สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๐ | Volume 9, Number 11, November 1957.

ฮัยโปกลัยซีเมียจากเนื่องอกของไอส์เล็ตเซ็ลล์

รายงานผู้ป่วยหนึ่งคน

เกษม ลีมวงษ์
พ.บ.
(แผนกศัลยศาสตร์)

สงัด กาญจนกุญชร
M.R.C.S. (Eng.)
L.R.C.P (Lond.)
D.T.M. (L'pool)
(แผนกพยาธิวิทยา)

สุนทร บุญญานิตย์
พ.บ.
(แผนกสูติศาสตร์ ฯ)

อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (ฮัยโปกลัยซีเมีย) อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากเหตุหลายประการ, เช่นเกิดขึ้นเอง (สปอนเตเนียสฮัยเปอร์กลัยซีเมีย) หรือเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับอินซูลินมากเกินไป. บางครั้งอาการนี้เกิดจากโรคที่อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเมตะบอลิสม์ของคาร์โบฮัยเดรท, โดยเฉพาะอย่างยิ่งตับอ่อน. ส่วนของตับอ่อนที่เกี่ยวข้องโดยตรงในเรื่องนี้คือกลุ่มเซ็ลล์ที่เรียกว่าไอส์เล็ตของลังเกอรฮานส์, ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างน้ำหลั่งภายใน, คืออินซูลินและกลูคากอน. บางครั้งมีเนื่องอกเกิดขึ้นในกลุ่มเซ็ลล์ที่ผลิตอินซูลิน, ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าฮัยเปอร์อินซูลินิสม์. ชนิดนี้เรียกว่า ออร์แกนิคฮัยเปอร์อินซูลินิสม์. หากในกลุ่มเซ็ลล์ของไอส์เล็ตมิได้มีจำนวนมากขึ้น, แต่มีการทำงานมากเกินปกติ, ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า ฟังค์ชะนัลฮัยเปอร์กลัยซีเมีย. ภาวะทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำได้คล้ายคลึงกัน. พ.

สังเกตว่าเนื้องอกที่กลุ่มเซลล์ของไอส์เล็ตไม่จำเป็นจะทำให้เกิดฮัยโปกลัยซีเมียเสมอไป. คือถ้าเซลล์ที่เกิดเพิ่มขึ้นนั้นมิได้ทำหน้าที่ผลิตอินซูลินก็ไม่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว. เนื้องอกที่ในไอส์เล็ตของลังเกอร์ฮานส์นี้ไม่ค่อยพบบ่อยนัก. ในประเทศเรายังไม่ปรากฏรายงานมาแต่ก่อนเลย. ในต่างประเทศรายงานรายแรกสำหรับโรคเช่นนี้มานานกว่าครึ่งศตวรรษแล้ว, แต่รายงานที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลในเลือดต่ำกับเนื้องอกนี้อย่างชัดเจนพึ่งปรากฏเมื่อ ๒๐ ปีเศษมานี้เอง, โดย Wilder และคณะ รายงานคนไข้คนหนึ่ง, เป็นแพทย์เอง, และพบต้นเหตุแท้จริงเมื่อได้รักษาโดยการผ่าตัด. ข้อที่น่าสนใจในผู้ป่วยรายนี้คือเขาได้พบว่าตับซึ่งมีเนื้องอกแพร่ไปถึงด้วยนั้น, มีความผิดปกติทางหน้าที่เพียงข้อเดียว, คือเกี่ยวกับการสะสมกลัยโคเจ็น. เมื่อ ๑๙๕๐ Howard ได้รวบรวมรายงานเกือบ ๔๐๐ ราย. เขาพบว่ามีผู้ป่วยผู้ชายเท่า ๆ กับผู้หญิง. ส่วนมากเนื้องอกเป็นพวกไม่ร้าย (๗๘.๖ ปซ.). พวกที่เป็นชนิดร้ายมีเพียงส่วนน้อย (๙.๓ ปซ.) ส่วนที่เหลือ (๑๒.๑ ปซ.) เป็นพวกที่สงสัยว่าเป็นอย่างร้าย, คือลักษณะของเซลล์คล้ายกับชนิดร้าย แต่ไม่มีการแพร่กระจาย. เนื้องอกที่พบขนาดตั้งแต่ ๕ มม. จนถึง ๑๕ ซม. ในพวกที่เป็นอย่างไม่ร้ายมีชนิดหลายก้อน ถึง ๑๒.๖ ปซ. มากกว่า ๕๐ ปซ. ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๒๐–๖๐ ปี. ๘๖ ปซ. ของเนื้องอกอยู่ที่ส่วนหาง และส่วนลำตัว ของตับอ่อน. เนื้องอกประเภทนี้ไม่จำกัดว่าจะต้องเกิดแต่เฉพาะที่ตับอ่อนเท่านั้น. หากมีเนื้อของตับอ่อนตกค้างอยู่ในส่วนใดของช่องท้องก็อาจเกิดเนื้องอกขึ้นในส่วนนั้น ๆ ได้เสมอ. มีรายงาน ๕ รายในประเภทตับอ่อนผิดที่ (เอ็คโตปิคแพนเครียส), เช่นอยู่ที่ดูโอดีนัมหรือลำไส้ใหญ่เป็นต้น.

อาการของโรคที่มักจะเป็นเหตุให้นำคนไข้มาหาแพทย์ได้แก่ :

(๑) การมีก้อนในท้อง. ก้อนนี้ต้องโตมากจนทำความลำบากให้แก่คนไข้. โดยที่เนื้องอกมักเกิดใกล้ไปทางส่วนหางของตับอ่อน, ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารจึงพบน้อย.

(๒) การแพร่กระจายของเนื้องอกภายในที่ ๆ เป็น. ทั้งนี้เป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นเกี่ยวกับอวัยวะนั้น ๆ. บางคนอาจมีอาการแต่เพียงร่างกายทรุดโทรมโดยทั่ว ๆ ไปก็ได้.

(๓) อาการเนื่องจากน้ำตาลในเลือด

ต่ำ. พบบ่อยที่สุด, เนื่องจากเป็นเหตุให้เกิดความตื่นกลัวแก่ญาติของผู้ป่วยมาก, เช่นมีอาการโรคจิต, เป็นลมบ่อย ๆ หรือมักมีอาการคล้ายโรคจิต. มีความคิดเห็นเกี่ยวกับกลไกของการเกิดอาการเหล่านี้ไว้หลายพวกด้วยกัน. พอจะสรุปได้คร่าว ๆ ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสภาพเป็นอัตราเร็วหรือช้ามากตามระดับของน้ำตาลที่ลดลงไปต่ำมากน้อยเพียงใด. อาการส่วนใหญ่เกี่ยวกับระบบประสาท. ในพวกที่มีการลดลงอย่างรวดเร็ว ร่างกายมักมีการแก้ไขโดยหลั่งแอดรีนะลีน, ซึ่งทำให้คนไข้รู้สึกใจสั่น, ชีพจรเต้นเร็ว, น้ำลายไหล, เหงื่อออก, หิว, เป็นต้น. ทั้งนี้ทำให้เข้าใจว่า ความผิดปกติของระบบออโตโนมิคไปทำเหตุ. ต่อเมื่อหมดฤทธิ์ของแอดรีนะลีนแล้ว, อาการฮัยโปกลัยซีเมียของสมองจึงปรากฏชัดเจน คือมีอาการชักและอาจหมดสติ, หรือมีอาการพยาทางจิตก็ได้. ในพวกที่น้ำตาลลดลงช้า ๆ ส่วนมากจะมีอาการสมองขาดน้ำตาลตั้งแต่ในระยะแรก, เช่นตาลอย, มึนศีรษะและมีอาการทางจิตชัดเจน, เช่นป่วยโคนิวโรสิสหรืออารมณ์สับสนเป็นต้น. ถ้าหากน้ำตาลลดต่ำอยู่นาน ๆ มาก ๆ, เช่นเกิน ๒๔ ชั่วโมง, การเปลี่ยนแปลงในสมองอาจถึงขั้นที่กลับคืนฟื้นตัวมิได้, เช่นมีเลือดออกในสมอง. พวกนี้จะมีอาการทางประสาทเนื่องจากความพิการของสมองเกิดขึ้น, เช่นการชัก, หมดสติ, และอาการที่แสดงถึงความพิการในส่วนใดส่วนหนึ่งของสมอง. อาจมีการเสียหน้าที่ของประสาทบางส่วนหรือมีอาการเป็นอัมพาตก็ได้.

อาการ อาการตรวจพบไม่ค่อยจะมีอะไรชัดเจนหรือแน่นอน. การวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์. ถ้าพบอาการขาดน้ำตาลในระยะว่างจากการกินอาหาร, ซึ่งหายเมื่อได้รับอาหารประเภทคาร์โบฮัยเดรท, ก็ควรนึกถึงโรคนี้ไว้บ้างและตรวจสอบให้ละเอียด. ถ้าตรวจพบก้อนหรืออาการของการแพร่กระจายของเนื้องอกในที่ต่าง ๆ ร่วมกับอาการขาดน้ำตาลก็เป็นเครื่องช่วยที่มีประโยชน์. บางคนกล่าวว่าถ้าคนไข้เบาหวานที่เคยต้องใช้อินซูลินแล้วอาการหายไปเอง, ก็อาจเนื่องจากโรคที่กล่าวนี้ได้. การตรวจสอบที่จะมีประโยชน์ได้แก่การวิเคราะห์น้ำตาลในเลือด, และการทดสอบความทนน้ำตาล. การวินิจฉัยโรคในพวกที่เป็นชนิดพึ่งค์ชะนัลอาศัย (๑) อาการฮัยโปกลัยซีเมียซึ่งเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และเป็นในระยะว่างอาหารหรือเวลาออกกำลัง, (๒) อาการทั้งหมดหายได้ในทันทีฉีดน้ำ

ตาลกลูโคสเข้าหลอดเลือด, (๓) การตรวจพบน้ำตาลในเลือด ในระยะว่างอาหาร ได้ผลไม่เกิน ๕๐ มก. ป‰. ซ้ำ ๆ กัน, (๔) การทดสอบความทนน้ำตาลได้เส้นโค้งมีลักษณะจำเพาะ, คือหลังจากให้กลูโคสระดับน้ำตาลในเลือดที่ขึ้นสูงนั้นลดลงรวดเร็วกว่าปกติและมีลักษณะเป็นยอดแหลมยอดเดียว. อย่างไรก็ดี Howard รวบรวมรายงานพบว่าบางรายน้ำตาลในเลือดก็ลดช้า ๆ คล้ายปกติ. (๕) การทดสอบความทนอินซูลินโดยฉีดยาน้ำ ๒ หน่วยเข้าใต้ผิวหนัง, ได้ผลว่าน้ำตาลในเลือดยิ่งลดต่ำลงไปอีก, (๖) การทดสอบความทนแอดรีนะลินโดยฉีดยานั้น (๑:๑๐๐๐) ๒๐ หยดเข้าใต้ผิวหนัง, ได้ผลน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น.

โรคที่ต้องนึกถึงในการวินิจฉัยแยกได้แก่ : (๑) ฮัยโปกลัยซิเมีย เนื่องจากเหตุทางหน้าที่ (ฟังค์ชะนัลฮัยโปกลัยซิเมีย). ในพวกระหว่างที่ไม่มีอาการ, พบว่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ. (๒) ฮัยโปกลัยซิเมีย เนื่องจากสาเหตุทางอวัยวะอื่น ๆ, ได้แก่ (ก) เนื่องอกของยีตูอิตารีย์, (ข) เนื่องอกของแอดรีนัล, (ค) ความเสื่อมของตับ, เช่นจากมะเร็ง. ในโรคเหล่านี้แต่ละอย่างย่อมมีอาการอื่น ๆ เฉพาะโรคนั้น ๆ ด้วย, เช่นอาการผอมแห้งในเนื่องอกของยีตูอิตารีย์ (โรคซิมม็อนด์), อาการอ่อนเพลียและผิวหนังคล้ำในโรคของแอดรีนัล (โรคแอ็ดดิสัน), และความเสื่อมทางหน้าที่อื่น ๆ ในมะเร็งของตับ. พึงสังเกตว่ามะเร็งของไอส์เล็ตเซ็ลล์, ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของฮัยโปกลัยซิเมีย, อาจแพร่กระจายไปที่ตับและทำให้เกิดโรคของตับแทรกซ้อนขึ้นอีกได้.

การรักษา แบ่งได้เป็น ๒ ส่วน

(๑) การรักษาอาการรีบด่วน. ได้แก่ การเพิ่มน้ำตาลในเลือด, ตั้งแต่การให้กินอาหารในระยะเข้าหรือมากครั้งขึ้น, จนกระทั่งการฉีดน้ำตาลเข้าหลอดเลือด, เพื่อแก้อาการขาดน้ำตาลอย่างรีบด่วน.

(๒) การรักษาต้นเหตุของโรค. ได้แก่ศัลยกรรม, ซึ่งมีหลายวิธี

(ก) การควักเอาออก (อินูคลีเอชั่น). คือการผ่าเลาะออกเฉพาะก้อนเนื่องอก, แล้วเย็บเนื้อตับอ่อนทั้งเยื่อหุ้มยึดไว้ดังเดิม. วิธีนี้ใช้ได้แต่อะดีโนม่าชนิดไม่ร้ายของไอส์เล็ตเซ็ลล์และเป็นชนิดก้อนเดียว, เพราะพวกนี้มีถุงหุ้มรอบและไม่โตมากนัก. ตามรายงานต่าง ๆ ปรากฏว่าการผ่าตัดวิธีนี้มีโรคแทรกน้อยและคนไข้มีโอกาสหายถึง ๙๑ ป‰.

(ข) การตัดตับอ่อนบางส่วน (พาร์เชียล แพนครีอาเต็คโตมีย์). ใช้ในรายที่มีเนื้องอกหลายก้อน หรือก้อนโตมากกว่าที่จะทำโดยวิธีแรก. ผลจะดีเพียงไรแล้วแต่ชนิดและตำแหน่งของเนื้องอก. สำหรับเนื้องอกชนิดไม่ร้ายผลได้ดีกว่าชนิดร้าย. เนื้องอกทางส่วนหางของตับอ่อนก่อภาวะแทรกซ้อนได้น้อยกว่าทางส่วนหัว, เนื่องด้วยความสัมพันธ์กับท่อของตับอ่อนและอวัยวะข้างเคียง. การตัดตับอ่อนบางส่วนถึงอย่างไรก็ให้ผลที่น่าพอใจอยู่. ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือแพนครีอาติคฟิสตูล่าเนื่องจากการรั่วของท่อของวีรซุงก์ (Wirsung) และความบกพร่องของดูโอดีนัม.

(ค) การตัดตับอ่อนเกือบหมด (ซับโตตัล แพนครีอาเต็คโตมีย์). เป็นวิธีที่ใช้มาก, ในรายที่ (๑) เนื้องอกมีหลายก้อนและกระจัดกระจาย, (๒) ต้นไม่พบก้อนเนื้องอก. ตามรายงานที่ปรากฏการตัดแยกเอาเนื้องอกออกได้หมดถึง ๙๐ ป.ช. ในวิธีนี้อาจตัดส่วนหาง, ส่วนลำตัว, และบางส่วนของส่วนหัวของตับอ่อนออก. ภาวะแทรกซ้อนมีมากขึ้นเป็นธรรมดา. อัตราการตายจากการผ่าตัดมีถึง ๒๕ ป.ช. และคนไข้ที่พ้นจากผ่าตัดมักจะเป็นเบาหวานต่อไป.

(ง) การตัดตับอ่อนทั้งหมด (โตตัลแพนครีอาเต็คโตมีย์). ใช้ในรายที่เนื้องอกเป็นมากมาย, แต่จำกัดอยู่เฉพาะในตับอ่อน. ความสำเร็จต้องอาศัยความสามารถของศัลยแพทย์. ในเวลานี้อัตราตายยังสูงอยู่.

ในรายที่มีการกระจายไปมากแล้ว มีผู้เคยลองฉีด แอลล็อกแซน (alloxan) เข้าหลอดเลือดดำเพื่อทำลายเบต้าเซ็ลล์. แต่ผลใช้ไม่ได้, เพราะยานี้มีพิษแรงต่อไตและตับ, ทำให้ถึงตาย.

การพยากรณ์โรค ในรายเนื้องอกไม่ร้าย, ส่วนมากได้ผลดี. แม้อาการทางจิตก็มักจะหายไปได้. ในรายที่มีอาการเหลืออยู่บ้างต้องอาศัยจิตแพทย์. ที่น่าทึ่งก็คือมีรายงานว่าจิตแพทย์มักรักษาได้ผลดีโดยใช้อินซูลินช็อค.

พยาธิวิทยา เกี่ยวกับพยาธิสภาพของเนื้องอกของไอส์เล็ตเซ็ลล์ Nicholls ได้รายงานไว้เป็นคนแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๐๒ หลังจากที่ลังเกอร์ฮานส์ได้บรรยายเกี่ยวกับเซ็ลล์พวกนี้ไว้ประมาณ ๓๓ ปี. เนื้องอกพวกนี้ไม่ค่อยแพร่หลายนัก.

เกี่ยวกับกำเนิดของเนื้องอก, ส่วนมากของผู้ศึกษายอมรับว่าท่อฝอยของตับอ่อน

(pancreatic ductule) งอกเพิ่มขึ้นและแยกชนิดไปเป็นอะไซน่าร์เซลล์และไอส์เล็ตเซลล์ได้. ลักษณะเช่นนี้ดำเนินไปตลอดชีวิต. เซลล์ที่แยกชนิดออกมาแล้วก็สามารถเพิ่มจำนวนต่อไปอีก. เหตุนี้จึงมีคนเชื่อว่าจะต้องมีตัวกระตุ้นให้หลอดฝอยนั้น ๆ งอกมากขึ้นและแยกชนิดไปทางไอส์เล็ตเซลล์อย่างเดียว. ในเนื้องอกบางครั้งเราก็พบเซลล์ทั้งอะไซน่าร์และไอส์เล็ตรวมกัน. ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้จึงเข้าใจว่าเนื้องอกอื่น ๆ ของตับอ่อนก็อาจเกิดได้โดยวิธีเดียวกัน.

ตำแหน่งของเนื้องอกตามการรวบรวมจากเอกสารของ Howard และพวก, สำหรับชนิดไม่ร้ายได้ดังนี้: (ก) ส่วนหัว ๖๖, (ข) ส่วนลำตัว ๖๒, (ค) ส่วนหาง ๘๔, (ง) ระหว่างส่วนหัวกับส่วนลำตัว ๑๐, (จ) ระหว่างส่วนลำตัวกับส่วนหาง ๒๕, (ฉ) นอกตับอ่อน ๗. ที่มองข้ามไปเวลาผ่าตัดมีที่ส่วนหัว ๘, ส่วนลำตัว ๓, ส่วนหาง ๖, นอกตับอ่อน ๓. สำหรับชนิดเนื้อร้าย ๓๗ รายในผู้ป่วยชุดเดียวกันเป็นที่ส่วนหาง ๑๒ ราย, ลำตัวและหาง ๗ ราย, และที่หัว ๓ ราย. เนื้องอกพวกนี้อาจเป็นเดี่ยว ๆ หรือหลายก้อน, หรือเป็นทั่วไปตลอดทั้งตับอ่อนก็ได้.

ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าคือพวกเนื้องอกไม่ร้ายส่วนมากมีสีแดงเรื่อ ๆ. ขนาดก้อนแตกต่างกันได้มาก. มีตั้งแต่สองสามมิลลิเมตรจนถึง ๑๕ เซ็นติเมตรหรือมากกว่า. ส่วนมากมีขนาดสองหรือสามเซ็นติเมตร. ดูด้วยตาเปล่าเห็นเป็นก้อนมีขอบเขตชัดเจนและเนื้อแน่นกว่าเนื้อที่อยู่รอย ๆ. ถ้าไม่มีไฟโบรสิสร่วมด้วยก็คลำหาได้ง่ายขึ้นโดยอาศัยความเนื้อแน่นนี้. สำหรับพวกเนื้อร้ายก็เหมือนเนื้อร้ายอื่น ๆ, เช่นก้อนโต, แข็ง, ติดกับอวัยวะข้างเคียง, ผิวนอกขรุขระ, หน้าตัดมักจะมีสีเขียวหรือขาวปนแดง.

ลักษณะทางจุลทัศน์ของเนื้องอกอย่างไม่ร้ายก็คล้าย ๆ กับเซลล์ไอส์เล็ตอย่างปกติ, โดยประกอบด้วยเซลล์ตัวเล็ก ๆ กลม ๆ, เรียงกันเป็นเส้นประสารกัน (anastomosing cords) เป็นทราเบคูลีหรือรูปดอกจันทน์ (โรเซ็ตต์). ระหว่างเส้นของเซลล์เป็นช่องเลือดฝอยหรือเนื้อเส้นใยบาง ๆ. ตามขอบ ๆ ของเนื้องอกพวกเส้นใยเหล่านี้รวมเข้าเป็นถุงหุ้ม. พยาธิอะไมโลไซน์ได้บ่อย. พวกที่เป็นอย่างร้ายหรือชวนสงสัยอาจเห็นเซลล์ของเนื้องอกบุกแทรกเข้าไปในถุงหุ้มหรือหลอดเลือด, และพยาธิเจเนอเรชั่นและนิโครสิสในระยะต่าง ๆ ได้ง่าย.

ลักษณะของแต่ละเซ็ลล์, ส่วนใหญ่คล้ายเซ็ลล์ไอส์เล็ตตามปกติดังกล่าวแล้ว. รูปร่างแตกต่างกันตั้งแต่กลมยอยด์จนคอลัมน่าร์. ซัยโตพลาสม์มีน้อย. ถ้าย้อมฮีมาท็อกซัยลินอีโอซินพบว่าติดสีแดงเล็กน้อย. ไม่เห็นแกรนยูล. นูเคลียสของพวกไม่ร้ายค่อนข้างกลมหรือกลม, เวสิคูล่าร์โฆรมาตินมีน้อย. พวกเนอร้ายนูเคลียสมีขนาดไม่เท่ากัน. โฆรมาตินหยาบ, แต่รูปแสดงไมโตสิสพบไม่บ่อยนัก.

แกรนยูลจำเพาะอย่าง, โดยวิธีย้อมของ โกเมอริ, มัลลอรี่, และผู้อื่น, มีสองสามรายเท่านั้นที่ติดเบต้าแกรนยูลดี. พวกเซ็ลล์ที่ไม่ทำงานพบได้ทั้ง เบต้า, แอลฟ่า, และ ดี เซ็ลล์. ส่วนมากพบเซ็ลล์ชนิดเดียว.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิง, ไทย, คู่, อายุ ๒๖ ปี. (เลขที่ทั่วไป ๔๑๙๒๒.๙๙) รับไว้ในโรงพยาบาลในแผนกสูติ–นรีเวชวิทยา เมื่อ ๙ กรกฎาคม ๒๔๙๙ ด้วยอาการสำคัญว่าตั้งครรภ์ ๕ เดือน, ปวดท้องและเหนื่อยง่ายมา ๑ เดือน. ผู้ป่วยเคยคลอดครบกำหนดมาห้าครั้ง. ครั้งสุดท้ายเมื่อ ๑ ปีมาแล้ว. ไม่เคยแท้ง. ขณะนี้บุตรทั้งห้าคนยังมีชีวิตและแข็งแรง. หลังคลอดทุกครั้งสบายดีเป็นปกติ. อาการ การกินไม่เคยขาดแคลน. ที่อยู่อาศัยสะอาด.

ผู้ป่วยแต่งงานเมื่ออายุ ๒๐ ปี. สามีแข็งแรงและอยู่ด้วยกันตามปกติ. มีอาชีพทำงานเย็บถุงกระดาษในโรงงานปูนซิเม็นต์บางซื่อ. ไม่เคยมีประวัติของการเจ็บไข้เป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ, ไต, และปอด. ไม่เคยได้รับการผ่าตัด. ได้มาฝากครรภ์ที่ ร.พ.นี้ก่อนหน้าจะเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ๓ วัน. มีระดูครั้งสุดท้ายเมื่อ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๔๙๘ และกำหนดคลอดในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๔๙๙. น้ำหนักตัว ๖๒ กิโลกรัม.

เมื่อตั้งครรภ์ได้ ๓ เดือน ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการชาหลังเท้าทั้งสองข้าง และเป็นตะคริวบ่อยๆ. นอกจากนี้มีอาการท้องผูกและท้องอืดเสมอๆ. ต่อมาจึงเริ่มมีอาการเสียวที่หน้าอก. มักเป็นที่ข้างขวา. กับมีปวดท้องเล็กๆ น้อยๆ เรื่อยมา.

๑ เดือนก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยรู้สึกปวดท้องมาก. ต้องคนทุรนทุรายอยู่นั่งๆไม่ได้. บางครั้งต้องลุกขึ้นเดินเพ่นพ่าน. ผู้

ป่วยได้ไปรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. แพทย์ได้ฉีดยาให้. ไม่ทราบว่าเป็นยาอะไร. รักษาอยู่ประมาณ ๗ วัน, รู้สึกสบายขึ้นมาก, แพทย์จึงให้กลับบ้าน. หลังจากกลับไปอยู่บ้านได้ ๒ วันมีอาการปวดท้องมากอีก. ได้ไปตรวจที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง. แพทย์ฉีดยาระงับปวดให้. รู้สึกทุเลาลง. ในระยะต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากอีกและเริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย, แน่นในอกและท้อง. มักจะแน่นที่ใต้ชายโครงทั้งสองข้าง. มีหอบในบางครั้ง, แต่ยังนอนราบได้.

๔ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยสังเกตว่าเท้าทั้งสองข้างบวมเล็กน้อย. ได้มาฝากครรภ์ที่ ร.พ. น. แพทย์ตรวจว่าตับโตและสงสัยหัวใจล้ม. ผู้ป่วยเห็นว่ายังสบายดีจึงขอกลับไปก่อน.

๑ วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยปวดท้องมาก, เท้าบวมมากขึ้น และเหนื่อยง่าย, จึงมาอยู่ ร.พ.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๔° ซ., ชีพจร ๙๐/นาที หายใจ ๒๖/นาที. ความดันเลือด ๑๑๔/๖๒ มม. ปรอท. น้ำหนักตัว ๖๒ กิโลกรัม.

ร่างกายทั่วไปสมบูรณ์. ค่อนข้างแข็งแรง. บวมที่เท้าทั้งสองข้าง, กดบุ๋ม. ไม่หอบ. ไม่ซีด. ตาเหลืองเล็กน้อย. ตรวจหัวใจ และปอดพบว่าปกติ. ต่อมธัยรอยด์ไม่โต. อวัยวะสัมผัสและระบบประสาทปกติ. ตรวจหน้าท้องพบว่านูนรูปไข่. มีหลอดเลือดดำตื้นๆพอง, วงขึ้นส่วนบนของลำตัว. ฟันตัสของมดลูกอยู่ที่ระดับ $\frac{1}{3}$ ต่ำกว่าสะดือ. คลำไม่ได้ชัดว่าอะไรเป็นส่วนนำ. ฟังไม่ได้เสียงหัวใจเด็ก. ทัยคลำได้ ๓ นิ้วมือ ต่ำจากชายโครงในแนวกลางกระดูกไหปลาร้า. ขอบยาง, นุ่ม, กดไม่เจ็บ. ม้ามโต ๒ นิ้วมือจากชายโครงในแนวกลางกระดูกไหปลาร้า.

ตรวจภายในพบปากช่องคลอดของคนเคยมีบุตร. หลอดปัสสาวะและต่อมบาร์โธลินปกติ, ปัสสาวะใส. เยื่อบุช่องคลอดสีคล้ำเห็นชัดเจน, ในช่องคลอดมีตกขาวมากกว่าธรรมดา. คอมดลูกนุ่ม, คล้ำ, ขนาดโต. มดลูกโตขนาดท้องห้าเดือน. คลำเด็กได้ไม่ชัด.

ตรวจทางห้องทดลองได้ เม็ดเลือดแดง ๒.๕๔ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๘๗๐๐, แยกเป็นนิวโตรฟิล ๖๘ ปอ., ลิมโฟซัยท์ ๒๘ ปอ., อิโอสิโนฟิล ๔ ปอ. ฮีโมโกลบิน ๖๐ ปอ. ตรวจปัสสาวะ : ไม่พบ

ไข่ขาว, น้ำตาล, และอะซีโตน.

การตรวจด้วยกล้อง ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การวิเคราะห์เลือดทางเคมีได้ อัลบูมิน ๒.๖ ป่ซ. โกลบูลิน ๑.๘ ป่ซ. เอ็น.พี.เอ็น. ๑๗.๖ มก.ป่ซ. เครอาตินิน ๑.๓ มก.ป่ซ. น้ำตาล ๓๑ มก.ป่ซ.

ซีรัมไอโอดีนเท็สท์ ให้ผลลบ.

ทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยคางคก, ปัสสาวะ ๔ ล.ซม. ให้ผลลบ.

แวนเด็นเบอร์ก D = ๑.๐๑, I = ๒.๒

ซัยมอลเทอร์ยิดิตย์เท็สท์ ๐.๘.

การดำเนินของโรค หลังรับไว้ผู้ป่วยรู้สึกสบายดีขึ้น แต่เวลาเดินรู้สึกเหนื่อยง่ายมาก. ขณะลุกขึ้นจากที่นอนวิงเวียนศีรษะเสมอ. ได้ส่งผู้ป่วยไปตรวจทางรังสี ได้รับรายงานว่าหัวใจไม่โต, กระบังลมสูงขึ้น, อากาเนองจากท้องมานหรือตับโตขึ้นข้างขน.

ในวันต่อมาผู้ป่วยกลับอ่อนเพลียมาก, หายใจไม่สะดวก ปวดในท้อง, และแน่นอึดอัดในอก. ได้สังเกตเห็นว่าเมื่อฉีดกลูโคส (๕๐ ป่ซ.) ให้ผู้ป่วยมีอาการสบายขึ้นทันทีทันใด. หายแน่นหน้าอกและหน้ามืด, แข็งแรงขึ้น. จึงได้เจาะเลือดตรวจน้ำตาลซ้ำในวันที่ ๑๓ ก.ค. ๒๔๙๙. ได้ผล ๓๓ มก. ป่ซ. อิคเตอรัสอินเด็กซ์ได้ผล ๑๖.๗. ในวันนั้นได้ส่งผู้ป่วยไปเอ็กซเรย์ช่องอกและท้อง. ได้รายงานว่าไม่มีอินฟิลเตรชั่นในปอด, โค้งกระบังลมสูงขึ้นทั้งสองข้าง, มีเยื่อหุ้มปอดอักเสบทั้งสองข้าง และรอยย่นติดทางขวา, ไม่มีลักษณะแสดงถึงการอุดกั้นของลำไส้, ฟิล์มอายุประมาณห้าเดือน.

ในวันที่ ๑๔ ก.ค. เวลาเช้าประมาณ ๕.๐๐ น. ผู้ป่วยแน่นหน้าอกมาก, ร้องบอกว่าหายใจไม่ออก, และร้องเอะอะ, ดิ้นกระสับกระส่าย, เรียกซ้อไม่รู้เรื่อง. คนอยู่ประมาณ ๓ นาทีก็นิ่งหมดสติไป. หายใจดังครืดคราด. น้ำลายฟูมปาก. ได้เจาะเลือดตรวจน้ำตาลในขณะนั้นได้ผลน้ำตาล "เพียงตรวจพบ." ได้ฉีดกลูโคส ๕๐ ป่ซ. เข้าหลอดเลือดในทันที, ผู้ป่วยกลับสบายดี, รู้สึกตัวเป็นปกติ, แต่อ่อนเพลีย. ฉะนั้นในวันต่อมาจึงฉีดกลูโคสให้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยย่นหน้ามืดหรือแน่นหน้าอก, ซึ่งมักจะเป็นในตอนเช้ามืดและก่อนอาหารกลางวัน. เมื่อฉีดกลูโคสให้แล้วก็สบายดี, ไม่เกิดอาการเพ้อจนถึงหมดสติ. ผู้ป่วยได้รับการ

ตรวจภายในซ้ำอีกในวันที่ ๑๔ ก.ค. วินิจฉัยว่าตั้งครรภ์ ๕ เดือน. ได้ทดสอบตั้งครรภ์ด้วยปัสสาวะในคางคกซ้ำ ได้ผล ๔ ล. ซม. บวก.

ระหว่าง ๓–๔ วันต่อมา ผู้ป่วยเป็นลมหน้ามืดวันละ ๑ หรือ ๒ ครั้งทุกวัน. อ่อนเพลียมาก. รับประทานอาหารไม่ค่อยได้. ตาเหลืองเล็กน้อยเหมือนเดิม. แต่ท้องโตมากขึ้นอย่างเร็ว. บวมที่เท้ามากขึ้น. ต้องฉีดน้ำตาลให้ทุก ๓ หรือ ๔ ชั่วโมง. ในระยะหลังได้ให้กินกลูโคส ๕๐ ปซ. แทนฉีดทุก ๒–๓ ชั่วโมง. มีบ้างมื้อที่ผู้ป่วยกินไม่ได้ก็ต้องรีบฉีดน้ำตาลเข้าเส้นให้ เพราะถ้าช้าไปครั้งใด, ก็มีอาการเอะอะกระสับกระส่ายและเพ้อหมดสติไป.

ในวันที่ ๑๗ ก.ค. ๔๙. ผู้ป่วยแน่นอึดอัดมาก. ได้ทำการเจาะท้อง. ได้น้ำสีฟางใสจำนวน ๖๐๐ ล. ซม., ความถ่วงจำเพาะ ๑.๐๐๗. อัลบูมิน ๔ +, น้ำตาลผลลบ. เม็ดเลือดแดงมีมาก. ได้ส่งย้อมโดยวิธีของซาซานิโคเลา ได้ผล "ซั้นสี่."

๒ วันต่อมาได้ส่งผู้ป่วยไปถ่ายเอ็กซเรย์กระโหลกศีรษะ. ได้รับรายงานว่าเซลล่าเทอร์ซิค้าปกติ.

ได้ทำการทดสอบความทนน้ำตาลโดยวิธีฉีดเข้าเส้น, ได้ผลดังนี้ :

ก่อนโทรล	พอตรวจพบ
½ ชม.	พอตรวจพบ
๑ ชม.	๓๕.๐ มก.ปซ.
๑½ ชม.	๖๐.๕ มก.ปซ.
๒ ชม.	๒๙.๕ มก.ปซ.
๓ ชม.	๒๖.๐ มก.ปซ.
๔ ชม.	๒๗.๘ มก.ปซ.

ในวันที่ ๒๔ ก.ค. ๔๙. ผู้ป่วยยังเป็นลมและแน่นท้องมากทุกวัน. ได้ส่งผู้ป่วยไปตรวจระบบทางเดินอาหารด้วยเอ็กซเรย์. ได้รับรายงานว่ากระเพาะอาหารอยู่สูง, ไม่มีรอยโรคในกระเพาะอาหารและดูโอดีนัม, ยังเปอร์โมติลิตีของทางเดินอาหารเนื่องจากโคไลติส.

อีก ๒ วันต่อมาผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ ในตอนบ่าย, ตาเหลืองมากขึ้น. ซึมลงไปมาก. อ่อนเพลีย. อิคเทอรัสอินเด็กซ์ในวันนี้ ๒๗.๘ ได้เจาะท้องซ้ำอีกและส่งน้ำย้อมตามวิธีของซาซานิโคเลาได้ผล "ชั้น ๕". ได้ทำการทดสอบความทนน้ำตาลซ้ำโดยวิธีกิน (๑.๘๕ ก. ต่อ กก.) ได้ผลดังนี้.

คอนโทรล	๒๖.๒ มก.ปซ.
½ ชม.	๑๐๔ มก.ปซ.
๑ ชม.	๑๑๔ มก.ปซ.
๑½ ชม.	๑๓๕ มก.ปซ.
๒ ชม.	๑๒๘.๖ มก.ปซ.
๓ ชม.	๙๕ มก.ปซ.
๓½ ชม.	๖๔ มก.ปซ.
๔ ชม.	๓๙.๕ มก ปซ.

เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียลงทุกที เห็นว่าไม่สมควรจะตั้งครรภ์ต่อไป, จึงได้ทำให้แท้งโดยวิธีให้ควินินและยีสตอิตรินและเจาะถุงน้ำทูนหัว, ผู้ป่วยได้แท้งเด็กในวันเดียวกันนั้น. เด็กที่ออกมามีลักษณะปกติ.

ภายหลังแท้งเด็กแล้วผู้ป่วยมีไข้สูงประมาณ ๓๘.๘°ซ. หรือกว่า. กลับปวดท้องใต้ชายโครงและที่ท้องน้อยมากขึ้น. อ่อนเพลียมาก. ซึมและหลับตลอดเวลา. ตัวเหลืองมากขึ้น. ได้เจาะอิคเทอรัสอินเด็กซ์ได้ผล ๕๕.๖.

๓ วันต่อมาผู้ป่วยมีอาการไอเป็นเลือด, และบางครั้งถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด. หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มซึม, พูดไม่รู้เรื่อง, ไข้สูง, ชีพจรเร็ว.

ในวันที่หกภายหลังแท้งเด็กเริ่มมีโคม่า, หอบและตัวเหลืองมากขึ้น. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมในวันนั้น, ภายหลังที่รับไว้ใน ร.พ. ได้ ๒๘ วัน.

การตรวจศพ ตับอ่อนโตกว่าปกติประมาณครึ่งเท่า. คลำดูรู้สึกค่อนข้างแข็ง, โดยฉะเพาะส่วนหัว. น้ำหนัก ๒๐๐ กรัม. ภายนอกไม่มีลักษณะบ่งว่าเป็นเนื้องอก. หลังจากฝานเป็นชิ้นบาง ๆ ก็ได้พบเนื้องอกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑.๕ ซม. ในบริเวณลำตัวของตับอ่อน. สีค่อนข้างแดง. มีขอบเขตชัดเจน. บางส่วนมีนิโครสิส.

ตับโตกว่าปกติ. หนัก ๓๘๔๐ กรัม. ขนาด ๓๐×๒๔×๓ ซม. ผิวนอกขรุขระเป็นเม็ดเล็ก ๆ ขนาดปลายนวกอ้อย. ฝานดูพบว่าส่วนใหญ่ของตับประกอบด้วยก้อนกลมเนื้อแน่น, มีขอบเขตชัดเจน, สีขาว, ขนาดใกล้เคียงกับที่เห็นจากภายนอก. ไม่มีไฟโบรสิสอย่างที่พบในปอร์ตัลซิร์โรสิส.

ที่ย่อยพบจุดแพร่กระจายขนาดหัวไม้ขีดไฟหรือโตกว่าเล็กน้อย, สีขาว. มีทั้งสองข้าง, ข้างละสองสามเม็ด. อวัยวะอื่นไม่มีการแพร่กระจายและเท่าที่เห็นด้วยตาเปล่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ.

ลักษณะจุลทัศน์ ที่ตับอ่อนเป็น ไฟโบรมัสคูล่าร์ แคปซูล ชัดเจน. ก้อนประกอบด้วยเซ็ลล์ตัวเล็ก ๆ, กลม ๆ อยู่ส่วนกลาง, และเซ็ลล์คอลัมนาร์อยู่ชอบ ๆ

เซ็ลล์พวกนี้รวมตัวกันเป็นกลุ่มใหญ่. บางตอนมีลักษณะรวมเป็นรูปไอส์เล็ต. บางตอนเป็นรูป ทูบูล่าร์ หรือแอลวีโอล่าร์. มีบริเวณนิโครสิสหลายแห่ง, ช่องเลือดฝอย, เนื้อเส้นใย, ฮัยอะลินในเซชั่นของเซ็ลล์เนื้องอก. (Warren พบเสมอในรายไอส์เล็ตเซ็ลล์ทูเม่อร์ที่ทำงานด้วย.)

ที่ตับ, ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายที่เห็นในตับอ่อน. ช่องเลือดฝอยเห็นได้มากกว่า, และเซ็ลล์เรียงตัวเป็นริบบน หรือเส้นเชือก. เซ็ลล์พวกนี้ซัยโตพลาสม์เป็นเบโซฟิลิค. บางที่ก็เห็นแกรนยูลเหมือนเบต้าเซ็ลล์. แต่ส่วนมากไม่เห็น. มีสองสามเซ็ลล์ที่เห็นแกรนยูลใหญ่สีชมพูเหมือนแอลฟ่าเซ็ลล์. ส่วนเซ็ลล์ของตับเองนั้นไม่ได้แสดงท่าที่ว่าเป็นมะเร็ง. ที่เหลืออยู่มีแต่ดีเจเนอเรตหรือนิโครติค. ผิดกันมากกับรายที่เป็นคาร์ซิโนม่าของตับอย่างไปรมารี่. ก้อนที่แพร่กระจายไปที่ปอดก็มีลักษณะคล้ายกัน.

การย้อมพิเศษเพื่อดูแกรนยูลได้ทำหลายวิธี. การตรวจศพได้กระทำหลังตาย ๑๓ ชั่วโมง, และน้ำยาที่ใช้พิกส์เป็นฟอร์มาลินซึ่งไม่ดีพอ. แต่ถึงกระนั้นก็ยังพอมีเซ็ลล์ที่ดีออกมาให้เห็นแกรนยูลที่ชวนให้นึกถึงแอลฟ่าและเบต้าเซ็ลล์ ทั้งในเนื้องอกไปรมารี่และเนื้อแพร่กระจาย. ในตับเราเห็นแกรนยูลของแอลฟ่าเซ็ลล์บ้าง. ส่วนในเนื้อตับอ่อนนั้นไอส์เล็ตเซ็ลล์ไม่มีแกรนยูล. ทำให้นึกถึงการศึกษาของ Nerenberg ที่ได้ยันกันไว้ว่าในกรณีที่มีฮัยเปอร์อินสุลินิสม์, ไม่ว่าจะเป็นโดยการทดลองหรือพยในคนไข้, จะเกิดมีดีเจเนอเรชั่นของไอส์เล็ตเซ็ลล์.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งคน, เป็นหญิงมีครรภ์ ๕ เดือน, ซึ่งมีอาการสำคัญว่าปวดท้องและเหนื่อยง่าย. ระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมีอาการอ่อนเพลีย, อิดอัด, หายใจไม่สดวก, และเป็นลมหน้ามืดบ่อยๆ. การตรวจทางห้องทดลองบ่งไปในทางเนื้องอกอย่างร้ายของตับอ่อน. อาการไข้เลวลงเรื่อยจนถึงแก่กรรม. การตรวจศพบ่งว่าเป็นเนื้องอกอย่างร้ายของไอส์เล็ตเซ็ลล์ของตับอ่อน.

เอกสาร

1. Ross and Lloyd: Arch. Surg. 28: 223-231, 1934.

2. F.G. smith: Am. J. Path. 7: 723-739. 1931.

3. Thalhimer: J.A.M.A. 91: 89-91, 1928.

4. A.O. Whipple: Ann. Surg. 101: 1299-1301, 1935.

5. R.M. Wilder: J.A.M.A. 89: 348-355, 1927.

6. N.A. Womack: Surg. 2: 793-811, 1937.

7. Ziskind: Arch. Int. Med. 60: 753-771, 1937.

8. W.R. Campbell: Am. J. Med. Sc. 198: 445-454, 1939.

9. G. Howland: J.A.M.A. 93: 674-679, 1929.

10. Aitken: Med. Clin. N. Amer. 393: 413-418, 1936.

11. Friedmann: Arch. Path. 27: 994-1010, 1934.

12. H. Zondek: Dis. of Endocrinol., 3 rd. ed., 1935.

13. Shepardson: Endocrinol. 16: 182-190, 1932.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

667

(Summary of the preceding Report)

HYPOGLYCEMIA FROM ISLET CELL TUMOR

With Report of One Case

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

Sangad Karnchanakunchorn
M.R.C.S. (Eng.), L.R.C.P. (Lond.),
D.T.M. (L'pool)
(Dept. of Pathology)

Sunthorn Boonyanit
M.B.
(Dept. of Obstetrics and Gynecology)

A woman, aged 26, five months pregnant, was admitted into the obstetrical service with chief complaints of severe abdominal pain and progressive weakness. Duration of the abdominal complaint was about 2 months. The liver was found enlarged, and there were signs of partial portal obstruction. Roentgenography revealed elevation of diaphragm on both sides. On the fifth day in the ward the patient acutely developed oppression in the chest followed by a convulsive seizure with loss of consciousness; injection of glucose gave immediate relief. Blood removed during the attack showed only a "trace" of sugar. Thereafter there were daily fainting spells, always relieved by glucose by injection or by mouth. Paracentesis on the eighth day after admission gave a clear, straw-coloured fluid (600 ml.) which gave Class IV with Papanicolau staining. Repetition 9 days later gave Class V reading. Sugar tolerance test gave a low, flat curve. After induction of abortion (quinine-pituitrin with puncture of membranes) the patient developed a moderate fever. Weakness got progressively worse, accompanied with icterus and lethargy. Hemoptysis and bloody stools appeared. The patient became more lethargic and icteric and died on the 28 th day of hospitalisation. Post mortem the pancreas was found to be enlarged and to contain a circumscribed tumor (diam. 1.5 cm.), partially necrotic, in the body. The growth consisted of small round cells surrounded by columnar cells, forming clumps, or islet-like, tubular or alveolar masses. Areas of necrosis, capillary spaces, fibrous tissue, and hyalinisation of the cells were found. Similar features were seen in the metastatic masses in the liver and in the lungs. With special staining many cells gave appearance suggestive of alpha and beta cells.

Historical and clinical features of the disease and its surgical treatment are outlined.

(Thirteen references)

WC 1

ภาวะมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง

รายงานผู้ป่วยสามราย*

บัญญัติ ปริชญานนท์
พ.บ., F.C.C.P.

และ

พรรณพิศ พันธ์สุวรรณ
พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ภาวะมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง เป็นพยาธิสภาพที่ไม่พบบ่อย. แลนเน็คเป็นคนแรกที่ได้รายงานภาวะนี้จากการตรวจศพของผู้ป่วยรายหนึ่งในปี ๑๘๒๘. วิทตะเคอร์รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายซึ่งทำการรักษาหาย โดยการเจาะดูดเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดในปี ๑๘๗๖. พิตและรอลสตันได้รายงานผู้ป่วยโดยละเอียดคนละหนึ่งรายในปี ๑๙๐๑. ผู้ป่วยของพิตเป็นผู้ชายอายุ ๑๘ ปี, ถึงแก่กรรม. ผลการตรวจพบศพพบว่ามีพยาธิสภาพถุงลมพองชนิดบูลล่าที่ยอดปอดขวาและมีการฉีกขาดของพังผืดในบริเวณนั้น. ผู้ป่วยของรอลสตันเป็นผู้ชาย,อายุ ๒๑ ปีมีอาการช็อค, สงสัยว่าเกิดจากแผลในกระเพาะอาหารทะลุ, ถึงแก่กรรมในสัปดาห์ต่อมา. ผลการตรวจศพพบว่ามีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา แต่ไม่พบสาเหตุของภาวะนี้.

ซาตเซล[1] รายงานผู้ป่วย ๓ รายในปี ๑๙๕๒. ทั้งสามรายเป็นชายหนุ่มที่แข็งแรงและไม่เคยมีประวัติของโรคระบบหายใจเลย.

หลังจากปี ๑๙๔๒ ได้มีผู้รายงานภาวะนี้นอกหลายราย. ตามรายงานของเวลช์[2] ได้รวบรวมจากรายงานในวารสารต่าง ๆ จนถึงเดือนมีนาคม ๑๙๕๖ ได้ ๑๒๐ ราย.

ใน ๑๐ ปีที่แล้วมา (๒๔๘๙-๒๔๙๘) แผนกอายุรศาสตร์ศิริราชพยาบาลเคยรับผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเองมากรายด้วยกัน. เท่าที่ค้นรายงานได้และลงพิมพ์ในสารศิริราช ๑๘ ราย,[3] เราพบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง ๓ ราย ซึ่งรับไว้ในปี ๒๔๙๘–๒๕๐๐ จึงเห็นสมควรนำมารายงานไว้.

---

* เพิ่มเติมจากรายงานในที่ประชุมวิชาการ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๔๙๙.

รายงานผู้ป่วย

รายที่หนึ่ง

ชายจีนอายุ ๒๔ ปี (เลขที่ภายใน ๑๑๒๓๒.๕๘) รับไว้ด้วยอาการสำคัญว่าแน่นหน้าอกซีกขวามา ๒ วัน; เป็นลมครั้งเดียวเมื่อ ๑๒ ชม. ก่อนรับไว้.

๓ วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเริ่มมีไข้เล็กน้อยและแน่นหน้าอกซีกขวาและเจ็บเสียวหน้าอกใต้นมขวา, อาการเจ็บเสียวหน้าอกเพิ่มมากขึ้นเมื่อหายใจแรง ๆ, ไอแห้ง ๆ เป็นบางครั้ง. ผู้ป่วยได้ไปหาแพทย์. ได้ฉีดยาและรับประทานยาแต่อาการก็ไม่ทุเลา. ๑๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะนั่งทำบัญชีอยู่เกิดเจ็บหน้าอกซีกขวาอย่างรุนแรงและแน่นหน้าอก, เหนื่อยหอบเหงื่อออกมาก, และรู้สึกใจหวิวหน้ามืดเป็นลม. ญาติได้พาผู้ป่วยไปหาแพทย์คนเดิมอีกครั้งหนึ่งและได้รับคำแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้. ตามปกติผู้ป่วยเป็นคนแข็งแรงดี, ไม่เคยมีอาการของโรคเกี่ยวกับปอดอย่างใด. ไม่มีประวัติวัณโรคในครอบครัว.

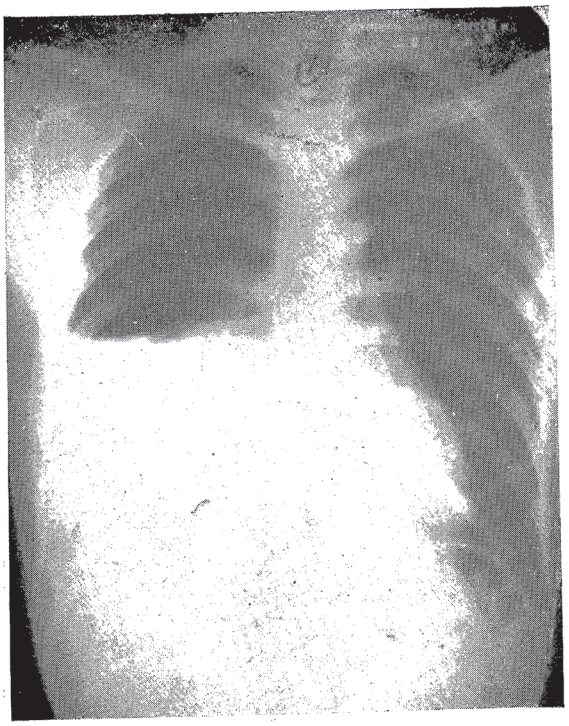
ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยซีดปานกลาง, นั่งหอบ, อุณหภูมิ ๓๗° ซ. ชีพจร ๑๐๐, หายใจ ๒๖ แรงดันเลือด ๑๑๐/๗๐. หลอดคอ (เทรเชีย) เอียงไปทางซ้ายเล็กน้อย. การเคลื่อนไหวของอกซีกขวาน้อยลงมาก, ช่องซี่โครงขวาส่วนล่างตึงกว่าซ้ายทั้งด้านหน้าและหลัง. เคาะอกซีกขวาส่วนบนได้โปร่งกว่าซีกซ้าย. ส่วนล่างตั้งแต่ช่องซี่โครงที่ ๕ ด้านหน้าและช่องที่ ๗ ด้านหลังลงมาทึบชัดเจน, ระดับบนเป็นเส้นตรง, เสียงหายใจทั่วอกขวาเบาลงอย่างชัดเจน. เอเพ็กซ์หัวใจคลำได้ในช่องที่ ๘, หนังนวมอนอกเส้นผ่านกลางกระดูกไหปลาร้า, เสียงหัวใจปกติ. ตับ, ม้ามคลำไม่พบ, ระบบอื่นปกติ.

ตรวจด้วยรังสีเอกซ์ พบลักษณะของลมและของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา.

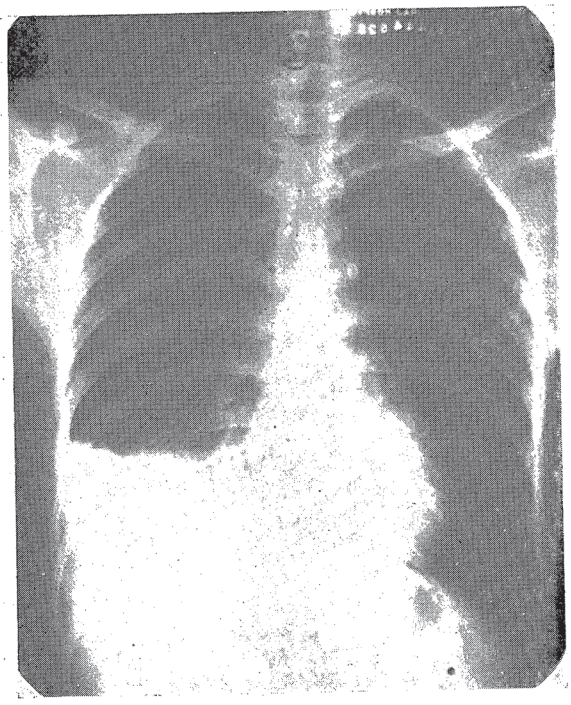
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน ๖.๕ กรัม, เม็ดเลือดแดง ๒๗๘ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๑๓,๖๐๐, โปลีมอร์ฟ ๕๐ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟซัยต์ ๘ เปอร์เซ็นต์, อีโอซิโนฟิล ๒ เปอร์เซ็นต์. การทดสอบทูเบอร์คุลิน ผลลบ. อี. เอส. อาร์. ๑๕ มม. ต่อชั่วโมง.

การวินิจฉัยโรค ภาวะมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดขวาชนิดเกิดเอง.

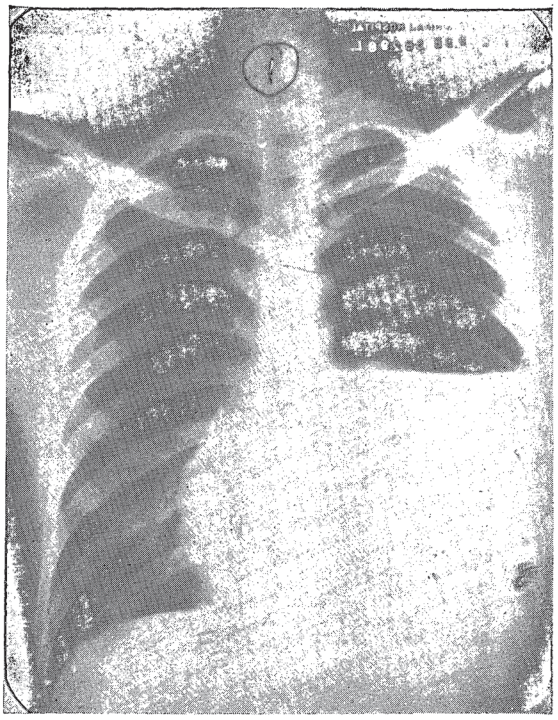
การรักษา เมื่อมาถึงโรงพยาบาลได้ดูดลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดขวา ๑๓๐๐



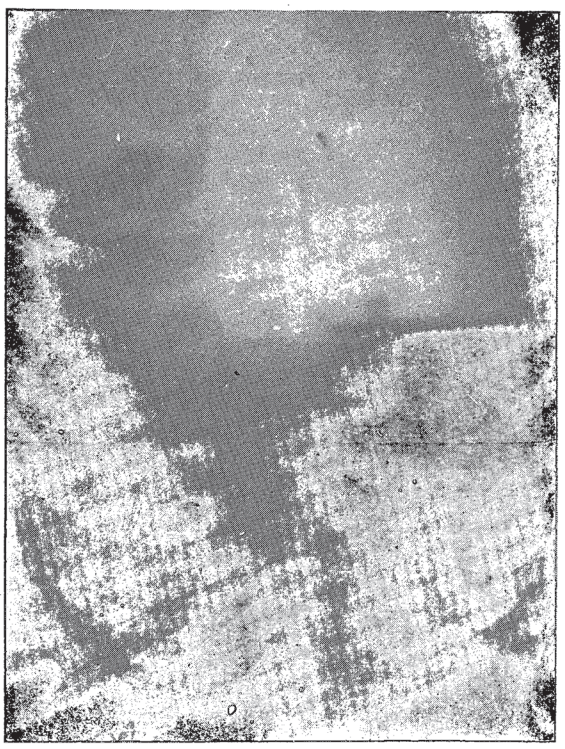
รูปที่ ๑ ผู้ป่วยรายที่ ๑, ๒๘ ก.ค. ๕๘. มีลักษณะของลมและของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา ภายหลังดูดลมออก ๑๗๐๐ มล.



รูปที่ ๒ ผู้ป่วยรายที่ ๑, ๖ ส.ค. ๕๘. ภายหลังดูดเลือดออกสองครั้งรวม ๑๖๕๐ มล.



รูปที่ ๓ ผู้ป่วยรายที่ ๒, ๑๑ ก.พ. ๘๘. มีลักษณะของลม และของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย



รูปที่ ๔ ผู้ป่วยรายที่ ๓, ๓ พ.ค. ๒๕๐๐ พบมีลักษณะของลม และของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา ปอดขวาแฟบเกือบหมด.

มล. แรงดัน $\frac{+10}{+8}$ – 1300 $\frac{-5}{-4}$. ตอนกลางคืนดูดลมออกอีก ๔๐๐ มล. และเจาะได้น้ำสีแดงคล้ำเหมือนเลือดออก ๔๐๐ มล. ได้นำขึ้นด้วยเครื่องขึ้นในห้องรักษา, ได้ตะกอน ๔๐ มม. (ซึ่งสูงกว่าตัวเลขธรรมาโตคริต, ซึ่งน่าจะเป็นเพราะหมุนถี่ไม่พอ). รุ่งขึ้นให้เลือด ๔๐๐ มล. และเจาะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอีก ๒๐๐ มล. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ. ๓ วันต่อมา ผู้ป่วยมีอาการแน่น, หอบเหนื่อยอีก, ได้เจาะดูดเลือดออกอีก ๕๐๐ มล. ในสัปดาห์ที่สอง ได้เจาะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอีก ๒ ครั้ง ๆ ละประมาณ ๔๐๐ มล. และได้ให้เลือดอีกครั้ง ๓๕๐ มล. นอกจากนนได้ให้เพนิซิลลินและไดฮัยโดรสะเตรพโตมัยซิน. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ. ปอดยุบออกเต็มที่ภายใน ๒๑ วัน. จึงจำหน่าย. รวมอยู่ในโรงพยาบาล ๓๒ วัน. ได้ติดตามมา ๑๕ เดือนผู้ป่วยคงแข็งแรงดี.

รายที่สอง

ชายไทยอายุ ๒๒ ปี, อาชีพเสมียน (เลขที่ภายใน ๒๒๓๑.๔๙), รับไว้ด้วยอาการสำคัญว่า "ไอและเจ็บหน้าอกมา ๑๐ วัน".

สิบวันก่อนมาโรงพยาบาล, ขณะที่ผู้ป่วยนั่งทำงานอยู่รู้สึกเจ็บและแน่นหน้าอกซ้ายทันที. เหงื่อออกมากและอ่อนเพลีย. ในวันเดียวกันนั้นญาติได้พาผู้ป่วยไปที่วัดแห่งหนึ่งเพื่อรดน้ำมนต์, ระหว่างที่รอพระอยู่นั้น ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น. เจ็บแน่นหน้าอกมากและใจหวิวเป็นลมหมดสติไป. ญาติจึงได้นำส่งโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. แพทย์ที่โรงพยาบาลนั้นตรวจและได้ใช้เข็มเจาะอกซ้ายด้านหน้าส่วนบนและคาเข็มไว้ ต่อมาเห็นมีเลือดออกมาด้วย. แพทย์จึงเจาะอกซ้ายส่วนล่าง, ได้น้ำลักษณะเหมือนเลือดออกมาประมาณ ๑๕ มล. จึงหยุดเจาะ. ถ่ายเลือดให้แก่ผู้ป่วย ๕๐๐ มล. และฉีดยาไดซัยโดรสะเตรพโตมัยซิน และยาอื่น ๆ. ผู้ป่วยมีอาการทุเลาขึ้นบ้างเล็กน้อย, แต่ยังคงมีอาการเหนื่อย. แน่นหน้าอก, ไอมีเสมหะสีขาวออกมาน้อย ๆ. แพทย์สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือวัณโรคของปอด. ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลนั้นประมาณ ๑๐ วัน จึงได้มาตรวจที่ศิริราชพยาบาล และแพทย์ได้รับเข้าไว้รักษา. ประวัติอดีตและประวัติครอบครัวไม่มีอะไรสัมพันธ์กับประวัติผู้ป่วย.

ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยซีดเล็กน้อย, ไม่หอบ, อุณหภูมิ ๓๘° ซ. ชีพจร ๙๐,

หายใจ ๒๒. แรงดันเลือด ๑๔๐/๙๐. อกซ้ายเคลื่อนไหวน้อยมาก. ช่องซี่โครงกว้างกว่าทางขวา. เคาะทึบในช่องซี่โครงที่ ๗ ด้านหลังและที่ ๔ ด้านหน้าลงไป. ระดับขนเยื่นเส้นตรง. ส่วนขนขึ้นมาเคาะโปร่ง. เสียงหายใจเบาทั่วไป. เอเพ็กซ์หัวใจคลำได้ในช่องที่ ๕ ประมาณ ๒ นิ้วมือด้านในของเส้นผ่านกลางกระดูกไหปลาร้า. เสียงหัวใจปกติ. ตรวจระบบอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ตรวจด้วยรังสีเอ็กซ์ มีของเหลวและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย.

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน ๖๐ เปอร์เซ็นต์. เม็ดเลือดแดง ๓.๕ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๖,๒๐๐ โปลีย์มอร์ฟ ๗๒ เปอร์เซ็นต์, ลิ้มโฟซัยต์ ๒๘ เปอร์เซ็นต์. การทดสอบทุเบอร์คุลินผลลบ.

การวินิจฉัยโรค ภาวะมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้ายชนิดเกิดเอง.

การรักษา เมื่อรับเข้ามาในโรงพยาบาลได้ทำการเจาะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดซ้ายครั้งละ ๕๐๐ มล. วันละครั้ง ๒ วันติดกัน ("ฮีมาโตคริต" ๒๖ เปอร์เซ็นต์). ในวันที่ห้าได้ดูดลมออก ๒๐๐ มล. แรงดัน $\frac{+1}{+4} - 200 \frac{-4}{+2}$ นอกจากนั้นได้ให้เพนิซิลลินเข้ากล้ามเนื้อ. อาการทั่วไปดีขึ้นเป็นลำดับ. เจ็ดวันต่อมาเจาะเลือดออกอีก ๒๕๐ มล. มีลักษณะเช่นเดิม. ผู้ป่วยมีอาการปกติดี. ภาพรังสียังคงแสดงของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดเล็กน้อย. แต่ผู้ป่วยมีธุระจำเป็นจึงขอร้องเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลได้ ๑๖ วัน. หนึ่งเดือนต่อมาได้มารับการตรวจด้วยฟลูโอรอสโกปีย้อกครั้งหนึ่ง พบปอดยึดเต็มที่ (๒๓ วันหลังพยาธิอุบัติเหตุดังกล่าว). ผู้ป่วยรายนี้ยังคงแข็งแรงจนกระทั่งบัดนี้. ได้ติดตามมาเป็นเวลา ๙ เดือน.

รายที่สาม.

ชายไทย, อายุ ๑๙ ปี, อาชีพค้าขาย (เลขที่ภายใน ๗๙๑๑–๒๕๐๐), รับไว้ด้วยอาการสำคัญว่า "เจ็บและแน่นหน้าอกขวามา ๒ วัน."

๒ วันก่อนมา ร.พ. ในตอนเย็นหลังจากอาบน้ำแล้ว, ได้เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกขวาทันที. รู้สึกแน่นและหายใจลำบาก. มีไอบ้างเล็กน้อย. แต่ไม่มีอาการไข้. ผู้

ป่วยต้องนอนตะแคงข้างซ้ายลง อาการจึงค่อยทุเลาบ้าง. วันรุ่งขึ้นอาการแน่นและเจ็บหน้าอกขวาเพิ่มมากขึ้นอีก. แขนขวายกไม่ขึ้นเลย. ผู้ป่วยได้ไปหาแพทย์ฉีดยาที่ต้นแขนหนึ่งครั้งและเอายามารับประทาน. แต่อาการก็ไม่ทุเลา, จึงมา ร.พ.

๒-๓ ปีมาแล้ว ผู้ป่วยเคยมีประวัติไอบ่อย ๆ เป็นบางครั้ง. เป็นๆ หายๆ. ไม่ค่อยมีเสมหะ. ประวัติอื่นอย่างอื่นและประวัติครอบครัวไม่มีอะไรสัมพันธ์กับประวัติของการเจ็บป่วยคราวนี้.

ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรูปร่างสันทัด, ไม่ซีด, มีอาการหอบและต้องนอนตะแคงซ้ายอยู่เสมอ. อุณหภูมิ ๓๗.๔° ซ. ชีพจร ๑๓๔, หายใจ ๔๐, แรงดันเลือด ๑๐๐/๖๐. ทรวงอกขวาเคลื่อนไหวน้อย. กดเจ็บทั่วๆ ไป. หลอดคอ (เทรเฆีย) เอียงไปทางซ้ายชัดเจน. เคาะทึบมากบริเวณทรวงอกขวาด้านล่าง, ด้านหลังตั้งแต่ช่องซี่โครงที่ ๗ ลงมา, ด้านข้างตั้งแต่ช่องซี่โครงที่ ๘ ลงมา, และด้านหน้าตั้งแต่ช่องซี่โครงที่ ๕ ลงมา. เสียงหายใจเบาโดยตลอดในทรวงอกซีกขวา. เอเพ็กซ์หัวใจคลำได้ในช่องซี่โครงที่ ๕, ด้านซ้าย, ประมาณ ๒ นิ้ว มือออกไปจากเส้นลากผ่านกลางกระดูกไหปลาร้า. เสียงหัวใจปกติ. การตรวจระบบอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ.

ตรวจด้วยรังสีเอกซ์ มีของเหลวและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา, ปอดขวาแฟบเกือบหมด.

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน ๗ กรัม. เม็ดเลือดแดง ๓.๗ ล้าน, เม็ดเลือดขาว ๑๕,๑๐๐, โปลีย์มอรฟ ๖๔ เปอร์เซ็นต์, ลิมโฟซัยต์ ๓๖ เปอร์เซ็นต์. การทดสอบทูเบอร์คุลิน ผลบวก.

การวินิจฉัยโรค ภาวะมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดขวาชนิดเกิดเอง.

การรักษา ภายหลังที่รับเข้ามาในห้องรักษาได้ทำการดูดลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดขวา ๕๐๐ มล. $\frac{-3}{-5}$ − 500 $\frac{-7}{-5}$ และได้ดูดน้ำเลือดออก ๔ ครั้ง รวม ๑,๕๐๐ มล. ("ฮีมาโตคริต" ๒๕ เปอร์เซ็นต์). นอกจากนั้นได้ให้เพนิซิลินเข้ากล้ามเนื้ออาการทั่วไปดีขึ้นเป็นลำดับ. ปอดยืดออกเต็มที่ภายใน ๑๕ วันหลังจากเข้ามาอยู่ใน ร.พ. ทั้งสิ้น ๑๘ วัน, ได้ติดตามมาจนถึง

เวลาที่รายงานนี้ (กว่า ๓ เดือน) ผู้ป่วยคงแข็งแรงปกติดี.

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งสามรายนี้เป็นชาย, อายุ ๑๕, ๒๒ และ ๒๔ ปี ซึ่งอยู่ในระดับอายุขั้นต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานในวารสารต่างประเทศซึ่งพบส่วนมากในผู้ชายอายุ ๒๐–๔๐ ปี. ในรายงานของฮาตเซลรวบรวมไว้ ๕๗ ราย, เป็นสตรีเพียง ๔ ราย. ทั้งสามรายที่นำมารายงานนี้ไม่มีประวัติโรค ระยะลมหายใจมาก่อนเลยและไม่มีประวัติวัณโรคในครอบครัว.

ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการแน่นและเจ็บหน้าอกก่อนต่อมามีอาการหน้ามืดเป็นลม, เหงื่อออกมาก. รายที่สองอาการมากถึงแก่หมดสติไป. รายที่สามมีแต่อาการเจ็บและแน่นหน้าอก. อาการเช่นนี้เป็นภาวะฉุกเฉินต้องพิเคราะห์แยกจากอื่น, เช่นการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี่, การอุดตันของหลอดเลือดพุลโมนารี่. บางรายอาจมีอาการคล้าย โรคยั่วยุขึ้นในช่องท้อง, เช่น การทะลุของแผลในกระเพาะอาหาร (เช่นในรายของรอลสตัน), การอักเสบของตับอ่อนหรือถุงน้ำดีเป็นต้น. สำหรับผู้ป่วยสามรายนี้ตรวจร่างกายได้ลักษณะของลมและของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด, ทำให้นึกถึงภาวะนี้แต่แรก, และการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องก็ได้รับการยืนยัน โดยการเจาะอกทั้งส่วนบน (ลม) และส่วนล่าง (เลือด).

ในผู้ป่วยบางรายที่มีลมเกิดขึ้นน้อยแต่มีเลือดขังเป็นส่วนมากในช่องเยื่อหุ้มปอด, การพยากรณ์โรคทำได้มากในบริเวณกว้างและสูงขึ้นไปมากอาจทำให้วินิจฉัยโรคเป็นอย่างอื่นได้. เช่นผู้ป่วยรายที่สองเมื่อตรวจที่โรงพยาบาลอื่น. ภายหลังที่เจาะได้น้ำข้นคล้ายเลือดก็ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าอาจเป็นมะเร็งหรือวัณโรคเป็นต้น. แต่ผู้ป่วยรายนี้แข็งแรงดีจนกระทั่งเริ่มป่วยครั้งนี้. ถ้าคำนึงถึงประวัติวันนี้มากก็ไม่น่าจะวินิจฉัยผิดพลาดไปได้.

กลไกของพยาธิสภาพนี้จากผลการตรวจศพในรายงานต่าง ๆ พบว่าส่วนมากเกิดจากมีลมรั่วเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดก่อน. เมื่อปอดแฟบลงทำให้มีการดึงและฉีกขาดของพังผืดในช่องเยื่อหุ้มปอดจึงทำให้หลอดเลือดฉีกขาดและมีเลือดออกด้วย.(4)(5)(6) ดังนั้นจึงอาจถือว่าภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งของการมีลมรั่วเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดจากเหตุใดก็ตาม. บางรายอาจเกิดจากเหตุอื่นเช่นอินฟาร์คชั่นของปอด(7)

และมีมากรายซึ่งแม้ได้ทำการตรวจศพก็ยังไม่พบเหตุเลย.

ผู้ป่วยที่นำมารายงานทั้งสามรายนี้, รายแรกมา ร.พ. หลังจากเริ่มมีอาการแล้ว ๓ วันแต่หลังจากอาการเริ่มรุนแรงเพียง ๑๒ ชั่วโมง. รายที่สามมา ร.พ. ภายใน ๔๘ ชั่วโมงซึ่งนับว่าอยู่ในระยะปัจจุบัน รายที่สองมาหาเราเมื่อพ้นระยะปัจจุบันของโรคแล้ว. ได้ให้การรักษาโดยการดูดเอาลมและเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด. รายที่หนึ่งและรายที่สองได้ให้เลือดแก่ผู้ป่วยด้วย ปรากฏว่าได้ผลดีทั้งสามราย ซึ่งเป็นการบำบัดเช่นเดียวกับที่มีรายงานไว้ในที่อื่น.(8)(9) หลักสำคัญของผู้บำบัดรักษาอยู่ที่การเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงโดยใกล้ชิด หากอาการของผู้ป่วยมีลักษณะแสดงว่ายังคงมีเลือดออกอกเร็วหรือค่อนข้างเร็ว, ก็ต้องรีบปรึกษาศัลยแพทย์เรื่องรักษาด้วยการผ่าตัด,(10)(11)(12)(13)(14) เพื่อเข้าไปผูกหลอดเลือดที่ฉีกขาด. ตามวารสารในต่างประเทศมีผู้นิยมให้การรักษาด้วยผ่าตัดมาก. กล่าวว่าทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลน้อยวันลง.

ผู้ป่วยซึ่งเข้ามาในระยะหลังอาการเฉียบพลันแล้วควรให้การรักษาด้วยการดูดเลือดและลมออกเพื่อให้ปอดขยับ, บางครั้งจำเป็นต้องใส่น้ำเกลือเข้าไปล้าง. หรือบางรายที่ดูยาก ตามทฤษฎี อาจต้องใส่พวกเอ็นซัยม์, เช่น สเตรพโตคิเนส, สเตรพโตดอร์เนส เข้าไปเพื่อช่วยละลายไฟบริน. แต่มีรายงานกล่าวถึงการให้พวกเอ็นซัยม์นี้ในวันที่ ๕ ของโรค, ปรากฏว่าทำให้เลือดออกมากขึ้น.(15)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ามาในระยะเรื้อรัง (ภายหลัง ๑-๒ สัปดาห์) ส่วนมากจะมีไฟบรินเกาะหนาที่เยื่อหุ้มปอดและมีออร์แกนไนเซชั่นเต็มที่แล้ว. การรักษาควรใช้วิธีผ่าตัด (ดีคอรติเคชั่น). รายที่สองของเราเข้ารับการรักษาสิบวันหลังจากเริ่มเป็น, แต่ก็เรียบร้อยไปได้, กล่าวคือปอดขยับออกได้เต็มที่.

ผู้ป่วยด้วยภาวะนี้ตามรายงานต่าง ๆ กล่าวว่ามีอัตราตาย ประมาณ ๒๕ เปอร์เซ็นต์. ส่วนมากมักถึงแก่กรรมในระยะปัจจุบัน.

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับภาวะนี้ได้แก่ลักษณะของเลือดซึ่งดูดออกมาจากช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งปรากฏว่าไม่มีการแข็งตัวเกิดขึ้นเลย. คอสกริฟ (16) ได้ศึกษาเรื่องนี้โดยละเอียดและกล่าวว่า เลือดที่ออกมาในช่องเยื่อหุ้มปอดมีการแข็งตัวเกิดขึ้นเหมือนกับเลือดที่ออกมาในส่วนอื่นของร่าง

กาย. อาจมีการแข็งตัวเร็วมากขึ้นเพราะการเคลื่อนไหวของการหายใจและการเต้นของหัวใจ. ต่อมามีกลไกของไฟบรินโนลิย์ซิสหรือดีไฟบริเนชันทำให้ไฟบรินออกมาดูดที่เยื่อหุ้มปอด. ส่วนที่เหลือคือน้ำเลือดที่ถูกดูดออกมาจากช่องเยื่อหุ้มปอดจึงไม่แข็งตัว. ผลการตรวจศพของคนไข้ในรายงานของพิต, เขาพบว่ามีน้ำเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นปริมาตรมาก, และมีส่วนที่แข็งตัวอยู่ประมาณ ๓ กำมือ.

สรุป

รายงานผู้ป่วยภาวะมีเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเองสามราย, ซึ่งทำการรักษาโดยการเจาะดูดเอาเลือดและลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด. ผู้ป่วยหายทั้งสามราย. ได้ติดตามมา ๑๕ เดือน, ๕ เดือนและ ๓ เดือน, คงปกติทั้งสามราย.

ผู้รายงานขอแสดงความขอบคุณศาสตราจารย์ น.พ. สุด แสงวิเชียร ที่ได้กรุณาช่วยถ่ายภาพรังสี.

เอกสาร

1. H.C. Hartzell: Ann. Int. Med. 1942, 17: 496–509.

2. J.J. Walsh; Dis. of the Chest, 29: 329–335, 1956.

3. สุนทร ตัณฑนันท์ และบัญญัติ ปริชญานนท์: ภาวะลมรั่วเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง. จะลงพิมพ์ในสารศิริราช.

4. E.G. Honsden, A. Piggot: B.M.J. 2: 941-943, 1931.

5. J.L. Fery: J.A.M.A. 104: 1395-1399, 1935.

6. H.U. Hopkins: Am. J. Med: Sc. 193: 763-771, 1937.

7. A.U. Myatt; Infarction Dis. of the Chest, 25: 588-589, 1954.

8. C A. Ross: J. of Thor. Surg. 23: 582-592, 1952.

9. F.M. Mc-Gown: Proc. Roy. Soc. Med. 47: 255-256, 1954.

10. R.T. Myess, F.R. Johnston, and H.H. Bredshaw: Ann. Surg. 133: 413. 416, 1951.

11. J. Barrie: B.M.J. 2: 16-18, 1953.

12. A.J. Clyno, and F.H.D. Hutter- B.M.J. 1: 1058, 1955.

13. W. Fry. et al.; Am. Rev. Tbc 71: 30-45, 1955.

14. I. Gilbert, and M.M. Singh: Brit. I. Tbc. 50: 291-293, 1956.

15. N.R. Rowell: Brit. J. Tbc. 50: 214-220, 4956.

16. S.W. Cosgriff: Am. J. Med. 8: 57-61, 1950.

671

SPONTANEOUS HAEMOPNEUMOTHORAX

Report of Three Cases

Banyati Prichyanondh
M.B. ,F.C.C.P.

Parnpis Panthsuwarn
M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

This is a report of 3 cases of spontaneous haemopneumothorax admitted into the Medical Department in 1955-57. All were men(two Thai and one Chinese). and were comparatively young (19, 22, 24 years old). There was no previous history of chest complaints nor of tuberculous affection in the family. The chief compliants were acute pain and chest oppression. Two were hospitalised within 48 hours of the acute attack; one after 10 days. The diagnosis presented no difficulty. Treatment consisted of aspiration and antibiotics. Two also received blood transfusion. All were discharged cured.

(Four figures. Sixteen reference)

HCT

"บาดแผล—บาดแผลสาหัส—บาดแผลถึงตาย"

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ธ.บ., Dr. med. (Hamburg)

แผนกพยาธิวิทยา

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ ขุนเกตุทัศน์วิทยาพยาธิ)

ประมวลกฎหมายอาญาฉบับใหม่ซึ่งได้ใช้แต่ ๑ มกราคม ๒๕๐๐ ได้เปลี่ยนหลักบางประการเกี่ยวกับความผิดต่อร่างกายในแง่ของอันตรายสาหัส, อันเป็นการเพิ่มขึ้นจากหลักกฎหมายอาญาเดิม.

ตามกฎหมาย ความหนักเบาของการทำร้ายร่างกายแบ่งออกเป็นสี่ขั้น, คือ:

๑. ขั้นเบา. ทำร้ายร่างกายโดยไม่ถึงกับเป็นอันตราย. มาตรา ๓๙๑ ลหุโทษ.

๒. ขั้นเกิดอันตราย. มาตรา ๒๙๕.

๓. ขั้นเกิดอันตรายสาหัส. มาตรา ๒๙๒.

๔. ขั้นถึงตาย. มาตรา ๒๙๐.

เบื้องต้นที่เดียว ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจำกัดความของการทำร้ายหรือใช้กำลังประทุษร้าย. ประมวลกฎหมายอาญาให้คำนิยามไว้ดังนี้:

"ใช้กำลังประทุษร้าย" หมายความว่าทำการประทุษร้ายแก่กาย หรือจิตใจของบุคคล, ไม่ว่าจะทำด้วยแรงกายภาพหรือด้วยวิธีอื่นใด, และให้หมายความรวมถึงการกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นเหตุให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขัดขืนได้, ไม่ว่าจะใช้ยาทำให้มึนเมา, สะกดจิตหรือใช้วิธีอื่นใดอันคล้ายคลึงกัน."

ตามกฎหมายการทำร้ายอาจเป็นไปได้ทั้งสองชนิด, คือ:

๑. การประทุษร้ายโดยตรง, เช่น ชก, เตะ, เอาไม้ตี, เอามีดฟัน, ใช้ปืนยิง.

๒. การกระทำโดยทางอ้อม, เช่น หลอกให้กินยา, ให้ดมยาสลบ.

อนึ่งการทำการประทุษร้ายนั้น อาจเป็น

การใช้อวัยวะของตนเอง, เช่นหมัด, ศอก, เข่า, หรือด้วยการใช้อาวุธ, ซึ่งกฎหมายบัญญัติไว้อย่างกว้างขวางมาก, ดังคำนิยามของประมวลกฎหมายอาญาดังนี้ :

"อาวุธ" หมาย ความรวมถึงสิ่ง ซึ่งไม่เป็นอาวุธโดยสภาพ, แต่ซึ่งได้ใช้หรือเจตนาจะใช้ประทุษร้ายร่างกายถึง อันตรายสาหัสอย่างอาวุธ.

ฉะนั้น "อาวุธ" จึงรวม

๑. อาวุธโดยสภาพ, เช่นดาบ, ปืน, หอก.

๒. สิ่งซึ่งไม่เป็นอาวุธโดยสภาพ, แต่ได้ใช้เป็นอาวุธ, เช่นใช้เคียวเกี่ยวข้าวฟันหัว, ใช้แขนไม้ปลอมตีหัว, หรือสิ่งที่เจตนาจะใช้เป็นอาวุธ, เช่นพกหลาวทองเหลืองสำหรับแทงข้าวเข้าไปในที่ชุมนุมชนในการนัดตีกัน.

การประทุษร้ายต่อร่างกาย ขั้นเข่า หรือขั้นเกิดอันตราย, หรือขั้นอันตรายสาหัส, เป็นข้อเท็จจริงตามกฎหมาย, ซึ่งหน้าที่ความว่าเข้าขั้นใดนั้นเป็นของศาลโดยเด็ดขาด. แต่ศาลก็ต้องพึ่งความรู้ทางยาดแผลจาก นาย แพทย์ เพื่อประกอบ การ ตัด สิน. ฉะนั้นจึงขอย้ำไว้อีกครั้งว่า นายแพทย์ไม่มีหน้าที่เขียนลงไปในใบสำคัญตรวจยาดแผลว่าสาหัสหรือไม่สาหัส. แพทย์มีหน้าที่เพียง ให้ความเห็นว่ารักษา ประมาณ กี่วันหาย. แต่ถ้าพนักงานสอบสวน, อัยการ, หรือ ศาลถาม ขอความเห็นก็ให้ ความเห็นได้. ซึ่งเขาไม่จำเป็นต้อง ผูกพันธ์ต่อความเห็นของนายแพทย์เสมอไป.

การ ทำร้าย ร่างกาย โดยไม่ถึง กับเป็นอันตราย

การ ประทุษร้าย ต่อ ร่างกาย ขั้นเบานั้น ประมวลกฎหมายอาญาภาคสาม, ลหุโทษ, ได้บัญญัติไว้ดังนี้ :

"มาตรา ๓๙๑. ผู้ใดใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น, โดยไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน, หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ."

ตามตัวบทของมาตรานี้คำว่า "การใช้กำลัง ทำร้ายโดยไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตราย" นั้นมีเงื่อนไขอยู่ว่าต้องมีการใช้กำลังและไม่เป็นอันตราย, เช่นการผลักคนจนเซไปไม่ถึงกับล้มเป็นอันตราย ก็เข้าเกณฑ์นี้. ส่วนการตบหน้าอาจเป็นความผิดตามมาตรานี้, หรือเข้าขั้นเกิดอันตรายก็ได้. ศาลฎีกาเคยตัดสินว่าการถ่ายปัสสาวะรดคนเป็นการใช้กำลังทำร้ายตาม

มาตรานี้เหมือนกัน (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๖๓๔/๒๔๘๖).

การทำร้ายร่างกายจนเกิดอันตราย

การทำร้ายร่างกายจนเกิดอันตรายจัดเข้าอยู่ใน ในประมวลกฎหมายอาญา ภาคสองว่าด้วยความผิดลักษณะ ๑๐, ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย, หมวด ๒ ความผิดต่อร่างกาย.

"มาตรา ๒๙๕ ผู้ใดทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ เกิดอันตราย แก่กาย หรือจิตใจของผู้อื่นนั้น, ผู้นั้นกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี, หรือปรับไม่เกินสพันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ."

ตามตัวบท, การกระทำต้องเข้าหลักเกณฑ์ดังนี้, คือ:

๑. ต้องมีการทำร้าย.

๒. ผู้ถูกทำร้ายต้องเป็นผู้อื่น. ถ้าทำตนเองไม่ผิดตามมาตรานี้โดยถือว่าเป็นเสรีภาพของร่างกายตามรัฐธรรมนูญ.

๓. เกิดอันตรายขึ้นแก่กาย หรือจิตใจของผู้อื่นนั้น.

ปัญหาว่าเกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจนั้นใช้อะไรเป็นหลัก." ในเบื้องแรกการทำร้ายจนเกิดบาดแผลก็นับว่าเป็นอันตรายได้. ดังนั้นจึงรวมกินความถึงบาดแผลเห็นได้ภายนอกหรือบาดแผลภายใน, เช่นม้ามแตกเลือดออก, ลำไส้ถูกกระแทกอย่างแรงจนช้ำแล้วภายหลังทะลุ. ส่วนอันตรายต่อจิตใจนั้นยิ่งยากขึ้นอีก, ตัวอย่างเป็นโรคประสาท.

การแยกระหว่างการทำร้ายไม่เกิดอันตราย, กับการทำร้ายเกิดอันตราย, ก็ยากพอดูแล้ว: แต่ขั้นต่อไปถึงเกิดอันตรายสาหัสยิ่งยากมากขึ้นเพราะใช้หลักเกณฑ์ผิดสามัญสำนึก. ฉะนั้นจึงจำต้องศึกษาและทำความเข้าใจไว้.

การทำร้ายร่างกายจนเกิดอันตรายสาหัส

ในมาตรา ๒๙๗ ของประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติถึงความสาหัสของการทำร้ายร่างกายไว้ดังนี้:

" มาตรา ๒๙๗ ผู้ใดกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกายอันเป็นเหตุให้ผู้ถูกกระทำร้ายรับอันตรายสาหัส, ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสิบปี."

อันตรายสาหัสนั้นคือ:

๑. ตาบอด, หูหนวก, ลิ้นขาด, หรือเสียฆานประสาท.

๒. เสียอวัยวะสืบพันธุ์หรือความสามารถสืบพันธุ์.

๓. เสียแขน, ขา, มือ, เท้า, นิ้ว, หรืออวัยวะอื่นใด.

๔. หน้าเสียโฉมอย่างติดตัว.

๕. แท้งลูก.

๖. จิตพิการอย่างติดตัว.

๗. ทุพพลภาพหรือป่วยเจ็บเรื้อรังซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต.

๘. ทุพพลภาพหรือป่วยเจ็บด้วยอาการทุกข์เวทนาเกินกว่าสิบวัน, หรือจนประกอบกรณียกิจตามปกติไม่ได้เกินกว่าสิบวัน.

เป็นที่น่าสังเกตว่ากำหนดโทษของการทำร้ายร่างกายสาหัสนั้นต่างกับการทำร้ายร่างกายธรรมดา, โดยไม่มีการปรับ, มีแต่การจำคุก, และโทษจำคุกก็กำหนดไว้ว่าต่ำกว่าหกเดือนไม่ได้.

หลักที่ว่าอะไรเป็นสาหัสนั้นใช้หลักแตกต่างจากสามัญสำนึกหรือหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทีเดียว. ถ้าคนหนึ่งถูกทำร้ายโดยเอามีดกรีดให้เป็นแผลที่หน้าแล้วเป็นแผลเป็นติดตัว, ทางแพทย์ถือว่าไม่สาหัส เพราะไม่น่ามีอันตรายถึงชีวิต. แต่นักกฎหมายถือว่าเท่ากับสาหัสตรงกันข้ามถ้าคนถูกแทงทะลุกระเพาะอาหารและลำไส้แต่ได้ทำการผ่าตัดเย็บหน้าท้องแล้วต่อลำไส้, เมื่อไม่มีโรคแทรกก็หายภายในสิบห้าวัน. เช่นนี้ทางแพทย์ถือว่าสาหัสเพราะอาจเกิดโรคแทรกเยื่อหุ้มท้องอักเสบขึ้นได้. แต่พวกกฎหมายถือว่าไม่สาหัส เพราะเจ็บไม่เกินสิบวัน. ตัวอย่างอีกรายหนึ่งคือกระดูกขาหัก, ต้องนอนเข้าเผือกอยู่หกสัปดาห์. ทางแพทย์ถือว่าไม่สาหัสเพราะไม่น่ามีอันตรายอะไรถึงชีวิต. แต่ทางกฎหมายถือว่าต้องเข้าเผือกนอนอยู่นานไปประกอบอาชีพไม่ได้เกิน ๒๐ วัน, จึงนับเป็นสาหัส.

ข้อที่ทางนักกฎหมายให้เหตุผลว่าตามตัวอักษรทางกฎหมายจำต้องมีขึ้นแจ้งชัดไว้ว่าอย่างไรเป็นสาหัสหรือไม่. มิฉะนั้นถ้าเพียงฟังความเห็นทางแพทย์หรือใช้สามัญสำนึกก็คงความไม่ตรงกัน. อย่างในรายผ่าท้อง แพทย์บางนายอาจว่าสาหัส, แต่อีกนายหนึ่งว่าไม่สาหัส. ดังนั้นทางกฎหมายจึงบัญญัติว่าอย่างไรเป็นสาหัส. ถ้าจะถามนักกฎหมายต่อไปว่าเหตุใดจึงบัญญัติว่าเจ็บยี่สิบวันไม่สาหัส, แต่เจ็บสิบเอ็ดวันเป็นสาหัส, ซึ่งแตกต่างกันเพียงวันเดียว, ก็คงจะได้รับคำตอบอย่างเดียวกันคือต้องมีหลักตายตัวไว้. คล้ายกับบุคคลบรรลุนิติภาวะเมื่ออายุครบยี่สิบบริบูรณ์. ทำไมไม่

ใช้สิบเก้าปี, หรือทำไมไม่ใช้ยี่สิบเอ็ดปีบริบูรณ์.

การทำร้ายร่างกายจนถึงตาย

การทำร้ายร่างกายจนถึงตายมีโทษหนักขึ้นไปอีก, ดังนี้:

"มาตรา ๒๙๐. ผู้ใดมิได้มีเจตนาฆ่า, แต่ทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย, ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบห้าปี."

ในมาตรานี้ต้องมีเจตนาที่จะทำร้ายเท่านั้นไม่ใช่มีเจตนาฆ่า, เพราะถ้ามีเจตนาฆ่าไม่เข้ามาตรานี้, ต้องลงโทษตามมาตรา ๒๘๘ อันเป็นความผิดลงโทษถึงประหารชีวิต, จำคุกตลอดชีวิต, หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี.

ปัญหาข้อที่จริงมีว่าต้องเป็นการทำร้ายจนถึงตาย หากผลของการทำร้ายทำให้ตายทางอ้อมได้, เช่นใช้มือข่วนหน้าแล้วเป็นบาดทะยักตาย, ก็ไม่เข้ามาตรานี้. แต่การใช้มีดแทงถูกหัวใจโดยไม่ตั้งใจก็เข้าตามมาตรานี้. อนึ่งผลของการทำร้ายนั้นไม่ต้องจำกัดเวลาคือ อาจตายทันทีหรืออีกสามเดือนตาย. กฎหมายบางประเทศกำหนดระยะเวลาไว้ด้วย, เช่นกฎหมายอังกฤษกำหนดเวลาไว้ว่าต้องตายภายในหนึ่งปีกับหนึ่งวัน, จึงนับว่าเป็นผลของการทำร้าย.

ความผิดตามมาตรานี้มีโทษแรง, คือจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบห้าปี. จึงหมายความว่าถ้าผิดตามนี้แล้วต้องลงโทษอย่างน้อยที่สุดสามปี, ลงโทษน้อยกว่านี้ไม่ได้.

บทบรรณาธิการ

รีแล็กซิน

รีแล็กซิน (Relaxin) เป็นชื่อของฮอร์โมนอย่างหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอดบุตร. เป็นเวลากว่าร้อยปีมาแล้วที่ เลอกัลลัว (Legalloi) ได้สังเกตว่า เวลา คลอดบุตร มีการ หย่อนยาน ของข้อประสารหัวเหน่า (ซิมฟิซิส พูบิส) และพังผืดกระดูกเชิงกราน, เป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมตัว เพื่อให้การ คลอดดำเนินไปได้สะดวกขึ้น. แต่มิได้มีผู้ใดสนใจที่จะค้นหาเหตุว่าการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เกิดขึ้นจากอะไร. จนเมื่อ ค.ศ. ๑๙๒๖ ไฮซอว์ (Hisaw) จึงได้แสดงว่า ต้นเหตุ ของการเปลี่ยนแปลงคือสารประเภท ฮอร์โมนอย่างหนึ่งซึ่งเขาสกัดได้จาก คอร์ปัสลูตีอัม และให้ชื่อว่า "รีแล็กซิน". ต่อจากนั้นได้มีการศึกษาเพิ่มเติมขึ้นอีกหลายอย่าง. แต่ยังหาทราบข้อสำคัญ ๆ ครบถ้วนไม่, และทางฝ่าย รักษายังมิได้ใช้สารนี้ให้เป็นประโยชน์จริงจังแต่อย่างใด.

เกี่ยวกับ แหล่ง กำเนิด ของ สาร นี้ นักศึกษาได้เพ่งเล็งไปถึงรังไข่ก่อนสิ่งอื่น. รองรากนั้นก็คอรกและเต้านม, ซึ่งล้วนเป็นอวัยวะ ที่มีการ เปลี่ยนแปลงใน ระหว่าง ตั้งครรภ์และคลอดบุตรทั้งสิ้น. แต่ยังไม่มีใครสามารถ แสดง หลักฐานลงไป ได้แน่ชัดว่าอวัยวะใดเป็นตัวผลิตฮอร์โมนนี้. ความจริงที่พบว่าปริมาณของรีแล็กซิน ในเลือดลดลงอย่างฮวบฮาบจนเกือบถึงขีดศูนย์เมื่อคลอดแล้ว, ทำให้นักค้นคว้าชี้ไปที่ รกด้วย ความมั่นใจมากกว่าก่อน. แต่หลักฐานยังหาเพียงพอไม่. การทดลองสกัดได้ผลว่ามีรีแล็กซินอยู่ในนั้น, แต่ความเข้มที่มีอยู่นั้นไม่แน่นอน, มีการแกว่งขึ้นลงมากและไม่คล้อง จองไป กับภาวะ ของ ข้อ ประ สาร หัวเหน่าดังที่ควรจะเป็น. แต่ข้อสังเกตนี้อาจมีความยกพร่องก็ได้, เพราะวิธีที่ใช้วัดความเข้มนั้นต้องใช้วิธีชีวะ (ไบโอแอสเสย์) ซึ่งมีความคลาดมาก, ดังที่ทราบอยู่แล้ว.

วิธีวัดที่นิยม ใช้กันอยู่ อาศัย หนูตะเภา เป็นสัตว์ทดลอง. ๑ หน่วยหนูตะเภาเท่ากับ จำนวนของ รีแล็กซิน ซึ่งเมื่อ ฉีดเข้าในหนู (๑๒ ตัว) น้ำหนักเกินกว่าตัวละ ๓๕๐

กรัมและตอนไว้ก่อนแล้ว, ทำให้หนู (ไม่น้อยกว่า ๘ ตัว) แสดงการขยายของข้อประสารหัวเหน่า. การสังเกตผลนี้ใช้คลำดูด้วยนิ้วมือ. แต่มีผู้เสนอว่าหากจะตรวจด้วยรังสีเอ็กซ์จะได้ผลแน่นอนกว่า. อย่างไรก็ดีวิธีตรวจนี้ยังมีความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสัตว์ดังกล่าวแล้ว, ซึ่งเป็นการที่หลีกเลี่ยงมิได้.

พึงสังเกตว่าในหนูตะเภาซึ่งได้ตอนเอารังไข่ออกแล้ว, หากฉีดโปรเจสเตอโรน (ขนาด ๒๕ มก.) และเอสตราดิออล (ขนาด ๑๐ ไมโครกรัม) ไว้เป็นเวลา ๑๒–๑๕ วัน, ก็แสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อประสารหัวเหน่าคล้ายคลึงกับผลของรีแล็กซินเหมือนกัน. แต่ต่างกันที่ว่าถ้าหนูนั้นตัดมดลูกออกเสียด้วยก่อนฉีดโปรเจสเตอโรนและเอสตราดิออล, ผลดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้น. ถ้าหากฉีดรีแล็กซิน, จะยังคงได้ผลอยู่, ถึงแม้จะตัดมดลูกออกไปแล้วก็ตาม. ในข้อนี้มีผู้พบว่าแม้ตัดมดลูกออกไม่หมดสิ้นทีเดียว, เหลือเศษเนื้อมดลูกอยู่เพียงส่วนน้อย, การฉีดโปรเจสเตอโรนและเอสตราดิออลจะสามารถให้ผลบวกได้อยู่อีก. ข้อสังเกตเหล่านี้ย่อมมีความสำคัญของเนื้อมดลูกในการให้ผลบวกต่อรีแล็กซิน.

การขยายกว้างของกระดูกเชิงกรานเนื่องจากการที่ข้อประสารหัวเหน่าห่างออกจากกันเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงในเนื้อของส่วนที่เกี่ยวข้อง. กล่าวคือเส้นเยื่อคอลลาเจนของเนื้อยึดเสริมในส่วนนั้นแสดงการเปลี่ยนแปลงในทางเคมีที่เรียกว่า "ดีโปลีย์เมอไรเซชั่น". จำนวนหลอดเลือดฝอยในบริเวณนั้นเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติหลายเท่า, และเส้นใยคอลลาเจนบางส่วนละลายหายไปทำให้มีจำนวนลดน้อยลง.

การตรวจทางเคมีแสดงว่ารีแล็กซินเป็นสารคล้ายโปลีย์เปปติด, ซึ่งไม่ใช่สารจำพวกสะเตอรอยด์อย่างแน่นอน, ละลายได้ในน้ำ, และถูกดูดซึมได้โดยรวดเร็วจากใต้ผิวหนัง. หากฉีดรีแล็กซินเข้าหลอดเลือด, มันจะหายไปจากกระแสโลหิตโดยรวดเร็ว. มีผู้พบว่าประมาณ ๕๐ เปอร์เซ็นต์หายไปจากกระแสโลหิตภายใน ๖ ชั่วโมง.

รีแล็กซินตรวจไม่พบในเลือดของหญิงที่ไม่มีครรภ์และของผู้ชาย. ในหญิงที่มีครรภ์พบตั้งแต่ในเดือนแรก ๆ ของการตั้งครรภ์, และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ระหว่างสัปดาห์ที่ ๗ ถึงที่ ๑๐, ถึงขีดสูงสุดในตอนครรภ์ใกล้ครบกำหนด. เมื่อถึงเวลาคลอดรีแล็กซินในเลือดลดความเข้มลงอย่างฮวบฮาบและตกถึงระดับศูนย์ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง. ความเข้มที่สูงขึ้นของรีแล็กซินใน

เลือดของหญิงมีครรภ์เคยมีผู้ตรวจพบเพียงประมาณ ๒ หน่วยหนูตะเภา. แต่ในเลือดของกระต่าย มีครรภ์เคยมีผู้รายงานว่าพบถึง ๑๐ หน่วยหนูตะเภา. เพราะฉะนั้นกระต่ายจึงเป็นสัตว์ทดลองที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการผลิตรีแล็กซินเพื่อการทดลองหรือเพื่อประโยชน์อย่างอื่น. ในสมัยนี้ยังมีการทดลองใช้รีแล็กซินในคนไข้เพียงเล็กๆ น้อย ๆ. เช่นมีผู้ใช้รักษาโรคปวดระดู, ใช้ทำให้หยุดเจ็บท้อง, เป็นต้น, และอ้างว่าได้ผลเป็นที่พอใจ. แต่ในข้อนี้อมเห็นได้ว่าการตัดสินความศักดิ์สิทธิ์ของยากระทำได้โดยยาก.

ยังมีปัญหาที่จะต้องศึกษาอีกมากมายเกี่ยวกับรีแล็กซินนี้, เช่นเกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาทั่ว ๆ ไป, เป็นต้น. เท่าที่ทราบในขณะนี้มีผู้พบว่ารีแล็กซินมีฤทธิ์กระตุ้นการเจริญของต่อมน้ำนม, ของกล้ามเนื้อมดลูก, และของเยื่อเดซิดัว. บางคนอ้างว่ามันทำให้หลอดคอมดลูก (เซอร์วิคัลแคแนล) หย่อนและกว้างขึ้นได้ด้วย. มีผู้ทดลองฉีดรีแล็กซินในขนาดมาก ๆ (๗๐๐ ถึง ๔๐,๐๐๐ หน่วยหนูตะเภา) เข้าในคนไข้หญิงและรายงานว่าไม่มีผลอย่างใดต่อความดันเลือด, อัตราชีพจร, อุณหภูมิร่างกาย, จำนวนเม็ดเลือดขาว, จำนวนอีโอสิโนฟิล, และปริมาณของ ๑๗ คีโตสะเตอรอยด์ที่หลั่งออกทางปัสสาวะ. แต่การทดลองนี้กระทำอยู่เพียงชั่ววันเดียวเท่านั้น. ดังนั้นจะถือเป็นจริงสำหรับการใช้ยาชั่วเวลาหลายๆ วันยังหาได้ไม่.

เท่าที่บรรยายมานี้พอเห็นได้ว่ารีแล็กซินเป็นสารประเภทฮอร์โมนอีกอย่างหนึ่งซึ่งเรายังรู้จักไม่เพียงพอ. ถ้าหากได้มีการตรวจค้นให้ได้ความรู้เพิ่มเติมขึ้นอีก, สารนี้ก็อาจเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการแพทย์ได้อีกหลายประการ.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ประเวศ วะสี พ.บ., ปรียา กาญจนัษฐิติ พ.บ., ม.ร.ว. วีระพันธุ์ ทวีวงศ์ พ.บ.
ชลอ รุจิรวัฒน์ พ.บ., เอนก เพทวณิช พ.บ., ม.ร.ว. ส่งศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.,
ม.ร.ว. กนิษกา เทวกุล พ.บ., สุดสงวาท สินเจิมสิริ พ.บ., วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.,
กวี ทังสุบุตร์ พ.บ., สำราญ วังสพ่าห์ พ.บ., C.Oph.,C.Oto., โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.,

---

๑. D.W. Beaven, Edmond A. Murphy แอนิวริสม์ชนิดเซาะแทรกเกิดระหว่างรักษาความดันเลือดสูงด้วยเมโธเนียม. B.M.J. 4958: 77-80, 1956.

ได้รายงานจากการตรวจศพผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งรักษาด้วยมเธียมหรือและเพนโตลิเนียม ๔๔ ราย. มีการโป่งพองของหลอดเลือดชนิดเซาะแทรก (dissecting aneurysm) ๙ ราย. ในจำนวนนี้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดร้าย ๓๔ ราย, ชนิดไม่ร้าย ๑๐ ราย. ผู้ป่วยที่เกิดการแทรกซ้อนนี้คิดได้ ๒๐ ปซ. ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย ยาดังกล่าว, พบ ๗ รายใน ๒๘๔ ราย, คิดได้ ๒ ปซ. ผู้รายงานได้อภิปรายว่ายาจำพวกนี้อาจเป็นสาเหตุของการแทรกซ้อนนี้ได้โดย (๑) ทำให้อายุผู้ป่วยยืนยาวออกจนมีโอกาสเกิด, (๒) การแกว่งของความดันโลหิตเซาะแทรกผนังหลอดเลือดได้ง่าย, (๓) อาจมีผลทางชีวเคมีโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อผนังของหลอดเลือด. ผู้รายงานเตือนว่าแพทย์ผู้ใช้ยานี้อาจเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเป็นอินฟาร์คกล้ามเนื้อหัวใจ, แล้วให้ยากันเลือดแข็ง, ซึ่งจะเป็นอันตรายยิ่งขึ้น.

ประเวศ วะสี พ.บ.

๒. Fred K. Wietersen วิธีตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยโวลเตจสูง. Am. J. Roentgenol. 4: 690-699, 1957.

ผู้รายงานได้ทำการค้นคว้าเกี่ยวกับโปลิปอยด์ (Polypoid). พบว่าจากการตรวจดูด้วยกล้องซิกมอยโดสโคปพบโปลิปในลำไส้ใหญ่ ๒–๑๒ ปซ. ในคนอายุเกิน ๔๐ ปี พบได้ ๑๔ ปซ. เป็นโปลิปมีขนาด ๑ ซม. ๑๖ ปซ. ขนาดน้อยกว่า ๓ มม. ๒๕–๓๐ ปซ. อยู่สูงเกินกว่าที่จะตรวจเห็น. คนไข้มีโปลิปร่วมกับมะเร็งได้ ๒๕ ปซ. และคนที่เป็นโปลิป

หมู่จะเกิดมะเร็งได้ง่ายกว่าคนที่มีโปลิปอันเดียว.

การตรวจทางรังสีโดยใช้แรงดันไฟฟ้าสูงสามารถเห็นโปลิปซึ่งมีขนาดเพียง ๓ มม. ได้. ได้ทำการตรวจคนไข้ ๑๐๐๐ ราย. พบว่ามีไดเวอรติคูไลติส ๑๘๐ ราย, มะเร็ง ๒๘ รายและโปลิป ๓๑ ราย. ในพวกโปลิป ๗๔ ปซ. ไม่มีเลือดออกทางทวารหนัก. โปลิปพบในคนไข้อายุเฉลี่ย ๕๒ ปี. เป็นในผู้หญิง ๗๐ ปซ. ๖๕ ปซ. พบตรงตำแหน่งของเร็คตัมต่อกับลำไส้ใหญ่. ๓๕ ปซ. พบที่ลำไส้ใหญ่. เป็นพวกมีก้าน ๓๕ ปซ. อีก ๖๕ ปซ. ไม่มีก้าน.

ขนาดของโปลิป ๓-๔ ซม. พบขนาด ๑๐ มม. ได้ ๔๐ ปซ. ๖๔ ปซ. ของโปลิปเป็นเนื้องอกไม่ร้าย. ๒๕ ปซ. เป็นมะเร็ง.

โปลิปหลายหัวพบได้ ๓๕ ปซ. ยังไม่เคยพบโปลิปเป็นจากกำเนิดเลย.

ขนาดของโปลิปไม่ได้เป็นเครื่องชี้ว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่, เพราะโปลิปที่ใหญ่ที่สุดขนาด ๔ ซม. ก็เป็นเนื้อไม่ร้าย, และโปลิปที่เล็กที่สุด ขนาด ๔×๕×๘ มม. ก็เป็นมะเร็ง.

ปรียา กาญจนัษฐิติ พ.บ.

๓. August J. Jurishica หลอดเลือดแดงโคโรนารีย์ข้างซ้ายผิดปกติแต่กำเนิด. Amer. Heart. J. 54: 429-436, 1957.

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย ที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์ข้างซ้ายออกจากส่วนต้นของหลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์. ผู้ป่วยเป็นนิโกร, อายุ ๑๘ ปี, ไม่เคยมีอาการของโรคหัวใจมาก่อน. ตรวจพบว่ามีซัยเปอร์โตรพีย์ของหัวใจห้องปลายซ้าย, มีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์และในหัวใจห้องปลายขวาสูงกว่าปกติ. เมื่อทำการผ่าตัด, พบว่ามีดัคตัส อาร์เตอริโอซัสเปิด. จึงได้ทำการปิด. การผ่าตัดต่อไปทำไม่สำเร็จ. ๖ เดือนต่อมาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอีก. คราวนี้หลอดเลือดเออร์ต้าทะลุ, และผู้ป่วยถึงแก่กรรม.

ในการตรวจศพพบว่ามีซัยเปอร์โตรพีย์ของผนังหัวใจห้องปลายซ้าย. หลอดเลือดแดงโคโรนารีย์ข้างซ้ายเปิดออกจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์, มีผนังบางเหมือนหลอดเลือดดำ. ส่วนหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์ข้างขวามีตำแหน่งที่เปิดปกติ. ผนังของหลอดเลือดหนาแยบหลอดเลือดแดงทั่วไป, แต่มีขนาดใหญ่และมีการกระจายกว้างกว่าปกติ. มีการเชื่อมประสานกันที่เห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าระหว่างหลอดเลือดแดงทั้ง

สองน้ำ. การเชื่อมประสารกันนี้มีอยู่ ๓ แห่ง ในบริเวณปลายแหลมของหัวใจ.

ม.ร.ว. วีระพันธุ์ ทวีวงศ์ พ.บ.

๔. Melvin Borenstein โรคโฟกท์-โคยานากิ-ฮาราดะ, รักษาด้วยเปร็ดนิโซน. A.M.A. Arch. Ophth. 57: 503-507, 1957.

กลุ่มอาการโฟกท์-โคยานากิ (Vogt-Koyanagi) ประกอบด้วยอาการทางเยื่อหุ้มสมองเป็นอาการแรกเริ่ม. ต่อมามีการอักเสบของส่วนหน้าของลูกตาโดยไม่ได้รับการบุบฉลาย, ผิวหนังด่าง, ขนผมเปลี่ยนเป็นสีเทาขาวและร่วง, หูได้ยินผิดปกติ. ส่วนโรคฮาราดะ (Harada) มีอาการคล้ายกับกลุ่มอาการนี้, และมีเรตินาลอกหลุดเพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่งด้วย. กลุ่มอาการโฟกท์-โคยานากิอาจมีเรตินาลอกหลุดได้เหมือนกัน. อาการเหล่านี้พบได้ในโรคทั้งสอง. ผู้รายงานเชื่อว่าเป็นโรคเดียวกัน, คือมีอาการทางเยื่อหุ้มสมองอยู่ ๒ สัปดาห์ถึง ๑ เดือน, อาการทางตา ๓-๕ เดือน, และระยะพักฟื้นครั้งยืดถึง ๑ ปี. ในระยะแรกมีอาการเหมือนกับความดันภายในสมองสูง. มีการอักเสบบวมของหัวประสาทออปติคทั้งสองข้าง. อาจเข้าใจผิดว่าเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง, เช่นเนื้องอก มีผู้เคยใช้คอร์ติโซนรักษาโรคนี้, แต่ไม่ได้ผล. ผู้รายงานใช้เปร็ดนิโซนรักษา, พบว่าได้ผลดี. ต้องให้กินขนาดเพียงพอและเป็นเวลานาน.

ชลอ รุจิรวัฒน์ พ.บ.

๕. John Harry King, Jr.: ฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ในโรคของนัยน์ตา Post-grad. Med. 21: 157-162, 1957.

ในปัจจุบันนี้แพทย์นิยมใช้เปร็ดนิโซโลนรักษาโรคตาบางอย่างมากกว่าคอร์ติโซนและฮัยโดรคอร์ติโซน. เพราะมีฤทธิ์แรง. ใช้ในจำนวนน้อยได้ผลเร็ว, ระยะเวลารักษาสั้น. สำหรับโรคตาบางอย่างใช้ฮัยโดรคอร์ติโซนรักษาไม่ได้ผล. เปร็ดนิโซนโลนอาจได้ผลดี. ทั้งไม่มีผลแทรกแซงเหมือนคอร์ติโซนหรือฮัยโดรคอร์ติโซน. ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นคือทำให้เยื่อบุตาคอลัเซ่อร์ลุกลามขึ้น. ในการใช้เฉพาะที่ (topical) ใช้ซัสเป็นชั้น ๐.๕ ปซ. หรือขี้ผึ้งได้ผลดีในโรคการอักเสบชั้นของส่วนหน้าของลูกตา, อัลเลอร์ยี่, โรคผิวหนังบริเวณหนังตา โรคส่วนหลังของลูกตา. สำหรับโรคเรื้อรังและเป็น ๆ หาย ๆ ต้องใช้กินร่วมด้วย. ให้ขนาด ๒๐-๔๐ มก. ต่อวัน แล้วแต่ความรุนแรงของโรค. ควรเริ่มให้แต่ในระยะแรก

ของโรค. ข้อห้ามใช้ที่สำคัญคือการอักเสบเนื่องจากวัณโรคและเฮอร์เปติค เคราไตติส.

ชลอ รุจิรวัฒน์ พ.บ.

๖. Rolph E. Kirscl: การใช้น้ำวกดในการผ่าตัดต้อ. A.M.A. Arch. Ophth., 58: 641-646, 1957.

ผู้เขียนรายงานผลการทดลองใช้น้ำวกดลูกตาหลังจากที่ได้ฉีดยาชาหลังลูกตาแล้ว, ความดันของลูกตาจะลดลง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการผ่าตัดต้อกระจก. ผู้รายงานได้ทดลองต่อจากเรื่องเดียวกันนี้ซึ่งเคยรายงานมาแล้วครั้งหนึ่งเมื่อปี ๑๙๕๕, โดยได้ทดลองอีกในลูกตา ๖๐ ลูก. หลังจากที่ใช้น้ำยา ซับโคเคนฮัยโดรฆลอไรด์ ๒ ปซ. ผสมแอดรีนะลีนกับฮัยอะลูโรนิเดส. แบ่งตาเป็นพวกตามระยะเวลาที่ใช้น้ำวกดลูกตาตั้งแต่ ๒½; ๕, ๗½ ถึง ๑๐ นาที. วัดความดันของลูกตาก่อนฉีดยาชา, หลังฉีด, และขณะใช้น้ำวกดทุก ๆ ๑ นาที. สำหรับพวกใช้น้ำวกดนาน ๒½ และ ๕, นาที. กับทุก ๆ ๒½ นาที. สำหรับพวกใช้น้ำวกด ๗½ กับ ๑๐ นาทีผลปรากฏว่าความดันในลูกตาลดลงหลังจากนาทีแรกที่ใช้น้ำวกด, และลดมากน้อยและนานสุดแท้แต่เวลาที่ใช้น้ำวกดลูกตา. สำหรับพวกที่ใช้น้ำวกดนาน ๒½ นาทีนั้น ความดันลดลงแต่ไม่พอป้องกันการเสียวิเตรียสขณะผ่าตัดได้. ส่วนพวกอื่นความดันลดลงอย่างมากตั้งแต่นาทีแรกและคงต่ำอยู่เช่นนั้นต่อไปเป็นเวลานานพอสมควร, ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการผ่าตัดต้อกระจก. ผู้รายงานว่าในรายที่จักษุแพทย์คิดว่าการผ่าตัดต้อกระจกจะต้องเสียวิเตรียสก็ควรป้องกันเสียก่อนโดยใช้น้ำวกดลูกตานานอย่างน้อยที่สุด ๕ นาที หลังจากที่ได้ฉีดยาชาหลังลูกตาแล้ว, เพื่อให้ความดันในลูกตาต่ำลงเสียก่อน. ผลของการผ่าตัดจะได้แน่นอนขึ้น.

อเนก เพทวณิช พ.บ.

๗. W.V. Massenbach, K. Muller: การรักษาอาการคันที่แคมช่องคลอดและทวารหนักด้วยการฉีดแอลกอฮอล. Dtsch. med. Wschr. 1: 16-17, 1955.

วิธีรักษาอาการคันที่แคมช่องคลอด (Pruritus vulvae) และทวารหนัก (Pruritus ani) นั้นมีมากมายสุดแล้วแต่เหตุ. ฉะนั้นก่อนให้การรักษาจึงต้องหาเหตุก่อน. มีจำนวนไม่น้อยที่หาเหตุไม่พบ. โรคต่อไปนี้, คือเบาหวาน, พยาธิเส้นด้าย, การมีกา

ขาวมาก, และการอักเสบของช่องคลอด, ทำให้เกิดอาการคันได้บ่อย.

ผู้เขียนรายงานการรักษาผู้ป่วย ๒๑๔ รายด้วยการฉีดแอลกอฮอล ๙๖ ปซ. เข้าใต้ผิวหนัง. ได้ผลดังนี้, คือหาย ๙๒ ราย, ทุเลา ๖๗ ราย, รวม ๘๒ ปซ.; ไม่หาย ๓๖ ราย, ๑๘ ปซ. พวกที่ไม่หายไม่ใช่พวกที่ไม่พบเหตุ (essential pruritus), แต่มีโรคอื่นคือเบาหวาน, พยาธิ, และการอักเสบ.

วิธีฉีดมีดังนี้: (๑) เตรียมผิวหนังที่จะฉีด (บริเวณหัวเหน่า) โดยใช้กรรไกรตัดขนให้เกลี้ยง, ล้างด้วยสบู่อ่อน ๆ. ไม่ใช้โกนหรือฟอกด้วยสบู่แรงเพราะเกรงผิวหนังจะเกิดระคาย. (๒) ทำให้สลบโดยฉีดเอวิแพน. (๓) ฉีดแอลกอฮอลปราศจากเชื้อ ๙๖ ปซ. เข้าใต้ผิวหนังจำนวน ๐.๒ ล.ซม. ต่อเนื้อที่ ๑ ตารางซม.ของผิวหนัง. ใช้จำนวนแอลกอฮอลทั้งหมด ๖-๘ ล.ซม. จะฉีดใหม่ต้องแทงเข็มใหม่ทุกครั้ง. การฉีดโดยแทงเข็มครั้งเดียวแล้วซอนปลายเข็มเลื่อนไปในที่ต่าง ๆ แบบให้ยาชานั้นไม่ดี, อาจไม่เข้าใต้ผิวหนังแท้ ๆ. การฉีดเข้าในผิวหนังทำให้เกิดผื่นเล็ก ๆ ได้. แต่ไม่มีอันตราย. การฉีดอาจต้องทำหลายครั้งสุดแล้วแต่บริเวณของเนื้อที่คันและฉีดในเนื้อที่ติดกันมากน้อยเพียงใด. ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับทรายเรื่องนี้, และต้องรู้ที่คันให้แน่เพื่อจะฉีดให้ตรงตำแหน่ง.

ม.ร.ว.ส่งศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.

๘. T.R. Littler, C.S. Mckendrick: การใช้นอร์แอดรีนะลีนในการรักษามัยโอคาร์เดียลอินฟาร์คชั่น. Lancet 2: 825, 1957.

นอร์แอดรีนะลีน นอกจากใช้รักษาช็อคและควบคุมความดันเลือดระหว่างผ่าตัดแล้วยังนิยมใช้ในการรักษาช็อคที่เกิดจากมัยโอคาร์เดียลอินฟาค์คชั่นด้วย, เนื่องจากเข้าใจว่ายานี้ไม่มีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ. ผู้รายงานเรื่องนี้ได้แสดงผลของยาต่อหัวใจโดยอิเล็คโตรคาร์ดิโอกรัมในคนไข้มัยโอคาร์เดียลอินฟาร์คชั่น ๒๒ ราย. พบว่าเพียง ๑๐ รายเท่านั้นที่ความดันเลือดสูงขึ้น. มีหัวใจเต้นเสียงจังหวะเกิดขึ้น ๔ ราย. ผู้รายงานได้ให้ความเห็นว่าเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นระหว่างให้ยาควรบันทึกการเต้นของหัวใจด้วยทุกราย.

ในสัตว์ทดลองหลังให้อะโตรปีนปรากฏว่าผลของยาที่มีต่อหัวใจหายไป. ประกอบกับผลของการใช้นอร์แอดรีนะลีนในช็อคที่เกิดจากมาลาเรียเชื้อ P. Knowlesi ในลิง Maegraith, (Lancet 2, 891, 1957) แนะ

ว่าถ้าให้อะโตรปีนพร้อมกับนอร์แอดรีนะลีน ในคนไข้มัยโอคาร์เดียลอินฟาร์คชั้นอาจป้องกันผลร้ายที่จะเกิดขึ้นต่อหัวใจได้.

ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล พ.บ.

๙. A. Lister: การฉีดอากาศเข้าลูกตา. Brit. J. Ophth. 41: 115-119, 1957.

ประโยชน์ของการฉีดอากาศเข้าสู่ลูกตามีดังนี้: (ก) ฉีดเข้าห้องหน้า (แอนทเรีย เซมเยอร์) ของลูกตา, (๑) ช่วยทำให้ห้องหน้าของลูกตาเกิดขึ้นเร็วและดันให้ม่านตากลับคืนที่ในรายผ่าตัดเอาแก้วตาออก. ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยนอนราย ๑-๒ วัน และม่านตาหดอยู่ ๒๔ ช.ม. หลังผ่า, มิฉะนั้นฟองอากาศจะผ่านรูม่านตาสู่ห้องหลังลูกตา, ทำให้ได้ผลตรงข้าม. ห้ามฉีดอากาศในรายตัดม่านตาอย่างหมดสิ้น, และรายที่มีวิเทรียสหนีออก. (๒) กันมิให้เกิดแอนทเรียร์ซีนีเคีย ในรายเคอราโตปลาสตี. (๓) ช่วยให้ไซโคลไดอะลีซีสเคล็ฟท์เปิดอยู่เสมอและระงับเลือดออกในลูกตาในรายไซโครไดอะลีซีส. (๔) กันมิให้เกิดโคนิโอซีนีเคียในรายทำโคนิโอโตมี. (ข) ฉีดเข้าห้องหลัง (โพสทีเรียร์ เซมเยอร์). ผู้เขียนรายงานไว้ ๓ ราย, ว่าได้ผลดีในการรักษา เรตินาหลุดลอกที่ส่วนบน, เพื่อรักษารวมกับไดอะเธอร์มี.

อาจมีข้อเสียคือถ้าฟองอากาศในห้องหน้าลูกตาฟองใหญ่ไปปิดรูม่านตาจนมิด, น้ำเอเคว่ยสผ่านออกไม่ได้, ทำให้ความดันลูกตาเพิ่ม. แก้ได้โดยให้ยาขยายม่านตา, และไม่ฉีดอากาศเข้ามากเกินไป, พร้อม ๆ กับให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะ.

สุดสวาท สินเจิมสิริ พ.บ.

๑๐. J.J. Rupp Karl E. Paschkin: ฒลอร์โปรมาซินกับคอร์ติโซนต่อเมตะบอลิสม์ของโปรเทอินในหนู. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 95: 477-479, 1957.

ผู้รายงานทดลองในหนูตัวผู้หนัก ๒๐๐-๒๕๐ กรัม. ให้อาหารแก่หนูทั้งหมดจำนวนเท่า ๆ กันทุกวันตลอดการทดลอง. ๗ วันแรกเป็นระยะก่อนโทรล. ต่อไปแบ่งเป็น ๓ พวก. พวกแรกฉีดคอร์ติโซนอะซีเตท ๒.๕ มก. พวกที่สองฉีดฒลอร์โปรมาซีน ๑.๗ มก. พวกที่สามฉีดทั้งสองอย่างรวมกัน. ฉีดทุกวัน. วันละ ๒ ครั้ง นาน ๘ วัน. เก็บปัสสาวะใน ๒๔ ชั่วโมง ตรวจหาการขับถ่ายไนโตรเจ็นทุกวัน.

(๑) ฒลอร์โปรมาซีนทำให้การขับไนโตรเจ็นในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ๒๔ มก./วัน, พร้อม ๆ กับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่า

ระยะเปรียบเทียบ.

(๒) คอร์ติโซนอะซิเตททำให้การขับไนโตรเจนเพิ่มขึ้น ๗๒ มก./วัน, และน้ำหนักตัวลดลง ๑๐.๘ กรัมใน ๘ วัน.

เมื่อให้ทั้งฆลอร์โปรมาซีนและคอร์ติโซนร่วมกัน ทำให้การขับไนโตรเจนเพิ่มขึ้นถึง ๑๐๑ มก./วัน, และน้ำหนักตัวลดลง ๑๔.๖ กรัมในระยะทดลอง.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๑๑. William H. Dempster: รอยโรคทางเดินอาหารที่พบโดยการตรวจด้วยรังสี. Brit. J. Radiol. 319: 31-34, 1951.

ผู้เขียนได้ศึกษารายงานผู้ป่วยซึ่งตรวจโดยวิธีกินแบเรียม, พบว่าในคนไข้ ๑๗,๑๕ คนเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ๒๘ ปซ., ไม่ไม่พบอะไรเลยทางรังสี ๖๔.๕ ปซ. อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเป็น ๒.๖ : ๑ ในผู้ป่วยที่เป็นแผลในกระเพาะ. และเป็น ๒.๗๓ : ๑ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในดูโอดีนัม. อัตราส่วนของแผลที่กระเพาะกับแผลที่ดูโอดีนัมเป็น ๑ : ๘.๕. อายุที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในกระเพาะและในดูโอดีนัมอยู่ในระหว่าง ๔๑–๕๐ ปี. ผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในดูโอดีนัมที่อายุต่ำกว่า ๔๐ ปี มี ๔๘ ปซ. ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี มี ๒๐ ปซ. เท่านั้น.

มี ๑๐ รายที่พบว่ามีแผล ๒ แห่งทั้งที่กระเพาะและดูโอดีนัม, ซึ่งพบว่าครั้งแรกเกิดมีแผลที่ดูโอดีนัมก่อน ๗ ราย.

การตรวจภายหลังผ่าตัดพบว่าโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระเพาะบางส่วนน้อยกว่าการทำการต่อกระเพาะกับลำไส้โดยไม่ตัดกระเพาะเลย. คือมีอัตรา ๕.๘๘ ปซ. ต่อ ๒๓ ปซ.

พบไส้เลื่อนทางช่องกระบังลม ๑.๕ ปซ. พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ๖.๖ ปซ. พบในหญิงตั้งครรภ์มาก. เขาให้ความเห็นว่าการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะนี้ขึ้นได้.

พยมะเร็งของกระเพาะอาหาร ๑.๖๒ ปซ. พบในอายุเกิน ๔๐ ปีแล้วทั้งนั้น. ที่พบมากมีอายุระหว่าง ๖๑–๗๐ ปี. ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นที่ส่วนพัลอรัส. เป็นที่ส่วนคอร์ปัส ๒๔.๕๗ ปซ. เป็นส่วนพิ-ลัส ๒๑.๔๓ ปซ.

กวี ทังสุบุตร พ.บ.

๑๒. W.M. Upholtetal. ผลทางสายตาเกี่ยวกับ TEPP (ยาพ่นฆ่าแมลง). A.M.A. Arch. Opth. 56: 128-134, 1956.

ยาฆ่าแมลงที่ใช้ฉีดในเครื่องบิน. เตตราเอธิล์พยโรฟอสเฟต (TEPP), พ่นออกเป็นผงละเอียด. เมื่อเข้าตาจะทำให้รูม่านตาหดเล็ก. ทำให้ความสามารถของการเห็นน้อยลง. ซึ่งจะทำความลำบากแก่ผู้โดยสารและพนักงานของเครื่องบิน.

(เอกสาร ๔ ฉบับ)

สำราญ วังศพ่าห์ พ.บ., C.Oph., C.Oto.

๑๓. E.J. Field ผลของคอร์ติโซนขนาดมากต่อหนูเกิดใหม่. J. Anat. 91: 278-285, 1957.

ผู้รายงานทดลองฉีดคอร์ติโซนอะซีเตทขนาดมาก, ครั้งละ ๐.๒๕-๒.๕ ก., เข้าในหนูเกิดใหม่. ให้ครั้งเดียวหรือหลายครั้ง. แล้วฆ่าหนูตรวจเป็นระยะ ๆ. พบว่า (๑) หนูหยุดเจริญเติบโตทันที. น้ำหนักตัวลดลงเรื่อยไป. (๒) ขนไม่เจริญ. ขุมขนเล็ก. มีเซลล์น้อยและไม่มีการแบ่งตัว. (๓) ผิวหนังแห้งและย่น. ผิวหนังยางทุกชั้น. โดยเฉพาะชั้นสตราตัมเจอร์มินาติวัม และสตราตัม กรานูโลซัม. ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อยมาก. (๔) ฟันหน้าทั้งบนและล่างโผล่ขึ้นก่อนเวลา ๒-๓ วัน. ถ้าน้ำหนักหนูลดลงถึง ๔๐-๕๐ ปซ. ของหนูธรรมดา, ฟันจะมีรูปร่างยาว, งอคล้ายงา. (๕) ตาหนูโปนกว่าธรรมดา. เห็นได้ชัดเพียง ๒-๓ วันหลังฉีดยา. ตาหนูลืมเร็วกว่าหนูธรรมดา. (๖) ต่อมยีตูอิตารีย์ขนาดเล็กลง. อิโอสิโนฟิลน้อยลงมากและมีแกรนูลน้อยลงด้วย. ส่วนเบโซฟิลไม่เปลี่ยนแปลง.

จึงให้ความเห็นว่าคอร์ติโซนมีผลคะตาโบลิคหรือแอนติอะนาโบลิคต่อเมตะบอลิสม์ของโปรเทอิน, และไปกดต่อมยีตูอิตารีย์. ส่วนสาเหตุของตาโปนยังไม่ทราบแน่.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๑๔. Thomas A. Daane, Wm. R. Lyons ผลของเอสโตรน, โปรเจสเตอโรนและแม็มโมโตรปีน ของยีตูอิตารีย์ ต่อ ต่อมนมของหนตอนตัวผู้. Endocrinol. 55 : 191-199, 1954.

ผู้รายงาน ตัดลูกอัณฑะ ของหนู ๑๔๐ ตัวเมื่ออายุได้ ๖ สัปดาห์. แล้วแบ่งออกเป็น ๗ พวก. พวกที่ ๑ ให้น้ำมันงา (ซึ่งใช้เป็นตัวละลายฮอร์โมน). ใช้เป็นพวกเปรียบเทียบ. พวกที่ ๒ ให้เอสโตรน. พวกที่ ๓ ให้โปรเจสเตอโรน. พวกที่ ๔ ให้เอสโตรนกับโปรเจสเตอโรน. พวกที่ ๕ ให้แมมโมโตรปีน. พวกที่ ๖ ให้เอสโตรน

กับแมมโมโตรบีน. พวกที่ ๗ ให้เอสโตรน, โปรเจสเตอโรน และแมมโมโตรบีน. ใช้วิธีฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุกวัน, นาน ๔๕ วัน. ระหว่างนั้นฆ่าหนูตรวจต่อมนมเป็นระยะ ๆ. เหลือหนูแต่ละพวกไว้บ้าง, และเลี้ยงต่อไปจนอายุครบ ๑ ปี, จึงฆ่าตรวจเป็นครั้งสุดท้าย. พบว่า (๑) การให้โปรเจสเตอโรนหรือแมมโมโตรบีนแต่อย่างเดียว, ไม่มีผลอย่างใดต่อต่อมนมเลย. (๒) การให้เอสโตรนอย่างเดียวหรือร่วมกับแมมโมโตรบีนมีผลกระตุ้นให้ท่อน้ำนมยาวขึ้น, มากขึ้น, และมีอัลวีโอไลเล็กน้อย. (๓) การให้เอสโตรนร่วมกับโปรเจสเตอโรนทำให้ท่อน้ำนมและแขนงเจริญมาก. อัลวีโอไลเจริญขึ้นมากและเกิดเป็นโลบูลขึ้น. เมื่อให้ร่วมกับแมมโมโตรบีนด้วย, ต่อมนมเจริญเต็มที่และยางอัลวีโอไลมีน้ำหลั่งด้วย.

เมื่อฆ่าหนูตรวจเมื่ออายุ ๑ ปี, พบว่าพวกที่ ๑, ๓, ๕, นั้น ต่อมนมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างใด. พวกที่ ๒, ๔, ๖ ยังคงมีท่อน้ำนมและอัลวีโอไลเหลืออยู่บ้าง. พวกที่ ๗ มีท่อน้ำนมและอัลวีโอไลเหลืออยู่มากมาย.

วิเชียร ดิลกสัมพันธ์ พ.บ.

๑๕. D. Barron Cruickshank เนื่องอกไข่รมารีย์ที่เกิดจากประสาทในโพรงอก. J. Faculty of Radiolog. 6: 369-384, 1957.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงลักษณะต่าง ๆ ของระบบประสาท. โครงสร้างประกอบด้วยปลอกประสาทธรรมดาเป็นพวกไฟโบรซัยท์. ชั้นในเข้าไปเป็นปลอกพิเศษทำหน้าที่หุ้มใยประสาท. เรียกชื่อนี้ว่าเล็มโมซัยท์. ต่อไปเป็นตัวประสาทคือนิวโรซัยท์. นอกจากนี้มีเซลล์ประสาทพิเศษคือโฆรโมฟีนเซลล์. ผู้รายงานมีจุดประสงค์ที่จะให้ทั่วไปใช้ชื่อมะเร็งหรือเนื่องอกประสาทตามที่มาของส่วนประสาทนั้น ๆ. คือนิวโรไฟโบรม่า, นิวริเล็มโมม่า, แกงกลิโอนิวโรม่า, และพี่โอโครโมซัยโตม่าตามลำดับ. เขายังได้แสดงให้เห็นว่าเนื่องอกพวกนี้พบมากในเมดิแอสตินัมส่วนหลัง ๗๒ ปซ. แต่คูร์เรอร์ และกาเล (๑๙๔๙) พบ ๙๒ ปซ. จากรายงานต่าง ๆ ที่รวบรวมพบไปรมารีย์นิวโรบลัสโตม่าเป็นในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี ราวครึ่งหนึ่ง, และ ๓/๔ พบในเด็กอายุ ๔ ปี. พวกแก๊งกลิโอนิวโรม่ามีครึ่งหนึ่งอายุ ๑๐ ปี, และอีก ๓/๔ เป็นในคนอายุ ๓๐ ปี. พวกนิวริเล็มโมม่าราวครึ่ง

หนึ่งเป็นในคนอายุ ๒๐-๔๐ ปี. หญิงเป็นมากกว่าชาย. ในการวินิจฉัยถ้าพบเงาเนื้องอก ทางส่วน หลัง ของ เมดิแอส ตินัม ส่วนมากเชื่อได้ว่าเป็นเนื้องอกของระบบประสาท (๑) ถ้าเป็นพี่โอโฆรโมซัยโตม่าจะมีอาการเกี่ยวกับแอดรินะลิน. (๒) มีข้มเนื้องอกประสาทตามตัว. (๓) รายที่เป็นมะเร็งประสาทในที่อื่นก่อนแล้วไปมีในอก (๔) หญิงจะมีเปอร์เซ็นต์พบมากกว่าชาย.

โชติ ธรรมาสถิตย์ พ.บ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ

๒. ชำระเงินค่าบำรุง

๓. ยอกรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

ปกิณกะ

๑. ค่าของชีวิต

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง "เพิกถอนใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของนายสำรวย เจริญเสรี"

ด้วยนายสำรวย เจริญเสรี ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขาเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่ ๔๘๘๔ ก. ออกให้ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๔๗๔ อยู่บ้านเลขที่ ๒๓๒ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลยางพลีใหญ่ อำเภอยางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ได้กระทำความผิดคือได้ทำการฉีดยาให้แก่ ด.ช. สมบูรณ์และ ด.ญ. ฉวี จั่วทอง บุตรนายปลูก จั่วทอง จนถึงแก่ความตาย ต้องคำพิพากษาศาลจังหวัดสมุทรปราการ เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๐๐ ให้จำคุกมีกำหนด ๒ เดือน ปรับ ๒๐๐ บาท ลดรับสารภาพคงให้จำคุก ๑ เดือน ปรับ ๑๐๐ บาท โทษจำให้รอไว้ ๑ ปี การกระทำของนายสำรวย เจริญเสรี นั้นเป็นการละเมิดกฎกระทรวงฉบับที่ ๓ ข้อ ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช ๒๔๗๙ อย่างร้ายแรง

คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๐๐ เมื่อวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๐๐ ได้พิจารณาแล้วมีมติให้เพิกถอนใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาเวชกรรม เลขที่ ๔๘๘๔ ก. ออกให้ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๔๗๔ ของนายสำรวย เจริญเสรี ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๐๐ ซึ่งเป็นวันที่นายสำรวย เจริญเสรี ได้รับคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะจากประธานคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะแล้ว เป็นอันว่านายสำรวย เจริญเสรี หมดสิทธิทำการประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชกรรมตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป.

กระทรวงสาธารณสุข
ประกาศ ณ วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๐

(สองชีวิต ต่อค่าปรับหนึ่งร้อยบาท. บ.ก.)

๒. แพทย์ประจำครอบครัวในประเทศไทย

แพทย์ไทยส่วนใหญ่ชอบทำงานกับรัฐบาล, โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำงานในโรงพยาบาลซึ่งมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัย, มีความสะดวกในเรื่องห้องปฏิบัติการ. แพทย์ที่เป็นข้าราชการได้รับอนุญาตให้ประกอบอาชีพส่วนตัวได้นอกเวลาราชการ. มีแพทย์เป็นส่วนน้อยที่มีความศรัทธาแก่กล้าที่จะออกมาผจญกับความลำบากอยู่บ้างโดยประกอบอาชีพส่วนตัว และเป็นแพทย์ประจำครอบครัว. ดูจะเชื่อกันว่าการมีชีวิตเป็นแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งต้องสละเวลาทั้งหมดให้แก่การประกอบอาชีพส่วนตัวนี้เป็นการลำบากและไม่สะดวก.

ประเทศไทย ประสพความยุ่งยากจากการที่แพทย์มาแออัดกันอยู่ในนครหลวงเช่นเดียวกับประเทศอื่นหลาย ๆ ประเทศ. ต่อจำนวนประชากร ๒๐ ล้านคน, มีแพทย์ของรัฐบาลเสีย ๑๘๐๐ คน. ที่ประกอบอาชีพส่วนตัว ๓๐๐ คน. ในจำนวนนี้แพทย์ของรัฐบาล ๑๐๐๐ คนและที่ประกอบอาชีพส่วนตัว ๒๐๐ คนอยู่ในกรุงเทพฯ, นครหลวง.

ในกรุงเทพฯ ขณะนี้แพทย์หนุ่ม ๆ ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาจะมีความยากลำบากมาก, ถ้าจะตั้งต้นประกอบอาชีพโดยทำงานส่วนตัว, เนื่องจากจะต้องใช้ทุนทรัพย์จำนวนมากพอดู. แพทย์ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาใหม่ ๆ และไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นห่างไกลซึ่งยังไม่เจริญจะพบว่าตัวเขาเป็นแพทย์แผนปัจจุบันเพียงคนเดียวในท้องที่อันไพศาล. การทำงานในภาคพื้นของประเทศที่ยังเป็นป่าเขานั้นต้องใช้วิธีพลิกแพลงต่าง ๆ ประกอบมากเท่า ๆ กับการใช้วิชาแพทย์. แพทย์นอกจากจะต้องพบกับคนไข้และความรำคาญใจจากญาติพี่น้องคนไข้แล้ว, ยังจะต้องต่อสู้กับความร้อนและฝุ่นสลับกับพายุและค่ำคืนอันมืดมิดและชื้น.

เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้, แพทย์ประจำครอบครัวไม่สู้มีความลำบากใจ, เพราะว่าคนไทยมักจะให้ความเคารพนับถือต่อผู้ที่เยี่ยวยาตน. อย่างไรก็ตามในภารกิจประจำวันแพทย์ยังจะต้องต่อสู้กับขนบประเพณีซึ่งเชื่อถือในสมุนไพร, เวทย์มนต์คาถา, ความเชื่อถือเรื่องผสางโชคลาง, และพวกหมอเถื่อน. นอกจากนี้

ความพยายามในการใช้ยารักษาตัวเองเนื่องจากความกล้าเสี่ยง และการแนะนำผิด ๆ จากโฆษณาโอ้อวดประกาศขายยา, พบว่ามีมากเป็นพิเศษอย่างจริงจังในประเทศนี้. ทั้ง ๆ ที่มีกฎหมายอยู่ ยาเกือบทุกชนิดก็ซื้อหาได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งจากแพทย์.

การติดต่อใกล้ชิดระหว่างแพทย์ประจำครอบครัวและแพทย์ผู้ชำนาญของโรงพยาบาลค่อนข้างจะมีน้อย, ยากนักที่จะได้เห็นแพทย์ประจำครอบครัวมาร่วมการเยี่ยมศึกษาผู้ป่วยในตึกรักษาผู้ป่วยหรือในห้องชันสูตรศพของโรงพยาบาล. ทางด้านแพทย์ประจำครอบครัวก็กล่าวว่าเนื่องจากการขาดความสนใจและการจัดชั่วโมงทำงานไม่ได้เหมาะ. ส่วนทางด้านผู้ชำนาญก็มักจะโทษชั่วโมงการสอนที่ยัดเยียด, เตียงผู้ป่วยอันแออัด, และการติดต่อทางโทรศัพท์อันชุลกชลัก. รู้สึกกันว่าแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ควรจะช่วยเหลือให้มีความใกล้ชิดและร่วมมือกันยิ่งขึ้นระหว่างแพทย์ทั้งสองพวกนี้. บุคคลผู้เป็นผู้นำในวิชาชีพนี้ควรจะทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่แพทย์รุ่นหลัง ๆ.

เกี่ยวกับพระราชบัญญัติประกันสังคมซึ่งรัฐบาลได้ผ่านออกมาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๔๙๗ และยังไม่ได้มีการจัดการให้แน่นอนอย่างไรจนกระทั่งบัดนี้, แพทย์ประจำครอบครัวกำลังเฝ้ารอดูอย่างสนใจยิ่ง. ต่างยังสงสัยในหน้าที่ของพวกตนในอนาคต จนกระทั่งบัดนี้ก็ยังไม่มีทยาทอย่างใดเกี่ยวกับพวกเขาจากกรมประกันสังคมซึ่งขึ้นอยู่กับกระทรวงการคลัง. ขณะนี้ยังบอกไม่ได้ว่าแผนการประกันสังคมนี้จะเปิดให้แพทย์ประจำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่.

นายแพทย์สมัย จันทวิมล

ใน "เวอร์ลด์" เมดิคัล เจอร์นัล ก.ย. ๑๙๕๗

(วัฒนา ผลากรกุล พ.ย. ผู้แปล)

๓. เด็กคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสรอดเพียงใด

การคะเนเกณฑ์ของการสามารถมีชีวิตอยู่ได้ของเด็กเกิดก่อนกำหนดนั้นอาศัยหลักหลาย ประการ และหลักยาง ประการก็ขัดแย้งซึ่งกันและกัน. นอกจากนั้นในปัจจุบันการเลี้ยงเด็กก่อนกำหนดก็ยังไม่ถูกต้องทีเดียว. ได้เคยมีผู้เลี้ยงเด็กเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก ๔๕๔ กรัม และ ๖๐๐ กรัมและที่มีความยาว ๓๓ ซม. รอดกันมาหลายรายแล้ว, ถึงแม้ว่าเด็กที่ออนอย่างนั้น มักจะเลี้ยงไม่รอดเป็นส่วนมาก. เพราะฉะนั้นในการที่จะตัดสินการสามารถมีชีวิตได้ของเด็กเกิดก่อนกำหนดจึงต้องระมัดระวัง. เกณฑ์ที่ต่ำที่สุดของการสามารถมีชีวิตอยู่ได้นั้น เรายอกไม่ได้จากระยะเวลาของการตั้งครรภ์, จากน้ำหนักแรกเกิดหรือจากความยาวของเด็ก.

เด็กเกิดก่อนกำหนดส่วนมากตายเพราะการหยุดหายใจ. ศูนย์การหายใจที่ยังอ่อนอยู่ไม่สามารถจะปฏิบัติงานได้ถูกต้อง. เรามักพบได้บ่อยว่าภยันตรายต่าง ๆ ซึ่งว่ากันแต่ละอย่างแล้วไม่ทำให้เด็กตาย แต่ถ้าเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันก็เป็นสาเหตุของการตายได้.

ผู้เขียนให้ความเห็นว่าเด็กเกิดก่อนกำหนดที่เล็กมาก ๆ ในคนแรกต้องให้นอนพักนิ่ง, ไม่อาบน้ำ, ใช้น้ำมันเช็ดตัวแทน, และให้กินนมมื้อแรกหลัง ๓๖-๔๘ ชั่วโมงหลังคลอด. ถึงแม้เด็กจะไม่สบายมากก็ยังไม่ควรตรวจร่างกาย. พวกที่สูดเอาน้ำคาวปลาเข้าไป และมีอะเตเลคเตสิสนั้น, นอกจากจะแสดงให้รู้ได้โดยการหายใจเร็วแล้ว, ยังมีเสียงดังให้ได้ยินเวลาหายใจออกทุกครั้งด้วย. ในรายที่เป็นอัมพฤกษ์เด็กจะมีลักษณะคล้ายตาย. ถึงแม้จะอยู่ในลักษณะเช่นนี้ก็เสมอที่การหายใจกลับคืนดีได้เอง โดยที่ไม่ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากภายนอกเลย. ที่โรงพยาบาลของผู้เขียนเองเคย ได้รับเด็กเกิดก่อนกำหนดซึ่งแท้ที่จริงยังมีชีวิตอยู่, แต่แพทย์นอกโรงพยาบาลได้วินิจฉัยว่าตายแล้วพร้อมทั้งออกใบมรณบัตรให้แล้วด้วย ๒ ราย. การวิเคราะห์ที่เคยปฏิบัติกันมามักทำให้การวินิจฉัยความสามารถของการมีชีวิตอยู่ได้ผิดไป, เป็นเหตุให้เด็กเกิดก่อนกำหนดต้องถูกละเลยทิ้งไป, จึงควรจะได้แก้ไขเสียใหม่. ในการวินิจฉัยการสามารถมีชีวิตได้ของเด็กเกิดก่อนกำหนดที่เล็กที่สุดแพทย์และผดุงครรภ์ต้องไม่ถือการวัดขนาดต่างๆ

หรือตัวเลขเป็นมาตรฐาน, แต่ควรจะถือเป็นหน้าที่ว่าเด็กทุกเกิดมาในชีวิตทุกคนต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเต็มที่จนกว่าโชคชะตาจะตัดสินเขาเอง.

(จาก Aerztl. Sammelbl, 7: 190, 1957, โดย Prof. A. Peiper และ Dr. H. Thomas, Univ. Kinderklin., Leipzig)

ม.ร.ว. ส่งศรี เกตุสิงห์ พ.บ., Dr. med.

---

๔. การวิเคราะห์นิ่ว

กรมวิทยาศาสตร์ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขศึกษาเรื่องส่วนประกอบของนิ่วจากภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย, โดยนายวิเชียร สาครมงคล แห่งแผนกชีวเคมี, กองวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ศึกษาร่วมกับแพทย์หญิงสาคร ธนมิตต์แห่งกรมการแพทย์. ได้วิเคราะห์นิ่วจากภาคต่างๆ ของประเทศไทย รวม ๑๑๒ ตัวอย่าง (รวมทั้งที่ได้รับเพิ่มเติมมาใหม่ด้วย) ซึ่งส่วนมากเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ. นอกจากนั้นเป็นนิ่วในไต และนิ่วในท่อปัสสาวะ. ได้วิเคราะห์นิ่วทั้งก้อนและแยกเป็นชั้นต่าง ๆ. ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่าส่วนประกอบของนิ่วในกระเพาะปัสสาวะส่วนมากเป็นแอมโมเนียมยูเรต, แคลเซียมออกซาเลตและแคลเซียมฟอสเฟต. ชั้นในของนิ่วชนิดนี้ส่วนมากเป็นแอมโมเนียมยูเรต. นิ่วในไตส่วนมากมีแคลเซียมออกซาเลตเป็นส่วนประกอบส่วนใหญ่. ส่วนนิ่วในท่อปัสสาวะส่วนมากเป็นแอมโมเนียมยูเรต. รายงานการศึกษาเรื่องนี้ได้พิมพ์เป็นเอกสารของกรมวิทยาศาสตร์ และได้พิมพ์ลงในวารสารวิทยาศาสตร์.

(ข่าวกรมวิทยาศาสตร์ก.ค.ต.ค.๒๕๐๐)

๕. การสอดแคธิเตอร์เข้าในหัวใจด้านขวา แพทย์ผู้รักษาทั่วไปก็เป็นนักค้นคว้าได้

ในปัจจุบัน การสอดแคธิเตอร์จากภายนอกร่างกายโดยผ่านเข้าทางหลอดเลือดดำเซฟาลิคหรือเบรเฆียลจากคิวบิตัล ฟอสซ่าเข้าสู่ห้องหัวใจด้านขวานั้น, ได้กระทำกันบ่อย. ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค และการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์ในระบบของการไหลเวียน. ผู้ที่เริ่มต้นเป็นคนแรกคือ นายแพทย์ เอริเนอร์ ฟอร์สมันน์, เป็นแพทย์รับรักษาทั่วไปชาวเยอรมัน.

นายแพทย์ ฟอร์สมันน์ ได้เริ่มทดลองสอดแคธิเตอร์เข้าไปในศพก่อน. ต่อมาภายหลังจึงเริ่มทดลองทำในมนุษย์โดยอุทิศตนเองเป็นผู้ถูกทดลอง. ครั้งแรกเขาได้ให้เพื่อนร่วมงานแทงเข็มฉีดยาขนาดใหญ่เข้าไปในหลอดเลือดดำที่คิวบิตัลฟอสซ่าก่อน. แล้วเขาเองได้สอดแคธิเตอร์เล็ก ๆ ที่ใช้สำหรับท่อปัสสาวะเข้าไปตามรูเข็มอันนั้น, ผ่านต่อเข้าไปในหลอดเลือดดำได้ถึง ๓๕ ซม. ด้วยความลำบากเล็กน้อย. เนื่องจากการสอดต้องสอดผ่านเข็มฉีดยาดังกล่าว, จึงไม่เหมาะที่จะทำด้วยตนเอง.

ฉะนั้น ต่อมาเขาจึงได้เปลี่ยนวิธีใหม่, โดยฉีดยาชาเฉพาะที่ตรงบริเวณคิวบิตัล-ฟอสซ่าเสียก่อน, แล้วผ่าทะลุหนัง. คราวนี้เขาได้สอดแคธิเตอร์เข้าไปได้ถึง ๖๕ ซม. อันเป็นระยะความยาวเท่ากับความยาวที่เขาวัดภายนอกจากคิวบิตัลฟอสซ่าถึงหัวใจ. ภายหลังเขาก็ได้ตรวจดูตำแหน่งแคธิเตอร์ด้วยเอ็กซเรย์และฟลูออโรสโคปี้, พบว่าผลที่น่าพอใจอย่างยิ่ง

ตลอดเวลาที่ทดลองนี้นายแพทย์ฟอร์ส-มันน์ได้บันทึกรายละเอียดไปจนถึงความรู้สึกที่บังเกิดจากการสัมผัสของแคธิเตอร์กับผนังหลอดเลือด. เขาได้กล่าวว่า ขณะที่แคธิเตอร์ถูกสอดเข้าไปนั้นเขารู้สึกร้อนวูบวาบเหมือนกับเวลาที่ได้รับการฉีดแคลเซี่ยมฆลอไรด์. ในขณะเดียวกันนี้, เนื่องจากการกระตุ้นแขนงประสาทเวกัสโดยปลายแคธิเตอร์, ทำให้มีอาการไอได้ง่าย ๆ.

นายแพทย์ ฟอร์สมันน์ ได้ประสพความสำเร็จอันใหญ่หลวง หลังจากที่ได้อุทิศตนเองเป็นผู้ถูกทดลอง และมิหนำซ้ำตนเองยัง

เป็นผู้สอดแคธิเตอร์เองเสียด้วย. นับว่าเป็นผู้เสียสละอย่างใหญ่หลวงคนหนึ่งโดยยอมอุทิศร่างกาย ของตนเองเพื่อประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์. เขาเองเป็นแต่เพียงแพทย์รับรักษาทั่วไปที่อยู่ในโรงพยาบาลเล็ก ๆ ในเมืองเอเบอร์วาลด์ ประเทศเยอรมันนี. แต่ถึงกระนั้นเขาก็ยังพยายามค้นคว้าหาความรู้จนได้ผลอันเป็นประโยชน์ยิ่งดังกล่าวแล้ว. จึงสมควรที่เขาจะได้รับการยกย่องอย่างยิ่ง. เขาได้รับรางวัลโนเบลเมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๖ สำหรับการทดลองเรื่องนี้.

(เรียบเรียงจาก Therap. Ber. 1, 1957.)

ธงฉัตร โคละทัต พ.บ., Dr. med.

๖. บันทึกสั้น

๑. **"โรคผู้จัดการ" และการทดสอบสมรรถภาพ** นายแพทย์ล็อตเตอร์โมเซอร์แห่งกรุงเบอร์ลิน เสนอวิธีทดสอบง่าย ๆ สำหรับ "วัดสมรรถภาพ" ของคนไข้จำพวก "โรคผู้จัดการ" (แมเนเจอร์ดิสอีสหรือโรคไอเซ็นเฮาเวอร์), ซึ่งมีอาการเหนื่อยเหนื่อยง่ายเกินธรรมดา, ความคิดเลื่อนลอย, สมาธิอ่อน, นอนหลับไม่สนิท, และบางครั้งหย่อนสมรรถภาพทางเพศด้วย. วิธีทำคือแบ่งกระดาษขนาดธรรมดาแผ่นหนึ่งออกเป็นหกส่วนเท่า ๆ กัน (ใช้วิธีพับให้เป็นรอย). แล้วให้คนไข้ใช้ดินสอดำทำจุดเรียงกันลงไปในช่องหนึ่ง ๆ ให้เร็วที่สุดที่จะเร็วได้, ในเวลา ๑๐ วินาที. พอครบ ๑๐ วินาทีก็เลื่อนไปทำเช่นเดียวกันในช่องต่อไป. เลื่อนไปตามลำดับทุก ๆ ๑๐ วินาทีจนทำครบทั้งหกช่อง. ใช้เวลาทั้งหมด ๑ นาที. นับจำนวนจุดที่ทำได้ในช่องหนึ่ง ๆ แล้วเปรียบเทียบ. จากจำนวนจุดที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลง, เพิ่มหรือลดเร็วหรือช้า, อาจตัดสินได้ว่าสมรรถภาพของคนไข้เป็นอย่างไร. วิธีนี้เขาว่ามีประโยชน์สำหรับวัดผลของการรักษาด้วยว่าได้ดีหรือไม่เพียงไร. (แอร์ สท. ซัม. ๔๔: ๓๔๕,๕๕)

๒. **เด็ก ๆ โตเร็วขึ้น** วารสารเยอรมัน

ฉบับหนึ่งตีพิมพ์บทความว่าในปัจจุบันนี้เด็กๆ เยอรมันเติบโตเร็วกว่าเมื่อสมัยสามสิบปีแล้วมา. ได้มีผู้ถามข้อนี้ไปยัง จ.ม.ห. แพทยสมาคมอเมริกัน (๓๐ พ.ย. ๑๙๕๗) และผู้ตอบได้แสดงตัวเลขสำหรับเด็กอเมริกันให้ดูว่า เด็กสมัยหลังๆ นี้โต (สูง, และหนัก) เร็วกว่าเด็กสมัยเมื่อแปดสิบปีมาแล้วเป็นลำดับ. ตามสถิติของย ค.ศ. ๑๘๗๗, ๑๙๓๒ และ ๑๙๔๔ ความสูงและน้ำหนักของเด็กอายุหกเดือนเป็น ๒๕.๒ นิ้ว/๑๖.๕ ปอนด์, ๒๖.๔ นิ้ว/๑๗.๒ ปอนด์, ๒๖.๕ นิ้ว/๑๘.๗ ปอนด์, ตามลำดับ; เด็กอายุ ๔ ขวบ, ๓๘.๐ นิ้ว/๓๖.๐ ปอนด์, ๔๐.๒ นิ้ว/๓๕.๘ ปอนด์, ๔๐.๕ นิ้ว/๓๘.๔ ปอนด์, ตามลำดับ, ฯลฯ. นักเรียนมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด "รุ่นลูก" สูงและหนักกว่า "รุ่นพ่อ" ๑๓/๔ นิ้ว และ ๑๐ ปอนด์ โดยเฉลี่ย.

๓. **การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ** ยัคเตรีที่เป็นต้นเหตุแห่งการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะกำลังเปลี่ยน ชนิดไปจากเดิม, เนื่องจากการใช้แอนติไบโอติค. เชื้อที่พบมากที่สุดในขณะนี้มิใช่ บี. โค ไล อย่างในสมัยก่อน, แต่มักเป็น บี. โปรเตอุส หรือ ปซิวโดโมนาส. สำหรับเชื้อชนิดแรกเขาพบว่าฒลอโรมัยเซตินให้ผลดีมาก. (จ. ยูโร ๓๗:๖๐๙, ๑๙๕๕)

๔. **การฉีดกลูโคสเข้าหลอดเลือด** นายแพทย์คริสเซ็ล (สถาบันสรรวิทยา, มหาวิทยาลัยไกรฟสวัลด์, เยอรมนี) ได้ศึกษาผลของการฉีดน้ำละลายกลูโคส ๔๐ ป.ซ. (๐.๒ ก. ต่อ กก.) เข้าหลอดเลือดในผู้อาษาสมัคร ๑๘ คนและสรุปผลได้ดังนี้: ความดันเลือดขึ้นเล็กน้อยในตอนต้น (ในประมาณครึ่งจำนวน), แล้วกลับลด ๑๐-๑๕ มม. ปรอทและคงอยู่นานหลายชั่วโมง. ความดันไดอัสโตลิคไม่ขึ้นเลยหรือขึ้นเพียงเล็กน้อย. ชีพจรช้าลง ๕-๗ ตบต่อนาที. ปฏิกิริยาทั้งหมดนี้ครีสเซ็ลเห็นว่าเป็นผลของการกระตุ้นและการแก้ไขของระบบประสาทพาราซิมพะเธติค. (เมด. มิร. ๒,๕๗)

๕. **การแก้พิษของยาฆ่าแมลง** ยาฆ่าแมลงสมัยปัจจุบันเป็นยาพิษที่ร้ายแรงมาก. สำหรับคนการรักษาต้องรีบกระทำโดยมิชักช้า. เริ่มด้วยการให้ยาอาเจียนหรือดูดสิ่งที่อยู่ในกระเพาะออกให้หมด (ในรายที่กินเข้าไป). (การล้างกระเพาะไม่ดี, อาจทำให้ยาพิษเลยลงไปในลำไส้เร็วขึ้น.) การดูดพิษ

ด้วยผงถ่านอาจมีประโยชน์มาก. (ยาพิษที่ถูกดูดเข้าไปในกระแสเลือดแล้วแก้พิษได้ด้วยอะโตรปีน - สำหรับยาจำพวกพาราไธออน.) (ดทช. เมด. ร. ๑๔:๔๘๔, ๕๖)

๖. พิษของแทรงควิลไลเซ่อร์ ยาสงบ (แทรงควิลไลเซ่อร์) จำพวกเมโปรยาเมต อาจให้ผลแทรกแซงได้หลายอย่าง, เกี่ยวกับผิวหนัง (เปื่อยเปื่อยร่าซึ่งคันมาก), กล้ามเนื้อ (กล้ามเนื้อนอกลูกตา, อาจทำให้ตาเหล่ชั่วคราว), ทางเดินอาหาร (ท้องร่วงรุนแรง), และสมอง (อาการตื่นเต้นแทนที่จะสงบ). อาการเหล่านี้หายเมื่อหยุดยา. แอนติฮิสตะมีนและเอซีทีเอช, ประกอบกับการรักษาเฉพาะที่, ช่วยทำให้หายเร็วขึ้น. (จ. เอ. เอ็ม. เอ. ๗:๖๒๘, ๕๖)

๗. ไม่ควรฉายเอ็กซเรย์แถวเชิงกรานในระยะก่อนไข่ตก คณะกรรมการพลังงานปรมาณูของสหรัฐฯ แนะนำว่าการฉายเอ็กซเรย์บริเวณกระดูกเชิงกรานของหญิงที่ยังอยู่ในระยะมีลูกได้นั้นควรจะจำกัดให้กระทำเพียงในระว่างระยะสองสัปดาห์แรกหลังจากการมีระดูเท่านั้น, นอกจากจะมีความจำเป็นอย่างยิ่ง. ทั้งนี้อาศัยการสังเกตในสัตว์ทดลอง, ซึ่งทำให้ลงความเห็นว่าเอ็มบริโอของมนุษย์น่าจะมีความไวต่อรังสีมากที่สุดในระหว่างเจ็ดสัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์. (เมด. นิวส์ ๑๑ ก.พ. ๒๕๐๐)

ผ.ม.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๐

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก ใหม่	๒,๑๔๖	๑,๑๒๗	๑,๔๐๕*	๑,๓๔๓	๑,๗๐๕	๓๘๖	๘,๑๒๐
เก่า	๓,๗๕๖	๑,๕๕๗	๒,๕๐๕	๑,๗๓๐*	๒,๕๕๗	๗๔๒*	๑๓,๒๕๑
รวม	๕,๕๐๒	๓,๐๘๔	๓,๕๑๘	๓,๐๗๓*	๔,๓๐๖	๑๑๒๘*	๒๑,๔๑๑
ใน	๒๒๑	๓๐๖	๑,๐๖๔	๑๒๘	๓๗๘	—	๒,๐๕๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๒๖, จักษุฯ ๔๔๐, สูติ–นารีฯ. ๒๔๕, รวม ๑,๑๑๑ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด ชาย ๓๕๕, หญิง ๓๕๑, รวม ๗๐๖. คลอดตาย–ชาย ๗ หญิง ๕, รวม ๑๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๕ คน (๗.๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๔ ราย (๔๑.๓ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๐๐ ครั้ง. ข้างนอก ๔ ครั้ง. รวม ๕๐๔ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๓,๓๓๘ คน. รักษาใหม่ ๑๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๓๔ ครั้ง ราเดียม, รักษา ๑๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๓ ครั้ง. ไดอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ ๓ ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า ๒๑ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๑๑๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๖๑๘* ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๔ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๑๘ ราย. (จากภายนอก ๑๐๗ ราย). แอ๊กกลุติเนชั่น ๖๔ วัสเซอร์แมนและคาห์น ๒,๒๗๒. หมู่เลือด ๓๗๑. นับเม็ดเลือด ๕๘๖. หาเชื้อบคเตรี ๑๐๐. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๓๒, อุจจาระ ๔๑๗, บัสสาวะ ๓๓๐,* เสมหะและอื่น ๆ ๒๗. เพาะเชื้อจากเลือด ๑๒๗, อุจจาระ ๘๓, บัสสาวะ ๒๐, น้ำไขสันหลัง ๑๒, เสมหะและอื่น ๆ ๒๘๔.* ฉีดสัตว์ทดลอง – เพาะเชื้อบิด ๒๒. ตรวจทดลองตัวจี๊ด ๒๔. ตรวจชิศพนิติเวช ๑๗. ตรวจของกลาง ๑.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๑. เจาะน้ำสันหลัง ๖. เจาะตับ ๑๒. น้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด ๑๒. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑๐. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔. ฉีดยาซีย์พีลิส ๑๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๓๔.* ถอนฟัน ๕๖๒. อุดฟัน ๒๓๘. ผ่าตัดช่องปาก ๓๓.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินและสิ่งของ บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

๑. ประธานกรรมการเลิด-สิน มูลนิธิ ปาร์คนายเลิด จังหวัดพระนคร ส่งเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท เป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ ของนายแพทย์สมโพธิ พุกกะเวส, อาจารย์แผนกกุมารเวชศาสตร์.

๒. บริษัทลอกซ์เล่ย์ไรซ์ (กรุงเทพฯ) จำกัด จังหวัดพระนคร บริจาคเครื่องอุปกรณ์การแพทย์ ๑๐ รายการ รวมราคา ๒๐,๐๐๐ บาท เพื่อประโยชน์ในด้านการศึกษาและการสาธารณสุข.

๓. นายครรชิต ปทุมสถาน บ้านเลขที่ ๔๓๑๑ ซอยอโศก ถนนสุขุมวิทย์ จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท บำรุงหน่วยโลหิตวิทยาแผนกอายุรศาสตร์.

๔. นายผาสุข และ นางเจ็ก มณีจักร บ้านเลขที่ ๑๑๔ หมู่ที่ ๒ ตำบลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "นายผาสุข และ นางเจ็ก มณีจักร" เพื่อเก็บดอกผลบำรุงผู้ป่วยอนาถา โรงพยาบาลศิริราช.

๕. นายวิเชียร โกวิทยา แห่งบริษัท พิชานพานิช จำกัด อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท เพื่อบำรุงการศึกษา และค้นคว้า ของแผนกศัลยศาสตร์.

๖. นายชิน มาสะกี บ้านเลขที่ ๒๑ ถนนวรจักร อำเภอบ้อมปรายศัตรูพ่าย จังหวัดพระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "นายชิน มาสะกี" เพื่อเก็บดอกผลบำรุงโรงพยาบาลศิริราช.

ประชุมทางวิชาการประจำเดือน ได้มีการประชุมทางวิชาการ ในวันเสาร์ที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๐๐ เริ่มเวลา ๑๓.๑๕ น. ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา เรื่องที่แสดงคือ:

๑. พยาธิไส้เดือนในท่อน้ำดี (รายงานผู้ป่วย ๗ ราย). น.พ. เกษม ลิ่มวงศ์ แห่งแผนกศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

๒. ผลดีและผลเสียในการเสริมสวย. คณะผู้เสนอ: น.พ. ลิ้ม คุณวิศาล, น.พ. พิสิฏฐ์ วิเศษกุล แห่งแผนกศัลยศาสตร์, น.พ. เฉลิย วัชรพุกก์ แห่งแผนกศัลยศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์, น.พ. เพื่อง สัตย์สงวน แห่งแผนกศัลยศาสตร์และน.พ. สงกรานต์ นิยมเสน แห่งแผนกพยาธิ-

วิทยา. เฉพาะเรื่องที่ ๒ นี้ใช้เวลาแสดง ๑ ชม.

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์

เดือน ตุลาคม ๒๕๐๐

ตลอดเดือนนี้เนื่องจากต้องย้ายสำนักงานแผนกอายุรศาสตร์ เป็นการชั่วคราว จึงงดการประชุมวิชาการ.

๔ ต.ค., พ.ญ. สุภา ณ นคร เดินทางกลับจากการประชุมแพทย์ที่นครอิสตันบูล, ประเทศเตอรกี.

๒๑ ต.ค., น.พ. บัญญัติ ปรีชญานนท์ ได้เดินทางไปร่วมการประชุมแพทย์ ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น และจะได้เสนอเรื่อง "ผลของการใช้ไนโตรเจ็นมัสตาร์ดในการรักษา 'ธร็องโฆเจนนิค คาร์ซิโนม่า'." หลังจากการประชุมแล้ว น.พ. บัญญัติ จะได้ดูงานเกี่ยวกับโรคทาง ทรวงอกต่อตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศญี่ปุ่นเป็นเวลา ๑ เดือน.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

หน้าสำหรับนิสิต

แอลล็อกแซน

เวอห์เล่อร์ (Wohler) เตรียมแอลล็อกแซนได้เป็นครั้งแรกเมื่อปี ๑๘๓๘ โดยการออกสิไดส์กรดยูริค. วีเน่อร์ (Wiener) ได้รายงานเมื่อปี ๑๘๕๕ ว่าแอลล็อกแซนทำให้กระต่ายชักและตายได้. แต่ไม่ทราบสาเหตุ. จาค็อบส์ (Jacobs) ในปี ๑๙๓๗, พบว่าการชักเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำ. แต่มิได้ทำการตรวจเนื้อตับอ่อน. ดันน์ (Dunn), ชีแฮน (Sheehan) และแม็คเล็ชน์ (Mc Letchnie, ๑๙๔๓) พบว่าแอลล็อกแซนทำให้เบต้าเซ็ลล์ของไอส์เล็ตของลังเกอร์ฮานส์เสียไป. เขาได้นำมาใช้ทดลองทำให้สัตว์เกิดเป็นโรคเบาหวานชนิดถาวรขึ้นได้. เบลย์ (Bailey) ได้สนับสนุนผลในปีเดียวกันนั้นเอง.

ลีช (Leech) และเบลย์ (๑๙๔๕) แสดงว่าแอลล็อกแซนหายไปจากเลือดภายใน ๒ นาทีหลังจากฉีดเข้าหลอดเลือด. ขณะเดียวกันกลูตาไธโอนในเลือดจะลดลงทันที. บางรายลดต่ำถึงศูนย์ แต่หลัง ๕ นาทีจะค่อย ๆ เพิ่ม. และสูงถึงปรกติใน ๑๘ ถึง ๒๔ ชั่วโมง.

โกโมริ (Gomori) และโกลด์เนอร์ (Goldner ๑๙๕๕) พบว่าเมื่อผูกหลอดเลือดที่สุนัขอ่อนเสียก่อน, แล้วฉีดแอลล็อกแซน, และหลังฉีดแล้ว ๕ นาทีแก้เชือกที่ผูกหลอดเลือดนั้นออก, จะไม่เกิดเป็นโรคเบาหวาน. ข้อสนับสนุนงานของลีชและเบลย์.

ดูวินโยด์ (Duvigneaud, ๑๙๒๗) พบว่าอินสุลินประกอบด้วยซัลเฟนถึง ๑๒ ปซ. นับว่ามากกว่าโปรเทอินอื่น ๆ ของร่างกาย. ฉะนั้นอาหารที่มีซัลเฟน, ซัลเทอีน, หรือเมไธโอนีนจึงมีความสำคัญในการช่วยสังเคราะห์อินสุลิน. นอกจากนั้นมีผู้รายงานว่าซัลเทอีนจะรักษาแอลล็อกแซนให้เป็นกรดไดอะลูริคและหมดฤทธิ์ทำให้เกิดโรคเบาหวาน, และว่ากรดยูริคในร่างกายอาจถูกเปลี่ยนเป็นกรดไดอะลูริค แล้วเป็นแอลล็อกแซนได้ด้วย. กริฟฟิธส์ (Griffiths, ๑๙๔๘) ทำให้สัตว์ทดลองเป็นเบาหวานชนิดถาวรได้โดยฉีดกรดยูริคขนาดมาก ๆ. เขาพบว่าความพิการที่ตับอ่อนเป็นแบบเดียว

กับพิษของแอลล็อกแซน.

คัมปานัคชี (Gampanacci, ๑๙๓๐) พบว่าในรายที่เป็นโรคเบาหวานกลูตาไธโอนของร่างกายน้อยลง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตับอ่อน. หนูตะเภาทนทานต่อแอลล็อกแซนมากกว่าสัตว์ชนิดอื่น, เนื่องจากมีกลูตาไธโอนในเลือดมาก.

คอนน์ (Conn, ๑๙๔๘) พบว่าขณะที่น้ำสกัดต่อมพิตูอิตารีย์กลีบหน้าทำให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ, กลูตาไธโอนในเลือดจะลดต่ำสุด. พร้อมกันนั้นเมตะบอลิสม์ของพูรีนเพิ่มขึ้น. อาจเป็นได้ว่ากรดยูริคถูกแปลี่ยนให้เป็นแอลล็อกแซน, ซึ่งถูกรีดิวซ์ด้วยกลูตาไธโอนอีกต่อหนึ่ง.

ฮุสเซ่ย์ (Houssay, ๑๙๔๘) พบว่าหนูที่ตัดตับอ่อนออกแล้ว, เมื่อได้รับไธโอยูเรซิล. จะเป็นโรคเบาหวานน้อยลงถึง ๙๕ ปซ.ทั้งนี้โดยการเพิ่มกลูตาไธโอนขึ้นในร่างกาย. ลาซาโรว์ (Lazarow) พบว่าภายหลังฉีดแอลล็อกแซนเข้าช่องท้อง, ถ้ารับฉีดกลูตาไธโอนหรือซีย์สเทอีนเข้าหลอดเลือด. จะป้องกันการเสื่อมของเบต้าเซลล์และป้องกนโรคเบาหวานได้.

ความรู้ที่กล่าวมานี้ทำให้เกิด "ทฤษฎีกลูตาไธโอนสำหรับโรคเบาหวาน" (ค.ศ. ๑๙๔๘).

เมื่อปี ๑๙๓๔ สก็อท (Scott) พบว่าผลึกอินสุลินมีสังกะสีเป็นส่วนประกอบ ๐.๕ ปซ. โอคาโมโต (Okamoto, ๑๙๔๒) ย้อมเนื้อตับอ่อนด้วยไดเฟนิลไธโอคาร์บาไซด์ซึ่งเขาคิดขึ้นเอง. พบว่าเบต้าเซลล์มีสังกะสีมาก. โดยคำนึงจากข้อเท็จจริงว่าแอลล็อกแซนมีคุณสมบัติทำลายเบต้าเซลล์โดยเฉพาะ, ทำให้เป็นโรคเบาหวาน, และตัวมันเป็นสารเคมีที่ชอบรวมกับสังกะสี. เขาจึงได้ศึกษาสารต่าง ๆ ที่ชอบจับกับสังกะสีและพบว่าอาจแบ่งสารเหล่านี้ออกไปได้เป็น ๒ พวก. คือพวกหนึ่งเมื่อจับกับสังกะสีแล้วเกิดเป็นสารที่เป็นพิษต่อเซลล์, และทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานได้. ส่วนอีกพวกหนึ่งเมื่อรวมกับสังกะสีแล้วเป็นสารที่ไม่มีพิษต่อเซลล์, กลับสามารถป้องกันมิให้เซลล์เสียได้. งานของโอคาโมโตสรุปได้ดังนี้ :

(๑) ได้ทดลองสารเคมี ๘๖ ชนิด พบที่สามารถป้องกันพิษของแอลล็อกแซน ๓๕ ชนิด. ในจำนวนสาร ๘๖ ชนิด, ๓๓ ชนิดเป็นสารที่ชอบรวมกับสังกะสี, และ ๒๔ ชนิดเป็นสารที่ป้องกันพิษของแอลล็อกแซนได้. ส่วนอีก ๕๓ ชนิดเป็นพวกที่ไม่รวมกับสังกะสี, มีเพียง ๑๔ ชนิดเท่านั้นที่สามารถป้องกันพิษของแอลล็อกแซนได้.

(๒) ในบรรดาสารที่สามารถป้องกันพิษของแอลล็อกแซนได้, เป็นวิตะมินถึง ๘ ชนิดในพวกวิตะมินรวม, เป็นกรดอะมิโน ๗ ชนิด, กรดโฆลิค ๑ ชนิด. นอกนั้นเป็นธิโอโยรมินและโซเดียมไบคาร์บอเนท.

(๓) ในพวกสารที่ป้องกันพิษของแอลล็อกแซนได้, พวกที่รวมกับสังกะสีจะออกฤทธิ์ภายในเยต้าเซ็ลล์, เพราะฉะนั้นจะได้ผลแน่นอน. ส่วนพวกที่ไม่รวมกับสังกะสีได้แก่สารที่มีกลุ่ม SH และพวกวิตะมิน, พบว่าออกฤทธิ์ภายนอกเยต้าเซ็ลล์ทั้งสิ้น, โดยทำลายพิษของแอลล็อกแซนเสียก่อนที่จะผ่านมาถึงตับอ่อน.

ด้วยความสำคัญของสังกะสีดังนี้, โคโมโตจึงได้ตั้ง "ทฤษฎีสังกะสีสำหรับโรคเบาหวาน" ขึ้น (ค.ศ. ๑๙๔๙).

สนอง อูนากูล พ.ด., M.S. (Minn.)

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกท้ายสมุด

◎ ภาวะเลือดหย่อนน้ำตาล (ฮัยโปกลัยซีเมีย) น่าจะมีบ่อยมากกว่าที่ปรากฏในรายงานทางวิทยาการ, ถ้าจะนับรวมถึงพวกที่เป็นน้อย ๆ เข้าด้วย. อาการวิงเวียน, ปวดศีรษะ, อ่อนเพลียที่มีอยู่บ่อย ๆ, โดยเฉพาะผู้หญิง, อาจมีไม่น้อยที่เป็นผลของภาวะเลือดหย่อนน้ำตาลประเภท "เกิดเอง" (สะปอนเตเนียสฮัยโปกลัยซีเมีย), ซึ่งสมุฏฐานยังอยู่ในความมืดมัว. แต่ฮัยโปกลัยซีเมียที่เกิดจากเนื้องอกของไอสเล็กเซ็ลล์กังเรืองแรกในฉบับนั้น, ไม่มีปัญหาอย่างใดในข้อต้นเหตุ, เพราะได้รับการตรวจโดยละเอียดแล้วในตอนหลัง. การร่วมมือกันระหว่างแพทย์ฝ่ายคลินิค, ทั้งผู้เจ้าของคนไข้ (คุณหมอสุนทร บุญญานิตย์), ผู้ได้รับปรึกษา (คุณหมอเกษม ลิ่มวงศ์) และแพทย์ฝ่ายห้องทดลอง (คุณหมอสงัด กาญจนกุญชร) ทำให้สามารถทำให้โรคของคนไข้รายนี้กระจ่างแจ้งตั้งแต่ต้นจนจบ. ข้อที่น่าสนใจพึงสังเกตไว้ก็คืออาการของฮัยโปกลัยซีเมียอย่างรุนแรง, ถึงกับทำให้ชัก, และเป็นซ้ำ ๆ วันละหลายครั้ง. อาการเหล่านี้ทำให้หายได้เกือบทันทีโดยบริหารน้ำตาล. ข้อนี้จะนับเป็น "การทดสอบโดยรักษา" ก็คงได้. แต่การที่อาการกลับเป็นบ่อย ๆ ถี่ ๆ, และยิ่งมากขึ้นทุกที ๆ อย่างในคนไข้ที่รายงาน, ชวนให้สงสัยไปในทางร้ายมากกว่าที่จะเป็นฮัยโปกลัยซีเมียอย่างธรรมดา.

◎ ฮีโมช์นิวโมโธแร็กส์ เป็นภาวะที่พบมีค่อยบ่อยนัก. ยิ่งชนิดที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีการถูกอันตรายยิ่งเป็นที่หายากขึ้น. ส่วนมากของคนไข้โรคนี้มีวัณโรคเป็นต้นเหตุดั้งเดิมที่ทำให้มีความอ่อนแอในส่วนของปอด. แต่คนไข้ทั้งหมดของคุณหมอขัญญัฏิ และคุณหมอพรรณพิศ ที่รายงานนี้ไม่มีอาการแจ้งและอาการแสดงของโรคนั้นเลย. น่าสนใจศึกษาถึงสาเหตุกระตุ้นในคนพวกนี้ว่าจะเป็นอะไรแน่. แต่หนทางที่จะกระทำคงจะต้องคลำด้วยความยากลำยากมาก. สำหรับการรักษาที่ใช้ในคนไข้เหล่านี้ ต้องรับว่ามีประสิทธิภาพดีมาก, เพราะสามารถทำให้หายได้ทุกคน และในเวลาอันสั้น. ดังนั้นเมื่อมีวิธีรักษาที่

ได้ผลดีเช่นนี้เป็นความพอใจขั้นหนึ่งแล้ว. หากสามารถหาสาเหตุให้รู้แน่นอนเพื่อป้องกันได้อีกด้วย, ก็คงจะใกล้อุดมคติของการแพทย์ขึ้นไปอีก.

๏ คุณหมอสงกรานต์ นิยมเสน รักษาสัญญาของท่านดีมาก และมีเรื่องเกี่ยวกับแง่กฎหมายให้เราได้อ่านกันอีก. สำหรับเรื่องเหล่านี้เราเชื่อว่า แม้แพทย์ทั่ว ๆ ไปที่ไม่มีโอกาสต้องขึ้นศาลในฐานพยานผู้เชี่ยวชาญก็คงสนใจอ่านเพื่อประดับความรู้ด้วยกันทุกคน. เรายังมีเรื่องเช่นนี้อยู่ในสะต๊อคอีก.

๏ ย่อเอกสารเรามีถึง ๑๕ เรื่องตามมาตรฐานซึ่งเขียนขึ้นไป, และแผนกปกิณกะยิ่งใกล้ชิดมากขึ้นอีก. ดังนั้นเราหวังใจว่าท่านสมาชิกคงจะค่อยคลายข่นว่าสารศิริราชมีเรื่องน้อยไม่จุใจ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ยอกรับเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ