



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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



ฉบับที่ ๑๐
บท ๑๐ ฉบับที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๐๑

Volume 10, Number 10 October 1958.

การเจาะถุงเยื่อหุ้มหัวใจ

ประเสริฐ กังสดาลย์

M.B., Ch.B. (Edin.), พ.ด.

(แผนกอายุรศาสตร์)

ภัยอันเกิดจากการเจาะถุงเยื่อหุ้มหัวใจ
เท่าที่อ่านพบ, แพร์ตต์ (๑๕๕๔) ได้กล่าว
ไว้มากที่สุด. ดังตายก็เคยมี, โดยปลาย
เข็มทำให้หลอดเลือดโคโรนารีหรือกล้ามเนื้อ
หัวใจฉีกขาด. เว้นแต่การใช้ไฟบริลเลชัน
ก็มี. เข็มอาจทะลุเข้าในช่องหัวใจ, ในกระ
เพาะอาหาร, หรืออวัยวะอื่น ๆ, และแพร์ตต์
ได้ทิ้งท้ายไว้ว่า “ไม่ควรเจาะถุงเยื่อหุ้มห
ใจโดยไม่ได้รับการฝึกฝนมาด้วยความระมัด
ระวัง.”

ภัยหรือ “อุบัติเหตุ” ที่แพร์ตต์ได้
กล่าวไว้น่าจะเกิดขึ้นแล้วจริง ๆ ทั้งหมด,

ทั้ง ๆ ที่ในบางกรณีไม่น่าจะเป็นไปได้, นอก
จากแพทย์ทำให้เกิด “อุบัติเหตุ” นั้นขึ้น,
ไม่ได้รับการฝึกฝนมาพอสมควรในการเจาะ
แม้แต่ช่องอื่น ๆ, ตลอดจนหย่อนในการ
วินิจฉัยโรคทางกายภาพด้วย. แผนกอายุร
ศาสตร์ศิริราชพยาบาลยังคงระหัดที่ไม่เคย
มีอุบัติเหตุร้ายแรงดังกล่าวถึงข้างบนนี้เลย.

เจาะหรือไม่เจาะ การตัดสินใจเจาะหรือ
ไม่เจาะ, ไม่ควรแขวนอยู่กับความสงสัยว่า
มีหรือไม่มีของเหลวอยู่ในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ,
แล้วรอผลการทดลองเจาะดูด้วยความระ
มัดระวัง

หาย. แต่ควรขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยทาง
 กายภาพและรังสีร่วมกัน, และควรยึดถือ
 ผลการเจาะเป็นข้อสังเกตความแม่นยำหรือ
 ผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเท่านั้น. แต่ทั้ง
 หมดหลักการวินิจฉัยการมีของเหลวในถุงเยื่อ
 หุ้มหัวใจซึ่งใช้สับเนื้องอกมานานแล้วก็ตาม,
 ก็ยังมีการวินิจฉัยผิดพลาดกันได้, ทั้งโดย
 แพทย์ผู้ตรวจรักษาและรังสีแพทย์, ทั้ง
 ภาวะที่ว่ามี, และไม่มีกลีบว่ามี. การ
 ผิดพลาดของรังสีแพทย์นั้นผู้นำน่าจะอยู่ใน
 ฐานะที่อธิบายได้ดีกว่า, จึงงดเว้นการกล่าว
 ต่อไป. ส่วนการผิดพลาดทางเทคนิคผู้
 ตรวจรักษานั้นแยกเหตุใหญ่ได้สองประเภท,
 คือ (๑) ตัวแพทย์เอง, (๒) ภาวะในถุงเยื่อ
 หุ้มหัวใจ.

สำหรับตัวแพทย์เองนั้นเป็นเรื่องที่เกิน
 ใต้ด้วยการอ่าน, อบรม, และฝึกฝน, ซึ่งเป็น
 วิชาชีพของบัณฑิตที่พึงปฏิบัติ. หรือเมื่อยังไม่
 แน่ใจก็ปรึกษาหารือผู้ที่จักเงินหรือชำนาญ.
 การปฏิบัติเช่นนั้นแสดงว่ารู้จักประเมินความ
 สามารถของตัวเอง, ซึ่งก็เป็นวิชาชีพของบด-
 ชาติอีกเช่นกัน. เมื่อมีความรู้ทางทฤษฎีพอ,
 ก็รู้ว่าเยื่อหุ้มหัวใจทั้งสองชั้นนั้นไม่ใช่ว่าจะ
 ยึดติดกันเลย, ปราศจากพังผืดเสมอไป.
 ส่วนถุงเยื่อหุ้มหัวใจนั้นแล้ว, ไม่ใช่ว่าจะเป็น
 มหรรณพเสมอไป. พังผืดอาจทำให้มีกะ
 เปาะกะพังน้อยใหญ่ได้, แม้แต่เกาะติดกัน

แน่นตลอดด้านหน้าของหัวใจ, ทำให้ไต่ขึ้น
 เสี่ยงเด่นของหัวใจที่แข็งแรง, แผลงของเหลว
 ไว้เบื้องหลัง. เมอร์ทฤษฎีพอ, รู้หลักการ
 วินิจฉัย, และปฏิบัติการตรวจโดยละเอียด,
 การวินิจฉัยถูกต้องก็ทำตามมาเอง. หากจะ
 เกิดการผิดพลาดขึ้นเป็นครั้งคราว, ก็น่าจะ
 เป็นเรื่องของอวิชา.

การตรวจด้วยวิธีใหม่ ผู้เขียนได้คิดวิธี

ใหม่ในการ "คลำ" ขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๖.
 ใช้ปลายนิ้วและกลางกตแยงลงไปในช่วง
 ซี่โครง (เคาน์เตอร์รีสต์ พลเพชัน) โดย
 ใช้กำลังกดต้งแต่เบาไปถึงหนัก, เพื่อศึกษา
 ความตึง (เทนชัน) และแรงกระแทก (อิม-
 พัลส์) เมื่อผู้ช่วยหายใจลึกหรือหอบเอง. ได้
 ฝึกฝนตนเองและแนะนำผู้อื่นด้วย. เมื่อได้
 ประยุกต์กับของเหลวในถุงเยื่อหุ้มปอดจน
 เจนใจพอควรแล้ว, จึงนำมาใช้ (ร่วมกับ
 การเคาะ) ในการวินิจฉัยของเหลวในถุงเยื่อ
 หุ้มหัวใจ, ซึ่งนำไปสู่การเจาะทางคานขวา
 ในช่วงซี่โครงที่หก, อันเป็นการเจาะนอก
 ตำรา, แต่เจาะใต้ของเหลวทุกครั้งที่ปลาย
 นิ้วบอกว่ามี. ในโอกาสหนึ่งขอเสนอการ
 ตรวจด้วยรัตนคอแพทย์ผู้ประกอบโรคศิลปะ
 ทั่วไปเพื่อนำไปฝึกใช้, เป็นวิชาเพิ่มเติมใน
 การตรวจช่องซี่โครง, ซึ่งเมื่อฝึกฝนจน

แล้วจะเกิดประโยชน์ในการวินิจฉัยพยาธิสภาพบางอย่างในทรวงอกและช่องท้องส่วนบนอีกด้วย.

ข้อบ่งการเจาะ ในสมัยนิยมยาและแอนติไบโอติกที่มีประสิทธิภาพสูง. การวินิจฉัยได้ถูกต้องและเจาะเมื่อของเหลวยังมีไม่มากเพื่อนำไปหาเชื้อโรคหรือค้นหาต้นเหตุโดยวิธีอื่น, อาจเกิดผลดีจากการพบสมุฏฐานต้นตอและการรักษาที่ถูกต้อง, ถึงกับช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้, หรืออย่างน้อยก็ช่วยชีวิตออกไปอีก, ตลอดจนเกิดประโยชน์ในการพิจารณาโยกย้ายไปยังแผนก คลินิก กรรม อีกด้วย, ในกรณีพหุหนอง.

ในตำรามักกล่าวไว้เฉย ๆ ว่าจะให้เจาะเมื่อมีการขบข้อหัวใจ (คาร์ทีแอ็ค ทัมโปเนค) แพทย์บางคนเถรตรง, ไม่ยอมเจาะนอกจากมีอาการแสดงขบข้อหัวใจชัดเจน. ทั้งนี้คงเป็นเพราะไม่วินิจฉัยไม่เคยพบรายที่หัวใจถูกขบข้อมากหรือเร็วแรงจนเกิดข้อค, ซึ่งหมายถึงการตายที่จะตามมาเมื่อใดก็ได้. เพราะฉะนั้นหากตรวจพบของเหลวมากพอควร, ก็จงเจาะเสียเถิด. ทั้งนี้ยกเว้นในกรณีที่มีเลือดคั่งๆ ออกมา (ฮีโมเพอริคาร์เคียม) ซึ่งต้องระวังถึงเลือดที่จะออกตามมากอีก.

หลังการเจาะแต่ละคราวจึงรอจนเริ่มแสดงอาการขบข้อจึงเจาะ, และเจาะออกเกินบรรเทาจากการขบข้อไปข้างพอควรเท่านั้น.

ตำแหน่งและทิศทางเจาะ ตำแหน่งเจาะมีอยู่สี่, คือ (๑) ข้างซ้ายของหัวใจ (ช่องซี่โครงที่ห้า) (๒) ข้างขวาของหัวใจ, ซีกแผ่นกระดูกอก (ตำราว่าช่องสี่, บางเล่มว่าห้าด้วย. ผู้เขียนเจาะหกแล้ว.) (๓) กลัดมุล่างกระดูกสะบักซ้าย (๔) ซ้ายของกระดูกสันหลัง (ซีฟอยค). จากตำราและวารสารน้อยชนทัศน์โคซังต์พิมพ์ใน ค.ศ. ๑๙๕๒, ๑๙๕๓ และ ๑๙๕๔ ปรากฏว่าฮาโรลด์ สจ๊วต (๑๙๕๒) ชอบตำแหน่งที่ ๑ โดยไม่อ้างเหตุผลสนับสนุน, และได้กล่าวว่าเมื่อมีอาการแสดงของเหลวอยู่ข้างหลัง, ก็ให้เจาะตำแหน่ง ๓. บางครั้งมีผู้เจาะตำแหน่ง ๒ และมีหลายคนชอบตำแหน่ง ๔. สจ๊วตเป็นผุ้เคยวทกล่าวถึงทงสี่ตำแหน่ง. อดัมส์ พาร์กินสัน (๑๙๕๓) ชอบตำแหน่ง ๔ เพราะง่ายและปลอดภัย ฯลฯ, แต่ไม่กล่าวถึงอีกสามตำแหน่งเลย. บทความของพาร์กินสันตีพิมพ์ในบริติชเมดิคัลเจอร์นลซึ่งเขียนวารสารการแพทย์ทั่วไป. แพร์คีย์ (๑๙๕๔) อ้างเสียงข้างมากที่ไ้รบขบจาก:

การสอบถามไปยังแพทย์ที่ทำงานมานานมาก, ว่าส่วนใหญ่ชอบตำแหน่ง ๑ หรือ ๔, แนะนำให้ใช้ตำแหน่ง ๑ เป็นหลัก. หากมีโรคของปอดหรือเยื่อหุ้มปอดซ้าย, หรือผนังอกหนา, จึงแนะนำให้ใช้ตำแหน่ง ๔. ไม่กล่าวถึงตำแหน่ง ๒ กับ ๓ เลย, ทั้ง ๆ ที่ขอความถี่มาอย่างอยู่ในตำราคล้ายกรรมเฉพาะระบยไหลเวียนเลือดซึ่งตีพิมพ์เมื่อสามปีมานเอง.

ผู้เขียนได้เจาะมาแล้วในตำแหน่ง ๑, ๒ กับ ๓. ส่วนตำแหน่ง ๔ ยังคงเว้นอยู่จนถึงสิ้นสงครามโลกครั้งที่สองด้วยเหตุ ๒ ประการ, คือ (๑) กลัวนำและทำทางนำเชื้อโรคจากช่องอกมาสู่ช่องท้อง, (๒) ต้องการหาความชัดเจนในตำแหน่ง ๑, ๒ กับ ๓. ครั้นสิ้นสงครามก็มีผู้รับช่วงต่อในการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ. ภาระหนักจิต หาริณัสต์เป็นผู้เริ่มเจาะตำแหน่ง ๔ ซึ่งผู้เขียนสนับสนุน, เพราะเป็นสมัยยากี่มีมาก, ไม่ต้องกลัวการนำเชื้อโรคจากช่องอกลงมาสู่ช่องท้องประการหนึ่ง, และเพื่อพิสูจน์ความง่ายและปลอดภัยในการเจาะ, ซึ่งรู้กันมาก่อนแล้วประการหนึ่ง. บัดนี้ผลการเจาะตำแหน่ง ๔ มามาก ราย ได้พิสูจน์แล้วว่าตำแหน่ง ๔ นั้น, คือซ้ายของกระดูกอ่อนลิ้นปี่, ผ่านขึ้นไป

สู่เยื่อหุ้มหัวใจ, เป็นตำแหน่งที่ง่ายและปลอดภัยที่สุดจริง, ทั้งสำหรับผู้ที่ไม่ชัดเจนในการเจาะตำแหน่งอื่นและแม้แต่เมื่อใหม่. ทั้งนี้เพราะน้ำหนักของน้ำในถุงคั้นกระบังลมและตับลงไป, เช่นเดียวกับที่เคยพบในผู้ป่วยที่มึนน้ำในถุงเยื่อหุ้มปอดชนิดเขินกระพองเฉพาะที่ (เอ็นแคปซูลูเลต) และเต่งตึงอยู่เหนือกระบังลมขวา.

พาริศนชัน (๑๙๕๓) อ้างเหตุที่น่าฟังที่มึนน้ำหนัก สนับสนุนการ ชอบเจาะตำแหน่ง ๔ คือของเหลวยอมไหลลงสู่ที่ต่ำสุด, ตำแหน่งจึงเหมาะแม้ในรายที่ของเหลวมันนอย. ส่วนเหตุที่ว่า การเจาะ ผ่านอกค้ำ หนีมาภัยสองอย่าง, อันเป็นผลจากการแทง (ผ่าน) เยื่อหุ้มปอดและ (ทะลเข้า) เนื้อปอด, คือ เกิดแผลและนำเชื้อโรคเข้าไปด้วยนั้น, มีข้อแย้งที่มึนน้ำหนักคือ (๑) แพทย์ส่วนมากยังนิยมการเจาะผ่านอก, หากภัยเกิดขึ้นจริงและบ่อย, คงเลื่อมความนิยมไปแล้ว. (๒) ที่แผนกอายุรศาสตร์, ศิริราชพยาบาล, ควบคุมของผู้เขียนเองและแพทย์ผู้นอนในแผนก, ยังไม่เคยปรากฏภัยที่พาริศนชันอ้างเลยแม้แต่รายเดียวในระยะยี่สิบห้าปี. ทั้งนี้พออธิบายได้ด้วยเหตุทางเมคานิคัลธรรมดา. คือปอดถูกผลกดทับโดยถุงเยื่อ

หุ้มหัวใจที่ตึงตัวของหลอดเลือด, โดย เฉพาะด้านซ้ายในบริเวณที่ใช้เจาะก็เป็นท ุๆ เนื้อปอดคลุมไว้ น้อยอยู่แล้ว, เนื่องจากมี เนื้อวางปอดตรงที่เรียกกันว่า “บริเวณ เสี่ยงทบตันของหัวใจ.” ความจริงทางกาย วิชาของมันเป็นขัจย ที่ทำให้ปอด ถดถอยคั่น ออกไปพื้นถุงเยื่อหุ้มหัวใจใต้ง่ายขนมาก.

ในทางทฤษฎี ย่อมเป็น ไปได้ทีเนื้อปอด อาจถูกเจาะทะลุ, ทง ๆ ที่ผู้เจาะทำถูกต้อง ทางเทคนิค, คือในรายทมพงผดยคเหนยว ระหว่างเยื่อหุ้มปอดกยเยื่อหุ้มหัวใจ, ซึ่ง อาจมกรณททง การตรวจ ร่างกาย และการ ตรวจ ด้วยรังสีเอกซ์ ไม่สามารถ จะบอก ได้. ในทางตรงข้าม, ตำแหน่ง ๔ นี้มิใช่ปอด ภัยจากการ เจาะ ทะลุ อวัยวะ สำคัญ ในช่อง ท้องซึ่งโคชนข้างบนไคมาก, คือคยทเขน ผหรือเขนมะเร็ง. สถิตผล ยคในคยของ แผนกอายรศาศศร์ ศิริราชพยาบาลแสดง จำนวนที่หน้าหน้าโรงพยาบาลอนๆในโลก. ผู้ บ่วยด้วยโรค นกมมาจาก เกอขทก ภาคของ ประเทศ. ผบคในคยทแตกเขาชองเยื่อหุ้ม หัวใจ เรวกเคย พกกัน มาหลายราย แล้วทง กอนคยและจากการตรวจศฟ. ทรายงาน ไว้เป็นหลักฐานมีสำมารย. อนง, ผบค ในคยเขนเมื่อเกิดขนในตำแหน่งสูง, คือใกล้

ยอดกระบังลม, คยอาจไม่โกลงเขนกลาง, หากผห้วยงไม่โคชน, และซึมหรือแตก เข้าไปในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ. อาการแสดงที่ ตรวจพยจะไม่ช่วยแพทย์เลย, และผกไม่ เลอกทเขนเสยคย. จึงเห่นวเพอหลย เลยง การเจาะ เข้าไปใน คยทโค ชนขน ทาง ค่านหน้า, การเจาะคยงแรกคยงเขน ตำแหน่ง ๑, คือผ่านอกค่านหน้าข้างซ้าย. หากมีสยงแยง, ก็เจาะตำแหน่ง ๒ (ข้าง ขวา). หากอาการแสดงชไปทงมพงผด คคเขนขนค่านหน้าทงซ้ายขวา, และแสดง วาของหลอดเลือด ค่านหลังก็เจาะ ตำแหน่ง ๓. เมื่อเจาะผ่านอก คยงแรกโคชองหลอดเลือดเขนนำ หรือเขนหนองส้หลอดเลือดหรือเขยว, คยท สองหรือคยงค่อ ๆ ไปจึงใช้ตำแหน่ง ๔ เป็น ทเจาะ. หากโคชองคคยหรือเขนส้คย, แม้แต่จะไม่พยคยจะมิยา, ห้ามเจาะงเขยอ หุ้มหัวใจทงตำแหน่ง ๔. หากโคชน่าปน เลอก, คยงคยเจาะตำแหน่ง ๔ ไว้ก่อน, จนเขน ทแนใจว่าคย ค่าน หน้าคยง ทจะเจาะ ไม่โคชน, จึงคยงคยเจาะตำแหน่ง ๔. การ เจาะ ตำแหน่ง ๔ นี้สำหรับ ผทเคย เจาะ ตำแหน่ง ๑ มาแล้วไม่ต้องผกผนอะไรอีกเพียง จคผบ่วยให้อยู่ในท่าถูกต้อง, คคอนงพง หรืออนนพงคยตามสยาย. หากลำคยและ

ศีรษะก่อนมาทางขวานัก, ก็ใช้หมอนหนุนให้กระดูกซี่โครงคืบขึ้นมาหน่อยก็ใช้ได้. ทิศทางเจาะ ให้ทำมุมไกลทางคานหน้าของผนังอกไว้ และอย่าให้เกิน ๔๕ องศา, และเบนหัวเข็มเข้าในหน่อย.

ท้ายที่สุด, การฝึกฝนตรวจด้วยใช้ปลายนิ้วมึนแฉก (คานเคอร์เวอริสตี พลเพชั่น) ซึ่งใช้โครงงานสามารถวินิจฉัยการมีของเหลวในถุงเยื่อหุ้มหัวใจได้ถูกต้อง, ก็คือการวางรากฐานอันนำไปสู่การเชื่อในตนเองชนิดที่จะไม่นำไปสู่ความผิดพลาดในการเจาะตำแหน่ง ๑ กับตำแหน่ง ๒, เมื่อนาน ๆ ใด พบบรายที่เยื่อหุ้มหัวใจคานหน้าและส่วนหน้าของคานข้างติดกันเป็นชั้น, ทำให้ส่วนมากของ ๆ เหลวไปอยู่คานหลัง, ก็จะได้มีความเชื่อในตนเองในการเจาะตำแหน่ง ๓. ความเคยชินในการเจาะตำแหน่งต่าง ๆ ย่อมเกิดประโยชน์ในรายที่ตองเจาะแล้วเจาะอีกบ่อยครั้ง. ผู้เจาะจะไต่หลักเลียงการเจาะซ้ำในบริเวณเดียวกัน, ซึ่งแม้จะไม่ตรง

จุดเดียวกันก็ใกล้เคียงกันมาก. โดยเฉพาะในรายที่ทำการอักเสบอย่างแรง, มักเกิดอาการระบมขึ้น, อันเป็นผลของการเจาะในบริเวณเดียวกัน, ทำให้ผู้ป่วยหวาดเกรงการเจาะบริเวณเดิมนั้น, และโอกาสที่ของเหลวพร้อมด้วยเชื้อโรค จะซึมหรือ รวบรวมมากตามทางเข็มเจาะก็มีมากขึ้น. จึงอยู่สมัยนี้ มียาชงกักการเพิ่มพูนของเชื้อโรคและยาฆ่าเชื้อโรคที่ชงกัก, แต่จะยึดถือเป็นเหตุละเลย ในการฝึกฝนทางเทคนิคการเจาะให้ไต่ครบถ้วนหาควรไม่.

เอกสาร

1. J. Harold Stewart : Cardiac Therapy, 1952.
2. Thomas Parkinson : B.M.J., 2: 985, 1953.
3. Pratt: Cardiovascular Surgery, 1954.
4. R. Buri, V. Viranuvatti and T. Harinasuta : Amer. J. of Gastroenterology, 23: 45, 1955.

(Summary of the foregoing article)

PERICARDIAL TAP

Prasert Kangsadal,
M.B., Ch.B. (Edin.), M.D.
(Dept. of Internal Medicine)

The technics of pericardial tap as given in two standard American textbooks and in an article, by an English authority, in the British Medical Journal, are discussed together with the technics used in the Department of Medicine, Siriraj Hospital Medical School.

Stress is given to "counter-thrust palpation" of the intercostal spaces as a reliable physical sign diagnostic of effusion. This physical method is the writer's own. The apparent audacity of tapping in the sixth right intercostal space close to the sternal border depends on positive evidence of this counterthrust palpation method.

Because of common occurrence of amebic liver abscess, which may involve any area of the liver and especially because of cases already encountered with rupture of the abscess into the pericardial sac, caution is given against

the 'paraxiphoid' route being used solely as the routine approach. For first tapping the left anterior, or the right anterior or the posterior route should be used according to indications and contra-indications. Thereafter the paraxiphoid route may be resorted to as an alternative for cases needing frequent tapplings. Anchovy sauce pus or pus of a similar color is absolute contra-indication against tapping by this route. Sero-sanguinous or bloody fluid is indicative of precaution before using this route. Thorough examination should be carried out to ascertain the absence of local pathology causing upward enlargement of the liver that might be in the way of the needle track. The wisdom of acquainting oneself with all the tapping routes is dogmatized.

(Four references)

P.K.

เพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟูซัน

การศึกษาย่อยทางคลินิก ๓๓ ราย

ตระหนักจิต ฮอร์วีนส์

W.U., D.T.M. & H.

และ

มุกตา ตฤชฌานนท์

W.U., M.P.H.

(แผนกอายุรศาสตร์)

เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบรุนแรงมาตั้งแต่สมัย
ของกาเลน. Riolan (๑๖๕๖) เป็นคนแรก
ที่อธิบายเรื่องเพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟูซัน และ
กล่าวว่า ควรบำบัดด้วยวิธีเจาะคุดนาออก.
แต่ตัวเขาเองไม่ได้ทำ. Romero และ Barce-
lona (๑๘๑๕) เป็นพวกแรกที่เจาะคุดนา
ออกจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ. Verney คุดนา
ออกได้มากที่สุดคือ ๕,๐๐๐ มล. Auen-
brugger ตรวจโดยวิธีเคาะ พบว่าอาณาเขต
และความทึบของหัวใจเพิ่มขึ้น. Laennec
เป็นคนแรกที่พบเสียงเสียดสีเยื่อหุ้มหัวใจ.
Collin และ Devillier เปรียบเทียบเสียงนว่า
เหมือนเสียงหนังสือตัวเสียดสีกัน. Picairn
(๑๗๘๘) แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง
รูมาติซึมและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ. หลัง
จากนั้นมา มีผู้สนใจศึกษาทดลองพยาธิ-
สรีรวิทยา เพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟูซัน และอาการ
แสดงของเพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟูซัน และมีผู้
สนใจศึกษาทางคลินิกออกมาก.

เพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟูซันเป็นพยาธิสภาพ

ที่พบบ่อยมาก, ถ้าไม่ลดมันลงไว้มัน
ในผู้ที่มีอาการหัวใจถกอด (คาร์ดิแอคแทม
โปกนาท) อย่างปัจจุบัน, ก็วินิจฉัยได้ถูก
ต้องและ การบำบัดด้วยวิธีเจาะคุดนา
ออกทันทีที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้.

โดยปรกติช่องเยื่อหุ้มหัวใจมีน้ำ ๒๕-
๕๐ มล. เท่านั้น. ถ้ามีน้ำเกินกว่า ๓๐๐
มล. จะมีอาการหัวใจถกอด. (17) แต่ทั้งนี้
ย่อมขึ้นอยู่กับเวลา. ถ้าน้ำออกเร็วเยื่อหุ้ม
หัวใจก็คลายไม่ทัน, อาการหัวใจถกอดก็
ย่อมจะเกิดขึ้นเร็ว. ถ้าน้ำเกิดขึ้นช้าๆ เยื่อ
หุ้มหัวใจมีโอกาสยืดหยุ่นออกและร่างกาย
ปรับตัวให้เหมาะสมได้ชั่วคราวหนึ่ง, อาการ
ก็ย่อมจะเกิดขึ้นช้าหรืออาจจะปรากฏอาการ,
ช่องเยื่อหุ้มหัวใจมีน้ำตกลดหรือสองลิตร
แล้ว.

ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๕ จนถึง พ.ศ.

๒๔๘๘ แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาล
ศิริราช รับผิดชอบไว้รักษาในโรงพยาบาล
๑๖,๒๐๕ ราย, พบเพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟู-

ชั้น ๓๔ ราย. แต่เนื่องจากรายงานขาดหายไปเสียข้าง, จึงค้นไต่และนำมาวิเคราะห์ ๒๘ ราย, และพบเมอตตรวจศพอีก ๕ ราย รวม ๓๓ ราย.

ก. วิเคราะห์และวิจารณ์

ตาราง ๑ อายุและเพศ

| อายุ (ปี) | จำนวนผู้ป่วย |
|-----------|--------------|
| ๑๒-๑๕ | ๘ |
| ๒๐-๒๕ | ๗ |
| ๓๐-๓๕ | ๗ |
| ๔๐-๔๕ | ๓ |
| ๕๐-๕๕ | ๖ |
| ๖๐-๖๕ | ๒ |
| รวม | ๓๓ |

ชาย ๒๕ ราย. หญิง ๘ ราย.

ในทบทวนไม่รวมผู้ป่วยของแผนกมารเวชศาสตร์, จึงไม่มีผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า ๑๒ ปี. จากประวัติการของผู้เขียนเองก็เคยพบผู้ป่วยอายุต่ำกว่า ๑๒ ปีบ้าง. พยาธิสภาพนั้นพบได้ทุกอายุ. เพศชายพบบ่อยกว่าเพศหญิง, ซึ่งตรงกับในต่างประเทศ. (4,5)

ข. อาการแฉะและอาการแสดง

อาการก่อนมาโรงพยาบาล มีตั้งแต่ไม่

ถึง ๑ วัน จนถึง ๓ ปี. รายแรกมาด้วยเรื่องโคโรนารีอโรมาโบลีส. รายหลังเป็นลูปัสอีริธมาโตสิส, มีอาการเหนื่อยง่ายมา ๓ ปี. เพอริคาร์เดียมอักเสบขึ้นอาการมานานแล้ว, และคงจะเกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่มีอาการหัวใจ ถูกตัดทิ้งๆ ทตรวจศพ พบน้ำตึง ๑,๐๐๐ มล. พวกที่เป็นหนองส่วนมากมาเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ๓-๗ วัน. ส่วนพวกที่เป็นวัณโรคมาหลังจากเริ่มมีอาการ ๑-๔ เดือน คงเป็นเพราะโรคไม่ซับซ้อน.

การวิเคราะห์ต่อไปได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองพวก คือ (ก) พวกที่วินิจฉัยได้ทางคลินิกและเจาะศอกได้ นำจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ, ซึ่งมี ๒๘ ราย, (ข) พวกที่พบในช่องเยื่อหุ้มหัวใจเมื่อตรวจศพ ๔ ราย, และการเจาะศอกได้จากช่องเยื่อหุ้มหัวใจภายหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว ๑ ราย, รวม ๕ ราย.

ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการแฉะมากกว่าหนึ่งอย่าง. บางรายมีถึง ๕ อย่าง, คือ เหนื่อย, หอบ, มีไข้, ไอ และเจ็บหน้าอก, ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มพยาธิสภาพอยู่ในทรวงอกร่วมด้วยทุกราย, คือ ปั่นิวโมเนีย, เยื่อหุ้มปอดอักเสบ, มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดและวัณโรค (ดูตาราง ๑๐). เพอริคาร์เดียม

สารศรราช

ตาราง ๒ อาการแข็ง

| อาการแข็ง | พวก ก. | พวก ข. |
|---------------|--------|--------|
| ๑. เทนอัย | ๒๘ | ๔ |
| ๒. หอย | ๒๔ | ๔ |
| ๓. ไซ | ๒๔ | ๓ |
| ๔. ไซ | ๑๑ | ๓ |
| ๕. เจ็บหน้าอก | ๑๘ | ๓ |
| ๖. เจ็บในท้อง | ๔ | ๑ |

ตาราง ๓ อาการแสดง

| อาการแสดง | พวก ก. ๒๘ ราย | พวก ข. ๕ ราย |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| ๑. ชีพจรเร็ว | ๒๖ (คลำไม่ได้ ๒) | ๕ |
| ๒. Pulsus paradoxus | ๒๐ (ไม่มี ๒, คลำไม่ได้ ๒, เบามาก ๔) | เบามาก ๔, ไม่บอกไว้ ๑ |
| ๓. ความดันชีพจรแคบ | ๑๕ | ๒ |
| ๔. อาณานิคมที่หัวใจเพิ่มขึ้น | ๒๘ | ๔ |
| ๕. Rotch's sign | ๒๗ | ๔ |
| ๖. ความหีบเคลื่อนได้ | ๑๐ (ไม่บอกไว้ ๑๔) | ๐ (ไม่บอกไว้ ๕) |
| ๗. กำบังหัวใจกระทบ—เบา | ๒๖ | ๔ |
| ๘. เสียงหัวใจเบา | ๒๖ (ไม่เบา ๒) | ๔ |
| ๙. เสียงเสียดสีเยื่อหุ้มหัวใจ | ๐ | ๐ |
| ๑๐. Ewart's sign | ๑๓ | ๑๑ |
| ๑๑. เจ็วคลา | ๔ | ๓ |
| ๑๒. บวม | ๒๐ | ๒ |
| ๑๓. ตับโต | ๒๗ | ๓ |
| ๑๔. หลอดเลือดดำที่คอโป่ง | ๒๒ | ๓ |
| ๑๕. วินิจฉัยพบจากรังสี | ๒๐ จาก ๒๖ ที่ทำ | ๐ จาก ๓ ที่ทำ |
| ๑๖. อ.ซี.จี. โวลท์ตี | ๑๐ จาก ๑๐ ที่ทำ | ๐ จาก ๑ |

หลังจากเจาะคณานอกครั้งแรก. รายที่ยังไม่หายผลที่สัปดาห์หลังจากคคครั้งแรกต่อไป. ผู้เขียนพบว่า pulsus paradoxus มักจะหายไปควบกับอัตราชีพจรลดลงและความดันชีพจรกว้างขึ้น.

มม.ปรอท ๘ ราย.) พวก ข. มีเพียง ๒ ราย. รายหนึ่งเป็นโคโรนารีรั่วอมไบสตีอ์อยู่แล้ว. ระบายมนานาเพียง ๕๐๐ มล. อีกรายหนึ่งมีหนองในถุงเยื่อหุ้มหัวใจหลังจากเป็นป่นิวโมเนีย ระบายรายงานตรวจศพไม่ได้บอกปริมาณที่นำไว้.

๓. ความดันชีพจร พบแคบในพวก ก. ๑๕ ราย. (ความดันวัดไม่ได้ ๑ ราย; ๑๐-๑๕ มม.ปรอท ๖ ราย; และ ๒๐-๒๕

ความดันชีพจร ไม่แคบถึงที่ มานามาก (เกิน ๕๐๐ มล.) มี ๕ ราย, เป็นพวก ก. ๔ ราย, พวก ข. ๑ ราย (ดูตาราง ๔).

ตาราง ๔. ปริมาณน้ำและ ความดันชีพจร

| มล. | ก่อนเจาะ | | | | หลังเจาะ | | | |
|-----------------------|----------|------|-----|----|----------|------|-----|----|
| | ด.ล. | ด.ช. | ช. | ห. | ด.ล. | ด.ช. | ช. | ห. |
| ๑,๓๐๐ (เจาะ) | ๑๒๔/๗๘ | ๔๖ | ๕๕๐ | ๕๘ | ๑๒๔/๖๔ | ๖๐ | ๑๐๐ | ๓๔ |
| ๑,๐๐๐ (พวก ข. ตรวจศพ) | ๑๑๐/๗๐ | ๔๐ | ๑๐๐ | ๓๒ | — | — | — | — |
| ๗๕๐ (เจาะ) | ๕๕๐/๑๐๐ | ๕๐ | ๗๖ | ๒๒ | ๑๖๐/๑๐๐ | ๖๐ | ๗๐ | ๒๒ |
| ๓๕๐ (เจาะ) | ๑๓๐/๕๐ | ๔๐ | ๑๐๐ | ๒๒ | ๑๔๐/๘๘ | ๕๒ | ๘๖ | ๒๒ |
| ๖๐๐ (เจาะ) | ๑๑๕/๖๐ | ๕๕ | ๑๔๐ | ๔๐ | ๑๒๐/๕๕ | ๖๕ | ๑๒๐ | ๓๒ |

ด.ล. = ความดันเลือด. ด.ช. = ความดันชีพจร. ช. = อัตราชีพจร. ห. = อัตราหายใจ

สำหรับพวก ก. เมื่อเจาะคณานอก (ซึ่งคคไม่หมดเพราะภาพรังสียังเห็นเหลืออยู่) ความดันชีพจรกว้างขึ้น, ชีพจรและการหายใจช้าลง.

ความดันชีพจรแคบเพราะเลือดไหลเข้าหัวใจ น้อยลง เนื่องจากนำซีคขวางต่อการขยายของห้องหัวใจ. จำนวนเลือดที่คคออกจากหัวใจน้อยลง. ความดันซิสโตลิกตก.

หลอดเลือดที่ร่างกายหดตัว. ความดันโคแอสโตลิกสูงขึ้น. ความดันชีพจรแคบ. (12, 19) ขอน้ำค้วอย่างกลไกขึ้นมาเส้คง ๒ ราย. ผู้ป่วยรายแรกมาด้วยเรื่องป่นิวโมเนีย. ต่อมาเป็นเพอริคาร์ดิทิสแล้วก็ตามด้วยเอ็ฟฟิวชั่น. เรว้กับความดันเลือดไว้ทุกวัน. ความดันเลือดซิสโตลิกค่อย ๆ ตกลงและโคแอสโตลิกสูงขึ้น. ความดันชีพจรแคบ.

ขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการแสบตองขึ้น ๆ ของเพอริ
 การเคเบิลเซฟชันด้วย, จึงเจาะคุดหนอง
 ออก. ความคณชีพจรกลบคณ. ต่อมา
 หนองเพิ่มขน, ความคณชีพจรก็แคบลงอก.
 อกรายหนึ่งเข้ามามีอาการหนักจึงรีบ
 เจาะคุดหนองออกจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจด่วน.
 พร้อมกันนั้นได้วัดความคณเลือด, อัตรา
 ชีพจร, และการหายใจเป็นระยะ ๆ. เห็น
 ว่าความคณชีพจรกว้างขน, อัตราชีพจรและ
 หายใจลดลง.

๔. อาณาเขตที่หัวใจ กว้างและมากขน

พบทุกรายในพวก ก. ไม่พบรายเดี่ยวเท่า-
 นันในพวก ข. Aperti และ Figardi กล่าว
 ว่าอาณาเขตที่หัวใจไม่เปลี่ยนแปลง, ถ้ามี
 นานน้อยกว่า ๔๐๐ มล.⁽¹⁷⁾ ผู้ช่วยรายเดี่ยว
 ที่อาณาเขตที่หัวใจไม่กว้างขนนเป็นโคโร-
 นารีอโรมโยสิส. ตรวจศพพบว่ามัน
 เหลืองปนเลือดในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ ๔๐๐
 มล. พวก ข. อีก ๔ รายที่พบอาการแสบตอง
 น ๒ รายไม่ได้บอกจำนวนไว้. อีก ๒ ราย
 มี ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ มล.

๕. Roche's Sign คือเคาะที่ช่องซี่โครง

ที่ ๔ และ ๕ ข้างขวาของกระดูกอก. ทั้ง
 พวก ก. และพวก ข. พบหมด, เว้นพวกละ

หนังราย. ราย ก. นำมารวมอยู่ข้างซ้าย
 เห็นในภาพรังสีคล้ายอกน. รังสีแพทย์ให้
 ความเห็นว่า มุกอนใน ปอดซ้าย อยู่ชิด ขอบ
 ซ้ายของหัวใจ. ราย ข. ตรวจศพพบน้ำ
 ๔๐๐ มล. (รายเดียวกับในข้อ ๔ ข้างบน).

๖. ความที่บเคลดอนที่ได้ ในรายงานมี

เพียง ๑๐ รายซึ่งอยู่ในพวก ก., นอกขน
 ไม่บอกไว้. ผู้จกรายงานอาจไม่ได้ตรวจ
 หรือตรวจแล้วไม่พยกได้. ผู้เขียนพบว่าถ้า
 มานามากพอประมาณจะตรวจได้อาการแสบตอง
 นชัด. ถ้ามีนามากจนคณให้ถึงเยื่อหุ้มหัวใจ
 ึ่งมาก แล้วจะ ตรวจไม่ พบบอาการ แสบตอง น.
 Wood ไม่พบอาการแสบตองน ในรายที่เขียนขง
 ขัน.⁽²⁰⁾ ผู้เขียนพบว่าในการโป่งพองของ
 หัวใจ บางรายก็มีความที่บเคลดอนที่ได้
 เหมือนกัน, ฉะนั้นการวินิจฉัยจึงต้องอาศัย
 การตรวจโดยวิธีอื่นช่วยด้วย.

๗., ๘. แรงหัวใจกระทบ (คาร์ดิเอ็ค
 อิมพัลส์) เบาและเสียงหัวใจเบา พย

่วมกันคงจะเห็นได้ทั้งพวก ก. และพวก ข.
 พบในรายที่มันามากท่วมคลุมคณหน้าหัวใจ.
 เมื่อเจาะนำออก ๒๐๐-๓๐๐ มล. จะได้
 แรงกระทบแรงขนและเสียงหัวใจคณชัดขน

๒๕ -
ทงทยงเงาเอนาออกไตอกมาก.

ถ้าแรงกระแทก และเสียงหัวใจ ซึ่งเคยมี
ชั้กกลับเขาหรือหายไปพร้อมกั้มีอาการเขตทย
หัวใจเพิ่มขึ้น, ใ้หนักถงเพอริคาร์เดียม
เอ็ฟฟัซันตังในผู้ช่วยรายหน่งในพวก ก. ซง
๓ มล. เป็น ผู้บคอะมยคกกลับซำยของตย. ภาพรังสั
แสดงเงากระบังลมซำยไกล่ค่อนกลาง โผล
แหลม. ผู้เขียนจะเงาคคหนองจากตยแต่
ผู้ช่วยไม่ยอม. ผู้เขียนไตบอกลผู้ช่วยว่าผ่นจะ
แตกเขาถงเยอห่มหัวใจ. รุงซนผแตกเขา
จริง ๆ. แรงหัวใจกระทยและเสียงหัวใจซง
เคยชั้กหายไป. เงาคคเยอห่มหัวใจไต
หนองสีกระปี ๓๐๐ มล. แรงหัวใจกระทย
และเสียงหัวใจกั้กลับชั้กซน. (๒)

แต่ถ้านำไม่ท่วมค้ำหน้าหัวใจ, แรง
หัวใจ กระทย และเสียง หัวใจ ก็ไม่ น้อย ลง.
ชุก ก. มรายนงซงนามารวมอຍู่ทางทงาน
ซำย (เห็นในภาพรังสั). ผู้เขียนเคยพยผู้
ผู้ช่วยรายหน่งเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๗ แรงกระทย
และเสียงหัวใจชั้กตง ๆ ทม่นำในช่องเยอ
ห่มหัวใจมาก (เงาคคออกหลายครั้ง).
ตรวจศัพพยพงคคตคิทางทงาน หน้าหัวใจกั้
บ่นงอก.

๕. เสียงเสียดสี เยอห่มหัวใจในชุกน
ไม่มีสักรายเคียว. แต่หลังจากเงาคคหน้า

ออกข้าง (๒๐๐-๓๐๐ มล.) กลับไ้คยใน
แทบทกราย. พวก ก. มี ๓ รายทมเสียง
เสียดสีอຍู่ก่อน. เมื่อมีอาการแสดงของ
เพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟัซันเสียงเสียดสีหาย
ไป. เมื่อเงาคคหน้าออกข้างเสียงเสียดสี
กลับม้อก. พวก ข. มรายนงเสียงเสียด
สีทเคยมีหายไป. เมื่อผู้ช่วยทยแล้วแพทย์
ลยงเงาคคเยอห่มหัวใจ, คุกไ้ค้หนอง,
ฉะน่นผู้ช่วยทแรงหัวใจกระทย และ เสียงหัวใจ
ไม่เบา หรือมีเสียงเสียดสี ของเยอห่มหัวใจ
ก็อาจมีเพอริคาร์เดียมเอ็ฟฟัซันไต. มีผู้
พบความจรงซนแล้วหลายทงาน (4,5,17,20)
แต่ถ้าเสียงหัวใจและเสียงเสียดสีซงเคยมี
ชั้กกลับเขาหรือหายไปครรรถถงเพอริคาร์-
เดียมเอ็ฟฟัซัน.

๑๐. Ewart's Sign ในรายทม่นำมาก,
ถง เยอห่มหัวใจไตไปคคชอชซำย จึงทำให้
ตรวจไตทยขวิเวณมมด่างกระคคสะบักซำย
และมีเสียงหายใจบยบร้องเศยล. ชุก ก.
ประมาณครึ่งหน่งมีอาการน. ชุก ข. มี
เพียงรายเคียว. รายนม่นำ ๒,๐๐๐ มล.,
Ewart's Sign อาจเป็นเรจงของชอกอ๊กเศย
หรือพลิวรัลเอ็ฟฟัซันทมอຍู่คย. (17)

๑๑., ๑๒. เขี้ยวคลาและบวม เป็น
 เรื่องของหัวใจล้ม. พวกทมิฬพยาธิสภาพใน
 ปอดอยู่แล้วยังเขี้ยวและหอบมากขึ้น.

๑๓., ๑๔. ตับโตและหลอดเลือดดำที่
คอโป่ง จะพบร่วมกัน⁽²⁰⁾ เนื่องจากพยาธิ
 สรีรวิทยาเหมือนกัน.⁽¹⁴⁾ พวก ก. มี ๒
 รายที่ตับโตแต่เส้นเลือดที่คอไม่โป่ง. ราย
 หนึ่งเป็นผ.บค., อีกรายหนึ่งมีหนองในถุง
 เยื่อหุ้มหัวใจ. ในรายงานไม่ได้กล่าวถึง
 เส้นเลือดดำที่คอ. มีตรวจอาจละเอียดหรือตัด

ถูกน้ำในถุงเยื่อหุ้มหัวใจคนลงมา,⁽¹⁹⁾ จึง
 คลำได้โดยที่ตนเองยังไม่เลือกคอง. Wood
 พยว่าในรายที่เป็นเฉียบพลันหลอดเลือดดำ
 ที่คอจะโป่งก่อนตัด, และเมื่อหายจาก
 อาการหัวใจถูกอัดหลอดเลือดดำที่คอจะยุบ
 ก่อนตัด,⁽²⁰⁾ เราก็อพบเช่นเดียวกัน, พวก
 ข. อาการแสดงทั้งสองนี้พบร่วมกันทุกราย.

๑๕. การตรวจทางรังสี พวก ก. รังสี
 แพทย์ให้ความเห็นเป็นอน ๖ รายจาก ๒๖
 รายซึ่งพอ ๆ กับในต่างประเทศ^(4, 5, 8) (ก
 ตาราง ๕).

ตาราง ๕. ชุด ก. ๖ รายที่รังสีแพทย์ให้ความเห็นเป็นอน

| รายที่ | ความเห็นทางรังสี | ผลการเจาะคูดน้ำจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ |
|--------|--|--|
| ๑. | ห้องเวนิสทริเคลิตทั้งสองข้าง. น่าจะเป็น แอนิวาสีสมีของเวนิสทริเคลิตซ้าย | น้ำเหลือง ๑,๕๕๐ มล. |
| ๒. | ก้อนซีสต์คิโนปอดซ้ายชิดขอบหัวใจ | หนองสีเขียวอ่อน ๕๕๐ มล. ตรวจไม่พบเชื้อ |
| ๓. | หัวใจโตปานกลาง กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง | หนองขุ่นสีเหลือง ๕ มล. ตรวจศพมีหนอง |
| ๔. | หัวใจโตพองปานกลาง กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง | หนอง ตรวจศพ |
| ๕. | หัวใจโตพองมาก กล้ามเนื้อหัวใจอ่อน | หนองสีเหลือง (สเตฟ. ออเรียส) ๖๐๐ มล. |
| ๖. | หัวใจโตมาก | หนองสีน้ำตาลอ่อน (ไม่พบเชื้อ) ๓๐๐ มล. |

ตาราง ๖. ชุด ข. ผลการตรวจรังสี

| รายที่ | ความเห็นทางรังสี | ผลการตรวจศพ |
|--------|-------------------------------|--|
| ๑. | หัวใจโต | หนอง ๒,๐๐๐ มล. (มีโคกระบังลมแตกเข้าถุงเยื่อหุ้มหัวใจ) |
| ๒. | หัวใจโต | น้ำเหลือง ๑,๐๐๐ มล. |
| ๓. | ไม่กล่าวถึงหัวใจ (ตรวจโดยฟลู) | ตาย ๓ วันต่อมา ลองเจาะหลังตาย ได้หนองไม่ได้บอกจำนวนไว้ |

ตระหนักจิต หารินสุต มุกดา ตฤณานนท์

ตารางที่ ๘ ลักษณะน้ำและเหตุ

(พวก ก. ๒๘ ราย)



| ลักษณะ | ราย | ชื่อ | ราย | หมายเหตุ |
|----------------------|-----|---|--------------------------------|---|
| หนอง | ๑๒ | ปนิวโม. ดิโปล. แกรมบวกล สตาฟ. ออเรียส ค็อคโค, แกรมบวกล สเตอร์ป. วิริแดนส์ ไม่พบเชื้อ | ๑ ๓ ๒ ๑ ๑ ๔ | เพาะเชื้อพบทั้งในเลือด หนองจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และ หนองจากช่องเยื่อหุ้มปอด ข้อมพบ หนังสือเพาะเชื้อพบทั้งในเลือดและในหนอง อีกหนังสือเพาะเชื้อพบทั้งในเลือด, หนอง, และหนองจากฝัก ที่หน้าอก ข้อมพบ เพาะเชื้อพบในหนอง |
| หนองสีกะปิ | ๓ | อะมีบิก | ๓ | ผลิตภัณฑ์กลับซ้ายแตก |
| น้ำเหลือง | ๓ | รุมาคิค มะเร็ง ไม่รู้เหตุ วัณโรค | ๑ ๑ ๕ | ตรวจศพพบเอ็นโดคาร์ไตติสของลิ้นไมตรัล เห็นก้อนในภาพรังสี. ใบออปซิชย์ต่อมน้ำเหลืองซูปราแกล- วุลาร์ พบว่าเป็นอะดีโนคาร์ซิโนมา. เจาะคูครั้งได้น้ำ ๑๕๐ มล. ความถ่วงจำเพาะ ๑๐๑๒ { ๑ รามีวัณโรคที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองรอบคอ ๓ รามีวัณโรคที่ปอด, ในจำนวนนี้ ๑ รายเพาะเชื้อได้จากน้ำ ด้วย. ๑ รายข้อมพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ. ๑ รายเพาะได้เชื้อวัณโรคจากน้ำ. ๑ รามีแพนคาร์ไตติส ๒ { ๑ รามีประวัติรุมาคิคและได้ผลเมื่อให้ซาลิไซลิต. ๑ ตรวจศพ มะเร็งหลอดลม ๑ เจาะน้ำ ๒ ครั้ง ๓๕๐ และ ๕๕๐ มล. ก.พ. ๑๐๒๒, ๑๐๒๐ ๑ ครั้งแรกมี ม.ล.ด. ๓๕/มม.๓ ครั้งหลังมีนาสฟาง. |
| น้ำเหลือง ปนเลือด | ๕ | รุมาคิค มะเร็ง ไม่รู้เหตุ | ๒ ๑ | |
| เลือด | ๑ | มะเร็ง | ๑ | ตอนแรกเป็นเลือดแท้ ตอนหลังเป็นน้ำเหลืองปนเลือด. ตรวจศพแอลวีโอลาร์เซลล์คาร์ซิโนมา |

เหตุของเพอริคาร์เดียมอักเสบชั้นกำรตึก
 เซอหนองเยนเหตุสำคัญซึ่งตรงกบรายงาน
 ในค่างประเทศ(4, 5, 8) เหตุที่ค่างประเทศ
 ไม่ค่อยจะกล่าวถึงค่อะมิบค. ของเราพบถึง
 ๓ รวย, เกิดจากผบค่อะมิบคกกลับซ่ายแตก

เข้าไป. ผเขียนไค่รายงานไว้แล้ว(2) ขณะ
 ทเขียนเรองนกกมอกหนงรวย. การทของ
 เรามมากกว่า ค่าง ประเทศ เพราะ เราม ผ
 ะมิบคคตบมากนเอง.

ตารางที่ ๕ ลักษณะนำและเหตุ

ชค ข. ๕ รวย

| ลักษณะ | รวย | เหตุ | รวย | หมายเหตุ |
|------------------|-----|---------------------------|-----|---|
| หนอง | ๓ | ดิโปล. แกรมบวก | ๑ | เจาะช่องเยื่อหุ้มหัวใจหลังตาย ได้หนอง |
| | | ไม่บอกไว้ | ๒ | ผกระบังลมแตกหนงรวย หลังจากเป็นป่นิวโมเนีย ๑ รวย |
| น้ำเหลือง | ๑ | L.E. | ๑ | ตรวจศพ |
| น้ำเหลืองปนเลือด | ๑ | โคโรนารีย์ หรืออมโบลิส | ๑ | ตรวจศพ |

ลักษณะของนำขนอยกบเหตุ. ในชคน
 พบว่าพวกทเป็น วมโรคคานาเป็นนำเหลืองปน
 เลือด. สำหรับเรองนำเป็นเลือดและนำ
 เหลืองปนเลือดได้มีผวเคราะห์แล้วแต่ยังไม่
 คัพมพ.(9)

การเจาะ, ปริมาณนำและจำนวนครั้งที่

เจาะ

ตำแหน่งทเจาะ (๑) ทางซ่ายช่องช-
 ไครงที่ ๔ หรือ ๕ ในเส้น อาณาเขต ทบ

ประมาณ ๑-๒ ซม. (๒) ข้างขวา, ช่องท
 ๔ หรือ ๕ ชคกระดูกอกหรือภายในเส้นอาณา
 เขตททบ ๑ ซม. ต้องระวังหลอดเลือดแดง
 อินเทอร์นัลแมมมารีย์. (๓) ตรวจมมซ่าย
 ระหว่าง กระคอกอ่อนช ไครง และ กระคอกช-
 พอยค (ทรานส์โคอะแฟร์กมาตึก).

ในรวยทมนำมากครงแรก ๆ ของการ
 เจาะ, ผเขียนชอบเจาะซ่างซ่ายเพราะปลอกค-
 ภัยและได้นำออกมาก พอทจะบรรเทาอาการ

ทั้งพวก ก. และ ข. มีพยาธิสภาพร่วม
 ควบทั้งนั้น, นอกจากรายเคียวในพวก ก.
 ที่ตรวจไม่พบพยาธิสภาพอื่น. รายงานโร
 พยาบาลควบเรื่องหัวใจมีเลือดคั่ง. เมื่อ
 เจาะคนออกเพียง ๒ ครั้ง (๕๗๐ และ
 ๕๕๐ มล.), ผู้ป่วยก็สบายขึ้นมา. สาเหตุ
 ของเอ็ฟเฟชั่นในรายนี้ไม่ทราบแน่.

พยาธิสภาพที่พบร่วมควบมากที่สังเกตคือ
 เยื่อหุ้มปอดอักเสบ, พลิวรัลเอ็ฟเฟชั่น, หนอง
 ในช่อง เยื่อหุ้ม ปอด และป็นิวโมเนีย ซึ่งเป็น
 พยาธิสภาพของอวัยวะใกล้เคียงกับหัวใจ.
 รายงานพยาธิสภาพแทรกซ้อนมาก ที่สังเกต
 มาโรงพยาบาลควบเรื่องหัวใจล้ม, มีหนอง

ในถุงเยื่อหุ้มหัวใจจากเชื้อสตาฟ. ออเรียส
 ในเลือดก็เพาะได้เชื้อเดียวกัน. สองสัปดาห์
 ต่อมาเกิดเป็นป็นิวโมเนียข้างซ้ายทงกลีบ
 และล่าง, พร้อมทงมีเยื่อหุ้มปอดขวาอักเสบ,
 มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย. สิบ
 สัปดาห์ต่อมามีข้ออักเสบเคลื่อนที่ซึ่งรักษา
 ควบซาลไซลเลทโคผลดี. อีกสัปดาห์ต่อมา
 เป็นข้ออักเสบอิมยอิลิติส ของ กระดูก เบริอัส
 ซ้าย. ได้รับความรักษาโดยการผ่าตัด. รายงาน
 ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ๘ เดือนครึ่งหายเรื้อ
 ร้อยดี. ผู้ป่วยได้มาเยี่ยมผู้เขียนหลังจาก
 ออกไปจาก ร.พ. ได้ ๖ เดือน, เป็นปรกติดี.

ตาราง ๑๒ ผลการรักษา

ชุด ก. ๒๘ ราย

| ผลการรักษา | ราย |
|------------|-----|
| หาย | ๗ |
| ทุเลามาก | ๑๒ |
| ไม่ทุเลา | ๒ |
| ตาย | ๗ |

ชุด ข. ตายหมดทั้ง ๕ ราย.

ชุด ก. ที่ไม่ทุเลา ๒ ราย, รายหนึ่งมี
 หนองในถุงเยื่อหุ้มหัวใจเกิดจากเชื้อ ค็อค-

ไคแกรมมวก (ย้อมพบ, เพาะเชื้อไม่ขึ้น).
 ญาติผู้ป่วยไม่พอใจ เพราะ รักษาหกลัปดาห์
 แล้วอาการก็ หนักเพียงเล็กน้อย จึงขอรับกลับ

ตระหนักจิต ะริณสฺส มุกดา ตฤชณานนท

571

บ้าน. ผู้เขียนไม่ได้ข่าวคราวจากผู้ช่วยอีก.
 อภิกรายหนังสือเป็นมะเวงหลอกลม. ผู้ช่วย
 กลับไปโตสสปีตาหูกตาย. เมื่อออกจาก

โรงพยาบาลผู้ช่วยไม่มีอาการ และ อาการ
 แสลงของเพอร์คาร์เดียมเค็ลเอฟชันแล้ว, แต่
 ผอมลง, อ่อนเพลีย, เบื่ออาหาร.

ตาราง ๑๓ ชุด ก. ท้าย ๗ ราย

| รายที่ | อยู่ ร.พ. ... วัน | หมายเหตุ |
|--------|-------------------|--|
| ๑ | ๑๕ | ผู้ช่วยหนักมาก ตรวจศพ รูมาติกแพนคาร์ไตติส. มีน้ำเหลืองในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ ๖๐๐ มล. |
| ๒ | ๑/๒ | หนักมาก ตรวจศพ หนองในถุงเยื่อหุ้มหัวใจประมาณ ๔๐๐ มล. เชื้อดีปโตค็อกโค. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย. เยื่อหุ้มปอดขวาอักเสบมีน้ำเหลือง ๕๐๐ มล. |
| ๓ | ๓๒ | หนักมาก ผู้ปิดตับแตกเข้าทั้งช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย และ ถุงเยื่อหุ้มหัวใจมีปนิวโม- เพอร์คาร์เดียม. ลมเข้าทางหลอดระบายหนองจากช่องเยื่อหุ้มปอด. ตรวจศพ.(๒) |
| ๔ | ๑ | หนักมาก ผู้ปิดตับแตกเข้าช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และแตกเข้าช่องท้อง มีเยื่อช่อง ท้องอักเสบด้วย ตรวจศพ (๒) |
| ๕ | ๒๕ | อะดีโนคาร์สิโนมาของปอด, เยื่อหุ้มปอด, เยื่อหุ้มหัวใจชั้นนอก, หลอดอาหาร, ต่อม้ำเหลืองข้างหลอดลม, เนื้อเยื่อไพลาร์, กระเพาะอาหาร, ตับอ่อนและข้าง เอออร์ตา. ตรวจศพ. |
| ๖ | ๓๖ | วัณโรคปอด (บร็องไจน์นิวโมเนีย) ทั้งสองข้าง. วัณโรคเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้ม หัวใจ. ตรวจศพ. |
| ๗ | ๔ | เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ. ล้มไม่ตรัสจากรูมาติก. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบมีน้ำเหลือง ปนเลือด ๕๐๐ มล. มีน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้งสองข้างมาก. เอออร์ตาอัก เสบ (ซีซีฟิลิส?) ตายเพราะมีพลิวโรบร็องเชียลฟีสตุล่า เนื่องจากการเจาะช่อง เยื่อหุ้มปอดแล้วทะลุ. ตรวจศพ. |

การติดตามผู้ช่วย พวกที่หายมาคือคือ
 ๒ ราย. รายหนึ่งคือรายที่มีพยาธิสภาพ
 แทรกซ้อนมาก (ไตกล่าวไว้แล้ว). อภิกราย
 หนังสือเป็นหนองหลังจากเป็นปนิวโมเนีย (เยื่อ
 ใต้ ดีปโตค็อกโค). ๕ เดือนหลังจากออก

จากโรงพยาบาลผู้ช่วยสบายดี.
 พวกที่ทะเลาะมาก ๑๒ ราย. มาคือคือ ๖
 ราย. สองรายกลับมาตายที่โรงพยาบาล.
 รายหนึ่ง เป็น วัณโรคปอด และมี เพอร์คาร์-
 เดียมเค็ลเอฟชัน. คราวหลังนมากววยเรื่อง

เยื่อหุ้มสมองอักเสบ. อีกรายหนึ่งเป็นมะเร็ง (มีเลือดในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ), กลับมากับวัย ๕ เดือน. มะเร็ง แอลวี่โอลาร์เซลล์คาร์ซิโนมา. อีก ๒ รายมีอาการและ อาการแสดงของหัวใจถูกบีบรัดหลังจากออกจากโรงพยาบาล ๒ ปี และ ๔ ปี. เคมีรายแรกเป็นพัยโอเพอริคาร์ดิเคียม. รายที่ ๒ เป็นวัณโรค. ผู้ป่วยยังไม่ยินยอมผ่าตัด. อีก ๒ รายสลายไปหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ๓ เดือน, และ ๒ ปี.

การบีบรัดกันพยาธิสภาพเกิดตามเพอริคาร์ดิเคียมเอฟเฟชัน, คือหัวใจถูกบีบรัดหรือพัง ผิด คัด กับ อวัยวะข้างเคียง, น. พ. ประเสริฐ กังสกลชัย แนะนำให้ใช้ไฮโดรโคโรนาริเดสเพื่อละลายไฟโบรสิส. ผู้รายงานใช้ในชั้น ๕ รายให้อยู่ประมาณ ๑ เดือนมีรายเกือบท กลับมากับวัยของ accretio cordis. การใช้สเตียรอยด์กับแอสไพรินในรายที่หนองชั้นมาก, และการใช้สเตียรอยด์กับแอสไพรินร่วมกับแอนติไบโอติกและยารักษาวัณโรคอาจ ช่วยป้องกันพยาธิสภาพเกิดตามได้.

สรุป

๑. คักษาผู้ช่วยเพอริคาร์ดิเคียมเอฟเฟชัน ๓๓ ราย. วินิจฉัยได้ทางคลินิก ๒๘ ราย. พบในการตรวจศพ ๕ ราย.

๒. พบได้ทุุกอายุ, เพศชายมากกว่าหญิง.

๓. ผู้ป่วยมาโรง พยาบาล ด้วย อาการหัวใจถูกบีบรัดและอาการของโรคอื่นเป็นสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมด้วยคือ หนอง, หอบ, ไอ, ไข้, และบวม.

๔. อาการ แสดงเรียงตาม ลำดับ ที่พบบ่อยคืออานาเขตที่หัวใจกว้างและมากขึ้น, Rotch's sign, คัพโต, เสียงหัวใจเบา, แรงกระทบหัวใจเบา, ชีพจรเร็ว, หลอดเลือดดำที่ คอโป่ง, pulsus paradoxus, บวม, ความดันชีพจรแคบ, Ewart's sign, ความทึบเคลอนไต, เขียวคลา.

๕. การตรวจทางรังสีช่วยในการวินิจฉัยมาก, แต่พลาดได้. การตรวจด้วยอ.ศ.จ. ช่วยบ้าง.

๖. เหตุ ที่ พบบ่อย คือ คัด เชื้อ หนอง. รองลงมาคือ วัณโรค, รูมาติก, ไขมันค, และมะเร็ง.

๗. พยาธิสภาพ เกิด ตาม คือหัวใจถูกบีบรัด, พบเพียง ๓ รายเท่านั้น.

๘. อัตราตายใน พวกที่ วินิจฉัยได้ทางคลินิกมี ๒๕ เปอร์เซ็นต์.

ใน ที่สุดนี้ ผู้รายงาน ขอขอบคุณ แพทย์ ในแผนกอายุรศาสตร์, รังสีวิทยา, พยาธิวิทยา, และบรรณารักษ์ของ คณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล ที่ช่วยให้ การศึกษานสำเร็จ.

ऐकसर

1. I.A. Bigger: Suppurative Pericarditis. *Ann. Surg.* 109: 763, 1939.

2. R., Buri, V. Viranuvatti, & T. Harinasuta: Three Cases of Pericardial Effusion due to Rupture of Amoebic Liver Abscess. *Am. J. Gastro.* 23: 45 1955.

3. J.A. Capps, (1932) cited by R.H. Major, *Physical Diagnosis*, 4th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1951.

4. R.C. Cabot, *Facts on the Heart*, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1955.

5. P.D. Camp, and P.D. White, : Pericardial Effusion: A Clinical Study. *Am. J. M. Sc.*, CLXXXIV, 782, 1932.

6. C.K. Friedberg: *Diseases of the Heart*. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1950.

7. G.C., Griffith, and L. Wallace: The Etiology of Pericarditis. *Am. Heart J.*, 37: 636, 1949.

8. G.R. Herrmann, et al.: Pericarditis: Clinical and Laboratory Data of 130 Cases, *Am. Heart J.*, 42. 641, 1952,

9. P. Kangsadal: Personal communication.

10. J. Mcquire: *Diseases of the Pericardium*. Cecil & Loeb, Text book of Medicine 9th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1955.

11. C.W. Mills: Simple Clinical Aid in Diagnosis of Haemorrhagic Pericardial Effusion. *J.A.M.A.* 150: 1208, 1952. .

12; S.R. Post: Decrease of Cardiac Output by Acute Pericardial Effusion and its Effect on Renal Haemodynamics and Electrolyte Excretion. *Am. J. Physio*, 165: 278 1951.

13. L.R. Sante: *Principles of Roentgenological Interpretation*. 5th ed. Michigan, Edwards Brothers, 1944.

14. W.A. Sodeman, *Pathologic Physiology. Mechanisms of Diseases*, 2nd ed., Saunders Co.

15. H.J. Stewart, N.F. Crane, and J.E. Deitrick: Studies on the Circulation in pericardial Effusion. *Am. Heart J.*, 16: 189, 1938 Philadelphia, 1956.

16. R. Suwanasut: Personal communication.

17. P.D. White: *Heart Disease*. 4th ed., The Macmillan Co., New York, 1951.

18. R.G. Williams, and I. Steinberg: The Value of Angiocardiography in Establishing the Diagnosis of pericarditis with Effusion. *Am. J. Roentgenol.*, 61: 41, 1949.

19. C.S. Williamson: Pericarditis with Effusion, Experimental Study. *Arch. Int. Med.*, 25: 206, 1920.

20. F.C. Wood: Observation on Pericardial Disease, *Med. Clin. N. Am.* 37: 1639, 1953.

21. P. Wood: *Diseases of the Heart & Circulation.*, 2^{ed} ed., J.B. Lippincott Co., London, 1952.



ภาวะอากาศรั่วเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง

วิเคราะห์รายงาน ๑๘ ราย*

สุนทร ตันตน์นนท์

ว.บ., F.C.C.P.

และ

บัญญัติ ปริชญานนท์

ว.บ., F.C.C.P.

ประเสริฐ กังสतालย์

พ.ด., M.B., Ch.B. (Edin.)

(แผนกอายุรศาสตร์)

ภาวะอากาศรั่วเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง (Spontaneous pneumothorax) หมายถึงภาวะที่เกิดภาวะดังกล่าวโดยมีพยาธิสภาพที่เนื้อปอดหรือเยื่อหุ้มปอดหรือทั้งสองอย่าง, จนเกิดการทะลุของเยื่อหุ้มปอด, โดยมีได้เกิดจากขาดแผลหรือการกระทบกระแทกอย่างแรงจากภายนอก.

อิทาร์ค (ค.ศ. ๑๘๐๓) พบภาวะนี้ในการตรวจศพ, และเป็นผลตงข้อ “ปนีวโม-โธแรกซ์”.

เลนเนค (ค.ศ. ๑๘๑๕) เป็นคนแรกที่ได้อธิบายภาวะนี้ในคนที่ยังไม่ตาย. จากนั้นต่อมาก็มีผู้รายงานเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบันเป็นจำนวนมากมาย.

ในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๕ ป. กังสतालย์ได้รายงานผู้ช่วยด้วยภาวะนี้สาม

ราย ต่อที่ประชุมวิชาการ ประจำ เดือน ของ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, แต่มิได้ส่งตีพิมพ์. ในปีก่อนนั้น (พ.ศ. ๒๔๗๔) ป. กังสतालย์ ได้เริ่มย้ายมาช่วยด้วยภาวะนี้ รายหนึ่งซึ่งถึงขนาดเกือบจะตายอยู่แล้ว, คือ หอบलगทง ทงพง และ ผิวหนังแสดงสีเขียวคลาทางตัว. ในวันทสามเมื่ออาการทเลามากแล้วแต่ยังไม่ช้ค, ได้ลำเลียงผู้ช่วยเข้ามาช่วยรักษาต่อไปในศิริราชพยาบาล. รายงานใ้่อากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดชวอายุ ก่อนแล้วเพอรักษาวัธโรค. หลังจากใ้่อากาศเข้าช่องซ้าย ครวงแรก ประมาณ สาม ชั่วโมง, ภาวะอากาศรั่วะกเกิดชุน, และ เป็นชนิดวาลวลาร์, อาการจึงสาหัส. แต่ ทเลา, และผลทสี่ครบ้คในวันทห้าคด้วยการ ุคอากาศออกตลอดเวลา. รายงานเป็นแพทย์

* เพิ่มเติมจากที่บรรยายในที่ประชุมแพทย์ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่, พฤศจิกายน ๒๔๘๑.

ซึ่งต่อมาถึงแก่กรรมหลังมหาสงครามคราว
ที่แล้ว. ภรรยาซึ่งยังมีชีวิตอยู่และบุตรซึ่ง
เป็นแพทย์, และแพทย์อื่นอีกหลายคน, เป็น
พยานผู้เห็นเกยวักขยาน.

จากนั้นมาจนถึงสิ้นปี ๒๔๘๘ แผนก

อายุรศาสตร์ ได้มีผู้ช่วย ด้วยภาวะอากาศ
ที่ร้อนมาก, รวมจำนวนได้เรียกยศ
๑๘ รายที่จะวิเคราะห์ต่อไป. ที่มีใต้นาม
วิเคราะห์ร่วมด้วยก็เพราะรายงานประวัติผู้
ช่วยถูกขนทิ้งไปแล้ว ตามระเบียบเดิมของ
โรงพยาบาล.

วิเคราะห์และวิจารณ์

จำนวนผู้ช่วยที่นำมาวิเคราะห์ในครั้ง
นี้ได้จากรายงานผู้ช่วยเท่าที่ค้นได้ระหว่างปี
๒๔๘๕-๒๔๘๘, รวมทั้งสิ้น ๑๖ ราย,
กับผู้ช่วยที่เตรียมรับเข้าไว้, แต่ไม่ใคร่มีอีก
สองราย.

อาการสำคัญที่นำผู้ช่วยมา ร.พ. อาการ

ของผู้ช่วยที่มีภาวะอากาศร้อนแล้วแต่พยาธิ
สภาพทางการแพทย์ของเข้ห่มปกติ. ถ้า
มีอาการชักขนาดเล็ก, อาการก่อกวน
ชัก ๆ และอาเจียรเองได้. ถ้ามีอาการชัก
ขนาดใหญ่, หรือมีอาการชักเป็น

แบบวาลวลัวร์, ก็เกิดอาการรุนแรงรวดเร็ว,
โดยมีอาการแน่นเจ็บหน้าอก, หายใจลำบาก,
ไอ ฯลฯ.

ในผู้ช่วย ๑๘ รายของเราพบว่ามีอาการ
สำคัญดังนี้ :

| | |
|-------------------------------|--------|
| หายใจลำบาก..... | ๑๗ ราย |
| เจ็บหน้าอก..... | ๔ ราย |
| ภาวะเขียวคล้ำ..... | ๕ ราย |
| (๔ รายเป็นวาลวลัวร์) | |
| แน่นหน้าอกและเหนื่อยง่าย..... | ๑ ราย |

ผู้ช่วยของเราส่วนมาก (๑๗ ราย) มี
อาการสำคัญคือหายใจลำบาก. มี ๕ ราย
ซึ่งอาการรุนแรงถึงมีภาวะเขียวคล้ำ. ต้อง
ให้ออกซิเจนช่วยโดยด่วน. ทั้งนี้เนื่องจาก
รายงานในวารสารต่างประเทศซึ่งกล่าวว่า
ส่วนมากมีเจ็บหน้าอกเป็นอาการสำคัญ. ใน
รายที่มีอาการ เจ็บหน้าอกรุนแรง อาจถึงกับ
เป็นลมหมดสติทันที, ซึ่งคล้ายกับอาการ
ของโรคมิยโศคาร์เดียมอินฟาร์คชัน, พัล-
โมนารีเอมโบลีสม์. หรืออาจมีอาการเจ็บ
ราวไปทหน้าท้องคล้ายกับอาการปัจจุบันของ
โรคในช่องท้องได้. อาการเจ็บอกเป็นสำคัญ
นี้อาจทำให้การวินิจฉัยโรคผิดพลาดไปใน
ตอนแรกเป็นเท่านี้, หากการตรวจร่างกาย
ไม่ละเอียดและไม่ได้มีการตรวจด้วยรังสี-
เอ็กซ์.

สุนทร ตันทนันทน์, บัญญัติ ปริชญานนท์, ประเสริฐ กังสดาลัย 577

ในผู้ป่วยชุดของเรามีอาการเจ็บหน้าอก
มากเมื่อเป็นใหม่ ๆ เพียงรายเดียวเท่านั้น.
มา ร.พ. ๒๐ วันภายหลังก่อนนำในช่องเยื่อ
หุ้มปอดด้วยแล้ว.

ในรายที่มีอาการน้อย, ปอดแฟบขนาด
น้อย, ข้อตรวจพบทางกายภาพอาจบอกได้

ยาก. ต้องอาศัยการตรวจด้วยรังสีเอกซ์.

อายุของผู้ป่วย

ภาวะที่มีอาการครว ๆ นส่วนมากมักพบ
ในผู้ป่วยที่มีอายุในวัยหนุ่มสาว. ในผู้ป่วย
ของเราพบดังนี้ :

ตาราง ๑

| อายุระหว่าง | ราย | รักษาหาย | ถึงแก่กรรม |
|-------------|-----|----------|------------|
| ๑๐-๑๕ ปี | ๑ | — | ๑ |
| ๒๐-๒๕ ปี | ๖ | ๕ | ๑ |
| ๓๐-๓๕ ปี | ๕ | ๑ | ๔ |
| ๔๐-๔๕ ปี | ๑ | ๑ | — |
| ๕๐-๕๕ ปี | ๒ | ๑ | ๑ |
| ๖๐-๖๕ ปี | ๑ | ๑ | — |
| ๗๐-๗๕ ปี | ๒ | ๑ | ๑ |

อายุที่พบในผู้ป่วย ของเรา ส่วนมาก คือ
๑๑ ใน ๑๘ รายอยู่ในระหว่าง ๒๐-๓๕ ปี,
ซึ่ง ตรงกับ รายงาน ส่วนมากใน วารสารต่าง
ประเทศ. ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย ๑๕
ราย, เพศหญิง ๓ ราย.

ความสำคัญของระยะเวลาป่วยก่อนมา
โรงพยาบาล

ผู้ป่วยใน ภาวะเช่นนี้ ถ้าได้มาหาแพทย์
ในระยะแรกและได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูก
โดยเร็วที่สุด, ย่อมทำให้การรักษาได้ผลดี
และเมื่อตรวจตายน้อยลง.

ตาราง ๒

| ระยะเวลาที่ช่วย | จำนวน | ถึงแก่กรรม |
|-----------------|-------|------------|
| ๑ วัน | ๕ ราย | ๑ ราย |
| ๒ | ๒ | ๑ |
| ๓ | ๓ | — |
| ๔ | ๒ | — |
| ๗ | ๒ | ๑ |
| ๘-๑๕ | ๔ | ๔ |
| ๑๖-๒๑ | ๑ | ๑ |

ผู้ช่วยของเราที่มาโรงพยาบาลภายหลัง
ที่ช่วยตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไป ๗ ราย, ถึงแก่
กรรม ๖ ราย. ส่วนผู้ช่วยที่มาหาเราภายใน
ใน ๑-๕ วัน ๑๑ ราย, ถึงแก่กรรมเพียง
๒ ราย.

ประเภทของภาวะอากาศร้าย ๆ

เราแบ่งออกเป็น ๒ ประเภทใหญ่:

๑. ประเภทขี้ค
๒. ประเภทเข้ค
 - ก. ชนิดพีส์ตุลาร์
 - ข. ชนิดวาลวลาร์

ค. ชนิดพีส์ตุล-วาลวลาร์

ง. ชนิดฟลิวิดวาลฟ

ในการแบ่งประเภทดังกล่าวนี้เราใช้วิธี
วัดแรงกดกันในช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยมาโน-
มิเตอร์นำทาง ก่อนกดอากาศและหลังกดอา-
ากาศออก (โดยใช้เครื่องใส่อากาศเข้าช่อง
เยื่อหุ้มปอด). ในบางรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับ
การวินิจฉัยแยกโรคอาจใช้อัตราส่วนของ
ออกซิเจนในถุงลม, ซึ่งวิธีนี้เรายังไม่เคย
ปฏิบัติและไม่มีความจำเป็น, เพราะเรา
วินิจฉัยได้ด้วยการเจาะกดอากาศทุกราย.

ในผู้ช่วยของเราพบประเภทต่าง ๆ ดังนี้:

สุนทร คัดค้านันท์ บัญญัติ ปริชยานนท์ ประเสริฐ กังสดาลย์ 579

ประเภทปีที่ ๕ ราย
 ประเภทเข็ท, ชนิดพืชตุลาร ๑ ราย
 ชนิดควาลตุลาร ๗ ราย
 ไม่ทราบประเภท ๑ ราย
 ประเภทของภาวะนม ความสำคัญเกี่ยว
 กับการพยากรณ์โรคมาก. ในผู้ช่วยของเรา
 พบเป็นประเภทปีที่ ๕ ราย (๕๐ ปช.). ใน
 ประเภทนมอัตรากายน้อย. ส่วนมากรักษา
 ด้วยการคอกอากาศออกครึ่งเคียวทำให้ปอด
 ยืดออกได้. ประเภทเข็ทชนิดพืชตุลารมี
 อากาไม่รุนแรงมาก. เราพบ ๑ ราย.
 ประเภทเข็ทชนิดควาลตุลารมี ๗ ราย (๓๘.๕
 ปช.). ประเภทนมอการรุนแรงมาก.
 บางราย มาถึง โรงพยายาล ใน อากา เพียบ
 มากแล้ว. อัตรากายสูง (๘๕.๗ ปช.).
 (โปรดดูตาราง ๓).

ต้นเหตุ

ในวารสารเก่า ๆ ในต่างประเทศกล่าว
 ว่าภาวะนมส่วนมากมีต้นเหตุ เกิดจากวัณโรค.
 ในปี ค.ศ. ๑๙๓๑ ปาลเมอร์ และแทฟท์
 รวบรวมเอกสารต่าง ๆ ได้ที่รายงานกันไว้
 ว่าภาวะนมวัณโรคเป็นต้นเหตุถึง ๘๐-๙๐
 ปช. ต่อจากนั้นมาในปี ๑๙๓๒ จาร์การ์ด
 ได้กล่าวถึงผู้ช่วยของเขาว่าส่วนมากไม่เกี่ยว
 กับวัณโรค. จากรายงานของผู้อื่นต่อมาอีก

หลายคนก็เช่นเดียวกัน. เปอร์รี่ (๑๙๓๕)
 ได้รวบรวมจากเอกสารต่าง ๆ และรายงาน
 ว่าในภาวะนม ๒๕๐ ราย, พบมีวัณโรคเกิด
 ขึ้นในภายหลังเพียง ๘ รายเท่านั้น. โจนส์
 และลียอนส์ (๑๙๕๔) รายงานผู้ช่วยทั้ง
 สิ้น ๖๐ ราย. มีวัณโรคเป็นต้นเหตุหนึ่ง
 ราย.

ในผู้ช่วยของเราวิเคราะห์ต้นเหตุได้ทั้ง
 คือไปนี้ :

- พบลักษณะของวัณโรคในปอด ๖ ราย
- ไม่พบต้นเหตุ ๑๐ ราย
- เอ็มพยซ์มาของปอด (ตรวจศพ) ๑ ราย
- เกิดหลังการผ่าตัด ๑ ราย

จะเห็นว่าในผู้ช่วย ของเรา มีต้นเหตุจาก
 วัณโรค ๓๓.๓ ปช. ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ
 กับการรายงานต่าง ๆ ในวารสารต่างประเทศใน
 ปัจจุบันนั้นถือว่าค่อนข้างสูง. ทั้งนี้อาจเป็น
 เพราะอัตรากายผู้ช่วยด้วย วัณโรคในประเทศเรา
 ยังคงมีมากกว่าในประเทศตะวันตก. นอก
 จากนั้นแล้วรายงาน บางชิ้น ในวารสารต่าง
 ประเทศก็ได้มา จาก การวิเคราะห์ ผู้ช่วยใน
 ร.พ. ทหาร, ซึ่งยังทำให้มีอัตรากายผู้ช่วย
 วัณโรคน้อยกว่าในประเทศอื่นทั่วไป. แต่
 อย่างไรก็ตามมีรายงานบางแห่งที่มีวัณโรค
 ถึง ๓๘ ปช. (มัยเออร์สัน ๑๙๔๘).

สารศิริราช

ผู้ช่วยของเราหนึ่งราย, อายุ ๗๗ ปี, มีอาการรุนแรงและถึงแก่กรรม. จากการตรวจศพ พบว่ามีเสมหะสีขาว ของปอดขนาดใหญ่ มาก, และมีแผลหลายแห่งซึ่งเห็นเด่นชัด ทำให้เกิดภาวะอากาศรั่ว ๆ นขึ้น. สำหรับในผู้ช่วยรายอื่น ๆ ที่เราไม่พบเห็นเด่นชัด, เราอาจสันนิษฐานได้ว่าคงมี มากรายที่มึนเห็นเด่นชัดประเภทเคยวณคือเคลือบ หรือขลุ่ยล้าทออยู่ ซึ่งก็ขยเขือหม่ปอดและแตกทะลุออกไป.

การบำบัดรักษา

แล้วแต่อาการของผู้ช่วย. ในรายที่มึนเห็นเด่นชัดอาการน้อย, เพียงแต่ให้นอนพักในระยะ ๒-๓ สัปดาห์ก็พอจะยกคอกเอง. ในรายที่มึนเห็นเด่นชัดอาการรุนแรง เราถือว่า เป็นภาวะขี้จิบขึ้นอย่างหนึ่งของโรคในระยะขบหายใจ, จำเป็นต้องให้การรักษาทันที. เช่นถ้าเราพบผู้ช่วยที่มึนเห็นเด่นชัดอาการรุนแรงที่ยาน, เราอาจให้การบำบัดขั้นแรก โดยการ ใช้เข็ม ฉีดยา ขนาดเบอร์ ๑๘ แทะเข้าไปในช่องซี่โครงที่ ๒ ทางด้านหน้า ห่างจาก เส้นกลาง ของกระดูกหน้าอกหนึ่งฝ่ามือ, ก็จะช่วยบรรเทาอาการรุนแรงได้, และนำผู้ช่วยมา ร.พ.

ผู้ช่วยของเราได้รับการ บำบัดรักษาโดยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ :

นอนพัก, ไม่ต้องคัดลมออก (ไม่ไ้ไ้รับ

ไว้) ๑ ราย

คัดลมออกครั้งเดียว (ไม่ไ้ไ้รับไว้หนึ่งราย) ๘ ราย

คัดลมออกหลายครั้ง ๑ ราย

คัดลมออกตลอดเวลา ๕ ราย

คัดลมออกตลอดเวลาควกับการค่อท่อ ยางไว้ไ้ไ้รับคืบนำ ๓ ราย

ทำผ่าตัด ไม่มี

ในจำนวน ๑๘ รายนม ๗ รายที่ไ้ไ้รับการรักษาคืบแอนติไ้ไ้ไอติค.

ผลของการรักษา :

ปอดยุบ

ใน ๑ วัน ๕ ราย

๒ วัน ๑ ราย

๕ วัน ๑ ราย

๑๕ วัน ๑ ราย

๓๒ วัน ๑ ราย

มีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด

ปอดไม่ยุบ

กลายเป็นหนอง ๒ ราย

มีน้ำเกิดขึ้น ๒ ราย

ถึงแก่กรรมก่อน ๔ ราย

ในการรักษาผู้ช่วยของเรา มี ๑ รายซึ่งอาการน้อยมาก, เพียงให้พัก ๒-๓ สัปดาห์ก็หายเรื้อร่อยคืบ. ในพวกที่มึนเห็นเด่นชัดอาการรุนแรง

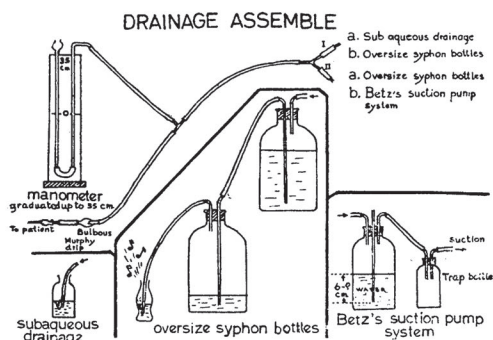
นอกจากการให้พัก, ให้ยาระงับประสาท และให้ออกซิเจน แล้วเราก็ ต้องดูด อากาศ ออกทันที, โดยใช้เครื่องใส่อากาศเข้าช่อง เยื่อหุ้มปอดกลับทาง. ประเภทบีค มี ๘ ราย ซึ่งโดยการดูด เช่นนี้เพียง ครั้งเดียวก็ทำให้ ปอดยุบได้. ประเภทเบ็คซันคฟีสตุลาร์เรามี ๑ ราย, ต้องดูดอากาศออกหลายครั้ง จนกว่าจะระงับตัวเอง. ในรายที่ไม่ยุบเป็น เวลานาน (๘ สัปดาห์, แอนเตอร์สัน ๑๙๕๖) ก็ควรให้การรักษาด้วยการผ่าตัด. ประเภทเบ็คซันควาลูลาร์ การดูดอากาศ ต้องทำติดต่อกันตลอดเวลา. ใช้เครื่องมือ ดังกล่าวแล้ว, แต่เปลี่ยนแปลงขนาดความจุของ ขวดให้มากขึ้น, เป็นขนาด ๒๕-๓ ลิตร. ผู้ช่วยของเรา ๕ รายได้รักษาโดยวิธี นี้. ต่อมาเราได้คิดเปลี่ยนแปลงวิธีดูดอากาศโดย ใช้เครื่อง ดังกล่าว ร่วมกับการ ต่อท่ออย่างจุ่ม ลงใต้น้ำ (ทรูป). โดยวิธีนี้เมื่อเราใช้เครื่อง

ดูดอากาศอยู่ ตลอด เวลาจน อากาศ ข้างบน ของผู้ป่วยทะเลาแล้ว, เราอาจหยุดดูดได้ เป็นครั้งคราวและคอยสังเกตอากาศที่ปอดออกมาทางสายยางใต้น้ำ. ถ้ามีอากาศรั่วออกมา มากอีก, เห็นหรือได้ยินเสียงปอดออกมา เร็ว, เราใช้เครื่องดูดลมอีก.

ในรายที่รักษาการดูดอากาศออกถึงกล่าว แล้วแต่ปอดยุบซ้ำมาก, อาจทำวิธีอื่นเช่น โคบายเพอคสาเหตอกันในหลอดลม, เช่น ก้อนเสมหะเหนียว เป็นต้น. ถ้าเขาออกเสีย ก็จะช่วยให้ปอดยุบได้. ในชุดของเราที่ปอด ไม่ยุบ ๔ ราย, มีเหตุช็อคอยู่แล้ว, คือน้ำหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด.

บางรายที่พบภาวะอากาศรั่วซ้ำ ๆ กัน, ซึ่งเราพบหนึ่งรายเกิดขึ้นในช่วงเดียวกันใน ระยะ ๖ เดือน, เราให้การรักษาโดยวิธีเดิม ก็หายไปได้. ในวารสารต่างประเทศ บางรายแนะนำให้ทำ closed thoracotomy, หรือทำให้เยื่อหุ้มปอดอักเสบโดยใส่วัตถุบางอย่าง เข้าไป (pleurodesis).

รายที่ควรรักษาการดูดอากาศ, ได้แก่รายที่มีภาวะแทรกซ้อน ๆ กันและพบต้นเหตุของร่วจากภาพรังสี, หรือโดยการทำ ออราโคสโคปี (การทำออราโคสโคปีไม่ จำเป็นต้องทำในภาวะอากาศรั่ว ๆ นทุกราย.



กโยส์, ๑๙๕๓) หรือรายที่มีผลโร-บร็อง-
แมยล พิสต์ล่า, เป็นต้น.

โรคแทรก

นำในช่องเยื่อหุ้มปอด ๔ ราย
นำในช่องเยื่อหุ้มปอดและกลายเป็น
หนอง ๒ ราย
อากาศรรวเข้าเมกิสแตสทินัมและ
ไตฉนวนหนึ่ง ๑ ราย

เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ๒ ราย
ในสมัยที่ยังไม่มีแอนติไบโอติกใช้,
โรคแทรกในภาวะอากาศรรว ๓ รายได้ข้อย
และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้มาก
ราย. ไตเกิดการเกิดเมนาหรือหนองในช่อง
เยื่อหุ้มปอด, ซึ่งในผู้ป่วยของเรา ๑๘ ราย,
พบ ๖ ราย, ในรายที่ใช้แอนติไบโอติกด้วย
พบโรคแทรกชนิคน้อยมาก

ตาราง ๓

| ประเภท | ราย | ราย/ ป.ช. ตาย | อายุ ผู้ตาย | วันบวช ก่อนมา | เหตุตาย | หมายเหตุ | |
|-------------------|----------|---------------------|----------------|------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| ปิด | ๕ | ๑/ ๑๑.๑% | ๑๘ | ๑๐ | เซ็ปติซีเมีย (และน้ำในช่องเยื่อ หุ้มปอด) | ไม่มีแอนติไบโอติกใช้ | |
| เปิด | พิสต์ล่า | ๑ | — | — | — | — | |
| | | ๗ | ๖/ ๘๕.๗% | ๒๓ | ๗ | หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด | ย้ายไปคลัย—ไม่มีแอนติ- ไบโอติกใช้ |
| | | | | ๓๒ | ๑๕ | หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด | ไม่มีแอนติไบโอติกใช้ |
| | | | | ๓๗ | ๑๐ | หัวใจล้ม | ตายใน ๑ ชั่วโมง |
| | | | | ๗๗ | ๒ | หัวใจล้ม | เอ็มพีซมา (ตรวจศพ) |
| | | | | ๓๕ | ๑ | อาการเพียบมาก | ตายใน $\frac{๑}{๒}$ ชั่วโมง |
| | | | | ๕๗ | ๑๒ | อาการเพียบมาก | ตายใน ๑ ชั่วโมง |
| ไม่ทราบ ประเภท | ๑ | ๑ | ๓๗ | ๒๐ | อาการเพียบมาก | ตายก่อนดูดอากาศออก | |

หมายเหตุ ไม่มีผลอิวาลฟิในแต่ละรายที่เมนาหรือหนอง.

โรคแทรกที่พบได้บ่อยอีกชนิดหนึ่งได้แก่ เมคิแอสติเนลเอ็มพีซีม่า. ในผู้ป่วยของเราหนึ่งรายซึ่งมีอาการรุนแรงมาก, พบมีทั้งเมคิแอสติเนลเอ็มพีซีม่าและเอ็มพีซีม่าโตผิวหนังที่หน้าอก, คอ, และแขนทั้งสองข้าง.

เราพบโรคแทรกด้วยการมีเลือดออกมาในช่องเยื่อหุ้มปอดสองราย. โดยทั่วไปโรคแทรกแบบนี้พบน้อยมาก. สาเหตุเข้าใจว่าเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในผนังปอดในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังที่เกิดปอดแฟบ.

อัตราการตาย ในผู้ป่วยของเราอัตราการตายทั้งสิ้น ๔๔.๔ เปอร์เซ็นต์.

สรุป

ไตวิเคราะห์ผู้ป่วยด้วยภาวะอากาศรัวเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง ๑๘ ราย. มีตาย ๘ ราย, เป็นชนิดควาลูลาร์ ๗ ราย,

พิสตุลาร์ ๑ ราย, บิ๊ก ๕ ราย, ไม่ทราบประเภท ๑ ราย.

อัตราการตายในควาลูลาร์ ๘๕.๗ เปอร์เซ็นต์. (๖ ใน ๗), ประเภทบิ๊ก ๑๑.๑ เปอร์เซ็นต์. (๑ ใน ๙).

อัตราการตายสัมพันธ์กับเวลาช่วยก่อนมาโรงพยาบาล. ในรายที่ช่วยมานานเกิน ๗ วันขึ้นไปตาย ๖ รายจากจำนวน ๗ ราย. ๓ รายจาก ๖ รายนี้ตายภายในเวลา ๑ ชั่วโมง.

อัตราการตายสัมพันธ์กับการใช้แอนติไบโอติก. ในรายที่ไม่ใช้แอนติไบโอติกตาย ๗ จาก ๘ ราย (๘๗.๕ เปอร์เซ็นต์), รายที่ใช้แอนติไบโอติกตาย ๑ จาก ๗ ราย (๑๔.๓ เปอร์เซ็นต์).

เอกสาร

- (1) H.J. Anderson: Brit. M.J. 342-344, 1956.
- (2) H.M. Dubose, H.J. Price, P.H. Guilfoil; New England J.M. 248:752-756, 1953.
- (3) M.R. Jones, C.H. Lyons: Am. J.M. Sc. 227, 13-20, 1954.
- (4) R.M. Myerson, New England J.M. 238:461-463, 1948.
- (5) Perry, quoted by (3).



(Summary of the preceding Article)

SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Analysis of 18 Cases

Sunthorn Tandhanand
M.B., F.C.C.P.

and

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

Prasert Kangsdal
M.B., Ch. B. (Edin.), M.D.
(Dept. of Internal Medicine)

Between the years 1946 and 1955 eighteen cases of spontaneous pneumothorax were admitted; seven cases were of the valvular type, 1 case was fistular, 9 cases were closed, and 1 case was not identified. Chief complaints were dyspnea (17 cases), cyanosis (5 cases), chest pain (4 cases), and oppression in the chest with easy fatigue (1 case). The age of the patients ranged from the first to the eighth decades, 11 out of 18 being in the third and fourth decades. There were 15 men to 3 women. Eleven patients were admitted within 4 days of the onset; 2 of them died. The remaining 7 patients came for treatment after the seventh day; 6 died. The treatment ranged from simple rest (1 case), to single and multiple suction

(9 cases), and continuous suction (8 cases). Seven cases also received antibiotics in addition. Complications included pleural effusion (4 cases), pyothorax (2 cases), mediastinal and subcutaneous emphysemata (1 case), and hemothorax (2 cases). The mortality rate appeared to be related to the type of pneumothorax, being high in the valvular (85.7 percent) and low in the closed (11.1 percent). It is also related to the duration of the affection before admission, as presented above. The use of antibiotics markedly reduced the mortality rate, which is 14.3 percent in the group receiving treatment and 87.5 percent in the other group.

(Five references)

บทบรรณาธิการพิเศษ

“ยาซากับการเจาะถุงน้ำ”

ประเสริฐ กังสตาลย์

พ.ด., M.B., Ch. B. (Edin.)

“ถุงน้ำ” ในที่นี้หมายถึงซีสต์แซคตที่เกิดหรือมาจากของเหลวอื่น. เรียก “ถุงน้ำ” เพื่อให้สั้น. ในสรรพตำราและวารสารต่าง ๆ เท่าที่ผ่านมา, ทงทชอชทความกัชชอ “เทคนิคการเจาะถุงน้ำ...”, แต่ความจริงไม่ปรากฏ แม้แต่บทความโดยที่บรรยายถึงเทคนิคการเจาะที่ควรระวังโดยละเอียดตั้งแต่ต้นจนจบ. แต่บทความความมักกล่าวละเอียดในบางขั้นตอนของการปฏิบัติ. บางรายเกือบจะไม่กล่าวรายละเอียดเสียเลย. ทงนพอนมาน ได้ว่าทกรายคง มีวัตถุประสงค์เช่นเดียวกัน, กล่าวคือเห็นว่ารายละเอียดบางขั้นตอนเหมาะที่อาจารย์จะให้โดยตรงต่อแพทย์ผู้ฝึกหัดเจาะ, และแต่ละรายก็เห็น ความสำคัญ ของ รายละเอียด ใน ขั้นตอนต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน.

ในที่นี้ จะกล่าวถึง การใช้ยาซาเฉพาะที่เป็นส่วนใหญ่, แต่ก็มีกล่าวถึงยาสดความ

รู้สึกโดยทั่วไปด้วย, เพราะมีส่วนสัมพันธ์กันอยู่. บางรายพบกการใช้มอร์ฟีนในรายที่หวาดกลัวเกินควร, แต่ไม่อ้างถึงยารยิตเรท (ให้กิน) ชนิดออกฤทธิ์เร็วและหมดฤทธิ์เร็วเลย, ทง ๆ ทคามทฤษฎียารยิตเรทให้ผลพลอยได้ในทางดี, เป็นการข้อกันหรือลดอาการรุนแรงของการแพ้โปรเคนที่ใช้ฉีดเป็นยาซาเฉพาะที่. จึงข้ยโปรเคนมีพิษน้อยที่สุด ในจำพวกยาซาที่ให้ผลให้ตายได้. ขนาดมักเท่ากับ ๕ ล.ซม. ของน้ำยา ๒ ๒๕. หรือ ๑ ล.ซม. ของน้ำยา ๑ ๒๕. แต่เหตุตายที่ไ้ข้องไว้ ไปได้ไปเป็นรองของการฟบของการไหลเวียนเลือด, ซึ่งยารยิตเรทไม่น่าจะข้อกันได้. จะเกิดประโยชน์ ในการข้อกันก็ ในรายที่มีปฏิกริยาไม่ค้ทางระบบประสาท.

อีกแง่หนึ่งของการใช้โปรเคนเป็นยาซาเฉพาะที่ก็คือการผสมแอดรีนาลีนเข้าไปด้วย

เพื่อให้ช่ายานานกว่า, และของกนการแพ
 โปรเคนด้วยการกักมันไว้ เฉพาะทนนานกว่า.
 เรือง น ไม่มี ปัญหา อะไร สำหรับ แพทย์ ทม
 โอกาสช่ายานน้อย, ท้องการใช้เมอโคก
 หยิบหลอดคโพรเคนออกมาตัก. แต่สำหรับ
 ผลิตใช้มากและตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ปัญหา
 ย่อมเกิดขึ้นได้. กล่าวคือเมอไซมากก็ทำ
 น่ายาโพรเคนไว้มาก, เพื่อความสะดวกท
 ไม้ต้องทำย่อย ๆ, แต่ก็ต้องส่งเข้าอบความ
 ร้อนเพื่อฆ่าเชื้อย่อย ๆ, และส่วนมากไม่
 เกยไว้ในทมก, จึงปรากฏว่าน่ายาเปลี่ยน
 เป็นสีชมพู หรือสีน้ำตาลอ่อน, เพราะ
 แอกรินะลินถูกออกซิไคส์, ซึ่งหมายถึงการ
 เสื่อมคุณภาพ. เราเคยพบผบวยทมอาการ
 ซ็อคในเวลาสองสามนาที หลังจากฉึกยาชา
 ทเปลี่ยนสีแล้ว. แต่กนาระนกลงอกเหต
 หนึ่ง, ด้มแม่จะเป็นเรื่องทเกิดช่นชากมาก,
 คอส่วนหนึ่งของยาทฉึกเขาไป, บังเอิญไป
 เข้าหลอดเลอช.

ผู้เขียน บทความ เรื่อง เทคนิค การเจาะ
 ด้งนำโคกกล่าวด้งการฉึกยาชาทกราย. แต่
 เทาทอานพยไม่มีแม่ แต่รายเคียว ทกล่าวไว้
 ว่าให้ ฉึกยาชาจนด้งและ จนทะล ด้งด้ง ช่น
 นอก, ทงทตามทฤษฎีทงทำช่นน,
 เพราะ ด้งด้ง ชวีร์ช่น นอก ย่อม ไร่ ทอ การ
 กระจุนมาก, โดยเฉพาะด้งเขอหุ่มปอด,

และแม่แต่ด้งเขอหุ่มหัวใจ, ซึ่งคำรว่า
 ไม้มีความรู้สึก, ยกเว้นตอนล่าง. แต่
 ตำแหน่งที่เราเจาะกนมันกตอนล่าง และ
 เมอด้งทจะ ถูกเจาะกำลัง ออกเสบอย่างแรง,
 ก็ย่อมต้อง การยาชา เพื่อลดความไว ทอการ
 กระจุน. ผู้เจาะต้องกระระะด้งด้งช่นนอก
 ว่าควรระอขลคแค่ไหน. เมอผ่านผวหนึ่ง
 ไปแล้ว, จึงระคมยาชาไปตรงระะระทจะไว้,
 พลังก่หมนเข้ม เพื่อให้ยา ไคฉึกฉึก ไปรอบ
 บริเวณเข้ม, แทนที่จะขยเข้มคนทวงทอเขา
 ไป, ซึ่งบริเวณทได้รบยาชาจะแคบเพราะ
 ปากฉลาม ของ เข่มอขย ทิคเคียว ทลชคกาล,
 ทอไปก่ คนเข้ม เขาไป ควรวละ ประ มาณ ๒
 มม., พรอมกขฉึกยาชาและหมนเข้มเรอช
 ไป. หยคฉึกกค. เมอโคกนาหรือ ของ เหลว
 อดมา, กคอช ๆ ทงเข้มกลบ, พลังกค,
 จนชงงกหยค. หากสันนษฐานว่าเทาทฉึก
 ไปแล้วยังไม้พอ, ก็เปลี่ยนกระขอกใหม่,
 เพราะกระขอกเคิมสกปรกนนำหรือหนองแล้ว.

หากผู้ใด ฉึกยาชา โดยกระระะ ของ ด้งด้ง
 ช่นนอกไคฉึกทอช, และใช้วชหมนเข้มไป
 ฉึกไป. จึงนขว่าเป็นผู้มเทคนคท ประลิตท
 ผลค. การกระระะด้งด้งช่นนอกเป็นของ
 ไม้ยากในการเจาะทรวงอก. ผู้หญิงไทย
 ผอมก่ประมาณครึ่งนว. ชายไทยอ้วน

รวมค่าประมาณค่ากระเชียบ. ที่หนักกว่า
๕๕๕
นกกม.

หากใช้ยา ๒ ปีช. คอยส่องนำที่กลาง
มือเจาะได้. แต่หากคอยถึงห่านาที่จะดีมาก,

เพราะหากจะเกิดอาการช็อคหรือการฟยของ
ระบบไหลเวียนเลือด, ก็ต้องเอกซนแล้ว,
จะใคร่แน่ว่าไม่เกี่ยวข้องกับการแทงเข็มใหญ่ ๆ
เข้าไปเพอคคน้ำ.



โปรดทราบ

๑. ทวงหนังสือ
๒. ชำระเงินค่าบำรุง
๓. บอกรับเงินสมาชิก

โปรดติดต่อแผนกจัดการ

แผนย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สุนทร ตันจันทน์ พ.บ., รัตนาวลี ช่วงสุคันธ์ พ.บ., วิจิตร พานิช พ.บ.
สุวิทย์ เกียรติเสวี พ.บ., ประพาฬ ขงใจยุทธ พ.บ., พิชญ จงเจริญ พ.บ., บัญญัติ ปริษณานนท์ พ.บ.,
นรา แววศร พ.บ., สวัสดิ์ ธารวณิช พ.บ., ชาญ สถาปนกุล พ.บ., นิภา จรูญเวสม์ พ.บ.
รจิต บุรี M.D. (Lond.), D.T.M. & H. (L'pool)

๑. R.L. Hurt, M. Bates: คุณค่าของควินคีนในการป้องกันการเสียชีวิตของหัวใจภายหลังผ่านช็อค. Thorax 13:39-41, 1958.

การศึกษาค้นคว้าของคุณค่าของควินคีนในการป้องกันการเสียชีวิตของหัวใจ หลังผ่านช็อคในผู้ป่วยอายุเกิน ๔๕ ปี. การที่ไม่เลือกใช้ทิจิตาลิสเพราะฤทธิ์ส่วนใหญ่ของควินคีนไปกดหัวใจแต่ทิจิตาลิสไปกระตุ้นหัวใจ, และทิจิตาลิสทำให้เวลาแข็งตัวของเลือดสั้นเข้า, จะทำให้เกิดร็วมโบลิสหลังผ่าตัดได้ง่าย.

ได้ทำการศึกษา ๔ ปี (๑๙๕๒-๑๙๕๕) ในผู้ป่วย ๓ พวก, พวกละ ๑๐๐ คน. พวกแรกให้ควินคีนกิน ๕ วันปรากฏว่าเมื่อหยดยามีไฟบริลเลชันของเอคทริอัมเกิดขึ้นเนื่องจากให้ยาระยะสั้นไป. พวกที่สองให้ยาอยู่ ๑๐ วัน, ให้คนหนึ่งเว้นคนหนึ่ง. พวกที่สามให้ยานาน ๑๐ วันทุกคน. ตรวจซ้ำ

ด้วยเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ. ปรากฏว่าไฟบริลเลชันของเอคทริอัมเกิดขึ้นในพวกที่ไม่ได้กินควินคีน. มี ๔๕ ปร. ในพวกที่ทำอินทราเพอริคาร์เดี่ยลย์นิวเม็คโทมีย์และ ๒๐ ปร. ในพวกที่ทำเอคสตราเพอริคาร์เดี่ยลย์นิวเม็คโทมีย์. ในพวกที่ได้รับควินคีนมีปรากฏ ๑๕ ปร. และ ๑๑ ปร. ตามลำดับ.

ขนาดยาที่ใช้ในพวกที่ได้ผลดีคือควินคีนก่อนผ่าตัด ๕ เกรน, ภายหลังผ่าให้ ๕ เกรนทุก ๖ ชม. ภายใน ๕ วันแรก, และ ๕ เกรนทุก ๘ ชม. ภายใน ๕ วันหลัง.

ไม่ปรากฏอาการเป็นพิษของควินคีนเกิดขึ้นเลย.

ในรายที่มีไฟบริลเลชันของเอคทริอัมทง ๆ ที่ได้รับควินคีน, ก็ให้ทิจิตาลิสเป็นเวลา ๒๔ ชม. และงดควินคีน

สุนทร ตันจันทน์ พ.บ.

๒. R.W. Grover: ผนว่งหลังใช้แชมพู
ประกอบด้วยซิลเนียมซัลไฟด์ J.A.M.A.
160: 1397-1398, 1956.

รายงานคนไข้ ๖ รายที่ใช้แชมพูชนิด
ซิลเนียมซัลไฟด์ในการรักษาผื่นหงอกเสียบ
ที่ศีรษะ. รายที่ ๑ เป็นหญิงผิวขาวอายุ ๓๕
ปี, ใช้แชมพูดังกล่าว สระผม ๓-๔ ครั้ง
ในสัปดาห์แรก. เขาสังเกตเห็นว่าผมร่วงทุก
ครั้ง. จากการตรวจพบว่าผมร่วงข้างไปมาก,
แต่ไม่พบมีการอักเสบของหนังศีรษะอื่น ๆ
นอกจากโรคที่เป็นอยู่เดิม. ผมหลุดออกง่าย
แม้แค่ดึงเบา ๆ. ๓ เส้นผมด้วยตาเปล่าและ
กล้องจุลทัศน์ไม่พบสิ่งผิดปกติ. ขนบริเวณ
ส่วนอื่นของร่างกายไม่ร่วง. หลังจากหยุด
ใช้แชมพูผมก็ไม่ร่วงอีกเลย. รายที่ ๒
เป็นหญิงผิวขาวอายุ ๑๘ ปี, ใช้แชมพูชนิด
เดียวกัน สระผมสัปดาห์ละ ๕ ครั้ง. ๑
สัปดาห์หลังใช้แชมพูผมร่วงไปมาก. จาก
การตรวจพบเหมือนรายแรก. หยุดใช้แชมพู
หนึ่งสัปดาห์ผมก็หยุดร่วง. รายที่ ๓, หญิง
ผิวขาวอายุ ๒๒ ปี, ใช้สัปดาห์ละครั้ง ๑๐
สัปดาห์. ปรากฏว่าผมร่วง. หลังหยุดใช้ ๑
เดือนผมก็หยุดร่วง. รายที่ ๔, หญิงผิวขาว
อายุ ๑๘ ปี, ใช้แชมพูสัปดาห์ละครั้ง ๔
สัปดาห์, ผมร่วงเช่นกัน. หลังหยุดใช้ ๑๐

วันผมหยุดร่วง. รายที่ ๕, หญิงอายุ ๔๔ ปี,
ใช้แชมพูเดือนละครั้งใช้อยู่ ๒ ปี ทำให้ผม
ร่วง. หยุดยา ๔ สัปดาห์ผมก็หยุดร่วง. ราย
ที่ ๖, หญิงอายุ ๕๖ ปี ใช้แชมพู ๓ เดือน
ต่อครั้งใช้อยู่ ๓ ปีผมจึงได้ร่วง. หลังหยุด
ยาผมก็ไม่ร่วงอีก.

จากรายงานคนไข้ ๖ รายสรุปได้ว่า
การมีผมร่วงเกี่ยวข้องกับการใช้แชมพูซิล-
เนียมซัลไฟด์. ผู้เขียนรายงานนี้เข้าใจว่า
การที่ผมร่วงเกิดจากการเป็นพิษ, เนื่องจาก
มีการดูดซึมของซิลเนียมเข้าไปตามหนัง
ส่วนที่ถูกทำลายหรือมีการอักเสบอยู่ก่อน.
แต่ไม่พบมีพิษต่อระบบไหลเวียน. จากการ
ตรวจปัสสาวะไม่พบว่ามี การดูดซึมของซิล-
เนียมเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลย. ผลเสียของ
แชมพูที่พบกันทั่วไปในราว ๓๑ ปีศ. ของ
คนไข้ที่เขาคือทำให้หนังศีรษะมีน้ำมันมาก.

รัตนาวดี ช่วงสุคันธ์ พ.บ.

๓. Jam C. Terry, Fred L. Braumoeller:
นัลลินไฮโปไซน ในการ พิสูจน์ผู้เสพยา
เสพติด. Cal. Med. 85: 299-301, 1956

ผู้รายงานได้กล่าวว่าการพิสูจน์คนติดยา
เสพติดที่จำพวกมอร์ฟีน, ฮีโรอิน, คีเลกติก
และเมธาโดนอาจปฏิบัติได้โดยวิธีที่นัลลิน

(เอ็น-อัลลยล-นอร์มอร์ฟีน) ให้คนไข้แล้วสังเกตการเปลี่ยนแปลงของขนาดของช่องม่านตาและการเกิดอาการออกยา. ก่อนดำเนินการทดสอบควรได้รับความยินยอมจากคนไข้เป็นลายลักษณ์อักษรเสียก่อน. วิธีปฏิบัติคือวัดช่องม่านตาคอน ไซ้เป็นค้อน โทรลโดยใช้เครื่องวัดง่าย ๆ ทำด้วยกระดาษแข็งขนาด ๑ x ๓" และมีสเกล ขอบเป็นมิลลิเมตร. ท่อมาฉีกนลลนขนาด ๓ มก. เข้าใต้ผิวหนังคนไข้. ๓๐ นาทีต่อมาวัดขนาดของม่านตาอีกครั้งหนึ่ง. ผลในคนไข้ที่ไม่ได้รับยาเสพติดเลย, ขนาดของม่านตาระเบิดลงกว่าเดิม ๐.๕-๒ มม. ในคนไข้ที่รับประทานยาเสพติดเป็นครั้งคราว, แต่ไม่ถึงกับติด ขนาดของม่านตาระเบิดเปลี่ยนแปลง. ในคนไข้ที่ติดยาเสพติด, ขนาดของม่านตาระเบิดกว้างขึ้นกว่าเดิม ๐.๕-๒ มม. ม่านตาระเบิดขึ้นมากน้อยแล้วแต่การติดยาเสพติดคนนั้นมากน้อยแค่ไหน. นอกจากนี้คนไข้ที่ติดยาเสพติดจะเกิดอาการออกยา, เช่นขนลุก, หัว, คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย. อาการที่เกิดขึ้นไม่ถือสำคัญเท่าการเปลี่ยนแปลงของขนาดม่านตา. ถ้าอาการออกยาเกิดขึ้นรุนแรง, ก็แก้โดยฉีกยามอร์ฟีนหรือก็เลากก็เข้าใต้ผิวหนัง. ขนาดฉีกมอร์ฟีน ๓๐ มก., ก็เลากก็ ๘ มก. ถ้ายังไม่ทุเลา

อีกอาจเข้าใต้อีกภายใน ๒๐-๓๐ นาที. ในผู้ช่วยที่ติดโคเคอิน และเมเปอริคิน, ใช้การตรวจโดยวิธีนี้ไม่ได้ผล. ผู้รายงานได้กล่าวสรุปว่าจากการทดลองในคนไข้ ๔๕ ราย, พบว่าการทดลองโดยใช้นลลน ฉีกนน้อยกว่าเป็นวิธีที่ง่าย, ปลอดภัยและปลอดภัย.

วิจิตร พานิช พ.บ.

๔. Jame Broune: ปาร์กินโซนิลส์มีฤทธิ์เป็นผลของการรักษาด้วยริเซอรบอน. Med. J. Malaya 10: 61-62, 1956.

ในระยะ ๒-๓ ปีมานี้ได้มีผลสนใจในเรื่องราวของริเซอรบอนมาก. ติดยาสำคัญเป็นผลึก แอลคาลอยด์ ที่สกัดจากรากของระย้อม ซึ่งในอินเดียได้ใช้มานานรวมทั้งรักษาโรคทางจิตด้วย. เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการสารคดีพิมพ์ถึงประโยชน์ในการบำบัดชิโซเฟรเนีย, เป็นการเล็งจากการรักษาด้วยไฟฟ้าและอินสุลิน. คุณค่าของยามี้มากถ้ามีความชำนาญในการใช้เพียงพอ. ริเซอรบอนบางโอกาสทำให้เกิดแฮกสตราพีรามีคิลแทรกไซนส์และอาการต่าง ๆ. อาการที่เกิดขึ้นน้อยแล้วแต่ขนาดของยาและระยะเวลาที่ใช้. หลังจากหยุดยาอาการจะหายไป. ๒๔-๕๘ ซี.ม. มีรายงานที่เสนอ คือ

สัปดาห์ของปรกติ. ชีพจรลดลงเร็วในระยะ ๒-๓ วัน. มีผู้ป่วย ๕ คน ท่อตราเขซัลเมตะ-บอลีสมีไม่ลดลง, แต่ชีพจรลดลง. ส่วนอีก ๑๓ คนชีพจรอยู่ในระหว่าง ๖๐-๘๐ ครั้งต่อนาที. ที่เหลืออยู่ในระหว่าง ๘๐-๑๐๐ ครั้งต่อนาที. ถ้าหากให้ขนาดเกิน ๐.๗๕ มก. จะเกิดอาการเพลียและซึม. ในหญิงที่หมดประจำแล้ว, ถ้าใช้เซอรั่มปัสซิลร่วมกับยาแอนติบอดีก็ว่าได้ผลดีกว่าในคนวัยสาว. เซอรั่มปัสซิลมีฤทธิ์ส่งเสริมยาแอนติบอดีให้ออกฤทธิ์ดีขึ้น, ทำให้ใช้ขนาดของยาน้อยลง. การศึกษาในขั้นต่อไปก็ควรวีเซอรั่มอย่างเคียวจะรักษาโรคคอกพอกเป็นพิษอย่าง อ่อนหรือ ซัยโปฟัยเซียลริย์โรที่อกซิโคสิสให้ได้ผลอย่างถาวรได้หรือไม่.

สุวิทย์ เกียรติเสวี พ.บ.

๖. Maurice S. Segal: การรักษาหัด
 หลอดลมในญี่ปุ่น. J.A.M.A. 169 : 1063
 - 1071, 1959.

ผู้เขียนได้เน้นถึงความจำเป็นที่ของคนที่
 หารักษาเหตุของการหอบหืดเพื่อจะได้อยู่ด้วยกัน
 หรือรักษาตามสาเหตุนั้น. การใช้ยาขยาย
 หลอดลม, แอครินะลีนให้ผลดีมากขณะ
 กำลังหอบหืด, ฉีดเข้าไทม์วหนึ่งขนาด

๐.๒-๐.๓ ล. ชม. ของน้ำยา ๑:๑๐๐๐-
 อะมิโนพิยลลินให้ไต่ทั้งกินและทางทวาร-
 หนัก, ฉีดหรือหยดเข้าหลอดเลือดดำ, แล้ว
 แต่ความรุนแรงของโรค. อีกพวกหนึ่ง
 เป็นแอโรซอลของยาที่กระตุ้นปลายประสาท
 ซิมพะเรติก, เช่นไอโซโปรทีรีนอล, ใช้
 ในรายเป็นอย่างอ่อน. เครื่องช่วยหายใจ
 โดยเข้ามีประโยชน์ในรายหอบหืดเรื้อรัง
 โรคหัวใจแทรกหรือมีการอุดตันในหลอดลม.
 การให้ออกซิจีนควรใช้ในขนาดความเข้มข้น
 ๑๐% และใช้เฉพาะในรายที่มีอาการขาด
 ออกซิจีนจริง ๆ. การกำจัดเสมหะใน
 หลอดลมจำเป็นที่ควร, โดยใช้ยาขับเสม
 หะพวกโปแตสเซียมไอโอไดด์. ถ้ามีการอุดตัน
 ในหลอดลม, ควรทำบร็องโคโนสโคปี
 คุกเสมหะออก. ยาระงับประสาท, ให้ใน
 ขนาดน้อยๆ. ยาพวกสงบสมอง (แทรน-
 คิวโลเซอรั) ได้ผลดีมาก. การรักษาการติดเชื้อ,
 ส่วนมากเป็นการติดเชื้อผสมหลาย
 อย่าง, ควรให้เพนิซิลลินควบกับสเตรปโต-
 มัยซิน. หรือให้แอนติไบโอติกชนิดวงกว้าง
 กว้าง. ยาจำพวกคอร์โมน, ใช้เมื่อรักษา
 ตามฉยแล้วไม่ดีขึ้น. ผู้รายงานแนะนำให้
 ใช้ขนาดน้อยที่สุดที่ให้ผล, และใช้ในเวลา
 สั้นๆ. เขาพบว่าเปรีคินโซโลนให้กินขนาด

๒๐ มิลลิกรัมต่อวัน ๓ วัน, ต่อด้วย ๑๕ มก. ต่อวัน ๕ วัน, ๑๐ มก. ต่อวัน อีก ๗ วันแล้วลดขนาดลงเหลือ ๕ มก. ต่อวัน, ให้ผลดีมาก. ในรายที่มีอาการหนักมาก, ให้เข้าหลอดโลหิตใต้ในรายการที่เคยใช้ ฮอร์โมนสเตอรอยด์มาก่อนแล้ว. ใช้ยัย-โครคอร์ติโซนในรายที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน, ควรให้คอร์ติโคไทรบินได้ถึง ๓๐ มก. ต่อวัน. การใช้ฮอร์โมนพบอาการแทรกซ้อนและข้อเสียหายที่เกิดขึ้นบ่อย, ฉะนั้นจึงต้องใช้ด้วยความระมัดระวังและหาทางป้องกันไม่ให้เกิดการแทรกซ้อนขึ้น.

คล้ายกรรมใช้รักษาโรคแทรกซ้อน, เช่นตกเอาส่วนที่มีหลอดลมพองหรือส่วนที่มีถุงลมพองทะลุ รวมกัน ขนาดใหญ่ ออก. หลังการผ่าตัดทุกรายต้องให้การรักษาทางอายุรกรรมต่อไป.

ประพาฬ ยงใจยุทธ พ.บ.

๗. K.M. Laurence: พัลโมนารีซิลิซิส แพ่งวิจเ็คเตสตีส์แท่งกำเนิด. J. Clin. Path. 12: 62-69, 1959.

หลอดนำเหลืองในปอดพอง, โดยทั่วไปเชื่อว่า เป็นพยาธิสภาพที่ไม่พบบ่อย. จากเอกสารแพทย์ที่รวบรวมได้มี ๘ ราย

รวมของผู้รายงานเอง ๓ ราย (๑๕๕๕). ในรายงานปัจจุบันได้เพิ่มเติมอีก ๑๐ ราย.

ลักษณะพยาธิวิทยาที่พบ ค่ายคาเปล่า, ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น, หมกความยืดหยุ่น, กลีบปอดซัดเงินขึ้น, ลวดลายประสานของหลอดคานาเหลืองที่ผิวปอดเห็นเด่นชัด. บางครั้งเห็นถุงของเหลวเล็กๆ อยู่ใต้ชั้นเยื่อหุ้มปอดด้วย. ผิวหน้าคามีลักษณะคล้ายรวงผึ้งประกอบด้วยถุงของเหลว ขนาดต่าง ๆ อยู่ทั่วไป. พวกที่อยู่ใกล้ขั้วปอดมีรูปร่างยาวและขนาดใหญ่. ในชั้นแบ่งกลีบย่อยของปอดมีเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้น.

ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์, เห็นช่องว่าง ๆ กระจายอยู่ทั่วไป. ส่วนใหญ่อยู่ใต้เยื่อหุ้มปอดและในชั้นแบ่งกลีบย่อยของปอด. ช่องเหล่านี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับหลอดลมและหลอดเลือด. ผนังโดยมากหนาไม่เกิน ๑๐ ไมครอน, ประกอบด้วยใยอีลาสติกและคอลลาเจน. บางครั้งพบใยกล้ามเนื้อเรียบด้วย. ค่านในค้วยเอ็นโคติเลียมชั้นเดียว. ภายในช่องมักไม่พบอะไร. หรืออาจพบสารอีโอซิโนฟิลิก และเม็ดเลือดแดงอยู่ก็ได้. จากการตรวจจุลทรรศน์พบว่าช่องเหล่านี้เป็นหลอดคิกต่อกัน, ไม่พบบันในหลอดเหล่านี้เลย. เนื้อปอดมักพบว่า

เติบโตไม่เต็มที่. หลอดคูลมและต่อมน้ำ-
เหลืองทรวงปอดคปรกติ.

พยาธิสภาพนี้ต้องแยกจาก (๑) อิน-
เตอร์สติเชียล เอ็มฟิซมา, (๒) หลอด
น้ำเหลืองพองในปอดทแพยแห้ง, (๓) ลิ่มม
แฟงจิโอม่าภายในปอด และ (๔) วัณโรคของ
ต่อมน้ำเหลืองทรวงกาย.

ผู้รายงานอธิบายกำเนิดพยาธิของ วัณโรค
ว่าเกิดจาก หลอดน้ำเหลือง เจริญเกินปรกติ
ตั้งแต่ระยะในครรภ์มารดา. อาการผิวเขียว
ในรายที่ไม่มีวัณโรคแทรก, เชื่อว่าเนื่องจาก
หลอดน้ำเหลืองทพอง ไปกดเยื่อหลอดคูลม
และหลอดเลือด. นอกจากนั้นปอดทเสีย
ความยืดหยุ่นปฏิบัติหน้าที่ได้น้อยลงด้วย.

ผู้รายงานได้สรุปว่าพยาธิสภาพนี้พบบ่อย
กว่าที่เข้าใจกัน, หากเนื่องแต่การวินิจฉัยทำ
ได้ยากจึงมีรายงานไว้น้อย.

พิษณุ จงเจริญ พ.บ.

๘. J.B. Cochran, J.A. Mislop, C.
Clayson: คอรัทีโซนและ เชนโมเชอราบี
ในวัณโรค. Br. J. Tuberc. Dis. Chest.
50:267-276, 1956.

ได้รายงาน การ รักษาผู้ป่วยวัณโรคของ
ปอด ๑๕ รายโดยใช้คอรัทีโซนร่วมกับยา

รักษาวัดโรค. ผู้ป่วยส่วนมากได้รับยารักษา
วัณโรคจนมีภาพรังสีคงที่แล้ว. คอรัทีโซน
ใช้อย่างกินวันละ ๑๒ ๕-๑๐๐ มก. ผู้ป่วย
รู้สึกสบาย, แข็งแรงคชชอย่างรวดเร็ว. นำ
หนักตัวเพิ่มขึ้น, อัตราอนอนก้นของเมทเลอค
แดงลดลง. การให้คอรัทีโซนในผู้ป่วยเหล่านี้
ไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับผลการ
เพาะเลี้ยงเชื้อจากเสมหะ. การเพาะเลี้ยง
เชื้อทกสองสัปดาห์ในผู้ป่วย ๑๐ รายที่ได้
ใช้ยานในขนาด ๕๐-๑๐๐ มก. ต่อวัน,
ซึ่งก่อนใช้คอรัทีโซน ได้ผลลบกก็ยังคงได้ผล
ลบกเวลา ๒ เดือนที่ใช้ยาน. ผู้ป่วย
๑๑ คน มีลักษณะภาพรังสีคชชอย่างรวดเร็ว
ระหว่าง ๒ เดือนที่ใช้คอรัทีโซนร่วมกับ
ยารักษาวัดโรค.

ในผู้ป่วยวัณโรคระยะแรก ๔ ราย, ๒
รายมีการรอดคชชของหลอดคูลม, ทเลาชน
อย่างชัดเจน. ใน ๖ รายซึ่งเป็นวัณโรค
ชนิดเรอองมี ๓ รายซึ่งคชชชัดเจน. ใน ๔
รายซึ่งเป็นวัณโรคชนิดเฉียบพลัน ได้รับการ
รักษาด้วยยารักษาวัดโรคก่อนแล้ว ๔-๖
เดือนจนลักษณะคงที่แล้ว, เมื่อให้คอรัทีโซน
เพิ่มเข้าไปด้วยทำให้ภาพทางรังสีคชชน้อยลง
ไปอีก. ในคนไข้ที่มีวัณโรคชนิดแข็งคชชที่
ในปอดมักไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้คอรั-

ติโซน. ในผู้ป่วยวัณโรคชนิดมิลิอารี ๒ ราย, ได้รับยารักษาวัณโรคก่อน ๓ เดือน, แล้วเพิ่มคอร์ติโซน. คนแรกขนาด ๑๒.๕ มก. ต่อวัน. คนที่สอง ๕๐ มก. ต่อวัน. ปรากฏว่าทำให้ภาพรังสีดีขึ้นอย่างรวดเร็ว.

การใช้คอร์ติโซนในผู้ป่วยเหล่านี้แสดงว่าคอร์ติโซนอาจใช้ได้ ในขนาดไม่เกิน ๑๐๐ มก. ต่อวัน เป็นเวลา ๒ เดือนในผู้ป่วยวัณโรคชนิดปัจจุบัน, เรอริง, รุนแรงหรือสงบได้. ถ้าใช้ร่วมกับยารักษาวัณโรค, จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้นเร็ว. เมืองคยา คอร์ติโซนเสกไม่พบอาการร้ายแรงเกิดขึ้น. โดยการ รักษาแบบ นี้ทำให้ลักษณะทางรังสีดีขึ้นในผู้ป่วย ๕๐ ปร., โดยเฉพาะ ในรายที่เห็นโรคชนิดปัจจุบันพบว่าทำให้ภาพรังสีขึ้นอย่างรวดเร็ว.

บัญญัติ ปริชญานนท์ พ.บ.

๕. J. Barlow, J. Shillingford: การใช้เอมียลในไตรต์ที่สันแยกระหว่างไมตรัลเมอร์เมอร์ กับเอออร์ติคซีสโตลิกเมอร์เมอร์. Br. Heart J. 20: 162-166, 1958

ผู้รายงานอ้างถึงความยากลำบากในการฟังแยกเสียงซีสโตลิกเมอร์เมอร์จากลิ-

หัวใจไมตรัลรัวและลิ้นเอออร์ติคคียบ. ในบางรายที่เสียงเมอร์เมอร์จากลิ้นเอออร์ติคคียบนั้น ฟังได้ยินเฉพาะที่ปลายหัวใจหรือที่ทศกที่ปลายหัวใจ และในเมื่อไม่มีเครื่องโฟโนคาร์ดิโอกราฟช่วยเหลือ. จากการศึกษานี้ช่วยรวม ๓๐ รายพบว่าการใช้เอมียลในไตรต์สามารถช่วยแยกเสียงทั้งสองนี้ได้, โดยทำให้เสียงจากลิ้นไมตรัลรัวเขาลง, และเสียงจากลิ้นเอออร์ติคคียบคงขึ้น.

ผู้รายงานอธิบายกลไกของการลดความแรงของเสียงเมอร์เมอร์จากลิ้นไมตรัลรัวว่าเอมียลในไตรต์ ทำให้ความต้านทานส่วนปลายทางลดลง, ทำให้จำนวนเลือดผ่านลิ้นเอออร์ติคได้มากขึ้น. ด้วยเหตุเดียวกันเสียงเอออร์ติคซีสโตลิกเมอร์เมอร์จึงดังขึ้นด้วย.

นรา แวศวร พ.บ.

๑๐. H. Gurian, D. Adlersberg: ผลของกรตนิโคตินิก ขนาด มาก ต่อลิซีสต์ ในเลือดไหลเวียนและความทนคาร์โบซัยเกรต. Am. J. med. Sc. 237: 12-22, 1959

ผู้รายงานศึกษาผลที่เกิดจากการใช้กรตนิโคตินิกขนาดสูงต่อระดับไขมัน (ลิซีสต์) ในวงจรเลือดและต่อความคงทนคาร์โบซัย-

เครต (คาร์โบฮัยเครตโทเลอรัานซ์). ได้ทดลองในผู้ป่วย ๑๐ คน. เป็นคนที่มีระดับไขมันในซีรัมปรกติ ๓ คน, มีไฮเลสเทอรอล หรือ ไขมันสูง ในซีรัม หรือสูง ทั้งสองอย่าง ๔ คน. อีก ๓ คนเป็นเขาหวานชนิดที่ตงคนเมอเป็นผู้ใหญ่แล้ว. กรคนโคตินินให้กินในขนาด ๓ กรัมต่อวัน, พบว่า (๑) ระดับไขมันในวงจรถลกลดลง, ทั้งในคนที่มึระดับไขมันสูง อยู่แล้วและ ในคนที่มีระดับปรกติ, (๒) ความทนคาร์โบฮัยเครตลดลงในคนที่ไม่เป็นเขาหวาน, (๓) ไม่มีผลต่อการรักษาควบคุมเขาหวานชนิดที่เริ่มเป็นเมอเป็นผู้ใหญ่แล้วแต่อย่างใด, (๔) ระหว่างให้ยาไม่พบฤทธิ์แทรกแซงรุนแรง.

นรา แววศร พ.บ.

๑๑. G. F. Rubino et al.: ทองแคงในเมคเลอคแคง และปอว์พ็วริน ในการถูกพิษตะกั่ว. Br. J. Hemat. 4 : 103-107, 1958

จากการ คักษา ผู้ป่วย ด้วยโรค พิษตะกั่ว ๒๒ ราย, ตรวจพบปริมาณของทองแคงในเมคเลอคแคงเพิ่มขึ้นกว่าปรกติใน ๑๗ ราย. ปริมาณโปรโตพอว์พ็วรินเพิ่มขึ้น ๒๑ ราย, ไม่เพิ่มขึ้น ๑ ราย. ปริมาณที่ตรวจได้ของสารทั้งสองมีความสัมพันธ์กันชัดเจน.

ผู้เขียนอธิบายว่าการมีปอว์พ็วรินในเมคเลอคแคงสูงเป็นเพราะผลโดยตรงของตะกั่วต่อการสังเคราะห์ปอว์พ็วริน, และเนื่องจากการสร้างเมคเลอคแคงเพิ่มขึ้นมากเพื่อชดใช้การแตก สลายของ เมคเลอคแคง ซึ่งพบเสมอในผู้ป่วยแพ้พิษตะกั่ว. การมีทองแคงในเมคเลอคแคงสูงเข้าใจว่าเกิดจากการผิดปกติในคุณสมบัติของการซึมผ่านผนังเมคเลอคแคง, ทำให้มีการสะสมทองแคงไว้ในเซลล์ได้มาก.

สวณัฐ ธาระวนิช พ.บ.

๑๒. W.M. Stahl, Jr.: การตกเลือดในทางเดินอาหารเนื่องจากโรคของถุงน้ำดี. New Engl. J. Med. 260 : 471-474, 1959

การตกเลือดมาก ๆ จากท่อน้ำดีสู่ลำไส้ส่วนต้น (ซีโมบัลลิอา) จนเกิดการอาเจียนเป็นเลือดและอุจจาระดำเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พบบ่อย. จนถึงปัจจุบันเพิ่งมีรายงานไว้ ๑๓ รายด้วยกัน. สาเหตุที่สำคัญคือการกระทบกระแทกต่อตับ. นอกนั้นได้แก่เนื้องอกของตับ, ของถุงน้ำดี, และของท่อน้ำดี, และการอักเสบของถุงหรือท่อน้ำดี.

รายงานผู้ป่วยรายที่ ๑๔ มีประวัติปวดท้อง อย่างเฉียบพลันซ้ำ ๆ บริเวณใต้ลิ้น

และท้องชกบนขวา. ครึ่งหลังศกมีอาเจียน เป็นเลือดเก่าและอจจาระสีดำ. อาการตัว เหลืองและตาเหลืองเกิดขึ้นและค่อยๆ เพิ่ม ความรุนแรง. การผ่าตัดเปิดหน้าท้องพบถุง นาคอกอักเสบแยกเลือดออกอย่างปัจจุบัน. ภายในมีเลือดและหนอง. มีเลือดแข็งตัวออกตัน อยู่ในทางเดินน้ำค. หลังผ่าตัดเอาถุงนาคอก และก้อนเลือดในทางเดินน้ำคออกผู้ป่วยดีขึ้น อย่างรวดเร็ว.

ผู้รายงานสรุปว่าเมื่อโคพบผู้ป่วยมีการ ตกเลือดมาก ๆ ในทางเดินอาหารส่วนต้น พร้อมทั้งมีอาการของโรคถุงนาค, หรือว่า ยังไม่สามารถวินิจฉัยสาเหตุการตกเลือดได้ แน่นนอน, ให้นกถึงการตกเลือดในทางเดิน นาคอกด้วย. อาการตัวเหลืองตาเหลืองช่วย สนับสนุน การวินิจฉัย การรักษา ทุกราย คือ การผ่าตัด.

ประพาพ ขงใจยุทธ พ.บ.

๑๓. Ian Dickson : ทับอ้อนอีกเสบปัจจุบัน ภายหลังบริหาร ไอ.เอ็น.เอช. Br.J. Tuberc. Dis. Chest. 50: 277-278, 1956.

ไอ.เอ็น.เอช. ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง เมตะบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตได้. บาง รายงานน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้ลำบากในการ

ใช้ยานเมอคนใช้เป็นเขาหวานด้วย. เขาได้ รายงานผู้ป่วย ๑ ราย, เป็นหญิงอายุ ๔๘ ปีเป็นวัณโรคปอดร่วมกับเขาหวาน. ใ้รับ การรักษาเขาหวานเป็นอย่างดี. ครั้งแรกได้ ให้สเตรปโตมัยซิน, พี.เอ.เอส. และ ไอ. เอ็น.เอช. เกิดไข้, หนาวสั่น, คลื่นไส้อาเจียน, มึนแฉงตามตัวในวันที่ ๑๒. หยค ยา ๔ เดือนแล้วเริ่มให้ ไอ.เอ็น.เอช. อย่าง เดียววันละ ๑๕๐ มก. อยู่ ๔ วัน. ทกวันมี ไข้, คลื่นไส้และอ่อนเพลีย. วันสุดท้ายม คีโตสิสและน้ำตาลในเลือดสูงจนมาก. จึง หยคยาและให้การรักษารีบด่วน. ผู้ป่วยถึง แก่กรรมใน ๖ วันต่อมา. ตรวจศพพบทับ อ้อนอีกเสบปัจจุบัน.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.

๑๔. R.R. Wilcox : ปัญหาทางคลินิกใน การรักษาโรคหนองในด้วยแอนติไบโอติก. Bull. W.H.O. 19: 503-514, 1958.

เมื่อเริ่มแรกมีการใช้ยาจำพวกซัลโฟนา ไมค์ผลของการรักษาโรคหนองในดีขึ้นมาก. อย่างไรก็ดี ๑๐ ปช. ของผู้ป่วยมีการทนต่อยาตั้งแต่เริ่มใช้. ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ ปรากฏว่ายาสัลโฟนาไมค์ ใช้รักษาหนองใน ไม่ได้ผล. การใช้ยาเพนิซิลลินให้ผลดีกว่า.



ไม่พบการทนยาตั้งแต่เริ่มรักษา. ผลคของการรักษาอยู่ระหว่าง ๕๐-๑๐๐ ปช. ถึงกระนั้นอัตราช่วยด้วย โรคหนองในไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร. เมื่อเทียบกับการรักษาโรคซัยฟิลิสบางแห่งรายงานว่าเป็น ๕ ปีที่แล้ว อัตราช่วยด้วย โรคหนองในกลับเพิ่มขึ้นอีก.

ในปัจจุบันเพนิซิลลินถูกใช้ในขนาดสูงในการรักษาช่วยโรคหนองใน เพื่อดักทอนโรคซัยฟิลิสระยะต้น. แต่ก็ยังเป็นที่วิตกกังวลว่าจะเกิดมีการทนยา เพนิซิลลินในโรคหนองในได้. รายงานการรักษาคด้วย พี.เอ.เอ็ม. จากกรุงลอนดอนระหว่างปี ๑๙๕๖-๑๙๕๗ แสดงผลการรักษาลดลง ๔ เท่าจากผลเมื่อปี ๑๙๕๔, ทั้ง ๆ ที่ใช้ขนาดยาสูงขึ้นกว่าเดิม, และพบว่าผลจากการใช้เบนซาธินเพนิซิลลินยิ่งเร็วกว่า.

การใช้ยาเพนิซิลลิน ธรรมดาทำให้ผลดีกว่าพวกออกฤทธิ์ยาวนาน. ชนิดให้กินก็ได้ผล. แต่ราคาแพง, โดยเฉพาะต้องใช้หลายครั้ง. วิตกว่าคือให้เพนิซิลลิน จี. ครึ่งเดียว ๓ ล้านหน่วย. สเตรัยโตมัยซินใช้สลับกับเพนิซิลลินให้ผลดี. แต่มีรายงานว่าเชื้อหนองในเกิดทนยานขึ้น.

การกลับ เป็นอีกของ โรคหนองใน โดยมากพบ ในสัปดาห์ที่สามหลัง ตั้งต้น รักษา.

เนื่อง จาก การ ให้ ยา เพนิซิลลิน ใน ปัจจุบัน สามารถ สกัดคัก โรคซัยฟิลิส ไปได้ เกือบหมดผู้รายงานจึงแนะนำว่าไม่ควรรักษาช่วยด้วยโรคหนองในไว้นานเช่นเมื่อก่อน.

ผู้รายงานเชื่อว่า การทนยาเพนิซิลลินในโรคหนองในเกิดได้ยาก, คงกินเวลาอีกนานหรืออาจไม่เกิดเลย, เนื่องจาก (๑) เพนิซิลลินไม่มีการทนยาของเชื้อโดยธรรมชาติ, (๒) การให้ยาเพนิซิลลินชนิดฤทธิ์นานซึ่งมีระดับยาในเลือดต่ำมาถง ๑๕ ปีแล้วยังไม่มีการทนยาที่พิสูจน์ได้แน่นอนเกิดขึ้น, (๓) มียาอื่น ๆ อีกหลายขนานที่ใช้รักษาโรคหนองในได้, ผิดกับเมื่อสมัยใช้ยาซัลโฟนาไมด์รักษา.

ผู้รายงานแนะนำการใช้ยาเพนิซิลลินในการรักษา โรคนี้ว่า ควร ให้ ยา เพนิซิลลิน ธรรมดาช่วยด้วยเสมอ, เพื่อเพิ่มระดับยาในเลือดให้เพียงพอ. การใช้ยาโดยถูกวิธี, และไม่พรั่าเพรื่อ จะช่วยให้ โอกาส ของการเกิดการทนยาน้อยลง. เขาเชื่อว่าในปัจจุบันโรคหนองในรุนแรงน้อยลง, ไม่ค่อยมีอาการแทรกซ้อน. การใช้ยาอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายกลายเป็นพาหะที่ไม่มีอาการได้.

นิภา จริญญาเวสมี พ.บ.

๑๕. J. Brod, et al.: ผลของการออกอาหารต่อปฏิกิริยาอิมมูโนโลยีและการดำเนินของโรคกลอเมอรูโลเนฟริตีสปัจจุบัน.

Lancet 1 : 760-763, 1958.

ผู้รายงานได้ทดลองรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคไตอักเสบปัจจุบันโดยใช้วิธีออกอาหารทุกอย่างเป็นเวลา ๖๐ ชั่วโมง, นอกจากให้น้ำดื่มไม่เกิน ๑๐๐ ล.ชม. วิธีคล้าย ๆ กันนี้ไม่มีผู้ใ้มานานแล้ว, แต่ไม่ได้รับความสนใจเพราะไม่มีใครทราบเหตุผลว่าทำไมผลที่ได้จากการออกอาหาร ทำให้อัตราการกรองของกลอเมอรูโลซัน, ความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปรกติ, การบวมยุบลงได้เร็วกว่าการรักษาแบบธรรมดา.

เนื่องจากโรคไตชนิดนี้ถือว่าเป็นปฏิกิริยาออโตอัลเลอร์ยิกและในชั้นนี้ซึ่งผู้

มักจะพบว่ามีการคอลลอเดียนแอกกลูตินิน, ผู้รายงานได้ทดลองหาแอกกลูตินินชนิดนี้ในผู้ป่วยที่ออกอาหาร ๒๕ ราย, เทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบธรรมดา ๕ ราย. ผลของการตรวจสอบปรากฏว่า ๑. คอลลอเดียนแอกกลูตินิน, ๒. อัตรากรองของกลอเมอรูโล, ๓. ความดันโลหิต, ทั้งสามอย่างนั้นคนสู่ระดับปรกติในรายที่ออกอาหารเร็วกว่าในรายที่ได้รับการรักษาแบบธรรมดา.

ความสำคัญของคอลลอเดียนแอกกลูตินินจะมีต่อปฏิกิริยาอิมมูโนโลยีอย่างไรผู้รายงานเองก็ไม่ทราบ, แต่ได้แนะนำว่าการออกอาหารน่าจะเป็นเรื่องสำคัญของการรักษาโรคไตแบบนี้.

รจิต บุรี

M.D. (Lond.), D.T.M. & H. (L'pool)

การส่งเงินค่าบำรุง

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



ปฏิกณะ

เสมหะ

เสมหะคือสิ่งซึ่งไอ หรือกระแอมออกมา โดยปรกติจากพยาธิสภาพ ส่วนใด ส่วนหนึ่งของระบบหายใจโดยตรง หรือ โดยทะล่อออกมาจากอวัยวะอื่นที่อยู่ใกล้เคียง.

การตรวจเสมหะ มีความสำคัญมากในการช่วยวินิจฉัยโรคในระบบลมหายใจ. โดยทั่วไปเราแย่งออกเป็น ๔ วิธี :

๑. ตรวจด้วยตาเปล่า.
๒. ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยไม่ต้องย้อมสี, หรือด้วยการย้อมสี.
๓. การเพาะเลี้ยงเชื้อ, และฉีดเข้าไปสัตว์ทดลอง.
๔. การตรวจด้วยวิธีพิเศษอย่างอื่น.

การตรวจดู ลักษณะ ของ เสมหะ ด้วยตาเปล่า มีความสำคัญ มาก อย่าง หนึ่ง ในการแพทย์แผนปัจจุบันที่ใช้กันอยู่ทั่วไป. เสมหะมักถูกเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด, จึงไม่สามารถเห็นลักษณะได้ชัด. แผนกอายุรศาสตร์ได้ใช้วิธีต่างๆ เพื่อเก็บเสมหะให้เห็นลักษณะโดย ชัดแจ้ง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๔๗๖ เป็นต้นมา (ป. กังสตาลย์). ให้ผู้ช่วยข่วน

เสมหะลงในขวดขาวใส, ปากกว้างที่ใส่น้ำไว้แล้วพอสมควร. โดยวิธีนี้อาจสังเกตลักษณะด้วยตาเปล่าได้ชัด.

สิ่งแรกที่ ต้อง สังเกต คือ ปริมาตร ของ เสมหะ. เสมหะที่มีปริมาณมากเกินไปกว่า ๑๐๐ ล. ซม. ต่อวัน (อาจมากถึง ๓๐๐-๖๐๐ ล. ซม.) พบในโรคไข้ในปอด, หลอดลมอักเสบอย่างแรงถึงขั้นเป็นหนอง, หลอดลมพองชนิดเป็นถุงและกำลังมีการอักเสบรุนแรง, วัณโรคชนิดรุนแรงแบบรูปร่างโม่ป่นิวโมนีค, หรือในรายที่มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดแตกทะลุเข้ามา.

เสมหะที่มีปริมาณ น้อยพบในโรคหืด, วัณโรคระยะแรก, หรือมะเร็งปอดระยะแรกในหลอดลม. ปริมาตรของเสมหะยังบอกถึงการดำเนินของโรคด้วย. ในรายที่มีการอักเสบของเนื้อปอด หรือ หลอดลม, ถ้าเสมหะ มีปริมาณเพิ่ม ขึ้นเรื่อยๆ แสดงว่าการอักเสบนั้นกำลังลุกลามมากขึ้น, ถ้าปริมาณค่อยลดน้อยลงแสดงว่า การอักเสบทุเลาลง. แต่ถ้าปริมาณ ของเสมหะลดน้อยลงมากใน

เวลารวดเร็วอย่างนึกไม่ถึง, แสดงว่าอาจจะมีอาการคันของหลอดลม. พร้อมกันนี้อาจมีอาการอื่นประกอบด้วย, เช่นมีไข้สูง, อาการทั่วไปเลวลง.

เสมหะที่มีลักษณะเป็นมอคอยต์พบในโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังหรือในระยะแรกของชนิดปัจจุบัน, โรคหืด, หรือโรคไอกรน. เสมหะที่มีลักษณะเป็นหนองพบในโรคฝีในปอด, หลอดลมอักเสบมีหนอง, หรือเมื่อมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือในค้ำแตกทะลุเข้ามาในหลอดลม. เสมหะที่พบบ่อยมีลักษณะเป็น มัคส์ป่นหนอง สีเหลืองเขียว, พบในวัณโรคที่มโพรงในปอดหรือในโรคหลอดลมพองบางราย. เสมหะที่มีลักษณะเป็นซรัสสีขาวหรือเหลืองอ่อน, มีฟองปนมาก, หรือบางครั้งมีเลือดปน, พบในรายที่มพลโมนารียอกมา, หรือในรายที่ไฮคาคิคซัยสต์ในปอดแตกออกมาซึ่งจะมีปริมาณมาก. เสมหะที่มีเลือดปนกับเนื้อเสมหะบางส่วนมักพบในรายที่เป็นวัณโรค, โรคหลอดลมพอง, หรือในโรคมะเร็งของปอด. เสมหะในโรคบีนิวโมเนียในระยะแรกมีลักษณะเหนียวมาก, และมักจะมีสีคล้ายสนิมเหล็ก, แต่ปริมาณน้อย. การเก็บเสมหะแบบของเราช่วยให้สังเกตลักษณะ

ของเสมหะที่แยกตัวออกเป็นชั้น ๆ และลักษณะพิเศษเกี่ยวกับการลอยและจมได้. ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดลมอักเสบชนิดปัจจุบันในระยะแรกมีเสมหะน้อยมาก. ต่อมากลับมีเสมหะเป็นก้อนกลมเหนียว (มัคส์ป่นหนอง) ลอยอยู่ทระก้นน้ำส่วนบน, ทกนขวมมีตะกอนน้อย. หากเกินเลยไปเป็นชนิดซีปป์เรคท์ฟักจะมีสีเหลืองหรือเหลืองปนเขียว ลักษณะคล้ายหนอง, แต่ยังคงเป็นก้อนและจำนวนมากก่อนมากขึ้น. ในรายที่เป็นชนิดเรื้อรัง, เนื้อเสมหะจะลดลงและกลับไปสู่ลักษณะมอคอยต์. ทกนขวมจะเห็นมีตะกอนมากขึ้น, เพราะก้อนเสมหะตกเร็วและสลายตัวเร็วขึ้น. ตะกอนละเอียดแต่แรกขวมกมากขึ้น. ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดลมพองนานพอสมควร จะเห็นลักษณะของเสมหะแบ่งเป็นสามชั้น (โดยไม่ต้องมีน้ำอยู่ในขวดที่เก็บ). ชั้นบนเป็นฟองน้ำลาย (ไม่มาก), ชั้นกลางเป็นน้ำค่อนข้างใส สีน้ำตาลอ่อน, ทกนขวมมีตะกอนละเอียดซึ่งตกแต่แรกขวมเป็นสำคัญ. ในโรคนี้ถ้ามีการอักเสบชนิดปัจจุบันของหลอดลมเกิดร่วมด้วยก็มักมีเสมหะลอยอยู่ค้ำกล่าวข้างบน. หรือถ้ามีการอักเสบชนิดปัจจุบันของเนื้อปอด รอย ๆ หลอดลมส่วนที่พองนั้น, ก็อาจเห็นเสมหะ



บางส่วนย่อยหรือยกลงมาจาก วัณโรค ส่วนบน
 ควบ. ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค ในปอดจะเห็นมี
 เนื้อเสมหะ เส้นเอ็น ย่อยหรือยกลง มาจาก ฟอง
 นาลายส่วนบนเหมือน กระโปรงขาวาย (อี-
 ลาสติกไฟเบอร์จากการทำลายของเนื้อปอด).
 ยิ่งในระยะปัจจุบันก็จะมีส่วนบนมากจน, ทั้ง
 จำนวนยวงและความยาวชั้นล่าง. ในราย
 ปัจจุบันที่เป็นใหม่ ๆ เมื่อแรกบ้วนไม่มีตะกอน
 หนอง, ในรายที่เรื้อรังมีส่วนตะกอนมากจน
 และส่วนที่ห้อยยกลง. ในผู้ป่วยที่เป็น
 วัณโรค ของ ปอด อาจ มีลักษณะ ของ เสมหะ
 เปลี่ยนแปลง หลาย อย่าง แล้ว แต่ ระยะ ของ
 โรค. ในระยะแรกที่ทุกเค็ช้สยังไม่มีหลุด
 ออกมา, เสมหะไม่มากและเป็นเสมหะของ
 การระคายเคืองจากการไอ. เมื่อมีวัณโรค-
 เชื้อสออกมา, ก็มักจะมีเสมหะของหลอด
 ลมอีกเสียบนอยู่ด้วย, และในรายที่มีโพรง
 แลวกอาจมีเสมหะ ของฝ ใน ปอด รอยโพรง
 ปนอยู่ด้วยแต่ยวงเล็กและสั้น. วัณโรคเชื้อส
 อาจเป็นสีขาวหม่น, เหลือง, หรือเหลือง
 เขียว. แต่ลักษณะที่บ่งชี้ขนาดตั้งแต่เมล็ด
 ฝรั่งขึ้นไปจนประมาณองคลันวอกอย.

วัณโรคเชื้อส เมื่อยวนลงในขวด จะม
 ถึงก้นทันที, เว้นแต่จะถูกเคลือบด้วยเสมหะ
 จากหลอดลมและมีลมอยู่ข้างในก่อนเสมหะ

ด้วย, ซึ่งแสดงว่ามาจากหลอดลมส่วนลึก.
 ฉะนั้นใน การ ตรวจ เสมหะ เพื่อย้อม หาเชื้อ
 วัณโรค, การตรวจหลอดเสมหะจึงมีความ
 สำคัญมาก. เรื่องการ เกยและสังเกต
 ลักษณะของ เสมหะคง กล่าวมานี้ไม่เคยพบ
 ว่ามีเขียนไว้ละเอียดในตำราเล่มใด. หัวหน้า
 แผนก อายรรศาสตร์ คนปัจจุบัน เป็น ผู้ริเริ่ม
 และ สนใจ ศึกษาไว้มาก และได้ ถ่ายความรู้
 ให้นักศึกษาแพทย์และแพทย์ตามควร.

สีของเสมหะได้กล่าวรวมไปกับลักษณะ
 ย่างแล้ว. ในพยาธิสภาพบางอย่างก็มีสีเป็น
 ลักษณะเฉพาะหรือพบในมากราย. รายที่
 เป็นสตาฟฟีโลค็อกคัสปนีโมนีเนี่ยจะมีสีชม
 ภูอ่อนหรือมีสีแดงปน, และเมื่อค้ำเนินไปถึง
 ชั้นซัพเรทีฟจนเกิดโพรง, จะกลายเป็นสี
 เหลือง. เสมหะจากผู้ช่วยที่มีผลของมยค
 ใน คัยแตก ทะล เข้ามาใน หลอดลม จะมี สี
 เหมือนกะบี่. เสมหะที่มีสีเขยวช้คเงินอาจ
 พบได้ในรายที่การอีกเสียบนปอดมี เชื้อพย-
 โอซัยอะเนียสปน (เหมือนด้วย), ในรายที่
 มีโรคค้อระหว่างท่อน้ำค้ใน คัย กับ หลอดลม
 (เราเคยพบผู้ช่วยที่มีพยาธิใน คัย, ซึ่ง
 พยาธิสภาพ ลก ลาม ทะล เข้ามา มี ุงนำใน
 ปอด, เสมหะสีเขยวช้คและตรวจพยขนาด
 ในเสมหะด้วย), หรือในรายที่มีการ

คงค้างของสิ่งที่เกิดจากการทำลายของเม็ดเลือดขาว (เวอร์โคเปอร์ออกซิเดส) ในเสมหะอยู่เป็นเวลานาน.

เสมหะในผู้ป่วยบางรายอาจมีกลิ่นเหม็นเน่า, เช่นในผู้ป่วยในปอดชนิดเน่า (พุทรีก) หรือพวกแกงกริบของปอด. หรือในบางรายของโรคหลอดลมพองหรือมะเร็งของปอด. ที่มีกลิ่นเหม็นเหมือนอุจจาระพบในผู้ป่วยที่มีเสมหะออกมาจากการอักเสบเนื่องจากเชื้อ บี.โคไล, (เช่นในรายที่มีหนองใต้กระบังลมแตกทะลุเข้ามาในหลอดลม) หรือในบางรายจากเชื้อแอนแน โรบิคัสเตร็ปโตคอคคัสและแบคทีเรียอื่น. เสมหะของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคไม่พบว่ามักมีกลิ่นชั้เจนน้อยๆใด. (บางคนเคยกล่าวว่ามักมีกลิ่นหอมหวาน.)

วิธีตรวจเสมหะด้วยตาเปล่าอีกวิธีหนึ่งคือให้ผู้ป่วยข่วนเสมหะลงในจานแก้วแบนใสวางบนพื้นสีดำ. อาจจะมีมองเห็นลักษณะอื่นๆ ได้อีก, เช่นพวกครีสต์ชแมนส์ไปแรล, บร็องเคียลคาสต์, หินปูน, ตลอดจนทิวหนอน. (เราเคยพบผู้ป่วยซึ่งไอเอาพยาธิตัวจืดออกจากเสมหะหรือเสมหะปนเลือด.) บางครั้งอาจพบชิ้นเลือดสด ๆ ปนอยู่ด้วยซึ่งถ้าเขาไปตรวจด้วยวิธีพิเศษอาจจะช่วยวินิจฉัยโรคได้. (ในผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งการวินิจฉัยโรคยังไม่แน่นอน, เราเอาชิ้นเนื้อที่พบใน

เสมหะนำไปตรวจดูทางพยาธิวิทยา ก็พบเซลล์ของมะเร็ง.) จากการตรวจเสมหะด้วยวิธีนี้เราอาจสังเกตเห็นลักษณะบางอย่างของเสมหะได้ชัดเจนกว่าในซอก. (ในผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งมีเสมหะน้อยมีลักษณะเป็นมัน, เมือก, สีเหลืองปนน้ำตาลหรือน้ำตาลปนแดง, ทรงกลมเล็กเจอบ่อยๆตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์พบไข่ของพาราโกนนิมัส. ต. หาริณสูต และพวก.) การตรวจโดยเลือกเอาเสมหะบางส่วนเพื่อไปตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์ต่อไปทำให้ได้ผลตรวจมากขึ้น, เช่นในรายที่เป็นวัณโรคของปอดเราใช้วิธีแยกเอาเนื้อเสมหะส่วนที่เจอบ่อยและมีลักษณะคันสีหม่นหรือสีเหลืองคล้ายเนยแข็งหรือเมล็ดฝรั่งนำไปย้อมสีก็มีโอกาสพบเชื้อวัณโรคได้มาก.

จากเสมหะที่มีโดยย้อมสีนำมาตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์ อาจพบลักษณะหลายอย่างที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค. นอกจากพวกผลึกต่าง ๆ เช่นผลึกซาร์โคทีเลียเค้น, ลิวซีนหรือทียโรซีน ฯลฯ อาจพบบร็องเคียลคาสต์และอิลาสติคไฟเบอร์. นอกจากนั้นเราอาจพบตัวเห็ดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพโดยตรงหรือแทรกซ้อน, เช่นเชอราหรือพาราซัยท์. พวกพาราซัยท์ที่สำคัญได้แก่ตัวอะมีบา, ไข่ของพาราโกนนิมัส, หรือยุงกัดตัวของเฮโคโคคคัส. พวกเชอราอาจพบซัลเฟอร์แกรน

ยลล์ของพวกแอกทีโนมัยโคซีส, เซลล์รูปกลมของพวกบลาสโตมัยซีสหรือคริปโตคอคคัส เป็นต้น. อาจเห็นเซลล์ของพวกไซมันในรายที่เป็นพาร์ฟิโนมาของปอด. บางรายอาจตรวจควยวธาคกราวนอิลลูมิเนชัน, เช่นพวกสไปโรซิท เป็นต้น.

มีหลายชนิดที่ใช้ในการย้อมเสมหะ. ที่ใช้กันเป็นประจำได้แก่สเมธิลบลู, สแกรม, และสทไซย้อมพวกแอซิดฟาสต์แบซิลไล. การย้อมเสมหะด้วยสแกรมมีความสำคัญช่วยในการวินิจฉัยโรคและการเลือกใช้แอนติไบโอติกในการรักษาควย, ถึงแม้แพทย์ผลึกษาจะอยู่ในที่ซึ่งไม่อาจทำการเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรียได้ก็ตาม. ตัวอย่างเช่นในผู้ป่วยปิวโมเนียซึ่งในปัจจุบนพบว่ามีมารายซึ่งไม่ไคเกิดจากเชอปนีวโมคอคคัสและเมอทำการรักษาควยเพนซิลลินก็ไม่ได้ผลดี. ถ้าเราเอาเสมหะของผู้ป่วยในรายเช่นนี้มาย้อมสแกรมและตรวจควยกลองจุลิตค้นก็อาจช่วยให้เราเลือกใช้แอนติไบโอติกที่ไคผลดีในผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้. ในผู้ป่วยวัณโรคที่มเสมหะออกมากพอสมควร, ถ้าเรานำเสมหะมาเลือกส่วนที่จะนำมาตรวจให้ถูกต้องตามที่ไคกล่าวมาแล้ว, จะพบเชอวัณโรคได้ง่าย. เคยมีรายที่ทำการตรวจมาจากทอนแล้วสองสามครั้งในเวลาไคลเคียงกันไม่พบเชอ. เมอมาหาเรา ๆ เลือกเสมหะ

ควยวัณคิงกล่าว, พบเชอวัณโรคเป็นจำนวนมากมายหลายรายแล้ว. ในผู้ป่วยที่มีภาวะอิลเลอริจิกยาราย, เรานำเสมหะมาย้อมตรวจจำนวนของอโอสโนพลเซลล์เป็นการช่วยวินิจฉัยโรคคอกอย่างหนึ่งควย.

ในบางกรณีต้องส่งเสมหะไปทำการเพาะเลี้ยงเชอเพอหาควเหตของโรค, เช่นในรายวัณโรค, การอกเสบของปอดหรือหลอดลมบางราย, หรือโรคปอดจากเชอรา. ในผู้ป่วยวัณโรคบางรายที่มเสมหะน้อยหรือในเด็กซึ่งมักจะกลืนเสมหะเข้าไป, เราอาจต้องทำการย้ายจากกลองเลี้ยง, หรือล้างกระเพาะอาหาร, และนำมาเพาะเลี้ยงเชอวัณโรค. เชอโรคที่เพาะเลี้ยงชนแล้วอาจนำไปตรวจทดสอบการแพ้ยา, โดยเฉพาะพวกสตาฟยโลคอคคัส, เพอชยอกชนิดของแอนติไบโอติกที่ควรใช้ในการรักษา. ในผู้ป่วยบางรายเราอาจต้องไควฉกเขาในสัควทกลองค่อไปอกเพอให้ไคผลแน่นอน.

ยังมีวิธีพิเศษอื่น ๆ อีกมากวิธีที่ใช้ในการตรวจเสมหะ, เช่นการย้อมเสมหะด้วยวิธีฟานนิโคเลา, หรือการทำเซคชันของเสมหะเพอช่วยในการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับมะเร็งของปอด เป็นต้น, ซึ่งมกล่าวไว้ในตำราต่าง ๆ และไม่อยู่ในข่ายของบทความนี้.
บัญญัติ ปรัชญานนท์ P.M., F.C.C.P.

หน้าสำหรับนิสิต

เจ็บบอก : หลกสืบประการ

อาการเจ็บบอกเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งของโรคใน ระบายหายใจและ ระบายไหลเวียน เลือด. ในมากกรายเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วย มาหาหมอ. บางครั้งเป็นอาการสำคัญที่ รบกวนและทรมานผู้ป่วยมาก. แต่บางครั้ง เป็นเพียงอาการร่วมกัยอาการอื่น. การ วินิจฉัยแยก โรค และ การ วินิจฉัย โรค ต้อง อาศัยรายละเอียดของ อาการเช่น บ่งชี้หนึ่ง, เพราะ อาจ ช่วย อธิบาย พยาธิ สภาพ ภายใน ได้และนำไปสู่การตรวจค้นที่ถูกต้อง.

เคยมีคำกล่าวที่ว่า “การวินิจฉัยโรคได้ ถูกต้อง เท่า กัยรักษา โรคหาย ไป ครั้ง หนึ่ง แล้ว”. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บบอกเป็นสำคัญ นั้นบางรายการตรวจร่างกาย มีความ สำคัญ มาก, การตรวจคนคานอนมีความสำคัญ น้อย. ในบางรายก็คล้ายกัน. แต่การถาม ประวัติ ของ ผู้ป่วย อย่าง ละ ละเอียด มีความ สำคัญมากทุกรายเพราะ

ก. บางโรคที่มีอาการเจ็บบอกในทรวงอก, เราวินิจฉัย โรค ได้โดย อาศัย ประวัติ เป็น

สำคัญ, การตรวจอย่างอื่นจะไม่ช่วยอะไร เลย, เช่นโรคประสาทอ่อน, แอนโงิน่า เป็คคอริส.

ข. บางรายที่ยังให้การวินิจฉัยแน่นอน ไม่ได้เราก้ต้องรักษาตามอาการไปก่อน, เช่น ให้ยาระงับปวด, ยาระงับประสาท, งคการ ใช้เสียง, งคสยบหรือชั่วคราว เป็นต้น.

ค. ประวัติที่ ได้ความ ครบถ้วน ร่วมกัย การใช้ความรู้เกี่ยวกับอาการวิทยา, นำเอา สรีรวิทยา, กายวิภาคศาสตร์, และพยาธิ วิทยา มาประยุกต์, อาจช่วยอธิบายพยาธิ สภาพที่เกิดขึ้น, เป็นแนวทางในการตรวจ ร่าง กาย ว่าควร ตรวจ ละ ละเอียด ส่วน ไตบ้าง, และจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคเป็น อย่าง มาก, เช่นผู้ป่วยไอ, เจ็บบอก, เหนื่อยหอบ, ขวมที่ขา, เราควรนึกถึงโรคหัวใจก่อน.

ง. มีผู้ป่วย จำนวน ไม่น้อย ที่เจ็บบอก แต่ ไม่มีโรคอะไรเลย. การที่ผู้ป่วยเล่าอาการ บั่วยให้หมอฟังขณะถามประวัติ, หมอมี โอกาสชวนคนไข้คุยให้สบายใจ, อธิบาย

ขอของใจให้ ผู้ช่วยลดความ กังวลทำให้เกิด
กำลังใจ และ ความ เชื่อมั่น ในหมอ ผู้รักษา,
อาจช่วย บั่นเทา อาการและหายป่วยได้โดย
น่าทึ่ง, ซึ่งมักพบได้เสมอในผู้ที่มีอาการทาง
ประสาท.

จุดอ่อนและข้อบกพร่องหลายอย่างที่พบ
ในรายงาน ประวัติผู้ป่วย เป็นเพราะ นักศึกษา
บางคน บั่นทกแบบ เขียนให้ เสร็จ พอรอค ด้
ไปวันหนึ่ง ๆ มีใค่ค่านงถึงส่งทเขียนลงไปว่า
จะเกิด ประโยชน์ และจะช่วย ในการ วินิจฉัย
โรคได้ อย่างไรบ้าง. ข้อความบางตอนผู้
เขียนไม่ม่ประโยชน์. ไม่รู้จักการเรียง
ลำดับ ข้อความ ให้ผู้อ่าน หลับ ตา เห็น พยาธิ
สภาพที่กำหนดไปเป็นระยะ ๆ. บางคนไม่รู้จะ
ถามอะไรทง ๆ ทมเรื่องต้องถามออกมาหลาย
อาการที่ผู้ป่วย ไม่ม่มก จะ ถูกลม เสียหมก
ว่ามีความ สำคัญไม่ น้อยกว่าอาการที่ผู้ป่วย
เล่าให้ฟัง. เช่น ผู้ป่วยเจ็บอกมาหนึ่งปี โดย
สุขภาพไม่ทรุดโทรม, น้ำหนักไม่ลดเลย
หรือลดไม่มาก, ทำให้เรานักถึงโรคอปลา
ทาน หรือเยื่อ หุ้ม ปอด อัก เสย เวอริง เฉพาะ
แห่ง.

ข้อ บกพร่อง ทงนเพราะนักศึกษาแลมและ
ไม่พยายาม ขวนขวาย ทบทวน วิชารากฐาน
เพื่อนำมาประยุกต์. คำกล่าวของ Sir Henry

Wade ทว่า “ตักผู้ป่วยเป็น ห้องศึกษาคนควา
ที่ใหญ่ที่สุด” อาจช่วยเตือนใจนักศึกษาที่
เขียนรายงานผู้ป่วยพอให้ออกตัวไปวันหนึ่งๆ
กลับมาสนใจ การเรียน กบัผู้ป่วย ให้ได้ผลแก่
ตัวเองยงชนกว่าที่เขามาแล้ว.

การถามประวัติผู้ป่วยที่หมออาการเจ็บอก
เป็นสำคัญต้องใช้หลักในการถาม เพิ่ม จาก
หลักทั่วไปในการถามประวัติ. ผู้ฝึกหัด
ใหม่ ๆ ยังขาดความรอบรู้ในลักษณะทาง
คลินิกของโรคต่าง ๆ ความมีหลักอยู่ในใจ
ยคเป็นแนวทาง ในการถามเพื่อให้ได้ ประวัติ
ละเอียดทุกแห่งทุกมุม, ทงจะยกตัวอย่างพอ
เป็นแนวทางต่อไป.

๑. ลักษณะของอาการเจ็บ

— อาการเจ็บแบบ “เจาะไช” หรือ
“กระแทก” เช่น จากหลอดเลือดโป่งพอง
กดกระดูก.

— เจ็บแปลบเหมือนมีอะไรที่มแทง,
เช่นจากโรคของกระดูกซี่โครง, เจ็บเยื่อหุ้ม
ปอด, เจ็บปลายประสาท.

— เจ็บเสียว ร้าว ไปตาม แนว ประ สาท
หรือปวดแสบปวดร้อน, เช่น จากปลายประ
สาทอักเสบ, รากประสาทข้างหลังอักเสบ
หรือถูกกระคาย.

— เจ็บปวดร้าวร้าวเหมือนจะขาดใจ,

เช่นจากการปรีชของผนังของหลอดเลือดไข่มง
พอง, การอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี
และพลาโมนารี.

— แน่นในอกเหมือนถูกของหนักทับ,
เหมือนถูกเค้น, บับริคคอ, เช่นจากแอนไจ-
น่า เบ็คคอรวิล์.

— ปวดคืบ ๆ หรือชัคชอก, เช่นปวด
กล้ามเนื้อ, การอักเสบของผิวหนังและเนื้อ
เยื่อใต้หนัง.

— กตเจ็บชัคตรงที่ปวด, แสดงว่าพยาธิ
สภาพอยู่ที่คนในบริเวณนั้น, หรือเจ็บตรง
ปลายประสาท.

๒. กำหนดและเวลา

ก. เป็นมานานเท่าใด ระยะเวลาที่ช่วย
มาช่วยแยกโรคได้หลายอย่าง. โรคที่คิด
ที่เป็นโรคเรื้อรังเช่น วัณโรค, หนองใน
ช่องเยื่อหุ้มปอด, อากาจะค่อย ๆ ปรากฏ
ทีละน้อย, เป็นเวลานานพอควร. แต่โรคที่
เชื่อบางอย่างในระยะหายใจ เริ่มด้วยอาการ
รุนแรงอย่างฉับพลัน, เช่นปิวโมเนีย, ปอด
อักเสบจากเชื้ออนทโมโซวโรส, เยื่อหุ้ม
ปอดอักเสบ.

ข. เป็นบ่อยเพียงใด แอนไจน่า เบ็ค-
คอรวิล์ ระยะแรก ๆ หลาย ๆ วันเจ็บครั้ง
หนึ่ง, ยั่งยืนเข้าอาการจะเป็นถาวร. บาง

โรคในวันหนึ่ง ๆ มีอาการเจ็บเป็นพัก ๆ,
เช่นแผลหรือมะเร็งในหลอดอาหาร จะเจ็บ
เมื่อกินอาหาร, เยื่อหุ้มปอดอักเสบเจ็บ
มากเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ, เวลาไอและหายใจ
ลึก. แต่บางโรคเช่น หลอดโลหิตไข่มง
พอง, เนื้องอกในเมคัสติคัมและมะเร็ง
ของปอดจะปวดคืบคอกันทั้งวันทั้งคืน.

ค. พักหนึ่ง ๆ เจ็บอยู่นานเท่าใด อิน-
ฟาร์คต์ของหัวใจที่เป็นใหม่ ๆ เจ็บอยู่นาน
เป็นชั่วโมง ๆ, แต่เยื่อหุ้มปอดอักเสบอาจ
เจ็บอยู่พักหนึ่ง ๆ นานไม่กี่นาที.

ง. เวลาพิเศษที่เกิดอาการ คนที่แพ้
อากาศเย็นจะไอ, จามและเจ็บอกในตอนเช้า
และคค. เจ็บกล้ามเนื้อและประสาทมักเริ่ม
เจ็บในตอนบ่าย, เย็น, เมื่อกิจงานแล้ว.
การเจ็บอกจากการตรวจร่างกายจะได้ประวัติ
ทำงานหนักกว่าปรกติ, เช่นเริ่มเจ็บในฤดู
ทำนา, ช่างตัดเสื้อและช่างเสริมสวยทำงาน
หนักเมื่อใกล้งานอะไรสักงานหนึ่ง. หลอด
เลือด โคโรนารีอุดตัน หรือลนเอออร์ติครว
มักปวดหัวใจในตอนคค.

๓. ความรุนแรง ผู้ช่วยอาจเปรียบเทียบ
ความรุนแรงของ อาการเจ็บอกให้เรา
ทราบได้, เช่นเจ็บจนต้องหยุดนั่งพัก, ปวด

จนกิน, เจ็บจนเหงอโทรม, เจ็บแทบขาดใจ, เป็นต้น. นอกจากนั้นเราอาจจะเนความรุนแรงของอาการที่มีอยู่ขณะนั้น ได้โดยสังเกตอาการของผู้ป่วย, เช่นหน้าซ้ค, สีหน้าแสดงควมเจ็บปวด, เอมอกุมตรงท้เจ็บ, กระจกกระส่าย, นอนท่าแปลก ๆ.

๔. ตำแหน่งที่เจ็บ อาการเจ็บที่เกิด

จากผิวหนัง, กระจกของทรวงอก, และประสาทผิว, จะเจ็บต่นและเจ็บเฉพาะท้. อาการเจ็บจากหัวใจ, เยื่อหุ้มปอด, เมติแอสติณ้มน, จะเจ็บที่ใต้กระดูกอก, ซิคค่านซ้ายของกระดูกอก, หรือบริเวณหัวใจ, แต่เจ็บลึกและมักแผ่กระจายไปตามแขนงประสาทที่ม้รากจากไขสันหลังระดับเดียวกันกับประสาท ท้รบ ความรู้สึกปวดจากอวัยวะท้มพยาธิสภาพ, เช่นแผ่ไปไหล่, ข่า, สะบัก, ข้างคอ, กราม, หน้า, แขนค่านใน, ขอกอก และหน้าท้องส่วนบน.

๕. ความสัมพันธ์กับอริยาบถและสิ่งแวดล้อม

ก. อริยาบถ ผู้ป่วยท้มลนเอออร์ติคว้เวลาปวดหัวใจจะนอนไม่ลง, ต้องลุกนั่ง, เดินจึงจะทะเลา. แต่แอนใจนำเย็คตอริสค้ของนงพถจท้ทะเลา. เมอหลอกเลออค

โคโรนารย์ ออกค่น ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกรคหรือเค้นคอ, หายใจไม่ออก, นอนหงนหน้า, อาจตกเตียงลงมตายข้างล่าง, เนอจจากจะค่นไปหาย ใจท้หน้าค่าง หรือเรียกให้คนช่วย. เจ็บเยอหุ้มปอด, กล้ามอก, กระจกช้โครง, ผู้ป่วยจะหายใจสัน ๆ จนต้องหายใจเร็วกลายเขนหอบค่น และมักนอนท้บข้างท้เขนเพอให้ออกข้างนนเคลอนไหวนอยท้สค. การเคลอนไหวท้รวงอกและอวัยวะท้คคต่อกบ้ท้รวงอก, เช่นคอ, แขน, การก้ม, การไอและการกล่น, จะทำให้เจ็บอกมากขนในโรคของโครงอก, เยื่อหุ้มปอด, และประสาทตามช้องช้โครง.

ข. การออกแรง เช่นเดินไกล, ขนบันได, ยกของหนัก, ทำให้เจ็บอกได้.

ค. บรรยากาศแวดล้อม เช่นอุณหภูมิห้อง, แรงกคค่นอากาศ, และควมชื้น, มีผลโดยตรงต่อการทำงาน ของปอด และหัวใจ. อากาศท้ร้อนจคและแห้งทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขนมาก มายจนถึง มีอาการปวดหัวใจได้ในผู้ช่วยหัวใจล้มน. อากาศเขนจคทำให้อาการ เจ็บเยอ หุ้มปอด และการแพ้ อากาศรุนแรงขน.

๖. อาการร่วมอื่น ๆ. อาจช่วยอธิบายพยาธิสภาพแ่มช้คขน. เมอปรากฏอาการ

ขวมทหน้า, คอ, และอกส่วนบน, มีเส้นเลือดดำโตซก, บ่งถึงการอุดตันของชยุเรียรเวนาคาวา, เราจะนึกถึงมะเร็งของปอดหรือเมกิแอสติณมีมากกว่าวัณโรคปอดหรือหลอดลมอักเสบถึงชนเป็นหนอง. ถ้าไอมีเสมหะวันละกระป๋องนมควรรักษาในปอด. อาการของระบบทางเดินอาหารอาจเป็นเหตุของเจ็บอกได้, เช่นท้องอืด, ไล่เลือนที่กระบังลม.

การตรวจโทรม ของ สุขภาพ และประวัติขาดระคุมความสำคัญในโรคเรอริงและเนอรัย.

๘. อาการบรรเทา บางครั้งอาการทุเลาไปได้เอง. แต่ต้องถามเสมอว่าเคยรักษาอย่างไรมาบ้างและได้ผลอย่างไร. การฉีกตะมึน บี. หนึ่ง จะทุเลาอาการปวดจากปลายประสาทอักเสบหรือของส่วค. อมในโตรกลีเซอรินหรือคมในโตรที่จะช่วยบรรเทาอาการแอนใจนำ เป็คคอริสทันท. ยาแก้ปวดและยานอนหลับได้ผล น้อยเมื่อปวดจากหลอด โลหิต โย่งพอง กคกระดูก และ ขว้ขระขย ๆ.

๘. ประวัติการป่วยเจ็บอดีต โดย

เฉพาะอย่างยิ่งขอ้นเกี่ยวกับโรคในระบบหายใจและระบบการไหลเวียนเลือด. ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคอยู่เคิมมีเจ็บอกแปลยทันที, แน่นอก, และหอบ, ทำให้เรานึกถึงเยื่อหุ้มปอดขาดและมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด.

๙. ประวัติส่วนตัว อาชีพบางอย่าง

ก่อให้เกิดความเมื่อยล้าและความเครียดแก่กล้ามเนื้อของทรวงอก. ในบางอาชีพการออกกำลังน้อย, แต่มีการใช้กล้ามเนื้ออย่างแห่งข้อยที่สุด, เช่นการพิมพ์คคและหมอใช้นิ้วเคาะตรวจผู้ป่วย.

บางอาชีพต้องเผชิญกับฝุ่นละออง, ไซเสีย, เกี่ยวกับความสุขหรือและสับตั้งเสพคคทเช่นควนอน ๆ ต้องถามรายละเอียดเพอทราบช่นคและบริมาตรของควนทสุดเข้าไป.

๑๐. ต้องประกคคำถามต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางกายและใจ แล้วพิจารณาว่า เกยวข้อง เป็น โรคเดียวกันหรือเป็นมากกว่าหนึ่งโรค.

ชาญ สถาปนกุล พ.บ.



แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๑

| ๑. จำนวนผู้ป่วย | อายุ | ศัลย | สูติฯ | จักษุ | กุมาร | ทันต | รวมทุกแผนก |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------------|
| <u>นอก</u> ใหม่ | ๒,๗๒๗ | ๑,๐๕๘ | ๑,๒๐๐ | ๕๓๒ | ๒,๐๕๖ | ๓๒๐ | ๘,๓๓๓ |
| เก่า | ๓,๐๐๕ | ๑,๗๕๘ | ๒,๒๘๖ | ๑,๑๕๘ | ๒,๒๘๔ | ๔๘๓ | ๑๐,๕๖๘ |
| รวม | ๕,๗๓๒ | ๒,๘๑๖ | ๓,๔๘๖ | ๒,๐๕๐ | ๔,๓๔๐ | ๘๐๓ | ๑๘,๙๐๑ |
| <u>ใน</u> | ๖๑๔* | ๒๗๐ | ๑,๐๑๕ | ๕๔ | ๕๓๒* | — | ๒,๕๒๕* |

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๓๕๕. จักษุฯ ๓๑๗. สูติ - นารีฯ ๑๕๕. รวม ๕๑๗ ราย
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๓๘๓, หญิง ๓๔๕, รวม ๗๒๘. คลอดตาย, ชาย ๗, หญิง ๑๐, รวม ๑๗.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๗๖* คน (๕.๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๕ ราย (๒๕.๐ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๕๐ ครั้ง. ข้างนอก - ครั้ง. รวม ๕๕๐ ครั้ง.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๒,๒๑๘ คน, รักษาใหม่ ๖๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๖๔ ครั้ง. รังสีรักษา ๑๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๓๕ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีย์, รักษาใหม่ ๑ ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า ๓ ครั้ง.
๗. แผนกสูติวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิสม์ ๘๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๓,๕๓๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๕ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๑๗๐ ราย (จากภายนอก ๒๒๘* ราย). แอ็กกูลูตินเนชัน ๔๐. วัณโรคแมนและคาห์น ๑,๖๘๔. หมู่เลือด ๓๑๖. น้บเม็ดเลือด ๔๕๔. หาเชื้อแบคทีเรีย ๕๖. ตรวจน้ำไขสันหลัง - , อูจจาระ ๓๓๔. บัสสภาวะ ๒๘๐. เสมหะและอื่น ๆ ๑๐. เพาะเชื้อจากเลือด - , อูจจาระ ๓,๑๗๕.* บัสสภาวะ - , น้ำไขสันหลัง - , เสมหะและอื่น ๆ - . น้ดสีตัวทดลอง - . เพาะเชื้อบิต ๒. ตรวจทดลองตัวจิต ๓๓. ตรวจศพนิติเวช ๑๘. ตรวจของกลาง ๕.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๗. เจาะน้ำสันหลัง ๖. เจาะตับ ๑, น้ำช่องปอด ๑. อัลดรมเข้าช่องปอด ๑๐. อัลดรมเข้าช่องท้อง ๓. ผ่าตัดผิวหนัง ๕. ฉีดยาซีฟาลีล ๕.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๑๓๓. ถอนฟัน ๕๔๒. อดฟัน ๕๓. ผ่าตัดช่องปาก ๑๗.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม
หมายเหตุ :- อหิวาต์คอกโรคเริ่มระบาดตั้งแต่ปลายเดือนพฤษภาคม ๒๕๐๑

ข่าวอนุโมทนา ผู้บริจาคทรัพย์สิน
บำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป
คือ :

๑. คุณผาสุก มณีจักร บ้านเลขที่
๑๑๔ หมู่ที่ ๒ ตำบลปากเกร็ด จังหวัด
นนทบุรี บริจาคเงิน ๒๒,๐๐๐ บาท เพื่อ
เป็นค่าเฟอร์นิเจอร์ห้องพิเศษ ตึกธนาคาร
ไทยพาณิชย์

๒. คุณพูนเพิ่ม ไกรฤกษ์ บ้านเลขที่
๑๕๗ ถนนราชวิถี อำเภอคูสิต จังหวัด
พระนคร บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท
บำรุงกิจการโรงพยาบาลศิริราช และอภิศ
ส่วนอุศลถวายแก่ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ
พระองค์เจ้าอาทรทิพยนิภา

๓. บริษัทปูนซีเมนต์ไทย จำกัด จัง-
หวัดพระนคร บริจาคเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท
เพื่อใช้จ่ายในกิจการของ โรงพยาบาลศิริราช

๔. นางวิจารณ์กุลกกิจ (เนี่ยน
จันทนระภุมะ) บ้านเลขที่ ๒๘๖ ถนนราช-
ปรวรก ตำบลพญาไท อำเภอคูสิต จังหวัด
พระนคร บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท บำรุง
โรงพยาบาลศิริราช

๕. คุณทวี ตีจินดา บ้านเลขที่ ๔๑๓
ซอยแก้วฟ้า ถนนสีพระยา จังหวัดพระนคร

บริจาคเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน
“ทวี ตีจินดา” เพื่อเก็บคอกผลไม้ใช้ใน
การวิจัยในวิชาศัลยศาสตร์ และอีก ๗,๐๐๐
บาท เพื่อซื้อเครื่องอัดสำเนาเกสเต็ดเนอร์
แบบ ๑๒๐ ให้แก่แผนกศัลยศาสตร์

๖. น.ส. อังน มังคละพฤกษ์ บ้าน
คูบำรุงราษฎร์ ถนนบำรุงราษฎร์ จังหวัด
เชียงใหม่ บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท ตั้ง
เป็นทุน “บุญรอด มังคละพฤกษ์” ในคณะ
แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

๗. นายแหยมและนางสงวน มีชันทอง
บ้านเลขที่ ๓๕ หมู่ที่ ๒ อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน
๒๒,๕๐๐ บาท เพื่อซื้อเครื่องใช้ประจำ
ห้องคนไข้พิเศษตึกธนาคารไทยพาณิชย์ ๑
ห้อง

ปาฐกถาพิเศษ นายแพทย์ Beyan-Cohen
ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
แห่งโรงพยาบาลเม็ลเบอร์น ออสเตรเลีย ได้
มาแสดงปาฐกถาที่คณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล รวม ๒ วันคือ :

วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๐๑ เรื่อง

กระดูกแขนหัก

วันที่ ๑๖ กันยายน เรื่องปวดหลัง

และไซอาทิก้า และเรื่องการทำคัสซ็อกซ์

ปาฐกถาของจักษุแพทย์อเมริกัน คณะ
 จักษุแพทย์อเมริกัน ซึ่งเดินทางกลับจาก
 การประชุมที่สมาคมแพทย์ ณ กรุงบรัสเซล
 ได้มาแวะเยี่ยมคณะ แพทย์ศาสตร์ และ ศิริ
 ราชพยาบาล และแสดงปาฐกถา เมื่อ
 วันจันทร์ที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๐๑ เริ่ม
 แต่ ๘.๐๐ น. ถึงรายการต่อไปนี้:—

๑. คัลยกรรมซ่อมแซมมวอบ ๆ เข้าตา.
 ทางเขาดังอนฟเรียวโดยลัดทางใหม่ Dr.
 George S. Sugamith เป็นผู้แสดง

๒. ความก้าวหน้าใหม่ ในการ ผ่าตัด
 ปลอกคอรับเนย Dr. Richard A. Porritt
 เป็นผู้แสดง

๓. ทอหินปัจจุบันซึ่งต้องเลาะต่อกระ-
 ๗ก. Dr. Ronald Lowe เป็นผู้แสดง

๔. ลาน สายตา ขณะ ตรงตาสองข้าง.
 Dr. L.F. Baisinger เป็นผู้แสดง

๕. เนองอกในส่วนรอบ ๆ ลูกตา. การ
 ผ่าตัดต่อกระจากภายหลังผ่าตัดต่อหิน. Dr.
 A. Benedict Sizzutti เป็นผู้แสดง

๖. ความเห็นสมัยใหม่ในการวินิจฉัย
 และรักษาต่อหิน Dr. H. Saul Suger เป็น
 ผู้แสดง

๗. สถานะปัจจุบันของ สะเคอรรอบค
 และแอนติไบโอติกในจักษุวิทยา Dr. Ray
 K. Daily เป็นผู้แสดง

อาคันตุกะ นายแพทย์ Huoyao Wei, M.D.
 คณะบดี โรงเรียน แพทย์ แห่ง มหาวิทยาลัย
 ไท่หวน (แนชชั่นแนลไต้หวันยูนิเวอร์ซิตี) ได้
 มาแวะเยี่ยมและชมกิจการของคณะแพทย์-
 ศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ ๑๕
 กันยายน ๒๕๐๑ ทางคณะฯ ได้ต้อนรับ
 และสนองความประสงค์ด้วยอัธยาศัยยินดี

ข่าวแผนกอายุรศาสตร์ เดือนกันยายน
 ๒๕๐๑

๑ ก.ย. น.พ. สุนทร คัทฉานันท์
 และ น.พ. สมชัย บวรภักดี เดินทางไป
 ร่วมการประชุมแพทย์ โรค ทรวงอก นานา
 ชาติครั้งที่ ๕ ของวิทยาลัยทรวงอกอเมริ-
 กัน, ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น, เสนอ
 เรื่อง “การสังเกตลักษณะและพฤติกรรม
 ของเสมหะขุ่นลงในน้ำ อัตรารวมการจม”
 ของศาสตราจารย์ น.พ. ประเสริฐ กังสตาลย์
 น.พ. สุนทร คัทฉานันท์, และ น.พ.
 ขัญญูติ ปริชญานนท์, และเรื่อง “ระกบ
 โปรตีนในขบวนการไอโอดีน หลังทำห้องโหม-
 กวาศ” ของ น.พ. สมชัย บวรภักดี,
 พ.ญ. พรรณพิศ พันธุ์สุวรรณ, และ น.พ.
 สุนทร คัทฉานันท์.

คณะเดียวกันนี้ได้ไปร่วมประชุมผู้ชำนานาฏยรื่องโหม่อซอฟาโกโลโดยี่นานาชาติครั้งที่ ๒๒ กรุงเกียวโตได้เสนอรื่อง “การทำรื่องโหม่อราพี่ยในผู้ใหญ่” ของ น.พ. สม่ชัย ขวรกิตติ และ พ.ญ. ปรีชา กาญจนันย์จิติ.

หลังการประชุมแล้ว น.พ. สุ่มทร คัดชนันท์น และ น.พ. สม่ชัย ขวรกิตติ ได้ทำงานเกี่ยวกับโรคทรวงอกตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศญี่ปุ่นและได้ไปร่วมประชุมโรคทรวงอกของสาขาฟิลิปปินส์ของวิทยาลัยทรวงอกอเมริกันที่กรุงมนิลา.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกท้ายสมุด

๑ สวรรค์ราชฉบบ์อายุรศาสตร์ ฉบบ์บน
ไต่ข่มไว้นานมาแล้ว จึงได้ผลิต ออกมาเป็น
ผล. ทั้ง นเนองควยฝ้ายอายุรศาสตร์ ใน
ความ นำ ของ ท่าน ศาสตราจารย์ ประ เสริฐ
กิงส์คัลย์ ได้ ด้งอกตงใจช่วยกัน ทำอย่าง
เต็มที่, จนได้เนอหามากมายและล่วนเป็น
เรื่องททองการการศึกษาและตระเตรียมมาก
ทงนน. การจัดทำต้องเสียเวลาเป็นพิเศษ,
และเพราะว่า สวรรค์ราชของ เรอาอยู่ ในภาวะ
ออกตามหลังอย่างมาก, ต้องรยทำสิ่งท
ง่าย ๆ ก่อน, การทำฉบบ์พิเศษฉบบ์นจึงต้อง
“รอไว้ก่อน” มาเรื่อย ๆ. แม้ในการผลิต
คราวนทงตองขยกเรื่องใหญ่ไว้ เรื่องหนึ่ง,
เพอชองกันมิให้ตองเป็นภาวะแก่งขประมาณ
มากเกินไป. เราหวังว่าเพียงเท่าทน่าลง
พิมพ์ ในเล่มนทคงจะพอเพียงทจะทำให้ท่าน
สมาชิกรู้ สัก ว่าได้ประโยชน์มาก ทว่าปรกค
อชอยู่แล้ว.

๑ ปรากฏชัดเจนนว่า ส่วนใหญ่ของสวาร
ค์ราชเล่ม น เป็น ผลงาน ของ ท่าน หัวหน้า
แผนกอายุรศาสตร์. โดยเฉพาะเรื่องนำใน
เล่ม (การเจาะถงเยอหุมหัวใจ) เป็นงานท
ท่านได้ คิคคั่น ทกลอง ทามา เป็น เวลานั้น
แล้ว. คราวนทงถอโอกาสเขตให้ผออื่น ๆ
นอกจาก ลูกศิษย์ โดยตรงของ ท่านได้ทวย

และนำเอาไปใช้ข่าง. แม้การเจาะเช่นว่า
นี้จะมีได้มอຍเสมอ ๆ, แต่ถ่าหากมีความ
คอง การ ขน เมอ ใด ก้อ อาจ หมายถึง ความ ฉง
ความเป็นความตายได้. เพราะฉะนั้นเรา
จึงหวังอย่างข้งว่วยทความน จะทำประโยชน์
ในค่านเวชปฏิบัติได้มากมาย.

๑ “เพอริคาร์ เคียลเอฟ ฟัน” ของ
คุณหมอตระหนักจิต ทรวิณสุต และคุณหมอ
มุกดา ตฤณณานนท์ เป็นกรรวบรวมราย
งานทน่าสนใจมาก. ถอได้ว่าเป็นการแสดง
ผล ของ การ ประยกต์วิธี การ ท ทานหัวหน้า
แผนกได้ขรรยายไว้ ในเรื่องทหนึ่ง. เห็นได้
ว่าการเจาะเอา “น้ำ” ออกเสียได้ทันท่วงท
เป็นการกระทำท อาจช่วย ชีวิตคนไข้ ไว้ได้.
ขอทพงเอาใจใส่เป็นพิเศษ ค้ออากาศทถอว่า
“ตรงแบบ” นนมักปรากฏขน เมอ สถาน-
การณเข้าชครายเสียแล้ว. เพราะฉะนั้นการ
ตรวจร่างกายโดยละเอียด จึง มีความสำคัญ
อย่าง ข้งใน การ ทที่จะ ช่วยคนไข้ได้ ทนการ.
อนง การวิเคราะห์ราย งาน ในแบบท เส้นอน
นยว่าเป็นแบบทช่วยให้เขาใจได้ข้งและรวค
เร็ว, จึงขอเสนอให้ท่านนทวิเคราะห์ทง
หลายสังเกตไว้ ข่าง.

๑ เรื่อง ท สาม ของ คุณ หมอ สุน ทร
คัตถนันทน์, คุณหมอขัญญิต ปรีชฎานนท์,

ของแถม

วิเทศมนตรี ปี ๒ กับการรักษาวัณโรค

การใช้ไอโซไนอะซีดรักษาวัณโรคทำให้เกิดการขัดข้องในเมตาบอลิซึมของทรีปโตเฟน, เนื่องด้วยไอโซไนอะซีดขัดขวางการทำงานของ วิเทศมนตรี ปี ๒ ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำลายทรีปโตเฟน. ดังนั้นในการใช้ไอโซไนอะซีดเป็นเวลานาน ๆ เช่นในการรักษาวัณโรค, จึงสมควรบริหารวิเทศมนตรี ปี ๒ ด้วย, เพื่อยุ้บงกันการคั่งของทรีปโตเฟนและอนุพันธ์ในร่างกาย.

(เมด. มัร. ๕๘)

ผ.ม.