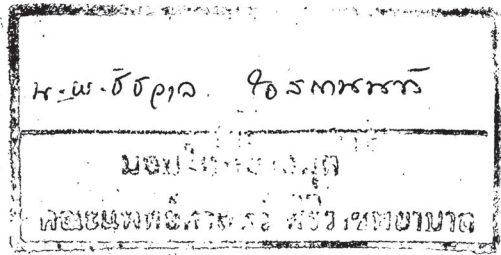




สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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



ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑๑-๑๒ พ.ย.-ธ.ค. ๒๕๐๓ Volume 12, Number 11-12, Nov.-Dec. 1960.

RUPTURE OF THE UTERUS DURING LABOUR
A Statistical Study

Thongdee Ruangphairochna
M.B.

(Dept. of Obstetrics and Gynaecology)
(Director: Professor Jajaval Osathanond)

Seventy-four cases of rupture of the uterus were found at the Siriraj Hospital in the seven-year period from 1947 to 1953, during which there were 24,212 deliveries. This gives an incidence of 1 in 327. It should be realized that this high frequency was due to the fact that a large number of complicated

and poorly handled cases was referred to the hospital after the patients had been in labour for many hours. It also should be mentioned that most of the cases of rupturs of the uterus occurred at home and were often carried to the hospital in a state of shock or otherwise serious condition.

Table 1
Rupture of the Uterus
Incidence

Authors	Period	No. of deliveries	No. of rupturs	Incidence
Lynch	1920-45	41,706	44	1:1,118
Dell and Eastman	1920-45	53,574	53	1:1,010
Bill, Barney and Melody	1925-41	69,391	23	1:2,756
Dugger	1931-41	318,103	105	1:3,029
Brierton	1932-46	111,753	57	1:1,961

Authors	Period	No. of deliveries	No. of ruptures	Incidence
Daniel and Inman	1945-51	28,678	9	1:3,173
Voogd, Wood and Powell (7), Bellevue Hospital	1943-55	17,181	12	1:1,432 1:1,961
H.F. Burkon, St. Luke's Hospital				1:8,741
Chicago Lying-in Hospital	1931-45			1:1,600
Women's Hospital, Bangkok	1952-54	19,852	15	1:990
* Provincial hospitals, Thailand	1955-56	6,586	60	1:1,098
Siriraj Hospital, Dhonburi	1947-53	24,212	74	1:327

* Collected from 19 hospitals

Table 2

Number of cases of uterine rupture during the seven-year period from 1947 to 1953

Year	No. of deliveries	No. of ruptures	Maternal			Fetal	
			Incidence	deaths	Percent	deaths	Percent
1947	2,432	11	1:222	7	63.63	11	100
1948	2,743	6	1:457	5	83.33	6	100
1949	3,193	8	1:399	4	50.00	8	100
1950	3,458	7	1:494	—	0	7	100
1951	3,718	13	1:286	3	23.08	13	100
1952	4,091	19	1:215	5	26.31	18	94.73
1953	4,571	10	1:457	2	20.0	9	90.0
Total	24,212	74	1:327	26	35.13	72	97.8

Total No. of cases of uterine rupture 74
 No. which attended Antenatal Clinic 9 = 12.16 percent of total
 No. which did not attend Antenatal Clinic 65 = 87.84 " " " "

Table 3

Mortality, Locality and Race of Patients

No.	Province	No. of cases	Mothers		Race	
			living	dead	Thai	Chinese
1.	Dhonburi	24	17	7	23	1
2.	Nonthaburi	10	7	3	10	—
3.	Nakornprathem	7	3	4	6	1

No.	Province	No. of cases	Mothers		Race	
			living	dead	Thai	Chinese
4.	Pratumdhani	7	5	2	7	—
5.	Samutsakorn	5	4	1	5	—
6.	Samutsongkram	3	2	1	2	1
7.	Sarnutprakan	3	3	—	3	—
8.	Bangkok	3	2	1	2	1
9.	Rajburi	2	1	1	2	—
10.	Kanchanaburi	2	1	1	2	—
11.	Singhaburi	2	—	2	2	—
12.	Petchburi	1	—	1	1	—
13.	Ayudhaya	1	—	1	1	—
14.	Unidentified	4	3	1	4	1
Total		74	48	26	70	4

Table 4
Number of pregnancy compared with age

Age	under 21	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	over 45	Total
No. of Pregnancies	years	years	years	years	years	years	years	
1	1	1	1	—	—	2	—	5
2	—	3	3	3	4	—	—	13
3	1	2	2	2	—	1	—	8
4	—	2	2	2	—	—	—	6
5	—	1	1	2	2	1	—	7
6	—	—	3	3	2	1	—	9
7	—	—	—	2	1	2	1	6
8	—	—	—	1	1	1	—	3
9	—	—	—	1	2	—	—	3
10	—	—	—	—	1	—	—	1
11	—	—	—	—	—	2	—	2
12	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	1	1
14	—	—	—	—	—	1	—	1
Not recorded	—	1	2	1	4	1	—	9
Total	2	10	14	17	17	12	2	74

Table 5
Classification of cases according to causes

Causes of rupture	No. of cases	Maternal		Maternal Mortality percent
		survival	death	
Obstructed labour due to				
-Malposition and presentation	21	14	7	33.3
-Oversized foetus	4	3	1	25.0
-Scar contraction of vagina	2	1	1	50.0
-Hydrocephalus	1	-	1	100.0
-Flat pelvis	1	1	-	0.0
-Dermoid cyst of Ovary blocking pelvis	1	-	1	100.0
Prolonged labour alone	13	9	4	30.7
Pressure (Accouchement forcé)	1	1	-	0.0
Pressure and malposition	1	1	-	0.0
Pituitary injection and forceps	2	2	-	0.0
Placenta accreta	2	1	1	50.0
Previous placenta adherens	1	-	1	100.0
Previous caesarean sections:				
classical	1	-	1	100.0
low transverse	1	1	-	0.0
Internal manipulation and forceps	4	1	3	75.0
Unknown	18	13	5	27.7
	78	48	26	35.1

Table 6
Duration of Labour

Duration	No. of cases	Percent
12 hrs	20	27.0
24 "	22	29.7
36 "	6	8.1
48 "	2	2.7
72 "	5	6.8
Over 3 days	9	12.1
Uncertain	10	13.5



Table 7
Types of Rupture

Variety	Upper uterine	Lower uterine	Unrecorded	Total No.	Percent of cases
1. Incomplete rupture	—	9	—	9	12
2. Complete rupture	6	45	11	62	84
3. Unclassified	—	—	3	3	4
Total	6	54	14	74	100

Table 8
Parts ruptured

Parts	Transverse	Longit.	Not described	Right	Left	Total No.	Percent of cases
1. Anterior wall	25	6	3	—	—	34	46
2. Posterior wall	2	5	3	—	—	9	12
3. Lateral wall	—	—	1	5	6	12	16
4. Not recorded	—	—	19	—	—	19	26
Total	27	11	25	5	6	74	100

Age. The ages of the patients varied from 20 to 40 years. Thirty-four cases were found between 31 to 40 years of age.

Parity. In the entire group there were only 5 primiparas. It is well known that multiparas suffer from this accident much more frequently than do primiparas. Schumann states that the ratio of incidence between the two groups is 12:1; in our series this is 13.8:1.

Types of Rupture. Of the 74 cases, 62 (84 percent) were complete ruptures, and 9 (12 percent) were incomplete. Thus

the complete variety occurred more frequently than the incomplete in the ratio of 7 to 1. In the first variety the foetus and placenta were frequently found in the peritoneal cavity, and the contracted, inactive uterus was palpable low down in the pelvis beside them. In the incomplete type the foetus usually remained in the uterus but may be separated from the peritoneal cavity only by the uterine serosa. In a few cases the type of rupture was unclassified.

The complete and incomplete ruptures are further subclassified into rupture of anterior wall, posterior wall or lateral wall.

Diagnosis. The signs and symptoms of rupture were almost always distinct. With the onset of actual rupture, signs of hemorrhage and shock usually were manifest. It should be pointed out that the presence of external bleeding was not constant and, therefore, its absence has no diagnostic importance. If bleeding suddenly appears in the course of labour, particularly in a difficult or abnormal labour, it should be considered as strongly suggestive of the beginning of a tear in the lower uterine segment and a thorough examination should be made with this possibility in mind. The appearance of shock accompanying cessation of labour and a recession of the presenting part were particularly ominous signs. Some patients who had been in intense pain as a result of

hard labour might suddenly seem temporarily greatly relieved.

In the completely ruptured uterus in which the foetus escaped into the abdominal cavity, the foetus could be felt with startling clearness immediately beneath the examining fingers and the contracted uterus as a firm globular mass beside it. The signs of shock and hemorrhage quickly appeared.

In cases in which uterine rupture followed an obstetric procedure from below, there may be profuse vaginal bleeding immediately after the extraction of the baby. Many cases of uterine rupture were recognised while attempting version, when the operator's fingers probed into a rent in the lower uterine segment.

Table 9
Frequency of symptoms and signs

Symptoms and signs	Frequency	Percent
Severe abdominal pain	49	66
Absence of bearing down effort	33	45
Restlessness	24	32
Premature leakage of liquor	32	43
Prolapsed arm of foetus	18	24
Epigastric discomfort	15	20
Fainting	7	9
Nausea and vomiting	6	8
Abdominal distension	8	11
Diarrhea	3	4
Vaginal bleeding	25	34
Palpable foetal parts	29	39
Shock	21	28
Anemia	18	24
Bandl's rings	3	4

On exploration the foetuses were found in the uterus in 28 cases (38 percent) and in the abdominal cavity in 25 cases (34 percent).

Treatment. Operative treatment was carried out in 61 of the 74 patients. The remainder were in very poor condition on admission and died before operation could be performed.

Table 10
Cases treated and untreated by laparotomy

	No. of cases	Surgical Treatment		Without surg. treatment	
		Total cases	Maternal mortality percent	Total cases	Maternal mortality percent
Rupture before admission	64	54	24	10	90
Rupture after admission	10	7	14	3	100

Table 11
Operative procedures used

Procedure	No. of cases	Result		Mortality percent
		Survival	Death	
Supravaginal hysterectomy	6	3	3	50
Supracervical hysterectomy	54	43	11	20
Suture	1	1	—	0
Total	61	47	14	23

Table 12
Cases receiving blood transfusion

	No. of cases	Result		Mortality percent
		Survival	Death	
With blood transfusion	42	36	6	14
Without blood transfusion	32	12	20	63
Total	74	48	26	35

Table 13
Maternal mortality

Outcome	No. of cases	Mortality rate percent
Death before operation	12	16
Death during operation	2	2
Death after operation	12	16
Total	26	35

Table 14
Tabulation of foetal salvage

Outcome	No. of cases	Percent	Cause
Intranatal death	66	89	
Still-born	5	7	Asphyxia
Neonatal death	1	1.3	Prematurity
Survival	2	2.7	
Total	74	100	

The causes of death after operation were:-

1. Generalized peritonitis 8 cases
2. Post-operative shock 3 cases
3. Acute congestive heart failure 1 case

Postoperative complications were as follows:-

1. Post-operative shock 11 cases
2. Peritonitis 10 cases
3. Abdominal distension 6 cases
4. Incontinence of urine 3 cases
5. Vesico-vaginal fistula 2 cases
6. Diarrhoea 3 cases
7. Wound complications 2 cases
8. Malaria after blood transfusion 1 case
9. Fistula of vaginal stump 1 case

Summary

1. In the seven-year period from 1947 to 1953, with 24,212 consecutive cases of labour, rupture of the uterus occurred 74 times, an incidence of 1 in 327. The maternal mortality was 35.13 percent and the foetal mortality 97.8 percent.

2. The main cause of rupture of the uterus in this series of cases was obstructed labour due to malposition and presentation which probably could be prevented by proper antenatal care.

3. There were only 2 patients in this series who had had a previous caesarean section.

4. The prognosis was definitely

influenced by the time lapse between the occurrence of the rupture and the establishment of proper treatment.

5. Blood transfusion probably plays an important rôle in reducing the maternal mortality.

References

1. Praon Serirat: J.M.A.T. 39:235-247, 1956.
2. A.P. Martini: J.I.C.S. 26:332, 1956.
3. H.P., J.W. Moore: Am. J. Surg. 78:534-536, 1949.
4. C.M. Johnson: Am. J. Obst. & Gynec. 57:765-769, 1949.
5. A.H. Bill, W.R. Barney and G.F. Melody: Am. J. Obst. & Gynec. 47:712-717, 1944.
6. F.J. Lynch: Am. J. Obst. & Gynec. 49:514-531, 1945.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

การตรวจไขสันหลังด้วยวิธีรังสี (มัยอ็ีโลกราฟฟี)

เฉลิมชาติ รัตนเทพ

พ.บ.

(แผนกคัลยศาสตร์ หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ อุดม โปษะภุชณะ)

การตรวจไขสันหลังโดย การฉีดยาทึบ
รังสีเข้าในน้ำสันหลัง, เป็นวิธีหนึ่งที่ทำเป็น
ในการ วิเคราะห์โรคที่ เกี่ยว ข้องกับ การกด
ของไขสันหลัง, ที่เกิดจากมะเร็งภายใน,
หรือเนื้องอกภายนอก, หรือในคนไข้ที่มี
อาการอัมพาตจากสาเหตุอื่น, รวมทั้งตรวจ
กระดูกงูหรือกระดูกแตกของหมอนกระดูก
สันหลังด้วย.

วิธีการตรวจ, ถ้าฟังก์ชัน ๆ ก็ไม่น่าจะ
มีความยุ่งยากอะไร. เพียงแต่ฉีดยาทึบ
มีพิษเข้าไปใน ทางเดินน้ำสันหลัง แล้วถ่ายภาพ
ภาพรังสีตามความต้องการ, ท่านองเคียว
กับการตรวจสวนลำไส้ด้วยแบเรียม, หรือ
ทำไมลชีส์สโตแกรม, หรือทำพัยอ็ีโล-
แกรม, ซึ่งวิธีการทั้งาย ๆ ไม่มีอันตราย.
แต่ในทางปฏิบัติคนหาได้เป็นเช่นนั้นไม่. มี
สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงหลายประการซึ่งล้วนแต่
เป็นเรื่องที่มองข้ามไม่ได้เลยทั้งนั้น.

ประการแรก, ยาที่จะฉีดเข้าไขสันหลัง
นั้นมียุ ๒ ชนิด, ซึ่งเป็นสารประกอบไอ

โอดีนทั้งค. ชนิดที่หนึ่งละลายและกระจาย
ในน้ำไขสันหลังได้, และดูดซึมออกง่าย,
เรียกทั่วไปว่า methiodol. อีกชนิดหนึ่งเป็น
น้ำมันไม่ละลาย และหนักกว่าน้ำไขสันหลัง.
ชนิดแรกใช้ ในประเทศภาคพื้นยุโรป. ยา
นี้ในบ้านเราไม่มีขาย, และวิธีการก็ไม่
สะดวกแก่บ้านเรา, จึงจะคัดกล่าวถึงใน
ชนิดที่เป็นน้ำมันใช้ในอเมริกา, ยางโรง
เวียนส่วนใหญ่ของอังกฤษ, และในบ้านเรา
ด้วย. มีหลายยี่ห้อด้วยกัน, คือ pantopaque
lipiodol, myodil. โรงพยาบาลศิริราชใช้
myodil (methy-iodophenylundecylate),
เป็นยาของบริษัท Glaxo, ประเทศอังกฤษ.
เป็นน้ำมันไม่มีสี, ชัน, และเหนียว. ทำ
จำหน่ายหลอดละ ๓ ล. ซม. ยานกล่าวกันว่า
เมื่อใส่ในน้ำสันหลังแล้ว จะดูดซึมออกช้า
มาก, คงค้างอยู่เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๒ ปี
จึงจะหมด. ยิ่งกว่านั้นเคยมีคนรายงานว่า
ยานก่อให้เกิด การอักเสบของเยื่อหุ้มไขสัน
หลังชั้นในได้ภายหลัง. (2)

เมื่อเป็นเช่นนั้น, ในการฉีกยาเข้าช่อง
สันหลังเพื่อการตรวจแต่ละคราว, ยาระดก
ไป อยู่ส่วน ท้าทศก ของ สันหลัง โดย นำ
หนัก. เวลาของการตรวจไขสันหลังส่วน
ล่างแพทย์จะให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง. เวลาของ
การตรวจส่วนทอຍเห็นอ ชนไป จำเป็นจะต้อง
ให้ผู้ป่วยนอนหัวต่ำให้ยาไหลลงมา, ซึ่ง
ในการนี้จะให้สะกดก แพทย์จะท้องมเตยง
ตรวจรังสี ที่สามารถ หมุนเอา ส่วนศีรษะ ชน
ลงตามต้องการได้.

ประการต่อไป, ภายหลังจากตรวจแล้วเช่น
ภาวะที่แพทย์จะต้อง จดการถอน เอายาที่ฉีก
เข้าไปนออกให้หมด. ใช้เข็มกดออก,
และตรวจดูด้วยเครื่องรังสีจนแน่ใจ. ส่วน
มากกลัวกันว่ายาที่ ใส่เข้าไปนั้นจะเป็นน้ำมัน
แปลกที่. มีโอกาสก่อให้เกิดปฏิกิริยาอีก
เสียในเยื่อหุ้มไขสันหลังได้ ในภายหลัง.

จะเห็นได้ว่า เมื่อรวมเข้ดเสร็จ แล้วการ
ตรวจแต่ละคราว ก่อให้เกิดการทรมาน และ
เป็นทราคารูญแก่แพทย์และคนไข้ไม่ยิ่งหย่อน
กัน. คนไข้จะต้องเจ็บปวดไม่แต่เฉพาะเวลา
เจาะหลังฉีกยาเท่านั้น, หากยังต้องทนเนอง
จากแพทย์ จะต้อง คาเข็มเจาะหลังไว้ระหว่าง
เวลาตรวจไม่ว่า จะเป็น ทำหวนชน หรือ ทำหวน
ลง, ทรงหรือตะแคง. เฉพาะตรวจครึ่ง

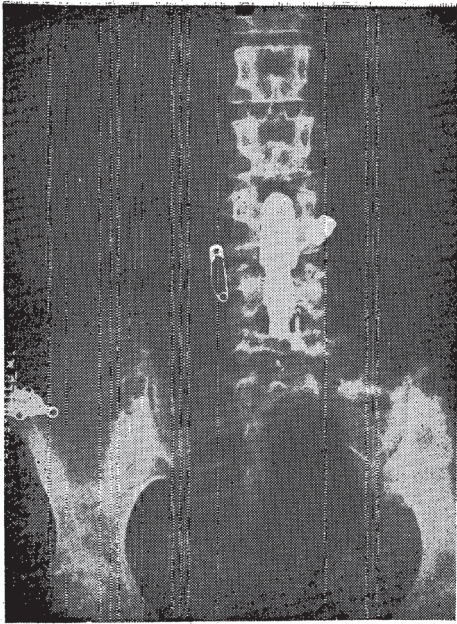
หนึ่ง ๆ ไม่น้อยกว่าครึ่งชั่วโมง. ถ้าขงเณญ
เจาะหลังไม่เข้าด้วยขงจะเป็นการพะอศพะอม
ไม่ใช่บ่อย. ภายหลังจากการตรวจทงแพทย์
และคนไข้จะต้องเสียเวลาคอยคยคยาออก. ผู้
ที่เคยทำการตรวจด้วยวิธีนยอุมประสพด้วย
ตนเองว่าน้ามนชน ที่ขงอยู่ ในช่องไขสันหลัง
นั้นคคคออกยากเย็นเพียงใด. บางครั้งขง
เล็กลุ่มความพยายาม, เพราะคคคอย่างไร ๆ
ส่วนที่เป็นน้ามนก็ไม้ออก, ออกแต่ส่วนที่
เป็นน้าไขสันหลัง. ขงคคคกขงก้อให้เกิด
อาการปวดศีรษะแก่คนไข้มากขง, เป็นผล
จาก การท น้าไขสันหลัง ลค ลง รวดเร็ว เกิน
ควร. ขงรายขงฉีกน้าตาลเขาหลอกละอศ
เป็นการทดแทน. ขงรายขงนอนอยู่ใน
โรงพยาบาลเพราะกลขยขานไม้อได้.

นอกจากนี้ เข้มเจาะ หลัง ทคทาไว้ นน ใน
เวลาตรวจหรือถายรูป, เจาเข้มมีโอกาศขง
ส่วนที่เป็นพยาธิสภาพ, หรือไม้อก้อให้เกิด
ภาพทชวนให้แปลผลผิดได้ข้อย ๆ. โดย
เหตุนี้เองจึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่ขงคนเล็ก
ใช้การตรวจแบบน ในคนไข้ ที่เป็นโรคหมอน
กระดูกขงน (โพวแลปส์) โดยขงเหตุผล
ว่าการตรวจมยอโลกรัมทรมานคนไข้, สัน
เปลืองเวลาแพทย์, ทงภาพรังสีทหลอกลวง
เชอถอไม้อได้, และยาที่ ใช้ก้อให้เกิดอณ

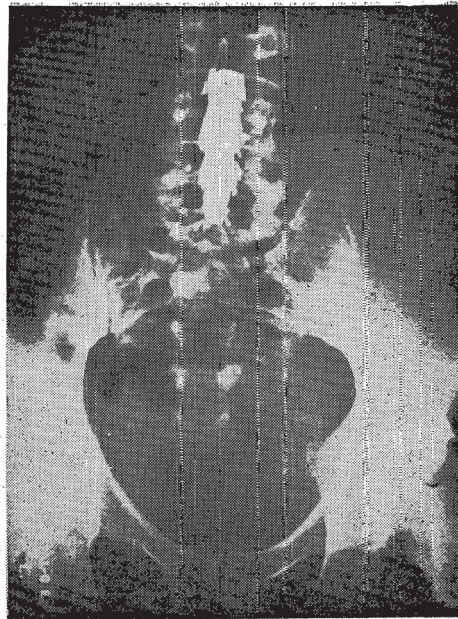
ทรายแก่คนไข้ภายหลัง. แต่ถึงอย่างไรก็ตามการตรวจก็ไม่มีผู้ใดกล่าวปฏิเสธว่าไม่มีความจำเป็น, โดยเฉพาะในรายที่สงสัยว่าเป็นเนื้องอก. นับวันเราจะพบผู้ป่วยบ่อยยิ่งขึ้น, และรายละเอียดในทางปฏิบัติไม่ค่อยมีคนกล่าวถึงมากนัก, เราจึงเสนอเรื่องนี้ขึ้น, โดยเขียนเทคนิคที่เราพยายามแก้ไขคัดแปลงใช้ ในแผนกศัลยศาสตร์ และแผนกรังสีของโรงพยาบาลศิริราช, ด้วยความมุ่งหวังที่จะให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยและลดงานของแผนก. ทั้งนี้เพราะเรามีห้องตรวจรังสีกลาง ซึ่ง ต้อง รับการตรวจ ผู้ป่วย ทุกโรค, และเตียงแคคนย ๒๕๐๒ เราคงตรวจผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ ไม่น้อยกว่า ๒ ราย, โดยไม่นับผู้ป่วยใน.

การตรวจของเราง่าย. คือให้ผู้ป่วยนั่งงอหลัง. เลอกที่เจาะหลังที่ใด ๆ, จะเจาะที่ช่องไหนก็ได้สักแต่แค่นก. ถ้าเจาะครึ่งเดียวได้ก็, คนไข้จะเจ็บครึ่งเดียวตอนทดลองยาคาน้ำเท่านั้น, ภายหลังที่ตรวจนำสีหลังตามระเบียบธรรมดาแล้ว (สี, ความดัน, การทดสอบการดูดคืน การไหลเวียน) ใส่ยา มัยโอคลิด ๖-๘ ล.ซม. (ถ้าใส่ยาน้อยไป ภาพที่ได้แปลผลไต่ยาก.) การใส่น้ำยากระทำในท่าผู้ป่วยนั่งก้มกว่าท่านอนเพราะไม่

ทำให้เกิดน้ำมันขาคอน, ซึ่งอาจแปลผลผิดได้เช่นเดียวกัน. ภายหลังใส่ยาแล้วถอนเข็มออกทันที. แล้วจะทำการตรวจได้ทุกท่า โดยที่ผู้ป่วยไม่เค็ดรอน. ในการตรวจรายที่เป็นโรคที่ไขสันหลังส่วนล่างเรามักจะถ่ายรูปถ่ายน. ทั้งนี้เชื่อว่าจะได้ภาพที่ชัดที่สุด. หรืออาจถ่ายภาพในท่าที่ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการที่นำผู้ป่วยมาหาเราเกี่ยวกับอาการของเขา ออก, ผู้เขียนมีความเห็นว่ายาที่ใส่เข้าไป และอาจจะมีตกค้างข้างบน, แม้ว่าจะไม่คุดเอาออกเลย, ก็ไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ. เคยพบคนไข้ผิวขาว ๑ ราย, มีการอักเสบของเยื่อหุ้มไขสันหลังแท้, มีอาการปวดหลังและปวดประสาทขา. เวลาผ่าตัดตรวจประสาท ที่บริเวณไขสันหลังติดกัน, เยื่อหุ้มไขสันหลังติดกันเป็นหย่อมๆ, ขางคอน เช่น ดง และมีน้ำมัน มัยโอคลิดอยู่ (อะรฉนวนอยคดซยสค). แคคนใช้นั้นเคยไทรรับการผ่าตัดหมอนกระดูกมาก่อนหน้านั้น ๖ เดือน. ไม่อาจจะพิสูจน์ได้ว่าเป็นการอักเสบหลังผ่าตัดตรวจก่อน หรือว่าเป็นจากยาที่ค้าง. ในเอกสารที่มีผู้รายงาน^(๒) ก็ปรากฏจากข้อพิสูจน์เช่นเดียวกับที่ผู้เขียนพบ. ตลอดเวลาที่ผู้เขียนศึกษาผู้ป่วยในแผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล ศิริราชเป็นเวลา ๖ ปี,



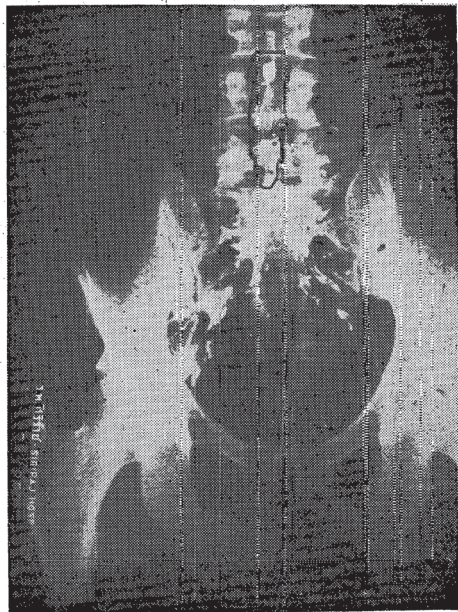
ภาพ ๑. ในการตรวจโดยวิธีฉีดยาแล้วทั้งเข็มคาไว้, เจาะเข็มอาจบ่งส่วนที่เป็นโรค.



ภาพ ๒. เจาะรังสีของไขสันหลัง, ตรวจโดยวิธีที่เสนอ, คือฉีดยาแล้วถอนเข็มออกทันที. ทำการตรวจผู้ป่วยทุกท่า, เพื่อทราบการเคลื่อนไหวของน้ำไขสันหลัง.



ภาพ ๓. เป็นภาพขั้นตะแคง ๔๕ องศา, ซึ่งเป็นท่าเดียวที่อาจแสดงการกดไขสันหลัง โดยละเทอร์ลิตัสคัลเฮอร์เนี่ยมที่มีขนาดเล็ก.



ภาพ ๔. ผู้ป่วยรายนี้เดียวกับภาพที่ ๒ และ ๓ ถ่ายวันที่ ๑๐ หลังการฉีดขามัยโอดีล ๖ ส.ชม. เห็นว่ายาซึมเซาะออกจากไขสันหลัง โดยที่ยังไม่ได้ดูดออกเสียส่วนมาก. เข้าใจว่าออกทางรอบๆ รากประสาทสู่ทางน้ำเหลือง,



มีผู้ช่วยรับการตรวจด้วยวิธีเก่าเสมอ, ก็ไม่เคยพบว่ามีคนไข้ที่มีอาการ อักเสบ ของเยื่อหุ้มไขสันหลังภายหลังการตรวจ. เคยพบแต่ว่ามี เยื่อหุ้มสมอง อักเสบ ภาย หลังการเจาะตรวจไขว้รวมคา, หรือภายหลังการใส่ยาชาเข้าไขสันหลัง, ซึ่งจะมีรายงานบ่อยกว่ามาก.

ถึงกระนั้นก็ดี, ยาที่ใส่เข้าไปเราก็พยายามเอา ออกมากที่สุดที่จะทำได้ เช่นเดียวกัน. ตามปรกติเราไม่ค่อยช่วยไปหาเราในเวลาที่เราและเครื่องตรวจรังสีของเราว่าง, ส่วนมากหลังวันที่ ๕ หรือวันที่ ๗ หลังการตรวจครั้งแรก. ที่ของทำเช่นนี้มิใช่เหตุผลหลายประการ.

ประการแรก, ผู้ช่วยของเราเป็นผู้น้อย. ถึงแม้ว่าในวันตรวจจะไม่รู้สึกเจ็บปวด, เราก็พบเสมอว่าในวันที่ ๑ หรือที่ ๒ มักจะมีอาการ ปวดศีรษะบ้างไม่มากนัก. เข้าใจว่าเป็นปฏิกิริยาการเจาะหลัง. ผู้ช่วยที่เป็นเช่นนั้น ทกรายหายด้วย การนอนพักเฉย ๆ หรือยาระงับไขว้รวมคา. เราจึงจะปรารถนาที่จะ คุยกับ ออก เมื่อผู้ช่วยปรกติแล้ว.

ประการที่สอง, เพื่อที่จะให้แพทย์และเครื่องตรวจรังสีของเราได้มีโอกาสพัก.

ประการที่สาม, ยาที่ใส่เข้าไปใหม่ ๆ เป็นน้ำมันเอาออกยากมาก, และมีจะเอาออกไม่หมด. หากเลขวันที่สามที่ใส่ไปแล้ว, ยากลายสภาพเป็นอิมัลชัน, มีความเข้มข้นลงเกือบเท่า ๆ กับน้ำไขสันหลัง, คุยออกง่ายกว่า, หมกจกดีกว่า, และไม่รบกวนคนไข้, เพราะไม่ต้องจัดคนน้ำไขสันหลังออกมากเกินไปจนเกินควร. การรอให้ยากลายเป็นสภาพเป็นความคึกคักเดิมของ Kubik. (3)

อาศัยที่เราเคยทำบ่อย ๆ บางครั้งเราคุยออกโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องรังสี. เราเจาะหลังผู้ช่วยที่ช่องกระดูกคอที่ ๔ ที่อกที่ ๕, ให้ผู้ช่วยนอนคว่ำแล้วคุยออก. ช่วงเวลาคนนอนคว่ำจะเป็นส่วนที่ต่ำที่สุดของไขสันหลัง. เวลาคุยยาต้องค่อย ๆ คุย. ใช้กระบอกฉีดยา ๒ ล.ซม. ถ้าคุยแรงไปยากลับไม่ออก. เราพบเสมอว่าบางครั้งนายาไมโยทิล ไหลออกเอง โดยไม่ต้องทำอะไรเลย. ความปรกติว่าที่เราคุยออกด้วยตาเปล่านี้, เราวัดปริมาณยาที่ได้. ถ้าครั้งแรกตรวจเราใส่เข้าไป ๖ ล.ซม. เราคุยออกได้เกิน ๕ ล.ซม. ครั้งขึ้นไป, ก็ยืนยันว่าเป็นที่น่าพอใจแล้วในทางปฏิบัติ.

เราได้มีโอกาสศึกษาน้ำไขสันหลังของผู้ช่วยในระยะเวลาค้าง ๆ กันหลังตรวจ. พบ

ว่าข้างรายใน ระยะสองสามวันแรก น้ำไขสันหลังอาจจะมีสีเหลืองอ่อน หรือเขียวอ่อนและขุ่น, เพราะมีน้ำมันไขว่น้อย. ข้างรายเป็นน้ำยาไม่มีสี, แต่แสดงลักษณะทึบจนคล้ำ. รายที่ขุ่นเราเคยตรวจพบว่า มีเซลล์ โมโนนิวเคลียร์เพิ่มขึ้นกว่าปกติข้าง, แต่ก็ไม่มาก. ข้างรายน้ำไขสันหลังส่วนที่ขุ่น มีโปรตีนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย. แต่น้ำส่วนที่ใสที่อยู่ส่วนเหนือๆ เป็นปกติ. ผู้ป่วยเหล่านั้นไม่เคยพบว่ามีอาการผิดปกติเลย.

เราพบอีกว่ายาที่ใส่ เข้าไป ที่ว่ากันว่าจะต้อง ค้าง รวม อยู่ใน น้ำไขสันหลัง เป็น เวลา แรมยี่สิบ, ห้าสิบ เช่นนั้นไม่. รายใดที่เรานัด มาเอายาออกหลังวันที่ ๘ หรือ วันที่ ๑๐ ยาส่วนใหญ่ เสาระ ออก จากไขสันหลังเองจนเกือบไม่มียาค้างอยู่เลย. (รูปที่ ๔) เราไม่ทราบแน่นอนว่ายาจะเดินไปทางใด, แต่สันนิษฐาน ว่าอาจจะ ออก จากไขสันหลังตามทางใดทางหนึ่งต่อไป :

๑) ไหลซึมออกทางเยื่อหุ้มรากประสาท, แล้วออกเดินทางต่อไปทางน้ำเหลือง, ออกไปยังต่อมน้ำเหลืองกลุ่มพาราเอออร์ติคทั้งสองข้าง.

๒) ไหลซึมออกทางระเข้มที่เจาะในวันแรก, ออกมาในเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก.

แล้วถูกกำจัดออกจากไขสันหลัง โดยทางน้ำเหลือง.

๓) ถูกกำจัดออกจากไขสันหลัง โดยระบบเซลล์ฟาโกไซต์ในร่างกาย.

เราสงสัยว่าอาจจะเป็นไปได้หรือไม่ว่า น้ำไขสันหลังที่กรองออกจากโพรงเยื่อหุ้มไขสันหลังในสมอง, ที่ไหลมาหล่อไขสันหลังนั้น, บางส่วนเท่านั้นที่ไหลเวียนออกไปตามอารัมมอยด์; ส่วนที่อยู่ล่างๆ ซึ่งมีโอกาสไหลเวียนน้อย, อาจซึมออกทางรากประสาท.

อย่างไรก็ดี, การติดตามผู้ป่วยของเราได้ให้ความรู้ แก่เราว่าอันตรายที่จะเกิดจากยาก้าง ตาม ทมิ ผู้รายงานนั้น, มีน้อยกว่าที่เข้าใจกัน. ถึงแม้ว่ายาจะค้างข้างเป็นจำนวนน้อยก็ยังไม่ถึงกับ เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการอักเสบ. นอกเสียจากว่าระหว่างที่ทำการเจาะหลังนั้น, ผู้ป่วยมีการอักเสบอยู่แล้ว, หรือในเวลาเจาะหลังทำไปโดยไม่สะอาดและติดเชื้อ, ซึ่งมีรายงานมาแล้วมากต่อมาก.

เท่าที่ตรวจ ผู้ป่วยมาตลอดเวลา ๑ ปี, ไม่เคยพบว่าผู้ป่วยได้ รับ ความ ยุ่ง ยากใจ. ไม่เคยต้องใส่ยาสลย, และมีน้อยรายที่ต้องนอนโรงพยาบาลหลังตรวจ, นอกจากจะมีสาเหตุอื่น. ถึงแม้ โรงพยาบาลของเรามี

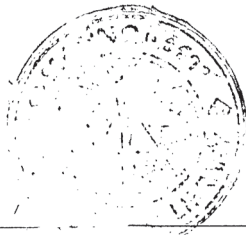
งานมาก, เราก็มองเวลาตรวจผู้ป่วยไตเสื่อม
เสมอโดยไม่ต้องเสียเวลาอันมีค่า. ผู้ป่วย
ได้รับการตรวจที่ละเอียดลออเป็นที่น่าวาง
ใจ. เกี่ยวกับความแม่นยำของการตรวจนั้น
เราจะไม่กล่าวในที่นี้, เพราะเป็นงานของ
แผนกรังสีวิทยา.

มีขอเตือนใจว่าถึงเราจะมามีวิธีการตรวจ
ด้วยรังสีแคโทดไนท์ตาม, การตรวจผู้ป่วย
ด้วยตาเปล่า, อย่างละเอียดลออจนสามารถ
บอกระยะของพยาธิสภาพได้ก่อนใช้รังสีย่อม
มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง. แต่ในกรณีที่
ผู้ป่วยจะต้องการผ่าตัด, ศัลยแพทย์เอง

ควรจะทำ การตรวจร่วมกับรังสีแพทย์. การ
ร่วมตรวจกันอย่างนี้ก็น่าทำให้ ศัลยแพทย์
สามารถกะแผนการผ่าตัดได้รอบคอบยิ่งขึ้น,
เพราะวิธีผ่าตัดที่ไขสันหลังนั้นละเอียดและ
มีวิวัฒนาการอยู่หลายวิธีด้วยกัน.

เอกสาร

1. J.E. Armstrong : Lumbar Disc Lesions, 2nd ed. (p. 109-110). 1958, Baltimore (Williams & Wilkins).
2. E.F. Hurteau, W.C. Baird, E. Sinclair : J. Bone & Joint Surg. 36A (2): 393-400, 1956.
3. C.S. Kubik, A.O. Hampton : New Engl. J. Med. 224 : 455-459, 1941.



การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทความพิเศษ

ความต้องการของร่างกายสำหรับน้ำและอิเล็กโทรลัยต์

อวย เกตุสิงห์

พ.ด.

(แผนกสรีรวิทยา)

สำหรับร่างกาย, นำทำหน้าที่สำคัญ ๕ อย่าง, คือ (๑) เป็นองค์ประกอบจำเป็นของโปรโตพลาสซึม, (๒) เป็นตัวทำละลายสำหรับสารต่าง ๆ, (๓) เป็นพาหะสำหรับการขนส่ง, (๔) เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาเคมี, (๕) เป็นมีซิมสำหรับปฏิกิริยา. ส่วนอิเล็กโทรลัยต์, ซึ่งมีอยู่ในสภาพละลายในน้ำภายในเซลล์ และภายนอกเซลล์, ทำหน้าที่สำคัญคือ (๑) รักษาความดันออสโมติกของพลาสมาและน้ำหล่อเซลล์ (อินเทอริสตีเชียลฟลูอิด) (๒) รักษาศักย์กราดต่าง, (๓) ส่งเสริมการทำงานหรือเมตาบอลิซึมของเซลล์, (๔) เป็นองค์ประกอบของทีเอสซี. น้ำและอิเล็กโทรลัยต์มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด, เกี่ยวกับการทออิเล็กโทรลัยต์ของละลายอยู่ในน้ำ, และการทออิเล็กโทรลัยต์จะ

เข้าสู่ร่างกายก็, หรือจะออกจากร่างกายก็กักตองเขาและ ออก พรอม กย มีน้ำ จำนวนหนึ่งติดไปด้วยเสมอ. ส่วนน้ำนั้นอาจเข้าสู่ร่างกายโดยลำพังได้, แต่ในตอนออกจากร่างกาย นั้นจำทอง มีสารจำพวกอิเล็กโทรลัยต์ละลายออกไปด้วยทุกครั้ง, ไม่มากนัก. ขอนมการทำให้เสียอิเล็กโทรลัยต์จากร่างกาย ทดครง ทมการ เสีย นำหรือขบนำ.

น้ำกค, อิเล็กโทรลัยต์กค, ทองอยู่ในร่างกายโดยมีขอยเขต. ถ้ามีมากเกินไปเกิดผลร้าย. ถ้ามีน้อยเกินไปก็เกิดโทษ. ร่างกายจึงมีกลไก สำหรับกำกับการ ขยถ่าย และการ กคซึมน้ำและอิเล็กโทรลัยต์เพื่อให้เป็นไปโดยพอดี ๆ. กลไกเหล่านี้ได้แก่ฮอร์โมนห้ามขยขั้สสาระของขั้คิตารัย (เอ.ค.เอช.), ฮอร์โมนของเปลือกต่อมหมวกไต

(อะครีแลคคอร์เท็กซ์), และพาราอัยรอปท์
 ฮอว์โมน. ผลร้ายของการมีน้ำมากเกินไป
 ได้แก่อาการ “เมาน้ำ” (วอเทอร์อินท็อกซิก
 เคชั่น) และสมองขวมน้ำ (ซีรีบรัลอีดีมา),
 มีอาการเซอซึม, อ่อนเพลีย, ความคิด
 มึนซึม, จนกระทั่งหมดสติและโคมาหรือ
 ชัก, และอาจตาย. ถ้ามีน้ำอวยเกินไปทำ
 ให้เกิดอาการของการขาดน้ำ (คิซัยเคร-
 ชั่น), นัยตึงแก่อาการเล็กๆ น้อยๆ เช่น
 ผิวแห้งและปากแห้ง, กระหายน้ำ, กระ
 สับกระส่ายจนถึงขณะเรียวและฮัยเปอร์พัยเร็ก
 เซีย. การขาดอเล็กโตรไลต์หรือมีเกินทำ
 ให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามชนิดของอเล็ก-
 โตรไลต์. สำหรับโซเดียม, ถ้าขาดไป
 (ฮัยโปนาตรีเมีย) / ทำให้มีอาการอ่อน
 เพลีย, ซึ่พวงไม่สม่ำเสมอ, ความกัน-
 เลือดต่ำ, บัสสวาระน้อย; ถ้ามีเกินควร
 (ฮัยเปอร์นาตรีเมีย) มีอาการขวมน้ำ. ส่วน
 โปแตสเซียมถ้ามีน้อย (ฮัยโปคาลิอเมีย,
 ฮัยโปโปแตสเซอเมีย) ทำให้กล้ามเนื้ออ่อน
 กำลัง, หายใจไม่พอเพียง, หัวใจบ๊ลชัค;
 ถ้ามีเกิน (ฮัยเปอร์คาลิอเมีย, ฮัยเปอร์
 โปแตสเซอเมีย) ทำให้เกิดอาการพาราดีย์
 ลีซิสของกล้ามเนื้อ, หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ
 จนถึงเว้นทริกูลาร์ไฟบริลเลชันหรือฮอริเคิล

หยุด. แคลเซียมน้อย (ฮัยโปคัลซีเมีย)
 ก่ออาการเตตะนีย; ถ้ามากทำให้หัวใจเต้น
 ช้าและในที่สุดเว้นทริกเคิลหยุดในท่าขยับเกร็ง.
 ในภาวะปกติ, ความต้องการน้ำและ
 อเล็กโตรไลต์เพื่อทดแทนส่วนที่เสีย ออก
 ไปเป็นสิ่งสำคัญ, และต้องการเพียงเพื่อทด
 แทนให้จำนวนรวมอยู่ในขั้นคงที่. หนทาง
 เสียน้ำและปริมาณที่เสียประจำวัน, เฉลี่ย
 สำหรับผู้ใหญ่ (หนัก ๕๕ กก.) ได้แก่
 ทางบัสสวาระ ๗๕๐ ถึง ๑,๑๐๐ ล. ซม.,
 ทางอุจจาระ ๑๐๐ ล. ซม., เหงื่อและการ
 หายใจรวมทั้งการระเหยทางผิวหนัง (“ส่วน
 เสียน้ำโดยไม่รู้สึกร”) ๕๐๐ ถึง ๕๒๐
 ล. ซม., รวม ๑,๔๐๐ ถึง ๒,๑๐๐ ล. ซม.
 การเสีย อเล็กโตรไลต์เกิด ทางบัสสวาระ,
 อุจจาระและเหงื่อ. ในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย
 เสียนโซเดียมผลอไรต์ ๕ ถึง ๑๐ กรัม,
 โปแตสเซียมผลอไรต์ ๒ ถึง ๔ กรัม,
 แคลเซียมผลอไรต์ ๑.๕ ถึง ๒ กรัม.
 ปริมาณการเสียน้ำและอเล็กโตรไลต์ที่แสดง
 นี้สำหรับเมตะบอลิซึมวัน ละ ประมาณ
 ๒,๓๐๐ กิโล. คาลอรี. ถ้าเมตะบอลิซึม
 เปลี่ยนแปลง, ปริมาณต่าง ๆ ก็เปลี่ยนตาม
 ไปด้วย. เด็กเสียน้ำมากกว่าผู้ใหญ่, ถ้าคิด
 เทียบหน่วยน้ำหนักตัว; เช่นเด็กหนัก ๒

ถึง ๑๐ กก. เลียน้ำวันละ ๓๐๐ ถึง ๔๕๐ ล.ซม., หนัก ๑๐ ถึง ๔๐ กก. เลียน้ำวันละ ๔๕๐ ถึง ๑,๕๐๐ ล.ซม. การเลี่ยน้ำเล็กโตรลยต์ ก็ เป็น สัก ส่วน โดย ทำนองเดียวกัน.

ในภาวะผิดปกติปริมาณการเลี่ยน้ำและ อีเล็กโตรลยต์ อาจ เพิ่มมาก ขึ้น หลายเท่า. การเลี่ยน้ำเป็นส่วนสำคัญ, ทั้งน้ำและ อีเล็กโตรลยต์ทั้งสามชนิด, เช่นเมื่อมีการ ท้องร่วงหรือเบาใจ, หรืออาการเสียเฉพาะ บางอย่างมากกว่าอย่างอื่น, เช่นเสียโซ-เดียมในรายที่มีอาเจียนไม่หยุด, เสีย โปแตสเซียมเนื่องจากเปลือกต่อมแอดรีแนล ทำงานเกิน, เสียแคลเซียมในโรคของพา-ราไธรอยด์, เป็นต้น. โดยมากจำเป็นต้อง ระวังภาวะที่เลือดหรือปัสสาวะ, หรือทั้งสอง อย่าง, จึงจะทราบภาวะการณอย่างแน่.

ในการแก้ไข, นอกจากแก้ที่ต้นเหตุ โดยตรงแล้ว, จำต้องใช้การบริหรน้ำและ อีเล็กโตรลยต์ประคองด้วย, เพื่อให้ได้ผล ทันกาล. ในรายที่ท้องอืดอย่างเฉียบ และคนไข้ดื่มน้ำได้, ทั้งไม่มีขี้ขังห้าม, อาจให้ดื่มน้ำในปริมาณวันละ ๑,๕๐๐ ถึง ๓,๐๐๐ ล.ซม. ในขณะพึงสังเกตว่าอาหาร ส่วนมากมีน้ำอยู่ด้วย. ถ้าต้องใช้วิธีฉีดเข้า

หลอดเลือด, ต้องใช้น้ำละลายกลูโคส ๕ ปช. ถ้าใช้น้ำเกลือ (๐.๘๕ หรือ ๐.๙ ปช.), น้ำที่ฉีดเข้าไป นั้นส่วนมาก จะต้อง ขี้ขออก พร้อมกันเกลือ, และไม่เป็นประโยชน์แก่ ร่างกายสำหรับเมตาบอลิซึม. ถ้าสามารถ ใช้วิธีหยดเข้าที่วาระหนัก (เร็คคัม) ได้, อาจ ใช้น้ำหรือน้ำละลายกลูโคส ๒ ปช. ได้, แต่ผลไม่ค่อยแน่นอน. ในภาวะที่มี การเลี่ยน้ำมาก ๆ, จำต้องให้น้ำมากขึ้นไปตามส่วน, เช่นในรายอาเจียนไม่หยุด, ท้องร่วงรุนแรง, พิษคล่าล่าไส้, อาจต้องบริหรน้ำ วันละหลาย ๆ ลิตรก็ได้.

อีเล็กโตรลยต์ ที่มีการ ขาดบ่อย และใน ปริมาณมาก ๆ ได้แก่โซเดียม. ตาม อรรถกาศอาการแก้ไขชนิด “น้ำเกลือออร์-มัล” หรือ “น้ำเกลือสเตร” ซึ่งมีโซ-เดียมเฉลี่ยร้อยละ ๐.๘๕ หรือ ๐.๙ ปช. น้ำ ยานนี้ขว่ามีอันตรายน้อยและอาจใช้มากไป ย่างได้โดยปลอดภัย. ในรายที่มี การขาด โซเดียมมาก ๆ อาจฉีดเข้าไปในสภาพของ น้ำยาฮัยเปอร์โทนิคก็ได้. ส่วนโปแตส-เซียมเป็นไอออนที่มีพลังแรง, การใช้ต้อง ระมัดระวังมาก. แม้ใช้ในรูปละลายโซโซ-โทนิค, การบริหรก็ยังคงทำด้วยความ

ระมัดระวังเสมอ. แคลเซียมก็เป็นสารที่มี ร่างกาย, ซึ่งหมายความว่าต้องทำการค่านิยมมากพอใช้เหมือนกัน. โดยทั่วไปการ นวนให้ เม่นฆ่าพอควร. รายละเอียดสำหรับที่จะบริหารอิเล็กทรอนิกส์ให้โตผลึก, จำต้อง การปฏิบัติกันเห็นควรแยกไว้แสดงในตอนต่างกำหนดขนาดใช้ให้ตรงกับความต้องการของ หาก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทความนิเวศวิทยา

ภาวะเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังตาย

ทรงนัทร โทยยานนท์

พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

บทความเขียนขึ้นเพื่อเป็นเรื่องเตือนใจแพทย์ใหม่และแพทย์ซึ่งห่างเหินต่อการตรวจศพเป็นเวลานาน. อาจจะไม่เป็นสิ่งที่สำคัญถ้าการตายนั้นเป็นการตายโดยธรรมชาติคือตายจากโรคต่างๆ (ตามภาษากฎหมาย), แต่ถ้าเป็นการตายที่ผิดปกติแล้ว, เช่น ฆ่าตัวตาย, ถูกผู้อื่นทำให้ตาย, ถูกสัตว์ทำร้ายตาย, ตายโดยอุบัติเหตุ, ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ, ภาวะเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังตาย, หากไม่มีความชำนาญพอ หรือ ตรวจโดยขาดความระมัดระวัง, ก็อาจก่อให้เกิดผิดพลาดและสับสนกับซากแผล หรือ ภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนตายได้.

โดยทั่วไปแล้ว, ซากแผลหรือภาวะที่เกิดขึ้นกับคนมีชีวิตก่อนที่จะตาย ย่อมแยกจากที่เกิดขึ้นภายหลังตายแล้วได้โดยง่าย, แต่

ก็มีหลายสิ่งที่เกิดภายหลังตายแต่มีลักษณะคล้ายกับเกิดเมื่อก่อนตายมาก, จึงจะกล่าวเป็นลำคัมไป.

กระดูกหักต่างๆ เมื่อมีกระดูกศีรษะแตกในกรณีอุบัติเหตุรถยนต์หรือกรณีอื่นใด, การตรวจมีความจำเป็นที่จะต้องระมัดระวังให้มาก, เพราะในการเขี่ยกระดูกอย่างขาดความชำนาญและทำด้วยความรุนแรงมาก, กระดูกศีรษะที่ไม่มีรอยแตก ร้าวเลยก็อาจกลายเป็นกระดูกศีรษะที่แตกจากเหตุต่างๆ ได้. หรือกระดูกที่มีรอยแตกเพียงเล็กน้อยก็อาจจะกลายเป็นซากแผลแตกมาก. โดยเฉพาะส่วนฐานของกระดูกศีรษะและส่วนข้างอาจแตกฉีกออกไปได้ง่ายมากจากการใช้เลื่อยและสิ่วหรือค้อนโดยผิดวิธี. ความ

สำคัญย่อมเกิดขึ้นเมื่อมีอุบัติเหตุทางกฎหมาย. ตัวอย่าง เช่น คนไข้เป็นโรคหัวใจ และเกิดหัวใจล้มอย่างกะทันหัน, ในขณะที่เคียวกันมีชายคนหนึ่งเดินมาด้วยความรีบร้อน เขาคนไข้คนนั้นล้มลง, เกิดตายทันที. เป็นการแน่นอน ที่ตำรวจ จะต้อง จับชายผู้รีบร้อนคนนั้นไว้ ก่อนฐานทำให้คนตาย, จะโดยเจตนาหรือประมาทก็ตาม. ในทันทีที่เกิดมีอุบัติเหตุเรื่องการตรวจศพ. ถ้าตำรวจพบว่าคนไข้ตาย จากโรคหัวใจล้มอย่างกะทันหัน เรื่องก็จบ. แต่ ถ้า ใน การ ตรวจ กระโหลกศีรษะ จะ เป็น เพราะยังไม่ชำนาญหรืออย่างไรก็ตาม, ผู้ตรวจ ทำเอากระโหลกศีรษะแตกแล้วไป และ ไม่ทันสังเกตว่าเป็นเพราะการกระทำของเขาเอง, และยังมีเลือดซึ่งออกภายหลังตายไหลออกมาด้วย (จะกล่าวต่อไป), ผลร้ายย่อมจะเกิดแก่ชายผู้นั้น, ถ้าในรายงานการตรวจศพมีขาดแผลกระโหลกศีรษะแตกและโลหิตออก ทง ๆ ขาด แผลนั้น เกิดขึ้น ภายหลังตาย จาก การที่ ผู้ตรวจ ตรวจ อย่าง ขาด ความระมัดระวัง.

กระดูกยาวต่าง ๆ ของร่างกาย, ในคนชราหรือคนที่ เป็นโรคกระดูกบางชนิด, นั้นเปราะและหักง่าย. ภายหลังตายแล้วในการแยกหามศพก็, การโยนศพลงในเปล

โดยแรงก็, จะทำให้กระดูกยาวพวกนี้หักได้โดยง่าย. ช้อนอาจทำให้การตรวจสืบสวนว่ากระดูกที่นั้นจะเกิดก่อนตายหรือหลังตายกันแน่.

กระดูกอ่อนที่บริเวณคอ ก็เช่นเคียวกัน, เช่นกระดูกซี่โครง, อาจหักได้ง่ายในเวลาที่เราทำการตรวจผู้ตายโดย การแขวนคอตาย, หรือสงสัยว่าจะถูกรัดคอตาย.

โลหิตออก การตรวจศพเวลาที่ถูกลอกเลือด, ย่อมมีเลือดไหลออกมาได้, โดยเฉพาะศพที่ตายใหม่ๆ. ในการตรวจศพและเบ็ดตรวจอก, กวกรไกรหรือมีคอาจจะไปทิ่มเอาหัวใจทำให้มีเลือดไหลออกมา. ในกรณี ที่ตาย เนื่องจากอินทรวงอก, ขาดแผลที่เกิดจากปลายมีคตรวจศพของเราเอง อาจ จะ สืบ สัน กับ ขาด แผล จริง ๆ เข้า. หลอดเลือดแดง อินเทอร์เน็ต แมมมารีบ เป็น หลอดเลือดซึ่งทำให้มีเลือดออกปะปนเข้าไปในทรวงอกได้บ่อย ๆ. ดังนั้นในกรณีที่สงสัยว่าจะมีเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด, การตรวจเยื่อหุ้มปอดอย่างละเอียดก่อนที่จะตัดถูกหลอดเลือด, จะช่วยขจัดความยุ่งยากเหล่านั้นไปได้.

เลือดออกในกระโหลกศีรษะ ในการ
 เข็ท กระโหลกศีรษะ เมื่อได้ ตักเอา เยื่อหุ้ม
 สมองออกก็จะมีเลือดออก มาได้. เลือด
 ที่ออกมา จะประปน กับ เลือดที่ ออกใน ร่าย
 ทมอันตรายที่สมอง. หรือแม้จะไม่ม
 ันตรายที่สมองเลยก็ตาม, เลือดที่ออกมา
 จากการกระทำของเราแบบนี้ อาจทำให้ คิดว่า
 เป็นเลือดที่ออกก่อนตายได้. เข้ามักจะแนะนำ
 ให้ ทำการ เข็ท ทรวงอก ก่อน ทำการ เข็ท
 กระโหลกศีรษะ.

ศพเน่า ภายหลังจากที่ตายแล้วประมาณ
 ๒๔ ชั่วโมงส่วนต่างๆ ของร่างกายจะมีการ
 เปลี่ยนแปลง. คือเกิดมีการเน่าโดยเชื้อยัก
 เกร็ดต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในลำไส้และท่อน ๆ.
 ผิวหนังจะกลายเป็นสีคล้ำปนน้ำเงิน. สีของ
 เลือดที่สลายตัวเนื่องจากการเน่าจะจับที่ผนัง
 ของหลอดเลือดทำให้เห็นชัดเจน. ผิวหนังจะ
 หนาขึ้นทั่วไป, เพราะมีน้ำเหลืองเข้าไป
 แทรกซึมอยู่. อวัยวะที่เน่าก่อนมีกระบอก
 เสียง, หลอดลม, ปอด. มดลูกเป็นอวัยวะ
 ที่เน่าช้าที่สุด. ส่วนที่ไม่เน่าเลยก็ไตแก่
 เส้นผม, เล็บและกระดูก. การที่ศพจะเน่า
 ช้าหรือเร็ว, หรือไม่เน่าเลยนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุ

แวดล้อมต่าง ๆ, เช่น อุณหภูมิของอากาศ
 และอื่น ๆ.

การเน่าของศพทำให้เกิด ภาวะหลาย
 อย่างที่คล้ายกับเกิดเมื่อก่อนตาย. แพทย์
 ในกรุงเทพฯ อาจมองไม่เห็นความสำคัญ,
 เพราะมีแพทย์เฉพาะทางนิติเวชวิทยาสำหรับ
 คอยตรวจศพเน่าอยู่แล้ว. แต่สำหรับแพทย์
 ต่างจังหวัด เข้าใจว่า จะเคยพบ และ เคยผ่าน
 การตรวจศพเน่ามาแล้วทั้งนั้น. โดยเฉพาะ
 ศพที่เกิดมคคชฌนา, ทั้ง ๆ ที่ตายและฝัง
 ไว้ตั้ง หลาย ๆ เดือน ก็ต้อง ชด ชนมาตรวจ.
 การตรวจศพเน่าทำความยุ่งยากหลายประ-
 การให้แก่ผู้ตรวจ. ประการแรกคือเรื่องกลิ่น,
 ซึ่งมีความเหม็นอย่างรุนแรง. คนที่ไม่คุ้น
 เคยกับกลิ่นนั้น อาจจะ อาเจียน ออก มาทันที.
 ประการต่อไปก็ คือสภาพต่าง ๆ ของร่างกาย
 จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก. คนที่เคย
 ผอม เมื่อก่อนตาย แล้ว เน่ากลับ คุใหญ่ โทมาก
 พยาธิสภาพ ต่าง ๆ ก็ เปลี่ยนแปลงไป เพราะ
 ความเน่า, จนอาจจะบอกอะไรไม่ได้เลย
 แต่ในกรณีที่ตายโดยผิดธรรมชาติ, เช่น
 ตายเพราะขาดแคลดกแกงหรืออดยิง, ถึง
 แม้ศพ จะเน่ามาก เวลาก็ ยัง พอที่ จะ ตรวจได้.
 ดังนั้นการตรวจศพเน่า จึงมีความสำคัญมาก
 สำหรับศพที่มคคชฌนาของ. ต้องใช้ความ

พินิจพิจารณาที่และตรวจอย่างถี่ถ้วน, มี
ฉนวน ภาวะ เปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ จะ ทำให้ ผู้
ตรวจเกิด ความไม่แน่ใจว่า สิ่ง ที่พบนั้นเกิด
ก่อนตายหรือหลังตาย.

การเคลื่อนไหวของเลือด เมื่อดศพเน่า

เลือด อาจถูกกินโดยแก๊ส ที่เกิดภายในศพ,
ทำให้เกิดมีลักษณะเป็น ฟักคล้ายซากแมลงฟก
ช้ำ. ในบางครั้งมีไลเวอร์มอร์ตีส, เมื่อ
เลือดหยุดไหล, เลือดจะแข็งตัวและจับเป็น
ก้อน. สีแดงของเลือดจะสลายตัวออกและ
ตกตะกอน. สิ่งเหล่านี้จะตกลงเบื้องต่ำตาม
ความดึงดูดของโลก, และจะเห็นเป็นจำ
พวกผิวหนัง. ปรากฏการณ์เอง, เมื่อส
สลายตัวไปจับอยู่ที่ตามอวัยวะภายใน, เช่น
เยื่อหุ้มปอด, ปอด, ไต, ทำให้หนักกว่าอวัยวะ
นั้นสำหรับเมื่อเลือดออกได้. ต้องใช้ความ
สังเกตโดยถี่ถ้วน.

แก๊สที่เกิด เนื่องจาก การเน่า นอกจากรจะ
กันทำให้ร่างกายโป่งพองออก, ยังทำให้
ผิวหนังเป็นตุ่มพองขึ้น, มีลักษณะคล้ายซาก
แมลงที่เนืองจากไฟไหม้หรือน้ำมันลวก.

ผิวหนังที่ เป็น สีน้ำตาลคล้ำเนื่องจากถูก
แดดเผา, แห้งแคง, พบได้เสมอจากศพที่

ดอยมาตามน้ำ. มีลักษณะคล้ายซากแมลงที่
ถูกไฟไหม้มาก.

ในการเน่า แก๊สที่ เกิด ขึ้น อาจ กินเอา
เลือดและน้ำเหลือง ออกมา ทางทวารต่าง ๆ.
เมื่อเราพศพ และยังไม่ ได้ประวัติ ละอัยค,
เราอาจคิดว่าเป็นศพพเนาะตาย, เพราะศพ
ที่ตายจากการพเนาะพยเสมอมาน่าขึ้นเลือด
ไหลออกมาทางจมูกและปาก. นอกจากนั้น
อาจทำให้ คิดว่าศพนั้น คงจะถูกซ่อม มาอย่าง
สะบักสะบอมจนมีเลือดที่ล้นออกมาทางจมูก
และปาก.

นอกจากที่กล่าวมาแล้วแก๊สยังอาจจะกิน
เอาอวัยวะภายใน ต่าง ๆ ออกมา ภายนอกได้
เช่นกัน. เช่นกันเอาเมล็ดออกมาทางช่อง
คลอด, หรือกินเอาลำไส้ ออกมาทางทวาร
หนักเป็นต้น. อาจชวนให้คิดว่าการที่ล้น
ของ อวัยวะ ภายใน เหล่า นั้น เป็นผลจาก อัน
ตรายเมื่อยังมีชีวิตอยู่.

ในกรณี ชุ่มชื้นกระทำชำเรา หรือ เมื่อ มี
การสังสัย, ถ้าศพนั้นเน่าแล้ว, การตรวจ
ต้องเพิ่มความละเอียดมาก, เพราะการเน่า
ทำให้ปากช่องคลอดอ่อนและอาจจะกว้างกว่า
ปรกติ, และอาจมีน้ำเหลืองปนเลือดที่ถ
กันออกมาโดยแก๊สปะปนอยู่ด้วย. เยื่อ
ภายในช่องคลอด อาจหลุดตัว เพราะ การเน่า

ที่ภาวะเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากการ
เน่า เช่นนี้ ในกรณีที่มีประวัติสงสัยว่าจะมีการ
ซึมซึนกระทำซ้ำ เรา อาจทำความยุ่งยากได้.

บาดแผลที่เกิดจากสัตว์และสิ่งอื่น ๆ

ตัวแมลง และสัตว์ อาจทำให้เกิดบาดแผลแก่
ศพได้ทั้งแก่แผลเล็กๆ จนแผลใหญ่. สัตว์
ที่มีจะเป็นอันตรายคือ มด, สุนัข, อีแร้ง,
ปลา. ส่วนมากบาดแผลเหล่านี้มักพบใน
ที่ๆ ไม่มีเสื้อผ้าปกคลุม, เช่นบริเวณศีรษะ,
แขนและขา เป็นต้น.

ที่เราพบบ่อย ๆ ก็คือ ศพที่ ลอย มาตาม
น้ำ. ศพพวกนี้ อาจมีบาดแผลภายหลังเนื่อง
จากถูกใบไม้หรือเรือฟันข้าง, ถูกถ่อของชาว

เรือแทงเขาเนื่องจากศพลอยไป ตีที่เรือของ
เขาข้าง. บาดแผลนี้ของวินัจฉัยแยกจาก
บาดแผลที่เกิดก่อนตาย.

ในศพที่ฉีกขาดเน่าเอาไว้, เมื่อเกิดมี
การตรวจศพขึ้นทีหลัง, เราคงไม่ลืมว่า
บาดแผลที่พบอาจเป็นแผล ที่เนื่องจากการใช้
เข็มฉีดยาขนาดใหญ่แทงเข้าไป. ระวังอย่า
ประปนกัน.

ที่กล่าว มาทั้ง หมกนั้น เป็น เพียง สิ่ง
เปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นภายหลังตายที่เราพบ
บ่อย ๆ และอาจก่อความยุ่งยากให้แก่ผู้ตรวจ
ศพ. การตรวจศพโดยละเอียดและโดยไม่
รังเกียจ ถึงแม้ว่า จะเป็น ศพเน่าเท่านั้นที่จะ
ช่วยไม่ให้เกิดการผิดพลาดขึ้นได้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บทบรรณาธิการ

ต้นเหตุของปฏิกิริยาต่อการฉันทนาเกลือ

ในการบริหารนำเกลือเข้าหลอดเลือด อาจมีผลแทรกซ้อน, คืออาการหนาวสั่น และไข้ขึ้น, ซึ่งบางทีรุนแรงจนทำให้คนไข้มีอาการหนักหรือถึงแก่ความตาย. อย่างน้อยก็เป็นการซ้ำเติมให้คนไข้ต้องลำบาก, และผู้ป่วยก็ต้องตกอกตกใจ. ตามธรรมชาติ เมื่อมีปฏิกิริยาทำนองนี้เกิดขึ้น, คนส่วนมากมักพุ่งเล็งไปในทางด้านความบกพร่อง, และสิ่งตกค้างของเกลือ. แต่ตามความจริงนั้นกล่าวได้ว่าปฏิกิริยาเช่นนี้เป็นเรื่องที่ไม่อาจป้องกันได้โดยสมบูรณ์. แม้ภาวะการทุก ๆ อย่างในการบริหารจะอยู่ในขั้นอุดมคติ, ปฏิกิริยาของเกลือก็ไม่ได้, เพราะยังมีปัจจัยที่ผู้บริหารไม่สามารถจะแก้ไขอย่างไร, คือตัวคนไข้เอง. หากพิจารณาตามทฤษฎี, ต้นเหตุของอาการหนาวสั่นอาจมีอยู่ในกลุ่มต่างๆ ถึง 4 กลุ่ม, คืออยู่ในสิ่งตกเข้าไป, ในอุปกรณ์ที่ใช้ในการฉีด, ในตัวคนไข้เอง, และในเทคนิคของการฉีด. ตามสถิติที่ปรากฏในวารสาร, อุบัติการณ์ของการหนาวสั่นหลังฉันทนาเกลือมี

ระหว่าง ๑ ถึง ๔ เปอร์เซ็นต์, คือเกิดขึ้นหนึ่งถึงสี่ครั้งในการฉันทหนึ่งร้อยครั้ง. เป็นการสมควรที่จะแยกแยะเหตุของการหนาวสั่นตามหัวข้อที่กล่าวมา, เพื่อประโยชน์ในด้านความเข้าใจอันถูกต้องและดำเนินการป้องกัน.

นำเกลือซึ่งเป็นวัตถุสังสียมากที่สั่น, อาจเป็นต้นเหตุของการหนาวสั่นได้หลายทาง. ต้นเหตุอาจอยู่ที่ความสกปรกของขวดที่ใช้บรรจุ, อุณหภูมิที่ไม่บริสุทธิ์ของน้ำกลั่นหรือของเกลือที่ใช้ในการปรุง, อุณหภูมิที่กรองไม่หมดจด, อุณหภูมิที่ไม่สมบูรณ์ของการฆ่าเชื้อ, หรืออุณหภูมิมสารพิไรเจนในน้ำเกลือนั้น. เห็นได้ว่าหากส่วนใดส่วนหนึ่งในกลุ่มนี้มีความบกพร่อง, เช่นการล้างขวดไม่สะอาด, หรือการฆ่าเชื้อทำไม่ถูกต้อง, แม้ส่วนอื่น ๆ จะดี, อาการหนาวสั่นก็เกิดขึ้นได้. โดยเฉพาะนำเกลือซึ่งผลิตขึ้นใช้เองภายในโรงพยาบาล, โดยไม่มีเครื่องจักรที่ทำงานเองสำหรับการปฏิบัติในขั้นต่างๆ, ต้องพึ่งคนหลายคน, โอกาส

ที่จะเกิดความบกพร่องย่อมมีมากขึ้น. แม้
เภสัชกรจะปรุงยาด้วยความแม่นยำ, แต่
ถ้าคนล้างชามทำไม่สะอาด, หรือคนจัดการ
ฆ่าเชื้อไม่ทำตามเทคนิคที่กำหนดไว้, โย-
กาสที่จะเกิดปฏิกิริยามาก. สำหรับยา
กลืนที่ใช้ในการผสมน้ำกลั่นนั้น, แต่เดิม
เชื่อกันว่าต้องใช้น้ำที่กลั่นด้วยแก้วและกลั่น
ซ้ำสามครั้ง, เพื่อให้ปราศจากสิ่งปนเปื้อน
ทั้งหมด. ต่อมาการทดลองได้แสดงว่า
ทั้งสองอย่างนี้ไม่จำเป็นสำหรับการใช้เป็นยา
ฉีด. อันเหตุสำคัญที่อาจทำให้เกิดการหนาว
สันคือฝอยน้ำซึ่งกระเซ็นขึ้นไปกับไอน้ำและ
ไหลเลยลงไปภาชนะที่รองรับ. ในฝอยน้ำ
นี้มีส่วนไม่บริสุทธิ์ซึ่งอาจทำให้เกิดปฏิกิริยา
ได้. หากจัดการป้องกันมิให้ฝอยน้ำไหลลง
ไปด้วย, ให้ได้แต่ส่วนไอน้ำแท้ๆ, ก็อาจ
ใช้การกลั่นเพียงครั้งเดียวได้. เครื่องกลั่น
ก็อาจใช้โลหะ, ถ้าจัดการประคบให้ถูก
ต้อง.^(๑) น้ำที่กลั่นได้มาจะท้องใช้ต่อไปโดย
เร็ว, หรือต้องรีบจัดการฆ่าเชื้อเสียก่อน,
เพื่อมิให้เชื้อโรคที่อาจมีติดอยู่ข้างนั้นมีโย-
กาสเจริญงอกงามต่อไป, ซึ่งอาจเป็นเหตุ
ให้เกิดพิษโรเจ็นขึ้นได้.

เกลือที่ใช้ละลายในน้ำสำหรับฉีดย่อม
มีบทบาทสำคัญมากอย่างไม่น่าสงสัย. คำ

นี้ตามทฤษฎีน่าจะใช้เกลือบริสุทธิ์ที่สุดซึ่ง
จะหาได้. แต่ในคำปฏิบัติข้อนี้ย่อมจะเป็น
การแพงเกินไป, และการทดลองได้แสดงว่า
แม้เกลือที่บริสุทธิ์พอประมาณก็อาจใช้ละลาย
เพื่อฉีดได้โดยไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยา, เช่น
เกลือไทยที่ผลิตโดยโรงงานเภสัชกรรมของ
กระทรวงสาธารณสุขเป็นต้น.^(๑) ข้อสำคัญ
คือต้องไม่มีสารอินทรีย์, เช่นเศษของโปร-
เทอินหรือซากของแบคทีเรีย, และไม่มีสาร
อินทรีย์ซึ่งอาจแสดงฤทธิ์ต่อร่างกายใน
ความเข้มข้นน้อยๆ, เช่นแมกนีเซียมหรือ
ซัลเฟต, เป็นต้น. ถ้าเกลือมีสิ่งตกค้างอยู่,
ก็อาจเป็นเหตุแห่งการหนาวสันได้.

ตามความเข้าใจในปัจจุบัน, พัยโรเจ็น
ซึ่งเป็นต้นเหตุของอาการหนาวสัน, มีกรรม-
ชาติเป็นโปรเทอินหรือเศษของโปรเทอินซึ่ง
ทนทานต่อความร้อนที่ใช้ในการฆ่าเชื้อ.
ตามประสบการณ์มีข้อชวนให้สงสัยว่าสารอิน-
ทรีย์อย่างอื่นก็อาจเป็นเหตุแห่งปฏิกิริยาต่อ
น้ำเกลือได้, เช่นฟอมาลีนเป็นต้น.^(๑) ฟิง-
สังเกตว่าฟอมาลีนเป็นสิ่งระเหยได้, เพราะ
ฉะนั้นอาจลงไปละลายน้ำอยู่ในหม้อกลั่น,
หรืออาจลอยออกไปกับไอน้ำได้. พัยโรเจ็น
อาจมีติดอยู่ที่ขวดที่ใช้บรรจุน้ำเกลือ, และละ-
ลายออกมาในภายหลัง. ของนี้กวดในเรือน

(๑) อวย เกตุสิงห์, ลดาวัลย์ ไสลสุต, สารศิริราช ๕ : ๑๖๕-๑๘๑., ๒๔๕๖.



ขวกกลางแล้วเก็บไว้ โดยมีไค้มาเช็ดและปก
 บั๊กให้มิดชิด. แม้คที่เรียวทอจกค้อยข้างเล็ก
 น้อยภายในขวกมีโอกาศเพิ่มจำนวนขนใน
 ระหว่างการเก็บ, จนกระทั่งมีปริมาณโปร-
 เทอินมากพอที่จะทำให้เกิดอาการหนาวสัน
 ไค้เมื่อละลายในน้ำเกลอที่บรรจุลง ใภาย
 หลัง. พงสังเกตุว่าการฆ่าเช็ดในระยะต่อมา
 ไม่อาจลบล้างอำนาจพิษโรเจินของโปรเทอิน
 ไค้.

การเก็บยาขางอย่างลงไปในน้ำเกลอขณะ
 บริหาร, ซึ่งนิยมทำกันอยู่, บางครั้งอาจ
 เป็นต้นเหตุแห่งปฏิกิริยาไค้, โดยเฉพาะ
 อย่างยงเมื่อเติมยาหลาย ๆ ขนานลงไปใน
 น้ำเกลอขวกเดียวกัน. ยาขางอย่างอาจ
 ละลายในน้ำไค้เร็วกว่าในคัวทำละลายที่มี
 อยู่ในหลอคยบรรจุ, และตกตะกอนเป็นผง
 ละเอียดเมื่อเจอน้ำมาก ๆ. ยาขางอย่างอาจ
 ทำปฏิกิริยาระหว่างกันเอง, ให้ผลซึ่งไม่
 เหมาะสำหรับการฉีกเข้าหลอคเล็ก. เพราะ
 ฉะนั้นการเติมยาเข้าไปในน้ำเกลอจึงควรทำ
 ควบควมรชยคชยพอสมควรทุกครั้ง.

สำหรับผลของการนึ่งฆ่าเช็ดโดยไม่ถก
 คองนนไม่จำเป็นจะต้องบรรยายในคนี้.

อุปกรณที่ใช้ในการฉีกน้ำเกลอ, โดย
 เฉพาะอย่างยงเช่นฉีก, หลอคยงหรือ

หลอคพลาสติกและข้อต่อต่าง ๆ, มีความ
 สำคัญไม่น้อยกว่าน้ำเกลอเอง. ถ้าหาก
 เกรองไซเหล่านขนโคชนหนึ่งไม่สะอาด, สิ่ง
 ไม่สะอาดคนนี้อาจละลายลงไปในน้ำเกลอที่
 ไหลผ่าน, และเข้าไปก่อปฏิกิริยาในร่างกาย
 ของคนไข้ไค้. ผลที่เกิดขึ้นย่อมแยกไม่ออก
 จากผลของการทน้ำเกลอมสังปนเขอน. ใน
 การปฏิบัติจำคองเอาใจใส่กับการทำความสะอาด
 สะอาดและฆ่าเช็ด ในอุปกรณดังกล่าวนี้ไม่
 น้อยกว่ากระทำกับน้ำเกลอ, และทกครวท
 มีอาการหนาวสันเกิดขึ้นหลังจากการใช้น้ำ
 เกลอ, สมควรนถสังสัยอุปกรณที่ใช้ประกอบ
 การฉีกเท่า ๆ กับสังสัยน้ำเกลอค้วย. มีข้อ
 สังสัยว่าการฉีกผงเล็ก ๆ เข้าไปในหลอค
 เลือคอาจเป็นเหตุของปฏิกิริยาไค้. ในการ
 ผลคิน้ำเกลอคองทำการตรวจน้ำเกลอทกขวก
 กอนส่งจำหน่ายว่าไม่มีผงที่เห็นไค้ค้วยค
 เป้ล่า. แต่ถ้หากมีผงละเอียดคคค้อยภายใน
 หลอคยง, ย่อมมองเห็นไม่ได้. ผงนี้อาจ
 หลอคออกมาเมอถกน้า, และไหลผ่านเข้าไป
 ในหลอคเลือคพร้อมกขนน้ำเกลอ, และกช
 ปฏิกิริยาขน. ส่วนทออาจมีผงหรือสิ่งที่เป็น
 พิษโรเจินแอบแฝงอยู่ไค้คชยมากคชยเขมทไค้
 ฉีก, เนอชค้วยมีรูเล็กและมีชอกแซกทส่วน
 หัวคชยมาก. เคยมีผุ่นาเอาเขมททาควม

สะอาดและฆ่าเชื้อแล้ว, เตรียมพร้อมที่จะใช้, ไปฆ่าและตรวจดูภายในตู้ยกล้างจุลทัศน์, พย เลือด และสิ่งสกปรก อย่างอื่นแห่งเกาะ ที่คอยท้าง ๆ เป็นชั้นหนา. เพราะฉะนั้นในการทำความสะอาดสะอาดหลอกลาย, ข้อต่อและเข็มฉีดยาที่ใช้ประกอบภาชนะน้ำเกลือ, จะทำเพียงแต่ล้างด้วยน้ำอย่างเคียวไม่พอ, จำต้องแปร่งหรือแยงส่วนภายในตู้, ให้หมดสิ้นผงและสิ่งสกปรกอื่น ๆ ที่อาจเกาะอยู่. น้ำที่ใช้ล้างในตู้ควรเป็นน้ำกลั่น, ไม่ใช้น้ำประปาหรือน้ำอนทิมสังละลาย, อันจะกลายเป็นผงจับอยู่ภายในตู้ต่อไป.

คนไข้บางคนทนทานต่อการฉีดยาเข้า หลอดเลือดได้, แม้จะฉีดยาด้วยความไม่ระวังหรือฉีดยาส่งที่อาจก่อปฏิกิริยาได้. แต่บางคนตรงกันข้าม, มักแสดงปฏิกิริยาข้อย่อย ๆ, แม้ว่าจะฉีดยาเพียงสองสามลูกบาศก์เซนติเมตร. คนไข้พวกนี้ย่อมมีโอกาสที่จะแสดงอาการหนาวสั่นมากจนเมื่อใครรับน้ำยาเป็นจำนวนหนึ่งถึงครึ่งหรือหกช้อน. น่าเชื่อว่าภาวะบางอย่างของคนไข้ระหว่างที่ทำการฉีดยา หลอดอาจเพิ่มความไวต่อยาฉีดยามากขึ้น, เช่น ใช้สัง, ขากอาหาร, อ่อนเพลีย, เสียเลือด, หรือช็อค, เป็นต้น. ในการบริหารแก่คนพวกนี้จึงสมควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ.

ความสำคัญของเทคนิคในการฉีดยา นี้ กลายเป็นเรื่องธรรมดาอยู่. นอกจากการระมัดระวังเกี่ยวกับภาชนะที่เข้าหลอดเลือดตามธรรมดา, เช่น ไล่อากาศออกจากระบบการไหลของน้ำยาและจำกัดความเร็วของการไหล, ยังต้องนึกถึงข้อเท็จจริงที่ว่าปริมาณของน้ำยาที่ฉีดเข้าไปในนั้นมากกว่ายาฉีดยาหลายร้อยเท่า. ข้อนี้อาจแสดงผลแทรกแซงได้สองทาง, คือโดยเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนและโดยลดความร้อน. ผลร้ายของการเพิ่มปริมาณเลือดมาก ๆ โดยรวดเร็วที่บังเกิดแก่หัวใจ เป็นเรื่องของสรีรวิทยาที่ตรงไปตรงมา, และขึ้นอยู่กับปกติโดยวิธีจำกัดอัตราการไหลของน้ำยา. ในด้านที่เกี่ยวกับความร้อนนั้นในสมัยก่อนเคยเอาใจใส่กันมาก, โดยมีระเบียบให้ทำความอุ่นให้แก่ภาชนะที่ฉีด, เช่น โดยห่อหุ้มขวดด้วยกระดาษร้อน เป็นต้น. หลังจากสงครามโลกครั้งที่สองแล้วเห็นว่าวิธีระงับหายไป. เข้าใจว่าเนื่องจากประสบการณ์ระหว่างสงครามว่าไม่มีความจำเป็นในข้อนี้. ยังไม่เคยพบว่ามีผู้แสดงเหตุผลไว้ในที่ใด. แต่ตามแง่ของทฤษฎีมีข้อคิดที่ควรสนใจอยู่. สมมติว่าฉีดยาเกล็ด ๑,๐๐๐ ล.ซม. เข้าคนไข้หนัก ๕๕ กก.

ในเวลา ๒ ชั่วโมง, และอุณหภูมิห้อง ๒๓° ซ. เมื่อเขาร่างกายนำเกลือจะคงไว้ด้วยความร้อนจนมีอุณหภูมิ ๓๘° ซ. เท่าของร่างกาย. ในการทดลองการความร้อน ๑๕ กิโลแคลอรีซึ่งคำนวณว่ามากกว่า ๑๐ เปอร์เซ็นต์ของความร้อนที่ผลิตทั้งหมด. สำหรับคนปกติหรือคนไข้ที่แข็งแรงเรื่อนอาจไม่สลักสำคัญ แต่ถ้านคนไข้อยู่ในสภาพช็อคหรือใกล้ช็อค, หรือร่างกายทรุดโทรมมาก, อาจเป็นร่องก้อความชื้นขุ่นก้ได้. โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีร่างกายเล็กและไตน้ำเกลือมาก, อันตรายก็มากขึ้นอีก. ถ้าหากมีผู้สนใจลองตรวจค้นในแง่ของคุณย่าง, บางทกอาจจะได้ความรูที่เป็นสวาทารณประโยชน์.

สรุปว่าทันเหตุของอาการหนาวสั่นภายหลังจากนำเกลือไม่จำเป็นต้องอยู่ในสิ่งทกติดเสมอไป. อาจอยู่ในที่อื่นใดอีกหลายแห่ง. เพราะฉะนั้นทกครั้งทคนไข้แสดงปฏิกิริยาเช่น, สัมควรพิจารณาโดยรอบคอบว่าทันเหตุอาจอยู่ในที่ใดหรือส่วนใด. ส่วนที่ควรได้รับการพิจารณาก่อนอื่นคือเทคนิคของการฉีก, เพราะเป็นส่วนที่ใกล้ที่สุดสำหรับผู้ฉีกและพิจารณายากที่สุด. หากพบความบกพร่องในส่วนนี้, ก้จะเป็นโอกาสให้ปรับปรุงตนเองเพื่อความก้าวหน้า. หากไม่พบ, จึงควรพิจารณาส่วนอื่น ๆ ค้อไปอีก, เพื่อได้มีโอกาสปรับปรุงสิ่งทกบกพร่องให้ข้อเสียต่าง ๆ หหมดสิ้นไป.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : กัมปนาท พलगูร พ.บ., ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.
กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M.Sc. med., ตู ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.
ดวงพินิจ โทณะวนิก พ.บ.

๑. G.S. Brindley, P.A. Merton: ไม่มี
ความรู้สึกเรื่องตำแหน่งในลูกตาคน. J.
Physiol. 153:127-130, 1960.

มีผู้เข้าใจกันมากกว่า คน เราสามารถรู้
ตำแหน่งลูกตา ของตนเองได้ โดย การบอก
เล่าทางประสาทนำเขาซึ่งมาจากกล้ามเนื้อ
เกาะนอกลูกตา.

ผู้รายงานได้ทดลองในคน ๔ คน, โดย
หยอดโคเคน ในซอกค่อนจึงคิดว่าให้หมด
ความรู้สึกและใช้แผ่นบีกคอรเนียร์ (คอร์-
เนียลแคป) ปิดตาไม่ให้มองเห็น. แล้ว
แล้วทดลองดังต่อไปนี้: (๑) ใช้ปากคืบ
เล็กๆ จับลูกตาให้กลอก. ผลคือเจ้าของตา
ไม่สามารถทราบได้ว่าตากกลอกไปทางไหน.
(๒) ให้เจ้าของตาพยายามกลอกตาเอง. ผล
คือเจ้าของตาไม่สามารถทราบได้ว่าตาของ
เขาได้กลอกไปหรือว่าไม่ได้กลอกไปเพราะ
ถูกยึดไว้. (๓) เมื่อจับลูกตาข้างหนึ่งให้
กลอกไปไม่ปรากฏว่ามีการเคลื่อนไหวของ
ตาข้างตรงข้ามโดยรีเฟล็กซ์.

สรุปผลจากการทดลองได้ว่าตาคนไม่มี
ความรู้สึกเรื่องตำแหน่ง, ถึงแม้จะมีสัมผัส
ละตินเคลอยู่ใกล้กล้ามเนื้อข้างนอกตา.

กัมปนาท พलगูร พ.บ.

๒. Samuel Goldblatt: ปฏิกริยารุนแรง
ต่อกรีเซโอฟุลวิน J.A.M.A. 72 (15):
1643-1644, 1960.

มีผู้รายงานการใช้กรีเซโอฟุลวิน (Grise-
ofulvin) รักษาเชื้อราชนิดคนโดยการให้กิน
ได้ผลดี. ผลเสียมีรายงานน้อยและยิ่งกว่า
นั้นผลแทรกแซงที่พบได้, ซึ่งมีอ่อนเพลีย,
ปวดศีรษะ, อาการรบกวนทางระบบทางเดิน
อาหาร, เม็ดเลือดขาวต่ำ, ผื่นขึ้น, ก็หายไป
เมื่อหยุดยา.

รายงานต่อไปนี้เกี่ยวกับกรเกิดเองจีโอ
นิวโรติกคือที่มาที่ร่างกายอย่างรุนแรงและ
เป็นลมพิษภายหลังการรักษาด้วยกรีเซโอ-
ฟุลวิน. ผู้ป่วย ๑ รายเป็นโรคติกเซอรา
ชนิดคนเกือบทั่วตัว, ใ้รับกรีเซโอฟุลวิน

ขนาดเริ่มต้นวันละ ๒ กรัมและลดลงในระยะ
 หลังจนได้ ๒๕ กรัม. อาการหายไป. ภาย
 หลังจากนั้น ๔ เดือนเป็นอีก, และได้รับการ
 รักษาด้วยขนาดวันละ ๑ กรัม. อาการก็
 ชน. เมื่อได้รับยาไปเป็นจำนวน ๑๔ กรัม,
 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคัน, ผื่นขึ้น, บวมทั่วทั้ง
 ตัว, ปวดข้อ. ได้ให้การรักษาคด้วยแอนติ-
 ฮิสตามีนและคอร์ติโคสเตียรอยด์อาการก็
 ชนและหายไป. ผู้ป่วยรายงานเคยได้รับการ
 รักษาด้วยเพนิซิลลินขนาดมากมาก่อนโดย
 ไม่เกิดอาการรุนแรงแต่อย่างใด.

ผู้รายงานได้ให้ความเห็นว่าเนื่องจากผู้
 ช่วยทนยาได้ถึง ๒๕ กรัมในการรักษาครั้งแรก,
 แล้วเว้นระยะต่อมาได้รับยาอีกเพียง
 ๑๔ กรัมจึงเกิดอาการนั้น, อาจเป็นไปได้ว่า
 การหยุดยาช่วยให้เกิดการแพ้ได้. ขอนควรว
 นำมาพิจารณาถึงการรักษาโรคของเลขเรอ
 ริง, ซึ่งแนะนำให้รักษาเป็นระยะ ๆ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๓. C.J. Mercer, A. Sharard, C.J.M. Westerink, D.D. Adams: ไอโอไดด์ทำ
 ให้การหลังของธัยรอยด์ต่ำลงในคนปรกติ.
 Lancet 2:19-21, 1960.

การให้ไอโอไดด์ขนาดมาก ๆ จะทำให้

การหลังของไอโอไค่น ๑๓๑ จากต่อมธัย-
 รอยด์ในผู้ป่วยธัยเปอรัธัยรอยด์ต่ำลง.
 Ansell และ Miller ได้ชี้ว่าเป็นผลเกิดจาก
 การเจือจางลง. ผู้รายงานได้ศึกษาในนักศึกษา
 แพทย์ ๘ รายซึ่งต่อมธัยรอยด์ทำหน้าที่ปรกติ
 เขาได้ให้คาร์บิมาโซลและไปแทสเซียมไอ-
 โอไดด์แล้วผลแตกต่างเมื่อหยุดยากับเมื่อ
 ให้อีก. ผลที่ได้แสดงว่าอัตราการ
 หลังไอโอไค่น ๑๓๑ จากต่อมธัยรอยด์เพิ่ม
 ขึ้นเมื่อหยุดให้ไอโอไดด์.

รายงานนี้แสดงผลตรงกันข้ามกับสมมุ-
 ฐานที่ว่าผลจากการเจือจางอย่างธรรมดา
 แต่กลับเป็นผลจากการลดอัตราการหลังธัย-
 รอยด์ขึ้นจริง ๆ. การเจือจางอย่างธรรมดา
 จะเป็นความจริงในการอธิบายถึงการหลังไอ-
 โอไค่น ๑๓๑ ของต่อมธัยรอยด์ต่ำลงขณะ
 ให้ไอโอไดด์, แต่ไม่ใช่เมื่อหยุดให้ไอโอ-
 ไดด์แล้ว. การทดลองสนับสนุนการสรุป
 ของ Goldsmith และคณะที่ทดลองโดยการ
 ทหารด้วยไอโอไค่นที่รวมกับโปรตีนในเลือด
 ของผู้ป่วยธัยเปอรัธัยรอยด์ต่ำก่อนและหลัง
 ให้ไอโอไดด์.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๔. A.B. Rawson, M.T. England, G.G.

Gillam, J.M. French, F.A.R. Stammers:

กลุ่มอาการซอลลิงเจอร์เฮลลิสันที่มีอาการ
ท้องเดินและอุจจาระไม่ปกติ. Lancet 2: 131-
134, 1960.

ในปี ๑๙๕๕ Zollinger และ Ellison
ได้รายงานผู้ป่วย ๒ ราย, ซึ่งมีเนื้องอกที่
ไฮสเตริลเซลล์ของตับอ่อนชนิดไม่หลังฮอร์-
โมนร่วมกับแผลเปื่อยที่เจจุนมและการหลัง
กรดเกินซิกซ์ของกระเพาะ.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย ๑ ราย, มีอาการ
ท้องเดินเรื้อรังมา ๘ ปีและไม่ตอบสนองต่อ
การรักษาตามอาการร่วมกับการมีอาการของ
แผลเปื่อยที่ติคมา ๒ ปี. ในการศึกษาต่อไปพบ
ว่าการหลังกรดของกระเพาะเกินขนาดและมี
ไขมันในอุจจาระ. ได้ทำการผ่าตัดเบียดช่อง
ท้องพบแผลที่ทอโคคินัมและเนื้องอกของตับ
อ่อน. ได้ตัดเนื้องอกออก. เนื้องอกนั้นเป็น
อะดรีโนมาของไฮสเตริลเซลล์. หลังผ่าตัด
การหลังของกระเพาะน้อยลง. อาการแผล
ในทอโคคินัมและอาการท้องเดินหายไป. การ
ศึกษานี้สนับสนุนว่าไฮสเตริลเซลล์ของตับ
อ่อนอาจจะให้สารบางอย่างซึ่งกระตุ้นการ
หลังของกรดในกระเพาะได้.

ยศวีร์ สุขุมลจันทร์ พ.บ.

๕. R.D. Montgomery: เมตอะบอลิซึม

ของแมกนีเซียมในโรคขาดโปรตีนในเด็ก.

Lancet 2: 74-76, 1960.

ผู้รายงานได้ศึกษาทารก ๒๗ ราย, อายุ
๕ ถึง ๒๔ เดือน, บวดยเป็นโรคควาซีออร์คัวร์
หรือโรคขาดโปรตีนที่มีกลุ่มอาการทาง
คลินิกคล้ายกันในจาไมกา. เขาตัดกล้ามเนื้อ
เพคตอริสมาตรวจหาแมกนีเซียม ๑๒ ราย
ภายใน ๑๐ วันหลังเข้ารับการรักษาและทำ
ซ้ำอีก ๕ ถึง ๕ ปีคาห์ต่อมา. ผู้ป่วยมีอาการ
หนักและตาย ๑๐ ราย เขาตัดกล้ามเนื้อ
ออกมาตรวจภายใน ๑๐ นาทีหลังตาย. ได้
วิเคราะห์ปริมาณแมกนีเซียมในซีรัม, เมก-
เลอคเทง, และบัสสวาระ ๒๔ หรือ ๔๘ ชั่วโมง.
ผู้รายงานได้สรุปผลและให้การอภิปรายว่า
ความเข้มข้นของโปรตีนซีรัมและแมกนีเซียม
ในกล้ามเนื้อของทารกเมื่ออายุ ๕ เดือนจะมี
ค่าเท่าของผู้ใหญ่. ผลการวิเคราะห์กล้ามเนื้อ
เนื้อและบัสสวาระแสดงว่ามีภาวะขาดแมกนี-
เซียม, ส่วนแมกนีเซียมในเลือดคงมีระดับ
ปรกติ. ความสัมพันธ์ของการขาดแมกนี-
เซียมกับจำนวนแมกนีเซียมทั้งหมดในร่างกาย
ก็ยังไม่ทราบ, เพราะส่วนใหญ่ของแมก-
นีเซียมในร่างกายอยู่ที่กระดูก. จำนวน
แมกนีเซียมในบัสสวาระ ๒๔ ชั่วโมงจึงเป็น



คชันของการขาดแมกนเซียมมากกว่าที่จะค
จากเลือด, ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับสำหรับโป-
แทสเซียมด้วย. ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง
สภาพทางคลินิกและความรุนแรงของการ
ขาดแมกนเซียม. การขาดแมกนเซียมใน
ผู้ป่วย ๑๐ รายที่ตายนั้นไม่มากกว่าพวกที่
ได้รับการรักษาและรอดอยู่. อนึ่งการหา
แมกนเซียมในเนื้อกระดูกแล้วหันมาใช้
วิธีเฟลมสเป็คโตรโฟโตเมตริกดีกว่าเพราะ
ได้ผลเชื่อถือได้.

กรุงไกร เจนพานิชย์, พ.บ.

๖. R.G. Petersdorf และคณะ : ข้อสังเกต
เพิ่มเติมเกี่ยวกับกลไก ของ การ ทนาคาลใน
น้ำส้นหลังลดลง. Proc. Soc. Expt. Biol.
Med. 104 : 65-68, 1960.

เมื่อสุนัขที่ถูกทำให้เกิดอะเซปติกเมนิง-
ไจติส ไร่ย์ ปีนิวโมค็อคโค เข้าช่องไขสัน-
หลัง, ระดับกลโคสในน้ำส้นหลังลดลง
อย่างมาก, ซึ่งไม่ปรากฏในสัตว์ค้อนโทรล
ที่ไร่ย์ ปีนิวโมค็อคโค โดยไม่มีอะเซปติก-
เมนิงไจติสนำมาก่อนหรือในสัตว์ที่อะเซป-
ติกเมนิงไจติสแต่ไม่ไร่ย์ ปีนิวโมค็อคโค.
ภาวะน้ำตาลในน้ำส้นหลังน้อยเกิดขึ้นได้เช่น
เดียวกัน เมื่อให้ ปีนิวโมค็อคโค ที่ ถูกทำให้

ตายก่อนด้วยความร้อน, ซันเคซของหมึก
อินเคียน, และเอ็นโคทอกชันของแบคทีเรีย
เข้าช่องไขสันหลังในสัตว์ที่ทำให้เกิดอะเซป-
ติกเมนิงไจติส. ผลแสดงว่าวาทกลโคส
ในน้ำส้นหลัง ลดต่ำลงขึ้นอยู่กับการทมเมค
เลือดขาวในน้ำส้นหลัง และแอคคิฟวฟาโก-
ชัยโตสิสของมัน.

สมโพธิ พุกกะเวส, พ.บ., M. Sc. Med.

๗. F.B. Scott, N.B. Powell, A.M. Thomas
การบดตัวขององคชาติ. J. Urol. 84:488-
499, 1960.

การ บด ตัว ของ องคชาติ จัด เป็น สิ่ง ผิด
ปรกติแต่กำเนิดซึ่งพบได้น้อยมาก. แคมป์-
เบลล์ กล่าวว่า มักมีการผิดปกติ ของอวัยวะ
อื่น ๆ รวมด้วย, และพบบ่อยก็คือฮัยโปสปลา-
เคียและเอปัสปลาเคีย. การบดตัวขององค-
ชาติ อาจเป็น ตามนาฬิกา หรือ ทวน นาฬิกา.
เขาได้รายงานคนไข้ไว้สองราย. รายแรก
องคชาติบดแบบทวนนาฬิกา ๕๐ องศา, และ
ไม่พบสิ่งผิดปกติอย่างอื่น. รายที่สอง,
องคชาติคงเป็นแบบรายแรกและมีฮัยโปส-
ปลาเคียกับฮัยโครซิลร่วมด้วย. ทันเหตุยังไม่
ทราบแน่, เขาใจว่าเกี่ยวกับการเจริญของ
คอร์ปอรา คาร์เวออร์โนสาคผิดปกติไป.

ตุ ชัยวัฒน์, พ.บ., Dr. Med.

๘. C.A. Novoty, W.K. Hass, D.A. Cal-
lagan: การวินิจฉัยแยกแยะโดยการใช้ อี.ซี.จี.
J.A.M.A. 171 : 880-884, 1959.

ได้มีรายงานการค้นพบ คิว.อาร์.เอส.
คอมเพล็กซ์แฝก (twin QRS complexes)
เป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๓๘, แต่ยังไม่
มีใครสนใจเกี่ยวกับลักษณะและกลไก, และยังไม่
เคยมีผู้นำ อี.ซี.จี. มาวินิจฉัยอาการของทารก
ในครรภ์. ผู้รายงานได้ทดลองนำมาใช้
ประโยชน์ในการ แสดงว่าทารกในครรภ์ยังมี
ชีวิตอยู่หรือไม่, โดยศึกษาด้วยผู้ช่วย
๒๕๘ ราย.

การหา คิว.อาร์.เอส. คอมเพล็กซ์ของ
ทารกในครรภ์ถือหลักเกณฑ์ดังนี้:

๑. เกิด ขึ้น ใน จังหวะ ที่ สม่ำ เสมอ,
เปลี่ยนแปลงไปบ้างเล็กน้อยในช่วงเวลา ๑๐
วินาที.
๒. ได้ลักษณะรูปร่างที่แน่นอนของ
คิว.อาร์.เอส. คอมเพล็กซ์.
๓. การเกิด คิว.อาร์.เอส. คอมเพล็กซ์
เมื่อเปรียบเทียบกับคลื่นที่เกิดจากกล้ามเนื้อ
ซึ่ง อาจเข้ามาปะปนเป็นครั้งคราวแล้วจะช้า
กว่า.

ถ้า พบ คิว. อาร์. เอส. คอมเพล็กซ์ ได้
จาก ลึกลับ แสดงว่า เนื่องจาก หัวใจ มาก กว่า

หนึ่ง, ก็แสดงว่าทารกในครรภ์มากกว่า
หนึ่ง. ยังบอกได้อีกว่าเป็นท่าก้นหรือท่าหัว
จาก การอ่านแบบของ คิว. อาร์. เอส. คอม-
เพล็กซ์.

ผู้รายงานยืนยันว่าจากการการตรวจด้วย
อี.ซี.จี. ความวิตของเขานับออกผลได้แน่นอน
๑๐๐ เปอร์เซ็นต์. ถ้าตรวจเมื่อครรภ์ครบกำหนด
๒๐ ถึง ๒๖ สัปดาห์. เขากล่าวว่าการตรวจ
ง่ายและปลอดภัยมากจนน่าที่จะนำมาปฏิบัติ
ในการตรวจครรภ์เป็นประจำ

ดวงพจน์ โทณะวณิก, พ.บ.

๘. G F. Walker: การศึกษาสะเทตัส อีดีซ
มาทีคัส. B.J. Clin. Pract. 12 : 503, 1958

ผู้เขียนได้เน้นถึงความสำคัญในการหา
สาเหตุของโรคหืดเพื่อที่จะได้วินิจฉัย, เช่น
การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ, ความ
เครียดทางอารมณ์, การเห็นท่อนอกกาย
อย่างมาก, การติดเชื้อยาพิษและการล้าง
จมูก, หรือจากการล้มของต่อมเอ็นโดคริน.
ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจร่างกายโดยละเอียด
ตรวจทางรังสีวิทยา, ตรวจโลหิตและ
เสมหะ.

แอนติไบโอติกที่ทดสอบในกรณีที่มีการ
กำเริบอย่างปัจจุบันจากการติดเชื้อ ในระบบ

ทางเดินหายใจที่เคยเป็นเรอริงนคยอพวก
เตตราซัยคลิน. ไซอะโมรมัยซินหรือเทอ-
รามัยซิน ๕๐๐ มก. ฉีกเขาหลอเคลอ
ชา ๆ ครั้งเคยว, แลวให้รบประทานยานน ๆ
ในขนาด ๑ กรัมทอวันอิก ๒-๓ วัน.

การใชยาพ่น, ยาสูทคม, และการล้าง
จมูกมผลเสียมมากกว่าผลค, เพราะจะทำให
ผู้วยทวยโรคหคเรอริงกลายเป็โรคหค
ถาวร. เนื่องจากยาพวกนฝกจะมีสารพวก
ฝนซึ่งกคการหายใจและทำให้มูกของหลอเคล
ลมเหนยวขนมากขน. ในกรณีทเสมหะ
เหนยว มากอาจต้อง ใไซบรองไมสโคปชวย.
ยาที่ม ไซโอโคค จะทำให้ มูก ใน หลอเคล ม
เหลวและถูกชยออกงายเขา.

การให้ ออกซัยเจนม ทงคณ และโทษ.
ถ้าให้ออกซัยเจน ทอนและชนจากกระโจม.
ออกซัยเจนกจะชวยชวทผู้วยค. สำหรับ
ยาขยายหลอเคลม, ผู้เขยนไซอะมิโนพยล
ลัน ๒๕๐ มก. ฉีกเขาหลอเคลอชอย่างชา ๆ
ทก ๓ ช.ม. เมอคผลแลวตามทวยไซอะ-
พยลลันรบประทาน เช่นไมลันธิโอพยลล
เนต.(ไมลคัยล) ๒๐๐ มก. ทก ๒ ช.ม.

ยารบประทาน, ให้พวกยารบเรท, เช่น
พโนยารบโทน ๑ เกรนวนลระ ๓ ครั้ง, และ
อะโมยารบโทนคองกลางคน ๓ เกรน.

ฮอโรโมนไซแอคเรเนลัน ๑:๑๐๐๐
ขนาด ๕ หยค. แตทคทลคสำหรับโรคหค
ถาวรคคอรคโคโทรพ่น, เช่นอคชาเจด,
ฉีกเขากลามเรมทวย ๒๐ หน่วยทก ๔ ชว
โมงหรือมากกว่า, แลวแตความรนแรง. นย
ว่าคผลคกว่าการรกษาอน ๆ.

เมออาการอย่างข้เจปนของโรคหคถาวร
ปนเทาแลว, จะต้องหาทางข้กนการเป็
ชาอกงจะเป็นการรกษาทสมบรม.

กรุงไกร เจนพานชย พ.บ.

๑๐. J.S. Prichard, D.A. McGreal: ชาการ
ชกจากไซ Med. Clin. of N. Am. 42:
379-387, 1958.

ชาการชกจากไซหมายถึงการชกเนอง
จากการบวยเป็ไซโคยไมเกยวกับสมมอเป็
เรองสำคัญ, เป็การชกทว ๆ ไซรวม
กบการคคเชอของ ระบบทาง เคินหายใจส่วน
บน, หรือระบบทางเคินอาหาร.

การวินฉลยโรคคนงายและขนอยกบหลค
คอไปนคอ (๑) มีระบบประสาทปรกค
(๒) ขายระหว่ง ๖ เคอน ถึง ๔ ช (๓) มี
ไซ ๑๐๐ ฟ. หรือสงกว่าน (๔) มีชาการ
ชกทงสองข้างทว (๕) ระยะเวลาทชกนอย
กว่า ๓๐ นาที (๖) หลงจากชกแลวระบบ

ประสาทปรกติ. (๑) คลื่นไฟฟ้าสมองปรกติ
หลังจากหายใจแล้ว.

การรักษา (๑) ระยะที่กำลังชัก การเกิด
โรคแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับความนานของการชัก
และความสูงของไข้. ดังนั้นจึงต้องควบคุม
ภาวะ ๒ อย่างนี้ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
คือของชักประวัตินี้โดยรวดเร็วและตรวจร่างกาย
ทั่ว ๆ ไป. การระงับการชักด้วยเทคนิคที่สาค
คือการใช้คาร์ลิตซ์หรือคาร์ลิตซ์เข้ากล้ามเนื้อขนาด ๑๕
ล.ซม. ก่อนนำหนักตัว ๑๐๐ ปอนด์. ความ
ความชำนาญของผู้เขียนพบว่า เป็นยาที่มี
ประโยชน์มากและมีผลแทรกแซงน้อย, แต่
ต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก ๆ เนื่องจากระคาย. ใน
เด็กเล็กไม่ควรใช้เกิน ๓-๔ ล.ซม. การใช้ดิ
ฟีนไฮดรามีน โทนิคเข้ากล้ามเนื้อขนาด ๓๐ มก./
น้ำหนักตัว ๑๐๐ ปอนด์ได้ผลดีเหมือนกัน,
แต่พบการกดการหายใจบ่อยครั้งซึ่งเป็นผล
เสีย, เพราะการหายใจลำบากมักเป็นโรค
แทรกซ้อนของการชักรุนแรง. ในการฉีดคาร์ลิตซ์
หรือคาร์ลิตซ์เข้ากล้ามเนื้อ, ผลจะปรากฏใน ๑๐-๑๕

นาที. ระหว่างที่คอยผลของคาร์ลิตซ์หรือคาร์ลิตซ์,
ควรชักประวัตินี้ให้ละเอียดและตรวจร่างกาย
ต่อไป, พร้อมทั้งเริ่มต้นรักษาสาเหตุเท่าที่
จำเป็นก่อน. ถ้าเด็กยังชักอยู่ก็ให้ยาหลังจาก
ให้คาร์ลิตซ์หรือคาร์ลิตซ์ครึ่งชั่วโมง, ถ้าให้ซ้ำได้
อีกขนาดครึ่งหนึ่งหรือควบคุมการชักด้วยอี
เธอร์. ทงที่ปฏิบัติเช่นนี้แล้วเด็กยังชักอยู่
๑ ชั่วโมงภายหลังการรักษาอาจใช้คาร์ลิตซ์
หรือคาร์ลิตซ์เข้าหลอดเลือด, คือทำนยาใหม่คาร์ลิตซ์
หรือคาร์ลิตซ์ ๑๕ ล.ซม. ในน้ำเกลืออนอร์มัล ๒๐๐
ล.ซม., หรือ ส่วนผสมของกลูโคส ๕ ปร.ซ.
๒ ส่วนกับน้ำเกลืออนอร์มัล ๑ ส่วน เมื่อผสม
แล้วจะต้องคว้านยาละลายคหรือไม, ใช้
หยดเข้าหลอดเลือดซ้ำ ๆ.

(๒) ระยะที่พักการชัก โดยมากไม่ต้อง
ให้ยาระงับชักติดต่อกันไป. ถ้าเด็กชักมาก
กว่า ๔ ครั้งหรือพบว่าการชักนานและไม่เท่า
กันทั้งสองข้าง, ให้พีนไฮดรามีนขนาด
๑๕ มก. วันละ ๒-๓ ครั้งก็เพียงพอแล้ว

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

ปกิณกะ

๑. อิมมูโนเซชันในโรคขาดทะเลย์

การป้องกันโรคขาดทะเลย์ที่ได้ผลแน่นอนโดยการทำแอสคิตฟวอิมมูโนเซชันด้วยเทคนิคที่ออกซอกซินเป็นระยะๆ นั้นทำกันมากในสงครามโลกครั้งที่สอง. เพื่อที่จะให้ได้ประโยชน์จากแอนติบอดีของแพทยจะต้องแน่ใจว่าผู้ช่วยที่มีขาดทะเลย์ได้รับการฉีดที่ออกซอกซินมาอย่างเพียงพอแล้ว. มิฉะนั้นก็ต้องให้แอนติที่ออกซอกซินอย่างเพียงพอ, ซึ่งวิธีนี้มิขอเสียจากการแพ้โปรตีนที่เขาสร้างกาย. ถ้าโรคขาดทะเลย์เป็นโรคขาดทะเลย์เช่นเดียวกับไซทรพิษ, ประชาชนก็ควรได้รับการทำแอสคิตฟวอิมมูโนเซชันกันทุกคน, แต่โรคนี้มิได้เป็นเช่นนั้น จึงทำให้ความพยายามของแพทย์หลายคนที่จะทำแอสคิตฟวอิมมูโนเซชันให้กับประชาชน เช่นเดียวกับไซทรพิษไม่ประสบความสำเร็จ, และในปัจจุบันนี้แอนติเตตระนัสจึงยังเหมาะในการรักษาอยู่.

การป้องกันขาดทะเลย์ การป้องกันขาดทะเลย์ตามทฤษฎีมี ๔ วิธีคือ (๑) มิให้ได้รับขาดทะเลย์. (๒) รักษาแผลมิให้เชื้อ

ขาดทะเลย์เจริญได้. (๓) ใช้สารเคมีหรือแอนติไบโอติกป้องกันการเจริญของเชื้อ. (๔) ทำให้ที่ออกซอกซินของเชื้อขาดทะเลย์หมดฤทธิ์.

เกี่ยวกับวัคซีนที่หายมรณะที่น่าสนใจคือผู้ช่วยที่หายจากโรคขาดทะเลย์ตามธรรมชาติไม่มีอิมมูนิตี, ซึ่งเห็นได้จากการที่ตรวจไม่พบแอนติที่ออกซอกซินในเลือดและอาจเป็นโรคซ้ำได้อีก. ข้อนี้อาจอธิบายได้ว่าจำนวนของเตตระนัสที่ออกซอกซินที่จะทำให้เกิดโรคนั้นมีจำนวนน้อยกว่าที่จะทำให้เกิดอิมมูนิตีได้.

การทำพาสซีฟวอิมมูโนเซชัน เตตระนัสแอนติที่ออกซอกซินผลิตได้จาก Serum ของม้า. ๑ หน่วยของแอนติที่ออกซอกซินสามารถป้องกันหนูตะเภาหนัก ๓๕๐ กรัมจากขนาดตายของที่ออกซอกซิน ๑,๐๐๐ เท่า. ไม่อาจบอกได้ว่าคนต้องมีระดับที่ออกซอกซินในเลือดเท่าใดจึงจะป้องกันการเกิดโรคได้เพราะเกี่ยวกับปริมาณของที่ออกซอกซินที่เกิดขึ้นจากเชื้อด้วย. การฉีดแอนติที่ออกซอกซิน ๑,๕๐๐ หน่วย, ซึ่งเชื่อว่า

จะบ่งบอกได้นั้น, ในวันที่ ๔-๕ หลังฉีดจะมีระดับแอนติท็อกซิน ๐.๑ หน่วยในซีรัม ๑๐๐ ล.ซม., คงอยู่ในระดับจนถึงวันที่ ๑๐-๑๑ จึงลดลง, และไม่พบในเลือดภายหลัง ๓ สัปดาห์ไปแล้ว. เนื่องจากมีรายงาน ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนแอนติท็อกซิน ๑,๕๐๐ หน่วยก็ยังเป็นโรคระยะหายากได้, จึงทำให้เข้าใจว่าถ้าต้องการผลในการป้องกันอย่างแน่นอนแล้วควรจะใช้ขนาดมากกว่า ๑,๕๐๐ หน่วย. ข้อเสียของการฉีดแอนติท็อกซินก็คือการแพ้ธรรมดา, ซึ่งพบอาการได้ทั้งแบบ และพบย่อยก็คือแบบเป็นลมพิษ.

การทำแอคตีฟวอิมมูโนในเซชัน ในเรื่องนี้ได้ความรู้ ในระหว่าง สงครามโลก ครั้งที่สองมาก. ได้พบว่าการทำแอคตีฟวอิมมูโนในเซชันเป็นวิธีป้องกันที่โตผลที่สุด. อาการแพ้ยับไตน้อยมาก. ในรายที่แพ้อาจฉีดเข้าผิวหนังครั้งละน้อย ๆ ได้. ภายหลังฉีดที่ออกชอยคครั้งแรกอย่างน้อย ๑๔ วันจึงมีจำนวนแอนติท็อกซินมากพอ. ถ้าผู้ที่ได้รับการฉีดมาแล้วได้รับการฉีดซ้ำอีก, จะมีระดับแอนติท็อกซินมากพอใน ๓-๔ วัน, ภายใน ๗ วันจะมีระดับสูงมาก, และอยู่นานกว่า ๑ ปี.

แต่วิธีนี้ไม่นำมารักษาผู้ป่วยหนักนอกจากผู้ นั้นเคยได้รับอิมมูโนเซชัน มาก่อน แล้ว, เพราะในการ ฉีดที่ออกชอยค ครั้ง แรก กว่า จะให้แอนติชอยคพอเพียงนั้นกินเวลานานเกินไป.

การใช้แอนติไบโอดีค เพนซิลลินหรือเตตราไซคลินป้องกันการเกิดโรคได้ดีกว่าแอนติท็อกซินขนาดธรรมดา, เพราะห้ามการเจริญของแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรค. แต่ต้องไม่ลืมว่าแอนติไบโอดีคฆ่าจุลินทรีย์ที่ออกชอยคชอนจากเชื้อโรคหายากแล้วไม่ได้. อาจช่วยได้บ้างโดย ลดต้นทุนของการผลิตที่ออกชอนจากการห้ามการเจริญของเชื้อ.

ในขณะที่ยังไม่ได้ทำแอคตีฟวอิมมูโนในเซชันกันหมด, มีหลักทั่วไปในการป้องกันโรคหายากดังนี้คือ:

๑. เลือกผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการป้องกันหายาก.
๒. ทำให้แผลสะอาดและเป็นแผลเย็บ.
๓. ถ้าผู้ป่วยได้รับที่ออกชอยค มาแล้วครบ, ให้ฉีดฟลูอิดที่ออกชอยค ๐.๕ ล.ซม. เข้ากล้ามเนื้อ.
๔. ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับแอคตีฟวอิมมูโนในเซชันมาก่อนให้ทดสอบการแพ้ก่อนด้วยการ

ฉีกเข้าผิวหนัง, รวมทั้งตามประวัติการแพ้. เมื่อแพทย์เห็นว่าแผลนั้นอาจติดเชื้อชากตบยัก, ให้ฉีกแอนติท็อกซิน ๕,๐๐๐ หน่วย (การฉีกเพียง ๑,๕๐๐ หน่วยไม่ควรจะเชื่อว่าเพียงพอ).

๕. ถ้าผู้ป่วยเคยได้รับแอนติท็อกซินจากซีรัมม้าหรือไวค็อกซีรัมม้า, ควรใช้ไบวีนซีรัม. ผู้ป่วยไวค็อกซีรัมอาจเกิดการแพ้ได้, ฉะนั้นการให้แอนติท็อกซินควรเตรียมการรักษาการแพ้ไว้ให้พร้อม.

๖. ใช้เพนซิลลิน หรือ เทตราซัยคลิน ในรายที่ไวค็อกซีรัมมาก. ควรให้เต็มขนาด

เป็นเวลา ๕-๗ วัน.

๗. เวลา ระหว่าง การ รักษา แผล เป็น เวลา ทด ทด ในการ ทำ แฉีก พิ่ว อิม ม ใน เซ ชัน แก่ ผู้ ที่ ไม่ ใ้ รั ย มาก ่อน. แฉ่นำว่า ไม่ ควร จะ ผล ส ม ที่ อก ซ อ ย ค ์ กั บ แอนติท็อกซิน ใน กระ ข อ ก ฉีก เดียว กัน หรือ ฉีก ท บ ริ เว ณ แขน และ ขา ข้าง เดียว กัน, เพราะ ทั้ง สอง สิ่ง นี้ อาจ จะ มา ฤ ท ร กั น ได้.

(จาก E.S. Stafford: J.A.M.A. 173: 539-541, 1960.)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๓๒. ซัยคาคิตซัยสต์ของตับกับการตกเลือดในกระเพาะ

เฮมิโนค็อกโคสิสหรือซัยคาคิตซัยสต์เกิดจากตัวอ่อนของเฮมิโนค็อกคัสแกรนโลสิส, ซึ่งมีคนเป็นสัตว์พานก (โฮสต์) ขนกลางและสุนัขเป็นสัตว์พานกขนประจำ. เจ้าสุนัขโดยการกินอาหารนมเชอ, หรือจากการสัมผัสกับมูลสุนัข. ตัวอ่อนเข้าไปในลำไส้แล้วไปสู่หลอดเลือดแล้วท้อไปตามระบบปอร์ทัล, ไปตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย, และท้อให้เกิดซัยคาคิตซัยสต์ขึ้น. ประมาณ

๘๕ ปช. เป็นทตยและปอด. นอกนั้นอาจเป็นทกล้ามเนอ, ม้าม, ไต, สมองและเยอเยกเสริม.

เฮมิโนค็อกโคสิสอาจทำให้เกิดอาการต่างๆ, แล้วแต่อวัยวะที่มันไปอัย. ในรายที่ซัยสต์เกิดอัยทตย, อาจคล้าได้กอน. ในประเทศทมูไวคองชกชม, ถ้าคล้าได้กอนบริเวณคัยคองนกกองไวคอง. สิ่งทจะชวยในการวณจลยไวคองคอ (๑) ผนังของซัยสต์

มักมีแผลเซียมเกาะ, ซึ่งพบได้ในเอกซเรย์.
(๒) เลือดที่มีฮีโมโกลินในปัสสาวะ. (๓) การทดสอบค้อมปลีเม้นต์พิก เซชันให้ผลบวกมากกว่าครึ่ง. (๔) การทดสอบของคาโซินช่วยในการวินิจฉัยมาก. ทำโดยฉีดผลึกในชั้นคำคึกซัยสต์เข้าในผิวหนัง. ถ้าเกิดเป็นตุ่มขาว ๆ ขึ้น, การทดสอบนี้เป็นผลบวก. ซัสแมนกล่าวว่าถ้าการทดสอบนี้ให้ผลลบ, จะแสดงว่าไม่เป็นโรคนี้, เซอโต้ ๕๕ ปช.

โรคแทรกของโรคนี้ได้แก่การแตกของซัยสต์. ถ้าแตกเข้าสู่ช่องท้อง, อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาอะนาฟิแลกติก, และมีการติคเซอต่อจนกระทั่งเกิดเป็นเซปติซีมิสขึ้นได้.

ผู้ช่วยที่รายงานที่น่าสนใจ, เพราะมีอาการแปลก, ทำให้การวินิจฉัยโรคนี้ต้องแยกจากเลือดออกในทางเดินอาหารเนื่องจากเหตุอื่น.

ผู้ช่วยเป็นหญิงฝรั่ง, อายุ ๖๓ ปี, รั่วด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นสีดำและอาเจียนเป็นเลือดมา ๑ สัปดาห์โดยไม่มีอาการในทางเดินอาหารมาก่อน. หนึ่งวันก่อนมา, ผู้ช่วยอาเจียนเป็นเลือดสดออกมาเป็นอันมาก. มีอาการปวดศีรษะ, คลื่นไส้, เหงื่อออก, อ่อนเพลียแต่ไม่ปวดท้อง. เมื่อสืบย้อนกลับมิก่อนในท้องในบริเวณชายโครงขวา,

เจ็บ, เคลื่อนไหวได้และตึกกัซซัย. ตอนแรกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร. เมื่อผ่าเข้าไปพบก้อนซัยสต์ทาบกลีบขวา. ซัยสต์แตกมีสารน้ำไหลออกมา. จากการศึกษาพยาธิวิทยาพบว่า เป็นเอมิโนค็อคคัสซัยสต์.

ในการรับตรวจตรวจพบอุณหภูมิปรกติ. ซีพีอาร์ ๑๐๑/นาที. ความดันเลือด ๑๕๐/๘๕ มม. ปรอท. ผิวหนังซีดทั่วไป, และคลำพบก้อนที่ชายโครงขวา, แข็ง, ไม่เจ็บ, ผิวเรียบ. ซีโมโกลบิน ๔๘ ปช. เม็ดเลือดขาว ๗,๗๐๐/ล.มม. อัตราเม็ดเลือดแดงนอนกัน ๒๔ มม/ช.ม. โปรรูธมixin แคลคิวิคัย ๑๘ ปช. การตรวจหน้าทชัยโดยวิธีซี.ซี.เอฟ. ใต้ ๑ บวกใน ๒๔ ชม., และ ๓ บวกใน ๔๘ ชม. วินิจฉัยว่าเป็นการตกเลือดจากแผลเพพติก. ได้รักษาแบบโรคนี้. ผู้ช่วยยังคงถ่ายอุจจาระสีดำและอาเจียนเป็นเลือดสดออกมาอีกประมาณ ๔๐๐ ล.ชม. ใต้ให้เลือดและทำการผ่าตัด. ตรวจดูในช่องท้องพบซัยสต์ผนังหนาเรียบที่กลีบขวาของตัยทางคานล่าง, ย่นมาที่ขอบของตัย. อวัยวะอื่นไม่พบสิ่งผิดปกติ. ไม่พบแผลและสิ่งผิดปกติในกระเพาะอาหาร. ใต้เลาะออกท้องก่อนจนเป็นผลสำเร็จ. การศึกษาทางพยาธิ

วิทยาแสดงว่าเป็นเอมิโนคือคัสซียัสคัท
หายแล้ว. หลังผ่าคัทไต่ให้เลือดและวิตามิน
เค. โปรธรัมบินขึ้นเป็น ๘๐ ปช. อาการ
ต่าง ๆ หายเป็นปรกติ.

เข้าใจว่าการที่ผู้ช่วยมีเลือดออกในทาง
เดินอาหารเกิดจากระดับของโปรธรัมบินใน
เลือดต่ำ, ซึ่งเป็นผลจากโรคของตับที่เป็น
ฮัยคาติกซีซิส. ในคนไข้รายนี้ควรระวัง
ฉัยไตก่อนการผ่าคัท, โดยอาศัย (๑)
ประวัติอดีต, (๒) ตรวจพบก้อนทชวยโครวง
ขวา, และ (๓) ระดับโปรธรัมบินในเลือด
ต่ำ.

ในการรักษาก่อนการผ่าคัทต้องรักษาการ
ขาดโปรธรัมบินซึ่งอาจเกิดจากการทการ
คัทซีมีวิตามินเคไม่คัท, หรืออาจเกิดที่โรค
ของตับเอง. แต่ถึงอย่างไรก็ยังแยกจากโรค
แผลเพ็พติกคัทเลือดไม่คัท. ฉะนั้นการให้
เลือดสังคิงเป็นของสำคัญเพื่อให้ระดับของ
โปรธรัมบินขึ้นมาอยู่ในระดับปลอดภัย.

ในรายที่กลบมีการคัทเลือดมาก ๆ หลัง
จากเคยให้เลือดมาหลายครั้งแล้ว, และการ
วินิจฉัยก่อนผ่าคัทว่าเป็นแผลเพ็พติกคัท
เลือด, ควรแนะนำการผ่าคัททันที.

การรักษาโรคฮัยคาติกที่ไคผลแน่นอน
คือการผ่าคัท. วิธีการผ่าคัทไคมีผู้บรรยาย

ไว้ต่าง ๆ กัน. ในรายที่ไม่มีโรคแทรกหรือ
การคัทเซอ, ใช้วิธีของ โปสาคาค, คือเจาะ
ซีซิสแล้วคัทเอาสังทออยู่ภายในออกให้หมด,
ล้างให้สะอาด, แล้วเย็บผนังคัทโดยไมคัท
ใส่ท่อระบาย. วิธีนี้อาจทำให้เกิดพยาธิสภาพ
อยู่นาน, โดยเกิดมีสารน้ำขังอยู่คัทและเกิด
การคัทเซอขึ้นสอง (เซคันคาร์บ) ในคัท. วิธี
รักษาแบบที่สองคือมาซเย็บไลเซชัน, ทำคัท
ทั้งในรายที่ไม่มีโรคแทรกและรายที่มีการ
คัทเซอ. วิธีคัทเอาสังทออยู่ภายในคัท
ออกให้หมด, แล้วเย็บขอบของซีซิสออก
มาเย็บคัทกับขอบของผนังหน้าคัท. ทางคัท
ล่างของคัทจะเกิดเป็นหนองและคัทโดยการ
เกิดแกรนชันทีสซ. วิธีนี้ทำให้เกิดพยาธิ-
สภาพอยู่นาน, และมักเป็นไซนัสซึ่งมี
ไหลไม่รู้จักหาย. วิธีรักษาแบบที่สามคือ
โฮเม็นโตพลาสคัท. วิธีนี้คัทแปลงจากวิธี
ของโปสาคาค, โดยเย็บโฮเม็นคัทใส่เข้าไป
ในโพรงของคัทที่คัทเอาสังทอภายในคัท
แล้ว. นิวแมนกล่าวว่ววิธีคัทคัทคัทคัท
เลาะเอาซีซิสออกให้หมด, แล้วเย็บโฮเม็น
คัทเข้าไปในโพรง. วิธีรักษาแบบที่สี่คือการ
คัทคัท. ควรทำในรายที่ซีซิสใหญ่มากและ
เป็นทงกลบ.

บางรายอาจมีการแตกเข้าไปในทางเดิน
น้ำค, ทำให้มีการอุดตันของท่อน้ำค้วม.
ในรายเช่นนี้การรักษาหลังจากกดสิ่งที่อยู่
ภายในซี่ปลั๊กออกหมดแล้วต้องใส่ท่อระบาย
ไว้. ต่อมาจึงตัดถุงน้ำคและใส่หลอดครบถ้วน

“ที่” ไว้ในท่อน้ำค้วม (โพลีโคมอส
โตมัย).

(จาก J.S.O'Hare. A.M.A. Arch. Surg. Jan.
1959.)

ปรีชา เหลืองสุวรรณ พ.ช.

๓. เมโปรยามะตในการรักษาโรคบาดทะยัก

มีผู้สังเกตว่าในระยะสิบปีที่ผ่านมา, คน
ไข้บาดทะยักส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่และเป็นผู้
สุขภาพดีคือเฮโรอิน, บาดทะยักมักเกิดจากการ
ฉีดยาเฮโรอินทมิเซอ, และคนไข้พวกนี้มัก
มีอาการรุนแรง.

สำหรับการรักษา, นอกจากการขีดยา
ทั่วๆ ไปแล้ว, การควบคุมและป้องกันการ
ชักนั้นว่าเป็นข้อสำคัญมาก. ได้มีการทดลอง
ใช้ยาหลายอย่างที่จะให้ผลลัพท์ที่ดี.

การให้ยาระงับสมอง นั้นต้องให้มากจึง
จะได้ประโยชน์, แต่มักจะมีการกดการ
หายใจด้วย. นอกจากนั้นยังต้องระวังยาส-
เตติกป็นิวโมเนีย โดยต้องเพิ่มนางพยายาล
ดูแล.

การให้คุราเรอย่างเคียวยังไม่สามารถ
ลดความถี่และความหวาดหวั่นของคนไข้.

จำเป็นต้องให้ยาระงับสมองด้วย.

เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการทดลองใช้มัลติ-
โปรมาซีนในการควบคุมการชัก. พบว่าได้
ผลเหมือนกันถ้าให้จนถึงขนาดที่ทให้หลับ.
แต่ถ้าใช้ไปนานๆ หลายๆ วันจะเกิดอันตราย
เนื่องจากการกดมึ่มาก, ทำให้ความดันเลือด
ลดตามลงมา. ดังนั้นจึงได้มีการศึกษา
ค้นคว้าเพื่อหาขนาดที่ปลอดภัยและให้ผลแน่นอน
ที่สุดในการควบคุมการชัก, ประกอบกับมี
ความปลอดภัย, คือไม่มีผลต่อการหายใจ,
ความดันเลือด, และต่อความมีชีวิต.

ดร. เพอร์ลสไตน์ได้รายงานผลของการ
ทดลองใช้ยาเมโปรยามะต (มิลทาวน์) ใน
คนไข้บาดทะยัก ๒ ราย. คนหนึ่งฉีดยาเสพ
ติกเฮโรอิน, อีกคนหนึ่งไม่ฉีด.

การให้ยาต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, ใช้ขนาด



๔๐๐ มก. ละลายในโพลีเอธิลีนกลัย-
คอล ๕. ล.ซม. ให้ทางหลอดเล็กค้ำไม้ได้
เพราะตัวทำละลายนี้อาจทำให้เกิดหลอด-
เล็กคอกเสียได้. การให้กินก็พบว่าไม่ได้ผลดี,
นอกจากในรายเป็นอย่างอ่อนจริง ๆ หรือใน
รายพกพบน, ทั้งยังต้องใช้ขนาดดังสียเทาของ
ขนาดฉีดเขากلام. ดังนั้นจึงมีผู้สงสัยว่า
ผลที่ได้อาจเป็นผลของโพลีเอธิลีนกลัย-
คอลก็ได, แต่เมื่อทดลองฉีดเฉพาะสารนี้ให้
แก่ผู้ป่วย, ก็พบว่าไม่ได้ผลอะไรเลย.

ผลของการใช้เมโปรยามะตในการควบคุม
การชักในคนไข้ทั้งสองราย ปรากฏว่าเป็นที่
น่าทึ่งมาก. หลังจากรักษาเห็นผลใน ๑๐ นาที.
คนไข้มีอาการทั่วไปดีขึ้นจนเห็นได้ชัด. นอก
จากหยุดชักคนไข้ยังมีความสงบด้วย. อา-
การเกร็งต่าง ๆ เช่นหน้าท้องตึง, หลังแอ่น,
และขากรรไกรแข็งหายไป. การกระตุ้น
ต่าง ๆ จากภายนอกเช่นการเอาเข็มแทง, ทำ
เสียงดัง, ทำให้สว่าง, ก็ไม่สามารถกระตุ้น
ให้เกิดการชักขึ้นได้. แต่การกระตุ้นจาก
ภายในเช่นการไอ, ปรดท้อง, เสริมหระจุ
หลอดเทรซไฮโดมีย์, หรือการคุดเขาเสริมหระ
ออก, ท้องอืด, ยังสามารถทำให้เกิดการ
เกร็งและชักได้.

นอกจากนี้เมโปรยามะตยังมีฤทธิ์สงบ

ประสาท, (แท้จริงคือโลด). คือทำให้จิตใ
คนไข้สงบ, บรรเทาความตึงเครียดหวาคกลัว,
ทำให้ใจคอสบายขึ้น. คนไข้มีสติดี, สามารถ
พกร่างเรื่องและให้ความร่วมมือในการรักษา
อย่างดี. การบริบาลง่ายและสะดวกขึ้น,
ทำให้สามารถป้องกันการกระตุ้นจากภายใน
ต่าง ๆ ที่กำลังเกิดได้. เมโปรยามะตยังช่วย
ลดขนาดของยาระงับสมอง, คือเฟ่นโดบาร์-
บิตลดลงอย่างมากมาย, จากที่เคยต้องใช้
วันละ ๑๘ ถึง ๒๕ เกรนลงมาใช้เพียงวันละ
๓ เกรน. ซอนทำให้ลดอันตรายจากยาระงับ
ประสาทลงได้มาก.

เข้าใจว่าเมโปรยามะตมีฤทธิ์เฉพาะต่อ
ที่ใดที่หนึ่งในระบบนำขื่นของอวัยวะภายใน
และออกฤทธิ์โดยการลดโพลีซัยแนปติก-
ทรานสมิSSION และมีผลข้างอย่างต่อเรติคูลู-
ลาร์ซัยสตันซและธาลามัส.

เมื่อผลของการทดลองในคนไข้ทั้งสองราย
นี้เป็นที่น่าพอใจมากจึงได้ทดลองใช้เมโปร-
ยามะตในคนไข้ขาดทะเบียนอีก ๓๕ รายทั้งที่คิด
ยาเสพติดและไม่คิด. ในรายที่คิดยาได้
ใช้เมธาโดนแทนเฮโรอิน. ได้ผลเป็นที่น่า
พอใจมากเช่นเดียวกัน.

หลังจากใช้เมโปรยามะตแล้วอัตราการ
ลดลงมากเห็นได้ชัดเจน, โดยเฉพาะในราย

ทมการชักเริ่มต้นช้า, คือเกิน ๔๘ ชั่วโมง. แต่ในรายที่คึกษาและมีอาการชักเร็วกว่า ๔๘ ชั่วโมง, อัตราตายไม่ลดกลงเลย. อาจเป็นไปไ้ไ้ว่าคนไข้คึกษาส่วนมากมีสัฎภาพท่ว ๆ ไปเลวมาก, ผอมแห้งแรงน้อยและขาดอาหาร, และสนองกั้อการรักษาทดกชนิกไม่คั้ทงน่น. พวกน่มกเริ่มชักเร็ว, คือคั้กว่า ๒๔ หรือ ๔๘ ชั่วโมง, ทงอาการกั้รุนแรงมาก. สาเหตุเหล่านค้กช่วยให้อั้กทว

ค้ายในพวกคึกษานสูงมากและไม่ลดกลงเลย, แม้จะใ้ย้าเมโปรยมาเมคแล้วกั้ตาม.

คร. เพอร์ลส์ไ้โน้สัฎรปุว่าเมโปรยมาเมคเป็นย้าที่ปลอศกั้ยมากและให้ผลคั้ในการควบคุมการชักของค้กไข้ย้าคั้เทยั้ก, โดยเฉพาที่ไ้กรั้บการกระค้กนจากภายนอก.

(จาก M.A. Perlsein: J.A.M.A. 70: 1902 - 1908, 1959.)

พั้ชรา วิสัฎกถล พ.บ.

๔. แนะนำหนังสือ

ชื่อหนังสือ Orthopedic Diseases Physiology-Pathology-Radiology.

ผู้แต่ง Ernest Aegerter M.D.; Professor of Pathology & Director of the Department of Pathology, Temple University Medical Centre & School of Medicine. John A. Kirkpatrick, Jr. M.D.; Radiologist, St. Christopher's Hospital for Children. Assistant Professor of Radiology, Temple University Medical Centre.

พิมพ์ครั้งที่ 1st. ed., 1958.

ผู้พิมพ์ W.B. Saunders Company, Philadelphia & London.

๕๘๘ หน้า. ขนาด ๑๖x๒๕ ซม. ภาพ ๓๘๔. มีบัญชีเือกสารและคั้ชน. ราคา ๒๕๐ บาท.

หนังสือนี้มีในหอสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล และที่ห้องสมุดแผนกคั้ลยศาสตร์.

จักเป็นหนังสือที่มคั้ณค่าทสั้คชก เล่มหนึ่งในแขนงวิชาคั้คั้เชย่น พยายามให้ความกระจางเกยวคั้ยสิ้รวิวิทยา, พยาธิวิทยา, และรังสิ้วทยาของกระคั้ก.

ในภาคแรก ๆ ของ หนังสือ เป็นการรวบรวมประสานความรู้ที่ได้จากการศึกษาโครงสร้างของกระดูกข้อมือและวิทยาการแผนใหม่, คือการศึกษาด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน, การศึกษาฮิสโต-ไบโอเคมี, และไมโครเรดิโอโลยี. ทำให้เราเข้าใจถึงธรรมชาติ และความเป็นไปของกระดูกได้ชัด. นับว่าผู้เขียนได้วางหลักคิดออกอันหนึ่งในความรู้ทางสรีรวิทยาสัตว์, ซึ่งไม่มีตำราเล่มใดกล่าวถึงมากนัก.

ในภาคที่ ๓ ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการหายของกระดูกหัก, ซึ่งใกล้ความจริงกว่าตำราเก่าที่เน้นความ เชื่อถือ ของคลีฟแพทย ส่วนมาก. ผู้เขียนเชื่อว่าฮีมาโตมารอบ ๆ รอยกระดูกหัก มีบทบาทสำคัญในการก่อให้ เกิดแคลลัส (callus). ผู้เขียนมีหลักฐาน พิสูจน์ว่าแคลลัสไม่ได้เกิดจากข้อต่อขอยก- ทิศชีวะของ เยื่อหุ้ม กระดูกแล้ว มีแคลเซียม มาเกาะง่าย ๆ อย่างที่เคยเชื่อกัน. แต่เป็น อีกส่วนหนึ่งของกระดูกที่เกิดจากอำนาจการ ชักนำของสิ่งแวดล้อมที่สามารถทำให้เซลล์ คอลลาเจโนบลาสต์ เปลี่ยนหน้าทเป็นออสติ โอบลาสต์ด้วยกลไกที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกัน หลายประการ. กระดูกหักจะตกหรือไม่, หรือ การปลอก กระดูกไคผล หรือไม่ จึงไม่ได้ ขึ้นกับ การเข้าเผือกให้อยู่นิ่ง หรือ การ คาม

กระดูกด้วยโลหะที่แน่นหนาแต่อย่างเดียว.

ภาคที่ ๔ นับว่า เป็น ภาค ที่สำคัญกว่า ภาคใด ๆ. เป็นภาคที่กล่าวถึงเนื้องอกของ กระดูกซึ่งผู้เขียนได้จำแนกได้ อย่างดี ชัดชัด. แต่ละโรคที่ผู้เขียนกล่าวถึงจะ ต้องมีหัวข้อ ๓ หัวข้อที่เราใช้ในทางปฏิบัติคือ อาการ ทางคลินิก, พยาธิสภาพทางจุลกาย, และ ภาพรังสี. การประสานสามหัวข้อสำคัญใน เรื่องเดียวกันนี้เป็นคุณลักษณะที่เด่นของงาน ชันน, ทำให้ง่ายและสะดวกแก่นักศึกษา. และโดย หลักการ อัน นี้ จึงทำให้ผู้เขียน ย้ำ เป็นพิเศษว่า ผู้ที่จะตัดสินใจวิเคราะห์เนื้องอก ของ ฮิววะ แชน ซานน์ ไม่ใช่ลำพัง แต่ คลีฟแพทย, พยาธิแพทย, และรังสีแพทย แต่ผู้เดียว, หากจะต้องประสานความคิด เห็นของแพทย์ทั้งสาม, ทั้งนี้เพราะว่าแม่ จินในกระทั้งปัจจุบัน เราก็งยังไม่ มีกฎเกณฑ์ ที่จะลากเส้นขนะหว่าง เนื้องอกร้าย กับเนื้องอกธรรมดา.

โดยสรุปแล้ว, หนังสือเล่มนี้เป็นตำรา ตัดทศกเล่มหนึ่ง. นอกจากจะจำเป็นสำหรับ นักศึกษาที่ ต้อง เรียน อยู่ใน หลักสูตร แล้ว, ยัง เป็น หนังสือ ที่ คลีฟแพทย โดยทั่วไป, คลีฟแพทยโรคกระดูก, รังสีแพทย, และ นักพยาธิวิทยาจะต้องอ่าน, โดยเฉพาะภาค สดท้ายของหนังสือ.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

๕. บนทกสัน

ยุงชนิดใหม่ ในประเทศเขมรได้มีการค้นพบยุงชนิดใหม่ อีกชนิดหนึ่ง ที่สามารถนำเชื้อมาลาเรีย และให้ชื่อว่า อะโนพัลสแปมปานี เพื่อเป็นเกียรติแก่นายแพทย์ เอมีลีโอ แปมปานา, นักวิทยาศาสตร์ชาวอิตาลี, ผู้ซึ่งควบคุมงานค่านมาลาเรียขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี ๑๙๔๗-๑๙๕๘.

การควบคุมน้ำโสโครก สภานโยบายได้ออก พระราชบัญญัติการควบคุม น้ำโสโครกตาม คำแนะนำ ของที่ปรึกษาแห่งองค์การอนามัยโลก. สิ่งโสโครกตามแม่น้ำลำคลองเป็นเรื่องร้ายแรงในญี่ปุ่น นั่นเนื่องมาจาก ขยะมูลฝอยจาก บ้านเรือน และโรงงานอุตสาหกรรม. เป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่

สุขภาพอนามัยของประชาชน, เกษตรกรรม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นข้าว, ปลา และสัตว์น้ำอื่น ๆ.

ยุงเพราะยา แอนติไบโอติก ทำให้ฉัตรากายจาก โรคติดเชื้อ และคนไข้คล้ายกรรมลดลงได้มากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน. แต่การใช้ที่ไม่ถูกวิธีและไม่เหมาะสมทำให้เชื้อยดเตริเกิดความดื้อยา, และจากการขาดความ ระมัดระวัง ในการ ยั้งกัน การติดเชื้อประจำวันตามโรงพยาบาลอีกอย่างหนึ่ง, ทำให้เกิด เป็นปัญหาใหญ่ แก่คณะผู้ชำนาญการ Hospital Laboratory Services แห่งองค์การอนามัยโลก.

ประภัสสร จตุกะรัตน์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๓

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก							
ใหม่	๒,๕๗๖	๑,๖๒๑	๒,๐๐๕	๑,๘๕๖	๓,๕๐๓	๖๖๕	๑๒,๖๓๐
เก่า	๖,๑๕๓	๒,๖๖๓	๓,๕๗๓	๒,๔๓๘	๖,๒๔๒	๑,๒๔๑	๒๒,๗๕๐
รวม	๘,๑๖๕	๔,๒๘๔	๕,๕๗๘	๔,๒๙๔	๙,๗๔๕	๑,๙๐๖	๓๕,๓๘๐
ใน	๒๖๕	๓๕๐	๑,๔๘๗	๑๕๕	๗๗๐	—	๓,๑๑๗

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๓๕. จักษุฯ ๗๐๕. สูติ-นารีฯ ๖๒๕. รวม ๑,๘๖๕ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๕๔, หญิง ๔๘๕, รวม ๑,๐๔๓. คลอดตาย, ชาย ๑, หญิง ๘, รวม ๑๕.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๘ คน (๑.๐๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด) ได้ตรวจศพ ๑๒๗ ราย (๓๓.๐๒ ปช. ของที่ตาย.)

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๘๐๐ ครั้ง. ข้างนอก ๓ ครั้ง. รวม ๘๐๓ ครั้ง.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๕๗๔ คน, รักษาใหม่ ๔๓ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖๕ ครั้ง.

ราเดียมรักษา ๑๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๓ ครั้ง. ไดอะเทอร์มีรี รักษาใหม่ — ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า — ครั้ง. รัดไอโซโทป รักษาใหม่ ๗๗ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๗๘ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๒๘ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔๕ ครั้ง.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลแกมมาบอลิสต์ ๑๓๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๑๕๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๒ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๑๕๔ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๒๑๕ ราย (จากภายนอก ๒๑๕ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๗ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น —. วัณโรคแมนและคานัน ๒,๖๕๔. หมู่เลือด ๕๓๔. นับเม็ดเลือด ๒๑. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๑. อูจจาระ ๕. บัสสาวะ ๒๓. เสมหะและอื่น ๆ —. พาะเชื้อจากเลือด ๖๑๕. อูจจาระ ๑๔๗. บัสสาวะ ๗๕. น้ำไขสันหลัง ๓๓. เสมหะและอื่น ๆ ๗๘๒. พาะเชื้อวัณโรค ๔๑. นิติสัตว์ทดลอง ๖. พาะเชื้อบิด ๑๒. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๓๐. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี่ ๓๑. ตรวจศพนิติเวช ๓๑. ตรวจของกลาง ๑๘.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๒. เจาะตับ ๔. เจาะน้ำช่องปอด ๑๑. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๒. นิติยาทั่วไป ๑๑๕. นิติยาซึบฟีลิส ๘. เบาหวาน ๑,๓๘๒. กลืนควมโรค ๒๖๖.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๑๔. ถอนฟัน ๑,๐๐๘. อุดฟัน ๔๗๖ ผ่าตัดช่องปาก ๕๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติยอดเขียน

แผนกอายุรศาสตร์ เชิญร่วมสัมมนา

เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๓ แผนกอายุรศาสตร์ได้จัดให้มีการประชุมสัมมนา เรื่อง "การคลคลายลักษณะอีโมโกลบินผิดปกติในวัยทารก" ณ ห้องประชุมของแผนก, ไทยมิ น.ส. เวอร์จิเนีย มินนิก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชาอายุรศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตัน, เข้าร่วมประชุมด้วย

อาคันตุกะเยือนคณะ ในระหว่างเดือน

พฤศจิกายนและธันวาคม ๒๕๐๓ มีอาคันตุกะจากต่างประเทศเข้าเยือนคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คือ:

(๑) วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๓ ศาสตราจารย์ Eric Boyland ผู้อำนวยการศูนย์เอนไซม์สำหรับโรคเมเร็งแห่งสถาบันเฮลเตอร์บรคค, ลอนดอน, เขาเยี่ยมชมและแสดงปฏิกิริยาของ "เอนไซม์ของเมเร็งโดยการเอาฮอร์โมนออกและด้วยสารแอลคิลเลต."

(๒) วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๐๓ ศาสตราจารย์ H. Lippelt, ผู้เชี่ยวชาญทางวิทยาไวรัสแห่งสถาบันโรคเมเร็งอื่น, มหาวิทยาลัยแฮมเบอร์ก, สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี, เขาเยี่ยมชมและแสดงปฏิกิริยาเป็น

ภาษาอังกฤษเรื่อง "ความก้าวหน้าใหม่ในเรื่องการศึกษาวีรัส."

(๓) วันที่ ๒๑ และ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๐๓ คณะอาจารย์ชาวเคมซิงของการอนามัยโลกจัดให้เดินทางศึกษาเพื่อการศึกษาแพทยศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญทางพยาธิวิทยาแห่งองค์การอนามัยโลกได้เข้าเยี่ยมชมและชมกิจการของโรงเรียนอย่างทั่วถึง.

(๔) วันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๐๓ คณะผู้อำนวยการสำรวจอาหารซึ่งเข้ามาสำรวจภาวะอาหารในประเทศไทย มี Dr. Stanley Gershoff, Dr. Jeffrey H. Fryer, Dr. Allan L. Forbes และพันเอก Dr. George V. Burnett ได้เข้าเยี่ยมชมคณะและแสดงปฏิกิริยา ๔ เรื่อง.

(๕) วันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๐๓ Dr. R.H. Follis, Jr., ผู้เชี่ยวชาญทางพยาธิวิทยาแห่ง Armed Force Institute of Pathology, วอชิงตัน ดี.ซี. เขาเยี่ยมชมและแสดงปฏิกิริยาของ "การทดลองทำคอหอยพอกในสัตว์."

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดการต้อนรับอาคันตุกะทุกรายด้วยอัธยาศัยไมตรี และจัดอาหารกลางวันเลี้ยงเป็นเกียรติ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย โดย

มีคณาจารย์ประจำคณะเข้าร่วมด้วยอย่างพร้อมเพรียง.

“คดีนวลฉวี” เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๐๓ ศาสตราจารย์นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์วิชานิติเวชแห่งแผนกวิชาพยาธิวิทยา. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ได้บรรยายเรื่อง “คดีนวลฉวี” ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. ปรากฏว่ามีอาจารย์, แพทย์ และนักศึกษาเข้าฟังการบรรยายเป็นจำนวน

มาก. การบรรยายเป็นเพียงการนำคำพิพากษามาอ่าน, ซึ่งนอกจากทำให้ได้ทราบข้อเท็จจริงและเหตุผลของศาลแล้ว, ยังทำให้ผู้ฟังได้ยังเกิดความเข้าใจว่า ข่าวยังเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีฆาตกรรมในคดีนี้ไม่ดั่งที่มโนนาจะเป็นการเกินมากว่าอัน. หลังจากการบรรยายได้มีการซักถามเกี่ยวกับหลักวิชานิติเวช, คือการพิสูจน์รอยเลือด และการทำให้สลายโดยคมยา. ไม่ได้มีการวิพากษ์วิจารณ์คำพิพากษาหรือลงมติเกี่ยวกับความบริสุทธิ์หรือความผิดของผู้ใด.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

บันทึกท้ายสมุด

๑ สารคดีราชฉบบน เป็น ฉบบ สักท่าย ของขบ ๑๒ และจะเป็นฉบบสักท่ายของการ ออก “สองเดือนควย” อีกควย. โดย ความช่วยเหลือ จากผู้ร่วมงาน เช่นพิเศษเรา สามารถเร่งการออกหนังสือให้ค้อย ๆ ทัน เวลาขึ้นมาได้และหวังว่าฉบบแรกของขบที่สย สามารถออกได้ภายในเดือนมกราคม ๒๕๐๕. ทง นต้องขอแสดงความขอยใจอย่างย่งแก่ผู้ ที่โตมส่วนช่วยให้งเกิดความสำเร็จ, ซึ่ง ผู้ที่โตมมอทำเท่านั้น จะ สามารถ ทราบว่า ได้มาควยความเหนอยยากเพียงใด.

๑ นอกจากเป็นฉบบสักท่ายของขบที่สย สองสารคดีราชฉบบนยังมีอีกหลายขบที่เป็น เรื่องสักท่าย. บันทึกท้ายสมุดครั้งนกันเป็น ครั้งสักท่าย, จนกว่าจะเปลี่ยนแปลงบริวาร ใหม่หรือนโยบายใหม่. เรอนเป็นเพียง สัญญลักษณ์อย่างเกยว สำหรับการ เปลี่ยน ระเบียบใหม่ในสารคดีราช, หลังจากที่ได้ใช้ มาแล้วครบรอบสิบสองขบ. การที่เปลี่ยนใหม่ มีการวางรพของขบความ, การเพิ่ม “ความ ย่อ” ที่คนเรองสำคัญทงเรอง, การวาง ลำกัย “เอกสาร” ทายเรอง, และการใช้ “สุวิพากย์” แทน “บันทึกท้ายสมุด”.

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เราหวังว่าจะเพิ่ม ความ สะทวและ ประ โยชน์ อื่น ๆ สำหรับ ท่านสมาชิกให้มามากขึ้น.

๑ ขณะเดียวกันก็จะมีารเปลี่ยนแปลง บาง อย่าง ซึ่ง อาจ ทำให้ ท่าน สมาชิก รู้สึก “เคอครอน” บ้าง. คือเรามาความจำเป็น ต้อง เพิ่ม ค่าสมาชิก ขน เป็นมี ละ ๒๐ บาท รวมทงค่าส่ง. เหตุผลสำคัญของการเพิ่ม อัตราค่าสมาชิกน คือ ค่าโสหัย สูงขน เนอง ด้วยราคากระดาษและค่าธรรมเนียมไปรษณียากร. เราหวังว่าท่านสมาชิกคงจะไม่ รั้งเกยว ในการ จ่ายเงิน ๒๐ บาท สำหรับ วิทยาสารทมคณค่าพอตัว ๑๒ เล่ม, รวม เนอประมาณหนึ่งร้อยยกค้อย. อย่างไรก็ตาม สารคดีราช ก็ยังคงเป็น วิทยาสาร ทมราคา ำต่ำที่สุดในโลกขย่นนเอง. การที่เรายงตั้ง อัตราค่ารับต่ำได้ถึง เพียงนออยู่ อกไป อกก็ เพราะอาศัยเลยงตัวควยค่าแจ้งความ, ด้วย ความเชอเพอชของผู้ออกทนนทงหลาย, ซึ่ง เราระลัดถึงอยเสมอ.

๑ คุณหมอทองกี เรองไฟโรจน์ แห่ง แผนกศักดิ์ศาสตร์ ให้ เรอง ภาษา อังกฤษ ซึ่ง เรอได้เขียนขน ด้วยความ พินิจพิจารณาเป็น

อย่างก็. เรื่อง "มกลกแตกระหว่างคลอก" เป็น เรื่อง ของ ความ เป็น และความตายโดยแท้จริง, และมีไม่น้อยกว่าสองชีวิตที่เกี่ยวข้อง. ในแง่ของแพทย์การวินิจฉัยโรคเป็นปัญหาสำคัญที่สุด, และคุณหมอทองคำก็โดยาเรองนิ้ว เป็นพิเศษ. คนเทศสำคัญแห่ง ความ ข้อย ของ อุบัติ เหตุ น อย ท การ "กรรมกรรษา" และ การ ทำ คลอก ที่ ไม่ ถูก หลกวิชา, ซึ่ง เป็น เรื่อง ของ การ ศึกษา ของ ประชาชน และ ของ ผู้ ประกอบ อาชีพ ใน บ้าน โรคคิดปะ. เราหวังว่าท่านผู้ที่เกี่ยวข้องจะให้ความสนใจพอสมควร.

๑ "ซาประจำ" ของเราท่านหนึ่งคือคุณหมอเฉลิมชาติ รัตนเทพ, ผู้มีเรื่องเขียนโคหลายแ่ง. เรื่อง "การตรวจไซสันหลังด้วยรังสี" ในเล่มนี้คงจะมีประโยชน์สำหรับแพทย์ทั่วไปด้วย, ไม่เพียงแต่แพทย์กระดูกเท่านั้น. สังเกตว่ามีผู้ช่วยด้วยโรคเกี่ยวกับคอนต่างๆของสันหลังมากขึ้น, ซึ่งแต่เดิมมักเหมือนกันว่าเป็น "ไซอาติคา" หรือ "วิวัฒมาติสม์". เกี่ยวกับผลงานเฉพาะเรื่องมาก, ความมั่นคงแน่นอนขึ้น, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีวิธีการซึ่งให้ความรู้ละเอียดและไม่ลำบากสำหรับแก่คนไข้ นัก. ขอสงวนเป็นเรื่องสำคัญมาก, และเราบันทึก

ที่คุณหมอเฉลิมชาติเอาใจใส่ในแง่เป็นพิเศษ, ตามที่สังเกตได้จากเรื่องต่างๆที่เธอเคยเขียนมาแล้ว.

๑ ศจ. สงกรานต์ นิยมเสน ขอมแพ้แก่งานหนักหลายบ้านอีก ครึ่งหนึ่งโดยมอหมายให้ "ลูกศิษย์มือขวา" ของท่าน, คุณหมอมทรวงฉัตร โทษยานนท์, เป็นผู้เขียนเรื่องนิตเวชๆให้เรา. เรื่อง "การเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย" ที่นำลงพิมพ์ในฉบับนี้มีความสำคัญมากสำหรับผู้ปฏิบัติและเป็นที่น่าสนใจสำหรับผู้อ่านโดยทั่วไป. โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทความนี้จะช่วยให้แพทย์ทั่วไปได้เห็นความยากลำบากของแพทย์นิตเวชในการชันสูตรศพซึ่งมีอายุหลาย ๆ วันแล้วหรือถูกทอดทิ้งให้ไต่รอย ผลการกระทำของกรรมชาติ, และจะช่วยให้งังเกิดความเข้าใจเป็นอย่างดี, ในความไม่แน่นอนซึ่งแพทย์นิตเวชจะต้องอาศัยวิจารณญาณเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจ.

๑ ในแผนกปกิณกะเรามีเรื่องเกี่ยวกับยาพิษยัก ๒ เรื่อง, คือการรักษารักษา (พ.ญ. พัชรา วิสุตกุล) และการป้องกัน (น.พ. ชุติศักดิ์ เวชแพศย์). เรื่อง "ฮัยดาตคชยส์ตกับการตกเลือดในกระเพาะอาหาร" ของคุณหมอบัรชา เหลืองสุวรรณ เป็นตัวอย่างของ

โรคแทรกซ้อน ซึ่ง คุมยาก ๆ ไม่น่าจะมีความ
สัมพันธ์กับโรคเดิมได้. “บนทุกสัน”

ของคุณหมอประภัสสร จุลกะรัตน์ คงจะถูก
ขุ่นว่าน้อยไปหน่อย. หวังว่าคราวหลังคง
จะให้มากกว่านี้อีก. “แนะนำหนังสือ” ของ
คุณหมอเฉลิมชาติ รัตนเทพ ทำได้กระตัก

วัดและนำอ่านตามเคย.

๑ โดยที่หนังสือฉบับนี้เป็นฉบับสั้น,
กว่าจะถึงมือท่านสมาชิกก็จนต้น พ.ศ.
๒๕๐๔ แล้ว, เราจึงขอถือโอกาสส่งความ
ปรารถนาดีมายังท่านสมาชิกทั้งหลายด้วย
คำกลอนต่อไปนี้.

ส.จ.ส. ๒๕๐๔

วัลโล่หนู หมูหนั้วว ด้วยกลัวขวิด
เหมือนบีเก๋า ลิปใหม่ ไปนิรันดร์

หนูอยู่กวน ชวนให้ทุกข์ ไม่สุขสันต์
หนูหนีไป ไจหมดมัว ตัวสบาย

วังสุดฤทธิ์ เติลิดไป ไม่หวนหัน

คืนตามวัน ผันไปลับ ไม่กลับกลาย

ส่วนวันนั้น เป็นสัตว์ดี มีคุณหลาย

วัลเวียนกราย หายจากโรค โภคพุนเทอญ