



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๓๘

Volume 7, Number 6, June 1955

**การตายโดยรวดเร็วในหญิงมีครรภ์
ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากแอมนियोติกฟลูอิดเอ็มโบลิซึม**

ม.จ. อำนวยสวัสดิ์ สวัสดิวัฒน์

พ.บ., D.T.M. & H., L.M.

(แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา)

ในปี ค.ศ. ๑๙๔๑ Steiner และ Lushbaugh เป็นผู้เริ่มแรกรายงานผู้ช่วยตั้งครรภ์ ๘ ราย ซึ่งได้ตายไปโดยปัจจุบันทันด่วนในระหว่างคลอดซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากแอมนियोติกฟลูอิดเอ็มโบลิซึมในการตรวจศพผู้ตายทั้ง ๘ ราย ผู้รายงานทั้งสองนั้นพบว่ามีสารหลายชนิดซึ่งตามปกติจะปรากฏมีอยู่ในแอมนियोติกฟลูอิด เช่น vernix caseosa, meconium, สะแควมส์เอบีซีเล็กน้อย และขนอ่อน ได้ไป

ปรากฏตัวอยู่ในอาร์เทอริโอลและหลอดเลือดฝอยของปอด.

นอกจากนั้น Steiner และ Lushbaugh ยังได้ทำการทดลองฉีด meconium และแอมนियोติกฟลูอิดที่ยังไม่ได้กรองเข้าไปในกระต่ายและสุนัขทดลอง. ผลปรากฏว่าทั้งกระต่ายและสุนัขมีอาการเกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับผู้ช่วยทั้ง ๘ รายนั้น และในการตรวจศพยังพบอีกด้วยว่าพยาธิสภาพในสัตว์ทดลองมีลักษณะเช่นเดียว

กัยในผู้ช่วยที่ตาย. ต่อจากนั้นยังได้ทดลองต่อไปอีกโดยการฉีดแอมนियोติกฟลูอิดที่ไคกรองแล้วเข้าไปในสัตว์ทดลองอีก. ผลที่ได้คือไม่ปรากฏว่าสัตว์ทดลองเหล่านั้นมีอาการผิดปกติแต่อย่างใดเลย.

หลังจากที่ Steiner และ Lushbaugh ได้แสดงให้เห็นชัดว่าแอมนियोติกฟลูอิดเอ็มโบลิซึ่มนั้นเป็นเหตุอันหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตายได้โดยรวดเร็ว, ซึ่งแต่ก่อนนั้นมักจะมิใช่เรียกว่าช็อกหรือช็อค, ซึ่งไม่รู้สาเหตุแน่นอน. ต่อมาได้มีผู้เสนอรายงานผู้ช่วยตั้งครรภ์ตายโดยอาการช็อค และพบว่าเป็นผลเนื่องมาจากแอมนियोติกฟลูอิดเอ็มโบลิซึ่มมากขึ้นตามลำดับ.

แอมนियोติกฟลูอิดเอ็มโบลิซึ่มมักจะเกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์ที่มีอายุมากแล้ว, และมักจะเป็นผู้ที่เคยมีบุตรมาแล้ว. โดยมากครรภ์มักจะเกินกำหนด และเด็กที่อยู่ในครรภ์มักจะมีขนาดโตกว่าธรรมดา.

อาการ. อาการอันแรกของคนไข้ที่จะพบได้ก็คือมีอาการกระสับกระส่ายและมีความรู้สึกหนาวสั่น, เจ็บแน่นที่บริเวณหน้าอก ต่อมาก็จะมีอาการหายใจลำบาก และหน้าเขียวปรากฏขึ้น และประการสุดท้าย

ท้ายก็จะเป็นอาการของช็อค. คนไข้จะถึงแก่ความตายภายในเวลานับเป็นนาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น.

การวินิจฉัยโรค ในการให้การวินิจฉัย

โรคนี้ จากการตรวจศพ เราจะไม่พบว่า มีสิ่งผิดปกติที่เด่นชัดเลย. สำหรับที่ปอดก็จะพบแต่เพียงว่ามีขบวนการวิญญูมากเท่านั้น. จำเป็นจะต้องอาศัยการวินิจฉัยทางกล้องจุลทรรศน์ช่วย, ซึ่งจะพบว่ามีวัตถุในแอมนियोติกฟลูอิดและ meconium ไปปรากฏอยู่ที่หลอดเลือดเล็ก ๆ ของปอด นอกจากนี้ยังจะพบได้ก็อกในหลอดเลือดของอวัยวะอื่น ๆ เช่นหัวใจและมดลูก.

พยาธิสภาพ. Landing กล่าวไว้ว่า

หนทางที่แอมนियोติกฟลูอิดจะผ่านเข้าไปสู่ระบบไหลเวียนเลือดของแม่ได้นั้น, ย่อมต้องผ่านไปในที่ ๆ หลอดเลือดของมดลูกได้ถูกเบียดออกไปอย่างผิดปกติ. ดังจะพบได้ในรายที่เป็นรกติดแน่น (placenta accreta), รกติดต่ำ (placenta praevia), เซซารีเยนเซ็คชั่น และมดลูกแตก.

สาเหตุของการตายในคนไข้ที่เขียนแอมนियोติกฟลูอิด เอ็มโบลิซึ่มนั้น ได้มีผู้ถก

เคียงกันมาก. Steiner และ Lushbaugh รายงานไว้เป็นคนแรกว่า การตายนั้นเข้าใจว่าเนื่องมาจากการที่เด็กมีแอนาพิยแล็คติคซ็อก. ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่มัตถุในแอมนีโอติกฟลลิกหลุดเข้าไปกุกอยู่ตามหลอดเลือดเล็ก ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ปอดทั้งสองข้าง.

Weiner และ Reid พบว่ามีคนไข้ ๓ รายที่ตายและตรวจพบมัตถุในแอมนีโอติกฟลลิกอยู่ในอาร์เทอร์โวลและหลอดเลือดฝอยของปอดนั้น. มีอาการตกเลือดมากภายหลังการคลอดแล้ว, และผู้ช่วยตายด้วยการตกเลือดมาก. จากการค้นคว้าของ Weiner และ Reid พบว่าแอมนีโอติกฟลลิกนั้นเมื่อหลุดเข้าไปในเลือดแล้ว, จะไปทำให้เกิดมีอินทรวาสคูลาร์คลอตกตั้งขึ้น, ซึ่งเป็นผลทำให้จำนวนไฟบริโนเจนในเลือดที่ไหลเวียน (circulating blood) มีจำนวนลดน้อยลงไป, และการที่เลือดมีไฟบริโนเจนลดลงไปนั้นเองจึงเป็นทางที่ทำให้การตกเลือดภายหลังการคลอดได้.

รายงานหญิงมีครรภ์หนึ่งรายซึ่งตายโดยรวดเร็ว เข้าใจว่าเนื่องมาจากแอมนีโอติกฟลลิกหลุดเข้าไปในเลือดของแม่.

ผู้ช่วยเป็นหญิงไทยคู่ อายุ ๓๕ ปี. แต่งงานเมื่ออายุ ๓๔ ปี และเพิ่งตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก. ไม่เคยมีประวัติของการเจ็บไข้เป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ, ไต และปอดเลย. มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๙๖. ในขณะนั้นผู้ช่วยตั้งครรภ์ได้ประมาณ ๖ เดือน.

มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๙๕ และวันกำหนดการคลอดในวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๔๙๖. น้ำหนักตัว ๕๕ กิโลกรัม.

โดยทั่ว ๆ ไปผู้ช่วยมีร่างกายสมบูรณ์และแข็งแรงดี. ไม่เคยมีประวัติของการมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อนเลย.

ตรวจร่างกายทั่วไป ไม่พบว่ามีสิ่งผิดปกติ.

แรงดันโลหิต แรกรับวัดได้ ๑๐๔/๗๐ มม. ปรอท.

การตรวจหน้าท้อง พบว่าพื้นที่สีของมดลูกอยู่ที่ระดับสะดือ. คลำไม่ได้ชัดว่าอะไรเป็นส่วนนำ (presenting part) เสียงหัวใจเด็กฟังได้ยิน. เชิงกรานมีขนาดปกติ. มีสสาวะไม่มีไขขาว และปฏิกิริยาคาห์นของเลือดเป็นลบ.

ผู้ช่วยได้มาให้แพทย์ตรวจครรภ์เป็นระยะสม่ำเสมอทุกสัปดาห์. พอตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด ๗ เดือน, ตรวจพบว่าเด็กอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ แต่ยังคงลอยอยู่ในช่องช่องเข้าเชิงกราน. เมื่อครรภ์ได้กำหนด ๘ เดือน, ตรวจพบว่าเด็กอยู่ในท่าก้นเป็นส่วนนำ และยังไม่ลงไปในช่วงเข้าเชิงกราน.

ในระหว่างเดือนที่ ๘ และ ๙ นี้ ผู้ช่วยได้มาให้แพทย์ตรวจอีก ๒-๓ ครั้ง และพบว่าเด็กยังคงอยู่ในท่าเอาก้นเป็นส่วนนำ และยังคงลอยอยู่เช่นเดิม. ได้ทดลองทำการ กลัษัตัวเด็กจากภายนอก (External version) แต่ก็ไม่สำเร็จ.

เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๕๖ ผู้ช่วยได้มาให้แพทย์เพื่อตรวจครรภ์อีก และคงตรวจพบว่าเด็กยังคงอยู่ในท่าเดิม. ได้ลองพยายามกลัษัตัวเด็กจากภายนอกอีกครั้งหนึ่ง และคราวนี้ทำได้สำเร็จ คือได้เด็กอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ โดยที่ผู้ช่วยยังไม่มีอาการเจ็บท้อง จึงได้ให้กลับบ้านไปก่อน.

หนึ่งสัปดาห์ต่อมา คือในวันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๕๖ ผู้ช่วยเริ่มรู้สึกเจ็บท้อง. มดลูกหดตัวแข็งเป็นพัก ๆ.

หลังจากรู้สึกเจ็บท้องอยู่นานประมาณ ๑๔ ชั่วโมง ผู้ช่วยจึงมาโรงพยาบาล. ประมาณ ๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีมูกปนเลือดออกมาเล็กน้อย.

ในระยะตั้งแต่แรกตั้งครรภ์มาจนกระทั่งรู้สึกเจ็บท้องนี้ ผู้ช่วยไม่เคยมีประวัติของการมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อนเลย.

การตรวจครรภ์เมื่อแรกเจ็บ. เด็กอยู่ในท่าก้นและยังไม่ลงไปในช่วงเข้าเชิงกราน. เสียงหัวใจเด็กฟังได้ยินชัดเจนทางด้านขวาสูงกว่าระดับสะดือ. หัวใจทารกเต้น ๑๓๖ ครั้งต่อหนึ่งนาที. ในวันแรกที่มาอยู่ใน ร.พ. นี้ ผู้ช่วยมีการเจ็บครรภ์นาน ๆ ครั้ง, แต่มีความรู้สึกเจ็บและแน่นที่บริเวณชายโครงข้างขวามาก.

การตรวจทางทวารหนัก พบว่าปากมดลูกยังไม่เปิดเลย.

ในวันรุ่งขึ้น คือวันที่ ๒๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๕๖ การเจ็บท้องหายไป, พร้อมกับนั้นความรู้สึกเจ็บและแน่นที่ชายโครงข้างขวาก็ลดน้อยลงไปด้วย.

๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๕๖ รู้สึกมีการเจ็บครรภ์ขึ้นอีกในตอนเช้า, นาน ๆ เจ็บครั้ง, และมีมูกปนเลือดออกมาเล็กน้อย.

น้อย, ในวันนั้นความรู้สึกเจ็บและแน่นที่ชายโครงข้างขวากลับมีขึ้นมาอีก. นับจากนั้นมาผู้ป่วยก็ไม่มีอาการเจ็บท้อง แต่มีความรู้สึกว่าท้องคั่งมากอยู่เสมอ ๆ. ภายหลังที่อยู่ในโรงพยาบาลมาได้ ๒ สัปดาห์ปรากฏว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอีกเล็กน้อย แต่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์. หลังจากนั้นผู้ป่วยก็มีอาการคลื่นปวกดิเรื่อยมาจนถึงวันที่ ๑๔ กันยายน พ.ศ. ๒๔๕๖ ซึ่งนับได้ว่าครรภ์ได้เกินกำหนดมาแล้ว ๕ วัน, แต่เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เจ็บท้องและไม่มึเลือดออก ตลอดจนอาการโดยทั่วไปเป็นปกติทุกอย่าง, ผู้ช่วยมาขอลากลับไปเยี่ยมที่บ้าน, แพทย์จึงได้อนุญาตให้กลับไปบ้านได้ในชั่ววันเดียวกันนั้น. รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงวันกลับบ้านเป็นเวลา ๓ สัปดาห์.

หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านได้ประมาณ ๕ ชั่วโมง, ผู้ป่วยก็ถูกนำกลับมาโรงพยาบาลอีก, แต่ถึงแก่กรรมเสียก่อนในระหว่างทางที่มาระหว่างทาง. จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยให้ความเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านในตอนเย็นวันนั้น ผู้ป่วยยังคงมีอาการเป็นปกติทุกอย่าง จนกระทั่งถึงเวลาเช้านอน ผู้ป่วยก็เข้าไปนอน

ตามปกติ ไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติแต่อย่างใด, เพียงแต่บ่นว่ารู้สึกคั่งและเมื่อยทวิบริเวณหลังเท่านั้น. เมื่อผู้ป่วยเข้าไปนอนได้สักพักใหญ่ ๆ สาม็ไต่ย็นเสียงผู้ช่วยหายใจดังผิดปกติ. จึงได้เข้าไปดูและพบว่าผู้ป่วยอยู่ในลักษณะที่ไม่รู้สึก, หายใจดังถี่และมีน้ำลายฟูมปาก, หน้าเขียว. สาม็จึงได้รีบพามาโรงพยาบาลในทันที, แต่เมื่อมาถึงโรงพยาบาลปรากฏว่าผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมเสียแล้ว.

การตรวจศพ. ปอดทั้งสองข้างมีเลือดคั่งและมีจุดแดงเข้มเล็ก ๆ อยู่ตามค้ำหลัง. หัวใจมีขนาดปกติ ไม่พบมีสิ่งใดผิดปกติ. ตับ, ไต และม้าม ไม่พบสิ่งผิดปกติที่ชัดเจน, สมอง ไม่พบว่ามีชรัมไฮซีสหรืออินฟาร์คชันที่ใด. มดลูกมีขนาดโตเท่าครรภ์ครบกำหนด. เมื่อเบียดผนังของมดลูกออกไปทางค้ำหน้าโดยการผ่าตามยาวจากพื้นที่สักลงไปจนถึงบริเวณปากมดลูก. พบว่าภายในโพรงมดลูกมีน้ำหล่อเด็กซึ่งมี meconium และมีเลือดเก่า ๆ ปน, บรรจุอยู่ประมาณ ๔๐๐ ล. ซม. ไม่มีลิ้มเลือดปนอยู่ด้วยเลย.

ทารกเป็นเพศหญิง, น้ำหนักตัว

๔๒๐๐ กรัม ท้วยาว ๕๕ ซม. และเด็ก
นี้อยู่ในท่าเอาก้นเป็นส่วนนำ. รกเกาะต่ำ
และบีบบริเวณของอินเทอร์นัลออสแน
โดยรอบ คือรอกอยู่ในตำแหน่งที่เรียกว่า
placenta praevia centralis, ปาก
มดลูกยังไม่เปิดและยังไม่มี effacement
เลย. ที่ริมขอบบนของรอกอยู่ทางคานขวา
ของมดลูก พบว่ามีส่วนหนึ่งของขอบบน
ของรอกยาวประมาณ ๒ ซม. ได้ลอกตัว
ออกจากผนังของมดลูก, พร้อมทั้งพบว่า
เยื่อไขว้และแอมเนียนก็มีรอยฉีก
ขาดเก่า ๆ ซึ่งเป็นรอยกระรุ่งกระริ่ง. ส่วน
ของรอกที่ลอกตัวนี้มีขอบเขตรัดประมาณ
๑ ซม. และในส่วนของผนังมดลูกตรง
นั้นพบว่ามีเส้นเลือดโต ๆ ที่มีรอยฉีกขาด
เห็นได้ชัดเจน.

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์. ที่ปอด
แสดงลักษณะทั่วไปว่าหลอดเลือดฝอย
และอาร์เทอรีโอลของตัวออก. ในบาง
แห่งเห็นมีเยื่ออินฟาร์คชันและ รรอมโบ-
ซิส, และบางแห่งมีฮัยอาลิในเซชันเกิดขึ้น
แล้ว. นอกจากนั้นยังพบว่ามีลิ่มเลือดอุดใน
หลอดเลือดฝอยอยู่ทั่วไปทั้งเก่าและใหม่.

ก้อนรอมบัสในหลอดเลือดฝอยเหล่านี้
ประกอบด้วยมีวซินซึ่งมาจากพวก meco-
nium, vernix caseosa และสแควมัส
เซบิไลยม. สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนของเด็ก
และพบได้ตามธรรมดาในแอมนิโอติกฟล-
อิด. สำหรับอวัยวะอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปกติ
ที่จะทำให้นักคิดว่าอาจจะเป็นเหตุที่ทำให้ถึง
แก่ความตายโดยข้จจุบันได้.

สรุป รายงานผู้ช่วย ๑ ราย เป็น
หญิงมีครรภ์เป็นครั้งแรกและเกินกำหนด
มาได้ ๕ วัน. ถึงแก่ความตายโดยข้จจุบัน
ทันด่วน จากการตรวจศพพบว่ามีแอมนิ-
โอติกฟลอิดเข้าไปอยู่ในหลอดเลือดฝอย
และอาร์เทอรีโอลของปอดเป็นจำนวนมาก.

เอกสาร:

1. Am. J. Obst. & Gynaec. 64:118, 1952.
2. Am. J. Obst. & Gynaec. 67:1148, 1954.
3. P.E. Steiner and C.C. Lushbaugh: J.A.M.A. 117:1245 and 1345, 1941.
4. P.E. Steiner, C.C. Lushbaugh and H.A. Frank: Am. J. Obst. & Gynaec. 58:802, 1949.

(Abstract of the preceding article)

SUDDEN MATERNAL DEATH ASSOCIATED WITH AMNIOTIC FLUID EMBOLISM

M.C. Amnawsvasti Svastivatana

M.B., D.T.M. & H., L.M.

(Department of Obstetrics and Gynaecology)

A case of a pregnant woman who died suddenly of amniotic fluid embolism is reported. Some of the literatures on pulmonary amniotic fluid embolism is reviewed.

A Thai woman 35 years old, was pregnant for the first time. Her pregnancy was over due and the baby was in breech presentation associated with a placenta praevia centralis.

She had a sudden attack of dyspnea and cyanosis. Death followed in a very short time.

At autopsy; a placenta praevia centralis with a moderate amount of blood mixed with liquor amnii in the uterine cavity and also an old tear of the amniotic membrane at the margin of the placenta were demonstrated.

Histologic section showing the amniotic fluid content and meconium in the small pulmonary vessels; and general appearance of vasodilatation over the lung field.

(Four references).

บันทึกปฏิบัติ

๑. ตะเกียงรมเซม่า

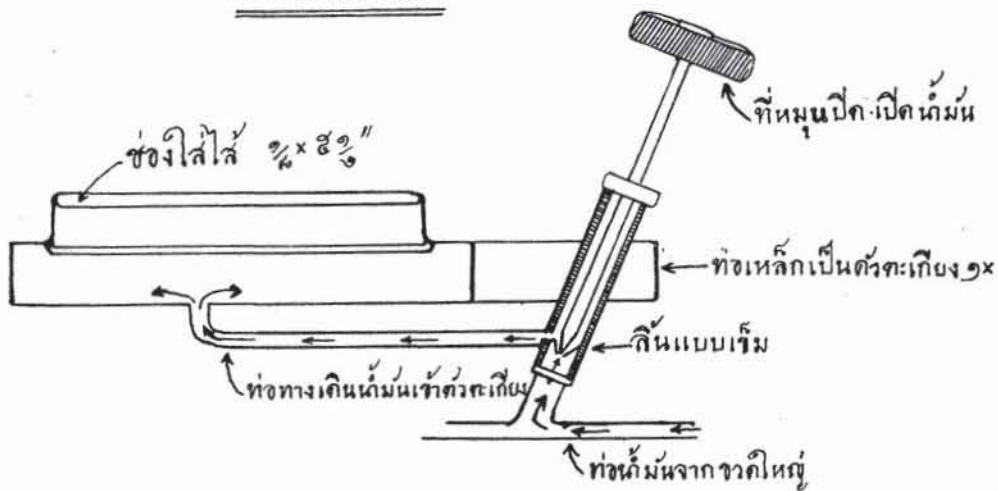
ดิถี จิ่งเจี๊ญ

พ.ด., Ph. D. (Lond.)

ในการเรียนภาคปฏิบัติวิชาสารวิวิทยา และเภสัชวิทยามีหลายการทดลอง ที่นักศึกษาต้องบันทึกผล โดยใช้กระดาษรมเซม่า เก็บเคยใช้ตะเกียงพิเศษซึ่งไส้กว้าง ๕ นิ้ว และจุดด้วยน้ำมันก๊าส (Paraffin) เมื่อไส้เสียดียากที่จะหาไส้มาเปลี่ยนและประจวบกับสงครามโลกครั้งที่สอง ทำให้หาของใช้ยากยิ่งขึ้น จึงหันมาใช้ตะเกียง

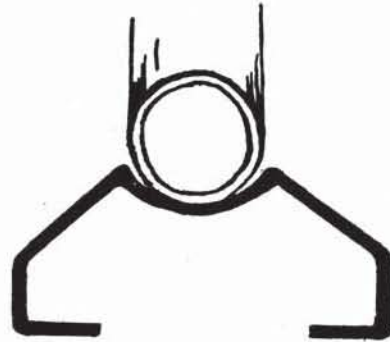
ธรรมดาแบบชาวบ้าน ซึ่งใช้ขวดแก้ว (ขนาดราว ๓ นิ้ว) ตักใส่น้ำมันและใช้สังกะสีทำฝาปิดที่ใส่ไส้ด้วย การใช้ไม่สู้สะดวกเพราะกระดาษกว้าง ๖ นิ้ว ส่วนไส้ตะเกียงกว้างเพียง ๒ นิ้ว ต้องใช้เวลารมนาน หรือใช้ตะเกียง ๒ ดวงควบ. นอกจากนั้นเซม่าติดไม้ใคร่สม่ำเสมอเพราะไส้บางส่วนไหม้ไปเสียบ้าง บางคราวก็เกิด

ตะเกียงรมเซม่า

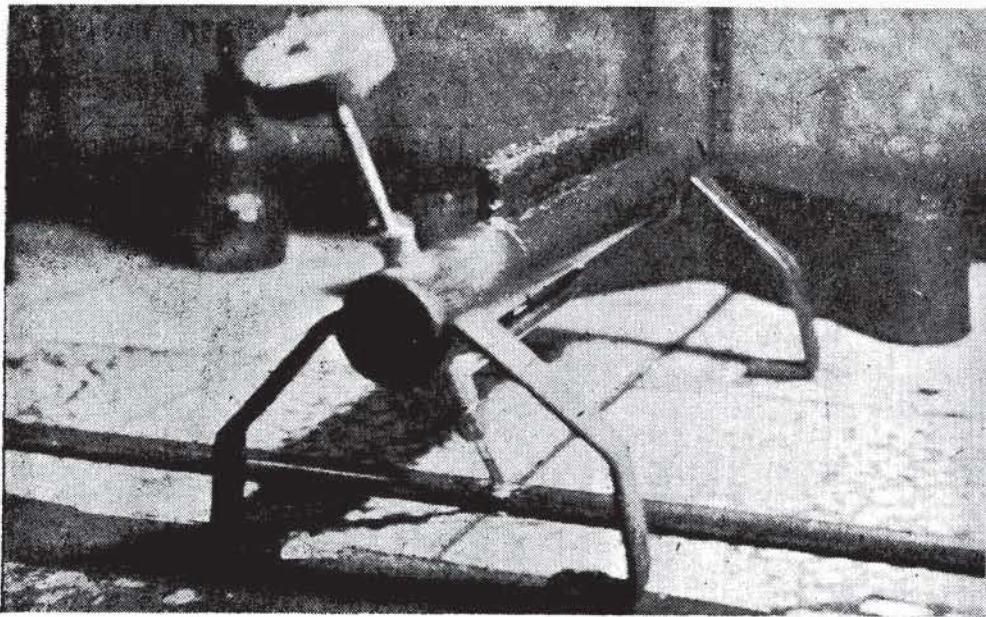


อุบ้ทวเตศุ ตะเกียงล้มีหรือแตก น้ำมันไหล
และไฟก็กลลตามไป. เพื่อแก้ข้อเสียดัง
กล่าวจึงได้ออกแบยตะเกียงรมเซม่าใหม่.
ใช้ท่อเหล็กขนาด ๑ นิ้ว สุกหัวท้ายเป็นทวิ
ตะเกียงเจาะร่องใส่ไส้ยาว ๕ นิ้วครึ่งใช้
Asbestos cord ขนาด ๑/๘ นิ้วเป็นไส้,
มีท่อทองแดงส่งน้ำมันผ่านชั้นแบยเซม่า เข้า
ตอนกลางของทวิตะเกียง. น้ำมันมาจาก
ขวดใหญ่ซึ่งมีความกดก่งที่โดยอาศัยหลัก
ขวด Mariotte เมื่อระดับน้ำมันในทวิตะ
เกียงลดจึงจะไหลออกไปแทนที่ให้ระดับคง

เดิม ทำให้ไฟคงที่และเมื่อไส้ไม่ไหม้ไฟ
ความแรงและเซม่าจะสม่าเสมอด้.



ฐานรับ ๒ จัน หัวท้าย
(แผ่นเหล็ก กว้าง ๒ นิ้ว)



ภาพถ่ายจากของจริง

หมายเหตุ: นายสนิท น้อยสมบูรณ์ ช่างฝึกประจำแผนกสรีรวิทยา ศิริราช เป็นผู้ทำ
จนสำเร็จรูป.

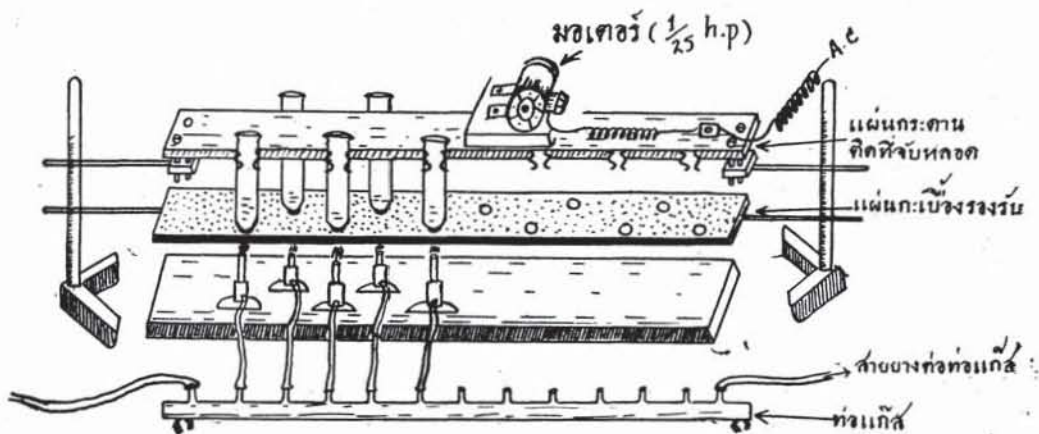
๓. เครื่องเขย่าหลอดช่วยในการหาสารไนโตรเจน

คิติ จิ่งเจริญ และ พิธี พิชาลัย

วิธีตรวจหา นีออนโปรเทอีนในโครเจิน และหาโปรเทอีนในซูร์มี, น้ำโซลันหลัง และน้ำนม โดยทั่วไปต้องใช้ acid digestion mixture แล้วเผาจนอินทรีย์สารอื่น ๆ ไหม้ไปหมด คงเหลือในโครเจินเป็นแอมโมเนียมซัลเฟต. ในระหว่างเผาต้องเขย่าหลอดทดลองอยู่เรื่อยๆ มิให้น้ำยาเคঁอิดประทังขึ้นมา เท่าที่ไค้ปฏิบัติ มาแล้วแต่ก่อน เขาหลอดใส่น้ำยาค้มีในน้ำเคঁอิดให้น้ำระเหยออกจนปริมาณเหลือ น้อยแล้วจึงเอาไปเผา เวลาที่ใช้ค้มีประ-

มาณ ๑-๒ ชม. เวลาที่ใช้เผาอีกราว หลอดละ ๔ นาที. พนักงานวิทยาศาสตร์ ที่ชำนาญสามารถเผาในคราวเดียว ๒ หลอด โดยถือมือหลอด. จำนวนที่ระ ค้องตรวจอย่างน้อยวันละ ๕๐ หลอด แต่ โดยมากประมาณ ๕๐-๖๐ หลอด บางวัน ถึง ๗๐-๘๐ หลอด. ถ้าคำนวณเวลาที่ระ ค้องทำวันละ ๕๐ หลอด ต้องใช้เวลาเผาราว ๑ ชม. ๕๐ นาที. เมื่อรวมเวลาที่ค้มี ให้ระเหยอีก วันหนึ่งแผนกสรีรวิทยา แห่งศิริราชพยาบาลต้องใช้เวลาเผาย่อย

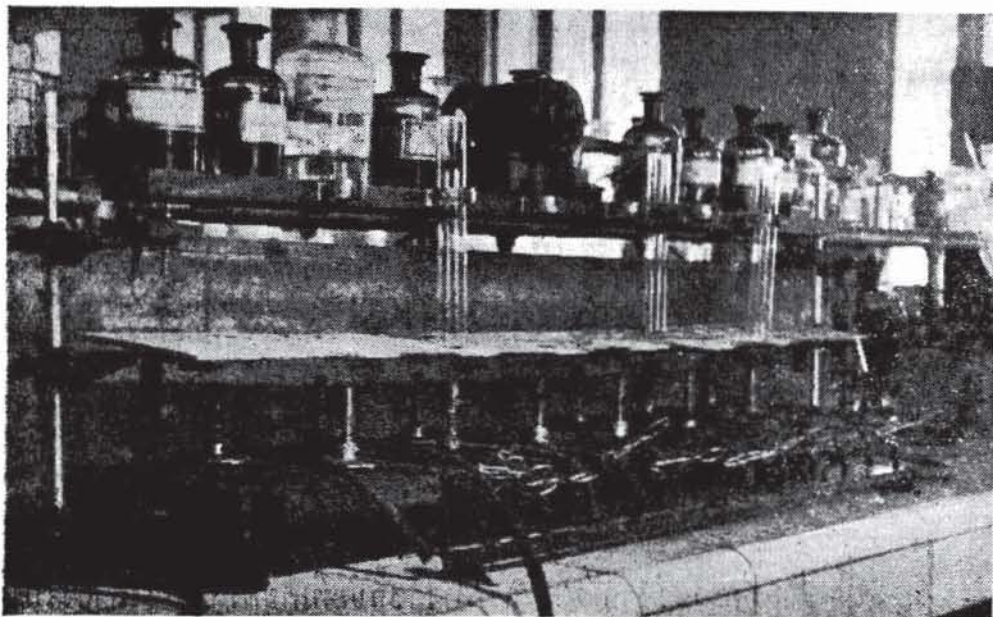
เครื่องเขย่าหลอดช่วยในการหาสารไนโตรเจน



อินทรีย์สาร เพื่อหาไนโตรเจนไม่น้อยกว่า ๓-๔ ซม. การทำต้องทำทั้งสองมือเป็นเวลานาน ๆ ก็เมื่อขานมิใช่เล่น ต้องช่วยกันทำ ๒-๓ คน. งานนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการตรวจสอบวิธีเคมี. ฉะนั้นเพื่อแข่งเขาแรงงานในการเผาทำลายไนโตรเจน และเพื่อให้มีเวลาทำการตรวจสอบอย่างอื่นมากขึ้น จึงได้ออกแบบเครื่องเขย่าหลอดตัวอย่างง่าย ๆ ใช้แรงสั่นสะเทือนของมอเตอร์แทนการเขย่าด้วยมือ.

เครื่องเขย่านี้ประกอบด้วยกระดานถว้าง ๑๐ ซม. ยาว ๕๐ ซม. หนา ๑ ซม. สองข้างติดที่จับหลอดแก้ว (แบบ Tory

clip) สลักกันข้างละ ๖ อัน. บนแผ่นกระดานนั้นติดมอเตอร์ ๑/๒๕ แรงม้า ตอนใกล้ๆ กึ่งกลาง. ปลายทั้งสองของกระดานแผ่นนี้รองรับด้วยขดลวดสปริง ซึ่งมีฐานยึดกับเสาเหล็กอีกทอดหนึ่ง ตอนล่างมีแผ่นกระเบื้องรองรับหลอดแก้วอีกชั้นหนึ่ง เพราะเมื่อเขย่าแรง ๆ หลอดมักจะเลื่อนลงมาได้. แผ่นกระเบื้องนี้จะเหวี่ยงกลม ๆ ให้เปลวไฟเผาไหม้หลอดโดยตรง. เมื่อเตรียมน้ำยาแล้ว เขาลงแก้วใส่สัก ๑ ลูก เพื่อเพิ่มการสั่นสะเทือนของน้ำยา เขาเข้าเผาโดยตรงไม่ต้องไประเหยให้งวักก่อน. ใช้เวลาเผาประมาณ



ภาพถ่ายจากของจริง

๔-๖ นาที พวกอินทรีย์สารก็จะไหม้ เพียง ๒๕ นาที แทนที่จะเป็น ๓-๔ ชม. หมก เมื่อเผาครั้งหนึ่ง ๆ ได้ ๑๒ หลอด และสามารถทำได้โดยพนักงานวิทยาศาสตร์คนเดียว แทนที่จะต้องช่วยกัน ๒ นาที. ฉะนั้นถ้าทำ ๕๐ หลอด จะสิ้นเวลา หรือ ๓ คน.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้สั่งซื้อสมุดรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

(Practical Notes)

1. PARAFFIN SMOKING BURNER

Dithi Chungcharoen,
M.D., Ph.D. (Lond.)

For recording the results of experiment in the practical classes of Physiology and Pharmacology, smoked paper is very often used. Formerly a special paraffin burner, using cotton wick 5" wide, was employed in smoking the paper. During the World War II, difficulty arose when this extrawide wick ran short. An ordinary home-made burner, using bottle (about 3" in diam.) as paraffin container with galvanized iron lid and raw cotton as wick, was used instead. However, it is rather cumbersome to smoke a 6" wide paper with a burner of about 3" wick. Longtime is needed or otherwise one has to use 2 burners at the same time. Moreover, the soot coating is not even because of the irregular flame. Sometimes accident

occurs when fire breaks out as the burner topples. To overcome all these disadvantages, a new smoking burner is designed and constructed in the laboratory workshop. A section of iron pipe (1" in diam., 8" long) with both ends sealed off is used as paraffin container. A slot ($5\frac{1}{2}$ x $1\frac{1}{5}$ ") is cut into which a strip of iron sheet is inserted to hold the wick made of asbestos cord ($1\frac{1}{8}$ " in diam.). Paraffin from a reservoir is fed through a small copper pipe to the burner with needle valve control. The level of paraffin in the burner is kept more or less constant by the principle of Mariotte system. The paper smoked by this model of paraffin burner has a satisfactory even surface and a shorter time is required.

2. TEST TUBE SHAKER IN THE DETERMINATION OF NITROGENOUS COMPOUNDS

Dithi Chungcharoen and Bhithi Bhichalai

In the determination of nitrogen in blood N.P.N., serum proteins, cerebrospinal fluid and milk, the specimen together with acid digestion mixture is heated till all carbon compounds have been oxidised, leaving the nitrogenous content as ammonium sulphate. During the heating process, the tubes should be shaken constantly to avoid bumping. It had been the practice of this laboratory to leave the specimens in water bath for 1-2 hours to allow evaporation of water. They were then heated to end-point one at a time. This took 4 minutes for each tube. A well trained technician however can heat 2 tubes at one time by holding one in each hand. The number of specimens to be determined daily averages about 50-60 (ranging from 40 to 80). The time estimated for carrying out this determinations is not less than 3-4 hours. Furthermore, it is a rather tiring job and usually 2 or 3 technicians are needed. The determination of nitrogenous compounds is only a part of the tests

to be performed daily. In order to save time and labour, a mechanical shaker, using vibration of electric motor, is designed.

The apparatus consists of a wooden board (10 x 90 x 1 cm.), 12 Tory clips for holding the test tubes (6 on each side of the board), and an electric motor (1/25 h.p.). The latter is bolted on to the upper surface of the board. Both ends of the board are supported by spring coils which in turn rest on a pair of supporting bases. The test tubes are made to rest on a piece of asbestos plate to prevent their sliding. Holes are bored in this plate to allow direct heating of each tube by a Bunsen burner. A glass bead is put into the tube to augment whirling of the liquid. With the aid of this shaker the specimens can be heated to end-point in about 4-6 minutes and 12 tubes are heated simultaneously. At the moment, it takes a technician only about 25 minutes complete the heating of 50 specimens as compared with 3-4 hours formerly.

บทความพิเศษ

การวินิจฉัยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์

P.B., Dr. Med. (Leipzig)

(แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา)

เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า โรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เป็นโรคซึ่งแพร่หลายมากและขึ้นตอนชีวิตของสตรี ไปปีหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมิใช่น้อย. ความร้ายแรงเป็นผล เนื่องจากได้รับการรักษาช้าไป, อาจเป็นเพราะตัวผู้ช่วยให้แพทย์ตรวจช้าไป, หรือเนื่องจากแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องช้าไป. ทั้งนี้จึงเป็นการสมควรที่จะนำเอาหลักของการวินิจฉัยเฉพาะที่สำคัญ ๆ มาบรรยายต่อไปนี้.

การวินิจฉัยโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี แม้สำหรับแพทย์ทั่วไปก็ไม่เป็นการยากเลย, ถ้านักไว้ว่าโรคนี้อาจพบได้เสมอในผู้ช่วยหญิงทุกคน.

มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีไม่เป็นเรื่องลำบากเพราะเกิดขึ้นในตำแหน่งที่มองเห็นได้.

แต่มะเร็งจำพวกที่เกิดที่บริเวณนี้ตั้งแต่ช่องคลอดขึ้นไปจนถึงมดลูกและรังไข่ขึ้น, ถ้าหากไม่ได้นักไว้เสมอแล้ว, อาจให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้.

มะเร็งของช่องคลอด, คอหมาก, และเยื่อโพรงมดลูกนั้นมีอาการสำคัญที่พบ, นับตั้งแต่เริ่มเป็นขึ้นมา, ก็เพียง ๒ อย่างเท่านั้น, ซึ่งจะเป็นข้อที่ยังให้หนักถึงมะเร็ง. อาการนี้ได้แก่:

(๑) การมีตกขาว (หรือมูก) มากผิดปกติ. เนื่องจากมะเร็งทำให้เกิดแผล และเกิดเนื้องอก, ก็ทำให้เกิดกิสซาง, ซึ่งอาจมีกลิ่นเหม็น, เพราะมีบัคเทรียไปทำให้เกิดการเน่าของเนื้องอกขึ้น. ตกขาวนี้อาจมีสีเลือดปนกลายเป็นสีน้ำตาลเนื้อได้, เมื่อมะเร็งกินทะลุช่อง

โลหิตฝอย.

(๒) การมีเลือดออก. เลือดออกเล็กน้อย เป็นครั้งคราว, เช่น ออกภายหลังกระแทกกระเทือนในการตรวจภายใน, ภายหลังการชะล้างช่องคลอด หรือ ภายหลังการร่วมประเวณี. ถ้าเนื้องอกเรื้อรัง ก็นักลงไปถึงหลอดเลือดใหญ่ ๆ ก็ทำให้มีการตกเลือดได้อย่างมาก ๆ ซึ่งมีภาวะพบบ่อยเมื่อเกิดแผลใหญ่แล้ว.

การที่มีเลือดออกไม่เป็นกำหนดในคนที่ใกล้จะหมดระดูหรือหมดระดูไปแล้ว, ต้องนึกถึงเสมอว่า อาจเกิดจากโรคมะเร็ง, ถึงแม้ว่าอาจเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การอักเสบของเยื่อ, เนื้องอก (มัยโอมา, โพลีปี), หรือรังไข่ทำงานไม่พอ. ในคนที่ยังอยู่ในระยะมีลูกได้ การมีเลือดออกอาจเกิดจากการอักเสบ เช่น กามโรค, หรือการตั้งครรภ์ผิดปกติ. อาการตกขาวมากก็เช่นเดียวกัน, อาจเกิดจากสาเหตุดังกล่าวแล้วได้. ดังนั้นถ้าไม่ได้ตรวจผู้ช่วย, เพียงแต่ฟังอาการเท่านั้นก็บอกไม่ได้ถูกต้องเลยว่าเป็นอะไรแน่. การให้การรักษาแก่ผู้ช่วยซึ่งมีอาการตกขาวมาก หรือมีเลือดออกที่ไม่ใช่ระดู, โดยไม่ได้ตรวจหาสาเหตุให้ถูกต้องก่อน, จึง

อาจยังเกิดผลเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้ช่วย, และเป็นการผิดหลักวิชาในการปฏิบัติด้วย. เคยมีผู้ช่วยได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน เนื่องจากมีเลือดออกไม่เป็นกำหนด เป็นเวลาหลายเดือนโดยมิได้เคยรับการตรวจหาแหล่งของเลือดออกนั้นเลย. ต่อเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล, และตรวจพบว่าเป็นมะเร็งที่คอมดลูก.

การตรวจภายใน พร้อมทั้งการตรวจคอปอร์ซีโอวาจินาลิสเซอร์วิซีส. ด้วยสระเป็ดวิลล์เป็นของจำเป็นอย่างยิ่ง, ซึ่งควรจะได้ทำทุกรายที่มีอาการดังกล่าว, โดยไม่จำกัดอายุ, เพราะมะเร็งในอายุน้อยก็เป็นได้, ถึงแม้ว่าจะหายากมาก. เราเคยพบในคนอายุ ๒๒ ปีเท่านั้น, นอกจากนี้ไม่ควรจำกัดเวลาด้วย. ในขณะกำลังมีเลือดออกก็ตรวจได้. ถ้ากระทำโดยรักษาความสะอาดก็ไม่มีอันตรายเลย. ผู้ช่วยส่วนมากมักรังเกียจการตรวจภายใน, แต่ถ้าได้รับคำอธิบายถึงโรคมะเร็งนี้ ก็คงจะเล็งเห็นเหตุผลและยอมให้ตรวจ. ถ้ายังขัดขืนการตรวจอยู่, ก็ไม่ควรจ่ายยาให้เลย, เพราะอาจทำให้ผู้ช่วยนอนใจ, คิดว่าได้ยาแล้วคงจะหาย, ก็เลยไม่ชวนช่วย

ให้ตรวจอีกต่อไป การปฏิเสธไม่รักษามีผู้ช่วยรายเช่นนี้ไม่ควรจะเสียชีวิต. ตรงกันข้ามถ้าแพทย์ทุกคนต่างยึดหลักที่ถกกัน, ผู้ช่วยทั่ว ๆ ไปก็จะได้รับบทเรียนและสำนึกในความสำคัญของการตรวจ, ใฝ่ผลก็มากกว่าความมั่งง่ายในการจ่ายยารักษาโดยไม่ทราบสาเหตุ.

ในการตรวจ เราจะพบตำแหน่ง เลือดออก. เช่นที่ช่องคลอดอาจมีแผลที่ผนังตอนใดตอนหนึ่ง, ซึ่งอาจเป็นแผลมะเร็งหรือแผลจากเหตุอื่นก็ได้. ที่ปอร์ซิโอวาจินาลิสเซอร์วิซีสอาจมีแผลเช่นเดียวกัน. การคลำคลึงลักษณะความเบื่อยุ่มของเนอแผลเป็นการช่วยวินิจฉัยด้วย, เพราะเนอมะเร็งมักเบื่อย, ถูกต้องเข้าก็ฉีกขาดและมีเลือดออกง่าย. ถ้าปรากฏเพียงลักษณะอย่างแผลเขี่ยอีโรชั่น, การวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยการตรวจอย่างอนร่วมด้วยอีโรชั่นซึ่งรักษาหายยาก ต้องสงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งได้. ถึงแม้ว่าเราจะพบแผลหรืออีโรชั่นซึ่งเป็นตำแหน่งที่เลือดออก, เราก็ยังไม่สามารถจะบอกได้แน่นอนว่าเป็นแผลมะเร็งขั้นต้น หรือมีใช้. ดังนั้นจึงจำเป็น ต้องตรวจด้วย วิธีอื่นเพิ่มเติมด้วย, เช่น:

๑. การตรวจโดยวิธีของซิลเลอร์ (Schiller's test). อาศัยหลักที่ว่าเอพิเลียมชนิดสเควมัส, ซึ่งปอร์ซิโอและช่องคลอดคนนั้นมักมีโคเงินในตัวของมัน. เมื่อใช้แกรมส์ไอโอคิน หรือน้ำยาลอกอลทาหรือเทรากลึงจะติดสีน้ำตาล ส่วนบริเวณที่เซลล์ตายไป, เช่นเป็นแผล หรือกลายเป็น Undifferentiated cells, เช่นมะเร็ง, ก็จะไม่ติดสีเพราะเซลล์เหล่านั้นไม่มีโคเงิน. แต่วิธีนี้เราไม่สามารถแยกมะเร็งจากแผลอื่น, เช่น อีโรชั่นได้. เพียงแต่บอกว่ามีเอพิเลียมชนิดสเควมัสหายไปเท่านั้น.

๒. การตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcope). Hinselmann เป็นผู้เริ่มตรวจคอมคูลกด้วยกล้องคอลโปสโคปซึ่งสามารถขยายได้ตั้งแต่ ๕ ถึง ๑๐ เท่า. วิธีนี้เป็นประโยชน์มากในการช่วยวินิจฉัยมะเร็งในระยะเริ่มต้น. ถ้าเป็นผู้ที่โตเคยตรวจค้อยู่เสมอแล้วสามารถจะวินิจฉัยแยกแผลอีโรชั่นและมะเร็งได้. วิธีนี้อาจใช้ร่วมกับการตรวจแบบซิลเลอร์ได้.

๓. การตรวจส้อมีเยวจากช่องคลอด เพื่อดูเซลล์เนอราย. อาศัยเหตุผลที่ว่า

มะเร็งเป็นเนื้องอกออกเยื้องนอก (ex-foliate), เพราะฉะนั้นเซลล์ของมะเร็งหลุดออกมาปนอยู่ในกิสซางของช่องคลอดตกเสมือ ๆ. การวินิจฉัยจึงอาจทำได้โดยเอากิสซางจากช่องคลอดมาละเลงบนกระจกแล้วย้อมตามแบบของ Papanicolau ซึ่งเคยวนได้มีผู้คิดค้นเปลี่ยนแปลงกันเรื่อย ๆ. หากตรวจละเอียดถี่ถ้วนแล้วด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบเซลล์ของมะเร็ง. วินิจฉัยอยู่ในระหว่างการศึกษาค่าต่อไป. การวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ผู้ตรวจต้องมีความชำนาญในทางไซโตโลยี ทั้งที่เกี่ยวข้องเซลล์ปกติของช่องคลอดและเซลล์ของมะเร็งเป็นอย่างดี, จึงจะเป็นที่เชื่อถือได้. แม้แต่ Papanicolau และ Meigs ซึ่งเป็นผู้ศึกษาทางนี้มาแต่เดิมก็ยังกล่าวว่าการตรวจละเอียดถี่ถ้วนจากช่องคลอดเป็นเพียงการตรวจเพิ่มเติมอีกวิธีหนึ่งเท่านั้น, หากอาจใช้แทนการตรวจเนื้อโดยไบออปซีย์ได้ไม่.

๔. การตัดเนื้อตรวจทางจุลทรรศน์ (ไบออปซีย์). เป็นวิธีเดียวที่ทำให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งได้แน่นอนที่สุด. ไม่มีวิธีตรวจอื่นใดที่สามารถจะแทนได้ในเวลานี้. เป็นการตรวจที่จำเป็นอย่างยิ่งในการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยทั่วไป. ไม่เฉพาะแต่มะเร็ง

ของอวัยวะสืบพันธุ์เท่านั้น. เพราะฉะนั้นในรายที่มันแผลหรือมีลักษณะอื่นซึ่งสงสัยว่าเป็นมะเร็ง จึงต้องตัดเนื้อออกตรวจทุกราย. ลักษณะของเซลล์ซึ่งเห็นในกล้องจุลทรรศน์จะบอกได้แน่นอนว่าเป็นมะเร็งหรือไม่.

การทำไบออปซีย์ไม่เป็นการยาก. เพียงแค่ตัดเอาเนื้อแผลด้วยมีด, กรรไกรหรือห่วงขด (คิวเรตต์) แล้วแช่สวก, พักเนื้อที่ตัดลงในแอลกอฮอล์ ๕๕ ปร. หรือจะใช้ก๊อชอลจกไฟก็ได้. แล้วส่งเนื้อไปตรวจตามสถานที่ซึ่งตรวจทางพยาธิวิทยาที่เชื่อถือได้. แต่มีผู้เชี่ยวชาญหลายคน เช่น Stöckel, Robert Schröder เป็นต้น, ลงความเห็นว่าการนี้ไม่สมควรทำในที่ตรวจโรคของคลินิกส่วนตัว เพราะในการทำไบออปซีย์แล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้าน, อาจมีเรื่องแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้. เช่นการติดเชื้ออย่างง่ายหรืออาจติดเชื้อลุกลาม. ถ้าผู้ป่วยไม่กลับมาหาแพทย์อีกหรือมาช้าไป, โรคอาจลุกลามไปมาก. เช่นเนื้องอกมะเร็งอาจจะกระจายไปเร็วเข้าเมอดกรวยกวน. เพราะฉะนั้นการทำไบออปซีย์จึงควรทำในโรงพยาบาล, ซึ่งจะรักษาโรคมะเร็งต่อไปได้โดยเร็วเมื่อทราบผลของการตรวจ

เนอแล้ว, จะเป็นกรรรักษาโดยผ่าตัด, ไล่
เวเคียม หรือฉายแสงเอ็กซเรย์ก็สุดแล้ว
แต่เงื่อนไขต่าง ๆ กัน.

ในการตรวจภายในสำหรับสตรี ถ้า
มองดูทางสะเปะควัดมิไม่เห็นตำแหน่งเลือด
ออกที่ช่องคลอดหรือคอมคดลูกแล้ว, เลือด
จะต้องออกมาจากโพรงมดลูก. ดังนั้นการ
คลำด้วยมือในชั้นต่อไปจะบอกได้ว่า เป็น
เนื้องอกของมดลูก เช่นมีไฮโม่หรือไม่มี.
ส่วนการอักเสบ, เยื่อเย็ดของเยื่อมดลูก,
หรือมะเร็งของเยื่อมดลูก, เราไม่สามารถ
บอกได้ด้วยการคลำในระยะแรก. แต่ใน
ระยะหลังซึ่งมะเร็งลุกลามมากแล้ว, จะพบ
ว่ามดลูกซึ่งเหี่ยวเล็กในคนทั้งหมดกระดูกแล้ว,
กลับมีขนาดใหญ่ขึ้น. ชี้อนชวณให้สงสัยว่า
จะเป็นมะเร็งของโพรงมดลูก. การตรวจ
ชั้นต่อไปที่สำคัญและจำเป็นยิ่งก็คือ ชูค
เอาเนอในโพรงมดลูกออกมาทำชิ้นเนื้อ,
ย้อมและตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์. เช่น
เกี่ยวข้องกับไฮอ็อพซัยในมะเร็งของคอมคดลูก.

อาการอื่นในโรคมะเร็งของคอมคดลูก
และเยื่อมโพรงมดลูก, เช่นอาการปวด
เจ็บ, ผอมแห้งเหล่าน, จะไม่พบในตอน
แรกที่เริ่มใหม่ ๆ, แต่จะปรากฏในระยะ
สุดท้ายของโรค. ดังนั้นจึงใช้เป็นหลักช่วย

นำในการวินิจฉัยมะเร็งไม่ได้ประโยชน์,
เพราะช่วยบอกในระยะที่สายเกินไป.

มะเร็งของหลอดมดลูกมีน้อยมาก. ใน
เวลา ๑๐ ปี เราพบเพียง ๓ ราย. ตาม
รายงานใหม่ที่สุดของ Nüraberger
พบว่าในเอกสารการแพทย์ทั้งหมดเพียง
๓๐๐ รายเท่านั้น. โรคนี้อาจเป็นในคน
อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป, อาจมีลักษณะเป็นก้อน
โตขึ้นในแอ็คเน็กช้าข้างใดข้างหนึ่งหรือ
ทั้ง ๒ ข้างก็ได้. หากคลำพบก้อนแอ็ค-
เน็กช้าในคนสูงอายุจึงควรสงสัยมะเร็ง
หลอดมดลูกไว้ด้วย. อาการไม่แน่ชัด,
การตรวจบอกได้ยาก. การวินิจฉัยที่แน่
นอนต้องทำภายหลังผ่าตัดและตรวจเนอ.
เพราะฉะนั้นจะไม่กล่าวถึงในโอกาสนี้.

มะเร็งซึ่งใหม่มีความสำคัญเป็นอันดับ ๒ ของ
มะเร็งมดลูก เพราะพบบ่อยรองลงมา.
ราว ๆ ๓๐-๓๕ ปีช. ของเนอออกรังไข่
เป็นมะเร็ง. อาการในตอนแรกมักไม่มี
อะไร, เนื้องอกเป็นอยู่ลึกและค่อย ๆ โต
ขึ้น. ลักษณะซึ่งแสดงถึงเนอร้าย เช่น
ท้องมาน, ก้อนเนอออกแข็งใหญ่และเกิด
ทั้ง ๒ ข้าง, หรือติดยึดกับอวัยวะใกล้เคียง,
เหล่านี้ไม่แน่เสมอไป. ในรายที่
เป็นมะเร็ง, เนอออกอาจมีขนาดเล็ก, หรือ

เนอเมะเร็งอาจแฝงอยู่เพียงเป็นหย่อมเล็กๆ ในก้อนเนื้องอกนั้นก็ได้. อาจเป็นข้างเดียว, และเป็นไม่จำกัดในอายุใด ๆ. เพราะฉะนั้นจึงมีหลักสำคัญที่ค่อนข้างไวเสมอในการรักษาว่า เนื้องอกทั้งหมดของรังไข่จะไม่ยุบหายไปได้เอง, แต่จะโตขึ้นเรื่อย ๆ, และเป็นมะเร็งได้ ๓๐-๓๕ ปีช. เพราะฉะนั้นจึงมีอยู่ทางเดียวที่จะต้องปฏิบัติในการรักษา, คือผ่าตัดเอาออกเท่านั้น. ในรายที่อายุมาก อวัยวะสืบพันธุ์จะหมด หรือหมดหน้าที่แล้วก็ควรตัดออกหมดทั้ง ๒ ข้าง.

ดังนั้นสำหรับเนื้องอกของรังไข่ การวินิจฉัยจึงไม่สำคัญว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่, เพราะอย่างไร ๆ ก็จะต้องแนะนำให้ผู้ที่มิเนื้องอกนั้นได้รับการรักษาโดยผ่าตัดโดยเร็วที่สุดที่จะเร็วได้ทุกราย. ส่วนการที่เราจะช่วยเหลือจัดการต่อผู้ป่วยในชีวิตอนาคตของเขา ก็ควรที่จะให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญได้ตรวจเนื้องอกที่ตัดออกมาแล้วนั้นโดยละเอียดถนัดทางพยาธิวิทยา. ถ้าหากว่าส่วนหนึ่งส่วนใดของเนื้องอกนั้นเป็นมะเร็ง, ก็จะได้จัดและปฏิบัติแนะนำให้ผู้ช่วยรายนั้น ๆ ได้รับการตรวจและรักษาเพิ่มเติมต่อไป.

สรุปความในเรื่องการวินิจฉัยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้บรรยายอย่างสังเขปนี้คือ:

๑. ความพิการ และอาการต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีเลือดออก, ตกขาว หรือมูกตก, มีสาเหตุที่เกิดเนื่องจากอวัยวะสืบพันธุ์อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นมะเร็งได้. การวินิจฉัยที่จะให้ถูกต้องใกล้ความจริงที่สุด จำเป็นต้องทำการตรวจตามระบอบ, และจะทำไม่ได้ ถ้าตรวจผู้ช่วยไม่ทั่วถึง.

๒. มะเร็งของมดลูกพบได้บ่อยมากกว่ามะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์อย่างอื่น ๆ. สำหรับแพทย์ทั่ว ๆ ไป การวินิจฉัยไม่เป็นการยาก. หากตรวจพบแต่เพียงลักษณะที่ชวนให้สงสัยว่าเป็นมะเร็งก็เป็นการเพียงพอและดีพอแล้ว. การปฏิบัติขั้นต่อไปก็คือจัดการส่งไปตรวจต่อไป เพื่อให้ได้ความแน่นอนยิ่งขึ้น. โรคมะเร็งเกือบทุกรายไม่ใช่โรคที่ฉุกเฉิน, เพราะฉะนั้นจึงมีเวลาพอที่จะจัดการให้ผู้ช่วยได้รับการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญจริง ๆ. ถึงแม้ว่าจะต้องเสียเวลาในการเดินทางบ้าง ก็ไม่เป็นการสายเกินสมควร.

๓. ในบรรดาเนื้องอกชนิดต่าง ๆ ของรังไข่ ๔ ราย, ๑ รายจะเป็นมะเร็ง.

บทความวิชาการพิเศษ

การรักษาโรคเนื้องอกของรังไข่

สรรค์ ศรีเพ็ญ

พ.ด.

เนื้องอกของรังไข่เป็นโรคที่พบกันอยู่เสมอและมีอยู่ทุกหนทุกแห่งทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเราเรียกได้ว่า เป็นโรคประจำวัน ที่ตรวจพบ อยู่ตามโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ต่าง ๆ. ในสมัยเมื่อราว ๒๐ ปีก่อนนี้ การรักษาโรคนั้นคงจำกัดอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ, เพราะตามหัวเมืองภาคแพทย์ขาดเครื่องมือและสิ่งอุปกรณ์ในการผ่าตัดต่าง ๆ; แต่มาบัดนี้การแพทย์เจริญขึ้น. โรงพยาบาลต่าง ๆ ตามหัวเมืองพร้อมทั้ง แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่สามารถจะทำการผ่าตัดรักษาโรคนั้นก็มีเพิ่มขึ้นเป็นอันมาก ผู้เขียนจึงเห็นเป็นการสมควรที่จะรวบรวมเรื่องราวของการรักษาโรคนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักในการรักษาผู้ช่วยด้วยโรคนั้นสืบไป.

การรักษาในอดีต

ในสมัยโบราณแพทย์ได้ลองรักษาโรคเนื้องอกของรังไข่ (โดยเฉพาะชนิดเป็นถุงน้ำ) หลายวิธีด้วยกัน เช่น :

๑. การเจาะธรรมดาให้น้ำไหลออก (ทางหน้าท้อง, ช่องคลอดหรือทวารหนัก).

๒. การเจาะแล้วใช้ผ้ารัดท้องไว้ให้แน่น.

๓. การเจาะแล้วให้ยาบางอย่าง เช่น ยาทำให้อาเจียนและยาถ่าย.

๔. การเจาะแล้วใส่ยาบางอย่างเข้าไปในถุงน้ำ เช่น โปแตสเซียม ซลอะเรท และ โปแตสเซียมโบรไมด์ และออกไซค์ของทอง เป็นต้น

๕. การเจาะแล้วเย็บปากถุงติดไว้กับผิวหนังภายนอก ให้น้ำไหลอยู่เรื่อย ๆ (Marsupialization หรือ Fistuliza-

tion).

๖. การทำให้แตกเองโดยแรงกดกัน
ทางหน้าท้องและทางช่องคลอด.

๗. การใช้ไฟฟ้า.

การรักษาโดยวิธีต่าง ๆ เหล่านี้ แพทย์
บางคนก็รายงานว่าได้ผลดี, แต่ส่วนมาก
ประสบความล้มเหลวจนถึงกับแพทย์ผู้มีชื่อ
เสียงผู้หนึ่งในสมัยนั้นคือ Pierre Las-
sus (ค.ศ. ๑๗๔๑-๑๘๐๗) บอกว่า
"This disease is absolutely incur-
able".

รายงานอันแรกเกี่ยวกับวิธีผ่าตัดเขา
เนื้องอกของรังไข่ ออกได้เขียนขึ้นโดย
Johannes Christian Anton The-
den ในค.ศ. ๑๗๗๑, แต่ไม่มีใครสนใจ
และสามสิบหกปีต่อมาคือ ในค.ศ. ๑๘๐๗
Samuel Hartman d'Escher ได้
เขียนวิธีทำผ่าตัดโรคนี้อย่างสั้น ๆ ไว้ใน
Thesis ของเขาโดยอ้างว่า เป็นวิธีของ
ศาสตราจารย์ Thumin. ทั้งสองรายงานนี้
มีหลักฐานว่าได้ทำจริงหรือเปล่า.

ค.ศ. ๑๘๐๘ เป็นปีที่สำคัญมากสำ
หรับนิเวศวิทยา เพราะในเดือนธันวาคมปี
นั้น Ephraim McDowell แห่งเมือง
Danville, เคนตักกี ได้ทำการผ่าตัดเขา

งูน้ำของรังไข่ ออกเป็นผลสำเร็จเป็นราย
แรกในประวัติศาสตร์. ผู้ช่วยชื่อนาง Jane
Todd Crawford อายุ ๔๗ ปี. ทาย
วัยบร็อยภายหลังผ่าตัด. งูน้ำนั้นน้ำ
หนักถึง ๒๒ ปอนด์ครึ่ง. ข้อที่น่าชมเชยผู้
ผ่าตัดก็ยิ่งไปกว่านั้นอีกก็คือการผ่าตัดครั้ง
นี้ได้กระทำไปโดยไม่ได้ใช้ยาสลย, โดย
ไม่มีความรู้ถึงเรื่องการช็องกันเชื้อโรค
เลยและโดยปราศจากผู้ช่วยที่ชำนาญ. ทั้ง
แต่นั้นมาจนถึงยทเขาถึงแก่กรรม (ค.ศ.
๑๘๓๐) McDowell ได้ทำผ่าตัดทั้ง
หมกอีก ๑๒ ราย. และตายเพียงรายเดียว.
แพทย์คนที่สองที่ทำการทศเขา งูน้ำ
ของรังไข่ ออกเป็นผลสำเร็จคือ Gaetano
Emiliani แห่งเมือง Faenza ประเทศ
อิตาลีเมื่อ ค.ศ. ๑๘๑๕.

Chrysmar (ค.ศ. ๑๗๗๔-๑๘๒๑)
แห่ง Isny, Württemberg เป็นคนที่สาม
ทำการผ่าตัดรายแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๘๑๘.
ในปี ค.ศ. ๑๘๗๑ Peaslee ได้รายงาน
ว่าตั้งแต่ ค.ศ. ๑๘๐๘ ถึง ๑๘๗๑ ได้มี
การผ่าตัดเขา งูน้ำของรังไข่ ออกประมาณ
๗๓๘ รายในสหรัฐอเมริกา.

ต่อมาได้กระทำกันมากขึ้นทุกที ๆ จน
กระทั่งถึงสมัยที่รู้จักใช้ยาสลยและมีความ

รู้เรื่องการป้องกันเชื้อโรคคณ, ความปลอดภัยของผู้ช่วยก็มีมากขึ้น. การผ่าคัตก่อนจึงกลายเป็นการผ่าคัตธรรมดาในปัจจุบัน.

การรักษาในปัจจุบัน

การรักษาโรคเนื้องอกของรังไข่ในปัจจุบันมีหลักเกณฑ์ดังนี้คือ :

๑. ต้องตัดเอาออกทันทีที่ตรวจพบ เพราะว่า :

ก. เป็นการสควิสัยที่ระบอได้เป็นอย่างดีแน่นอนเสมอไปจากการตรวจภายนอกว่าเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาหรือเป็นมะเร็งของรังไข่.

ข. มะเร็งของรังไข่นั้นอาจเกิดขึ้นได้กับหญิงทุกอายุ, ทุกชาติ, ทุกชั้น, ทุกผิว, สาวหรือแต่งงานแล้ว, มีลูกหรือไม่มีลูก.

ค. มะเร็งของรังไข่ไม่มีอาการเฉพาะโรค. บางคนอาจมีเลือดออกทางช่องคลอดหรือระบุมืดปกติไปหรือมีอาการปวดเจ็บ, แต่บางคนอาจไม่มีอาการอะไรเลยก็ได้จนกว่ามะเร็งนั้นจะได้ลุกลามเกินที่จะรักษาได้เสียแล้ว.

ง. ขนาดและลักษณะอื่น ๆ ของก้อนเนื้องอกก็ทำเป็นสิ่งสำคัญไม่, เพราะมะเร็ง

อาจระกอนนิกเคียวหรือโตเต็มท้องก็ได้, อาจแข็ง, นุ่มหรืออาจระกิดแน่นกับอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องหรือไม่คิกคัยอะไรเลยก็ได้.

๒. ต้องพยายามเอาออกตั้งก่อน.

ทั้งนี้กล่าวแล้วว่าเราไม่สามารถระบอด้วยตาเปล่าได้ว่าเป็นเนื้องอกชนิดใด. ดังนั้นจึงไม่ควรเจาะเอาน้ำออก (tapping) เพื่อให้ก้อนเล็กลงแล้วจึงทำคัต หรือผ่าแผลเล็ก ๆ ใช้โทรคราเจาะให้ถึงแพลงแล้วจึงคัตออก (ซึ่งเป็นวิธีที่ทากันอยู่เสมอ), เพราะการเจาะถึงจะป้องกันให้คัยอย่างไรก็ต้องมีการรั่วของน้ำในถุงเข้าไปในช่องท้องบ้าง, ซึ่งถ้าเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงอาจงอกขึ้นใหม่ได้ในภายหลัง.

โดยมากการเจาะก็เพื่อไม่ต้องผ่าแผลยาว เป็นการทำให้ผู้ป่วยพอใจและเป็นการขอมดมของผู้คัตที่สามารถเอาเนื้องอกก้อนใหญ่ออกได้ทางแผลเล็ก ๆ. แต่เมื่อพุดถึงการหายของแผลคัต, สันเพียง ๗-๘ ซม. หรือยาวตั้งแต่ลิ้นขกหัวเห่อกก็หายอย่างเดียวกันตั้งนั้น.

๓. ต้องตรวจดูเนื้องอกทันทีที่ตัดเอาออก.

เมื่อคัตเอาออกมาแล้วควรผ่าดูลักษณะ

ภายในของก้อนเนื้ออกทันที, เพราะ มะเร็งบางชนิดอาจรู้ได้ด้วยการแปล่า. ถ้า สงสัยควรทำ โพรเซ็นเซ็คชั่น และให้ พยาธิแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเนื้ออกชนิด ไตแน่. ถ้าเป็นชนิดร้ายแรงควรตัดเอา อวัยวะสืบพันธุ์ภายในออกทั้งหมด, ไม่ ต้องคำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะอายุเท่าใด หรือ ก้อนเนื้ออกนั้นจะเล็กใหญ่อย่างไร.

๔. ตามด้วยการรักษาทางรังสีวิทยา.

ถ้าปรากฏแน่ชัดหรือเพียงสงสัยว่าเป็นมะเร็งควรบำบัดด้วยเอกซเรย์ลึกตาม ในภายหลัง. เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีผู้ลงใช้ สารพวก รากิโอไอแอคทีฟ ฉีดเข้าไปในช่องท้องเพื่อช่วยทำลาย เซลล์มะเร็งที่อาจตกค้างอยู่, แต่ผลที่ได้รับยังไม่สามารถสรุปได้ในขณะนี้.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ขอในฉบับนี้ : สุพร เกิดสว่าง พ.บ., ดวงเดือน คงศักดิ์ พ.บ., สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.
ทรงศรี วุฒิชรณศิริ พ.บ., วิหุร โอศถานนท์ พ.บ., ศิวาลักษณ์ เบ็ญมีตรี พ.บ., เสรี วรณโกโรโรจน์ พ.บ.

๑. D.S. Pattison: ข้อบ่งชี้ (indications) และวิธี (methods) ของการนำการคลอด (Induction of labour). *Am. J. Obst. & Gynaec.* 2:233-239, 1955.

ผู้เขียนได้กล่าวถึงวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการทำ Induction of labour ตั้งแต่เริ่มใช้กันมา รวมได้ ๑๗ วิธี. แต่วิธีที่นิยมและได้ดัดแปลงใช้กันมาจนถึงปัจจุบันนี้ มีเพียง ๒ วิธี คือ วิธีใช้ยานำการคลอดของ Watson และวิธีเจาะเยื่อหุ้มเด็ก. ทั้งสองวิธีนี้อาจจะใช้แยกหรือรวมกันก็ได้.

ทำนองเดียวกัน ข้อบ่งชี้ (Indication) ต่าง ๆ ในการนำการคลอด ก็ได้รับการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมเรื่อยมา.

ผู้เขียนได้รวบรวมข้อบ่งชี้ไว้คือ:—

- ๑. ข้อบ่งชี้ทางแม่ (Maternal Indication).
- ก. โรคพิษแห่งครรภ์.
- ข. โรคไต.

ค. การตกเลือดก่อนคลอด.
ง. มีน้ำหล่อเท็กมาก. (Polyhydramnios).

๒. ข้อบ่งชี้ทางเด็ก.
ก. เท็กเกินกำหนด. (Postmaturity).

ข. เด็กตายในครรภ์.
ค. โรคเยื่อหุ้ม (และเด็กตายในครรภ์).

๓. ข้อบ่งชี้พิเศษ.
ข้อบ่งชี้แต่ละอันจะต้องพิจารณากันโดยละเอียดเป็นราย ๆ ไป. ไม่จำเป็นจะต้องนำไปให้เกิดการคลอดทุกรายไป.

วิธีที่ผู้เขียนใช้มี ๓ วิธี คือ:

- ๑. การนำคลอดโดยการใส่ยา. ให้คนไข้กินน้ำมันละหุ่ง ๑ ถึง ๒ ออนซ์ และสวนอุจจาระในสามชั่วโมงต่อมา, พร้อมทั้งให้พิคอิตริน ๒ หน่วยเข้าใต้ผิวหนัง, และให้ดื่มน้ำไปทุกครั้งชั่วโมง ๖ ครั้ง. หรือบางแห่งนิยมใช้พิโคซิน ๐.๕ ล.ซม. (๑๐

หน่วย) ใน ๕๐๐ ม.ชม. ของน้ำยาไกลโคส ๕ ปช. ให้ทางหลอดเลือดดำในอัตราความเร็ว ๑๐-๑๒ หยดก่อนที่เป็นเวลาครึ่งชั่วโมง, แล้วเพิ่มความเร็วเป็น ๒๐-๓๐ หยดก่อนที่เริ่มมีการเจ็บครรภ์.

๒. ใช้วิธีเจาะถุงน้ำทันทันหัวเด็กโดยใช้ Drew Smythe intrauterine catheter.

๓. ใช้วิธีทั้งหนึ่งและสองรวมกัน.

ผู้เขียนสรุปความเห็นในตอนท้ายว่า วิธีที่ใดผลดีที่สุดคือวิธีที่สาม.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.

๒. H.J. Tatum : การกระจายและย้ายที่ของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในคนไข้ที่เป็น Pre-eclampsia เมื่อเวลาให้น้ำยาไกลโคส. Am. J. Obst. & Gynaec. 2: 415-434, 1955.

ผู้เขียนได้รายงานการทดลองเกี่ยวกับผลของการเปลี่ยนแปลงของอิเล็กโทรไลต์และน้ำในหญิงมีครรภ์ปกติ และที่เป็น Pre-eclampsia, เมื่อให้ไกลโคส ๕ และ ๒๐ ปช. ในน้ำกลั่นทางหลอดเลือดดำ. สรุปผลได้คือ:

๑. ไกลโคส ๕ ปช. เมื่อให้ทางหลอดเลือดดำในหญิงมีครรภ์ จะทำให้น้ำในร่างกายเพิ่มมากขึ้น และโดยเฉพาะในคนไข้ Pre-eclampsia, จะเพิ่มมากกว่าหญิงมีครรภ์ปกติ.

๒. เมื่อให้ไกลโคส ๒๐ ปช. แก่หญิงมีครรภ์ทั้งปกติและ Pre-eclampsia, จะไม่ปรากฏว่ามีการเปลี่ยนแปลงของน้ำในร่างกายเลย.

๓. การให้ไกลโคส ๕ และ ๒๐ ปช. จะทำให้ความเข้มข้นของเลือดวางลงเพียงชั่วภายในระยะเวลาสั้น ทั้งในหญิงมีครรภ์ปกติ และ Pre-eclampsia.

๔. ในคนไข้ Pre-eclampsia โซเดียมและโปแตสเซียมจะไม่เปลี่ยนแปลง, ไม่ว่าจะให้ไกลโคส ๕ หรือ ๒๐ ปช.

จากผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าควรใช้ไกลโคส ๒๐ ปช. ในน้ำกลั่น, เมื่อต้องการจะให้น้ำทางหลอดเลือดดำในคนไข้.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.

๓. Harry B.W. Benaron et al : วิชาอาการคลื่นไส้อาเจียน ขณะตั้งครรภ์ ด้วยผลอร์โปรมาซีน (รายงานเบื้องต้น)

Am. J. Obst. & Gynaec. 5: 776-779, 1955.

ได้ศึกษาการใช้ยานกัญชามีครรภ์ ๑๕๘ คน: ๕๗ คนมีทั้งอาการคลื่นไส้และอาเจียน, ๕๕ คนมีแต่อาการอาเจียนอย่างเคี้ยว, ส่วนอีก ๑๗ คน มีอาการแพ้ท้องคลื่นไส้ และอาเจียนอย่างรุนแรง.

ในพวกที่หนึ่ง, ปรากฏว่า ๕๕ คนหายขาด. ๑๖ คนได้ผลดี, แต่อีก ๑๘ คนไม่หาย.

ในพวกที่สอง, ๓๘ คนได้ผลดี, ไม่ได้ผล ๖ คน.

ในพวกสุดท้าย, ๑๕ คนหายดี, อีก ๓ คนได้ผลดี อาเจียนน้อยลงมาก.

ยานี้ไม่มีผลร้ายต่อแม่และเด็ก. ยังไม่เคยปรากฏว่าทำให้แท้งเลย. ไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง, นอกจากซึม, เวียนศีรษะ ซึ่งเป็นเพียงชั่วคราว.

ขนาดของยาที่ใช้ คือ ๑๐-๕๐ มก. ๓-๔ ครั้งต่อวัน. ได้ผลดีทั้งกินหรือในรายที่อาเจียนมากใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ.

การรักษาจะได้ผลภายใน ๑-๒ วัน.

ดวงเดือน คงศักดิ์ พ.บ.

๔. K. Marry et al : ใช้ผลอร์โปรมาซีนรักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียนในระยะคลอด และแก้อาการเจ็บปวดได้ด้วย. (รายงานเบื้องต้น) Am. J. Obst. & Gynaec. 5:780-785, 1955.

ผลอร์โปรมาซีนให้ผลดีทั้งในระยะที่ ๑ และที่ ๒ ของการคลอด และทันทีในระยะหลังคลอด. ได้ทดลองใช้ในคนไข้คลอด, และคนไข้ที่เขียนพินแห่งครรภ์, แต่ไม่ได้ใช้ในรายที่มีเลือดออก.

ให้ขนาด ๒๕ มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในขณะที่กำลังเจ็บจะคลอด, ให้ซ้ำทุก ๔-๖ ชม. ปรากฏว่าได้ผลดี, ระวังอาการคลื่นไส้อาเจียนในระยะคลอด และนอกจากนี้ยังเป็นยาที่ระงับความเจ็บปวด, ทำให้คนไข้สงบ. ได้กล่าวว่าในรายที่ได้รับยาชนิดนี้ในระหว่างคลอดจะทำให้ลดจำนวนยาเสพติดที่ใช้ในระหว่างคลอดได้ครึ่งหนึ่ง.

ได้ศึกษาในคนไข้เจ็บคลอด ๑๑๔ คน. สำหรับอาการคลื่นไส้อาเจียนในระยะทั้งสามของการคลอด นับว่าได้ผลดี. ในด้านที่เกี่ยวกับเขียนพินระงับความเจ็บปวดและยานอนหลับนั้น. ทดลอง ๑๑ ราย, ได้ผลดี ๘ ราย: ส่วนอีก ๕๘ ราย ให้ผลอร์โปรมาซีน. ร่วมกับยาบรรเทาปวด

หรือยานอนหลับอย่างอื่น, ได้ผลในการทำให้หลับมากกว่าใช้มัลทอร์โปรมาซีนอย่างเดียวกัน. พบว่าได้ผลได้ถึง ๗๗ ราย.

ผลต่อระยะเวลาของการคลอดไม่แน่นอน.

การใช้ยานี้ทำให้ความดันโลหิตลดลงประมาณ ๑๐ มม.ปรอททั้งทางซีบีเอสโตลิกและไคแอตโตลิก. ยานี้ไม่มีผลร้ายต่อแม่และเด็ก.

ดวงเดือน คงศักดิ์ พ.บ.

๕. R.J. Hawkins: การตรวจสอบมดลูกภายหลังคลอด. Am. J. Obst. & Gynaec. 5:1094-1102, 1955.

ในการคลอดธรรมดา ไม่มีผู้ใดตรวจสอบภายในโพรงมดลูก, นอกจากกรณีที่มีการคลอดผิดปกติ. แต่ได้มีผู้ช่วยเป็นจำนวนมากที่กลับมา ร.พ. อีกด้วยอาการตกเลือด ซึ่งส่วนใหญ่มีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก, แม้เมื่อคลอดจะได้ตรวจพบว่ารกครบแล้วก็ตาม. เพื่อคลี่คลายปัญหานี้ ผู้รายงานได้ตัดสินใจตรวจดูในโพรงมดลูกผู้ช่วยหลังคลอดทุกราย, โดยการใช้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อโรคล้างตรวจ.

ได้แบ่งผู้ช่วยเป็น ๒ พวก. พวกแรก

๓,๒๕๕ ราย ตรวจพบหลังคลอดทุกรายพบว่ามียาเพียงรายเดียวที่กลับมาด้วยเรื่องตกเลือดอีก. พวกที่สองไม่ตรวจพบมี ๑,๐๙๘ ราย ๖ รายกลับมา ร.พ. เนื่องจากมีเลือดออกนอกจากเศษรกค้าง.

ผู้รายงานให้ความเห็นว่า การตรวจสอบทำให้ผู้ช่วยที่กลับมา ร.พ. ด้วยอาการตกเลือดจากเศษรกค้างลดลง. นอกจากนี้ยังทำให้รู้พยาธิสภาพของมดลูก, ยุกมดลูก; และผลจากการใช้มอลังง์เข้าไปในโพรงมดลูกก็ไม่ทำให้มีอันตรายเกิดขึ้น. เป็นวิธีปลอดภัยสำหรับแพทย์ทุกคน.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๖. J.H. Herrod: อัลเลอร์จีย์ — เหตุหนึ่งที่ทำให้แท้งได้. Am. J. Obst. & Gynaec. 5 : 1168-1171, 1955.

ผู้รายงานได้ตรวจดูจากการทดลองและการตรวจสอบในห้องทดลองว่า ฮีสตามีน อาจทำให้เกิดการแท้ง และรกหลุดก่อนคลอดขึ้นได้. ได้รายงานผู้ช่วย ๒ ราย. ทั้งคู่เคยแท้งมาแล้วหลายครั้ง และไม่เคยมีเค็กรอดชีวิตอยู่เลย. ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้นักการหัดตัวของมดลูก และมีเลือดออกในสัปดาห์แรก ๆ. ได้

ลองให้มอร์ฟีนก็ไม่ได้ผล; แต่เลือกหยุด
ได้ทันทีภายหลังทำให้แอนติฮีสตามีนทาง
หลอดเลือดดำ. ทั้งสองรายตั้งครรภ์จน
ครบกำหนด และคลอดเด็กมีชีวิตอยู่ได้.

ให้ความเห็นว่าในหญิงตั้งครรภ์ ควร
ได้รับการตรวจสอบในเรื่องฮีสตามีนและ
แอนติฮีสตามีน, อาจพบการเปลี่ยนแปลงก่อนจะมีอาการใด ๆ ปรากฏให้เห็น.

สุนทร บุญญานิตย์ พ.บ.

๗. J.K. Russell and C.K. War-
riok: การใช้รังสีวิทยาเข้าช่วยในการรักร
ษาโรครกเกาะต่ำทางด้านหน้า (anterior
placenta previa), *Lancet*. 16: 785-
786, 1955.

ในการผ่าตัดเพื่อเอาเด็กออกทางหน้า
ท้องในรายที่รกเกาะต่ำอยู่ด้านหน้า, เด็ก
มักได้รับอันตรายเพราะการไหลเวียนเลือด
ไม่พอเพียง เนื่องจากรกฉีกขาด. ความ
สำคัญข้อนี้ผู้สนใจกันมาก. Neligan
และ Russell (1951-1953) ได้ศึกษาผู้
ป่วยมีรกเกาะต่ำ และทำการผ่าตัดเอาเด็ก
ออกทางหน้าท้อง ๒๐ ราย และมีจำนวน
ถึง ๑๑ ราย ซึ่งเด็กได้รับอันตรายเพราะ
การไหลเวียนเลือดในทารกไม่พอเพียง.

สาเหตุอื่นที่ทำให้อัตราการตายของทารกเกิด
ใหม่เพิ่มขึ้น.

ในระยะ ๒ ปีต่อมาได้ทำการผ่าตัด
เอาเด็กออกทางหน้าท้อง ในรายที่รกเกาะ
ต่ำอีก ๓๕ ราย. ในจำนวนนี้ ๑๕ ราย
ต้องผ่าตัดผ่านรก และปรากฏผลว่าเด็ก
ส่วนมากมีอันตราย. จึงได้หาหนทางแก้
ไข. พบว่าเมื่อใช้เฮกซเรย์ช่วยหาคำแหน่ง
ที่รกเกาะได้ให้แน่นขึ้นเสียก่อนผ่าตัด เพื่อ
จะได้หลีกเลี่ยงไม่ทำลายรกขณะผ่าตัด.
ปรากฏผลเป็นที่พึงพอใจ เด็กได้รับความ
ปลอดภัยเพิ่มขึ้น.

ทรงศรี วุฒิธรเนติรักษ์ พ.บ.

๘. F.A. Finnerty and G.J. Fuchs:
รักษาพิษแห่งครรภ์ (Toxemia of preg-
nancy) ด้วยเวราครัม. *Am. J. Obst.*
& *Gynaec.* 4: 830-841, 1953.

ได้รายงานการใช้เวราครัม เวิร์เค
สดีอย่างบริสุทธิ, รักษาโรคพิษแห่งครรภ์
ที่มีความดันโลหิตสูง.

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์ที่ไม่
มีการชัก ๓๐๘ ราย, ใช้เวราครัมฉีดเข้า
กล้ามเนื้อ. ได้ผลดีมาก ๗๘ ปช., ได้ผลก็
๑๗ ปช., ผลพอใช้ ๓ ปช., ไม่ได้ผล

๒ ปีซ.

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชักอย่างรุนแรง ๑๐๐ ราย, แบ่งผู้ป่วยเป็น ๒ พวก, พวกหนึ่งให้เวโรครัมฉีกเข้ากล้ามเนื้อ. อีกพวกหนึ่งให้ เฟินโทบาร์บิทัล และแมกนีเซียมซัลเฟต ฉีกเข้าหลอดเลือดดำ. พวกที่ให้เวโรครัม ความดันโลหิตโคแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย ๒๓.๑๒ มม.ปรอท, พวกที่ให้เฟินโทบาร์บิทัล ความดันโลหิตโคแอสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๔.๑๖ มม.ปรอท.

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคชักแห่งครรภ์. ๑๒ ราย ให้เวโรครัมฉีกเข้าหลอดเลือดดำ, และอีก ๑๒ รายให้เฟินโทบาร์บิทัล และแมกนีเซียมซัลเฟต; พวกที่ให้เวโรครัม ความดันโลหิตโคแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย ๒๔.๓๓ มม.ปรอท., มีการชัก ๗ ราย ภายหลังการรักษ. พวกที่ให้ เฟินโทบาร์บิทัล, ความดันโลหิตโคแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย ๓.๓๓ มม.ปรอท มีการชัก ๕ ราย ภายหลังการรักษ.

วิฑูร โอสถานนท์ พ.บ.

๕. N. Morris, S.B. Osborn and H.P. Wright: การไหลเวียนเลือดที่ผนัง

มดลูกในการตั้งครรภ์ระยะหลัง. Lancet-7: 323-325, 1955.

ผู้รายงานใช้วิธีอัตราเคลียร์รอนซ์ (clearance rate), ในการหาการไหลเวียนของเลือดในผนังมดลูก, โดยฉีกสารซึ่งมีกัมมันตภาพรังสี NaCl^{24} เข้าไปในผนังมดลูก, และวัดอัตรากำจัดโดยคิไตจากรังสีแกมมาที่วัดได้.

โคที่คลอดในหญิงตั้งครรภ์ระหว่าง ๓๐ สัปดาห์ถึงครรภ์ครบกำหนดรวม ๔๔ คน, ๒๐ คนเป็นครรภ์ปกติ, ๑๐ คนเป็นครรภ์แฝดคู่, ๑๐ คนมีโรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชักอย่างไม่รุนแรง, ๔ คนมีโรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชักอย่างรุนแรง. ปรากฏว่า การไหลเวียนของเลือดในผนังมดลูก, ในครรภ์แฝดคู่ลดลงกว่าในครรภ์ปกติบ้าง, ในโรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชักอย่างไม่รุนแรงลดลงครึ่งหนึ่ง, ในโรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชักอย่างรุนแรงลดลงหนึ่งในสี่ของครรภ์ปกติ.

การตรวจวัดนี้แสดงให้เห็นว่าการรักษาโรคพิษแห่งครรภ์, ในระยะก่อนชักอย่างรุนแรง ก็วยาลดความดันโลหิตนั้นจะเพิ่มการไหลเวียนในผนังมดลูก.

วิฑูร โอสถานนท์ พ.บ.

๑๐. W.S. Baker et al: ประโยชน์ของการทำ Pregnan diol ในขั้วสภาวะเพื่อจะได้ใช้โปรเจสเทอโรน รักษาอาการแท้งได้ถูกต้อง. Am. J. Obst. & Gynaec. 2: 405-414, 1955.

ผู้รายงานได้ทดลองในคนไข้ threatened abortion, โดยเก็บน้ำขั้วสภาวะ ๑๒ ชม. นำขั้วสภาวะนั้นมาตรวจหาจำนวน Sod. Pregnan diol glucuronidate ได้ผลคือ ๗๕.๔ ปช. ของคนไข้มีฮอร์โมนเป็นปกติ. และ ๒๔.๖ ปช. มีฮอร์โมนต่ำกว่าปกติ.

สำหรับพวก ที่มีฮอร์โมน ปกติ ได้ทดลองรักษา โดยแบ่งเป็น ๓ พวก คือ:

๑. ให้โปรเจสเทอโรน
๒. ให้สคิลเบสตรอล
๓. ไม่ให้ฮอร์โมนอะไรเลย.

ผลการรักษาพบว่า คนไข้ที่ยังคงตั้งครรภ์ต่อไปนั้น แยกได้เป็น:

๑. ได้ผลดีที่สุด ในพวกที่ไม่ได้รับฮอร์โมนอะไรเลย (๘๘.๘ ปช.):
๒. รองลงมาในพวกที่รักษาด้วยสคิลเบสตรอล (๘๐ ปช.).
๓. น้อยที่สุด ในพวกที่ให้โปรเจสเทอโรน (๗๒ ปช.)

สำหรับพวกที่มีฮอร์โมนต่ำกว่าปกติ, ได้ทดลองรักษา พบว่า:

๑. ถ้าให้โปรเจสเทอโรน, จะคงตั้งครรภ์ต่อไปได้ ๘๓.๓ ปช.
๒. ถ้าไม่ให้ฮอร์โมนอะไรเลย, จะคงตั้งครรภ์ต่อไปได้ ๗๘.๖ ปช.

สรุปจากผลการทดลองนี้:

๑. เปร์กแนนติโอดในขั้วสภาวะจะเป็นสิ่งคัดสรรแสดงอัตราแท้งไม่ได้.
๒. โปรเจสเทอโรน ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ในคนไข้ที่มี เปร์กแนนติโอด จำนวนปกติในขั้วสภาวะ ๒๔ ชม. แต่ที่ใช้รักษาพวกที่มี เปร์กแนนติโอด ต่ำนั้น, ผลลัพธ์ก็ยังไม่เป็นที่แน่นอน.

ศิวาลัย เข้มมบัติ พ.ม.

๑๑. C.T. Beecham et al: ใช้ในโทรเจนมีสคาร์ต และ เอ็กซ์เรย์รักษาพัลโมนารีเมตาสแตซิสจากโคโนคาร์ซิโนมา. Am. J. Obst. & Gyn aec. 3: 510-524, 1955.

ผู้เขียนได้รายงานการรักษาพัลโมนารีเมตาสแตซิสในผู้ป่วยที่เป็นโคโนคาร์ซิโนมา ๒ ราย. รายแรกมีประวัติตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกมาก่อน. ต่อมาเมื่อเลือก

ออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอด ได้
 ชุดมดลูกตรวจ ๒ ครั้งก็ไม่พบเนื้องอก,
 แต่อาศัยการตรวจหาฮอร์โมนและประวัติ
 สนับสนุนว่าเป็นโรคนี ทั้งยังพบอีกว่ามี
 เมตาสแตซิสไปยังปอดทั้ง ๒ ข้างด้วย.
 ได้ทำการผ่าตัดพบว่าเป็นเนื้องอกเป็นท่อนเนอ
 กล้ามของมดลูก. หลังผ่าตัด ๑๒ วันได้
 ให้เทสโทสเทอโรน ๑๐๐ มก. ทุกวัน
 รวม ๑๕๐๐ มก. อาการกลับเลวลงจึง
 เลิกให้. เริ่มใช้การรักษาทางรังสีภายใน
 โทรเจนีสตาร์คในขนาด ๐.๕ มก. ต่อ
 น้ำหนักตัว ๑ กก. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น.

ตรวจพบอีกว่าเมตาสแตซิสหายไป.

รายที่สอง มีอาการเลือดออกกระปริด
 กระปรอยทางช่องคลอด, ไอเป็นเลือด
 และมีก้อนเนื้องอกที่ช่องคลอด รวมทั้ง
 มีเมตาสแตซิสไปยังปอดด้วย ได้ทำผ่าตัด
 ไม่พบเนื้องอกในมดลูก. ได้ให้การ
 รักษาทางรังสีและในโตรเจนีสตาร์คเช่น
 เกยวกัน. ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้นใน
 ระยะแรก, แต่ตอนหลังกลับเลวลง และ
 ถึงแก่กรรมหลังผ่าตัดได้ ๔ เดือน.

เสรี วรรณไกรโรจน์ พ.บ

เฉพาะท่านที่สนใจ

สารศิริราชฉบับพิเศษ
 ส่งทางไปรษณีย์

ราคา ๒๐.๐๐ บาท
 เล่มละ ๒.๐๐ บาท

ปกิณกะ

ความเห็นเกี่ยวกับการสอน Post-graduate.

Post-graduate medical education มีความสำคัญต่อการแพทย์ในสมัยปัจจุบันมากจนสมาคมแพทย์อเมริกันต้องจัดการสำรวจเรื่องนชั้นทั่วประเทศ (The report of a two and one-half year Survey of Post-graduate Medical Education by the Council on Medical Education and Hospital of the American Medical Association) และได้นำลงพิมพ์ในหนังสือจดหมายเหตุของสมาคมแพทย์อเมริกันเป็นตอน ๆ เริ่มตั้งแต่ฉบับ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นมา. รายงานการสำรวจนี้ได้เน้นความสำคัญถึงหน้าที่ของโรงเรียนแพทย์เกี่ยวกับการศึกษาว่า โรงเรียนแพทย์จำต้องรับผิดชอบในการศึกษาแพทย์สามประเภทด้วยกัน คือ Under-graduate, Graduate, และ Post-graduate. จะจัดการเฉพาะประเภทแรก หรือ สองประเภทแรกเท่านั้น ยังไม่เป็นการเพียงพอ. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลก็เห็นความ

สำคัญเหมือนกัน จึงได้จัดให้มีการสอน Post-graduate ขึ้นในเวลาปีภาคฤดูร้อนมาสองปีแล้ว. การจัดการสอน Post-graduate ของเราคงจะไม่ดีสมกับความปรารถนาของพวกเราทุกคน แต่ก็ดีที่สุดในที่ที่กำลังใจ กำลังกาย กำลังความคิด รวมทั้งกำลังเงินของพวกเราจะทุ่มเทให้ได้ และพวกเราพยายามค้นหาวิธีเพื่อจะปรับปรุงการศึกษาค้นหาให้เป็นประโยชน์แก่วงการแพทย์ของเรายิ่งขึ้นไปเป็นลำดับ.

ผู้เขียนเชื่อว่าความคิด ความเห็นใด ๆ เกี่ยวกับการสอน Post-graduate นี้จะเป็นประโยชน์สำหรับประกอบการพิจารณาจัดการสอนในครั้งต่อไป และหวังว่าพวกเราคงจะช่วยกันเสนอความคิดเห็นมาเพื่อผู้มีหน้าที่จัดการสอนจะได้รับไว้พิจารณาเลือกใช้ตามควรแก่กรณี.

สำหรับส่วนตัวผู้เขียนเองในเวลานี้มีความคิดเห็นที่สำคัญอยู่สองข้อ.

ข้อแรก. การจัดวิชาสอน เราควรจัดวิชาสอนเป็นชุด (course) จะเป็นชุด

สั้น หรือ ชุดยาวก็ตาม เลือกร่องทแพทย์
สนใจกันมาก (อาจจะทราบได้จากการส่ง
จดหมายเวียนตั้งเคยทำมาแล้ว) และจัก
อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ที่ชำนาญในแง่
ต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้นมาสอนติดต่อกัน
ไปในชุดเดียวกัน เช่น จะสอนชุด E.K.G.
ก็อาจจะมีอาจารย์แผนกสรีรวิทยาสอนท
ทวนหลักเบื้องต้นก่อน แล้วอาจารย์
ผู้ชำนาญทางโรคหัวใจในผู้ใหญ่ และ
อาจารย์โรคเด็ก ช่วยกันสอนเกี่ยวกับการ
ประยุกต์ในคนไข้ผู้ใหญ่และเด็กต่อไป.
ความจริงการจัดหาอาจารย์สอนวิชาเป็น
ชุดนี้ไม่ใช่ทำได้ง่าย ๆ แต่เมื่อได้จักวิชา
ชุดที่มีอาจารย์ครบแล้ว ทางโรงเรียนควร
จะประกาศล่วงหน้าไว้ว่า การสอน Post-
graduate ครั้งใหม่นี้ จะมีวิชาชุดอะไร
บ้าง, ใช้เวลาชุดไหนกี่ชั่วโมง และถ้า
บอกรายนามอาจารย์ผู้สอนด้วยก็ยิ่งดี.
ในการสอนวิชาบางชุดที่ต้องจำกัดจำนวน
แพทย์เข้าเรียน เราก็ต้องบอกล่วงหน้าไว้
ด้วยว่ารับจำกัดเท่าไร.

ข้อสอง. ค่าเล่าเรียน การเก็บค่า
เล่าเรียน นอกจากจะได้ชดเชยค่าใช้จ่าย
ที่ต้องใช้ไปในการจัดการสอนยังเป็นส่วน

น้อย แต่ความประสงค์ข้อใหญ่อยู่ที่ทาง
ใจ เพราะจะช่วยให้แพทย์ที่มาเรียนและ
อาจารย์ผู้สอน เห็นความสำคัญของการ
ศึกษานี้.

ส่วนปัญหาว่าจะอาศัยกฎข้อบังคับข้อ
ไหนไปเก็บค่าเล่าเรียน หรือควรจะเก็บ
ค่าเล่าเรียนเท่าไรนั้นเป็นข้อปลีกย่อย ที่จะ
ต้องจัดทำโดยคณะผู้จัดการสอนต่อไป.

ในการเสนอความคิดเห็นเหล่านี้มา
ผู้เขียนมีความมุ่งหมายเพียงจะให้ข้อ
ความเห็นเป็นจุดตั้งต้นของการเสนอ
ความเห็น ของบรรดาอาจารย์อื่น ๆ ใน
โรงเรียนแพทย์เกี่ยวกับการสอน Post-
graduate. จึงได้ส่งข้อความมาลงพิมพ์
ตั้งแต่บัดนี้ เพื่อให้มีเวลานานพอที่จะได้
รวบรวมความคิดเห็นของผู้อื่น ก่อนที่เรา
จะจัดการสอน Post-graduate ในคราว
หน้า. สำหรับความเห็นของผู้เขียนนั้นคง
มีก่อนอยู่ไม่น้อย จึงยินดีมากถ้าผู้อื่น
ได้แสดงความคิดเห็นขัดแย้งมา, เพราะวิ
ธีนี้จะช่วยให้การจัดการสอน Post-graduate
ของเราได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อยไป.

อานนท์ ประทัตสุนทรสาร

พ.บ., M.P.H. (T.M.)

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๑,๗๖๒	๑,๐๔๕*	๑,๑๓๓	๑,๐๐๕	๑,๒๕๕	๓๕๕	๖,๕๑๑
เก่า	๒,๕๒๐*	๑,๖๓๕*	๒,๐๑๕*	๑,๑๑๘	๒,๒๖๗	๒๕๕	๘,๘๑๐*
รวม	๔,๒๘๒	๒,๖๘๐*	๓,๑๔๘*	๒,๑๒๓	๓,๕๒๒	๖๑๐	๑๕,๓๒๑*
<u>ใน</u>	๑๘๐.	๒๗๔.	๓๘๒.	๑๑๓.	๒๘๕.	—	๑,๖๓๘

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๓๓๓. จักษุฯ ๒๘๘. สูติ-นารีฯ ๑๗๘. รวม ๘๐๙. ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๒๘๓*. หญิง ๒๒๗. รวม ๕๑๐. คลอดตาย ชาย ๗. หญิง ๑๓. รวม ๒๐.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๕ คน (๘.๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๓๕ ราย. (๒๖.๑ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๕๘ ครั้ง. ข้างนอก ๑๐ ครั้ง. รวม ๔๖๘ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๔๕๐ คน. รักษาใหม่ ๓๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๑๐ ครั้ง.
 ร่าเคียม รักษา ๑๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๖๗ ครั้ง. โดอะเรอรัมีย์, รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจพบซัลเมตะบอลิสม์ ๘๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๗๕๔ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๓๕ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๔๘๘ ราย. (จากภายนอก ๔๗ ราย). แอ็กกูตินเนชั่น ๑๖๓. วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๘๘๒ หมู่มเลือด ๖๖๗. นับเม็ดเลือด ๔๑๖. หาเชื้อแบคทีเรีย ๑๑๑. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๖. อุจจาระ ๓๕๓. ปัสสาวะ ๒๐๑. เสมหะและอื่น ๆ ๔๑. เพาะเชื้อจากเลือด ๘๔. อุจจาระ ๑๒๖. ปัสสาวะ ๓๗. น้ำไขสันหลัง ๑๒. เสมหะและอื่น ๆ ๑๗๘. นิคิตัวที่ทดลอง ๒. เพาะเชื้อบิค ๓๘. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๖. ตรวจศพพิเศษ ๑๓. ตรวจของกลาง ๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๗. เจาะน้ำสันหลัง ๓. เจาะตับ ๗. น้ำช่องปอด ๑๑. อักลมเข้าช่องปอด ๒. อักลมเข้าช่องท้อง ๓๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๘. นิคยาซีฟลิต ๒๒.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๐๐. ถอนฟัน ๓๖๘. อุดฟัน ๑๒๕. ผ่าตัดช่องปาก ๓๑.

(โดยความ^ขเอื้อ^ขของ นายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐ บาทขึ้นไป) ดังต่อไปนี้ :

๑. คุณหญิงบุญมี ปุระราชรังสรรค์ บ้านเลขที่ ๓๕๒๕ ตรอกจันทร์ สพาน ๒ อำเภอยานนาวา จังหวัดพระนคร มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา เพื่อให้ซื้อสิ่งของที่จำเป็นไว้เป็นสมบัติของแผนก

๒. ข. พณฯ พลตำรวจตรี ละม้าย อุทยานานนท์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงเกษกร ได้มีจิตศรัทธาซื้อเครื่องกระตุกไฟฟ้า พร้อมทั้งอุปกรณ์และโต๊ะวางรวมราคา ๖,๕๖๗.๐๐ บาท ให้เป็นสมบัติของหน่วยกายบำบัด แผนกศัลยศาสตร์

๓. นางบุญช่วย จิตต์กาลาน บ้านเลขที่ ๔๑/๕ ซอยนาาใต้ ถนนกรุงเทพ-สมุทรปราการ จังหวัดพระนคร มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบซื้อเครื่องนวด ให้หน่วยกายบำบัด แผนกศัลยศาสตร์

เบ็ดภาคเรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์

และศิริราชพยาบาลได้เป็นประธานประกอบพิธีเปิดการศึกษาภาคต้นของปีการศึกษา ๒๔๕๘-๕๙ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๔๕๘ ณ ทอประชุมราชแพทยาลัย เมื่อท่านคณะบดีได้กล่าวคำต้อนรับบรรดานักศึกษาผู้มาใหม่จบแล้วศาสตราจารย์ชุนเกดทักวิทยายุทธ หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยาได้ขึ้นเล่าประวัติของโรงเรียนแพทย์ตั้งแต่เริ่มต้นมาจนถึงสมัยปัจจุบัน ลำดับต่อมาศาสตราจารย์นายแพทย์เคิม ขุนนาค อาจารย์ผู้ปกครอง เป็นผู้ขึ้นกล่าวสรุปพิธีเปิดภาคเรียนใหม่สละสลวยด้วยความชื่นชมของผู้มาร่วมประชุมโดยทั่วถึง

ข่าวการศึกษา คณะบดี คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้ประกาศรายนามผู้ได้รับรางวัลและเงินทุนสำหรับผู้ได้คะแนนเยี่ยมประจำชั้นและในวิชาต่าง ๆ ในการศึกษา พ.ศ. ๒๔๕๗-๕๘ ตามมติของคณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้:

๑. ผู้ที่ได้รับเหรียญทอง รางวัลของ ร.ท. อวย เกตุสิงห์ ร.น. บัณฑิตชั้นมัธยมศึกษา ๑๐๐.๐๐ บาท ได้แก่ นายประเวศ วัลล.

๒. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยมสตรีวิทยา ราง
วัดของ ร.ท. อวย เกตุสิงห์ ร.น. บัณฑิต
หนังสือราคา ๑๐๐.๐๐ บาท ใ้แก่นาย
สมภพ เรืองตระกูล.

๓. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยมสตรีวิทยา
รางวัดของ ร.อ. สุรินทร์ จารุจินดา เงิน
๕๐.๐๐ บาท ใ้แก่นายสมภพ เรือง-
ตระกูล.

๔. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยมปราชญ์วิทยา
รางวัดของ นายแพทย์ ประกิจ สุทัศน์
เงิน ๑๐๐.๐๐ บาท ใ้แก่นาย อรุณ
บุญประกอบ.

๕. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยมอาชวาศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นบท ๓ รางวัด
ของนายแพทย์ จำลอง และแพทย์หญิง
ตระหนักจิต หะรินสุต เงิน ๑๐๐.๐๐
บาท ใ้แก่น.ส. ช่อทิพย์ สุพรรณโรจน์.

๖. ทนมหาวรรณ มันทาภรณ์ รางวัด
ในประเภทอักษรค่าธรรมนิยม แก่นักคึก
ษาแพทย์ชั้นบท ๒ ที่สอบไล่ไต่คะแนน
เยี่ยมในวิชากายวิภาคศาสตร์ และ สตรี-
วิทยารวมกัน ของนายแพทย์ สมาน มิน
ตาภรณ์ ใ้แก่นายอรุณ บุญประกอบ.

๗. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยมสุติศาสตร์ ส้า
หรับนักศึกษาแพทย์ชั้นบท ๓ รางวัดของ

นายแพทย์ ชระ สุขวัฒน์ เงิน ๒๐๐.๐๐
บาท ใ้แก่นางสาวไลว ฉายะจินดา.

๘. ทนประสาร ขรรค์ศิริ ของพระยาอ
เทพโกสินทร์ ใ้เป็นรางวัดแก่นัก
ศึกษาแพทย์ที่สอบไล่ไต่คะแนนสูงสุคประ
จำชั้น ๔ คน กังมีรายการ คือ:

ชั้นบท ๔ ใ้แก่นายอนันต์ ส่งแสง
เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท

ชั้นบท ๓ ใ้แก่น.ส.ผ่องโสม อัดตะ
สัมปณะ เงิน ๓๐๐.๐๐ บาท

ชั้นบท ๒ ใ้แก่นายวินัย สุวัฑฒ์ เงิน
๒๐๐.๐๐ บาท

ชั้นบท ๑ ใ้แก่นายสมพร ขุษาทิจ
เงิน ๒๐๐.๐๐ บาท.

๙. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยม คัลยศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นบท ๓ รางวัด
ของ แผนกคัลยศาสตร์เงิน ๒๕๐.๐๐
บาท ใ้แก่นายสรินทร์ พินิจพงศ์.

๑๐. ผู้ที่ไต่คะแนนเยี่ยม คัลยศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นบท ๒ รางวัด
ของแผนกคัลยศาสตร์ เงิน ๑๕๐.๐๐บาท
ใ้แก่นายสมปอง แคงสุริยศิริ.

อาจารย์ไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ
แพทย์หญิง บุญเรือง นิยมพร แพทย์หญิง
ชะวัก รัตพงษ์ และนายแพทย์ ธงฉัตร

โคละทัต อาจารย์ประจำแผนกสรีรวิทยา ได้เดินทางไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ประเทศเยอรมัน ด้วยทุนส่วนตัว โดยเครื่องบิน เค.แอล.เอ็ม. เมื่อวันที่ ๕ พฤษภาคม ค.ศ. ๑๙๕๘ ทั้งสามท่านมีกำหนดเวลาอยู่ในประเทศนั้น ๓ ปี เราขอให้อาจารย์ ๓ ท่านนี้ ได้บรรลุผลมุ่งหมายจงทุกประการ.

ผู้ช่วยคณบดีไปต่างประเทศ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัชวาล โอสถานนท์ ผู้ช่วยคณบดีและนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ได้เดินทางไปสหรัฐอเมริกา โดยเครื่องบิน พี.เอ.เอ. เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ค.ศ. ๑๙๕๘ จุดประสงค์ของท่านผู้ช่วยคณบดี ในการเดินทางไปสหรัฐอเมริกาครั้งนี้ เพื่อจะศึกษากิจการด้านบริหารงานโรงพยาบาลและการอำนวยความสะดวกการศึกษา ในวิชาสัตวศาสตร์และนิเวศวิทยา ซึ่งเป็นสาขาวิชาที่ท่านเชี่ยวชาญ เราหวังว่าท่านผู้ช่วยคณบดีคงจะได้นำวิชาความรู้ใหม่ๆ มาช่วยเกื้อกูลให้ศิริราชได้ก้าวไปสู่ความเจริญอีกขั้นหนึ่งอย่างแน่นอน

ข่าวมงคลสมรส ในเดือนพฤษภาคม

๒๕๕๘ นี้ มีอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล ได้เข้าสู่พิธีมงคลสมรสทั้งมีรายนามต่อไปนี้ :

๑. นายแพทย์ ประทอญ จูฑะสุต อาจารย์ประจำแผนกพยาธิวิทยา กับ น.ส. มุกดา สทองจิตต์ ประกอบพิธี ณ บ้าน ก.ม. ที่ ๕ สันทรายน้อย เชียงใหม่ เมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม.

๒. แพทย์หญิง ศุภรัตน์ ภวนันท์ อาจารย์ประจำแผนกสรีรวิทยา กับ ร.อ.ท. นายแพทย์ เกษม พิณสวัสดิ์ ประกอบพิธี ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ ๕ พฤษภาคม.

๓. นายแพทย์ คิติ จังเจริญ กับ แพทย์หญิง อุไร อรุณลักษณ์ ทั้งสองท่านนี้เป็น อาจารย์อาวุโสในแผนกสรีรวิทยา ประกอบพิธี ณ บ้านเลขที่ ๑๔๔ สาทรเหนือ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม.

๔. นายแพทย์ ทรงฉัตร ไทษยานนท์ อาจารย์ประจำแผนกพยาธิวิทยา กับ น.ส. เฉลิม รุ่งเรืองรัตน์ ประกอบพิธี ณ สมาคมพ่อค้าไทย เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม.

๕. นายแพทย์ ประเสริฐ นิลประภัสสร อาจารย์ประจำแผนกรังสีวิทยา กับ

น.ส. มณีนันท์ ผลานวงศ์ ประกอบพิธี
ณ สโมสรสำนักวัฒนธรรมฝ่ายหญิง บ้าน
พิศณุโลก เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม.

เราขออำนวยความสะดวกให้คู่สมรสทั้งท่านน
จงประสบความสำเร็จในชีวิตพัฒนาสังคม
ตราบชั่วกาลนาน

ข่าวศิษย์เก่า

ข่าวมรณกรรม ๑. ชุนนิเทศสุขกิจ (ถม-
รัตน์ พุ่มชูศรี) เลขานุการคณะกรรมการ
ประกอบโรคศิลป์แห่งกระทรวงสาธารณสุข
ได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม
๒๕๕๘ ท่านผู้นี้เป็นศิษย์รุ่นที่ ๒๘ พ.ศ.
๒๕๖๕ ๒. ร.ธ. ชุนนาทวิฑูเรศ (สนัน
เทพวัลย์) แห่งกรมแพทย์ทหารบก ถึง
แก่กรรมเมื่อวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ท่านผู้นี้เป็นศิษย์รุ่นที่ ๒๔ พ.ศ. ๒๕๖๑

เราขอแสดงความสลดใจในมรณกรรม
ของท่านทั้งสองต่อครอบครัวและญาติมิตร
ของท่านด้วย

**พระราชทานเพลิงศพนายแพทย์มนตรี
มงคลสมัย** เจ้าภาพได้กำหนดการรับพระ
ราชทานเพลิงศพ นายแพทย์ มนตรี มง-
คลดสมัย ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยารามเมื่อ

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา
๑๖.๓๐ น.

นายแพทย์ มนตรี มงคลสมัย ถึงแก่
กรรมด้วยโรคโคโรนาไวรัส ออสมโบสิส เมื่อ
วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๗ ศิริรวมอายุ
ได้ ๕๑ โดยที่ ท่านผู้นี้เป็นศิษย์รุ่นที่ ๓๓
พ.ศ. ๒๕๗๐ เมื่อสำเร็จการศึกษาด้าน
ศาสตร์แล้ว ออกรับราชการด้วยการเริ่ม
ต้นในหน้าที่แพทย์ประจำบ้านแผนกอายุร-
ศาสตร์ (ศิริราช) ต่อมาได้รับทุนรอกก
เฟลเลอร์มูลนิธิให้ไปศึกษาวิชาการเวช
ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๗๒
และอยู่ในประเทศนั้นจนถึง พ.ศ. ๒๕๗๔
กลับมาได้เข้ารับหน้าที่เป็นอาจารย์ในวิชา
กุมารเวชศาสตร์ของสำนักเดิม ตำแหน่ง
ครั้งสุดท้ายที่สุดของท่านผู้นี้ คือหัวหน้า
แผนกกุมารเวชศาสตร์ แห่งคณะแพทย์

ศาสตราจารย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความสูญเสียของท่านผู้นี้ ฟังกล่าว
ได้ว่าเป็นการสูญเสียอย่างสำคัญของวง
การแพทย์แห่งประเทศไทย และเราขอ
แสดงความเสียใจต่อครอบครัวและญาติ
มิตรของท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย.

มงคลสมรส นายแพทย์ ประยูร สุขอนธ-
มาน กับแพทย์หญิง อัมพร พิพิธโกศา
ได้ประกอบพิธีสมรส ณ แพทยสมาคมแห่ง
ประเทศไทย ท่าบรูสาลาแกง เมื่อวันที่
๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เราขอแสดงความ
ยินดีและขอพรให้คู่สมรสนี้ จงประ-
สพความเจริญรุ่งเรืองอยู่ชั่วกาลนาน.

โปรดทราบ

ท่านผู้ซึ่งขอสมัครรวมวิชาการและสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับ
หนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

ออกฤทธิ์ทั้งสองอย่าง.

พวกที่แยกเอาเวโซเพรีสซินออก เหลือแต่ออกซีพิโทซิน, เป็นพวกที่สติ- แพทย์ชอบมาก, เพราะไม่ทำให้แรงคั้น โดทิงสูง. อนึ่งพวกเวโซเพรีสซินมีฤทธิ์ ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีบีบตัวด้วย- ถ้าคนไข้มีอาการไม่ดีขึ้นแล้วอาจทำให้เลือด ไปอุดตัน. พวกออกซีพิโทซินอย่างเคียว มีสองทางการค้าสองอย่างคือ บีโทซิน (pitocin), กับ โอราสทิน (orastin). สำ- หรับขนาดหลังนี้ยังไม่มีใครสั่งเข้ามาใช้. บีโทซินเป็นยาน้ำบรรจุหลอดละครึ่ง ล.ซม. มียา ๕ หน่วย. หลอดบีบด้วยชาว ทั่วหนึ่ง ล.ซม. หลอดมันคล้าย ๆ กับยาคัน. เพราะฉะนั้นอาจหยาบได้.

ยาพวกนี้ออกฤทธิ์ภายใน ๒-๓ นาที ภายหลังฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ และฤทธิ์คงอยู่ยาวนาน ๒ ถึง ๓ ชั่วโมง.

พวกที่สองได้แก่ยาพวกเออร์โกทามีน. เป็นแอลคาลอยด์ที่มีฤทธิ์ทำให้มดลูก และหลอดเลือดบีบตัว. ที่ในภาคยามีอยู่ สองอย่างเท่านั้นคือ นีโอจยเนอร์เจน (neogynergen) และ เมเธอร์จิน (methergin). นีโอจยเนอร์เจนหลอดบีบยาสีเขียวหลอดละ ๑ ล.ซม. ซึ่งประกอบด้วย

ทัวยเออร์โกทามีนคาร์เตรท ๐.๒๕ มก. และเออร์โกซาซีนคาร์เตรท ๐.๑๒๕ มก. ส่วนพวกเมเธอร์จิน หลอดบีบยาสี เหลืองน้ำตาล. เป็นพวกเมธิลด์ เออร์โก- ซาซีนคาร์เตรท บรรจุหลอดละ ๑ ล.ซม. ครึ่งล.ซม.

ทั้งสองอย่างออกฤทธิ์ภายใน ๒ ถึง ๕ นาที. ฤทธิ์คงอยู่ยาวนาน ๒๔ ถึง ๔๘ ชม. เมเธอร์จินมีข้อดีกว่านีโอจยเนอร์เจนที่ ไม่ทำให้ปากมดลูกเกร็งและบางรายอาจ เกิดการแพ้, มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน มือเท้าเย็นเหมือนอาการช็อค เรียกว่า เออร์โกทิสซึม (ergotism). ทั้งสองอย่าง ใช้ฉีดใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ. สำหรับ เมเธอร์จิน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำก็ได้, แต่ที่นีโอจยเนอร์เจนไม่ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือด, เพราะถ้าแพ้จะทำให้เกิดอาการ รุนแรงมากได้.

พวกที่สามคือ ควินิน. ยาพวกนี้ใน ขนาดน้อยมีฤทธิ์กระตุ้นให้มดลูกบีบตัว. แต่ถ้ามาก ๆ ก็ไม่ได้ผล. โดยมากผสม กับยาอื่นเช่น ควินินแคลเซียม (Quinine calcium) หรือคาลกลูควิน (calgluquin) บรรจุหลอดละ ๑๐ ล.ซม. ใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ. นอก

จากนั้นยังมีควินินทำเป็นเม็ดเล็ก ๆ ขาว ๆ เป็นพวกควินินซัลโฟรลอสไรต์ เม็ดละ ๐.๐๕ กรัม และควินินซัลเฟต เม็ดละ ๐.๓ กรัม, แต่ยาเม็ดเขาเก็บไว้ในตู้ข้างนอก.

พวกที่สี่คือพวกยาระงับประสาท เพื่อแก้ปวดและให้อ่อนลนัยได้. ที่ใช้กันบ่อย ๆ มีพวกบาร์บิทเลท, มอร์ฟีน และ ยาที่ได้ออกจากมอร์ฟีน เช่นเป็ธิดีน (pethedine). พวกนี้โดยมากใคร ๆ ก็รู้จักกันแล้ว.

แต่อยากจะได้กลิ่นเล็กน้อยคือสำหรับมอร์ฟีนนั้น ต้องระวังฤทธิ์ที่มันไปกดศูนย์การหายใจของเด็กในครรภ์. พวกนี้มีฤทธิ์อยู่นานประมาณ ๔-๖ ชม. ฉะนั้นก่อนให้ยานต้องกะได้ว่าเด็กจะไม่คละคลายใน ๔-๖ ชม. หลังให้ยาน, มีฉะนั้นเด็กออกมาอาจมีแอสฟิซเซียเพราะมอร์ฟีนยังคงออกฤทธิ์กดศูนย์การหายใจอยู่. ส่วนเป็ธิดีน มีชนัตผลออกละ ๑๐๐ มก. และ ๕๐ มก. ก็กว่ามอร์ฟีนที่กดศูนย์การหายใจน้อยกว่า, และทำให้ปากมดลูกหยาบขึ้นตัวและเปิดเร็วเข้า.

พวกที่ห้าคือยาระงับหัวใจและหายใจ. ทุกคนควรระวังรู้จักกันมากแล้ว, จึงขอผ่านไปเลย.

ยาเหล่านี้ถูกใช้กันอยู่เรื่อย ๆ. ถ้า นักศึกษารู้จักสังเกต, รู้จักไปตามแพทย์ประจำบ้าน หรือ บรรดาอาจารย์ในแผนก, ก็คงจะทราบได้ว่าจะใช้ยาชนิดไหนเมื่อใด. และคงไม่หน้าซัดคอบตะกุกตะกักเมื่อเวลาถูกถามคอนสอบลงกอง. ทั้งจะไม่ต้องจดหมาย กลับมาถามวิธีใช้กับอาจารย์อีก เมื่อสำเร็จเป็นหม้อออกไปอยู่ข้างนอก.

พวกอย่างรวบรัด เราใช้ยาตามระยะต่าง ๆ ของการคลอดดังนี้คือ

(๑) ในการนำการคลอด (medical induction of labour). ใช้ในครรภ์เกินกำหนด. ให้ตามวิธีของ Watson คือเริ่มให้น้ำมันละหุ่ง ๓๐-๔๕ ล.ชม., ๒ ชม. ต่อมาให้ควินินซัลเฟต ๒ เม็ด (๐.๖ กรัม). ๑ ชม. ต่อมาให้บีบีคิทริน ๒.๕ หน่วยเข้าใต้ผิวหนัง. ถ้ายังไม่ได้ถ่ายอุจจาระให้สวนออก. ครึ่ง ชม. ต่อไปให้บีบีคิทริน ๒.๕ หน่วยเข้าใต้ผิวหนังทุกครั้ง ชม. ๓ ครั้ง (รวมเนอียาไม่เกิน ๑๐ หน่วย).

ถ้าคนไข้มีอาการเจ็บครรภ์ (labour pain), ให้หยดคลิธิบีคิทริน. การทำการนำคลอดคนมักจะเริ่มตอนเช้ามืด. ถ้าให้

หนึ่งซึกไม่ไค้ผล, ให้ซ้ำอีกในวันรุ่งขึ้น.
ถ้าคนไข้ครรภ์เกินกำหนดครึ่ง มักไค้ผล.

(จ) เมื่อคนไข้เจ็บครรภ์เริ่มเข้าระยะ
ปากมดลูกเปิดหรือระยะแรกของการคลอด
(stage of cervical dilatation). ถ้า
มีความจำเป็นที่ระตังกระตุ้นการเจ็บครรภ์
ให้เกิดขึ้นเช่นในรายที่มี uterine inertia
และมีถุงน้ำทันทัวแตก, เรามักให้ (๑)
ควินินแคลเซียมหนึ่งซึก, ฉีกเข้ากลั้ม
ครึ่งแรก ๕ ล.ซม. ครึ่งที่สองให้ ๓ ล.ซม.
ครึ่งที่สามให้ ๒ ล.ซม., ฉีกห่างกันครึ่ง
ละ ครึ่งถึงหนึ่ง ซม. ซ้ำไค้อีกหนึ่งซึก
ภายใน ๖ ถึง ๑๒ ซม. (๒) บางโรงพยาบาล
ในระยะแรกนี้เขาให้พวกบียูทิกวิน
ทัวย, และมีกระให้ ๕-๑๐ หน่วย ผลสมน้ำ
เกลือปล่อยให้หยกเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ.
แต่วิธีนี้ในโรงพยาบาลศิริราชยังไม่ใช้.
(๓) ในระยะแรกนี้ถ้าคนไข้กระวนกระวาย
มากเพราะในการเจ็บครรภ์, ควรให้ยา
ระงับประสาทอย่างอ่อนหรือแรงพิจารณา
เป็นรายๆ ไป, เพื่อให้คนไข้สงบไค้พักใน
ระยะแรก. จะทำให้คนไข้แข็งแรงขวัญดี
และมีแรงข่งกัในระยะข่ง.

(ค) ระยะข่ง (stage of expul-
sion). ในรายที่ขังการให้มดลูกหดตัว

ขึ้นเช่นเมื่อมี uterine inertia มักให้
พวกยาสกัดจากก่อนบียูทิกวินส่วนหลัง
เช่นบียูทิกวินให้ครึ่งละ ๒-๕ หน่วย ฉีก
เข้าไค้ผิวหนึ่ง หรือเข้ากลั้ม, และให้ซ้ำ
ไค้ภายใน ครึ่ง ถึง ๑ ซม.

ก่อนจะใช้ยาเหล่านี้ระตังนึกถึงข้อ
ห้ามใช้ (contraindications) หลาย
อย่างคือ

(๑) การคลอดถูกขังขวาง (obstruc-
ted labour) เช่นจากกระดูกเชิงกราน
เล็กเกินไป (contracted pelvis), แผล
เป็นในช่องคลอด (vaginal scar or
ring), เนองอกในอ้งเชิงกรานเช่นของ
รังไข่, เกิดอยู่ผิดท่า, หรือจากผิดปกติที่
ตัวเท็กเอง เช่น เท็กตัวโตเกินไป หรือเป็น
ชัยโครเซฟาแลส.

(๒) มดลูกทำท่าระแตก (threa-
tened uterine rupture).

(๓) แรงกันโลหิตสูง เช่น pre-
eclampsia, renal hypertension ฯลฯ
แต่พวกนี้อาจเลียงให้ยาพวกบียูทิกวิน หรือ
โอราสกินแทน, เพราะพวกนี้ไม่ทำให้แรง
กันโลหิตสูงขึ้นไปอีก.

(๔) ทารกมีแอสฟิซเซียอยู่แล้ว (fe-
tal asphyxia) ถ้าให้ยาพวกนี้จะทำให้

มดลูกบีบตัวมากขึ้น, และเลือดไปเลี้ยง
เด็กในครรภ์น้อยเข้า อาจทำให้เด็กตาย
ได้.

ในรายที่มดลูกบีบตัวก็อยู่แล้ว เราไม่
ให้ยาจำพวกนี้, เพราะจะทำให้มดลูกบีบตัว
มากเกินไปซึ่งอาจทำให้เกิดผลร้ายขึ้นได้,
และอาจเกิด reactive atony ตามมา
ภายหลัง.

(ง) ในระยะรกคลอด (placental
stage). แบ่งออกได้ ๒ ตอน.

๑. ก่อนรกคลอด. ถ้ามดลูกหดตัว
ไม่ถี่ รกไม่ลอก อาจให้เมเซอร์อิน ครั้ง
ถึง ๑ ล.ซม. ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เข็มกล้ำม
หรือเข้าหลอดเลือดดำก็ได้.

๒. หลังรกคลอด. ถ้ามดลูกหดตัวไม่
ถี่ อาจให้ยาพวกกระตุ้นให้มดลูกหดตัว.
การให้ยาในระยะนี้มีอันตรายน้อย เพราะ
ไม่ต้องระวังอันตรายที่จะเกิดกับเด็ก. ไม่
ต้องระวังว่าปากมดลูกจะเกร็ง (cervical
clamp) และไม่ต้องกลัวมดลูกแตก.
โดยมากมักจะให้เมเซอร์อินหรืออินโดกัย
เนอร์เซ็น ๑ ล.ซม. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือ

เข็มกล้ำม, หรือจะให้บีบีทอิทริน ๒.๕ หน่วย
ก็ได้. การให้ยาช่วยเร่งการคลอดนี้ มิใช่
เพียงสักแต่ว่าฉีดยาเป็นแล้วก็ได้. ผู้
ให้จะต้องรู้จักเภสัชวิทยาของยาแต่ละ
ชนิดเสียก่อน. ทั้งจะต้องทราบแน่ชัด
เสียก่อนว่าคนไข้อยู่ในระยะใดของการ
คลอด. ปากมดลูกเขี่ยกนิ้ว เด็กอยู่ในท่า
ใด, ส่วนน้ำอยู่ในระดับไหน, อาการของ
มารดาและเด็กในครรภ์เป็นอย่างไร.

ผู้เขียนไม่มีความรู้มากนัก เท่าที่เขียน
มาขึ้นเพียง ก.ช. ก.กา ของการให้ยาใน
ห้องคลอด แต่ที่นำมาเขียนก็เพราะเห็นว่า
ก.ช. ก.กานเอง. ทำให้นักศึกษาตกมา
มากแล้วในการสอบลงกอง และทำให้คน
ไข้ประสบความยุ่งยากในการคลอดมานับ
ไม่ถ้วน โดยเฉพาะที่ส่งมาจากนอกโรง
พยาบาล. รู้ ก.ช. ก. ก. ให้เสียก่อน
ส่วนรายละเอียดเราไป คัดแปลงกันคว่า
เอาได้ภายหลัง.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.
(แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา)

๖๕ บทกทหายลุ่มด

๑ สารศิริราชเล่มนี้เราคงขอให้ว่า เป็นฉบับ "สถิติ-นรีเวชวิทยา" เพราะ ๕๐ ๒๕. เป็นเรื่องที่เขียนโดยคุณหมอของ แผนกนั้น มีเรื่องของแต่ละคนแทรกเข้าไปเพียงสองเรื่อง, ทั้งนี้เพื่อให้ครบทั้ง คุณภาพและปริมาณนั่นเอง. ก่อนอื่นต้อง ขอขอบคุณ คุณหมอสวรรค์ ศรีเพ็ญไว้ใน ที่นี้ด้วย, ที่ได้กรุณาจัดการรวบรวมเรื่อง ให้แก่เราด้วยไมตรีจิต.

๑ เรื่องแรกคือ "การตายโดยรวดเร็วของหญิงมีครรภ์ด้วยแอมนियोติกฟลูอิดเอมโบลิสซึม" ของคุณหมอ ม.จ. อานอร์สวัสดิ์ สวัสดิ์วัฒน. คุณหมอนี้จะเป็น รายงานฉบับแรกที่คุณหมอได้วินิจฉัยโรคนี้ได้ถูกต้อง. นับว่าความก้าวหน้าในการ การศึกษาทางแผนกสูติกรรมของเรา ไม่น้อยหน้ากว่าใครๆเลย. เหมือนอย่างคุณ หมอได้กล่าวไว้ว่าสมัยก่อนเขาวินิจฉัยกัน แต่เพียงแต่ "ช็อค". ถ้าคนไข้ทางสูติฯ ุยยับตายก็เรียกว่า "ออบสทริกชันช็อค". ถ้าเป็น คนไข้ทางศัลยกรรม ก็เรียกว่า "เซอรัลช็อค". อะไรทำนองนั้น. อะไรเล่าเป็นต้นเหตุแห่งช็อคคนนั้น. ถ้าได้ศึกษา

และตรวจศพอย่างละเอียดถ่วงตงทุกคน หมอ ม.จ. อานอร์สวัสดิ์ ได้ปฏิบัติเป็นตัวอย่างนี้ เราจะได้ความรู้เพิ่มเติมขึ้นอีก. ฉะนั้นหวังใจว่ารายงานนี้จะเป็นตัวอย่างที่ดี แก่ผู้รักการศึกษาคือต่อไป.

๑ เรื่องที่สอง "การวินิจฉัยโรค มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์" ของคุณหมอ ม.ร.ว. สังคี เกตุสิงห์. บทความพิเศษนี้ นับว่ามีค่ายิ่งแก่แพทย์แผนกอื่น ๆ และผู้ ที่มีคตินิยมส่วนตัว, ซึ่งยังมีจิตใจฝักใฝ่ใน วิชาการอยู่. เท่าที่ได้ยินได้ฟังมาหมอ ส่วนมากตามบ้านชอบตามใจคนไข้. เช่น คนไข้อยากฉีดยาก็ฉีดยาให้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีความจำเป็นเลย. ถ้าคนไข้เป็นมะเร็งมดลูกถึงที่คุณหมอเจ้าของเรื่องยกตัวอย่าง ไว้แล้ว. ก็จะเป็นอันตรายแก่คนไข้ เพราะ อาจทำให้โรคของคนไข้กำเริบมากขึ้นได้. ทางที่ดีเมื่อก่อนได้อ่านเรื่องนี้แล้ว ขอให้ ร่วมใจกันปฏิบัติให้ถูกต้องหลักวิชา. เพื่อ ประโยชน์ต่อคนไข้เอง. ควรถือหลักว่า ตัวเรายังรู้น้อย ต้องชวนช่วยหาวิชาใส่ คนเสมอ และต้องคอยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะโรคไว้ก่อนในเมื่อคนไข้ไม่แน่ใจว่าจะ

วินิจฉัยโรคถูกหรือผิด.

๑ บทบรรณาธิการพิเศษ คือ เรื่อง "เนืองอกของรังไข่" ของคุณหมอสรรค์ศรีเพ็ญ. อ่านแล้วทำให้เรารู้สึกว่าคงเต็มใจรักกันอย่างไร. และต่อมาปัจจุบันเราจะเห็นว่าเป็นของที่ทำกันไม่ยากเย็นอะไรนัก. นั่นเป็นเพราะ สกิปแพทยเรามีความรู้ ความชำนาญมากขนาดนั้นเอง. เมื่อยานเมืองเราเจริญขึ้น, ต่างจังหวัดก็มีโรงพยาบาลมากขึ้น, การคมนาคม สดวกด้วย ประการทั้งปวง. แพทย์ก็ยินดีไปประจำอยู่ในต่างจังหวัดมากขึ้น พร้อมกับนำความเจริญในทางผ่าตัดไปเผยแพร่ด้วย. ก็จะทำให้วงการแพทย์ของเราได้รับการยกย่อง มากขึ้น. ราษฎรที่เคยกลัวการรักษาดูแลปัจจุบันก็จะกล้าใจมานิยมชมชอบมากขึ้น. ทั้งที่เรา ๆ ท่าน ๆ เคยได้ยินข่าวแล้วว่าหมอทางยักษิ์ได้คนหนึ่งทำผ่าตัดช่องท้อง. โรคอะไรจำไม่ได้แน่. คนไข้หายถึงปลื้มถึง. ราษฎรพากันยกย่องหมอนั้นว่าเป็นหมอ "เทวดา". ช่วยให้คนที่กำลังจะตายให้รอดตายได้. นั่นเป็นอุทาหรณ์หนึ่งยกมาให้เห็นเป็นตัวอย่าง.

๑ "ยาในท้องคลอด" ของคุณหมอ

สพร เกิดสว่าง นับว่ามีประโยชน์แก่นักศึกษาแพทย์มาก. เพราะจะเป็นการช่วยฟื้นความรู้เกี่ยวกับกร ใช้ยาเหล่านั้นอีก. ความจริงเขาเคยได้เล่าเรียนกันแล้วตอนเรียนเภสัชวิทยา. ถ้าเขาเป็นคนสนใจจะรู้จักการเรียนก็. มิใช่เรียนเพื่อให้สอบไล่ได้เท่านั้น. เขาก็จะไม่รู้สึกล้าใจต่อการใช้ยาเหล่านั้นเลย. จึงเป็นเครื่องเตือนใจให้ท่านนักศึกษาทั้งหลายเข้าใจเสียดีกว่าต้องพยายามเรียน. เพื่อให้เกิดความรู้ความชำนาญ. อย่าสักแต่ว่าท่องตำราพอให้สอบไล่ได้เท่านั้น. เมื่อท่านสำเร็จเป็นหมอแล้ว, ท่านจะได้ช่วยตัวเองได้โดยไม่มีผิดพลาด.

๑ ส่วนเรื่องแทรก. ท่านเห็นว่าสำคัญไม่น้อยเรื่องแรกคือ บันทึกปฏิบัติของคุณหมอติดี จึงเจริญ. ได้แก่การทำตะเคียงรมเซ่มากับเครื่องช่วยเซย์. สองอย่างนี้ได้ถูกประดิษฐ์ขึ้นใช้ในแผนก สรีรวิทยา. ความจริงยังมีเครื่องมีอีกหลายอย่าง. ทางแผนก สรีรวิทยาได้ประดิษฐ์ขึ้นใช้เองแทนของต่างประเทศที่ขาดแคลนและมีราคาแพงมาก. ถ้าโอกาสอำนวยเราจะรวบรวมเสนอท่านผู้อ่านให้ทราบเสียจะเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นอีกก็ได้. ส่วนมากเครื่องมี

ต่าง ๆ ที่โคปีระกษฐ์ขึ้นใช้ เมื่อทำเสร็จ
แล้วจะเห็นเห็นของทำกันง่าย ๆ. ไม่น่า
จะเอามาอวดกันเลย. ซ้อนเรามีใช้จะโอ
อวดอะไรก็ได้. ความมุ่งหมายของเรามี
เพียงจะให้เป็นที่อย่างอันดีงาม เพื่อให้
แต่ละแผนกประกษฐ์ของใช้กันขึ้นเองเท่า
ที่จะทำได้. และใช้ใ้ก็, ราคาคง. งาน
บ้านปฏิบัติก็ไม่ต้องหยุกชงัก. นัยว่าคุณ
หมอกิติได้เป็นผู้มีความคิดที่ทั้งทางค่าน
วิชาและค่านเศรษฐกิจ. หากแผนกอื่น
โคปีระกษฐ์เครื่องมีอะไรขึ้นใช้ พอที่จะ
เผยแพร่ให้คนชนทราบดีขอโคไปรดส่งไป
ลงพิมพ์, เพื่อเป็นวิทยาทานต่อไป.

๑ “ความเห็นเกี่ยวกับภรสอน Post-

graduate” ของคุณหมอดอนนัท ประกษฐ์
สุนทรสาร แห่งแผนกพยาธิวิทยา การ
สอนชนคนทางศิริราชเราได้ทำมา ๒ ปี
แล้ว, และปี ๕๕-๕๕ นี้ก็มีสอนกันอีก.
ทางการได้พยายามขอความเห็นว่าคุณจะ
สอนกันอย่างไรจึงจะถูกใจท่านผู้เรียน. น
เป็นความเห็นที่ค่อนข้างจะรีบไวพิจารณา.

๑ ก่อนขอยืนยัน, ต้องขออภัยท่าน
ต่อ ความบกพร่องในการตรวจปรุพ ฌย
เมษายน ๕๕. หน้า 186 ทว่า (3) William
F. Hillier Jr. : Neurol. 9:718-721,
1945 แก้เป็น 1954.

บ.ก.ร.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดศึกษาค้นกับแผนกจักรภรสารศิริราช