



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๐๑

Volume 10, Number 7, July 1958.

ปาปิลลารีย์ ซีสต์อะคิโนมา ลิมโฟมาโตซึ่ม
ของต่อมพาราไทรอยด์

บทความวารสารและรายงาน ๑๔ ราย

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ

พ.ค., F.I.C.S.

(แผนกพยาธิวิทยา)

Papillary cystadenoma lymphomat-
sum หรือ Warthin's tumor, คือเนื้องอก
ชนิดไม่ร้ายของต่อมน้ำลายพาราไทรอยด์. ตัว
เนื้องอกประกอบด้วย ส่วนสำคัญสองส่วน,
คือส่วนเอพิเลียลและส่วนลิมโฟซัยต. เนอ
งอกชนิดนี้มักจะไม่พบบ่อยเท่าเนื้องอกผสม
(mixed tumor) หรือคาร์ซิโนมา, แต่
ก็พบบ้างเป็นครั้งคราว. ศัลยกรรมควรรักษา
ถึงเนื้องอกชนิดนี้ไว้.

ประวัติ: ผู้เสนอรายงานรายแรกของ
ปาปิลลารีย์ซีสต์อะคิโนมา ลิมโฟมาโต
ซึ่มคือ Hildebrand ใน ค.ศ. ๑๘๕๕
(กล่าวอ้างโดย Orloff,⁽¹⁾ Lederer และ
Grayzed,⁽²⁾ Kraissal และ Stout⁽³⁾ และ
คนอื่น ๆ.) ต่อมาจนกระทั่ง ค.ศ. ๑๙๑๐
Albrecht และ Arzt จึงยอมรับความจำเพาะ
ของเนื้องอกชนิดนี้ และ แยกออกจากพยาธิ
สภาพอื่น ๆ ที่คล้ายได้, และให้ชื่อว่า "pa-
pillary cystadenoma" (กล่าวอ้างโดย

Orloff,⁽¹⁾ Hobmberg และ Glover⁽⁴⁾ Martin และ Ehrlich⁽⁵⁾ และคนอื่น ๆ). เมื่อ ค.ศ. 1929 Warthin เป็นคนแรกที่บรรยายเนื้องอกชนิดนี้ไว้ในวารสารการแพทย์อเมริกัน⁽¹⁾ และรายงาน ๒ ราย. ในอเมริกาจึงนิยมเรียกชื่อว่า Warthin's tumor. แต่โดยทั่วไปเรียกว่า "ปายิลลารีซีสต์อะดีโนมาลิมโฟมาโตซั่ม"

ข้อพ้อง: papillary adenolymphoma, adenolymphoma, papillary cystadenoma in lymph glands, branchiogenic cystadenolymphoma, branchiogenic adenoma, epitheliolymphoid cyst, cylindrocellular branchiogenic adenoma, branchioma, oncocytoma, branchial cyst of parotid, adenocystoma lymphomatosum, papillary lymphoid cystadenoma, branchiogenic cystadenolymphoma, orbital inclusion adenoma, papillary adenocystoma lymphomatosum, papillary lymphoid cystadenolymphoma, cystic adenoma, cystic papillary adenoma, papillary cystadenolymphoma, lymphadenoma.

อุปติการ. อายุ, เพศ, เชื้อชาติ.

ภายหลังที่ Warthin ได้รายงานแล้วก็มีคนอื่น ๆ รายงานต่อ ๆ กันมาอีก, แต่เป็นรายงาน

รายเดี่ยวหรือสองสามราย. ที่รายงานไว้มากรายมี Martin และ Ehrlich, ซึ่งใน ค.ศ. ๑๙๔๔ รายงาน ๒๒ ราย.⁽⁵⁾ ต่อมาใน ค.ศ. ๑๙๕๐ Holmberg และ Glover⁽⁴⁾ ได้ทบทวนวารสารและแสดงตารางของเนื้องอกชนิดนี้ตั้งแต่เคยมีรายงานมาจนถึง ค.ศ. ๑๙๔๕, บอกอายุ, เพศ, ตำแหน่ง, ระยะเวลาที่มาก่อนเนื้องอก, และชื่อผู้รายงาน. รวมทั้งหมกมี ๑๕๑ ราย. แล้วกรายงานเพิ่มเติมอีก ๘ ราย, รวมเป็น ๑๕๙ ราย. Thompson และ Bryant⁽⁶⁾ ใน ค.ศ. ๑๙๕๐ รวบรวมได้ ๑๖๓ ราย, แล้วรายงานเพิ่มอีก ๑๗ ราย, รวม ๑๘๐ ราย. Wheelock และ Strand⁽⁷⁾ ใน ค.ศ. ๑๙๕๔ รายงาน ๑๒ ราย. Orloff⁽¹⁾ กล่าวไว้ในรายงานทบทวนและรวบรวมเมื่อเดือนธันวาคม ๑๙๕๖ ว่ามีรายงานเนื้องอกชนิดนี้ไว้ในวารสารภาษาอังกฤษและภาษาอื่นรวม ๒๕๑ ราย. อย่างไรก็ตามก็มีคนหลายคน เช่น Orloff⁽¹⁾, Wheelock และ Strand⁽⁷⁾ เห็นว่าเนื้องอกชนิดนี้พบข้อยและน่าจะมามากกว่านี้แต่ไม่รายงานกัน.

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเนื้องอกชนิดนี้ที่พบกยเนื้องอกชนิดอื่น ๆ ของต่อมพาราไทรอยด์และของต่อมน้ำลายทั่ว ๆ ไป ปรากฏว่าพบเนื้องอกชนิดนี้ข้อยตั้งแต่ ๒ ถึง ๖ ปช. ของ

เนืองอกของต่อมพาโรติกทั้งหมด (5, 8, 9, 10, 11) และ ๑.๖ ถึง ๔.๒ ปช. ของเนืองอกทั้งหมดของต่อมน้ำลายทั่วไป (11, 12, 13).

เกี่ยวกับอายุของผู้ป่วย, Orloff⁽¹⁾ ได้รวบรวมเอาไว้จากวารสารต่าง ๆ พบว่ามีชอกอายุไว้ ๑๕๖ ราย. ๕๑ ปช. ของคนไข้มีอายุ ๔๐ ขหรือแก่กว่านั้น. ๘๑ ปช. อายุระหว่าง ๔๐-๗๐ ข. พบเพียง ๕ รายเท่านั้นที่อายุต่ำกว่า ๓๐ ข. อายุค่าที่สถิติที่เคยรายงานไว้คือเด็กชายอายุ ๒ ขวบครึ่ง. อายุถึงที่สุด ๕๒ ข. อายุเฉลี่ยทั้งหมด ๕๕ ข.

ความสัมพันธ์ของเนืองอกชนิดนี้กับเพศปรากฏว่าส่วนมากเกิดในเพศชาย. Orloff⁽¹⁾ กล่าวว่า มีรายงานชอกเพศไว้ ๒๔๑ ราย, เป็นเพศชาย ๒๐๓ ราย, หญิง ๓๘ ราย. เทียบส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๕.๓ ต่อ ๑.

เกี่ยวกับเชื้อชาติ, จากบทความทบทวนของ Orloff⁽¹⁾ พบว่ายังไม่เคยมีรายงานในนี้โกรเลย, และทั้งหมดที่เคยรายงานกันมาเป็นคนผิวขาวทั้งสิ้น, นอกจากหนึ่งรายเป็นชาวญี่ปุ่น.

อาการและข้อตรวจพบทางคลินิก.

ส่วนมาก, คือประมาณ ๕๐ ปช. ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ทั้งสิ้น, นอกจากมีก้อนขนที่ตำแหน่งต่อมน้ำลายพาโรติก, หรือบริเวณ

ใกล้เคียง. ก้อน โตช้า. คือก้อนเล็กจากรายงาน ๑๖๑ รายที่ตีพิมพ์ไว้, ระยะเวลาที่มักมีก้อนเท่ากับ ๓.๒ ข. มีลักษณะนอยทึมอาการ, คือมีเจ็บ ๑๒ ราย, ก้อนโตขึ้นทันทีรวดเร็ว ๑๐ ราย, และพร้อมกันมีเจ็บด้วย ๒ ราย, เกิดเพเซียลพาราออลิซิสก่อนผ่าตัด ๑ ราย, เคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ๑ ราย.

ตำแหน่งที่พบส่วนมากอยู่ที่ด้านหน้าของคิงไบหุ. บางทีก็อยู่ใต้ริมของขากรรไกรล่าง. บางครั้งพบที่คอทางด้านหน้า. มีอยู่ ๑๑ รายเท่านั้นที่รายงานว่าพบเนืองอกชนิดนี้อยู่ที่ตำแหน่งอื่น นอกเหนือไปจากบริเวณพาโรติก. คือ ๘ รายพบที่บริเวณต่อมแม็กซิลลารีย์, ๑ รายที่กลองเสียง, ๑ รายที่ริมฝีปากล่าง. Hevenor กับ Clark⁽¹²⁾ รายงานเนืองอกนี้ ๒๐ รายกล่าวว่า ๑ รายพบที่ขยับไปฟาริงกซ์.

เนืองอกชนิดนี้ ๕๕ ปช. พบข้างเดียว. มีรายงานไว้ ๑๐ รายเท่านั้นที่เห็นทั้งสองข้าง. พบข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาเล็กน้อย. มี ๔ รายพบเนืองอกหลายก้อนข้างเดียวกัน. นอกนั้นเห็นก้อนเดียว.

ขนาดเฉลี่ย ๓.๗ ซม. วัคในส่วนกว้างที่สุด. ๕๐ ปช. ขนาด ๒-๓.๕ ซม., ๓๐ ปช. ขนาด ๔-๕.๕ ซม., ๑๒.๕ ปช. ใหญ่กว่า ๕.๕ ซม. และ ๗.๕ ปช. เล็กกว่า ๒ ซม. ทั้งนี้

คิดจากรายงาน ๑๒๐ ราย โดย Orloff. (1) เหนือออกผิวเรียบ. ๖๑ ปช. มีเนื้อแน่น, ๓๐ ปช. นุ่ม, ๕ ปช. คล้ายยางลย. ส่วนมากซัยสติก. ๘๑ ปช. เคลื่อนที่ไต่สะเกก, ๑๕ ปช. ติดกับส่วนลึก. แต่ไม่เคยพบว่าติดกับผิวหนัง. มี ๒ รายเท่านั้นที่กตงเจ็บ. ฉะนั้นรวมความได้ว่าปายิลลารียซัยสติกอะคิโน มาลียัมโฟมาโตซิมเป็นเนื้องอกที่ผิวเรียบ, เนื้อแน่น, มักจะซัยสติก, จับเคลื่อนที่ไต่สะเกกและกตงไม่เจ็บ. แม้กระนั้นก็ไม่เคยมีใครให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องตามประวัติและการตรวจร่างกาย. ส่วนมากว่าเป็นเนื้องอกผสม.

การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยก. มีรายงานไว้ ๔ รายว่าถ่ายภาพเอกซเรย์แต่ไม่พบสิ่งผิดปกติ. Martin และ Ehrlich (5) ทำสียาโลกราฟี (sialography) ๑๒ รายแต่ก็ไม่สามารถจะช่วยการวินิจฉัยได้. สำหรับไซออปซัยโคคตควัยเข้มเจาะมีคนที่ทำไว้ ๒๓ ราย. (5,14) อ่านผลได้ถูกต้อง ๑๔ ราย (๖๑ ปช.). ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ ๘ ราย (๓๕ ปช.) และให้การวินิจฉัยผิด ๑ ราย (๕ ปช.).

การวินิจฉัยแยกโรคจาก เนื้องอกผสม อาจทำได้ในบางราย. เพราะเนื้องอกผสมไม่ค่อยเรียบ, แต่แข็งขรุขระและเป็นปุ่มป่ำ.

คาร์ซี โนม่าแพร์ กระ ขวย และ ไรค์ ที่ เป็นซัยสติกขาง อย่างแถวคอ ต้องนำมาทำการวินิจฉัยแยก.

การตรวจทางพยาธิวิทยา. เห็นเป็นก้อนกลม, รูปไข่หรือขางรายแบน. มีถุงหุ้มโดยรอบหรืออยู่ภายในถุงหุ้ม. ตัวถุงหุ้มขาง, เป็นมันใส, เรียบและเหนียว. พบเนื้อขวยมากที่ถุงหุ้มไม่รอบ, และมีเนื้องอกเข้าไปงอกอยู่ในเนื้อต่อมน้ำลาย พา ไรค์ ค. ผิวหน้าเรียบ. สีเทาแกมชมพู. ส่วนเนื้อจะแข็งมากหรืออ่อนนุ่มก็สุด แต่มีซัยสติกมากหรือน้อย. ก้อนเนื้องอกตงง่าย. พยซัยสติกขนาดต่าง ๆ. ภายในซัยสติกเป็นน้ำ, ซึ่งอาจจะใส, ชรัสหรือขางขุ่นเหมือนน่านม, หรือเหนียวเป็นเมือก, อาจมีสีน้ำตาล. อาจเห็นปุ่มปายิลลารียขยเข้าไปในซัยสติก. อาจมองเห็นจุดขาวเล็ก ๆ ของเนออลิมโฟยค.

ลักษณะทางจุลทัศน์นี้ว่าเห็นที่จำเพาะมาก, ใครเห็นครั้งเดียวจะจำได้ตลอดไป. เห็นเป็นซัยสติกมีเซลล์เฮยติเลียมชนิดปายิลลารียขย. สะโตรมาเป็นชนิดลียัมโฟยค. เซลล์เฮยติเลียมทขนนเรียงเป็น ๒ แถว. เซลล์แถวนอกเรียงเป็นระเบียบขนานกัน, สูง ๒๐-๕๐ ไมครอน. มีลักษณะเป็นเซลล์คอลลิมนาร์สูงและติดสัอิอิน. มี

นเคลือบรูปไข่เรียงเป็นแถวเหมือนกัน. ส่วน เซลล์แถวในเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ, ขนาด เล็กกว่า, รูปหลายเหลี่ยม, นเคลือบเล็ก กว่า, และชายโคพลาสมีไม่แข็งแรง. เซลล์ เอ็มบริโอเลียนบางคนว่ามีเซลล์ (15) รวมทั้ง Warthin กวีย, แต่ส่วนมากไม่พบ.

สโตรมาของส่วนยื่นปลายี่สลาวยี่เป็น เนอซันคัลยิมฟอยด์. มัลติมโฟซัยต์เป็น จำนวนมาก, อัดแน่น, และพบเจอร์มินัล- เซนเตอร์. บางทีมีฮิสทีโอไซต์หรือพลาส- มาเซลล์ปนอยู่บ้าง. เนอซันคัลยิมมันอย.

ภายในซัยสท์อาจพบวัตถุที่มีลักษณะ เป็นเม็ดตะเข็บคดคดกลมๆ, และมีเซลล์ที่ ลอกหลุด, เม็ดไขมันและผลึกของโชมเลส- เทอรอล.

การรักษา วิธีการที่ได้ผลคือการผ่า ตัดเอาชิ้นเนื้อออกออก. เทคนิคในการผ่า ตัดก็ง่ายและไม่ค่อยมีโรคแทรกซ้อนอะไร. ถ้าทราบว่าเนอซันคัลยิมคนก่อนทำผ่าตัดก็ ไม่จำเป็นต้องเลาะเอาเนอซันคัลยิมโรติกออก มาควย. เนอซันคัลยิมก็ขยตน. ฉะนั้นการตัด ออกจึงทำได้ง่ายโดยไม่เป็นอันตรายต่อประ- สาทเพศย. มี ๓ รายเท่านั้นที่รายงานว่า ต้องเลาะเอาประสาทออก. หนึ่งรายเกิด เพ็เซบลพาราลิซิสถาวร. (11) หนึ่งรายมี

พาราลิซิสชั่วคราว, หนึ่งรายเกิดพิศคลำ- ก้อนน้ำลาย (12) และ ๒ รายมีคัลยิม. (16)

ส่วนการรักษาโดยวิธีอื่นนั้นทำกันน้อย. เคยมีรายงานไว้ในเอกสาร ๑๓ รายเท่า- นั้นที่รักษาโดยใช้รังสี. ในจำนวนนั้น ๘ ราย ทำภายหลังการผ่าตัด. มี ๒ รายทำการฉาย- ชนพ่นผิว, แต่ไม่ได้ผล. ในที่สุดต้องตัด- ออก. ๒ รายทำการฝังเรเดียม. กล่าวว่าได้- ผลดี, ไม่มีกลับเป็นอีก, ภายในระยะเวลา ๓ ปี ๑ ราย, และ ๑๕ เดือน ๑ ราย. อย่างไรก็ตามก็ Orloff (1) แนะนำให้ใช้การผ่า- ตัดมากกว่าใช้รังสี.

การพยากรณ์โรค ภายหลังการผ่าตัด แล้วส่วนมากหาย, ไม่มีกลับเป็นอีก, นอก จากจะตัดออกไม่หมด. มีอยู่ ๑๖ รายเท่า- นั้นจาก ๒๕๑ รายที่กลับเป็นใหม่เฉพาะที่. จำนวนนี้เท่ากับ ๕.๕ ปร. รายที่โรคกลับ- เรวที่สุดคือ ๑ เดือนภายหลังผ่าตัด, รายที่- ช้าที่สุดคือ ๕ ปี. แต่ส่วนมากมักจะกลับ เป็นอีกภายในแรก.

เนอซันคัลยิมเป็นชนิดไม่ร้าย. มีอยู่ ๕ ราย ที่รายงานว่ากลายเป็นอย่างร้าย. (1,17)

การพยากรณ์โรคนั้นว่าดีมาก. โรค- แทรกกันน้อยมากจากการผ่าตัด.

กำเนิดของโรค เนอซันคัลยิมเกิด ขึ้นได้อย่างไร, ออกมาจากไหน, มีพยาธิย

ไว้มากมายหลายทฤษฎี. คนที่พบทวนเรอ
นมหลายคน, เช่น Orloff⁽¹⁾ Kraisal และ
Stout⁽³⁾ Ross⁽¹⁸⁾

Meyer (ค.ศ. ๑๙๐๓) ว่าเกิดจาก
เมตา เบล เซีย ของ เอบี ทีเลียมท บุษอง นำ
เหลือง. (1,18)

Kirklin และคณะ (ค.ศ. ๑๙๕๑) ว่า
มาจากเอ็ค โทเคอรัม ของ ทอนซิล ที่อยู่ผิด
ที่. (10)

Robinson และ Harless (ค.ศ. ๑๙๔๓)
ว่ามาจากแอนลาจ ของ ธีมัส ซึ่ง อยู่ ผิดที่
(misplaced thymic anlage). (15)

McNeely (ค.ศ. ๑๙๔๖) ว่าเกิดจาก
เนอปลีมฟอยดซึ่งตกค้างมาแต่ระยะเอ็มบริย
โอในต่อมน้ำลาย. (1,18)

Warthin เองและคนอื่น ๆ เช่น Hevenor
(12) คิดว่างอกจากฟาร์ริงเจ็ลเอ็นโตเคอ
รพิคท, และน่าจะเป็นไคมากที่สุดว่ามันมา
จากหัลลอคยัสเตเมียน, เพราะเขาพบเซลล์
มซเลียและเหมือนกบทยหัลลอคยัสเตเมียน.
แต่คนส่วนมากไม่พบซเลีย. Gaston และ
คณะว่าซเลียที่พบเป็นอาร์ตแพคท์. (19)

“Branchiogenic theory” โดย Aska-
nazy, (20) Ssobolew. (21) และคนอื่น ๆ ว่า
มาจากส่วน ท เหลือ จาก แบริง เมยล เพาซ.
ทฤษฎีคล้ายของ Warthin มาก, นอกจาก

ไม่จำต้องมีเฮเทอโรโทเปีย.

Kraisal และ Stout⁽³⁾ เชื่อว่ากำเนิด

มาจากส่วนเหลือของ “orbital inclusion”
คือส่วนหนึ่งของเอ็มบริยโอซึ่งมี ในสัตว์กิน
เนอียงซันคและเป็นต้นกำเนิดของต่อมน้ำ
ลายส่วนออรับคัล.

Hamperl (2) และคนอื่น ๆ เสนอว่าต้น
ตอของเนองอกซันคคอกของโคซัยค (onko-
cyte).

Albrecht และ Arzt กับคนอื่น ๆ เช่น
Lederer และ Crayzed⁽²⁾, Plaut⁽¹⁶⁾ และ
Nicholson⁽²³⁾ รวมทัง Thompson และ
Bryant (6) ว่าเอบี ทีเลียมของต่อมน้ำลายที่
อยู่ผิดที่, ซึ่งอยู่ในต่อมน้ำเหลืองภายในต่อม
น้ำลายเป็นตัวทำให้เกิดเนองอกซันคทกล่าว
ถึงน.

ในทศต Orloff (1) และคนอื่น ๆ ส่วน
มากในขณะเชื่อว่าเนองอกซันคก มา จาก
เอบี ทีเลียมของท่อพาโรติค.

รายงานผู้บ่วย

ในแผนกพยาธิวิทยา, ว.พ. ศึรราช,
พยวาริน'ส ท เมอร์ ๕ ราช, คอ พ.ศ.
๒๔๕๕, ๑ ราช (เลขท. ๕-๕๓๑๗), พ.ศ.
๒๔๕๖, ๑ ราช (เลขท. ๕-๑๓๘๕๔),
พ.ศ. ๒๔๕๘, ๒ ราช (เลขท. ๕๘-๑๖๒๓

และ ๕๕-๑๗๘๕, หรือ ๕๕-๕๕, เพราะ
ตรวจเช็คชั้น ๒ ครั้ง), พ.ศ. ๒๔๕๕, ๓
ราย (เลขที่ ๕๕-๒๗๐, ๕๕-๓๒๖๖ และ
๕๕-๓๘๒๖), พ.ศ. ๒๕๐๐ ๒ ราย (เลข
ที่ ๐๐-๒๓๖๔ และ ๐๐-๒๕๒๓).

ระหว่างที่ตรวจงานได้ไปอ่าน เช็ค ชั้นที่
ร.พ. มีสชั้น, สะพานมรราช, พยเนองอก
ชนคนอก ๑ ราย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐
(เลขที่ BSH ๕๗-๑๐๖๐).

นอกจากนี้ระหว่างที่ตรวจงานไปศึกษา
เรื่องร้อยร้อยไตติสในแผนกพยาธิวิทยาของ
โรงพยาบาลอื่นๆ ได้พบเนองอกชนคนอก
๔ ราย, คือที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ๑ ราย
(เลขที่ ๐๐-๑๕๗๕), ที่ ร.พ. พระมงกุฎ-
เกล้า ๒ ราย (เลขที่ ๔๗๗-๕๖ และ
๓๒๐๐-๒๕๐๐), ที่ ร.พ. ห้าง ๑ ราย
(เลขที่ ๔๔๐๓, ๕๕).

ผู้ช่วย ๑๔ รายเป็นผู้ชายทั้งสิ้น, ชาว
ไทย ๗ ราย, จีน ๖ ราย, ไม่ทราบเชื้อชาติ
๑ ราย, มีอายุตามลำดับน้อยไปหามาก,
คือ ๔๑, ๔๕, ๔๕, ๕๐, ๕๑, ๕๒,
๕๕, ๖๐, ๖๐, ๖๒, ๖๓, ๖๔,
และ ๗๒ ปี, อายุน้อยที่สุดคือ ๔๑ ปี,
อายุสูงสุด ๗๒ ปี, อายุเฉลี่ย ๕๖.๒ ปี.

ผู้ช่วยรายที่ ๑ พ.ล. (๓๐ มกราคม
๒๔๕๔) ชาย, ไทย, อายุ ๗๒ ปี, มีก้อน

ขมที่ขากรรไกรบน. ไม่ทราบว่าข้างขวา
หรือซ้าย. ไม่มีอาการเจ็บปวด. กัดไม่เจ็บ
และเคลื่อนไหวได้. ฝ่ายคลินิกเข้าใจว่าเป็น
ลึ้ม โพซาร์ โคมาของ ต่อม น้ำเหลือง ซัย
แมกซิลลารี.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วย ตาเปล่า
เป็นเนอซันเล็ก, ค่อนข้างนุ่ม, ส่วนหน้าคด
แข็งและมีสนาตาล.

ผู้ช่วยรายที่ ๒ จ.จ. (๗ สิงหาคม
๒๔๕๖) ชาย, จีน, อายุ ๖๐ ปี. มีก้อนที่
มุมคางข้างซ้ายมา ๕-๖ ปี. ไม่เจ็บปวด.
กัดไม่เจ็บ. ฝ่ายรักษาเข้าใจว่าต่อมน้ำเหลือง
ที่คออักเสบ, ไม่ทราบสาเหตุ, และต้องการ
แยกจากเนองอกชนคนอกราย.

การตรวจ ทางพยาธิวิทยาด้วย ตาเปล่า
เป็นเนอ ๓ ชั้น, ขนาด ๓x๒x ๑.๕, ๓x
๒.๕x ๑.๕ และ ๓.๕x๒.๕x๒ ซม. มี
แคปซูลหุ้ม, อ่อนนุ่ม, เปราะ, และสีขาว-
ปนเทา.

ผู้ช่วยรายที่ ๓ ท.ค. (๖ กรกฎาคม
๒๔๕๘) ชาย, ไทย, อายุ ๕๐ ปี. มีก้อน
ที่คอข้างขวา ๑๐ ปี. ตอนแรกก้อนเล็ก.
โตเร็วใน ๒ ปีหลัง. ไม่เจ็บ. ฝ่ายรักษา
สงสัยลึ้มโพซาร์โคมา.

การตรวจ ทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า

เนอคอนข้างแข็ง, สีขาวปนเหลือง, ขน,
ขนาด ๓.๕x๒.๕x ๑.๓ ซม. มีแคปซูล
หุ้ม.

ผู้ช่วยรายที่ ๔ ส.จ. (๑๑ มกราคม
๒๔๕๕) ชาย, ไทย, อายุ ๔๕ ปี. มีก้อน
ขวมทบริเวณสามเหลี่ยมด้านหน้าของคอ,
หลังมุมของคาง, มานาน ๓ เดือน. ไม่เจ็บ
ปวด. ผู้รักษาเข้าใจว่าเป็นลัมฟองคิโน
ปาลิย์.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า
ก้อนเนอขนาด ๓.๕x๒x๑.๕ ซม., สีนา
ตาล, แข็ง, มีแคปซูลหุ้ม.

ผู้ช่วยรายที่ ๕ บ.ท. (๒๘ มกราคม
๒๔๕๕) ชาย, จีน, อายุ ๕๑ ปี. มีก้อน
ทรงกลมของขากรรไกรล่างทางขวา ๒-๓
สัปดาห์. ไม่มีอาการเจ็บปวด, แต่กดเจ็บ
เล็กน้อย. ผู้รักษาว่าเป็นวัณโรคของต่อม
น้ำเหลือง.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า
เนอขนาด ๒x๒x๑ ซม. สีขาวและแข็ง.

ผู้ช่วยรายที่ ๖ จ.ช. (๒๕ ตุลาคม
๒๔๕๕) ชาย, จีน, อายุ ๔๑ ปี. ขวมที่
หน้าคานซ้ายติดกับกล้ามเนื้อคอไคโล
โตมาสตอยด์. ไม่ทราบว่าเริ่มมานานเท่า
ใด. ผู้รักษาว่าเป็นต่อมน้ำเหลืองของคออก
เสบ.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า:
เนออ่อนนุ่ม, ขนาด ๓x๒x๑ ซม., สีขาว
ปนเทา. มีถุงน้ำและแคปซูลหุ้ม.

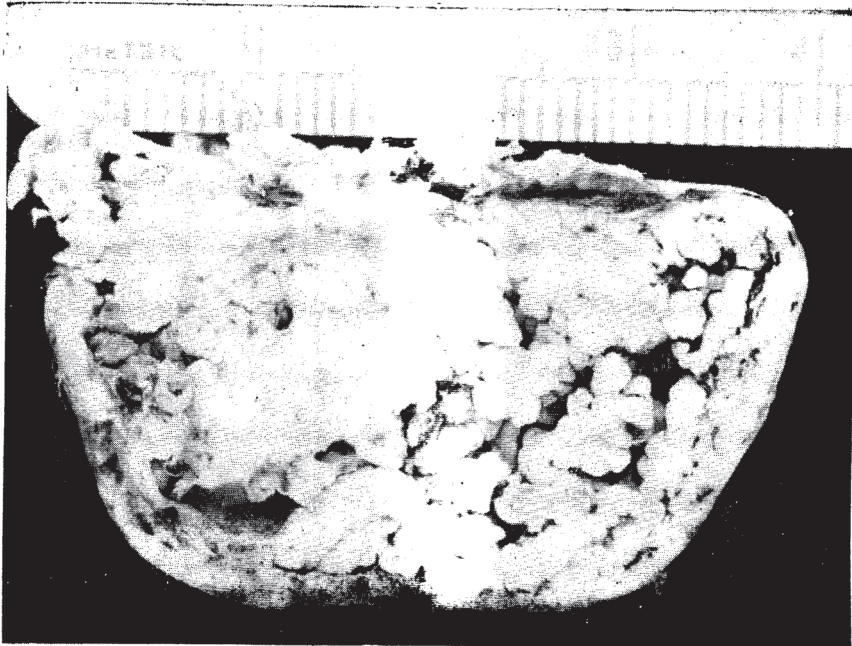
ผู้ช่วยรายที่ ๗ พ.ท. (๖ ธันวาคม
๒๔๕๕) ชาย, จีน, อายุ ๖๐ ปี. มีก้อน
ที่หน้า, ทรงกลมข้างขวา, ขนาดเส้น
ผ่าศูนย์กลาง ๕ ซม. ก้อนเรียบ, เคลื่อน
ที่ไ้. ไม่มีอาการเจ็บปวด. กดไม่เจ็บ. ผู้
รักษาว่าเป็นวัณโรคของต่อมน้ำเหลือง.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า:
เนอสีน้ำตาลอ่อน ๒ ชิ้น, ขนาด ๑.๕x๑x
๐.๕ และ ๑.๕x๑.๒x๐.๕ ซม.

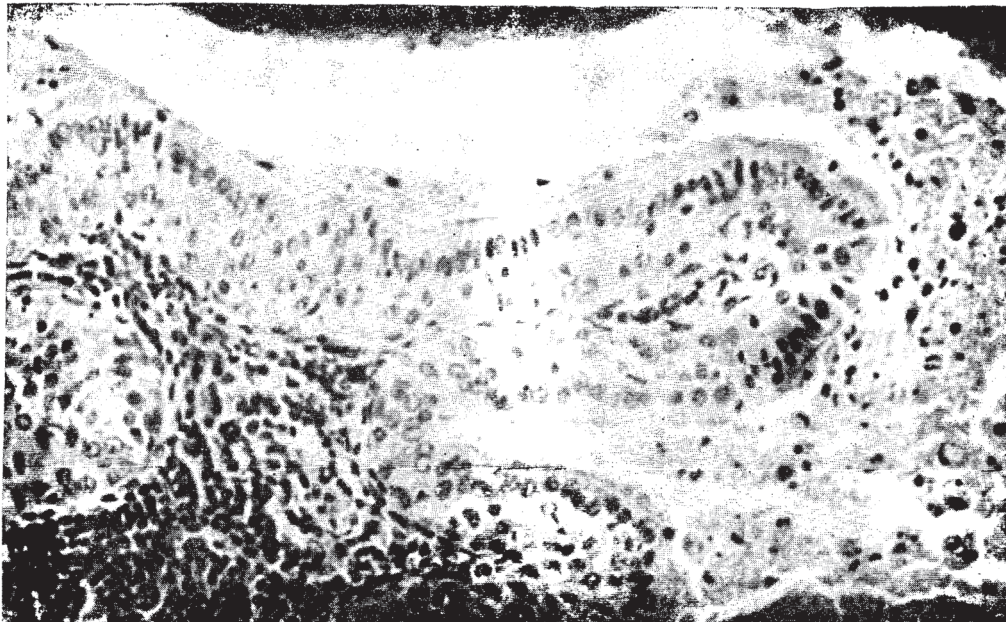
ผู้ช่วยรายที่ ๘ ส.ค. (๑๐ กรกฎาคม
๒๕๐๐) ชาย, จีน, อายุ ๕๕ ปี. มีก้อน
ที่คอข้างซ้ายมา ๑ ปี, ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง
๕ ซม. ก้อนแข็ง, เคลื่อนไหวไ้, ไม่มี
อาการเจ็บปวด, กดไม่เจ็บ. ทางฝ่าย
รักษาเป็นต่อมน้ำเหลืองอกเสบ.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า:
ก้อนขนาด ๔x๒.๕x๒ ซม. แข็งเหมือน
ยาง. มีถุงน้ำและมีขี้ล้าขุ่นเข้าไปในถุง
น้ำ.

ผู้ช่วยรายที่ ๙ พ.ว. (๒๓ กรกฎาคม
๒๕๐๐) ชาย, ไทย, อายุ ๖๓ ปี. มีก้อน
ที่หลังซ้ายมา ๕ เดือน. ไม่มีอาการเจ็บปวด



ภาพที่ ๑. ก้อนเนื้องอก วารัฐิน (รายที่ ๘) ดังที่เห็นด้วยตาเปล่า (ในภาพนี้ขยายประมาณ ๒ เท่าของธรรมชาติ)



ภาพที่ ๒. ภาพถ่ายจุลทัศน์ (จากรายที่ ๘) (x๑๐๐)

นอกจากผิวหนังบริเวณก้นกึ่ง. ฝ่ายรักษาว่าค่อมหน้าเหลืองอีกเสียบ.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า: เนื้อค่อมหน้าลาย ๑ ชิ้นขนาด ๑.๗x๐.๗ ซม. และก้อนกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒.๒ ซม. อ่อนนุ่ม, เบื่อเยื่อ, สีเหลือง.

ผู้ช่วยรายที่ ๑๐ (ร.พ. มีสชน, สะพานยมราช) ชาย, จีน, อายุ ๕๒ ปี. มีก้อนที่ขากรรไกรล่างทางขวา. ไม่ทราบว่าเป็นมานานเท่าใด. ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางฝ่ายรักษา.

การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตาเปล่า: ก้อนเนื้ออกอ่อนนุ่ม, รูปไข่, ขนาด ๓x๓x๒.๕ ซม.

ผู้ช่วยรายที่ ๑๑ (ร.พ. จุฬาลงกรณ์) ชาย, ไทย, อายุ ๖๓ ปี. มีก้อนที่บริเวณค่อมหน้าลายพาโรติกข้างซ้ายมา ๒ ปี. ปวดตื้อๆ เป็นบางครั้ง. ฝ่ายรักษาว่าลึ้มไฟ-ซาร์โคมา.

การตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าผิวหนังมีการอักเสบอย่างปัจจุบันด้วย.

ผู้ช่วยรายที่ ๑๒ (ร.พ. พระมงกุฎเกล้า) ชาย, ไทย, อายุ ๔๕ ปี. ไม่ทราบประวัติอย่างอื่นอีก.

ผู้ช่วยรายที่ ๑๓ (ร.พ. พระมงกุฎเกล้า) ชาย, ไทย, อายุ ๖๔ ปี. มีก้อนที่มุมข้างซ้ายขวา ๕-๖ เดือน, ขนาดไข่ไก่, แข็ง, เรียบ, ติดกับที่เล็กน้อย, ไม่เจ็บปวด, กดไม่เจ็บ. ฝ่ายรักษาว่าเป็นค่อมหน้าเหลืองอีกเสียบ.

ผู้ช่วยรายที่ ๑๔ (ร.พ. หญิง) อายุ ๖๒ ปี. เย็นที่บริเวณค่อมหน้าลายพาโรติกข้างซ้าย.

ส่วนการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ทราบมีลักษณะจำเพาะของเนื้องอกชนิดนี้, ไม่มีอะไรเห็นที่น่าสงสัย. (โปรดดูรูป).

วิจารณ์

เท่าที่ทราบยังไม่เคยมีรายงานเนื้องอกชนิดนี้มาก่อนในวารสารการแพทย์ของไทย. รายงาน ๑๔ รายงานน่าจะเป็นรายงานแรก. จำนวน ๑๔ รายงานนี้แม้จะไม่มากนัก, แต่ก็แสดงว่าแพทย์มีโอกาสพบเนื้องอกชนิดนี้ได้เป็นครั้งคราว, ไม่ถึงกบหายาก. เกือบทุกข้อพิจารณาของเนื้องอกนี้, ในการพบ ๕ รายที่ ร.พ. ศิริราชปรากฏว่าในระยะเดียวกันมีเนื้อคล้ายกรรมส่งมาตรวจ ๑๘, ๕๒๖ ราย, เป็นเนื้อจากค่อมหน้าลาย ๑๕๖ ราย และเป็น

เนองอกผสมของต่อมน้ำลายพาโรติก ๖๐ ราย.

เนองอกชนิดนี้ตามท Orloff (1) ได้รวบรวมไว้ว่าจนถึงเดือนธันวาคม ๒๔๕๕ มีรายงานไว้ในวารสารต่าง ๆ รวม ๒๕๑ ราย, และวิจารณ์ว่าความจริงมีมากกว่านี้แต่ไม่รายงานกัน. ภายหลังจากงานของ Orloff แล้วก็มีรายงานเนองอกนอกมากราย, เกินจำนวน ๒๕๑ รายไปมาก, (24) สันนิษฐานว่าเนองอกของวารชินพยช้อยกว่าที่เราเข้าใจ, กลายเป็นเนองอกชนิดที่พบก่อนข้างจะช้อยไปแล้ว. แพทย์จึงควรสนใจเนองอกนอกมากขึ้น เพราะอาจไปตรวจพบในผู้ป่วยเมื่อไรก็ได้.

ผู้ป่วย ๑๔ รายนี้เป็นคนไทย ๗ ราย, คนจีน ๖ ราย; ไม่ทราบเชื้อชาติ ๑ ราย. เกยวกับเชื้อชาติ Orloff (1) ว่ายังไม่เคยมีรายงานในคนนีโกรเลย, และทั้งหมดที่รายงานมาเป็นคนผิวขาวทั้งสิ้น, นอกจากรายเดียวเป็นชาวญวน. การเสนอรายงานนี้จึงเป็นการแสดงว่าเนองอกนพบได้ ในคนไทยและคนจีน. อย่างไรก็ตาม Orloff (24) บอกว่าเขาเองเคยพบในนีโกร, แต่ไม่ได้รายงานไว้ในวารสาร, แสดงว่าเชื้อชาติไม่สำคัญจะมีความสำคัญอะไรมาก, เพราะพบได้ในเชื้อชาติต่างๆ.

ในแง่ความสัมพันธ์เกยวกับเพศ, ผู้ป่วยทั้ง ๑๔ รายนี้เป็นเพศชายทั้งสิ้น. ยังไม่พบในเพศหญิงเลย. ขอนนยว่าน่าสนใจ. ความจริงก็พบได้ในเพศหญิง, นอกจากพบน้อยกว่าเพศชาย. ตามรายงานของ Orloff (1) เทียบส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๕.๓ ต่อ ๑. แม้ว่าในขณะที่เรายังไม่พบในเพศหญิงเลย, ต่อๆ ไปก็อาจจะพบได้. เรืองนต้องรอดกันต่อไปนาน ๆ และจำนวนรายต้องมากกว่านี้, จึงจะลงความเห็นได้ว่าของเรามีอะไรผิดแปลกหรือเหมือนกับการรายงานของคนอื่น ๆ.

ส่วนที่เกยวกับอายุ, ของเราไม่พบบ่ากว่า ๕๐ ปีลงมาเลยและมีอายุเฉลี่ย ๕๖.๒๒ ปี. อายุต่ำที่สุดคือ ๔๑ ปี, สูงสุด ๗๒ ปี. เรืองนใกล้เคียงกับรายงานของ Orloff (1) มาก, เพราะเขาพบว่า ๕๑ ปีช. คนไข้มีอายุ ๔๐ ปี หรือแก่กว่านั้น, และอายุเฉลี่ย ๕๕ ปี. อย่างไรก็ตามก็เกยวแก่อายุควรสังเกตว่าอายุต่ำที่สุดที่เคยรายงานไว้พบในเด็กชายอายุ ๒ ขวบครึ่งเท่านั้น, และอายุสูงสุดเท่าที่เคยพบกันมากคือ ๕๒ ปี.

อาการของผู้ป่วยส่วนมากบอกว่ามีก้อนเกิดขึ้นที่บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติกหรือแถวมนขากรรไกรล่าง. ก้อนโตช้าและไม่

มีอากาศ. ไม่มีความเจ็บปวด, และไม่เจ็บ
เมื่อกดที่ก้อน. ยกเว้นหนึ่งรายมีปวดตบๆ
บางครั้ง, ซึ่งในรายงานพยากรอักเสบของผิว
หนึ่งบริเวณก้อน, มี ๒ รายกดเจ็บเล็กน้อย,
ซึ่งไม่สำคัญ. หนึ่งรายรู้สึกผิวหนังตรง
ก้อน ตึงกว่าปรกติ, เพราะก้อนนั้นขึ้นมา.
ก้อนเคลื่อนไหวได้, ไม่ติดกับผิวหนังหรือ
เนื้อรอบๆ ก้อน, ยกเว้นหนึ่งรายที่ติดเล็ก
น้อย.

ระยะเวลาที่ก้อนเกิดเฉลี่ย ๓ ปี รายงาน
สั้นที่สุด ๓ สัปดาห์, นานที่สุด ๑๐ ปี. มี
๑๖ รายก้อนโตเร็วใน ๒ ปีท้าย. อีก ๑ ราย
ก้อนใหญ่ขึ้นใน ๖ สัปดาห์.

ทุกรายเป็นขางเดี่ยว, และมีก้อนเดี่ยว.
เกิดที่ขาขวา ๕ ราย, ข้างซ้าย ๖ ราย, ไม่
ทราบข้าง ๓ ราย. อย่างไรก็ตามเคยมีรายงาน
ในวารสารการแพทย์ที่พบเป็นทั้ง ๒ ข้างและ
มีหลายก้อน.

การวินิจฉัยโรคทางฝ่ายรักษาว่าเป็น
ลิมโฟมาชนิดในทิส ๔ ราย, ลิมโฟซาร์โคมา
๓ ราย, ทูเบอร์คูลิสลิมโฟมาชนิดในทิส ๒ ราย,
ลิมโฟมาชนิดในปาริ ๑ ราย, ต่อมน้ำเหลือง
คอติดเชื้อ ๑ ราย, อีก ๓ รายไม่มีการ
วินิจฉัยโรคทางฝ่ายรักษา. จะเห็นได้ว่า
ไม่มีรายใดให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องก่อน
การตรวจทางพยาธิวิทยา. ขอนกเหมือน

กับรายงานทั่วไปในวารสารต่าง ๆ, ผิด
กันก็แต่ว่าส่วนมากเขามักให้การวินิจฉัยโรค
ว่าเป็นเนื้องอกผสมของต่อมน้ำลาย. ส่วน
ของเราว่าเป็นต่อมน้ำเหลืองทงนน.

ในการรักษาทั้ง ๑๔ รายได้ตัดเอาก้อน
ออกหมด. มี ๑ รายตัดเอาต่อมน้ำลาย
ออกมากด้วยเล็กน้อย. ขนาดของก้อนเนื้อ
งอกที่ใหญ่ที่สุดมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๔ ซม.
ลักษณะในกล้องจุลทรรศน์ทุกรายมีลักษณะ
จำเพาะเป็นเนื้องอกชนิดนี้. ไม่พบเซลล์.
ไม่มีอะไรแสดงว่าเป็นเนื้อร้าย.

การติดตามผลทำได้ ๓ รายเท่านั้น, คือ
๑ รายติดตามได้ ๔ ปี ๒ เดือน, อีก ๒ ราย
ติดตามได้ ๔ เดือน. ไม่มีรายใดงอกขึ้นมา
อีก. ไม่มีรายใดได้รับการรักษาทางรังสี.
การผ่าตัดเอาก้อนออกได้ผลดี

สรุป

๑. ใ้คกล่าวถึงประวัติ, ซอพอง, อัมพาต
การ, อายุ, เพศ, ชาติ, อาการและข้อ
ตรวจพบ, การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัย
แยกโรค, การตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยตา
เปล่าและด้วยกล้องจุลทรรศน์, การรักษา,
การพยากรณ์โรคและกำเนิดของโรคของ
เนื้องอกปาล์ลลารับชยัสตอะคิโนมา ลิมโฟ-
โฟมาโตซม, หรือเนื้องอกของวารินของ

ต่อมน้ำลายพาโรติกแต่โดยย่อ.

๒. รายงานผู้ช่วยด้วยโรคนี้ ๑๔ ราย เป็นการเพิ่มเติม.

๓. เนื้องอกชนิดนี้พบได้ในคนไทย และจีน, ซึ่งไม่เคยมีรายงานมาก่อนเลย.

๔. เนื้องอกชนิดนี้พบได้บ่อยกว่าที่เข้าใจ. แพทย์ควรนึกถึงเนื้องอกชนิดนี้ไว้, โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ชาย, อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป, มีก้อนแถวบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติกหรือท่อมของขากรรไกรล่าง โดยผู้ช่วยไม่มีอาการใดๆ ทั้งสิ้น, ก้อนเคลื่อนไหวได้ สบายและกดไม่เจ็บ, ขนาดของก้อนไม่ใหญ่ มาก.

เอกสาร :

1. M.J. Orloff: Benign Epitheliolymphoid Lesions of the Parotid Gland, Papillary Cystadenoma, Lymphomatousum and Mikulicz's Disease, Collective Review. Surg. Gyn. Obst., Internat. Abstr. Surg., 103: 521-541, 1956.
2. M. Lederer and D.M. Grayzel: Arch. Path. 34: 833-842, 1942.
3. C.J. Kraissl and A.P. Stout: Arch. Surg. 26: 485-499, 1933.
4. R.E. Holmberg and D.M. Glover: Surgery, 29: 240-248, 1951.
5. H. Martin and H.E. Ehrlich: Surg., Gynec., & Obst. 79: 611-623, 1944.
6. A.S. Thompson and H.C. Bryant: Histogenesis of Papillary Cys-

tadenoma Lymphomatousum (Warthin's Tumor) of the Parotid Salivary Gland. Am. J. Path., 26: 807-850, 1950.

7. M.C. Wheelock and C.M. Strand: Surg. Gynec. & Obst., 98: 571-574, 1954.
8. J.B. Brown, F. McDowell and M.P. Fryer: Direct Operative Removal of Benign Mixed Tumors of Anlage Origin in the Parotid Region with Summary of Parotid Tumors in General. Surg., Gynec. & Obst. 90: 257-268, 1950.
9. A.P. Jerome: Ann. Surg., 140: 164-169; 1954.
10. J.W. Kirklin, J.R. McDonald, S.W. Harrington and G.B. New: Parotid Tumors. Histopathology, Clinical Behavior, and End Results. Surg., Gynec. & Obst., 92: 721, 1951.
11. S.F. Marshall and G.O. Miles: Surg. Clin. N. America, 27: 501, 1947.
12. E.P. Hevenor and C.E. Clark: Surg., Gynec. & Obst., 90: 746-751, 1950.
13. W.H. Baure and J.D. Bauer: Classification of Glandular Tumors of Salivary Glands. Arch. Path., 55: 328-346, 1953.
14. H.E. Martin and E.B. Ellis: Surg., Gynec. & Obst., 59: 578-580, 1934.
15. D.W. Robinson and M.S. Harless: Papillary Cystadenoma Lymphomatousum of the Parotid Gland. Surg., Gynec. & Obst., 76: 449-452, 1943.
16. J.A. Plaut: Ann. Surg., 116: 43-53, 1942.
17. J.M. Hanford: Ann. Surg., 94: 461-464, 1931.
18. D.E. Ross: Salivary Gland-Tumors. Illinois, Charles C. Thomas, 4, 1955.

19. E.A. Gaston and C.G. Tedeschi: loff. Ref. 1 and D.E. Ross, Ref. 18.
Ann. Surg., 123: 1075-1089, 1946.
20. Askanazy, cited by A.S. Thompson and H.C. Bryant: Jr. Ref. 6.
21. Ssobolew, cited by M.J. Orloff. Ref. 1.
22. Hamperl, cited by M.J. Orloff. Ref. 1 and D.E. Ross, Ref. 18.
23. G.W. Nicholson: Studies on Tumour Formation. Guy's Hosp. Rep., Lond., 73: 37-64, 1923.
24. M.J. Orloff: Personal Communication, 1958.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณียบัตรและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้ฝากการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the fore-going Article)

PAPILLARY CYSTADENOMA LYMPHOMATOSUM
OF PAROTID GLAND

Review of Literature and Report of Fourteen Cases

Tinaratha Sthitnimarnkarn

M.D., F.I.C.S.

(Dept. of Pathology)

This is a review of literature on Warthin's tumour with brief report of 14 cases collected in hospitals in Bangkok. Incidence was 9 out of 18526 surgical specimens (Siriraj Hospital) in the years 1951 to 1957; during the same period there were 196 specimens of salivary gland, of which 60 were mixed tumours. Of the 14 patients all were men between the ages of 41 and 72 years (average 56.2); 7 were Thai, 6 were Chinese, 1 not recorded. There was no serious complaint other than that of a growing mass. All

tumours except one were freely mobile, unilateral and single. Six were recorded on the left side, 5 on the right; others were not recorded. In all cases the mass was clinically diagnosed as lymph nodes, with diagnoses of lymphadenitis, lymphosarcoma, tuberculous lymphadenitis, lymphadenopathy, infected lymph node. The mass was successfully removed by operation in all cases, and showed typical microscopic features.

(Two figures. 24 references.)

การปฏิบัติรักษาผู้ป่วยอัลเลอร์ยีอย่างปัจจุบัน

ประเสริฐ ทองเจริญ

พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

แพทย์จะได้พบเห็น ผู้ป่วย อัลเลอร์ยีได้เสมอ และมี บาง ราย ที่ ต้อง การ การ ปฏิบัติ อย่างปัจจุบันและถูกต้อง. รายเช่นนี้มีโรค หอบหืดอย่างรุนแรงและไม่หาย (Status Asthmaticus), โรคแพ้เซรัม, แองจิโอเนิวโรติก อีดีมา, และอนาฟิแลคติก ช็อก. ผู้ที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง จำเป็นต้องมี ความรู้ วิชาพื้นฐานเกี่ยวกับโรคนี้, คือสรีรวิทยา และพยาธิวิทยาของโรคและเภสัชวิทยาของ ยาที่จะใช้รักษาโรคพอสมควร.

อัลเลอร์ยีเป็นปฏิกิริยาชนิดหนึ่งของ ปฏิกิริยาแอนติเจนแอนติบอดี. เข้าใจว่า ปฏิกิริยานี้เกิดที่ผนังเซลล์ของอวัยวะต่างๆ. เราเรียกแอนติเจนที่ทำให้เกิด ปฏิกิริยา อัลเลอร์ยีว่าอัลเลอร์เจน. อวัยวะที่เกิด การแพ้ภัยได้แก่หลอดลม, ผิวหนัง, เนื้อ ต่างๆ ที่ ประกอบ ขึ้น ด้วยโปรตีน ชนิดที่ ละลายน้ำได้, คาร์โบไฮเดรตหรือสารเคมี อื่นๆ ที่ม่าน้ำหนักโมเลกุลต่ำ. มีผลแบ่งอัลเลอร์เจนออกเป็น ๕ หมู่ใหญ่ดังต่อไปนี้

๑) สิ่งที่ถูกเข้าไป, ได้แก่ฝุ่นละออง ต่างๆ, เกสรดอกไม้.

๒) สิ่งที่มีประทานเข้าไป, ได้แก่ อาหารทะเล, กุ้ง, ปลา, หอย.

๓) เซอโรค, หมายถึงเซอรัมคเตรี และไวรัสที่เข้าไปเจริญได้ในร่างกาย.

๔) สิ่งที่ถูกเขาร่างกายได้, มีสอง พวกคือ เซรัมสัตว์ และสารที่ไต่จากสัตว์, เช่นอินสูลิน; อีกพวกหนึ่งเป็นยาประเภท แอนติไบโอติก. ที่พบได้บ่อยในขณะนี้คือ เพนิซิลลิน, และยาอื่น ๆ เช่น ไอโอโดท.

๕) สิ่งที่ถูกดองกับผิวหนัง, เช่นคอกไม้, ผงซักฟอก, เครื่องสำอางค์, สี, ยาง, แมลงและหนังสัตว์, เป็นต้น.

แต่ละคนย่อมมีความไวต่ออัลเลอร์เจน ต่างๆกัน. สมองแรกมักจะมีประวัติการ แพ้อย่างเดียวกันในครอบครัว. แต่มักไม่ พบประวัติเช่นนั้น ในสามหมหล่ง. เนื้อที่ถูก ขยี้โดยแอนติบอดีนั้นเราเรียกว่า “เนื้อที่ แพ้” (Sensitized Tissue).

ถ้าแอนติเจนถูกนำเข้าไปในร่างกายอีก,

โดยวิธีใด ๆ ก็ตาม, จะเกิดปฏิกิริยาของการแพ้ ขนทันที, ที่เราเรียกว่าปฏิกิริยาอัลเลอร์ยี. ปฏิกิริยาอาจจะปรากฏอาการได้รวดเร็วในเวลาไม่เพียง กี่วินาที โดยมี การปล่อยสาร คล้ายฮีสตามีนออกมา ในระบบไหลเวียน, ทำให้หลอดเลือดฝอยที่อยู่ใกล้เคียงขยายตัว, ของเหลวจะผ่านออกมาได้มาก, ทำให้เกิดผื่นที่เรียกว่า “วีล” (Wheal) หรือลมพิษ, อาจไปทำให้เกิดการวม ของเยื่อเมือก ทับหลอดลมก็ได้. ระยะเวลาที่ทำให้เกิดแอนติบอดีเพื่อที่จะทำให้เกิดเนื้อไวต่อสิ่ง ที่ ผิดเขาร่างกาย ได้กินเวลาประมาณ ๗-๑๐ วัน.

ก. โรคหอบ หืด อย่าง รุนแรง และ ไม่หยุด

โรคนี้เชื่อกันว่าเป็นโรคที่ เกิดจาก ปฏิกิริยาอัลเลอร์ยี, และเป็นโรคที่รุนแรง, ทรมาณผู้่วยเป็นอย่างมาก. จึงจำเป็นจะต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน เพื่อดักอากาศ หอบและป้องกันโรคแทรก. กว่าครึ่งหนึ่งของผู้่วยจะมีโรคติดเชื้อ อย่างปัจจุบันของ หลอดลมและปอดอยู่ด้วย. ในขณะที่มีอาการหอบหืดอย่างรุนแรง, ต้องใช้กำลัง ในการหายใจเข้ามากจน, และขณะหายใจ

ออกก็ต้องออกแรงมากกว่าธรรมดาด้วยเพื่อที่จะเอาชนะการบีบรัดตัวของหลอดลมเล็กๆ, ทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพลียลง, กระบังลมทำงานอ่อนลง, ทำให้ทรวงอกอยู่ในท่าหายใจเข้ามาก ๆ. เลือดได้รับออกซิเจนไม่พอเพียง, เกิดภาวะขาดออกซิเจน, บริเวณผิว ๆ ของปอดมีถุงลมโป่งพอง, และ แลยชายปอดมีลักษณะวม.

ขณะหอบหืดพบว่า มีพยาธิสภาพ คือ เยื่อเมือกทาบหลอดลมวม, ชัก, หนา, มีมูกเหนียวติดอยู่. ในชั้นชั้นมีโคซามือโอสิโนฟิลและพลาสมาเซลล์อยู่มาก. เยื่อฐานขาด. มีการเพิ่มจำนวนเซลล์ของเนอกลามเรียบของ หลอดลม, และบีบรัดตัวทำให้หลอดลมคีย์ลง. ในถุงลมมีลมซึ่งมากกว่าปกติจนเกือบโป่งพอง.

โรค หอบหืด มีโรคแทรกซ้อนได้มากมาย, คือเยื่อหุ้มปอดอักเสบ, เอ็มฟิซมา. เอ็มฟิซมาของเมดิแอสทีนัมและของชั้นใต้ผิวหนัง, ปอดแฟบบางส่วน, อากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด, หัวใจล้ม, และปอดอักเสบ.

การปฏิบัติรักษา จุดประสงค์คือต้องการ ดักอากาศหอบหืดให้เร็วที่สุด. การรักษาจึง

อาจต้องใช้หลายวิธี หรือใช้ยาหลายอย่าง
ในขณะเดียวกัน ก็จะได้แยกกล่าวเป็น
หมู่ ๆ ต่อไปนี้.

(ก) ยาขยายหลอดลม

๑) ยาจำพวกแอดรีนอร์จิก. ยาพวกนี้มี
ฤทธิ์กระตุ้น ระบบ ซิมป์ พระเชือก และ ทำให้
มีการหย่อนของเนื้อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม
ที่ขยาย. ยานจะทำให้ผลถ้าใช้พ่นเป็นฝอย
ละเอียดและมีผลไม่ถึงประสงค์น้อยถ้าใช้ยา
ในขนาดพอควร. ทั้งยังใช้ฉีดเข้าไต่ผิว
หนังหรือเข้ากล้ามเนื้อได้ด้วย. ยาในพวก
นี้ที่ใช้อยู่มี

ก. แอดรีนาลีน ขนาด ๐.๒๕-๐.๕
ล.ซม. ของน้ำละลาย ๑:๑,๐๐๐ ฉีดเข้า
ไต่ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อทุก ๒๐-๓๐ นาที.
ยาจะมีฤทธิ์อยู่นาน ๑๕-๒๐ นาที. หรือใช้
น้ำละลาย ๑:๑๐๐ ๐.๕-๑.๐๐ ล.ซม.
พ่นให้เป็นฝอยแล้วสูดเข้าไปทางจมูก.

ข. เวโปเนฟริน (Racemic Epinephrine) ใช้
น้ำละลาย ๒.๒๕ ปร. พ่นให้เป็นฝอยสูดเข้าไป.

ค. ไอโซโปรพเรโนล (Isopropyl Arterenol).
ใช้น้ำละลาย ๐.๕ ปร. พ่นเป็นฝอย, หรือ
อมเม็ดยาขนาด ๒๐ มก. ไต่ลิ้นให้ละลาย
ช้า ๆ.

ง. นีโอไอโซโปรพเรโนล (Isopropyl Arterenol Sulfate). ใช้น้ำละลาย ๑.๗๕ ปร.
พ่นเป็นฝอย. ผู้ป่วยค่อนข้างง่าย.

จ. อีเฟดรีน. ใช้กินได้ผลในรายที่
หอบหืดไม่รุนแรง. เกิดทนยานมาก. สำหรับ
ผู้ใหญ่ขนาดใช้ ๓/๔ เกรนทุก ๔ ช.ม.
และนิยมใช้ป้องกันการหอบด้วย.

ฉ. นีโออีเฟดรีน. ใช้น้ำละลาย ๑:
๑๐๐ พ่นเป็นฝอย, แต่ผลก็สู้แอดรีนาลีน
ไม่ได้เพราะมีฤทธิ์ขยายหลอดลมน้อย.

สำหรับยาในหมู่ไอโซโปรพเรโนล มีผลที่ไม่พึง
ประสงค์ คือทำให้หัวใจเต้นเร็ว. บางครั้ง
อาจเต้นเสียจังหวะ. ส่วนยานอื่น ๆ ก็มีผล
ไม่พึงประสงค์คล้ายแอดรีนาลีน. ผู้ป่วยจะ
ค่อนข้างง่ายโดย โดยเฉพาะเมื่อใช้วิธี
ฉีดเข้าไต่ผิวหนัง. การพ่นให้เป็นฝอยแล้ว
สูดหายใจเข้าไปนั้นมีการคอยระวังว่า. ใน
บางรายยาในหมู่นี้ใช้ไม่ได้ผลเลย. แต่
อย่างไรก็ตาม, ก็ยังเป็นยาที่แพทย์ชอบใช้
และนิยมใช้กันอยู่ทั่วไป.

๒) สารพวกแซนทีน (Xanthine) พวกนี้
นำเข้ามาใช้มีอะมีโนพิออลีน (Theophylline Ethylenediamine). ใช้ไต่ลิ้นหรือ
กลืน, เข้าหลอดโลหิตดำ, กินและเห็น

ทวารหนัก. ในการรักษาที่ต้องการผลรวดเร็ว มักใช้ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ, ซึ่งจะให้ผลในเวลาเพียงสองสามนาที. ขนาดที่ใช้คือ ๐.๒๕-๐.๕ กรัม เจ็บทวารหนัก ๒๐-๔๐ ล.ซม. ฉีดซ้ำ ๆ ในเวลา ๑๐ นาที. ยาจะไปทำให้หลอดเลือดขยายตัว, ผู้ป่วยจะสบายมากทันทีที่ได้รับยา. เซกัลนิยมใช้ ๐.๕ กรัม ในน้ำยาเกลือผสมน้ำเกลืออนอร์มัล ๑ ลิตร หยดยาเข้าหลอดเลือดดำ ๆ และให้ได้ถึง ๓ ลิตรใน ๒๔ ชม. แรกเพื่อแก้ภาวะขาดน้ำของร่างกายด้วย. ในวันต่อ ๆ ไปด้วยขนาดตามส่วน. ชนิดเห็นทวารหนักใช้ขนาด ๐.๑-๐.๕ กรัมจะออกฤทธิ์ในเวลา ๔๕ นาทีและอยู่นานถึง ๒ ชม. หรือกว่า, และยังช่วยป้องกันการหอบได้ด้วย. การกินจะก่อให้เกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร, และการดูดซึมก็ไม่แน่นอน. การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเจ็บปวดมากและการดูดซึมก็ไม่แน่นอนเช่นกัน. ทั้งสองวิธีนี้จึงไม่อยู่ในความนิยม.

ผลไม่พึงประสงค์ ทพบไตเสื่อมคือเกิดอาการหน้ามืด, เป็นลมสันสัถิ, ใจสั่น. นอกจากนั้นถ้ายารวออกนอกหลอดเลือดระหว่างฉีด, จะมีอาการเจ็บปวดมาก.

โชนิลีน(Choledyl, Choline Theophyllinate) เป็นยาที่ใกล้เคียงกันแต่พิษและ

ผลไม่พึงประสงค์น้อยกว่าอะมิโนพิลลีนชนิดกิน. การดูดซึมดีกว่า, ระคายเคืองต่อทางเดินอาหารน้อย. ฤทธิ์ของยาในเลือดสูง, จึงได้ผลดีกว่า, และใช้ป้องกันการจับหืดได้ก็ด้วย. ขนาดที่ใช้คือให้กินยา ๒๐๐ มก. วันละ ๓-๕ ครั้ง. ชนิดฉีดยาหลอดเลือดดำให้ผลดีในรายที่รุนแรง. แต่ทั้งชนิดกินและชนิดเห็นทวารหนักยังไม่เคยนำเข้ามาใช้ใน ร.พ. ศิริราชเลย. การที่ยานยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควรนั้นเพราะราคาของยาแพงสูงมาก.

(ข) ยาค่านฤทธิชิสตะมิน

ในหมันมีขายอยู่หลายชนิดซึ่งมีฤทธิ์ต้านชิสตะมินและอะเซทิลโคลีน. ยานี้ถูกทำลายที่ตับเร็วมาก, และยังมีฤทธิ์ขับถ่ายได้เร็วด้วย. ในคนไข้โรคตับฤทธิ์ของยาอาจจะเปลี่ยนแปลงไปได้. มีผลไม่พึงประสงค์คือ ปวดและเวียนศีรษะ, ง่วงนอน, ปากแห้ง. มีบางคนไวต่อยาผิดปรกติ, อาจหมดสติหรือชักได้. ที่ใช้กันมากก็มี ฆลอร์ไทรอีนโทน ขนาดใช้ ๔-๘ มก., กินวันละ ๒-๓ ครั้ง, เบนาดริล ขนาดใช้ ๒๕-๕๐ มก., ชิสตะคาลิล ขนาดใช้ ๒๕-๕๐ มก.; แอนติสตีน ขนาดใช้ ๑๐๐ มก. วันละ ๒-๓ ครั้ง. ฆลอร์ไทรอีนโทนเป็นยาที่ใช้กันมากเพราะมี

ขนาดใช้น้อยและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ก็น้อย. นอกจากนี้ มีชนิดอื่น เข้าได้ ผิวหนึ่ง และเข้าหลอดโลหิตด้วย, แต่ผลที่ได้จากการใช้ไม่แตกต่างกันมากนัก.

(ค) ยาขับเสมหะ

นอกจากทำให้หลอดลมขยาย, ยังต้องกำจัดเสมหะด้วย, การรักษาจึงจะได้ผลเต็มที่. สตราโมนีเยม (Datura stramonium) เป็นยาที่นิยมใช้อย่างหนึ่ง, โดยที่มีอะโทรปีนอยู่ด้วย. ยานอกจากจะขับเสมหะยังมีฤทธิ์ขยายหลอดลมได้ดียวเล็กน้อย, จึงนับว่าให้ผลสองทาง. ขนาดที่ใช้คือทั้งค.เจอร สตราโมนีเยม ๘-๑๒ หยด, วันละ ๓-๔ ครั้ง. โปแตสเซียมไอโอไดด์ และแอมโมเนียมผลโรทจะช่วยขับมูกจากหลอดลมได้, และลดความเหนียวข้นด้วย. นิยมใช้ยาทั้งสองในหอบหืดชนิดเรื้อรัง. ยานี้ทำให้เกิดอาการคอและปากแห้งเหมือนสตราโมนีเยม. ควรระวังในการใช้โปแตสเซียมไอโอไดด์ ภัยช่วย ทัพ ประวัติ แพ้ไอโอดีน. ยานี้ใน ร.พ. ศิริราชยังใช้อยู่เป็นประจำ.

(ง) ยาสงบสมอง (Transquillizer) และยา
ระงับสมอง (Sedative)

จำเป็นต้องใช้ยาเหล่านี้ เพื่อลดอาการกระ

วน กระวาย ของคนไข้และ ทำให้จิตใจสงบ สบายขึ้น, ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการได้มากที่สุด. ยากดสมองใหญ่ที่ใช้กันก็มี ฟีนอไซริบิทัล, ขนาดครึ่งถึงหนึ่งเกรนวันละ ๓ ครั้ง, หรือเซโคไซริบิทัล, ขนาด ๓/๔ เกรน วันละ ๓ ครั้ง. มีบริษัทได้ปรองยาประเภทนี้ร่วมกับยาขยายหลอดลมไว้ในเม็ดเดียวกัน. สำหรับยาสงบประสาทหนักกำลังนิยมใช้กันอยู่มากคือ พวกฟีโนไซอะซีน (Phenothiazine), โดยเฉพาะคลอโรปโรมาซีน (Chlorpromazine), ซึ่งมีชื่อการค้าว่า ลาร์แกคetyl หรือออร่าซีน, ขนาดใช้ ๒๕ มก. ฉีกเขากลามลก ๆ หรือกิน ๒๕-๕๐ มก. วันละ ๒-๓ ครั้ง. ยานี้ทำให้จิตสงบและกล่อมเนื้อเรียบคลายตัว, และไม่กดศูนย์หายใจ. การฉีกเขากลามนนปวดมาก. มีข้อห้ามใช้ในคนที่เป็นโรคตับ.

(จ) สะเตอรอยด์คอร์โมน

การนำเอา สะเตอรอยด์คอร์โมน มาใช้รักษาอาการหอบหืด นับว่าเป็นการก้าวหน้าในการรักษาที่น่าพอใจยิ่ง, โดยเฉพาะสำหรับโรคหอบหืดรุนแรงและไม่หยุด, และในรายที่รักษาด้วยยาอื่นแล้วไม่ได้ผล. อาการหอบจะบรรเทาลงใน ๘ ชม. หลังใช้ยา. ผลไม่พึงประสงค์มีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ



กับผลที่ได้, แต่ราคาแพงมาก. ที่ใช้
กันมี:

ก. เอ.ซี.ที.เอส., ขนาด ๒๕ หน่วย,
ฉีดด้วยน้ำเกลืออนอร์มัล ๑-๒ ลิตรและชา
ยาได้อีก ๑-๒ ครั้งใน ๒๔ ชม. แรกของ
การรักษา

ข. คอร์ติโซน, ใช้ขนาด ๓๐๐ มก.
แบ่งให้กินบ่อยครั้งในหนึ่งวัน. เมื่อได้ผล
แล้ว, ค่อยลดขนาดลง. อาจฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
ในขนาดเดียวกัน, แต่ผลที่ได้นั้นสู้ใช้
กินไม่ได้.

ค. เพร็ดนิ โซน และ เพร็ดนิ โซ โลน,
ใช้กินขนาด ๓๐-๖๐ มก. ต่อวัน, โดยการ
แบ่งขนาดเช่นกัน.

มีผู้แนะนำให้ใช้ยาในหมูน ๒๔ ชม. หลัง
จากที่ใครรักษาด้วยยาพวกแอสคอร์บิกและ
อะมิโนพิลลินอย่างเต็มที่แล้วไม่ได้ผล.

(ด) การรักษาวิธีอื่น ๆ

๑) การให้ออกซี้เจน. ขณะหอบหืด
ร่างกายอยู่ในภาวะขาดออกซี้เจน, จึงจำ
เป็นต้องให้ออกซี้เจน, โดยเฉพาะในราย
ที่มีอาการ อ่อนเพลีย มจก และมีอาการ ตัว
เขียว. อาจให้โดยวิธีเข้ากระโจน, หรือ
ทำอย่างก็ได้.

๒) การรักษาโรคติดเชื้อ. ในรายที่มี
ท่อนซิลอักเสบ, โพรงอากาศรอบจมูกอัก-
เสบ, ผู้ช่วยมักจะมีไข้และเมือกโลหิตขาว
มาก, ยาที่ใช้รักษาคือ เพนิซิลลิน จี. โซ-
เดียม, สเตอริปโตมัยซิน, หรือคลอร์แอม-
เฟนิคอล, แล้วแต่แพทย์จะพิจารณาเป็น
ราย ๆ ไป.

๓) การให้สารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์.
ทราบแล้วว่า ขณะหอบหืดนั้น มีการสูญเสีย
น้ำและอิเล็กโทรลัยต์เพิ่มขึ้น, การให้เพื่อทด
แทนจะทำให้กลับเกิดภาวะสมดุล ในร่าง-
กาย, และช่วยการรักษาให้ได้ผลเร็ว
ขึ้น. ใน ๒๔ ชม. แรกของการรักษาควร
จะให้สารน้ำคิดเฉลี่ยประมาณสองลิตร.

๔) การผ่าตัด. การเจาะหลอดคอ
(เทรมีโอโตมัย) เพื่อเปิดทางหายใจใหม่
อาจต้องทำ ใน ราย ที่ การ หาย ใจ ติด ขัด,
เส่มหะเหนื่อย มากและ เอาออกหรือ ขับโดย
วิธีธรรมดาไม่ได้ผล. มีบางคนนิยมทำเพียง
บริเวณไหปลาร้า. การผ่าตัดหลอดลมเป็น
การที่ จะต้องปฏิบัติ อย่าง ระวัง ระวัง เช่น กับการ
รักษาอย่างอื่น ๆ. Szokodi และ Dimitrovi
(๑๙๕๓) ได้แนะนำให้ตัดประสาทเวกัสและ
ซิปแนปส์ต่ำกว่าระดับกระดูกสันหลังส่วนอก
อันที่ ๕ ทั้งสองข้าง, แต่มีคนทศกศเสยง

ทำตาม, เพราะจากการทดลองยังได้ผลไม่แน่นอน. การทำผ้าคั้นเพราะเชื่อว่าหัดอาจเกิดจากการไม่ประสานงานของระบบประสาทอัตโนมัติ. ค่อมามีผู้ค้นพบใช้ยาตัดประสาทเวกัสแทน. ยาที่ใดทดลองใช้มีอะโทรปีน, แอนเทรนิล, และแพรเมทิล (Diphenethanil Methyl sulfate). สำหรับแพรเมทิลได้มีโอกาสทดลองในแผนกอายุรศาสตร์, ร.พ. ศิริราช. สำหรับบางรายได้ผลดีมาก, แต่บางรายก็ไม่ได้ผลเลย. ขนาดที่ทดลองใช้คือ ๑๐๐ มก. วันละ ๓-๔ ครั้ง.

๕) การรักษาค้วยในโตรเงินมีสัตว์โรค. ได้พบรายงานการรักษาค้วยสารเคมีชนิดนี้ในวารสารทั้งในและนอกประเทศ. ส. มุณยคุปต์ กับพวกได้รายงานคนไข้หอบหืดอย่างรุนแรงและไม่หาย ๗ ราย ที่รักษาไม่ได้ผลจากยาต่าง ๆ และได้ให้ในโตรเงินมีสัตว์โรคเข้าหลอดโลหิต, โดยทำเป็นนายาเจือจาง, ได้ผลดีมาก ๓ ราย, ผลค้ำปานกลาง ๓ ราย, และไม่ได้ผลเลย ๑ ราย. แต่การที่จะให้สารอินมีพิษ มากนสมควรที่จะระมัดระวังผลได้เสียให้ถ่วง, โดยเฉพาะที่จะทำให้เป็นเอแกรนโลซัยโตสิส, ซึ่งไม่มีทางจะรักษาให้หายได้. การรวบของยาออกนอกโลหิตจะทำให้เนอบริเวณใกล้เคียงตาย. มีหลายคนปฏิเสธที่จะใช้สารนี้,

โดยมีความเห็นว่าเป็นการไม่สมควรอย่างยิ่งที่จะนำเอาสารอินมีพิษมาใช้ กับผู้ป่วยหอบหืด, แม้ว่าจะปฏิบัติด้วยความระมัดระวังก็ตาม.

๖) ดิจิตาลิส. จำเป็นต้องให้ในรายที่มีอาการแสดงของหัวใจล้ม. การจะให้ขนาดเท่าใดนั้นแล้วแต่จะเห็นควรเป็นราย ๆ ไป.

๗) การรักษาทางจิต. การให้ยาสงบสมองควรระมัดระวังในหวัชอนค้วย. ขณะจิตเห็นได้ชัดที่เชื่อว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก. มีบ่อยครั้งที่หัดเริ่มจับหลังจากที่ผู้ป่วยยังเกิดความกระวนกระวายใจ. การรักษาทางจิตก็น่าจะทำได้ทำตามสมควร. ผู้ทำการรักษาค้วยโรคนี้ได้ผลดีด้วยการสะกัจจิต (จ. วัฒนสุชาติ).

มีจิตแพทย์บางคนสังเกตว่าการหอบหืดลักษณะเหมือนการร้องไห้, และได้ทำการรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้ร้องไห้มาก ๆ แทน. ปรากฏว่าทำให้อาการหอบหืดห่างออกไป.

แม้ว่าจะมีการรักษามากมายหลายวิธี, ก็ยังไม่มียาวิธีใดวิธีเดียวที่มาก. การรักษาจึงต้องใช้หลายวิธีควบกัน. วิธีที่ธรรมดาที่สุดคือการให้ยาพวกแอดรีเนอริค, อะมิโนฟีลลีน, ยาขับเสมหะ, และยาที่ทำให้จิตสงบควบกันไป.

อนาพิยแผล็คคึก ซ็อค, แองจีโอโนว-
โรติก อัดมีมา, และโรคแพ้เซร์ม

ทั้งสามอย่างนพบไค่น้อยกว่า โรคหอบ
หืด, แต่กร่นแรงจนอาจถึงแก่กรรมได้ใน
เวลาอันสั้นมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งอนา-
พิยแผล็คคึก ซ็อค.

อนาพิยแผล็คคึก ซ็อค เป็นปฏิกริยาทรน
แรงและน่ากลัวมาก, โดยมีอาการแสดง
ของการไหลเวียนส่วนปลายทางล้มเหลว. ท
พบไค้เสมอในบ้จจุบันก็คือ แพ้เซร์ม ของมา,
แพ้เพนซิลลินหรือโคเคน. คนใช้อาจถึง
แก่กรรมในเวลา ๒-๓ นาที. อาการที่เกิด
ขึ้นในตอนแรก คือ วัสดุกรรส ปลาต ใน ปาก,
หน้าแดง, มีผนขนตามตัว, หายใจเข้าออก
ลำบาก, คลื่นไส้, อาเจียน, อจจวาระไหล,
เหงื่อไหลโทรมและตัวเย็น. คุ่อไปซึคและ
เขียว, และมีอาการประสาทหลอน.

การแพ้เซร์มมัก จะเกิด ใน การ ฉึก ครัง
ที่สอง, โดยห่างจากการฉึกครั้งแรกประ
๗-๑๐ วัน. เริ่มด้วยมีไข้, มีผนขนตามตัว,
ต่อมน้ำเหลืองโต, หรือมีอาการแขยอนา-
พิยแผล็คคึก ซ็อค.

ในรายงานแองจีโอโนวโรติก อัดมีมานั้น
พบเขนผนขนตามตัว, เป็นผนโตๆ และ
คันมาก. บางรายมีการขวมของเยอเมอก

ทบกถองเสียงและสายเสียง. ผนนนเมอ
แวกขนเขนผนเล็ก ๆ, ขยักเขนกลุ่ม ๆ,
ต่อมออก ๒-๖ ซม. จะรวมกันเป็นผนโต.
มักพบขนพรอมกันหลาย ๆ แห่ง.

การรรักษา ในชั้นค่นต้องรักษาอาการซ็อค

โดยจกให้ นอน หัวต่ำ ในท่าเทร่นเดเล็น-
เขอรก. แล่วฉึกแเอคิรนะลัน ๐.๓-๑.๐๐
ล.ซม. ขนาดความเข้ม ๑:๑,๐๐๐ เข้า
ไค้ผิวหนงหรือเขากล้ามทันที. ถ้าไม่ไค้ผล
ต้องรับให้ลิโวเฟ็ค (Levophed; Levarter-
enol) ๕ มก. กลไค้สในน้ำ
เกลือนอร์มัล, ใช้ขนาดยา ๔ ล.ซม. ต่อ
เกลอ ๒๕๐-๑,๐๐๐ ล.ซม. คอยจก
จำนวนไหลให้พอเหมาะกั ความค่นโลหิต
เสมอ, ใจไค้ ๘๐-๑๐๐ มม.ปรอท ซึยส์-
โกลิค. ถ้าอาการไม่ค่นขกหยุดไปเรื่อย ๆ.
มีผเคยให้หยุดคึกคักกันค้ลออกเวลาถึง ๒๑
วัน. อาจพิจารณาใช้สะเตอรอยด์ฮอร์โมน
ร่วมไปค้ว. เวซ็อกซึยล์ (Vesoxyl) เป็น
ยาที่ใช้ไค้ผลค้, แม้วาจะออกฤทธิ์ช้า. ใช้
ฉึกเข้าไค้ผิวหนงขนาด ๐.๓-๐.๕ ล.ซม.

สำหรับลิโวเฟ็ค มีข้อควรระวังค้อ หาก
ยารวออกนอกหลอดเลือดโลหิต จะทำให้เกิดเนอ
ตายจากกรขาดโลหิต. ถ้าเห็นแต่ค่อน

ต้น ๆ ก็จะช่วยได้ โดยการฉีดเป็นโกลามีน (Phentolamine) ซึ่งเป็นยาแอนติแอดรีเนอริค หรือที่ทราบกันในนามของ เรจิติน (Regitine), ขนาดใช้ ๕ มก. ละลายในน้ำ ๒๐ ล.ซม. ฉีดเข้าไปรอบ ๆ บริเวณที่เย็นและซึก Zucker (๑๙๕๗) ได้รายงานวิธีใช้และได้ผลดี ๓ ราย.

การใช้เพอร์นิ โสอน และฮัย โครคอรัที โสอน ได้ผลดีมาก, โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้ผลในการใช้ดี โวเฟตต์อย่างเคียว. ถ้าให้หัยโครคอรัที โสอน เข้า หลอดโลหิต ด้วยอาการช็อคจะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว.

ญาติบ้าน ฤทธิ ฮีตตะมัน ก็ควร จะให้ไปพร้อม ๆ กันกับยาอื่น. อาจต้องให้ซึนิกเข้า หลอดโลหิตหรือเข้ากล้ามเนื้อ. กล่าวโดยทั่วไปแล้ว, จะต้องรักษาและหมั่นเฝ้าอาการให้ยานพอ, จนอาการดีขึ้นมาก, รู้สึกดีขึ้น, ความดันโลหิตคงที่ขึ้นและมีรสหวานไหลดี. สำหรับอาการแทรกซ้อนทางไต, ถ้าช็อคอยู่นาน ๆ อาจเกิดทชวลาร์นิ โครลิสซึบ์ปัจจุบัน. ซึ่งจะทราบได้โดยการวัดจำนวนฮีตตะมันเป็นตัวโม่ง ๆ ไป.

สำหรับการรักษาเอง โอนิวโรติก ฮีตตะมันไม่สู้จะยุ่งยากนัก, นอกจากมีการอุดกันทางหายใจเนื่องจากการขม ของกล้ามเนื้อ และ

สายเสียง. ในรายเช่นนี้ต้องทำเทรซึมิ โดโตมัย. การฉีดแอดรีนาลีนความเข้มข้น ๑ : ๑,๐๐๐ ขนาด ๐.๓ ล.ซม. จะช่วยให้อาการดีขึ้นมาก. สะเทอวอยค็ฮอร์ โมนพิจารณาใช้เฉพาะรายที่รุนแรงจริง ๆ, โดยใช้ ๑๐๐ มก. ของฮัย โครคอรัที โสอนที่เจือจาง, หยดเข้าหลอดโลหิต. การให้น้ำควรรวังในรายที่ขมมากอยู่แล้ว. ถ้าขมมาก ๆ อาจใช้ยาฮีตตะมัน หรือยาถ่ายได้. ยาต้านฤทธิฮีตตะมันจะใช้ได้ผลในเมื่อพ้นระยะอันตรายไปแล้ว.

สรุป

ได้รวบรวม การปฏิบัติรักษาผู้ช่วยอิลเลอริยอย่างปัจจุบันจากวารสารต่าง ๆ. แม้ว่าการรักษาจะได้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง, ส่วนใหญ่ก็ยังอยู่ในหลักเดิม. ได้มีการนำยาที่สังเคราะห์ขึ้นใหม่มาใช้หลายอย่าง ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้ช่วย. การทำหน้าเอา นอร์แอดรีนาลีน, สะเทอวอยค็ฮอร์ โมนและยาสงบสมองมาใช้นั้นนับว่าเป็นก้าวใหม่ของการรักษาโรคกลุ่มนี้, ได้ช่วยให้ผู้ช่วยทุเลาหรือหาย จากโรคได้ในอัตราที่สูงขึ้นมาก.



ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์ สันทร ตันจันทน์ทน ที่ได้ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี และได้กรุณาตรวจรายงานการรวบรวมวารสารไว้ในทันควย.

เอกสาร

๑. ว. วีรานวัตต์ และ ส. ตันจันทน์ทน : การรักษาหัดในปัจจุบัน. จดหมายเหตุทางแพทย์ของสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย. ๔๐ : ๑๕๓, ๑๕๕๑.
๒. ส. บุญยุคปต์, ส. วงศ์ถ้วทอง, และ อ. สุขุมาลัยจันทร์ : การใช้ไนโตรเจน มีสตาร์ด รักษา สแตตัสแอสมาติกัส, จ.พ.พ., ๔๐ : ๔๗, ๑๕๕๗.
๓. จ. วัฒนสุชาติ : คำบรรยายในที่ประชุมจิตแพทย์ ประจำปี ๒๕๐๑ ณ ร.พ. ศรีรัษฎา, นนทบุรี.

๔. M.H. Loveless : The Med. Clin. N. America. 41 : 693, 1957.
๕. M.S. Segal, M.J. Dulfano and L. Herschfus : Quarter. Rev. Allergy and Applied Immunology., 6 : 399, 1952.
๖. E. Weiss and O.S. English : Psychosomatic Medicine. Saunder, 1949.
๗. T. Sollman : A. Mannual of Pharmacology., Saunder, 1950.
๘. G. Zucker : J.A.M.A., 63 : 1477, 1957.
๙. N. Georgiade, C. Maquire, H. Crawford K. Pickere : J.A.M.A., 160 : 940, 1956.
๑๐. K.C. Robinson and D. Zuck : Lancet, 1 : 1349, 1954.
๑๑. H. Nicholson : The Practitioner., 175, : 590, 1955.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ข้าราชการค่าจ้าง
๓. ขอรายเป็นสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

บทความนิติเวชวิทยา

การแสดงผู้ช่วย

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ศ.บ., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

การประชุมทางวิชาการ, การแสดงผู้ช่วย, การรายงานผู้ช่วยเป็นวิธีการศึกษาอย่างหนึ่งอันมีคุณค่าต่อวิชาแพทย์โดยมิต้องสงสัย. ในโรงเรียนแพทย์ใดที่มีการประชุม, การแสดงหรือการรายงานมากย่อมหมายถึงว่าสถานนั้นควรแก่การยกย่อง.

แต่การแสดงผู้ช่วยหรือการรายงานนั้นอาจเกิดเป็นการผิดกฎหมายขึ้นได้, จึงสมควรได้ทราบหลักกฎหมายไว้เพื่อยกเว้นหลักปฏิบัติ.

การแสดงผู้ช่วยในโรงพยาบาลควรได้รับการยินยอมจากผู้ช่วยโดยแจ้งชัดและควรได้ขอกล่องหน้าเสมอ. ที่จริงการที่โรงพยาบาลรับผู้ช่วยเข้ามารักษารายในก็เพื่อให้ นักศึกษาแพทย์ได้ศึกษาผู้ช่วยนั้น. ฉะนั้นผู้ช่วยควรจะได้ตอบแทนโรงพยาบาลโดย

ยินยอมให้นักศึกษาแพทย์ได้ทำการฝึกหัดตรวจและรักษา, มิฉะนั้นโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ก็หาความหมายมิได้. ข้อตกลงนี้หาได้เขียนไว้เป็นกฎเกณฑ์ประการใดไม่. เพียงแต่เป็นความเข้าใจซึ่งกันและกัน. แพทย์จะอ้างอำนาจว่าเมื่อมาอยู่ในโรงพยาบาลแล้วจำต้องยอมให้แพทย์แสดงต่อนักศึกษาแพทย์ไม่ได้.

อย่างไรก็ตามในแง่ของกฎหมายที่ยอมรับนับถือสิทธิและเสรีภาพของบุคคล, การฝ่าฝืนใด ๆ ย่อมเป็นความผิดทางอาญาได้. ฉะนั้น การแสดงผู้ช่วยโดยไม่ได้รับความยินยอม จึงเป็นการผิดกฎหมาย, แต่เป็นความผิดฐานละเมิดโทษตามมาตรา ๓๕๗ แห่งประมวลกฎหมายอาญา.

“มาตรา ๓๕๗. ผู้ใดในสาธารณสถานหรือต่อหน้าธารกำนัล, กระทำด้วยประการ

ใดๆ อันเป็นการรังแกหรือข่มเหงผู้อื่น, หรือ
กระทำใ้ผู้อื่นไ้รับความอับอายหรือเดือด
ร้อนรำคาญ, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน
หนึ่งเดือน, หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท
หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

มีข้อควรจำว่าโทษนี้ถึงเป็นลหุโทษ, ก็
มีโทษจำคุกอยู่ด้วย, คือไม่เกินหนึ่งเดือน.
แม้แต่โทษปรับก็มากพอคคือไม่เกินหนึ่งพัน
บาท. ถ้าไม่มีเงินให้ปรับก็ต้องจำคุกแทน
โดยอัตโนมัติจะหายาท, ซึ่งเท่ากับสองร้อย
วัน.

นอกจากความผิดอันเป็นกวรรกระทำโดย
การแสดงแล้ว, ยังมีความผิดอันเกิดจาก
การเขียนและการพุดได้. ทั้งนี้การรายงาน
ผู้ช่วยในวารสารแพทย์ อันเป็นการเปิดเผย
ความลับผู้ช่วยจึงเป็นความผิดทางอาญาเช่น
เดียวกัน, และความผิดนี้รวมถึงนักศึกษา
แพทย์ที่เปิดเผยความลับผู้ช่วย, จึงมาตรา
๓๒๓ แห่งประมวลกฎหมายอาญา:

“มาตรา ๓๒๓. ผู้ใดลวงรู้หรือได้มา
ซึ่งความลับของผู้อื่น, โดยเหตุที่เป็นเจ้า-
พนักงานผู้หมานาท, โดยเหตุที่ประกอบอาชีพ
เป็นแพทย์, เภสัชกร, คนจำหน่ายยา, นาง
ผดุงครรภ์, ผู้พยาบาล, นักบวช, หมอความ
ทนายนความ, หรือผู้สอบบัญชี, หรือโดยเหตุ
ที่เห็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น, แล้ว

เปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิด
ความเสียหายแก่ผู้อื่นผู้ใด, ต้องระวางโทษ
จำคุกไม่เกินหกเดือน, หรือปรับไม่เกินหนึ่ง
พันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

“ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าว
ในวรรคแรก, เปิดเผยความลับของผู้อื่นอัน
คนได้ลวงรู้หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้น,
ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น
ผู้ใด, ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน.”

ถ้าเช่นนั้นในวงการแพทย์มีแสดงอะไร
กันไม่ได้หรือ? รายงานผู้ช่วยไม่ได้? เขียน
รายงานผู้ช่วยหรือภาพถ่ายผู้ช่วยในวารสาร
ทางแพทย์ก็ไม่ได้? เป็นผิดกฎหมายกันไป
หมด แล้วจะทำอย่างไรกัน ไม่มีทางหลัก
เลียงหรือ?

ตอบว่าเป็นเรื่องที่ควรใช้ความระมัดระวัง
พอสมควร. ถ้าจะแสดงผู้ช่วย ก็ควรขอ
อนุญาตผู้ช่วยเสียก่อน, ทำความเข้าใจกับ
ผู้ช่วยว่าเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ. อย่า
ออกชื่อและนามสกุลผู้ช่วย, เพียงแต่เรียก
สมมติว่า นาย ก., นาง ข. กพอ. ถ้าจะ
เขียนรายงานประจำตัวผู้ช่วยในห้องรักษา
เขียนได้, เพราะรายงานนั้นถือเป็นความลับ
และเป็นการปฏิบัติกาตามหนาท. ถ้าจะ
รายงานผู้ช่วยในวารสารการแพทย์ก็อย่าลง
ชื่อและนามสกุล, ใช้เรียกนามสมมติว่า

นาย ก. นาง ข. หรือรายทหนึ่ง, รายที่สอง. ภาพถ่ายของผู้ช่วยควรบีบคั้นตาเสียเพื่อให้จำไม่ได้และอย่าเขียนชื่อและนามสกุล. ภาพถ่ายอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้ช่วยควรบีบคั้นให้มิดชิด. แต่ถ้าจำเป็นจะแสดงอวัยวะสืบพันธุ์ก็อย่าให้เห็นหน้าและอย่าบอกชื่อและนามสกุล.

ความผิดทางอาญาคงกล่าวแล้วอาชวามมาด้วยความผิดฐานละเมิดในทางแพ่ง. จนบัดนี้ยังไม่เกิดคดีขึ้นสักรายเคียว ทั้งทางอาญาและทางแพ่งในวงกรแพทย์ของประเทศไทย, จึงยังไม่มคคคตัวอย่างมาแสดง. แต่ในต่างประเทศเคยมีคดีตัวอย่างที่แพทย์

เผยความลับของผู้ป่วย. ศาลองฤฤเคยตัดสินให้ปรับแพทย์เป็นจำนวนเงินถึงหนึ่งหมื่นสองพันปอนต์.

หวังว่าหลักกฎหมายนี้จะไ้เตือนใจให้นายแพทย์และนักศึกษาแพทย์ได้ใช้ความระวังพอสมควร. อนึ่งผู้เขียนเรื่องนี้ขณะเขียนได้ระลึกลงและเป็นห่วงท่านบรรณาธิการ "สารศิริราช" อยู่เสมอว่าถ้าท่านผู้ใดส่งเรื่องรายงานผู้ป่วยโดยพลงผลต่อบทกฎหมายแล้ว, อาจทำให้ท่านบรรณาธิการกลายเป็น "จำเลย" ที่คร้างแหไปด้วยอีกท่านหนึ่งก็ได้.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอรับเขียนสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

บทบรรณาธิการ

นึกถึงคนไข้ไว้มาก

วิชาการศึกษาอย่างหนึ่ง ที่นับว่ามีความสำคัญมากในวงการแพทย์ คือ การนำคนไข้แสดงแก่ที่ประชุม พร้อมด้วยการบรรยายประวัติโดยละเอียด. บางครั้งก็มีการซักถาม และแสดงความคิดเห็น ประกอบโดยรอบคอบ. ประโยชน์ของการศึกษาแบบนี้มีเพียงใดไม่จำเป็นต้องบรรยาย เพราะย่อมทราบกันอยู่แล้ว. ในทันทีที่ขอกล่าวถึงแต่เพียงโทษของการปฏิบัติโดยเร่งรีบแต่ประโยชน์ฝ่ายเดียว, เพื่อป้องกันผลร้ายอันอาจเกิดแก่คนไข้โดยตรง และ เกิดแก่แพทย์ โดยการสะท้อน.

ผลร้ายที่อาจเกิดแก่คนไข้เช่นเป็นผลทางจิตใจแทบทั้งหมด, และความจริงเป็นผลซึ่งแพทย์ทุกคนย่อมทราบดี, เว้นเสียแต่จะไม่ได้นึกถึงเท่านั้น. ด้วยความเร่งรีบประโยชน์ทางวิชาการเป็นของตน, แพทย์บางคนจึงล้มไปว่าผู้ช่วยนั้นเป็น "คนที่ไม่มีสหาย" ด้วย, มิใช่เป็นแต่เพียง "รายหนึ่งของโรค" เท่านั้น. โรคไม่มีจิตใจ, จะนำเอามายบรรยายต่อที่ประชุม อย่างสิ้นลึกลับ

เพียงใดก็ไม่เคอัครอื่น. แต่คนไข้ไม่มีจิตใจ, และมีจิตใจในสภาพอ่อนไหวง่ายเกินกว่าจะรรมตาเสียด้วย. การที่จะจับเอามานั่งหรือนอนตากหน้าอยู่ท่ามกลางบุคคลแปลกหน้าจำนวนมากมายาวนานเป็นชั่วโมง, ซ้ำยังต้องฟังคนอื่นเอาร้องราวของเขา, นับตั้งแต่ประวัติครอบครัว, สถานะเศรษฐกิจ, ประวัติโรคในอดีต (ซึ่งอาจมีโรคที่เขาไม่ชอบให้ใครทราบ), ประวัติโรคในปัจจุบัน, ตลอดจน ลักษณะ ของ อวัยวะ ภายนอก และ ภายใน, มาบรรยายกันโดยโจ่งแจ้งละเอียดลออ, ย่อมเป็นภาระหนักมากสำหรับเขา. ที่น่าเห็นใจยิ่งขึ้นไปอีกก็คือของสลับซับซ้อนถึงการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค, ว่าต่อไปจะต้องเป็นอย่างนั้น ๆ, แม้จนกระทั่งการคาดหมายว่าจะต้องตายลงเมื่อใด.

ที่บรรยายมานับว่าเป็นตัวอย่างของการปฏิบัติอย่างสุกเหลือง โดยมีได้นึกถึงว่าคนไข้อาจได้รับความกระทบกระเทือน. แพทย์หลายคนอาจจะรักโรคในข้อและใช้ความระมัดระวังพอสมควร. แต่ก็มีแพทย์อีกไม่

น้อยที่มุ่งแต่ความกลัว และ พยายามอย่าง
 ยิ่งที่จะแสดง คนไข้ ของตน ในทางที่ จะเกิด
 ประโยชน์แก่ผู้ฟัง, จนลืมไปว่าคนไข้มิใช่
 นักวิทยาศาสตร์ ไปทั้งหมด และ ส่วนมาก ไม่มี
 ความสนใจ ในการแพทย์ มากเกินไป กว่าที่
 จะขอให้ช่วยให้เขาหายจากโรคได้ โดยเร็ว
 ที่สุด. อาจมีคนไข้บางคนทนคนเสียสละ
 และยอมอดทนได้มากมาย เพื่อเห็นการก้าว
 หน้าของวิชาแพทย์, แต่ก็คงเป็นเพียงส่วน
 น้อย. ส่วนมากคงมีความรู้สึกในทางไม่ค
 ต่าง ๆ, คงแต่ขออายุ, เบื่อหน่าย, ว่าคาญ,
 จนกระทั่งถึงโกรธ. ยิ่งถ้าเป็นคนทนทน
 ง่ายเกินปรกติ ก็อาจมีปฏิกิริยาที่ รุนแรงและ
 ในทางที่ไม่เป็นปกติ. ผู้ที่จะได้ประโยชน์ของ
 ปฏิกิริยาเหล่านี้ก็คือแพทย์. อย่างน้อยก็
 อาจเสียมความนิยม. อย่างมากอาจถึงมี
 การฟ้องร้องกันบ้างก็ได้, ถ้าไม่มีการตระ
 เตรียมล่วงหน้าให้ถูกต้อง และ ประชาชนมี
 ความทนทน ในด้านเสรีภาพ ของบุคคล มาก
 ขึ้นกว่าในปัจจุบัน. ในด้านนี้แม้ทางกฎ
 หมายที่ควรระวังบางประการ, ถึงแม้เราได้ขอ
 ร้องให้ ศาสตราจารย์ นาย แพทย์ สงกรานต์
 นิยมเสน แสดงไว้ ในตอนต้น ของหนังสือ
 -แล้ว.

ถึงแม้ จะไม่มีลู่ ทางที่จะ เกิดความตาม
 กฎหมายขึ้น, ในฐานะที่แพทย์เป็นผู้ทรงไว้

ซึ่งเมตตาคาคุณและกรุณาคุณ, ก็สมควรจะ
 ทำทุกทาง ที่จะ ป้องกัน และ ลดหย่อน ความ
 ยากของคนไข้, โดยที่ไม่ทำให้เสียประ
 โยชน์ของวิชาการด้วย. การที่จะปฏิบัติใน
 มื้อยหลายทาง. ในทันทีควรจะบอกกล่าวถึง
 หลักการแต่โดยสังเขป.

หลักเบื้องต้นที่สุดคือต้องขออนุญาตจาก
 คนไข้เสียก่อน. ในกรณีควรขแจ้งรายละเอียดพอ สมควรว่า จะต้อง ทำอะไร ๆ บ้าง,
 เพื่อเขาจะได้รู้ตัว และเตรียมใจ ล่วงหน้าไว้
 ก่อน. การขแจ้งเช่นเป็นการจำเป็น, เพราะคน
 ไข้ส่วนมากย่อมไม่มีความรู้ ว่าการแสดงใน
 ที่ประชุมนั้นทำอย่างไร. บางคนอาจกลัว
 มากเกินไป, บางคนอาจคาดหมายน้อยเกินไป,
 ซึ่งทั้งสองทางย่อมไม่ดีสำหรับเขา.
 ในกรณีที่คนไข้เป็นผู้เยาว์สมควรขออนุญาต
 จากผู้ปกครองหรืออย่างน้อยญาติผู้ใหญ่ที่
 มาเยี่ยมอีกด้วย.

หลักข้อต่อไปคือควรจำกัดการแสดงคน
 ไข้แต่เฉพาะในรายที่จำเป็นจริง ๆ. ขอน
 สมควรได้รับการเน้นเป็นพิเศษ, เพราะ
 ปรากฏบ่อย ๆ ว่าในการประชุม คนไข้ถูกพา
 มานั่งไว้ข้างหน้า, ระหว่างที่แพทย์อ่านราย
 งานเรื่อยไป. พออ่านจบแล้วก็บอกให้คนไข้
 กลับได้. อย่างนั้นเห็นได้ว่าไม่จำเป็นต้อง
 แสดงคนไข้เลย. ที่ควรถือว่าไม่จำเป็นอีก



เหมือนกันใด แก่การนำมาเพื่อแสดงอาการ
อะไรบางอย่างที่โศกโศกไปแล้ว, หรือความ
พิการทมิฬไม่เห็นและตรวจด้วยวิธีธรรมดา
(ดู, คลำ, เคาะ, ฟัง) ไม่รู้, หรือคนไข้
ที่ใครรักษาหายปรกติแล้ว. สังเกตว่ามีไม่
น้อยรายที่นำคนไข้ มาแสดงเพราะเกรงว่ามี
คนนั้นผู้ฟังจะไม่เชื่อว่าใครเป็นหรือได้พบอย่าง
นั้นจริง ๆ, คือเพื่อบริการประโยชน์ของผู้
แสดง. แต่ที่ถูกต้องนั้นการแสดงหรือการ
บรรยายควรกระทำ เพื่อ ประโยชน์ ของ ผู้
หรือฟัง. การกระทำอะไรที่จะไม่ส่งเสริม
ข้อเท็จจริงเป็นการไม่จำเป็น.

เกี่ยวกับ ขอนม ขอทศวรรษ ระลึก คือ ภาพ
ถ่าย และ ภาพยนตร์อาจช่วย ประหยัด การนำ
คนไข้ ออกแสดง ได้มาก. การแสดงทั้งสอง
อย่างมีความสะดวกมากแล้วในสมัยนี้, กระ
ทำได้ด้วยค่าใช้จ่ายถูกพอสมควร, และ
โดยส่วนมากแล้วให้ผลดีกว่า, โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งที่เกี่ยวกับ การดู, เพราะอาจขยาย
ส่วนใดส่วนหนึ่งขึ้นให้ใหญ่จนเห็นได้ชัดเจน
ทั่วกันและพร้อม ๆ กัน, สะดวกในการที่จะ
ติดตามการบรรยายของผู้แสดงไปพร้อมกัน
การดู. การบันทึกเสียงไว้ นำมาขยายอาจ
ช่วยทดแทนการฟังและการเคาะโดยตรงได้.
แต่การตรวจโดยคลำยังจำเป็นต้องใช้คนไข้
จริง ๆ อยู่.

หลักประการที่สามคือควรเปิดเผยคนไข้
ให้น้อยที่สุดที่จะทำได้. ขอนบัญญัติได้หลาย
ตอน. ในตอนต้นควรให้คนไข้รออยู่นอกห้อง
ประชุม, และนำเข้าห้องเฉพาะเมื่อถึงเวลา
จะแสดงเท่านั้น. ขอนได้ผลช่วยป้องกันไม่
ให้คนไข้ ได้ยิน การ บรรยาย บาง ตอน ที่ไม่
เหมาะด้วย. ในระหว่างแสดงควรมีการปก
คลุมคนไข้พอสมควร. ควรเปิดเผยเฉพาะ
ส่วนที่ต้องการให้เห็น. ส่วนหนึ่งไม่ควรยก
อย่างยิ่งคือนัยน์ตาของคนไข้. ทงนอาศัย
หลัก จิตวิทยาว่า เมื่อตนเองมองไม่เห็นแล้ว
ความรู้สึกจะอายกันน้อยลง. ถ้ามีความ
สะดวกพอและไม่มีเหตุผล ที่ขัดของ ควรจัด
ให้คนไข้นอนบนรถเข็น, มีผ้าคลุมพอสม
ควร, บิดตา, และเข็นเข้าไปจากภายนอก
ห้องประชุม.

หลักประการที่สี่, ซึ่งอาจทำไม่ได้ใน
บางโอกาส, คือควรจัดมีพยาบาลคน
ไข้อยู่ตลอดเวลา. แม้จะเป็นคนที่หายจาก
โรคและเป็นปรกติแล้ว, เมื่อมีการนัดหมาย
ให้ไปแสดงตน, ก็ควรจัดพยาบาลไว้คอย
อยู่เป็นเพื่อนทงระหว่างทคอย และระหว่างท
อยู่ในที่ประชุม. ทงนี้จะทำให้คนไข้รู้สึก
อุ่นใจว่ามีใครอยู่ตัวคนเดียวในท่ามกลางคน
แปลกหน้าจำนวนมากนั้น, อย่างน้อยก็มีคน
คอยปรนนิบัติอยู่หนึ่งคน. แม้จะเป็นการ

แสดง นอก สถานที่ ของ โรงพยาบาล ก็ควร พยายามจัดการในเรื่องนี้, เพราะจะได้ผล ต่อแทนคือ คนไข้ จะสำนึกในความเมตตา และความเปี่ยมห่วงใยของแพทย์, ซึ่งเป็น การตอบแทนที่คุ้มค่า.

ที่เขียนมานั้นเป็นเรื่องการแสดงคนไข้ใน ที่ประชุมโดยทั่ว ๆ ไป. การแสดงคนไข้ ภายใน ห้อง รักษา เพศ กว สอน นัก ศึกษา แพทย์ โดยเฉพาะอาจ ไม่ยุ่งยาก เท่าที่กล่าว มาน, เพราะแสดงแก่คนหมั่นอยและส่วน มากคง เป็นคนที่ คน นยนาตา ของ คนไข้ อยู่ แล้ว. ความกังวลตากอาจหมั่นอย. แต่กั สมควร ช่วยผ่อนภาระ ทางจิตของ คนไข้ให้ มากที่สุดที่จะทำได้. โดยเฉพาะการบรรยายภาวะของอวัยวะทั้งหลาย, การแจ้งข้อ วินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค, ควร กระทำโดยวิธีที่คนไข้จะเกิดความรู้สึกกระ- อึกกระฮวนหรือหวาดกลัวน้อยที่สุด. เพื่อ ผลของ อาจ ใช้วิธี บรรยาย เรื่อง ต่าง ๆ ใน ส่วนของห้องที่ห่างจากคนไข้, แล้วจึง พากันไปคนไข้ที่เตียง. ในต่างประเทศใช้ วิธีพูดเรื่องที่สำคัญ - เช่น ซ้ออวัยวะ, การ วินิจฉัย, การพยากรณ์ - ด้วยภาษาละติน, ซึ่งคนไข้ส่วนมากไม่เข้าใจ. ในประเทศเรา มีการเรียน ภาษา ละติน ไม่พอสำหรับ การนี้.

ถ้าหากใช้ภาษาอังกฤษ คง ไม่ปลอดภัยนัก, เพราะคนสามัญส่วนมากก็เข้าใจ. ถ้าหาก จะเรียนยท ภาษาละตินที่ มีประโยชน์ ในแง่ เหล่านี้ไว้ม่าง, ก็อาจเป็นวิธีที่อาศัยได้.

ในหนังสือกล่าวเลยไปถึงการเสนอ รายงานคนไข้ ในวิทยาสารด้วย เพราะกำลัง แพร่หลายมากขึ้นทุก ๆ วัน และในแง่ของ กฎหมายมีความสำคัญ มากกว่า การแสดง ต่อที่ประชุม, เพราะมีเอกสารปรากฏเป็น วัตถุพยานอยู่. ในการเสนอโดยวิธีนี้อาจ แจ้งรายการต่าง ๆ ได้โดยละเอียดมากกว่า รายงานโดยการอ่านและมีคนไข้อยู่ด้วย. แต่ ต้องระมัดระวังในการยกยักยักมิให้ทราบว่าเป็น คน ไข้ นั้น ๆ คือใคร. ควรสังเกตว่าเพียงแต่ การมีตชอนนหาเพียงพอเสมอไปไม่. ต้อง ระวังเลยไปถึงการบรรยายประวัติหรือลักษณะของ คนไข้ ด้วยว่าจะ ไม่เป็นการเปิดเผย ให้ ทราบได้ว่าเป็นผู้ใด. ตัวอย่างเช่นหากบรรยายว่าคนไข้เป็นผู้ชนะเลิศกีฬาประเภทนั้นๆ สำหรับประเทศไทยในขณะนี้, ผู้อ่านจำนวน มากก็ย่อมจะทราบหรืออาจสืบทราบได้ว่าคน ไข้ นั้นเป็นใคร, และอาจเป็นเหตุแห่งความ เสื่อมเสียต่อไปได้. ที่ต้องระวังอีกข้อหนึ่งคือ ภาพถ่าย, ซึ่งจำต้องมี การปกปิดบางส่วน หรือตัดแปลงเสียมิให้จำได้. โดยมากนิยม

ขคนย่นตา. แคววขนไมไคผลเสมอไป. คน
ทคนเคยกนพอสคควรอาจำไคแม่ขคนย่น
ตาแล้ว. ขอนไคเคยมฝุสนใจพิสจนแล้ว
ไคยการทคดอง, และเสนอว่าควรวบคทง
ปากและนย่นตา, หรือให้คทสคยคจุมกอก
คัย. (1)

แพทยทกคนยอมทรวบคว่าคนไซ่ก็มี
จิตใจเหมอนกัน, และตามความจริงจิตใจ
ของคนไซ่ออนไหวไปในทางนอยเนอคำใจ

ไคง่ายกว่าปรกติ, เพราะรู้สึกตัวว่เป็นคน
เคระหร่าย, สคควรจะไครับความเห็นอก
เห็นใจจากฝุอน, ไคยเฉพาะอย่างยงจาก
แพทย. บทความนเขยนสำหรับแพทยฝุมง
มันในทางวิชาการเกินไปจนลคความจริงคง
กลาวนน, เพอจะเคอนให้หวนนคถึงคนไซ่
ย้าง, เพราะถ้าแพทยนคถึงคนไซ่อย่เสมอ,
คนไซ่ก็ยอมจะตองนคถึงแพทยเข่นกัน—ใน
ทางทเป็นกคล.

(1) ภูเก็จ วาจนนท. สารศิริราช ๑ : ๕๕, ๒๔๕๕

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรคเขยนชื่อและนามสกุลให้ชค้เงิน
๒. ส่งเงินถึงฝุจคการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินท ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกยอเอกสาร

รายนามผู้ยอในฉบับนี้ : สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.,
ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., เกษม ลีม่วงศ์ พ.บ., อาวุธ ศรีศุกรี พ.บ., วัฒนา ผลาภกรกุล พ.บ.
สำราญ วงศ์พาห์ พ.บ., C. Oph., C. Oto., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.,

๑. J. Thomasch, A.J. Malpass : นุ-
เคลียสไทรเจมินัล ส่วนโมเตอร์ ในมนุษย์.
Anat. Rec. 130 : 91-102, 1958.

ในขณะที่การศึกษาทางกายรูป (มอร์โฟโลยี) ของขั้วสมองของคนยังสนใจอยู่เฉพาะทางเดินของเส้นใยประสาท และกลุ่มเซลล์ภายใน (นิวคลีไอ). แต่การศึกษาเพื่อให้ทราบจำนวนยังมีน้อย. ถ้าได้ทำการศึกษาจะทำให้เข้าใจหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางได้ดีขึ้น.

ผู้ศึกษาได้ทำเซกชันเรียงตามลำดับของขั้วสมองชายอายุ ๔๔ ปี, ตัดหนา ๒๐ ไมครอน, ย้อมด้วยโทลูอิดีนบล. การนยใช้เฉพาะเมอพบนิวคลีโอลัสเท่านั้น. สำหรับมอเตอร์นิวเคลียสของประสาทไทรเจมินัลปรากฏว่าข้างซ้ายมี ๕,๔๔๓ เซลล์, ข้างขวามี ๔,๕๖๐ เซลล์. นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเนื้อหนาคัดของเซลล์เหล่านั้น. มีกราฟแสดง การกระจายของขนาดของนิว-

เคลียสและนิวคลีโอลัสและกราฟแสดงปริมาณของนิวเคลียสด้วย.

สุต แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๒. D.M. Long, et al. : อัตราหัวใจสุนัขหลังตัดประสาทออโตโนมิก. Anat. Rec. 130 : 73-89, 1958.

ในขณะที่นั่งจะมีการทดลองอย่างมากมายเกี่ยวกับประสาทที่มาควบคุมหัวใจ, แต่ก็ยังมีความเห็นไม่ลงรอยกันว่าหน้าที่ของประสาทซิมพะเธติกและพาราซิมพะเธติกมีต่อหัวใจอย่างไรแน่. มีบางคนได้พบเส้นใยประสาทเร่งหัวใจในประสาทเวกัสของสัตว์หลายชนิด. ผู้ทดลองจึงได้ทำการศึกษาดังต่อไปนี้ :

ชำแหละประสาทที่มาสู่หัวใจในสุนัขให้แน่ชัด. แล้วใช้เครื่องมือที่จะตัดสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาสู่ตัวสัตว์แล้วบันทึกการเต้นของหัวใจด้วยเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจในสุนัขปรกติ ๖๐ ตัว. การเต้นของหัวใจ

หลังจากให้สัตว์พวกนี้เป็นเวลา ๑๒๐ นาที
ลดจาก ๘๖ เหลือ ๖๖ ต่อมา. การเว้า
ทำให้อัตราเต้นเพิ่มเป็น ๕๗. หัวใจของ
สุนัขตัวเมียเต้นเร็วกว่าของสุนัขตัวผู้.

หลังตัดประสาทซิมพะเรติกทั้งสอง
ข้าง ปรากฏว่าอัตราเต้นไม่เปลี่ยนแปลง,
ทดลองทำในสุนัข ๑๕ ตัว. ในการตัด
ประสาทเวกัสทั้งสองข้างออกจากส่วนบน
ของคออัตราเต้นเพิ่มเป็นประมาณ ๑๕๐ ต่อ
นาที. ทำในสุนัข ๑๕ ตัว. ในสัตว์พวก
นี้อัตราเต้นไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อถูกเว้าถึงแม่
ประสาทซิมพะเรติกยังคงปรกติอยู่.
หลังตัดประสาทซิมพะเรติกและประสาท
เวกัสที่ไปสู่ออกหมัดในสุนัข ๕ ตัว,
พบว่าอัตราเต้นเพิ่มเป็นเกือบ ๑๑๐ ต่อ
นาทีและไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อถูกเว้า. มีลักษณะ
ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเหมือนสัตว์ทดลอง
เวกัสออก. ผู้ศึกษาเชื่อว่าการเต้นของหัวใจ
และอัตราเต้นในสัตว์พวกนี้ขึ้นอยู่กับ
โดยระบอบสื่อนำในหัวใจเอง.

ผู้ค้นคว้าได้ชี้ให้เห็นว่าหลังตัดประสาท
เวกัสแล้วหัวใจเต้นเร็วกว่าการผ่าตัดอีก ๒
ชนิด เพราะมีประสาทเร่งหัวใจนำโดยประ-
สาทซิมพะเรติก. แต่การตัดซิมพะเรติก
แล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงในอัตราเต้นเพราะ

มีการทำงานแบบโทนิคแอกซ์เลอเรชันของ
ประสาทเวกัส, มีกำลังพอที่จะทดแทนการ
ที่ไม่มีประสาทเร่งหัวใจในซิมพะเรติก.

ส.ด. แสงวิเชียร พ.บ., พ.ค.

๓. Humberto Gomez : การเจริญทาง
ประสาทที่หล่อเลี้ยงหัวใจของเอ็มบริย
โอหนู. Anat. Rec. 130 : 53-71, 1958.

ผู้ศึกษาใช้หัวใจของเอ็มบริยโอหนูอายุ
ระหว่าง ๑๑-๒๐ วัน และหนูกัดใหม่ทำ
การศึกษากายเกิดและการเจริญของประสาท
ที่ไปสู่ออกหมัดโดยการทำให้เซลล์และข้อมโดย
วิธี Fast-Gram-Protargol ของ Davenport.
ปรากฏว่าขณะเอ็มบริยโอหนูอายุได้ ๑๒ วัน
เส้นใยของประสาทเวกัสและซิมพะเรติก
ยังปนกันอยู่ทิวบริเวณใกล้กับฐานของหัวใจ.
มีเอ็มบริยโอไนคินวโรบลาสต์ที่ประกอบเป็น
ส่วนที่ต่อไปจะเป็นคาร์ดิโอพลาสมาเรีย-
เปอสิชัสมันแรก. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
เกิดเมื่อเอ็มบริยโอหนูอายุเข้า ๑๔ วัน. มี
อินตราคาร์ดิแอกเปอสิชัสปรากรูปร่างแรก
ที่เอเตรียมขวาและมีแกงเกลยนิคเปอสิชัสมัน
ผนังของฮอว์นขวาของไซนัสโนดัล. ประ-
สาทที่เปรสเซอร์เจริญชัดเจน. พบเส้นใย
ประสาทในผนังชั้นกลางและชั้นนอกของ

โค่งเออร์ติก และ หลอดเลือดแดง ชัยเคล-
เวียน (โค่งเออร์ติกที่ ๔ ข้างขวา). เมื่อ
เอ็มบริย โออายุได้ ๑๕ วัน มีประสาท จาก
เวกส์ไปสู่มูม เอส-เอ. และต่อไปก็มีประสาท
เพิ่ม มากขึ้น. ที่มูม เอ-วีมีประสาทไปสู่มูม
เอ็มบริย โออายุได้ ๑๖ วัน. จำนวน
ประสาท เพิ่ม ขึ้น ผ่าน จากมูม ประสาทไปสู่มูม
กลามเนอที่อยู่ใกล้เคียง.

สตุ แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด.

๔. D.A. Dreiling et al. : ความสัมพันธ์
ระหว่างอะมีย เลส ในเลือดกับปัจจัยที่กระทบ
กระเทือนเมตาบอลิซึมของคาร์ โบฮัยเดรต.
Am. J. Dig. Dis. 3 : 214-219 1958.

ในรายที่ไม่เป็นโรคของตับอ่อน, ได้มี
การเปลี่ยนแปลงของระดับอะมีย เลสในเลือด
หลังให้ยาที่มีฤทธิ์ต่อคาร์ โบฮัยเดรตเมตา-
โบลิซึม. โดยทั่วไประดับอะมีย เลสลดลง
ขณะที่มีการใช้น้ำตาลและเพิ่มขึ้นเมื่อให้ยา
ที่ลดการใช้คาร์ โบฮัยเดรต.

ระดับอะมีย เลสใน เลือด ตาม ปกติ ถูก
ควบคุมด้วยกลไกนอกตับอ่อน. แต่ที่ออก
ฤทธิ์ควบคุมยังไม่ทราบแน่.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๕. C.M.B. Pare : ชัยโปกลัยซีเมีย หลัง
จากตัดกระเพาะบางส่วน Am. J. Dig. Dis.
3:1-11, 1958.

ทฤษฎีอธิบายอาการนี้คือ

(๑) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย
วิภาคและสรีรวิทยาโดยการผ่าตัด.

(๒) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์-
โมนในการตัดกระเพาะ.

ในผู้ป่วย ๑๒๒ คน ซึ่งได้ถูกตัดกระ-
เพาะออกบางส่วนเนื่องจากแผลเป็ปกติ, ๑๘
ปช. มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ. ๕๐ คน
การทดสอบการทนน้ำตาลโดยกินหรือฉีดพบ
ว่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงนั้นไม่ได้เกิดข
ทันทีจากผลของการผ่าตัดแต่เป็นผลรองจาก
เมตาบอลิซึมของคาร์ โบฮัยเดรต.

จากการทดลองพบว่ามีการผิดปกติของ
เปลือกแอดรีนัล. ฉะนั้นความสัมพันธ์ระ-
หว่างระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังการตัดกระ-
เพาะและเปลือกต่อมแอดรีนัลควรศึกษา.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๖. T. Pessar, J.W. Hessing : การใช้
คอร์ติโซนขนาดใหม่ในเฮปาทิกโคมา. Ann.
Int. Med. 48 : 1254 - 1268, 1958.

พวกคอร์ติโคโทรปินและคอร์ติโซนได้

มีผู้ใช้รักษาเฮปาทิกโคมา, แต่ยังไม่มีการ
วิจัยของมัน.

ผู้เขียนรายงานผู้ช่วย ๖ รายมีเฮปาทิก-
โคมา จาก โรคตับแข็ง และได้รับการรักษา
ด้วยคอร์ติโซน. บางรายก็กลับมีอาการอีก
และได้ให้การรักษาเช่นเดิม.

ขนาดยา คือ คอร์ติโซน ๒๕๐ มก. ทก
๖ ช.ม. ใน ๑-๒ วันแล้วตามด้วย ๒๕๐
มก. ทก ๑๒ ช.ม. ใน ๑-๒ วันต่อมา.
ต่อไปให้ ๒๕๐ มก. ต่อวัน, แล้วหยุดยา.

ผู้ช่วยทุกคนได้รับการรักษาตามอาการ
และบำรุง, รวมทั้งให้โพรแทสแตมม ผลิต-
ไรต์วันละ ๓-๖ กรัม. ทุกคนหายจาก
โคมาอย่างรวดเร็ว, ๒ คนกลับมีโคมาอีก
และพบน้อยอย่างรวดเร็วด้วยการรักษาเช่นเดิม.

ทุกคนถึงแก่กรรม ภาย หลัง ด้วย โรค
แทรกซ้อนของตับแข็งรวมทั้งโคมาด้วย.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. S.S. Kaide, Clinton Texter, G.W.
Borden: แผลเป็ยตึกทะเลภายหลังเงาห้อง
คนใช้ตับแข็ง. Am. J. Dig. Dis. 3:24-
37, 1958

โดยเฉลี่ยเวลาพบผู้ช่วยเป็น โรค ตับ แข็ง
และมีแผลเป็ยตึกร่วม ด้วย รว ๗.๕ ปช.

และพบว่าเปอร์เซ็นต์สูงขึ้นตามความรุนแรง
ของโรคตับแข็ง.

การแทรกซ้อนโดยการทะเลของแผลมัก
รุนแรงกว่าการตกเลือด. การทะเลพบมาก
ขึ้นตามหลังการเงาเงาในช่องท้องออก.

การวินิจฉัย โดยอาศัย ผู้ช่วย มีอาการ
ปวดท้องหรือช็อค หลังเงาเงาออก ใน
เวลาอันสั้น. การมีน้ำในช่องท้องและตก
เลือดมักร่วมกับการทะเล. การตรวจร่าง
กาย และ การตรวจ ทาง รังสีพยมอากาศ ใน
ช่องท้องได้กระบังลม.

การรักษาอยู่ที่การวินิจฉัยโดยรวดเร็ว.
การรักษาทางศัลยกรรมช่วยให้การตายลด
น้อยกว่าทางอายุรกรรม.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๘. Charles M. Posur, George L. Cur-
rar: ไมเลสเคอรอลเสรีในน้ำหล่อสมองสัน
หลังเขนเควอง ชบอภภาวะของมัลติเบิ้ล สะ-
เคลอโรสิสและ โรคที่ เกี่ยวข้องกัน. A.
M.A. Arch. Neurol. & Psych. 80:304-
313, 1958.

ปัญหาที่ยากข้อหนึ่งในประสาทวิทยาาคือ
หลักในการจะบอกการดำเนินของโรคที่มีการ
สลายของปลอกมัยอีลิน ใน โรค มัลติเบิ้ล-
สะเคลอโรสิสและโรคพวกเดียวกัน. การ

เปลี่ยนแปลง โชมเลสเทอรอลเป็นเอสเทอร์
ในสมอง เช่น เนื้อขาว เป็น ลักษณะ ของ การ
สลายของปลอกมัยอีลิน.

ผู้รายงานได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลง โชม
เลสเทอรอลในน้ำไขสันหลังของโรคที่มีการ
สลายเปลือกมัยอีลิน ใน โรค มัลติ เบิลส์-
เคลอโรสิสและโรค ที่มีการสลายปลอกมัย
อีลินอื่น ๆ อีก, โดยหาจำนวนโชมเลสเทอ
รอล เสรี และ เอสเทอร์ ใช้วิธี วัด ความขุ่น.
(เทอร์บิเดเมตริ) เพื่อหาปริมาณของสเท
อรอลที่ตกตะกอนกับคิริโตนิน.

ในคนปรกติมีแต่ โชมเลสเทอรอล เอส-
เทอร์, เฉลย ๐.๑๑ มก. ปช. ไม่มีโชม
เลสเทอรอลเสรี. ในโรคที่มีการติดเชื้อ
และเนื้องอกของระบบประสาท, โชมเลส-
เทอรอลทั้งหมดและเสรีสูงขึ้น, โดยได้
ส่วนกับจำนวนโปรตีน ในน้ำไข สัน หลัง
ด้วย. ในโรคมัลติเบิลส์เคลอโรสิสและ
โรคพวกเดียวกันโชมเลสเทอรอลก็ สูง ขึ้น,
แต่ไม่ได้ส่วนกับจำนวนโปรตีน.

จากการศึกษาพบว่าใน โรค มัลติ เบิล-
ส์เคลอโรสิสและพวกที่มีการ สลาย ปลอก
มัยอีลินอื่น ๆ อาจแบ่งออกเป็น ๓ พวก:
(๑) โรคที่ยังดำเนินอยู่ ๑๕ ราย, มี
โชมเลสเทอรอลเสรี เฉลย ๐.๑ มก. ปช.
(๐.๐-๐.๕ มก. ปช.). พบใน ๑๕ ราย.

(๒) โรคที่สงบแล้ว ๑๗ ราย, มี ๐.๐-๐.๖
มก. ปช. (เฉลย ๐.๐๑ มก. ปช.). พบ ๒
ราย เท่านั้น. (๓) ที่ยังขอกไม่ได้แน่ ๑๔
ราย. พบ ๐.๐-๐.๑ มก. ปช. (เฉลย
๐.๐๕ มก. ปช.).

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๕. Kamil Imagnoglu, John F. Perry,
Owen H. Wangensteen: การทดลองทำ
ให้เกิดเนื้องอก โดยวิธี ส่วนปลาย ของท่อหน้า
ศีรษะ. Surgery 623-630, 1957.

ได้มีการทดลองกันมาก มายเพื่อให้เกิด
เนื้องอกในงูน้ำค เพื่อหาสาเหตุในการเกิดของ
เนื้องอก. บางทีเพราะการติดเชื้อนำมาก่อน.
บ้างว่าเพราะเมตาบอลิซึม.

ผู้รายงาน สังเกตว่าส่วนมาก ของคนไข้
(ราว ๕๘ ปช.) ที่มึนวมการคืบของหู
รูดออกค, ทงในรายที่ผ่าตัด. ในการตรวจ
ศัพทพบได้เป็นส่วนมากเช่นเดียวกัน. ผู้ราย
งานได้ทดลองในสัตว์ ๓ ชนิด, คือ สุนัข,
กระต่ายและลิง, โดยใช้เซลโลเฟนเทปที่
รอยด้วยไคอะเซทิลโซเคียมฟอสเฟตผูกไว้
หลวม ๆ ที่ส่วนปลายสุดของท่อหน้าศีรษะ.
หลังจากนั้นก็ ได้พยายาม ตรวจ หาสิ่งผิด
ปรกติต่าง ๆ ในเลือดของสัตว์ทดลองและ

หากอนันต์พร้อมทั้งลงปลอกเชือกจากนาค.

ผลสุดท้ายก็สรุปได้ว่าปรากฏการณ์เกิดเป็นสองอย่าง, คือพวกแรกมีการออกคันทมหิต, อีกพวกหนึ่งมีเพียงการค้ำแคบ, และพยมนันในถ้ำนาคในพวกค้ำแคบเท่านั้น.

พบว่ากระต่ายเกิดนิ้วเร็วและเป็นจำนวนมากกว่าสุนัขและลิง, และเกือบจะไม่พบว่ามีเชือกเพาะขนเลยจากนาค.

ผู้เขียนจึงกล่าวไว้ว่าการเกิดนิ้วขึ้นก็เกิดจากการค้ำของนาคเมื่อผ่านท่อทคัย, และเกือบจะกล่าวไว้ว่าการค้ำเชือกไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกิดนิ้ว.

ผู้รายงานยังนึกถึงการไหลกลับ ของน้ำย่อยของคัยอ่อนอีกข้อหนึ่งว่าอาจเป็นสาเหตุ.

เกษม ลิมวงศ์ พ.บ.

๑๐. Paul D. Abramson, et al. : การเปรียบเทียบการวิจัยสองแบบสำหรับมะเร็งเต้านม.

การวิจัย มะเร็ง ของเต้านม มีหลายวิธีด้วยกันและผลก็แตกต่างกันมากในที่ต่าง ๆ กันจนไม่อาจสรุปได้แน่นอน ว่าวิธีใดควรเป็น การวิจัยที่เป็นมาตรฐาน. จึงคิดว่าการเสนอ รายงาน นี้จะ เป็น ส่วนช่วย เพิ่มเติม ในการวิจัยได้.

ผู้รายงาน ได้แบ่งสิ่งที่ เกี่ยว ของ กัยการ

พยากรณ์ โรค ออกเป็น ๒ พวก คือพวกที่ควบคุมได้และพวกที่ควบคุมไม่ได้. สิ่งที่ควบคุมได้ก็มีการ ชักช้าในการ รักษาและการรักษา.

ได้รวบรวม คน ไข จาก คอน เฟอ เรน เมติคัลเซ็นเตอร์ระหว่างปี ๑๙๓๑-๑๙๓๕ ซึ่งรักษาโดยใช้การฉายรังสีเอกซ์ ๑๑๐๐r แล้วตามด้วยการตัดเต้านมอย่างธรรมดา มาเปรียบเทียบกับคนไขในปี ๑๙๕๐ ที่รักษาด้วยการตัดเต้านมอย่างถอนราก (แรคิคัล) ตามวิธีของวิลลิเมเยอร์. พวกแรกมี ๒๑๖ ราย, พวกที่ ๒ มี ๓๖๕ ราย.

เมื่อเทียบกัน ทกระยะ ของมะเร็ง แล้วมีเวลารอคชีวิตต่างกันมาก. การตัดเต้านมอย่างถอนรากมีผลกว่ามาก, คือ ๖๐.๕ เปอร์เซ็นต์เปรียบกับ ๓๓.๘ เปอร์เซ็นต์.

มีการกลายเป็นอีกเฉพาะที่ ๑๐.๕ เปอร์เซ็นต์.

ในการทำไข่ออปลัซัย ปรากฏว่าเอกซีซึะ นัลไข่ออปลัซัย ให้เวลารอคชีวิต ได้มากที่สุด. แต่เชื่อว่าควรจะให้ขนาดของมะเร็งด้วย.

เกษม ลิมวงศ์ พ.บ.

๑๑. J.C. Haworth : การวินิจฉัยโรคเยื่อหุ้มสมอง อีกสมัยๆ ขึ้น ในทารก. Lancet. 6767 : 911-914, 1955.

ผู้รายงานได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นหนอง อย่างปัจจุบันที่รับไว้รักษาใน ร.พ. เทก แอลเคอริสเซีย ๕๐ ราย. มีตาย ๑๑ ราย. เขาอธิบายว่าอัตราการตายของโรคนี้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กทารก อายุต่ำกว่า ๑ ปี ยังคง สูงมาก, แม้ว่าจะมี ซัลโฟนาไมด์ และแอนติไบโอติกใช้แล้วก็ตาม. ทั้งนี้เพราะการวินิจฉัยโรค, เนื่องจากทารกมีอาการแสดงของโรคนี้ไม่ชัดเจน. ใน ๕๐ รายที่รายงานมีอาการชัดเจนเพียง ๓๗ ราย, อีก ๑๓ รายไม่มีอาการ แสดงของ เยื่อหุ้ม สมอง อักเสบเลย. ในจำนวนนี้ตายถึง ๗ ราย (ในทั้งหมด ๑๑ รายที่ตาย). และมี ๕ รายในจำนวนนี้ที่วินิจฉัยโรคได้โดยการตรวจศพ.

ผู้รายงานได้กล่าวถึง อาการแฉะ และอาการแสดงตามตำราว่ามีอาเจียน, การคันกระตุ่น, เบื่ออาหาร, ชัม, ชัก, ภาวะหม่อมคั่ง, คอแข็ง, อาการแสดงเคอร์นิก และอาการชักว่าเป็นการบ่งถึงการพยากรณ์โรคที่ร้าย. เขาแนะนำให้ป้องกันการชักอย่างเต็มที่ในการรักษาโรคนี้.

การเจาะน้ำ สันหลัง สำคัญ ที่สุดในการวินิจฉัยโรคนี้ (เพื่อช่วยให้ได้วินิจฉัยโรคเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้). เขาแนะนำให้ทำ

การเจาะไขสันหลัง ใน (๑) รายที่มีอาการ ชัม, หงุดหงิด, ตาค้าง, ตาเหลือกผิดปกติ. (๒) รายที่มีอาการหนักเกินกว่าที่อธิบายได้จากข้อตรวจพบ. (๓) รายที่ไม่สนองต่อการรักษาเท่าที่ ควร สำหรับโรค บาง อย่าง เช่น ปอดบวม, แกลสโตรเอ็นเทอไรติส.

ในที่สุดเขาถือว่า (๑) ทารกที่เป็นโรคเยื่อหุ้มสมอง อักเสบ มักจะไม่ แสดง อาการแสดงตามตำรา หรือ แสดงก็ ในระยะหลัง ๆ ของโรค. (๒) ผลการรักษาใน ๕๐ ราย แสดงว่า อาการชักเป็นข้อพยากรณ์ร้าย. ควรจะให้ยาระงับการชักประจำเสมอ. (๓) การวินิจฉัยโรคได้ช้าเป็นเหตุสำคัญข้อหนึ่งที่ทำให้ อัตราตาย ของโรคนี้ ยัง คง สูง อยู่. เขาแนะนำให้ทำการเจาะสันหลัง โดยไม่ต้องรออาการแสดงของการรบกวนเยื่อหุ้มสมอง.

อาวุธ ศรีสุกรี พ.บ.

๑๒. G.W. Bettman : ไอโซโทปรังสี. A.M.A. Arch. Ophth. 59 : 821-830, 1958.

ไอโซโทปรังสี มี หลาย อย่าง ที่มี ประโยชน์ ในการตรวจและรักษาโรคตา. บางอย่างอายุสั้นเกินไป, เช่น ^{15}O อายุ ๒.๑ นาที, และ ^{90}Sr อายุยาวนานเกินไป, คือ

๒๕ ปี. อวัยวะต่าง ๆ สามารถจะเก็บกัก-
มันตรังสีได้ต่าง ชนิด กัน เช่น Fe⁵⁹ ชอบ
เม็ดเลือดแดง, ทองแดง Au¹⁹⁸ ชอบน้ำ
เหลือง, I¹³¹ ชอบมัยวอดด์. ประโยชน์
ทางรักษา เช่น รังสี เบตา รักษาโรค นกกล
ตา, P³² ใช้ในการวินิจฉัยโรคเมลาโน
มาอย่างร้าย. Sr⁹⁰ ใช้ทำนกกตาหรือ
ทำเม็ดเคลือบรักษาโรคในช่องปาก.
ยังมีพวกที่ใช้ในการทดลอง ค้นคว้า เกี่ยว
กับตา, เช่น Ma²⁴, Ce³⁸ ใช้เกี่ยวกับวั
การไหลของ น้ำในช่อง หน้าของ ลูกตาและ
จำนวนโลหิตไหลเข้าเลี้ยงลูกตา.

สำราญ วัศพาท

W.M., C. Oph., C. Oto.

๑๓. T.G. Wilson : ข้อสังเกตเกี่ยวกับ
กายวิภาคศาสตร์ของ กล้องเสียงใน ทารก.
Acta Oto-laryng. 43 : 95, 1953.

การทำ ผู้ทำ ใน ศพ เด็ก คลอด ครบ
กำหนดตายใหม่ ๆ โดยการ ฉีดน้ำยาของ
ลาตีกส์เข้าไปใน กล้องเสียง แล้วทิ้งไว้ ให้
แข็งและแกะออกมาวัดหรือโดยวิธีทำให้เย็น
แข็ง แล้ว ตัด และ วัด โดย กล้อง จุลทัศน์,
หรือวัดเอาจากศพสด ๆ. ผลสรุปได้ คือ
(๑) ขนาดของกล้องเสียงในเด็กไม่ได้ส่วน

กักร่างกายของเด็ก. ช่องของกล้องเสียง
กับหลอดคอ (เทรเชีย) ของเด็กถ้าเปรียบ
เทียบกับผู้ใหญ่แล้ว เล็กกว่า ส่วน ของ ร่าง
กาย. (๒) ส่วนประกอบของ อวัยวะของ
กล้องเสียงเช่นกระดูกอ่อน, เนื้อกล้ามเนื้อ,
เยื่อเมือก, ชั้นไตเยื่อเมือก, จะอ่อนกว่าผู้
ใหญ่. กระดูกอ่อนอ่อนกว่า, เพราะกว่า. การ
จับยึดของเยื่อชั้นไตเยื่อเมือกไม่แน่นอน.
(๓) ทิศของลาริงซ์ของเด็กอยู่สูงกว่าของ
ผู้ใหญ่. เอียงกลับทิศทางโค้งไปทางหน้า
มากกว่า. (๔) รูปร่างส่วนบนของลาริงซ์
และหลอดคอเป็นรูปกรวยในเด็ก. แผ่นครี-
คอปต์เอียงไปทางหลัง. หลอดคอแคบกว่า
หลอดเสียง.

สำราญ วัศพาท

W.M., C. Oph., C. Oto.

๑๔. Lloyd C. Rohos: โรคโปลิโอใน
ลำไส้กับจุลชีพก่อโรคปาก (กลุ่มอาการของ
Peutz-Jeghers) *J.A.M.A.* 165 : 208-210,
1957.

กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วยอาการปวด
ท้องบ่อย ๆ ในผู้ป่วยที่มีจุดมัสสิบริเวณริม
ปาก, เยื่อเมือกของปาก, รอยตา, ท่อน้ำ
และท่อนว. บางทีพบที่สันจมูก. ที่ลำไส้มี

กลุ่มเนอโพลีปีโดยเฉพาอย่างขึงในลำไส้เล็ก. พบไตต่งแต่เด็กจนอายุ ๖๐ ปี. และพบว่าลำไส้กลืนกันซ้ำ ๆ ในอายุ ๒๐ ปี. มีประวัติทางกรรมพันธุ์ด้วย. โรคแทรกซ้อนที่พบมีโลหิตออกในระยทางเดินอาหาร, โลหิตจาง, ลำไส้กลืนกันและเป็นที่เริ่มต้นของเนื้องอกชนิดร้าย.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ช่วยชาย ๑ ราย, อายุ ๒๒ ปี, มีจุดเล็ก ๆ มากมายในบริเวณริมฝีปากและเยื่อเมือกในปาก. ประวัติครอบครัวมีมารดาถึงแก่กรรมเมื่ออายุ ๓๔ ปีด้วย "เนื้องอกในช่องท้อง" บิดาถึงแก่กรรมด้วย "แผล" เมื่ออายุ ๕๐ ปี. ผู้ช่วยมีพี่น้อง ๔ คน. ทุกคนสบายดี. ไม่มีใครมีจุดหรือเป็นเช่นนี้ผู้ช่วยเลย. ผู้ช่วยรายงานได้รับการผ่าตัดของท้องถึง ๓ ครั้งเนื่องจากมีอาการปวดท้องอย่างปัจจุบัน, และวินิจฉัยว่าลำไส้กลืนกัน. ผ่าตัดพบว่าเนื้องอกที่คอคนม, เจจุนมและอิลิม ตรวจด้วยซิกมอยโคสโคปพบเนื้องอกที่ซิกมอยคโคลอน. ทำแบเรียมแอร์คอนทราสต์ที่อนมาพบเนื้องอกที่โคลอนส่วนชน. เนื้องอกเหล่านี้โตถักคอกอกหมด. ปรากฏว่าเนื้องอก ๒ กอนจากเจจุนมมีลักษณะแปรเป็นเนอราวย, นอกนั้นเป็นอะดิโน มาตัส โปเลียปอย่างไม่มีราย. Jeghers กล่าวว่าอาจมีเนื้องอกไตต่ง

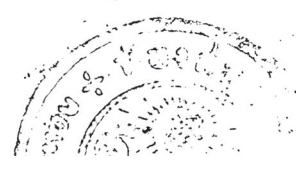
แต่กระเพาะอาหารไปจนถึงเรคตัม, แต่พบเป็นประจำคอทลำไส้เล็ก และมีแปรเป็นเนอราวย ๑๕ ปีช. เท่านั้น. เขายังได้เน้นว่าเนื้องอกในกลุ่มอาการนี้เราควรคิดเสมอว่าเป็นโรคก่อนถึงระยะเนอราวย. อนึ่ง, การผ่าตัดของท้องย่อย ๆ ในกลุ่มอาการนี้เป็นเรื่องทพบได้เสมอ. สจ๊วตและสโตริย์ เคยรายงานว่าได้ทำการผ่าตัดถึง ๕ ครั้ง. ผู้ช่วยรายงานไม่มีเลือดออกทวารหนักหรือโลหิตจางเป็นโรคแทรกซ้อนเลย. ภายหลังการรักษาแล้วตรวจไม่พบหลักฐานของเนื้องอกและผู้ช่วยสบายดี.

เวลาตรวจศพไม่เคยปรากฏว่าผู้ช่วย (ศพ) ทมจุดดังกล่าวไม่มีเนื้องอกในลำไส้ร่วมด้วย. รายงานนี้มีหลักฐานยืนยัน ๔๕ ราย, ในผู้ช่วยทมจุดที่ริมฝีปากแล้วได้รับการผ่าตัดพบเนื้องอกในลำไส้.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๑๕. Erik Berglund, et al: ผลของอิทธิพลหัวใจทำงาน, การใช้เลือดซัยเงิน, และปริมาณเลือดที่ไหลเลี้ยงหัวใจในสุนัข. Acta Physiol. Scand. 42:185-196,1958.

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาในสุนัขซึ่งให้ยาสลยและเปิดหน้าอก, ควบคุมการเต้นของหัวใจให้อยู่ในอัตราที่ตอง การ โดยกระ



ทนด้วยไฟฟ้า. เมื่อทำการทดลองให้อัตราหัวใจเพิ่มตามลำดับจาก ๓๓ ถึง ๘๐ ครั้งต่อนาที, เป็น ๒๐๐ ถึง ๒๘๐ ครั้งต่อนาที, พบว่าจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน ๑ นาทีเพิ่มขึ้นจนถึง ๗๓ ปช. และเพิ่มถึงขีดสูงสุดเมื่ออัตราเต้นอยู่ระหว่าง ๘๐ ถึง ๑๘๐ ครั้งต่อนาที. เมื่อหัวใจเต้นเร็วกว่านั้น, เลือดที่ออกจากหัวใจใน ๑ นาทีกลับน้อยลง. จำนวนเลือดที่หัวใจขับส่งออกแต่ละครั้งนั้นลดลงตามลำดับเมื่อหัวใจเต้นเร็วขึ้น. ผลเหล่านี้ไม่เหมือนกับผลที่เกิดขึ้นในขณะที่ออกกำลังกาย, เพราะการทดลองนี้ศึกษาจากการเปลี่ยนแปลงในอัตราเต้นแต่อย่างเดียว, ตักการเปลี่ยนแปลงจากฮอว์โมน, อุณหภูมิ, และการควบคุมทางประสาทออกไป.

นอกจากพบว่าเมื่อหัวใจเต้นเร็วขึ้น, ความดันในหลอดเลือดเอออร์ตาสูงขึ้นเล็กน้อย, ความดันชีพจรลดลง, การใช้ออกซิเจนของเนอกล้ามหัวใจเพิ่มขึ้น, เลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีข้างซ้ายเพิ่มขึ้น. สองอย่างหลังนี้นับคงเพิ่มเมื่อหัวใจเต้นเร็วและการทำงานของเวนทริเคิลคงที่หรือลดลง. ความต้านทานในหลอดเลือดโคโรนารีลดลงอย่างมากเมื่อหัวใจเต้นเร็วขึ้น, แสดงถึงการขยายตัวของผนัง

หลอดเลือดโคโรนารี.

การใช้ออกซิเจนของเนอกล้ามหัวใจต่อหนึ่งหน่วยงานที่ทำ, เพิ่มมากขึ้นตามอัตราเต้นของหัวใจ. ผู้รายงานให้ความเห็นว่าในรายปกติจำนวนออกซิเจนที่ใช้ไปโดยเนอกล้ามของหัวใจเป็นเครื่องแสดงอันสำคัญของการไหลของเลือดทางโคโรนารี, และได้ให้ความเห็นไว้เกี่ยวกับโรคหัวใจในรายที่มีการตีบในหัวใจ, คือเมื่อหัวใจเต้นเร็วขึ้น, จะมีผลไม่เกิดขึ้นยิ่งกว่ารายหัวใจปกติ. เช่นในรายตีบไม่ตรัสตีบ, หากจะสูบลึกเลือดไปเลี้ยงให้พอเพียงก็จำต้องมี ความดันพลโมนารีสูง, ซึ่งอาจเกิดพลโมนารีออกมา. ถ้าความดันพลโมนารีไม่สูง, จะแก้ไขโดยปรับอัตราเต้นให้เร็วจำนวนเลือดที่หัวใจส่งออกไปเลี้ยงร่างกายจะตกไม่พอเพียง. ในรายที่มีการตีบในหลอดเลือดโคโรนารี, หากหัวใจเต้นเร็วขึ้น, เลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีจะกลับลดน้อยลง, เนอกล้ามหัวใจจะได้รับออกซิเจนไม่พอเพียง, จะทำให้เวนทริเคิลล้ม, ซึ่งจะสามารถแก้ไขได้ง่าย ๆ โดยการลดอัตราเต้นให้ช้าลง.

วัฒนา พลากรกุล พ.บ.

ปกิณกะ

๑. การถูกพิษยาหยอดจมูกในเด็กเล็ก

การแก้การคัดจมูกไม่ว่าจะเกิดจากการติดเชื้อ, อลเลอร์ยี, ความผิดปกติทางเวโซโมเตอร์หรือ เอ็นโดคริน, เกิดจากยา, หรือร่องทางจิตใจก็ตาม, ยาหยอดจมูกที่พบในจมูกหรือช่องท่อยาจมูก, ซึ่งล้วนแต่ประกอบด้วยควยาที่ขยหลอเคลอก, ให้ผลในเวลาเร็ว.

ยาเหล่านี้ใช้มากหรือใช้นาน ติดต่อกันไป, ก็ทำให้เกิดอันตรายเฉพาะที่ได้, ดังที่แพทย์ทุกคนยอมรับกันมาช้านานแล้ว, เช่นการเกิดขย เฮอร์เมียเป็น ฏิกิริยาตามหลังการทรมการขยหลอเคลอกแล้ว, หรือการรบกวนประสาทออโตโนมิกที่ควบคุมหลอเคลอกที่เยื่อจมูกเสมอๆ อาจทำให้เกิดระคายเคืองที่เรียกว่า Rhinopathia vasomotorica medicamentosa ได้, เป็นต้น. แต่การเกิดพิษอย่างปัจจุบันต่อร่างกายทั่วไปนั้นมีผู้กล่าวถึงน้อย, โดยเฉพาะในเด็กอ่อนหรือเด็กเล็กๆ ควรใช้ยาแม่เพียง ครึ่งแก้วก็อาจเกิดพิษได้, ดังตัวอย่างต่อไปนี้.

เด็กชาย, อายุ ๘ เดือน, เป็นหวัดคัด

จมูกมาก, ร้องกวนและไม่ยอมกินอาหาร, ไม่มีไข้. มารดาซึ่งเย็นหมอได้หยอดยาชื่อ "ทยซีน" เข้าจมูกข้างละหยด. ไม่ทันเวลา ๑๐ นาทีต่อมาหยอดอีกข้างละ ๒ หยด. ไม่ได้ให้ยาอนเลย. ครึ่งชั่วโมงต่อมาเด็กง่วงและหมดความรู้สึกไป, หายใจถี่ๆ, ผิวหนังซีดและเย็น, ไม่มีความรู้สึกเลย, ร่ม่านตาแคบ, ชีพจรช้ามาก. ต่อมาหายใจผายๆ เป็นแบบ Biot. ได้นำไปโรงพยาบาล. เด็กหมดความรู้สึกอยู่ถึง ๓-๔ ชั่วโมง. ได้ให้ออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา. การหายใจค่อยๆ คชน, และอุณหภูมิปรกติ. หลังอย่างสนิทต่อไป ๘ ชั่วโมง, จึงได้แสดงฏิกิริยาต่อการกระตุ้นภายนอก. หลังจากนั้น ๒๔ ชั่วโมงก็หายใจเป็นปรกติ. ในขณะยังไม่พบความผิดปกติใดๆ ที่เกิดขึ้นหลัง.

ในรายที่เป็นไม่มาก, มีอาการเพียงง่วง. แต่ในรายที่เป็นพิษมากกว่ามีอาการหมดสติ, ผิวหนังซีด, เย็น, หายใจถี่. ถ้าพิษอย่างแรงหายใจเป็นแบบ Biot, หัวใจ



เด่นชัด, ความดันเลือดสูงขึ้น, รูปร่างท้วม
แรกแคบ, แต่ค่อนหลังขยายกว้าง, อาการ
คล้ายเกิดจากพิษยาเสพติด. ในผู้ใหญ่ที่ไ้
ยาทีย ซัน และ ปรีวันเกินขนาดจะรู้สึกอ่อน
เพลีย, เหงื่อออกมาก, หัวใจเต้นช้า, ความ
ดันเลือดสูง, หายใจหอบ, กระจายน้ำ, แต่
ไม่ม่วง. ในผู้ชายพบว่าทำให้เกิดถ่าย
ปัสสาวะไม่ออก ๒ ราย.

ทียซัน และ ปรีวัน เป็นอนุพันธ์ซึ่งได้มา
โดยการยับยั้งโคโรเจเนชั่น ของซปราเรนินและ
อเฟทริน. มีฤทธิ์ในการยับยั้งหลอดเลือดควาย
กันทั้งหมด. แต่สำหรับซปราเรนินและ
อเฟทรินถ้าใช้ขนาดมาก เกินควรทำให้เกิด
อาการหงุดหงิด, สั่น, เหงื่อออกมาก, และ
ชัก. ส่วนทียซันและปรีวันนั้นตรงกันข้าม,
โดยเฉพาะในเด็กจะกด สมอคล้ายยาเสพติด.
ทียซัน เช่น นเพราะ ทงปรีวัน และ ทียซันม่วง

นพาลัน อยู่ควย ซึ่งมีฤทธิ์ ในทาง ระวังประ
สาท.

ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาหยอดตามแกแก็กจึง
ต้องเจือจางให้อ่อนลง & เท่าควยน้ำเกลือ
หรือน้ำกลั่น. ไม่ควรใช้อย่างพ่นเพราะควย
คุมปริมาณของยายาก. ในเด็กเล็ก ๆ ใช้
ยาที่เขาคีเฟทรินดีกว่า, เพราะยังไม่ปรากฏ
ว่าเกิดอาการพิษเลย.

การ รักษา เมื่อ เกิด พิษ เช่น การ รักษา
อาการ, เช่นช่วยการหายใจโดยให้ออกซัย
เจนหรือช่วยให้อายใจสะดวกโดยสวนหลอด
เข้าเทรเชีย. ไม่ควรให้ยากระตุ้นให้ตน
เลย.

(รวบรวมจาก Ulrich Legler : Dtsch. Med.
Wschr. 84 : 69-70, 1959)

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

๒. หน้าที่ของตับ

การตรวจหน้าที่ของตับเราทำได้โดยวิธี
ทางสรีรเคมี, ส่วนใหญ่เป็นการตรวจเพอ
แยกการวินิจฉัยโรค ในรายที่เป็นค้ำช้ำหรือ
ตับโต.

การทดสอบที่ใช้เป็นมาตรฐานได้แก่การ
ตรวจหาระดับซัรมบิลิรูบิน, อัลคาไลน์
ฟอสฟาเตส, ซัรมโปเรเทอีน, การทดสอบ
ฟล๊อคคูลเลชั่น ๑ หรือ ๒ อย่าง, การตรวจ

บัสสาวะและอุจจาระ. ในทางคลินิกมีความสำคัญระหว่างส่วนไคเรคท์ (โปสท์เฮปาทิค) และส่วนอินไคเรคท์ (ปรี-เฮปาทิค) ของซีรัม บิลิรูบิน, ซึ่งแต่เดิมทดสอบโดยวิธีแวนเคนเซอร์ก. Billing และพวกพบว่าปฏิบัติการยาโคเซโรเซบกับบิลิรูบินส่วนอินไคเรคท์ซึ่งละลายในแอลกอฮอล์เป็นพวกโมโนและไดกลูโคโรไนด์ซึ่งละลายน้ำได้. ปฏิกริยานานกลัยโคโดยเบคากลูโคโรนิเอส. ตรีบิลิรูบินเองละลายในไขมันและแอลกอฮอล์. ฉะนั้นอาจมีผลต่อระบบประสาท ในโรคเม็ดเลือดสลายตัวของเด็กเกิดใหม่, และไม่ซึมผ่านโกลเมอรูไลไปสู่น้ำไขสันหลังได้. อัลคาลไลน์ฟอสฟาเตส, ถ้าสูงกว่าปรกติเกิน ๒ เท่า, แสดงถึงมีการออกตันของท่อน้ำดี. โดยปรกติมันมักจะเพิ่มขึ้นในรายเป็นโรคของเซลล์ของตับรวมทั้งมะเร็งและอิมัลอยโทสิส. อัลบูมินก็ถูกสร้างโดยตับและลดลงในรายเป็นโรคของตับ. แต่ระดับของอัลบูมินกับการทโทชันการและปริมาณน้ำส่วนที่อยู่นอกเซลล์ควย. การเปลี่ยนแปลงของระดับซีรัมโกลบูลิน, เราพบทั้งในค้ชานที่เกิดจากการออกตันและจากโรคของเซลล์ของตับ. การตรวจแยกโดยอิเล็กโตรโฟรีสิสในรายเกิดจากการออกตันจะมีการเพิ่มของ

อัลฟา ๒ และเบต้าโกลบูลิน. แต่ถ้าเป็นรายพิการของเซลล์ของตับจะเพิ่มแกมมาโกลบูลิน. การตรวจเอนไซม์เป็นกระแสสองถึงความรุนแรงของโรคได้. ปฏิกริยาฟลอคคูลชันและเทอร์บิตติไซพอ ๆ กัน, และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของซีรัมโกลบูลิน. การทดสอบสังเคราะห์ซัลเฟตและอิมมูโนลส่วนใหญแสดงถึงการเพิ่มของแกมมาหรือเบต้าขวกแกมมาโกลบูลินใช้กันมาก. Sellek และ Frade ใช้ทองแดงอะซีเตททดสอบฟลอคคูลชันที่รวดเร็วและง่าย.

บางคราวจากการทดสอบเหล่านี้อาจวินิจฉัยโรคยังไม่ได้แน่นอน. การคัดชันเนอของตับอาจต้องกระทำในผู้ป่วยที่ไม่มีค้ชาน. วิธีที่ปลอดภัยอาจเลือกเอาการผ่าเย็บช่องท้องเพื่อตรวจ. ในรายที่มค้ชานจะทำไตค้ต่อเมื่อไม่มีการผิดปกติในการแข็งเป็นลิ้มของเลือด. การพยายามแยกค้ชานอีกเสียร่วมกับการออกตันท่อน้ำดีภายในค้, จากการออกตันนอกค้ชานซึ่งมีอาการทางคลินิกและการตรวจสรีรเคมีบางที่เหมือนกัน, ในพวกนี้การใช้พวกสเตอรอยด์หรือคอร์ติโคโทรปินจะช่วยการวินิจฉัยมาก. ระดับซีรัมบิลิรูบินจะลดลงมากในรายที่ค้ชานอีกเสีย, แต่ก็ไม่แน่นอนเพราะการออกตันนอกค้ชานอาจลดได้

เช่นกัน. ถ้าอาการคันยังคงอยู่เป็นสัปดาห์ ๆ การผ่าแยกช่องท้องเพื่อตรวจจำเป็นมาก.

การตรวจหน้าตามาตรฐานอาจไม่แสดงอาการผิดปกติ. แต่ถ้าเรายังสงสัยว่าเป็นโรคคันเรอาจตรวจได้อีกโดย การ ทด สอบ การขี้ถ่าย โบรมซัลฟ์เลอิน. วิธีนี้ไวมากต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของคัน. ในปัจจุบันมีการหาทรานส์อะมีเนส, ซึ่งหลังจากจะแส้โลหิตจากเซลล์ที่ไทรอบอนทราย. ซึ่งมีกลตามิคพีวีโรคทรานส์อะมีเนสจะแน่นอนในรายโรคคันมากกว่าซึ่งมีกลตามิคออกซัลอะซิติคทรานส์อะมีเนส, และค่าอาจสูงได้ในรายที่คันที่เกิดจากกกรอดคัน. การทศ

สอบทั้งสองวิธีอาจปรกติได้ถ้าโรคของคันนี้ยังสามารถแก้ไขได้

ในปัจจุบันยังมีการใช้ไอโซโทป, เช่น ไอโอไดน์ ๑๓๑. ในการศึกษาขั้นแรกพบว่าการจับและการขี้ ถ่ายจะต่ำลง ในผู้ป่วยที่เป็นโรคคันหรือการอดคันของท่อน้ำดี. การสอดสายยางเข้าหลอดเลือดดำ เฮปาทิค จะช่วย การ ทำการ ไหล เวียน ของ เลือด ส่วนปลายโดยเฉพาะทางม้าม, การให้ออกซิเจนของคัน, โปรตีนและคาร์โบไฮเดรตเมตะบอลิซึมของคัน.

(จาก The Lancet 2:403-404, 1958)

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.ม.

๓. คานามัยซิน

แอนติไบโอติกชนิดใหม่สำหรับใช้ต่อเชื้อสเตรปโตคอคคัส และต่อเชอทูเบอร์คูลอสิส ซึ่งค้น ต่อยาที่ใช้รักษากรรมตา, พบโดยอุมิซาวา (Umezawa) แห่งสถาบันสชีววิทยาแห่งชาติ ที่กรุงโตเกียว, และพบว่ามฤตคอคโคไลและเอ็นเทอโรเบซิลไลด้วย.

สารนี้ละลายในน้ำมฤตคอคโคไลเป็นค่าง. ผลึกบริสุทธิ์สูตร $C_{18}H_{36}N_4O_{11}$ เมอซีโยโครสัยส์ด้วยกรทจะให้ ๒-เคสออกซีเสตรปี-อะมีนเหมือน กยที่ไดจาก นีโอไมซินและนาคาล ๒ หน่วย.

ความเข้มข้น ๒.๐-๑.๘ ไมโครกรัมต่อ

/ล.ชม. สามารถฆ่าเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ออเรียส ที่ต้านต่อเพนิซิลลินได้, และพวกซัลโมเนลล่าในความเข้มข้น ๑๕.๖-๓๑.๒ ไมโครกรัม/ล.ชม. ยานมัตริค ความต้านทานข้ามพวกกัมมิโอมัยซิน, และมีความต้านทานข้ามพวกบางส่วนของเสเตรปโตมัยซิน. แต่เชื้อที่ต้านทานต่อเสเตรปโตมัยซินไม่แสดงความต้านทานต่อคานามัยซิน. ยานมัตริค โดยเฉพาะต่อเชื้อสเตรปโตค็อกคัส, อี. โคไล, แอโรแบคเตอร์, ครัวบีซีแอลล่า, ในเชื้อเรียโกโนเรียอี, และแบซิลลัสแอนทราซิส, มีผลพอประมาณต่อโปรเตียสและปนีวโมค็อกคัส, มีผลน้อยต่อเสเตรปโตค็อกคัสและปนีวโมแนส. ยานมัตริค ชุ่มเร็วจากทางเดินอาหาร. หลังจากฉีกเข้ากล้ามจะถูกดูดซึมโดยรวดเร็ว. ระบุในเลือดจะขึ้นสูงสุดใน ๑ ชม. การขับถ่ายออกทางขี้ส้วม. ใน ๒๔ ชม. จะขับถ่ายราว ๕๐-๘๐ ปช. เมื่อให้ยา ๐.๒๕-๐.๕๐ กรัมจะทำให้ความเข้มข้นในเลือดหยุดการเติบโตของเชื้อที่ไวต่อยานมัตริค. ให้ผลดีต่อเชื้อสเตรปโตค็อกคัสซึ่งส่วนใหญ่ต้านต่อแอนติไบโอติกอื่น ๆ. ขนาดในผู้ใหญ่ ๐.๕-๒.๐ กรัม/วันโดยแบ่งให้ทุก ๖-๑๒ ชม. ในเด็กให้ ๑๕-๕๐ มก./กก. ในการติดเชื้อในระยะขี้ส้วมก็ให้ผลดี.

การรักษาวัณโรคทรวงอกเรื้อรังและต้านยาพบว่าได้ผลดีขึ้นในระยะ ๓ เดือนโดยให้ร่วมกับพี.เอ.เอส. ในผู้ป่วยทดลองให้ร่วมกับเสเตรปโตมัยซินพบว่าได้ผลดีเช่นเดียวกัน.

ขนาดให้กิน ๔-๘ ก. ต่อวันเพื่อลดเชื้อโรคในลำไส้เว้นพวกเอ็นเทอโรค็อกคัส, เพื่อเตรียมการผ่าตัดในลำไส้ใหญ่และลดแอมโมเนียในเลือดตกคั่งจากลำไส้ในโรคตับ. เกี่ยวกับพิษของยา Paul A. Bunn และพวกได้รายงานการไ้ช้ยานมัตริค ๒๕ คน ซึ่งมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงด้วยสเตรปโตค็อกคัสและแบซิลลัสแกรมลบ, พบว่าได้ผลดีและไม่มีพิษ, โดยให้เข้ากลัมนวันละ ๑-๒ ก. การให้ทางปากพิษมีน้อยมาก. พบเพียงทำให้เกิดท้องเดินเท่านั้น. การเกิดผื่นและเริมไซเอนเองจากแพ้ยาพบมีน้อย. ในบางรายพบมีไอสีโนฟิลสูง. พิษส่วนใหญ่มีต่อไตและประสาท. ในขี้ส้วมอาจพบคาสท์, และแอลบูมิน. ขี้ส้วมอาจน้อยและ เอ็น.พี.เอ็น. ในเลือดสูง. หน้าทของไตพบโกลเมอรูไลและทบลงทำงานน้อยลง. พิษต่อเส้นประสาทสมองเส้นที่ ๘ แขนงเวสตีบิลาร์ไม่พบบ่อยนัก, ต่อแขนงออกที่อวัยวะไตในผู้ป่วย ๓ รายหลังให้ยาขนาดปานกลาง ๒ สัปดาห์, แต่มีน้อยถึง

กซ์ไม่ได้ยินเลย. ยีสต์สารกลายเป็นปกติเมื่อหยุดยา, แต่อาการไม่ได้ยินเสียงยังคงอยู่ต่อไป.

(รวบรวมจาก New Engl. J. Med. 259:

352-353, และ 659-662, และ Conference on the Basic And Clinical Research of the New Antibiotic, Kanamycin (The New York Academy of Science).

ยศวีร์ สุขุมลจันทร์ พ.ป.

หมายเหตุสำหรับนิสิต

ฉบับสมบูรณ์

“ส่องเปรียบเสมือนมด: ไม่ลยกทอ, ไม่ใช่กเกิดสนิม.”

๑. โทรเลขด่วน (เรื่องต่อไปนี้มีอะไร

บางอย่างที่เป็นไปไม่ได้ตามเหตุผล. จงบอกความผิดนั้น. ให้เวลาคิด ๕ นาที.)

นายสว่าง สวัสดิภาพทำงานอยู่กับบริษัทนาเทยวแห่งหนึ่ง. ในคอนคอนเมษายนคราวนั้นนายหวังมอบหมายให้เขาพานักท่องเที่ยวนานาชาติหลายคนไปพักตากอากาศที่หัวหินเป็นเวลาเจ็ดวัน. พอดึกคาของเขา กำลังเข้านอนด้วยโรคหัวใจและนายแพทย์แจ้งไว้ว่าอาจจะตายเมื่อไรก็ได้. เขาไม่มอยากไปเลยเพราะความเป็นห่วงบิดา, แต่เพราะ

หน้าที่ของคยเขาจึงจำใจไป. ก่อนจะออกเดินทางเขาได้กำชับพี่สาวอย่างแข็งขันว่าถ้าหากเห็นบิดาอาการไม่ปกติให้รีบส่งข่าวไปให้ทราบโดยด่วน, เพื่อเขาจะได้รีบกลับมาดูใจ. เขาไปอยู่หัวหินด้วยความไม่สงบใจเลย. ในวันที่หกตอนบ่าย, ขณะที่เขา นั่งอยู่ในห้องนาคาที่โรงแรมก็ได้เห็นขอยเคนตรงรมาที่เขา. พอลงตักขยนกระต่ายแผ่นหนึ่งให้พร้อมกยกล่าวว่า “โทรเลขด่วนครับ” เขาใจหายวาย, นึกแน่ใจว่าข่าวร้ายมาแล้ว, พลังขยนมอดสนเทอออกไปรับ. แต่พอเหลือขยเห็นจำหน้าเขาก็ถอนหายใจด้วยความโล่งอก, เพราะมันไม่ใช่ข่าวจากพี่สาวของเขา. เมื่อฉกออกอ่านขยข้อความก็ได้ทราบว่านาย

ห่าง สักมา บอกว่าให้ อยู่ ต่อไป อีกสาม วัน. เพราะการกระโปรแกรมทางอนยังไม่เรียบร้อย. เป็นอันว่าเขาตกใจไปเปล่า ๆ ปลื้ ๆ. “พินเคราะห์ไปที” เขานึกในใจพร้อมกับนั่งคมน้ำชาต่อไปด้วยใจคอสงบ.

๒. ผิดที่ คนบางคนมีนิสัยนอนง่าย, ไม่ว่าจะนอนที่ไหนบนรถ, ในเรือก็หลับได้ทันที, แม้ในห้องเรียนก็หลับได้. แต่บางคนตรงกันข้าม, เป็นพวกหลับยาก. นอนบนเตียงอย่างสบายตงครั้งก่อนคนก็ยังนอนไม่หลับ. คนพวกนี้ถ้าไปนอนในที่ ๆ ไม่คุ้น, ยางที่ก่ไม่ได้หลับเลยตลอดคืน, และอาจเป็นเช่นนั้นตคต่อกันไปหลาย ๆ วันก็ได้. อย่างนี้ท่านเรียกว่า “ผิดที่.”

เมื่อเร็ว ๆ นี้โรงพยาบาลได้รับพระภิกษุอาพาธรูปหนึ่งเข้าไว้รักษาด้วยอาการสำคัญว่าขวมในบางส่วนส่วนของร่างกาย, และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเพราะขาดอาหารประเภทโปรตีน. พระภิกษุรูปนั้นเป็นพระมาจากต่างจังหวัดและเพิ่งเคยเขาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก, จึงออกจะมอว์การใจคอไม่สบาย

อยู่เป็นอันมาก. เพราะหัดทแพทย์ประจำของท่านคือคุณหมอโผน, ซึ่งออกจะเป็นคนขสนุกโลดโผนสมซอ, และได้พยายามพูดคุยเรื่องต่าง ๆ กับท่านจนทำให้ค่อย ๆ คลายความตนโรงพยาบาลไปได้มาก. วันหนึ่งคุณหมอใหญ่ซึ่งเป็นหัวหน้าเคินเวียนไปเยี่ยมคนไข้. พอถึงพระภิกษุรูปนั้นก็พอกคคุณหมอโผนโผล่ออกมาพยกัน. หมอใหญ่จึงถามว่า “ท่านเป็นอย่างไรบ้าง.” หมอโผนตอบว่า “ท่านไม่ได้จำวัดมาหกคืนหกวันแล้ว”. หมอใหญ่ตกใจ, รีบถามว่า “แล้วท่านเป็นอย่างไรบ้าง.” หมอโผนว่า “ก็ไม่เห็นเป็นอย่างไรนั้ครับ”. หมอใหญ่ซักต่อไปว่า “ให้ยานอนหลับบ้างหรือเปล่าล่ะ”. หมอโผนตอบว่าเปล่า. หมอใหญ่ถามว่าทำไมไม่ให้, หมอโผนก็ตอบว่า “ไม่เห็นมีข้อข้งใช้”. ถามว่า, ถ้าท่านเป็น “หมอใหญ่” ผู้นั้น, ท่านจะทำอย่างไร.

(คำตอขอยู่ต่อท้าย “บั้นทกทายสมค.”)

อ.ก.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
<u>ใหม่</u>	๒,๐๖๖	๑,๓๒๒*	๑,๒๘๖	๑,๒๘๖	๑,๖๗๗	๔๑๐	๘,๐๔๗
<u>เก่า</u>	๓,๕๕๐	๒,๑๗๒*	๒,๓๐๕	๑,๕๕๗	๒,๘๗๒	๗๒๒	๑๓,๒๖๒
<u>รวม</u>	๕,๖๑๖	๓,๔๙๔*	๓,๕๙๑	๒,๘๔๓	๔,๕๔๙	๑,๑๓๒*	๒๑,๓๐๙
<u>ใน</u>	๒๔๓	๓๕๕*	๕๖๔	๑๒๕	๓๕๕	—	๒๐๕๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๔๔๖. จักษุ ๓๕๑. สูติ — นารี ๒๗๗.* รวม ๑,๑๑๔ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๓๓๑, หญิง ๓๐๕, รวม ๖๓๖. คลอดตาย, ชาย ๔, หญิง ๗, รวม ๑๑

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๑ คน (ส.ส.ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๔๒ ราย (๒๓.๒ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๖๒๒* ครั้ง, ข้างนอก ๓ ครั้ง. รวม ๖๒๕* ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๑๘๔ คน, รักษาใหม่ ๓๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๘๗ ครั้ง
 ราเดียม. รักษา ๑๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๕ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๒ ครั้ง, รักษาใหม่และเก่า ๓ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๘๖ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๑๑๗ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๔๒ ราย. ตรวจเนื้อ ๑๘๔ ราย (จากภายนอก ๒๐๘ ราย). แอ็กกลูตินเนชัน ๓๘. วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๕๕๕. หมูเลือด ๒๒๕. น้มน้ำเหลือง ๕๖๐. ทาเชื้อแบคทีเรีย ๘๘. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๐, อูจจาระ ๔๐๗, บัสติวาระ ๓๔๕, เสมหะและอื่น ๆ ๔๐: เพราะเชื้อจากเลือด ๑๓๒, อูจจาระ ๕๖, บัสติวาระ ๕, น้ำไขสันหลัง ๑๒, เสมหะและอื่น ๆ ๑๒๒. นิติวัตถุทดลอง ๑. เพราะเชื้อบิตี ๕. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๘. ตรวจศพนิติเวช ๒๖. ตรวจของกลาง ๘๘.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๒. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๖. นำช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๔. นิติยาธิปไตย ๑๕.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๒๗. ถอนฟัน ๖๑๑. อดฟัน ๒๓๒. ผ่าตัดช่องปาก ๔๑.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

กำหนดการเปิดเรียนภาคต้นของ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๐๑-๒๕๐๒

ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้ออกคำสั่งที่ ๒๑/๒๕๐๑ เรื่องกำหนดเปิดภาคเรียนภาคต้นของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ดังต่อไปนี้ :

ตาม คำสั่ง มหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ที่ ๑๕/๒๕๐๑ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๐๑ ให้ขยายเวลาเปิดเรียนภาคต้นสำหรับ คณะ แพทย ศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล ออกไป ๑ สัปดาห์ จนถึงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๐๑ และคำสั่งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ที่ ๒๐/๒๕๐๑ ลงวันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๑ ให้งดการเปิดภาคเรียนภาคต้นไปก่อน จนกว่าจะได้มีประกาศเปิดภาคเรียนใหม่นั้น,

บัดนี้ มหาวิทยาลัย แพทย ศาสตร์ ได้กำหนดเปิดภาคเรียนภาคต้นของคณะแพทยศาสตร์ และ ศิริ ราช พยาบาล สำหรับ นักศึกษาแพทยศาสตร์ชั้นปีที่ ๑ และ ๒ ในวันอังคาร ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๐๑, นักศึกษาแพทยศาสตร์ชั้นปีที่ ๓ และ ๔ ในวันจันทร์ ที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๐๑. ฉะนั้นขอให้ นักศึกษา แพทยศาสตร์ ทุกคน ไปเข้า

เรียนตาม ปรกติตามกำหนด ดังกล่าวแล้ว—โดยทั่วกัน.

งานเปิดการศึกษาปี ๒๕๐๑-๒๕๐๒

คณะที่ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กำหนดงาน พิธี เปิดการ ศึกษาปี ๒๕๐๑-๒๕๐๒ ในวันอังคาร ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๐๑ เวลา ๘.๔๕ น. ณ หอประชุมราชแพทยาลัย, โดยมีกำหนดการดังต่อไปนี้

๑. คณะที่กล่าวต้อนรับ
๒. ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โยชะ-กฤษณะ กล่าวปราศรัย
๓. ศาสตราจารย์ น.พ. เต็ม ขุนนาค อาจารย์ผู้ปกครองกล่าวคำปราศรัย.

แต่งตั้งผู้รักษาการแทนอนุสาสิก

โดยมติกรรมการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล อนุมัติให้นายแพทย์สุนทร บุญญานิตย์ ซึ่งลาออกจากราชการไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศ, พ้นจากตำแหน่งอนุสาสิก, และให้นายแพทย์วิฑูโรสถานนท์ รักษาการแทนอนุสาสิก, ตั้งแต่วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๐๑ เป็นต้นไป.

ประชุม เรื่อง การ สอน วิชา กุมาร เวช ศาสตร์

องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้มีการประชุม เรื่อง การสอน วิชา กุมาร เวชศาสตร์ ในกรุงเทพฯ ในวันที่ ๒ ถึงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๐๑. ทั้งนี้ คณะแพทยศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล เป็น ผู้จัด การ วิทย, โดยจัดห้องปาฐกถา แผนกพยาธิวิทยาให้เป็นที่ประชุม. เริ่มแต่เวลา ๕.๐๐ น. ทุกวันจนกว่าจะครบกำหนด.

โดยที่ การ ประชุม น มกมาร แพทย์ ใน เอเชีย มา เข้าร่วม ประชุม ด้วย ประมาณ ๒๐ คน, ทาง คณะ วิชา ศึกษ การ ต่อ น วิชา ใน สถาน แยก ของ โรง พยาบาล ศิริราช. ปรากฏ ว่า ได้ ได้รับความ พอใจ ด้วย กัน ทุก ฝ่าย.

โดยที่ การ ประชุม น มกมาร แพทย์ ใน เอเชีย มา เข้าร่วม ประชุม ด้วย ประมาณ ๒๐ คน, ทาง คณะ วิชา ศึกษ การ ต่อ น วิชา ใน สถาน แยก ของ โรง พยาบาล ศิริราช. ปรากฏ ว่า ได้ ได้รับความ พอใจ ด้วย กัน ทุก ฝ่าย.

ศิษย์เก่า

มงคลสมรส

๑) น.พ. ระเบียบ ฤกษ์เกษม กับ น.ส. พิมพ์พร พรหมชนะ ได้ประกอบพิธีสมรส ณ สหกรณ์วัฒนธรรมศิริราชลานนาไทย, จังหวัดเชียงใหม่, เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๐๑ เวลา ๑๖.๔๕ น.

๒) น.พ. คีตก ทิวทอง กับ พ.ญ. นวลศรี แสงทอง แซ่ โคได้ประกอบพิธีสมรส ณ หอประชุมกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๒ เวลา ๑๗.๔๕ น. เราขอ อำนวยพร ให้ คู่สมรส ทั้ง สอง นาง เจริญ สัม ความ ประรณนา ทุก ประการ.

โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. ขอกรรับเงินสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกกิจการ

บันทึกทายสมุค

๑ คุณหมอมหินรัตน์ สถิตินิมาณการ เป็นอาจารย์พยาบาลวิฑยาศนหน่งทสนใจใน กำนการเผยแพรและการคึกษา, มีเรองนำ ลงสารคิริราชเสมอ ๆ. คราวนั้ให้เรอง “เนองอกรวารจีน” ซ่งตามความเห่นของผ คึกษาหลายคนทกล่าวอ้างในรายงานนเป็น เนองอกชนคหน่งซ่งค่งจะมีผลเป็นขอย, หาก แต่ไม่คอบมการวจนขยทถูกตอง. ขอหลัง นเป็นจริงเพียงไรเห่นไตจากรายงานทคณ หมอมหินรัตน์รวบรวมไว้. จริงอย, แมจะ วจนขยถูกหรือผิด, การรักษาค่งเป็นการ ทคเอาออกเหมองกัน. แต่ถาววจนขยไตถูก ตอง, นอจากจะไตความรูแล้วขงอาจช่วย คนไซให้ไม่ต้องลำบากเกวยกับ การรักษา กอนและหลังผ่าตคไตอิกควย, ไพราะเนอง อกรวารจีนเป็นเนองชนคไม่ร้าย. เราขอขอย ใจคณหมอมหินรัตน์สำหรับความเออเพอคอง นและหวังว่าคองไทรข้ความสนข้สนนต่อไป อิก.

๑ แอลเลอร์ขยเป็นภาวะพยาธิพวก หน่งซ่งในเวลาดนกำลังมีการคึกษาอย่างขมก เขม่นอยในหลายทางควยกัน, ควยเหตุผล ง่าย ๆ ว่าเราขมมีความรูนอย. แมแต่เคม ทคจะเป็นเรองตรงไปตรงมาว่ามีการ “แพ”

ของขางอย่างผิครรรมคา โดยเฉพาะอย่าง ข่งพวกโปรเทอนหรือผลิตผลจากโปรเทอน, แต่ในคองหลัง ๆ นปรากฏมีเหตุข่งขย แผลก ๆ อิกหลายอย่าง, รวมทงเหตุชว นในค่านจิตใจควย. ความรูทเพิ่มใหม่ไน ไทให้มีการเปลี่ยนแปลงขางประการในการ ข่งกนและรักษาแอลเลอร์ขย, ทำให้ไตผล คข่งขนสำหรับคนไซ. เราจรงรู้สึกเป็นหน คณหมอมประเสริฐ ทองเจริญ อย่างข่งทไต ช่วยรวบรวมเรองทน่าสนใจมาให้แก่สาร- คิริราช, ซ่งค่งจะไม่เป็นกกรเห่นขยเปล่า เป็นแน.

๑ คณหมอสงกรานค นิยมเส่นเออ เพื่อเราควยขบทความนคิเวชฯ เรอง “คน เมา” ซ่งค่งจะเป็นประโยชน์แก่แพทย์ใน หลายค่านควยกัน. โดยเฉพาะอย่างข่งใน ชณะนกำลังมีการกล่าวกนหน่าหุ้ถงการทจะ พิสนคนขมรดทประสขยข้คเหตุว่าเมาหรือ ไม่เมาเพอพิจารณาโทษ, ขบทความของคณ หมอสงกรานคค่งจะช่วยให้แนวทางสำหรับ การวางหลักเกณทค่อไปไตเป็นอย่างคิ. ความจริงท่านมีรูปถ่ายเครองมีช “วัดความ เมา” ให้มาควย, แต่ข่งเออญูขยไม่เหมาะ

สำหรับทำบล็อกเราจึงงดเสีย. ผู้ใดสนใจไป
ขอคัทท่านเจ้าของเรื่องได้ทุกเวลา.

๑ แผนกปกิณกะของเรามีเรื่องหลาย
วรสตามเคย. ขอถือโอกาสขอกฤษฎแก่ท่าน
ผู้สนใจในการประสิทธิ์วิทยาที่ท่านว่าเกร็ด

เล็ก ๆ น้อย ๆ, รวมทั้งเรื่องแปล, หรือ
ความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับกาแพทย์หรือ
การศึกษาแพทย์, ล้วนแต่เป็นเรื่องเหมาะ
สำหรับแผนกนี้, และเราจะรับด้วยความยินดี
และขอบคุณเสมอ.

(ไขขัญหาลับสมอง. (๑) จำหน้าของโทรเลขเจ้าหน้าที่โทรเลขเป็นผู้เขียน, ไม่
ใช่ผู้ส่ง, จึงไม่มีโอกาสที่จะจำลายมือได้. (๒) พระไม่ได้ "จำวัด" เพราะนอนอยู่ที่โรง
พยาบาล.)