



**สารศิริราช**  
**SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE**

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

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๓๘ | Volume 7, Number 10, October 1955

**ภาวะไร้ชีพจร\***

สุนทร ตันตน์นันท์  
W.B., F.C.C.P.

และ

ตระหนักจิต หะริณสุต  
W.B., D.T.M. & H.

(แผนกอายุรศาสตร์)

“ชีพจรไม่มี” เป็นเรื่องน่ากลัว. แพทย์ทั้งหลายย่อมจะถือว่าชีพจรเป็นสัญลักษณ์แห่งสมรรถภาพของหัวใจ. ถ้าหัวใจอ่อนเพลียจะหมดแรง, ชีพจรก็ย่อมเบาหรือคลำไม่ได้ไปชั่วขณะ. แต่แพทย์บางท่านคงเคยพบผู้ป่วยที่เดินไปมาได้, ไม่ช่วยหนักหนาอะไร, สมรรถภาพของหัวใจก็ยังดีอยู่, แต่ชีพจรคลำไม่ได้. “ภาวะไร้ชีพจร” นี้กำลังเป็นที่สนใจของแพทย์ทั่วไปในอังกฤษ, ยุโรป, และอเมริกา.<sup>(4)</sup> การสังเกตว่าชีพจรคลำไม่ได้หรือคลำ

ไม่ได้เลยนั้นทำได้ง่าย, แต่การที่จะวินิจฉัยว่าอะไรเป็นต้นเหตุเป็นเรื่องยาก. ชีพจรที่คลำได้เบาผิดปกติ, ได้เคยมีผู้รายงานและให้ชื่อว่า anisosphygmia, pulsus incongruens และ pulsus differens. แต่เมื่อมาได้ยินชื่อว่า “pulseless disease” ซึ่งเป็นชื่อต่างๆ ฟังแปลกหูก็ทำให้สนใจกันมากขึ้น. โรคนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด. ในญี่ปุ่นเรียกกันว่า “โรคทากายาสึ”, เพราะทากายาสึเป็นคนแรกที่รายงานไว้ใน ค.ศ.

\* บรรยายในที่ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ประจำเดือนกรกฎาคม ๒๕๓๘.

๑๕๐๘. ต่อมาผู้รายงานอีกหลายคน, จวบจน ค.ศ. ๑๕๔๘ ซิมิสได้รายงานผู้ช่วยในญี่ปุ่นอีกและตั้งชื่อโรคว่า "Pulseless disease"<sup>(2)</sup> หรือ Thromboarteritis obliterans subclaviocrotica, ซึ่งมีกลุ่มอาการดังนี้, คือชีพจรที่ข้อมือคลำไม่พบ, ความดันเลือดที่แขนวัดไม่ได้, และยังมีอาการทางตา, คือ peripapillary arteriovenous anastomoses และค็อกกระจุก. ข้อที่น่าสนใจคือมีรายงานผู้ช่วยซึ่งสามารถขอกเวลาที่ชีพจรเริ่มผิดปกติได้แน่นอน, จากการตรวจและสังเกตของหมอจีนโบราณ. การที่หมอโบราณทางตะวันออก เอาใจใส่ชีพจรจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ช่วยที่ชีพจรคลำไม่พบได้มากมาย. ที่ปรากฏในวรรณสารต่าง ๆ ส่วนมากเป็นรายงานจากประเทศจีนและญี่ปุ่น.

รอสส์และแม็คคซิค<sup>(1)</sup> ใน ค.ศ. ๑๕๕๓, ได้รายงานผู้ช่วยซึ่งชีพจรเบาหรือไม่มีเลยเนื่องจากความพิการของหลอดเลือดที่มาจากส่วน โค้งของ เอออร์ตา และให้ชื่อว่า "กลุ่มอาการ โค้งเอออร์ตา" (Aortic arch syndrome) ตามอย่างที่โฟรวิค<sup>(1)</sup> (๑๕๔๖) เคยเรียกเมื่อรายงานผู้ช่วยที่มี

การอุดตันของหลอดเลือดคาโรติกวม. กลุ่มอาการนี้อาการทางสมองซึ่งเหมือนกัที่เกิดขึ้นจากการอุดตันของหลอดเลือดคาโรติกแขนงใน, เว้นศีรษะเมื่อลงขึ้นจากท่านอนราบ, หมดสติ, ซากครึ่งซีก, อัมพาตครึ่งซีก, ซัก, ปวดศีรษะ. ผู้ช่วยบางรายรู้สึกสยหายขึ้นถ้านั่งโน้มศีรษะไปข้างหน้า. นอกจากนั้นยังมีความจำเสื่อม, ตามัวซึ่งอาจเกิดจากประสาทตาไวต่อการขาดเลือด. หอาจตั้งไปข้าง, และมีโทรฟิคเซนจ์ในส่วนที่ขยับเลือดเลี้ยงจากคาโรติก. ส่วนมือและแขนไม่มีการเปลี่ยนแปลง. จากรายงานร้อยกว่ารายของรอสส์และแม็คคซิค, มีเพียงสองรายเท่านั้นที่มีตะคริวของแขน. ทั้งนี้แสดงว่ามีเลือดจากหลอดเลือดอื่นไปเลี้ยงแขนพอเพียง, และแขนไม่ไวต่อการขาดเลือดเหมือนอวัยวะในศีรษะ. บางรายคาโรติกไซนัสไวต่อการถูกกระตุ้นทำให้เป็นลม. ในรายที่เอออร์ตาในทรวงอกถูกอกกั้นแต่ความดันเลือดของขาสูงขึ้น, เป็นลักษณะของ "อินเวอร์เท็คโคอาร์คเทชั่น" หรือ "รีเวอร์สโคอาร์คเทชั่น".

เบอร์เชลและพวก<sup>(1)</sup> (๑๕๕๐) วัดความดันในหลอดเลือดแดงและทำเพล-

ชัยสโมกราพย์ในผู้ช่วยที่เขียนโคอาร์คเต-  
ชันของเออร์ตา. เขาพบว่าการที่ไม่มี  
ชีพจรนั้นไม่ได้หมายความว่าไม่มีเลือดไป  
เลี้ยง. เมื่อมีการออกที่โค้งเออร์ตาการ  
ขนส่ง ของความดันเลือดในหลอดเลือด  
ของแขนนั้นถูกกั้นไว้, แต่ความดันเฉลี่ย  
ในหลอดเลือดยังคงมีอยู่, เลือดยังคงไป  
เลี้ยงแขนได้.

ในฉบับนี้มีรายงานหลายราย (ชิมิส  
๑๕๔๘; กิโนซิทา ๑๕๕๑, โอคุคา  
๑๕๕๑) ซึ่งกล่าวว่าวัณโรคเป็นต้นเหตุ.

สาเหตุของ "กลุ่มอาการโค้งเออร์-  
ตา" มีเสนอไว้ดังนี้ (รอสส์และแม็คคูนซิก  
๑๕๕๓)(1):

๑. ไม่ทราบสาเหตุ. อาจเกิดจากหิน  
ปูนเกาะผนังหลอดเลือดในรายที่ผนังชั้น  
กลางตาย, หรือหลอดเลือดโป่งพองชนิด  
ผนังแยกแล้วหายเอง.
๒. หลอดเลือดอักเสบในโรคซัยฟิลิส  
แล้วเกิดโป่งพอง. ชีพจรคลำไม่พบเพราะ
  - ก. มีหรือมบัลส์เข้าไปอุดหลอดเลือด.
  - ข. แผลเป็นทศตว์.
  - ค. ต้นแขนงของหลอดเลือดถูกอุด.
 ในรายเช่นนี้ ชีพจรของสองแขนอาจ  
แตกต่างกันเพราะ

ก. หลอดเลือดโป่งพองเป็นกระพุ้ง  
ใหญ่, ทำให้ความดันเลือดลดลง.

ข. ส่วนที่โป่งพองกีดหลอดเลือดจาก  
ภายนอกจนแพย.

๓. หลอดเลือดอักเสบในโรคซัยฟิลิส  
โดยไม่มีการโป่งพอง ของหลอดเลือด.  
หลอดเลือดตีบเพราะแผลเป็นทศตว์.

๔. หลอดเลือดใหญ่แข็งและถูกอุด  
กั้น.

๕. ทรม่าที่มีหลอดเลือดโป่งพอง,  
อาจเนืองจากหรือมบัลส์หรือหลอดเลือดแข็ง.

๖. ทรม่าโดยไม่มีการโป่งพองของ  
หลอดเลือด, ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งที่  
ต้นแขนงของหลอดเลือด, หรือมีหรือม-  
บัลส์อุด.

๗. ความพิการแต่กำเนิด, เช่นโค-  
อาร์คเตชันหรือเปแทนต์คัททีส, ช่วยทำ  
ให้การอุดตันด้วยเหตุอื่นเกิดขึ้นง่าย.

๘. การแยกของผนังเออร์ตาเวอริง.  
หลอดเลือดถูกอุดกั้นโดยผนังชั้นในของ  
หลอดเลือดเองโป่งพองเข้าภายใน.

๙. หรือมบัลส์ฝืด, เพราะเอ็มโบ-  
ลิสต์มีเกิดขึ้นง่าย.

๑๐. หลอดเลือดอักเสบซึ่งไม่ใช่จาก  
ซัยฟิลิส, ได้แก่ "โรคทากายาส". ผู้ช่วย

ก้วยโรคนี้ส่วนมากเป็นหญิงอายุ ๒๐-๓๕ ปี. หลอดเลือดแดงที่โค้งเออร์ต่ำอีกเสีย โดยไม่ทราบสาเหตุ.

๑๑. เอ็มโบลีสม์จากหัวใจ.

๑๒. ก้อนเนื้องอกที่เมคิแอสติไนมีซึ่งอยู่นอกหลอดเลือดกตหลอดเลือดจนแพย.

กลุ่มอาการนี้ต้องแยกจากโรคของหลอดเลือดที่อยู่ใกล้โค้งเออร์ต่ำดังต่อไปนี้:

๑. กลุ่มอาการ ออราซิกเอาท์เล็ท. ผนังของหลอดเลือดถูกทำลายตรงที่ออราซิกเอาท์เล็ทกต.

๒. ชีพพรเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากประสาท, เพราะมีการทำลายที่ปริโมเคอร์ฟร็อนทัลคอร์เทกซ์, ทำให้ชีพพรข้างที่มีอัมพาตเขา.

๓. เอ็มโบลีสม์ที่อยู่ไกลจากโค้งเออร์ต่ำ. ในรายเช่นนี้อาจจะมีอาการปวดรุนแรงที่แขนเมื่อมีการออกกน.

ชีพพรเขาหรือคลำไม้ไ้ เคยมีผู้รายงานไว้มากมาย. วิลเลียมฮันเตอร์<sup>(1)</sup> (๑๗๕๗) รายงานผู้ช่วยซึ่งชีพพรที่ข้อมือซ้ายและที่ข้อมือคลำไม้ไ้ภายหลังหลอดเลือดเออร์ต่ำโป่งพอง. โจห์นเควีย์<sup>(1)</sup> (๑๘๓๕) เป็นคนแรกที่รายงานผู้ช่วยซึ่ง

คลำชีพพรที่ข้อมือทั้งสองข้างและคอไม้ไ้. อิมาริ<sup>(1)</sup> (๑๘๘๑) ใช้สฟัยกโมกราฟแสดงความแตกต่างของชีพพรทั้งสองข้าง. แอร์และโฮลเกอร์<sup>(1)</sup> (๑๘๘๕) รายงานผู้ช่วยที่หลอดเลือดโป่งพอง ๕๕๓ ราย, และกล่าวถึงชีพพรไว้อย่างละเอียดใน ๒๗๒ ราย. จากจำนวนนี้ ๓๒ รายหรือ ๑๒.๒ ๒ช. ชีพพรผิดปกติ และ ๕ รายหรือ ๑.๘ ๒ช. ชีพพรคลำไม้ไ้. ออสเลอร์<sup>(1)</sup> (๑๘๐๘) ใ้เขียนไว้ว่าชีพพรของแขนและศีรษะคลำไม้พบในผู้ช่วยที่หลอดเลือดโป่งพองที่ส่วนขวางของเออร์ต่ำ. ทากายาส, โอนิชิ และ คาโกชิม่า<sup>(1)</sup> (๑๘๐๘) ในญี่ปุ่นได้รายงานผู้ช่วยซึ่งเป็นโรคทากายาส. หลังจากนั้นจนถึงปี ๑๘๕๒ มีผู้รายงานโรคนี้ ๕๘ ราย, จากจำนวนนี้ ๓๕ รายจัดอยู่ในกลุ่มอาการโค้งเออร์ต่ำ.

ผู้ช่วยที่ชีพพรคลำไม้พบทั้งสองข้างก็ได้มีผู้รายงานไว้ในวารสารต่างประเทศมากมายเช่นเดียวกัน. ทั้งนี้เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ, เช่นหลอดเลือดโค้งเออร์ต่ำโป่งพองเนื่องมาจากซัยฟลิส (เควีย์ ๑๘๓๕), เออร์ต่ำโป่งพองชนิดผนังแยกซึ่งหายกัแล้ว (ซาวอริ ๑๘๕๖), อาร์ทอโรมาทิสปลักกอก (บรอกเบินท์ ๑๘๗๕), เอ็ม-

โบลิสมาจากหัวใจล้มในโรคเส้นไมทรัลคัพ (ซาฟเนอร์ ๑๘๕๘), หลอดเลือดอกอักเสบเนื่องจากซีฟลิส (คาลิงก์และคลาร์ค ๑๘๑๕), หลอดเลือดเออร์ท้ำโป่งพอง มีก้อนเลือดใหญ่อกหลวม ๆ (ซีแฮร์ ๑๘๒๑), หลอดเลือดใหญ่ในทรวงอกโป่งพอง (กรอว์ฟอร์ด ๑๘๒๑), หลอดเลือดอกอักเสบโดยไม่รู้สาเหตุ (บราวน์ ๑๘๒๕), หลอดเลือดเออร์ท้ำโป่งพอง (แคมไมเออและนิวแมน ๑๘๓๐, โคเฮนและเทวีย์ ๑๘๓๓, มอเรอ ๑๘๓๕), ธีร้อมโยชัยโคซิสและอโทซีแม็กกลูทีเนชั่น (แอกเกอร์ล่าและพวก ๑๘๔๑), หลอดเลือดอกอักเสบเนื่องจากซีฟลิส (เคซิลโลและแฮโนโน ๑๘๔๔, บาร์เกอร์ ๑๘๔๕), ซีฟลิสของเออร์ท้ำ ทำให้มีลักษณะเช่นเดียวกับ "รีเวอร์สโคอาร์คเทชั่น (แลมเบินและวากัลลา ๑๘๕๐), โรคทากายาสู รายแรกในอเมริกา (แคคคาไมและวิทแมน ๑๘๕๒), ซีฟลิสโดยไม่มีหลอดเลือดโป่งพอง (รอสส์และแมกกุซิก ๑๘๕๓).

นอกจากนี้ยังมีผู้รายงานผู้ช่วยที่มีชีพจรเขาและคลำไม่ได้ที่ข้อมือชายอันมีสาเหตุต่าง ๆ กัน เช่น: หลอดเลือดโป่ง

พอง (ฮันเทอร์ ๑๗๕๗), ส่วนต้นหลอดเลือดแดงซัยคลาเวียนข้างซ้ายแคบ (โวลท์เมนและเซลกัน ๑๘๒๗), เป้เท็นคี้คัส (โอคา ๑๘๓๐), โคอาร์คเทชั่นก่อนจะถึงทันตของหลอดเลือดแดงซัยคลาเวียน (อิวาน ๑๘๓๓, ปาร์คเกอร์และกราย ๑๘๓๘, เบเลย์และซอดอฟเบ็ค ๑๘๔๐), โปเลียอาร์เทอไรติสโนโคซา (เจนนิงก์ ๑๘๓๘), โคอาร์คเทชั่นและมีตันแขนงหลอดเลือดซัยคลาเวียนด้วย (ชวอทส์และกรีน ๑๘๔๒, เบาว์เออร์และอิวอร์ชัน ๑๘๔๕), โคอาร์คเทชั่นและบีคหลอดเลือดซัยคลาเวียนด้วย (มอนิเอเดอเบลเค็นคอร์ทและพวก ๑๘๔๒), โคอาร์คเทชั่นผิดแบบ (กริวเมิน, ซัสแมนและสไตน์เบอร์ค ๑๘๔๔, เบร์เชลและพวก ๑๘๕๐), อุบัติเหตุมีการคืบคั้นของหลอดเลือดซัยคลาเวียน (เลริชชี ๑๘๕๒).

ในประเทศไทยยังไม่มีใครรายงาน "ภาวะไรชีพจร" ไว้เลย, ผู้รายงานจึงเห็นสมควรที่จะเสนอผู้ช่วยสองราย.

รายที่หนึ่ง

ผู้ช่วย นาง ศ.ท., ไทย, อายุ ๓๘ ปี,

เลขที่ทั่วไป ๓๘๐๕๐.๕๔, เลขที่ภายใน ๑๗๓๐๘.๕๗. เคยเป็นกามโรคเมื่อ ๑๓ ปีมาแล้ว. บทรชายของผู้ป่วยนั้นตัวมาแต่กำเนิดและมีผื่นขึ้นตามตัวเมื่ออายุ ๓ เดือน (ซีพีลิสแต่กำเนิด). เมื่อ ๑๕ ปีมาแล้วเป็นไข้จับสั่นอยู่ ๓ เดือนเศษ, ไข้หายไปเอง. เมื่อ ๕ ปีมาแล้วเป็นไข้, นอนซมอยู่ ๘ เดือน. เมื่อ ๘ ปีมาแล้วเคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช (ครั้งที่ ๑). อยู่ในโรงพยาบาล ๕ เดือน. เป็นโรคเยื่อหุ้มปอดข้างขวาอักเสบมีน้ำ, ต้องเจาะนำออกหลายครั้ง. เมื่อ ๗ ปีมาแล้วมีก้อนเล็ก ๆ ขึ้นข้างคอทั้ง ๒ ข้าง. เมื่อ ๔ ปีมาแล้วมาอยู่โรงพยาบาลอีก (ครั้งที่ ๒), เพราะเป็นเปอร์เปอราชันครีร้อมโบซัยท์น้อยโดยไม่ทราบเหตุ. แพทย์ได้ตัดม้ามออก. ผลการตรวจม้ามทางพยาธิวิทยาว่าเป็นวัณโรคของม้าม. หลังผ่าตัดครีร้อมโบซัยท์ชันไปเรื่อย, สูงสุด ๑,๑๓๕, ๖๐๐/ล.มม. เมื่อ ๔๗ วันหลังผ่าตัด. คอไปก็ลดลง. ผู้ป่วยมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดขวาอยู่ข้างและมีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่คอเนื่องจากวัณโรคอยู่ด้วย. แพทย์ได้ให้สะเตร็ปโตมัยซินรวม ๓๕ กรัม. ต่อมาที่คอเล็กลงเหลือเพียงเม็ด

เล็ก ๆ. ส่วนน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเจาะเพียงครั้งเดียว. ซีพีระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลคราวนั้นคล้ายได้. ความดันเลือดแขนซ้าย ๑๐๘/๗๐, แขนขวา ๑๐๕/๖๕, ขาขวา ๑๑๐/๗๘, ขาซ้าย ๑๑๐/๗๕. เมื่อป่วย (๑๕ ก.ค.- ๒๖ ก.ค. ๕๗) ผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาลอีก (ครั้งที่ ๓), เนื่องจากอ่อนเพลียมา ๒ เดือน, เป็นลมบ่อย ๆ และรู้สึกว้า “เส้น” ของแขนทั้งสองข้างหายไป. เมื่อ ๑๕ วันก่อนมาโรงพยาบาลเป็นไข้และใจสั่น. การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลียข้าง, แต่ก็ยังคงลุกเดินไปมาได้. ซีพีรคล้ายไม่ได้ทั้งสองแขน. หลอดเลือดคาโรติกเต้นตามปกติ. ซีพีรที่ขาคล้ายได้. ความดันเลือดที่แขนวัดไม่ได้. ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มเหนือไหปลาร้าขวาคล้ายได้ ๒-๓ เม็ดเล็ก ๆ. ได้ให้การวินิจฉัยว่า (๑) ไข้ (ไม่รู้เหตุ) (๒) ซีพีลิส (ค่าขึ้น ๓ ขวบ). (๓) ภาวะไรซีพีร (กลุ่มอาการโค้งเออร์ค้ำ). ได้ให้เพนิซิลลินอะลูมิเนียมโมโนสเตรท ๖๐๐,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อใต้เพียงครั้งเดียว, ผู้ป่วยมีความจำเป็นจึงกลับบ้าน.

ระหว่างวันที่ ๒๐ ธ.ค. ๕๗ ถึง ๖

ก.พ. ๕๘. ผู้ป่วยเข้ามาอยู่โรงพยาบาล  
อีกเป็นครั้งที่ ๕. เมื่อ ๑๕ วันก่อนมาโรง  
พยาบาลมีอาการปวดตามข้อ, เช่นข้อ  
ศอก, ข้อมือ, ข้อเท้าและข้อเท้า. เป็นไข้,  
อ่อนเพลีย, กินอาหารไม่ได้. พร้อมกับ  
น้มนกขุ่นข้นที่คอข้างซ้าย ๒-๓ ก้อน. เมื่อ  
๓ วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดศีรษะ. เลี้ยว  
ในหัว, ปวดมากทางข้างซ้าย, บางทีก็  
ปวดแถวท้ายทอยและจมูก. นอกจากนั้น  
ปวดมากที่คอ, ทำให้เอี้ยวคอไม่ได้. ตรวจ  
พบต่อมน้ำเหลืองกลุ่มเซอรัวิกัลข้างซ้าย  
โตสามสี่ท่อม. ขนาดโตที่สุดเท่าหัวแม่มือ,  
กดเจ็บ. ผู้ป่วยมีไข้แบบอินเตอร์มิท-  
แตนท์ตลอดสี่ปีคาห์. ใช้ซันตอนย่าย ๓๘๐  
-๓๘๖ มก. ให้การบำบัดตามอาการ.  
สี่ปีคาห์ต่อไปใช้ต่ำลงเหลืออย่างสูงเพียง  
๓๗.๕ มก. เลือดคานัน ๓ ขวก. น้ำไข  
สันหลังมีปฏิกิริยาวิสเซอร์มันันลบ. ส่วน  
เรื่องนีนค้ำ, จักขุแพทย์ (น.พ. ชุก อยู่-  
สวัสดิ์) ตรวจพบว่ามีพาราดีลีสของเส้น  
ประสาทสมองเส้นที่ ๓ และ ๔ ข้างซ้าย.  
มองเห็นภาพเป็นสองเวลามองทั้งสองตา  
เนื่องจากเหตุแรก. เมื่อตรวจตาทีละข้าง  
พบว่าเหตุเกิดที่ตาข้างซ้าย, เนื่องจากเร-  
ตินาทางคานัมมีลอกหลุด. ประสาทตา

อีกเส้นทั้งสองข้าง. ใ้ให้การรักษา โดย  
ฉีกเพนซิลลินรวมเก้าล้านหน่วยใน ๑๕  
วัน. หลังจากให้ยา ๑๐ วัน (๖ ล้าน  
หน่วย), ซีพอร์ข้างขวาคาล่าได้เบา ๆ. ต่อ  
จากนั้นอีก ๑๐ วัน, ซีพอร์ข้างซ้ายคาล่า  
ได้ด้วย. ความดันเลือดยังคงวัดไม่ได้. ตรวจ  
ทางรังสีไม่พบหลอดเลือดโป่งพอง. มีการ  
อีกเส้นของเยื่อหุ้มปอดข้างขวาและมิน้ำ.  
จึงให้การวินิจฉัยคนสุดท้ายว่า (๑) เยื่อ  
หุ้มปอดขวาอีกเส้นมิน้ำ, (๒) ซีพัสฟิลล์  
(คานัน ๓ ขวก), ต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม  
เซอรัวิกัลข้างขวาอีกเส้น. พาราดีลีสของ  
เส้นประสาทสมองที่ ๓ และ ๔ ข้างซ้าย,  
(๓) ภาวะไรซีพอร์ทั้งสองข้าง (กลุ่ม  
อาการโค็งเออร์ตา).

รายที่สอง

ผู้ป่วย น.ส. ร.บ., ไทย, อายุ ๑๖ ปี.  
เลขที่ทั่วไป ๒๔๕๑๕.๕๘, เลขที่ภายใน  
๖๖๕๘.๕๘ มาโรงพยาบาลเมื่อ ๗ พ.ค.  
๕๘, โดยมีอาการสำคัญว่าเห็นอ้อยหอย  
แน่นหน้าอกมา ๔-๕ วัน. ประมาณ ๓ ปี  
มาแล้วผู้ป่วยได้ยินคนพูดว่า "ถ้าใครไม่  
มีซีพอร์ต้องตาย". ผู้ป่วยจึงเที่ยวสอบถาม  
ถึงตำแหน่งและวิธีจับซีพอร์, แล้วลอง

กล่าวถึงประวัติของมือของตนเองทั้งสองข้าง. พบว่าชีพจรข้างซ้ายเขากว่า. เมื่อ ๔-๕ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเป็นไข้ปวดศีรษะ. เท้าขวม, ปวดข้อเท้าเล็กน้อย, ไม่ร้อน แดง. เป็นอยู่ ๗ วันก็หาย. แล้วกลับเป็นอีก, ๔-๕ วันหายไปเอง. เมื่อ ๔-๕ วันก่อนมาโรงพยาบาลใจมีเสมหะสีเหลือง ออกไม่มากนัก, ไม่มีเลือดปน. มีอาการ หอบเหนื่อย, นอนราบไม่ได้, ไม่มีขวมที่ใด. เจ็บชายโครงขวาเล็กน้อยเวลาอก. รู้สึก เป็นไข้. ตรวจร่างกายได้อุณหภูมิ ๓๗.๓° ซ., ชีพจร ๑๓๖/นาที, หายใจ ๓๐/ นาที, ความดันเลือดคนแขนขวา ๑๖๐/ ๑๒๐, แขนซ้ายวัดไม่ได้, ขาขวา ๑๘๖/ ๑๓๐, ขาซ้าย ๑๘๐/๑๓๐. หอบ เหนื่อย, นอนราบไม่ได้, ไม่มีขวม. ไม่ เจ็บ. ไม่ช้ำ. คับและม้ามคลำไม่พบ. หัวใจโตเล็กน้อย. มีเมอร์เมอร์ทั้งซ้าย ขวา โทลิกและโตแอสโตลิกทุกบริเวณลิ้นหัวใจ. ปอดมีร่องไขว้ทั่วไปและมีครีบที่ชายปอดทั้งสองข้าง. ม.ล.ค. ๕.๕ ล้าน. ม.ล.ข. ๕๔๕๐, โปลัยมอร์ฟ. ๖๘ ปซ., ลิ้มโฟ. ๓๒ ปซ. อีเอ็มไอซ์ที่ ๑, ๑๐๐,๐๐๐. เคมีเลือด: เอ็น.พี.เอ็น. ๓๐ มก.ปซ., เคราตินีน ๑.๒ มก.ปซ., โฟ-

เลสเคอโรล ๑๘๑.๕ มก.ปซ., อีคิวเม็ก เล็ดคนอนกัน (อี.เอส.อาร์) ๑๖ มม. (วินโทรป). บีสสวามีอัลบิวมิน ๑ ขวก. อูราจาระปกติ.

ได้ให้การวินิจฉัยว่า: (๑) หลอด เล็ดคนอนกัน. (๒) โคอาร์คเทชั่น ผิดแบบ. (๓) ความดันเลือดสูงทำให้เกิด หัวใจล้ม, และ (๔) "ภาวะไร้ชีพจร" ข้างซ้าย. ได้ให้การบำบัดตามอาการ. ผู้ บัวยสยายขึ้น. ในวันที่ ๗ ที่อยู่โรงพยาบาลผู้ช่วยเจ็บคอ, ไข้สูง, หัวใจล้ม, ปอด ขวมน้ำ, ต้องให้การรักษาด่วน. เมื่อภาวะ ของหัวใจดีขึ้น, ชีพจรข้างซ้ายคลำได้ เขา ๆ, แต่วัดความดันเลือดไม่ได้. ต่อ มาสังเกตพบว่าถ้าวันใดชีพจรซ้ายคลำไม่ ได้, วันต่อมาจะมีปอดขวมน้ำ; ถ้าอาการ ทางปอดดีขึ้นชีพจรจะกลับคลำได้. ความ ดันเลือดของคนแขนขวาลดลง (๑๕๐/ ๑๐๐) พร้อมกับที่ชีพจรข้างซ้ายไม่ ได้, และเมื่อชีพจรข้างซ้ายได้, ความ ดันเลือดคนแขนขวากลับสูงขึ้น (๑๘๐/ ๑๓๐).

การตรวจทางรังสีพบว่าเส้นทวิเคิลโต ปานกลางทั้งสองข้าง. กล้ามเนื้อหัวใจ อ่อน. ปอดขวมน้ำ. ไม่พบนิ้วในระยทาง

เกินขีดสภาวะ. การทดสอบด้วยอะมิย์ตาลพบว่าความมันเล็กน้อยก่อนให้ยา ๑๕๐/๑๐๐, หลังให้ยาลดต่ำสุด ๑๗๕/๕๐. การทดสอบโมเซ็นฮาลพบว่าสมรรถภาพของไตปกติ. ตรวจหัวใจด้วย อี.ซี.จี. พบไซนัสแทคซิคาร์เดีย, เว้นตรีเกิดซ้ายมีฮัยเปอร์โทรฟีย์.

ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ๓๕ วัน. อาการดีขึ้น. ไม่เหนื่อยหอบ. เมอร์เมอร์ของหัวใจเหลือเพียงซีสโตลิคเขา ๆ. ปอดมีครีปีเตชันข้างข้างครึ่ง.

### วิจารณ์

ในผู้ป่วยรายที่หนึ่ง, ซีสฟีลิสคงเป็นต้นเหตุของ "ภาวะไร้ชีพจร", เพราะหลังจากรักษาซีสฟีลิส,ชีพจรกลับคลำได้. พยาธิสภาพในรายนี้คงอยู่แถวโค้งเออร์ต้า (ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบย่อยในซีสฟีลิส) ตรงกับกลุ่มอาการโค้งเออร์ต้าของวอสส์และแมคคูนซิค.<sup>(1)</sup> แต่เป็นที่น่าเสียดายที่เราไม่ได้ทำแองจิโอแกรมเพราะขาดเครื่องมือ. ฉะนั้นจึงไม่สามารถแสดงให้เห็นตำแหน่งที่ตีบแคบได้.

ในผู้ป่วยรายนี้หลอดเลือดคาโรติกทั้งสองข้างตีบแรงพอ ๆ กัน. แต่ชีพจรที่ขอ

มือไม่มีทั้งสองข้าง. ถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่โค้งเออร์ต้าคงกล่าว,ชีพจรของคาโรติกก็น่าจะหายไปด้วย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้างขวา, เพราะมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงอินนอมิเนต. ฉะนั้นพยาธิสภาพนี้อาจมีเฉพาะส่วนต้นคอของซีสฟีลิสเวียนทั้งสองเท่านั้น.

ข้อสันนิษฐานอีกอย่างหนึ่งคืออาจมีอะนอมมาลัสซีสฟีลิสขวา. หลอดเลือดซีสฟีลิสขวาแยกออกจากเออร์ต้าใกล้หลอดเลือดข้างซ้าย. ถ้าพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ปลายของส่วนขวางและต้นของส่วนโค้งลงของเออร์ต้า, หลอดซีสฟีลิสเวียนทั้งสองก็จะแคบไปพร้อม ๆ กัน.

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้เคยเป็นวัณโรคและหอบหืดที่ถี่มาก. ทั้งสองอย่างนี้อาจเป็นเหตุช่วยด้วย (เคคคาไม, และวิทแมน ๑๙๕๒, เอะกาล่าและพวก ๑๙๕๑).

ส่วนรายที่สองเหมือนกับบรรยายของกริชแมนและพวก<sup>(3)</sup>. เขาอธิบายว่าเป็น "โคอาร์คเตชันผิดแบบ" ของเออร์ต้าที่ตรงส่วนต้นของหลอดเลือดซีสฟีลิสเวียน. ในรายเช่นนี้ความมันเล็กน้อยทั้งที่แขนและขา, เว้นแต่ที่แขนซ้ายเท่านั้น. เขาอ้างว่า

การที่มความคันเล็กน้อยเนื่องจากมีริ้นล-  
อสิสมิเมีย, และแม้แต่ส่วนที่คืบอยู่ต่ำกว่า  
ไตก็ยังมีอาการคันเล็กน้อยได้, ทั้งรายงาน  
ของเม็คคอก.

รอสส์และ แมคคอกซิก<sup>(1)</sup> กล่าวว่า  
เช่นตรีลลิสซิเมียทำให้ความคันเล็กน้อย  
ได้. เขาอ้างรายงานของควาร์ลิงก์, พิช-  
แยกและพวก. วิลเลียมและชเรอเคอร์ไค  
ทดลองในสุนัข, ทำให้เกิดความคันเล็กน้อย  
สูงเรอริงไคโดยค่อย ๆ รัทลอกเล็กน้อย  
ไปเลี้ยงบริเวณหัว.

ในผู้ป่วยรายที่สองไม่ได้ทำเองจิโอ-  
กรัมเช่นเดียวกัน. จึงไม่สามารถแสดงให้  
เห็นส่วนที่คืบได้. อธิบายโดยย่อในราย  
นี้สูง, อาจเป็นเหตุช่วยอีกอย่างหนึ่งก็ได้.

ผู้ป่วยรายนี้ชพรข้างซ้ายคล้ำได้บ้าง  
ไม่ได้บ้าง. ขณะที่ชพรข้างซ้ายคล้ำไม่  
ได้, ความคันเล็กน้อยของแขนขวาคำลงด้วย;  
ถ้าชพรข้างซ้ายคล้ำได้เบา ๆ, ความคัน  
เล็กน้อยของแขนขวาก็สูงขึ้น, สภาพเช่น  
นี้ยังไม่เคยมีใครได้รายงานไว้.

### สรุป

(๑) ผู้รายงานได้รวบรวมเอกสารเรื่อง  
“ภาวะไร้ชัพร” มาเสนอพร้อมทั้งราย  
งานผู้ป่วย ๒ ราย.

(๒) ในรายที่หนึ่ง, กลุ่มอาการไค้ง  
เออร์ตาเกิดขึ้นจากชัฟฟิส. ชัพรทั้ง  
๒ ข้างคล้ำได้หลังจากการรักษาชัฟฟิส.

(๓) ในรายที่สอง, ชัพรข้างซ้าย  
คล้ำไม่ได้, หรือข้างที่ไค้เบา. ความคัน  
เล็กน้อยของแขนขวาและขาสูง. เข้าใจว่า  
เนื่องจากโคอาร์คเตชันผิดปกติ.

ในที่นี้ผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์  
นายแพทย์ประเสริฐ กังสตาลย์, หัวหน้าแผนกอายุร-  
ศาสตร์, ที่ให้คำแนะนำอันมีค่า, และบรรดาแพทย์ใน  
แผนกอายุรศาสตร์ที่ช่วยให้รายงานนี้สำเร็จได้.

### เอกสาร:

- (1) R.S. Ross and McKusick: Arch. Int. Med. 92: 701, 1953.
- (2) W.C. Ciccamise and J.F. Whitman: Am. Heart J. 44: 629, 1952.
- (3) A. Grishman, M.K. Sussman and M.F. Steinberg: Am. Heart J. 27: 216, 1944.
- (4) Annotation, Lancet 12: 588-589, 1954.

(Abstract of the preceding Report)

PULSELESS DISEASE

Sunthorn Tandananda  
M.B., F.C.C.P.

and

Tranakchit Harinasut  
M.B., D.T.M. & H.

(Dept. of Internal Medicine)

The authors review the history of the "pulseless disease" and the possible contributing etiological factors. They also report two cases of their own. The first patient was a woman of thirty-eight with definite history of syphilis of thirteen year's standing. Other serious illnesses included pleuritis with effusion, thrombocytopenic purpura, tuberculosis of spleen and tuberculous involvement of the cervical lymph nodes. On her third admission one year ago the patient complained of fever, weakness with fainting spells and loss of the pulse on the wrists. The clinical diagnoses were (1) pyrexia of unidentified cause, (2) syphilis (Kahn 3+), (3) "pulseless disease" (aortic arch syndrome). Antibiotic treatment had to be interrupted when the patient was obliged to return home. She came back four months later (on 20. December 1954) with complaints of multiple joint pains, fever, weakness, anorexia and masses on the left side of the neck. The tumours were found to be enlarged cervical glands. Blood Kahn was 3+. The ophthalmologist detected paralysis of the third and fourth cerebral nerves and detachment of

the retina on the left side, with bilateral optic neuritis. The patient was put on penicillin, 600,000 units per day for fifteen days. On the tenth day of therapy the radial pulse was feebly palpable on the right side. Ten days later the pulse could be felt also on the left side. The blood pressure remained immeasurable. X ray examination failed to reveal aneurism. The final diagnoses were: (1) pleuritis with effusion, right-sided, (2) syphilis (Kahn 3+), (3) "pulseless disease", both sides (aortic arch syndrome). The second case was that of a sixteen-year old girl who sought treatment for fatigue with difficulty in breathing and chest oppression. She had found out for some time that her pulse on the left side was weaker than that on the right. There was a history of fever with pain and swelling of the ankles four or five months prior to admission. The present illness started with fever, cough with yellow sputum, chest pain and difficulty in breathing. Physical examination revealed, among other findings, absence of the left pulse, arterial blood pressure (right arm) of 160/120, and signs of cardiac dilatation with bronchial

involvement. The case was diagnosed as: (1) acute bronchitis, (2) atypical coarctation of the aorta, (3) hypertension leading to cardiac failure, and (4) "pulseless disease". Symptomatic treatment was given. The patient developed high fever with acute cardiac failure on the seventh day, but recovered under treatment. With improvement in cardiac efficiency the left pulse became feebly palpable, though the blood pressure remained immeasurable on

that side. During the hospitalisation it was observed that disappearance of the left pulse was followed by pulmonary edema on the next day and improvement in the lung condition preceded return of the pulse. Moreover, with disappearance of the left pulse, the blood pressure fell slightly; with return of the pulse, the blood pressure rose slightly. The patient was finally discharged with improvement.

(Four references)

# แอนิวรัลล์มของเอออร์ตาของห้อง

มุกดา ตฤณานนท์

พ.บ.

และ

วิกิจ วรรณวัตต์

พ.บ., M.P.H.T.M. (Tulane)

(แผนกอายุรศาสตร์)

หลอดเลือดเอออร์ตาของห้อง  
โป่งพองเป็นพยาธิสภาพที่พบได้ไม่บ่อย  
นัก. แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว, บางคราวเป็น  
ปัญหาสำคัญในการแยกจากโรคอื่น ๆ.  
หลอดเลือดโป่งพองในห้องท้องอาจทำให้  
เกิดอาการแฉะและอาการแสดงแปลก ๆ  
กันไปในผู้ช่วยแต่ละราย. ผู้ช่วยในราย  
งานของเราต่อไปนี้มีอาการแฉะและอาการ  
แสดงต่าง ๆ กัน, ทำให้เป็นปัญหาในการ  
วินิจฉัยโรค, จึงเห็นสมควรจะไ้รายงาน  
ไว้, เพื่อเปรียบเทียบกับรายงานในวารสาร  
ต่างประเทศตามสมควร.

Kampmeier (๑๙๓๖)<sup>(1)</sup> รายงานผู้  
ช่วย ๗๓ ราย, และรวบรวมเอกสารที่ราย  
งานไว้แล้วได้อีก ๓๑๓ ราย. รวมทั้งของ  
เขาคือจึงเป็น ๓๘๖ ราย. เขาได้อ้างว่า  
Bryant (๑๙๐๓) ได้รายงานเอออร์ตา  
โป่งพอง ๓๒๕ ราย, ซึ่งเป็นของเอออร์ตา  
คอนช่องท้อง ๕๔ ราย. Osler (๑๙๐๕)  
ได้รายงาน ๑๖ รายในระยะ ๑๖ ปี, จากผู้

ช่วย ๑๘๐๐๐, และ Chodoff (๑๙๓๕)<sup>(2)</sup>  
ได้รายงานเพิ่มเติมอีก ๕๑ ราย. How-  
land (๑๙๔๒)<sup>(3)</sup> ว่ามีรายงานทั้งหมด  
๕๒๐ รายเท่านั้น. ที่มหาวิทยาลัยแวน-  
เคอร์บิลท์รวบรวมได้เพียง ๑ รายตั้งแต่ปี  
๑๙๒๕ ถึง ๑๙๔๒. ต่อจากนั้นก็มิมีราย  
งานประปรายเรื่อยมา.

อัตราเทียบส่วนระหว่างการโป่งพอง  
ของเอออร์ตาของห้องกับของคอน  
ทรวงอกมีผู้รายงานไว้ดังนี้, คือ บรียอันต์  
๑ : ๕, ฮอสเลอร์ ๑ : ๔๔, แคมป์ไมเออร์  
๑ : ๘. Maniglia-Gregory (๑๙๕๒)<sup>(4)</sup>  
ได้ทำการตรวจศพ ๖๐๐๐ ราย, พบการ  
โป่งพองของเอออร์ตาทั้งหมด ๑๐๑ ราย,  
ได้ส่วนเทียบระหว่างคอนช่องท้องกับคอน  
ทรวงอกเป็น ๑ : ๒๒.

โรคนี้พบบ่อยในผู้ชาย. ในรายงานของ  
แคมป์ไมเออร์เป็นผู้ชาย ๕๗ ราย, เท่า  
กับ ๘๓.๗ ปช. นิสันได้รายงาน ๒๓๓ ราย,  
เป็นผู้ชาย ๒๐๗ ราย, เท่ากับ ๘๘.๘ ปช.

สาเหตุ. แคมป์ไมเออร์ (๑๙๔๔)

พบว่าเกิดจากชั้ยฟิลล์มากกว่าหลอดเลือดแข็ง. ในรายงานของ Baird<sup>(5)</sup> ได้อ้างถึง Scott (๑๙๔๔), และ Pratt-Thomas (๑๙๔๔), ว่าชั้ยฟิลล์เป็นสาเหตุในส่วนมาก. Blakemore (๑๙๔๗) พบ ๒๖ ราย ใน ๓๒ รายว่าเนื่องมาจากหลอดเลือดแข็ง, และ Ester (๑๙๕๐) พบ ๕๗ ราย ใน ๑๐๒ รายว่าเนื่องมาจากเหตุเดียวกัน. นอกจากนี้เป็นจากเหตุอื่น, เช่น วัณโรค.

อาการแจ้ง. เมื่อมาหาแพทย์ผู้ป่วยมีอาการไอมากมายและแตกต่างกัน. อาการจำแนกอาการได้ดังนี้:

๑. อาการปวด. มักมีอาการปวดบริเวณต่ำกว่าลิ้นขี้. ส่วนมากค่อนข้างข้างซ้าย. ปวดกลิ้งไปข้างหลัง, หรือปวดเสียวไปทางหน้าทั้งสองข้าง, หรือไปทางกันยก. บางทีปวดคล้ายไซซาคิก้าของขาข้างซ้าย. อาการปวดจะทวีขึ้นตามการกำเริบของโรค. การปวดมักไม่เกี่ยวกับอาการกินอาหาร, ส่วนมากเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางจากยืนเป็นนั่งหรือนอน. การปวดต่าง ๆ เหล่านี้เนื่องมาจาก:

ก. ไตและหลอดไตเลื่อนจากที่เดิม, ไตขยับแอนิวรัลส์ที่แตกแล้ว, หรือยังไม่

แตก.

ข. มีเลือดออกเข้าสู่บริเวณรอบ ๆ ไต.

ค. กระดูกสันหลังกร่อน.

ง. รากประสาทถูกกด.

จ. การยึดตัวของเยื่อช่องท้อง. (จากการสังเกตของ ป. กังสกาลย์ในผู้ป่วย ๒ ราย)

๒. อาการทางระบบอาหาร. อาจมีอาการเบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน อาการคล้ายแผลเปื่อยตึก, อาการคล้ายการอุดตันของพัยโรลิส, หรืออาการเหมือนการอักเสบของลำไส้ใหญ่เนื่องจากข้างที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด, ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด, เหมือนการมีเลือดออกในแผลเปื่อยตึก, เนื่องจากแอนิวรัลส์มีแตกเข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร.

๓. อาการทางระบบสืบสาวะ. มีอาการปวดคล้ายวัณโรคโคลิคหรือฝูรอบ ๆ ไต, เนื่องจากมีเลือดออกเข้าไปในบริเวณรอบ ๆ ไต. มีอาการถ่ายสืบสาวะไม่ออก, ถ่ายขัด. มีอาการยุบเมื่อยเนื่องจากแอนิวรัลส์มีไปกดหลอดไต, หรือกดหลอดเลือดแดงสู่ไต.

๔. อาการมีก้อนในช่องท้อง. ผู้ป่วยอาจมาหาเราด้วยอาการว่ามีก้อนในช่อง

ท้อง, ซึ่งเด่นได้; หรือเด่นไม่ได้, ถ้า  
ผนังของ แอนทริวียัมมี ลิ้มเลือด อยู่ด้วย.  
อาจมีอาการปวดร่วมมาด้วยหรือไม่ก็ได้,  
ซึ่งอาจทำให้คล้ายอาการผิดปกติในคัม, หรือ  
เนื้องอกของคัมอ่อนหรือเนื้องอกของอวัยวะ  
ในช่องท้อง.

อาการแสดง. ๑. อาการกำพก้องที่  
เด่นขยายได้, หรือก้องที่ไม่เด่น, ใน  
บริเวณช่องท้องส่วนบน. ๒. คลำรู้สึก  
จริตลึบบริเวณก้อง, หรือฟังได้ยินเสียง  
bruit. ๓. ความดันเลือดที่ขาต่ำกว่า  
ธรรมดา, หรือเท่ากับแขน, หรือที่ขาสอง  
ข้างไม่เท่ากัน. ๔. อาการกำพชั้ยโครนบุรี  
เทอร์, หรือชั้ยโครเนโพรซีส.

การวินิจฉัยโรค. อาจวินิจฉัยได้จาก  
อาการ, การตรวจร่างกายทั่วไป, ตรวจ  
ทางรังสีวิทยาและการผ่าตัด.

ต่อไปนี้เป็นรายงานผู้ป่วย ๔ ราย.

รายที่หนึ่ง

ผู้ป่วยชาย, ไทย, อายุ ๔๖ ปี.  
รับไว้ในแผนกอายุรศาสตร์, ด้วยอาการ  
สำคัญว่าเจ็บแน่นบริเวณชายโครงซ้ายมา  
หนึ่งเดือนเศษ. เมื่อ ๕ เดือนก่อนมา ร.พ.  
ผู้ป่วยรู้สึกมีก้อน อยู่ใต้ชายโครงซ้าย,

เมื่อยเอวและปวดหลัง. พร้อมกันนั้น  
อาการแน่นอกอีก, คลื่นไส้และอาเจียน  
เมื่อเวลากินอาหาร. อาการเหล่านี้เป็นอยู่  
เสมอเรื่อยมาและมากขึ้นเป็นลำดับ. จน  
กระทั่งหนึ่งเดือนก่อนมา ร.พ. ก้อนนั้นโต  
ขึ้น, เจ็บบริเวณชายโครงซ้ายมากขึ้น,  
รู้สึกเหนื่อยมากเมื่อเวลาทำงาน, จึงได้  
มา ร.พ.

ประวัติโรค. เคยเป็นทามโรคเมื่อ  
๑๔ ปีมาแล้ว.

การตรวจร่างกาย. อุณหภูมิ ๓๗.๒° ซ.  
ชีพจร ๘๐/นาที. หายใจ ๒๐/นาที.  
ความดันเลือดสูง: แขนขวา ๑๕๒/๑๑๐,  
แขนซ้าย ๑๕๐/๑๑๐, ขาขวา ๑๕๘/  
๑๑๔, ขาซ้าย ๑๖๐/๑๑๖ มม.ปรอท.

คลำพก้องใต้ชายโครงซ้าย, ขนาด  
ผลส้มเกลี้ยงใหญ่, เต้นได้เห็นจังหวะ,  
ฟังได้ยินเสียง bruit ทกอนนั้น, ยอก  
หัวใจอยู่ช่องซี่โครงที่ ๕, ข้างซ้ายตรง  
เส้นกลางกระดูกไหปลาร้า. ฟังได้ซึบส์-  
โทติกเมอร์เมอร์เสียงพู่เบาๆ (soft blo-  
wing). นอกจากนั้นไม่พบสิ่งผิดปกติอย่าง  
อื่น.

การตรวจทางห้องทดลอง. เม็ดเลือด,  
อุจจาระ, มีสภาวะปกติ. คาร์บอน ๓ ขวก.

ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเล็ก  
เออร์ต่ำช่องท้องโป่งพอง.

การตรวจทางรังสี. ถ่ายฟิล์มธรรมดา  
ไม่พบแคลซิฟิเคชันผิดปกติ. เมื่อให้กิน  
แบเรียมพวกก่อนบริเวณทรวงอก, คั้นกระเพาะ  
อาหารลงไปทางซ้ายและทางหน้า. มีรอย  
กดชนส่วนโค้งเล็ก (lesser curvature)  
ของกระเพาะอาหาร. ก้อนนั้นเด่นแรงเห็น  
ชัดเจน, และกระทบกับกระเพาะอาหาร  
ภายหลังที่ทำให้มีแก๊สในกระเพาะ มาก  
โดยให้กินน้ำอัดลม. กระดูกสันหลังและ  
ซโครวงไม่กร่อน. หัวใจข้างซ้ายโตเล็ก  
น้อย.

การตรวจทางรังสีได้ช่วยยืนยันว่า  
หลอดเล็กเออร์ต่ำช่องท้องโป่งพอง.  
จึงได้ส่งผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดทางแผนก  
ศัลยกรรม. ในการผ่าตัดพบว่าหลอด  
เล็กเออร์ต่ำช่องท้อง มีลักษณะเป็นรูปกระสวย.  
ไม่สามารถตัดออกได้โดยปลอดภัย.

### รายที่สอง

ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่, อายุ ๔๗ ปี รัย  
ไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ด้วยอาการสำคัญ  
ว่ามีก้อนเด่นโตในท้อง, และปวดท้อง  
และหลังมากมา ๗ วัน.

ประวัติปัจจุบัน. เมื่อ ๖ เดือนก่อนมา  
ร.พ. ผู้ป่วยรู้สึกปวดท้องบริเวณยอดอก  
เป็น ๆ หาย ๆ, ไม่มีเวลาแน่นอน. บาง  
ครั้งปวดไปทางคานหลังและแผ่ไปที่ก้นกบ.  
หนึ่งเดือนต่อมาอาการมากขึ้น, และรู้สึก  
ว่าท้องบริเวณซีกขวาบนนั้นชันเล็กน้อย.  
ผู้ป่วยได้มา ร.พ. แพทย์ได้ให้ยาไปกิน  
อาการทุเลาลงบ้าง. แต่แล้วการปวดท้อง  
ปวดหลังได้ทวีขึ้นเป็นลำดับ. เวลาทำงาน  
หนักปวดรุนแรงมากขึ้น. ผู้ป่วยสังเกตว่า  
ท้องบริเวณนั้นมักนอนโตนขึ้นเรื่อย ๆ และ  
เด่นไค้น้อย ๆ. เมื่อ ๗ วันก่อนมา ร.พ.  
ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากและตลอดเวลา.  
บางครั้งปวดมากจนกระทั่งต้องทนจนกลาง  
คืน, จึงได้มา ร.พ.

ประวัติอดีต. เคยเป็นกามโรคเมื่อ ๒๐  
ปีก่อน. เคยเป็นบิดเมื่อ ๗ เดือนมาแล้ว,  
อุจจาระเป็นมูกเลือดและปวดเข่ง.

การตรวจร่างกาย. ความดันเลือดสูง,  
ที่แขน และที่ขาทั้งสองข้าง เกือบเท่ากัน.  
แขนขวา ๑๘๐/๑๓๐, แขนซ้าย ๑๗๒/  
๑๒๔, ขาขวา ๑๘๘/๑๓๔, ขาซ้าย  
๑๘๔/๑๔๐ มม.ปรอท.

ผู้ป่วยท้องนอกระแคง. ถ้านอนหงาย  
หรืออนึ่ง, ปวดมาก. คลำพบก้อนบริเวณ

ไก่ช่ายโครงช่าย, ไก่ลั่นขี้, ฆากผล  
ส้มโอเล็ก. ก้อนนั้นแข็งเรียบเสมอกัน  
หมด. คล้ำขอบไม่ไ้ชัดเจน. กคเจ็บ.  
เห็นได้เล็กน้อย. คล้ำไ้ฉริลล์และฟังไค  
เสียง bruit. ไม่เคลื่อนที่ตามการหายใจ.  
วินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเล็กเอออร์  
ต่ำช่องท้องโป่งพอง.

การตรวจทางห้องทดลอง. คาหั้น ๒  
ขวก. นอกนั้นปกติ.

การตรวจทางรังสี. พบก้อนคันกระเพาะ  
อาหารมาทางหน้าและลงล่าง.

อาการปวดท้องและปวดหลังของผู้ป่วย  
เมื่อเข้ามาอยู่ ร.พ. มีไ้ที่เสาเลย, แม้จะ  
ให้ยาระงับปวด. มอริพนเท่านั้นที่จะช่วย  
ระงับความปวดไ้ชั่วคราว. ผู้ป่วยอยู่ ร.พ.  
ไ้ ๔ วันก็ถึงแก่กรรมทันที. ไ้วินิจฉัย  
โรคนี้ว่าหลอดเล็กเอออร์ต่ำช่องท้อง  
โป่งพองและแตก.

ในการ ตรวจศพพบหลอดเล็กโป่ง  
พองขนาด ๑๒x๕ ซม. มีลักษณะเป็น  
ถุงเล็ก ๆ อยู่ไ้คั่นแขนงหลอดเล็กแค่ง  
ซบเรียบมีเส้นเทอริคเล็กน้อย. มันแตก  
และเลือดไหลออกสู่ช่องท้อง. ไ้เลือด  
๒๐๐๐ ล.ซม. นอกจากนั้นยังพบเอออร์-  
ไคคิสจากซี้ฟัลล์ด้วย.

รายที่สาม

ผู้ช่วยชาย, ไทย, กู, อายุ ๗๓ ปี. รัย  
ไว้ในแผนกอายุรศาสตร์, ภัยอาการ  
สำคัญว่าปวดท้องบริเวณไ้ลั่นขี้มา ๑๕  
วัน. เริ่มภัยมีไ้ ๒-๓ วัน, และปวด  
ท้องไ้ลั่นขี้. ปวดอยู่แห่งเดียว. ปวด  
ตลอดเวลา, ถ้าเอามือกดก็เจ็บมากขึ้น.  
กินอาหารไม่ค้อยไ้. กินแล้วปวดมาก  
ขึ้น, ไม่ถ่ายอจาระเลย. อาการปวดท้อง  
มีมากขึ้น. จึงไ้มา ร.พ.

ประวัติอดีต. เคยเป็นกามโรคเมื่อ  
หลายปีมาแล้ว.

การตรวจร่างกาย. ความคันเล็กน้อย  
แขนและขาเกือบเท่ากันทั้งสองข้าง. แขน  
ขวา ๑๐๒/๕๔, แขนซ้าย ๑๐๐/๕๒,  
ขาขวา ๑๑๐/๗๔, ขาซ้าย ๑๑๖/๖๘  
มม. ปรอท.

กคเจ็บบริเวณลั่นขี้, และรู้สึกว่าบริเวณ  
นั้นคันไ้เล็กน้อย. ผู้ป่วยอยู่ในแผนก  
อายุรศาสตร์ ๒๒ วัน ไม่หายปวดท้อง.  
กินอาหารไม่ไ้ มีคลื่นไส้, อาเจียน. มี  
อาการคล้ายการอุดตันบางส่วนที่พัยโรลัส.

การตรวจทางห้องทดลอง. คาหั้น ๓  
ขวก. นอกนั้นปกติ.

การตรวจทางรังสี. พบก้อนเนื้องอก ๆ คั้นกระเพาะอาหารและคั้นส่วนโค้งของทิวไฮเคนน์กว้างออก. ก้อนนั้นค่อนข้างกลม. เข้าใจว่าเป็นก้อนมาจากตับอ่อน.

อาการทรุดลงเรื่อย. ได้ย้ายไปทำการผ่าตัดทางแผนกศัลยกรรม. พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดเออร์ดำช่องท้องโป่งพอง, ติดกับทิวไฮเคนน์. ได้ทำแอนทีเรียร์แกสโตร-เอ็นเทอโรสโตมีย์. หลังจากผ่าตัดก็ช่วยอาการดีขึ้นเล็กน้อย. ส่วนต่อมากลับถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ๆ ประมาณ ๔๐๐ ต.ซม. ก้อนนั้นยุบลงและอาการปวดหายไปทันที. มีอาการช็อค. ได้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ. ผู้ป่วยคงมีอาการทรุดอยู่. ต่อมาอีก ๑๒ วันก็ถึงแก่กรรม.

#### รายที่สี่

ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่ อายุ ๕๐ ปี. รั่วไว้ในแผนกอายุรศาสตร์, ด้วยอาการสำคัญว่ามีก้อนในท้องมาเกือบ ๑ ปี. เริ่มต้นด้วยมีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน. ต่อจากนั้นประมาณ ๑ เดือนผู้ป่วยสังเกตว่ามีก้อนขึ้นที่หน้าท้องใต้ชายโครงซ้าย. เมื่อ ๑ เดือนก่อนมา ร.พ. อาการ

เบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียนและปวดท้องเป็นมากขึ้นทุกที, กินยาแก้ปวดก็ไม่หาย, จึงได้มารักษาที่ ร.พ.

ประวัติอดีต. เคยเป็นกามโรคเมื่อ ๑๐ ปีมาแล้ว.

การตรวจร่างกาย. ความดันเลือดที่ขา มากกว่าที่แขนทั้งสองข้าง. แขนขวา ๑๓๐/๗๒ แขนซ้าย ๑๒๘/๗๘, ขาขวา ๑๕๖/๘๖, ขาซ้าย ๑๕๔/๘๔ มม.ปรอท.

คลำพบก้อนขนาด ๓" x ๓" บริเวณลิ้นขาทันซ้าย. มีการเค้นกระเพื่อมด้วย. ฟังได้ bruit ที่บริเวณก้อนนั้น.

การตรวจทางห้องทดลอง. ค่าหิน ๓ ขวก. นอกนั้นปกติ.

การตรวจทางรังสี. พบก้อนซึ่งเห็นได้บริเวณลิ้นข. คั้นกระเพาะอาหารให้ลดลงและไปข้างหน้า.

ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดเออร์ดำช่องท้องโป่งพอง. แพทย์แนะนำผ่าตัด. ผู้ป่วยไม่ยอมผ่าตัดจึงช็อกกลับบ้าน. เมื่ออยู่ที่บ้านอาการกลับมากขึ้น. ต่อจากนั้น ๕ เดือนเริ่มมีอาการขวม, เหนื่อยง่าย, และปวดท้อง. อาการขวมมีมากขึ้นและ

ถามไปทั่วตัว. รู้สึกแน่นท้องมาก, เหน็ด  
ไม่ได้, ผู้ป่วยจึงถูกนำมาอยู่ ร.พ. อีก  
ครั้งหนึ่ง.

การตรวจร่างกาย. ความดันเลือดสูง.  
แขนขวา ๒๐๐/๘๕, แขนซ้าย ๑๕๐/  
๘๐ มม.ปรอท. ขาไม่อาบวัดได้เนื่องจาก  
ผู้ป่วยมีอาการหนัก, ไม่สามารถพลิกหรือ  
เขยอนตัวได้. ขวมทั่วตัว. มีน้ำในช่อง  
ท้องด้วย. ก้อนโตขึ้นกว่าเค็ม, ขนาด  
๕" x ๕", เหน็ดใกล้เคียง.

การตรวจทางห้องทดลอง. ในปัสสาวะมี  
แอลบูมิน ๓ บวก, มีแกรนูลาร์คาสต์,  
เม็ดเลือดแดง ๕-๖/H.D., ความถ่วงจำ-  
เพาะ ๑.๐๐๘. ผู้ป่วยอยู่ใน ร.พ. ได้ ๔  
วันก็เกิดอาการช็อคและถึงแก่กรรมทันที  
ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือด  
เอออร์ตาช่องท้องโป่งพองและแตก.

การตรวจศพ. พบหลอดเลือดเอออร์ตา  
ช่องท้องโป่งพองและแตก. เลือดออกสู่  
ช่องท้องประมาณ ๒,๕๐๐ ล. ซม. เป็น  
อยู่ในส่วนต้นของหลอดเลือดเอออร์ตาช่อง  
ท้อง, ตอนออกจากทรวงอก. ไตข้างซ้าย  
เล็กมาก, และมีอะโทรฟี่เนื่องจากถูก

หลอดเลือดโป่งพองนั้นกด.

อภิปราย

ผู้ป่วย ๓ รายมีเชื้อชาติเป็นไทย. ราย  
ที่ ๕ มีเชื้อจีนปนอยู่บ้าง. ทุกรายเป็นชาย.  
รายงานของต่างประเทศว่าเป็นในผู้ชาย  
มาก, เช่น แคมย์ไมเออร์ พ. ๘๓.๗ ปช.  
อายุของผู้ป่วยที่รายงานอยู่ระหว่าง ๕๐-  
๕๐ ปี, นอกจากรายที่ ๓ ซึ่งอายุมากถึง  
๗๓ ปี. ทุกรายมีประวัติของการเป็นกาม  
โรคอย่างมากและได้รับการรักษาไม่เพียงพอ.  
บางรายใช้ยากลางบ้านรักษา. สาเหตุ  
ของหลอดเลือดโป่งพองในผู้ป่วยของเรา  
ทุกรายเนื่องจากซีฟิไลต์. มานิกเลีย และ  
เกรกอรีก็รายงานไว้ในระยะ ๕๐ ปีที่แล้ว  
ว่า สาเหตุเนื่องจากซีฟิไลต์มีมากกว่า  
หลอดเลือดแข็ง. ในเวลาต่อมาซีฟิไลต์  
ค่อย ๆ ลดลงมาเป็นลำดับ, จนกระทั่งใน  
ปัจจุบันซีฟิไลต์น้อยลง, หลอดเลือดแข็ง  
กลับมากขึ้น. ทั้งนี้เนื่องจากคนเป็นกาม  
โรคน้อยลง, มียาที่มีประสิทธิภาพสูง  
สามารถรักษาได้ผลดีมาก, และเพราะมี  
คนท้ออายุน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับแต่  
ก่อน, หลอดเลือดแข็งจึงมีมากขึ้นตามไป  
ด้วย. ในรายงานของเราทุกรายเป็นซีฟิ-

ลิส. เห็นได้ว่าในระยะยี่สิบปีที่แล้ว, การ  
ป้องกัน, การรักษา และควบคุมโรคนี้  
ในประเทศเรายังไม่กว้างขวางพอ. ใน  
อนาคตสาเหตุเนื่องจากชีพีลิสต์คงจะน้อย  
ลง, และหลอดเลือดแข็งควรจะมีมากขึ้น.

ในประวัติการเจ็บป่วยของทั้ง ๔ ราย  
มีอาการปวดและอาการทางระบบทางเดิน  
อาหารทุกราย. อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมา  
รพ. ก็คืออาการปวดบริเวณต่ำกว่าลิ้นปี่  
และปวดหลัง, พร้อมกับมีอาการคลื่นไส้,  
อาเจียนร่วมด้วยทุกราย.

การวินิจฉัยโรค. ทัวไตโดยการคลำ  
พบก้อนซึ่งเด่นขยายได้ชัดเจน ๒ ราย,  
เด่นขยายได้ไม่ชัดเจน ๑ ราย. ในรายที่  
๓ วินิจฉัยได้แน่นอนโดยอาศัยการผ่าตัด.

เกี่ยวกับความดันเลือด, ทัวไตและแขน  
ทั้งสองข้างเกือบเท่ากัน ๓ ราย คือรายที่  
๑, ๒ และ ๓, ซึ่งเป็นข้อตรวจพบที่สำคัญ  
อย่างหนึ่งในหลอดเลือดเอออร์ตาช่อง  
ท้องโป่งพอง. เนื่องจากบริเวณที่หลอด  
เลือดโป่งมีความต้านทานน้อย, ความ  
ดันเลือดลดลงมากกว่าธรรมดาในตอนนี้,  
ความดันเลือดที่ขาทั้งสองข้างจึงน้อยลง.  
โดยปกติความดันเลือดของขาควรสูงกว่า  
แขนประมาณ ๒๐-๓๐ มม. ปรอท. ความ

ดันเลือดของแขนและขาสูงกว่าปกติทั้ง  
ชีพีลิสต์โตลิกและโคอัสโตลิก ๒ ราย, คือ  
รายที่ ๑ และรายที่ ๒. สำหรับรายที่ ๔  
ไตเข้ามาอยู่ใน ร.พ. ๒ ครั้ง. ในครั้งแรก  
ความดันเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งชีพี-  
ลิสต์โตลิกและโคอัสโตลิก, และขาสูงกว่า  
แขน ๒๖ มม. ปรอท. ในครั้งที่ ๒ ความ  
ดันเลือดสูงกว่าปกติมาก. วัดได้เฉพาะที่  
แขน. ทัวไตไม่ได้วัด, เนื่องจากผู้ป่วยมี  
อาการหนักมาก, ขวมทั้งตัว, และมีน้ำใน  
ช่องท้อง, ไม่สามารถเขยอนตัวได้. ความ  
ดันเลือดที่สังขันทงชีพีลิสต์โตลิกและโคอัส-  
โตลิกในรายนี้คงเนื่องมาจากเรณิลิซิสมีเย็บ,  
เนื่องด้วยหลอดเลือดแดงสู่ไตซ้ายถูกกด.  
ในอีก ๒ รายก็เข้าใจว่าจะเนื่องมาจากเหตุ  
เดียวกัน. ได้มีผู้รายงานถึงการเปลี่ยนแปลง  
ของระบบชีพีลิสต์สภาวะเนื่องมาจาก  
หลอดเลือดเอออร์ตาช่องท้องโป่งพองแล้ว  
มากมาย. ในปี ๑๙๕๓ Baird<sup>(6)</sup> ได้ราย  
งานผู้ป่วยหนึ่งรายว่าหลอดเลือดเอออร์ตา  
ช่องท้องโป่งพองชนิดเป็นจุดเล็ก ๆ ทำให้  
เกิดไตล้ม, และมียูริเมีย. เขายังได้อ้างว่า  
James (๑๙๓๕) ได้รายงานไว้หนึ่งราย  
ซึ่งเห็นเช่นเดียวกัน, และมียูริเมียเนื่อง  
จากหลอดเลือดโป่งพองกดหลอดเลือด

แคงสูไต, และทำให้ไททกเล็กลงเหลือเพียงเศษหนึ่งส่วนสามของปกติ, คล้ายกับรายที่ ๔ ของเรา. แต่ในรายของเรา ยังไม่เกิดขุมริเมีย, ผู้ช่วยถึงแก่กรรมโดย หลอดเลือดโป่งพองนั้นแตก.

นอกจากนี้ Uhle (๑๙๔๑)<sup>(7)</sup> ได้ รายงานผู้ช่วย ๕ รายที่เป็นหลอดเลือดเอออร์ตาช่องท้องโป่งพอง, ทำให้มีอาการแข็งและอาการแสดง, ซึ่งทำให้สำคัญผิดว่าเป็น โรคทางระบบขับถ่าย, เช่นเรนต์โคลิค, ผื่นรอบ ๆ ไท, อ่อนเพลีย, ซัยโทรยูรีเทอร์และซัยโทรเนโฟรซิส.

การแตกของหลอดเลือดเอออร์ตาช่องท้องโป่งพองโดยมากแตกเข้าสู่ช่องรีโทรเปอร์itoneียม. มีน้อยรายที่แตกเข้าสู่ช่องท้องหรือเข้าทางเดินอาหาร. ใน รายงานของเรามี ๒ ราย, คือรายที่ ๒ และรายที่ ๔, ที่หลอดเลือดโป่งพองแตกเข้าสู่ช่องท้องและผู้ช่วยถึงแก่กรรมทันที. ก่อนแตกมีอาการปวดอย่างรุนแรงนำหน้าประมาณ ๗ วัน.

ในปี ๑๙๓๓ Chamel และ Dalmas ได้กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนนี้ไว้เป็นครั้งแรก. ในปี ๑๙๔๓ Rottino ได้รายงานผู้ช่วยของเขา ๑ รายและรวบรวมจาก

ผู้อื่นได้รายงานไว้แล้วทั้งหมดอีก ๓๑ ราย, ที่หลอดเลือดแตกเข้าสู่ทางเดินอาหาร. ในปี ๑๙๔๖ Hunt และ Weller ได้รวบรวมรายงานทั้งหมดได้ ๔๑ ราย, ของเขาเองอีก ๑ ราย. Bala-kian, Ryan และ Perkel (๑๙๕๐) ได้รายงานเป็นครั้งล่าสุด, รวบรวมได้ทั้งหมด ๕๕ รายที่หลอดเลือดแตกเข้าสู่ทางเดินอาหาร.

ใน ๔๑ รายที่ Hunt และ Weller (๑๙๔๖) ได้รวบรวมอย่างละเอียดนั้น ปรากฏว่า ๒๕ รายแตกเข้าสู่ทิวโอเคนัม ส่วนที่ ๓, ๒ รายแตกเข้าสู่ส่วนที่ ๒, ๒ รายไม่บอกว่าแตกเข้าสู่ส่วนไหน, ๕ รายแตกเข้าสู่กระเพาะอาหาร, ๒ รายแตกเข้าสู่เจจุนัมและ ๑ รายแตกเข้าสู่ลำไส้เล็ก. หลอดเลือดโป่งพองส่วนมากอยู่ต่ำกว่าและใกล้กับแขนงหลอดเลือดแคง ซัยเรียร์ เมเซ็นเทอริก; โอกาสจะแตกเข้าสู่ทิวโอเคนัม ส่วนที่ ๓ ย่อมมีมากเนื่องจากการคั่งโดยธรรมชาติของส่วนนั้นกับผนังด้านหน้าของหลอดเลือดแคงเอออร์ตา.

ในรายที่ ๓ ของเราหลอดเลือดโป่งพองที่คอกับทิวโอเคนัมส่วนที่ ๓ และกัน

โค้งทิวโอเคนัมกว้างออกเลยทำให้พืชโร  
ลัสออกกันข้าง, ต้องทำแกสโตร-เอ็นเคอ-  
ไวรัสโตมัย. หลังจากนั้น ๓ วันผู้ช่วยถ่าย  
อุจจาระเป็นเลือดสดประมาณ ๔๐๐ ต.ชม.  
อาการปวดหายไปทันที. ก้อนยุบลง. ใ้  
ให้อาหารและเลือดทางหลอดเลือดดำ. อยู่  
ใ้อีก ๑๒ วันก็ถึงแก่กรรม. รายงานแสดง  
ว่าหลอดเลือดโป่งพองแตกเข้าสู่ทิวโอ-  
เคนัมส่วนที่ ๓, และเป็นเหตุให้ผู้ช่วยถึง  
ตาย.

### สรุป

ใ้รายงานผู้ช่วยที่เป็นหลอดเลือดเอ-  
ออร์ค้ำของท้องโป่งพอง ๔ ราย.

(๑) ผู้ช่วยทั้ง ๔ รายเป็นชาย. สา-  
เหตุเนื่องจากชีพีลัสที่ใ้รักษาไม่  
เต็มที.

(๒) อาการปวดบริเวณใ้สันข้อม  
มมีอาการคลื่นใ้, อาเจียน. เบื่ออาหาร  
เป็นอาการสำคัญนำผู้ช่วยทั้ง ๔ รายมา  
ร.พ.

(๓) มีภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน,  
คือแตกเข้าช่องเยื่อของท้องและถึงแก่

กรรมทันทีสองราย, แตกเข้าสู่ทิวโอเคนัม  
ส่วนที่ ๓ ทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด  
หนึ่งราย, ใ้เล็กลงเหลือเพียงเศษหนึ่ง  
ส่วนสาม เนื่องจากหลอดเลือดแดงใ้ถูก  
ถูกกดหนึ่งราย.

(๔) ใ้ความกันชีพีลัสโตลิกและ  
ใ้โตลิกชันสูง ๓ ราย, ซึ่งเชื่อว่า  
เนื่องจาก หลอดเลือดโป่งพองกดหลอด  
เลือดแดงใ้ข้างหนึ่ง (พิสูจน์ใ้โดย  
การตรวจศพหนึ่งราย).

ใ้ที่สุดนี้ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ประเสริฐ  
กังสดาลัย, หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์, ที่ใ้ช่วยตรวจ  
ใ้ และใ้คำแนะนำอันมีค่าแก่ผู้รายงาน เป็นอย่าง  
มาก.

### เอกสาร:

1. R.H. Kampmeier: Am. J.M. Sc. 192: 97, 1936.
2. B. Lipechutz and R.J. Chodoff: Arch. Surg. 39: 171, 1939.
3. E.S. Howland and B.E. Sproffkin: Am. J. Med. Sc. 206: 363, 1943.
4. Maniglia-Gregory: Arch. Path. 54: 289, 1952.
5. Scott, et al.: Am. Heart J. 37: 820, 1949.
6. Baird: Arch. Int. Med. 91: 626, 1953.
7. C.A.W. Uhle: J. Urol. 45: 13, 1941.

8. M.J. Hubeny, S. Pollack: Am. J. Roentgenol. 43: 385, 1940.

9. W.E. Coggerhall and P.D. Genova: Am. Heart J. 40: 789, 1950.

10. G. Balakian, C. Ryan and L.L. Parkel: Am. J. Digest. Dis. 17: 408, 1950.

11. A. Rottino: Am. Heart J. 25: 826, 1943.

12. H.H. Hunt and C.V. Weller: Am. Heart J. 32: 571, 1946.

13. Sodeman: Pathologic Physiology (Philadelphia, 1952).

---

### ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อขอรับแผนกจัดการสารนิเวศ

(Abstract of the preceding Paper)

ANEURYSM OF THE ABDOMINAL AORTA

Mukda Trishnanondh  
M.B.

and

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

(Dept. of Internal Medicine)

---

The authors report four cases of aneurysm of the abdominal aorta, of which three ended in rupture. All patients were married men, aged 40, 46, 47 and 73 years, with history of syphilis of 10 years'; 14 years'; 20 years' and "several years" duration respectively. The chief complaint was in every case: "pain, oppression and mass" in the abdomen or lower part of the chest. Other symptoms included nausea, vomiting and loss of appetite. In the case of the 47-year old man the pain was continuous and excessive and could be controlled for short periods only with morphine. The patient suddenly collapsed on the fourth day in the hospital. Autopsy revealed a ruptured saccular aneurysm, 9 x 12 cm. in size, just below the origin of the superior mesenteric artery, and syphilitic aortitis. The oldest patient developed severe abdominal pain while in the ward and had to be submitted to operation for anterior gastro-enter-

ostomy. Aortic aneurysm pressing against the duodenum was found at operation. Four days later the patient passed a big bloody stool, and the abdominal mass and pain suddenly disappeared. The patient expired twelve days later. The 40-year old patient refused operation and asked to be discharged, only to come back five months later with signs of severe cardiac decompensation. He developed shock on the fourth day of hospitalisation and died. At autopsy the ruptured aneurysm was located just below the hiatus aorticus; the left kidney showed pressure atrophy. The other patient was discharged unimproved after exploratory laparotomy had revealed a fusiform aneurysm which was inoperable. In all cases classical signs of the disease were present, and roentgenological examination confirmed the clinical diagnosis.

(Thirteen references)

---

## บทความพิเศษ

### โรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง สมุฏฐาน, อาการ, และการวินิจฉัย

จิตต์ ตูจินดา

W.B., W.D., D.T.M. (Hamburg)

(แผนกอายุรศาสตร์)

โรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมองคือ  
โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นทันทีทันใด  
ซึ่งอาจเกิดจากการฉวยหรือเกิดขึ้นเอง.

โรคนี้แบ่งออกเป็น ๓ ชนิด.

- ๑) หลอดเลือดสมองหดเกร็ง.
- ๒) เลือดออก.
- ก) เลือดออกในสมองหรือหลอด  
เลือดสมองแตก.
- ข) เลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง  
น้อย.
- ค) เลือดออกในเวนทริเคิลของสมอง.
- ๓) สมองเหลว (encephaloma-  
lacia) จากขาดเลือด.
- ก) เลือดแข็งในหลอดเลือดสมอง.
- ข) หลอดเลือดสมองถูกอุดด้วยเอ็ม

โบลัส.

โรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมองเป็น  
โรคสำคัญพวกหนึ่ง. ตามสถิติพยากรณ์  
ชีพของสหรัฐอเมริกา โรคนี้เป็นสาเหตุ  
ของการตายอันดับ ๓ ถัดจากโรคหัวใจซึ่ง  
เป็นอันดับที่ ๑, มะเร็งและเนื้องอกเป็นอัน  
ดับที่ ๒. ๕๐ ปี. เป็นเลือดออกในสมอง,  
เลือดแข็งในหลอดเลือดและหลอดเลือด  
ถูกอุด. เลือดออกในสมองกับเลือดแข็ง  
ในหลอดเลือดพบมากที่สุด, แต่ชนิดไหน  
จะมากกว่ากันแล้วแต่สถิติของใคร. จาก  
สถิติพยากรณ์ชีพดังกล่าว, เลือดออกใน  
สมองมีมากกว่าเลือดแข็งในหลอดเลือด  
สมองถึง ๕ เท่า. Aring กับ Merritt,  
จากการศึกษาโรคปัจจุบันของหลอดเลือด

สมอง ๕๐๗ ราย, พบว่าเป็นเลือดแข็งใน หลอดเลือดสมอง ๘๑.๘ ปช., เลือดออก ในสมอง ๑๕ ปช., หลอดเลือดสมองถูก ออก ๓.๒ ปช., ซึ่งตรงกับสถิติของ Uni- versity Hospital, Iowa city (Sahs). ตามสถิติของแผนกอายุรศาสตร์, ศิริราช พยาบาล, พ.ศ. ๒๔๘๔ - ๒๔๘๗ ใน จำนวนโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง ๑๘๕ ราย, พบเลือดออกในสมอง ๑๔๗ ราย, เลือดแข็งในหลอดเลือดสมอง ๒๓ ราย, หลอดเลือดสมองถูกออกด้วยเอ็มโบ- ลัส ๗ ราย, หลอดเลือดในช่องไขเยื่อ ๖ ราย, หลอดเลือดในช่องไขเยื่อ ๘ ราย.

#### อาการแข็งและอาการแสดง:

อาการแข็งและอาการแสดงของโรค ปัจจุบันของหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น ๒ พวก, คืออาการทั่วไปกับอาการสมอง เฉพาะที่, ผู้ป่วยอาจเริ่มขึ้นด้วยอาการทั่วไป หรือด้วยอาการสมองเฉพาะที่ก็ได้. รายที่เริ่มด้วยอาการทั่วไป, เมื่อหายอาจ ตามด้วยอาการสมองเฉพาะที่, หรือไม่ ตามก็ได้.

๑) อาการทั่วไป. ได้แก่ปวดศีรษะ, กลืนเหียน, อาเจียน, วิงเวียน, ตามืด,

กระสับกระส่าย, รู้สึกง่วงหรือเย็นตามแขน ขา, การเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก, เช่น ช้ำหรือหมดสติ, การเปลี่ยนแปลงทาง หน้าที่การง่วง, เช่นอาการทางหัวใจ, หายใจ และกลไกควบคุมความร้อน เป็นต้น.

๒) อาการสมองเฉพาะที่. อาการนี้ แล้วแต่ว่าสมองส่วนไหนถูกกระทบกระ- เทือนจากโรค, คือแล้วแต่ว่าเป็นที่หลอด เลือดสมองหลอดเลือด. (รายละเอียดของ อาการของแขนงต่าง ๆ ของหลอดเลือด สมองหาอ่านได้ใน Leslie G. Kiloh: The syndromes of the arteries of the brain and spinal cord, The Postgraduate Medical Journal vol. 29, No. 328-329, pp. 65-74, 119-128.) อาการสมองเฉพาะที่ที่พบบ่อยมี อัมพาตครึ่งซีกตัว, ซากครึ่งซีกตัว, ทาบอกครึ่งวงที่ศอก, ลิ้มภาษาพูด (ap- hasia), พาราเลียสของเส้นประสาท สมองและอาการอื่นทางระบบประสาท.

ต่อไปนี้จะบรรยายแต่อาการ สมอง เฉพาะที่ ๆ พบบ่อย ๆ. อัมพาตครึ่งซีก ตัวเกิดจากvikarที่อินเทอรัแนลแคปซูล (capsular hemiplegia), ซึ่งเกิดจากvikarที่หลอดเลือดเส้นตึคโลสโทรเอท. ผู้

ช่วยมีอัมพาตที่ส่วนล่างของหน้า, แขน, ขา และลำตัวข้างตรงข้ามกับขบวนการที่สมอง. เส้นประสาทสมองอื่น ๆ อาจเป็นได้ด้วย. หน้าส่วนบน, กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยว, การกลืน และเคลื่อนไหวลกตามักไม่ถูกรบกวน. กล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นมากไม่เท่ากัน. อัมพาตมักเป็นมากที่กล้ามเนื้อเออร์เนิส, กล้ามเนื้อเกี่ยวกับกรงอเข่า, เขี้ยวคอก, มือและนิ้วมือ, กล้ามเนื้อเกี่ยวกับหมอนโคนแขน ออกนอก และกล้ามเนื้อคว่ำแขน (Wernicke-Mann's predilection typus). กล้ามเนื้อเหล่านี้ อาจไม่พ่นหรือพ่นน้อยกว่าพวกที่มีหน้าที่ตรงข้าม, ทำให้ผู้ป่วยมีท่าทางอันเป็นลักษณะเฉพาะเมื่อพ่นแล้ว กล่าวคือมีขาข้างเป็นโรคเหยียดข้อเข่าและข้อเท้า, ปลายเท้าลงคืน (equinovarus position); เวลาเดินแกว่งเท้าไปข้างหน้าเป็นครึ่งวงกลม (circumduction); แขนข้างเป็นโรคถกคิงคิงตัว; คอก, มือ; และนิ้วมือ, มุมปากเบี้ยวลง.

#### หลอดเลือดสมองหดเกร็ง

หลอดเลือดสมองหดเกร็งเป็นโรคที่ยังมีการขัดแย้งกันอยู่ระหว่างแพทย์ผู้รัก-

ษากันนักสรีรวิทยา. โรคนี้อยู่ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูง, โรคหัวใจ, และหลอดเลือดแข็ง. ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการสมองเฉพาะที่ขึ้นโดยทันทีทันใด, เช่นอัมพาตครึ่งซีกตัว, อัมพาตแขนและหน้าข้างเดียวกัน, ตายอกร่วงวงที่คานการ, ความรู้สึกเสี่ย, หลับตาจับของที่เคยรู้แล้วไม่รู้ (astereognosis), ซักแบบแจ๊คโซเนียนและอาการสมองเฉพาะที่อื่น ๆ. การรู้สึกเสี่ยหรือไม่รู้สึกเสี่ยก็ได้. อาการเหล่านี้พ่นอย่างรวดเร็ว. โดยมากมักพ่นภายใน ๑๒-๒๔ ชม. บางรายอาจพ่นภายหลังเป็นแล้วตั้งหนึ่งสัปดาห์ก็ได้. การพ่นเร็วหรือช้าและมีอาการสมองเฉพาะที่เหลือน้อยหรือไม่แล้วแต่หลอดเลือดหดเกร็งเป็นช่วงเวลาสั้นหรือนาน ได้พบในการทดลองในสัตว์ว่าถ้าเลือดสู่สมองถูกตัดนาน ๓ ชั่วโมง จะก่อให้เกิดการฉลายพ่นได้. แต่ถ้านานถึง ๗ นาที การฉลายที่เกิดจะไม่พ่น. อาการสมองเฉพาะที่ดังกล่าวดังกล่าวอาจเกิดหลาย ๆ ครั้งได้. บางรายพบหลอดเลือดเรติน่าหดเกร็งด้วยขณะเป็น.

การหดเกร็งของหลอดเลือดสมองมีกลไก ๒ อย่าง, คือ :

- ๑) กลไกประสาท. โยประสาทได้

พบที่ผนังหลอดเลือดเชื่อมที่สมองปัว (pial vessels) ของผิวสมอง. ที่ผนังหลอดเลือดสมองพบว่ามียูบัก. การกระตุ้นโดยประสาทซิมเพเทติกที่คอ ก่อให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดเชื่อมที่สมองปัวอาจได้เพียง ๘-๑๐ ปซ. ของขนาดเดิม. การกระตุ้นประสาทเวกัสก่อก่อให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ๒๐ ปซ. ของขนาดเดิม.

๒) กลไกเคมี. การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคาร์บอนไดออกไซด์ที่ออกซิชีเงินก่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดหลอดเลือดสมอง. กล่าวคือ การมีคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้น. และออกซิชีเงินน้อยลงก่อก่อให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด. การมีคาร์บอนไดออกไซด์ที่น้อยลงและออกซิชีเงินมากขึ้นก่อก่อให้มีการหดเกร็ง.

ข้อคานที่ว่าอาการสมองเฉพาะที่เกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดสมองก็คือ กลไกประสาทและเคมีก่อก่อให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดสมองไม่มากพอที่จะก่อก่อให้เกิดอาการขึ้นได้. นอกจากนั้นอาการสมองเฉพาะที่ ๆ เกิดขึ้นชั่วขณะอาจเกิดขึ้นได้ในภาวะอื่นนอกจากหลอดเลือด

สมองหดเกร็ง, เช่นเลือดออก, หรือน้ำคั่งในสมองซึ่งเกิดรอบ ๆ บริเวณสมองที่ขาดเลือดและค่อย ๆ หายไป, การกลับคืนของการไหลเวียนที่บริเวณสมองที่ขาดเลือดโดยการเปิดของหลอดเลือดข้างเคียง, ก้อนเลือดที่อุดหลอดเลือดมีทางผ่านใหม่ (recanalized) และในหลอดเลือดถูกอุด, สิ่งอุดเคลื่อนออกหรือหลุดเข้าแขนงข้างเคียง (Pichering). Denny-Brown พบอาการสมองเฉพาะที่เกิดขึ้นชั่วขณะและเป็นบ่อยครั้งในโรคหลอดเลือดคาโรติกตีบเรื้อรัง. ยังเข้าใจว่าเกิดจากการขาดเลือดที่วงกลมวิลลิส (circle of Willis) เป็นพัก ๆ. นอกจากนั้นรายที่มีหลอดเลือดแข็ง, หลอดเลือดหดตัวไม่ได้ และรายที่เป็นโรคหัวใจ อาจารนำจะเกิดจากการอุดอย่างไม่สนิทของหลอดเลือด (incomplete thrombosis) มากกว่า.

ส่วนผู้ที่ยังคงเชื่อว่าอาการดังกล่าวเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง กล่าวว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้วข้างต้น, นอกจากจะอธิบายด้วยการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง; และกลไกประสาท

และเคมีที่ว่าไม่สามารถก่อให้เกิดอาการ  
ได้ในหลอดเลือดปกติ, อาจก่ออาการได้  
ในบุคคลที่มีหลอดเลือดผิดปกติ.

การวินิจฉัย. การวินิจฉัยหลอดเลือด  
สมองหดเกร็งอาศัยอาการสมองเฉพาะที่  
เกิดขึ้นทันทีทันใดและหายไ้เร็ว, ส่วน  
มากไม่เกิน ๒๔ ชม., พร้อมกับสาเหตุ  
เช่นความดันเลือดสูง, โรคหัวใจหรือ  
หลอดเลือดแข็ง. รายที่หายช้า, วินิจฉัย  
แยกจากโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง  
ชนิดอื่นไ้ยาก.

การวินิจฉัยแยกโรค. มีโรคอีกหลาย  
โรคที่อาจก่อให้เกิดอาการสมองเฉพาะที่ชั่ว  
ขณะไ้เหมือนกัน, เช่น

๑) สเคลอโรซิซกระจัดกระจาย(mul-  
tiple or disseminated sclerosis).  
โรคนี้เป็นโรคประสาทเรื้อรัง, มีอาการ  
เกิดจากอาการหลายแห่ง, และมีการดำเนิน  
โดยมีการหายเป็นพัก ๆ. ในรายที่เป็นครั้งแรก  
อาจมีอาการเฉพาะที่ชั่วขณะคล้าย ๆ  
หลอดเลือดสมองหดเกร็งไ้. การวินิจฉัย  
แยกโรคทั้งสองอาศัยที่ว่าในโรคนี้พบมีวิ-  
การหลายแห่ง, และการพบอาการเฉพาะ  
ของโรค, เช่น ตากระตุก, พดตะกุกตะ  
กัก, ลั่น, อ้อปติกคิสต์ซีคค่านซมัย, ริ-

เฟล็กซ์หน้าท้องสูญเสียไป, และการ  
เปลี่ยนแปลงในน้ำสันหลัง.

๒) อัมพาตทั่วไปแห่งวิกตาริก (G.  
P.I.). อาการสมองเฉพาะที่อาจเกิดขึ้น  
ไ้, แต่อาการเด่นของโรคนี้คืออาการทาง  
จิต, เช่นปัญญาเสื่อม, พดไม่ชัด, กล้าม  
เนื้อลั่นกระตุก, และการเปลี่ยนแปลง  
ในเลือดและน้ำสันหลัง.

๓) อัลเลอร์จี. การแพ้แบบอัล-  
เลอร์จีอาจทำให้เกิดอาการสมองเฉพาะที่  
ชั่วขณะไ้, เนื่องจากมีขบวนการเป็นแห่ง ๆ  
ในสมอง. การวินิจฉัยแยกโรคอาศัย  
ประวัติการแพ้, เช่น ลมพิษ, ฯลฯ, และ  
การเปลี่ยนแปลงในเลือด.

๔) ทั่วจิต. ในผู้ป่วยทั่วจิตหลายราย  
มีอาการสมองเฉพาะที่ชั่วขณะ. ในโรค  
นี้มีประวัติการขมเคล็ดอนที่. การเปลี่ยนแปลง  
ในเลือด, และปฏิกิริยาทางผิวหนัง  
โดยการทดลองฉีดสิ่งสกัดจากทั่วจิต.

๕) ยรีเมียบ. ในโรคนี้มีการเปลี่ยนแปลง  
ในปัสสาวะและในเลือดแสดงว่าไต  
ไม่ทำงาน.

๖) หลอดเลือดคาโรติคตีบเรื้อรัง.  
แยกจาก หลอดเลือดสมองหดเกร็งโดย  
การทำอาร์เทอรีโอแกรม.

๑) หลอดเลือดคสมองถูกอุดอย่างไม่มีสนิท. โรคนี้อาจไม่สามารถแยกจากหลอดเลือดคสมองทกเกร็งได้. บางท่านว่าหลอดเลือดคสมองทกเกร็งที่แท้ก็คือโรคนี้อีก (Pickingering).

การพยากรณ์โรค. คีมากในรายฟื้นเร็ว, แต่อาจเกิดขึ้นใหม่ได้อีก. รายที่ฟื้นช้า, เช่นตั้งหนึ่งสัปดาห์, อาจมีอาการเหลืออยู่ได้. ถ้าเป็นบ่อย ๆ แห่งเดียวกัน, อาจทำให้เกิดคสมองเหลวรอย ๆ หลอดเลือดนั้น, ซึ่งต่อไปอาจเป็นที่ ๆ เลือดออกได้

การรักษา. ก) การรักษาหลอดเลือดคสมองทกเกร็ง.

๑) ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่ง ๆ.

๒) ให้ยาระงับประสาท, เช่นพวกโบรไมด์, หรือโซเดียมอะมีนัล. แต่ส่วนมากชอบใช้ฟีโนบาร์บิทัล ๑-๒ เกรน ให้กินวันละ ๓ เวลา, เพราะยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดด้วย.

๓) ช่วยขยายหลอดเลือด, เพื่อป้องกันการหดตัวของหลอดเลือดคสมองไม่ให้เป็นอยู่นานจนอาจเกิดการฉลายที่ไม่ฟื้นขึ้น, โดยให้

ก) คมคาร์บอนไดออกไซด์ ๕ ปช. ผลสมกับออกซี้เงิน ๕๕ ปช.

ข) คีมีวีสกขนาด ๑ออนซ์ทุกชั่วโมงในระยะแรก ๆ.

ค) กรดนิโคตินิก ๑๐๐ มก. วันละ ๓ เวลา.

ง) ให้ในโตรกลีเซอรีน; บางทีได้ผลดี.

จ) ในรายที่เป็นอยู่นานควรลองฉีกเยื่อตาเข้าย้อมประสาทสะเทิลเลท.

— ฉ) รายที่เป็นบ่อย ๆ ควรให้ยาชาเวอริน ๔ ๒-๑๘ เกรน ต่อวัน, แบ่งให้ทุก ๔-๖ ชม., เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ.

ข. การรักษาสาเหตุ, เช่นความดันเลือดสูง, โรคหัวใจหรือหลอดเลือดแข็ง

### เลือดออก

ก) เลือดออกในสมองหรือหลอดเลือดคสมองแตก.

เลือดออกในสมองเป็นโรคปัจจุบันของหลอดเลือดคสมองที่พบบ่อยและทำให้ตายมากที่สุด ใน ร.พ. ศิริราช. ในจำนวนโรคปัจจุบันของหลอดเลือดคสมอง ๑๕๕ ราย เป็นเลือดออกในสมอง ๑๔๗ รายและตายถึง ๕๗ ราย(๖๕.๕๘ ปช.). โรคนี้อาจเกิด



เลือดสูงชั่วคราวจะก่อให้เกิดเลือดออกในสมองได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีผนังหลอดเลือดเปราะหรืออ่อนแอ, หรือมีความดันเลือดสูงเป็นพบบ่อยก่อนแล้ว.

๕) ภาวะเลือดออกง่าย (haemorrhagic diathesis) ซึ่งเกิดจากโรคของเลือดเองเช่นเปอร่าเปอร่าซีมอร์วาค้า, ลิวคิเมียชนิดลิวคิเมียโพซัยติกและมัยอิลโงินัส, และโรคขาดวิตามินเช่นโรคโลหิตจางเหล็ก. เลือดออกในสมองจากภาวะดังกล่าวนี้โดยมากเกิดเป็นหย่อม ๆ กระจุกกระจายไปทั่วสมอง, เกิดได้ทุกรวัยทั้งในบุคคลที่มีหลอดเลือดสมองเปราะหรืออ่อนแอ, และที่มีหลอดเลือดสมองปกติ.

สาเหตุของเลือดออกในสมองที่พบบ่อยที่สุดคือผนังหลอดเลือดสมองเปราะหรืออ่อนแอ, กับความดันเลือดสูง.

#### อาการแฉะและอาการแสดง

อาการของเลือดออกในสมองโดยมากเกิดขึ้นทันทีทันใด. มีอาการหมดสติ, ซึ่ง Aring และ Merritt พบถึง ๕๐.๗ ปร. บางรายอาจมีอาการล่วงหน้าก่อน, เช่นปวดศีรษะ, อาเจียนและวิงเวียน. Broadbent (๑๘๘๗) กล่าวว่าอาการอาเจียนพบในเลือด

ออกในสมองมากกว่าโรคช้ำๆบนของหลอดเลือดสมองชนิดอื่น ๆ. Aring และ Scott กล่าวว่า "การอาเจียนถ้ามีในตอนเริ่มต้น, และวินิจฉัยแยกหลอดเลือดออกออกได้, โดยมากแสดงว่าเป็นเลือดออกในสมอง. ในรายงานของเขาว่ามีอาเจียนตอนเริ่มต้นถึง ๑๕ ราย (๕๑.๓ ปร.) ในจำนวนเลือดออกในสมอง ๓๗ ราย. ถ้าเลือดออกใกล้หรือในผิวสมองมักมีอาการชักเฉพาะที่หรือชักทั่วตัว. ช้ำมักมีในเลือดออกในสมองมากกว่าชนิดอื่น ๆ ของโรคช้ำๆบนของหลอดเลือดสมอง

หมดสติ, ผู้ป่วยหายใจกำกรอก ๆ, ชีพจรแรงและช้า, หน้าแดง, ผิวหนังช้ำ, ศีรษะและตาอาจเอียงไปข้างเดียวกับชักทั่วที่มีอัมพาต. นอกจากนั้นพอจะทราบได้ว่าชักทั่วข้างไหนเป็นอัมพาตโดยผู้ช่วยหายใจแก้มโอบข้างที่เป็น, มุมปากข้างนั้นตก, ขาบีคออก และเมื่อยกแขนข้างอัมพาตให้สูงเห็นอหน้าผู้ป่วยแล้วปล่อย แขนจะตกพักหน้า. ส่วนขานี้ถ้าจับตั้งแล้วปล่อยจะตกและไกลเหยียดลงโดยไม่มีการขึ้น.

มีน้อยรายที่การเริ่มต้นค่อยเป็นค่อยไปคล้ายหลอดเลือดสมองตัน.

อาการเมื่อพ้นจากหมดสติแล้วเหมือน

อย่างอาการสมองเฉพาะที่ดังกล่าวแล้ว.

น้ำส้นหลังมีความคั่งสูงและประมาณ ๗๕ ปซ. พบเลือดในน้ำส้นหลัง, ซึ่งอาจเนื่องจากเลือดซึมเข้าในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์หรือซึมเข้าเว่นทรีเคิลสมอง.

การวินิจฉัย, การวินิจฉัยแยกโรค, การพยากรณ์โรคและการรักษาจะกล่าวรวมกับสมองเหลวจากการขาดเลือด.

ข) เลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์.

เลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์เป็นสาเหตุของการตายทันทีได้ ๒ ปซ. เกิดขึ้นเอง, หรือเนื่องจากเหตุอื่นก็ได้.

๑) เกิดขึ้นเอง. เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพองจากกำเนิด. ชนิดนี้พบระหว่าง ๕๐-๕๐ ปซ. ของเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์ทั้งหมด. พวกนี้พบบ่อยๆ ว่ามีถุงน้ำหลายอันที่ไตเป็นจากกำเนิด (congenital polycystic kidney).

๒) เกิดจากสาเหตุอื่น, เช่นการฉีกขาด, เลือดซึมจากเลือดออกในสมอง, หรือจากเนื้องอกสมองที่มีเลือดออก, ภาวะเลือดออกง่าย, เลือดซึมจากหลอดเลือด

อ่อนแอเนื่องจากพิษของโรคติดเชื้อ, เช่น ซิฟิลิส, วัณโรค, หัด, ไข้ดำแดง, ทิฟอยด์, ไกกรน, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, เลือดเป็นพิษ, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบมีเชื้อชนิดร่องปัจจุบัน.

อาการแข็งและอาการแสดง. อาการของเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์เกิดขึ้นทันทีทันใด. บางรายอาจมีเหตุประกอบกระตุ้นเช่นออกแรง, คันคัน, ความดันเลือดสูง, กามกิจ. อาจมีอาการนำหรือไม่มีก็ได้. อาการนำส่วนมากเป็นอาการของหลอดเลือดโป่งพอง, เช่นปวดศีรษะ, วิงเวียน, หอบ, ปวดในและรอบลูกตา, กลอกตาไม่ได้ตั้งปกติ, ตาเหล่, เห็นอะไรเป็นสอง, หนึ่งตาดก ฯลฯ, ซึ่งอาจเกิดมาตั้งแต่ก่อนแรกเกิดก็ได้, หรือเป็นอาการของโรคในข้อ ๒.

อาการแข็งและอาการแสดงของเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์แต่ ๆ มีปวดศีรษะอย่างมากข้างเดียว ขึ้นทันทีทันใด, แล้วลามไปอีกข้างหนึ่ง. ปวดจากหน้าผากไปจนตลอดท้ายทอยและต้นคอ. มีอาการแสดงการรบกวนเยื่อหุ้มสมองส่วนล่าง, คือมีคอแข็ง, อาการเคอร์นิก และบรรตชินส์กัไตต์ผลบวก (Kernig's และ

Brudzinski's signs). ท่อไปมีอาการทางจิต, เช่นจำอะไรสับสน, ซึม, เพ้อ, แล้วหมดสติ, ซึ่งในบางรายเป็นอาการแรกเริ่มของโรค. รายที่มีเลือดออกที่บริเวณส่วนโค้งของสมองอาจมีอาการชัก, อัมพาตครึ่งซีกทั่ว, หรืออาการสมองเฉพะที่อย่างอื่นได้; แต่พบไม่บ่อย. บางรายมีไข้ตอนเริ่มเป็นหรือพบเลือดออกจากหลอดเลือดที่หน้าคิ้ว.

การวินิจฉัย. การเกิดอาการหมดสติขึ้นทันทีทันใดในบุคคลหนุ่มสาวพร้อมทั้งมีอาการแสดงรบกวนเยื่อหุ้มสมองเช่นคอแข็ง, และอาการเคอร์นิก และบรรเทา-สติมีผลบวก, ทำให้น่าสงสัยโรคนี้. แต่จะให้แน่ต้องเจาะตรวจน้ำสันหลัง. รายที่เป็นใหม่ ๆ จะพบน้ำสันหลังมีเลือดตกปน. แต่ น้ำสันหลังมีเลือดตกปน อาจเกิดจากการเจาะก็ได้. การแยกกระหว่างเลือดออกเองกับเลือดออกจากการเจาะอาจทำได้โดยเอาน้ำสันหลังที่มีเลือดปนไปยันทันที. ถ้าเลือดออกจากการเจาะ, น้ำที่อยู่บนจะขาวใส; ส่วนเลือดที่ออกเอง ถ้าเกิน ๕ ซม., น้ำก็กล่าวว่ามีสีเหลือง. ถ้าไม่มีเครื่องปั่นให้ลองเก็บน้ำสันหลังไว้หลายหลอด. สีของเลือดออกจากการเจาะจะแตกต่างกัน,

ส่วนสีของเลือดออกเองจะเหมือนกันทุกหลอด. รายที่เป็นอยู่นานแต่ไม่เกิน ๑๕ วันจะมีสีเลือดคล้ำ. ถ้าเป็นก่อนเจาะน้อยกว่า ๕ ซม. หรือเกิน ๑๕ วันน้ำสันหลังอาจขาวได้.

การวินิจฉัยแยกโรค. โรคนี้ต้องแยกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ, โดยการเจาะน้ำสันหลังตรวจ. แยกจากเลือดออกในสมองหรือเนื้องอกสมองที่มีเลือดซึมเข้าช่องไขเยื่ออะแรนอยด์โดยอาศัยการพบสาเหตุของเลือดออกในสมอง, อาการสมองเฉพะที่, การมีความดันในกระโหลกศีรษะสูงโดยพบข้อปลีกคิศักดิ์วม, ทางรังสีและวิธีอื่นซึ่งจะกล่าวไว้ในการวินิจฉัยแยกโรคนี้จากเลือดออกในสมองและสมองเหลวจากการขาดเลือด.

การพยากรณ์โรค. โรคนี้ร้ายกว่าร้ายแรงมาก เพราะมีอัตราตายถึง ๒๘-๕๐ ปร. รายที่พ้นจากการเป็นครั้งแรก อาจเป็นซ้ำอีกได้. จาก ๑๕๐ รายของ Magee มีตเป็นซ้ำใหม่ ๓๕ ปร.; จาก ๔๖ รายของ Wolf, Goodell และ Wolff เป็นซ้ำใหม่ ๕๒ ปร. ผู้ค้นคว้าพวกหลังนี้พบว่า ๒๘ ปร. ตายเมื่อเป็นครั้งแรก, ๑๔ ปร. จากการเกิดซ้ำใหม่ ๒-๔ สัปดาห์ภาย

หลังเป็นครั้งแรก, และ ๕ ปช. ตายเมื่อ รอดมาได้ครบ ๑ ปี. ได้มีผลติดตามผู้ช่วย โวคน้อยอยู่ ๑๐ ปี. พบตายถึง ๖๐ ปช.. พิการจากเกิดเป็นซ้ำ ๑๐ ปช., หายก็ ๑๕-๓๐ ปช. ในร.พ.ศิริราชพบ ๕ ราย, ตาย ๔ ราย (๕๕ ปช.).

การรักษา

ก) ระยะแรกเป็น.

๑) ให้ผู้ช่วยนอนพักอยู่ ๔-๖ สัปดาห์ เพราะในรายที่เลือดซึมจากหลอดเลือด สมองโป่งพอง, กว่าจะแผลจะบีบสนิทก็ หลายสัปดาห์. ต้องพักทั้งกายและใจ.

๒) ให้ยาระงับ, เช่น พาราเซตามีน ทางปากขนาด ๒ แกรม, ถ้าทางทวาร ๔ แกรม, หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขนาด ๒-๔ ล. ซม.; หรือฟีโนบาร์บิทัล ๖ - ๑ เกรนทาง ปากวันละ ๓ ครั้ง, หรือโซเดียมฟีโนบาร์ บิทัล ๓ เกรนฉีดเข้ากล้ามเนื้อ.

๓) ลดความดันในกระโหลกศีรษะ เพื่อบรรเทาการปวดศีรษะโดยการเจาะน้ำ สันหลังออกประมาณ ๑๐-๑๕ ล. ซม., แต่ไม่ควรให้ความดันน้ำสันหลังลดต่ำกว่า ระดับปกติ. บางคนแนะนำให้เจาะออก บ่อย ๆ, แต่บางคนให้เจาะเพียงบรรเทา

การปวดศีรษะเท่านั้น, และยังว่าการเจาะ บ่อยครั้งอาจทำให้เป็นอันตรายได้. ผู้เขียน ชอบความเห็นของพวกหลัง.

๔) ฉีดกลูโคส ๕๐ ปช. ๕๐ ล. ซม. เข้าหลอดเลือดวันละ ๑-๒ ครั้ง.

ข. รักษาสาเหตุ. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลอดเลือดสมองโป่งพอง, โดยการค้นหาตำแหน่งที่เป็นด้วยฮาเตอร์ไอกรัมของ หลอดเลือดสมอง. แล้วทำการผ่าตัดผูก หลอดเลือดคาโรติดใน, หรือเบ็ดกระ โหลกศีรษะทำการผ่าตัดหลอดเลือดสมอง ที่โป่งพองโดยตรง.

ค) เลือดออกในโพรงสมอง

เลือดออกเข้าโพรงสมองมีอยู่ ๒ ชนิด, คือชนิดที่ออกในโพรงสมองเอง, และที่ ซึมจากเลือดออกในสมองเข้าโพรงสมอง. ในจำนวนเลือดออกในสมอง ๗๒๘ ราย ของ Andral, Gintrac, Rochouse และ Durand-Fardel, ๑๒๑ รายซึม เข้าโพรงสมอง. Saunder พบเลือดออก ในโพรงสมอง ๑ ใน ๖ ส่วนของเลือด ออกในสมอง. ส่วนชนิดแรกมีน้อยมาก. เลือดอาจออกได้ทั้งโพรงสมอง, แต่พบ มากที่สุดที่โพรงข้าง. โวคนั้นเป็นได้ทั้งคน

หนุ่มและแก่, แต่พวยมากในคนแก่.

สาเหตุ. สาเหตุเหมือนกับเลือดออก  
ในสมอง.

อาการแฉ่งและอาการแสดง. อาการ  
เกิดขึ้นทันทีทันใด, โดยมีปวดศีรษะมาก,  
ซีดแล้วหมดสติ. การหมดสติมักเป็น  
มากจนทำอะไรก็ไม่รู้สึกตัว. ชักมีมาก  
เท่ากับในเลือดออกในสมอง. อุณหภูมิอาจ  
สูงหรือต่ำกว่าปกติ. อุณหภูมิสูงมากพ  
ในโรคนั้นมากกว่าในชนิดอื่น ๆ ของโรค  
ปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง. อาการทาง  
การเคลื่อนไหวมีได้หลายแบบ. อาจเป็น  
อัมพาตแขนขาทั้ง ๒ ข้าง, ขา ๒ ข้างแขน  
ข้างเดียว, แขน ๒ ข้างขาข้างเดียว, หรือ  
อัมพาตครึ่งซีกตัว. นอกจากนี้ยังพบอาการ  
แสดงการรบกวนเยื่อหุ้มสมองเช่นเดียวกับ  
เลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์.  
อาการลูกกลมมากขึ้นเรื่อย ๆ, โดยมากพบ  
ว่ามีอัมพาตครึ่งซีกตัวแล้วลามไปยังขา  
หรือแขนอีกข้างหนึ่งหรือไปทั้งแขนและขา.  
การเจาะน้ำสันหลังพบเลือดเช่นเดียวกับใน  
เลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์.

การวินิจฉัย. อาการเกิดขึ้นทันที  
ทันใด, โดยมีอาการปวดศีรษะ, ซีดและ

หมดสติ, อาการลูกกลมขึ้นเรื่อย ๆ, และ  
น้ำสันหลังเป็นเลือด. Bing กล่าวว่ากรณี  
อัมพาตแข็งตัวของแขนขาและวิเฟล็กซ์ไว  
ขณะหมดสติเป็นหลักประกอบการวินิจฉัย  
โรคนั้นด้วย.

การวินิจฉัยแยกโรค. โรคนั้นต้องแยก  
จากเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์,  
เพราะการพยากรณ์โรคผิดกันมาก. การ  
วินิจฉัยแยกโรคอาศัยการหมดสติในโรค  
นั้นเป็นมาก, อาการลูกกลมขึ้นเรื่อย ๆ และ  
การเกิดอัมพาตแข็งตัว, และวิเฟล็กซ์ไว  
ตามที่ Bing กล่าวไว้.

การพยากรณ์โรค. ในทางปฏิบัติถือ  
ว่าโรคนั้นตายทุกราย, ถึงแม้ว่ามีรายที่  
หายรายงานไว้ก็ตาม, เพราะรายดังกล่าว  
มีน้อยมาก. โดยมากตายระหว่าง ๒๔  
ชม. ถึง ๑๔ วันภายหลังเป็น. ส่วนมาก  
ตายในวันที่ ๒-๔.

การรักษา. เช่นเดียวกับในเลือดออก  
ในสมอง.

#### สมองเหลวจากขาดเลือด

ก) เลือดแข็งในหลอดเลือดสมอง.

โรคนั้นในสถิติของ ร.พ. ศิริราชพบเป็น  
ทั้งสองรองจากเลือดออกในสมอง, และมี

อัตราตายน้อยกว่า. ใน ๓๒ รายตาย ๘ ราย (๒๔.๑๒ ปช.). ตามสถิติของ Gilbert และ de Takats ใน ๕๓ รายตาย ๘ ราย. โรคนี้เกิดได้ในบุคคลทุกวัย, แล้วแต่สาเหตุ. โดยมากพบบ่อยในคนแก่, อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป.

สาเหตุ

(๑) ผนังหลอดเลือดขรุขระ, ซึ่งอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแข็ง, ชี้นำฟิลล์หลอดเลือดสมอง, หลอดเลือดสมองอักเสบตัน (thrombo-angiitis obliterans). ชี้นำฟิลล์หลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในคนหนุ่มสาว, ส่วนอีกสองโรคเป็นสาเหตุในคนสูงอายุ.

(๒) การฉีกขาดของเซลล์เรติคิวโล-เอ็นโดทีเลียลซึ่งขั้วกันในหลอดเลือดจากพิษของโรคติดเชื้อ, เช่น ไซทียพอยค์, ปอดขวม, ทิฟอยด์, ไซ้อกฝืน, หรือจากพิษอื่น ๆ, เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์, จากการมีครรภ์, จากโรคผอมแห้ง. ไซ้อกฝืนเป็นสาเหตุของโรคนี้ในเด็ก ๆ.

(๓) ความอ่อนแอของการไหลเวียนของเลือด, เช่น หัวใจอ่อน, ความดันเลือดต่ำ, หรือการไหลเวียนของเลือดช้า,

เช่นภาวะเปลี่ยนในคนแก่ หรือขณะหลับ.

(๔) เม็ดเลือดแดงเกินจำนวน (polycythemia vera).

อาการแจ้งและอาการแสดง

การเกิดของเลือดแข็งในหลอดเลือดสมองส่วนมากเริ่มต้นช้า. อาจมีอาการล่วงหน้ามาก่อนเป็นแรมวัน, แรมสัปดาห์หรือแรมเดือน, หรือไม่มีเลยก็ได้. มักเป็นขณะนอนหลับเพราะการไหลเวียนของเลือดช้า. มีบางรายที่เห็นทันทีทันใด. รายดังกล่าวเริ่มต้นด้วยการหมดสติ, คล้ายเลือดออกในสมอง, แต่พบน้อยมาก. อาการหมดสติพบน้อยกว่าในเลือดออกในสมองเท่าตัว.

อาการล่วงหน้าของโรคนี้มีปวดศีรษะ, วิงเวียน, ความจำไม่ดี, ความคิดสับสน, รู้สึกหนัก, เพลีย, ชา, เลี้ยวตามแขนขา ฯลฯ.

ในระยะเย็น, ผู้ป่วยมีอาการสมองเฉพาะที่ดังได้กล่าวมาแล้ว, เช่น อัมพาตครึ่งซีกตัว ฯลฯ, ซึ่งอาจเป็นอย่างรวดเร็วหรือเป็นช้าก็ได้. รายเป็นช้า ๆ มักเป็นที่แขนและหน้าก่อน, แล้วค่อยลามไปขาข้างเดียวกัน. รายที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกตัวข้าง

ขวาอาจมีการล้มภาษาพดก้วย.

อาการสมองเฉพาะที่แตกต่างกันแล้ว แต่หลอดเลือดที่เส้น. ความดันของน้ำ สันหลังไม่สูง. ลักษณะอื่น ๆ แล้วมที่ สาเหตุ. บางรายอาจมีสีเหลืองใต้. แต่ไม่มี เลือดปน.

การวินิจฉัย. อาศัยการพบสาเหตุ, การมีอาการล่วงหน้าและค่อยเป็นค่อยไป.

การวินิจฉัยแยกโรค การพยากรณ์ และการรักษาจะกล่าวรวมกับเลือดออกใน สมอง.

#### ข. หลอดเลือดสมองถูกอุด

โรคนี้เกิดจากมีสิ่งหลุดลอย (เอ็ม- โบลัส) เข้าสู่กระแสเลือดแล้วไปอุดหลอดเลือด สมองทำให้สมองขาดเลือดและเกิด อาการขึ้น. โรคนี้มีประมาณ ๕-๑๐ ปช. ของโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง. เกิดได้ในวัยต่าง ๆ แล้วแต่สาเหตุ. ใน ร.พ. ศิริราชพบ ๗ ราย (๐.๕๗ ปช.) ใน โรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมอง ๑๕๗ ราย.

สาเหตุ. สิ่งหลุดลอยอาจเกิดจากที่ ต่าง ๆ ใ้มามากมาย, เช่น

(๑) หัวใจ

ก) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบมีเชื้อชนิด ร่องปัจจุบัน และชนิดอื่น ๆ ที่มดิ่ง.

ข) ลิ่มไมครัลคืบ. อาจเกิดหรือม- บัสดิ่ง (appendix) ของอริเคลิลซ้าย.

ค) โรคหัวใจจากกำเนิด.

ง) หัวใจอ่อนหรือหัวใจล้ม, เช่นใน โรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ตัน, กล้าม เนื้อหัวใจอักเสบ ฯลฯ. หรือมีสอาจเกิด ขึ้นตามผนังห้องหัวใจได้. ในภาวะนี้บาง รายพบว่าหลอดเลือดสมองถูกอุดขณะที่ ใ้รักษาหัวใจคนแล้ว, ทั้งนี้เนื่องด้วย หัวใจเต้นแรงขึ้นทำให้หรือมีสหลุดจากผนัง ห้องหัวใจลอยไปอุด.

๒) หลอดเลือด. หลอดเลือดดำอักเสบ ตัน, เช่นหลอดเลือดซอกที่ขาหรือ หลอดเลือดดำที่ในช่องเชิงกรานที่เกิดขึ้น ภายหลังการคลอดหรือแท้ง ที่มีไข้แทรก, หลอดเลือดโป่งพองที่เกิดหรือมีสตาม ผนัง, หรือมีสเกิดที่หลอดเลือดคาโรติก จากการกดขณะผ่าตัด

๓) ปอด. เช่นในโรคหลอดลม พอง, โพรงหนองในปอด, วัณโรค, มะเร็ง, ปอดขวมชนิดมีเชื้อ ฯลฯ.

๔) สาเหตุอื่น ๆ ซึ่งไม่พบบ่อยนัก. เช่นอากาศเข้ากระแสเลือดในโรคเค็ล-

ซอกรัก, อุบัติเหตุจากการฉีกปอด, เจาะช่องปอดหรือช่องท้อง, ไขมันเข้ากระแสเลือดจากการฉีกตัวของทิสซิวในการผ่าตัด, จากกระดูกหักทะลุออกนอก, ไฟไหม้, ไล่กิ่งอักษะ, โพรงหนองในช่องเชิงกราน, ทนของรอยไต, ฝักบัว, ฝักรอยขมขน.

ทางเดินของสิ่งหลุกลอยจากแหล่งเกิดไปสู่สมองในบางรายยังไม่ทราบกันแน่ในรายที่แหล่งเกิดของสิ่งหลุกลอยอยู่ในห้องหัวใจซ้ายหรือหลอดเลือดเอออร์ตา, สิ่งหลุกลอยไปตามกระแสเลือดแดงสู่สมองโดยตรง. ส่วนรายที่แหล่งเกิดอยู่ท่อน ๆ อาจเข้าห้องหัวใจขวา ก่อน, หรือไปทางระบบหลอดเลือดดำเวอเทรัล. สิ่งหลุกลอยที่เข้าสู่ห้องหัวใจขวา บางคนว่าผ่านไปสู่ห้องหัวใจซ้ายโดยทางช่องโอวาลที่ไม่ปิด, ซึ่งอธิบายไม่ได้หมดทุกราย, เพราะมีบุคคลจำนวนน้อยที่ช่องนี้ยังเปิดอยู่. บางคนว่าสิ่งหลุกลอยอาจผ่านหลอดเลือดปอดไปสู่ห้องหัวใจซ้ายได้, โดยไม่ออกหลอดเลือดปอดเลย.

อาการแฉ่งและอาการแสดง

โรคนี้เป็นทันทีทันใด, ไม่เกี่ยวกับ

สาเหตุสนันสนุนใด ๆ เช่นการออกแรง ฯลฯ เริ่มด้วยมีอา การหมดสติอย่างสมบูรณ์หรือพอปลุกฟื้นตัวบ้าง, พร้อมกับมีซ้อค, คือหน้าซีด, เหงื่อออก, หอบ, ชีพจรเบาและเร็ว. อาการชักเกิดในโรคนี้นประมาณ ๕ ๒๕. มักมีไข้. อาการล่งหน้าไม่มี. ถ้ามีก็ไม่มาก.

การตรวจพบอาการสมองเฉพาะที่เป็นทั้งกล่าวแล้ว, และโรคที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือโรคหัวใจ. นอกนั้นอาจพบอาการและอาการแสดงของหลอดเลือดถูกอุดท่อน ๆ อื่น เช่นที่ผิวหนัง, ม้าม, ไต, เเรคิน่า ฯลฯ.

น้ำสันหลังมีลักษณะเช่นเดียวกับในเลือดแข็งในหลอดเลือดสมอง.

การวินิจฉัย. อาศัยการพบสาเหตุ, การเกิดขึ้นทันทีทันใดพร้อมกับมีซ้อค, และการพบอาการแฉ่งหรืออาการแสดงของหลอดเลือดถูกอุดท่อน, เช่นผิวหนัง, ม้าม, ไต, เเรคิน่า ฯลฯ.

การวินิจฉัยแยกโรค, การพยากรณ์โรค และการรักษาจะกล่าวรวมกับเลือดออกในสมอง.

# บทบรรณาธิการพิเศษ

เหตุเกิดอาร์เตอร์ไอสะเคลอโรสิสหลอดเลือดตีบตัน

ประเสริฐ กังสดาลย์

M.B., Ch. B., (Edin.), พ.ด.

(ศาสตราจารย์ หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์)

การช่วยของประธานาธิบดีไอเซ็นฮาว์  
คราวที่แล้วทำให้ชาวอเมริกันวัยกลางคน  
และวัยชราไปหาหมอกันเป็นการใหญ่. ใน  
ประเทศไทยก็มีข้างเหมือนกัน, ขนาด  
ปลายสายลม. ท่านประธานาธิบดีเป็นโรค  
หลอดเลือดโคโรนารีตีบตัน (ส่วนหนึ่ง  
ของหลอดเลือด), ซึ่งในสมัยก่อนผู้ช่วย  
ด้วยโรคนั้นหวังตายร้อยละแปดสิบ, แต่  
ในสมัยนี้ตรงข้าม. คือมีหวังรอดร้อยละ  
แปดสิบ, หากเริ่มรักษาทันที่และ  
รักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชา. เมื่อ  
รอดแล้วยังมีหวังทำงานเป็นประโยชน์ต่อ  
ไปได้อีก. แต่จะทำได้เต็มที่ตามเดิมหรือไม่,  
หรือทำได้แค่ไหนที่สุดแต่กรณี, เป็น  
ราย ๆ ไป.

โรคนั้นตามสถิติในศตวรรษนี้, และ  
โดยเฉพาะตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่

หนึ่งเป็นต้นมา, ชาวอเมริกันเป็นมาก  
กว่าชนชาติอื่น, และโดยเฉพาะพวกหมอ  
เป็นมากที่สุด. รองลงมาก็นักธุรกิจชั้น  
ผู้อำนวยการบริษัท. และถัดไปก็นักธุรกิจ  
อื่น ๆ. ชาวอเมริกันนั้นประกอบด้วยชน  
หลายชาติผสมกันหลายชั้น, จะยึดถือเอา  
เชื้อชาติเป็นหลักไม่ได้. ฉะนั้นจึงมีการ  
สำรวจกันในประเทศต่าง ๆ, ด้วยความ  
ร่วมมือของประเทศที่เป็นสมาชิกสมาคม  
โรคหัวใจนานาชาติ, เพื่อจะทราบตัวเลข  
ที่จะได้นำไปประกอบการหาสาเหตุทางศึกษาค้น  
คว้าต่อไป. ปรากฏว่าชนชาวอเมริกันซึ่งกิน  
ข้าวกับปลาทะเลเป็นอาหารประจำวัน, มีผู้  
ป่วยด้วยโรคนั้นเพียงอัตราหนึ่งในสิบของ  
ชาวอเมริกัน. ส่วนในเผ่าชนที่ยังล่าสัตว์  
อยู่, แต่อยู่ในประเทศที่เจริญแล้ว, ก็ได้  
อาศัยสถิติจำนวนน้อย. กระนั้นก็ตาม, ก็

พอเป็นบันทึกฐานได้. เช่นในชนเผ่าเบนตูในอาฟริกาใต้, จากการตรวจศพ ๒๒๔ รายที่มีอายุระหว่าง ๕๐ ถึง ๗๐ ปี, พบว่ามีที่ตายด้วยโรคนี้เพียงรายเดียว. เหตุสำคัญที่สงสัยกันอยู่ก่อนแล้ว, จึงมีความสำคัญเด่นชัดอย่างไม่มีปัญหา. นั่นคือที่ว่าอาหารที่อุดมด้วยไขมันน่าจะเป็นเหตุสำคัญเหตุหนึ่งของโรคนี้.

อะเธอโรสเคลโรสิส (Atherosclerosis)

การเปลี่ยนแปลงสภาพของหลอดเลือด, จากขนาดปกติของผู้ที่อยู่ในวัยฉกรรจ์มากลายเป็นหนา และแข็ง ของผู้สูงอายุ นั้น, ลบสไตน์เป็นผู้ตั้งชื่อไว้ใน ค.ศ. ๑๘๓๓. เขาเรียกว่าอาร์เทอโรสเคลโรสิส (arteriosclerosis). แต่พยาธิวิทยาได้ก้าวหน้าไปมาก, โดยเฉพาะในศตวรรษนี้. บัดนี้เรารู้กันดีแล้วว่าหลอดเลือดแข็งจากการแก่อย่างเคียว, ไม่ทำให้เกิดการตีบตัน. หากมีการเปลี่ยนแปลงอีกชนิดหนึ่งเกิดขึ้นด้วย, จึงจะเกิดพยาธิสภาพตีบตันขึ้น, และพยาธิสภาพชนิดหลังนี้เกิดขึ้นได้ในคนทุกวัย. ด้วยเหตุนี้จึงสามารถอธิบายการตายจากโรคนี้ของผู้ที่อยู่ในวัยต่ำกว่า

กว่าสี่สิบปี. ข้อสำคัญทางพยาธิวิทยาที่จากตาเปล่าและที่ศึกษาค้นคว้าด้วยกล้องจุลทรรศน์, ที่พยาธิสภาพชนิดหลังนี้ ผิดแผกไปจากหลอดเลือดแข็งของวัยชรา, ก็คือการมี "จุด" หรือ "แหล่ง" ที่มีไขมันเกาะอยู่ในผนังหลอดเลือด. จึงเรียกพยาธิสภาพชนิดหลังนี้ว่า อะเธอโรสเคลโรสิส. นั่นแหละคือจุดเริ่มต้นแห่งการส่งสปีร์ของเมตะบอลิซึมของไขมันเป็นจำเลย. การสำรวจเกือบทั่วโลกที่กล่าวไว้ข้างบนนี้ก็เป็นเรื่องแตกแขนงออกมา. เลยได้ไขมันในอาหารที่บริโภคเข้าไปเป็นจำเลย. ส่วนเรื่องเริ่มแรก, คือฟิรุษของเมตะบอลิซึมของไขมัน, ค้นคลำกันอย่างมีคัมมานาน, เพิ่งจะเห็นทางกันหลังสงครามโลกครั้งที่สองนี้เอง.

โรคหลอดเลือดแข็งหนาชนิดอะเธอโรสเคลโรสิส, ร่วมกับอาร์เทอโรสเคลโรสิสเสมอในผู้สูงอายุ. นอกจากหัวใจ, ก็ชอบเป็นที่สมอง, ทำให้เกิดเลือดออก (หลอดเลือดแตก) หรือหลอดเลือดตีบตัน, อันเป็นเหตุแห่งการตายหรือพิการหรือถึงพิการเป็นจำนวนมาก (โปรดดูบทความพิเศษในเล่มนี้).

### การค้นคว้าเรื่องไขมัน

ไขมันที่พบตรงที่เป็นอะเรธโรมาในผนังหลอดเลือดชั้นในนั้น, ทราบกันมานานแล้วว่ามีสัมพันธ์กับโมเลกุลคอโรลในเลือด, ซึ่งมักมีอยู่ในระดับสูงเกินปกติ. แต่บางรายก็อยู่ในระดับธรรมดา. ความจริงข้อหลังนี้ทำให้นักค้นคว้าพบมีลักษณะที่ชวนฝาเล็กรากันไปพักหนึ่ง, จนกอฟแมนกับพวกเกิดปฏิภาณเฉียบแหลมคิดวิธีค้นหาและแยกไขมันที่มีลักษณะต่าง ๆ กันด้วยเครื่องปั้น และวิธีพิเศษ (อัลตราเซ็นทริฟิวจ์). วิธีการนี้เข้าอยู่ในแขนงฟิสิกส์โคเคมี. ผลจากการศึกษาค้นคว้าของเขาเป็นการเปิดเส้นทางสายใหม่ให้เดินต่อไป, แต่มีพวกอื่นศึกษาค้นคว้าทางอินทรีย์เคมี ได้ผลคือ อาหารไขมันประเภทที่มีกรดไขมันอิ่มตัวให้กำเนิดโมเลกุลคอโรลและลิพิดส์อื่น ๆ ในเลือดมากกว่าอาหารไขมันประเภทที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว. ผลจากการค้นคว้าในแนวทั้งสองข้างบนนี้หมายถึงงานที่กว้างขวางออกไปอีก.

### ปัจจัยอื่น ๆ ในอาหาร

เรื่องไขมันยังคงฉายกันต่อไป, ก็มีคนที่แสดงผลงานค้นคว้าออกมา, ว่าอีก

เหตุหนึ่งที่น่าจะคิดคำนึงกันต่อไปก็คือการหย่อนในวิตามินบีหก (พัยริดอกซิน) และสารร่วมตระกูลอีกสองอย่าง, คือ พัยริดอกซาลกับพัยริดอกซามิน. งานชิ้นนี้ทำในสหรัฐอเมริกาและอ้างว่าในรอยบ่งหนึ่งๆ ในบางฤดูคนอเมริกันต้องพึ่งอาหารกระป๋องและอาหารที่ผลิตเพื่อเก็บไว้เผื่อกินนาน. อาหารเหล่านี้หย่อนไปยังทวีปอาหรับ (เกือบหย่อน) ในแง่ของวิตามินบีหก. เมื่อต้องกินอาหารเหล่านี้แล้วแล้ว, อาจเกิดการขาดวิตามินบีหกขึ้นจริง ๆ. เท่านั้นยังไม่พอ, ยังมีการคิดคำนึงถึงหน้าที่ของวิตามินนี้ในฐานะเป็น "เฮนซ์มีร์ร่วม" ชนิดหนึ่ง, ซึ่งมีคุณลักษณะพิเศษที่ชอบเข้าผสมกับแร่บางชนิด อันเป็นเหตุการณ์ปกติในร่างกายมนุษย์และเป็นส่วนหนึ่งของกลไกทางสรีรวิทยาปกติ. แต่มีคนอเมริกันที่เคราะห์ร้ายบางหมู่, ผู้ที่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่ใช้น้ำประปาบางแห่งตลอดจนกินอาหารที่มีแร่ธาตุที่เป็นเหตุต่อร่างกายเจ็บป่วยเข้าไปด้วย. เขาได้พิสูจน์ทางเคมีแล้วว่าแร่ธาตุเหล่านี้แม้ในขนาดน้อยมาก, ก็สามารถแย่งวิตามินบีหกไปเสียจากแร่ธาตุ "ปกติ", และวิตามินบีหกก็สูญเสียไปจากหน้าที่ของมัน.

จะเห็นได้ว่าการศึกษาค้นคว้าเรื่องอาหาร, ที่ตั้งต้นด้วยโชมเลสเทอร์อลและไขมัน, ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนเข้ามาในรูป "แผล" หนึ่ง, ซึ่งแทนที่จะช่วยทำให้เรอกระจ่างขึ้นบ้าง, กลับทำให้เรา "เข้รอกเข้พวง" ไปเลย. สมมติที่ใครคนหนึ่งเคยเขียนไว้ว่า "ร่างกายมนุษย์เรอนั้นก็ย่ำซากทางเคมันนี่เอง." แต่หวังว่า "ทุ่งนาเขียวขจี" รอคอยอยู่เบื้องหน้า.

ปัจจัยอื่น ๆ ของเหตุเกิดอะเธอโรสเคลโรสิส.

ปัจจัยอื่น ๆ ที่ยอมรับกันแล้วก็มี  
๑) กรรมพันธุ์. ไม่ทราบรายละเอียด.  
๒) เครื่องเคี้ยวในจานและพักผ่อนไม่พอ, ซึ่งเป็นเหตุสำคัญของโรคความดันเลือดสูงเช่นกัน. (เฉพาะความดันเลือดสูงก็เป็นเหตุประกอบที่ทำให้เกิดโรคนี้อีกด้วย.)  
๓) เพศ. มักเป็นกับชายมากกว่าหญิง. จึงได้มีการทดลองทำให้สัตว์เป็นอะเธอโรสเคลโรสิสแล้วใช้ฮิสโทรเจนทดลองรักษา. ปรากฏว่าทำให้พยาธิสภาพดังกล่าวกลับดีขึ้นได้อย่างน่าปลาต. จึงเกิดทฤษฎีฮอร์โมนเป็นเหตุขึ้น. แต่ข้อนี้ก็ยังมีปัญหาค้างอยู่. กล่าวคือผู้หญิงที่หมดประจำแล้วแม้จะ

เป็นโรคหลอดเลือดตีบตันมากขึ้น, ก็ยังคงน้อยกว่าผู้ชายอย่างชัดเจนนั่นเอง. อีกข้อหนึ่งก็คืออะเธอโรสเคลโรสิสนั้น, ความจริงก็เห็นในผู้หญิงจำนวนมากกว่าตัวเลขในสถิติของหลอดเลือดตีบตัน, แต่ไปเลือกเป็นมากที่หลอดเลือดหัวใจเอออร์ตา, ซึ่งมีขนาดใหญ่เกินที่จะเกิดการตีบตันขึ้นได้. ด้วยเหตุผลกลไกหญิงจึงเป็นเพศที่เคราะห์ดีเช่นนั้น. คำตอบยังรอการค้นคว้าอยู่.

การเกิดธรีอมบัส

เป็นอะเธอโรสเคลโรสิสอย่างเคียวทำให้เกิดการตีบแต่ไม่ตัน, ต้องเกิดธรีอมบัสขึ้นด้วยจึงตัน. ในกรณีหลอดเลือด (เล็ก) ปลายทาง, เมื่อช่องทางค้ำในแคบลง ๆ จนเหลือนิดเดียว, ก็จะมีการเอ่อคั่งของเลือดในกระแสเมื่อร่วมกับเหตุประกอบคือ (๑) ความเร็วของกระแสเลือดลดลง, ในระหว่างนอนพักผ่อนหรือนอนหลับ, (๒) เลือดเกิดเป็นลิ่มง่าย, ในบางกรณีที่พิสจน์กันด้วยการศึกษาค้นคว้าแล้วก็คือขณะที่ไขมันไหลวนเวียนอยู่ในกระแสเลือดมาก (หลังอาหาร).

เรารู้กันมานานแล้วว่าธรีอมบัสย่อม

เกิดการผิวยุขระของผนังค้ำในของหลอด  
เลือดที่มีไขมันเกาะอยู่, หรือที่ผิวขาดไป  
แล้ว. แต่เพิ่งไม่กี่ปีมานเอง (ค.ศ.  
๑๙๔๖-๑๙๔๘) ที่ เจ.บี. กิวทิกแห่ง  
อังกฤษได้แสดงให้เห็นว่าแม้แต่ผิวเรียบก็  
เกิดหรือมีขี้ได้. งานนี้มีผู้ยืนยันอีก  
หลายคน. นี่ทำให้เกิดปัญหาว่าพวกที่เป็น  
โรคนี้จะมีอะไรผิดปกติในเลือดของตน,  
และทำให้หวนกลับไปนึกถึงผู้หญิงอีก  
(เป็นการนึกของผู้เขียน) เพราะผู้หญิงเป็น  
โรคนี้บ่อย. ในเลือดหญิงมีอะไรที่ผิดปกติจาก  
ชายแน่ ๆ, ในขณะที่มีโรค, เลือดจะแข็ง  
ซึมออกมาได้โดยไม่เกิดเป็นลิ่มตรงแหล่ง  
ที่ซึม, ทั้ง ๆ ที่ซึมซ้ำมาก. ส่วนเวลาปกติ  
ก็อาจมีอะไรที่ผิดปกติจากเลือดของชาย, ที่ยังไม่  
มีใครค้นพบ.

### ในประเทศไทย

สถิติผู้ช่วยใน, ของแผนกอายุรศาสตร์  
รวมสัปดาห์แล้ว (๒๔๙๔-๙๗), มีโรค  
หลอดเลือดแข็งที่สมอง (รวมทั้งวินิจฉัย  
จากอาการเฉียบพลัน) ๑๗๙ ราย, ที่หัวใจ  
๕๓ ราย (๒๙.๕ ปร. ของที่สมอง)  
จากผู้ช่วยทั้งหมด ๖๕๖๓ ราย. แต่จะคิด  
เป็นเปอร์เซ็นต์ของผู้ช่วยทั้งหมดยังไม่ถูก

ต้อง, เพราะผู้ช่วยทั้งหมดนับแต่อายุ ๑๒  
ปีเต็มขึ้นไป, และเรายังไม่ได้เก็บสถิติ  
เฉพาะผู้ช่วยสูงอายุ.

จำนวนผู้เป็นโรคหลอดเลือดโคโรนา  
รัยที่นับที่นับไม่ถึงโรงพยาบาลน่าจะมาก  
กว่าโรคที่สมอง, เพราะที่ตายทันทีหรือ  
ทวภายใน ๒-๓ ชม. มีไม่ใช่น้อย, และ  
หมอสัมพันธ์ก็รู้กันอยู่ว่าพวกเป็นโรคนี้ห้าม  
เคลื่อนไหวภายใน ๒๔ ชม.แรก.

มีข้อสังเกตที่มีความสำคัญอยู่ไม่น้อย  
คือในบรรดาคนไทยที่เคยไปอยู่อังกฤษ  
หลายปีในวัยหนุ่ม, และกลับมาอยู่ในประ  
เทศไทยจนถึงตายในวัย ๔๕-๕๕ ปีด้วย  
โรคหลอดเลือดโคโรนารัยที่นับ, เฉพาะ  
ที่ผู้เขียนทราบมาภายในห้าปี นี้นับรวมสัปดาห์  
จากจำนวนทั้งหมดประมาณ ๓๐๐ คน  
(ไม่นับผู้ไปอยู่เพียง ๑-๒ ปีและที่อายุเกิน  
๕๕ ปี, ซึ่งห่างไกลกับรุ่นของผู้เขียน).  
ตัวเลขที่น่าจะนับเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ๆ ที่  
สนับสนุนทฤษฎีเรื่องกินอาหารไขมันมาก,  
และทำให้น้ำค่าน้ำถึงผลของการจากเขต  
ร้อนไปอยู่ในบรรยากาศที่ทำให้เกิดการ  
เคร่งเครียดทางกลไกสรีระ (ในเขตหนาว)  
เป็นเวลานานนับด้วย.

งานศึกษาค้นคว้าที่เราพอจะทำได้

สถิติจำนวนผู้เป็นโรคหลอดเลือดคืบ  
คั้นในแง่ที่สัมพันธ์กับอาหารมีชาวชนบท  
ของอีสาน, ที่เป็นกลุ่มที่น่าจะได้รับการศึกษา

ษา, ในฐานะพวกกินอาหารไขมันน้อยมาก.  
ส่วนการศึกษาค้นคว้าทางคลินิกนั้น, หาก  
แผนกสรีรวิทยามีมือและเวลาพอที่จะร่วม  
งานกับเราได้, ก็พอจะเริ่มงานกันได้แล้ว.



ข่าวด่วน

กำหนดการ<sup>ผู้</sup>พิจารณาของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลที่<sup>ได้</sup>มี  
หนังสือติดต่อกับไปยังนายแพทย์โดยทั่วไปว่าจะจัดให้มีขึ้น ตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๔  
ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๙๕ นั้น, ขอแก้กำหนดเป็นตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๒  
ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๔๙๕.

## แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : ประเวศ วะสี พ.บ.; เรวัช สวัสดิบุตร พ.บ.; มุกดา ตฤณยานนท์ พ.บ.;  
ประคิษฐ์ สัตยธรรม พ.บ.; อุกฤษณ์ เปล่งวาณิช พ.บ.; เล็ก ศงศไพบุลย์ พ.บ.;  
ถนอมศรี ศรีชัยกุล พ.บ.; ชลย์ ตันติวงศ์ พ.บ.; พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ พ.บ.

๑. I. Steinberg and W. Geller :  
เออร์ติคไชนัสฟองโป่ง (แบชแอนิว-  
รียัสมี) ในโรคอะแร็มโนแคคทียัส.  
วินิจฉัยได้ ๓ รายขณะยังมีชีวิตอยู่. Ann.  
Int. Med. 1:120-131, 1955.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงอะแร็มโนแคค-  
ทียัส (กลุ่มอาการของมาแฟน) ว่าเป็น  
โรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ, สืบทอดทาง  
กรรมพันธุ์ได้. มีความพิการเกิดขึ้นที่ระ-  
ยบโครงร่าง, ระบบหัวใจและหลอดเลือด  
และระบบตา. มีทฤษฎีใหม่ ๆ และการ  
ทดลองได้ความรู้ว่าโรคนี้อาจเกิดจากการ  
ผิดปกติของเมตาบอลิซึมของอนุครือย-  
ตินซิลเฟตในกราวนด์ซัสตานซ์, ทำให้  
กล้ามเนื้อและลิแกเมนต์หย่อนตัว, ซึ่งก่อ  
ให้เกิดความผิดปกติของโครงร่างและของ  
ลูกตา ซึ่งมีการหลุดของเส้นเอ็นแต่กำเนิด  
และสายตาสั้น.

ในโรคนี้มีความพิการที่ระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ๓๐-๖๐ ปี. ประกอบด้วย  
การพองตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่, การ  
ถ่างกว้างของเออร์ติคริงก์, ความพิการ  
ที่เอ็นโคคาร์เดียม, มีช่องที่ผนังกันห้อง  
หัวใจ. การพองตัวของหลอดเลือดแดง  
ใหญ่มีขนาดและรูปร่างต่าง ๆ กัน, จาก  
รายงานการตรวจศพทั้งหมด ๔๑ ราย, มี  
การพองตัวของเออร์ติคไชนัส ๒ ราย.

ได้รายงานผู้ป่วยอะแร็มโนแคคทีย-  
ัส ๓ ราย. คนแรกเป็นชายอายุ ๔๐ ปี.  
หัวใจโตมา ๖ ปี, แต่ไม่มีอาการอะไร.  
คนที่สองเป็นหญิง อายุ ๔๗ ปี, มีอาการ  
เจ็บหน้าอกและเหนื่อย. ตรวจพบว่ามี  
เออร์ติคริเกอร์จิเตชัน, หัวใจพองและ  
ลิ้มแบชเล็กน้อย. คนที่สามเป็นชายอายุ  
๒๘ ปี, ไม่มีอาการทางหัวใจ, ไป ร.พ.  
ด้วยอาการท้องผูก ซึ่งพบภายหลังว่าเป็น  
เมกะโคลอนแต่กำเนิด. ทุกคนมีรูปร่าง  
ผอมสูง, ขาววอกคล้ายแมลงมุม, คิ้วระยาว.

หยาบใหญ่, เพดานปากสูงและโค้ง. คนแรกมีเส้นซัลกตาหลกทั้งสองข้าง. อีกสองคนสายตาสั้นมาก. จากการศึกษาทางแองจิโอคาร์ทีโอแกรม พบว่าทั้ง ๓ คนมีการพองตัวของเอออร์ติคไซนัส, ซึ่งยังไม่เคยมีใครรายงานในคนที่ยังมีชีวิตอยู่เลย.

ประเวศ วะสี พ.บ.

๒. M. Murrayschechter and Morton M. Ziskind: ซูปเรียร์เวนาคาวา-ซีอันโครมและการรักษา *Am. J. Med.* 4: 561-566, 1955.

การออกันอย่างฉับพลันของซูปเรียร์-เวนาคาวาจำเป็นต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน. ลักษณะของซีอันโครมมี (๑) ความดันเลือดต่ำลงในส่วนบนของร่างกาย, แต่ในขาปกติ, (๒) อาการหน้าเขียว, คอเขียว, (๓) บวมหน้าท่อน้ำ, คอ, และแขน, (๔) เกิดการไหลเวียนเลือดตามแขนงอื่น.

ผู้รายงาน ได้ศึกษาผู้ป่วย ๒๑ รายซึ่งมีการออกันของซูปเรียร์เวนาคาวา. มี ๑๕ รายได้ติดตามจนถึงตรวจศพ. การรักษาที่ใช้รังสีและทางยา, แต่ละอย่างหรือร่วมกัน. ยาที่ใช้มีเมฆลอส-เรอามีน ซัยโครลอสโรค, และไทรเอธิย-

ลีน เมลามีน. คนใช้ส่วนมากมีเนื้องอกชนิดอินฟีลเตรชันซึ่งไปมารวยเช่นบร็อง-โฆเจนิคคาร์ซีโนมา. การรักษาในพวกนี้ไม่ได้ผล. ๑๐ ใน ๑๗ รายอาการไม่ดีขึ้นเลย. และในทุกรายการออกันยังคงมีอยู่ไม่ว่าจะรักษามากเท่าใด.

การออกันของเวนาคาวาในพวกบร็อง-โฆเจนิคคาร์ซีโนมาจะคงอยู่ตลอดไป. เมื่อมีการแทรกซึมของผนังหลอดเลือดจะทำให้หลอดเลือดคืบ. ธีรอมบัสก็มักจะเกิดขึ้นบ่อย.

รายที่เป็นเนื้องอกชนิดอินฟีลเตรชันรักษาด้วยการผ่าตัดไม่ได้ผล. การใช้รังสีหรือทางยาได้ผลก่อนเนื้องอกไปมารวยและช่วยรักษาการไหลเวียนเลือดตามแขนงอื่นให้คงอยู่แต่จะไม่ทำให้การออกันหายไป. รายที่มีก้อนไปกดเช่นแอนิว-ริยัสมี, ถ้าไม่มีธีรอมบอสิส, การตัดออกช่วยได้มาก. พวกยาซึ่งกันเลือดแข็งอาจจะมีประโยชน์บ้างในการป้องกันการแพร่กระจายของธีรอมบัส.

สรุปว่าผลการรักษาตั้งแต่แต่สาเหตุ. ถึงแม้การออกันของหลอดเลือดจะคงอยู่. การเกิดการไหลเวียนทดแทนตามแขนงอื่นจะเป็นผลดีต่อคนไข้มาก.

เรวัช สวัสดิ์บุตร พ.บ.

๓. Joseph T. McGinn and Joseph Schluger: การรักษารักษาหัวใจด้วย เลวาร์เทอริโนล ไบคาร์เตรท *Am. Heart. J.* 50 : 625-633, 1955.

ผู้รายงานได้ใช้เลวาร์เทอริโนล ไบคาร์เตรท (เลโวเฟ็ค) รักษาผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึ่งได้รักษาด้วยวิธีธรรมดาที่ใช้กันไม่ได้ผล. ทั้ง ๒ รายนี้มีความดันเลือดไม่สูงเกินไปนัก. เลโวเฟ็ค ๘-๑๑ มก. ละลายใน ๑๐๐๐ ต.ซม. ของ ๕ ปช. กลุโคสในน้ำ, ฉีดเข้าหลอดเลือดดำด้วยความเร็วที่ทำให้ความดันซิสโตลิกขึ้นสูง ๑๒๐-๑๖๐ มม.ปรอท, เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้, โดยการจำกัดอัตราของการหยดให้อยู่ในระหว่าง ๒๐-๔๐ หยดต่อนาที. ปรากฏว่า อัตราเต้นของหัวใจจะเข้าสู่ระดับปกติภายในไม่กี่นาที. จากนั้นก็ปรับอัตราของการหยดให้ช้าลงเหลือ ๑๐-๒๐ หยดต่อนาที, จนหัวใจเต้นอยู่ในอัตราปกติตามพอ, จึงหยุดให้ยา. ควรทำอยู่ตลอดเวลาที่ให้ยา, และเตรียมไปรเคอีน อะไมด์ซึ่โครมอลโรคไว้ฉีดเมื่อเว็นทริคูลาร์ อารีเรียลเมียบเกิดขึ้นอยู่นาน. ในทั้ง ๒ รายนี้หัวใจเต้นอยู่ระหว่าง

๑๖๐-๒๔๐ ครั้ง/นาที. หายทุกราย, และไม่ได้ใช้ไปรเคอีนอะไมด์เลย.

ยังได้ทดลองในเว็นทริคูลาร์ แทมบีย-คาร์เทียอีก ๑ รายและได้ผลดี. สรุปและให้ความเห็นว่าเลโวเฟ็คทำให้อัตราเต้นของหัวใจเข้าสู่ระดับปกติ, โดยการทำให้ความดันเลือดสูง, ซึ่งจะไปกระตุ้นรีเซปเตอร์ ในหลอดเลือดเอออร์ตาและคาโรติกไซนัส, ซึ่งจะทำให้เกิดเวกัสเฟล็กซ์, ยังผลให้หัวใจที่เต้นเร็วอยู่แล้วกลับเต้นช้าลงสู่อัตราปกติได้. ดังนั้นการใช้ยานี้จะได้ผลก็ต้องให้ในขนาดที่ทำให้มีความดันเลือดสูงพอที่จะได้กล่าวแล้ว.

มุกดา ตฤณานนท์ พ.บ.

๔. M. Lincoln and W.A. Ricker: เพอริอาร์เทอโรติสโนโคซาพร้อมกัมมี L. E. เซลล์หนึ่งราย, หายได้ด้วยคอร์ติโซน. *Ann. Int. Med.* 41: 639-646, 1954.

รายงานคนไข้ ๑ ราย, เป็นหญิงอายุ ๕๖ ปี. ไป ร.พ. ด้วยอาการอ่อนเพลีย, เห็นอย่างง่ายและรู้สึกเมื่อยน่องซ้ายมาประมาณ ๔ เดือน. การตรวจร่างกายพบว่ามิใช่ ๑๐๐-๑๐๒ ฟ. อยู่ตลอด

เวลา. ความดันเลือดตกต่ำลง. กดเจ็บ  
เล็กน้อยบริเวณท้องซ้าย. การตรวจทาง  
ห้องทดลองเพื่อหาสาเหตุของไข้ไม่พบสิ่ง  
ผิดปกติใดๆ. สุกทัยได้ทำไบออปซีย์  
กล้ามเนื้อท้องซ้าย. พบลักษณะของการ  
อักเสบรอย ๆ หลอดเลือดแดงเล็ก ๆ และ  
พบ L.E. เซลล์ในเลือดด้วย.

เริ่มให้การรักษาคอร์ติโคสเตียรอยด์  
มาก, ปรากฏว่าได้ผลดี. ไข้ลดลงสู่ระดับ  
ปกติภายใน ๒-๔ ชม. ภายหลังที่รักษา  
มาได้ ๖ เดือน, ทำไบออปซีย์กล้ามเนื้อ  
บริเวณเคมีใหม่. ไม่ปรากฏร่องรอยของ  
พยาธิสภาพเดิมเหลืออยู่เลย. ผู้รายงาน  
ได้ย้ำถึงความผิดปกติและความลำบาก  
ของการวินิจฉัยโรค. ได้วิจารณ์ผลของ  
การรักษาว่าโรคอาจสงบไปเองหรืออาจสงบ  
ลงด้วยการรักษา, หรือโดยเหตุใดก็ตาม,  
แต่พบว่าคอร์ติโคสเตียรอยด์ก็ยังเป็นยาที่ดีที่สุด  
สำหรับโรคนี้.

ประดิษฐ์ สัตยธรรม พ.บ.

๕. J.G. Roosenburg and H. Deen-  
stra: บร็องไชม-พัลโมนารีวัณโรค ชนิด  
ในโรคปอดเรื้อรัง. Dis. Chest 6: 664-  
671, 1954.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองเพื่อแสดง  
ให้เห็นถึงช่องทางติดต่อระหว่างหลอด  
เลือดแดงบร็องไชมและพัลโมนารีซึ่ง  
เกิดขึ้นในโรคปอดชนิดเรื้อรังและเพื่อหา  
ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบทางพยาธิ  
สภาพกับทางคลินิก.

จากจำนวนผู้ช่วยทั้งหมด ๑๑ คน  
ช่วยด้วยโรคต่าง ๆ กัน. ส่วนมากเป็น  
วัณโรค. นอกนั้นเป็นหลอดลมโป่งพอง  
และซีสต์ของปอด. ทกรายมีพยาธิสภาพ  
เกือบหมดทั้งข้างหรือทั้งกลีบ. ผู้รายงาน  
ได้ทำการสวนหัวใจเพื่อหาการอุดตันของ  
หลอดเลือด เห็นด้วยฮีโมวรีเฟล็คเตอร์แบบ  
Brinkman, และวัดความดันเลือดด้วย  
เครื่องวัดแบบ Hamilton ณ ที่ต่าง ๆ กัน.  
แหล่งสุกทัยของการสวนคือหลอดเลือด  
แดงพัลโมนารีของบริเวณปอดส่วนที่มี  
พยาธิสภาพ.

ผู้รายงานพบว่าการอุดตันของหลอดเลือด  
จากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีของปอดที่  
มีพยาธิสภาพเท่ากันหรือสูงกว่าจากเลือด  
ที่ไหลเวียนทั่วไป (ใช้เทียบกับหลอดเลือด  
แดงเบรแอมเบล) และสูงกว่าที่ได้จากหลอด  
เลือดแดงพัลโมนารีของปอดข้างดี. เส้น  
โค้งแสดงถึงความดันของหลอดเลือดแดง

ข้างที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบหลอดเลือดแดง, แต่ของข้างที่เป็นแบบหลอดเลือดดำ. ดังนั้นแสดงให้เห็นได้ว่าต้องมีช่องทางติดต่อระหว่างหลอดเลือดแดงของสองระบบในบริเวณปอดส่วนที่มีพยาธิสภาพ. เนื่องจากมีผู้ป่วยในอันดับสองคนมีเปปต์ไนต์โฟราเมินโอวาเลและช่องโหว่ในผนังเออริอัม จึงได้ทำการสวนผ่านช่องทางนี้เข้าไปยังหลอดเลือดดำพัลโมนารีของปอดส่วนที่มีพยาธิสภาพด้วย. พบว่ามีการอุดตันชั่วคราวของหลอดเลือดแดงที่เกี่ยวกับ. ดังนั้นก็เป็นที่ยืนยันว่าปอดส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับเลือดแดงจากหลอดเลือดแดงบริเวณนี้, และระบบไหลเวียนพัลโมนารีของปอดส่วนนั้นไม่มีการอุดตัน.

จากผลของการที่มีช่องทางติดต่อนี้ผู้ป่วยรายงานได้นำไปใช้อธิบายการตกเลือดอย่างมากในโรคปอดเรื้อรัง, และในการตัดปอดข้างนั้น, ทั้ง ๆ ที่ได้ทำแอนจิโอกราฟีแล้วที่ไม่มีหลอดเลือดอยู่บริเวณนั้นเลย, ก็ยังมีการตกเลือดอย่างมากได้อีก.

อุกฤษณ์ เปล่งวาณิช พ.บ.

๖. C.A. Bertrand and R.N. Cooley: แอนิวรีซึมของเว็นทริเคิลซ้ายแต่กำเนิด. รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย. Ann. Int. Med. 2: 426-434, 1955.

รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายเป็นชาย, อายุ ๕๒ ปี, มีเว็นทริเคิลข้างซ้ายโป่งพองทางด้านข้างก่อนมาทางด้านหน้า. หลังจากตรวจพบโดยเว็ทเซอร์รี่ไปจนเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม (ด้วยโรคกรวยไตอักเสบเรื้อรังและยูริเมีย) เป็นเวลา ๑๔ ปี, รูปร่างของหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย.

การตรวจศพไม่พบว่ามีอาร์เทอริโอสเคลอโรสิสของหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งเป็นที่ทำให้เกิดเว็นทริเคิลโป่งพองมากที่สุดและไม่พบอินฟาร์กชันของกล้ามเนื้อหัวใจรวมทั้งซีพีพีดี, วัณโรคและโรครุน่าติคของหัวใจด้วย. เขาเข้าใจว่าการโป่งพองนี้เป็นมาแต่กำเนิด.

ผู้รายงานยังได้อ้างถึงรายงานของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยรายนี้. ผู้คิดกันว่าในผู้ป่วยรายนี้มีช่องเล็กๆ ที่ขุควัเยอบุของหัวใจอยู่ในผนังของส่วนโป่งพองนั้น. ส่วนในผู้ป่วยรายนี้ไม่มี.

เล็ก ศฤงคไพบุตย์ พ.บ.

๗. I.S. Wright et al.: ผลการรักษารักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีอุดตันด้วยยาต้านเลือดแข็ง. *Lancet* 1: 92-95, 1955.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงผลการใช้ยาต้านเลือดแข็งในผู้ป่วย ๑๐๓๑ รายซึ่งวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันพร้อมกับมีอินฟารักชั่นของกล้ามเนื้อหัวใจได้ศึกษาผู้ป่วยอยู่นานถึง ๖ สัปดาห์. ผลแสดงว่าการใช้ยาต้านเลือดแข็งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจและเอ็มโบลีสม์ลงประมาณเกือบ ๓ เท่า, และลดอัตราการตายลงประมาณ ๒ เท่าโดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งมีอายุมากเกิน ๖๐ ปีและน้ำหนักตัวมากกว่าปกติเกิน ๑๐ ปช. และมีอาการแสดงต่างๆ ของหัวใจล้ม. การใช้ยาในผู้ป่วยจำพวกนี้ได้ผลดีกว่าไม่ใช้. ผู้รายงานได้กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนเช่นอาการเลือดออกในที่ต่างๆ, ว่าเกิดขึ้นน้อยมาก, นอกจากผู้ป่วยจะมีโรคบางอย่างร่วมด้วย, เช่นโรคไตพิการ, คับพิการและโรคซึ่งระบบการแข็งตัวของเลือดไม่ปกติ, หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหม่ ๆ. นอกจากนั้นยังพบว่าถ้าเวลาไปรธรรมินของเลือดอยู่ระหว่าง ๒๕-๓๕ วินาที, จะทำให้การเกิดหัวใจอุดตันและเอ็มโบลีสม์

แทรกน้อยลง, และถ้าเกิน ๓๕ วินาที, จะเกิดภาวะเลือดออกตามที่ต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น. สรุปว่าการใช้ยาต้านเลือดแข็งตั้งแต่ในระยะต้นของโรคจะได้ผลดีกว่าในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น, และมีอันตรายน้อยมากในรายที่ใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างดี.

ถนอมศรี ศรีชัยกุล พ.บ.

๘. Peter T. Kuo et al.: แอ็งไจน่าเป็คตอริสเกิดขึ้นโดยให้กินอาหารไขมันในคนไข้ที่มีโรคของหลอดเลือดโคโรนารีอยู่แล้ว. *J.A.M.A.* 12: 1008-1012, 1955.

ขณะที่ได้ทำการทดลองต่อหัวใจสุนัขโดยการผูกแขนงอันเล็กของหลอดเลือดโคโรนารีอันหน้าข้างซ้าย, และฉีดน้ำยาอีมีลชันของไขมัน ๑๕-๒๐ ค.ซม. เข้าหลอดเลือดดำ, พบว่าช่วงการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง. จากผลอันนี้ทำให้คิดว่าลิ้มเมี่ยมภายหลังกินอาหารจะมีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจของคนที่มีเลือดแข็งหัวใจไม่ได้อยู่ก่อน.

ได้ทำการทดลองในคนไข้ ๑๔ คน, ซึ่งเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดโคโรนา-

วัยและอินฟาร์กชันของกล้ามเนื้อหัวใจ, ทำให้เกิดลิ้นเย็บโดยให้คนไข้กินไขมันจากเนย ๐.๖ กรัมต่อหน้าหนักตัวหนึ่งปอนด์. ก่อนการทดลองเริ่มอดอาหารหนึ่งวันภายหลังอาหารเย็น.

ทำ อ.ซี.จี. และบัลลิสโตคาร์ทีโอ-กรัมและเจาะเลือดไว้เป็นค้อนโทรล, แล้วให้กินไขมันดังกล่าว. เจาะเลือด ๒, ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖ ชม. ระหว่างการทดลอง, คม น้ำไตเล็กน้อย. ห้ามกินอาหารและสับยหรี. ให้นั่งหรือนอนอยู่เฉย ๆ. เลือดที่เจาะได้นั้นใช้ดูความขุ่นของพลาสมา.

จากการทดลองปรากฏว่า ๖ รายมีอาการแองไจนาเป็คตอริสซัคเจนภายหลังกินไขมันแล้ว ๓-๕ ชม. อาการเจ็บหัวใจนั้นเกิดขึ้นเมื่อเลือดกำลังจะมีไขมันสูงสุด.

อีก ๔ รายมีอาการเจ็บหัวใจ, แต่ อ.ซี.จี. และบัลลิสโตคาร์ทีโอกรัมเปลี่ยนแปลงชั่วคราวเท่านั้น.

จากการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าลิ้นเย็บหลังอาหารจะทำให้เกิดผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจของคนไข้ที่มีโรคของโคโรนารีอยู่แล้ว. ฉะนั้นการให้อาหารไขมันน้อย ๆ คงได้ผลดีในการรักษาคนไข้ที่มีอาการเจ็บหัวใจ, และใช้แยกอาการเจ็บหัวใจ

ที่เกิดจากลิ้นเย็บโดยการทดลองจากอาการของโรคหลอดเลือดโคโรนารีเอง.

ชลัย ตันติวงศ์ พ.บ.

๕. C.G. Rob et al.: เออร์ติกแอนิวรีสม์ที่เกิดจากท่อมน้ำเหลืองอักเสบด้วยเชื้อวัณโรค. Brit.M.J. 4910: 378-379, 1955.

รายงานคนไข้หนึ่งราย, อายุ ๕๕ ปี, มีประวัติว่า ๒ เดือนก่อนไป ร.พ. มีอาการปวดหลัง, ปวดอยู่ตลอดเวลา, และมากขึ้นในตอนกลางคืน. ปวดค่อนและปวดเท้า, ยิ่งเพิ่มมากขึ้นเวลาขึ้น, และทะเลาไปดำเนินอนพักนอน. ๒ สัปดาห์ก่อนไป ร.พ. เขาค้ำพบก้อนที่ท้องเต้นได้และโตเร็ว. ผู้ช่วยรายนี้เคยเป็นวัณโรคปอด, และ ๕ เดือนก่อนเป็นฝีเย็บที่หน้าอกซึ่งได้ผ่าตัดจนปกติ. มีประวัติวัณโรคในครอบครัว.

ในการตรวจร่างกายคลำพบก้อนเหนือสะดือเฉียงทางซ้ายเล็กน้อย. ก้อนนั้นเต้นได้, กดเจ็บเล็กน้อย. ลงความเห็นว่าเป็นหลอดเลือดเออร์ตาส่วนหลังโป่งพอง. ได้ทำการถ่ายภาพเออร์ตา ซึ่งแสดงภาพที่หลอดเลือดเออร์ตาส่วนที่อยู่ระหว่างเส้นเลือดแดงของไต, และส่วนที่เออร์ตาแบ่งเป็นสองนั้นโป่งพองออก.

ได้ผ่าตัดพบต่อมน้ำเหลืองก้อนใหญ่ เป็นวัณโรคระยะเคซีเอชเอ็น, อยู่ติดกับ หลอดเลือดเอออร์ตาตรงโง่งพองทางก้าน ข้างและก้านหน้า. ผนังบางมากและง่ายที่จะแตก. ได้ตัดเอาก้อนทั้งหมดออกและ เสริมแต่งเอออร์ตาด้วยผ้าออโรน.

ได้ให้การรักษาค่ายสเตรียโตมัยซิน และพาราอะมิโนซาลิซิลิกแอซิดอยู่นาน ๑๒ สัปดาห์. คนไข้มีอาการดีขึ้นมากจน สามารถทำงานได้.

การตรวจชิ้นเนื้อด้วยตาเปล่าพบว่า เอออร์ตาแข็งปานกลาง. ต่อมน้ำเหลือง โทอยู่รอบ ๆ ฤง หลอดเลือดที่โง่งพอง.

การตรวจจุลทัศน์ พบเนื้อแกรนูลชันของ วัณโรคซึ่งมีเคซีเอชเอ็นตรงกลางที่ผนัง เอออร์ตาแทรกแทนผนังหลอดเลือดชั้น นอกและชั้นกลาง. ฉะนั้นจึงมีเพียงชั้นใน สักของผนังหลอดเลือดเท่านั้นที่รูหลอด เลือดจากก้อนเนื้อที่เป็นวัณโรค

ได้เคยมีรายงานเรื่องเอออร์ตาส่วน ท้องโง่งพองแบบนี้มาก่อน ๒๓ ราย, ซึ่ง ทายแทบทุกราย. ส่วนรายนี้ภายหลังการ รักษาแล้ว ๖ เดือนได้ทำการถ่ายภาพเอ- ออร์ตาอีกครั้งพบว่ามัลักษณะปกติ.

พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ พ.บ.

ข่าวด่วน

กำหนดการพินิจของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตามที่ได้มี หนังสือติดต่อกับนายแพทย์โคกทวีไปว่าระงับให้มิชุน ตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๔ ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๙๙ นั้น, ขอแก้กำหนดเช่นตั้งแต่วันที่ ๑๒ ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๔๙๙.

# ปฏิกิริยา

## หลอดเลือด กับ ผิวหนัง

๑ ถ้าการไหลเวียนของเลือดเปลี่ยนแปลงผิดปกติไป, อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้หลายประการ, เช่นในอาเคอร์ริโอสะเคลอโรสิสโอบลิเทอรัลส์ ผิวหนังบางและอะโทรฟิก. ในรายที่มีการขมุน้ำเหลือง (ลิมฟิเคมี) ผิวหนังหนาขึ้น. ถ้าขมุน้ำเหลืองมากจน, นิ้วเท้าอาจมีรูปสี่เหลี่ยม. ในสเคลโรเคอรัมาผิวหนังเรียบเป็นมันและติดกับทิสซิวภายใต้, รอยขุ่นและขนมักหายไป. พวกที่มีการคั่งของหลอดเลือดดำเรอรังมักเกิดเป็นเอ็กซีมาหรือแผลเรอรังที่ส่วนล่างของขา.

๒ สีของผิวหนังย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะของหลอดเลือดได้หลายลักษณะด้วยกัน, เช่นถ้าหลอดเลือดแดงคั่งหรือตัน, ทำให้เลือดผ่านไปได้น้อยหรือผ่านไปไม่ได้เลยเป็นเวลาหลายนาที, จะทำให้ผิวหนังเย็น, ช้ำเผือก, หรือเขียวคล้ำ. ถ้าเลือดไหลผ่านได้ช้ามากเป็นเวลานาน ๆ, แม้จะมีการอักเสบอ่อน ๆ, ผิวหนังก็จะเย็นและเขียวคล้ำเช่นกัน. ถ้า

ผิวหนังแดงคล้ำและเย็นลงถึง  $10^{\circ}$  ซ. หรือต่ำกว่า, แสดงว่าหลอดเลือดเล็ก ๆ พองออกและเมื่อก็ดอกไม่ปล่อยออกซิเจนให้กับทิสซิวรอบ ๆ. ผิวหนังอุ่นแต่เขียวคล้ำแสดงว่าการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกและความอบอุ่นนั้นได้รับจากความร้อนภายนอก. ผิวหนังอุ่นแต่แดงคล้ำแสดงว่าผิวหนังถูกระคายด้วยความร้อนหรือเหตุอื่น ๆ หรือมีการพองตัวของหลอดเลือดแดงจากยาบางชนิด, เช่นอะมียัลไนไตรต์. ผิวหนังอุ่นและช้ำแสดงว่ามีการไหลผ่านของเลือดมากกว่าปกติอยู่เป็นเวลานาน. การที่เผือกช้ำคล้ำก็เพราะหลอดเลือดเล็ก ๆ มีโทนิสสูง.

๓ ความดันเลือดจากเอออร์ตาถึงอาร์เทอเรียจะลดลงประมาณ 20 มม.ปรอท. ขณะที่ไหลผ่านอาร์เทอริโอล, ความดันเลือดจะลดลงอีก 50-60 มม.ปรอท. ในหลอดเลือดฝอยเลือดจะมีความดันประมาณ 12-15 มม.ปรอท. ในหลอดเลือดดำเลือดมีความดันประมาณ

๓-๒๐ ซม. น้ำ.

๑ ปานไยแมลงมุม (cutaneous arteriolar spiders) และอริย์รุม่าที่ฝ่ามือ, อันเป็นลักษณะหนึ่งพบได้ในผู้ป่วยด้วยโรคคัยนั้น, เชื่อว่าเกิดขึ้นโดยมีอิทธิพลของฮอร์โมนและสเตียรอยด์ของ 17-ketosteroids ผิดปกติ. เมื่อคัยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามธรรมดา, การสลายตัวของฮอร์โมนเหล่านี้ก็ผิดปกติไป. อย่างไรก็ตามการพองตัวของหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังก็อาจเกิดจากการคั่งของเลือดดำได้เช่นกัน.

๑ การอดสูตควันขหรือจะทำให้เกิดปฏิกิริยาสามประการด้วยกัน, คือ (๑) ฤทธิ์ทางเรสซิวติยาของส่วนประกอบของควัน, (๒) การระคายของควัน, และ (๓) การสูดหายใจเข้าลึก ๆ. แต่ละประการอาจทำให้เกิดมีการหดตัวของหลอดเลือดได้ทั้งสิ้น.

๑ ปฏิกิริยาของหลอดเลือดต่อการคัมสุราคือการพองตัว, ซึ่งจะปรากฏที่หน้าโดยทันทีก่อน, ถัดไปคือแขน, หลังสุดที่ขา. การที่หลอดเลือดที่หน้าขยายพองออก

ทันทีที่คัมสุราเข้าไปนั้นเข้าใจว่าเนื่องจากวิเศษของโรควิเนนีสรีเฟล็กซ์มากกว่าผลทางเรสซิวติยาของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด. หลอดเลือดอาจขยายพองออกโดยไม่มีฮัยเปอร์เมียที่เห็นได้ก็ได้. ในผู้ที่เสพยาสุราจนถึงกัยเมา. หน้าที่การควบคุมหลอดเลือดของร่างกายเสื่อมไป, หลอดเลือดไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ได้คู่ลยกับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิภายนอกได้ทัน.

๑ รังสีอัลตราไวโอเล็ตจะกระตุ้นประสาทนำเข้า (ฮิฟเฟอเรนซ์) ที่ผิวหนังโดยตรง, ทำให้เกิดพลังประสาทซึ่งไปทำให้มีการขยายพองของหลอดเลือดในอวัยวะภายในโดยกลไกรีเฟล็กซ์บางประการ. ในขณะเดียวกันรังสีอัลตราไวโอเล็ตอาจทำให้มีการปลดปล่อยเคมีวัตถุบางชนิดที่สามารถทำให้เกิดการขยายพองของหลอดเลือดได้. ฉะนั้นถ้าร่างกายถูกฉายด้วยรังสีอัลตราไวโอเล็ตจะทำให้ความคั้นเลือดทั้งฮัยสโตลิกและโคอิสโตลิกตกลงได้ก่อนที่จะมีปฏิกิริยาของการไหม้ของผิวหนัง.

สร เมตติยวงศ์ พ.บ.

# แผนกข่าว

## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๒,๐๕๕	๑,๐๖๐	๑,๒๕๘*	๑,๐๐๕	๑,๖๔๑	๓๒๔	๗,๓๕๓*
เก่า	๒,๕๗๕*	๒,๐๓๘*	๒,๐๕๕	๑,๓๓๕*	๒,๕๔๕*	๒๒๒	๑๑,๖๐๕*
รวม	๔,๖๓๐*	๓,๐๙๘*	๓,๓๑๓*	๒,๓๔๐*	๔,๑๘๖*	๕๔๖	๑๘,๙๖๐*
ใน							
	๑๗๗.	๒๖๗.	๘๘๘.	๑๑๕.	๓๑๐.	—	๑,๗๕๗*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๓๒๗. จักษุฯ ๒๖๔. สูติ-นารีฯ ๒๑๒.\* รวม ๘๐๓ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๒๘.\* หญิง ๒๕๖. รวม ๕๘๔. คลอดตาย ชาย ๑๒. หญิง ๗. รวม ๑๙.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๓ คน (๕.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ใ้ศตรวจศพ ๗๑\* ราย. (๔๓.๖ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๗๗ ครั้ง. ข้างนอก ๖ ครั้ง. รวม ๓๘๓ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๖๕๘ คน. รักษาใหม่ ๓๑ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๑๓ ครั้ง. ระเบิดรักษา ๓๐\* คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๖ ครั้ง. โคอะเธอร์มีซี, รักษาใหม่ ๑ คน. รักษาใหม่และเก่า ๒ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเวชลัมตะบอลิสม์ ๕๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๖๐๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๗๑ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๘๖๒\* ราย. (จากภายนอก ๕๗\* ราย). แอ็กกูตินเนชั่น ๑๘๐. วัสดุเซอร์แมมและคาร์บอน ๒,๐๕๕. หมู่มเลือด ๕๕๒. น้บเม็ดเลือด ๔๓๖. หาเชื้อบักเตรี ๑๔๖. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๕๘. อุจจาระ ๒๕๒. ปัสสาวะ ๒๒๒. เสมหะและอื่น ๆ ๑๘. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๘๗. อุจจาระ ๗๖. ปัสสาวะ ๖๐.\* น้ำไขสันหลัง ๒๒.\* เสมหะและอื่น ๆ ๑๗๕. นิ้ดสัตว์ทดลอง ๗. เพาะเชื้อบักเตรี ๕๐. ตรวจทดลองตัวจิ้ด ๒๕. ตรวจศพนิติเวช ๕. ตรวจของกลาง ๖.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๖.\* เจาะน้ำสันหลัง ๒๔.\* เจาะตับ ๑๐.\* น้ำช่องปอด ๑๔. อั้ดลม.เข้าช่องปอด ๕. อั้ดลม.เข้าช่องท้อง ๓๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๕. นิ้ดยาซีฟาลิส ๒๘.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๘๐. ถอนฟัน ๔๓๘. อุดฟัน ๖๗. ผ่าตัดช่องปาก ๒๓.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเข้ยม

ข่าวการเคลื่อนไหวทางวิชาการของ  
แผนกอายุรศาสตร์ประจำเดือนตุลาคม  
๒๔๕๘

ก. ในแผนก

๕ ท.ค. ๕๘ การประชุมทางคลินิก และแสดงผู้ป่วย: (๑) มัลติเบิ้ลนิวโรไฟโบรมาโทสิส มีพอร์สเทอร์-เค็นเนดีย์ซินโดรมและอาการแสดงของเนื้องอกในสมอง, (๒) เฟล็กโซร้อมโบสิสและพัลโมนารีฮีโมบลิสม์.

๘ ท.ค. ๕๘ การประชุมแสดงผู้ป่วยทางอวัยวะ: (๑) เนื้องอกในเมดิแอสทีนัมพร้อมด้วยรายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อ, (๒) โพรงหนองในปอดและหลอดลมโป่งพองที่ทนทานต่อยาเพนิซิลลินและสเตรปโตมัยซิน.

๑๒ ท.ค. ๕๘ การประชุมทางคลินิก และแสดงผู้ป่วย: (๑) ฟาเจเคนิคอัลเซอร่าของเพดานปาก, (๒) เลือดออกในโพรงสมองพร้อมทั้งรายงานผลการตรวจศพ.

๑๔ ท.ค. ๕๘ การประชุมทางคลินิก และแสดงผู้ป่วย: (๑) ไข้มาลาเรียสู่สมอง, มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

เป็นพยาธิสภาพแทรกซ้อน, พร้อมทั้งรายงานผลการตรวจศพ, (๒) อีเอสเทไอทิสไฟโบรซาชัยส์ตีค้ำ (จาก ร.พ. ตำรวจ), (๓) ลมพิษที่เกิดจากความเย็นสองราย.

๒๒ ท.ค. ๕๘ การประชุมแสดงผู้ป่วยทางอวัยวะ: (๑) น้ำในช่องหุ้มปอดทั้งสองข้างจากลิมโฟคิลลิกเมีย, (๒) หัวใจล้มเลิกครั้งจากการรั่วไหลกลีบของลิ้นไตรคัสปีค (?), และมีเอตรีอัมชาวโตเกินธรรมดา.

๒๖ ท.ค. ๕๘ การประชุมทางคลินิก และแสดงผู้ป่วย: (๑) โปเลียอาเทอไรทิส, (๒) เลือดทางและเฮริบีม่าโนโคซิม.

ข. นอกแผนก

๑ ท.ค. ๕๘ ในการประชุมวิชาการของคณะ ฯ น.พ. จำลอง ตรีณัฐภรรยา เรื่อง "การสลายตัวของอะมีบา".

๑๕ ท.ค. ๕๘ ในการประชุมวิชาการของคณะ ฯ น.พ. มงคล เกรือตราชูและ พ.ญ. ทรนภักดิ์ ตรีณัฐภรรยา เรื่อง "กาสโตรอินเทสไทม์ลัมบิอาสิส, รายงานผู้ป่วยสองราย".

๒๒ ท.ค. ๕๘ "ชุมนุมวิทยาศาสตร์"

ร่วมกับแผนกอายุรศาสตร์ ร.พ. รุฟาลงกรณ์, ที่ ร.พ. นั้น.

๒๕ ต.ค. ๕๘ ในการประชุมวิชาการประจำเดือนของ ร.พ. วชิรพยาบาล น.พ.

วิจิ วิธานุวัตต์บรรยายเรื่อง "การตรวจสมรรถภาพของไต, โดยเฉพาะการทดสอบด้วยไอไอคีน".

ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม

### การประชุมทางวิชาการประจำเดือน

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการในวันเสาร์ที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่แสดง มีดังต่อไปนี้:

๑. รายงานเบื้องต้นของการใช้ ไคอะม็อกซ์ ในโรคข้อหินโดย แพทย์หญิง อัมพร อรรถนทร์ และนายแพทย์สำราญ วัชรพาศน์ แผนกจักษุวิทยา ฯ

๒. ฮัยเปอร์พาราไธรอยดิสซึม โดย นายแพทย์อุทุม ไชยะกฤษณะ แผนกศัลยศาสตร์ (มีอภิปรายโดยนายแพทย์ ประคิษฐ์ ตันตาสรัตน์ แผนกพยาธิวิทยา และพลตรี พระศัลยเวทย์วิศิษฐ์ อาจารย์เก่าแผนกศัลยศาสตร์ ผู้รายงาน ฮัยเปอร์พาราไธรอยดิสซึม รายแรกในประเทศไทย)

๓. การศึกษาเรื่องการแตกสลายชีวิตของเอนตามีบา ซิสโตลิติกาโดย นายแพทย์จำลอง ตรีณัฐ แผนกอายุร-

ศาสตร์

ในวันเสาร์ ที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแผนกพยาธิวิทยา มีเรื่องที่แสดงดังต่อไปนี้

๑. ซาเทียม ที่ทำในประเทศไทย พร้อมทั้งแสดงผู้ช่วยที่ใช้ซาเทียมทั้งสองข้าง โดยนายแพทย์เฟื่อง สัตย์สงวน แผนกศัลยศาสตร์

๒. มัยอิอะซิสในทางเดินอาหาร รายงาน ๒ ราย โดยนายแพทย์มงคลเครือตราฐ และแพทย์หญิงตระหนักจิต ตรีณัฐ แผนกอายุรศาสตร์

ไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ในเดือนกันยายน ๒๕๕๘ มีอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศ คือ :

๑. แพทย์หญิง ม.ร.ว. จันทน์วัน เกษมสันต์ อาจารย์ประจำแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์ ไปศึกษาต่อในวิชากุมารเวช-

ศาสตร์ โดยทูน ฟูลไบรท์ ณ สหรัฐอเมริกา ๒. นายแพทย์ ก่าอร ศุขโรจน์ และ ๓. นายแพทย์ ก่าพล ประจวบเหมาะ อาจารย์ประจำแผนกวิชาศัลยศาสตร์ ไปศึกษาเพิ่มเติมในสาขาวิชาแห่งแผนกนั้น โดยทูนส่วนทิว ณ สหรัฐอเมริกา รายที่ ๑, ๒ และ ๓ ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๕ กันยายน ๔. นายแพทย์ สมโพธิ พุกกระเวส อาจารย์ประจำแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์ ๕. นายแพทย์ ประเสริฐ ปาจริย์ อาจารย์ประจำแผนกพยาธิวิทยา รายที่ ๔ และที่ ๕ ไปศึกษาเพิ่มเติมในสาขาวิชาแห่งแผนกซึ่งท่านประจำอยู่ โดยทูน เอฟ. โอ.เอ. (รายที่ ๔ ใ้รับทุนเลิศสินด้วย) ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน.

เดินทางกลับ ๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฮวย เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนกวิชาสัตววิทยา ๒. อาจารย์ แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ อาจารย์เอกประจำแผนกสัตวศาสตร์และนรีเวชวิทยา และ

๓. อาจารย์ แพทย์หญิง ถนนมฤดี ภูมิภักดิ์ อาจารย์ประจำแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์ ได้เดินทางกลับจากต่างประเทศ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๔๕๘ และได้เข้าประจำหน้าที่ในวันต่อมา

รายที่ ๑ เดินทางไปทำงานอำนวยการศึกษาแพทยศาสตร์ ฝ่ายปรัคติก และวิทยาศาสตร์แพทย์ในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และ เยอรมัน รวมเวลาที่อยู่ในประเทศต่าง ๆ ประมาณ ๑ ปี รายที่ ๒ ไปปฏิบัติการในวิชาสัตวศาสตร์และนรีเวชวิทยาในเยอรมันนี้ประมาณ ๕ เดือน รายที่ ๓ ไปศึกษาวิชากายวิภาคศาสตร์ ณ สหรัฐอเมริกาประมาณ ๒ ปี ใ้รับปริญญา เอ็ม.เอส.

เราหวังว่า การกลับมาของท่านทั้งสาม คงอำนวยการประโยชน์ให้แก่การศึกษาแพทย์ และส่งเสริมความก้าวหน้าให้แก่สถานศึกษาแห่งนี้ได้อีกทางหนึ่ง อย่างแน่นอน.

### ข่าวศิษย์เก่า

วันมหิดล จำเดิมแต่คณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มี

มติให้ชานานามวันที่ ๒๔ กันยายน ซึ่ง เป็นวันคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระ

พระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิตลธิเบศร อดุลยสุวงษา กรมหลวงสงขลานครินทร์ เพื่อเป็นอนุสรณ์แห่งสมเด็จฯ พระองค์นั้นแล้ว ปรากฏว่าบรรดาศิษย์เก่าแห่งสถานศึกษา ได้ถือเป็นวันสำคัญที่จะปฏิบัติกิจการสิ่งหนึ่งสิ่งใดขึ้น ด้วยความมุ่งหมายจักเฉลิมพระเกียรติ และระลึกถึงพระกรุณาธิคุณแห่งพระองค์ท่านเป็นลำดับมา

เฉพาะวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๔๙๘ นี้ ทางแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยได้จัดให้มีการบรรยายพิเศษเรื่อง "พุทธศาสนากับวิทยาศาสตร์การแพทย์" ซึ่งนาย

แพทย์ มาลา ศีระจิตต์ เป็นปาฐก ฐ์ ห้องประชุมของสมาคม ค่ายลศาลาแดง เวลา ๑๔.๐๐ น. และในโอกาสเดียวกันนี้ นายแพทย์ ขุนวิจิตรสุขการ ได้แสดงการสภกจิตและการเข้าทรงประกอบเรื่องบรรยาย

อนึ่งในวันเดียวกันนี้ เวลา ๑๔.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. ศิษย์คณะหนึ่งได้นำการแสดงเช้คเตล็คไปส่งกระจายเสียงณสถานีวิทยุ อ.ส. เพื่อเป็นอนุสรณ์แก่สมเด็จฯ พระองค์นั้นอีกแห่งหนึ่งด้วย

ข่าวพยาบาล

ลาออกเดือนกันยายนและตุลาคม

- ๑. น.ส. บุปผา วีระมณีมัย
- ๒. น.ส. รัชณี กุลไกรเวช
- ๓. ม.ล. ปุณนี มาลากุล
- ๔. น.ส. กรองแก้ว ศิริวรรณ

บรรจุเดือนกันยายน.

- ๑. น.ส. จงกต ม้ามณี
- ๒. น.ส. จินคา วรภพประภาค
- ๓. น.ส. ประทีน อมรกุล
- ๔. น.ส. ศิริพร ภัมประเสริฐ
- ๕. อัจฉรา ศิลปวิจิตร

- ๖. น.ส. อุดรรัตน์ วิมลจิตต์
- ๗. น.ส. อารี บุญอนวงค์
- ๘. น.ส. เขมมสุข ธีมมรัคคิต

สมรส

- ๑. น.ส. วิไล จันทรโกศล กับ เรืออากาศโท ประเสริฐ เอี่ยมเสริมศรี.

เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๔๙๘.  
เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

# หน้าสำหรับนิสิต

## ปวดหัวใจ

อาการปวดหัวใจที่เกิดจากเลือดไหลเวียนผ่านหลอดเลือดโคโรนารีไม่พอนั้น เป็นตัวอย่างที่ดีของอาการปวดที่เกิดในหลอดเลือดแดงอื่น ๆ. เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ของนักศึกษา, จะกล่าวเกี่ยวกับสาเหตุและอาการวิทยาของเรื่องนี้พอเป็นสิ่งเชย.

อาการปวดหัวใจตามหัวข้อเรื่องนั้น หมายถึง แอนจิน่า เป็คตอริส, ซึ่งมาจากคำว่า angina (แปลว่ากด, บีบ, เค้น) กับคำว่า pectus (แปลว่าหน้าอกหรือกระดูกอก). Heberden เป็นผู้นำคำนี้มาใช้เป็นคนแรกในปี ๑๗๖๘.

แอนจิน่า เป็คตอริสไม่ใช่โรค, แต่เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคหรือพยาธิสภาพที่มีอยู่ ก่อน และ ในสัปดาห์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงน้อยลง. ภาวะทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดอาการปวด, แน่นหัวใจได้อย่างไรนั้นยังเป็นปัญหาที่มีผู้สับสนกันคว่ำและถกเถียงกันมาก.

สาเหตุ. สาเหตุใหญ่ ๆ ที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนน้อยลงอาจแบ่งได้สามหลักทั่วไปเป็น ๓ พวกคือ :

๑. สาเหตุไปรมารีย์. โดยมากเป็นพยาธิสภาพหรือภาวะของเลือด, หลอดเลือดโคโรนารี, หัวใจและหลอดเลือดเอออร์ตามีอยู่เป็นปฐมเหตุ. ได้แก่:

ก. โคโรนารี อะเธอโรสเคลอโรซิส. มีประมาณ ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยทั้งหมด. เราจึงพบอาการปวดหัวใจบ่อยที่สุดในคนอายุเกิน ๔๕ ปีขึ้นไป. การแข็งของหลอดเลือดแขนงนี้ทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดหนาและขรุขระ, อันเป็นเหตุให้เลือดผ่านได้ลำบาก และเกิดร็อมโบสิสได้ง่าย.

ข. ชี้นำฟิสิกส์ เอออร์โตคิส, เอออร์ติก แอนิวรัลซึม, อาจไปอุดตันทางของหลอดเลือดโคโรนารี, หรือมีความดันโคอัสโตลิกต่ำ, ทำให้การไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารีลดน้อยไปด้วย.

ค. เออร์ติก รีเกอร์ทีเชชั่น. มีความดันโคฮีสโกลิคในเออร์ตาต่ำ, ทำให้การไหลเวียนสู่หลอดเลือดโคโรนารีลดลงเล็กน้อย

ง. ลินเออร์ติกคืบมาก. เลือดไหลเข้าเออร์ตาได้น้อย, ก็มีผลให้เลือดผ่านหลอดเลือดโคโรนารีได้น้อยเช่นกัน.

จ. หัวใจโตมาจากเหตุใดก็ตาม, ย่อมต้องการเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น, จึงเกิดการขาดเลือดและออกซี้เงินทางอ้อม.

ฉ. โลหิตจางอย่างมาก. แม้เลือดจะผ่าน หลอดเลือด โคโรนารี ได้สะดวก, แต่นำออกซี้เงินไปได้น้อยกว่าปกติ. ในระยะหลัง ๆ หัวใจก็จะโตขึ้นด้วย.

ช. โรคที่เพิ่มการทำงานของหัวใจขึ้น, เช่น รัยโรคทอกซิโคซิส, ความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูง, หัวใจต้องการอาหาร และออกซี้เงิน มากกว่าธรรมดา, จึงย่อมได้รัยไม่พอกับความต้องการ.

สาเหตุต่าง ๆ ข้างบนนี้, เมื่อมีมากกว่าหนึ่งอย่าง, ก็ยังเกิดเอ็นจิน่าได้ง่ายขึ้น, โดยเฉพาะเมื่อร่วมกับข้อ (ก).

๒. สาเหตุเซคันดารี. อาจมีอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้. ถ้ามีอยู่ก็ยิ่งช่วยให้การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในข้อแรก

เป็นไปได้เร็วหรือมากขึ้น, เช่น:

ก. การดำเนินชีวิตหรือสิ่งแวดล้อมที่มีแต่ความเคร่งเครียด, เร่งรีบในอาชีพการงาน, อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงเสมอ, การพักผ่อนไม่พอกับกำลังงานที่เสียไปจากการทำงาน, ซอขยหรือมาก, คมน้ำชา, กาแฟและเสพยาของมึนเมาอันมากเกินไปจนควรเป็นอาจินต์.

ข. ความไวของระบบประสาท. ส่วนมากของผู้วัยมีประสาทหวั่นไหวง่าย, คุ้นตื้นตกใจง่าย, มีอารมณ์รุนแรง, ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย. เหล่านี้ทำให้มีรีเฟล็กซ์ขยับหลอดเลือดได้ง่าย. นาน ๆ เข้าก็จะเกิดการตีบของหลอดเลือดอย่างถาวรได้.

ค. มีโรคบางอย่างร่วมอยู่, โดยช่วยให้หลอดเลือดแดงตีบได้ง่ายเข้าหรือเลือดผ่านไปก็โดยยาก, เช่น โรคเบาหวาน, เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอะเธอโรสเคลอโรสิสได้ง่าย, เพราะเลือดมีไขมัน และโมเลกุลเทอรอลมาก; โรคโปลีซี้ซี้เมียแท้, มีเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น, เลือดมีความหนืดสูง, ทำให้ผ่านหลอดเลือดไปได้ยากและน้อยกว่าปกติ;

โรคหรือมโอบแอนจิไอคิส โอบลิเทอร์นัส และโปลีอาร์เทอไรทิส, ทำให้หลอด เลือดแดงแคบลง.

๓. สาเหตุกระตุ้น. ผู้ที่มีเหตุกั งกล่าวข้างต้น อาจจะไม่ปรากฏอาการผิดปกติ, จนกว่าจะมีอะไรมาทำให้เกิดกระตุ้น, เช่น:

ก. เหตุต่าง ๆ ที่เพิ่มการทำงานของ หัวใจมากขึ้นทันทีชั่วคราว, เช่นมีการ ออกแรง, มีอารมณ์ผันผวนทันที, กิน อาหารอิ่มมากเกินไป, ความดันเลือดสูง ขึ้นทันทีทันใด.

ข. เหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เลือดไปสู่ หลอดเลือดโคโรนารีน้อยลง, เช่นหัวใจ ล้ม, ไซค, ซากน้ำ, น้ำตาลในเลือดต่ำ, ถูกอากาศเย็น, หนาว, หัวใจเต้นเร็วหรือ ช้ามากทันทีชั่วคราว; มีรีเฟล็กซ์ทำให้ การเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี, เช่น เกี่ยวข้องอารมณ์, พยาธิสภาพในช่องท้อง.

ลักษณะของแอนจิน่าเป็คตอริส, อาการ เกิดทันทีภายหลังที่มีสาเหตุกระตุ้นเพียง พอ. ผู้ป่วยไม่สามารถจะทำอะไรต่อไปอีก ได้. ต้องหยุดพักทันที. แล้วอาการก็หายไปโดยเร็วภายใน ๒-๕ นาที. ผู้ป่วยทำ

อะไรต่อไปได้ตามปกติอีก

เวลามีอาการรู้สึกคล้ายตกบับ, เค้น, รัทหรืออกค. บางทีรู้สึกแน่นอกคอกหรือ ปวดเค็ดค. มักไม่มีเสียวร้าวแปลย.

ความรุนแรงแตกต่างกันได้มาก. อาการ มักเริ่มที่ด้านหลังกระดูกอก, ตรงกึ่ง กลางหรือค่อนไปข้างบนหรือข้างล่างก็ได้. มีน้อยรายที่อาการเริ่มสองข้างกระดูกอก หรือที่บริเวณหัวใจ. บางรายเริ่มด้วย อาการแน่นจุดที่ยอกคอก (เอบีกาสตรีอัม) โดยไม่มีกเจ็บ.

อาการปวดอาจอยู่กับที่, หรือกระจาย ไปจากไหล่จนถึงแขนและนิ้ว. โดยมาก ไปตามด้านในของ แขนซ้ายลงไปถึงนิ้ว ก้อย. แต่อาจไปทางขวา, หรือทั้งสอง ข้างก็ได้. นอกจากนั้นอาจกระจายไปสขัก, ข้างคอ, กระดูกสันหลัง, หู, บุ่มกหู, ซา กรรไกร, ฟัน, ลิ้น, หน้าท้องส่วนบน. บาง รายอาการปวด กลับเริ่มจากปลาย ทางคั งกล่าวก่อน, เช่นปวดไหล่, ปวดคอ, ปวด สขักเมื่อมีการออกแรง, แล้วจึงจะมาที่ หลังกระดูกอก, หรือต่อมามีอาการอุดคั นของหลอดเลือดโคโรนารี, อาจมีอาการ อินร่วมด้วย, เช่นเรอบ่อย ๆ, ท้องอืด, หาวบ่อย ๆ.

### การดำเนินของอาการ

ในระยะแรก, อาการยังน้อย, เรียกว่า "Angina of effort" เป็นอาการแอนจิน่า เบ็คคอริสซึ่งเกิดเมื่อออกแรงเหนื่อยขณะหนึ่ง, เช่นวิ่งเดิน, ขนบรโรค, ว่ายน้ำ, มีอารมณ์ผันผวนรุนแรง, ถูกอากาศเย็น, หลังอาหาร. เมื่อหยุดพักอาการหายไปโดยเร็วภายใน ๒-๕ นาที. นานวันเข้าเมื่อพยาธิสภาพเดิมยังคงดำเนินไปเรื่อยๆ, อาการยังเกิดถี่ขึ้น. ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็ชักจะมีอาการ. แต่ครั้งต้องพักนานขึ้นจึงจะหาย. บางครั้งต้องใช้ยาช่วยจึงทุเลา. หนัก ๆ เข้า, แม้อยู่เฉย ๆ ก็มีอาการได้. ระยะนี้มีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น Spontaneous (paroxysmal) angina pectoris. บางครั้งอาการอาจรุนแรงถึงช็อคได้เหมือนกัน. รายที่เกิดจากการเกร็งของหลอดเลือดที่เรียกว่า vasomotor angina มักร่วมกับการเกร็งของหลอดเลือดที่อื่นด้วย. ความดันเลือดสูงขึ้นชั่วคราวเวลามีอาการ.

### การออกตันของหลอดเลือดโคโรนารี

ผู้ป่วยส่วนมากต่อไปมักลงท้ายด้วยมีการออกตันของหลอดเลือดโคโรนารี, ซึ่ง

โดยมากที่สุดเกิดจากเลือดแข็งในหลอดเลือดโคโรนารี. อาการปวดหัวใจและอาการอื่น ๆ เป็นแบบของแอนจิน่าร่วมกับอาการแฉ่งและอาการแสดงอื่น ๆ ของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ. ความรุนแรงแตกต่างกันได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย. อาจมีอาการน้อยที่สุด แบบ angina of effort, หรือมีอาการคล้ายอาหารไม่ย่อยอย่างปัจจุบัน, เช่นท้องอืดมาก, เสียคนแน่นยอดอก, ขยับ, แสบร้อนอก. รายที่รุนแรงที่สุดพอเริ่มก็สลายและถึงแก่กรรมโดยเร็วหรือทันทีก็มี. ในมารายผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่ออก, หรืออึดอัด, ทรนทรายอยู่นานเป็นชั่วโมง ๆ หรือเป็นวัน ๆ คัดต่อกันไป, หรือเป็นพัก ๆ. มีอาการแสดงของช็อค, เช่นชีพ, เหงื่อออกมาก, ชีพจรเบาเร็ว, อาเจียน ความดันเลือดตกลง, ความดันชีพจรต่ำ, มีไข้, เม็ดเลือดขาวมาก, เม็ดเลือดแดงนอนกันเร็ว, อ.ซี.จี. แสดงอาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ. ผู้ที่เคราะห์ดี, รอดจากการออกตันครั้งแรก, ก็จะถึงแก่กรรมไม่ครั้งที่ใดครั้งหนึ่งในภายหน้า.

การออกตันทันทีของหลอดเลือดโคโรนารีที่เป็นในคนไข้ ๕๖ รายของ White,

พิสูจน์แล้วด้วยการตรวจศพ, ทำให้มี  
อาการปวดหัวใจร้อยละ ๕๖.๔ ปช. ใน  
บางรายงานผู้ช่วยที่ไม่มีอาการปวดมีอัตรา  
สูง; อาจเป็นเพราะเริ่มด้วยอาการหนัก,  
หรือสลบไปเลย, หรือมีอาการอื่นเกินกว่า,  
หรือใช้ยาระงับปวดมาบ้างแล้ว, ดังเช่น  
ในจำนวน ๗๖ รายของ Davis (๑๙๓๒)  
มีอาการปวดปรากฏเพียงร้อยละ ๓๖,  
๑๐๐ รายของ Gorham และ Martin  
(๑๙๓๘) มีอาการปวดเพียง ๕ ราย.

ความรุนแรง ของอาการเหล่านี้จะ  
มากหรือน้อย, สดแล้วแต่:

๑. กล้ามเนื้อหัวใจแต่เดิมมีเลือดมา  
เลี้ยงเพียงพอมากน้อยเท่าใด.

๒. ความรวดเร็วในการตายของกล้ามเนื้อ  
หัวใจ.

๓. ปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจที่ถูก  
ทำลาย.

๔. หลอดเลือดแดงโคโรนารีแขนง  
อื่นมาช่วยได้เพียงพอหรือไม่.

๕. มีโรคหรือภาวะอะไรที่มีอยู่, บัง  
คับกล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกทำลายได้ ต้องทำ  
งานหนักเท่าใด.

๖. ความไวของระบบประสาทของผู้  
ป่วย.

ข้อความข้อ ๓ กล่าวตามหนังสือและ  
เป็นการที่ผู้เขียนตำรามองจากแง่ของผล  
สุดท้ายของพยาธิสภาพ. หากมองในแง่  
ของขั้นต้นของพยาธิสภาพแล้วก็หมายถึง  
ขนาดของหลอดเลือดที่ตกรอกกัน. ถ้าเป็น  
ตอนต้นของหลอดเลือดโคโรนารีข้างใด  
ข้างหนึ่ง, ก็อาจตายทันที.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

### ข่าวด่วน

กำหนดการพินิจของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตามที่ได้อ่าน  
หนังสือคดีข้อไปยังนายแพทย์โดยทั่วไปว่าระงับให้มิขึ้น ตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๔  
ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๙๕ นั้น, ขอแก้กำหนดเป็นตั้งแต่วันจันทร์ ที่ ๑๒  
ถึงวันเสาร์ ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๔๙๕.

## บทกท้ายลุ่มด

๑. เราหวังว่าท่านสมาชิกคงจะเห็น พ้องค้วเราว่า “สารคิวิราชฌนบัยอายุร-คาศทร” ครังนี้เป็นฉบับใหญ่ยิ่งทั้งในค้ำน ปริมาณและคุณภาพ, บรรจุเรื่องวิชาการศึกษาที่น่าสนใจ, ซึ่งเขียนโดยอาจารย์ผู้ทรงความรู้ กว้างขวางทั้งนั้น. แม้แต่ท่านคาศทรอาจารย์ หัวหน้าแผนก, ผู้กำลังระคมผลิตงานทั้ง ในค้ำนวิชาการและธุระการ, ที่อสู้าที่เจียก เวลาเขียนบทบรรณาธิการพิเศษมาเสนอ ค้วยหัวข้อที่กล่าวถึงสนใจกันทั่วโลกในขณะนี้. ท่านผู้อ่านคงจะร่วมค้วเราในการขอขอบคุณ ท่านอย่างมากถ้าหากได้ทราบ “หลังฉาก” ของการส่งต้นฉบับของท่านว่าเต็มเปี่ยมไป ค้วยความพยายามอย่างที่สุด. จนแรกก็ กำหนดคนคักกันว่าวันนั้นวันนั้น, แล้วก็ขออีก ครังวัน, แล้วก็ขอค้วอีกเท่านั้นเท่านั้น ชั่วโมง. ในที่สุดเมื่อส่งให้แล้วใน ตอนเย็น, รุ่งขึ้นเช้ายังขอค้วอีกหนึ่งกลับไป ชักเกล้าให้คักยิ่งขึ้นไปอีก. ผู้ที่เคยประสบ “งานมาก”, “งานยุ่ง” และ “งานหลาย อย่าง” ค้วยตนเองมาแล้วท่านนั้นจึงจะเข้าใจได้ค้วว่าเรื่องเช่นนี้ไม่ใช่เป็นอะไรอื่นนอกจากความพยายามที่จะทำให้สำเร็จซึ่งงาน

ที่ไม่อาจทำได้สำเร็จถ้าหากไม่พยายาม อย่างยิ่งยวด. (ตอนนี้ขางที่เราจะ “คัก” เอาวิเขียนของท่านคาศทรอาจารย์มาเสียบ้างแล้ว.) ถ้าท่านสมาชิกผู้ใดอ่านเรื่อง ของค้วค้วประเสริฐ ถึงสตาลย์แล้วไม่ ค้วยเข้าใจ, แปลว่าได้อ่านค้วค้วความทั้ง ใจน้อยไปค้วที่ค้ว. ทั้งอ่านใหม่อีก ครังหนึ่งค้วสมาธิคักขึ้น. ทั้งนั้นนอกจาก เรื่องของท่านจะมีขี้จ้ายค้ว ค้ว หลายประการเกี่ยวโยงกันไปมาอย่างชวนให้ยุ่งแล้ว, ยังมีคัพทวิชากรบางค้วที่ชวนให้ค้วค้วอีก ค้ว, เช่น “อาร์เคโรวิโอสเคลโรสิส” กับ “อาเชโรวิโอสเคลโรสิส” เป็นต้น. เราเชื่อว่าผู้อ่านที่อายุเกินสี่สิบขึ้นไป, เมื่ออ่าน บทบรรณาธิการพิเศษนี้จบลงแล้ว, คงจะ เริ่มปรึปรังอุปนิสัยและกิจกรรมของค้ว ค้ว กันเป็นการใหญ่และค้ว, เพื่อยั้งกันไว้ ไม่ให้เกิด “โรคโอเชินเซวาร์” หรือ “โรค ผู้คักการ” ขึ้นบ้าง. หลายท่านคงจะค้วรับ ข้อมเท็จจริงสำหรับไปแนะนำแก่คนใช้ของ ท่าน. หลายท่านคงจะริบนำค้วเองไปหา “แพทยหัวใจ”, “แพทยหลอดเลือด” หรือ แม้กระทั่ง “เคมีแพทย”. เราไม่สงสัย

เลยว่ายทขรบรรณาธิการพิเศษของสารศิริราชฉบับนี้จะทำให้เกิด "การเคลื่อนไหว" ขึ้นในหมู่บุคคลหลายหมู่ด้วยกัน.

๑ ความจริง "ฉบับอายุรศาสตร์" ฉบับนี้จะเรียกว่า "ฉบับระบอบไหลเวียนเลือด" ก็ได้, เพราะเรื่องทั้งหมดเกี่ยวกับ การไหลเวียน, ทรายนกกระทง "ปฏิกณะ" และ "หน้าสำหรับนิสิต". การที่น่าเลื่อมก้วยเรื่อง "ภาวะไร้ชีพพร" ของคุณหมอ สุนทร ทัศนันทน์และคุณหมอคระหนกจิต หาริณสุตก็เพราะเกี่ยวกับโรคหรือภาวะ ที่นาน ๆ พย. แม้จะเป็นภาวะพิกลท้อหา ไม่ร้ายแรงนักในตัวเอง, แต่ก็น่าสนใจในแง่ของความแปลกประหลาด, และมีสมุฏฐานที่ยังคลุมเครือ, ซึ่งชวนให้คิดค้นใคร่ ครอบงำเป็นการลึกลับองและทดลองความรู้อย่างมาก. เราเข้าใจว่าท่านผู้เสนอ รายงานได้แสดงข้อสำคัญหลายประการ เกี่ยวกับ "ภาวะไร้ชีพพร". ในคนไข้ราย หนึ่งนั้นหลักฐานชวนให้เข้าใจว่าชีพพิลิส ของหลอดเลือดที่ไหนไม่แน่เป็นเหตุสำคัญ, เพราะพอให้การรักษาจำเพาะโรค, ชีพพร ก็กลับปรากฏขึ้น. ในอีกรายหนึ่งนั้นคุณ หมอทั้งสองก็ได้เสนอข้อสังเกตสำคัญใน เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของปอด,

ความคันเลือดและภาวะไร้ชีพพรไว้อย่าง น่าสนใจยิ่ง. ข้อคิดประการหนึ่งของการ เสนอรายงานนี้ก็จะเป็นการเตือนให้นัก เรียนแพทย์และแพทย์ใหม่ ๆ ระลึกรัง ความจริงว่า "มือ" ของเราเองนั้น, นอกจากจะไม่ต้องซ้อหาแล้ว, บางที่ยังให้ผล และคุณประโยชน์มากกว่า "เครื่อง" ที่มี ราคาแพง ๆ เสียอีก. ถึงแม้การแพทย์จะ กักก้องไปก้วย "อิเล็กทรอนิกส์", "ซูเปอร์ ซอนิก" หรือ "กัมมันตรังสี" และอะไร ๆ อื่นอีกมากมายก็ตาม, "ตา, หู, มือ, จมูก" ก็ยังเป็นอุปกรณ์ที่สำคัญที่สุดและจำต้อง ฝึกฝนให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดอยู่นั่นเอง.

๑ คุณหมอมุกดา ตฤณยานนท์และ คุณหมอวิภา จิวานวัฑฒ์เสนอเรื่องซึ่งดู เหมือนจะพ่นๆ, เพราะบรรดาคนไข้ "หลอดเลือดโป่งพอง" ของท่านล้วนแต่ "มีอาการช็อคตรงตามตำรา" ทั้งนั้น. แต่นั่นก็เป็นเพราะว่าคนพวกนั้นมาหาหมอเอา ต่อเมื่อรู้สึกว่ามีก้อนเด่นโตอยู่ในท้องเสีย แล้ว. ดังนั้นในด้านการวินิจฉัยจึงเกือบ ไม่มีปัญหาอะไรในมาราย. แต่ในเรื่อง อาการวิทยาก็ดี, การรักษาก็ดี, ผลของการรักษาก็ดีมีข้อที่น่ารู้หลายประการ. ถ้า จะยกตัวอย่างที่เด่น ๆ ก็มีเช่นอาการที่ยัง

ไปในด้านการย่อยอาหารพิการ, อาการปรทอย่างรุนแรงในคนไข้คนหนึ่ง, และการที่ความปวดหายไปโดยทันทีในเมื่อหลอดเลือดแตกเป็นต้น. โรคหลอดเลือดเออร์ดำโข่งพองนั้นน่าจะมีไม่น้อยนักในประเทศเรา, เพราะการรักษายัฒพิลัสมักไม่ได้ทำกันอย่างสมบูรณ์. ความสามารถตรวจพบโรคนี้ได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ จึงมีความสำคัญมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยต่อไป, เมื่อศัลยแพทย์ของเรามีเทคนิคช่วยคนไข้พวกนี้ได้ดียิ่งขึ้นกว่าในปัจจุบัน.

๑ ความจริงนั้นคุณหมอมิซึกะ ตูจินคา เป็นอายุรแพทย์ผู้ได้ฝึกฝนเป็นพิเศษมาในด้านการประสาทวิทยา, มีความชำนาญในเรื่องโรคเกี่ยวกับสมองและประสาท, ไม่ใช่ "หมอรักษาโรคความดันสูง" อย่างคนโดยมากเข้าใจกัน. การที่คุณหมอได้ริบสมญาดังกล่าวก็เห็นจะเห็นเพราะว่าคนไข้โรคสมองและประสาทที่มาหาท่านส่วนมากมีความดันเลือดสูงเป็นสมมุติฐานสำคัญ. การที่ท่านริบเขียนเรื่องโรคปัจจุบันของหลอดเลือดสมองให้สารศิริราชฉบับนี้นอกจากเพราะความฉันทน์เป็นส่วนทั่วแล้วก็ด้วยประสงค์จะให้กำลังใจของกับแนวของเรอง

อื่น ๆ เป็นส่วนรวมด้วย. การเขียนของคุณหมอได้กระทำอย่างละเอียดละออ. ท่านให้เหตุผลว่าต้องการยิงนกที่เกี่ยวให้ไก่สองตัว. ก็นอกจากเขียนสำหรับนายแพทย์ผู้สนใจแล้วยังต้องการให้นักเรียนแพทย์อาศัยใช้เป็นตำราได้อีกด้วย. เพราะฉะนั้นเรื่องของท่านจึงมีความยาวมากกว่าเรื่องใด ๆ ที่เราได้เคยพิมพ์. ทำให้เรามีความจำเป็นต้องทอนออกเป็นสองตอน และเก็บตอนท้ายไว้ลงฉบับหน้า. เราหวังว่าการตัดตอนนี้จะไม่ทำให้ยังเกิดความขัดเงินในการอ่านแต่ประการใด, เพราะได้เลือกตัดตรงข้อความตอนเกี่ยวกับอาการและการวินิจฉัย, เหลือตอนที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกและการรักษาไว้เป็นตอนที่สอง. สำหรับเนื้อหาของบทความที่ท่านผู้เขียนได้รวบรวมข้อความรู้จากตำราในประเทศอังกฤษ, อเมริกาและเยอรมัน, ผสมกับประสบการณ์ของท่านเองในบ้านปฏิบัติ, ดังนั้นจึงไม่ต้องสงสัยว่าเรื่องนี้จะเห็นตำราที่มีค่าสมความมุ่งหมายของผู้เขียน.

๑ คุณหมอสร เมคตียวงส์, "ตะโจแพทย์" และอายุรแพทย์ของเรา, เริ่มอาชีพแพทย์ของท่านด้วยการเป็นอาจารย์ในแผนกสรีรวิทยา. แม้ท่านจะได้เปลี่ยน

จาก “สรีรแพทย์” มาเป็นอายุรแพทย์, แล้วก็ “ตะโจแพทย์”, รวมเวลาก็นับกว่า ๔๗ แล้ว, แต่พันเพสรีรวิทยาของท่านยังคงแน่นหนาดีอยู่. ขางที่ท่านอาจนึกย้อนหลังกลับไปถึงสมัยโน้นยังก็ได้, ปกติขณะที่ท่านรวบรวมมาสำหรับสารศิริราชฉบับนี้จึงมีสรีรวิทยาแทรกอยู่เป็นส่วนไม่น้อย. ท่านที่เคยสงสัยคำกล่าวที่ว่าผู้ที่จะมีอายุรศาสตร์นั้นจะต้องมีในสรีรวิทยา, อาจหายสงสัยได้เสียทีละกระมัง.

๑ “คนขยันเขียน” คนหนึ่งในแผนกอายุรศาสตร์, เท่าที่เราจำได้, คือคุณหมอชาญ สถาปนกุล, ผู้เริ่มช่วยการเขียนข่าประจำในแผนกย่อยเอกสารของเรา. เมื่อท่านเติบโตขึ้นจนไม่ค่อยมีเวลาสำหรับข่าย่อยเอกสารเสียแล้ว (อาจจะยังไม่จริงเท่าที่เดียว) ก็ยังหมั่นส่งรายงานและบทความต่าง ๆ ให้เราอยู่เสมอ. คงจะเป็นด้วยฉบับอายุรศาสตร์คราวนี้มีอาจารย์ชั้นผู้ใหญ่กว่า

ร่วมมือเป็นส่วนใหญ่, ท่านเลยถกเขียนไปอยู่ในแผนกนิสิต. แต่ใคร ๆ ที่อ่านเรื่อง “ปวดหัวใจ” ของท่านก็คง “หัวใจไม่ปวด” พอที่จะเห็นได้ว่าเรื่องนั้นเป็นทั้ง “หมอเขียน, นักเรียนอ่าน” และ “หมออ่านได้, คนใช้อ่านดี”.

๑ ท่านสมาชิกที่เคยอ่านถึงปกติและแล้วบ๊อคหนังสือนั้น, คราวนี้จะต้องเสียใจถ้าไม่พลิกเลยไปอ่าน “แผนกข่าว” ด้วย. มีอะไรในนั้นที่จะกระตุ้นให้ท่านคึกคักในคำวิจารณ์อื่นอีกมากทีเดียว. หากท่านไม่เชื่อก็ลองอ่าน “ข่าว” ๓ ให้ตลอด.

๑ เราหวังว่า “สารศิริราชฉบับอายุรศาสตร์” คราวหน้าจะมีเรื่องที่น่าอ่านและให้ความรู้ไม่แพ้คราวนี้. สำหรับเล่มนี้ขอปิดท้ายสมุดด้วยความขอขอบคุณอย่างยิ่งแก่แผนกอายุรศาสตร์ซึ่งให้ความร่วมมือกับเราอย่างดีที่สุดครั้ง.

โปรดทวงถาม

ท่านผู้ส่งข้อสมุทรวินิจฉัยและการศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อกับแผนกจัดการของสารศิริราช.

## ของแถม

### พิษของ “ข้าวเหลือง”

ในประเทศญี่ปุ่นเชื่อกันว่าข้าวที่มีสีเหลืองเป็นพิษ. ศาสตราจารย์เค็นจิอูรากิ แห่งแผนกเภสัชวิทยา, มหาวิทยาลัยโตเกียว, ได้ศึกษาเรื่องนี้เป็นเวลาหลายปีและรายงาน (Shionogi Med. Rep. 20: 154-56, 1955) ว่าข้าวที่มีสีเหลืองนั้นมีชื่อว่า “เพนิซิลลิอัมที่ออกัสคาริอิมมิยาเกะ”, ถ้าสัตว์กินแล้วเอาสารสกัดฉีดเข้าไปในสัตว์ทดลองทำให้ตายได้. อาการสำคัญเป็นพาราดีสซิสชนิดกระจายขึ้น ส่วนบน. แม้ฉีดขนาดน้อยซ้ำ ๆ ก็ได้ผลรุนแรง. ขึ้นต้นพบผลเช่นนี้ในข้าวญี่ปุ่น, อิหร่านและฟอร์โมซา. ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองนี้พบว่าข้าวจากหมู่เกาะอินเดียนตะวันออกมีเชื้อเพนิซิลลิอัมอิสลันติกัมชอปปี้. ซึ่งเมื่อให้กินเป็นเวลาสามสัปดาห์ถึงสี่สัปดาห์พบลักษณะคล้ายกันเกิดขึ้น. “ข้าวเหลือง” จากประเทศไทยมีเชื้อเพนิซิลลิอัมชิทริกัมฮอม, ให้อัตถุสีเหลือง “ชิทรีนิน” เป็นผลึก. เมื่อใช้เลี้ยงหนูพบว่าไตมีลักษณะคล้ายเปอร์โตริค. หนูมีการถ่ายอุจจาระมากขึ้น. เข้าใจว่าชิทรีนินทำให้ประสาทพาราซิมพะเอติกมีการทำงานมากขึ้นและแสดงฤทธิ์ต่อกลีเมอรูไลและหลอดฝอยของไต.

ข้อที่น่าสนใจคือเชื้อแต่ละชนิดแสดงฤทธิ์ต่ออวัยวะต่าง ๆ กันไป, และข้าวแต่ละอย่างอาจมีเชื้อหลายชนิด. เชื้อชนิดหนึ่ง ๆ ทำให้เกิดอาการได้ต่าง ๆ. น่าคิดว่าคนที่กินข้าวที่ปลูกกึ่งเหล่านี้อาจได้รับผลร้ายอะไรบ้างก็ได้.

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา