สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE
จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓ มีนาคม ๒๕๐๐ | Volume 9, Number 3, March 1957

โรครกเกาะต่ำ ผลการรักษาในระยะเวลาสิบสองปี

(พ.ศ. ๒๔๘๓ – ๒๔๙๔)

ศิวาลัย เบี่ยมบัติ
พ.บ.
(แผนกสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา)

รกเกาะต่ำ (Placenta praevia) เป็นโรคแทรกซ้อนร้ายแรงอย่างหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นบ่อย ๆ แก่หญิงมีครรภ์, และเป็นสาเหตุของการตกเลือดในตอนหลังของการตั้งครรภ์, ซึ่งอาจก่ออันตรายขึ้นได้แก่มารดาและแก่ทารกในครรภ์.

จุดประสงค์ของรายงานนี้เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการรักษาโรครกเกาะต่ำใน รพ. ศิริราชในเวลา ๑๒ ปีที่ผ่านมา, โดยแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือระยะแรก, ได้แก่เวลาก่อนและระหว่างเวลาสงครามโลกครั้งที่ ๒, คือ พ.ศ. ๒๔๘๓ – ๒๔๘๘, ระยะหลัง, ได้แก่ระยะหลังสงครามสงบแล้ว, คือ พ.ศ. ๒๔๘๙ – ๒๔๙๔.

อุบัติการ

ในวารสารการแพทย์ต่างประเทศปรากฏรายงานถึงโรคนี้เสมอ ๆ. ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๓๙ – ๑๙๕๐ ในคุคเคาน์ตี้ฮอสปิตัลได้รวบรวมได้คนไข้โรครกเกาะต่ำ

๒๘๓ คน ในจำนวนคนไข้คลอดทั้งหมด ๗๐,๓๖๓ คน; อุบัติการเท่ากับ ๐.๔๐ ปซ. ในปี ค.ศ. ๑๙๕๔ มีรายงานจากโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยเวอร์จิเนีย, รวบรวมคนไข้โรครกเกาะต่ำได้ ๕๙ คน ในจำนวนคนไข้คลอด ๑๓,๒๓๖ คน; อุบัติการเท่ากับ ๐.๔๕ ปซ.

ในศิริราชพยาบาล, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๓ - ๒๔๙๔ (ค.ศ. ๑๙๔๐-๑๙๕๑) แยกออกเป็น ๒ ระยะ, คือ (๑) ระยะก่อนและระหว่างสงครามโลกครั้งที่ ๒ (พ.ศ. ๒๔๘๓ – ๒๔๘๘), มีจำนวนคนไข้โรครกเกาะต่ำ ๑๙๙ คน ในจำนวนทั้งหมด ๑๔,๗๑๔ คน; เพราะฉะนั้นอุบัติการเท่ากับ ๑.๓๕ ปซ. (๒) ระยะหลังสงคราม (พ.ศ. ๒๔๘๕ – ๒๔๙๔), มีคนไข้โรครกเกาะต่ำ ๓๐๒ คน ในจำนวนคนคลอดทั้งหมด ๒๕,๗๔๗ คน; อุบัติการเท่ากับ ๑.๑๗ ปซ. รวมในระยะเวลา ๑๒ ปี ในจำนวนคนไข้ทั้งหมด ๔๐,๔๖๑ ราย, พบคนไข้โรครกเกาะต่ำ ๕๐๑ ราย, ซึ่งเท่ากับ ๑.๒๔ ปซ.

ฉะนั้นจากสถิตินี้เห็นได้ว่าคนไข้คลอดในประเทศเราต้องผจญกับโรคนี้มากกว่าในต่างประเทศถึง ๓: ๑.

การรักษาและผลของการรักษา ทั้งสองหัวข้อนี้ได้แสดงไว้ในตารางที่ ๑ และที่ ๒. เมื่อพิจารณาถึงผลการรักษาทั้งก่อนและหลังสงคราม, พอจะสรุปได้ว่า:

(๑) อัตราตายของมารดาในระยะหลังสงครามเท่ากับ ๘.๒๘ ปซ. ซึ่งลดลงกว่าระยะก่อนและในระหว่างสงคราม (เท่ากับ ๑๙.๐๕ ปซ.) มากกว่าเท่าตัว.

(๒) อัตราตายของเด็กในระยะหลังสงครามเท่ากับ ๕๔.๕๒ ปซ. ซึ่งลดลงกว่าในระยะก่อนและในระหว่างสงคราม (เท่ากับ ๖๒.๘๑ ปซ.) เล็กน้อย.

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเซซาเรียน-เซ็คชั่นมากที่สุด, คือในระยะก่อนและในระยะระหว่างสงครามมี ๔๑.๗ ปซ., ในระยะหลังสงครามมากขึ้นถึง ๕๒.๐ ปซ. วิธีที่ใช้ย่อยรองลงมาคือวิธีของ Braxton-Hick และอินเทอร์นัลเวอร์ชั่น, ซึ่งในระยะแรกใช้ย่อยมากถึง ๓๕.๒ ปซ., แต่ในระยะหลังสงครามลดลงเหลือเพียง ๑๗.๙ ปซ.

สำหรับการคลอดปกติในระยะแรกมีเพียง ๑๓.๐๙ ปซ. เพิ่มขึ้นในระยะหลังสงครามเป็น ๑๘.๒๗ ปซ.

(๔) เมื่อเทียบอัตราตายของมารดาในผล

ของการรักษาแต่ละชนิดพบว่า ในระยะก่อนสงครามการรักษาตามวิธีของแยร์กส์ตัน–ฮิคค์ และอินเทอร์นัลเวอร์ชั่นมีการตายมากที่สุด, คือ ๒๔.๑ ป่ช., ในระยะหลังสงครามเหลือ ๑๑.๑ ป่ช. การรักษาที่ทำให้มีการตายมีจำนวนรองลงมาคือการผ่าเอาลูกออกทางหน้าท้อง. ในระยะก่อนสงครามมีตายถึง ๑๔.๕ ป่ช. ลดลงหลังสงครามเหลือ ๗.๗ ป่ช.

ผลของการถ่ายเลือด ถ้าแยกผู้ป่วยเป็น ๒พวก, โดยอาศัยการถ่ายเลือดเป็นเกณฑ์, มีข้อสังเกตคือ:

(๑) จำนวนคนไข้ที่ได้รับการถ่ายเลือดในระยะหลังสงครามมี ๓๓.๘๙ ป่ช., สูงกว่าระยะก่อนและระหว่างสงคราม, ซึ่งเท่ากับ ๒๔.๖๒ ป่ช. ข้อนี้แสดงว่าบริการการถ่ายเลือดของเราดีขึ้น.

(๒) อัตราตาย ของคนไข้ที่ได้รับการถ่ายเลือดได้ลดลงมาก ในระยะหลังสงครามคือก่อนสงครามมีอัตราตาย = ๔๐.๘๒ ป่ช., หลังสงคราม=๑๐.๗๘ ป่ช. แต่กระนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศอัตราตายของเราก็ยังคงสูงกว่าของเขามาก, เพราะเหตุว่า (ก) ผู้ป่วยตกเลือดมามากแล้วก่อนได้รับการรักษา, ส่วนมากเพราะการเดินทางไม่สดวก, และผู้ป่วยไม่ได้มาติดต่อกับโรงพยาบาลก่อน, เมื่อมีการตกเลือดเพียงเล็กน้อย. (ข) จำนวนเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยไม่เพียงพอ. (ค) ผู้ป่วยที่ต้องถ่ายเลือดให้, เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักอยู่แล้วเป็นส่วนมาก.

อย่างไรก็ตาม, ในระยะหลังสงครามอัตราตายก็ได้ลดลงเป็นอันมากเพราะบริการการถ่ายเลือดและบริมาตรของเลือดที่จะให้มีมากขึ้น, รวมทั้งมียาใหม่ๆ ที่จะต่อต้านโรคแทรกแซงดีขึ้น.

สาเหตุการตาย การตายของลูกเกิดจากการขาดออกซิเจนระหว่าง การคลอดและการคลอดก่อนกำหนดเป็นส่วนใหญ่. ข้อนี้จะยังไม่แยกรายละเอียดไว้ในรายงานนี้

สาเหตุการตายของมารดาทั้งก่อนและหลังสงครามเกิดจากการตกเลือดมากที่สุด. อัตราตาย ของมารดาในระยะก่อนและระหว่างสงครามเท่ากับ ๑๙.๐๙ ป่ช., สูงกว่าในระยะหลังสงคราม(๘.๒๕ ป่ช.) กว่าเท่าตัว.

การตายของมารดา, แม้ในพวกที่ได้รับการถ่ายเลือด, ส่วนใหญ่เป็นผลของการเสียเลือด. ก่อนสงครามพบว่าผู้ที่ตาย เพราะเหตุนี้มีจำนวน ๑๖ คนจาก

จำนวนมารดาตายทั้งสิ้น ๓๘ คน. ในตอนหลังสงครามพบ ๑๑ คน ในจำนวนมารดาตายทั้งสิ้น ๒๕ คน. ทั้งนี้ด้วยสาเหตุดังกล่าวแล้ว.

อัตราตายของมารดาในพวกที่ได้รับการถ่ายเลือดสูงกว่าพวกที่ไม่ได้รับถ่ายเลือด, ทั้งในระยะก่อนและหลังสงคราม. ทั้งนี้เพราะพวกที่ได้รับการถ่ายเลือดส่วนมากเป็นรายที่อาการหนักอยู่แล้ว.

ในระยะก่อนและระหว่างสงครามมีมารดาตายเพราะการติดเชื้อมากถึง ๑๑ คน ในจำนวนคน ๓๘ คน, แต่ในระยะหลังสงครามเหลือเพียง ๒ คนในจำนวน ๒๕ คน. ทั้งนี้เป็นเพราะยาจำพวกแอนติไบโอติคได้ถูกนำมาใช้มากและมีส่วนสำคัญในการช่วยลดอัตราตายของมารดา.

วิจารณ์ อุบัติการของโรครกเกาะต่ำในโรงพยาบาลศิริราชมีสูงกว่าในต่างประเทศบางแห่งหลายเท่า, ในเมื่อเทียบกับจำนวนการคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาล. เหตุประกอบข้อหนึ่งอาจเป็นเพราะคนที่ครรภ์เป็นปกติมาโรงพยาบาลเป็นเพียงส่วนน้อย, แต่คนที่ครรภ์ผิดปกติมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก. การรักษาที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลของเรามีการผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้องมากที่สุด, คือ ๔๗.๕ ปซ. ของทั้งหมด. วิธีที่ใช้ย่อยรองลงไปคือแยร์กส์ตันฮิคค์และอินเตอร์นัลเวอร์ชั่น, ใช้ ๒๒.๗ปซ.ของทั้งหมด. ส่วนการรักษาโดยวิธีประคับประคองเพื่อให้ครรภ์ดำเนินต่อไปจนถึงการคลอดปกติตามธรรมชาตินั้นของเรามีการใช้น้อยกว่าของต่างประเทศมาก. อัตราตายของมารดาอยู่ในเกณฑ์สูงและสูงกว่าต่างประเทศ. สาเหตุของการตายส่วนใหญ่ได้แก่การตกเลือดหรือผลของการตกเลือด. ในระยะหลังสงครามการตายจากเหตุนี้ลดน้อยลงบ้าง, เนื่องจากบริการถ่ายเลือดของโรงพยาบาลดีขึ้นและมีการถ่ายเลือดให้แก่คนไข้บ่อยขึ้น. ส่วนการติดเชื้อ, ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายรองลงไปจากการตกเลือด, มีน้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัดเจนในระยะหลังสงคราม. ทั้งนี้เนื่องด้วยได้มีการใช้ยาจำพวกแอนติไบโอติคแพร่หลาย, ช่วยระงับและต่อต้านการติดเชื้อได้เป็นส่วนมาก, ทำให้อัตราตายจากการติดเชื้อลดลงเหลือเพียงส่วนน้อย. เหตุประกอบอีกข้อหนึ่งที่ช่วยลดอัตราตายของมารดาลง, คือการเดินทางสะดวกและรวดเร็วขึ้น, ทำให้คนไข้มาถึงโรงพยาบาลได้ในระยะเวลาสั้นกว่าแต่ก่อน, การรักษา

จึงกระทำได้ทันกาลในส่วนมากขึ้น. อีกข้อหนึ่งก็คือประชาชนรู้จักและไว้ใจโรงพยาบาลมากขึ้น, มีการติดต่อฝากครรภ์ตั้งแต่เวลาเนิ่น ๆ, ทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติและแก้ไขได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ. อย่างไรก็ดี, แม้ว่าอัตราตายจะได้ลดลงในสมัยหลังนี้เมื่อเทียบกับสมัยก่อนสงคราม, แต่เมื่อเทียบกับในต่างประเทศดังที่ได้ยกมาอ้างนั้น, ของเราก็ยังสูงกว่าของเขาอยู่นั่นเอง.

สรุป

(๑) ได้รายงานผลการรักษาโรคครกเกาะต่ำ (พลาเซ็นต้า พรีเวีย) ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๘๓ กับ ๒๔๙๔, ตามสถิติของแผนกสูติศาสตร์ ฯ โรงพยาบาลศิริราช. ในระยะเวลาดังกล่าวมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้รวม ๕๐๑ คน ในจำนวนคนไข้คลอดทั้งหมด ๔๐,๔๖๑ คน.

(๒) การรักษาของเราใช้วิธีทำซีซาเรียนเซ็คชั่นมากที่สุด (๔๗.๕ ป.ซ.); วิธีที่ใช้ย่อยรองลงมาคือแบร็กส์ตัน-ฮิคส์และอินเทอร์นัลเวอร์ชั่น (๒๒.๗ ป.ซ.). การรักษาโดยประคับประคองให้การคลอดสามารถดำเนินได้โดยปกตินั้นเรามีการใช้น้อยมาก, เปรียบเทียบกับในต่างประเทศ.

(๓) อัตราตายของมารดาและทารกในระยะหลังสงครามลดน้อยลงกว่าในระยะก่อนและระหว่างสงครามมาก, แต่ยังสูงกว่าอัตราในต่างประเทศ.

(๔) สาเหตุของการตายของมารดาที่สำคัญที่สุดคือการตกเลือด, รองลงไปคือการติดเชื้อ.

(๕) อัตราตายของมารดาในระยะหลังสงครามลดน้อยลงเนื่องด้วยบริการการถ่ายเลือดดีขึ้นและมีการใช้แอนติไบโอติคป้องกันและรักษาการติดเชื้อได้ผลดียิ่งขึ้น.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์สรรค์ ศิริเพ็ญ ที่ได้จัดระเบียบการเก็บรายงานของแผนกให้สามารถค้นหาได้โดยสดวกและยังได้กรุณาให้คำแนะนำและความเห็นในการรวบรวมสถิติสำหรับรายงานนี้โดยตลอดอีกด้วย.

เอกสาร

1. James E. Fitzgerald, Augusta Webster, William F. Geittmann, Bruce Zumms: Am. J. Obst. and Gynec. 68: 658-664, 1954.

2. John Q. Hatten, Samuel A. Kirkpatrick, W. Norman Thornton, Jr.: Ibid. 70:1180-1188, 1955.

ตารางที่ ๑ วิธีต่าง ๆ ของการรักษา

	พ.ศ. 2483 – พ.ศ. 2488								รวม	พ.ศ. 2489 – พ.ศ. 2494								รวม
	ไม่ได้ถ่ายเลือด				ถ่ายเลือด					ไม่ได้ถ่ายเลือด				ถ่ายเลือด				
	แม่		ลูก		แม่		ลูก			แม่		ลูก		แม่		ลูก		
	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย		รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	
ซีซาเรียนเซ็คชั่น	65	6	48	23	6	6	4	8	83	98	8	74	34	47	4	27	24	157
อินเทอร์นัลเวอร์ชั่น	33	8	6	35	18	11	2	27	70	22	2	3	22	26	–	–	30	54
คลอดเอง	18	3	10	11	2	3	1	4	26	50	3	32	23	2	1	–	2	55
คลอดก้นนำ	5	1	2	4	2	–	–	2	8	16	1	2	15	12	1	–	13	30
ดึงหนังศีรษะ	5	–	1	4	–	–	–	–	5	–	–	–	–	2	–	–	3	3
แท้ง	4	–	–	4	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–	1	–	–	–
เครนิโอโตมีย์		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	3	3
ตัดคอ	1	–	–	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ซีซาเรียนทางช่องคลอด	1	–	–	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ตัดมดลูกเหนือเซอร์วิกซ์	–	–	–	–	1	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
รวม	132	18	67	83	29	20	7	41	199	186	14	114*	94	91	11	27	75	302
อัตราตาย	–	12.00%		55.33%		40.82%		85.71%			7.00%		45.19%		10.78%		73.53%	

* Twins.

ตารางที่ ๒ ผลรวมของวิธีต่าง ๆ ของการรักษา

วิธีรักษา	พ.ศ. 2483 – 2488				พ.ศ. 2489 – 2494			
	แม่		ลูก		แม่		ลูก	
	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย
ซีซาเรียนเซ็คชั่น	71	12	52	31	145	12	104	58
อินเทอร์นัลเวอร์ชั่น	51	19	8	62	48	6	3	52
คลอดเอง	20	6	11	15	52	3	32	25
คลอดก้นนำ	7	1	2	6	28	2	2	28
ดึงหนังศีรษะ	5	–	1	4	2	1	–	3
แท้ง	4	–	–	4	–	–	–	–
เครนิโอโตมีย์	–	–	–	–	2	1	–	3
ตัดคอ	1	–	–	1	–	–	–	–
ซีซาเรียนทางช่องคลอด	1	–	–	1	–	–	–	–
ตัดมดลูกเหนือเซอร์วิกซ์	1	–	–	1	–	–	–	–
รวม	161	38	74	125	277	25	141	169
อัตราตาย		19.09%		62.81%		8.28 %		54.57%

ตารางที่ ๓ สาเหตุการตายของมารดา

สาเหตุการตายของมารดา	พ.ศ. 2483 – พ.ศ. 2488		พ.ศ. 2489 – พ.ศ. 2494	
	ไม่ได้ถ่ายเลือด	ถ่ายเลือด	ไม่ได้ถ่ายเลือด	ถ่ายเลือด
ขาดเลือดและช็อค	6	16	8	12
ช็อคสูติกรรม	2	–	–	–
ช็อคหลังผ่าตัด	1	–	1	–
ตกเลือดหลังคลอด	–	–	1	–
เพอริโตไนติส	3	–	1	–
ปนิวโมเนีย	1	–	–	–
พยีเมีย	0	1	–	–
เซ็ปซิส	4	1	1	–
เตตะนัส	–	1	–	–
ฮัยเปอร์พัยเร็กเซีย	–	–	1	–
ยูรีเมียบัจจุบัน	1	–	–	–
ธัยโรท็อคสิโคสิส	–	1	–	–
– รวม –	18	20	13	12

ตารางที่ ๔ ตารางเปรียบเทียบชนิดต่าง ๆ ของการรักษา

วิธีทำ	ศิริราช (2483–2494)		คุคเคาน์ตีย์ ฮอสป. 1939–1950		เวอร์จิเนีย ฮอสป. 1954	
	จำนวนผู้ป่วย	เปอร์เซนต์	จำนวนผู้ป่วย	เปอร์เซนต์	จำนวนผู้ป่วย	เปอร์เซนต์
คลอดเอง	81	16.17 %	28	9.8 %	11	18 %
แอมนิโอโตมีย์	–	–	90	31.7 %	7	11 %
อินตราโอวูล่าร์แบ็ก	–	–	42	14.8 %	–	–
คลอดก้นนำ	38	7.58 %				
อินเทอร์นัลเวอร์ชั่น ฯ	124	24.75 %	57	20.1 %	4	7 %
แท้ง	4	0.79 %	–	–	–	–
เครนิโอโตมีย์	3	0.59 %	–	–	–	–
ตัดคอ	1	0.19 %	–	–	–	–
ใช้คีม	–	–	11	3.8 %	–	–
ดึงหนังศีรษะ	8	1.59 %			4	7 %
ซีซาเรียนเซ็คชั่น	240	47.94 %	55	19.4 %	35	57 %
ซีซาเรียนทางช่องคลอด	1	0.19 %		–	–	–
ตัดมดลูกเหนือเซอร์วิกส์	1	0.19 %		–	–	–
– รวม –	501	100 %	283	100 %	59	100 %

ตารางที่ ๕ ตารางเปรียบเทียบอัตราตายของมารดาและทารก

ร.พ.	จำนวนคนไข้	ค.ศ.	อัตราตายของมารดา	อัตราตายของทารก
เวอร์จิเนียฮอสปิตัล	105	1947	0.95 %	28.0 %
	100	1948	0.00 %	16.5 %
	134	1949	1.5 %	23.0 %
	201	1950	0.00 %	21.0 %
	245	1951	0.4 %	18.0 %
	112	1952	0.89 %	22.3 %
	220	1953	0.00 %	13.4 %
	59	1954	0.00 %	26.2 %
คุคเคาน์ตีย์ ฮอสปิตัล	283	1939–1950	0.7 %	22.11 %
ศิริราช	501	2483–2494*	12.4 %	55.32 %

(*1940–1951)

(Summary of the preceding Article)

TREATMENT OF PLACENTA PRAEVIA 1940–1951

Sivalai Piampiti
M.B.
(Dept. of Obstetrics and Gynecology)

During the twelve-year period 501 cases of placenta praevia were admitted out of a total of 40461 obstetric cases, giving an incidence of 1.24 per cent. In the war period (1940-1945) the incidence was 1.35 per cent; in the post-war period, 1.17 per cent. The treatment was mostly active. In the majority of cases this was caesarean section, involving in the war period 41.7 per cent of cases, and in the post-war period, 52.0 per cent. The next most frequent treatment was Braxton-Hick's version or internal version; during the war this was done in 35.2 per cent of cases, while after the war the frequency dropped to only 17.9 per cent.

In the war period the maternal mortality amounted to 19.09 per cent. It receded to 8.28 per cent in the post-war period. The improvement was probably due to the introduction of antibiotics, improvement in the blood transfusion service, and better transport facilities. Infant mortality was only slightly reduced, being 62.8 per cent during the war and 54.5 after the war.

Even with improvements the mortality rate is still high compared to that in other countries. Some consideration should therefore be given to the question of therapy, especially to conservative measures.

(Two references. Five tables.)

ปีที่ 1

เยื่อบุช่องท้องอักเสบเรื้อรังจากเชื้ออะมีบา

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย

พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ

พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ฝีอะมีบิคในตับพบมากและบ่อยในประเทศเรา. บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยแตกเข้าสู่อวัยวะใกล้เคียง. น.พ. จำลอง หะริณสุต [1] พบว่าโดยมากฝีแตกเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด, เนื้อปอด, ผ่านออกทางหลอดลม โดยถูกไอออกมาเป็นเสมหะชำเลือดชำหนอง; อาจแตกเข้าสู่ช่องท้องเข้าใต้กระบังลม, ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ, กระเพาะอาหาร, ลำไส้และออกภายนอก. มาสเตอร์ [2] กล่าวว่าฝีอะมีบิค ในตับแตกได้เองถึง ๒๘ ปซ., โดยแตกเข้าสู่อวัยวะต่าง ๆ ตามลำดับที่พบบ่อยดังต่อไปนี้: ปอด, ช่องท้อง, ช่องเยื่อหุ้มปอด, ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ, อินฟีเรียร์วีนาเควา, ถุงน้ำดี, และแตกสู่ภายนอก. เยคีย์และอ็อคซเนอร์ [3] ศึกษาฝีอะมีบิคในตับ ๒๖๓ ราย ในระยะ ๒๐ ปี ระหว่าง ค.ศ. ๑๙๒๘ – ๑๙๔๗, พบภาวะแทรกซ้อนดังนี้คือ: ติดเชื้อหนองภายหลัง ๒๒ ปซ., แตกสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด ๑๙.๙ ปซ., ช่องท้อง ๙ ปซ., ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ๖ ปซ. แบ็งเคอร์ [4] ในการศึกษาผู้ป่วยด้วยฝีอะมีบิคในตับ ๑๓๐ ราย, พบว่าแตกเข้าปอด ๓ ราย, ช่องท้อง ๓ ราย. แช็ยแมน, ชวาร์ตส์และ แฮร์สลิป [5] รายงานผู้ป่วย ๑ ราย ซึ่งฝีอะมีบิคในตับแตกเข้าช่องท้องและดูโอดีนัม; ตรวจศพพบฝีอะมีบิค ในตับ หลาย โพรง ทั้งสองกลีบ, และพบแผลบิคอะมีบิคและตัวอะมีบาที่ลำไส้ใหญ่ด้วย. แยรนน์และสุโตนฮิลล์ [6] รายงานผู้ป่วยฝีอะมีบิคในตับที่แตกเข้าช่องท้อง ๑ ราย, มีอาการเยื่อบุช่องท้องบ่จุขันและมีภาวะช็อคอยู่ประมาณครึ่งวัน และทุเลาขึ้นภายหลังรักษาด้วย เอมีติน, เพนิซิลลิน, สเตร็ปโตมัยซินและการรักษาตามอาการ. สัปดาห์ต่อมาเกิดน้ำในช่องท้องและเจาะได้น้ำสีเหลืองอ่อนเพียงเล็กน้อย. พันตรี หลวงสุเวชช์ศุภกิจ [7] ได้รายงานอะมีบาฮิสโตลีย์ติคาในช่องท้อง, โดยแทรกผ่านจากลำไส้ใหญ่ที่มีแผลบิคอะมีบิค, หรือจากการทะลุของแผลบิคอะมีบิค

แล้วหายเองในภายหลัง, ก่อให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุช่องท้องปัจจุบันเฉพาะที่. ฉะนั้นการอักเสบของเยื่อบุช่องท้องจากเชื้ออะมีบาอาจจะไม่เป็นภาวะแทรกซ้อนของการแตกของฝีอะมีบิคในตับก็ได้.

อาการและข้อตรวจพบของฝีอะมีบิคในตับแตกเข้าช่องท้องเท่าที่ค้นได้จากวารสารต่างประเทศเป็นอาการของเยื่อบุช่องท้องอักเสบปัจจุบันทั้งสิ้น. แผนกอายุรศาสตร์, ศิริราชพยาบาล, รับผู้ป่วยฝีอะมีบิคในตับแตกเข้าช่องท้องที่มีอาการของเยื่อบุช่องท้องอักเสบเรื้อรัง ๑ ราย ซึ่งแปลกกว่าในวารสารต่างประเทศ, จึงเห็นสมควรที่จะรายงานไว้.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย, ไทย, คู่, อายุ ๒๕ ปี (ล.ท. ๑๔๔๐๔๑ - ๕๕, ล.น. ๓๕๔๐ - ๕๕), รับไว้ด้วยอาการสำคัญว่าท้องโต ประมาณ ๓ สัปดาห์.

สามเดือนก่อนมา ร.พ. มีอาการครั่นเนื้อครั่นตัวคล้ายจะเป็นไข้, อ่อนเพลียจนทำงานไม่ได้เช่นเคย. เบื่ออาหาร. ผอมลงเล็กน้อย. ต่อมาไม่นานคลำได้ก้อนแลยจากชายโครงขวา, กดเจ็บเล็กน้อย. ก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ. หนึ่งเดือนก่อนมา ร.พ. ก้อนยุบหายไป. ระหว่างนี้ผู้ป่วยสบายขึ้น, ไม่มีไข้, แต่มีอาการท้องอืดเฟ้อ, แน่นท้องโดยเฉพาะหลังอาหาร, บางครั้งแทบหายใจไม่ออก, ต้องนอนยกศีรษะสูง. สามสัปดาห์ก่อนมา ร.พ. ท้องโตขึ้นเรื่อยและแน่นท้องมากขึ้น. ผู้ป่วยไม่เคยเป็นบิดมาก่อนเลย และไม่มีประวัติเจ็บป่วยใด ๆ ในอดีต.

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ ๓๘.๖° ซ. ชีพจร ๑๒๐ / นาที. หายใจ ๒๐ / นาที. ความดันเลือด ๑๔๐/๘๐. ลักษณะทั่วไป ผอม, สูง, อ่อนเพลีย, ผิวแห้งและเหลืองเล็กน้อย. หอบตื้น ๆ. ท้องโตทั่วไป, กดไม่เจ็บ. ตรวจพบว่ามีน้ำในช่องท้อง. ทึบดพ้งได้ร้องไม่ทั่ว ๆ ไปทั้งสองข้าง. ระบบไหลเวียนเลือดปกติ.

ฮีโมโกลบิน ๕๐ ปซ. เม็ดเลือดแดง ๒.๙๓ ล้าน. เม็ดเลือดขาว ๙๑๕๐; โปลีย์ ๘๔ ปซ., ลิมฟ. ๑๒ ปซ., โมโน. ๓ ปซ., อีโอ. ๑ ปซ. ซีรัมแอลบูมิน ๒.๒ ปซ., โกลบูลิน ๓.๓ ปซ. อีคเตอรสัอินเด็กซ์ ๖.๔. ไอโอดินเท็สต์ ๓ บวก. อิเล็คโตรฟอรีสิสโค้แก็มม่าโกลบูลินสูง. ยัสสาวะใส, สีเหลือง, และความถ่วงจำเพาะ ๑.๐๑๐-๑.๐๑๗; แอลบูมินในยัสสาวะ ๑ บวก. ใน

อุจจาระไม่พบตัวอะมีบา.

การดำเนินโรคและการรักษา ได้เจาะท้องด้านขวา. ดูดได้หนองสีกะปิ, ข้น, เหนียว, ดูดยาก, ไม่มีกลิ่น, ประมาณ ๒๐๐ ล. ซม. เจาะทางด้านซ้ายและบริเวณตับก็ได้หนองลักษณะเดียวกัน. ตรวจหนองทางจุลทัศน์ไม่พบอะมีบา. หลังจากนั้นได้เจาะตับแล้วใส่สารทึบรังสีลิปิโอดอลและอากาศ ๑๐๐ ล. ซม. เข้าไป. แล้วถ่ายรังสีพบโพรงหนองใหญ่ขนาด ๑๐.๓ × ๖.๓ ซม. ที่ตับกลีบขวา, และพบว่ามีทางติดต่อที่ส่วนต่ำสุดของโพรงหนองกับช่องท้อง.



ภาพรังสีแสดงโพรงหนองในตับ หลังจากฉีดอากาศและลิปิโอดอล

ในการรักษาให้เอมีทีนหนึ่งเกรนต่อวัน รวม ๑๑ เกรน. เจาะหนองออกจากช่องท้องและตับ ๔ ครั้ง (ได้หนอง ๕๐๐, ๔๕๐, ๕๐๐, ๔๐ ล. ซม. ตามลำดับ). ทุกครั้งตรวจหนองทางจุลทัศน์ไม่พบตัวอะมีบา, และส่งเพาะเชื้อก็ไม่ได้ตัวอะมีบาเช่นกัน. ผู้ป่วยมีไข้ ๓๘° ซ. เสมอในตอนบ่าย. ๑๑ วันหลังจากรับไว้ใน ร.พ. มีไข้สูง, ปวดท้องทั่วไป. หน้าท้องตึง, กดเจ็บ. ชีพจรเร็ว. เข้าใจว่ามีการติดเชื้อหนองภายหลัง, จึงได้ให้เทอร์รามัยซิน ๒ กรัมต่อวัน. อาการดีขึ้นภายในสองสามวันและดีขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นปกติ.

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาหาเราด้วยประวัติที่เป็นมานาน. ไม่มีประวัติของการปวดท้องมาก่อนเลย. เมื่อได้รับการตรวจครั้งแรกผู้ป่วยมีลักษณะของการมีน้ำในช่องท้อง, กดหน้าท้องไม่เจ็บ, ทำให้ผู้ตรวจสงสัยว่าจะเป็นโรคตับแข็งและท้องมานมากกว่าโรคอื่น ๆ. จริงอยู่, ผู้ป่วยให้ประวัติของการมีก้อนในท้องข้างขวาซึ่งโตมาก่อน, แล้วค่อยยุบหายไป, แต่ก็อาจเป็นโรคตับแข็งซึ่งมีตับโตและต่อมาค่อยหดหายไปและมีน้ำในท้องเกิดขึ้นก็เป็นได้. การตรวจทุก

อย่างเมื่อแรกรับไม่ได้ทำให้ผู้รายงานสงสัยไปในทางผ่าตัดมิได้ตัดแตกเข้าสู่ช่องท้องเลย. กดช่องซี่โครงขวาล่างบริเวณตับก็ไม่เจ็บ, และไม่มีความตึงสูงบ่งไปในทางอื่นมากกว่า. วินิจฉัยได้ก่อเมื่อเจาะท้องได้หนองซึ่งมีลักษณะเหมือนหนองที่ได้จากตับ. การเจาะดูดหนองจากตับและใส่ลิปิโอดอลเข้าไปในตับแล้วถ่ายภาพรังสีสามารถแสดงให้เห็นโพรงหนองที่มีทางเดินติดต่อกับช่องท้อง, ทำให้วินิจฉัยได้แน่นอนว่าเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากผ่าตัดมิได้ตัดแตกโดยปราศจากอาการแข็งและอาการแสดงของเยื่อบุช่องท้องอักเสบในปัจจุบัน. อาศัยการดำเนินและความรุนแรงของโรคนับตั้งแต่มีอาการท้องโตจนมา ร.พ. ๑ เดือน จึงลงความเห็นว่า เป็นเยื่อบุช่องท้องอักเสบเรื้อรังจากอะมีบา. การตรวจไม่พบเชื้ออะมีบาในหนองโดยวิธีธรรมดาและการเพาะเชื้อแม้ไม่ได้ผลก็ไม่คัดค้านการวินิจฉัยนี้, เพราะตามปกติตัวอะมีบาพบได้ยากจากหนอง. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในระยะแรกภายหลังเจาะท้องและตับกับให้เอมีติน. แต่ต่อมาภายหลังการเจาะท้องบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยมีไข้, อาการเลวลง, หน้าท้องกดเจ็บ. เข้าใจว่าเนื่องจากการติดเชื้อแทรกซ้อนภายหลังเจาะหลายๆ ครั้ง, จึงได้ให้เทอร์รามัยซินควบไปด้วย, เพราะว่าเยื่อบุช่องท้องอักเสบอย่างรุนแรงนั้นมีอัตราตายสูง. อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ก็หายได้ในเวลาเร็ว. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแข็งแรงดี. ตามวารสารเท่าที่ค้นได้ไม่ปรากฏว่ามีรายงานเยื่อบุช่องท้องอักเสบที่เรื้อรังจากเชื้อบิดอะมีบาเหมือนผู้ป่วยของเรานี้.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายซึ่งเป็นโรคเยื่อบุช่องท้องอักเสบเรื้อรังจากการแตกของฝีอะมีบ. หายได้โดยการเจาะดูดหนองออกและบริหารเอมีติน. ได้เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังเจาะท้องสามครั้งซึ่งรักษาหายด้วยเทอร์รามัยซิน.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ น. พ. ประเสริฐ กังสดาลย์ และอาจารย์นายแพทย์จิตต์ ตู้จินดาที่กรุณาตรวจแก้รายงาน, และขอบพระคุณนายแพทย์จำลอง หะริณสุต และนายแพทย์วีกิจ วีรานุวัตต์ ที่ให้คำแนะนำในการทำรายงานนี้.

เอกสาร

(1) จำลอง หะริณสุต: วิทยานิพนธ์เพื่อแพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล พ.ศ. ๒๔๘๔, หน้า ๔๖.

(2) Walter E. Master: Essentials of Tropical Medicine, pp. 48 - 55.

(3) Bakey and Ochsner : Surg. 13: 460 - 493 1943.

(4) Banker : Indian Physician, 11: 254 - 269, 1943.

(5) Chapman, Schwartz, Hairslip : Ann. Int. Med. 28 : 850 - 866, 1948.

(6) Brann & Stonehill : Armed Forces Med. J. 4 : 119 - 125, 1953.

(7) หลวงสุเวชช์ศุภกิจ จ.พ.ส.ท. ๑๙ : ๖๖๓-๖๖๘, ๒๔๗๖.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ยอกรับเป็นสมาชิก
โปรดติดต่อแผนกจัดการ

(Summary of the fore-going Report)

CHRONIC AMEBIC PERITONITIS

A Case Report

Parnpis Panthsuwarn
M.B.
(Dept. of Internal Medicine)

Hepatitis and hepatic abscess caused by Entameba histolytica are of frequent incidence in Thailand. When the abscess ruptures into the abdominal cavity, acute inflammation is the usual result. Recently we came across a case of such rupture with certain unusual features. The patient, a Thai man 29 years old, complained of abdominal swelling of three weeks' duration. The trouble began with fever, weakness, and development of tender mass under the right costal margin, all of which subsided after some time. They were folowed by progressive abdominal oppression and discomfort which developed into severe abdominal distention. The patient denied having had dysentery. Sings of chronic peritonitis with ascitis were found on admission. Paracentesis abdominis yielded typical "anchovy-sauce" fluid. Amebae were not found in smears. The case responded rapidly to emetin. A secondary rise of temperature was quickly quelled with terramycin. The patient was discharged completely recovered.

(Seven references)

ปีที่ 2

ถุงแก๊สในช่องท้อง

เกษม ลิ่มวงษ์

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ถุงแก๊สในช่องท้อง (Abdominal gas cyst) พบน้อยในคน, แต่พบบ่อยในหมู Mayer (1825) เป็นผู้บรรยายโรคในหมู. และตั้งชื่อว่า Pneumatosis cystoides intestinorum. ตำราอังกฤษอ้างว่ามีตัวอย่างแสดงพยาธิสภาพนี้ในพิพิธภัณฑ์ของรอยัลคอลเล็จ ออฟ เซอร์เยินส์ ตั้งแต่สมัยของ John Hunter (1728 - 1793); แต่ทางฝรั่งเศสถือว่า Derernoy ได้รายงานไปในปี ๑๗๕๔. มีหลักฐานพอจะยืนยันได้ว่า Bang ได้รายงานโรคนี้ในคนเมื่อปี ๑๘๗๖ โดยใช้ชื่อเดียวกับโรคในหมู. ในปี ๑๙๕๒ Koss ได้รวบรวมรายงานโรคนี้ได้ ๒๑๓ ราย, เป็นชายมากกว่าหญิงถึง ๓.๕:๑; ส่วนมากอายุ ๓๐-๕๐ ปี, แต่มีเด็กอายุ ๓ ขวบ ๑ คน.

สาเหตุ ข้อนี้ยังไม่ทราบแน่นอน, แต่ที่อาจเป็นได้มี ๓ ประการด้วยกัน, คือ:

(๑) การติดเชื้อ. เดิมเชื่อกันว่าพวกบัคเตรีทปล่อยแก๊สเข้าไปอยู่ในหลอดน้ำเหลืองของผนังลำไส้หรือเนื้อส่วนอื่น, ทำให้มีการพองโป่งที่ส่วนนั้น. โดยมากปฏิกิริยาของเนื้อทำให้เกิดเป็นถุงแก๊สขึ้น. Naeslund (1924) แยกได้เชื้อซึ่งเขาให้ชื่อว่าบาซิลลัสปนิวมาโตสิส (Bacillus Pneumatosis) ซึ่งเป็นพวกเอสเซริเชียโคลี และให้ปฏิกิริยาทางน้ำเหลืองอย่างอ่อน ๆ. แต่การฉีดเชื้อนี้เข้าในหลอดน้ำเหลืองของหมูไม่ทำให้เกิดโรคต่อหมู. Nismet (1934) และ Baumgartner (1943) อ้างว่าแยกได้เชื้อเช่นเดียวกันจากคน. อย่างไรก็ดี, คนอื่น ๆ ไม่อาจหาเชื้อดังกล่าวนี้ได้. Dressler (1939) และ Koss (1952) พบว่าถุงแก๊สนี้อาจแตก ทำให้แก๊สเข้าไปอยู่ในช่องท้อง, แต่ไม่พบว่ามีการอักเสบเกิดขึ้น.

(๒) แผลในทางเดินอาหาร. เข้าใจว่าอากาศผ่านทางแผล, เช่นแผลในกะเพาะอาหาร, เข้าในหลอดน้ำเหลือง, ทำให้มีการอักเสบและเกิดเป็นถุงแก๊สขึ้น. การเคลื่อนไหวของลำไส้จะทำให้อากาศกระจาย

ไปยังส่วนอื่น ๆ, และฆายล์ (Chyle) ทำปฏิกิริยากับอากาศเกิดเป็นคาร์บอนไดออกไซด์, ช่วยดันให้ถุงพองขึ้นอีก. Turnure (1913) กับ Jone (1948) รายงานว่าได้พบผลึกซึ่งเข้าใจว่าเป็นกรดไขมันอยู่ในถุงแก๊ส, แต่ยังไม่มีคนอื่นได้พบอีกเลย. Tung และ Ngai (1923) อ้างว่าได้พบช่องติดต่อระหว่างแผลในกะเพาะอาหารกับถุงแก๊ส. อย่างไรก็ตามฤษฎีนี้ยังไม่อาจอธิบายการเกิดถุงแก๊สในส่วนอื่น ๆ ได้, เช่นในบริเวณซีคัมเป็นต้น.

(๓) การขาดอาหาร. Masson (1952) เข้าใจว่าโรคนี้เกิดบ่อยในหมูก็เพราะมันกินอาหารซึ่งเป็นของเหลือเศษ, มีกรดเกิดขึ้นมากในลำไส้ประกอบกับความผิดปกติในเมตะบอลิสม์ของคาร์โบฮัยเดรตทำให้คาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้นภายในหลอดน้ำเหลือง. Biester, Eveleth และ Yamashiro (1936) เลี้ยงหมูด้วยข้าวที่ขัดสีแล้ว, และพบว่ามีถุงแก๊สเกิดขึ้นในผนังลำไส้, เมเซนเตอรี่, ต่อมน้ำเหลืองและในเนื้อกล้าม. เขาไม่พบการผิดปกติในเมตะบอลิสม์ของคาร์โบฮัยเดรตและโปรเตอีน, แต่สงสัยว่าเยื่อลำไส้คงปล่อยให้แก๊สซึมผ่านได้มากขึ้นกว่าปกติโดยยังไม่ทราบสาเหตุ.

นอกจากนี้ยังมีคำอธิบายอีกหลายอย่างซึ่งไม่มีการสนับสนุนเพียงพอ.

Koss ได้ผลจากการศึกษาของเขาว่าส่วนมากโรคนี้เกิดขึ้นในคน, มักมีโรคอื่นร่วมอยู่ด้วย, เช่นแผลในกะเพาะอาหารและการอุดกั้นที่พิลอรัส (๕๕ ป.ซ.), มะเร็งในกะเพาะอาหาร (๓.๓ ป.ซ.), และโรคเยื่อเตลือดอื่น ๆ เช่นไส้ติ่งอักเสบ, ถุงน้ำดีอักเสบ, และการผ่าตัดช่องท้อง (๑๖.๕ ป.ซ.). ที่พบอย่างเดียวและเข้าใจว่าเป็นโรคชนิดไปรมารี่มีเพียง ๑๕.๔ ป.ซ. เท่านั้น. ตำแหน่งที่พบบ่อยคือลำไส้เล็ก (๕๐ ป.ซ), และอาจมีแห่งเดียวหรือมีรวมกับที่อื่นอีก, เช่นลำไส้ใหญ่, เยื่อหุ้มช่องท้อง, กะเพาะอาหาร, เยื่อยึดลำไส้ใหญ่เยื่อยึดลำไส้เล็ก, และแม้แต่เมดิอัสตินัม.

ถุงแก๊สแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภท คือ (๑) ประเภทซับซีโรซ่า, (๒) ประเภทซับมูคัส, และ (๓) ประเภทมีหลายถุง, ขนาดต่าง ๆ กัน, อาจรวมเป็นกลุ่มจนดูคล้าย "เม็ดสาคู". ส่วนมากของถุงแก๊สเป็นชนิดภายในมีผนังกั้นเป็นหลาย ๆ ห้อง (มัลติโลคูล่าร์).

กำเนิดของถุงแก๊ส ตามทฤษฎีนี้จากลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้าใจว่ามีเหตุ

การณ์เป็นคัน ๆ, คือ (๑) คันแรกมีเยื่อบุประกอบด้วยเอ็นโดธิเลียม, ซึ่งมีซับโตพลาสม์ติดสีอีโอซินและนูเคลียสกลมเล็ก, ติดสีเข้ม. (๒) เซลล์เอ็นโดธิเลียมเหล่านั้นรวมกันเข้าเป็นเซลล์ยักษ์, ลักษณะคล้ายเซลล์ลังก์ฮาน, และถือเป็นลักษณะจำเพาะของโรคนี้. ในเวลาเดียวกันทางด้านนอกของถุงแก๊สถัดไปจากเซลล์ยักษ์ก็มีเซลล์คล้ายเอ็นโดธิเลียมเกิดขึ้น, และล้อมรอบด้วยปฏิกิริยาของการอักเสบ. เมื่อเซลล์ยักษ์เน่าหลุดไปก็เกิดไฟโบรซิสขึ้นและถุงแก๊สก็อาจหายไปโดยไม่มีแผลเป็น. เซ็คชั่นจากหลาย ๆ ตอนในรายเดียวกันอาจพบถุงแก๊สอยู่ในลักษณะต่าง ๆ กันก็ได้.

พยาธิวิทยา ดูด้วยตาเปล่า ๆ เห็นเป็นถุง, ภายในแบ่งเป็นห้อง, รวมกันอยู่เป็นหย่อม ๆ ตามผนังลำไส้. ส่วนที่พบบ่อยที่สุดคือเลอัม. ถุงเหล่านี้ไม่เคลื่อนไปมาได้, ไม่ติดกับส่วนอื่น. ผิวนอกของถุงอาจด้านเนื่องจากพังผืดยึดหรือจากไฟบริน, แต่ผนังที่กั้นระหว่างภายในถุงมีลักษณะบางและใส, ประกอบด้วยไฟบริน, เอ็นโดธิเลียม, ลิมโฟซัยต์, และเซลล์ยักษ์กระจัดกระจายอยู่. ช่องภายในของถุงแก๊สไม่มีทางติดต่อกับช่องของลำไส้เล็ก.

อาการ. ถุงแก๊สเองไม่ทำให้เกิดอาการอย่างใด. อาการที่ปรากฏเป็นอาการของโรคแทรก: ได้แก่.

(๑) ถุงแก๊สแตกทำให้มีแก๊สเข้าไปดันในช่องท้อง (เท็นชั่นโนโมเพริโตเนียม). พวกที่เกิดอาการเช่นนี้ส่วนมากเป็นซนิดซับซิรัส.

(๒) พวกที่มีการอุดกั้น. (ก) เนื่องจากถุงแก๊สพวกซับมูคัสโตมาขึ้นจนอุดรูของลำไส้; (ข) เนื่องจากมีการยึดติดกับอวัยวะอื่น ๆ และเกิดอุดกั้นขึ้น; ส่วนมากเนื่องจากโรคที่เป็นร่วมด้วยนั้นทำให้เกิดอาการยึดติดขึ้น; (ค) เนื่องจากลำไส้กลืนตัวเอง; (ง) เนื่องจากลำไส้ยึด.

(๓) เนื่องอก. ในเมื่อถุงแก๊สถุงหนึ่ง ๆ อาจจะมีขนาดเล็ก, แต่อาจรวมกันเข้าเป็นก้อนใหญ่ได้, ทำให้คนไข้สังเกตว่ามีก้อนเนื่องอกเกิดขึ้น.

อาการอื่น ๆ มักไม่รุนแรงและไม่ชวนให้นึกถึงโรคถุงแก๊สในช่องท้อง. อาการเหล่านี้มักเกิดจากการขัดขวางการเคลื่อนผ่านของอาหารและกากอาหาร, เช่น อาเจียน, แน่นท้อง, ท้องเฟ้อ. บางครั้งมีอาการท้องเดิน, และบางทีก็มีอาการชวนให้เข้าใจว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ.

การวินิจฉัย การวินิจฉัยให้ถูกต้องทำได้ยาก. ส่วนมากมักพบโดยบังเอิญในระหว่างผ่าตัดเพื่อระงับโรคอื่น. การตรวจทางรังสีอาจช่วยได้บ้าง, เช่นเห็นเงาฟองอากาศในช่องท้องโดยไม่มีการแตกและทะลุของลำไส้หรือกระเพาะอาหาร, และมีอยู่เป็นเวลานานๆ. มีลักษณะแปลกประการหนึ่งเรียกว่า Chilaiditi's sign. คือเห็นคล้ายร่างแหหรือรวงผึ้งอยู่รอบๆ ลำไส้. บางครั้งพบว่ามีขดของลำไส้ขึ้นไปแทรกอยู่ระหว่างกระบังลมกับตับ, แต่ก็มิใช่เสมอไป.

โรคที่ต้องวินิจฉัยแยกได้แก่ถุงช่องท้องชนิดอื่นๆ, คือ (๑) ถุงซึ่งเกิดจากลำไส้เอง (เอ็นเตอโรจีนัสซีย์สต์), ซึ่งเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดและมักปรากฏในวัยเด็ก. อาการอาจคล้ายกันมาก, แต่แยกได้ที่ผนังของถุงประกอบด้วยชั้นต่างๆ ของลำไส้อย่างครบถ้วน. (๒) ถุงพยาธิยังดาติก. ภายในถุงมีน้ำและมีขอหรือหัวของพยาธิ. (๓) ถุงน้ำเหลือง. ส่วนมากเกิดในเด็ก. มักเป็นถุงเดียวๆ. พบบ่อยที่ส่วนโคนของเยื่อยึดลำไส้. ผนังประกอบด้วยเนื้อพังผืด, ภายในมีน้ำใสหรือขุ่นคล้ายน้ำนม, แต่บางครั้งก็มีเลือดอยู่ด้วย.

การดำเนินของโรค บางครั้งถุงแก๊สอาจหายไปได้เอง, เฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแรกๆ เป็น. Mengis (1928) รายงานในเด็กหญิงอายุ ๑๖ ปี ซึ่งพบถุงแก๊สขณะรักษาไส้ติ่งอักเสยแตก, แล้วอีก ๔ ปีภายหลังต้องผ่าตัดอีกครั้งหนึ่งเนื่องจากลำไส้อุดกัน. พบว่าถุงนั้นหายไปแล้ว. แม้ตัดผนังลำไส้ส่วนหนึ่งที่เคยมีถุงอยู่มาตรวจทางจุลทัศน์ก็ไม่พบอะไรผิดปกติ. Dale (1950) รายงานอีกรายหนึ่งซึ่งผ่าตัดพบถุงแก๊สแล้วต่อมาอีก ๕ สัปดาห์ได้ตรวจศพพบว่าไม่มีถุงแก๊สเหลืออยู่เลย.

หัวข้อการรักษา เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอนและเนื่องจากโรคนี้อาจหายเองได้, การรักษาในตอนแรกๆ พึงเป็นการเฝ้าคอยสังเกตอาการ, เว้นแต่ในรายที่มีอาการที่ต้องให้การรักษา, เช่น (๑) มีโรคร่วมที่ต้องผ่าตัด, เช่นแผลในกระเพาะอาหารหรือไส้ติ่งอักเสย, ก็รักษาโรคที่รวมอยู่นั้น, และถุงแก๊สก็อาจหายไปได้เอง; (๒) มีอาการอุดกันหรือการรบกวนเกิดขึ้นเนื่องจากถุงแก๊ส, อาจจำต้องตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีถุงนั้นออก. บางครั้งมีปัญหายุ่งยากเนื่องจากถุงแก๊สนั้นมีอยู่กระจัดกระจายทั่วไปจนไม่อาจตัดออกให้

หมดได้. ในรายเช่นนี้ก็ทำได้เพียงตัดเฉพาะส่วนที่ทำให้เกิดอาการออกเท่านั้น.

เนื่องจากมีการเชื่อถือว่าถุงแก๊สเกิดจากการขาดอาหาร, ดังนั้นส่วนหนึ่งของการรักษาควรเป็นการให้อาหารที่ดีและสมบูรณ์.

แผนกศัลยศาสตร์ได้พบคนไข้คนหนึ่งมีอาการบ่งขึ้นภายในช่องท้องเกิดขึ้น และเข้าใจว่าเป็นผลของการที่มีถุงแก๊สอยู่ในลำไส้, เราจึงได้ตัดลำไส้ส่วนที่เป็นโรคนั้นออก และช่วยให้คนไข้หายเป็นปกติได้.

รายงานผู้ป่วย

ชายไทย, คู่, อายุ ๓๑ ปี, รับไว้เมื่อ ๑๑ ก.ย. ๕๙. (ล.น. ๕๕๖๙๒–๙๙, ล.น. ๑๔๔๖๕–๕๙) ด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงมา ๖ ชั่วโมง.

เมื่อสองปีก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยรู้สึกว่าบางครั้งถ่ายอุจจาระมีมูก, ไม่มีเลือด, ไม่ปวดถ่วง. ในท้องมีลมวิ่งครืดคราดเสมอ. แต่ยังอ้วนท้วนแข็งแรงทำงานได้เป็นปกติ. บางครั้งกินยาไทยก็หายเลย. ไม่เบื่ออาหาร. แต่มีท้องเฟ้อบ่อย ๆ.

เมื่อ ๑ ปีก่อนมา ร.พ. ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่เสมอ ๆ. มักเป็นเวลาหิวจัด. เมื่อกินอาหารก็หายไปสักครู่. ภายหลังอาหารสัก ๒–๓ ชั่วโมง ก็ปวดอีก. อาการปวดนั้นมักจะปวดตื้อ ๆ, ไม่ร้าวไปที่ใด. เวลาที่ปวดรุนแรงราว ๑/๒–๑ ชั่วโมง แล้วก็หายเลย. ไม่มีอาเจียนคลื่นไส้ขณะปวด, และไม่เคยปวดมากถึงกับคนหรือเหงื่อออกตัวเย็น. อาการปวดนี้เป็นเพียงบางวันเท่านั้น. ระยะนี้อาการลมวิ่งในท้องและอุจจาระเป็นมูกลดน้อยลงไป.

เมื่อ ๒ เดือนก่อนมา, อาการปวดทลนยังเป็นอยู่นานขึ้นกว่าเดิมมาก. บางครั้งปวดติดต่อกันตั้งแต่เวลาอาหารเย็นถึงกลางคืน. ยิ่งดูอาการปวดก็ยิ่งทวีมากขึ้น, และยังปวดแผ่ไปถึงชายโครงขวา. บางครั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียน, มีเศษอาหารออกมา. บางครั้งมีน้ำสีเขียวขม ๆ เปรี้ยว ๆ ออกมา. ไม่มีเลือด. บางครั้งปวดมากก็มีอุจจาระดำในตอนรุ่งเช้า.

เมื่อ ๑๐ วันก่อนมาสังเกตว่ามีอาการคลื่นไส้และอาเจียนหลังอาหารทุกครั้ง. จึงเปลี่ยนจากอาหารแข็งเป็นอาหารอ่อนหรือน้ำเหลว. ปรากฏว่าอาหารอาเจียนลดน้อยลง, แต่อาการปวดยังไม่หายไป. ในระยะนี้รู้สึกผอมลงไปมาก, ท้องอืดขึ้น, อุจจาระผูกเสมอ.

เมื่อ ๔ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยได้มาที่

แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคและมีน้ำในช่องท้อง. แพทย์ได้นัดมาตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ทางรังสีในสัปดาห์ต่อมา. ผู้ป่วยจึงกลับบ้าน.

เมื่อ ๒ วันก่อนมาอาการปวดท้องทั่วไปเป็นมากขึ้น. บางครั้งปวดเลื่อนไปถึงท้องน้อยด้านขวาและบริเวณหัวเหน่า. คลื่นไส้อาเจียน ๒–๓ ครั้ง. มีเศษอาหารและน้ำเปรี้ยว ๆ สีเหลืองออกมาบ้าง. กดท้องเจ็บปวดมาก. ต้องนอนนิ่ง ๆ.

เมื่อ ๖ ช.ม. ก่อนมา ร.พ. อาการปวดไม่มีท่าทีว่าจะลดน้อยลง, กลับปวดมากขึ้นและคลื่นไส้อาเจียนเรอย ๆ. หน้าท้องอืดมากขึ้นและตึงกดเจ็บทั่วไป. แน่นท้องมากกระดุกกระดิกตัวก็เจ็บท้องมาก. ต้องนอนรายและชันเข่าขึ้นทั้ง ๒ ข้าง. จึงมา ร.พ. อีกครั้ง

ประวัติอดีตและส่วนตัวไม่มีอะไรสำคัญ. มีบุตร ๔ คน. ภรรยาและบุตรแข็งแรงดี.

อาชีพทำนาและรับจ้างขุดดิน. อาหารการกินไม่สมบูรณ์นัก.

การตรวจร่างกายแรกรับ

อุณหภูมิ ๓๘.๒° ซ. ชีพจร ๑๑๘/นาที. หายใจ ๒๖/นาที ผอมซีด. แห้งมาก. ไม่เหลือง. นอนนิ่ง, ชันเข่า. ท้องอืดมาก. นัยน์ตาลึก. ปากสกปรก, เหม็น.

ข้อตรวจพบที่ผิดปกติ.

หายใจด้วยทรวงอก. บางครั้งมีเสียงกรอยแกรยที่กลีบล่างของปอดข้างขวา.

ต่อมน้ำเหลืองที่คอข้างขวาโต, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑/๒ ซ.ม. มี ๒–๓ เม็ด. แข็งพอควร. ไม่เจ็บ. กระจายจากกัน. ขยับเคลื่อนได้.

ปากแห้ง, ลิ้นเลี่ยนแดง. ท้องอืดมาก. ไม่มีการเคลื่อนไหวเวลาหายใจ. ไม่เห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้. มีซัยเปอร์เอสซิเซียและกดเจ็บทั่วหน้าท้อง, แต่เจ็บมากที่บริเวณท้องน้อยข้างขวา. หน้าท้องแข็งตึงทั่วทั้งท้อง. ตับ, ม้ามคลำไม่ได้. คลำไม่พบก้อนที่ใด.

บริเวณเคาะทึบของตับหายไป.

ท้องทั่วไปเคาะได้โปร่งมาก. เคาะพบเสียงทึบเคลื่อนที่ได้อย่างชัดเจน.

เสียงกระฉอกไม่ได้ชัด. เสียงกลอกกลิ้งเกือบไม่ได้ยินเลย.

ตรวจทางทวารหนักพบว่าคัลเดอซัคโป่งตึง, กดเจ็บทั่ว.

การตรวจทางห้องทดลอง ยูโมโกลบิน ๔๐ ปซ. (ซาห์ลี). เม็ดเลือดแดง ๔.๕ ล้าน/ล.มม. เม็ดเลือดขาว ๗๕๐๐/ล.มม นิวโตรฟิล ๕๒ ปซ. ลิมโฟซัยต์ ๘ ปซ. ในอุจจาระและปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ.

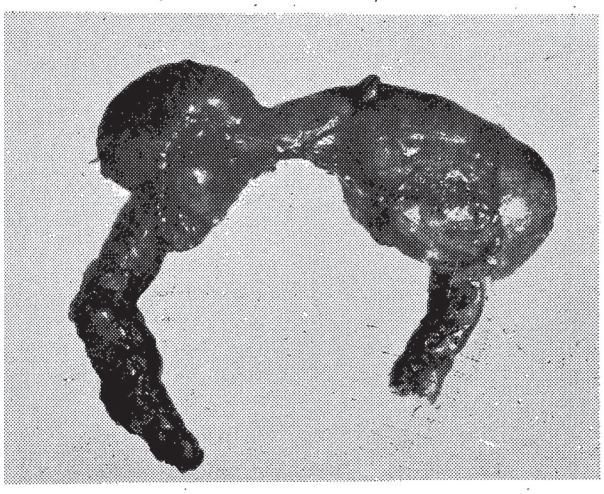
ได้ให้การวินิจฉัยชั้นต้นว่าช่องท้องอักเสบทั่วไปจากสาเหตุการแตกของลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่ง, ซึ่งน่าจะเป็นจากแผลในกระเพาะอาหารทะลุ.

ได้ให้การเตรียมก่อนผ่าตัดจนอาการทั่วไปดีขึ้นบ้าง. ความดันเลือดขึ้นไปถึง ๑๐๐/๖๐ มม. ปรอท, จึงได้ทำการผ่าผ่านแนวพาราเมเดียนทางข้างขวา. เมื่อผ่านเยื่อบุช่องท้องก็มีลมออกมา, พร้อมกันก็มีน้ำปนหนองสีค่อนข้างเขียวไหลออกมาประมาณ ๑๕๐๐ ล.ซม. เยื่อหุ้มลำไส้ทั่วไปด้านและมีการยึดติดกันเก่า ๆ จนดูเป็นลาย. อาการอักเสบของลำไส้มีไม่มากนัก. มีเมล็ดคล้ายสาคูทั่วไปทุกตอน, ห่างกันบ้าง ชิดกันบ้าง. แต่ตอนอิเลียมส่วนปลายห่างจากรอยต่ออิเลโอซีคัลประมาณ ๑๐ ซม. มีก้อนเนื้องอกใหญ่ขนาดหัวเด็กสองอันติดกัน. ส่วนใหญ่ของก้อนติดกับผนังลำไส้. ลักษณะขรุขระ, ขยับเคลื่อนได้ดี. ขณะขยับมีส่วนหนึ่งของก้อนแตกออก. ปรากฏเป็นโพรงอากาศ. จึงทราบว่าเป็นถุงลม, และลำไส้ส่วนถัดขึ้นไปจากก้อนนี้โป่งพอง. ส่วนทางปลายถัดจากก้อนนี้ไปแฟบ. แสดงว่าก้อนเนื้ออุดลำไส้ส่วนนี้. ไม่พบรูแตกที่ใด. ไส้ติ่งแดงเล็กน้อย. ซีคัมและลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นบนมีเมล็ดคล้ายสาคูกระจายทั่วไป. ขณะตรวจขึ้นมาทางส่วนบนก็พบรูแตกจากส่วนพัยลอรัส, เป็นแผลใหญ่ทางด้านหน้า, ขนาด ๑ ๑/๒×๒ ซม. รอบ ๆ แผลแข็งเป็นก้อนเนื้องอกใหญ่ติดแน่นกับผนังช่องท้องทางด้านหลัง. ก้อนเนื้อขนาดเท่ากำปั้น. ได้ทำไบออปซีย์จากขอบแผล. แล้วเย็บปิดรูรั่วนั้นได้เรียบร้อย. คลำดูรู้สึกว่าพัยลอรัสไม่ตีบเกินไป. ได้พยายามตัดเอาลำไส้ส่วนอุดตันพร้อมทั้งก้อนเนื้องอกนั้นออกด้วย. และใส่ท่อระบายช่องท้องไว้.

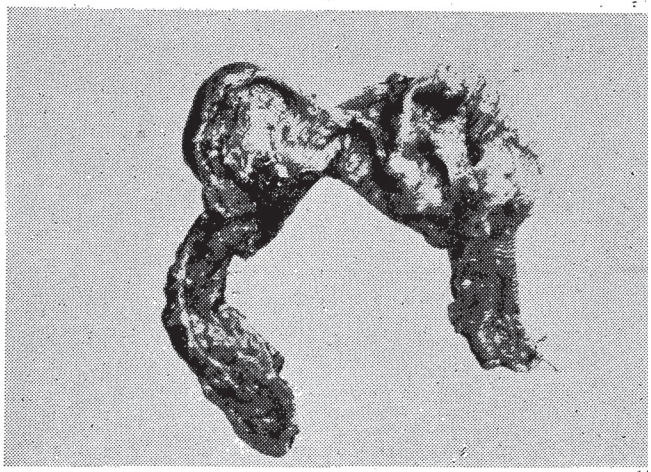
ภายหลังการรักษาหลังผ่าตัด, คนไข้มีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ, และหายเป็นปกติจากอาการอักเสบของช่องท้องใน ๑ สัปดาห์. จึงได้ทำการตรวจทางรังสีในสัปดาห์ที่ ๒ ไม่ปรากฏแผลในกระเพาะ แต่มีการตีบของส่วนพัยลอรัส. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านก็ได้นัดให้มารับการตรวจทุกเดือน.

ได้ให้การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัดว่าเป็น

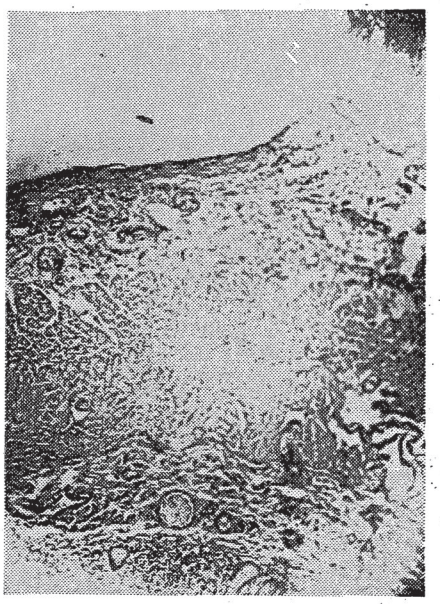
๑. การอักเสบของเยื่อบุช่องท้องเนื่อง



ภาพที่ ๑. ส่วนของอิเลอัมที่ผ่าตัดเอาออก
เห็นถุงแก๊สโป่งเบี้นก้อนโต.



ภาพที่ ๒. ลำไส้ท่อนเดียวกันภายหลังผ่าออก
เห็นถุงแก๊สยื่นเข้าไปขวางช่องของลำไส้.



ภาพที่ ๓. เซ็คชั่นแสดงส่วนประกอบของ
ผนังของถุงแก๊ส. มีเซ็ลล์เอปิธีเลี่ยมและ
เซ็ลล์ยักษ์ล้อมรอบด้วยเซ็ลล์ของการอักเสบ.

จากแผลในกระเพาะทะลุ และเข้าใจว่าเป็นแผลมะเร็ง.

๒. ถุงลมของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่.

ผลการตรวจเนื้อทางพยาธิวิทยา:

๑. การตรวจด้วยตาเปล่า. ชิ้นแรกเป็นส่วนของอิเลอัมท่อนปลาย, ยาว๖๔ซม. ซีโรซ่ามีฮัยเปอร์เมียและรอยย่นติด. มีไฟบรินปกคลุม. มีถุงแก๊สเล็กบ้างใหญ่บ้างมากมาย. เห็นได้ทางซีโรซ่าตลอดความยาว. มีถุงแก๊สบางอันในพวกที่มีหลายห้องโป่งเข้าไปในรูของลำไส้, แต่ยังอยู่ในชั้นของซีโรซ่า. ยังมีถุงแก๊สในชั้นใต้มูโคซ่าอีกจำนวนมากมาย.

ชิ้นเล็กเป็นชิ้นเนื้อสีขาวแข็งเล็ก.

๒. การตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์. ชิ้นจากส่วนลำไส้มีช่องว่างของถุงแก๊สยุ่ยด้วยวัตถุแปลกที่, เซลล์ยักษ์และเซลล์ขนาดต่าง ๆ. ถุงแก๊สเหล่านี้พบทั้งในซับซีโรซ่าและซับมูโคซ่า. น่าจะเป็นจากการอักเสบ. สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบ.

ชิ้นเล็กเป็นชิ้นจากกระเพาะอาหาร. แสดงเพียงแต่การอักเสบ.

การวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยา:

๑. ส่วนลำไส้เล็กเป็นถุงแก๊สและการอักเสบอย่างเรื้อรัง.

๒. ชิ้นของกระเพาะเป็นแผลเป็นติด.

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติส่วนใหญ่เป็นเรื่องของแผลเป็นติดที่เป็นโรคร่วม. ส่วนประวัติความผิดปกติของช่องท้องใน ๒ ปีแรกน่าจะเป็นประวัติของถุงแก๊สนี้ได้. การตรวจร่างกายไม่ได้ช่วยเหลือในการวิจัยโรคถุงแก๊สนี้แต่อย่างใด.

การวินิจฉัยทางรังสีก่อนการผ่าตัดไม่ได้ทำ, ซึ่งถ้าจะทำก็เพียงแต่ถ่ายภาพรังสีธรรมดา, ซึ่งจะบอกได้แต่เพียงว่ามีการแตกของลำไส้เท่านั้น, เพราะคนไข้ด่วนเช่นนี้เราไม่อาจดูเงาโดยการให้กินยาเรียมได้.

ลักษณะทางพยาธิวิทยาเห็นได้ชัดว่าเป็นถุงแก๊สและมีอาการของโรคร่วม, แต่ก็ไม่สนับสนุนทฤษฎีต่าง ๆ ของการเกิดโรคนี้อันใดได้แน่นอน, เพราะคนไข้มีแผลในกระเพาะอาหาร, มีลักษณะของการขาดอาหาร, และประกอบกับมีการติดเชื้อด้วย.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย ๑ รายที่เป็นโรคถุงแก๊สในผนังลำไส้, ซึ่งเรียกว่า Pneumatosis cystoides intestinalis หรือ abdominal gas cyst, และเป็นโรคที่นานๆพบ ; สาเหตุ

ยังไม่ทราบ. ได้พบโรคนี้ระหว่างผ่าตัดเพื่อรักษาอาการแผลในกะเพาะอาหารทะลุ, และมีอาการอุดตันของลำไส้, ซึ่งข้อหลังนี้เกิดจากถุงแก๊ส.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ที่ได้อนุญาตให้รายงานเรื่องนี้, ท่านอาจารย์กษาณ จาติกวณิช, อาจารย์เปรม บุรี,และศาสตราจารย์ สุด แสงวิเชียรที่ได้ช่วยตรวจแก้ไขรายงาน, อาจารย์โอกาศ พลางกูร, น.พ. เกษียร ภังคานนท์ น.พ. อาวุธ ศรีสุกรี ที่ช่วยถ่ายภาพ.

เอกสาร

1. L.G. Koss: A.M.A. Arch. Path. 53: 523,1952.

2. J.M.T. Finney: J.A.M.A. 51:1291, 1908.

3. P.R. Turnure: Ann. Surg. 57:811, 1913.

4. H.L. Bockus: Textb. Gastro-enterol. vol.2, p. 131, 1944.

5. C.F.W. Illingworth: Textb. Surg., Path., p. 499, 1945.

6. W.A.Dale, H.E.Pearse: Surg., Gynec., Obst. 90:215,1950 .

7. D.F. Eveleth, H.E. Biester: Am.J. Hyg. 27: 364, 1938.

8. A.W. Wright: Am.J. Path. 6:87, 1930.

9. R.A. Moore: Textb. Path. 292, 1952.

10. S. Schorr: A.M.A. Arch. Int. Med. 88:362,1951.

11. H.W. Mills: Surg., Gynec., Obst. 40:387, 1925.

12. M.B. Sturdy: Brit. Med. J.

13. F.D. Hindmarsh: Brit. J.Surg.

14. H.M. Hauffer: Radiology,

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราชปี ๒๔๙๙ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัดส่งให้ตามประสงค์

(Summary of the preceding Report)

A CASE OF ABDOMINAL GAS CYST

Kasem Limwongse
M.B.
(Dept. of Surgery)

A review of the literature is followed by report of a case which presented features of chronic intestinal obstruction arising from the presence of multiple gas cysts between the coats of the ileum. The patient, a Thai man of 31, had been under treatment in the outpatient department for some time as a case of intestinal tuberculosis with obstruction and peritonitis, when he suddenly developed features of the acute abdomen and had to be operated upon in emergency. As was the case with most other instances of pneumatosis cystoides intestinalis the true nature of the obstruction was only revealed at the operation, in spite of repeated radiological examinations. The acute symptoms were due to perforation of a peptic ulcer. Pathological exmaination of surgical specimens gave histological appearances conforming to classical description of multiple gas cysts in the intestinal wall. The patient recovered completely.

(Three figures. Seven references.)

ว.ก.3

บทบรรณาธิการพิเศษ

แพทย์ประจำบ้านเมื่อยี่สิบห้าปีก่อน

ชัชวาล โอสถานนท์

พ.บ., พ.ด., Dr. med. (Kiel)

(ผู้ช่วยคณบดี ฯ และผู้อำนวยการศิริราชพยาบาล)

ในสมัยยี่สิบห้าปีก่อนนั้น เมื่อถึงเวลาใกล้จะสอบไล่ประจำปีสุดท้ายหัวหน้าแผนกวิชาก็จัดส่งอาจารย์ในแผนกของตนไปเที่ยวทาบทามตัวคนที่ทางแผนกอยากได้รับไว้เป็นแพทย์ประจำบ้าน. นับเป็นการทาบทามและฟังเสียงในชั้นแรก. ต่อมาเมื่อถึงกำหนดให้ผู้สมัครยื่นใบสมัครก็มีการคัดเลือกกันอีกชั้นหนึ่ง. เท่าที่ผู้เขียนจำได้ ไม่เคยมีผู้ใดที่ถูกคัดเลือกไว้เป็นแพทย์ประจำบ้านต้องผิดหวังเนื่องจากสอบไล่ตก, แม้การคัดเลือกจะได้กระทำก่อนหน้าลงมือสอบไล่ก็ตาม.

ภายหลังการศึกษาที่หนักหน่วงและการที่ต้องรับผิดชอบในตัวเองตลอดเวลาถึงหกปี, ผู้ที่สอบไล่ได้โดยปลอดโปร่งย่อมมีความปลาบปลื้มเป็นที่สุดเมื่อได้ทราบผลการสอบไล่และทราบกำหนดวันรับพระราชทานปริญญา. พวกที่ได้รับเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านยิ่งภูมิใจมากขึ้นไปอีกที่ได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมฝึกฝนในโรงเรียนแพทย์ต่อไปอีกจนครบปี, แล้วจะได้นำวิชาความรู้ตลอดจนความชำนิชำนาญออกไปปฏิบัติงานที่อื่นเพื่อประโยชน์ของทางราชการหรือประชาชนผู้เจ็บป่วยต่อไป. ในสมัยนั้นมีแผนกวิชาอยู่สามแผนก, คือ อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์และสูติศาสตร์นารีเวชวิทยา. พวกเรามีแปดคนด้วยกันที่ถูกเลือกไว้. ทางโรงพยาบาลจัดให้อยู่ที่เรือนไม้ยกพื้นตรงบริเวณที่ก่อสร้างโรงเรียนเทคนิคการแพทย์ในปัจจุบันนี้. แม้จะไม่ใช่ตึกก็เป็นสถานที่พักอาศัยที่พวกเราภูมิใจกันอย่างมากเมื่อหวนกลับไปนึกถึง

ชีวิตที่ได้เคยร่วมกินร่วมนอน และสนุกสนานมาในอาคารซึ่งมีสภาพเลวกว่านั้นมาก, พวกเราเย็นรุ่นสุดท้ายที่ต้องนุ่งผ้าม่วงสีน้ำเงินโจงกระเบนและสวมเสื้อคลุมขึ้นทำงานบนหอคนไข้. พอถึงเวลาค่ำก็ต้องจัดการพรมน้ำ, พับผ้านุ่งให้เรียบร้อยแล้ววางรวมซ้อน ๆ กัน, ช่วยกันเอาก้อนหินหรือตำราแพทย์หลาย ๆ เล่มทับไว้ให้เรียบ. ความจริงในสมัยนั้นก็มีสำหรับใช้อัดผ้านุ่งให้เรียบก็มีขาย, แต่พวกเราไม่มีใครยอมลงทุนซื้อมาใช้.

ก่อนเข้าปฏิบัติงานท่านปลัดคณบดี (พระยาอาทิตรุณพรรค) ได้เรียกพวกเราเข้าไปชี้แจงหน้าที่และมอบระเบียบข้อบังคับสำหรับแพทย์ประจำบ้านให้คนละชุด, ซึ่งพิมพ์อัดสำเนาเย็นภาษาอังกฤษ รวม ๑๕ แผ่น, และต่อท้ายด้วยระเบียบการส่งผู้ป่วยไปตรวจที่แผนกรังสีวิทยาอีกหนึ่งแผ่น. ท่านขอร้องให้พวกเราพยายามอ่านทบทวนเรื่องทั้งหมดให้เข้าใจและให้ติดต่อกับหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านเกี่ยวด้วยรายละเอียดต่าง ๆ. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านเย็นอาจารย์ผู้หนึ่งที่ผู้อำนวยการ ฯ ได้แต่งตั้ง, และต้องพักอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา.

ในสมัยนั้นท่านคณบดี ฯ (ดร. เอ. จี. เอ็ลลิส) ทำหน้าที่นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชด้วย, และในขณะเดียวกันก็ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยาอีกตำแหน่งหนึ่ง.

หน้าที่นอกแผนกของแพทย์ประจำบ้านคือการเย็นแพทย์เวร. โรงพยาบาลศิริราชในสมัยนั้นมีขนาดเพียงบรรจุเตียงผู้ป่วยได้ ๓๐๐ เตียง. มีแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด ๘ คนดังกล่าวแล้ว. แพทย์เวรมีวันละ ๑ คน. ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านคนหนึ่งต้องเย็นแพทย์เวรโดยเว้น ๗ วันต้องอยู่เวรครั้งหนึ่ง. เวลาตรวจคนไข้ของแผนกผู้ป่วยนอกในวันทำงานก็คือ ๑๐.๐๐ ถึง ๑๒.๐๐ น. นอกนั้นเย็นหน้าที่ของแพทย์เวร, คือหลังจาก ๑๒.๐๐ น. ของวันหนึ่งไปจน ๑๐.๐๐ น. ของวันรุ่งขึ้น. แพทย์เวรนั้นนอกจากจะทำหน้าที่ตรวจและรักษาผู้ป่วยแล้ว, ตั้งแต่เวลา ๑๖ น. เย็นต้นไปต้องเย็นเจ้าหน้าที่รับแจ้งผู้ป่วยจนตลอดกลางคืนอีกด้วย, คือต้องเขียนใบแจ้ง, จดรายการลงสมุดต่างๆ ตามระเบียบ, และต้องรับผิดชอบติดต่อกับญาติหรือผู้รับแจ้งผู้ป่วยที่เจ็บหนักหรือถึงแก่กรรม. ในวันที่เย็นแพทย์เวรทางการห้ามขาดมิให้รับทำ

การแทนแพทย์ประจำบ้านคนหนึ่งคนใด.

ตามระเบียบของโรงพยาบาลแพทย์ประจำบ้านต้องปฏิบัติงานอยู่ตลอด ๒๔ ชั่วโมงของวันหนึ่ง ๆ. ในวันธรรมดาอาจลาไปธุระภายนอกได้ระหว่าง ๑๖.๐๐ น. กับ ๐.๓๐ น. ของคืนที่ติดต่อกันนั้น, แต่ต้องปฏิบัติหน้าที่ให้เรียบร้อยเสียก่อนและต้องมีผู้รับฝากงานตามระเบียบแล้ว. ในวันเสาร์อาทิตย์หรือวันหยุดราชการต้องได้รับอนุญาตจากหัวหน้าแผนกรักษา. การออกไปนอกโรงพยาบาลทั้งแพทย์ประจำบ้านและหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านต้องลงนามในสมุดลา, ต้องลงเวลาไป, เวลาที่กำหนดจะกลับมาปฏิบัติงาน, นามผู้แทน, และเวลาที่ได้กลับมาจริง. ในจำนวน ๘ คนของแพทย์ประจำบ้านรุ่นผู้เขียนนี้ต้องมีผู้อยู่ปฏิบัติงานตลอดเวลาอย่างน้อย ๕ คน. ส่วนใครจะอยู่ใครจะไปข้างนอกตามเวลาที่ทางการกำหนดให้นั้นเป็นเรื่องที่ต้องตกลงกันเอาเอง. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ทำหน้าที่รักษาระเบียบดังกล่าวนี้และตรวจดูสมุดลาในตอนกลางคืนและตอนเช้าทุกวัน.

หน้าที่ส่วนใหญ่ของแพทย์ประจำบ้านนั้นอยู่ในแผนกรักษา. ในแผนกทั้งสามนั้นในขณะนั้นมีศาสตราจารย์เป็นชาวต่างประเทศสองแผนก. แผนกที่ข้าพเจ้าปฏิบัติงานอยู่ (แผนกสูติศาสตร์ฯ) มีศาสตราจารย์เป็นชาวต่างประเทศและมีบ้านพักอยู่ภายในโรงพยาบาลเสียด้วย. ท่านผู้อ่านคงจะเดาได้ถูกว่างานที่พวกเราในแผนกนั้นต้องปฏิบัติจะหนักเพียงไร. ในตอนเช้าทุก ๆ เช้าเราต้องเขียนรายงานสำหรับเวลา ๘ น., โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่หนัก, วางไว้บนโต๊ะทำงานของท่านศาสตราจารย์. พอ ๘ น. ท่านก็หนีบแฟ้มเดินก้มหน้าก้มตาผ่านตึกอำนวยการไปที่แผนก. วันไหนเราตื่นสายหน่อยก็ต้องคอยขยับตาดู. ถ้าเห็นท่านเดินผ่านไปก่อนเราก็ต้องรีบนุ่งผ้าม่วง, สรวมเสื้อคลุมรีบเดินครึ่งวิ่งไปตามทางลัดซึ่งเป็นบริเวณตึกมหิดลวรานุสรณ์ในปัจจุบัน, ขึ้นทางด้านหลังของหอคนไข้ของเรา, ทำทีเป็นว่าได้ขึ้นทำงานตามเวลาแล้ว. บางคราวท่านศาสตราจารย์ก็จับได้, แต่มักทำเป็นไม่รู้, เพียงแต่ทักเป็นเชิงล้อ ๆ ว่า "เมื่อคืนถ้าจะนอนดึกมาก".

นอกจากการตรวจและรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นประจำแล้ว, แพทย์ประจำบ้านยังต้องช่วยดูแลนักศึกษาแพทย์

ในการเขียนประวัติและรายงานผู้ป่วยเป็นภาษาอังกฤษ, ตลอดจนการตรวจทางห้องทดลอง, เพื่อว่าในเวลาที่ท่านหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยหรือเดินเวียนเยี่ยมไข้ (วอร์ดราวนด์) จะได้ไม่ตินักศึกษาและชายตามาทางแพทย์ประจำบ้านเป็นการตำหนิร่วมไปด้วย. ทั้งนี้เพราะท่านหัวหน้าแผนกต้องพลิกรายงานอ่านดูอย่างถี่ถ้วนทุก ๆ ราย. โดยเหตุนี้รายงานผู้ป่วยจึงไม่มีคั่งค้าง. พอจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว, กรอกรายการเพิ่มเติมอีกเล็กน้อยในคืนนั้น, รุ่งเช้าก็ส่งขึ้นห้องรายงานได้ตามระเบียบ.

งานของแพทย์ประจำบ้านอีกอย่างหนึ่งที่พวกสมัยหลัง ๆ นี้จะไม่ได้ประสพอีกแล้วก็คือเมื่อมีผู้ป่วยพิเศษของแผนกป่วยหนัก, แพทย์ประจำบ้านอาจไปพบคำสั่งของหัวหน้าแผนก ๆ ในแผ่นการรักษาว่า "โปรดรายงานทุกชั่วโมง". นั่นหมายความว่าแพทย์ประจำบ้านจะต้องนำรายงานพร้อมทั้งแผ่นการรักษาไปที่บ้านพักของท่านหัวหน้าแผนกทุก ๆ ชั่วโมง, เคาะประตูปลุกท่านให้ลุกขึ้นอ่านรายงาน, และรับคำสั่งหากจะมีใหม่. แล้วท่านก็กลับขอยใจพร้อมกับยืดประตูดังปึ้ง. ต้องทำอย่างนี้จนกว่าผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมหรือค่อยยังชั่วขึ้น. โดยมากมักต้องปฏิบัติอยู่ตลอดคืน.

แม้จะมีงานหนักหน่วงเท่าใดพวกเราก็ยังมีเวลาออกกำลังในตอนเย็น, เช่นเล่นเต็นนิสหรือแบดมินตั้น. ในตอนค่ำมักจะจับกลุ่มกันเล่นดนตรีไทย, ซึ่งในการนี้มักมีอาจารย์ที่ชอบแบบเดียวกันมาร่วมวงเล่นด้วยเสมอ ๆ. พวกเราภูมิใจกันมากที่เครื่องดนตรีที่เรารวมทุนกันซื้อในสมัยนั้นยังคงอยู่และมีสภาพที่ใช้ได้, และได้นำมาออกโรงอีกในงานฉลองการสำเร็จวิชาแพทย์ครบยี่สิบห้าปีของแพทย์รุ่น พ.ศ. ๒๔๗๔ เมื่อเร็ว ๆ นี้.

แม้งานประจำจะมีคร่ำเคร่งหรือหนักเพียงใดเราก็ยังได้จัดแบ่งเวลาไว้สำหรับการพักสมองและหย่อนใจบ้าง, เช่นพาใครสักคนหนึ่งไปชมภาพยนต์ที่ศาลาเฉลิมกรุงหรือไปรับประทานอาหารที่ร้านดี ๆ. เพียงเท่านั้นความเคร่งเครียดก็หย่อนคลายลงและในเช้าวันรุ่งขึ้นก็สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้เป็นอย่างดีเช่นเดิม.

ก่อนจบใคร่ขอฝากคติสองสามข้อไว้สำหรับแพทย์รุ่นหลัง ๆ ที่จะเข้ารับหน้าที่เป็นแพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาลศิริราชในโอกาสต่อ ๆ ไป. ถ้าหากได้ไตร่

ตรองให้ตระหนักในความสำคัญของคติเหล่านี้เสียก่อนแล้ว, นอกจากจะมีความสำเร็จอย่างดีในส่วนตน, ยังจะบังเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมและโดยเฉพาะต่อโรงเรียนแพทย์เป็นอย่างมากอีกด้วย. คติที่ขอเสนอนั้นคือ:

(๑) การเข้าปฏิบัติในหน้าที่แพทย์ประจำบ้านก็เพื่อให้ได้รับการอบรมฝึกฝนให้มีความชำนิชำนาญมากขึ้นสำหรับที่จะได้ไปกระทำหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่เจ็บป่วยต่อไป. ทั้งนี้เป็นการฝึกฝนภายหลังปริญญาอย่างหนึ่ง.

(๒) การปฏิบัติงานทั้งมวลต้องเป็นไปตามระเบียบและข้อบังคับของโรงพยาบาล. ทั้งนี้เป็นการฝึกฝนให้มีความสำนึกหนักแน่นในหน้าที่และสิทธิของแต่ละคน, อันเป็นรากฐานของการปฏิบัติงานในกิจการที่มีการติดต่อกันและรับผิดชอบร่วมกัน.

(๓) ความสำเร็จในกิจการกับความยากลำบากในการปฏิบัติงานเป็นของคู่กันอยู่เสมอ. ความสำเร็จที่ได้รับง่าย ๆ และโดยไม่ได้ประสพความยากลำบากนั้นย่อมมิใช่ความสำเร็จที่แท้จริงอันควรเป็นที่พากภูมิใจ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ., ภัทรพร พรรณเชษฐ์ พ.บ., ศรีวงศ์ หะวานนท์ พ.บ., ชลอ รุจิรวัฒน์ พ.บ., ทองดี เรืองไพโรจน์ พ.บ., ผกาเยม เศรษฐสิงห์ พ.บ., ประมุข จันทวิมล พ.บ., เกษียร ภังคานนท์ พ,บ., สายสงวน สุนทรเวช พ.บ.

๑. R. Cheva, F. Darnis, M. Rapin ฮอร์โมนของธัยรอยด์ในการรักษาท้องมานเนื่องจากตับแข็ง. France Méd 2: 5 - 12, 1956.

ผู้รายงานรวบรวมผลการรักษาคนไข้ที่เป็นโรคตับแข็งสาเหตุจากการกินเหล้า ๑๐ รายในระยะที่มีท้องมานและบวม, ได้ผลดี ๕ ราย, (ทั้ง ๑๐ รายได้รับการรักษาโดยทางยาวิธีอื่นมาแล้วไม่ได้ผล.) ด้วยการให้ยาสะกัดธัยรอยด์ ๐.๓-๑.๒ ก. ต่อวัน. พบว่า ในรายที่ได้ผลดี อาการบวมและท้องมานยุบลงในระยะเวลา ๓ วัน ถึง ๖ สัปดาห์.

ในการศึกษาเกี่ยวกับฤทธิของยาสะกัดธัยรอยด์ในคนที่มีโรค เช่นนี้พบว่า (๑) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในพยาธิสภาพของตับ, ในการตรวจโดยเจาะตับ, ถึงแม้คนไข้จะมีอาการต่าง ๆ ดีขึ้น, ตับก็ยังคงทรุดโทรมลงตามวิถีของการดำเนินของโรคเดิม. (๒) แอลบูมินในซีรัมมีระดับสูงขึ้น. โกลบูลินลดลง. ทั้งนี้ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด. (๓) การดูดซึมน้ำและโซเดียม กลับเข้าหลอดฝอยของไตลดน้อยลง, ทำให้ไตขับน้ำและโซเดียมออกได้มากขึ้น. (๔) ไม่พบหลักฐานแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ กับฮอร์โมนต้านการขับปัสสาวะของปิตูอิตารี่ย์ และสะเตอรอยด์ฮอร์โมนบางชนิดของต่อมหมวกไต, เกี่ยวกับฤทธิขับปัสสาวะในคนไข้เช่นนี้.

สรุปว่าในการรักษาโรคท้องมานในโรคตับแข็ง เพราะสุราด้วยยาสะกัดธัยรอยด์, ต้องให้ยาขนาดสูงและเป็นเวลานาน. ผลของการรักษาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาอาการเท่านั้น, ไม่ทำให้พยาธิสภาพของตับที่เสียนั้นกลับดีขึ้นได้.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๒. Edmund C. Burke, Gustavus A. Peters: ไมเกรนในเด็ก. A.M.A.J. Dis.

Child. 92: 330-336, 1956.

ผู้รายงานได้ศึกษาคนไข้เด็ก ๕๒ ราย ที่เป็นโรคไมเกรน ในเมโย คลินิค ระหว่าง ค.ศ. ๑๙๕๐ ถึง ๑๙๕๕ รวม ๖ ปี, โดยแสดงผลดังต่อไปนี้คือ: เพศ, พบในเด็กชาย ๖๓ คน และเด็กหญิง ๒๙ คน, เป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๒ ต่อ ๑, ต่างกับผู้ใหญ่ซึ่งพบในผู้หญิง ๖๗ ถึง ๗๕ เปอร์เซ็นต์. อายุ, พบระหว่าง ๑.๕ ถึง ๑๔ ปี, เฉลี่ย ๗.๓ ปี. ๖๗ รายทำอิเล็คโตรเอ็นเซฟาโลกราฟี่ พบว่า ๔๓ ราย มีการเปลี่ยนแปลง. อาการปวดศีรษะ, พบว่า ๖๓ ราย ปวดบริเวณฟร็อนตัลและออร์บิตัล. ๗๔ ราย มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย. ๒๓ รายมีอาการโฟโตโฟเบีย. ๕ รายสายตามัวลง. ๕ รายมีอาการสโคโตม่า, ตรงข้ามกับผู้ใหญ่ซึ่งพบอาการสโคโตม่ามาก. ๔๐ รายมีประวัติของไมเกรนในครอบครัว. ๑๘ ราย มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทซึ่ง ๗ รายมีอาการชักร่วมด้วย. ๑๑ รายมีประวัติการแพ้จำเพาะ. ๒๖ รายมีสาเหตุส่งเสริม, เช่นการสอบไล่, การทำงานหนัก, ความเครียดและการเปลี่ยนแปลงในอารมย์. ๕ รายมีอาการสำคัญแตกต่างไปเช่นปวดท้อง, อาเจียน, ความรู้สึกสัมผัสและการรับเสียงผิดปกติ. ๖ รายเป็นบ่อยมาก. ๑๐ รายมักเป็นตอนเช้า. ๓๒ รายเป็นตอนบ่าย. ๑๑ รายเป็นเวลาใดๆ ขาดเจาะหรือมีโรคอื่นเกิดขึ้น. ๒๒ รายเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่หน้าและหน้าผาก.

นอกจากนี้ผู้รายงานยังได้กล่าวถึงสรีรวิทยา, การวินิจฉัย ซึ่งอาศัยประวัติเป็นสำคัญ, การพยากรณ์, และการรักษาโดยใช้กรดอะเซติยัลซาลิซิยลิคให้กิน ๑ เกรนต่ออายุ ๑ ปี, หรือ ๒ เกรนต่ออายุ ๑ ปี ถ้าอาเจียนมาก. การใช้เออร์โกตะมีนและแคฟเฟอีนควบช่วยให้ได้ผลดียิ่งขึ้น. ถ้าชักก็ให้ยาจำพวกเกลือไดเฟนิยล ไฮแดนโตอินโซเดียมหรือเมโฟบาร์บิตัล. นอกจากนี้ควรป้องกันและหลีกเลี่ยงสาเหตุส่งเสริมด้วย.

ภัทรพร พรรณเชษฐ์ พ.บ.

๓. Walter Heymann, Samuel Spector Leroy, W. Mathews, Daniel J. Shapiro: การรักษากลุ่มอาการนิโฟรสิส ด้วยคอร์ติโคโตรปีน (เอ.ซี.ที.เอช.) และคอร์ติโซน. Am. J. Dis. Child. 90: 22-27. 1955.

ได้ทดลองในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนิโฟรสิส ๖๔ ราย โดยให้คอร์ติโคโตรปีน (เอ.

ซ.ท.เอช.) หรือคอร์ติโซน. ปรากฏว่า ๑๒ ราย (๑๕ ปซ.) อาหาย, เพราะได้ติดตามอยู่นานพอสมควรแล้วยังไม่มีอาการโรคกลับ; ๑๕ ราย (๓๐ ปซ.) กลับเป็นโรคอีก; ๑๖ ราย (๒๔ ปซ.) ไม่หาย; ๑๗ ราย (๒๖. ๕ ปซ.) ตาย.

ในการรักษานี้อาการขับปัสสาวะมากเกิดขึ้น ๘๑ ปซ. อาการขับปัสสาวะที่เกิดขึ้นนี้ไม่แตกต่างกันแม้บริหารคอร์ติโคโตรปินโดยวิธีฉีดเข้ากล้าม, เข้าสันหลัง, หรือหากให้คอร์ติโซน.

ระยะเวลาที่โรคกลับหลังจากการให้คอร์ติโคโตรปินเฉลี่ย ๔.๒ เดือน; คอร์ติโซนเฉลี่ย ๒.๖ เดือน.

๗๐ – ๘๐ ปซ. ของคนไข้มีอาการขับปัสสาวะเกิดขึ้นระหว่างการให้ยา. อาการนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ตายด้วยอาการไตล้ม, มี ๕๓ ปซ. ในจำนวน ๑๓ รายที่ไม่มีการขับปัสสาวะนั้นมี ๑๑ ราย ตายด้วยยูรีเมีย.

การบริหารยาต้องกระทำอยู่ระหว่าง ๑ ถึง ๔ ชุด, และส่วนมากต้องอยู่ในโรงพยาบาล ๑ ถึง ๒ เดือน.

โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ เอโซทีเมีย, และการเสียดุลย์อิเล็คโตรลัยต์. มีชัก ๖ ครั้ง, ซึ่งแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่เลว.

ใน ๑๗ รายที่ตายมี ๑๔ รายตายเพราะไตล้ม. ๑๐ รายมีฮีมาตูเรีย, เอโซทีเมีย, และความดันเลือดสูงซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเริ่มให้การรักษา.

อัตราตาย ๓๕ ปซ.

ศรีวงศ์ หะวานนท์ พ.บ.

๔. Aubrey G. Rawlins: เอ.ซ.ท.เอช. กับ คอร์ติโคสะเตอรอยด์. Trans. Am. Acad. of Ophthalmol. & Otolaryngol. 60: 465-469, 1956.

ผู้เขียนได้กล่าวถึงฤทธิของ เอ.ซ.ท.เอช. และ คอร์ติโคสะเตอรอยด์ที่มีต่อเนื้อและเซ็ลล์ของร่างกาย, และความเกี่ยวข้องระหว่างต่อมพิตูอิตารีย์และแอดรีแนล, ซึ่งเป็นต่อมที่หลั่งฮอร์โมนทั้งสองนี้, ฤทธิสำคัญมีลดการอักเสบ, ลดความต้านทานของร่างกายต่อการติดเชื้อ, และลดการบวม. ในวิชา หู, คอ, จมูก, ข้อห้ามใช้ก็เหมือนกับในการรักษาโรคทางแขนงวิชาอื่น ๆ. ผลดีที่ได้จากการรักษาคือลดการบวม, ซึ่งเกี่ยวกับแอลเลอร์ยี่ต่อยา, ระบบหายใจ, จมูก, กล่องเสียงบวมและเป็นแผล

เนื่องจากการกด, โรคผิวหนังบริเวณหู, คอ, จมูก, ยางอย่าง, โปลิป์ของจมูก, กล่องเสียง, อาการติบของหลอดอาหารที่เป็นใหม่ ๆ, เบล็ล์พอลซี่ย์, โรคของเมนิแอร์, สภาพของผู้ป่วยที่ออนแอ, เชื่อมซึมมากๆ, และการขวมหลังผ่าตัด.

ชลอ รุจิรวัฒน์ พ.บ.

๕. Howard J. Tatum, James G. Mule: คอลแลปซ์หลังคลอดเกี่ยวกับท็อกซีเมีย.

Am .J. Obst. Gynec. 72: 492-501, 1956.

คอลแลปซ์เนื่องจากหลอดเลือดขยายในคนไข้ท็อกซีเมียมักเกิดภายใน ๒๔ ชม. หลังคลอด. ได้มีการค้นคว้าพบว่าความเข้มของโซเดียมและฆลอไรด์ในน้ำเหลืองต่ำลงมาก; ส่วนความเข้มของโปแตสเซียมเพิ่มขึ้น. ในรายที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์มีสารคอร์ติคอยด์ที่ช่วยการกักโซเดียมเกินต้องการ, เป็นเหตุทำให้โซเดียมย้ายมาอยู่นอกหลอดเลือด, ในส่วนภายในเซ็ลล์และภายนอกเซ็ลล์. ได้มีผู้พบว่าความเข้มของโซเดียมในน้ำเหลืองของคนที่เป็นปรีแคล์มป์เซียต่ำกว่าที่พบในคนตั้งครรภ์ปกติ, และว่าน้ำที่อยู่ในเนื้อขวมในคนที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์มีความเข้มของโซเดียมมากกว่าในคนตั้งครรภ์ปกติ.

คอลแลปซ์ในคนที่เป็นโรคพิษแห่งครรภ์อาจจะเกิดตามหลังการทำให้คลอด, เช่น การผ่าหน้าท้องเอาลูกออก, การทำคลอดด้วยคีม. คอลแลปซ์อาจจะเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ภายใน ๒๔ ชม. หลังการกระทำ.

บางคนเชื่อว่าคอลแลปซ์ในระยะหลังคลอดเกิดขึ้นเนื่องจากเปลือกต่อมแอดรินัลล้มโดยปัจจุบัน. ได้มีผู้ค้นคว้าแสดงให้เห็นว่าในเนื้อรกของคนมีสารอย่างหนึ่งซึ่งมีฤทธิ์คล้ายฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต. ต่อมามีผู้พบว่าในคนที่เป็นปรีแคล์มป์เซียมีการสร้างสารจำพวกแอดรีโนคอร์ติคอยด์เพิ่มขึ้นมาก. ผลของการค้นคว้าแสดงว่ารกเป็นอวัยวะที่สร้างสารจำพวกสะเตอรอยด์ได้อย่างดี. สารซึ่งเกิดเพิ่มขึ้นสามารถไปกดการทำงานของต่อมแอดรินัลส่วนเปลือกเช่นเดียวกับฤทธิ์ของคอร์ติโซน, ทำให้ต่อมนั้นฝ่อลีบในภายหลัง. มีรายงานการตรวจต่อมแอดรินัลของคนไข้ที่ตายด้วยโรคชักแห่งครรภ์ ๖ คนกล่าวว่าต่อมฝ่อลีบอย่างมาก. เป็นการสนับสนุนว่าได้เกิดมีการล้มเหลวของเปลือกต่อมแอดรินัลภายหลังคลอด.

คอลแลปซ์เนื่องจากพิษแห่งครรภ์อาจ

จะเกิดขึ้นในคนไข้ที่เป็นโรคแล้วอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ, ซึ่งหมอให้กินเกลือน้อย ๆ, ทำให้ความเข้มของโซเดียมในน้ำเหลืองต่ำลง, จึงเกิดคอลแลปซ์เพราะหลอดเลือดขยาย.

ในคนไข้ที่เป็นปริแคล็มป์เซียพบว่าหลังคลอดแล้วการขมลดน้อยลงเนื่องจากมีการเจือจางเลือดและมีการถ่ายปัสสาวะมากขึ้น. จากการสังเกตพบว่าความเข้มข้นของโซเดียมและฆลอไรด์ในน้ำเหลืองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นสู่ระดับปกติ, ภายหลังจากให้โซเดียมฆลอไรด์เพียงพอแล้ว. จึงสรุปได้ว่าความเข้มของโซเดียมในน้ำเหลืองที่เพิ่มขึ้นหลังคลอด, เป็นการป้องกันการเกิดคอลแลปซ์เพราะหลอดเลือดขยายได้.

ทองดี เรืองไพโรจน์ พ.บ.

๖. H.D. Riley: การเมาพิษซาลิซีเลต. J. Am. Acad. Ped. 4: 578-591, 1956.

รายงานผู้ป่วยทารกและเด็ก ๔๒ ราย ที่มีอาการเมาพิษซาลิซีเลต, รวบรวมในระยะกว่าสิบปี. ๑๓ รายเป็นเด็กอายุระหว่าง ๒-๔ ขวบ, เกิดเหตุจากกินเข้าไปโดยอุบัติเหตุ, ๒๙ รายเป็นทารก, เกิดจากการใช้ยารักษา. การเมาพิษเนื่องจากยาสะสมในร่างกายระหว่างรักษามักจะเกิดในทารกมากกว่าในเด็กโต, เพราะว่า (๑) ไม่รู้ถึงขนาดที่พอเหมาะและอันตรายของกรดอะเซติยลซาลิซีลิค; (๒) การขับถ่ายทางไตน้อย, เนื่องจากไตยังเจริญไม่เต็มที่และมีเอโซทีเมียเนื่องจากร่างกายขาดน้ำ.

อาการที่เกิดขึ้นและพบเสมอ ๆ คือหายใจเกินปกติ (ฮัยเปอร์เว็นติเลชั่น) และอาเจียน. อาการอื่น ๆ มีการตกเลือดง่าย, เนื่องจากฮัยโปโปรธร็อมบินีเมีย, ฮัยเปอร์พัยเร็กเซีย, พร่ำเพ้อ, หรือโคม่า, คอลแลปส์ทางการไหลเวียนและการหายใจล้ม.

ซาลิซีเลตมีผลต่อดุลย์กรดด่าง, ทำให้เกิดแอลคาโลสิสเนื่องจากการหายใจแรงในระยะต้น, และอะสิโดสิสเนื่องจากเมตะบอลิสม์ในระยะต่อมา. ด้านนี้ในการรักษาควรระมัดระวังเรื่องยาที่ให้กิน, โดยเฉพาะกรดอะเซติยลซาลิซีลิคซึ่งมีอันตรายร้ายแรงและเป็นเหตุตายในทารกและเด็กย่อย ๆ.

ผกาเกษม เศรษฐสิงห์ พ.บ.

๗. Sidney Q. Cohlan: โรคท้องร่วงเรื้อรังในเด็กรักษาด้วยไดไอโอโดฮัยดร็อกซีควิ

โนลิน. Pediatrics, 18: 424-432, 1956.

ทดลองในเด็ก ๔๐ คนที่เป็นโรคท้องร่วงเรื้อรังเนื่องจากเชื้อไม่ปรากฏชนิด, มีอาการท้องเสียอย่างอ่อน, และได้รับการวินิจฉัยไปต่าง ๆ นานา, เช่นโรคซีลิอัค, แพ้แป้ง, อินเท็สตินัลแอลเลอร์ยี. ได้ให้ไดไอโอโดฮยัดรอกซีควิโนลิน ๑ เม็ด (๐.๒๒ ก.) วันละ ๒ ครั้งอยู่ ๑-๒ สัปดาห์, และให้ต่ออีก ๓–๕ วันในรายที่มีโรคกลับ. ผลปรากฏว่า ๒๕ รายอาการดีขึ้นใน ๑-๔ วัน, สามารถกินอาหารได้และไม่มีอาการปวดเบ่ง; ๖ รายไม่ได้ผล; ๕ ราย ได้ผลครึ่ง ๆ กลาง ๆ. มีโรคกลับมาอีก ๒๔ ราย. ได้ใช้ยาซ้ำ ๓ ครั้ง ๑ ราย, ซ้ำ ๒ ครั้ง ๑๐ ราย, และซ้ำ ๑ ครั้ง ๑๓ ราย.

ได้ทดลองเปรียบเทียบโดยให้ยาหลอกแก่ผู้ป่วยโรคอย่างเดียวกัน ๔๑ ราย. พบว่าใน ๒๒ ราย (๕๓ ปอ.) ได้ผลดี, แต่มีโรคกลับ. ที่เหลืออีก ๑๘ ราย พบว่า ๑๒ รายไม่ได้ผล, จะให้ยาจริงหรือยาหลอกก็ตาม; ๒ รายได้ผลโดยการให้ยาหลอก, ๔ ราย ได้ผลดีโดยการให้ยาจริง, แต่เมื่อให้ยาหลอกก็ไม่กลับเป็นอีก.

เห็นว่ายานี้ใช้ได้ผลดีในโรคท้องร่วงเรื้อรังที่ไม่มีเชื้อจำเพาะอย่าง.

ศรีวงศ์ หะวานนท์ พ.บ.

๘. John B. Davis, William J. Greve, Ormand C. Julian: กลุ่มอาการมาร์ทอเร็ลล์ (โรคไม่มีชีพจร) รักษาโดยผ่าตัด Ann. Surg. 144 : 124-126, 1956.

กลุ่มอาการมาร์ทอเร็ลล์ (Martorell's syndrome) หรือ "โรคไม่มีชีพจร" ยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอน. มาร์ทอเร็ลล์เข้าใจว่าเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่แยกแขนงมาจากโค้งเอออร์ต้าโดยหลอดเลือดแข็งเป็นเหตุ, ทำให้เกิดอาการชาและอ่อนเพลียที่แขนสองข้าง, คลำชีพจรที่ซับเคล็เวียน, เรเดียลและเรเดียลไม่ได้, ตามัว, ความทรงจำเสื่อม, และเป็นลมหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นโดยเร็ว. ความดันโลหิตวัดด้วยวิธีธรรมดาที่แขนไม่ได้. ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, อายุ ๕๑ ปี, รักษาโดยผ่าตัดสำเร็จได้ผลดีเป็นรายแรก, โดยการเปิดหลอดเลือดแดงอินนอมมิเนตข้างขวาและขูดล้างเอาลิ่มเลือดที่อุดอยู่นั้นออก. ไม่มีโรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด. ผู้ป่วยสบายขึ้นอย่างมาก.

ประมุข จันทวิมล พ.บ.

๙. John E. Moseley, Murray H. Bass: สะเคลอโรซิงก์ออสติโอเจนิคซาร์โคมาโต

สส. Radiol. 66: 41, 1956.

มะเร็งของกระดูกที่เกิดในที่หลาย ๆ แห่งร่วมกันไปมีผู้รายงานไว้เพียง ๒-๓ ราย. ผู้เขียนได้พบเด็กหญิงอายุ ๕ ขวบมีลักษณะภาพรังสีคล้ายคลึงกับที่มีผู้รายงานไว้แล้วมาก. ลักษณะดังกล่าวเป็นที่สังเกตและผิดแผกจากธรรมดา, ทำให้บอกได้โดยง่าย. มะเร็งมักจะเกิดที่เมตาฟิสิสของกระดูกที่เป็นหลอดกลม, ไม่ว่าจะยาวหรือสั้น. ลักษณะที่พบก็เหมือนกัน, อาจพบได้ที่กระดูกซี่โครง, กระดูกไหปลาร้า, และกระดูกสันหลัง. อาจพบลักษณะหินปูนจับที่เนื้อนุ่ม ๆ. บางแห่งมะเร็งอาจจะอยู่เฉพาะในกระดูก. บางแห่งมะเร็งกินทะลุส่วนเปลือกกระดูกออกมาใต้ชั้นเยื่อหุ้มกระดูกหรือลุกลามในเนื้อนุ่มใกล้เคียงก็ได้.

ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอายุน้อย, กระดูกกำลังอยู่ในระยะเจริญเติบโต. ทั้งในรายนี้และรายที่มีผู้รายงานไว้แล้วไม่สามารถหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ได้. ผู้ป่วยไม่มีประวัติได้รับสารกัมมันตภาพรังสีโดยวิธีใด ๆ เลย. มีผู้ตั้งสมมุติฐานเพื่ออธิบายสาเหตุของโรคมะเร็งชนิดนี้หลายคนด้วยกัน.

เกษียร ภังคานนท์ พ.บ.

๑๐. M.G.Mc Entegrart: การปนเปื้อนอย่างน่าเกรงขามในเลือดที่เก็บไว้.

อันตรายจากการติดเชื้อเนื่องจากการถ่ายเลือด, แม้จะพบได้ไม่บ่อยนัก, แต่ถ้าหากเกิดขึ้นแล้วก็มักเป็นอันตรายถึงชีวิต. ผู้รายงานเสนอผู้ป่วยสองรายซึ่งถึงแก่กรรมภายหลังการถ่ายเลือดให้. รายแรกเริ่มมีอาการเมื่อให้เลือดขวดที่หกไปได้ ๒๐ ล.ซม. อาการที่เกิดเป็นชนิดการไหลเวียนล้มโดยฉับพลัน. ผู้ป่วยตายภายใน ๒ ชม. ต่อมา. รายที่สองเริ่มมีอาการหนาวสั่น, เขียวและช็อคภายหลังให้เลือดขวดที่สามได้ ๕๐ ล.ซม. ในการตรวจศพไม่พบรอยโรค (lesion) ใด ๆ ที่บ่งถึงโรคใดที่จะทำให้ผู้ป่วยตายโดยรวดเร็วดังที่เกิดขึ้น.

เมื่อนำเลือดที่เหลืออยู่ในขวดไปตรวจ, พบว่าเป็นเลือดที่เก็บไว้นานเกิน ๑๕ วัน, และตรวจพบเชื้อแกรมลบลักษณะคล้ายเคล็บซิเอ็ลล่า, ชนิดที่เจริญและแบ่งตัวรวดเร็วมากแม้ในอุณหภูมิเย็นจัดถึง ๒-๔° ซ, อันเป็นอุณหภูมิที่ใช้เก็บเลือดในคลังเลือด. ทางที่เชื้ออาจเข้าไปในขวดเลือดได้คือเชื้อจากของเหลวที่ใช้แช่จุกขวดปลาสติคซึมเข้าทางร่องของจุกยางและรอยย่นเมื่อจุก

ยางหดตัว.

เพราะฉะนั้นข้อควรระวังในการถ่ายเลือดคือก่อนให้ควรนำเลือดไปตรวจหาเชื้อบัคเตรีโดยการละเลงและย้อมสีตรวจทางจุลทัศน์เสียก่อน.

สายสงวน สุนทรเวช พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

ปกิณกะ

๑. การเป็นแพทย์ประจำบ้าน

การเป็นแพทย์ประจำบ้านคือการเตรียมตัวล่วงหน้าสำหรับแพทย์ที่สำเร็จใหม่ เพื่อออกไปสู่โลกภายนอก. การได้รับปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิตและมีใบประกอบโรคศิลปมิได้หมายความว่าผู้นั้นเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอแล้ว. ความรู้ในด้านการปฏิบัตินั้น แพทย์ที่สำเร็จใหม่อาจมีน้อยมากหรือบางอย่างก็ไม่มีเลย. ผู้ที่ได้รับเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านนับว่ามีโชคดีมาก เพราะมีโอกาสที่จะได้เรียนได้ฝึกหัดทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติโดยอยู่ในความควบคุมดูแลของอาจารย์และแพทย์อาวุโสอีกทีหนึ่ง. การทำงานก็ทำไปตามกฎเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้. การรักษาพิเศษหรือการปฏิบัติพิเศษนอกเหนือกฎเกณฑ์จะต้องปรึกษาหารือขอความเห็นจากอาจารย์และแพทย์อาวุโสเสียก่อน, เพื่อป้องกันความผิดพลาดและอันตรายอันจะเกิดแก่ชีวิตคนไข้. ทั้งนี้จะเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านก็คือแพทย์ฝึกหัดนั่นเอง.

การเป็นแพทย์ประจำบ้านนับเป็นโอกาสอันดียิ่งที่จะได้ศึกษาความรู้เพิ่มเติมและฝึกฝนหาความชำนาญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติงาน. ความรู้ทางด้านทฤษฎีนอกจากจะไม่ร่อยหรอลงทุกวันแล้วยังจะได้รับเพิ่มขึ้นอยู่เสมอด้วย. แพทย์ประจำบ้านจะได้รับความรู้ความชำนาญไม่เฉพาะแต่วิชาแพทย์เท่านั้น, ความรู้ในด้านอื่นก็จะได้รับเพิ่มขึ้นด้วยเพราะคนไข้ที่มาโรงพยาบาลย่อมมีทั้งหญิงชาย, เด็กผู้ใหญ่, คนจนคนรวย, คนเลวและคนดีปะปนกัน. แพทย์ประจำบ้านจะได้รับความรู้จากชีวิตต่าง ๆ เหล่านี้, ตลอดจนความเป็นอยู่และนิสัยใจคอของแต่ละคน. แพทย์ประจำบ้านย่อมมีโอกาสทำความสนิทสนมให้เกิดความไว้วางใจแก่คนไข้ได้เป็นอย่างดี, เป็นการหัดปรับปรุงตนเองให้เข้าได้กับบุคคลทุกชั้นวรรณะ, ทุกเพศและทุกวัย. นับเป็นกำไรในชีวิตอีกแง่หนึ่ง, ดังจะเห็นได้ว่าแพทย์มักจะเข้าได้กับคนทุกคน.

แพทย์ประจำบ้านจะต้องทำงานหนัก, เป็นการฝึกหัดให้มีความอดทน. ความรู้

ความชำนาญที่ได้รับเมื่อเป็นแพทย์ประจำบ้านทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น. ผู้ที่เคยเป็นแพทย์ประจำบ้านมาแล้วย่อมมีคนนิยมยกย่องไว้วางใจมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็น; การสมัครเข้าทำงานต่อทอนก็ได้เปรียบกว่า, มีภาษีกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็น. แม้การไปเรียนต่อหรือไปดูงานต่อในต่างประเทศก็เช่นเดียวกัน, ถ้าเคยเป็นแพทย์ประจำบ้านมาก่อนย่อมได้รับการต้อนรับดีขึ้น.

ผู้ที่เคยเป็นแพทย์ประจำบ้านในโรงเรียนแพทย์ที่ตนเคยศึกษามาก่อนจะรู้สึกอบอุ่น, ไม่ว้าเหว่โดดเดี่ยว, เสมือนอยู่ในบ้านเดิมของเขาและอยู่ในอ้อมอกของพ่อแม่, เพราะมีอาจารย์และแพทย์อาวุโสเป็นที่ปรึกษาหารือให้คำแนะนำอยู่เสมอ. แม้จะเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลอื่นก็จะมีแพทย์อาวุโสเป็นที่ปรึกษาได้เป็นอย่างดีเช่นกัน.

ชีวิตของแพทย์ประจำบ้านนับเป็นชีวิตเริ่มต้นของวิชาชีพแพทย์. การเริ่มทำงานในสถาบันที่เจริญ, มีระเบียบดี, ย่อมเป็นการอบรมที่ดี, และจะทำให้ได้ของดีติดตัวไปตลอดชีวิต. นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านย่อมมีโอกาสอ่านตำราและนิตยสารในห้องสมุดของโรงพยาบาลเพิ่มความรู้อยู่เสมอด้วย.

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคนไข้และญาติโดยใกล้ชิด, เท่ากับเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในการติดต่อกับคนไข้. ชื่อเสียงของโรงพยาบาลจะดีเด่นหรือเสื่อมเสียย่อมขึ้นอยู่กับแพทย์ประจำบ้านด้วย. ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านควรทำตัวให้เหมาะสม, มีบุคลิกภาพที่ดี, พูดจาด้วยสำเนียงน่าฟัง, สุภาพอ่อนโยนกับคนทุกชั้น, มีความเมตตาปราณีต่อคนทุกคน, มีความอดทนต่อกิริยาวาจาของคนไข้และญาติบางคนที่ไม่สุภาพ, แสดงความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือคนไข้อยู่เสมอ. แม้บางรายไม่สามารถจะช่วยเหลือได้จริง ๆ ก็ควรแนะนำชี้แจงให้คนไข้เข้าใจอย่างละเอียดถี่ถ้วน.

การทำงานทุกอย่างแพทย์ประจำบ้านควรทำด้วยจิตใจที่ยินดีและเต็มใจจริง ๆ. มิใช่ว่าทำไปตามหน้าที่เท่านั้น. ควรเห็นอกเห็นใจคนไข้, รักษาคนไข้ทั้งร่างกายและจิตใจ, พูดจาปลอบโยนให้คนไข้อบอุ่นใจ, ไม่หวาดกลัว, และมีความเลื่อมใสเชื่อมั่นในการรักษา, ซึ่งจะทำให้โรคหายเร็วยิ่งขึ้น. แพทย์ประจำบ้านต้องมีความ

ขยันขันแข็ง, ทำงานด้วยความมานะอดทน, เอาใจใส่คนไข้ทุกคนโดยใกล้ชิด, ติดตามอาการคนไข้ทุกระยะ, ต้องสำนึกอยู่เสมอว่าชีวิตคนไข้ทุกคนอยู่ในความรับผิดชอบของตน. ยิ่งกว่านั้นแพทย์ประจำบ้านต้องหัดเป็นคนละเอียดละออรอบคอบ, เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้อง. การกระทำดังกล่าวนี้, นอกจากจะเป็นประโยชน์แก่คนไข้, และทำชื่อเสียงให้แก่โรงพยาบาลแล้วยังเป็นประโยชน์แก่ตนเองอีกด้วย, คือเพิ่มความรู้ความชำนาญในการรักษาโรคและฝึกหัดให้เป็นแพทย์ที่ดีต่อไป.

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือส่งของเครื่องใช้และยาของโรงพยาบาลแพทย์ประจำบ้านควรพยายามกระเหม็ดกระแหม่ให้มากที่สุด. ยาสิ่งใดไม่จำเป็นก็ตัดออกเสีย, ถนอมสิ่งของต่าง ๆ ทุกชิ้น, ถือเสมือนว่าเป็นของ ๆ ตนเอง, เพื่อตัดรายจ่ายของโรงพยาบาลให้น้อยลงและเป็นการหัดนิสัยตนเองให้เป็นคนกระเหม็ดกระแหม่ด้วย.

นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านจะต้องเจียมตัว, สำนึกอยู่เสมอว่าตนเป็นผู้รู้น้อย, กิจการงานต่าง ๆ จะต้องปรึกษาหารือ, ขอคำแนะนำ, เชื่อฟังและปฏิบัติตามอาจารย์และแพทย์อาวุโส. ทั้งนี้เพื่อประโยชน์แก่คนไข้, เพิ่มพูลความรู้แก่ตนเองและเป็นตัวอย่างที่ดีแก่แพทย์รุ่นหลังด้วย. การติดต่อกับผู้ร่วมงานก็เช่นกันควรทำตัวให้เหมาะสม, ไม่ก้าวก่ายสิทธิและหน้าที่ต่อกัน, ทำงานร่วมกันด้วยความสามัคคีกลมเกลียว. ดังนี้กิจการของโรงพยาบาลก็จะดำเนินไปด้วยความราบรื่นและเจริญก้าวหน้า.

ทั้งนี้จะเห็นว่าการเป็นแพทย์ประจำบ้านแม้จะเป็นเพียงแพทย์ฝึกหัดก็ตาม, แต่ก็มีความสำคัญมากทั้งในด้านการดูแลรับผิดชอบคนไข้, รายจ่ายของโรงพยาบาลและประการสำคัญที่สุดคือชื่อเสียงของโรงพยาบาล. ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านควรทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้. ผลงานที่ทำวันนี้อาจจะยังคงให้ความพากภูมิใจไปตลอดชีวิต. แพทย์ที่มีชื่อเสียงทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศมักจะมีประวัติของการทำงานที่ดีมาก่อน, ต้องมีความอุตสาหะวิริยะยากยั่นพากเพียรจริง ๆ. ดังนั้นความเหนื่อยยากลำบากต่าง ๆ ของแพทย์ประจำบ้านคงไม่เหลือบ่ากว่าแรงนักเมื่อนึกถึงผลที่จะได้รับต่อไปภายหน้า. แม้ทุลกระหม่อม

สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้า ฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์, ก็ยังทรงสละพระฐานันดรศักดิ์เสียชั่วคราวและทรงสละความสุขส่วนพระองค์ เพื่อทำหน้าที่แพทย์ประจำบ้าน.

ภัทรพร พรรณเชษฐ์ พ.บ.
(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

๒. หน้าที่รับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้าน

การเป็นแพทย์ประจำบ้านนับเป็นตอนที่เชื่อมโยงระหว่างชีวิตนักเรียนแพทย์กับการเป็นแพทย์ออกไปทำการรักษาผู้ป่วย, เป็นการศึกษาขั้นผักหัดที่ให้โอกาสแพทย์ที่รับการศึกษาใหม่ๆ ได้ลองปฏิบัติอย่างจริงจังและถูกต้อง, ภายในความควบคุมและดูแลของแพทย์ชั้นอาวุโสและอาจารย์ เพื่อที่จะนำไปประกอบอาชีพแพทย์ส่วนตัวหรือเพื่อที่จะเป็นอาจารย์สอนนักเรียนแพทย์ในโรงเรียนต่อไป.

แพทย์ประจำบ้านที่เข้าทำงานอยู่ในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์นั้นต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อบุคคลหลายส่วน, นอกไปจากคนไข้ที่ตนมีหน้าที่ดูแลอยู่โดยตรง. ขอกล่าวโดยย่อดังนี้:

๑. ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย.

ก. ในสถานตรวจผู้ป่วยนอก, แพทย์ประจำบ้านของแผนกต่าง ๆ มีหน้าที่ผลัดเปลี่ยนกันเพื่อออกตรวจผู้ป่วยนอกสุดแต่แผนกนั้น ๆ จะกำหนด. ตามปกติในวันธรรมดาเริ่มทำงานตั้งแต่มีคนไข้มาให้ตรวจได้ตั้งแต่ ๘.๓๐ น. ไปจนกว่าคนไข้จะหมด. ในการเจ็บป่วยเล็กน้อย การวินิจฉัยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อน, แพทย์ประจำบ้านเป็นผู้วินิจฉัยและกำหนดการรักษาเอง. ถ้ารายใดยากต่อการวินิจฉัยหรือจำต้องรับการตรวจรักษาอย่างพิเศษ, ก็มีสิทธิที่จะปรึกษาแพทย์อาวุโสหรืออาจารย์ที่ชำนาญเฉพาะโรคนั้น ๆ ได้. ในรายใดที่มีอาการมากสมควรรับไว้รักษาหรือในรายใดที่น่าสนใจ, ก็อาจเสนอหัวหน้าแผนกเพื่อรับไว้รักษาหรือศึกษาได้.

ข. การเป็นแพทย์เวร. แพทย์ประจำบ้านทุกคนต้องผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจและ

รักษาคนไข้ที่สถานตรวจผู้ป่วยนอก, ตั้งแต่ ๑๒.๓๐ น. ของวันธรรมดาไปจนถึง ๘.๓๐ น. ของวันใหม่, หรือตั้งแต่ ๘.๓๐ น. ของวันหยุดราชการจนถึง ๘.๓๐ น. ของอีกวันหนึ่ง การเป็นแพทย์เวรทำให้แพทย์ประจำบ้านได้พบเห็นโรคทุกชนิดของทุกแผนก. โดยมากเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างรีบด่วนทันด่วน. รายใดที่เห็นสมควรรักษาเองได้ก็รักษาเอง. รายใดที่พ้นความสามารถของตนในขณะนั้นก็อาจปรึกษาแพทย์ประจำบ้านอาวุโสของแผนกต่าง ๆ.

ค. ในหอคนไข้. แพทย์ประจำบ้านที่ทำงานตามหอคนไข้ มีคนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบประมาณสามสิบคน. อาจมากหรือน้อยกว่านนไม่เกินสิบคน. เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาแล้วก็นับว่าอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้าน. ต้องสืบทราบประวัติที่สำคัญโดยละเอียด, ต้องทราบหรือติดตามผลการตรวจหรือค้นคว้าบางอย่างที่ได้ทำแก่คนไข้มาแล้วตั้งแต่ครั้งยังเป็นผู้ป่วยนอก. นอกจากนั้นยังมีหน้าที่จ่ายคนไข้ให้แก่นักเรียนแพทย์และรายงานเรื่องราวต่าง ๆของผู้ป่วยให้แพทย์อาวุโสที่เป็นเจ้าของดูแลผู้ป่วยรายนั้น ๆ ให้ทราบอีกต่อหนึ่ง. แพทย์อาวุโสเป็นผู้ชี้แจงกับวิธีค้นหาสมุฏฐานของโรคที่ยังไม่ทราบและเป็นผู้วางแนวการรักษาให้. ในการค้นเพื่อทราบสมุฏฐานของโรคนั้น แพทย์ประจำบ้านต้องทราบมาแล้วเป็นอย่างดี, ทั้งจากการเรียนเมื่อครั้งเป็นนักเรียน, ทั้งจากตำหรับตำราที่หาอ่านเอาเอง, และจากวารสารใหม่ ๆ ทั้งหลาย. ถ้ามีความสงสัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคก็ดี, เกี่ยวกับการรักษาก็ดี, ก็อาจถามอาจารย์หรือแพทย์อาวุโสที่เป็นเจ้าของคนไข้ได้.

ตามธรรมดาผู้ป่วยก็ดี, ญาติของเขาก็ดี, ย่อมมีความวิตกกังวลต่อความไข้ของเขาหรือของญาติของเขาอยู่มาก. ดังนั้นเขาก็อยากให้ตัวเขาเองหรือญาติของเขาได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดและอย่างดีที่สุด. บางคราวการกระทำของเขาอาจไม่ถูกต้องหรือเกินเลยไปบ้าง, แพทย์อาจไม่พอใจ. แต่ก็ต้องพยายามระงับ, และพยายามชี้แจง, ถ้าทำได้. แพทย์ไม่ควรพูดอะไรหรือแสดงความโมโหโทโสให้เขาเอาไปพูดหรือวิจารณ์ในทางเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล.

โรคบางอย่างเป็นโรคเรื้อรังอาจมีโอกาสหายได้น้อยหรือไม่มีโอกาสหายเลย. บางทีแพทย์ประจำบ้านจำเป็นต้อง

ยอกให้ญาติของคนไข้ทราบไว้ล่วงหน้า. ตลอดจนการผ่าตัดบางอย่างที่เป็นการเสี่ยงอันตราย, ก็ต้องบอกให้ญาติทราบไว้, เพื่อเขาจะได้ไม่หวังจนเกินไปอันอาจทำให้เขาเสียใจมากถ้าผิดหวัง, หรืออาจทำให้เขาโทษโรงพยาบาลและโทษการรักษาของเราได้.

ง. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล. เมื่อผลการรักษาเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้โดยความเห็นชอบของแพทย์อาวุโส, แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่เก็บรวบรวมรายงานของผู้ป่วยตลอดเวลาของการรักษา, และเขียนสรุปย่อเรื่องราวต่างๆของผู้ป่วยไว้เป็นหลักฐาน, เพื่อส่งเข้าห้องเก็บรายงาน, ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเองและแก่การศึกษาต่อไปภายหน้าอย่างมากมาย.

แพทย์ประจำบ้านควรได้นัดให้ผู้ป่วยมาตรวจอีกเป็นระยะๆไปสุดแต่ความสำคัญและความจำเป็นของแต่ละโรค, หรือสุดแต่ความสดวกของผู้ป่วยที่จะมาได้. การติดตามผู้ป่วยนั้นนับว่าสำคัญมาก, เพราะทำให้แพทย์ประจำบ้านทราบผลของการรักษาในระยะยาว, ทำให้ทราบว่าการรักษานั้นได้ผลมากน้อยและถาวรเพียงใด.

ในรายที่ผู้ป่วยอยู่ใกล, ไม่สามารถมาติดต่อได้สดวก, หรือเขาอยู่ต่างจังหวัดที่ห่างไกล, ถ้าเขาได้รับการผ่าตัด แพทย์ประจำบ้านควรบอกเขาว่าได้ผ่าตัดอะไรของเขาออกไปบ้างแล้ว, เพราะเมื่อเขามีอาการเจ็บป่วยขึ้นอีกโดยกระทันหัน, เขาจะได้เล่าถึงการรักษาที่เขาได้รับไปจากเราให้แก่แพทย์ที่รักษาเขาในขณะนั้นทราบได้.

๒. ความรับผิดชอบต่อนักเรียนแพทย์. แม้ว่านักเรียนแพทย์จะได้รับการอบรมมาเป็นอย่างดีก่อนที่จะขึ้นทำงานตามตึกรักษาก็ตาม, เขาก็ยังต้องการคำแนะนำเล็กๆน้อยๆและการทำเป็นตัวอย่าง. แพทย์ประจำบ้านเป็นตัวอย่างที่ดีของนักเรียนแพทย์, เพราะแพทย์ประจำบ้านมีโอกาสใกล้ชิดกับนักเรียนมาก, และเป็นบุคคลแรกที่นักเรียนมักยึดเอาเป็นที่พึ่งเมื่อมีปัญหาข้องใจ. แพทย์ประจำบ้านต้องเป็นผู้เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและสนใจขวนขวายหาความรู้, พร้อมที่จะอธิบายปัญหาข้องใจให้แก่นักเรียนแพทย์, ทั้งที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและเกี่ยวกับหลักวิชาการได้ตามสมควร.

ที่สถานตรวจโรคนอกแพทย์ประจำบ้านมีโอกาสแนะนำการตรวจ, การซักประวัติและการบันทึกรายงานแก่นักเรียนที่ออก

ตรวจโรค. สิ่งใดที่เห็นไม่ถูกต้อง หรือยังยกพร่องอยู่ควรชี้แจงแนะนำให้แก้ไขเสีย. เมื่อพบผู้ป่วยที่น่าสนใจ และนักเรียนควรจะได้รู้ก็อาจนำไปหาอาจารย์อาวุโสเพื่อจะได้เอามา แสดง และ บรรยาย ให้ นักเรียน ได้รู้และได้เข้าใจด้วยโดยทั่วกัน.

เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาในตึกแพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ดูแลให้นักเรียนแพทย์ได้รับคนไข้โดยทั่วถึงกัน. ถ้าจำเป็นอาจต้องกวดขันให้บันทึกประวัติ และ ตรวจสอบ ทางห้องทดลองให้เสร็จภายในกำหนด. ทางที่ดีแพทย์ประจำบ้านควร ได้ตรวจ รายงาน ที่นักเรียนแพทย์บันทึกไว้, เมื่อพบข้อบกพร่องควรแก้ไขหรือชี้แจงให้ฟังเมื่อมีโอกาส. ทั้งนี้มีประโยชน์สองทาง. ทางหนึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้นักเรียนแพทย์มีความ ขยันหมั่นเพียรยิ่งขึ้น เพราะรู้ว่างานที่ตนทำไปมีคนสนใจเอาใจใส่ดูแล. อีกประการหนึ่งรายงานที่ได้จะเป็นรายงานชั้นสมบูรณ์แม้จะใช้ค้นคว้าหรืออ้างอิงก็น่าเชื่อถือได้.

ในบางแผนกแพทย์ประจำบ้านต้องดูแลห้องทดลองประจำตึกด้วย. อุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจสอบต้องคอยดูให้ครบ และสำหรับจะใช้การได้เสมอ.

การกระทำที่เป็นการรักษาบางอย่างแพทย์ประจำบ้านอาจปล่อยให้นักเรียนแพทย์ได้ฝึกหัด. ในกรณีเช่นนั้นต้องทำให้ดูเป็นตัวอย่างเสียก่อน. เมื่อนักเรียนเข้าใจดีแล้ว อาจให้ทำได้ โดย ต้องอยู่ในความควบคุมตลอดเวลาและเป็นรายบุคคลไป. การกระทำดังกล่าวนับตั้งแต่การฉีดยา, การทำแผล, การให้น้ำเกลือหรือถ่ายเลือด, การผ่าตัดเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการช่วยผ่าตัดรายใหญ่ ๆ.

เนื่องจากเป็นโรงเรียนแพทย์, การกระทำใด ๆ ของแพทย์ประจำบ้านย่อมได้รับความนับถือจากนักเรียนแพทย์ว่าถูกต้องและ เอาเป็น ตัวอย่าง ได้ ทั้งสิ้น. ดังนั้น, แพทย์ประจำบ้านต้องทำทุก ๆ อย่างให้ถูกเทคนิคจริง ๆ. แม้บางอย่างเห็นว่าพอจะหย่อนได้บ้าง, ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ แล้วก็ไม่ควรจะหย่อนเสียเลยทีเดียว.

นักเรียนแพทย์ที่มักละเลย ไม่เอาใจใส่ดูแลหรือศึกษาติดตามผู้ป่วยตามสมควร, แพทย์ประจำบ้านควร สอดส่องตักเตือน ชักชวนให้เกิดความสนใจ. บางทีความเยอหน่ายอาจเกิดได้เพราะความ ไม่เข้าอกเข้าใจ, ซึ่งถ้าได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ, แนะนำในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ, ทำให้เขาได้รู้

ได้เข้าใจ, ความสนใจมักเกิดตามมา.

๓. ความรับผิดชอบต่อเพื่อนแพทย์ประจำบ้านด้วยกัน.

แม้ว่าแพทย์ประจำบ้านจะมีงานในหน้าที่เกือบจะล้นมือดังได้กล่าวมาแล้วก็ตาม, แต่สำหรับแพทย์ประจำบ้านด้วยกันเรายังมีความสัมพันธ์, ความรับผิดชอบร่วมกัน, ทั้งในด้านการงานและการสังคม.

ตามกฎของโรงพยาบาล แพทย์ประจำบ้านต้องอยู่ประจำในโรงพยาบาลตลอดเวลา. แต่เมื่อมีธุระก็อาจออกไปนอกโรงพยาบาลได้, โดยขอร้องให้แพทย์ประจำบ้านในแผนกของตนที่ว่างงานมาอยู่แทน. การฝากไม่ควรยอกแต่ปาก, ควรได้พาผู้ที่รับฝากมาบอกให้ทราบถึงคนไข้ที่อาจมีอาการขึ้นขณะที่ตนไม่อยู่ด้วย, เพื่อผู้รับฝากจะได้ตระเตรียมไว้ก่อนว่าควรจะทำอย่างไร. ผู้ที่รับฝากควรเอาใจใส่ดูแลให้จริงจังและให้เป็นที่พึงของคนไข้ได้เหมือนกับเจ้าของเดิม.

ในตอนที่จะมีการเปลี่ยนหอคนไข้, ผู้ที่อยู่เก่าควรพาผู้ที่จะมาใหม่ให้เพื่อรู้จักกับคนไข้, พร้อมทั้งเล่าประวัติและความเป็นมาให้ทราบของแต่ละคน ตลอดจนหัวข้อในการรักษาที่แพทย์อาวุโสได้วางไว้, เพื่อให้ผู้มาใหม่เข้ากับคนไข้ได้สนิทสนมรวดเร็วและปฏิบัติสอดคล้องไปกับเรื่องเดิมที่ทำมาแล้ว.

ประการสำคัญ, ความสามัคคี, ความเห็นอกเห็นใจ, ช่วยเหลือซึ่งกันและกันนับเป็นคุณธรรมประเสริฐที่ควรมีในทุก ๆ คน. การกระทบกระเทือนที่อาจมีขึ้นได้ควรถือเป็นเรื่องธรรมดา, ไม่ควรจะนำไปผูกโกรธเพราะจะทำให้เสียน้ำใจอันดีของหมู่คณะไป.

คนเราอยู่ด้วยกันย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันอยู่เสมอ. การงานใดที่จะเป็นช่องทางก้าวหน้าของเพื่อน, ทุกคนควรจะสนับสนุน. แม้มีกำลังกายกำลังความสามารถที่จะช่วยเหลือได้แล้ว, ควรจะช่วยเหลือกันทำ. ผลที่ได้ย่อมบังเกิดแก่หมู่คณะและยังกระชับเกลียวของความสามัคคีให้แน่นแฟ้นขึ้นอีกด้วย.

๔. ความรับผิดชอบต่อครูบาอาจารย์.

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าแพทย์ประจำบ้านนั้นถือเสมือนนักศึกษา, ดังนั้นแพทย์ที่ทำมาก่อนย่อมสามารถที่จะให้คำแนะนำและความกระจ่างในข้อข้องใจแก่เราได้เสมอ, มากน้อยสุดแต่ความสามารถและความชัดเจนของแต่ละคนแต่ละทาง. นับเป็นโชคดีอย่างมากที่แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสใกล้ชิดกับท่านเหล่านี้, ซึ่งส่วน

มากก็เป็น อาจารย์ของแพทย์ประจำบ้านมาตั้งแต่เป็นนักเรียนแพทย์. บางคนก็เป็นเพื่อนรุ่นพ. ทุกคนมีความหวังดีทั้งนั้น, ปรารถนาจะให้ความรู้และปลูกฝังให้เกิดความสามารถ. แพทย์ประจำบ้านควรให้ความเคารพตามสมควร. ไม่ควรคิดว่าเมื่อจบเป็นหมอแล้วก็ใหญ่เท่ากัน, อยากจะพูดจะทำ, จะแสดงความคิดเห็นอะไรย่อมทำได้โดยเสรี. ไม่ยากอะไรที่จะเลือกคำพูด, เลือกเวลากระทำ, เลือกแสดงความคิดเห็นโดยเสรี, ถ้าเราระลึกอยู่เสมอว่าท่านคืออาจารย์ของเรา. การปฏิบัติดังนี้จะทำให้ได้ประโยชน์อย่างน้อยสองอย่างคือ: (๑) ได้รับความรู้ที่แน่นอนและหมดข้อสงสัย, (๒) ทำให้ตนเป็นที่นิยมรักใคร่เอ็นดูของครูยาอาจารย์, ซึ่งท่านจะแนะนำประโยชน์ให้อีกเมื่อมีโอกาส.

๕. ความรับผิดชอบต่อสถานพยาบาลและโรงเรียนแพทย์.

โรงพยาบาลพยายามวางหัวข้อปฏิบัติสำหรับแพทย์ประจำบ้านไว้อย่างเหมาะสมสำหรับที่จะได้ปฏิบัติตามโดยไม่มีความลำบากใจอย่างไร. การกระทำสิ่งใดที่นอกเหนือไปจากหลักการที่วางไว้, ควรจะได้ปรึกษาหารือหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไปเสียก่อน.

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์, แพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาลนี้จึงเป็นเสมือนตัวอย่างที่ดีคนอื่นจะใช้เป็นแบบฉบับได้. ถ้าทำดีมีชื่อเสียง, ก็ทำให้แพทย์อื่น ๆ พลอยชื่นชมยินดีไปด้วย. ถ้าทำไม่ดี, ก็ย่อมทำให้กระทบกระเทือนถึงแพทย์อื่น ๆ ด้วย, เพราะตัวอย่างเองก็ไม่ดีเสียแล้ว.

การที่โรงพยาบาลได้รับความศรัทธาของประชาชน, ที่เคยได้มารับการรักษาหรือเคยให้ญาติมารับการรักษา, ช่วยให้ทรัพย์สินเป็นเงินทุนอุดหนุนโรงพยาบาลก็ดี, ให้สิ่งของ, เวชภัณฑ์ก็ดี, ย่อมแสดงถึงชื่อเสียงเกียรติคุณที่แพทย์ประจำบ้านรุ่นก่อน ๆ ได้มีส่วนสร้างอยู่มิใช่น้อย.

แพทย์ประจำบ้านต้องช่วยกันดูแลรักษาเข้าของของโรงพยาบาลที่มีอยู่. การใช้อย่างทนุถนอม, ถูกต้อง, เหมาะสมกับความจำเป็น, จะช่วยยืดอายุและประสิทธิภาพของเครื่องใช้ต่าง ๆ ต่อไปอีกนาน. ของใช้อื่น ๆ จะเป็นเวชภัณฑ์หรือพัสดุภัณฑ์ก็ตามควรเลือกใช้ที่เหมาะสมและในปริมาณที่เพียงพอเท่าที่จำเป็นเท่านั้น.

๖. ความรับผิดชอบต่อพยาบาลและผู้ร่วมงาน.

ในวงการของแพทย์, ผู้ที่ช่วยเหลือทั้งทางตรง และทางอ้อมอย่างมาก มาย ก็คือ พยาบาลและพนักงานวิทยาศาสตร์ ถ้าปราศจากเขาเสียแล้วงานย่อมไม่ดำเนินไปได้ดังที่เป็นอยู่ในขณะนี้. ดังนั้นการทำงานโดยยึดหลักของความร่วมมือ และความเห็นอกเห็นใจ, จะทำให้การงานดำเนินไปได้ด้วย ความเรียบร้อย และเกิดประโยชน์มากขึ้น.

การทำงานกับผู้ร่วมงานให้เกิดผลดีนั้น อาจยึดหลักง่าย ๆ ๓ ข้อ, คือ:

๑. การเห็นคุณค่า. แพทย์ประจำบ้านควรนึกเสมอว่าพยาบาลและผู้ช่วยอื่นๆ ทำงานทั้งหลายแหล่เพื่อช่วยเหลือ แพทย์. เป็นการแบ่งเบาภาระของแพทย์ประจำบ้านไปส่วนหนึ่ง. ดังนั้นจึงควรยกย่องเขาในโอกาสอันสมควร, เพื่อส่งเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นในโอกาสต่อไป.

๒. ความเห็นอกเห็นใจ. การทำงานกับคนอื่น, ถ้ามีความเห็นใจกันแล้ว, การงานก็ดำเนินไปได้โดยราบรื่น. ประสิทธิภาพของมนุษย์อาจไม่เท่ากัน. การปฏิบัติต่อกันด้วยความเห็นอกเห็นใจจะกระตุ้นให้ผู้อื่นทำงานได้ดีขึ้น, แต่ถ้าขาดลักษณะนี้เสีย, การงานก็ย่อมจะเสื่อมลงได้.

๓. การให้อภัย. การทำงานย่อมมีผิดพลาด. ถ้าเป็นความผิดพลาดที่ไม่เหลือเกินนักก็ควรจะให้อภัย. อาจทำการชี้แจงเพื่อไม่ให้ปฏิบัติผิด ๆ ซ้ำอีก. เป็นหลักธรรมดาที่สุดที่ทุกคนย่อมพยายามปรับปรุงตัวให้เข้าแนวดีเสมอ, ถ้าได้รับคำแนะนำตักเตือน ที่ไม่เป็น การกระทบกระเทือนแก่เขาจนเกินไปนัก. การทำงานบางอย่างของแพทย์ประจำบ้านนั้น, บางคราวก็ยุ่งมาก, อาจทำให้เกิดอารมย์เสียขึ้นได้. ถ้าพยายามระงับเสียได้, เรื่องยุ่งยากก็จะไม่เกิดขึ้นหรือสิ้นสุดลงโดยเร็ว. มันไม่เป็นการ ลำบาก จนเกิน ไปและ ไม่ เป็น การเสียเกียรติเลย ในการที่จะระงับ อารมย์ เสียในขณะที่ทำงาน.

การวาง ตัวให้ เหมาะสม นับว่า สำคัญมาก. คำพูด และกิริยามารยาทที่เคารพย่อมปลูกความนิยมชมชอบ, ทำให้ผู้อื่นเพิ่มความ นับถือและ ย่อมเคารพ ตอบด้วย. ดังนั้น การงาน ที่สั่ง หรือขอ ร้องให้ ทำย่อมสำเร็จเป็นจริงเป็นจัง, ทำให้ยังเกิดผลสำเร็จดีกว่า ที่จะปล่อย ตัวจนดู เป็นของเล่นไปเสียหมด.

ตามที่บรรยายมาแล้วนั้นเป็นเพียงความรับผิดชอบส่วนน้อยของแพทย์ประจำบ้านที่

พอจะนึกมาเล่าให้ฟังได้. เห็นได้ว่าแพทย์ประจำบ้านต้องมีความอดทนต่องานหนัก, ต้องพร้อมที่จะทำงานได้ตลอดเวลา, ไม่ว่าอากาศจะหนาวหรือร้อน, ฝนจะตกหรือแดดจะออก. ต้องตื่นจากที่นอนตั้งแต่ยังไม่ ๗ นาฬิกา. ทำงานติดต่อกันไปจนถึงกลางคืน. บางเวลาก็ต้องคลาดหรืองดอาหารไปเสียเลย. มีหลายคืนในชีวิตแพทย์ประจำบ้านที่ไม่ได้นอนตลอดคืน. และในเวลากลางวันของวันรุ่งขึ้นก็ต้องทำงานเต็มที่ตลอดทั้งวันเสียอีก. เมื่อรับคนไข้เข้ามาต้องติดตามผลการตรวจต่าง ๆ เอง. บางคราวก็หาได้ง่าย, บางคราวก็หายาก, เบียดเวลาที่มีน้อยอยู่แล้วไปเสียเกือบหมด. เมื่อคนไข้กลับก็ต้องตามเก็บรายงานกลับมาสรุปเพื่อส่งห้องรายงาน. แม้มีเวลาว่างเล็กน้อยก็ต้องดูตำหรับตำราและวารสารการแพทย์, เพื่อฟื้นฟูความรู้เก่า และเพิ่มพูนความรู้ใหม่. ต้องมีความอดทนต่อคำตำหนิในข้อบกพร่อง, มีความอดทนในอันที่จะปรับปรุงตัวเอง, อดทนต่ออารมย์ของผู้ป่วยและญาติของเขา. นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านยังต้องมีความสามารถรอบด้าน, ทั้งในทางวิชาการและการตัดสินใจ. โรคบางอย่างต้องการการรักษาอย่างฉุกเฉินทันด่วน. แพทย์ประจำบ้านต้องหัดเย็นคนใจเย็น, ไม่ตื่นเต้นอ่อนไหวไปกับสิ่งแวดล้อม. คนไข้จำนวนไม่น้อยที่มีเรื่องอื่นนอกจากโรคที่กำลังเป็นอยู่, ซึ่งบางทีอาจนำความยุ่งยากมาสู่เรามากกว่าโรคแท้ ๆ ของเขาเสียอีก. จากการที่เราต้องทำงานติดต่อกับคนส่วนมาก, ต้องพบกับสิ่งที่ถูกใจและไม่ถูกใจ, อารมย์มักแสดงออกโดยคำพูด. การทำสิ่งใดเป็นคุณประโยชน์ย่อมนำชื่อเสียงมาสู่โรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์, ทำให้เพื่อน ๆ แพทย์ด้วยกันตลอดจนครูบาอาจารย์พลอยปลื้มอกปลื้มใจไปด้วย. การเข้ารับหน้าที่แพทย์ประจำบ้านนับเป็นการเสียสละ. ถ้าผู้ที่มีความตั้งใจดี, ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์, งานที่ทำก็ลุล่วงไปด้วยดี. ความดีย่อมบังเกิดแก่ตัวเอง. แม้นจะจากไปประกอบอาชีพอื่น, ทางโรงพยาบาลก็ยังรู้สึกอาลัย, รู้สึกขอบคุณและมีความพากภูมิใจในตัวเขาเหล่านั้นอยู่เสมอ.

เกษียณ ภังคานนท์ พ.บ.
(แผนกศัลยศาสตร์)

๓. วาระแรกเริ่มชำแหละศพเพื่อศึกษา

แต่เดิมมาเชื่อกันว่าการชำแหละศพเพื่อศึกษากายวิภาคศาสตร์เริ่มกระทำเป็นครั้งแรกที่มหาวิทยาลัยโบโลนญา (อิตาลี) เมื่อ ค.ศ. ๑๒๘๑. เข้าใจว่าแพทย์และนักกายวิภาคศาสตร์สมัยก่อนหน้านั้นได้ชำแหละแต่ทรากของสัตว์, ไม่เคยชำแหละศพมนุษย์เลย. แม้แต่กาเล็น (ค.ศ. ๑๒๙ ถึง ๑๙๙) ก็ได้ชำแหละแต่เพียงทรากของลิง, หมี, หมูและแพะเท่านั้น. เมื่อมีการใช้ศพมนุษย์ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการชำแหละศพเป็นงานชั้นต่ำ. เป็นหน้าที่ของคนงานที่จะผ่าและเผยศพ. พวกอาจารย์และศาสตราจารย์เป็นแต่คอยนั่งชี้และบรรยายเท่านั้น. ในสมัยนั้นการหาศพมาชำแหละก็ยากและลำยากมาก, เกี่ยวด้วยมีข้อจำกัดทางศาสนา. มีบันทึกในมหาวิทยาลัยบ่งไว้ว่าในหนึ่งปีอนุญาตให้ชำแหละศพได้เพียงสองศพ, ศพชายหนึ่ง, ศพหญิงหนึ่ง. ผู้ที่ต้องการศึกษาให้ลึกซึ้งต้องพยายามเสาะหาศพเอาเอง. เล่ากันว่าเวซาลิอัสเคยขะโมยศพผู้ร้ายที่ถูกแขวนคอ, ปลดเอาลงมาจากตะแลงแกงแล้วตัดเป็นท่อน ๆ เพื่อจะได้แอบขนไปได้โดยง่าย.

เมื่อไม่นานมานี้เองได้มีการขุดพบบ้านเก่าแก่สมัยโรมันบ้านหนึ่งที่เวียลาตินาในกรุงโรม. ที่ผนังตอนหนึ่งมีภาพประดับ, เป็นรูปคนกลุ่มหนึ่งนั่งล้อมร่างของคน ๆ หนึ่งซึ่งนอนอยู่บนพื้น. คนหนึ่งในจำพวกที่นั่งนั้นถือไม้ยาว ๆ ชี้ตรงไปยังคนที่นอน. แต่เดิมเข้าใจกันว่าเป็นภาพแสดง "แพทย์โรมันกำลังทำการผ่าตัด". แต่เมื่อไม่นานมานี้ศาสตราจารย์ คูร์ต โปรสเคาเออร์ แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย (นิวยอร์ค) ได้ออกคำชี้แจงว่าความเข้าใจแต่เดิมนั้นผิด. ความจริงเป็นภาพแสดงการชำแหละศพ, และผู้ที่กำลังเอาไม้ชี้นั้นความจริงเป็นอาจารย์ซึ่งกำลังอธิบายให้คณะศิษย์ฟัง. โปรสเคาเออร์กล่าวว่าแม้ในสมัยนั้นก็ไม่มีแพทย์ผู้ใดที่จะกล้าเปิดหน้าท้องของคนไข้ออกจนกว้างอย่างที่ปรากฏในรูปนั้น, ในขณะทำการผ่าตัด. ความเห็นของโปรสเคาเออร์ได้รับการสนับสนุนอย่างแพร่หลาย. ถ้าหากยอมรับตามนี้ก็หมายความว่าการชำแหละศพนั้นความจริงได้กระทำกันมาก่อน ค.ศ. ๑๒๘๑ อีกหลายร้อยปี.

(บ.น. จาก "เวิลด์อัมซอนท้าก" เม.ย. ๑๙๕๖)

๔. อันตรายของรังสีต่อเด็กในครรภ์

การฉายรังสีเอกซ์ช่องท้องเพื่อวินิจฉัยโรคในคนตั้งครรภ์เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เด็กในครรภ์เป็นโรคเนื้อร้ายต่าง ๆ. ทั้งนี้จากการค้นคว้าในเด็กอังกฤษ ๑๕๐๐ คน ซึ่งตายก่อนอายุ ๑๐ ขวบด้วยโรคลิวคีเมียและโรคเนื้อร้ายอื่น ๆ ใน ระหว่างปี ๑๙๕๓ และ ๑๙๕๕ .Dr. AliceStewart แห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ดได้เปรียบเด็กจำนวนดังกล่าวกับพวกคอนโทรลในจำนวนเท่ากัน, โดยเทียบอายุ, เพศ, และตำบลที่อยู่. เขาได้ทำการวิเคราะห์รายการผลในเด็กที่ตาย ๕๔๗ คน, พบว่ามี ๘๕ รายซึ่งมารดาเคยได้รับการฉายรังสีที่ท้องเพื่อวินิจฉัยโรคในระหว่างตั้งครรภ์. ส่วนพวกคอนโทรลพบว่ามีเพียง ๔๕ ราย.

ในจำนวนเด็กที่ตาย ๕๔๗ คนนั้นพบว่า ๒๖๙ คนตายด้วยโรคลิวคีเมีย. ในจำนวนหลังนี้ ๔๒ รายมารดาเคยได้รับการฉายรังสีที่ท้องเพื่อวินิจฉัยโรคในระหว่างตั้งครรภ์. ในพวกคอนโทรลพบว่ามีเพียง ๒๔ ราย.

อีก ๒๗๘ รายซึ่งตายด้วยโรคเนื้อร้ายอื่น ๆ, พบว่า ๔๓ รายมารดาเคยได้รับการฉายรังสีเอกซ์ที่ท้อง, เทียบกับพวกคอนโทรลพบว่ามีเพียง ๒๑ ราย.

การแตกต่างระหว่างสองพวกนี้อธิบายได้ว่าเด็กที่เคยได้รับรังสีเอกซ์ก่อนคลอดมีโอกาสที่จะเป็นลิวคีเมียและโรคเนื้อร้ายอื่น ๆ ได้มากกว่าเด็กที่ไม่เคยได้รับรังสีเอกซ์ขณะอยู่ในครรภ์.

ผู้ค้นคว้าได้ให้ข้อคิดว่ารังสีเอกซ์นอกจากทำลายยีนแล้ว, อาจเป็นต้นเหตุของโรคลิวคีเมียและมะเร็งในเด็กที่ยังไม่คลอดด้วย.

(จากเมดิคัลนิวส์ ๒๔ ก.ย. ๑๙๕๖).

ทองดี เรืองไพโรจน์ พ.บ.
(แผนกสูติศาสตร์ ฯ)

๕. บันทึกสั้น

(๑) เมื่อไรควรแก้ไขใบหูกาง ต่อข้อปัญหาว่าเด็กที่ใบหูกางจนหน้าเกลียดนั้นควรจัดการแก้ไขโดยผ่าตัดในเวลาใด, ศาสตราจารย์อัลเฟร็ด เย็คเคอร์ตอบว่าโดยเหตุผลทางจิตวิทยาควรจัดการแก้ไขเสียในระหว่างอายุ ๕ ถึง ๗ ขวบ, คือเมื่อเริ่มไปโรงเรียน (เพื่อป้องกันการเกิดปมด้อยเนื่องจากการล้อเลียน). ในคนที่เป็นผู้ใหญ่แล้วจะทำการผ่าตัดเมื่อใดก็ได้, แต่ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบไม่ควรทำ. (ด.ม.ว. ๘๒ : ๒๒๖,๑๙๕๗)

(๒) คำจำกัดความ "Stress" เซลย์, ผู้ริเริ่มเรื่อง "สะเตร์สส์" ตั้งข้อสังเกตว่าจากการศึกษารายงานมากกว่า ๒๐,๐๐๐ รายเกี่ยวกับเรื่องนี้ทำให้เขาลงความเห็นว่ามีผู้เข้าใจความหมายของคำนี้แตกต่างกันเป็นหลายอย่าง. เดิมเขาตั้งคำจำกัดความไว้ว่า "สะเตร์สส์เป็นผลรวมของการเปลี่ยนแปลงทั่วไปทั้งมวล, ซึ่งเกิดจากอันตรายหรือการที่ถูกรบกวนมากเกินไป." เขาเห็นสมควรกำหนดเสียใหม่เป็นดังนี้ : "สะเตร์สส์เป็นภาวะอย่างหนึ่ง, มีลักษณะเป็นกลุ่มอาการจำเพาะอย่าง, ซึ่งประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายในระบบของร่างกาย, ซึ่งเกิดจากเหตุที่ไม่เลือกชนิด." หมายความว่าสะเตร์สส์มีลักษณะจำเพาะ, แต่ไม่มีต้นเหตุจำเพาะ. (เมตะบอล. ๕ : ๕๒๕,๑๙๕๖) (หมายเหตุ : ดูก็ไม่ค่อยกระจ่างกว่าคำเดิมเท่าไรนัก. ผ.ม.)

(๓) ซีรั่มโฆเลสเตอรอลกับโรคหลอดเลือดแข็ง ยรุนเน่อร์ได้ศึกษาเปรียบเทียบปริมาณของโฆเลสเตอรอลในซีรั่มของพวกยิวซึ่งอพยพเข้าสู่อิสระเอ็ลจากส่วนต่าง ๆ ของโลก. เขาพบว่าพวกยิวจากอาฟริกาและอาเซียมีโฆเลสเตอรอลในซีรั่มน้อยมาก (เพียง ๑๔๘ มก.ปซ.). ในคนพวกนี้โรคอินฟาร์คต์ของกล้ามเนื้อหัวใจหายากที่สุด. ส่วนพวกที่มาจากอัคเค่นมีซีรั่มโฆเลสเตอรอลเฉลี่ย ๒๓๑ มก.ปซ. ; พวกนี้เป็นโรคหลอดเลือดแข็งและอินฟาร์คต์ของกล้ามเนื้อหัวใจบ่อย. นอกจากนี้เขาพบว่าเมื่อคนมีอายุสูงขึ้นซีรั่มโฆเลสเตอรอลมากขึ้น. ในจำนวนโฆเลสเตอรอลในซีรั่ม, ส่วนที่เรียกว่าเบต้า – โฆเลสเตอรอลมี

จำนวนและความสำคัญมากกว่าเพื่อน. คนที่มีเบต้า – โมเลสเตอรอลในซีรั่มมากกว่า ๑๘๐ มก.ปซ. เป็นโรคอินฟาร์คต์กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดแข็งมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด. (จ.อ.ม.อ. ๔๒๓,๑๙๕๖)

(หมายเหตุ : ในคนไทยเคยมีรายงานว่า มีซีรั่มโมเลสเตอรอลเฉลี่ยประมาณ ๑๖๐ มก.ปซ.)

(๔) กระต่ายพันธุ์ฮัยเปอร์เท็นชั่น

อะเล็กซานเดอร์และคณะแห่งมหาวิทยาลัยเซาธ์แคลิฟอร์เนียได้เลี้ยงกระต่ายไว้พันธุ์หนึ่งซึ่งเป็นโรคความดันเลือดสูงโดยกรรมพันธุ์. เพียงอายุ ๔ เดือนกระต่ายพวกนี้มีความดันเลือดเฉลี่ย ๑๕๑ ± ๑๗ มม. ปรอท ; เมื่ออายุ ๑๑ – ๑๒ เดือนความดันขึ้นไปถึง ๑๖๒ ± ๑๘ มม. ปรอท. ตัวผู้มีความดันสูงกว่าตัวเมีย. การทดลองแสดงว่าต้นเหตุข้อหนึ่งของโรคคือการที่หลอดเลือดมีความตึงตัว (โทนัส) มากกว่าปกติ, แต่การศึกษาทางกายพยาธิวิทยาไม่พบลักษณะใดที่จะอธิบายสาเหตุพยโรคได้. สัตว์พวกนี้คงจะมีประโยชน์มากสำหรับการศึกษาโรคความดันเลือดสูง. (โปรซ. โซ. เอ็กซเปอร์.ไบโอ. เมด. ๙๒ : ๒๔๙,๑๙๕๖)

(๕) ควันบุหรี่มีสารบีบหลอดลม ลูมิส

(โปรซ. โซ. เอ็กซเปอร์. ไบโอ. เมด. ๙๒ : ๑๙๕๖) แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตัน (ซีแอตเติล) ทดลองพบว่าหนูตะเภาที่ใช้เครื่องผายปอดอยู่นั้น, หากปล่อยควันบุหรี่เข้าไปในอากาศหายใจจะเกิดปฏิกิริยาหลอดลมบีบตัวขึ้นทันที. ข้อนี้ใช่เป็นผลของนิโคตินเพราะควันที่สำระนิโคตินออกแล้วก็ให้ผลเช่นเดียวกัน. ควันจากบุหรี่ยาว ๘ ซม. มีผลเช่นนี้น้อยกว่าควันจากบุหรี่ยาว ๕ ซม. เข้าใจว่าเป็นเพราะยาสูบนั้นเองดูดสารที่แสดงฤทธิ์ไว้. "เครื่องกรอง" ที่นิยมติดไว้ที่ก้นบุหรี่นั้นไม่สามารถกันสารสำคัญนี้ไว้ได้.

(๖) โรคของการไหลเวียนกับอาหาร

ตามผลการทดลองล่าสุดโรคของการไหลเวียนเลือดดูจะเกี่ยวกับอาหารมาก. ยกตัวอย่างเช่นโรคเหน็บชาจับหัวใจ (คาร์ดิแอคเบอริเบอริ) เนื่องจากขาดวิตะมินบี ๑, โรคความดันเลือดสูงเนื่องจากความอ้วนเกินควรเป็นต้น. การกินเกลือมากส่งเสริมโรคฮัยเปอร์เท็นชั่น. ในจำนวนคนงาน ๑,๐๐๐ คนที่กินเกลือน้อยกว่าวันละ ๕ ก. ไม่มีใครเป็นโรคความดันเลือดสูงเลย ;

ส่วนพลเมืองทั้ว ๆ ไปซึ่งกินเกลือเฉลี่ยวันละ ๑๐ ถึง ๑๕ ก. มีเป็นโรคนั้ถึง ๗ ปซ. ความสัมพันธ์ระหว่างโซเลสเตอรอลในเลือดกับโรคหลอดเลือดแข็งยังทรายไม่กระจ่าง, แม้ว่าจะได้มีการพิสูจน์แล้วในสัตว์ทดลองบางชนิด (กระต่าย, หนูพุก). ไขมันจากพืชดูที่จะมีโทษน้อยกว่าไขมันจากสัตว์. ในการตรวจศพญี่ปุ่น ๑๐,๐๐๐ ศพพบสะเคลอโรสิสของหลอดเลือดโคโรนารีย์เพียง ๗๓ ครั้ง. พวกนี้กินอาหารมีไขมันน้อยมาก. ชาวอิตาเลียนที่เมืองโบโลนญา, ซึ่งกินอาหารมีไขมันมาก, มีโรคนถึง ๖ ปซ.; ขณะเดียวกันชาวอิตาเลียนในเมืองเนเปิลส์, ซึ่งกินอาหารมีมันน้อยกว่าที่โบโลนญา, มีโรคโคโรนารีย์สะเคลอโรสิสเพียง ๒ ปซ. เท่านั้น. แนะนำว่าไม่ควรกินไขมันมากกว่าที่จะให้ค่าความร้อนเกินกว่า ๒๕–๓๕ ปซ. ของทั้งหมด. (แอร์ส. ซัม. ๔๖:๗๒, ๑๙๕๖)

(๗) **หัดหลอดลมทึงตาย** ชูเบอร์ต แสดงความเห็นว่าที่เคยเชื่อกันมานานแล้วว่าหัดหลอดลม (บร็องเฆียลแอสธ์ม่า) ที่ไม่มีโรคแทรกไม่ทำให้ถึงตายนั้น, ไม่เป็นความจริง. ในวิทยาสารการแพทย์มีรายงานไว้มากกว่า ๒๗๐ รายที่ตายเพราะหัดหลอดลมโดยลำพัง. ชูเบอร์ตรวบรวมของเขาเองได้ ๑๓ รายที่ตายใน "ภาวะหัดขยับไม่คลาย" (สตาตุสอัสมาติคุส) หรือขณะหอบหืด. ต้นเหตุของความตายได้แก่หลอดลมถูกอุดด้วยเสมหะจนเกิดอัมพฤกเซีย; หัวใจล้มเหลวจากฮัยป็อกเซียเป็นเวลานาน ๆ; และภาวะคอลแล็ปซ์ที่ไม่กลับคืน, ซึ่งบางส่วนเกิดเนื่องจากเอ็มโบลัสในปอด. การใช้มอร์ฟีนในขณะหอบหืดต้องชั่งใจให้ดี; บางครั้งมีประโยชน์มากเพราะช่วยระงับการขยับได้, แต่ไม่ควรให้ในรายที่มีอาการขาดออกซิเจนมาก ๆ, เพราะสูญเสียหายใจอ่อนเพลียอยู่แล้ว, เมื่อถูกมอร์ฟีนเข้าอาจถึงล้มเลยก็ได้. เอ.ซี.ที.เอช.มีประโยชน์ในภาวะหัดขยับไม่คลาย, แต่มิใช่ทุกรายไป. (ด.เมด. ๓๓ : ๓๔, ๑๙๕๖)

(๘) **กระเพาะและดูโอดีนัมทะลุสัมพันธ์กับสภาพอากาศ** การตรวจค้นของเชเด็ลและคณะ (มินช.เมด.โว. ๙๘ : ๔๓, ๑๙๕๖) แสดงว่าในจำนวนพลเมือง ๑ ล้านคนในส่วนหนึ่งของยาวาเรียมีกระเพาะอาหารและดูโอดีนัมทะลุ ๔๗๗ ราย; ๙๓.๓ ปซ. เป็นชาย; อุบัติเหตุนี้เกิดบ่อยที่สุดในอายุ ๓๐–๓๙ ปี. ผู้รายงานลงความ

เห็นว่าการทะลุดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะของอากาศ, คือมักเกิดในเมื่ออากาศไม่ดี, และอธิบายตามผลของการตรวจค้นว่าในเวลาอากาศไม่ดีผนังหลอดเลือดฝอยมีความต้านทานน้อยลงกว่าปกติ. การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดในทันทีที่อากาศเปลี่ยน, หรือภายใน ๑๒ ช.ม. หลังจากนั้น.

(๙) **BZ 55 กับ D 860 ในการรักษาเบาหวาน** เมห์แนร์ท (มึนช. เมด. โว. ๓๙, ๑๙๕๖) ให้ความเห็นว่าสำหรับการรักษาเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกควรใช้ D860 เพราะยานี้ไม่มีฤทธิ์ฆ่ายับเตริในลำไส้. BZ55 ฆ่ายับเตริประจำลำไส้, ทำให้เสียสมดุลย์ของร่างกายและเปิดโอกาสให้เชื้อโรคที่ทนทานยานั้นเจริญมากเกินปกติ. เพราะฉะนั้น D860 ปลอดภัยกว่าในแง่นี้. แต่ในรายที่มีการติดเชื้อแทรกเบาหวาน, และเชื้อนั้นแพ้ BZ55 ก็ควรใช้ BZ55 เป็นการชั่วคราว, ซึ่งจะให้ประโยชน์ถึงสองต่อ.

(๑๐) **การรักษาคอลแลปส์การไหลเวียน** คอลแลปส์เนื่องจากเสียเลือดต้องรักษาด้วยการถ่ายเลือด; การฉีดน้ำเกลือได้ผลเพียงชั่วคราวเท่านั้น. คอลแลปส์เนื่องจากการทรงตัว (เลือดรวมอยู่ในช่องท้อง) แก้ด้วยการให้นอนราบ, ยกส่วนเท้าสูง, ในที่อากาศโปร่งและบริสุทธิ์. สำหรับคอลแลปส์เนื่องจากไข้สูงหรือพาราลิส์ซิสของศูนย์ประสาทต้องใช้ยาจำพวกแอดรีนะลินซิย์มพะโตล, บีตูอิตริน. แต่ในคอลแลปส์เนื่องจากการตีนเต้นอย่างรุนแรงห้ามใช้ยาจำพวกที่กล่าวนี้; ควรใช้ฟีโนไธอะซีนและหยดนอร์แอดรีนะลินเข้าหลอดเลือด, แต่ต้องระมัดระวังอย่างมาก. (คนิปปิ่งก์และโบลท์, เมด. คลิ. ๕๑ : ๖๒๕, ๑๙๕๖).

ผ.ม. รวบรวม

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๙

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก ใหม่	๑,๗๒๘	๑,๐๐๓	๑,๑๓๑	๑,๑๔๔	๑,๑๕๔	๓๐๑	๖,๔๖๑
เก่า	๓,๑๘๔	๑,๗๖๓	๒,๓๔๗	๑,๕๕๔	๑,๗๕๕	๓๗๘	๑๑,๐๖๕
รวม	๔,๙๑๒	๒,๗๖๖	๓,๔๗๘	๒,๗๓๘	๒,๙๕๓	๖๗๙	๑๗,๕๒๖
ใน	๒๐๐	๒๕๙	๑,๐๒๔	๑๒๘	๒๔๖	—	๑,๘๕๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๓๕๘. จักษุ ฯ ๔๓๑. สูติ—นารี ฯ ๒๒๙. รวม ๑,๐๑๘ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๙๖. หญิง ๓๗๒. รวม ๗๖๘.* คลอดตาย, ชาย ๖. หญิง ๙. รวม ๑๕.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๐ คน (๗.๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๖ ราย. (๔๗.๑ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๓๖ ครั้ง. ข้างนอก ๕ ครั้ง. รวม ๕๔๑ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๒,๒๐๑ คน. รักษาใหม่ ๔๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๒๑ ครั้ง.
ราเดียม, รักษา ๑๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๑ ครั้ง. ไดอะเธอร์มีย์. รักษาใหม่ ๑ ครั้ง.
รักษาใหม่และเก่า ๑๖ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๘๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๕๕๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๖ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๓๗๕ ราย. (จากภายนอก ๑๓๗ ราย). แอ็กกลูติเนชั่น ๖๔. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๑,๗๗๗. หมู่เลือด ๓๑๘. นับเม็ดเลือด ๔๕๖. หาเชื้อบัคเตรี ๑๐๓. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๖๔. อุจจาระ ๒๘๑. ปัสสาวะ ๒๕๗. เสมหะและอื่น ๆ ๑๘. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๑๒. อุจจาระ ๘๘. ปัสสาวะ ๑๔. น้ำไขสันหลัง ๑๖. เสมหะและอื่น ๆ ๑๘๔. ฉีดสัตว์ทดลอง — เพาะเชื้อบิด ๒๒. ตรวจทดลองตั้งครรภ์ ๒๔. ตรวจศพนิติเวช ๑๓. ตรวจของกลาง ๑.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๕๗. เจาะน้ำสันหลัง ๘. เจาะตับ ๗. น้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๐. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๔. ฉีดยาซีย์พีลิส ๑๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๔๒. ถอนฟัน ๔๘๖. อุดฟัน ๑๗๔. ผ่าตัดช่องปาก ๓๓.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

---

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินและสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

๑. คุณหญิงสิน ภักดีนรเศรษฐ บ้านเลขที่ ๔ ถนนวิทยุ ศาลาแดง จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท เพื่อเป็นทุนศึกษาต่อณต่างประเทศ ของนายแพทย์สมโพธิ พุกกะเวช อาจารย์โท แผนกกุมารเวชศาสตร์ เป็นเวลา ๒ ปี

๒. นายมุ่ย เตวิทย์ บ้านเลขที่ ๖๓/๓ ซอยร่วมฤดี ถนนเพลินจิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๒๕๐ บาท เพื่อให้ซื้อเตียงคนไข้โรงพยาบาลศิริราช และอุทิศส่วนกุศลให้ นายจ้อย–นางพลอย เตวิทย์ บิดามารดากับผู้มีอุปการคุณ

๓. นายเปลี่ยน ช่วยชู บ้านเลขที่ ๕๘/๓ ซอยสุจริต ถนนราชวิถี อำเภอดุสิต จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท บำรุงโรงพยาบาลศิริราช

๔. นางสง่า ประคุณหังสิต บ้านเลขที่ ๑๒ ตรอกกลาโหม บางกระบือ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท เพื่อซื้อตู้เย็นให้ตึกวิบุลลักสม์ โรงพยาบาลศิริราช

๕. นายเกษม ล่ำซำ บ้านเลขที่ ๒๑๘/๑ ซอยกลาง บางกะปิ จังหวัดพระนคร ส่งเงินจำนวน ๒๕๐,๐๐๐ บาท อันเป็นเงินซึ่งคุณแม่ทองอยู่ ล่ำซำ, นายจุลินทร์ ล่ำซำ, นายเกษม ล่ำซำ และพี่น้อง ได้ร่วมกันบริจาค เพื่อสร้างตึกคนไข้อนาถา โรงพยาบาลศิริราช โดยให้ชื่อว่า "ตึกทองอยู่ ล่ำซำ"

๖. แพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. ๒๔๗๔ ได้ร่วมกันบริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท เนื่องในงานฉลองการสำเร็จวิชาแพทย์ครบ ๒๕ ปี ในวันที่ ๒๒ มีนาคม ศกนี้ ให้คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เพื่อตั้งเป็นทุน "แพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. ๒๔๗๔" เก็บดอกผลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ผู้ขัดสนและขยันหมั่นเพียร และอุทิศกุศลถวายแด่ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ และอาจารย์กับเพื่อนร่วมชั้นที่ได้ล่วงลับไปแล้ว

ผู้ทรงคุณวุฒิเยือนโรงเรียน เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๔๐๐ Dr. J. Gordon Cole, F.A.C.S., แพทยศัลยกรรมตบแต่งทางจักษุวิทยา แห่ง นิวยอร์ค อายแอนด์เอียร์ อินเฟอร์มารีย์ ได้มาเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในโอกาสนี้ได้แสดงปาฐกถาเรื่อง "การซ่อมแซมพื้นเบ้าตา

แต่ละเอียด" และศัลยกรรมตกแต่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับลูกตาอีกหลายอย่าง. มีภาพยนต์และกระจกภาพฉายประกอบ ณ ห้องปาฐกถาตึกพยาธิวิทยา, เวลา ๑๓.๓๐ น.

อนึ่งในโอกาสที่ Dr.J. Gordon Cole มาเยือนโรงเรียนแพทย์ครั้งนี้ คณะฯได้เชิญร่วมรับประทานอาหารกลางวันกับหัวหน้าแผนกวิชาต่าง ๆ ณ หอประชุมราชแพทยาลัยชั้นสองด้วย.

วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๐๐ เวลา ๑๐.๐๐ น. Dr. Max Gahwyler ผู้ชำนาญทางแอนติไบโอติคและฮอร์โมนแห่งบริษัทไฟเซ่อร์ได้เยี่ยมโรงพยาบาล. ท่านผู้นี้ได้เปิดโอกาสให้ซักถามเรื่องเกี่ยวกับฮอร์โมนและแอนติไบโอติค ณ ห้องปาฐกถาตึกพยาธิวิทยา.

วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๐๐ เวลา ๑๕.๐๐ น. คณะทัศนาจรอเมริกันเพรสไบเตอเรียนมิสชั่น ซึ่งมี Dr. John Rosengrant เป็นหัวหน้าคณะอันประกอบด้วยสมาชิก ๓๐ นาย ได้ขอเข้าชมกิจการของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาล.

อาจารย์สูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา

แพทย์หญิงวิไล เย็นจากาญน์ อาจารย์ประจำแผนกวิชาสูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา ซึ่งเดินทางไปศึกษาวิชาเพิ่มเติม ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนสิงหาคม ๒๔๙๖ และได้สำนักศึกษาฝึกงานอยู่จนกระทั่งเดือนมกราคม ๒๕๐๐ นั้น บัดนี้ได้กลับเข้ามาประจำหน้าที่เดิมเรียบร้อยแล้ว.

แพทย์หญิงวิไล เย็นจากาญน์ ได้เข้าศึกษาในโปสต์เกรดยูเอตสกูลออฟเมดิซินแห่งมหาวิทยาลัยเพ็นซิลวาเนีย, เข้าฝึกงานและศึกษาในทางสูติ - นรีเวชวิทยาเกี่ยวกับเอ็นโดครินโลยี่ ในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเจ็ฟเฟอร์สัน และสำเร็จได้รับปริญญา Master of Medical Sciences จาก แกรดยูเอตสกูลออฟเมดิซินแห่งมหาวิทยาลัยเพ็นซิลวาเนีย

การกลับมาด้วย ความสำเร็จ อย่างน่าชื่นชมของอาจารย์สูติศาสตร์ผู้นี้เราหวังว่าคงจักยังความก้าวหน้าอย่างมั่นคงให้เกิดอีกก้าวหนึ่ง ของแผนกวิชาสูติศาสตร์ ฯ ในลำดับต่อไป

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๐

ชุมนุมวิชาการในแผนก

รายงานผู้ป่วยโรคในทรวงอก

๒ ก.พ. ๑. ผู้ป่วยหญิง, อายุ ๒๗ ปี,

ไอมีเลือดปนหนองมา ๗ เดือน. มีไข้และเจ็บอกซ้าย, อดของแสลงและขวมๆ ยุบๆ มาเรื่อย. เมื่อรับไว้มีผู้คอมบีคของตับกลีบซ้าย. เสมหะสีกะปี๋และตรวจพบตัวอมีบา. ภาพรังสีปรากฏเยื่อหุ้มปอดซ้ายหนามากและมีกะเปาะหนอง. ภายหลังให้เอมีติน ๑ ชุดอาการดีขึ้นมาก. ๓ เดือนต่อมามีเสมหะมากขึ้นอีก. กะเปาะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดไม่หายไป. ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดต่อไป.

๒. หญิง, อายุ ๓๘ ปี, ผอม, บวมมา ๑ ปี, อ่อนเพลียมาก ๑ เดือน. เมื่อรับไว้ปรากฏมีท้องมาน, ขาบวมทั้งสองข้าง, น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา, ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ซ้ายโต. น้ำที่เจาะได้ลักษณะเป็นเอ็กซูเดท. อาจเกิดจากวัณโรคหรือเนื้อร้าย. ต้องรอผลการตรวจชิ้นเนื้อต่อไป.

๙ ก.พ. ๑. ชาย, อายุ ๑๗ ปี, เจ็บชายโครงขวา ๒๐ วัน. เมื่อ ๓ เดือนก่อนถูกไม้กะแทกอกขวา. ไอมีเสมหะและผอมลงเรื่อยๆ. เมื่อรับไว้พบว่าตับโตและเจาะได้หนองสีกะปี๋. ต่อมาเสมหะมีสีน้ำตาล. เข้าใจว่าเกิดบรองโฆพุลโมนารีพีสตล่า.

๒. ชาย, อายุ ๔๖ ปี, เป็นไข้และไอมา ๘ วัน. เสมหะเหนียวมีสีเขียวปน. สูบฝิ่นมา ๓๐ ปี, และไอเรื้อรังอยู่เสมอ. มีอาการแสดงของคอนโซลิเดชั่นของปอดกลีบซ้ายบน. อาทิตย์แรกไม่ได้ให้ยา, อาการคงเดิม, ลักษณะเสมหะและลักษณะทางคลินิคอื่นๆ ไม่เข้ากับปนิวโมเนีย. ๑๓ วันหลังการให้ยารักษาวัณโรค, บริเวณที่ทึบขางขึ้นมาก.

๑๖ ก.พ. ๑. หญิง, อายุ ๕๒ ปี, มีไข้, ไอและเจ็บชายโครงขวามา ๑๒ วัน. เสมหะขาว. ออกยาก. เมื่อรับไว้มีไข้ต่ำๆ, ตับโตและเจ็บ, มีปนิวโมนิคคอนโซลิเดชั่นของปอดขวากลีบล่าง. บรองโฆสโคปพบหลอดลมอันใหญ่ข้างขวาของปอดกลีบกลางและล่างแคบกว่าปกติ. ให้แอนติไบโอติคหลายอย่าง, ดีขึ้นช้ากว่าที่ควร. อาจมีบรองคิเอ็คเตซิสอยู่ด้วย.

๒. หญิง, อายุ ๒๖ ปี. แพทย์ทำคลอดโดยการดมยาสลบอีเธอร์และเอธิลคลอไรด์. ใช้คีมคีบเด็กออก. ๒ ชั่วโมงหลังคลอดเริ่มหอบเหนื่อย, แน่นอก, หายใจลำบาก. อาการแสดงและภาพรังสีปรากฏว่ามีพุลโมนารีย์อีดีม่าและปนิวโมในติสข้างซ้ายล่าง. อาการต่างๆ ดีขึ้นใน ๓ วัน.

ร่วมชุมนุมวิชาการนอกคณะ

๒๑ ก.พ. ในการร่วมชุมนุมกลุ่มอุรเวชแพทย์ที่แพทยสมาคม น.พ. สุนทร ตณฑนันทน์ได้รายงานผู้ป่วยที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้ายและพลุโมนารี่อินฟิลเทรชั่นทั่วปอดขวา. มีโพรงใหญ่อยู่ในปอดซ้ายกลีบบน. การตรวจศพปรากฏว่าเกิดจากแอลวิโอล่าเซลล์คาซิโนม่า.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ. รวบรวม

ข่าวพยาบาล

กลับจากสหรัฐอเมริกา. น.ส. สมศิริ ทับแสง, ผู้ซึ่งได้เดินทางไปศึกษาวิชาฟิสิคัล เธอราปี่ ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา, มีกำหนด ๒ ปี, โดยทุน เอฟ.โอ.เอ. ๑ ปี และทุนมหาวิทยาลัยนิวยอร์คอีก ๙ เดือน, ได้กลับมาถึงประเทศไทยเมื่อวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๔๙๙ เวลา ๑.๑๕ น. บัดนี้เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลตรีประจำห้องกายบำบัดแล้ว.

ครูพยาบาลกลับจากประเทศออสเตรเลีย. น.ส. วิเชียร ทวีลาภ ผู้ซึ่งได้ทุนโคลัมโบแปลนเดินทางไปศึกษาวิชาอาจารย์พยาบาล ณ ประเทศออสเตรเลียเป็นเวลา ๒ ปี, ได้กลับมาถึงท่าอากาศยานดอนเมืองเมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๐๐ เวลา ๑๒.๐๐ น. น.ส. วิเชียร ทวีลาภ ได้รับอนุปริญญาของวิชาอาจารย์พยาบาลจากโรงเรียนพยาบาลนิวเซาธ์เวลส์, มหาวิทยาลัยซิดนีย์. ขณะนี้เข้ารับราชการในตำแหน่งครูพยาบาลตรี.

งานฉลองครบรอบ ๖๐ ปี ของโรงเรียนพยาบาล ผดุงครรภ์และอนามัย. วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๐๐ ทางแผนกพยาบาลฯ ได้จัดให้มีงานฉลองครบรอบ ๖๐ ปี ของโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย, ศิริราช, พร้อมทั้งงานพิธีแจกอนุปริญญาบัตรให้แก่นักเรียนที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๔๙๙ ด้วย. งานนี้แบ่งออกเป็น ๒ ภาค, คือภาคเช้าและภาคค่ำ.

ภาคเช้าเริ่มเวลา ๖.๐๐ น. โดยอัญเชิญพระบรมรูปของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ไปประดิษฐานยังหอประชุมราชแพทยาลัย. บรรดาศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบันถวายคำนับพร้อมกัน. แล้วเลี้ยงพระสงฆ์ ๙ รูป, สดับกรณ์แล้วถวายไทยทาน, และเลี้ยงอาหารบรรดาแขกที่มาร่วมงานด้วย. เวลา ๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. มีการแสดงภาควิชาการและแสดงวิธีการจัดเครื่องใช้ในการสอนและให้การพยาบาลทก ๆ อย่างสำหรับแผนกต่าง ๆ, ซึ่งจัดขึ้นที่ตึกเรียนพยาบาล. นอกจากนี้ยังได้พาชมสถานที่และกิจการในหอพักผู้ป่วยของแผนกต่าง ๆ อีก.

เวลา ๑๔.๐๐ น. สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จมาพระราชทานอนุปริญญาบัตรแก่นักเรียนพยาบาลชั้น ๔ ที่สำเร็จการศึกษาในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๙, มีจำนวน ๕๔ คน. หลังจากนั้นได้เสด็จชมกิจการที่ตึกเรียนพยาบาลด้วย. เสด็จกลับเมื่อเวลา ๑๖.๐๐ น.

ภาคค่ำเริ่มเวลา ๑๘.๐๐ น. มีการเลี้ยงอาหารไทยแบบบุฟเฟ่ในความอำนวยการของคุณครูเจนจิรา เบราวนะกุล. คุณละเอียด จิตติเวชได้นำปอเปี๊ยะสดมาสมทบในการเลี้ยงนี้. หลังจากนั้นก็มีการแสดงเบ็ดเตล็ดของ บรรดาศิษย์เก่า, บุตรหลานของศิษย์เก่า, และศิษย์ปัจจุบัน. นักศึกษาแพทย์ ได้นำดนตรีมาช่วยบรรเลงตลอดการแสดงด้วย.

ที่สนามหญ้านอกหอประชุมมีการลีลาศแบบรูเล็ต และ รำวง โดยวงดนตรี ของ คุณสุนทราภรณ์, ซึ่งเพิ่มความครึกครื้นให้แก่บรรดาผู้ที่มาร่วมงานอย่างมาก. ในงานนี้มีศิษย์เก่าและญาติมิตร มาร่วมความรื่นเริงสนุกสนานประมาณ ๑,๒๐๐ คนเศษ.

การตบแต่งสถานที่ และ ควบคุมเครื่องขยายเสียงและอื่น ๆ ได้รับความช่วยเหลือจากบรรดาศิษย์เก่ารุ่นอาวุโส, และจากศิษย์ปัจจุบัน, จากบรรดานายแพทย์, และนักศึกษาแพทย์อีกหลายท่าน, ซึ่งทางแผนกพยาบาลขอขอบคุณอย่างยิ่ง งานได้เสร็จสิ้นลงเวลา ๐๒.๐๐ น. เศษพร้อมด้วยความสนุกสนานอย่างยิ่ง.

อนึ่ง ในการ ทำ หนังสือ ฉลอง ครบรอบ ๖๐ ปี ที่จำหน่ายในงานก็ได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำจากบรรดาศิษย์เก่าร่วมกันกับศิษย์ ใหม่ และจาก บรรดา นายแพทย์หลายท่าน ทางแผนกพยาบาลขอขอบพระคุณท่านเหล่านั้นไว้ ณ ที่นี้ด้วย.

รายนามนักเรียนที่สำเร็จในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๔๕๕.

๑. น.ส. อุษา สว่างศิลป์ ๒. น.ส. กาญจนา เทพพิทักษ์ ๓. น.ส. สนอง ศรยุทธเสนีย์ ๔. น.ส. อรสา ทวีธียานนท์ ๕. น.ส. ราตรี สุทธิ ๖. น.ส. นันทนา ตีระแพทย์ ๗. น.ส. ไพจิตต์ กสิวัฒน์ ๘. น.ส. ศรีรัตน์ อิศรางกูร ฯ ๙. น.ส. วัชรินทร์ จันทร์ผ่อง ๑๐. น.ส. เสงี่ยม เกษมสุข ๑๑. น.ส. แน่งน้อย เพชรเสนา ๑๒. น.ส. วัฒนา บุญโสภณ ๑๓. น.ส. จารุณี สุวรรณรักษ์ ๑๔. น.ส. ประจวบ หงษ์ปรีชา ๑๕. น.ส. โกสุมภ์ บุญทักษ์ ๑๖. น.ส. ลัดดา วไลพันธ์ ๑๗. น.ส. วณี ไกรสินธ์ ๑๘. น.ส. แน่งน้อย สายวงศ์ ๑๙. น.ส. กมลา บุษปเวช ๒๐. น.ส. ชนิด คิสถาพร ๒๑. น.ส. ชูศรี ภูมี ๒๒. น.ส. จงกล เจริญพานิช ๒๓. น.ส. กุลยา ศิวะเสน ๒๔. น.ส. ประพิร์ ศกุนตนาค ๒๕. น.ส. สายสมร ขนุตคามินทร์ ๒๖. น.ส. บุญศรี คชสิน ๒๗. น.ส. สมาน เทศน์ธรรม ๒๘. น.ส. ทวี เชาว์ปรีชา ๒๙. น.ส. จันทร์แรม พลพิจารณ์ ๓๐. น.ส. ไพจิตต์ สายเชือ ๓๑. น.ส. จิราพร รันภาคพจน์ ๓๒. น.ส. มอยชม หงษ์พานิช ๓๓. น.ส. ละออง มานะสาคร ๓๔. น.ส. แจ่มใจ ริมดุสิต ๓๕. น.ส. เสริมสุข เปลื้องประสาท ๓๖. น.ส. อมร เครื่องกำแหง ๓๗. น.ส. สุจารี วาศวิก ๓๘. น.ส. จรินทร์ เพียนเฉลียวรัตน์ ๓๙. น.ส. รำไพ ศุกรสิสต ๔๐. น.ส. มาลัย เลาหตีรานนท์ ๔๑. น.ส. เครือวัลย์ เทพมงคล ๔๒. น.ส. อาภา เข็มสว่าง ๔๓. น.ส. จารุณี ชื่นศิริ ๔๔. น.ส. อรวรรณ ธีระชัช ๔๕. น.ส. จำลอง ทรัพย์เจริญ ๔๖. น.ส. รุจิรา พันธ์ทิพย์-แพทย์ ๔๗. น.ส. สุดา สมยา ๔๘. น.ส. เปรมจิตต์ ภูอภิรมย์ ๔๙. น.ส. ปทุม พวงแก้ว ๕๐. น.ส. อุบล กลันตะบุตร ๕๑. น.ส. นวลปรางค์ ชิตามร ๕๒. น.ส. อารี ยิมพานิช ๕๓. น.ส. ประยูร ทวีคูณ ๕๔. น.ส. มัณฑนา รักตะปุรณะ

ผู้ที่ได้รับรางวัล ๑. ที่ ๑ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. อุษา สว่างศิลป์ ๒. ที่ ๒ ตลอดหลักสูตร ได้แก่ น.ส. กาญจนา เทพพิทักษ์

ผู้ได้รับรางวัลสุขภาพ ๑. น.ส. วณิ ไกรสินธุ์ ๒. น.ส. จงกล เจริญพานิช ๓. น.ส. สนอง ศรยุทธเสนีย์

บรรจุเข้ารับราชการ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๐๐

๑. น.ส. ลัดดา วไลพัน. ๒. น.ส. เสริมสุข เปรื่องประสาท ๓. น.ส. ไพจิตต์ กสิวัฒน์ ๔. น.ส. ศิรัตน์ อิศรางกูร ฯ ๕. น.ส. รำไพ สุกรสีสด ๖. น.ส. ชนิต ดิสถาพร ๗. น.ส. ละออง มานะสาคร ๘. น.ส. จำลอง ทรัพย์-เจริญ ๙. น.ส. สนอง ศรยุทธเสนีย์ ๑๐. น.ส. สุจารี วาศวิก ๑๑. น.ส. วัชรินทร์ จันทร์ผ่อง ๑๒. น.ส. จิราพร รินภาคพจน์ ๑๓. น.ส. มาลัย เลาหต-รานนท์ ๑๔. น.ส. จารุณี ชินศิริ ๑๕. น.ส. อารี ยมพานิช ๑๖. น.ส. วณี ไกรสินธุ์

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๐๐

๑. น.ส. เสงี่ยม เกษมสุข ๒. น.ส. โกสุม บุญทักษ์ ๓. น.ส. อุษา สว่าง-ศิลป์ ๔. น.ส. ไพจิตร สายเชื้อ ๕. น.ส. ราตรี สุทธิ ๖. น.ส. นันทนา ศิระแพทย์ ๗. น.ส. ประพิศ ศกุนตนาค ๘. น.ส. จันทร์แรม พลพิจารณ์ ๙. น.ส. ประจวบ หงษ์ปรีชา ๑๐. น.ส. บุญศิริ คชสิน ๑๑. น.ส. กาญจนา เทพพิทักษ์. ๑๒. น.ส. แน่งน้อย สายวงศ์. ๑๓. น.ส. จารุณี สุวรรณรักษ์. ๑๔. น.ส. แน่งน้อย เพชรเสนา. ๑๕. น.ส. วัฒนา บุญโสภณ. ๑๖. น.ส. จงกล เจริญพานิช ๑๗. น.ส. อุบล กลันตะบุตร. ๑๘. น.ส. ทวี เชาว์ปรีชา. ๑๙. น.ส. อรวรรณ ธิ-ระรัช. ๒๐. น.ส. อรสา ทวีติยานนท์. ๒๑. น.ส. ประยูร ทวีคูณ. ๒๒. น.ส. กุลยิยา ศิวะเสน. ๒๓. น.ส. มอบชม หงษ์พานิช. ๒๔. น.ส. อาภา เข็มสว่าง. ๒๕. น.ส. สุดา สมยา. ๒๖. น.ส. สาย สมร อินทคามินทร์. ๒๗. น.ส. สมาน เทศน์ธรรม.

โอนไปกรมการแพทย์ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๐

๑. น.ส. แววตา เชี่ยวเวช

ลาออก วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๔๙๙ ๑. นางแฉล้ม รัตนเทพ.

วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๔๙๙ ๑. น.ส. อารี อินทยศ.

วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๐ ๑. น.ส. จารุวรรณ ธาราวุฒิ.

ได้บุตร

นางศิริสอางค์ พาชิรัตน์ ได้บุตร เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๐๐.

เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์

ศิษย์เก่า

สมรส ในเดือนมีนาคม ๒๕๐๐ มีศิษย์เก่าเข้าสู่พิธีสมรส ตามข่าวที่เราได้รับมี: ๑. พ.ญ. ยังอร จิตตินันทน์ กับ นายบุญไทย โอทกานนท์ ประกอบพิธี ณ สโมสรกรมชลประทาน สามเสน เมื่อวันอาทิตย์ที่ ๓ มีนาคม ๒๕๐๐. ๒. ร.ท.น.พ. ศิริชัย สุวรรณมณี กับ น.ส. วรรณา วิสุทธิธรรม ประกอบพิธี ณ วังสวนกุหลาบ เมื่อวันจันทร์ ที่ ๔ มีนาคม ๒๕๐๐ ๓. ร.ท. น.พ. สุพจน์ สัมปัตตะวนิช กับ น.ส. ไพรัตน์ พงศ์ะบุตร ประกอบพิธี ณ บ้านพักผู้พิพากษาหัวหน้าศาล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันเสาร์ที่ ๕ มีนาคม ๒๕๐๐

เราขออำนวยพรให้คู่สมรสทั้งสามนั้นจงเจริญด้วยศิริสวัสดิพิพัฒนมงคลตราบชั่วกาลนาน.

หน้าสำหรับนิสิต

ลับสมอง (๒)

"สมองเปรียบเสมือนมีด. ไม่ลับก็ทื่อ. ไม่ใช้ก็เกิดสนิม."

จงตอบปัญหาต่อไปนี้.

ก. เวลารวม ๒ นาที.

๑. น้ำอะไรที่ไม่เย็น.

๒. ปลาอะไรที่เห็นน้อยกว่าปลาอื่น ๆ.

๓. แมลงอะไรที่ชอบใหญ่มาก.

๔. แมลงอะไรที่สนับสนุนคอมมิวนิสต์

๕. "โคกระบือ" อ่านว่าอย่างไรบ้าง.

ข. เวลารวม ๔ นาที.

๑. ชื่ออวัยวะอะไรในภาษาอังกฤษ, ซึ่งจะเขียนจากข้างหน้าไปข้างหลังหรือจากข้างหลังไปข้างหน้า, ก็ได้ความหมายอย่างเดียวกัน.

๒. คนได้อวัยวะอะไรบ้างจากสัตว์อื่น

๓. เรามีลิ้นอะไรบ้างที่ไม่ได้ใช้พูด.

ค. เวลารวม ๔ นาที.

๑. ญาติทางแม่คนใดที่เป็นผู้นำทางของเรา.

๒. เครื่องใช้ในครัวสิ่งใดที่สำคัญเกี่ยวกับการคลอดบุตร.

๓. ภาชนะอะไรที่เราต้องแยกอยู่เรื่อย

(คำไขอยู่ต่อท้าย "บันทึกท้ายสมุด")

บันทึกท้ายสมุด

◎ สารศิริราชฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปขึ้นด้วยความร่วมมืออย่างแข็งขันของแพทย์ประจำบ้านและหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลศิริราช. ความเข้มแข็งของการร่วมมือทำให้เราได้รับเรื่องจนล้นเล่ม, จำต้องขอเอาเรื่องที่ได้รับในตอนหลัง ๆ ไปบรรจุในฉบับเดือนเมษายนเสียบ้าง. แม้กระนั้นเราก็เห็นว่าฉบับนี้มิได้ขาดแคลนทั้งเนื้อหาและเนื้อที่.

◎ เรื่องนำในฉบับเป็นการศึกษาสถิติเกี่ยวกับการรักษาโรครกเกาะต่ำ ซึ่งคุณหมอศิวาลัย เยี่ยมยิติ, แห่งแผนกสูติ-ศาสตร์ฯ, ได้เรียบเรียงขึ้น, ด้วยความอนุเคราะห์ของคุณหมอสรรค์ ศิริเพ็ญ, อาจารย์ผู้รวบรวมสถิติของแผนกสูติ-ศาสตร์ฯ และหัวหน้าแผนกสถิติของโรงพยาบาล. บทความนี้เป็นตัวอย่างที่ดีซึ่งแสดงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้สถิติให้เป็นประโยชน์, ซึ่งเป็นผลของการรวบรวมรายงานการรักษาอย่างมีระเบียบ. ข้อน่าทึ่งคือผลของการรักษาในระยะต้นถึงในระยะปลาย, ซึ่งแตกต่างกันเห็นชัดเจน, และเป็นผลที่ควรยกให้แก่การปรับปรุงบริการการถ่ายเลือดและการมีแอนติไบโอติคมาใช้. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีรักษาที่ควรจะทดลองก็เป็นเรื่องที่ควรคิดไม่น้อย.

◎ รายงานเรื่องถุงแก๊สในช่องท้อง, ของคุณหมอเกษม ลิ่มวงศ์แห่งแผนกศัลย-ศาสตร์, เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก. ท่านเจ้าของได้พยายามรวบรวมเอกสารมาลงพิมพ์ไว้ด้วยอย่างละเอียด, เป็นการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่งนาน ๆ พบที. บางทีโรคถุงแก๊สอาจเกิดบ่อยกว่าที่เราพบก็ได้, เพราะอย่างเช่นรายที่รายงานนี้การวินิจฉัยกระทำได้ก็โดยบังเอิญเท่านั้น. ถ้าหากโรคที่เกิดร่วมไม่ถึงระยะรุนแรงจนต้องผ่าตัด, ก็คงไม่ได้พบโรคซึ่งซ่อนอยู่โดยมีอาการเรื่อย ๆ. ถ้าหากนึกเอาไว้เสมอ ๆ ว่าโรคที่มีอาการท้องโตหรือท้องอืดบ่อย ๆ โดยหาต้นเหตุมิได้, อาจเป็นโรคถุงแก๊ส, บางทีก็อาจพบตัวอย่างเพิ่มเติมขึ้นอีก.

◎ คุณหมอพรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ แห่งแผนกอายุรศาสตร์ได้ให้เรื่องที่น่าสนใจมากในแง่ของการปฏิบัติ. โรคบิดอะมีบมีแพร่หลายในบ้านเรา. โรคแทรกที่พบบ่อยและเกรงกลัวกันมากที่สุดได้แก่ฝีในตับ, โรคชนิดที่คุณหมอพรรณพิศเสนอนี้ไม่มีบ่อยนัก, แต่ก็อยู่ในเกณฑ์ที่จะพบได้. การ

บันทึกไว้ในวิทยาสารคงจะช่วยเตือนให้ท่านนายแพทย์ได้ระลึกถึงไว้บ้างหากมีคนไข้ยิดและมีอาการทางช่องท้อง, ว่าทั้งสองอย่างอาจเกิดจากเหตุเดียวกันได้.

◎ หนังสือฉบับนี้เพิ่มค่าตัวสูงขึ้นอีกเป็นอันมากด้วยความกรุณาร่วมมือของ "อดีตแพทย์ประจำบ้าน" ผู้หนึ่งของโรงพยาบาลศิริราช, ท่านศาสตราจารย์ชัชวาล โอสถานนท์, ผู้ช่วยคณบดีและนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล. เรื่อง "แพทย์ประจำบ้านสมัยโน้น" ของท่านซึ่งเขียนอย่างกระทัดรัดไม่ยืดเยื้อ, จะช่วยให้แพทย์ประจำบ้านในสมัยนี้บางคนซึ่งบ่นนักบ่นหนาว่างานมาก, ได้เห็นว่าความจริงงานในสมัยก่อนนั้นหนักกว่ามาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อหัวหน้าแผนกวิชาเป็นคน "เอาเรื่อง" คอยดูแลควบคุมอย่างใกล้ชิด, มิได้ปล่อยให้คุมกันเป็นทอด ๆ ไป. เราเชื่อว่าบทบรรณาธิการพิเศษนี้คงจะเป็นทั้งการเบิกหูเบิกตา และการกระตุ้นสำหรับท่านผู้อ่านของเราทุก ๆ ท่าน.

◎ "การเป็นแพทย์ประจำบ้าน" ของคุณหมอภัทรพร พรรณเชษฐ์, แผนกกุมารเวชศาสตร์, และ "ความรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้าน" ของคุณหมอเกษียร ภังคานนท์, แม้จะมีชื่อเรื่องคล้าย ๆ กัน, แต่ก็มีเข็มไปคนละแนว. ดังนั้นการนำลงไว้ติด ๆ กันในแผนกปกิณกะคงจะไม่ทำให้แต่ละเรื่องเสียคุณค่าไปแต่ประการใด.

◎ เราขอบันทึกความร่วมมือของแพทย์ประจำบ้านผู้อื่น ๆ ที่มิได้ยังชื่อไว้ด้วยการแสดงความขอบคุณอย่างยิ่ง. หวังว่าคงได้รับการร่วมมืออย่างดีเช่นนี้อีกในโอกาสต่อ ๆ ไป.

ไขปัญหาลับสมองมีในหน้าต่อไป

(ไขปัญหา "ลับสมอง")

(ก) ๑. น้ำหนัก. ๒. ปลาตาเดียว. ๓. แมลงช้าง. ๔. มดแดง. ๕. "โค–กระบือ", "โคก–ระบือ"

(ข) ๑. EYE ๒. กันกบ, อกไก่, อกเต่า, ลิ้นไก่, ปุ่มนกแก้ว ๓. ลิ้นปี่, ลิ้นไก่, ลิ้นหัวใจ, ลิ้นหลอดเลือดดำ

(ค) ๑. ตา (หรือลูกตา) ๒. เชิงกราน ๓. ไหปลาร้า