



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

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๐๐

Volume 9, Number 7, July 1957

**อะนาไฟแล็กซิกซ์ออกจากเพนิซิลลินชนิดกิน**

(รายงานผู้ช่วย ๑ ราย)

**สุนทร ตันชนันท์**

พ.บ., F.C.C.P.

(แผนกอายุรศาสตร์)

การแพ้เพนิซิลลิน ทำให้มีปฏิกิริยารุนแรงเกิดขึ้นได้, ไม่ว่าจะจากการฉีด, การทา, การอมหรือการรับประทาน.

การแพ้ ซึ่ง เกิด จาก การ รับประทาน เพนิซิลลิน มีเอกสาร ที่ รายงานไว้ ใน ต่าง ประเทศน้อยราย. เวลช์ และพวก (๑๙๕๓) รายงานการแพ้ไตเป็นซัลเฮอซิลินไตอะมีนไตเพนิซิลลิน (ไบซิลลิน) เพียง ๑ เม็ด. ไอเซนสแตดเตอร์ และชชชวา (๑๙๕๔) รายงานการแพ้เพนิซิลลินขนาด ๓๐๐, ๐๐๐ หน่วย ๑ เม็ด. แบลนตันและ

แบลนตัน (๑๙๕๓) รายงานการแพ้ยาไบโอซัลฟา (ประกอบด้วยเพนิซิลลิน จี. ซัลฟาไดอะซีน, ซัลฟาเมอราซีน และซัลฟาเมซาซีน) ๔ เม็ด. ลองกและคลาเกดท์ (๑๙๕๕) รายงานการแพ้เพนิซิลลิน ๒๐๐,๐๐๐ หน่วย ๑ เม็ด. เบ็ลล์ (๑๙๕๖) รายงานการแพ้เบนซาอินเพนิซิลลิน (เพนคิวิล) ๑ เม็ด. ในทุก ๆ รายงานนี้ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเป็นชนิดอะนาไฟแล็กซิกซ์.

ในประเทศไทย, น.พ. ประสงค์ ชัยรัตน์ (พ.ศ. ๒๔๙๗) ได้เคยรายงานผู้ช่วยแพ้

เพนซิลลิน (ปฏิชีวนาอะนาพิแลคติก) ไร่แต่ล้วนจากผลของการติดทงนน. ต่อไป นเป็นรายงานผู้ช่วยซึ่งมีปฏิชีวนาแรงเกิด ุชนภายหลังรยประทานเพนซิลลิน.

ผู้ช่วยหญิงไทย, คู่, อายุ ๓๘ ปี (เลข ททั่วไป ๑๘๔๔๒.๕๕, เลขทภายใน ๔๘๖๕.๕๕) ไร่ไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ ๒๘ มี.ค. ๒๔๕๕ (เวลา ๒๓.๓๐น.).

ประวัติปัจจุบัน ๒ วันก่อนมาโรง

พยาบาลผู้ช่วย มีเมือกสีเล็ก ๆ เกิดขึ้นท โหนกแก้มซ้าย. ผู้ช่วยใช้เล็บแกะสี. รุง ุชนเกิดการอักเสบรอบ ๆ เมือกสีนั้น. หน้า ุชกซ้ายขวมลามจนถึงหนังตา, และมีใช้ เล็กน้อย. ผู้ช่วยจึงรับประทานซัลฟาได- ะซิน (รวม ๓ กรัมในวันนั้น).

เวลาประมาณ ๑๕ น. เคษของคนทมา ร.พ., สามให้ผู้ช่วยรับประทานเพนซิลลิน ุจ. (ครยัสตาเฟน) (๒ แสนหน่วย) ทนง ๒. รู้สึกมีอาการตามลำดับดังนี้:

เมื่อเมือกยาลงไป, ุกรู้สึกทันทว่า ุคันคอและร้อนในคอ, ุริมฝปากหนาหนัก ๆ. (บอก ุกับสาม ว่ารู้สึกเหมือน ุกับท เคยเป็น ุครั้งหนึ่งเมื่อแพยาเมื่อ ๖ เดือนมาแล้ว.)

๓-๔ นาทีต่อมา, ุแน่นอกอกและลม ุลงมาจากม้านง. ุคันฟาคแขนไปมา. แต่

ยังรู้สึกตัวอยู่บ้าง. ุชีพจรเบาและช้าลง (ประมาณ ๖๐/นาที. สามของผู้ช่วยเป็น ุบุรุษพยาบาลและเป็นผู้คล่าชีพจร.)

มีนาลายฟมปาก.

หายใจชก, ค่อย ๆ กำเว็บบากขึ้น ๆ.

รู้สึกว่หัวใจเต้นช้าและอ่อนลง, คล้าย ุมีอะไรมาบีบหัวใจ.

ผู้ช่วยกระวนกระวายมาก. สามจึงได้ ุให้ยาคาร์กือาซอลรับประทานหนึ่งเม็ด. ุผู้ ุช่วยค่อยหายกระวนกระวายไปเล็กน้อย.

ต่อมาประมาณ ๑๕ นาทีมีอาการ ุปวดทขาซ้าย, ุปวดและชาทขาข้างขวา. ุเริ่มแต่ปลายเท้าจนมาถึงต้นขา. และงอ ุขาไม่เข้าทง ๒ ขาง. แล้วมีอาการแน่น ุอกคอคในทอง. แน่นจก. เมื่อผายลมออก ุสหายขึ้นเล็กน้อย.

ครึ่งชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ, ุผู้ ุช่วยแทบไม่รู้สึกตัว, ุจำเหตุการณ์ไม่ได้, ุนอนนิ่ง. ุบ่นว่ปวดทอง, ุแน่นทองและรู้ ุสึกว่จะตาย. สามนำผู้ช่วยไปหาแพทย์ (ผู้รายงาน) ุซึ่งอยู่ใกล้ที่สุด (เสียเวลา ุเดินทางไปประมาณ ๒ ชั่วโมง). เมื่อแรก ุตรวจมีอาการเขียว, ุชีพจรทขอมอและท ุแขนคล่าไม่พบ. ุตัวเย็น. เสียงหัวใจเบา, ุหัวใจเต้น ๕๐ ครั้งต่อนาที. ได้ฉีกแอดคว-

นละลิน (๑:๑๐๐๐) ๑ล. ชม. เขากล้าม  
 เนอตันแซน. ๒-๓ นาที ต่อมาไคฉิด  
 เมอชอกซามัน (วาซอกซยล) ๒๐ มก. เขาก  
 กล้ามเนอหน้าขา (เนอจากหลอดเลอค  
 แพยไม่สามารณคึกยาเข้าหลอดเลอคไค).  
 ต่อมากรอกยาเมคซัยโทรคอวคโชน ๓๐  
 มก. ลงไป. ผู้ช่วยกลืนไค. ไค้นำผู้ช่วย  
 มาโรงพยาบาลศิริราช, ภายในเวลา ๒๐  
 นาที. ทแผนกผู้ช่วยนอกสังเกตเห็นว่าผู้  
 ช่วยมีอาการเขยวชคเงิน. ความคณเลอค  
 ประมาณ ๕๐/๕๐ มม. พรอท. ไคให้  
 ออกซยเงินทางสายข้างเข้ามก. ให้นำ  
 เกลอ ๑๐๐๐ ล. ชม. ผสมกบยลไวเฟค  
 ๕ มก. หยคเข้าหลอดเลอคค่อนข้างเร็ว  
 และต้องแขวนขวคให้สูงกว่าปกติ. ความ  
 คณเลอคเพิ่มขนเป็น ๕๐/๖๐ มม. พรอท.  
 อาการเขยวน้อยลง. ฉิดแอนคิสคิน ๒ ล.  
 ชม. เขากล้าม. ผู้ช่วยปวคทองอยากถ่าย  
 อูจจาระ. ถ่ายออกมาเหลวประมาณ  
 ๓๐๐ ล. ชม., มีเลอคสค ๆ ปนออกมา  
 มากและมีสคลา ๆ ข้าง. ม่มกปนเล็กน้อย.  
 อาการปวคทองยังไม่ทเลา. ไครับการ  
 รักษาทแผนกผู้ช่วยนอกประมาณ ๑ ชั่วโมง  
 จึงย้ายผู้ช่วยเข้าห้องรักษาของแผนก  
 อายวคาสคทรเมอเวลา ๒๓.๓๐ น.

เมอรบไว, อุณหภูมิก ๓๖.๕ ค., ชฟวร

๑๐๐/นาที หายใจ ๓๖/นาที. ความ  
 คณเลอค ๑๐๐/๗๐ มม. พรอท.

ผู้ช่วยเป็นคนผิวขาว, ร่างอ้วน. ขวม  
 กคย่มทหน้า, แซน, มือขวาและเทาทาง ๒  
 ข้าง. มีแผลผเล็ก ๆ ทแกมซาช. ริมผปาก  
 ขวม. ลนปกค. ท้องอกเคาะไคเสียงโปร่ง  
 ทวีไป. คับ, ม้าม, คล้ามไม่พช. หัวใจไม่ม  
 เสียงผคปกค. ระบายหายใจไม่มเสียงผค  
 ปกค. ให้การรักษาควคไวเฟค ๕ มก.  
 ในนาเกลอ ๑๐๐๐ ล. ชม. ค่อไป. ไคฉิด  
 เมอชอกซามัน เขากล้าม อีก ครวงหนงเมอ  
 ๑.๓๐ น., เนอจากความคณเลอคลดค  
 ลงอก. ให้รบประทานคอวคโชน ๕๐ มก.  
 ทก ๖ ชั่วโมง.

ผู้ช่วยถ่ายอูจจาระมีเลอคอก ครวงหนง.  
 ม่มกปนข้าง.

ผลการตรวจทางห้องทดลอง ชีโม-

โกลบีน ๗๐ ปร. เมคเลอคแกง ๓.๕๒ ล้าน.  
 เมคเลอคขาว ๒๑,๕๕๐. โปลยมอวฟ  
 ๖๕ ปร. ลยมไฟซัยค ๓๖ ปร. ชัสสวาระ  
 มความถ่วงจำเพาะ ๑.๑๐๑, ไซขาว ๑+,  
 มชยอะลนและแกรนูลาร์คาสท, มีเมค  
 เลอคแกงข้าง (๒-๓/ช.ค.).

วันที่ ๒ ใน ร.พ. (๒๕ มี.ค. ๕๕),  
 ความคณเลอค ๑๑๐/๕๐ มม. พรอท. เท้า  
 ขยขวม. หน้าและมือขวาขยขวมอยู่.

อาการปวดท้องลดลง. อุจจาระไม่มีเลือดปน.

วันที่ ๓ ใน ร.พ., มีอาการเกือบปกติ. มือขวายนวมลงมาก. หน้าหายนวม. การอักเสบรอบหัวส้วหาย. เท้าขวายนวมหมดและหายปวดท้อง. ลดคอร์ติโซนเป็น ๕๐ มก. ทด ๘ ชม.

วันที่ ๔ ใน ร.พ. (๓๐ มี.ค. ๕๕), ผู้ช่วยหายเป็นปกติจึงกลับบ้าน.

### ประวัติการแพ้ยาในอดีต

ผู้ช่วยไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ. เมื่อเจ็บไข้เพียงเล็กน้อยรักษาเองที่บ้าน. ใช้ยาแก้ไข. เคยใช้เพนซิลลินทางชนคฉีกและรับประทาน. เคยฉีกตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๐. เคยรับประทานเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๔. ผู้ช่วยไม่เคยแพ้ยาเลย. จนกระทั่ง ๖ เดือนก่อนมา ร.พ. ขณะตั้งครรภ์ (บุตรคนที่ ๕) ได้ ๗ เดือน, ผู้ช่วยเป็นผื่นพิษโปก, เวลา ๑๑.๓๐ น. ได้รับประทานเพนซิลลิน ๑ กรัม ๒ ครั้ง (เม็ดละ ๒ แสนยูนิต) ๒ เม็ด. ประมาณ ๕ นาทีต่อมาผู้ช่วยมีอาการคันในคอ. ต่อไปอีกประมาณ ๑๐ นาทีคันและเห่อแดงตามตัว. ต้องเฝ้า. ประมาณ ๕ นาทีต่อมาผู้ช่วยมวนปาก, หน้า,

แขนและขา. มือแข็งจนไม่สามารถเกาะได้. รู้สึกคอแข็ง, แน่นคอเล็กน้อย, แต่ไม่มีอาการทางหัวใจ. ผู้ช่วยยังเดินได้. มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ร.พ. ศิริราช เป็นเวลา ๕๐ นาทีหลังจากเริ่มมีอาการ. ได้รับการฉีดแอดรีนาลีน ๑/๔ ล. ชม. นอนพักสักครู่อาการเหล่านี้ก็หายไปแล้ว.

### วิจารณ์ ผู้ช่วยรายนี้ เคยมีประวัติ

ของการแพ้เพนซิลลินมาก่อนแล้ว, ซึ่งไม่รุนแรง. ครั้งหลังนี้เกิดการแพ้อย่างรุนแรงมาก, เป็นลักษณะของอะนาฟิแล็กซิสช็อก. อาการที่เห็นชัดเจนคือลมหายใจแรงเช่นเคยกับทรายงานในวารสารต่างประเทศ. คณะกรรมการสั่งวรรณะในการใช้เพนซิลลินสำหรับความช่วยเหลือที่จะต้องใช้ ยาน, ควรถามประวัติที่ทราบ. บางรายที่มีประวัติของการแพ้ยามาก่อนแล้ว, ควรจะใช้ยาอย่างอ่อนแทน. หากจะทำเช่นซี-ไทเซชั่น จะช่วยกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาที่รุนแรงได้, แต่ก็ต้องเสียเวลาชอนาน (ไอ. อาร์. คอลลิด ๑๙๕๕). เบ็ลล์ (๑๙๕๖) ว่า “แม้จะไม่มีปฏิกิริยาใดๆ เกิดขึ้นในการให้ยาในคราวที่แล้วมา, แต่ก็ไม่มีที่ปรึกษาได้ว่าในคราวหน้าจะไม่เกิดเหตุการณ์รุน

แรงเกินเช่นเคยกัน". เคอร์น และ  
 วมเบอร์ลีย์ (๑๙๕๓) ว่า "ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น  
 ภายหลังจากให้เพนซิลลินแล้วมากกว่า ๑๕  
 นาทีมักจะไม่ใช่เป็นรุนแรง".

การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่  
 หนึ่งที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายซึ่งแพ้เพนซิล  
 ลินซินติกิน (๒ แอสหน่วย, ครีเอสตาเฟน),  
 มีอาการอย่างรุนแรง (อะนาฟัยแลคติก-  
 ช็อค). เมื่อ ๖ เดือนก่อนหน้าเคยแพ้ครั้ง  
 หนึ่งแต่ไม่รุนแรง.

เอกสาร.

1. R.C. Bell (1956): Lancet, Sept. 1, 1956, 439.
2. W.B. Blanton & F.M. Blanton (1953): J. Allergy 24: 405, quoted by Lang & Clagett (1955.)
3. P. Chairatana : J.M.A.T., 37:1, 1945.
4. D. Eisenstadter, A.E. Hussar: Amer. Practit. 5, 783, 1954 quoted by Lang & Clagett (1955).
5. R.A. Kern, N.A. Wimberley: Am. J. Med. Sc. 226, 357, 1953.
6. L.P. Long, H. Clagett, Jr.: New England J. Med. 253, 652, 1955.
7. B.J. O'Driscoll Brit. Med. J., 2: 473, 1955
8. H. Welch, C.N. Lewis, I. Kerlan, L.E. Putnam: Antibiot. Chemother. 3: 891, 1953 quoted by Lang & Clagett (1955).

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรวยเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

(Summary of the fore-going Article)

## ANAPHYLACTIC SHOCK DUE TO ORAL PENICILLIN

Sunthorn Tantananda

M.B., F.C.C.P.

(Dept. of Internal Medicine)

A woman aged 38 was admitted on the 28 th, March 1956 with the complaint that after taking oral penicillin G (200,000 u.) at 7 p.m. she developed itching and burning in the throat and the lips swelled up. A few minutes later she felt oppressed in the chest and fell down from her seat. Radial pulse was weak and slow. There were salivation and dyspnea. About 15 minutes later both legs were painful and stiff. She felt tight and then painful in the abdomen. She then became semiconscious and thought she was dying. Two hours after onset she was cyanosed with impalpable pulse and weak heart sounds. The heart rate was 50 per minute. One cc. of adrenaline (1:1000) was given intramuscularly and methoxamine (20 mg.) and hydrocortisone orally. On admission 20 minutes later she was definitely cyanosed with blood pressure of 50/40 mm. Hg. Oxygen was given, and levarterenol bitartrate

(4 micrograms) in isotonic saline was given rapidly. She passed some loose mucous and bloody stool and complained of persistent abdominal pain. The body temperature was subnormal, pulse rate 100, respiration rate 36 per minute, and blood pressure 100/70 mm. Hg. The abdomen was hypertympanic. Total leucocyte count was 21,550 (64 per cent neutrophils, 36 per cent lymphocytes). Urine had albumin (one plus) and hyaline and granular casts and few red blood cells. The next day all symptoms subsided and the patient was discharged on the fourth day. She had received penicillin injection in 1947 and oral penicillin in 1951 without ill effects, but showed some allergic manifestation on taking penicillin G potassium (2 x 200,000 u.) 6 months prior to the present admission.

(Eight references)

na |

# การรักษารอคต์แข็งในปัจจุบัน

## วิกิจ วีรานวัตต์

พ.ด., M.P.H. (Trop. Med.), F.A.C.G.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ความหมายของโรคคืดแข็ง, มีแตกต่างกันมาก, ระหว่างในหมู่แพทย์ฝ่ายคลินิกและพยาธิแพทย์. มัลลอรี่ ให้คำจำกัดความของ เซอร์โรสส์ หรือโรคคืดแข็งว่าเป็น พยาธิสภาพของ คืด ที่มีการทำลายอย่างเรอริง, รวมกับการซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลาย, ทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำคืด และเกยวของกบการทำให้เลือดไปเลี้ยงคืดผิดปกติ. รอสส์ได้ให้หลักการเพื่อการวิเคราะห์โรคคืดแข็งโดยย่อว่า :

- ๑) มีการทำลายของเซลล์คืด.
- ๒) มีการเกิดของเยื่อพังผืดใหม่.
- ๓) มีการเจริญงอกงามใหม่ และฮัยเปอรเพลเซียของเซลล์คืดใหม่.

การแบ่งแยกโรคคืดแข็ง มีการแบ่งแยกโรคคืดแข็งออกไปมากมาย, แล้วแต่ผู้ชำนาญแต่ละบุคคล. การแบ่งอาจแบ่งตามสาเหตุ, กายวิภาค, พยาธิวิทยาของโรคนี้. โดยมากแพทย์ผู้ชำนาญย่อมแบ่งจำแนกโรคนี้แตกต่างกันไปแทบทุกคน. ประกอบกับโรคนี้ในระยะหลัง ๆ และบาง

รายมีพยาธิสภาพในคืด, ปรววิคิ, ต้นเหตุหลาย ๆ อย่างคล้ายคลึงกัน, จนไม่สามารถจะจัดให้อยู่ในกลุ่มใดได้. การแบ่งแยกโรคคืดแข็งในชน, จึงถือตามหลักการลงทะเบียนโรคคืดของสมาคมโรคทางเดินกระเพาะอาหารและลำไส้ของอเมริกาปี ๑๙๕๒. โดยแบ่งออกไปง่าย ๆ ดังนี้ :

- ๑) ปอร์คัล.
- ๒) โป้สท์ นีโครติค.
- ๓) บิลีเอรีย.

๔) แบ่งพวกไม่ได้, แต่ถ้าทราบต้องบอกไว้, เช่น คาร์คิแอคเซอร์โรสส์; เซอร์โรสส์จากขาดอาหาร, จากพยาธิใบไม้ในคืด, ฯลฯ.

โรคที่จะกล่าวในที่นี้ โดยเฉพาะในด้านการรักษา, จะมุ่งกล่าวในแง่ของการรักษารอคต์แข็งโดยทั่วไป. โดยมากเป็นพวกชนิดปอร์คัลซึ่งพบมากในบ้านเรา. ที่รองลงมาคือชนิดแข็งชนิดบิลีเอรีย, และที่น้อยที่สุดคือชนิด โป้สท์ นีโครติค ซึ่งในจำนวนผู้ช่วยจำนวน ๒๐๐ รายพบเพียง ๒

รายที่ได้รับการวินิจฉัย โดยการตรวจศพอย่างแน่นอน, ในพวกนี้จะไม่กล่าวถึงโรคภัยไข้เจ็บ ในกลุ่มที่ ๔ ก็จะไม่กล่าวถึงเช่นกัน.

การรักษาโดยทั่วไป การรักษาโดยทั่วไปในที่นี้ไม่ได้กินความหมาย ถึงการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของตับล้มเหลว (เช่น อาการโคม่า, มีน้ำในท้อง, อาเจียนเป็นโลหิต)

การพักผ่อน ในรายที่ไม่มีอาการมากมาย, เช่น บวม, มีน้ำ, มีอาการเหลือง, การพักผ่อนให้มาก เป็น เครื่องช่วย ทำให้อาการหายดีขึ้น. การให้ยารักษาและการให้อาหารจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากจนถ้าได้พัก. การตรวจสมรรถภาพของตับ, ควรทำเสีย หนึ่ง หรือสอง ครั้ง ก่อนการรักษา, เพื่อ เป็น แนวทางสำหรับ การ ดำเนิน ของ

โรคและการรักษาเท่าที่จะทำได้. จึงอยู่ การตรวจ สมรรถภาพของตับ แต่ละวันเป็นของที่ทำยากและกินเวลานาน, ถ้าจะทำให้หมด. ในแผนกอายุรศาสตร์ทำการศึกษาสมรรถภาพของตับในโรคตับแข็งโดยวิธีตรวจอยู่หลายวิธี. แต่สำหรับแพทย์อาชีวส่วนตัวการกระทำบ่อยมาก. ผู้รายงานมีความเห็นว่า "การทดสอบไอโอคีน" เป็นการตรวจที่ง่ายพอและทำได้ในสำนักงานของแพทย์. มีความมั่นคงพอ, และเปลี่ยนแปลงผลตรงตามภาวะของโรคของตับ, พอจะใช้เป็นเครื่องวัดการดำเนินของโรคได้.

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งด้วยวิธีทดสอบไอโอคีนครั้งแรก ๑๕ ราย, ต่อมาเพิ่มเป็น ๑๕๘ ราย, จนถึงปัจจุบัน. ผลปรากฏดังนี้:

ผล	115 รายแรก	43 รายเพิ่มเติม	รวม 158 ราย
4 +	44 ราย (38.2 %)	9 ราย	53 ราย
3 +	13 ราย (11.3 %)	8 ,,	21 ,,
2 +	21 ราย (18.3 %)	8 ,,	29 ,,
1 +	7 ราย ( 6.1 %)	8 ,,	15 ,,
ผลลบ	30 ราย (26.1 %)	10 ,,	40 ,,

เมื่อโรคของคหบดีมีอาการเลวลง, การทดสอบไอโอดีนจะให้ผลเร็วตามไปควย และคหบดีมีอาการผื่นบวมขึ้น. ดังตัวอย่างผู้ช่วยต่อไปนี้ :

นาย ช. มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันที่ ๒๐ พ.ค. ๕๘, โดยเป็นโรคคหบดีแข็ง (กลุ่มอาการ เย็นต). มีอาการคหบดีโต, ม้ามโต, ไม่มีน้ำในท้อง, ขาววมเล็กน้อย. ทดสอบไอโอดีนได้ผลลบ. ซี.ซี.เอฟ. ๓+; ท.เอฟ. ๓+ ต่อมามีอาการอาเจียนเป็นโลหิตตก ๆ กัน ๒ วัน. ใ้รับไว้ใน ร.พ. เมื่อวันที่ ๑๕ ก.ค. ๒๔๕๘. การทดสอบไอโอดีนผล ๒+; ๓๐ ก.ค. ๓+; ๒ ส.ค. ๓+. ผู้ป่วย อาเจียน เป็นเลือด ตก ๆ กัน ๓ - ๔ วัน. มีน้ำในท้องน้อย ๆ เพิ่มขึ้น และต่อ ๆ มามากขึ้นทุกที. ผ่าตัดเอาม้ามออก. ขณะผ่าตัดมีน้ำในท้องประมาณ ๔-๕ ลิตร. การทดสอบไอโอดีน ต่อมา, ๒ พ.ย. ๕๘ ผล ๔+; ต่อมา ๓๐ พ.ย. ๕๘. ผู้ป่วย หลังผ่าตัดคหบดี. น้ำคหบดี หายไป. ประมาณ ๓ เดือนต่อมา, ลดเป็น ๓+ ทำการตรวจซ้ำอีกหลายหน คหบดี ลดมาเป็น ๒+. ปัจจุบัน ผู้ป่วยสบายดี. แข็งแรงเป็นปกติ. การทดสอบไอโอดีน ๒ มี.ค. ๒๕๐๐ ๑+

จากการศึกษาที่ผู้รายงานได้ทำมาแล้ว

พอจะใช้การตรวจเป็นเครื่องวัดการดำเนินของโรคและการรักษาได้ก็พอใช้, ในที่ ๆ ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆเพียงพอ.

อาหาร อาหารในผู้ป่วยโรคคหบดีแข็งเช่นของจำเป็นอย่างยิ่งในต่างประเทศ. การให้อาหารในผู้ป่วยโรคคหบดีเป็นของง่าย, เนื่องจากความเจริญ ในด้าน อาหารวิทยา ของ เขามีสูตรอาหาร เฉพาะโรค และคำนวณ จำนวนแคลอรี ไว้ให้เสร็จ ใน อาหาร มอหน่ง ๆ. เปลี่ยนแปลงไปได้ทุกวันโดยมิให้ผู้ช่วยเข็โดยได้จำนวนแคลอรีสม่ำเสมอ. พาเทค และพวกให้คาร์โบไฮเดรต ๒๐๐ ถึง ๒๕๐ กรัม, โปรตีน ๑๕๐ กรัม, ไขมัน ๘๐ ถึง ๑๐๐ กรัม. อาหารไม่ควรมีกากมาก, ย่อยง่าย และไม่ระคายเคือง ต่อลำไส้. สำหรับในเมืองไทย, มีความลำบากเป็น อย่างยิ่งที่แพทย์จะจัดอาหารให้แก่คนไข้โรคคหบดีได้, เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ :

- ๑) ตารางอาหารของเรายังไม่ละเอียดเพียงพอ.
- ๒) ผู้ช่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคคหบดีเป็นคนจน. มีประวัติของการขาดอาหาร, โดยเฉพาะพวกที่มาจากภาคอีสาน, ชาวนา, ไม่สามารถหาเงินซื้ออาหารได้ ๆ ได้.

๓) ขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วย, เช่น พวกกินเจแล้วเป็นโรคตับแข็ง. พวกที่เคยกินแต่ปลาร้า, ข้าวเหนียว, ย่อมยากในการบังคับให้กินอาหารแปลกๆ และใหม่ต่อตัวผู้ป่วย. ทำให้กินอาหารที่เราแนะนำไม่ได้.

อย่างไรก็ตามที่ใ้ปฏิบัติมากก็เป็นแต่เพียงให้ผู้ป่วย กินอาหารที่มี โปรตีน และ คาร์โบไฮเดรตมากๆ, อาหารไขมันน้อยๆ. ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้เพราะไม่ถูกปาก, ผลประเพณีของตัวผู้ป่วย หรืออยู่ในภาวะที่เบื่ออาหารมากๆ, มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน, ก็ให้อาหารทดแทน เช่นการฉีด กลูโคสเข้าเส้น โปรตีนไฮโดรไลเซต, การให้อาหารทางจมูกโดยสายยาง, การให้ โปรตีน และวิตามิน ที่สำคัญแก่ร่างกายทางปากในรูปของยาสำเร็จรูป เช่น จิววาล-โปรตีน; เลคิแนค มี โซเดียมคลอไรด์เพิ่มเติม เป็นต้น.

การจำกัดไขมัน มีผู้ให้ความเห็นคัดค้านกันมากถึงปัญหาการจำกัดไขมันในผู้ป่วยโรคตับแข็ง. แต่เราอาจพอจะกล่าวได้ อย่างแน่นอนว่าในระยะที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน, ท้องเดิน, การลดจำนวนไขมันในอาหารลงเป็นของจำเป็นอย่างยิ่ง. แต่ไขมันเองก็

มีประโยชน์ในการเป็นอาหาร, เป็นแหล่งของวิตามินที่ละลายในไขมันเอง, และป้องกันอาการท้องผูก, ฉะนั้นทอัสส์และ ออฟเพนไฮม์มีความเห็นว่าควรจะลดในเมื่ออยู่ในระยะรุนแรงเท่านั้น.

การจำกัดสุรา ปัญหาเรื่องสุราเป็นต้นเหตุของตับแข็งหรือไม่, เป็นปัญหาที่ถกเถียงกันมานานแล้ว. ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งชนิดปอร์ทัล (๑๕ ถึง ๔๕ ปช.) ปรากฏว่ามีประวัติของการเสพยาสุราเรอริง (บอ-คัส). อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยของเราที่เป็นโรคตับแข็ง ชนิด ปอร์ทัลที่ได้อาการศึกษาค้นคว้า ๑๗๕ ราย มีประวัติของการเสพยาสุราเรอริง ๘๐ ราย (๔๕.๗ ปช.). ในจำนวนนี้มีชาย ๑๒๒ ราย, มีประวัติการเสพยาสุราเรอริง ๗๓ ราย (๕๙.๘ ปช.). แต่ในหญิง ๕๓ ราย มีเพียง ๗ ราย (๑๒.๓ ปช.). เท่านั้นทั้งในตารางรายละเอียดหน้า ๓๕๘

การศึกษาดัง ความสัมพันธ์ของแอลกอฮอล์ต่อตับ จนถึงปัจจุบันนี้ พอจะกล่าวได้ดังนี้ :

### ๑) มีฤทธิ์โดยตรงต่อตับ

ก) โคลโรฟอร์ม มีฤทธิ์ทำลายตับมากจนทำให้แอลกอฮอล์ทวย (โรเซนชิต).

ตารางแสดงประวัติของการเสพยาเสพติดในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

ชนิดพอร์ตัล ๑๗๕ ราย ตามอายุและเพศ

อายุเป็นปี	ชาย	ดื่มสุรา	หญิง	ดื่มสุรา
10 - 19	3	-	3	-
20 - 29	6	1	8	1
30 - 39	30	23	10	2
40 - 49	35	25	18	2
50 - 59	34	18	11	-
60 - 69	13	6	5	2
70 ขึ้นไป	1	-	2	-
รวม	122	73 (59.9 ปร.)	57	7 (12.3 ปร.)

ข) ในสัตว์ทดลองคอกหนู, ถ้าให้อาหารที่มีโปรตีนสูงและแอลกอฮอล์ จะเกิดขี้มีมันจุก. แต่หนคอนโทรลที่ไม่ได้กินแอลกอฮอล์จะปกติ (แอสเจอร์).

ค) มีการแทรกของเนอมนในบริเวณกลางโลบลของตับ, การตายโดยมีเลือดออก (เฮโมเรจิก นีโครซิส) และไฟโบรซิสในตับสันขั้วที่โปรตีนสูง และ-แอลกอฮอล์ (ไซคอปฟ์ และพวก).

ง) แคลทส์คินและเฮสเนอร์ พบว่าในผู้ป่วยที่ดื่มสุราจัดและเป็นโรคตับแข็ง, ถ้าให้สุราจะมีอาการดีขึ้น.

อย่างไรก็ตามแพทย์บางท่านก็ไม่สามารถจะทำให้สัตว์เกิดตับแข็งได้ โดยให้ดื่มสุรา มาก ๆ (มูน).

๒) จากการขาดอาหาร ในพวกที่ดื่มสุราเรอรั้ง จากการดื่มสุราเรอรั้ง ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร เพราะ.

ก) แอลกอฮอล์ ให้แคลอรีสูง.

ข) เบื่ออาหารจากกระเพาะอาหารอักเสบเรอรั้งในคนดื่มสุราจัด.

ค) มีอาการคลื่นไส้อาเจียนในวันรุ่งขึ้น. นอกจากนยังมีการขาด โคลิน ซึ่งเป็นสารไลโปโปรตีนในพวกนี้ด้วย.

โดยเหตุผลดังกล่าวแล้วเราจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยงดจากการดื่มสุรา โดยเด็ดขาด.

ยา ยาทึ่ใช้ ในการรักษาโรคตับ สามารถแย่งออกเ็นพวก ๆ ดังต่อไปนี้.

๑) ยาสะกัตคัย ทวิสต์ และ ออฟเพน-ไฮม์ ใช้ทุกรายโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด ๔ ล. ซม., ในระยะเฉียบพลันทุกวัน. จนกว่ามีอาการทางคลินิกดีขึ้นจึงเว้นมาฉีดอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง. อย่างไรก็ตาม บางท่านก็ไม่นิยมใช้ ในเมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทาน โปรตีน ทางปาก ได้มากเพียงพอ. ผู้รายงานได้พบผลเสียข้างประการ เช่น:

๑. อาการปวดมาก ผู้ช่วยทนไม่ได้.
๒. มีอาการเป็นลมพิษเกิดขึ้น, ผู้ช่วยไม่สามารถรับการฉีดต่อไปได้.

๒) การ ฉีด สะกัตคัย เข้า หลอด เลือด ผู้รายงาน ไม่เคย ทำการ ทดลอง ใช้นี้เลย. แล็บ (๑๕๔๗), วาลล์และพวก (๑๕๔๕) นิยมใช้มากและรายงานว่าได้ผลดี. เขาใช้ในขนาด ๑๐ ล. ซม. ละลายในน้ำเกลือ หรือ ๘๐-๒๐๐ ล. ซม. ของ ๕ ปช. กลโคส, ให้อาทิตย์ละ ๓ ครั้ง. ต่อมาจึงเพิ่มเป็น ๒๐ ล. ซม. อาทิตย์ละ ๕ ครั้ง. ข้อเสียก็คือ การมีไข้และอาการแพ้ทาง ค้านอัลเลอร์ยี.

๓) ยาพวกละลายไขมันจากตับ การ ใช้นี้สารที่ของกันหรือกำจัดไขมันที่มีอยู่มาก ในตับให้น้อยไป, ในปัจจุบันเรามียาจำพวก

นี้ ในท้อง ตลาดมากมาย ในแบบของ ยาฉีด และยารับประทาน. สารพวกโฆลิโนไมไร-โอินน์ และอินซิทอล, มีประโยชน์ในการ ยื้อกันการ เกิดโรคตับแข็ง ในสัตว์ทดลอง. ส่วนในด้านการรักษามีผู้นิยมใช้มากในปัจ-จุบัน แต่ผลของการใช้ยาจำพวกนี้ ในแต่ละ รายงานไม่เหมือนกัน. ยาพวกนี้จะมีประ-โยชน์ดีในระยะแรก ๆ ของโรคตับแข็ง, ใน ขณะที่ยังโต และมี ไขมัน มาก (คินเชลล์ และพวก ๑๕๔๘, บีมส์และ เอนคิคอทท์ ๑๕๔๖, บีมส์ ๑๕๔๖). ขนาดของยาที่ ใช้นี้ คือ ประมาณ ๓ กรัมต่อวัน. ผลได้ โดยฤทธิ์ที่ ช่วยในการสร้าง ฟอสโฟไลซิค และกำจัดไขมันออกจากตับ.

๔) วิตามินต่าง ๆ เนื่องจากตับที่ ขำรุก ไม่สามารถ จะสร้าง หรือเก็บวิตามิน ได้ตามปกติ, โดยเฉพาะวิตามิน เอ, เค., และที, นอกจากนวัตินบี, ยังถูกเก็บใน ตับ, การให้วิตามินรวมทางปาก หรือ ฉีด จึงเป็นสิ่ง ที่ควร ให้ในผู้ป่วย ที่เป็น โรคตับ แข็ง. ในผู้ป่วยที่ไ้เห็นมา การขาดวิตามิน เอ, บี ๑, วิตามินเค, ได้ปรากฏในผู้ป่วย โดย มีอาการแสดงด้านคลินิก อยู่บ่อย ๆ, เช่น อาการทางผิวหนัง, อาการชา และ ตกเลือด. นอกจากนั้นการขาดไรโบฟลาวิน,

ในอาซิน ก็ยังพบได้ในบางราย. วิตามิน บี ๑๒, ถ้าให้ขนาดสูง ๆ ก็เป็นสารไลโปโทรปีคอย่างหนึ่ง, จึงมีผู้นิยมให้กันอยู่เสมอ.

๕) ยาพวกสเตอรอยด์คอร์ติซอล ผู้รายงาน ได้มีโอกาส ใช้นาน ในการรักษาโรคตับขางราย โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน, เช่น อาการโคม่า, ตกลือดอย่างมาก, มีน้ำในท้องซึ่งจะกล่าวต่อไปในตอนหลัง. ในรายของโรคตับแข็งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน, ผู้รายงานไม่ได้มีโอกาส ใช้นานเนื่องจากยานี้มีราคาแพง และตามวารสารต่างประเทศที่ได้อ่านศึกษาไว้แล้วไม่ปรากฏว่าได้ผลดีอะไรนัก, ผลไม่แน่นอนฤทธิ์ของยานี้สเปคัลเบร็กเซอร์วาเกิดจากผลในการลดการอักเสบและเอกซุเทท รอย ๆ ที่ขนาดเล็ก ๆ. ทำให้ขนาดไหลผ่านสะดวกขึ้นมากกว่าที่จะช่วยเพิ่ม การขับถ่ายของบิลิรูบินโดยเพิ่มจำนวนของน้ำ หรือเพิ่มความเข้มข้นในน้ำ. อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้จากการใช้ยาจำพวกนี้คือ:

- ก) ในรายที่มีอาการเบื่ออาหารมากๆ, จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น.
- ข) การเจ็บในตับ ในรายที่มี การตายของเซลล์ตับมาก ๆ หรือการอักเสบร่วม

ด้วยจะทุเลาลง.

ค) ในรายที่มีอาการเหลือง, อาการเหลืองจะลดลง.

ง) ทำให้มี กลัยโคเจน ในตับเพียงพอ (ลองกและพวก).

แต่ยานี้มีข้อเสีย คือ:

ก) ทำให้ระดับ โซเดียม สูงขึ้น และไปกดเซียมในเลือดต่ำลง ซึ่งภาวะอันนี้กพบอยู่แล้วในโรคตับแข็ง.

ข.) คอร์ติซอล ในสัตว์ทดลอง ทำให้เกิดไขมันในตับได้.

ค) ยานี้ช่วยเพิ่ม คาคา โปลิสม์ ของโปรตีน ทำให้เกิดการผิดปกติของสมดุลโปรตีน.

อย่างไรก็ตามโดยมากผู้รายงานและผู้อื่นแนะนำให้ใช้ในขนาดดังต่อไปนี้:

เอ.ซี.ที.เอส. ๒๐-๔๐ หน่วย เข้าหลอดเลือดซ้ำ ๆ ใน ๘ ชม. แรก ต่อไปฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๔๐-๑๐๐ หน่วยต่อวัน; หรือให้คอร์ติซอลทางปาก ๑๐๐ มก. ต่อวัน. หรือไฮโดรคอร์ติซอล ๔๐-๖๐ มก. ต่อวัน.

๖) การให้โปรตีนเพิ่มเติม เนื่องจากในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง โดยทั่วไปมีอาการขาด โปรตีน ในซีรัม ของผู้ป่วย. เนื่องจากตับไม่สามารถสร้าง โปรตีนได้เพียงพอ, การรับประทานอาหารที่มีโปรเท

อันน้อยเกินไปในรายทมอาการเบื่ออาหาร, การสูญเสียโปรตีนจากน้ำในท้องตลก เจาะออกเหล่านเช่นคน, จึงเป็นการจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องรักษา สมคผล ในโตรเงิน, เพอรักษาอาการที่เกิดจากการขาดโปรเท-

อิน. ในผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิดต่าง ๆ ของ ผู้รายงาน ๑๗๓ ราย, มีชรมอลบิวมินโดย เฉลย ๒.๘ กรัม ๒๗., ชรมไกลบิวลิน ๒.๗ กรัม ๒๗., โปรเทอินรวมเฉลย ๕.๕ กรัม ๒๗.

ตารางแสดงชั้ร้โปรเทอินในผู้บ่วย 173 ราย ด้วยโรคตับแข็งชนิดต่าง ๆ		
จำนวนเบ็นกรัมเปอร์เซ็นต์	อัลบิวมิน (ราย)	ไกลบิวลิน (ราย)
1.0 - 1.4	3	20
1.5 - 1.9	15	29
2.0 - 2.4	35	21
2.5 - 2.9	36	26
3.0 - 3.4	29	31
3.5 - 3.9	29	19
4.0 - 4.4	14	17
4.5 ขึ้นไป	12	10
รวม	173	173

จากตารางข้างบน เราพอจะกล่าวได้ ว่าชรมอลบิวมินต่ำมาก ที่สูงเกิน ๕.๐ ขึ้นไปมีเพียง ๒๖ ราย ใน ๑๗๓ ราย เท่านั้น.

โดยเหตุนี้การให้สาร โปรเทอินช่วยจึง เป็นของจำเป็นอย่างยิ่ง. โดยเฉพาะในราย ที่ไม่มีอาการของคยลัม เช่น อาการโคมา ในระยะนี้เราจำเป็นต้องจำกคอาหารโปร- เทอิน, เนื่องจากคยอยู่ในระยะที่สามารถ จะเปลี่ยนแอมมิโนแอซิด ให้เป็นแอมโม-

เนีย และในทสคเป็นยเรี่ยช้ถ่ายไปได้. โดยมากการให้โปรเทอินเพิ่มทางปาก, ใน ท้องตลาดมีจำหน่ายเช่นเลคิแนค, โปรติ- นาล. การฉีกเข้าหลอดเลือดอาจเป็นพวก อะไมเจิน, อะมิโนซอล, ชังมกลโคส ประมาณ ๕ ๒๗. ปล่อยให้ได้. ขอเสยกคช พวกทฉีกเข้าหลอดเลือดอาจมีปฏิกริยาหลัง ฉีกเกิดชน.

#### การรักษภาวะแทรกช่อน

ภาวะแทรกช่อนที่สำคัญกคช การเกิด

มาน้ำในท้อง, อาเจียนเป็นโลหิต, อากาโรโคมา และอาการคัน.

การเกิดมาน้ำในท้อง ก่อนอื่นผู้บรรยายขอกล่าวถึงกลไกของการเกิดน้ำในท้อง, เทาที่ผู้ใดทำการศึกษามาจนถึงปัจจุบันตามปกติในช่องท้องเปลี่ยนที่ก้นในพลาสมาได้เสมอ. แรงดันเลือดของค่านหลอดเลือดแดงส่วนต้นของแคปซิลลารี ถ้าสูงกว่ากำลังที่จะคานาของ โปรเทอีน ในเลือดแล้วจะทำให้มีน้ำซึมผ่านที่ผนังของหลอดเลือดแคปซิลลารี, ซึ่งตามปกติโปรเทอีนจำนวนน้อยจะผ่านออกไปด้วย. เมื่อเลือดไหลผ่านส่วนปลายตรงเป็นหลอดเลือดดำ, แรงดันของโปรเทอีนในหลอดเลือดดำสูงขึ้น, น้ำก็จะซึมกลับเข้ามาที่ท่อออกไป.

ในการเกิดน้ำในท้อง แรงดันของโปรตีนแคปซิลลารี จะทำให้น้ำเข้าสู่ช่องท้อง, ฝกด้วยแรงดันฮัยโดรสแตติกในช่องท้องจะท้องสูงกว่าแรงดันออสโมติกของโปรเทอีนของน้ำเหลืองฝกด้วยแรงดันคอลลอยคอสโมติกของช่องท้อง. เหตุที่ฮันเป็นทัวสำคัญในการเกิดน้ำในช่องท้อง.

การเกิดน้ำในช่องท้องเกี่ยวกับสิ่งดังต่อไปนี้:

๑) แรงดันของหลอดเลือดดำปอร์ทัลสูง. ปกติ ๘ ม.ม. โปรท (๑๑๐ ม.ม. น้ำ). เป็นส่วนประกอบอย่างหนึ่งที่ทำให้มีน้ำในท้อง. แต่ไม่ใช่สาเหตุสำคัญทกรายไป. ยังมีสาเหตุอื่นอีกมาก ดังจะได้อธิบายต่อไปมีเหตุผลดังต่อไปนี้:

(๑) การทดลองออกหลอดเลือดดำปอร์ทัลในสัตว์ไม่ทำให้เกิดน้ำในท้อง.

(๒) ในคน, การผ่าตัดหลอดเลือดดำปอร์ทัล ในการรักษาโรคเนื้องอกของตับอ่อน, ไม่เกิดน้ำในท้อง.

(๓) ผู้ช่วยที่มีโรคแรงดันของหลอดเลือดดำปอร์ทัลสูง, สาเหตุจากเนื้องอกตับหรือในตับ, ไม่มีน้ำในท้องเสมอไป.

จำเป็นอย่างหนึ่งที่จะต้องมีการเสื่อมสมรรถภาพของตับร่วมอยู่ด้วยจึงทำให้เกิดน้ำในท้อง เช่นการมีโปรเทอีนในพลาสมาต่ำ, เช่นการกระทำโดยเอาแผ่นเซลโลเฟนปิดบริเวณหลอดเลือดคอนเฟเรอว์ วนาเควาในช่องคลอดทำให้เกิดการคั่งของเลือดในตับและสมรรถภาพของตับเสื่อมลง. แรงดันของเลือดดำในเฮพาทิก และปอร์ทัลสูงขึ้น และมีน้ำในท้อง. การเกิดน้ำในภาวะนี้เข้าใจว่า เนื้องอกมาจากมีลิมฟ์จากตับเกิดมากขึ้น (โวลไวเลอร์ และพวก ๑๙๕๐). เบียร์แมน และ ฮัล (๑๙๕๒) พบว่าถ้าทำให้

คยเสื่อมสมรรถภาพแล้ว หรือมีภาวะโปร-  
เทอนในเลือดต่ำ, ออกหลอกเลือดต่ำ ปอร์-  
คัลจะเกิดน้ำในท้องได้.

๒) โปรเทอนในเลือดต่ำ, เนื่องจาก  
คยสร้างโปรเทอนน้อย, โดยเฉพาะอัลบิว-  
มิน, การรับประทานไดโนอยหรือเสียโปรเท  
อนเช่นการตกเลือด.

๓) อาจเนื่องจากการทแอนตโดยเวตค  
ซอร์โอมิน ถูกทำลายน้อยลงโดยคย, หรือ  
มอตรนลคคอรตกลซอร์โอมิน (อัลโคสเทอ-  
โรน) ออกมามากกว่าปกติ หรือถูกทำลาย  
น้อยกว่าปกติทำให้เกิดสาเหตุข้อ ๔ คือ:

๔) การคังของโซเคยม จาก (๓)  
หรือจากไตมีสมรรถภาพน้อยลง, เนื่องจาก  
มีความคันใน ซองทอง กคยนหลอกเลือดค้ำ  
ของไต, และโลหิตไปสู่ไตเองน้อยลง  
(เลสลและพวก ๑๕๕๑).

๕) การเปลี่ยนแปลงเกยวคยนำหลอง  
จากคยมีเลือดมาคังหรือการคกคันของทาง  
คินนำหลองขริเวณเยอขทองเพอริโตเนม  
โดยไฟบริน, หรือจากนำหลอง จากคยเกิด  
คยมากเกินไป.

๖) การเปลี่ยนแปลงในความซึมของ  
หลอกเลือดคยอย ๆ จากขาคอาหาร คกคย  
เงิน.

การรักษาการมีน้ำในท้องในโรคตับ  
แข็งเรถอหลกคังน :

(๑) ให้อาหารทมเกลอนอย. เนื่องจากมี  
การขยถ่ายของ โซเคยม ในข้สสารวะน้อย  
มากในโรคคยแข็ง, และมีการคังของ โซ  
เคยมมากในร่างกย, จึงควรให้เกลอไม่  
เกิน ๐.๕ ถึง ๑ กรัม ค่อวัน. ทำได้ขย  
เนื่องจากรสอาหารไม่อร่อย และอาหาร  
ขยคณคเราก้ไม่ทรยว่ำจำนวนเกลอเท่า  
ใด. จึงเป็นเรองล่ำขยอกขยงมากแก่แพทย  
ผู้รคษา. นอกจกจะขยอให้ขย้วยระพธาน  
อาหารจค ๆ เท่านั้น.

(๒) การให้ขยพวก เคไตออนเอกซ์เซนจ์  
เรซิน. เพอจะก้ำจคโซเคยมไอออนในล่ำใส  
ร่วมกขการให้อาหารรสเค็มน้อยๆ. จะขย  
ลคจำนวนของ โซเคยม ทรยระพธานลงไป.  
ผู้รยงนได้ มี โอกาสใช้คาร์โบเรซิน คว  
อย่งจกขริขท้อไลลิลล, ในขนาค ๘ กรัม-  
๑๕ กรัม, วันละ ๓ ครั้ง, ในขย้วยรวม  
๕ คนคยวกันไม่ปรากฏผลลคเท่าใด. ขอเสย  
คคือ:

๑. ราคาแพง.

๒. รับประทานขยกร รสไม่อร่อย และ  
ขย้วยขยงคนกินไม่ได้.

๓. ใช้นาน ๆ อาจเกิดการขาดแคลน-  
เซียม, โปแตสเซียม, ผลิตไรต์ และโซ  
เดียม.

(๓) การแก้โปรตีนที่ต่ำลงในเลือด โดย  
ให้อาหาร และ โปรตีนเพิ่ม ทั้ง กล่าว มา  
แล้ว, หรือการให้เลือดในรายที่มีเลือดจาง  
ร่วมด้วย. การให้ซอร์บิตอลปริมาณที่เหมาะสม  
และเมกลอนอยของคน, เข้าหลอดเลือดวัน  
ละ ๔-๘๐ หน่วย (คนแก่ และพวก) กล่าว  
ว่าได้ผลดี ๑๔ รายใน ๑๕ ราย ที่ทำการ  
รักษา. อย่างไรก็ตามเราไม่สามารถจะขอ  
หาในตลาดของเราได้ และเป็นสิ่งที่มราคา  
แพงมาก.

(๔) การเจาะน้ำในท้อง. เมื่อมีอาการแน่น,  
มีการแทรกแซงทาง ระบาย หายใจ และหัวใจ  
เนื่องจากเกิดการเกิดนามากในช่องท้อง, การ  
เจาะท้องเอาน้ำออกเป็นประโยชน์และจำเป็น  
อย่างยิ่ง, เพื่อประโยชน์ในการช่วยให้  
สมรรถภาพของไตดีขึ้น, และการไหลเวียน  
ของเลือดในช่องท้องดีขึ้น. แต่ผลเสียก็  
ย่อมเกิดขึ้นเช่นเคยวณ. ขอเสียมคง  
ต่อไปน:

ก) การ สูญเสีย โปรตีน จาก น้ำใน  
ช่องท้อง. ได้ทำการศึกษานาที่ใดจากการ  
เจาะน้ำ ในท้อง ในผู้ป่วย ที่เป็นโรค คับแข็ง

๕๕ ราย ได้ปรากฏผลดังนี้:

ความถ่วงจำเพาะ ส่วนมากต่ำเพราะ	
เป็นทรานซูเคท	
ความถ่วงจำเพาะต่ำกว่า	
๑.๐๑๖	รวม ๘๓ ราย
๑.๐๐๔ - ๑.๐๐๖	๒๒ ราย
๑.๐๐๗ - ๑.๐๐๕	๓๑ ราย
๑.๐๑๐ - ๑.๐๑๒	๒๖ ราย
๑.๐๑๓ - ๑.๐๑๕	๔ ราย
ความถ่วงจำเพาะสูงกว่า	
๑.๐๑๖ ขึ้นไป	รวม ๑๒ ราย
๑.๐๑๖ - ๑.๐๑๘	๗ ราย
๑.๐๑๕ - ๑.๐๒๑	๒ ราย
๑.๐๒๒ - ๑.๐๒๔	๑ ราย
๑.๐๒๕ - ขึ้นไป	๒ ราย
(๒ รายนมค่า ๑.๐๒๕ และ ๑.๐๓๐)	

เฉพาะรายที่ความถ่วงจำเพาะ ๑.๐๓๐,  
ผู้ป่วยเป็นหญิงจีน นาง จ.; อายุ ๑๘ ปี;  
มีน้ำในท้องและน้ำในช่องปอด. ตาเหลือง  
ปานกลาง. กษนอคเคอร์ส ๓๓.๘. นาทไต  
ขึ้นเล็กน้อย, สีเหลือง, ความถ่วงจำเพาะ  
๑.๐๓๐. ได้ทำการตรวจศพ ปรากฏเป็น  
ทัยแข็งชนิดปอร์ทัล.

โปรตีนของน้ำในช่องท้อง, ผลค่าที่  
สุก ๔๑๓.๘ มก. คอ ๑๐๐ ล.ชม. ของ

ชวม. ผลสังสุก ๒.๗ กรัม ปช. ของชวม.  
ผลเฉลี่ย ๑.๖๒๓ กรัม ปช.

ถ้าเราคิดอย่างหยาบ ๆ, ถ้าเจาะนำ  
ออกจากท้องผู้ป่วยประมาณ ๔ ลิตร, ใน  
การเจาะนำออกจากร่างกายครึ่งหนึ่ง ๆ ผู้  
ป่วยต้องเสียโปรตีนไป ๖๔ กรัม. ในขณะที่  
ที่ผู้ป่วยมีภาวะขาดโปรตีนอยู่แล้วย่อมมี  
เป็นจำนวนไม่น้อย.

ข) นอกจากการสูญเสียโปรตีน,  
การเจาะท้องยังทำให้เกิดการสูญเสียสาร  
เคมีอื่น ๆ เช่น ผลอโรก, โซเดียม, โปแตสเซียม,  
กลูโคส เป็นต้น:

ค) อาจเกิดอาการช็อคขณะทำการ  
เจาะ, หรือที่เรียกว่าเวโล - เวกัล ช็อค,  
จากนำออกเร็วเกินไป มีความคันในออร์-  
กานข้างขวาเกิดขึ้นเร็ว.

ง) ตกเลือดจากการเจาะ หรือการมี  
อินฟิซัน แทรกซ้อนจากการกระทำบ่อยๆ  
และไม่สะอาดพอ. ทำให้เกิดเยื่อท้องอักเสบ  
เรื้อรัง, หรือมีการทะลุของลำไส้.

จ) ภาวะโซเดียมต่ำ, ทดแทนได้โดย  
การให้เลือด.

ฉ) การเกิดโคมาภายหลังเจาะ. ผู้  
รายงานได้มีโอกาสพบผู้ป่วย ๒ รายที่ถึง  
แก่มีอาการโคมา ๒ - ๓ ชม. ภายหลัง  
เจาะ. ไม่มีผู้ใดทราบกลไกของการเกิด

ภาวะนี้ที่แน่นอน. อาจเนื่องจากการสูญเสีย  
เสียมาก, ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงใน  
การไหลเวียนของเลือด, ทำให้คัมพุนา  
เลวลงไปกว่าเท่าจนเกิดอาการชน. ดังตัว  
อย่างผู้ป่วย โคมา ภายหลังเจาะ ๒ ราย คือ:

รายที่ ๑ ผู้ป่วยชาย; ไทย; นาย ร.ภ.;  
อายุ ๔๑ ปี; เลขที่ภายนอก ๑๔๕๕๗.๕๒;  
ภายใน ๓๔๐๔.๕๒. อาการสำคัญเมื่อมา  
ตรวจที่ห้องตรวจโรคภายนอกว่า, ท้องบวม  
มานาน ๑๕ วัน. แพทย์ตรวจพบว่ามา  
ในท้องจากโรคตับแข็ง. ได้ทำการเจาะท้อง  
ที่ห้องตรวจโรคภายนอกเมื่อวันที่ ๑๕ เม.ย.  
๕๒. ภายหลังจากเจาะนำในท้องในวันนั้นผู้ป่วย  
มีอาการมากต้องให้ออนห้องแพทย์เวร มี  
ถ่ายอุจจาระดำ และอาเจียนเป็นเลือด ๕๐-  
๖๐ ล.ซม. ในตอนเช้าวันรุ่งขึ้นประมาณ  
๗.๐๐ น., ผู้ป่วยมีอาการซึมทันทีหลัง  
เจาะ, และค่อย ๆ ซึมมากเข้าสู่ระยะโคมา.  
ถึงแก่กรรมในวันที่ ๓ หลังรับ. โดยไม่ได้  
อาเจียนเป็นเลือดออกมาอีก.

รายที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย; นาง ท.ย. อายุ  
๓๖ ปี; เลขที่ทั่วไป ๓๗๒๐๖.๕๔; เลขที่  
ภายใน ๑๓๓๑๒.๕๔ รับไว้ใน ร.พ. เมื่อ  
วันที่ ๑๔ ธ.ค. ๕๔ โดยมีอาการสำคัญว่า,

ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งมาประมาณ ๕ เดือน. ๒ เดือนก่อนมา ร.พ., ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน ร.พ. และทำการเจาะน้ำไตน้ำสฟิงจากช่องท้อง ๖๐๐-๗๐๐ ล.ซม. ผู้ป่วยจึงกลับบ้าน. ๔๗ วันก่อนมา ร.พ., ผู้ป่วยได้รับการเจาะน้ำจากแพทย์ภายนอก. หลังจากเจาะเอาน้ำออก ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก. ต่อมาไม่รู้สีกตัว, พุงจางไม่รู้เรื่อง, ถ่ายอุจจาระ ขี้สสารออกมาเอง. ผู้ป่วยนอนไม่รู้สึกตัวอยู่ ๔ วัน. ได้รับการรักษาจากแพทย์ฉุกเฉิน. ต่อมาจึงได้รับการเจาะท้องอีก ๒ ครั้งจากแพทย์ต่างจังหวัด. ไม่ปรากฏอาการอันใด. วันก่อนมาอยู่ ร.พ., ผู้ป่วยได้มารับการเจาะท้องจากแผนกตรวจผู้ป่วยนอกของ ร.พ. น. เจาะน้ำออกประมาณ ๗๕๐ ล.ซม. ผู้ป่วยเพลียมากจึงนอนอนพักค้างคืนที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก. ตอนกลางคืนนอน ๑.๐๐ น., ผู้ป่วยหมดสติไม่รู้สีกตัวและได้รีบเข้ารักษาใน ร.พ., ผู้ป่วยโคมาอยู่ ๖ วัน จึงถึงแก่กรรม.

อย่างไรก็ตาม การเจาะท้องก็นับว่ามีความจำเป็นอยู่มากในรายที่อาการแน่นท้องมาก, และจะช่วยทำให้ไตมีสมรรถภาพขึ้นเมื่อใดลดความดันในช่องท้องลง.

(๕) การใช้ยาขับขี้สสาร มีประโยชน์มากในการลดอาการบวมและการเกิดน้ำในช่องท้อง, ยาเมอร์คิวซัยครินในปัจจุบันเป็นที่นิยมใช้กันอยู่มาก. ให้ขนาด ๑ ถึง ๒ ล.ซม., เขากลามสี่ป้าหัดละ ๑-๒ ครั้ง. การฉีดเขา หลอด เลือด เคยมี ปรากฏว่ามอันตรายถึงชีวิตมาแล้ว. ไฮโอเมอร์ริน ๑ ล.ซม. เข้าไตผิวน้ำก็ไดผลดี. การใช้ยาระบายประทุกันทางปาก เช่น นีโอซัยคริน ไม่ใคร่มีประโยชน์ในการขับขี้สสารมากนัก.

การรักษาโดยการผ่าตัดคั้น, เลือดทำเฉพาะในรายที่มความดันในระบยปอร์ทัลสูง. รายที่มแต่น้ำในท้องอย่างเคียว, การผ่าตัดไม่ได้ผลอะไร.

การรักษาอาการตกเลือด การตกเลือดโดยมากในโรคตับแข็งมักเนื่องมาจากการ วมความดันในระบยปอร์ทัลสูง. ลิทชแมนพบว่ามี ๘๕ ปช. ของผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคนี้มีหลอดเลือดค้ำชอกที่หลอดอาหาร. ในจำนวนน ๑๐ ปช. ตายจากเส้นโลหิตค้ำชอกแตก. ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยที่มอาการตกเลือดจะตาย ในการตกเลือด ครั้งแรก. ๓๕ ปช. ของผู้ป่วยที่ตายเพราะตกเลือด, เคยมีประวัติของอาการอาเจียนเป็นเลือดมาก่อนแล้ว.

### สาเหตุของแรงดันเลือดสูงในหลอด เลือดดำปอร์ทัลของโรคตับแข็ง.

๑) ปอร์ทัลวาสคิวลาร์เบคคณน้อยลง และผิดปกติไป.

๒) จากความกดดันของไหลของเซลล์ตับที่เพิ่มขึ้นใหม่.

๓) เกิดมีการติดต่อบริเวณแขนงของ หลอดเลือดแดงเฮพาทิก กับหลอดเลือดดำ ปอร์ทัล. ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดเฮพาทิกซึ่งสูงมากแผ่เข้าไปในระบบปอร์ทัล. ทำให้แรงดันสูงขึ้น.

### การพิจารณาโรค

เมื่อมีแรงดันระบบปอร์ทัล ค่อย ๆ สูงขึ้น อยู่นาน ๆ ผู้ป่วย จะเกิด มีหลอดโลหิต ขอบ ความคดแฉกเทอรัลต่าง ๆ. และทำให้มีการตกเลือดจากแวลริคซ์ ของ หลอดอาหาร, ซึ่งเป็นภาวะที่น่ากลัวอันตรายมาก. การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการตกเลือดจากทางเดิน กระเพาะอาหาร, เป็นเรื่องรีบด่วน. ปัญหาแรกก็คือการวินิจฉัยโรค ที่ถูกต้องว่าน่าจะเป็นการตกเลือดจากแวลริคซ์ เป็นของยากใน บางราย. โดยทั่วไปถ้ามีประวัติที่แน่นอน ของการเป็นโรคตับแข็งมาก่อน, มีบวม, มี น้ำในท้อง, เทนแลงจิเอคเทสิส ฯลฯ หรือ

อาการอื่น ๆ ของโรคตับ, การวินิจฉัยโรค ก็เป็นของง่าย, แต่ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง บางรายอาจไม่มีอาการและอาการแสดงของ โรคตับแข็งอื่น ๆ มาก่อนเลยแม้แต่เล็กน้อย. มี อาการเป็นเลือดมาขึ้นอาการแรก. ทำให้ เข้าใจว่าเนื่องจากโรคแผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้. ผู้รายงานได้พบว่า, การใช้การ ตรวจสมรรถภาพของตับโดยน่ายาไอโอดีน, ซึ่งกินเวลาเพียง ๒ นาที จะช่วยได้มาก. โดยทำให้เราสงสัยว่าการตกเลือด น่าจะมาจากโรคของตับ, โดยเฉพาะมีแวลริคซ์, เนื่องมาจากปอร์ทัลซัยเปอเรนชัน, ถ้าได้ ผลบวกแม้แต่หนึ่งบวกขึ้นไป. ในโรคที่มี อาการเป็นเลือดจากโรค ที่เป็นแผลจาก กระเพาะอาหาร, ลำไส้, มะเร็งของกระเพาะ อาหาร, กระเพาะอาหารอักเสบ, รวม ๖๖ ราย, การตรวจทดสอบไอโอดีนให้ผลลบทั้ง สิ้น, แต่ถ้าออกจากโรคตับ เช่น ตับแข็ง, มะเร็งของตับ, ให้ผลบวก ๒๒ รายใน ๒๗ ราย ดังตัวอย่างผู้ป่วยต่อไปนี้ :

รายที่ ๑ นาง ป. เลขที่ภายใน ๕๖๒๖. ๕๘, อายุ ๓๑ ปี, รัยไว้ใน ร.พ. เมอวนท์ ๑ก.ค. ๕๘. โดยมีอาการสำคัญว่าอาเจียน เป็นเลือดอยู่ ๑ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยไม่ มีการ ตรวจ พบไปทางโรคตับนอกจากนม

มีนมโต ๒ นมมอ, จากชายโครงซ้าย, ไม่  
ขวม. การตรวจการทศสอยไอโอดีนได้ผล  
หนึ่งขวก. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ,  
ให้ผลว่าเป็นโรคแขนง. ตรวจเอกซเรย์พบ  
หลอดเลือดดำของทศสอยอาหาร.

วายุที่ ๒ หญิงไทย อายุ ๖๒ ปี; เลขที่  
ภายใน ๕๗๕๔.๕๕. รั้วไว้ใน ร.พ. เมื่อ  
วันที่ ๒ ก.ค. ๕๕, โดยอาการสำคัญว่า  
อาเจียนเป็นเลือดประมาณครึ่งกระโถน.  
การตรวจพบ, ผู้ป่วยไม่ขวม, ไม่มีน้ำใน  
ท้อง, ไม่มีอาการเหลือง, ไม่มีหลอดเลือด  
โป่งบริเวณหน้าท้อง. รับประทานได้ ๒ นมมอ,  
ขอมเวียง. ได้รับความวินิจฉัยว่าเป็นแผล  
เพพติกมีเลือดออก. ตรวจการทศสอย  
ไอโอดีน, ผลสองขวก. จึงสงสัยว่าเป็นโรค  
ของตับและมีความดันปอร์ทาลสูง. ถ่ายภาพ  
รังสีพบหลอดโลหิตดำของทศสอยอาหาร. ทำ  
การเจาะตัดตับเพื่อตรวจ, ได้ชิ้นเนื้อมา  
ตรวจพบว่าเป็นโรคตับแข็ง.

สิ่งที่ได้กล่าวมาน, การทศสอยไอโอดีน  
ได้ประโยชน์ต่อผู้รายงาน มากภายใน  
การทำการทศสอย, เพื่อช่วยในการ  
วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและนำไปสู่การรักษา  
ที่ถูกต้องด้วย.

### การรักษาโดยทั่วไป

๑) การรักษาช็อค. คือการให้เลือด,  
การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เช่นพวก  
นอร์อิพิน, การให้ยาระงับความกระวน  
กระวายและอื่น ๆ.

๒) การใส่ขอลงไปกักข่นหลอดเลือด  
ที่โป่งพอง (เช่นสตาเคน ขอลง). ผู้รายงาน  
งานได้ปรึกษาคลีแพทย์ใส่ขอลงใส่, ไม่  
ได้ผลทั้ง ๒ ราย, เนื่องจากรายหนึ่งตาย  
ขณะใส่. อีก ๑ รายตายเพราะเลือดออกไม่  
หยุด และภาวะผู้ป่วยเลวมากแล้วก่อนจะมา  
หาเรา ณ โรงพยาบาล.

๓) การผ่าตัด. โดยการแบ่งเลือด  
จากระบบปอร์ทาลสู่ระบบซีเอ็ม. มีหลาย  
วิธีด้วยกัน ผู้รายงานทางคัลลิกวรมจะ  
ได้กล่าวโดยละเอียดถึงแต่ละวิธี, และผลคิ  
ร้ายของการผ่าตัด, ตลอดจนการเลือกผู้  
ป่วยสำหรับการผ่าตัด (ดูในรายงานเรื่อง  
ต่อไป.)

อย่างไรก็ตาม ผลจากการรักษาโดย  
การรักษาตามอาการ, คือการรักษาการ  
ช็อค, การให้เลือดแทนที่, การรักษาทาง  
ยา, ผลย่อมขึ้นอยู่กับจำนวนเลือดที่ออก,  
ภาวะที่ผู้ป่วยมาหาเรา, ความสำเร็จการทศ  
สอย, ยังมีประวัติของการทศสอยมาก่อน,  
ผลของการรักษาย่อมเลวลงตามไปด้วย.

ในผู้ช่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด และมา ร.พ., ๓๕ รายมีอาการโคมาาร่วมกับอาเจียนเป็นเลือด ๑๐ ราย. พวกที่มีอาการโคมาาร่วมด้วยถึงแก่กรรม ๕ ราย, รอด ๑ ราย. พวกที่ไม่มีอาการโคมาาร่วมด้วย ๒๔ ราย, ผลของการรักษาปรากฏว่า, ต่ำในการ ตกเลือด ครั้งแรก. ๑๐ ราย, รอดจากหนแรกมาแล้ว ตายหนที่สอง ๑ ราย. ตายหนที่สาม ๒ ราย, ตายหนที่สี่ ๑ ราย.

### การรักษาอาการโคมา เนื่อง จากโรคตับแข็ง

ตามปกติ อาการโคมา มี การพยากรณ์โรคที่เลวมาก. ไชเค้นและพวก (๑๙๕๖) พบว่าผู้ช่วยตายถึง ๓๘ ราย ใน ๓๕ ราย. สจวอทซ์ และพวก (๑๙๕๓) พบตาย ๒๐ ใน ๒๒ ราย. ฉะนั้นการรักษาเป็นเรื่องที่ยากมาก. การเปลี่ยนแปลงทางคานชีวเคมีของโรคนี้ก็ไม่อะไรแน่นอน. ผู้รายงานได้ทำการศึกษาผู้ช่วย ๑๑ ราย ที่มีอาการโคมา (๑๙๕๓), พบการเปลี่ยนแปลงในชีวเคมีต่าง ๆ กัน. มีน้ำตาลในปัสสาวะ ๒ ราย, มีการคั่งของสารในไตรเยนปานกลาง ๔ ราย, คั่งมาก ๔ ราย. มีภาวะแอซิดโตะซีส ๑ ราย.

อย่างไรก็ตามมีหลักฐานที่แสดงว่า เมตาโบลิซึมของกรดแอมมีโนแอซิดที่ผิดปกติ เป็นตัวช่วยทำให้เกิดกลุ่มอาการนี้ โดยเฉพาะกรดกลูตามิกมีเมตาโบลิซึมผิดปกติในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย, โดยเฉพาะในสมองและน้ำไขสันหลัง. ตามปกติกรดกลูตามิกเป็นกรดแอมมีโนอย่างเดียวกับที่ถูกออกซิไดซ์ในสมองเป็นแอลฟาคีโต-กลูตาอริกแอซิดซึ่งสัมพันธ์กับเมตาโบลิซึมของคาร์โบไฮเดรต, และยังสามารถรวมกับแอมโมเนียเป็นกลูตามีนซึ่งเมตาโบลิซึมโดยไม่เกิดแอมโมเนีย.

ได้มีผู้บรรยายกันมาแล้วว่า ภาวะของแอมโมเนียในโลหิตมีความสัมพันธ์กับอาการตับล้ม. บอลด์แมน และ แมนน ใน ปี ๑๙๓๐ พบว่าภาวะแอมโมเนียจะสูงขึ้นในสุนัขที่ตัดเอาตับออก. ในเร็ว ๆ นี้ พลลิปส์และพวก ๑๙๕๒, กายซคาและพวก ปี ๑๙๕๒, พบว่าการให้แอมโมเนียมีผลลวไรต์. การกินโปรตีนมาก, การให้แอมโมเนียแก่ไตอันเรซิน, ทำให้เกิดอาการเริ่มโคมาได้ในผู้ช่วยโรคตับแข็ง. ในทำนองตรงข้ามสจวอทซ์พบว่าภาวะแอมโมเนียในเลือดของผู้ช่วยที่มีอาการโคมาบางรายสูงถึง ๗ เท่าของคนปกติ. แต่

ระดับสูงต่ำของแอมโมเนียไม่มีความสัมพันธ์กับอาการมากน้อยของโคมา. อย่างไรก็ตาม ก็ยังเป็นเครื่องแสดงดีกว่าการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีอื่น ๆ เช่น ระดับกรดไพรูอิกในโลหิต.

จากความจริงข้อนี้, การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง และเริ่มมีอาการระยะแรกของโคมา, จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง:

๑. ให้อาหารโปรตีนต่ำๆ. เพราะสารโปรตีนส่วนใหญ่เป็นต้นตอของแอมโมเนียในโลหิต. ควรงดการให้กรดแอมโมโนไมเอไรอิน, เพราะอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ในระยะนี้. (วัตสัน ๑๙๕๔, เซอร์พค และพวก ๑๙๕๔).

๒. ให้กรรทกลตามิค, เพราะสามารถกำจัดแอมโมเนีย. ซาร์คินและพวกแนะนำให้ใช้ โซเดียมกลูตาเมต ๒๕ กรัม ใน ๕ ปช. ของกลูโคส, ในน้ำยา ๕๐๐ ล., ซม., ถายังไม่พบบนปกติใน ๔-๖ ซม. หลังจากชุดแรก, ให้ซ้ำยาอีกครั้งหนึ่ง. ถาพบบแล้วให้กรรทกลตามิค ๑๕ กรัมวันละ ๒ ครั้ง, ทางปาก หรือ ทางหลอดเลือด. การรักษาแบบนผู้ป่วยงานยังไม่มีโอกาสได้ศึกษาและทดลองใช้เลย.

๓. รักษาสาเหตุที่เป็นต้นตอร่วมอยู่ด้วย.

ก. การตกเลือด. การตกเลือดเป็นอาการนำของอาการโคมา. มีมากภายในผู้ป่วยของเรา. การขาดออกซิเจนสู่สมอง, การคดซิมของสารโปรตีนอื่นจากลำไส้, การที่ไตมีสมรรถภาพลดลงจากการเสียเลือด, เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เกิดอาการโคมาอย่างปัจจุบันชน. การให้เลือดให้เพียงพอสามารถช่วยผู้ป่วยของเราให้รอดชีวิตได้ ๓ รายด้วยกัน.

ข. อินเฟคชัน. ผู้ป่วยโรคตับแข็งบางรายถ้ามีโรคแทรกซ้อนก็จะทำให้เกิดโคมาเร็วเข้า. จึงถือเป็นหลักปฏิบัติในการรักษาพวกอินเฟคชันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย. ถ้าตรวจพบในรายที่ไม่มีเครื่องแสดงหรืออาการของอินเฟคชัน, การให้ยาพวกเทอรามัยซิน, ออริโอมัยซิน หรือพวกเครือเดียวกัน, วันละ ๒-๔ กรัมเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์จะช่วยผู้ป่วยได้มาก. ผู้ป่วย ๑ รายในชุดของผู้รายงานที่พบบนจากโคมา, โดยการให้ยาพวกนี้ประกอบกับการรักษาอื่นๆ. ประโยชน์ของยากคือ:

- (๑) ควบคุมเชื้อโรคในตับดำมีอยู่.
- (๒) ลดจำนวนเชื้อโรคในลำไส้.

(๓) ลกโฟกัส ของ อินเฟคชัน ที่หลบ  
อยู่.

๔. การกำจัดสาร ที่มีในโตรเจน จาก  
ลำไส้โดย:

ก. หยดยาพวกที่มีในโตรเจน เช่น  
แอมโมเนียม คัลโคริ, ยูเรย, เมไทโอ-  
นีน, แอมโมเนียมเอ็กเซเชนเจอร์ซิน.

ข. สวนอุจจาระ หรือให้รับประทานยา  
ถ่ายทุกวัน.

๕. พยายามให้สัสมคลย์ อีเลคโตรไลต์  
อยู่ในเกณฑ์ปกติ, เช่น ถ้ามีภาวะ แอซิ-  
โตซิส ให้พวคน้ำยาโมลารแลคเตท, หรือ  
ค่าง. ถ้ามีการขาดน้ำควรให้ทางหลอดเลือด.  
การให้น้ำยาเกลือ ๕-๑๐ ปช.  
ในน้ำกลั่นทางหลอดเลือดก็นิยมใช้กันมาก.

๖. ยาอื่น ๆ. มีผู้แนะนำให้วิตามิน  
ซี. ขนาด ๑๐๐ ถึง ๕๐๐ ม.ก. เข้าหลอดเลือด,  
วิตามินบี ๑ ขนาด ๕๐ ม.ก.  
และไนอาซิน. เพราะผู้ป่วยบางรายจะมีการ  
ขาดวิตามินร่วมอยู่ด้วย. การให้ออกซิเจน,  
เงิน, ยาสกัดตับ, เป็นสิ่งประกอบช่วยผู้  
ป่วยก็ควรให้เช่นกัน.

๗. ยาพวกสเตอริรอยด์คอร์โมน. ได้  
มีผู้ชี้แนะในการรักษาเซพติก โคมา.  
ค็อกคิ และ แคทซ์ ใช้ได้ผลดี, ในผู้ป่วย ๒

รายที่เป็นโรคตับอักเสบและมีอาการโคมา  
เกิดขึ้น. สเปลล์เบอร์ก ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วย  
๖ ราย โดยให้ยาเอ.ซี.ที.เอช ๑๐๐ หน่วย  
เข้าหลอดเลือดทันที, ต่อมา ๖๐ หน่วยเข้า  
กล้ามเนื้อ และ ๕๐ หน่วยในวันต่อมา. ถ้า  
ให้ยาไฮโดรคอร์ติโซนแนะนำให้ใช้ใน  
ขนาดมากกว่า ๑๐๐ ม.ก. ต่อวัน หรือ  
คอร์ติโซนวันละ ๕๐๐ ม.ก. อันเป็นขนาด  
ที่สูงกว่าที่ใช้ในโรคตับแข็งธรรมดา.

ในผู้ป่วยของเรามีถึงแก่กรรมโดย  
อาการโคมา ๓๖ ราย. มีอาการโคมาแต่  
อย่างเดียว ๒๖ ราย, และมีโคมาพร้อม  
กับอาเจียนเป็นเลือดร่วมด้วย ๑๑ ราย. ผู้  
ป่วยมีอาการโคมา ๓๕ รายถึงแก่กรรม.  
มีพินจากอาการโคมา ๒ รายด้วยกัน, คง  
ตัวอย่างผู้ป่วยต่อไป. การพินจากอาการ  
โคมาในผู้ป่วยนี้, ไม่สามารถจะทราบเหตุ  
ผลได้แน่นอน. แต่ผู้ป่วยทุกรายได้รับการ  
รักษาแบบคล้ายคลึงกัน.

รายที่ ๑ นาย ก.น.; อายุ ๕๕ ปี; เลข  
ที่ ทว ไป ๓๐๕๗๕.๕๕; เลขที่ ภายใน  
๑๗๑๕.๕๖. รั้วไว้ใน ร.พ. ครองแครง  
๑๒ ก.พ. ๕๖, โดยมีอาการอาเจียนเป็น  
เลือด ๑๐ วันก่อนมา ร.พ. มีน้ำในท้อง ๒  
ปี ก่อนรับ. แพทย์ตรวจพบว่าเป็นโรคตับ

แข่ง. ต่อมาทะเลาะ กลับบ้าน และรับไว้อีก  
เมื่อ ๓๐ พ.ย. ๕๖, โดยมีอาการอาเจียน  
เป็นเลือด. ผู้ป่วยมีอาการของโคมาอยู่  
ประมาณ ๗๒ ชั่วโมง. ได้ทำการให้เลือด  
และยาอื่น ๆ ร่วม. ผู้ป่วยอาการหนักมาก  
และต่อมาพินจากโคมาได้เอง.

รายที่ ๒ นาง ผ.จ.; อายุ ๔๔ ปี, เลข  
ที่ภายใน ๑๑๗๒๔.๕๕. รับไว้ใน ร.พ.  
โดยมีอาการตับแข็งระยะท้าย. มีตัวเหลือง  
และตาเหลือง. ผู้ป่วยอยู่ใน ร.พ. ประมาณ  
๖ เดือนจึงเกิดอาการเหลืองมากขึ้น, และ  
โคมา. ได้ให้การรักษาโดยให้อาหารทาง  
หลอดเลือด, ยาออร์โทมัยซินวันละ ๒ กรัม.  
ยาสเตรอยด์คอร์โมน อย่างเต็ม ที่ ๗๒  
ชม. ภายหลังผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและ  
รอดตาย. ภายหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน, ไม่  
ได้ติดตามต่อไป.

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก อาการโคมา  
ของโรคตับแข็ง เป็นอาการที่ไม่ทราบต้น  
เหตุแน่นอน. แม้ในปัจจุบัน. การตรวจ  
ผลของการรักษาแต่ละวิธีจึงเป็นของยากว่า  
ผู้ป่วยจะดีขึ้นเองหรือ เป็นผลของการรักษา,  
และเป็นภาวะที่มีอัตราตายสูงมาก. การ  
รักษาด้วยยาต่าง ๆ หลาย ๆ อย่างพร้อมกัน  
ไป, ถ้ามีเหตุผลในการใช้เพียงพอ, ย่อม

เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยไม่มากนักน้อย.

ท้ายที่สุด การรักษาโรคตับแข็งชนิด  
อื่น ๆ, ก็ดำเนินตามแนวเคียวกับชนิด  
ปอร์ทัล. ในโรคตับแข็งขั้วเลยรับ การให้ยา  
ปฏิชีวนะ เพื่อฆ่าเชื้อโรคในทางเดินน้ำดี.  
การให้ยาจำพวกขับน้ำดี และ โคเลลิเรติก,  
ช่วยให้หน้าท้องใสสะดวกขึ้น, จะช่วยผู้ป่วย  
ได้ไม่มากนักน้อย.

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์  
ประเสริฐ กิ่งสกลาลัย, หัวหน้าแผนก  
อายุรศาสตร์. ทอนุมัติให้นำรายงาน  
เสนอต่อที่ประชุม. น.พ. สมชัย ขวรงค์  
และ แพทย์ประจำบ้าน แผนก อายุรศาสตร์,  
ในการช่วยค้นรายงาน เพื่อการศึกษา  
ประกอบให้รายงานสำเร็จลุล่วงไปได้.

### เอกสาร

1. C.T. Ashworth, (1947): Production of Fatty Infiltration of Liver in Rats by Alcohol in spite of adequate Diet. Proc. Soc. Exp. Biol. 66, 382.
2. A.J. Beams, and E.T. Endicott, (1947): Histologic Changes in Patients with Cirrhosis Treated with Methionine. Gastroenterology, 9, 718.
3. J.K. Beerman, and J.E. Hull, (1952): Experimental Ascites, its production and control. Surgery, 32, 67.
4. H.L. Bockus, Gastroenterology, Philadelphia, Saunders, Vol. 3293, 1946.

5. I.L. Chaikoff, C. Enterman T. Gillman, and C.L. Conner, (1948): Pathologic Reactions in the Livers and Kidneys of Dog Fed Alcohol While Maintained on High Protein Diet. Arch. Path., 45, 435.
6. D.H. Clarke, and B. Lahen, (1949): The Course of Cirrhosis of Liver Treated with Large Doses of Liver Extracts Intravenously. Medicine, 28, 301.
7. L.W. Kinsell, G.D. Michaels H. C. Barton, and H.A. Weiss, (1948). : Protein Balance Studies in Patients with Liver Damage. Role of Lipotropic Agents, Ann. Int. Med. 29, 881.
8. G. Klatskin and R. Yesmer (1949). Factors in the Treatment of Laennec's Cirrhosis.
  - (1) The Clinical and Histological Changes Observed during a Control Period of Bed Rest, Alcohol withdrawal and a Minimal Basic Diet. Jour. Clin. Invest 28, 723.
9. H.G. Kunkel, D.H. Labby E. Ahrens, R.E. Shank and C.L. Hoagland (1948). The Use of Concentrated Human Serum Albumin in the treatment of Cirrhosis of the Liver. Jour. Clin. Invest. 27, 1305.
10. D.H. Labby (1947). Intravenous Therapy of Cirrhosis of Liver. J.A.M.A. 133, 1181.
11. S.H. Leslie, B. Johnston and E.P. Ralli (1951).: Renal Function as a Factor in Fluid Retention in Patients with Cirrhosis of the Liver. Jour. Clin. Invest. 30, 1200.
12. S.S. Litchman (1953). Diseases of Liver, Gallbladder, and Bile Ducts. Vol. 2. Third Edition. Henry Kimpton Co. London.
13. C.N.H. Long, B. Katzin and E. Frye (1940): The Adrenal Cortex and Carbohydrate Metabolism. Endocrinology. 26, 309.
14. F.B. Mallory Cirrhosis of Liver after Twiss and Oppenheim.
15. V.H. Moon (1934). : Experimental Cirrhosis in Relation to Human Cirrhosis Arch. Path. 18, 381.
16. A.J. Patek and I. Post (1941). Treatment of Cirrhosis of the Liver by a Nutritious Diet and Supplements Rich in Vitamin B Complex. Jour. Clin. Investigation. 20, 481.
17. S.M. Rosenthal, (1940).: Some Effects of Alcohol upon the Normal and Damaged Liver. Jour. Pharmacology. 38, 291.
18. S. Sherlock, W.H.J. Summerskill, L.P. White and E.A. Phear (1954).: Portal Systemic Encephalopathy. Neurological Complications of Liver Diseases. Lancet, 2, 453.
19. M.A. Spellberg (1956).: The Usefulness of Corticotropin and Corticoids in Patients with Liver Diseases. Amer. Jour. Gastroenterology. 16, 342.
20. Twiss and Oppenheim. Disorders of the Liver, Pancreas and Biliary Tract. 1955. Lea and Febiger.
21. W. Volwiler, J.H. Grindley and J.L. Bollman (1950). The Relation of Portal Vein Pressure to the Formation of Ascites: An Experimental Study Gastroenterology, 14, 40.
22. V. Viranuvatti (1953) Hepatic Coma. Siriraj Hosp. Gaz. 8, 415.
23. C.J. Watson (1954) Prognosis and Treatment of Hepatic Insufficiency Ann. Int. Med. 31, 405.

(Summary of the preceding Article)

PRESENT DAY MANAGEMENT OF CIRRHOSIS OF LIVER

Vikit Viranuwatti

M.D., M.P.H. (Trop. Med.), F.A.C.G.

(Dept. of Internal Medicine)

no 2

The author describes the present day management of liver cirrhosis based on review of recent literature and personal experience in 200 cases. The classification follows that of the American Gastroenterological Association (1952). Post necrotic cirrhosis (verified at autopsy) was found only twice. The general treatment consisted of rest, balanced diet, fat restriction and avoidance of alcohol. The value of the iodine test in following progress of treatment is stressed. The dietary requirement of Thai patients is difficult to assess and to meet owing to lack of information. The history of 179 patients showed 44.7 per cent to be drinkers. In 122 males 59.9 per cent were alcoholics, whereas only 13.2 per cent were in 57 females. The medicinal therapy consisted of crude liver extract, lipotropic substances and vitamins. Corticosteroid compounds were limited to severely complicated cases such as hepatic coma and hematemesis. Analysis of serum proteins was done in 173 cases with average result of 5.5 gm. per cent (2.8 albumin and 2.7 globulin). Only 26 cases were found with albumin higher than 4.0 gm. per cent. Administration of protein orally and parenterally is thus strongly advocated, except in cases with hepatic failure, especially in the precomatose and comatose stages.

The mechanism of ascites is dis-

cussed in detail. Treatment consisted of restriction of salt intake, administration of ion exchange resins, mercurial diuretics and protein, and abdominal paracentesis. The danger of withdrawing ascitic fluid is noted; the loss of protein by that way must be considered. Ascitic fluid in 83 out of 95 cases showed specific gravity under 1.016 and contained 1.623 per cent of protein on the average. Two patients developed hepatic coma soon after paracentesis.

The early differential diagnosis between hematemesis from portal hypertension and that from gastro-intestinal disease is outlined. Iodine test is useful in obscure cases of bleeding esophageal varices secondary to liver cirrhosis. Treatment comprised relief of shock, esophageal tamponade by balloon, and shunt operation. Tamponade was not successful in our patients. The mortality rate in 34 cases of bleeding from esophageal varices was 82.4 per cent, being partly due to late admission.

Management of hepatic coma was built up of limitation of protein intake, administration of glutamic acid, eradication of precipitating factors such as infection, elimination of waste products in the bowels, and maintenance of normal electrolyte balance, Corticosteroid compounds as adjunct. Two out of 36 patients survived.

(Twenty-three references).

# การศัลยกรรมเกี่ยวกับปอร์ทัลเซอร์โรสิส

เปรม บุรี

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

(แผนกศัลยศาสตร์)

ปอร์ทัลเซอร์โรสิส เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของกลุ่มอาการปอร์ทัลซัยเปอเวนชัน. ประมาณ ๗๐-๘๐ ปช. ของรายทั้งหมดของปอร์ทัลซัยเปอเวนชัน ก็มักจะเนื่องมาจากปอร์ทัลเซอร์โรสิส. สาเหตุที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการของปอร์ทัลซัยเปอเวนชัน, มีหลายอย่างด้วยกัน, ซึ่งพอจะแยกออกได้เป็น ๓ พวก คือ:

๑. สาเหตุจากปริเยพาทิก, คือจำพวกที่โตแก่การอุดตันต่อการไหลของระบบเลือดดำปอร์ทัลก่อนที่เลือดจะไหลเข้าตับ. สาเหตุจำพวกนี้, เช่นการคืบมาแต่กำเนิดหรือการคืบเลกลงของหลอดเลือดดำปอร์ทัล, การผิดรูปไปแบบคาร์เวอร์นัส, ธรอมโบสิสในหลอดเลือด, หรือมีการกดลงบนหลอดเลือดดำปอร์ทัลจากเหตุภายนอก.

๒. สาเหตุจากอินทราเฮพาทิก, คือสาเหตุที่มการเกิดการอุดตันต่อการไหลของเลือดดำปอร์ทัลภายในตับ. พวกนี้โตแก่พวกเซอร์โรสิสทั่ว ๆ ไป, ซึ่งปอร์ทัลเซอร์โรสิสเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด.

๓. สาเหตุจากโปสท์เฮพาทิก, คือสาเหตุที่ทำให้เกิดการเกิดการอุดตันต่อการไหลของเลือดดำปอร์ทัลตอน ออกจากตับ, เช่นที่หลอดเลือดดำเฮพาทิก.

การวินิจฉัยแยกสาเหตุพวกนี้ในบางกรณีเป็นของยากมาก. นอกจากจะอาศัยประวัติการตรวจร่างกายแล้ว, ก็ต้องอาศัยการทำการทดสอบหน้าที่ของตับต่างๆ โดยสมบูรณ์, พร้อมทั้งการทำปอร์โทสปลีโนแกรมอีกด้วย. ทางแผนกศัลยศาสตร์นั้นว่ามีโชค, ที่รายต่าง ๆ เหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยและค้นหาเหตุมาจากทางแผนกอายurvedic แล้วเกอขทางสัน. ทางแผนกรังสีวิทยาก็ได้ให้ความช่วยเหลือร่วมมือในการทำการศึกษาทางรังสีด้วยคยง.

## ผลทางพยาธิวิทยาของปอร์ทัลเซอร์โรสิส.

สำหรับผลทางพยาธิวิทยาของปอร์ทัลเซอร์โรสิสนั้น, พอจะกล่าวได้ว่ามีอยู่ ๒ อย่าง คือ:

๑. เกิดการทำลายเนื้อตับและเกิดการ  
ฉับแปรไปของหน้าทของตับ.

๒. การเกิดออกตันของการไหลของ  
หลอดเลือดดำปอร์ทัล.

ผลทางพยาธิวิทยาอันแรกเป็นปัญหา  
ทางอายุรศาสตร์, ส่วนผลอย่างที่สองเป็น  
ร่องทมส่วนเกินของทางคัลยศาสตร์ อยู่  
มาก.

มีปัญหายุ่งยากในรายของปอร์ทัลเซอรั-  
โรสตัน, การที่เกิคมมีการออกตันของระบบ  
เลือดดำปอร์ทัลขนนั้นจะเกิดผลอย่างไรขึ้น  
ต่อผู้ป่วย. ปรากฏว่าผลจะเกิดขึ้นได้เป็น ๓  
ประการ คือ:

๑. ทำให้เกิดปอร์ทัลซีพีเท็นชัน  
ชัน. แรงดันใน ระบบ เลือดดำ ปอร์ทัล  
จะสูงขึ้น (ตามปกติแรงดันปอร์ทัลจะสูง  
ราว ๕๐-๑๕๐ มม. นา โดยใช้ระคัมของ  
หลอดเลือดดำปอร์ทัลเป็นระดับ ๐. ผู้ช่วย  
อยู่ในท่านอนหงาย ทำการวัดจากหลอด  
เลือดดำเจจุนัลหรือโอเม็นทัล). ในรายที่มี  
การออกตัน, แรงดันอาจเพิ่มสูงขึ้นเป็น  
๕๐๐-๖๐๐ มม. นา ก็ได้. ในเมื่อการ  
ไหลของเลือดในระบบหลอดเลือดดำปอร์ทัล  
ไปไม่ได้สะดวก, ธรรมชาติก็หาทางช่วย  
เหลือเพื่อให้เลือดไหลผ่านกลับสะดวกขึ้น,  
กล่าวคือทำให้เกิดวงจรไหลเวียนคอลลแล-

เตอร์ระหว่างระบบเลือดดำปอร์ทัลและระ-  
บบเลือดคาซัสตีคคน. หลอดเลือดคอลล  
แลเตอร์ลพวงนพอจะแยกออกได้เป็นสาม  
จำพวก, คือ:

ก. หลอดเลือดคอลลแลเตอร์ล ทออาศัย  
หลอดเลือดดำที่เคยมีอยู่ก่อนแล้ว, ตั้งแต่  
ผู้ช่วยยังเป็นฟอสตอย. หลอดเลือดดำพวงน  
ได้แก่หลอดเลือดดำอัมบิโลคัลและพาราอัม  
บิโลคัล.

ข. หลอดเลือดคอลลแลเตอร์ลในระบบ  
ทางเดินอาหาร ที่เกิดขึ้นระหว่าง ส่วนอับ-  
ซอร์คัพและโปรเทคคัพ, ซึ่งได้แก่ อีโซฟา-  
เจคัลแวลวิคัลและเฮมอรัรอยคัล.

ค. หลอดเลือดคอลลแลเตอร์ลระหว่าง  
หลอดเลือดดำวิสเซอรัลและรีโทรเพอริโต-  
เนียล.

คอลลแลเตอร์ลทั้งสามจำพวกนี้มีทั้งผล  
ดีและผลร้ายต่อผู้ป่วย. ผลดีในข้อทว่าเป็น  
การช่วยเหลือให้เลือดไหลกลับไปได้ในเมื่อ  
มีการออกตันของทางเดินเลือดดำปอร์ทัลที่  
เกิดในตับ. ถึงแม้ว่าคอลลแลเตอร์ลจะเกิด  
ขึ้นมากมายและประกอบด้วยหลอดเลือดดำ  
เส้นโต ๆ ก็ตาม, การไหลของเลือดในบาง  
รายก็ยังคงไม่สะดวกอยู่นั่นเอง. ใคมีผู้ให้  
ความเห็นไว้ว่า การคึกจะทำ "ชนท"  
ต่าง ๆ นน, นอกจากจะเป็นการทำลาย



นี้อาจมีการเกิดปอร์โตเควลชันทชนมาได้ เช่น ขนาดโต และ ตึกทอ โดยตรง กับหลอด เลอคค่าชยส์ตัมค, ทำให้แรงคั้นในระบบ หลอดเลอคค่าชยส์ตัมคลดลงได้. ส่วน ประมาณ ๒๐ ปช. ของทั้งหมดทเคราะห์ ร้ายไม่เกิด ชนทชน ตามธรรมชาติ ไคแล้ว จึงจะเกิดผลเสียต่าง ๆ ดังกล่าว. ความ เห็นนี้ ไค รัยการ สนับสนุน จากผลงานของ หลายนคนด้วยกัน, เช่นแมคเคินและลอร์ พวทหนง, และซิลลาเซอรลอคค อักพวท หนง. ผลงานนนี้ไคแสดงถึงการเกิดปอร์โต เควลชันทชน มาได้, มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๗.๘ มม., ซึ่งเห็นไคจากการถ่ายภาพทางค่านข้างในเวลาทำสปลีโนปอร์โต แกรม.

๒. ผลรยอย่าง ทสอง ของการออกคั้น ของเลอค ปอร์ตล ก็คือ ทำให้เกิด ม้าม โต. สาเหตุททำให้เกิดม้ามโตในรยทเป็นปอร์ ตลเซอโรโรสีสันมีผู้ถกเถียงกันมาก. แต่ ความเห็น ของคน ส่วนมาก ก็เข้าใจ กันว่า ม้ามโตชน เพราะ การค้ง ของเลอคในระบบ เลอคค่าชยส์ตัมค. การโตชนของม้ามจะจาก สาเหตุใดก็ตาม, ต่อมาไม่ช้าจะทำให้เกิด สถานะการของชยเปอรสปลันสึมชน, ทำให้เกิดเลอคจาง, ลโคพีเนย, ธร้อมโยชย โคพีเนย และ แพนชยโคพีเนย.

๓. ผลรยทสามกคือการเกิดมานน้า ในช่องทอง. สาเหตุททำให้เกิดน้าในช่อง ทองนมี ไคหลายประการ. ตอนแรก ๆ เข้าใจ กันว่าการ ออกคั้น ของหลอด เลอค ค่า ชยส์ตัมคเป็นสาเหตุทสำคัญที่สุด, แต่เวลา นกลยถอว่าเป็นเหตุชยอย ๆ. อาจมีผู้เข้าใจ ผิดเสมอ ๆ ว่าการเกิดมานน้าคือเหตุชยบง ทจะให้ทการผ่าตคปอร์โตเควลชันท. จรง อยทพวทมีมานน้าขรยหลังจาก ทำชันท แลวมานน้าทหายไคได้. รยพวทกันโดย มากจะ เป็นรยทม มานน้าเพียง เลก นอย, และมานน้าจะลดนอยลงไคได้หลังจากมีการ ตกลอคจากอไซฟาเจยลเวรคช. ส่วนมาน น้าทมมาก ๆ หรือในรยทไม่ไคผลคคการ ให้การรักษาทางยานนเป็นข้อห้ามในการทำ ผ่าตคปอร์โตเควลชันททงสน. วักร คัลยกรรมเพอการรักษามานน้า โดยเฉพาะ นนคมีผู้สนใจทำกันข่าง, เช่นคนว่าการ ผ่าตคแบยไฮสแมน, การค่อทางให้น้าใน ช่องทองไหลเข้าไป ในชนใต้ผวหนงเพอถก คคชมไปเสย, หรือการค่อทางให้เขาหลอด เลอคค่าแซพนส์, ซึ่งผลการผ่าตคพวทน ไม่ไคผลแน่นอน, และจะไม่ขอกกล่าวไว้ใน ทน.

จากผลทางพยาชยทวาทง ๓ อย่างจาก การมีการออกคั้นของเลอคค่าชยส์ตัมค, เรา

ก็พอจะสรุปได้ว่า ความชอบซึ่งจะทำให้ของ กระทำการ ผ่าตัด เป็น ๒ ประการด้วยกัน, คือ (๑) การเกิดมีการอาเจียน เป็นเลือด, และ (๒) การเกิดช็ยเปอร์สปลันซึม.

ความมุ่งหวังของการศัลยกรรม.

ความหวังต่าง ๆ ในด้านศัลยกรรมนั้น ก็เพื่อจะ รักษาผล ที่เกิดจาก การอุดตัน ของ หลอดเลือดดำปอร์ทัล. การศัลยกรรม ต่าง ๆ ที่นิยมกันมากในเวลานี้, อาจแบ่ง ออกได้เป็น ๓ พวกด้วยกัน, คือ :

๑. การผ่าตัดที่มุ่งหวังจะให้มีการลด จำนวนเลือดที่ผ่านมาทาง หลอดเลือดแดง, ที่จะให้ไหลผ่านกลับคืนไปสู่ทาง หลอดเลือดดำปอร์ทัล. วิธีการผ่าตัดนั้นได้แก่การตัดหรือ การผูก หลอดเลือดแดงสปลันค, การผูก หลอดเลือดแดงเซฟาติก, ชอรัทแกสตริค, และแกสตริคอ้นซ้าย.

กล่าวกันว่าม้ามมีส่วนที่จะเพิ่มเลือดไปสู่ระบบปอร์ทัลประมาณ ๓๐ ปซ. การทำการตัดม้ามในราย ที่เกิดการตกเลือดจากอวัยวะเย็บแวนริคส์ ก็คง จะเป็นวิธีการ ช่วยเหลือได้บ้าง, คือช่วยทำให้แรงดันในระบบ หลอดดำปอร์ทัลลดลง. แต่ผลคืนจะอยู่ไปไม่ได้ไม่นาน, และตามสถิติก็มักปรากฏว่า เกิดมีอาเจียนเป็นเลือดออกมาได้อีกในระยะ

๖-๘ เดือนต่อมา. คล้ายแพทย์บางท่านถึงกับกล่าวเป็นเชิงตักเตือนว่าไม่ควรทำการตัดม้ามในราย ที่มีเลือดออกจากหลอดอาหารเลย, ถ้าหากว่าผู้ทำไม่ได้เตรียมตัวที่จะทำไลโนรณัลชัณฑ์ไปพร้อม ๆ ควบ. เพราะว่า การตัดม้ามแล้วจะทำให้เกิดร็อมโบลิซชันในหลอดเลือดดำสปลันค. ในโอกาสต่อไป ถ้าหากจำเป็นจะต้องใช้หลอดเลือดคนมาติดกับหลอดเลือดดำวันัลข้างซ้ายแล้ว, ก็จะทำไม่ได้, เป็นการสูญเสียโอกาสที่เสียด. ในรายที่เกิดการตกเลือดจากหลอดอาหารชนิด หลังจากการตัดม้ามแต่อย่างเดียว, เป็นรายที่เรียกกันว่า "โพสทสปลันคโทมียบลิคเคอรัล", ซึ่งวิธีให้การรักษาเป็นปัญหาใหญ่มากทางศัลยกรรม, เพราะบางราย, รว ๕-๑๐ ปซ. ของโรคปอร์ทัล เซอร์โรลิซชัน, หลอดเลือดดำปอร์ทัลก็พลอยมีร็อมโบลิซชัณฑ์ควบ, ทำให้ไม่มี หลอดเลือดดำอื่นไหน ออกที่เหมาะสมพอจะใช้ทำชัณฑ์ต่อไป.

ส่วนการผูกหลอดเลือดแดงเซฟาติกคนแรก ๆ ก็มีผู้สนใจกันมาก, เพราะมีความเห็นและหวังว่าทำได้ง่ายกว่าการ ทำชัณฑ์. ตอนหลัง ๆ ความกระตือรือร้นก็ลดน้อยไป, เพราะมีอัตราตายสูง, จากการเกิดเนโครสิส ของตับและตับหมัก สมองภาพ.

ในรายที่รอดตายไปได้ก็มีสงที่น่าสังเกต และสนใจ อยู่ว่าเกิดผลก ในราย ที่เป็น มา นานา, แต่เหตุผลที่จะอธิบายไม่สู้จะแจ่มแจ้งนัก.

๒. การผ่าตัดนั้น มุ่งหมายที่จะกระทำลงไปในบริเวณที่เกิดแวมริคซ์โดยตรง, หรือหาสาเหตุที่ทำให้มันเกิดแตกและตกเลือด. วิธีการเหล่านี้ได้แก่:

วิธีการคล้ายกรรมอย่างแรก, ที่ไม่ควรจะเรียกว่าเป็นวิธีการผ่าตัด, ก็คือการใช้ท่อเบลคมอร์เช่นสตาเคน, ซึ่งคอนปลายมยอลลอน ๒ อัน, ใส่ลงไปทางหลอดอาหารแล้วเข้าลมให้บอลลูนพองขึ้น, เป็นการกดลงบนผนังของหลอดอาหาร. วิธีการอย่างนี้จะใช้ได้ ในรายฉุกเฉินเท่านั้น.

การใช้ควายาสเคลอโรสซิงก็ ฉีดเข้าไปในแวมริคซ์. โดยใช้เข็มยาว ๆ ผ่านเข้าทางอไซฟาโกสโตโคป. วิธีนี้ไม่ค่อยมีใครสนใจนัก.

นอกจากนี้ก็มีการผ่านลงไปที่ทางหลอดอาหารและผูกแวมริคซ์, การทำการผ่าตัดอไซฟาโกแกสตริก; แขนงของแทนเนอร์, การตัดกระเพาะอาหารทั้งหมดโดยวิธีของแวงเกินสตัน.

๓. การผ่าตัดที่ทำงานเพื่อมุ่งหมายให้มีการเพิ่มจำนวนหรือสมรรถภาพของคอล-

-แลเตอรัลส์, พวกนี้อาจแบ่งได้เป็น ๒ อย่าง, คือ :

(ก) การผ่าตัดที่ทำงานเพื่อจะเพิ่มจำนวนคอลแลเตอรัลให้มากขึ้น. ได้แก่การผ่าตัดแบบ ทาลามามอรัลสัน. วิธีนี้ทำโดยการทำให้เกิดแผลเป็นขึ้นที่ผนังของคัมและม้าม, เพื่อให้ผิวของอวัยวะทั้งสองติดกัน. แล้วเอาโอเมนต์มาเย็บติดกับชั้นใต้ผิวหนังเพื่อให้เย็บช่องท้อง, โอเมนต์และชั้นใต้ผิวหนังติดกัน, เพื่อให้มีคอลแลเตอรัลติดต่อกันเกิดขึ้น. วิธีการผ่าตัดเช่นนี้มีความสำคัญเพียงแต่จะบันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์การแพทย์เท่านั้น, ในปัจจุบันแทบจะไม่มีผู้ใดสนใจอีกเลย.

(ข) การผ่าตัดโดยทำปอร์โตเควลชันที่เพื่อจะทำการเพิ่มสมรรถภาพของคอลแลเตอรัลให้ดีขึ้น, และสามารถจะทำให้แรงคั้นในระบบเลือดดำปอร์ทัลลดลง. คำว่า "ปอร์โตเควลชัน" นั้นเป็นคำที่มีความหมายอย่างกว้างขวาง. หมายถึงการต่อหลอดเลือดอนโค อื่นหนึ่งของระบบเลือดดำปอร์ทัลเข้ากับหลอดเลือดอีกเส้นหนึ่งของระบบซีสเต็มคาวัล. การผ่าตัดแบบนี้มีผู้สนใจมากและเริ่มทำกันมากเมื่อประมาณ ๕-๖ ปีที่ล่วงมาแล้ว. การต่อหลอดเลือดนมเทคนิคพิเศษซึ่งยุ่งยาก, ไม่ชอกกล่าว

ไว้ ณ ทน. ตำแหน่งที่ชอยทำกันมากมีอยู่ ๒ แห่งควยกัน, คือชนที่ระหว่างหลอด เลือด คำปอรรถลกขอนพเรยรรวนาเควา. และชนที่ระหว่าง หลอด เลือด คำ สปลันค กย หลอด เลือดคาร์บอนซาย. ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ หลอดเลือดเล็กมากไม่อาจทำให้เป็นผลสำเร็จได้. ชนที่ทั้งสองอย่างนั้นขนาดโตคพอที่จะลดแรงดันในระบบปอรรถลกได้.

การเลือกวิธีการผ่าตัด.

ความสำคัญในการเลือกวิธีการผ่าตัดต่าง ๆ ทั้งสามวิธีที่กล่าวมาแล้วนั้น, ก็ต้องสังเกตแล้วแต่ข้อขยงทางศัลยกรรมที่ใดก็ตามมาข้างต้น.

(๑) อาการอาเจียนเป็นเลือด.

ในการตกลูกจากอโซฟาเจ็ลแวรคซัน, การรักษาเราแบ่งพวกนี้ออกเป็น ๒ พวก :

(ก) การอาเจียนเป็นเลือดปัจจุบัน. ผู้ป่วยทรยเข้ามาไว้รักษา ควณ นนควร จะให้การรักษาดังนี้ :

ทำการถ่ายเลือดให้ทนท.

ให้ยาระงับ.

ใส่ท่อเบลคมอร์ - เซนส์ตาเคน.

ผ่าตัดคลังสู่ทรวงอก เข้าสู่หลอดอาหาร และเย็บผูกแวรคซ.

(ข) รายที่ เคย มีประวัติ อาเจียน เป็น เลือด มาก่อน และ หยก ไป แล้ว. ราย เช่น นี้ เมื่อ เวลา พอท จะ ตรวจ คน ต่อ ไป อย่าง เต็ม ท, เช่น ตรวจ เลือด, ทดสอบ หนาท ของ ตับ, ทำ อโซฟาแกรม, อโซฟาโคสโคปย, ปอรัโตสปลโนแกรม, และ ตรวจ กรวยไต โดยการฉีดสีเข้าหลอดเลือดดำ. ลินตันให้หลักที่จะใช้เป็นหลักในการตัดสินใจทำผ่าตัดไว้ว่า :

ชรมอลบวมิน, ไม่ต่ำกว่า ๓ กรัม ต่อ

๑๐๐ ล. ซม.

มานานาทเกิดขนโคผลเมอรักษาทางยา.

เซฟาลินฟลอคคูละซัน, ถ้าสูง ๓-๔ ไมค์.

เวลาไปรรอุมยิน นานกว่าปกติไป ๔ นาที, ภายหลังทไตให้วิตามิน เค. แล้ว, ไมค์.

ชรมบลรบูนสัง, ไมค์.

โบรมซัลฟาเลอนรเทนซัน, ถ้าสูงกว่า ๑๐ ป.ช. ภายหลัง ๑/๒ ซม. ไมค์.

จะเห็นได้ว่าหลัก ของ ลินตันน คอณข้าง จะเขม่งวคมาก. ตามความเห็นของแผนก ศัลยศาสตร์ของเรา, แม้ว่าเราจะไม่ได้ทำผ่าตัดไปกรายนก, เราก้ไม่ได้ถือตามหลักของลินตันไปทกราย. ตามความเห็นของเรามอยู่ว่า :



คลังสงมาก, ในรายเช่นนั้นนี้ควรถือโอกาส  
ทำไลโนรณลชนทเสยควย. รายทมชย-  
เปอรสปลนสม นยง ไมทรายแนอน วาถา  
หากคคัมมแต่อย่างเคยว, คอไปจะมีอไซ  
ฟาเจียลแวรลคชนหรือไม.

รายทตาย ๒ ราย, รายแรกตายเพราะเยช  
บชองทองอกเสยหลังจากเกิดมานาชนมา  
อก. อกรายหนงตายเพราะคยเสยสมรล-  
ภาพหลังจากเสยเลอดมากในการผ่าคค.  
รายทรอด, ทำชนทไมสำเร็จ, เพราะหลอค  
เลอดคคาสปลนคคสนเกินไปคอกบหลอคเลอด  
คัารนลไมได้.

สถิติในแผนกศัลยศาสตร์

ในระยะ ๓ ปีกว่า ๆ ที่ล่วงมา (๒๔๙๑  
- ๒๕๐๐), ได้มีผู้ช่วยเป็นปรอทลเซอร์โร-  
ลิส ๒๓ ราย. ในจำนวนนเขนรายททาง  
แผนกอาयरคาสทรยายมารักษาทางคัลย-  
กรรมหลังจากให้การวินิจฉัยและตรวจคณ  
มาอย่างคแล้ว ๑๕ ราย.

เพศ, ชาย ๑๘ ราย	หญิง ๕ ราย.
ชยเปอรสปลนสม	๑๒ ราย.
เคยอาเจียนเขนเลอดค	๘ ราย.
อาเจียนเขนเลอดเคยบพลน	๒ ราย.
มีอาการคคเลอดคในชองทอง	๑ ราย.

ผลของการรักษา

- (ก) ชยเปอรสปลนสม ๑๒ ราย
- (๑) คคัมมแต่อย่างเคยว ๕ ราย,  
ทเลามากทกราย.
- (๒) คคัมมและคังใจจะทำไลโนรณล  
ชนท, ๓ ราย. ทาย ๒ ราย. รอด ๑ ราย.

(๓) คคัมมแล้วทำไลโนรณลชนท,  
๔ รายทเลามากทกราย.

(ข) เคยอาเจียนเขนเลอดคมาแล้ว, ๘  
ราย.

(๑) คคัมมแต่อย่างเคยว ๒ ราย.  
ตาย ๑ รายหลังผ่าคคโดยมีคคเลอดคจาก  
อไซฟาเจียลแวรลคอก. อีค ๑ รายทเลา,  
แต่คองรักษาควอยอกนานเคอน, เพราะยง  
คงมขวมและมานนา.

(๒) คคัมมแล้วทำไลโนรณลชนท  
๕ ราย, ทาย ๑ ราย; ทเลามาก ๔ ราย.  
รายทตาย, เพราะคคเลอดคมากเนองจาก  
ชนททคอไวรว.

(๓) คังใจจะทำชอร์โศ - อินพเรยรว-  
นาเควาลชนท ๑ ราย. ทายเพราะการเสย  
เลอดคมาก.

(ค) อาเจียนเขนเลอดคยัจยุษ ๒ ราย.  
ตายทง ๒ ราย. ทง ๒ ราย มีอาการ

ควรถอดออกและมามา. การรักษาเพื่อ  
ห้ามเลือดไม่เป็นผล. มี ๑ รายที่มีเยื่อ  
ไตมาร่วมด้วย.

(ง) มีอาการตกเลือดในช่องท้อง ๑  
ราย.

เมื่อผ่าสำรวจในช่องท้องพบว่ามีเลือด  
เต็มในช่องท้องและเลือดออกจากคัพซังเป็น  
เซอร์โรสสีอยู่. เมื่อเอาเลือดออกหมดแล้ว,  
ไม่ได้ทำอะไรอย่างอื่น. รายงานทะเลาะและกลับ  
บ้าน.

### วิจารณ์

ตามจำนวนผู้ช่วยเพียง ๒๓ รายนี้, ถ้า  
หากเปรียบเทียบกษัตริย์รายงานจากวาร-  
สารอื่นๆ จะเห็นว่ายังน้อยมาก, และเทียบ  
กับสถิติผู้ช่วยทางอายุรศาสตร์ไม่ได้เลย  
แม้แต่คนเดียว.

การคัดเลือกผู้ช่วยพวกนี้ยังไม่มีเวลา  
นานพอที่จะลงความเห็นถึงผลในการรักษา  
ได้. แต่ก็ยังคิดอยู่เสมอว่า พอที่จะสนับสนุน  
ความเห็นของคนอื่นๆ ที่จะไ้รายงานผลต่อ

ไปเมื่อสถิติการรักษานานมาก ๆ ขึ้น.

ในที่สุดนี้, ขอขอบคุณศาสตราจารย์  
หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ที่ได้อำนวย  
สนับสนุนในการรายงานเรื่องนี้. ขอขอบคุณ  
แผนกอายุรศาสตร์ที่ได้อำนวยในการตรวจและ  
วินิจฉัย มา เป็น อย่าง ดีก่อน จะ ส่ง มา ทาง  
แผนกศัลยศาสตร์, และแผนกรังสีวิทยาที่  
ได้ให้ช่วยเหลือในการศึกษาทางรังสี.

### เอกสาร

1. R.M. Walker : Ann. Roy. Coll. Surg. March 1954.
2. Blakemore : J.A.M.A. April 28, 1951, p. 1835.
3. Proc. Roy. Soc. of Med. June 1954.
4. Blakemore : Surg. Gyn. & Obst. 94 : 443, 1952.
5. Blakemore : Ann. Surg. 134 : 420, 1951.
6. Hunt : Lancet, 1 : 281, 1954.
7. Linton : Ann. Surg. 134 : 433, 1951.
8. Sedgwick : Surg. Clin. of N. Am. June 1955.
9. Mayo's Number, Surg. Clin. of N. Am., Aug. 1955.
10. McPherson : Lancet, April 7, 1956.

(Summary of the preceding Article)

SURGICAL THERAPY IN PORTAL CIRRHOSIS

Prem Buri

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

(Dest. of Surgery)

Portal cirrhosis is one of the most important causes of the syndrome of portal hypertension. The classification of the causation of this syndrome into prehepatic, intrahepatic and posthepatic (or intrahepatic and extrahepatic as some would prefer) as proposed by Whipple et al. in 1945 is a notable advance and helps to clarify some confusion which has clouded the better understanding of this group of diseases ever since the days of Banti.

The pathological effects of portal cirrhosis are briefly outlined. It is important to appreciate that the vast major-

ity of cases of portal cirrhosis is a medical problem and does not require surgery. Surgical treatment is of value only in cases with gastrointestinal haemorrhage from rupture of oesophageal varices, hypersplenism and possibly some cases of ascites.

The aims, nature and indication for operative treatment are briefly described.

Finally a small series of 23 cases of portal cirrhosis seen in Siriraj Surgical Department in the 3-year period from B.E. 2497 onwards is presented.

(Ten references)

na 3

# บทบรรณาธิการ

## แรงดันเลือดปอร์ทัล

การวัดแรงดันเลือดของระบบเลือดค้ำปอร์ทัล, ได้ทดลองกระทำในสัตว์ทดลองเป็นครั้งแรก และรายงานโดยมัลลินในปี ๑๙๕๒. ต่อจากนั้นมา, เรืองนกก่อความสนใจขึ้นอย่างมาก แก่ บรรดานักสรีรวิทยาและนักค้นคว้าจำนวนมาก, ซึ่งสนใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งว่า, แรงดันเลือดในหลอดเลือดค้ำปอร์ทัลนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไรกับแรงดันเลือดใน หลอด เลือด ของระบบเลือดค้ำชีพัสเตมิกและหลอดเลือดแดง.

เกี่ยวกับโรคเซอร์โรสิสของตับ, สปลีนโนเมกาลี, การมีเชื้อพาเจียลแบริคซ์ และการเกิดมาน้ำในท้องนั้น, ในระยะเวลาต่อมา ได้ตรวจพบว่า ทำให้เกิด แรงดันเลือดปอร์ทัลสูงจนผิดปกติ, การเกิดมีปอร์ทัลซัยเปอรเทนชันน, จึงมีผู้สนใจที่จะทำการช่วยให้แรงดันได้ลดลงไปบ้าง โดยวิธีการต่อหลอดเลือดค้ำปอร์ทัล กับหลอดเลือดค้ำชีพัสเตมิก. หรือหลอดเลือดค้ำสปลีนค้ำเข้ากับหลอดเลือดค้ำวารนัล.

ความประสงค์ในการที่จะให้การย้ายที่เช่นนั้น, ทำให้เกิดมีปัญหาขึ้นในการที่จะทราบว่า แรงดัน เลือด ปอร์ทัล สูง กว่า ปกติหรือไม่. และค่าของแรงดันเลือดปอร์ทัลตามปกตินั้นเท่าใด. มีผู้ที่ให้ค่าตามปกติของแรงดันเลือดปอร์ทัลไว้หลายค่าด้วยกัน. ตั้งแต่ ๕๐ มม. นา ถึง ๓๐๐ มม. นา. ค่าคงปรกติจะเห็นได้ว่าแตกต่างกันมาก. ที่เช่นเช่นนั้นเพราะวิธีการวัดแตกต่างกันไปแล้วแต่ผู้ทำการวัด, ตำแหน่งที่ทำการวัด, เส้นฐานที่จะยึดถือเป็นมาตรฐานในเวลาวัด. นอกจากนั้นแล้วยังอาจเกี่ยวพันไปถึงความแตกต่างระหว่าง อายุ, เพศ, เชื้อชาติ และอื่นๆ ได้อีก.

เทย์เลอร์ และ เอ็กเบิร์ต (๑๙๕๑) ได้แนะนำถึงวิธีวัดแรงดันเลือดปอร์ทัลไว้ดังนี้: ในการวัดให้ใช้เส้นฐานคือผิวหนังของกระดูกสันหลัง. ใช้หลอดแก้วเล็กๆ อีกรวมห้าท่อนไม่ต้องมีขดแย้งของกระเปาะ ปลายหนึ่งต่อกับสายยางเล็ก ๆ และตอนปลายสายยาง

ตอกยเขมฉกยาเยอร์ ๑๘, ซึ่งหลอดแก้ว  
จะกำหนดเช่นแมนอมิเตอร์นา. ต้องมีแท่ง  
เหล็กเล็ก ๆ อกอนหนึ่งซึ่งมีรอยชกแบ่งไว้  
เป็นจำนวนมิลลิเมตร, ซึ่งตอนปลายเป็น  
แบนกลมเล็ก ๆ ที่จะใช้วางลงบนกระจก  
กลมขารไ้เวลาวัด. แท่งเหล็กนี้ใส่วงแหวน  
เล็ก ๆ ไว้ ๑ อันที่จะเลื่อนขึ้นลงไ้ เพื่อจะ  
เลื่อนขึ้นไปหยคในระคัยของหลอดทพงขึ้นมา  
ในหลอดแก้วในเวลาวัด. และจะไ้อ่านแรง  
ดันไ้ชค. วงแหวนนี้กล่าวควรมีตะปควง  
สำหรับหมุนเข้าไ้ให้คคอย กยทไม่เคลอน  
ขึ้นลงไ้กาย ๆ, เพื่อจะไ้เอาแท่งเหล็ก  
ออกมาอ่านระยะไ้. ในเวลาที่จะวัดไ้ใช้  
แท่งเหล็กคาน มีแบน นนวางลงบน กระจก  
กลมขารตรง เหนอ ขอบของ ลำไ้ใหญ่ขวาง  
พค. ไ้ใส่เกลอนอรมลทมเฮพารินผสม  
คยลงให้เต็มแมนอมิเตอร์, แล้วแคลมพ  
สายยางเสย. แท่งเข้เข้าในหลอดหลอด  
ค้ำแกสไคโรเฮไฟโพลค, จากค้ำขวาไ้  
หาซ้ายของคนไ้. ปลอยแคลมพไ้หน้ายา  
ไ้ลดลงหลอดหลอดค้ำนจนหยคไ้หล, ยก  
แมนอมิเตอร์ขึ้นลงหลาย ๆ ครั้ง, แล้วจงยก  
ให้ตงตรงขึ้น, วัดระคัยหลอดทอยในหลอด  
แก้วทนท. ระคัยทอนไคนคคคาคาของแรง  
ดันหลอดปรอทล.

โดยวิธีนอมอร์โนและพวก ไ้ทำการวัด

แรงดันหลอดปรอทล ในคนปกติ ๑๐๐ คน,  
ไ้ค่าต่างกันไ้ระหว่าง ๑๐๐-๓๔๐ ม.ม.  
นา และคคเคลยแรงดันปรอทลปกติ ๒๕๐  
ม.ม. นา ถ้าหากส่งไปกวานนยว้าเป็นปรอท  
ลคยเปอรเทนชัน.

การ วัด แรงดันหลอด ของ ระบาย ปรอทล  
นอกจากจะทำให้ทราบว่าแรงดันนั้นสูงมาก  
น้อยเพียงไ้แล้วกยงจะช่วยให้ทราบถึง  
ตำแหน่งของหลอดหลอดค้ำ, ทมการวัดคน  
(ว้ามร้อมบยสเกคคทไค) ไ้คคคย.

ใน การ รักษา ปรอทล คยเปอร เทนชัน,  
ประการ แรก ที่สคคควรรจะไ้ทราบ ถึงค่า-  
แห่งของการวัดคนนั้นว้าอยู่ภายนอกหรือ  
ภายในคย., ซึ่งเราอาจ จะไ้เหตุผลไ้  
คกน :-

ถ้าการวัดคนเกิดคนภายนอกคย จะม  
หลกทควรรคค คค

๑. ไม่มีประวัติของการเป็นโรคคยมา  
ก่อน.

๒. คยมีขนาดปกติ

๓. พลาสมาไปรธอมบยนและอด้ยวมีน  
มีค่าปกติ

๔. การทดสอบสมรรถภาพของคยไ้  
ผลปกติ.

๕. การ เจาะ คคคย ทรวจ ไ้ คคคย  
ของคยปกติ

ถ้าเป็นการออกทันภายในตย์. จะมี

๑. มีประวัติของการเคยเป็นโรคตย์
๒. ตย์โตหรือเล็กเหี่ยวลงกว่าปกติ
๓. การทดสอบสมรรถภาพของตย์จะเห็นว่าเลวลง
๔. พลาสมาโปรธรมบินและอัลบีมินมคาตาล
๕. มีมานนา
๖. การเจาะตย์พบว่าตย์มีลักษณะการถูกทำลาย

เมื่อคำนึงถึงการ รักษาโปรตลซัยเปอร์เทนชันโดยทั่วๆ ไปแล้ว ผลของการรักษา

จะดีเพียงใด นนชนอนอยู่ที่เหตุภายนอกหรือภายในของตย์. ถ้าการออกทันเกิดขึ้นเนื่องจากการมีธรมบัสของ หลอดเลือดดำปอร์ทัล (หรือแขนงต่าง ๆ), การตย์ม้าม (หรือการตย์ม้ามพร้อมไปกับการทำสปลไนรันดชันท์) จะได้ผลดีมาก. ถ้าหากการออกทันเกิดขึ้น เพราะเหตุตย์, การทำสปลไนรันดชันท์ หรือปอร์โตเควลชันท์, จะช่วยให้หายจากปอร์ตลซัยเปอร์เทนชันได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักถึงแก่กรรมเพราะโรคตย์ที่มีอยู่.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราชปี ๒๕๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัดส่งให้ตามประสงค์

## แผนย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ., ประยุทธ์ รุจิระสุต พ.บ.,  
จำลอง หะริณสุต พ.ด., D.T.M., Ph.D., ชาญ สถาปนกุล พ.บ., เกษม ลิมวงษ์ พ.บ.,  
เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ., เกษียร ภักคานนท์ พ.บ., นันทพร นิลวิเศษ พ.บ.,  
สำราญ วงศ์พาทย์ พ.บ., ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๑. R.F. Recker, J.A. Grunt : เซอร์ไว  
คัลซิมปะเรติกแกงเกลย. Anat. Rec.  
127 : 1-14, 1957.

เนื่องจากคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องซีมปะเรติกแกงเกลย ของบริเวณคอในตำรากายวิภาคศาสตร์, มีส่วนถูกต้องน้อย, ผู้ศึกษาได้ทำการชำแหละจากศพ ๕๘ ศพ, ของคนขาว, คนนิโกร, ทั้งหญิงและชาย. พบว่าในศพที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง, มีแกงเกลยอยู่ ๔ อัน, ไม่ใช่ ๓ อันอย่างในตำรา. อันที่ตรงกับตำรานั้นมีเพียงแกงเกลยอันบนเท่านั้น. แกงเกลยอันกลาง, มีกัมเขน ๒ อัน, มีถึง ๕๓.๓ ปซ. อันล่างของ ๒ อันนี้เรียกว่า เวอร์ทิวรลแกงเกลย, เพราะตำแหน่งมีสัมพันธ์ใกล้ชิดกับหลอดเลือดแดงเวอร์ทิวรล. ถึงแม้จะพบว่าแกงเกลยนี้เดียว, อันเวอร์ทิวรลนี้พบได้บ่อยกว่าอันกลาง ซึ่งคิดเป็นเปอร์เซ็นต์เปรียบเทียบกับได้เป็น ๓๒.๔ : ๗๐.

ตามตำรา, ให้แกงเกลยอันกลางอยู่ตรงกับระดับกระดูกสันหลังส่วนคอ อันที่ ๖. แต่จากการศึกษาเขาพบว่า, แกงเกลยอันกลางที่พบบ่อยกว่า คือ เวอร์ทิวรลแกงเกลย, จะพบที่ระดับกระดูกสันหลังอันที่ ๗ มากกว่าอันที่ ๖. และจากเวอร์ทิวรลแกงเกลยนี้ จะให้กำเนิดต่อแขนงแอนซัสซีเคิลเวยน, มากกว่าแกงเกลยอันกลาง.

สำหรับแกงเกลยอันกลาง, ซึ่งถาวรอยู่กับแกงเกลยของทรวงอกอันที่ ๑ แล้ว เรียกว่าสเตลเลทแกงเกลยนั้น, จากการศึกษาพบว่า เป็นสเตลเลทแกงเกลยได้ น้อยไปกว่าในตำราที่ เคยรายงานไว้ก่อน, คือพบได้เพียง ๖๒.๓ ปซ. ไม่ใช่ ๘๐ ปซ.

สด แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. Lawrence S. Mann and Joseph F. Giannola : การผิดปกติของยูเรนัสในผู้

ใหญ่. A.M.A. Archives of Surgery. 2 : 245-250, 1957.

ในคนปกติส่วนยวณเพศซึ่งตัดออกจากยอดของกระเพาะปัสสาวะไปยังสะดือ, จะต้องบดคั้นแล้วเปลี่ยนแปลงเป็นเอน, เรียกว่ามดเคี้ยวชนิดโลกคลลกาเมนท, ตงแต่เมื่อครั้งเป็นเอ็มบริโอประมาณอาทิตย์ที่ ๕. แต่ก็มีบางรายที่อาจจะไม่บดเคี้ยว หรือบดเพียงบางส่วนก็ได้. ในรายงานผู้รายงานได้แสดงผู้ป่วย ๘ ราย, อายุระหว่าง ๒๓ ถึง ๔๖ ปี, และไ้รวบรวมแบบต่างๆ ที่พบได้ดังนี้:

- ๑. ไม่บดเคี้ยว. ทำให้กระเพาะปัสสาวะมีทางติดต่อกับสะดือ. (complete type)
- ๒. เบ็ดเฉพาะที่สะดือ (blind external type)
- ๓. เบ็ดเฉพาะที่ยอดของกระเพาะปัสสาวะ (blind internal type)
- ๔. เบ็ดตรงกลาง, แต่ปลายทั้งสองด้านปิด. (total blind type) สำหรับอาการที่พบได้ทั่วไปก็คือ:
  - ๑. อาจไม่มีอาการเลย.
  - ๒. มักอุดตันตรงกลางช่องท้อง, ทำให้วินิจฉัยผิดว่าเป็นเนื้องอกของมดลูก.
  - ๓. มีน้ำปัสสาวะไหลออกทางสะดือ.

บางรายอาจเป็นหนอง.

๔. มีอาการทางกระเพาะและลำไส้. อาจวินิจฉัยผิดว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ. ในผู้ป่วย ๘ รายนี้, ๓ รายเป็นแบบที่ ๑., อีก ๓ รายเป็นแบบที่ ๒, ส่วนแบบที่ ๓ และ ๔ มีอยู่ละ ๑ ราย.

ผู้รายงานเห็นว่า, เมื่อพบผู้ป่วยที่มีสะดืออกเสีย, หรือมีน้ำไหลทางสะดือ, ต้องนึกถึงยวณเพศที่ยังเบ็ดอยู่เสมอ. สำหรับในรายที่มักจะวินิจฉัยได้โดยใช้ฉีควัดถายแสง. ส่วนการรักษาต้องอาศัยทางศัลยกรรม.

ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ.

๓. F. Van Assendelft, J.W. Miller, E.T. Mintz, J.A. Schack P. Ottolengi, and H. Most : การใช้กลอคารบินในการรักษาโรคบิดอะมีบยา. Am. J. of Trop. Med. & Hyg. Vol.5, No.3: 501-503, 1956.

กลอคารบิน (เมอริค) เป็นผลึกกลัยโคไซด์ซึ่งแยกได้จากไซมารบา กลอคา. มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียชนิดแอนาโรบิก อีโคไลติก, โดยการทดลองในหลอดแก้วและในสัตว์ทดลอง และมีการเกิดพิษน้อย.

ผู้รายงานและพวก, ได้รายงานผลของการรักษาโรคบิดอะมีบิเซซีส, ในผู้ช่วยซึ่งมีทั้งสองเพศ. อายุตั้งแต่ ๒ ปี ถึง ๔๒ ปี. มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ ๑๕ ก.ก. ถึงมากกว่า ๕๐ ก.ก. โดยได้รับการวินิจฉัยอย่างแน่นอนแล้วว่า เป็นโรคบิดมีตัว, จากการตรวจอุจจาระ พบ ซีสต์ และ โทร โฟ ซอยท์ โดยวิธีธรรมดาและวิธีพิเศษ. การรักษาโดยให้ยาทางปากในขนาดรับประทาน ๑-๕ ม.ก. ต่อน้ำหนักตัวเป็น ก.ก., ต่อวัน. ให้ติดต่อกันเป็นเวลา ๕ และ ๑๐ วันตามลำดับ. จำนวนผู้ช่วยทั้งหมด ๑๑๓ รายที่เป็นบิด, มีรายที่ไม่ปรากฏอาการเลยจนกระทั่งมีอาการอย่างรุนแรง. ผลของการทดลองรักษาปรากฏว่า ๗๐ ปร. ของจำนวนผู้ช่วยทั้งหมดในพวกที่ได้รับยาในเฉพาะขนาด ๕ ม.ก. ต่อ น.น. ตัวเป็น ก.ก. ต่อวัน (ขนาดสูงสุดไม่เกินวันละ ๓๐๐ มก., และให้ติดต่อกันเป็นเวลา ๑๐ วัน,) พวกนี้ได้รับผลดีที่สุด. ตรวจอุจจาระ ได้ผลลบ ทั้งวิธีธรรมดาและวิธีพิเศษ, หลังจากให้การรักษาแล้วเป็นเวลาประมาณ ๖๐ ถึง ๘๒ วัน. สำหรับการเป็นพิษนั้น ปรากฏว่ามีเพียง ๒ รายเท่านั้น. ในพวกนี้มีเม็ดเลือดขาว ต่ำลงกว่าระดับปกติ, และเมื่อหยุดยา

แล้วระดับของ เม็ด เลือด ขาว ก็ เข้าสู่ระดับปกติ.

ประยुทธ วิฑิตะสุต พ.บ.

๔. R.A. Lewis, et al.: การใช้ยาปฏิชีวนะในการ ช่วยรักษาโรค ชาติอาหารโปรโตเอนในเด็ก. *Am. J. Trop. Med. & Hyg.* 5 : 483, 1956.

เด็ก ๑๐ คนที่เป็นโรค ชาติอาหารโปรโตเอนและโรคควอซีไอคอร์ด. ได้รับการทดลองรักษาด้วยผลอเตตราซัยคลีน (ออริโอมัยซิน), หรือออกซิเตตราซัยคลีน (เทอรัมัยซิน), วันละ ๕๐ มิลลิกรัมเป็นเวลา ๒ เดือน. คนโตวัด ๑๐ คนก็เป็นเด็กที่เป็นโรคอย่างเดียวกัน. ทั้งสองกลุ่มได้รับอาหารวันละ ๑๕๐๐ แคลอรีส., มีโปรตีนวันละ ๕๕ กรัม และวิตามินรวมด้วย. พวกที่ได้รับปฏิชีวนะควยนั้นได้ผลดีเร็วกว่า. ซึ่ไม่ไกลบินและอัลบิวมินใน เลือด ขึ้นสูงเร็วกว่า. ในบางรายเม็ดเลือดมีอัลบิวมินต่ำมาก, และระดับแสดงการเสียมากก็ตาม แต่ก็ไม่มีรายใดตายเลย.

โรค ชาติอาหาร โปรโตเอน และควอซีไอคอร์ดในเด็กนั้น, เชื่อว่าเกิดจากมีเชื้อแบคทีเรียบางจำพวกในลำไส้, ใช้หรือทำลายวิตามินหรือสารอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์

ต่อร่างกายเสีย. ยาปฏิชีวนะขนาดน้อยน, ไปทำลายเชื้อแบคทีเรียจำพวกนั้น. ดังนั้นโรคนี้หายไ้เร็วกว่าเมื่อใช้ยาปฏิชีวนะร่วมกับกาให้อาหารอย่างทีเคยให้กันมาก่อน.

จำลอง หาริณสุต พ.ด., D.T.M., Ph.D.

๕. Lucien H. Harris: การใช้คอร์ติโซนร่วมกับยารักษาวัณโรค. Brit. J. Tuberc. Dis. Chest., 51: 98-101, 1957.

การทคอร์ติโซน และคอร์ติโคโทรปินช่วย ระวัง การสร้างแกรนเลชันทีชชีวและไฟโบรบลาสต์คิรแพร, ทำให้ถูกนำมาใช้ในการรักษาวัณโรคร่วมกับยาอื่น.

ได้รายงาน การใช้ยาน ในผู้ป่วย ๑๔ ราย. ส่วนมากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสี ๑๐ รายพบตัวเร้วมาก, โดยรู้สึกตัวสบายขึ้น, ไข้ลด, ความอยากอาหารคชนมากและไอน้อยลง.

จากการวิจารณ์ผลในผู้ป่วยเหล่านี้ และทีเคยมีผู้รายงานมาก่อน, จะเห็นได้ว่าคอร์ติโซน และคอร์ติโคโทรปินไม่มีผลอย่างใดต่อการเปลี่ยนแปลงของแผลวัณโรค, แต่อาการทั่วไปจะดีขึ้นมาก. ยานจึงเหมาะในรายทีมีอาการหนัก เพอพยงผู้ป่วยไว้. ประโยชน์ที่สำคัญอีกอนหนึ่งคือ

ช่วยแกชยเปอร์เซนชิตวิต ต่อยารักษาวัณโรคทีมีอาการรุนแรงและไม่สามารแกได้ ด้วยวิธีธรรมดา.

ผู้ป่วยใน ซคนไตแสดง ผล สนับสนุนว่าเราใช้คอร์ติโซนต่อผู้ป่วย “วัณโรคระยะลุกลาม” ใ้ได้อย่างปลอดภัยในเมื่อเราใช้ยารักษาวัณโรคในขนาดทีได้ผลร่วมด้วย.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๖. August F. Jonas: วิชช่วยในการวินิจฉัยโรคฝีไต กระบังลม และฝ ในช่องท้อง. Surgery, Gynecology & Obstetric Vol. 104 No.4 507-508, 1957.

การวินิจฉัยฝีไต กระบังลมให้ ถูกต้องทำได้ยาก. เพราะการตรวจภาพรังสีในห้องมืดโดยให้ผู้ป่วยนอน ทำให้ลำบาก. เขาจึงได้คิดวิธีตรวจใหม่ซน ซงคได้แน่นอน, ไม่ว่าผู้ป่วยจะยืนหรือนอน. คือใช้ขูวไฟฟ้าทีชขบนาเกลอซุ่มๆวางทีหนากลามเนอัสเคลนอันทนา, แล้วปล่อยกระแสชนิคฟาราคีคอย่างอ่อนๆ, จะเป็นการกระตุ้นประสาทเฟรนิก, ช่วยให้มีการเคลอนของกระบังลมคชน. ในรายปกติ กระบังลมจะลดลง ๓-๕ นว. ในรายมีการอกเสย, มีการบคคคคอยู่ ทำให้มีการเคลอนไหวของ

กระบังลม.

เขาได้ประคิมหิวเครื่องคคพิเศษให้ใช้  
เป็นเครื่องมอคค และหาแหล่งฝ โดยผ่าน  
ทางแผลเจาะเล็ก ๆ ที่ปลายขโครงที่ ๑๒.  
เขาอ้างว่าเป็นการกระทำที่ง่าย และน่าจะ  
ใช้ เช่นในรายทวอยเย็บขค คโอคินมแตก.

เคยกลัวกันว่าจะทำอันตราย ต่อลำไส้,  
แต่พบเคล็ดคล้ายว่า เป็นการ ปลอดภัย มากท  
เทียบ ถ้าพยายามให้หิวเครื่องคคอนนชค  
อยู่กับผนังเยอบุช่อง ท้อง ค้านพาไรเอตลไว  
เสมอ. เขาได้แสดงภาพของหิวเครื่องคค  
ที่ประคิมหิว ขนให้ห้วงอไปมาได้, มีขคคค  
ที่ตามเป็นทเกบหนอง. และภาพการกระตุ้น  
ประสาทเฟรนคคด้วยไฟฟ้า.

(มีเอกสารอ้างอิง ๒ เล่ม.)

เกษม ลิมวงษ์ พ.บ.

๗. Raymond Whitehead: หลักการเขียน  
เอกสารทางแพทย. A.M.A. Archives of  
Surgery Vol. 175 No. 1: 1-8 1957.

เอกสารเรื่องนี้เหมาะแก่นักศึกษาแพทย  
อย่างยิ่ง. ผู้เขียนได้แบ่งเอกสารทางการ  
แพทยออกเป็น ๕ ประเภท ๑) Scientific  
articles ๒) Essays ๓) Book rviews

และ ๔) Biopsy reports. ได้ให้หลัก  
ของการเขียนนคเขียนทค. วิธีใช้และคณ  
หนังสือในห้องสมค. อธิบายความแตก  
ต่างระหว่าง Article และ Thesis และชี้ให้  
เห็นว่าหนังสือทเป็นคควา โดยมากค่อน  
ข้างจะล้าสมัย และไม่ละเอียดคพอที่จะใช้ใน  
การอ้างอิงหรือคณควาได้. ในการเขียน  
เอกสารทางแพทยน, ผู้เขียนนอกจาก  
จะต้องฝึกฝนตัวเอง ด้วยการศึกษาเรื่องที่จะ  
เขียน, ในเอกสารทเคยมีไว้ในประวัติ  
ศาสตร์ทางแพทย ทงนโดยอาศัยความ  
ร่วมมือของเจ้าหน้าที่ห้องสมคแล้ว, เรื่อง  
ที่เขียนจะต้องสนกนความเพอสงวนเวลาคน  
อ่าน. ทกเรื่องควรจะต้องผ่านการคิมจาก  
ผู้ร่วมงาน หรือผู้อาวโส ก่อน การค.พิมพ์.  
นอกจากนผู้เขียนต้อง อาศัย ความรู้หรือผู้ท  
มีความรู้ในการเขียนรูปและถ่ายรูป. ต้อง  
ประยุกต์วิชาสถิติมาใช้และถ้ามีความรู้  
ภาษาใดภาษาหนึ่งนจำพวก ภาษาทแพร  
หลายคือ ฝรั่งเศส, เยอรมัน, อิตาลี,  
โปรตุเกศ, รัสเซีย, สเปนญ ก็จะเป็นการ  
ได้เปรียบอย่างยิ่ง. เพราะเอกสารทาง  
แพทยนมีแพรดง ๓๒ ภาษา.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๘. Norman L. Higinbotham and Bradley L. Coley: ความชำนาญจากการทำเคมี-เพลเวคโตมในผู้ป่วย ๓๕ ราย Cancer. 9 : 1233, 1956.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการทำเคมีเพลเวคโตมว่า, ได้แก่มะเร็งที่มียุขเริ่มแรกทกระดก. ในรายงานของเขาโดยมากเป็นมะเร็งของกระดกอ่อน. เขาไม่เชื่อว่ามะเร็งของกระดกชนิดออสติโอเจนิค จะเป็นข้อบ่งชี้สำหรับการทำเคมีเพลเวคโตมด้วย. ตามธรรมดาในใจแอนทเซลล์ท-เมอร์ ก็ไม่ได้ถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างถอนรากถอนโคนเสียจากว่า, การผ่าตัดอย่างธรรมดา หรือการรักษาคอยรังสีจะไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น, จึงมาพิจารณาถกกันคือถกกันว่า สมควรจะต้องทำผ่าตัดอย่างถอนรากถอนโคนหรือไม่.

ในซีกผู้ป่วยของผู้รายงานทั้งหมด ๓๕ คน, เป็นชายเสีย ๒๘ คน หญิง ๑๑ คน. อายุต่ำกว่า ๑๑ ปี, อายุสูงสุด ๖๕ ปี. มีคนอายุเกิน ๖๐ ปี ๗ คน. การผ่าตัดทุกคนได้ผลดี. มะเร็งเกิดจุดเริ่มแรกทกระดกเชิงกราน ๓๑ คน, เกิดจุดเริ่มแรกทตอนบนของกระดกต้นขา ๕ คน, ซึ่งลุกลามไปมาก. จนกระทั่งการผ่าตัดเพียงเอา

ข้อต่อของตะโพกออกเท่านั้นไม่เป็นการเพียงพอ. ๒ รายเคยทำการผ่าตัดเอาข้อตะโพกออก. แล้วมีการเกิดใหม่ของมะเร็งทอะเซตาบิลัม.

มีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังผ่าตัด ๓ ราย (ประมาณ ๗.๗ ปร.ศ.), นับว่าค่อนข้างต่ำ. ผู้รายงานยกให้เป็นความคิดของผู้รักษาภายหลังผ่าตัด, หน่วยฉายเลอคทิงที่จัดหาเลอคมาให้อย่างเพียงพอ และการค้นคว้ารักษาโรคที่เกิดร่วมอยู่ด้วยได้อย่างละเอียด.

ผู้รายงานบรรยายวิธีการผ่าตัดไว้ค่อนข้างจะละเอียด โรคแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่แผลหายช้า และเมตาสเทซีส. ผู้ป่วย ๑๕ คนสามารถใช้ขาปลอมได้เป็นอย่างดีพอใจ.

เกษียร ถังคานนท์ พ.บ.

๙. L.B. Munro, D. Hurray: ผลของการบีบตาไม้คัตอรรถของซั่มโม่เลสเตอร์อลในโรคเบาหวาน. The Lancet, 6952; P. 1083, 1956.

การรักษาโรคเบาหวานด้วยการบีบตาไม้คัต (B.Z. 55). ทำให้มีผลต่ออรรถของซั่มโม่เลสเตอร์อลในซั่มด้วย. ค่าของโม่เลสเตอร์อลในซั่มจะลดลงใน ๒-๓ วันแรก

ของการรักษา และจะเพิ่มขึ้น สู่ระดับเดิมอย่างรวดเร็วแม้จะยังให้ยาอยู่ก็ตาม.

ผู้รายงานทำการศึกษาในผู้ป่วยเป็นเบาหวาน ๖ คน. ให้อาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตจำนวนคงที่. ควบคุมเบาหวานให้มีจำนวนน้ำตาลในปัสสาวะ ๒๔ ชม. คงที่. เจาะเลือดหาจำนวนน้ำตาลและโมเลกุลเทอรอลหลังอาหารเช้า ๒ ชม. ครึ่งทุกวัน. ทำคอนโทรลอยู่ ๔ วัน, ให้กินคาร์บิวตาไมด์หลังอาหาร ๒ ชม. ครึ่งทุกวัน. วันแรกให้ ๕ กรัม. วันที่สองให้ ๓ กรัม. วันที่ ๓ ไปให้วันละ ๑ กรัม. มี ๒ คนที่ให้ผลตอบสนองต่อคาร์บิวตาไมด์ คือ คี โคนยเรยหายไป, น้ำตาลในปัสสาวะตรวจไม่พบ, น้ำตาลในเลือดมีผลเช่นเดียวกับการใช้อินซูลิน และมีระดับโมเลกุลเทอรอลในซีรัมลดลงในวันแรก ๆ, คือไปก็เพิ่มสู่ระดับเดิม.

ได้ทดลองให้คาร์บิวตาไมด์ ขนาดเท่ากันในคนปกติ ๒ คน, ไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงของระดับซีรัมโมเลกุลเทอรอล. ทดลองให้ในผู้ป่วยเบาหวาน ๑ คนซึ่งมีระดับซีรัมโมเลกุลเทอรอลต่ำอยู่ก่อน, ได้ผลตอบสนองดีมาก. ทดลองให้ในผู้ป่วยเบาหวานอีก ๑ คนที่มีระดับซีรัมโมเลกุลเทอรอลสูงอยู่ก่อนแล้วไม่ผล.

ผู้รายงานสรุปว่า, การเปลี่ยนแปลงระดับของซีรัมโมเลกุลเทอรอลนี้อาจจะแสดงถึงความแตกต่างในชนิดต่าง ๆ ของเบาหวาน, หรืออาจจะเป็นปรากฏการณ์แสดงว่าคาร์บิวตาไมด์มีผลต่อเมตาบอลิซึมขงกลาง ๆ แตกต่างกับอินซูลิน.

นนทพร นิลวเศษ พ.บ.

๑๐. W.G. Marr, R. Wood, L. Senterfit.

S. Sigelman, : ผลของการใช้ยาชา

เฉพาะที่ต่อการวินิจฉัยเรตินของคอร์เนล อีบีเรียม Am. J. Ophth. 43: 606-

610, 1957.

ผลของการทดลองยาที่ทำให้ตาชา, ต่อการเจริญของอีบีเรียมของคอร์เนล, ได้ผลว่า: พวกที่ทำให้อีบีเรียมของแผ่นคอร์เนลไม่เจริญ คือเอมิลชัน ๒ ปช., บิวทียัน ๒ ปช., โคเคอิน ๔ ปช., ออร์ธาเคอิน ๐.๔ ปช., โซโลเคอิน ๑ ปช., นูเปอร์เคอิน ๐.๑ ปช. และออฟเธอิน ๐.๕ ปช.

พวกที่ทำให้อีบีเรียมของแผ่นเจริญช้า คือพอนโตเคอิน ๐.๕ ปช.

พวกที่ไม่ทำอันตรายต่ออีบีเรียมที่ผลของคอร์เนลเลย ได้แก่เมทียเคอิน ๒ ปช., โซโลเคอิน ๒ ปช.

(เอกสารอ้างอิง ๕ ฉบับ, ตารางแสดง  
๑ ตาราง)

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ.

๑๑. P.C. Grant. and T.R. Hedge Jr.:  
การตรวจพบในลูกตาในโรค มินังจิ โอม่า  
ของทุเบอร์คูลิมเซสเล. A. M. A. Arch  
of Ophth. 56: 163-170, 1956.

ผู้เขียนรวบรวมรายงานผู้ช่วยไว้ ๓๐  
ราย, ซึ่งมักมีอาการของไขว้แอสมา.  
โรคคนมมิงจิโอม่าของทุเบอร์คูลิมเซสเล.  
อาการทางตาพบน้อย. จะพบมีแต่ข้อฟกค  
อะโทรฟ. ขอบเขตการเห็นของตาแคบลง.  
เอกซเรย์ขอกะโหลกศีรษะไม่ได้มาก. การฉีกวรั  
ทบแสงเข้าหลอดเลือดแดงของ สมองช่วย  
ได้มาก. อาการทางตาจะปรากฏตั้งแต่  
จำนวนเดือน ๆ จนถึง ๓๐ บกอนผ่าตัด.  
หลังผ่าตัดแล้ว อาการทางตาไม่ดีขึ้น.

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ.

๑๒. C.G. Tulloh,: ต้อกระจกชนิดหลัง  
เลนส์ที่เป็นกรรมพันธุ์ Brit. J. Ophth. 40:  
566-567, 1956.

ต้อกระจกที่เป็นกรรมพันธุ์ นมน้อย. ผู้  
รายงานได้รายงานถึงผู้ช่วยชายอายุ ๓๘  
ปี. มีอาการทางตาเมื่อเขาอายุ ๑๘ ปี.

เขาเป็นคนท ๘ ที่เข็นโรคนในตระกูล และ  
๘ เป็นคนชนท ๔ (4<sup>th</sup> generation). เมื่อผ่า  
ตัดเอาต้อออกแล้ว พบเป็นต้อชนิดหลัง  
เลนส์. (เอกสารอ้างอิง ๑ ฉบับ)

ผิว ลิ้มปพยอม พ.บ.

๑๓. Thomas A. Maguda, M.D. and  
Ralph F. Bowers, M.D. รายงานผู้ช่วย  
๗ รายที่เข็นมะเร็งเรมตนต์ลินไก. The  
Annals of Otology, Rhinology & Laryn-  
gology 1: 108-115, 1956.

ผู้รายงานได้รายงานคนไข้ทั้งหมด ๗  
ราย. เป็นมะเร็งเรมตนต์ชนิดสเควมัสเซลล์  
ทูลนไก. ได้ทยทวนถึงกายวิภาควิทยา,  
สรีรวิทยา, จุลกายวิภาควิทยา, วิทยา  
เอมบริยโอสของอวัยวะ, และจากการรวบรวม  
เอกสารต่าง ๆ ปรากฏว่ามีกรร  
งานโรคนี้ไว้ก่อนเพียง ๑๖ รายเท่านั้น.

ผู้ช่วยที่เขา รายงาน ๗ ราย, ๔ ราย  
มีต้อมาเหลืองทคอโต. ๕ รายมีอายุน  
ต่อมา ๖ ปี; ๑๖ เดือน; ๑๓ เดือน; ๘  
เดือน.; และ ๕ เดือนหลังการรักษาโดยไม่  
ปรากฏเป็นอีก. ๒ รายตายเมื่อเป็นได้ ๒๒  
เดือน และ ๑๕ เดือน.

เขาสรุปว่าการรักษาที่คอ, ถ้าเป็น

น้อย ๆ ก็ตัดเอาก้อนมะเร็งออก. ถ้าเป็น  
มาก, ลามไปที่เพดานอ่อนและส่วนโค้ง  
พาลาตินแล้ว, การรักษาที่ไคผลก็ คือใช้  
รังสี, และถามต่อมาหน้าเหลืองข้างคอ

โตด้วยแล้วต้องเอาต่อมาหน้าเหลืองออก. การ  
ฉายรังสีที่ต่อมาหน้าเหลืองอย่างเฉียวไม่  
ได้ผลเท่า.

ผิว ลิ้มปพยอม พ.บ.

### การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรคเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

# ปกิณกะ

## (๑) คณบดีกล่าวปราศรัย

ท่าน คณะอาจารย์ และ นักศึกษาทั้งหลาย, วันนเช่นวันเขตกภาคการศึกษาประจำปี ๒๕๐๐-๒๕๐๑, นี้ยไควาเป็นยที่ ๖๘ ของสถานนการศึกษาน. ในโอกาสนี้ขาพเจาใครขอทอนรบนักศึกษากาทุกถยเขามาศึกษาตามเคิม และในโอกาสเดียวกันขอทอนรบนักศึกษานใหม่ทเขามาในคณะแพทยศาสตร์ และศิริราช พยาบาล ของเรา. สำหรับนัก ศึกษาใหม่ ขาพเจาใคร ขอ ทอโอกาสกล่าวอะไรสักเล็กน้อย. ขาพเจาขอแสดงความ ยินดีด้วย ททานทงหลาย ไคเลือกวิชาชัพแพทย, ทจะเป็นวิชาชัพของทานต่อไป. ในอาชีพ, วิชาชนยวาเป็นวิชาชัพทจะคิดควทานไปจนวันตาย เพราะฉะฉนเป็นการเหมาะสมควรด้วยประการทงชวงแล้วททานทงหลายไคเลือกวิชาชัพเป็นวิชาชัพของทานต่อไป. แต่ในการ ทจะให้ รั้งจคปลายทางของ วิชาชัพอนน จะต้องผ่านการศึกษาตลอด ระยะเวลา ๔ ปีตาม หลักสูตรอย่างคร่าเคร่ง. อาจจะเป็นการศึกษาทหนักที่สุดเท่าททานเคยประสพมากไค, ในการ

ศึกษาใน มหาวิทยาลัยไม่ว่าทไหน, ในการ ศึกษาชนอยู่ด้วย หลักหลาย ประการ. ประการทหนังกคือ, ต้องมสุขภาพทที่จะสามารถ เล่าเรียน ไปจนจบ หลักสูตร ไค, ประการ ทสองต้องม ทนทวยเพยงพอ ทจะช่วยเหลือ ในการ ศึกษาจนตลอดหลักสูตร, ประการทสาม ทานต้องมสมองอยู่ในคนพอเพยงทจะไครับการฝึกฝนรวิชา ความรู้ สอຍได้ไค, สมัยก่อนนนเข้าใจกันว ๓ ประการนกเพยงพอแล้วสำหรับนักศึกษานในมหาวิทยาลัย ทจะเรียนให้ สำเร็จ หลักสูตรไค. แต่ปรากฏว ๓ ประการนนยังไมเพยงพอ, เพราะประการท ๔ ยังมความสำคัญเป็นอนมาก, นกคอปนีสัยและความประพฤติ. ยังมีชอดกเถยกันในด้านประเทศ มาก เกยวกับ อปนีสัย และ ความประพฤติ. การเป็นแพทยจะสำเร็จไมไคถ้าปราศจาก อปนีสัย และ ความ ประพฤติ ทเหมาะสมควร เพราะ ปรากฏว ส่วน มาก ใช้ไมไค, เพราะฉะฉนประการท ๔ คคืออปนีสัย และ ความ ประพฤติ อนน จึงมความ สำคัญ

มาก. โดยเฉพาะนักศึกษาในคณะแพทย-  
ศาสตร์ ซึ่งจะเป็น แพทย์ ผู้ ก้าวชีวิตของผู้  
ช่วยต่อไปในอนาคต. ความประพฤติเป็นสิ่ง  
สำคัญที่สุดสำหรับการศึกษา, ในค่านท  
ทรพยสถานนักศึกษา ผู้ใด เกิดการ ขาดแคลน  
ชนทจะเป็น อปสรรคต่อไปกับการเล่าเรียน  
ทางคณะกมทช่วยเหลือในกรณี. ใน  
ค่านสุขภาพของนักศึกษา ถ้าสุขภาพไม่  
สมบูรณ์เกิดเจ็บป่วยจนประการใด, ทาง  
คณะเรากมีอาจารย์คอยสอดส่องช่วยเหลือ  
ดูแลในเรื่องการรักษายาขาด. ในส่วน  
เรื่องความขมขื่นหม่นเพรนนเกยวกับตัวนัก  
ศึกษาเอง. ในชั้นแม่ว่าเช่นยทชนคกราช  
ใหม่คือพทศักราช ๒๕๐๐ พทศักราช  
ลวงเลขไปแล้ว กยงนขวาเช่นยการคก-  
ษาชนคกราชใหม่. คือ ทแล้ว ๆ มา  
เนื่องจากสงครามทำให้เกิดความวุ่นวายทง  
ในทางจิตใจและวัตถุ, ประสพกัยความ

ลำบากยากเย็นเป็นเหตุททำให้ระเบียบวินย  
หย่อนไปเป็นเวลาชานาน. บคณลงเวลา  
แล้วคือพทศักราชใหม่, ทางคณะแพทย-  
ศาสตร์จะได้กวดชนในเรื่องระเบียบและวินย  
และความประพฤติอย่างเต็มท. เพราะ  
ฉะนนขอให้นักศึกษาทงหลายส่งวรรณไวใน  
ชอน. การเรียนทเรียนไปใดก็, มีสุขภาพ  
ดี, แต่ตามอุปนิสัยใจคอความประพฤติไม่ก็,  
ความประพฤติจะสื่อให้เห็น ฉะนนผ่านความ  
สำเร็จไปไม่ได้. เพราะ ฉะนน ขอให้พง  
ส่งวรรณในชอนไว้. การศึกษานถึงแม่ของ  
ก็จะยคเขยอยากลำบาก, แตกมผู้ทผานพ  
สำเร็จไปใดเป็นจำนวนมากมายแล้ว. สำ-  
หรับท่าน ทงหลายก็สมควรทจะได้ผ่านพ  
ไปใดคยคททประการและขอ ให้พงส่งวรรณ  
ขอต่าง ๆ ทซาพเจ้าใดกล่าวเอาไว้แล้วน.  
ในที่สุดคนกขออวยพรให้นักศึกษาททท่านใด  
ประสพความสำเร็จในการศึกษาททประการ.

(๒) สถิติการใช้น้ำเกลือ, น้ำกลั่น, และน้ำละลายกลูโคส ที่ผลิตเอง  
ใน ร.พ. ศิริราช ระหว่าง เม.ย. ถึง ก.ย. ๒๕๕๗

(น.น. = น้ำเกลือ นอร์มัล; น.ก. = น้ำกลั่น; ก. = น้ำละลายกลูโคส)  
(ผลิตโดยหมวดยานีตของแผนกเภสัชกรรม, ร่วมมือกับแผนกสรีรวิทยา)

พระพล สุนทรพะลิน และ ศานติ วิบูลมงคล

รวบรวมจากรายงานของแผนกรักษา

เดือน	แผนก	น้ำยาที่ใช้		จำนวนราย ที่ใช้	รายที่มีอาการแทรก	
		ชนิด	ล.ชม. ต่อราย		จำนวน	ป.ช.
เม.ย.	ศัลย. ชาย	น.น.	1,000-2,000	29	0	0
		น.ก.	1,000-2,000	24	0	0
	ศัลย. หญิง	น.น.	1,000-2,000	33	0	0
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	11	1	9.09
		น.ก.	1,000-2,000	4	0	0
		น.น.	1,000-2,000	31	0	0
	อายุรกรรม	น.น.	น้อยกว่า 1,000	1	0	0
		น.น.	500	2	0	0
	สูตินรีเวช.	น.น.	1,000-2,000	36	4	11.11
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	2	1	50.0
		น.ก.	500-1,000	3	0	0
		ก.	1,000	10	0	0
		ก.	น้อยกว่า 1,000	6	0	0
	พ.ค.	ศัลย. ชาย	น.น.	มากกว่า 2,000	19	0
น.น.			1,000-2,000	32	0	0
น.ก.			1,000-2,000	35	0	0
น.ก.			น้อยกว่า 1,000	2	0	0
ศัลย. หญิง		น.น.	มากกว่า 2,000	14	0	0
		น.น.	1,000-2,000	50	2	4
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	21	3	14.28
		น.ก.	1,000-2,000	13	0	0
		น.ก.	น้อยกว่า 1,000	1	0	0
อายุรกรรม.		น.น.	1,000-2,000	17	0	0
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	12	2	16.66

เดือน	แผนก	รายได้		จำนวนราย ที่	รายได้รวม	
		ชนิด	ล.ชม. ต่อราย		จำนวน	ป.ช.
มิ.ย.	คลัง. ชาย	น.น.	1,000-2,000	49	0	0
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	28	2	7.14
		น.ก.	1,000-2,000	85	4	4.7
		น.ก.	น้อยกว่า 1,000	12	0	0
	คลัง. หญิง	น.น.	1,000-2,000	29	2	6.9
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	49	3	6.1
		น.ก.	1,000-2,000	42	0	0
			มากกว่า 2,000	1	0	0
	อายุรกรรม.		น้อยกว่า 1,000	7	0	0
		น.น.	1,000-2,000	19	0	0
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	3	0	0
		น.ก.	1,000-2,000	9	0	0
	กุมารฯ.		1,000	5	1	20
		น.น.	40-350	41	0	0
		ก.	50-300	9	0	0
	ก.ค.	คลัง. ชาย	น.น.	มากกว่า 2,000	51	4
น.น.			1,000-2,000	61	4	6.5
น.น.			น้อยกว่า 1,000	5	0	0
น.ก.			1,000-2,000	73	5	6.8
น.ก.			น้อยกว่า 1,000	3	0	0
คลัง. หญิง		น.น.	มากกว่า 2,000	5	0	0
		น.น.	1,000-2,000	66	5	7.5
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	52	2	3.6
		น.ก.	1,000-2,000	19	4	21.05
อายุรกรรม.		น.น.	มากกว่า 2,000	1	0	0
		น.น.	1,000-2,000	90	7	7.74
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	28	3	10.71
		ก.	1,000	36	11	30.55
จักษุฯ.		น.น.	1,000-2,000	5	0	0
		น.น.	น้อยกว่า 1,000	16	0	0
		ก.	50-1,000	14	1	7.14
กุมารฯ.		น.น.	น้อยกว่า 1,000	33	0	0
		ก.	50-500	79	0	0

เดือน	แผนก	นํ้ายาที่ใช		จำนวนราย ที่ใช	รายทมอการแทรก		
		ชนิด	ถ.ชม. ตอราย		จำนวน	ป.ช.	
ส.ค.	ศัลย. ชาย	น.น.	มากกว่า 2,000	159	0	0	
		น.น.	1,000-2,000	145	0	0	
		น.ก.	1,000-2,000	58	0	0	
	ศัลย. หญิง	น.น.	มากกว่า 2,000	3	0	0	
		น.น.	1,000-2,000	61	3	4.9	
		น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	15	0	0	
		น.ก.	1,000-2,000	31	2	6.4	
		น.ก.	นํ้ายกว่า 1,000	2	1	50.0	
		น.น.	3,500	2	0	0	
	อายุรกรรม.	น.น.	1,000-2,000	78	4	5.12	
		น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	8	1	12.5	
		ก.	1,000	25	2	8.0	
		ก.	นํ้ายกว่า 1,000	11	1	9.09	
		น.น.	500-1,000	12	0	0	
	จักษุฯ.	ก.	นํ้ายกว่า 1,000	28	1	3.57	
		กุมารฯ.	น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	103	2	1.9
	ก.		50-500	3	1	33.33	
	ก.ย.	ศัลย. ชาย	น.น.	มากกว่า 2,000	29	0	0
			น.น.	1,000-2,000	75	1	1.33
			น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	7	0	0
น.ก.			1,000-2,000	54	1	1.84	
ศัลย. หญิง		น.น.	มากกว่า 2,000	3	0	0	
		น.น.	1,000-2,000	39	1	2.59	
		น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	6	0	0	
		น.ก.	1,000-2,000	41	0	0	
		น.ก.	นํ้ายกว่า 1,000	2	0	0	
อายุรกรรม.		น.น.	1,000-2,000	85	4	6.8	
		น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	11	1	9.09	
		ก.	1,000	10	0	0	
จักษุฯ.		น.น.	1,000-2,000	8	0	0	
		น.น.	นํ้ายกว่า 1,000	14	0	0	
		ก.	20-500	77	0	0	
กุมารฯ.		น.น.	50-400	110	3	2.72	
		ก.	50-350	5	1	20.0	

สรุป :

น้ำเกลืออินอร์มัล : ใช้ ๔๕๘๔ ราย, ผิดปกติ ๕๓ ราย (๑.๑๕ ป.ช.). น้ำกลั่น : ใช้ ๕๒๑ ราย, ผิดปกติ ๑๗ ราย (๓.๐๖ ป.ช.). น้ำละลายกลูโคส : ใช้ ๓๐๘ ราย, ผิดปกติ ๑๕ ราย (๖.๑๖ ป.ช.).

แยกตามแผนกได้ดังนี้ :

น้ำเกลืออินอร์มัล : ศัลย. ชาย : ใช้ ๗๓๕ ราย, ผิดปกติ ๑๑ ราย (๑.๔๘ ป.ช.). ศัลย. หญิง : ใช้ ๔๕๗ ราย, ผิดปกติ ๒๒ ราย (๔.๘๑ ป.ช.). อายุรกรรม : ใช้ ๓๘๖ ราย, ผิดปกติ ๒๒ ราย (๕.๗ ป.ช.). จักษุฯ : ใช้ ๕๗ ราย, ผิดปกติ ๐ ราย (๐ ป.ช.). สูตินรีเวช. : ใช้ ๓๘ ราย, ผิดปกติ ๕ ราย (๑๓.๑๖ ป.ช.). กุมารฯ : ใช้ ๒๘๗ ราย, ผิดปกติ ๕ ราย (๑.๗๕ ป.ช.).

น้ำกลั่น : ศัลย. ชาย : ใช้ ๓๔๖ ราย, ผิดปกติ ๑๐ ราย (๒.๘๕ ป.ช.). ศัลย. หญิง : ใช้ ๑๖๓ ราย, ผิดปกติ ๗ ราย (๔.๓๖ ป.ช.). อายุรกรรม : ใช้ ๘๑ ราย, ผิดปกติ ๑๔ ราย (๑๗.๒๘ ป.ช.). สูตินรีเวช. : ใช้ ๓ ราย, ผิดปกติ ๐ ราย (๐ ป.ช.).

น้ำละลายกลูโคส : อายุรกรรม : ใช้ ๓๐๐ ราย, ผิดปกติ ๑๗ ราย (๕.๖๖ ป.ช.). จักษุฯ : ใช้ ๑๑๕ ราย, ผิดปกติ ๕ ราย (๔.๒๖ ป.ช.). สูตินรีเวช. : ใช้ ๑๖ ราย, ผิดปกติ ๐ ราย (๐ ป.ช.). กุมารฯ : ใช้ ๕๖ ราย, ผิดปกติ ๒ ราย (๒.๐๘ ป.ช.).

หมายเหตุ : ไม่มีรายงานของแผนกสูตินรีเวช ; สำหรับ เม.ย. ; จักษุฯ สำหรับ พ.ค. และ มิ.ย. ; กุมารฯ สำหรับ เม.ย. และ พ.ค.

## (๓) ผลของยาและการปฏิบัติบางอย่างต่อเด็กในครรภ์

ฤทธิ์ของยาต่อเด็กในครรภ์นั้นมีความแตกต่างกันในระยะเวลาต่างๆของครรภ์, เพราะในแต่ละระยะของครรภ์, รกมีการเปลี่ยนแปลง

แปลงในความสามารถที่จะปล่อยให้สารผ่านไปหรือกักตนเอาสารนั้นไว้. ในบางระยะร่างกายเด็กก็มีปฏิกิริยาต่อยานั้นๆ

ต่าง ๆ กัน. เมื่อยาผ่านรกเข้าไปได้เด็ก  
ในครรภ์จะมีปฏิกิริยารุนแรงกว่าแม่. บาง  
คนว่าถ้ารกเป็นปกติก็สามารถช่วยกันเด็ก  
ได้มาก. บางคนมีใต้น้ำถึงว่าความผิดปกติ  
ที่เกิดต่อเด็กในตอนหลัง ๆ จะมีความ  
เกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ระหว่างเด็กอยู่ในครรภ์  
ได้หรือไม่.

โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ ๓ ถึงที่ ๕  
ของครรภ์มีสิ่งต่าง ๆ หลายอย่างที่ทำให้  
เกิดการผิดปกติในการเจริญของร่างกาย  
เด็กได้, ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ใช้เป็นของที่  
สลักสำคัญอะไรเลย. เพราะฉะนั้นการใช้  
ยาในคนตั้งครรภ์อ่อน ๆ จำเป็นจะต้องคำนึง  
ถึงขนาดของยาให้ถี่ถ้วน, ตลอดจนถึงการ  
เปลี่ยนอาหาร, วิถีปฏิบัติต่าง ๆ ที่ใช้ช่วย  
การวินิจฉัยโรคและการให้การรักษา เช่น  
โดยคลื่นสั้น, อัลตราซอนิคต่อแม่ด้วย. การ  
รักษาด้วยสเตียรอยด์ในเด็กคนที่ ๓-๔  
จะทำอันตรายอวัยวะของเด็กซึ่งในขณะนั้น  
ยังไม่เจริญ, เช่นหูชั้นใน เป็นต้น สำหรับ  
เพนิซิลลิน, ออร์โธมัยซิน, อโพรมัยซิน,  
คลอโรมัยเซตินและเทอร์รามัยซินซึ่งผ่าน  
รกเข้าไปได้นั้นยังไม่พบว่าทำให้เกิดอัน-  
ตรายต่อเด็ก. การสุขขหรือจุกนมมีผลไปยัง  
เด็กแน่นอน, เช่นทำให้เด็กเกิดใหม่ข่วน

น้ำลายบ่อย ๆ และกระสับกระส่าย.

เด็กที่แม่ติดฝิ่นจะมีอาการของการอด  
ฝิ่นอย่างมาก และต้องรักษาอย่างคนอด  
ฝิ่นจริง ๆ. การให้ลัมินานาน ๆ เป็น  
สัปดาห์, ทำให้เกิดพิษต่อเด็ก. พวก  
โบรไมด์ทำให้เกิดการอักเสบของผิวหนัง.  
พวกซัลฟาริซันที่ให้ในขณะตั้งครรภ์ก็มี  
อันตรายทั้งแม่และลูก. ซัลโฟนาไมด์ที่  
ทำให้แม่มีอาการแพ้ควรกัไว้.

การให้วิตามิน บี แก่แม่มากเกินไป  
ทำให้มีการจับของแคลเซียมก่อนเวลาใน  
เด็ก, เกิดอันตรายต่อเด็กเนื่องจากเลือด  
ออกในสมอง. การที่แม่มีชัยไปกลับชัย  
อย่างมาก ๆ ชีวิตราวภายหลังให้อินสุลิน,  
อาจทั้งการขยายสลายซึ่งแก้ไม่ได้ไว้แก่เด็ก.  
การให้ฮอร์โมนเพศชายทำให้เด็กหญิงเกิด  
เป็นยี่ซโคเซอร์มาโฟรไตต์ได้. คอร์ติ-  
โซนทำให้เกิดผลร้ายในสัตว์ทดลองแต่ใน  
คนยังไม่พบการขยายแน่นอน. เปอริส-  
โตนไม่ผ่านไปสู่ลูก. เมธิลไฮโอไซเรซิด  
ทำให้เด็กเกิดเครตินิซึม. ยาพวกที่ช่วยกัน  
การแบ่งตัวของเซลล์, เช่นมัยเลอริออน, ใน  
โตรเจนมีสตาร์ท, ไทรเอธิลดินเมลามีน.  
ที่ใช้ในการรักษาโรคลิวคีเมีย, ทำอันตราย  
ต่อเด็กในครรภ์. ถ้าแม่ต้องการมีลูกก็

ต้องหยุดยาเสีย. ระยะที่มีอันตรายมาก ก็คือก่อนคลอดเล็กน้อยและในขณะคลอด, มอร์ฟีนทำให้เกิดอัมพาตต่อศูนย์หายใจ. พวกยาสลยต่าง ๆ เช่น อีเธอร์กระตุ้นให้เด็กในครรภ์เกิดหายใจขึ้นเลยสดเอาหน้า หล่อเข้าไปในปอด. คาร์บอนไดออกไซด์กระตุ้นศูนย์หายใจก่อนเวลา. คราวนี้ไม่ผ่านไปถึงเด็ก.

ยาจำพวกแก้อาการหดรังไม่ทำให้เกิดอันตรายอย่างไร. การใช้ยาพวกฟีโนไซอะซีนนาน ๆ ต้องระวัง.

น้ำมันพาร์ฟีนทำให้เป็นยาระบาย, ถ้าใช้นาน ๆ ทำให้มีการขาดวิตามินเค อย่าง

มาก. ผู้ที่เป็นวัณโรคใช้ยาพวกค็อนเตเป็น, นิโอเตเป็น, สะเทร็ปโตมัยซินและ พี. เอ. เอส. ได้โดยไม่มีอันตรายต่อลูก.

ในการรักษาเลือดจางหรือออกสตีโอมาลาเซียของแม่โดยให้ยาพวกวิตามิน บี และแคลเซียมอย่างเพียงพอมีประโยชน์ต่อเด็กด้วย. ยาเม็ดฟลอรอไรด์ถ้าให้แม่โดยระมัดระวังจะขบงกันไม่ให้ลูกฟันน้ำนมผ.

ในรายที่มีเสียงหัวใจผิดปกติควรให้ออกซี้เงินแก่แม่เพื่อขบงกันขบงกันขบงกันซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อสมองเด็ก.

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.  
(แผนกสรีรศาสตร์ ฯ)

#### (๔) จัดหมายจากออสเตรเลีย

กรอสส์เนอร์ไปรเวทโฮเต็ล

๑๑๓ ซอกเทลสตริต, ริชมอนท์,  
เมลเบิร์น, วิกตอเรีย, ออสเตรเลีย

๒๑ เม.ย. ๒๕๐๐

เรียน อาจารย์ทศเคารพ

ขณะนั้นผมอยู่ที่เมลเบิร์น, ไม่ไกลไป  
อยู่แคนเบอร์ร่าอย่างหนักไว้ครั้งแรก. ที่

แคนเบอร์ร่า เป็นเพียง ทตงททำการของ  
รัฐบาล (Common wealth) และสถานทูต  
ต่าง ๆ. มีโรงพยาบาลเล็ก ๆ แห่งเดียว.  
ผมมาถึง ออสเตรเลียได้ ๑ สัปดาห์ก็มี  
ประชุมประจำปีของสมาคมวิทย์ยาโรของ  
ออสเตรเลียในซิดนีย์. เรื่องที่พดซึ่งนำ  
สนใจสำหรับเราคือ การทำพยอิลโพลัส-

คีย์โดยวิธีของ Scordini-Culp และ Andersen Hynes ไม่ยากนัก แต่ของเรหาคนใช้เหมาะยาก อีกเรื่องหนึ่งคือการทำเซมิเนฟร็อคโตมีย์ ซึ่งมีข้อยุ่งคือนิวเฉพาที่, วัณโรคตกค้างอยู่เฉพาแห่ง, อันตรายจากการขบข้ำและถุ่น้ำ อีกเรื่องคือการผ่าตัดไตโดยเข้าทางธอราโคลิมบาร์หรือธอราโค-แอ็บบคอมินัล. ใต้ช่องกว้างมาก. การผ่าตัดรักษาโดยทั่ว ๆ ไปก็ไม่พิศดารอะไรนัก แต่ว่าแปลกอยู่อย่างหนึ่ง คือเขาไม่ค่อยจะสนใจให้เลือกระหว่างผ่าตัดนัก, ทั้ง ๆ ที่บางรายเสียเลือดมากพอใช้ เช่นชูปราฟิว บิคปรอสทะเล็คโตมีย์. คงเป็นเพราะคนใช้ส่วนมากแข็งแรง, มีฮีโมโกลบิน ๘๐ ๒๕. ขึ้นไปทงนน การให้ยาสลบ ส่วนมากให้โดยวิธีคัมและให้ยาลย่อน กล้ามเนื้อ ทุกรายมากบ้างน้อยบ้างตามความจำเป็น. แม้แต่ทำซึยส์โตสโคยี่ก็ใช้เพื่อให้กล้ามเนื้อทรหดย่อนตัว. การผ่าตัดต่อมลูกหมากมีมากเหลือเกิน. ผมติดตามนายแพทย์ James Peters สปีคาค์หนึ่งทำประมาณ ๑๕-๒๐ ราย ถ้าขนาดไม่ใหญ่จริง ๆ แล้วทำรีเซ็คชันผ่านยูรี

ธราทงสัน แต่อาจจะไม่เหมาะเสมอไปสำหรับบ้านเราเพราะส่วนมากของเรามีการติคเซอรุนแรงและเป็นมาเรอริง, ภาวะเย็บัสสวามีความจุน้อย ในขณะที่เขาเป็คน้ำให้ไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะตลอดเวลาเพื่อให้เห็นอะไรชัดเจน เสร็จการตัดครั้งหนึ่ง ๆ มีน้ำประมาณ ๕๐๐ ล. ซม. ขึ้นไป. ถ้าต้องคอยถ่ายน้ำบ่อยๆ เสียเวลาแยะ. คาร์ลีโนมาฆของปรอสเททเขาให้ฮอร์โมนและตัดกลอธณะ ทำเพียงซึยส์แค็ปซูลาร์ฮอร์มิเต็คโตมีย์ซึ่งง่ายกว่าและผลในทาง ตบแต่งดีกว่าคือ เหลือแค็ปซูลและเฮ็คคัยมิลเป็นก้อนอยู่. ในแง่การสอนนักเรียนวิทายาโรสอนโดยคัลล-แพทย์ทั่วไป สอนเพียงหลักวิชาเท่านั้น. ผู้ชำนาญทางยูโร อาจจะเวียนเย็บบคนใช้กับนักเรียนบ้าง แต่จะสอนเฉพาะพวกหลังปริญญาเท่านั้น.

ผมจะอยู่เม็ลเบอร์นประมาณ ๔ เดือนแล้วจะกลับไปอยู่ซิดนีย์ มีไตเทียมที่ ร.พ. ซิดนีย์เพียงแห่งเดียว, ได้ข่าวว่าใช้ไม่สะดวกนัก เวลาใช้เป็นเรื่องใหญ่ต้องร่วมมือใกล้ชิดระหว่างแพทย์ยูโร, นักสรีรวิทยาและพยาบาล.

ดร. เบ็น ไรส์แมน ตอบจดหมายผม ๕๐ ฟ. แอมลมแรง ไม่ค่อยสบายนัก แต่  
 แล้ว ถ้าไม่มีเหตุขัดข้องใด ๆ ผมจะออก ไม่เจ็บไข้.  
 จากฮอสเทลเล็กกลางเดือนกันยายนนี้.  
 เวลานี้เมลเบอร์กำลังหนาวประมาณ

นัยถอ  
 สัมพันธ์ ต้นดวงศ

### โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอรหัสเซ็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกกิจการ

## แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u> ใหม่	๒,๐๒๖	๑,๒๔๒*	๑,๓๘๕*	๑,๓๘๐*	๑,๔๔๑	๓๗๗	๗,๘๕๑*
เก่า	๓,๒๓๔	๑,๕๗๖	๒,๔๐๘*	๑,๕๕๐	๒,๒๓๕	๔๔๖	๑๑,๘๘๕
รวม	๕,๒๖๐	๓,๘๑๘*	๓,๗๙๓*	๒,๙๓๐*	๓,๖๗๖	๘๒๓	๑๙,๗๓๖
<u>ใน</u>	๒๐๐	๓๑๕*	๑,๐๕๖	๑๗๕*	๓๒๗*	—	๒,๐๗๘*

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย. ๕๓๕.\* จักษุ. ๓๖๕. สูติ-นรี. ๒๕๔. รวม ๑,๑๖๒ ราย.\*

๓. จำนวนเด็กเกิด ชาย ๓๕๗. หญิง ๓๓๐. รวม ๖๘๗. คลอดตาย, ชาย ๑๑. หญิง ๕. รวม ๑๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๖\* คน (๘.๖ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ใดตรวจศพ ๕๕ ราย. (๓๓.๐ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๑๗ ครั้ง. ข้างนอก ๕ ครั้ง. รวม ๕๒๒ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๗๒๐ คน. รักษาใหม่ ๔๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๖ ครั้ง.  
 รadium, รักษา ๑๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๖ ครั้ง. โคอะเธอรัมมีย์, รักษาใหม่ ๑ คน. รักษาใหม่  
 และเก่า ๑๔ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๗๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๕๑๓ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๕ ราย. ตรวจเนื้อ ๕๑๑ ราย. (จากภายนอก ๖๓ ราย). แอ็กกลูติ  
 เนชั่น — วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๕๔๓. หมู่เลือด ๓๕๐. น้บเม็ดเลือด ๒๕๑. หาเชื้อบักเตรี ๕๕.  
 ตรวจน้ำไขสันหลัง — อูจจาระ ๓๑๒. บัสตวาระ ๑๕๗. เสมหะและอื่นๆ ๘๐. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๐๕.  
 อูจจาระ ๗๘. บัสตวาระ ๒๑. น้ำไขสันหลัง ๑๒. เสมหะและอื่นๆ. ๑๑๑. ฝึดสัตว์ทดลอง — เพาะเชื้อ  
 บิด ๓๔. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๒๔. ตรวจศพนิโคติ ๒๒. ตรวจของกลาง ๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๗. เจาะน้ำสันหลัง ๕. เจาะตับ ๗. น้ำช่อง  
 ปอด ๘. อัดลมเข้าช่องปอด —, อัดลมเข้าช่องท้อง ๒๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๗.\* นีดิยาซียฟลิส ๒๖.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๕๕. ถอนฟัน ๔๕๗. อุดฟัน ๑๕๗. ผ่าตัดช่องปาก ๒๖.  
 (โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

\* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน  
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
(เฉพาะทรมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป)  
คือ:

๑. นายปั่น เขียมพานิช บ้านเลขที่  
๒๒๓๐ ซอยโรงวัว ตรอกจันทร์ อำเภอ  
ยานนาวา จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๒,  
๐๐๐ บาท เพื่อให้ชอหนังสือสำหรับนักก  
ษาแพทย์ให้กับห้องสมุด แผนกกายวิภาค  
ศาสตร์

๒. ขุนทรหลาน นายลิม เข็ก บ้าน  
เลขที่ ๓๒ ตรอกคินเคอร์ ถนนเจริญกรุง  
จังหวัดพระนคร ได้มีจิตศรัทธาร่วมบริ  
จาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท ประสงค์ให้ชอปล  
กครองเครื่องมือแพทย์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วย  
ของโรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นอนุสรณ์  
แก่ นายลิม เข็ก ผู้ล่วงลับไปแล้ว

เสด็จพระราชดำเนินเปิดตึก “อานัน  
ทมหิตล” ตึก “อานันทมหิตล” ซึ่งพระ  
บาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบันได้  
ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทาน  
พระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ให้สร้างขึ้น เพื่อ  
เป็นพระราชอนุสรณ์ในพระบรมเชษฐาธิราช  
นั้น ได้ก่อสร้างสำเร็จเรียบร้อยแล้ว และ  
จะได้เปิดรักษาพยาบาลคนไข้แก่ตามพระ-

ราชประสงค์ต่อไป

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
จึงได้รับพระมหากรุณาธิคุณให้กำหนดงาน  
พระราชพิธีเปิดตึกดังต่อไปนี้:

๑. เวลา ๑๕.๓๐ น. พระบาทสม  
เด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จพระราชดำเนิน  
ประทับยังกระโจมพิธีทรงจุดธูปเทียนเครื่อง  
นมัสการ

๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธา  
รณสุข กราบบังคมทูลรายงานการก่อสร้าง  
จบแล้ว มีพระราชดำรัสตอบ

๓. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรง  
กดปุ่มไฟฟ้าเปิดแพรคลุมป้ายชอตึก พระ  
สงฆ์ ๕ รูป เจริญชัยมงคลคาถา

๔. ถวายจุดขี้ใจไทยธรรม

๕. ทูลเกล้าฯ ถวายแบบจำลอง  
“ตึก อานันทมหิตล”

๖. เสด็จพระราชดำเนินไขกุญแจตึก  
แล้วเสด็จฯ เข้าทอศพระเนตร

๗. เสด็จพระราชดำเนินกลับ

๘. อาราธนาพระสงฆ์ทรงสมณศักดิ์  
เข้าประพรมน้ำพระพทรมนต์

๙. เชิญแขกเข้าชมตึก

การแต่งกาย เครื่องแบบครึ่งยศ

คำสั่งที่ ๒๐/๒๕๐๐

เรื่อง กำหนดหน้าที่เนื่องในการเสด็จพระราชดำเนินประกอบพิธีเปิดตึกอานันทมหิดล

เนื่องด้วยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะเสด็จพระราชดำเนินมาประกอบพิธีเปิดตึกอานันทมหิดล โรงพยาบาลศิริราช ในวันอาทิตย์ที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๐๐ เวลา ๑๕.๓๐ น. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลให้กำหนดหน้าที่ ดังนี้ คือ:

๑. การจัดสถานที่ ก. ภายในตึก

- (๑) แผนกกุมารเวชศาสตร์
- (๒) แผนกพยาบาล - ผดุงครรภ์
- (๓) แผนกธุรการ

ข. ภายนอกทั่วไป: แผนกธุรการ

๒. การรับแขกและดูแลความเรียบร้อย

ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ เนตรศิริ อาจารย์และเจ้าหน้าที่ของแผนกกุมารเวชศาสตร์

๓. การเลียงน้ำเตนท์บริเวณพระราชพิธี

แผนกพยาบาล - ผดุงครรภ์ ฯ

๔. การจัดแถวรับและส่งเสด็จ

- (๑) อาจารย์ผู้ปกครองนักศึกษา
- (๒) หัวหน้าแผนกพยาบาล - ผดุงครรภ์ ฯ
- (๓) นายแพทย์สำโรจน์ ปรักษ์ขำ
- (๔) อนุสาสก์

๕. เครื่องขยายเสียง นายแพทย์สุนทร ขุญญาทิตย์

๖. คนตรี สโมสรนักศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราช

การแต่งกาย เครื่องแบบครึ่งยศ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
ตั้ง ณ วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๐๐  
พันพายุพิทยาภ  
คณะบดี.

ผู้ทรงคุณวุฒิเยือนโรงเรียน ในเดือน

มิถุนายน ๒๕๐๐ มีผู้ทรงคุณวุฒิจากต่างประเทศมาเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์ ดังนี้:

ศาสตราจารย์ M.C. Sosman ศาสตราจารย์รังสวทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด พร้อมด้วยภรรยา มาเยี่ยมคณะเมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน

ศาสตราจารย์ Robert Shreeder และ  
ศาสตราจารย์ H. Kraatz แห่งมหาวิทยาลัย  
ไลพ์ซิก เขาเยี่ยมคณะเมื่อวันที่ ๑๐  
มิถุนายน

ในโอกาสนั้น คณะฯ ได้จัดอาหาร  
กลางวันเลี้ยงเพื่อเป็นเกียรติ ณ ชั้นสองของ  
หอประชุมราชแพทยาลัย มีหัวหน้าแผนก  
วิชาต่างๆ ได้ไปร่วมการรับประทานอาหาร  
กลางวันอย่างพร้อมเพรียง

#### เอกอัครราชทูตมอบหนังสือ สถาน

เอกอัครราชทูตเยอรมันได้แสดงความจำนง  
มอบตำราเกี่ยวกับวิชาแพทย เป็น ภาษา

เยอรมันจำนวน ๒๐ เล่ม ให้แก่ห้องสมุด  
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ใน  
พิธีมอบให้แก่คณะฯ ท่านเอกอัครราช-  
ทูตเยอรมันได้มาขอโดยตนเอง ทง แสดง  
ความประสงค์ที่จะพยายาสันทนากับบรรดา  
อาจารย์ซึ่งพูดภาษาเยอรมันได้ด้วย ซึ่งทาง  
คณะฯ ได้สนองให้ตามประสงค์.

#### ข้าราชการอุปสมบท นายสมโพธิ กิจ-

สุวรรณ เกษชกร ประจำแผนกเภสัชกรรม  
คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล อุป  
สมบท ณ พัทธสีมา วัดมหาธาตุ จังหวัด  
พระนคร เมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๐๐

#### ข่าวศิษย์เก่า

ไปศึกษาต่อต่างประเทศ นายแพทย์  
เนาวรัตน์ เช่นสาสน์ ไปศึกษาต่อ ณ  
สหรัฐอเมริกา เดินทางโดยเครื่องบิน

บริษัท บี.โอ.เอ.ซี. ณ ท่าอากาศยาน  
ดอนเมือง เมื่อวันที่ ๑๔ มิถุนายน  
๒๕๐๐

หน้าสำหรับนิสิต

นักศึกษาแพทย์อเมริกัน

นักศึกษาแพทย์ทรก

ในระหว่างที่ผมได้มีโอกาสไปศึกษา ณ สหรัฐอเมริกา ผมได้เอาใจใส่ต่อชีวิตการเป็นอยู่ของนักศึกษาแพทย์ของเขาเป็นพิเศษ โดยที่ตนเองได้มีโอกาสเข้าคลุกคลี ร่วมเรียนและร่วมทำงานกับเขาด้วย จึงได้สังเกตความเป็นไปของเขาได้ทุกระยะตลอดไป.

ในค่านิยมความเป็นอยู่ของเขา ก็คงเหมือน ๆ ชาวอเมริกันทั่วไป คือส่วนใหญ่มิใช่คนร่ำรวยนัก แต่ก็มีผู้คนยากจน เกือบจะทุกคนกว่าที่ที่เขาเรียนโดยอาศัยเงินที่ค้นหาได้จากการทำงานนอกเวลาการศึกษา โดยการรับจ้างทำงานตามร้านค้าต่าง ๆ และออกคานหนุงจากการช่วยเหลือของผู้ปกครอง. ทุกคนจึงเห็นค่าของเงิน เพราะทุก ๆ เซนต์หรือดอลลาร์ ย่อมหมายถึงส่วนหนึ่งของหยาดเหงื่อของเขา และนั่นคือเหตุบังคับในทางอ้อมที่จะช่วยทำให้เขาเห็นค่าของเวลาเรียน ชาวอเมริกันส่วนมากไม่ได้斤斤计较ที่หลานอย่างแบบของคนไทย

ผมก็จะเลียงลูกของตนอย่างแยกเรียกว่า "เลี้ยงไม่โต" พ่อแม่ชาวอเมริกันจะพยายามทสคทจะให้ลูกของตนได้ออกไปหาเลี้ยงตนเองให้เร็วทสคทจะเร็วใด ชีวิตทกชีวิตต้องการการแข่งขัน คังนนทกคนจึงต้องชวนชววย กระเสือกกระสนหาเลี้ยงชีพตนเอง. พ่อแม่ผู้ปกครองจะช่วยสนับสนุนคานการเงิน กแต่เพียงยง ชีพไปชว วันเท่านั้น. เด็กทกคนต่างกถอมันในตนเองว่าตนจะมีชีวิตอยู่ได้โดยลำแข้งของตนเองไม่ต้องพึ่งใคร เห็นจะชววยเหตคนชาวอเมริกันในคานความรัก และความสัมพันธ์อย่างคคคคระหว่างพ่อแม่และลูกจึงจะ มนธยสคทหนอย. ผมไม่อยากจะกล่าวถึงความสัมพันธ์คาน แต่ผมอยากจะย้าให้เห็นแต่เพียงว่าทกคนรู้จักค่าของเงิน และ ค่าของ เวลาเป็นทสคท และไม่ต้องสงสัย, ทกว่าพวกของเราทเห็นได้อยู่ทกวัน.

ผมเองไม่ได้นึกชอยและชวาคนอเมริกัน โดยที่ความหยิ่งในความเป็นคนไทยยังมีอยู่ในตน แต่ถึงกระนั้นผมก็ยงอดชวเขาเขาไม่

ใ้ใน เรื่อง ความขยันและพยายามของนัก  
 ศึกษแพทย์ของเขา. เมื่อถึงเวลาเรียนเขา  
 เรียนอย่างตงอกตงใจที่สุดและสนใจอย่าง  
 มาก ในเวลาว่างทุกคนอ่านตำรา. ในห้อง  
 สุมจะเต็มไปด้วยคนศึกษาทบทวนบท  
 อ่าน - อ่าน - อ่านตำราแต่พอถึงเวลาเล่น  
 เขาก็ตงหน้าตงตาเล่นอย่างจริงจัง เพราะ  
 ทุกคนศึกษาอย่างมีความ มุ่งหวัง ใน ชีวิต  
 ข้างหน้า

นักศึกษแพทย์ของเขาเป็น “ผู้ใหญ่”  
 ไม่เป็น “เด็ก” อย่างของเรา อาจารย์ไม่  
 ต้องเคี่ยวเข็ญว่า “อ่านตำราซี” “เรียน  
 ซี” “มารีบผู้ช่วยซีครับ” “ตรวจเลือดออก  
 จาระบีส์สวาระซีครับ” “เลือดเซอร์ทอนน  
 สำคัญนะครับ” ฯลฯ อะไรต่ออะไรสวาระพิศ  
 อย่างที่ตองพรำยออกอย่างปากเบยกปากแฉะ  
 และแสนเข็ญ เพราะ นัก ศึกษ ของ เขาเป็น  
 “คนมีความคิด”

นักศึกษแพทย์ของเรา นับว่าพิเศษ  
 วาสนาดีไม่น้อย เมื่อไปเทียบกษของเขา  
 บรรดาอาจารย์จะตองเทวอ่านตำราแล้ว  
 มารวมกันเป็นเรื่องเพื่อสอนให้ทกชนทกตอน  
 โดยนักศึกษแพทย์จะไม่ตองไปเทวค้นหา  
 อ่านเองทีใดออก ถึงกระนั้นแล้วก็ตามพวก  
 เราพอใกล้จะสอบจะหา เล็คเซอร์อ่านอย่าง  
 สุมบูรณ์แก่แสนยาก. หรือไม่เช่นนั้น พอยรุ่ง

ชน สุมทจก เล็คเซอร์ ก็กลายเป็นเคษกระ  
 คายทเจ้าของโยนทงไปกัเคษชยะอน ๆ  
 ผมไม่ใ้ใครหมั้นพวกเราเองแต่หลายคนเป็น  
 เช่นน ส่วนของเขา, อาจารย์สอนให้น้อย  
 เต็มทนอย่างคกพูด ๆ พอสังเขปแล้วให้ไป  
 หาอ่านตำราเอาเอง

ส่วนมากนักศึกษของเรามักจะกล่าว  
 ว่า ตำราแพทย์เป็นภาษาของเขาโดยตรง  
 เขาจึงอ่านใ้เร็วและเข้าใจ ขอนผมไม่เถียง  
 ผมเองก็เคยคิดเช่นนั้น แต่เมื่อผมไปใ้เรียน  
 อยู่กัเขาความจำเป็นทำให้ผมเองมีปัญห  
 ตามตนเองขึ้นมาว่า ก็เมื่ออ่านใ้ช้าและยัง  
 ไม่เข้าใจ ทำไมเราจึงไม่อ่านช้าออก ถ้ายัง  
 ไม่เข้าใจก็อ่านออก ๓-๔ เทว เราจะต้อง  
 เข้าใจจนใ้

นิสัยออกอย่างหนึ่งทผมตองชอบเขา  
 อยู่กัคือ เขาเป็นนักศึกษ, มีความ “กระ  
 หาย” ทจะเรียน, ทจะร็จจริง. เขามีปัญหา  
 ทจะถามอาจารย์จนเขาเข้าใจอย่างถ้วน  
 เขาถามเมื่อไม่เข้าใจ โดยไม่เก็เขาความ  
 ไม่เข้าใจไว้, ในที่สุดก็ไม่เข้าใจจนแล้วจน  
 รอกอย่างของเรา. ซึ่งอาจารย์ถามว่าใครไม่  
 เข้าใจบ้าง ก็ดูเหมือนจะวางทว่าเข้าใจทุก  
 คน

ผมจึงจำสภาษตจนทฝรั่งกัยอมรับนย  
 ถอและกล่าวอยู่เสมอว่า “To be uncertain

is to be uncomfortable” สภาวิทยชนผม เต็มที่ แดกเพอเตือนให้พวกเราได้คิดว  
ว่า เหมาะแก่กคศึกษาโดยแท้ เมื่อไรเราจะเดินตามเขาได้ทันสักที

ผมขอเลาถนงก คัก ษา แพทย์ ของ เขา  
เพียงแค่นกอน ขอความขงกะทอนกะแทน

อ.ศ.

ผู้ได้รับหนังสือไม่ครบชุด

สารศิริราชปี ๒๕๕๕ ได้จัดพิมพ์ครบ ๑๒ ฉบับแล้ว ท่านสมาชิกผู้ใดได้  
รับหนังสือไม่ครบชุด โปรดแจ้งไปยังแผนกจัดการสารศิริราชด้วย สำนักงานจะจัด  
ส่งให้ตามประสงค์

๒๕๒  
บันทึกทนายสมุท

๑ สำนักรวิราช ฌยขณนยไควาเป็นฌยขณนย  
ทมคณค่านน่าจะถอว่าเป็นกำไรอย่างขง  
ต่อผู้อ่าน; เพราะเรื่องต่าง ๆ ทดพมพ  
ลงใน ฌยขณ เป็นเรื่อง ทควรร คักษา หรือ คน  
คว่าต่อไปอีก.

๑ เรื่อง นำทรายงาน โดย คณ หมอ  
สุนทร คณทนนทน, อายรรแพทยหนมท  
แผนกอาयरคาศตร พมไจนทหนวว่าเป็นผท  
ขยขณขงคนทง, คอ เรื่อง “อะนาพย  
แลคคคช้อคจากเพนซิลลินซนคกน.” ใน  
ระหว่าง ๓-๕ บทลวงมาน, เพนซิลลิน  
ยาครอบจักรวาลฟซนคคใหม่, ตามความเข้า  
ใจของสำมัญชน, ทถกนนำขมาเป็นยารัก  
ษาโรคคณคยแนวหน้า, แทนพวกยาสลไฟ  
นาไมคณน, ไคกลายมาเป็นขญหาในวงการ  
แพทยขยขงคยสองคมไปเสยแล้ว, ไมแต่  
เพยงว่ายานทำให้แบคทเรยเกิดการคอด่าน  
คอดุทธขงยาไค, หากว่ายงเกิดการแพ  
ซนคคอก. ในคอนแรก ๆ ทพบกนทเป็น  
เพยงแพเมอไซลคเขาส์ร่างกาย, ขังขณ  
นขงพวว่าเพนซิลลิน แม้วจะไซรบประทาน  
กยงเกิดการแพซนอย่างรุนแรงไค. เราคว  
จะค่านง ถึงการไซขาน ไคคและควย ความ  
ระมคระวัง. ผลร่ายต่าง ๆ เหล่านน่าจะเป็น

ตัวอย่าง อนคทระสานกถ พระราชขญญค  
ในการค้มครองขวคขงมนษยทควรรจะขวร  
ลผลสำเรจขนมมาให้โดยเรวเสยท. การค  
ยาททาการค้อย่างเสร์, ควจะถกขย  
ขมาพิจารณกนให้ค้คขาคลงไป, เพราะ  
เมองไทย สมควจะเลคเป็น ททคลงขยไค  
แล้ว. เรวยังสงสยขยเสมอว่าเหตุไควงการ  
แพทยขงเรวยงมแต่การพค ในเรองนอข,  
ขงไม่มีการร่วมใจ ร่วมแรงททำให้ เกิดมพระ  
ราชขญญคการค้ายาขยขงต่างประเทคเขา  
สคท.

๑ เรื่อง “การรักษารโรคคยขงขงขณ”  
ขงคณหมอวกจ วรานวคค ไมจำเป็นทจะ  
ต้องขวยชขวนให้อ่าน เรองนผร่ายงานไค  
ร่ายงานไคอย่างละเอยคทกทานคคคคณนำ  
สคคคและ ร่ายงานขยขง ขยขมมากล่าวไค.  
ผร่ายงานขงขณเป็นแพทยในแผนกอาयर-  
คาศตรทขมขง, นอกจากนคณหมอ  
วกจขงทาทนา ทขรรณการจคหมายเหตุ  
ขงแพทยสคคคขคคคค, เป็นขคแสดง  
ให้คเห็นว่าเป็นผม “กมมนคภาพ” สงเพยง  
ไค.

๑ “การคคขกรรมเกยวคขยขอรคคเชอร  
โรสค” ขงคณหมอเปรม ขร, เป็นเรองท

เหมาะที่จะอ่านได้ติดต่อกันมาจากเรื่อง  
ของคุณหมอวกิจ แม้ว่า ผลสถิติต่าง ๆ  
ที่ใครรายงานไว้จะขงมนอย, ก็พบที่จะอวก  
ได้ว่า การคล้ายกรรมก่ได้ช่วยเหลือโรคปอ  
ทลเซอร์โรสได้ก็มีใช่น้อย.

๑ เพื่อให้งเรื่องเกี่ยวกับปอรัตลเซอร์  
โรสได้เป็น เรื่อง สำคัญใน ฌยบ น สัมบรรณ  
ชน, บทความเรื่อง "ปอรัตลเทนชัน" จึง  
ได้นำมาตีพิมพ์รวมไว้ด้วย. บทความนี้  
หมาย จะกล่าวถึง เรื่องการวัด แรงคนเลือด  
ในระบบปอรัตล, ซึ่งวิธีการวัดและเครื่องมือ  
เครื่องใช้ ไม่ใช่จะต้องทำอย่างพิเศษจน  
เป็นเรื่องยุ่งยากทั้งในการปฏิบัติและ เศรษฐ  
กิจ. ค่าของแรงคนเลือดในระบบเลือดคา  
ปอรัตล, น่าจะมีผู้สนใจคนหาค่ามาตรฐาน

ในคนไทยเราได้ต่อไป.

๑ เรื่องในปกิณกะ และ แผนกย่อยเอก  
สาร, มีเรื่องที่น่าสนใจและน่าอ่านอยู่อย่าง  
พร้อมมูล.

๑ "หน้าของนิสิต" ซึ่งหายไปเสีย  
หลายฉบับ, ใดมีในฉบับนี้, คิดว่าจะเป็น  
สาระที่สำคัญยิ่งสำหรับนักศึกษาแพทย์ของ  
เรา. การไปศึกษาในต่างประเทศนั้น, ไม่  
ใช่จะต้องกลับมาแล้วเอาอย่างฝรั่ง ไปทก  
ทาน, คนฉลาดเท่านั้นที่รู้จักเลือกเอาส่วน  
ดีของเขามาใช้. เรื่องของฉบับนี้, จะเห็นได้  
ว่า นักศึกษาแพทย์ ของเราก็คง เขาแตกต่าง  
กันมากเพียงใด. บรรวทานักศึกษาเราเมื่อ  
อ่านแล้วพึงคิดเอาเถิด.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

## ของแถม

### กินเนื้อทำไม?

ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอาหารผัก และอาหารที่ไม่เป็นผัก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด  
ครั้งที่แล้ว, ไม่ขอซึ่งถึงความแตกต่างในการวัดทางกายภาพ, แรงดันเลือด และระดับ  
โปรตีนอัลบูมิน และ โกลบูลิน ให้เป็นที่สังเกตได้. การศึกษารวมทั้งคนหนุ่มสาว,  
หญิงมีครรภ์, และคนสูงอายุที่อายุเกินกว่า ๕๕ ปีขึ้นไปด้วย. ไม่มีหลักฐานที่บ่งว่าอาหาร  
ที่ขาดเนื้อไม่พอเพียงกษมารดา. นเป็นรายงานใน J. Clin. Nutrition 2, 73, 1954

นนทพร นิลวิเศษ พ.บ.

### โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรบเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ