



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๐๑

Volume 10, Number 8, August 1958.

เมกะโคลิออน แก่กำเนิด

เสนอ อินทรสุขศรี

M.D., Cert. in Ped. Surg., (Ohio)

(แผนกศัลยศาสตร์)

ในทารก และเด็ก ที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง, แพทย์ผู้หมั่นหาหนทางในการรักษาเด็กควรจะแยกเด็กที่เกิดอาการท้องผูกนี้ออกเป็น ๒ พวกด้วยกัน. ในพวกหนึ่ง, โรคเกิดจากสาเหตุที่เป็นนิสัย หรือการผิดปกติทางจิต. พวกนี้อาจรักษาได้โดยทางยา. ในอีกพวกหนึ่งอาการท้องผูกนี้อาจมาจากโรคเมกะโคลิออนแก่กำเนิด. พวกนี้จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่.

เมกะโคลิออน แก่กำเนิด นี้ แม้ว่าจะจะเป็นโรคที่พบได้บ่อย, แต่ก็ไม่ใช่จะเป็นโรคที่พบได้ยากนัก. ยปรากฏในรายงานว่าได้

พบโรคนี้มาเกือบหนึ่งศตวรรษแล้ว, แต่ยังไม่ค่อยมีผู้บรรยายลักษณะอาการของโรคนี้ไว้ละเอียด, จนกระทั่ง Hirschsprung ในปี ๑๘๘๘ ได้รายงานผู้ช่วยเด็กของเขา ๒ รายพร้อมด้วยอาการต่างๆ และตลอดจนการตรวจศพ. โรคนี้จึงมีผู้สนใจเพิ่มมากขึ้น, และรู้จักแพร่หลายโดยชื่อของโรคนี้ว่า Hirschsprung's Disease.

โรคนี้ถือกันว่าเป็นเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกมาตั้งแต่ทารกเกิดใหม่ๆ. มีอาการของการอุดตันของลำไส้ใหญ่ตอนล่าง, ทำให้มีท้องอืดโป่งไปข้างหน้าท้อง. ลำไส้

ขยายตัวโตพองขึ้น และภายใน เต็ม ไปด้วย
อูจาระและแก๊ส. เด็กมีอาการทุโภชนา
การและอาจมีการชักในกรณีหายใจได้. ✓

พยาธิวิทยา และ สาเหตุ ของ โรค.

เรื่อกดีมี และ ส่วน เรื่อกดีโต ซีกมอยด์ มี ขนาด
ปรกติ, แต่ผนังหนามาก. ส่วนซีกมอยด์
ที่เห็นอนขึ้นไปจากส่วนนี้โป่งพองขึ้น. คลอด
แนวโคลีออนหรือเกือบตลอดลำไส้มีขนาดโต
กว่าปรกติหลายเท่า. ในเรื่อกดีโต ๆ เคย
พบว่ามีส่วนผ่าศูนย์กลาง ของโคลีออนที่พอง
โตขึ้นถึง ๖.๗ มม. ความโป่งพองนี้
จะค่อย ๆ ลดขนาดลงเมื่อผ่านสูงขึ้นไปตาม
ลำไส้, แต่ในรายที่เป็นมาก ๆ อาจโตพอง
มากตลอดลำไส้ใหญ่ ภายในโคลีออนที่
โป่งพองขึ้นนี้อูจาระและแก๊สเต็มไปหมด.
ผนังของ โคลีออนส่วน ที่โตพองนี้ มีซัยเปอร
โทรพัยและอาจหนาได้ถึง ๑/๘-๑/๔
มม. รอยหยักคอคอดของโคลีออนอาจใหญ่
หรือหายไปเลย. ในบางรายอาจพบว่าเยื่อ
ของโคลีออนมีแผลเย็บเนื่องจากอูจาระที่
จำนวนมากนี้กดลงไปบนเยื่อ. บางรายที่
เป็นมาก ๆ อูจาระที่เต็มอยู่ในโคลีออนนั้น
เลยขึ้นไปถึงอเล็กมีไต.

ที่เรื่อกดีมี และส่วน เรื่อกดีโต ซีกมอยด์ นั้น
พบว่าไม่มีลักษณะของการตีบลึงหรือมีแผล

เป็นอยู่เลย. แต่ลักษณะของโคลีออนส่วน
เหนือขึ้นไป มีลักษณะ เหมือน กับ มีอะไรมา
อุดกั้น.

เกี่ยวกับสาเหตุของโรคนี้แต่เดิมมามีผู้
ให้ คำอธิบาย ถึง สาเหตุ ของ โรค ไว้หลาย
อย่างด้วยกัน. เมื่อสรุปแล้วพอที่จะรวมไว้
ได้เป็น ๔ พวก, ดังต่อไปนี้.

พวกที่ ๑ อธิบายว่าโรคนี้เกิดขึ้นเพราะ
มีการผิดปกติมาตั้งแต่กำเนิดในตัวของโคลีออน
ที่โป่งพองขึ้นนั้น. Hirschsprung เองก็
เชื่อว่าลำไส้ใหญ่ที่มีทั้งการโป่งพอง (โคเล
เตชัน) และซัยเปอรโทรพัยนั้นเป็นเพราะ
ความผิดปกติมาแต่กำเนิด. ส่วน Mya
(๑๘๘๔) อธิบายว่าการโป่งพองของโคลีออน
เท่านั้นที่มาจากกำเนิด, ส่วนลักษณะ
ซัยเปอรโทรพัย เป็นผลที่ เกิดขึ้น ภายหลังจาก
คลอดแล้ว.

พวกที่ ๒ อธิบายว่าการมีลักษณะโป่ง
พองและซัยเปอรโทรพัยของโคลีออนนั้นเกิด
ขึ้นเพราะมีการอุดกั้น. การอุดกั้น Marfan
(๑๘๘๕) อธิบายไว้ว่าเป็นเพราะลำไส้ใหญ่
นั้นยาวเกินกว่าปรกติ, จึงคดเคี้ยวและ
พับยึดได้ง่าย, ทำให้เกิดการอุดกั้นขึ้น.
ส่วน Treves (๑๘๘๘) กล่าวว่าสาเหตุ
อาจเป็นเพราะเหตุใดก็ได้, ถ้ามาทำให้

เกิดการอุดตันจนทันทีแล้ว, ก็จะทำให้ ลำไส้ใหญ่เห็นอตุบที่ เกิดเหตุนี้เกิดการโป่งพองโตขึ้น.

พวกที่ ๓ เป็นพวกที่อธิบายว่าโรคนีเกิด ขึ้นเนื่องจากการ ตีบเซอของ ลำไส้ เป็นต้น เหตุ. Walker และ Griffiths (๑๘๕๓) เป็นผู้ที่ให้ความเห็นว่าโคไลทิสเรอริงนเอง คือตัวที่ทำให้เกิดมีพยาธิวิทยาเริ่มต้นของ โรคนี.

พวกที่ ๔ อธิบาย ถึงว่า โรคนีเกิด ขึ้น เพราะมีการเสียดลยทางประสาท. ผู้ที่ให้ คำอธิบายนี้ ส่วนใหญ่ ให้เหตุผล เป็น ทฤษฎี เกี่ยวกัย การขาดประสาทที่ มาเลี้ยง ลำไส้.

Fenwick (๑๘๐๐) ซึ่งเป็นคนแรกของ พวกที่ ๔ นี้, ได้ อธิบายไว้ ว่าโรคนีเกิด เพราะมีการหดเกร็งของ หลอดของ ทวารหนัก, ทำให้ ลำไส้ ใหญ่ พอง โตขึ้น. Hawkins (๑๘๐๗) เรียกโรคนีว่า "Neuropathic

Dilatation and Hypertrophy of the Colon". เขา ให้ความ เห็นไว้ ว่าลำไส้ ใหญ่ที่ แห่งใด แห่ง หนึ่ง มีการ ผิดปรกติ เกยวกัย กล้ามเนื้อ และประสาทเกิดขึ้น, จึงทำให้สิ่งทออยู่ภายในลำไส้ ไม่อาจ ผ่าน ตอนนั้น ไปได้ สะทก.

Wade และ Royle (๑๘๒๗) เชื่อว่าโรคนี เกิด เนื่อง จากระบย ประสาท ซัยมพะเรติก ทำงานมากเกินไปกว่าปรกติ. เขาได้ทดลอง

ตัว ประสาท ซัยมพะเรติก ส่วน ลัม บาร์ ใน ผู้ช่วย, พบว่ามีอาการคั่นบ้าง. ในผู้เคยว ก็นั่นเอง Martin และ Burden ได้ อธิบายว่า โรคนี เกิดขึ้น เพราะมีการ ขยับตัวของบริเวณเร็คโตซิกมอยด์, ทำให้ส่วนเห็นอตุบไปโตพองขึ้น. เขาว่าโรคนีเกิดเพราะมี "Recto-sigmoid sphincterismus" ซึ่ง เขาคิดว่าคง เป็นเพราะ มีการผิด ปรกติ ของ ประสาท หลอดเลี้ยง พวกอิน ทรีน ลีค. Scott.

และ Morton (๑๘๓๐) ได้แสดงให้ เห็นว่า ผู้ช่วยพวกนี้หากให้ยาชาเข้าไขสันหลังแล้ว, จะถ่ายอุจจาระออกมาได้. ข้อสันนิษฐาน ความเชื่อที่ว่าโรคนีเกิดขึ้นเพราะระบยประสาทซัยมพะเรติกทำหน้าที่เกินกว่าปรกติ.

ในปัจจุบันนี้ เราทราบ พยาธิวิทยาและ สาเหตุที่แน่นอนของโรคนีแล้ว. สาเหตุ ของการ อุดกั้น นั้นเนื่องมาจาก มีการ บก พร่อง ทางประสาทและกล้ามเนื้อเกิดขึ้นที่เร็คตัม, เร็คโตซิกมอยด์หรือที่ตอนล่าง ๆ ของซิก มอยด์. การเกิดผิดปรกติเช่นนี้ทำให้การ ขยับตัวไม่สามารถผ่านบริเวณเร็คโตซิกมอยด์ ลงไปได้. การตรวจทางจุลทัศน์แสดงว่าที่ เร็คตัม, เร็คโตซิกมอยด์หรือที่ตอนล่าง ๆ ของ ซิก มอยด์ นั้น มี การ ขาด ไป ของ แก่ง กลีบของข่ายประสาท Auerbach. ข่าย

ประสาท นม แก่ง กลีบขน ของ พาราซิมม
พะเรติกมาเลี้ยงลำไส้. ตามปรกติเกือบ
ตลอดโคลีออนรวมทั้ง ส่วนทอกลง ด้วยไครัย
ประสาท พาราซิมมพะเรติกมาจาก ประสาท
เวกส์. ส่วนทางตอนปลาย ๆ ของโคลีออน
ไครัยประสาท พาราซิมมพะเรติก มา จาก ประ
สาทเพลวิก. ดังนั้นในโรคนี้ส่วนใหญ่
จึงเป็น โรคที่ขาดการหล่อเลี้ยงจากประสาท
พาราซิมมพะเรติกส่วนเพลวิก.

แก่งกลีบขนเซลล์ของชายประสาท เขา
เซอร์ซิม ตามปรกติเห็นไครัยโดยจุลทัศน์, คือ
พบว่าอยู่รวมเป็นกลุ่ม ๆ ในระหว่างชั้นผนัง
กล้ามเนื้อของลำไส้ส่วนวงรอบและส่วนทอกลง
ตามยาว. เป็นเซลล์ค่อนข้างโต, มีชัยโต
พลาสมาเป็นเม็ดละเอียด, นucleus ใหญ่
และนucleolus ใหญ่เห็นได้ชัดเจน. เซลล์
เหล่านี้ในลำไส้ปรกติเห็นได้ชัดแม้แต่ในการ
ทำเซ็คชันโดยวิธีเย็นแข็ง.

การขาดไปของแก่งกลีบขนเซลล์สำหรับ
โรคนี้หมายถึงว่าไม่มีเลย, มีจำนวนน้อย
ลงไปกว่าปรกติ หรือมีอยู่ จำนวน น้อยมาก,
อย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้. สาเหตุที่ทำให้ขาด
ไปยังไม่อาจตกลงกันได้ แน่แน่นอนว่า เกิดขึ้น
เพราะ มีการ ขาดการ เจริญของ แก่ง กลีบขน
เซลล์ขึ้นมาแต่กำเนิดหรือเป็นเพราะการเกิด

มามีที่ เจเนอเรชัน ขึ้นใน เวลา ที่ทารกเกิดม
มายั ปักซี่ในระหว่างอยู่ในครรภ์หรือหลัง
คลอดแล้ว.

โรคนี้ ใน บาง ครั้ง พบว่ามีเมกะ โลยูริ
เทอร์ร่วม และตามพยาธิวิทยาพบว่ามีความ
บกพร่องทางประสาทและกล้ามเนื้อในหลอด
โต, กระเพาะปัสสาวะอยู่ด้วย.

อาการและการตรวจพบ: อาการ
ของโรคนี้มักปรากฏ ขึ้นใน ไม่ช้า ภายหลัง
คลอดหรือตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของวัยทารก.
อาการที่ เริ่มต้นคือทารก มีท้องผูก และท้อง
โป่ง. บางที่อาจท้องผูกอยู่หลาย ๆ วันจึง
ถ่ายออกมาเล็กน้อย. บางรายก็เว้นต่อไป
อีกนาน ๆ เป็นสัปดาห์. ในขณะที่มีท้องผูก
อยู่นี้ เด็ก บางราย อยู่ ๆ ก็กลุ้มมี ท้องเค้น
ปรากฏขึ้น. ทงนุกเพราะบางครั้งนาตาต่าง ๆ ที่
อยู่ในโคลีออนไหลผ่านมารอบ ๆ กอนอูจจาระ
ที่แข็งแน่นโต, แล้วไหลออกมา. มารดา
มักให้ประวัติว่าท้องส่วนหรือใช้ยาถ่ายตลอด
มา. นอกจากอาการท้องผูกและท้องโป่ง
แล้ว, เด็กมักมีอาการเบื่ออาหาร, อ่อน
เพลีย, และลมหายใจมักกลิ่นเหม็น. ท้องที่
อืดมาก ๆ ทำให้กระบังลมของเด็กถูกดันสูง
ขึ้นไปและทำให้ การเคลื่อนไหว ของ กระบัง
ลมไม่ปกติ. โดยที่เด็กทารกมักใช้กระบังลม

ในการหายใจเป็นส่วนใหญ่, ซ่อนทำให้เด็กมีอาการหายใจขัดข้อง. บางรายอาจเกิดอะตัสเตอร์ซิสของกลีบปอดล่าง ๆ เพราะการกดใต้. อาการคลื่นไส้และอาเจียนในเด็กพวกนี้ไม่ค่อยแน่นอนนัก, อาจมีหรือไม่มีก็ได้.

ในการตรวจทารกพวกนี้จะพบว่า:—

๑. ๕๐ ปช. มักเป็นเด็กชาย.
๒. หน้าท้องโป่ง บาง, ใส. อาจเห็นหลอดเลือดดำขยายใหญ่ที่หน้าท้อง, สะอึก อาจโป่งพุ่งออกมา.
๓. ที่หน้าท้อง อาจเห็น การขบ ฐุก ของลำไส้.
๔. คลำหน้าท้อง มักพบตัว ไคล้อน ที่โตหนาและภายในมีอุจจาระและลม, บางรายอาจคลำตามแนวของไคล้อนได้ตลอด.
๕. เวลาฟังไตยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้คงมาก, ชัดเจน, และบ่อยกว่าปกติ.
๖. ตรวจทางทวารหนักไม่พบลักษณะของการ อุดกั้นหรือการ ตีบผิดปกติใด ๆ ที่ทวารหนัก. ในทารกเล็ก ๆ เวลาตรวจทางทวารหนักนมอาจผ่านขึ้นไปถึงเร็คโตซิกมอยด์และรู้สึกว่ามีบริเวณ นมมีการหดเกร็ง. ในเร็คตัมปรากฏว่ามีอุจจาระเต็มไปหมด.
๗. อาการเจ็บปวดมักไม่ค่อยปรากฏ.

แต่ในเด็กโต ๆ อาจแสดงอาการปวดเจ็บให้เห็นเวลาที่ลำไส้มีการขบ ฐุก.

๘. รูปร่างของเด็กมักจะแสดงทโรคช-นาการ, ซากน่า, และหงอย ๆ. ในรายที่เป็นมากและนานอาจมีขวมตามขาเนื่องจากมีการขาดอาหาร.

๙. ในระยะท้าย ๆ เด็กอาจมีหอบเนื่องจากการ ขัดข้องในการ หายใจและ การทำงานของหัวใจ.

การวินิจฉัยโรค: ได้กล่าวมาแล้วว่าในเด็กหรือทารกมีอาการท้องผูกเรื้อรังนั้น, แพทย์ควรจะแยกออกเป็น ๒ พวก, คือ พวกที่เกิดจากท้องผูกเป็นนิสัย หรือ เกยวักการผิดปกติในค่านิจิต, และพวกที่เกิดเพราะเป็นเมกะไคล้อนแต่กำเนิด.

พวกแรกมัก เริ่มมีอาการ ต่อเมื่ออายุได้ ๒-๓ ขวบ. พวกหลังส่วนมากเริ่มต้นของผูกตั้งแต่อายุได้ ๒-๓ วัน. บางรายมีอาการตั้งแต่หลังคลอด. ในพวกแรกเด็กมักไม่มีท้องอืดโป่งพอง. พวกหลังท้องอืดโป่งพองมาก. ในเวลาตรวจทาง ทวารหนัก ของพวกแรกจะพบ อุจจาระ ที่ แข็ง มาก รวมอยู่ใน เร็คตัม. ส่วนใน พวก หลังนั้น อุจจาระ มักอยู่ใน ซิกมอยด์ ไคล้อน, ในเร็คตัม มักไม่ค่อยมีอุจจาระ.

การวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนนั้นทำได้โดยอาศัยเอกซเรย์. ผู้ที่ทำให้หลักในการวินิจฉัยโรคด้วยรังสีได้เป็นอย่างดีคือ Neuhauser. การตรวจด้วยแมเรียมอนมาเพียงอย่างเดียวและพบว่าโคล็อนโต, อาจไม่ใช่โรคเมกะโคล็อนแต่กำเนิดก็ได้. การโตมากของลำไส้ส่วนนี้ที่เห็นในภาพถ่ายอาจเนื่องจากเหตุอื่น ๆ ก็ได้, แม้แต่ในรายท้องผูกเรอรัง. การตรวจที่จะบอกว่าเป็นโรคนี้ได้อย่างแน่นอนก็คือเมื่อตรวจตั้งแต่ทวารหนักขึ้นไปถึงเร็คโตซิกมอยด์ไม่พบการขยายตัวของลำไส้, แต่โคล็อนส่วนเหนือขึ้นไปโป่งพองอย่างมาก.

การตรวจฟิล์มธรรมดาเห็นโคล็อนขยายตัวโตอย่างมากมาได้ชัดเจน. ภายในเห็นแก๊สและอุจจาระอยู่เต็มโคล็อนทั่ว ๆ ไป.

ในการตรวจด้วยแมเรียมอนมา, ซึ่ง Neuhauser แนะนำให้ใช้คาร์ซิเตอร์ใส่ทวารหนักแล้วฉีดแมเรียม เล็กน้อยเข้าไปและดูด้วยฟลูโอโรสโคปในท่าเอียง (oblique) หรือตะแคง (lateral). ค่อย ๆ ปล่อยให้แมเรียมไหลลงช้า ๆ. เมื่อเห็นว่าซิกมอยด์จะเต็มแล้วหยุด. โดยวิธีนี้จะเห็นตำแหน่งเร็คโตซิกมอยด์ ทมการหดเกร็งและเล็กลงได้ชัด. ส่วนซิกมอยด์และส่วนเหนือขึ้นไป

จะโตมากและคดเคี้ยวพยับไปพยับมา. ขอนเพียงพอที่จะให้การวินิจฉัยโรคได้. การใส่แมเรียมเข้าไปจำนวน มาก ๆ ทำให้เกิดผลเสียหลายประการ, คือทำให้ตรวจบริเวณเร็คโตซิกมอยด์ไม่ได้ชัด, และในบางรายที่โคล็อนโตมาก ๆ อาจใส่น้ำหรือแมเรียมเข้าไปได้หลาย ๆ แกลลอน, ซึ่งลำไส้ไม่อาจขับออกได้, ทำให้หลังการตรวจแล้วเกิดกระสับกระส่ายจนถึงตายได้. ดังนั้นจำนวนแมเรียมที่พอเพียงจะวินิจฉัยโรคได้ก็พอแล้ว.

อีกประการหนึ่ง, ในขณะตรวจด้วยฟลูโอโรสโคป ควรสังเกตคลื่นการบีบรัดด้วย. จะเห็นว่าพอมาดังบริเวณเร็คโตซิกมอยด์ก็หยุดคลื่นทันที.

นอกจากโรคนี้ อาจมีเมกะโลบายเร็คตรัมร่วม, การรักษาคือไปตรวจตรวจค้นหาความผิดปกติของระบบประสาทด้วย.

การรักษา การรักษานับเป็น ๒ อย่าง.

(ก) การรักษาทางยา. ใช้ได้ในรายที่เสียน้อยมากจนไม่ต้องผ่าตัด, โดยแนะนำเกี่ยวกับอาหาร, ยาระบายอ่อน ๆ, และการสวนล้างลำไส้ใหญ่บ่อย ๆ. การใช้ยากระตุ้นพาราซิมพะเพติก ส่วนมากไม่ค่อยได้ผลนัก. โดยการรักษาทางยานรายที่เสียน้อย ๆ

ก็อาจเติบโตต่อไปและมีชีวิตตามปรกติก็ได้.

(ข) การรักษาทางผ่าตัด. การผ่าตัดทำให้หลายประการ, เช่น ซีกออสโตมีย์หรือโคลอสโตมีย์, ซีมพะเร็คโตมีย์, และการตัดโคล้อนที่ขยายพองตัว (โดยคิดว่าพยาธิวิทยาอยู่ที่ตัวโคล้อนที่โป่งพอง). การกระทำเหล่านี้ล้วนแต่ขาดผลคทั้งสิ้น.

ในปัจจุบันนี้ การผ่าตัดที่โคผลคก็คือ abdominoperineal pull-through operation และทำการตัดส่วนเร็คโตซีกมอยต์ออก, แนะนำโดย Orvar Swenson. การทำผ่าตัดอาจทำเป็นชนเคียว หรืออาจทำโคลอสโตมีย์เสียก่อน.

การทำโคลอสโตมีย์ เหตุซึ่งของการทำโคลอสโตมีย์มีดังนี้ :-

- (๑) เด็กยังเล็กมาก, คืออายุต่ำกว่า ๖-๘ เดือน. การผ่าตัดบริเวณเร็คโตซีกมอยต์ทำได้ลำบากเพราะอึ่งเชิงกรวนเล็ก.
- (๒) เพื่อช่วยแก้อาการท้องบ่งในรายที่การหายใจขัดข้องมาก, และส่วนล่างลำไส้แล้วไม่ได้ผลค.
- (๓) ในรายที่โคล้อนส่วนที่โป่งพองนั้นโตมาก. การทำขึ้นเคียวอาจลำบาก, เพราะความโตของส่วนปลายของลำไส้ที่จะมาต่อกันแตกต่างกันมาก.

(๔) เพื่อช่วยให้ถ่าย อจจาระ สะควกชนในรายที่ผอมมาก, ภาวะไม่คพอที่จะผ่าตัดชนเคียวได้. เป็นการทำให้บ่ารุงผู้ช่วยให้ชนเคียวก่อน.

การทำโคลอสโตมีย์นแต่ก่อนทำที่โคล้อนส่วนขวาง, แต่มีผลเสียถึง ๓ ประการ, คือ

(๑) ต้องผ่าตัดถึง ๓ ครั้ง, คือครั้งแรกทำโคลอสโตมีย์. ต่อมาตัดเร็คโตซีกมอยต์และทำการผ่าตัดพลลธรู, แล้วจึงตัดโคลอสโตมีย์อีก.

(๒) เมื่อทำแล้วทิ้งไว้ ๒-๓ เดือนโคล้อน ส่วนเลยจากที่เจาะช่องไว้ไม่คใช้งานจะเล็กลงไป, เมื่อตัดเร็คตมและเร็คโตซีกมอยต์และต่อปลายโคล้อนที่เหลอคยเร็คตมที่เหลอนนช่องทางแคบ, อาจเกิดการคยได้ง่าย.

(๓) เมื่อตัดเร็คตมและเร็คโตซีกมอยต์แล้ว ปลายของโคล้อนที่เหลออาจสั้นไป, ไม่อาจคมาต่อกยปลายเร็คตมที่เหลอได้สะควกเพราะโคลอสโตมีย์คคแน่นอยู่.

นอกจากนี้ Potts (๑๙๕๒) กล่าววว่าในผู้ช่วยเด็กที่ได้ทำโคลอสโตมีย์ส่วนขวางไว้, บบางรายบ่งยากมากเพราะเสียน้ำไปทางช่องที่เจาะ.

Swenson (๑๙๕๒) แนะนำว่าการทำโคลอสโตมีย์ในเด็กเป็นเมกะโคล็อนแต่กำเนิดนั้นควรทำที่ซีกมอยด์ตรงที่โง่งพองเหนือเว็คโตซิกมอยด์ขึ้นไปเล็กน้อย. วิธีนี้ดีกว่าการทำที่โคล็อนส่วนขวางมาก, กล่าวคือ:—

(๑) โคล็อนตลอดแนวเหนือโคลอสโตมีย์ขึ้นไปจะทำหน้าที่เป็นปรกติและจะยังคงมีอุจจาระผ่านมาให้โคล็อนทำงานได้โดยไม่มีขนาดเล็กลงไป.

(๒) ทำการสวนล้างโคล็อนได้ตลอด.

(๓.) เมื่อจะทำการผ่าตัดพลัลดักรกตโคล็อนส่วนเหนือของโคลอสโตมีย์ขึ้นไปและตัดเอาโคลอสโตมีย์นั้นทิ้งไปพร้อมกับเว็คตัมและเว็คโตซิกมอยด์, ทำให้การผ่าตัดเป็นเพียง ๒ ชิ้นเท่านั้น.

(๔) หลังตัดโคล็อนส่วนกล่าวแล้วอาจคงปลายที่เหลือลงไปต่อได้. ถ้าสั้นไปก็พอจะตัดเลาะดึงโคล็อนลงมาได้.

(๕) ถ้าใส่ก้อนเหนือโคลอสโตมีย์จะค่อยๆ เล็กลงจนมีขนาดปรกติ, เวลาต่อมาใส่ในนั้นก็หวังได้ซึ่งรอยต่อที่ขนาดปรกติ.

การทำผ่าตัดแบบพลัลดักรกตของ Swenson จะช่วยรักษาหูดของทวารหนักไว้ด้วย. การผ่าตัดคือการตัดเอาเว็คตัมและเว็คโต

ซิกมอยด์ซึ่งไม่มีชายประสาท Auerbach ออก. แต่เพราะการขาดแก่งเกลียนเซลล์นั้นอาจขาดเลยขึ้นไปเหนือจากเว็คโตซิกมอยด์ได้, การผ่าตัดจึงนิยมตัดให้เห็นอเว็คโตซิกมอยด์ขึ้นไปอีกประมาณ ๑๒ ซม. เพื่อให้แน่ใจว่าได้ตัดเอาส่วนที่เป็นโรคออกไปทั้งหมด.

การเตรียมก่อนผ่าตัดนี้ว่ามีความสำคัญมาก. ก่อนหน้าหลายวันควรให้น้ำมันแร่ก่อนนอนและเมื่อก่อนนอน, ครั้งละ ๑ ถึง ๓ ช้อนโต๊ะ, สวนอุจจาระวันละ ๓-๔ ครั้ง. อาจต้องทำอยู่ ๓-๔ วันหรือบางรายต้องทำ ๗-๑๐ วัน, เพื่อให้แน่ใจว่าโคล็อนสะอาดจริงๆ. อาจให้น้ำมันมะชิ้นหรือซัลฟาซิกซิดีนหลาย ๆ วันก่อนผ่าตัด (และหลังผ่าตัด) เพื่อทำลายยักเตริในทางเดินอาหาร.

การรักษาหลังผ่าตัด. เด็กควรได้วัยเล็ช, กลูโคส, และน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำอยู่ ๒-๔ วัน, และให้ทั้งอาหาร. ใส่เครื่องศกกลางกระเพาะอาหารไว้. ให้แอนติไบโอติกชนิดฤทธิ์กว้างขวางอยู่นาน ๔-๕ วัน. คอยระวังเรื่องสำรอน้ำและอิเล็กโทรลิตในระหว่างอดอาหาร, และเมื่อเริ่มกินอาหารได้, ควรให้อาหารเหลวอยู่ ๕-๖

วันเพื่อไม่ให้มีกากอาหารไปรบกวนทวารของลำไส้ที่ทวารหนัก. เมื่อเลย ๗ วันไปแล้วจึงพิจารณาให้อาหารอ่อนต่อไป.

โรคตามหลังผ่าตัด.

๑. การคับแคบที่รอยต่อของลำไส้และทวารหนัก.

๒. เกิดฝีคูล พัสต์ลำไส้ ทรวง รอย ต่อ, ทำให้เกิดเยื่อช่องท้องอกเสยหรือฝีเพลิวคิน.

๓. เกิดอาการของโรค กลีบ ขนมาอีก, เนื่อง จาก ตก เอาโคลีออนใน ตำแหน่ง ที่ขาด แก้งเกลียนออกไม่หมด.

รายงานผู้ป่วย

ในระหว่าง ๒ ปี ที่ ล่วง มาได้มี ผู้ป่วย เมกะโคลีออนแต่กำเนิดไว้ ๕ ราย.

รายที่ ๑. ค.ญ. ไทย, อายุ ๘ ปี.

(ล.ท. ๓๐๑๖๘-๕๘, ล.น. ๗๘๕๔-๕๘, เลขที่คดี ๗ ๑๕๗๕-๕๘). รัยไว้ ด้วย อาการสำคัญว่าท้องผูกเรอริงมาตั้งแต่เกิด. บางครั้ง ๑๕ ถึง ๓๐ วันจึงถ่ายสักครั้ง หนึ่ง. เด็กท้องอืดอยู่เสมอ.

การตรวจร่างกายแรกรัย. อุณหภูมิ ๓๖.๔ ซ. ชีพจร ๘๔/นาที. หายใจ ๒๒/นาที. เด็กรัยร่างผอม, ค่อนข้างซม.

หน้าท้องโป่ง. อืด. ไม่เห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้. คลำได้ก้อนนุ่ม ๆ ตลอดแนวของโคลีออน.

การตรวจทางห้องทดลอง. ขบ. ๘๐

ปช. ม.ล.ท. ๔.๘ ล้าน. ม.ล.ข. ๖๕๐๐. โป้ลีย. ๗๕ ปช. ลียมฟ. ๒๑ ปช. อูจจาระ และบัสส์สภาวะเป็นปรกติ.

การตรวจ เอกซเรย์ ด้วย แขนเวียนมินมา พบ ลักษณะของ เมกะ โคลีออน แต่กำเนิด ชัดเจน.

รัยนี้ โคโลคคิเป็น ๓ ระยะ, คือ : ระยะแรกทำโคลอสโตมียใน ส่วนขวาง, หนึ่ง เดือน ต่อ มาได้ ทำการ ผ่า ตัด พูล์ธรูแบย Swenson, และหลังจากนั้นอีก ๓ สัปดาห์ ได้เย็บยึดโคลอสโตมีย.

ผู้ป่วยถ่าย อูจจาระได้เองเป็น ปรกติและหายกลีบขานได้.

การตรวจทางจุลทัศน์ของเนื้อส่วนเร็ค-โทซิกมอยด์และเร็คคมที่ตัดออกมานั้นเห็นว่าเป็นโรค Hirschsprung.

รายที่ ๒ เด็กชาย, จีน, อายุ ๓ ปี.

(ล.ท. ๔๑๕๕๓-๕๖, ล.น. ๑๔๓๗๗-๕๕, เลขที่คดีศาสตร์ ๒๒๑๕-๕๕). รัยไว้โดยมีอาการสำคัญว่าท้องผูกเรอริงตลอดมาตั้งแต่เป็นทารก. เมื่อหลังคลอดใหม่ ๆ

เด็กถ่ายขเทาได้เป็นปรกติ, และต่อมา
ถ่ายอุจจาระได้. จนอายุได้ ๑ เดือนจึง
เริ่มมีอาการท้องผูก, ซึ่งมีเพิ่มมากขึ้น.
สามส่วนของส่วนอุจจาระครึ่งหนึ่ง. บางครั้ง
ให้ยาถ่ายก็ไม่ถ่าย. อุจจาระที่ส่วนออกมา
แต่ละครึ่งแข็งและมีจำนวนมาก. บางวัน
เด็กมักคลื่นไส้และอาเจียน. ท้องโตมากขึ้น
ทุกที.

การตรวจร่างกาย พบอุณหภูมิ ๓๗.๕°
ซีฟร ๑๒๐/นาที, หายใจ ๒๒/นาที,
ความดันเลือด ๑๘๐/๗๐. เด็กเคี้ยวโกลสม
อายุ. ท้องอืดเล็กน้อย. คลำพบโคล็ดอนตาม
แนวซีกมอียดและลำไส้ใหญ่ส่วน ขวางและ
ส่วนลงใต้, และรู้สึกว้าโถกว่าปรกติ. แต่
ไม่เห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้.

การตรวจทางห้องทดลอง: ฮย. ๗๒ ปช.
ม.ล.ค. ๔.๗ ล้าน, ม.ล.ช. ๕,๓๐๐. โปเลีย
๗๖ ปช. ลียมฟ. ๒๔ ปช. พลาสมาแอล-
บูลิน ๔.๕ ปช., โกลบูลิน ๑.๒ ปช. น้ำ
ตาลในเลือด ๗๕ มก. ปช. เอ็น.พี.เอ็น.
๒๒.๕ มก. ปช. เครอาตินิน ๑.๑ มก. ปช.
อุจจาระและบัสติวารเป็นปรกติ.

การตรวจด้วยเอกซเรย์และแบเรียมอิน-
มาพบลักษณะของเมกะโคล็ดอนแต่กำเนิด.

การรักษาได้ทำการผ่าตัด พูลลัทธิแบบ

Swenson (ชนิดเดียว). หลังผ่าตัดการถ่าย
อุจจาระเป็นปรกติและถ่ายเองได้. เด็กกลับ
บ้านได้ ๒๐ วันหลังผ่าตัด.

การตรวจ โคล็ดอนที่ทางจุลทัศน์ว่าเป็น
โรค Hirschspung.

รายที่ ๓ เด็กชาย, ไทย, อายุ ๑๐
เดือน (ล.ท. ๔๒๘๘๗-๘๘ ล.น. ๗๘๑๕-
๘๘, เลขที่คัลย์. ๑๒๖๔-๘๘) รัยไว้โดย
มีอาการสำคัญว่าท้องผูกเป็นประจำมาตั้งแต่
เกิด. เด็กคลอดเป็นปรกติแต่ไม่ถ่ายขเทา
เลย. ๕ วันต่อมาท้องอืดมาก, ต้องสวน
อุจจาระออกให้. ต่อแต่นั้นมาเด็กไม่เคยถ่าย
อุจจาระได้เองเลย. ต้องสวนอุจจาระให้
ตลอดมา. มีนาน ๆ ครั้งทีเด็กถ่ายอุจจาระ
ได้เอง, แต่จำนวนน้อยมาก. เด็กกินนม
ได้มากเป็นปรกติ, แต่ในตอนหลัง ๆ เยื่อ
อาหารบาง. ท้องอืดมากขึ้น ๆ. เด็กหายใจ
เร็วคล้ายหอบและมีไข้ต่ำ ๆ.

การตรวจร่างกาย: อุณหภูมิ ๓๗.๕°
ซีฟร ๑๒๔/นาที. หายใจ ๓๖/นาที.
ลักษณะไม่ผอมนัก. ท้องอืดโย่งมาก. เคาะ
ไคยินเสียงโปร่ง. ฟังไคยินเสียงลำไส้ดัง
และถี่. คลำไม่พบลักษณะผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง: ฮย. ๘๐
ปช. ม.ล.ค. ๔.๑ ล้าน. ม.ล.ช. ๖,๖๐๐

ไปลิย์ ๗๕ ปช. ลียมฟ. ๒๑ ปช. อีไอ. ๑ ปช.

การตรวจทางรังสี: ไซเบเรียมอนมา ตรวจพบลักษณะของเมกะโคโลนแต่กำเนิดชัดเจน.

รักษา โดย ทำการ ผ่าตัด พูลลธู แขน Swenson (ขนเคียว).

การตรวจทางจุลทัศน์: ไร้คีมและ ไร้คีม โคซิก มอขุโคโลนที่ ต่อกออกมา มีลักษณะของเมกะโคโลนแต่กำเนิด.

ภายหลัง การผ่าตัด เด็กถ่ายอุจจาระได้เองเป็นปรกติ. กลับบ้านหลังจากผ่าตัดได้ ๑๒ วัน.

ต่อมาอีก ๑ เดือนได้ กลับมาอยู่ทาง แผนกกุมารเวช, โดยมีอาการท้องเดินมาก อยู่ ๓ วัน. พอร์ยไว้ได้ ๒ ช.ม. ถึงแก่กรรม.

รายที่ ๔ เด็กชาย, ไทย, อายุ ๑ ปี (ล.ท. ๕๐๕๐๔-๕๕, ล.น. ๕๖๕๕-๕๕) รัยไว้โดยมีอาการสำคัญว่าท้องผูกมาตั้งแต่เกิดและท้องอืดมาก. เด็กคลออดปรกติ, คลอดแล้วถ่ายขเทา. แต่พอวันรุ่งขึ้นก็ไม่ถ่ายอุจจาระอีกเลย. อยู่มาได้ ๓ วันท้องอืดมาก, จึงไต่รยการสวนอุจจาระ. ตั้งแต่นั้นมาเด็กไม่ถ่ายอุจจาระเองเลย, ต้องสวนเสมอมา, และหลังสวนทุกครั้งได้อุจจาระ

มากพร้อมกันท้องก็หายอืด. ๓-๔ วันต้องสวนอุจจาระให้ครั้งหนึ่ง. มีบางครั้งที่เด็กถ่ายออกมาเป็นน้ำเหลว ๆ ได้เองแต่ก็เพียงเล็กน้อย. ท้องโป่งโตมากจน ๆ.

การตรวจร่างกาย: อุณหภูมิ ๓๘.๕ ช. ชพจร ๑๒๐/นาที. หายใจ ๓๐/นาที. เด็กค่อนข้างผอม และมีอาการขาดน้ำเล็กน้อย. ท้องอืดมาก. เห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ทวนหน้าท้อง. คลำได้ซิกมอขุค และโคโลนส่วนลงโตและค่อนข้างคั่ง. ภายในมีอุจจาระและแก๊สอยู่มาก.

การตรวจทางห้องทดลอง: ฮบ. ๖๐ ปช. ม.ล.ก. ๓.๓ ล้าน. ม.ล.ข. ๑๑,๗๕๐ ไปลิย์ ๘๒ ปช. ลียมฟ ๑๗ ปช. อีไอ. ๑ ปช. อุจจาระและมีัสสาวะปรกติ.

การตรวจทางรังสีด้วยไซเบเรียมอนมาพบ ลักษณะของเมกะโคโลนแต่กำเนิด.

หลังจากรัยไว้ ๕ วัน, จะรักษาโดยการผ่าตัด, มารคาเอาพาหนกลับบ้าน.

รายที่ ๕ เด็กชาย, ไทย, อายุ ๒ เดือน. รัยไว้ในแผนกกุมารเวชฯ โดยมีอาการสำคัญว่าท้องอืดและไม่ถ่ายอุจจาระเองตั้งแต่อายุได้ ๗ วัน. เมื่อคลออดออกมาใหม่ ๆ เด็กถ่ายขเทาและต่อมาถ่ายอุจจาระได้ตามปรกติจนอายุได้ ๗ วัน. หลังจาก

นั้นต้องผูกตลอดมา. ท้องอืดมาก. บางวันก็มาอาเจียน, แต่ไม่มาก. มารักษาด้วยสวนอุจจาระให้แทบทุกวัน. เด็กท้องอืดมากขึ้นทุกทีและผอมลง. ก่อนมา ร.พ. ได้ ๑ วันท้องเดินหลายครั้ง.

เมื่อแรกวัย, อุณหภูมิ ๓๘.๒° ซ., ชีพจร ๑๒๐/นาที. หายใจ ๔๐/นาที. น้ำหนักตัว ๒,๕๕๐ กรัม. เด็กผอมมาก, ซึม, และหงุดหงิด, ร้องเสียงเบา. ท้องโป่ง, ใสและคงเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้. คลำได้ลำไส้ซึ่งเข้าใจว่ายื่นโคล้นตลอดแนว. ภายในลำไส้มีอุจจาระและแก๊สเต็ม.

การตรวจทางห้องทดลอง: ชย. ๕๐ ปช. ม.ล.ก. ๓.๑๒ ล้าน. ม.ล.ข. ๑๓, ๑๕๐. โปไลย์. ๖๒ ปช. ลิ้มฟ. ๒๕ ปช. อีไอ. ๔ ปช.

ได้รักษา โดยสวนล้างทวาร หนักวันละ ๒ ครั้ง. หลังสวนได้สกัดหลอดเร็คตัดไว้. ให้การรักษาประคับประคองอยู่ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ ๒ เดือน. อาการต่างๆ ไม่ดีขึ้น, จึงได้ย้ายมารักษาทางศัลยศาสตร์. เป็นเวลาที่เด็กอายุได้ ๔ เดือน.

การตรวจด้วยรังสีโดยใช้แบเรียมอนินมา

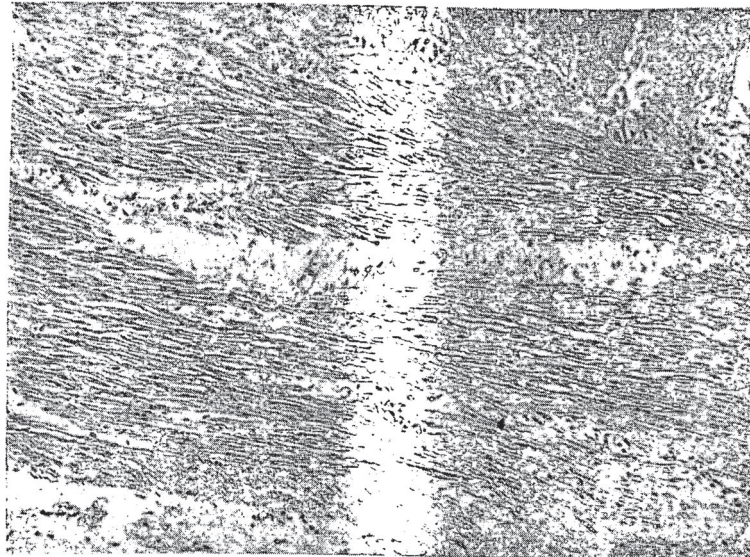
พบลักษณะของโรค Hirschsprung ได้ชัดเจน.

เนื่องจากเด็กผอมมาก, ท้องอืดและโคล้นยังมีขนาดโตมาก จึงได้ทำโคลอสโตมีย์ ท่อนเหนือของเร็คโตซิกมอยคขึ้นมา. ต่อจากนั้นสวนล้างลำไส้ทางช่องเจาะได้สะดวก. แล้วเริ่มขยับร่างกายของเด็ก.

ปรากฏว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้รวดเร็ว. ภายใน ๑ เดือนน้ำหนักเพิ่มจาก ๔,๑๐๐ กรัม เป็น ๖,๔๕๐ กรัม. เด็กอ้วนขึ้นและไม่มีลักษณะของการขาดน้ำออก. โคลอสโตมีย์ทำหน้าที่ตลอด. หลังผ่าตัด ๑ เดือนได้ลองทำแบเรียมอนินมาผ่านทางช่องโคลอสโตมีย์. พบว่าโคล้นได้เล็กลงจนมีขนาดปรกติ. เด็กอยู่ในแผนกศัลยศาสตร์ได้ ๒ เดือนกว่าๆ ก็ใหญ่ชยาน. นึกให้มาทำผ่าตัดเมื่ออายุครบ ๑ ขวบแล้ว. เด็กกลับไปอยู่บ้านได้ ๑ เดือนก็กลับมาอีก และรับไว้เนื่องจากมีโคลอสโตมีย์ปลิ้นทะเล้น. เป็นเวลาที่เด็กมีอายุได้ ๘ เดือนกว่า. ได้ตัดสินใจทำการผ่าตัดแบบพลลัน. ตัดเร็คตัม, เร็คโตซิกมอยคและซิกมอยคโคล้นเหนือตำแหน่งที่ทำโคลอสโตมีย์ขึ้นไปราว ๑๕ ซม. หลังการผ่าตัดในวันที่ ๕ เกิดมีพดลพลลันขึ้นมาที่แผลหน้าท้องซึ่งใส่ท่อ



รูปที่ ๑. ลำไส้ใหญ่ของคนปกติ. แสดงเอาเออร์บัส'ส เป็กซัส.



รูปที่ ๒. ลำไส้ในโรคเมกะโคลิออนแต่กำเนิด. ไม่เห็นเอาเออร์บัส'ส เป็กซัสเลย.
(จากคนไข้รายที่ ๕)

ระขายไว้. แสดงให้ทราบว่ามีการแตกที่
ตำแหน่งเย็บประสานของรอยต่อ. ได้ใส่
หลอดเร็คคัลคาไว้เพื่อให้อุจจาระไหลออก
ทางหลอดใสสะดวก. ต่อมา ๔ สัปดาห์
ฝีก็คล้ำจืดค่อย ๆ บิ่คหายไปเอง.

ผลการตรวจทางจุลทัศน์: เร็คคัลและ
เร็คโคซิกมอยด์ที่ตัดออกตรวจทางจุลทัศน์
ไม่พบแก่งเกล็ดในเนื้อเยื่อเนื้อเยื่อ
แปลกซัส; เป็นลักษณะซัสเงินของโรค.

สรุป

๑) ได้รวบรวมบรรยายพยาธิวิทยา,
สัณฐาน, อาการและข้อตรวจพบ, การ
วินิจฉัยโรคและวิธีการรักษาผ่าตัดเมกะโค-
ลิออนแต่กำเนิด

๒) ได้รายงานผู้ป่วย ๒ ราย. เป็น
เด็กชาย ๔ รายและเด็กหญิง ๑ ราย. ทุก
รายวัยไว้เพราะอาการท้องผูกมาตั้งแต่หลัง
คลอดและท้องอืดโป่ง. ทุกรายให้การวินิจฉัย
ว่าเป็นโรค Hirschshprung ได้ซัสเงินโดยการ
ทำแบเรียมอินมา.

๓) ผู้ป่วย ๔ รายได้รับการผ่าตัดพุลล์-

ธิว แบบ Swenson. อีก ๑ รายหนักกลับก่อน.
๔ รายที่ผ่าตัดโดยมีผลดีทุกราย. ๑ ราย
ตายเพราะท้องเกินภายหลังการผ่าตัดแล้ว
๑ เดือน. อีก ๑ รายมีการแตกของรอยต่อ
ที่ทวารหนัก, เป็นพคผลพศคล้ำแต่แล้วก็
ค่อย ๆ บิ่คหายไปเอง.

๔) ทั้ง ๔ รายที่รับการผ่าตัดให้การ
วินิจฉัยโรคได้แน่นอนจากการตรวจทางจุล-
ทัศน์.

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ น.พ. อุดม
โปษะกฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ ที่ได้กรุณา
อนุญาตให้นำเรื่องขึ้นบรรยาย, และศาสตราจารย์
น.พ. สุต. แสงวิเชียร ที่ได้กรุณาช่วยถ่ายภาพตรวจ
ทางจุลทัศน์ให้.

เอกสาร

1. O. Swenson: Pediatrics 12:1,1953.
2. E.L. Potter: Textbook of Pathology of the Fetus and New-born.
3. O. Swenson et al.: New Engl. J. Med. 241:551-556, 1949.
4. do. Surg., Gynec. & Obst. 95: 738-740, 1952.
5. F.R. Whitehouse et al.: Arch. Int. Med. 82:75-111, 1948.
6. O. Swenson et al.: Am. J. Surg. 81:3, 1951.



(Summary of preceding Article)

CONGENITAL MAGACOLON
Review and Report of Five Cases

Sanoe Indrasukhsri
M.B., Cert. in Ped. Surg. (Ohio)
(Dept. of Surgery)

After a fairly full review of the disease the author presents brief reports of cases encountered in his department. There were 4 boys, aged 2 months, 3 months, 10 months and 3 years respectively, and one girl aged 3. The history of the affection started at the age of 7 days, from birth, 2 days and 1 month respectively. One patient (boy of 3 years) was carried off when operation was suggested. Four cases were submitted to operative treatment by the pull-through

technique, viz., two case in one stage, one case in two stages and one case in three stages. In all cases the operation was succesful; though one boy, ten months old at the time of operation, returned one month after discharge with acute diarrhea and succumbed to it. The two months old baby developed fecal fistula on the fifth post-operative day, which healed by itself. In all operated cases the diagnosis was histologically confirmed.

บทความพิเศษ

หน้าที่ของกระดูกไหลปลาร้า

เชียว อุตยานัง

พ.บ., พ.ค.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

กระดูกไหลปลาร้า, ตามที่เข้าใจกันโดยทั่วไป, ทำหน้าที่เป็นไม้ค้ำหรือท้าวแขนยื่นหัวไหล่ให้ออกห่างจากลำตัวเพื่อให้แขนมีอิสระในการเคลื่อนไหวมากขึ้น. เพียงเท่านั้นเรายังไม่สามารถเข้าใจถึงรายละเอียดของการทำงานและหน้าที่อันแท้จริงของกระดูกชิ้นนี้, เนื่องจากการเคลื่อนไหวของแขน บริเวณไหล่เป็นไปอย่างสลับซับซ้อน, มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ สเตอริโอคลาวิคูลาร์, ข้อต่ออะโครมิโอคลาวิคูลาร์, ข้อต่อกลีโนฮูเมอร์ัล, และการเคลื่อนไหวของกระดูกสะบักขมลำตัว, ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการเคลื่อนไหวของแขนตรงบริเวณไหล่มีองค์ประกอบหลายส่วนที่ต้องทำงานกลมกลืนกันไป. ถ้ามีส่วนใดขาด จะทำให้กลไกการเคลื่อนไหวในบริเวณนี้ไม่อาจทำงานได้อย่างปรกติ. ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาถึงส่วนที่

สัมพันธ์อยู่กับกระดูกไหลปลาร้าด้วย. ใ้คนผู้ทำการศึกษาทั้งในคนปรกติและในผู้ป่วย, รวมทั้งในกระดูกหอยแขน ท้าแหและเรียบร้อยแล้ว. เขาพบว่าในการยกแขน, จะยื่นงอแขนไปทางหน้าหรือกางแขนออกไปก็ตาม, ในระยะ ๓๐-๖๐ องศาแรก, กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เกยวของจะทำการปรับตัวให้การสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวระหว่างกระดูกสะบักและกระดูกต้นแขนเป็นไปให้เหมาะแก่การเคลื่อนไหวต่อไป. การเคลื่อนไหวที่ข้อต่อไหล่ในระยะนี้มีลักษณะเฉพาะบุคคลบางรายกระดูกสะบักยื่นงอ, กระดูกต้นแขนเคลื่อนไหวง่าย, หรือกระดูกสะบักเคลื่อนไหวไปทางใกล้กลางและใกล้ริมของลำตัว, หรือเคลื่อนไหวบนลงล่างจนกระทั่งไ้ตำแหน่งที่เหมาะสม. ระยะนี้เรียกว่าระยะเตรียมตัว (Setting phase).

หลังจากทางแขนออกไป ๓๐ องค์ฯ, หรือออกแขนไปทางหน้า ๖๐ องค์ฯแล้ว, ต่อไปการเคลื่อนท ระหว่าง กระจกขึ้น แขนและ กระจกสัษกมเวไซ ๒ คือ ๑, เช่นกระจก ขึ้นแขนเคลื่อนห่างจากลำตัวทกๆ ๑๕ องค์ฯ จะมีการเคลื่อนไหวเกิดทชอต่อกลโนฮเมอรูลิ ๑๐ องค์ฯและมีการหมุนตัวของกระจก สัษกมเวไซ ๕ องค์ฯ. การเคลื่อนไหวซึ่ง เกิดจากท ๒ แห่งนี้จะสัมพันธ์กลมกลืนกัน. ในการยกแขน ๑๕๐ องค์ฯ, การเคลื่อนท เกิดจากการหมุนของกระจกสัษก ๖๐ องค์ฯ และทชอต่อกลโนฮเมอรูลิ ๑๒๐ องค์ฯ. ถ้า ตรงกระจกสัษกยกยกับที่สามารถยกแขนด้วย ตนเองเพียง ๕๐ องค์ฯเท่านั้น. ถ้าให้ผู้อื่น ช่วยยกจะไปได้ ๑๒๐ องค์ฯ.

การหมุนตัวของกระจกสัษกบนผนังของ ช่ออกทเขนไปโดยเรียบรอยกเนอง จากการ เคลื่อนไหวทชอต่อสเตอร์โนคลาวิคลาร์และ อะโครมิโอคลาวิคลาร์. ขณะที่ยกแขนจะมี การเคลื่อนขึ้นบน ของกระจก ไพลาร่าทชอ ต่อสเตอร์โนคลาวิคลาร์. การเคลื่อนของ กระจกนี้จะไม่ปรากฏอีกต่อไปเมื่อยกแขนถึง ๕๐ องค์ฯ. ทกๆ ๑๐ องค์ฯของการยก แขนจะมีการยก ขึ้นของกระจกไพลาร่า ๕ องค์ฯ. เมื่อพน ๕๐ องค์ฯการเคลื่อนไหวท

กระจกไพลาร่าเกือบไม่มีเลย.

การเคลื่อนไหวทชอต่อ อะโครมิโอคลา วิคลาร์. จะแตกต่างกับทชอต่อ สเตอร์ โนคลาวิคลาร์. ทชอตอนจะมีการเคลื่อนท ทั้งหมดเพียง ๓๐ องค์ฯ. การเคลื่อนจะ ปรากฏในระยะจำกัดเท่านั้น, คือใน ๓๐ องค์ฯแรกของการยกแขน และภาย หลังยก แขนไปทางหน้าผ่าน ๑๓๕ องค์ฯไปแล้ว.

เมื่อดูรวมการ เคลื่อนไหว ทชอต่อ สเตอร์ โนคลาวิคลาร์และอะโครมิโอคลาวิคลาร์จะ เท่ากับ ระยะ การเคลื่อนทของกระจกสัษก, การ เคลื่อนไหว ทชอต่อ อะโครมิ โอคลาวิคลาร์จะสังเกตเห็นได้โดย การหมุนรอยแกน คามยาวของกระจก ไพลาร่าซึ่งมีส่วนโค้ง ทาง โกลีรีม ของกระจก ทำหน้า ทเขนเพลลา หมุน. ขณะเดียวกันก็มีการยกตัวของเอ็น คอราโคคลาวิคลาร์ด้วย.

การหมุนของ กระจก ไพลาร่าสามารถ พิสูจน์ได้โดยสอดเข็มเหล็กกล้าเข้าในระ อกไพลาร่าของคนธรรมดา, แล้วดัด สัษกเลวระยะที่เขมนั้น. ปรากฏว่าเมื่อยก แขนเต็มท (๑๕๐ องค์ฯ) กระจกไพลาร่า หมุนไป ๕๐ องค์ฯ. ถ้าเรวกคตรงเขมนั้น ใ่ว้ถูกทตลอด จะยก แขนได้เพียง ๑๒๐ องค์ฯเท่านั้น.

ได้มีหลักฐานทางคลินิกที่ยืนยันในราย
ที่ข้อต่ออะโครมิโอคลาวิคูลาร์เคลื่อนไหว. ถ้า
จัดข้อต่อเข่าและทรงปลายไกลีรึมของกระดูก
ไหปลาร้าโดยใส่สกรูติดกับ โคนของปุ่ม
คอราคอยด์จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกาง
แขนได้เกิน ๑๒๐ องศา. แต่เมื่อสกรูหลุด
โดยอุบัติเหตุก็ครั้งหนึ่ง, ผู้ป่วยกลับ
สามารถกางแขนได้เหมือนอย่างเดิม.

การ สัม พันธ ระหว่าง กระดูก สบัก และ
กระดูกไหปลาร้า, ซึ่งมีการเคลื่อนไหวที่
ข้อต่อทั้งสองตามทงกล่าวแล้ว, รวมทั้งการ
ยึดของเอ็นคอราโคคลาวิคูลาร์และส่วนไกลี
รึมของ กระดูก ไหปลาร้าเป็น เผลาหมนอาจ
จะแสดงได้โดยใช้กระดูก ข้ำแหละให้เหลือ
เพียงข้อต่อและเอ็นทกเยวของไว้, ติด
สะเกลตกระดูกสบักข้อต่อสเตอร์โนคลาวิคูลาร์
และ ข้อต่อ อะโครมิโอคลาวิคูลาร์ ตาม
ลำดับ. จะพบว่ากระดูกสบักหมุนได้ ๖๐
องศา. ๓๐ องศาแรกเกิดจากการยกของ
กระดูกไหปลาร้าโดยการเคลื่อนไหวที่ข้อต่อ
สเตอร์โนคลาวิคูลาร์, รวมทั้งการยกของ
เอ็นคอราโคคลาวิคูลาร์ด้วย.

ในการเคลื่อนไหวไปข้างหน้า (Protraction)
และไปทางหลัง (Retraction) ไม่
มีการ เคลื่อนไหว ที่สังเกตเห็น ได้ที่ข้อต่อ
อะโครมิโอคลาวิคูลาร์, ถึงแม้จะมีการ

หมุนรอบ แกนตามยาวของกระดูกไหปลาร้า
เพียงเล็กน้อย. การเคลื่อนไหวจะปรากฏ
มากแต่ที่ข้อต่อสเตอร์โนคลาวิคูลาร์เท่านั้น.

นอกจาก การ คึกษาที่ กล่าว แล้ว ยังได้
หลักฐาน สันนิษฐาน จากผู้ช่วย ทาง คลินิก,
ค่าน ความเชื่อ เกา ทว่า กระดูก ไหปลาร้าทำ
หน้าที่เป็นไม้ค้ำ, ซึ่งจำเป็นในการเคลื่อนไหว
ของแขน. ในรายที่ตัดกระดูกไหปลาร้า
ออกหรือ ในรายที่ ไม่มี กระดูก ไหปลาร้ามา
แต่กำเนิด, เช่นพวกควานิโอ-ไคลโด-
คีย์สโตสโตสิส (craniocleido-dysostosis),
พบว่าลักษณะของไหล่ไม่แตก ต่างจากปรกติ
มากมายอะไร. ผู้คนสามารถเคลื่อนไหวไหล่
ไปข้างหน้าและข้างหลังได้มากกว่า ๑๘๐
องศา. ไม่มีการหย่อนสมรรถภาพของการ
ใช้แขน, นอกจากมีการเคลื่อนไหวแคบเมื่อ
น้ำหนักเหนือศีรษะเพียงเล็กน้อย. ทงยังให้
ประโยชน์ให้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น, ถ้า
ตัดกระดูกไหปลาร้าออกในรายที่เป็นอาร์โร
คิสิส (arthrodesis) ของข้อต่อกลีโนฮู
เมอร์ล.

จะเห็น ได้ว่า กระดูก ไห ปลาร้า สำ หรับ
มนุษย์ ไม่มีความจำเป็นชนิดที่ขาดเสียไม่
ได้. ถึงแม้ว่าไม่มีกระดูกชิ้นนี้, แขนก็
สามารถเคลื่อนไหวและใช้งานเกือบไม่แตก
ต่างกับปรกติ, ดังเช่นที่พบในสัตว์บางพวก
ที่ไม่มีกระดูกนี้เลย.

การประชุมโรคเรื้อรังที่ดวงตาที่อินเดีย

สำราญ วงศ์พำห้

W.B., C. Oph., C. Oto. (Harvard)

(แผนกจักษุวิทยา)

เนื่องด้วยรัฐบาลอินเดียมีความประสงค์จะปราบโรคเรื้อรังที่ดวงตาทั่วประเทศ จึงได้เชิญจักษุแพทย์จากแคว้นต่าง ๆ ของประเทศอินเดียไปอบรมโดยร่วมมือขององค์การอนามัยโลก. การอบรมและประชุมครั้งนี้ได้จัดที่มหาวิทยาลัยมุสลิม, Institute of Ophthalmology and Gandhi Eye Hospital ที่ Aligarh ในแคว้นอุตตราประเทศ.

ในโอกาสนี้รัฐบาลอินเดีย และองค์การอนามัยโลก ได้เชิญจักษุแพทย์และแพทย์จากกรมอนามัยแห่งละ ๑ คน จากประเทศไทยและพม่าไปร่วมการประชุมด้วย, เพราะในปี ๒๕๐๑ รัฐบาลไทย ร่วมมือขององค์การอนามัยโลก มีโครงการ จะปราบโรคเรื้อรังที่ดวงตาในประเทศไทย. แพทย์จากประเทศไทยมีแพทย์หญิง เรณู คีตสระมาน จากกรมอนามัย, และข้าพเจ้า. จากพม่ามีนายแพทย์ โกยี (Ko Gyi), แห่ง Rangoon General Hospital, และนายแพทย์ฮาร์. บี. ซิงห์ (R. B. Singh) จากกรมอนามัยพม่า. นายแพทย์ของอินเดียมี ๒๐ คน คือจาก

แคว้นปัญจาบ, ราชสถาน, อุตตราประเทศ, มัชฌิมประเทศ, ขอมเบย์, มัชฌิม, แคว้นละ ๒ คน; จากแคชเมียร์, พินาคร, เบ็งกอลตะวันตก, ชัสสัม, โอริสสา, อันตประเทศ, มัทราส, เคราลา, แคว้นละ ๑ คน.

การประชุมเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๐.

ความประสงค์ของการอบรมและประชุมนี้ คือ โครงการ ทดลอง สำหรับ ควบคุม โรคเรื้อรังที่ดวงตา ของอินเดีย ซึ่งดำเนินงานปราบปรามโรคเรื้อรังที่ดวงตาอยู่ในเวลานี้จะขยายงานออกไปจึง จำเป็น ต้องอบรมจักษุแพทย์ให้มีความรู้พอ, และเกี่ยวกับสถิติที่จะทำไปโดยสอดคล้องกันกับขององค์การอนามัยโลกและของอินเดีย.

การอบรมและการประชุม มีดังนี้:

สอนวิชาโรคเรื้อรังที่ดวงตา ๒๕ ชม.

สอนแสดง ตาม หมู่บ้าน และ โรงเรียน (Field demonstration) ๒๔ ชม.

สอนแสดงในห้องวิทยาศาสตร์ (Laboratory demonstration) ๕ ชม.

สอนแสดงในห้องผ่าตัด (Operation demonstration) ๕ ชม.

สอนแสดงทางห้องวิชา (Clinical demonstration) ๑ ชม.

สอนแสดงด้วยภาพยนตร์ (Film demonstration) ๑ ชม.

อ่านวิจารณ์ จากเรื่อง ที่มี ผู้ นิพนธ์ ไว้ (Reading Exercise) ๑๖ ชม.

อภิปราย เซมินาร์ ๘ ชม.

ข้าพเจ้าออกเดินทางจากกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๐๐ เวลา ๒๐.๐๐ น. ถึงกรุงนิวเดลี ๐๑.๐๐ น. เวลาท้องถิ่น. ได้พบกับผู้เชี่ยวชาญทางโรคเรื้อรังตาและเจ้าหน้าที่ของธนาคารอนามัยโลก ณ สำนักงานใหญ่สาขาเอเชียอาคเนย์ที่ Partiala House. แล้วเดินทางต่อไปเมือง Aligarh โดยใช้รถจักรยานยนต์. พักที่หอพักนักศึกษาหญิงของมหาวิทยาลัยมัสลิน.

การประชุมได้จัดใหม่ชนบทของประชุมใหญ่ของ Gandhi Eye Hospital, Dr. C.G. Pandit, ผู้อำนวยการสภาวิจัยการแพทย์ของอินเดียเป็นผู้กล่าวคำต้อนรับ.

ในการอบรมครั้งนี้มีกิจกรรมที่น่าสนใจจากโรงเรียนแพทย์ในแคว้นต่าง ๆ ของ

ประเทศอินเดียและผู้อำนวยการโครงการทดลองควบคุมโรคเรื้อรังตาเป็นผู้บรรยายและสอน, อาทิเช่น Dr. Prof. S.P. Gupta, Dr. Mohal Lal, Prof. O. J.B. Shrivastava, Prof. Dr. Tulsi Dass, ฯลฯ.

อบรมกันทุกวัน.

วันธรรมดามีเริ่ม ๕ โมงเช้า, เลิก ๖ โมงเย็น, วันเสาร์ครึ่งวัน.

การสอนในห้องสอน สอนตามธรรมดา

ประมาณเรื่องละ ๕๐ นาที. เวลาที่เหลือไว้สำหรับซักถามและอภิปราย. เรื่องบางเรื่องกินเวลาซักถามมากกว่าเวลาสอนเสียอีก. นอกจากนั้นยังมีการอ่านงานของจักษุแพทย์บางคนทีเขียนเกี่ยวกับโรคเรื้อรังตา, นำมาอภิปรายกัน, นับเป็นชั่วโมงที่สำคัญมากเพราะได้ความคิดแปลก ๆ และทฤษฎีใหม่ ๆ ทำให้ทราบถึงการรักษาที่ถูกต้อง, การป้องกันโรคเรื้อรังตา, การระบาดของโรค, แล้วนำมาคิดแปลงให้เหมาะสมกับประเทศของเรา.

ส่วนงานที่ออกไปตรวจผู้ช่วยคามหมู่บ้านและโรงเรียน ทำตามแบบของโครงการทดลองควบคุมโรคเรื้อรังตาที่เขาปฏิบัติอยู่แล้ว. คือทำการรักษาโรคเรื้อรังตาในหมู่บ้าน

และโรงเรียนต่าง ๆ ที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาล ๕ ถึง ๑๐ ไมล์. วิรัชชเชาคือก่อนวัน ไปตรวจและรักษาเขาส่ง นักสังคมสงเคราะห์ไปหมู่บ้านนั้น ๆ ก่อน, ให้ไปทำความเข้าใจกับชาวบ้านว่าจะมีแพทย์มารักษาโรคจิตส์ดวงตาในวันรุ่งขึ้น. ขอให้รอและเตรียมตัวไว้. ทั้งอธิบายถึงคุณประโยชน์ของการรักษาด้วย. พอถึงวันรุ่งขึ้นแพทย์ พร้อมด้วยนัก สังคมสงเคราะห์ และพยาบาลชายไปถึงหมู่บ้านนั้น, ก็ได้รับความสะดวกมากในการตรวจรักษาและซักประวัติ. ถ้าไม่ทำเช่นนั้นแล้วหญิงสาวมักไม่ใคร่ยอมให้ตรวจและซ่อนตัวอยู่ในบ้านเสมอ ซึ่งอาจเพราะประเพณีหรือทางศาสนาบังคับไว้. สิ่งของ ที่ นักสังคมสงเคราะห์นำไปมีสมคณาน้ำ, แผ่นโฆษณา, รูปพิมพ์. นักสังคมสงเคราะห์ห่มชาย ๑ หญิง ๑. คณะแพทย์ที่ไปมีจิตแพทย์, ร่วมด้วยเสมียน, พนักงานวิทยาศาสตร์, และคนงาน. สิ่งของที่นำไปมีเก้าอี้ตรวจ, ผ้าเช็ดมือ ผ้าคลุมตัว, แวนช่าย, ไฟฉาย, สำลี, ยา, กระจกสไลด์, สลิตแลมป์ชนิดที่ติดกับหม้อไฟฟ้ารถยนต์, ดินสอเขียนแก้ว.

ในการ ไปตรวจ ตามหมู่บ้านนี้พบว่าแม้แต่เด็กเล็ก ๆ ก็เป็นโรคจิตส์ดวงตา. แพทย์ตรวจพบอะไรก็บอกให้เสมียนจดไว้ลงในแบบ

ฟอร์มสถิติ ตามแบบของ อินเคียที่ คัดแปลงจากขององค์การอนามัยโลก. แยมไว้ละเอียดดีมาก. แพทย์ไปเยี่ยมและให้การรักษาตามหมู่บ้านหนึ่ง ๆ จนครบ ๓ วัน, จึงย้ายไปหมู่บ้านอื่น. พอครบ ๑ เดือนก็มาตรวจอีก. งานรวบรวมผลจากการรักษาเป็นหน้าที่ของนักสถิติ.

ประโยชน์ของนักสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับงานแบบนี้ว่ามีมาก, ทำให้แพทย์ได้รับความสะดวก และได้ริ่ความ ร่วมมือจากประชาชน, ซึ่งเป็นผลคือประชาชนผู้จะได้หายจากโรค. หมู่บ้านของประเทศอินเคียตามชนบทไม่เหมือนเมืองเรา. เขาอยู่กันเป็นหมู่บ้านเล็ก ๆ ห่าง ๆ กัน. ในเวลา เช้าหลังจาก รับประทานอาหารเช้าแล้ว พวก ผู้ชาย และ คนที่ ทำงาน นอก บ้าน จะนำวัวหรือควาย ออกไปตามทุ่งนาไกลจากบ้าน. กว่าจะกลับก็มืด. มีแต่เด็ก ๆ และคนแก่เฒ่าบ้าน. ดังนั้นหากไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ไปทำลาถเลาไว้ ก่อน จะตรวจไม่ได้ ครอบคลุมคน. ทุ่งนาบางแห่งอยู่ห่างจากหมู่บ้าน ๔ ไมล์. งานที่เขาทำกันมี เกษ, เกษว, ปลูก, ไร่ และหว่าน. บางคนต้องทำงานหนัก คือกักน้ำจากบ่อลึก ๆ ประมาณ ๑๐ เมตร กว้างประมาณ ๒ เมตร. ใช้หนังสือทำเป็นถ่วง

ตกให้วูหรือควายตงชน. ออกแขยหนึ่งไซ้
เครื่องจักรมีกระป๋องเล็ก ๆ ติคกขสะพานตก
นำชนโดยใช้วีว หรือควาย เคนเป็นวงกลม.
งานนทานานราว ๖ ถึง ๑๐ ชั่วโมง. ต้อง
เอาน้ำไปใช้เลี้ยงต้นข้าว, ผัก, เนื่องจากใน
ท้องที่เหล่านี้มีฝนตกน้อย.

การไป ตรวจ ตาม โรงเรียน ง่าย กว่าไป
ตามหมู่บ้าน, เพราะนักเรียนอยู่รวมกันเป็น
หมู่, เพียงแต่ติคคอกขครุใหญ่ก็ได้รับความ
สะดวก.

สิ่งที่นำคในชนบทของอินเดียในอุตร-
ประเทศไม่ว่าตาม หมู่บ้าน หรือใน บริเวณ
มหาวิทยาลัยที่ไปพักอยู่, มีนกข่าตัว
ใหญ่ ๆ, เช่น นกยูง, นกกระทุม ฯลฯ ขึ้น
มาหาอาหารใกล้ ๆ คน. ชาวอินเดียเขาไม่
รังแกสัตว์. ตามถนนผ่านหมู่บ้านมีลิงข่า
มากมาย. ตามบ้านชนบทมีสัตว์เลี้ยงมาก.
พวกวัวควายเป็นกำลังในการไถคราด, ลาก
เกวียนและรถ, และให้น้ำนมดื่ม. ส่วน
แพะ, แกะ, ลาและฟือไซ้บรรทุกของ.

การสอนแสดงในห้องวิทยาศาสตร์

มีการแสดง การขคเยอตาและ เซ็คขตา
เพื่อนำไปย้อมหาเชื้อและหาอินคูลชันบอดัส.
ทำจากคนช่วยในโรงพยาบาลและในชนบท.

มีการแสดงการพิสูจน์เชื้อบคเตรทอขประจำ
ในถงค้อนจึงที่ว่าของตา. นอกจากนั้นมีการ
นำผู้ช่วยโรครคคสีทวงตาเป็น จำนวนมากไป
ให้ดูลักษณะและระยะต่างๆ ของ โรค,
ทดลองนโรคแทรกซ้อนและโรคตาม.

การแสดงในห้องผ่าตัด

ได้สอนแสดงวิธี ผ่าตัด โรคขนคางขเข้า
ข้างในซึ่งเป็นโรคตามของโรคสีทวงตา. มี
แพทย์แสดงให้คการผ่าตัดต่างวิธีกัน. แสดง
การผ่าตัดเมอ มีหลอดโลหิตเข้าไปทคอร-
เนย. แสดงการผ่าตัดคอกกระจก, คอหิน.
เรื่อง คอกระจก เป็น ขัญหาใหญ่ ของ อินเดีย
เช่นกขไทย. ข่าพเจ้าจะขอยกเว้นไม่กล่าว
ถึงเรื่องน. แต่เป็นทน่าสังเกทว่าทอินเดียมี
วิธีประหยคทได้ผลคและมี ประโยชน์หลาย
อย่าง, เช่นวิธีห้ามเลือดขณะทำการผ่าตัด
แทนที่จะใช้จควยไฟฟ้าเขาใช้คมีสำหรับจับ
หลอดโลหิตที่ใช้การไม่ได้แล้ว จับเข็มหมุด
เผาไฟพออนุบริเวณเลือดออก, ซึ่งก็ได้ผล
คเหมือนกัน.

การอภิปรายเซมินาร์

สำหรับ หัว ขอน ท ประชุม เขา ถือ เป็น
สำคัญมาก, เพราะเขาต้องการความนึกคิต

และแผนการรักษา ของแพทย์ แต่ละแคว้น, เพื่อว่า ในยี่ ต่อไปโครงการ ทดลอง สำหรับ โรคไวรัสคางจะไ้เข้าไปทำงานในแคว้นนั้น ๆ ได้สะดวก. แต่ละแคว้นมีสภาพไม่เหมือนกัน. เช่น บางแคว้นในบางเดือนอากาศร้อนจัด จนทำงานไม่ได้ตลอดวัน, ทำได้เฉพาะตอนเช้าและตอนกลางคืน. บางแคว้นมีแมลงมาก. นอกจากนี้ยังได้อภิปราย เรื่องการกินอยู่ของประชาชน, ความสัมพันธ์ระหว่างคนและสัตว์เลี้ยง, ตลอดจนการรักษาความสะอาด. มีผู้ให้ความเห็นว่า การล้างมือ, ล้างหน้า และอาบน้ำจะทำให้โรคนี้ลดลง. ได้อภิปรายถึงเรื่องแมลง นำเชื้อไปแพร่หลายในคนอื่น, ตลอดจนฤดูกาลที่มีแมลงมาก และ น้อย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้ด้วย, ทั้งยังได้อภิปรายถึงลักษณะฝนและทราย, เช่นทรายพวกซิลิกาแหลม และคมมากกว่าพวกหินทราย, จึงทำให้คนจึงตีว่ามีอันตรายมากกว่า, เป็นเหตุให้ตาเกิดเป็นโรคไวรัสคางตาได้.

ที่ประชุมได้ขอความคิดเห็นของ แพทย์ จากไทย และพม่า และผู้เชี่ยวชาญ ทางโรคไวรัสคางตาขององค์การอนามัยโลกประจำ เอเชียอาคเนย์ โดย ยกตัวอย่าง การรักษา และการปราบโรคนี้ที่มอริออคโค, ทุนีเซีย

อียิปต์, เซโกสโลวาเกีย, อินเดียบางแคว้น และอินโดนีเซีย.

สิ่งที่ประชุม ไม่ลืม อภิปราย ด้วย คือ เกยวกับการ ใช้ยาฆ่าขอยตาเพื่อ ให้นัยน์ตาคำซึ่ง ใช้กันมานานในอินเดีย. ได้แก่ซุม และคากา. เป็นผงสีน้ำตาลใช้ฆ่า ขอยตาตั้งแต่เกิด. ใช้ร่วมกระปุกเดียวกัน ในบ้านเดียวกัน. ที่ประชุมเชื่อว่า เป็นสิ่ง หนึ่งที่น่าเซอร์วิสคางตาแพร่จากคนหนึ่ง ไป ถึงอีกคนหนึ่งได้.

ทางด้านสังคม เมื่อข้าพเจ้าไปถึงอินเดียใหม่ ๆ เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกไปติดต่อเรื่องที่อยู่และอาหาร, เพราะเกรงว่าคนไทยจะรับประทานอาหารพื้นเมืองไม่ได้. พวกเราปฏิเสธไม่ให้เขาทำเป็นพิเศษ, เพราะอยากจะกินอยู่ให้เหมือนกับหม้อในอินเดียคนอื่น ๆ. เราพบว่าอาหารของเมืองอินเดียอร่อยดี. แพทย์อินเดียส่วนมากสนใจ คนไทย เพราะอยู่ ใกล้ และมีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน, มีความสัมพันธ์กันมาแต่โบราณ. ปรากฏว่าในสี่ปีคำที่ทั้งสองที่สามก็สนิทสนมกัน. มีวันหนึ่งได้วิจัยเชิญเป็นแขกของนายแพทย์อินเดีย ในโรงพยาบาล. รับประทานอาหารแบบอินเดีย. เสริ้ออาหารแล้วเขาให้เคี้ยวหมาก. ทั้งยัง

ได้รับเชิญไปในงานหมั้นของญาติ แพทย์ใน
โรงอภัย. อนึ่งในระหว่างการประชุม
แพทย์ไทยได้รับเกียรติเป็นประธานในที่ประ-
ชุมด้วย.

ในวันอาทิตย์ ทาง คณะ ได้นำไปเยี่ยม
Arar Medical College ชม Taj Mahal และ
Matura ซึ่งเป็นที่กำเนิดของพระกฤษณะ.
เมืองนี้อยู่ริมแม่น้ำยมนา. ในแม่น้ำมีเกาะพาย
นามาก, ซึ่งเขื่อง และคอกกินคอกไม้ที่ชาว
อินเดียไปรบให้. นอกจากนี้ยังได้นำไปชม
โรงทำนมเนยของรัฐบาลอินเดียด้วย.

ในวันสุดท้ายของการประชุม Dr. M.
Rodovonovie เป็นผู้สรุปข้อซักถาม. Dr.
Mohal Lal ผู้อำนวยการของโครงการทค-
ลงประกาศปิดประชุม.

รัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุข (ศรี-
เยาว์ ลาว) แห่งอุดรประเทศเป็นผู้
แจกประกาศนียบัตร.

เมื่อเสร็จประชุมแล้วข้าพเจ้าเดินทาง
กลับไปนิวยอร์ก, ไปตงงานที่กัลกัตตาอีกประ-
มาณ ๑ สัปดาห์ จึงเดินทางกลับเมืองไทย.

รายการ

ใน

บัตรสำรวจ

สภาวิจัยการแพทย์อินเดีย

(โครงการควบคุมโรคติดต่อที่ อะลีการ์ห์)



๑. รายการครอบครัว จำนวนคนใน
ครอบครัว. จำนวนคนที่ เป็นโรคติดต่อ
ตา, ขน ๑,๒,๓. จำนวนคนที่ เป็นโรค
ขน ๔. จำนวนห้องที่อาศัยอยู่. รายได้ของ
ครอบครัวเมื่อปีที่แล้ว. การเลี้ยงชีพ
สำคัญ นอกที่เกษตรกรรมที่ เป็นเจ้าของเอง.
นอกที่เกษตรกรรมที่เช่า. งานเกษตรกรรม.

การประมง. ค้าขาย. งานช่าง. งานทั่วไป.
งานอื่น ๆ. ระดับเศรษฐกิจ. ปานกลาง.
ยากจน. ศาสนา ฮินดู. มุสลิม. คริสต์.
อื่น ๆ. น้ำใช้. สมโยกหรือกอก. ย่อเล็ก.
ย่อ. แม่น้ำหรือคลองชลประทาน. อื่น ๆ.
การหุงหา ภายในบ้าน. นอกบ้าน. ไม่มี.
การใช้เครื่องชำระล้าง สบู่. ดินหรือสัสซี.

ทั้งสองอย่าง. ไม่มี. สวม รากน้ำ. สวม
ถุง. สวมหลวม. ไม่มี. คอกสัตว์ ภาย
ในบ้าน. ต่างหาก. ไม่มี. การใช้ปุ๋ย
ปุ๋ยหมัก. ปุ๋ยกอง. ไม่มี.

๒. รายการบุคคล ชื่อ. ความสัมพันธ์
กับหัวหน้าครอบครัว. อายุ. เพศ. ภาวะ
สมรส. การอ่านและเขียน. อาชีพ. การ
อาบน้ำ. (ทุกวันหรือบางวัน, ที่ไหน). การ
เช็ดตัว (ผ้าเช็ดตัวร่วมกันหรือแยกกัน,
ส่วนของเครื่องแต่งกาย) การใช้ของแฉ่ง
นยนต์. ที่ทำงาน (มีวันมาก, มีฝนมาก).
สำหรับเด็ก, ไปโรงเรียนหรือเปล่า, นอน
ร่วมกับใคร. สำหรับหญิง, ทำงานที่นาหรือ
เปล่า, เวลา (ชั่วโมง) ที่ใช้หุงหาอาหาร.

๓. รายการตรวจตา ชื่อ. อายุ. เพศ.
วันที่. ใช้สติกแลมป์หรือเปล่า. วิดส์ตรวจ
ตา (ชนิด, ค้อนจิ้งจิวา, คอว์เนียบ. ค้อน-
จิ้งจิวาติส. การตรวจทางห้องทดลอง. สาย
ตา (มีข้อบกพร่องหลายข้อ)

(ในตอนท้ายของบัตร มีข้อเสนอแนะเกี่ยว
กับการตัดสินใจของโรค, ลักษณะทาง
คลินิก, ชนิดของการเกิดแผลเป็น, แผลตัด
สินผลของการรักษา, ฯลฯ. ตัวอย่างบัตร
ขอคูปองได้จากเจ้าของเรื่อง.)

(บัตรสำรวจขององค์การอนามัยโลกมี
รายการแตกต่างกันเล็กน้อย, ทำเป็นแบบ
บัตรเจาะรูสำหรับใช้กับเครื่องสำรวจบัตร.
ตัวอย่างขอคูปองได้จากเจ้าของเรื่อง.)

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทความนิติเวชวิทยา

กฎหมายกับคนเมา

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ฐ.บ., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ ชุนเกตุทัศน์วิทยาพยาธิ)

กฎหมายบัญญัติโทษคนเมาไว้อย่างไร

ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีสิทธิเสรีภาพในร่างกายอย่างเต็มที่ตามกฎหมายของรัฐก็ตาม, แต่ก็ยังอยู่ในขอบเขตของกฎหมาย. บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการกินเหล้า. แต่หากินแล้วเมานวนวายเป็นกลางถนนก็มีความผิดตามกฎหมาย, คือมีความผิดทุกโทษ, ตามมาตรา ๓๗๘ ของประมวลกฎหมายอาญา, ทงนเพื่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดี.

“มาตรา ๓๗๘ ผู้ใดเสพยาหรือของเมาอย่างอนจนเป็นเหตุให้ตนเมา, ประพฤติวุ่นวายหรือครองสติไม่ได้, ขณะอยู่ในถนนสาธารณะหรือสาธารณสถาน. ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าร้อยบาท”

โทษนี้ถึงแม้ว่าจะจะเป็นโทษเพียงปรับก็

จริง, ถ้าไม่มีเงินเสียค่าปรับ, ก็ต้องถูกจำขังแทนค่าปรับตามอัตราวันละห้าบาท, ซึ่งเท่ากับจำขังหนึ่งร้อยวัน.

ความรับผิดชอบของคนเมา

นอกจากต้องโทษฐานเมาสุราแล้ว, ถ้าได้ไปก่อประทุษกรรมเข้า, เช่นไปทำร้ายร่างกายผู้อื่น, จะอ้างเพื่อให้พ้นผิดว่าไม่มีเจตนา, ทำไปเพราะความเมาหาได้ไม่, ต้องรับผิดชอบทั้งทางอาญาและทางแพ่ง, คือรับโทษฐานประทุษร้ายต่อร่างกายและชดใช้ค่าเสียหายให้แก่ผู้บาดเจ็บด้วย, ทั้งมาตรา ๖๕, มาตรา ๖๖ ของประมวลกฎหมายอาญา:

“มาตรา ๖๕. ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิด ชอบหรือไม่สามารถ

บังคับตนเองได้, เพราะมีจิตบกพร่อง, โรคจิต, หรือจิตพินเพื่อน, ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น."

"แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรับผิดชอบอย่าง, หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง, ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น. แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้."

"มาตรา ๖๖. ความมึนเมาเพราะเสพยาหรือสิ่งเมาอย่างอื่นจะยกเว้นข้อแก้ตัวตามมาตรา ๖๕ ไม่ได้. เว้นแต่ความมึนเมาซึ่งจะเกิดโดยผู้เสพยาไม่รู้ว่าสิ่งนั้นจะทำให้เมา, หรือใครเสพยาโดยถูกขโมยใจให้เสพยาและได้กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรับผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้, ผู้กระทำความผิดจึงจะได้รับการยกเว้นโทษสำหรับความผิดนั้น. แต่ถ้าผู้นั้นยังสามารถรับผิดชอบอย่าง, หรือยังสามารถบังคับตนเองบ้าง, ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้."

การตรวจคนเมา

ปัญหาว่าผู้นเมาหรือไม่เป็นปัญหาข้อเท็จจริงซึ่งตรวจได้ตามหลักวิชาแพทย. แพทย์บางนายอาจถูกขอร้องจากเจ้าตำรวจ, หรือ

แพทย์ อาจต้องตรวจตัวผู้ต้องหาในหน้าที่ราชการ.

ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายว่าด้วยมาตรฐานของการเมาโดยเฉพาะ. การตรวจจึงต้องใช้หลักตามสากลนิยม. ในต่างประเทศเช่นแคนาดา, เยอรมัน, สวีเดน, มีกฎหมายบัญญัติไว้ชัดเจนว่าถ้าพบแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน ๐.๑๕ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์เป็นผลกฎหมาย. ฉะนั้นมาตรฐานที่แพทย์ทั่วไปในประเทศไทยควรปฏิบัติตามของแพทย์สมาคมอเมริกันคือ

ถ้ามีแอลกอฮอล์น้อยกว่า ๐.๐๕ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์. ถือว่าไม่เมา.

ถ้ามีแอลกอฮอล์ ๐.๐๕ ถึง ๐.๑๕ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, และมีอาการเมาด้วย, คัดสันว่าเมา.

ถ้ามีแอลกอฮอล์เกิน ๐.๑๕ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป, ถือว่าเมาทางสัน.

วิธีตรวจ

วิธีตรวจแบ่งออกเป็นสองภาคคือ :

๑. อาการทั่วไป.

๒. ตรวจหาเปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์.

การตรวจอาการทั่วไปถือหลักการร่วมงานของกลาเมเนอเป็นสำคัญ. ฉะนั้นจึงตรวจได้โดยผู้ต้องหาเดินบนเส้น ตรงแล้วทรงราย

งานไว้, หรือให้หลักตาทำการสอยเอาว
จุมมากสำหรับกิจการร่วมงานของกลามเนอ.
แต่ทั้ง สองวิธีนี้ ไม่เป็น หลักฐาน ยืนยันเป็น
ลายลักษณ์อักษร. ผู้ต้องหาอาจแก้ว่าแพทย์
ใช้การทัศนียภาพ. ฉะนั้นควรเพิ่มเติมด้วย
การให้ ผู้ต้อง หาเขียน หนังสือไว้ ขณะเมา,
สำหรับเอาไปเทียบคล้ายมือเมือหายเมา. จะ
เห็นว่าขณะเมานั้นสะกดการันต์ผิด, เห็น
ยันต์ก็ไม่ตรง, และถ้าเมามากอาจถึงกับ
เขียนไม่ได้เลยทีเดียว.

ส่วนการตรวจเปอรเซ็นตของอัลกอฮอล์
ในร่างกาย นั้นทำได้หลายวิธี แลแต่ความ
เหมาะสม. คืออาจตรวจได้จากเลือด,
ปัสสาวะ, หรือลมหายใจ. การเจาะเลือด
เป็นวิธีลำบากเพราะผู้ ต้องหาอาจ คั่นรอนจน
เข้มหึก, และมีขอควรรวังอย่าใช้แอลกอฮอล์
ในการทำความสะอาดกระบอกฉีดยา, เข็ม,
หรือแม้แต่ใช้ทิ้งเจอร์ไอโอคีนทาแขนก่อน
เจาะ. แต่การตรวจจากเลือดเป็นที่แน่นอน
ที่สุด. การตรวจหาเปอรเซ็นตของอัล-
กอฮอล์ จาก ปัสสาวะ มีความลำบากที่ผู้ ต้อง
หาไม่ยอมถ่ายปัสสาวะ. ส่วนการตรวจจาก
ลมหายใจเป็นวิธีง่าย, สะดวก, แต่ความ
แม่นยำอาจคลาดเคลื่อน, อาจไม่ให้ความ
ยุติธรรมแก่ผู้ต้องหา, ถ้าอยู่ใกล้กัน, เช่น
๐.๑๕ หรือ ๐.๑๔ มิลลิกรัมเปอรเซ็นต.

ถ้าแพทย์เมาเสียเอง

ข้อเตือนใจสำหรับผู้ประกอบโรคศิลป์
คือถ้าท่านเมาเสียเองก็จะกลายเป็นผู้ต้องหา
ไป. นอกจากท่านจะต้องรับผิดชอบทางอาญา
และทางแพ่งทั้งไต่กล่าวไว้แล้วข้างต้น, ท่าน
ยังจะต้องพยายหาของคณะกรรมกรควบคุม
การประกอบโรคศิลป์, ซึ่งมีอำนาจพัก
หรือเพิกถอนใบอนุญาตการ ประกอบโรค
ศิลป์ตามกฎหมายว่าด้วยมารยาทแห่ง
วิชาชีพ, ข้อ ๒๕ อีกด้วย :

“ข้อ ๒๕. ผู้ประกอบโรคศิลป์ทุกสาขา
ต้องรักษามารยาทแห่งวิชาชีพ, โดยไม่
ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็น
เหตุเสื่อม เสี่ยงเกียรติ ศักดิ์แห่งวิชาชีพตน,
และต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการดังต่อไปนี้
:

- ๑. โฆษณา, ไร่, จ้าง, หรือยินยอม
ให้ผู้อื่นโฆษณา การ ประกอบ โรค ศิลปะ,
ความรู้, หรือความสามารถของตนไม่ว่าด้วย
ประการใด ๆ.
- ๒. ตีดของเมาหรือยาเสพติดให้
โทษจนหย่อนความสามารถในหน้าที่.
- ๓. ไร่ หรือช่วยเหลือผู้ ที่มีโทษชนะ-
เขียน และรับ ใบอนุญาต เป็น ผู้ ประกอบ โรค
ศิลป์ให้ประกอบโรคศิลป์.

๔. ออกใบสำคัญรับรองอันเป็นความเท็จโดยทั้งนี้, หรือให้ความเห็นอันไม่สุจริตในเรื่องใดซึ่งเกี่ยวแก่วิชาชีพของตน.

๕. ประกอบโรคคิดปะในทางสาธารณสุข

หรือสถานที่สาธารณสุขเว้นแต่ในเหตุฉุกเฉิน, ในการประชุมพยาบาล, หรือในการปฏิบัติตามหน้าที่การงานของวิทยาลัย, เทศบาล, หรือสภาวิชาชีพไทย.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

เครื่องปรับอากาศในโรงพยาบาล

เครื่องปรับอากาศเป็นเครื่องอำนวยความสะดวกใหม่ซึ่งก่อกำเนตขึ้นในอเมริกาและกำลังขยายวงอิทธิพลออกไปทั่วโลก. ในประเทศเรามาใช้มากพอสมควร, โดยเฉพาะในวงการค้าและธุรกิจ. ในวงการแพทย์เครื่องนี้เริ่มเข้ามาเมื่อไม่กี่ปีมานี้เอง, และกำลังมีผู้สนใจมากขึ้นเรื่อยๆ. เครื่องปรับอากาศก็เหมือนเครื่องใช้อื่นๆ, คือถ้าใช้ดีและถูกต้องก็ประโยชน์, ถ้าใช้ไม่ดีหรือไม่ถูกต้องก็เกิดโทษ. โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ภายในโรงพยาบาลมีปัญหาแทรกแซงแตกต่างจากการใช้ภายในที่อยู่อาศัยหลายข้อ. เราจึงเห็นสมควรที่จะนำความรู้ที่รวบรวมได้จากเอกสารต่าง ๆ มาเสนอเพื่อแก้ความเข้าใจผิดบางข้อและเพื่อป้องกันผลร้ายบางประการ.

ขั้นต้นควรทราบกลไกภายในเครื่องปรับอากาศเสียก่อน. เครื่องปรับอากาศแบ่งออกได้เป็นสองส่วน, คือส่วนสับหรือเข้าอากาศก็ยส่วนทำเย็น. เครื่องสับอากาศนั้นส่วนมากใช้ใบพัดเช่นเดียวกับพัดลม, เข้า

อากาศผ่านเครื่องทำเย็นแล้วเลยออกไปภายนอกเครื่อง. ส่วนทำเย็นนั้นมีหลักการอย่างเดียวกับเครื่องในตู้เย็น, คือมีสับขยแก๊สให้กลายเป็นของเหลว, แล้วส่งของเหลวนี้ผ่านฉนวนกันไ้สู่ที่ความกดต่ำ. ของเหลวก็กลายเป็นแก๊สใหม่, ทำให้เกิดความร้อนขึ้นโดยการขยายตัว. เมื่ออากาศถูกเป่าผ่านส่วนที่เย็น, ก็ปล่อยความร้อนให้ส่วนนี้และนำความร้อนออกไป. สับขยแก๊สก็ต้องทำหน้าที่ขยแก๊สให้เป็นของเหลวใหม่, เพื่อให้ทำความเย็นอีกได้. ทบรยายจนถึงว่าอย่างเข้าใจง่าย ๆ. ข้อที่พึงสังเกตคือมีการเปลี่ยนพลังงานไฟฟ้าเป็นพลังงานจักรกล, แล้วเปลี่ยนพลังงานจักรกลเป็นความร้อน (หรือจะพูดให้ถูกต้องเขียนว่าความร้อนลบ). เพราะฉะนั้นถ้ามีความต้องการความร้อนมาก, เช่นตั้งเครื่องให้ทำอากาศเย็นจัด, หรืออากาศเดิมมีความร้อนมาก, ก็ต้องใช้พลังงานมาก, เปลืองกระแสไฟฟ้ามาก, และความสึกหรอของเครื่องก็มากขึ้นด้วย.

เครื่องปรับอากาศที่มเส็นอขายแยงออก
ได้เป็นสองประเภท, คือประเภทที่ "การ
ไหลเวียนช้า", กับประเภทที่ไม่มีมีการไหล
เวียนช้า. การไหลเวียนช้าในทันทีหมายถึง
การดูดอากาศซึ่งผ่านเครื่องทำเย็นออกไป
ไปแล้ว, กลับผ่านเข้าในเครื่องออกแล้วพ่น
ออกไปใหม่, ช้าๆ คงจะไปเรื่อย ๆ. หรือ
จะกล่าวอย่างสั้น ๆ ว่าเครื่องประเภทนี้พ่น
อากาศเย็นเข้าไปในห้องแล้วดูดอากาศใน
ห้องนั้นเองกลับมาทำให้เย็นลงใหม่, และ
พ่นออกไปอีก, คงนเรื่อย ๆ ไป. ส่วนเครื่อง
ที่ไม่มีมีการไหลเวียนช้ามันดูดเอาอากาศภายใน
นอกเข้าไปทำเย็นแล้วก็เข้าออกไปเรื่อย ๆ.
ไม่ดูดเอาอากาศที่เข้าออกแล้วกลับเข้าไปอีก.
เครื่องปรับอากาศที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันส่วน
มากเป็นประเภทหลัง, เข้าอากาศเข้าไปใน
ห้องถ่ายเทเร็ว, ไม่มีดูดออกจากห้อง. เมื่อ
ใช้เครื่องประเภทนี้ห้องที่ใช้งานจำต้องมีช่อง
สำหรับอากาศวิ่งหรือหนีออกได้, เพื่อไม่ให้
เกิดความอึดอัดกัน.

เครื่องสองประเภทนี้มีข้อดีและข้อเสีย
ต่างกัน. พวกที่ใช้อากาศไหลเวียน
ประหยัดไล่ห่วย เพราะอากาศที่กลับเข้าไป
ในเครื่องนั้นเย็นอยู่ข้างแล้ว, ไม่ต้องทำ
ให้เย็นลงมากนัก. นิยมใช้เครื่องแบบนี้
สำหรับห้องที่ใหญ่ ๆ เช่นโรงภาพยนตร์หรือ

หอประชุม. แต่มีข้อเสียสำคัญคืออากาศที่
ถูกใช้ซ้ำซากนั้นอาจมีการปนเปื้อนได้มาก ๆ.
เพราะฉะนั้นจึงต้องจัดให้มีความสะดวกสำ-
หรับเปลี่ยนอากาศใหม่ทั้งหมดเป็นครั้งคราว,
เช่น โดยการเปิดประตูหน้าต่างให้โล่งโล่ง
เป็นต้น. หากทำเช่นนั้นไม่สะดวกหรือละ
เลยไม่ปฏิบัติที่อยู่ที่ภายในห้องอาจมีการ
ไม่สบายต่าง ๆ เนื่องจากอากาศไม่บริสุทธิ์.
ถ้าหากมีผู้พักอาศัยอยู่ระหว่างติดเชืหรือเป็น
พาหะของโรคมาเชื้อเข้าไปอยู่ด้วย, โอกาส
ที่จะแพร่โรคก็ย่อมมีมาก. ส่วนเครื่องปรับ
อากาศประเภทที่ใช้อากาศผ่านเพียงครั้ง
เดียวนั้นมักนิยมอยู่ในแง่หลังนี้, เพราะดูดเอา
อากาศภายนอกที่บริสุทธิ์เข้าไปโดยเร็ว ๆ.
แต่ห้องที่ใช้งานนั้นต้องมีช่องทางสำหรับ
อากาศเก่าหนีออกไปได้โดยสะดวก, ให้การ
ระบายอากาศดำเนินไปอย่างสมบรูณ์. ข้อ
เสียสำคัญของเครื่องแบบนี้คือความหมก
เหม็น, เพราะต้องใช้อากาศกลางแจ้งเข้าไป
ทำให้เย็นอยู่ตลอดเวลา, แต่ค้ที่ราคาถูก
เพราะกลไกไม่ซับซ้อนเท่าแบบแรก. เครื่อง
แบบนี้ใช้ได้ทั่วไป, โดยเฉพาะสำหรับห้อง
ขนาดเล็กและขนาดกลาง. ส่วนมากค้
เครื่องอยู่ในห้องตนเองหรือในที่ติดต่อกับ
ห้องโดยตรง, เช่นที่ช่องหน้าต่าง. ถ้า

เครื่องใหญ่มาก, เช่นที่ของการสำหรับห้องใหญ่ ๆ หรือหลายห้องด้วยกัน, มักตั้งเครื่องไว้ที่หนึ่งทางหากและมีที่อนำอากาศเย็นส่งเขาไปตามห้องที่ต้องการ.

ข้อดีของการใช้เครื่องปรับอากาศเห็นว่าไม่จำเป็นต่อของพรรณนาในที่นี้. ข้อเสียที่รู้ได้ง่ายที่สุดก็คือ ความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิภายในห้องกับภายนอกอากาศทำให้มีอาการไม่สบายหลายอย่าง, เช่นรู้สึกร้อนอบอ้าวในขณะออกจากห้อง, ซึ่งอาจตามมาด้วยอาการปวดศีรษะ, เป็นหวัดหรือแม้เป็นไข้. ความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิภายในห้องกับภายนอกยังมีมาก, อาการดังกล่าวก็ยิ่งแรงตามไปด้วย. อาการที่อยู่ในชั้นรุนแรงมีผู้เรียกว่า "แอร์คอนดิชันนิ่งที่ช็อค" (1) ปฏิกริยาดังกล่าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงกระทันหันในระยะขลุ่ยเลือดและเมตะบอลิซึมในระหว่างที่ร่างกายปรับตัวเอง. แพทย์ประจำโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งรายงานว่าผู้ทำงานในห้องที่ใช้เครื่องปรับอากาศมักเป็นหวัดบ่อยกว่าผู้อื่น ๆ, และส่วนลึกลับของผู้เป็นหวัดโรคมักมีมากขึ้น. ข้อหลังนี้น่าจะเป็นผลของการถ่ายเทอากาศที่ไม่พอเพียง, ไม่ใช่ผลของความเย็นโดยตรง.

การใช้เครื่องปรับอากาศให้ถูกต้องตามหลักสรีรศาสตร์มีความสำคัญมากในการที่จะป้องกันและลดหย่อนผลไม่คิด. ผู้คุมเครื่องควรได้รับการอบรมในหลักการของการปรับอากาศด้วย, ไม่เพียงแต่สอนให้รู้วิธีเปิดและปิดเครื่องเท่านั้น. ผู้ที่ไม่เข้าใจมักตั้งเครื่องให้ปล่อยลมเย็นมากเกินไป, ทำให้เกิดผลร้ายจากอุณหภูมิต่ำและจากกระแสลมมาก. ข้อนี้เปรียบได้กับการนั่งตากลมในอากาศหนาว. ผลอาจมีอาการเย็นเยือกหรือหนาวสะท้าน, หนาวเพลีย, มึนงง. อาจเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ, มีอาการคออักเสบ, หลอดลมอักเสบ, แมงมุมกระตังป็นิวโมเนีย. ปัจจัยสำคัญที่สุดของนักดงเสมอคือความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิของอากาศภายในกับอากาศภายนอก. หลักที่แนะนำทั่ว ๆ ไปคือควรจัดให้อากาศภายในห้องเย็นกว่าอากาศธรรมชาติประมาณ ๓ ถึง ๑๐ องศาฟาห์เรนไฮต์ (๑.๗ ถึง ๕.๖ ซ.). ไม่ควรให้มากกว่า ๑๐ องศาฟาห์เรนไฮต์นอกจากชั่วคราว. (1) ถ้าหากอุณหภูมิภายนอกสูงมาก, ต้องจัดให้ความแตกต่างอยู่ในเกณฑ์ต่ำ. ข้อนี้อาจขัดกับความเข้าใจตามสามัญ, แต่มีเหตุผลว่าต้องมีการป้องกันช็อค เช่นขอ

(1) J.A.M.A. 150:257, 1952.

สำคัญ... ยิ่งอากาศข้างนอกร้อนมาก, โอกาสที่จะเกิดช็อคจากการปรับอากาศก็ยังมีมากขึ้น.

ขอที่ไม่ควรลืมคือเครื่องทำเย็นนั้นนอกจากให้อากาศเย็นแล้ว ยังให้อากาศแห้งอีกด้วย, คือมีความชื้นเทียบน้อยลง. เพราะฉะนั้นในต่างประเทศบางแห่งจึงนิยมเก็บเครื่องมอที่เส่งายในเมื่อตกความชื้นไว้ในห้องที่มเครื่องปรับอากาศอัตโนมัติ. แต่วิธีนั้นคงจะแพงไปสำหรับผมที่น้อย.

ในอเมริกาถือว่าเกณฑ์อุณหภูมิที่กลางสบาย (คอมฟอร์ต โซน) อยู่ระหว่าง ๗๘ กับ ๘๐ ฟ. (๒๒.๕ กับ ๒๖.๖ ซ). โดยมีความชื้นเทียบ ๕๐ ปซ. ยังไม่ทราบว่าสำหรับคนไทยจะตรงตามนี้หรือไม่. ถ้าจะยึดถือตามนี้และตั้งเครื่องปรับอากาศให้ทำให้อากาศเย็นประมาณ ๒๕ ซ. เมื่ออากาศภายนอกร้อนประมาณ ๓๐ ซ., เช่นในเดือนเมษายน, ก็อาจทำได้, แต่จะผิดหลักที่กำหนดไว้ว่า หากอุณหภูมิภายนอกสูง, ต้องจัดให้อุณหภูมิภายในแตกต่างจากภายนอกเพียงเล็กน้อย. ตามนี้อาจต้องตั้งเครื่องปรับอากาศให้ทำงานประมาณ ๒๗ หรือ ๒๘ ซ. ความเย็นเพียงนี้จะเป็นที่พอใจของ

คนไทยที่อยู่ในนั้นหรือไม่, จะต้องตัดสินใจโดยการทดลอง.

เกี่ยวกับการตั้งอุณหภูมิของเครื่องปรับอากาศมีข้อที่ต้องนึกถึงคือห้องที่ใช้อุณหภูมิห้องนั้น จะเข้าออกบ่อย ๆ หรือจะอยู่ในนั้นเป็นเวลานาน. ถ้ามีการเข้าออกบ่อย ๆ, ต้องตั้งให้อุณหภูมิภายในแตกต่างจากอุณหภูมิภายนอกเพียงเล็กน้อย. มิฉะนั้นผู้ที่เข้าออกจะได้รับการกระทบกระเทือนที่ครั้ง, ซึ่งในที่สุดอาจให้ผลร้ายแรงได้. ถ้าหากอยู่นาน ๆ จึงจะมีการเข้าออกจากห้อง, อาจจัดให้อุณหภูมิต่างกันมากจนได้, แต่ก็มีข้อเสียเป็นการปลอตกภัยที่เดียว, เพราะมีผู้สังเกตว่าคนที่อยู่ในห้องที่มีการปรับอุณหภูมิให้ต่ำมาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ, นอกจากจะมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจบ่อย, ยังมีการกำเริบของโรคหลายอย่าง, เช่น นิวโรติส, เบอโรซิติส, มัยโอซิติส, เป็นต้น. (2) วิธีหนึ่งที่จะอาจใช้ได้สำหรับลดผลร้ายของการเข้า ๆ ออก ๆ จากห้องเย็น, คือสวมเสื้อคลุมที่ขอกชนหนึ่งเมื่อตอนเข้า, และถอดเสื้อเมื่อดอนจะออกจากห้อง. แต่วิธีนี้คงใช้ไม่ได้เสมอไป. วิธีที่ทดสอบแต่ปฏิบัติไม่ค่อยได้คือหมอกบังเป็นระยะระหว่างห้อง

(2) J.A.M.A. 157 : 1265, 1955.

เย็นกยห้องทอากาศเป็นธรรมชาติ, ให้ร่างกายมี เวลา สำหรับปรับ ตัวเองให้เหมาะ กับการเปลี่ยนแปลง, ทั้ง ในตอนเช้าและขา ออก. วิธีนี้อาจจะ ใช้ ได้สำหรับคนไข้หลัง ผ่าตัด.

ที่กล่าวมาแล้ว เป็นเรื่อง เกยวกับการใช้ เครื่องปรับอากาศใน ที่ทั่ว ๆ ไป. สำหรับ การ ใช้ ในโรงพยาบาล นอกจาก นยง มีขอที่ ต้องคำนึงถึงอีกหลายข้อ, ซึ่งอาจแบ่งออก ได้เป็นสี่พวก, คือ พวกที่เกยวกับคนไข้, พวกที่เกยวกับแพทย์และพยาบาล, พวกที่ เกยวกับเชอโรค, และพวกที่เกยวกับอบคิ- เหน็ด. สำหรับที่เกยวกับคนไข้มีเรื่องข้อค เนอง จากการ เปลี่ยน อากาศ แวด ล้อม โดย กระทบเห็นดังกล่าวแล้ว, ซึ่งเห็นได้ว่าอาจ รุนแรงใน คนที่ ร่าง กาย อ่อน เพลี้ย หรือไม่ สบายมากกว่าในคนที่ปรกติ, กยเรื่องอัน ตราย จาก การลดอุณหภูมิ ร่างกาย ต่ำกว่า ปรกติมากเนองจากอยู่ ในที่ อากาศเย็นมาก เกินไป, ประกอบกับการที่คนไข้ควมความ ร้อนทำงานไม่ สะดวก เพราะ พืช ไซ หรือ พืช ของเชอโรค. พวกนี้ทั้งพวกนี้ของกันได้โดย ปรับอุณหภูมิของห้องไม่ให้ต่ำเกินไป, กย โดยการปกคลุม ร่างกายคนไข้ ให้พอ เพียง ในระหว่างที่อยู่ในห้องเย็น และ เอาออกเสีย

บ้างเมื่อออกจากห้อง. สำหรับคนไข้ผ่าตัด อาจใช้วิธี เลื่อน เขา และ ออก จาก ห้อง เป็น ระยะเวลา ึ่งกกล่าวแล้วข้างต้น. ที่เกยวกับ แพทย์และพยาบาลมีตองกึก คือ ผลของการ เข้า ๆ ออก ๆ, เช่นเกยวกับการให้การรักษา หรือการผ่าตัด, ร่างกายต้องกระทบกับการ เปลี่ยนอากาศย่อย ๆ, อาจเจ็บคอ, เป็นหวัด หรือหลอดลมอักเสบ. ข้อนี้ของกันได้โดย การใช้เสื้อคลุมที่สวมและถอดได้โดยง่าย, กยโดยการ ปรับ อากาศให้อยู่ ในขอบเขตที่ สมควร. ข้อควรคึกที่เกยวกับเชอโรคคือ การที่เชอโรคจากคนไข้อาจสะสมอยู่ในห้อง เป็นทมการถ่ายเทอากาศไม่สมบูรณ์, แล้ว ผ่านเข้าสู่คนไข้ขณะที่อยู่ในภาวะความคาน ถานต่ำเพราะถูกอากาศเย็น, และถูกนำไป แพร่ยง ผ่อนต่อไปอีก. ข้อนี้ของกันได้โดย การจึกใหม่ความสะอาดในการถ่ายเทอากาศ หมตสันเป็นครงคราว, ประกอบกับการใช้ ยาระงับเชอหรือ ทำลาย เชอ ตาม ที่ เหมาะ. ข้อข้อคึกเหตุนี้ของผ่าตัดโดยเฉพาะ, คืออาจเกิดการระเบิดขึ้นได้เนองจากประกาย ไฟฟ้า จาก บาง ส่วน ของ เครื่อง ปรับ อากาศ กระทบกับไอระเหยที่ไวไฟ, เช่น อีเธอร์. สำหรับข้อนี้ของกันอบคิเหตุขอ้น มี ผู้สร้างเครื่อง ปรับอากาศสำหรับห้องผ่าตัดเป็นพิเศษ, มี

โมเตอร์ที่ไม่ก่อประกายไฟ, และพัดลมและสวิทช์ที่ไม่ประกายไฟ. (3) เครื่องแขวนมีราคาแพงมากกว่าเครื่องธรรมดา. มีผู้แนะนำว่าหากจะใช้เครื่องปรับอากาศชนิดธรรมดาสำหรับห้องผ่าตัดก็อาจทำได้โดยติดตั้งเครื่องอยู่สูงจากพื้นห้องไม่น้อยกว่า ๑.๕๐ เมตร. (4) เหตุผลสำหรับคำแนะนำก็คือ ไรระเหยของอีเธอร์หนักกว่าอากาศ, เพราะฉะนั้นถ้าติดตั้งเครื่องเอาไว้สูงมาก ๆ ก็คงไม่มีโอกาสที่ไรระเหยจะไปกระทบกับประกายไฟของเครื่องปรับอากาศเข้าได้. อย่างไรก็ตาม, ยังมีวิธีที่ปลอดภัยกว่านั้น, คือติดตั้งเครื่องไว้ในห้องอื่น, แล้วทำท่อนำอากาศเย็นส่งเข้าไปในห้องผ่าตัด, โดยเจาะช่องทางเข้าให้สูงติดเพดานที่เดียวกัน. ควันอาจจะแขวนเล็กน้อย, แต่ก็ไม่กว้างใจได้.

ข้อห้ามเด็ดขาดเกี่ยวกับการใช้เครื่องปรับอากาศสำหรับห้องผ่าตัด, คือการใช้อากาศไหลเวียนช้า, ไม่ว่าจะใช้เครื่องชนิดใด, เพราะอากาศที่คอกออกจากห้องผ่าตัดมาทำให้เย็นลงใหม่นั้นอาจบรรทุกไรระเหยของอีเธอร์มาด้วย ความเข้มข้นสูงมาก ๆ. เพียงความรอนที่เกิดจากการขับไรระเหยให้

เป็นของเหลวภายในเครื่องทำความเย็นก็อาจทำให้เกิดการระเบิดขึ้นได้.

ปัจจัยสำคัญอีกข้อหนึ่งที่จะต้องนึกถึงในการใช้เครื่องปรับอากาศ คือ อาคารหรือห้องที่จะใช้ความเย็นนั้นต้องมีลักษณะเหมาะสม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับ การกันความร้อน, และขนาดของเครื่องต้องเหมาะสมกับขนาดของห้อง, มิฉะนั้นจะเกิดเครื่องเกินกำลังทำให้มีความสึกหรอมากและเสื่อมโทรมเร็ว. ส่วนมากนิยมสร้างห้องให้เพดานเตี้ย, เพื่อจะได้ไม่เปลืองไอน้ำเย็นมาก. เพราะฉะนั้นถ้าติดตั้งใจตั้งแต่ต้นว่าจะใช้เครื่องปรับอากาศ, ก็ควรปรึกษาช่างผู้ชำนาญในเรื่องนี้เกี่ยวกับขนาดและส่วนสัดของห้องที่ต้องการใช้, ตั้งแต่ตอนออกแบบแผนผัง.

เท่าที่ได้บรรยายมานี้ คงพอเห็นได้ว่าการใช้เครื่องปรับอากาศในโรงพยาบาลนั้น มีปัญหาที่ต้องขบคิดหลายอย่าง และมีข้อที่ต้องเสียที่จะต้องไตร่ตรองหลายข้อ. นอกจากนั้นการปฏิบัติระหว่างใช้ก็มีความสำคัญไม่น้อย. ถ้าทำถูกต้องได้ประโยชน์มาก, ถ้าใช้ผิดก็เกิดโทษไม่น้อย. ข้อที่ไม่ลืมนึกก็คือ ไล่หุงค้อนข้างสูง, ทิ้งค่าไฟฟ้า, ค่า

(3) J.A.M.A. 158 : 1405, 1955.

(4) J.A.M.A. 160 : 152, 1956.

สัปดาห์, และค่าบริการ. ในการจะหามาใช้
จึงจำต้องเพ่งเล็งถึงความจำเป็นจริงๆ, และ
เมื่อหามาแล้วก็ควร กำหนดใช้แต่ในทศม-

ควร, เพราะยังใช้มากกยงเสียเร็ว, ซึ่ง
หมายความว่า จะต้องซ่อมหรือหาซื้อใหม่
อีก.



โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
 ๒. ชำระเงินค่าวารสาร
 ๓. ขอกลับเงินสมาชิก
- โปรดติดต่อแผนกจัดการ

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ., สุพร เกิดสว่าง พ.บ., วสันต์ จงเจษฎ์ พ.บ.
ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., นิภา จรูญเวสณี พ.บ., โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๑. Leon M. Powell et al.: การศึกษา
เมโปรมาเมตบัจจุบัน. *New Engl. J. Med.*
259: 716-718, 1958.

ยานเราใช้ลดความพรุนพรัง, ความ
เครียด และ อากาศ อื่น ๆ ที่คล้าย คลึงกัน.
นอกจากนี้ยังใช้ในรายที่มีการหดเกร็งของ
กล้ามเนื้อและใช้ระงับการชัก.

โดยที่ยานใช้ป้องกันการชักจากการให้
เพนทอยลินเตตราโซล ฉะนั้นจึงมีผลแนะว่า
ใช้ยานรักษาพิษเมโปรมาเมตได้.

ได้รายงานผู้ช่วย ๒ ราย ซึ่งส่งสัยถึง
แก่กรรมด้วยพิษเมโปรมาเมตโดยกินเข้าไป
ขนาด ๒๕๐ มก. และ ๓๕๐ มก./น.น.
ตัว ๑ กก. ซึ่งต่ำกว่าขนาดตายในสัตว์
ทดลอง.

อาการเป็นพิษของยาแล้วแต่ขนาด. มี
ทั้งแต่อ่อนหลับจนถึงโคม่า. ค่อมามีการ
หายใจและการไหลเวียนล้ม.

การรักษาให้รักษาตามอาการ, ให้ยา
กระตุ้นประสาทกลาง, บีโครทีอกซิน. ใน
การแก้ความดันเลือด ค่าเขาบริหาร สารนา

เข้าหลอดเลือดและยาเพิ่ม ความดันเลือด,
เช่นลิโวเฟค. ให้ออกซิเจนในรายที่สงสัย
มีการขาดออกซิเจนของสมอง.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๒. M.F. Holt: ไอกรนในแง่การรักษา
ทั่วไป. *Practitioner* 180: 550-352, 1958.

ผู้รายงานรวบรวมคนไข้ ๑๐๐ คนใน
เวลา๒๒ปีครึ่ง (พ.ย. ๑๙๕๒-เม.ย. ๑๙๕๕)
ที่ช่วยด้วยไอกรน, ได้รักษาพยาบาล
และติดตามจนกระทั่งหาย, ทั้งทางการ
ตรวจร่างกายและตรวจด้วยรังสี. ในการ
เอกซเรย์ ทักคน หลังจาก การ ไอกรนแรงได้
ผ่านพ้นไปแล้ว, พบว่า ๔๓ คนมีการเปลี่ยนแปลง
ของปอด.

ผู้ช่วยมีอายุตั้งแต่ต่ำกว่า ๑ ขันถึง ๘๖.
พบว่า การ เปลี่ยนแปลง ในปอด นั้นพบ ได้ใน
เด็กทุกอายุ, แต่พบมากที่สุด ในเด็กอายุ
ระหว่าง ๑-๒ ปี. ปอดที่มีการเปลี่ยนแปลง
มากที่สุดคืออกกลีบล่างทั้งสองข้าง, และที่
รองลงมาคืออกกลีบกลางทางขวา. การเปลี่ยนแปลง

แปลง ทพบ คือนอ ปอด ขยุบ หรือ ทงขยุบ และ ทงแข็ง.

หลังจากให้การรักษาคับการระบายใน ทำหิวทำ ใน ทุก ราย ปรากฏว่าการ เปลี่ยนแปลงใน ปอดหมดไปใน ๔๑ รายในระยะ เวลาต่าง ๆ กัน. ส่วนอีก ๒ รายนั้นการ เปลี่ยนแปลงในปอดไม่ทุเลาลง, เนื่องจาก มีหลอดลมบีบตัวเส้มนอและมีประวัติของการ แพ้ (อัลเลอร์จีย์) ในครอบครัวด้วย. การ เปลี่ยนแปลงในปอด ของ ๒ รายที่กล่าวนี้ ไปได้ในทางที่ว่า จะมีหลอดลมโป่งพองได้ ในเวลาต่อไป.

กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๓. R.G. Welch: กลุ่มอาการ Potter ในภาวะที่ไตไม่เจริญ B.M.J. 10, 1958

รายงาน เพิ่มเติม ต่อ รายงาน เดิม ของ Potter ในปี ๑๙๕๖ ว่าด้วยทารก ๒๐ ราย ที่ไตไม่เจริญทั้งสองข้าง, ปอดเจริญน้อย และใบหน้าลักษณะ แปลกประหลาดด้วยมีตา ทั้งสองข้างห่างจากกันมาก, หนึ่งตาล่าง ขมย้อยออกไปทางด้านข้าง, จมูกเล็กแบน, คางเล็ก, และหูใหญ่แต่มีกระดูกอ่อนในหู น้อย.

ผู้ทำรายงาน นี้ รวบรวม ทารก ลักษณะ ดังกล่าว ได้อีก ๕ ราย ในเวลา ๑๐ ปี

(๑๙๔๘-๑๙๕๗). ทารกเป็นเพศชาย ทั้งหมด, มีจำนวนตายคลอด ๒ ราย, บล แอสฟกเซีย ๑ ราย, ไวทอสฟกเซีย ๑ ราย, มีอะทิล็คเทสิส ๑ ราย.

สอง ราย ที่ตาย คลอด และ อีก ๒ ราย (รวม ๔ ราย) พบว่าไม่มีไตหรือท่อไตอยู่ เลย. มีอยู่เพียงรายเดียวที่อยู่ได้นานถึง ๔๒ วัน. รายงานมีไตและท่อไตข้างขวาเหลือ อยู่บ้าง. ส่วนความพิการของปอดมีระยะ ต่าง ๆ กัน, ตั้งแต่ไม่มีเนื้อปอดเลยจนถึง ชนิดขยับไปแปลเซียมและมีการพองตัวเล็กน้อย

ความพิการร่วมอื่น ๆ ไม่น่าอน. มีความพิการของหัวใจ ๑ ราย, และของ เท้าร่วมด้วย ๑ ราย.

กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๔. A.J. Wilmot S.J. Powell & E.B. Adams: เปรียบเทียบสัรรพคุณ เอมีตันและ ผลิตโรควินในการรักษาผอมขี้ในคัย The Am: Journal of Tropical Medicine & Hygiene 7:197-198, 1958

จากการรวบรวมผู้ช่วยอาฟริกััน ๓๕ ราย ที่เป็นผอมขี้ในคัยแบ่งการรักษายেন ๒ พวก.

๑๕ รายฉีดเอมีตัน ๑ เกรนต่อวัน นาน ๑๐ วัน. เว้นระยะ ๑๔ วัน. แล้วฉีดยาอีก

ขนาดเท่าเดิมแต่ให้นานเพียง ๖ วัน.

๑๖ ราย ให้ล้มลว โรควิน ไค ฟอส เฟต (๒๕๐ ม.ก.) (ซึ่งมีสารล้มลวโรควิน เบส ๑๕๐ ม.ก.) ในขนาดดังนี้: ๔ เม็ดทันที ตามด้วย ๒ เม็ดใน ๖ ชม. ต่อมา, และ ครั้งต่อไป ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง, จนครบ ๒๐ วัน. นอกนั้นในผู้ป่วยทั้ง ๒ พวกนี้ ยังให้ ไคโอโค ไฮดรอกซี้ ควิโนลิน ๖๐๐ ม.ก. วันละ ๓ ครั้ง, รวม ๒๐ วันควยไปด้วย.

ผลปรากฏว่า ใน ๑๕ รายที่ให้ เอมิตัน อาการทุเลาทันที. ไม่มีการกลับของโรค.

ส่วนพวกที่สอง ๑๖ รายนั้น ๒ ราย มีอาการเลวลง ต้องให้เอมิตัน ต่ออาการจึงดีขึ้นและหาย. อีก ๑๔ รายกลับเป็นไข้ใหม่ หลังจากที่ได้รับยาไปแล้ว.

กาญจนา อรุณลักษณ์ พ.บ.

๕. Louis Burke, Harold W. Rubin, &

Arnold L. Berenberg: ความสำคัญของ

การที่หิวเด็กไม่ลงภายหลังครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ ในหญิงที่ไม่เคยมีบุตร *Am. J. Obs. & Gynec.* 76: 1, 1958.

ผู้รายงานได้ทำการตรวจ เชิงกราน ของ หญิงมีครรภ์ครั้งแรก ๒๐๐ คนโดยการถ่ายภาพรังสีเมื่อครรภ์อายุได้ ๓๘ สัปดาห์,

และในรายที่หิวเด็กยังไม่เข้าช่องเชิงกราน, ได้เพิ่มการถ่ายภาพรังสีด้านข้างขณะคนไข่นอนเมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอด.

ผลสรุปได้ดังนี้, คือ (๑) ใน ๗๔.๘ ๒๗. ของหญิงมีครรภ์ครั้งแรกที่หิวเด็กอยู่ในท่าหัว, หิวเด็กจะเข้าช่องเชิงกรานเมื่อครรภ์ได้ ๓๘ สัปดาห์. ส่วนอีก ๒๕ ๒๗. หิวเด็กยังคงลอย. (๒) ใน ๕๕ ๒๗. ของหญิงครรภ์แรกซึ่งเด็กอยู่ในท่าหัว, เมื่อเริ่มเจ็บคลอดจะมีหิวเด็กเข้าช่องเชิงกราน. ส่วนอีก ๕ ๒๗. หิวเด็กยังคงไม่ลง. (๓) ถ้าหิวเด็กเข้าช่องเชิงกรานเมื่อมีการเจ็บท้องคลอด, การคลอดทางช่องคลอดสำเร็จ ๕๕ ๒๗. (๔) ถ้าหิวเด็กยังคงไม่เข้าช่องเชิงกรานเมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอด, คนไข้ต้องคลอดโดยการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง ๓๖ ๒๗.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.

๖. Leon Tanur, Henry Reuss: สายสะดือขยับ. *Am. J. Obs. & Gynec.* 77: 108-112, 1959.

ผู้รายงานเสนอผลของการรวบรวมเรื่อง สายสะดือขยับ (โปรแลปส์) ในโรงพยาบาล ผังเคส จาก เดือนพฤษภาคม ๑๙๓๕ จน

ถึงมกราคม ๑๙๕๘ ปรากฏว่ามีอาการ
ทางสมอง ๗๖ รายในการคลอดทั้งหมด
๒๘,๕๐๘ ราย, หรือเท่ากับ ๑ ใน ๓๘๐
ของการคลอด.

เปอร์เซ็นต์ ของท่าคลอด ของ เด็ก ที่พบ
ภาวะสายสะดือขอยมคั่งนคือ: ท่าไหล่ ๕.๖
ปช., ท่าก้น ๔๐.๘ ปช., ท่าศีรษะ ๕๓.๕
ปช.

อุบัติการณ์ของสายสะดือขอยมในท่าต่าง ๆ
คือ: ๑ ใน ๑๕ ของท่าไหล่, ๑ ใน ๓๘
ของท่าก้น, ๑ ใน ๗๓๐ ของท่าศีรษะ.
ปรากฏมีอัตราการตายก่อนคลอด ๔๒.๓ ปช.

แต่ในรายที่เด็กยังมีชีวิต เมอพบและให้
การวินิจฉัยได้, ในรายที่เด็กคลอดทันที
ทางช่องคลอด, หรือโดย การผ่าตัดเอาเด็ก
ออกพบว่าเด็กมีอัตราการตายเพียง ๑๐.๕ ปช.

ส่วนในรายที่รักษาโดย การรอกคยและ
เด็กยังไม่คลอดในทันทีทันใด, มีอัตราเด็ก
ตายถึง ๑๐๐ ปช. แสดงว่าถ้าไม่สามารถ
ให้เด็กคลอดทาง ช่องคลอด โดย ปลดอภย
ในทันทีภายหลังให้การวินิจฉัยแล้ว, ควร
จะทำการผ่าตัดทางหน้าท้องทุกราย.

สำหรับการ วินิ จ ฉัย สายสะดือขอยม
ปรากฏว่า อาศัย อาการ ราย ของ เด็ก เพียง
๑๕.๗ ปช. การวินิจฉัยระยะแรกทคตที่สุด
คือตรวจทางช่องคลอด เพื่อดูความ ก้าวหน้า

ของการคลอด, โดยเฉพาะในท่าไหล่, ท่า
ก้น, และท่าศีรษะที่ศีรษะยังไม่เข้าช่อง
เชิงกราน. ควรตรวจทางช่องคลอดทุกราย
เมอลงน้ำทวนหวแตก.

ผู้รายงานแนะนำให้ใช้ยาชาไขสันหลัง
เพื่อผ่อน คลายการเบ่ง ระหว่างเตรียมผ่าตัด
เอาเด็กออก, ถ้าหากยังไม่พร้อมที่จะทำใน
ทันทีทันใด.

ส่วนการ ให้ผู้ช่วยนอน ท่าเทรนเตเลน-
เบอร์กหรือท่าคกเข้าหัวต่ำและการพยายาม
ที่จะใส่สายสะดือกลับเข้าไปนั้นมักไม่ได้ผล,
ถ้ายัง ปลดอภย ให้การ คลอด ดำเนิน ต่อ ไป,
เพราะการหดตัว ของมดลูก จะทำให้การกระ
ทำเหล่านี้ไม่สำเร็จ.

สุพร เกิดสว่าง พ.บ.

๗. Goeffrey Hadfield: ทางประยุกต์หลัก
สูรวิทยาใน โรคมะเร็ง เต้านม ที่อยู่ ใต้อา-
นาซอร์โมน. Ann. Roy. Coll. Surg.
Engl. 22: 73-106, 1958.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองตัดกิ่ง สมอ
(ขี้ต่อตารีย์) ของหน่อขจร ๑๐ ทิว. พบว่า
เต้านมเหี่ยวเนื่องจากมีการ ชะงัก การทวิต
ภายใน ๕ วัน. พวกที่ ๑ ให้เอสโตรน และ
โปรเจสเตอโรน. พวกที่ ๒ ให้โปรแล็ค-
ทิน. พวกที่ ๓ ให้เอสโตรน, โปรเจส-

เทอโรน และโปรแล็คติน, พวกที่ ๔ ให้เอสโตรน, โปรเจสเทอโรน และบีสซาวะผู้หญิง. พวกที่ ๕ ไม่ให้อะไรเลย.

ผลที่ได้ออกคือ พวกที่ ๑ และ ๒ เท่านั้นมีเหี่ยว, พวกที่ ๓ และ ๔ มีการเจริญของท่อและต่อมน้ำนม, พวกที่ ๕ เหมือนพวก ๒ และ ๑.

ข้อนี้แสดงให้เห็นว่าบีสซาวะผู้หญิงมีฤทธิ์คล้ายโปรแล็คติน

๕๐ ปช. ของมะเร็งเต้านมเล็กลงได้โดยการกำจัดเอซอร์โมนบางอย่างออกเสีย เช่นการตัดรังไข่, ตัดต่อมหมวกไต, และตัดรังไข่. แต่การตัดต่อมหมวกไตนั้นมักตัดออกไม่หมด, เพราะมีเนื้อต่อมสำรองตามหลอดโลหิตแดงใหญ่และหลอดโลหิตดำเวนา เควา.

วสันต์ จงเจษฎ์ พ.บ.

๘. B.D.Wyke: สมองกลีบขมับที่เกลียวกย ศัลยกรรม. Ann. Roy. Coll. Surg. Engl 22: 117-137, 1958.

ผู้รายงานได้รวบรวมผู้ป่วยโรคประสาทอ่อนไหวเป็นเวลา ๓ ปี, ได้ถึง ๑๘๘๒ ราย. ๑๒ ปช. ของทั้งหมด (๒๒๗) แสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองกลีบขมับ. ในจำนวน ๒๒๖ รายนี้, ๕๖

ราย ได้ยืนยันโดยการผ่าตัดหรือตรวจศพ. ๓๐ รายพบว่ามีความผิดปกติทางซ้าย. ๒๖ รายพบพยาธิสภาพทางขวา.

ผู้รายงานแบ่งสมองกลีบขมับออกเป็น ๓ ส่วนย่อย, คือ ส่วนหน้า, กลาง และหลัง. สำหรับส่วนกลางไม่พบเนื้องอกเลย. เนื้องอกที่พบส่วนอื่นมักเป็นพวกแอสโตรซัยโทมา. พยาธิสภาพอื่น ๆ มีผล, แผลเป็น และลิ้มเลือด. อาการของคนไข้ที่พบบ่อยคือความจำและเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงลักษณะ. บางครั้งจิตแพทย์เข้าใจผิด, ทำการรักษาโดยการกระตุกไฟฟ้าจนคนไข้สิ้นสติไปเลย, ซึ่งแท้จริงคนไข้เป็นผลของสมองส่วนนี้. ผู้รายงานได้บรรยายตัวอย่างอาการของคนไข้ไว้หลายราย, และได้เน้นถึงกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบประสาทด้วย.

วสันต์ จงเจษฎ์ พ.บ.

๕. Arnold Sorsby, Joseph Ungar: นีโอมีชันในโรคทางตา. Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. 22: 107-116, 1958.

ในปัจจุบันการคิดเชือในลูกตานั้นลดลงมาก เนื่องจากมีการใช้ยาหยอดตาและยาป้ายตาเพนซิลลินอย่างกว้างขวาง. คนไข้ที่มาหาแพทย์ จึงมักเป็นโรคคิดเชือที่ทน

ป่วยทพบป่วยคือต่ำกว่า ๒๕ ปี, ทพบน้อย
มีอายุสูงกว่า ๔๕ ปี.

ผู้ป่วยที่ ต้อง การ ความ ช่วยเหลือ ทาง
ด้านจิตในระหว่างก่อนมีโรค, มีหวังจะมี
อาการหนักขนในวันที่ ๓, ๔ ของวงรอบระยะ
อนึ่ง, ความเครียดทางจิตในระยะก่อนระยะ
มาถึงสามารถรักษาได้อย่างดี, ไม่ว่าจะมีการ
เจ็บป่วย ทางจิตร่วมด้วย หรือไม่ก็ตาม.
การให้ยอร์โมนเพื่อการรักษาไม่เป็นที่ห้าม
สำหรับการรักษาทางจิตด้วย.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๑๒. George A. Spikes, et al: อาการ
เป็นลมชักเนื่องด้วย เวนทรีเคิลเสียบังหระ:

Dis. Chest 33 : 305-312, 1958.

รายงานผู้ป่วย ๔ รายที่มี เวนทรีเคิล
อาร์เรียมเมียบ แล้ว มี อาการ เป็น ลม และ ชัก
เนื่องจากเลือดออกจาก เวนทรีเคิลน้อยทำให้
เลือดไปสมองน้อย.

ผู้ป่วย หนึ่งราย เป็น โรคหัวใจล้ม เลือด
คั่ง. เกิดมีเอเทรียล อาร์เรียมเมียบแล้วเป็นลม.
ให้ควินนินไม่ได้ผล, กลับเกิด เวนทรีเคิล
พรีวิลเลชันเพราะยาไปกดจังหวะการเต้น.

อีก ๓ ราย เป็น โรคอาร์เตอรี โอสเคลอ
โรติกของหัวใจมีอาการเป็นลมบ่อยหนึ่งราย,

เป็นลมและชัก ๒ ราย, ทำ อี.เค.จี. พบว่า
มี เวนทรีเคิล อาร์เรียมเมียบ. ให้โปรเคน
อะไมด์, ควินนินไม่ได้ผล, กลับทำให้ชัก
บ่อยครั้งขน. แล้วเกิด เวนทรีเคิล พรีวิล-
เลชันและถึงแก่กรรม. มีหนังสือให้ไอโซ
โปรบิล นอร์เอปเอนเฟรินแล้วทำ อี.เค.จี.
ได้ผลดีขึ้น, แต่เนื่องจากขนาดน้อยและยัง
ให้โปรเคนอะไมด์ด้วย, เลยไม่ได้ผลใน
ตอนหลัง.

อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มี โรคอาร์เตอรี โอส-
เคลอโรติกของหัวใจนั้น มักมีไฟโบรสิสเกิด
ขึ้นที่ขุม เอ-วี และ ขึ้นเกิด ออฟ ซิส
เห็นตำแหน่งแรกของมัน. เพราะฉะนั้นถ้า
เกิดอินฟาร์คชันอย่าง ปัจจุบันจะทำให้เกิด
อาร์เรียมเมียบได้.

ยาที่ใช้ได้คือ ใน ผู้ป่วยที่มี อาการ เป็น ลม
และชัก เนื่อง จาก เวนทรี เคิล อาร์เรียมเมียบ
คือ ไอโซโปรบิลนอร์เอปรีนเฟรินและไม่เป็น
อันตรายในรายที่มีอินฟาร์คชัน, ความดัน
โลหิตสูง, มีความผิดปกติในการส่งนำ
ของหัวใจ, แต่ห้ามใช้ควินนินและโปรเคน
อะไมด์ ใน ราย ที่มี ความ ผิด ปกติ ใน การ
ส่งนำของหัวใจ.

นิภา จริญญาเวสมี พ.บ.

๑๓. Joseph Edeiken: กลุ่มอาการไหล่-มือภายหลังอินฟาร์คหัวใจ. Circ. 16: 14-19, 1957.

กลุ่มอาการไหล่-มือ (Shoulder-hand syndrome) เกิดขึ้นประมาณ ๑๐-๑๕ ปช. ในผู้ป่วย อินฟาร์คหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจอย่างปัจจุบัน.

ผู้เขียนได้ศึกษาในผู้ป่วย ๔๒ ราย, อายุเฉลี่ย ๗๓ ปี, ศาสต. ๓๘ ปี.

กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นในระหว่างเดือน ๑ ถึงเดือน ๑๔. ทพบส่วนมากภายใน ๔ เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการของอินฟาร์ค. กลุ่มอาการนี้อาจจะเป็นที่ไหล่-มือข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้, และบางทีเป็นเพียงที่ไหล่หรือมืออย่างเดียวเท่านั้น.

สาเหตุของกลุ่มอาการนี้ ได้มีผู้บรรยายไปต่าง ๆ กัน, ซึ่งยังไม่ทราบแน่นอน, และไม่สามารถจะบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่ง, ความรุนแรงและการกลดกลามของเนื้องอกที่ตายกับระยะเวลาที่จะทำให้เกิดอาการหรือความรุนแรงของกลุ่มอาการนี้.

การรักษาตามวิธีของผู้เขียนได้ใช้ความร้อนเฉพาะที่, ยาแก้ปวด, กายบริหารส่วนไหล่, และมือ. ผลคือส่วนมากกลุ่มอาการหายไปในเดือนที่ ๘. การพักข้อไหล่-มือ

ให้อยู่ยกยวทำให้กลุ่มอาการ นรุนแรงยิ่งขึ้น. ได้เคยมีรายงานการรักษาโดยใช้คอร์ติโซน, การสกัดกั้นประสาทซิมพะเรติก, และการตัดประสาทซิมพะเรติก, ในการรักษากลุ่มอาการนี้.

ผู้เขียนแย้งให้เห็นว่าการรักษาวิธีใหม่นี้เพียงใช้ความร้อนเฉพาะที่, ยาแก้ปวด, กายบริหารส่วนข้อไหล่, ก็สามารถทำให้กลุ่มอาการหายเป็นปกติได้. เขาเชื่อว่ากลุ่มอาการนี้เกิดเองได้. การพยากรณ์โรคจะดีมากถ้าใครมีกายบริหารข้อไหล่-มือนั้นทันทีเริ่มมีอาการ.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๑๔. Ernest L. Leringer, Hyman Levy, Samuel, K. Elster: โปรตีนชนิด C-reactive ในอินฟาร์คกล้ามเนื้อหัวใจอย่างปัจจุบัน. Ann. Int. Med. 46: 68-79, 1957.

ศึกษาในผู้ป่วย ๖๒ ราย. ซ้ำรับไว้ในร.พ. ภายใน ๒๔ ชม. จากที่เริ่มมีอาการ. ในจำนวนนี้ ๕๐ ราย เป็นอินฟาร์คกล้ามเนื้อหัวใจปัจจุบัน จากโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันสูง. อีก ๑๒ ราย หลอดโคโรนารีแคบ.

ไค้เจาะเลือดผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานไว้ และตรวจหา C-reactive protein ตามวิธีของ Anderson และ McCarty ซึ่งอ่านผลตั้งแต่ผลลบจนถึงบวกหนัก.

ทั้งนี้ ไค้เปรียบเทียบกับผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น จำนวนเม็ดเลือดขาว, อิเล็กโตรคาร์ดิโอแกรม, อัตราคอกของเม็ดเลือดแดง, ปรากฏผลว่าใน ๕๐ ราย C-reactive protein ไค้ผลบวก ๔๕ ราย, และจำนวนไตส่วนสัมพันธ์กับผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ. ระยะเวลาที่ให้ผลบวกอยู่มีดังนี้:

- ๖๐ ปช. ไค้ผลบวกอยู่นาน ๒ สัปดาห์.
- ๑๔ ปช. ,, ,, ๑-๒ วัน.
- ๘ ปช. ,, ,, ตลอดไป.
- ๑๘ ปช. ลักษณะไม่ชัดเจน.

ในรายที่ไค้ผลบวกตลอดไปพบว่า มีการคายของเนื้องอกกล้ามเนื้อหัวใจกลามเรื่อย ๆ.

ใน ๑๒ รายที่หลุดโคโรนารีบีแคบไค้ผลลบทั้งหมด.

ผู้เขียนไค้สรุปว่าถึงแม้วิธีนี้ไม่ใช่การตรวจเฉพาะสำหรับอินฟาร์คตกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ก็ยังไค้ผลโดยการช่วยวินิจฉัย, ตัดสินการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคด้วย.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๑๕. M. Jesiote: การรักษาวัดโรคปอดด้วยเฮซิทเฮซและคอร์ติโซนเพิ่มเติมจากการรักษาจำเพาะโรค. Dis. Chest. 33: 180-192, 1958.

ผู้เขียนไค้ทดลองใช้คอร์ติโซนและเฮซิทเฮซในผู้ป่วยวัณโรคที่มาระยะต่าง ๆ กัน, คือ เวชียง, เวชียงที่มากกว่ำเร็ว, ผู้ป่วยใหม่ในระยะโรคเกินหน้า, น้ำและหนองในเยื่อหุ้มปอด, รวมทั้งวัณโรคของเยื่อช่องท้องและพอกที่แพ ฟ.เอ.เอส., ยกเว้นรายที่เป็นเขาวาน, ความดันโลหิตสูง, ผลในทางเดินอาหาร, ยูริเมียและไตเสื่อมสมรรถภาพร่วมด้วย.

ขนาดที่ใช้ คือ เฮซิทเฮซ ๖๐ มก. ต่อวัน, คอร์ติโซน ๑๐๐ มก. ต่อวัน, และเมทิลคอร์เตน ๒๐ มก. ต่อวัน, แล้วลดขนาดลงตามลำดับ.

ระยะเวลาที่ให้ยาเป็นเวลาสองเดือน. ไค้เปรียบเทียบทั้งทางคลินิกและทางรังสี, ปรากฏผลว่าคอร์ติโซนและเฮซิทเฮซใช้ร่วมกับยารักษาวัดโรคโดยเฉพาะไค้ผลดี, และใช้ไค้ได้อย่างปลอดภัย, โดยทำให้อาการและภาพทางรังสีดีขึ้นอย่างรวดเร็ว. ยก

วันระบะเรอริง, ซึ่งไม่ปรากฏว่าภาพทาง
รังสีเปลี่ยนแปลง.

ผลแทรกซ้อนที่พบบนตาในยีสส์สาระ,
ความดันโลหิตสูง, ภาวะตกพรุน, ซึ่งแก้

โดยการให้เตส โทสะเตอโรน.

ไม่มีผลแทรกซ้อนรุนแรง จนทำให้ต้อง
หยุดยา.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

(๑) การแพทย์ในอวกาศ

บรรยากาศที่ห่อหุ้มโลกเท่าที่มนุษย์วิทยาศาสตร์ได้คำนวณแล้วปรากฏว่ามีความสูงถึง ๕๖๐ กิโลเมตร (ประมาณระยะทางจากกรุงเทพฯ ถึงสงขลาโดยรถไฟ). บางคนคะเนว่าบรรยากาศแท้ ๆ มีความสูงเพียง ๑๕๒ กิโลเมตร, ถัดขึ้นไปอากาศบางและน้อยลง, และประกอบด้วยแก๊สฮีลียม ไตรเจน, เมอหมดบรรยากาศแล้วก็ถึงที่ว่างเปล่าซึ่งวัตถุทั้งหลายพ้นจากความดึงดูดของโลก. การเคลื่อนไหวของวัตถุ จะไม่มีอะไรมาขัดขวางต้านทานเลย. ที่ว่างเปล่าในอวกาศ, และในอวกาศนี้เองมนุษย์เรากำลังพยายามที่จะเดินทางไปสู่พระจันทร์, โลกพระอังคาร, หรือดาวพระศุกร์, โดยอาศัยดาวเทียมหรือยานจรวดที่มนุษย์จะประดิษฐ์ขึ้นในอนาคตที่คงไม่ไกลนัก.

แต่ก่อนที่มนุษย์จะเดินทางไปในอวกาศได้จะต้องประสบกับความยากลำบากและปัญหาเกี่ยวกับสรีรวิทยาของร่างกายหลายข้อ. มนุษย์จะต้องแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาเหล่านี้ให้เสียก่อน, จึงจะเดินทางไปใน

อวกาศโดยปลอดภัยได้. ปัญหาเหล่านี้เกี่ยวกับการแพทย์รวมได้ ๓ ข้อ, คือ

๑) ปัญหาเกี่ยวกับการที่อวกาศยานจรวดมีอัตราความเร็วสูงสุดและการเร่งหรือเพิ่มความเร็วจำเป็นสำหรับจะบินหนีออกจากโลกและที่จะผ่านบรรยากาศของโลกไป.

๒) ปัญหาเกี่ยวกับแก๊สออกซิเจนและความกดของอากาศที่ลดน้อยลงทุก ๆ ที่บนชั้นสูง.

๓) ปัญหาเกี่ยวกับอำนาจคุ้มกันของบรรยากาศ.

ความรู้เกี่ยวกับปัญหาเหล่านี้ได้มาจากการบินสูง ๆ ของพวกนักบินและจากการทดลองภายในห้องที่จำลองอวกาศโดยใช้ถังสตีลและมนุษย์, เช่นที่ฐานทัพอากาศแรนคอล์ฟ ในรัฐเท็กซัส เป็นต้น. เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๐ พันเอกชิมอน ไค้ซันไปในโลกบอลูน ซึ่งบีบีบีซีทีวีและวิทยุขอให้เขาขังแขนขาไว้, จนได้สูงถึง ๓๐ กิโลเมตร, เป็นเวลานาน ๓๒ ชั่วโมง. การขึ้นสูงในครั้งนั้นได้ให้ความรู้

เกี่ยวกับกาพเพทย์ในอวกาศหลายประการ.

อุณหภูมิและการเพิ่มความเร็ว การบิน

ทวยความเร็วสูงที่จะเอาชนะความตึงคดของ โลก ย่อมทำให้เกิด ความร้อน สูงมากที่ผวนอกของยานจรวด. ถึงแม้จะมีเครื่อง ขั้กันความร้อนแต่ก็ทำให้อุณหภูมิภายในห้องไม่เหมาะแก่ร่างกาย. ครนเมื่อยานจรวด ขนส่งเกิน ๑๕๒ กิโลเมตร, เรืองความร้อนที่เกิดจากความเสียดสีก็ขึ้นน้อยไป, เพราะไม่มี อากาศ. แต่จะเกิดความร้อนจากแสงอาทิตย์ ซึ่ง จะต้อง แกะไขปรัยปรุง อานาจคดและการ สะท้อนแสง ของวัตถุที่ประกอบเป็นส่วนนอก ของยานจรวด.

ปัญหาเกี่ยวกับ ความเร็ว ที่จะเอาชนะ ความตึงคดของโลกนั้นคือความเร็วสูง สุด จะทำให้ เลือดไป สู่สมองน้อยลง หรือทำให้ เลือดไปสู่เรติน่าน้อยลง, จะทำให้สายตา เสียบหรือมืดลง. ในขณะที่เคียวกันหลอดกึ่ง วงกลมในหะถุภวขนวน, ทำให้การทรงตัว เสียบไปจนเกิดความงงงวย. เมื่อความเร็ว ถึงขั้นเกินความตึงคดของโลกแล้ว, จะทำ ให้ร่างกายไม่มีน้ำหนัก, จะคเหมือนร่างกาย ลอยอยู่เฉย ๆ อย่างแคว้งคว้างและไม่รู้ทิศทางว่าเราอยู่ท่าไหน. ความรู้สึกเหล่านี้

จะเป็นมาก, จนทำให้ร่างกายรู้สึกไม่สบาย. แต่ปัญหาเหล่านี้คงพอจะแก้ไขได้.

แก๊ส ออกซัย เจน และความกดอากาศ

น้อยลง ความกดของอากาศที่ระดับทะเล วัตได้ ๗๖๐ มม.ปรอท. ในความสูง ๓๐ กิโลเมตรความกดของอากาศวัดได้เพียง ๘ มม.ปรอท. ยิ่งสูงขึ้นไปความกดของอากาศ ก็ยิ่งน้อยลง. นักบินที่บินในเครื่องบินเบ็ด หลังสามารถบินได้สูงเพียง ๓ กิโลเมตร เท่านั้น. ถาบินสูงกว่าต้องใช้ออกซัยเจน เพื่อยังกันอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น. แต่ในที่สูง ๑๕ กิโลเมตรออกซัยเจนไม่สามารถซึม เขาเม็ดเลือดได้แม้จะให้ ออกซัยเจน ๑๐๐ ปช. ถ้าจะใช้ห้องที่มความกดอากาศเท่า ปรอท. ก็จะต้องใช้ห้องที่หนาและหนักมาก, ซึ่งจะเป็นยานที่ใหญ่และหนักเกินไป. ดังนั้น จึงต้องประดิษฐ์ยานจรวดที่เป็นห้องยึดตาย ไม่มีการรั่วของอากาศและการเปลี่ยนแปลง ความกดของอากาศได้.

อำนาจคุ้มกันของบรรยากาศ บรรยากาศ

สามารถรองรับรังสีที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์, เช่นรังสีอัลตราไวโอเล็ตจะถูกกรองโดยโอโซนเป็นต้น. แสงที่เป็นอันตรายมากคือแสง คอสมิก, ซึ่งมีฤทธิคล้ายแสงแอลฟาของ

เรเคียม, นอกจากนยงมอกายาศักทงเล็ก
และใหญ่ซึ่งอาจมาชนกขยานจรวคทำใหเกิด
ระเบิดไค้. แต่อยค้เหตุชอนเกดชนยาก.

ความหวัง มนุษย์สามารถปล่อยดาวเทียม
ให้วิ่งรอบโลก, และสร้างอากาศยานทม
ความเร็วชั่วโมงละ ๖,๕๐๐-กิโลเมตรและ
ชนสูงถึง ๗๘ กิโลเมตรไค้สำเร็จ. ดังนั้น
ถ้าหากการแพทย์ในอวกาศสามารถแก้ชญา
ต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วไค้หมดสน, มนุษย์ก็

สามารถเดินทางไปในอวกาศโดยไชยานจรวค
ซึ่งมนุษย์คิดว่าจะสร้างสำเร็จไค้. ชญาหา
ในอวกาศนเกวชการแพทย์โดยตรง, และ
กคเหมอนพอมหวังจะเอาชนะไค้. ทุกคน
กมความหวังว่าการเดินทางไปสู่อวกาศตาม
ทมมแสดงจินคนาการไว้ในนวนยาย, อาจ
จะกลายเป็น ความจริงชนก้ไค้ในอนาคตอัน
ไม่ไกลนก้.

(เรียบเรียงจาก Ther. N. ต.ค. ๑๙๕๘)

ประดิษฐ์ ตันสุรัตน์ พ.ด., Ph.D.

๒. การย้ายปลูกไขกระดูกในผู้ป่วยที่เป็น โรคเลือด

ในยทแล้ว ไค้มการ ทคลงย้าย ปลูกไข
กระดูกในสัตว์ทไขกระดูกไม่ทำงานหลังจาก
การถรงสี. การทคลงนแสดงว่าถ้าเรา
เอาเซลล์ในไขกระดูกของสัตว์ทปรกติมาฉีด
เข้าหลอดเลือดในสัตว์ทถรงสี, นอกจาก
จะทำให้ ปริมาณ ของเซลล์ในเลือดเพิ่มชน,
ยังมีชอขงว่า เซลล์ท ฉิคเข้าไป เจริญเติบโต
แย่งตัวใน ไขกระดูก ของสัตว์ท ถกฉิคเข้าไป
ไค้ชคควย. ในการคนควนไค้ทคลงรักษา
สัตว์ทถกทำให้เกิดเป็นลวกค้เมย, และรักษา
โดยการฉายรังสีทำลายไขกระดูก, แล้วฉิค

เซลล์ของสัตว์ปรกติเข้าหลอดเลือด. พบว่า
ในบางรายเซลล์ทฉิคเข้าไปเจริญเติบโตและ
แย่งตัวในไขกระดูกแทนไขกระดูกทเป็นลวกค้
เมยชคก่อน, และสัตว์มอการคชนชวคราว.
ฉะนนจ มีความคค ว่าอาจ เป็นไป ไค้ ทจะ
รักษาผู้ป่วยทเป็นโรคของเลือดโดยการย้าย
ปลูกไขกระดูกของคนค้เข้าไป. วิชาควรไช้
ในคนเป็นโรค โลหิตจางชนค ไม่สร้างเม็ด-
เลือดโดยการถรงสีหรือยา, เช่นในไคโร
เงินมัสตารค, หรือมยล้แวน ซึ่งไช้ในการ
รักษาลวกค้เมย, หรือโรค ช็อคจคน, หรือ

โรคทรมัสภาพแบบเดียวกัน, หรือระงับการแพร่ของโรคเองอย่างรวดเร็ว.

L.M. Tocantins ใช้กระดูกซี่โครงซึ่งแต่ละอันยาวราว ๗-๘ นิ้วฟุตและ จะให้เซลล์ราว ๖x๑๐^๕-๖x๑๐^๕ ตัว. เขาอธิบายว่าเซลล์ที่โตเต็มที่แล้วมีคุณค่าน้อย, และการใช้ไขกระดูกควรระวังจำนวน การนับแยกชนิดของเม็ดเลือดขาว. นอกนั้นเขายังใช้ไขกระดูก จาก กระดูก สันหลังในศพที่ตายภายใน ๒ ชั่วโมงอีกด้วย. William McFarland ได้ใช้ไขกระดูกที่ได้จากการใช้เข็มคุดจากกระดูกไอเลียมทางคานหลังแล้วผสมน้ำเกลืออนอร์มัลที่ได้อิสโตปารินไว้. ได้เซลล์ราว ๑x๑๐^๕-๔x๑๐^๕ ตัว. ทั้งยังได้ใช้ไขกระดูกจากกระดูกอกของศพด้วย. E.D. Thomas เลือกใช้ไขกระดูกจากทารกในครรภ์, ได้เซลล์ราว ๒x๑๐^๕-๔x๑๐^๕ ตัวจากกระดูกยาว ๔ อัน. W.H. Grosby และ J. Akeroyd ได้เอากระดูกซี่โครงที่งอขึ้นมาปลูกในผู้ช่วย, แต่พบว่ากระดูกเหล่านี้ละลายหายไปและมีพวกเนอพลาสโตมาเกาะแทน. ไขกระดูกในที่สุดจะอยู่ในเยื่อพังผืดนี้. ไขกระดูกที่โตมาจะต้องใช้ใน ๓ ชั่วโมงหลังจาก การ เตรียมหรือรักษาไว้โดยใส่ในกลีบเซอรันควิวริชของ Polge และเก็บไว้ที่

อุณหภูมิ -๗๐° ซ. ถึง -๘๐° ซ.

C.C. Congdon ได้กล่าวถึงการศึกษาทดลองในหนู: ตามปรกติหนูจะมีชีวิตราว ๒๕-๓๕ เดือน. ถ้าได้รับการฉายรังสีในขนาดตาย, จะตายใน ๑๐ วัน. เขาพบว่าถ้าฉีดไขกระดูก ปรกติเข้าไป มันจะดีขึ้น และกลับเป็นปรกติได้. แต่ภายหลัง ๓๐-๕๐ วัน มันจะเริ่มตาย, และตายหมดภายใน ๕-๑๐ เดือน. การตายครึ่งหลังนี้เกิดจากการปฏิกิริยาอิมมูโนโลยีต่ออวัยวะไขกระดูกต่างถิ่นเข้าไป. T. Makinodan ได้พยายามไปอีกว่าหนุที่ถูกรังสีจนอาจป้องกันการตายได้โดยการฉีดไขกระดูกของหนูชนิดอื่น, แต่จะทำให้ชีวิตตายตอนหลังเร็วขึ้น, แสดงโดยกลุ่มอาการมีนาหนักตัวลด, เบตาและแกมม่าโกลบูลินในซีรัมเพิ่มขึ้น. เขาอธิบายว่าผลนี้ เป็นการ สันนิษฐาน ว่าการตายครึ่งหลังเกิดจาก ปฏิกิริยาอิมมูโนโลยีของสัตว์ที่ถูกฉีดต่อเนื้อที่ใส่เข้าไป. ฉะนั้นจำนวนไขกระดูกที่ฉีดควรให้พอเหมาะ ๆ และเนื้ออื่น ที่ไม่ใช่เซลล์ของเม็ด เลือด ควรเอาออกให้มากที่สุดเท่าที่จะ มาก ได้. J.J. Trentin ได้ชี้ว่าไขกระดูกเหล่านี้ อาจเป็น ฮอโตโลกัส, ไอโซโลกัส, โฮโมโลกัส, หรือ เฮเทอโรโลกัส. การตายครึ่ง หลังของ



หนูเกิดในพวกที่ไ้รับ ไ้ช้กระดูกแขยไฮโม-
โลกัสและเซเทอโรโลกัส, แต่ไม่มีในพวกที่
ไ้รับไฮโซโลกัสหรือออโตโลกัส. โรคเซ-
เทอโรโลกัส พยรณ แวง กว่า ไฮโมโลกัส.
Trentin จึงเชื่อว่า การตายครั้งหลังเป็นปฏิ
กริยาจากเนื้อของผีให้, ซึ่งอาจเป็นพวกเนื้อ
ลึยมฟอยค้ ต่อแอนติเจน ของเนื้อ ของสัตว์ท
ถูกฉีก. เขาเชื่อว่าไม่มีอวัยวะสร้างเลือดเซ
กนคาร์ยถูกฉีก, และผิวหนังที่ปลุกจากผีให้
ในผู้รับก็ยังคงอยู่ไ้. เขาพบว่า อัตราย
ตอนแรกจะ ร่วมกับการกด ของ อวัยวะ สร้าง
เลือด เซ กน คาร์ย และ เกยว ของ กย ความ
สามารถ ของ สัตว์ที่จะ ไ้รับ การ ปลุก ไ้ช-
กระดูก.

McFarland ไ้รายงานผู้ช่วย เป็น โรค
โลหิตจางชนิดไม่สร้างเม็ดเลือดเลย ๖ ราย
และไ้รับไ้ช้กระดูก จาก กระดูกไฮเลียมทาง
คานหลังของผีให้ซึ่งมีหมเลือดค โกลเคียงกย
ผู้รับมากทศต. แต่ละคนไ้รับการถ่ายไ้ช
กระดูกวันละ ๑-๓ ครั้งอยู่ ๕-๗ วัน, โดย
ไ้ใช้ผีให้ ๘-๑๒ คน. ผู้ช่วยแต่ละคนไ้
รับเซล์ ๐.๕๕x๑๐^๕-๒x๑๐^๕ ตัว ต่อผู้
ให้ ๑ คน, และไ้ค้อร์ติโคสเตอรอยค้
ขนาด มาก เพื่อลดปฏิกริยาอิมมูโนโลยี.
Atkinson ไ้กล่าวถึง ผู้ช่วย เป็น ลิวคิเมีย

ย้จ้รับรักษาด้วยการฉายรังสี และตามค้ว
การให้ไ้ช้กระดูกเข้าหลอดเลือด. ผู้ช่วยไ้
รับค้อร์ติโคสเตอรอยค้ก่อนและขณะทำการ
รักษา. หลังจากฉายรังสีอาการผู้ช่วยเลว
ลงมากจนเกือบตาย. เมื่อไ้รับไ้ช้กระดูก
๒.๖๕x๑๐^๕ ตัว ใน ๒๔ ชั่วโมงอาการทาง
คลินิคดีขึ้นมาก, และอาการกลับสงบลงใน
เวลา ๒ สัปดาห์ต่อมา. แต่เขาอยู่ไม่ได้
นานถึงแก่กรรม. Kretchmer ไ้รายงาน
ผู้ช่วยเป็น ลิวคิเมีย ๒ ราย ซึ่ง กลับ เป็น อีก
หลังจากไ้รับการรักษาด้วยเปรีตนิโซโลน.
ผู้ช่วยไ้รับการรักษาด้วยรังสีและตามค้วการให้
ไ้ช้กระดูก. ผู้ช่วยหนึ่งรายไ้รับจากมารดา
ของเขาเองซึ่งมีความแตกต่างใน แอนติเจน
น้อย, อาการดีขึ้นและเซล์ของผู้ให้ยังพบ
ไ้ได้ในเลือดค้อๆมา. Tocantins ไ้รายงาน
งานผลการให้ไ้ช้กระดูกในผู้ช่วยที่เป็นลิวคิเมีย
๗ ราย, ซึ่งไ้ช้กระดูกสร้างเม็ดเลือด
น้อยลงหลังการรักษาด้วยสารเคมี. ๒ ราย
พบว่ามีการรับสนองของเซล์. หนึ่งราย
สงบลงและ กลับเป็นปรกติทั้ง ไ้ช้กระดูกและ
อาการทางคลินิคจนถึง ๔ เดือน (ขณะราย
งาน).

การป้องกันไ้ช้กระดูกจาก อินทราย ของ
การฉายรังสี อะมิโนเอธิลโรคยูโรเนียม

(Aminoethyl thicuronium) ได้แสดงว่าสามารถทำให้หนู ทน วิทยการ ฉายรังสีได้ ปลอดภัยมากขึ้นในการรักษาลิเทียมไฟฟ้า.

Heller และ Yakulis ได้รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายเป็นโรคข้ออักเสบและไขกระดูกไม่ทำงานหลังรักษาด้วยเตตราซีน, และได้วิทยการให้ ไขกระดูก: ผู้ช่วยมีชั้น O,M, CDe/cDe. ผู้ให้ ๔ คนเป็น N-positive, อีก ๒ คนเป็น E-positive. การรักษาได้ผลดี. เม็ดเลือดแดงอ่อนและอิมมูโนโกลบูลินในเลือด ผู้ช่วยถึง ๕๘ วันหลังการให้, แต่ไม่พบเลยใน ๑๕๐ วันต่อมา. Thomas และพวก รายงาน ๖ ราย, พบว่าไขกระดูกถูกปลูกชั่วคราวในผู้ช่วยเพียง ๒ ราย. นอกนั้น

บางรายก็ช่วยมากจน. ๓ รายตายใน ๕๐ วันจากโรคแรกของเขา. Humber และ Newton ได้ให้ไขกระดูกแก่ผู้ช่วย ๕ ราย, แต่ผลก็วิจารณ์โดยยาก. Ferrebee ได้กล่าวว่าขนาดเซลล์ไขกระดูก ๒x๑๐^๕-๒๐x๑๐^๕ ตัว เป็น จำนวนพอดีที่ทำให้ไขกระดูกในผู้ช่วยมีจำนวนเซลล์เหมาะสม. รายงานเหล่านี้แสดงว่าการใช้ไขกระดูกในโรคเลือดยังต้องการ การศึกษาโดยละเอียดและระมัดระวังอยู่มาก, และใช้ได้ผลดีในรายโรคโลหิตจางชนิดไม่สร้างเม็ดเลือดเท่านั้น.

(จาก The Lancet 2: 132-133, 1958)

ยศวร สุขุมมาจันทร พ.บ.

(๓) ข้อควรสังเกตในการใช้คอร์ติโคสเตอรอยด์

ขณะนั้นมีการใช้คอร์ติโค ไทร บีน และคอร์ติโคสเตอรอยด์กัน อย่าง กว้าง ขวาง. ประโยชน์และโทษก็ทราบกันก็อยู่แล้ว. ในทันที จะกล่าวเฉพาะ เรืองนารู บ่าง อย่าง เกี่ยวกับการใช้คอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดต่าง ๆ. ปลอดภัยก่อนหมวกไตหลังฮัยโดรคอร์ติโซนมากกว่าอย่างอื่น. คอร์ติโซนเมื่อให้

ไปจะต้องเปลี่ยนเป็น ฮัยโดรคอร์ติโซน เสียก่อนจึงจะใช้ได้.

คอร์ติโซนและฮัยโดรคอร์ติโซน

คอร์ติโซน ให้กินได้ผล เร็วกว่า ฉีดเข้ากล้ามเนื้อแต่ระคัมในเลือดอยู่ได้น้อยกว่า. คอร์ติโซนชนิดตะกอนแขวนไม่ใช่ฉีดเข้าหลอด

เลือด. เมื่อใช้เฉพาะที่ไคผลน้อยเพราะต้องเปลี่ยนเป็นฮัยโครคอร์ติโซน.

ฮัยโครคอร์ติโซน กินไม่ได้ผลเพราะละลายได้น้อยมาก มักใช้ฉีดเข้าหลอดเลือด. ใช้เฉพาะที่ไคผลดี. ความแรงของฤทธิ์เป็น ๕/๔ ของคอร์ติโซน.

การใช้

คอร์ติโซน, เม็ด ๒๕ มก.

ผลึกเล็กแขวนในน้ำเกลือ ๒๕ มก./

ล.ซม. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ.

ขมงและน่ายาหยอดตา ๑ ปช. ฮัยโครคอร์ติโซน. เม็ดชนิดไม่มีแอลกอฮอล์

๑๐, ๒๐ มก.

ใน ๕๐ ปช. เอธิลแอลกอฮอล์ ๑๐๐ มก./ ๒๐ ล.ซม.

ฮัยโครคอร์ติโซน อะซีเตท ชนิดผลึกแขวนในน้ำเกลือ ๒๕ มก./ล.ซม.

ขมงและน่ายาหยอดตา, ๑ ปช.

เปรีคินโซนและเปรีคินโซโลน

ทั้งสองอย่างเช่นสารที่สังเคราะห์ขึ้นได้เป็นเกลตา - ๑ - คือฮัยโครคอร์ติโซนและเกลตา ๑ - คือฮัยโคร - ฮัยโครคอร์ติโซนตามลำดับ, ซึ่งมีฤทธิ์เท่ากันและแรงเป็น ๕-๖ เท่าของคอร์ติโซน.

ทั้งสอง อย่าง ชี้ ถ่าย ออก มา เป็น สาร เติม, ไม่ได้เปลี่ยนแปลงในร่างกายเป็นคอร์ติโซน, ฮัยโครคอร์ติโซนและพวกของมันเลย. แต่มีการเปลี่ยนกลับไปได้ระหว่างสาร ๒ อย่างนี้ในร่างกาย.

ข้อแตกต่างจากคอร์ติโซน:

๑. เมื่อใช้ในการอักเสบและรูมาติกปัจจุบันใช้ขนาดเพียง ๑/๕-๑/๖ ของคอร์ติโซน.

๒. ฤทธิ์ การ เกี่ย เกล็ด และน้ำ มี น้อย มาก.

๓. ที่พบว่าจะทำให้เกิดแผลเปื่อยตึกมากกว่าขนาดเนื่องจากใช้ขนาดมากกว่า:

๔. มีประโยชน์ เมื่อต้องการ ใช้ขนาด สูงมาก, เช่นยับยั้งโรคเนื้องอกบางอย่าง.

๕. ในการใช้เฉพาะที่เปรีคินโซโลนไคผลไม่ดีไปกว่าฮัยโครคอร์ติโซน.

ที่ใช้

(๑) เปรีคินโซนใช้เฉพาะที่ไม่ดีเหมือนคอร์ติโซน โดยมากใช้ชนิดที่ออกฤทธิ์ช้า เช่น เปรีคินโซโลนไตร-เมธิลอะซีเตท.

๒. ๖ - แอลฟ่า - เมธิล - เปรีคินโซโลน, มีฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบดีกว่าเปรีคินโซโลนเล็กน้อย. ขนาดใช้ ๒/๓ ของ

ตาเจด-อาร์เมอร์).

ใช้เกลือสังกะสีคกซ์บตะกอนที่แขวนใน
น้ำเอาไว้ (คอร์โทรพ่น-ออร์กานอน).

ใช้สังกะสีไฮดรอะมีน (คอร์ติโคคิโปต์-
ครุค)

(รวบรวมจาก) (1) Practitioner 180:
22-49, 1958. (2) J.A.M.A. 167: 1936,
1958, (3) Ibid. 168: 183, 1958. (4) Ibid.
167: 1590, 1958. (5) Lancet 2: 659-661,
1958. (6) Ibid. 2: 661-663, 1958.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.ป.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
<u>นอก</u>							
ใหม่	๒,๒๘๓	๑,๔๕๓*	๑,๓๕๔	๑,๕๗๒*	๑,๘๘๘	๔๗๑*	๕,๐๒๑*
เก่า	๓,๕๔๑	๒,๓๔๔*	๒,๖๐๕	๑,๗๘๗*	๓,๑๘๗	๘๒๑*	๑๔,๖๘๕*
รวม	๖,๒๒๔	๓,๗๙๗*	๔,๐๐๙*	๓,๓๕๙*	๕,๐๗๕	๑,๒๙๒*	๒๓,๓๙๐*
<u>ใน</u>	๒๓๐	๓๖๕*	๑,๐๑๓	๑๓๔	๓๕๕	—	๒,๐๙๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๔๘๐.* จักษุฯ ๔๖๐. สูติ — นารีฯ ๒๕๓. รวม ๑,๑๙๓* ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๓๖๕, หญิง ๓๑๗, รวม ๖๘๒. คลอดตาย, ชาย ๖, หญิง ๑๒, รวม ๑๘*

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๑ คน (๕.๑ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๔ ราย (๓๓.๕ ปช ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๖๕๖* ครั้ง. ข้างนอก — ครั้ง. รวม ๖๕๖* ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๖๔๑ คน, รักษาใหม่ ๕๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๑๓ ครั้ง.
 ไรเดียม, รักษา ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๘ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ — ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า — ครั้ง.

๗. แผนกสูรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๑๐๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๔,๓๐๓ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๔ ราย. ตรวจเนื้อ ๕๔๐ ราย (จักษุภายนอก ๒๑๐* ราย). แอ็กกูติ เมชัน ๓๘. วัสดุเซอร์แมนและคาน์ ๒,๐๘๒. หมู่เลือด ๒๒๕. น้บเม็ดเลือด ๖๔๒. หาเชือบักเตรี ๑๖๕. ตรวจน้ำไขสันหลัง — อูจาระ ๓๕๐. บัสสวะ ๓๓๐. เสมหะและอื่น ๆ ๗๗. เพราะเชื้อจากเลือด ๕๓, อูจาระ ๓๕, บัสสวะ ๑๒, น้ำไขสันหลัง —, เสมหะและอื่น ๆ ๑๗๑. นิติสัตว์ทดลอง —. เพราะเชือบิด ๘. ตรวจทดลองตัวจิ๊ด ๓๘. ตรวจศพนิติเวช ๒๒. ตรวจของกลาง ๒๒.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๓๔. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๒, น้ำช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องปอด ๖. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕. นิติยาธิปัตติ ๓๒.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคนปาก ๒๖๖. ถอนฟัน ๖๑๒. อุดฟัน ๒๔๐. ผ่าตัดช่องปาก ๓๘.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ วิทยาลัยการศึกษาราชวณิช น.พ. ชัชวาล โอสถานนท์ นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ได้ออกเดินทางไปดงทางเกี่ยวกับโรงเรียนแพทย์ ณ สาธารณรัฐเยอรมัน ตั้งแต่วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๐๑ ผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งให้ศาสตราจารย์ น.พ. กษาน จาติกวณิช นายแพทย์ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ร.พ. ศิริราช รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์ผู้อำนวยการ ร.พ. ศิริราช ตั้งแต่วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๐๑ เป็นต้นไป จนกว่าศาสตราจารย์ น.พ. ชัชวาล โอสถานนท์ จะเดินทางกลับ.

สอนวิชาโรคจิตแก่นักศึกษาแพทย์

บท ๒ ด้วยได้มีการปรับปรุงหลักสูตรการ สอนวิชาโรคจิตแก่นักศึกษาแพทย์ บท ๒ ตั้งแต่ปีการศึกษา ๒๕๐๑-๒๕๐๒ เป็นต้นไปนั้น ผู้รักษาการแทนคณะฯ มีคำสั่ง

ให้นักศึกษาแพทย์ชั้น เขาเรียนวิชาโรคจิตทวนเสาร์ ตั้งแต่เวลา ๘.๐๐-๙.๐๐ น. ห้องปาฐกถาพยาธิวิทยา เริ่มแต่วันเสาร์ที่ ๑๒ กรกฎาคม เป็นต้นไป

การประชุมทางวิชาการ ประจำเดือน

ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนเมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๐๒ เวลา ๑๐.๓๐ น. ณ ห้องปาฐกถาแผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราช เรื่องที่ประชุมคือ :

๑. วารินทร์ ทุมมอร์. น.พ. ทินรัตน์ สถิตนิมานการแห่งแผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ.

๒. อติโยน ไครสิทธิ์ ชุบคตาเนา เนโอนาคอรุ่ม. น.พ. กิเวก พงศ์พิพัฒน์ และ น.พ. จิตร วารินทร์ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ เป็นผู้เสนอ.

๓. โรคเชลเลอร์-คริสเตียนรักษาด้วยเปร็ดนิโซน. น.พ. ประสงค์ ทัศนิตา แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์เป็นผู้เสนอ

บันทึกท้ายสมุด

๑ เรามักมีความเสียใจที่ ในบันทึกท้ายสมุดของสารคดีราชฉมัย ก.ค. ๒๕๐๑ ได้มีความพลาดพลั้งเกิดขึ้น, เนื่องด้วยบันทึกไว้ว่าบทความนี้พิเศษ ๆ ของคุณหมอสังกรานต์นิยมเสนอนั้นเป็นเรื่อง “คนเมา”, ซึ่งความจริงเรื่องในฉบับนั้นเป็น “การแสวงผวย”. ความพลาดพลั้งนั้นเกิดจากการที่เรากาลังเร่งผลิตหนังสือเพื่อแก้ไขเรื่องการออกซ้ำ, มีหนังสือจากวารสารต้นฉบับอยู่พร้อม ๆ กันถึงสามฉบับ. เมื่อถึงคราวเขียนบันทึกท้ายสมุดจึงสลับเรื่องกันไป, ความจริงเรื่องเกี่ยวกับ การเมานั้นพจนานุกรมพิมพ์ในฉบับนี้เอง. เราขออภัยสำหรับความพลาดพลั้งนี้ต่อท่าน สมาชิก และ ต่อคุณ หมอ สังกรานต์ด้วย.

๑ ในฉบับนี้เราเสนอเรื่องใหญ่ของคุณหมอเสนอ อินทรสุโขศรี, “โฆษณาประจำกระทรวงสาธารณสุข,” ผู้กำลังเป็นคณาในวิทยุโทรทัศน์ซึ่ง ผสมทุกคนต้องรู้จัก. คุณหมอเสนอไม่ได้เขียนแต่เพียง “โฆษณา” ผู้เคร่งเครียดสำหรับวิทยุโทรทัศน์เท่านั้น, แต่เป็นนักประพันธ์เรื่องสารพัด, นักเขียนคำขวัญ, นักเขียนรายงานและบทความวิชาการ, และอดีตบรรณาธิการ

ของจดหมายเหต ฯ แพทย์สมาคมด้วย. ระหว่างที่บรรณาธิการสารคดีราชฉมัยของเราไปเยี่ยมหมอก็คืออาศัยท่าน ผอ.ช่วยรับหน้าที่แทนให้อยู่สักระยะ. คราวนั้นเราได้อ่านเรื่อง “เมกะโคลอนแต่กำเนิด” ของท่านมาลงพิมพ์เป็นต้นฉบับ; เพราะโรคนี้สงสัยว่าจะมีแพร่หลายมากกว่าที่คิดกันก็ได้. ท่านเจ้าของเรื่องได้พยายามรวบรวมข้อความจากเอกสาร วิชาการ มา เรียบเรียง ไว้อย่าง ครบถ้วน, เป็นการเพิ่มคุณค่าของเรื่องมากยิ่งขึ้นไป.

๑ เรื่องที่สองเป็นเรื่อง “ตกค้าง” มาจากฉบับกายวิภาคศาสตร์. คุณหมอเจียรอทยานัง, อาจารย์อาวุโสของแผนกนั้นได้เรียบเรียงเรื่องที่น่าสนใจมาให้เราอ่าน. แม้แต่ผู้ที่ไม่มีโอกาสจะคลุกคลีอยู่กับเรื่องของกระดูกใหญ่ล้าช้าโดยเฉพาะ, ก็คงจะได้รับความประโยชน์จากบทความนี้. ข้อหนึ่งที่คงจะเป็นสิ่งมีค่าสำหรับทุก ๆ คนก็คือระหว่างที่อ่านเรื่องนี้จะเกิดความคิดขึ้นมาว่าผู้ทำการตรวจค้นทางวิทยาศาสตร์ ต้อง เป็น ผู้ซอกแซกและละเอียดถี่ถ้วนเสียจริง ๆ. ไม่ว่ามีแง่อะไรอยู่ที่ไหน, แม้จะเล็กน้อย, หากมีช่องที่จะแคะไต่หรือขยายได้, เป็นต้อง

พยายามอย่างยิ่ง. ทั้งวิธีการละเอียดลออ และพยายามยิ่งชนทุก ๆ ที่. สันสัยว่า ออกสกลียบุคคล ที่จะอ่านบท ความกายวิภาค หรือ เรื่องกเหนจะมีแก่นกกายวิภาค, และสำหรับ วิชานอน ๆ ก็คงเช่นเดียวกัน. อย่างนั้นว่า ที่หรือไม่ก็, น่าจะลองคิดกัน.

๑. คุณหมอสำราญ วงศ์พำหมีโชค แปลก, ได้ไปเมืองแขก, ซึ่งมันมีคนไ้เห็น, ก็อสังหาเห็นเบรื่องทงทมความรู้และมีข้อนำคิดมาฝากพวกเรา. นอกจากจะมีประโยชน์สำหรับผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับโรค นัยันตาโดยเฉพาะแล้ว, บทความนี้เผยให้เราทราบถึงความรอบคอบของการเตรียมการประชุม, การวางระเบียบขงงานในค่านปฏิบัติ, และข้ปัญหาเกี่ยวกับกาเร่ขอบริการแก่ประชาชน, คล้าย ๆ กับที่เข่นอยู่ในบ้านเราเอง. เราหวังว่าเมื่อมีโอกาสคุณหมอสำราญคง จะนำสิ่งที่ได้พบเห็นจากการ ไปประชุมมาประยุกต์ให้เป็นประโยชน์สำหรับ

พวกเราบ้าง.

๑. แผนก ปกิณกะ ของเรากำลัง ได้รับความเอาใจ ใส่จาก สมาชิกของ ศิริราชมากขึ้นทุก ๆ ที่. ในลขขณมีเรองของศาสตราจารย์นายแพทย์ประคิษฐ์ ทัศนสรวต์, หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา (การแพทย์ในอวกาศ), นายแพทย์ยศวีร์ สุขมาลจันทร (การปลูกไขกระดูก); และนายแพทย์ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (คอร์ดโคสเทอรอยต์). ในลขขณต่อไปจะมีเรองของ ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะภฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ศาสตราจารย์แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์, อาจารย์อาวุโสแห่งแผนกสติกศาสตร์ ๆ, และคนอื่น ๆ อีก. การที่อาจารย์ผู้ใหญ่ ๆ หันมาช่วยในค่านนี้, ต้องนับว่าเป็นลาดี. นอกจากจะเป็น ตัว อย่างที่ดี สำหรับอาจารย์ ฝ่่น้อยแล้ว, ยังเป็นการแสดงให้เห็นจริงด้วยว่า “การทำสิ่งที่ค่านนี้ ไม่มี อะไรจะ เล็กน้อย เกินไปเลย”.