายต่อเนื่องกัน. Amer J. Obs. Gynec. 64: 1093-1101, 1952.

จำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาในเวลา ๒ ปีครึ่ง ๑๓๖ ราย. พบว่า ๘ รายเคยตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน, ๒๓ รายเพิ่งเคยเป็นครั้งแรก, ที่เหลือเคยคลอดบุตรมาแล้ว. พบว่าที่เกิตรงตั้งครรภ์ครั้งแรกตั้งครรภ์เกิน ๔ ปีมี ๕๕ ปช., ท่อรังไข่อีกเคยมาก่อน ๒๘ ปช., มีประวัติการขาดระยะ ๘๑ ปช., ปวดท้อง ๕๐ ปช., มีเลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด ๖๑ ปช., เจ็บปวดที่ไหล่ ๐.๗ ปช., เป็นลมหน้ามืด ๓๑ ปช., คลื่นไส้ อาเจียน ๕ ปช., ปวดดวงตารหนัก ๒ ปช., ซ้อคและความดันเลือดซิสโตลิกต่ำกว่า ๕๐ มม. ๓๓ ปช. ๓ รายในจำนวนนี้พบภายหลังผ่าตัดว่าหลอดมดลูกยังไม่แตก, มีน้ำปนเลือดเพียงเล็กน้อยในช่องท้อง.

ข้อพบการตรวจภายในที่สำคัญมีความเจ็บปวดจากการจับต้องมดลูก, ซึ่งผู้รายงานเห็นว่าเป็นการช่วยวินิจฉัยที่สำคัญ. การเจาะคัลเดอซัคช่วยได้อย่างมาก, ได้ทำใน ๑๒๕ รายจากจำนวน ๑๓๖ ราย.

พบว่า ๑๒๓ รายเจาะได้เลือดเก่า. ชั้น ๖ รายมีน้ำใสหรือขุ่นเล็กน้อย.

การตั้งครรภ์เป็นส่วนอินเทอร์สติเชียล ๒ ราย, ในช่องท้อง ๔, ทูโบโอวาเรียล ๑. ศึกษาทางพยาธิวิทยาพบท่อรังไข่แตก ๑๒๔ ราย (๕๑ ปช.), ท่อรังไข่ยังไม่แตก ๕ ราย, และเป็นภาวะแท้งจากท่อรังไข่ ๗ ราย.

ทั้งหมดยกเว้น ๒๐ ราย, ได้รับการถ่ายเลือด, ก่อน, ระหว่างและหลังผ่าตัด. ได้ตัดท่อรังไข่ ๔ ราย, ซึ่งเคยเป็นท้องนอก มดลูก มาก่อนและ คัดท่อรังไข่ออกข้างหนึ่งแล้ว.

ให้ความเห็นว่าไม่ควรผ่าตัดอย่างอื่นเพิ่มเติม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งใส่คั้ง. อัตราตายมีประมาณ ๒.๕ ปช.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

(๖) Jarbas A. Porto, M.D.: การใช้แถบเซลล์ โลเฟน ในการ วินิจฉัยโรคเกลลอน. J. Invest. Dermat. 21: 229, 1953.

วิธีง่าย ๆ ในการพิสูจน์เชื้อ Malassezia furfur ในสะเก็ดที่เอามาจากตำแหน่งที่เป็นเกลลอน, ทำได้โดยใช้ทางค้ำ

เหนียวของแถบเซลล์โลเฟน (สก็อตซ์เทป) ทาบลงบนตำแหน่งที่สงสัย, กดเบาๆ แล้ว ระบายออกทันที, กดให้เรียบลงบนกระจก สไลด์ที่สะอาดปราศจากน้ำมัน. โดยทำซ้ำๆ เช่นนี้จะได้ตัวอย่างสำหรับตรวจทางและชนิดเจเนติ. นำไปส่องกล้องลักษณะของสปอร์และซีสฟา. พบว่าโคซีสฟาที่ ยาวกว่า และมีจำนวนมาก กว่าที่ได้โดยวิธี เตรียม ด้วย น้ำยาโปแตส เชียม อีคร็อก ไซค์. ผู้รายงานทดลองในผู้ป่วย ๔ ราย. ปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างอย่างใดในรูป ลักษณะของเชอรา. ถึงแม้จะมีสิ่งปะปน ซึ่งเกิดจากการของแถบกระดาษ หรือน้ำมันของผิวหนัง, ก็แยกได้ง่ายจาก ซีสฟาและสปอร์อื่นแท้จริง. การวินิจฉัย โดยวิธีนี้มีประโยชน์น้อยในรายของเทอร์ มาโตพัยโตสิสและเอริย์ธราสมา.

เชอราที่ได้โดยวิธีนี้สามารถเก็บไว้ได้ เป็นเวลานาน. จึงนับว่าเป็นวิธีที่มีประโยชน์ วิธีหนึ่งในการ ศึกษา ลักษณะ ของ เชอรา.

ประไพศรี สุวรรณิน พ.บ.

(๗) William W. L. Glenn, M. D.,
L. Jennings Hampton, M. D. and

Allan V.N. Goodyer M.D. ประโยชน์ ของการลดความคันเล็กน้อย อย่างควบคุมได้ ในการผ่าตัดหลอดเลือดใหญ่ J. A. M. A. Arch. Surg. 1: 1, 1954.

การลดความคันโลหิตนั้นม่วิธีทำหลาย วิธี. ที่ใช้มากในเมืองนี้มี ๓ วิธี, คือ การเจาะหลอดเลือดแดง, การกินซิมพะ-เชติกโดย ฉักยาซา เข้าไซสันหลังส่วนบน, และการกินแก๊งเกลยอน. วิธีหลังเป็นวิธีที่ ใช้มากและได้ผลดี. ยาจำพวกเฮกซามะ โธเนียมมีฤทธิ์ช้าเกินไป, ไม่เหมาะ, จึงมีผู้ค้นหาพบว่ายาจำพวกไฮโอฟาเนียม (Thiophanium) ออกฤทธิ์เร็วและให้ ผลดี.

ในเวลา ๘ เดือนที่แล้วมาได้ ทำการ ทดลองในคนไข้ ๗ ราย, เป็นโรคคิคลัส อาร์เทอร์โอซัสไม่บีต, และท่อขานและ ผนังขานมาก. ให้ยา Arfonad 0.1 ปรช. ใน ๕ ปรช. เกิดสะโตรสในน้ำ. ใช้จำนวน ยามากน้อยแล้วแต่ผลได้. ที่พบว่ายาทำให้ ความ คัน โลหิต ลดจนเอออร์ค้าย่น. ความคันโลหิตกลับสู่ปรกติใน ๕-๑๕ นา ท. มี ๑ รายที่ให้เฮกซามะ โธเนียมผลช ไรค์, ความคันโลหิตกลับสู่ปรกติภาย หลัง ๑ ชม. การลดความคันโลหิตนั้น

ผู้ทดลองในการผ่าตัดแอนิวริสม์ของเออร์
 คำส่วนชั้น, พอว่าช่วยให้บับและคัตคอง
 ของส่วนบ้องได้ง่าย. ในการทดลองนี้ได้
 ตรวจหน้าทของไตปรากฏว่าไม่มีการเสื่อม
 เลย.

การลดความดันโลหิตนี้ไม่มีการกระทบ
 กระเทือนถึง ความ ตันใน หลอดเลือดแดง
 ของปอดเลย.

การลดความดันเลือดอย่างควบคุมได้
 ในการ ผ่าตัด คัตคัส อาเธริ โอซัส ไม่ยัก
 ทำให้ผ่าตคัสตวงขึ้น มากและ ไม่เกิดโรค
 แทรกภายหลังผ่าตคัตด้วย.

โชติ พานิชกุล พ.บ.

(๘) John. S. Lunde M. D. ปัญหา
 เรื่อง คอร์ดโซน เกี่ยว กับการวาง ยาสลย.
 Anesthesiol. 4: 376-381, 1953.

การใช้คอร์ดโซนและเอซีทีเอชยั้งผล
 ให้เกิดการกดหน้าทของเปลือกต่อมหมวก
 ไท. ผู้ช่วยที่เข็น เช่นนี้ทนทาน ต่อยาสลย
 และการผ่าตคัตได้น้อย, อาจเกิดการไหล
 เวียนล้มขึ้นในระหว่างผ่าตคัตหรือ ๒๔-๓๒
 ชม. หลังผ่าตคัต.

ตัวอย่างผู้ช่วยชาย, อายุ ๓๔ ปี, เป็น
 รุม่าที่อยคอร์ดโซนมา ๗ ปี. ใ้รับคอร์ด

โตนมาเป็นเวลา ๕ เดือน. ใ้รับการแนะ
 นำให้ทำผ่าตคัตแก้ ความพิการ ของ ข้อตะ-
 โปก. ใ้ให้ยาซาโดยฉีกแพนโตเคนฮัย
 ไตรวมลโรคค์เข้าช่องสันหลัง, แล้วตาม
 ด้วยเส้นโทธาลโซเคียมทางหลอดโลหิต
 คำ. ความดันโลหิตตอนเริ่มผ่าตคัต ๑๔๐/
 ๘๐ มม. ปรอท. ช้พจร ๗๒ ครั้งก่อนนำที่.
 ทลอกการผ่าตคัต, ความดันโลหิตไม่ต่ำ
 กว่า ๑๐๐/๘๐ และช้พจรไม่มากกว่า
 ๘๐. ใ้ให้เลือด ๒ หน่วย. เมื่อเลือด
 หน่วยที่ ๒ หมคไป ๕๐ ล.ชม. สังเกต
 เห็นกล้ามเนื้อกระดูก จึงใ้หยุดใ้เลือด-
 การผ่าตคัตดำเนินไป ๑ ชั่วโมง, เสียเลือด
 ประมาณ ๕๐๐ ล.ชม. ใ้ใ้เลือดอีก
 ๕๐๐ ล.ชม. กับพลาสมา ๒๕๐ ล.ชม.
 ความดันโลหิตไม่ขึ้น. จึงใ้ยาสะกด
 ของเปลือกต่อมหมวกไค ๕ ล.ชม. กับ
 พลาสมา ๕๐๐ ล.ชม. อย่างเร็ว. ความ
 ตันโลหิตคงลดลงเรื่อย ๆ. ความดันซิส-
 โทลิก ๔๐ มม. ช้พจรคล่าเกือบไม่พบ.
 ใ้ใ้เอซีเนเฟริน ๐.๓ ล.ชม. ทางหลอด
 โลหิตคำ. ผลคงเดิม. จึงใ้ซ้ซ้อกโดย
 ฉีกเข้าหัวใจ. ผลคงเดิม. ผู้ช่วยหายใจ
 หอบ. อุณหภูมิ (รักแร้) ๑๐๒.๒ ฟ. หมค
 สติ และตายภายหลังการผ่าตคัต ๓ ชม.

ตรวจศพพบต่อมหมวกไต ทั้ง ๒ ข้าง
เหี่ยวอย่างมาก. ตรวจเชื้อชั้นพบว่าเปลือก
ต่อมมีความหนาตกลงมาก. เซลล์ของ
คอร์เท็กซ์ไม่เปลี่ยนแปลง. เมทิลลาจี
แสดงลักษณะเหี่ยว.

ผู้ช่วยที่หน้าทของเปลือกต่อมแอดรีนัล
ถูกกด, ควรให้คอร์ติโซลวันละ ๑๐๐-
๒๐๐ มก. เขากลับมเอน, เป็นเวลา ๒-
๓ วัน ก่อนผ่าตัด, ในวันผ่าตัด และ
๒-๓ วันหลังผ่าตัด. ต่อจากนั้นค่อย ๆ ลด
ขนาดลงไปจนถึงขนาดเดิมที่ปกติ. สำหรับ
ผู้ช่วยที่ต้องผ่าตัดก่อน, ควรใช้ยาสะกด
เปลือกต่อมหมวกไต ๓๐-๕๐ ล.ช.ม. เข้า
หลอมเลือดดำและอาจเข้าได้อีกถ้าต้องการ.

บุษกร รตารุณ พ.บ.

(๕) William G. Aclyan, M.D.,
Deryl Hart, M.D. Nicholas G.
Geogiade, M.D., Mary A. Poston,
M.D. การศึกษาเปรียบเทียบฤทธิ์ของ
เซอในลำไส้, ของออกซัยเตตราซัยคลิน
(เทอรัมัยซิน) และนีโอมัยซิน. A.M.A.
Arch. Surg. 1: 28, 1954.

การศึกษานี้ทำในผู้ช่วย ๕๑ คน, ซึ่ง
เป็นเนื้องอกของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โดยไม่มีโรคแทรกแซงอื่น ๆ.

การเตรียมผู้ช่วยโดยทั่วไป: (๑) ให้
อาหารเหลว, (๒) ให้โซเดียมฟอสเฟต
๒๐ ปช. วันละ ๓๐ ล.ช.ม., (๓) ส่วน
อาการวันละ ๒ ครั้ง.

การให้ยา: (๑) ๒๒ คนให้ออกซัย
เตตราซัยคลิน ("อ") ๕๐๐ มก. ทุก ๖
ช.ม. รวม ๔๘-๕๔ ช.ม. (๒) ๗ คน
ให้ "อ" ๗๕๐ มก. ทุก ๖ ช.ม. รวม
๔๘-๕๔ ช.ม. (๓) ๑๐ คนให้นีโอ
มัยซิน ("น") ๑ ก. ทุก ๔ ช.ม. รวม ๗๒
ช.ม. (๔) ๑๒ คนให้ "น" ๒ ก. ทุก
๔ ช.ม. รวม ๔๘ ช.ม. (๕) ๑ คนให้
"น" ๒ ก. ทุก ๔ ช.ม. รวม ๑๐ วัน.
ในการทดลองนี้ได้ทำการเพาะเชื้อก่อน
และหลังให้ยา. ผลปรากฏว่า "อ" ๐.๕
ก. ทุก ๖ ช.ม. รวม ๔๘-๕๔ ช.ม.
ทำให้จำนวนแบคทีเรียในลำไส้ลดลงมาก,
แต่ก็มีเชื้อโรคมีความต้านทานได้หลาย
ราย. ในผู้ช่วย ๒๐ คนพบว่า ๕ คนตรวจ
พบเอสเชริเชียโคลี และ สเตรปโตค็อก
คัสเฟคาลิสไม่เปลี่ยนแปลงเลย. การเพิ่ม
ยาเป็น ๗๕๐ มก. ทุก ๖ ช.ม. ก็ไม่ทำ
ให้ผลดีขึ้นนัก.

"น" ๑ ก. ทุก ๔ ช.ม. รวม ๗๒ ช.ม.

และ ๒ ก. ทก ๔ ช.ม. รวม ๔๘ ช.ม. ทำให้จำนวนแบคทีเรีย ลดลงมาก อย่างน่าพอใจ, และสามารถระงับการเจริญของเอส-เมรีเมียโคลี และเชื้อจำพวกสเตรปโตค็อกคัสได้. การใส่ยา ๒ ก. ทก ๔ ช.ม. นั้นผลเหมือน ๑ ก. ทก ๔ ช.ม.

การใช้ "น" นั้นมีผลแทรกแซง คือ ทำให้จุลภาวะเหลวใน ๒๒ ราย, คลื่นไส้โดยไม่มีอาเจียน ๑๑ ราย, และอาเจียน ๑ ราย. ยานี้ไม่ทำให้ "เวลาโปรธอโรมิซิน" ยึดกว่าปรกติ. ผลแทรกแซงของ "น" ในขนาด ๑ ก. ทก ๔ ช.ม. ทั้งกล่าววนเหมือนกับของ "อ" ในขนาด ๑๕๐ มก. ทุก ๖ ช.ม.

เห็นว่าไอมีซินขนาด ๑ ก. ทก ๔ ช.ม. ให้ผลดีโดยไม่ต้องร่วมกับซัลโฟนาไมด์เลย, และมีน้มน้ำเชื้อในลำไส้ได้ดีกว่าออกซีสเตตราซัยคลิน.

โชติ พานิชกุล พ.บ.

(๑๐) Gordon McHardy, M.D.
William W. Frye. M.D., Ph. D.
การทดลองใช้แอนติไบโอติกในการบำบัดโรคบิดอะมีบิก. J.A.M.A. 8: 646-651, 1954.

เพนิซิลลินและสเตรปโตมัยซินไม่ให้ผลในการรักษาโรคบิดอะมีบิก, จึงได้ทดลองแอนติไบโอติกอื่น ๆ, เช่น คลอร์เตตราซัยคลิน, ออริโอมัยซิน, ออกซีสเตตราซัยคลิน (เทอร์ราไมซิน), ฟมาจิลลิน, คาร์โอมัยซิน, ฯลฯ, ทั้งในแก้ว (in vitro) และในกาย (in vivo).

สำหรับการทดลองในแก้ว, ใช้เชื้อบิดอะมีบิกสกุลต่าง ๆ กัน, กับยัคเตรีหรือเชอทรีย์ปาโนโซมครูซ, ใส่ยาตั้งกล่าวลงไป. ผลปรากฏว่าการเจริญของตัวบิชะงักไป. เข้าใจว่าคลอร์เตตราซัยคลินและออกซีสเตตราซัยคลินคงจะไปแสดงฤทธิ์แก่ยัคเตรีที่อยู่ร่วมกับเชอบิดแล้วทำให้เกิดผล สะท้อน ถึงเชอบิดอีก ต่อหนึ่งส่วนฟมาจิลลินนั้นเข้าใจว่าคงออกฤทธิ์ต่อเชอบิดโดยตรง. อย่างไรก็ตาม, ผลดียังเชื่อดูไม่ค่อยได้, เพราะผู้รายงานกล่าวว่ามีอุปสรรคหลายประการ.

นอกจากนี้ได้ลองใช้ยารักษาคนที่เป็นบิดอะมีบิกและเปรียบเทียบกับผลกัน, โดยติดตามการเกิดโรคกลับ. ได้ผลต่อไปนี้:

- (๑) คลอร์เตตราซัยคลิน. คนใช้ทั้งหมด ๖๕๗. โรคกลับ ๑๑๖. ไม่ได้ผล ๑๖.๖ ปร. (๒) ออกซีสเตตราซัยคลิน. คน

ใช้ทั้งหมด ๔๓๕. โรคกลับ ๓๗. ไม่ได้ผล ๘.๕ ปช. (๓) ยาชิตราชิน. คนใช้ทั้งหมด ๒๐๕. โรคกลับ ๖๕. ไม่ได้ผล ๓๑.๒ ปช. (๔) คลอร์แอมเฟนิคอล. คนใช้ทั้งหมด ๗๒. โรคกลับ ๕๓. ไม่ได้ผล ๗๓.๖ ปช. (๕) นีโอมัยซิน. คนใช้ทั้งหมด ๒๒. โรคกลับ ๑๔. ไม่ได้ผล ๖๓.๖ ปช. (๖) ฟูมาซิลลิน. คนใช้ทั้งหมด ๑๑๕. โรคกลับ ๒๔. ไม่ได้ผล ๑๔.๐ ปช.

เห็นว่าออกซัยเตตราซัยคลินให้ผลดีที่สุด (ขนาด ๒๕๐ มก. ทุก ๖ ชม. รวม ๕ ก.) เทียบกับ คลอร์เตตราซัยคลิน (๕๐๐ มก. ทุก ๖ ชม. รวม ๒๐ ก.) และ ฟูมาซิลลิน (๑๐-๒๐ มก. วันละ ๓ ครั้ง).

สำหรับฟูมาซิลลินได้ทดลองเป็นพิเศษในโรคบิดระยะรุนแรงและระยะเรื้อรัง. ติดตามผลในระยะ ๑๒ เดือน. พบว่าได้ผลดีในระยะเรื้อรังมากกว่ารายปัจจุบัน. พืชของยานี้มีกลิ่นไล่, อาเจียน, และอาการทางผิวหนัง. คนใช้ ๑ คนที่ได้รับยานี้ ๕๐-๒๐๐ มก. ต่อวันมีอาการเมื่อกัดเลือดขาวน้อยและไขกระดูกพิการ, แต่แก้ไขได้.

ผู้รายงานเสนอว่าแอนติไบโอติกพวกนี้ไม่ให้ผลสำหรับอะมีบิซิสนอกลำไส้, และย้ำถึงความไม่สมบูรณ์ของรายงานนี้เนื่องจากความลำบากในการทดลองและติดตามการดำเนินของโรค.

เทียมจันทร์ เข้มประเสริฐ พ.บ.

ปฏิกณะ

การตัดต่อมหมวกไตเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง

Zintel, Wolfuth และพวกทดลองทำการรักษาคนไข้ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงชนิดไม่ทราบเหตุอย่างรุนแรง, ทำให้ความดันเลือดต่ำลงได้โดย ไม่เกิดอาการขาดซอร์โมนของต่อมหมวกไต, โดยตัดเนื้อของต่อมหมวกไตออก ๘๘ ถึง ๙๘ ปช. (ซึ่งแต่ก่อนเขาออกเพียง ๖๐ ปช.). เขาทดลองในคนไข้ ๒๖ ราย. ใน ๕ คนได้ตัดต่อมหมวกไตออก ๕๕ - ๕๘ ปช. และตัดประสาทซิมเพเรติกได้ กระบังลม และตัดประสาทสะประดิ่งคั่นิก. ใน ๑๓ คน ตัดต่อมหมวกไตออก ๘๘-๙๘ ปช. อย่างเคียว. ใน ๒ คน, ซึ่งมีอาการรุนแรงมาก, ได้ตัดต่อมหมวกไตออกหมดทั้งสองข้าง.

ได้ติดตามคนไข้เพียง ๑๑ คน, เป็นเวลา ๔ ถึง ๑๒ เดือน. มี ๓ คนตาย. ส่วนพวกที่อยู่พบว่าความดันเลือดซิสโตลิกลดระหว่าง ๒๕ ถึง ๑๐๐ มม. ปรอท และความดันเลือดไดแอสโตลิกลดระหว่าง ๑๐ ถึง ๕ มม. ปรอท. ทั้ง ๘ คนคั่นิกมาก,

ปวดหัว, คลื่นไส้, อาเจียน, หายใจหอบ, ตามืดและ อ่อนเพลีย คั่นิกกว่าเมื่อก่อนทำการผ่าตัดต่อมหมวกไต.

ถึงแม้ว่าการติดตามคนไข้จะยังไม่นานพอ, ก็พอสรุปได้ว่าการผ่าตัดคั่นิกอาจบรรเทาอาการและลดความดันเลือดในคนไข้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้.

Thorn และคณะได้ทดลองรักษาอย่างถอนราก, โดยตัดต่อมหมวกไตออกหมดทั้งสองข้างในคนไข้ ๑๒ คนซึ่งมีโรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องมาจากความดันเลือดสูงอย่างมาก. หลังผ่าตัด ๔ คนได้ตาย โดยมีความพิการของไตและหัวใจอย่างรุนแรง. สาเหตุของการตายมาจากโรคเคมี. ๘ คนมีชีวิตอยู่. ๓ คนมีอาการคั่นิกและความดันเลือดลดลงมาก. ๒ คนมีอาการทั่วไปคั่นิกมากแต่ระดับความดันเลือดลดลงเพียงเล็กน้อย. อีก ๓ คนมีอาการคั่นิกเพียงเล็กน้อย, เช่นไม่ปวดหัวและการหอบน้อยลง. คนไข้ทั้งหมดมีหัวใจโต, ขนาดหัวใจก็ลดลง.

จากหลักฐานนี้เขาลงความเห็นว่าการผ่าตัด เอาต่อม หมวกไตออก หมกทั้งสองข้าง เป็นวิธี ที่ใช้ ได้ในคน ไข้ที่มี โรคของ หลอดเลือดอย่างรุนแรง. สำหรับโรคแทรกซ้อน และอัตรา ตายในขณะ นั้นขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรคนั้นเอง.

คน ไข้ที่มี โรคของ หลอดเลือดเกี่ยวกับ

ความดันเลือดสูง ซึ่งได้รับ ผลดีจากการทำ ผ่าตัดต่อมหมวกไต, สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ในสภาพ ปกติโดยการให้คอร์ติโซน และการเพิ่มโซเดียมผลอไรต์. ในคน ไข้บางคนอาจต้องให้เคสออกซี้ดคอร์ติโคสเตอโรนเล็กน้อยเป็นระยะไปด้วย.

ชูชาติ อุตตโรทัย พ.บ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

แผนกข่าว

(รวบรวมโดย ท.พ.)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๗

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๑,๖๗๐	๓๐๒	๘๓๓	๗๘๔	๑,๑๕๕	๒๕๕	๕,๕๕๗
เก่า	๑,๔๓๘	๑,๐๖๑	๑,๒๕๒	๓๐๗	๑,๔๕๐	๒๕๗	๖,๑๕๕
รวม	๓,๑๐๘	๑,๓๖๓	๒,๐๘๕	๑,๐๙๑	๒,๖๐๕	๕๑๒	๑๑,๗๑๒
ใน	๑๓๑	๒๑๐	๓๐๖	๕๒	๑๕๗	—	๑,๓๕๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๒๗๓ จักษุ ๑๕๐๘ สูติ-นารี ๑๒๕ รวม ๕๕๗ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๕๕ หญิง ๒๑๘ รวม ๔๗๓ คลอดตาย ชาย ๑๒ หญิง ๑๑ รวม

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๑๖ คน (๓.๘ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๗ ราย (๑๔.๗ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๑๓ ครั้ง. ข้างนอก ๒ ครั้ง. รวม ๓๑๕ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๑,๖๘๕ คน. รักษาใหม่ ๑๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๓๑ ครั้ง
ราเดียม รักษา ๒๖* คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษา
ใหม่ — ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา. ตรวจเวชเคมีตะบอกลิสม์ ๓๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๘๘๘* ครั้ง

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๗ ราย ตรวจเนื้อ ๑๕๓ ราย (จากภายนอก ๓๗ ราย). แอ็กกูตินในชั้น
๔๕. วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๖๖๘ หมู่เลือด ๕๗๓. นับเม็ดเลือด ๑๑๖. หาเชื้อบคเตรี ๑๐. ตรวจน้ำ
ไขสันหลัง ๑๐๘. อุจจาระ ๕๗๓. บัสสาวะ ๑๔๗. เสมหะและอื่น ๆ ๕๑. เพาะเชื้อจากเลือด ๖๕,
อุจจาระ ๔๘, บัสสาวะ ๑๘, น้ำไขสันหลัง ๑๐, เสมหะและอื่น ๆ ๑๐๓. นิติสัต์วัดตลอด ๒. เพาะเชื้อบค ๔๘.
ตรวจทดลองหัจจ ๓๗. ตรวจศพนิติเวช ๕๕. ตรวจของกลาง ๓.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๓ เจาะน้ำสันหลัง ๗ เจาะตับ — น้ำช่องปอด ๕
อัตรลมน้ำช่องปอด —, อัตรลมน้ำช่องท้อง ๑๐. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๔. นิติยาธิพิลิต ๔๐.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๗, ถอนฟัน ๒๖๒, อุดฟัน ๖๘, ผ่าตัดช่องปาก ๒๖.

* สถิติยอดเยี่ยม

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

น.พ. อานันท์ อินทน้อย ๕. พ.ญ. ลัดดา
วิสัย บรรหารคฤหาท ๕. พ.ญ. ทวีนศรี
อุซซัน ๖. พ.ญ. ทรงศรี วุฒิธรเนติรักษ์

ศัลยกรรม

๑. น.พ. กุณฑล สุนทร
เวช ๒. น.พ. เกษม ลิมวงษ์ ๓. น.พ.
จรัส อุกยาโรภาส ๔. น.พ. จิระศักดิ์
เนกราคม ๕. น.พ. ศิเรก คำรงค์ศักดิ์
๖. น.พ. เฉลิมชาติ รัตนเทพ ๗. น.พ.
เฉลิมพงศ์ โกมารกุลฯ ๘. น.พ. ประดิษฐ์
เจริญไทยทวี ๙. น.พ. โสภณ คันทนานันท์
๑๐. น.พ. อาทร อาทรธุระกิจ

กุมารเวช ๑. น.พ. วิสมี วรรณิสร

๒. น.พ. ปรีชา วิชิตพันธ์ ๓. น.พ.
ประสาน จรรยาวิจักษ์ ๔. น.พ. ปราโมทย์
วิธานวัคค์ ๕. พ.ญ. ประลมภ์ สกฤต-
นาค ๖. พ.ญ. สัจจิรา นิมมานนิตย์

จักษุ ๑. น.พ. ทองท้วม มหา

สุวรรณ ๒. น.พ. จิระ ศิริโพธิ์

พยาธิ ๑. น.พ. ประวิทย์ สุนทร

สีมะ ๒. น.พ. ประยุกช ฐิติสุทธิ ๓.
พ.ญ. ศรัวิวัฒนา ศีตะจิตต์

ข่าวศิษย์เก่า

มงคลสมรส ๑. นายแพทย์วิศิษฐ์ เอก
แสงศรี กับ น.ส. อนงค์ เจริญพานิช เมื่อ
วันที่ ๕ มีนาคม ๒๔๕๗ ๒. นายแพทย์
ประพฤติ ชีระคุปต์ กับ น.ส. ประภาพรรณ
นิติทิพย์ประภาค ภ.ข. เมื่อวันที่ ๕ มีนา
คม ๒๔๕๗ ๓. ร.ท. สำเนียง บุษปวนิช
กับ น.ส. ชุบ อรุณลักษณ์ เมื่อวันที่ ๒๒
มีนาคม ๒๔๕๗ ๔. แพทย์หญิงสุมนา
ณ สรขลา กับ นายแพทย์ชูชาติ อุกตโร-

ทัย เมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๔๕๗ ๕.
น.อ.ท. สักดิ์ ชีระบุตร กับ น.ส. วิมลรัตน์
ญาณเลิศ เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๔๕๗
เราขอแสดงความยินดีด้วยเป็นอย่าง
มาก และขออำนวยการให้ประสพแต่ความ
สุขสำราญตลอดกาลนาน.

คณะ พ.บ. รุ่นแรก (๒๔๕๑) นลอง

วาระสำเร็จครบยี่สิบห้าปี

แพทย์ศาสตร์บัณฑิตรุ่น พ.ศ. ๒๔๕๑

ซึ่งเช่น แพทย์ปริญาญารุ่นแรก ได้มีการ
 ฉลองการศึกษาครบ ๒๕ ปี โดยนัก
 วิชาชีพระทานอาหารร่วมกันพร้อมด้วยครอบครัว
 ทั่วทั้งหมต ณ แพทย์สมาคม ฯ เมื่อ
 วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๔๕๗. นอกจากนั้น
 ได้เชิญบรรดาอาจารย์ทั้งสิ้นที่ยังคงมีชีวิต
 อยู่, ผู้ใหญ่ในวงการแพทย์, และเพื่อน
 พ้องแพทย์ที่เคารพนับถือและรักใคร่ไป
 ร่วมด้วย โดยเฉพาะแพทย์ที่สำเร็จก่อน
 สามปี และหลังสามปี ซึ่งเคยได้มีชีวิต
 กินนอนร่วมกันในศิริราช

ได้มีผู้ไปร่วมสนุกสนาน เป็นจำนวน
 มาก รวมแพทย์ชั้นอาวุโส เช่น พระยา
 บริรักษ์เวชชการวัจมนตรีว่าการกระทรวง
 สาธารณสุข อธิบดีกรมมหาวิทยาลัย
 แพทยศาสตร์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดี
 กรมการแพทย์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์
 ศิริราชพยาบาล คณบดีคณะแพทยศาสตร์
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณบดีคณะ
 เภสัชศาสตร์ ก็ได้ให้เกียรติไปร่วมใน
 งานด้วย.

ในโอกาสนั้น แพทยศาสตร์บัณฑิต
 พ.ศ. ๒๔๗๑ ได้จัดพิมพ์หนังสือที่ระลึก
 ขึ้น ๑ เล่ม และร่วมใจกันรวบรวมเงิน
 จำนวน ๑๐๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาท)

มอบให้แก่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 โดยตั้งเป็น “ทุนแพทยศาสตร์
 บัณฑิต รุ่น พ.ศ. ๒๔๗๑” เพื่อใช้ผล
 ประโยชน์อุดหนุนนักศึกษาแพทย์ที่เรียนดี
 และขาดแคลน ในการนั้น นางสาววลัย
 ชุติชเชศ ภรรยา นายแพทย์เหรียญ ชุติ-
 ชุเชศ เพื่อนร่วมรุ่นซึ่งถึงแก่กรรมไป
 แล้วได้ไปร่วมด้วย และมอบเงินสมทบ
 ๑๐๐๐ บาท.

อนึ่งในเวลาต่อมา พล.ร.จอมพล ป.
 พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีได้กรุณา
 มอบเงิน ๕๐๐๐ บาทไปร่วมสมทบทุน,
 กับนายอิ สวรรณ บิดานายแพทย์เม่งกิม
 สวรรณ แพทยศาสตร์บัณฑิต ๒๔๗๑
 ผู้ถึงแก่กรรมไปแล้วมอบเงินอีก ๕๐๐
 บาท รวมทุน “แพทยศาสตร์บัณฑิต รุ่น
 พ.ศ. ๒๔๗๑” ในบัดนี้ ๑๕๕๐๐ บาท.

เราขออนุโมทนาในสามัคคีธรรมของ
 คณะแพทยศาสตร์บัณฑิต ๒๔๗๑ นี้ หวัง
 ว่าตัวอย่างที่ดีซึ่งคณะนี้ได้จัดทำขึ้นคงจะมี
 ผู้รับทอดต่อไป คงจะได้ฉลองกันทุก ๆ ปี
 และมีทุนสำหรับช่วยเหลือน้อง ๆ เพิ่มขึ้น
 เรื่อย ๆ ด้วย.

ณาปนกิจ เมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๔๕๗

๑๖๖๖

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

๑๖๖๖

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

๑๖๖๖

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

๑๖๖๖

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

๑๖๖๖

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

กรมการช่าง

บุญอิต ได้จัดให้ม็ชนทางภาคเหนือ และ
 ประสิทธิภาพสำเร็จดีมาก ทั้งในด้านเผยแพร่
 วิชาการศึกษา การสังคม และความ
 สามัคคีของพวกเขา และที่ประชุมได้เลือก
 ข้าพเจ้าเป็นประธานกรรมการจัดการประชุม
 และ พล.ต. สงวน โรจนวงศ์ เป็นรองประ
 ธาน ก็ขอมอบให้ข้าพเจ้าทั้งสองไปจัดตั้ง
 คณะกรรมการขึ้นเอง

คณะแพทย์ภาคกลางในถิ่น คือแพทย์
 ในเขตภาค ๑, ๒ และ ๗ รวม ๒๖ จังหวัด
 ด้วยกันคือ พระนคร, ฉะบับ, อยุธยา,
 ลพบุรี, ชัยนาท, สิงห์บุรี, อ่างทอง,
 สระบุรี, ปทุมธานี, นนทบุรี, ฉะเชิงเทรา,
 นครนายก, ปราจีนบุรี, ชลบุรี, ระยอง,
 ตราด, จันทบุรี, สมุทรปราการ, สมุทร
 สงคราม, สมุทรสาคร, นครปฐม, สุพรรณ
 บุรี, กาญจนบุรี, เพชรบุรี, ราชบุรี, และ
 ประจวบคีรีขันธ์ จะได้ร่วมกันเป็นเจ้าของ
 บ้าน ส่วนแพทย์ในภาคอื่นถือว่าเป็นแขก
 ซึ่งจะได้เชิญมาร่วม ประชุมด้วยพร้อมทั้ง
 ครอบครั

ในการประชุมครั้งนี้ จะได้จัดห้อง
 ประชุมของโรงเรียน พิบูลบำเพ็ญ เป็น
 สถานที่ประชุมและการแสดงต่างๆ ที่เกี่ยวกับ
 วิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่วนสถานที่

พักคืออาคารแสนสุข และในวิทยาลัย
 บางแสน กำหนดงดออกจากสมาคมแพทย์
 เวลา ๘.๐๐ น. วันพุธ ที่ ๑ และกลับใน
 วันที่ ๔ กันยายน สำหรับรายละเอียดจะ
 ได้แจ้งให้ทราบภายหลัง

ในโอกาสนี้หวังว่าพวกเราคงจะยินดี
 และเต็มใจที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนให้
 การประชุมแพทย์ ภาคกลางครั้งนี้ สำเร็จ
 ลุล่วงไปด้วยดี คณะกรรมการจัดการ
 ประชุมแพทย์ ภาคกลางจึงได้ตกลงกันว่า
 จะขอร้องให้ บรรดาแพทย์ในภาคกลางนี้
 ช่วยเหลือ โดยออกเงิน อย่างน้อยคนละ
 ๒๐๐ บาท และถ้าจะมีผู้ติดตามไปด้วย
 ก็คิดเพียงคนละ ๑๐๐ บาทถ้าท่านผู้ใดจะ
 มีจิตศรัทธาช่วยเหลือมากกว่านี้ ก็จะเป็นที่
 ยินดีและอนโมทนายิ่ง ขอท่านผู้แสดง
 ใจนงคึนคึรับเป็นเจ้าภาพ เพื่อช่วยในการ
 นี้ รวมทั้งท่านผู้ประสงค์จะไปร่วมประชุม
 ทั้งหลาย กรุณาติดต่อกับนายแพทย์สนอง
 อนุบาล เลขานุการจัฒประชุมแพทย์ภาค
 กลาง ที่แพทย์สมาคมฯ ก่อนวันที่ ๑๕
 สิงหาคม ด้วย เพื่อความสะดวกและเรียบ
 ร้อยในการเตรียม พาหนะและสถานที่สำ
 หรับที่ต้อนรับ กับท่านผู้ใดมีเรื่องที่จะบรร
 ยาย หรือแสดงก็ขอได้โปรดติดต่อกับ

นายแพทย์ สุก แสงวิเชียร ประธานจัดการประชุมทางวิชาการ ที่โรงพยาบาลศิริราช ก่อนวันที่ ๑๕ สิงหาคม เช่นเดียวกัน ทั้งนี้หวังว่าคงได้รับความร่วมมืออย่างดีจากพี่น้องและเพื่อนแพทย์ทุกท่าน และคณะแพทย์ภาคกลางขอถือโอกาสเชิญแพทย์ในภาคอื่น ๆ และครอบครัวมาร่วมประชุมครั้งนี้นด้วย.

ขอแสดงความนับถือ

พ.ท. หลวงประจักษ์ เวชชสิทธิ์

ประธานกรรมการ

จัดการประชุมแพทย์ภาคกลาง

ระเบียบวาระการประชุมแพทย์ภาคกลาง ณ หาดวอนนภา ตำบลบางแสน วันที่ ๑-๔ กันยายน ๒๔๕๑ วันพุธที่ ๑ กันยายน

๑๑.๐๐ น. เปิดการประชุมแพทย์ภาคกลาง โดย พณฯ ร.ม.ต. สาธารณสุข เสร็จแล้วผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี กล่าวคำปราศรัยต้อนรับ

๑๒.๐๐ น. ร่วมรับประทานอาหารกลางวัน พร้อมด้วยคณะกรรมการจังหวัด คณะเทศมนตรี และพ่อค้าคหบดีของจังหวัดชลบุรี

๑๓.๐๐ น. เปิดประชุมทางวิชาการ

๑๖.๓๐ น. ประธาน -- นายแพทย์

สุก แสงวิเชียร ประธานในที่ประชุม -- พ.อ. นายแพทย์ พิง พินทุโยธิน นายแพทย์ สมัย จันทวิมล ขรรขยาย "การแพทย์ในประเทศไทย" ร.อ. นายแพทย์ ชลิต จุลโมกษ์ ขรรขยาย "Uterine rupture" นายแพทย์ วิกิจ วิรานูวัต และนายแพทย์ ประชา พิเศษสุรฤทธิ ขรรขยาย "การตรวจสมรรถภาพของตับโดยวิธีง่าย ๆ" นายแพทย์ สมศักดิ์ พันธุ์สมบุญ ขรรขยาย "โอกาสที่ชายไทยจะหลุดพ้นจากการกล่าวหาว่าเป็นพ่อเด็ก" แพทย์หญิง ศรัวิวัฒนา คีตะจิต และ นายแพทย์ สงัด กาญจนกฤษสร ขรรขยาย "การวินิจฉัยมะเร็งในระยะแรกโดยการย้อมตามวิธีของ Papanicolau"

๑๘.๐๐ น. อาหารเย็น

๑๘.๓๐ น. ประชุมวิชาการต่อ

๒๑.๐๐ น. แพทย์หญิง ตระหนักจิตต์ ทรินสุต ขรรขยาย "การเกิดพยาธิสภาพในมาลาเรีย" นายแพทย์ ภูษาณชาติกวนิช ขรรขยาย "ศิลากรรมกล้ามเนื้อหัวใจ"

๒๑.๐๐ น. ภาพยนตร์ประกอบคำอธิบายเรื่อง "Aviation Medicine" และอื่น ๆ

วันพฤหัสบดี ที่ ๒ กันยายน

๐๘.๑๕ น. ประทานในที่ประชุม-นายแพทย์ สมาน มันทากรณ์

๑๐.๐๐ น. นายแพทย์ หลวงอายุรภิโกศล บรรยาย "การประชุมสภาวิทยาศาสตร์ภาคแปซิฟิก ครั้งที่ ๘ ทัมมะนิลา" นายแพทย์ อารุช ภูมระภา และนายแพทย์ สุพาคน์ ขรพัฒน์ บรรยาย "แท้ง" พ.อ. นายแพทย์ พิง พินทุโยธิน บรรยาย "การวิเคราะห์ชิ้นเนื้อ (biopsy) ในโรคเฉพาะสตรีของโรงพยาบาลทหารบก"

หยุดพัก ๑๕ นาที

๑๐.๑๕ น. นายแพทย์ สักขี อธิระบุตร บรรยาย "Costen's Syndrome"

๑๒.๓๐ น. นายแพทย์ นิตดา ศิริยาภย์ บรรยาย "การรักษาริดโรคโดยการฉีดลมเข้าสู่ท้อง" นายแพทย์ พรวิภา เวชช์ บรรยาย "การเจาะคอในโรคคอค้ำ" แพทย์หญิง สุภา ฌ นคร บรรยาย "Mediterranean anemia"

๑๒.๓๐ น. อาหารกลางวัน

๑๓.๓๐ น. นำเที่ยว ขอน้ำร้อน บึงพระ ศิวราชา พักยา สัตหีบ และเกาะต่างๆ

๑๕.๐๐ น. อาหารเย็น

๒๐.๐๐ น. การแสดงเบ็ดเตล็ด และภาพยนตร์

วันศุกร์ ที่ ๓ กันยายน

๐๘.๑๕ น. ประทานในที่ประชุม-นายแพทย์ สมนัย จันทวิมล

๑๐.๐๐ น. นายแพทย์ สมาน มันทากรณ์ บรรยาย "Cardiac catheterization" นายแพทย์ ทิถิ จิ่งเจริญ บรรยาย "Indices of Comfort" นายแพทย์ นินาท ชินะโชติ บรรยาย "Pneumoconiosis"

หยุดพัก ๑๕ นาที

๑๐.๑๕ น. แพทย์หญิง วันดี ไวสำรวจ บรรยาย "Electroencephalography"

๑๒.๓๐ น. ร.ท. นายแพทย์ สุจินต์ จารุจินดา บรรยาย "โรค Gout" นายแพทย์ จำลอง หะรินสุต บรรยาย "ผู้ขี้ค่อมมีค่อมในค่อม และ โรงเรียนโรคประเทศร้อน" นายแพทย์ ประพนธ์ เสวีรัตน์ บรรยาย "Caesarean Section"

๑๒.๓๐ น. อาหารกลางวัน

๑๓.๓๐ น. นำเที่ยว อ่างศิลา อำเภอเมือง ชมโรงงานทำน้ำตาล โรงงานทำแป้ง และโรงงานทำน้ำตาล

๑๘.๐๐ น. การเลี้ยงอย่างกันเอง ที่ชายหาดแสนสุข (แต่งกายตามสบาย) คุยความเอื้อเฟื้อของชาวชลบุรี

วันเสาร์ ที่ ๔ กันยายน

๐๗.๓๐ น. อาหารเช้า

๐๘.๐๐ น. ออกเดินทางกลับ

๑๑.๐๐ น. ถึงแพทย์สมาคม ฯ

นอกจากนี้ ยังมีเรื่องอื่น ๆ อีก อาทิ เช่น Cancer of upper third of thoracic esophagus ของนายแพทย์ เฉลี่ย วัชรพุกก์ เรื่องพยาธิลำไส้ในประเทศไทย ของแพทย์หญิง สุวัชร วัชรเสถียร และเรื่องการประชุมสังคมนของ

นายแพทย์ ชาญวิทย์ สุทธิพงศ์ ซึ่งจะได้หาโอกาสบรรยายในการประชุม หรือในการประชุมประจำเดือนของแพทย์สมาคม ในโอกาสต่อไป

อันระหว่างการประชุมแพทย์ภาคกลาง นี้ จะมีห้างร้านต่าง ๆ ไปร่วมเปิดการแสดงทุนนี้ด้วย เป็นจำนวนมาก กับทั้งมีภาพแสดงการสกัดน้ำมันตับปลา และการทำนํานมถั่วเหลือง ของกองอาหารและยา มีการแสดงภาพ เครื่องใช้ และคำอธิบายการผลิต Diphtheria Toxoid, Pertussis Vaccine, Rabies Vaccine และ B.C.G. Vaccine ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการแสดงเครื่องมือทำ Cardiac catheterization ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ Specimens ต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศิริราชให้ชมด้วย.

หน้าสำหรับนิลลิต



เมืองบอสตัน

บอสตันเป็นเมืองหลวงของรัฐแมสซาชูเซตส์, รัฐหนึ่งของแคว้นนิวอิงแลนด์ (New England) ซึ่งประกอบด้วยรัฐคอนเนคติกัต, เมน, แมสซาชูเซตส์, นิวแฮมเชียร์, โรดไอแลนด์และเวอร์มอนต์. นิวอิงแลนด์ตั้งอยู่ทางเหนือสุดของสหรัฐอเมริกาทางฝั่งมหาสมุทรแอตแลนติก. ชาวเมืองส่วนมากประกอบด้วยชาวอังกฤษ ดิอัสทริปริแทน, ซึ่งอพยพมาตั้งรกรากอยู่ในนิวอิงแลนด์เมื่อศตวรรษที่ ๑๗. ปริแทนมาจากคำว่า "purity" คือความสะอาดหมดจด. เป็นพวกที่ครั้งหนึ่งในอังกฤษต้องการจะเปลี่ยนแปลงนิกายอังกฤษ (Church of England) ซึ่งสถาปนาโดยราชินีเอลิซาเบทที่ ๑ ให้สะอาดหมดจดปราศจากพิธีการเคลือบคลุม. เพราะฉะนั้นคนพวกนี้จึงเคร่งครัดในศีลธรรมและศาสนา. นอกจากนั้นยังมีปัญญาหลักแหลมและตั้งใจจริง. คนหนุ่มจึงมีคุณธรรมอันดีประจำตัวอยู่, ทำให้แผ่นดินอันเป็นโชคเขามีอากาศหนาว

เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอกลายเป็นแผ่นดินอันอุดมไปด้วยอุตสาหกรรม, และปัจจุบันสามารถเลี้ยง ๑/๑๕ ของประเทศได้ทั้งมีเนื้อที่ ๑/๔๕ ของประเทศเท่านั้น.

ชาวปริแทนเป็นพวกที่ทำให้นิวอิงแลนด์นำหน้าในวัฒนธรรม, สติปัญญาและทางวัตถุ. อุดมคติและมาตรฐานในการปกครอง, การศาสนา, อักษรศาสตร์และการศึกษาของพวกเขาจึงเป็นแบบฉบับสำหรับประเทศ. ชาวปริแทนได้เป็นผู้นำอิสรภาพของการศึกษา. สร้างมหาวิทยาลัย โรงเรียน เอกชน และห้องสมุดครั้งแรกในประเทศ. ปรัชญาเมธี, กวีและนักเขียนชาวนิวอิงแลนด์เป็นผู้นำในสุวรรณยุคของอักษรศาสตร์อเมริกัน, ในขณะที่พลเมืองส่วนอื่นของประเทศกำลังต่อสู้กับความข่าเถื่อนของภูมิภาค. มหาวิทยาลัยมีชื่อเสียง, โรงเรียนชั้นสูง, สถาบันการศึกษาและวิทยาศาสตร์ได้นำและกำลังนำอยู่, เป็นเครื่องดึงดูดคนนักศึกษาทุกแห่งของประเทศและทั่วโลก.

บอสตันเป็นเมืองใหญ่ที่ ๑๐ ของสหรัฐอเมริกา, มีพลเมืองเพียง ๘ แสนกว่าคนเท่านั้นแต่ เช่นเหมือน เพชรนาหนึ่ง ของนิวยอร์ก แลนด์, ของประเทศ, และของโลก. เมื่อพูดถึง การศึกษา สมเด็จพระราชบิดากรรม หลวงสังฆลานครินทร์ทรงทราบถึงความสำคัญของบอสตัน, จึงได้ทรงพระอนุชาหะ ก้วยชัคคียมานะ, สละความสขความสำราญและความ ยิ่งใหญ่ ทั้งมวล มาเป็นนักศึกษาแพทยศาสตร์ ธรรมคาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด, ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกและคึกคักที่สุดของประเทศ. มากกว่า ๕๐ ปีช. ของชาวบอสตันได้รับการศึกษาจากโรงเรียนชั้นสูง. รัฐแมสซาชูเซตต์มีสถานประสาทปริญญามากกว่าที่อื่นในสหรัฐ. นอกจากมหา วิทยาลัยฮาร์วาร์ดแล้วยังมีมหาวิทยาลัยอื่น ๆ อีก, เช่น M.I.T. หรือ Massachusetts Institute of Technology, เป็นโรงเรียนที่คนคึกคักที่สุดของประเทศ, มหาวิทยาลัยบอสตัน, คัพิตส์, นอร์ทอีสเตอร์น, สัฟฟอล์ค, โรงเรียนชั้นสูงของการคนตรี, ศิลปะและโรงเรียนเภสัชศาสตร์แห่งแมสซาชูเซตต์, สำหรับสตรีมีโรงเรียน โดยเฉพาะซึ่งชื่อเสียงดังไม่แพ้มหาวิทยาลัยสหศึกษา, เช่นแรก

คิลฟีฟ, ซิมมอนส์, แจคซัน, เวลส์เลย์และเรย์ส. มหาวิทยาลัยและโรงเรียนชั้นสูงเหล่านี้ได้ และกำลังประสาทความรู้ให้แก่คนไทยเป็นจำนวนไม่น้อย. ผู้ที่สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดมีสมเด็จพระราช บิดากรรม หลวงสังฆลานครินทร์และ ม.ล. เอกชัย กำภ. ผู้ที่มาเรียน ต่อภาย หลังสำเร็จแพทย์ เมืองไทยแล้วมีนายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ, คนบคิสาธารณศุขศาสตร์ปัจจุบัน. กำลังเรียนอยู่ในมหาวิทยาลัยมีแพทย์ ๗ คน, ุระกิจ ๒ คนและสถาปัตยกรรม ๑ คน. นางพยาบาลที่สำเร็จจากฮาร์วาร์ดมี นาง (จำนนารถ) พิณพากย์พิทยาเพท, นางจำรัสภมรมนตรี, น.ส. เจนจิรา เบราระกุล, น.ส. อบ พิศลยบุตรและนางสีง นิจาดาร. นางพยาบาล เหล่านี้ มีหน้าที่ใหญ่โตในเมืองไทย, ดังที่ทราบกันแล้ว. ที่มหาวิทยาลัยคัพิตส์มีทันตแพทย์หญิง ๑ คน, นักศึกษาวิศวกรรมศาสตร์ ๒ คน. ผู้ที่เริ่มเรียนแพทย์ใหม่มี ๒ คน. ที่มหาวิทยาลัยแห่งบอสตันไม่มีแพทย์, มีพยาบาลเรียนอยู่ ๒ คน. นอกจากนั้นกำลังเรียนธุรกิจ, การเงินและออบคิศาสตร์อีก ๘ คน. ที่ M.I.T. มีนักเรียนไทยอยู่ ๕

คน ผู้ที่สมัครสอบเข้าได้ที่สุด ควรจะเป็น
คุณเข่าว สำเร็จจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ด้วยมาทำ M. Sc. ได้ภายในเวลา ๘ เดือน.
เวลานี้กำลังทำคือคเตอร์อยู่. ในโรง
เรียนชั้นสูงสำหรับสตรีมีนักเรียนสตรีไทย
อยู่เกือบทุกแห่ง. ที่แรกคือลัทธิมีชัยนิต
หญิงจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๓ คน,
ที่ชมมนอนต์และเวลส์เลย์มีนักเรียนหญิงที่
สามารถทำข้อให้คนไทยได้มาก.

การศึกษาที่ขอสตั้นเป็นการศึกษาที่
ยากลำบาก, เพราะชั้นแรกการเข้ามหา
วิทยาลัยเป็นการแข่งขันกัน. ถ้าไม่คิ
จริง ๆ ก็ไม่อาจเข้าเรียนได้. โดยเฉพาะ
อย่างเช่นฮาร์วาร์ดและ M.I.T. เมื่อเข้า
เรียนแล้วครูกวดขันอยู่ทุก ๆ อาทิตย์. แม้
แต่ทำปริญญาคือ, เช่นมาสเตอร์และ
คือคเตอร์, ก็ถูกกวดขันไม่ได้หยด.
เพราะฉะนั้นไม่มีทางหนีเรียน. นอกจาก
นั้นเขายังมีวิธแปลกคือเขารับนักเรียนย
หนึ่ง ๆ จากค. ค้วยเหตุนี้ทุก ๆ ปีเขาจะ
ไว้ก่อนว่าจะต้องสอบได้เท่านั้น ๆ. เช่นที่
Harvard Business School เขาต้อง
การให้ได้เพียง ๕๐ เปอร์เซ็นต์. เท่านั้น. เพราะ
ฉะนั้นถ้าใครได้หมายไม่ได้อยู่ตอนหลัง,

แม้จะโตกระแนนที่เขาจะไว้ก็ตาม, อาจจะ
ตกไม่ได้เรียนต่อไป. ทั้งนี้เพื่อให้โอกาส
คนอื่นที่ฉลาดและขยันกว่าเขาเรียนบ้าง.
เขาทำได้ตามสบายไม่เห็นมีใครร้องเรียน
ถึงรัฐมนตรีว่าไม่ยุติธรรม, ทั้ง ๆ ที่สห-
รัฐอเมริกาก็เป็นประเทศที่มีอิสระเสรี-
ภาพอยู่เต็มที. ท่านคงสังเกตตอนต้นแล้ว
ว่าฮาร์วาร์ด ในปัจจุบันไม่มีนักเรียน
แพทย์ไทยเลย. การเรียนแพทย์เป็น
การเรียนที่ลำบากยากเย็นกว่าทุกแผนก,
เพราะฉะนั้นผู้ที่เขาไปเรียนแพทย์จะต้อง
เป็นคนเอาจริง. บางคนฉลาดก็สอบเข้า
ไปได้. แต่เมื่อเห็นเพื่อนตนเรียนวิชาอื่น
ภายในเวลา ๒-๓ ปีสำเร็จก็เกิดท้อใจ,
หันไปเรียนวิชาอื่นเสียก็มี. ที่น่าสังเกต
อย่างหนึ่งคือนักศึกษาแพทย์หญิงในเมือง
ขอสตั้น, ตามที่ถามนักเรียนแพทย์ชายค
ได้ความว่ามีเพียงราว ๆ ๓๐ เปอร์เซ็นต์. เท่านั้น
ที่มหาวิทยาลัยทัฟต์. ไม่มีเกลื่อนกลาด
เหมือนในบ้านเรา. อาจจะเป็นเพราะว่า
สตรีในขอสตั้นยังไม่ไหวตัวดีเหมือนสตรี
ไทยก็ได้.

วิธีคืออย่างหนึ่งของอเมริกัน, ที่ทำ
ให้นักเรียนต่างชาติเกาะเรือการเรียนไม่

* อาจจะมีเรื่องการเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ของขอสตั้น เล่าให้ท่านฟังในโอกาสหน้า.

ในชั้นต้น... (Text continues with vertical columns of Thai script, including the word 'General Hospital')
...
(๑)
...
๒๓๓๓

๒๓๓๓... (Text continues with vertical columns of Thai script)
...
๒๓๓๓

(Father of Neurosurgery), เมื่อ
 คุชชิง ยังมีชีวิต อยู่เป็นเหมือน ตักกะศิลา
 แห่งวิชาประสาทศัลยศาสตร์. แพทย์ทั่วโลก
 จากอังกฤษ, เยอรมัน, ฝรั่งเศส,
 สวีเดน, นอร์เวย์, เดนมาร์ก, ออสเตรเลีย,
 อิตาลี, ญี่ปุ่น, ฯลฯ, มาศึกษา
 วิชาจากคุชชิง. เวลานั้นท่านเหล่านั้น
 ต่างก็เป็นผู้นำให้วิชาในประเทศของตน.
 ร.พ. นั้นขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด,
 หลวงพิณพาทิตยาแพท, คณะบดีคณะ
 แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, เคย
 ทำงานอยู่ในแผนกรังสีวิทยาของโรงพยาบาล
 นี้. ถ้าคนไทยไปเยี่ยม ร.พ. ปีเตอร์
 เบ็นท์บริกแฮม ศาสตราจารย์ซอสแมนจะ
 อธิบายของของ คุณหลวงพิณ พ. เสมอ,
 เวลานั้น พ.ท. ประเคิม พิศผล กำลังเข้าไป
 ทำงานอยู่. ร.พ. เบธอิสราเอล (Beth
 Israel) ก็ขึ้นอยู่กับฮาร์วาร์ด, มีเตียง
 ๒๕๐ เตียง, เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงแห่ง
 หนึ่ง. พวกหมอประกอบด้วยชาติยิวเป็น
 ส่วนมาก, เพราะฉะนั้นคนทำงานและคน
 ไข้ก็มักจะเป็นยิวไปด้วย.

เด่นอยู่ในเวลาของการแพทย์แห่งหนึ่ง
 คือโรงพยาบาลเด็ก (The Children's
 Hospital) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัย

ฮาร์วาร์ด. ศัลยกรรมของเด็กมีชื่อ
 เสียงมาตั้งแต่สมัยวิลเลียม แลคแล้ว. เมื่อ
 สืบต่อ ทอดมาถึง ลุกคิซีย์ โรเบิร์ต กรอสส์
 (R. Gross) ก็ยิ่งถนัดขึ้นไปอีก, เพราะ
 กรอสส์ เป็นผู้นำคนหนึ่ง ทางศัลยศาสตร์
 ของหัวใจ. อีกแผนกหนึ่ง ที่ช่วยเปี่ยม
 ของโรงพยาบาลเด็กก็คือแผนก ประสาท
 ศัลยศาสตร์ ซึ่งกำลังนำหน้าแห่งหนึ่งใน
 สหรัฐ. แพทย์ไทยที่กำลังทำงานอยู่ใน
 แผนกรังสีวิทยาของ ร.พ. เด็ก คือ นาย
 แพทย์ทวี ตันติวงศ์.

แผนกสัณนิเวศวิทยาของมหาวิทยาลัย
 ฮาร์วาร์ดอยู่ที่ ร.พ. ขอนสตัน ลัยอิงก์
 อิน, มีเตียงอยู่ ๒๒๐ เตียง, มีความ
 เก่าแก่และสำคัญไม่น้อย.

มหาวิทยาลัย ขอนสตันมี โรงพยาบาล
 ประจำอยู่หลายแห่ง. ที่สำคัญคือโรง
 พยาบาลแห่งเมืองขอนแก่น, ซึ่งใหญ่โต
 มาก, มีเตียงถึง ๒๐๐๐ เตียง, มีสถ
 ยันมัลลอรี่ (Mallory Institute) ซึ่ง
 นายแพทย์ซุนครีภัสเคยเรียนมาอยู่. ทาง
 ประสาทวิทยาของ โรงพยาบาลนั้นนับว่านำ
 หน้าในขอนแก่น มี เด็นนีย์เบรอน (Denny
 Brown ลุกคิซีย์ Sherrington) เป็น
 ศาสตราจารย์หัวหน้า (ศาสตราจารย์ฮาร์

วาร์ต). เกยวกับอุบัติเหตุได้ทำชื่อเสียงไว้มาก, ในทางออร์โธปิดิคและประสาทศัลยกรรม. นอกจากนี้มีโรงพยาบาลที่ระลึกแห่งแมส (Mass Memorial Hospital) ซึ่งกอบเอาชื่อไว้ออแรง, เพราะสมิทวิก (Smittwick) ผู้ซึ่งนำในการผ่าตัดเพื่อรักษาความกันโลหิตสูง. โรงพยาบาลนี้มีเตียงอยู่ ๔๕๐ เตียง.

มหาวิทยาลัยทัฟต์ส (Tufts) มีโรงพยาบาลกลางแห่งนิวอิงแลนด์ (New England Central Hospital) เป็นแหล่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วย. มหาวิทยาลัยแพทย์แห่งนี้มีชื่อเสียงเกยวกับโลหิตวิทยามาก, เพราะมีแคมเชก (Dameschek) อยู่, และยังมีศัลยแพทย์ทางปอด ทมผมอหา เทียมยาก อีกคนหนึ่งคือ โอเวอร์ซอลต์.

โรงพยาบาลอิสสระทมซอเสียง แต่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัยใดมีไม่น้อย. ที่สำคัญคือ ร.พ. แบ็ปติสต์ (Baptist Hospital) และ ร.พ. ดีคอนีส (Deaconess Hospital) ส่วนมากขึ้นอยู่กับเลฮี คลินิก (Lahey Clinic) ซึ่งจะได้บรรยายให้ฟังในโอกาสหน้า.

จากบทความก่อนท่านจะเห็นว่าฮอสตัน

มีสถาบันการศึกษาทุกแขนงมิใช่แต่แพทย์เท่านั้น. ท่านอยู่ในฮอสตันเมืองเคียวท่านก็มีเวลาไม่พอสำหรับเรียนอะไรให้ทั่วถึง. ท่านอยากเห็นกรุงเทพ ฯ ของเรามีสถานการศึกษาอย่างนียงใหม่? เรียนแบบที่ดีของเพื่อนชาวอเมริกันให้ได้, แล้วท่านจะได้เลิกขุ่นว่ามหาวิทยาลัยไทยไม่มีอะไรก็เลย. ท่านไม่ช่วยให้มันคน, โรงเรียนแพทย์ของเราจะดีขึ้นอย่างไร.

ในกีฬาเอเชียครั้งที่ ๒ ที่กรุงมะนิลา, พ.ศ. ๒๔๙๗, ถึงแม้ว่าจะมีนักกีฬาบางประเทศที่คิดเกินไปมากประการใดก็ตาม, เมื่อพูดถึงส่วนรวมทั่ว ๆ ไปแล้ว, ไม่มีใครสู้ญี่ปุ่นซึ่งชนะเป็นที่ ๑ ตามเคย (ชนะครั้งแรกที่นิวเคลย์), โดยได้แต้มรวม ๒๓๕๐. รองลงมาได้แก่ฟิลิปปินส์ซึ่งได้ ๑๗๓๖.๕ แต้ม. ในการกีฬาไม่มีการได้เปรียบเสียเปรียบกันที่ไหนเลย, ไม่มีการใช้เครื่องยนต์กลไกพิเศษพิศดาร, หรือที่ซอมเป็นพิเศษ. สนามหญ้าและสระน้ำมีอยู่ทุกบ้านทุกเมือง. ทำไมญี่ปุ่นถึงสู้นักกีฬาชาวยุโรปและอเมริกันได้ในกีฬาโอลิมปิค, และทำไม่ถึงทั้งชาวเอเชียอื่น ๆ เสียเลย, ทั้ง ๆ ที่เงินและ อินเคียก็เช่น มหาประเทศ

ด้วยกัน.

ส่วนน้อยของชาวเอเชียอื่น ๆ มีความ
ส่วนมากของชาวญี่ปุ่น มีความแข็ง
แกร่งขยันหมั่นเพียรเป็นอันดับต้น

แข็งแกร่งขยันหมั่นเพียรเป็นอันดับต้น.

อุดม ไปชะกฤษณะ

เฉพาะท่านที่สนใจ

สมัครรวมวิชาการ ปกแข็ง ราคา ๓๕.๐๐ บาท

สมัครรวมวิชาการ ปกอ่อน ราคา ๒๕.๐๐ บาท

สารศิริราชฉบับพิเศษ ราคา ๒๐.๐๐ บาท

คำสั่งไปรษณีย์ เล่มละ ๒.๐๐ บาท

บทกทหายสมุด

๑. เรามีความยินดีที่การจัดทำ “ฉบับแพทย์ประจำบ้าน” ได้สำเร็จลงเป็นครั้งที่สอง, โดยต้องออกต่ำกว่าที่กะไว้ถึงสองเดือน. ทั้งนี้เพราะแพทย์ประจำบ้านทุก ๆ คนมีงานเต็มมือ, หากคนช่วยร่วมมือได้ยาก. การที่สามารถจัดฉบับนี้ออกมาได้ก็ด้วยความตั้งใจของแพทย์ประจำบ้านส่วนหนึ่งซึ่งพยายามมากขึ้นอย่างยิ่งที่จะเสริมสร้างต่อไปให้ “ฉบับแพทย์ประจำบ้าน” กลายเป็นประเพณีประจำศิริราชต่อไป. เราขอแสดงความยินดีที่ด้วยท่านเหล่านั้นเป็นอย่างยิ่ง. ข้อของท่านได้มีปรากฏอยู่ในหนังสือเล่มนี้แล้ว.

๒. คุณหมอชชาติ ทองชัย ได้ถือโอกาสการที่ได้พบคนไข้โรคซึ่งหายากส่งรายงาน “ใส่เลือนกระบี่งลม” มาให้เรา. นอกจากจะเป็นการเสนอโรคที่น่าสนใจ, ยังเป็นหลักฐานอย่างดี ถึงความก้าวหน้าในทางศัลยกรรมของเราอย่างน่าพอกพมใจ. หากคนไข้ได้มาเมื่อสักสิบปีก่อนแพทย์คงอึดอั้นใจเต็มประมาณ, เพราะการผ่าตัดเข้าไปในช่องอกนั้นเป็นเรื่องที่น่าทึ่งทำกันครั้งหนึ่ง. แต่ในปัจจุบันทำกันเป็น

ของธรรมดา. รู้สึกกว้าง ๆ เหมือนผ่าเข้าไปในช่องท้องเหมือนกัน. การดูแลรักษาภายหลังการผ่าตัดก็นับว่าได้ผลดีมาก. เพียงสืบกว่าวันคนไข้ซึ่งเมื่อมาอยู่ในสภาพ “วังลงเขา” ก็ได้ถูกส่งกลับขึ้นไปอยู่ “บนยอดเขา” ในลักษณะสบายและกระปรี้กระเปร่าก็แล้ว. แม้เราเป็นเพียงผู้อ่านก็อดพลอยดีใจไปด้วยไม่ได้, ทั้งกับคุณหมอผู้ผ่าตัด, คุณหมอผู้รายงาน, และกับคนไข้เอง.

๓. เรื่องของคุณหมอประเสริฐ ทุมวิภาคนำปัญหาเกี่ยวกับเรื่องคำแปลสำหรับ “พอเรนยอดยี่”. หลายท่านนิยมใช้ “สิ่งแปลกปลอม” แต่เรายังไม่ค่อยอยากจะยอมรับใช้ด้วย, เพราะยังไม่เห็นมีการปลอมแปลงอะไรที่ไหน. ถึงคำว่า “สิ่งผิดที่” ซึ่งใช้ในหนังสือนี้ก็ยังมีใช้เป็นที่พอใจนัก. ข้างที่การอะลุ่มอะหล่วยใช้ “สิ่งแปลกที่” อาจจะดีขึ้นกระมัง. จะใช้คำอะไรก็ตาม การที่สายสร้อยคอ พร้อมด้วย ลอกเกิดทั้งอันตกลงไปค้างอยู่ภายในปอดส่วนลึกเป็นเวลาถึงหลายเดือนต้องยอมรับเป็นเรื่องแปลกแน่. สิ่งเกิดตามประวัติที่เจ้าตัว

คนไข้จะไม่ได้อ่านในตอนที่แรกว่าเขาไอ เป็นเลือดเพราะสายสร้อยเส้นนั้น, เพราะ คนโดยมากย่อมคิดว่ามันคงจะตกลงไปใน "ท้อง" มากกว่าจะตกลงไปใน ปอด. เพราะเหตุที่นายแพทย์ผู้ตรวจคนแรก มีเครื่องเอกซเรย์ใช้, มิฉะนั้นคงจะค้นหาเหตุกันอีกนาน, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากคนไข้ไม่ได้เคลื่อนใจถึงสายสร้อยและ มิได้เล่าเรื่องให้ฟัง. รายนี้ก็เหมือนกัน, จำต้องถือเป็นเรื่องแสดงความก้าวหน้า ของแพทย์ของเราอย่างอีกทางหนึ่ง, ซึ่ง สามารถใช้เครื่องมือลงไปล้างเอาของ พิศดารนั้นขึ้นมาจากในที่ซอกแซกได้โดย ปลอดภัยต่อคนไข้. เราขอยินดีด้วยเช่นกัน.

๑ อากาโรเป็นอาการที่พบเสมอ ๆ และการรักษาบางที่ทำความยุ่งยากให้มาก. ต้นเหตุของความยุ่งยาก โดยมาก เป็น เพราะไม่เข้าใจถึงแท้ถึงพยาธิวิทยาและ พยาธิสรีรวิทยาของอาการนั้น, ซึ่งมักจะ แตกต่างจากรายหนึ่งไปสู่อีกรายหนึ่ง. ทั้งนี้ หมายความว่า จะรักษาอาการไอของคน ไข้ทุก ๆ คนด้วยยาขนานเดียวหรือด้วยวิธี เดียวกันทั้งหมดไม่ได้. ต้องศึกษาเป็น ราย ๆ ไปว่าอาการไอเกิดจากอะไร, ที่ไหน, ให้ผลอย่างไร. ข้อสำคัญที่สุดต้องตัดสินใจ

เสียก่อนว่าไอนั้น "มีประโยชน์" หรือ "มีโทษ." ถ้า "มีประโยชน์" จะได้ปล่อยให้ ไอไปก่อน, ระวังข้างเพียงจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้รบกวนการพักผ่อนเกินไป. ถ้า "มีโทษ" ก็ต้องหยุดเสียโดยเร็วที่สุด. ใน บทความเรื่อง "ไอและการบำบัดไอ" ของ คุณหมอเทียมจันทร์ ได้มีการชี้แจงไว้อย่างละเอียดลออพอใช้ในหลักวิชาที่จะช่วยตัดสินใจตัดสินเช่นนั้น. ถึงแม้ว่าข้อความค่อนข้างจะ ห้วนไปสักหน่อย, และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาออกจะน้อยไป, แต่ก็มีหลักสำคัญครบถ้วน, และนับว่าเหมาะสมมาก แล้วสำหรับ "บทความพื้นวิชา".

๑ สำหรับแผนกย่อยเอกสารเราได้รับความร่วมมือจากท่านผู้ช่วยเหลือท่าน. ความจริงยังมีอีกสองสามเรื่องที่มีผู้ส่งมา, แต่เสียใจที่มีข้อบกพร่องบางประการ, ทำให้เราใช้ไม่ได้, นอกจากจะแก้ไขเสียก่อน. โดยที่เราแก้ไขในคราวนี้ไม่ทันจึงจำต้องเก็บไว้สำหรับฉบับหลัง ๆ ต่อไป. ขออภัยต่อท่านเจ้าของด้วย

๑ เราหวังว่าในข้างหน้าคงจะได้เห็น "ฉบับแพทย์ประจำบ้าน" เป็นครั้งที่สาม และโดยเร็วร้อยรายวันยิ่งขึ้นไปอีก. สำหรับฉบับนี้ขอขอบคุณท่านผู้ร่วมมืออีกครั้งหนึ่ง.

ของแถม

หลอดไฟฟ้าฟลูออเรสเซนต์ที่ขยายอยู่ตามตลาดคนมีแสงสว่างที่ไม่เหมาะสำหรับ
สายตา. การใช้หลอดไฟฟ้าชนิดนี้เป็นเวลานานจะทำให้เกิดการผิดปกติต่อตาและ
สายตาได้, เพราะฉะนั้นถ้าจำเป็นจะต้องใช้ควรมีเครื่องบังแสงไม่ให้แสงฟลูออเรสเซนต์
เช่นทึนมาถูกตาโดยตรง.

ศาสตราจารย์ Otsuka และ ดร. Fujisaki ได้รายงานคนไข้สองราย, ทำ
งานอยู่ในห้องที่ใช้แสงสว่างจากหลอดฟลูออเรสเซนต์เป็นเวลานาน, แต่ละหลอดมี
ความแรง ๔๐ วัตต์. คนไข้รายที่ ๑ เป็นหญิงอายุ ๒๑ ปี, อาการสำคัญมีปวดตา
และสายตาไม่ปกติ. ความเห็นชัดของตา ๒ ข้างไม่เท่ากัน. คนไข้รายที่ ๒ เป็น
ชายอายุ ๒๐ ปี, มีอาการสำคัญคือ. ตาแดงและมีน้ำตาไหลเสมอ. การเปลี่ยนแปลง
ทางพยาธิวิทยาของทั้งสองรายคือมีเคอราไติซิสในชั้นตม, บิลบาร์ค้อนจึงติไวติสและเป็น
ต้อกระจกตา (คอโรเนีย).

คนไข้ทั้งสองรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการให้วิตามินบีและซีอยู่ ๓ สัปดาห์, จึง
ทุเลาลง. แต่ยังมีอาการรบกวนของสายตาเหลืออยู่บ้างเล็กน้อย. คนไข้ได้รับคำแนะนำ
นำให้ลดจำนวนแสงฟลูออเรสเซนต์ที่ใช้, ใส่แว่นตากำ, และใช้เครื่องบังแสงไฟเสีย.

(จาก Koshu Eisei J. Public Health, Vol. 14, No. 6)

ประภัสสร จุลกระรัตน พ.บ.