



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

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๐ | Volume 8, Number 2, February 1956

**โรคตาในประเทศอื่น**

แดง กาญจนารัตน์

ป.พ., พ.ด. (กิตติม.)

(ศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกจักษุวิทยา)

ในประเทศที่อยู่ในเขตร้อนชวากกว่าโรคตาเป็นกันอยู่แพร่หลาย. โรคที่เป็นกันมากที่สุดเพราะแสงแดด, ความร้อน, ฝุ่นละออง, ทั่วแมลงวันแมลงหวี่ทำให้ตาเป็นโรคอยู่แล้วถ้าเรี่ยย่อย ๆ. บางที่เป็นเนื้องอกมีโรคที่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย, กินอาหารไม่ถูกต้อง, ใช้น้ำกลางบ้าน, หรือไปรักษาที่ผู้ที่ไม่มีความรู้ทางโรคตาเลย.

เพราะเหตุที่ในสมัยนี้มียาใหม่ ๆ, เช่น ซัลโฟนาไมด์และแอนติไบโอติก, ซึ่งได้

ช่วยให้รักษาโรคตาได้ผลดียิ่งขึ้น. ข้อสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยโรค. ถ้ากระทำให้ถูกต้องและใช้ยาให้ถูกและทันต่อทั้ง, การรักษาก็จะได้ผลดีโดยรวดเร็ว, และตาก็จะไม่บอดหรือเสีย. ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยมีอาการตาแดงซึ่งอาจนึกว่าเป็นโรคตาแดงธรรมดา, แต่ที่จริงอาจเป็นโรคตาอย่างอื่น, เช่นม่านตาอักเสบหรือคอตีบก็ได้. ข้อที่ควรสังเกตคือตาแดงและไม่มีกิสขาวจ่มก็จะเห็นการอักเสบ, ถ้ามีกิส-

\* บรรยายในการประชุมแพทย์ภาคเหนือครั้งที่ ๑, พ.ศ. ๒๔๘๘ ที่ จ.ว. เชียงใหม่.

ซาร์ก็ควรนึกว่าเป็นพวกตึกเซอ.

การรักษาตามที่มีการตึกเซอ, ถ้าใช้ซัลโฟนะไมท์และแอนติไบโอติกมักจะได้ผลดี. ควรสังเกตว่าในการตึกเซอเมื่อได้ใช้ยาทั้งสองพวกนี้เป็นเวลา ๒๔ ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้น, ก็ควรนึกว่าต้นเหตุอาจเกิดจากยาซิลลิสนิกแกรมลบหรือเซอที่ทนทานต่อยา. ฉะนั้นถ้าหากมีห้องตรวจเซอ, ก็ควรละเลงกิสซาร์ไปตรวจหรือเพาะเซอเพื่อช่วยเหลือการวินิจฉัยให้แน่นอนยิ่งขึ้น.

### มิวโคพูรูเลนตี คือ นังติไวติส

โรคนี้เป็นโรคที่พบได้ง่าย. อาจมีอาการมากน้อยต่าง ๆ กัน. มักจะเป็นในผู้ร้อนซึ่งมีแมลงวันแมลงหว่มาก. เซอที่ทำให้เกิดโรคคือ Koch-Weeks บาซิลลัส, โทโคคคัส, สะทาศีโลกคคคัส, สะเทรีปโตคคคัส, ยีนวโมคคคัส, ทิปโตคคคัส, บาซิลลัสอินฟลเอนซ่า และทีฟิเรีย. ที่พบบ่อยที่สุดก็คือ คคค-วิกส์บะซิลลัส, ซึ่งทำให้ตึกต่อกันได้แพร่หลาย, เช่นตามโรงเรียน. มักจะเป็นทั้งสองตา. บางคนทั้งไวก็ค่อย ๆ หายไปเอง, แต่มักจะกลับกำเริบอีกบ่อย ๆ. ในการ

รักษาจำเป็นจะต้องให้ยาไปจนกระทั่งหายเป็นปกติและไม่มีกิสซาร์.

ตาของเด็กที่เป็นโรคนี้มีการอักเสบมาก. คายวมโตลมไม่ขึ้น. ถ้าไม่รักษาให้ถูกต้องก็จะทำให้เกิดแผลที่ตาต่อกว.

การรักษา ล้างตาวันละ ๒-๓ ครั้งด้วยน้ำเกลืออุ่น ๆ หรือน้ำสุก. ควรใช้ล้างด้วยขวดล้างตา (อันคิน), สำลีชุบน้ำยา, หรือด้วยที่ม้วน. ไม่ควรใช้แก้วล้างตาเพราะไม่สะอาดพอ. ใส่ขี้ผึ้งเพนิซิลลินชนิดป้ายตา (๑,๐๐๐ หน่วย) ทุก ๒ ชั่วโมง, หรือหยดน้ำละลายเพนิซิลลิน ๒,๕๐๐ หน่วย ก็ได้. เมื่อครบ ๔๘ ชั่วโมงหากยังไม่ดีขึ้น, และถ้าตรวจพบว่าเป็นเซอคือค-วิกส์, ควรใช้สะเทรีปโตมัยซิน ๑ ปร. หยดวันละ ๒ ครั้ง. โดยมากมักจะได้ผลดี. ตามักจะหายภายใน ๕-๖ วัน. การใช้สะเทรีปโตมัยซินหยดตาถ้าเริ่มมีการเคืองตาต้องเลิกใช้. ถ้าไม่มียานควรใช้ล้างตาคด้วยน้ำเกลืออนอร์มิลแล้วใส่ขี้ผึ้งซัลฟาเซตะไมท์ ๖ ปร. หรือใช้ขี้ผึ้งเพนิซิลลินก็ได้. บางคนแนะนำให้กินซัลโฟนะไมท์ด้วย. แต่ไม่มีใครจำเป็นนัก. ถ้าเกิดแผลที่ตาต่อกวใส่ขี้ผึ้งอะโรซิน

๑ ปช.

ตาอีกเสบที่มีกิสซาร์มาก, ต้องไม่พันตาเป็นอันขาด, เพราะจะทำให้กิสซาร์จั่งอยู่. จะให้ใส่แว่นตาทำหรือกระบังหน้าทำก็ได้.

พรูเด็นต์ คือนัจติไวติส

๑. ออฟลัดเมีย เนโอนาคอรัม. ส่วนมากโกโนคือคคัสเป็นคันเหต. แต่อาจเกิดจากสเตาฟัยโลคือคคัสหรือบีนวโมคือคคัสก็ได้. เซอเหล่านี้แพเพนซิลลินและซัลโฟนะไมค์. การรักษาโดยมากได้ผลดี, นอกจากตั้งคันช้ำจนเกินไป, เช่นเกิดมีแผลที่ตาทำเสียแล้ว. การรักษาคควรระบ้ายเอากิสซาร์จไปตรวจหรือเพาะเลี้ยงเชื้อทุกครั้ง. การรักษามีหลายอย่าง, เช่นหยอดด้วยเพนซิลลินหรือให้กินซัลโฟนะไมค์.

ก. การรักษาคด้วยเพนซิลลิน. หยอดเพนซิลลิน ๑,๐๐๐ หน่วยทุกนาที่จนครบ ๓๐ นาที. เมื่อได้รับยาเช่นนี้แล้วกิสซาร์จจะหมดไปหรือเหลือน้อยมาก. ต่อไปหยอดทุก ๕ นาทีอีก ๖ ครั้ง. แล้วค่อย ๆ ทำห่างไปเป็นทุกครึ่งชั่วโมง, ทุกชั่วโมง และทุกสองชั่วโมง. ถ้าหนังตายังคคักกันอยู่ก็ควรหยอดทุกสองชั่วโมงต่อไปอีก ๑๒

ชั่วโมง. การล้างตาไม่จำเป็น. เพียงแต่ใช้สำลีเช็ดก็พอ. ควรใช้แต่เพนซิลลินชนิดผลึกเท่านั้น. เพนซิลลินที่ไม่บริสุทธิ์อาจทำให้เกิดคอัลเลอร์ยัย. บางคนใช้ฉีกเพนซิลลินด้วย, เช่นฉีก ๒๐๐,๐๐๐ หน่วยทุก ๓ ชั่วโมง.

ข. การรักษาคด้วยซัลโฟนะไมค์. ใช้ยาเม็ดเช่น ซัลฟาเมอาซีน, ซัลฟาไดอะซีน, หรือซัลฟาไทรแอก, บคให้เป็นผงใสในน้ำหรือน้ำนม ๑ ช้อนชาแล้วหยอด. ต่อไปให้กินครึ่งเม็ด (๐.๒๕ ก.) ทุก ๖ ชั่วโมงทั้งกลางวันและกลางคืนจนครบสองวัน, ตาก็จะหาย. ควรล้างตาบ่อย ๆ เช่นทุก ๓ ชั่วโมงด้วยน้ำเกลืออนอร์มัล. ควรหยอดยาที่มีฤทธิ์หล่อลื่น, เช่นน้ำมันพาว์ฟฟิน, เพื่อกันหนังตาคคักกัน. ถ้าตาทำเป็นแผลก็ควรใส่ขผึ้งหรือน้ำละลายอะโทรปีนวันละ ๑ หรือ ๒ ครั้ง.

๒. พรูเด็นท์ คือนัจติไวติสในผู้ใหญ่. เมื่อสมัยก่อนเป็นโรคที่ร้ายแรงมาก, มักทำให้ตายอด. เกิดโดยโกโนคือคคัสเป็นส่วนมาก. การรักษาจำเป็นต้องทำให้เต็มที่. ควรจะให้อยู่ในโรงพยาบาล. การใช้ยากก็เหมือนกัยในเด็ก. นอกจากขนาดยาซัลโฟนะไมค์ต้องเพิ่มขนาดขึ้น. ถ้าเป็น

เพียงข้างเดียวควรพยายามอย่าให้อีกข้างหนึ่งติดได้, เช่นให้บนตะแคงเป็นต้น.

### ฟลิยัคเทนิวลาร์ ก็อนจันติไวติส และ เคอราโตติส

เป็นโรคที่มีเซลล์เจริญเฉพาะแห่ง, เนื่องจากมีวัณโรคในร่างกายนั่นเอง ที่อกซึ่งทำให้เกิดโรคนั้นเข้าใจว่าเป็นโปรเทียมที่เป็นผลของการทำลายของเชื้อวัณโรค. ในเมืองร้อนพบเสมอ. เป็นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่. ถ้าเป็นที่คางค้ำและไม่รักษาให้ดีก็จะเกิดมีแผลเป็นและทำให้ตาบอด. โดยมากผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นมักจะมีวัณโรคที่ปอดหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือช่องท้อง. เมื่อเกิดเป็นที่คางค้ำจะมีอาการเคืองตามาก, หนังตาขยับเกร็ง. น้ำตาไหล. ผิวหนังที่หางคางค้ำขุยเป็นแผล, หรืออาจเป็นรอยหนังคางค้ำก็ได้.

การรักษา ควรให้กินอาหารที่เป็นประโยชน์มาก, ไข่ไก่โปรเทียมและวิตามินเอ. ถ้าที่อนซิลโตและอักเสบย่อย ๆ ก็ควรตัดออกเสีย. บางคนแนะนำให้ฉีดสะเตร็ปโตไมซินทุกวันจนครบ ๑ หรือ ๒ เดือน, อ้างว่าได้ผลดีในรายที่เป็นมาก ๆ

และป้องกันโรคกลับ. ในการรักษาเฉพาะแห่ง, หยอกตาด้วยน้ำละลายสะเตร็ปโตไมซิน ๑ ปช. วันละ ๒ ครั้ง, หรือใช้ผงสะเตร็ปโตไมซินก้อนขนาดเท่าหัวเข็มหมุดโรยวันละครั้ง, หรือหยอกน้ำละลายคอร์โทน ๐.๕ ปช. วันละ ๓-๔ ครั้งก็ได้ผลดี. ในรายที่เคืองตามากและล้มตามไม่ขึ้น, ต้องหยอกอะโทรปีนละลาย ๑ ปช., และให้อยู่ในที่มืด ๆ หรือใส่แว่นตาคำ.

### ทราโซมา

เป็นโรคตาที่ทำให้คนตาบอดหรือตาบอดเป็นจำนวนมาก, เพราะเป็นโรคน้อยนาน ๆ. เป็นได้ทุกอายุ, ทั้งเด็กและผู้ใหญ่. ไวรัสของทราโซมาติดต่อกันโดยทางแมลงวัน, แมลงหวี่, มือที่สกปรก, หรือใช้ของร่วมกัน, เช่นผ้าเช็ดตัว, ผ้าเช็ดหน้า. อาการมีต่าง ๆ กัน. ในบางประเทศมีอาการมาก, ในบางประเทศไม่ใคร่รุนแรง. ผู้ป่วยบางคนเป็นอยู่ได้นานตั้งยี่สิบปี. การรักษาโรคนั้นได้ผลต่าง ๆ กันตามประเทศ. ส่วนมากใช้ยาพวกซิลโฟเนะไม่ก็กับแอนติไบโอติก. ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกาย, เครื่องใช้และ

ที่อยู่ประกอบไปด้วย.

การรักษาที่ง่าย ๆ ก็คือใช้ขี้ผึ้งออริโอไมซิน (๑ ปช.); หรือใช้เทอร์ราไมซิน, ผลอร์แอมเฟนิคอสโลที่ทา. อาจใช้เป็นน้ำละลายก็ได้. ใส่วันละ ๓ ครั้ง, นาน ๓ ถึง ๖ สัปดาห์.

หรืออาจใช้น้ำละลายไซเคียมซัลฟาเซตระไมค์ (อัลบซิก) ๓๐ ปช. บ้ายหนึ่งทาววันละครั้ง, นานหนึ่งเดือน. ยานใช้หยอดก็ได้, หรือใช้เป็นขี้ผึ้งก็ได้.

ถ้าทำตามการศึกษ็เชื้อซ้ำเคิม, ต้องให้กินซัลโพนะไมค์ด้วย, เช่นให้ซัลฟาโคะซีนหรือซัลฟาเมธาซีน ๓-๔ วัน. แล้วต่อไปก็เริ่มรักษาที่ทา. หากชุกด้วยก็ทำให้หายเร็วขึ้น.

หรือจะให้กินซัลโพนะไมค์วันละ ๒-๓ ครั้ง, และหยอดตาด้วยออริโอไมซินหรือเทอร์ราไมซินนาน ๒-๓ สัปดาห์ก็ได้ ผลดีเหมือนกัน. อาจจะใช้บ้ายหนึ่งทาววันละละลายซิลเวอร์ไนเตรท ๒ ปช. วันละครั้งก็ได้. ถ้าตาเกิดเป็นแผลต้องใส่อะโครบีน ๑ ปช. ขยายมาตา.

เหตุที่ตราหมาทำให้ตาเสียนั้นส่วนมากเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนและโรคตามหลัง, เช่นเป็นแพนนิส, เอ็นโครเบียน

เป็นต้น.

มีความเห็นสรุปเกี่ยวกับการรักษาตราหมาแบบทันสมัยดังต่อไปนี้:<sup>(1)</sup>

ซัลโพนะไมค์ ควรให้ชนิดที่มีพิษน้อยที่สุดและกินได้นาน ๆ, ได้แก่ซัลฟาเซตระไมค์, ซัลฟาโคะซีน, ซัลฟาซิกซิกิน (แกนควิซีน).

แอนติไบโอติก ออริโอไมซิน, เทอร์ราไมซิน, ผลอร์ไมซีเซทิน, ฯลฯ.

ขนาดยา เกี่ยวกับระยะต่าง ๆ ของโรค, โรคแทรกซ้อน, น้ำหลังต่าง ๆ, แผลเบอย, แพนนิส, แกรนิวเลชันและปายีลลาที่ค่อนข้างดี. มีหลักดังต่อไปนี้:

ซัลโพนะไมค์ให้กินขนาด ๐.๐๔ ถึง ๐.๐๖ ก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. ต่อวัน, นาน ๒๐ วัน. แอนติไบโอติกใช้ใส่ที่ตา, เป็นขี้ผึ้งหรือน้ำละลาย, อย่างน้อยวันละ ๔ ครั้ง.

ในรายที่ต้องรักษาเป็นเวลานานควรจะทำดังต่อไปนี้, คือให้รักษาเต็มที่ ๒๐ วัน, โดยให้ซัลโพนะไมค์. แล้วควรหยุด ๑๐ วัน. แต่ยาใส่ตาก็ยังใช้เรื่อยไป. เมื่อครบกำหนดหยุดแล้วก็เริ่มรักษาต่อไปอีก. แล้วก็หยุดอีก. อาจทำได้หลายครั้ง. แต่

ควรจะต้องตรวจเลือกคว้ามมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง. การให้ซิลโฟเนะไมค์ในตอนหลัง ๆ ควรจะให้สั้นกว่าครั้งแรกเล็กน้อย.

การใช้ยาใส่ตากัคว่าใช้ต่อไปวันละ ๒ - ๓ ครั้งเพื่อป้องกันโรคกลับและโรคเกิดใหม่อีก.

### แผลเปื่อยที่ตา

แผลที่ตาในเมื่องวอนเป็นกันซกซม. ที่พบบ่อยก็คือแผลเบอชชนิคชัยไปยีน. ข้อสำคัญคือควรระวังว่าตาเป็นแผลหรือไม่. บางทีผู้ช่วยบอกว่าเคืองตา, ถ้าเคือง ๆ ก็ไม่เห็นอะไร. ทางที่ดีควรยอมใส่แว่นน้ำละลายฟลอรูเรสเซน ๑ ปร. ก็จะได้รู้ว่ามึแผลหรือไม่. การรักษาควรให้เพนิซิลลินก่อน, เพราะเชอคนเหตุส่วนมากแพ้ยาน. อาจใช้ขมิ้นขาวและบีกตา. หากพันที่ตา ๒๔ ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรเปลี่ยนยาเป็นอย่างอื่น, เช่นสเตอร์ปีโตมัยซิน. การทักเชอที่ตาเป็นองจากชนิดโปรเตออสหรือพัยโอซัยอาเนียสแพ้ต่อสเตอร์ปีโตมัยซิน. ควรใช้ฉีกได้คือคองจิงทิวา, เช่นเพนิซิลลิน ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย, หรือสเตอร์ปีโตมัยซิน ๐.๕ ก.,

ละลายในน้ำกลั่น ๑๐ หยก, แล้วเติมแอกทีวาลินอีก ๓ หยก, ฉีกที่ขอบตาค่า ๕ หยก. ต้องหยอคยาซาเลียก่อน. อาจฉีกซ้ำได้อีกทุก ๒๔ ชม. โดยมากฉีกครั้งเดียวก็ได้ผล. ควรใช้ขมิ้นใส่ที่ตาอีกด้วย, เช่นทุกครั้งชั่วโมงถึง ๔ ชม., นาน ๒-๓ วัน. สเตอริปีโตมัยซินไม่ควรให้นานเพราะฤทธิ์ระคาย. แผลที่ตาทุกกรวยต้องหยอคอะโครีน ๑ ปร. ถ้าพบว่าดวงน้ำตาอักเสบควรเอาออกเสีย. ในรายที่มีชัยไปยีน, ถ้าเป็นมากจะทำให้เกิดเชกนัการวียกสโคมา, ต้องทำการเจาะ. ถ้าทำได้ควรใช้ใหม่ด้วยยา, เช่นกรกไตโรลลอร์อะซิค, กรกคาร์โยลคิบริสทิจ, หรือแอลกอฮอล์ล้วน.

### พินแควควิล่า และ ปู่เทอริย์เจียม

โรคสองชนิดนี้พบมากในที่ที่มีแสงแดดจัด, มีฝุ่นละอองมาก.

พินแควควิล่า เป็นโรคเล็กๆ สีเหลือง, เกิดที่ก้านนอกหรือก้านในของคอร์เนีย. มักจะพบในผู้ใหญ่, เกิดด้วยคองจิงทิวาหน้าขึ้นเนื่องจากการเจริญเกินควรของเยื่อที่หุ้มสีเหลืองและมีวัตถุขี้ชะง่อนมาเกาะ.

การรักษา ไม่ควรทำอะไร. ถ้าน้ำเกลือก และผู้ป่วยอยากระคาย, ก็ทำได้โดยตัด ออกเฉย ๆ.

วิธีที่เอ็ยหรือตอเนอเนอสาม เหลี่ยมที่ส่วนปลายยื่นเข้าไปในคอรีเนีย. โดยมากเป็นที่ด้านใน, แต่บางรายอาจจะ เป็นที่ด้านนอกก็ได้. รายที่ทั้งไว้นาน ๆ ึ่งหลายปี, ปลายของวิธีเอ็ยหรือตอเนอเนอสาม ยื่นเข้าขั้วม่านตา.

การรักษา การใช้ยาไม่มีประโยชน์, ต้อง ทำการผ่าตัด. แต่กระนั้นก็ยังเกิดใหม่อีก ได้. การผ่าตัดไม่ควรทำเวลามีการอักเสบ. วิธีทำมีอยู่หลายวิธี.

๑. ตัดออกเฉย ๆ. ทำง่ายมาก. แต่ มักจะงอกใหม่.

๒. ทวารนส์พลาเนเตชัน. วิธีนี้ทำยาก เล็กน้อย, แต่มักจะได้ผลคือไม่กลับเป็นอีก.

๓. การชำแหละออกและจก้วยคาร์

โบลิก. เลาะต้อเนอไปจนถึงส่วนฐาน, แล้วใช้กรรคาร์ โบลิกจส่วนไตของมัน, แล้วปล่อยให้ตกลงไปที่สระเคลอว่า. ปลาย ของต้อเนอจะตกทั้งก็ได้.<sup>(2)</sup>

๔. วิธีของ D' Ombrain. กรวิก ตามขวางที่ขอบบนและขอบล่างของวิธีเอ็ยหรือตอเนอจากลิบบัสไปจนถึงด้านใกล้กระจก, ยาวประมาณ ๕ ซม. ใช้กรรไกรเลาะเข้าไปที่วิธีเอ็ยหรือตอเนอ. เลาะปลายของมัน ัก้วย, ไปจนถึงพลิก้า เซมิสนาวิส. ตัด เอาตัวต้อเนอออก, แล้วปล่อยให้เยื่อเมือก ลงไปติดกับสระเคลอว่า.<sup>(2)</sup>

เอกสาร

(1) C.B. Bietti : Scientica Medica Staliana, 2 : 338 - 343, 1954.  
(2) S. Kam : Brit. J. Ophthal. 30: 549, 1946.  
(3) D' Ombrain: Brit. J. Ophthal. 32: 65, 1948.

(Summary of the preceding Article)

**TROPICAL EYE AFFECTIONS**

Daeng Kanchanaranya

C.M., M.D.

(Professor and Head, Dept. of Ophthalmology, Oto - rhino - laryngology)

---

The author describes some of the commoner affections of the eye encountered in Thailand. The etiology, clinical features and therapy of each disease are dealt with, with emphasize upon the practical side. The effects of sunlight, heat, dust, the role played by insects and charlatans are briefly mentioned. The

affections dealt with include mucopurulent conjunctivitis, purulent conjunctivitis, phlyctenular conjunctivitis and keratitis, trachoma, corneal ulcer, pinguecula and pterygium. Chemotherapeutic agents and antibiotics play the major role in therapy.

(Three references)

121

---

# โพรงมาสต์ต้อยค์อักษะเรอรั้งและโรคแทรกซ้อ้น

รายงานผู้บู้วย ๑ ราย

พร วราเวชช

พ.บ., พ.ด. (กิตติม.)

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

หน้าหนวกเป็นโรคที่พอกันชุกชุมมากในบ้านเรา. แม้ชาวข่านทั่วไปส่วนมากก็เคยเห็นและรู้จัก. อาจะนึกว่าเป็นโรคที่ไม่สำคัญนักก็ได้. แต่ความจริงโรคหน้าหนวกสำคัญมาก, เพราะอย่างน้อยก็ทำให้ความไคยในเสื่อมลง. อันตรายที่มากขึ้นไปอีกก็คือ ทำให้เกิดโพรงมาสต์ต้อยค์อักษะ, และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อ้นที่อันตรายต่อไปอีกคือฝ่ในสมอง, เยื่อหุ้มสมองอักษะ, เส้นโลหิตใหญ่ข้างมาสต์ต้อยค์อักษะ, และโรคแทรกอื่น ๆ ทั้ล้วนแต่สำคัญ และมีอันตรายต่อชีวิตทั้งนั้น. ข้าพเจ้าและนายแพทย์บรรจงศักดิ์ นะมาตร์ไค้เคยรายงานฝ่ใน สมอง เนื่องจากหน้าหนวกเมื่อ ๒ บู้มาแล้ว, และข้าพเจ้าฝ่เคยกั้ไค้เคยรายงานผู้บู้วย ๔ รายที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักษะจากโรคหูเมื่อเร็ว ๆ นี้. โรคแทรกซ้อ้นของหน้าหนวก และ โพรง

มาสต์ต้อยค์มีอีกหลายอย่างทั้งรายงานก้อไปน้.

## รายงานผู้บู้วย

ค.ญ. จิน, อายุ ๕ บู้, (ล.น. ๒๐๐๐๖ / ๕๕, ล.ท. ๗๖๗๕๗ / ๕๕), รับไว้เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕ กัวยอาการปวดหูซ้ายมากมา ๑ วัน.

ผู้บู้วยเป็นหน้าหนวกข้างซ้ายมา ๔ เกือน. ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรงอื่น ๆ มาก่อน. หกวันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการตัวร้อนและหน้าหนวกไหลมาก. ญาติไค้ให้กินยาแก้ตัวร้อน. อาการค้อยทุเลาลงเล็กน้อย. สองวันค้อมาปวดหูซ้ายมาก, มีหนองไหลออกมาก, แต่ไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน. หนึ่งวันก่อนมาโรงพยาบาลผู้บู้วยปวดหูมาก, มีไข้สูงและร้องกวนตลอดเวลา, ไม่กินอาหารและ

ไม่นาน, จึงได้พามาโรงพยาบาล.

เมื่อรับไว้ผู้ป่วยมีไข้ ๓๗.๘°ซ., ชีพจร ๑๒๐ ต่อนาที, หายใจ ๒๔ ต่อนาที. กระสับกระส่ายและปวดทึ่ซ้ายมาก.

ตรวจพบว่ามีหนองชั้นในช่องทึ่ซ้าย. มีขุมบริเวณหลังทึ่มาก, และกดเจ็บทั่วๆบริเวณหลังทึ่และทึ่ปลายของขุมมูกทึ่ (มาสต์ทึ่ซัยค). มีคอแข็งเล็กน้อย. อาการแสดงขามีนัสกัไม่มี. ไม่พบสิ่งผิดปกติในระบอบอื่น ๆ.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง เม็ดเลือดขาว ๒๔,๑๐๐/ล.ม.ม., โปลีมอร์ฟ ๘๐ ปช., ลีมโฟซัยค ๒๐ ปช. เพราะเชื้หนองจากแอนทรม์ของขุมมูกทึ่และน้ำจากกลีบสมองส่วนขมึ่ไม่มีเชื้อซนทั้งสองแห่ง.

น้ำไขสันหลังใส, มีเซลล์ ๘๘๒/ล.ม.ม., ปฏิกริยาแพนคัยให้ผลลบ.

ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมาสต์ทึ่ซัยคอีกเสบปัจจุบันและเชื้ทึ่มสมองอีกเสบ. ได้ทำการผ่าตัดมาสต์ทึ่ซัยค (radical mastoidectomy) อย่างรีบด่วนในบ่ายวันนั้นเอง.

เมื่อรึคผิวหนังทึ่หลังทึ่พบว่ามีฝีอยู่ใต้เชื้ทึ่มกระดูก. โพรงทึ่ของแผ่กว้าง

จนถึงบริเวณขมึ่และท้ายทอย. เฉพาะทึ่บริเวณสมองกลีบขมึ่กระดูกกลายเป็นสีคล้ำและมีหนองไหลออกจากภายในกระดูกเล็กน้อย. ได้เข้คมาสต์ทึ่ซัยคแอนทรม์และพยายามซคเขากระดูกตายภายในออกหมด. ทำความสะอาดในทึ่ชั้นกลาง, พร้อมทึ่เขากระดูกมีลเด็ยส์และอินคัสออก, จนเห็นว่าเรียบริยแล้ว, จึงได้พยายามเจาะกระดูกแถวบริเวณขมึ่ตรงทึ่พบกระดูกเสียและมีหนองออกมา. พบเชื้ทึ่ว่าบริเวณนั้นมีสีค้ำและมีเนอตายลอกหลุดเล็กน้อย. บริเวณทึ่ว่าทึ่เปลี่ยนแปลงกว้างประมาณ ๑ ซม. ได้พยายามกดในบริเวณทึ่ไม่ไค้หนอง, ได้แต่น้ำใสๆทึ่ค้เข้มมานิดเดียว. เมื่อเห็นว่าไม่มีอะไรสำคัญจึงบึคแผล. ผู้ช่วยทึ่การผ่าตัดทึ่ได้ทึ่.

ระหว่างผ่าตัดเราได้ให้เลือด ๓๕๐ ล.ซม. ภายหลังผ่าตัดทึ่ได้ค้คเพนซิลลิน ๒๕๐,๐๐๐ หน่วยทุก ๔ ชม., สะเครีปโตมัยซิน ๐.๒๕ ก. วันละ ๒ ครั้ง, ให้กินซัลฟาไดอะซีนครั้งละ ๑ เม็ดทุก ๔ ชม. กับยาอื่น ๆ อีกหลายอย่าง.

ผู้ช่วยอาการไม่ค้ชน. ซึ่มตลอดเวลา, ไข้สูง, ชีพจรเร็วชนเรอช. จนวันทึ่ ๒

หลังผ่าตัด, ใช้ ๔๐.๒ ซี., ซีฟพร ๑๖๐  
 ต่อนาที, หายใจ ๔๐ ต่อนาที, เมื่กลืนอก  
 ชาว ๑๕๓๘๐/ต.มม. ข้าพเจ้าจึงได้กัก  
 สิ้นใจทำการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง, เพราะ  
 เข้าใจว่าการติดเชือกและดึงของคงจะช้อน  
 อยู่ที่หนึ่งที่ได้ถูกเป็นแน่. ภายหลังเบ็ค  
 แผลที่ขมุกกัทและที่บริเวณขมุก, ได้เบ็ค  
 กระดกขมุกออกให้กว้างขึ้นจนเห็นคิวว่าที่  
 ปกติ, ก็ไม่พบโพรงหนองในสมองหรือที่  
 คิวว่าอีก. ทำแผลที่กัทให้กว้างออกไป  
 อีกจนถึงปลายของมาสต์ค้อยค์, ได้หนอง  
 ประมาณ ๑๐ ต.ชม. ที่บริเวณทเกาะคิง  
 ของกล้ามเนื้อสเตอร์โนมาสต์ค้อยค์. ได้  
 เบ็คไซนัสอันข้างออกเป็นทางยาวประมาณ  
 ๒ ซม. และได้พบว่าผนังของไซนัสนั้นเป็น  
 แก็งกรันตลอด๒ซม. ที่เบ็คออก. ระหว่าง  
 ที่นี้ก็จะทำอย่างไรจึงจะเบ็คเข้าไปภายใน  
 ไซนัสได้, เพื่อคว้ามัชร้อมบัสอยู่หรือ  
 เปล่า, ก็พอดังนั้นที่เบ็งแก็งกรันแตกและ  
 เลือคออกมาก, จึงได้ยักควยเจลโฟม  
 และบีคแผล.

ภายหลังการผ่าตัดครั้งที่ ๒ นี้ผู้ช่วยมี  
 อาการคั่นจนเกือบแน่ใจว่ามีหวัง. แม้  
 จะยังมีใช้ ๓๘ ซี. กว่าและซีฟพร ๑๐๐  
 ถึง ๑๒๐ ก็ตาม, แต่อาการทั่ว ๆ ไปดีขึ้น

มาก. ยาที่ให้เพิ่มขนออกคือเทอร์รามินขึ้น  
 ๑๐๐ มก.วันละ ๓ ครั้ง. ผู้ช่วยมีอาการ  
 คั่นตลอดเวลา. ใช้ค้อย ๆ ลกลง, จน  
 ขางวันอุณหภูมิเกือบเป็นปกติ. ครั้นถึง  
 วันที่ ๖ ภายหลังผ่าตัดครั้งที่ ๒ ซีฟพร  
 เริ่มเร็วขึ้น, หายใจเร็วขึ้นและถึงแก่  
 กรรมในคืนวันนั้นเอง.

โชคของเรายังไม่ร้ายที่เคียวเพราะ  
 ได้รับอนุญาตให้ตรวจศพ. ได้ผลการตรวจ  
 ศพโดยสังเขปดังต่อไปนี้.

ที่บริเวณมาสต์ค้อยค์เห็นแผลกริดหนึ่ง  
 ในการทำมาสต์ค้อยค์เค็คโตมีย. เมื่อเบ็ค  
 หนึ่งพุดงหนองอยู่ใต้หนังศีรษะและบริ-  
 เวณรอบ ๆ รอยผ่า, และแผ่ไปตามแฟล  
 เชียและกล้ามเนื้อ. ปอดขวามีเลือดคั่ง  
 และแพยในบางส่วน. ทุก ๆ กลีบของ  
 ปอดมีผลหลายเม็ดขนาดผ่าศูนย์กลาง ๑๐  
 ถึง ๑๕ มม. ในฝั่มเฮ็คซุเค็คสัคคั. ขาง  
 เมื่กัหนองเหลือคั่น. ส่วนเนอปอดที่  
 เหลือมีลักษณะเลือคคั่ง. คับสัเหลือคั่นและ  
 ชัก. เยอหุ้มสมองมีเลือคคั่งเล็กน้อย.  
 ในบริเวณที่ผ่าตัดมีเฮ็คซุเค็คลักษณะเป็น  
 หนองซึ่งอยู่ในห้วงนอกคิวว่า. ที่สมองกลีบ  
 ท้ายทอยข้างซ้ายมีฝั่มพยอิมิกเม็ดเล็ก ๆ.  
 สมองส่วนอื่นไม่มีอะไรสำคัญ. การตรวจ

ทางจุดที่ค้นค้นสนับสนุนการตรวจด้วยตาเปล่า. ปอดทั้งสองข้างมีลักษณะบรื่องไข่นิวโมเนียและฝ; หัวใจมีเคลาคัยสเวรด์ลิ่งก่ปานกลาง; ม้ามมีเม็กเลือดขาวไปลี่ยมอร์ฟแทรกซึมและมีลพิเกียนบอคัยหายไป. ทับมีลักษณะเปลี่ยนแปลงทางไขมัน. ไทมีชัย ไทรบิคคี่เจเนอเรชั่นของเซลล์บุหลอดฝอย. สมองไม่มีอะไรพิเศษ.

วิจารณ์

จากการผ่าศพเราทราบว่าเชื้อจากมาสค้อยคี่ได้ทำให้เกิดฝในปอดและในสมอง, และการเปลี่ยนแปลงที่ม้าม, ทับ, ไท. เมื่อรวมกับลักษณะพิการที่เราพบเวลาผ่าตักก็พอสรุปได้ว่ามาสค้อยคี่อักเสบในรายนี้ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย, คือเพลิงไบคิสในไซนัสอันข้าง, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ฝนอกเยื่อทิวร่า, ฝในปอดและในสมอง.

ข้าพเจ้าได้เคยรายงานไว้แล้วว่าในการรักษามาสค้อยคี่ที่ฝเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนองด้วยนั้น, การผ่าตักเป็นการจำเป็นอย่างยิ่ง. ตามรายงานที่ได้เคยเสนอไว้ ๔ ราย, การผ่าตักได้ช่วยชีวิตไว้ทุกราย. ในรายสุดท้ายนี้การผ่าตักครั้งแรกไม่ทำให้ฝช่วยคี่ขึ้นเพราะเราเข้าไปไม่

ถึงไซนัสอันข้าง, เพราะนึกว่าการคี่เชอคงจะลามไปไม่ถึง, เนื่องด้วยกระดูกบริเวณใกล้เคียงกับไซนัสนั้นไม่บ่งว่ามีกระดูกอักเสบ, ลักษณะเหมือนกระดูกปกติ. ที่ปลายของมาสค้อยคี่ก็เช่นกัน, เราผ่าเข้าไปไม่ถึงจึงไม่พบโพรงหนอง.

การผ่าตักครั้งที่ ๒ ได้ทำไปอย่างกว้างขวางจึงทำให้อาการฝช่วยคี่ขึ้นมาก. แต่เราช่วยชีวิตฝช่วยไม่ได้, ก็เพราะฝในปอด, ในสมอง, และการเปลี่ยนแปลงของทับ, ม้ามและไต.

สรุป

ได้รายงานฝช่วย ๑ ราย ซึ่งเป็นโรคโพรงกระดูกมาสค้อยคี่อักเสบและมีโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง. การผ่าตักช่วยฝช่วยได้เพียงชั่วคราว.

ขอขอบคุณ นายแพทย์แผนกจักษุวิทยา ที่ได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ด้วยความเอาใจใส่, เฉพาะอย่างยิ่งคุณหมอประเจียด บุนนาคและคุณหมอมัพร อรุณินท์ ได้ช่วยผ่าตักและติดตามผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย. คุณหมอประดิษฐ์ ต้นทสรตักก็ช่วยให้เรากระจ่างในเหตุของการตายนี้โดยละเอียด, จึงขอขอบคุณไว้ด้วย.

เอกสาร

- ๑. พร วราเวช และ บรรจงศักดิ์ นมะตรี: จ.ม.ท. แพทยสมาคม ๒: ๕๑-๕๖, ๑๕๕๔.
- ๒. Elsen et al: Arch. fo Oto., 409-416 และ No. 51. 1951.

(Summary of the preceding Report)

CHRONIC MASTOIDITIS WITH COMPLICATIONS

Porn Varavejj

M.B., M.D.

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

---

Otitis media is very common in Thailand. Mastoiditis is one of the commonest complications and, with its many sequelae, one of the most dangerous. The author adds one more instance to his already big collection of mastoidites and describes the case of a Chinese girl of five admitted on the 31. December 1955 with the complaint of pain in the left ear for one day, preceded five days previously by a febrile attack with exacerbation of purulent discharge from the left ear which she had had for four months. Signs of acute mastoiditis with meningeal irritation were evident, and radical mastoidectomy was performed in the afternoon of the same day. An extensive subperiosteal abscess involving the temporal and occipital regions was disclosed. Over the temporal lobe the bone was discoloured and a small amount of purulent discharge was seen. The mastoid antrum was opened and curetted. The middle ear was cleaned of pus and sequestra.

Trephination and aspiration at the site of bone discoloration revealed a little sloughing with some serous discharge which yielded no growth on culture. The patient stood the operation very well, but intensive postoperative treatment with antibiotics and sulfonamide seemed to bring about no improvement, so a second operation was performed on the next day. Additional pus around the insertion of the sternomastoid and gangrene of the wall of the lateral sinus were discovered. Rupture of the latter with profuse hemorrhage interrupted the manoeuvre. The patient obviously improved after the operation, but suddenly got worse and died on the sixth day after the second operation. Autopsy revealed wide-spread pus collection under the scalp, multiple lung abscesses, and a small pyemic abscess in the left occipital lobe with meningitis and extra-dural abscess.

(Two references)

2

---

# ฮีแมงจิโอม่าหลังลูกตา วิธีผ่าตัดโดยเจาะเข้าตาทางด้านข้าง

สำราญ วังศพาศ์

Ph.D., O. Oph., C. Oto. (Harvard)

และ

ผิว ลิมปพยอม

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

เนื้องอกในเข้าตาที่อยู่หลังลูกตาทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างในการวินิจฉัยและการรักษา. เราต้องคิดถึงสายตาของคนไข้ซึ่งควรระวังรักษาไว้ให้คงเดิม, และการเสียโฉมในบางรายที่ต้อควักตาทิ้ง.

ทุก ๆ ครั้งที่พบคนไข้ตาโปน, ก่อนอื่นต้องคิดว่ามีอะไรเกิดอยู่หลังลูกตาแล้วกันมันออกมา. ลูกตาจะไปทางอื่นไม่ได้เพราะเข้าตามีกระดูกล้อมรอบ. นอกจากเนื้องอกแล้วอาจเป็นโรคเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม, หรือโรคมีคิลิซ.

การวินิจฉัยโรคทำได้ยาก, ต้องอาศัยการตรวจทางวิทยาศาสตร์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งรังสีวิทยา. การทำไบออปซีย์เสี่ยงอันตรายมาก, โดยเฉพาะในรายที่เป็นฮีแมงจิโอม่า.

อาการที่พบและช่วยในการวินิจฉัยโรคเนื้องอกในเข้าตามีความสำคัญตามลำดับดังต่อไปนี้.

อาการตาโปนเกิดจากการดันของเนื้องอก. ถ้ามีแรงสะท้อนตามจังหวะของหัวใจด้วย, ซึ่งอาจคลำรู้สึกหรือฟังได้ยิน, ก็ควรนึกถึงอาร์เทอร์โอวันส์แอนิวริซึม. ถ้าตาโปนทั้งคู่ควรนึกถึงโรคเมตาบอลิซึม.

ถ้าเนื้องอกอยู่หลังลูกตา, ตาจะโปนออกมาตรง ๆ. ถ้าเนื้องอกอยู่ข้างใดข้างหนึ่งตาจะโปนไปทางด้านตรงข้าม, เช่นมิวโคซิลของโพรงอากาศเออมีออย์กระกันตาให้โปนออกไปทางด้านใกล้ขมับ.

Proptosis เป็นอาการที่เห็นได้ก่อน. ถ้ามี พรอปโตสิส ออกมาตรง ๆ โดยไม่มีตาโปนไปทางด้านใดด้านหนึ่งก็ควรนึกถึงเนื้องอกหลังลูกตาในบริเวณ ๑/๓ ทางก้านหลังของเข้าตา. โดยมากได้แก่เนื้องอกของประสาทออปติค.

การเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติเป็นอาการหนึ่งที่น่าสงสัยได้. ทั้งนี้อาจเนื่องจากประสาทที่มาเลี้ยงเนื้องอกล้มถูกกด,

หรือก่อนเนอิกคขวางการกลอกไปมาของ ลูกตา.

อาการตามัวหรือตาขมุกก็ช่วยในการ วินิจฉัย. Benedict (1) กล่าวว่าคนไข้ที่ สายตาเสียร่วมกับการขวมของหัวประสาท อ้อปติก, หรืออ้อปติกนิวไรติส, หรือ อ้อปติกอะโครไฟ, เรามักจะเจอก่อนว่า พยาธิสภาพนั้นอยู่ในทางเดินของประสาท สายตา. ถ้าพยาธิสภาพอยู่ในเข้าตา ก็ อาจจะเป็นเนองอกหลังลูกตา. เนองอก พวกนี้ทำให้สายตาเสียมากกว่า. การ เห็นในส่วนขอบของลานสายตาเสีย, แต่ ในส่วนกลางไม่ค่อยเสีย. ถ้าสายตาเสีย ก่อนตาไปนครคิดถึงเนองอกที่คกกับหลัง ลูกตา, ปลูกหุ้มประสาทอ้อปติก, และ เนองอกเย็บคประสาทไปข้าง ๆ. เนองอก ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ซีแมงจิโอม่า.

พวกที่สายตาเสียมากขึ้นทุกทีไม่ว่าจะมีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงของลานสายตา, ชวนให้นึกถึงเนองอกหลังลูกตา. (2)

อาการปวดศีรษะ, หนึ่งตาขวม, และ หน้าเสีयरูไป, เป็นแต่อาการประกอบ เท่านั้น.

เนองอก ในเข้าตาชนิดไปรมารย์ทพบ มากที่สุดคือซีแมงจิโอม่า. ตามสถิติของ

Reese (3) มีซีแมงจิโอม่า ๕๐ ราย, ลิม-แพงจิโอม่า ๕, โลโปมา ๑, ไฟโบรมา ๑, อ้อสติกโอม่า ๒.

ซีแมงจิโอม่าที่มีแต่เอ็นโคธิลีมหุ้ม ฤงโลหิต, เรียกเป็นชนิดคาเวอร์นัส. หากมีเนอียักเสริม (คือเนอียักฟิสซิว) อยู่ด้วยเรียกไฟโบรซีแมงจิโอม่า. พวก หลังที่เกิดในเข้าตามี ๒ ชนิด:

๑. ชนิดมีฤงหุ้ม. มีลักษณะนุ่ม, โทซ้า.

๒. ชนิดกระຈັกกระจาย. พบเป็น ก้อนเล็ก ๆ กระจายทั่ว ๆ ไป. หากมี เลือคคั่งในหลอดโลหิตดำ, ตาจะโปน โดยไม่เสท่อนตามจังหวะของหัวใจ.

พวกที่มีแรงเสท่อนที่ลูกตานั้นเกิด จากอารเทอร์โอวินัสแอนิวริสม์, หรือ จากผนังด้านบนของเข้าตาอ่อนตัว, เช่น ในฮัยโดรเซฟาโลสเรอริง.

ซีแมงจิโอม่าอาจเกิดแต่กำเนิด, หรือ มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดโลหิต. เนองอกของหลอดโลหิตดำที่ไม่ติดต่อกับหลอดโลหิตแดงนี้ Teitgen (4) แบ่ง เป็น ๒ พวก คือ:

๑. พวกที่ตาโปนเป็นบางครั้งขวงควาว.

๒. พวกที่ตาโปนออกมากชั้นทุก ๆ ที่. ในพวกตาโปนเป็นครั้งคราว Helfman<sup>(5)</sup> รายงานไว้ ๑ คนว่ามีหลอดเลือดโลหิตดำหลังลูกตาชกพอง. เวลาคนไข้เบ่งหรือก้มหน้า, หรือกดหลอดเลือดดำจากล่าง, ตาโปนออกมา. เวลาขึ้นตรงตาที่โปนอยู่จะหดกลับเข้าไป.

ซีแมงจิโอม่าที่พบบ่อยที่สุดเกิดระหว่างผนังของเบ้าตา และเนื้องอกดำของลูกตา.<sup>(6)</sup> Reese<sup>(3)</sup> ได้แบ่งซีแมงจิโอม่าเป็น ๕ พวก:

๑. ชนิดแองจิโอบลาสติก. ประกอบด้วยเอ็นโตอีเลียลเซลล์มีลักษณะไปรมาเวียอะนาปลาสติก, ซึ่งมักจะพบในระยะแรกเกิดในการสร้างทางเดินโลหิต. บางคนเรียกชนิดนี้ว่าซีแมงจิโอ-เอ็นโตอีลิโอม่า, แต่มักจะใช้เรียกเนื้องอกชนิดร้าย.

๒. ชนิดแคปซิลลารีย์. เป็นในระยะแก่กว่า. ประกอบด้วยหลอดเลือดเล็ก ๆ. มักพบในเด็ก.

๓. ชนิดคาเวอร์นัส. ประกอบด้วยหลอดเลือดที่พอง, มีเอ็นโตอีเลียล. มักมีถุงหุ้มและจำกัดเนื้อที่. เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด. เป็นได้ในวัยหนุ่มสาวและในคนสูงอายุ.

๔. ชนิดราเซโมส. ประกอบด้วยหลอดเลือดที่แก่ตัวแล้ว. มักแทรกไปตามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ และทำลายเนื้อนั้น. ชนิดนี้ไม่ค่อยพบ.

๕. ชนิดเทแลงจิเอ็คเทติก. ประกอบด้วยหลอดเลือดขยายใหญ่, มีผนังบาง, ทอดไปในพาริเอนคีม่าของเนื้องอกที่มันเกาะอยู่. บางคนเรียก Nevus flammas หรือ Port-wine nevus.

รังสีวิทยาช่วยการวินิจฉัยได้มาก, เช่นบอกว่ามีเนื้องอกอยู่หลังลูกตาหรือไม่, และบอกการลุกลามของเบ้าตา, หรือบอกถึงอีเอสตีโอม่าของโพรงกระดูกบริเวณหน้าที่เบียดเข้าไปในเบ้าตา, หรืออีเอสตีโอสตีออสซิสของผนังเบ้าตา.

หลายคนได้แนะนำให้ทำแองจิโอกราฟี. แต่ Joy<sup>(7)</sup> กล่าวว่ายากในการถ่ายภาพ. Albers<sup>(8)</sup> แนะนำว่าหากกล้าได้ก็ชัดเจน, ให้เอาเข็มคดเลือกออกมา. หากมีเลือดก็ให้เจาะแล้วเอาวัตถุที่ขึงดี (เซอริโอแพกส์) ไล่. จะเห็นโพรงของเนื้องอกได้อย่างชัดเจน.

การพยากรณ์โรคก็มาก. แม้เราจะเลาะออกไม่หมด, แต่ถ้าทำลายหลอดเลือดที่นำโลหิตมาสู่เนื้องอกได้ก็หายได้.

การรักษา แล้วแต่ความคิดเห็นของผู้รักษา. อาจใช้การผ่าตัด, ฉายรังสีหรือฉีดยาให้เหี่ยวแห้ง. สำหรับข้าพเจ้าเห็นว่าวิธีที่สะดวกคือผ่าตัดเอาออก. ในการนี้เราอาจผ่าเข้าได้หลายทาง. ทางหนึ่งผ่านไปทางสมอง, แล้วเข้าทางผนังบนของเบ้าตา.(10,11,12.) โดยวิธีนี้จะเห็นเนื้องอกได้ชัดเจน, เหมาะมากสำหรับบรรยายเนื้องอกที่ประสาทตาตามเข้าไปถึงจุดประสาทออปติคใช้ร่วมกัน. อีกทางหนึ่งคือเข้าทางข้างบนของเบ้าตาและใต้คิ้ว. เหมาะสำหรับซีแมงจิโอม่าชนิดมีถุงหุ้ม.

Kronlein<sup>(14,15)</sup> ได้คิดวิธีเข้าถึงหลังลูกตาโดยผ่านทางกล้ามเนื้อข้างของเบ้าตา, ซึ่งเป็นวิธีง่ายและอันตรายน้อย, ทำให้เห็นอวัยวะหลังลูกตาได้มากและชัดเจน. ทั้งแผลเป็นก็ไม่น่าเกลียด.

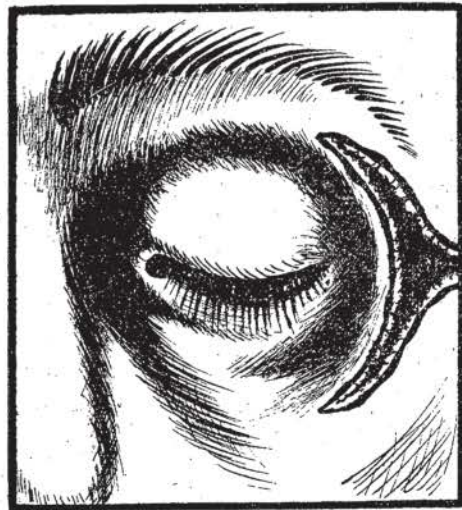
หากศึกษากายวิภาคศาสตร์ของเบ้าตาโดยละเอียด, จะเห็นว่าการเจาะเข้าทางกล้ามเนื้อข้างนั้นเหมาะมาก, เพราะว่:

๑. เวลาผ่าตัดและเอากระดูกออกแล้วจะไม่เกิดอันตรายต่อลูกตาหรืออวัยวะภายในลูกตา.
๒. ผนังกล้ามเนื้อข้างอยู่ริมและง่ายต่อการผ่าตัด.

๓. ถ้าทำผ่าตัดลึกเพียงประมาณ ๒๒ ซม. ก็เห็นอวัยวะหลังลูกตาได้เกือบหมด.

วิธีผ่าตัด ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงจากวิธีของ Kronlein มีดังต่อไปนี้:

กรีดผิวหนังจากขอบตาบนลงไปถึงขอบตาล่างห่างจากหางตา ๑ ซม. แล้วลากจากกึ่งกลางของรอยกรีดลงไปประมาณ ๒ ซม. รอยผ่าตัดเป็นรูปตัว T (รูปที่ ๑).



รูปที่ ๑

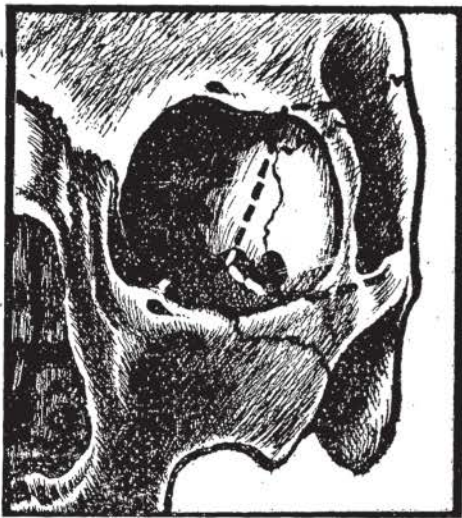
แยกผิวหนังและเนื้อใต้ผิวหนังเห็นกระดูกชัดเจน. ลอกเยื่อหุ้มกระดูกออกจากกระดูก. ทางด้านในแยกเยื่อหุ้มกระดูกออกจากกระดูกของเบ้าตา. ตัดกระดูกด้วย

เลื่อยแบบ Styker ทางด้านบนที่เห็นอวัยวะ  
 ท่อพรอนโทซัยโกมาติก, ทางด้านล่างที่  
 เห็นอวัยวะคาลังประมาณ ๑/๒ ซม. แล้ว  
 ก็เอากระดูกส่วนนี้ออก. ปลายล่างยังติด  
 กับกระดูกของเขี้ยว (รูป ๒). ใช้เครื่อง

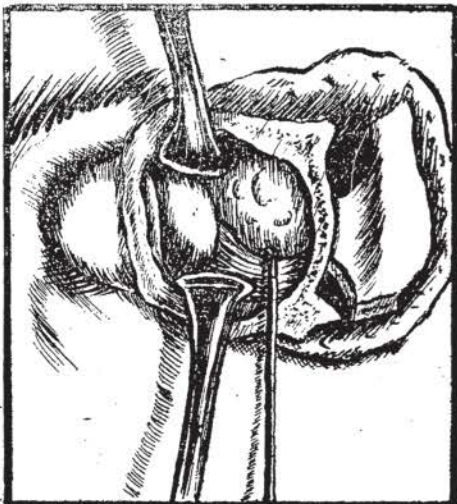
กึ่งด่าง (วีแทรคเตอร์) ด่างกระดูกไว้จนมอง  
 เห็นอวัยวะหลังลูกตาได้ชัดเจน (รูปที่ ๓).  
 แล้วค่อย ๆ เลาะเอาเนื้องอกทางหลังลูก  
 ตาออก.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย, คู่, อายุ ๔๗ ปี,  
 อยู่ที่ชลบุรี. วัณโรคเมื่อ ๒๒ พ.ย. ๒๔๕๘  
 (ล.ท. ๖๖ ๕๑๒.๕๘, ล.น. ๑๗ ๕๑๕.  
 ๕๘). ก่อนป่วยคราวนี้ไม่เคยป่วยเจ็บ  
 เกี่ยวกับตานอกจากมีตาแดงในบางครั้ง,  
 ซึ่งหายไปภายใน ๑ หรือ ๒ วัน.



รูปที่ ๒



รูปที่ ๓



สามปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึก  
 ตามืดทางซ้ายข้างเดียว. ไม่ปวดตา. ตา  
 ไม่แดง. ใส่น้ำตาไม่ดีขึ้น. ต่อมาผู้ป่วย  
 สังเกตว่าตาไปนออกมาเล็กน้อย. แต่ยังไม่  
 มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด. สายตา  
 ข้างนั้นเลี้ยวมากขึ้น. เห็นเพียงแต่สว่าง  
 หรือมืด.

การตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจทาง  
ห้องทดลองไม่พบความผิดปกติ. ผู้ป่วย  
เป็นคนแข็งแรง. ปฏิกริยาการหันลบ.

การตรวจทางจักษุวิทยา ทาชาวยาปกติ,  
สายตา ๖/๑๒, ความดัน ๒๕ มม. ปรอท.  
ตาซ้ายไปนออกมาเกินกว่าตาขวา ๑ ซม.,  
กลอกได้ค้; คือจริงที่ว่า, สะเคลอว่า  
และคอรีเนียเป็นปกติ; ห้องหน้าของลูก  
ตาปกติ; ม่านตา, รูม่านตาและแก้วตา  
ปกติ, สายตาร้เพียงแสงสว่าง. ตรวจกัน  
ลูกตา (พื้นที่) พบข้อปกติอะโทรฟิซนิก  
เซตันคาร์วี่. ความดันภายในลูกตา ๖๐  
มม. ปรอท.

ตรวจเข้าตาด้วยรังสี, ไม่พบการทำ  
ลายของกระจก.

ได้รักษาโดยการผ่าตัด, โดยเจาะเข้า  
ตาทางด้านข้าง. พบว่าหลังลูกตามีก่อน  
เนอมีดงหุ้ม, ขนาด 2 X 3 X 1 ซม.  
มองไม่เห็นประสาทข้อปกติ. เวลาถกต้อง  
กอนเนอเล็ดออกมาก. ไซ้เข็มคดสิ่งท  
อยู่ข้างในออกมาได้เป็นเล็ด. กอนนยบลง  
เล็ดน้อย. ึ่งก้งด่างกล้ามเนอเร็คตัสอัน  
ข้าง, แล้วค่อย ๆ เาะเอากอนเนอออก.  
หลังผ่าตัดแล้วตาหายไป. เมื่อกนไซ้รู้

สึกตัวได้สั่งให้กลอกตา. ปรากฏว่ากลอก  
ได้ค้.

ผลการตรวจเนอทางพยาธิวิทยาสนับ  
สนนการวินิจฉัยว่าเป็นอีแมงจิโอม่า. กอน  
เนอมีลักษณะนุ่ม, เป็นโพรงข้างใน, เนอ  
ยู่, สีแดงเข้มปนเทา. ตรวจทางจุลทัศน์  
พบลักษณะเป็นหลอกเล็ดฝอยผนังบางฝ่ง  
อยู่ในอะโทรมา่าเป็นเนออีคเสริมห่าง ๆ.  
หลอกเล็ดคมีเล็ดค้งพอง. ผนังบางเป็น  
เซลล์เอ็นโคธิเลียมบาง ๆ ชั้นเดียว. มี  
เนออีคเสริมงอกมากเกินปกติเป็นแห่ง ๆ,  
พร้อมทั้งมีเล็ดคออกและลิมเล็ดค.

ผลของการรักษา ผลหายเร็วขร้อย  
ค้. ตาซ้ายกลับเข้าระกบเท่ากับตาขวา.  
ความรูสึกของคอรีเนียเป็นปกติ. ความ  
ดันในลูกตา ๒๕ มม. ปรอท. สายตาค้ขึ้น  
จากเพียงเห็นแสงสว่างเป็นเห็นมือเคลื่อนไหว  
ไหวได้ค้ตั้งแต่ ๓ วันหลังผ่าตัด และค้ขึ้น  
เป็นลำดับ. ในวันที่ ๒๓ หลังผ่าตัดตา  
ซ้ายเป็นปกติ, มีสายตา ๔/๓๖, ลักษณะ  
กันลูกตาค้ขึ้นกว่าเดิม, ข้อปกติค้ค้ชค  
ไม่มาก, ค้กว่าเก่ามาก. การเคลื่อนไหว  
ของตาปกติ. ลานสายตาซ้ายกว้างเกือ  
เท่ากับปกติ.

## สรุป

๑. รายงานผู้ช่วย ๑ รายเป็นชั้นแมงจิ  
โอม่าหลังลูกตา, รักษาโดยผ่าตัดตาม  
วิธีของเควินไลน์, โดยวิธีผ่าเข้าทางคัน  
ข้างของเข้าตา.
๒. ภายหลังผ่าตัดผู้ช่วยหายดี, นัยน์  
ตาดกลับเข้าระเคียบปกติ, สายตาคิดขึ้นมาก.
๓. กันลูกตา (พันกั๊ส) คิดขึ้นกว่า  
เดิมมาก.
๔. ลานสายตางว้างเกือบเท่าปกติ.

## เอกสาร

- (1) W.L. Benedict : J.A.M.A. 126 :  
880-884, 1944.
- (2) W.L. Benedict : Am. J. Ophth.  
32 : 763-773, 1949.
- (3) A.B. Reese. : Tumors of the Eye  
(New York, Paul B. Hoeber, 1951).

(4) R.E. Teitgen, and W.L. Benedict :  
Am. J. Ophth. 34 : 94, 1951.

(5) M. Jerusalem Helfman : 17th In-  
ternational Congress Conference of Oph-  
thalmology, N.Y. 1954.

(6) W.L. Benedict : Diseases of the  
Orbit, Am. J. Ophth. 33 : 1-10. 1950.

(7) H.A. Joy, A. Ecker, P.A. Reimen-  
schneider : Am. J. Ophth. 37 : 55-68, 1954.

(8) E.C. Albers, V.R. Tokar : Am. J.  
Ophth. 36 : 770-975, 1954.

(9) W.L. Benedict : J.A.M.A. 126 :  
880, 1944.

(10) J.G. Love, W.L. Benedict : J.A.  
M.A. 128 : 857-858, 1949.

(11) H. Naffziger : Am. J. Ophth. 32:  
857-858, 1949.

(12) J.G. Love, H.W. Dodge, Jr. :  
A.M.A. Arch. of Surg. 61 : 370-380, 1953.

(13) W.L. Benedict : Surg., Gynec., &  
Obst. 58 : 383-389, 1934.

(14) H. Arruga : Textbook of Ocular  
Surgery, p. 848 (New York, McGraw-Hill,  
1952).

(15) R.N. Berke : A.M.A. Arch. of  
Ophth. 51 : 609-632, 1954.

## โปรดทวงถาม

ท่านผู้ส่งข้อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดทวงถาม  
ก็ขอร้องแผนกจัดการของสารศิริราช.

(Summary of the preceding Report)

RETROBULBAR HAEMANGIOMA REMOVED BY LATERAL ORBITOTOMY

A Case Report

Samran Wangsbha  
M.B., C. Oph., C. Oto. (Harvard)

and

Phiew Limpapayom  
M.B.

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

A Thai woman of 47 sought treatment for progressive failing sight of the left eye of three years' duration. There was no pain nor other complaints except a slight prominence of the affected eye. On admission the left eye was protruding about 1 cm. beyond the other eye, which was essentially normal. The affected eye was capable only of light perception; secondary optic atrophy was detected, and the intra-ocular tension was 60 mm. Hg. The case was diagnosed as retrobulbar neoplasm, probably haemangioma, and

lateral orbitotomy by modified Kroenlein's technic was performed. A soft encapsulated mass was found, bleeding easily on contact and yielding blood on aspiration. It could be easily dissected off en masse. The exophthalmos was at once relieved. Eye movements were normal. Pathological examination of the specimen confirmed the diagnosis of haemangioma. The patient's recovery was uneventful, and there was no serious disfigurement. The authors are convinced of the advantages of lateral orbitotomy.

(Four figures. Fifteen references.)

3

# สถิติผู้ป่วยที่ตาเสียเนื่องจากอุบัติเหตุ

ที่รับไว้รักษาในแผนกจักษุวิทยา ฯ

พ.ศ. ๒๔๕๔ ถึง ๒๔๕๗

ประเจียด บุนนาค

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยาฯ)

นัยน์ตาเป็นอวัยวะที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์และสัตว์, ขบวนการที่สร้างอวัยวะนี้ไว้ในโพรงกระดูกเพื่อยกขึ้นการกระทบกระเทือนจากภายนอก. อันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่นัยน์ตาก็เกิดได้จากทางเดียวเท่านั้น, คือทางค่าน้ำ. ทางค่าน้ำนั้นกระดูกปกปิดไว้หมด. นอกจากนั้นยังมีไขมันนุ่ม ๆ หุ้มห่ออยู่รอบ ๆ ลูกตาค้วย, เป็นประหนึ่งนมสำหรับข้อมันการกระทบกระเทือน. ประสาทข้อปิดที่มาเลี้ยงลูกตามีทางเดินเป็นรูปอักษร S, ซึ่งช่วยให้ลูกตาเคลื่อนไหวได้สะดวกและแม้ตาถูกกระทบกระเทือนโดยแรงก็ไม่มีการหลุดหรือการฉีกขาด. อีกอย่างหนึ่งยังมี "เช็กลิกาเมนต์" (check ligament) ซึ่งทำให้ลูกตาวางอยู่ได้โดยไม่ต้องวางบนกระดูก. ดังนั้นอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดแก่

ตาจึงมีได้ยากมาก.

แต่ถึงกระนั้นก็ตาม, โดยที่เราใช้ตามากเกี่ยวกับการทำงานและเพื่อความสำราญต่าง ๆ, อันตรายที่เกิดขึ้นก็มีโอกาสมาก. ตามสถิติของโรงงานแห่งหนึ่งปรากฏว่าอันตรายที่เกิดขึ้นแก่ตามีมากกว่าอันตรายที่เกิดแก่แขนและขาารวมกันเสียอีก.<sup>(1)</sup>

สำหรับเมืองไทยอันตรายต่อนัยน์ตานี้ว่ามีมาก. ในอนาคตเมื่อการอุตสาหกรรมเจริญขึ้น, อันตรายแก่ตาเนื่องจากอุบัติเหตุก็จะมากขึ้นตามส่วน. โดยที่ขณะนี้เมืองไทยเป็นเมืองเกษตรกรรมอันตรายที่เกิดขึ้นแก่ตามักเกี่ยวข้องกับงานในสวนหรือนา. คนไข้ที่มาโรงพยาบาลในเรือนั้นมักมาเป็นฤดู ๆ, เช่นในฤดูเก็บเกี่ยวก็มีคนไข้ตาเจ็บเนื่องจากฟางข้าวบาดหรือแทงตา

จำนวนมาก. อันตรายที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงนัก. แต่จำนวนผู้ช่วยที่เสียต่าเนื่องจากเหตุนี้ มีเป็นจำนวนมากเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการ. หลงรักษาเองโดยใช้ยากกลางบ้าน ย่าง, น้ำมันคัวย่าง, จนตาเสียมองไม่เห็น แล้วจึงมาโรงพยาบาล, ซึ่งก็สายเกินไปเสียแล้ว.

จากสถิติของแผนกจักษุวิทยา ฯ ทั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๔ ถึง ๒๔๕๗, เฉพาะที่รับไว้รักษาเท่านั้น, อันตรายที่เกิดขึ้นถึง ๔๕๕ ราย.

สำหรับสาเหตุแห่งอันตราย, ตามตารางที่ ๑, การถูกไม้ตำมีถึง ๓๑ ๒๕., ซึ่งนับเป็นเหตุบ่อยที่สุด. เหตุอาจเกิดขึ้นโดยการตัดไม้หรือผ่าฟัน, แล้วเศษไม้กระเด็นเข้าตา, หรือเค็กเล่นกัน, ใช้ไม้แทนคานรบกันแล้วปลายไม้แทงตา. พวกถูกไม้แทงนี้โดยมากอาการสาหัส, มักมีลูกตาแตก, ตาค้ำแตกและม่านตาหลุดออกมา, และมีเลือดออกในลูกตา (ซี-พีม่า).

สาเหตุที่รองลงมาพบในพวกชาวนา, ได้แก่ ฟางข้าวแทงตาหรือฟาดตา, ซึ่งมีราว ๑๑ ๒๕. พวกนี้อันตรายน้อยกว่าที่ถูกไม้ตำ, เช่นเพียงเป็นแผลที่ค้ำ. แต่

กว่าผู้ช่วย จะมาหาเราโรคลูกตามจนถึงมีหนองในลูกตา (ซีไปซีอิน) หรือเป็นหนองทั้งลูกตา (แพนออฟริสไมทิส) เสียแล้ว.

การถูกระเบิด, มีด, หรือเหล็กแทงมีจำนวนมากเหมือนกัน, คือ ๑๖ ๒๕. ทั้งนี้เกิดจากความเลินเล่อหรือความประมาท, เช่นตอกตะปูแล้วตะปูกระเด็นเข้าตา, หรือเนื่องจากการวิวาทกัน. พวกนี้โดยมากเมื่อมาหาเราลูกตาแตกใช้การไม่ได้เลย, จำเป็นต้องควักตาออก.

อันตรายที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งเกิดจากการเล่นที่ขาดความระมัดระวัง, เช่นยิงหนังสติ๊กหรือคัสกชนไก่. เมื่อตาถูกระเบิดโดยแรงทำให้มีเลือดออกในลูกตาได้. สาเหตุนี้พบราว ๗ ๒๕.

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุย่อย ๆ ตามตารางที่กล่าวแล้ว.

จากตารางที่ ๒ เห็นว่าผู้ใหญ่ชายได้รับอันตรายที่ตามากกว่าผู้หญิงและเด็ก. ทั้งนี้เพราะผู้ชายต้องทำงานกลางแจ้งมาก. แม้แต่การทะเลาะวิวาท, ชกต่อยหรือทำร้ายร่างกายกันก็มีมากกว่าผู้หญิง. เด็กชายเกิดอันตรายมากกว่าเด็กหญิงถึง ๒ เท่า. ทั้งนี้เพราะเด็กผู้ชายชนกว่า

เด็กผู้หญิงนั่นเอง.

จากตารางที่ ๓, เกี่ยวกับอายุ, เห็นว่า เด็กอายุ ๑ ถึง ๑๐ ปีมีจำนวนมากที่สุด. ทั้งนี้เนื่องจากเด็กขาดความระมัดระวังขณะ เล่น. อายุระหว่าง ๑๐ ถึง ๒๐ ปีมีมาก เป็นที่ ๒, และอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไปมี จำนวนมากเป็นที่ ๓, มากกว่าอายุ ๒๐ ถึง ๕๐ ปี. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนอายุมาก มีความหลงลืมและตามีควมวอกอยู่ก่อนแล้ว จึงมองไม่เห็นอันตรายที่อยู่ข้างหน้า.

ตารางที่ ๔ แสดงผลของการรักษา. สถิติสำหรับ ๔ ปีมีผู้ป่วยที่รับไว้ทั้งหมด ๔๕๕ ราย. รักษาหาย ๒๕๒ ราย (๕๕.๐๑ ปช.), และตาเสียใช้การไม่ได้ ๒๐๓ ราย (๔๕.๐๘ ปช.). ในพวกหลัง

นี้ต้องควักตาทิ้งเป็นจำนวนถึง ๑๐๖ ราย (๒๒.๖๖ ปช. ของทั้งหมด), และไม่ได้ ควัก ๑๐๑ ราย (๒๓.๓๓ ปช.).

จากสถิติที่ได้นำเสนอขึ้นเห็นได้ว่าใน หนึ่ง ๆ อันตรายที่เกิดขึ้นกับคนมีไม่บ่อย เลย. ข้อที่ควรปฏิบัติก็คือแนะนำผู้ช่วยทุกรายที่ได้รับอุบัติเหตุหรืออันตรายทางตา แม้จะเล็กน้อยให้รีบไปหาแพทย์โดยด่วน จะได้รับการรักษาทันที่เพื่อจะรักษาสาย ตาและลูกตาไว้. อุบัติเหตุทางตาทุกรายถือเป็นรายด่วนและการรักษาก็ควรพยายาม ทุกทางที่จะสงวนลูกตาและสายตาไว้. เมื่อมีเหตุสุวิสัยที่จะสงวนไว้ไม่ได้เราก็ จำเป็นต้องควักตาออก.

#### ตารางที่ ๑. สาเหตุ

จำนวนผู้ช่วยทั้งหมด ๔๕๕ คน	
ถูกไม้แทง	๓๑ ปช.
ไขหญา, ไขข้าวแทง	๑๑ ปช.
ตะปู, มีด, เหล็ก	๑๖ ปช.
ถูกลูกชนไก่, หนังสติ๊ก	๗ ปช.
ถูกชก	๖ ปช.
นกและไก่จิก	๗ ปช.
ถูกลูกปืนและแก๊สปืน	๕ ปช.
อื่น ๆ	๑๗ ปช.

ประเจียด บุนนาค

ตารางที่ ๒. จำนวนผู้บวชในเวลา ๔ ปี

พ.ศ.	จำนวน	ชาย	หญิง	เด็กชาย	เด็กหญิง
๒๔๙๔	๑๑๕ ราย	๖๖	๒๙	๑๔	๖
๒๔๙๕	๑๐๖ ราย	๖๑	๑๖	๒๒	๖
๒๔๙๖	๑๑๗ ราย	๔๘	๒๕	๒๕	๑๙
๒๔๙๗	๑๒๑ ราย	๕๒	๒๔	๓๓	๑๒
รวม ๔ ปี	๔๕๙ ราย	๒๒๗	๙๔	๙๔	๔๔

ตารางที่ ๓. อายุ

อายุ	พ.ศ. ๒๔๙๔	พ.ศ. ๒๔๙๕	พ.ศ. ๒๔๙๖	พ.ศ. ๒๔๙๗	รวม ๔ ปี
๑-๑๐ ปี	๑๔	๑๙	๓๒	๒๙	๙๕
๑๐-๒๐ ปี	๒๐	๒๕	๒๓	๒๖	๙๔
๒๐-๓๐ ปี	๑๖	๑๕	๑๙	๑๙	๖๙
๓๐-๔๐ ปี	๒๒	๑๕	๑๒	๑๒	๖๑
๔๐-๕๐ ปี	๑๘	๑๕	๑๓	๑๒	๕๘
๕๐ ปีขึ้นไป	๒๑	๑๘	๑๘	๒๓	๘๐

สารศรียราช  
ตารางที่ ๔. ผลการรักษา

พ.ศ.	จำนวน	หาย	ตาเสียใช้ไม่ได้	
			ควักตา	ไม่ได้ควัก
๒๔๕๔	๑๑๕	๕๓	๓๖	๒๖
๒๔๕๕	๑๐๖	๗๖	๒๒	๘
๒๔๕๖	๑๑๗	๕๕	๒๖	๓๒
๒๔๕๗	๑๒๑	๖๔	๒๒	๓๕
รวม	๔๕๙	๒๕๒ (๕๕.๐๑ ปช.)	๑๐๖ (๒๒.๖๖ ปช.)	๑๐๑ (๒๓.๓๓ ปช.)

เอกสาร

- (1) C. Berens : The Eye and Its Diseases, Saunders & Co. (Philadelphia) 1949.

(Summary of the fore-going Article)

## ACCIDENTAL EYE INJURIES

A Statistical Study

Prachiad Bunnag

M. B.

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

---

Between the years 1951 and 1954 there were 459 cases of accidental eye injuries admitted into our department. Flying wooden splinters were the most frequent causative agent, involving 31 per cent of cases and causing rupture of eye-ball or of cornea, with prolapse of iris or hyphema. The second most common cause was piercing of the eye-ball with sharp metallic objects, such as nails, knife-points or spikes (16 per cent of cases). In most cases enucleation was inevitable. Next in frequency came piercing or slashing of the eye with rice straw, happening mostly to farmers during the harvesting season (11 per cent of cases). The original injury was usually slight, such as corneal ulcer; but by the time of hospitalisation hypopyon or panophthalmitis had already

developed. An important group of trauma occurred during play or games, due to flying missiles, shuttlecocks, and so on, resulting in intra-ocular hemorrhage (7 per cent of cases). Other causes included boxing, pecking and toy-gun accidents. The male sex was affected more than twice as often as the female. There were 227 men against 94 women, and 94 boys against 44 girls. The very young and very old appeared to be more affected than other age groups. There were 96 cases in the first decade, 95 in the second, 69 in the third, 61 in the fourth, 58 in the fifth, and 80 thereafter. Of the 459 cases, 45 per cent could be saved (252 cases); enucleation was necessary in 22.6 per cent (106 cases).

(One reference)

G

---

# ยาชาและยาบางอย่าง ที่เกี่ยวข้องในทางศัลยกรรมจักษุ

ประเสริฐ ทุมวิภาต

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

การผ่าตัดที่เกี่ยวกับลูกตามีประวัติว่าได้ทำกันมากกว่าสามพันปี. การค้นพบยาชาและยาชาทำให้ต้องแย่งความเจริญก้าวหน้าในทางศัลยกรรมส่วนนี้ ออกเป็น ๓ ระยะ, คือระยะก่อนพบยาชา, ระยะก่อนพบยาชาสำหรับตา, และระยะต่อมาจนถึงปัจจุบัน.

เมื่อเชอร์รี่ได้ถูกค้นพบโดย Valerius Cordus ใน ค.ศ. ๑๕๔๖, และนำมาใช้เป็นประโยชน์ในเวลา ๓๐๐ ปีต่อมาโดย Long และ Morton, และ โจนส์ โรฟอรัมได้ถูกสังเคราะห์ขึ้นโดย Guthrie ในปี ค.ศ. ๑๘๓๑ และนำมาใช้โดย Sir J. Y. Simpson ในเวลาใกล้ ๆ กันต่อมา, แต่ยาทั้งสองนี้ไม่อาจนำมาใช้ประโยชน์ในการผ่าตัดตาได้. ยังต้องใช้วิธียาชาคือวิธีปลูกปลอกขี้ผึ้ง. ก่อนการผ่าตัดต้องให้ผู้ป่วยอดข้าวและน้ำ

๓ วัน. ในห้องผ่าตัดต้องเผาเครื่องหอมและทำเสียงสวดอันวอนต่าง ๆ, ไข้เหล็กแหลมเผาไฟนำลงไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายให้ผู้ป่วยเจ็บจนหมดสติ, แล้วการผ่าตัดจึงเริ่มขึ้น.

หากให้ดมยาชาผู้ป่วยก็มักตื่นรนโวยวาย, ลูกตาสายไปสายมา, หรือไม่ก็หลับจนไม่ตื่น. การทึดเชอร์รี่ในลูกตาก็เกิดง่าย, เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาเจียนออกมา.

การพบยาชาและนำมาใช้ ในการหยอดตาเป็นการก้าวหน้าที่สำคัญ. Carl Koller (1857-1954) เป็นผู้เสนอรายงาน การใช้ โคเคน เป็นยาชาต่อสภาการแพทย์เมืองไฮเคิลเชอรัทในปี ค.ศ. ๑๘๘๔, ทำให้การผ่าตัดทางตาง่ายขึ้นมาก. แต่ถึงกระนั้นการใช้ยาในระยะต่อมาก็คงพบว่าเมื่อมีการดูดซึมเข้าไปก็ เป็นพิษ,

ทำให้ผู้ช่วยมีอาการกระสับกระส่าย, ซึ่พรวเร็ว, และถ้ามากก็อาจจะถึงแก่กรรม.

Einhorn (1904) เป็นผู้พบโนโวเคน (โปรเคนชัยโครมลอไรท์) ซึ่งมีพิษน้อยกว่าโคเคน, และมีประโยชน์อย่างมากในการฉีกเข้าส่วนหลังลูกตาทำให้สามารถผ่าตัดในเข่าตาได้. ยานี้ใช้ได้กว้างขวางไม่เฉพาะแต่ทางศัลยกรรมจักษุเท่านั้น.

ต่อมาได้มีการสังเคราะห์ตัวยาใหม่ ๆ ขึ้นอีกหลายขนาน. ยาชาขนานหนึ่งซึ่งนิยมใช้มากในการหยอดตา ได้แก่ แพนโทเคน (หรือพอนโทเคน, เพอร์เคน), ซึ่งยังใช้แพร่หลายอยู่แม้ในปัจจุบัน.

ยาสกัดจากยางน่อง, หรือคิวราเว, ที่ใช้ฉีกเข้าร่างกายมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายของร่างกาย, โดยเฉพาะของลูกตา, หยุดทำงาน, โดยการออกฤทธิ์ที่ปลายประสาทของกล้ามเนื้อ, ทำให้การผ่าตัดสะดวกยิ่งขึ้น, เพียงนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และได้ผลดี. หากใช้ในขนาดที่พอเหมาะ ยานี้ไม่ทำให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด.

การก้าวหน้าสุดท้ายคือการให้ยาและการใช้ความเป็นลคอุดรภูมิของร่างกายช่วยในการผ่าตัดซึ่งเป็นงานของ Laborit,

ทำให้ศัลยกรรมจักษุมาถึงขั้นสมบูรณ์ในปัจจุบัน.

ต่อไปนี้จะได้เสนอการใช้ยาบางขนานซึ่งแผนกจักษุวิทยา ใช้ในการผ่าตัดที่ก่อกระเจก, โคโยอาศัยประสิทธิภาพในผู้ช่วยประมาณหกสิบราย.

(๑) การใช้ยาเพิ่มความแรงของยา  
สำหรับยาที่ใช้เป็นเฉพาะที่ทำได้ง่ายและราคาพอสมควร.

(๑) เน็มบิทัล (โซเดียม เอธิลดีเมธิลซิวติล บาร์บิทเรท) เป็นยานอนหลับในกลุ่มกรทบาร์บิทูริก, ซึ่งค้นพบโดย Nebelthau (1898). เน็มบิทัลเป็นเกลือโซเดียม, ละลายน้ำได้ดี, ออกฤทธิ์เร็วเนื่องจากการละลายรวดเร็วในร่างกาย.

ขนาดใช้ ๑ เม็ด (๐.๒ ก.) ก่อนเข้านอน.

(๒) เบ็ลเลอรักาล ประกอบด้วย เออร์โกตามีนคาร์เตรท ๐.๓ มก., เบ็ลลาโพลีน ๐.๑ มก. และฟีนบาร์บิโตน ๒๐ มก. เออร์โกตามีนมีคุณสมบัติต่อต้านการกระตุ้นระบบประสาทซิมพะเจติก และฤทธิ์ของแอดรีนาลีน. เบ็ลลาโพลีน

มีคุณสมบัติทำให้ระคายประสาทพาราซิม-  
พาเจติกหยุดทำงาน. ส่วนพีโนบาร์บิโตน  
เป็นยาอยู่ในกลุ่มบาร์บิเตรท.

ขนาดใช้ ๑ เม็ด (๒๐ มก.) ก่อนนอน  
และอีก ๑ เม็ดก่อนการผ่าตัด ๓ ชั่วโมง.

(๓) ฟิเนอร์แกน (โปรเมธาซีนฮัย-  
โคโรลโลโรค) เป็นยาแอนติฮิสตามีนค  
อย่างแรง, และออกฤทธิ์ร่วมกับควิราเร,  
เป็นยานอนหลับอย่างแรง, และทำให้  
หลอดเล็กผ่อนคลายมีเปอร์มีอิลิเคียน้อยลง.  
ขนาดใช้ ๑ เม็ด (๕ มก.) ก่อนผ่าตัด  
๓ ชั่วโมง.

(๔) ลาร์แกคคิล (มัลทอร์โปรมา-  
ซีน ฮัยโคโรลโลโรค) ออกฤทธิ์ต่อระบบ  
ประสาทซอมโตโนมิกและประสาทกลางใน  
ทางตรงข้ามกับแอดรีนาลีน, และมีฤทธิ์  
แอนติฮิสตามีนด้วย.

ขนาดใช้ ๑ เม็ด (๒๕ มก.) ก่อน  
ผ่าตัด ๒ ชั่วโมง.

## (๒) การหยอดยาชาที่ตา ก่อนผ่าตัด

น้ำละลายแพนโทเคน ๑ ปร. หยอด  
ในช่องหนังตาทุก ๕ นาที ก่อนการผ่าตัด  
ครึ่งชั่วโมง, ผสมแอดรีนาลีน (๑ ใน  
๑,๐๐๐) หยอด ๑ หรือ ๒ ครั้งเมื่อมี

เลือดมาหล่อเลี้ยงที่ตามาก. ให้ผู้ป่วยบีบ  
ตาที่กระจกตา (คอร์เนีย) แห้ง.

## (๓) การฉีดยาชาเข้าหลังลูกตาและ การทำให้หนังตาชา

ใช้โนโวเคนละลาย ๒ ปร. จำนวน  
๑ ล.ซม.ปนกับแอดรีนาลีน (1: 1000)  
๑ หยด. ใช้เข็มยาว ๓  $\frac{๑}{๒}$  ซม. แทงเข็ม  
ตรงบริเวณหนังตาล่างซีกขอบกระดูก, ห่าง  
จากมุมตาด้านนอกประมาณ ๑/๒ ซม.  
ที่มลงในเส้นตึงตรงขนานกับขอบกระดูก  
ผ่านเข้าหลังลูกตา. ก่อนปล่อยยาควรลอง  
ดูดก่อนเพื่อกันเลือดออกหลังลูกตา.

สำหรับทำให้หนังตาชาใช้เข็มยาว ๑  
๑/๒ ซม. ฉีดเข้าผิวหนังตาระดับเห็นอ  
แผ่นเปลือกตา (ทาร์ซัล เฟลค) และแทง  
ลึกลงไปอีกเล็กน้อย. สำหรับหนังตาล่าง  
ก็ทำนองเดียวกัน.

การทำให้กล้ามเนื้อขมับตา (ออร์บิควิ-  
ลาริสโอคูลี) ชา, ต้องฉีดยาชาขอบประ  
สาทที่ ๗. ใช้เข็มเล็กยาว ๓ ซม. ยาชา  
เคม. ฉีดเข้าใต้วงหน้ระดับ ๑ นิ้วใต้ก  
อย่างหุ. ฟุ้งปลายเข็มเข้าทางตา. กดเข็ม  
ให้ลึกถึงกระดูก.

(๔) การให้ยาจำพวกคิวราเร่

Bernard (1865) ได้รายงานการให้คิวราเร่ทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อลายของร่างกายโดยการออกฤทธิ์ที่ปลายประสาทต่อกล้ามเนื้อ. ต่อมาทราบว่ายานทำให้การทำงานของอะเซทิลโคลีนเสียไปด้วย. Griffith และ Johnson (1942) เป็นผู้ทดลองให้คิวราเร่ครั้งแรกสำหรับช่วยในการให้ยาสลบ. สารสกัดจากคิวราเร่ที่ฉีดเข้าร่างกายมีมากกว่า ๒ ชนิด และได้ตั้งมาตรฐานให้เป็น ๑ หน่วยของคิวราเร่มีค่าเท่ากับจำนวน ๐.๑๕ มก. ของผลิตภัณฑ์ของ คี-ทิวไบคิวราเร่ชนิดใดก็ได้ที่เพิ่มตายัยแทรก.

ขนาดที่ใช้ฉีดเข้าร่างกายมีใช้แตกต่างกัน. Drucker, Agarwal และ Mathur (1952) มีความเห็นว่าเพศ, อายุ และน้ำหนักของแต่ละบุคคลไม่เกี่ยวข้องกันกับจำนวนยาที่ให้. ส่วน Roche (1950) กำหนดขนาดยาไว้คือ ๑/๒ หน่วยต่อน้ำหนัก ๑ ปอนด์ของร่างกาย. ในแผนกจักษุวิทยา ขนาดยาที่ใช้อยู่ระหว่าง ๓ มก. หรือ ๒๐ หน่วย, ถึง ๗ มก. หรือ ๔๗ หน่วย. ได้ผลเป็นที่พอใจ. ขนาดที่สูงกว่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอึดอัด

และหายใจไม่สะดวก. ในกว่าหกสิบรายที่ใช้, มีรายเดียวที่ทำให้ถึง ๗ มก.

การฉีก, ใช้หลอดเลือกคำที่แขนพับ. ยาระออกฤทธิ์มากที่สุดภายใน ๕ นาทีและอยู่นาน ๓๐ นาที. ในตอนเริ่มแรกใช้กินยาเข้าไป ๒๐ หน่วยหมดภายใน ๑ นาที, และต่อไปฉีด ๑๐ หน่วยทุก ๑/๒ นาทีจนได้ผล.

ผลของการให้ยาชาตามแบบสมัยใหม่นี้, ในบ้านผู้ป่วย, บางรายไม่รู้สึกรู้สึกระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดใหม่ ๆ. ต่อเมื่อคนไข้จึงทราบว่าผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว. ผู้ป่วยทุกรายไม่มีความรู้สึกเจ็บเลย, แม้ว่าการผ่าตัดจะนานกว่าที่เคยกระทำแต่ก่อน.

ในบ้านศัลยกรรม, ลูกตาที่อยู่หนึ่งไม่กลอกไปกลอกมาทำให้สะดวกแก่การผ่าตัดเป็นอันมาก. แต่เดิมนั้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับความเจ็บปวดก็อดเหลืออกตาไปมาไม่ได้, เนื่องจากความตึงต้าย, ความกลัวบ้าง. บางรายถึงแม้ว่าให้ยาชาหลังลูกตาแล้วแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะสงบวิ้ง ๆ ก็อาจจะใช้เสียงช่วยสั่งอีกได้.

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีน้อยลง, เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความตึงต้ายต่อการผ่าตัด

ค.ก. การกระทบกระเทือนเนื่องด้วยการกระทำของผู้ช่วยกันน้อยลง. ศัลยแพทย์มีโอกาทำงานได้โดยไม่ต้องออกคำสั่งให้ปฏิบัติตาม, ซึ่งแต่เดิมผู้ช่วยในขณะผ่าตัดส่วนมากมักค้นค้นตกใจจนล้มข้อปฏิบัติที่เคยสอนไว้.

## สรุป

ไต่กล่าวถึงภาษาที่นำมาใช้ในศัลยกรรมทางจักษุเพื่อให้ได้ผลสมบูรณ์ทั้งในบ้านผู้ป่วยและศัลยแพทย์. การให้ยาในสมัยหลังสุดมีผลดีเนื่องจากสามารถหลีกเลี่ยงความยากลำบากเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและทำให้ศัลยแพทย์ทำงานได้เต็มที่ด้วย.

ผู้เขียนขอขอบคุณอาจารย์ น.พ. แดง กาญจนารัตน์ ที่ได้ให้ความรู้ในการเขียนเรื่องนี้.

## เอกสาร

1. D.B. Kirby : Surgery of Cataract (Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1950).
2. Seymour Philips : Ophthalmic Operations (London, Bailliere Tindall & Cox, 1950).
3. A.J. Clark: Applied Pharmacology (London, J.A. Churchill Ltd., 1940).
4. Douglas Guthrie : A History of Medicine (London, Thomas Nelson and Son Ltd, 1946).
5. D.B. Kirby : Arch. Ophth, April, 1950, pp. 678-693.
6. L.D. Agarwal : Brit. J. Ophth., September, 1953, pp. 558-560.
7. J. M. Barraquer : J. Internat. Coll. of Surg. 23 : 810, 1955.

---

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

## บทบรรณาธิการ

### คนหลับ, ตาไม่หลับ

การหลับตาเป็นเครื่องหมายของความสงบ. ถ้าคนนอนตาปิดมีคิซิก, ถือว่านอนหลับสนิท. ถ้าตาปิดไม่มีคิ, ถือว่าหลับไม่สนิท. คนที่ระมัดระวังมีใครระลึกถึงความจริงว่าเวลาที่ตาหลับนั้นกล้ามเนื้อหุบตา (ออรับคิวลาวิส โอคิวลัส) ต้องทำงาน, คือต้องหดตัวรูดให้หนังตาปิด. ถ้ากล้ามเนื้อหุบตาหดรูด, กล้ามเนื้อเบิกตา (เลวาเตอร์บัลเบแตร) จะดึงให้ตาเปิด. เพราะฉะนั้นกล้ามเนื้อหุบตาจึงเป็นอวัยวะหนึ่งในจำพวกที่ไม่ได้หยุดงานตลอดชีวิตของคน, เพราะในเวลาตื่นมันก็ต้องทำหน้าที่กระพริบตาอยู่เสมอ ๆ. จากข้อความสนใจย่อมนั้นเลยไปถึงกล้ามเนื้ออกตอกตาต่าง ๆ ว่ามันทำงานในระหว่างหลับด้วยหรือเปล่า. ได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าศูนย์ของประสาทโอคิวโลโมเตอร์อยู่ใกล้ซีกกับแนวทางของใยประสาทที่โยง "ศูนย์คน" กับส่วนอื่นๆ ของสมอง,<sup>(1)</sup> ซึ่งชวนให้เข้าใจถึงความ

สัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างการหลับ - คือการหยุดทำงานของศูนย์คน - กับการทำงานของกล้ามเนื้อที่หล่อเลี้ยงโดยประสาทกลุ่มนั้น. ในคำรากล่าวว่าเวลาที่คนนอนหลับนั้นยื่นตาเหลือกแหงนขึ้นข้างบนและหันออกไปข้าง ๆ. แต่ก็ได้มีผู้อ้างข้อสังเกตว่านัยน์ตามีได้ขยับนิ่งในเวลาอนหลับ, หากแต่เคลื่อนไหวน้อยลงๆ เมื่อหลับสนิทมากขึ้น. อย่างไรก็ตามข้อสังเกตดังกล่าวนี้ยังไม่เป็นที่เชื่อถือได้นักว่าตรงกับความเป็นจริงโดยธรรมชาติ, เพราะได้กระทำโดยการเขี่ยตาขึ้นระหว่างที่คนกำลังนอนหลับหรือคาดคะเนเอาจากการเคลื่อนไหวที่เห็นอยู่ใต้หนังตาโดยมิได้เขี่ยขึ้น.

ความรู้ใหม่ที่สรุปในเรื่องนี้ได้จากรายงานของ Aserinsky และ Kleitman<sup>(2)</sup> แห่งแผนกสรีรวิทยา, มหาวิทยาลัยชิคาโก, ผู้ได้เสนอการทดลองที่ใช้วิธีทันสมัยและน่าเชื่อถือมากกว่าข้อสังเกตที่แล้วๆ

(1) S.W. Ranson and S.L. Clark: Anatomy of the Nervous System (Saunders, Philadelphia, 1947). (2) E. Aserinsky and N. Kleitman: J. Appl. Physiol. 1:1-10, 1955.

มา. เขาใช้ผู้ถูกทดลองรวม ๒๗ คน, เป็นเด็กอายุ ๑๐ ขวบ ๑ คน, หญิงผู้ใหญ่ ๒ คน, ชายผู้ใหญ่ ๒๔ คน. ทุกคนอยู่ในสภาพที่ปกติและสุขภาพดี. พวกทดลองปล่อยให้นอนอยู่ในห้องตามลำพัง, เขานอนตามเวลาที่เคยและได้รับคำสั่งเพียงให้นอนตามสบายจนกระทั่งตื่นในเวลาเช้ารุ่งขึ้น. ข้อสังเกตต่าง ๆ อาศัยเครื่องไฟฟ้าแทบทั้งหมด. สำหรับบอกให้ทราบการเคลื่อนไหวของลูกตาเขาใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์โทรโศปโลกราฟ (เรียกย่อ EOG) บันทึกศักย์ไฟฟ้าที่แตกต่างระหว่างกระจกตา (คอร์เนีย) กับจอตา (เรติน่า), โดยติดอิเล็กโทรดด้วยฝ้ายอย่างยึดยึดตรงขมขานกับขมขมตาล่างคู่หนึ่ง, สำหรับบอกการกลอกขึ้นและลง, และใกล้หัวตากับใกล้หางตาอีกคู่หนึ่ง, สำหรับบอกการกลอกทางข้าง ๆ. สำหรับช่วยบอกว่าผู้ถูกทดลองหลับหรือไม่, เขาใช้เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมอง (อิเล็กโทรเอนเซฟาโลกราฟ, EEG) บันทึกศักย์ไฟฟ้าจากอิเล็กโทรดที่ท้ายทอย, หน้าผาก, และห. เครื่องบันทึกนี้ช่วยให้ทราบได้ด้วยว่าผู้ถูกทดลองเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปล่า, โดยสังเกตจากการรบกวนบนภาพบันทึก.

บางครั้งได้จัดการบันทึกการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นพิเศษโดยต่อเครื่องบันทึกการสะท้อนเข้ากับสปริงของเตียง. นอกจากนี้ยังได้บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อิเล็กโทรคาร์ดิโอกราฟ) เพื่ออาศัยนับอัตราชีพจรและการเต้นของหัวใจ, และใช้บันทึกโมกราฟบันทึกการหายใจอีกด้วย. แต่เนื่องด้วยเครื่องบันทึกอย่างหลังนี้รบกวนการนอน, จึงใช้เพียงในการทดลองบางครั้งเท่านั้น.

เห็นได้ว่าการจัดทดลองแบบนี้ดีกว่าวิธีเปิดตาขึ้นหรือเข้าไปมองตาคอนที่กำลังนอนหลับเป็นอันมาก. ข้อสังเกตต่าง ๆ อาศัยเครื่องบันทึกที่นับว่าแม่นยำมากที่สุดเป็นเวลา, และการใช้ก็มีได้รบกวนผู้ถูกทดลองหรือชักขวางการนอนมากนัก. ผู้ทดลองไม่ได้เข้าไปในห้องนอนของผู้ถูกทดลองเลย, นอกจากสำหรับการทดลองพิเศษบางประการซึ่งเป็นเพียงส่วนน้อย. ดังนั้นผลของผู้ศึกษาทั้งสองนี้จึงน่าสนใจมากกว่าการสังเกตแต่ก่อน ๆ. จากการศึกษภาพบันทึกต่าง ๆ ประกอบกัน, เขาลงความเห็นว่าคุณนอนหลับนั้นนับว่ามีได้อยู่นิ่ง, แต่มีการเคลื่อนไหวอยู่เกือบตลอดเวลา. การเคลื่อนไหว

แบ่งได้เป็นสองชนิด, คือชนิดช้ากับชนิดเร็ว. ในชนิดแรกนั้นลูกตากลออกไปมาทางข้าง ๆ อย่างช้า ๆ, กินเวลาโดยละ ๓ ถึง ๔ วินาที. อาจจะมีข้อยถึง ๑๕ รอบก่อนาทีหรือมีน้อยเพียงไม่ถึง ๑ รอบก่อนาทีก็ได้. บางทีทั้งสองข้างมีการเคลื่อนไหวไม่เหมือนกัน. การเคลื่อนไหวของชนิดช้าเกิดขึ้นในตอนเริ่มหลับ, และเกิดพร้อมกับการกระตุกกระตักของร่างกายและตามหลังการกระตุกกระตักของร่างกายทุกครั้ง. ภายหลังการเคลื่อนไหวของร่างกายในระหว่างหลับทุกครั้งมีการเคลื่อนไหวของลูกตาก่อไปอีกประมาณ ๔ นาทีโดยเฉลี่ย. เมื่อคิดเฉลี่ยจากผลทั้งหมดก็ทดลองพบว่าระยะเวลาที่นอนตาอยู่เฉยจริง ๆ นั้นมีความยาวเพียง ๒๔ นาทีกับ ๕๕ วินาทีเท่านั้น. ผู้รายงานมีความเห็นว่าการเคลื่อนไหวช้า ๆ ของนัยน์ตานี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในความตึงตัวของกล้ามเนื้อร่างกาย.

การเคลื่อนไหวของลูกตาชนิดเร็วเกิดขึ้นเป็นคราว ๆ ในระหว่างการนอนหลับ. ในหนึ่งคืนอาจมีสอง, สามหรือสี่คราวก็ได้, แล้วแต่หลับนานเพียงใด. ในคราวหนึ่ง ๆ มีการเคลื่อนไหวของลูกตาอยู่นานประมาณ

๒๐ นาที. การเคลื่อนไหวชนิดนี้ต่างจากชนิดแรกโดยนัยน์ตากลกลับเข้ามาอย่างรวดเร็ว และโดยรวดเร็ว; การหมุนไปและกลับมารอบหนึ่ง ๆ กินเวลาเพียง ๑ วินาทีเท่านั้น; นัยน์ตาทั้งสองเคลื่อนไหวพร้อม ๆ กัน. การเคลื่อนไหวของลูกตาชนิดเร็วนี้มักเกิดพร้อมกับการกระตุกกระตักของร่างกาย. บางทีมีการขยับคอกของกล้ามเนื้อของหน้า, หรือแม้มีการเปล่งเสียงด้วย. ทุกครั้งหัวใจเต้นเร็วขึ้นและการหายใจเพิ่มมากขึ้น. คลื่นไฟฟ้าสมองแสดงว่ามีการทำงาน. ผู้รายงานได้ลองสอบถามผู้ถูกทดลองจำนวนหนึ่งดูในเวลาติดต่อกันที่เกิดการเคลื่อนไหวของลูกตาชนิดเร็วนี้. ทุกคนแจ้งว่าเขาได้ฝันไปในหนึ่งคืนที่ได้ยินเสียงเอะอะด้วยเจ้าตัวบอกว่าเขาได้ฝันร้ายแสบเกี่ยวกับที่เขาเคยฝันทุก ๆ คืนเมื่อนอนอยู่ที่บ้าน. ผู้รายงานลงความเห็นว่า การเคลื่อนไหวชนิดเร็วนี้เป็นผลของการฝัน, ถึงแม้ว่าบางคนตื่นมาแล้วจะจำไม่ได้ว่าฝันอย่างไรบ้างก็ตาม.

สำหรับการเคลื่อนไหวชนิดช้านี้ปรากฏว่ามีข้อยมากในเวลาที่ถูกทดลองนอนแล้วแต่ยังไม่หลับ. ทั้งนี้เฉพาะในเมื่อ

เขาไม่ทราบว่ามีการเฝ้าคอย. หากเขาทราบ, คลื่นแห่งการเคลื่อนไหวข้างจะไม่ปรากฏ, แต่หนึ่งตามักมีอาการกระพริบรัว, ซึ่งเข้าใจว่าเกิดจากความพยายามที่จะหลับตาเอาไว้.

สรุปจากผลการทดลองนี้ได้ว่าในเวลาที่คนนอนหลับ, นัยน์ตาก็เฝ้าอยู่เฉย ๆ ตลอดเวลา, หากแต่มีการเคลื่อนไหว

เป็นระยะ ๆ, มีเวลาพักบ้างเป็นคราว ๆ, สั้นบ้างยาวบ้าง. แต่ถึงแม้จะนอนหลับได้นานเพียงไร, ระยะพักนิ่งของนัยน์ตานั้นก็มิใช่นานไม่ถึงครึ่งชั่วโมง. หากมีนอนหลับด้วย - ซึ่งตามรายงานการทดลองที่อ้างถึงต้องแปลว่าทุกคนนอนหลับทุกคืน - การเคลื่อนไหวของลูกตาก็มิใช่วุ่นแรงเพิ่มเติมเข้ามาอีก.

### โปรดทราบ

ท่านผู้ส่งชื่อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือ โปรดติดต่อ  
กับแผนกจัดการของสารศิริราช.

## แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ยอในฉบับนี้ : อัมพร อรุณินท์ พ.บ., ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ., สุดใจ สมิตะลัมพะ พ.บ.,  
ฉวี ลิมปพยอม พ.บ., อเนก เพทวนิช พ.บ., ประเจียด บุณนาค พ.บ.,  
ทองท่วม มหาสุวรรณ พ.บ., สาราญ วังศพัทธ์ พ.บ., C. Ophth., C. Oto.

๑ J.H. Doggart: ผลของความกระ  
เทือนจากการค้ำยอต่ออวัยวะของการ  
เห็น. Arch. Ophth. 2: 161-169,  
1955.

นักมวยที่ชกมวยมานาน ๆ นอกจากมี  
อันตรายทางสมอง, ยังอาจมีอันตรายทาง  
ตาอีกด้วย. อันตรายทางตาที่พบบ่อยคือ (๑)  
ที่ตัวลูกตา: ชั้นนอก, พยมีเลือดออกใต้  
เยื่อตา; ตาคำถลอก, ลึก, เป็นแผล;  
ตาขาวแตก. ชั้นใน, ภายในลูกตา, ม่าน  
ตาขาวมีเลือดออก, กล้ามเนื้อม่านตาและ  
กล้ามเนื้อซิลิเอเรียลหลุดจากที่เกาะ, คนไข้  
เพ่งอะไรไม่ได้ซัก. ที่พบน้อยคือแก้วตา  
หลุด, ซึ่งจะเกิดที่อวัยวะชั้นภายหลัง. ที่  
วิเทรียสมีเลือดออก, ภายหลังเกิดเรตินใน  
คิสโทรลิเฟอริส. เรตินาหลุด, มีเลือด  
เข้าไปในเยื่อหุ้มวอยประสาทข้อปกติ. (๒)  
อวัยวะใกล้เคียงนอกลูกตา: พยกล้ามเนื้อ  
เนอตาซาค, ตาค, ตาเซ, ขอบตาเขี้ยว,

ตงน้ำตาอักเสบ, กระจกเขี้ยวตาแตก. (๓)  
ที่ประสาทตา: สมรรถภาพของการเห็น  
ชักเสียไป, ลานสายตาแคบ. นอกจากนี้  
มีจิตใจเสื่อม, มีอาการทางโรคจิต.

อัมพร อรุณินท์ พ.บ.

๒. Jacques Landesberg: คอร์วิโอ  
เรติไนคิสเนื่องจากระเบิดปรมาณู. A.M.A.  
Arch. Ophth. 4: 539-540, 1955.

ผู้ยอเป็นชาย, อายุ ๒๔ ปี, สายตา  
๒๐/๒๐, เป็นทหารช่างที่เข้าร่วมทดลอง  
ระเบิดปรมาณู. อยู่ในสนามเพลิงเล็ก ๕  
ฟุต, ห่างจากหอบะเบิด ๓๗๐๐ หลา, ก่อน  
การระเบิดชายผู้นั้นหันค้ำยให้, แต่  
ขณะระเบิดได้เหลียวมองไปยังหอบะเบิด.  
ในทันทีที่เห็นแสงสว่างจ้าสีขาว, ทัศนีย  
องและมึนอยู่เป็นเวลานานหลายนาที. ก่อ  
จากนั้นมาหลายชั่วโมงตาขาวจึงค่อยรู้สึก

เห็นชัด. เมื่อทดลองอ่านหนังสือเห็นมีจุด  
บึงสายตาและเคลื่อนไหวไปมาตามลูกตา.

ที่โรงพยาบาลตรวจพบเอ็กซูเซคท์ที่เรติ  
น่า. ทรงกลางมีจุดดำสีปนเลือดขนาดใหญ่  
๑ ๑/๔ เท่าของออปติคดิสก์, ลักษณะ  
นูนสูง, ขอบขวม. พบหลอดเลือดทางค่าน  
ขวาของก้อน. ตำแหน่งขอบบนสูง ๓/๔  
และขอบล่างดำ ๑/๔ ของมาคิวลา. ความ  
เห็นชัดของตาข้างซ้ายเห็นชัด ๒๐/๑๐๐.

ได้รักษาด้วยการฉีดยาคอร์โทน, งด  
อาหารจำพวกเกลือ, และหยอดอะโทรปีน.  
พบว่าเอ็กซูเซคท์ค่อยจางลงและเปลี่ยนแปลง  
เป็นลำคืบ. ๒ ปีต่อมาตรวจพบว่าตาข้าง  
ขวาที่กลับคืนคืนเห็นชัดของสายตา  
เท่ากับ ๒๐/๒๐. ความผิดปกติของการ  
หักเหของแสงแก้ไขได้ด้วยกระจกทรงกลม  
+ ๐.๕๐ + ๐.๗๕ ทรงกระบอกตาม  
แกน ๘๕°. ส่วนข้างซ้ายนั้นไม่สามารถ  
แก้ไขได้, ความเห็นชัดของสายตาเท่ากับ  
๒๐/๒๐๐. ลักษณะอื่น ๆ ของลูกตาขวา  
เป็นปกติ. ส่วนตาซ้ายพบบริเวณที่มีพิก-  
เมนต์ขนาดความกว้าง ๑/๔ ของดิสก์.  
บริเวณที่มองไม่เห็นอยู่ในวง ๕ องศาของ

ลานสายตา. ร่างกายส่วนอื่น ๆ พบว่าเป็น  
ปกติ.

ประเสริฐ ทุมวิภาต พ.บ.

๓. L.L. Forchheimer: การรักษา  
ชิมพะเรติก ออฟซัล เมียด้วย การหยอด  
คอร์ทีโซน. Am. J. Ophth. 2: 248-  
250, 1955.

ผู้ป่วยเคยเห็นแสงกระเด็นทะลุผ่านกระ-  
รอกตา (คอร์เนีย) เข้าไปฝังอยู่ในวุ้นวุ้น,  
ทำให้เกิดเป็นโรคชั้นที่ม่านตาและแก้วตา  
(เลนส์), มียูวีโอติสและทรอมมาติกแคตา-  
แรคท์. ในการรักษาได้ใช้แม่เหล็กดูด  
เอาเศษเหล็กออกทางข้างหน้า, แล้วเอา  
แก้วตาออก. โดยที่ไคเกิดชิมพะเรติก-  
ยูวีโอติส ขึ้นใน นัยน์ตา ทั้งสองข้างจึงได้  
รักษาโดยการหยอดคอร์ทีโซน ในขนาด  
มากติดต่อกันเป็นเวลา ๑๑ สัปดาห์. ได้  
ผลคือยูวีโอติสหายไปหมด, และสายตา  
เห็นชัดเจกขึ้นทั้งสองตา. ได้ให้ยาต่อ  
ไปในขนาดน้อยสำหรับป้องกันอีกเป็นเวลา  
๑ ปี จึงหยุดยา. ในเวลาสองปีต่อมาได้  
ตรวจ กระจก ครึ่งหนึ่ง และลง ความ เห็นว่า  
หายเกิดซาก.

สุตใจ สมิตะถัมพะ พ.บ.

๔. R.W.B. Holland, Victor E. Lepisto: คอร์ทีโซนและนีโอโซนในการรักษาโรคแทรกซ้อนการผ่าตัดต้อ. Am. J. Ophth. 2: 201-203, 1954.

รายงานการใช้ซิงซ์ซายตาคอร์ทีโซน (มีเนอซา ๑๕ มก. ต่อ ๑ ก.) ในคนไข้ ๒๖๘ ราย, ซึ่งเกิดโรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจก, และใช้ซิงซ์นีโอโซน (มีเนอซา ๕ มก. ใน ๑ ก.) ในคนไข้โรคเดียวกัน ๗๐ ราย. ได้สังเกตว่าซายเพียง ๑ ครั้งใน ๑ วัน, ๑-๒ วันก็เห็นผล. ได้ผลดีในการรักษาโรคม่านตาอักเสบ, รักษาอาการต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากส่วนเปลือก (คอร์เทกซ์) ของแก้วตาเหลืออยู่, หรือการมีเลือดในโพรงหน้าของตาที่เกิดหลังจากผ่าตัดต้อกระจก. นอกจากนี้ทำให้ความระคายในตาน้อยลง, มีผลให้คนไข้อยู่ในโรงพยาบาลน้อยวันกว่าธรรมดา.

ยาทั้งสองนี้ไม่ทำให้ผลหายเข้าไป.

สำหรับการอักเสบของกระจกตา (สไทรบ์เคอราไทติส) ใช้ยาทั้งสองไม่ได้ผล.

ผลที่เห็นชัดคืออาการกล้วแสง, น้ำตาไหลและเจ็บปวดหายโดยรวดเร็ว.

ฉิว ลิมปพยอม พ.บ.

๕. F.E. Schwartz, J.G. Linn, Jr.: ผลของผงโรยลงมือก่อนยื่นตา. Am. J. Ophth. 4: 585-592, 1951.

ผู้รายงานได้ทดลองแย่งโรยลงมือสามชนิด, คือผงทัลคัม, "ไบโอซอร์บ", และโปแทสเซียมไบคาร์เตรต. ใช้น้ำละลาย ๐.๐๓ ปช., ๑ ปช., ของแต่ละชนิดฉีดเข้าในโพรงหน้าของลูกตากระต่าย ๖๐ ตัวที่ตาเป็นปกติ. สังเกตผลใน ๓ สัปดาห์. แล้วควักลูกตาออกตรวจการเปลี่ยนแปลงด้วยตาเปล่าและด้วยกล้อง. ภัยใช้ชนิดละลาย ๑๐ ปช. ฉีดได้กล้วเมือเรืกต์สันบน.

พบว่าผงทัลคัมทำความระคายต่อตามากที่สุด. "ไบโอซอร์บ" ระคายน้อยกว่าผงทัลคัม. ส่วนโปแทสเซียมไบคาร์เตรตไม่ระคายเลย, แต่มันเห็นผยหายกว่าทั้ง ๒ ชนิดและทำให้ถึงมือซาเร็ว.

ผู้รายงานมีความเห็นว่าแย่งโรยลงมือที่กที่สุดสำหรับใช้ในการผ่าตัดตานี้ยังจะต้องค้นหากันต่อไป.

ฉิว ลิมปพยอม พ.บ.

๖. J.W. Graves: การทดลองใช้ยาหยอดแก้มุกคัก (Tyzine). The

EENT Monthly, 10 : 670 - 671, 1955.

ผู้รายงานได้ใช้น้ำยาทียซีน (2-Imidazole hydrochloride) ๐.๑ ปช. หยดลงมูกในผู้ป่วยจำนวนชาย ๕๐ คน, หญิง ๕๐ คน, อายุตั้งแต่ ๑๐ ถึงจนถึง ๗๕ ปี. ใช้ขนาด ๒-๓ หยด, วันละ ๒-๔ ครั้ง. ผลปรากฏว่า ๘๘ ปช. อาการดีขึ้น, ซึ่งในจำนวนนี้ ๘๘ ปช. อยู่ในชนิดที่สด. อีก ๒ ปช. ไม่ได้ผล.

อาการแทรกแซง, เช่นการระคายเคืองที่, ใจสั่น, ภาวะสักระสาย, นอนไม่หลับ, ไม่พบเลย; และในผู้ใหญ่ปรากฏว่า ใช้นาน ๒๘ วันก็ไม่มีอาการดังกล่าวแล้ว. มีพบเฉพาะอาการซึมในเด็ก ๆ เท่านั้น.

อเนก เพทวนิช พ.บ.

๗. Ryan, O'Rourke, Isor: การติดเชื้อไวรัสในเยื่อค่อนจันติวตีสและฟาริงไจตีสควบกัน. Arch. Ophth. 2: 211-213, 1955.

ใช้ยอกเสบฟาริงซ์และค่อนจันติวาเป็นโรคใหม่เพิ่งพบเมื่อปี ๑๙๕๔, เกิดเนื่องจากเชื้อไวรัสชนิด A.P.C. (แอนคีนอยกัล-

ฟาริงเจียล-ค่อนจันติวตีส) ชนิด ๓. อาการที่พบคือเป็นไข้, เยื่อตาอักเสบ, เจ็บคอ, ปวดศีรษะ. การละเลงและปลูกเชื้อไม่พบยักเทวี, แต่พบไวรัสชนิดที่กล่าวแล้ว.

โรคนี้ระบาดในฤดูร้อน. พบในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่. ระยะฟักตัว ๕-๑๐ วัน. ติดต่อกันโดยทางสัมผัส. โรคนี้รักษาด้วยแอนติไบโอติกใด ๆ ไม่ได้ผล. ซัยโคโรคอร์ติโซนร่วมกับซัลโฟนาไมด์อาจทำให้อาการทุเลาลงบ้าง.

ประเจียด บุนนาค พ.บ.

๘. D.S. Cunnig: พาราไลสิสของสายเสียงข้างเดียว. Ann. of Oto-rhinolaryngol. 2 : 66, 1955.

ผู้เขียนได้ศึกษารายงานพบว่าสาเหตุข้อหนึ่งของเสียงแหบที่พบบ่อยได้แก่พาราไลสิสของสายเสียง, และพบว่าข้างซ้ายเป็นมากกว่าข้างขวาถึง ๑๐ เท่า.

พาราไลสิสนี้ประมาณ ๓ ปช. ไม่ทราบสาเหตุ, ส่วนที่เหลือนั้นอาจเนื่องมาจากสาเหตุในสมอง (๑๐ ปช.), เนื้องอกต่าง ๆ, อันตรายต่อประสาท, พิษต่าง ๆ และการอักเสบของเส้นประสาท.

ทองท่วม มหาสุวรรณ พ.บ.

๙. J.J. Pressman: กล้ามเนื้อหูรูด  
ของกล่องเสียง. Trans. Am. Acad.  
Ophth. & Otolaryng. 51: 125, 1953.

กล้ามเนื้อหูรูดของกล่องเสียงประกอบด้วย  
อวัยวะเยื่อกล้ามเนื้อ, สายเสียงแท้และ  
สายเสียงปลอม. กล้ามเนื้อหูรูดเหล่านี้มี  
หน้าที่ (๑) ช่วยทำให้ความดันในช่อง  
ห้องและในช่องอกขึ้นไปตามต้องการ,  
(๒) บังคับมิให้สิ่งต่าง ๆ ตกลงไป  
ในช่อง, (๓) ช่วยหน้าที่ของกล้ามเนื้อเยื่อคอหอย.

หน้าที่กล้ามเนื้อหูรูดสำคัญมาก,  
เช่น ในการผ่าตัดเอาสายเสียงแท้  
ออก, หรือในรายที่สายเสียงแท้เป็นโรค  
ทำงานไม่ได้, จะพบว่าสายเสียงปลอม  
ทำงานแทนหมด, รวมทั้งในการออกเสียงด้วย.

สำราญ วัจศพ้าห์ พ.บ.,  
C. Ophth., C. Oto.

๑๐. W.E. Heck et al.: การลดพิษ  
ของยาสะเทร็ปโตมัยซินและโคซัยโคร-

เทร็ปโตมัยซินต่อประสาทโดยการ  
ใช้ยา รวมกัน. Acta Oto-Laryng. 43:  
416, 1953.

ในการรักษาผู้ป่วย ๓๕ คนนาน ๑๒๐  
วันโดยฉีดยาสะเทร็ปโตมัยซินและโคซัยโคร-  
เทร็ปโตมัยซินอย่างละครั้งกรั่มทุกวัน,  
วันละครั้ง, พบว่าไม่มีผู้ป่วยแสดงอาการ  
ทางประสาทของหูชั้นในเลย. ในผู้ป่วย  
๒๓ คนได้ตรวจสอบหน้าที่ของประสาทชั้น  
ในโดยละเอียด, และตรวจซ้ำอีกหลังจาก  
หยุดให้ยาแล้ว ๖ เดือน, ก็ไม่พบอาการ  
แสดงพิษของยา. เมื่อเปรียบเทียบกับ  
การฉีดยาสะเทร็ปโตมัยซินวันละ ๑  
กรั่มทุกวัน, ช่วงเวลาเท่ากัน, พบว่า ๑๘  
ปีช. มีอาการพิษของอวัยวะทรงตัว,  
และทำให้โคซัยโครสะเทร็ปโตมัยซิน  
มีอาการทางอวัยวะฟังเสียง ๑๕  
ปีช. และมีอาการทางอวัยวะทรงตัว ๖  
ปีช.

สำราญ วัจศพ้าห์ พ.บ.,  
C. Ophth., C. Oto.

# แผนกข่าว

## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๘๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๑,๖๑๑	๘๕๘	๑,๑๔๗	๑,๐๗๒	๑,๑๔๕	๓๑๐	๖,๒๔๔
เก่า	๓,๓๐๐	๑,๘๐๑	๒,๐๗๕	๑,๓๘๗	๒,๔๑๑	๒๘๖	๑๑,๒๖๐
รวม	๔,๙๑๑	๒,๖๖๐	๓,๒๒๒	๒,๔๕๙	๓,๕๕๖	๕๙๖	๑๗,๕๐๔
<u>ใน</u>	๑๘๘	๒๒๑	๘๗๓*	๘๒	๒๔๑	—	๑,๗๑๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๓๔๔. จักษุฯ ๓๐๕. สูติ-นารีฯ ๒๑๒. รวม ๘๖๑ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๓๘. หญิง ๓๓๑. รวม ๖๗๐. คลอดตาย ชาย ๑๐. หญิง ๑๑. รวม ๒๑.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๑ คน (๘.๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๔๗ ราย. (๓๓.๓ ปช. ของที่ตาย)
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๘๘ ครั้ง. ข้างนอก ๒ ครั้ง. รวม ๔๐๐ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๑๘๘ คน. รักษาใหม่ ๕๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๐๒ ครั้ง. ราเดียม รักษา ๑๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๑ ครั้ง. โคอะเธอรัมี, รักษาใหม่ - คน. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๖๓๓ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยาตรวจศพ ๔๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๖๕๑ ราย. (จากภายนอก ๑๘๘\* ราย). แอ็กกูตินิกซ์ ๑๐๗. วัตเซอร์แมนและคานัน ๑,๗๘๒ หมู่มเลือด ๓๘๗. นับเม็ดเลือด ๓๘๗. หาเชอิมบิตรี ๑๑๓. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๔๖. อูจาระ ๓๔๒. บัสสาวะ ๒๒๐. เสมหะและอื่น ๆ ๒๖. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๓๑ อูจาระ ๘๑ บัสสาวะ ๕๕. น้ำไขสันหลัง ๑๗. เสมหะและอื่น ๆ ๑๐๕. นิคส์ตัวทดลอง ๑. เพาะเชอิมบิตรี ๑๗ ตรวจทดลองตัวจิต ๒๘. ตรวจสพนิตีเว ๑๘. ตรวจของกลาง ๖.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๖. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๔. น้ำช่องปอด ๑๒. อัดลมเข้าช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๘. ผ่าตัดผิวหนัง ๑๘. นิคซาชฟีลิส ๓๒.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๐๗. ถอนฟัน ๔๐๗. อุดฟัน ๖๘. ผ่าตัดช่องปาก ๒๘.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเยี่ยม

ข้าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน  
และสิ่งของ บำรุงคณะแพทยศาสตร์และ  
ศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่  
๑๐๐.๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

๑. นางแฉ่ม เหล่าสุนทร ๓,๐๐๐  
บาท ๒. นายแสนสุข สารสาส์ ๑,๒๐๐  
บาท ๓. นางละมุน ทัศนหาเศรษฐี ๑,๐๐๐  
บาท ๔. นายเถา ธรรมเจริญ ๑,๐๐๐  
บาท ๕. นายเคี้ย เกียฮย ๘๐๐ บาท ๖.  
นายเลี่ยมยก ทงสประภาส เคียงคนใจ ๑  
เคียง ราคา ๒,๕๐๐ บาท ๗. นายแพทย์  
เต็ม ขุนนาค ๕๔๐ บาท ๘. นายสงวน  
ธองกลัย ๕๐๐ บาท ๙. นายเบ็งเต็ก  
แซ่เซียว ๕๐๐ บาท ๑๐. นายหยงเค็ง  
แซ่ไฉว ๔๐๐ บาท ๑๑. นายไค่น้ำ  
แซ่จิง ๔๐๐ บาท ๑๒. นายไมตรี บุณย-  
ศักดิ์ ๕๐๐ บาท ๑๓. คุณหญิงประสาร-  
ลัษณกร ๔๘๒ บาท ๑๔. นางจันทร์  
เคียงศิริ ๔๘๒ บาท ๑๕. นางรุ แซ่ฮอง  
๓๐๐ บาท ๑๖. นายถ แซ่หว่อง ๒๕๐  
บาท ๑๗. นายชน สิ้นลับ ๒๐๐ บาท  
๑๘. นายช่งบู แซ่เคี้ย ๒๐๐ บาท ๑๙.  
นายช่งกวง แซ่ตัน ๒๐๐ บาท ๒๐. นาง  
ลของ ยงประยูร ๒๐๐ บาท ๒๑. นาง  
ฮารี ภูมิสุข ๒๐๐ บาท ๒๒. นางนิก

หอมขจร ๒๐๐ บาท ๒๓. น.ส. อนงค์  
สุขสุวรรณ ๒๐๐ บาท ๒๔. นางกมล  
บุญเหลือหลอ ๒๐๐ บาท ๒๕. นางสอาด  
สมจินดา ๒๐๐ บาท ๒๖. ก.ญ. ชิวเค็ง  
แซ่ลิม ๑๒๐ บาท ๒๗. ก.ช. ชัยคม  
แซ่ลิม ๑๒๐ บาท ๒๘. นางย้อย  
ไกรฤกษ์ ๑๐๐ บาท ๒๙. นายเล็ก  
ทะเพียนทอง ๑๐๐ บาท ๓๐. น.ส.  
กรรจิกร์ นิโรบล ๑๐๐ บาท ๓๑. นาย  
สมพงษ์ ทอศนนิท ๑๐๐ บาท ๓๒. นาง  
เจิม ก้อนทอง ๑๐๐ บาท ๓๓. น.ส.  
เชอ ปาลกวงค์ ณ อวยธยา ๑๐๐ บาท  
๓๔. นางจำรัส ทองไพบลย์ ๑๐๐ บาท  
๓๕. นายกสิ แซ่ตั้ง ฝักขี้จำนวน ๔๕  
ทล ๓๖. นายฮันเอง แซ่เล้า สิ่งของ  
ราคา ๒๐๐ บาท ๓๗. นางกิง ทองระย้า  
สิ่งของราคา ๒๐๐ บาท ๓๘. คุณบน  
ขุนพาณิชยการ พุมาคิลลา จำนวน ๒๔  
กระป๋อง ๓๙. นายเจ็งเหม แซ่ตัน สิ่ง  
ของราคา ๒๐๐ บาท ๔๐. นางเหลียงไท้  
แซ่ตั้ง สิ่งของราคา ๒๐๐ บาท ๔๑.  
ท้าวอินสุริยาสรพาทาร ๒๐๐ บาท ๔๒.  
นายเคี้ยพวง แซ่ไค้ว ๔๐๐ บาท ๔๓.  
น.ส.ประกอบ โปษยะนันท์ ๒,๑๐๐ บาท  
๔๔. ท้างโฮเวินเต็ลสโคร์ ข้าวโอ๊ต  
เควคเกอร์จำนวน ๒๔ กระป๋องเล็ก

ประชุมทางวิชาการ คณะแพทยศาสตร์  
และศิริราชพยาบาล มีการประชุมทางวิชา  
การในวันเสาร์ที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๕  
เริ่มแต่เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องปาฐกถา  
แผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่แสดง คือ:

๑. การศึกษาสำรวจชุมชนเชลโลใน  
ประเทศไทย โดย น.พ. จำลอง ทวีณ-  
สุต และ น.พ. วิจิตร วิธานวิคิต์ แห่งแผนก  
อายุรศาสตร์ และ Dr. Manson Meads

๒. Malaria eradication in  
Thailand โดย Dr. Melvin Griffith,  
Chief of Malaria Central Division,  
I.C.A., Bangkok.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

ชุมนุมวิชาการในแผนก

รายงานผู้ช่วยทั่วไป : ๘ ก.พ. ๕๕. ผู้  
ช่วยแพทย์ผู้รักษาเด็ก เกิดเม็-  
โมโกดบินนี้เมีย และถึงแก่กรรมด้วยไท  
ลัมย์จุน

รายงานผู้ช่วยโรคในทรวงอก : ๔ ก.พ.

๕๕. รายที่ ๑ ผู้ช่วยชายอายุ ๖๘ ปีมี

หัวใจล้มจากโรคหัวใจอ่าว เตอวีโอสะ-  
เคลงโรคคิก. ภาพรังสีพบเงาก้อนที่บริเวณ  
มุมคาร์ดิโอพรีนิกข้างขวา มีการเด่นขยาย  
พร้อมเว็นทริเคิล สงสัยอ่าวเทอวีโอวันส์  
แอนิวรีสม์.

รายที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงอายุ ๒๐ ปี เป็น  
สะตาพิย์โลกคือคัลล์บ์นิวมอนีที่ปอดขวา  
กลีบล่าง มีปอดยุบที่ปอดขวากลีบบน  
รักษาด้วยเพนิซิลลินและซัลฟาไม่ไ้ผล  
ไ้ผลก็ด้วยเทอวีรามัยซิน

(ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม)

ถวายบังคมพระบรมศพ เมื่อวันอังคารที่  
๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๕ เวลา ๑๕.๐๐ น.  
ท่านคณะบดีได้นำคณะอาจารย์ ข้าราชการ  
และนักศึกษาแพทย์ ในคณะแพทยศาสตร์  
และศิริราชพยาบาล ไปวางพวงมาลาถวาย  
บังคมพระบรมศพ สมเด็จพระศรีสวรินทรา  
บรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ใน  
พระบรมมหาราชวัง

ในโอกาสนี้ ทางโรงพยาบาลได้จัด  
รถยนต์ไว้รับ-ส่งบรรดาผู้ไปในงานอย่าง  
เรียบร้อย.

กำหนดงานวันเสด็จพระราชดำเนินทรง  
วางศิลาเกอพระฤกษ์ตึกอานันทมหิดล

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
ได้กำหนดรายการละเอียดและหน้าที่ใน  
วันเสด็จพระราชดำเนินทรงวางศิลาก่อพระ  
ฤกษ์ ตึกอานันทมหิดล ณ วันจันทร์ที่ ๒๐  
กุมภาพันธ์ ๒๔๕๕ ดังนี้ :

๑. การจักสถานที่ เกยวกับพิธีสงฆ์ ณ  
หอประชุมราชแพทยาลัย และจักสถานที่  
และบริเวณพระราชพิธี ให้เป็นหน้าที่ของ  
แผนกธุรการ
๒. พิธีสงฆ์ และการเลี้ยงพระ ให้เป็น  
หน้าที่ของแผนกพยาบาลผดุงครรภ์ ฯ และ  
หัวหน้าแผนกธุรการ
  ๑. นิมนต์พระสงฆ์ ๕ รูป
  ๒. จักทวยซาและอาสน์พระบนเวทีหอ

ประชุม ฯ

๓. เตรียมอาหารเพลและจัดการเลี้ยง  
พระ โดยร่วมมือกับโรงครัว

๔. จักของถวายพระ

๓. การจักแถววัยเสด็จ หัวหน้าแผนก  
สุติศาสตร์ ฯ ร่วมกับหัวหน้าแผนกพยา-  
บาล - ผดุงครรภ์ ฯ

๔. การรับแขกและดูแลความเรียบร้อย  
หัวหน้าแผนกจักษวิทยา ฯ เป็นหัวหน้า  
อาจารย์ในแผนกเป็นผู้ช่วย มีหน้าที่รับรอง  
และเชิญแขกเข้านั่งในที่นั่ง บริเวณพระ  
ราชพิธี ตลอดจนดูแลความเรียบร้อยทั่ว  
ไป

๕. การเลี้ยงน้ำที่เต็นท์บริเวณพระราชพิธี  
ให้เป็นหน้าที่ของแผนกพยาบาล - ผดุง-  
ครรภ์ ฯ

ศิษย์เก่า

มงคลสมรส น.พ. สุพันธ์ ทลักทอง แห่ง  
กองบัญชาการกรมตำรวจ ได้เข้าสู่พิธี  
มงคลสมรสกับ พ.ญ. มาลัย ก็อ่าไพ เมื่อ

วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๔๕๕ ประกอบ  
พิธี ณ บ้านมนังคศิลา.

## บันทึกท้ายสมุด

๑ สารศิริราช “ฉบับตา, หู, คอ, จมูก” นั้นเป็นพิเศษแตกต่างจากฉบับอื่น ๆ ไม่เฉพาะเพียงมีเรื่องของแผนกจักษุวิทยาเท่านั้น, แต่แตกต่างที่แผนกประจำอย่างอย่างหายไป, ใต้แก่ปกิณกะและหน้าสำหรับนิสิต. ทั้งนี้เป็นเพราะคุณหมอในแผนกนั้นได้ช่วยกันเขียนเรื่องในขนาดต่าง ๆ กันให้ถึงห้าเรื่อง, ซึ่งตามปกติลงพิมพ์เพียงสามเรื่องเท่านั้น. เพราะฉะนั้นเราจึงเห็นสมควรที่จะตัดแผนกย่อยออกเสียสองแผนกเพื่อให้หนังสือมีขนาดพอสมควร.

๒ ท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกฯ ได้ให้เรื่อง “โรคตาในประเทศอื่น” ซึ่งเป็นความรู้ที่แพทย์ทุก ๆ คนจะได้ใช้, มีเพียงแต่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค. โรคที่ท่านกล่าวถึงนั้นเป็นโรคที่คงจะได้พบทุก ๆ วันในการตรวจคนไข้. ถึงแม้ว่าส่วนมากของโรคเหล่านี้มิใช่โรครุนแรง, และบางโรครักษาได้ด้วยวิธีง่าย ๆ, แต่ก็ปรากฏแล้วว่าการศึกษาผิด, โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์, หรือการรักษาโดยผู้ที่ไม่มีความรู้, อาจทำให้โรคกำเริบมากขึ้น และกลับกลายเป็น

เป็นโรคร้ายจนถึงกับทำให้คนไข้ต้องเสียตาได้. การรู้จักวินิจฉัยและรักษาโรคที่พบบ่อย ๆ เหล่านี้พอสมควรจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง. การบรรยายโดยกระตือรือร้นประกอบกับการเสนอความรู้ที่ทันสมัยเพิ่มคุณค่าของบทความนั้นขึ้นอีกมาก.

๓ คุณหมอมพร วราเวช “ท่านรอง” ในแผนกจักษุฯ กำลังจะหมักหมมมากในทางวิชาการ, เห็นได้จากการพิมพ์เรื่องของท่าน คี พิมพ์ ใน วิชา สาร การ แพทย์อยู่เสมอ ๆ. เวลานี้ในสัปดาห์ของสารศิริราชก็ยังมีอยู่อีก, นอกเหนือจากที่ได้เสนอในฉบับนี้. เราหวังว่าวันหนึ่งท่านผู้นี้จะเขียน “เอกสิทธิ์” (หมายความว่าโมโนกราฟ-แปลสั้น ๆ เท่านั้น) สักเล่มใหญ่ด้วยหัวข้อว่า “โรคหน้าตวม”, เพราะรู้สึกว่าคุณได้รวบรวมรายการผลการตรวจรักษาและได้ความชำนาญจากประสบการณ์ไว้มากมายแล้ว. โรคนี้แพร่หลายเพียงใดที่ท่านที่อยู่หรือเคยอยู่ในเขตที่ใกล้คลองคงจะทราบดี, และคงจะทราบถึงสาเหตุเริ่มต้นด้วยโดยไม่ต้องบอก คงจะไม่ผิดมากถ้าจะคาดคะเนว่าเกิดสลับๆ

เปอร์เซ็นต์ ของ เด็กชาย ที่อยู่ใกล้คลอง  
เป็นโรคนั้น. เด็กหญิงก็มีเปอร์เซ็นต์น้อย  
กว่าเด็กหญิง. คงจะเป็นด้วยความต้าน  
ทานโรคของเด็กเหล่านั้น, ซึ่งอยู่กลางแจ้ง  
และกลางแจ้งแทบตลอดวัน, มีอยู่  
ในวัยที่สูง, โรคแทรกซ้อนหรือโรคตาม  
ที่ร้ายแรงจึงมีไม่ค่อยบ่อยนัก. เด็กในที่  
ท่านผู้รายงานเสนอคงจะไม่ใช้พวกที่กระ-  
โปกหน้าและกำผัดกว่ายทั้งวัน, ร่างกาย  
จึงอ่อนแอ, และโรคจึงลุกลามร้ายแรง  
มาก. ถึงแม้ว่าท่านผู้รายงานไม่สามารถ  
จะช่วยเด็กคนนั้นไว้ได้เพราะโรคแทรกถู-  
กลามไปหลายต่อหลายแห่ง, แต่ก็ยังนับว่า  
เคราะห์ดี ที่จริง คงที่ท่าน เขียนที่ ได้ทำการ  
ตรวจศพและ ได้ทราบความจริงว่าโรคได้  
ลามเลยไปถึงที่ใดบ้าง. เป็นการศึกษา  
ซึ่งคงจะให้ประโยชน์มาก ในเมื่อท่านพบ  
คนไข้โรคนี้คนต่อไป.

◎ คุณหมอสำราญ วงศ์พำที เป็น  
อีกคนหนึ่ง ในแผนกจักษุ ๖ ที่กำลังจะมีก-  
ษะมันส์รังสีเสี่ยงในค่านวิชาถาวรโดยการ  
หมั้นเขียนหมั้นพดและหมั้นทำ. (หมั้นทำ  
นั้นสำคัญกว่าอย่างอื่น ๆ, เพราะถ้าไม่ทำ  
ก็คงไม่มีอะไรจะเขียนหรือพด, นอกจาก  
ก็คลอกเขามา.) เรื่องการผ่าเข้าหลัง

ลูกตาโดยการเจาะทางค่านขมขื่นก็เป็นตัว  
อย่างผลของการหมั้นทำ, เพราะถ้าอ่าน  
พดในหนังสือแล้ว, ไม่หาโอกาสทำเสีย  
บ้าง, ก็ยอมไม่จริง, พวกไม่ได้เต็มปาก  
ว่าวิธีนี้ดีอย่างนั้น ๆ. เพราะลองทำจริง  
บ้าง, เมื่อรู้จริงแล้วจึงจะพดหรือเขียนได้  
อย่างไม่ต้องอ้อมอ้อม. เรามีได้หมาย  
ความว่าการผ่าตัดที่ค่านหม้อสำราญเสนอ  
นั้นเป็นการยากเย็นแสนเข็ญ, หรือเป็นวิธี  
ที่คิดขึ้นใหม่. แต่ในค่านปฏิบัติกันสิ่ง  
ทำได้ง่ายคือสิ่งที่มีประโยชน์กว่าสิ่งที่ทำ  
ได้ยาก, เพราะหลาย ๆ คนอาจทำได้.  
ดังนั้นใคร ๆ ก็พยายามจะหาวิธีที่ง่ายเข้าอยู่  
เสมอ. การลองทำตามวิธีของคนอื่นนั้น  
คือจุดตั้งต้นสำหรับวิธีการที่จะคิดวิธีของตน  
เองขึ้นบ้าง.

◎ คุณหมอประเจียบ ยุนนาค เสนอ  
เรื่องที่ทรงไปทรงมาแต่มีประโยชน์หลาย  
ค่าน. รายงานสั้น ๆ นั้นทำให้ผู้อ่านได้ทราบว่า  
แม่เตดเล็ก ๆ น้อยๆ, เช่นฟางข้าวเข้า  
ตาหรือเด็กเล่นขี้แสบ, ก็อาจยังผลให้ตา  
เสียได้, ถ้าไม่ใคร่การรักษาที่ถูกต้อง.  
ข้อนี้ยอมเน้นถึงความจำเป็นที่นักเรียน  
แพทย์ของเราจะต้องมีความรู้เรื่องโรคตา  
อย่าง พอใช้ได้คิดตัวออกไปจากโรงเรียน

ด้วย. ประโยชน์สำคัญอีกประการหนึ่ง  
เกี่ยวกับข้อบกพร่อง. เราได้เห็นว่ายุติ  
เหตุต่าง ๆ เป็นเหตุให้คนตายหรือแม่  
ต้องควักตาทั้ง — เฉพาะส่วนน้อยที่มาโรง  
พยาบาลศิริราชเท่านั้น — เป็นจำนวนนับ  
ร้อยๆ. ครึ่งหนึ่งของพวกที่มาโรงพยาบาล  
เพราะอุบัติเหตุเกี่ยวกับตาต้องกลับไปด้วย  
ตาขอก. ส่วนไม่น้อยเกิดระหว่างการเล่น  
ของเด็ก ๆ หรือการเล่นล้อของผู้ใหญ่.  
การศึกษาที่อาจจะช่วยลดจำนวนอุบัติเหตุ  
เหล่านี้และสงวนตาไว้ได้มากทีเดียว.

๑. คุณหมอประเสริฐ ทุมวิภาต ยัง  
เป็นหมอ “ค่อนข้างใหม่” สำหรับแผนก  
จักษุ, แต่มีชื่อปรากฏเสมอ ๆ ในแผนก  
ย่อเอกสารของสารศิริราช, ซึ่งเป็นหลัก

ฐานว่าคุณหมอกำลังก้าวเดินไปข้างหน้า,  
แม้จะก้าวสั้น ๆ แต่ก็สม่ำเสมอ. ทั้งนี้  
เพราะทางก้าวหน้าของผู้ที่เรียนจบแล้วนั้น  
นอกจากการเสาะหาความชำนาญในคำ  
ปฏิบัติก็มีอีกทางหนึ่งในการอ่านวิทยาสาร  
เท่านั้น. ผู้ที่ไม่อ่านวิทยาสารเลย, ย่อมมี  
แต่จะถดถอยหลัง. ผู้ที่อ่านย่อมได้ความรู้  
แต่ผู้ที่อ่าน, แล้วเก็บความรู้ที่ได้นำออก  
เผยแพร่ต่อไปอีกนั้น, ได้ทั้งความรู้และบุญ  
คุณด้วย. สำหรับฉบับจักษุ ๆ นี้คุณหมอ  
ประเสริฐก็ได้ใช้ความชำนาญของท่านจาก  
การทำย่อเอกสารรวบรวมความรู้ที่น่าสนใจ  
เกี่ยวกับทำให้ขามาเสนอท่านผู้อ่าน, ซึ่ง  
คงจะเกิดประโยชน์สมความตั้งใจของท่าน

### ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช