



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๕๐๐ | Volume 8, Number 4, April 1956

ภาวะพาราอัยรอยด์เกิน
(อัยเปอร์พาราอัยรอยติสม์)

อุดม ไปชะกฤษณะ

W.U., Dr. med., Dr. med. dent., F.A.C.S.

(แผนกศัลยศาสตร์)



เมื่อปี ๑๘๕๑ Von Recklinghaus-
son ได้รายงานโรคไขว้โรคหนึ่ง, มีชื่อ
ตามแบบสากลว่า Osteitis fibrosa
cystica generalisata, แต่ผู้รายงาน
หาได้ทราบว่าอะไรเป็นเหตุของโรคนั้นไม่.
จนปี ๑๙๐๑ Askanazy ได้รายงานว่า
ในโรคกระดูกชนิดนี้พบเนื้องอกของต่อม
พาราอัยรอยด์ด้วย. ต่อมาอีก ๒ ปี Erd-
heim แห่งเวียนนาได้แสดงให้เห็นความ
สัมพันธ์ระหว่างออสติโออิติส ไฟโบรซา

กับเนื้องอกของต่อมพาราอัยรอยด์. เมื่อ
ปี ๑๙๒๕ Felix Mandl เป็นคนแรกที่
เขาเนื้องอกของพาราอัยรอยด์ออกซึ่งยัง
ผลให้โรคออสติโออิติสไฟโบรซาหาย.⁽¹⁾
ตั้งแต่นั้นมาจึงเป็นที่เชื่อกันว่าการโต
ของต่อมพาราอัยรอยด์ทำให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงของกระดูก, และมีผู้ได้ค้น
คว้าเกี่ยวกับต่อมพาราอัยรอยด์กันมากขึ้น.
ในปี ๑๙๓๐, ภายหลังจาก Mandl
ได้ผ่าตัดเอาต่อมพาราอัยรอยด์ออก, อา-

จารย์คัลยศาสตร์อาวุโส, พระคัลยเวทย
วิศิษฐ์, ได้เป็นคนแรกในประเทศไทยที่
ได้รายงานเรื่องซัยเปอร พาราธัยรอยคิสม์
อย่างละเอียด, ได้ถ่ายภาพยนตร์ของผู้ป่วย
และได้รายงานไว้ใน Proceedings of
the Royal Society of Medicine of
England, นับว่าเป็นรายงานที่ ๘ ของ
โลก. เพราะฉะนั้นรายงานนั้นจึงเป็นราย
งานชนิดลายครามชิ้นหนึ่ง ที่พวกเราควรระ
งมใจเป็นอย่างยิ่ง.

ตั้งแต่ปี ๑๙๓๐ มากก็ไม่ปรากฏว่า
ใคร ได้รายงานไว้ อีกเลย ใน เมือง ไทย.
Norris ได้รวบรวมจากสารคดีการแพทย์
สากลได้ ๓๒๒ ราย (จนถึงปี ๑๙๔๗).
ในปีปัจจุบันคงจะมีไม่น้อยกว่าห้าร้อยราย
แล้ว. เพราะฉะนั้นรายงานของข้าพเจ้าจึง
ไม่เป็นของใหม่, และข้าพเจ้าก็ไม่ได้พบ
คนไข้เอง, หากแต่แพทย์รังสิ่วทยา, นาย
แพทย์สั่นวน บุรณวงศ์, เป็นผู้พบ. จุด
ประสงค์ของการนำเรื่องนี้มาเสนอ ก็เพื่อ
กระตุ้นเตือนให้ท่านทั้งหลายระลึกถึงโรค
นี้ไว้บ้าง, เพราะเรามีโรคกระดูกและโรค
นี้มากมาย, อาจจะไปโดยไม่ได้อ
สังเกตก็ได้. เมื่อประมาณสามเดือนก่อน
มีคนไข้คนหนึ่ง, มีอะคิโนมาของพารา-

ธัยรอยด์, แต่ไม่ได้รับความสนใจ. แม้แต่
ข้อคนไข้ก็ไม่ได้อใจในการส่งทำ
ไบออปซัยจึงไม่สามารถจะติดตามนำมา
ศึกษาต่อไปได้.

ต่อมา Mandl เขาออกเมื่อปี ๑๙๒๕
เป็นพวกอะคิโนมา. ต่อจากนั้นมาหลายปี
พยาธิ ภาพชนิดอื่น ไม่มีใคร พบ อีก เลย.
เพราะฉะนั้นคำว่าอะคิโนมาและซัยเปอร
พาราธัยรอยคิสม์ จึง มีความหมาย อย่าง
เดียวกัน. ในปี ๑๙๓๔ มีผู้คิดว่าซัยเปอร
เปลเชียของต่อมพาราธัยรอยด์ก็ควรจะเกิด
ได้เช่นเดียวกับต่อมธัยรอยด์ในโรคคอ
พอกเป็นพิษ, และอะคิโนมาก็อาจจะเกิด
ได้กับต่อมพาราธัยรอยด์หลายอัน. ในที่
สุดเมื่อมีเนื้องอกอย่างไม่ร้ายแล้วก็ควรจะ
มีอย่างร้ายด้วย. และก็จริงอย่างที่คิดไว้.
ต่อม พาราธัยรอยด์ เป็น คาร์ สิโน มา ได้
เหมือนกัน,^(๒) แม้ว่าจะน้อยก็ยังมีรายงาน
กันไว้ประปรายแล้ว.

ถ้าสรุปก็คงได้ความว่าโรคที่เกิดกับ
ต่อมพาราธัยรอยด์นั้นมี (๑) อะคิโนมา,
(๒) ซัยเปอรเปลเชีย, และ (๓) คาร์สิ-
โนมา.

ซัยเปอรเปลเชียอาจจะเกิดขึ้นโดยตรง
(ไปรมาร์รี่), และโดยอ้อม (เซคันดารีรี่)

อันเป็นผลมาจากการหย่อนสมรรถภาพของไตอย่างเรื้อรัง, เช่นรีแนลวิกเก็ทส์ (รีแนล ออสทีโอไตสไฟโบรซ่า).

สรีรวิทยา ค่อมพาราไธรอยด์มีหน้าที่ควบคุมเมตาบอลิซึมของแคลเซียม, ฟอสฟอรัสและกระดูก. ถ้ามีการผิดปกติในหน้าที่ของต่อมนี้ก็มีผลสะท้อนไปถึงเมตาบอลิซึมของธาตุทั้งสามอย่างด้วย. อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็อธิบายได้ตามหลักสรีรวิทยาของการผิดปกติของธาตุแต่ละอย่าง.

แคลเซียมมีอยู่ในซีรัม ๕-๑๑ มก. ต่อ ๑๐๐ ล.ซม. ในจำนวนนี้ ๒ มก. อยู่ในสภาพไอออน, ๓-๕ มก. รวมกับฟอสฟอรัสไปรเทออื่น. ส่วนที่เหลืออยู่ในรูปที่ซับซ้อนไว้, คงจะละลายอยู่โดยอำนาจของพาราไธรอยด์. ความเข้มข้นของแคลเซียมในกระดูกมีความสัมพันธ์กับความเข้มข้นของแคลเซียมในซีรัม. ถ้าซีรัมมีค่าไปค้วยแคลเซียม, ส่วนหนึ่งจะตกตะกอนในกระดูก. ถ้าซีรัมมีอำนาจดึงดูดแคลเซียมไว้ได้มาก, แคลเซียมจะไหลจากกระดูกเข้าโลหิต. ในฮัยเปอร์พาราไธรอยด์มีซีรัมสามารถจะดึงดูดแคลเซียมไว้มากเพราะมีพาราไธรอยด์มาก. เพราะ

ฉะนั้นแคลเซียมจะย้ายจากกระดูก, ทำให้มีฮัยเปอร์แคลซีเมีย.⁽³⁾ ผลเสียที่เกิดจากการสูญเสียของแคลเซียม เพราะมีการทำงานเกินของต่อมพาราไธรอยด์จึงมีดังต่อไปนี้ :

๑. กระดูกมีแคลเซียมน้อย.
๒. ประสาทส่วนกลางและส่วนปลายมีการตื่นตัวน้อย.
๓. กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง, บีบตัวไม่ได้.
๔. โลหิตแข็งเร็วกว่าธรรมดา.

ฟอสฟอรัสมีอยู่ในร่างกายของมนุษย์ทั้งในรูปอินทรีย์และอนินทรีย์. ส่วนอินทรีย์มีอยู่ในทิสชีวทั่วไป, ในความเข้มข้นมากกว่าในโลหิต, เช่นในสมองและในตับมีถึง ๐.๓ ปร. (กรคนิวคลีอิก, ฟอสฟาติคส์). สารประกอบต่าง ๆ ของฟอสฟอรัส, เช่นฟอสฟาเจน, อะดีโนซีนฟอสเฟต, เฮกโซสฟอสเฟตและไตรโอสฟอสเฟตมีประโยชน์ยิ่งในเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อและการสร้างกลัยโคเจน. ฟอสฟอรัสอนินทรีย์ของทิสชีวร่วมกับต่างมีหน้าที่คล้ายกรกที่เกิดขึ้นในเซลล์และมีหน้าที่ควบคุมความเข้มข้นโครโมเจนไอออนของโลหิตและบัลสวาระ.

กระดูกของคนประกอบด้วยทิสชีวออสที่ออกซึ่งแทรกซึมด้วยโลหะ. ถ้าของกระดูกมี $Ca_3 (PO_4)_2$ ๘๐ ปช., $CaCO_3$ ๑๓ ปช. และ $Mg_3 (PO_4)_2$ ๒ ปช. ออสทีโอไบลัสต์ทำหน้าที่สำคัญในการทำกระดูก, (๔) นอกจากทำวัตถุพื้นฐานแล้วยังขับแอลคาไลน์ฟอสฟาเทสด้วย. ฮอร์โมนของพาราไธรอยด์ทำให้ความเข้มข้นของแคลเซียมและฟอสฟอรัสอินทรีย์อยู่ในระดับต่ำกว่าอำนาจละลายของมัน, ทำให้เกิดมีการย้ายแร่ธาตุออกจากกระดูกเป็นนิ. ตรงกันข้าม, แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสและฟอสฟอรัสอินทรีย์ทำให้มีการเพิ่มจำนวนออสทีออนเฉพาะที่, จึงเกิดแร่ธาตุจับที่กระดูกไปเรื่อย. (๕) ออสทีออนฟอสเฟตถูกปลดปล่อยจากฟอสฟอรัสอินทรีย์.

การทำหน้าที่เกินปกติของต่อมพาราไธรอยด์ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อไปนี้:-

๑. การเปลี่ยนแปลงในกระดูก.
๒. การเปลี่ยนแปลงที่ไต.
๓. การเปลี่ยนแปลงที่กล้ามเนื้อและประสาท.
๔. แคลเซียมในซีรัมสูง, ฟอสฟอรัสในซีรัมต่ำ.

๕. แคลเซียมและฟอสฟอรัสในปัสสาวะสูง.

การเปลี่ยนแปลงในกระดูก (๑) ทราเบคิวลา (trabeculae) ของกระดูกถูกทำลายโดยออสทีโอไบลัสต์. ถ้ามีการทำลายมากอาจจะทำให้เกิดไขแอนต์เซลล์ทูเมอร์ซึ่งไม่ใช่เนื้องอกดั้งข้อ, เพราะประกอบด้วยออสทีโอไบลัสต์, ออสทีโอไบลัสต์และเซลล์ที่ยกเหนียวของไขกระดูก. บางทีมีสีน้ำตาลเพราะวัตถุที่เกิดจากฟาโกไซโทซิสของเม็ดโลหิตแดง.

(๒) ทราเบคิวลาของกระดูกที่เหลืออยู่มีการละลายแคลเซียมออกไป.

(๓) การเกิดเนื้องอกเส้นใยทั่วไปในไขกระดูกและที่คอรีเท็กซ์ซึ่งเป็นสัญญาณสำคัญของโรค von Recklinghausen. เนื้องอกเส้นใยนี้มักผ่านเข้าไปในทราเบคิวลาของกระดูกเรียกว่า "dissecting bone resorption."

(๔) การทำกระดูกใหม่ซึ่งเห็นได้โดยมีออสทีโอไบลัสต์มากขึ้นและมีแนวออสทีโอไบลัสต์แทรกแซง. การทำกระดูกใหม่นี้ทำให้เกิดกระดูกของซีรัม แอลคาไลน์ฟอสฟาเทสสูง.

การเปลี่ยนแปลงที่ไต มีนิ่วในไต และเนโฟรคัลสิโนสิสที่เกิดเพราะการเปลี่ยนแปลงของแคลเซียมในซีรัมและในปัสสาวะ.

นิ่วในไตเกิดเพราะแคลเซียมฟอสเฟตและออกซาเลตตกตะกอน. เนโฟรคัลสิโนสิสเกิดเพราะมีการตกตะกอนของเกลือแคลเซียมในช่องของหลอดฝอยของไตและรอยๆ. การผิดปกตินี้ทำให้เกิดการเสียหายต่อหลอดฝอยก่อนแล้วไปที่กลอเมอรูลัสซึ่งทำให้มีการสูญเสียเบสและผลอโรด. อาจจะเป็นเหตุของอาการกระหายน้ำจัดและถ่ายปัสสาวะมาก.

การเปลี่ยนแปลงที่กล้ามเนื้อและประสาท เนื้อกล้ามเนื้อหย่อน, เสียความแข็งแรง. ริเฟล็กส์เซื่องช้า. ข้อต่อเคลื่อนไหวได้มากเกินธรรมดา. เนื้อกล้ามเนื้อของกระเพาะอาหารและลำไส้หย่อน, ทำให้เบื่ออาหาร, ท้องผูก, คลื่นไส้อาเจียน. ผลเยื่อใยในคิวโอคินมีมี ๑๐-๒๐ ปซ.(6) E.C.G. มีระยะระหว่าง Q.T. สั้น. สมของเซอรัมซี. ปัญญาทึบ.

ลักษณะทางคลินิก ทางคลินิกแบ่งออก

เป็น ๓ พวก :

- (๑) ออสทีโอคิสไฟโบรซาชัยสติกคาเจนเนราลิซาคา. เป็นแบบที่พบกันส่วนมาก.
- (๒) ออสทีโอพอโรสิสทั่วไปอย่างอ่อน. มักจะมีนิ่วในไตร่วมด้วย.
- (๓) นิ่วในไตอย่างเกี้ยว, ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่กระดูก.

รายงานผู้ป่วย

คนไข้หญิง, อายุ ๑๗ ปี, รัยไว้เมื่อวันที่ ๒๕ก.ค. ๒๕๕๘ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดเสียวที่สันตะโพกซ้ายมา ๑ ปี.

ประวัติปัจจุบัน เมื่อประมาณสี่ปีก่อน, หลังจากวิ่งแข่ง, ผู้ช่วยรู้สึกปวดเสียวที่สันตะโพกซ้าย. ปวดอยู่ประมาณ ๒-๓ สัปดาห์ก็หายไป. ประมาณ ๒ ปีก่อน, ผู้ช่วยหกล้มกันกระแทก. หลังจากนั้นปวดหลังอยู่ประมาณ ๑ สัปดาห์. การปวดครั้งที่ ๒ รุนแรงกว่าครั้งแรก. ตั้งแต่นั้นมาก็มักมีอาการเสียวตามกระดูกเป็นครั้งคราวเสมอภายหลังเดินหรือวิ่งมาก ๆ. สองเดือนก่อนผู้ช่วยวิ่งเล่นที่โรงเรียนโดยไม่ได้หกล้มหรือกระแทกที่ใดเลย. พอหยุดพักรู้สึกปวดเสียวที่สันตะโพกอีก. คราว

นี้ปวกรุนแรงกว่าครึ่งใดหมด. ความปวก
 แล่นลงไปถึงกระดูกสันขาและปลายขา
 ซ้าย. ผู้ช่วยยังคงเดินได้. นอกจากนั้น
 ไม่มีอาการอย่างอื่น. เมื่อกลับถึงบ้าน. รั
 สึกปวกศีรษะและตัวอ่อนเล็กน้อย. มีกลิ่น
 ใสอาเจียน. ปวกเมื่อขมตามตัว, ตามกล้ามเนื้อ
 เนื้อ. ปวกมากที่กระดูกซี่โครงขวา, กระ-
 ดูกข้อมือ, สันตะโพกและกระดูกขา. ปวก
 มากจนต้องกด. แม้จะกินยาแก้ไขทูลา
 แล้วยังก็ตาม, ก็ยังมีเสียวอยู่ในกระดูก. แต่
 ผู้ช่วยเคลื่อนไหวมือเท้าได้เช่นปกติ. บาง
 ครั้งมีชาตามปลายเท้า. ผู้ช่วยมีอาการ
 ปวกเสียวตามกระดูกทั่วไปตั้งแต่ต้นมาจน
 เข้ามารักษาตัวอยู่ใน ร.พ.

อาการกระหายน้ำมากและถ่ายขี้สสาร
 มากไม่มี. กินอาหารได้. อุจจาระ ๒ วัน
 ต่อครั้ง. อุจจาระเหลว.

เมื่อวันที่ ๑๕ พ.ค. ๒๔๕๘ ผู้ช่วย
 ใ้มาให้ตรวจที่แผนกตรวจคนไข้ภายนอก.
 ปรากฏว่าขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา ๒ ซม.
 และมีกเจ็บบริเวณข้อต่อเซ.โครอิลิอิก
 ซ้าย. วินิจฉัยโรคว่า "การระคาย
 ของฟอสเฟตล่าช้า." ใ้ส่งไปเฝ้าชเว
 กระดูกเชิงกราน. พบว่ามีการทำลาย
 กระดูกที่คอของกระดูกฟีมอร์ซ้าย, มี

กระดูกข้างไปเป็นหย่อม ๆ หลายแห่ง.
 ความผิดปกติของกระดูกนี้คงจะทำให้รังสี
 แพทย์รังสีถึงโรคพาราธาไธรอยด์ จึงใ้
 ส่งไปวิเคราะห์แคลเซียมและฟอสฟอรัส
 ในเลือดและตรวจขี้สสาร. ปรากฏว่า
 แคลเซียมมีถึง ๑๓.๕ มก. และฟอส-
 ฟอรัส ๑ มก. ผลของการตรวจทางชีว
 เคมีนี้จึงนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรคได้ถูก.
 แม้ว่าจะไม่มีใครสนใจในการตรวจที่คอเลย
 ก็ตาม.

ประวัติการคลอดและการเติบโต. ไม่ผิด
 ปกติ.

เวลานเรียนชั้น ม.๔. เวียนคัพโซ,
 เช่นสอบได้ที่ ๑๘ ในชั้นที่นักเรียน ๔๕ คน.
 เริ่มมีโรคเมื่ออายุ ๑๕ ปี, ๒ เดือน
 มีครั้ง, บางทีกระยะสั้นกว่านั้น. มีครั้ง
 ละ ๕-๖ วัน, เปลี่ยนผ่านวันละ ๓-๔ ผื่น.
 สิวเล็กปกติ.

ประวัติครอบครัว เป็นบุตรคนที่ ๘ ในพ
 นอง ๑๐ คน. คนอื่น ๆ ร่างกายโตกว่าผู้
 ช่วยทั้งนั้น. คนที่ ๕ สูงกว่าผู้ช่วย ๑๐ ซม.

การตรวจร่างกายแรกพบ. อุณหภูมิ
 ๓๖.๕° ซ. ชีพจร ๘๐ - ๑๑๐/นาที.

หายใจ ๒๐/นาที. ความกันเลือด ๑๐๐/๕๐ มม. ปรอท.

ผู้ช่วยซึกและผอม, สูง ๑๔๑.๗ ซม., หนัก ๓๔.๕ กก. ซอขาย. ไม่ค่อยทอขาย. แคฉลาดสมอายุ.

ลักษณะลักษณะบราซึยเซฟาโลส. การเคาะศีรษะไม่มีเสียงเหมือนเคาะแคงโม.⁽⁷⁾ การฟังไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ. ไม่มีแคลเซียมเกาะที่ตา. ก้นตา (พุ่มคัส) ปกติ. ฟันงอกตามธรรมดา, ไม่มีร่องตามขวาง, มีฟันผุเหมือนเด็กอายุเดียวกัน.

ทศอกข้างขวาตรงระดับของกระดูกอ่อนควิคือยัค, ซิกกัยหลอกคอก, กล้าไค้กัอันๆ หนึ่งกลมขนาดเท่าผลมะยม, เคลื่อนไหวไปมาไค้กัและเคลื่อนตามการกลืน. ก้อนนี้อ่อนเหมือนเนือกล้าม. ไม่พบก้อนอื่นที่คอกอีก.

ทรวงอกมีรูปร่างปกติ. ไทล์ซ้ายสูงกว่าไหล่ขวาเล็กน้อย. ปลายซิกสะเคอร์นัมของกระดูกไหปลาร้าทั้งสองข้างและซึโครงอันที่ ๒ โย้งออกมาเห็นอระกัษของอกพอเห็นซัค. หัวใจมีขนาดและเสียงปกติ. ปอดปกติ. ซ้องท้องปกติ. คัษและม้ามไม่โต. แขนและขาเคลื่อนไหวไค้กั. ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา ๒ ซม. นิ้ว

มือไม่มีปลายข้าน (คัลยบิงก์). เล็บไม่มีร่อง.

สิ่งที่น่าสนใจคือระบบกระดูก. กระดูกสันหลังโค้งไปทางซ้ายพอประมาณตรงบริเวณคอราโค - ลัมบาร์ (T₁₂-L₂). ตรงซึโครงที่ ๑๐ มีกคเจ็บตรงแนวรักแร้เส้นหลัง (โปสทีเรียร์แอ๊กซิลลารี). หายใจแรงก็เสียว. กระดูกเชิงกรานไม่มีรูปพิการ, แคกคเจ็บ, โดยเฉพาะแถวบีมแอนทีเรียร์ซึบเรียวอิธิลคซ้าย. กระดูกขาซ้ายคัล้าเจ็บตลอด. เจ็บมากตรงส่วนข้างบน, ทอนค้ำกว่าหัวเข่า.

การตรวจทางรังสี ระบบกระดูก กระโหลกศีรษะมีหินปูนน้อยไปเป็นแห่งๆ. กระดูกกระดูกหม่อม (คัลวาเรีย) หนาขึ้น, กระดูกแน่นทั้งสองชั้น (เทเบิ้ล) บาง, ส่วนกระดูกพรุน (คิโปลเอ) กว้างกว่าธรรมดา. มีลักษณะเป็นลายหยายๆ. ลักษณะมูลฐานของกระดูกไม่มีการเปลี่ยนแปลง. (กรุป ๑).

กระดูกสันหลัง, ทรวงอก, เชิงกราน (กรุป ๒), ต้นขา, ปลายขา, แขน, ซัมือและนิ้วมีออสตีโอพอโรสิสมาก. ทราเยคิวลัทยาย. บางแห่งมีซึยส์คัซังมี

สัญญาณสำคัญคือไม่มีลักษณะสร้างของกระดูกอยู่ในนั้นเลย, ขอบเว้าไม่มี การเปลี่ยนแปลงแสดงปฏิกิริยา. ทกระดูกเชิงกรานเห็นชัด.

ชั้นแข็ง (ลามิน่า ทิวว่า) ของกรามไม่มีปรากฏ, ซึ่งแสดงว่ามีออสติโอพอโรซิสทั่วร่างกาย.

ระบบทางเดินอาหาร หลอดอาหารไม่มีลักษณะซึ่งแสดงว่ามีเนื้องอก. ทิวโอดินัมมีการเคลื่อนไหวไวกว่าธรรมดาเล็กน้อย.

บัสสาวะ I.V.P. ไททั้งสองข้างทำงานเป็นปกติ, ไม่มีนิ่วหรือแคลสิโนสิส.

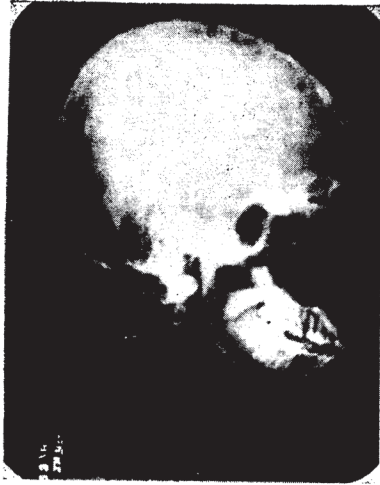
การตรวจหัวใจ อี.เค.จี. พระยะ Q.T. สั้น. มีไซนัสแทคซิคาร์เดียมเล็กน้อย.

การตรวจอื่น ๆ เบซัลเมทาบอติส + ๑๒.๒ ปช. ซีโมโกลบิน ๘๐ ปช. เม็กเค็อกแดง ๔.๖ ล้าน. เม็กเค็อกขาว ๘๒๕๐, โปลัยมอร์ฟ ๗๑ ปช., ลิมโฟซัยต์ ๑๕ ปช.

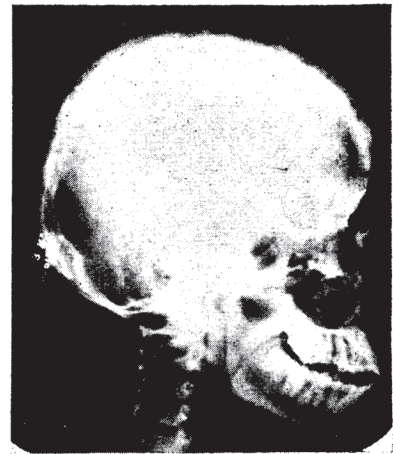
ตารางแสดงผลการตรวจทางชีวเคมีบางอย่าง

วันที่	แคลเซียม ซีรัม	ฟอสฟอรัส ซีรัม	แคลเซียม บัสสาวะ ๒๔ ชม.	ฟอสฟอรัส บัสสาวะ ๒๔ ชม.	แอลคาไลท์ฟอสฟาเทส, หน่วย Bodansky
พ.ค. ๕๕	๑๓.๕	๑.๕			
๒๖ ก.ค. ๕๕	๑๐.๕.	๓.๒			๑๔.๓๑
๓ ต.ค. ๕๕	๑๒.๘	๑.๕	๐.๒๒	๐.๔๔	
๑๕ ต.ค. ๕๕			๐.๑๔	๐.๓๓	
๑๘ ต.ค. ๕๕	๑๕.๖	๑๒.๒	(วันผ่าตัด)		
๑๕ ต.ค. ๕๕	๑๖.๑	๖.๖*			
๒๔ ต.ค. ๕๕	๗.๓	๑.๘			๓๕.๕
๒ ก.ย. ๕๕	๕.๘	๒.๕			๒๔.๕๓
๕ ก.ย. ๕๕	๑๐.๕	๒.๘	๐.๐๒๘	๐.๐๔	๓๕.๒๘
๑๓ ก.ย. ๕๕	๑๓.๑	๓.๓	๐.๐๒๘	๐.๑๔	
๑๕ ก.ย. ๕๕	๑๗.๒	๓.๓			๖๖.๕๘

(*เริ่มให้แคล - กลูโคเนต ๑๐ ปช. ๑๑ ล. ชม. เข้าหลอดเลือด)



รูปที่ ๑. (ก่อนผ่าตัด)



รูปที่ ๒. ทำสัปดาห์ภายหลังผ่าตัด



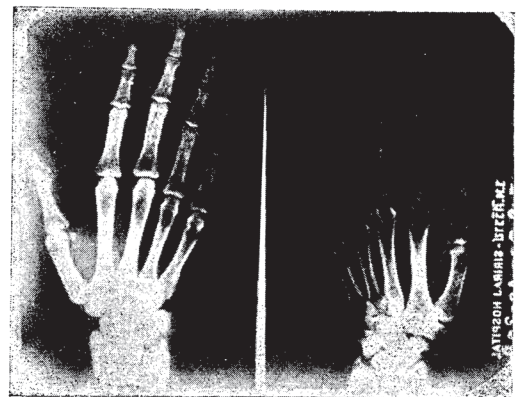
รูปที่ ๓. (ก่อนผ่าตัด)



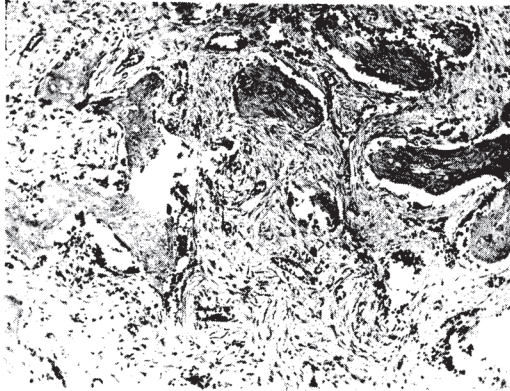
รูปที่ ๔. ทำสัปดาห์ภายหลังผ่าตัด



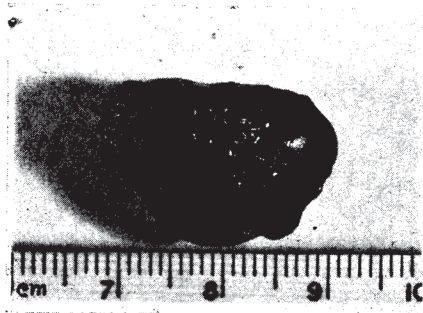
รูปที่ ๕. (ก่อนผ่าตัด)



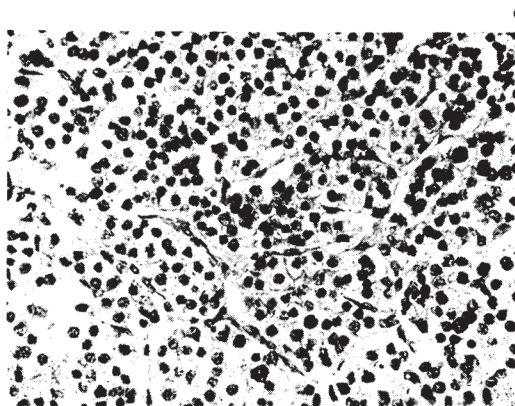
รูปที่ ๖. ทำสัปดาห์ภายหลังผ่าตัด



รูปที่ ๑. เซ็กชันบวมแอมที่เรอรัชบเรยร
อิล็อกข้างซ้าย



รูปที่ ๘. ก้อนเนื้องอก (อะดีโนมา) ของพารา
ธัยรอยด์ที่ตัดเอาออก



รูปที่ ๘. เซ็กชันของก้อนเนื้อ (รูปที่ ๘)

การตัดกระดูกทรวง (๑๑ ส.ค. ๕๘)
(๕๘-๑๕๗๑) ตัดจากข้อมุขบริเวณลิ-
ชักซ้าย. ตัดได้ง่ายเพราะส่วนเปลือกแข็ง
บางประมาณ ๑ มม. เท่านั้น. พบขี้สัท
ใหญ่ขนาดผลพทรา, ผนังเรียบมีไส้ประ-
กอบด้วยน้ำใสเล็กน้อย. ไม่พบ
เบรอันท์เมอร์. ตรวจทางจุลทัศน์พบไฟ-
โบรซิสของช่องไขกระดูกและมีออสติโอ-
คลาสต์เพิ่มจำนวนมากขึ้น, ทำลายลา-
เม็ลล่าของกระดูกทั่วไป. (กรุปที่ ๔)

การผ่าตัด (๑๘ ส.ค. ๕๘) ผ่าขวาง
คอแบบของ Kocher. พบก้อน ๆ หนึ่ง
แข็งกว่าต่อมธัยรอยด์เล็กน้อย, ขนาดเท่า
ปลายนิ้วก้อย. อยู่ทางยอดบนของกลีบ
ขวาของต่อมธัยรอยด์ที่ระดับกระดูกอ่อน
ควิคอยด์, ยึดติดกับหลอดลม. ก้อนนี้
ฝังอยู่ในตัวของธัยรอยด์ประมาณ ๒/๓,
เหลือทางก้านหลังนิดเดียว. ตัดเขาออก
ได้ง่าย, แต่ต้องตัดผ่านธัยรอยด์. ค้นหา
ก้อนเนื้อธัยรอยด์กลีบซ้ายไม่พบ. พบ
แต่ต่อมพาราธัยรอยด์อันล่าง, ขวาและ
ซ้าย. ก้อนที่ตัดออกมีสีส้มปนน้ำตาล,
ขนาด ๒.๓x๑.๕x๑.๓ ซม., หนัก ๓
ก. มีถุงหุ้มโดยรอบ. ผ่าออกพบเนื้อ

แน่นเสมอเป็นเนื้อเดียวกัน, ไม่มีขี้สัท.
(กรุปที่ ๕).

ตรวจทางจุลทัศน์พบว่าเนื้อนี้ประกอบด้วย
ด้วยเซลล์สำคัญ (chief cells) ซึ่ง
ใหญ่กว่าธรรมดาเล็กน้อย. ซัยโตพลาสซึม
สีขาวใสและมีนิวเคลียสกลมดำ. (กรุปที่
๖).

ทางพยาธิวิทยาวินิจฉัยว่า “แอดีโน-
มาของต่อมพาราธัยรอยด์.”

ระยะหลังผ่าตัด ในวันรุ่งขึ้นคนไข้มีอาการ
การตั้งตามกล้ามเนื้อ. มีอาการของหัวใจ-
เต้นเล็กน้อย, และ “มือหมอต้าแย”. ใ้
ให้แคลเซียมกลูโคเนต ๑๐ ปร. ๑๐ ล
ชม. เข้าหลอดเลือคทุกวันเป็นเวลา ๒
สัปดาห์. ต่อมาให้วันวันอีก ๒ สัปดาห์
และต่อมาสัปดาห์ละ ๒ ครั้งอีกหนึ่งสั-
ปดาห์. คนไข้รู้สึกสบาย, ไม่มีปวดตามกระดูก.
ห้าวันภายหลังผ่าตัดซึ่งน้ำหนักตัว
ได้ ๓๖ กก. (๒๔ ก.ย. ๕๘). อ.เค.จี.
ปกติ.

ห้าสัปดาห์หลังผ่าตัดได้ฉายเอกซเรย์
กระดูกซี่, พบว่าลักษณะทั่วไปดีขึ้นมาก.
อ.เค.จี. ใ้ระยะ Q.T. ยาวขึ้น, จาก
๐.๓๒ เป็น ๐.๔ วินาที.

วิจารณ์

เวลานี้มีผู้เชื่อกันมากกว่าฮัยเปอรฮัย-
รอยคิสม์เกิดขึ้นเพราะฮัยโรโทรบิคฮอร์-
โมนซึ่งขับออกมาจากต่อมพิคิคารีย์, จะ
เป็นเพราะมีการกระทบกระทั่งกันต่อฮัยโป-
ธาลามัสหรือว่าฮัยรอยคิมีความไวต่อฮอร์-
โมนนั้นมาก, หรือว่าฮัยรอยคิไม่สามารถ
จะทำให้ฮอร์โมนหมดฤทธิ์ก็ตาม.

ในทำนองเดียวกันกลุ่มอาการคุดซิงก์
ก็เชื่อกันว่าเกิดมาจากฮัยเปอรอะครีโน-
คอร์ติซิสม์ซึ่งเป็นผลมาจากการงอกผิด
ปกติของเบโซฟีลิกเซลล์ของพิคิคารีย์
ส่วนหน้า.

ฮัยเปอรเพลเซียของต่อมพาราฮัย-
รอยคิเกิดขึ้นได้โดยการฉีกน้ำสกัดจาก
พิคิคารีย์ข้างชนิก.⁽⁸⁾ ตรงกันข้ามพารา
ฮัยรอยคิจะเหี่ยวแห้งในโรคพิคิคารีย์
หย่อนสมรรถภาพ, และในการทดลองตัด
ต่อมพิคิคารีย์. จากการทดลองและคึก
ษาเหล่านี้ก็น่าจะเชื่อว่าฮัยเปอรพาราฮัย-
รอยคิสม์เกิดจากต่อมพิคิคารีย์ได้, แต่
ว่าจะโดยทางใดนั้นเป็นเรื่องที่ระคองคึกษา
กันกว่ากันอีก. ความรู้ในเรื่องพาราฮัย-
รอยคิยังกระท่อนกระแท่นเต็มที.

การคึกษาเกี่ยวกับเรื่องพาราฮัยรอยคิ

ต้องอาศัยความรู้หลายอย่างเป็นรากฐาน,
ไคแก่ความรู้เกี่ยวกับอาหาร, สรีรวิทยา,
ชีวเคมี, กายวิภาคศาสตร์, และพยาธิ
วิทยา. ในทางคลินิคก็มีเรื่องน่าสนใจ
มาก, เช่นการเปลี่ยนแปลงในกระดูกที่
เห็นได้โดยรังสีเรินต์เก้น, การเกี่ยวของ
กับการจับของแคลเซียมในไต, ภาวะน้ำคิ
และผลในกระเพาะอาหาร.⁽⁹⁾ การรคึกษา
ก็ได้ผลรวดเร็วทันตาเห็น.

เอกสาร

1. B. Breitner : Die Chirurgie, Bd. 4, 134-138, 1954.
2. O. Cope et al. : Ann. of Surg. 134: 4, 1953.
3. S. Wright : Applied Physiology, 323 (Oxford, 1948).
4. L.J. Soffer : Diseases of the Endocrine Glands, 876 (Kimpton, London, 1951).
5. F. Albright and E.C. Reifenstein, Jr. : Parathyroid Glands and Metabolic Bone Diseases (Williams and Wilkins, Baltimore, 1948).
6. Dr. Wyman, X-ray Conference, Peter Bent Brigham Hospital, 10.1. 1954.
7. F.A. Fender, : J.A.M.A. 13 : 1085-1086, 1954.
8. B.A. Houssay : The Harvey Lectures, Series 31 : 116, 1935-36 (Lancaster Science Press, 1936).
9. Cope : Conference M.G.H. 1954.

(Summary of the preceding Article)

HYPERPARATHYROIDISM

with Case Report

Udom Poshakrishna

M.B., Dr. med, Dr. med. dent., F.A.C.S.

(Dept. of Surgery)

1201

The author reviews the history, etiology, physiology, pathology and clinical features of parathyroidism and goes on to report the case of a seventeen-year old girl who sought treatment for shooting pain in the left thigh of one year duration. She first noticed pain in that part 4 years ago, after running a race; it disappeared after a few weeks. Two years later the patient fell down on her buttocks and had backache for one week. Since then she often had shooting pains in the bones after much walking or running. Two months ago after running about at school she felt pain in the left thigh of much greater severity than formerly. Back at home she developed headache and slight fever, with nausea, vomiting, pain and aching in muscles and the right ribs, waist, thigh and leg bones. Pain was rather severe, but movement was not hindered. On examination the left leg was found to be shorter than the right by 2 cm. The patient was sent for radiological examination with the tentative diagnosis of "Irritation of fascia lata". The roentgenologist (Dr. Sanuan Buranabhavang) discovered rarefaction in the neck of the left femur, and requested blood analysis. The results—serum calcium 13.9 mg. per cent, serum phosphorus 1 mg. per cent, clinched the diagnosis.

Thorough physical examination in the ward revealed a soft tumour mass about the size of a small cherry in the right side of the neck, at the level of the cricoid cartilage, adjacent to the trachea. It was mobile and moved with deglutition. The vertebral spine was moderately inclined to the left in the thoraco-lumbar region. Tenderness was detected along the posterior axillary line; pain was felt here on deep breathing. The pelvis was properly shaped but tender, particularly around the left anterior superior iliac spine. The left tibia was tender, especially in the proximal end. X-rays revealed irregular rarefaction in the skull; the calvaria was thickened; the tables were thin; the diploe were wide. There was also coarse mottling. The basic bone structure was not changed. Osteoporosis with coarse trabeculae was seen in the spine, chest, pelvis, thighs, legs, arms, wrists and fingers. Localised cystic formation without reactionary changes were found, being most prominent in the pelvis. Absence of the lamina dura was detected in the molars. Intravenous pyelography revealed the absence of calculi and calcinosis. In the EKG shortening of the QT interval and slight tachycardia were found. Blood chemical analysis gave

serum calcium of 10.9 to 13.9 mg. per cent, phosphorus 1.9 to 3.2 mg. per cent, alkaline phosphatase 14.31 Bodansky units. Bone biopsy confirmed the diagnosis of osteoporosis.

Parathyroidectomy was performed on the 24th day of hospitalisation. An encapsulated, firm, homogeneous mass 2.3 x 1.5 x 1.3 cm. in dimensions, weighing 3 g., was removed easily. Pathological diagnosis was "adenoma of parathyroid gland".

The patient developed mild symptoms of hypoparathyroidism after the operation, which were relieved by intravenous calcium therapy. After five weeks all symptoms disappeared including the original complaints. Physical and laboratory findings also pointed to marked improvement.

This represents the second case of hyperparathyroidism reported in Thailand; the first was reported by Dr. Phra Salyavechvisist in 1930.

(Nine references. Nine figures.)

INTESTINAL PERFORATION IN ENTERIC FEVERS

A Statistical Study

Kasem Limwongs
M.B.

and

Prem Buri
M.C., M.B., B.S. (Lond.), F.R.C.S. (Eng.)

(Dept. of Surgery)

2

General Consideration

The term enteric fevers as used in this report includes typhoid and paratyphoid fevers. There is a group of cases in which apart from intestinal perforation there was no confirmatory evidence either clinical or laboratory to enable us to place them into typhoid or paratyphoid group. Whether some of these cases were atypical forms of enteric fevers or a separate clinical entity or several pathological processes we have not been able to decide with certainty. These cases have not been included in this study, but we hope to review them separately at some future date.

We wish to make it clear from the beginning that in a large proportion of our cases we have depended mainly on clinical grounds for diagnosis. It is a matter of opinion whether we are justified in doing this. We fully realise that ideally laboratory or pathological support should be available. It is really disappointing that we have not been able to obtain any confirmation for some of our

cases.

It is hoped that by studying these cases at least certain conclusions may be drawn and a practical scheme of investigation drawn up for the study of future cases.

Material

79 cases of enteric fevers with intestinal perforation admitted into the Surgical Department between the years B.E. 2490 and 2498 (1947-1955) form the material of this study. We have not been able to obtain any figures for the whole hospital. Most textbooks give the incidence of perforation in enteric fevers as 2 to 5 per cent.

During the 9-year period under review there were 8 to 9 cases seen each year. The male sex predominated the female by the ratio of 3.4:1 (61 males to 18 females). The youngest patient was a Chinese boy of 15 months; the oldest was a Thai man of fifty. There were 52 Thai and 27 Chinese. No history of previous vaccination could be obtained.

Table I: Age Incidence

Age in Years	No. of Cases	Age in Years	No. of Cases
1-5	5	26-30	12
6-10	16	31-35	2
11-15	17	36-40	5
16-20	7	41-45	3
21-25	9	46-50	3

Clinical Features of Enteric Fevers

Though it may seem out of place to discuss the clinical pictures of enteric fevers fully in a surgical paper, as the diagnosis of most of our cases has been mainly clinical, we feel obliged to consider some of the salient points noted in the case histories. Quite a number of patients were first admitted into medical or pediatric wards where enteric fevers were diagnosed, and later referred to our department when perforation occurred.

Fever was a constant feature in the history. Its duration varied from 4 days to months, but generally between 7 to 10 days before admission.

Headache was complained of by only 6 patients (7.7 per cent).

Constipation was common and noted in 40 cases (50.6 per cent). Diarrhea was rather rare and appeared in 8 cases (10.1 per cent). The remaining patients did not mention any disturbance of bowel habit. Bloody stools or intestinal haemorrhage was noted in 9 cases (11.4 per cent).

Abdominal pain or discomfort was a prominent feature. As most cases had already had perforation when first seen this might be due to the complication. This complaint will be more fully discussed later.

Lethargy was noted most often in some very ill patients, particularly in children.

Skin rash was not mentioned at all. It is the opinion of most of us, including our medical colleagues, that this is rarely seen.

Palpable spleen was distinctly rare

and was mentioned in only 2 cases. It is possible that the palpation was made difficult by the guarding and rigidity of the abdominal wall accompanying perforation and peritonitis; and at laparotomy surgeons do not particularly look for enlarged spleens. It is the opinion of our medical colleagues that splenomegaly is present in about 50 per cent of cases of enteric fevers

Typhoid facies and typhoid tongue were noted in some cases.

We have relied upon the above features for the diagnosis of enteric fevers in many of our cases.

Laboratory Confirmation of Enteric Fevers

a. Total Leucocyte Count and Differential Leucocyte Count Leucopenia is said to be common and almost a constant feature in children. We have not been able to substantiate this as most of our cases already had perforation when first seen and therefore leucocytosis was a common finding. There were 7 patients who developed intestinal perforation in the hospital. Leucocyte counts made before the accident were respectively: (1) Total count 6800; (2) Total count 5150, neutrophiles 84 per cent, lymphocytes 4 per cent, myelocytes 12 per cent; (3) Total count 2700, neutrophiles 76 per cent, lymphocytes 12 per cent; (4) Total count 7350, neutrophiles 74 per cent, lymphocytes 24 per cent, monocytes 2 per cent; (5) Total count 8550, neutrophiles 80 per cent, lymphocytes 20 per cent; (6) Total count 5850; (7) Total count 4200, neutrophiles

78 per cent, lymphocytes 22 per cent.

b. Other Laboratory Investigations

Only in 62 of the 79 cases had la-

boratory examination of some form been performed. Results have been summarised in Table 2.

Table 2: Haemoculture, Haemoagglutination, Urine and Feces

	Haemoculture	Haemoagglutination	Urine	Feces
Positive	7 (2 para A, 1 para B)	17 (17 above 1/80, 1 at 1/40)*	0	1 typhoid
Negative	11	9	4	11
No result	26	32	17	8
No. of Patients	44	58	21	20

(* See text.)

Ascaris ova were seen in 6 out of 20 stools examined, an incidence of 30 per cent. Other intestinal parasites found were hookworms, trichiuris trichura, E. histolytica and opisthorchis.

Haemoculture was positive in 4 cases for typhoid, 2 for para A, and 1 for para B. It is a great pity that this valuable examination was performed only in 44 patients.

Haemoagglutination was testes in 58 patients and was positive in 29.3 per cent of cases. There has been much argument about the significant positive titre although there is general agreement as to the value of rising titre. In our series we consider the titres of 1/80 and above significant, as do most clinicians. Some of the titres were as high as 1280. In 4 cases rises in titre of 1/80 to 1/320, 1/160 to 1/640, 0 to 1/160 and from negative to 1/160 were seen.

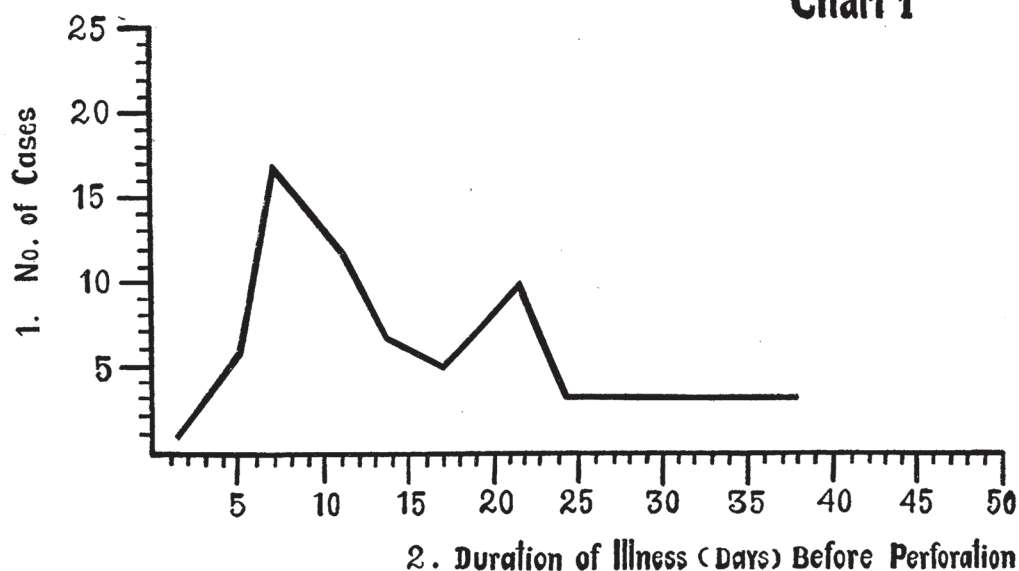
Clinical Features of Intestinal Perforation

The onset of perforation by no means gave

a clear cut picture. This was particularly so in children. If we accept the appearance of abdominal pain, nausea and vomiting as marking the occurrence of perforation, then the time interval between this and the beginning of the disease varied from 1 to 40 days. According to most textbooks intestinal perforation occurs most commonly towards the end of the second week and rarely earlier. Our findings are definitely at variance with this statement. As seen in Chart 1 the first peak in frequency of perforation falls between the 7th and 12th days. This discrepancy might be due to one or more of the following reasons: (1) Some mild pyrexia at the beginning may have passed unnoticed; (2) The disease may have been more virulent than usual; (3) There may have been some aggravating or precipitating factors, such as purgation, intestinal parasites or the premature ingestion of solid food.

A second peak in the incidence of perforation occurs about the 20th day of

Chart 1



the illness. This included 10 cases. Some patients appeared to be progressing satisfactorily under hospital treatment, some were having a recrudescence of fever. In other cases the fever had been continuous all the time. We believe that recrudescence of fever was the contributory factor in 30 per cent of cases, and purgation in 30 per cent; for the remainder no suggestive clue could be found.

Fever was present in every case. The highest temperature varied between 38 and 40°C, with 38.8°C as the average.

Abdominal pain was present in most cases. The onset was usually sudden and the pain was either generalised or localised around the umbilicus. A few patients described the pain as severe, but no remark was made about continuous or spasmodic character. In some cases the onset of the pain was so vague that we could not fix the date of the perforation.

Nausea and vomiting were present

in less than half of the number of cases. Vomiting was generally complained of once or twice and was rarely repeated.

The bowel function was not mentioned in most cases. Diarrhoea was mentioned in 3 cases and melaena in 9 cases.

Dehydration was present in slightly less than half of the number of cases, the degree depending upon the severity of the illness.

Abdominal distension was found in 38 cases. As this symptom generally appears later in the course of perforation, representing some degree of paralytic ileus, our data indicate that perforation had occurred some time before it was diagnosed.

Abdominal rigidity was detected in 60 cases. It was generalised in most cases, but in some it was mainly in the right iliac fossa. In a few cases it was described as board-like, but in others the degree of rigidity was not so marked.

Abdominal tenderness was positive in 48 cases, being mostly generalised, though in some cases it was definitely localised in the right iliac fossa.

Shifting dullness could be detected in 10 cases.

Absence of bowel sounds was noted in 58 cases and present in 5. This is a

valuable sign. The presence of bowel sounds does not exclude peritonitis but their absence signifies a grave omen.

Bulging and tenderness of the cul de sac was found in 12 cases. It appears that rectal examination was not performed as frequently as it should be.

Table 3: Signs and Symptoms

	Present in Cases
Fever	79
Abd. Pain	60
Nausea & vomiting	21
Constipation	—
Diarrhoea	3
Dehydration	33
Abd. Distension	38
Abd. Rigidity	60
Abd. Tenderness	48
Loss of Liver Dullness	21
Shifting Dullness	10
Peristaltic sounds	5*
Bulging and Tenderness of Cul de sac	21

(* Absent in 58 cases)

Diagnostic Confirmation of Perforation

Diagnosis of intestinal perforation was based mainly on clinical evidences, supported by leucocytosis in most cases. However, in a few doubtful instances other means were employed.

a. Leucocyte Count Of the 79 cases total

leucocyte count and differential count were performed in 60 cases and repeated in 4 cases. Total count only was done in 16 cases. In 3 cases the counting was not performed. The highest total count was 43500, with 96 per cent neutrophils and 4 per cent lymphocytes. Results are summarised in Table 4.

Table 4: Leucocyts Counts

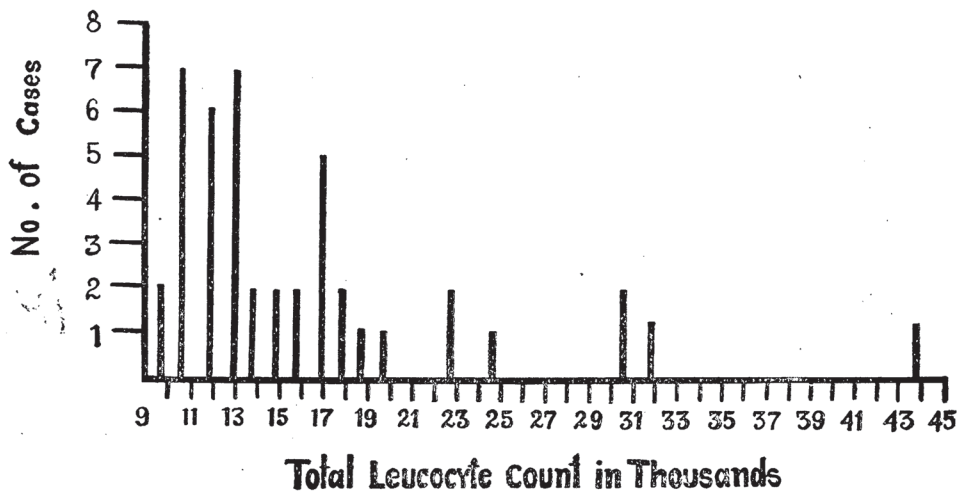
Leucocytosis with normal differential count	11 cases (13.93 per cent)
Leucocytosis with high neutrophile count	24 cases (30.38 per cent)
Normal total count with normal differential count	8 cases (10.12 per cent)
Normal total count with high neutrophile count	7 cases (8.88 per cent)
Leucopenia with normal differential count	4 cases (5.06 per cent)
Leucopenia with high neutrophile count	6 cases (7.59 per cent)
No record	3 cases (3.80 per cent)
Normal total count with no differential count	8 cases (10.12 per cent)
Leucocytosis with no differential count	8 cases (10.15 per cent)

b. Paracentesis abdominis This was employed in 2 patients. One was a Thai woman of twenty-five who had had fever for months, abdominal oppression for 15 days, abdominal pain for 7 days and melaena after purgation for 2 days. She developed ascites while in hospital, and paracentesis yielded numerous pus cells. On laparotomy perforation of the lieum was found and sutured. The other patient was a Chinese boy of 19 who had had fever for 10 days and abdominal distension for 3 days. The abdomen was found tense with fluid and gas and yielded yel-

low pus on paracentesis. Ileal perforation was found and sutured.

c. Plain X-ray of the Abdomen with Patient upright This was performed in one case, a 14-year old Thai boy who had had fever for 10 days, abdominal distension for 8 days. While hospitalised he had severe abdominal pain. Plain X-ray showed a collection of gas under the right dome of the diaphragm. As the diagnosis in most cases seemed to be clear cut, radiological confirmation was probably considered superfluous and therefore not used more often.

Chart 2



Treatment

1. Conservative Treatment Fifteen patients (18.9 per cent) were treated conservatively, solely because their general condition did not permit laparotomy. Therapeutic measures included intravenous fluids, continuous gastro-intestinal suction, withholding food and drink, chemotherapy including penicillin, dihydro-streptomycin, chloromycetin, sulfadiazine, and sulfathiazole and symptomatic treatments such as oxygen therapy, cardiac stimulants, abdominal fomentation, rectal stupes. A chance of doing laparotomy was

always anxiously looked for; but unfortunately all patients succumbed except one, who requested discharge.

2. Surgical Treatment Sixty-four patients were treated surgically.

a. Pre-operative treatment All patients were given intravenous fluids, gastro-intestinal suction, and chemotherapy for varying periods until deemed suitable for surgical interference.

b. Operation Laparotomy findings are tabulated in Table 6.

Table 6 : Laparotomy Findings

Ileal perforation : one perforation	54 cases
two perforations	1 case
three perforations	2 cases
Total	57 cases
Pyoperitoneum	26 cases
Peyer's patches enlarged and reddened	8 cases
Generalised reddening of abdominal viscera	9 cases
Haemorrhagic spots in ileum	1 case
Typhoid ileitis	1 case
*No perforation (but other findings)	7 cases

*Pus only, 3 cases; gangrene of terminal ileum and caecum 1 case; ileal perforation found at necropsy 1 case; peritonitis found at necropsy 2 cases.

Of the surgical procedures, suturing of perforation and drainage of peritoneal cavity were usually performed. Resection was done in 1 case. No exteriorisation was performed. Appendectomy was performed in 2 cases, apparently before the presence of perforation was apprehended. Drainage alone was undertaken when

no perforation was found. One patient had sulfanilamide powder sprinkled into the wound before the peritoneum was sutured.

3. Post-operative treatment All cases were put on the routine of continuous gastro-intestinal suction, intravenous fluids, chemotherapy and othersupportive

measures.

Location of Perforation

Fifty-seven ileal perforations were

found. In 20 cases the exact site was not stated; in the remaining 37 cases the locations were as represented in Table 7.

Table 7 : Sites of Perforation

Distance from ileo-caecal junction in inches	No. of cases
0-6	10
7-12	20
13-18	3
19-24	2
25-30	1

The findings confirm the general opinion that the majority of perforations occurs within one foot of the ileo-caecal junction.

Number of Perforations

Four cases of multiple perforations were found. One case had 3 ileal perforations at 4, 7 and 12 inches from the ileo-caecal junction; one had also 3 ileal perforations but their locations were not stated. Both made a complete recovery. In the third case only one perforation was seen at laparotomy, but at necropsy a short time later multiple perforations were found. The fourth case had 2 ileal perforations found at operation.

Results of Treatment

Of 16 patients treated conservatively 15 died of peritonitis, and one was discharged unimproved by his own request. This last case presumably succumbed at

home. Most patients in this group were moribund at the beginning of treatment.

The general condition of the patients who were treated surgically was far better and their response to preliminary treatment more satisfactory. Of 64 cases in this group 34 died and 30 recovered, giving a mortality rate of 53.1 per cent and recovery rate of 46.9 per cent. The highest annual recovery rate of 71.4 per cent was reached in B.E. 2498 (1955) when all of 7 cases were treated by surgical means.

Summary and Conclusion

During the 9 years' period between B.E. 2490 and 2498 (1947-1955), 79 cases of intestinal perforation due to enteric fevers were encountered. Some of their clinical features have been analysed.

a. Diagnosis In 10 cases the diagnosis of enteric fevers and intestinal perforation depended on clinical findings alone, while in the remaining 63 cases it had the support of one or more confirmatory evidences. (See Table 8.)

Table 8: Diagnosis of Enteric Fevers

<u>No. of cases</u>	<u>Haemo-culture</u>	<u>Haemo-agglutination</u>	<u>Clin. Diag. of Perforation</u>	<u>Lap. finding of perfor.</u>	<u>Pyoperitoneum</u>	<u>Post mortem findings</u>
10	-	-	+	-	-	-
43	-	-	+	+	+ in 4 cases	Perfor. + in 4 cases
2	-	-	+	-	+ both	-
7	2 para A 1 para B 4 typh.	+ in 2 cases	+	+ in 4 cases	+ in 2 cases	-
3	-	-	+	-	-	1 perfor., 2 peritonitis
14	-	+ in all	+	+ in 11, 1 gangrene	+ in 1 case	1 gangrene of caecum and terminal ileum.

b. Clinical Picture The rarity of skin rash and infrequency of splenomegaly are emphasized. The onset of perforation occurred at two fairly well defined peaks in the course of illness; explanations have been offered.

c. Mortality Of 79 cases treated surgically and conservatively 49 died (mor-

tality rate 72 per cent) and 30 recovered (recovery rate 39 per cent). Possible contributory factors are:

i. Age All ages appear to be equally affected, with slight downward trend towards the extremes. Since the series is small this finding is probably not significant. (See Table 9.)

Table 9: Age and Mortality

<u>Age in Years</u>	<u>No. of Cases</u>	<u>Mortality rate in per cent</u>
1-5	5	40
6-10	16	75
11-15	17	71
16-20	7	43
21-25	9	67
26-30	12	67
31-35	2	60
36-40	5	40
41-45	3	67
46-50	3	33

ii. Race There were 52 Thai and 27 Chinese. Of the former 22 recovered and 30 died (mortality rate 57.7 per cent); of the latter 9 recovered and 18 died (death rate 66 per cent).

iii. Sex There were 61 males to 18 females. Thirty-two died in the former group as against 15 in the latter, with mortality rates of 52.4 against 83.3 per cent. It appears from these figures that males fare better than females.

iv. Duration of Illness before Onset of Perforation The mortality rate was highest when perforation occurred within the first five days of the disease, and also when it occurred after the third week of illness. In the first case the organism was probably very virulent; in the second case the patients' resistance and stamina had probably been exhausted. To be significant, however, this time factor should be considered in conjunction with other findings to obtain a composite picture of the cases. (See Table 10.)

v. Haemoculture The number of cases with positive haemoculture was much too small to be of any use for analysis.

vi. Haemoagglutination and Titre Level Since the cases with positive titres of 1/80 or over were just a few, we are unable to form any opinion in this connection.

vii. Leucocyte Counts Findings in this respect (Table 11) suggest that cases which showed some degree of leucocytosis or high differential polymorph count

had a low mortality, when compared to those without leucocytosis; although the degree of leucocytosis in itself seems to bear no direct relationship to mortality rate. These statements are made with reserve, since our series is small.

viii. Duration of Perforation before definitive Treatment As might be expected, the mortality rose as the duration of perforation before the definitive treatment got longer. (See Table 12.)

ix. General Condition and Response to preliminary Measures We found that to evaluate the general condition of the patients from the reports was the most difficult and intriguing problem. The records were made by quite a number of surgeons, and a patient considered serious by one may look hopeful to another. Yet the general condition of the patients and their response to preliminary treatments are probably among the most important factors to determine the final outcome. For this study we have divided the patients into 2 broad groups: (1) Poor general condition and poor response to preliminary measures. This group comprises 15 patients who were treated conservatively. All succumbed to peritonitis. (2) General condition as well as response to preliminary treatment satisfactory. All patients were treated surgically; 34 died and 30 recovered.

x. Complications The complications included haemorrhage, bloody stools and melaena. Nine cases were thus compli-

cated. All were treated by surgical means. Six died and 3 recovered. It appears that the presence of these serious complications does not necessarily lead to a fatal ending.

xi. Methods of Treatment Once the diagnosis of intestinal perforation has been made, attempt should be made to treat it surgically, provided that the patient's condition permits surgical intervention. Suturing of perforation and drainage seemed to be the method of treatment most commonly employed. Drainage only was done in 6 patients when the perforation could not be found; the mortality rate was 50 per cent. Additional procedures such as appendicectomy, although undesirable and probably unjustifiable, does not necessarily lead to a fatal issue. Additional appendicectomy was performed in two patients and both recovered. Resection of ileum was carried out in one patient. She was discharged upon her parents' request and presumably died at home. Exteriorisation was not performed in any case.

xii Chemotherapy and Antibiotic Therapy Penicillin, streptomycin, the sulpha group of drugs, terramycin, chloromycetin, aureomycin were employed. There was no set scheme for the use of these drugs in an orderly fashion. There is no possibility to compare the relative merits of these drugs, but we have gained the impression that a combination of penicillin, streptomycin and sulpha drugs gave a mortality rate of about 65 per cent, while the addition of chloromycetin or terramy-

cin may lower the rate by 2 or 3 per cent. The addition of aureomycin in 9 cases may have been responsible for the 8 recoveries, the only death being due to repeated perforation and melaena.

A practical Scheme of Investigation for future Cases

As a result of this study it appears that our records are hopelessly lacking in data. We think it might be a good idea if we all adopt a fixed scheme of investigation. What we suggest is nothing new, and we appreciate the difficulties in certain instances, but having a scheme in mind might enable one to collect available data as nearly completely as possible.

1. History. This should be carefully recorded from the patient's own words if possible and checked with relatives'.

2. Physical Examination. Careful and repeated examination should be made without unduly disturbing the patient. Particular attention should be paid to the detection of splenomegaly and skin rash.

3. Laboratory Investigations. These should be repeated wherever possible, and should include complete blood count, haemoculture, haemoagglutination, and examination of urine and feces.

4. Recording. Careful assessment and recording of the clinical condition and changes should be made regularly.

5. Accurate Account of Laparotomy Findings. This includes an estimate of the amount of pus found and its character; presence of perforation, the number and sites of perforation; enlargement and other changes in Peyer's patches; enlarge-

ment of mesenteric lymph nodes; presence of intestinal parasites, and other pathological findings.

6. Examination of Pus. Recovered pus should be examined for micro-organisms and their sensitivity to antibiotics tested.

7. Chemotherapy and antibiotic therapy. Properly controlled trials of these and their combinations should be made, so that their usefulness could be assessed.

8. Post mortem examination should be asked for more frequently.

Table 10 : Duration of Illness before Onset of Perforation and Mortality Rate

<u>Days of Illness before Perforation</u>	<u>No. of Cases</u>	<u>Per cent Mortality</u>
1-5	4	100
6-10	30	66
11-15	12	58
16-20	15	60
21-25	3	100
26	1	100
27	1	100
28	2	50
29	-	—
30	2	50
31 and over	3	100
Uncertain	1	0

Table 11 : Leucocyte Counts and Mortality Rates

<u>Leucocyte Counts</u>	<u>No. of Cases</u>	<u>Per cent Mortality</u>
Leucocytosis; D.C. not recorded	8	50
Leucocytosis; D.C. normal	11	63.6
Leucocytosis; D.C. high	24	45.8
WBC normal; D.C. normal	8	62.5
WBC normal; D.C. high	7	42.8
Leucopenia; D.C. normal	4	75

<u>Leucocyte Counts</u>	<u>No. of Cases</u>	<u>Per cent Mortality</u>
Leucopenia; D.C. high	6	100
WBC normal; D.C. not recorded	8	75
WBC and D.C. not recorded	3	100

(D.C. = differential polymorph count; WBC = total leucocyte count)

Table 12: Duration of Perforation and Mortality Rate

<u>No. of Hours</u>	<u>No. of Cases</u>	<u>Per cent Mortality</u>
0-12	15	53.3
13-24	31	48.4
25-36	2	50.0
37-48	14	71.4
49-60	-	-
61-72	9	66.6
73-84	-	-
85-96	5	80.0
97-108	-	-
109-120	-	-
168	1	100
Uncertain	2	100

ถุงน้ำรังไข่ชนิดในเด็ก

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย

โสภณ ตันตณันท์

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ถุงน้ำรังไข่ชนิดในเด็กพบได้ไม่บ่อย
บ่อยนัก และให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อน
ผ่าตัดได้ยาก. Finley เป็นคนแรกที่ทำให้
การวินิจฉัยเด็กที่มีถุงน้ำรังไข่ชนิดในเด็ก
ถูกต้องก่อนทำการผ่าตัด, แต่ก็ยังต้องอาศัย
เยื่อโรซัลซึ่ง โกลราฟช่วยจึงเป็นผล
สำเร็จ. ทั้งนี้เนื่องจากอาการต่างๆ ชวนให้
นึกไปถึงพวกไส้ติ่งอักเสบๆ เช่น, ผู้ใส่
ทิ้ง, ท่อน้ำเหลืองอักเสบ, การพอง
แข็งของกระเพาะและถุงน้ำในช่องท้อง
เสียเป็นส่วนมาก. นอกจากนั้นถุงน้ำรังไข่
ในเด็กพบบ่อยไม่เกิน ๓ ปีช. (Steel).
โดยเหตุที่การวินิจฉัยโรคยากนี้เอง, พยา
ชีสภาพชนิดนี้จึงอาจพลัดเข้ามาในแผนก
ศัลยศาสตร์ได้, โดยหลงผิดว่าเป็นไส้ติ่ง
อักเสบๆ หรือเป็นเนื้องอกในช่องท้อง.

พยาชีสภาพในตัวเด็กเมื่อมีถุงน้ำรังไข่
โตพอสังเกตได้, คือ (๑) มีความผิดปกติ
ในรูปร่างของช่องท้อง. (๒) มีความ

เปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโต, และใน
รูปร่างของเด็ก. (๓) ความดันภายใน
ช่องท้องเพิ่มขึ้น. (๔) เกิดโรคแทรก
ซ้อนได้ง่าย.

อายุ พบถุงน้ำรังไข่ได้ตั้งแต่ยังเห็น
ทารกในครรภ์ (Downs) ขึ้นไปจนถึงวัย
หมดการตั้งครรภ์. Harris ได้รายงานผู้
ป่วยอายุน้อยที่สุดเป็นถุงน้ำรังไข่ชนิดใน
เด็กอายุ ๑ ปี ๑๐ เดือน. อายุที่พบได้
มากที่สุดอยู่ระหว่าง ๑๐ ถึง ๑๔ ปี.

ข้างที่เป็นโรค พบทางขวามากกว่า
ทางซ้าย. Steel รายงาน ๒๑ ราย, เป็น
ทางขวา ๑๓ ราย, ทางซ้าย ๘ ราย. ใน
แผนกศัลยศาสตร์ของเราที่พบ ๓ รายเป็น
ทางขวา ๒, และทางซ้าย ๑ ราย.

ชนิดของถุงน้ำรังไข่. ถุงน้ำที่พบว่า
ชนิดนี้มีได้ทั้งชนิดเป็นถุงนุ่ม และชนิด
ถักแข็ง. เศษ ๒ ส่วน ๓ ของถุงน้ำที่

พบเป็นชนิดไม่ร้าย, ที่เหลือเป็นชนิดมะ
เร็ง. Weil แสดงความข้อยของชนิดงู
น้ำรังไข่ที่ผ่าตัดได้จากเด็กและตรวจทาง
จุลทัศน์แล้วดังนี้: เคอร์มอยต์ ๓๕.๐ ปซ.,
ซีสต์ ๓๑.๖ ปซ., ซาร์โคมา ๑๕.๐ ปซ.,
คาร์สิโนมาหรือปายีลโลมา ๘.๕ ปซ.

สมุฏฐานที่ทำให้รังไข่บิกตัว. แบ่ง
ออกได้เป็น ๓ พวกใหญ่ ๆ. พวกที่ ๑
เกิดการบิกตัวของอวัยวะที่ผิดปกติ;
พวกที่ ๒ เกิดการบิกตัวของอวัยวะที่
ปกติ, แต่อยู่ในตำแหน่งผิดปกติ; และ
พวกที่ ๓ เกิดการบิกตัวของอวัยวะซึ่ง
เหมือนจะปกติและอยู่ในที่ปกติ.

กลไกของการเกิดการบิกในจำพวก
ต่าง ๆ นั้นเข้าใจว่าเป็นดังต่อไปนี้. ในพวก
ที่ ๑ เกิดจากบั๊กมตลูกผิดปกติ, ผนัง
รังไข่ก็จะหนาตัวได้มากขึ้นตามหลักของ
Kustner ทว่าถอนเนื้องอกของรังไข่ทาง
ขวาจะบิกตัวจากขวาไปทางซ้าย, สำหรับ
ถอนเนื้องอกทางซ้ายจะบิกตัวจากทางซ้าย
มาขวา. Kohler กับ Sellhein ว่า เหตุ
เกิดจากแรงเฉื่อย (อินเนอร์เซีย) ที่เกิด
จากการบิกหรือหมุนตัวของคนไข้ในท่าผิด
ปกติ. นอกจากนี้เหตุอาจเกิดจากการ

เปลี่ยนแปลงความดันภายในช่องท้อง, เช่น
การหกล้มหรือถูกกระแทก ลำตัวขยับ ๆ
(Torres), การออกกำลังภายในท่าผาด
โผน (Anspach), การยกของหนัก, การ
เข่งถ่ายอุจจาระ, การไอ (Peter). บาง
รายเกิดจากความดันในกระเพาะปัสสาวะ
ลดลงทันที. ข้อสุดท้ายที่น่าจะนึกถึงอีก
อย่างคือการเพิ่มความดันที่ขั้วของรังไข่ทำ
ให้หลอดเลือดดำถูกกด, และความดัน
ภายในหลอดเลือดดำนั้นเพิ่มขึ้น, ทำให้
เกิดการหมุนของหลอดเลือดดำรอบหลอด
เลือดแดงใต้ (ทฤษฎีไฮโมคัยนามิคของ
Payr.) ทั้งนี้เพราะหลอดเลือดดำมีผนัง
บางกว่า, ยาวกว่าและยืดตัวได้ง่ายกว่า
หลอดเลือดแดง.

พวกที่ ๒ เป็นแต่เพียงโรคแทรกซ้อน
ของไส้เลื่อนแต่กำเนิดชนิดอินโกเวเนลโดย
ที่มีบั๊กมตลูกและรังไข่หมุนตัวลงไป
ในถุงไส้เลื่อน. พบได้ในเด็กอายุระหว่าง ๑ ถึง
๕ ขวบ. อาการในพวกนี้ไม่รุนแรงเช่นกับ
อาการของไส้เลื่อนออกทันทีประกอบด้วย
ส่วนของโอเม็นตัมหรือลำไส้. พบได้มาก
เท่ากันระหว่างซ้ายกับขวา.

พวกที่ ๓ เกิดจากความผิดปกติที่ขั้ว
ของรังไข่เองเพียงอย่างเดียว. โดยมาก

ขั้วรังไข่ยาว, ไม่มีเนอเยอซีก, จึงบดตัวง่าย (Jellette). ทั้งตัวที่อวางเดินไข่ม้วนยาว. เมื่อต่งน้ำรังไข่หนักขึ้นจึงต่งรังไข่, เกิดการบดตัวได้ง่าย. Auvray เชื่อว่าการบดตัวเป็นเกลียวของท่อทางเดินไข่ม้วนซึ่งพบได้ทั้งแต่ในทารกในครรภ์จนถึงวัยหลังคลอดช่วยเสริมให้บดตัวได้ง่ายขึ้น. ส่วนประกอบของต่งน้ำรังไข่ขั้วบดพวกนี้มักจะเย็นกัสนเล็กน้อยและมองไม่ค่อยเห็นรูปร่างส่วนประกอบของรังไข่ในกล้องจุลทรรศน์.

อาการและข้อตรวจพบ

(๑) อาการปวด มักรุนแรงและมีระยะพัก. บางรายอาจเป็น ๆ หาย ๆ, กินเวลานาน. ในรายที่เขียนโดยปัจจุบันอาการปวดต่ง, ระยะพักสั้น. ปวดต่งคล้ายกับการปวดเกร็ง. เมื่ออาการปวดต่งเลาต่งก็รู้สึกเพียงปวดต่ง ๆ ที่บริเวณท้องน้อย.

(๒) ตำแหน่งที่ปวด มักเป็นเหนอบริเวณที่มีการบดตัวของต่งน้ำรังไข่. บางครั้งอาการปวดกระจายไปทั่วหน้าท้องจนคนไข้รู้สึกปวดคร่าวอยู่รอบสะกือ. บางรายอาจปวดคร่าวมาต่ง ๑ ใน ๓ ของหน้าอกด้านที่เป็น.

(๓) การอาเจียน เกิดสลับกับการปวด. อาจปวดท้องก่อนหรืออาเจียนก่อนก็ได้. อาจอาเจียนตักต่อไปตลอดเวลาก็ได้.

(๔) ลักษณะทั่วไป มีไข้ ๓๗.๒ ถึง ๓๘.๕ °ซ. ชีพจรเร็วขึ้น, แต่มีข้างที่กลับช้าลง. เมื่อเริ่มเป็น, การหายใจปกติ. ถ้าเป็นอยู่นาน ๆ แล้วการหายใจมักเร็วขึ้น. เกิดซึม, และมีร่องครวญครวญเนื่องจากการปวด. บางครั้งมีอาการคล้ายกับที่อกซี่เมียบ. ลั้นแห้ง, มีผาคลุมทั่วไป. การเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นปกติ, อาจน้อยลงบ้าง. หรืออาจท้องผูกมาก่อนปวดท้องสองสามวัน. ยาถ่ายยังให้ผลตามปกติ.

(๕) การตรวจหน้าท้อง อาจลำไส้กัสนทางหน้าท้อง. กัสนอาจอยู่ในช่องอิลีอิกหรือเหนอหัวหน้า, มีลักษณะต่งโดยทั่ว, กดเจ็บหรืออาจไม่เจ็บเลย. อาจพบลักษณะกตกระเพิ่ม (ฟลัคซูเอชั่น).

(๖) การตรวจทางทวารหนัก เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุดเพราะบอกผลได้แน่นอนมาก. ไม่ควรระงควันเสียต่งที่ปรากฏเสมอ ๆ. มักลำไส้กัสนซัดเจน, ผิวเรียบ,

อยู่ในอู่เชิงกราน. ก้อนนี้ตั้งและมักจะ
ไปกดเอาผนังดำไว้ส่วนเหนือทวารหนัก
แผยลงไป. ก้อนอยู่หนึ่ง ๆ. กตเจ็บ. บาง
ครั้งกล้าไ้ลักษณะกตกระเพอม.

ให้วินิจฉัยได้ถูกต้อง ๑๐๐ ปช.

โรคแทรก วัลไวทิสอาจมีได้บ้าง.

ไส้ทั้งอาจอีกเสบและคิกกับถุงน้ำรังไข่. ถุง
น้ำรังไข่อาจเกิดเป็นหนองหรืออาจแตก.

วิธีตรวจเพื่อวินิจฉัยแยก

รายงานผู้ป่วย

(๑) การตรวจทางทวารหนัก โดย
ที่โรคนี้ไม่อาจวินิจฉัยแน่นอนได้จากประ-
วัติ, การตรวจร่างกายและการตรวจเลือด
ตามธรรมดา, การตรวจทางทวารหนัก
อาจช่วยให้แยกโรคออกไปได้หลายอย่าง,
เช่นไส้ทั้งอีกเสบปัจจุบัน, ฝัไส้ทั้งอีกเสบ,
บัสสภาวะทั้งในกระเพาะเขา, ท่อมน้ำเหลือง
อิลิอ์คอีกเสบ, ถุงน้ำในช่องท้อง, ถ้าได้
กลืนตัวเอง, มะเร็งของมดลูกและรังไข่,
ความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูก, ของ
รังไข่และของกระเพาะเขา.

เด็กหญิงไทยอายุ ๗ ๖ ปี, รัยไว้
เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๔๕๘ ด้วย
อาการสำคัญว่าปวดท้องมากมาประมาณ
๑๒ ชั่วโมง.

ก่อนหน้าผู้ป่วย ไม่มี อาการผิดปกติ
แต่อย่างไร. ในตอนเย็นวันก่อนมาผู้ป่วย
ไปซ้อหมักฟ้าที่โรงเรียน, ท้องวิ่งมาก.
ขณะวิ่งรู้สึกจุกในท้องพอทนได้. พอหยุด
พักสักครู่อาการก็หายไปจึงกลับไปวิ่งอีก.

อาการปวดคงมีข้างแต่ไม่มากจนกระ-
ทั่งกลับไปบ้าน. หลังอาหารเย็นรู้สึกปวด
ท้องอีกและอาเจียน. มารดาเอาขี้ผึ้งนวด
หน้าท้องและวางกระเข้าน้ำร้อนให้. อา
การปวดและอาเจียนทุเลาลงจนผู้ป่วยหลับ
ไป. เช้าวันรุ่งขึ้นเริ่มปวดท้องอีก, ปวด
พอทนได้. กินอาหารอย่างปกติ. ถ่าย
อุจจาระ ๑ ครั้งลักษณะอุจจาระปกติ. พอ
ตอนสาย ๆ เริ่มปวดท้องน้อยทางขวา,
ปวดเป็นพัก ๆ, พักหนึ่งนานประมาณ ๕

(๒) การตรวจทางรังสี การตรวจ
ด้วยรังสีพอจะช่วยให้บ้าง, ถ้าเห็นเงาของ
ก้อน. ถ้าเป็นชนิดถุงเคอร์มอยด์อาจมีหิน
ปูนเกาะ. ซ้อน Marshal อ้างว่ามีโอกาส
พบถึง ๒๖ ปช.

(๓) ยูเทอโรซัลบิงโกกราฟฟี ใน
รายที่ไม่ท่อนักและอาการไม่รุนแรง, ควร
ทำยูเทอโรซัลบิงโกกราฟฟีเพราะจะช่วย

นาทึ. ระหว่างปวดเขามีอกคค้อยทะเลา. บางครั้ง ปวด มาก จน ผู้ช่วย บิดตัว ไปมา. ปวดเป็นพัก ๆ, ชั้นแรกห่างกันประมาณ ๒ ชั่วโมง, แล้วเป็นถี่เข้าเรื่อย. เมื่อ ๖ ชั่วโมงก่อนมา ร.พ. อาการปวดทวิมาก ขึ้น. อาเจียนทุกครั้งทีปวด. กินอาหารก็ อาเจียนออกมาหมด. ลักษณะอาเจียนใน ตอนหลังสีเหลือง, รสขม, ไม่มีเลือด. บัสสาวะสีเข้ม. ไม่ถ่ายอุจจาระอีกเลย. ทวีร้อน. มีเหงื่อท่วมตัว. มารดาต้องคอย เช็ดตัวให้. อาการผู้ช่วยไม่ทุเลาลงเลย มารดาจึงเอามา ร.พ.

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ ๓๗.๔ ซ. ชีพจร ๑๐๐/นาที. หายใจ ๒๘/นาที. ความดันโลหิต ๘๔/๕๔ มม.ปรอท.

ผู้ช่วย เทียบ โต สม อายุ และ แข็งแรง. หน้าท้องมีรูปร่างปกติ, ไม่มีรอยนูนผิดปกติ. คลำตับ, ม้ามหรือก้อนในช่องท้องไม่ได้. กคเจ็บที่ช่องท้องน้อยทางขวา, แต่อาการปวดที่จุดแม็คเบอร์เนย์ไม่ชัดเจน. ฟังไตยินเสียงลำไส้น้อยกว่าธรรมดา.

ตรวจทางทวารหนัก, คลำไค้กัอันอยู่ตรงกึ่งกลางของเชิงกราน, ขนาดประมาณ ผลมะนาว. ลักษณะผิวเรียบ, ตั้ง, กค

ไม่เจ็บ. กัอันอยู่หนึ่ง. กคเจ็บที่ช่องอิลิอัคทางขวา. กคเคอซัคไม่โป่ง, กคเจ็บข้างเล็กน้อย.

การตรวจอื่น ๆ ไม่พบลักษณะผิดปกติ

การตรวจทางห้องทดลอง ชบ. ๗๐ ปช. ม.ล.ค. ๔.๗๗ ล้าน/ล.มม., ม.ล.ช. ๑๐๕๕๐/ล.มม., โปล์ยี. ๘๒ ปช., ลิยมโฟ. ๘. ปช.

ในอุจจาระและบัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

๑. ไล่ตั้งอุกเสียบั้จุ่มัน
๒. มคตลุท, ไม่ทรวาสาเหตุ

การผ่าตัด

ผู้ช่วยปวดมากขึ้นจนกินทรนทรายจึงทำการผ่าตัด. ให้อาสา. กรวดผนังท้องแยกกริดไอเอ็อน. พยไล่ตั้งอยู่ในลักษณะปกติ. มีน้ำใสสีเหลืองอยู่ในช่องท้องประมาณ ๕๐ ล.ซม. ไม่มีเลือด. ถ้าไล่ทวิไปเรื่อย, ผิวเย็นมัน. คลำไค้กัอันในช่องอิลิอัคทางขวา, ลักษณะยาวรี. เขาออกไม่ได้. จึงเย็บขั้ทรวยผ่าตคแล้วเปิดใหม่ตรงกลางเอียงขวา (พารามัเค็ยน). พยกัอันขนาด ๘ x ๕ x ๖ ซม. มีสีน้ำเงิน

แกมคำ. ผิวเรียบเป็นมัน. มีสีเทาอยู่สอง
หย่อมที่ผนัง. ไม่มีรอยเนออยคติดกันเลย.
เป็นถุงน้ำรังไข่ทางขวาซีกหนึ่งรอบครึ่ง.
ได้กลายเป็นถุงออกและตกถุงน้ำรวมทั้ง
ท่อทางเดินไข่ออก.

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก,
ไม่ปวดท้องเลย. ในวันที่ ๗ หลังผ่าตัด
ได้ตกใหม่และให้กลับบ้าน. ผู้ป่วยแข็งแรงดี.

ผลการตรวจพยาธิ

ถุงน้ำรังไข่ชนิดโพรงเคียวใหญ่, บรรจุ
น้ำใส. ผนังด้านในเป็นมันเรียบ, สีเทา
แกมขาว; ตอนใกล้ขั้วแยกห่างออกจาก
ผนังด้านนอก. ภายในซอกระหว่างผนัง
มีไขมันและกระดูกผสมแทรกอยู่. โพรงใน
ผนังเป็นซีสต์คิกปลาบีบล้ำที่งอกออกไปจน
ซีกกึ่งผนังถุงอีกด้านหนึ่ง. ผนังถุงโดยทั่วไป
มีผ้าไขมันจับและมีผนังนอกเป็นหย่อม ๆ,
มีขี้เกลือสีคล้ำ. ท่อทางเดินไข่และเอ็น
รังไข่เฉพาะรังไข่มีสีคล้ำ. ไม่มีส่วนที่เป็น
กระดูก.

ตรวจทางจุลทัศน์พบผนังถุงมี ๒ ชั้น.
ชั้นแรกมีสภาพเป็นเนื้อที่โตมาจากผิวหนัง
อย่างชัดเจน. มีรอยขี้เกลือเป็นหย่อม ๆ.

ส่วนอีกชั้นหนึ่งเป็นพังผืดอยู่แล้วและมี
เลือดแทรกทั่วไป.

การวินิจฉัย เทอราโทมาเบนิกันัม (เคอร์
ม็อยคัสซีสต์) ของรังไข่ขวา

สรุป

๑. ได้รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, เป็น
เด็กอายุ ๑๒ ปี, ซึ่งเป็นถุงน้ำชนิดเคอร์
ม็อยคัสซีสต์ของรังไข่ขวาเกิดอาการซีก, ให้
การวินิจฉัยในตอนแรกว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ
ปัจจุบัน. การผ่าตัดรักษาหายและได้ผลดี.

๒. ได้สรุปสาเหตุและกลไกที่จะทำ
ให้เกิดการบิดตัวของถุงน้ำรังไข่, พร้อม
ทั้งแนวทางที่จะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้
ถูกต้องก่อนผ่าตัด, พร้อมทั้งการวินิจฉัย
แยกโรค.

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์โอกาส พลังกร
ซึ่งเป็นผู้ทำการผ่าตัดและแนะนำให้ศึกษาเรื่องนี้โดย
ตลอด. ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่องศรี
เกตุสิงห์ ที่ได้ช่วยตรวจก้อนถุงน้ำรังไข่ให้ละเอียด,
และขอบคุณ น.พ. เกษียร กังคานนท์, แพทย์
ประจำบ้าน, ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะด้วย.

เอกสาร

1. W.A. Steel : B.M.J. 2: 798-799,
1931.
2. M.L. Harris : Am. J. of Obst. 1:
530, 1904.
3. เสนอ อินทรสุขศรี : สารศิริราช 9: 528-
534, 2494.

(Summary of the foregoing Report)

TWISTED OVARIAN CYST IN A GIRL OF SEVEN

Sobhon Tandhanand

M.B.

(Dept. of Surgery)

A Thai girl, 7½ years old, was admitted on the 10. Noveuber 1955 with the chief complaint of abdominal pain for twelve hours. It began as oppression while she was running at play, which disappeared for some time, only to recur with increased intensity after dinner, now accompanied by vomiting. Rubbing with an ointment and application of hot water bottle allayed the pain during the night. The pain recurred the following day, was sporadic and increasing in severity. Vomiting became persistent. The bowels were constipated. The body was hot and covered with sweat.

Examination revealed a slight fever (37.40C), with pulse rate of 100 and respiration rate 28. The abdomen had only tenderness in the right iliac fossa, but not definitely localised to McBurney's point. Peristaltic sounds were infrequent. Rectal examination revealed a mass in mid-pelvis, about the size of a lime fruit;

smooth, tense, not tender, immobile. The cul de sac was not distended, slightly tender. Leucocyte count was 10950, with 92 per cent polymorphs. Provisional diagnosis of acute appendicitis with enlarged uterus was made. At operation the appendix was found normal. A serous exudate, about 50 cc. in quantity, was found in the abdominal cavity. An elongated mass was palpated in the right iliac fossa and had to be removed through a right paramedian incision. It measured 8x5x6 cm., with shiny, smooth surface, bluish black in colour save for two greyish spots. There was no adhesion. The mass was a cyst of the right ovary, twisted 1½ turns on its pedicle. The tube as well as the cyst were excised. The patient stood the operation very well and was discharged on the seventh postoperative day. Pathological diagnosis of the tumour was teratoma benignum (dermoid cyst) of the right ovary.

(Three references)

3

ลำไส้เล็กทะลุเนื่องจากไม้กักัด

รายงานผู้ช่วยหนึ่งราย

เฉลิมชาติ รัตนเทพ

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

การพิจารณาที่หาสาเหตุที่แน่นอนของอาการเย็บช่องท้องอีกเสียในคนไข้ที่เป็นรายฉุกเฉิน, โดยเฉพาะในเด็กเล็ก, ก่อนข้างหยาบ, เนื่องจากผู้ช่วยมักจะไม่สามารถให้ประวัติและบอกเล่าอาการได้ละเอียดพอ. มีอยู่บ่อยครั้งที่เราให้การวินิจฉัยโรคผิด, และก็มีอยู่บ่อยครั้งที่ผู้ช่วยต้องรับการเปิดหน้าท้องออกตรวจดูโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพในอวัยวะในช่องท้องเลย.

การแทงทะลุลำไส้โดยสิ่งผิดที่, ทำให้เกิดเย็บช่องท้องอีกเสีย, นี้ว่าเป็นสาเหตุที่ค่อนข้างหายาก. ในแผนกศัลยศาสตร์ของเราเคยมีรายงานไว้ ๒ รายเท่านั้น. ทั้งสองรายพบในผู้ใหญ่, ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน.

ผู้ช่วยที่จะเสนอนั้นเป็นรายที่สาม. เด็กชาย ส.น., อายุ ๒ ปี, รัยไว้ในแผนก

ศัลยศาสตร์เมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘ (ถ.ท. ๕๗๓๐๗-๕๘, ส.น. ๑๒๐๓๑-๕๘) ภายอาการปวดท้องอย่างปัจจุบัน.

ประวัติปัจจุบัน (ได้จากมารดาและญาติ) ผู้ช่วยเริ่มมีอาการปวดท้องรุนแรงโดยทันทีบริเวณเหนือท้องน้อยขวา. ปวดรุนแรงตลอดเวลา, พร้อมกับคลื่นไส้อาเจียนท้องผูก. ทั้งนี้ไม่มีอาการเจ็บป่วยมาก่อนเลย.

ประวัติอดีตและครอบครัว ไม่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้, นอกจากผู้ช่วยมีนิสัยชอบใช้ไม้กักัดและไม่ห้ามฟันฟันเล่นเสมอ ๆ.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ ๓๘.๕ ช. ชีพจร ๑๔๘/นาที. หายใจ ๓๐/นาที. ภาวะทั่วไปดี. ไม่มีลักษณะชากน้ำ. หน้าท้องมีรูปร่างปกติ. กดเจ็บและมีกล้ามเนื้อแข็งที่เหนือแอ่งอิลีอิกข้างขวา, ตรงจุด

ของ McBurney. ตรวจไตอาการแสดง
ของ Rovsing. ทับและม้ามคลำไม่พบ.
เสียงลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง. ตรวจทาง
ทวารหนักพบว่ากดเจ็บทางคานขวา. ระบบ
อื่น ๆ ปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง เลือดเคมี ชย.
๗๐ ปช., ม.ล.ก. ๓.๓๗ ล้าน, ม.ล.ช.
๒๒,๕๔๐ คอ ล.มม., โปไลย์. ๘๐ ปช.,
ลิ้มโฟ. ๒๐ ปช. บัสสวาระและอุจจาระไม่
พบข้อผิดปกติ.

การวินิจฉัยเบื้องต้น ใต้ตั้งอักเสบ
ปัจจุบัน, ทะลุแล้ว.

การผ่าตัด. ภายหลังที่เบ็ดช่องท้องพบว่า
มีน้ำเหลืองปนหนองในช่องท้อง, ปริมาณ
ไม่มากนัก. ใต้ตั้งเป็นปกติ, ขนาด
๐.๗ x ๖ ซม. ที่อิลีอัมส่วนปลาย, ห่าง
จากลันอิลีโอดีคัล ๑๕ ซม. มีเนื้องอก
ที่กระหว่างซอกของอิลีอัมและมีไฟบรินปก
คลุมหนา. ภายหลังที่แยกเนื้องอกที่คอก
แล้ว, พบว่ามีไม้กัลกษนิคที่ใช้กัลกักระทง
ธรรมดา, ยาวประมาณ ๕ ซม., แหว่งทะลุ
ผนังของอิลีอัมในบริเวณนั้นออกมา. จึง
ได้จัดการเอาไม้กัลกัลคอกและเย็บปิดทะลุ
ที่ผนังลำไส้, แล้วทำการตัดใต้ตั้งออกด้วย.

ผู้ช่วย^๕พ่นภายหลังการผ่าตัดโดยไม่มี
อาการแทรกซ้อน, สบายดีตลอดจนกระทั่ง
กลับบ้าน.

อภิปราย ผู้ช่วย^๕บรรยาย^๕เป็นรายที่ ๓ ที่
อิลีอัมถูกแทงทะลุเพราะสิ่ง^๕ที่กินเข้าไป.
สาเหตุของเยื่อช่องท้องอักเสบในเด็ก ๆ
ที่ทะลุช่องมักจะมีอยู่หลายอย่าง, ทั้ง
สำหรับชนิดที่เกิดในช่องท้องโดยตรง (ไป
มารีย์) และชนิดที่เกิดทางอ้อม (เซคัน
คาร์เรีย). ชนิดหลังที่พบบ่อยในแผนก
ศัลยศาสตร์คือที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบและ
ทะลุ, อิลีโอดีคิสจากทึบฟอยด์และทะลุ, อะ
มีบิคโคโลสิสทะลุและอื่น ๆ. อย่างไรก็ตาม
ตามอาการเยื่อช่องท้องอักเสบเนื่องจาก
สิ่ง^๕ที่กินเข้าไปแทงลำไส้ทะลุ, ถึงแม้จะหา
ยาก, ก็เป็นข้อหนึ่ง^๕ที่ควรระนงถึงไว้ด้วย,
เพราะการปลั่งแผลอกกลัน^๕สิ่ง^๕ของ^๕ที่แหลม
คมอาจจะมีได้เสมอ ๆ ในชีวิตประจำวัน,
โดยเฉพาะในเด็กเล็ก.

สรุป ได้เสนอรายงานผู้ช่วย^๕เด็กชายอายุ
๒ ปี, ซึ่งมีอาการเยื่อช่องท้องอักเสบ
อย่างปัจจุบันเนื่องจากไม้กัลกัลคอกแทงทะลุลำ-
ไส้ส่วนอิลีอัม. การผ่าตัด^๕ซ่อมรอยทะลุ
และการรักษาหลังผ่าตัด^๕ช่วยให้ผู้ช่วย^๕หาย
ได้โดยเร็วร้อย.

(Abstract of the preceding Report)

INTESTINAL PERFORATION FROM BAMBOO SLIVER

A Case Report

Chaloemchati Ratnadeb

M.B.

(Dept. of Surgery)

A boy of two was admitted (10. August 1955) for the treatment of acute abdominal pain with nausea and vomiting. Signs and symptoms of acute peritonitis were evident, with tenderness and rigidity at McBurney's point, and positive Rovsing's sign. The body temperature was 39.4°C., the pulse rate 148; leucocyte count gave 22,540 per cu.mm. with 80 per cent polymorphs. With provisional diagnosis of acute appendicitis with perforation operation was at once undertaken. A moderate amount of seropurulent fluid was present in the peritoneal cavity. The appendix was normal. Adhesion bands

with thick fibrinous deposit were found between coils of the ileum about 15 cm. above the ileocecal junction. On lysis a sliver of bamboo (as used locally to pin sheets of banana leaves together), about 5 cm. in length, was found protruding through the ileal wall. It was removed, the perforation was repaired, and the appendix was excised. Recovery was without incidents.

The child was reported to have the habit of playing with toothpicks and bamboo slivers.

This is the third case of similar morbidity reported from this Department.

4

บทบรรณาธิการพิเศษ

สรีรศาสตร์และสรีรวิทยา

อุดม โปษะกฤษณะ

พ.ศ., Dr. med., Dr. med. dent, F.A.C.S.

(หัวหน้าแผนกสรีรศาสตร์)

เราทุกคนคงรู้จักเขาของหรือสุวรรณบรรพต, เพราะอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตคงได้มีโอกาสขึ้นไปมนัสการพระเขี้ยวแก้ว. การที่ชุมชนสถานแห่งนี้ต้องถกยึดจนล้มก็เพราะรากฐานอ่อนแอ, ต้องสร้างเสริมให้มั่นคงด้วยเงินนี่ย่านเป็นเวลาแรมยี่กว่าจะแน่ใจว่าพอทนน้ำหนักคนได้เช่นพิน ๆ. ศิลปะของการผ่าตัดก็เป็นเสมือนยอกเจ็ดยี่แห่งความร้ทางศัลยศาสตร์. ยอกนี้จะทรงตัวสูงตระหง่านอยู่ได้ก็ด้วยรากฐานที่มั่นคงแข็งแรง, สร้างด้วยความเพียรพยายามนานยี่บนฐานศาสตร์ต่าง ๆ, มีสรีรวิทยา, ชีวะเคมี, เภสัชวิทยา, พยาธิวิทยา, วิทยายศเทวี และกายวิภาคศาสตร์.

การที่เข้าใจว่าศัลยศาสตร์เป็นวิชาที่

เกี่ยวข้องกับกายวิภาคและพยาธิวิทยา มากกว่าสรีรวิทยา, จึงเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนัก, เพราะความก้าวหน้าในทศวรรษที่เราอยู่นี้เกิดขึ้นด้วยการค้นคว้าทางสรีรวิทยาเป็นส่วนใหญ่นำมาสู่ศาสตร์ซึ่งเราเรียกว่าสรีรศาสตร์. สรีรศาสตร์ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท. ท่านที่สนใจคงจะได้ทราบถึงวิวัฒนาการในวิชาแขนงนี้มาแล้ว. ต่อไปขอนำเอาทฤษฎีสำคัญ ๆ บางเรื่องเกี่ยวกับสรีรศาสตร์มาเล่าให้ท่านฟัง.

เวโกโตมีย์ (Vagotomy, 1945)

ผู้ที่นำชีวิตมาสู่เวโกโตมีย์เป็นนักสรีรวิทยาชื่อ แดรกสเด็คท์ (Dragstedt), ศาสตราจารย์สรีรวิทยาแห่งมหา

วิทยาลัยชิคาโก. ท่านผู้เขียนนี้^๑เป็นนักสรีรวิทยาจริง ๆ, การผ่าตัดจึงน่าชมน้อยกว่า ศัลยแพทย์ทั้งหลาย. สรีรศาสตร์ของแผลในกระเพาะอาหารได้เริ่มมาตั้งถึงศตวรรษแล้ว, โดยเฮกซเนอร์และ ซวาคแมน (๑๘๑๔), และทำให้สมบูรณ์โดยลาการ์เจต (๑๘๒๒). จากสรีรวิทยาเราทราบว่า การขยับน้ำย่อยนั้น มีสองระยะ คือระยะสมองและระยะเคมี. ระยะแรกอาศัยประสาทเวกส์เป็นสำคัญ. การตัดประสาทเวกส์ทำให้น้ำย่อยอาหารในกระเพาะ, การเคลื่อนไหวและการเกร็งของกระเพาะอาหารน้อยลง, ทำให้การถ่ายอาหารออกจากกระเพาะช้าไป. อารมณ์ต่าง ๆ ไม่มีผลต่อสรีรวิทยาของกระเพาะ.

ผู้ช่วยซึ่งมีสภาพในมน้ำไปทางแผลของทิวโอคินัม (duodenal diathesis) มักจะมีน้ำย่อยเป็นกรดมากในเวลากลางคืนและระหว่างอาหาร, ซึ่งเกิดเพราะประสาท. จุดประสงค์ของการทำเวโกโตมียก็คือตัดการผลิตน้ำย่อยทางประสาทและทางวิปากแห่งจิตซึ่งเพิ่มพูนน้ำย่อยขึ้น.

ระหว่างปี ๑๘๔๖-๑๘๕๐ เป็นสมัยของเวโกโตมียในการรักษาแผลเย็บตึก, โดยเฉพาะทิวโอคินัม. ในปัจจุบันมีที่ใช้

ในรายที่ผู้ช่วยอาหารจะทนการตัดกระเพาะอาหารไม่ได้และในพวกแผลแกสโตรเจจิวันมี.

ไทรเจมินัล นิวรัลเจีย

การผ่าตัดในสมองเพื่อรักษาการปวด, การเคลื่อนไหวผิดปกติ, เป็นการกระทำซึ่งเราเรียกว่าสรีรศาสตร์ทั้งนั้น. ก่อนที่จะทำประสาทศาสตร์จะต้องทราบเสียก่อนว่าส่วนไหนของสมอง, ประสาทเส้นไหนมีหน้าที่อะไรบ้าง. ผู้ที่ทนทุกข์ทรมานด้วยการปวดหน้า, ซึ่งเรียกกันว่าไทรเจมินัล นิวรัลเจีย, ได้รับความรักษาโดยการตัดรากประสาทคู่ที่สามของประสาทสมองอันที่ห้า, ก็เพราะความรู้อันที่ห้าประสาทเส้นไหนนำประสาทคู่ที่สามจากหน้า. การที่ศัลยแพทย์ไม่ตัดเกินไปจนถึงส่วนมอเตอร์ก็เพราะทราบว่าส่วนนี้มีหน้าที่เกี่ยวกับเซลล์ของการเคี้ยว.

ยังมีศัลยแพทย์ (Sjogvist) ที่จนถึงสรีรศาสตร์ของประสาทสมองอันที่ห้ามากไปกว่านั้นอีก. การตัดประสาทคู่ที่กล่าวทำให้เกิดชาขึ้นที่หน้าและในเยื่อปากทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าอาหารอยู่ที่ไหน, อาจจะทำให้คอร์เนียอักเสบและเป็นแผล. ถ้า

ทำโดยวิธีอื่นซึ่งเรียกว่าไตรเจมินัลแทรกโตโตมีย์ (Trigeminal tractotomy) จะหลีกเลี่ยงการแทรกแซงเหล่านี้เสียได้, และยังช่วยให้ความสัมพันธ์ทรงอยู่ด้วย. การผ่าตัดชนิดนี้เกิดขึ้นก็เพราะความรู้ที่ว่าทูเบอร์คิวลม ซิเนเรียม (Tuberculum cinereum) ที่อยู่ ๔-๕ ซม. ต่ำกว่าโอเบกซ์ (Obex) มีสไปนัลแทรกต์และสไปนัลเคเบิลสของประสาทอันที่ ๕ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอุณหภูมิ.

การตัดสมองส่วนหน้า

การผ่าตัดที่ได้รับความนิยมมากครั้งหนึ่งไม่แพ้เวโกโตมีย์ คือการตัดสมองส่วนหน้า (prefrontal leukotomy) เพื่อจะตัดการติดต่อระหว่างกลีบปรีฟรอนทัลและฮาลามัส. การตัดสมองส่วนหน้ามีประโยชน์ในการรักษาความตึงเครียดของอารมณ์, ทำให้ความกลัว, ความกลัวร้าย, กระสับกระส่าย, เกเร, คลุ้มคลั่งน้อยลงหรือหมดไป.

การค้นคว้าอันสืบเนื่องมาจากการผ่าตัดนี้ทำให้มีความรู้เพิ่มเติมทางสรีรวิทยาของสมองมากขึ้น, จึงได้มีผู้คิดทำแบบฝึกหัดต่าง ๆ. มีตัดเปลือกสมอง (cor-

tical ablation) เป็นแห่ง ๆ, เช่น topectomy, cingulectomy, orbital undercutting.

การรักษาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (dyskinesia)

ในการผ่าตัดเพื่อรักษาโรค เช่น ปาร์กินสันนิสึม, อเรโทลิส, เฮมิบัลลิสม์โดยการทำสเตเรโอ เอ็นเซฟาโลโตมีย์, ตัดเปลือกของสมองแถว area 6, ตัดเส้นใยเอ็กสตราพียรามิดัลซึ่งอยู่ที่ส่วนหน้าของไขสันหลัง. การผ่าตัดเหล่านี้ต้องอาศัยรากฐานทางสรีรวิทยาทั้งนั้น.

การรักษาลมบ้าหมูแผนปัจจุบันเป็นการรักษาอย่างสรีรวิทยาแท้ ๆ. คนไข้พวกนี้ถูกผ่าตัดโดยให้ยาชาเฉพาะที่. ภายหลังเมื่อเข็ดกระโถลก็ระงับออกแล้ว ใช้ E.E.G. ควบคุมผิดปกติแล้วตัดส่วนที่ผิดปกตินั้นออกจนหมด. เสร็จแล้วก็ใช้ E.E.G. ตรวจสอบดูใหม่ว่ามีคลื่นผิดปกติเหลืออยู่อีกหรือเปล่า. ถ้ามีก็ตัดเพิ่มเติมอีก. ระหว่างทำผู้ป่วยยังมีสติ. เมื่อใช้อิเล็กโทรดที่ส่วนไหนของสมองก็บอกได้ว่ามีความรู้สึกอย่างไร. เช่นเมื่อจำตำแหน่งหนึ่งของสมองอาจจะบอกว่ามี ความ

รู้สึกเหมือนเมื่อเริ่มจะชักเป็นต้น.

นอกจากเรื่องเกี่ยวกับสมองและประสาทแล้ว, สรีรวิทยายังได้เบิกทางใหม่ ๆ ในการรักษาหลายอย่าง. เช่นการรักษาโรคมะเร็งต่าง ๆ, มะเร็งที่เต้านม, การตัดรังไข่ออกเพื่อให้การผลิตฮิสโตรเจนหยุด, ก็เป็นสรีรศาสตร์อย่างหนึ่ง. ต่อมาผู้ค้นพบว่าต่อมแอดรีนัลก็เป็นแหล่งผลิตฮิสโตรเจนเหมือนกัน, จึงมีผู้ทำการตัดต่อมแอดรีนัลออก, เพื่อจะต่ออายุให้พวกที่ทนทุกข์ทรมานด้วยโรคมะเร็งของเต้านมต่อไป. การที่คนคนหนึ่งเป็นมะเร็งของต่อมปรัสเตตก็เป็นผลของความรู้อันสูงของสรีรวิทยาที่ว่าเซลล์ของมะเร็งงอกงามเจริญได้เพราะเอสโตรเจน. ถ้าไม่มีลูกอินทรี, มะเร็งนั้นก็หยุดงอก. การตัดต่อมแอดรีนัลก็มีจุดประสงค์อย่างเดียวกัน, คือเพื่อจะหยุดการผลิตของแอนโดรเจน.

การทำไฮราโคโลมิซาร์ซิมพะเร็คโคมียในการรักษาโรคความดันสูงก็มีจุดประสงค์จะให้เส้นโลหิตในช่องท้องพ้นจากอำนาจของประสาท, ทำให้การกักขวางปลายทางต่อการเดินของโลหิตและทำให้การเปลี่ยนแปลงขนาดของเส้นโลหิต

เพราะวิเฟล็กส์น้อยลง.

การรักษาแบบสรีรศาสตร์กำลังอยู่ในสมัยเวลานี้, เพื่อบรรเทาทุกข์เวทนาบางประการในมะเร็งที่เกินการรักษาอย่างอื่นมกกันแล้ว, คือการทำตัดเอาต่อมฮิปโปทาลัมออก.

โรคที่รักษาด้วยการผ่าตัดชนิดนี้ มี:

- ๑. มะเร็งของเต้านมและปรัสเตต.
- ๒. กลุ่มอาการคุซซิงก์.
- ๓. ความดันโลหิตสูงอย่างร้าย.
- ๔. โรคเบาหวาน.

เกี่ยวกับมะเร็งของเต้านม, การตัดต่อมฮิปโปทาลัม ก็เพื่อจะหยุดการผลิตของสเตอรอยด์คอร์ติซอล, เพราะฉะนั้นก็เท่ากับการตัดรังไข่, แอดรีนัล, และ แอดรีนัลที่อยู่ติดกัน. พวกมะเร็งของต่อมปรัสเตตสนองต่อการรักษาด้วยคอร์ติซอลและการถอนก็ว่ามะเร็งของเต้านม. เพราะฉะนั้นก็ควรจะได้รับผลดีมาจากการตัดต่อมฮิปโปทาลัม.

เราทราบแล้วว่ากลีบหลังของฮิปโปทาลัมมีหน้าที่เกี่ยวกับหัวใจและฮาร์เตอร์โอดและเนอกลัมเวียบทั้งหมด. การตัดต่อมฮิปโปทาลัมในพวกที่เรียกว่าความดันโลหิตสูงอย่างร้ายจึงมีผลตามทฤษฎีจะให้ความ

กั้นกลาง.

ต่อมาบีคิคารีย์เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดร้ายก้วยเหตุ ๒ ประการ. ประการแรกโดย ACTH, ซึ่งออกฤทธิ์ต่อต่อมแอดรีนัลและซอร์ โมนซึ่งเกี่ยวกับการเคียวโต. การตัดต่อมบีคิคารีย์ก็เนื่องจากความรู้ที่ผู้ช่วยเขาหวานและมีคาพิการถ้ามีใครซิสของบีคิคารีย์, เขาหวานและอาการทางตาจะทุเลาหรือหายไป.

เรื่องราวที่ได้บรรยายมานี้ เกี่ยวข้องกับเทคนิคของการผ่าตัดโดยตรง. แต่การรักษาย้ำจุนกบปรัก้วยการรักษาก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด, พยายามกึ่งผู้ช่วยให้เข้ามาในระคับยธรรมคา. เพราะฉะนั้นความรู้ในเรื่องศัลยศิริวิทยาจึงต้องอยู่ในสมองเป็นนิจ.

ในทศวรรษที่แล้วมาความรู้เกี่ยวกับศิริวิทยาของน้ำและสมคูลย์ของอเล็กโตรลัยต์ไค้งอกงามแตกสาขาย่างไพศาล, ทำให้เพิ่มพูนความรู้ในทางคลินิกอันเป็นประโยชน์ล้นค่าต่อศัลยแพทย์, ทำให้การรักษาก้าวหน้าไปอย่างเหมาะสมในการผ่าตัดควายใหญ่และการผ่าตัดที่ยุ่งยาก. ศัพท์ใหม่ๆ ได้ถูกนำเข้ามาใช้. เทคนิคใหม่ๆ เกิดขึ้น. การให้น้ำสมบูรณณ์แบบหลังผ่าตัด

อย่างที่เคยก็เปลี่ยนใหม่โดยอาศัยหลักทางศิริวิทยาเป็นที่ตั้ง. ภายหลังศัลยกรรมไตจะทำงานไม่ปกติ ๑๒-๔๘ ชม. บีคิคารีย์จะออกน้อย. จำนวนบีคิคารีย์จะลดลงได้ส่วนกับความหนักของการผ่าตัด, แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำที่ให้. ถ้าให้โซเคียมภายหลังผ่าตัด, โซเคียมจะไม่ถูกขับออก, แต่จะตกอยู่ในช่องนอกเซลล์และส่วนหนึ่งจะเข้าไปในเซลล์. ในการตัดมะเร็งของไส้ตรงแบบไมล์, มีผู้พบว่าภายหลังการให้น้ำเกลือไอโซโทนิค ๓๐ ชม. และจะมีการกักของเกลือนี้ทำให้น้ำภายในเซลล์ (intracellular fluid) ถูกดึงออกสองลิตรเพื่อให้เกิดสภาพไอโซโทนิค. ไตของมนุษย์ภายหลังการผ่าตัดไม่สามารถจะเก็บไอโซโทนิคโซลูชันไว้ได้. การให้น้ำเกลือไอโซโทนิคในเวลา นี้ จะทำให้มีน้ำไม่พอ (relative deficit), ทำให้เกิดการกักของน้ำเกลือในร่างกายและขาดแคลนไปแคสเซียม. เพราะฉะนั้นในวันผ่าตัดจึงไม่มีการให้น้ำเกลือ, ให้น้ำพอกับจำนวนที่เสียไปโดยไม่มีรู้สึก (๘๐๐-๑๐๐๐ ลบ.ซม.) ขวดยกับปริมาณของโลหิตที่เสียไป. ๔๘ ชม. ภายหลังผ่าตัดไตจะเริ่มทำงานเป็นปกติ,

เราจึงให้น้ำเกลือได้. ทางที่ที่สวดควรให้น้ำเกลือบ่อยดีกว่าให้มาก. อันตรายอีกอย่างหนึ่งเกี่ยวกับกาให้ เกลือภายหลังผ่าตัด คือ การสูญเสียโปแตสเซียม. โซเดียมถูกกักมากเท่าไร, โปแตสเซียมก็สูญเสียมากเท่านั้นเพราะ โซเดียมเข้าเซลล์. เพราะฉะนั้นแอลคาโลซิสและฮัยโปแคลีเมียอาจเกิดได้ง่ายในพวกที่ไ้รับน้ำเกลือและมีภาวะขาดจากภาวะเพาะ.

ภายหลังผ่าตัดถ้าให้น้ำเกลือหรือกลูโคสในน้ำจะมีการขับน้ำและโปแตสเซียมออกมาก. การผ่าตัดที่ยิ่งใหญ่มาก, การสูญเสียโปแตสเซียมก็ยิ่งมาก. ผู้ป่วยที่มีเครื่องคคจากภาวะอาหาร, มีช่องในลำไส้หรือท้องเกินต้องเสียโปแตสเซียมมาก. ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้ออ่อนเพลีย, หรือมีอัมพาตของกระบังลมและเนอกล้ามระหว่างซีโครงภายหลังการผ่าตัด, ถ้าเราทราบว่าเกิดได้ เมื่อระดับของโปแตสเซียมต่ำจนถึง ๓-๒.๖ mEq/L เราก็ควรจะคิดแก้ไขได้. หรือภายหลังผ่าตัด ๔-๕ วัน, ผู้ป่วยมีอาการซึม, ท้องอืด, มีไอเสียส, อ่อนเพลีย, ไม่อยากอาหาร, มีวมตามมือเท้าเล็กน้อย, บัสสาวะน้อย, โลหิตเข้มข้น, เราก็ต้องคิดไปในการทำงาน

เดียวกัน. นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงทาง E.K.G. ยิ่งบอกได้อีกว่ามีระดับของโปแตสเซียมต่ำในโลหิต.

ด้วยเหตุนี้จึงกล่าวผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรจะได้รับโปแตสเซียมเท่าจำนวนสูญเสียทางบัสสาวะคือ ๔-๖ กรัม. ของ KCl ใน ๒๔ ชม. ถ้ามีน้ำเสียทางกระเพาะและลำไส้จะต้องให้โปแตสเซียมอีก ๑๐ mEq ต่อลิตรของน้ำที่เสียไป, จนกว่าจะรับทางปากได้. ทั้งนี้เริ่มในวันที่ ๓-๔ ภายหลังผ่าตัด, เพราะไตยังไม่ทำงานปกติในวันแรก ๆ ของการผ่าตัด. ควรจะรอให้การขับของไตเรียบร้อยเสียก่อน.

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอีกภายหลังผ่าตัดคือกลูโคสจำนวน ๑๐๐ กรัม. ต่อ ๒๔ ชม. ในระหว่างที่ผู้ป่วยไม่ได้อาหารเลย, จะช่วยให้ การสูญเสียของในโคโรเงินน้อยไป ๕๐ ปร. ควรจะให้ช้า ๆ ไม่เกิน ๐.๕-๐.๗ กรัม. ต่อ กก. ต่อชั่วโมง.

โลหิตมีโปรตีนน้อยภายหลังผ่าตัด มักจะมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัด, โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดช่องท้อง. ผู้ป่วยที่ถูกตัดลำไส้, ไม่ได้กินอาหาร ๓-๔ วัน, จะมีน้ำหนักลด ๑ ปอนด์ต่อวัน. การชั่งน้ำหนักผู้ป่วยเป็นของง่ายและเป็นเครื่อง

บอกแน่ชัดข้อหนึ่งว่าผู้ช่วยสูญเสียโปรตีนเท่าไร. น้ำหนักที่หายไป ๑ ปอนด์ แสดงว่า ๑๕ กรัมของไนโตรเจน หรือ ๕๐ กรัมของโปรตีนถูกทำลาย. ในท้องกลาคมีโปรตีนอินทรีย์โครลีย์เสตในขนาด ๕ ปร. ในกลโคส ๕ ปร. ทลายอย่าง. เพื่อจะได้รับผลที่สึกควรจะให้โปรตีนเหล่านี้ทางเส้นโลหิต, จนกว่าผู้ช่วยจะรับประทานอาหารได้. ทั้งนี้เพื่อให้มีการสมมูลย์ทางอาหาร, และนำอวัยวะต่าง ๆ กลับมาสู่สภาพเดิม.

ในที่สุดจะต้องไม่ลืมว่านอกจากน้ำและอิเล็กโตรลิตแล้ว ผู้ช่วยยังต้องการแคลอรีให้พอเพียงด้วย.

ภายหลังไฟลวกมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง. มีซ็อกซึ่งเป็นเหตุของการตายทั้ง ๗๕ ปร., ถ้ารักษาไม่เต็มที่. ในปัจจุบันเชื่อกันว่าซ็อกเกิดเพราะโลหิตกลับเข้าสู่หัวใจน้อย, ท็อกซัน, ความเจ็บและความเย็น. แต่เหตุสำคัญที่สุดคือการสูญเสียของพลาสมาเข้าไปในและผ่านส่วนที่ถูกไหม้, ทำให้มีขวม. น้ำที่ออกมาจากการพองต่าง ๆ ไม่ใช่ น้ำธรรมดา, แต่มีลักษณะคล้ายพลาสมามาก. การใช้พลาสมาของมนุษย์จึงเป็นที่ศึกษาใหม่ใน

การรักษาไฟลวก. นอกจากโลหิตมีโปรตีนน้อยแล้วยังมีโลหิตจาง, ซึ่งเกิดระยะแรกเพราะเม็ดโลหิตสลายตัวขณะเมื่อถูกไฟลวกระยะสองในเวลา ๔-๗ วันต่อมา, เพราะเม็ดโลหิตที่ขาดเจ็บและไขกระดูกไม่ทำงาน; และระยะสามโดยโลหิตออกจากแผล, โลหิตเป็นพิษ (ที่ออกซิเมีย) ซึ่งเมื่อสมัยก่อนเข้าใจว่าเกิดเพราะซิสเตมีน, ผลึกผลจากทิสซที่ถูกทำลาย, โกลบลิ้น, และเฮนซิม. แต่เดี๋ยวนี้ส่วนมากเชื่อว่าเป็นเพราะน้ำเป็นพิษ (Water intoxication). การรักษาจึงอาศัยหลักสรีรวิทยาเหล่านี้เป็นมาตรฐาน. การให้โลหิตพอเพียงแต่แรกจะแก้ซ็อก, ทำให้โลหิตจาง และโปรตีน ว่างน้อยลง (Evans และ Biggers). ถ้าผู้ช่วยสามารถระคิมน้ำได้ก็ควรพยายามให้คิม, เพื่อให้ได้น้ำพอเพียง, ช่วยให้ไตขับน้ำออก ๒๐๐๐-๒๕๐๐ ล. ซม. ต่อ ๒๔ ชม. ให้คิมมอยเออร์ โซลชัน (Moyer's solution) ซึ่งประกอบด้วย เกลือ ๓-๔ กรัม, โซเดียมไบคาร์บอเนต ๑.๕-๒ กรัม ในน้ำ ๑ ลิตร, แทนน้ำธรรมดา, จะช่วยแก้ น้ำเป็นพิษ.

การไหลเวียนของโลหิตเป็นการสำ-

คัมภีร์ที่สุดในคัลยกรรมทุกชนิด. คัลยแพทย์
ก่อนจะผ่าตัดจะต้องแน่ใจว่าตลอดเวลาผ่า
กัฏจักรกลอันนี้จะต้องเกินพอเพียง. สิ่ง
ประกอบสำคัญคือหัวใจ, เส้นโลหิตและ
โลหิต. ขอดกล่าวเรื่องหัวใจเล็กน้อย.
หัวใจจะเต้นก็จะต้องมีโลหิตมาเลี้ยงพอ.
โลหิตนี้อาศัยความคั้นภายในเอออร์ตาใน
ระยะโคอัสโตลิก. ในการให้ยาซาโทไซ
สันหลังความคั้นของเอออร์ตาอาจจะต่ำ
มากจนโลหิตมาหล่อเลี้ยงหัวใจไม่พอ. ผู้
ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดที่หัวใจ, ซึ่งมีลักษณะ
คล้ายการอุดตันของเส้นเลือดโคโรนารี.

หัวใจหยุด ในห้องผ่าตัดมีสาเหตุตาม
ทฤษฎีหลายอย่าง, แต่ในภาคปฏิบัติจริง ๆ
ไม่ค่อยทราบ. สาเหตุที่สำคัญ ๆ มีฮัย
ป็อกเซียหรือแอนฮ็อกซีเมียซึ่งระคายแคว
โรติกไซนัส, และกระตุ้นวิเฟลกซ์ห้าม
หัวใจทำให้เนื้องอกของหัวใจไวต่อเอปี-
เนเฟริน, และทำให้การผลิตของเอปีเนเฟริน
มาก. สิ่งเหล่านี้ทำให้หัวใจหยุดหรือสั้น
ระรัว. เหตุอื่น ๆ ได้แก่ยาสลบ, เช่น
โพลีโพรพรีน, ซัยโคลโพรเพนและเอ-
ธิลลอลไวท์ และยาฉีกเข้าสันหลัง;
เวโกเวกัลรีเฟลกซ์ซึ่งเกิดมาจากการผ่า
กัฏทรวงอกและช่องท้อง; ยาต่าง ๆ เช่น

พวกบาร์บิทูเรท, มอร์ฟีน. ตามสรีรวิทยา
ทราบกันว่า การขาดออกซิจีนทำให้มีการ
เสียหายต่ออวัยวะตลอดกาล, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งสมองและประสาท. เซลล์ของ
เปลือกสมองมีความไวต่อการขาดออกซิจีน
เงินมาก. การขาดออกซิจีนเงินเพียง ๓
นาทีก็ทำให้จิตผิดปกติได้. ถ้าขาดนาน
ถึง ๗.๓๕ นาทีจะมีโรคจิตหรือตาพิการ.
ถึงแม้ว่าหัวใจหยุดแล้ว ๘ นาที, ยังกลับมา
เต้นใหม่ได้, แต่การทำลายของทิสซูต่าง ๆ
จะมากจนผู้ป่วยอาจจะตายภายใน ๒-๓
วัน. เรื่องที่เกิคมือบที่แล้วในวงสังคมก็
คือมีสภาพสตรีสูงอายุผู้หนึ่งได้รับการผ่า
กัฏต่อมธัยรอยด์ที่มทาทประเทศหนึ่ง, แล้ว
เกิดมีหัวใจหยุดขึ้น. การแก้ไขการหยุด
ของหัวใจคงจะเริ่มหลายนาทีภายหลังการ
หยุด. เมื่อมีการสลบตัวของทิสซู
สำคัญ ๆ มากแล้ว, ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นอยู่
ได้เพียง ๘๐ ชั่วโมง, ก็ไม่มีมารกลับมา
ใหม่ของหน้าที่สูง ๆ ของสมองเลย. การ
แก้ไขในรายหัวใจหยุดทันทีก็คือ (๑) ให้
แอกวินาลิน ๑ ล. ซม. เข้าหัวใจ, แต่ไม่
ใช้ในรายที่มีหัวใจระรัว, (๒) ให้ออก-
ซิจีนเงิน ๑๐๐ ปช. และทำให้ปอกขยาย

หัวใจออก ๒๐-๓๐ ครั้งต่อนาที, (๓) นวาทหัวใจ.

ในปัจจุบันสมัยมีนักค้นคว้าพากันสนใจเรื่องการลดอุณหภูมิกันมาก, เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการรักษา, โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวใจและสมอง. ในปี ๑๙๕๑ นักค้นคว้าแห่งกรุงปารีส, ลาบริก, ได้นำ "hibernation artificielle" เข้ามาใช้เพื่อลดอุณหภูมิลงโดยใช้ยาพวกแอนติฮิสตามีน, คิวราเร่, ยาลดความดันและยาที่ทำให้ศูนย์ต่าง ๆ ของประสาทอัตโนมัติทั้งแต่ใหญ่มาเล็กหมดอานา (ganglioplegio). ในปี ๑๙๕๐ ปีเกอร์-โลว์ได้แสดงว่าถ้าอุณหภูมิของร่างกายลดลงถึง ๒๐°ซ. สุนัขจะทนต่อการหยุดไหลเวียนของโลหิตได้นานถึง ๑๕ นาที โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สมองเพราะออกซิจีนน้อยลง. การใช้ออกซิจีนจะลดน้อยลงได้ระบียบกับการลดของอุณหภูมิ. สรีรวิทยาของสุนัขเป็นหลักในระยะ ๓ ปีหลังในการผ่าตัดภายในหัวใจ, ซึ่งเห็นด้วยตา, ไม่ใช่ใช้คำเล่าเขา.

การค้นคว้าต่อมา ได้แสดงให้เห็นว่า artificial hibernation ผิดกับฮัยโป-เธอร์เมีย. ในพวกแรกจักรกลของการไหลเวียนของโลหิตพยายามจะให้การไหล

ของโลหิตในสมอง อยู่คงที่เสมอโดยการพองตัวของเส้นโลหิต. ถ้าความดันต่ำกว่า ๘๐ มม. โปรทอซัยซ็อกเซียจะเกิดได้ง่าย. ตรงกันข้ามในพวกฮัยโปเธอร์เมีย, เมื่อมีความดันทั่วไปต่ำ, การไหลของโลหิตในสมองก็น้อยตามด้วย, แต่ไม่มีฮัยซ็อกเซีย. การลดอุณหภูมิโดยใช้ความเย็นจะทำให้การตกเลือด, ความดันสูงในสมอง, สมองบวมเล็กน้อย, หรือไม่มี. การลดอุณหภูมินี้ได้นำมาประยุกต์ในการผ่าตัดสมองเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ. อุณหภูมิของร่างกายระหว่างผ่าตัดอยู่ระหว่าง ๒๔.๘-๒๕.๒°ซ. ความดันโลหิตระหว่าง ๔๐-๕๐ มม. โปรท (ซีเอสไอ-ลิต). ทั้งนี้ได้ช่วยทำให้การผ่าตัดซึ่งเมื่อก่อนนี้ทำไม่ได้, เช่นแอนูริสม์บางพวก, ให้ได้ผลดี.

อุทาหรณ์ย่อยๆ เหล่านี้เป็นเครื่องพิสูจน์ความสำคัญของสรีรวิทยาต่อศัลยศาสตร์เป็นอย่างดี, จนเกือบจะพูดได้ว่าการก้าวหน้าไปในทางผ่าตัดหลังสงครามโลกครั้งที่สองนี้, ตั้งแต่การรักษาก่อนผ่าตัด, การผ่าตัดที่น่าพิศวงต่าง ๆ, มีการเย็บช่องในผนังกันหัวใจเป็นต้น, และการรักษาหลังผ่าตัด, เป็นไปได้ด้วยดีเพราะการค้นคว้าและความก้าวหน้าทางสรีรวิทยา.

แผนกย่อยเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : เกษม ลิมวงษ์ พ.บ., อาทร์ อาหารระสุช พ.บ., สิริระ บุษยะรัตเวช พ.บ.
เกษียร ภัฏคานนท์ พ.บ., เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๑. P.S. London : ชี้นิ้วโนเว็คโตมีย
ของ ข้อ เชา ใน โวศ ข้ออ็อกเสบ รุม่า ค้อยค.
J. of Bone & Joint Surg. 3: 392-394
1955.

มีคนใช้จำนวนไม่น้อยที่เป็นข้ออ็อกเสบ
รุม่าค้อยค. และรักษาทางยาและกายบำบัด
แล้ว, ข้อเสียหน้าทีไป. ผู้รายงานได้ลอง
ทำชี้นิ้วโนเว็คโตมียที่ข้อเชาในคนใช้ ๓๔
คน, โดยเอาที่รักษาทางยาและกายบำบัด
มาแล้วยังไม่ดีขึ้น, แต่ยังไม่สายเกินไป,
คือยังเคลื่อนไหวข้อได้ไม่น้อยกว่า ๔๕,
และมีอาการปวดขวม. ข้อสำคัญคือการ
ตรวจทางรังสีแสดงว่าช่องภายในข้อยังค
อยู่และมีขอบนูน (ลิปซิงก์) และซี่หมอน-
กรวดสะเคลอโรสิสเพียงเล็กน้อยหรือไม่มี
เลย.

ความมุ่งหวังของการทำคือเพื่อรักษา
หน้าทีของข้อเข้าหน้าไว้, และเพื่อระงับ
ความเจ็บปวดและอาการขวม.

ในจำนวน ๓๔ ราย, ผู้รายงานได้

ติดตามผลใน ๑๕ รายเป็นเวลา ๒ ปีเศษ
หลังผ่าตัด, ผู้ช่วยหายเจ็บปวดและข้อยัง
ทำงานได้ดีเป็นปกติ. นอกนั้นเป็นรายที่
เพิ่งผ่าตัดใหม่.

ผู้รายงานกล่าวว่าภายในระยะ ๒ ปี
หลัง ผ่าตัด มีอาการ ทเลา มาก น้อย ตาม
ภาวะของผิวเสียดสีของข้อต่อ. เมื่อพ้น
ระยะนี้ไปแล้ว, ยังไม่ทราบว่า จะเปลี่ยน
แปลงอย่างไร.

สรุปว่าการทำผ่าตัดในระยะต้นเท่านั้น
ที่จะมีประโยชน์. ผลในระยะนานส่วนใหญ่
ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ได้เป็นโรคมา.

เกษม ลิมวงษ์ พ.บ.

๒. Harry H. Le Keen: การเพิ่ม
แคลอริย์ โดยการฉีดไขมันสังเคราะห์ ซึ่ง
ละลายน้ำได้. Surg., Gynec. & Obst.
102: 154-160, 1956.

ในคนใช้ผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องและ
คนที่ไม่สามารถกินอาหารได้นั้นการให้

อาหารทางหลอดเลือดเป็นปัญหาใหญ่และยาก. ในปัจจุบันเราอาจให้คาร์โบไฮเดรตและโปรตีนทางหลอดเลือดได้, แต่ยังไม่อาจให้ไขมันโดยวิธีอื่นนอกจากให้กิน. คนใช้ท่ออาหารนาน ๆ นั้น ถึงแม้ว่าจะพยายามประทังชีวิตด้วยการให้อาหารแข็งและโปรตีนตลอดจนแร่ธาตุที่จำเป็นทางหลอดเลือด, คนใช้ก็มักจะน้ำหนักลดและไม่สามารถรักษาคุณภาพของไนโตรเจนในร่างกายได้. ร่างกายมักจะต้องดึงเอาไขมันส่วนที่สำรองไว้มาใช้เสมอ.

การพยายามบริหารไขมันทางหลอดเลือดในลักษณะของ อิมัลชันมีอันตรายหลายประการ, ไม่สามารถประยุกต์ในมนุษย์ได้. ไขมันที่บริหารทางหลอดเลือดคนนั้นต้องละลายในน้ำ, ไม่เป็นอันตรายต่อเมือกโลหิตแดงและสามารถทำเป็นรูปละลายที่คงทนได้นานตลอดจนปราศจากสารพิษโรเงินอีกด้วย.

ผู้รายงานได้พบว่ากลูโคสโมโนอะเลอูเรต (Glucose mono-aleuretate) (ย่อว่า G.M.A.) สามารถจะละลายน้ำได้ก็, มีน้ำหนักอนุ ๔๖๗, และละลายไฮโซโทนิกในความเข้มข้น ๑๓ ๒๕., มีค่าการลดรี ๖.๒ ที่อุณหภูมิ.

ผู้รายงานได้ทดลองในหนู พบพบว่าสารนี้สามารถบริหารเข้าร่างกายทางหลอดเลือดได้และไม่ทำอาการเป็นพิษ. ผู้รายงานยังไม่ได้ทำการทดลองในสัตว์ใหญ่, แต่ก็หวังว่าคงจะมีหนทางนำไขมันชนิดนี้มาใช้เป็นอาหารบริหารทางหลอดเลือดได้ถ้าได้ศึกษาต่อไปเพียงพอ.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๓. Ernest L. Sarason et al: ถ้าได้กลืนตัวเองที่เก็ช้ำ ๆ, ร่วมกับแผ่นพียเออร์สโต New Eng. J. of Med. 253: 905-908, 1955.

ถ้าได้กลืนตัวเองเป็นพยาธิสภาพที่พบบ่อยในเด็กที่เป็นโรคปัจจุบันของช่องท้อง. สาเหตุที่แท้จริงไม่มีใครทราบ. การเกิดซ้ำมิได้เพียงประมาณ ๒ ๒๕. เท่านั้น.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ช่วย ๑ ราย, ที่มีถ้าได้กลืนตัวเองเกิดซ้ำได้ ๕ ครั้ง, โดยห่างกัน ๓ ถึง ๑๐ เดือน. ครั้งแรกเกิดเมื่ออายุ ๔ เดือน, ครั้งสุดท้ายเมื่ออายุ ๒ ขวบครึ่ง. ครั้งแรก ๆ รักษาโดยคลายส่วนที่กลืนกันออก. ครั้งสุดท้ายตัดเอาอิลูมิส่วนปลายกับซีกมือออก, แล้วเอาส่วนนั้นมาศึกษา. พบว่าอิลูมิส่วนปลาย

มีแผ่นพียูเออร์โทเป็นชนิดฟอสฟอริเคชัน, คล่าไคเป็นก้อน. จากเอกสารต่าง ๆ ที่รวบรวมได้และจากรายงานผู้รายงานลงความเห็นว่า (๑) ถ้าใส่ก้อนตัวเองที่เกิดซ้ำ, มักเกิดจากแผ่นพียูเออร์ขยายตัวโตขึ้น. (๒) ถ้ามีถ้าใส่ก้อนตัวเองชนิดอิลเลโอซีคัลซ้ำ ๆ, ควรรักษาโดยการตัดเอาอิลเลโอซีคัลส่วนปลายออกเสียไม่ว่าจะคล่าพยก้อนหรือไม่.

เกษียร ภักดานนท์ พ.บ.

๔. James E. Eckenhoff et al.:

อันตรายของยาพวกฝันและยาระงับความรู้สึก, ระวังความเจ็บปวดอื่น ๆ ต่อการหายใจ. Surg. Gynec. and Obst. 101:701-708, 1955.

ความประสงค์เพื่อสืบผลเสียจากการกดการหายใจ, ของยาพวกฝันและสารที่ออกฤทธิ์คล้ายฝันซึ่งใช้เป็นยานำก่อนวางยาสลบ. ได้ทดลองในผู้ป่วยและคนปกติรวม ๒๔ คน. ใช้ยา ดังนี้: มอร์ฟีนซัลเฟต (๑๐-๑๕ มก.), เมเพอริดีนฮัยโปโรมลอไรต์ (๑๐๐-๑๒๕ มก.), โคเคอีนซัลเฟต (๖๐ มก.), อัลฟาโปรตีน (๕๐-๖๐ มก.), ไทฮัยโปโรมอร์ฟีนโน-

ฮัยโปโรมลอไรต์ (๒-๓ มก.), เมธาโดนฮัยโปโรมลอไรต์ (๑.๕-๔.๐ มก.), เซโคบาร์บิทัล โซเคียม (๑๐๐-๑๕๐ มก.), ฉีกเข้ากล้ามเนื้อ. วัตถุประสงค์หายใจ, ปริมาตรอากาศหายใจก่อนนำ, ปริมาตรหายใจต่อครั้ง, ความดันเฉพาะคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลม, และปริมาตรต่อการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์. วัตถุประสงค์แรก ครั้ง ชม. หลังให้ยา. ท่อไปวัดทุก ชม. เวลยไป. สรุปผลได้ดังนี้: ยาพวกฝัน (๑) ทำให้ความดันเฉพาะส่วนคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมเพิ่มขึ้นประมาณ ๕.๑ มม.ปรอท. (๒) ทำให้ปริมาตรอากาศหายใจก่อนนำลดลง. (๓) อัตราหายใจไม่แน่นอนพอที่จะชี้ถึงการกดการหายใจได้. (๔) ปริมาตรต่อการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดลดลง, และผลที่ปรากฏอยู่ต่อไปอีกนาน, แม้ผลอย่างอื่นจะกลับคืนสู่ปกติแล้วก็ตาม.

ในผู้กดทดลองในชุดเดียวกันนั้นได้ลองใช้บาร์บิตเรทแทน, และไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว, รวมทั้งการลดความไวของการวัดต่อการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์. ผลทางระวังสมองก็มีมากพอ.

ผู้รายงานย้ำถึงความสำคัญของปฏิกิริยาต่อการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์, เพราะเป็นทางเคียวที่ร่างกายต่อสู้กับการขัดขวางการหายใจเพื่อหลุดพ้นจากอันตรายของการหยุดหายใจ ในขณะที่หมดความรู้สึก. ทั้งนี้สำคัญเป็นพิเศษในคนที่กำลังสำรอน้อยอยู่แล้ว, เช่นดมสมไป้งพอง, คนุ้ยหายใจมีเลือดเลียงน้อย, เป็นต้น.

ยาพวกฝิ่นมักทำให้เกิดการหยุดหายใจในขณะที่ยาสลบได้ย่อย. ในการใช้เป็นยาระงับปวด, การหายใจถูกกดด้วยเสมอ, ไม่ว่าอาการปวดจะยังคงมีอยู่หรือเกิดขึ้นใหม่อีกก็ตาม.

เกษียร ภัทธานนท์ พ.บ.

๕. Henry A. Kidd: การทำโฆแลงจิโฆกร่าพ็โยคยแ่งเข้มทะเลฝิวหนังและผ่านทัย A.M.A. Arch. of Surg. 72: 262-298, 1956.

การทำโฆแลงจิโฆกร่าพ็โยคยการฉีกเข้าหลอดเลือดคนั้นไม่เป็นที่น่าพอใจทุกรายไป, โคยเฉพาะรายที่เหล้องจักและคัยลัมเหลว. ถ้าหากไซ้เข้มแ่งเข้าไปในท้อเซปาทิก, โคยผ่านฝิวหนังและคัย, แล้วฉีกไอโโคพ็ยราเซ้ต (Diodone)

ผู้รายงาน กล่าวว่่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ. นอกจากนั้นแล้วยังสามารถวัดความคั้นในท่อน้ำค้และได้น้ำค้มาตรวจอีกด้วย.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงตำแหน่งที่ไซ้เข้มแ่ง, และวิธีแ่งอย่างละเอียด.

อันตรายที่สำคัญที่สุดของการทำค้อการแ่งทะเลงน้ำค้, เพราะน้ำค้ะไหลออกมาทางรูเข้มที่แ่ง, ทำให้เกิดเยื่อข่องท้องอ๊กเสยเพราะน้ำค้ได้. เราอาจจะแก้ได้โดยคคน้ำค้ออกให้มากที่สุดแล้วค้ค้ดงน้ำค้ออกทันทีในภายหลัง.

ผู้เขียนได้รายงานคนไข้ ๖ รายที่ได้ทำการตรวจด้วยวิธีนี้. มี ๒ รายที่ได้แ่งทะเลงน้ำค้, ซึ่งเมื่อทำการค้ค้ดงน้ำค้ออกทันทีภายหลังแล้ว, คนไข้ก็หายเป็นปกติ.

สรุปว่าการตรวจระบบทางเดินน้ำค้ด้วยวิธีนี้ได้ผลดีมาก, และควรจะทำในสถานท้ที่สามารจะทำการผ่าค้ค้ได้ทันที, ถ้าหากงน้ำค้ถูกแ่งทะเลง.

สิระ บุนยะรัตเวช พ.บ.

๖. Cornelius E. Sedgwick: การอุกคั้นของหลอดโลหิตคเมเซ้นเคอริค. Surg. Clin. N. Amer. 35: 773-774,

1955.

โรคนี้พบน้อยมากและน่าสนใจ. ผู้ช่วยทุกอายุและทุกเพศที่มีประวัติของโรค หลอดเลือดและหัวใจ, และโรคเกี่ยวกับเลือด, หรือได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องมา, ถ้าเกิดอาการปวดท้องรุนแรงขึ้น, ควรคิดถึงภาวะนี้. ขณะนี้ในลาเซย์คลินิก ภาวะนี้เกิดหลังการซ่อมแซมหลอดเลือดอย่างธรรมดา.

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิของลำไส้ภายหลังการอุดตันคือเกิดอินฟาร์กต์, มีเลือดออกเฉพาะส่วนซึ่งเลี้ยงโดยหลอดเลือดดำหรือแดง. ลำไส้ส่วนนั้นขวมและมีเลือดคั่ง, หลอดโลหิตฝอยแตก, และเลือดซึมไปในผนังลำไส้, ในช่องลำไส้และในช่องท้อง. ในที่สุดเกิดมีเนื้องอกและลำไส้ทะลุ. การอักเสบของเยื่อช่องท้องก็ตามมา.

ภาวะนี้วินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดก็น้อยมาก. ข้อที่คนไข้บอกบ่อย ๆ คือเกิดอาการทันทีทันใด, ปวดกลางท้องคล้ายถูกแทง, ร่วมกับคลื่นไส้, อาเจียนและบางครั้งอุจจาระร่วง. อาจมีเลือดปนในสิ่งอาเจียนและอุจจาระ. ถ้าเลือดออกมากผู้ช่วยอาจช็อค, ท้องอืดและเจ็บเมือกลำ

ยบริเวณท้อง.

แก้อาการท้องอืดโดยใส่หลอดขยายเข้าทางปากสู่ลำไส้. ให้ยาแอนติไบโอติก. รักษาช็อคโดยให้เลือด, น้ำและอิเล็กโตรลัยต์จนกระทั่งสภาพของคนไข้ดีขึ้น ผ่าตัดเบียดช่องท้อง, ตัดลำไส้และเมเซ็นเทอรัยที่มีอินฟาร์กต์ออก. หลังผ่าตัดก็ให้น้ำทางหลอดเลือดต่อไป, ควยกับยาแก้เลือดแข็ง.

การผ่าตัดแต่เนิ่น ๆ ร่วมกับการตัดลำไส้ส่วนที่เสียออก, การรักษาก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ดี, รวมกับการให้น้ำ, เลือดและอิเล็กโตรลัยต์, แอนติไบโอติกและยาแก้เลือดแข็งอย่างพอเพียง, จะทำให้อัตราการตายลดลง.

อาทรี อาทรธรรุสุข พ.บ.

๗. Gerald B. Reams : การสำรวจผลการตัดกระเพาะสองร้อยราย. J. Internat. Coll. Surg. 4: 421-429, 1956.

โดยเหตุที่การตัดกระเพาะเป็นการผ่าตัดที่โดยอมรขณขลือให้เป็นการผ่าตัดรักษาทั้งในโรคแผลเป็ยติคและมะเร็งของกระเพาะอาหาร, และมีดาราทำแตกต่างกันมาก,

ผู้เสนอรายงานจึงได้เสนอผลอันเป็นสถิติ แสดงถึงอัตราการตายอันเป็นผลเสีย, และภาวะที่ทำให้ต้องทำการผ่าตัดกันหลายประการ, ดังนี้:

๑. อัตราตายสำหรับการตัดกระเพาะ ในมือของศัลยแพทย์ที่ไม่ชำนาญ, มากกว่าในมือผู้เชี่ยวชาญ.

๒. อัตราตายและอัตราอวัยวะที่ร่วมกับการตัดกระเพาะในโรคแผลทิวโศกินัม จะต่ำลงมากถ้าหากสามารถตัดเอาแผลออกไปได้.

๓. การตัดกระเพาะที่ทำควมมีจำนวนไม่น้อย, โดยเฉพาะในรายที่มีเลือดออกอย่างมาก, แม้ว่าจะไม่พบจุดที่เลือดออกในขณะที่ผ่าตัด, ก็มักจะให้ผลสำเร็จเสมอ (เลือดหยุด). มีอัตราตาย ๓๖ ๒๕.

๔. วิธีที่ทำงานมากที่สุดและได้ประโยชน์คุ้มค่า, คือวิธี Anterior Polya's.

๕. อัตราตายจะน้อยลงสำหรับการตัด

กระเพาะ อย่างรีบด่วนในรายที่มีเลือดออกมาก, ก็คิดว่าที่จะคอยทำภายหลังการให้เลือดจนคนไข้ดีเป็นที่พอใจ (เป็นอัตราส่วนอัตราการตาย ๕.๕ ๒๕. เทียบกับ ๒๘ ๒๕.).

๖. อาการแทรกแซงหลังผ่าตัดพบราว ๒๐ ๒๕. ของจำนวนราย. ที่พบบ่อย ๆ คือการผิดปกติในระบบหายใจ, การรั่วของส่วนทิวโศกินัมที่หลุดจากตัด, และการอุดตันของรอยต่อ. อีกประการหนึ่งคือการมีเลือดออกในช่องท้องและออกจากรอยต่อ.

๗. ในรายของมะเร็งกระเพาะอาหาร, อัตราตายจากการผ่าตัดน้อยมาก, เพียง ๒๐ ๒๕. ของจำนวนรายเท่านั้น. ยิ่งถ้าคิดเฉพาะโรคแล้วก็เพียง ๔.๗ ๒๕. เท่านั้น.

นอกจากนี้ผู้รายงานยังได้เสนอตัวเลขที่น่าสนใจเกี่ยวกับการผ่าตัดกันหลายข้อด้วยกัน.

เกษม ลีม่วงศ์ พ.บ.

โปรดทราบ

ท่านผู้สั่งซื้อสารศิริราชฉบับพิเศษครั้งใหม่ ถ้ายังไม่ได้รับหนังสือโปรดติดต่อ
กับแผนกจัดการของสารศิริราช.

ปกิณกะ

วิชิสอนคัลยะพยาธิวิทยา แก่นักศึกษาแพทย์ชนบทสาม

ความมุ่งหมายในการสอนคัลยะพยาธิวิทยา (เซอร์จิเกลยาโบลอย์) แก่นักศึกษาแพทย์ชนบทสามคือเพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการแฉะและอาการแสดงกับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา. ขางคราวก็มีการทำความเข้าใจถึงความถึงกายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, การวินิจฉัยแยกโรค, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การตรวจค้นและอื่น ๆ ด้วย. การทำให้เข้าใจง่ายโดยการนำเอาความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิวิทยากับอาการแฉะและอาการแสดงมาใช้ก็ช่วยแต่ละรายจะเกิดประโยชน์อย่างมากในการศึกษา, ทำให้ผู้ฟังก้าวเข้ามาสู่คัลยะศาสตร์ทางคลินิกได้สำนึกไว้ว่า เขาต้องฟังพยาธิวิทยาซึ่งได้เรียนมาแล้วในชั้นปีที่สองอย่างมากเพียงไร.

การสอนกำหนดให้มีสัปดาห์ละครึ่ง. ใช้ห้องที่มีคัลยะได้และรุ่นนักศึกษาชั้นปีที่สามทั้งชั้น. ผู้ที่มาร่วมฟังอยู่ด้วยคือ

แพทย์ประจำบ้าน, หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์จากแผนกคัลยะศาสตร์และพยาธิวิทยา. ผู้ช่วยรายเคียวหรือหลายราย ที่นำขึ้นมาอภิปรายเป็นผู้ช่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว, และคัลยะแพทย์เป็นผู้เลือก ๕๕ ชั่วโมงก่อนถึงเวลาและบอกให้นักศึกษาชั้นปีที่สามซึ่งได้รับมอบให้ศึกษามากแต่แรกทราบว่าเขาจะต้องเป็นผู้นำรายงานย่อของผู้ช่วยของเขาเสนอต่อที่ประชุม. ชื่อโรคที่จะอภิปรายมีประกาศไว้ให้นักศึกษาชั้นปีที่สามทั้งชั้นทราบ, จะให้มีโอกาสไปอ่านหนังสือมาก่อนเข้าฟัง และเตรียมที่จะถามปัญหาต่าง ๆ, ถ้ามี.

หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านคัลยะกรรมที่ประจำอยู่แผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอพยาธิภาพของผู้ช่วยและเป็นผู้เลือกกระเจกแสดงพยาธิภาพที่เห็นด้วยตาเปล่าและกล้องจุลทัศน์ของรายที่เป็นโรคอย่างเดียวกันจากที่รวบรวมของแผนกมาเสนอด้วย, โดยได้ปรึกษาและซักซ้อมความเข้าใจ

มาก่อนกับอาจารย์ในแผนกพยาธิวิทยาซึ่งเป็นผู้ชำรุดในเรื่องที่ระอภิปราย. เมื่อเริ่มการอภิปรายนักศึกษาเสนอประวัติ, การตรวจร่างกาย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย, ซึ่งกำหนดเวลาให้ไม่เกิน ๔ นาที. เสร็จแล้วปรึกษาคณะให้มิก, ฉายกระพริบพยาธิสภาพที่เห็นด้วยตาเปล่าและกลองจุลทัศน์ของผู้ป่วยรายนี้และรายอื่นที่เป็นเหมือนกัน, พยายามชี้ให้เห็นลักษณะที่คล้ายคลึงกันไว้.

อาจารย์ทางพยาธิวิทยาเป็นผู้อภิปรายเกี่ยวกับสิ่งผิดปกติทางกายวิภาคและสรีรวิทยา, และมีกระอ้างอิงเอกสารต่าง ๆ ที่จะให้ไปค้นคว้าได้. ต่อจากนั้นคัลยแพทย์อภิปรายเรื่องอาการแฉะและอาการแสดง, วิจัยและการพยากรณ์โรค, ฯลฯ, แล้วเปิดโอกาสให้นักศึกษาที่มีปัญหาจะถามถามได้, ซึ่งเขาจะเป็นผู้ตอบเองหรือให้อาจารย์ทางพยาธิวิทยาตอบและเชิญให้อาจารย์หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านแสดงความคิดเห็นได้. ความคิดเห็นจากท่านเหล่านั้นอาจไม่ตรงกับที่ได้อภิปรายไว้แต่แรก, จึงอาจมีการโต้กันอย่างสนุกได้. บางครั้งบางคราวผู้สนใจ

อื่น ๆ เช่นนักศึกษาศรีวิทยา, พนักงานห้องปฏิบัติการ, ฯลฯ, ก็มาร่วมอภิปรายด้วย. เรื่องที่น่าสนใจอภิปรายในขันทงมีดังนี้

คือ :

Acute appendicitis
Acute cholecystitis
Chronic cholecystitis and cholelithiasis
Gas gangrene
Tuberculosis of the lung
Tuberculoma of the lung
Diverticulitis
Bronchiectasis
Cystic disease of the lung
Ulcerative colitis
Duodenal ulcer
Gastric ulcer
Nodular goiter
Grave's disease
Thyroiditis
Thyroglossal duct cyst
Hirschsprung's disease
Hemorrhoids
Hypersplenism
Portal hypertension
Coarctation of aorta
Mixed tumour of the salivary gland
Pheochromocytoma
Giant cell tumour
Majorin's ulcer
Cystic disease of the breast
Carcinoma of the thyroid
Carcinoma of the lip
Carcinoma of the esophagus
Carcinoma of the lung
Carcinoma of the stomach
Nevi and malignant melanoma
Malignant lymphoma

การเรียนชีวโม่งนั้นเป็นการเรียนอย่าง
ไม่เป็นทางการ. แต่นักศึกษาได้มีส่วน
เกี่ยวข้องกับควยและไ้รับความรู้. ความ
มุ่งหมายก็เพื่อจะให้ นักศึกษาไ้รู้ถึงวิธี
ศึกษาเรื่องโรค, จะไ้เข้าใจถึงว่าสิ่งผิด
ปกติที่เห็น คิวย ตาเปล่า และ คิวย กล้อง
จุลทัศน์ของโรคต่าง ๆ มันมีความสัมพันธ์
กับอาการแ้ง, อาการแสดง, และการ
เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง, และ
ทำให้เข้าใจซึ่งถึงปัญหาต่าง ๆ ในการ
รักษาโรค. อาจารย์ของสองแผนกคือ
ศัลยศาสตร์และพยาธิวิทยาเป็นผู้รับผิดชอบ
ชอบในการสอน, ในอันที่จะร่วมมือกัน

ทำให้เรองไ้นำมาเสนออย่างแจ่มแจ้งและ
สมบูรณ์. การสอนแบบนี้เป็นการฝึกฝน
อย่างไ้สำหรับนักศึกษาไ้รู้จักการเสนอ
ประวัติและเรื่องราวของผู้ป่วย, ส่วน
หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมที่ประจำ
แผนกพยาธิวิทยาไ้ฝึกให้รู้จักเล่าสิ่งที่
เขาพบเห็น. การสอนชีวโม่งนี้เป็นที่แนะนำ
นอนว่าไ้ไ้เป็นการแย่งเอาวิชาทางคลิน
นิกหรือหลักวิชาพยาธิวิทยาที่นักศึกษาไ้
เรียนมาแล้วในชั้นปีที่สองมาสอน.

(เรียบเรียงจาก S.E. Ziffren, J.M. Layton,
E.D. Warner, Journal of Medical Educa-
tion vol. 31, No. 2, Feb. 1956)

อ.พ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนี้
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๔๕๕

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๑,๖๐๘	๕๕๗	๑,๑๑๐	๕๖๐	๑,๒๙๔	๒๖๐	๖,๑๙๙
เก่า	๓,๑๐๑	๑,๔๑๒	๑,๙๒๘	๑,๓๐๓	๒,๔๐๒	๒๕๕	๑๐,๓๐๕
รวม	๔,๗๐๙	๒,๙๖๙	๒,๙๓๘	๒,๒๖๓	๓,๖๙๖	๕๑๕	๑๖,๕๐๔
<u>ใน</u>	๑๗๕	๒๓๖	๙๘๓	๕๕	๒๕๗	—	๑,๗๐๖

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๒๕๕. จักษุฯ ๒๗๑. สูติ-นรีฯ ๒๐๗. รวม ๗๓๓ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๓๐. หญิง ๒๘๓. รวม ๖๑๓. คลอดตาย ชาย ๑๓. หญิง ๖. รวม ๑๙.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๓๑ คน (๗.๗ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ใดัตรวจศพ ๖๗ ราย. (๕๑.๑ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๓๐ ครั้ง. ข้างนอก ๗ ครั้ง. รวม ๔๓๗ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๓๓๔ คน. รักษาใหม่ ๓๙ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๗๕ ครั้ง.
 วัคซีนรักษา ๑๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๖ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีซี, รักษาใหม่ ๒ คน, รักษาใหม่
 และเก่า ๒๐ ครั้ง.

๗. แผนกสูติวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๙๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๐๘๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๗ ราย. ตรวจเนื้อ ๒,๗๘๘* ราย. (จากภายนอก ๑๙๖ ราย). แอ็กกูตินเนชั่น
 ๕๗. วัตเซอร์แมนและคานัน ๑,๖๒๘. หมู่เลือด ๓๖๕. นัมเม็คเลือด ๓๕๗. หาเชื้อบักเตรี ๑๑๘. ตรวจน้ำ
 ไซสันหลัง ๗๘. อูจจาระ ๓๔๔. บีสสวาระ ๒๔๑.* เสมหะและอื่น ๆ ๓๕. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๓๖,
 อูจจาระ ๖๕. บีสสวาระ ๔๕. น้ำไซสันหลัง ๒๒. เสมหะและอื่น ๆ ๑๑๒. ฉีดสัตว์ทดลอง ๓. เพาะเชื้อบัก ๒๘.
 ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๐. ตรวจศพนิติเวช ๗. ตรวจของกลาง ๔.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๑. เจาะน้ำสันหลัง ๑๓. เจาะคับ ๓. น้ำช่องปอด ๘.
 อดัลมเข้าช่องปอด ๘. อดัลมเข้าช่องท้อง ๒๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๒.* ฉีดยาซีฟาลีส ๔๐.*

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๕๓. ถอนฟัน ๓๓๐. อกุฟัน ๙๐. ผ่าตัดช่องปาก ๒๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอดเขียน

ทันตนามัย, การศึกษาวิทยาลัย, พยาบาล
สาธารณสุข, พยาบาลผดุงครรภ์และอนา
มัย และเทคนิคการแพทย์

จำนวนนักศึกษา จำนวนนักศึกษาของ
มหาวิทยาลัยมีรวมทั้งสิ้น ๑,๗๐๖ คน
จำแนกตามประเภทวิชาได้ดังต่อไปนี้

แพทยศาสตร์ แห่งคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล ๖๑๑ คน แพทย-
ศาสตร์ แห่ง คณะแพทยศาสตร์ ไร่
พยาบาล ฟ้าแดงกรณี ๓๓๕ คน ทันต-
แพทยศาสตร์ ๗๐ คน เกษตรศาสตร์
๑๔๖ คน สาธารณสุขศาสตร์ ๒๒ คน
ทันตนามัย ๓๕ คน การศึกษาวิทยาลัย
๘๘ คน พยาบาลสาธารณสุข ๓๒ คน
พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ๓๓๘ คน
เทคนิคการแพทย์ ๓๐ คน

จำนวนนักศึกษาที่เรียนสำเร็จตามหลัก
สูตรปริญญาและอนุปริญญา รวมทั้งสิ้น
๓๐๖ คน จำแนกประเภทได้ดังนี้

แพทยศาสตร์ ๑ คน
สาธารณสุขศาสตร์ ๒๑ คน
แพทยศาสตร์บัณฑิต ๑๓๐ คน ทันต-
แพทยศาสตร์บัณฑิต ๑๔ คน เกษตร

ศาสตร์บัณฑิต ๓๖ คน พยาบาลสาธารณสุข
๑๐ คน วิชาการศึกษาวิทยาลัย ๒๖ คน
พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ๖๘ คน

จำนวนผู้ที่ทรงคุณวุฒิสมควรแก่ปริญญา
แพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์
และ เกษตรศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตกิตติม
ศักดิ์

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้อนุมัติ
ปริญญาแพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตกิตติม
ศักดิ์แก่ผู้ที่ทรงคุณวุฒิสมควรแก่ปริญญา
แพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต ๔ คน และ
เกษตรศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต ๑ คน

ทุนอุดหนุนการศึกษา ในระหว่างปีการ
ศึกษานี้ มหาวิทยาลัยได้รับทุนต่าง ๆ
เพื่อจ่ายอุดหนุนการศึกษาในคณะต่าง ๆ
คือ

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้รับพระ
มหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ พระราชทาน
ทุนให้แก่ นักศึกษาแพทยศาสตร์ ที่สอบ
สำเร็จหลักสูตรวิชาแพทยศาสตร์ ประจำปี
การศึกษานี้ ได้เป็นเยี่ยมไปศึกษาเพิ่มเติม
ในต่างประเทศ เพื่อทรงพระราชอุทิศถวาย

เป็นอนุสรณ์แก่สมเด็จพระปรเมนทรมหา
อานันทมหิดล โดยเรียกว่าทุน "อานันท-
มหิดล" จำนวน ๑ ทุน

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
จำนวน ๒๓ ทุน, เงิน ๑๘๐,๑๒๗.๕๐ บาท
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
จำนวน ๓ ทุน, เงิน ๘,๘๐๐.๐๐ บาท
คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน ๕ ทุน เงิน
๗,๘๕๐.๐๐ บาท, คณะสาธารณสุขศาสตร์
จำนวน ๒ ทุน เงิน ๑๕,๕๘๕.๒๓ บาท

การช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศ

ในชั้นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ใ้
รับการช่วยเหลือคือ

๑. องค์การบริหารร่วมมีระหว่าง
ประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (I. C. A.)

ก. ส่งอาจารย์ไปทำงานและศึกษาเพิ่ม
เติม ๑๘ คน ข. ให้อุปกรณ์การสอน
เป็นเงิน ๕๐,๐๐๐ ดอลลาร์ ค. ใ้
เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ๒ เครื่อง ง. ใ้
หนังสือ ๖๖ เล่ม

๒. องค์การอนามัยโลก
ส่งอาจารย์มาช่วยสอน ๒ คน

๓. China Medical Board แห่ง
นครนิวยอร์ก, สหรัฐอเมริกา

ก. ส่งอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๑ คน
ข. ใ้กล้องจุลทรรศน์ ๕๐ เครื่อง ค. ใ้
หนังสือ ๖ เล่ม ง. ใ้ทุนอุดหนุนการ
วิจัยเรื่องโรคเขตร้อนสำหรับระยะเวลา ๓ ปี
เป็นเงิน ๕,๐๐๐ ดอลลาร์

๔. บริษัทเคาน์ซิล

ก. ส่งอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๑ คน
ข. ใ้หนังสือ ๒๕ เล่ม

๕. มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดแห่งสหรัฐ
อเมริกา

ก. ส่ง อาจารย์ มาช่วย สอน ๑ คน
ข. ส่งอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๑ คน
๖. รัฐบาลออสเตรเลีย
ก. ส่งอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ๒ คน

การก่อสร้าง

ในชั้นมหาวิทยาลัยได้ทำการก่อสร้าง
อาคารต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

๑. คณะ แพทย ศาสตร์ และ ศิริ ราช
พยาบาล

ก. ใ้ผ้าละของ ฐิติพระบาททรงพระ
กรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินรายได้
จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ และ
ผู้ ศรัทธาบริจาค โดย เสกั สร้าง คึก ขา-
นันทมหิดลจำนวนเงิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

ช. จอมพล ผิน ชุณหะวัณ บริจาคสร้างตึก
 “วิบูลย์สถมภ์ อนุสรณ์” จำนวนเงิน
 ๑,๒๐๐,๐๐๐ บาท ค. นางอุ้น ไปยยะจินดา
 บริจาคเสริมตึกผ่าตัดแผนกสูติศาสตร์ชั้น
 ๒ จำนวนเงิน ๓๕๐,๐๐๐ บาท ง. หลวง
 และนางนฤเบศร์มานิต บริจาคสร้างตึก
 “นฤเบศร์มานิต” (สงวน แซ่ จุฑะเทมีย์)
 จำนวนเงิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท จ. จากเงิน
 งบประมาณ พ.ศ. ๒๔๕๘ สร้าง (๑) เรือน
 พักพยาบาลจำนวนเงิน ๕๒,๘๔๓.๕๕ บาท
 (๒) ประตูเหล็กทางเข้าค้ำถอนนพวณก
 จำนวนเงิน ๗๕,๐๐๐.๐๐ บาท

๒. คณะเทคนิคการแพทย์ จากเงิน
 สมทบทุนขององค์การบริหารร่วมมื่อ
 ระหว่างประเทศ และ ก. ศ. ว. สร้างตึก
 โรงเรียนเทคนิคการแพทย์ ณ ศิริราช
 พยาบาล จำนวนเงิน ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท

กิจการของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
 เป็นมาในระหว่างที่ข้าพระพุทธเจ้าได้
 กราบบังคมทูลมานั้น บัดนี้ได้เวลาอันเป็น
 ศุภมงคล ข้าพระพุทธเจ้าขอพระราชทาน
 พระมหากรุณาได้โปรดพระราชทานปริญ
 ญาภิตติมศักดิ์ ปริญาบัตร และอนุ
 ปรญาบัตรแก่ผู้ที่ทรงคุณวุฒิ และแก่นัก
 คึกษาที่สอบไล่ได้ ซึ่งคณะกรรมการ

มหาวิทยาลัยได้พิจารณาแล้วว่าเป็นผู้ที่
 สมควรแก่ปริญญาและอนุปรญยานั้น ๆ
 เพื่อความศิวิสวัสดิคิมงคลแก่ผู้ที่ได้รับพระ
 ราชทานสืบไป

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อมขอเดชะ

ผู้ทรงคุณวุฒิได้รับปริญญาภิตติมศักดิ์
 ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรประจำปี
 การศึกษา ๒๔๕๘-๕๙ กรมมหาวิทยาลัย
 แพทยศาสตร์ ได้ให้ปริญญาภิตติมศักดิ์
 แพทยศาสตร์คุณวุฒิจากแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ
 ดังรายนามต่อไปนี้ :

นายแพทย์ชวณ เนตรศิริ Dr. med.
 (Jena) D.T.M. (Hamburg) ศาสตรา
 จารย์ หัวหน้าแผนกวิชากุมารเวชศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

นายแพทย์เพอง สัตยสงวน พ.บ. (จุฬาลงกรณ์)
 ประกาศนียบัตรวิชาออร์โธปิดิก
 (มหาวิทยาลัยวอชิงตัน), F. I. C. S.
 อาจารย์เอกแผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทย
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล

นายแพทย์พร วราเวช พ.บ. (จุฬาลงกรณ์)
 F. I. C. S. อาจารย์เอกแผนก
 จักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
 พยาบาล

นายแพทย์เล็ก ฌ นคร พ.บ. (จุฬาลงกรณ์) อาจารย์เอก แผนกคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นายเกษิซ เฮฟกานนท์ ประกาศนียบัตร เกษิซศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์) อาจารย์เอก หัวหน้าแผนกเกษิซกรรม คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้รับปริญญา กิตติมศักดิ์ เกษิซศาสตร์ ภูมิบัณฑิต

รายชื่อผู้สำเร็จหลักสูตรวิชาประจำการศึกษา ๒๔๕๘-๕๙

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ภูมิบัณฑิต นายแพทย์วชิกร วิวานวัตติ์

ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยม อันดับ ๒

๑. นายบุญอินทร์ สมบูรณ์ ๒. น.ส. ช่อทิพย์ สุพรรณโรจน์

ผู้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

- ๑. นายกฤษฎา รุทธะพรหมณ์ ๒. น.ส. กัลยงหา ภวะกุล ๓. น.ส. กาญจนาคัทรีจินดา ๔. นายกัรจา สันธวานนท์ ๕. นายกิตติ เบ็นสุโขใจ ๖. นายโกวิท วงศ์พานิช ๗. นายกำจร ควงแก้ว ๘. นายจินดา สุวรรณรักษ์ ๙. นายเจตนา ผลา

- กรกุล ๑๐. นายเจริญ สุวรรณวิไล ๑๑. น.ส. ฉันทนา รุทธยเชิฐ ๑๒. น.ส. ไฉว ฉายะจินดา ๑๓. นายชวลิต ปรีชาสมบัติ ๑๔. นายชาย เสรีบุตร ๑๕. นายภิเรก ภักดิ์ ๑๖. นายศิษพงษ์ ชันกำไร ๑๗. นายถนอม เทลารักพงษ์ ๑๘. นายทัศนัย รัตนะผล ๑๙. น.ส. ทวินศรี นรินทร์ ๒๐. นายธีระ สัมคิลา ๒๑. น.ส. นวรัตน์ วัฒนานิกร ๒๒. นายนุก สันติสิทธิแพทย์ ๒๓. นายนพทล ทองโสภิต ๒๔. นายเนาวรัตน์ เซ็นสาสน์ ๒๕. นายคาชอิจิ คอนยามา ๒๖. น.ส. นัฎภา พงษ์ปาน ๒๗. นายสิวทิ เลชนะนันทวสุ ๒๘. นายบุญชม เนตรพุกณะ ๒๙. น.ส. บุญศรี ภูวิจิตร ๓๐. นายบุญสม ผลัก ๓๑. นายบุญสวย เชิดเกียรติกุล ๓๒. น.ส. บุญหลง สันธินันท์ ๓๓. นายบรรจง ไชยสิทธิ์ ๓๔. นายบำรุง สมประสงค์ ๓๕. นายประวทิ โสภาคย์ ๓๖. นายประสิทธิพร บุญหลง ๓๗. นายประเสริฐ ทองทาบ ๓๘. น.ส. ปราโมทย์ โภจนานนท์ ๓๙. นายปรีชา เจตนะคิลยีน ๔๐. นายปรีชา วานิชชา ๔๑. น.ส. ปรียา กาญจนัญญิติ ๔๒. น.ส. ผกาเกษม เศรษฐูสิงห์ ๔๓. นายพลภัทร ตาละลักษณ ๔๔. นายพิชัย

มัณฑาทิศ ๔๕. นายพิศศักดิ์ สุ่มสวัสดิ์
 ๔๖. น.ส. เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวิน ๔๗.
 น.ส. เพ็ญศรี ภัทธานนท์ ๔๘. น.ส.
 เพทยอกม หุตะโกวิท ๔๙. น.ส. ภูมรา
 เขอแก้วกุล ๕๐. นายมนตรี กันตะบุตร
 ๕๑. น.ส. ระเบียบ สนิเวชชพงศ์ ๕๒.
 น.ส. รัตนาวัลย์ ช่างสุคนธ์ ๕๓. น.ส.
 ลักดาวัลย์ ชันจิต ๕๔. นายเล็ก แทรก-
 นิต ๕๕. น.ส. วรณี ทิพย์พยอม ๕๖
 นายวสันต์ งามเจริญ ๕๗. น.ส. วัฒนา
 สุทธิพงศ์ ๕๘. ม.ร.ว. วิวัฒน์ ทวีวงศ์
 ๕๙. นายศรีวงศ์ ทรวานนท์ ๖๐. นาย
 เสถียร อัครผล ๖๑. นายสมนึก ผลเจริญ
 ๖๒. นายสมบุรณ์ ถิลาพันธ์ ๖๓. นาย
 สมบัติ สรรพกิจ ๖๔. นายสมพงศ์
 จิตต์การุณ ๖๕. นายสมพจน์ พันธุ์พฤกษ์
 ๖๖. น.ส. สมรัตน์ อุนากุล ๖๗. นายสถิต
 ศุขโรจน์ ๖๘. น.ส. สุกสวาท สนิเจิมศิริ
 ๖๙. นายสุนทร ทวีพาณิชย์ ๗๐. นาย
 สุวิทย์ ทัศนเสถียร ๗๑. นายสุรินทร์ พิณีจ-
 พงค์ ๗๒. น.ส. สุวพันธ์ สุวรรณจินดา
 ๗๓. นายอนันต์ ส่งแสง ๗๔. น.ส. อรุณ
 อภิธรวิทย์ ๗๕. น.ส. อมร กาญจนสุต
 ๗๖. ม.ร.ว. ทัญชยาภากร สุทัศน์ย์ ๗๗.
 นายอาคม สรสุชาติ ๗๘. นายอาร์ มุล-

พันธุ์ ๗๙. นายอุดม สุวรรณศรี ๘๐.
 นายอภัย สุประภัสร์ ๘๑. นายอภัย
 สุกสุข ๘๒. น.ส. อุไรวัฒน์ วัฒนวง
 ๘๓. น.ส. อุดล สุขประสิทธิ์ ๘๔. น.ส.
 อุษยา ชนังกุล

แผนกวิชาพยาบาลผดุงครรภ์และอนา
มัย คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาล

ผู้ได้รับอนุปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์
 และอนามัย

๑. น.ส. กัญญา สังข์สุนทร ๒. น.ส.
 กัญญา สาคนรัถย์ ๓. น.ส. ขวัญเดือน
 จันทร์เพ็ญ ๔. น.ส. รรยา มงคลรัฐ
 ๕. น.ส. จินดา ทิพนก ๖. น.ส. จินดา
 ชีพเป็นสุข ๗. น.ส. จิรพันธ์ ประจัญ-
 ญะพฤษย์ ๘. น.ส. เจตจันทร์ คุมระ-
 สุวรรณ ๙. น.ส. จำเนียร ศิริกุล ๑๐.
 น.ส. ฉลอง จำนงค์วงศ์ ๑๑. น.ส.
 ฉวรงค์ พุ่งทอง ๑๒. น.ส. ดวงเดือน
 บุตรสุนทร ๑๓. น.ส. ถนอมศรี สังฆะ-
 มัตติก ๑๔. น.ส. ถาวร ณ สงขลา
 ๑๕. น.ส. ทองใบ ปุณยานันต์ ๑๖.
 น.ส. ทักษิมาวรรณโชติ ๑๗. น.ส. ทศนีย์
 ทิตตะศิริ ๑๘. น.ส. ชานี เศวตบุษย์

๑๕. น.ส. น้อย ฝกุงเวช ๒๐. น.ส. นาว
 ฅ กะกัวทุง ๒๑. น.ส. เนียน สหัสสา-
 นนท์ ๒๒. น.ส. เขมยรางค์ คมสัน ๒๓.
 น.ส. ปฐม เจริญสุข ๒๔. น.ส. ประทุม
 ประทุมมาศ ๒๕. น.ส. ผ่องศรี คมนามูล
 ๒๖. น.ส. พิบูลพรรณ แซ่เจียง ๒๗.
 น.ส. พลพรรณ ชัยวัฒน์ ๒๘. น.ส.
 พวงเพชร แบบประเสริฐ ๒๙. น.ส.
 เพ็ญแข ปาละนันท์ ๓๐. น.ส. พิชัน
 พันธุ์หงษ์ ๓๑. น.ส. พัฒนา จากิเกตุ
 ๓๒. น.ส. พัฒนา ไทตรภวานนท์ ๓๓.
 น.ส. พยอม บุญวิรัตน์ ๓๔. น.ส. มยุรา
 กาญจนางกูร ๓๕. น.ส. มยุเรศ มังสกุล
 ๓๖. น.ส. มาลี สนิธิเกษกริน ๓๗. น.ส.
 มาลินี สุขใจ ๓๘. น.ส. รวี เศรษฐ-
 ฐกาญจน์ ๓๙. น.ส. รุจา ชยาคานนท์
 ๔๐. น.ส. รจนา ขุนนาค ๔๑. น.ส.
 รจนา พิงขารมี ๔๒. น.ส. รวิวรรณ
 ศรีประพันธ์ ๔๓. น.ส. รำไพ สัตยากร
 ๔๔. น.ส. ลออ ถาวรพานิช ๔๕. น.ส.
 ลักษณา เทพพิทักษ์ ๔๖. น.ส. วิณา
 พลกุล ๔๗. น.ส. วรณี ถนอมบุญ
 ๔๘. น.ส. ศุภชาติ ราชากรกิจ ๔๙.
 น.ส. สินี ศิลปกรรมพิเศษ ๕๐. น.ส.
 น.ส. สุกนธ์ ประเสริฐวงศ์ ๕๑. น.ส.

สุคนธ์ ขนแสง ๕๒. น.ส. สุชิน อนิลชล
 ๕๓. น.ส. สุภาพ จันทร์วัฒน์ ๕๔. น.ส.
 สุภาพ เสถนนท์ ๕๕. น.ส. สุภา จุฑะศรี
 ๕๖. น.ส. สุพรรณิ พูลสุข ๕๗. น.ส.
 สมจิตต์ เพิ่มสุวรรณ ๕๘. น.ส. สมจิตต์
 ลิ้มกุล ๕๙. น.ส. สมบูรณ์ รัตนโสภี
 ๖๐. น.ส. สมพร โรจน์ปรีชา ๖๑. น.ส.
 สมพร แสงสุก ๖๒. น.ส. สมร อินทะ-
 เกษะ ๖๓. น.ส. อนงค์ พัฒนศิริ ๖๔.
 น.ส. อนงค์ เวศม์วิบูลย์ ๖๕. น.ส. อรุณ
 อินทรสาดี ๖๖. น.ส. อารี เปลื้อง-
 ประสิทธิ์ ๖๗. น.ส. อารี มะกรทัก
 ๖๘. น.ส. อุไรศรี คึกขมัท

รายชื่อผู้ได้รับรางวัลในการศึกษาของ
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ประจำปีการ
ศึกษา ๒๔๕๘-๒๔๕๙

๑. มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
 เหยี่ยงทอง สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๑
 ในวิชาแพทยศาสตร์
 ได้แก่ นายบุญอินทร์ สมบูรณ์
 เหยี่ยงเงิน สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๒
 ในวิชาแพทยศาสตร์
 ได้แก่ น.ส. ช่อทิพย์ สุพรรณโรจน์

๒. คณะแพทยศาสตร์และศิริราช-
พยาบาล

เหรียญทอง สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๑
ตลอดหลักสูตร

ไต้แก นายสุรินทร์ พินิจพงศ์
เหรียญเงิน สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๒
ตลอดหลักสูตร

ไต้แก น.ส. ช่อทิพย์ สุพรรณโรจน์
เหรียญทองแดง สำหรับผู้ได้คะแนน
เยี่ยมในวิชา

กายวิภาคศาสตร์ ไต้แก นายอรุณพล
บุญประกอบ

อายุรศาสตร์ ไต้แก น.ส. ช่อทิพย์
สุพรรณโรจน์

คัลยศาสตร์ ไต้แก นายสุรินทร์
พินิจพงศ์

ศัลยศาสตร์—นรีเวชวิทยา ไต้แก
นายอนันต์ ส่งแสง

๑. แผนกวิชาพยาบาล — ผดุงครรภ์
และอนามัย คณะแพทยศาสตร์และศิริ-
ราชพยาบาล

เข็มรางวัล สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๑
ตลอดหลักสูตร

ไต้แก น.ส. มยุรา กาญจนางกูร
สำหรับผู้ได้คะแนนเป็นที่ ๒ ตลอดหลัก
สูตร

ไต้แก น.ส. กาญจนา เทพพิทักษ์

กิจการขององค์การฌาปนกิจกระทรวงสาธารณสุข

สมาชิกเดิมมีอยู่รวม ๑,๘๖๖ ราย. ถูกลบชื่อออกตามระเบียบข้อ ๑๕ รวม
๗ ราย. สมัครใหม่ ๓๖ ราย. ถึงแก่กรรม ๑ ราย. คงมีสมาชิกทั้งหมดใน
ปัจจุบัน ๑,๘๙๔ ราย.

รวมรายรับ ๑๖๒,๒๙๕.๘๙ บาท. รวมรายจ่าย ๕๔,๖๘๗.๖๙ บาท. คง
เหลือเงินเมื่อสิ้นเดือนเมษายน ๒๔๙๕, ๑๐๗,๖๐๘.๒๐ บาท.

หน้าสำหรับนิสิต

ไม่อยากได้คะแนน

หน้าสอบไล่เพิ่งผ่านไป. นักศึกษาส่วนมาก ประสบความสำเร็จจากการสอบไล่. บางคนก็พบความผิดหวัง. ผู้ที่ผิดหวังเหล่านี้หันไปสำรวจข้อบกพร่องหรือเปิดว่าตนทำอะไรผิดไป. อาจเป็นเพราะความเลินเล่อในการตอบคำถาม ซึ่งตนมีความรอบรู้บ้างแต่ตอบผิดจากความมึนหมายของผู้เผลอ, หรือลืมมีคำตอบสิ่งใดตามทฤษฎี. ความผิดพลาดเหล่านี้มีอยู่เป็นประจำ. ผู้ตรวจข้อสอบทุกคนพบเสมอทุกปี. ถ้านักศึกษาคิดอ่านคำตอบของตนอีกครั้งหนึ่งก็จะเห็นความผิดพลาดเหล่านั้นอย่างชัดเจน. นักศึกษาจะต้องสำนึกถึงความผิดพลาดนี้และพยายามแก้ไขถ้าตนไม่ต้องการพบความผิดหวังจากการสอบไล่เพราะเหตุเหล่านั้นอีก.

ในประการแรก, คำถามทุก ๆ ข้อย่อยต้องตอบเพราะคะแนนเต็มเฉลี่ยไปตามทุก ๆ ข้อย่อย. การที่ไปเสียเวลาตอบข้อหนึ่งเสียจนไม่มีเวลาจะตอบอีกข้อหนึ่งนั้นเป็นความผิดอย่างรุนแรง, เพราะ

สมมุติว่าได้คะแนนเต็มจากข้อที่ตอบก็, ได้ ๑๐๐ ปช., คะแนนเฉลี่ยที่ถ่วงกับข้อที่ไม่ได้ก็ตอบก็จะได้เพียง ๕๐ ปช. สักตอบพอสมควรให้มีเวลาตอบทั้งสองข้อ, ได้คะแนนเฉลี่ย ๖๐-๗๐ ปช. ยังเป็นของที่ทำได้ง่ายกว่าและมีผลดีกว่า. อย่างไรก็ตามก็ต้องพยายามตอบทุกข้อ. ถึงแม้จะวันน้อยเพียงใดในข้อนั้น, เพราะอย่างน้อยก็ได้คะแนนจากข้อนั้นบ้าง, ดีกว่าที่จะยอมรัยศูนย์สำหรับข้อนั้น. สำหรับข้อย่อยเหตุที่นักศึกษาไม่ตอบโดยมากเป็นเพราะลืม. ผู้ตรวจรู้ว่านักศึกษาลืมตอบ, ไม่ใช่ไม่ตอบเพราะไม่รู้, จึงเห็นได้จากคำตอบตอนอื่นว่านักศึกษารู้อะไร, แต่ผู้ตรวจก็ไม่สามารถจะช่วยให้คะแนนได้อย่างไร. เช่นคำถามถามถึงอาการแฉะ, สิ่งตรวจพบและการรักษา. นักศึกษาตอบเพียงอาการแฉะและการรักษา, และถ้าได้คะแนนเต็มจากข้อย่อยสองข้อนี้, คะแนนสำหรับทั้งข้อใหญ่อีกจะเป็นเพียง ๖๖ ปช. ถ้าไม่ได้คะแนนเต็มจากข้อย่อยสองข้อนี้

คอบนี้, สมมุติได้เพียง ๘๐ ปช. จากข้อ
ย่อย, คะแนนเฉลี่ยสำหรับข้อใหญ่ทั้งข้อ
ก็จะเป็นเพียง ๕๓ ปช. จะเห็นได้ว่าถึง
จะมีความรู้ขนาดควรได้ ๘๐ ปช., ถ้า
ตอบหมดทุกข้อย่อย, แต่ถ้าล้มคอบไปข้อ
หนึ่งคะแนนจะได้เพียง ๕๓ ปช.

ก่อนจะเริ่มตอบคำถาม, อ่านคำถาม
ให้ละเอียด, ให้เข้าใจคำถามให้ถูกต้อง,
แล้วทำหัวข้อไว้ในเศษกระดาษว่าจะตอบ
อะไรบ้าง. ถ้าทำเช่นนั้นโอกาสที่จะล้มคอบ
ของบางข้อก็ลดน้อยลงไป. เวลาที่เสีย
ไปในการอ่านคำถามให้เข้าใจแจ่มแจ้งไม่
ใช่เป็นเวลาสูญเปล่า. มีไม่น้อยครั้งที่
นักศึกษาคอบไปคนละเรื่องกับคำถาม.
เช่นคำถามขงหนึ่งถามเรื่องรัชโรที่อกสโค
ลิส, นักศึกษาคอบถึงเรื่องแอกโนมา.
คำถามถามถึงการรักษา, นักศึกษาคอบ
เรื่องอาการแ้งและสิ่งตรวจพบเสียก่อน
หน้าแล้วพูดถึงการรักษาของสามบรรทัด.
คะแนนที่จะได้ก็ได้จากสองสามบรรทัดหลัง
นี้. ที่พูดถึงอาการแ้งและสิ่งตรวจพบไม่
ได้คะแนนเลย. บางทีอาจถูกหักคะแนน
เสียด้วยซ้ำ, ถ้าพูดอะไรผิดอย่างน่า
เกลียด.

เพื่อกันล้ม, เวลาตอบคำถามต้อง

พยายามนึกอย่างมีระเบียบ. เช่นในเรื่อง
สมมุติฐาน, นึกถึงเหตุในหัวข้อการเป็นแท้
กำเนิด, ภัยอันตราย, การเกิดเชื้อ, ฯลฯ.
ในเรื่องวินิจฉัยแยก, นึกถึงโรคต่าง ๆ
ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ตามธรรมชาติอยู่ใน
บริเวณนั้น, และของอวัยวะที่อาจจะมาอยู่
ผิดที่ในบริเวณนั้น. ในเรื่องต้นเหตุของ
การอุดตันของอวัยวะที่เป็นโพรง, นึกถึง
ต้นเหตุที่อยู่ในโพรง, ที่อยู่ที่ผนังและที่
อยู่นอกอวัยวะนั้น. ในการนึกถึงต้นเหตุ
ต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอย่าลืมเหตุที่พบบ่อยที่
สุด, เช่นในการวินิจฉัยแยกของก้อนใน
แอ่งอิลีอิคข้างขวา, ถ้านักศึกษาไม่พูดถึง
ไส้ติ่ง, คาร์สิโนมาของซิคัม, วัณโรค
ซิคัม, แต่ไปพูดถึงสิ่งที่ไม่ค่อยพบบ่อย
อย่าง, ก็ไม่ควรจะได้คะแนนผ่านข้อนี้ไป
ได้.

นักศึกษาคูไม่สามารถจะแยกอาการ
แ้งและสิ่งตรวจพบจากกันและกันได้,
และใส่ไว้ใต้หัวข้อที่ผิดเสมอ. ในหัวข้อ
อาการแ้ง, จะพบบ่อย ๆ ว่านักศึกษาคอบ
ถึงอาการทั่วไปเสียก่อนหน้า, ไม่พูดถึง
อาการเฉพาะที่เลย, หรือพบน้อยมาก.
อ่านแล้วไม่รู้ว่าคุณใช่เป็นโรคอะไร. รู้แต่
ว่าไม่สบายเช่นพูดถึงมีไข้, รัยประทาน

รักษาแบบใหม่ขึ้นของเพิ่มเติม.

ทั้งหมดที่พูดมานี้, ความจริงก็เห็นของ
ที่ทุกคนรู้. แต่สิ่งประหลาดก็คือการตอบ
ผิดอย่างที่ไม่น่าจะทำ, การล้มตอยอย่าง
อย่าง, ตอบในสิ่งที่ไม่ได้ถาม, เหล่านี้ก็ยัง
คงมีอยู่เรื่อย ๆ. ด้านนักศึกษาจะระมัดระวัง

ให้มากขึ้น, คะแนนที่ควรจะได้ก็จะมีเพิ่ม
ขึ้น, คะแนนที่ไม่ควรจะได้ก็ไม่เสียไป.
คะแนนสองคะแนนนี้อาจหมายถึงเวลาหนึ่ง
ปี.

ด.ค.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ย้ายสถานที่
๓. ชำระเงินค่าบำรุง

โปรดติดต่อกับแผนกจัดการสารศิริราช

บันทึกท้ายเล่ม

๑ เราเขียนหนังสือคัดลอกคำศัพท์อยู่
เป็นอันมากสำหรับการที่ทั้งแผนกได้ช่วย
กันอย่างแข็งขันที่จะทำให้สารคดีวิชาฉบับนี้
สำเร็จลงด้วยดี สัมกับที่เป็นฉบับพิเศษ.
โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านหัวหน้าแผนกได้
เอื้อเฟื้อมาก. ทั้ง ๆ ที่ได้ให้เรื่องซึ่งเป็น
เรื่องนำไว้แล้ว, ยังช่วยเขียนบทบรรณา-
ธิการให้อีกบทใหญ่, ในหัวข้อซึ่งเหมาะสม
กับเวลาและควรเป็นที่สนใจของแพทย์ทั้ง
คำศัพท์และแขนงอื่น ๆ. ความ
ละเอียดละออของเรื่องบรรยายเป็นผลรวม
ของความพยายามที่จะทำอะไรให้หมดจด
จริงจัง, บวกกับความเต็มอกเต็มใจที่จะ
เขียน, จนถึงกับขอเขียนใหม่อีกเป็นครั้ง
ที่สองเมื่อเห็นว่าครั้งแรกเขียนเสร็จแล้ว
ยังไม่ดีพอ. เราขอขอบคุณในความร่วมมือ
อย่างดียิ่งไว้ในที่นี้ด้วย.

๑ สำหรับเรื่องนำในเล่มนี้ซึ่งเขียนเป็น
เรื่องประเภท "โรคหายาก" อีกนั่นแหละ,
แต่สำหรับเรื่องนี้ต้องนับว่าการตรวจตรา
สอบสวนได้กระทำอย่างละเอียดละออ, ก็
เท่าที่ภาวะการของเราจะช่วยให้. ข้อที่น่า
สนใจในรายงานนั้นนอกจากอื่น ๆ แล้วก็ได้

แก่อาการแฉะ, ซึ่งก็ไม่มีอะไรจะชวนให้
สงสัยไปถึงสาเหตุที่ถูกต้องเลย; กับความ
ตั้งอกตั้งใจของรังสีแพทย์, คุณหมอสนวน
บูรณะภวรงค์, ผู้เมตตาภาพส่งสก็ที่ได้จัดส่ง
ไปตรวจเคมีเลือด, ซึ่งช่วยให้ตัดสินโรค
ได้แน่นอน. เป็นการสมควรแล้วที่ท่าน
ผู้รายงานได้ให้เกียรติว่ารังสีแพทย์เป็นผู้
"ค้นพบ" คนไข้รายนี้. ท่านผู้รายงานได้
เสนอข้อความละเอียดหลายประการเกี่ยว
กับโรคนี้, ซึ่งเหมาะสมกับที่เป็นโรค
นาน ๆ พบ, และเมื่อพบเข้าแล้วบางทีก็
ข้ามเลยไปโดยไม่ได้สำนึกถึงสมมุติฐาน
อื่นแท้จริง.

๑ นาน ๆ เราจึงจะได้รับต้นฉบับที่
เขียนเป็นภาษาอังกฤษสักครั้งหนึ่ง. สำหรับ
คราวนี้หวังว่าท่านสมาชิกที่ร่ำร้องอยาก
อ่านภาษาอังกฤษคงจะพอใจ. เรื่อง "ถ้าได้
ทะเลเพราะใช้เอ็นเคอริค" ของคุณหมอ
เกษม ลิมวงษ์ และคุณหมอเปรม บูรณ์ดา
หากเขียนเป็นภาษาไทยคงจะกินหน้ากระ-
ดาษไม่ต่ำกว่าสามยก, เพราะทั้งสองท่าน
ได้ช่วยกันศึกษาสถิติอย่างละเอียดละออ
มาก. น่าเห็นอกเห็นใจในความพยายาม

ของท่านที่จะให้เราได้มีเรื่อง "วิเคราะห์สถิติ" ที่เต็มภาคภูมิลงพิมพ์, ซึ่งโดยมากเราทำไม่ได้เพราะมักจะมีความขี้ขลาดเกินไป. แต่สำหรับเรื่องนี้มีสาระสำคัญหลายประการเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา, ประกอบกับการเขียนเป็นภาษาอังกฤษช่วยย่นหน้ากระดาษได้เป็นอันมาก, เราจึงสนใจความตั้งใจอย่างเต็มที่, ทั้ง ๆ ที่ถ้าจะเทียบกับเรื่องที่เราคัดพิมพ์เสมอ ๆ แล้วเรื่องนี้นับว่ายาวมากทีเดียว. เราขอขอบใจท่านผู้รวบรวมมากเท่า ๆ กับความยาวของเรื่องของท่าน, และหวังว่าหากเมื่อไรท่านได้กระทำ "การวิเคราะห์สถิติ" รายอื่น ๆ อีก, คงที่เกริ่นไว้ในเรื่อง, ท่านก็คงเอื้อเฟื้อเราอีกด้วย.

๑) เรามักจะนึกถึงโรคของรังไข่ในหญิงที่เติบโตเต็มที่แล้ว. แม้กระนั้นบางทีก็มีการประปนกันบ่อย ๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคของรังไข่ข้างขวามักจะถูกทายเป็นโรคของไส้ติ่งเสมอ ๆ. รายงานของคุณหมอโสภณ ศันสนันท์ ("ถุงน้ำรังไข่ช่วยชีวิตในเด็ก") ซึ่งเสนอโรคของรังไข่ในเด็กหญิงอายุเจ็ดขวบเศษ จึงเป็นตัวอย่างที่ดีขึ้นให้แพทย์ผู้ทำการรักษาต้องนึกถึงความจริงที่กล่าวข้างต้นนั้น. โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งถุงน้ำของรังไข่ที่เกิดซ้ำอีกมักเป็นข้างขวา, จึงทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดเป็นไส้ติ่งอักเสบได้บ่อย ๆ. รายงานของคุณหมอโสภณนี้คงจะช่วยให้ศัลยแพทย์ผู้ผ่าเพื่อตัดไส้ติ่งอักเสบในผู้หญิง, แม้แต่เด็กเล็ก ๆ, แล้วพบว่าไส้ติ่งปกติ, ค้นต่อไปถึงรังไข่เพื่อตรวจให้แน่ใจว่ามันเป็นปกติหรือเปล่า, ไม่เพียงแต่ตัดไส้ติ่งที่ปกติออกแล้วชีวิตก็รอด, ซึ่งคงไม่ทำให้โรคของคนไข้หายไปได้, ถ้าหากเหตุของอาการนั้นอยู่ที่รังไข่.

๒) รายงานเรื่อง "ถ้าไส้เล็กทะลุของจากไม่ถลัด" ของคุณหมอเฉลิมชาติรัตนเทพ, แม้จะเป็นรายงานสั้น ๆ ก็คงจะเป็นอุทาหรณ์อย่างที่ว่าศัลยแพทย์ต้องใช้ความพินิจพิจารณารอบคอบเพียงใดในระหว่างทำการผ่าตัด. โดยเฉพาะอย่างยิ่งศัลยกรรมในช่องท้องต้องการความละเอียดละอมาก, เพราะนอกจากมีอวัยวะหลายชิ้นที่อาจเกิดโรคขึ้นและให้อาการคล้าย ๆ กัน, พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจมีขนาดเล็กนิดเดียว แต่ถ้าปล่อยไว้ก็ก่ออันตรายถึงชีวิตได้. นอกจากนั้นการที่จะค้นหาส่วนที่เป็นโรคนั้นยังได้ด้วยความลำบากเพิ่มเติมขึ้นจากการกีดขวางของลำไส้อีกด้วย. ดังนั้น

ก่อนที่จะเปิดลงไปในห้องคลีแพทย์จึงต้องพยายามวินิจฉัยโรคให้แน่นอนเสียก่อน, เพราะการที่จะเปิดเข้าไปแล้วค้นหาคุณนั้นเป็นการยากยิ่งและประกอบด้วยอันตราย. แม้เมื่อวินิจฉัยด้วยการไทร่ตรงอย่างรอบคอบแล้วก็ยังอาจพลาดไค. เมื่อเปิดท้องแล้วไม่พบโรคที่ทนายไว้, ก็ย่อมจะต้องใช้ความละเอียดละออตรวจดูโรคอื่น ๆ ที่อยู่ในวงแห่งการวินิจฉัยแยก, หรือแม้แต่ออกออกไปจากนั้นอีก.

๑ ปกิณกะของ อ.พ. เป็นเรื่องเขียนสำหรับอาจารย์อ่านโดยเฉพาะ, แต่ถึงแม้นักเรียนจะอ่าน, ก็คงจะได้ประโยชน์ด้วยโดยไม่ต้องสงสัย. เขาจะได้เข้าใจเหตุผลว่าทำไมการสอนจึงทำกันเช่นนั้น. โดยทำนองเดียวกัน, “หน้าสำหรับนิสิต” ของ

“ด.ค.”, แม้จะได้ชื่อว่าเป็นเรื่องสำหรับนักเรียนอ่าน, ถ้าหากอาจารย์จะลองอ่านดูบ้าง, เช่นเดียวกับเรื่องอื่น ๆ ใน “หน้าสำหรับนิสิต”, ก็คงจะได้ประโยชน์. ประโยชน์ที่เกิดขึ้นคงจะสะท้อนไปถึงนักเรียนบ้างไม่มากนักน้อย, เพราะถ้าอาจารย์ได้ทราบบ้างว่านักเรียนมักจะมีคามผิดพลาดอย่างไรบ้างในการเขียนคำตอบ, อาจารย์ของท่านก็อาจคิดหาวิธีตามอย่างที่จะช่วยให้เด็กนักเรียนมีโอกาสคอยฝึกฝนลงชั้นมาบ้างก็ได้. สรุปว่าสารคดีวิชา “ฉบับคลีแพทส์” คราวนี้คงจะทำความพอใจให้แก่ท่านผู้อ่านทุก ๆ ท่าน, เช่นเดียวกับที่ทำให้ผู้จัดการของเราพอใจจนถึงกับตกปากว่า “เล่มนี้เน้อหนาดี. เกินแปดยก.”

ของแถมมีในหน้าต่อไป

ของแถม

การสูบบุหรี่ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือดเนื่องจากนิโคตินในบุหรี่, ทั้งนี้ ภายใต้อาการวิจัยวิมาครของเลือดบริเวณปลายทางด้วยเรดิโอแอกทีฟไอโซโทปในซีรัมอัลบูมินของคน.

ในการทดลองได้ใช้บุหรี่ขนาดมาตรฐานและชนิดที่แพร่หลายที่สุด. ใช้ผู้ทดลองทั้งหมด ๑๐๐ คน, เป็นชาย ๕๒ คนและเป็นหญิง ๔๘ คน. ชายมีอายุ ๒๑-๗๐ ปี, หญิงอายุ ๑๗-๖๑ ปี. ทุกคนมีการไหลเวียนปลายทางปกติ.

จากการทดลองพบว่ามีการบีบตัวของหลอดเลือดเกิดขึ้นสูงสุดเมื่อ ๘-๑๐ นาทีหลังจากเริ่มสูบบุหรี่; ประมาณ ๘๐ ปช. ของผู้ทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือด, ๒๐ ปช. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย.

เมื่อทดลองให้สูบบุหรี่ที่มีเครื่องกรองพบว่าประมาณ ๖๖ ปช. มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด. ผลันแสดงว่านิโคตินและสารอื่นที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดถูกกรองออกไปได้บ้าง.

ชายและหญิงมีความไวต่อนิโคตินเท่า ๆ กัน. สำหรับบุหรี่ที่มีเครื่องกรอง, พบว่าในชาย ๗๐ ปช. และในหญิง ๖๐ ปช. เท่านั้นที่มีการเปลี่ยนแปลง.

การเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในชายที่มีความไวมากพบได้ประมาณ ๑๕ ปช., แต่ในหญิงประมาณ ๓๓ ปช. ในพวกที่สูบบุหรี่ธรรมดา; แต่ในพวกที่สูบบุหรี่ที่มีเครื่องกรองพิเศษพบในชายเพียง ๑๐.๗ ปช. และในหญิง ๒๐.๕ ปช.

ในคนอายุเกิน ๓๕ ปีขึ้นไปพบว่าใน ๒๑ คนมีปฏิกิริยาต่อการสูบบุหรี่เพียง ๓ คนเท่านั้น. แสดงว่าคนอายุสูง ๆ ทนต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่ดีกว่าคนอายุน้อย.

สรุปว่า (๑) ชายมีความไวต่อนิโคตินต่ำกว่าหญิง. (๒) คนสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดน้อยกว่าคนอายุน้อย. (๓) บุหรี่ที่มีเครื่องกรองทำให้การเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดน้อยลง.

(จาก J.A.M.A. 10 : 897-900, 1953)

ธงฉัตร โกละทัต พ.บ.