



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓-๔ มี.ค.-เม.ย. ๒๕๐๓ Volume 12, Number 3-4, Mar.-Apr. 1960.

ทางเดินอาหารแฝด*

รายงานผู้ช่วย ๒ ราย

เฉลิมชาติ รัตนเทพ

พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

ทางเดินอาหารแฝด (Duplication of the alimentary tract) เป็นการผิดปกติที่พบไม่บ่อยและมักจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการวินิจฉัยโรค, ในการตรวจโดยรังสีเอกซ์และในการรักษา. คำว่า "Duplication of the alimentary tract" เป็นที่นิยมใช้อยู่ในขณะนี้, แต่อาจจะมีเรียกชื่อเป็นอย่างอื่นได้เช่น enterogenous cysts, enterocystoma, Ileum duplex, inclusion cysts, และ gastric mediastinal cyst.

Gardner (1935) ได้กล่าวว่า Sanker

และ Klopp ได้รายงานการผิดปกติตั้งแต่ปี ๑๘๘๐. หลังจากนั้นก็มีผู้รายงานเพิ่มเติมเรื่อยมา. แต่ไม่มีผู้ใดให้คำอธิบายถึงสาเหตุและวิถีเกิดของการผิดปกติจนกระทั่ง Lewis และ Thyng ได้ให้คำอธิบายในปี ๑๙๐๗. ต่อมาการศึกษาและให้ความเห็นโดย Evans (1929) และ Bremer (1944) ซึ่งจะได้วิจารณ์ความเห็นต่าง ๆ เหล่านี้ต่อไป.

การผิดปกติอาจเกิดได้กับทุกส่วนของอวัยวะที่เจริญจากเยื่อชั้นโตเคอรัม ของเอ็ม

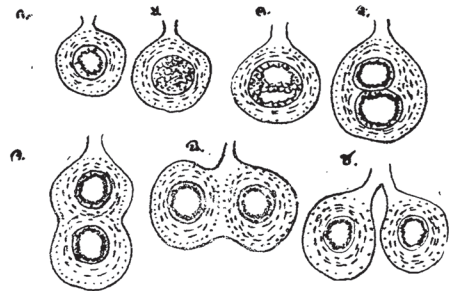
* บรรยายในที่ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลเมื่อ สิงหาคม ๒๕๕๕

บริษัโธ. ฉะนั้นอาจจะพบได้ทคอ, ทรวงอก, ช่องท้องและภายในอึ่งเซ็งกราน. ท่อหรือถุงที่เกิดผิปรกกันอาจจะสัมพันธ์อยู่ใกล้ชิดกับลำไส้ซึ่งเป็นส่วนที่ให่กำเนิด (Parentgut), เช่น มี หลอดเลือด มา เลียง ร่วม กัน หรือมี เมเซ็นเตอรัยร่วมกัน.

ทฤษฎีของ Lewis และ Thyng (1907), ซึ่งอาศัยการศึกษาเอ็มบริโอ หนู, กระจ่าง, หม และคนจากเซคชันที่ตัดเรียงกันไปตามลำดับ, ให้ความเห็นว่าการผิปรกเกิดจากการเจริญของกลุ่มเซลล์เอพิเลียมทพ ใน บริเวณปริมิตีฟักท ที่ ให่กำเนิดตัย อ่อน, กลุ่มเซลล์เหล่านี้อาจเป็นอันเดียวหรือหลายอันก็ได้. ตามปรกติกกลุ่มเซลล์เหล่านี้จะไม่เจริญต่อไปเป็นอวัยวะใด, แต่ถ้ายังคงปรากอยู่ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดตัยอ่อนผิปรกหรือภาวะท ม เนอ ตัย อ่อนมากกว่า ปรกติ (Accesory pancreas), หรืออาจเปลี่ยนเป็นถุงย่อยรูปต่างๆได้. ทฤษฎีนี้มีผู้เสนอออกันมาก. แต่มีความเห็นขัดแย้งเพราะไม่อาจอธิบายการเกิดของ ลำไส้แฝด ที่เป็นช่วงยาวๆ ได้.

ทฤษฎีที่ ๒ อธิบายว่า เกิดจากการผิปรกติของวาคโอไลเซชัน (Vacuolisation), ในการ เจริญ วัะยะต้นๆ เซลล์ ของ เอ็นโด-

เคอรัม ซึ่ง ขยายในของ ทาง เคน อาหารนั้น แบ่งตัวทัว จำนวนมากจน บรรจุ อยู่เต็ม ช่องของทางเคนอาหาร, การจะททำให้เป็นช่องทางเคนขึ้นจะต้องมีโพรงเล็ก ๆ (vacuoles) เกิดขึ้นในกลุ่มเซลล์นั้น. ตำแหน่งใดเกิดเป็น ๒ โพรงขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดเป็นลำไส้แฝดกรรูป ๑.



รูป ๑ แสดงการเกิดลำไส้แฝดโดยวิธี วาคโอไลเซชัน. จาก Bremer (1944) ก. วัะยะแรกของปริมิตีฟักท. ข. วัะยะเซลล์เพิ่มจำนวนมากขึ้นบรรจุอยู่เต็มช่อง. ค. เกิดโพรงเป็น ๒ โพรง ง. เติบโตเป็นโพรงแฝด. จ.จ.จ. เกิดเป็นลำไส้แฝดที่อาจมีเมเซ็นเตอรัยร่วมหรือแยกกัน.

ทฤษฎีที่ ๓, Bremer (1944) ให้ความเห็นว่แฝดของลำไส้ อาจ จะเกิดจากการ เกิดเป็นโพรงที่เข้าไปตามปรกติกได้. แต่ในวัะยะหนึ่งมีการแบ่งตัวของเซลล์ ทช โดยรวดเร็ว, ททำให้มีเซลล์สอดขนเข้าไปในโพรงของลำไส้ ส่วนนั้นซึ่งต่อไปจะทอดเป็นสะพานแบ่งโพรงออกเป็น ๒ ส่วน (รูปที่ ๒).

ย่อยที่สุด, ต่อไปเป็นแบบถุงย่อย, แผลเป็นรูปกระบอกเป็นแบบทพบน้อยที่สุด.

ตำแหน่งที่เกิด ชนิดที่เข่นถุงย่อยพบมากที่สุดบริเวณคอไคคินม, แบบที่เข่นถุงนำพบมากที่สุดตำแหน่งลำไส้เล็กต่อกยลำไส้ใหญ่. ที่เป็นรูปกระบอกมีรายงานพบที่ส่วนปลายของลำไส้ใหญ่, ทหลอดอาหาร, และทเรคคม.

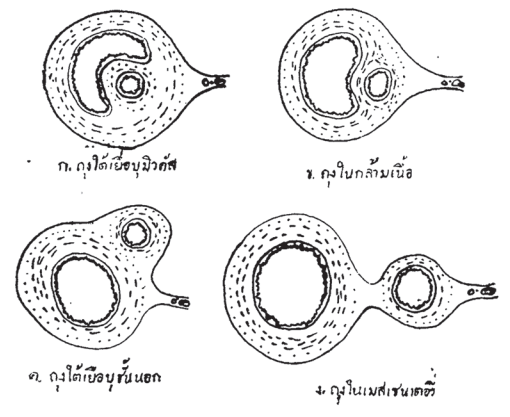
ในทรวงอกมีรายงานการผิดปกติเช่นซึ่งมีแต่ทเป็นแบบถุงย่อยและเป็นถุงนำ.

การสัมพันธ์กับทางเดินอาหารส่วนที่

ให้กำเนิด ลำไส้แผลที่เข่นรูปกระบอกมักเห็นได้ง่าย, แต่ทเป็นถุงย่อยหรือถุงนำอาจอยู่ห่างลำไส้ส่วนที่ให้กำเนิดได้มาก ๆ เช่นถุงย่อยในทรวงอกอาจมีทางติดต่อกยลำไส้ในช่องท้อง. ขอนจะตองนึกถึงอยู่เสมอในเวลาจะตัดสินใจทำการผ่าตัดแก่การผิดปกติประเภทนี้. สำหรับที่เป็นรูปถุงนำและรูปกระบอก มีความสัมพันธ์กยส่วนที่ให้กำเนิดตาม Evans (1929) แบ่งแยกได้เป็น ๔ ชนิด คือ:

- ๑) อยู่ใต้เยอบวมิวคัส (Submucosal cysts, รูป ๔ ก.) ชนิดนี้ยังไม่มียางานเลย.
- ๒) อยู่ในชั้นกล้ามเนื้อ (Intramural

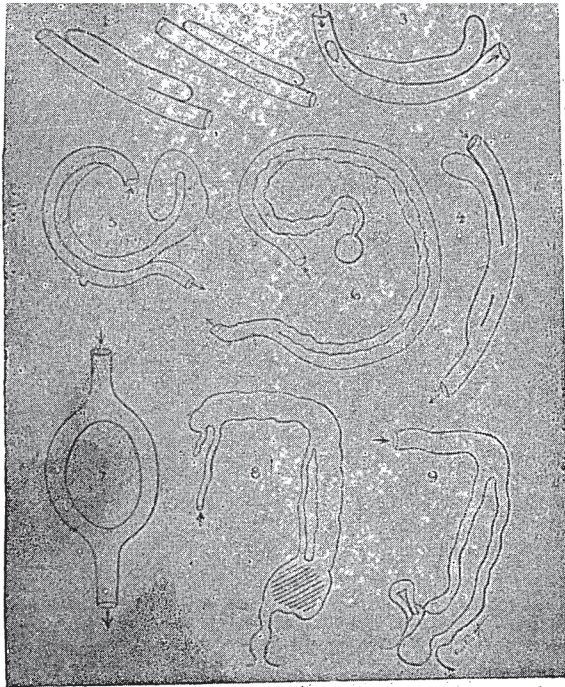
cysts, รูป ๔ ข.)
๓) เป็นถุงอยู่ชัคเยอบุช่นนอก (Subserosal cysts, รูป ๔ ค.)



รูป ๔ แสดงการสัมพันธ์ของหลอดอาหารแผลกับส่วนที่ให้กำเนิดจาก Evans 1929

๔) อยู่ภายในเม เช่น เตอริย ร่วมกัน (Intra-mesenteric cysts, รูป ๔ ง.)
มียางานย่อยที่สุดคือชนิดที่ ๒.

ลักษณะของเยอบุช่นใน เยอบของลำไส้แผลที่พบอาจมีได้หลายชนิด, ตั้งแต่เป็นเซลล์ชั้นเดียว Columnar, cuboidal หรือเป็นเซลล์หลายชั้น. บางรายเป็น ciliated epithelium, บางรายเป็น atrophic, และบางรายมีหลายแบบปนกัน. ที่เข่นเช่นอธิบายตามทฤษฎี (The theory of heteromorphoses of the alimentary tract of Nicholson)

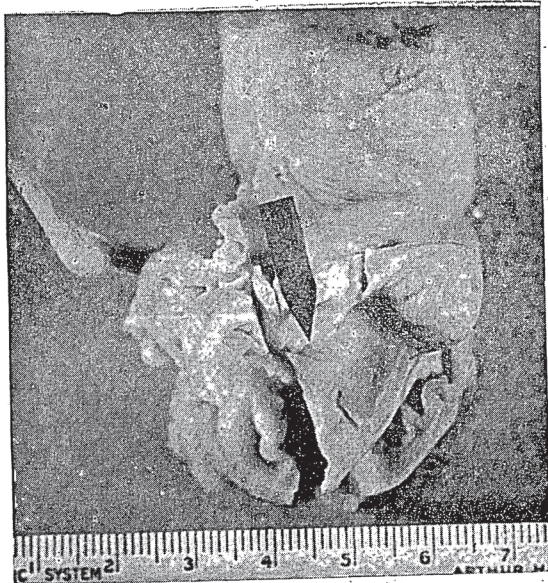


ก.

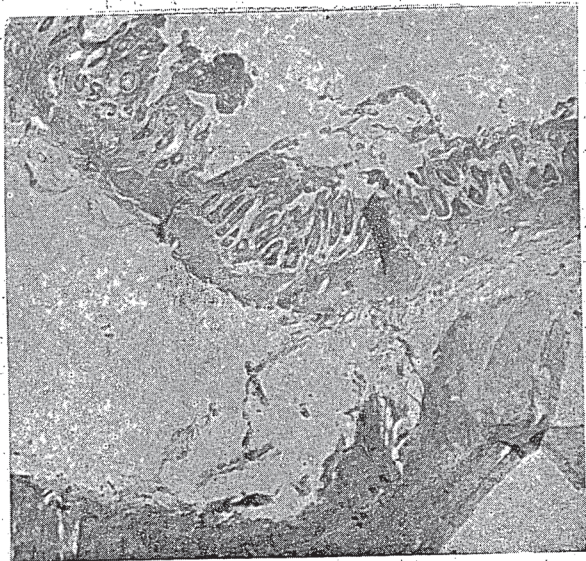


ข.

รูป ๓ แสดงไส้เดือนชนิดต่างๆ จาก Bremer



ก.

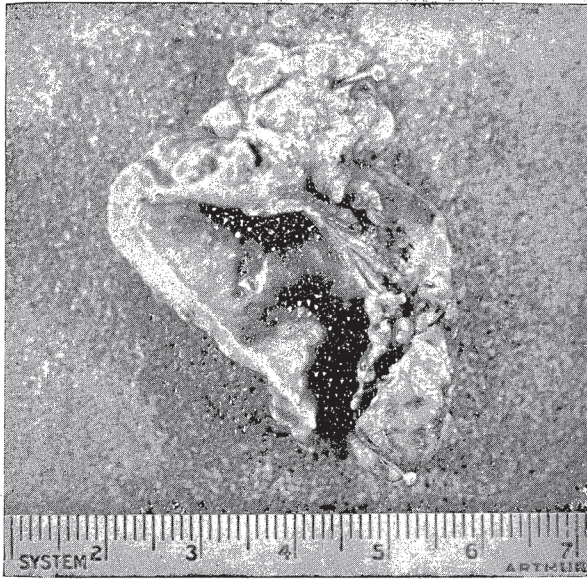


ข.

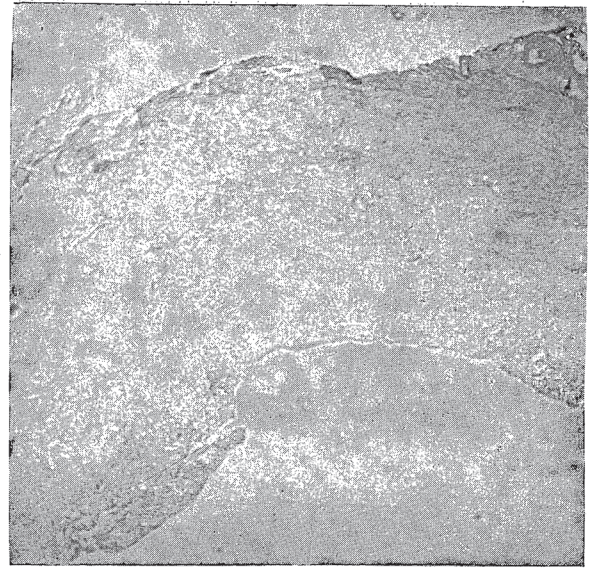


ค.

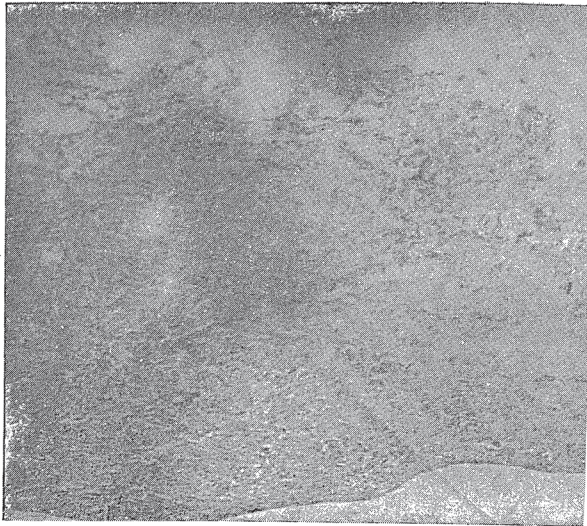
รูป ๔ จากผู้บรรยายที่ ๒ ก. ไส้เดือนส่วนที่ตัดออกพร้อมกับ
ถุง ถ่ายพลิกกลับให้เห็นดังอยู่ด้านหลังตรงกับลูกศร.
ข. และ ค. แสดงผนังของถุง มีเยื่อมิวคัสเป็นชนิดของ
ไส้เดือนใหญ่ และมีกล้ามเนื้อเป็นผนังชัดเจน (X ๒๕).



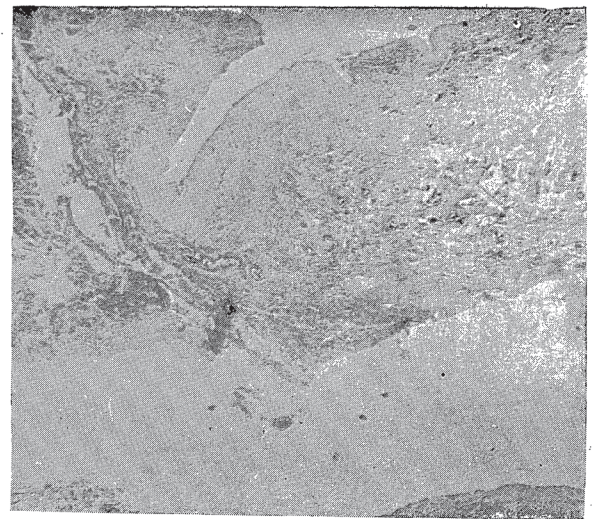
ก.



ข.



ค.



ง.

รูป ๖ ก. ถุงที่ ๑ ที่เลาะออกได้โดยง่าย. ข. และ ค. ลักษณะของผนังของถุงไม่ปรากฏมีเยื่อบุมีวคัส, คงมีแต่กลามเนื้อ ($\times 25$).
ง. เป็นลักษณะของถุงที่ ๓ ซึ่งได้ตัดออกมาบางส่วน.

กล่าวว่าเซลล์เหล่านี้เป็น potential cells. อาจจะแปรรูปเป็นชนิดใดก็ได้ทั้งในที่สุดแต่แต่สิ่งแวดลอม. นอกจากนี้เขยอบอาจถูกทำลายโดยการอักเสบ หรือโดยฤทธิ์ของน้ำย่อยที่เกิดจากต่อมภายในเขยอบนั้น ๆ. ตามรายงานที่พบย่อมีก็จะเขยอบที่คล้ายของกระเพาะและของลำไส้เล็ก, รองลงไปพบก็เป็นเขยอบหลาย ๆ อย่างปนกัน. อย่างไรก็ตาม, อาจจะมีพบที่อ่อนในส่วนฝักปรกติน.

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิที่พบได้ในลำไส้ฝืด ลำไส้ฝืดอาจเป็นแผลเป็ปติค, มีอาการที่นำคนไข้มาหาแพทย์. แผลเป็ปติคมักพบในรายที่เขยอบคล้ายเขยอบกระเพาะอาหาร และรายที่เขยอบหลายชนิดปนกัน. ยังไม่มีรายงานพบแผลในรายที่เขยอบที่เหมือนของลำไส้เล็กเลย. ทั้งนี้ทำให้ทฤษฎีที่ว่าแผลในกระเพาะเกิดจากการมีกรดมากเกินไปได้รับการสนับสนุนยิ่งขึ้น.

น้ำในถุงหรือในลำไส้ฝืดที่ไม่มีการติดต่อกับทางเดินอาหารปรกติ อาจมีได้หลายชนิด. อาจเป็นเมือก, เป็นน้ำใส หรือเป็นหนองปนเลือดทั้งนี้แล้วแต่ชนิดของเขยอบและภาวะในขณะนั้น. การเจาะถุงน้ำไม่ช่วยในการพิจารณาแต่อย่างใด. การตรวจหา

พิเศษของน้ำที่เจาะได้ อาจจะช่วยบอกลักษณะของน้ำว่าคล้ายคลึงกับน้ำในลำไส้.

อายุ การฝักปรกตินอาจทำให้เกิดอาการช้าหรือเร็วได้แล้วแต่ตำแหน่งที่เกิด, การโตเร็วช้าและภาวะแทรกซ้อน. Gross (1955) พบว่าส่วนมากแสดงอาการในเด็กภายในอายุ ๓ ปี. Menh (1940) พบบอกสารของ Quinsel ซึ่งรายงานในผู้ช่วยหญิงอายุ ๒๒ ปี. Langston (1950) พบโดยบังเอิญในผู้ช่วยชายอายุ ๒๕ ปี จากการตรวจปอดทางรังสีประจำพบเขยอบและเข้าใจว่าเป็นมะเร็ง.

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์แน่นอน. Rea (1940) อ้างรายงานของ Hugo ว่าหญิงเป็น ๓ : ๒ เท่าของชาย.

อาการ แบ่งได้ตามชนิดและตำแหน่งของลำไส้ฝืด คือ :

ชนิดถุงย้อย อาจทำให้เกิดอาการได้ ๓ อย่าง :

- ๑) ถุงขยายโตขึ้น ทำให้รู้สึกว่ามีก้อน, กดเจ็บ, มีอาการของอวัยวะใกล้เคียงที่ถูกดกด. อาการเหมือนเนื้องอกทั่วไป เช่น ที่ทรวงอก ทำให้มีอาการคล้ายเนื้องอกของเมกิสแอสติเนียหรือของปอด, ที่บริเวณคอ-

คินัมจะทำให้มีอาการของการออกก้นของพัย-
ลอร์ส.

๒) เลือดออก การที่ถ่วงย่อยมีทางคิก
คอกัยทางเดินอาหารที่ให้งานเค, ขณะถ่วง
นนมการอัสเสบหรือมีแผลทำให้เลือดออก,
จะก่ออาการเหมือนและคอกัยในลำไส้ มี
อาเจียนเป็นเลือด และถ่ายอุจจาระสีดำ.

๓) อาจเกิดการบิกทชวของถง หรือ
เกิดอาการทะเลซน. ขณะนี้ยังไม่มียางน
แต่อาการเหล่านี้ อาจเกิด ซนไตเช่นเคบวบ
เม็คเคส ไคเวอรัคคูลม. ถงย่อยอาจจะ
ทะเลไต โดยสัง แปลก ทคกลงไป.

ชนิดที่เป็นรูปกระบอกแปด

มีค แสดง อาการ เลือด ออก ใน ทางเดิน
อาหารหรืออาการทางเดินอาหารออกก้น. เกิด
จากลำไส้แปดโตไปกค. ลำไส้แปดรปนมัก
ไม่แสดงอาการว่ามีกอนฝคปรกคในทไต.

ชนิดที่เป็นงูน่า อาการสำคัญคอกอน

ในท้อง, อาจมีอาการลำไส้คอกนยั้งขุ่น. ใน
รายทเป็นอนครามูรัลซีสต์ ถงอาจโตไป
กคหลอกเลือดทำให้ทางเดินอาหารใกล้เคียง
ตาย กลายเป็นโรคปวกทอชยั้งขุ่นซน. อาจ
มีอาการเป็นอย่างอนอกไตแล้วแต่ตำแหน่งท
เป็น.

การพิเคราะห์โรค

การฝคปรกคินส่วนมากไม่อาจพิเคราะห์
ได้ชัดเจนก่อนการผ่าคค. การวินิจฉัยโดย
ทางรังสีช่วยได้มาก, แต่มักไม่ให้รายละเอียด
เคว่าฝคปรกคิมากน้อยแค่ไหน. อาจจะ
พิเคราะห์ให้ใกล้เคียงไตถานถงภาวะนอย
เสมอ, โดยเฉพาะฝคย่อยเคทมอาการของ
เนองอกทไม่อาจบอกแหล่งกำเนิดได้แน่นอน.

อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร บวก
กัยการตรวจพบถงน้ำในทรวงอกเป็นอาการ
แสดงการฝคปรกคินคินในทรวงอก แม้จะ
เป็นการฝคปรกคทพบได้ยากก็ตาม. (18)

การพิเคราะห์แยกโรค การแยกจากโรค

อนคองอาศัยตำแหน่งเป็นสำคัญ.

๑. ถ้าเป็นททรวงอก คองแยกจากเนอง
อก, ถงน้ำจากสาเหตุอน, การอัสเสบทท
ให้เกิดหนองในทรวงอก โดยเฉพาะหนอง
ที่อยู่ใค้ยซล, และไส้เดอนกะขังลม
เพราะมีอาการและการตรวจทางรังสีคล้าย
คคกนมาก.

๒. บริเวณกระเพาะและคโคคินัม ใน
เคคคองแยกจากพัยลอร์สคคแต่กำเนิดและ
คค่อนซนควงแหวน.

๓. ที่ลำไส้ เล็กคอกัยลำไส้ใหญ่และ

ลำไส้ใหญ่ ต้องแยกจาก ลำไส้กลืนกันและ
โรค ที่ทำให้ เกิดการ อุดกั้น ของลำไส้ ส่วน
ล่าง, เมกะโคลอนแต่กำเนิด, ผนังลำไส้
อยู่ใต้เยื่อหุ้มควิสและที่อยู่ในชั้นนอกلامที่
บริเวณนั้น, ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ลำไส้
กลืนกันใน ผู้ป่วยอายุน้อย.

๔. ทูเมเชนเตอร์ริช และลำไส้ส่วนอน
ถ้า เป็น อากาโร จาก ลำไส้ แผล ใน บริเวณ
ที่ เหวระเห้ แยกโรคจาก โรคอื่น ได้ยาก. ชนิด
ที่เป็น ผนังลำไส้ จะแยกได้ยากจาก ผนังลำไส้
ชนิดอื่น ๆ คือ ซีสต์, ยูโรเจนิคัล ซีสต์, เคอร์
มอยคัล ซีสต์, เทอราโตมาตัส ซีสต์ พวก
เมเชนเตอร์ริชชนิดซีสต์. ถึง ในการผ่าตัด
ก็เป็นการยากที่จะแยก (Wood 1955). (22)
การ เหวระเห้ แยกออกจาก ผนังลำไส้
เป็น ของ จำ เป็น มาก ใน ด้าน การ รักษา, (6)
เพราะ ผนังลำไส้ ไม่ได้เกิดจาก ทางเดินอาหาร
จึงจะอยู่ใกล้ซีกกึ่งทางเดินอาหารบางส่วนก็
มักจะมี หลอดเลือด แยกจาก ของลำไส้ และ
อาจทำการ เลาะแยกออก โดยไม่มีอันตรายต่อ
ทางเดินอาหาร, แต่ ผนังลำไส้ที่เกิดจาก ลำไส้
แผลต้น จะต้องรักษา โดยวิธีอื่น. (6)

๕. ททวารหนักและก้นกบ มีรายงาน
ไว้น้อยมาก. Ladd และ Gross (1940) (9)
รายงาน ๑ ราย มี อากาโร คล้าย ผื่น บริเวณ

ก้นกบ.

การรักษา การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ทศุค.
วิธี ทำ ขึ้น อยู่ กับ ตำแหน่ง และ ลักษณะ ของ
ความ พิการ ที่ ตรวจพบ ขณะ ทำการ ผ่าตัด.
Gross (1955) (6) แนะนำไว้ ๓ วิธี คือ:

๑. ลอกผนังลำไส้ส่วนอน ใช้ในรายที่
ผนังลำไส้ แยกออกจาก ลำไส้ ได้.

๒. Marsupialization คือ เปิดผนังลำไส้
หรือ ผนังลำไส้ เข้าถึง ทวารหนัก ใน ออก แล้ว เย็บ
ขอบ ผนังลำไส้ ขอบแผล ผิวหนัง ด้านนอก เพื่อให้
ผนังลำไส้ มี ทาง ระบาย ออก นอก ร่างกาย. ขึ้น
ต่อไป อาจ ใช้ สะเคอโรโร ซึ่ง ก็ เอ็น คือก เข้าไป
ใน ผนังลำไส้ เพื่อ ทำลาย เยื่อหุ้มควิส หรือ เพื่อให้
ผนังของ ผนังลำไส้ แข็ง ขน เพื่อ เป็นการ สะกด ก่อ
การ ลอก โดยวิธี ๑. วิธี นี้ เป็น วิธี ค่อน-
เซอร์เวตฟัว, ใช้ ใน ราย ที่ ไม่ อาจ ทำ ผ่าตัด
ใหญ่ ใน ครั้ง เดียว ได้.

๓. ใน ราย ที่ ลำไส้ ที่ เกยวข้อง ไม่ ยาว
มาก ควร ตัด ออก แล้ว ต่อ.

Fischer (1950) (4) รายงาน ผู้ป่วย มี ลำ-
ไส้ แผล แขนง ย่อย ๑ ราย. รักษา โดย การ
ตัด ผนังลำไส้ กึ่งลำไส้ ข้าง เคียง. กล่าว ว่า ได้ ผล
ดี. วิธี นี้ อาจ ทำให้ ผนังลำไส้ หยด โต, แต่ ก็ เสี่ยง
กับ การ ทำให้ เกิด เป็น แผล ถ้า ผนังลำไส้ มี เยื่อ

ชนิดเดียวกับของกระเพาะอาหาร.

ลำไส้แตกที่ทรวงอก โดยเฉพาะในเด็ก ควรผ่าตัดเป็น ๒ ระยะ เพราะเด็กมักทนการผ่าตัดใหญ่ไม่ได้.

ในขณะนั้นการรักษาความพิการนยงมีอัตราตายสูงมาก. ทงนอาจเป็นเพราะการพิจารณาที่โรคไม่ชัดเจนก่อนผ่าตัด และกระเนไม่คิดว่าลำไส้ส่วนที่ผิดปกติยาวมากน้อยเพียงใด. และในผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างน้อย ไม่สามารถทนการผ่าตัดได้. การตัดข้อลำไส้ในเด็กถึงจะเป็นวิธีที่ถูกต้อง แต่เล็กก็มักจะทนการผ่าตัดเช่นนั้นไม่ค่อยได้.

รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ ค.ญ. ส.ม. อายุ ๒ ปี, เลขที่ทวไป ๓๔๔๔๗/๕๕. เลขที่ภายใน ๘๗๕๑/๕๕ รั้วในโรงพยาบาลเมอ ๕ มิถุนายน ๒๔๕๕, จำหน่าย ๒๕ มิถุนายน ๒๔๕๕.

อาการสำคัญ ปวดท้องหลังอาหารและท้องอืดมา ๓ วัน.

ประวัติปัจจุบัน ก่อนมาโรงพยาบาล ๓ วัน เริ่มมีอาการอาเจียนหลังอาหาร, พร้อม ๆ กอนนขตาของผู้ป่วยสังเกตเห็นหน้าท้องนูนท้องทางขวาและทบบริเวณสะดือมั่วแดงและ

เจ็บเวลาถูกต้ง. อุจจาระและปัสสาวะปกติ แต่กินอาหารน้อย. วันต่อมาผู้ป่วยมีไข้, หน้าท้องต้งตลอดเวลา, ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน. บิคนำมาตรวจที่แผนกตรวจโรค. ใ้รับ การพิจารณาว่า การอักเสบที่ผนังหน้าท้อง. ใ้รับยาซัลฟาและเพนิซิลลิน. อาการเจ็บที่เลาลงบ้างแต่ท้องอืดไม่หาย บิคนำมาโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง หลังจากการตรวจครั้งแรก ๑ วัน.

ประวัติอดีตและประวัติครอบครัว ไม่เกี่ยวข้องกับการป่วยครั้งนี้.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ๓๘.๕ ช., ชีพจร ๑๔๔ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที, ความดันเลือด ๘๖/๖๐ มม.ปรอท. ผู้ป่วยเค็บโตสมอายุ, พดจาร์เรองคิ. ไม่มีอาการเสียน้ำ. หน้าท้องต้ง. คลำได้ก้อนไม่ชัดเจนบริเวณเหนือสะดือเล็กน้อย ค่อนไปทางขวา, กดเจ็บ, ลักษณะเป็นถุงน้ำ, เรียบและต้ง, เคลื่อนที่ไ้เล็กน้อย, คลำขอบล่างไ้ไม่ชัดเจน, เคาะที่ขยทบบริเวณก้อน, และฟังเสียงลำไส้ไ้ค่นน้อยกว่าทอน.

ตรวจทางทวารหนัก ไม่พบสิ่งผิดปกติ. ระบบอื่น ๆ ปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง ขย. ๕๒ ปช.,
มลก. ๓.๘๕ ล้าน / ล. มม., มลช.
๑๖๔๕๐ / ล. มม., โปล์ยัม. ๘๕ ปช.,
ลียมฟ. ๑๕ ปช.

การตรวจทางรังสี ภาพถ่ายส่วนท้องธรรมดาแสดงเงาที่ขบของก้อนทิสซิวอ่อนที่ช่องท้องค้ำขวาส่วนล่าง, ไม่มีลักษณะของการอุดตันของลำไส้.

การพิจารณาโรคชนิดนี้ เนื้องอกในช่องท้อง, ไม่ทราบกำเนิด.

การรักษา ได้ให้การรักษาเพื่อรอการตรวจพิจารณาที่ขบสัปดาห์โดยการพักผ่อน, ไม่ได้ให้แอนติไบโอติกเป็นเวลา ๒ สัปดาห์, อาการของเด็กดีขึ้น, ใช้ซิงส์แต่แรกกลดลงภายใน ๔ วัน, ก้อนที่คลำได้แต่แรกขบลง, แต่ไม่หายไป. เด็กกินอาหารได้ตามปรกติ.

การตรวจเลือดใน ๑๐ วันต่อมาได้ผลดังนี้: มลช. ๘๐๐๐ / ล. มม., โปล์ยัม. ๕๔ ปช., ลียมฟ. ๔๖ ปช.

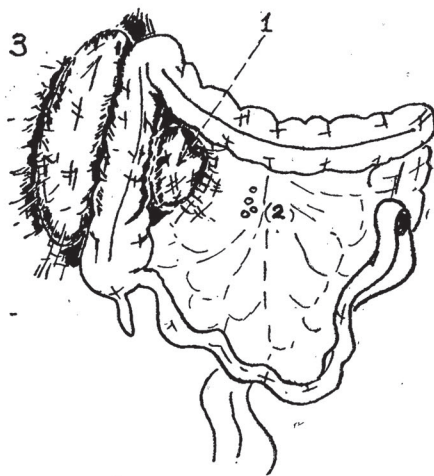
ตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยแบเรียมพบว่าก้อนที่สงสัยนั้นอยู่นอกลำไส้ใหญ่และเย็บคอ-ล้อนส่วนขึ้นไปทางใกล้กลาง.

การตรวจไตทางรังสีรายงานว่าไตทั้งสองปรกติทั้งตำแหน่งและหน้าที่. แสดงชัดเจน

ว่าเนื้องอกก้อนนี้ไม่เกี่ยวข้องกับไต.

การพิจารณาโรค รายนี้ ไม่อาจทำได้กระ่างกว้างก่อนทำการผ่าตัด. ผู้ช่วยรายงานจะมี ๑) ถุงน้ำในช่องท้องประเภทไตประเภทหนึ่ง. ๒) เนื้องอกของรังไข่ขวา. ๓) เนื้องอกหลังเยอบช่องท้อง.

การตรวจพบจากการผ่าตัด ผ่าตัดเมื่อ ๒๐ มิถุนายน ๒๔๙๙. พบถุงน้ำขนาดต่าง ๆ (รูปที่ ๕) ดังนี้:



รูป ๕ แสดงลักษณะของถุงน้ำที่เห็นในเวลาผ่าตัด

๑. ถุงน้ำชนิด มีลึกลอดคล้ายซี่สตี ขนาด ๗ x ๕ ซม. ติดกับโค้งเยาะปาดิกของลำไส้ใหญ่, เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย. ถุงนี้ตรงกับตำแหน่งที่คลำได้ทางหน้าท้อง.

๒. ถุงน้ำขนาดเล็กๆ ตั้งแต่ ๓-๐.๕

ชม. ทิศอยู่ที่โคนเมเช่นเคอริยของส่วนบนของอิลิยม.

๓. งดงามขนาดใหญ่ งดงามขนาด ๑๘x๑๒x๑๐ ซม. อยู่หลังเยอบชองทอง ทิศกบยโคโลนส่วนบน, เยอบชชคชคิมไปทางตรงกบยทรวพพทางรังส.

ได้ทำการเลาะดวงที่ ๑ ออกโดยไม่กระทบกระเทือนต่อลำไส้แต่อย่างใด, ไม่เสียเลือด. งดงามอยู่ใต้เยอบชอนอก. น้ำในดวงมีลักษณะเป็นเมือกปนหนอง. งดงามเล็กๆ ที่โคนเมเช่นเคอริยไม่ได้เลาะออกเพราะมีขนาดเล็กมาก. งดงามใหญ่ซึ่งเป็นซบซีโรซลซียสที่เช่นเคียวกบยดวงที่ ๑ นั้น อยู่ติดกับผนังลำไส้ใหญ่มากจึงไม่ได้เลาะออก, เพียงแต่พยายามตัดมันงอกให้มากที่สุดที่จะตัดออกได้. มันเป็นเนื้องอกกลมหนาและน้ำในดวงเป็นสีฟางอ่อน. ได้ทำการตัดไส้ตั้ง ออกด้วย และใส่ที่อ่อนก่อนจะเย็บชคหน้าทอง.

ผลของการรักษา ผู้ช่วยหายคเวยบรอยหลังผ่าตัด. ได้ันคให้ผู้ช่วยมารบการตรวจทุก ๖ เดือน.

การพิเคราะห์ทางพยาธิวิทยา (รูปที่ ๖)

ลักษณะของถุงน้ำทั้งสองเหมือนกันคือ

๑. ก้วยตาเปล่า ดวงที่ ๑ ขนาด ๕x๔x๑

ชม. เบ็ดออกแล้วพบว่า ภายในมีแผลหลายแห่ง. ความกว้างของแผลขนาด ๑/๒ ซม. แผลถูกปกคลุมด้วยคราบสีเหลือง.

๒. ก้วยกลอง รุกทัศน์ ลักษณะของถุงมเนอกลำม ๒ ชั้น, มีเยอบตถูกทำลายโดยการ อักเสบ เรอริง, ขางแห่งเป็นการตายไขมันและแสดงปฏิกิริยาต่อสิ่งแปลกที่. พย โฆ เลส เตอ รอล เคลฟท์ เป็นขางแห่ง ไม่สามารถยอกชนคของเยอบได้.

การพิเคราะห์ ดวงทั้งสองเป็นลำไส้แฝด.

รายที่ ๒ ค.ช. ป.จ. อายุ ๕ เดือน, เลขที่ทวไป ๔๒๕๘๗/๕๕, เลขที่ภายใน ๑๐๗๔๖/๕๕. รัยไว้ในโรงพยาบาลเมอ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕, จำหน่ายเมอ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕.

อาการสำคัญ ท้องอืดและอาเจียน, เป็นๆ หายๆ มา ๑ เดือนเศษ.

ประวัติปัจจุบัน การคลอดและการเจริญภายหลังคลอดปรกติจนกระทั่งอายุ ๔ เดือน. ต่อ

มาเริ่มมีอาการท้องอืดและอาเจียน หลังกินนมเป็นครั้งแรก, ต่อมาแม่ไม่กินนมก็อาเจียน. อูจาระผูกจนท้องส่วนเสมอ. หลังสวนอุจาระถ้าอุจาระออกมาก อาการท้องอืดก็หายไป. อูจาระเป็นก้อน, สีปรกติและไม่เคยมีเลือด. ก่อนมาโรงพยาบาล ๔ วันท้องอืดมาก, สวนอย่างธรรมดาไม่ออก.

ประวัติอดีตและประวัติครอบครัว ไม่เกี่ยวข้องกับกาวยุวกรรม.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ๓๗.๕ ซ., ชีพจร ๑๒๐ ครั้ง/นาที, หายใจ ๓๔ ครั้ง/นาที. ผู้ป่วยร่างกายสมบูรณ์เติบโตสมอายุ. แสดงการเสียน้ำอย่างและซึมเล็กน้อย. ริมฝีปากแห้ง, คอและทอนซิลแดงเล็กน้อย. หน้าท้องตึงทั่วไป, มองเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นรูปกระโต. ไม่มีตำแหน่งที่กดเจ็บ. คลำหน้าท้องไม่พบก้อนในท้อง, ตับและม้ามคลำไม่พบ. เสียงลำไส้มากกว่าปรกติ. ตรวจทางทวารหนักไม่พบอุจาระและไม่พบสิ่งผิดปกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง ฮย. ๖๐ ปช., มลท. ๔.๑๑ ล้าน/ล.มม., มลช. ๑๕๘๐๐/ล.มม., โปไลยม. ๕๒ ปช., ลิยมฟ. ๔๘ ปช. มีสภาวะปรกติ.

การตรวจทางรังสี รายงานว่ามีลมในลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ทั่วไปมาก. ขอกตำแหน่งที่ทำการออกันไม่ได้.

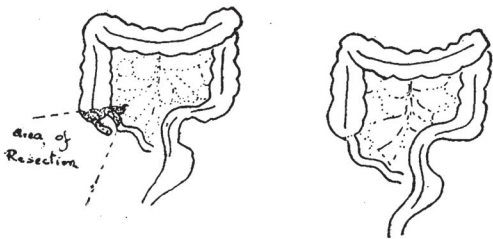
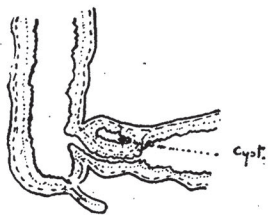
การพิจารณาโรคขั้นต้น ลำไส้อุดตัน ไม่ทราบสาเหตุ.

การรักษา รายงานประวัติไม่ชัดว่า ลำไส้จะตันที่ตำแหน่งใด จึงได้ให้การรักษาแยกคอนเซอรัเวทีฟว์ โดยงดอาหารและลดน้ำและลดลมออกจากกระเพาะตลอดเวลา, และให้อาหารทางหลอดเลือด. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในวันที่ ๒, อาการชาคน้ำหายไป, หน้าตาสดใสขึ้นและกิริยากระฉับกระเฉงขึ้น, แต่ท้องยังอืดอย่างน่าวิตก. ไม่ถ่ายอุจาระและไม่ผายลมเลย. คุกสิ่งที่อยู่ในกระเพาะทางสายยางก็ไม่มีอะไรออกมา, จึงได้ตัดสินใจทำการผ่าตัด.

ก่อนผ่าตัดพยายามใส่เครื่องตรวจชีพจรมอยด์โคล็ดอนโคล็ด ๘ นิ้วจากทางทวารหนักไม่พบสิ่งผิดปกติที่เป็นสาเหตุของการออกัน แต่เมื่อสอดสายยางตาม ลึกเข้าไป จากทวารหนัก ผู้ป่วยผายลมออกได้. ท้องอืดนั้นยุบลงไปมากจึงจะไม่มีอุจาระออกมากตาม. จึงได้งดการผ่าตัดรออาการต่อไปอีก. แต่มีอาการที่ขึ้นจนสามารถให้กินอาหารได้ใน

วันที่ ๓. ทำการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการสวนแบริยม, ไม่ได้ผลก็เพราะเค็ดไม่สามารถกลืนแบริยมได้. ทำที่อ่านได้จากภาพรังสี สงสัยว่าจะมีการกลืนของลำไส้ที่ยิวเณคัย.

ทำการผ่าตัดหลังจากรับไว้ ๘ วัน. พบว่าอิลีมมีส่วนล่างพองโต, ผนังของลำไส้หนาซึ่งแสดงว่ามีการอุดตันที่ลันอิลีโอ-ซีคัล. ตากาก้านนอกเกือบไม่พบสิ่งผิดปกติ. คล่าทบริเวณที่มีการอุดตันพบว่ามีก้อนหยุ่นคล้ายถุง นำที่คง อยู่ใน ผนังของ อิลีมและขยายโตไปอยู่ที่ลันอิลีโอ-ซีคัล. ลำไส้ใหญ่ไม่พอง. ลักษณะของถุงกรรูป ๗. ได้ทำการตัดและต่อลำไส้กรรูป ๘. ต่อลำไส้เล็กกับโคล็อนส่วนขึ้น. ปลายชนปลาย. เย็บด้วยค้ายสองแถว, ไม่ได้ใส่ที่ระบาย.



รูป ๘ และ ๘ แสดงลักษณะของถุงน้ำและวิธีการตัดและต่อลำไส้

หลังผ่าตัดเค็ดมีอาการทรุดลง, ท้องอืดมากขึ้น, เสียงลำไส้เจ็บบ. รอคอยอาการสองวันแล้วไม่ดีขึ้นจึงได้ทำการผ่าตัดออกครึ่งหนึ่งครึ่งนพวาร์รอยต่อลำไส้เค็ดมนหด. เห็นว่าผู้ป่วยจะทนการผ่าตัดที่นานไปไม่ได้จึงทำแต่เพียงเอ็กซทวิโอโรเซชัน. ผู้ป่วยภายในวันรุ่งขึ้น.

การพิจารณาที่ทางพยาธิวิทยา (รูป ๘)

ตรวจตาเปล่า ผนังที่ตัดออกพร้อมด้วยอิลีมและส่วนหนึ่งของซีคัม. อิลีมพองโตจากการอุดตัน. ผนังเป็นชั้นค้อยในชั้นกล่ามเนอผนังของอิลีม โดยอัยพอดไปออกที่ลันอิลีโอ-ซีคัล. ผนังเป็นเนอกลุ่ม, นำภายในเป็นเมือกคล้ายที่พบใน คอรัลคาร์บัลแกงเกลเดน.

ตรวจกล้องจุลทัศน์ ผนังของถุงน้ำมีเนอกลุ่มเหมือนลำไส้และมีเยื่อชั้นค้อยที่โคล็อน.

การพิจารณาที่ ลำไส้แฝด.

รายที่ ๒ นมขอผลफलหลายอย่างคือ ๑) การตัดแล้วต่อลำไส้ขึ้นเป็นทางออกที่คทสุดในรายนี้, แต่การผ่าตัดแบบนี้ในเค็ดมีอัตราตายสูง, ซึ่งจะให้คควรรจะทำ

Exteriorisation หรือ Ileostomy ไว้ชั่วคราว แล้วเขยิบคีมออกเทคมอาหารคชนแล้ว.

๒) การตัดท่อลำไส้ในเด็กควร จะใส่ที่ระยะยาวไว้, ซึ่งถ้ารวักจะไค้ทรวักไค้เร็ว.

สรุปและวิจารณ์

๑. รายงาน ผู้ช่วย ลำไส้แฝด ๒ ราย. พบในช่องท้องและเป็นในเด็กเล็ก.

๒. ได้รวบรวม เอกสาร ทักกล่าว ถึงวิธีกำเนิดของสิ่งผิดปกตินี้.

๓. ลำไส้แฝดมีอยู่หลายชนิด มีอาการผิดแปลกกัน. อาการที่ชวนให้สงสัยคืออาการของเนื้องอกที่มีอาการสัมพันธ์กับทางเดินอาหารส่วนหนึ่งส่วนใด, และอาการเลือดออกในทางเดินอาหาร.

๔. การพิจารณาที่โรคไม่อาจทำได้แน่นอนก่อนผ่าตัด.

๕. การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธิตที่สุค. ได้รวบรวมวิธีการผ่าตัดต่าง ๆ ไว้โดยย่อ.

๖. อัตราตายจากโรคนี้นสูงเพราะ:

ก. มักเกิดอาการในเด็กเล็ก.

ข. ไม่อาจ ทรวัก ตำแหน่ง และ ความมากนัก้อยของโรค.

ค. มักก่ออาการปัจจุบัน ซึ่งไม่อาจระรอกการวินิจฉัยทรวักคอบยไค้.

ง. ในบางกรณี การผ่าตัดหินเคียวไม่อาจทำได้ในคนไข้หนัก.

ในที่สุดขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม ไปยะภฤษณะ หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ที่ กรุณาให้ นำเรื่องน เสนอที่ ประชุมวิชาการของคณะ; ขอขอบคุณ อาจารย์ น.พ. เปรม บุรี ผู้เป็นเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นผู้พบความผิดปกติ และแนะนำให้เสนอเรื่องน ชนตลอดจนไค้ กรุณาช่วย ตรวจ แก้ไขเพิ่มเติมรายงานนี้ และเป็นผู้ที่ชชอบทรวักพ้องในการผ่าตัด; และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ น.พ. สดก แสงวิเชียร ที่กรุณาแนะนำแก้ไขรายงานนี้เพื่อความเหมาะสม ในการเสนอในที่ประชุม และตลอดจนจัดการถ่ายภาพต่าง ๆ จนรายงานนี้สำเร็จจนมาไค้.

เอกสาร :

1. J.L. Bremer: Arch. Path. 38:132, 1944.
2. J. Ewing: Neoplastic Diseases. 1st Ed. London Philadelphia, W.B. Saunders Co: (1959).
3. A. Evans: Brit. J. Surg. 17:34, 1929.
4. H.C. Gischer: Arch. Surg. 61:957, 1950.
5. C.C. Gardner Jr., D. Hart: J.A.M.A. 104:1809,1935.

6. R.E. Fross: The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia London, W.B. Saunder Co. 1955, pp. 181, 228.
7. R.E. Gross, E.B.C. Neuhauser, L.A. Longino: Ann. Surg. 131:353,1950.
8. W.D. Haggard: Surg. Clin. No. Amer. 10,713,1939.
9. W.E. Ladd, R.E. Gross: Surg. Gyna. & Obst. 70:295,1940.
10. H.F. Lavalston. All: Arch Surg. 61:949,1950.
11. F.T. Lewis, F.E. Thyng: Am. J. Anat. 7:505,1907.
12. D. Macanley, T. Moore: Brit. J. Surg. 43:178,1955.
13. W.H. Menh, W.J. Morrow: J. Ped. 28:605,1948.
14. R.E. Millar, G. Robertson: Brit. J. Surg. 17:373,1929.
15. C.G. Mixter, S.H. Clifford: Am. Surg. 90:714,1929.
16. D.J. Pachman: A.J. Dis. Child. 58:495,1939.
17. E.W. Peterson: Ann. Surg. 96:304,1932.
18. H.C. Poncher, G. Milles: A.J. Dis. Child. 45:1065,1933.
19. C.E. Rea: Ann. Surg. 112:330, 1940.
20. H.A. Singer, R.T. Vaughan: Ann. Surg. 96:230,1932.
21. Sood Sangvichian: Personal communications.
22. K. Wood: Brit. J. Surg. 43:304-038,1955.

สถิติผู้ป่วยของทางเดินปัสสาวะจากการตรวจศพ ในระยะ ๕ ปี

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ

พ.บ., พ.ด., F.I.C.S. (Path.)

(แผนกพยาธิวิทยา, หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ทัศนสุวัต)

จากรายงานการตรวจศพชนสุตท้าย ของ แผนกพยาธิวิทยา ร.พ. ศิริราช ในระยะเวลา ๕ ปี ค.ศ. พ.ศ. ๒๔๘๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๑ รวม ๓,๒๘๖ ราย. ผู้รายงานได้ศึกษาถึงสถิติบางอย่าง เช่น สถิติของมะเร็งจากการตรวจศพ (1) สถิติของเนื้องอกจากการตรวจศพ (2) และสถิติเนื้องอกทางเดินปัสสาวะ. แม้ว่าสถิติต่าง ๆ ที่ได้จากการตรวจศพจะไม่ใช่อัตถิที่แท้จริงของโรคนี้ก็ตาม, การศึกษาสถิติจากการตรวจศพก็ยังมิประโยชน์พอจะทำให้ทราบว่าพบมากน้อยเพียงใด. เพราะมีเสมอที่พบโรคบางชนิดโดยบังเอิญจากการตรวจศพ, ซึ่งถ้ามิได้มีการตรวจศพแล้วก็จะไม่ทราบว่าโรคนี้. ถ้าเอาสถิติจากการตรวจศพไปรวมกับสถิติ ทาง ฝ่าย รักษา ก็จะทำให้สถิติสมบูรณ์และใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้นด้วย.

รายงานสถิตินี้ของทางเดินปัสสาวะจากการตรวจศพ ผู้รายงานมีความมุ่งหมาย

แต่เพียงให้ตัวเลขและอภิปรายย่อ ๆ, จึงละเว้น การรวบรวม ทบทวน เอกสารหรือการวิจารณ์โดยละเอียดเสีย.

วิธีการรวบรวม จากการตรวจศพจำนวน ๓,๒๘๖ รายคงกล่าว ได้ถึงสถิติรายที่เนื้องอกของทางเดินปัสสาวะ, ไม่ว่าจะเป็รายที่พบโดยบังเอิญจากการตรวจศพโดยทางฝ่ายรักษาไม่ทราบมาก่อน หรือทางฝ่ายรักษาได้ให้การพิจารณาที่โรคแล้วก็ตาม. แยกพิจารณาถึงอายุ เพศ ชชาติ ตำแหน่ง ของเนื้องอกและโรคที่เกิดร่วมด้วย.

มีข้อสังเกตอยู่ว่า การตรวจศพในแผนกพยาธิวิทยาของเรา ส่วนมากเป็นเด็ก, ที่เป็นผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ ๒๐ ปีขึ้นไป มี ๑,๔๒๗ ราย, เท่ากับ ๔๓.๔ เปอร์เซ็นต์.

ผลที่ได้ จากตารางที่ ๑ แสดงว่า จำนวนการตรวจศพทั้งสิ้น ๓,๒๘๖ ราย. มีเนื้องอก ๔๒ ราย เท่ากับ ๑.๒๘ เปอร์เซ็นต์.

ตารางที่ ๑

พ.ศ.	จำนวนตรวจศพ	จำนวนรายของนิ้ว	ปช.
๒๔๕๗	๔๗๑	๖	๑.๒๗
๒๔๕๘	๖๕๗	๗	๑.๐๗
๒๔๕๙	๖๕๔	๑๔	๒.๐๒
๒๕๐๐	๖๗๕	๕	๑.๓๒
๒๕๐๑	๗๘๕	๖	๐.๗๖
รวม ๕ ปี	๓,๒๔๖	๔๒	๑.๒๘

ในจำนวน ๔๒ รายนี้ พบเป็นเด็กเพียง ๒ ราย คือเด็กอายุ ๓ เดือน ๑ ราย และอายุ ๕ ปี ๑ ราย, นอกนั้น ๔๐ ราย พบในคนอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป. ฉะนั้นจากการตรวจศพผู้ใหญ่ ๑,๔๒๗ ราย มีผู้เป็นนิ้ว ๔๐ ราย เท่ากับ ๒.๘ ปช. อายุสูงสุดที่พบว่าเป็นนิ้วคือ ๘๑ ปี.

จากรายงานที่เขยนวทงหมค ๔๒ ราย แยกเป็นเพศชาย ๓๑ ราย, หญิง ๑๑ ราย, คนไทย ๓๖ ราย, จีน ๖ ราย.

สำหรับ ตำแหน่ง ที่พบ นิ้ว ของ ทาง เคน บั๊สสวาระปรากฏอยู่ในตารางที่ ๒.

ตารางที่ ๒

ตำแหน่งที่พบนิ้วของทางเคนบั๊สสวาระ

พบที่	โตขวา	๑๐ ราย
	โตซ้าย	๕ ,,
	โตทั้งสองข้าง	๘ ,,
	โตไม่ทราบข้าง	๒ ,,
	ท่อนโตขวา	๑ ,,
	ท่อนโตซ้าย	๒ ,,
	ท่อนโตทั้งสองข้าง	๒ ,,
	กระเพาะบั๊สสวาระ	๔ ,,
	โตทั้งสองข้าง	
	และกระเพาะบั๊สสวาระ	๑ ,,
	โตขวาและท่อนโตขวา	๑ ,,

โตขวาและท่อโตซ้าย	๑	ราย
โตสองข้าง		
และท่อโตทั้งสองข้าง	๑	,,
	<hr/>	
รวม	๔๒	,,

ความสัมพันธ์ระหว่างนิ้วกับโรคอินตาม
 ตารางที่ ๓ นั้น ปรากฏว่า ใน ๔๒ ราย มี
 ถึง ๒๘ รายที่พบนิ้วโดยบังเอิญ ร่วมกับ
 โรคอินตาม : คือ พบร่วมกับโรคมะเร็งของ
 อวัยวะต่าง ๆ ๑๐ ราย เป็นมะเร็งของ
 ติ่งนม, นม, ไคลอน, ต่อมธัยรอยด์,
 กระเพาะอาหาร, เอนดี และนาโซฟาริงกซ์
 อย่างละ ๑ ราย กับของกระเพาะปัสสาวะ
 ๒ ราย ส่วนอีก ๑๘ รายนั้นเป็นโนคลาร์
 ฮัยเปอ์เพลเซียของต่อมพอสเตต และ
 ยิวรี่เมีย, กระเพาะปัสสาวะทะเลและเพอริ-
 โทไนติส, มัยโอคาร์เดียม ไฟโบรสิส,

โอฟิสธอซิมเอสิส และผลหลายแห่งของคัม
 แดกเข้าไปในปอกขวา, ฝึเช่นหนองของคัม
 และปอก, แอนิวริซึมของแอมโยโตมินัล เอออร์
 ต้าและวัณโรคปอกทั้งสองข้าง, ฝึบคอะมีบา
 ของคัมกับโคไลติสและทะเล, ฝึไลออนอก
 กั้นและนิ้วน้ำคัม, โอฟิสธอซิมเอสิส ฝึคัง
 อักเสบและเพอริโทไนติส, คอลแลปส์ของ
 กระดูกสันหลังส่วนคอ พร้อมกับมีการกด
 ไชสันหลัง, เยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนอง
 และหัวใจมาติก, โอฟิสธอซิมเอสิสและนิ้ว
 น้ำคัม, ฝึหนองของคัมแดก, สมองอ่อนตัว,
 ปอร์ทัล เซอร์โรสิส อย่างละ ๑ ราย และ
 ฝึไม่รู้โรคแน่นอนอีก ๒ ราย.

จากนั้นจะเห็นได้ว่านิ้วของทางเดินปัสสาวะ
 พบร่วมกับโอฟิสธอซิมเอสิส ๓ ราย และร่วม
 กับนิ้วน้ำคัม ๕ ราย (ตารางที่ ๓).

ตารางที่ ๓

การตรวจศพ เลขที่	ชื่อ	อายุ	เพศ	เชื้อชาติ	โรคไปรมารีย์
* ๕๗-๕๕๖๓	ขุน อ.	๓๘	ช	ไทย	โนคลาร์ ฮัยเปอ์เพลเซียของต่อมพอสเตต และยิวรี่เมีย. นิ้วในโตทั้งสองข้างและกระเพาะปัสสาวะ.
* ๕๗-๖๐๖๓	นาย ส.	๓๓	ช	ไทย	กระเพาะปัสสาวะทะเลและเพอริโทไนติสทั่วไป. นิ้วขนาด ๕ มม. ในโตขวา.
๕๗-๖๒๑๕	นาง ล.	๓๔	ญ	ไทย	ฮัยโดรเนโฟร ลิสและพัยโอ โลเนโฟรติส เรอรั้ง สอง ข้าง. นิ้วในท่อโตทั้งสองข้าง.
๕๗-๖๒๒๗	นาย จ.	๔๗	ช	ไทย	พัยโอโลเนโฟรติส, ไทรูปเกออกมา, นิ้วในท่อโตทั้งสองข้าง.

* พบนิ้วของทางเดินปัสสาวะโดยบังเอิญจากการตรวจศพ.

การตรวจศพ เลขที่	ชื่อ	อายุ	เพศ	เชื้อชาติ	โรคไปรราย
* ๕๗-๖๒๓๔	นาย ย.	๓๔	ช	ไทย	มะเร็งของซีกัมและเพอริโตไนติสจากมะเร็ง. นิ้วในท่อไตขวา.
* ๕๗-๖๓๕๒	นาง	๓๘	ญ	จีน	มะเร็งเต้านม, หลังผ่าตัดออกทั้งสัน. เศษนิ้วในกรวยไตขวา. นิ้วน้ำดี.
* ๕๘-๖๔๕๓	นาย ส.	๒๕	ช	ไทย	มัยโอคาร์เดียม ไฟโบรสิส. นิ้ว ๑ ก่อนในกรวยไตซ้าย.
* ๕๘-๖๔๖๗	นาย ส.	๓๕	ช	ไทย	โอพีสธอมีเอสิส, ฝีตับแตกเข้าสู่ปอดขวา. นิ้วขนาด ๒×๒.๕×๔ ซม. ในไตซ้าย.
๕๘-๖๕๑๑	นาย ฟ.	๓๕	ช	ไทย	พัยโอโลเนโฟรสิส, ขวา. นิ้วเล็ก ๆ ในกรวยไต และก้อนใหญ่ขนาด ๒.๕×๒×๑.๕ ซม. ในท่อไตขวา.
* ๕๘-๖๗๒๘	นาย ย.	๖๕	ช	ไทย	ฝั่หนองของตับและปอด. นิ้วในไตซ้าย.
* ๕๘-๖๗๕๔	นาย ย.	๕๕	ช	ไทย	มะเร็งตับ. นิ้วในไตทั้งสองข้าง.
* ๕๘-๖๘๘๑	นาย ด.	๖๕	ช	จีน	มะเร็งโคลอนแพร่กระจายไปที่ปอดและตับ. นิ้วในกรวยไตขวา.
* ๕๘-๗๐๐๔	นาย ช.	๔๒	ช	ไทย	แอนิวริสม์ของแอบโดมินัลเอออร์ตา. วัณโรคปอดสองข้าง. นิ้วในไตทั้งสองข้างและฮัยโดรเนโฟสิส.
* ๕๕-๗๐๕๕	นาย ส.	๕๖	ช	ไทย	มะเร็งต่อมธัยรอยด์แพร่กระจายไปที่ปอด, หัวใจและตับ. นิ้วในไตขวา.
๕๕-๗๑๕๑	นาย พ.	๕๐	ช	ไทย	นิ้วในไตทั้งสองข้าง. ไตขวาถูกตัด.
* ๕๕-๗๒๒๑	นาย ม.	๖๐	ช	ไทย	โคไลติสจากเชื้ออะมีบะและลำไส้ทะลุ. ฝีตับ. นิ้วในไต.
* ๕๕-๗๓๗๓	นาง ก.	๖๐	ญ	จีน	ไส้เลื่อนอดกั้น. นิ้วน้ำดี. นิ้วในไตซ้าย.
* ๕๕-๗๓๗๖	นาง	๕๖	ญ	ไทย	เยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนอง. หัวใจรูมาติก. นิ้วในไตทั้งสองข้าง.
* ๕๕-๗๓๕๐	นาย ม.	๔๕	ช	ไทย	ตับอักเสบ. นิ้วในไตซ้าย.
๕๕-๗๔๑๕	นาง ด.	๔๑	ญ	ไทย	นิ้วในกระเพาะบัสสาวะ, พัยโอโลเนโฟรสิสทั้งสองข้าง. ฝั่ม.
* ๕๕-๗๔๖๑	นาย	๔๔	ช	ไทย	คอลแลปส์ของกระดูกสันหลัง ส่วนคอ พร้อมกับ มีการกดไขสันหลัง. นิ้วในไตซ้าย.
* ๕๕-๗๕๒๒	นาย ช.	๓๔	ช	ไทย	โอพีสธอมีเอสิส. นิ้วน้ำดี. นิ้วในไตทั้งสองข้าง.
๕๕-๗๕๕๑	นาย ผ.	๕๗	ช	ไทย	นิ้วในกระเพาะบัสสาวะ.
* ๕๕-๗๕๕๕	นาง พ.	๓๔	ญ	ไทย	เลือดออกเล็กน้อยใต้คู้ร่า, บรอนไพบ์นิวโมเนีย. นิ้วในไตขวา
๕๕-๗๖๐๒	นาย พ.	๓๐	ช	ไทย	นิ้วในไตทั้งสองข้าง. ไตขวาถูกตัด. เพอริโตไนติส.
๕๕-๗๖๑๖	พระ ส.	๗๑	ช	ไทย	นิ้วในกระเพาะบัสสาวะหลังผ่าตัด. บรอนไพบ์นิวโมเนีย.
* ๕๕-๗๖๘๕	ด.ญ. ฮ.	๓/๑๒	ญ	จีน	การคั่งของเลือดในอวัยวะต่าง ๆ. นิ้วในไต.

* พบนิ้วของทางเดินบัสสาวะโดยบังเอิญจากการตรวจศพ.

ผู้ใหญ่⁽²⁾.

ความสัมพันธ์ระหว่าง นิ้ว ของทางเดิน
ขี้ส้วมที่พบร่วมกับโรคอื่นนั้น ปรากฏว่าพบ
ร่วมกับมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ๑๐ ราย, พบ
ร่วมกับนิ้วน้ำคิ ๔ ราย และพยาธิในตับ ๓ ราย.
ข้อที่น่าจะเป็นว่านิ้วของ ทางเดินขี้ส้วมที่พบ
ร่วมกับโรคอื่นเท่านั้น. ไม่มีความสัมพันธ์
อะไรที่แน่นอนหรือมากเป็นพิเศษ. จาก
การตรวจศพ ๓,๒๘๖ ราย ชุดเดียวกัน
นี้⁽¹⁾ พบมะเร็ง ๖๐๔ ราย (๑๘.๔ ปร.)
ในจำนวนมะเร็ง ๖๐๔ ราย มีเพียง ๑๐
รายเท่านั้นที่พบนิ้วร่วมด้วย. อนึ่ง ใน
มะเร็ง ๑๐ รายนี้ ก็เป็นของอวัยวะต่าง ๆ
อย่างละ ๑ รายทั้งหมด, ยกเว้นมะเร็งของ
กระเพาะขี้ส้วม ๒ ราย, ซึ่งก็พบนิ้วในไต
และในท่อไต ไม่ใช่พบนิ้วในกระเพาะขี้ส้วม
ทำนองเดียวกับการพบนิ้วของทางเดินขี้ส้วม
ร่วมกับนิ้วน้ำคิ ๔ รายและร่วมกับพยาธิใน
ตับ ๓ ราย, ก็ไม่อาจลงความเห็นอะไรแน่
นอนได้ เพราะจำนวนรายยังน้อยมาก.

เกี่ยวกับนิ้วในไต Castleman⁽³⁾ ว่าประ-
มาณ ๕ ปร. ของนิ้วในไตทั้งหมดเกิดร่วมกับ
ชัยเปอร์พาราอิมมูนิตีสม์. ฉะนั้นควรตรวจ
หาซีรัมแคลเซียมและฟอสฟอรัสทุกรายที่มี
นิ้วในไตโดยเฉพาะในรายที่มี ทั้ง สอง ข้าง,

แม้ว่าจะไม่พบ การ เปลี่ยนแปลง ของกระดูก
เลยก็ตาม.

สรุป

๑. จากการตรวจศพ ๓,๒๘๖ ราย พบ
นิ้วของทางเดินขี้ส้วม ๔๒ ราย (๑.๒๘
ปร.).
๒. จากการตรวจศพผู้ใหญ่อายุ ๒๐ ปี
ขึ้นไป ๑,๔๒๗ ราย พบนิ้ว ๔๐ ราย (๒.๘
ปร.).
๓. มีอยู่ ๒๘ รายที่พบนิ้วโดยบังเอิญ
โดยการตรวจศพ จำนวนนี้เท่ากับ ๐.๘๕
ปร. ของการตรวจศพทั้งหมด.
๔. ได้ศึกษาถึงอายุ เพศ ชาติ ตำแหน่ง
ของนิ้ว และความสัมพันธ์กับโรคอื่น.
๕. แม้ว่าจะพบนิ้วของทางเดินขี้ส้วม
ร่วมกับมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ๑๐ ราย ร่วม
กับนิ้วน้ำคิ ๔ ราย และร่วมกับพยาธิในตับ
๓ ราย, ก็ไม่อาจลงความเห็นได้ว่านิ้วของ
ทางเดิน ขี้ส้วม มีความสัมพันธ์เป็นพิเศษ
กับโรคดังกล่าว.

เอกสาร

๑. ทินรัตน์ สถิตนิมานการ : สถิติของมะเร็งจาก
การตรวจศพ, unpublished data 1960.
๒. T. Stitnimankarm : The Necropsy

Incidence of Gallstones in Thailand.
Am. J. Med. Sci. 1960 in press.

Institute of Pathology.

๓. B. Castleman : Tumors of the Parathyroid Glands, Atlas of Tumor Pathology, Section IV, Fascicle 15, Washington D.C., 1952, Armed Forces

ผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์
อายุ เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนกสรีรวิทยา, ซึ่งเป็นผู้
แนะนำให้ผู้รายงานศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ และขอขอบ
คุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ ตั้งสุรัตน์ หัวหน้า
แผนกพยาธิวิทยา, ซึ่งอนุญาตให้รายงานเรื่องนี้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the Preceeding Article)

UROLITHIASIS

A Statistical Study

Tinrat Stitnimankarn

M.B., M.D., F.I.C.S. (Path.)

(Dept. of Pathology)

Statistics collected from 3289 post-mortom records during the interval 1954-58 revealed an incidence of 1.28 percent (42 cases) for all autopsies, being 2.8 percent for adults only. Of the 40 adult cases, there were 30 men and 10 women, 35 Thai to 5 Chinese. In 28 of all the (42) cases stones were associated with other

diseases: 10 with carcinomata, 4 with gall-stone, 3 with opisthorchiasis. In 10 instances stones were found in the right kidney; in 9, the left. In 8 cases both kidneys were affected. In the remainder the kidneys were not involved.
(three references)

217-1177

เกมม้าโกลบูลิน

ชูศักดิ์ เวชแพศย์

พ.บ.

(แผนกสัตววิทยา หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ อวย เกตุสิงห์)

ตั้งแต่ที่เซเลียส พย เกมม้าโกลบูลิน และ อี.เจ. โคห์น และ คณะได้ออกวิทยุแยก ปลาส้มม้าโปรตีนออกเป็นส่วนๆ ทำให้ เกมม้าโกลบูลิน มีความสำคัญมากในด้านการวินิจฉัย, การป้องกันและการรักษาโรค.

เคมี, อิมมูโนโลยีและเมตาบอลิซึม

ลักษณะทางเคมีและฟิสิกส์ เกมม้าโกลบูลินถือว่าเป็นโปรตีนที่เคลือบที่ขี้ผึ้งเมือทำให้อิเล็กโตรโพลีซิส และยังแยกออกได้เป็น เกมม้า-๑ โกลบูลินซึ่งมีจุดไฟฟ้าเสมอ ระหว่าง พีเอช ๕.๖-๕.๘ และเกมม้า-๒ โกลบูลินซึ่งมีจุดไฟฟ้าเสมอ ระหว่าง ๗.๓-๗.๖. ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของ เกมม้าโกลบูลินมีน้ำหนักอนุภาค ๑๕๖,๐๐๐ และประมาณ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ มีน้ำหนักอนุภาค ๑,๐๐๐,๐๐๐. ทั้งเกมม้า-๑ และ เกมม้า-๒ มีแอนติบอดี. พวกแอนติบอดีที่ต้านเชื้อไวรัส, แบคทีเรีย, และต้านพิษทั้งหมดเป็นส่วนเกมม้า-๒, แต่แอนติไทฟอยด์ คือ

โอ แอ็กกลูตินินเป็นเกมม้า-๑, แอนติเจนอย่างเคียวอาจทำให้เกิดแอนติบอดี มากกว่าหนึ่งอย่าง เช่น ดีฟีเรียที่ออกซอยด์ อาจทำให้เกิดแอนติบอดี ๓ อย่าง. ขณะที่ยังยืนยันอยู่หาอยู่ว่า เกมม้าโกลบูลินเป็นแอนติบอดีทั้งหมดของปลาส้มม้าหรือไม่. แอนติบอดีบางอันอาจไม่เป็นเกมม้าโกลบูลิน และ เกมม้าโกลบูลินบางส่วนอาจไม่เป็นแอนติบอดีก็ได้.

กำเนิด เกมม้าโกลบูลินสร้างมาจากปลาส้มม้าเซลล์ และยังตรวจพบในลิ้มมโพซัยท์อีกด้วย. เมื่อบริเวณออกมาจากปลาส้มม้า เซลล์แล้ว ก็จะเข้าระบบเลือดโดยทางหลอดน้ำเหลือง. ประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งหมดอยู่ในอินเทอร์สตีเชียลฟลูอิดซึ่งมีความเข้มข้นประมาณ ๑/๓-๑/๔ ของในปลาส้มม้า. ระดับในปลาส้มม้าของเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ประมาณ ๖๐๐-๑,๑๐๐ มก.เปอร์เซ็นต์.

เมตะบอลิซึม เกมม่าไกลบูลินมีครึ่งชีวิตประมาณ ๒๐ วัน. นั่นคือประมาณครึ่งหนึ่งของ เกมม่าไกลบูลินที่สร้าง ขึ้นในหนึ่งวันจะถูกคatabolized ทั้งหมดใน ๒๐ วัน. เด็กทารกที่เกิดใหม่ สร้าง เกมม่าไกลบูลินเพียงเล็กน้อย เพราะได้รับจากมารดา, และค่อยๆ ใช้หมดไปจนกระทั่ง ๓-๑๒ สัปดาห์ไปแล้วจึงจะมีการสร้างขึ้นในตัวเอง. จะมีการสร้างเกมม่าไกลบูลินเพิ่มขึ้น เมื่อ มีแอนติเจนกระตุ้น, ถึงแม้ว่าการกระตุ้นนี้จะทำให้เกิดแอนติบอดี เฉพาะต่อ แอนติเจน ยังทำให้เกิดเกมม่าไกลบูลินที่ไม่ เฉพาะ อีกด้วย, และเพิ่มเมื่อมีไรโบนิวคลีโอไทด์ เช่น การอักเสบและมีเนื้อเซลล์ตาย. ฮอร์โมนเร่งการเติบโตก็เร่งการสร้างด้วย. การสร้างเกมม่าไกลบูลิน โดยเฉพาะ จะน้อยลงในรายมี เอ.ซี.ที.เอส. หรือคอร์ติโซนมาก, และเมื่อให้รังสีเร็นทเกนที่และในโทรเจนมีสคาร์ก, ซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการเสื่อมของลิมโฟซัยท์ทีลชีว.

วิธีตรวจหาปริมาณ ไม่มีวิธีใดในขณะนี้หาค่าได้แม่นยำพอ. ที่ใช้กันมากที่สุด คือ วิธีอิเล็กโทรโฟเรสิส, ซึ่งปรกติใช้ค่าของ เกมม่าไกลบูลินประมาณ ๑๑-

๑๔ ปร. ของพลาสมาโปรตีนทั้งหมด. มีข้อยุ่งยากอย่างน้อย ๒ ข้อ คือ ผิดได้ประมาณ ๑-๒ ปร., ซึ่งในรายปรกติไม่สำคัญ, แต่ถ้าระดับต่ำอยู่แล้วเห็นข้อผิดพลาดได้ชัด. ส่วนเกมม่า-๑ อาจมีโปรตีนอื่น เช่น ไฟบริโนเจน, หรือโปรตีนที่มีภูมิคุ้มกันคล้ายเกมม่าไกลบูลินอาจเสียไปในส่วนแอลฟาและเบต้ากั๊ต. สำหรับข้อดีของวิธีนี้ คือ ง่ายและรวดเร็วและถ้ามี เกมม่าไกลบูลินที่ผิดปกติ, ซึ่งเคลื่อนที่ต่างออกไป, ก็จะสามารถหาได้โดยง่าย. อีกวิธีหนึ่งก็คือ วิธีอิมมูโนเคมี, ซึ่งทำโดยการใส่แอนติซีรัมของกระต่ายหรือม้าที่เตรียมด้วยแอนติเจนเกมม่า-๒ มาตรฐาน. ข้อยุ่งยากของวิธีนี้เกิดจากลักษณะอิมมูโนเคมีของเกมม่าไกลบูลินต่างกัน. นั่นคือเกมม่าไกลบูลินที่ต่างกันจะไม่ทำปฏิกิริยากับแอนติซีรัมจำนวนเท่ากัน. ดังนั้นถ้ามีส่วนของเกมม่าไกลบูลินอื่นมากก็ทำให้ผลผิดมาก, แม้ในความเข้มข้นปรกติ. แต่ถ้าระดับของเกมม่าไกลบูลินต่ำ เช่น ๑๐๐ มก.ปร. หรือน้อยกว่า, การใช้วิธีนี้สะดวกและแม่นยำกว่าอิเล็กโทรโฟเรสิส.

การผิด ปรกติ ในเมตะบอลิซึม ของ เกมม่าไกลบูลิน พลาสมาไกลบูลินอาจ

จะลดลงโดยการสร้างน้อยลง เช่น อะแกม
มาไกลบูลินเมีย หรือเสียไปทางไตและ
เพิ่มการสลาย เช่น กลุ่มอาการเนโฟรติก.
แอมมาไกลบูลินเพิ่มในรายโรคคิเคเซอเรอ
ริง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นด้วยแอนติเจน
ซ้ำๆ กัน.

ภาวะแอมมาไกลบูลินในเลือดต่ำ

อะแกมมาไกลบูลินเมีย เป็นกลุ่มอาการ
ที่รุนแรง, มีการติดเชื้อของแบคทีเรียซ้ำกัน
และแอมมาไกลบูลินในพลาสมาลดต่ำมาก.
ภาวะนี้พบได้ ๓ อย่าง คือ :

- ๑. เป็นแต่กำเนิด มักแสดงอาการใน
เด็กทารกหรือระยะต้นของเด็ก. มีการติดเชื้อ
ซ้ำๆ กัน. และมักเป็นในผู้ชาย.
เชื้อที่พบเป็น พวกพัยโอเจเนค เป็นส่วนใหญ่.
แอมมาไกลบูลิน ที่ ลดต่ำ ลง ใน ราย เช่น นี้
เนื่องจากไม่สามารถจะสร้างขึ้นได้. ทากราย
มีแอมมาไกลบูลินต่ำมาก คือต่ำกว่า ๕๐
มก.ปช. โรคนี้เข้าใจว่าเกี่ยวข้องกรรมพันธุ์.
- ๒. เป็นภายหลัง อาจมีการติดเชื้อ
ขณะหนึ่งขณะใดก็ได้ ซึ่งมีได้ ๒ อย่าง คือ :

ก. ไฮคิโอพาทิก โดยมากเป็นเมืออายุ
๑๗-๕๕ ปี. ปกติอีกเสียบจากโรคคิเคเซอ

พยได้ยอยที่สัค, วัคคัของแอมมาไกลบูลิน
มักจะไม่ต่ำที่สัค, อาจอยู่ระหว่าง ๒๕-๗๕
มก.ปช.

ข. เป็นร่วมกับแอมมาไกลบูลินหรือเนองอกของ
ลิมโฟซัยตัสลิว และมีการของโรค
นั้น ๆ ร่วมกับอะแกมมาไกลบูลินเมีย.

๓. เป็นชั่วคราวในทารก เกิดในระยะ
หนึ่ง ของ ทารก เนอง จาก การ สร้าง แอมมา
ไกลบูลินไม่เพียงพอ, ซึ่งปรกติวัคคัของ
แอมมาไกลบูลินในเด็กอายุ ๒-๕ สัปดาห์
ควรจะอยู่ ระหว่าง ๓๐๐-๖๐๐ มก.ปช.,
แต่ในรายเช่นนี้อาจ ต่ำกว่า ๑๕๐ มก.ปช.
การลดต่ำลงของแอมมาไกลบูลินใน ระยะนี้
เป็นขัญหาที่นาคิด สำหรับเด็ก ที่ลงแก่กรรม
อย่างรวดเร็วจากการติดเชื้อรุนแรงมาก.

นอกจากนี้ภาวะแอมมาไกลบูลินในเลือด
ต่ำอาจพบในโรคอื่น เช่น กลุ่มอาการเนโฟร
ติก, ซึ่งมีการโปรเทอนในเลือดต่ำทาง
แอลบูมินและแอมมาไกลบูลิน, เนองจาก
การเสียไปทางขั้วสภาวะและคาตะบอไลส์มาก
ไป. ค่าของแอมมาไกลบูลินที่พบได้ประ
มาณ ๒๐๐ มก.ปช.

ภาวะแอมมาไกลบูลินในเลือดสูง

ประมาณ ๕๐ ปช. ของผู้ช่วยทมชวม

โกลบูลินสูงกว่า ๕ กรัม ๒๕. คือ มัลติเบิ้ล มัยอิลโลมา, ซาร์คอยโทสิส, และโรคคออลลาเย่น.

สาเหตุที่มรรถกษของแกมมาโกลบูลินในเลือดสูงมีมาก และอาจแบ่งได้ดังนี้ คือ:

๑. โรคคึกเซอ การคึกเซอปัจจุบันทำให้แอลฟาโกลบูลินสูง และแอลบูมินต่ำ. เมอการคึกเซอเป็นเรอริง จะทำให้มรรถกษของแกมมาโกลบูลินสูงขน, โรคคึกเซอกรานูโลมาเรอริงจะทำให้มรรถกษของ แกมมาโกลบูลินสูง เช่นโรคเรอนและวัณโรคมี่แกมมาโกลบูลินสูงมาก.

๒. ฮัยเปอรอิมมูในเซชัน.

๓. โรคคัย แกมมาโกลบูลินที่สูงเป็นการผลิตปรกทที่พยย่อที่สุดในโรคคัย. เพิ่มทั้งแกมมา-๑ และแกมมา-๒ ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาเมเซอคัยม ที่ทำให้เกิดไฟโบรสิส มากกว่าการทำลายของเนอคัย, แกมมาโกลบูลิน สูง มากในราย คัยแข็ง ปรอ์คัล, คัยอิกเสบลปอยค (โรคคัย เรอริงใน ผู้หญิงอายุน้อย) และยังสูงปานกลางในโรคคัยอิกเสบลจากเซอไวรัสและจากพิษ.

๔. ภาวะการขาดอาหาร กลุ่มอาการขาดอาหารเมอทุเลา และโรคควาซีออร์คอร์.

๕. โรคคออลลาเย่น ในโรคกลุ่มนี้คือ

โรคลข้สอวีรียโรมาโทสิสและโรคสะเคลอโรเคอรัมา ทำให้มรรถกษแกมมาโกลบูลินสูงมากที่สุด, และการผลิตปรกทของแกมมาโกลบูลินยังเป็นประโยชน์ในการทดสอบเพอวินิจฉัยโรคอิกเสบลมาคอยค คือ รมาคอยคแฟคเคอรัให้ปฏิกิริยา แอ็กกลูตินเซชันกับแกมมาโกลบูลินและอนุภาคที่หุ้มคัยแกมมาโกลบูลิน เช่น โปลียัสคัยลัน ลาเต็กซ์ และเย่นโตไนค.

๖. มะเร็ง โดยเฉพาะมัลติเบิ้ลมัยอิลโลมา. ส่วนมากมัยอิลโลมาโกลบูลินเคลื่อนไปกัยแกมมา-๒ และต่างจากโกลบูลินปรกทที่มัยอิลโลมาโกลบูลิน เมอ ทำอิลเลคโตรโฟเรสิสชนิดกระตาศจะมีฐานแคบและยอกแหลม. นอกจากมัยอิลโลมาแล้ว โรคกลุ่มลียูโฟมาและลิวคิเมีย มีแกมมาโกลบูลินสูงปานกลาง, แต่การคึกเซอได้ง่ายในลิวคิเมียนน เนอมาจากเมคเลือดค้ำมากกว่าที่จะเนอมาจากขาดแอนคัยค.

ประโยชน์ในด้านการรักษาของแกมมาโกลบูลิน

การแยกแกมมาโกลบูลิน จาก พลาสมาของคนที่นำมาใช้ชงกันและรักษาโรคได้

ทำกันมาตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ ๒. การ
 แยกแถมม้าโกลบูลิน ออกมาจาก พลาสมา
 ปกติหรืออิมมูโนโกลบูลินที่สกัดกว่าพลาสมา
 ธรรมดา คือ (๑) มีแถมม้าโกลบูลิน
 สูงถึง ๒๕ เท่าของพลาสมาธรรมดาและ
 อาจฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้, เพราะใช้จำนวนน้อย.
 (๒) แอนติบอดีอยู่ได้ทน ในภาวะบริสุทธิ์
 นานกว่าในพลาสมาธรรมดา. (๓) ไม่มี
 อันตรายจากภาวะติดเชื้ออีกเสียจากไวรัส.

ที่ใช้กันอยู่มี ๒ อย่าง คือ อิมมูโนซีรัม
 โกลบูลิน (ยู.เอส.พี.) และโพลีโอมัยอีไลติส
 อิมมูโนโกลบูลิน. อย่างหลังก็เหมือนอย่าง
 แรก นอกจาก นำไปเทียบ จำนวน แอนติบอดี
 สำหรับโพลีโอมัยอีไลติส ๒ กับมาตรฐาน. ทั้ง ๒
 อย่างได้มาจากเลือดคน โดยแยกด้วยแอล
 กอซอลในอุณหภูมิต่ำ. เตรียมให้มีแถมม้า
 โกลบูลิน ๑๖๕ มก./ล.ชม. ลักษณะเป็นน้ำ
 ยาไม่มีสีหรืออาจมีสีเหลือง. ถ้ามีสีน้ำตาล
 ก็นองจากมีผลิตภัณฑ์ของซีรัม. ใส่กลีเซอรินเพื่อ
 ทำให้คงทนและใส่เมอร์ไรโอเลท ๑:๑๐,๐
 ๐๐ เพื่อเป็นยาถนอม, อยู่ได้นานหลายปีแม้
 เก็บในอุณหภูมิห้องแต่ถ้าเก็บในตู้ฟริเซอร์จะ
 อยู่ได้นานเกือบไม่มีเวลาจำกัด. แถมม้าโกล
 บูลินอย่าง เข็ม ไซคลิก เข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีด
 หนึ่งเท่านั้น, ไม่ฉีดเข้าหลอดเลือด เพราะ

อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติ, แรงแค้น
 เล็ดตก, และไข้สูงมากได้. การฉีดเข้า
 กล้ามเนื้อให้มีระดับสูงสุดในเลือดในวันที่ ๒.
 สำหรับพิษไม่ค่อยพบ นอกจากช่วงบริเวณ
 ที่ฉีด, ปวดเมื่อยตามตัว, ไข้ต่ำๆ อาจพบ
 ได้บ้าง. อันตรายรุนแรงกว่าพบได้น้อย
 มาก แต่ก็มีรายงาน เช่น ขวมแบบแข็ง
 โอนิวโรติก, กลุ่มอาการเนโฟรติก, และ
 แม้แต่แอนาฟัยแลคติกช็อก.

ข้อบ่งใช้ แถมม้าโกลบูลินใช้ประโยชน์
 ในรายต่อไปนี้:

๑. กลุ่มอาการอะแถมม้าโกลบูลินมี
 การฉีดแถมม้าโกลบูลิน ๑๐๐ มก./น้ำ
 หนักตัว ๑ กก. จะเพิ่มความเข้มข้นในพลาส
 มา ๑๐๐ มก.ปช. เพราะฉะนั้นต้องให้
 อย่างน้อย ๑๕๐ มก./น้ำหนักตัว ๑ กก.
 และซ้ำอีกใน ๒-๓ วัน. แถมม้าโกลบูลิน
 ที่ให้ครั้งชีวิตประมาณ ๓๐-๖๐ วัน จึง
 ต้องให้ขนาด ๑๐๐-๑๕๐ มก./น้ำหนัก
 ตัว ๑ กก. (๐.๓-๐.๕๕ ล.ชม./น้ำหนัก
 ตัว ๑ ปอนด์) ทุกเดือน.

๒. บ่งกัน หรือลด ความรุนแรง ของ
 โรคติดเชื้อหลายอย่าง ซึ่งบุคคลที่ไม่มี
 อิมมูนรับมา, โดยเฉพาะไวรัส, ต้องให้

แกมมา โกลบูลิน ในระยะพักตัว ก่อนที่จะมีไวรัสในเลือด. ในโรคหัดไข้นาน ๐.๑ ล.ชม./น้ำหนักตัว ๑ ปอนด์, บ้างกันก็ได้ผลดี. ในโรคหัดเยอรมัน ไข้นานเดียวกัน และใช้บ่งกันในหญิงตั้งครรภ์ได้ผลดี. ถ้าเป็นโรคคอตีบอีกเสบจากเชื้อไวรัส ไข้นานเพียง ๐.๐๑ ล.ชม./น้ำหนักตัว ๑ ปอนด์ก็บ่งกันได้. สำหรับโรคโปลิโอมีอีไลติส คุ้มชีพพยายาม ใช้เพื่อลดความรุนแรงของโรคในผู้ที่ได้รับเชื้อเข้าไป. ส่วนในโรคไข้ทรพิษ ใช้ซีอีพีเอ็มมูแกมมา โกลบูลิน รักษาผู้ซึ่ง ได้รับเชื้อไข้ทรพิษที่ไม่มีภูมิคุ้มกันร่วมกับการฉีดวัคซีน. ไข้นาน ๐.๒ ล.ชม./น้ำหนักตัว ๑ ปอนด์ ในผู้ใหญ่, ๐.๐๕ ล.ชม./๑ ปอนด์ในเด็กและ ๐.๑-๐.๒ ล.ชม./ปอนด์ในทารก, และในโรคไข้กรนใช้ซีอีพีเอ็มมูแกมมา โกลบูลิน ๒.๕ ล.ชม. ใช้อีกครั้งภายหลัง ๕-๗ วัน.

๓. บ่งกัน โรค แทรกซ้อน ทรายแรง เช่น อีตทะเลอีกเสบจากโรคคางทูม, ใช้

ซีอีพีเอ็มมูแกมมา โกลบูลิน, ฉีด ๒.๕-๕.๐ ล.ชม.

๔. ควบคุม การติดเชื้อเมอแอนติบอดี เฉพาะไม่เกิดขึ้นต่อต้านโรค เช่น ในรายโปรเกรสส์ฟิวคซีเนีย ซึ่งเป็นโรคแทรกที่ร้ายแรงที่สุดของการปลูกฝี. การรักษาใช้ซีอีพีเอ็มมูแกมมา โกลบูลิน ๐.๖-๑.๐ ล.ชม./น้ำหนักตัว ๑ กก. โรคจะหยุดลุกลามได้ใน ๑-๒ วัน.

๕. ใช้ควบคุมการติดเชื้อเมอการต่อสู้ของร่างกายถูกกดไว้.

๖. โรคที่ต้องใช้แอนติท็อกซินเฉพาะแต่หาไม่ได้หรือมีข้อห้ามใช้ เช่น โรคบาดทะยักและโรคคอตีบ เป็นต้น.

เอกสาร

1. Gitlin et al: New Engl. J. Med. 260 : 21-27, 1959.
2. Gitlin et al: New Engl. J. Med. 260. : 72-76, 1959.
3. Gross et al: New Engl. J. Med. 260 : 121-125, 1959.
4. Gross et al: New Engl. J. Med. 260 : 170-178, 1959.

บทความนิติเวชวิทยา

กฎหมายควบคุมสถานพยาบาล

สังกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ฐ.บ., Dr. med. (Hamburg)

(แผนกพยาธิวิทยา)

ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของประชาชน จึงได้มีกฎหมายเกี่ยวกับสถานพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรกโดยออกพระราชบัญญัติฉบับหนึ่งเรียกว่า “พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๔๘๔” ตั้งแต่วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๔๘๔. ต่อมาได้มีการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้เล็กน้อยเมื่อโอนกิจการสาธารณสุขจากกระทรวงมหาดไทยมาอยู่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งขึ้นใหม่โดยพระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๔๘๕.

ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ประกาศให้ใช้ในประเทศจังหวัดพระนครและธนบุรีเท่านั้น. ต่อมาจึงได้มีพระราชกฤษฎีกา เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๔๘๓ ให้ใช้พระราชบัญญัตินี้ตลอดทั่วพระราชอาณาจักร. ภายหลังที่ได้

ประกาศแล้ว ๖๐ วันนับว่าขณะนั้นพระราชอาณาจักรได้ใช้กฎหมายควบคุมสถานพยาบาลนี้โดยทั่วกัน.

พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาลได้ให้อำนาจรัฐมนตรีสาธารณสุขออกกฎกระทรวงว่าด้วยเงื่อนไขมาตรฐานลักษณะและเจ้าหน้าที่ไว้, ดังนั้นจึงมีกฎกระทรวงฉบับที่ ๓ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๔๘๕ ใช้บังคับเป็นกฎหมายได้ทั่วประเทศ.

สถานพยาบาล คืออะไร?

พ.ร.บ. ควบคุมสถานพยาบาลได้ให้คำนิยามสถานพยาบาลไว้ดังนี้:

“สถานพยาบาล หมายความว่า สถานที่ที่ใช้หรืองานจะใช้เป็นที่รับคนเจ็บไข้เข้าไว้รักษาพยาบาล, รวมทั้งสถานทำการคลอดลูก.”

จากคำนิยามนี้ ข้อพิพาทของแพทย์จึงไม่ใช่สถานพยาบาลในข่ายกฎหมายนี้. ข้อพิพาทของแพทย์ไม่ต้องไปขอรับใบอนุญาต, จะเข้คชนทไค เมื่อใดก็ไคตามใจชอบ. อนึ่งสถานเสริมสวยไม่เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายนี้ เพราะผู้ทำทำการเสริมสวยนั้นไม่ใช่ "คนเจ็บ".

ไคที่ทราบข่าวว่า พระราชบัญญัติ ควบคุมสถานพยาบาลจะได้มีการแก้ไขใหม่โดยให้ข้อพิพาท หรือคลินิกของแพทย์เข้ามาอยู่ในการควบคุมนี้ด้วย. อนึ่งผู้ช่วยตามบ้านของตนเองแล้วม้แพทย์ไปทำการรักษาพยาบาลนั้น บ้านของผู้ช่วยไม่เป็นสถานพยาบาล.

มาตรฐาน สุลักษณ์ณะ ของ สถาน พยา-
บาล

กฎกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติ ควบคุม สถานพยาบาลไค กำหนดมาตรฐาน สุลักษณ์ณะ ของสถานพยาบาลไว้ดังนี้:

“สถานพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานสุลักษณ์ณะดังต่อไปนี้

๑. ที่ตั้งของสถานพยาบาลต้องอยู่ในทำเลที่ไม่เป็นอันตรายแก่สุขภาพ และมีอากาศดีพอแก่ความประสงค์.

๒. ห้องคนเจ็บต้องมีขนาดคำนวณได้ไม่น้อยกว่า ๕๐ ลูกบาศก์เมตรต่อคนเจ็บใช้หนึ่งคน.

๓. ห้องคนเจ็บใช้ต้องมีประตู, หน้าต่าง, หรือช่องลม คำนวณเป็นเนอรวมกันไม่น้อยกว่าหนึ่ง ในสิบของพื้นที่เนอห้อง.

(หมายเหตุ: กฎหมายนี้เขียนก่อนการใช้ห้องทำความเย็น. จึงมีปัญหาลึกปฏิบัติว่า ห้องเย็นนั้นควรมีประตูหน้าต่างหรือช่องลมน้อยทสคเพอกันความเย็นระเหยออกไป, ซึ่งห้องเย็นจะมีประตูเพียงหนึ่งและไม่มีหน้าต่างเลย. ฉะนั้นเพอปฏิบัติตามกฎหมาย ฉบบน ต้อง ทำประตู หรือหน้าต่างเตรียมไว้ให้ตกตองตามมาตรฐาน.)

๔. ต้องมีเตียงสำหรับคนเจ็บใช้คนละเตียง.

๕. ต้องมีส้วมสำหรับคนเจ็บใช้ ๑๐ คนต่อหนึ่งทเป็นอย่างน้อย.

๖. ต้องมีห้องตรวจโรค, ห้องเวชภัณฑ์, ห้องน้ำ, และครัวตามสมควร.

๗. ในกรณีทรับคนเจ็บใช้ทงสองเพศไว้รักษาพยาบาล ต้องแยกห้องคนเจ็บใช้, ห้องส้วม, และห้องน้ำสำหรับแต่ละเพศไว้ต่างหากกัน.

๘. อาคารและส่วนประกอบต่าง ๆ ของ

สถานพยาบาลต้องมีลักษณะที่จะรักษาให้สะดวกได้โดยง่าย.

มาตรฐานต่างๆที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงนี้ต้องปฏิบัติโดยเคร่งครัดเพราะถือว่าเป็นกฎหมาย จะอนโลมไม่ได้ เช่น ปรตหน้าท่าสำหรับห้องทมิโฮเย็นหรือคนไข้ของมีเตียงคนละเตียง จะทำเป็นแท่นยกพนยาว

ตลอดไม่ได้.

เจ้าหน้าที่สำหรับสถานพยาบาล

“สถานพยาบาลที่รับคนเจ็บใช้ทั่วไปไว้รักษาพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยโรคศิลปะแผนปัจจุบันเป็นเจ้าหน้าที่ ต้องมีเจ้าหน้าที่สำหรับสถานพยาบาลอย่างน้อยดังต่อไปนี้ :

เตียงสำหรับคนเจ็บไข้	ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเวชกรรม	ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาการพยาบาล	ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาเภสัชกรรม
๑๐ เตียงหรือน้อยกว่า	๑ คน	๒ คน	—
๑๑ ถึง ๒๕ เตียง	๒ คน	๔ คน	—
๒๕ ถึง ๕๐ เตียง	๓ คน	๖ คน	—
๕๐ เตียงขึ้นไป	๔ คน	๘ คน	๑ คน

มาตรฐานที่กฎกระทรวงกำหนดไว้เช่นมาตรฐานขั้นต่ำ, ถ้าจะมีมากขึ้นไปก็ไม่ห้าม, แต่มีน้อยกว่าไม่ได้. อนึ่งจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะนั้นจะใช้แทนกันไม่ได้, เช่นในรายที่คนไข้เกินกว่า ๑๐ เตียง, จึงยกให้แพทย์ ๑ พยาบาล ๒, จะเปลี่ยนเป็นแพทย์ ๒ พยาบาล ๑ ไม่ได้, หรือแพทย์ ๓ ทั้งหมดก็ได้.

บทกำหนดโทษ

โทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติควบคุม

สถานพยาบาลนี้เขามาก คือได้จัดทำในการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต มีความผิดต้องระวางโทษ ปรบไม่เกิน ๕๐๐ บาท, หรือจำคุกไม่เกิน ๒ เดือนหรือทั้งปรบทั้งจำ.

ส่วนโทษผิดมาตรฐานหรือขาดเจ้าหน้าที่เป็นโทษปรบไม่เกิน ๑๐๐ บาท.

กฎหมายควบคุมสถานพยาบาลนี้เป็นเรื่องทศประกอบโรคศิลปะควรไว้อย่าง และถ้าจะคัดค้านระเบียบควรได้ศึกษาจากตัวพระราชบัญญัติโดยตรง.

บทบรรณาธิการ

บัยส์สโนสิส

บัยส์สโนสิส (byssinosis), แปลตามศัพท์ว่า “โรคจากฝ้าย”, เป็นชื่อของโรคประหลาดโรคหนึ่งซึ่ง Kay บรรยายเป็นครั้งแรกในหมู่กรรมกรที่ทำงานในโรงทอผ้าฝ้ายในประเทศอังกฤษเมื่อปี ค.ศ. ๑๘๓๑. อาการสำคัญของโรคนี้เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ, และที่สำคัญที่สุดคืออาการแน่นหน้าอกในตอนบ่ายของวันจันทร์ หรือวันแรกที่เข้าทำงานหลังจากหยุดพัก. อาการหายใจไม่ออกกลับไปถึงบ้านได้ประมาณหนึ่งชั่วโมง. ในวันอังคารหรือวันต่อๆ ไปไม่มีอาการแน่นหน้าอกอีก. มีอาการเฉพาะวันแรกที่ทำงานวันเดียว, และเริ่มในตอนบ่าย. อาการเช่นนี้อาจมีอยู่เรื่อยๆ ตลอดเวลาเป็นปีๆ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง, หรืออาจกำเริบมากขึ้น, คือ มีแน่นหน้าอกในวันอังคารด้วย, แล้วในวันพุธด้วย, และต่อๆ ไป เช่นนั้น จนกระทั่งมีอาการทุกๆ วัน. ในที่สุดคนไข้กลายเป็นคนทุพพลภาพ, แทบจะไม่สามารถออกกำลังกายอย่างไรได้, เพราะความพิการทางระบบหายใจ. ในสมัย

นั้นๆ นั้นมีผู้เข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง. ทั้งนี้เพราะโรงงานฝ้ายส่วนมากตั้งอยู่ในมณฑลแลงคาเชอร์, อันเป็นแหล่งของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง, ซึ่งเกิดแก่คนทั่วไป, ทั้งที่ทำงานเกี่ยวกับโรงทอผ้าและมีได้ทำ. แพทย์หลายคนลงความเห็นว่าอาการแน่นหน้าอกในหมู่กรรมกรโรงงานฝ้ายเป็นผลของการหายใจเอาฝุ่นละอองเข้าไป, ทำให้โรคหลอดลมกำเริบมากขึ้น, มิใช่เป็นผลจำเพาะที่เกิดจากฝ้าย. ความเห็นนี้มึเหตุผลอยู่มาก, เพราะอาการที่เกิดขึ้นนั้นประหลาดจนไม่น่าเชื่อ, ภาพรังสีของหน้าอกก็ไม่มีลักษณะจำเพาะแต่อย่างใด, และคนไข้ส่วนมากมักลงเอยด้วยอาการของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และ หลอดลม-พอง (เอมฟิซมา). เคยมีผู้สนใจสำรวจอุบัติการณ์ของโรคนี้ในหมู่คนทำงานเกี่ยวกับโรงงานฝ้ายในตอนปลายศตวรรษที่ ๑๕ และพบว่าจำนวนคนที่ตายเพราะโรคทางระบบหายใจกำลังลดน้อยลง, แต่โรคทางหัวใจ

และหลอดเลือดกำลังมากขึ้น. สถิตินี้เป็นเหตุให้ หยต สนใจใน เรื่อง อาหาร ทางปอดของคนงานฝ่ายไปหลาย.

ต่อมา มี นักค้นคว้า อีก ๒ คนหนึ่ง คือ Schilling และ Goodman, หันไปเอาใจใส่กับเรื่องนขนอก, ได้เทียบทวนสำรวจรายการบันทึกต่างๆ ที่นักสำรวจซุกเคิมทำไว้, และได้สังเกตเห็นข้อบกพร่องสำคัญบางประการ. ประการหนึ่ง คือได้ทำการ เปรียบเทียบอัตราการเป็นโรคปอดระหว่างคนทั้งหมดที่ทำงานในโรงงานฝ่ายกับคนที่มีอาชีพอื่น ๆ โดยทั่วไป, โดยมีได้แยกคนงานในโรงงานฝ่ายออกเป็นพวก ๆ ตามงานที่ทำ. ข้อนี้ทำให้ได้ผล ซึ่งแสดงว่าโรค เกี่ยวกับ ระบบหายใจ ในกรรมกรโรงงานฝ่ายไม่ได้ มีมากกว่าคนอาชีพอื่น ๆ แต่อย่างใด. นักสำรวจรุ่นหลังพบว่าหากแยกกรรมกรทำงานในโรงงานฝ่ายออกเป็นพวก ๆ ตามลักษณะของงานในหน้าที่, และเปรียบเทียบในระหว่างคนงานเกี่ยวกับฝ่ายด้วยกันก็ดี, หรือเปรียบกับคนงานที่ทำงานในโรงงานอย่างอื่น ๆ ก็ดี, มีหลักฐานบ่งชี้ว่าคนงานในโรงงานฝ่ายที่ทำงานในหน้าที่ซึ่งมีฝุ่นละอองฝ้ายมาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวก “ขี้ฝ้าย” (คาร์ดิงก์), มีอุบัติการณ์ของโรค เกี่ยวกับ ปอดมากกว่าพวก

อื่น ๆ ทั้งหมด. กรรมกรโรงงานฝ่ายที่ทำงานที่หน้าทอน ๆ ซึ่งไม่ค่อยมีฝุ่นละออง ของฝ้าย, เช่นแผนกทอ, มีโรคของทางเดินอากาศเพียงเล็กน้อย. ข้อพบนให้คำอธิบายว่า เพราะเหตุใด เมื่อนักสำรวจซุกเคิม รวมคนงานในโรงงานฝ่าย ทั้งหมด เข้าด้วยกันเป็นพวกเดียว, จึงได้สถิติซึ่งไม่แตกต่างจากหมู่กรรมกรในอาชีพอื่น ๆ ทั้งหมด.

ข้อบกพร่อง อีก ประการ หนึ่ง ของ นักสำรวจซุกเคิมแรก คือได้รวมโรค หัวใจ ทั้งหมด เข้าด้วยกันกับโรคหลอดเลือด, เรียกว่าโรค “หัวใจร่วมหลอดเลือด” (คาร์ดิโอวาสคูลาร์). แต่ในจำนวน “โรคหัวใจ” นั้นมีส่วน ไม่น้อยซึ่งเป็น “โรคหัวใจเนื่องจากปอด” ชนิดที่เรียกว่า cor pulmonale, มิใช่โรคหัวใจอย่างแท้จริง. โรคปอดที่เป็นเหตุของโรคหัวใจพวกนี้ ส่วนมาก เป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลของโรคแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นแก่พวกขี้ฝ้าย, ซึ่งควรบันทึกเป็น “โรคจากฝ้าย” มากกว่าเป็น “โรคหัวใจ”. การจำแนกโรคผิดเช่นนี้ทำให้ได้จำนวนผู้เป็นโรคเกี่ยวกับปอดน้อยไป, และโรคเกี่ยวกับหัวใจมากเกินความจริง, เป็นต้นเหตุของความเข้าใจผิดว่าคนงานในโรงทอฝ้ายเป็นโรคปอดน้อยลงและเป็นโรคหัวใจ

มากจน

ข้อบกพร่องประการที่สามคือในการสำรวจจำนวนคนที่เป็โรคปอด, ทั้งในคนงานขัณฝ้าย, คนงานแผนกอื่นๆในโรงงานฝ้าย, และคนทั่วๆไป, นักสำรวจมิได้สอบถามประวัติเกี่ยวกับโรคในอดีตโดยละเอียด, ทำให้ได้ผลผิดความจริงในรายซึ่งเดิมทำงานในหน้าที่ห้องขัณฝ้ายแล้วต้องย้ายไปทำหน้าที่อื่นหรือต้องออกไปเลย, เนื่องจากได้เกิดอาการทางระบบหายใจขึ้นแล้วอย่างชุกชุมมาก. ข้อบกพร่องข้อนี้ทำให้ได้ปริมาณอุบัติการณ์ของโรคปอดในหมู่คนงานขัณฝ้ายน้อยกว่าความจริง, และในหมู่คนอื่น ๆ มากกว่าความจริง, ยังผลให้การเปรียบเทียบในหมู่ทั้งสองนี้ผิดความจริงไปอย่างมาก.

ระหว่างปี ๑๙๕๗ และ ๑๙๕๘ McKerrow และคณะได้ศึกษาคนไข้ที่แสดงอาการบัยส์ตีโนสิสอย่างละเอียด, ทั้งในแง่วิชาโรค ระบาด และแง่พยาธิ สรีรวิทยา. ผลของการศึกษาสรุปได้ดังต่อไปนี้: ประการที่หนึ่ง, บัยส์ตีโนสิสเป็นโรคที่เกิดจากการสัมผัสกับฝุ่นละอองของฝ้าย. ประการที่สอง, อาการของโรคเกิดแก่คนงานที่ทำงานเกี่ยวกับฝ้าย, และเกิดแก่คนในแผนก

ขัณฝ้าย มากกว่าแผนกอื่น ๆ อย่าง ชัดเจน. เพราะเหตุนี้คนงานในแผนกขัณฝ้ายมีจำนวนที่ตายเพราะโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (ซึ่งเป็นผลตามหลังของบัยส์ตีโนสิส) มากเป็นสองเท่า ของคนงานแผนกอื่นๆ ในโรงงานฝ้ายโรงเดียวกัน. ประการที่สาม, อุบัติการณ์ของโรค ขึ้นอยู่กับการมีฝุ่นละอองจากฝ้ายลอยอยู่ในอากาศหายใจ. ฝุ่นชนิดละเอียดให้ผลร้าย มากกว่าฝุ่น ชนิดหยาบ เพราะเข้าไปในปอดได้ลึกมากกว่า. ประการที่สี่, สารในฝุ่นที่เป็นต้นเหตุของอาการโรค, เข้าใจว่าเป็นสารประเภทโปรตีน. ประการที่ห้า, แม้โรคนี้จะมีลักษณะหลายอย่างซึ่งบังไปในทางอัลเลอร์จี, แต่ก็มีใช้อัลเลอร์จีอย่างธรรมดา, เพราะว่าคนที่เพิ่งหายใจเอาละอองฝ้ายเข้าไปเป็นครั้งแรก, ยังไม่ทันมีการเส้นสีโทส, ก็มีอาการไข้แล้ว. ประการที่หก, การเปลี่ยนแปลงสำคัญทางพยาธิสรีรวิทยาคือการหดตัวของหลอดลม, ซึ่งคลายลงเมื่อออกไปพ้นจากฝุ่น, แต่คลายไม่หมด, ยังมีเหลือค้างอยู่. ส่วนที่ค้างอยู่นี้เพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ที่เมื่อถูกกับฝุ่นซ้ำๆ, จนในที่สุดกลายเป็นการหดเกร็งถาวร, ซึ่งเป็นเหตุของความพิการ. Davenport และ Paton ได้ทดลองพิสูจน์ว่า

สารสำคัญในฝุ่นของฝ้าย ที่ทำให้หลอดลม
หดเกร็งนั้นไม่ใช่ฮิสตามีน, แต่ยังไม่อาจบอก
ได้ว่าความจริงเป็นสารอะไร.

ความมุ่งหมายของการเสนอบทความนี้มี
สองข้อ. ข้อหนึ่ง, ต้องการแสดงตัวอย่าง
สำหรับข้อเท็จจริงที่ว่า "สติปัญญา
หลุดพ้นจากกิเลส", ถ้าหากใช้ไม่ถูกหลักวิชา และ หลุดจากเหตุผล.
เพราะฉะนั้นในการรวบรวมสติปัญญา, การ
แปลผลก็, หรือการอ่านรายงานของผู้อื่น
ก็, จำเป็นต้องใช้ความสอดคล้องโดยรอบ
ค้ำ, มิใช่ยอมรับตัวเลขอย่างง่าย ๆ. ข้อ
สอง, ต้องการยกตัวอย่างให้เห็นอันตราย
ทางสุขภาพซึ่งอาจเกิดขึ้นพร้อมกับการออก-

สาหกรรม, ซึ่งบางทีเป็นการยากที่จะมอง
เห็น. ขณะนี้ประเทศเรากำลังสนใจเรื่อง
ขยายอุตสาหกรรมอย่างกว้างขวาง, ซึ่ง
หมายความว่าอันตรายแปลก ๆ อีกหลาย
อย่างจะต้องตามมาด้วย. ทางที่ดีที่ทุกคน
ควรเริ่มการศึกษาเกี่ยวกับกลไกทางสรีร
วิทยาของ "โรคอุตสาหกรรม" เสียตั้งแต่
บัดนี้, โดยอาศัยตัวอย่างจากประเทศอื่น ๆ
ที่ได้ผ่านภาวะเช่นมาแล้ว, และศึกษาใน
ภาวะของเราเองด้วย, เพื่อจะได้พร้อม
เพียงสำหรับการป้องกันและแก้ไขในเมื่อ
อันตรายต่าง ๆ เข้ามาถึง.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์เงินฝากและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีวิราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: สำราญ วัศพาทย์ พ.บ., C. Oth., C. Ophth., F.I.C.S., ผิว ลิมปพยอม พ.บ.
ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., ชุศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., สมภพ เรืองตระกูล พ.บ.
ปรีชา เจตนะสิลปิน พ.บ., นิกิตต์ สำรวรรวมผล พ.บ., Dr. med., D.T.M., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
เกษียร ภักคานนท์ พ.บ., ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ., โสภณ คงสำราญ พ.บ.
กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., ดวงพัทธ์ โทณะวนิก พ.บ.

๑. J. Kwillken, H.D. Barest: นิวโรปาล
โธโลยีของการฝ่อลีบของประสาทออปติก
ชนิดกรรมพันธุ์. Am. J. Path. 34:185-
207, 1958.

โรคนี้รู้จักกันมาตั้งแต่ปี ๒๔๑๔ และ
เคยมีรายงานทางแพทย์มากมาย แต่ไม่
เคยมีใครตรวจระบบประสาทใดด้วย. Kwill-
ken และ Barest ได้ตรวจในชายที่เป็นโรค
นี้พบว่าตาทั้งสองข้างมีการเสื่อมของแกง
เกลียนและชั้นนิวเคลียร์ในของเรติน่า, ออป-
ติคทิสต์แคแนล, ตัวเส้นประสาทมีน้อยแต่มี
เกลียวเซลล์เห็นเด่นชัด, ไม่มีการอักเสบ
เลย.

การตรวจประสาทออปติก, ออปติคัมย-
แอสมา และทางเดินของประสาทตาพบว่า
มีการเสื่อมของปลอกหุ้มมี้อลีนเป็นอย่างมาก,
โดยเฉพาะจากประสาทที่มาจากมา-
คูลา. แต่ประสาทที่มาจากเรติน่าส่วนริมยัง

คือ. เจนเคเลตขดแคแนล, ฝ่อลีบและการ
เสื่อมของเจนเคโลแคลคาร์น่าไฟเบอร์, กรา
ซิลล์ คอลมัน ของไซสันหลัง ส่วนคอ มีการ
เสื่อมอย่าง.

จากการตรวจโรคนี้แสดงว่าสาเหตุของ
โรคนี้ไม่ใช่เกิดจากที่เชื่อกันแต่ก่อนว่าจาก
การผิดปกติของต่อมพิทูอิทารี. ขณะ
นั้นออปติคัสเรอรังและทอกซิกเรโธปัลซาร์นิว
ไรติสจากการติดเชื้อใกล้เคียง.

สรุปแล้วพบว่าโรคนี้มีการเสื่อมชนิด
ของนิวโรนของเรติน่าและประสาทออปติก,
และการเสื่อมชนิดนี้ในส่วนที่เหลือของ
ระบบการเห็น, แคทแคลคาร์นาคอร์เทกซ์ยัง
คือ. การทมิเพอร์เฟอรัลนิวโรพาทียกยการ
เปลี่ยนแปลงของไซสันหลัง อาจมาจากการ
ขาดอาหารและไม่เกี่ยวกับโรคที่ลูกตา.

สำราญ วัศพาทย์

พ.บ., C. Oth., C. Ophth., F.I.C.S.

๒. H.L. Birge: การวินิจฉัยทางตาและการรักษาในรายที่มีที่ทราบว่าเกิดเพราะพยาธิสภาพของหลอดเลือดในสมอง. J.A.M.A. 172:1998-2005, 1960.

ผู้รายงานกล่าวถึงพยาธิวิทยาของอาการสะโตรความี ๓ ระยะคือ: ในระยะแรกหลอดเลือดอุดตันหรือขาด, ต่อมาเนื้อสมองเกิดก้อนฟาร์คหรือมีการตกเลือด, และมีอาการของการผันผวนทางประสาทในระยะท้าย. อาการทางตาตอนแรกมีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดของเรติน่า. พบเลือดออกที่เรติน่า ๓๘ ๒๕. ในรายแอนิวริสมีมีเวอรัคคัลโคโปลเซีย. บางครั้งมีการปล่อยลิขของประสาทออปติก. ความดันในหลอดเลือดแดงเรติน่าลดลงข้างหนึ่ง. ระยะที่ ๒, การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีมากขึ้นและชักเจนขึ้น, และมีอาการทั่วไปด้วย. ในระยะที่ ๓, ตาเมนิสแตกมีสี. กล้ามเนื้อเยื่ออัมพาตหมด. มีไฮโมนัยมัส เอมีอะนอปปเซีย. ชักและถึงแก่กรรม. ในการตรวจจะพบกล้ามเนื้อตาเป็นอัมพาตในระยะต้นๆ, ซึ่งมีความสำคัญช่วยการวินิจฉัย. จักษุแพทย์สามารถตรวจอัมพาตของกล้ามเนื้อตาได้แม้อัมพาตขนาดน้อยกว่า ๑๐ ปริซึม ไคออปเตอร์โดยอาศัย cover test, แมคค็อกซ์ ร็อค, ปริซึม.

ส่วนอัมพาตของกล้ามเนื้อตาเห็นด้วยตาเปล่านั้นต้องเป็นถึง ๗๐-๕๐ ปริซึม ไคออปเตอร์. การตรวจอาจพลาดได้ถ้าตรวจหรือเพราะคนไข้ไม่ร่วมมือ, โดยที่คนไข้พวกนี้มักมีอาการเสื่อมของสมองข้างไม่มากนักน้อย.

การรักษาเพิ่งเริ่มไปในทางยาเป็นส่วนใหญ่. ลดระดับเลือดของคนไข้และลดระดับเลือดที่หลอดเลือด. การใช้ปริซึมรักษาโคโปลเซียไม่มีประโยชน์, เพราะไม่ใช้รักษาสาเหตุ.

ผิว ลิมปพยอม พ.บ.

๓. R. Aidin: เป็นพิษจากไอระเหยของน้ำมันเบนซิน. B.M.J. 2:369-370, 1958.

ผู้เขียนได้รายงานการตายโดยไอระเหยของน้ำมันเบนซิน ๑ ราย, ซึ่งผู้ตายได้หายใจเข้าไปมากในทันที. เหตุเกิดโดยผู้ตายอายุ ๑๗ ปี, สูง ๕ ฟุต ๖ นิ้ว ต้องการตักน้ำมันเบนซินจากถัง ๑๘๐ ลิตร, สูง ๓๓ นิ้วและมีน้ำมันอยู่สูงเพียง ๕ นิ้ว. ผู้นั้นอยู่ในโรงเก็บเล็กซึ่งอากาศถ่ายเทไม่สะดวก. อากาศในวันนั้นร้อนจัดมาก. ถังน้ำมันมีฝาปิดสนิท. ผู้ตายจำต้องเขี่ยฝาและก้มหัวลงไปมากในถัง เพื่อยกน้ำมัน

ด้วยปากจับ, จึงทำให้ท้องหายใจเอาไอน้ำมันเบนซีนในถังโดยทันทีทันใด และถึงแก่ความตาย. การตรวจศพพบว่า ซีดและมีผิวหนังเขียว. ไม่พบสิ่งผิดปกติเมื่อดูด้วยตาเปล่าและดูด้วยกล้อง. ไม่มีเลือดออกภายใน. ภายนอกมีผิวหนังหลุดไป, ที่แขนขวาเป็นรอยแคงคล้ำ, เนื่องจากถูกกับน้ำมัน. ในรายงานได้แสดงการวิเคราะห์การตายร้ายอย่างละเอียด เพราะไม่มีผู้ใดได้เห็นในขณะตาย.

ดำรง เพ็ชรพลา ย พ.บ., M.S.

๔. Jacob Lichstein: ทรานควิลเซอรักซ์ การหลังของกระเพาะอาหาร. Am. J. Gastroen., 33:178-188, 1960.

จากการใช้ทรานควิลเซอรักซ์อย่างกว้างขวางในระยะ ๕ ปีที่ผ่านมา ได้มีผู้สนใจถึงผลของยาต่อการหลังของกระเพาะอาหาร. มีรายงานว่าเซอรักซ์กระตุ้นให้มีน้ำหลังมาก และอาจทำให้แผล เย็บตึก มีโรคแทรกมากจนด้วย. ต่อมาพบว่า การให้ขนาดมากจึงจะมีการหลังของกระเพาะอาหารมาก, ถ้าให้ในขนาดธรรมดาใช้ได้ปลอดภัยในโรคแผลเย็บตึก และถึงกับบางคนแนะนำให้ใช้ เป็นยาช่วยรักษาแผลเย็บตึกอีกด้วย.

ผู้รายงานได้ศึกษาผลของ ทรานควิลเซอรักซ์ ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของฟีนโทลาซีน คือ ไทรโอโปรปาเซท (thiopropazate) และ โพรคลอเปอร์าซีน (prochlorperazine) อย่างเดี่ยวหรือร่วมกับยาแอนติโคลิเนอร์จิก คือ ไอโซโปรปาไมด์ (isopropamide) ต่อการหลังน้ำย่อยของกระเพาะในคนปรกติ. เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ผู้ช่วยประมาณ ๗๕ ปช. ทดสอบการรักษาด้วยทรานควิลเซอรักซ์ปรากฏว่าได้ผลดี. ผลแทรกแซงพบในผู้ช่วยเพียง ๕ ปช. และมีเพียงอาการง่วงนอนเท่านั้น. เมื่อให้ไอโซโปรปาเซทตามลำพัง ได้ผลไม่ค่อนแน่นอน. แต่อย่างไรก็ดี, ยานี้เมื่อให้ร่วมกับโปรแบนเธลีน (probantheline) จะช่วยให้ได้ผลดีขึ้นในโรคทางเดินอาหาร. อาจถือว่าผลของทรานควิลเซอรักซ์ต่อโรคของระบบทางเดินอาหารออกฤทธิ์โดยตรงการหลังของกระเพาะอาหารเช่นเดียวกับฤทธิ์ต่อส่วนกลาง.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๕. Kurt Witton: อาการทางจิตปัจจุบันชั่วคราวหลังจากการใช้รัคโคแซคตีฟิวไฮโอคีน รักษาโรคชัยเปอร์ชัยรอบคิสม์. Am. J. Psych. 115: 746-747, 1959.

รายงานผู้ป่วย ๑ รายเป็นโรคชัยเปอร์-
 ฉัยรอยคิสม์แล้วเกิดอาการทางจิตปัจจุบันเป็น
 การชั่วคราวหลังจากใช้ร่าคิโอแอกคัพัวไอ-
 โอคินรักษา. ผู้ป่วยหญิงอายุ ๔๖ ปีมีอาการ
 ของชัยเปอร์ฉัยรอยคิสม์มานาน ๒ ปี. อัครา
 เบซัลเมตะบอลิก + ๔๘ ปช. กราฟของการ
 ทน คลูโคส ชน สูงเร็ว ในครึ่ง ชั่วโมง แรก,
 จาก ๘๒.๕ เป็น ๒๐๕ มก.ปช. ค่อมฉัย-
 รอยคิสม์ร่าคิโอแอกคัพัวไอโอคินได้ ๖๕.๖
 มก.ปช. ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก. ชัยมี พ.บ.
 ไอ. เท่ากับ ๑๕ มก.ปช. ได้รักษาด้วย
 ค่ายร่าคิโอแอกคัพัวไอโอคินรวมทั้งหมด ๗
 มิลลิกรัมภายในเวลา ๑๐ วัน. ๓ สัปดาห์
 ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต, นอนไม่
 หลับและมีประสาทหลอนทางการได้ยินและ
 ไต่กลิ่น. ผู้รายงานได้ให้การวินิจฉัยโรคใน
 ชั้นต้นว่าเป็น Acute undifferentiaty Schi-
 zophrenic reaction. ได้ให้ผลไอปรมาชั้น
 ๕๐ มก. ต่อวัน, รวม ๔ วัน. อาการประ-
 สาทหลอนหมดไป, อาการทางจิตหายไป
 ภายใน ๒ เดือน. ๘ เดือนต่อมาพบว่าผู้
 ป่วยมีอาการปรกติ. ค่อมฉัยรอยคิสม์ไม่โต.
 อัคราเบซัลเมตะบอลิกเท่ากับ - ๑๕ ปช. ชัย
 มี พ.บ. ไอ. ๒.๓ มก.ปช. ได้ให้กินยา
 สกค่อมฉัยรอยคิสม์วันละ ๑ เกรนเรื่อยมา. ผู้

รายงานอ้างว่า อาการทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้
 บัวยชัยเปอร์และชัยไปฉัยรอยคิสม์นั้นเป็นทวี
 ติมานานแล้ว, โดยเฉพาะผู้ป่วยชัยเปอร์-
 ฉัยรอยคิสม์ที่ใช่ร่าคิโอแอกคัพัวไอโอคิน
 รักษาจนพบได้บ่อย. แต่ยังไม่ทราบกลไก
 ของการเกิดอาการทางจิตที่แน่นอน. ผู้รายงาน
 อ้างว่ารายงานของเขาเป็นรายแรกที่พบผู้
 บัวยทางจิตแบบนี้. เขาได้ให้ความเห็นว่า
 การให้ร่าคิโอแอกคัพัวไอโอคินในขนาดสูงๆ
 รักษา อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ
 สมดุลย์เมตะบอลิสม์ของค่อมเอ็นโดครายน์,
 และทำให้เกิดอาการ ทางจิต เนื่องจากพิษใน
 ยางรายได้.

สมภพ เรืองตระกูล พ.บ.

๖. M. Kurkeuoglu, A.E. McElfresh: ภาวะ
 สมบัติ กันเลือด แข็งของ แอนติไบโอติกจาก
 พวกสะเตร็ปโตมัยสิส. New England J.
 Med. 260:926-927, 1959.

ระหว่างการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับ
 การฉีด ผู้รายงานได้สังเกตว่าเกิดก้อนเลือด
 ออก ที่ ตรง ตำแหน่ง ฉีด ใน ผู้ป่วย บาง คน,
 ประกอบกับ เคยพบว่า มี ก้อน เลือด ออก เช่น
 เคยกวนนภายหลังการฉีดสะเตร็ปโตมัยซิน,
 จึงได้ทดลองหา สมบัติ ของ การที่ เลือด แข็ง

ตัวซ้ำในคานามัยซิน, สะเทร็ปโตมัยซิน และนีโอมัยซิน.

ได้เจาะเลือดก่อนและหลังการให้ยาแล้ว ครั้งชั่วโมง เพื่อหา: ก. เวลาของเลือดแข็งตัวโดยวิธีคลิตและไวท์. ข. เวลาโปรธรอมบินโดยวิธีควิก. ค. รรอมโบพลาสติกิน เจเนอเวชันเทสต์ ตามวิธีของ บิกกส์ และ แม็ก-ฟาร์เลน.

ผลปรากฏว่าเวลาโปรธรอมบินนานออกไป เมื่อความเข้มข้นของคานามัยซินและสะเทร็ปโตมัยซินในเลือดถึง ๒๕๐๐ มกก./ล.ซม. และของนีโอมัยซินเป็น ๑๗๕๐ มกก./ล.ซม. เวลาโปรธรอมบินจะนานออกไปตามความเข้มข้นของยาทั้งสองชนิด. และพบว่าเวลาธรอมบินไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อเติมคานามัยซิน ๒๕๐ มกก. ลงในน้ำยาที่มีไฟบริโนเจน ๕๐ มก. และ รรอมบิน ๑๐ หน่วย. แต่ถ้าเติมลงไปถึง ๑๐๐๐ มกก. เวลาธรอมบินจะนานออกไป, และถ้าถึง ๒๕๐๐๐ มกก. พบว่าเลือดไม่แข็งตัวเลย และไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ รรอมโบ-พลาสติกินเจเนอเวชันเทสต์. เมื่อความเข้มข้นของคานามัยซินเป็น ๑๐๐๐ มกก./ล.ซม. ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเวลาโปรธรอมบิน, เวลาธรอมบิน และรรอมโบพลาสติกินเจเนอ

เวชันเทสต์เมื่อใช้เพนนิซิลลิน.

แม้ว่าการทดลองนี้จะไม่สามารถพิสูจน์การเกิดก้อนเลือดตรงตำแหน่ง การฉีดคานามัยซิน, สะเทร็ปโตมัยซิน และนีโอมัยซินว่าเป็นผลจากสมบัติการที่เลือดไม่แข็งตัวเมื่อยามีความเข้มข้นสูง, แต่ก็แสดงให้เห็นว่า นีโอมัยซิน, คานามัยซิน และสะเทร็ปโตมัยซิน ทมความเข้มข้นสูง สามารถให้สมบัติเลือดไม่แข็งตัวได้ในระยะที่สองและที่สามของการแข็งตัวของเลือด, และสมบัติที่เลือดไม่แข็งตัวนั่นเองอาจเป็นเหตุของการมีก้อนเลือดออกตรงตำแหน่งฉีดเมื่อยามีความเข้มข้นสูง.

แต่ที่น่าสังเกตคือระดับเลือดไม่แข็งตัวไม่พยายหายหลังให้ยาในขนาดรักษา.

ปรีชา เจตนะศีลปิ่น พ.บ.

๗. ประเสริฐ กังสตาลย์, สมชัย ขวรงค์ศิริ: รายงานโรคตัวจืดที่ทำให้เกิดมีลมและน้ำในช่องปอด J. Trop. Med. Hyg. 63:67-70, 1960.

จุดประสงค์ของผู้เขียนต้องการที่จะกล่าวถึงหลักการวินิจฉัยโรคพยาธิตัวจืดที่ผ่านเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด เพิ่มเติมขึ้นจากที่เคยรายงานไว้แล้ว.

ผู้ช่วยชายหนึ่งราย มีประวัติขมเคลือบ

ที่ตามผิวหนังร่วมด้วยอาการปวดคัน และเป็นผื่นแดงซึ่งหายไปในวัน. ตรวจพบก้อนไตผิวหนังบริเวณหน้าอกสามแห่ง. เมื่กลืนเลือดขาวในเลือด ๑๕,๖๐๐, อีโอสิโนฟิล ๓๒ ปร.ศ., ผลทดสอบปฏิกิริยาทางผิวหนังสำหรับพยาธิตัวจืดให้ผลบวกอย่างแรง. เอกซเรย์ เจาะหน้าสฟาง และลม ในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้าย. เจาะไตน้ำสฟาง ๒ ล.ชม. นัยเมื่กลืนเลือดขาวได้ ๑,๐๕๖/ล.มม. อีโอสิโนฟิล ๗๖ ปร.ศ. ตรวจเสมหะจากผู้ป่วยไม่พบตัวหรือไข่พยาธิหรือเมื่กลืนเลือดขาวอีโอสิโนฟิล. ผลการตรวจไขออสพิซของก้อนจากบริเวณหน้าอก พบมีลักษณะเป็นถุงพยาธิแต่ไม่พบพยาธิใดๆ.

การดำเนินของโรคปรากฏว่า ภายในเวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์ น้ำและลมในช่องเยื่อหุ้มปอดคนใดหายไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งก้อนไตผิวหนังยุบหายไปด้วย. หลังจากนั้ อีโอสิโนฟิล ในเลือดจึงลดลงเหลือเพียง ๕-๑๕ ปร.ศ. ส่วนผลทดสอบทางผิวหนังให้ผลบวกคงที่.

ผู้เขียนสรุปว่า การตรวจพบเมื่กลืนเลือดขาวอีโอสิโนฟิลจำนวนมากในน้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นเครื่องหมายเฉพาะของการที่ตัวพยาธิรูก้าวเข้าไปในบริเวณนั้น. สาเหตุ

จากพยาธิตัวจืดแยกจาก โรคพยาธิใบไม้ในปอดได้โดยอาศัยระบาดวิทยาและการตรวจไม่พบไข่ของพยาธิใบไม้.

นิกิตต์ สำรวจรรวมผล

W.D., Dr. Med., D.T.M.

๘. H. J. Zimmerman, M. West, P. Heller: A.M.A. Arch. Int. Med. 102: 115-123, 1958.

แอลคิตคิตซึยโคโรจีเนสในคนปรกติมีค่าต่ำกว่า ๒๗๐ ไมโครโมลล์ของ $DPNH_2$ ต่อกรัม ๑๐๐ ล.ชม. และ จี. โอ. ที. ค่ากว่า ๔๐ หน่วย. พบว่าแอลคิตคิตซึยโคโรจีเนสมากจนตกภายในรายเป็นเลือดจางแบบเมื่กลืนเลือดโตกว่าปรกติ และซีกเกิลเซลล์, ใน ๒-๓ รายของซีกเกิลเซลล์อีโมโกลบินหรือซีกเกิลเซลล์ธาลัสซีเมีย, แต่ไม่พบในซีกเกิลเซลล์หรืออีโมโกลบินอีเทรต, ในผู้ป่วยเป็นเลือดจางจากการเสียเลือด, การตีคเซอ, และฮิปโปเพลเซียของไขกระดูก.

จี. โอ. ที. ขึ้นในผู้ป่วยเป็นเลือดจางแบบเมื่กลืนเลือดโตกว่าปรกติ ๑ รายใน ๑๐ ราย, ในผู้ป่วยเป็นโลหิตจางแบบซีกเกิลเซลล์ ๔ ใน ๑๔ ราย. และซีกเกิลเซลล์ธาลัสซีเมีย ๔ ใน ๑๔ ราย. ในผู้ป่วยมีอีโมโกล

โคสต์เซลล์เซลล์ของสมองควัย, ซึ่งอัตรา
นี้อาจชนหรือไม่ชนกับระยะนาตาลในเลือด
ก็ได้. และการให้กลูคากอนยังแสดงว่า
เพิ่มอัตราการจับน้ำตาลของเซลล์ที่แขนง
ในคนปรกติและคนที่เขินเบาหวาน, ซึ่ง
ทั้งสองก็อาจเป็นเช่นนั้นได้. ฉะนั้นการให้
กลูคากอน จะได้ประโยชน์กว่าการให้กลู-
โคสและการฉีดให้ได้ง่ายกว่า.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๑. J.E. Anthony: เรื่องแทรกซ้อนของ
เออร์โคกราวฟิ. A.M.A. Arch. Surg. 76:
28, 1958.

การถ่ายภาพรังสีของเออร์ค้ำโดยฉีด
วัตถุทึบแสงเข้าไปทางค้ำหลังบริเวณสะเอ
นไตเริ่มทำกันมานานแล้ว. จากรายงาน
ในวารสารยืนยันถึงผลที่โคและความปลอดภัย
ของหัตถการชนิดนี้คนมอຍ่มากมาย. ผู้รายงาน
โดยยก เรอนน ชนมา เสนอก เพื่อจะชี้ให้
เห็นถึงอันตรายส่วนน้อยซึ่งยังพบบ่อยได้ และ
ควรระวังระลึกลงการหาหนทางป้องกัน และ
แก้ไขให้ทันทั่วถึง.

อันตรายต่าง ๆ อันอาจเกิดไ้ขึ้นมาจาก
สาเหตุ ๔ ประการด้วยกัน คือ (๑) จากยา
ที่ทำให้หมดความรู้สึก. (๒) เกิดจากการ

แทงเข็มเข้าเออร์ค้ำ อาจเกิดเลือดออก
อย่าง มาก มาย หรือ เกิด หลอดแอนิวริสม์.

(๓) อันตรายอันอาจเกิดจากยาที่ใช้, รวม
ทั้งการแพ้ยาควัย. ได้แก่ในรายที่ยาแทรก
เข้าไปตามเนื้อเยื่ออื่น จะมีการทำลายและ
การตายของเนื้อนั้น ๆ, อาจมีเลือดแข็งใน
หลอดเลือด, ไตเสียสมรรถภาพ และ
เรองอื่น ๆ ที่ เกยวโยง กับพิษของ ไอโอดีน
อีกมาก. (๔) ข้อปลักย่อยที่อาจพบได้ เช่น
ความดันเลือดตกต่ำทันที หัวใจไ้รับเลือด
ไม่พอ, หลอดเลือดในสมองถูกอุดตัน หรือ
มีไข้สูงโดยไม่มีสาเหตุ.

ผู้รายงานมีผู้ช่วยมาแสดง ๖ ราย โดย
มีภาวะแทรกซ้อน อันเกิด จากการทำให้หัตถ-
การชนิดนี้ต่าง ๆ กัน อาการเป็นดังแต่เกิด
จากสัที่ไ้รั่ว ทำให้เกิด อาการเจ็บปวด อย่าง
ธรรมดา, ซึ่งกินเวลาประมาณ ๑ สัปดาห์
ก็หาย ไปจนกระทั่ง เช่นมาจาก มีเนื้อ ตาย,
มีการติดเชื้อ, แดกเข้าช่องปอด ต้องกิน
เวลารักษาไปเป็นแรมเดือนก็มี.

ผู้รายงานกล่าวในที่สุดว่า การทำ
หัตถการชนิดนี้ไม่ใช่ว่าจะ ยากเย็น หรือมี
อันตรายมากจนผู้จะต้องคิดคร้าม, แต่ก็
ไม่ ควรทำใน รายที่ ไม่มี ข้อ ชยง เพียง พอ,

เพราะ จาก สถิติของ ผู้รายงาน เอง อันตราย อาจเกิดขึ้นได้ถึง ๖ ปช.

เกษียร ภัทธานนท์ พ.บ.

๑๒. D. McCarty, S. Bornstein :
Erysipelothrix Endocarditis. Am. J. Clin. Path. 33:39-40, 1960.

สำหรับการศึกษาระบบของอริยซ์เพโลทริกซ์ในผู้ป่วยรายแรก โดย เฉพาะอย่างยิ่งอริยซ์เพโลทริกซ์เอ็นโดคาร์ ไทติส. รายแรกได้รายงานไว้ โดยรัสเซลล์ และแลมบีในปี ๑๙๔๐, และต่อมาซีฟฟ์แมนและแบล็คในปี ๑๙๕๖ ได้รายงานไว้ เป็นรายที่สอง. ของผู้รายงานทั้งสอง คนนี้เป็นรายที่สาม.

ตามปกติเชื้อ อริยซ์เพโลทริกซ์ พบได้ ในหม. ติดต่อกันมายังคนได้ยาก. มักจะพบ เป็นโรคที่เกยของกบอาศัยฟ, เช่นคนชาย เนอส์ตัว และ ผู้ที่ ใกล้ชิดกับ ทราบัสตัว และ ปลา.

ผู้ป่วยรายแรกนี้เป็นชายอายุ ๕๐ ปี, มีอาชีพขายเนอส์ตัว. เข้าไปรับการรักษา ในโรง พยาบาลด้วย อาการของ โรคค้ำแข็ง เนื่องมาจากพิษสรา. ๑๓ วันหลังรับเข้า รับการรักษาผู้ป่วยมีอาการเลวลง. มีไข้

ปัจจุบันและตรวจพบเมอร์เมอร์ของหัวใจ, มี เลือดออกใต้ผิวหนังในบริเวณข้อเท้า. มลช. ๘,๓๐๐, โปไลยม. ๑๘ ปช., ลิยมฟ. ๒๐ ปช. และโมโนซ. ๒ ปช. แยกได้ เชื้ออริยซ์เพโลทริกซ์ อินซิติโอซ่า จาก เลือดสามครั้งตด ๆ กัน. ผู้ป่วยได้รับการ รักษาด้วยเพนิซิลลินในขนาดสูง. อาการ ของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ และหาย ในที่สค. ผู้รายงานได้วิจารณ์ว่า โรคนั้นจะวินิจฉัยได้ ยากมาก, แต่จะง่ายขึ้นถ้าได้อาศัยการ วินิจฉัยที่ถูกต้องทางห้องทดลอง. ควรที่ แพทย์ผู้รักษาและทาง ห้องทดลอง จะได้นึก ถึงโรคนี้เอาไว้บ้าง.

ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ.

๑๓. J. Whitaker, R.H. Page, C.S. Stulberg, W.W. Zwelzer: การพิสูจน์ เร็วของ อี. โคไลชนิดที่ทำให้เกิดโรค โดย ฟลออเรสเซนซ์แอนติบอดีเทคนิค. A.M.A. J. Dis. Child 95: 1-8, 1958.

เนื่องจากมีอี. โคไลบางสายพันธุ์สามารถ ทำให้ เกิดโรค ท้องร่วง ใน เด็ก และ ระบาย ทวีไป, ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีตรวจ เร็วในการพิสูจน์อี. โคไลชนิดนี้. ผู้รายงาน

ไค้ทกลองใช้ปฏิกิริยาทางชีวเคมีเรียกว่า ฟลูออเรสเซนต์แอนติบอดีเทคนิค, ซึ่งใช้ประโยชน์ในการพิสูจน์ไวรัสและแบคทีเรียชนิดอื่นมาแล้ว.

ตรวจหาเชื้อ โดยนำเอาอุจจาระมาแผ่บาง ๆ บนแผ่นกระจกและทำให้แห้ง. ใช้ฟลูออเรสเซนต์แอนติชีวมหยคลงบนอุจจาระบนแผ่นกระจก ๑ หยด. ทิ้งไว้ประมาณ ๔๕ นาที, ล้างด้วยน้ำเกลือจนธรมลแล้วซับให้แห้ง. เวลาจะคตต้องหยด ๑๐ ปช. กลีเซอรินฟอสเฟตบัพเพอร์คเซไลนด์ลงไปแล้วควักกลองฟลูออเรสเซนต์.

ถ้าไค้ผลบวก จะเห็นอี. โคไลสเตอร์นที่ ทำให้เกิด โรค ท้องร่วง ในเด็ก ตัดสิบริดเลียนคกรนฟลูออเรสเซนต์. จากการทดลองเปรียบเทียบผลกขการเพาะเชื้อ ปรากฏว่านอกจากจะได้ผล ๑๐๐ ปช. แล้ว, ยังไค้ผลแน่นอนกว่า ในรายที่ผู้ช่วย ไค้รับแอนติไบโอติก มาก่อน หรือ ในราย ที่เป็น พาหะ ของโรค.

สำหรับ ฟลูออเรสเซนต์ แอนติบอดี ของเอ็นเทอโรฟาโรเจนิคอี. โคไลแต่ละตัว ก็ให้ปฏิกิริยาเฉพาะเท่านั้น. จึงจำเป็นที่ จะต้องทำไปลี่ยวาลีนคแอนติชีว, ซึ่งมีแล้วถึง ๑๑ ชนิด.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๑๔. W.J. Hagen, M.G. Trelles : ภาลคความค้งเฉพาะทชนิดใหม่ทมีพขตำมาก. E.E.N.T. Monthly. 39 : 56-58, 1960.

ยาใหม่ทใช้ทกลองคช Otrivin (๒-๔ -เทอทีอาร์ยบคียล - ๒, ๖ - ไคเมรียล - เบ็นซียล) - ๒ - อิมิกาโซลิน ซัยโตรมลอไรค) ของบริษทชบา. ไค้ทกลองกัผู้ช่วยทมีอาการ แน่น จมก จาก สาเหตุต่าง ๆ กัน เช่น อัลเลอร์ยคหรือวาโซมอเทอร์ไรในคิส. โพรงกระตอกอัสเสบ, การคคเซอระบบทางเคินหายใจส่วนขน, หูชนกกลางอัสเสบ, เป็นหวคและแกวหอกอัสเสบ. มากรายมีอาการ อ่นร่วมควยคช จมกคณ, โปสทหน้าซัลคริปและปวกหัว. ผู้ช่วยมทงเค็กและผู้ใหญ่รวม ๑๐๐ คน, ทงสองเพศ, อายุระหว่าง ๒-๖๕ ปี. ไค้รับการตรวจจมกก่อนและภายหลังกการรักษาคลอคเวลาทกคน. ตรวจเลือก, ปัสสาวะ, และแรงคินเลือก. ใช้ยา ๐.๐๒๕ ปช., ๐.๐๕ ปช., และ ๐.๑ ปช. หยอกจมกข้างละ ๒-๓ หยด, วันละ ๓-๔ ครั้ง. พขว่าไค้ผลคิ. ขนาด ๐.๑ ปช. ใช้ไค้คิในผู้ใหญ่และ ๐.๐๕ ปช. คิในเค็ก. ผู้ช่วย ๕๔ รายไค้รับผลคิเลค (อาการหายไปหมด), ๒๖ รายให้ผลคิมาก (คิขนค้ไม่หายขาด), ๑๐ รายไค้ผลคิ (บรรเทา

ชั่วคราวหรือทเลเล็กน้อย). มี ๑๐ รายเท่า
 นนทไคผลเลว (ไมคขน หรือ กลยเลวลง).
 เวลาทรภษาคคเคลยราร ๗-๘ หรือ ๙ วัน.
 มีผลข้งเคยงนอย เช่น มีอาการแสบร้อน
 เล็กน้อย ๖ ราย, ปรกฏการรยวณค้ ๒
 ราย, ปวคัษะ ๒ ราย, และคอแห้ง
 ๑ ราย.

จากผู้ช่วย ๓๘ รายไม่พบการเปลี่ยนแปลงของเลือด, ๓๕ รายไม่พบการเปลี่ยนแปลงในปัสสาวะ และไม่มีการเปลี่ยนแปลงในความดันเลือด.

สรุปว่ายานค้ในการบรรเทาอาการแน่น
 จมก, เพราะให้ผลเร็ว, มีผลข้งเคยง
 นอย, ไม่ทำให้ตคยา, ไม่มีการทนยา,
 ทงยงมีปรกฏการรยวณค้่นอยมาก. ผู้รย
 งานให้ควมเห็น ว่าโอิทรวิน จะลดจำนวน
 โรคแทรกซ้อนได้มากเมื่อใช้ ใน ราย ที่เป็น
 หวัด.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๑๔. M.N.I. Walters, P.G. Littlejohn :
 การพิเคราะห์แยกโรคหัวใจและโรคคัษ.
 Med. J. Australia. 45 : 76, 1958.

เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและคัษมีเอ็นซิมม์
 เฉพาะของมันอยู่ ๒ ชนิดค้ค้ กลตามค้-ออก

ซาลอะซ้คค้ ทรวนสอะมีเนสและกลตามค้-
 พยรวคทรวนสอะมีเนส. ถ้าเซลล์เหล่าน
 สลายตัวลง ก็ระปล่อยเอ็นซิมม์ เหล่านนเข้า
 สู่ปลัสม่า, ซึ่งจะทรวนพยได้เป็นส้ค้ส่วน
 กบการสลายตัวของเซลล์. นยว่าเป็
 ประโยชน์มาก. ทำให้เราแยกการซาค
 เลือดชั่วคราวของหัวใจออกจากการตายของ
 เนื้อกล้ามเนื้อหัวใจได้, ในขณะเคยงกนค้ท
 อี.ซี.จี. ไม่สามารถแยกค้แน่นอน. เอ็น-
 ซิมม์ ทงสอง ชนิดน อาจพย มีปรมาณ สูงใน
 ปลัสม่าได้ เมื่อมีการทำลายแตกแยกของ
 เนื้อค้หรือกล้ามเนื้อร่างกาย, แต่ก้ไม่มี
 ความหมายมากนัก.

โรง พยาบาล ที่ รอยัลเพอร์ธได้ ทำ การ
 ทรวนคะณะหาวะคัษ ของ กลตามค้-ออกซาล
 อะซ้คค้ทรวนสอะมีเนส โดยวิธีเคยบส้ในผู้
 ช่วย ๖๐ คนที่ช่วยด้วยโรคระบยเลือดไหล
 เวียนและโรคคัษ. ในรายท้มีอินฟารค้ของ
 เนื้อกล้ามเนื้อหัวใจค้ผลบวกเกอยทงหมค้ถารบ
 ทรวนท้นท้ใน ๒๔ - ๔๘ ช.ม. จากเริ่มมี
 อาการเจ็บปวด. ภายหลังมีอินฟารค้แล้ว
 ๓ - ๖ วันค้านจะลดลงสู่ระคัษปรกติ. หาก
 เป็อินซิมม์เคยบโดยไม่มีอินฟารค้แล้ว, การ
 ทรวนจะค้ผลลย.

การทรวนสอยแชนนมีค้ค้ค่ามากในโรค

คย. สามารถบอกได้ถึงกรณีการคลาย วินิจฉัยโรคแล้ว ยังใช้ในการพยากรณ์
ของเนื้องอก. โรคได้อีกด้วย.

ความรู้เรื่องเนื้องอกนอกจากจะมีคุณค่าในการ ตวงพิชน โทณะวณิก พ.บ.

ท่านสมาชิกโปรดทราบ

๑. ไม่ไ้รับหนังสือโปรดแจ้งกองจัดการ
๒. ย้ายที่อยู่ เลื่อนยศ เลื่อนตำแหน่ง กรุณาแจ้งมาให้กองจัดการทราบด้วย
๓. ส่งเงินถึงผู้จัดการส่งจ่ายที่ ป.ณ. หน้าพระลาน พระนคร

ปกิณกะ

๑. ศาสตราจารย์ ฮันส์ ฮินเซลมันน์

แพทย์ทุกคนคงเคยได้ยินชื่อของ Hans Hinselmann มาแล้ว. โดยเฉพาะสัณนิเวศแพทย์นคนเคยกบชอนค, ทงนเพราะท่านเป็นผทงททไคทำคณประโยชน์ให้แก่วทยา-ศาสตร์แขนงนมิใช่นอย. บคันท่านถึงแก่กรรมเสยแลวเมอวท ๑๘ เมษายน ๒๕๐๒ น, ซงเป็นเวลา ๔ เกอนก่อนหน้าวันเกกท ๗๕ ของท่าน, ค้วยโรค “เนอหัวใจตาย”.

Martius ไคเล่่าถึงนิสัยใจคอและประวัติบางตอนของท่านไว้ในจดหมายไว้ฮาลัย ซงจะขอนำเล่่าสัคนพงคทอไปน.

ฮันส์ ฮินเซลมันน์ไคคคตาม Otto von Frangué ผเป็นอาจารย์มาอยุ่ทมหวิทยาลัยแห่งเมืองบอนนคองแต่ปี ๑๘๑๒, และไคสอยเป็นศาสตราจารย์ทนน. ในปี ๑๘๒๕ ไครับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าแผนกสัณนิเวศท โรงพยบาลในเมืองซุมบวร์ก-ฮิลโทน่า.

ท่านเป็นคนฉลาด, รอยร้และสนใจที่จะศึกษาอยุ่ตลอดเวลา. มีลักษณะที่เด่นอยุ่ ๒ บัระการ, คอบซาความจริงอยุ่อย่างสูง, และไม่มีนียยอมใครง่าย ๆ. สิ่งไคทเห็นว่าเป็นการ

ถูกแลวยกคถอยอยุ่อย่างนอย่ตลอด จนบางคองเป็นอินทรายทอตัวเองกม. เป็นคนทมหลกเกณทและ พยายามจะให้ผอนยปฏิบคิอยุ่อย่างท่านข้าง, แต่ในขณะเค่ยวกัมีความเป็นผค, ใจคอก็ฮอนโยนและร่าเริงเสมอองเป็นทรวกของผทไคพบเห็น.

ในจำนวนงานทาง คำนวทยาศาสตร์ทท่านไคศึกษาและคพมพออกซงมีเกอบ ๔๐๐ เรอขนน, มทสาคณูทสคอย ๓. เรอขแรกคอการศึกษาเกยวกับหลอคเลอคผอยควยกลองจุลทคัณในโรคอเคลมป้เซย. ฮินเซลมันน์พยวามสัสม์ของหลอคเลอคผอยและมีสะ-เตลีสในการไหลของเลอคแกง, ไคล้งความเห็นว่าการเปลยนเปลงของ หลอคเลอคนมีส่วนเกยวของอยุ่อย่างสำคัญฮนทงคอการเกกโรคพิษแห่งครรรกโดยเฉพาอเคลมป้เซย.

เรอขที่สองคอ การคณควหาเหตุททให้เกิดการเปลยนเปลงของเนอวกใน Hydatidiform mole. ท่านพยว่วลไคทไม่มีหลอคเลอคผอย เกกขน หรือมน นอยหรือเกกข้าและไคคคทอกันจะขวมพองโคขน, เพราะ

เกิดการผิดปกติในกระแสของฟลูอิด ในวิล-
ไล, และความตึงโดยฟลูอิดในวิลไลที่ขม
โตนจะกระตุ้นให้โทรโพลลาสต์เกิดออกมาก
มายขึ้น.

งานอื่นที่สามของท่านคือการคิดประดิษฐ์
กล้องซึ่งขยายได้มากกว่าตาเปล่า ๑๐-๒๐
เท่า. กล้องนี้คือ Colposcope ซึ่งใช้ในการ
ตรวจการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ของอวัยวะ
ที่มองเห็นได้โดยตรงซึ่งเขียนประโยชน์มาก
ในการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะ
แรกเริ่ม.

นอกจากนั้นท่านได้เขียนเรื่อง สรีรวิทยา
และพยาธิวิทยาของรก, และนำหลักเบื้องต้น
ในหนังสือคู่มือ Halban-Seitz และอื่น ๆ อีก
มากมาย.

การขัดต่อหลักการอย่างมั่นคงของท่าน
นี้ทำให้ท่านต้องประสบเคราะห์กรรม, โดย
ถูกจับขังศาลทหารอังกฤษและถูกขังอยู่สาม
ปี, เนื่องจากในระหว่างสงครามได้มีคำสั่ง
ให้ทำการตอนหญิงยิปซีซึ่งไม่มีสัญชาติใน
คลินิกของท่าน ซึ่งท่านมิได้เห็นชอบด้วย
เลย; แต่เมื่ออังกฤษจับท่านไปฟ้องศาล ท่าน
ก็ได้ชี้ชัดต่อตองผู้ใด, ขอมวยโทษด้วยตน

เองเพราะการกระทำนั้นเกิดขึ้น ในคลินิก ใน
ปกครองของท่าน.

ในที่สุดซึ่งท่านได้รับความยกย่องอย่าง
สูง. เวลาที่มีมาหาสังเกตได้ว่าเขาเหล่านี้
นั้นแสดงความเคารพท่านอย่างมากทีเดียว.
เมื่อตีตกไปได้ ๒ ปีครึ่ง, มารักคู่ซึ่งเขียน
เพื่อนของท่านได้ไปเจอจากนายทหารใหญ่
อังกฤษ, ท่านจึงได้ถูกปล่อย และได้เข้าทำ
งานในโรงพยาบาลเอ็ปเป็นคอร์ฟ.

ท่านมักจะเล่าถึงเหตุการณ์อันน่าคนแค้น
ในขณะที่ ถูกคุมขัง. แต่มีได้กล่าวถึงความ
เคียดแค้นขมขื่นของตนเองเลย. ในการวิง
แทนเพื่อที่จะเรียกร้องสิทธิในการงานกลับ
คืนมาท่านก็ทำไปอย่างเยือกเย็นมิได้มีอา-
รมณ์เช่นเคืองเคียดแค้นเลย, คล้ายกับทำให้
ผู้อื่นละอาย. นับว่าท่านได้ยกจิตใจของท่าน
ขึ้นเหนือสิ่งเหล่านั้นได้อย่างน่าอัศจรรย์. ท่าน
มีนิสัยไม่ชอบอภิสิทธิ์เลย, จึงทำให้มีความ
ลำบากในชีวิตย่อย ๆ.

(จาก Heinrich Martius: Dtsch. Med.
Wschr. 84 (32):1959.)

ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์
Ph.D., Dr. med. (Leipzig).

๒. การเป็นแพทย์ประจำบ้านในปารีส

เทียบกันในประเทศอังกฤษและอเมริกาแล้ว, โอกาสที่จะเป็นแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลสำคัญ ๆ ในฝรั่งเศสหายาก, ไม่แต่สำหรับชาวต่างชาติเท่านั้น แม้แต่นักศึกษาฝรั่งเศสเองก็ตาม. ทั้งนี้เพราะจำนวนนักศึกษามากประการหนึ่ง, ระยะเวลาที่เป็นแพทย์ประจำบ้านกินเวลานานประการหนึ่ง, และระบบการบริหารบ้านเมืองในค่านิสัยของชาวฝรั่งเศสแตกต่างจากประเทศอื่นอีกประการหนึ่ง.

โดยปรกติการบริหารโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้ง โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย อยู่ในอำนาจหน้าที่ของหน่วยราชการที่สำคัญของประเทศคือ Administration Générale de l'Assistance Publique, ซึ่งแปลตรง ๆ ว่ากรมประชาสงเคราะห์. หน่วยราชการนี้ นอกจากจะมีหน้าที่บริหารทั่วไป, ซึ่งหมายถึง การใช้จ่าย, บำรุง, ก่อสร้างโรงพยาบาลของรัฐแล้ว, ยังมีหน้าที่จัดการสอบคัดเลือกบุคคล, เจ้าพนักงาน, พยาบาล, นักศึกษาแพทย์และแพทย์ชนต่าง ๆ เข้าทำงานในโรงพยาบาลอีกด้วย. การสอบบรรจุแพทย์ประจำบ้านตาม ร.พ. ต่าง ๆ ของฝรั่งเศส

ในเขตมณฑลหรือจังหวัดหนึ่งจึงรวมชนกับคณะกรรมการแห่งเดียวกัน, และข้อสอบคัดเลือกของคณะกรรมการนี้เป็น คณะข้อสอบกับข้อสอบของมหาวิทยาลัย, ทั้งไม่ชนกับมหาวิทยาลัยในเขตนั้น ๆ ด้วย. (กฎข้อนี้ภายหลังการปรับปรุงรัฐบาลปี ๑๙๕๘ มีข่าวว่ากำลังจะเปลี่ยนแปลงโดยให้มหาวิทยาลัยในเขตหนึ่ง ๆ เป็นผู้สอบคัดเลือก หรือในกรณีแพทย์ประจำบ้าน ให้ถือข้อสอบได้ของมหาวิทยาลัยเป็นเกณฑ์คัดเลือก. ในบทความนี้เขียนตามกฎเดิม). ฉะนั้นแพทย์ฝรั่งเศสจึงมีตำแหน่งแตกต่างกันอยู่ ๒ อย่างคือ ตำแหน่งทางราชการ (หน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์แต่งตั้ง) กับตำแหน่งทางวิชาการซึ่งทางคณะแพทย์เป็นผู้แต่งตั้ง. ตำแหน่งนี้ปรกตินิยมเขียนท้ายปริญญาในนามบัตรทั่วไปหรือเวลาแต่งตำรา.

ตำแหน่งทางวิชาการที่สำคัญ ๆ มี ๓ อันดับ คือ:

(๑) Chef de Clinique หรือ Chef de Laboratoire เป็นตำแหน่ง อาจารย์ ชน ต้น เทียบเท่าหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านที่ ๔ ของ

เวา หรือ Senior Registrar ของอังกฤษ.

(๒) ตำแหน่ง Agrégé หรือ Agrégation เป็นตำแหน่งศาสตราจารย์สมทบ, ผ่านการสอบคัดเลือก.

(๓) ตำแหน่งศาสตราจารย์ Professorat แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี, ผ่านการคัดเลือกของคณะแพทย์.

ตำแหน่งแพทย์ทางราชการมี ๔ อันดับคือ:

(๑) Externat ตำแหน่งนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด. ผู้ที่ใดเป็นเรียกว่า Externe des Hôpitaux.

(๒) Internat ตรงกับแพทย์ประจำบ้าน.

(๓) Assistant ตรงกับแพทย์ผู้ช่วยหรือ อ่อนอาวุโส (Junior Staff) ของเรา.

(๔) ตำแหน่ง Médecin หรือ Chirurgien des Hôpitaux ตรงกับอายุรแพทย์หรือคัลยแพทย์อาวุโสประจำแผนก.

ผู้ที่ระเลอนขนตำแหน่งสูงๆ จะต้องผ่านตำแหน่งต่ำๆ ก่อน และจะต้องผ่านการสอบ. สำหรับตำแหน่งแพทย์ที่ปรึกษา (Consultant) นั้น ฝรั่งเศสไม่มี, เพราะคำว่า des Hôpitaux หมายถึงโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งรวมอยู่ในอำนาจหน้าที่หน่วยราชการเดียวกัน. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเขตหนึ่งๆ มีหน้าที่ปรึกษาทุกๆ โรงพยาบาลในเขต

ของตน.

Externat (นักศึกษาแพทย์ฝึกหัด)

หน้าที่นเขนการฝึกงานขนตนๆ ของนักศึกษาแพทย์. รัฐบาลมันโยบายที่จะหาบุคคลผู้ช่วยแพทย์ทมความรับผิดชอบแบ่งเบาภาระแพทย์, และให้รายได้เล็กน้อย. นักศึกษาที่สอบเขาทางานหน้าทน ทางมหาวิทยาลัย จัดตารางสอนพิเศษให้สามารถเล่าเรียนและปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลพร้อมๆ กัน. นอกจากจะได้ความชำนาญพิเศษแล้วยังมีรายได้พอสมควร, และยังมีสิทธิพิเศษเหนือนักศึกษาอื่นๆ ในการสอบเป็นแพทย์ประจำบ้านขนต่อไปอีกด้วย. หน้าทนเริ่มสอบเดือนธันวาคมทกข, มีกำหนดเวลา ๑ ขกการศึกษ. ผู้สมัครสอบได้คือนักศึกษาแพทย์ที่สอบไล่โดยท ๑ ทงคนชาติฝรั่งเศสและต่างชาติ, แต่มีข้อมเ้มว่า นักศึกษาต่างชาติขนรับจำนวนน้อยกว่า และไปอยู่ในโควตาของจำนวนนักศึกษาชาติฝรั่งเศสและไม่ได้รับเขยเลย. ผู้ที่เคยปฏิบัติหน้าท นควย กำหนด มีสิทธิ เขยง เต็ม ทาย ขอนามสกุลตนเองว่า Ancien Externe des Hôpitaux.

Internat (แพทย์ประจำบ้าน)

เริ่มทำการสอบคัดเลือก เดือนตุลาคม. ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าสอบ คัดเลือกคือ ผู้ที่ผ่านการเป็นนักศึกษาแพทย์ ผกทศแล้ว ครบ ๑ ปี, ไม่ว่าจะ เป็นแพทย์หรือนักศึกษาชั้นใด. แต่มีสิทธิ์สมัครสอบได้ไม่เกิน ๕ ครั้ง. โดยปรกติแล้วผู้ที่สอบได้มักจะเป็นนักศึกษาชั้นสุดท้ายหรือผู้ที่เรียนจบแล้วเสียมาก, เพราะข้อสอบคัดเลือกกำหนดไว้สูง เกินกว่าที่นักศึกษาชั้นต้น ๆ จะสอบได้. นักศึกษาต่างชาติที่มีสิทธิ์สอบได้, มีจำนวนโควตาแยกจากนักศึกษาเจ้าของประเทศ. ยกเว้นผู้ที่มีหลักฐานขอเปลี่ยนสัญชาติ. ภายหลังที่เป็นแพทย์ประจำบ้านครบกำหนดแล้ว จะไม่มีสิทธิ์สอบรับราชการในหน้าที่สูงต่อไปอีกได้, และยังคงรับรองว่าจะไม่ประกอบโรคศิลป์ในดินแดนฝรั่งเศสด้วย.

หน้าที่แพทย์ประจำบ้าน ฝรั่งเศส มีกำหนด ๓ ปี, โดยหมุนเวียนไปโรงพยาบาลละ ๖ เดือน. ทงนปฏิบัติงานเฉพาะวิชาที่คนสมัครใจ (Straight Internship). ผู้ที่เคยปฏิบัติหน้าที่ครบกำหนด มีสิทธิ์เขียนทนายปฏิญญาของตนว่า Ancien Interne des Hôpitaux และมีสิทธิ์พิเศษเหนือแพทย์ธรรมดาหลายประการ. ผู้ที่จะเป็นแพทย์

ประจำแผนกใน โรงพยาบาล เขตใด จะต้องเคยเป็นแพทย์ประจำบ้านในเขตนั้น ๆ มาก่อน. นอกนั้นในวิชาชีพบางแขนงเช่นวิชาศัลยศาสตร์ซึ่งทาง มหาวิทยาลัย ไม่อาจ จะสอบเป็นหลักสูตรหลังปริญญาได้, ผู้ที่จะขึ้นทะเบียนขอประกอบโรคศิลป์เฉพาะโรคนั้นๆ ได้ก็จะต้องเคย เป็นแพทย์ ประจำบ้านในวิชานั้นมาก่อน.

เกณฑ์ปลักย่อยของการเข้ารับราชการเป็นแพทย์ ประเทศ หนึ่ง ๆ ย่อมจะแตกต่างกันสุดแต่ความเหมาะสมของบ้านเมือง. แต่หลักเกณฑ์ใหญ่ของการเป็นแพทย์ประจำบ้านประเทศฝรั่งเศสก็คล้าย ๆ กันในประเทศอื่น ๆ คือทางการพยายามที่จะประสานความชำนาญแก่ แพทย์ ประจำ บ้าน ของ คน และพยายามที่จะสงวนไว้ซึ่งสิทธิในอนาคตของแพทย์ประจำบ้านทุก ๆ คน, ให้สมกับที่เขาได้ต่อสู้ยากขยันเล่าเรียนอย่างดี, ประพฤติตัวดี, และอดทนเวลาอันมีค่าถึง ๓ ปีเพื่อรับใช้โรงพยาบาลโดยไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก.

เอกสาร

1. Graduate Medical Education in the United States. J.A.M.A. 165:453, 1957.
2. Les Etudes Médicales à Paris. Presse Medicale. Supplément au. No. 72,

1957.

3. Extraits des Dispositions des Règlement Général sur le Service de Santé des Hôpitaux et Hospices civils de Paris. Concernant le Concours de l'Externat

et de l'Internat en Médecine. 981-5,000, 1957.

4. E.J.R. Rossiter: The Student and the Clinical Curriculum: B.M.J. 608,1958.

เฉลิมชาติ รัตน์เทพ พ.บ.

๓. ฮอว์โมนที่พบในต่อมไฝเนียด

นักวิทยาศาสตร์ปัจจุบันมีหลักฐานที่พอให้ความกระจ่างเกี่ยวกับหน้าที่ของต่อมไฝเนียด, ซึ่งนักปรัชญาสมัยศตวรรษที่ ๑๗ ถือว่าเป็น "ที่ตั้งแห่งวิญญาณ". นั่นคือนายแพทย์ N.J. Giarman แห่งมหาวิทยาลัยเยล สามารถแยกฮอว์โมน ๔ ชนิดได้จากต่อมไฝเนียดของวัว, คือ เซอโรโทนิน, นอร์เอปิเนฟริน, ฮีสตามีน และ อะเซทิลโคลีน.

ในรายงานต่อ American Federation of Experimental Biologists ที่ Atlantic City นายแพทย์ Giarman ยังชี้ว่าฮอว์โมนที่ ๕ คือ เมลาโทนินก็แยกได้แล้วเมื่อเร็วๆ นี้ ณ มหาวิทยาลัยเยล, ภายใต้การนำของนายแพทย์ A.B. Lerner. เมลาโทนินเป็นสารต้านฤทธิ์ของฮอว์โมน กระตุ้นเมลาโนไซต์ของต่อมพิทูอิทารี, ทำให้ผิวหนัง

ขาวขึ้น.

การค้นพบเหล่านี้ นายแพทย์ Giarman กล่าวว่าเป็นการ ลบล้าง ความเชื่อ ที่มานานแล้วว่าต่อมไฝเนียด ไม่มีหน้าที่สำคัญอย่างใด, แต่เป็นต่อมที่หลงฮอว์โมน, มีเลือดและประสาทมาเลี้ยงมากมาย. ยิ่งกว่านั้น มันมีเซอโรโทนิน และ ฮีสตามีนอยู่มากเท่ากับส่วนอื่น ๆ ของสมอง, ส่วนอะเซทิลโคลีนมีอยู่เพียง ครึ่งหนึ่งของส่วนอื่น ๆ.

นายแพทย์ Giarman ยังได้รายงานด้วยว่าต่อมไฝเนียดมีเอ็นไซม์ซึ่งใช้ในการสังเคราะห์และ สลาย เซอโรโทนินและสารอะมีนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย. กุญแจไขปัญหาผลการ ค้นคว้า ของผู้ที่ รายงานว่าต่อมพิทูอิทารีมีฮอร์โมน ๓๒ ใ่ว้มากกว่าที่สชิวิ ส่วนอื่น ๆ, และจีไฮโออิน ๑๓๑ ใ่ว้มากเป็น

ที่ส่งร่องจากคอมพิวเตอร์ท่านนั้น. แสดงว่ามันต้องมีบทบาทสำคัญ เกี่ยวกับเมตาบอลิซึมที่เกี่ยวข้อง.

นายแพทย์ G. Farrell แห่งมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นรีเสิร์ช พบว่าคอมพิวเตอร์ผลิตฮอร์โมนแอดรีโนไทรฟิคใหม่ อีกชนิดหนึ่งชื่อว่าไกลเมอรูโลโทรฟิน (จี.ที.เอช.). เขาเสนอว่า คอมพิวเตอร์คือคอมพิวเตอร์ที่ยังไม่โตเต็มที่. มีหน้าที่ควบคุมคลัยอิเล็กโตรลิตที่ในทารก. จี.ที.เอช. เป็นพวกไขมัน, ถูกสกัดจากคอมพิวเตอร์ด้วยอะซีโตน, และสามารถทำให้เข้มข้นได้ด้วยเอ็กเซน, ซึ่งเป็นสารที่ละลายไขมัน.

การทดลองเบื้องต้นกับสุนัข, โดยตัดคอมพิวเตอร์ไขมันออก, พบว่าการขับถ่ายอัลโด

สเตอรอนลดลงทันที, แล้วจึงค่อย ๆ ขึ้นในคอนปลายสัปดาห์. ต่อจากนั้นจะลดลงต่ำมากภายในสามสัปดาห์. นายแพทย์ Farrell ได้ชี้ให้เห็นข้อแตกต่างของฮอร์โมนกับ เอ.ซี.ที.เอช., ซึ่งช่วยให้อธิบายข้อเท็จจริงได้. เช่น ในรายอดอาหารโซเดียม น้ำในร่างกายลดลง, หัวใจหมกกำลัง. โรคภัยไข้เจ็บ, และโรคไตเหล่านี้ อาการจะมากขึ้นเมื่อมีการขับถ่ายอัลโดสเตอรอน. ส่วนฮอร์โมนของคอร์เทกซ์ของคอมพิวเตอร์นั้น คอร์ติซอลจะคงที่. ตรงกันข้าม, การให้คอร์ติโซลจะทำให้ปริมาณของ คอร์ติซอลลดลงทันที, โดยไม่มีผลต่อการขับถ่ายของอัลโดสเตอรอน.

(จาก Medical News, April 29, 1959.)

สนอง อนุสกุล พ.บ., M.S. (Minn.)

๔. อายุรศาสตร์บัณฑิตสำหรับนักศึกษาแพทย์

การบัณฑิตและศึกษาความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องในอดีต, ทั้งที่เกิดจากตัวเราเองและกระทำโดยผู้อื่นเป็น "การเวียนควัยตนเอง" ที่มีค่าอย่างยิ่ง. เราไม่ควรปล่อยให้เรื่องเหล่านั้นผ่านไปกับข้อคิดอย่างไร้ค่า. ยิ่ง

สำหรับแพทย์ ผู้รับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์, ความผิดพลาด, บกพร่อง, และสะพานแต่ละครัง อาจหมายถึงถึงการสูญเสียชีวิตหรือความพิการ.

"ผิดเป็นครู" เป็นขระโยคสั้น และได้

ความชัดเจนที่ข้าพเจ้าขอฝากให้นักศึกษา
ในชั้นนี้, พร้อมกับความสนใจของ
ขกพร้อมทั้งคณบดี เป็นเรื่องขง และนักไม่
ถึง. คราบไตหนักศึกษาขงไม่สมควร, ความ
ขกพร้อมไม่น่าอัศจรรย์.

เรื่องแรก ข้าพเจ้าขอกล่าวถึง Cardiac
Beriberi สักเล็กน้อย. โรคนี้พบบ่อยและ
น่าสนใจ. รายทรงแรง, ถ้าวินิจฉัยโรคผิด,
ให้การรักษาไม่ทันการ, ผู้ป่วยอาจถึงแก่
กรรมในไม่กี่ชั่วโมง. เมื่อผู้ป่วย, จะ
หายเร็วอย่างน่าพิศวงและน่าสนใจในผลของ
การรักษา. แพทย์ผูกคอกอาจพลาดการวินิจฉัย
โรคนี้ในราย ยาก ๆ เพราะ นักไม่ ถึงใน
เมื่ออาการและอาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา
ตามตำรา. ผู้ป่วยเหล่านี้มักเป็นคนจน,
ทำงานหนัก, กินอาหารไม่สมบูรณ์เท่าที่
ควร. ไม่มีประวัติของเหน็บชาชนิดแห้งหรือ
เปียก. การช่วยขงขึ้นมักเริ่มด้วยอาการ
หอบอย่างฉับพลัน, หายใจไม่สะดวกมี
ความรู้สึกเหมือนจะขาดใจตาย. บางราย
อาจเข้าระยะโคมาภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง.

การตรวจกายภาพพบอาการแสดงของหัวใจ
ล้มเหลวคั้งปัจจุบัน, โดยมีข้อตรวจพบ
ที่สำคัญ คือ เลือดคั้งในปอด, หัวใจโต
และไม่ปรากฏ organic murmur นอก

จาก murmur ที่เกิดจากหัวใจโต, ความ
คั้งพรกวาง (ยกเว้นรายที่อยู่ในระยะหัว
ใจช่อนกำลังเต็มที่).

ข้อตรวจพบอื่นที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค
คือ "ลักษณะของน่อง". แม้จะไม่ปรากฏ
ทุกราย, แต่ถ้าพบจะช่วยให้เรานักถึงโรคนี้
มากขึ้น. น่องที่เคยพบมีลักษณะกลม,
ใหญ่, คล้ายครึ่งหอยเหมือนอย่าง (ไม่เป็น
ก้นกล้ามเนื้อแบบ คนถีบจักรยานสามล้อ).
ยากจะอธิบายลักษณะนี้ด้วยตัวหนังสือ. ทาง
ที่นัก ศึกษา ควร หัก คล้าน่อง เวลา ทำการ
ตรวจร่างกาย อยู่เสมอให้ มือชนกับ ลักษณะ
ต่าง ๆ ของน่อง, เทียบกับน่องของผู้ป่วย
เห็นขงชนิด เขียว ทขายวม น้อย ๆ และผู้
ป่วยเห็นขงหัวใจทขายไม่ขวม. เมื่อข้าพเจ้า
เป็น นัก ศึกษา และ ศาสตราจารย์ ประเสริฐ
ถึงศาลาย์ สอนการตรวจกายภาพ, ท่าน
ได้เน้นเสมอถึงการหักคล้าน่องและรักไว้ให้
เคยชิน. ด้วยการกระตุ้นและหลักของท่าน
ข้าพเจ้าได้ หัก คล้าน่อง เรอข มา จน กระทั่ง
เคยวน.

การพยากรณ์โรค ถ้าผู้ป่วยมาหา
แพทย์ภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมงหลังจากเริ่ม
มีอาการรุนแรง, และแพทย์วินิจฉัยโรคได้
ถูกต้องพร้อมทั้งให้การรักษาดังขนาดได้ทัน

ที่, ผู้ช่วยมีหวังรอดตายมาก. ส่วนมากผู้ช่วยเริ่มทะเลาะชัดเจนภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง เช่นลดอาการหอบและกระวนกระวาย, รู้สึกตัวชัดเจน, เปลี่ยนจากนั่งหอบเป็นนอนพักได้ภายใน ๑๒ ชั่วโมงยิ่งทุเลามากขึ้น, อาจนอนหลับสบาย. บางรายซึ่งเมื่อมาโรงพยาบาลอยู่ในภาวะร่อแร่, ใน ๑๒ ชั่วโมงกลับสบายก็เหมือนคนปรกติ. ถ้าไม่ทุเลาเลยภายใน ๖ ถึง ๑๒ ชั่วโมงมีหวังรอดยาก. ข้อบกพร่องซึ่งอาจเกิดได้เสมอ คือ:

๑. แพทย์ผู้รักษาไม่นั่งลงเห็นซาหิวใจ, เสียกำลังงานและเปลืองยามากมายในการรักษาหิวใจล้มโดยไม่ได้ผลเลย.

๒. แม่วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง, บางรายที่มีเลือดคั่งในปอดรุนแรงมาก, หมอใหม่มีกตใจและทัศนใจไม่ตกในการรักษา. ต้องจับตมแพทย์, พยาบาล และนักศึกษาแพทย์ดูแลผู้ช่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา. การแก่ภาวะเลือดคั่งในปอดต้องการการพลิกแพลงการรักษาอยู่ตลอดเวลา. ควรปรึกษาแพทย์ที่อาวุโสและชำนาญกว่า.

๓. ใช้วิเคะมินจากขวดที่ใช้แล้วซึ่งยาที่เหลืออยู่อาจมีความเข้มข้นไม่แน่นอน, หรือสระเพราะในการคคยาและการฉีดอนเป็น

เหตุให้ผู้ช่วยไค้วิเคะมินไม่ ถึงขนาดที่ตองการ. ทดครงทชาวเจาสังการรรักษาเห็นซาหิวใจ ตอง ซักซ้อม ห้วนหน้า พยาบาล และ แพทย์ประจำตกเป็นอยางคดงเรอง :

ก. ตองใช้วิเคะมินขวดใหม่, และแยกขวดไว้สำหรับรายนั้นโดยเฉพาะ.

ข. ให้ใช้เข็มแทงขวดยาและกระบอกฉีดยาต่างหากสำหรับคคยาให้ได้ปริมาณแน่นอน. ห้ามคคยาด้วยเข็มและกระบอกที่จะใช้ฉีด.

ค. ในการรักษาผู้ช่วยหนักแชน แพทย์ประจำตกตองฉีดยาเอง.

๔. ในระยะพนตองคอยสำรวจปริมาณขนาดมและบัสสวาระ เคยมีผู้ช่วยถ่ายบัสสวาระหลายลิตรในช่วคนเคียว, ถึงกับตองทกแทนควยการให้หน้าเขาเส้น. หากเราละเลยผู้ช่วยอาจถึงแก่กรรมเพราะการเสี่ยสมคูลย์น้ำและอเล็คโตรลัยท์.

๕. การรักษาผู้ช่วยหายเป็น ความสำเร้งเพียงชนเคียว. ทงแพทย์และพยาบาลผู้คและรักษาผู้ช่วยมกคใจเมื่อผู้ช่วยหาย และจำหน้ายเขาออกจาก ร.พ. ไปโดยลมมถงสาเหตุที่ ทำให้เขาช่วย และ ตอง มารักษาใน ร.พ. มีช้ามานเขาอาจช่วยและตองมา ร.พ. อีกเพราะเมื่อเขาถลขยานกไป

กินข้าวคลกนํ้าปลาหรือชกของแสดลงเมือบ้วย
ชกคองเคม. จึงควรถอดเขนหนาทของแพทย
และพยายามได้ช่วยสังสอนและแนะนำบ้วย
ให้เข้าใจถึงสาเหตุของโรคและการปฏิบัติที่
ถูกต้องเมือกลับจาก ร.พ. แล้ว

เรื่องที่สอง ข้าพเจ้าเคยพบเรื่องเคว่าชณะ

ไปเยี่ยมคนรู้จักซึ่งนอนบ้วยอยู่ใน ร.พ. แห่ง
หนึ่ง. คนไข้เตียงถัดไปเป็นหญิงกลางคน
กำลังนอนงอตัวเอามือกุมท้องและร้องครวญ
ครางอยู่. นายแพทย์ประจำตึกซึ่งยืนอยู่กับ
ข้าพเจ้าบอกข้าพเจ้าว่าหญิงนั้นเป็น บิดและ
ลำไส้ใหญ่อันเสียเวอรัง. นอนบ้วยอยู่ใน
ร.พ. มาสามเดือนแล้ว. เปลี่ยนนแพทย์ประจำ
ตึกมาสามคน, แต่ละหมอได้ให้การรักษา
อย่างถึงขนาดทุกอย่างแล้วยังไม่หายอาการ
ปวดท้องและอาการบิดเคียวหายเคียวกำเวิบ
คุณหมอเลยถือโอกาสปรึกษาข้าพเจ้าเพราะ
เราคุ้นเคยกันดี. จากบันทึกรายงานผู้บ้วย
ปรากฏว่ามีการตรวจอุจจาระเพียงครั้งเคียว
ตั้งแต่รับบ้วยไว้ใน ร.พ. ผลการตรวจพบ
ซิสต์ของเอ็นตะมีบา ซิสต์โกลีติคคา. ไม่เคย
มีการตรวจทางทวารหนักเลย. คุณหมอผู้
รับช่วงต่อมากง ยักการ วินิจฉัยโรค แต่แรก

และรักษายักคนตลอดมา. ข้าพเจ้าจึงแนะนำ
คุณหมอมว่าควรตรวจทางทวารหนักโดยด่วน
และตรวจอุจจาระสดที่ตดลงมือออกมาซ้ำอีก
ครั้ง. การตรวจพบว่ในช่องทวารหนักเต็ม
ไปด้วยก้อนซรซระถึงขนาดแขนงนิ้วเข้าไปได้
ยากเต็มที. การตรวจอุจจาระไม่พบอะมีบา.

ยักการนสอนให้รู้ว่

๑. เราควรเป็นตัวของเราเองในการ
วินิจฉัยโรค, การรักษา, และอน ๆ โดย
ใช้หลักวิชาการ่วมกับสามัญสำนึก, และตรวจ
วิทยา. ทราบไคที่เรานี้หัดเรียน, สังเกต,
บันทึกและคิดด้วยตัวเองอยู่เสมอ, สมอง
จะขาดการฝึกฝน, สติปัญญาจะชราไปตาม
วัยและสังขาร, ความรู้ไม่คงงนงและขาด
ความชำนาญ.

๒. เมือพบผู้บ้วย อายุเลย กลาง คนมี
อาการเป็นบิด, หรือสลัดกับท้องผูก, ถ้าย
อุจจาระลำยากเป็นก้อนเล็ก ๆ, จะตรวจอะไร
ก็ตรวจเถิด อย่าล้ม "ตรวจทางทวารหนัก"
เพื่อให้แน่ใจ ว่าไม่ใช่ มะเร็งของ ทวารหนัก.
การหลง มงาย รักษาบิดใน เมือผู้บ้วยเป็น
มะเร็งของทวารหนักเป็นเรื่องเคว่าทพบขละ
หลายราย.

โรคไคที่ให้การวินิจฉัยยากและต้องการ