



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๓-๔ มี.ค.-เม.ย. ๒๕๐๒ | Volume 11, Number 3-4, Mar.-Apr. 1959

อาการปวดกะเบนเหน็บ
การศึกษาทางคลินิกในคนไข้ ๒๗๐ ราย

เฉลิมชาติ รัตนเทพ
พ.บ.
(แผนกศัลยศาสตร์, หน่วยงานบำบัด)



ผู้ป่วยที่มีอาการปวดขมับเป็นจำนวนมากจนเป็นอุปสรรคต่อการรักษาประจำวัน: ภายหลังการพบโรคหมอนกระดูกสันหลังเคลื่อน (prolapse of intervertebral disc) เมื่อสงสัยหาข้อมัน การวินิจฉัย และการรักษาโรคปวดหลังควรจะซับซ้อนมากกว่าจะง่ายเข้า. ประกอบกับวิวัฒนาการของวิทยาการบำบัด, มีการใช้แสงและรังสีอินฟราเรดรักษาการเจ็บปวดที่ข้อและกระดูก, ทำให้มีความยุ่งยากในการที่จะเลือกผู้ป่วยช่วยประเภทใดควรจะรักษาด้วยวิธีใด. ด้วย

เหตุเหล่านี้เราจึงทำการศึกษาและเสนอเรื่อง

การศึกษาจำแนกโรคปวดหลังเป็นงานที่ผู้ป่วยพยายามทำอยู่เสมอ, เริ่มตั้งแต่ Lasègue ได้บรรยายความสัมพันธ์ระหว่างการปวดไข้ อากัคากข์ อาการปวด หลัง ในปี ๑๘๖๔.

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระดูกสันหลังส่วนเอว กระดูกสันหลังส่วนเอวปรกติมี ๕ ข้อ, แต่บางคนอาจจะมี

๖ หรือ ๔ ขอ. เป็นกระดูกหลักทหมขบขบขบ
 สำคัญ ข่ง ในท่ายน หรอนง ทวตรง ของคน.
 ธรรมชาติ สร้างกระดูกส่วนน ไร่เพอ ความ
 แขงแรง. จะเห็นไควว่าทวกระดูกแต่ละขอม
 ขนาดใหญ่กว่าส่วนอน, มีฐานกว้าง, ราก
 สัน และลำ คงทน ต่อการ กระ ทบ กระ แตก,
 หมอนกระดูก (intervertebral disc) ซ่งทำ
 หนาทเป็นสวณกนกระดูกอน กมีขนาดใหญ่,
 ข้างในมีนเคลือบสใหญ่และมนามาก. ฉะนน
 กระดูกสันหลังบริเวณเวลามอยคเหตงมก
 ไม่หัก. นอกจกนส่วนเอวเป็นทเกาะของ
 เนอกล้ามและเอนทแขงแรงกว่าส่วนอน.

กระดูกสันหลัง คออกันควย ขอกันหน้า.
 คอควหมอน กระดูกซ่งเป็น ไฟโบรคาร์ตเลจ
 และข้อต่อระหว่างคองกระดูกสันหลัง, ซ่ง
 ในทนจะขอ เรียกว่า ข้อ ซัยกา ไปพย เชยล
 (Zygapophyseal joint) ทลอก. ขอนเป็น
 ข้อ ซัย โน เวยล ระหว่างอาร์ตคูลาร์ฟา เซต
 ของกระดูกอนล่างกบอนพเรยรอาร์ ตคูลาร์-
 ฟาเซตของกระดูกอนบน. เป็นข้อต่อธรรมชาติ
 ซ่ง ธรรมชาติ สร้างไร่ เพอ ให้มีการ เคลอน
 ไหว, มีคกยขอหมอนกระดูกซ่งมีไร่เพอ
 ความยืดหยุ่น. นำสึงเกคว่ากระดูกสันหลัง
 ฉงจะเป็นทอน ๆ วางซ้อนกันแต่กมีควมมัน
 คง. การขบสลายของสวณหนึ่งสวณใด, ถ้า

มีเนอกล้ามทแขงแรงขบ, จะไม่ทำให้กระดูก
 สันหลังเลอนหลคไปในเวลาอันสั้น. แต่
 ความ เคลอน ไหว ของข้อ ต่อของ กระดูกจะ
 ต้องมีการประสานกันอย่างใกล้ชิด. โดย
 กายวิภาคแล้วการซำรคทหมอนกระดูกขอม
 จะทำให้การเคลอนไหวของข้อซัยกาไปพย
 เชยลกระดูกทกระดูกเทอนข้างไม่มกกันน้อย.

พนข้อต่อคองกระดูกสันหลังเป็นพนกกระดูก
 เรยบ, มีลักษณะเหมือนแผ่นกระดูกของ
 ซอนกันอยู่ในแนวทคองข้าง จะเป็น ระเบยบ.
 ถ้าเรอมอง กระดูก สันหลังค่าน ข้างจะพบว่า
 หนา ข้อต่อ ซัยกาไปพย เชยลอยู่ ในแนวคิง
 หรืออาจจะเฉยง จากบนมาล่าง และจากหน้า
 ไปหลัง. โดยวิธนกระดูกสันหลังงมการ
 งอได้โดยไม่หลคไปข้างหน้า. แต่ถ้าเรอ
 มองจากข้างบนลงล่างจะพบว่าพนข้อซัยกา-
 ไปพยเชยลน ทามมกบ แนวซา จิตคัล มาก
 หรอน้อยแล้วแต่ระดับของกระดูก. พนหน้า
 อาร์ตคูลาร์ฟาเซตคองคกยแนวซาจิตคัลใน
 ระดับของคอซ่งมีการ เคลอนไหว ทงงอกม,
 เยง, เอียงซำงและหมนไปซำง ๆ. พนหน้า
 อาร์ตคูลาร์ฟาเซตขนานกบแนวซาจิตคัลใน
 ระดับทรวงอก ซ่งไม่มีการ เคลอนไหว เอียง
 ควไปซำง ๆ. ในระดับเอวพนของอาร์ตคูลาร์
 ฟาเซตค้อย ๆ รวยลงโดยทามมกบแนว

ชาติคล้ายแต่ไม่ถึงกยติง ฉากเช่นทระคยคย. ทงนแสดงว่ากระดูกเอวมมีการเคลอนไหวกม และเบย และเอียง ควลง ช่าง ได้มากกว่าส่วนอกแต่ไม่เท่าทระคยคย.

ข้อชยกาไปพยเซยลระหว่งกระดูกเอวอินล่งสคกยกระดูกเชิงกรวนเป็นจุดที่ไครวบการเพ่งเลงมากกว่าทอน, และเชอกนว่า เป็นจุดทงตนอการปวดเอว. จนกระดูกตำวหลายเล่มมักจะใช้คำว “ลัมโบเซครัลอาร์ไรรคัส” ในกรณีทมการมวในภาพรังสของข้อตอน, ทง ๆ ทชอลมโบเซครัลมถึง ๓ ข้อคยกัน. การใช้คำ “ข้อลัมโบเซครัล” จงชวนให้เชวมากกว่าให้ความการจ่ง.

กระดูกเชิงกรวนและข้อเซโคริลลคกมมีความสัมพันธ์ จะตองกล่าวถึงเพราะเป็นข้อที่เชอกนมาก่อนว่าทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ชอย. ข้อเซโคริลลคคเป็นข้อชย โนเวยลทชอมรยกันวมีการ เคลอนไหว นอย ทสคในร่างกาย. ตามปรกคยล็กไม่อาจจะคล่าจากภายนอกได้. เวลามการอกเสยจิงอาศยการกคเจบจาก ภายนอก อย่างเคยวไม่ ได้, จำเป็นจะต้องทคสอยการทง ของเอ็นทชคชอนทางคานโคคานหน่ง. โดยปรกคยเอ็นคานหน้าของข้อ จะคง ถ้าเรากคถ่วง บม แอนทรีเวयरชพเรयरลลคคออกไปช่ง ๆ ในผู้ชวย

ทนอนหงาย (anterior compression test), หรือทำการขยคยบคคระโพกให้มมนออกช่งนอกทางคานโคคานหน่ง, ช่งการทคสอยนเรียวกว่า “figure of four test” หรือ Patrick sign. หรืออาจจะทำโดยการขยคยทางข้อคระโพก (Manoeuvre of Gaenslen or Yeoman test), หรือทคสอยโดยให้ผู้ชวยหนยค่นชาเข้าชคคกนแล้วผนไว้ (Forced Resisted adduction of hip). เอ็นทางคานหลังของข้อสามารถทำให้ค่งไค โดยการ กคเซครมลงทง ๆ ในผู้ชวยทนอนคว. สำหรัภาพรังสของข้อเซโคริลลคค ถ่ายใน ท่ารวมคคเป็นภาพทแปลผลยาก, ทงนเพราะเงาของข้อทเห็นถกขยโดยเงกระดูก ไปสทเรयरช-บเรयरลลคคช่งใน แต่ละคนม ความหนาไม่เหมื่อนกัน. การวินจชยโรคปวดหลังคยการทวททางคลนคทไม่ละเอียคพอ, ปรกคยกับภาพรังสท่ารวมคค, จงได้ทำให้เรयरจกโรค “เซโคริลลคคอาร์ไรรคัส” แพวหลายมากกว่าโรคอื่น.

กระดูกเอวยงมีความสัมพันธ์ อย่างใกล้ชิดกับเยอหมไซสนหลังทคคตามไปหุ่มรากประสาทคคคาคเควิน่า, ลงไปช่งล่งจนถึงกระดูกเซครมอินท ๑, ๒ หรืออินท ๓ ในบางคน. ความสัมพันธ์นจะเห็นชคเจนในเวลาทำการ ถ่ายภาพ มยอโลกภาพ

ซึ่งวิธีการและการแปลผลจะไม่ขอก้าวในที
น. เนื่องจากความใกล้ชิดของเยื่อหุ้มไขสัน
หลังและรากประสาทตนเอง, ซึ่งอยู่ในนิวรัล
แคแนลที่บริเวณจำกัด, การว่จริตของ
หมอนกระดูกกัก, การเคลื่อนไหวของกระดูก
สันหลังในทางใดทางหนึ่งกัก, ย่อมจะร
บกวนเยื่อหุ้มไขสันหลัง ทำให้มี อาการ ปวด
เฉพาเท, กตเจ็บ, และถ้ามีการรบกวนล
งไปถึงรากประสาท, ทำให้เกิดอาการ
ปวดแบบ “ปวดประสาท” ไปตามขาและ
ตะโพก, มีอาการชา, อัมพาต, หรือถ่าย
ยัสัสาวะกะปริกะปรอย.

รากประสาทที่บริเวณเอวรวมกันเป็นเส้น
ประสาทใหญ่ของขา ๒ เส้น, คือประสาท
ไซอะติกและเฟมอรัล. การขยับเขยอนประ
สาทตามปกติไม่ทำให้มีอาการ เจ็บปวด.
อาการเจ็บปวดจะมีได้ต่อเมอรากประสาทถูก
เสียดสีจากอวัยวะใกล้เคียง, หรือปลาย
ประสาทคั่นหนึ่งคั่นใดอีกเสียบหรือฉกก.
ประสาทไซอะติก ขยับเขยอนและตงถานอน
หงายเหยียดเข้าและยกขาขึ้นตรง ๆ (La-
sègue test หรือ Straight leg-raising test).
ส่วนประสาทเฟมอรัลก็อาจทำให้ตงโกในท่า
นอนคว่ำพยเข้าเข้าหาต้นขา (Femoral
nerve stretching test หรือ prone-lying
knee-bending test).

โดยอาศัย กายวิภาค ศาสตร์ทรง นทเรา
นำมาใช้ตรวจแปล อาการของ ผู้ป่วย ที่เสนอ
ต่อไปน.

ผู้ป่วยที่เสนอ นมีจำนวน ๒๗๐ ราย.
เป็นผู้ป่วยนอกและในของแผนกศัลยศาสตร์
ทเรา ใต้ศึกษา ประวัตและการ เปลี่ยนแปลง
นานพอ, คือตงแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๐๒
ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๐๒. เห็นว่าเป็น
จำนวนที่มาก. หลังจากนกลุ่มผู้ป่วยมาหา
เราเรื่อย ๆ ซึ่งน้อยนยงมากชน. การศึกษา
ผู้ป่วยมุ่งตรงไปทสิ่ววิทยาและความพิการ
ที่ทรมาณผู้ป่วยอยู่เป็นใหญ่. มีการศึกษา
ประวัติ, การตรวจร่างกายโดยแพทย์คน
เดียวกัน, ตรวจทางรังสีกระดูกหลังทำ
ธรรมดาในคนไข้ที่กราย, การถ่ายรังสีทำ
พิเศษในรายที่จำเป็น, รวมทั้งการทำมยธิ-
ไลแกรม, การตรวจโลหิตและการตรวจ
ทางห้องทดลองอน ๆ.

ผู้ป่วยที่มาหาเรามอายุนอยที่สุด ๑๔ ปี,
มากที่สุด ๘๖ ปี. อายุระหว่าง ๑๑-๒๐
ปีมี ๒๓ ราย (๘.๑ ปร.), อายุระหว่าง
๒๑ ถึง ๓๐ ปี ๗๘ ราย (๒๘.๒ ปร.),
๓๑ ถึง ๔๐ ปี ๗๕ ราย (๒๘.๕ ปร.),
๔๑ ถึง ๕๐ ปี ๔๘ ราย (๑๘.๕ ปร.),
๕๑ ถึง ๖๐ ปี ๒๕ ราย (๙.๒ ปร.),
อายุมากกว่า ๖๐ ปี ๒๐ ราย (๘.๑ ปร.),

ตารางที่ ๑ จำแนกโรค

ก. <u>สาเหตุที่กล้ามเนื้อ, ข้อ, และเอ็น</u>	
๑. หมอนกระดูกสันหลังเคลื่อน	๒๑.๘ ปช.
๒. ลัมโบเซอรัลสเตรน	๑๕.๕ ปช.
๓. แองคิย์โลซิงกัสะปอนคิย์ไลติส	๕.๐ ปช.
๔. ลัมบาร์ไฟโบรไซติส	๑๐.๓ ปช.
ข. <u>สาเหตุที่ข้อเข่า</u>	
๕. ข้อเข่าเสื่อม	๗.๕ ปช.
ค. <u>สาเหตุที่กระดูกสันหลัง</u>	
๖. วัณโรคกระดูก (ไม่ไถ่วินาฉัย)	๑.๒ ปช.
๗. สะปอนคิย์ไลติสและสะปอนคิย์ไลติสอีติส	๑๒.๕ ปช.
๘. สะปอนคิย์ไลติสหรือออสทีโอไฟไตติส	๑๐.๓ ปช.
ง. <u>สาเหตุอื่น ๆ</u>	
๙. สงสัยหมอนกระดูกสันหลังเคลื่อน (ไม่ได้ทำมัยอ็โลกราฟี)	๑๓.๗ ปช.
๑๐. โรคที่ไม่ค่อยพบ	๒.๕ ปช.
(ไซบีไนติส, ปวดหลังผ่าตัดเข่า, กระดูกสันหลังหัก, สะโคลิโอสิส, อีริธโรไมอีโตสิส, อินเฟกเชี่ยสสะปอนคิย์ไลติส)	

ตามตัวเลขที่แสดง นพ. เฮอร์ เซนต์ ของโรคหมอนกระดูกสันหลังเคลื่อนมีค่อนข้างสูง. จำนวนของผู้ป่วยที่เป็นข้อเข่าเสื่อมก็ลดลงไป. ขณะเดียวกันมีผู้ป่วยเซนต์ของโรค สะปอนคิย์ไลติส อีติส (spondylolisthesis), ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ค่อย

มีคนกล่าวถึงในบ้านเราสูงขึ้น. ในจำนวนผู้ช่วยที่ศึกษาไม่มีโรคเนื้องอกบริเวณสันหลัง.

๑) หมอนกระดูกสันหลังเคลื่อน (Pro-lapse of intervertebral disc)
มีทั้งหมด ๕๕ ราย, เท่ากับร้อยละ

๒๑.๘ ของผู้ช่วยทั้งหมด. ทงนวนจฉยจาก
อาการโรคทางคลินิกและอาศัภภาพรังสีของ
สันหลัง. สิบรายในจำนวนนี้ไ้รับการผ่าตัด
พิสูจน์แล้วไ้ผลตรง. ส่วนที่เหลืออาจจะผิด
พลาดไปบ้าง. ทงนเพราะว่าการวินิจฉัยโรค
นี้ให้ถูกต้อง ร้อยทงร้อย นนไม่มีผู้ใดทำได้,
ไม่ว่าจะเป็นในเอกสารภาษาใด.

ใน ๕๕ รายนเป็นชาย ๒๖ ราย, หญิง
๒๓ ราย. อายุตั้งแต่ ๑๗ ปีถึง ๖๓ ปี.
ชายระหว่าง ๑๑ ปี ๒๐ ปี มี ๒ ราย,
ระหว่าง ๒๑ ปี ๓๐ ปี มี ๑๗ ราย, ระหว่าง
๓๑ ปี ๔๐ ปี มี ๒๐ ราย, ระหว่าง ๔๑
ปี ๕๐ ปี มี ๑๔ ราย, ระหว่าง ๕๑ ปี
๖๐ ปี มี ๔ ราย, มากกว่า ๖๑ ปี มี ๒ ราย.
อาชีพค้าขายรวมคามี ๑๑ ราย, ทำงาน
หยาบของชาย ๘ ราย, เป็นนักเรียน, ข้าราชการ
๗ ราย, กรรมกร, ชั้รรถยนต์,
และงานแบกหาม ๑๒ ราย, เป็นบรรพชิต
๑ ราย, ทำนาและทำสวน ๒๑ ราย.

ประวัติอุบัติเหตุ ใน ๕๕ รายนมี ๕ ราย
เท่านั้นที่ใ้ประวัติการหกล้ม, ตกจากที่สูง,
หรือถูกกระแทกควยของหนัก. ห้ารายมี
อาการภายหลังคลอศษุตร. เก้ารายมีอาการ
ภายหลังการออกแรงยกของ. มีอยู่ ๑ ราย

ซึ่งเพียงแต่นอนบนแคร่ในท้องนาแล้วฉว
ลูกชนคอกที่ร้อง, ก็มีอาการปวดหลังและ
ถ่ายขี้สวะไม่ออก. ส่วนใหญ่ของคนไข้
ไม่มีประวัติการกระทบกระแทกมาก่อน.

อาการนำ อาการสำคัญที่พาผู้ช่วยมาหา
แพทย์ใน ๕๕ รายมีปวดหลังเฉย ๆ ๒๕
ราย, ปวดหลังและปวดขาหรือตะโพกข้าง
หนึ่งข้างใด ๓๑ ราย, เป็นเห็นบวมขาที่ขา
๑ ราย, เป็นตะคริวที่ขาเวลาทำงานหนัก
๑ ราย, ขาเป็นอัมพาตและขี้สวะไม่ออก
๑ ราย.

ข้อตรวจพบ ใน ๕๕ ราย มีรูปร่างของ
หลังผิดปกติ, โกงหรือข้อ ๕ ราย (๑๔.๔
ปช.), เวลาขึ้นหรือเดินควยเฉียงข้างใดข้าง
หนึ่ง ๒๑ ราย (๓๓.๖ ปช.), กับหลังไ้
น้อยหรือเวลาก็มมีอาการเจ็บปวด ๒๗ ราย
(๔๓.๒ ปช.), เจ็บปวดเวลาขึ้นแอ่นหลัง
หรือนอนแล้วเจ็บแอ่นหลัง ๒๓ ราย (๓๖.๔
ปช.), เจ็บปวดเวลาเฉียงข้าง ๕ ราย
(๑๔.๔ ปช.).

การตรวจในท่านอนมีอาการไซอาติศา
ข้างเดียวกบที่เจ็บ ๓๓ ราย (๕๒.๘ ปช.),
ไซอาติศาทั้ง ๒ ข้าง ๑๐ ราย (๑๖.๐ ปช.),

เจ็บปวดเวลากดปุ่มแอนทรีเวอร์ซึบ เรย์วอล-
แอ็ค ๑ ราย (๑.๖ ปช.), เจ็บปวดเวลาทศ
ศอยตามวิธี Gaenslen ๗ ราย (๑๑.๒ ปช.),
เจ็บตะโพกหรือหลังเวลาทศศอย Fabere
(Sign of Four) ๕ ราย (๘ ปช.), เจ็บปวด
ประสาทเพมอรัลเวลาทศศอย ๑๒ ราย
(๑๕.๒ ปช.).

อาการทางประสาท มีการหายไปหรือ
อ่อนลงของรีเฟล็กซ์ทขา ๒๔ ราย (๓๘.๔
ปช.), อาการชา ๑๗ ราย (๒๗.๒ ปช.),
เนื้องอกขาส่วนหนึ่งส่วนใดอ่อนแรง ๗ ราย
(๑๑.๒ ปช.).

การเปลี่ยนแปลงในรังสีท่าธรรมดา,
ถ่ายหน้าหลัง, มีเงามัวของข้อเข่าโคริลลิ-
แอ็ค ๑๗ ราย (๒๗.๒ ปช.), เงามัวที่ข้อ
คอซึ่งหายไปเพียงครึ่งของลัมโบเซครัล ๑๓
ราย (๒๐.๘ ปช.), มีการบางลงของหมอน
กระดูกสันหลัง ๓ ราย (๔.๘ ปช.), ภาวะ
เซครัลไลเซชันและสปีนาลีฟิคา ๘ ราย
(๑๒.๘ ปช.), มีสะพานค้ำโกลีคัสเปอร
๒ ราย (๓.๒ ปช.),

การวินิจฉัย โรคหมอนกระดูกสันหลัง
เคลื่อนไหวไม่มีอาการครบในทุกรายไป. บาง
รายกวนจนง่าย, บางรายยาก. ทงนสัค
แต่แต่ตำแหน่งและขนาดของเนื้องอกสัคแตก

ออกมากดไขสันหลังมากหรือน้อย. บางราย
มาหาเราด้วยอาการน้อย, แต่ติดตามนาน
เข้าค่อยมีอาการชัดเงินจนจนกระทั่งเราแน่
ใจ. บางรายมาหาเราเป็นมาแล้วแรมปี,
รักษาทุกวิธีแล้วไม่หาย, แล้วมาตรวจพบที่
หลังด้วยการทำมัยอิลอกวาทย์และผ่าตัด.
อย่างไรก็ตามมีลักษณะที่สะดุดใจสำหรับคน
ไขกุ่มนคืออาการเจ็บปวดมีจำเพาะเวลาทำ
งาน, มีความสัมพันธ์แน่นกับการออก
แรง, การยืน, เดิน, ไลหรือจาม, โดย
เฉพาะมากที่สุดเวลานั่งถ่ายอุจจาระ. อาการ
ปวดหายหรือทุเลามากเวลาอน. ผู้ป่วยกิน
อาหารได้ค้อย่างปรกติ, นอนหลับ, และไม่มี
มิไซ. อิศราการนอนก้นของเม็คโลฮิตแดง
ไม่เร็วชน. ลักษณะสามารถแยกจากวัณ
โรคของกระดูกหรือการอักเสบชนิดอื่นซึ่ง
สมุฏฐานและการรักษาไม่เหมือนกัน.

๒) สะพานค้ำโกลีคัสเปอรและสะพานค้ำโกลีคัสเปอร

โรคนี้ในเอกสารภาษาไทยมีผู้กล่าวถึง
น้อยที่สุดนอกจากศาสตราจารย์เพียง สติย-
สงวน (ในตำราออร์โธปีคิส), ทง ๆ ที่มี
น้อย. ที่เป็นเช่นนั้นเพราะส่วนมากให้ความ
สนใจในอาการปวดหลังน้อยไป และตรวจ
ทางรังสีในท่าที่ไม่ถูกต้อง. คำว่าสะพานค้ำ

โลลิสต์สในทนต์เขียนไซท์หมายถึงการขาดของนิวรัลอาร์ชส่วนที่เป็นคอคอกระหว่างอาร์ตคัลลาฟาเซ่ทบนและล่าง. ส่วนนี้เรียกทั่วไปว่า *pars interarticularis*. คำว่า "สะปอนคีย์โลลิสต์ส" แปลว่ากระดูกสันหลังเลื่อนออกไปจากท. ตามความเชื่อเวลานี้เข้าใจว่าเกิดสะปอนคีย์โลลิสต์สก่อน, แล้วโดยน้ำหนักตัวในท่ายืนกระดูกสันหลังเคลื่อนไปข้างหน้าหรือทางหลัง, เพราะขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านหลัง, มีผู้เขียนหลายคนใช้คำว่า *pre-spondylolisthesis* แทนสะปอนคีย์โลลิสต์ส. บางคนใช้คำว่า *spondyloschisis*.

ในคนไข้ของเรา ๓๕ รายเป็นสะปอนคีย์โลลิสต์ส ๑๕ ราย, สะปอนคีย์โลลิสต์ส ๑๖ ราย. มีหญิง ๒๔ คน, ชาย ๑๑ คน. นับได้ว่าเป็นในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย.

อายุระหว่าง ๑๑ ถึง ๒๐ ปี มี ๒ ราย (น้อยที่สุด ๑๖ ปี), ๒๑ ปี ถึง ๓๐ ปี ๕ ราย, ๓๑ ปี ถึง ๔๐ ปี ๑๕ ราย, ๔๑ ปี ถึง ๕๐ ปี ๘ ราย, ๕๑ ปี ถึง ๖๐ ปี ๑ ราย, มากกว่า ๖๐ ปี ๔ ราย (มากที่สุด ๖๗ ปี). เห็นว่าภาวะนี้เห็นมากในวัยกลางคนเช่นเดียวกับโรคหมอนกระดูกสันหลังเคลื่อน. แต่ก็มีไม่น้อยที่ไม่มีอาการเลย

แต่เล็กน้อยกระทั่งชรา. ฉะนั้นโรคนี้มักจะไม่มีอาการเลยตลอดชีวิตก็เป็นได้.

อาชีพ, มีเป็นกรรมกร ๑๕ ราย (๔๐ ปช.), งานบ้านกรรมกร ๑๕ ราย (๔๒.๘ ปช.), งานเขาและงานราชการ, เขียนหนังสือ ๖ ราย (๑๗.๓ ปช.)

ประวัติการกระทบกระแทก. ใน ๓๕ รายมีประวัติหกล้มหรือตกจากที่สูง ๗ ราย, มีอาการปวดหลังตลอดขบตร ๒ ราย. นอกนั้นเป็นมาเองโดยไม่มีอะไรมาก่อน.

อาการนำ. ใน ๓๕ รายนั้นคนไข้มาด้วยอาการปวดบริเวณตะโพก ๒ ราย, ปวดขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง ๒ ข้าง ๕ ราย, บัส-สภาวะบ่อย ๓ ราย. นอกจากนั้นปวดหลังอย่างเดียว.

ความสัมพันธ์ของอาการปวด. บัส- ใน ๓๕ รายให้ประวัติว่าปวดเฉพาะเวลาทำงาน, คือว่าปวดแต่ยังพอทนทำงานได้, สิบห้ารายปวดมากเวลาทำงาน, ยืนหรืออนาน. เวลาพักปวดข้างแต่ทเลา. ทั้ง ๓๕ รายไม่ปวด, หรือทเลามากถ้าได้นอน. ไม่เคยนอนไม่หลับ. อาหารกินได้ปกติ. ฉะนั้นคนไข้พวกนี้จึงเป็นมาแรมชกอนมาหาเรา. บางรายเป็นบัสบัส ๆ บ, นานเกินกว่าที่เราจะนึกถึงโรคของกระดูกซึ่งพบบ่อยที่สุดใน

บ้านเรา.

ข้อตรวจพบ. ใน ๓๕ รายพบเอวแอ่น หรือตะโพกอนผิดปกติ (Hyperlordotic spine) ๑๗ ราย (๕๑ ปช.), เอวตรงหาย (loss of lumbar lordosis) ๒ ราย (๖ ปช.), หลังส่วนเอวเอียงข้าง (scoliosis) ๔ ราย (๑๑.๔ ปช.), หลังค่อมหักเป็นมุม (angular kyphosis) ๑ ราย (๓ ปช.), ปุ่มกระดูกสันหลัง ส่วนที่มีลึบสีสนนตรงกลาง มองเห็นหรือคลำได้ ๒๓ ราย (๖๕ ปช.), กดเจ็บตรงร่องกลางเหนือปุ่มกระดูกส่วนที่มีลึบสีสน ๑๐ ราย (๒๘ ปช.), เกยวอกกับการเคลอนไหวของกระดูกเอว, มีหลังแข็งในเวลา ๘ ราย (๒๔ ปช.), หลังแอ่นได้ผลปรกติและไม่เจ็บ ๑๐ ราย (๓๐ ปช.), หลังแอ่นได้ผลปรกติ, แต่เจ็บตรงรอยปุ่มเหนือปุ่มกระดูกทศดำได้ ๑๒ ราย (๓๖ ปช.). สรีรแล้วมีผู้ป่วยที่หลังแอ่นได้ผลปรกติ ๖๖ ปช., มีไซอาติกา ๒๑ ปช., มีอาการชาและเสียวเฟลกซทขา ๕ ปช.

การตรวจทางรังสี, ทำกรรมดาและด้านข้าง, และทำพิเศษ. ในรายที่เป็นสะปอนคีย์โลลยีสพบโรคกระดูกสันหลังสาม ๑ ราย, ๒ ราย, ๓ ราย, ๔ ราย, ๕ ราย, ๖ ราย, ๗ ราย, ๘ ราย, ๙ ราย, ๑๐ ราย, ๑๑ ราย, ๑๒ ราย, ๑๓ ราย, ๑๔ ราย, ๑๕ ราย, ๑๖ ราย, ๑๗ ราย, ๑๘ ราย, ๑๙ ราย, ๒๐ ราย, ๒๑ ราย, ๒๒ ราย, ๒๓ ราย, ๒๔ ราย, ๒๕ ราย, ๒๖ ราย, ๒๗ ราย, ๒๘ ราย, ๒๙ ราย, ๓๐ ราย, ๓๑ ราย, ๓๒ ราย, ๓๓ ราย, ๓๔ ราย, ๓๕ ราย.

ในรายที่เป็นสะปอนคีย์โลลยีส ๑๕ ราย, ๑๖ ราย, ๑๗ ราย, ๑๘ ราย, ๑๙ ราย, ๒๐ ราย, ๒๑ ราย, ๒๒ ราย, ๒๓ ราย, ๒๔ ราย, ๒๕ ราย, ๒๖ ราย, ๒๗ ราย, ๒๘ ราย, ๒๙ ราย, ๓๐ ราย, ๓๑ ราย, ๓๒ ราย, ๓๓ ราย, ๓๔ ราย, ๓๕ ราย. ทั้งนี้เป็นทแน่อนว่าโรคนี้เป็นมากที่สุดในกระดูกเอวอันสุดท้าย.

การตรวจพบอื่น ๆ ในภาพรังสีมีเซกระไลเซชันและระดับน้ำพิคา ๑๓ ราย, การเปลี่ยนแปลงของข้อเซโครอิลแอ็ค ๓ ราย, การเปลี่ยนแปลงของข้อลัมโบเซครัล ๑ ราย.

ในคนไข้ ๓๕ รายที่กล่าวไว้ได้ทำการถ่ายภาพรังสีของสันหลัง ๓ ราย. ทั้งนี้เพื่อเป็นการศึกษา. พบว่าเงาสันหลังแสดงการถดถอยจากด้านหลังและด้านข้าง, ซึ่งถ้าไม่ได้ตรวจคนไข้โดยภาพรังสีทางตะแคงก่อนแล้ว จะเข้าใจผิด จากเงาสันหลัง ว่าเป็นโรคหมอนกระดูกสันหลังเคลอน. ข้อนี้เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เป็นผลของภาพรังสีสันหลังผล.

การวินิจฉัย การวินิจฉัยโรคสะปอนคีย์โลลยีสจำเป็นต้องอาศัยภาพรังสีที่ถูกต้องของกระดูกสันหลังซึ่งเป็นวิธีดั้งเดิมของ Ferguson. โดยเฉพาะภาพด้านข้างเป็นภาพที่ตัดสิน. เราพบว่าภาพนี้ไม่ได้ทำให้ได้ง่ายเสมอไปต้องอาศัยความเอาใจใส่ของผู้ถ่ายภาพมากทีเดียว. ส่วนการวินิจฉัยโรคสะปอนคีย์โลลยีสจำเป็นต้องถ่ายภาพ

วงศ์ทาเนียง ๔๕ องค์, ซึ่งเข็นทาทเห็นเงา
ของลามินากระดูกสันหลังได้ดีกว่าท่าข้าง.

การวินิจฉัยผู้ป่วยโดยวงศ์เรวรสักว่า
เป็นการสันเปลืองเกือบจะทนไม่ได้. สิ่ง
ที่ทำให้แพทย์ ทวไป นกถึงโรคนี้ได้อ่อนเห็น
ภาพรังสี คือ ประวัติ การ เจ็บ ปวด ทิ่ม ความ
สัมพันธ์แน่นอน, ลักษณะหลังท่อนและ
ตะโพกท่อน, ร่องหลังเอวหายไปในระดับ
สูงกว่าขอบบนของอิลีอิก, จนทำให้คนไข้มี
เอวสั้น, กระดูกสันหลังเห็นอ้วนส่วนทิ่มลยส์
ข่มและบางครั้งกเจ็บ, ประกอบกับกระดูก
ส่วนที่เห็นโรคนี้ออกมา. สิ่งที่จะคัดใจออก
ข้อหนึ่งคือคนไข้พวกนี้แ่อนหลังส่วนเอวได้
มากกว่าปรกติ. ลักษณะนี้ถ้าตรวจพบจะ
แยก ผู้ป่วยออกโดย เค็ดขาด จากโรค รูมา-
ตอยคของสันหลังและโรคหมอนกระดูกสัน
หลังเคลอน ซึ่งเจ็บปวดมาก เวลาแ่อน หลัง
เกินควร.

๓) ปวดหลังในผู้ป่วยที่มีภาวะสะปอน ดีย์โลสิส

มีจำนวนคนไข้ ๒๘ ราย, หญิง ๑๗
ชาย ๑๑ ราย. อายุระหว่าง ๓๑ กับ ๔๐ ปี
๒ ราย, ระหว่าง ๔๑ กับ ๕๐ ปี ๔ ราย,
๕๑ กับ ๖๐ ปี ๑๐ ราย, อายุมากกว่า ๖๐ ปี

๑๒ ราย. อายุน้อยที่สุด ๓๘ ปี, มากที่สุด
๘๖ ปี.

การที่เราแยกผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกมามีเหตุผล
หลายประการ. ประการแรกผู้ป่วยกลุ่มนี้มี
อาการและการตรวจพบทางคลินิคที่แตกต่าง
จากพวกอื่น. ส่วนใหญ่อยู่ในวัยชรา, ไม่
ได้ทำงานหนักนอกบ้านและเป็นที่น่าแปลกใจ
ว่ามักจะไม่ได้ประวัติการเจ็บปวดเมื่ออยู่ใน
วัยหนุ่มสาว. มีการเปลี่ยนแปลงทางกาย
วิภาคของกระดูกสันหลังซึ่งเราไม่พบในคนไข้
พวกอื่น.

อาการนำ ใน ๒๘ รายมีปวดตะโพก
ข้างใดข้างหนึ่ง ๓ ราย, ปวดขาเขยไชอา-
ติกา ๖ ราย, ชาขา ๕ ราย, ขาเขยอัมพาต
ข้างเดียว ๑ ราย. นอกนั้นมีอาการขี้คยอก
กะเบนเหน็บ, ก้มหลังไม่ลง, ก้มหลังลง
แล้วไม่ยอมเมย, เวลานั่งแล้วลุกไม่ขึ้น,
ลุกแล้วนั่งไม่ลง. อาการเหล่านี้มีไม่มาก
และทะเลาเวลานอน. ไม่มีไข้.

การตรวจร่างกาย ใน ๒๓ รายมีรูปร่าง
ของหลังผิดปกติ (เอียงข้าง, แ่อน) ๓ ราย,
กเจ็บที่ตรงกลางตรงข่มกระดูกเอว ๒ ราย,
ก้มหลังไค่น้อยลง, หรือเจ็บเวลาก้มมาก ๆ
๗ ราย, เจ็บออกหลังเวลาแ่อน ๖ ราย, เจ็บ
ออกหลัง เวลาเอียงข้าง หรือบิดตัวไปข้าง ๆ

๕ ราย, มีไซอาติคา ๑๐ ราย, เจ็บเวลา
ทศสอยประสาทเฟมอรัล ๑๐ ราย, มีการ
เปลี่ยนแปลง วิเฟล็กซ์ และ ประสาท สัมผัส
๑๐ ราย, อัมพาต ๑ ราย, เจ็บที่ข้อเข่าโคร-
อีลีแอ็คเวลาทศสอย ๑ ราย, เจ็บที่ตะโพก
เวลาทศสอย Gaenslen ๑ ราย, เจ็บที่
ตะโพกเวลาทศสอยท่าเลขสี่ ๒ ราย. นอก
นั้นไม่มีการพิจารณาอื่น ๆ ให้เห็น.

ข้อตรวจพบทางรังสี ในคนไข้กุฏกราย

มีข้ออักเสบที่ข้อสะโพก หรือ สะเปอรั ท ขอบกระดูก
สันหลังทั้งข้างหน้าและข้าง ๆ, แสดงถึง
คลิซฟเคชั่นของเอ็นต่าง ๆ ที่ยึดกระดูก
สันหลัง. ๓ รายมีการเปลี่ยนแปลงที่ข้อเข-
่าโครอีลีแอ็คทำนองอีกเสียบแต่ไม่มีอาการ
ตรวจพบ. ๓ รายมีภาพการอักเสบที่ข้อต่อ
ขี้ก่าไปฟัยเซิลของลัมโบเซครัลโดยไม่มี
อาการ. ๓ รายมีการขางลงของหมอนกระ-
กุกส่วนเอวอนที่ ๕ หรือที่ ๔. ๒ รายมีภาวะ
เซครัลไลเซชั่น. สำหรับภาพการฉีดวัตถุ
ทึบเข้าสันหลังเรามีโอกาสทำ ๒ ราย, ซึ่ง
ทั้ง ๒ รายนี้ได้ทำการผ่าตัดพิสูจน์, เนื่อง
จากภาพแสดงว่าเยื่อหุ้มไขสันหลัง ถูกกด
เป็นรอยที่ขรุขระผิดแปลกจากภาพที่เคยพบ
ในโรคหมอนกระดูกสันหลัง หรือ เนื่องออก
เวลาผ่าตัดทั้ง ๒ รายพบว่ารอยกดไขสัน

หลังตรงกับข้ออักเสบที่ข้อมันเข้าในนิ่วรัล-
แคแนล.

การวินิจฉัย ชาติแยกโรคคนออก.

นอกจากนั้นที่น่าสังเกตว่าคนไข้พวกนี้จะมี
การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคของกระดูก
สันหลังโดยมีครายแคลเซียมเกาะตามเอ็น
กิด, ถึงจะมีอาการว่าขยับออกเวลาก้มงย
กิด, ทกรายไม่มีการเคอตรอนเรองหลังแข็ง.
ทั้งนี้เพราะหลังที่ขยับออกนั้นไม่มีแอ็งคัยโลสิส
อย่างสมบรูณ์. ลักษณะนี้ผิดจากโรคมาตอยค
ของสันหลัง. รายละเอียดการแสดงของราก
ประสาทถูกกด, ส่วนใหญ่เป็นที่ระดับสูง,
มีการ ออกลงของ วิเฟล็กซ์ ที่เข้าและอาการ
ของ ประสาท เฟมอรัล ซึ่ง มี ต้นคอ จากราก
ประสาทลัมบาร์ ๒, ๓ และ ๔, ผิดกับส่วน
ใหญ่ของโรคหมอนกระดูกสันหลังเคลอนซึ่ง
เป็นรอยที่ระดับลัมบาร์ ๔ ต่อกับ ๕, หรือ
๕ ต่อกับเซครัลที่ ๑. ที่เห็นเช่นนี้สัมพันธ์
กับการตรวจพบทางรังสีและทางกายวิภาคที่
ว่าข้ออักเสบที่ข้อมันเวลานี้เกิดมักจะเกิดพร้อม
กันหลาย ๆ ระดับ.

เรามีโอกาสศึกษาชาวอบ ๆ รากประ-
สาทไขสันหลัง ใน คนไข้กลุ่มนี้ ๔ ราย
(Epidural test), เลือเฉพาะรายที่มีอาการ
ปวดมาก, ปรากฏว่าได้ผลดีมาก. ผู้ช่วย

ทเลาปวดในไม่กี่นาที. นักเขียนหลักฐานอย่างหนึ่งที่ทำให้เราแน่ใจว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการมาจากโรคประสาทหลายระดับ ส่วนเขตรกเสียดสี, ซึ่งจะเป็นโรคอื่นไปไม่ได้ นอกจากการเสียดสีจากออสติโอไฟต์. การฉีกขาดเข้า รอยโรคประสาทที่เราใช้ในการรักษาอาการผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงจากหมอนกระดูกสันหลังเคลอนหรือจากสะพานค้ำโลลีสต์ควมกับการกดหลัง. มีผู้ป่วยที่หายด้วยการทำครั้งเดียว. เป็นวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะเมื่อเรายังไม่มีเตียงรับคนไข้.

๔) รูมาตอยด์ของสันหลัง (Ankylosing spondylitis)

มี ๑๑ ราย, เท่ากับร้อยละ ๔ ของคนไข้ทั้งหมด. เป็นชาย ๗ หญิง ๔ มีอายุตั้งแต่ ๑๖ ปี ถึง ๒๐ ปี ๒ ราย, ๒๑ ถึง ๓๐ ปี ๔ ราย, ๓๑ ถึง ๔๐ ปี ๒ ราย, ๕๑ ถึง ๕๖ ปี ๒ ราย. เห็นว่าเป็นในเพศชายมากกว่าหญิง และเป็นมากที่สุดในช่วงวัย ๒๐ ถึง ๔๐ ปี. ขอนตรงกับตัวเลขของต่างประเทศทั่วไป

อาการนำ ใน ๑๑ รายมี ๖ รายมาหาเราด้วยปวดตะโพกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง ๒

ข้าง. สามรายมาเพราะปวดเข่า, ๑ รายทั้งขาทั้งสองเวลาก้ม, ๑ รายปวดจนนอนไม่หลับ. อาการปวดหลังเป็นอาการรองที่ผู้ป่วยนึกถึงทีหลัง. ทกรายให้ประวัติว่าปวดมากเวลากลางคืนซึ่งเป็นเวลาที่หลับนอนและอาการทเลาเวลาทำงาน.

ทั้ง ๑๑ รายไม่มีประวัติกระทบกระแทก. อาชีพแตกต่างกัน, ตั้งแต่นักเรียนไม่มีอาชีพ, ทำนา, ทำสวน ทำงานบ้านและงานเขียนหนังสือ. ดูเหมือนอาชีพจะไม่มีความสัมพันธ์กับโรคนี้แต่ประการใด.

ข้อตรวจพบ ผู้ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคนี้ครั้งเดียวจะจำได้โดยไม่ลืม. ผู้ป่วยมีหลังแข็งทกท่า, ไม่ว่าจะก้มหรือเงย. หลังแข็งจริงๆ ไม่ใช่เพราะเจ็บปวด. ฉะนั้นเวลาเดิน ทกรายจึงมีท่าพิเศษคือเดินขาถ่างๆ, หลังค่อมๆ. สามรายใน ๑๑ รายนั้นนอนราบไม่ได้, ต้องหนุนหมอนสูง. ๔ รายมีอาการตึงตเอนอกตามท้องขาอ่อน. ดูเผินๆ คล้ายอาการตรวจพบของไซอาติกา, ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องระวังมากในการตรวจคนไข้. สี่รายใน ๑๑ รายมีอาการจากการเคลอนไหวของข้อตะโพกทั้ง ๒ ข้าง.

การตรวจทางรังสี ภาพรังสีทำ
รวมค่าแสดงการ อักเสบของ ข้อเข่า โคโรนารี
แอคทีฟ ๒ ข้างใน ๕ ราย. ภาพรังสีข้อ
กระดูกสันหลังทั้ง ๑๑ รายมีลักษณะซีกเงา
เหมือนกันทั่วลำตัวไว้ในตำราทกเล่ม. นอก
จากนี้ไม่มีคนไข้รายใดที่มีการผิดปกติอื่น ๆ.

การ ตรวจ ข้อเข่าบนอนกัน เมื่อก โล หึดพบ
ว่าสูง ทก ราย ทก ด้าน มี อาการ ปวดรุนแรง,
ซึ่ง สัมพันธ์กับ ปล่อยให้ ปรุ่รวัดว่า มี ไข้ และ
ข้อบวม. ทั้ง ๑๑ รายมีจำนวนเม็ด
โลหิตขาวขึ้นสูงเล็กน้อยและมี โปลัยมอร์ฟ
มากด้วย. ตรวจ ซีเอสอาร์ ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การวินิจฉัย จากที่กล่าวมาข้างบน
โรคนี้แยก ตัวเอง ออกจาก โรคอื่น โดยเด็ด
ขาด. ผู้ช่วยมีการเจ็บผิดปกติคือ
เจ็บเวลาอน, เวลาอากาศเย็นหรือฝนตก,
และเวลาเข้านม มักมีอาการ หลังแข็งลุกไม่
ขึ้น. ถ้าไต่ทางจากพกหนึ่งอาการแข็งจะ
ทุเลา. ลักษณะหลังที่แข็งประกอบด้วยภาพ
รังสีเป็นสิ่งที่วินิจฉัยได้โดยเด็ดขาด. เป็น
ที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีหลังแข็ง,
ส่วนมากไม่เคยสังเกตมาก่อน, นอกจาก
๓ คนให้ประวัติว่าอนหงายต้องหนุนหมอน
สูงกว่าที่เคย. ผู้ช่วยมาหาเรากวเรื่องปวด

ที่เปลี่ยนแปลงรุนแรงขึ้นในบางคราวหรือใน
บางฤดูของปี.

๕) ลัมบาร์ ไฟโบร ซิติส (Lumbar
fibrositis)

มีจำนวน ๒๘ ราย, เป็นชาย ๒๖ ราย,
หญิง ๒ ราย, อายุอยู่ระหว่าง ๑๖ ปี ถึง
๒๐ ปี ๔ ราย, ๒๑ ถึง ๓๐ ปี ๑๐ ราย, ๓๑
ถึง ๔๐ ปี ๗ ราย, ๔๑ ถึง ๕๐ ปี ๓ ราย,
๕๑ ถึง ๖๐ ปี ๓ ราย, มากกว่า ๖๐ ปี
๑ ราย. พบมากที่สุดระหว่างอายุ ๒๐ ถึง
๔๐ ปี. เป็นในทกอาชีพเท่า ๆ กัน.

อาการสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาหาเรา
ด้วยอาการปวดหลังเขนพน. บางรายมี
อาการอื่น ๆ ด้วย, คือมีปวดที่ตะโพก
ที่ข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้าง ๕ ราย, คง
ที่ขาทั้งสอง ๓ ราย, ปวดที่เข่าข้างใดข้าง
หนึ่งหรือทั้งสองข้าง ๖ ราย, ปวดที่ข้อเล็ก
อื่น ๆ ๔ ราย.

ความสัมพันธ์ของอาการปวด ใน
๒๘ รายนี้มีปวดเฉพาะเวลากลางคืน ๒ ราย,
ปวดเฉพาะเข้านมหลังตอนอน ๕ ราย, อีก
๒๑ รายที่เหลือปวดตลอดเวลา, ไม่ว่าจะ
นอนหรือจะทำงาน, มีอาการปวดมากขึ้น
เวลาอากาศเย็นลง. ที่ค่อนข้างแปลก

คือคนไข้กลุ่มนี้ให้ประวัติการปวดหรืออาการ
ตึงตอนเข่าซีกเจน, ซึ่งจะทะเลาหรือหายไป
ถ้าได้ทำงาน, ซึ่งตรงกันข้ามกับโรคหมอน
กระดูกสันหลังแตก หรือโรคอื่นที่กระดูกสัน
หลังคลอนแคลน. ครวงหนงของฝ่ยวย
๒๘ วยนมีไซ, ครวนเนอครนทวควยภย
อาการปวด.

ข้อตรวจพบ ในคนไข้ ๒๘ วยน

๒๕ วยนมีลักษณะ ภายนอกของหลังปรกติ.
อีก ๓ วยนมีหลังแอ่นเล็กน้อย. มี ๒๑ วยน
ที่เคลื่อนไหว หลัง และ เอว ได้ อย่าง ปรกติ.
สาม วยน มีการ จำกัดการ เคลื่อนไหว ในท่า
ก้ม, ๔ วยน มีการ จำกัดการ เคลื่อนไหว
เฉพาะในท่าแอ่นหลัง.

ใน ๒๘ วยนไม่มีอาการของรากประ-
สาทถูกกดเลยแม้แต่ วยนเดียว. แต่ใน
๔ วยนมีอาการตึง ที่ท้องขาเวลา ทดสอบท่า
ยกขาขึ้นตรง. สอง วยนมีอาการเจ็บเวลา
ทดสอบข้อเซโครอิลีแอ็ค. สาม วยนมีอาการ
เจ็บเวลาทดสอบท่า Gaenslen หนึ่ง วยนมี
อาการชดทข้อตะโพกใน ท่าทดสอบเลข ๔,
๒ วยนเจ็บเวลาเคลื่อนไหวข้อเข่า.

การตรวจทางรังสี ๑๕ วยนใน

๒๘ วยนมีการ เปลี่ยนแปลง เวงรังสีของข้อ
เซโครอิลีแอ็คทั้งสองข้าง. มีเงาทบของ

ขอบกระดูกทั้ง ๒ ด้าน, ช่องระหว่างข้อ
ห่างและมั่ว, เป็นภาพของการอักเสบเหมือน
รูมาตอยด์, ทง ๆ ที่ไม่มีอาการทางคลินค.
สรวายมการอักเสบที่ข้อต่อหลังของข้อลัมโบ
เซครล. นอกนแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติมี
ส่วนเกยวของ.

การตรวจทางห้องทดลอง ทกรายมี

อัตราอนกันเม็ดโลหิตแดงเร็ว. มีเม็ด
โลหิตขาวมากกว่าปรกติเล็กน้อย, และมี
ไปลีมอร์ฟสังเช่นเดียวกับที่เราพบ ในกลุ่ม
ที่มารูมาตอยด์ซีกเจน.

การวินิจฉัย การที่เราแยกคนไข้

กลุ่มนี้ออก จากพวกอื่น ต้อง อาศัย ประวัติที่
ซีกเจน, และการตรวจร่างกาย. ถึงแม้ว่า
การเรียกชื่อ กลุ่มอาการนี้ อาจจะไม่ ตรงกับ
พยาธิสภาพ ที่เป็น จริง ซึ่ง เราไม่มี โอกาส
พิสูจน์ก็ตาม, ลักษณะโดยรวมของคนไข้
กลุ่มนี้มอะไร ๆ หลายอย่างทชวนให้ผเชย
นึกใจว่า เป็นรพหนึ่งของ รูมาตอยด์ ของ สัน
หลัง. แต่ว่าอาจจะเป็น น้อยกว่าหรือเป็นใน
ระยะเริ่มต้น. คงจะเห็นว่าเป็นมากในคน
อายุน้อยกว่ารูมาตอยด์, เป็นในผู้ชายมาก
กว่าหญิงเหมือนกัน, มีอาการปวดตึงเวลา
เข่าเหมือนกัน, มีอาการปวดหล่าย ๆ แห่ง

พร้อมกันหรือไล่ ๆ กัน, มีการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตและปฏิกิริยาทั่วไปของร่างกายเหมือนกัน, มีการเปลี่ยนแปลงที่เงารังสีของซีโรอีลิแอ็คเหมือนกัน, ยังขาดแต่อาการแข็งของข้อสันหลังที่ตรวจพบได้ทางคลินิกเท่านั้น. เรามีโอกาสติดตามผู้ป่วยที่วินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นไฟโบรไซติส ๓ ราย ช่วงระยะเวลา ๑ ปีคนไข้กลับมาหาเราออกด้วยการใช้, ปวดตามสันหลัง, และข้อเล็ก ๆ ขวม. มีลักษณะทุกอย่างของการอักเสบมารวมด้วย.

๖) ลัมโบเซครัลสเตรน (Lumbosacral Strain)

มีจำนวน ๔๒ ราย, เท่ากับ ๑๔.๕ เปอร์เซ็นต์ของคนไข้ทั้งหมด. เป็นชาย ๑๙, หญิง ๒๓. อายุระหว่าง ๑๕ ปี ถึง ๒๐ ปี ๔ ราย, ๒๑ ถึง ๓๐ ปี ๑๒ ราย, ๓๑ ถึง ๔๐ ปี ๑๙ ราย, ๔๑ ถึง ๕๐ ปี ๕ ราย, มากกว่า ๕๐ ปี ๒ ราย. เป็นใน ทุก ๆ อาชีพในจำนวนไล่ ๆ กัน.

อาการสำคัญ ๔๐ รายมีอาการปวดกระเบนเหน็บอย่างเคียว. ๒ รายมีปวดตะโพกควมอยู่ด้วย, ทั้งหมดไม่เคยปวดที่อื่น. ไม่เคยปวดร้าวไปที่ขา.

ความสัมพันธ์ของการปวด ผู้ป่วยทั้งหมดปวดเวลาทำงานหรือเวลาเย็นหลังจากการตรากตรำงาน, ปวดเวลานั่งนาน ๆ, ยืนหรือเดิน. เวลาเวลานอน. โดยมากมาหาเราเพราะกลัวจะเป็นโรคไตตามที่ได้ยินการประกาศโฆษณาตามวิทยุประจำวัน, และทรายใจที่ทดลองยาบำรุงไตที่ประกาศมาแล้วไม่หาย. ไม่มีอาการข้อแข็งในตอนเช้า. ไม่มีไข้. ที่เขียนจำต้องกล่าวถึงการประกาศโฆษณาขายยาที่ไร้สาระนักเพื่อจะให้เห็นว่าคนไข้บ้านเรานั่นส่วนใหญ่ตกอยู่ในกลุมนี้, และเป็นพวกที่รักษายากที่สุด.

การตรวจร่างกาย ใน ๔๒ รายมีลักษณะหลังปรกติ. หกรายมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของเอวแต่ก็ไม่มาก, ๑๑ รายหลังแอ่นได้มากกว่าปรกติแต่มีอาการเจ็บ, ๖ รายมีอาการเจ็บเวลาทดสอบ (Lasègue) แต่ไม่มาก, คือเจ็บตื้อเมื่อยกขาขึ้นสูง ๆ เกิน ๕๐ องศาเท่านั้น. ๑ รายเจ็บเวลาทดสอบประสาทเฟมอรัล. ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีการเปลี่ยนแปลงของรีเฟล็กซ์และไม่มีอาการประสาทชา. ตรวจที่ซีโรอีลิแอ็คปรกติทุกคน. นอกจาก ๑ รายเจ็บเวลาทดสอบท่า Gaenslen.

การตรวจทางรังสี ภาพรังสีของกระดูกสันหลังและข้อสันหลังปรกติ. หกรายมีการอกเสยของข้อซัยกาไปพัยเซยลัมโยเซครัล, ๔ รายมีเซคระไลเซชัน, ๑ รายมีอาร์ติคูลาร์ฟาเซตไม่สม่ำเสมอ.

เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการน้อยที่สุดในจำพวกปวดหลังควยกัน. อาการและการตรวจร่างกาย ทำให้เรารู้สึก ว่ามีอาการกึ่งกลางระหว่าง หมอน กระดูก สันหลัง เคลอนกับสะปอนคีย์โลลยีส. มีอาการปวดหลังแต่ไม่ร้าวไปตามปลายประสาท. มีการแอ่นหลังได้คิปรกติ. แต่ก็ไม่มากเท่าพวกสะปอนคีย์โลลยีส. อาการเจ็บก็มีความสัมพันธ์กับการทำงานที่สันหลัง อยู่ในท่าคงตรง. ฉะนั้นถ้าเรามีเวลาศึกษามันช่วยนานพอ, คนไขกลุ่มนี้อาจจะเป็นหมอนกระดูกเคลอนจริง ๆ หรือเป็น สะปอนคีย์โลลยีสในที่สุด. ทั้งนี้สุดแท้แต่สังเวคล่อม.

เรามี โอกาสศึกษามันผู้ป่วย ที่ ใคร์ย การผ่าคัตเขาเฉพาะ หมอน กระดูก ที่ เคลอน กค สันหลังออก ๑๑๗ ราย, หลังผ่าคัต ๒ ถึง ๑๐ ปี พบว่า ๒/๓ ของผู้ป่วยทั้งหมดหายจากอาการปวดทรมานแรงและปวดขา, แต่ยังมีอาการปวดขยเนอเวเนครวงครว. การตรวจคนไขกลุ่มนี้พบเหมือน กับ ๔๒ รายที่

กล่าวมา. ในสถิติของผู้เขียนคนอื่น ๆ ก็มีภาวะเช่นเคยกัน. ผู้เขียนบางคนจึงเรียกคนไขกลุ่มนี้ว่า "สันหลังอ่อน" (Vertebral Insufficiency).

๗) ข้อเซโครอิลีอ็ค อักเสยไม่ติดเชื้อ
(Non-infectious sacro-iliac arthritis)

มี ๒๐ ราย, เท่ากับร้อยละ ๗.๔ ของผู้ป่วยทั้งหมด. เป็นชาย ๗ ราย หญิง ๑๓ ราย. อาชีพแตกต่างกันตั้งแต่งานบ้านงานหนักกลางนา. มีจำนวนไล่เลยกัน. อายุ ๑๕ ถึง ๒๐ ปี มี ๓ ราย, ๒๑ ถึง ๓๐ ปี ๘ ราย, ๓๑ ถึง ๔๐ ปี ๔ ราย, ๔๑ ถึง ๕๐ ปี ๔ ราย, ๕๕ ปี ๑ ราย.

อาการสำคัญ ๑๐ รายในจำนวนมีอาการปวดตะโพกและขยเนอเว ๒ ข้าง, ๘ รายปวดตะโพกข้างใดข้างหนึ่ง, ๒ รายปวดเขวควยกับปวดขา. อาการปวดสัมพันธ์กับการเดินหรือทำงาน, เวลาพักก็อ่อน.

ประวัติอดีต ๔ รายมีอาการภายหลังการคลอดตกกันเวลานาน. ๓ รายมีประวัติตกจากที่สูง. นอกนั้นไม่มีประวัติที่สำคัญ.

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะที่แยกตัวเองจากโรคอื่นคือ รูปร่างของหลัง

ปรกติ, หลังไม่แข็ง, ไม่มีอาการทางประสาท, มีอาการเจ็บที่แน่นนอนตรงกระดูกค้ำหลังในท่าทศสอยเลข ๔ และท่าทศสอยกคชอยเชิงกรานค้ำหน้า. นอกจากนั้นยังมีอาการเจ็บแน่นนอนเวลากคเซครัมลงในท่านอนคว่ำ. การทดสอบ Gaenslen ให้ตำแหน่งการเจ็บที่แน่นนอนเช่นกัน. หกรายใน ๒๐ รายไม่มีไซอาติคาแต่มีเฉพาเวลายกขาขึ้นสูงเกิน ๕๐ องศา, อันเป็นระยะที่เริ่มมีการเคลื่อนไหวทศสอยเชิงกราน. ไม่มีการผิดปกติของรีเฟล็กซ์หรือประสาทสัมผัส.

การตรวจทางรังสี มี ๑๕ รายใน ๒๐ รายเท่านั้นที่ภาพรังสีทวารมตาแสดงการอักเสบของข้อเซโครอิลแอ็ค. อีก ๕ รายภาพรังสีปรกติ. เราไม่ใช้ภาพรังสีเป็นเครื่องตัดสินอย่างเด็ดขาดในคนไข้กลุ่มนี้, ด้วยเหตุผลที่ว่าภาพรังสีข้อเซโครอิลแอ็คนั้นมักไม่ตรงกับอาการทางคลินิก, และอีกประการหนึ่งอาศัยภาพรังสีอย่างเดียวน่าจะแยกการอักเสบธรรมดาจากภาพการเปลี่ยนแปลงของข้อในโรคเรื้อรังของสันหลังได้.

ผู้ป่วย ๒๐ รายนี้ได้รับการผ่าตัดครึ่งเดียว. เป็นรายที่มีอาการตรวจชัดเจน. ทำการเชื่อมข้อแล้วทุกเวลา.

ผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นอย่างไร นอกจากผู้ป่วยที่กล่าวมา ๗ กลุ่มข้างบน, เรามีผู้ป่วย ๓๗ รายที่มีอาการทางคลินิกสงสัยจะเป็นเหมือนกระดูกสันหลังเคลื่อน, แต่ไม่อาจจะให้การวินิจฉัยได้ชัด. บางรายอาการคล้ายเนื้องอกอื่น ๆ ในช่องไขสันหลัง, และเนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดมาหาเราในระยะที่เริ่มทำการรักษา, เรายังไม่สะดวกที่จะทำการตรวจช่วยด้วยมัยโอโลแกรม, จึงได้แยกผู้ป่วยพวกนี้ออกเสีย.

มีผู้ป่วย ๓ รายเป็นวินิจฉัยของกระดูกสันหลังล้มโยเซครัล, รวมอยู่ในผู้ป่วยที่เราศึกษาคกรณด้วย. เป็นวินิจฉัยที่มีอาการน้อย. วินิจฉัยขึ้นต้นว่าเป็นล้มโยเซครัล-สะเทรนธรรมดา. แต่ผู้ป่วยไม่ทุเลาด้วยการพักผ่อนและการเข้าเฝือก. จนระยะหลัง ๆ ตรวจด้วยภาพรังสีพบการทำลายกระดูก. สามรายนี้เห็นตัวอย่างชัดให้เห็นว่าถึงแม้ว่าโรคหลายโรคเราสามารถวินิจฉัยด้วยการตรวจจากภายนอกได้, เรายังมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งการตรวจทางรังสีอยู่, ไม่ว่าโรคนั้น ๆ จะวินิจฉัยง่ายหรือยากเพียงใด.

สำหรับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ นอกเหนือไปจากที่กล่าวไว้ในตารางที่ ๑ เป็นโรคที่

วิเคราะห์ยากและเช่นโรคที่พบเห็นได้ยาก เราจึงไม่กล่าวรายละเอียดในที่นี้, เพราะไม่อาจจะวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ได้.

วิจารณ์

การศึกษากรณีนี้จะเป็นรายงานเบื้องต้น, แต่ก็ให้ความจริงหลายข้อ, คือ:

(๑) โรค ปวด หลัง ใน คน ไทย นั้น มี เหมือนกับที่ในสถิติต่างประเทศ, ฝึกงานที่ ทวีต, ซึ่งแตกต่างกันตามอาชีพและกิจ ประจําวันของแต่ละชาติ.

(๒) กล่าวโดยกว้าง ๆ คนใช้ที่ปวด หลังมีอยู่ ๒ พวกใหญ่ ๆ. พวกหนึ่งเกี่ยว ข้องกับการอีกเสบ, มีอาการปวดตลอดเวลา หรือเวลาที่พักผ่อนเป็นอาการที่เด่น. อีกพวก หนึ่ง มีสมมุติฐาน มาจากความคลอนแคลน ของข้อต่อเอวกับเชิงกราน. กลุ่มนี้มีอาการ ปวดเมื่อเคลื่อนไหวหรือเมื่อจะต้องใช้หลังใน ท่าที่ตัวตรง.

(๓) โดยการเปรียบเทียบอาการของ คนใช้ที่หมอนกระดูกสันหลังเคลื่อนไหว คนใช้สะพานค้ำโลดลยีส, เห็นว่าหมอน กระดูกสันหลัง มีความสัมพันธ์ ใกล้ชิด ใน ทางสรีรวิทยากับข้อ ซักกาไปพียเซยล ของ ส่วนโค้งกระดูกสันหลัง. การสูญเสียข้อใด

ข้อหนึ่งย่อมกระทบกระเทือนถึงการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลังส่วนนั้นทั้งอัน. แต่การ สูญเสียความมั่นคงของข้อซักกาไปพียเซยล จะก่อให้เกิดอาการมากกว่า, มองเห็นชัด กว่า.

(๔) ข้อซักกาไปพียเซยลมีสรีรวิทยา แน่นอน, คอยกันไม่ให้มีการเคลื่อนไหว ข้าง หน้าของกระดูกสันหลัง ด้วยแรงดึงของหน้า หนักตัวในท่านั่งหรือยืน, และคอยกันไม่ให้มีการแอ่นหลังฝึกปรกติ. ฉะนั้นในการผ่า ตัดกระดูก สันหลัง ส่วนเอว โดยเฉพาะเวลา ผ่าตัดหมอนกระดูกที่แตกจำเป็นจะต้องรักษา ข้อซักกาไปพียเซยลไว้, หรือทำการเชื่อม ข้อล้มไบเซครัล, ภายหลังการผ่าตัดหมอน กระดูกบริเวณนี้, ก็เป็นเหตุผลที่ถกในแง่.

(๕) ผู้ช่วยที่เป็นรูมาตอยด์สันหลังนั้น มาหาแพทย์เพราะอาการปวด, ไม่เคยยื่น เรื่องหลังแข็งเลยทั้ง ๆ ที่เอวแข็งนานแล้ว. ทั้งนี้เพราะว่าเอวที่แข็งจริงไม่เคยรบกวนต่อ กิจวัตรประจำวัน. ตรงกันข้ามกับผู้ช่วย สะปอนคีย์โลดลยีส, ผู้ช่วยเคอร์ออนเพราะ ยืนไม่ทน. ฉะนั้นในแง่รักษานานถ้าไม่คำนึง ถึงการสันเปลืองเวลาแล้ว, การทำให้เอว ยาง ส่วน แข็ง ให้ ประโยชน์แก่ คนใช้ คิดว่า ปลดปล่อยคนใช้มีข้อหลวม, โดยเฉพาะผู้ ช่วยที่อาชีพที่ต้องทำงานหนัก.

(๖) ผู้ช่วยที่เป็นสะพานค้ำโกลยีสต์นั้นส่วนมากมีอาการเมื่อยอายุมาก, ทั้ง ๆ ที่โดยพยาธิสภาพแล้วโรคเป็นมานานก่อนมีอาการ. ทั้งนี้ย่อมแสดงว่าข้อกระดูกเขวทสันคลอนนั้นจะเริ่มมีอาการเมื่อผู้ช่วยเปลี่ยนความเป็นอยู่จากชีวิตที่ทรากกว่ากรณีกระแฉงมาเป็นชีวิตที่เฉื่อย. ในการเปลี่ยนแปลงชีวิตนี้ออกลามาที่เคยเป็นสังขตเหนียวที่แข็งแรงกลบข้ออ่อนแรงลง. ฉะนั้นในการผ่าตัดกระดูกส่วนเอวนั้นไม่เคยมีสถิติของผู้ใดที่ไคผลตเลยถาตัดตามผู้ช่วยนานพอ. ในแง่สรีรวิทยาการรักษาสะปอนคัย โกลยีสต์, หรือความคลอนแคลนของ ส่วนลัม โยเซครัลด้วยการบริหารให้เนอกลามส่วนเอวแข็งแรงขึ้นวิธีที่คตที่สุด, ถ้าผู้ช่วยมีความเข้าใจพอและรวมความสะดวกที่รักษาผู้ช่วยด้วยวิธีนพอเพียง.

(๗) สะปอนคัย โกลยีสต์ในคนอายุมากนั้นถึงจะมีอาการ ขัดขอกข้างเป็น ครั้งคราวแต่ก็ไม่ทำให้หลังแฉง. พยาธิสภาพของผู้ช่วยกลุ่มนี้ขอยุทหมอนกระดูก. ทั้งนี้เป็นหลักฐานออกขอหนึ่งว่าหมอนกระดูกนั้นมีหน้าที่เพียงความยืดหยุ่น, แม้ว่าจะเสียไปกระดูกสันหลังก็ยังคงเคลอนไหวตลอดชีวิตด้วยข้อช้อยกาไปพ้ยเขยล.

(๘) จากการ คักษาครั้งนี้ทำให้เรา กล่าวได้เต็มปากว่าการ คักษาข้ระวัติและการ ทววจร่างกายทละเขยคทก ๆ คำนเท่านั้นที่ จะวินิจฉัยและรักษาผู้ช่วยไคคตที่สุด. การทำ มยอโลกกรพย ถึง แม้จะมี ผู้เขยน หลายสิบ คนไม่ชอบและตำหนิ, แต่ทุกคนก็ยอมรับ ว่ามีความจำเป็นในบางโอกาส. ในความเห็นของผู้เขยนเอง, ถ้าเราเลือกทำในราย ที่ควรและทำให้ถกววิโดยค่านงถึงทกข้รอน ของ ผู้ช่วยเป็นท คงแล้ว, การทำมยอโลกกร พยให้ ประ โยชน์ มากกว่าให้ โทษ. อย่างน้อยที่สุดก็ทำให้เราจำคองการผ่าตัด ใต้.

(๙) การรักษาโรคปวดหลังขนอัยกัย อาการของผู้ช่วยและสรีรวิทยาของหลังเป็น เกณฑ์, มากกว่าที่จะขนอัยกัยขอโรคท วินิจฉัย. โรคหมอนกระดูกสันหลังแตกอาจ จะไม่ต้องผ่าตัดในผู้ช่วยคนหนึ่ง, แต่จำเป็นต้องรีบผ่าตัดในอีกรายหนึ่ง, คือในเมอรวย แรกสามารถหยุดงานอัยกัยบ้านไค่นาน ๆ. ส่วนรายหลังเป็นกรรมกรหาเช่ากินค่าหรือ มีอาการอัมพาตเป็นอาการนำ. การบริหาร เนอกลามหลังอาจจะได้ผลในผู้ช่วยสะปอน คัย โกลยีสต์ ที่เขยนคักษาแพทย, แต่จะ

ไม่ได้ผลเลยสำหรับชาวนาที่หอบกระเป๋าย
เคียวมาจากหัวเมืองไกล.

สรุป

๑. ได้ทำการศึกษาผู้ช่วยที่มอการ
ปวศกระเขนเห็นขมารถการศึกษาในแผนก
คัลยศาสตร์ ตั้งแต่ มีนาคม ๒๕๐๒ ถึง
ตุลาคม ๒๕๐๒, มีจำนวน ๒๗๐ ราย.

๒. ได้จำแนกผู้ช่วยออกเป็นพวก ๆ.
มีโรคหมอนกระดูกสันหลังเคลอนหรือแตก
๒๑.๘ ปช., สังกัษหมอนกระดูกสันหลัง
เคลอนแต่ไม่ได้ทำมยอโลกราพย ๑๓.๗
ปช., ซ้อลัมโบเชครัดหลวม ๑๕.๕ ปช.,
ลมขาร์ไฟโบรไซติส ๑๐.๓ ปช., สะปอน
คัย โลลิส ริสสิส และ สะปอน คัย โลลย ลิส
๑๒.๕ ปช., หมอนกระดูกสันหลัง
(สะปอนคัย โลลิสหรือออสติโอพัย โดลิส)
๑๐.๓ ปช., ซ้อเซโครอิลีแอ็คช็กเสบ ๗.๔
ปช., วัณโรคที่ไม่ได้วินิจฉัย ๑.๒ ปช.,
โรคอื่น ๆ ๒.๕ ปช.

๓. ได้ศึกษาผู้ช่วยแต่ละพวกโดยละ-
เอียดเกี่ยวกับความพิการ, เพศ, อายุ, และอายุ,
ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยและ
ในการรักษา.

๔. อาศัยพยาธิศรัทธาในผู้ช่วยที่ได้
ศึกษา, ได้ให้แนวความเห็นเกี่ยวกับการ
รักษาอย่างกว้าง ๆ.

๕. อาศัยอุปสรรคและความไม่แน่นอน
ของการตรวจร่างกายของผู้ช่วยบางราย, ผู้
เขียนเชื่อว่าการทำงานยอโลกราพยยังมีความ
จำเป็นอยู่.

๖. การรักษาโรคปวดหลังนั้นแต่ละวิธี
มีข้อดีและข้อเสีย, ไม่มีวิธีที่ทศต. การ
อธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจ, การคำนึงถึงฐานะ,
วัยและความสะดวกของผู้ช่วย, จะทำให้ผู้
ช่วยได้รบผลทศต. แต่ทงนั้นจะต้องไม่ลืม
ว่าโดยศรัทธาแล้วยังไม่ม่วิธีใดที่รักษา
อาการปวดหลังได้ขงยืนและหายขาด.

ผู้เขียนเป็นหนบญคณศาสตราจารย์เพอง สัตย-
สงวนท่อนุญาตให้ทำการศึกษาเรื่องนี้ ตลอดจนให้แนว
ทางและติชมเรื่องนี้, ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์
อุดม โปษะกฤษณะ ที่กรุณาให้กำลังใจ และให้เกียรติ
แก่ผู้เขียนอย่างสูงที่ให้นำเรื่องนี้เสนอที่ประชุมวิชาการ
ของคณะ เมื่อวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๐๒ โดยที่ท่านใน
ฐานะหัวหน้าแผนกไม่ต้องผ่านต้นฉบับของเรื่อง. ส่วน
หนึ่งของกายวิภาควิทยาของเรื่อง น้ออาศัยความรู้ที่ได้ทำ
การศึกษาเพิ่มเติมโครงการกระดูกในพิพิธภัณฑ์แผนกกาย
วิภาคศาสตร์, ซึ่งผู้เขียน ซึ่งในความกรุณาของศาส
ตราจารย์สุด แสงวิเชียร. ผู้เขียนขอขอบพระคุณศาส
ตราจารย์อานวย เสมรสต์ ที่อนุญาติให้ผู้เขียนศึกษาถ่าย
ภาพรังสีของผู้ช่วยโดย ไม่คำนึง ถึงการ สิ้น เปลือง และ
ขอบคณเจ้าหน้าที่แผนกรังสีที่ให้ความร่วมมือด้วยดี.

เมนิงจิโอม่าของประสาทข้อปลัก

รายงานคนไข้หนึ่งราย

ตำราญ วงศ์พาท

พ.บ., C. Oph., C. Oto.

และ

ผิว ลิมปพยอม

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

เมนิงจิโอม่าของ ประสาท ข้อปลัก เป็น โรคที่ค่อนข้างจะหายาก. ตามรายงาน ต่าง ๆ ปรากฏว่า Mathewson (๑๙๓๐) พบ ๓๐ ราย, Craig และ Gogela (๑๙๔๕) พบ ๑๗ ราย. มีเกิดในโพรงเบ้าตา ๕ ราย, เกิดที่ ประสาท ข้อปลัก ใน ช่องข้อปลัก ๓ ราย. อีก ๕ รายเป็นส่วนอื่น ๆ ของ ลูกตา.

ตามรายงานของ Forrest (๑๙๔๗) ซึ่งรวบรวมได้ ๑๗ ราย, อายุของคนไข้ เฉลี่ย ๔๐ ปี, แต่ Martin (๑๙๕๗) พบ เป็นในเด็กอายุ ๓ ปี, และ Ryan (๑๙๕๓) พบในเด็กอายุ ๖ ปี. ตามรายงานหลัง กล่าวไว้ว่า เมอพบ นั้นเป็น มาก แล้วจน ตายอด และกลอกนัยน์ตาไปมาไม่ได้. ดังนั้นอายุที่ เริ่มเป็นคงจะน้อยกว่า ๖ ปี.

โรคนี้มักจะบุกรุกเข้าไปในประสาทข้อปลัก, หลอดโลหิตเช่นตริลเวติน่า, ดวง ประสาทข้อปลัก (optic disc), โคนรอบค, และเวติน่า, และอาจเป็นที่เขอหุ้มประสาท.

ตามรายงานของ Dunn และ Walse (๑๙๕๗) ปรากฏว่า มีประสาทข้อปลักถูก รุกถ้า.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นหญิง-จีน, คู่ (เลขที่ทวไป ๘๒๗๑.๒๕๐๑), อายุ ๓๔ ปี, มาโรง- พยาบาล ด้วย อาการ สำคัญ ว่านัยน์ตา ซ้าย ไปมาประมาณ ๒ ปีโดยไม่มีอาการเจ็บ ปวด. ตากลอกไปมาได้. ผู้ป่วยสังเกตว่า ตาซ้ายค่อย ๆ มัวลงทุกที. ไม่เคยรับการ กระทบกระเทือน หรือเป็น โรคเกี่ยวกับตามา ก่อน.

ในประวัติผู้ป่วยในอดีตแจ้งว่า ๘ ปีก่อน มาครองเป็นโรคคอพอก. มีอาการคอโต, ใจสั่น, และได้มีการรักษาที่โรงพยา- บาลน โดยการผ่าตัดคอ. ในครั้งนั้นตา ไม่ไปนเหมือนครั้งน.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อดหนักมี ๓๖.๔ ซ. อัตราชีพจร ๗๖ ต่อนาที,

อัคราหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที. ความดันโลหิต (แขน) ๑๑๐/๘๐ มม.ปรอท. ร่างกายทั่วไปสมบูรณ์ดี, และแข็งแรง. ผู้ป่วยไม่เหลือง, ไม่ซีด. ตรวจหัวใจและปอดไม่พบสิ่งผิดปกติ. คับและม้ามคล้ำไม่พบ. ในระบอบประสาทไม่พบสิ่งผิดปกติ. ต่อมน้ำเหลืองที่ข้างคอคล้ำไม่พบ,

การตรวจทางตา. เข้าตาทั้งสองข้างเป็นปรกติ. ต่อมน้ำตา, กระจกตา, และทางเดินน้ำตาเป็นปรกติ. ลูกตาโตเท่ากันทั้งสองข้างและกลอกไปมาได้. นิยน์ตาซ้ายโปนออกมามากกว่าตาขวาประมาณ ๔ มิลลิเมตร, จนมองเห็นลิมบัสล่างชัดเจน. หนึ่งตาเป็นปรกติ. คอนจังก์ติว่าปรกติและไม่ขวม. สเคลอราและคอร์เนีย, และช่องหน้าของลูกตาเป็นปรกติ. รูม่านตามีขนาด ๓ มม. ตาซ้ายไม่ค่อยมีปฏิกริยาต่อแสงสว่าง. แก้วตามีลักษณะปรกติ. สายตาของตาขวา ๖/๖, ตาซ้าย ๔/๖๐. ความดันภายในลูกตา ๒๐ มม. ปรอททั้งสองตา.

การตรวจภายในลูกตา แสดงว่าตาขวาเป็นปรกติ. ในตาซ้ายพบหลอดโลหิตของเรตินาคดเคี้ยว. หลอดโลหิตดำขยายออกเล็กน้อย. ควบประสาทออปติคขวม, สูงขึ้น ๒ มม. ไม่พบเลือดออกและเอ็กซูเดททเรติน่า.

การตรวจทางห้องวิทยาศาสตร์

ตรวจอุจจาระและปัสสาวะไม่พบสิ่งผิดปกติ. ฮีโมโกลบิน ๘๐ ปช. เม็ดเลือดแดง ๕.๑๕ ล้านต่อลูกบาศก์มม., เม็ดเลือดขาว ๖๒๕๐. โปลีมอร์ฟ ๗๓ ปช., ลี้มโฟไซต์ ๒๖ ปช., โมโนไซต์ ๑ ปช., น้ำตาลในเลือด ๘๑ มก. ปช., อัคราเซซัลเมตะบอลิสม์ + ๗.๗ ปช.

การตรวจทางรังสี ฟิล์มหน้า-หลังของ ทรวงอก แสดงว่าไม่มีพยาธิสภาพในปอด. ถ่ายภาพกระดูกศีรษะส่วนเข้าตาทั้งด้านข้างและหน้า-หลังไม่พบหลักฐานว่ามีกระดูกถูกทำลาย.

การวินิจฉัย หลังจากรับคนไข้ไว้รักษาแล้วได้ตรวจบริเวณเนโซฟาริงซ์. ไม่พบเนื้องอกทวารบริเวณนั้น. จึงได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกหลังลูกตาข้างซ้าย.

ได้ทำการผ่าตัดเข้าทางด้านข้างของเข้าตาซ้ายตามวิธีของ Krönlein. พบว่าก้อนเนื้องอกชระ, แข็ง คล้าย ยาง ลข, เกาะอยู่หลังลูกตาจากขั้วประสาทออปติคไปจนถึงกึ่งช่องทางออกของประสาทออปติค. ไม่ติดกับอวัยวะใกล้เคียง. ได้พยายามเลาะเอาก้อนเนื้องอกออกจากทางด้านบน. ปรากฏว่าก้อนเนื้องอกอยู่รอบประสาท ออปติค,

แต่เลาะออกจากประสาทได้ไม่ยากนัก. จึง
เลาะเขาก่อนเน้อออกมาทั้งหมด. วัดไต้ยาว
ประมาณ ๓ ซม., หน้า ๓ มม.

การตรวจเนอทางพยาธิวิทยา (เลขที่
๐๑๑๐๐๖) คุบยตาเปล่าเป็นก้อนเนอรูปร
ว่างขรุขระ, ขนาด ๑.๓x๑.๕x๐.๘ ซม.
ลักษณะแข็งคล้ายยางลบ. ผ่าออกดูภายใน,
เห็นเป็นเนอสีขาว, ทบ, สม่่าเสมอ.
ตรวจทางจุลทัศน์ลงความเห็นว่า เป็น “เม-
นิงจิโอม่า, แบบเมนิงโกอีเลียล”

ผลของการรักษา ภายหลังจากตัดคนยนต์
ซ้ายกลีบเข่าที่ปรกติ. แผลผ่าตัดคึกคึก. แต่
ตรวจสายตาซ้ายกลีบพวยว่ามองไม่เห็นแสง
ไฟ. จึงได้ตรวจกันลูกตา. พยเรติน่าทั่วๆ
ไปซีด, ไม่มีเลือดออก, ไม่มีเอ็กซูเคท.
ควงประสาทอ้อปติกยังขวมอยู่.

ผู้ช่วยรักษาอยู่รวมทงสน ๓๐
วัน. ไต้ขอกลับไปเยี่ยมบ้าน, แล้วจะกลับ
มาตีกต่ออีก.

วิจารณ์

เมนิงจิโอม่าของประสาท อ้อปติก ในผู้
ป่วยหญิงจีนนี้, ตามประวัติการช่วยเข้าใจ

ว่าเริ่มมีอาการเมืออายุ ๓๒ ปี. สำหรับโรค
นพยในระยะเริ่มเป็นไต้ยาก. ตามรายงาน
ต่าง ๆ ส่วนมากพยเมือเป็นมาก ๆ แล้ว,
และต้องรักษาโดย คุวกตาออกแทบทง ส้น.
ส่วนรายที่นำมารายงานนพยเป็นรายแรกใน
โรงพยาบาลศิริราช. หลังจากรักษาแล้ว
ลูกตายังคง อยู่เป็นปรกติและ กลีบเข่าที่
ปรกติได้, กลอกไปมาได้ดี. สายตาที่
เสื่อมไปนั้นสันนิษฐานว่าเป็นผลของอ้อปติกเหตุ
ต่อหลอดโลหิตเช่นทวลเรติน่า.

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยรายนี้อยู่ใน
เกณฑ์ดี, เพราะเขาก่อนเน้อออกไต้หมดทง
ก่อน. การที่โรคจะกลับเป็นมาอีกหรือไม่
นั้นจะต้องคอยติดตามต่อไป. เมือผู้ช่วยมา
ให้ตรวจอีก ๒ เดือนหลังผ่าตัด, นยนต์
ยบเท่าระดับปรกติ, กลอกไปมาได้ดี. แต่
ยังไม่สามารถบอกแสงสว่างได้.

สรุป

ไต้รายงานโรค เมนิงจิโอม่าของประ-
สาทอ้อปติกข้างซ้ายในคนไข้หญิงจีน ๑ คน,
อายุ ๓๔ ปี. สันนิษฐานตามประวัติว่าเป็น
โรคมาได้ประมาณ ๒ ปี. วินิจฉัยเบื้องต้น
ว่าเป็นก้อนเนอองอกหลังลูกตา. ผ่าตัดเอา
ก้อนเนอออกไต้หมดทง, แต่สายตาเสีย

เนื้องอกขยอนทรายคอดวงอ้อปคคซึ่งเข้าใจว่า
เป็นผลของการขาดเลือดหลอดเลือด. การ
พยากรณ์โรคอยู่ในเกณฑ์ดี.

เอกสาร

1. T.O. Coston, : Arch. Ophth. (Chicago) 15: 696, 1936.
2. W. Mc. Craig, L.J. Gogela: Am. J. Ophth., 31: 1663, 1949,
3. S.N. Dunn, R.B. Walse : Arch. Ophth. 54:702, 1957.
4. A.W. Forrest : Arch. Ophth. (Chicago) 14: 198, 1949.
5. G.A. Mathewson, : Am. J. Ophth. 13: 880, 1930.
6. W.A.F. Martin, P.B. Schofield: Brit. J. Ophth. 41:161, 1957.
7. H. Ryan, : Brit. J. Ophth. 37 : 506, 1953.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)
MENINGIOMA OF THE OPTIC NERVE
Report of One Case

Samran Wangsbha
M.B., C. Oph., C. Oto. (Harvard)

and

Phiew Limpapayom
M.B.

(Dept. of Ophthalmology)

A Chinese woman of 34 years complained of painless protrusion of the left eye of two years, duration with progressive dimness of vision. Examination revealed slight exophthalmos (4 mm.) of the left eye with sluggish reflexes and vision 4/60. The retinal vessels were tortuous, the veins being slightly dilated. The optic disc was elevated by 2 mm. Retrobulbar neoplasm was suspected. By

Kroenlein's technique of approach a nodular mass, rubbery in consistency, 3x3 cm. in extent was revealed around the optic nerve. It could be easily removed en bloc. Histological diagnosis was: Meningioma, meningothelial type. The exophthalmos disappeared after operation, but vision deteriorated to "no perception of light".

(Seven references)

การตายเนื่องด้วยยาระงับไอ
รายงานผู้บวญพร้อมด้วยการตรวจศพ

ประติษฐ์ ตันสุรทั

พ.ด., Ph.D.

(แผนกพยาธิวิทยา)

ในขณะนั มียาระงับไอขายในท้องตลาด
มากมายจนจำชื่อไม่ได้, และยาระงับไอที่
ได้ผลดีมักจะมีสารที่ มีฤทธิ์กดศูนย์ประสาท
ที่กระตุ้นการไอ, เช่นพวก โคเคอีน, เป็น
ตัวสำคัญ. ฉะนั้นยาพวกนี้จึงจกอยู่ในพวก
ยาอันตราย, และในฉลากขายยาก็มักเขียน
บอกไว้ว่าห้ามใช้แก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑ ขวบ
หรือ ๖ เดือน, แล้วแต่ความเข้มข้นของสาร
ที่เป็นอันตรายและขนาดที่ ใช้กิน. ทั้งนี้
เพราะเด็กเล็กๆเหล่านี้ยังไม่สามารถไอเอง
หรือหากไอออกมาเองได้. แต่ถึงแม้ว่า
ยาก็จะกำหนดห้ามใช้ในเด็กต่ำกว่า ๑ ขวบ
ก็ตาม, หากใช้ยานี้ในเด็กอายุ ๒-๕ ขวบที่
รู้จักไอเองแล้วในขนาดมากเกินไป, ยาก็
สามารถชักขวางต่อรีเฟล็กซ์ ของการไอได้,
ทำให้เด็กไม่รู้สึกรู้สึกรอกไอหรือไอไม่ออก. มี
ผู้ใหญ่หลายคนทงแพทย์พวกโคเคอีน, คือมี
อาการเวียนหัว, หนาวมึนและอ่อนเพลีย.
ฉนั้นเด็กอายุน้อยจะยังมีอาการมาก. แต่
เด็กอาจไม่สามารถบอกอาการ ให้ผู้ใหญ่

ทราบเลขก็ได้. ถ้าผู้ใหญ่ไม่ค่อยเป็นคน
ช่างสังเกตก็อาจไม่ทราบ. การให้ยาระงับ
ไอนี้จะได้ผลดีถ้าการไอนั้นไม่มีสาเหตุ. แต่
ถ้าเป็นชนิดไอที่มีสาเหตุมาก, เช่นในเมโค-
พรเลนซ์หรือไอชนิดอื่น และ บร็องชไอโตสิส
ปัจจุบัน, อาจให้ผลร้าย. ก็ในโรคนี้เด็ก
จะไอบ่อย. แต่ในเด็กเล็กๆสาเหตุจะไม่
ออกมาเลยหรือออกมาอย่างเล็กน้อยๆแล้ว
เด็กก็มักกลืนลงไป, เพราะไม่รู้จักรับการจาก
การขยับทงเช่นเด็กโตๆ. ครั้นให้ยาระงับ
ไอเข้าไป, เสมหะที่เคยออกมาบ้างก็ไม่ออก
เลยและค้างอยู่ในหลอดลมมากขึ้น, ทำให้
เด็กไอ มาก ขึ้น ภาย หลังใช้ยาระงับไปแล้ว
ประมาณ ๓๐-๖๐ นาที. มารดาหรือคน
เลี้ยงมักจะบอกว่ายาแก่ไอนี้ไม่ดี, ยิ่งให้ยิ่ง
ไอ, หรือคิดว่ายังไม่ได้ผล, คือให้ยาน้อย
เกินไปจึงให้เพิ่มอีก, เพราะที่ฉลากเขียน
ไว้ว่าจิบย่อยๆ เมื่อไอ. พอให้มากจนถึง
ขนาดที่จะกดศูนย์ประสาทของการไอเมื่อใด,

เด็กจะไม่ไอเลย ช่วงหนึ่งซึ่งอาจจะไม่
นาน, เช่น ๓๐-๖๐ นาทีเท่านั้น. แต่
แล้วจะมีอาการหอบแทนการไอ. การหอบ
มากหรือน้อยแล้วแต่ว่าจะมีเสมหะซึ่งอยู่มาก
หรือน้อย. เมื่อเด็กมีอาการหอบแล้วมัก
หน้าเขียว. ทำให้มารดาหรือคนเลี้ยงตกใจ
รีบพาไปหาหมอหรือนำไปโรงพยาบาล.
อาการสำคัญที่ควรระวังจากมารดาหรือคนเลี้ยง
คือหอบมาตั้งแต่เมื่อเช้าหรือ ๑ วัน, หรือ
ไอหอบมา ๑ วัน, ซึ่งอาจเป็นอาการของ
หลอดลมอักเสบอย่างแรง, หืดหรือปอด
ขวม, เป็นต้น. แพทย์ผู้พบเด็กในขณะนั้น
ก็ต้องนึกถึงโรค ๒-๓ อย่างนี้, หากไม่ถาม
ประวัติให้ละเอียดหรือไม่ถึง การให้ยา
ระงับไอจนเกินควร.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเด็กหญิง, อายุ ๓ ขวบ. พ่อ
เขินจีน, แม่เป็นไทย. พ่อเป็นคนขายกาแฟ.
แม่เลิกกบ พ่อ. เด็กมีพี่ ๒ คนซึ่งพ่อยกให้
คนอื่นไปเลี้ยงหมด. คนนี้เป็นคนที่ ๓ และ
พ่อได้ยกให้อยู่ในความอุปการะของพี่สาว
ของผู้เขียน. เมื่อผู้ป่วยมาถึงบ้านของผู้
อุปการะฯ จึงคิดว่าเด็กมีร่างกายไม่สมบูรณ์,
ฟังโรและมีอาการเป็นหวัด. ได้พาไปหา

แพทย์. แพทย์บอกว่าเป็นโรคหลอดลม
อักเสบและแนะนำการฉายรังสีเอกซ์. ผู้
อุปการะจึงนำไปหาผู้เขียน. ผู้เขียนจึงนำส่ง
เข้าอยู่โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้รับการ
ตรวจและรักษาโดยละเอียด. ผู้ป่วยเข้าอยู่
โรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๐๒ (๑๔ วันก่อนตาย). อาการ
เมื่อแรกรับไม่มีไอมากนัก, นอกจากเสมหะ
ค่อนข้างชัดและไอเล็กน้อย. ตรวจพบว่า
อุณหภูมิ ๓๗.๕ ๕. ชีพจร ๕๖-๑๑๐/
นาที. หายใจ ๒๐/นาที. มีคอแดงเล็กน้อย.
ท้องบ่งพอประมาณ. ซีโมโกลบิน
๗๐ ๒๕., เม็ดเลือดแดง ๔.๓๕ ล้าน,
เม็ดเลือดขาว ๑๔,๕๐๐. ไปลิ้มมอร์ฟ
๖๘ ๒๕., ลิ้มมอร์ฟ ๓๐ ๒๕., โม-
โนซัยต์ ๑ ๒๕., อีโอสิโนฟิล ๑ ๒๕.,
บีเซลล์วาระปกติ. อุจจาระมีไข่แอสคาร์ริส.
การทดสอบมิงค์สกี ๑ : ๑,๐๐๐ ใกล้เคียง.

แพทย์ประจำบ้านได้ให้การวินิจฉัยโรค
ว่าเป็น.

- ๑) ไรโนฟาริงเจคิต.
- ๒) แอสคาร์ริส.

แพทย์ได้ให้ Bryrel เพื่อดำยแอสคาร์ริส
๒ ครั้ง, เว้นวันครึ่ง. แต่ไม่พบว่าพยาธิออก
หรือไม่. ยังคงพบไข่ในอุจจาระอยู่. อุณหภูมิ

ของผู้ป่วยลดลงปรกติในวันที่ ๓ หลังจากเข้าอยู่ ร.พ. และเป็นปรกติตลอดเวลาจนกลับ. ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลได้ ๕ วัน. ผู้เขียนเห็นว่าเด็กกินอาหารได้และอาการต่างๆ ไปนัยว่าปรกติ. อาการไอก็ไม่มี. เมื่อแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้รับกลับบ้านได้แล้ว, ผู้เขียนจึงรับผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้เขียนเองตั้งแต่วันที่ ๒๖ ถึงวันที่ ๒๕ มิถุนายน. ตลอด ๔ วันนั้นผู้เขียนเห็นว่าผู้ป่วยกินอาหารได้มากเป็นปรกติและนอนหลับที่ตลอดคืน (นอนห้องเดียวกัน), ไม่มีไข้, ไม่มีไอเลย. อาการหวัดหายไป. ในระหว่างนี้ทำให้ชัวยรมีนาเด็กช้อย่างเดียว. เมื่อเห็นว่าเด็กค่อยสบายดีแล้ว, รุ่งขึ้นวันที่ ๓๐ มิถุนายนจึงนำตัวส่งให้ผู้อุปการะแต่เช้าโดยที่เด็กไม่มีอาการผิดปกติอะไร. ในวันที่ ๑ กรกฎาคม ผู้อุปการะบอกว่าเด็กมีอาการไข้และไอตั้งแต่ตอนเช้า. ตอนบ่ายจึงพาไปหาแพทย์ปริญา. แพทย์ได้ให้ยาแก้ไข้ ๑ ขวดและยาระงับไอสีน้ำตาล ๑ ขวด (๑๒๐ ล.ซ.ม.). ที่ฉลากเขียนไว้ว่าให้จับแก้ไข้บ่อยๆ. ตกตอนกลางคืนเด็กคงไออยู่ และผู้อุปการะได้ให้ยาระงับไอไวโรเบีย และเมื่อเห็นว่าอาการไอไม่ทุเลากยังให้กินมากจนจนกระทั่ง ๒๔ น. ผู้ป่วยจึงคอยทุเลาอาการ

ไอและร่งงหลับไปได้. จำนวนยาระงับไอที่ผู้ป่วยได้บริวารครึ่งขวด (๖๐ ล.ซ.ม.). ต่อมาราว ๒ น. ของวันรุ่งขึ้น, คือวันที่ ๒ กรกฎาคม, ผู้ป่วยคนจนมีอาการหอบ, หายใจไม่เสียงเล็กน้อย. ไม่ได้ให้ยาอะไรอีกเลย. จนรุ่งเช้าจึงนำไปหาผู้เขียนราว ๘ น. ขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการหอบมาก. ริมฝีปากและหน้าเขียว. มีไข้เล็กน้อยแต่ไม่มีไอ. ปอดมีวาลส์ทั้งสองข้าง. ชีพจรเร็วมาก. ผู้เขียนได้ฉีดเทอราไมซินให้ ๑๐๐ มก. และพามาอยู่โรงพยาบาลทันที. แพทย์ได้ให้ออกซี้เงินและแอสครินลิน. ผู้เขียนเยี่ยมผู้ป่วยครึ่งสุดท้าย ๒ ชั่วโมงก่อนตาย. เห็นว่าภายหลังให้ออกซี้เงินแล้วอาการไม่ดีขึ้นเลย. หน้าคงเขียวตามเดิม. ผู้ป่วยอยู่ได้ ๕ ชั่วโมงถึงแก่กรรม.

การวินิจฉัยโรค บรับรองไม่ชัดปัจจุบัน.

การตรวจศพ (กระทำภายหลังตาย ๑๘ ชั่วโมง) A-๐๒-436.

หลอดคอ (เทอร์เม็ย) เป็นปรกติ. อกมีเลือดคั่งเล็กน้อยทั้งสองข้าง. กลีบขนขวามีโพกลอะคิเล็กเคสัส. ไม่มีลักษณะแข็ง. เมื่อเบ็ดหลอดลมทั้งสองข้างปรากฏว่ามีเสมหะจุกเต็มไปหมด จนถึงหลอดลมฝอย.

เสมหะมีลักษณะเหนียว, ชัน, เป็นวงสี
เหลือง และ เกือบจะไม่มีอากาศในทว่าง
ระหว่างเสมหะนั้นเลย. สิ่งเหล่านี้ย่อม
อธิบายอาการ หอบของเด็ก และการ คั่ง ของ
เสมหะเป็นผลจากการที่เด็กไม่สามารถขาก
เสมหะออกมาได้, และการให้ ออกซี้เจนก็
ไม่สามารถทำให้อาการดีขึ้น, เด็กจึงตาย
ด้วยการหายใจไม่ออก.

การตรวจทางจุลทัศน์ หลอดลมฝอยมี
การอักเสบ และมี เอ็กซุเตต จาก เต็ม เป็นแบบ
บร็องไคโอไลติส. อวัยวะอื่นไม่มี การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ.

วิจารณ์

จากการตรวจศพปรากฏว่ามีบร็องไคโอ-
ไลติสที่ปัจจุบัน, มีโคพรเลนซ์บร็องไคโอ-
ไลติสที่ปัจจุบัน. แต่โรคทั้งสองนี้ไม่น่าจะทำให้
เด็กตายรวดเร็วเกินไปนัก. การที่ทำให้เด็ก
ตายเร็ว นั้น ก็ เนื่อง จาก เด็ก หายใจไม่ออก,

เพราะมีเสมหะมาคั่งในหลอดลมอย่างมาก,
อันเป็นผลจากการให้ยาระงับไอ มากเกินไป.
รายงานไม่ใช่เป็นรายแรกที่ผู้เขียนเคยพบจาก
ผู้ช่วยอีกหลายคนและจากการตรวจศพ. เชื่อก
ว่านายแพทย์ทั้งหลาย ก็คงจะประสพมาแล้ว
ไม่ใช่น้อย, แต่อาจจะไม่ได้ติดตามผู้ช่วยจน
ถึงที่สุดอย่างรายงานในการที่จะอธิบายสาเหตุ
แห่งการตายอันรวดเร็ว.

การนำผู้ช่วยรายงานมา รายงานนัก เพื่อชก
ตัวอย่าง อันตราย ของการให้ยาระงับไอ มาก
เกินไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มารดา
หรือคนเลี้ยงให้ยา โดยไม่ทราบ ถึง อันตราย
ที่จะบังเกิดขึ้น, เพราะชอบยามากินเอง, หรือ
แพทย์ไม่ได้บอกให้ละเอียดว่า ควรกิน มาก
น้อยเพียงใด. โดยมากเมื่อแพทย์มาพบเด็ก
ที่อยู่ในอาการหอบมากและหน้าเขียว อย่างนี้
ก็อาจจะไม่ทราบว่าสาเหตุแห่ง การหอบ และ
หน้าเขียวนี้ เนื่อง จาก อะไร เป็นเหตุสำคัญ,
และถึงแม้ว่าจะทราบ สาเหตุ บาง ที่ ก็ ไม่
สามารถจะช่วยชีวิตได้.

(Summary of the preceding Article)

DEATH DUE TO ANTITUSSIVE

Case Report with Necropsy

Pradisth Tansurat

M.D., Ph.D.

(Dept. of Pathology)

A 3-year old girl, with previous history of rhino-pharyngitis and ascariasis, developed fever and cough, and was seen by a practitioner who prescribed a brownish antitussive mixture and an antipyretic. As the cough appeared persistent she was given the cough mixture again and again until about 60 cc. had been used up in about one half-day and the cough subsided. Two hours later the girl woke up with panting and noisy respiration. When admitted about six

hours thereafter the patient was suffering from severe dyspnea with marked cyanosis and slight fever, but without cough. She succumbed after five hours in the hospital. Autopsy revealed practically complete obstruction of the bronchi and bronchioles with mucus. Pathological report was "bronchiolitis". Death was attributed to respiratory obstruction secondary to suppression of the cough reflex.

บทความนิติเวชวิทยา

การสมรสและการขาดจากการสมรส

ตอนหนึ่ง : การสมรส

สังกรวานต์ นิยมเสน

W.D., B.D., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

เรื่องของการสมรสพิจารณาโดยผิวเผินแล้วก็ไม่เกี่ยวกับแพทยศาสตร์เลย. แต่ถ้ามองให้ลึกซึ้งแล้วจะพบว่าเกี่ยวกับแพทย์ถึงสองประการ. ประการแรกเกี่ยวกับตัวแพทย์เองคือแพทยฆนัตการสมรส, และประการที่สองคนไข้ของแพทย์นั้นทำการสมรสอันเป็นปัญหาทางนิติเวชวิทยา.

ในแง่ของกฎหมายไทยบัญญัติไว้อย่างเรียบร้อยมานานแล้ว. คือมีประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพที่ ๕, ว่าด้วยครอบครัว, ลักษณะ ๑ การสมรส, อันมีบทบัญญัติถึง ๕๑ มาตรา, โดยแยกออกไป ๖ หมวด, ว่าด้วยการหมั้น, เงื่อนไขแห่งการสมรส, สัมพันธภาพระหว่างสามีภริยาทรัพย์สินระหว่างสามีภริยา, เพิกถอนการสมรส, การขาดจากการสมรส, และในบท

ความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะที่เกี่ยวกับคดีแพทยและปัญหาทางนิติเวชวิทยาเท่านั้น.

การสมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายนั้นไม่ใช่ของง่าย ๆ. ที่สำคัญคือต้องให้เขาและถูกต้องตามกฎหมายซึ่งเป็นเรื่องที่ยังยากพอค :

“มาตรา ๑๕๔๕. การสมรสจะทำได้ถ้าเมื่อ :

๑. ชายมีอายุ ๑๗ ปีบริบูรณ์และหญิงมีอายุ ๑๕ ปีบริบูรณ์แล้ว.
๒. ชายหญิงมิได้เป็นญาติสายโลหิตโดยตรงขึ้นไปหรือลงมา, หรือเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดา, หรือร่วมแต่บิดาหรือมารดา.
๓. ชายหรือหญิงมิได้เป็นคู่สมรสของบุคคลอื่นอยู่.

๔. ชายหญิงยินยอมเป็นสามีภริยากัน.

๕. ชายหรือหญิงไม่เป็นคนวิกลจริต.

หญิงหมายถึงสมรสใหม่ใดเมื่อการสมรสครั้งแรกก่อนสิ้นไปแล้วไม่น้อยกว่า สาม รัชชปีชวณ. แต่ข้อความนี้ให้ใช้บังคับเมื่อ.

ก. มีบุตรเกิดในระหว่างนั้น.

ข. สมรสกับคู่หย่าเค็ม.

ค. มีคำสั่งของศาลให้สมรสได้."

ปัญหาทางนิติเวชวิทยาตาม มาตรา ๑๔๔๕ นั้นอาจเกิดขึ้นได้หลายกรณี. เช่น ปัญหาว่าชายมีอายุ ๑๗ ปี หญิงมีอายุ ๑๕ ปี. ถ้าชายหรือหญิงโกหกอายุก็ต้องมีการตรวจหาอายุทางนิติเวชวิทยา, หรือปัญหาว่าชายหรือหญิง ไม่ เป็นคน วิกลจริตก็ต้องมีการตรวจยืนยันทางแพทย์, เป็นต้น.

เพียงแต่เงื่อนไขตามมาตรา ๑๔๔๕ นี้ทำให้ชายหรือหญิงหลายคนไม่สามารถทำการสมรสกันได้, เพราะไม่เข้าตามเงื่อนไข, จึงเป็นเหตุให้เจ้าพนักงานไม่ยอมจดทะเบียนให้หรือการสมรสเป็นโมฆะไป.

เมื่อผ่านข้อเงื่อนไขมาแล้วถึงแบบพิธีก็จะทำให้การสมรสถูกต้อง ตาม กฎหมาย ขึ้นมาได้. นั่นคือการจดทะเบียนสมรส.

"มาตรา ๑๔๔๕. การสมรสตามประมวลกฎหมายนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อ ได้จดทะเบียนแล้ว."

การสมรสที่ได้ ทำพิธี ทาง ศาสนาและ ประเพณีการรचनाสังฆและพิธีการสัง ทวณ ยังไม่สมบูรณ์ตามกฎหมายจนกว่าจะ ได้ ทำ การจดทะเบียนสมรส. หรือพูดอีกกันว่า ถ้ามีการจดทะเบียนสมรส ก็ เช่น อันใด ต้อง ตามกฎหมายแล้ว, ส่วนพิธีทางศาสนาหรือ ประเพณีการรचनाสังฆหรือพิธีการสัง ทวณ เว้นเสียก็ได้. การจดทะเบียนสมรสมีกฎ

ของกระทรวงมหาดไทยว่า ให้ทำการจดทะเบียนหรือจะขอร้องให้เจ้าพนักงานไปจดทะเบียนก็ได้. ในการจดทะเบียนทั้งชายและหญิงต้องเขียนแบบฟอร์มเป็นคำร้อง และลงชื่อไว้ เป็นสำคัญ. ในแบบฟอร์มนี้ชายและหญิงต้องกรอกข้อความต่าง ๆ เช่น สัญชาติ อายุ, ที่อยู่, และในรายชชายหรือหญิงยังไม่บรรลุนิติภาวะก็ต้องมี ความยินยอม ของบิดามารดาด้วย. เมื่อนายทะเบียนได้ตรวจเห็นว่าถูกต้องตาม เงื่อนไข แล้ว จึง ออก ใบ สำคัญทะเบียนสมรสให้. นับว่าการสมรสสมบูรณ์แต่บัดนั้น.

ใครมีเรื่องขอความช่วยเหลือ เกี่ยวกับทะเบียนสมรสปลอมหรือจดทะเบียนสองซ้ำ. ขอนมกฎหมายห้ามไว้:

"มาตรา ๑๔๕๑. บุคคลใดจดทะเบียนสมรสแล้วจะจดทะเบียนอีกไม่ได้, เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าการสมรสครั้งแรกไม่ได้หมกไป

แล้วเพราะตาย, ออย่า, หรือศาลเพิกถอน.”
 คงนนถ้าผู้ใดจกทะเบียนสมรส ออกก ผก
 กฎหมาย, คือผกฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้า
 พนักงาน, อันเป็นความผิดตามประมวล
 กฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗.

“มาตรา ๑๓๗. ผู้ใดแจ้งข้อความอัน
 เป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน, ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่น
 หรือประชาชนเสียหาย, ทั้งระวางโทษ
 จำคุกไม่เกิน ๖ เดือนหรือปรับไม่เกิน ๑,๐๐๐
 บาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ.”

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

แต่หมอใหม่ - ทางแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จเป็นความปรารถนาของทุกคนที่ทำงาน. โดยเฉพาะอย่างยิ่งผมแรกเริ่มประกอบอาชีพย่อมสนใจที่จะสืบทราบเสียตั้งแต่ต้นว่าการงาน ของคนน่าจะประสบความสำเร็จสักเพียงใด. แต่ความสำเร็จจะมาดมื่อเพราะเหตุความต้องการหรือความเรวร้อนกหาไม่. ต้องมีการกระทำประกอบด้วยจึงจะได้. ปัญหาสำคัญจึงมีว่าทำอย่างไรจึงจะแน่ใจได้ว่าประสบความสำเร็จ. คำตอบต่อปัญหานี้ขรรบายได้ไม่ยากนัก, แต่การปฏิบัติอาจยาก, มากหรือน้อยแล้วแต่บุคคลและจุดหมาย. การที่ตอบปัญหาได้โดยง่ายก็เพราะมีหลักเป็นประหนึ่งเครื่องนำทางอยู่. หลักนั้นมีด้วยกัน, คือความรักงาน, หนึ่ง, ความเพียร, หนึ่ง, ความเอาใจใส่, หนึ่ง, ความคิดค้น, หนึ่ง. เพื่อความแจ่มแจ้งสำหรับบัณฑิตใหม่ทั้งหลายจะได้ขยายความเกี่ยวกับหลักทั้งสี่พอสมควร.

ความรักงานเป็นหลักเบื้องต้นของความสำเร็จ. ขอนเห็นได้โดยง่าย. ผู้ที่ทำงานโดยคนมีได้มีความพอใจในงานนั้นย่อมครุ่น

คิดอยู่แต่ที่จะไปทำงานใหม่. การทำงานทุกครั้งย่อมเหมือนกับการทรมาน. เช่นนี้ที่ใหนการงานจะดำเนินไปสู่ความสำเร็จได้. ตรงกันข้ามผู้ที่รักงานของตนย่อมมีความพอใจอยู่เสมอ, สนุกสนานเพลิดเพลินในงาน, ยิ่งงานมากก็ยิ่งสนุกมาก. ในที่สัดก็เขาซัดที่พูดกันว่า ทำงาน หามรุ่ง หามค่ำไม่รู้จักเหนื่อย. อย่างนี้แม้กิจการนั้นจะยากเย็นสักเพียงไร, ก็ย่อมยากขึ้นทำไปสู่ความสำเร็จจนได้. เพราะฉะนั้นผลของการความสำเร็จจึงต้องเริ่มตนด้วยก่อให้เกิดความรักงานขึ้นในจิตใจของตน. หรือจะกล่าวอีกทางหนึ่งก็ได้ว่า, ต้องเลือกทำงานที่ตนมีใจรัก. ไม่ควรอย่างยงที่จะหางานที่เพียงแต่เป็นทอาคัยหารายได้ไปชั่วคราว, เพราะจะเป็นเหตุแห่งความไม่สำเร็จอย่างแน่นอน, และจะเป็นการตงตนทเลว, แทนที่จะดี.

ความเพียรเป็นเครื่องประกอบที่สำคัญอย่างเห็นได้โดยง่าย. ถ้าขาดความเพียรเสียอย่างหนึ่งแล้วอะไรๆ ก็ระคุดยากเย็นจนถึงทำ

ไม่ได้ไปเสียหมด. กล่าวได้ว่าแทบจะไม่มี การอะไรเลยที่จะสำเร็จได้โดยไม่ต้องพากเพียร. ตรงกันข้าม, ถ้ามีความเพียรแล้ว, ดูเหมือนว่าอะไรๆก็ทำได้ทั้งนั้น. มีตัวอย่าง มากหลายที่ความเพียรได้สร้างยากให้เป็น เศรษฐี, สร้างเด็กข้างถนนให้เป็นผู้มีชื่อ กิ่งทั่วโลก, และอื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน. ความเพียรสามารถเปลี่ยนการที่ไม่น่าจะเป็น ไปได้ให้กลายเป็นเรื่องจริงขึ้นมา. แต่ใน อีกทางหนึ่งงานการขาดความเพียรอาจทำให้ งานซึ่งน่าจะง่ายกลายเป็นเรื่อง ล้มเหลวไปได้.

ความเอาใจใส่ในงานเป็นเหตุให้ได้ผล สมบูรณ์. ผู้ที่ทำงานโดยเอาใจไปไว้ที่อื่น ย่อมทำงานบกพร่อง, ผิดๆ พลาดๆ. ผลที่ได้ย่อมไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย. ความขี้ หย่อนในค่านับขี้ได้แพร่หลายในกิจการทั่วไป, คือการทำงานโดยสักแต่ว่าทำ. เพราะ เป็น หน้าที่, มีบทบัญญัติบังคับไว้ หรือ มีระเบียบวางไว้ก็ทำไปตามบัญญัติหรือระเบียบ, โดยไม่ได้เอาใจใส่ว่าผลที่ได้เป็นอย่างไร. คว้าใบที่กิจการดำเนินไปยาวนาน, ก็คงรักษา ตัวไปได้. แต่เมื่อใดเกิดอุปสรรคขึ้นมา, เพราะความไม่เอาใจใส่, ไม่เพ่งพินิจ, ความ บกพร่องก็ย่อมบังเกิดขึ้น, และความไม่สำ เร็จย่อมจะคุกคาม. ส่วนผู้ที่เอาใจใส่ในงาน

อยู่เสมอ, ทำให้ได้ความรู้ความชำนาญ เพิ่มขึ้นไป, มองเห็นข้อบกพร่องและช่องทาง แก้ไขไปเรื่อย ๆ. เมื่อมีการขลุกขลักเกิด ขึ้น, ความชำนาญและความเฉลียวฉลาด ย่อมจะช่วยให้สามารถแก้ไขภาวะการได้. แทนที่จะเสียหาย กลายเป็นได้ ความดี ความชอบ. เช่นนี้, ความเอาใจใส่ในงาน จึงเป็นเครื่องประกอบที่สำคัญไม่น้อย.

ความคึกคัก, หลีกแห่งความสำเร็จ ประการสุดท้าย, เป็นคุณสมบัติขั้นยอด, เพราะเป็นสมบัติที่แยกระหว่างผู้นำกับผู้ตาม. ผู้ที่ทำงานไปเรื่อย ๆ ตามระบอบหรือตามกิจ ย่อมไม่มีโอกาสที่จะก่อความก้าวหน้า ที่พิเศษอย่างใด. คงทนเพียงไหน, ลงท้าย ก็เพียงนั้น. แต่ผู้ที่ใฝ่ใจในการคิดค้น ย่อมคอยจ้องหาช่องทางที่ปรับปรุงกิจการให้ดีขึ้น, ง่ายขึ้น, สะดวกตาช่น, เร็วฉับขึ้นอยู่เสมอ. วันหนึ่งก็ต้องประสบช่องทางเหมาะ, มีโอกาสแสดงความสามารถ, ช่วยตนเอง ให้ได้ก้าวหน้าไปก็งานด้วย. ผู้ที่ปรารถนา จะเป็นผู้นำในกิจการของตนจำต้องอบรมคุณ สมบัติข้อนี้ให้มาก ๆ, เพราะผู้ที่นำอยู่ได้ นั้นย่อมต้องก้าวอยู่เสมอ, มีคะแนนหนัก ก็จะต้องตกไปตามหลัง.

พึงสังเกตว่าหลักความสำเร็จทั้งสี่ประการนี้ของประกอบกัน, ต้องมีอยู่ทั้งสี่ข้อและ



ในส่วนสักที่สมควร, จึงจะไต่ผลกทสค. หากมีเพียงข้อใดข้อหนึ่งหรือขาดไปข้อใดข้อหนึ่ง, ผลสำเร็จก็จะขาดไปด้วย. อาทิเช่น หากมีแต่ความรักงานอย่างเคียว, ไม่พยายาม, ไม่เอาใจใส่, ไม่คิดค้น, ก็หาผลอะไรไม่ได้. หรือหากมีทุกอย่างนอกจากความคิดค้น, ความก้าวหน้าก็ยังไม่บังเกิด. เพราะฉะนั้นผู้ประสงค์ความสำเร็จอย่างจริงจังของบรมลक्षणะทงสประการน ไหยงเกคชนแก

ทนอย่างครบถ้วน, จึงจะเป็นหลักประกันความไม่ล้มเหลวได้.

หลักทงสประการในทางแห่งความสำเร็จนี้มีใช้เป็นเรื่องทคคชนใหม่. พระสัมมาสัมพุทธเจ้า, พระบรมศาสดาของเรา, ได้ทรงประกาศไว้นานกว่าสองพันปีมาแล้ว. สำหรับหลักทงสในภาษาบาลีใช้คำว่า “ฉันทะ”, “วิริยะ”, “จิตตะ” และ “วิมังสา”. ทางแห่งความสำเร็จที่ท่านเรียกว่า “อิทธิบาท”.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกยอเอกสาร

ผู้ขอในฉบับนี้ : สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.
ประไพศรี ศรศาสตร์ปรีชา พ.บ., โชติ ธรรมาสถิต พ.บ., สิริระ บุลยรัตเวช พ.บ.
ผกา ศรีวิมล พ.บ., ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ., ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
ตี ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. Med., ธงฉัตร โคละทัท พ.บ., Dr. Med., ชุติศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.
ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.

๑. A. Oksala, A. Lehtinen : การวินิจฉัยโรคในรายที่เรติน่าหลุดโดยใช้คลื่นอัลตราโซนิก. Acta Opth. 35 : 461-467, 1957.

เขาพบว่าคลื่นอัลตราโซนิกมีประโยชน์มากในรายที่ใส่หาที่หลุดหลุดของเรติน่า. ความปรกติเราหาได้โดยใช้ออฟทัลโมสโคป. แต่ในรายที่ตาเป็นต้อกระจกเราหาไม่ได้. คลื่นอัลตราโซนิกสามารถจะสะท้อนเข้าออกได้ในเลนส์ที่ปรกติและในต้อกระจก. นอกจากนั้นยังใช้ตรวจหามะเร็งในลูกตาได้, ถึงแม้ว่าเล็กมากขนาด ๓ มม. แม้จุดอักเสบในลูกตาก็หาได้, แต่จะบอกได้ลำบากถ้าโตเพียง ๓ มม. การตรวจใช้เวลาสั้นๆ มากและกำลังไฟฟ้าที่ใช้ก็น้อย, ประมาณ ๒-๓ มิลลิวัตต์ ต่อตาราง ซม. เท่านั้น.
สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., C. Oph. C. Oto.

๒. E. Kronning : การวินิจฉัยความผิดปกติของเยื่อหุ้มตา. Acta Opth. 35 : 418-484, 1957.

ในการรักษาต้อหินด้วยอะเซตาซอลอะไมด์ (ไดอะม็อกซ์) พบว่าให้ไปนาน ๆ อาจสายตาสั้นชั่วคราวได้, เพราะไดอะม็อกซ์เป็นยาจำพวกเกี่ยวกับซิลโฟนาไมด์. เหตุที่ทำให้เกิดสายตาสั้นเนื่องจากเกิดการขวมของซิลิอารีบอดคย จากออสเลอเรียบอดคย. เมื่อหยุดยาแล้วอาการจะค่อย ๆ หายไป. เขาเฉลี่ยปริมาณยาที่กินแล้วว่าย่าประมาณ ๑๕๐๐-๑๗๕๐ มก. จะทำให้เกิดอาการ (ให้กิน ๒๕๐ มก. ต่อวัน).

สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

๓. L.G. Goodwin, O.D. Standen : การถ่ายภาพรังสีได้ก่อนด้วยเกลือต่าง ๆ ของบี-เปอวาซีน. B.M.J. 1 : 131-133, 1958.

ผู้รายงานได้รายงาน ผลของการ ใช้ยา
 บีเปอราซีน ในระยะเวลา ๒ ปี ต่อกันต่อพยา
 ธิ์ไตเคอน ในเด็กนักเรียน ในเกม เขียวรวมท
 ๗๗๐ คน. ยานที่ทดลองใช้ในรูปของ
 กลือต่าง ๆ ชนิด ในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ และ
 ในรูป ของเกลือ ซิเตรท, ในสภาพของ แข็ง
 และ ในสภาพ เชนนาเซอม ซึ่ง แข็งเป็น ๓
 ชนิดคือ เกษนาน ๖ เดือนที่ ๕๐ ซี, เกษ
 นาน ๖ เดือนที่ ๓๗ ซี., และเตรียมชน
 ใหม่ ๆ. ผลปรากฏว่าถ้าให้กินครั้งเดียวใน
 ขนาด ๓ กรัม (เทียบเป็นบีเปอราซีนเฮก
 ซาซียเตรท) ยานในรูปเกลือซิเตรท,
 อะซิเปท และฟอสเฟตซัคทียาไรท์ให้ผลใน
 ๗๖ ปร. ของผู้ที่ได้รับยาน. แต่เมื่อเพิ่ม
 ขนาดเป็น ๔ กรัมจะทำให้พยาธิ์หมดไปถึง
 ๘๒-๘๕ ปร. ของผู้ที่มารับการรักษ.

ผลของยานในรูปของแข็ง และนาเซอม
 สภาพต่าง ๆ กันนั้นให้ผลเหมือนกัน, คือ
 ใ้ผลใน ๘๔-๘๘ ปร. ของผู้ที่รับยา. เขา
 ลงความ เห็นว่าฤทธิ์ ของยาน อยู่ที่ ตัวเขส
 ไม่ใช่อยู่ที่สภาพของเกลือ, และนาเซอม
 บีเปอราซีนซิเตรทนั้น คง สภาพถาวรก็แม่
 อุณหภูมิจะสูงขึ้นและมีฤทธิ์คล้าย ในรูปของ
 แข็ง. นอกจากนั้นยาในสภาพนาเซอมยัง
 ก็ในการรักษาที่มีใหญ่, เพราะว่ามีขนาด

ใช้ไ้เร็ว, การควบคุมแน่นอนและรสก็
 ากว่าการให้ยาเป็นเม็ดจากเกลือกหลายชนิด,
 ึ่งไม่พบฤทธิ์แทรกแซงที่ เชนอนตรายเลย
 ในขนาดกินครั้งเดียว ๔ กรัม (เทียบเป็น
 บีเปอราซีนเฮกซาซียเตรท).

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๔. A. Lustberg; M. Hamburger: ใ
 หนวกจากประสาทที่ ๘ เสียหลังจากการใช้
 ยาคานามัยซิน. J.A.M.A. 170: 806,
 1959.

ผู้เขียนได้รายงานคนไข้หนึ่งราย, อายุ
 ๕๒ ปี บ่อยเป็นโรคเบาหวานมา ๒๕ ปี.
 ต่อมาได้เกิดเป็นผื่นที่ศีรษะ แดงช้ำและแขน
 ซ้ำ เนื่องจากเชื้อสเตรปโทคอคคัสสเตรป
 และรักษาด้วย ซัลฟิซอกซาโซล (แกนทรี
 ซิน), ฆลอร์แอมเฟนิคอล, เตตราซัยคลิน,
 อิริโซโรมัยซินและเพนิซิลลินไม่ได้ผล, จึง
 ได้ฉีดคานามัยซิน เข้ากล้ามเนื้อให้วันละ ๒ ก.
 โดยวิธีแย่งฉีด. ก่อนฉีดยาตรวจพบยูเรีย-
 ไนโตรเจนในเลือด ๒๕ มก. ปร. ๔ วัน
 หลังฉีดยาผู้ป่วยเริ่มฟังอะไรไม่ได้ยิน, และ
 ต่อมาเมื่ออาการเวียนและมีเสียงดังในหู ๒
 วัน. ต่อมาถ่ายซีสตัวระชั้น, ยูเรียไนโตร-
 เจนในเลือดเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔ มก. ปร. จึง

ได้หยกให้ยา. รวมเป็นยาให้ทั้งสิ้น ๑๓ กรัม. ทนงส์ปาทาทอมามืออาการหุนหวททั้งสองข้างและคงทนงอยู่ตลอดไป, พร้อมที่มีอาการเวียนศีรษะ, ถึงแม่จะหยกให้ยาแล้วเป็นเวลาหลายเดือน. ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหูดตรวจพบว่าหูดของผู้ป่วยสูญเสียการไคยีนไป ๕๕ ปช. ส่วนหูดที่เหลือโดยสิ้นเชิง.

ประไพศรี ศรศาสตร์ปริษา พ.บ.

๕. W.S.C. Hare: อันตรายต่อไขสันหลังระหว่างทำทวารานัลัมบาร์เออร์โทกราฟี.

J. Fac. Radiologists 4: 256-266, 1957.

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย, เป็นหญิง, อายุ ๕๕ ปี, มีอาการปวดเอวซ้าย, บัสสาวะมีเลือดปนบ่อย ๆ, น้ำหนักลด ๑/๒ สโตนใน ๖ สัปดาห์. ๑๐ ปีก่อนเคยผ่าตัดครึ่งโพเทอริโคเนียล ไฟโยรซาร์โคมาออก. ตรวจมีเนื้องอกในท้องข้างซ้าย เคลื่อนตามการหายใจ. ความดันโลหิต ๒๓๐/๑๒๐ มม. การตรวจเอกซเรย์พบว่าหน้าทของไตเป็นปรกติ. มีเงาอันเนอคนไตและหลอดไตซ้าย. ต่อมา ๑ เดือนทำการตรวจโดยฉีกยาเข้าเออร์ตา. ก่อนทำได้ฉีกโรคคอน ๕๐ ปช. ๑ ล.ชม. เข้าหลอดโลหิตค้ำเป็นการทศอบ. ผู้ป่วยไม่แพ้ยา. แดงเข้า

เออร์ตาฉีกยาทศอบอีก ๗ ล.ชม. ก่อนแล้วจึงฉีกยา ๔๕ ล.ชม. ในเวลา ๖ วินาที. ผลภาพเอกซเรย์ไม่ค้ำพอ. จึงฉายฉีก ๓๒ ล.ชม. ผลดีมาก. เห็นเออร์ตาถูกคั้นไปทางขวาและคันทไตซ้ายออกไปข้าง ๆ. ให้การวินิจฉัยว่ามีแรงนอกไต. เมื่อผู้ป่วยพ้นจากสลบ, ขาทองสองเป็นอัมพาต, รีเฟล็กซ์เสีย, ความรู้สึกฉวีเสียหมดตั้งแต่ ท. ๘-๙ ลงไป, บัสสาวะไม่ออก. ๑ สัปดาห์ต่อมาเกิดผื่นทงทวซึ่งหายไปเองใน ๖ วันหลัง. ก่อนในท้องโตเร็วมากระยะนี้. ผอมลงมาก. คายหลังการตรวจ ๕ เดือน. ผลการตรวจพยาธิพบมะเร็งหลังค้ำอ่อนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๓๐ มม. เป็นไฟโรไซซาร์โคมา. เออร์ตาแข็งบางแห่งไม่พบรอยที่แทงเข็ม. ไขสันหลังไม่มีลักษณะผิดปกติ. ต้องยอมพิเศษ. มักมีเยื่ออันเนอคนมาจากระดับกลางออกตลอดลงไปแสดงว่าเกิดพยาธิสภาพตงคนทไขสันหลัง กลางอกแล้วลามลง. เชื่อว่าเกิดโดยพิษทางเคมีของยาที่ใช้. จากการศึกษารายงานต่าง ๆ ยืนยันเช่นนี้. จะเกิดจากเข็มแทงไขสันหลังยอมเป็นไปไม่ได้เพราะเกิดสูงกว่าที่แทง. จะว่าจากหลอดเลือดแข็งก็ไม่พบพยาธิสภาพน. การทศอบตงคนเกิดสูง เข้าใจว่าเกิดจากการไหลย้อน

ชั้นของยาและใช้ยาจำนวนมากเกินไป, ทำให้เกิดพิษเคมีต่อหลอดโลหิตที่ไปเลี้ยงไขสันหลัง จึงเกิดการออกตันตามมาทำให้ขาดโลหิตไปเลี้ยงประการหนึ่ง, และผลพิษของยาเองมีต่อไขสันหลังร่วมด้วย. จึงควรรักษาโดยวิธีอื่น ๗๐ ปีช. เพียง ๒๐ ล.ซม. และไม่ควรรักษาในการตรวจครั้งเดียว. ถ้าใช้ยามากควรลดความเข้มข้นของยาลงด้วย.

โชติ ชรรมาสถิตย์ พ.บ.

๖. P. Cave, J.A. Rankin, D.V. Mabbs:

ความรู้เกี่ยวกับ ไอโซคีน ๑๓๑ ที่รวมกับโซเดียมอะเซทริโซเอตในเอกซคริสตัลโรกราฟี. Radiol. 250-257, 1957.

เพื่อศึกษาว่ายาที่ ใช้ตรวจหาการขยับถ่ายของไต, เมื่อดิยยานั้นแล้วมีการกระจายไปสู่ตับและม้ามมากน้อยเท่าใด, การขยับถ่ายของไตในคนปรกติกับคนที่ขาดน้ำ, และคนที่ดื่มน้ำก่อนการตรวจจะมีการแตกต่างกันอย่างไร, ได้ใช้ไอโซคีน ๑๓๑ ที่รวมตัวอยู่กับโซเดียมอะเซทริโซเอต (โคอะจินอล) เป็นยาฉีดเข้าหลอดเลือดโลหิต, ใช้ไกเกอร์เคาน์เตอร์วัดกัมมันตภาพรังสีที่ตับ, ไต, ม้าม, กระเพาะปัสสาวะและที่แขน, ทำการวัดทุก

นาทีนาน ๑๒ นาที, และเว้น ๓ นาที จนครบ ๓๐ นาที. ได้ถ่ายภาพเอกซเรย์ทุก ๕ นาที ตั้งแต่เริ่มฉีดยาจนครบ ๓๐ นาทีรวม ๕ รูป. คนไข้รวม ๒๗ รายไม่เลือก. แบ่งพวกอายุต่ำกว่า ๕๐ ปี ๕ ราย, อายุมากกว่า ๕๐ ปี ๗ ราย. แต่ละพวกแบ่งเป็นหม้ออีก, คือหม้อขาดน้ำรวม ๕ ราย., หม้อมีน้ำ ๑๐๐ ล.ซม. ก่อนฉีดยา ๑๕ นาทีรวม ๗ ราย. ผลการทดลองพบว่าลักษณะนอนคว่ำได้สูงกว่านอนหงาย, และ (๑) พวกอายุต่ำกว่า ๕๐ ปี แสดงว่ายาไปสู่อวัยวะดังกล่าวใน ๖-๘ นาที, คงที่ต่อไปนาน ๒๑ นาที. แล้วเริ่มลดลง (๒) พวกอายุเกิน ๕๐ ปีวัดได้สูงเมื่อ ๔ นาที, ต่ำลงเมื่อ ๕-๑๐ นาที. ภาพเอกซเรย์ชัดมากที่สุด ๕-๑๐ นาที. (๓) พวกขาดน้ำ เครื่องวัดอ่านได้สูงมาก คล้ายผลของพวกอายุต่ำกว่า ๕๐ ปี ที่ให้น้ำร่วม. (๔) พวกอายุเกิน ๕๐ ปี ให้น้ำร่วมผลก็มาก. แสดงว่าการให้น้ำก่อนการตรวจในคนอายุมากเกิน ๕๐ ปีทำให้การขยับถ่ายของไตดีขึ้น, คือยามาสะสมมากในไต. แปลความตรวจพบยาในกระเพาะปัสสาวะใน ๑ นาที, ๓ รายใน ๒ นาที, ๔ รายใน ๓ นาที.

โชติ ชรรมาสถิตย์ พ.บ.

๗. J.R. Kenyon, J. Ludbrook: การทำให้ข้อหมมิของร่างกายต่ำกว่า ๑๐° ซ. ในสุนัขโดยมีหัวใจกลับคืนสู่สภาพเดิมหลังจากเพิ่มอุณหภูมิเป็นปรกติ. Lancet 273: 171-173, 1957.

การทำให้อุณหภูมิของร่างกายต่ำได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีผลต่อการทำผ่าตัดหัวใจ, หลอดโลหิตใหญ่และสมอง. แต่อันตรายจากการเกิดเวนทริกูลาร์ไฟบริลเลชันได้ชักชวนต่อการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำกว่า ๒๖-๒๘° ซ. ในคนปรกติ. ในห้องทดลองสัตว์ทดลองสามารถจะลดอุณหภูมิได้ต่ำกว่านั้นมาก, ซึ่งจะทำได้เพียงโคนขึ้นอยู่กับชนิดของสัตว์. โคมีผลแสดงให้เห็นว่าการเกิดเวนทริกูลาร์ไฟบริลเลชันในสุนัขจะลดน้อยลงถ้าหากลดระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดโดยอาศัยการทำฮัยเพอร์เวนทิลเลชัน, และได้มีผลลดอุณหภูมิของสุนัขลงถึง ๑๕° ซ. โดยไม่เกิดมีเวนทริกูลาร์ไฟบริลเลชัน.

ผู้ทดลองได้ทดลองกับสุนัข ๖ ตัว. จากการทดลองนี้รายงานได้พบว่าในระยะกำลังลดอุณหภูมิลง และระยะกำลังเพิ่มอุณหภูมิขึ้นนั้น, ถ้าหากเราลดความต้องการเลือดหล่อเลี้ยงของร่างกายลง, โดยใช้เครื่อง

ช่วยสืบฉีดเลือดคนออกว่างกายแล้ว, เวนทริกูลาร์ไฟบริลเลชันสามารถ หลีก เลี่ยง ได้, และอาจลดอุณหภูมิลงได้เกือบใกล้ ๐° ซ. ทั้งนี้เมื่อเพิ่มอุณหภูมิของร่างกายให้ขึ้นมาเป็นปรกติแล้ว, หัวใจยังคงทำงานได้ดังเดิม. ผู้รายงานได้พบเวนทริกูลาร์ไฟบริลเลชัน ๒ รายขณะทดลองหมมิตา. แต่เมื่อเพิ่มเครื่องช่วยสืบฉีดเลือดคนออกว่างกายแล้ว, เวนทริกูลาร์ไฟบริลเลชันก็หายไป.

ธีระ บุณยรัตเวช พ.บ.

๘. J. Davies, N.S.Halmi บันทึกเกี่ยวกับ การเกิดอ้อยปลาเช่นทัลใจแอนท์เซลล์ของมดลูกกระต่าย จาก กล้ามเนื้อ Anat. Rec. 116:227-230, 1953.

อ้อยปลาเช่นทัลใจแอนท์เซลล์ของรกกระต่ายซึ่งพบได้ในผนังมดลูกไกลจากรกแท้นั้น มีกำเนิดที่เป็นปัญหาถกเถียงกันมาก. เวลานี้เชื่อกันว่าบางส่วนของอ้อยปลาเช่นทัลใจแอนท์เซลล์เหล่านี้, มีกำเนิดจากกล้ามเนื้อเรียบของผนังมดลูกนั่นเอง, และมีจำนวนเปลี่ยนแปลงในทุกระยะของการตั้งครรภ์, ตามจำนวนมากประมาณวันที่ ๑๗ และระยะก่อนและหลังนั้นเล็กน้อย. พบได้ทั้งในชั้นไตเยื่อหุ้มโคซ่าและชั้นกล้ามเนื้อ

โดยเฉพาะชั้นวงรอบชั้นใน. ลักษณะของ
ใจแอนท์เซลล์ เมอ ยอม ทวย พ.เอ. เอส.
(เปอร์ไอโอติกอะซิด-ชิฟท์) ต่างกับเซลล์
ของกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่ติดกันคือในชั้นโศ-
พลาสซึมของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจโคโรนารี,
แต่ของใจแอนท์เซลล์มักกลายโคโปรเทอนซึ่ง
เป็นแกรนูลอสต์คัส พ.เอ. เอส. และมีสารพวก
ซีอะลินจำนวนมาก. ขอบของเซลล์หยัก
เกิดจาก สาร พวก คีคัส พ.เอ. เอส. ที่มีอยู่
รอบๆ เซลล์นั้น. ใจแอนท์เซลล์ส่วนมากที่อยู่
ชิดกับเซลล์กล้ามเนื้อจะเห็นมีมัยโอไฟบริลล์
ทอดเข้าไปและละลายปน หายไป ในชั้นโศ-
พลาสซึมของใจแอนท์เซลล์นั้น, ทำให้เข้าใจ
ว่าเป็นการสลายตัวของมัยโอไฟบริลล์ของ
กล้ามเนื้อเรียบ. ดังนั้นใจแอนท์เซลล์ก็
เป็น กอน ทู มัย เซลล์เพอร์โทรพัย ของซาร์โค-
พลาสซึม, และแสดงถึงลักษณะของเส้นใย
กล้ามเนื้อที่กาลงงอกใหม่.

อย่างไรก็ตาม, ไม่ได้หมายความว่า
ขอบปลาเช่นเซลล์ใจแอนท์เซลล์ทั้งหมดจะมี
กำเนิดตรงที่กล่าวมาน. ความสำคัญของ
ใจแอนท์เซลล์ยังไม่รู้แน่.

พกา ศรวิณิช พ.บ.

๕. Hermann Schneck: อาการในเด็กเกิด
ใหม่เนื่องจากการถอนยานาร์โคติกจากแม่ที่
ศึกษา. J. Ped. 52: 584. 1958.

เมอริเรียและพวกในปี ๑๙๕๓-๑๙๕๔
ศึกษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ติด เฮโรอีน
๑๘ ราย. ทารก ๑๕ รายเกิดอาการทเนอง
จากการถอนยาใน ๑-๕๖ ชม. หลัง
คลอด. ๔ คนตาย, ๕ รายรอดชีวิตโดย
ให้เมธาโดน ๐.๕-๑ มก. ทก ๔ ถึงทก
๑๒ ชม. ติดต่อกัน หลายวัน หรือ หลาย
สัปดาห์โดยค่อย ๆ ลดขนาดลง.

สโตเบอร์เรียและพวกได้รายงานไว้ ๒๒
ราย, ๕ รายทำให้คลอดก่อนกำหนด.
อาการของทารกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ
ขนาดยาที่มารดาติด, ๕ รายอาการน้อยไม่
ต้องให้การรักษา, ๑๓ รายรักษาด้วยยาแอก
ริค, โทราซีน, ฟีนobarบิทัล, ริเซอริบีน.
ในจำนวนนี้ได้ผลดีที่สุดคือ โทราซีน และ
ยาแอกริค. อาการทเนองจากการถอนยามี
ดังนี้: กระสับกระส่าย, สั่น, ชัก, มีไข้,
อาเจียน, อจจาระร่วง, เม้ออาหาร, หน้า-
เขียว, หายใจลำบาก, มีเสมหะมากและร้อง
เสียงแหลม.

ผู้รายงานได้รายงานไว้ ๑ ราย. มี
อาการกระสับกระส่าย, มีคลื่น, อาเจียน,

อุจจาระร่วง, เชื้อเป็นปกติ ในระยะ ๔๘ ช.ม. แรก. อาการเหล่านี้ลดลงใน ๑ สัปดาห์โดยไม่ได้ให้การรักษา.

ชวลิต ปรีياسมบัติ

๑๐. N.K. Chanda: การศึกษาพยาธิของ ภัยในโรค Kwashiorkor. Brit.M.J. 1263-1266, 1958.

กลุ่มอาการที่พบในเด็กมีอาการการขาดอาหารอย่างรุนแรง โดยมีอาการท้องเดิน, ชุบชืด, บวม, มีโปรตีนในปัสสาวะ, ลินซิกเสียบ, โลหิตจาง, ผิวหนังมีสีดำ, ตับโต, โปรตีนในเลือดต่ำ, การเติบโตช้า, บางทีมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและการเติบโตผิดปกติของชน.

วิลเลียม (๑๙๓๕), และกิลแมนและกิลแมน (๑๙๔๔). ได้พบว่าไขมันเพิ่มมากในตับ. แต่ไม่มีโคโรสตีลหลังการตกเลือด. วอร์เทอร์โลว์ (๑๙๔๘) พบมีการเปลี่ยนแปลงของไขมันในตับร่วมกับการเพิ่มพียงผลจากทางปอร์คัลและกลายเป็นโรคตับแข็ง.

ในการศึกษาของนักวิจัยที่เป็นเฟลลากรามาตรวจ ๑๒๐ ราย, กิลแมนและกิลแมน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของไขมัน

ในตับและมีตับแข็ง. ในผู้ใหญ่มีฮีโมซิเคอ-วินมาเกาะที่ทางเดินปอร์คัลและในตับที่มีไขมันมาก. ๑๒.๕ ปช. มีฟิเคมันเค็ด เซอ-โรลีส. ๒๐ ปช. มี ปรีเซอโรลีส. ๓๐ ปช. มีการทำลายเนื้อตับขนาดหนัก.

ในการศึกษาผู้ช่วย เป็น ควาซีออรัคคอร์ ๓๔ ราย, ๒๖.๕ ปช. ตับมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไขมัน อย่าง มาก หรือ ปาน กลาง. ๒๐.๖ ปช. มีการขยายของไซนซอຍค. ๑๑.๗ ปช. มีการเปลี่ยนแปลงทางสองอย่างถึงกล่าวข้างต้น. ๒๓.๕ ปช. มี ปรีเซอโรลีส. ๑๑.๗ ปช. มีเซอโรลีส แต่ไม่มีฮีโมซิเคอวินมาเกาะเป็นพวก โพลีคอินฟิลเตรคัพ (โมโนโลบูลาร์). ๓ ปช. มีโคโรสตีลของเนอตับมาก, และ ๓ ปช. มีโพสตันโคโรคิกเซอโรลีส.

กลินน์, ฮิมการธ และนอยแบเรเกอร์ (๑๙๔๕) ได้ทดลองในหนูพบว่าถ้าหนูขาดซีสทีอีน, ซึ่งได้จากอาหารพวกเคซีนจะมีตับแข็งทั่วไป. แล้วต่อมาจะเกิดแผลเป็นหลังนี้โคโรสตีล. จากการพบแสดงว่าโรคควาซีออรัคคอร์ ไม่ได้ขาดเฉพาะโซลีน, แต่ขาดทั้งเมไทโอนีนและซีสทีอีน, ทำให้เกิดตับแข็ง, ซึ่งไม่เหมือนกับการเกิดตับแข็งจากการอุดตันของปอร์คัลหรือ เซลล์ ของ ตับ ทำ

งานไม่ปรกติทั้งทางคลินิกและพยาธิ, แต่เหมือนกัขัยแข็งจากการตกของเส้นพิวรอนย์จัน.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๑. F. Rehbein, I. Wolfram: เมโคเนียมเพอริโตในติส. Chirurg. 15, 1959. (Jan.)

ผู้รายงาน ได้กล่าวถึง การวินิจฉัยโรคนี้ โดยอาศัยอาการท้องอืด, อาเจียนเป็นน้ำกัตั้งแต่เกิดใหม่ ๆ, ไม่มีเมโคเนียมถ่ายหรือมีน้อยมาก, อาจมีอาการเขียว, หอบ, เส้นเลือดดำหน้าท้องขยาย. อาจมีผนังของขวม, สะโครตัมหรือเลเยี่ยมดีเขียว. การเคลื่อนไหวของลำไส้อาจไม่มีหรือมีมากกว่าปรกติ. ในเด็กที่ลำไส้ทะลุเกิน ๒๔ ชั่วโมง จะพบแคลซิฟิเคชันในช่องท้อง, และจะหายไปได้เองภายใน ๒ ปี. เขากล่าวว่าโรคนี้ จะเกิดไ้เมื่อ ทารก ในครรภ์อายุเกิน ๕ เดือนจนถึงก่อนคลอดหรือหลังคลอดเล็กน้อย, เพราะทารกในครรภ์อายุ ๓ เดือนจึงจะมีเมโคเนียมอยู่ในลำไส้ส่วนบน. เมื่อทารกในครรภ์อายุ ๕ เดือนจึงจะมีเมโคเนียมในลำไส้ใหญ่และ การเคลื่อนไหวของลำไส้ จะต้ง ต้นเมื่อ ทารก ในครรภ์อายุ ได้

๓ เดือน. พร้อมกันนี้ได้รายงานผู้ป่วยไว้ ๒ ราย. รายแรกมีรูทะลุที่ลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง, รายที่สองไม่มีรูทะลุแต่มีความพิการที่กระบังลมขวาด้วย. พยเมโคเนียมทั้งในท้องและในช่องเยื่อหุ้มปอด. ทั้งสองรายหายเร็วด้วยโดยการผ่าตัด.

ตี ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๑๒. D. Steffens-Krebs: การทำเนไฟรเพกซ์ร่วมกับการผ่าตัดคิ้วในบริเวณไตและท่อไตส่วนบน. Chirurg. 74, 1959 (Feb.)

เขารายงานว่าการมีเนไฟรเกิดช้าออกย่อย ๆ ภายหลังการ ทำผ่าตัดเพื่อเอาเนไฟรในไตและท่อไตส่วนบนออกเพราะมีการอุดตันบางส่วน, ซึ่งทำให้มีการคั่งค้างของ ยูสสาร และ เซอโรค หรือผนังท่ออาจ ตกค้าง อยู่ไม่ ชัยออก, เพราะ การผ่าตัด ดังกล่าว จะทำให้ ตำแหน่งของไตต่ำกว่าปรกติ เล็ก น้อยเมื่อหายเสมอ. เขาจึงทดลองทำทรานส์พาราเรนคัมมัลเนไฟรเพกซ์ร่วมด้วย, คือภายหลังเอาเนไฟรออกแล้วเย็บขว้าง ของไตติด กับกล้ามเนื้อหลังใกล้คอซโครงที่ ๑๒, ซึ่งจะทำให้ขว้างของไตเอียงใกล้กลาง, ส่วนขว้างจะเอียงไปทางคานข้าง. ผลพบว่าเนไฟรเกิดช้าออก

เพียง ๓ ราย ในระยะ ๑๓ ปี. สองรายต้อง
รับการผ่าตัดใหม่. ส่วนอีกหนึ่งรายอาศัย
กิ่งเอานิ้วออกโดยใช้ขั้วของไซสส์.

ศุ. ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๑๓. H.G. Lasch, K. Mechelke, E. Nusser, H.H. Sessner: ความสัมพันธ์
ระหว่าง การแข่งตัวของเลือด กับภาวะการไหล
เวียนโลหิต. German Med. Month. 3; 231,
1958.

ในการทดลองความสัมพันธ์ระหว่าง
กลไกการแข่งตัวของเลือด กับภาวะการไหล
เวียนโลหิตไปยังไตนามิคและฮัยเปอรไตนามิค
ในแมว, การทำให้เกิดฮัยเปอรไตนามิคนี้
ทำโดยถ่ายเลือดเข้าไปประมาณ ๕๐-๕๐
ล.ซม. ทางหลอดเลือดแดงพมอรัล. ส่วน
ฮัยเปอรไตนามิคก็เอาเลือดออกให้แรงดันเลือด
เหลือประมาณ ๘๕ มม.ปรอท. การบันทึก
เวลาการไหลเวียน ทำได้โดยวัดเวลาของสี
ที่ตกผิด เข้าเว็นตรีเคิล ซ้ายวิ่ง ไปยัง หลอด
เลือดแดงคาโรติก. ทงนอาศัยโพโตอเล็ก
ทริกเซลล์.

ผลพบว่าถ้าทำให้ความดันเลือดสูงและ
มีการไหลเวียนเร็ว, การแข่งตัวของเลือด
จะช้า. ทงนเขาใจว่าเพราะมีการลดปริมาณ

โปรทรอมบิน. ทวีเร่งโคagulynและแฟคเตอร์
๑,๘, และ ๕, ตรงข้าม, ถ้าหากมีแรง
ดันเลือดตกต่ำ, จะทำให้การแข่งตัวของ
เลือดเร็วเข้า. ทงนเพราะไปเพิ่มความ
ว่องไวของแฟคเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับการแข่งตัว.

ธงนัตร โคละทัต พ.บ.

๑๔. Randall, Rossmeisl, Bleifex: การ
ขาดแมกนีเซียมในคน Ann. Int. Med.
50: 257-287, 1958.

จากการพบสิ่งผิดปกติทางระบบประสาท
และกล้ามเนื้อ ในสัตว์ทดลอง เนื่องจากการ
ขาดแมกนีเซียม จึงได้มีผลศึกษา ภาวะนี้ ใน
คนมาก. แต่มีข้อยุ่งยากเกี่ยวกับการวัดปริมาณ
วิเคราะห์ซึ่งก็แก้ไขได้โดยวิธีใหม่ ๆ. ส่วน
มากของแมกนีเซียมอยู่ในเซลล์และกระดูก,
ทำให้การวิเคราะห์ภายนอกเซลล์ แปรผล
ยาก. อีกประการหนึ่งการขยับถ่ายแมกนี
เซียมก็มีการคดขมิทางหลอดเลือดมาก, และ
อัตราการกรองก็เปลี่ยนแปลง ไปเนื่อง จาก
การรวมกันของโปรตีน.

ผู้รายงาน ได้รายงานผู้ช่วย ๑๒ ราย,
มีอาการทางจิตและอาการทางกล้ามเนื้อและ
ระบบประสาท, ทมวาระคยแมกนีเซียมในซรัม
ต่ำและพอสรุปได้ว่า (๑) ผู้ช่วย ๑๒ รายซึ่ง

มีอาการทางจิต, กล้ามเนื้อและระบบประ-
สาทชนิดปัจจุบันพร้อมหลักฐานแสดงว่า
อาการดังกล่าวแล้วเกิด เนื่องจากการขาดผล
รวม ทั้งหมด ของ แมกนีเซียม ใน ร่างกาย.

(๒) ผู้ป่วย ๕ รายมีระดับแคลเซียมต่ำด้วย,

(๓) เมื่อให้แมกนีเซียมโดยการฉีดหรือกิน
อาการดีขึ้น. บางรายก็เห็นผลชัดเจนและใน
หลาย ราย หมด การฉีด ประสิทธิภาพ คลื่นไฟฟ้า
สมอง และ หัวใจ กัดขึ้น ภายหลัง การรักษา.
การให้แคลเซียมอย่างเคียวไม่ทำให้อาการ
ทางกล้ามเนื้อและ ประสาทในผู้ป่วย ๒ รายก็
ขึ้น, และยังคงทำให้อาการมากขึ้นด้วย.

(๔) การให้แมกนีเซียมเข้าไปจะทำให้ระดับ
ของแคลเซียมเพิ่มและการขับถ่ายของแคล
เซียมเพิ่มอีกด้วย. (๕) สาเหตุมักเกี่ยวข้องกับ
การ ขาด อาหาร อย่าง มากหรือ เสีย นำและ
อิเล็กโทรไลต์ไป, เช่นอาเจียนหรือท้องร่วง.
การขับ แมกนีเซียม ออกมาก ทางไต เชื่อว่า
เป็นทางทำให้ขาดได้. (๖) ยังไม่ชัดเจน
ว่าจะขาดแมกนีเซียมอย่างไรจึงจะเกิดอาการ
ได้, แต่มีหลักฐานให้เชื่อว่าการขาดใน
เซลล์เป็นสาเหตุสำคัญ.

ผู้รายงาน ได้ย้ำ ว่าควร นึกถึง การ ขาด
แมกนีเซียมใน โรค เกี่ยวกับ กล้ามเนื้อและ

ประสาท, โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดอาหาร
โดยสาเหตุใดก็ตาม.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๕. R.M. Buckle: ฟลูออซัย เมสเทอ
โรน. B.M.J. 5134: 1378-1381, 1959

ฟลูออซัยเมสเทอโรน (อัลทีนเทรน;
๕ แอลฟา - ฟลูออโร - ๑๑ เมทิลไฮดรอก
ซัย - ๑๗ เมธิลเตสโตสเตอโรน) เป็น
ยาสังเคราะห์ โดยมี ฟลูออรีน ไปแทนที่ ใน
เมธิลเตสโตสเตอโรน, จัดเป็นยาใหม่สุด
ที่ให้สมบัติของฮอร์โมนเพศชาย และ เสริม
สร้างโปรตีนโดยวิธีกิน.

ผู้รายงาน ได้ทดลอง ใช้น้ำ ใน ผู้ป่วย
๑๐ ราย ที่มีภาวะเพศชายต่ำ และเป็น
“ชั้นที่.” เก้าในสิบรายให้ผลเป็นที่พอใจ
แม้ให้ติดต่อกันนาน ๔-๖ เดือน. มีความ
แรงเป็น ๗.๕ ถึง ๑๕ เท่า (เฉลี่ย ๑๑.๒๕
เท่า) ของเมธิลเตสโตสเตอโรนชนิด
อมไคลิน. ขนาดที่ใช้ ๒-๔ มก. (เฉลี่ย
๒.๕ มก.) ต่อวัน. ไม่พบผลแทรกซ้อน
หรือ ทำให้น้ำหนักตัว เพิ่มขึ้น ฝึก ประสิทธิภาพและ
ไม่พบการคั่งน้ำ.

ปรีชา เจตนะศิลป์ พ.บ.

ปกิณกะ

๑. กลุ่มอาการเนโฟรติก

Friedrich Muller ได้ใช้คำว่าเนโฟรสิส เพื่อแยกโรคไตซึ่งเกิดจากการเสื่อมจากโรค ทั่วทั้งสาเหตุ เป็นการถูก พิษหรือ การ อักเสบ. Volhard และ Fahr ก็ได้บรรยายกรณี. Epstein ได้ใช้คำนี้ในรายทมซรมอลบูมิน คำ, โนเลสเคอโรลอส, ร่วมกับการมีการ ขวมเนอง จาก ความดัน คอลลอยด์ ในเลือด คำลง. ต่อมากได้มีผู้บรรยายกันทั่วไป. กลุ่ม อาการเนโฟรติกมีอาการขวม เช่นอาการนำ. ในตอนแรกขวมน้อย, มักพบที่ไตผิหนึ่ง. ต่อมาจะขวมมากร่วมกับการมีทรานส์ซเคท ในช่องเยื่อในร่างกาย. การตรวจปัสสาวะ พบมีโปรตีนมาก. ซึ่ง ๕๐-๘๐ ปร. เป็นอลบูมิน. ที่เหลือเป็นโกลบูลินที่มีโม- เลกุลเล็ก ๆ. พวกที่มีโมเลกุลโตเช่นอัลฟา และเบต้าโกลบูลินเกือบไม่มีเลย. การเสีย โปรตีนออกไปทาง ไตมากทำให้การสัง- เเคราะห์อัลบูมินมาก จนแต่ไม่เพียงพอ กอขบที่ เสียไป, จึงทำให้ระดับโปรตีนในเลือด คำลง, ความดันคอลลอยด์ในเลือดลดลง, น้ำและเกลือ ก็ ผ่านเข้า สู่ ช่องระหว่างเซลล์

ร่วมกับการลดพลาสติกมาไหลเวียน. อาการ นี้ อาจเกิดโดยการหลังอัลโคสะเทอโรนมาก ขน และ การ คุชซิม กลัยของ โซเดียม โดย ทยลมากขน.

มีการผิดปรกติหลายอย่างที่พบย่อย ๆ ในรายเป็นเนโฟรสิส. เมซัลเมตะบอลิซึม ลลดลง. ขอนอาจเกิดจากการเพิ่มของพณฑ ฝวกายเนองจากการขวม. แต่ Rasmussen พบว่า จำนวน ธิยรอกซันทรวม กับ โปรตีน อาจเสียไปทางปัสสาวะ. ระดับแคลเซียม ในเลือดลดลง, อาจเกิดโดยการลดค่าของ ซึรมอลบูมิน. แต่ส่วนที่ไอโอไนส์กลคด้วย และยังไม่ขยายไม่ได้แน่. ระดับซึรมไปแคส เซียมก็ มักพบว่าลดต่ำลง, อาจเกิดจาก การเพิ่ม การหลังอัลโคสะเทอโรนและโดย การกินเข้าไปน้อยเนองจากการเขออาหาร.

โดยที่ โปรตีนที่ออกไป เป็นพวกโม- เลกุลเล็ก, ฉะนั้นพวกมีโมเลกุลโตอาจถูก เพิ่มขนได้, เช่นอัลฟาและเบต้าโกลบูลิน, โดยเฉพาะลิโปโปรตีน. สารไขมันอาจ เพิ่มได้, เช่นฟอสโฟลิบิค, ไขมันที่เป็น

กลางซึ่งร่วมกับอัลฟา-๒ โกลบูลิน. พวกไลโพรเทอีนที่จับกับโปรตีน, ทราสเฟอริน, และซีรั โลพลา สมีน ก็เสีย ไปทาง บัสสาวะ. ระบาย เหล็กและ ทอง แดง ใน ซีรั มลคต่ำลง. ระบาย ซีรั โคมเลสเทอรอล และ ปรุ โท โชมลิน เอสเทอเรสจะเพิ่มขึ้น. สาร เหล่านและ อลิมินสังเคราะห์ในคัย. สารทั้งหมดนี้จะลดลง ในรายที่ตยพิการอย่างเรอริง. แต่ทำไม่ในกลุ่มอาการเนโฟรติกสาร ๒ อย่างเพิ่มขึ้น แต่อีก อย่างลดน้อยลง โดยที่ มีการสร้างเพิ่มขึ้นทั้ง ๓ อย่าง. อาจเป็นได้ว่าในกลุ่มอาการเนโฟรติกนั้นคัยไม่สามารถสร้าง อลิมินออกมา ให้มากพอ ซดเซยกยทสูญเสียทางไตได้. ในการคัยาระคัยซีรั อลิมินที่ไตทำคัยรหมายโดย ให้จับกับไอโอดีน ๑๓๑ เขาพบว่จำนวน อลิมินเทอรันไอเวอร์สูงชันอย่างมาก, แสดงว่การสร้างอลิมินเพิ่มขึ้น. การลดต่ำของอลิมิน ในซีรั อาจ เป็น กระจก ส่องถึง การแตกต่างระหว่งการสร้างโดยคัยกัการเสียโดยไตได้.

โดย ทัว ไป มักจะ ตาม ว่ โปรเทอีน ใน บัสสาวะของผูทมกลุ่ม อาการเนโฟรติกเกิดขึ้นได้้อย่างไร. ตามปรกติมีโปรเทอีนเพียงเล็กน้อยที่ผ่านโกลเมอรูไลไตและถูกคักซึม

กลับโดยทบลส่วนคัน. ในคนปรกติค่าของโปรเทอีนในน้ำกรองโกลเมอรูไลมีราว ๕ มก. ต่อเล็อก ๑๐๐ ล. ซม. ฉะนั้นโปรเทอีนในบัสสาวะเกิดได้ ๒ ทาง, คัยมีโปรเทอีน ออกมา ใน น้ำกรอง โกลเมอรูไลมากไปหรือ การคักซึม กลับของ ทบลลดลง. โปรเทอีน ใน น้ำกรอง โกลเมอรูไลมากกว่าปรกติอาจเป็นผลจากการเพิ่มเปอร์มเอเบิลคัยของโกลเมอรูลาร์เอปี้ลเยมหรือผลจากการเพิ่มความคันการกรองของ โกลเมอรูไล, เช่นจากหัวใจล้ม, เขอหุ่มหัวใจอกเสยและ หลอคเล็อกคัยเกร็ง. แต่ถ้าไม่มีโรคคัยสาเหตุนจะไม่ มากพอทำให้ระคัย โปรเทอีนในเล็อกลดลง. ในรายเกิดคร้อมโบสิสของ หลอคเล็อกคัยรนั้นจะเกิดกลุ่ม อาการเนโฟรสิสชัน. ในรายนี้จะมีการเพิ่มความคันการกรองผ่านโกลเมอรูไลอย่างมาก. เปอร์มเอเบิลคัย ของเอปี้ เลยม เสีย เราพบ ในรายเป็นผลตามหลังซีโมเรจิค โกลเมอรูลาร์เนโฟริสิสอย่างข้จยัน, ซึ่งอาจพบร่วมกับซีรัสตีมิค ลูปรุส อีรัยธมาโตสิส. ไคอะบิตคเนโฟรพาธิยเป็น ต้นเหตุทำให้เกิดกลุ่มอาการเนโฟรสิสได้มากที่สุด.

การเปลี่ยนแปลง ของ โกลเมอรูไลมีได้มาก. ใน การ คัยษาด้วย กล้องจุลทรรศน์

อเล็กตรอนพบมีการเปลี่ยนแปลง ของเซลล์-
 เม้นท์ เม้มเข้รใน โครค เขา หวาน และ การ
 เปลี่ยนแปลง ของ เอบีอี เลียม ใน โครคซึย-
 สติมิก ลูปลัซอริยธมาโตซส. แต่การ
 เปลี่ยนแปลง น พบใน ผู้ที่ เป็น กลุ่ม อากา
 เนโฟรติกบางรายเท่านั้น. ในกลุ่มอากา
 เนโฟรติกเซลล์ที่ทบลส่วนต้นอาจมีการขวม
 หวมแวก โอลและภายในมีไขมันมาก. ที่
 พบได้แต่ไม่บ่อยคือเซลล์แบนลงและเนเคลียส
 ติคสีนอยมาก. การพบสิ่งเหล่านี้ทำให้
 เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เกิดกลุ่มอา-
 การเนโฟรสิสและจึงใช้คำศัพท์ว่า ลิปอยค
 เนโฟรสิส. แต่การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิด
 ร่วมกับการผิดปกติของน้ำกรองโกลเมอรไล
 ซึ่งมีไขมันและโปรตีนมาก. เรืองนพบโดย
 Oliver และทำให้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลง
 ที่ทบลเป็นผลรอง, สืบเนื่องจากการผิด
 ปรกตทโกลเมอรไลซึ่งอาจไม่เห็นด้วยกลอง
 จุดที่คั่นอรวมตา. แต่ที่เราพบไม่ได้ว่าการ
 ลกการคุดขม กลับของ โปรตีน โดยทบล
 ไม่สามารถทำให้เกิดกลุ่มอากาเนโฟรติก.
 ใน ๒๔ ชม. มีน้ำกรองโกลเมอรไล รว
 ๒๐๐ ลิตร. แต่ละลิตรมีโปรตีนราว ๕๐
 มก. ฉะนั้นถ้าทบลไม่คุดขมกลับเลยก็จะ
 เสียโปรตีน ทาง ปัสสาวะ ราววันละ ๑๐

กรัม, ซึ่งอาจมากกว่ากำลังของตับที่จะ
 สร้างทดแทนได้. ในรายที่ไตถูกพิษโลหะ
 เช่นสารหนู, ตะกั่ว, ทองคำ, หรือยเว-
 เนียม, นอกจากจะเกิดโปรตีนในปัสสาวะ
 แล้วยัง มีการเปลี่ยนแปลงที่ทบลส่วนต้น
 ด้วย. ในรายที่ทบลพิการจะพบ น้ำตาลและ
 กรดอะมิโนในปัสสาวะ. นอกนั้นยังมีการ
 พิการอื่น ๆ อีกซึ่งเคยมีรายงานว่าพบในเด็ก
 ที่ช่วยเป็นกลุ่มอากาเนโฟรติก. มีเหตุผล
 ที่จะเชื่อว่า โครค ของทบลส่วนต้น ที่เกิดการ
 ผิดปรกตเกี่ยวข้องของกยเนติคส์ย่อย ๆ. มี
 การผิดปรกตในจุลกายวิภาค ๆ ของทบล
 ส่วนต้น.

การรักษาส่วนใหญ่ยังคงเป็นการรักษา
 ตามอากา, โดยเพิ่มการขับถ่ายของเหลว
 ในช่วงระหว่างเซลล์ และรักษาระดับของ
 ชัวมอลยมิน. ฉะนั้นจึงมักให้อาหารที่มี
 โปรตีนสูง. แต่โดยทั่วไปแล้วยังคงมีการ
 สูญเสียโปรตีนต่อไปอีกก็ไม่มีประโยชน์
 อะไร. ถ้าตับสังเคราะห์อัลบูมินเต็มที่แล้ว
 การให้โปรตีนในอาหารมากเกินไปจะไม่ดี.
 ฉะนั้น ควร ให้เพียง พอดี เพื่อกันไม่ให้เกิด
 สมคาลัยในไตรเจนเป็นลยเท่านั้น. แต่การ
 ให้อาหารที่มีแคลโลรสูง จำเป็นมาก เพื่อยัง
 กับการ ทำลาย ของ เนื้อเยื่อภายในมา เป็น

กำลังงาน, ซึ่งถ้าเกิดขึ้นจะมีผลเหมือนได้
รับอาหาร โปรตีนและ โปแตสเซียมสูง.
การลดจำนวนน้ำที่อยู่ ระหว่าง เซลล์มี ประ-
โยชน์มาก. ที่สับสนวมไว้ต่อการศึกษานี้
มาก. เราลดโดยการจำกัดเกลือหรืออาจ
ให้แคโรทีนออกซิเจนเรซินร่วมด้วย, และ
เพิ่มการขับถ่ายเกลือโดย ให้ยาขับปัสสาวะ.
การรักษาส่วนใหญ่มุ่ง ที่จะเพิ่ม ปริมาตรของ
พลาสมา มากกว่าการลดน้ำ ที่ซึ่งอยู่ระหว่าง
เซลล์, ซึ่งจะลดการหลังของอัลโดสเตอโรน,
โรน, การคั่งของ โซเดียมและน้ำ และการ
เสียโปแตสเซียม. ฉะนั้นไม่คงสงสัยเลย
ว่ายาที่มีประโยชน์มากที่สุดคือสเตอโรยด์
คอร์โมนซึ่ง มีฤทธิ์ทาง ตรงต่อ โกลเมอรูล
ของไตและฤทธิ์ทางอ้อมโดยการลดการหลัง

ของต่อมแอดรีนัล. Williams และ Ryan ได้
รายงานผู้ช่วยกลุ่มอาการเนโฟรติกหลังจาก
การฉีกวักชั้น กันทียฟอยด์ และ บำกทะ ยัก,
ซึ่งไม่สนอง ต่อคอร์ติโซน หรือเพรีคินิ โซน,
แต่กลับสนอง หลังจาก ให้อัลบูมิน อย่างเข้ม
ขันเข้าหลอดเลือด. มีเพียง ๑-๒ รายที่
ต้องการรักษาโดยเฉพาะ. ในรุ่มโอบิสิส
ของ หลอด เลือดกำรันลดการ ให้ยา กันเลือด
แข็งจะช่วยมาก. บางรายของ เซลล์คาร์ย
อะมีบ์ลอบ โกลิสิสจะสนองก็ถ้ามีการหายของ
แผลไปรมารย์. โดยทั่วไปไม่มีการรักษา
โดยเฉพาะ. ส่วนใหญ่ยังอธิบายและรักษา
ให้หายขาดไม่ได้.

(รวบรวมจาก Lancet 2 : 1000 - 1002, 1958.)

ยศวร สุขุมมาจันทร์ พ.บ.

* ๒. ใช้กับการดัดใช้

อุณหภูมิของร่างกายขึ้นอยู่กับการสร้าง
ความร้อนและการเสียความร้อน. ถ้าการ
ควบคุมเปลี่ยนแปลงไปอุณหภูมิของร่างกาย
ก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย.

การสร้างความร้อนอาจจะเพิ่ม โดยการ

ทำงานของอวัยวะมากขึ้น, โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ,
เนื้อ, ต่อมและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ
ในตั้: อาจลดลงโดยเมตาบอลิสม์ลดต่ำ
ลง, การทำงานของอวัยวะน้อยและการไหล
เวียนไม่เพียงพอ.

การเสียดความร้อนดำเนินไปได้โดย (๑) เลือดไหลผ่านผิวหนังและทำให้ความร้อนบางส่วนกระจายออกไป, บางส่วนเป็นเหงื่อและระเหยไป. (๒) ออกทางการหายใจ, และ (๓) ขึ้นอยู่กับการไหลเวียนของโลหิตน้อยเพียงไร. ทั้ง ๓ อย่างนี้ควบคุมโดยศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองส่วนกลาง.

การเย็นไข้เกิดจากการสร้างความร้อนเพิ่มขึ้นหรือการเสียดความร้อนลดลง. สาเหตุมีมากมาย, เช่นเชื้อแบคทีเรียซึ่งรวบรวมศูนย์ควบคุมความร้อน, ทำให้ความร้อนที่เสียดลดน้อยลงและยังทำให้ความร้อนที่สร้างเพิ่มมากขึ้นด้วย.

ควรลดไข้หรือไม่, เป็นปัญหาที่ต้องขบเขินราว ๆ ไข. ไข้เป็นการสนองของร่างกายต่อโรค, และเป็นอาการแสดงของโรคหลายอย่าง. บางโรคก็มีอาการอย่างอื่นชัดเจน. แต่มีไม่น้อยที่หาสาเหตุไม่ได้, มีแต่ไข้เป็นเพียงเครื่องแสดง. คุณอย่าสงสัยว่าไข้เป็นแต่เพียงอาการเท่านั้น, ซึ่งอาจไม่เป็นอันตรายเสมอไปและบางทีอาจเป็นอันตรายก็ได้. ไม่ต้องสงสัยว่าเราได้ประโยชน์จากการทำให้เกิดไข้เพื่อรักษาโรคบางอย่าง, เช่นช่วยผลิตของระบบประสาท, การอักเสบของนัยน์ตาบางอย่างและข้ออักเสบ. ในสัตว์ทดลองพบ

ว่าไข้ช่วยเพิ่มความต้านทานต่อโรคที่สำคัญซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการสร้างภูมิคุ้มกันได้.

ข้อดีและข้อเสียซึ่งควรนำมาพิจารณาในการลดไข้มีดังต่อไปนี้.

ข้อเสีย ๑. ไข้อาจมีประโยชน์สำหรับการวินิจฉัย, เป็นเครื่องบ่งชี้ความรุนแรง, การดำเนินและอาการแทรกซ้อนของโรค.

๒. ไข้อาจเป็นเพื่อนมากกว่าศัตรู โดยแสดงว่าความต้านทานของร่างกายยังแข็งแรงอยู่.

๓. อาการแพ้ยาลดไข้ถึงแม้มีไข้ไม่บ่อยแต่บางครั้งก็รุนแรง.

๔. การถูกพิษยาลดไข้โดยอุบัติเหตุในเด็กพบได้เสมอ.

๕. ยาลดไข้ไม่เพียงแต่ลดไข้เท่านั้น ยังอาจจะกดอาการแฉะและอาการแสดงของโรคบางอย่าง, เพราะยาลดไข้แทบทุกอย่างมีฤทธิ์ระงับปวดด้วย.

๖. เมื่อไข้ลดเร็วเกินไป, การปรับระดับของร่างกายเปลี่ยนไม่ทันอาจเกิดอันตรายได้.

๗. ข้อสรุปท้ายแต่ที่ว่าสำคัญ, คือการวินิจฉัยที่แน่นอนอาจทำได้ช้าไป และการรักษาที่ถูกต้องก็ช้าไปด้วย.

ข้อ ๑. เด็กที่เป็นไขอามีอาการอ่อนเพลีย, ปวดเมื่อย, เมล็ดไขแล้วเด็กก็สบาย. แต่บางทีก็พบว่าเด็กอาจสบายก็ทั้งๆ ที่มิใช่สิ่ง.

๒. การชักจากไข, โดยเฉพาะในเด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๔ ปี, เป็นอันตรายอย่างสำคัญ. แต่ความรุนแรงของการชักก็ไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของไขเสมอไป.

๓. ในบางราย, เช่นสมองอักเสบ, ถูกพิษแตก, อันตรายต่อศีรษะ, ไขสูงมาก อาจจะทำอันตรายต่อสมองจนถึงกับหมดความรู้สึกและการไหลเวียนล้ม. ในรายเช่นนี้การลดไขจะช่วยชีวิตไว้ได้. จากนี้เห็นว่า การลดไขหากกระทำด้วยความระมัดระวังก็จะเป็นผลดีมากกว่าเสีย.

การลดไขแบ่งได้เป็น ๒ วิธี

(ก) ลดด้วยยา เป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายมาก. ยาในขณะนั้นก็มีอยู่มากมาย. อาจแบ่งได้เป็นพวกใหญ่ ๓ พวก:

(๑) ซาลิซิลเลทและซินโม่เฟ็น.

(๒) อนพินัธของพาราอะมิโนเฟนอล, คืออะเซทานิลลิดและอะเซโทเฟนคีน.

(๓) อนพินัธของพิวราโซโลน, คือแอนติพิวรินและอะมิโนพิวริน:

บางอย่างมิที่ใช้น้อยเพราะพิษของมัน,

ซึ่งกล่าวได้โดยย่อดังนี้:

(๑) ซาลิซิลเลท มักมีอาการอัลเลอร์ยี, อะซิโตสิส, และอาการเลือดออกเนื่องจากการทำลายของหลอดเลือดฝอยและโปรธรอมบินน้อย.

(๒) อนพินัธของพิวราโซโลน. แอนติพิวรินมักก่ออาการทางผิวหนังบ่อยมาก. อะมิโนพิวรินทำอันตรายสำคัญคือเม็ดเลือดขาวลดต่ำลงมาก. อาการแสดงทางผิวหนังพบได้น้อย. ถ้าขนาดมากอาจเกิดการไหลเวียนล้มเหลวได้.

(๓) อนพินัธของพาราอะมิโนเฟนอล. ขนาดมากมักทำให้เกิดเมธิโมโกลบินและซัลฟิธีโมโกลบินจนเกิดอาการเขียวและคอลแลปส์.

การลดไขยาลดไขขึ้นอยู่กับพิษของมันเป็นส่วนใหญ่. ยาที่ใดผลดีและมีพิษน้อยเท่าที่ใช้อยู่ในขณะนั้นคืออะเซทิลลิด ซาลิซิลเลท, ซาลิซิลลอะไมด์, และอะเซทอะมิโนเฟน. มีผู้พบว่ายา ๒ อย่างหลังมีพิษน้อยกว่าอะเซทิลลิดซาลิซิลเลท. หากผู้ช่วยไว้ต่อการแพทย์พวกซาลิซิลเลทก็อาจใช้แทนได้. ขนาดและวิธีใช้เช่นเดียวกับอะเซทิลลิดซาลิซิลเลท.

(ข) ลดด้วยวิธีอื่น. สำหรับวิธีนี้ประ

Chester University.

โรงพิมพ์ : E.S. Livingstone Ltd., Edinburgh and London, 2nd Edition. 1957.
ขนาด : ๒๒๕ หน้า. มีรูปภาพ ๑๕๕ ภาพ.

ราคา : ๑๕๕ บาท

(หนังสืออนมัทหอสมถกลาง, คณะ - แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.)

หนังสือเล่มนี้เขียนจากความชำนาญของผู้เขียนเอง. เริ่มต้นด้วยการอธิบายสรีรวิทยาของการหายใจของกระดูกหอยและเข้าใจง่ายด้วยศัพท์กระดูก. จากการศึกษาและความชำนาญที่ใคร่จาก การผ่าตัดเชื่อมข้อ, พบว่ากระดูกแข็งมีการ หายแตกต่างจากกระดูกโปร่ง กระดูกแข็ง คัดกันด้วยกระดูกเสริม (คัลลัส) ทงอกจาก เยื่อหุ้มกระดูก. ส่วนกระดูกโปร่งนมเลือด หล่อเลี้ยงดีกว่า, จึงคัดกันง่าย, แต่มีจะ ยบตัวผิดรูปไปจากเดิม. โดยเหตุการณ์คัด กันของกระดูกจึงขึ้นอยู่กับความขอบของ เยื่อหุ้มกระดูกเป็นสำคัญ, ซึ่งผู้รักษาจะ ต้องคำนึงถึงก่อนสั่งอน. ผู้เขียนเชื่อว่า กระดูกทุกชนิดถามเยื่อหุ้มกระดูก, ไม่ฉก ชาติ, ก็สามารถคัดกันได้, ถึงแม้จะมีการ ขยับเขยื้อนระหว่างปลายหัก. การเข้า

เผือกทุกชนิดนั้น, ไม่ว่าจะเป็เผือกปนรอง ล้ำล หรือเผือกแนบเนอ. ไม่ได้ทำให้ปลาย กระดกหักจนบ่งตงทการวางเล่มกล่าวไว้. เผือกที่เขาจากภายนอกนั้น, ผู้เขียน กล่าวว่าเป็นเพียงเครื่องประกันว่าแขนขาที่ เขาเผือกไว้นั้น, เมื่อหายก็จะมรูปร่างตาม ที่ต้องการเท่านั้น.

เทคนิคการเข้าเผือกได้บรรยายไว้เพียง ๑๐ หน้า. แต่เขียนบทที่เขียนบรรจงเขียน จากความชำนาญและความบกพร่องที่ผ่าน พบในชีวิตผู้เขียน, ซึ่งจะหาอ่านได้ยากจาก ตำราเล่มอื่น ๆ.

ครึ่งหลังของหนังสือประกอบด้วย ๑๐ บท, กล่าวถึงการรักษากระดูกหักส่วน ต่าง ๆ ที่พบบ่อยและจำเ็นแก่แพทย์เวรและ แพทย์ทมนหาที่ประจำแผนกอุบัติเหตุประจำ วัน, รวมทั้งอุปสรรคการรักษา และผลการ รักษา, ทั้งผลของความผิดพลาดที่เกกชน บ่อย ๆ ด้วย. เกี่ยวกับกระดูกต้นขาหัก ผู้เขียนได้บรรยายแบบฉย การรักษาด้วย เผือกแบบ Thomas. ใจว่าเป็นตนการรบที่ จะอ้างอิงได้อย่างดี.

การรักษากระดูกหักโดยวิธีเข้าเผือกนั้น ในสมัยหลัง ๆ นี้มักจะเข้าใจกันว่าลำสมัย

กว่าการฆ่าศึกคามกระตักด้วยเหล็ก. หนังสือเล่มนี้จึงเป็นหนังสือที่นักศึกษาและแพทย์ที่สนใจในวิชาแขนงนี้จะต้องอ่าน, เพราะนอกจากจะเป็นหลักเบื้องต้นในการรักษาโรคกระตักทุกแล้ว, ยังเป็นเครื่องเตือนขวัญ

แพทย์ที่คำนึงถึงแต่การฆ่าศึกว่าใน กระตัก หักบางส่วนนั้น, การรักษาด้วยวิธีเข้าเผือก เป็นวิธีที่โคมลกที่สุด, ลงแรงและลงทุน น้อยที่สุด.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

หน้าสำหรับบันทึก

๕. ข้อควรระวังเกี่ยวกับการนั่งโต๊ะ

การนั่งโต๊ะในที่นี้หมายความว่า การนั่งเพิกนเลียงในงานพิธีบางประการ, ซึ่งเป็นธรรมเนียมที่รับมาจากต่างประเทศ. การปฏิบัติถูกต้องในการนั่งคือ การนั่งเป็นเครื่องแสดงของการยอมรับ, จึงสมควรที่ทุกคนจะเอาใจใส่ศึกษาให้ทราบและหาโอกาสฝึกซ้อมให้กระทำได้อย่างถูกต้องและโดยไม่เก้อเขินหรือเอะอะ. ต่อไปนี้เป็นหลักสำคัญของประการโดยย่อ ๆ. (รายละเอียดหาอ่านได้จากตำราเกี่ยวกับ มารยาท หรือ การเข้าสังคม.)

๑ การนั่ง. ในงานใหญ่ ๆ เจ้าภาพมักกำหนดที่ให้เขานั่งเฉพาะที่. เพราะฉะนั้น

ก่อนนอนต้องคอยสังเกตว่ามีคนแจ่มชอวางอยู่บนโต๊ะหรือไม่. โดยมากวางไว้ตรงกับงานอาหาร. ถ้ามีก็ต้องหาที่ของตนให้พบก่อนที่จะนั่ง. ถ้าหาไม่พบควรค่อย ๆ ถามคนรับใช้หรือเจ้าภาพเอง. ต้องไม่แสดงอาการต่อต้านประหนึ่งว่ากลัวจะไม่ได้ที่นั่ง. เมื่อหาพบแล้วยังไม่นั่ง, ต้องรอให้แขกผู้ใหญ่และผู้หญิงทั้งหมดนั่งลงก่อน. หากมีผู้หญิงนั่งอยู่ข้าง ๆ, ต้องช่วยชักเก้าอี้ให้เขาเขาสั่ง, แล้วคอยสอดเก้าอี้ให้ชักโต๊ะในระยะเวลาที่เขาจะนั่งได้สะดวกด้วย. เว้นนั่งคองหรือยกเก้าอี้ถอยหลังออก มาตรง ๆ ด้วยมือขวา, สอดตัวเข้าไปทาง

ชายของเกาอ, แลวงงลงพวอมกบคกงเกาอ
 เข้าไป. ไม่ควรงงชคโตะจนเกินไปหรือห่าง
 จนเกินไป. ระยะที่พอเหมาะคือประมาณ ๑๐
 ถึง ๑๕ ซม. ระหว่างหน้าอกกับขอยโตะ.
 การนั่งต้องเรียบร้อยสงบ สงัดมแต่กสง่าพอ
 สมควร. ต้องไม่ทำท่าเอนอกตัวแข็งเป็นการ
 วางโต, หรือนั่งซอมซ่อ, ออกห่อ, หรือตัว
 งอเหมือนคนอมโรค. ระหว่างนั่งโตะทง
 ก่อนและระหว่างรับประทานอาหารไม่ควรหมกมุ่นอยู่
 แต่เรื่องจำเพาะตัว, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่อง
 กิณ. ควรสนใจกับการพดคยของผู้อื่น. ถ้ามี
 สุภาพสตรนึ่งเคียงข้างตองเอาใจใส่หาเรื่อง
 อะไรพดจาค้วย, และเวลารับประทานตอง
 คอยช่วยเหลือให้ความสะดวกต่าง ๆ. ผู้ที่
 ต้องช่วยคยคนทอยข้างซ้ายของเรา. แต่ถา
 หากมีสุภาพสตรทางขวาด้วย และไม่ม่ใคร
 ช่วย, ก็ควรช่วยด้วย. ไม่ควรงแย่ง, ถ้า
 มีคนอื่นช่วยอยู่แล้ว.

๒ การรับประทานอาหาร. ความลำบากสำหรับ
 ผู้ไม่เคยคือไม่ทราบว่าเงโตะเครื่องใช้ยง
 ไร. ในการเลียงโตะชนคมีกมีเครื่องใช้
 ต่าง ๆ วางเรียงไว้ทงสองข้างของงาน. ข้าง
 ขวาเป็นมีคขนาดต่าง ๆ และช้อน. ช้อนชูป
 ยางคองเขาวางไว้ทงด้านหน้าของงาน. สั้ง

เกดโตะทงมกขนาดใหญและปลายข่านๆหรือ
 รูปเกอบกลม. ถ้าเป็นช้อนขนาดเล็กวางอยู่
 ทเคยวงนนแปลว่าเป็นช้อนหวาน. ทางซ้าย
 มื่อเป็นพวคช่อม. ตามปรกติเขาวางเรียงตาม
 ลำคยทตองการใช้ก่อนหลัง, จากข้างนอก
 เข้ามาข้างใน. คือสำหรับอาหารอย่างแรกก็
 ใช้มีคและช่อมอนทอย่นอกที่สุดก่อน. (ยก
 เว้นช้อนชูปในยางคอง, คึงกล่าวแล้ว.)
 อาหารยงต่อไปก็ใช้ช้อนในเข้ามาเรื่อย ๆ.
 เมื่อใช้แล้วแต่ละอย่างก็วางไว้บนงาน. ถา
 เป็นช้อนก็วางกลางงานให้ค้ำมหันเข้าตัวเรา
 ถ้าเป็นช่อมและมีคก็รวบกันเสี้ยก่อนแล้ววาง
 ให้ค้ำมเข้าหาตัวเราเหมือนกัน. ถ้าหากขาด
 ช่อม, ช้อน, หรือมีคด้วยเหตุใดก็ตาม,
 ไม่ควรงเอะอะ. คอยจับตาคนรับใช้และพยัก
 หน้ำให้มาและบอกค้อย ๆ ว่าสังโตะขาดไป.
 หากทำสังโตะตกลงไปโตะโตะไม่ต้องมตกลงไป
 เกย, คอยบอกคนใช้ให้ทำ. แต่ถาพอ
 เออมถึงโตะโดยไม่เป็นที่สะคคตคานัก, เช่นผ้า
 เช็ดปากไหลเลือนลงไป, ก็อาจทำเองได้.

ก่อนลงมือรับ ประทาน ต้อง เอาผ้า เช็ด-
 ปากคล้อออกปลงบนตกเพอคนเขื่อนเสี้ยก่อน.
 ห้ามใช้โตะไม่คลผ้า, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 เวลาเช็ดปาก. ตามปรกติผ้าสำหรับเราเขา
 วางไว้บนงานอาหาร (ตรงหน้า) หรือบน

งานขนมปังทางซ้ายมือ. (แต่มีข้างบ้านที่วางในทางตรงกันข้าม. ซอนต้องคอยสังเกตประธาน, คือแม่บ้าน, ว่าหยิบทางด้านใด.) ห้ามเอาผ้าเช็ด ปากพัน รอยคอ อย่างเค็ก ๆ. ถ้ากลัวตกก็เห็นเอาไว้กับ ส่วนใดส่วนหนึ่งของเครื่องแต่งกายให้ผ้าป้อยบนตก.

งานขนมปังอยู่ทางซ้ายมือ. อาจมีขนมปังวางไว้ก่อนแล้ว. คนรับใช้อาจเอามาใส่ไว้ในตอนลงมือ, หรืออาจยื่นงานหรือกระดาษส่งมาให้หยิบเอง. ควรหยิบครึ่งแผ่นเดียว. วิธีกินขนมปังที่ถูกต้องคือใช้มือซ้าย (หรือสองมือถ้าจำเป็น) เป็นขันโตพอใส่ปากได้โดยสะดวก, ข้ายด้วยเนยพอสมควร, แล้วจึงใส่ปากเคี้ยว. มีข้ายเนยอาจวางไว้แล้วในงานขนมปัง, หรือวางไว้ทางหน้างานค้ำกับซอนซบ, หรือวางไว้ทางขวาของงานสังเกตได้คือมีขนาดเล็กกว่าธรรมดา, และบางที่ทำปลายบ้าน ๆ, หรือรูปเหมือนใบพาย. แต่บางแห่งก็ไม่มมีพิเศษ, ต้องใช้มีดธรรมดา. ใช้มีดนั้นข้ายเนยจากงานกลางก่อนโตพอสมควรปากไว้ที่หัวงานขนมปังเสียก่อน. แล้วจึงแย่งข้ายจากก้อนที่งานขนมปังอีกชิ้นหนึ่ง. ไม่ควรปากจากงานกลางมาทานขนมปังโดยตรง, เพราะถือว่าเป็นกิริยาไม่กั. การทานเนยที่เคี้ยวไปทั่วขนมปังทั้งแผ่น,

แล้วแตะหรือบริษัประทาน. ส่วนมากไม่นิยม, แม้จะมีบุคคลบางจำพวกไม่ถือ.

การรับประทานซบที่ถูกต้อง คือถือ ซอนขวาง ๆ กับตัว (ขนานกับความยาวของโต๊ะ) แล้วตะแคงซอนให้ขนซอนเข้าหาตัว, และตักโดยลากซอนไปข้างหน้า, คือตักออกจากตัว. ชตจากด้านหน้าของซอน, ไม่ใช่จากปลาย, ซึ่งจะต้องทำแขนเกร็งก้าง. สำคัญที่สุดคือต้องไม่ทำเสียง. ชกชอหนึ่งควรระวังอย่าชกซบทรอนเกินไป. ห้ามใช้ปากเข้าให้เย็น. ทำให้เย็นโดยกวนซ้า ๆ ด้วยซอน. ซอนแรกควรตักแต่เพียงเล็กน้อย (จะได้เย็นเร็ว), และค่อย ๆ ตะแคงซอนให้ซบถกริมปากส่วนน้อยก่อน. ถ้ายังรอนอยู่ก็จับเพียงนิดเดียว. เมื่อซบเหลือเล็กน้อยแล้วตักยาก, ใช้ตะแคงงานโดยยกชอขงานทางด้านซีกตัวซน, คือตะแคงออกไปจากตัว. ไม่ใช่เข้าหาตัว. วิธีจับชอขงานคือเอานิ้วทั้งสี่จับด้านบน, นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านล่าง. ไม่ควรตักจนชอกกันงานที่เคี้ยว. ระหว่างรับประทานต้องไม่ทำเสียงใด ๆ เลย ไม่ว่าจะจากการชก, การชกกันงานด้วยซอน, หรือเคาะมีดกับช้อม.

สำหรับรับประทานอาหารอื่น ๆ ใช้ช้อมกับมีดเป็นประจำ. แม้รับประทานข้าวก็ใช้

ซอมนงายตักข้าวเข้าปาก, นอกจากเขาเตรียมช้อนไว้ให้. ห้ามใช้ปลายมีดส่งอาหารเข้าปากเด็ดขาด, ใช้แต่ซ่อม. ตามธรรมชาติว่าซ่อม. แต่สำหรับอาหารบางอย่างที่ไม่ต้องตัก, อาจใช้ซ่อมหงายแบบช้อนได้, แต่มีก้นมือถือในมือขวา, และไม่ถือมีด. คือใช้ซ่อมตักแทนช้อน. เวลารับประทานอาหารที่ตัก, ไม่ควรใช้วิธีหันทั้งหมดเลยทีเดียว. ควรหันศีรษะและรับประทานแล้วจึงหันใหม่. อาหารที่เย็นขนาดเล็ก ๆ และจุ่มไม่ค่อยดี, เช่นถั่วหรือผักที่หั่นละเอียดแล้ว, ใช้วิธีเอาปลายมีดกดให้ติดกับปลายซ่อมที่ถือคว่ำไว้บนจาน, แล้วส่งเข้าปากในท่านั้น. อาหารบางอย่างได้รับประทาน, ให้ใช้นิ้วมือหยิบใส่ปากได้, เช่นมันทอดอย่างชิ้นบาง ๆ หรือขาไก่. ใช้เพียงสองนิ้ว, ไม่ใช่ทั้งห้านิ้ว. วิธีถูกต้องสำหรับรับประทานมันต้มทั้งหัวคือใช้ปลายซ่อมตักแล้วกดบีบให้แตก, และรับประทานวิธีเดียวกับเมล็ดถั่ว. แต่ถ้าเขาหันไว้ เป็นชิ้นพอดี ๆ และเป็นก้อนแข็งพอสมควร, ก็อาจใช้วิธีจุ่มได้.

อาหารที่จะรับประทานในครึ่งหนึ่ง ๆ คน รับประทานเป็นผู้นำใส่จานใหญ่มา ยื่นให้แบ่งเอา. เขาจะเข้ามาส่งให้ทางข้างซ้ายของเรา. ถ้า

เขามาทางข้างขวาแปลว่าสำหรับคนอื่น (เว้นเครื่องคัม). อาหารส่วนมากใช้ช้อนและซ่อมซึ่งเขาจัดวางไว้ในจานนั้นตักหรือประคองขึ้นมาใส่จานของเรา. ไม่ควรจุ่มหรือกดแรง ๆ, เพราะอาหารอาจหก โดยงานทะเลาะ. ถ้ามีน้ำซอสสำหรับราดควยก็ตักใช้ช้อนวางอยู่ใน ชามนั้น. ต้องไม่เผอเรอเอาช้อนของเขาใส่จานของเราเสีย. การตักครึ่งหนึ่ง ๆ ควรเอาแต่พอสมควร. น้อยไว้หน่อยดีกว่ามากไป. หากมากไปและรับประทานซ้ำ, คนอื่น ๆ เขาเสียดกันหมดแล้วเรายังเหลืออยู่อีกมาก, อาจต้องรับประทาน, ทำให้ตักกรลกรน, ไม่งาม. หากจะเหลือคาจานเอาไว้ เช่น กองโตก็ดูไม่งามเหมือนกัน, เพราะคนอื่นอาจว่าทะเลาะตักเอาไว้จนกินไม่หมด. แต่การกินจนเกลี้ยงจานก็ไม่นิยม, เพราะดูเหมือนอดโสมมานาน. ควรเหลือเศษเล็กน้อยไว้ งานข้าง.

หากมีการกินสลัดด้วย, เช่น กับเนื้อหรือไก่, บางครั้งเขามีจานเล็ก ๆ วางไว้ทางซ้าย, ข้างหน้าจานขนมปัง, สำหรับใส่สลัดโดยเฉพาะ. ถ้าไม่มีก็ตักใส่ในหัวจานอาหาร.

การเลี้ยง อย่างหรูหรา โดยมากมักเริ่ม

ต้นควยซูป, แลวกปลาหรือกุ้ง, ไข่, เนย, เนยแข็ง, ไอศกรีม, ผลไม้, กาแฟ. แต่ในสมัยนี้มักไม่ค่อย.

การกิน เนยแข็ง ไม่ค่อย กระทำกัน ในประเทศเรา. ต้องมีขนมปัง (ขนมปังเดือน เป็นแผ่นหรือบิสกิต), เนยเหลว, และ เนยแข็ง. ขนต้นขมนมขิงขนาดเล็ก. เขามัก ปาดเนยเหลวป้ายที่ขนมปัง, สำหรับยก เนยแข็ง, แล้วจึงเขามักคดคดเนยแข็งเป็นชิ้น เล็ก ๆ แปะลงบนเนยเหลวอีกชั้นหนึ่ง, ก่อน ส่งเข้าปาก.

ไอศกรีมที่นำมาเสิร์ฟในการเลี้ยงโต๊ะ มักมีขนมแผ่น ๆ, เช่น คุกกี้หรือเวเฟอร์, ใส่มาในงานหรือด้วยควย. ขนมนมประโยชน์สำหรับช่วยเขยยกอน ไอศกรีมเวลาที่ คักไม่ค่อยคัก. เวลากินไอศกรีมหมดถ้วย แล้ว, ควรเอาช้อนวางไว้บนจานรองถ้วย ให้เรียบร้อย. ไม่ควรทิ้งคาไว้ในถ้วย, เพราะอาจพลิกตกลงมาได้เวลาที่คนใช้หยิบ ถ้วยไป. การกินขนมหรือผลไม้ที่ชอบที่ใส่ ช้อนก็ควรปฏิบัติเช่นเดียวกัน.

๓. การดื่ม. แก้วสำหรับเครื่องดื่มใน ระหว่าง เลี้ยง ติง อยู่ ข้าง หน้า งาน อาหาร, ค่อนข้างแพง. ในการเลี้ยงใหญ่ ๆ มักมี

เครื่องดื่มหลายอย่าง ตามธรรมเนียมตะวันตก, เช่น เหล้าองุ่นขาวคอกกับปลา, เหล้า องุ่นแดงคอกกับเนื้อหรือไก่, แซมเปญคอก ในคอนสนทรวพจนหรือคอนขบ, เป็นต้น. มีแก้วพิเศษสำหรับเหล้าแต่ละอย่าง. รูป ต่าง ๆ กัน. ในเรื่องนี้ไม่มีความยากใน การใช้, เพราะคนรับใช้เป็นผู้รินใส่ถ้วยให้, และเขาต้องทำถูกเสมอ. หน้าที่ของเราคือ ระวังตัวอย่าคอกมากเกินไปจนมึนเมา. ไม่ จำเป็นจะต้องรับทบทวงทมิฬเสื่อ. แต่จะ ปฏิเสธไม่คอกอะไรเสียเลย ก็อาจดูไม่งาม. มักถูกหาว่าไม่เคยเข้าสังคม. เพราะฉะนั้น ควรคอกทุก ๆ อย่าง, แต่ไม่จำเป็นต้องคอก ให้เกลี้ยงแก้ว. ถ้าหากไม่ชอบหรือรู้สึกว่า มึนง่ายก็รับเพียงเล็กน้อย, ปล่อยให้เหลือไว้ในแก้ว. บางครั้งเขามักนำโซดาให้คอกด้วย (น้ำเปล่านั้นไม่ใช้ในจานใหญ่ ๆ.) ใช้ถ้วย แก้วรูปกระบอกหรือแก้วหนา ๆ. ถ้าไม่ อยากรคอกเหล้ามากก็ขอ ให้คนใช้รินน้ำโซดา ให้. ไม่จำเป็นต้องออกตัวมากมายเพื่ออ้าง เหตุสำหรับการไม่คอกเหล้า. โดยมากเป็น เรื่อง ที่ ไม่ มี ผู้สนใจ และมัก ถือว่า เป็น การ ไม่งาม.

ในตอนท้ายมีการคอกกาแฟ. คนรับใช้ เป็นผู้นำถ้วยมาคองให้. โดยมากใช้ถ้วย

เล็ก ๆ. คนรับใช้รินกาแฟให้, แล้วอาจ
ส่งถาดใส่โถนมและน้ำตาลให้เราใส่เอา,
หรือตักให้ โดยให้เราบอกความต้องการ.
ควรถือความพอสมควรในเรื่องนี้, และถือ
เอาความอยากหรือความพอใจส่วนตัวเป็น
เรื่องไม่สำคัญ.

๔. การกินผลไม้ ผลไม้อาจทั้งไวกลาง
โต๊ะให้ต่างคนหยิบเอาเอง. หรืออาจมีคน
รับใช้ ถอปานหรือชามมาบน ให้เป็นรายตัว
ก็ได้. ถ้าทั้งไวกลาง, ต้องคอยช่วยผู้หญิง
ที่อยู่ข้าง ๆ โดยหยิบพานหรือชามส่งให้.
ไม่ควรหยิบผลไม้จากพานมาบนให้ คอยมือ
ของเรา. สำหรับตนเองควรหยิบพอสมควร.
ถ้าหากยังไม่ชำนาญ, ไม่ควรเลือกผลไม้
ที่กินยาก, เช่น ต้องปอกเปลือกก่อน. ควร
หยิบที่กินง่าย ๆ. มีฉะนั้นจะรุ่งงามและลำ
บากกว่าคนอื่น ๆ. ฝรั่งมักปอกเปลือกผลไม้
ตรงกันข้ามกับเรา, คือเขินเขาหาตัว,
แบบเดียวกับเร็ก. ไม่จำเป็นจะต้องเอาอย่าง,
ในเมื่อวิธีของเราดีกว่า, เพราะมองเห็นชัด,
กระฉับกระฉ่ง, และทำได้ละเอียดลออ
กว่า.

เมื่อกินผลไม้แล้ว, ตามธรรมเนียม
ต้องล้างมือ. น้ำล้างมือเขาใส่ชามแก้วเอา
มาตั้งให้ข้างหน้า. อาจเอามาก่อนหรือ

ระหว่างกินผลไม้. บางครั้งล่อยคอกไม้มา
ด้วย. เคยมีคนเข้าใจผิดว่าน้ำคอก. เพราะ
ฉะนั้นต้องระวังให้มาก. เมื่อกินเสร็จแล้ว,
แม้รู้สึกว่าไม่เขินก็ควรล้างมือ, เพราะ
ตามทฤษฎีของเขินไม่มากนักน้อย. ใช้ม
เพียงปลายนิ้วลงในน้ำ, ถูกันเล็กน้อย,
แล้วก็เช็ดด้วยผ้าเช็ดปาก. ไม่ควรุ่มลงไป
ทั้งมือ. ถ้าเกรงน้ำจะหยดและเทอะอาจยก
ชามมาวางลงบนจานเสี้ยก่อนก็ได้.

๕. การลุกจากโต๊ะ ระหว่างคอกกาแฟ
เป็นโอกาสพักคอกกัน. ภายหลังเวลาพอ
สมควรแล้วเจ้าภาพหรือประธาน ก็จะลุกขึ้น,
เพื่อพกวผู้หญิงจะไ้ไปห้องหญิง, และพกว
ผู้ชายไปห้องสขยหรว. ต้องคอยสังเกต
ประธาน. เมื่อเห็นเขาลุกก็ควรรีบลุกขึ้น,
คนเกาออกไปข้างหลัง, แล้วลอคอกออกไป
ทางซ้ายของเกาอ. ต้องช่วยคอกเกาอให้ผู้
หญิงทงทางซ้ายของเราเพื่อให้ออกไ้โดย
สะดวก. ควรช่วยหญิงคนอื่น ๆ ด้วย, ถ้า
ไม่มีใครช่วย.

๖. ทั่วไป การเลี้ยง ทัพพชร ต้อง เป็น
โอกาสที่คนชอบสังเกตผู้อื่นว่าปฏิบัติถูก
คองหรือไม่. จึงควรพยายามวางตัวให้ค

และทำให้ถูกรวมเนียมทุก ๆ อย่าง. แต่
ถ้าหากทำพลังพลาดไป, ก็พังทำเฉย ๆ,
ไม่รู้ไม่ชี้, ซึ่งดีกว่าทำทำตกใจหรือกระตาค,
เพราะอาจเป็น ไต่ว่าที่เราทำผิดคนน ไม่มีใคร
สังเกต. วิชาหนึ่งที่จะทำให้แน่ใจคือคอย
สังเกตตัวอย่างจากผู้ ใหญ่ที่เชื่อว่าเขาคงจะ
ทำถูก.

นอกจากการ ปฏิบัติ ระหว่าง กิน อาหาร
แล้วยังมีสิ่งอื่นอีกที่พึงเอาใจใส่. การแต่ง
กายควรเรียบร้อย, สุภาพ, ไม่ฉุฉฉาดหรือ
โลดโผน. ท่าทางควรสงบเสงี่ยม, ไม่

เบ่ง, แต่ก็ไม่ซอมซ่อหรือจ้อง. ไม่พยายาม
ทำสิ่งใด ที่เด่นและ ดึงความสนใจ มาสู่
ตัวเอง. แต่ถ้าถูกเรียกหรือก็ควรสนของด้วย
ความพยายามพอสมควร. ไม่ควรทำตน
เป็นไข, หรือพดพล้าม.

ในเรื่องการนั่งโต๊ะ นควารู้ อย่างเดียว
ไม่พอ, ต้องมีความชำนาญด้วย. เพราะ
ขณะนั้น จึงต้องมีการ ผักทิดและ ซักซ้อม ตาม
โอกาส.

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤศจิกายน ๒๕๐๑

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
<u>นอก</u>	ใหม่	๒,๓๓๖	๑,๐๖๔	๑,๓๕๖	๑,๒๘๗	๑,๘๘๒	๓๐๗	๘,๒๓๒
	เก่า	๓,๕๓๑	๑,๘๘๕	๒,๗๖๔	๑,๗๖๐	๓,๐๓๔	๕๕๐	๑๔,๐๖๔
	รวม	๖,๒๖๗	๓,๐๔๙	๔,๑๒๐	๓,๐๔๗	๔,๙๑๖	๘๕๗	๒๒,๒๙๖
<u>ใน</u>		๒๔๒	๓๐๘	๑,๒๒๓	๑๓๘	๔๐๒	—	๒,๓๑๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๙๒๗. จักษุ ๓๘๘. สูติ - นารี ๒๖๘. รวม ๑,๐๘๓ ราย

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๔๖๗,* หญิง ๔๐๘, รวม ๘๗๕, คลอดตาย, ชาย ๑๓, หญิง ๘, รวม ๒๑

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๔๒ คน (๖.๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๘ ราย (๔๑.๖ ปช. ของที่ตาย)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๓๕๗ ครั้ง. ข้างนอก ๓๘๘ ครั้ง. (เจาะจากหมูไทย) รวม ๗๔๕ ครั้ง

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๓,๒๘๔ คน, รักษาใหม่ ๔๔ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๕๗ ครั้ง
 รadium รักษา ๑๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๐ ครั้ง. โคอะเธอร์มีย์. รักษาใหม่ - ครั้ง. รักษาใหม่และเก่า - ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๑๓๒ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๘ ราย. ตรวจเนื้อ ๑,๖๔๗ ราย (จากภายนอก ๑๒๑ ราย). แอ็กกลูติเนชัน ๕๓. วัณโรคและคาหีน ๒,๒๔๑. หมูเลือด ๓๓๓. นับเม็ดเลือด - หาเชออบักเทรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๕, อุจจาระ -, บัสสาวะ ๒๐, เสมหะและอื่น ๆ -. เพราะเชื้อจากเลือด ๑๐๘, อุจจาระ ๕๕, บัสสาวะ ๑๐, น้ำไขสันหลัง ๑๘, เสมหะและอื่น ๆ ๑๗๕. นิติตัวที่ทดลอง ๓, เพราะเชื้อบิด ๑๑. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๒๗. ตรวจศพนิติเวช ๕๓. ตรวจของกลาง ๗.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๔๐. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะตับ ๘, น้ำช่องปอด ๗. อัดลมเข้าช่องปอด ๑๔. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๕. ฉีดยาซีฟาลีส ๑๖.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๗๖. ถอนฟัน ๕๒๔. อุดฟัน ๑๘๘. ผ่าตัดช่องปาก ๓๒.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์ สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเยี่ยม

แพทยศาสตร์บัณฑิต ปี ๒๕๐๒ โดย
มติกรรมการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์อนุ
มัติการ สอบไล่ เพื่อปริญญาแพทย ศาสตร์
บัณฑิต ประจำปี ๒๕๐๒ ดังต่อไปนี้ :

ก. ผู้ที่สอบไล่ได้ และอนุมัติให้
ได้รับปริญญาแพทยศาสตร์บัณฑิต

๑. นายกมล นครชัย, ๒. น.ส.
กาญจนา คมนากุล, ๓. น.ส. กาญจนา
วรรณประภา, ๔. นายไฉวิท อนันตกุล
๕. น.ส.จิรา อินทะนิยม, ๖. น.ส.จาศศรั
หิพนานนท์, ๗. น.ส.จันทร์ อุนากุล,
๘. น.ส. ช่อฟ้า เหลืองธาดา ๙. นายชัชพร
ชินวงศ์, ๑๐. นายชูศักดิ์ ไชยตระกูล,
๑๑. นายไชยสิทธิ์ อินทวงศ์ ๑๒. นาย
ศิโรตม์ บุญโสภณ, ๑๓. นายเทศา สุขา-
รัมย์, ๑๔. นายคุณฎี ไตรธรรม,
๑๕. นายทศพร หุตะโชค, ๑๖. นายธาดา
ศรีสงคราม, ๑๗. น.ส.ทัศนียา เจริญเวช,
๑๘. นายธงไชย กาญจนโณภาส, ๑๙. น.ส.
นงนาด รมยานนท์, ๒๐. น.ส.นงเยาว์
สุทธิประเสริฐ, ๒๑. น.ส.นิมิตต์ จันทร์-
มงคล, ๒๒. น.ส.โนวี วงศ์อารยะ,
๒๓. น.ส.เบญจวรรณ วุฑฒิเวช, ๒๔. นาย
บุญธรรม วงศ์อนันต์, ๒๕. นายประภิต
นุกกุล, ๒๖. นายประภุต สิงห์สุวิธ,

๒๗. นายประจวบ บิณฑจิตต์, ๒๘. นาย
ประเสริฐ เจริญขวัญ, ๒๙. นายประเสริฐ
โชติมูล, ๓๐. นายประเสริฐ สุวรรณพานิช,
๓๑. นายปรมาโมทย์ ภัทรางกร, ๓๒. นาย
เปล่ง ทองสม, ๓๓. น.ส.พิรัช แสนพัฒน,
๓๔. นายพีร คำทอง, ๓๕. น.ส.เพลินพิศ
พิทยานการ ๓๖. น.ส.เพ็ญศรี มกรานนท์
๓๗. น.ส.พวงเพ็ญ วิมลสิทธ์, ๓๘. นาย
เพ็ญวิทย์ ตันติแพทยากร, ๓๙. นาย
ไพโรจน์ ทนวิเชียร ๔๐. น.ส.มัลลิกา
คุ้มรักดี, ๔๑. น.ส.มัลลิกา อรรถจันทร์,
๔๒. น.ส.ยวัน อนมานราชชน, ๔๓. นาย
รังสรรค์ พุ่มพฤษ ๔๔. น.ส.รังนี
เพ็ญภาคกุล, ๔๕. น.ส.รัตนา นครชัย,
๔๖. นายฤกษ์ชัย วราธร, ๔๗. น.ส.
ลดาวัลย์ ชนานิยม, ๔๘. น.ส.วรรณ
รัตนโสภณ, ๔๙. น.ส.วลัยรัตน์ หิพนานนท์,
๕๐. น.ส.วไล วีระสุนทร, ๕๑. น.ส.
วันเพ็ญ สุทธิพงศ์, ๕๒. น.ส.วาสนา
วายุภัก, ๕๓. น.ส.วนิตา นิตยากร,
๕๔. นายวินัย อุษชิน, ๕๕. นายวัฒนโธ
พรหมหิตาท, ๕๖. น.ส. ศรีเจริญ สุข-
พานิช, ๕๗. น.ส. ศรีลักษณ์ คุ้มจินดา,
๕๘. นายสง่า นิลวรางกร, ๕๙. น.ส.
สรียา พันธุ์เพ็ง, ๖๐. นายสวณัฐ อาระ-

วานิช, ๖๑. น.ส. สายพิน เหวราชย์,
 ๖๒. นายสามารถ ธรรมจารี, ๖๓. น.ส.
 สุขใจ เจนภมิตศาสตร์, ๖๔. นายสจวิต
 วินโกมินทร์, ๖๕. นายสุพจน์ คุ้มจินดา,
 ๖๖. น.ส. สุรางค์ สรัทธา, ๖๗. นาย
 สุรินทร์ ศิริวัฒน์, ๖๘. น.ส. สุวรรณา
 จารุนาคร, ๖๙. น.ส. สมใจ ปวีทวาร,
 ๗๐. นายสมชาติ โลจายะ, ๗๑. นาย
 สมชาย สุนทรนิช, ๗๒. นายสมพร
 บัณฑิต ๗๓. นายสมศักดิ์ อินพาศพิ-
 พจน์, ๗๔. นายสุวรรเสริญ ปทุรานิช,
 ๗๕. นายสันต์ศิริ ศรมณ, ๗๖. นาย
 สุขโข วิริยะพงษ์, ๗๗. น.ส. สุกเขตก
 กนิษฐสุนทร, ๗๘. นายเสมอ มิ่งวานิช,
 ๗๙. น.ส. อนงค์ ชงคารง, ๘๐. นาย
 อนันต์ บุญโสภณ, ๘๑. นายอนันต์
 ลัทธิอนันต์, ๘๒. นายอภิชาติ สุวรรณกุล,
 ๘๓. น.ส. อารีย์ รัชฎา, ๘๔. นาย
 อารมณ หิรัญบุรณะ, ๘๕. น.ส. อมรา
 มลลา.

ข. ผู้ที่ต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติม

- ๑ นายเกษม ขาวขางกร อาจารย์-
 ศาสตร์ ๓ เดือน ศัลยศาสตร์ ๓ เดือน
- ๒. นายคำรบ สายสุวรรณ อาจารย์-
 ศาสตร์ ๓ เดือน

๓ นายจตุพร สังขวาลี จักษุวิทยา
 ๑ เดือนครึ่ง กุมารเวชศาสตร์ ๑ เดือนครึ่ง
 ๔. นายจิเรณ วิเศษกุล อาจารย์-
 ศาสตร์ ๓ เดือน จักษุวิทยา ๑ เดือนครึ่ง กุมาร-
 เวชศาสตร์ ๑ เดือนครึ่ง

๕. น.ส. จิราพันธ์ บุญโสภณ จักษุ-
 วิทยา ๑ เดือนครึ่ง กุมารเวชศาสตร์ ๑
 เดือนครึ่ง

๖. นายบัณฑิตย์ ไทยนิทร์ ศัลย-
 ศาสตร์ ๓ เดือน จักษุวิทยา ๑ เดือนครึ่ง
 กุมารเวชศาสตร์ ๑ เดือนครึ่ง

๗. นายปณิต มิกระเสน กุมารเวช-
 ศาสตร์ ๓ เดือน

๘ นายประพันธ์ พนสุวรรณ อาจารย์-
 ศาสตร์ ๓ เดือน ศัลยศาสตร์ ๓ เดือน

๙. นายประสม จันทร์วิง อาจารย์-
 ศาสตร์ ๓ เดือน ศัลยศาสตร์ ๓ เดือน กุมาร-
 เวชศาสตร์ ๓ เดือน

๑๐ นายพินิจ ไร่ไพบาร ศัลย-
 ศาสตร์ ๓ เดือน ศัลยศาสตร์ ๓ เดือน จักษุ-
 วิทยา ๑ เดือนครึ่ง กุมารเวชศาสตร์ ๑
 เดือนครึ่ง

๑๑. นายพินิจ สิมะเสถียร กุมาร-
 เวชศาสตร์ ๑ เดือนครึ่ง จักษุวิทยา ๑
 เดือนครึ่ง

๑๒. นายพิศิษฐ์ โนนานนท์ คัลย-
ศาสตร์ ๓ เดือน

๑๓. นายพิศิษฐ์ วิชรเนตร อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน กุมารเวชศาสตร์ ๓
เดือน

๑๔. นายไพโรจน์ ศิริวัฒนา อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน กุมารเวชศาสตร์ ๓
เดือน

๑๕. นายภิญโญ วงศ์ไพศาล อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓ เดือน
กุมารเวชศาสตร์ ๓ เดือน

๑๖. นายมนัส ไวอาษา อายุรศาสตร์
๓ เดือน

๑๗. นายมนัส โสภานิตย์ กุมาร-
เวชศาสตร์ ๑ เดือนครึ่ง จักษุวิทยา ๑
เดือนครึ่ง

๑๘. นายวิรัตน์ ปาลวิณิช อายุรศาสตร์
๓ เดือน

๑๙. นายรุ่งโรจน์ จุลชาติ กุมาร-
เวชศาสตร์ ๓ เดือน

๒๐. นายวิเชยว สกลรักษ์ อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓ เดือน

๒๑. นายวินิจ รอดอนันต์ อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน

๒๒. นายวิรัตน์ วาที อายุรศาสตร์

๓ เดือน กุมารเวชศาสตร์ ๓ เดือน

๒๓. นายสกล ตันติเฉลิม อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓ เดือน

๒๔. นายสภา ลิมพานิชการ อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓ เดือน

๒๕. นายสโรช รัตนกร อายุร-
ศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓ เดือน

๒๖. นายสามารถ ไพศาลสถาน
คัลยศาสตร์ ๓ เดือน

๒๗. น.ส. สุนิต พลสุข อายุรศาสตร์
๓ เดือน

๒๘. นายสุพัฒน์ เนยปฏิมานนท์
อายุรศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓
เดือน

๒๙. นายสามชาย ศิริสัมพันธ์ สติ-
ศาสตร์ ๓ เดือน คัลยศาสตร์ ๓ เดือน
กุมารเวชศาสตร์ ๓ เดือน

๓๐. น.ส. เสาวคนธ์ สาครินทร์
คัลยศาสตร์ ๓ เดือน สติศาสตร์ ๓ เดือน

๓๑. น.ส. อระ กรองทอง คัลย-
ศาสตร์ ๓ เดือน จักษุวิทยา ๑ เดือนครึ่ง
กุมารเวชศาสตร์ ๑ เดือนครึ่ง

๓๒. นายอนุรักษ์ แก้วสีปลาต คัลย-
ศาสตร์ ๓ เดือน

จักษ์ ๆ ๑. แพทย์หญิงสัคสวาท สิ้น-
เจิมศิริ, ๒. นายแพทย์ธวัช โลพันธ์ศิริ,
๓. นายแพทย์ปรีชา วัฒนวิจารณ์, ๔. แพทย์
หญิงฉวีรัตน์ วิงวิวัฒน์.

กุมารเวชศาสตร์ ๑. นายแพทย์
กัมปนาท พลาทกุล, ๒. นายแพทย์อรพดี
บุญประกอบ, ๓. นายแพทย์วินัย สวัสดิ์,
๔. นายแพทย์อัมพร เกาสวรรณ.

แพทย์ประจำบ้าน โดยมีคณะกรรมการ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลให้แต่งตั้ง
แพทย์ประจำบ้านในแผนกต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
พยาธิวิทยา นายแพทย์อำนาจ
สารสาสน์

อายุรศาสตร์และโรคจิต ๑. นาย
แพทย์สวณัฐ อาราวณิช, ๒. แพทย์หญิง
ชนงค์ ชงคำรัง, ๓. แพทย์หญิงเพ็ญศรี
มกรานนท์, ๔. แพทย์หญิงศรีเจริญ สุข-
พานิช, ๕. แพทย์หญิงโนรี วงศ์อารยะ
๖. นายแพทย์พิษณุ จงเจริญ, ๗. แพทย์
หญิงวินิตา นิทยางกูร ๘. นายแพทย์
อารมณ หิรัญบุรณะ, ๕. นายแพทย์สง่า
นิลวรยางกูร, ๑๐. นายแพทย์สมพร ชุ-
วาทิจ, ๑๑. นายแพทย์โกวิท อนันตกุล
๑๒. แพทย์หญิงสุวรรณา จารุณาคร.

ศัลยศาสตร์ ก. ศัลยกรรมทั่วไป

๑. นายแพทย์กมล นครชัย, ๒. นาย
แพทย์ศิริเวท บุญโสภณ, ๓. แพทย์หญิง
นิมิตต์ จันทร์มงคล, ๔. นายแพทย์เอกชา
สุซารมณ, ๕. นายแพทย์ฤกษ์ชัย วราธร,
๖. นายแพทย์สันต์ศิริ ศรีมณี ๗. นาย
แพทย์ไชยสิทธิ์ อินทวงศ์, ๘. นายแพทย์
อนันต์ บุญโสภณ, ๕. นายแพทย์ถวิล
แสงศรี, ๑๐. นายแพทย์อภิชาติ สุวรรณ-
กุล, ๑๑. นายแพทย์ทศพร หุตะโชค
๑๒. นายแพทย์ประจวบ บิณฑจิตต์
ข. วิสัญญีแพทย์ นายแพทย์สมบัติ
คุกระจันทร์

สูติศาสตร์ ๆ ๑. แพทย์หญิง พวงเพ็ญ
วิมลสุท, ๒. แพทย์หญิง ยุนัน อนุมาน-
ราชธน, ๓. นายแพทย์ สวรรเสริญ ปทุมณิช,
๔. นายแพทย์ สมศักดิ์ อินพงศ์พัฒน์,
๕. แพทย์หญิง สมใจ ปวีตราทร, ๖. แพทย์
หญิง วรรณรัตน์ โสภณ, ๗. นายแพทย์
สามารถ ธรรมจารี, ๘. แพทย์หญิง พิรัช
เข็นพัฒน์, ๕. แพทย์หญิง กาญจนา
วรรณประภา, ๑๐. แพทย์หญิง วไล
วีระสุนทร, ๑๑. แพทย์หญิง สรียา พันธุ์เพ็ง



- จักษุวิทยา ๑. แพทย์หญิง กาญจนา นานนท์, ๓. แพทย์หญิง จันทร ชูนากุล,
 คมนามูล, ๒. แพทย์หญิง มลลิกา ๔. แพทย์หญิง ทศนยา เจริญเวช, ๕. นาย
 ชรจันทร์, ๓. แพทย์หญิง นงนาถ รมยา- แพทย์พร คำทอง, ๖. นายแพทย์ เพียร
 นนท์ ๔. นายแพทย์ ชูชีพ ชินวงศ์ วิทย ตันตแพทยากร, ๗. แพทย์หญิง
 ๘. นายแพทย์ ชูชีพ ชินวงศ์ วันเพ็ญ สัทธพงศ์, ๘. แพทย์หญิง
 ๙. นายแพทย์ สจวิท ศรลภขณ ตจินดา, ๕. นายแพทย์ สจวิท
กุมารเวชศาสตร์ ๑. แพทย์หญิง จิรา วินโกวินทร, ๑๐. แพทย์หญิง อารีย์
 อินทะนิยม, ๒. แพทย์หญิง จากศรี หัพ- รัชยาภล.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกทายสมุค

๑ สารศิริราชชฌยชนเป็นฉบับแรกในระ-
ยบ “รวมสองเป็นหนึ่ง” ดังที่เรียนไว้แล้ว
ในท้ายฉบับก่อน, เพื่อช่วยให้สามารถเร่ง
กำหนดการออกให้ใกล้ความเป็นจริงขึ้นได้.
เราได้พยายามเพิ่มเรื่องใหม่มากขึ้นกว่าที่เคย
มีในฉบับเดียว, แต่ก็ไม่ถึงกับเท่ากับสอง
ฉบับรวมกัน, เพราะถ้าเป็นเช่นนั้นก็คงไม่
สามารถเร่งการผลิตได้แต่อย่างใด. เรา
จะพยายามให้การรวมแบบสิ้นสุดลงโดย
เร็วที่สุดที่จะทำได้.

๑ “อาการปวดกระเขนเหน็บ” ซึ่งเป็น
เรื่องนำในฉบับนี้เป็นผลงานค้นคว้าเอกสาร
ของคุณหมอเฉลิมชาติ รัตนเทพ ผู้มีความ
สนใจใน ด้าน การ เขียน เรื่อง วิชาการ มาก.
เรื่องของท่านเป็นเรื่องใหญ่เรื่องหนึ่ง, โดย
ได้ศึกษาจากบันทึกของคนไข้เกือบสามร้อย
คน, ได้จำแนกเป็นพวกและบรรยายลักษณะ
ต่างๆ ของพวกเหล่านั้นแต่ละพวกโดยละเอียด,
ทั้งยังได้เสนอความเห็นที่มีหลักฐานน่าฟัง
หลายประการ. เราเชื่อว่าเรื่องของคุณหมอ
เฉลิมชาติ นี้ จะเป็น ประโยชน์ อย่าง มาก แก่
นายแพทย์โดยทั่วไป, เพราะอาการต่าง ๆ
ที่ปรากฏในบทความนี้ เช่น อาการ ที่พบอยู่
เสมอๆ ในคนไข้จำนวนไม่น้อย.

๑ คุณหมอสำราญ วงศ์พำที่ กัยคุณ
หมอฉวี ลิมปพยอม เสนอรายงานคนไข้โรค
ตาที่ไม่ค่อยจะพบบ่อยนัก. โดยอาศัยการ
ตรวจที่ละเอียดลออ จึงสามารถให้การวินิจฉัย
ได้ถูกต้อง, ซึ่งพิสูจน์ได้จากการผ่าตัด.
ผลของการรักษาควรจะต้องนับว่าดี, เพราะ
คนไข้ไม่ต้อง ถูกควักลูกตาเช่นที่ปรากฏใน
วารสารส่วนมาก, แต่ก็ยังต้องเสียสายตา
ในข้างนั้นไป, ซึ่งท่านผู้รักษามีความเห็นว่าเป็น
เพราะมีอุบัติเหตุเกี่ยวกับหลอดเลือด, ซึ่ง
ก็น่าเป็นไปได้อย่างยิ่ง. เราเชื่อว่าคนไข้คงจะ
มีความพอใจ, แม้จะตาชอดก็ยังคงดีกว่าตาโช
ไปข้างหนึ่ง.

๑ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประคิษฐ์
ดิษฐ์รัตน์, หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา, แสดง
หลักฐานให้ระลึกลงอันตรายของการใช้ยา
โดยไม่มีความรู้, แม้จะเป็นแต่เพียง “ยา
แก้ไอ” ซึ่งไม่น่าจะมีอันตรายอะไร. ไม่
ทราบว่าอันตรายจากการใช้ “ยาแก้ไอ” นี้
จะเกิดขึ้นบ่อยสักเพียงไร. โดยมากคงจะ
ลงความเห็นกันว่าเกิดตายเพราะโรคปอด,
เพราะอาการบ่งไปทางนั้น. เพราะเหตุที่ใน
รายงานพยาธิแพทย์ เป็น ผู้ มีความสนใจ เป็น
พิเศษ, จึงได้ทำการตรวจศพและพบหลักฐาน

ของเหตุตาย, ซึ่งบังถึงผลของการใช้ยาเกิน
 ชก. เหตุนี้จะถือเอาเป็นความผิดของผู้
 ปกครองเถิดว่าให้ยามาก เกินไปก็ไม่ได้.
 เห็นจะต้องโทษแพทย์ผู้ให้ยาว่าไม่ได้เฉลียว
 ใจ, ไม่ได้เตือนผู้รับยาให้ระวังในการใช้
 ภายในกำหนดที่สมควร. ผลคือเกิดคนหนึ่ง
 ต้องเสียชีวิตไป. เราหวังว่าเรื่องนี้เป็น
 เครื่องเตือนใจแพทย์ให้เอาใจใส่ให้คำชี้แจง
 การใช้ยาแก่คนไข้ (หรือผู้ปกครอง, ผู้
 พยาบาล) ให้ละเอียดสักหน่อย. ไม่ควร
 ถือว่าเขียนฉลากให้แล้วก็พอเพียง, เพราะ
 การใช้ยาเป็นการใช้อาวุธสองคมเสมอ.

๑๐ บท ความ นิติเวช ๆ ของ คุณ หมอ
 สงกรานตครวณอาจมีคนคิดว่าสิ้นไปและจะ
 หมกลองห้วน ๆ. ความจริงนั้นท่านแบ่งออก
 เป็นสองตอน, คือในตอนแรกนเป็นเรื่องการ
 สมรส. ตอนที่สองในฉบับต่อไปจะเป็นเรื่อง
 การขาดจากการสมรส. หวังว่าท่านที่สนใจ
 คงจะไม่ถือว่าท่านศาสตราจารย์สงกรานต
 ทำขี้กขย่อนให้เป็นสองตอนขึ้นมา.

๑๑ แผนกปักษีวิทยาเรามีเรื่องที่น่าสนใจ
 สำหรับแพทย์ทั่วไปไปตามเคย. ฉบับหน้าอาจ
 จะมีหลายรสมากกว่าในคราวนี้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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