



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

มอบให้ห้องสมุด
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ปีที่ ๑๓, ฉบับที่ ๓, มีนาคม ๒๕๐๔

Volume 13, Number 3, March 1961.

หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด*

บัญญัติ ปริชยานนท์ พ.บ., F.C.C.P., ประพาฬ ยงใจยุทธ พ.บ.

แผนกอายุรศาสตร์

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ กังสดาลัย)

การมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดส่วนมากเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นเช่น ปันวิ-โมเนีย, วัณโรคปอด, หรือจากพยาธิสภาพอื่นที่อยู่ในปอดหรืออยู่ในที่ใกล้เคียงเช่นฝีในตับ เป็นต้น. ในปัจจุบันมีสารเคมีและแอนติไบโอติกที่ใช้รักษาโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดต่างๆ ได้ผลดีขึ้น, แต่ก็ยังพบผู้ป่วยด้วยโรคหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดอยู่เสมอ. ทั้งนี้เนื่องจากการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือการรักษาไม่ถูกต้องตั้งแต่ต้น. วิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก, จึงเห็น

เรื่องย่อ ปริชยานนท์, บัญญัติ, ประพาฬ ยงใจยุทธ. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ค.ศ. ๑๙๖๑), ๑๓: ๑๑๗-๑๒๔.

เรื่องนี้เป็นกรณีวิเคราะห์รายงานผู้ป่วยหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ได้รับไว้ ๑๑๕ คน, ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๙๕ กับ ๒๕๐๒, แยกแยะตามหัวข้อสาเหตุ, อาการ, ข้อตรวจพบ, การวินิจฉัย, การรักษา, ผลของการรักษา, และโรคแทรก, โดยละเอียด. สาเหตุคือมีโรคที่มีลักษณะลุกลาม, เชื้อหนอง, และเชื้อวัณโรค, ตามลำดับความบ่อย. ประมาณครึ่งหนึ่งเกิดจากเหตุประการแรก. การวินิจฉัยอาศัยอาการ, ข้อตรวจพบทางกาย และผลของการเจาะหนองออกมาตรวจเป็นสำคัญ. การรักษาโดยทั่วไปอาศัยการเจาะเอาหนองออกเป็นเบื้องต้น. ถ้าจำเป็นก็ใส่ท่อระบาย. ทั้งนี้ประกอบด้วยการใช้ยาเฉพาะโรค. มีส่วนน้อยที่ต้องใช้ศัลยกรรมช่วยในขั้นสุดท้าย. เมื่อการลดหนองอย่างเต็มไม่เพียงพอ. โรคที่เกิดจากเชื้อบิดรักษาได้ผลดีกว่าชนิดอื่น ๆ, ที่เกิดจากเชื้อวัณโรคผลไม่ค่อยดี. รายที่เกิดจากเชื้อหนองและวัณโรคต้องอาศัยศัลยกรรมช่วยมากกว่าที่เกิดจากเชื้อบิด.

* จากการบรรยายหน้า เรื่อง "หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด" ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อ ๑๖ ค.ศ. ๒๕๐๓.

สมควรมำรายงานผู้ช่วยที่มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด, ซึ่งรับไว้รักษาในแผนกอายุรศาสตร์มาวิเคราะห์.

ผู้ช่วยที่มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งได้รับเข้ามาในแผนกอายุรศาสตร์ส่วนมากได้แก่ผู้ช่วยที่อยู่ในระยะปัจจุบัน โดยการวิเคราะห์โรคว่าเป็นพยาธิสภาพอย่างอื่น, ผู้ช่วยที่เกิมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังที่รับเข้ามารักษาโรคอื่นเช่นป็นวโมเนียหรือมะเร็งของปอด, และผู้ช่วยที่มีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดจากการแตกทะลุของฝีบิดอะมีบิกในตับก่อนหรือหลังรับเข้ามาในโรงพยาบาลเป็นต้น.

ในระยะ ๘ ปี (๒๔๘๕-๒๕๐๒) ได้พบผู้ช่วยที่วัยโรคหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งถูกรับเข้ามารักษาในแผนกอายุรศาสตร์รวม ๑๑๕ ราย, ชาย ๗๕ รายและหญิง ๔๐ ราย, อายุระหว่าง ๑๔ ถึง ๖๕ ปี. แยกออกตามสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้:

- ก. เกิดจากการแตกทะลุของฝีบิดอะมีบิกในตับ ๖๐ ราย (๕๐.๔ ปร.).
- ข. เกิดจากเชอปักเตรซนคททำให้เกิดหนอง ๔๕ ราย (๔๑.๑ ปร.).
- ค. เกิดจากเชอวัณโรค ๑๐ ราย (๘.๕ ปร.).

เนื่องจากต้นเหตุ, การดำเนินโรค, และผลของการรักษาในผู้ช่วยประเภทต่าง ๆ ทั้งกล่าวย่อแแตกต่างกัน, จึงขอนำมาเสนอแยกกันดังต่อไปนี้:

ก. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งเกิดจากการแตกทะลุของฝีบิดอะมีบิกในตับ

โรคบิดอะมีบาของลำไส้เป็นโรคที่พบได้มากในประเทศเราและอาจเกิดพยาธิสภาพแทรกซ้อนได้หลายอย่าง. ที่พบบ่อยได้แก่การเกิดฝีบิดอะมีบิกในตับซึ่งนอกจากการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นในช่องท้องแล้ว, ยังอาจผ่านหรือทะลุทะลุมลงลงไป ทำให้เกิดพยาธิสภาพในทรวงอกได้เช่น ในช่องเยื่อหุ้มปอด, ปอด, (๑,๒) และช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (๓) เป็นต้น. ที่พบบ่อยก็คือการมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดเนื่องจากพยาธิสภาพในตับผ่านหรือแตกทะลุขึ้นมา. ในสคผู้ช่วยที่นำมารายงานนทั้งหมด ๑๑๕ รายมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดจากการแตกทะลุของฝีบิดอะมีบิกในตับเสีย ๖๐ ราย (๕๐.๔ ปร.).

ผู้ช่วยมีอายุระหว่าง ๒๐ ถึง ๖๖ ปี, ชาย ๔๔ รายและหญิง ๑๖ ราย (๒.๗:๑). มี ๓๕ ราย (๖๕ ปร.) ที่รับเข้ามาด้วยอาการและอาการแสดงของการมีหนองในช่องเยื่อ

หุ้มปอด, ใต้แก้มอาการหอยเหินอย, ไซ้สูง, ไซ้ ฯลฯ และตรวจพบลักษณะของการมีของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด. อีก ๒๑ ราย (๓๕ ปช.) รั้งเข้ามาด้วยอาการวินิจฉัยโรคว่าเป็นผู้บิคในคัย. มีไซ้, เจ็บชายโครงขวา, และตรวจพบคัยโต, กดเจ็บ ฯลฯ. พวกหลังนี้บิคในคัยแตกทะลุเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังที่รับไว้ในโรงพยาบาลแล้ว.

หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดพวกนี้พบว่ามีเกิดในทรวงอกซี่โครงขวา ๕๔ ราย (๕๐ ปช.), และซี่โครงซ้าย ๖ ราย (๑๐ ปช.). ทงนขึ้นไปตามแหล่งพยาธิสภาพของผู้บิคในคัย, ซึ่งพบว่าส่วนมากเป็นในคัยกลีบขวา. ดังนั้นจึงพบว่ามีการแตกทะลุเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดชวามากกว่าซ้าย.

ลักษณะของหนองที่เจาะออกมาในครั้งแรกส่วนมากมีลักษณะข้น และมีหลายสีด้วยกันดังนี้ :

สีกระบิ	๔๔ ราย	(๑๓.๒ ปช.)
สีเหลืองนวล	๑๓ ราย	(๒๑.๖ ปช.)
สีชา	๓ ราย	(๕.๓ ปช.)

ทง จากตำรา และ ประสบการ เราถือว่าหนองสีกระบิ เป็น ลักษณะที่บ่งถึงหนองที่แตกทะลุขึ้นมาจากผู้บิคในคัย, แต่ก็อาจจะพบหนองสีเหลืองนวลหรือสีชาได้. และ

ในระยะหลังเมื่อเจาะไปหลายครั้งแล้วหนองสีเหลืองนวลหรือสีชาก็อาจเปลี่ยนเป็นสีกระบิได้. ในพวกนี้ตรวจพบคัยจะมีมาในผู้ช่วย ๑ รายในหนองที่เจาะได้จากช่องเยื่อหุ้มปอด. พบคัยจะมีมาในหนองที่เจาะจากคัย ๘ ราย, และพบในองจาระของผู้ช่วย ๔ ราย.

การวินิจฉัยโรคในผู้ช่วย พวกนี้อาศัยประวัติ, การตรวจร่างกาย, และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ. มีหลายรายที่ปฏิเสธประวัติของการเป็นบิค. การถ่ายภาพรังสีในรายที่มีผู้บิคจะมีบิคในคัยซึ่งยังไม่แตกทะลุเข้าในปอดแสดงว่า กระบิยังลมซี่โครงขวาสูงและข้างคอนมีลักษณะโค้งนูน. การตรวจทางรังสีวิทยาที่แน่นอนคือการใส่สารทบิรังสีเข้าในช่องโพรงหนอง. เมื่อถ่ายภาพก็อาจเห็นทางคิคต่อระหว่างโพรงหนองในคัยกับช่องเยื่อหุ้มปอดได้ในบางราย.

การบำบัดรักษา มีหลักคล้ายกับการรักษาการมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดโดยทั่วไปคือ

๑. พยายามเจาะเอาหนองออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดให้มากและเร็วที่สุด.

ในผู้ช่วยเหล่านี้ ๓๕ รายได้รับการเจาะหนองออกไม่เกิน ๑,๐๐๐ ล.ซม., ที่เหลือส่วนมากเจาะออกไม่เกิน ๕,๐๐๐ ล.ซม., มีเพียง ๒ ราย ที่ต้องเจาะ หนอง ออกเกิน

๔,๐๐๐ ล.ชม.

๒. การรักษาทางยา.

ส่วนมากให้ยาเอมทินหรือเอมทินร่วมกับอะราเดิน. เอมทินใช้ขนาดหนึ่งเกรนถึงห้ากรัม. สำหรับกล่ามนอกทวนรวม ๕ ถึง ๑๒ เกรน. สำหรับผู้ป่วยที่อ่อนเพลียมาก, แรงคั้นเลือดค้ำอาจต้องให้การรักษาด้วยอะราเดิน อย่าง เคียว. ให้กินในขนาดวันละหนึ่งกรัมในสองวันแรก, และต่อไปวันละครึ่งกรัมอีก ๒๐ วัน. มีมากรายที่เราให้เอมทินและตามด้วยอะราเดิน. บางรายที่เกิดอาการแพ้ยาเอมทินหรืออะราเดิน, เช่นมีแรงคั้นเลือดค้ำ, หรือในรายที่สงสัยว่ามีเชื้อยีสต์ที่ทำให้เกิดหนองร่วมด้วย, ก็จำเป็นต้องใช้แอนติไบโอติกอื่นร่วมด้วยเช่นเพนซิลลิน, สเตรปโตมัยซิน, หรือเตตระซัยคลินเป็นต้น.

๓. การบำบัดรักษาตามอาการ.

บำรุงร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไปและจำเป็นให้หัดออกกำลังการหายใจ.

ผลของการรักษา

ในผู้ป่วยชุดนี้ ๓๓ ราย (๕๕ ปช.) ได้ผลดีจากการรักษาด้วยยาและการดูแลหนองออกบ่อย ๆ. ปอดยัดได้ดี. มี ๗ รายที่ต้องส่งไปรับการรักษาทางศัลยกรรม (ค-

คอร์ติเคชั่น) เนื่องจากปอดไม่ยุบหลังจากรออยู่เป็นเวลานานพอสมควรแล้ว. ๖ รายไม่สมควรรับการรักษาในโรงพยาบาล. พวกนี้ถึงแก่กรรม ๑๔ ราย (๒๓.๓ ปช.) เป็นคนไข้ที่อายุค่อนข้างมากและรับเข้ามาในโรงพยาบาลในสภาพที่อ่อนเพลียมาก, มีลักษณะของการขาดอาหาร, และมีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่นด้วย. ส่วนมากถึงแก่กรรมภายในสัปดาห์แรกที่รับเข้ามา. ๕ รายมีอาการช็อคภายหลังการทะลุของผนังในช่องเยื่อหุ้มปอด (หนึ่งรายเข้าช่องเยื่อหุ้มหัวใจด้วย). สามรายเนื่องจากหัวใจล้ม, สามรายเนื่องจากมีเยื่อหุ้มหัวใจทำให้เกิดหนองแทรกซ้อน, หนึ่งรายเนื่องจากปนิเว-โมเนีย, ที่เหลืออีกสองรายไม่ทราบสาเหตุ.

โรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีดังนี้คือ:

มฤตระหว่างช่องเยื่อหุ้มปอด และ	
หลอดลม	๕ ราย
หนองในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ	๑ ราย
หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดทะลุออกมาที่ผิวหนัง	๑ ราย
หัวใจล้ม	๓ ราย

บุคคลที่ก่อให้เกิดหนอง

แทรกซ้อน

๓ ราย

ข. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เกิดขึ้น

เนื่อง จาก เชื้อ บักเตรี ชนิด ที่ ทำให้ เกิด

หนอง

หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดพวกนี้ส่วนมาก
รัยเข้าไว้รักษาในแผนกคลัยกรรม. มีบาง
รายที่รัยเข้ามาในแผนกอายุรศาสตร์เช่นผู้
ป่วยในระยะปัจจุบัน หรือ มีพยาธิแทรกซ้อน
ของโรคอื่นเช่น ปั่นิวโมเนีย หรือ มะเร็งของ
ปอด เป็นต้น. ในระยะ ๘ ปี ที่กล่าวแล้ว
แผนกอายุรศาสตร์ ได้รัยคนไข้พวกนี้เข้ามา
๔๕ ราย, ชาย ๒๘ รายและหญิง ๒๑ ราย,
อายุระหว่าง ๑๔ ถึง ๖๕ ปี. พบหนองใน
ช่องเยื่อหุ้มปอดขวา ๒๗ ราย, ซ้าย ๒๒ ราย.
จากลักษณะหนองแบ่งเป็นพวก “น็อนพุทริค”
๔๕ รายและพวก “พุทริค” ๔ ราย.

การเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดพวก
“น็อนพุทริค” อาจแบ่งตามสาเหตุได้ดังนี้
เป็นพยาธิแทรกซ้อนของป็นิวโมเนีย ๓๘ ราย
เป็นพยาธิแทรกซ้อนของฝีในปอด ๒ ราย
เป็นพยาธิแทรกซ้อนของมะเร็งปอด ๒ ราย
เป็นพยาธิแทรกซ้อนจากการ ผ่าตัด ๑ ราย

เกิดร่วมกับสะตาพีโลค็อคคัส

พัยซิเมีย

๒ ราย

ส่วนการเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด
พวก “พุทริค” แบ่งได้ตามสาเหตุ คือ
เป็นพยาธิแทรกซ้อนของป็นิวโมเนีย ๓ ราย.
เป็นพยาธิแทรกซ้อนของฝีในปอด ๑ ราย.

ตามสาเหตุที่กล่าวมาแล้วเห็นได้ว่า
หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดที่พบบ่อยมักเป็น
พยาธิแทรกซ้อนของป็นิวโมเนีย. ในพวก
“น็อนพุทริค” ๓๘ รายนั้น, ๗ รายจัดอยู่ใน
พวก “ซึ้นป็นิวโมนิก”, ๑๒ รายเป็นพวก
“เมตาป็นิวโมนิก”, ส่วนที่เหลือ ๑๙ ราย
รวมทั้งของพวก “พุทริค” ด้วยอีก ๓ รายไม่
อาจแบ่งแยกทางคลินิกได้ชัดเจนเพราะเกิด
ก่อนรัยเข้ามารักษาในโรงพยาบาล.

ผลการตรวจทางวิทยาแบคทีเรีย โดยการ
เลี้ยงเชื้อได้ผลบวก ๒๔ ราย. รวมรายงาน
ของหน่วยวิทยาแบคทีเรียพบเชื้องนี้.

สะตาพีโลค็อคคัส ออเรียส	๑๓ ราย
สะตาพีโลค็อคคัส อัลบัส	๒ ราย
ป็นิวโมค็อคไค	๒ ราย
อีโมลลิสค็อค สเตร็ปโตค็อคไค	๒ ราย
อินฟลูเอ็นซ่า	๑ ราย
อี. โคไล	๔ ราย

พาราโคลอน ๑ ราย
 โปรรเทียส มิราบีลิส ๑ ราย

พวกหนองชนิด "พทริค" มักกลืนเหม็น
 จืด. เชื่อกันว่าพวกอะนโรบิคมักเกิดร่วม
 ไปด้วย(4). ตรวจพบเชื้อบคเทรหลายชนิดปน
 กัน: พิจารณาจากผลของการตรวจวิทยา
 บคเทรเห็นว่าสเตาฟิโลค็อกไคเป็นสาเหตุ
 ที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้. โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งในระยะ สองสามปีมาแล้วมาเราพบ
 เชื้อสเตาฟิโลค็อกไคบ่อยขึ้นกว่าแต่ก่อน
 มาก.

การรักษา เราใช้การเจาะหนองออกให้มาก

และเร็วที่สุดเพื่อให้ข้อขยับมาทำงานได้และ
 โพรงหนองขยับไปโดยเร็วและการใช้ยาพวก
 สารเคมีและแอนติไบโอติกที่เหมาะสมกับยัก-
 เทรต้นเหตุ. ยาส่วนมากที่ใช้ได้แก่ เพนิ-
 ซิลลิน. ในรายที่มีลักษณะแสดงว่ามีกร
 ติคเชื้อปนกันก็ควรใช้ยามากกว่าหนึ่งอย่าง
 พร้อมกัน เช่นใช้เพนิซิลลินร่วมสเตรปโต-
 มัยซิน เป็นต้น. นอกจากนั้นก็ใช้ยาอื่นอีก
 เช่น ฆลอร์แอมเฟนิคอลและเตตระซัยคลิน.
 สำหรับในรายที่เกิดจากเชื้อสเตาฟิโล-
 ค็อกไคก็ควรอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิ-
 บัทยาชนิดใดจะใช้ได้ผลดี. ประมาณ ๕๐

ปช. ของผู้ป่วยพวกนี้ได้รับการรักษาด้วยการ
 ใส่เพนิซิลลินหรือสเตรปโตมัยซินเข้าใน
 ช่องเยื่อหุ้มข้อด้วย. ในรายที่ข้อไม่ยึด
 หรือหนองขึ้นมากควรพิจารณาการรักษา
 ทางศัลยกรรม. นอกจากนั้นการบำรุงร่างกาย
 คนไข้โดยทั่วไปและการตัดออกกำลัง
 การหายใจเป็นเรื่องจำเป็น. สำหรับหนอง
 ในช่องเยื่อหุ้มข้อชนิด "พทริค" ทั้งสราย
 ได้ส่งไปรับการรักษาทางศัลยกรรมในระยะ
 แรก. ยาวกอนที่เคยมีรายงานว่าใช้ได้ผล
 ดี(5) เช่นสเตรปโตโคเนส, สเตรปโต-
 คอร์เนส, หรือพวกทริยปซินไม่ได้มีในราย
 งานนี้.

ผลของการรักษา

ผลของการรักษาผู้ป่วยพวกนี้ ๒๑ ราย
 (๔๒.๘ ปช.) ทุเลามากจากการเจาะคด
 หนองออกและการให้ยาแอนติไบโอติก,
 ข้อขยับได้ดีในเวลาพอสมควร. ๑๕ ราย
 (๓๐.๖ ปช.) มีหนองขึ้นมากและข้อไม่
 ยึดต้องส่งไปรับการรักษาทางศัลยกรรม,
 ซึ่งส่วนมากทำคัลคอรติเคชั่น. ๕ รายถึง
 แก่กรรมและ ๔ รายไม่สมควรรับการรักษา.
 ในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยที่มีหนองในช่องเยื่อ
 หุ้มข้อจะได้รับการรักษาโดยวิธีใส่ท่ออย่าง

เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อระบายเอาหนอง
ออกให้เร็วขึ้นกว่าเดิม. ถ้าการรักษาด้วย
วิธีตัดเอาหนองออกและการให้ยาในระยะ
๑-๒ สัปดาห์แรกไม่ทำให้ปอดยุบคักหรือยง
คงมีหนองเหลืออยู่มากก็ควรระบายหนอง
ออกโดยวิธีใส่ท่ออย่าง. และถ้าระยะเวลา
นานพอสมควรต่อมาปอดยังคงไม่ยุบคักควร
พิจารณาการรักษาทางศัลยกรรม.

โรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
แก่การมีท่อน้ำดีอักเสบ ๔ ราย, หนองในช่อง
เยื่อหุ้มปอดทะลุมาที่ผิวหนัง ๓ ราย, เยื่อ
หุ้มสมองอักเสบ ๑ รายและหัวใจล้ม ๑ ราย.
โรคแทรกซ้อนเหล่านี้พบบ่อยมากในผู้ป่วยที่เข้า
มารับการรักษาในระยะหลังของโรคและเป็น
สาเหตุร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม. นอก
จากโรคแทรกซ้อนแล้วก็มีพยาธิสภาพที่เกิด
ร่วมกับการมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดได้แก่
โรคเขากวาน, ต่อมน้ำนมอักเสบเป็นพิษ, หิด,
นิ้วในไต, และโรคข้ออักเสบอย่างละ ๑
ราย, และมะเร็งปอด ๓ ราย. พยาธิสภาพ
เหล่านี้ก็ย่อมเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการ
หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม.

ค. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดที่เกิด
เนื่องจากเชื้อวัณโรค

มีผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑๐ ราย, ชาย ๖ ราย
และหญิง ๔ ราย, อายุระหว่าง ๑๕ ถึง
๖๗ ปี. พบมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดขวา
๓ ราย, ซ้าย ๗ ราย. ทุกรายพบว่ามียาธิ
สภาพของวัณโรคเนอปอดด้วย.

ผลการตรวจทางแบคทีเรียวิทยาพบว่าได้
ผลบวกจากการย้อมเชื้อ ๓ ราย, โดยการ
เลี้ยงเชื้อ ๒ ราย, จากการฉีดเข้าหัตถะเยื่อ
๑ ราย, และได้ผลลบโดยการย้อมและ
เลี้ยงเชื้อ ๔ ราย.

การรักษา เจาะหนองออกบ่อย ๆ และได้
ยาสะเตร็ปโตมัยซินเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด
ครั้งละ ๑ กรัมทุกวันเว้นวัน. นอกจากนั้น
ก็ให้การรักษาด้วยยาวัณโรคในขนาด
ปรกติและส่งไปรับการพิจารณาทาง
ศัลยกรรม.

ผลการรักษา

ผลของการรักษาได้ผลดี ๒ ราย, โดย
เฉพาะในรายที่ทุเลามากเป็นผู้ช่วยวัณโรค
ของปอด, ต่อมาเกิดมีภาวะลมรั่วไปในช่อง
เยื่อหุ้มปอดและเกิดมีหนองในช่องเยื่อหุ้ม

ปอดควย (เยื่อหุ้มของพวยเชอว์นโรค). รักษา อยู่สองสัปดาห์, อาการต่าง ๆ ก็เริ่มดีขึ้น มากและปอดยืดยืดได้เต็มที่. ๔ รายมีหนอง ขึ้นและปอดยืดยืดไม่ได้จึงไต่ส่งไปทำทึคคอร์- ตีเคชันที่แผนกศัลยกรรม. อีก ๓ รายถึง แก่กรรมและอีก ๑ รายไม่สมัครับการรักษา.

โรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนที่พบในพวกนกมเยื่อหุ้ม หัวใจอีกเสียดกัน ๑ รายและมีโรคที่เกิด ร่วมคือโรคเบาหวาน ๑ ราย.

สรุป

(๑) ได้รายงานผู้ป่วยหนองในช่องเยื่อหุ้ม ปอดซึ่งรับเขามารักษาในแผนกอายุรศาสตร์ ระหว่างปี ๒๔๙๕-๒๕๐๒ รวม ๑๑๙ ราย.

(๒) แบ่งตามสาเหตุของหนองในช่องเยื่อ หุ้มปอด, ได้แก่งเกิดจากการแตกทะลุของผนังในตัย ๖๐ ราย, จากเชอบบคเทรททา ให้เกิดหนอง ๔๙ ราย, และเกิดจากเชอ วโรค ๑๐ ราย.

(๓) หลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ แก่การเจาะหนองออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดให้

มากและเร็วที่สุดเพื่อให้ปอดยืดยืดและโพรง หนองยุบโดยเร็วที่สุด. ในระยะเวลา ๑-๒ สัปดาห์, ถ้าการเจาะหนองไม่ได้ผลก็ควร ไต่ท่ออย่างเข้าไประบายหนองออก. ทงนรวม กัยการใช้สารเคมีหรือแอนติไบโอติคที่ใช้ได้ ผลดีต่อบคเทรทหรือปาราสิตต้นเหตุและการ ขำรงร่างกายทั่วไปของคนไข้ควย. ในระยะ ต่อมาถ้าปอดยังคงไม่ยุบหรือยังคงมีหนอง เหลืออยู่ก็ควรพิจารณาการรักษาทางศัลย- กรรมต่อไป.

ผู้รายงานขอแสดงความขอบคุณหน่วยวิทยาบัค- เตรีที่ได้กรุณาช่วยตรวจทางบัคเทรี. ขอขอบคุณศัลย- แพทย์ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการบำบัดรักษา, และขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ กังสดาลย์ หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์ที่ได้อนุญาตให้ นำรายงานนี้มาเสนอรวมทั้งได้ช่วยให้ คำแนะนำแก่ไข รายงานนี้.

เอกสาร

๑. ประเสริฐ กังสดาลย์และสุนทร ตันพานันท์, ผู้บิตอะมีบิคของตับสุ่ปอดขวา. สารศิริราช ๒๔๙๕, ๔:๔๙๓-๔๙๑.

๒. สุนทร ตันพานันท์: อมีบิเอสซิสของปอดและ เยื่อหุ้มปอด. สารศิริราช ๒๔๙๕, ๘:๓๓๗-๓๔๖.

๓. Buri, R., V. Viranuvatti, and T. Harinasuta: Amer. J. Gastroenterology 1955, 23:45-54.

๔. Strieder, J.W., J.P. Lynch; New England J. Med. 1946, 234:1-9.

๕. Lindskog, G.E.; New England J. Med. 1956, 258:320-325.

(Summary of the preceding Report)

EMPYEMA

Banyati Prichayanondh, M.B., F.C.C.P. and Prabal Yongchaiyudh, M.B.

(Dept. of Internal Medicine)

(Head of Dept.: Professor Dr. Prasert Kangsadal)

This is a study of 119 cases of empyema admitted into the Medical Dept. during 1952—1959. Sixty cases developed subsequently to rupture of amebic hepatic abscess into the pleural cavity; forty-eight cases were due to pyogenic organisms and ten were tuberculous in nature. Diagnosis was based on laboratory findings as well as clinical signs and roentgenography. Basic principles of treatment comprised early and complete—as far as possible—aspiration of pus, supplemented if necessary by surgical drainage, to favour collapse of pus pocket and re-expansion of lung; application of chemotherapeutic and antibiotic agents

as suggested by bacterial culture and sensitivity tests; and general supportive measures. Failure of re-expansion of lung or persistence of pus pocket was regarded as indication for surgical treatment. The amebic cases were most amenable to medical measures, which gave 55 percent of "cure". Thirty percent of the pyogenic cases and forty of the tuberculous had to be submitted to surgical procedures. Complication of various sorts coupled with late admission contributed to the rather high rate of mortality (average about 22 percent).

(Five references)

การรักษาทางยาสำหรับเริมพัยอมาในทารกและเด็ก

ประสงค์ ตูจันดา พ.บ., D.T.M. & H. (Eng.)

ดิเรก พงศ์พิพัฒน์ พ.บ., Dr. med., D.T.M. (Hamburg)

(แผนกกุมารเวชศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ เนตรศิริ)

การรักษาเริมพัยอมาก่อนสมัยแอนติไบโอติกเป็นการรักษาทาง ศัลยกรรม ทงสัน, คือทำการระบายหนองทางช่อง ซ โครรงหรือ ทคซโครรง. ภายหลังทรมเพนซิลลิน, การรักษาทางยาควยวิธเจาะเอาหนองออกและใส่เพนซิลลินจึงบังเกิดขณ, และหลังจากนั้นการ รักษาโรคนกโคเรมทแผนก กุมารเวชศาสตร์ คงแทบ พ.ศ. ๒๔๕๐.

หลักการรักษาที่สำคัญมี ๓ ประการคือ:

- (๑) การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดและดูดเอาหนองออก.
- (๒) ทำลายเชื้อ ใน ช่องเยื่อ หุ้ม ปอด ทั่วแอนติไบโอติคที่เชื้อแพ้.
- (๓) ทำให้ ปอด กลายพอง ขน และ ช่อง เยื่อหุ้มปอด กลายว่าง.

การเจาะ ช่องเยื่อ หุ้มปอด และ ดูด เอา หนองออก ใช้เข็มขนาดเลข ๑๘-๒๐ G. ชนิดข้าน. ถ้าเด็กโตก่อนเจาะฉดษาชาควย โนไวเคน ๑ ปช. ถ้าเด็กเล็กไม่ควย.

เรื่องชื่อ ตูจันดา, ประสงค์, ดิเรก พงศ์พิพัฒน์. การรักษาทางยาสำหรับเริมพัยอมาในทารกและเด็ก. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ก.ศ. ๑๕๖๑), ๑๓: ๑๒๖-๑๓๕

ผู้ป่วยที่รับไว้ ๔๒๕ คน (๑.๓๔ ปช. ของทั้งหมด), ชายมากกว่าหญิง (๑.๔๔:๑). อายุต่ำที่สุด ๒๐ วัน. การรักษาทางยามี ๓ ประการ, คือ (๑) เจาะดูดเอาหนองออก, (๒) ฆ่าเชื้อด้วยแอนติไบโอติค, (๓) ทำให้ปอดพองขึ้นใหม่. เชื้อที่พบมากที่สุดคือสตาฟฟีโลค็อกคัส ออเรียส (๕๑:๔๕ ปช.), ซึ่งกำลังมากขึ้น. ต่อไปคือบรูนิโมค็อกโค. การเจาะเอาหนองออกเป็นวิธีขึ้นแรก. ต้องพยายามเอาออกมากที่สุด. การใช้แอนติไบโอติคขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ. การทำให้ปอดพองขึ้นใหม่อาจต้องให้ศัลยกรรมช่วยในรายที่หายช้า และมีช่องจะเกิดโรคแทรกอื่น ๆ ได้. ผลการรักษา มีหาย ๔๒ ราย, ทเลามาก ๑๕๖ ราย, ตาย ๑๑ ราย. วิธีปฏิบัติบางอย่างมีแจ้งไว้โดยละเอียด.

ททเจาะคอช่องซโครรงช่องท ๖ ตรง P.A.L. การเจาะควยควยยามกระทำโดย "วิธีปิด" (closed method), คือใช้เข็มสามตาหรือค้อ หลอดขางแล้วขยควยคัมหลอดเลอด. แต่การปฏิบัติก่อนขางลำขางมากในเด็ก. ดังนั้น

การเจาะจึงมักมีอาการเข้าได้เสมอ.

เวลาเจาะเราพยายามเอาหนองออกมากที่สุด. บางครั้งเค็วไอบามากหลังจากเอาหนองออก, และทำเป็นต้องใส่อากาศ ๑๐-๒๐ ล.ซม. เพื่อทำให้ไอบาลดลง. บางครั้งหนองขึ้นเป็นตะกอน, จำต้องใช้น้ำเกลืออนอร์มัลเข้าไปช่วยละลาย. การใช้สเตอริปโตคิเนส และ สเตอริปโตคอรูเนส ไม่ค่อยได้ผลนัก, ทั้งต้องระวังการเกิดฟิวโรบร็องเชียลฟิสทูล่าด้วย.

ในสองสามวันแรกควรเจาะทุก ๑๒-๒๔ ชั่วโมง. ในรายที่มีหนองน้อยต่อไปอาจเจาะ ๔๘-๗๒ ชั่วโมงต่อครั้ง. ถ้าหากเจาะไม่ได้หนองควรเจาะอีกซเรย์ซ้ำ, เพราะอาจจะเป็นถึงหนองซ่อนอยู่ซึ่งเราเจาะไม่ถึง. ต้องเฝ้าดูการดำเนินของโรคและตรวจความการขยายของปอดหรือเปล่า.

การใช้แอนติไบโอติกฆ่าเชื้อในโพรงเยื่อหุ้มปอด ตามปรกติเราใช้เพนิซิลลินชนิดและใส่ในช่องเยื่อหุ้มปอดจำนวน ๕๐,๐๐๐ ถึง ๑๐๐,๐๐๐ หน่วยทุกครั้งที่เจาะ, จนกระทั่งได้ผลการเพาะเชื้อหนองและรู้แน่ชัดว่าเชื้อมันแพ้ต่อยาใดจึงเปลี่ยนใช้ยาให้เหมาะสม.

มีบางรายที่เอกซเรย์แสดงว่าเชื้อมักเกิดน่าจะเป็นสเตรปโตคอคคัส, เช่นพวยปัยโอเบิร์นโมโรเรกซ์หรือภายหลังเจาะแล้วมีระดับของเหลวหลายชั้น, หรือมีถึงหนองหลายถุง. ในรายเช่นนั้นเราให้พินิลอร์แอมเฟนิคอลลูซิคซิเนต ๐.๒๕ ถึง ๐.๕ กรัมเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด. ก่อนเจาะถ้าเป็นเชื้อบี.โคไล จะพบลักษณะของ Pyopneumothorax. เมื่อเจาะจะได้หนองมีกลิ่นอุจจาระ. พวกนี้จำเป็นต้องรักษาทางศัลยกรรม.

การทำให้ปอดกลับขยายขึ้นใหม่ การขยายของปอดจากเอกซเรย์จะช่วยเรามากเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค. โดยเฉลี่ย, อาการแสดงที่บ่งว่าทเลาซัน, เช่นการหอบ, ไข้, และการเข้อาหารลดลงซึ่งมักปรากฏประมาณ ๕ ถึง ๑๐ วัน, ภายหลังทเจาะ ๔ หรือ ๕ ครั้ง.

การขยายตัวของปอดเราบอกได้ยากด้วยเอกซเรย์เพราะเรามีฟิล์มจำกัด. เราส่งเอกซเรย์ครั้งที่สองและสามต่อเมื่อเราเจาะไม่ได้หนอง, หรือว่ามีอาการมากขึ้น, ซึ่งมักจะอยู่ใน ๑๔ ถึง ๒๑ วัน. ส่วนมากของผู้ป่วยเราจำหน่ายแล้ว ให้มาติดตามอีก. จะบอกผู้ป่วยว่าหายสนิทได้ก็ต่อเมื่อปอดพอง

เต็มที่แล้ว. เราพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดต่อกับ
ช็อกเลียมมีจำนวนถึง ๑๕๖ ราย (๘๒.๘๖
ปช.).

ข้อ ๓๘
เชอทเป็นสาเหตุ ตามสถิติของเราเฉพาะ
ในเด็กทารกและหลังจากปี ๒๔๕๕ เป็นต้น
มา, เชอสะตาพียโลค็อกคัสเป็นสาเหตุ
สำคัญ. พวกนมอตราตายสูงเนื่องจากเชอ
แพ้นอนติไบโอติกน้อย และธรรมชาติของ
เชอออกทนมาก. นอกจากนั้นมีความยุ่งยาก
คือ:

(๑) การเกิดไฟบรินมาก, การเอา
หนองออกลำบาก.

(๒) มีความโน้มเอียงที่จะทำให้เกิด
พลิวโรบริงเฉียบพลัน.

(๓) มีพบร่วมกษัยในปอดหลายหัว.
ควยเหตุการรักษาในรายที่เกิดจากเชอ
สะตาพียโลค็อกคัสต้องติดตามอย่างใกล้ชิด,
และอาศัยเอกซเรย์บ่อยๆ. ถ้าหากภายใน
หลัง ๗ ถึง ๑๐ วันยังไม่มีการแสดงว่า
ปอดกลับพองขึ้นแล้ว, หรือหนองยังมี, และ
อาจเจาะลำบาก, ควรส่งไปทำการผ่าตัด
เพื่อระบายหนองโดยวิธีนี้.

พลิวโรบริงเฉียบพลัน อาจเกิดจาก

(๑) ภัยอันตรายที่ไ้รับ ระหว่าง ที่เรา

เจาะ. แต่พวกนี้ไม่ทำให้เกิดป็นโมโธแรกซ์
ชนิดความดันเพิ่ม (tension pneumothorax).

(๒) จากโรคเอง, ซึ่งส่วนมากมักเป็น
เป็นเพราะเชอสะตาพียโลค็อกคัส.

ถ้าหากมีป็นโมโธแรกซ์ชนิดความดัน
เพิ่ม, เด็กจะหอบมาก, ต้องรักษาโดยควน
โดยทำการเจาะใต้ระดับน้ำ (sub-aqueous
drainage) ควยเข็มหรือคาชเคออย่าง. การ
เจาะชนิดนี้หากใช้เข็มมีความยุ่งยาก, เพราะ
เข็มอาจตันเนื่องจากหนอง. เพราะฉะนั้น
โดยมากใช้เข็มเจาะ, พอได้ผลก็แล้วจึง
เปลี่ยนเป็นหลอดควน.

ในรายที่มีพลิวโรบริงเฉียบพลันแต่
ไม่มีป็นโมโธแรกซ์ชนิดความดันเพิ่ม,
เด็กไม่หอบ, การบำบัดยังมีความเห็นขัด
กัน, คือ:

(๑) มีผู้เห็นว่าถ้าไม่มีหนอง, ควรทิ้ง
ไว้เฉย ๆ.

(๒) ผู้อื่นเห็นว่าควร ทำการ ระบาย
หนองเลย, เพราะเหตุว่าอาจจะมีการติดเชอ
ซึ่งมาจากหลอดลมใดเสมอ.

ในการปฏิบัติของเรา, ถ้าหากเด็กไม่มี
อาการหอบและไม่มน้ำอยู่, เราใช้วิธีบรรเทา,
แต่ต้องคอยระวังอย่างใกล้ชิด, และเตรียม
พร้อมที่จะทำการเจาะเมื่อมีอาการหอบ.

บรีองโม่ป็นิวโมเนีย มีความสำคัญมาก, คงจะเห็นจากผลการตรวจศพซึ่งพบ ๑๘ ราย ใน ๓๕ ราย. เด็กมักจะมีอาการหนักและ

พอเข้าโรงพยาบาลก็ตาย. ในรายงานของเรามีจำนวนถึง ๕๓.๕๒ ปร. ทดงแก่กรรมภายใน ๒๔ ชั่วโมง.

ตารางที่ ๑

สรุปรายการผล

ก. อุบัติการ

(๑) จำนวน:	๔๒๕ ราย	(๑.๓๔ ปร. ของจำนวนผู้ป่วยที่รับทั้งหมด)
ชาย ๒๕๑ ราย, หญิง	๑๗๔ ราย	
(๒) อายุ:		(อ่อนที่สุด ๒๐ วัน)
ทารก (๐-๒ ปี)	๒๘๘ ราย	
วัยก่อนเรียน (๒-๖ ปี)	๑๑๓ ราย	
วัยเรียน	๒๓ ราย	
(๓) ฤดูกาล:		
ฤดูหนาว (ต.ค.-ม.ค.)	๑๕๐ ราย	
ฤดูร้อน (ก.พ.-พ.ค.)	๑๕๖ ราย	
ฤดูฝน (มิ.ย.-ก.ย.)	๑๑๙ ราย	

ข. อาการนำ

เกี่ยวกับการหายใจ	๓๓๘ ราย
ไข้	๒๔๘ ราย
อื่น ๆ (ผอม, เจ็บอก, ปวดท้อง, อกบวม ฯลฯ)	๒๕ ราย

ค. ประวัติปัจจุบัน

ประวัติบรีองโม่ป็นิวโมเนียชัดเจน ๕๔ ราย
จำนวนวันที่มีอาการก่อนเข้า ร.พ. ๑-๑๐ วัน

ง. ผลการเจาะหน้าอก

ของเหลวที่เจาะได้ครั้งแรกมีลักษณะตั้งแต่ใสปนหนอง (ซีโรฟูเรลันต์) จนถึงหนองข้น. ปริมาณเฉลี่ยของหนองที่เจาะได้ครั้งแรก ๑๐๐-๑๕๐ ล.ซม. (น้อยสุด ๕, มากสุด ๑,๐๐๐)

การศึกษาทางบัคตรี ได้ตรวจหนองจาก ๓๒๓ ราย, พบเชื้อ ๑๓๔ ราย (๔๑.๔๘ ปช.)

เชื้อที่พบ สะตาศัลยโลค็อกคัส ออเรียส ๖๘ ราย (๕๑.๕๘ ปช.)

บิวโมค็อกโค	๔๑ ราย
สะเตร็ปโตค็อกโค	๑๐ ราย
ฮ. อินฟลเอนเซ	๕ ราย
อื่น ๆ (บี.โคโล, บิวโดโมแนส, บี. โปรเตียส ฯลฯ)	๘ ราย

ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อกับอายุของเด็ก

เชื้อ	๐-๒ ปี	๒-๔ ปี	๔-๖ ปี
สะตาศัลยโลค็อกคัส ออเรียส	๕๒ (๕๗.๗๗ ปช.)	๑๕ (๓๗.๕ ปช.)	๒ (๕๐ ปช.)
บิวโมค็อกโค	๒๑	๑๘	๑
สะเตร็ปโตค็อกโค	๖	๒	-
อื่น ๆ	๕	๔	๑

ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อกับลำดับ

เชื้อ	๒๔๘๘	๒๔๘๙	๒๕๐๐	๒๕๐๑	๒๕๐๒
บิวโมค็อกโค	๖	๖	๓	๘	๕
สะตาศัลยโลค็อกโค	๓	๑๖	๑๕	๑๒	๑๖
สะเตร็ปโตค็อกโค	๔	๔	๓	-	๑

ผลการรักษา

ผู้ป่วยทั้งหมด	๔๒๕ ราย
หาย	๔๒ ราย
ทุเลามาก. (ไม่ได้ติดตาม)	๑๘๖ ราย
ส่งไปศัลยกรรม	๑๔ ราย
ไม่ยอมอยู่ ร.พ.	๒ ราย
ตาย	๗๑ ราย

ผู้ป่วยที่ส่งไปศัลยกรรม ทั้งหมด ๑๔ ราย

เชื้อสาเหตุ

สะตาศัลยโลค็อกคัส ออเรียส	๗ ราย
บี. โคโล	๑ ราย
ไม่พบ	๒ ราย

โรคแทรก

พลิวโรบร็องเชียลฟิสตุล่า ๓ ราย
 เอ็มฟิอีม่ากลับเป็นใหม่ ๑ ราย

รายที่ตาย ทั้งหมด ๗๑ ราย

ตายภายใน ๒๔ ชม. หลังรับ ๓๘ ราย (๕๓.๕๒ ปร.)

เชื้อที่ตรวจพบในรายที่ตาย ๑๒ ราย

สเตาฟิย์โลค็อกคัส ออเรียส ๘ ราย
 สเตเรปโตค็อกโคไค ๑ ราย
 บี. โคลิ ๒ ราย

ผลการตรวจศพ

จำนวนที่ได้ตรวจ ๓๕ ราย

สิ่งที่ตรวจพบร่วมกับเอ็มฟิอีม่า

บร็องโชนีนิวโมเนีย ๑๘ ราย
 ฝุ่นปอดหลายหัว ๑๒ ราย
 พัยโอเพอริคาร์เดียม ๑๑ ราย
 เห็นชั้นบร็องโชนีนิวโมโรแรกซ์ ๓ ราย
 เพอร์โตไนติส ๓ ราย
 หัด ๑ ราย
 ตกเลือดในสมอง ๑ ราย

วิจารณ์

ตามสถิติเทียบกษผู้ช่วยทวีไวทั้งหมด, ผู้ช่วยโรคหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (๔๒๕ ราย) มีความข้อยกเว้นที่ ๑.๓๔ ปร. ในจำนวนจำนวนผู้ช่วยชายเทียบกับผู้ช่วยหญิงเท่ากับ ๑.๔๔:๑.

ผู้ช่วยเป็นทารกที่อายุต่ำกว่า ๒ ปีถึง ๖๔ ปร. อายุเฉลยที่สุด ๒๐ วัน. ทงนเนองจาก

ผู้ช่วยทารกเรารับไว้รักษาทุกราย. ส่วนอายุเกิดจนทอาการไม่รุนแรงเรวมกรักษาที่ห้องตรวจโรคนอก.

ไม่มีสถิติแน่ชัดว่าความข้อยกเว้นของโรคเกี่ยวกับฤดูกาล, เพราะพบได้ตลอดปี. อาการสำคัญมักจะเป็นอาการทางระบบหายใจและไข้. ประวัติของปอดอักเสบอย่างแน่นอนเราได้เพียง ๕๔ ราย (๑๒.๖ ปร.).

การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อคัดเอาหนอง ออกมีความสำคัญมาก. จำต้องคัดเอาหนอง ออกมากที่สุด. อาจจะมีผลลำบากถ้าหาก หนองนั้นเหนียวมาก. การใช้น้ำเกลือใส่ เข้าไปเล็กน้อยมีประโยชน์กันเข็มตันและ ช่วยละลายหนอง. หนองที่ข้นมาก ๆ มักจะ เกิดจากเชื้อสตาฟิโลค็อกคัส. พวกที่ม หนองข้นและปริมาณมาก, ทำให้การขยาย ตัวของปอดช้า. หนองที่เราเจาะได้มากที่สุด ในครึ่งหนึ่ง ๆ มีถึง ๑,๑๐๐ ล.ซม. พวกที่ หนองมากเห็นได้ในเอกซเรย์ว่าการแกว่ง ของเมคอสติเนียมมาก. Sieber และ Ferguson แนะนำว่ารายเช่นนี้ควร จะบำบัดทางคัลล- กรวมโดยใส่คาซิเตอร์เพราะจะทำให้หนอง ออกเร็ว. เมื่อหนองนั้นขยลงแล้วควร จะเอา คาซิเตอร์ออก. ถ้าหากทิ้งไว้สัวย่างอาจรย กวนทำให้เกิดการแทรกซ้อนเป็นพลิวโร- บร็องเชียลฟิสต์ถ้าได้. ถ้าหากใส่เข็มเจาะ หนองออกและหนองมีมากจำเป็นต้องเจาะ บ่อยครั้ง, ซึ่งอาจเป็นทุก ๑๒ หรือ ๒๔ ชั่วโมง, มิฉะนั้นคงจะไม่ได้ผล. หนองจะ ตกตะกอนและมีไฟบรินมากขึ้น, ทำให้การ ขยายตัวของปอดไม่ดีขึ้น.

ในจำนวนเชื้อที่เราเพาะขึ้น, ส่วนใหญ่ เป็นสตาฟิโลค็อกคัส ออเรียส (๕๑.๕๕

ปช.). เชื้อนี้พบมีมากขึ้นทุกปี. โดยเฉพาะ ในระยะ ๓-๔ ปีหลังนี้. ในปี ๒๔๕๘ เชื้อ ปนิวโมค็อกไคเป็นสาเหตุมากที่สุด, ซึ่ง ตรงกับรายงานของทางแผนกพยาธิวิทยา. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกเชื้อนี้เป็นสาเหตุ เสีย ๕๗.๗๗ ปช. เชื้อที่พบรองลงมาคือ ปนิวโมค็อกไค. เชื้อนี้มีความสำคัญเกี่ยว กับการรักษาโดยวิธีเอาหนองออกมาก. สำ- หรับเชื้อที่ทนต่อยาหรือแพ้ยาเพียงเล็กน้อย, เช่นปัสติโคโมแนส, บี.โคไล, การรักษา โดยวิธีเจาะเอาหนองออกและใส่แอนติไบโอ- ติคมักจะไม่ได้ผล. เชื้อปนิวโมค็อกไคแพ้ ต่อเพนซิลลินมาก, การรักษาโดยวิธีนี้จึง ไม่ยุ่งยาก. สำหรับสตาฟิโลค็อกไค, เดิมไม่ค่อยยาก, แต่ในปัจจุบันคือต่อแอน- ติไบโอติก, ซึ่งเห็นได้จากการทดสอบการ แพ้ยาของแผนกพยาธิวิทยา. ประการกับ เชื้อนี้เป็นสาเหตุของหนองในเยื่อหุ้มปอด มากขึ้น, ทำให้การรักษาโดยวิธีเจาะเอา หนองออกได้ผลน้อยลง. ถ้าทราบแน่นอน ว่าเชื้อที่ทำให้เกิดโรคไม่ต่อต่อยาจากการ ทดสอบทางบักเตรี, ควรดำเนินการรักษา โดยการเจาะเอาหนองออกและใส่แอนติไบ- โอติกได้. หากเชื้อคือต่อยา, หรือในบาง กรณีที่ไม่สามารถเพาะเชื้อ และตรวจสอบ

การทานยาได้, อาจจะมีอาการสังเกตจาก
 อาการของเค็ก, จำนวนหนองที่เจาะได้,
 และการพองของปอดภายในระยะเวลา ๗
 ถึง ๑๐ วัน. ถ้าการรักษาได้ผล, หนองที่
 เจาะได้จะมีจำนวนน้อยลงจนถึงเจาะไม่ได้อีก,
 อาการทวิไปจะดีขึ้น, และตรวจด้วย
 เอกซเรย์จะเห็นปอดพอง, ช่องเยื่อหุ้มปอด
 เล็กลงหรือเห็นแต่เพียงเยื่อหุ้มปอดหนา
 เท่านั้น. ถ้าหากยังมีหนองมาก, ปอดยัง
 แฝบอยู่, ก็ควรจะนัดถึงการรักษาทางศัลย-
 กรรมด้วย. การใส่ท่ออย่างไม่ควรจะทิ้งไว้
 นานเกิน ๑๐ วัน.

การรักษาหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดจะ
 หายเกิดจากท่อเมือปอดพองเต็มที่และไม่
 มีช่องเยื่อหุ้มปอดเหลืออยู่. สาเหตุที่ทำให้
 ปอดพองไม่ได้อีกมีดังนี้:

(ก) กลายเป็นชนิดเรื้อรัง. มีไฟบริน
 และเนอเส้นใยเกิดมากขัดขวางการขยาย
 ตัวของปอด. ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีเชื้อทค
 ต่อแอนติไบโอติกและเราไม่สามารถจะฆ่า
 เชื้อในช่องเยื่อหุ้มปอดได้หมด. การเจาะ
 หนองออกไม่ได้หมดทำให้การรักษาเนิ่นนาน
 ไป. เพื่อยุ่งกับการแทรกซ้นชนิดนี้ควร
 ดำเนินถึงการบำบัดทางศัลยกรรม.

(ข) เกิดการแทรกซ้นชนิดพลิวโร-

บร็องไคเยลฟัสตุลล่า. พวกนี้มีการติดต่อ
 ระหว่างช่องเยื่อหุ้มปอดกับหลอดเลือด, ทำให้
 มีอากาศเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด. ถ้า
 หากตรงช่องติดต่อก็คือเป็นเส้น, ก็จะทำให้เกิด
 หนองขึ้นเป็นนิวโมโอแรกซ์. บางรายเกิด
 ความดันสูงซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม
 ได้ถ้าหากว่าเราไม่เจาะเอาออก. การแทรก
 ซ้นชนิดนี้ นอกจากจะทำให้มีอากาศอยู่ใน
 ช่องเยื่อหุ้มปอด, ก็ขัดขวางการขยายตัวของ
 ปอดแล้วยังมีโอกาสพาให้เชื้อจากหลอดเลือด
 เข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย. การลดความ
 ดันของอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจทำได้
 โดยใช้เข็มหรือสายยางต่อดึงไปได้น้ำ. การ
 ใช้เข็มสะดวกรวดเร็วแต่มีการอุดตันได้ง่าย.
 ทุนนิยมกันคือเวลาเกิดช็อคก็จากผลของเท็น-
 ซันชั่นนิวโมโอแรกซ์ที่ใช้เข็มเจาะก่อน, แล้ว
 ต่อมาใช้สายยางคาไว้.

ในรายที่ไม่มี ความดันสูงก็มักจะไม่มีอีก
 อีก. การขยายตัวของปอดพวกนี้ช้ำมาก.
 ในรายงานของเรามีเค็กอายุ ๓ เดือนเป็น
 หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดจากเชื้อสตาฟิ-
 โลค็อกคัส ออเรียส และมีพลิวโรบร็อง-
 ไคเยลฟัสตุลล่าที่ไม่เกิดเท็นชันนิวโมโอ
 แรกซ์, ได้รับการรักษาโดยการเจาะเอา
 หนองออกและใส่ซิลิโคนแอมเฟนิคอลลซัคซี-

เนต. ปอดที่แพ้กินเวลานานถึง ๕ เดือน จึงพองโตเต็มที่.

เชื้อสะตาฟีโลค็อกคัสทำให้เกิดพลิวโรบร็องเคียลพีสตีลล่าได้บ่อยกว่าเชื้ออื่น ๆ, เนื่องจากเชื่อนี้มักจะทำให้เกิดเป็นฝี ทรอย ๆ หลอดลม, แล้วผนึกเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด, ทำให้มีการติดต่อกันระหว่างหลอดลมกับช่องเยื่อหุ้มปอดได้บ่อย ๆ.

เนื่องจากเราจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยบางรายกลีบก่อนที่ปอดขยายตัวเต็มที่และผู้ป่วยไม่มาติดต่อกัน, จึงบอกจำนวนผู้ทหายสนิทโดยยาก. ตามสถิติของเรามีพวกที่มาติดต่อกันเพียง ๔๒ รายเท่านั้น. ในจำนวนนี้ทุกรายปอดพองเร็วหรือช.

ในผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมมาถึง ๕๓.๕๒ ราย. ที่ถึงแก่กรรมภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากรับไว้และบางรายถึงแก่กรรมก่อนได้รับการรักษา. เชื้อที่ก่อให้เกิดเยื่อหุ้มปอดเป็นสะตาฟีโลค็อกคัส ออเรียสเสีย ๗๕ ราย. (ในจำนวนที่เพาะเชื้อได้ ๑๒ ราย). จากการตรวจศพพบว่าโรคอื่น ๆ ที่พบร่วมบ่อยครั้ง คือ ปอดบวม, ฝีในปอด, และหนองในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ.

ข้อพึงสังเกตคือ การรักษาโดยเจาะเอาหนองออกแล้วใส่แอนติไบโอติกนั้นเรา

สามารถที่จะทำได้ทุกแห่ง, รวมทั้งที่ห้องตรวจโรคคนอกด้วย. แต่พึงระวังการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเช่นการเกิดเส้นชั้นปิวโมโคแรกซ์ในรายที่มีพลิวโรบร็องเคียลพีสตีลล่า, หรือผู้ป่วยที่มีอาการคื่นแต่ปอดยังไม่พองเต็มที่แล้วไม่มาติดต่อกัน, จนกลายเป็นชนิดเรื้อรังทำให้การรักษาภายหลังลำบาก.

การรักษาโดยวิธีใส่หลอดขยายภายหลังผ่าตัดคั้นของควรรระวังคือแตกอาจถึงหลอดขยายหลุด. อนึ่งสำหรับทารกอายุแรกและขี้สสาวะอาจจะสกปรกถึงแผลได้. โดยวิธีใส่หลอดขยายถ้าผู้ป่วยมีหนองมากเราสามารถจะเอาหนองออกได้ในระยะเวลาสั้น, และการขยายตัวของปอดก็เกิดขึ้นได้เร็ว.

สรุป

รายงานผู้ป่วยด้วยหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด ๕๒๕ รายซึ่งรับไว้รักษาในแผนกมารเวชศาสตร์ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๔๕๓ ถึง ๒๕๐๒. ได้กล่าวถึงการรักษาด้วยการเจาะหนองออกและใส่แอนติไบโอติก. จะเห็นได้ว่าในรายที่เชื่อไม่คื้อต่ออาการรักษาโดยวิธีนี้ได้ผลดี. ถ้าหากเชื้อทำให้เกิดโรคคื้อต่อยา, หรือการรักษาโดยวิธีเจาะเอาหนองออกไม่ได้ผล,

ควรทำการรักษาทาง ศัลยกรรม อย่าง รีบ
ด่วน. ไคส์รูปผลการตรวจศพในผู้วัยถึง
แก่กรรม.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์แพทย์
หญิงเจ็ดฉลอง เนตรศิริ, รักษาการในตำแหน่งหัวหน้า
แผนกกุมารเวชศาสตร์, ที่ได้อนุญาตให้นำรายงาน
นี้เสนอต่อที่ประชุม.

เอกสาร

1. Burnett, W.E.: Textbook of Pediatrics, Nelson, 7th ed. 1959,815.
2. Forbes, G.B., G.L. Emerson: Pediatric Clinic of North America 1957, Feb.:215.
3. Sieber, W.K., A.B. Ferguson: Pediatrics 1959,24:145.
4. Wheeler, W.E.: Pediatric Clinic of North America 1960, Nov.: 825.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the fore-going Report)

MEDICAL TREATMENT OF EMPYEMA IN INFANTS AND CHILDREN

Prasong Tuchinda, M.B. D.T.H. & H. and Direk Phongsphiphat, M.B., Dr. med.

(Dept. of Pediatrics)

(Head of Dept.: Professor Dr. Arun Netrasiri)

During the interval 1951 to 1959 there were 425 cases of empyema (1.34 percent of total admissions). The larger proportion of patients were male (1.44 to 1). The youngest was 20 days old. Three procedures were followed in the treatment; (1) Aspiration of pus, (2) Use of antibiotics, and (3) Re-expansion of lung. The most common causative organism was Staph. aureus (51.49 percent), whose prevalence was evidently increasing. Next in frequency was pneumococcus. Aspiration was always

undertaken as the primary measure, and as much pus as possible was removed. Use of antibiotics depended upon the type of organism isolated. Surgical manipulation was required to bring about re-expansion of lung in cases with retarded recovery with danger of complications. Results of treatment were recovery in 42, improvement in 196 and death in 71 cases. Details of some procedures were given.

(Four references)

การรักษาหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยวิธีทางศัลยกรรม

กัมพล ประจวบเหมาะ พ.บ., M.S. (Colo.) ชีระ ลีเมศิลา พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ)

เอมพิซอมา ตามความเห็น ของ ศัลย- แพทย์ ก คอ ผ ใน ช่องเยื่อ หุ้ม ปอด นั้นเอง. การรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม จึงมุ่งที่จะ ระบายเอาหนองออกให้หมดโดยเร็วที่สุดเพื่อ ให้เอมพิซอมา หาย และ ปอด ขยาย ตัว ออก เต็มที่, ซึ่งจะทำให้เยื่อหุ้มปอดทั้งสองแผ่น เข้ามาติดกัน และทำให้โพรงหนองแฟบหาย ไป. ถ้าการระบายหนองทำไม่ถูกต้องหรือ ล่าช้าเกินไป เอ็มพิซอมา ชนิดปัจจุบันก็จะ กลายเป็นเอมพิซอมาเรอริงไป. ศัลยกรรม เพื่อ การ รักษา เอ็ม พย อ มา เรอริง นั้น เป็น ศัลยกรรมที่ยากยิ่ง, อัตราตายจาก การผ่าทักสูงชัน, สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ชัน, ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานชัน, ทง ผลการรักษาก็ไม่เท่ากยที่ทำในระยะ ปัจจุบันหรือของปัจจุบันคงที่จะกล่าวต่อไป.

พยาธิสภาพของเอมพิซอมาที่เกี่ยวข้อง เนื่องกับวิธีการรักษาทางศัลยกรรม

นอกเหนือไปจากพิษของหนองที่ขงอยู่

เรื่องย่อ ประจวบเหมาะ, กัมพล, ชีระ ลีเมศิลา. การรักษาหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยวิธีทางศัลยกรรม. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ค.ศ. ๑๙๖๑), ๑๓ : ๑๓๗-๑๔๔.

ผู้รายงานแสดงสถิติผู้ป่วยเอมพิซอมาที่รับไว้ในแผนกศัลยศาสตร์ระหว่าง ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๔๙๓ ถึง ๒๕๐๒) รวม ๑๒๒ ราย, เกี่ยวกับเพศ, อายุ, สมรรถฐาน, ชนิดของเชื้อโรค, ส่วนที่เป็นโรค, และโรคแทรก. การรักษาโดยผ่าทักมี ๖ วิธี, คือระบายหนองแบบปิด, ดีคอร์ดิเคชัน, ธอราโคพลาสติก, พลิวโรปีนิว-โมเน็คโตมีย์, ระบายหนองแบบเปิด, และธอราโคพลาสติกควบกับเอาสิ่งแปลกที่ออก. ในรายงานแสดงข้อบ่งชี้วิธีรักษา และ ผลของการรักษาแต่ละวิธี. ทั้งยังได้อภิปรายสั้นๆ เกี่ยวกับผลตามหลังของการรักษาด้วย.

ในช่องเยื่อหุ้มปอดแล้ว, หนองยังเบียดปอดให้ยุบแฟบไป, ทำให้สัมรรถภาพในการแลกเปลี่ยนแก๊สหย่อนลงด้วย, มากน้อยแล้วแต่ตำแหน่งและขนาดของถุงหนอง.

ในระยะแรกปฏิบัติการรักษาเยื่อหุ้มปอดเองมีเพียงเล็กน้อย, แต่เมื่อนานเข้าไฟบรินและเค็สเนอตกทำลาย จะตกตะกอนจับกันที่ผิวของเยื่อหุ้มปอดทงชันวีสเซอร์ล และพาไร-

เขตล. ทำให้เกิดเป็นพิษโอเจนิคเม้มเบรน ซึ่งประกอบด้วยไฟบริสทีลชีวและแกรนเลชันทีลชีว. ชันไฟบริสทีลชีวนี้จะพบบ่อยชุกกับเยื่อหุ้มปอด, ส่วนแกรนเลชันทีลชีวจะพบบ่อยชุกกับชีโคโพรงหนอง. ในระยะแรกๆ พิษโอเจนิคเม้มเบรนนี้อาจ แลระแยก จากเยื่อหุ้มปอดได้โดยง่าย, แต่เมื่อถึงไวจันเป็นเอ็มพยอมี่าเรอริงแล้ว, ชันไฟบริสทีลชีวจะหนามากขึ้น, บางที่อาจหนาถึง ๑-๒ นิ้วและมีแคลซิฟเคชันทำให้แข็งมาก. ในรายเช่นนี้, การรักษาคับการระบายหนองออกไม่ได้ผล เพราะปอด ขยาย ตัว ออก มา ขยายโพรงหนองไม่ได้. จำเป็นต้องรักษาคับการทำคิกอร์ติเคชัน. คือแลระเอาพิษโอเจนิคเม้มเบรน ออก เพื่อ ให้ ปอด ขยาย ตัว ออก มา ได้. การกระทำ เช่นนี้ ชันอยู่ กับพยาธิสภาพของเอ็มพยอมี่า, คือในระยะ ๑-๒ เดือนแรกของโรค จะ แลระ พิษโอเจนิคเม้มเบรน แยกออกจากเยื่อหุ้มปอดได้โดยง่าย, แต่ถ้าถึงไวจันาน เกินควรว จนเม้มเบรนหนาและแข็ง, การทำคิกอร์ติเคชันย่อมไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อยมาก. ต้องไปใช้คีลยกรรรมวิธีอื่นเช่น ฮอราโคพลาสติค หรือฟูโลโมนารีย เซ็คชัน, ซึ่งมีผลเสียคือทำให้มีความจุปอดน้อยลง.

ต่อไปเป็นสถิติผู้ช่วยโรค หนองในช่อง

เยื่อหุ้มปอด ๑๒๒ ราย ที่รับไว้ในแผนกคัลยศาสตร์, โรงพยาบาลศิริราช, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๓ ถึง ๒๕๐๒ รวมเวลา ๑๐ ปี. ผู้ช่วยที่รายงานนี้ไม่รวมผู้ช่วยที่มิหนงในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดทอนๆ เช่นจากการตัดหลอดอาหาร, ทักปอดเป็นต้น.

รายละเอียดเรื่องเพศและอายุตามตาราง ๑. เป็นชายชวา ๖๕ ราย, ชายช่าย ๕๗ ราย. (ตาราง ๑ จ.) สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้ตามตาราง ๑ ค. มีอยู่ ๑๕ รายที่ไม่สามารถบอกสาเหตุได้แน่นอน เพราะประวัติและการสืบค้นไม่สมบูรณ์. ตาราง ๑ ง. แสดงถึงเชื้อที่ทำให้เกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด, ซึ่งได้ส่งไปเพาะหาเชื้อ ๕๔ ราย. ตาราง ๑ จ. แสดงโรคแทรกซ้อนของหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด, มีประมาณ ๓๗ ปช. ของผู้ช่วย, ซึ่งแสดงถึงความเรอริงของโรค และ การรักษาที่ไม่เหมาะสมก่อนมาหาคัลยแพทย์. ตาราง ๒ ก. แสดงระยะเวลาของโรค ตั้งแต่เริ่มเป็น จนถึงระยะที่ทำการผ่าตัด. สังเกตได้ว่ามีเพียง ๘.๒ ปช. เท่านั้น ที่มาหาภายใน ๒ สัปดาห์ ของโรค, ประมาณ ๒๓ ปช. ภายใน ๑ เดือน,

ประมาณ ๖๕ ปช. มาทากายหลง เป็น มา
แล้ว ๑ เดือน, และยังมีอยู่ ๑ ราย ที่เขียน
มานานถึง ๑ ปี จึงมารักษา. การทคนใช้

มารักษาในระยะเวลาที่ล่าช้านั้นยอมทำให้
การรักษาทาง ศัลยกรรมไม่ได้ผลก็เท่า
ที่ควร.

ตารางที่ ๑

สถิติผู้ป่วยเอ็นไขว้หน้า ๑๒๒ รายในแผนกศัลยกรรมกระดูกระหว่าง ๒๔๙๓-๒๕๐๒

ก. เพศ ชาย ๙๐ ราย, หญิง ๓๒ ราย

ค. สมุฏฐาน

ข. อายุ ท่าสูท ๓ เดือน, สูทสูท ๖๕ ปี.

อายุ ๐-๕ ปี	๒๖ ราย
๑๐-๑๕ ปี	๑๒ ราย
๒๐-๒๕ ปี	๓๕ ราย
๓๐-๓๕ ปี	๒๖ ราย
๔๐-๔๕ ปี	๑๗ ราย
๕๐-๕๕ ปี	๕ ราย
๖๐-๖๕ ปี	๑ ราย

๑. กลังโรคไขว้หน้า	๓๕ ราย
๒. กลังโรคไขว้หลัง	๓๒ ราย
๓. วัณโรค	๑๗ ราย
๔. ผดผื่นแตกเข้าไป	๑๔ ราย
๕. ผื่นอกแตกเข้าไป	๖ ราย
๖. ผื่นที่กระบังลมแตกเข้าไป	๓ ราย
๗. ไม่ทราบสาเหตุ (พัย- ไอเจเนค)	๑๕ ราย

ง. ชนิดของเชื้อ

๑. สเตรปโตค็อกคัส	๑๕ ราย
๒. ก๊. ปัสเตอร์	๕ ราย
๓. อี. โคไล	๖ ราย
๔. เชส. อินฟลเอนแซ	๓ ราย
๕. บัคทีเรียโมแนส แอสโตรโนสา	๓ ราย

จ. ตำแหน่งที่เป็นโรค

ข้างซ้าย	๕๗ ราย
ข้างขวา	๖๕ ราย
รวม	<u>๑๒๒ ราย</u>

ฉ. โรคแทรก

๑. บริ้งโชนพลิวัดฟัส-	
ตุลา	๑๖ ราย

สารศิริราช

๖. สะเทวโปโตค็อกคัส	๑ ราย	๒. เอ็มพยอมีมา เนเชส- สิตากิส	๑๕ ราย
๗. ไพรเทียส วัลการิส	๑ ราย	๓. ออสทิโอไมยอโลกิส ของซีโครง	๒ ราย
๘. แอโรแบคเตอร์ แอโรเจเนส	๑ ราย	รวม	<u>๓๓</u> ราย
๙. เพาเรเซอไมเซน	<u>๑๕</u> ราย		
รวม	<u>๕๔</u> ราย		

ตารางที่ ๒การรักษาก. ระยะเวลาที่เป็นโรคก่อนผ่าตัด

	<u>ราย</u>	<u>ปช.</u>
น้อยกว่า ๒ สัปดาห์	๑๐	๘.๒
๒ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน	๒๘	๒๒.๕๕
๑ เดือน ถึง ๒ เดือน	๓๗	๓๐.๓๓
๒ เดือน ถึง ๓ เดือน	๑๕	๑๕.๕๗.
๓ เดือน ถึง ๖ เดือน	๒๒	๑๘.๐๓
๖ เดือน ถึง ๑ ปี	๕	๔.๑๐
เกินกว่า ๑ ปี	๑	๐.๘๒
	<u>๑๒๒</u>	

ข. ผลของการผ่าตัด

การผ่าตัด	จำนวนที่ทำ	ปช.	ทุเลาเล็กน้อย หรือไม่มีเลย	ผล ปานกลาง	ผลดี	ตายเพราะ ผ่าตัด	ตายภายหลัง
๑. ระบายหนองตลอดเวลาแบบเปิด	๑๑๒	๗๑.๓	๔๒	๓๖	๒๗	—	๖
ก. ในช่องซี่โครง	๕๕		๒๓	๑๖	๑๒	—	๓
ข. ตัดซี่โครง	๕๗		๑๙	๒๐	๑๕	—	๓
๒. ตัดคอร์ติเคชั่น	๑๖	๑๑.๕	๕	๖	๖	๒	—
๓. ครอบราโคพลาสติก	๑๖	๑๐.๒	๒	๖	๖	—	—
๔. พลิวโรปีนิวโมเน็คโตมีย์	๕	๓.๒	๑	๒	๑	๑	—
๕. ตัดซี่โครงและระบายหนองแบบเปิด	๕	๓.๒	—	๓	๒	—	—
๖. ครอบราโคพลาสติกและเอาสิ่งแปลกที่ออก	๑	๐.๖	—	—	๑	—	—
รวม	๑๕๗	๑๐๐					

ค. ผลของการระบาย หนองตลอดเวลาแบบปิดเทียบกับระยะเวลาเป็นโรคก่อนผ่าตัด

ระยะเวลาเป็นโรค	จำนวนที่ทำ	ทุเลาเล็กน้อย หรือไม่มีเลย	ผลปานกลาง	ผลดี	ตายภายหลัง
น้อยกว่าสองสัปดาห์	๕	—	๔	๕	—
๒ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน	๓๐	๕	๑๑	๑๓	๑
๑ เดือน ถึง ๒ เดือน	๓๖	๑๕	๑๒	๓	๒
๒ เดือน ถึง ๓ เดือน	๑๕	๖	๒	๓	๒
๓ เดือน ถึง ๔ เดือน	๖	๑	๑	๑	๑
๔ เดือน ถึง ๕ เดือน	๕	๔	—	๑	—
๕ เดือน ถึง ๖ เดือน	๓	๒	—	—	๑

ผลของการรักษาทางศัลยกรรม (ตาราง ๒ ข)

- การระบาย หนอง ตลอดเวลาแบบปิด (Continuous closed drainage)

เนื่องจากการเจาะทรวงอกเป็นการรักษาเอมพิอมาเป็นการกดหนอง ออกเป็นคราวๆ, และถ้าหนองขึ้นมากก็อาจกดไม่ออกได้, การระบายหนองด้วยวิธีนี้จะ

เหมาะกว่า. เพราะการใส่ท่อระบายเข้าไปในโพรงหนองทำให้หนองไหลออกมาตลอดเวลา. ทำให้ปอดมีโอกาสขยายตัวออกมาได้. ท่อระบายนั้นต้องที่ไว้ระดับน้ำในขวด เพื่อไม่ให้โพรงหนองติดต่อกับอากาศภายนอก, หรืออาจใช้ท่อกับเครื่องดูดที่แรงดูดได้ (ไม่ให้เกิน ๑๐ ถึง ๑๕ ซม.น้ำ). ถ้าหนองชั้นมาก อาจ ตัดกระดูกซี่โครง ออก ส่วนหนึ่งเพื่อใส่ท่อระบายที่มีขนาดใหญ่ขึ้น. ผลของการรักษานั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่คนไข้เริ่มเป็นมาจนมาหาคัดลยแพทย์. การระบายหนองออกย่อมได้ผลดีเฉพาะระยะแรกของโรค, คือภายใน ๒ สัปดาห์หรืออย่างมากไม่เกิน ๑ เดือน. ประมาณ ๕๐ ปช. ของผู้ช่วย ทั้งหมด ที่การระบายหนองไม่ได้ผลทางการรักษา, จำต้องใช้วิธีทางศัลยกรรมอย่างอื่นต่อไป. ๗ คนตายเนื่องด้วยโรคแทรกซ้อน หรือ เพราะ พยาธิสภาพของโรคดำเนินไปมาก. ไม่มีการตายเนื่องจากการผ่าตัดเลย.

๒. คีคอร์ดเคชัน (Decortication)

เป็นการ รักษาที่ ได้ผลดี ที่สุด หลังจากการใช้วิธี ระบาย หนอง ออก แล้วไม่ได้ผล. การทำคีคอร์ดเคชันนี้ คือ การลอก หรือเลาะ

เอาพัยโอเจนิคเม็มเบรน ทั้งหมดออกมาเป็นถุงหนองทั้งอัน, ซึ่งจะทำให้ปอดมีโอกาสขยายตัว ออก มา ขย โพรง ที่ เหลือ นั้น ได้. คีคอร์ดเคชันจะให้ผลดีเมื่อคนไข้มาหาภายใน ๒ เดือนแรก. หลังจากนั้นอาจทำได้ลำบากเพราะ เลาะ ออก ยาก และมีเลือดออกมากระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด. บางรายไม่สามารถ เลาะ เอาพัยโอเจนิคเม็มเบรนออกได้, เพราะมีแคลซิฟิเคชันแข็งเต็มไปหมด. คีคอร์ดเคชันอาจทำร่วมกับการตัดปอดในรายที่มี บรื่อง โชมพลิวไรต์สกล่าหรือ มีพยาธิสภาพของเนื้อปอดร่วมกับเอมพิซึม่า. ผลของการผ่าตัดมีตาย ๒ ราย. ๑ รายเนื่องจากเลือดออกมากและอีก ๑ รายเนื่องจากอะไฟบริ โนเจนมีเยและตกเลือด.

๓. พลิวโรปีนิวโมเน็คโตมีย (Pleuro-pneumonectomy)

ทำเฉพาะในรายที่ทำคีคอร์ดเคชันแล้วปอดไม่ขยายออก, เพราะมีพยาธิสภาพของเนื้อปอด. วิจารณ์อนตรายจากการผ่าตัดมากกว่าคีคอร์ดเคชัน. ผลของการผ่าตัดมีตาย ๑ รายเพราะตกเลือด. คนไข้ที่หายจะมีความจของปอดลดลง, เพราะปอดเหลืออยู่เพียงข้างเดียว.

๔. ธอราโคพลาสติกส์ (Thoracoplasty)

คือการ ผ่าตัด พลาสติก ของ ผนัง ออก, โดยการ ตัดกระดูกซี่โครงออกให้ผนังอกยุบลงไปทึบโพรงหนองให้แฟบลง. ทำในรายที่หลังจาก การทำ คีคอร์ดเคชัน แล้วปอดไม่ขยายตัวออกมาเต็มที่และมีช่อง. กัยทำในบางรายที่สภาพของผู้ป่วยไม่ค้ำพชที่จะทนการ ผ่าตัด. วัคคอร์ดเคชันหรือวัคคอร์ดเคชันร่วมกัผลโมเนารวีวีเซคชันมีอันตรายจากการ ผ่าตัดน้อย, แต่คนไข้ต้องอยู่โรงพยาบาล นาน เพราะ การ ผ่าตัด ต้อง ทำ เป็น ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐ ๑๑ ๑๒ ๑๓ ๑๔ ๑๕ ๑๖ ๑๗ ๑๘ ๑๙ ๒๐ ๒๑ ๒๒ ๒๓ ๒๔ ๒๕ ๒๖ ๒๗ ๒๘ ๒๙ ๓๐ ๓๑ ๓๒ ๓๓ ๓๔ ๓๕ ๓๖ ๓๗ ๓๘ ๓๙ ๔๐ ๔๑ ๔๒ ๔๓ ๔๔ ๔๕ ๔๖ ๔๗ ๔๘ ๔๙ ๕๐ ๕๑ ๕๒ ๕๓ ๕๔ ๕๕ ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ ๖๐ ๖๑ ๖๒ ๖๓ ๖๔ ๖๕ ๖๖ ๖๗ ๖๘ ๖๙ ๗๐ ๗๑ ๗๒ ๗๓ ๗๔ ๗๕ ๗๖ ๗๗ ๗๘ ๗๙ ๘๐ ๘๑ ๘๒ ๘๓ ๘๔ ๘๕ ๘๖ ๘๗ ๘๘ ๘๙ ๙๐ ๙๑ ๙๒ ๙๓ ๙๔ ๙๕ ๙๖ ๙๗ ๙๘ ๙๙ ๑๐๐ ๑๐๑ ๑๐๒ ๑๐๓ ๑๐๔ ๑๐๕ ๑๐๖ ๑๐๗ ๑๐๘ ๑๐๙ ๑๑๐ ๑๑๑ ๑๑๒ ๑๑๓ ๑๑๔ ๑๑๕ ๑๑๖ ๑๑๗ ๑๑๘ ๑๑๙ ๑๒๐ ๑๒๑ ๑๒๒ ๑๒๓ ๑๒๔ ๑๒๕ ๑๒๖ ๑๒๗ ๑๒๘ ๑๒๙ ๑๓๐ ๑๓๑ ๑๓๒ ๑๓๓ ๑๓๔ ๑๓๕ ๑๓๖ ๑๓๗ ๑๓๘ ๑๓๙ ๑๔๐ ๑๔๑ ๑๔๒ ๑๔๓ ๑๔๔ ๑๔๕ ๑๔๖ ๑๔๗ ๑๔๘ ๑๔๙ ๑๕๐ ๑๕๑ ๑๕๒ ๑๕๓ ๑๕๔ ๑๕๕ ๑๕๖ ๑๕๗ ๑๕๘ ๑๕๙ ๑๖๐ ๑๖๑ ๑๖๒ ๑๖๓ ๑๖๔ ๑๖๕ ๑๖๖ ๑๖๗ ๑๖๘ ๑๖๙ ๑๗๐ ๑๗๑ ๑๗๒ ๑๗๓ ๑๗๔ ๑๗๕ ๑๗๖ ๑๗๗ ๑๗๘ ๑๗๙ ๑๘๐ ๑๘๑ ๑๘๒ ๑๘๓ ๑๘๔ ๑๘๕ ๑๘๖ ๑๘๗ ๑๘๘ ๑๘๙ ๑๙๐ ๑๙๑ ๑๙๒ ๑๙๓ ๑๙๔ ๑๙๕ ๑๙๖ ๑๙๗ ๑๙๘ ๑๙๙ ๒๐๐ ๒๐๑ ๒๐๒ ๒๐๓ ๒๐๔ ๒๐๕ ๒๐๖ ๒๐๗ ๒๐๘ ๒๐๙ ๒๑๐ ๒๑๑ ๒๑๒ ๒๑๓ ๒๑๔ ๒๑๕ ๒๑๖ ๒๑๗ ๒๑๘ ๒๑๙ ๒๒๐ ๒๒๑ ๒๒๒ ๒๒๓ ๒๒๔ ๒๒๕ ๒๒๖ ๒๒๗ ๒๒๘ ๒๒๙ ๒๓๐ ๒๓๑ ๒๓๒ ๒๓๓ ๒๓๔ ๒๓๕ ๒๓๖ ๒๓๗ ๒๓๘ ๒๓๙ ๒๔๐ ๒๔๑ ๒๔๒ ๒๔๓ ๒๔๔ ๒๔๕ ๒๔๖ ๒๔๗ ๒๔๘ ๒๔๙ ๒๕๐ ๒๕๑ ๒๕๒ ๒๕๓ ๒๕๔ ๒๕๕ ๒๕๖ ๒๕๗ ๒๕๘ ๒๕๙ ๒๖๐ ๒๖๑ ๒๖๒ ๒๖๓ ๒๖๔ ๒๖๕ ๒๖๖ ๒๖๗ ๒๖๘ ๒๖๙ ๒๗๐ ๒๗๑ ๒๗๒ ๒๗๓ ๒๗๔ ๒๗๕ ๒๗๖ ๒๗๗ ๒๗๘ ๒๗๙ ๒๘๐ ๒๘๑ ๒๘๒ ๒๘๓ ๒๘๔ ๒๘๕ ๒๘๖ ๒๘๗ ๒๘๘ ๒๘๙ ๒๙๐ ๒๙๑ ๒๙๒ ๒๙๓ ๒๙๔ ๒๙๕ ๒๙๖ ๒๙๗ ๒๙๘ ๒๙๙ ๓๐๐ ๓๐๑ ๓๐๒ ๓๐๓ ๓๐๔ ๓๐๕ ๓๐๖ ๓๐๗ ๓๐๘ ๓๐๙ ๓๑๐ ๓๑๑ ๓๑๒ ๓๑๓ ๓๑๔ ๓๑๕ ๓๑๖ ๓๑๗ ๓๑๘ ๓๑๙ ๓๒๐ ๓๒๑ ๓๒๒ ๓๒๓ ๓๒๔ ๓๒๕ ๓๒๖ ๓๒๗ ๓๒๘ ๓๒๙ ๓๓๐ ๓๓๑ ๓๓๒ ๓๓๓ ๓๓๔ ๓๓๕ ๓๓๖ ๓๓๗ ๓๓๘ ๓๓๙ ๓๔๐ ๓๔๑ ๓๔๒ ๓๔๓ ๓๔๔ ๓๔๕ ๓๔๖ ๓๔๗ ๓๔๘ ๓๔๙ ๓๕๐ ๓๕๑ ๓๕๒ ๓๕๓ ๓๕๔ ๓๕๕ ๓๕๖ ๓๕๗ ๓๕๘ ๓๕๙ ๓๖๐ ๓๖๑ ๓๖๒ ๓๖๓ ๓๖๔ ๓๖๕ ๓๖๖ ๓๖๗ ๓๖๘ ๓๖๙ ๓๗๐ ๓๗๑ ๓๗๒ ๓๗๓ ๓๗๔ ๓๗๕ ๓๗๖ ๓๗๗ ๓๗๘ ๓๗๙ ๓๘๐ ๓๘๑ ๓๘๒ ๓๘๓ ๓๘๔ ๓๘๕ ๓๘๖ ๓๘๗ ๓๘๘ ๓๘๙ ๓๙๐ ๓๙๑ ๓๙๒ ๓๙๓ ๓๙๔ ๓๙๕ ๓๙๖ ๓๙๗ ๓๙๘ ๓๙๙ ๔๐๐ ๔๐๑ ๔๐๒ ๔๐๓ ๔๐๔ ๔๐๕ ๔๐๖ ๔๐๗ ๔๐๘ ๔๐๙ ๔๑๐ ๔๑๑ ๔๑๒ ๔๑๓ ๔๑๔ ๔๑๕ ๔๑๖ ๔๑๗ ๔๑๘ ๔๑๙ ๔๒๐ ๔๒๑ ๔๒๒ ๔๒๓ ๔๒๔ ๔๒๕ ๔๒๖ ๔๒๗ ๔๒๘ ๔๒๙ ๔๓๐ ๔๓๑ ๔๓๒ ๔๓๓ ๔๓๔ ๔๓๕ ๔๓๖ ๔๓๗ ๔๓๘ ๔๓๙ ๔๔๐ ๔๔๑ ๔๔๒ ๔๔๓ ๔๔๔ ๔๔๕ ๔๔๖ ๔๔๗ ๔๔๘ ๔๔๙ ๔๕๐ ๔๕๑ ๔๕๒ ๔๕๓ ๔๕๔ ๔๕๕ ๔๕๖ ๔๕๗ ๔๕๘ ๔๕๙ ๔๖๐ ๔๖๑ ๔๖๒ ๔๖๓ ๔๖๔ ๔๖๕ ๔๖๖ ๔๖๗ ๔๖๘ ๔๖๙ ๔๗๐ ๔๗๑ ๔๗๒ ๔๗๓ ๔๗๔ ๔๗๕ ๔๗๖ ๔๗๗ ๔๗๘ ๔๗๙ ๔๘๐ ๔๘๑ ๔๘๒ ๔๘๓ ๔๘๔ ๔๘๕ ๔๘๖ ๔๘๗ ๔๘๘ ๔๘๙ ๔๙๐ ๔๙๑ ๔๙๒ ๔๙๓ ๔๙๔ ๔๙๕ ๔๙๖ ๔๙๗ ๔๙๘ ๔๙๙ ๕๐๐ ๕๐๑ ๕๐๒ ๕๐๓ ๕๐๔ ๕๐๕ ๕๐๖ ๕๐๗ ๕๐๘ ๕๐๙ ๕๑๐ ๕๑๑ ๕๑๒ ๕๑๓ ๕๑๔ ๕๑๕ ๕๑๖ ๕๑๗ ๕๑๘ ๕๑๙ ๕๒๐ ๕๒๑ ๕๒๒ ๕๒๓ ๕๒๔ ๕๒๕ ๕๒๖ ๕๒๗ ๕๒๘ ๕๒๙ ๕๓๐ ๕๓๑ ๕๓๒ ๕๓๓ ๕๓๔ ๕๓๕ ๕๓๖ ๕๓๗ ๕๓๘ ๕๓๙ ๕๔๐ ๕๔๑ ๕๔๒ ๕๔๓ ๕๔๔ ๕๔๕ ๕๔๖ ๕๔๗ ๕๔๘ ๕๔๙ ๕๕๐ ๕๕๑ ๕๕๒ ๕๕๓ ๕๕๔ ๕๕๕ ๕๕๖ ๕๕๗ ๕๕๘ ๕๕๙ ๕๖๐ ๕๖๑ ๕๖๒ ๕๖๓ ๕๖๔ ๕๖๕ ๕๖๖ ๕๖๗ ๕๖๘ ๕๖๙ ๕๗๐ ๕๗๑ ๕๗๒ ๕๗๓ ๕๗๔ ๕๗๕ ๕๗๖ ๕๗๗ ๕๗๘ ๕๗๙ ๕๘๐ ๕๘๑ ๕๘๒ ๕๘๓ ๕๘๔ ๕๘๕ ๕๘๖ ๕๘๗ ๕๘๘ ๕๘๙ ๕๙๐ ๕๙๑ ๕๙๒ ๕๙๓ ๕๙๔ ๕๙๕ ๕๙๖ ๕๙๗ ๕๙๘ ๕๙๙ ๖๐๐ ๖๐๑ ๖๐๒ ๖๐๓ ๖๐๔ ๖๐๕ ๖๐๖ ๖๐๗ ๖๐๘ ๖๐๙ ๖๑๐ ๖๑๑ ๖๑๒ ๖๑๓ ๖๑๔ ๖๑๕ ๖๑๖ ๖๑๗ ๖๑๘ ๖๑๙ ๖๒๐ ๖๒๑ ๖๒๒ ๖๒๓ ๖๒๔ ๖๒๕ ๖๒๖ ๖๒๗ ๖๒๘ ๖๒๙ ๖๓๐ ๖๓๑ ๖๓๒ ๖๓๓ ๖๓๔ ๖๓๕ ๖๓๖ ๖๓๗ ๖๓๘ ๖๓๙ ๖๔๐ ๖๔๑ ๖๔๒ ๖๔๓ ๖๔๔ ๖๔๕ ๖๔๖ ๖๔๗ ๖๔๘ ๖๔๙ ๖๕๐ ๖๕๑ ๖๕๒ ๖๕๓ ๖๕๔ ๖๕๕ ๖๕๖ ๖๕๗ ๖๕๘ ๖๕๙ ๖๖๐ ๖๖๑ ๖๖๒ ๖๖๓ ๖๖๔ ๖๖๕ ๖๖๖ ๖๖๗ ๖๖๘ ๖๖๙ ๖๗๐ ๖๗๑ ๖๗๒ ๖๗๓ ๖๗๔ ๖๗๕ ๖๗๖ ๖๗๗ ๖๗๘ ๖๗๙ ๖๘๐ ๖๘๑ ๖๘๒ ๖๘๓ ๖๘๔ ๖๘๕ ๖๘๖ ๖๘๗ ๖๘๘ ๖๘๙ ๖๙๐ ๖๙๑ ๖๙๒ ๖๙๓ ๖๙๔ ๖๙๕ ๖๙๖ ๖๙๗ ๖๙๘ ๖๙๙ ๗๐๐ ๗๐๑ ๗๐๒ ๗๐๓ ๗๐๔ ๗๐๕ ๗๐๖ ๗๐๗ ๗๐๘ ๗๐๙ ๗๑๐ ๗๑๑ ๗๑๒ ๗๑๓ ๗๑๔ ๗๑๕ ๗๑๖ ๗๑๗ ๗๑๘ ๗๑๙ ๗๒๐ ๗๒๑ ๗๒๒ ๗๒๓ ๗๒๔ ๗๒๕ ๗๒๖ ๗๒๗ ๗๒๘ ๗๒๙ ๗๓๐ ๗๓๑ ๗๓๒ ๗๓๓ ๗๓๔ ๗๓๕ ๗๓๖ ๗๓๗ ๗๓๘ ๗๓๙ ๗๔๐ ๗๔๑ ๗๔๒ ๗๔๓ ๗๔๔ ๗๔๕ ๗๔๖ ๗๔๗ ๗๔๘ ๗๔๙ ๗๕๐ ๗๕๑ ๗๕๒ ๗๕๓ ๗๕๔ ๗๕๕ ๗๕๖ ๗๕๗ ๗๕๘ ๗๕๙ ๗๖๐ ๗๖๑ ๗๖๒ ๗๖๓ ๗๖๔ ๗๖๕ ๗๖๖ ๗๖๗ ๗๖๘ ๗๖๙ ๗๗๐ ๗๗๑ ๗๗๒ ๗๗๓ ๗๗๔ ๗๗๕ ๗๗๖ ๗๗๗ ๗๗๘ ๗๗๙ ๗๘๐ ๗๘๑ ๗๘๒ ๗๘๓ ๗๘๔ ๗๘๕ ๗๘๖ ๗๘๗ ๗๘๘ ๗๘๙ ๗๙๐ ๗๙๑ ๗๙๒ ๗๙๓ ๗๙๔ ๗๙๕ ๗๙๖ ๗๙๗ ๗๙๘ ๗๙๙ ๘๐๐ ๘๐๑ ๘๐๒ ๘๐๓ ๘๐๔ ๘๐๕ ๘๐๖ ๘๐๗ ๘๐๘ ๘๐๙ ๘๑๐ ๘๑๑ ๘๑๒ ๘๑๓ ๘๑๔ ๘๑๕ ๘๑๖ ๘๑๗ ๘๑๘ ๘๑๙ ๘๒๐ ๘๒๑ ๘๒๒ ๘๒๓ ๘๒๔ ๘๒๕ ๘๒๖ ๘๒๗ ๘๒๘ ๘๒๙ ๘๓๐ ๘๓๑ ๘๓๒ ๘๓๓ ๘๓๔ ๘๓๕ ๘๓๖ ๘๓๗ ๘๓๘ ๘๓๙ ๘๔๐ ๘๔๑ ๘๔๒ ๘๔๓ ๘๔๔ ๘๔๕ ๘๔๖ ๘๔๗ ๘๔๘ ๘๔๙ ๘๕๐ ๘๕๑ ๘๕๒ ๘๕๓ ๘๕๔ ๘๕๕ ๘๕๖ ๘๕๗ ๘๕๘ ๘๕๙ ๘๖๐ ๘๖๑ ๘๖๒ ๘๖๓ ๘๖๔ ๘๖๕ ๘๖๖ ๘๖๗ ๘๖๘ ๘๖๙ ๘๗๐ ๘๗๑ ๘๗๒ ๘๗๓ ๘๗๔ ๘๗๕ ๘๗๖ ๘๗๗ ๘๗๘ ๘๗๙ ๘๘๐ ๘๘๑ ๘๘๒ ๘๘๓ ๘๘๔ ๘๘๕ ๘๘๖ ๘๘๗ ๘๘๘ ๘๘๙ ๘๙๐ ๘๙๑ ๘๙๒ ๘๙๓ ๘๙๔ ๘๙๕ ๘๙๖ ๘๙๗ ๘๙๘ ๘๙๙ ๙๐๐ ๙๐๑ ๙๐๒ ๙๐๓ ๙๐๔ ๙๐๕ ๙๐๖ ๙๐๗ ๙๐๘ ๙๐๙ ๙๑๐ ๙๑๑ ๙๑๒ ๙๑๓ ๙๑๔ ๙๑๕ ๙๑๖ ๙๑๗ ๙๑๘ ๙๑๙ ๙๒๐ ๙๒๑ ๙๒๒ ๙๒๓ ๙๒๔ ๙๒๕ ๙๒๖ ๙๒๗ ๙๒๘ ๙๒๙ ๙๓๐ ๙๓๑ ๙๓๒ ๙๓๓ ๙๓๔ ๙๓๕ ๙๓๖ ๙๓๗ ๙๓๘ ๙๓๙ ๙๔๐ ๙๔๑ ๙๔๒ ๙๔๓ ๙๔๔ ๙๔๕ ๙๔๖ ๙๔๗ ๙๔๘ ๙๔๙ ๙๕๐ ๙๕๑ ๙๕๒ ๙๕๓ ๙๕๔ ๙๕๕ ๙๕๖ ๙๕๗ ๙๕๘ ๙๕๙ ๙๖๐ ๙๖๑ ๙๖๒ ๙๖๓ ๙๖๔ ๙๖๕ ๙๖๖ ๙๖๗ ๙๖๘ ๙๖๙ ๙๗๐ ๙๗๑ ๙๗๒ ๙๗๓ ๙๗๔ ๙๗๕ ๙๗๖ ๙๗๗ ๙๗๘ ๙๗๙ ๙๘๐ ๙๘๑ ๙๘๒ ๙๘๓ ๙๘๔ ๙๘๕ ๙๘๖ ๙๘๗ ๙๘๘ ๙๘๙ ๙๙๐ ๙๙๑ ๙๙๒ ๙๙๓ ๙๙๔ ๙๙๕ ๙๙๖ ๙๙๗ ๙๙๘ ๙๙๙ ๑๐๐๐

๕. การตัด กระดูกซี่โครง และ การระบาย หนองแบบเย็บ

ตัดซี่โครง ออก เป็น บาง ส่วน และ เย็บโพรงหนองให้ติดต่อกับภายนอกเป็นรูกว้าง. ทำในรายที่มีโพรงเล็ก และเป็นมานานมาก. โพรงหนอง จะบีบตันโดย แกรนเลชันทิสซิว หรือโดยหนองที่ขอยแผลงอก เข้าไปในโพรงนั้น.

มีอยู่ ๑ ราย ที่ เป็น เอ็มพยอมมาเรอริง และมีสิ่งแปลกที่ค้างอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด. เมื่อโตเข้าส่งแปลกที่ออกก็หายเร็วขอยค.

สรุป

เอ็มพยอมมา จะหายได้ เมื่อ ยุบโพรงของ เอ็มพยอมมาให้แฟบจนหมดไป. หลักการ รักษาเอ็มพยอมมา ทาง ศัลยกรรม จึงมุ่งที่จะระบายหนองออกให้หมดโดย เร็ว ที่สุด ด้วยวิธีระบายหนองแบบเย็บ, เพื่อให้ปอดขยายตัวออกมาเต็มที่, ทำให้เยื่อหุ้มปอดทั้งสองผนังเข้ามาติดกัน และ ยุบโพรงให้แฟบหมดไป. เอ็มพยอมมาชนิดเรอริงจะมีผนังของโพรงหนองหนาทำให้การ รักษาด้วยวิธีระบายหนองออกไม่ได้ผล, เพราะปอดไม่สามารถขยายตัวออกได้, จำต้องรักษาด้วยการตัดคีคอร์ดเคชัน คือการเลาะเอาพัยโอเจนิคเม็มเบรนออก. ถ้าพัยโอเจนิคเม็มเบรนหนาและแข็งมาก, การตัดคีคอร์ดเคชันจะยุ่งยากมากขึ้นหรือทำไม่ได้เลย.

การยุบโพรงหนองอาจใช้ ศัลยกรรมวิธีอื่นได้ เช่น ธอราโคพลาสติกส์ ซึ่งทำโดยตัดกระดูกซี่โครงออก, เพื่อให้ผนังทรวงอกยุบลงไปกดโพรงให้แฟบลง. การทำวิธีนี้แล้วแต่ความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป. การ

รักษาเอมพยอมมาทมบรองโหมพลิวรตพลัสตุลา
หรือรายทมพยาธิสภาพ ของเนอปอคร่วมอยู่
ก้วย, อาจต้องใ้การทำให้พลโมนารีย-
วเชคชนรวมกยคคอรตเคชน หรือออราโหม
พลาสตย.

ผลของการรักษา ทาง คัลยกรรมขึ้นอยู่
กัย ระยะเวลาผู้ บัวยเวมเป็น จนมาหา คัลย-
แพทยและพยาธิสภาพท เปลี่ยนแปลง ไปเป็น
สำคัญ.

แผนกคัลยศาสตร์ รัยคนไขเอมพยอมมา
ไว้ ทั้งหมด ๑๒๒ ราย. ได้ทำผ่าตัดชุนิก

ต่าง ๆ รวม ๑๕๗ ครั้ง. ทายเนอจจากการ
ทำผ่าตัด ๓ คน, ทายเพราะโรคค้ำเนินไป
มากแล้วหรือมีโรคแทรกซ้อน ๗ คน.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ คาสตราจารย์
นายแพทย์อคม โปษะกฤษณะ, หัวหน้า
แผนกคัลยศาสตร์ที่อนุญาตให้ผู้รายงานนำ
เรื่องนเสนอที่ประชุมวิชาการ, และขอขอบ
คุณหน่วย ภาพการแพทย์ ที่แผนกกายวิภาค
ศาสตร์ ได้ ช่วย จิต ทำกรรภาพให้ อย่าง
สวยงามและชัดเจน.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the fore-going Report)

SURGICAL TREATMENT OF EMPYEMA

Kampol Prachuabmoh, M.B., M.S. (Colo.) and Theera Limsila, M.B.

(Dept. of Surgery)

(Head of Dept.: Professor Dr. Udom Poshakrishna)

There were 122 surgical cases of empyema during the years 1950 to 1959, which involved the male sex markedly more than the female (3:1) and the right side slightly more than the left (65:57). The ages ranged from 3 months to 65 years. The more frequent causes were lobar pneumonia (35 cases), trauma (32 cases), tuberculosis (17 cases) and ruptured hepatic abscess (14 cases). Staphylococci were by far the predominating causative organism. The most important complications were bronchopleural fis-

tulae (16 cases) and empyema necessitatis (15 cases). Continuous closed drainage was applied in most cases (112), about equally by intercostal puncture and by rib resection. Decortication was necessary in 18 cases and thoracoplasty in 16. Results of drainage were good in 27 cases, fair in 36, and not satisfactory in 42. Altogether there were 3 deaths attributable to operation, while 14 occurred subsequently to operation.

(Two tables.)

พยาธิสภาพที่พบในผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคเอ็มพีอีมา

นิวัฒน์ จันทรกุล พ.บ. ญัฐ ภมรประวัตติ พ.บ., D.Sc. Med. (Penn.)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ดันสุรต)

ในปัจจุบันนี้ การใช้แอนติไบโอติกและ
คลัยกรรมทรวงอกได้เจริญรุดหน้าไปมาก.
ผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ,
เช่นปอดอักเสบ, จึงมีโอกาสมากที่จะได้
รักษาให้หายโดยรวดเร็วและปลอดภัย. แต่
ก็ปรากฏว่าในบางกรณีการรักษาดังกล่าวยังไม่
ได้ผลสมบูรณ์เท่าที่ควร. โรคเอ็มพีอี-
มาซึ่งมักจะเกิดเป็นโรคแทรกของโรคติดเชื้อ
ในบริเวณทรวงอก, จึงยังเป็นปัญหา
สำคัญในการรักษาอยู่. จำนวนผู้ป่วยเอ็ม-
พีอีมาที่ถึงแก่กรรมก็มีจำนวนค่อนข้าง
มาก. ในระยะเวลา ๓ ปี, ระหว่าง พ.ศ.
๒๕๐๐ ถึง ๒๕๐๒ มีผู้ป่วยตายในโรง
พยาบาลศิริราชทั้งหมด ๖,๓๗๖ ราย,
แผนกพยาธิวิทยาได้ทำการตรวจศพเพียง
๒,๓๔๕ ราย, ซึ่งเท่ากับ ๓๖.๕ ปร.ศ.
(ตาราง ๑), หรือพูดง่าย ๆ ว่าในผู้ป่วยที่
ตาย ๓ รายเราได้ตรวจศพ ๑ ราย. ใน
จำนวนผู้ป่วยตาย ๒,๓๔๕ รายที่ได้ตรวจ
ศพ, เป็นผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคเอ็มพีอีมา

เรื่องย่อ จันทรกุล, นิวัฒน์, กับญัฐ ภมรประวัตติ.
พยาธิสภาพที่พบในผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคเอ็ม-
พีอีมา, สารศิริราช ๒๕๐๔ (ก.ศ. ๑๕๖๑),
๑๓ : ๑๔๖-๑๕๕.

ผู้รายงานศึกษารายงานการตรวจศพผู้ตาย
ด้วยเอ็มพีอีมา ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๐ กับ
๒๕๐๒ รวม ๕๕ ราย. เด็กกับผู้ใหญ่ประมาณ
เท่า ๆ กัน. เด็กอายุต่ำกว่า ๖ เดือน และผู้ใหญ่
อายุ ๕๐-๖๐ ปี อัตราตายสูงมาก. ส่วนมากตาย
ภายใน ๑๕ วันแรกในโรงพยาบาล. ต้นเหตุของ
เอ็มพีอีมา ส่วนใหญ่ เป็นเหตุภายในปอด
(บรูซเซลลา, นิวโมเนีย, ฝูนิปอด, วัณโรค,
ไลบารีปนีวโมเนีย). ประมาณเศษหนึ่งส่วนสี่มี
ต้นเหตุอยู่ภายนอกปอด (มะเร็ง, เสปติซีเมีย,
ฝีอะมีบิกของตับ, อีเอสอีไอเอ็มอีไอเอส). โรค
แทรกมีเพียง ๕ รายใน ๕๕ ราย. ที่พบบ่อยคือ
เพอริคาร์ดิติส. พยาธิสภาพที่สำคัญของเอ็ม
พีอีมาซึ่งเห็นด้วยตา คือ เอ็กซูเดท, ซึ่งมี
ลักษณะต่าง ๆ. ที่พบบ่อยที่สุดคือเป็นหนอง.
สำหรับพยาธิสภาพที่พบด้วยจุลทัศน์ผู้รายงาน
ได้ใช้วิธีกำหนด ชั้น สำหรับ ปริมาณ ของ ส่วน
ประกอบในถุงหนอง, แล้วเขียนการเปลี่ยนแปลง
เป็นกราฟเทียบกับเวลา, เพื่อศึกษา
กระบวนการหายจากโรคว่าดำเนินไปอย่างไร,
และลงความเห็นว่าการรักษาทางยาให้ผลด้านนี้
ไม่น่าพอใจ.

ตารางที่ ๑

จำนวนตรวจศพในระยะสามปีที่ผ่านมา

พ.ศ.	จำนวนคนตาย	จำนวนตรวจศพ	ปช. ได้ตรวจศพ	จำนวนตรวจศพ เอ็มพีอิม่า	ปช. ที่ได้ตรวจศพ เอ็มพีอิม่า
๒๕๐๐	๒๐๑๕	๖๗๕	๓๓.๖	๑๘	๒.๖๕
๒๕๐๑	๒๓๓๐	๗๘๕	๓๓.๗	๑๕	๑.๕๑
๒๕๐๒	๒๐๒๗	๘๘๑	๔๓.๕	๒๒	๒.๔๕

๕๕ ราย. จากรายการศพอนมายนอย่างคร่าว ๆ ได้ว่า จำนวน ผู้ช่วยตาย ค้วยโรคเอ็มพีอิม่าคงเป็น สุ่มเท่า ของจำนวนที่ได้อำนาจตรวจศพ. ทงนทเพราะโรคนไม่มผู้ใดสนใจเป็นพิเศษ. อัตรากษพทได้รรับการตรวจกคงอยัในระดับประมาณ ๓๐ ปช. กงกล่าวแล้ว. เมอเขนเข่นนน่าจะมีผู้ตายค้วยเอ็มพีอิม่าประมาณ ๕๕ รายต่อย, หรือพูดได้ว่า ทก ๆ เจ็ดวัน จะมีผู้ช่วยในโรงพยาบาลของเราดงแก่กรรมค้วยเอ็มพีอิม่า ๑ คน.

ผู้รายงานได้ศึกษารายงานการตรวจศพผู้ช่วยที่ตาย ค้วยโรคเอ็มพีอิม่าที่ มอยู่ในแผนกพยาธิวิทยา, โรงพยาบาลศิริราชจำนวน ๕๕ ราย, ได้ทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิทเห็นได้ค้วยตาเปล่าจากรายการที่ขนทกไว้ ในรายงาน, และ

การเปลี่ยนแปลงทางจุลทัศน์จากเซคชันทมเกยไว้. เซคชันทนามาคึกษาไตพิกลส์ในน้ายาเช่นเคอร์-ฟอร์มาลีนและย้อมค้วย สียมาที่อกซัลลิน-อี โฮลีน.

ความมุ่งหมาย ของเราในการศึกษานักเพื่อที่จะหาคว่า จะมีข้จยอะไรอย่างใหม่ ที่จะช่วยอธิบายการตายของผู้ช่วยประเภทน.

จากตาราง ๒ เห็นได้ว่าในผู้ช่วยที่ตายค้วยเอ็มพีอิม่า ๕๕ ราย, เป็นเด็ก ๒๗ ราย ผู้ใหญ่ ๒๘ ราย. เด็กทมอายุต่ำกว่า ๖ เดือนมอัตราตายสูงมาก. ส่วนในผู้ใหญ่พบอัตราตายสูงระหว่างอายุ ๕๐-๖๐ ป.

ระยะเวลาที่ผู้ช่วยเอ็มพีอิม่าอยู่ในโรงพยาบาลต่างกนมาก. หากกำหนดเวลาทอยัในโรงพยาบาลต่ำกว่า ๑๕ วันเป็นระยะสั้นและเกิน ๑๕ วันเป็นระยะยาว, จะเห็นว่าผู้ช่วยเป็นเอ็มพีอิม่า ทตายภายในระยะ ๑๕

ตารางที่ ๒
อายุกับชนิดของเอ็มพโยมา

ผู้ป่วย	อายุ, ปี	จำนวนตรวจศพ เอ็มพโยมา	รวม	ระยะเวลาอยู่ ร.พ.		การรักษา	
				สั้น	ยาว	ทางยา	ทางผ่าตัด
เด็ก	ถึง ๑/๒	๑๔	๒๗	๒๓	๔	๒๓	๔
	๑/๒-๑	๓					
	๑-๒	๕					
	๒-๓	๒					
	๓-๖	๒					
	๖-๗	๑					
ผู้ใหญ่	๒๐-๓๐	๖	๒๔	๑๖	๑๒	๒๔	๔
	๓๑-๔๐	๒					
	๔๑-๕๐	๔					
	๕๑-๖๐	๑๐					
	๖๑-๗๐	๖					

วันแรกมีจำนวนมากมาย. ในเด็กมีถึง ๒๓ รายจากจำนวนทั้งสิ้น ๒๗ ราย, และถึง ๒๓ รายนรักษาทางยา. สำหรับผู้ใหญ่มี ๑๖ รายจาก ๒๔ ราย ที่ตายใน ระยะ ๑๕ วันแรก. ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางยา เช่นกัน (ตาราง ๒). เห็นได้ว่าถ้าหากจะลดอัตราการตายของผู้ป่วยเอ็มพโยมาลง, จะต้องมุ่งแก้ไขตั้งแต่ในระยะ ๒ สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว. หรืออีกนัยหนึ่ง น่าจะต้องถือว่า เอ็มพโยมาเป็นโรคที่ต้องการรักษาอย่างรีบด่วนโรคหนึ่ง, จะโดยทางยาหรือผ่าตัดก็ตาม.

ในด้านการรักษา เราแยกผู้ป่วยที่ได้รับความรักษาทางยาและการรักษาทางผ่าตัดออกจากกัน. การรักษาทางยานรวมถึงการใช้แอนติไบโอติก, การเจาะเพื่อวินิจฉัยและการดูดหนองออก. สำหรับการรักษาทางศัลยกรรม หมายถึง การรักษาโดยการทำโธราโคโตมีย์, หรือโธราคอสโตมีย์ร่วมกับการระบายหนองใต้หน้า (subaqueous drainage). ในประเภทนี้ได้รวมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยามาก่อน, แล้วมารักษาทางศัลยกรรม, อยู่ด้วย. ผู้ป่วยตายด้วยเอ็มพโยมา ๔๗ รายได้รับการรักษาทางยา,

ตารางที่ ๓
สมุฏฐานของเอ็มพัยอมา

เหตุ	รวม, ราย	เด็ก, ราย	ผู้ใหญ่, ราย
<u>เหตุภายในปอด</u>			
บรื่องไขปนัวโมเน็ย	๒๕	๑๕	๙
โลยารปนัวโมเน็ย	๑	—	๑
ฝึ ในปอด	๑๑	๙	๓
วัณโรค	๓	—	๓
รวม	๔๐	๒๔	๑๖
<u>เหตุภายนอกปอด</u>			
มะเร็งหลอดอาหาร	๔	—	๔
ฝึ บกในคัษทะเล	๒	—	๒
เส็ปคัษเม็ย	๓	๓	—
ข้อสคัโฮมยอ็ไลทิสของกระดูก	—	—	—
สันหลังส่วนอก	๑	—	๑
รวม	๑๐	๓	๑๑

๘ รายได้รับการรักษาทางศัลยกรรม, ซึ่ง
เป็นเด็กเล็ก ๔ รายและผู้ใหญ่ ๔ ราย.

จากตาราง ๓ เห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ตายด้วย
เอ็มพัยอมา ๕๕ รายนั้นพอจะแบ่งสาเหตุที่ทำให้
ให้เกิดเอ็มพัยอมาออกได้เป็น ๒ พวกใหญ่,
คือ เหตุ ภายใน ปอด กับ เหตุ ภายนอก ปอด.

พวกเหตุภายใน ปอด มี ทั้งหมด ๔๑ ราย,
เป็นเด็ก ๒๔ ราย, ผู้ใหญ่ ๑๗ ราย.

(สำหรับผู้ใหญ่ ใน ตาราง ลงไว้เพียง ๑๖
รายเพราะอีก ๑ รายนั้นรายงานและเช็คชัน
หาย, จึงไม่ได้รวมไว้.) ที่สำคัญคือบรื่อง
ไขปนัวโมเน็ย, ฝึ ในปอด, วัณโรค, และ

โดยวิธีนิวโมเนีย ตามลำดับพบมากน้อย. โดยเฉพาะ บริเวณนิวโมเนีย และ ฝั ใน ปอดซึ่งอาจ จะถือว่า เป็นโรคที่ กำเนิดของ พยาธิ สภาพ แขนง เคียว กัน นั้น เป็น สาเหตุ สำคัญที่ทำให้เกิดเอ็มพัยอมา. ข้อสังเกตนี้ ถ้าจะคิดต่อไปจะเห็นได้ว่าผู้ช่วยที่เป็น บริเวณ นิวโมเนียนั้น, ส่วนใหญ่ได้รับการ รักษาจากแพทย์รักษาส่วนตัวมาแล้ว, การ ให้แอนติไบโอติก ที่ ไม่ เพียงพอ หรือ ที่ เซอ โรคไม่แพ้ ค่อยๆทำให้อาจทำให้เกิดเอ็มพัย- อมาขึ้นได้มาก, และกว่าผู้ช่วยจะมาโรง พยาบาล, ก็เมื่ออาการเพียบหนักเสียแล้ว เกือบทั้งหมด. จะเห็นได้ว่าผู้ช่วยที่ถึงแก่ กรรม ส่วน มาก ตายใน ระยะ ๑๐ วันแรก, ซึ่งทำให้อัตราการตายของผู้ช่วยที่เป็น เอ็มพัย- อมาก่อนข้างสูง. ส่วนวัณโรคอาจทำให้เกิดเอ็มพัยอมาได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในราย ที่โรคดำเนินไปไกลแล้วหรือ ทรุดลงมาถึง เยื่อหุ้มปอด.

พวกเหตุนอกปอด มี ทั้งหมด ๑๔ ราย, เป็นเด็ก ๓ ราย, ผู้ใหญ่ ๑๑ ราย. สาเหตุที่พบคือเกิดภายหลังผ่าตัดมะเร็งของ หลอดอาหาร, เส้ปติชเมีย, ฝัอะมีบิกใน ติษทะเลเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอดและออสติโอมัย อิลิติสของกระดูกสันหลังส่วนอก, ตาม

ลำดับพบมากน้อย. ในรายผ่าตัดมะเร็งของ หลอดอาหาร นั้น หลัง ผ่า ตัด มี โรคแทรกที่ สำคัญคือมักมีการร่วตรงรอยต่อบ่อย ๆ ซึ่ง อาจทะเลเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด, ทำให้เกิด เอ็มพัยอมาขึ้น, ซึ่งเราพบถึง ๘ ราย. ส่วนเส้ปติชเมีย เป็น เพียง การวินิจฉัย ทาง คลินิกซึ่งนำมาใช้ในทันที, เพราะในการ ตรวจศพไม่พบ พยาธิสภาพ ที่ใด ที่จะอธิบาย การเกิดเอ็มพัยอมาได้เลย. พวกนมทั้งหมด ๓ ราย, เป็นเด็กอายุ ๑๐ วัน, ๓๐ วัน และ ๑๓ เดือน. สองรายมีอาการท้องเกิน, ค่อมามีอาการหอบเหนื่อย, หายใจเร็ว. ได้ รับการวินิจฉัย ทาง คลินิกว่าเป็น ท้องเกิน อย่างแรงประกอบด้วยอะซีโคสิส. ส่วนอีก ๑ รายมีอาการท้องเกินเรอวัง, แล้วเกิดคอ เจ็บชนิดเซ้ปติกและแผลนอนติชชัน. ผู้ช่วย ถึงแก่กรรมโดยการหายใจล้ม. เอ็มพัยอมา ที่เกิด จากการ ทะลุของ ฝัอะมีบิกในติษ มีอยู่ ๒ ราย, และทั้งสองรายพบว่าตำแหน่งของ ฝัอยู่ที่ติษกลับขวาตรงบริเวณใต้กะบังลม.

นายแพทย์จำลอง ทรัพย์สิน(*) ได้เคย รายงานไว้ว่าฝัอะมีบิกในติษที่ทะลุสู่ช่องเยื่อ หุ้มปอดพบได้ถึง ๑๓ ปช., และนายแพทย์ สุนทร ทัศนันทน์(๒) ได้รายงานไว้ว่า ฝัอะมีบิกในติษที่ ทะลุสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด มัก

เด็ก ๑ ราย, ผู้ใหญ่ ๓ ราย. ทุกรายเป็น
ชนิดกัมเขยอติด (adhesive) และมีลักษณะ
เว้นทวีเคลซ่ายเจริญเกินปรกติ (ฮัยเปอร์-
โทรฟีย์) ทง ท เห็น ค้วยตาเปล่าและ ค้วย
จลท์คั้น. เมกอิสตีในทิสพย ๑ รายในเด็ก.
มดงหนองทเมกอิสตีคั้นมห้องหน้า. ผู้ช่วย
รายนมีร่องไผ่ปุ่นวโมเนยทงสองขอกและ
เอมพยอมาทงสองข้าง. เมนินใจทิสพย ๑
ราย. มาอยู่โรงพยาบาลไคเพียง ๑ วันก
ตาย. อาการแจ่ง, อาการแสดงและผลการ
เจาะช่องสันหลัง ส่วนเอวซไป ทางเมนินใจ-
ทิส. แต่จากการตรวจศพพบว่าขึ้นผใน
ขอกควมก้วยเอมพยอมา, เซ็ปทิสสะเปลใน
ทิสและเมนินใจทิสชนิดหนอง. เอมพยอมา
เนเซสตีตาทิสพยในผู้ใหญ่ ๑ ราย. มี
ประวัติหอบเหนื่อย, นอนรายไม้ไคมา ๕
วัน. เจาะหนองในขอกข้อมคพขยาลไค
ชนิดโคลิฟอร์ม. ต่อมาเกิดฟิสตุลาที่ผนัง
อก. จึงไคทำผ่าคคเพอระบายหนอง. ต่อ
มาผู้ช่วยถึงแก่กรรม.

ลักษณะพยาธิที่เห็นด้วยตาเปล่าในโรค

เอมพยอมา จากการตรวจศพ ๕๕ ราย
และทยันทกไว้ในรายงานการตรวจศพ, พบ
ว่า ๓๐ รายมีเอกซเทศชนิดเป็นหนอง, ๔

รายมีเอกซเทศชนิดไฟบริน. สามรายมี
เอกซเทศชนิดเลอคปนหนอง. สองรายมี
เอกซเทศชนิดน้ำเหลืองปนหนอง. สิบหก
รายพบว่ามเขอหุ่มขอกหนาขน, พร้อมก้วย
มีเอกซเทศชนิดไฟบรินปกคลุมที่ผิวของเขอ
หุ่มขอกเล็กน้อย. ทงหมคนพบว่าเป็นโรค
เฉพาะช่องเขอหุ่มขอกข้างเกยว ๓๕ ราย.
อก ๒๐ รายเป็นทงสองข้าง.

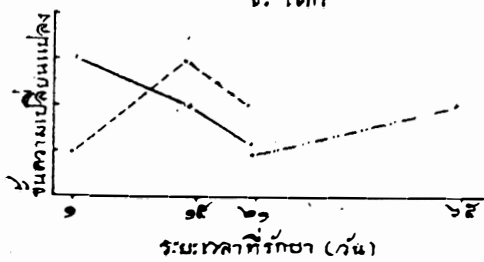
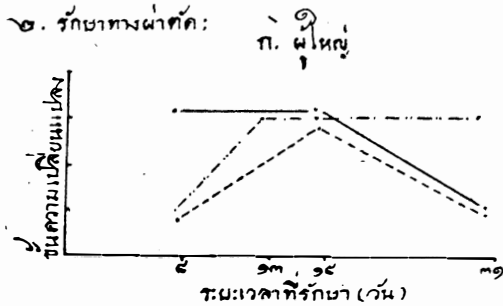
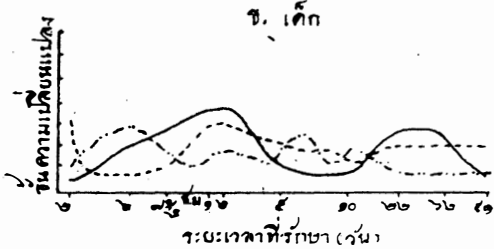
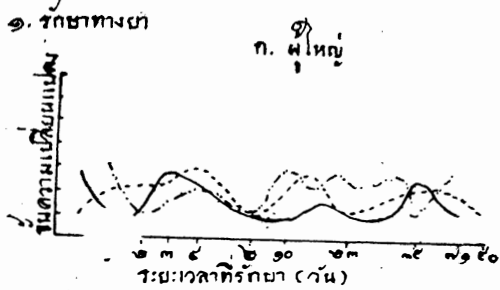
ลักษณะพยาธิที่เห็นด้วยจุลทัศน์ การ

ศึกษาค้วยกลองจลท์คั้นไคคเซ็คชันทคค
แล้วข้อมค้วยส้อมที่ออกซัยลัน และอิโอสัน.
การศึกษไคเฟ่งเล็ง ๒ ประการ, คือ:

๑. ศึกษาพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ ทัว
ร่างกายเพอหาคว้ามสิ่งผิดปรกติขอ ไคข่างท
จะช่วยอธิบายสาเหตุการตายของผู้ช่วย. เรา
ไคพยว่าไม่มีพยาธิสภาพจำเพาะอย่างไคท
จะช่วยอธิบายสาเหตุการตายของผู้ช่วยไค
เลยนอกจากในบางรายเช่นที่เขียนคาร์ซีโนมา
ที่ทลอคอาหารแล้วทำการผ่าคคและมีโรค
แทรก, ซึ่งพยว่ามีคาร์ซีโนมาชนิดกลุกลาม
เป็นคณ.

๒. ศึกษาพยาธิสภาพเฉพาะที่ตำแหน่ง
ของเอมพยอมา. เราไคทำการศึกษาโดย
มุ่งศึกษาปริมาณของเซลล์ที่แสดงลักษณะ

กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงลักษณะจุลทัศน์



— เชื้อค็อก
- - - - - ไฟบริน
- · - · - - ไฟโบรลีส

ไอ้กเสบ, ไฟบรินและไฟโบรลีส, และกำหนด
ขึ้นสำหรับปริมาณของส่วนประกอบต่างๆ ใน
ถุงหนองเอ็มพัยซิม่า (empyema sac) ดัง

กล่าว, ความความมากขึ้นตั้งแต่ ๑ + ถึง
๓ + . ต่อจากนั้นได้นำรายการดังกล่าวมา
โยงเส้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปริ-
มาณของส่วนประกอบต่างๆ กับเวลาที่ผู้ป่วย
ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล. ได้แยก
ประเภทผู้ป่วยออกเป็น ๔ ประเภท, คือ:

ก. รักษาทางอายุรกรรม (รวมทั้งการ
ตัดหนองออกด้วย)

๑. ผู้ใหญ่ ๒. เด็ก (ดูกราฟ ๑ ก.
และ ข)

ข. รักษาทางศัลยกรรม

๑. ผู้ใหญ่ ๒. เด็ก (ดูกราฟ
๒ ก. และ ข)

จากภาพกราฟ ๑ ก. และ ข (ผู้ใหญ่และ
เด็กที่รักษาทางอายุรกรรม) เห็นได้ว่าผล
ของการรักษาไม่เป็นที่พอใจ. เมื่อพบคอก
หลักกวิชาแล้ว, ปริมาณไฟบรินและเชลล์
แสดงการอักเสบควรจะลดลง. แต่ปริมาณ
ของไฟโบรลีสควรจะเพิ่มมากขึ้น. ถ้าหาก
การรักษาไม่ได้ผล, และถุงหนองเอ็มพัย-
ซิม่าเริ่มมีการหายจากโรคเกิดขึ้น. จาก
กราฟเห็นได้ว่าในบางรายแม้ทำการรักษาอยู่
ถึง ๗๐ วันแล้ว, ก็ยังพบเชลล์แสดงการ
อักเสบและไฟบรินอยู่ไต่เป็นจำนวนมาก, ซึ่ง
แสดงว่ายังคงมีอากาศอักเสบอยู่ตลอดเวลา.

ภาวะเช่นนี้พบได้ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่.

จากกราฟ ๒ ก. และ ข จำนวนผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่รับการรักษาทงคัลยกรรมที่นำมาวิเคราะห์ยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย. ฉะนั้นการวิจารณ์ผลก็ทำได้ไม่สมบูรณ์และอาจคลาดเคลื่อน. แต่จะเห็นได้ว่ากระบวนการหายจากโรคในผู้ป่วยที่รักษาทางคัลยกรรมดำเนินไปดีกว่า, เช่นในกราฟ ๒ ก. มีปริมาณไฟโบรสิสค่อนข้างสูง, แม้จะอาจพบเซลล์แสดงการอักเสบและไฟบรินอยู่บ้าง. สำหรับในเด็ก (ภาพกราฟ ๒ ข.) พบแต่ไฟโบรสิสอย่างเคี้ยว, ไม่พบเซลล์แสดงการอักเสบหรือไฟบรินเลย.

สรุป

จากการศึกษาพยาธิสภาพที่พบในผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคเอ็มพัยอิม่าไตจะสรุปผลได้ดังนี้:

- ๑. เอ็มพัยอิม่ายังเป็นโรคที่มอตราตายสูง. เมื่อได้คำนึงถึงความก้าวหน้าในการใช้แอนติไบโอติกและคัลยกรรมทรวงอกในยุคปัจจุบัน, น่าจะได้มีความพยายามที่จะ

ลดอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคนีกลงไปอีก.

๒. สาเหตุสำคัญของเอ็มพัยอิม่าไตแก่โรคติดเชื้อในทรวงอก, ซึ่งรวมทั้งปอดอักเสบและฝีในปอด. สาเหตุภายนอกทรวงอกที่น่าจะนึกถึงคือฝีในตับแตกเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด.

๓. ผลการรักษาทงอายุรกรรมไม่เป็นที่น่าพอใจ, เพราะแม้จะได้รักษาผู้ป่วยอยู่เป็นเวลานานนับเดือนก็ตาม, การศึกษาทงหนองเอ็มพัยอิม่าไตแสดงว่ามีการอักเสบดำเนินอยู่ต่อไปและกระบวนการหายจากโรคเกิดขึ้นน้อยมาก.

ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ประกฤษฏ์ ทัศนสุรศักดิ์ ทอนัญญาให้นำรายงานเสนอ, นายแพทย์นันทวัน พรหมผลิน และนายแพทย์ สภา ลิ้มพานิชกร ช่วยถ่ายภาพ.

เอกสาร

- ๑. หาริมสุต, จำลอง: "สิ่งที่ช่วยวินิจฉัยโรคฝีปอดจะมีปดในตับ." สารศิริราช ๑๕๕๔, ๖; ๔๕๑-๔๕๔.
- ๒. ทัศนันทน์, สุนทร: "อะมีบิอสิสของปอดและเชื้อหุ้มปอด." สารศิริราช ๑๕๕๑, ๘: ๓๗๗-๓๘๕.

PATHOLOGICAL FINDINGS IN EMPYEMA

Niwatn Chandrakul, M.B. and Nat Phamornpravat, M.B., D.Sc.Med. (Penn.)
(Dept. of Pathology)

Analysis of 55 necropsies in the three-year interval from 1957 to 1959 showed about equal incidence in children and adults, with unusually high mortality in infants under 6 months of age and adults in the age group 50-60. In most cases death occurred within fifteen days of hospitalisation. Bronchopneumonia, lung abscess, tuberculosis and lobar pneumonia were responsible for the fatal complication in three quarters of the number of cases; in the remaining cases it was brought about by carcinoma, septic-

emia, amoebic liver abscess and osteomyelitis. There were nine cases of supervening development, the most prevalent being pericarditis. The exudate was in most cases purulent. The authors used a system of grading different components of the empyema sac coupled with a graphical method for evaluating the efficacy of treatments. They concluded that the outcome of medical measures was not satisfactory.

(Four tables. Four graphs. Two references.)

เชื้อโรคที่ทำให้เกิดเอ็มพัยอมา

ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ.

(หน่วยวิทยาคัดเตรี, แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ดัณสุรัตน์)

จากการศึกษาตัวอย่าง ตรวจของ หนอง จากช่องเยื่อหุ้มปอด ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๙๗ ถึงกลาง พ.ศ. ๒๕๐๓ จำนวน ๓๕๐ ตัวอย่าง, ซึ่งได้จากผู้ช่วยรวม ๒๕๐ รายนั้น, ปรากฏผลว่าเพาะเชื้อขึ้น ๒๐๐ ตัวอย่าง. (๕๗%). ในจำนวนนี้ ได้ทำการทดสอบความ แพ้ยาประมาณครึ่งหนึ่ง (๑๐๒ ตัวอย่าง).

หนอง จาก ช่อง เยื่อหุ้ม ปอด ๓๕๐ ตัวอย่าง นี้ ได้ รัย จาก แผนก กุมาร เวช ศาสตร์ ๖๐.๕ ปร., จากแผนกอายุรศาสตร์ ๒๔.๐ ปร. และจากแผนกศัลยศาสตร์ ๑๕.๕ ปร.

เชื้ที่ตรวจพบมีดังนี้:

Staphylococcus	44.0 ปร.
Enterobacteria	19.5 ปร.
Diplococcus pneumoniae	17.5 ปร.
Streptococcus	7.0 ปร.
Mixed infection	7.0 ปร.
Haemophilus influenzae	5.0 ปร.

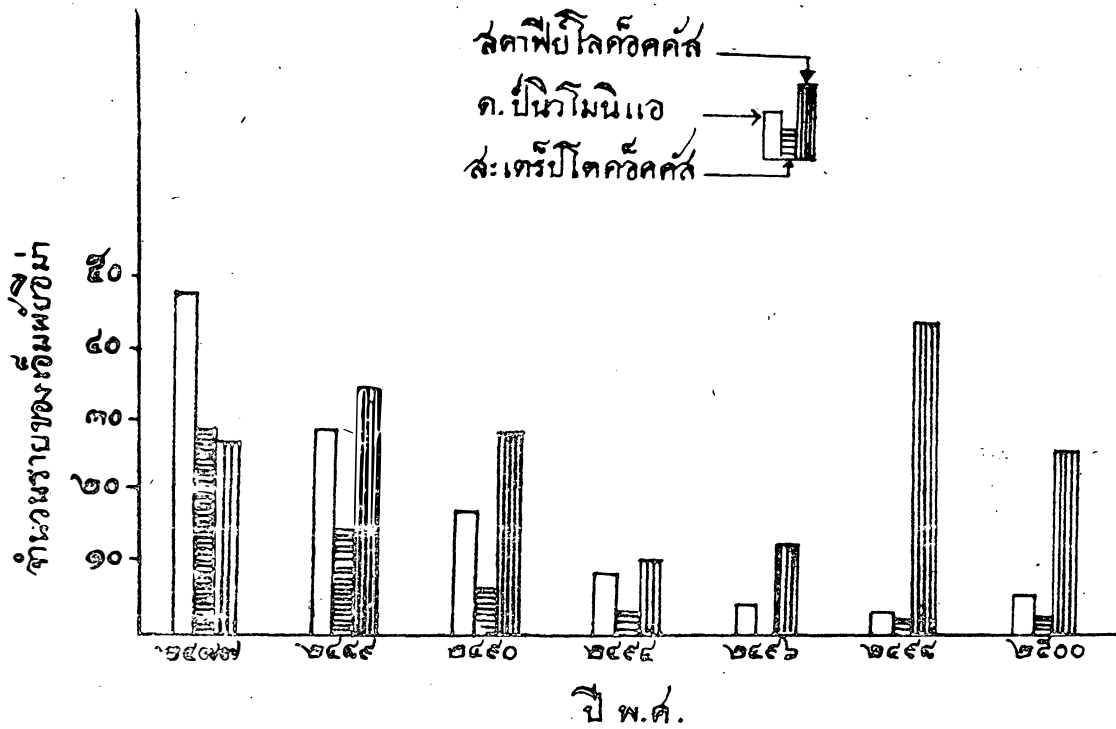
แต่ก่อนนพบว่ D. pneumoniae เป็น สาเหตุของเอ็มพัยอมาได้มากถึง ๖๐-๘๐ ปร. รองลงไปได้แก่ Streptococcus pyogenes (15-20 ปร.). ส่วนน้อยบนอกนั้น

เรื่องย่อ ทองเจริญ, ประเสริฐ. เชื้อโรคที่ทำให้เกิดเอ็มพัยอมา. สารศิริราช ๒๕๐๔ (ค.ศ. ๑๙๖๑), ๓๓: ๑๕๖-๑๖๐.

ในการเพาะเชื้อในหนองที่ได้จากการเจาะช่องเยื่อหุ้มปอดผู้ป่วยเอ็มพัยอมาส่งจากแผนก กุมารเวชศาสตร์, อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ในพ.ศ. ๒๔๙๗ ถึง ๒๕๐๓ รวม ๓๕๐ ตัวอย่าง, มีเชื้อขึ้น ๒๐๐ ตัวอย่าง (๕๗ ปร.), ได้แก่ ชนิดสตาฟัยโลค็อกคัสมากที่สุด. รองลงไปคือเอ็นเตอโรแบคทีเรีย. ส่วนดีปโลค็อกคัส-ปนีวโมนิแอเป็นที่สาม. ได้แสดงผลการทดสอบความแพ้ยาแอนติไบโอติกหลายชนิด และเสนอข้อควรปฏิบัติในการส่งตัวอย่าง หนอง ตรวจเพื่อเพาะเชื้อด้วย.

เป็นสตาฟัยโลค็อกคัส, เอ็นเตอโรแบคทีเรีย, และหลายเชื้อปนกัน. ต่อมาหลังการนำยาประเภทซัลฟาเข้ามาใช้ (พ.ศ. ๒๔๙๕) ปรากฏว่าสาเหตุของเอ็มพัยอมา จากเชื้ ค. ปนีวโมนิแอ, และสเตรปโตค็อกคัสลดลง, แต่ของสตาฟัยโลค็อกคัส และเอ็นเตอโรแบคทีเรียสูงขึ้น. หลัง พ.ศ. ๒๔๙๔ เมื่อใช้เพนิซิลลิน และหลัง พ.ศ. ๒๔๙๐ เมื่อใช้สเตรปโตมัยซินในการรักษา

อุปการของเชื้อต่างๆในเอ็มพยอมา



โรคคืดเชื้อ, ก็ทำให้สาคัพโลกคือคัส
 ปีนวโมนิแอสลดลงต่อไปอีก. ถึง พ.ศ.
 ๒๔๙๗ เชื้อทงสองชนิดที่พบเป็นสาเหตุของ
 เอ็มพยอมาได้ลดลงเนื่องจากการใช้แอนติ-
 ไบโอติกที่กว้าง, แต่ลดลงในช่วงระยะ
 หงแห่งนั้น. หลังจากนั้นปรากฏว่าสาเหตุ
 ที่เกิดจากสาคัพโลกคือคัส และเอ็นเตอ-
 โรบคเทเรียได้เพิ่มสูงขึ้น, เพราะเชื้อพวกนี้
 คอต่อแอนติไบโอติกได้เร็วมาก. ต่อมาใน
 ระยะหลัง, คือ พ.ศ. ๒๕๐๒-๒๕๐๓,
 ได้เริ่มใช้คานามัยซินรักษา, จึงปรากฏ

ผลว่าพบเชื้อทงสองชนิดได้น้อยลง. เพราะ
 เชื้อทงสองชนิดนี้ไวต่อยาฆ่าอย่าง
 มาก. อาจเป็นเพราะราคายาแพงอยู่, จึงยัง
 ไม่ได้ใช้กันแพร่หลาย.
 สาเหตุอื่น ๆ ของ เอ็ม พย อ มา ที่ นอก
 เหนือไปจากขัคเตร, เช่น ฟังกสเราไม่ได้
 ตรวจเป็นประจำ, นอกจากจะแจ้งความจำนง
 มาเป็นราย ๆ ไป. พวกพาราสิตเช่นจากฝ
 บิดที่คยแตกเขาช่องเยอห่มปกคซึ่งพบเสมอ
 ในเขตรอนนั้น, เรามิได้ทำการตรวจ.
 ข้อเสนอแนะขงประการในการสังคตัวอย่าง

ตรวจทเษนนำจากช่องเยื่อหุ้มปอด เพอตรวจ เวลาครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังจากเจาะ. ถ้า
เพาะเชื้อ: ทำไม้ไค้ควรเก็บในตู้เย็น.

๑. ควรส่งตัวอย่างตรวจที่ไค้ครั้งแรก ก่อนให้แอนติไบโอติก.
๒. ควรส่งให้ถึงห้องปฏิบัติการภายใน ๓. ถ้าเจาะครึ่งหลังๆ ควรแจ้งให้ทราบด้วยว่าเจาะครั้งที่เท่าไค้, หลังจากไค้ใช้แอนติไบโอติกอะไรรักษาไปแล้้วยัง.

ตารางที่ ๑

สถิติตัวอย่างนำตุคจากช่องเยื่อหุ้มปอดที่ส่งตรวจ

พ.ศ.	จำนวน ตัวอย่าง ทั้งหมด	เอ็มพัยมีมา		เพาะเชื้อซัน		ทดสอบความแพ้ย้า	
		จำนวน	ปช.	จำนวน	ปช.	จำนวน	ปช.
2497	65	8	12.5	6	75	—	—
2498	59	14	23.0	5	36	2	40
2499	136	72	53.0	35	50	21	57
2500	99	30	30.0	21	70	15	75
2501	146	69	47.0	45	65	26	56
2502	140	81	57.0	37	46	20	54
2503*	132	76	60.0	51	68	18	40
รวม	777	350	42.0	200	57	120	51

ตารางที่ ๒

สถิติจำนวนตัวอย่างตรวจจากแผนกต่าง ๆ

พ.ศ.	จำนวนตัวอย่างตรวจ			
	แผนกกุมาร ฯ	แผนกอายุร ฯ	แผนกศัลย ฯ	รวม
2497	1	5	2	8
2498	8	4	2	14
2499	46	21	5	72
2500	19	8	3	30
2501	42	17	10	69
2502	48	13	20	81
2503*	48	16	12	76
รวม	212	84	54	350
ปช.	60.5	24.0	15.5	100.0

* เพียง ๖ เดือน

ตารางที่ ๓

สถิติชนิดของเชื้อ

เชื้อ	2497	2498	2499	2500	2501	2502	2503	รวม	ปช.
Staphylococcus	3	3	16	8	14	16	16	76	44.0
D. Pneumoniae	2	—	6	6	7	5	4	30	17.5
Strept. beta	—	—	—	1	1	—	—	2	7.0
อื่น ๆ	—	—	—	—	1	1	8	10	
H. Influenzae	—	—	2	1	—	2	4	9	5.0
<u>Enterobacteria</u>									
E. Coli	—	2	2	2	8	6	3	23	13.5
Proteus	—	—	—	1	—	2	—	3	1.5
Psuedo.	1	—	—	1	—	1	2	5	2.6
Klob-Aer.	—	—	—	1	—	—	1	2	1.3
S. Para. B	—	—	—	—	1	—	—	1	0.6
หลายเชื้อปนกัน	—	—	4	—	2	—	5	11	7.0
รวม	6	5	30	27	34	33	43	172	100.0

ตารางที่ ๔

สถิติชนิดของเชื้อ, เทียบกับท้องถิ่น

แหล่ง รายงาน	พ.ศ.	จำนวน รวม	D.Pneumo. ปช.	Strept. ปช.	Staph. ปช.	Entero- bact. ปช.	H. infl. ปช.	ผสม ปช.
Shank	2470- 2474	169	74.0	20.0	3.0	3.0	—	—
พินแดน	2475- 2482	500	63.4	15.6	4.8	7.0	—	9.2
ศิริราช	2497- 2503*	172	17.5	7.0	44.0	19.5	5.0	7.0
ศิริราช	2497	6	34.0	—	50.0	16.0	—	—
..	2498	5	—	—	60.0	40.0	—	—
..	2499	30	20.0	16.0	54.0	6.5	6.5	13.0
..	2500	21	30.0	5.0	40.0	20.0	5.0	—
..	2501	43	20.0	5.8	40.0	28.4	—	5.8
..	2502	33	15.0	3.0	50.0	26.0	6.0	—
..	2503*	48	9.3	18.6	37.5	14.0	9.3	11.3

สารศิริราช

ตารางที่ ๕

ผลการทดสอบความแพ้ยา

พ.ศ.	ความแพ้ยา	เอริย์โรธ. ปช.	ซลอร์แอม. ปช.	เตตรา. ปช.	เพนิ. ปช.	สเตรีป. ปช.	คานา. ปช.	แวนโค. ปช.
2499	มาก ปานกลาง น้อย ทนทาน	100	100	33 50 22	10	25 75		
2500	มาก ปานกลาง น้อย ทนทาน	100	100	30 50 20	30 70	20 80		
2501	มาก ปานกลาง น้อย ทนทาน	90 10	90 10	60 10 30	10 90	20 40 40		
2502	มาก ปานกลาง น้อย ทนทาน	100	50 20 10 20	30 10 60	20 80	30 20 20 30	100	
2503	มาก ปานกลาง น้อย ทนทาน	80 20	50 20 10 20	50 20 30	20 80	40 30 20 10	100	100

(Summary of the preceding Report)

CAUSATIVE ORGANISMS OF EMPYEMA

Prasert Thongcharoen, M.B.

(Dept. of Pathology)

(Head of Dept.: Professor Dr. Pradisth Tansurat)

Culture of 350 specimens of pus aspirated from cases of empyema in the wards of pediatrics, internal medicine and surgery during the years 1954 to 1960 gave positive result in 200 specimens (57 percent). Staphylococci were the most frequent, followed by entero — bacteria

and *D. pneumoniae*. Sensitivity tests gave evidence of increasing tolerance to some of the commonly employed antibiotics, such as penicillin, tetramycin and chloromycetin.

(Five tables.)

บทบรรณาธิการ

ความแม่นยำของการทดสอบความแม่นยำ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาจำพวกซัลโฟนาไมด์และแอนติไบโอติกทำให้แพทย์มียาหลายต่อ หลายขนานสำหรับเลือกใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อ. แต่ยาขนานหนึ่ง ๆ มีสรรพคุณ คัดลึกลับ เฉพาะสำหรับเชื้อโรคบางอย่างเท่านั้น, และอาจไม่มีฤทธิ์เลยสำหรับเชื้อชนิดอื่น ๆ. แม้ยาบางอย่างจะมีฤทธิ์แผ่กว้าง, เช่นเพนซิลลิน, สามารถฆ่าหรือระงับเชื้อได้หลายชนิด, แต่ก็ยังไม่มียาขนานใดที่ใช้ได้สำหรับเชื้อทุก ๆ อย่าง. ดังนั้นจึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาให้เหมาะสมกับชนิดของเชื้อเป็นราย ๆ ไป. ในการที่เราได้อาศัยวิชา "ทดสอบความแม่นยำ" (เส้นสีฟิวทียเทสต์) ของเชื้อค้อยาต่าง ๆ เป็นเครื่องนำทาง, ซึ่งให้ความสะดวกเป็นอย่างยิ่ง. อย่างไรก็ตาม, การทดสอบย่อมมีข้อจำกัดอยู่มาก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับความแม่นยำ, จึงจะบรรยายโดยสังเขปต่อไปนี้.

ต้นเหตุกลุ่มแรกของความผิดพลาดเป็นเรื่อง เกี่ยวกับ วัตถุ ที่ ส่ง ไป ทำการ ทดสอบ,

เช่น หนอง, เลือด, บัสสาวะหรือสิ่งละเอียดจากแผล. วัตถุพวกนี้อาจไม่ได้รับการฉอมที่ถูกต้อง, เช่นปล่อยไว้ให้แห้ง, ถูกความร้อนจัดเกินไป, เก็บไว้นานเกินไป, เป็นต้น. เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้เชื้อที่เขตนั่นแท้จริงของโรคตายไปเสียก่อนแล้วหรือจนไม่อาจออกงามต่อไป, และเชื้อที่เพาะขึ้นอาจเป็นเพียงเชื้อที่รวมอยู่ด้วยเท่านั้น. เชื้อที่ปนเขตน, เช่นจากอากาศหรือภาชนะที่ใช้, ซึ่งได้มาจากท่อน, อาจออกงามเร็วกว่าเชื้อที่แท้และทำให้ผลการทดสอบผิดไป, เพราะเป็นการยากที่จะตัดสินว่าเชื้อใดเป็นอะไร. เหตุผิดพลาดเหล่านี้อาจป้องกันได้โดยปฏิบัติ การเก็บ และ ส่ง วัตถุ ด้วยความเคร่งครัดตามเทคนิคของวิทยาจุลชีววิทยา. เหตุที่เกี่ยวข้องที่ส่งตรวจออกซอหนึ่งซึ่งอาจทำให้เกิดความผิดพลาด, คือการที่มียาฆ่าเชื้ออยู่ในวัตถุขณะเสียก่อนแล้ว, เช่นเลือดที่เจาะจากคนไข้ หลังจากที่ได้ให้เพนซิลลินหรือแอนติไบโอติกอื่น, เป็นต้น. ยาที่คอกไปด้วยนั้นอาจฆ่าหรือระงับการเจริญของเชื้อ, หรือ

อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความแพ้น้อยลง ๆ หนึ่งก็ได้. เรืองนธางของกันใดโดยง่าย, คือเก็บวัตถุที่จะส่งไปทดสอบเสียก่อนที่จะบริหารยา.

ต้นเหตุกลุ่มที่สองของความผิดพลาดที่อาจมีขึ้น, เป็นเรื่องของเทคนิคทางยศาสตร์ โดยเฉพาะ. ประการแรกเกี่ยวกับการปลูกเชื้อ, ซึ่งอาจใช้วัตถุที่ปลูกมากเกินไปหรือน้อยเกินไปก็ได้. ประการที่สองเกี่ยวกับอาหารที่ใช้เพาะ, ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับชนิดของเชื้อที่เกี่ยวข้อง. ที่สำคัญไม่น้อยเหมือนกัน คืออาหารรณการบวกรวมการแสดงฤทธิ์ของยา, ซึ่งก็จะทำให้ผลผลิตไปได้. ประการที่สามเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้พัก, ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับเชื้อบางชนิด. โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อที่งอกช้ามากเป็นเหตุให้ความผิดพลาดมาก. อดหมิ่นที่ใช้พักก็อาจทำให้ผลผลิตได้. ประการที่สี่เกี่ยวกับการแยกเชื้อ. กล่าวตามทฤษฎีความแม่นยำจะมีได้ก็ต่อเมื่อแยกเอาเชื้อออกมาเป็นชนิด ๆ โดยโคกเดี่ยวเท่านั้น. แต่การกระทำเช่นนั้นย่อมเสียเวลามาก, และอาจไม่ทันกาลในบางราย. ดังนั้นในการปฏิบัติโดยทั่ว ๆ ไปจึงนิยมใช้วิธีทดสอบแบบรวมกลุ่ม, หรือแยกเพียงใกล้เคียงเท่านั้น. วิธีนี้

ย่อมทำให้เกิดการผิดพลาดได้ไม่น้อย.

ต้นเหตุกลุ่มที่สามเกี่ยวกับระบบที่ใช้ในการทดสอบความแพ้. ในปัจจุบันมีระบบที่ใช้แพร่หลายอยู่สองระบบ, คือระบบ "ซีลันเคอร์-เพลต" กับระบบเทอร์บิเคเมตรี. ระบบแรกใช้อาหารแข็งและวัดผลของยาตามความกว้างของบริเวณวงที่มีการเจริญเชื้อ. ส่วนระบบหลังใช้อาหารน้ำและอาศัยความใสหรือความขุ่นของอาหารเป็นเครื่องวัดความมากน้อยของฤทธิ์ยา. วิธีแรกทดสอบยาหลายขนานได้ในเพลตเดียวกัน, ทำง่ายและหมักเปลืองน้อย. ดังนั้นจึงเป็นที่นิยมแพร่หลาย. วิธีหลังสิ้นเปลืองมากทั้งเวลา, สิ่งของและพลังงาน, แต่ให้ผลชัดเจนและแม่นยำมากกว่า. ส่วนมากนิยมใช้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ที่ของการความแม่นยำเป็นพิเศษ, เช่นเกี่ยวกับการค้นคว้า. แต่วิธีแรก อาจ ก่อ ความ เข้าใจผิดได้มาก ๆ เหมือนกัน, เพราะความกว้างของวงเจริญเชื่อนั้นไม่ได้เป็นส่วนสัดส่วนกับความแรงของยาเสมอไป. มีปัจจัยหลายอย่างที่สามารถรบกวนได้, เช่นเกี่ยวกับความสามารถซึมซาบของยาในอาหารแข็งที่ใช้, ความแห้งที่พื้นผิวของอาหาร, เป็นต้น. ดังนั้นในรายที่มีความสงสัย, การเปลี่ยนไปใช้วิธีอาหารเหลวหรือเทอร์บิเคเมตรีอาจช่วยทักสินได้.

ทันเหตุกลุ่มสุดท้ายเกี่ยวกับการตัดสินใจของนักวิเคราะห์โดยเฉพาะ, ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่สุด. ถึงแม้ว่าจะได้มีการปรับปรุงหลายอย่างในวิธีการจนทำให้ความยากลำบากเหลือน้อยมากและดูเหมือนว่าโอกาสที่จะแปลผลผิดพลาดแทบไม่มีเลยแล้วก็ตาม, จะตัดสินใจผลของการทดสอบคล้ายกับอ่านเครื่องคิดเลข, หรือวัดด้วยเครื่องจักรหาได้ไม่. จำต้องใช้วิจารณญาณประกอบด้วยเสมอ. ผู้ตัดสินนั้น นอกจากจะต้องเป็นผู้ชำนาญในเทคนิคของวิทย์ยาศาสตร์โดยเฉพาะ, ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับฝ่ายรักษาและมีประสบการณ์เพียงพอ, จึงจะตัดสินได้ว่าผลอย่างไรเป็นตัวอย่างไหนเป็นเท็จ. ข้อที่จะต้องนำมาซึ่งน้ำหนักเพื่อลงความเห็นมีมากมาย, เช่น ลักษณะพิเศษของเซอเกี่ยวกับอาหารที่ใช้เพาะ, ลักษณะของยาที่ใช้ทดสอบเกี่ยวกับการละลาย, การซึมซ่าน, การคงตัว, การสลาย, ภาวะเหมาะแก่การแสดงฤทธิ์, ปริมาณของวัตถุที่นำมาใช้เพาะ เซอ, "อายุ" ของวัตถุที่นำมาใช้เพาะออกจาก

ร่างกาย, คุณภาพของอาหารที่ใช้เลี้ยง, ระยะเวลาที่ใช้พัก, อุณหภูมิที่ใช้ในการพัก, ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจดูผล, เป็นต้น. จากนั้นจะเห็นว่าผู้ที่ทำการทดสอบจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านเทคนิค, และผู้ที่ตัดสินผลต้องเป็นผู้มากด้วยประสบการณ์พอที่จะใช้วิจารณญาณได้โดยสมบูรณ์เหมาะสมกับความจำเป็น.

ในที่สุดแพทย์ผู้รักษาต้องไม่ลืมว่าปฏิกริยาต่างๆ ในแกวักยในกายอาจต่างกันได้มากและการใช้ยานั้นเป็นศิลปะเท่าๆ กับเป็นวิทยาการ, ไม่เป็นการบังคับว่าจะยึดเกาะแน่นหนายึดกับเครื่องวัดที่ตายตัวใด ๆ. การทดสอบความแพ้ยานนำมาประยุกต์ในการใช้แอนติไบโอติกและซัลโฟนาไมด์เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์มาก, แต่ไม่ควรถือเป็นเพียงเครื่องแนะนำเท่านั้น, ไม่ใช่เครื่องงมมือ. ประสบการณ์และวิจารณญาณของแพทย์เอง, ซึ่งสร้างขนบหลักวิชาที่มั่นคง, เป็นแผนกคานในการรักษาที่มีประโยชน์เห็นอสงอน ๆ ทั้งหมด.

แผนย่อเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้: อวย เกตุสิงห์ พ.ด., สอนง อุนากุล พ.ด., M.S., สมโพธิ พุกกะเวส พ.บ., M.Sc.Med.
เกษียร ภัฏคานนท์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., สมภพ เรื่องกระกุล พ.บ.,
กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., ขวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ., ปรีชา เจตนะสิลปิน พ.บ., รพิน สุชะวณิช พ.บ.,
ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

๑. Malhotra, M.S., et al. ผลของอุณหภูมิแวดล้อมต่อเมตาบอลิซึมในภาวะพักและทำงาน J. Appl. Physiol. 1960, 15: 769-771.

ผู้รายงานได้ศึกษาเบซัลเมตาบอลิซึมในผู้อาสาสมัครชาย ๗ คน เป็นครั้งคราวตลอดเวลาหนึ่งปี, และได้วัดการใช้พลังงานของทหาร ๑๑ คนระหว่างฤดูร้อนและหนาว, โดยให้ทำงานแบบเดียวกัน (เช่นฝึกหัด, ทำกายบริหาร, ฯลฯ). อุณหภูมิแวดล้อมแกว่งระหว่าง ๘ ถึง ๓๕°ซ. ระหว่างการศึกษา. เบซัลเมตาบอลิซึมเฉลี่ยในขั้นต่ำ ๓๔.๕ กิโลแคลอรีต่อตารางเมตรต่อชั่วโมง, ในขั้นสูง ๓๖.๕ กิโลแคลอรีต่อตารางเมตรต่อชั่วโมง. การใช้พลังงานของพวกทหารระหว่างฤดูร้อนกับฤดูหนาวต่างกันเพียง ๓ ๒๕., ซึ่งผู้รายงานเห็นว่าเป็นเพราะแต่งตัวมากจนและหนักจนในฤดูหนาว. สรุปว่าระหว่างฤดูร้อนกับฤดูหนาวไม่มีความแตกต่างกันในเมตาบอลิซึม, นอกจากที่เป็นผล

ของการเพิ่มน้ำหนักแก่ร่างกายด้วยเครื่องแต่งตัว.

(หมายเหตุของผู้ย่อ: เรื่องนี้ยังมิขอส่งสัยหลายประการ.)

อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

๒. Handler, J.S.: บทบาทของกรดแลคติกในการลดการซึมถ่ายกรดยูริกในรายที่เป็นนครรภพิษ. J. Clin. Invest. 1960, 39: 1526-1532.

ในการทดลองกับสัตว์มีครรภ์ปกติ ๑๐ รายและนครรภพิษ ๑๕ รายในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างกรดแลคติกในเลือดกับเคลียร์แรนซ์ของกรดยูริก. คือในรายที่คงครรภ์ธรรมดา, ระดับของกรดแลคติกในเลือดกับเคลียร์แรนซ์ของกรดยูริกปกติ. แต่ถ้าฉีดโซเดียมแลคเตทเข้าหลอดเลือดพบว่าเคลียร์แรนซ์ของกรดยูริกลดลงมาก. ผลนี้ตรงกับในรายของนครรภพิษซึ่งพบว่ากรดแลคติกในเลือด

สูงและเคลียร์วานซ์ของกรดยูริกในเลือดอื่นเป็นเหตุให้เกิดฮัยเพอร์ยูริซีเมีย. ผู้รายงานเข้าใจว่ากรดแลคติกที่คงช่วยให้มีการตกกลับของกรดยูริกในทบทลของไตเพิ่มขึ้น.

สนอง อุณาภุท พ.ด., M.S.

๓. Leeper, R.D., et al: ฮัยเพอร์ยูริซีเมียในมิกซ์คิม่า. J. Clin. Endocrinol. Metab. 1960, 20:1457-1466.

ผู้รายงานได้วิเคราะห์กรดยูริกในซีรัม. หาปริมาณและอัตราการขับถ่ายกรดยูริกในปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมงในผู้ป่วยที่เป็นมิกซ์คิม่า ๒๘ ราย, เปรียบเทียบกับรายที่เป็นฮัยเพอร์ฮัยรอยคิซึม ๗ รายและคนปรกติ ๓๓ ราย. ปรากฏว่าผู้ชายที่เป็นมิกซ์คิม่าเกือบทั้งสิ้นกับหนึ่งในสามของผู้หญิงที่ช่วยด้วยโรคนมกรดยูริกในซีรัมสูงกว่าปรกติ, แต่ปริมาณและอัตราการขับถ่ายกรดยูริกในปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมงของทั้งสองเพศต่ำกว่าธรรมดา. ส่วนในรายผู้ป่วยที่เป็นฮัยเพอร์ฮัยรอยคิซึมได้ผลตรงกันข้าม.

ในรายของมิกซ์คิม่าเมื่อให้ไตรไฮโดรโคโรนินหรือกรดไตรไฮโดรโคโรนินไป-ยีนอนิกในขนาดที่เพิ่มอัตราเมตาบอลิซึมให้เป็นปรกติ, พบว่าทำให้มีการขับถ่ายกรดยูริกเพิ่มและระดับในซีรัมลดลง. ผู้รายงาน

เข้าใจว่าฮัยรอยคิซึมโรโมนคงออกฤทธิ์โดยตรงต่อไตในการขับถ่ายกรดยูริก.

สนอง อุณาภุท พ.ด., M.S.

๔. Richmond, H.G.: การทำให้เกิดซาร์โคมาขึ้นไตในหนูด้วยเหล็ก-เคกซ์ตรานาค้อมเปล็กซ์. B.M.J. 1959, 1:947.

ในหนูพุกที่เคบโตเต็มที่แล้วและได้รับการฉีดยาเหล็ก-เคกซ์ตรานาค้อมเปล็กซ์เข้ากล้ามเนื้อสัปดาห์ละครั้ง ได้ปรากฏซาร์โคมาขึ้นในตำแหน่งที่ฉีกระหว่างเคอนที่ ๑๑ และเคอนที่ ๑๖. ในหนูที่เพ่งหย่านมที่ได้รับการฉีดยาชนิดเดียวกันสัปดาห์ละสองครั้งและหยดเมือครบ ๑๒ สัปดาห์ก็ปรากฏซาร์โคมาในตำแหน่งที่ได้รับการฉีดยาประมาณ ๗ เคอนต่อมาภายหลัง. แต่หนูที่ได้รับการฉีดยาเคกซ์ตรานอนเล็ก, น้เกล็ดหรือซัคณาเรเค็คออกไซค์ของเหล็กไม่ปรากฏก้อนเนื้องอกภายใน ๑๗ เคอนภายหลังฉีดยา.

ไม่ปรากฏว่ามีเมตาสเทสิสในสัตว์ทดลองที่เป็นซาร์โคมาเหล่านั้น. แต่เนื้องอกเหล่านั้นสามารถนำไปปลูกต่อสำเร็จ ๗๕ เปอร์เซ็นต์. แม้ว่าในอันดับวงศ์ (เจเนอเรชัน) แรกจะเจริญเติบโตช้าแต่ในอันดับวงศ์ต่อไปเจริญเร็ว.

หมายเหตุของผู้ย่อ: (๑) เนื่องจากมีการใช้เหล็ก-เท็กซทรานค้อมเปล็กซ์ฉกกันอย่างแพร่หลายในพวกที่เป็นโรคเลือดจางจากการขาดเหล็ก, เช่นในเด็กอ่อนที่เก็ก่อนกำหนด, การทดลองของนายแพทย์วิชมอนคนจึงทำให้ต้องสังวรณไว้มาก.

(๒) ได้อ่านทราจจากวารสาร Pediatrics 1960, 26:375. ว่าบริษัทเจ้าของยา "Inferol" ซึ่งเป็นชื่อการค้าของเหล็ก-เท็กซทรานค้อมเปล็กซ์ ได้สั่งเก็บยานจากท้องตลาดหมดทุกแห่งเพราะ ผลคาร์ซีโนเจนิกของมัน.

สมโพธิ พุกกะเวส P.U., M.Sc. Med.

๕. Blanco, G., A. Adam, D.R. Perez, A. Fernandez: โยโมทรานสฟลานเทชันอย่างสมบูรณ์ของหัวใจและปอดของสัตว์จำพวกสุนัข A.M.A. Arch. Surg. 1958,76:20.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองโดยตัดเอาทั้งปอดและหัวใจ มาสับเปลี่ยนแทนของเก่า. การที่เอาปอดมาควายนันผู้ทำอ้างว่าทำให้การผ่าตัดสะดวกมากขึ้น. เขาใช้สุนัขสองตัวมีขนาดไล่เลี่ยกัน, วางยาสลบด้วยไฮโอเฟ็นโธนโซเดียม, เปิดช่องอกเลาะตัดเอาหัวใจและปอดออกจากสังขัยคเหนียวโดยพยายาม

กันไม่ให้ประสาทเฟรนิกเป็นอันตรายด้วย. หัวใจถูกทำให้หยุดเต้นโดยฉีกไปคัสเซียมซีเตรตเข้าทางหลอดเลือดคอินฟเวียรวันาคา-วา. เมื่อทำการตัดคคเป็นผลสำเร็จแล้วปล่อยให้เลือดเดินผ่าน, หัวใจเริ่มทำงานทันที, และเมื่อคนลมให้ผ่านปอดสักสองสามครั้งสุนัขก็หายใจไคเอง, ทงยังมีพวพิลและคอเรนเนยลวเฟล็กซ์ด้วยหลังผ่าตัด. สุนัข ๑ ใน ๘ ตัวมีชีวิตรอดอยู่ไคนาน ๔ ชั่วโมงครึ่ง. โดยการบันทึกการทำงานของหัวใจด้วยไฟฟ้า, พยว่าหัวใจเต้นเป็นปรกติ. มีหลายตัวที่แสดงการลดลงของเอส-ที เซ็ก-เมนต์, และมีคลื่น "ที" กลบหัว. ผู้รายงานสรุปว่าการที่สุนัขตายเร็วเนนเกิดจากเครื่องสูบฉกเลือกทำงานไม่สะดวกและการทำผ่าตัดคานเกินไค.

เกษียร ภัทคานนท์ พ.บ.

๖. Jayewardene, G., M.M. Ismail, Y. Wijayaratanam: เมเฟเนียมซัยคร็อก-ซัยแนฟ โซเซท ในการรักษาพยาธิไคเดือน. B.M.J. 1960, 268-271.

ได้ทดลองใช้ยานในเด็กที่มีพยาธิไคเดือน (คคสันจากการทรวองจาวะ). บริหารยาในวิธีและขนาดต่าง ๆ กัน, โดยแยกเค็

ออกเป็นพวก ๆ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ. ทุก
รายไม่ให้ยาดำยร่วมด้วยเลย. ผลปรากฏ
ว่าขนาดยา ๘.๒๕ กรัมเป็นขนาดที่ขอให้ผล
คือ ๘๖ ปช. ของผู้ช่วยพยาธิถูกขับออกและ
๑๑ ปช. ในพวกที่ถูกขับออกถึง ๘๐ ปช.
แม้ในรายที่พบจำนวนใช้ในอุจจาระเป็นจํานวน
มาก.

ยาตำรับที่สกัดคือชนิดของยาที่ทำขึ้น
ใหม่โดยวิธีแขวนตะกอน (๓๕ ปช.) ในน้ำ
เซอุมกลินผิวส้ม. อาการอาเจียนเป็นอาการ
แทรกแซงที่พบมากซึ่งเกิดเนื่องจากยาโดย
ตรง, พบได้บ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า ๔ ขวบ.
เขาแนะนำว่ายานี้ทำให้ขนาดน้อย ๆ แล้ว
ปลดออกมากในเด็กทุกอายุ.

ดำรง เพ็ชรพิลาช พ.บ., M.S.

๗. สัมชัย ขวรงค์ศิริ, ประเสริฐ กังสาคาลย์,
สุค แสงวิเชียร, กษณา จาทิกวณิช: นิวโร
เจนิกมีสคิวลาเรอะพลาเซย์ (อีเว็นเทรซัน)
ของกะบังลม. Amer. Rev. Resp. Dis.
1960, 82: 876-880.

ต่อไปนี้เป็นรายงานเพิ่มเติมที่สมบูรณ์
ของผู้ช่วยหนึ่งรายซึ่งได้รับการศึกษาโดย
ละเอียดทั้งอาการ, อาการแสดง, การผ่าตัด,
พยาธิสภาพ, และผลของการรักษา. จาก

การศึกษาช่วยเพิ่มความเข้าใจถึงพยาธิ
สภาพและ สันนิษฐานการเรียกชื่อใหม่ ว่า
“นิวโรเจนิกอะพลาเซย์ของกล้ามเนื้อกะ
บังลม”.

ผู้รายงานเริ่มบทความด้วยการให้ความ
รู้กว้าง ๆ เกี่ยวกับโรคนี้โดยย่อคัดจาก
การศึกษารวบรวมเอกสารในการตีพิมพ์ครั้ง
ก่อนและเสนอรายงานผู้ช่วยหญิงไทยเค้ อายุ
๓๕ ปี, รั่วโรรักษาในโรงพยาบาลศิริราช
เนื่องด้วยอาการแพ้ยา พี.เอ.เอส. อย่างรุนแรง.
ภาพรังสีของทรวงอกยังให้สงสัย
สภาวะผิดปกติของกะบังลมซ้าย. การ
วินิจฉัยโรคเบื้องต้นอาศัย (๑) ไม่มีประวัติ
การเจ็บป่วยในอดีตนอกจากอาการผิดปกติ
เล็กน้อยเป็นครั้งคราวทางระบบทางเดินอา
หาร. (๒) ทรวงอกซ้ายมีการเคลื่อนไหว
น้อยกว่าขวา. (๓) มีอาการแสดงของเยื่อหุ้ม
แสดงการแผ่ ออกมากของชายโครงซ้าย
และเพิ่มความกว้างของมุมใต้ชายโครงไป
ทางซ้ายระหว่างการหายใจเข้า. (๔) เมื่อ
หายใจเข้าความตึงที่ส่วนยอดอกด้านซ้าย
เกือบไม่ปรากฏ. (๕) การคลำโดยสันมือ
ที่บริเวณหลังผู้ช่วยพบระดับกะบังลมซ้ายอยู่
สูงกว่าปกติ.

ผลการตรวจศึกษาอื่น ๆ เช่นการใส่ลม

เข้าช่องท้องช่วยวินิจฉัยแยกโรคจากเฮอร์-
เนียของกะบังลม และแสดงความหนาบาง
ของแผ่นกะบังลม, การตรวจความคั้น
เปลี่ยนแปลงในกระเพาะอาหารระหว่างการ
หายใจ, และการศึกษาเคลื่อนไหวของ
กะบังลมทางรังสีรวมทั้งการตรวจพบเส้น
ประสาทเฟรนิกซ์ที่มีขนาดเล็กลงช่วยสนับสนุน
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.

ได้ตัดส่วนกะบังลมที่ผิดปกติออกประ-
มาณ ๑๖๗ ก.ซม. แล้วเย็บของส่วนที่เหลือ
เข้าหากัน. การติดตามผู้ป่วยในระยะหลัง
ผ่าตัดพบว่ามีการเคลื่อนไหวของทรวงอกและ
กะบังลมดีขึ้นมาก, วัชกะบังลม
ย้ายอยู่ในระยะปกติ. ระยะหลัง ๆ กะบัง
ลมกลับมีสภาพปกติก่อนผ่าตัด, แต่ผู้ป่วย
มีอาการปกติตลอดมา.

การศึกษาส่วนกะบังลมที่ผิดปกติออกพบ
เพียงแผ่นเนื้อเยื่อพังผืดบาง ๆ. ไม่พบเยื่อ
กล้ามเนื้อปรากฏด้วยการตรวจทางจุลกาย-
วิภาค.

ผู้รายงานได้แบ่งวิจารณ์ตามหัวข้อของ
การรักษาทักษะกรรม. กำเนิดพยาธิของ
โรคและการเรียกชื่อโรคจากผลการศึกษา
ตลอดมาจนถึงขั้นสุดท้ายให้การสนับสนุน
กำเนิดพยาธิของโรคคนว่าเกิดจาก "ความ

บกพร่องของเซลล์และใยประสาทสู่กะบัง-
ลมแต่กำเนิด, ทำให้มีความบกพร่องของเยื่อ
กล้ามเนื้อกะบังลม." ชื่อใหม่ "นิวโรเจ-
นิกมีสคิวลาอะพลาเซีย" บ่งชี้ถึงกำเนิด
พยาธิ, พยาธิสภาพและกินความหมายรวม
ความรุนแรงของความผิดปกติจากน้อยที่
สุดถึงมากที่สุดที่พบได้ในทางคลินิก.

สมภพ เรืองตระกูล พ.บ.

๘. Ranke, E., และคณะ: การขาด
วิตามินบีหกในผู้สูงอายุ. J. Gerontol.
1960, 15: 41-44.

ผู้รายงานได้ศึกษาเรื่องวิตามินบีหกใน
คนวัยรุ่นและในคนสูงอายุโดยหาซีรั่ม-
ทรานสอะมีเนส (เอสจีไอที). และการขับ
ถ่ายกรดแซนโทเรนิค ภายหลังกิน ทรีปโต-
เฟนขนาดมาก ทั้งได้ผลของการให้พริ-
ค็อกซินแก่ผู้รับการศึกษาคด้วย. ผู้รับการ
ศึกษาวัยฉกรรจ์มีอายุเฉลี่ย ๒๕ ปีและผู้สูง
อายุมีอายุเฉลี่ย ๗๖ ปี. ทุกคนมีสุขภาพ
ดี. ได้รวบวิตามินบีหกและอื่น ๆ ในจำนวน
ต่างกัน.

พบว่าค่าของเอสจีไอทีของคนสูงอายุ
๖๒ คนต่ำกว่าค่าของคนวัยฉกรรจ์ ๖๐ คน,
แต่ไม่มีความแตกต่างในระหว่างเพศ. เมื่อ

ให้วิตามินบีหกขนาด ๑๕ มก./วันนาน ๓ สัปดาห์, ค่าเอสซีไอที่คำนวณได้สูงชัน, และจำนวนกรดแซนธรีนที่ตกขยับถ่ายทางปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมงซึ่งมีมาก หลังกินทรียัลโอฟินจะกลับตกลงมาก. อนึ่งเมื่อเก็บปัสสาวะออกซาลฟอสเฟตซึ่งเป็นโคเอ็นไซม์ของทรานอะมีเนสลงในหลอดทดลองที่มีสารของคนวัยทารกและคนสูงอายุจะทำให้ความแรงฤทธิ์ของทรานอะมีเนสเพิ่มขึ้นทั้งสองพวก. แต่ของคนสูงอายุจะเพิ่มมากกว่าของคนวัยรุ่น, ทำให้ความแรงฤทธิ์รวมของคนทั้งสองพวกเท่ากัน.

ผู้รายงานสรุปว่าการที่ค่าเอสซีไอในคนสูงอายุต่ำกว่านั้นมิใช่เพราะโคเอ็นไซม์ลดลง, แต่เป็นเพราะโคเอ็นไซม์ปัสสาวะออกซาลฟอสเฟตน้อยลง. การขาดวิตามินบีหกในคนสูงอายุควรได้รับความสนใจ เพราะในสัตว์ทดลองนั้นการขาดวิตามินบีหกทำให้การดูดซึมของวิตามินบีหกสองลดลง, และอาจนำไปสู่การหย่อนสมรรถภาพของต่อมแอดรีนัลได้. จึงควรใส่ใจกว่าหน้าที่ของต่อมแอดรีนัลในคนสูงอายุที่จะเกิดขึ้นเมื่อได้วิตามินบีหกนานหรือไม่.

กรุงไกร เจนพานิชย์ พ.บ.

๕. Burns, K.F., D.F. Shelton, J.M.

Lukeman, E.W. Grogan: คอรัทีโซนและเอสซีไอ ทำให้หย่อน การสนอง ต่อ วัคซีนป้องกันโรคคัลวันน่า. Public Health Rep., Wash. 1960, 75: 441-445.

คอรัทีโซน และ เอสซีไอ ได้ถูกใช้กันอย่างกว้างขวาง และได้ผลดีในการควบคุมปฏิกิริยาต่าง ๆ ต่อวัคซีนป้องกันโรคคัลวันน่าในคน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งปฏิกิริยานิวโรพาราไลติกและอะนาฟิแลกติกช็อค. มีปัญหาว่าคอรัทีโซนและเอสซีไอจะขัดขวางการสร้างภูมิคุ้มกันหรือไม่. ผู้ทดลองได้ทดลองในกระต่าย ๓๒ ตัว. แบ่งกระต่ายออกเป็น ๖ พวก. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคัลวันน่า ๐.๕ ล.ซม. ของ วัคซีน ที่เจอแล้วสี่เท่า, ฉีดเข้าใต้ผิวหนังนาน ๑๔ วันในบริเวณคอ และ สะบัก แก่ กระต่าย บาง พวก พร้อมกับคอรัทีโซน หรือเอสซีไอเปรียบกับคอนโทรล. เจาะเลือดจากหัวใจหาติเตอร์ก่อนและ หลัง ฉีดแล้ว ๑๕, ๓๐, ๕๓ วัน. ผลของการทดลองปรากฏดังนี้คือ (๑) พวกที่ได้รับวัคซีนอย่างเดียวมีติเตอร์สูง. (๒) พวกที่ ได้รับวัคซีน ร่วมกับ คอรัทีโซนส่วนใหญ่ไม่มีภูมิคุ้มกัน. (๓) พวกที่ ได้รับวัคซีนร่วมกับเอสซีไอส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกัน

แต่ก็เชื่อว่าพวกที่ ๑. (๕) พวกที่ได้
รับคอร์ติโซนหรือเฮซทเฮซ และ พวกคือน-
โทรลไม่มีการเปลี่ยนแปลง. สรุปได้ว่า
คอร์ติโซนชักขวางการสร้างแอกติฟอิมมู-
นิตี, ส่วนเฮซทเฮซนั้นทำให้คอร์ติคาเด
ไม่ชักขวางการสร้างอิมมูนิตี. ฉะนั้นจึง
ถือได้ว่าเฮซทเฮซให้ผลดีที่สุดในการใช้ใน
ผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยาอัลเลอร์ยี่ คอวคชันนี่ยัง
กันโรคกลัวน้ำ. ส่วนคอร์ติโซนนั้นถือเช่น
ข้อห้ามใช้. ฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้ไม่มีผล
ทำลายพาสส์ฟออิมมูนิตีจากการฉีดแอน-
ติเวบัสธรรมเลย.

ชวลิต ปรียาสมบัติ พ.บ.

๑๐. Stuart, A.E.: การ ตัด ม้าม โดยวิธี
เคมี. Lancet 1960, 2: 891-892.

จากผลงานของ Stuart และคณะในปี
๑๙๖๐ พบว่าการ ฉีด คอลลอยด์ ของ เฮ-
ซีลยาลมีเตทหรือเฮสพาลด์จะทำลายเซลล์
ของม้าม อย่างรุนแรง ร่วม กับการ ลดหน้าที่
ฟาโกไซติก.

วิธีการ : ใ้รูปคอลลอยด์ของ ๑๐ ปช.
เฮซีลยาลมีเตท ฉีดเข้า หนู ชาว ใน ขนาด
๒๕ มิลลิกรัม ของเฮสเทอร์ ต่อ น้ำหนัก หนู
๒๐ กรัม. ๒๔ ชม. ต่อมาตรวจน้ำหนักของ

เรติคูลูเอินโคธิเลียลฟาโกไซติก ตามวิธี
การคาร์บอน-เคลียร์วอนซ์ (โดยยิบออสส์และ
พวก, ๑๙๕๗) และในตอนท้ายของการ
ทดลองฆ่าหนู และ ทำ พาร์ฟฟินเซ็คชันของ
ม้าม, ตับ, ไชกระดูก, รวมทั้งต่อมธัยมัส
ด้วย.

ผลปรากฏว่าใน ม้าม มีการ ทำลายทั้ง
ส่วนเนอออน (พลัฟ) และมาลปีเกียนบอคย,
เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์, คี
มีฟิโนสส์, อินทรานเคลียร์วาคโอเลชัน,
และย้อมสีไม่ติด, เซลล์ยักษ์มีการถูก
ทำลาย.

สำหรับมาลปีเกียนบอคยใน ระยะแรกมี
การตาย ของ ลิมโฟบคเซลล์ ส่วน ขอบ ๆ.
ต่อมาลิมโฟบคหายไป, เหลือแต่เซ็นทรัล
ฮาเทอร์วอลที่ล้อมรอบด้วย เซลล์ลิมโฟ-
ไซท์ที่ตาย. ทับ, ไชกระดูกและต่อมธัยมัส
ไม่พบการเปลี่ยนแปลง.

ปรีชา เจตนะศีลปิ่น พ.บ.

๑๑. Shields, J.R.S.: ประโยชน์ของ
ฮัยโปเธอร์เมียในเด็ก. Pediatrics 1960,
26: 146.

การทำให้เกิดฮัยโปเธอร์เมียมีประโยชน์
สำคัญคือไปลดเมตาบอลิซึม, ทำให้การใช้

ออกซัยเงินลดลง, ไปลดจำนวนเลือดที่สูบ
 ออกจากหัวใจ, และทำให้เวลาแข็งตัวของ
 เลือดช้าลง. นอกจากจะใช้ทางคัลยกรรม
 แล้วยังใช้ประโยชน์ในทางอนโคติควย. ใน
 ทางคัลยกรรมพบว่าในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า
 ๑๐ ปีมีอัตราการตาย ๕.๖ ปีช., ส่วนในราย
 ที่มีอายุสูงกว่า ๑๐ ปีมีอัตราการตายถึง ๒๕
 ปีช. การที่อัตราการตายต่างกันนั้นขึ้นอยู่กับ
 สภาพของเนื้องอกที่หัวใจ, เช่นอาจมีไฟ-
 โบรลีสในโรคหัวใจของผู้ใหญ่.

ประโยชน์อื่น ๆ ของซัยโปเธอร์เมียมีดังนี้:
 (๑) ไปลดความดันของน้ำหล่อสมอง
 และไซตั้นหลังและปริมาตรของสมอง. (๒)
 แก้ไขภาวะซัยเปอร์เธอร์เมียในเด็กหลังจาก
 ที่หัวใจหยุด, ซึ่งจะมีอุณหภูมิกายต่ำลง
 ก่อน, ถ้าต่อมาการไหลเวียนเลือดดีขึ้น.
 อุณหภูมิก็สูงขึ้น. (๓) ใช้ในเด็กที่มี
 อาการเซียวคล่า, เช่น ในโรคเทควาโลอัย
 ของฟัลโลท. ซัยโปเธอร์เมียทำให้ลดความ
 ต้องการออกซัยเงินของทีลชีว. แม้แต่เด็ก
 แรกเกิดที่มีการหายใจขัดข้อง (asphyxia),
 ถ้าทำให้เย็นก็ดีกว่าทำให้ร้อน. Faith และ
 Miller พบว่าสัตว์อายุน้อยที่มีอุณหภูมิต่ำจะ
 ทนระยะเวลาที่อ็อกเซียบไ้นาน ๖ ถึง ๗ เท่า

ของที่ทนได้เมื่ออุณหภูมิปรกติ.

รพิน สุชะวณิช พ.บ.

๑๒. Moore, D.C., L.D. Bridbaugh:

ออกซัยเงินในฐานยาแก้พิษซึ่งเกิดจากยาชา
 เฉพาะที่. J.A.M.A. 1960, 174:842-847.

แพทย์ส่วนมากที่ใช้ยาชาเฉพาะที่มักให้
 ขาร์บิตรีทก่อนการผ่าตัดเพื่อขจัดพิษของ
 ยาชาเฉพาะที่. ยิ่งกว่านั้นในรายที่มีพิษเกิด
 ขึ้น แพทย์มักใช้ขาร์บิตรีทอีกเข้าหลอด
 เลือดเป็นขั้นบันไดในการรักษาอาการซึ่งเกิด
 จากพิษ. ในปัจจุบันนี้พบว่าการใช้ขาร์บิตรีท
 ก่อนการผ่าตัดเพื่อขจัดพิษเป็นการรักษา
 ไปตามเหตุผลเท่านั้น.

รายงานนี้ได้อธิบายถึงพิษจากยาชา
 เฉพาะที่ ๕๓๓ คนจากจำนวนที่ไว้รักษาโรค
 ยาชาเฉพาะที่ ๓๖,๑๑๓ คน. การศึกษา
 แสดงว่าปฏิกิริยาซึ่งเกิดขึ้นเป็นผลจาก (๑)
 การกระตุ้นเซลล์ของสมองแล้วตามด้วยการ
 กัดคั่นย หายใจ และคั่นย การไหลเวียนใน
 เมดลลลาจากการกระตุ้นมากเกินไปจนเซลล์
 ของสมองขาดออกซัยเงิน. (๒) ยาชา
 เฉพาะที่มฤทธานุภาพโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ
 เป็นผลให้การไหลเวียนช้าและขาดออก-
 ซัยเงิน. (๓) ถ้าเซลล์ของสมองไว้รับ

ออกซัยเงินและหัวใจไ้รับการช่วยเหลือ, ปฏิบัติงานจะลดลงไปเมื่อยาซาเฉพาะที่ถูกทำลายไปเรื่อยๆ. การศึกษาต่อไปยังแสดงว่า (๑) ขารบิตเรทที่ใช้ก่อนการผ่าตัดนั้นออกจากไม้ของกันพิษยั้งคลุมอาการเตือนของพิษซึ่งเกิดขึ้น. (๒) ชั้นแรกของการรักษาพิษของยาซาเฉพาะที่คือการให้ออกซัยเงินไม่ใช้ขารบิตเรท. (๓) เมื่อกำไรให้ออกซัยเงินโดยวิธีใช้ถุงหรือวิธีครอบในขณะที่มีอาการเตือนของพิษพบบ่อยครั้งมักจะป้องกันปฏิกริยาไม่ให้ดำเนินไปถึงขั้นชักหรือระบับไหลเวียนและการหายใจล้มหรือทั้งสองอย่าง.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๓. Sawyer, G.T.: การรักษาโรคมัลติเบิ้ลสะเคลอโรสิสด้วยทอลบูตาไมด์. J.A.M.A. 1960, 174: 470-473.

การใช้ทอลบูตาไมด์รักษาโรคเบาหวานนั้นเช่นที่ทราบกันค้อยู่แล้ว. เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีผลทดลองใช้รักษาโรคสตีวไตผลดี. และผู้รายงานนี้ได้ทดลองรักษาโรคสตีวในผู้ป่วยที่เป็นโรคมัลติเบิ้ลสะเคลอโรสิสปรากฏว่าอาการของโรคมัลติเบิ้ลสะเคลอโรสิสสงบลงได้เป็นอย่างดี. ผู้รายงานจึงได้ศึกษาการรักษาโรคมัลติเบิ้ลสะเคลอโรสิสด้วย

ทอลบูตาไมด์ในผู้ป่วย ๗ คน, โดยให้ทอลบูตาไมด์สลบกับยาหลอก. ขนาดที่ใช้วันละ ๐.๕-๑.๐ กรัม ร่วมกับอาหารคาร์โบไฮยเตรตมากและน้อย.

ผลการทดลองแสดงว่าในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นพวกที่ให้ร่วมกับอาหารคาร์โบไฮยเตรตมาก, อาการของโรคสงบไป. ในรายที่ใช้ยาหลอกโรคกลับเป็นใหม่อีก. ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อได้เข้าร่วมกับอาหารคาร์โบไฮยเตรตน้อยมีอาการดีขึ้นแต่ร่วมกับอาหารคาร์โบไฮยเตรตมากมีอาการเลวลง. ผู้รายงานกล่าวว่าโรคนี้อาจเกี่ยวกับการผิดปกติในเมตะบอลิสม์ของคาร์โบไฮยเตรต.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๑๔. Lange, K., E. Wasserman, L.B. Slobody: การรักษาเนโฟรสิสในเด็กและผู้ใหญ่ด้วยสะเตอรอยด์เป็นพัก ๆ ตลอดเวลานาน. B.M.J. 1958, 168: 377-381.

เอ.ซี.ที.เอส. มีฤทธิ์ขับปัสสาวะในโรคเนโฟรสิส. ผู้รายงานทดลองในผู้ป่วย ๔๖ คน (เด็ก ๓๕, ผู้ใหญ่ ๑๑). ติดตามผล ๒๑ ถึง ๘๐ เดือน. นิค เอ.ซี.ที.เอส. เข้ากล้ำมตก ๖ ช.ม. เด็กเขากว่า ๔๐ ปอนด์ให้ครั้งละ ๒๕ หน่วย, หนัก ๔๐ ถึง ๗๕

ป้อนให้ ๕๐ หน่วย, มากกว่า ๑๕ ป้อนให้ ๕๐ หน่วย. ทงนบริหารยาเป็นชุดๆ มีระยะพัก. หลัง ๑ ปีแล้วจึงค่อยๆ หดยุทยา. ได้ผลว่าผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างสบายและการพยากรณ์โรคดีขึ้น. การเค็บโคของเค็กเป็นปรกติ. แต่ถ้าหากให้ยานานเกินไปการเค็บโคระผิดปรกติ.

ในการให้ยาชุดแรก มักไม่ได้ผลซึบซึบสสาร. ถ้าเช่นนั้นค่อยไปก็ให้กลูโคส ๕ ปช. ฉึกเข้าหลอดเลือด ๘๐๐ ม.ชม. ทก ๖ ช.ม. นาน ๑๐ ถึง ๑๔ วัน. ชุดหนึ่งๆ อาจให้ ๑๒ ถึง ๒๑ วัน. ภายหลัง ๑ ปีค่อยๆ เลอนระยะว่างระหว่างให้ยาให้นานขึ้นๆ. (ในรายงานมีโครงการบริหารยาอย่างละเอียด).

ผลเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสัระเทอรอยคหรือได้รับเฉพาะเมอมืออาการรวมเท่านั้น, ปรากฏว่ามีชีวิตรกายทำก่า. แทบทุกราย มีลักษณะเค็บโคของเลือดเป็นปรกติ. ไม่พบผลแทรกแซงที่รุนแรง. บางรายมีความดันเลือดสูงชัน ๒๐ ถึง ๓๐ มม.ปรอท, ซึ่งลดลงเมอหดยุทยา.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๕. Linke, A.: การรักษาเฮโมบลาสโตสิสและเนองกร่ายด้วยทริสเอธิลเลนอิมิโนเฟนิลควิโนน. Dtsch. med. Wschr. 1960, 85:1928-35.

ทริส เอธิล เลน อิมิ โน เฟนิล ควิโนน (Trisethyleniminophenylquinone, Bayer 3231, Terimon) เป็นยาที่มฤทธิขยของการเจริญของเซลล์อย่างแรงที่สัคและมีคุณสมบัติเหมาะในทางเภสัชีวทยา. ละลายน้ำได้. ฤทธิขยของการเจริญของเซลล์ชันอยู่กับสองส่วนในอณ, คือวงเฟนิลควิโนนและกลุ่มเอธิลเลนอิมิโน. จากการทดลองในแก้วพวยว่ายานออกฤทธิแม้ในความเข้มข้น ๑ คอพันล้านส่วน. มีผลต่ออนุคลีโอลส. ทำให้การสังเคราะห์หนคลีโอโปรเทอีนน้อยลงและห้ามกระบวนการกลัยโคลสิสได้เป็นอย่างดี. ใช้รักษาพวกเฮโมบลาสโตสิสทั้งหลายให้ผลดี, อาทิเช่นพวกลิวคีเมียทุกชนิด, โปลียซึบซีเมีย, ลียม์ไฟแกรนโลมาและอื่น ๆ. รักษาได้ผลดีปานกลางในพวกมะเร็งและซาร์โคมา.

ขนาดใช้นั้นแล้วแต่ชนิดของโรค. ส่วนใหญ่ให้ขนาดดังนี้ (๑) โดยการฉึก, เข้าหลอดเลือดให้ ๒ ไมโครกรัมค่อนำหนักตัว ๑ กก. ทุกวันหรือทุกเว้นวัน. จำนวนที่ใช้

ฉก. ๓ ถึง ๕ มก. โดยการละลายใน
น้ำแกลลอนนมสด ๒๐ ล.ชม. ไม่ทำอันตราย
ต่อหลอดเลือด, แต่ถ้ายาออกนอกหลอด
เลือดไม่ก็. (๒) โดยการกิน, ให้ ๐.๕ มก.
ทุกวันหรือ ๐.๕ มก. สองครั้งในหนึ่งสัปดาห์
ใส่ยาในหลอดที่ละลายในน้ำใส่เล็ก. การ
บริหารยาโดยวิธีนี้คนไข้ทนยาได้ดีและได้
ยาในขนาดที่ต้องการ.

ยานมฤตโทษแทรกแซงน้อย. ในการรักษา

ผู้ช่วย ๔๐๐ รายมี ๔.๕ ปช. ที่เม็ดเลือด
ขาวลดลงต่ำกว่า ๒๐๐๐ ต่อล.ชม. ซึ่งควร
จึงควรตรวจเลือดทุก ๒ ถึง ๔ สัปดาห์.
ถ้าเม็ดเลือดขาวลดลงต่ำกว่า ๓๐๐๐ ต่อ
ล.มม. ควรหยุดยา.

นอกจากนี้ มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธี
รักษา, ขนาดยาและผลที่ได้ในโรคต่างๆ.

บุญเรือง นิยมพร W.M., Dr. med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. PHYSIOLOGY OF BLOOD COAGULATION

In spite of intensive research there is as yet no one completely satisfactory explanation for the blood clotting process. Much of the work being carried out at present is based upon the classical theory of Morawitz, which divides the process into two phases: Production of thrombin, and action of thrombin upon fibrinogen (Diagram 1). Even though this theory has been challenged time and again during the past twenty years, it is still very useful, since it provides criteria for the differential diagnosis of certain blood diseases. Later research has shown that prothrombin exists as a complex of three proteins, viz., prothrombin itself, Factor V, and Factor VII. (Factor VI is just the activated form of Factor V.)

Thrombokinase Since the mechanism of many blood diseases cannot be explained on the basis of disturbance of the known factors the Morawitz theory has to be extended to include tissue fluid thrombokinase, which is an activator of prothrombin. In 1953 Biggs, Douglas and Macfarlane found an additional factor, blood thrombokinase, which is responsible for the clotting of blood in the absence of tissue fluid. Tissue fluid thrombokinase is produced within a few seconds, while blood thrombokinase requires a few minutes for its production. Thus the coagulation of blood is believed to occur in three phases: I. Formation of tissue fluid thrombokinase or blood thrombokinase, II. Formation of thrombin, and III. Action of thrombin

on fibrinogen. Factors VIII (Antihemophilic globulin) and IX (Christmas Factor) are specific blood thrombokinase factors concerned with the incidence of hemophilia A and B respectively (Diagram 2). It should be noted that the blood of hemophiliacs clots normally when mixed with a sufficient amount of tissue fluid (tissue fluid thrombokinase).

Thrombocytes Beside yielding Thrombocyte-Factor 3, a lipoprotein, thrombocytes provide Thrombocyte-Factor 1 (which appears to be a form of Factor V), Thrombocyte-Factor 2 (which transforms fibrinogen into fibrin), and Thrombocyte-Factor 4 (heparin antagonist), all of which are formed upon disintegration of blood platelets.

Thrombin This factor acts in two stages. In the first it causes an acceleration of the production of blood thrombokinase, activation of Factor V, and liberation of thrombocyte-factors; all of which on their part accelerate the formation of thrombin. In the second stage thrombin is responsible for the transformation of fibrinogen into fibrin, and an increase in the adhering property of thrombocytes, both of which directly bring about hemostasis. It should be pointed out that hemostasis and hemocoagulation are not synonymous. In the limulus polyphemus, in which there is no fibrin formation, hemostasis is effected by increase in the adhering property of cells resembling thrombocytes. In man also there are known instances of com-

plete absence of fibrinogen but with normal thrombin formation, in which blood coagulation does not occur, but hemostasis is possible by virtue of the adhering property of thrombocytes.

Process of Coagulation Contact of blood with injured tissue brings about formation of tissue fluid thrombokinase and thrombin which finally brings about coagulation. The chain reaction results in a rapid and dangerous rise in the concentration of thrombin in the blood. (It has been estimated that thrombin released from 10 cc. of blood would suffice to cause coagulation of the whole amount of blood in an adult man within a few seconds.) The danger is averted by the property of fibrin in fixing thrombin, which is the reason for its being named "Antithrombin I" by Seegers, Johnson and Fell.

Prevention of Intravascular Clotting

This depends primarily upon an equilibrium between the coagulation and the anti-coagulation factors. Mention should be made of the following: (1) Inhibitory factors of coagulation, e.g. fibrin (binding of coagulating factor), heparin (anti-thrombin; with Co-factor can act at any stage); (2) Inactive state of coagulating factors in the blood, which require to be activated; (3) Non-wettable character of the intima of blood vessels, which prevents disintegration of thrombocytes; (4) Fibrinolytic activity of certain substances in the blood and tissue fluid, which guards against thrombosis. It is possible that there is normally a minimal degree of coagulation going on continually in the blood circulation ("Latent coagulation" of Lasch and Roka), which is concerned with capillary impermeability. This is suggested by the rapid disappearance of coagulation factors introduced into the blood stream of hemophiliacs.

Clinical Problems Since the liver is the site of formation of all coagulation factors except calcium, it is possible to employ quantitative estimation of these factors as valuable additional tests for hepatic function.

Vitamin K is required for the production of certain factors by the liver. A deficiency of this vitamin thus leads to reduced coagulability of the blood and hemorrhagic tendencies. On the other hand an artificially induced vitamin K deficiency is a useful measure in the therapy of thrombo-embolism, such as in the use of hydroxy-coumarin derivatives. It is now known that vitamin K influences practically all stages of blood coagulation and not just synthesis of prothrombin, so that its action in reducing coagulability is quite complex. In the treatment of thrombosis probably the formation of blood thrombokinase and prothrombin is the most affected. Quick's prothrombin time is usually employed as a measure of anticoagulant activity, but sometimes leads to wrong interpretation, since it does not involve the part played by Factor IX. Kosseler recommends the use of the "thrombin formation test" of Macfarlane and Biggs as simpler and more reliable as it also measures the formation of blood thrombokinase (J. Clin. Path. 1953, 6:3).

Only close cooperation between the clinician and the physiologist could lead to a better and more complete knowledge of the process of coagulation of the blood.

H. Egli

(Institute of Physiology, Bonn Univ.)

(ช้อจากป้าฐกถาซ่งแสดงที่คณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาล เมื่อ ๑๘ กย. ๑๓)

๒๒. เด็กชอออน

คนไทยเรามีคำพูดแพร่หลายอยู่อย่างหนึ่งเกี่ยวกับเด็กเล็กๆว่า “ร้องสามเดือน” สำหรับเหตุการณ์ที่มักเป็นเรื่องกวนโมโหทั้งพ่อแม่และคนยาคูณยายด้วย. การที่เด็กชอออนร้องไห้และชอออนอย่างมากผิดปกติในระยะสามเดือนแรก หลังเกิดขึ้นเป็นเรื่องราวที่แพร่หลายแม้ในต่างประเทศ, จนกระทั่งบางคนแสดงความคิดเห็นว่าเป็นอาการผิดปกติของเด็ก, ไม่ใช่เป็นเรื่องผิดปกติธรรมดา. มีผู้แยกแยะไว้ว่าการร้องประเภทนี้มีหลายแบบ, เช่นร้องเป็นระยะๆ, ร้องเฉพาะเวลาใดเวลาหนึ่ง, หรือร้องเป็นพักๆไม่แน่นอน. บางแบบมีการร้องเฉพาะเวลาระหว่าง ๖ ถึง ๑๐ น. ซึ่งรบกวนการใช้ทำงานของพ่อแม่. บางคนร้องเฉพาะตอนค่ำ, ทำให้พ่อแม่ไม่เข้านอนกินอาหาร. บางคนร้องตอนดึกๆจนพ่อแม่ไม่เข้านอน, แล้วบางทีก็รบกวนไปถึงคุณยายหรือคุณย่าด้วย. ที่ร้องเป็นพักๆตลอดเวลากลางวันก็มี. เด็กพวกนี้มักจะร้องไม่หยุด, ไม่ว่าผู้ใหญ่จะทำท่าใดทงนนั้น, จนกระทั่งเหนื่อยจนนอนหลับไปด้วยความอ่อนเพลีย. พอเต็มคนแล้วก็เริ่มร้องไปใหม่อีก. หน้าตาของเด็กพวกนี้มัก

เต็มไปด้วยความกังวล, ไร้ความสุข, ขวมนวดย่น, ตาขีตสนิทแน่น. ผิวหนังอาจมีรอยจ้ำเป็นสีแดงคล้ายๆกับถูกขบหรือหยิก. มือกำแน่น. หายใจเร็ว. ท้องลมโครกคราก. ข้างที่ไม่มน้ำตา. เหงื่อออกทั่วตัว. บางครั้งก็ส่งเสียงร้องเสียงแหลมคล้ายเข็ญปัด. สังเกตได้ว่ามีอาการแสดงว่าความคันเลือดสูงผิดปกติอย่างชัดเจน, เช่นที่กระหม่อมชอออนเป็นต้น.

อาการเหล่านี้เป็นลักษณะของเด็กจำพวก “ร้องสามเดือน”. เด็กเหล่านี้ไม่มีใครสามารถทำให้เงียบได้, แม้ด้วยความดูแลประคบประหงมของพ่อแม่, หรือด้วยการเปลี่ยนวิถีเลี้ยง, หรือด้วยการให้ยาต่างๆ.

ที่จริงสาเหตุของการร้องไห้ชอองง เช่นนี้มีมากมาย. บางอย่างก็อาจลบล้างมาก, แต่บางอย่างก็เป็นเรื่องตรงไปตรงมา. เช่นเด็กอาจร้องไห้เพราะปวดท้อง, จากการขบเกร็งของลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่, หรืออาจร้องเพราะได้อาหารไม่พอเพราะคนมิได้ไม่กิน, หรือได้อาหารที่ไม่ถูกต้อง. เหตุที่อาจลบล้างก็มี เช่นได้รักษาโรคกระเพาะหรือรบกวนอย่างรุนแรงอื่น ๆ ดังแต่อยู่ใน

มกลก, หรือขังเอิญเด็กแพนมวัวเป็นต้น. หน้าที่ของแพทย์ ใน ชนคณคือ ต้อง พยายาม วินิจฉัยแยกเพื่อกำจัดเหตุสามัญทั้งหลายไปเสียก่อน. หากพบเหตุที่สงสัยและทดลอง แก่แล้วยังไม่ได้ผล, ก็ต้องศึกษาพวกเหตุที่ พยไต่ยากต่อไป. แต่ถาลองแก่พวกหลงน แล้ว, เด็กยังร้องไห้อยอก, ผู้เชี่ยวชาญ ทางโรคเด็กหลายคนแนะนำว่าสมควรตั้งข้อ สันนิษฐานว่าเหตุอยู่ที่พ่อหรือแม่. ทั้งนี้ เนื่องด้วย มีผู้พบว่า มีตัวอย่าง มากมายที่พ่อ หรือแม่ของเด็กชอน, หรือทั้งพ่อและแม่, มักเขียน พวกที่ มีการศึกษาสูง และมีระเบียบ แยกแผนค้, ซึ่งใ้กว้างโครงการชีวิตครอบ ครัวของเขาไว้อย่างรายวัน. ส่วนมากมัก จะ ใ้เด็กศึกษาวิธีการ ที่ จะเป็น “พ่อแม่ในอคม คติ” ไว้แล้วอย่างละเอียดลออ. เมื่อมีลูก ชนและ ลูกแสดง ทำที่ จะไม่ร่วมมือในโครง การที่เขาวางไว้, ก็เริ่มเกิดความเครียด ภัย เกรงว่าโครงการ ของ เขา จะ ล้มเหลว. คนพวกนี้ สังเกตได้ตรง ที่เขา มักจะ มีความ สงสัยแปลก ๆ และ ชอบตั้ง ปัญหา มากมาย เกียวกับเรื่องการบริหารที่เขาได้ ศึกษา มาแล้วเป็นอย่างมาก. ถ้าไม่ได้รับคำชี้แจง เพิ่มเติมซึ่งเป็นที่พอใจก็มักเกิด ความกังวล ชน, ซึ่งแสดงออกมาในแบบต่าง ๆ กัน.

ผู้เชี่ยวชาญมีความสงสัยว่าภาวะเครียดใน จิตใจของพ่อแม่พวกนี้ ถูกถ่ายทอดไปยังลูก ได้, จะโดยทางใดก็ตาม. อาจเป็นไปได้ว่าไป ทางลำเนียง, เช่นความแหลมของเสียง หรือความรุนแรงของนาเสียง. อาจเป็นทาง สัมผัสแตะต้อง, เช่นความร้อนของผิวหนัง. อาจเป็นทางสายตาหรือแม่ทางกลิ่น. ความ ผิดปรกติเล็ก ๆ น้อย ๆ ในสิ่ง กระตุ้น เหล่านี้ อาจใ้ให้เกิดเกิดความตุนตุน, และเด็ก ก็แสดงอาการ โต้ควยวิธที่ง่าย ที่สุด สำหรับ เขา, คือร้องไห้.

ข้อสังเกตที่อาจเป็นข้อพิสูจน์ในเรื่องนี้ ก็คือมีเด็กหลายคนซึ่งเพียงแต่ย้ายเขาไปเสีย จากบ้านก็หยุดร้องไห้ได้เองโดยไม่ ต้อง ทำ การเปลี่ยนแปลงอาหาร หรือวิเลียงหรือให้ ยาอย่างหนึ่งอย่างใดเลย. ผู้เชี่ยวชาญจึง ลงความเห็นว่ในเด็กพวกนี้ต้นเหตุของการ “ร้องสามเคอน” อยู่ที่ภาวะเครียดของพ่อ แม่. เขาจึงใ้คำแนะนำว่าในรายที่ลูกชอน โดยหาเหตุตามธรรมดาไม่ได้, ควรคิดถึง เหตุในพ่อแม่บ้าง, และพยายามแก้ไขเหตุ นั้น ๆ โดยใช้ความสามารถ ของ หมอ ที่ จะ ช่วยลดความกังวลของพ่อแม่ลง, โดยทำ ใ้เขามีความมั่นใจ, เศษใจ, ใ้วางใจ

และเข้าใจ, โดยให้คำแนะนำที่สุขุมรอบคอบ และ เหมาะเจาะ เกี่ยวกับการบริหารการ. โดยวิธีเช่นนี้หมอบทสามารถอาจตัด

การ “ร้องสามเดือน” ของ “เด็กชอน” ไปได้.

พัชรา วิสุตกุล พ.บ.

๓. เสนอศัพท์ เพื่อเลือกใช้ (๓)

- | | |
|---|--|
| ๒๐๑. adipose ประกอบด้วยไขมัน | อาการไม่มีแรง |
| ๒๐๒. adiposis อะดีโปสิส, การมีไขมันเกิน (ควร) | ๒๒๗. aerophagy อะอีโรฟาจี, การกลืนอากาศ |
| ๒๐๓. adiposis hepatica ไขมันจุกตับ | ๒๒๘. aerothorax อะอีโรโธแรกัส, ภาวะทรวงอกมีอากาศ |
| ๒๐๔. adipositas cordis ไขมันจุกหัวใจ | ๒๒๙. afebril, afebrile ปราศไข้, ไร้ไข้, ไม่มีไข้ |
| ๒๐๕. adipsia อาการไม่รู้กระหาย | ๒๓๐. affect กระทำ, กระทบกระเทือน, ทำให้เปลี่ยนแปลง |
| ๒๐๖. adjacent เคียงข้าง, ซิดข้าง | ๒๓๑. afferent นำเข้า, ซึ่งเคลื่อนเข้าสู่ |
| ๒๐๗. adjust ปรับปรุง | ๒๓๒. afferent impulse พลัง (ประสาท) นำเข้า |
| ๒๐๘. adjustment การปรับปรุง | ๒๓๓. afferent nerve ประสาทนำเข้า |
| ๒๐๙. adjuvant สิ่งเพิ่มเติม, ตัวยาเสริม | ๒๓๔. after-birth สิ่งคลอดตาม, รกและเยื่อหุ้มเด็ก |
| ๒๑๐. administer บริหาร | ๒๓๕. after-effect ผลตาม (หลัง) |
| ๒๑๑. administration การบริหาร | ๒๓๖. after-image ภาพตาม (หลัง), ภาพค้าง |
| ๒๑๒. administration of drug การบริหารยา | ๒๓๗. after-pains อาการปวดหลังคลอด |
| ๒๑๓. admission การยอมรับ, การรับเข้า | ๒๓๘. affix ประทับ, ติดเข้า |
| ๒๑๔. admit รับเข้า, ปล่อยให้เข้า | ๒๓๙. affinity ความชอบพอ, ความดึงดูด |
| ๒๑๕. admixture การปะปน, การผสมเพิ่มเติม | ๒๔๐. agent ตัวกระทำ, ผู้กระทำ, ผู้แทน |
| ๒๑๖. adolescence วัยรุ่น | ๒๔๑. ageusia, agustia อะกีวีเซีย, อะกุสเทีย, อาการชารส |
| ๒๑๗. adrenal แอดรีนัล, ต่อมหมวกไต | ๒๔๒. aggravate ทำให้แรงขึ้น, ทำให้หนักขึ้น |
| ๒๑๘. adrenaline แอดรีนาลีน | ๒๔๓. aggregate ส่วนประกอบ |
| ๒๑๙. adsorb ดูดซับ | ๒๔๔. agitate เขย่า, กวน, กวนให้โกรธ |
| ๒๒๐. adsorbate ผลดูดซับ, สิ่งถูกดูดซับ | ๒๔๕. agony ความเจ็บปวดขยาดยิ่ง |
| ๒๒๑. adsorbent สิ่งดูดซับ, ตัวดูดซับ | ๒๔๖. ague เอ็กวี, อาการจับหนาว |
| ๒๒๒. adsorption แอดซอร์ปชัน, การดูดซับ | ๒๔๗. air อากาศ |
| ๒๒๓. adult เต็มวัย, ผู้เต็มวัย, ผู้ใหญ่ | ๒๔๘. air cell ถุงลม, ถุงอากาศ |
| ๒๒๔. advantage ความได้เปรียบ, ข้อได้เปรียบ, ข้อดี | |
| ๒๒๕. adventitia แอดเว็นติเซีย | |
| ๒๒๖. adynamia อะไดย์นามียา, อาการอ่อนเพลีย, | |

และเข้าใจ, โดยให้คำแนะนำที่สุขุมรอบ
คอบ และ เหมาะ เจาะ เกี่ยวกับการ บริหาร
การก. โดยวิธีเช่นนี้หมอบที่สามารถอาจตัด

การ “ร้องสามเดือน” ของ “เด็กชอน”
ไปได้.

พัชรา วิสุตกุล พ.บ.

๓. เสนอศัพท์ เพื่อเลือกใช้ (๓)

- | | |
|--|--|
| ๒๐๑. adipose ประกอบด้วยไขมัน | อาการไม่มีแรง |
| ๒๐๒. adiposis อะดีโปสิส, การมีไขมันเกิน (ควร) | ๒๒๗. aerophagy อะอีโรฟาจี, การกลืนอากาศ |
| ๒๐๓. adiposis hepatica ไขมันจุกตับ | ๒๒๘. arothorax อะอีโรโธแรกซ์, ภาวะทรวง- |
| ๒๐๔. adipositas cordis ไขมันจุกหัวใจ | อกมีอากาศ |
| ๒๐๕. adipsia อาการไม่รู้กระหาย | ๒๒๙. afebril, afebrile ปราศไข้, ไร้ไข้, ไม่มีไข้ |
| ๒๐๖. adjacent เคียงข้าง, ซิดข้าง | ๒๓๐. affect กระทำ, กระทบกระเทือน, ทำให้ |
| ๒๐๗. adjust ปรับปรุง | เปลี่ยนแปลง |
| ๒๐๘. adjustment การปรับปรุง | ๒๓๑. afferent นำเข้า, ซึ่งเคลื่อนเข้าสู่ |
| ๒๐๙. adjuvant สิ่งเพิ่มเติม, ตัวยาเสริม | ๒๓๒. afferent impulse พลัง (ประสาท) นำเข้า |
| ๒๑๐. administer บริหาร | ๒๓๓. afferent nerve ประสาทนำเข้า |
| ๒๑๑. administration การบริหาร | ๒๓๔. after-birth สิ่งคลอดตาม, รกและเยื่อหุ้ม |
| ๒๑๒. administration of drug การบริหารยา | เด็ก |
| ๒๑๓. admission การยอมรับ, การรับเข้า | ๒๓๕. after-effect ผลตาม (หลัง) |
| ๒๑๔. admit รับเข้า, ปล่อยให้เข้า | ๒๓๖. after-image ภาพตาม (หลัง), ภาพค้าง |
| ๒๑๕. admixture การปะปน, การผสมเพิ่มเติม | ๒๓๗. after-pains อาการปวดหลังคลอด |
| ๒๑๖. adolescence วัยรุ่น | ๒๓๘. affix ประทับ, ติดเข้า |
| ๒๑๗. adrenal แอดรีนัล, ต่อมหมวกไต | ๒๓๙. affinity ความชอบพอ, ความดึงดูด |
| ๒๑๘. adrenaline แอดรีนาลีน | ๒๔๐. agent ตัวกระทำ, ผู้กระทำ, ผู้แทน |
| ๒๑๙. adsorb ดูดซับ | ๒๔๑. ageusia, agustia อะกีวีเซีย, อะกุสเทีย, |
| ๒๒๐. adsorbate ผลดูดซับ, สิ่งถูกดูดซับ | อาการชารส |
| ๒๒๑. adsorbent สิ่งดูดซับ, ตัวดูดซับ | ๒๔๒. aggravate ทำให้แรงขึ้น, ทำให้หนักขึ้น |
| ๒๒๒. adsorption แอดซอร์ปชัน, การดูดซับ | ๒๔๓. aggregate ส่วนประกอบ |
| ๒๒๓. adult เต็มวัย, ผู้เต็มวัย, ผู้ใหญ่ | ๒๔๔. agitate เขย่า, กวน, กวนให้โกรธ |
| ๒๒๔. advantage ความได้เปรียบ, ข้อได้เปรียบ,
ข้อดี | ๒๔๕. agony ความเจ็บปวดชวยถึง |
| ๒๒๕. adventitia แอดเว็นติเซีย | ๒๔๖. ague เอคิว, อาการจับหนาว |
| ๒๒๖. adynamia อะไดย์นามิอา, อาการอ่อนเพลีย, | ๒๔๗. air อากาศ |
| | ๒๔๘. air cell ถุงลม, ถุงอากาศ |

๒๔๘. air, complemental อากาศ (หายใจ) เบ่งเข้า
๒๔๙. air hunger อาการหิวอากาศ
๒๕๐. air passages ทางอากาศหายใจ
๒๕๑. air, reserve อากาศสำรอง
๒๕๒. air, residual อากาศเหลือคั่ง
๒๕๓. air, supplemental อากาศ (หายใจ) เบ่งออก
๒๕๔. air, tidal อากาศ (หายใจ) เข้าออก
๒๕๕. air-tight ทึบอากาศ
๒๕๖. air vesicle ถุงลม, ถุงอากาศ
๒๕๗. albinism สภาพเผือก
๒๕๘. albino คนเผือก, สัตว์เผือก, เผือก
๒๕๙. albumin อัลบูมิน, ธาตุคล้ายไข่ขาว
๒๖๐. albuminuria อัลบูมินูเรีย, การมีอัลบูมินในปัสสาวะ
๒๖๑. albuminuria อัลบูมินูเรีย, การมีอัลบูมินในปัสสาวะ
๒๖๒. algesia อัลจีเซีย, อาการปวดเจ็บ
๒๖๓. algid เย็นเยือก
๒๖๔. alimentary เกี่ยวกับอาหาร
๒๖๕. alimentary canal ทางเดินอาหาร
๒๖๖. alimentation การให้อาหาร
๒๖๗. alimentation, rectal การให้อาหารทางทวารหนัก
๒๖๘. alkali ด่าง
๒๖๙. alkaline ซึ่งเป็นด่าง
๒๗๐. alkaline tide ภาวะด่างขึ้น
๒๗๑. alkalinity ความเป็นด่าง
๒๗๒. alkalinize ทำให้เป็นด่าง
๒๗๓. alkaloid อัลคาลอยด์
๒๗๔. alkalosis อัลคาลอสิส, การเมาด่าง, ภาวะเอนทางด่าง
๒๗๕. allergy อัลเลอร์จี, พิษสำแลง
๒๗๖. aloes ยาจำ
๒๗๗. alopecia อาการผมร่วง
๒๗๘. alter เปลี่ยนแปลง
๒๗๙. alternate สลับ
๒๘๐. alternative ทางเลือก
๒๘๑. alveolar อัลวีโอลาร์, แห่งถุงลม
๒๘๒. alveolar air อากาศ (ใน) ถุงลม
๒๘๓. alveolar gland ต่อมรูปถุง
๒๘๔. alveolus อัลวีโอลัส, ถุงลม, ถุงอากาศ
๒๘๕. amaurosis อะมอโรสิส, อาการตาบอด
๒๘๖. amaurotic ซึ่งตาบอด
๒๘๗. ambiguity ความเคลือบคลุม, ความไม่ชัดแจ้ง
๒๘๘. ambiguous กำกวม
๒๘๙. amblyopia อัมบลีโยเปีย, อาการตามัว
๒๙๐. ambulance หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่, รถบรรทุกคนไข้
๒๙๑. ambulatory ซึ่งเดินได้, ซึ่งเคลื่อนที่ได้
๒๙๒. ambulatory patient คนไข้เดินได้
๒๙๓. ameba, amoeba อะมีบา, สัตว์ไหลเคลื่อน
๒๙๔. amebicide, amebicide ยาฆ่าอะมีบา, อะมีบิไซด์
๒๙๕. amebic อะมีบิค, เกี่ยวกับอะมีบา
๒๙๖. amenorrhea อาการขาดระดู
๒๙๗. amino acid กรดอะมิโน
๒๙๘. amnesia อัมเนเชีย, อาการเสียความจำ
๒๙๙. amnion อัมเนียน, เยื่อถุงน้ำทารก
๓๐๐. amniotic อัมเนียนอติก, แห่งอัมเนียน
๓๐๑. amorphous ไม่มีรูป, ไม่เป็นผลึก
๓๐๒. amphibia อัมฟิเบีย, สัตว์ครึ่งน้ำครึ่งบก
๓๐๓. amphibious ครึ่งน้ำครึ่งบก, สะเทินน้ำสะเทินบก
๓๐๔. amplitude ความกว้าง, ช่วง
๓๐๕. amplitude of accommodation ช่วงปรับสายตา
๓๐๖. amplitude of contraction ช่วงหดตัว
๓๐๗. amputation การตัดอวัยวะ
๓๐๘. amylolytic เกี่ยวกับการย่อยแป้ง
๓๐๙. anabolism อะนาโบลีสม์.
๓๑๐. anacidity ภาวะขาดกรด
๓๑๑. anaemia, anemia ภาวะเลือดจาง อาการเลือดจาง, การขาดเลือด
๓๑๒. anaesthesia, anesthesia การชา, การไม่เจ็บ, การสลบ (เพราะยา), ความหมดความรู้สึก
๓๑๓. anal แห่งทวารหนัก
๓๑๔. anal reflex รีเฟล็กซ์ ทวารหนัก

๓๑๕. anal sphinctor (กล้ามเนื้อ) หูดทวาร
หนัก
๓๑๖. analgesia การไม่รู้สึกเจ็บ
๓๑๗. analgesic ซึ่งระงับปวด
๓๑๘. analgia การไม่มีความเจ็บปวด
๓๑๙. analogous เหมือนโดยหน้าที่
๓๒๐. analyse วิเคราะห์
๓๒๑. analysis การวิเคราะห์
๓๒๒. analytical balance เครื่องชั่งวิเคราะห์
๓๒๓. anaphoresis อาการเหงื่อออกน้อย
๓๒๔. anamnesis ประวัติการป่วย
๓๒๕. anaphylaxis ภาวะแพ้เฉียบพลัน
๓๒๖. anasarca ออเนซาร์คา, การบวมทั่วตัว
๓๒๗. anastomosis ออเนสตอมอซิส, การเชื่อม
ประสาน
๓๒๘. anatomy กายวิภาคศาสตร์
๓๒๙. anatomy, descriptive กายวิภาคศาสตร์
ปริยาย
๓๓๐. anatomy, microscopic จุลลกายวิภาค
ศาสตร์
๓๓๑. anatomy, pathological พยาธิกายวิภาค
ศาสตร์
๓๓๒. anatomy, surgical ศัลยกายวิภาคศาสตร์
๓๓๓. anatomical ส่วนกายวิภาค
๓๓๔. anatomical view-point ทิศนัยกายวิภาค
๓๓๕. androgenous เอนโดเจนิก, เกิดเพศชาย
๓๓๖. anemic ออเนมิก, เกี่ยวข้องกับเลือดจาง (เลือด
น้อย)
๓๓๗. anesthetic ยาชา
๓๓๘. anesthetic, general ยาชาทั่ว, ยาชาลบ
๓๓๙. anesthetic, local ยาชาเฉพาะที่
๓๔๐. anesthesia, rectal การใช้ยาชาลบทาง
ทวารหนัก
๓๔๑. anesthesia, spinal การทำให้ชาทางสันหลัง
๓๔๒. anesthesia, surgical การทำให้ชาเพื่อ
ศัลยกรรม
๓๔๓. anesthetist นักวางยาชาลบ, วิชาญญแพทย์
๓๔๔. anesthetization การทำให้ชา (ด้วยยา)
๓๔๕. anesthetizer ผู้วางยาชาลบ
๓๔๖. aneurysm แอนิวริสม์ หลอดเลือดโป่งพอง,
กระพุ้งหลอดเลือด
๓๔๗. angitis หลอดเลือดอักเสบ
๓๔๘. angina แอนจินา, อาการปวดเค้น
๓๔๙. angina pectoris แอนจินาเพ็คตอริส,
อาการปวดเค้นอก
๓๕๐. angiorrhexis หลอดเลือดฉีกขาด
๓๕๑. angiosclerosis หลอดเลือดแข็ง
๓๕๒. angiospasm หลอดเลือดบีบเกร็ง
๓๕๓. angiostenosis หลอดเลือดตีบ
๓๕๔. angle มุม, เหลี่ยม
๓๕๕. angle of the jaw มุมขากรรไกร
๓๕๖. anhidrosis อาการไร้เหงื่อ, เหงื่อออกน้อย
ผิดปกติ
๓๕๗. anhydremia แอนไฮดรีเมีย, อาการเลือด
ขาดน้ำ
๓๕๘. anhydrotic ยาห้ามเหงื่อ
๓๕๙. anhydrous ปลอดน้ำ, ไร้น้ำ
๓๖๐. animal charcoal ถ่านสัตว์
๓๖๑. ankle ตาตุ่ม
๓๖๒. ankle jerk รีเฟล็กซ์ข้อเท้า
๓๖๓. ankle joint ข้อเท้า
๓๖๔. ankylosis อาการข้อยึดติด
๓๖๕. annoyance ขี้รำคาญใจ
๓๖๖. annular รูปวงแหวน
๓๖๗. anodyne ยาแก้ปวดเจ็บ
๓๖๘. anodynia ความไม่เจ็บปวด
๓๖๙. anomalous ผิดธรรมดา, วิกฤต
๓๗๐. anomaly ความผิดธรรมดา, ความวิกฤต
๓๗๑. anorexia อาการเบื่ออาหาร
๓๗๒. anosmia อาการไม่รู้สึกกลิ่น, อาการชากลิ่น
๓๗๓. anoxemia แอนออกซีเมีย, เลือดขาดออก
ซิเจน
๓๗๔. antagonise ต่อต้าน, เป็นปฏิปักษ์
๓๗๕. antagonism การเป็นปฏิปักษ์, การแข่งขัน
๓๗๖. antagonist ปฏิปักษ์, สิ่งต่อต้าน
๓๗๗. anteflexion งอทางด้านหน้า

- | | | | |
|---------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|
| ๓๘๗. antemetec | ยาระงับอาเจียน, ยาแก้อาเจียน | ๓๙๐. antibody | แอนติบอดี, สิ่งต่อต้าน |
| ๓๘๘. antenartem | ก่อนตาย | ๓๙๑. anticoagulant | ยากันเลือดแข็ง |
| ๓๘๙. antepartum | ก่อนคลอด | ๓๙๒. anticonvulsive | ยาแก้ชัก |
| ๓๙๐. anterior | ข้างหน้า | ๓๙๓. antidiarrheic | ยาแก้ท้องร่วง |
| ๓๙๑. anterograde | ซึ่งเคลื่อนไปข้างหน้า | ๓๙๔. antidiabetic | ยาแก้เบาหวาน |
| ๓๙๒. anteroinferior | กึ่งข้างหน้ากึ่งข้างใต้ | ๓๙๕. antidiuretic | ยาห้ามปัสสาวะ |
| ๓๙๓. anthelmintic | ยาแก้พยาธิ (ลำไส้) | ๓๙๖. antidote | ยาแก้พิษ |
| ๓๙๔. anthemorrhagic | ยาห้ามเลือด, ยาแก้ตกเลือด | ๓๙๗. antidromic | (ซึ่งนำ) ทวนทิศ (ปรกติ) |
| ๓๙๕. anti | ต่อต้าน | ๓๙๘. antidysenteric | ยาแก้บิด |
| ๓๙๖. antianemic | ต่อต้านเลือดจาง | ๓๙๙. antiemetec | ยาแก้อาเจียน |
| ๓๙๗. antibacterial | ต่อต้านการเจริญของแบคทีเรีย | ๔๐๐. antienzyme | สารต่อต้านเอนไซม์ |
| ๓๙๘. antibiolic | แอนติไบโอติก | | |

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๓

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๒,๕๕๗	๑,๕๐๘	๑,๘๓๑	๑,๕๘๐	๒,๐๒๐	๘๕๘
	เก่า	๕,๒๖๗	๒,๔๘๘	๔,๐๓๕	๒,๔๒๒	๔,๒๘๕	๑๕,๕๓๘
	รวม	๗,๘๒๔	๓,๙๙๖	๕,๘๖๖	๔,๐๐๒	๖,๓๐๕	๒๔,๓๙๖
ใน		๒๖๕	๔๐๒	๑,๖๐๔	๑๖๑	๔๒๒	๒,๘๕๔

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๖๐๐. จักษุฯ ๖๔๕. สูติ-นารีฯ ๖๖๘. รวม ๑,๙๑๓ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๕๘๐, หญิง ๕๘๔, รวม ๑,๑๖๔. คลอดตาย, ชาย ๑๓, หญิง ๑๐, รวม ๒๓.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๓ คน (๖.๔๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๑๕ ราย (๔๐.๘๘ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล - ครั้ง. ข้างนอก ๔๓๕ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๑๑ ครั้ง. เจาะจากโลหุโทษ ๓๕๗ ครั้ง. รวม ๘๐๓ ครั้ง
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๔,๓๗๖ คน, รักษาใหม่ ๕๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๓๖๗ ครั้ง. ระบายรักษา ๒๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๔๖ ครั้ง. โคอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ ๑ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๘ ครั้ง. รัตติโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๘ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๘๖ ครั้ง. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๓๔ ครั้ง, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๕๓ ครั้ง.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๒๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๕๒๘ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๑๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๓๐๑ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๔๘ ราย (จากภายนอก ๓๐๕ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๕๐ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น - วัณโรคและแอนติเจน ๒,๔๘๕. หมู่มืด ๓๘๘. น้มน้ำเหลือง ๖. วัตสันโมโกลบิน - ตรวจความแปรปรวนของเม็ดเลือด - หาเชื้อบักเตรี - ตรวจน้ำไขสันหลัง ๑๕, อูจจาระ ๕, บัสสาวะ ๘, เสมหะและอื่น ๆ - เพาะเชื้อจากเลือด ๔๒๖, อูจจาระ ๑๑๒, บัสสาวะ ๘๑, น้ำไขสันหลัง ๗๐, เสมหะและอื่น ๆ ๔๓๖. เพาะเชื้อวัณโรค ๔๘. น้มน้ำเหลือง ๕. เพาะเชื้อบิต ๒๓. ตรวจทดสอบซีรั่ม ๓๘. การทดสอบซีรั่ม ๒๑. ตรวจศพนิติเวช ๔๐. ตรวจของกลาง ๒๓.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๔. เจาะน้ำสันหลัง ๑๐. เจาะตับ ๒. เจาะน้ำช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด - อัดลมเข้าช่องท้อง ๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๕๓. น้มน้ำไขสันหลัง ๑,๓๘๘. น้มน้ำไขสันหลัง ๔๒. เบาหวาน ๑,๔๓๘, ที.บี. คลินิก ๒๔๕.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๔๒๔. ถอนฟัน ๘๐๒. อุดฟัน ๓๓๐. ผ่าตัดช่องปาก ๕๗. (โดยความเชื่อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

* สถิติขอเดี๋ยวม

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป) คือ :

๑. คุณหญิงสิทธาสฤทธิไกร, บ้านเลขที่ ๑๘๗ เซิงสะพานเทคบาล ๒, คลองวัดบุปผาราม, ธนบุรี, บริจาคเครื่องมือแพทย์ราคา ๑๐,๐๐๐ บาท ให้แผนกกายภาพบำบัด.

๒. เลิศ-สินมุลินิธิ, ปาร์คนายเลิศ, พระนคร, บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท สมทบทุน "พระยาภักคินรเศรษฐ (เลิศ เศรษฐบุตร)" เนื่องในวันทำบุญเพื่อเป็นที่ระลึกแห่งวันถึงอนิจกรรมของคุณหญิงสิน ภักคินรเศรษฐ.

๓. นางถนอม สุทธิพันธ์ บ้านเลขที่ ๑๖๘ ซอยพระสวัสดิ์, ตำบลบางลำภู, พระนคร, บริจาคเงิน ๕,๕๕๕ บาท คงเป็นทุน "บรรพบุรุษคุปตินทร" เพื่ออุทิศส่วนกุศลแก่บรรพบุรุษคุปตินทร, หลวงและนางอนุยุดิกรณี.

๔. คุณม่วย เทวทิพย์ บริจาคเงิน ๕,๐๐๐ บาท, ตั้งเป็นทุน "เทวทิพย์" เพื่อเก็บดอกผลบำรุงผู้ช่วยสามัญของโรงพยาบาล.

๕. มุลนินิทธิขัติยิม จันทมุนี บริจาคเงิน ๖๘,๘๕๐ บาท เพื่อชอเตียงผ่าตัด ให้แก่แผนกกายภาพบำบัด.

๖. การไฟฟ้านครหลวง บริจาคเงิน ๒๕,๐๐๐ บาท เพื่อชอเครื่องมือเครื่องอุปกรณ์ในการตรวจภายใน ช่องท้องสำหรับช่วยวิเคราะห์ และรักษาผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารและลำไส้.

๗. คุณระเบียบ แสงขำ, บ้านเลขที่ ๑๓๑ รongเมองชอย ๔, ปทุมวัน, พระนคร, บริจาคเงิน ๒๔,๐๐๐ บาท เพื่อเป็นค่าชอเครื่องเฟอร์นิเจอร์ประจำห้องผู้ช่วยพิเศษ ๑ ห้องในตึกสถิตยกรรมสร้างใหม่.

๘. ท่านอาจารย์ใหญ่ และ คณะครูนักเรียนโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์, ถนนสามเสน, พระนคร, ได้จัดเครื่องสักการะบูชาประภิชูด้วยธูปธูป มุลค่า ๕,๐๐๐ บาท ถวายยังกรมพระรปอนสาวรีย์สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ เนื่องในงาน "วันมหิดล" ประจำปี ๒๕๐๓, เพื่อสมทบทุน "มุลนินิธิของโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ เพื่อค้นคว้าวิชาแพทย์ในพระบรมราชูปถัมภ์"

การประชุมวิชาการประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้มีการประชุมวิชาการประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๔.

วันศุกร์ ที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องปาฐกถาของแผนกพยาธิวิทยา, เรื่อง "ไตเทียม" นายแพทย์วิจิต บุรี แห่งแผนกอายุรศาสตร์ เป็นผู้เสนอ.

วันศุกร์ ที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องปาฐกถาของแผนกพยาธิวิทยา, รวม ๒ เรื่อง :

๑. Soundex Code สำหรับสารบัญชภาษาไทย. ผู้เสนอ: นายแพทย์กฤษทศสุนทรเวช แผนกรังสีวิทยา.

๒. อุบัติการณ์ของพยาธิสภาพโรคในการตรวจศพ, การศึกษาเปรียบเทียบกับสมัยก่อนและหลังสงคราม. ผู้เสนอ: นายแพทย์วิเชต เลียมทอง, นายแพทย์วิจิตร บุญพรคนาวิน และ นายแพทย์ณัฐ ภูมิประวิติ, แห่งแผนกพยาธิวิทยา.

การประชุมวิชาการ ของ คณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๐๓-๒๕๐๔ ได้ยุติลง เมื่อวันศุกร์ ที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ รวมการ

ประชุมที่ได้จัดขึ้นทั้งหมด ๑๔ ครั้ง. มีเรื่องบรรยาย ๒๓ เรื่อง, ในจำนวนนั้นเป็นการร่วมบรรยาย ๑ ครั้ง. ส่วนการบรรยายอีก ๒๒ เรื่องนั้น เป็นเรื่องจากแผนกกายวิภาคศาสตร์ ๓ เรื่อง, แผนกสรีรวิทยา ๒ เรื่อง, แผนกพยาธิวิทยา ๖ เรื่อง, แผนกอายุรศาสตร์ ๒ เรื่อง, แผนกศัลยศาสตร์ ๒ เรื่อง, แผนกรังสีวิทยา ๓ เรื่อง, แผนกกุมารเวชศาสตร์ ๑ เรื่อง, แผนกรังสีวิทยาร่วมกับอนามัย จังหวัดแพร่ และ โรงพยาบาลจังหวัดแพร่ ๑ เรื่อง, แผนกอายุรศาสตร์ร่วมกับคณะเทคนิคการแพทย์ และ คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน ๑ เรื่อง, แผนกพยาธิวิทยาร่วมกับคณะอายุรศาสตร์เขตร้อน ๑ เรื่อง.

พึงสังเกตว่า เมื่อเทียบกับปีก่อนการประชุมทางวิชาการในการศึกษาแล้วมานับเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนครั้ง และ จำนวนเรื่องที่เสนอ นอกจากนั้นยังได้ได้รับความสนใจจากผู้ฟังมากจนออกควย. จึงเป็นที่คาดหมายได้ว่าในปีต่อไปการประชุมทางวิชาการของคณะคงจักเพิ่มความคึกคักยิ่งขึ้น.

ข่าวห้องสมุด ห้องสมุดกลาง คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล มหา-

วิทยาลัยแพทยศาสตร์ ไทวหนิงสื่อคารา
ใหม่และมีผู้ส่งหนังสือข้างห้องสมุดใน
เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ ดังนี้:

ตำราที่ไทรียใหม่ (1) Leavell and
Thorup: Fundamentals of clinical
hematology. (2) Johnson: Surgical
aspects of medicine. (3) Schaffer:
Diseases of the newborn. (4) Smith:
Blood disease of infancy and childhood.
(5) Rypin's Medical licensure examina-
tions. (6) Horwitz: Methods of analysis
of the Association of Official Agricultu-
ral Chemists.

ข้างห้องสมุด (๑) นายแพทย์
มัลค็อก วัฒนผลาศัก ไทวหนิงสื่อประมวล
เรื่องทางวิชาการของโรงพยาบาลกลาง
พ.ศ. ๒๔๙๐-๒๕๐๒ มาให้ ๑ เล่ม (๒)
คุณน้อม อยู่ในธรรม, เลขานุการกรมคิล-
ปากร. ไทวหนิงสื่อขอหนังสือ "วารสาร
คิลปากร" ปีที่ ๑, ๒ และ ๓ มาให้ห้อง
สมุดโดยผ่านทวงนายแพทย์สำราญ
วงศ์พาท. (๓) นายแพทย์ทัศนัย
ปานสิงห์, แผนกคัลยศาสตร์, ไทวหนิงสื่อ
เงินจำนวน ๗๖๐ บาทเพื่อซื้อหนังสือเข้า
ห้องสมุด, โดยขอทักส่วนกุศลให้แก่นาย
ชค ปานสิงห์ น้องชายผู้ล่วงลับไปแล้ว.

สถิติการขมหนังสือประจำเดือนมกราคม
๒๕๐๔ (ก) วารสาร. นายแพทย์ ยัม
๑๔๖ ราย, นักศึกษาแพทย์ ยัม ๑๓ ราย,

พยาบาล ยัม ๒ ราย. (ข) หนังสือตำรา
นายแพทย์ ยัม ๑๕๑ ราย, นักศึกษาแพทย์
ยัม ๘๗๑ ราย, พยาบาล ๔ ราย, (ค)
เขตดุสิต. นายแพทย์ ยัม ๑ ราย, นัก
ศึกษาแพทย์ ยัม ๔ ราย. (ง) จำนวนหนังสือ
ที่ขมยืมทั้งหมด ๑,๔๔๔ เล่ม. (จ) ผู้
ใช้ห้องสมุด ๔,๘๕๗ ราย.

การสอบไล่ประจำปีการศึกษา ๒๕๐๓

-๒๕๐๔ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์และ
ศิริราชพยาบาล ได้ออกคำสั่งที่ ๓/๒๕๐๔
ลงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ แต่งตั้ง
ประธานกรรมการและกรรมการสอบไล่ นัก
ศึกษาแพทย์ ประจำปีที่ ๑, ๒ และ ๓
แห่งการศึกษา ๒๕๐๓-๒๕๐๔. ทั้งนี้
เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบการ การสอบไล่
ประจำปีซึ่งคณะได้กำหนดคราไว้.

ประธาน กรรมการได้แก่ ศาสตราจารย์
นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนก
วิชาสรีรวิทยา, ประภอยด้วยบรรคณาจารย์
จากแผนกวิชาต่าง ๆ ใน คณะเป็นกรรมการ.
กำหนด การ สอบไล่ เริ่มตั้งแต่วันที่ ๒๗
กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ และสิ้นสุดลงในวันที่
๑๐ มีนาคม ๒๕๐๔ โดยใช้ห้องประชุม
ราชแพทยาลัยเป็นสถานที่ทำการสอบ.

อาคันตุกะ ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๔
มณเฑาะว์เขื่อนคณระแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาล คือ :

วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔, นายแพทย์
Hadi Rair, หัวหน้าแผนกจักษุวิทยาแห่ง
Du Centre of Ophthalmology, เมืองต-
นีส, ประเทศตูนีเซีย, ไค้แวะเยียมแผนก
จักษุวิทยา และไค้ฉายภาพยนตร์เรื่อง
เคราโตพลาสต์กีให้แพทย์ในแผนกชมด้วย.

วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ นายแพทย์
Gerald Kara, ผู้อำนวยการคนควาแห่ง
นวยอร์คชายแอนคเคียวรอนเฟอรมารีย์, ไค้
แวะเยียมแผนกจักษุวิทยา และนำภาพ
ยนตร์ประกอบคำบรรยายเกี่ยวกับจักษุวิทยา
มาแสดงให้ชมด้วย.

วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ Dr. G.
T. Benness, ภาควิชา เรอราชีส์ จากรอยัล
ปรีนส์ฮิลเฟิร์ค ฮอสปิทัล, ซึยคินย์, ฮอส-
เทรลีย์, ไค้แวะเยียมแผนกรังสีวิทยาก่อน
จะเดินทางไปกงานต่อ ณ ประเทศอังกฤษ

วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ นาย
แพทย์เพอร์ส เบลีย์, ผู้อำนวยการอินเคอร์-
เนชันนัล นิวโรโลจิคัล รีเสิร์ช, เนอะ-
นัลอินสทิทิวท์ออฟนิวโรโลยี, บัธส์คา,
แมร์ยแลนด์, สหรัฐอเมริกา, และเลขา

ธิการและเหรัญญิกของสมาคมโลกสำหรับ
ประสาทวิทยา, เมืองแอนคเวอรัป, ประเทศ
เบลเยียม, ไค้แวะเยียมแผนกอายุรศาสตร์
ในโอกาสที่เดินทางเยียมสมาคมประสาท
แพทย์ทั่วโลก.

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ นักเรียน
พยาบาลโรงพยาบาลพิษณุโลกจำนวน ๕๑
คนพร้อมด้วยครูผู้ควบคุม, ขอเข้าเยียม
เพื่อชมกิจการของโรงพยาบาล.

ศาสตราจารย์ ภาควิชา ศาสตร์ ร่วม

สำรวจเรื่องก่อนประวัติศาสตร์ ศาสตรา
จารย์สุค แสงวิเชียร, หัวหน้าแผนกวิชา
กายวิภาคศาสตร์, ไค้เดินทางไปจังหวัด
กาญจนบุรีเป็นเวลา ๒ สัปดาห์. ทงน เพื่อ
ไปปฏิบัติงานร่วมงานกับคณะสำรวจไทย-
ไค้เนมาร์ค ซึ่งกำลังดำเนินงานสำรวจเรื่อง
ก่อนประวัติศาสตร์ อยู่ ณ จังหวัดนั้น.
ศาสตราจารย์สุค แสงวิเชียร ไค้เดินทางไป
กลับพระนครแล้วและคาดหมายว่าจะไป
ร่วมงานในครั้งต่อ ๆ ไปอีก.

ไปต่างประเทศ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์
๒๕๐๔ นายแพทย์เกษม แก้วอม แห่ง
แผนกกายวิภาคศาสตร์, ไค้เดินทางไปโดย

เครื่องบินของบริษัทแคนคัลล์ ไปประเทศ
ออสเตรเลีย. ทรงนเพื่อศึกษาต่อในวิชา
กรรมพันธ์ ณ มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น.

เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ นาย
แพทย์วิชา เจตนะศิลาสิน, แห่งแผนกสรีร-
วิทยา, ได้เดินทางโดยเรือเดินสมุทรจาก
ท่าเรือคลองเตย, สู่อังกฤษ, ประเทศซาคูคิอาระเบีย,

เพื่อประกอบศาสนกิจ ณ นครเม็กกะ, มี
กำหนดเวลาประมาณ ๔ เดือน.

นายแพทย์สุนทร ตัญจนันท์, แห่ง
แผนกอายุรศาสตร์, ซึ่งเดินทางไปประเทศ
อังกฤษ เพื่อศึกษาต่อและดูงานเพิ่มเติม ณ
ระหว่างนี้ได้เข้าศึกษา Radiology Course,
Dept. of Physics, The Univ. of Birmingham,
Birmingham 15, England.

ข่าวพยาบาล



เบ็ตรับสมัคร โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์
และอนามัยได้เบ็ตรับสมัครผู้ประสงค์จะเข้า
ศึกษาเพื่อรับอนุปริญญาพยาบาลฯ. กำหนด
วันรับแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ถึงวันที่ ๕
มีนาคม ๒๕๐๔.

ลาออก (๑) น.ส. อนงค์ พัฒนศิริ, ปก.
ประจำที่กัลป์หญิง ๓, ได้ขอลาออกจาก
ราชการเพื่อไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา
ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔. (๒)
น.ส. วิรัตน์ จันทร์เกษม, ปก. ประจำที่
กัลป์ชาย ๓, ขอลาออกเพื่อทำการสมัคร
ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๐๔.

สมรส (๑) น.ส. สมพันธ์ รุ่งแสง วท.บ.
(พยาบาล) สมรสกับเรือโท สุชน หิณฺฐิ-
ระนันท์ เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔
ณ สโมสรราชนาวี. (๒) น.ส. อรทัย
รัตนทัศนีย์, ปก. ประจำที่กมนล่าง, สมรส
กับร้อยตรี พลายยง รัชชอน เมื่อวันที่ ๒๗
กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ ณ หอประชุมกรมแผนก
ทหารบก. (๓) น.ส. อนงค์ ศรีกุล, หัวหน้า
พยาบาลตึกสูติกรรม, สมรสกับนาย
สมพงศ์ บุญเลิศ ณ บ้านอนันตวงศ์ จังหวัด
อุทัยธานี.

เครื่องบินของบริษัทแคนดิด ไปประเทศ
ออสเตรเลีย. ทรงนเพื่อศึกษาต่อในวิชา
กรรมพันธ์ ณ มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น.

เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ นาย
แพทย์ปรีชา เจตนะศิลาพันธ์, แห่งแผนกสรีร-
วิทยา, ได้เดินทางโดยเรือเดินสมุทรจาก
ท่าเรือคลองเตย, สู่อังกฤษ, ประเทศซาคูคิอาระเบีย,

เพื่อประกอบศาสนกิจ ณ นครเม็กกะ, มี
กำหนดเวลาประมาณ ๔ เดือน.

นายแพทย์สุนทร ตัญจนันท์, แห่ง
แผนกอายุรศาสตร์, ซึ่งเดินทางไปประเทศ
อังกฤษ เพื่อศึกษาต่อและดูงานเพิ่มเติม ณ
ระหว่างนี้ได้เข้าศึกษา Radiology Course,
Dept. of Physics, The Univ. of Birmingham,
Birmingham 15, England.

ข่าวพยาบาล



เบ็ตรับสมัคร โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์
และอนามัยได้เบ็ตรับสมัครผู้ประสงค์จะเข้า
ศึกษาเพื่อรับอนุปริญญาพยาบาลฯ. กำหนด
วันรับแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ถึงวันที่ ๕
มีนาคม ๒๕๐๔.

ลาออก (๑) น.ส. อนงค์ พัฒนศิริ, ปก.
ประจำที่กัลป์หญิง ๓, ได้ขอลาออกจาก
ราชการเพื่อไปศึกษาต่อ ณ สหรัฐอเมริกา
ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔. (๒)
น.ส. วิรัตน์ จันทร์เกษม, ปก. ประจำที่
กัลป์ชาย ๓, ขอลาออกเพื่อทำการสมัคร
ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๐๔.

สมรส (๑) น.ส. สมพันธ์ รุ่งแสง วท.บ.
(พยาบาล) สมรสกับเรือโท สุชน หิณฺฐิ-
ระนันท์ เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔
ณ สโมสรราชนาวี. (๒) น.ส. อรทัย
รัตนทัศนีย์, ปก. ประจำที่กมลล่าง, สมรส
กับร้อยตรี พลายยง รัชชอน เมื่อวันที่ ๒๗
กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ ณ หอประชุมกรมแผนก
ทหารบก. (๓) น.ส. อนงค์ ศรีกุล, หัวหน้า
พยาบาลตึกสูติกรรม, สมรสกับนาย
สมพงศ์ บุญเลิศ ณ บ้านอนันตวงศ์ จังหวัด
อุทัยธานี.

ศิษย์เก่า

ดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงและรอง
ปลัดกระทรวง

นายแพทย์ สังกัด เป็ล่งวานิช, อธิบดี
กรมการแพทย์, และนายสมบุญ ผ่อง-
อักษร, รองอธิบดีกรมอนามัยแห่งกระทรวง
สาธารณสุข, ได้รับแต่งตั้งให้เข้าดำรง
ตำแหน่งปลัดกระทรวงและรองปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข, ตามลำดับตั้งแต่
เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ เป็นต้นไป.

เราเสนอข่าวศิษย์เก่าทั้งสองท่านนี้

ความยินดี และขออำนวยการให้ท่านทั้งสอง
จงเจริญในหน้าที่ราชการตรางชั่วกาลนาน.

ป่วย

ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ค.ศ.นี้ พันโท
นายแพทย์ พระอนุชิตพิทักษ์ (แป๊ะ คุกระ-
แพทย์) ศิษย์เก่ารุ่น ๒๔๕๑ ป่วยและเข้า
รักษาพยาบาลอยู่ ณ ตึกอิมูวังก์ ๓. อาคาร
คหบดีชนเป็นลำดับ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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