สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

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

ปีที่ ๑๔, ฉบับที่ ๒, กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ | Volume 14, Number 2, February 1962.

กระเพาะอาหารตีบตันภายหลังกลืนกรด โดยหลอดอาหารไม่เป็นอันตราย

รายงานผู้ป่วย ๒ ราย

ดิเรก ดำรงศักดิ์ พ.บ.

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนวย เสมรสุต)

ผู้ป่วยที่กลืนกรด, ด่าง หรือสารเคมีชนิดกัดเผาในระยะหลัง ๆ ส่วนมากมีหลอดอาหารตีบ. บางรายกระเพาะอาหารตีบด้วย. ที่ตีบแต่กระเพาะอาหารโดยหลอดอาหารเป็นปรกติหาได้ยากเหลือเกิน. Robert[1,2] ได้รายงานไว้เป็นคนแรกเมื่อปี ๑๘๒๘. ต่อจากนั้นก็มีผู้รายงานเพิ่มเติมเรื่อย ๆ. Gray และ Holmes[2] พบว่าจนถึง ค.ศ. ๑๙๔๘ ในวารสารการแพทย์ของโลกมีรายงานคนไข้เช่นนี้ไว้เพียง ๒๓๙ ราย. เมื่อปี ๑๙๕๐

เรื่องย่อ: ดำรงศักดิ์, ดิเรก. กระเพาะอาหารตีบตัน ภายหลัง กลืนกรด โดย หลอด อาหาร ไม่เป็นอันตราย. สารศิริราช ๒๕๐๕, ๑๔:๘๑-๘๐.

รายงานคนไข้สองคนซึ่งมีประวัติกลืนน้ำกรดแล้วต่อมามีอาการทางเดินอาหารอุดตัน, ทำให้สงสัยว่าหลอดอาหารพิการ, แต่ในที่สุดพบว่าหลอดอาหารเป็นปรกติ, และผ่าตัดพบพยาธิสภาพที่กระเพาะอาหารส่วนพัยลอรัส. เป็นภาวะการที่หาได้ยากมาก. ผู้รายงานได้บรรยายกำเนิดพยาธิสภาพ, สรีรพยาธิวิทยา, พยาธิวิทยา, ลักษณะทางคลินิคและข้อวิจารณ์ที่น่าสนใจมาก.

Strode และ Dean[3] รายงานว่ามีทั้งสิ้น ๑๔๐ ราย. ผู้เขียนรายงานนี้ได้ค้นวารสารการแพทย์ที่เป็นภาษาอังกฤษดูว่าจนถึงปัจจุบันจะมีรายงานไว้กี่รายแล้ว. แต่ก็ไม่พบหลักฐานที่แน่นอน. ได้พยายามค้นเรื่องนี้เป็นภาษาไทยจากบัตรของห้องสมุดโรงพยาบาลศิริราช, แต่ก็ไม่พบเลย, จึงเข้าใจว่ารายงานนี้เป็นรายแรกในประเทศไทย.

การอุดตันที่พยัลอรัสเนื่องจากสารเคมีกัดเผาเนื้อเยื่อของกระเพาะอาหารจนเกิดเป็นแผล, เมื่อหายแผลเป็นจึงตึงรั้งจนตีบหรืออุดตัน. สารเคมีอาจเป็นกรดน้ำส้ม, กรดไนตริค, กรดกำมะถัน, กรดเกลือ, ฟอร์มัลดีฮัยด์, ฆลอแรกซ์, ฆลอรีน, แอมโมเนีย, กรดออกซาลิค, กรดคาร์โบลิค, กรดไตรฆลอร์อะซีติค, สังกะสีฆลอไรด์, ซิลเวอร์ไนเตรต, สารประกอบสารหนู ทองแดงซัลเฟต, โปตัสเสียมฮัยดร็อกไซด์, เฟอร์รัสซัลเฟต.[1,3,4,5,6,8,9,11,12,13,14,15]

เมื่อสารเคมีกัดเผาผ่านเข้าสู่ปาก, เกิดรีเฟล็กซ์กลืนสารแผดเผานั้นลงไปโดยเร็ว อาจทำให้ปาก, คอหอย, และหลอดอาหารไม่ได้รับอันตรายร้ายแรง. ในการกลืนกรด, หลอดอาหารของบางรายอาจไม่ได้รับอันตรายเลย. มีผู้อธิบายว่า (๑) เมื่อกลืนด่าง, ปลายหลอดอาหารบวมให้ด่างค้างอยู่ในหลอดอาหารนานจึงเกิดอันตราย. แต่เมื่อกลืนกรด, ปลายหลอดอาหารไม่บวมเช่นนั้น, กรดจึงผ่านไปได้เร็วและหลอดอาหารอาจปลอดจากอันตราย. (๒) ในกระเพาะอาหารมีกรดเกลืออยู่. เมื่อกลืนด่างลงไปก็ถูกลบล้างเสียบ้าง, เหลือแต่น้อยจึงไม่ค่อยทำลายกระเพาะอาหาร. (๓) เมื่อกรดลงไปอยู่ในกระเพาะอาหาร, มีรีเฟล็กซ์ทำให้หูรูด พัยลอรัส บีบตัว. กรดจึงขังอยู่ในกระเพาะอาหารนานจนถึงขั้นเกิดอันตราย.

การที่หูรูด คาร์ดิโอ–อิโสฟาเจียล บีบตัวเมื่อมีด่างและหูรูด พัยลอริค บีบรัดตัวเมื่อมีกรดในกระเพาะอาหารนั้น, อธิบายว่าเป็นปฏิกิริยาจำเพาะของหูรูดทั้งสอง.

ความรุนแรงของการตีบแบ่งออกได้เป็น ๓ ขั้น, คือ (๑) ขั้นรุนแรง, เหลือช่องน้อยกว่า ๑ ซม., (๒) ขั้นปานกลาง, ช่องขนาด ๑ ซม., (๓) ขั้นเบา, ช่องกว้างกว่า ๑ ซม.

โรคนี้พบในทุกอายุ, ตั้งแต่เด็กยังไม่รู้ความจนถึงผู้ใหญ่และคนชรา. เด็กเล็ก ๆ มักจะชอบหยิบสิ่งอยู่ใกล้มือใส่ปากกินเสมอ. เฟอร์โซเลต ซึ่งประกอบด้วยเหล็ก ซัลเฟต เป็นยาชนิดหนึ่งที่พ่อแม่และผู้ปกครองของ

เด็กควรระวัง. ในผู้ใหญ่อาจจะเป็นการบังเอิญหรือพยายามฆ่าตัวตาย. พวกหลังมักเป็นผู้หญิงบ่อยกว่าผู้ชาย.

สรีรพยาธิวิทยา ส่วนใหญ่พยาธิสภาพปรากฏที่ พัยลอรัส และ แอนทรัม, เนื่องด้วยทั้งสองตอนนี้เป็นส่วนที่อยู่ต่ำที่สุด, จึงเป็นที่ขังสิ่งที่กินเข้าไป, ประกอบกับสิ่งที่ดมไหลไปตามส่วนโค้งเล็กอย่างรวดเร็ว, ทำให้เกิดสปัสม์ที่ส่วน ปริแอนทรัล, สารเคมีจึงขังอยู่แถว แอนทรัม และ พัยลอรัสนาน.

พยาธิวิทยา สารเคมีทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารบวม, แล้วอักเสบ, มากหรือน้อยแล้วแต่ชนิดและความเข้มของสารที่ดม. ต่อไปเกิด โคอะกูเลติฟ นิโครสิส ที่เยื่อบุและชั้นใต้เยื่อบุ, กลายเป็นแผลเป็น, ซึ่งมีรูปร่างแตกต่างกันไปตามชนิดของสารเคมี. ข้อสังเกตได้ชัดที่เยื่อบุในปาก, ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับที่กระเพาะอาหาร. กรดกำมะถันทำให้แผลเป็นแห้งและสีดำ, กรดเกลือสีน้ำตาลเข้ม, กรดไนตริค สีเหลือง, กรดน้ำส้มและกรด ออกซาลิค สีขาว, น้ำด่างทำให้เนื้อบวมใส. บางรายมี นิโครสิส แต่เฉพาะที่สันของรอยย่นของกระเพาะ, หรือเฉพาะที่ แอนทรัม เท่านั้น. อาจมีเลือดออกที่เยื่อบุกระเพาะ, และบริเวณใกล้เคียงอักเสบ. กระเพาะอาหารอาจทะลุก็ได้. หากกลืนกรดในขณะท้องว่างกระเพาะอาหารจะถูกทำลายได้ง่ายและมากกว่าขณะมีอาหารบรรจุอยู่. กรดที่มีความเข้มน้อยในบางโอกาสก็สามารถทำอันตรายได้รุนแรง, เนื่องจากความเข้มข้นน้อยทำให้มีการระคายน้อย, ไม่เกิด ริเฟล็กซ์ ให้อาเจียน, กรดอยู่ในกระเพาะอาหารนาน.

Moynihan[1] เปรียบเทียบ แอนทรัม และ พัยลอรัส ที่มีพยาธิสภาพเช่นนี้ว่าคล้ายกับมดลูกและคอมดลูกปรกติ. กล่าวคือที่คอและมีผนังหนาไม่หยุ่น, มีโพรงแคบ. พยาธิสภาพนี้แยกได้ง่าย จากแผลเป็นธรรมดาและจากมะเร็งชนิดแข็งที่ พัยลอรัส. แผลเป็นที่เกิดจากสารเคมีกัดเผานั้น, เพอริโตเนียม ที่คลุมมีสภาพปรกติ. ถ้าจากแผลเป็ปติค, แผลเป็นมักยึดติดกับ เพอริโตเนียม และ เพอริโตเนียม ก็หนา. ส่วนมะเร็งชนิดแข็งที่ เพอริโตเนียม มักเป็นเม็ดๆ.

กระเพาะอาหารอาจถูกทำลายทั่วไป, แต่โดยมากส่วนโค้งใหญ่, ฟันดัส และ คาร์เดีย ถูกทำลายน้อย. แผลเป็นส่วนใหญ่อยู่ที่วง พัยลอริค. บางคราวอาจพบกระเพาะอาหารคอดกลางเป็นรูปนาฬิกาทราย.

ตรวจทางจุลทัศน์พบการทำลายของเยื่อบุคอลัมน่าร์, ชั้นใต้เยื่อบุ, และชั้นกล้ามเนื้อรวมทั้งหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง. ในระยะแรก ๆ มี นิโครสิส ของเยื่อบุ, หลอดเลือดขยายและมี ธรอมโบสิส. มีการอักเสบเพียงเล็กน้อย. ต่อมาปรากฏการแทรกซึมของ เซ็ลล์ โปลีย์มอร์โฟนูเคลียร์, ซึ่งค่อย ๆ หายไป, มีเซ็ลล์กลมมาแทน. เยื่อบุอาจมีการซ่อมแซม, แต่ต่อมของกระเพาะอาหารและรอยย่นมักไม่กลับคืน. เนื้อที่เกิดใหม่บางและกลายเป็นแผลได้ง่าย. ต่อไปจะมี ไฟบรัส ทิสชิว ด้วย.

Schulenberg[8] กล่าวว่า ตั้งแต่กลืนสารเคมีลงไปจนเกิดตีบตันกินเวลาเฉลี่ย ๔ สัปดาห์. มีรายงานอื่นสนับสนุนอีก.

อาการแจ้งและอาการแสดง อาการปรากฏทันที, ทั้งเฉพาะที่และทั่วไป. มีปวดแสบปวดร้อนภายในปาก, คอหอยและกระเพาะอาหารอย่างรุนแรง. ความปวดกระจายไปทั่วท้องอย่างรวดเร็ว. มีเรอและอาเจียนมาก. สิ่งอาเจียนมีสีน้ำตาลแก่หรือสีดำผสมกับเลือดที่แปรรูปโดยปฏิกิริยาเคมี, มีชิ้นเยื่อบุกระเพาะอาหารติดมาด้วย. อุจจาระก็มีเลือด. ผู้ป่วยกระหายน้ำมากและกลืนยาก. หายใจลำบากและมีเสียงดัง. เสียงแหบ, พูดยาก. ถ้ากล่องเสียงบวมมากอาจหายใจไม่ออกและถึงตาย. ริมฝีปาก, ปากและใบหน้าส่วนที่ถูกสารเคมีจะปรากฏรอยไหม้หรือสะเก็ด. ผู้ป่วยยังมีสติดี, แต่คลื่นไส้อาเจียนและอ่อนเพลียอย่างรวดเร็ว. ผู้ป่วยอาจตายโดยชัก, หายใจไม่ออก, หมดกำลัง, หรือช็อคเนื่องจากกระเพาะอาหารทะลุ. วันถัดไปอาจพบไข่ขาวและคาสท์ ในปัสสาวะ. จำนวน ยูโรบิลิโนเจ็นเพิ่มขึ้น. ผู้ป่วยอาจตายภายใน ๑๒ ถึง ๒๔ ช.ม., หรืออาการดีขึ้นแล้วไปตาย ๒ ถึง ๓ วันภายหลังเนื่องจากกระเพาะอักเสบ. อาจตายใน ๒ ถึง ๓ สัปดาห์เนื่องจากอ่อนเพลียและหมดกำลัง, ถ้ารอดไปได้ถึง ๔ ถึง ๕ สัปดาห์ก็อาจเกิดกระเพาะตีบหรือตัน, มีอาการอาเจียน, โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร, น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว, มีอาการขาดน้ำและเกลือแร่. อาจเกิดภาวะอัลคาโลสิส รุนแรง.

การวินิจฉัย

(๑) ประวัติกลืนสารเคมีกัดเผา.

(๒) ตรวจทางเดินอาหารส่วนบนด้วยรังสี เรินตเก็น พบการทำลาย, โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง พบรอยตับที่ แอนทรัม หรือ พัยลอรัส. ส่วนโค้งน้อยถูกทำลาย. ส่วนโค้งใหญ่ไม่ถูกทำลายหรือถูกน้อย. การตรวจทางรังสีสำคัญมากในการบอกตำแหน่งและปริมาณของพยาธิสภาพ, บอกความรุนแรง, และบอกว่ามีกระเพาะพองโตหรือไม่. หากไม่ทราบประวัติรังสีแพทย์อาจวินิจฉัยผิดว่าการอุดตันเกิดจากแผล เป็ปติค เรือรัง, หรือจากมะเร็ง.

(๓) กาสโตรสโคปี้ ถือเป็นข้อห้ามสำหรับรายที่เพิ่งดมสารเคมีเข้าไป, เพราะอาจเพิ่มความซอกช้ำ อาจทำให้เกิดการทะลุ.

การรักษา สำหรับรายบาดขันนั้น, ห้ามใส่หลอดยางลงไปดูดเอาสารเคมีออก เพราะกระเพาะที่อ่อนยุ่ยนั้นอาจทะลุได้. ห้ามใช้ยาอาเจียน เพราะเหตุผลอย่างเดียวกัน, และเพราะสารกัดเผาเหล่านั้นจะผ่านกลับออกมาทำลายหลอดอาหารคอหอยและปากซ้ำอีก.

สิ่งแรกที่ควรทำคือให้ดมน้ำยาที่มีปฏิกิริยาตรงข้ามกับสารที่ดมเข้าไป. (แต่ไม่ควรใช้น้ำยา คาร์บอเนต ในรายดมกรด, เพราะ คาร์บอนไดออกไซด์ อาจทำให้กระเพาะทะลุได้). ถัดจากนั้นให้ดมน้ำนมหรือน้ำข้าว, หรือแป้งเปียก. หากทางเดินหายใจบวมก็ต้องเจาะคอเพื่อช่วยการหายใจ. ถ้าช็อคก็ให้น้ำและ พล้าสม่า หยดเข้าหลอดเลือดดำ, จนกระทั่งหายกระหายน้ำ, ริมฝีปากชื้นและมีปัสสาวะในปริมาณที่เพียงพอ.

เมื่อกระเพาะอาหารตับหรือตันแล้ว, การรักษาก็ต้องอาศัยศัลยแพทย์, ซึ่งอาจใช้วิธี (๑) ขยาย พัยลอรัส, หรือ (๒) ตกแต่ง พัยลอรัส, หรือ (๓) ตัดกระเพาะอาหารบางส่วน, หรือ (๔) ต่อลำไส้ส่วนต้นกับกระเพาะ.

การพยากรณ์โรค คนไข้ประเภทนี้มักตายใน ๑๒ ถึง ๒๔ ช.ม. เนื่องจาก คอลแลปส์, กระเพาะอาหารทะลุ, หรืออาจตายภายใน ๒ ถึง ๓ วันเนื่องจากกระเพาะอาหารอักเสบ, หรือมิฉะนั้นก็อาจตายใน ๒ ถึง ๓ สัปดาห์จาก การหมดกำลังและความอ่อนเพลีย.

ถ้าผู้ป่วย รอดไปได้ถึงหนึ่งเดือน ก็อาจเกิดการอุดตันที่กระเพาะอาหาร.

รายงานผู้ป่วย

รายที่หนึ่ง

ผู้ป่วยหญิงจีน, ค่, อายุ ๓๑ ปี, อยู่จังหวัดพระนคร, (ล.ท. ๖๖๒๐๙/๐๓,

ล.น. ๑๖๔๒๗/๐๓), รับไว้เมื่อ ๒๑ ก.ค. ๒๕๐๓, ด้วยอาการสำคัญว่าอาเจียนและปวดท้องมาชั่วโมงกว่าวัน.

หนึ่งเดือนครึ่งก่อนนั้น ผู้ป่วยกลืนน้ำกรดบัตริกประมาณครึ่งถ้วยแก้ว. รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้ชั่วโมงกว่าวันก็กลับบ้าน ด้วยอาการทุเลามาก. ชั่วโมงเศษก่อนมา, เริ่มมีอาเจียนหลังอาหาร. สิ่งอาเจียนเป็นสิ่งที่เพิ่งรับประทานเข้าไป, มีทั้งน้ำขาว ๆ และสีเขียว, รสขม. เป็นบ่อยและแรงขึ้นทุกที จึงมาโรงพยาบาล. รับไว้ที่แผนกอายุรศาสตร์.

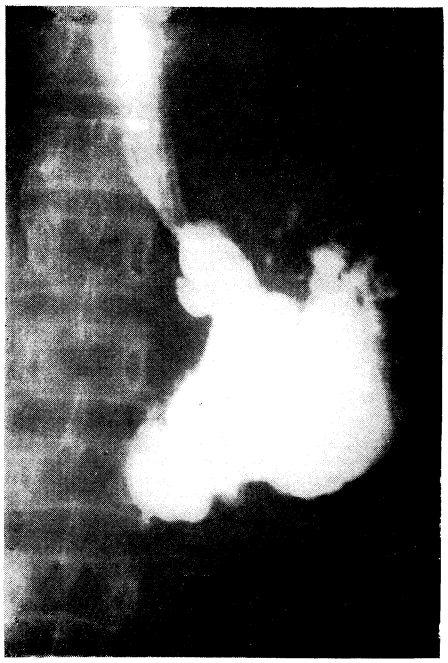
เมื่อแรกรับ, อุณหภูมิ ๓๘° ซ., ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที. ความดันเลือด ๑๑๖/๘๔ มม. ปรอท. ผอม, อ่อนเพลีย, ซีดเล็กน้อย. ไม่เหลือง. มีสติดี. ลักษณะขาดน้ำ. ริมฝีปากแห้ง. ลิ้นเป็นฝ้า. ฟัน, เยื่อบุปากและคอหอยเป็นปรกติ. ท้องนูนเล็กน้อยที่ยอดอกค่อนไปทางขวา. เห็นการเคลื่อนไหวใต้หน้าท้องในส่วนนี้, ซึ่งกดเจ็บเล็กน้อย. มีเสียงกระฉอก. เสียงกลอกกลิ้งมากกว่าปรกติ.

ระบบอื่น ๆ ไม่พบสิ่งผิดปรกติ.

ตรวจเลือดได้ ฮีโมโกลบิน ๗๐ ปซ., เม็ดโลหิตแดง ๓.๔ ล้าน/ล.มม. เม็ดโลหิตขาว ๔,๘๐๐ เม็ด/ล.มม., โปลีย์. ๗๕ ปซ., ลิมฟ. ๒๑ ปซ. อุจจาระ, ปัสสาวะ ไม่พบสิ่งผิดปรกติ.

การตรวจทางรังสี. ครั้งแรกส่งตรวจหลอดอาหารโดยกลืน ยาเรียม เมื่อ ๒๒ ก.ค. ๒๕๐๓. รังสีแพทย์รายงานว่า "ไม่พบสิ่งผิดปรกติ และไม่มีการอุดตันที่หลอดอาหาร". ส่งตรวจหลอดอาหารซ้ำเมื่อ ๘ ส.ค. ๒๕๐๓. รังสีแพทย์รายงานว่า "ไม่พบร่องรอยการอุดตันที่หลอดอาหาร. ยาเรียม ไหลผ่านหลอดอาหารได้ง่ายและรวดเร็วเป็นปรกติ. หลอดอาหารขยายได้ขณะเมื่อ ยาเรียม ผ่าน, มีรูปร่างและการบีบตัวเป็นปรกติ. ภายหลังเมื่อกลืน ยาเรียม ลงไป ๒ คำโต ๆ ปรากฏว่าผู้ป่วยอาเจียน. จึงตรวจกระเพาะอาหารต่อไป, พบว่าที่ แอนทรัม ตันและไม่มี ยาเรียม ผ่านออกไปจากกระเพาะอาหารเลยตลอดเวลาที่ตรวจ (๒๐ นาที). กระเพาะอาหารมีแผลหลายแห่ง".

ทางฝ่ายรักษาสงสัยว่ารอยตีบที่ แอนทรัม นั้นอาจเนื่องจากการหดเกร็ง, จึงส่งตรวจทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำเมื่อ๒๓ ส.ค. ๒๕๐๓ โดยให้ฉีดยาแก้เกร็ง. รังสีแพทย์รายงานว่า "การกลืนอาหารและ



ภาพที่ ๑. แสดงการตันของ แอนทรัม ซึ่งเห็นชัดเจนหลังจากตรวจอยู่นาน ๒๐ นาที. มีแผลในกระเพาะหลายแห่ง.

ภาพที่ ๒. แสดงความปรกติของหลอดอาหาร. บาเรี่ยมในตอนล่างเป็นส่วนที่สำรอกกลับขึ้นมาจากกระเพาะ.

หลอดอาหารปรกติ, บาเรียม ถูกขย้อนจากกระเพาะอาหารขึ้นไปยังหลอดอาหาร. แม้จะฉีดยาแก้เกร็งแล้วก็ยังไม่ปรากฏว่ามีบาเรียม ไหลผ่านรอยต่อที่กระเพาะอาหารไปสู่ดูโอดีนั่ม ได้ตลอดเวลาที่ตรวจนาน ๓๐ นาที."

แพทย์รักษาได้ย้ายผู้ป่วยไปแผนกศัลยกรรมเมื่อ ๒๔ ส.ค. ๒๕๐๓. ผ่าตัดเมื่อ ๒๙ ส.ค. ๒๕๐๓. พบว่ามีการตันที่พัยลอริค แอนทรัม และมีแผลที่เยื่อบุของกระเพาะอาหารหลายแผล. ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและทำการต่อกระเพาะอาหารกับเจจูนั่ม.

พยาธิวิทยา ตรวจด้วยตาเปล่า, ชิ้นเนื้อหนึ่งชิ้น, รูปร่างไม่สม่ำเสมอ, ขนาด ๒ คูณ ๐.๕ คูณ ๐.๕ ซม., ตัดดูมีสีเหลืองเทาที่ด้านรอยตัด. วินิจฉัย (พยาธิ, เลขที่ ๐๓/๔๔๒๙–๑) กระเพาะอาหาร, กระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง.

ผลการรักษา ทุเลามาก. กลับบ้านเมื่อ ๓๐ ก.ย. ๒๕๐๓.

รายที่สอง

ผู้ป่วยชายไทย, โสด, อายุ ๑๘ ปี, อยู่จังหวัดนครศรีธรรมราช. (ล.ท. ๗๔๔๕๘/๐๔, ล.น. ๓๐๐๓/๐๔) รับไว้เมื่อ ๑๕ ส.ค. ๒๕๐๔, ในแผนกศัลยศาสตร์ด้วยอาการสำคัญว่าอาเจียนและไม่ถ่ายอุจจาระมา ๑๕ วัน.

หนึ่งเดือนเศษก่อนมาผู้ป่วยดื่มน้ำกรดฆ่ายาง* เข้าไปเพราะหยิบผิด. เมื่อรู้สึกแสบที่คอและปากก็รีบบ้วนทิ้งหมดและเอาน้ำมาบ้วนล้างปากอีก. หลังจากนั้นปากพองเป็นเม็ดแล้วแตก. ผู้ป่วยต้องกินอาหารเหลว. ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีประมาณสิบวัน. เมื่อแผลในปากหายและรับประทานอาหารได้ตามปรกติแล้วก็กลับบ้าน. ๑๕ วันก่อนมาโรงพยาบาลหลังจากรับประทานอาหารประมาณ ๑๐ นาทีก็อาเจียน. สิ่งอาเจียนมีรสเปรี้ยวปนขม, มีสีเขียว ๆ. ต่อมาอาเจียนบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ, จนขณะมาโรงพยาบาลนี้อาเจียนวันละ ๕ ถึง ๖ ครั้ง. ไม่ถ่ายอุจจาระเลยตลอด ๑๕ วัน, แต่ยังผายลมได้. มีน้ำลายสอตลอดเวลา. ผอมลงเรื่อย ๆ และอ่อนเพลีย. ไม่ปวดท้อง. ไม่

* "น้ำกรดฆ่ายาง" คือกรดที่ใช้ทำยางพารารับเบอร์เบ็นแผ่น. ส่วนมากที่ขายในภาคใต้เป็นกรดกำมะถันหรือกรดน้ำส้มเจือจาง.

แน่นท้อง.

เมื่อแรกรับ, อุณหภูมิ ๓๖.๕° ซ., ชีพจร ๗๒ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันเลือด ๑๐๔/๗๐ มม. ปรอท. ผอม. อ่อนเพลีย. ซีดเล็กน้อย, ไม่เหลือง, ลักษณะขาดน้ำ. มีสีดำ. ริมฝีปากแห้ง. ลิ้นปรกติ. เยื่อบุในปากซีด. คอหอยและต่อมทอนซิลปรกติ. ตับ, ม้าม คลำไม่พบ. เสียงกลอกกลิ้งน้อยกว่าปรกติ.

ตรวจเลือดได้เม็ดเลือดแดง ๔.๒ ล้าน/ล.มม., เม็ดเลือดขาว ๖๐๕๐/ล.มม. โปลีย์. ๗๓ ปซ., ลิมฟ. ๒๗ ปซ. เคมีเลือด : แอลบูมิน ๓.๔ กรัม ปซ., โกลบูลิน ๒.๗ กรัมปซ., เครอาตินิน ๑.๕ มก.ปซ., เอ็น.พี.เอ็น ๒๔ มก.ปซ. ปัสสาวะ, ไม่พบสิ่งผิดปรกติ.

การวินิจฉัยทางคลินิค พยาธิสภาพ.

การตรวจทางรังสี เรินตเก็น. ๑๐ ส.ค. ๒๕๐๔, ตรวจทางเดินอาหารส่วนบน. รังสีแพทย์รายงานว่า "หลอดอาหารมีลักษณะปรกติ. กระเพาะอาหารอยู่ต่ำ, โตกว่าปรกติมาก. ยาเรียม ที่รับประทานเข้าไปตั้งแต่ ๖ ชั่วโมงก่อนเกือบทั้งหมด ยังคงค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร. ดูโอดินัล แค็ป มียาเรียม เข้าไปได้ยากและรูปร่างไม่เรียบ. ลงความเห็นว่าเป็น พยาธิสภาพ ตันเกือบทั้งหมด, อาจจะเนื่องจากแผลเรื้อรังที่ดูโอดินั่ม ก็ได้." (หมายเหตุ : รายนแพทย์ผู้ส่งตรวจไม่ได้ บอก ประวัติ กลืน กรดให้ รังสีแพทย์ทราบ). ๑๘ ส.ค. ๒๕๐๔ ส่งตรวจหลอดอาหารซ้ำ, รังสีแพทย์รายงานว่า "ไม่พบรอยตีบตันที่หลอดอาหาร. หลอดอาหารลักษณะปรกติ. ยาเรียม ผ่านได้สะดวกและเร็วเป็นปรกติ".

การรักษา ได้ทำการผ่าตัดเมื่อ ๒๘ ส.ค. ๒๕๐๔. เหนือจาก พยาธิสภาพ ขึ้นไปราว ๓ ซม. พบว่ามีรอยคอด, แข็ง, หนา, ลักษณะคล้ายวงแหวน. รอยคอดนี้พอจะให้สายยาง นิลาตัน (Nelaton catheter) เบอร์ ๑๖ ผ่านได้. ได้ทำการตกแต่ง พยาธิสภาพ.

การวินิจฉัยหลังผ่าตัด มีส่วนตันที่เหนือพยาธิสภาพ, เนื่องจากสารเคมีกัดเผา.

ผลการรักษา ทุเลามาก, จึงจำหน่ายกลับบ้าน.

วิจารณ์

ผู้รายงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่ ๔ ประการ, กล่าว คือ :

๑. เมื่อผู้ป่วยมีประวัติว่ากลืนสารเคมีกัดเผา, ไม่ควรมุ่งสงสัยเฉพาะที่หลอดอาหารเท่านั้น, เพราะอาจวินิจฉัยพลาดได้, ดังเช่นในรายที่หนึ่ง ครั้งแรกแพทย์ผู้รักษาสงสัยเฉพาะที่หลอดอาหารเท่านั้น และส่งตรวจหลอดอาหารแห่งเดียว. สำหรับรังสีแพทย์ก็เช่นเดียวกัน, หากพยาบาลใช้ประโยชน์ไม่ว่าแพทย์ผู้ส่งจะขอให้ตรวจกระเพาะด้วยหรือไม่ก็ตาม, ควรจะถูกระเพาะไว้ด้วย.

๒. ยังไม่เคยมีรายงานกระเพาะอาหารถูกทำลายโดยหลอดอาหารยังคงเป็นปรกติในเมื่อผู้ป่วยกลืนด่าง. หากผู้ใดพบควรจะรายงานในวิทยาสารการแพทย์, อาจเป็นรายแรกของโลก.

๓. แพทย์ผู้ผ่าตัดควรตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทุกราย. โดยเหตุผลที่ว่า:

ก. เป็นวิธีเดียวที่จะได้ศึกษาพยาธิสภาพของกระเพาะอาหารว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ไปเช่นใด, ในเมื่อนำรายงานต่าง ๆ มาสรุปเข้าด้วยกัน.

ข. เนื้อที่ถูกสารเคมีทำลายกลายเป็นเนื้อที่อ่อนแอ, เป็นแผล, เป็นโรคได้ง่าย, แต่หายได้ยากเพราะหลอดเลือดน้ำเหลืองถูกทำลายไปมาก. อาจเกิดแผลเป็นๆหายๆ หรือมีการระคายเรื้อรัง. การตรวจดูด้วยตาเปล่าไม่ละเอียดเพียงพอที่จะบอกได้ว่ามีเนื้อร้ายแทรกอยู่ด้วยหรือเปล่า. เคยมีรายงานผู้ป่วยกลืนสารเคมีแล้วเกิดการอุดตันที่กระเพาะ. แพทย์รักษาโดยการผ่าตัด. ผู้ป่วยอยู่ได้ไม่นานก็มีอาการอุดตันอีก. ตรวจทางรังสี, รังสีแพทย์สงสัยว่าอุดตันโดยมะเร็ง. แต่ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดไม่เห็นด้วย, โดยคิดว่าไม่น่าจะเป็นไปได้เพราะเพิ่งผ่านการผ่าตัดและได้เห็นมาด้วยตาเมื่อไม่นานนัก. ผลสุดท้ายผู้ป่วยตาย. ตรวจศพพบว่าเป็นมะเร็งที่กระเพาะอาหาร. ข้อนี้เป็นอุทาหรณ์ว่าการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทุกครั้งมีความสำคัญมาก.

๔. การทดลองกรอกสารเคมีเข้าไปในทางเดินอาหารของสัตว์จะช่วยบอกการดำเนินของโรคและพยาธิสภาพได้โดยละเอียดเป็นระยะ ๆ, ตั้งแต่เริ่มกลืนกรดจนกระทั่งมีการอุดตัน, และตัดปัญหาข้อถกเถียงต่าง ๆ ไปได้.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย ๒ ราย, รายแรกเป็นหญิงจีนคู่, อายุ ๓๑ ปี, อยู่จังหวัดพระนคร. กลืนน้ำกรดบัตกรี(กรดเกลือเจือจาง) เข้าไปประมาณครึ่งถ้วยแก้ว. ไม่ทราบประวัติแน่

ชัดว่าตั้งใจฆ่าตัวตายหรืออย่างไร. แต่ปริมาณน้ำกรดที่ดื่มช่วยให้สงสัยว่าเป็นการฆ่าตัวตายมากกว่าเหตุบังเอิญ. ประมาณ ๓ สัปดาห์ต่อมาเริ่มมีอาการอุดตันของกระเพาะอาหาร. ผ่าตัดทำการต่อกระเพาะอาหารกับเจจูนัม. ขณะผ่าตัดพบว่าตันที่พัยลอริค แอนทรัม และมีแผลหลายแผลที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร. ผลการรักษา, ผู้ป่วยกลับบ้านได้เพราะทุเลามาก.

รายที่สองเป็นชายไทย, โสด, อายุ ๑๘ ปี, อยู่จังหวัดนครศรีธรรมราช. ตั้งใจจะฆ่ายา, แต่บังเอิญหยิบขวดผิด, จึงดื่มน้ำกรดฆ่ายางเข้าไปเล็กน้อย. ทั้ง ๆ ที่รีบบ้วนทิ้ง. อีกประมาณ ๑ เดือนต่อมาก็เริ่มปรากฏอาการกระเพาะอาหารตัน. ผ่าตัดตกแต่งพัยลอรัส. ขณะผ่าตัดพบว่าที่ส่วนเหนือพัยลอรัสขึ้นมาราว ๓ ซม. มีรอยคอด, แข็ง, หนา, ติบ มีลักษณะคล้ายวงแหวน. หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุเลามาก.

ทั้งสองรายตรวจโดยเอ็กซเรย์หลายครั้งและโดยรังสีแพทย์หลายคน. ปรากฏว่าหลอดอาหารยังปรกติดี, กลืนอาหารได้เหมือนปรกติ.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ ศจ. น.พ. อำนวย เสมรสุต, หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา, และ ศจ. น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย, อนุญาตให้นำเรื่องนี้มารายงาน. ขอบพระคุณ น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ์ และ น.พ. สนวน บูรณภวังค์ ที่ช่วยตรวจแก้รายงานและให้คำแนะนำ. ขอบคุณ น.พ. สนวน บูรณภวังค์, น.พ. สุพจน์ อ่างแก้ว, น.พ. กุณฑล สุนทรเวช, พ.ญ. สายสงวน อุณหนันท์, น.พ. ทองพูน วัฒนวิทย์ ผู้มีส่วนร่วมตรวจคนไข้ และเจ้าหน้าที่ห้องสมุดช่วยค้นหาเอกสารอ้างอิง.

เอกสาร

1. Milroy, P.: Lancet 1951, 261: 1064–1066.

2. Maggi, A.L.C., M. Meeroff: Gastroenterol. 1953, 24: 573–578.

3. Strode, E.C., M.L. Dean: Ann. Surg. 1950, 131:801–811.

4. O' Donnell, C.H., W.E. Abbott, et al.: A.M.J. Surg. 1949, 78:251–255.

5. Auregan, J., Keruzore: Guérison. Mém. Acad. Chir. 1954, 80:336–338.

6. Katz, H.: South African M.J. 1951, 25:139–140.

7. Anderson, W.A.D.: Textbook of Pathology, 3rd. ed., 1957, C.V. Mosby Company, p. 748.

8. Schulenberg, C.A.R.: Lancet 1941, 2:367–368.

9. Nevin, I.N., W.W. Turner, et al.: A.J. Roentgenol. 1959, 81:603–608.

10. Vinson, P.P., S.W. Harrington: J.A.M.A. 1929, 93:917–918.

11. Strange, D.C., J.C. Finneran, et al.: A.M.A. Arch. Surg. 1951, 62:350–357.

12. Swynghedauw, P., M. Legrand: Arch. des mal. de l' app. dig. 1951, 40: 755–759.

13. Schindler, R.: Diseases of the Digestive System. 1953, Phila., Lea & Febiger, pp. 409–410.

14. Wilmers, M.J., A.J. Heriot: Lancet 1954, 2:68–69.

15. Forshall, I., P.P. Rickham: Brit. J. Surg. 1954, 41:379–381.

(Summary of the preceding Report)

CORROSIVE STENOSIS OF STOMACH WITHOUT INVOLVEMENT OF OESOPHAGUS

Report of Two Cases

Direk Damrongsakdi, M.B.
(Dept. of Roentgenology)
(Head of Dept.: Prof. Dr. Amnuay Samerasut)

This paper reports two cases of almost complete obstruction of the gastric antrum after ingestion of acid without oesophageal involvement, probably the first recorded instances of its kind. A Chinese woman, 31 years of age, swallowed "half a glass" of soldering acid and developed symptoms of obstruction three weeks later. Marked relief was obtained after gastro–jejunostomy. A Thai youth 18 years old accidentally drank a small amount of acid rubber coagulant and developed gastric obstruction one month layer, although he at once spat and rinsed out the mouth. Pyloroplasty was performed with good result. In both cases the non–involvement of the oesophagus was proven by roentgenography.

(With 15 references)

บันทึกคนไข้ศัลยกรรม

รายที่ ๕ และ ๖

ธีระ ลิ่มศิลา พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์; หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ)

ประชุม อภิปราย ๑๑ ก.พ. ๒๕๐๔, เวลา ๑๐.๐๐—๑๑.๐๐ น.

ประธาน ศจ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ

ผู้ร่วมอภิปราย

แผนกศัลยศาสตร์, ร.พ. ศิริราช : ศจ. อุดม โปษะกฤษณะ; ศจ. เฟื่อง สัตย์สงวน, น.พ. นที รักษ์พลเมือง.

กรมการแพทย์ : น.พ. เชิด โกณวนิก

แผนกศัลยศาสตร์, ร.พ. จุฬา ฯ : น.พ. จตุรพร หงษ์ประภาส

แผนกอายุรศาสตร์ : ศจ. จิตต์ ตู้จินดา

แผนกรังสีวิทยา : น.พ. โรจน์ สุวรรณสุทธิ, น.พ ดุษฎี ประภาสวัต.

แผนกกายวิภาคศาสตร์ : น.พ. รัศมี วรรณิสสร

รายที่ ๕

ล.ท. ๐๕๕๔๐.๐๔

ล.น. ๑๗๓๒.๐๔

รับ ๒๓ ม.ค. ๒๕๐๔

ผ่าตัด ๒๖ ม.ค. ๒๕๐๔ (ศจ. อุดม)

จำหน่าย ๒๐ ก.พ. ๒๕๐๔

ผู้ป่วยชายไทย. ค่, อายุ ๕๕ ปี, มีประวัติปวดต้นคอมาเศษ. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น อัยเปอร์โตรฟีค สะปอนดิย์ไลติส ที่กระดูกคอ. รักษาทางยากับแพทย์ภายนอกอยู่ ๓ เดือนเศษ แล้ว มารับการรักษาร่วมทางกายบำบัดอีกเดือนเศษ, อาการจึงทุเลา. ๓ เดือนก่อนมา, กลับเป็นอย่างเดิมอีก. ๑ เดือนก่อนมาศัลยะชนขอบประตูที่บ้าน ๒ — ๓ ครั้งเนืองจากประตูเตี้ย. หลังจากนั้นก็เริ่มปวดศัลยะ, แต่ไม่มากนัก. ปวดต้อ ๆ บริเวณท้ายทอย. มักปวดเวลาทำงาน, บางทีก็ตอนกลางคืน. ครั้งละครั้งนาทีถึงหนึ่งชั่วโมง. ทุเลาเมื่อนอนพัก. เป็น ๆ หาย ๆ. รักษาทางยาตามอาการ. ๗ วันก่อนมา, ตื่นนอนเช้ารู้สึกว่าเท้าซ้ายหนักไม่ค่อยมีแรง. ขับรถลำบาก. ได้มาตรวจที่ แผนก ผู้ป่วย นอก อายุรศาสตร์.

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ซิริบรัล ธร็อมโบสิส และให้ยา. อาการไม่ดีขึ้น, ปวดศีรษะมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอยและต้นคอ. ปวดตื้อ ๆ, ตรงกลาง ๆ. ไม่อาเจียน. ๕ วันก่อนมา, ถ่ายภาพรังสีพบว่าภาวะ สะปอนดิย์ไลติส ของกระดูกคอเป็นมากขึ้น. แพทย์จึงแนะนำให้เข้าโรงพยาบาล. สองวันก่อนมา, ปวดศีรษะมากเกือบตลอดวัน, กินยาไม่หาย, เดินเซ, ขาไม่มีแรง, มือซ้ายเริ่มเพลีย. จึงได้เข้าโรงพยาบาล. ยังเดินเองได้.

เมื่อแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๘°ซ., ชีพจร ๑๐๐/นาที, หายใจ ๑๘/นาที, ความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มม. ปรอท. ร่างกายสมบูรณ์. ความจำดี. สภาพจิตปรกติ. แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงและรีเฟล็กซ์ไวเล็กน้อย. ความรู้สึกปรกติ. ปอด, หัวใจ ปรกติ. ฮีโมโกลบิน ๑๐.๘ ปซ., เม็ดเลือดขาว ๑๑,๗๐๐, โปลีย. ๗๔ ปซ., ลิ้มโฟ. ๓๒ ปซ., อีโอ. ๒ ปซ., เบโซ. ๒ ปซ. ปัสสาวะปรกติ. เคมีเลือด, เอ็น.พี.เอ็น. ๓๓.๓ มก. ปซ., เครอาตินิน ๑.๒ มก. ปซ., แอลบูมิน ๓.๕ ก.ปซ., โกลบูลิน ๒.๕ ก.ปซ., น้ำตาล ๙๐ มก.ปซ.

การวินิจฉัยเบื้องต้น

(๑) ฮัยเปอร์โตรพีค สะปอนดิย์ไลติส ของกระดูกคอ, เรื้อรัง.

(๒) ซิริบรัล ธร็อมโบสิส พร้อมด้วย เฮมิพาเรสิส ข้างซ้าย.

การดำเนินของโรค วันแรกในโรงพยาบาลยังเอื่อยเฉื่อยล้มก้นกระแทกพื้นในห้องน้ำ. ปวดศีรษะมากขึ้น, แขนขาซ้ายชาและไม่มีแรง. ลุกไม่ได้. คืนวันที่สามตกจากเตียง. เมื่อแรกพบยังพอรู้สึกตัว, บ่นปวดศีรษะมาก, ร้าวทั่วไปหมด. ตรวจร่างกายพบว่าช่องม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง และมีปฏิกิริยาต่อแสงเป็นปรกติ. ไม่พบรอยซอกช้ำที่ใด. ได้ฉีด สปาริน ๒๕ มก. แล้วก็นอนหลับไป. เช้าวันรุ่งขึ้นปลุกไม่ตื่น. มักเอามือกุมศีรษะด้านขวาทั้ง ๆ ที่ไม่รู้สึกตัว. ๑๓ น. เจาะหลังได้น้ำใส, ความดัน ๘๐ หยด/นาที. ตรวจจุลทัศน์ไม่พบสิ่งผิดปรกติ. วินิจฉัยว่าเป็น ซิริบรัล ธร็อมโบสิส. ให้ เฮปาริน ๑๐๐ มก. เข้าใต้ผิวหนังเมื่อ ๑๓ น. เศษ. เวลา ๑๕ น. อาการมากขึ้น, หมดสติอย่างเต็มที่. มิธมัพาตอ่อนเบี้ยกทางซีกซ้าย. รีเฟล็กซ์ เอ็นต่าง ๆ เยาลง. ช่องม่านตาข้างขวาขยายโตและ

มีปฏิกิริยาช้าต่อแสง. มือซ้ายกระตุกเกร็งเป็นพัก ๆ, สงสัย เอยีดูรัล เฮมอร์เรจ ข้างขวา, จึงปรึกษาแผนกศัลยศาสตร์. ได้ทำการผ่าตัดเมื่อเวลา๒๐.๓๐ น. (๑๔ ชั่วโมงภายหลังเริ่มหมดสติ).

การวินิจฉัยของท่าน.....

อภิปราย

ศจ. จิตต์ฯ ผมดูแลผู้ป่วยร่วมกับคุณหมอสมชัติ. ตามประวัติชนประตู, ศีรษะไม่ได้ถูกกระแทกอย่างรุนแรง. มีอาการเพียงปวดศีรษะนิดหน่อย, มือเท้าข้างซ้ายไม่มีแรง. ตอนแรกรับเข้ามาทาง ออร์โธปิดิคส์. แพทย์แผนกนั้นเชิญผมไปดู เรื่องมือเท้าไม่ไม่มีแรง. ตรวจพบอัมพาตซีกซ้าย. คิดว่าอาจเป็น (๑) สะไปนัล เฮมิปลีเจีย, (๒) ซีรีบรัล ธร็อมโบสิส, (๓) ซีรีบรัล เฮมอร์เรจ, เอยีดูรัล หรือ สับดูรัล.

(๑) สะไปนัล เฮมิปลีเจีย. อาจเนื่องจาก สะปอนดิย์ไลติส ไปกด, ทำให้เกิดกลุ่มอาการ บราวน์ – เซคารด์. แต่ตรวจไม่พบอาการผิดปรกติทางสัมผัส, จึงเห็นว่าไม่ใช่กลุ่มอาการ บราวน์–เซคารด์, และอาจเป็น

(๒) ซีรีบรัล ธร็อมโบสิส. ข้อนี้อาจคัยความดันเลือดไม่สูง, ประวัติค่อยเป็นค่อยไป, ไม่หมดสติ. ผู้ป่วยมีลิ่มย่อย ๆ อาจเป็นเพราะขาไม่ค่อยมีแรง. ต่อมามีอาการปวดท้ายทอยมาก. ให้ สปารีน ไปแล้วไม่พัน. ตอนเช้าผมไปดูพบอัมพาตซีกเจนทางข้างซ้าย. ข้างขวายังยกได้, แต่ไม่สนองต่อความเจ็บเลย. หมดสติอย่างเต็มที่. ช่องม่านตาเท่ากัน, ความดันเลือดไม่สูง. คิดว่าเนื่องจาก ธร็อมบัส มากขึ้นจึงให้ เฮปารีน. ต่อมายิ่งหมดสติมากขึ้น. สปารีน ไม่น่ามีฤทธินานอย่างนี้. เห็นว่าไม่ใช่แน่. ต่อมาพบว่ามีม่านตาขยาย, ปฏิกิริยาต่อแสงช้าและมือกระตุก. แสดงว่ามีการกระตุ้นเปลือกสมองใหญ่, ซึ่งใน ซีรีบรัล ธร็อมโบสิส ไม่มี, จึงคิดว่าอาจเป็น

(๓) ซีรีบรัล เฮมอร์เรจ, เพราะมีประวัติถูกกระทบกระแทกแล้วค่อยๆหมดความรู้สึก. มีอาการเฉพาะที่เนื่องจากอันตรายต่อสมองมากขึ้นเรื่อย ๆ. ม่านตาขยายและปฏิกิริยาช้า. ทำให้คิดถึง เอยีดูรัล หรือ สับดูรัล เฮมอร์เรจ, ซึ่งบางทีแยกจากกันลำบาก. อาการหมดสติและม่านตาขยายออกเนื่องจาก เฮอร์นิเอชั่น ของ ซิปโปคัมปัส ที่ เท็นทอเรียม, ทำให้เกิดอัมพาตของประสาท โอคูโลโมเตอร์. เราจึง

ว่าไม่ใช่ ธร็อมโบสิส แน่. เฮปาริน จะทำให้เลือดออกมากขึ้นหรือไม่, ไม่ทราบ. แต่ทำเวลาเลือดแข็งไม่ผิดปรกติ. ยังเอิญอาการชัดเจนตอนเย็นแล้ว, ไม่อาจทำซีริยรัล แองจิโอกราฟี่ ได้. มิฉะนั้นก็คงวินิจฉัยได้แน่นอนก่อนผ่าตัด. เนื่องจากภาวะทั้งสองดังกล่าว, จะเป็น เอมีบูรัล หรือ สัยดูรัล เฮมอร์เรจ. ก็ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด, จึงได้ส่งผู้ป่วยให้ ศจ. อุดมฯ รักษาต่อไป.

ศจ. อุดม ฯ ผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยแยกโรคลำบาก, จึงขอเชิญอาจารย์หมอเพื่องพูดสักเล็กน้อยเพราะผู้ป่วย ได้อยู่ในความดูแลของท่านด้วย.

ศจ. เพื่อง ฯ ได้รับการปรึกษาให้ไปดูเรื่องเซอร์วิคัล สะปอนดิย์ไลติส. เท่าที่พบเห็นมากลุ่มอาการนี้ไม่เคยเห็นมี เฮมิพลิเจีย, ผมจึงว่าเหตุไม่น่าอยู่ที่ เซอร์วิคัล สไปน์. ดูภาพรังสีเห็นว่าเป็นเรื้อรังมานานแล้วแต่เพิ่งมี พาเรสิส. เป็นมากขึ้นทุกวัน. ผมเห็นว่าน่าจะเป็น ซีริยรัล เฮมอร์เรจ มากกว่า ธร็อมโบสิส. จึงบอกไปว่าตอนนี้เรื่องสะปอนดิย์ไลติส ยังไม่ต้องทำอะไรขอให้ตามอายุรแพทย์มาดูเรื่อง ซีริยรัล ธร็อมโบสิส หรือ เฮมอร์เรจ. ต่อมาอาการของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อย ๆ. วันสุดท้ายยังเอิญผมขึ้นไปดูก่อนเขาปรึกษาคุณหมออุดม. เห็นลักษณะอย่างนี้ว่า ซีริยรัล เฮมอร์เรจ ร้อยเปอร์เซ็นต์, ไม่ใช่ ธร็อมโบสิส แน่ ๆ. สมควรทำผ่าตัดโดยเร็วที่สุด.

ศจ. อุดม ฯ ผมเห็นผู้ป่วยค่อนข้างจะสายแล้ว. ยังเอิญวันนั้นทำผ่าตัดอยู่จน ๖ โมงเย็นคุณหมอสมชัติให้ไปดู, เนื่องจากแน่ใจว่าเป็น ซีริยรัล เฮมอร์เรจ. ไปดูเห็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติเต็มที่ม่านตาข้างขวาขยาย, แต่น้อยเหลือเกิน, ผมไม่ค่อยเชื่อนักภายหลังปรึกษากันแล้วจึงตัดสินใจทำผ่าตัด. แทนที่จะเจาะรูทำ เทรไฟน์ ผมทำแฟล็ป ใหญ่ตรง โมเตอร์ แอเรีย ข้างขวา. พบก้อนเลือดใต้ ดูร่า พอดี, ขนาดประมาณ ๖๐ ล. ซม. มีเยื่อบาง ๆ หุ้มอยู่ระหว่างดูร่า และ อะรัฒนอยด์. เนื้อสมองถูกกดแบนลงไป. ภายหลังเอาก้อนเลือดและเยื่อหุ้มบาง ๆ นั้นออก, ผู้ป่วยก็ดีขึ้นมาก. เมื่อกลับถึงห้องพักไม่ถึงครึ่งชั่วโมงหลังผ่าตัด, ก็พูดได้รู้เรื่องดี. แสดงว่าถ้าไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยหมดสติไปนานนักการผ่าตัดก็ได้ผลดีมาก. อย่างรายนี้ตั้ง ๑๔ ชั่วโมง, ค่อนข้าง

นาน.

เรื่องตกเลือดในกระโหลกศีรษะคุณหมอเชิด โกณวนิก ได้พบเห็นมามาก. ท่านเคยอยู่โรงพยาบาลกลาง, ต่อมาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน, ในปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค, กรมการแพทย์. เมื่อเดือนตุลาคม ๒๔๙๘ ก็ได้เขียนเรื่องศัลยกรรมอุบัติเหตุลงเวชสาร. มีเรื่อง เอปิดูรัล เฮมอร์เรจ อยู่ด้วย. ผมจึงขอเชิญมาอธิบายอะไรบ้าง.

นพ. เชิด ฯ เรื่อง เอปิดูรัล และ สับดูรัล เฮมอร์เรจ เป็นเรื่องที่น่าสนใจ. ผมคิดว่าแพทย์ทุกคนที่ออกไปอยู่หัวเมือง, ควรจะพยายาม. การรักษาผู้ป่วยประเภทนี้. ไม่ควรคิดว่าเป็นหน้าที่ของศัลยแพทย์ทางสมองแต่พวกเดียว. ผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายมี เอปิดูรัล เฮมอร์เรจ, ต้องได้รับการรักษาโดยด่วนเมื่อวินิจฉัยแน่นอนแล้วรอไม่ได้. ยิ่งรอ, อันตรายก็ยิ่งมากขึ้น. ในโรงพยาบาลที่ไม่มีศัลยแพทย์ทางสมอง, ศัลยแพทย์ทั่วไปก็น่าจะทำได้. แม้ฝีมือจะไม่เท่าอาจารย์, ก็ยังมีโอกาสช่วยได้มาก. ถ้าทิ้งไว้ไม่ผ่าตัดผู้ป่วยมักถึงแก่กรรม.

เมื่อผ่าตัดเอาเลือดที่คั่งออกแล้ว, เราควรนึกถึงการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของสมองต่อไป.

๑. **ภาวะสมองถูกกด** ควรนึกถึงไว้เสมอ. การขาด ออกซิย์เจน อาจยังผลให้สมองบวม. ไข้สูงก็อาจทำได้เช่นกัน. ควรระวังผู้ป่วยไม่ให้มีไข้สูง, โดยเฉพาะไม่ให้สูงเกินกว่า ๑๐๒° ฟาเรนไฮท์. ที่ได้พบเห็นมาปรากฏว่าถ้าปล่อยให้ไข้สูงเกินนี้แล้ว, จะลดไข้ได้โดยยาก. ทราบกันอยู่แล้วว่าถ้ามีไข้สูง, การเผาผลาญก็มากขึ้นเป็นเงาตามตัว. เซลล์ของสมองก็ต้องการ ออกซิย์เจน มากขึ้นด้วย. รายใดที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจ, จะเป็นด้วยลิ้นตกหรือเสมหะอุดก็ดี ก็ยิ่งทำให้สมองขาด ออกซิย์เจน, ระดับคาร์บอน ไดออกไซด์ ในกระแสโลหิตสูงขึ้น, ซึ่งทำให้หลอดโลหิตขยายตัว, ทำให้โลหิตคั่งในสมองมากขึ้น. เหตุเหล่านี้จะทำให้สมองบวมและถูกกดได้.

๒. **ภาวะความดันในช่องกระโหลกศีรษะเพิ่ม** ความดันโลหิตของคนธรรมดาสูงกว่าความดันในช่องกระโหลกศีรษะ. ถ้ามีสิ่งใดทำให้ความดันในช่องกระโหลกศีรษะสูงขึ้น, ร่างกายก็จะปรับให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีก, เพื่อฉีดโลหิตให้สมองมากขึ้น. ในระยะนี้ ผู้ป่วย จะมี ความดัน โลหิต สูงขึ้น

และชีพจรช้าลง. แต่ถ้าปล่อยให้ความดันภายในช่องกระโหลกศีรษะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไป ก็จะถึงจุดหนึ่งที่ร่างกายปรับความดันเลือดไม่ได้ตามต้องการ. เราอาจจะเรียกระยะนั้นว่า "เมดัลล่า หมดกำลัง". ความดันโลหิตจะค่อย ๆ ลดลงและชีพจรเร็วขึ้น. ถ้าปล่อยให้ถึงระยะนี้แล้ว, การแก้ไขจะทำได้โดยลำบากหรือไม่ได้ผล.

การให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก็มีความสำคัญมาก. บางครั้งการกระทบกระแทกที่ศีรษะมีเพียงเล็กน้อย, แต่อันตรายอาจมากได้, ถ้ามีโลหิตคั่งภายในกระโหลกศีรษะ. ถ้ารับผู้ป่วยไว้ไม่ได้, เราควรแนะนำให้ญาติทราบถึงอันตรายที่จะเกิดและให้รีบมาหาแพทย์เมื่อเห็นว่าอาการไม่ดี. เราเคยเสียใจที่ให้คำแนะนำไม่เพียงพอ. ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วมีอาการหมดสติ. ญาติเข้าใจว่าหลับก็ปล่อยไว้. พอนำมาโรงพยาบาลอีกทีก็สายเกินช่วยเสียแล้ว.

ยาดแผลที่เกี่ยวกับคดีเราจะต้องให้รายละเอียดเช่นเกี่ยวกับจำนวนวันที่จะต้องรักษาตัว. เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องการรับรองจากแพทย์เร็ว ๆ เพื่อให้คดีเสร็จสิ้นไป. สำหรับผู้ได้รับอันตรายที่ศีรษะเราควรระวัง, อย่าเรียให้กำหนดวันหายเร็วนัก. โลหิตที่ออกภายในกระโหลกศีรษะไม่จำเป็นต้องเกิดทันที, อาจเป็นพวก สับดรัล เฮมอร์เรจ เรอรังได้. อาการหมดสติอาจเกิดขึ้นใน ๗ ถึง ๑๕ วันภายหลังอันตราย. เพราะฉะนั้นถ้าเรากำหนดวันหาย ก็อาจเสีย รูปคดีได้. ควรออกใบรับรองต่อเมื่อได้พิจารณาดีแล้ว.

ศจ. อุดม ฯ ผมขอสนับสนุนคุณหมอเชิด. การทำ เทรไฟน์ ไม่จำเป็นต้องให้ศัลยแพทย์ทางสมองทำเสมอไป. หากอยู่ที่ไกล ๆ และวินิจฉัยได้แน่, ก็น่าจะทำเสียเอง. ทั่วโลกถือว่า ศัลย แพทย์ ทั่วไปควร จะทำ ได้, เพื่อจะช่วยชีวิตคนไข้.

นพ. นที ฯ ผู้ป่วยรายนี้ยังเอ็ญผมได้พบก่อนเข้ามา ๑ สัปดาห์, ตอนที่มาด้วยเรื่องเซอร์วิคัล สะปอนดีย์ไลติส. ตามธรรมดาก็ไม่น่ารับเพราะอาการน้อยมาก, ควรรักษาเป็นคนไข้นอก. ยังเอ็ญมีข้อแปลกว่ามีขาหนัก ๆ, ทำให้ไม่สบายใจ, จึงแนะนำให้มาอยู่โรงพยาบาล, แล้วเชิญอาจารย์เพื่องช่วยดูอีกที, เพราะไม่แน่ใจว่าทำไมจึงมีอาการที่ขา, ควรมีเสียวๆแขนเท่านั้น. ผมขอเรียนถามว่าการที่ศีรษะชนขอบปะตูที่บ้านเป็นสาเหตุ, หรือว่าเหตุเกิดที่หลัง.

ศจ. อุดม ฯ ผมคิดว่ามีเลือดออกมานานแล้ว. เป็นสัยดูรัล, ออกจากหลอดเลือดดำ, ซึ่งผมคิดว่ามาจากหลอดเลือดที่เชื่อมระหว่างดูร่า กับสมองใหญ่. เลือดจึงออกช้ากินเวลานานกว่าจะเกิดอาการ. ถ้าออกจากหลอดเลือดแดงก็คงรวดเร็ว, ภายใน ๔ ถึง ๒๔ ชั่วโมง.

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย สัยดูรัล ฮีมาโต-ม่า, ส่วน ฟร็อนโต-พาไรเอตัล(๖๐ล.ซม.).

รายที่ ๖

(ล.ท. ๐๕๒๑๐.๐๔)
รับ ๒ ก.พ. ๒๕๐๔
(ล.น. ๒๖๕๕.๐๔)
ผ่าตัด ๒ ก.พ. ๒๕๐๔ (ศจ. อุดม)
จำหน่าย ๑๓ ก.พ. ๒๕๐๔

ประวัติ ผู้ป่วยชายไทย, คู่, อายุ ๓๖ ปี. สัปดาห์ก่อนมาขณะเดินออกจากร้านสุราเท้าแพลงล้ม, ด้านหลังศีรษะฟาดพื้นซีเมนต์, หมดสติไปประมาณ ๕ นาที. เมื่อฟื้นก็พูดจารู้เรื่องดี, ไม่มีบาดแผล, เดินกลับบ้านได้เอง. ประมาณครึ่งชั่วโมงหลังจากนั้นจะเข้านอนก็ปวดศีรษะมากแล้วอาเจียนพุ่งหลายครั้ง. ถ่ายอุจจาระรดที่นอนไม่รู้สึกตัว. บังเอิญสังเกตหน้าผากฟาดพื้นออกครั้งหนึ่ง, แล้วจึงนอนหลับไป. เช้าวันรุ่งขึ้นซึม, แต่ยังพูดรู้เรื่อง. ปวดศีรษะเรื่อยๆ, ปวดมากบริเวณเหนือหว่างคิ้ว. เดินไม่ได้เพราะไม่มีแรง. ยังอาเจียนอยู่. รับประทานอาหารไม่ได้เลย. ตกเย็นแขนซ้ายเริ่มซา ไม่มีแรง. ขาซ้ายเป็นเช่นเดียวกันแต่น้อยกว่า. คืนนั้นนอนกระสับกระส่ายตลอดคืน. สองวันก่อนมาปวดศีรษะมากตลอดวัน. อาเจียนอยู่เสมอ. แขนขาซ้ายหมดแรงลงไปอีก. แต่ยังพูดรู้เรื่อง. ๑ วันก่อนมาปวดศีรษะมากขึ้นอีก, ซึมลง. แขนขาซ้ายซาไม่มีแรงเลย. เพื่อนจึงนำมาส่งโรงพยาบาล.

เมื่อแรกรับอุณหภูมิ ๓๗.๓° ซ., ชีพจร ๕๔/นาที, หายใจ ๑๖/นาที. ความดันเลือด ๑๒๐/๖๐ มม. ปรอท. ซึมมาก, แต่พูดรู้เรื่องบ้าง. ช่องม่านตาขนาด ๒ มม., มีปฏิกิริยาต่อแสงช้าพอ ๆ กันทั้งสองข้าง. มีอัมพาตครึ่งซีกซ้ายและรีเฟล็กซ์ข้างซ้ายน้อยกว่าธรรมดา. ปอด, หัวใจปรกติ. เลือดและปัสสาวะปรกติ. เจาะหลังได้น้ำสันหลังมีเลือดปน. เข้าใจว่าเกิดจากการกระทบกระแทก, เพราะเมื่อนำไปปั่นก็ใสดี.

หลังจากรับไว้ได้ทำ ซีรีบรัล แองจิโอ-

กราฟย์ ทันที, พร้องรอยพยาธิสภาพซึ่งกินเนื้อที่อยู่ในส่วน พาไรเอตัล ข้างขวา, จึงตัดสินใจทำผ่าตัด.

การวินิจฉัยของท่าน.....

อภิปราย

ศจ. จิตต์ฯ ขอพูดต่อนเพื่อนักศึกษาแพทย์. ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายอยู่ในกลุ่มตกเลือดที่เยื่อหุ้มสมอง, ซึ่งแบ่งเป็น (๑) เอกซตราดูรัล หรือ เอปิดูรัล, (๒) สับดูรัล, (๓) สับอะรัฒนอยด์.

สับอะรัฒนอยด์ เฮมอร์เรจ นั้น ผู้ป่วยในแผนกอายุรศาสตร์มีบ่อย ๆ. รายที่ไม่มีโคม่า, ปวดศีรษะมากและมีอาการเยื่อหุ้มสมองถูกกวน. น้ำไขสันหลังที่เจาะได้เป็นเลือด, มีสีน้ำตาลแก่หรือสีเหลือง. ทั้งนี้แล้วแต่เลือดออกใหม่หรือนานแล้ว. รายที่พูดกันนี้เป็น เอปิดูรัล และ สับดูรัล เฮมอร์เรจ. การวินิจฉัยแยกทางคลินิคบางทีก็ยากมาก. ข้อสำคัญคือ เอปิดูรัล เฮมอร์เรจ มักมีกระโหลกศีรษะแตกด้วย. ส่วน สับดูรัล เฮมอร์เรจ ลางทีไม่มีประวัติอะไรเลย. สมัยก่อนเขาว่าเป็นการอักเสบ, เรียกว่า พาฆีมีเมนิน ไจติส อินเทอร์นา เฮมอร์ราจิคา. เป็นโรคพบในคนบ้า, คนติดสุราเรื้อรัง, ซิฟิลิสก็มี. ถูกกระทบกระแทกนิดหน่อย, ก็มีอาการได้. โดยมากอาการไม่รุนแรง, ค่อยเป็นค่อยไป เพราะเลือดมักออก จาก หลอดเลือดดำ. ที่ออกจากหลอดเลือดแดงมีน้อย. ส่วน เอปิดูรัล เฮมอร์เรจ มักออกจากหลอดเลือดแดง. ที่ออกจากหลอดเลือดดำมีน้อย, เพียง ๑ ซี.ซี. หรือไม่ถึง.

ผู้ป่วยรายหลังนี้มีประวัติถูกกระทบกระแทกชัดเจน. มีอาการหมดสติไปเพียงชั่วครู่แล้วสามารถทำอะไรได้. สามสี่วันต่อมาจึงมีอาการมากขึ้น. ระยะที่พ้นวิกฤตขึ้นนี้เรียกว่า "ระยะกระจ่าง" (Lucid interval). รายนี้หากเราไม่อาจทำ เซรีบรัล แองจิโอกราฟย์, ถ่ายเพียงภาพรังสีธรรมดาก็พอ. ถ้าเห็น รอยร้าวหรือแตกของ กระโหลกศีรษะ, ก็ต้องนึกถึง เอปิดูรัล เฮมอร์เรจ, และรีบส่งให้ศัลยแพทย์ได้. ผู้ป่วยรายนี้หากส่งถ่ายภาพรังสีธรรมดา, ผมเชื่อว่าต้องพบรอยแตกของกระโหลกศีรษะ.

ศจ. อุดมฯ ผมขอสนับสนุน. ถ้าถ่ายภาพรังสีดี, เราจะเห็นแนวกระโหลกศีรษะแตกผ่านหลอดเลือดแดง มิดเดิล เมนิงเจียล เสมอ. หรือถ้ามีการฉีกขาด ซุปีเรียร์ ซาจิตตัล ไซนัส ก็คงมีรอย กระโหลกศีรษะ

แตกตรงนั้น. ในระยะหลัง ๆ นี้, เราทำ ซีรีบรัล แองจิโอกราฟี่ ขึ้น, ก็เพื่อศึกษา. ผู้ป่วยรายนี้เมื่อผมรับปรึกษาแล้ว, คุณหมอ รัศมีได้รับทำ ซีรีบรัล แองจิโอกราฟี่ ให้.

คุณหมอคุยฝากทำ แองจิโอกราฟี่ มาก. ผมขอเชิญ.

น.พ. ดุษฎี ฯ ตอนแรกไม่มีภาพรังสีธรรมดา. ในส่วนโค้งของกระโหลก ซีรีบรัล แองจิโอแกรม, มีการผิดปรกติของส่วน พาไรเอตัล ด้านหลัง. ตอนฉีดยาทำ ซีรีบรัล แองจิโอแกรม, แทนที่จะเข้าหลอด อินเทอร์นัล คาโรติด มาก, กลับเข้าหลอด เอ็กซ์เทอร์นัล คาโรติด มาก. ช่วยให้เห็นส่วนผิดปรกติเป็นพยาธิสภาพซึ่งกินเนื้อที่ใน บริเวณ พาไรเอตัล ขวาชัดเจน. แขนงของหลอดเลือดแดงที่ถูกดันออก, ส่วนใหญ่เป็นของหลอดเลือดแดง มิดเดิล เมนิงเจียล, ไม่ใช่ของ แอนทีเรียร์ ซีรีบรัล. ทำให้คิดว่าต้องมีก้อนอะไรอยู่บริเวณ เอบีดรัล. ดูร่า จึงต่ำลง. ภาพรังสีรายนี้จึงสนับสนุน เอบีดูรัล เฮมอร์เรจ.

ผมมีอีกราย, เป็น สับดูรัล เฮมอร์เรจ. แสดงให้เห็นชัดโดย ซีรีบรัล แองจิโอแกรม. สังเกตเห็นความแตกต่างในแนวหลอดเลือดแดงที่ถูกดันออกโดยก้อนเลือด. ทำ ซีรีบรัล แองจิโอแกรม ข้างซ้าย. วัตถุทึบแสงเข้าหลอดแดง แอนทีเรียร์ ซีรีบรัล และ มิดเดิล ซีรีบรัล ชัดเจน, แต่ไม่พบรูปร่างผิดปรกติหรือรอยแตกของ กระโหลกศีรษะ. รูปต่างกัน, คือหลอดเลือดในสมองถูกดันไป. รูปก่อนผ่าตัด, เห็นช่องระหว่างขอบ กระโหลกศีรษะ และ แขนง ของ หลอดเลือดแดง มิดเดิล เมนิงเจียล กว้าง. รูปหลังผ่าตัด, เอาลิ่มเลือดออกแล้ว, ช่องเข้ามาชิดกัน.

ศจ. อุดม ฯ คุณหมอโรจน์เมื่อไปคานาดา คราวนี้ได้ดูเรื่อง แองจิโอกราฟี่ไว้มาก, จึงขอเชิญพูดให้ฟังบ้าง.

นพ. โรจน์ ฯ อยากจะเน้นความสำคัญของการอ่านฟิล์มธรรมดา, เพราะส่วนมากไม่อาจทำ ซีรีบรัล แองจิโอกราฟี่ ได้. ถ้าดูทั้ง ๒ รูปจะเห็นกระโหลกศีรษะขยายออกเฉพาะแห่งด้วย, ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบ่งว่ามีพยาธิสภาพข้างนั้น แต่ไม่แน่ว่าจะเป็น สับดูรัล ฮีมาโตม่า หรือ เฮมอร์เรจ. ถ้ามีรอยกระดูกแตกก็จะช่วยบ่งว่าแน่. หรือถ้ามี แคลซิฟิเคชั่น ก็สนับสนุน. อย่างรายแรก, ที่แรกเราอ่านว่าปรกติ. แต่ถ้า

ลากเส้นตรงกลางแล้ววัดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ ข้างที่เหนือเบ้าตา จะเห็นว่าทางข้างขวาโป่งกว่าราวครึ่งเซนติเมตร. รูปหลังที่ทำซีรบรัล แองจิโอกราฟี่, ถ้าเราวัดระยะระหว่างขั้วสั้นของกระดูกสฟีนอยด์กับกระดูกชั้นนอกของกระโหลกศีรษะ, จะเห็นว่าข้างขวากว้างกว่า. แต่นี่เป็นเพียงแสดงว่ามีพยาธิสภาพแถวนั้น. ถ้าประกอบกับซีรบรัล แองจิโอกราฟี่ ก็บอกได้ชัดเจน

นพ. รัศมี ฯ แองจิโอกราฟี่ รายนี้, ที่เข้าแต่หลอดเลือดแดง เอ็กซ์เทอร์นัล คาโรติด, พอจะอธิบายพยาธิสรีรวิทยาได้ดังนี้, คือมีเลือดตั้ง ๑๖๐ ล.ซม. กดสมองแฟบไป, ขณะเดียวกันเลือดมาเลี้ยงสมองไม่พอ, ก็เกิดการยุบของหลอดเลือดแดงด้วย. เลือดส่วนใหญ่จึงเข้า เอ็กซ์เทอร์นัล คาโรติด. ตามปรกติเรโซเลือดเข้า อินเทอร์นัล ต่อ เอ็กซ์เทอร์นัล คาโรติด ประมาณ ๒:๑. จะอย่างไรก็ตามมักเข้าหลอดเลือดแดง อินเทอร์นัล คาโรติด เป็นส่วนใหญ่เสมอ.

ผมอยากขอพูดเกี่ยวกับการวินิจฉัยผู้ป่วยมาดเจ็บที่ศีรษะรายที่วินิจฉัยได้ชัดเจนจากอาการแสดงทางคลินิค. ผู้ป่วยที่มีช่องตาดำขยายกว้างข้างหนึ่ง, ซึม, แขนขาทั้งสองข้างมีการแตกต่างเกี่ยวกับ รีเฟล็กซ์ ไม่ใคร่ชัดเจน, มักจะทำให้มีความโน้มเอียงไปว่าแขนขาทางที่อยู่ตรงกันข้ามกับตาที่ขยายนั้น, อ่อนกว่าอีกข้างหนึ่ง, รวมทั้ง รีเฟล็กซ์ ด้วย. ผมขอยกตัวอย่างผู้ป่วยที่เห็นมา ๒ ราย. รายหนึ่งเป็นหญิง, มีประวัติหกล้ม. ตรวจพบม่านตาขยายข้างหนึ่ง. ซึม. อีกรายหนึ่งเป็นชาย, ย้ายมาจากแผนกอายุรศาสตร์. มีม่านตาขยายข้างหนึ่งเช่นกัน. มาตอนค่ำแล้ว. ผมแน่ใจว่าไม่เอ๊ปดูรัล ก๊ สับดูรัล เฮมอร์เรจ, เจาะกระโหลกลงไปกลับไม่พบอะไร. จึงทำ เว็นตริคูโลกราฟี่ ต่อ, พบว่า เว็นตริเคิล ปรกติ. เพราะฉะนั้นผมจึงเห็นว่าในรายมาดเจ็บที่ศีรษะ, ทางที่ดีที่สุดควรทำ แองจิโอกราฟี่ ซึ่งเป็นวิธีปลอดภัยที่สุด, ดีกว่าการใส่อากาศ. หากแผนกรังสีฯ ยอมให้ทำ แองจิโอกราฟี่ ด่วนได้เสมอ, ก็จะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อีกมาก.

ศจ. อุดม ฯ ก่อนผ่าตัดคนไข้ยังพอรู้เรื่องบ้าง. แต่พูดไม่ได้เลย. มีอัมพาตซีกซ้าย, แต่ม่านตาไม่ขยาย และยังเท่ากันทั้งสองข้าง, ไม่เหมือนในตำรา. การที่ว่าม่านตาขยายข้างเดียวไม่ใช่มีทุกราย, มีประมาณ ๕๐

เปอร์เซ็นต์เท่านั้น. การที่ม่านตาขยายและไม่เปลี่ยนแปลงก็สุดแล้วแต่ตำแหน่งของก้อนเลือด. ถ้าแถว เท็มปอรัล จึงจะเป็นอย่างนั้นเกือบเสมอไป, ราว ๙๕ เปอร์เซ็นต์. แต่ถ้าก้อนเลือดอยู่ที่อื่น, อย่างเช่นรายนี้อยู่ที่บริเวณ พาไรเอโต-อ็อคซิพิตัล, ตาก็ไม่เปลี่ยนแปลงเลย.

สำหรับผู้ป่วยรายนี้, การวินิจฉัยไม่ยาก. ประวัติบ่งชัดว่ามีอุบัติเหตุมาก่อน. ซีรบรัล แองจิโอกราฟี่ สนับสนุน, เราจึงทำผ่าตัด.

การผ่าตัด

ทำแฟล็ปเหมือนรายแรก. พบว่ากระโหลกศีรษะแตกจริง อย่างที่คุณหมอคุษฎีบอก. แตกขึ้นไปจนถึง ซูพีเรีย ซาจิตตัล ไซนัส, ทำให้ฉีกขาด, อันเป็นสาเหตุของเอพีดูรัล เฮมอร์เรจ. มีเลือดคั่งอยู่ประมาณ ๑๖๐ ล.ซม. เป็นก้อนลิ่มแล้ว. เนื่องจากเป็นการเสียเลือดจากหลอดเลือดดำ อาการจึงเกิดช้า. อย่างรายนี้ตั้ง ๔ วัน, รายแรกตั้งเดือน.

น.พ. จตุพร ฯ เมื่อกี้แล้วผมมีคนไข้ สับดูรัล ฮีมาโตม่าเรื้อรัง ๓ ราย. อาการคล้ายกับผู้ป่วยที่แสดงวันนี้. มีประวัติตั้งแต่ ๒ สัปดาห์จนถึง ๒ เดือน. เป็นคนไข้อายุรศาสตร์ปรึกษามา ๒ รายเมื่อ โคม่าแล้ว. วินิจฉัยตามอาการแสดงและทำแองจิโอกราฟี่ สนับสนุนทั้ง ๒ ราย. อีกรายเป็นผู้ป่วยศัลยศาสตร์ตั้งแต่แรก, วินิจฉัยจากอาการแสดงแต่อย่างเดียว. ผ่าตัดโดยทำเพียงช่องเจาะ, ไม่ได้เปิด แฟล็ป. อยากจะลองดูว่าทำช่องเจาะ, ดูดเอาลิ่มเลือดและเลือดเก่า ๆ ออกให้หมด, ผลจะเป็นอย่างไร. ได้ใส่ท่อระบายไว้ด้วย ๔๘ ชั่วโมง. ผู้ป่วยดีขึ้นภายใน ๓ ชั่วโมง ๑ ราย, ภายใน ๖ ชั่วโมง ๑ ราย และภายใน ๑๒ ชั่วโมง ๑ ราย. สนองต่อการกระตุ้นดีทุกคน, โดยเฉพาะ ริเฟล็กซ์ม่านตามาก่อนเพื่อน. ผู้ป่วยหายกลับบ้านดีทุกคน. บอกไว้ว่าถ้ามีอะไรผิดปรกติให้ไปหาใหม่, แต่ไม่มีใครไปเลย. เพราะฉะนั้นเมื่อไม่อาจทำ แฟล็ป ได้, การทำเพียงช่องเจาะ, เอาลิ่มเลือดและเลือดเก่า ๆ ออกได้, ก็อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้.

ศจ. จิตต์ ฯ ขอเพิ่มเติมสำหรับนักศึกษาแพทย์. โดยมากแผนกอายุรศาสตร์รับคนไข้อัมพาตหรือหมดสติไว้ก่อน. ถ้าสงสัย

เอปิดูรัล หรือ สับดูรัล เฮมอร์เรจ ต้องรีบปรึกษาศัลยแพทย์ทันที. สองรายนี้ถ้าทิ้งไว้อีกสักวันสองวัน ผมว่าตาย ๑๐๐ ปซ. รายแรกผมได้ดูแลอย่างใกล้ชิด. พอพ้นจากยาสลบก็พูดได้ และยกมือซ้ายได้ทันที. ผลของการผ่าตัดดีอย่างไม่น่าเชื่อ. จึงขอเตือนซ้ำว่า ถ้าสงสัยรีบปรึกษาศัลยแพทย์ทันที. ไม่ต้องกลัววินิจฉัยผิด. เพราะถ้าถูก, การผ่าตัดจะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้. ตรงกันข้าม ถ้ารอช้าไปก็จะก่ออันตรายให้แก่ผู้ป่วยอย่างมาก.

ศจ. อุดม ฯ ผมขอขอบคุณอาจารย์หมอจิตต์. หวังว่าเราจะได้ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดต่อไป.

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย: เอปิดูรัล ฮีมาโตม่า, ส่วน พาไรเอโต-พาไรเอตัล ข้างขวา (๑๖๐ ล.ซม.)

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บทความนิติเวชวิทยา

เด็กกำพร้าในโรงพยาบาล

สงกรานต์ นิยมเสน
พ.บ., ธ.บ., พ.ด. (กิตติมศักดิ์), Dr. med. (Hamburg)
(*แผนกพยาธิวิทยา, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ตัณสุรัต*)

หมู่นี้ได้มีกรณีมารดาทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาลบ่อยๆ, จนเกิดเป็นปัญหาทางสังคมและทางกฎหมาย, ก่อให้เกิดภาระผูกพันทางโรงพยาบาลที่จะต้องรับเลี้ยงดูเด็กนั้นต่อไปและอาจเลยเถิดไปถึงต้องตั้งโรงเลี้ยงเด็กกำพร้าขึ้นในโรงพยาบาล. ผู้อำนวยการหลายโรงพยาบาลคงได้เผชิญกับเรื่องนี้มามากและหลายท่านคงได้ตัดสินใจดำเนินการไปโดยผิดกฎหมาย, จึงเป็นเรื่องที่น่าศึกษาไว้ประดับความรู้และเพื่อการปฏิบัติสืบไป.

ปัญหาข้อแรกคือว่าการที่มารดามาคลอดบุตรในโรงพยาบาลและหนีกลับไปโดยทิ้งบุตรที่เกิดใหม่นั้นไว้ในโรงพยาบาลจะเป็นความผิดทางอาญาและลงโทษได้หรือไม่ ? ขอตอบว่าไม่เป็นความผิดทางอาญาและลงโทษมิได้, เพราะไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้. เมื่อไม่มีกฎหมายก็ไม่มีโทษ. มีกฎหมายอาญาแต่เพียงว่าถ้าละทิ้งเด็กในประการที่ทำให้เด็กนั้นปราศจากผู้ดูแลหรือโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต. แต่การทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาลนั้นไม่เข้าข้อนี้, เพราะว่าเด็กนั้นยังอยู่ในห้องเด็กอันได้รับการดูแลอย่างดีจากพยาบาล, จึงไม่ขาดการดูแล และเมื่อออกในโรงพยาบาลก็ไม่มีเหตุอันใดที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตหรือถ้าพูดง่ายๆ ก็ว่าอยู่โรงพยาบาลนั้นได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลดีเสียกว่าอยู่กับมารดาเสียด้วยซ้ำ. อันตรายหรือโรคภัยก็ไม่มี. ฉะนั้นจึงไม่เป็นความผิดตามกฎหมายอาญา. อีกทั้งถ้าจะพิจารณาในแง่สามัญสำนึกว่าถ้าแม่มีเจตนาจะทิ้งเด็กจะทิ้งที่ไหนดี, ทิ้งไว้ในโรงพยาบาลกับทิ้งไว้กลางถนนอย่างไหนจะปลอดภัยต่อเด็กกว่ากัน, ทุกท่านคงต้องยอมรับว่าถ้าจะทิ้งก็ขอให้ในโรงพยาบาลเถิด.

อย่างไร เสียโรงพยาบาลก็คงเลี้ยงไว้ให้. ครั้นแล้วโรงพยาบาลก็ต้องแยกภาระอันนี้ไว้.

เมื่อเป็นเช่นนี้โรงพยาบาลจะจัดการอย่างไรต่อไป. ตั้งโรงเลี้ยงเด็กกำพร้าขึ้นในโรงพยาบาลหรือ? ทางออกที่ดีก็คือยกให้เป็นบุตรบุญธรรมไปกับครอบครัวที่ใจบุญและรักเด็กต้องการเด็ก. ข้อนี้เองที่ทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมายขึ้นมา, เพราะว่าเด็กนั้นหาใช่สัตว์เลี้ยงหรือพันธบัตรที่จะหยิบยื่นให้แก่ผู้หนึ่งผู้ใดได้ง่าย ๆ. ตรงกันข้ามเด็กนั้นมีสภาพเป็นบุคคลตามกฎหมายในทุกสาขาของกฎหมาย, คือกฎหมายอาญา, กฎหมายแพ่ง, รัฐธรรมนูญ, และสิทธิมนุษยชนตามกฎบัตรสหประชาชาติ. เพียงแต่เขาเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เท่านั้นเอง. เท่าที่เคยพบปฏิบัติกันมาก็โมเมยกให้ผู้ที่มาขอไป. แต่การทำเช่นนี้เสี่ยงต่อความรับผิดชอบทางกฎหมายหลายประการ, เช่นถ้าวันดีคืนดีพ่อแม่เขามาขอรับคืนจากโรงพยาบาลแล้ว จะเอาลูกที่ไหนคืนให้เขา. จะอ้างว่าเก็บตกได้แล้วให้ใครไปเสีย แล้วอย่างนั้นหรือ? หรือถ้าพ่อแม่รู้ว่าให้ใครไปแล้วทวงคืนจากผู้นั้น, ก็ต้องคืนให้พ่อแม่เขาไป. เช่นนี้ทำให้ผู้ที่จะรับไปเลี้ยงเกิดความท้อใจว่าเมื่อไรจะถูกเรียกเด็กคืนหรือถูกกรรโชก. เลยทำให้หาผู้รับเด็กไปเลี้ยงไม่ได้. อีกประการหนึ่งจะเป็นช่องทางให้บุคคลเห็นแก่ตัวขอเด็กไปเลี้ยงแล้วเอาไปใช้ทำงานหรือขายต่ออีกก็เป็นได้. ทุกฝ่ายอยู่ในอารมณ์ของความหวาดกลัว.

ทางที่ถูกนั้นต้องปฏิบัติดังนี้ :

๑. เมื่อมีผู้มาทิ้งเด็กไว้ให้แจ้งความกับตำรวจเพื่อเป็นหลักฐานขั้นต้นครั้งหนึ่งก่อน.

๒. จัดการติดต่อกับพนักงานอัยการ. ให้พนักงานอัยการจัดการยื่นคำร้องต่อศาลขอให้ศาลแต่งตั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา ๑๕๕๕—๑๕๕๖ และเพื่อที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะมีอำนาจยกให้เป็นบุตรบุญธรรมผู้อื่นไปได้.

๓. ศาลจะได้ทำการไต่สวน, แล้วมีคำสั่งอนุมัติให้ผู้อำนวยการเป็นผู้ปกครองได้.

๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในฐานะผู้ปกครองมีอำนาจยกเด็กนั้นให้เป็นบุตรบุญธรรมต่อไปแต่ทั้งนี้ต้องมีการจดทะเบียนบุตรบุญธรรมนั้นไว้ ณ ที่อำเภอ.

เกี่ยวกับการยกให้เป็นบุตรบุญธรรมนั้นได้มีตัวบทกฎหมายเกี่ยวกับบุตรบุญธรรมอยู่ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

บรรพ ๕ ว่าด้วยครอบครัว, ลักษณะ ๒ บิดามารดากับบุตร, หมวด ๔ บุตรบุญธรรม, มาตรา ๑๕๘๒–๑๕๙๓ รวม ๑๒ มาตรา, และมีบางมาตราได้บัญญัติถึงเงื่อนไขคุณสมบัติ, ความสมบูรณ์ไว้เป็นเรื่องควรรู้, เช่นอายุของผู้รับบุตรบุญธรรม.

"มาตรา ๑๕๘๒ บุคคลผู้มีอายุไม่ต่ำกว่า ๓๐ ปีจะรับบุคคลผู้อื่นเป็นบุตรบุญธรรมก็ได้. แต่ผู้นั้นต้องมีอายุแก่กว่าผู้ที่จะเป็นบุตรบุญธรรมอย่างน้อย ๑๕ ปี."

ฉะนั้นในมาตรานี้โรงพยาบาลจะเทียวได้ให้เด็กเป็นบุตรบุญธรรมใครต่อใครไปนั้นหาได้ไม่. กฎหมายยังคัยไว้ว่าคนที่จะรับเด็กไปต้องอายุไม่ต่ำกว่า ๓๐ ปีบริบูรณ์. ข้อนี้เป็นที่น่าสังเกตว่ากฎหมายได้แสดงความห่วงใยในสวัสดิภาพของเด็กไว้มากทีเดียวโดยต้องเลือกสรรเพ่งตัวบุคคลที่จะรับเด็กไป, คือต้องเป็นผู้ใหญ่เพียงพอ. คู่สามีภรรยาโดยมากมีบุตรในราวอายุ ๒๐–๓๐ ปี. แต่ถ้าเกิดอายุเกิน ๓๐ ปีแล้วยังไม่มีบุตรของตนเองเนื่องจากเป็นหมันก็ได้. จึงมีโอกาสรับบุตรบุญธรรม. ถ้ากฎหมายอนุญาตให้สามีภรรยาอายุน้อย, เช่นเพียง ๒๐ ปี, ขอบุตรบุญธรรมไปได้แต่ครั้นแล้วภายหลังสามีภรรยานั้นมีบุตรของตนเองก็ทำให้เด็กบุตรบุญธรรมอยู่ในฐานะลำบาก. มาตรานี้จำกัดอายุไว้จึงรอยคอยดีอยู่ทีเดียว.

ต่อมากฎหมายได้บัญญัติถึงการยินยอมในการให้บุตรบุญธรรมว่าใครเป็นผู้ให้ความยินยอมได้บ้าง.

"มาตรา ๑๕๘๓ ถ้าผู้ที่จะเป็นบุตรบุญธรรมยังไม่บรรลุนิติภาวะ, การรับผู้นั้นเป็นบุตรบุญธรรมจะทำได้ต่อเมื่อได้รับความยินยอมของบิดามารดา. ถ้าไม่มีบิดามารดาผู้แทนโดยชอบธรรมจะให้ความยินยอมก็ได้.

ถ้าผู้ที่เป็นบุตรบุญธรรมมีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปี, ผู้นั้นต้องให้ความยินยอมด้วย."

มาตรานี้ทำให้เกิดปัญหากฎหมายขึ้นมาว่าโรงพยาบาลมีอำนาจหรือสิทธิประการใดหรือไม่ที่จะยกเด็กให้เป็นบุตรบุญธรรมต่อใคร ๆ ไป กฎหมายบัญญัติไว้ว่าต้องได้รับความยินยอมจากบิดามารดา, หรือถ้าไม่มีบิดามารดา, ผู้แทนโดยชอบธรรม (ผู้ปกครอง) จะให้ความยินยอมก็ได้, ซึ่งในกรณีโรงพยาบาลนี้ไม่ใช่ว่าเด็กไม่มีบิดามารดา. แท้จริงบิดามารดาเขายังอยู่แต่หาตัวไม่พบ, ไม่สามารถตามตัวมาให้ความยินยอมได้. หรือถ้าจะถือว่าไม่มีบิดามารดาโดยปริยาย เช่นการสายสูญไปหรือแสดงเจตนาละทิ้งไป

ไม่ต้องการบุตร, โรงพยาบาลก็ยังไม่เป็นผู้ปกครองโดยถูกต้อง, เพราะผู้ปกครองเช่นนี้ต้องแต่งตั้งขึ้นโดยศาล. ดังนั้นวิธีดำเนินการจึงต้องขอคำสั่งศาล, ตั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ปกครองและมีตำแหน่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม, ทำการโอนอำนาจการปกครองไปให้แก่ผู้มาขอเด็กต่อไปได้. ส่วนปัญหาในวรรคสองที่ว่าต้องให้เด็กที่อายุเกิน ๑๕ ปีแล้วให้ความยินยอมด้วยนั้นไม่เกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล, เพราะในโรงพยาบาลมีแต่เด็กอ่อน.

"มาตรา ๑๕๘๕ การรับบุตรบุญธรรมจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้จดทะเบียนตามกฎหมาย."

ความยุ่งยากเรื่องที่น่าคิดสำหรับโรงพยาบาลในการให้เด็กแก่ผู้มาขอว่าสมควรจะให้เด็กไปอยู่กับผู้มาขอในฐานะอะไร ? ในฐานะเด็กรับใช้, หรือเอาไปเลี้ยงไว้ขาย, หรือเอาไปเป็นบุตรบุญธรรม. แน่นอนก่อนที่โรงพยาบาลจะให้ใครไปก็ต้องเลือกเฟ้นกันโดยละเอียดถ่องแท้ว่าเขาไม่เอาเด็กไปในทางทุจริต. เท่านั้นยังไม่พอ. ยังต้องดูต่อไปอีกว่าเขาจะเลี้ยงดูเด็กให้ดีที่สุดเหมือนลูกของเขาเองหรือไม่. ดังนั้นฐานะที่ปลอดภัยและอบอุ่นที่สุดคือฐานะบุตรบุญธรรม. ที่ได้กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นว่า การจะยกเด็กให้ใครไปนั้นหาทำได้ง่าย ๆ เหมือนผู้ปกครองไม่. กฎหมายได้ให้ความคุ้มครองเด็กไว้โดยบัญญัติว่าถ้าจะให้เป็นบุตรบุญธรรมต้องมีการจดทะเบียนกันเป็นหลักฐานเพื่อความมั่นคงของตัวเด็ก. การจดทะเบียนทำให้ฐานะของเด็กแน่นอนที่สุดและการจดทะเบียนทางกระทรวงมหาดไทยได้มีแบบฟอร์มจัดไว้โดยมีการลงนามกันที่ที่ว่าการอำเภอและภายหลังการจดทะเบียนแล้วอำนาจการปกครองก็โอนไปยังผู้ปกครองคนใหม่, ดังมาตรา ๑๕๘๖.

"มาตรา ๑๕๘๖ บุตรบุญธรรมย่อมมีฐานะอย่างเดียวกับบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้รับบุตรบุญธรรมนั้น, แต่ไม่สูญสิทธิและหน้าที่ในครอบครัวที่ได้กำเนิดมา. ในกรณีเช่นนี้ให้บิดามารดาโดยกำเนิดหมดอำนาจปกครองนับแต่วันเวลาที่เด็กเป็นบุตรบุญธรรมแล้ว."

มีกฎหมายอีกมาตราหนึ่งซึ่งเชื่อว่าหลายท่านคงยังไม่ทราบ, คือกฎหมายกันผู้รับบุตรบุญธรรมไม่ให้รับไปเพื่อเห็นแก่มรดก, จึงบัญญัติไว้ในมาตรา ๑๕๘๗ :

"มาตรา ๑๕๘๗ การรับบุตรบุญธรรมไม่ก่อให้เกิดสิทธิรับมรดกของบุตรบุญธรรม.

ถ้าบุตรบุญธรรมซึ่งไม่มีคู่สมรสหรือผู้สืบสันดานตายก่อนผู้รับบุตรบุญธรรม, บรรดาทรัพย์สินที่ผู้รับบุตรบุญธรรมได้ให้แก่บุตรบุญธรรม และซึ่งยังคงรูปเดิมอยู่ในขณะที่บุตรบุญธรรมตายนั้น, ให้กลับคืนมาเป็นของผู้รับบุตรบุญธรรม."

ผู้เขียนเชื่อว่าหลายโรงพยาบาลคงได้ปฏิบัติผิดพลาดในแง่กฎหมายโดยยกเด็กให้ไปเฉย ๆ และตามข้อเท็จจริงก็ไม่เคยปรากฏว่าได้มีการพ้องร้องโรงพยาบาลหรือผู้รับเด็กไปเพื่อเรียกเด็กคืนสักรายเดียว. แต่วันหนึ่งข้างหน้าคงมีคดีตัวอย่าง. ฉะนั้นการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายจึงเป็นสิ่งควรทำ, หรือเมื่อได้ปฏิบัติผิดไปแล้วก็ควรเริ่มต้นใหม่ให้ถูกต้อง.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

บทบรรณาธิการ

รูห์มาตอยด์ อาร์ไธรติส กับ ฆลอโรควิน

โรคข้ออักเสบ รูห์มาตอยด์ เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งเป็นเหตุทรมานสำหรับคนไข้เป็นอย่างมาก, เป็นโรคซึ่งยังรักษาให้หายขาดได้ยาก, และมักลงเอยด้วยความทุพพลภาพ,ประกอบด้วยการยึดเยื้อหรือติดตายของข้อที่พิการ. บรรดายาที่ใช้กันอยู่สำหรับโรคนี้, นับตั้งแต่ ซาลิซิย์เลต ซึ่งเก่าแก่ที่สุด, จนกระทั่ง เฟนิย์ลบูตาโซน และ คอรติโคสะเตอรอยด์ ซึ่งนับว่าค่อนข้างใหม่, ยังไม่ทำประโยชน์ได้จริงจังมากกว่าผ่อนบรรเทาอาการไปชั่วคราว. ทั้งแพทย์ฝ่ายรักษา และนักวิทยาศาสตร์ จึงตั้งหน้าเสาะหายา และวิธีรักษาอื่น ๆ อยู่เสมอมา.

เมื่อปี ๑๙๕๑ เพจ (Page) แห่งประเทศอังกฤษได้รายงานการค้นพบโดยบังเอิญว่า เมปาครีน ทำให้อาการ โปลิย์อาร์ไธรติส ในคนไข้คนหนึ่ง, ซึ่งเขากำลังรักษา ลูปุส เอริย์ธิมาโตสุส, ดีขึ้นอย่างประหลาด.(1) พร้อม ๆ กันนั้น เบร็นเนคเค (Brennecke) และคณะในสหรัฐอเมริกา, ก็ได้รายงานว่าได้รับผลดีในการใช้ ปริมาควิน และยาจำพวกเดียวกันรักษาคนไข้ รูห์มาตอยด์ อาร์ไธรติส จำนวน ๓๘ คน.(2) ในสองสามปีต่อจากนั้นปรากฏรายงานมากหลายที่สนับสนุนรายงานทั้งสองนี้. มีการทดลองใช้ยารักษา มาลาเรีย หลายขนาน, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมปาครีน กับ ฆลอโรควิน. ในจำพวกนี้, ฆลอโรควิน ดูจะได้รับความนิยมมากกว่าอย่างอื่น, ซึ่งคงจะเกี่ยวกับการที่มีพิษน้อย. เมื่อปี ๑๙๕๗ บักนัลล์ (Bagnall) รายงานผลการใช้ยานี้ใน คนไข้ ๑๒๕ คนระหว่างเวลา ๔ ปีติดต่อกัน. มีคนไข้ ๓๕ ปซ. ซึ่งได้ผลโรคสงบไป, ๓๕ ปซ. ทุเลาขนมาก, และ ๓๐ ปซ. อาการโรคเบาบางลงไป, หมายความว่าได้ผลดีทั้ง ๑๐๐ ปซ..(3) มีรายงานอื่น ๆ คล้าย

(1) Page, F. : Lancet 1951, 2 : 755.
(2) Brennecke, F.E., et al. : J. Lab. Clin. Med. 1951, 38 : 795.
(3) Müller, W. : Dtsch. med. Wschr. 1959, 84 : 1072–1075.

เช่นนอกหลายราย. โดยเฉลี่ยมีผลโรคเยาบางลงในประมาณ ๗๐ ปซ. ของราย, อาการค่อยยังชั่วใน ๑๐ ถึง ๑๕ ปซ., ในส่วนที่เหลือไม่มีผล.

กล่าวโดยทั่วๆไปการใช้ ฆลอโรควิน มีประโยชน์ดีในรายเรอรังไม่มาก และโรคไม่ถึงขั้นรุนแรงนัก. ในรายที่เป็นมานานแล้ว, โดยเฉพาะที่เป็นมากๆ, การรักษามักไม่ค่อยได้ผล. ในกรณีข้ออักเสยชจจุบัน, ฆลอโรควิน ไม่เหมาะเอาทีเดียว, เนื่องด้วยมีระยะก่อนให้ผลยืดยาวมาก. ในส่วนมากราย ต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือแม้หลายเดือนจึงค่อยๆปรากฏผลขึ้น. ในชั้นต้นพวกอาการเจ็บปวดและขัดข้อค่อยๆหายไป, ซึ่งอาจต้องการเวลาสั้นถึงหกสัปดาห์. แล้วการทุเลาในด้านอาการตรวจพบ, ทั้งอาการเฉพาะที่, เช่นข้อบวมยุบลง, น้ำในข้อแห้ง, และอาการทั่วไป, เช่นหายอ่อนเพลีย, โลหิตจางน้อยลง, จึงติดตามมา, ซึ่งอาจต้องการเวลาเกือบถึงปีจึงจะเห็นเต็มที่. โดยส่วนมากพบว่าข้อตรวจพบต่างๆในห้องทดลอง, เช่น เซรุ่ม โกลบูลิน, เหล็กและทองแดงในเซรุ่ม, อัตราเม็ดเลือดนอนก้น, ก็แสดงการเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้นด้วย.

ในรายที่เคยต้องใช้ คอร์โตน มาเป็นเวลานานๆ, การบริหาร ฆลอโรควิน ช่วยให้ลดปริมาณของ คอร์โตน ลงได้, หรือแม้งดเลยทีเดียว. ขนาดใช้เฉลี่ยสำหรับฆลอโรควิน คือ ๐.๒๕ กรัมต่อวัน. ในตอนแรกเริ่มอาจให้ได้ถึงวันละ ๐.๕ กรัม เพื่อเร่งให้เห็นผลเร็วขึ้น, แต่ไม่ควรใช้ขนาดนี้นานกว่า ๑๐ หรือ ๒๐ วันเพราะมีโอกาสเกิดการถูกพิษได้. ยางที่อาการเลวลงเกิดขึ้นในระหว่างการให้ ฆลอโรควิน อยู่. ส่วนมากเกิดจากมีการติดเชื้อแทรกซ้อน. ยางครั้งเป็นเพราะขนาดยาไม่เพียงพอ. ในรายเช่นนี้ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นชั่วคราว. แต่ต้องระวังผลแทรกแซงของยา. ที่สำคัญอย่างหนึ่งคืออาการตาฟาง, ซึ่งมีผู้แสดงความเห็นว่าเนื่องจากคอร์เนียบวม เพราะ ฆลอโรควิน เข้าไปแทรกอยู่ใต้เอปิธิเลียม. นอกจากนี้มีคลื่นไส้, อาเจียน, ปวดศีรษะ, ท้องเฟ้อหรือท้องเดิน, และนอนไม่หลับ, ซึ่งแก้ไขและป้องกันได้ตามหลักทั่วไป. ที่สำคัญแต่พบไม่บ่อยนักได้แก่ ลิวโคพีเนีย และอาการวิกลจริต, ซึ่งหายได้เองเมื่อหยุดยา. ผื่นผิวหนังมีบ่อยพอใช้, และยางครั้งรุนแรงมากจนต้องเลิกการใช้ยา. ข้อห้ามใช้ที่สำคัญสำหรับยานี้คือตับพิการ, เนื่องด้วยอวัยวะนี้เป็นแหล่ง

ของการทำลายพิษสารประเภท ๘-อะมิโน-ควิโนลิน.

แม้เวลาจะได้ผ่านไปกว่าสิบปีแล้วนับตั้งแต่ได้ทราบว่า ฆลอโรควิน มีประโยชน์ในการรักษาโรคข้ออักเสบ, และได้มีการทดลองใช้ในคนไข้นับพัน ๆ คนแล้ว, ในขณะนี้ก็ยังไม่ทราบว่า ยานั้นเข้าไปทำอย่างไรกับโรคหรือกระบวนการพยาธิสภาพ. บางคนเข้าใจว่าเป็นด้วยฤทธิ์ฆ่าเชื้อ, บางคนว่าเกี่ยวกับ เมตะ บอลิสม์, บางคนก็ว่าเป็นการกระทำทางเอ็นซัยม์. แต่ยังไม่มีข้อใดที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอ.

เมื่อไม่นานมานี้ เบห์เร็นด์ (Behrend), ฮาร์ตมันน์ (Hartmann) และ ชเลเก็ล (Schlegel)[4] ได้ชี้ให้เห็นความลำบากในการ ตัดสิน ผลการ รักษาโรค รูห์มาตอยด์ อาไธรติส ว่ามีมากเนื่องจากโรคนี้อาจทุเลาไปเองได้ (สะปอนเตเนียส ริมิสชั่น) เป็นระยะ ๆ. ภายในปีแรกของการเป็นโรคการทุเลาขนเองนี้พบได้ ๔๘ ถึง ๗๑ ปซ. ของจำนวนราย. แม้ในปีต่อ ๆ ไปก็ยังมีได้ถึง ๒๕ ปซ.. ข้อนี้ประกอบกับการที่ต้องการเวลารักษานานก่อนที่จะเห็นผล, เมื่อใช้ ฆลอโรควิน รักษา อาไธรติส พวกนี้, โอกาสที่จะแปลผลผิดจึงมีมาก. บุคคลคณะนี้ได้ศึกษาในคนไข้ ๔๔ คน, ซึ่งเขาได้ รักษา ติดต่อ กัน มาเป็น เวลา หลายปี จนกล่าวได้ว่ารู้ประวัติของภาร ดำเนินโรคโดยละเอียด. ในจำนวนนี้มี ๒๘ คนที่ได้ลองใช้ ฆลอโรควิน ขนาดวันละ ๐.๒๕ กรัม อยู่นานถึง ๑๗ เดือน, โดยร่วมกับ คอร์ติโคสะเตอรอยด์, หรือ เฟนิล์บูตาโซน หรือ ซาลิซีย์เลต. เขาพบว่ามี ๕ คนเท่านั้นที่ค่อยยังชั่วขึ้น. ระหว่างใช้ ฆลอโรควิน สามารถลดขนาดของ คอร์โตน ลงได้เพียงเล็กน้อย. ความย่อยของโรคกลับก็มีมาก. ในที่สุดเขาสรุปเป็นเชิงสงสัยว่า ฆลอโรควิน จะให้ผลดีจริงหรือเปล่าในการรักษา รูห์มาตอยด์ อาร์ไธรติส.

ดังนี้ผลงานของ เบห์เร็นด์ และคณะจึงเป็นการ คัดค้าน งานผู้อื่นเป็น จำนวนมาก. หาก พิเคราะห์ตาม เหตุผล ก็ ยัง ไม่ อาจ ลงความเห็นในทางใดได้. ฝ่ายตรงข้ามอาจอ้างได้ว่า เบห์เร็นด์ ใช้ยาน้อยไป, เพราะในส่วนใหญ่ ของ คนไข้ เขาใช้ ขนาด ยาไม่เกิน ๐.๒๕๐ กรัมต่อวัน. ข้อนี้อาจทำให้ผลดีปรากฏน้อยกว่าถ้าหากใช้ขนาดยามาก

(4) Behrend, T., F. Hartmann, B. Schlegel : Dtsch. med. Wschr. 1961, 86 : 2037–2042.

ขึ้น. ส่วน เบห์เร็นด์ สงสัยว่าผลซึ่งผู้อื่นว่าดีนั้นอาจเป็น เพราะตรง กับระยะโรคทุเลาเอง, หาใช่เพราะฤทธิ์ของยาไม่. ที่จริงในรายงานอื่น ๆ ก็ยอมรับว่าโรค กลับมีอยู่เสมอ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหยุด ฆลอโรควิน. ดังนั้น, ทั้งสองฝ่ายต่างมีเหตุผลที่จะยกขึ้นทำให้เกิดความสงสัยในฝ่ายตรงข้ามได้. คงไม่มีใครสามารถให้การวินิจฉัยเข้าข้างใดได้, นอกจากจะต้องทำการทดลองเอง, โดยแก้ไขข้อยกพร่องของทั้งสองฝ่ายเสียให้สิ้นเชิง, ซึ่งหมายความว่าจะต้องรอดูผลอีกหลายปี, ทั้ง ๆ ที่ได้ดูกันมาตั้งสิบปีแล้ว. เรื่องนี้จึงเป็นตัวอย่างของความยาก ลำยากในการ ตัดสิน ผล ของการใช้ยารักษาโรค, ซึ่งต้องการทั้งความรอบคอบและระยะเวลานาน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง. การรีบร้อนลงความเห็น, หรือการวางแผนยกพร่อง, อาจทำให้ตัดสินผลผิดไปในทางตรงกันข้ามได้.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., มานี วีสกุล พ.บ., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ. ปรีชา เจตนะศิลปิน พ.บ., วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., โสภณ คงสำราญ พ.บ., สมชัย บวรกิตติ พ.บ. เจริญ โชติกวณิชย์ พ.บ., กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ., พิรัช แบ้นพัฒน์ พ.บ.

๑. Gilles, H.H., E.J.W. Williams, S.W. Worlledge: การรักษาพยาธิปากขอด้วยเบเฟเนียม ฮยัดร็อกซีย์นัฟโธเอท. Ann. Trop. Med. Parasit. 1961, 55:70–72.

ผู้รายงานได้ใช้ยา เบเฟเนียม ฮยัดร็อกซีย์นัฟโธเอท ในการรักษาโรคพยาธิปากขอที่อียาดัน. การให้ยาทำดังนี้ : ขนาดใช้ ๒.๕ ก.เบส, ให้เวลาเช้าขณะท้องว่าง, แล้วให้คนไข้พัก. ดูอาการ ๒ ช.ม. เว้นไป ๒ วันแล้วให้ยาขนาดเดิมอีก. ทำดังนี้ครบ ๓ ครั้ง.

ผลปรากฏว่าพิษของยานี้มีน้อยมาก. ที่พบบ่อยมีแต่อาการอาเจียนเท่านั้น. ยานี้ปลอดภัยแม้เมื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับของฮีโมโกลบินต่ำ. ส่วนผลการรักษานั้น, เมื่อให้ยาครบ ๓ ครั้ง, ปรากฏว่าจำนวนไข่ลดลงถึง ๘๑ ปซ..

ผู้รายงานให้ข้อสังเกตว่าถ้าผู้ป่วยมีพยาธินี้มาก, ควรให้ยามากกว่าครั้งเดียว. ส่วนรายงานละเอียดของผลจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่อีกภายหลัง.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๒. Coffey, V.P., W.J.E. Jossop: ไข้หวัดใหญ่ในมารดากับความพิการแต่กำเนิด. Lancet 1959, 2:935–938.

ผู้รายงานศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างไข้หวัดใหญ่ระหว่างตั้งครรภ์กับความพิการแต่กำเนิด, ในคนไข้ ๖๖๕ รายที่ฝากครรภ์กับ ร.พ. โรทันดา, กรุงดับลินระหว่าง ๑ ต.ค. ๑๙๕๗ กับ ๑ ต.ค. ๑๙๕๘ (ระหว่างไข้หวัดใหญ่ระบาด). เขาพบว่าการพิการแต่กำเนิดของเด็กที่เกิดแก่มารดาที่เคยเป็นไข้หวัดใหญ่ระหว่างตั้งครรภ์, มีมากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่เป็นไข้ถึง ๒ เท่า. ตำแหน่งความพิการมีที่ระบบประสาทกลาง. การเกิดโดยไม่มีมันสมอง (อะเน็นเซฟาลีย์) พบมากที่สุด. พบว่าอันตรายมีหนักที่สุดเมื่อเป็นไข้หวัดใหญ่ในระยะ ๓ เดือน

แรก, น้อยลงใน ๖ เดือนหลัง. ไม่มีความแตกต่างระหว่างพวกที่ไม่เป็นไข้ในเรื่องการคลอดก่อนกำหนด, ตายคลอด, และอัตราส่วนระหว่างสองเพศ.

เด็กที่เกิดจากมารดาซึ่งเป็นไข้ใน ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์มีความพิการมากกว่า ๗ ปซ. ของจำนวน. เขาแนะว่าควรฉีดยาป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้ตั้งครรภ์ระหว่างไข้หวัดใหญ่ระบาด. (ในรายงานได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับกลไกที่ไวรัสทำอันตรายต่อเด็กในครรภ์ด้วย.)

มานี วิสกุล พ.บ.

๓. Bohan, John L., Fred Stansbury: อินฟาร์คต์ ของกล้ามเนื้อหัวใจกับการทะลุของผนังกั้นห้องหัวใจ. J.A.M.A. 1960, 173: 1004–1007.

การทะลุของผนังกั้นระหว่าง เว็นตริเคิล ของหัวใจเป็นผลแทรกซ้อน มัยโอคาร์เดียล อินฟาร์คต์ชัน ปัจจุบันนี้พบได้บ่อยพอใช้. McQuay และคณะรายงาน ๖ รายใน ๑๓๓ ราย, Wessler และผู้ร่วมงานรายงาน ๕ รายใน ๒๖๑ รายของผู้ป่วยโรค มัยโอคาร์เดียล อินฟาร์คต์ชัน. ผู้ป่วยโดยมากมีอาการ ช็อค และหัวใจล้ม. ซิย์สโตลิค เมอร์เมอร์ ซึ่งถ้าไม่เคยได้ยินมาก่อนและมาปรากฏขึ้นจะช่วยการวินิจฉัยได้มาก. โดยมากได้ยินชัดที่ช่องซี่โครงซ้ายที่ ๓ และ ๔ เนื่องจากการทะลุของผนังขนาดกว้างเกิดเป็นช่องทางให้เลือดไหลจากหัวใจซีกซ้ายไปสู่ซีกขวาได้. การทะลุโดยมากมักเกิดใกล้ปลายหัวใจ. การเกิด ยันเดิล บรานช์ บล็อค ชั่วคราวในภาวะนี้พบไม่บ่อยนัก. การทะลุนี้ทำให้ผู้ป่วยโดยมากมีอาการเลวลงอย่างปัจจุบันและโดยมากมักจะเกิดใน ๑๐ วันแรกของการมี อินฟาร์คต์ชั่น. สำหรับการพยากรณ์โรค Bond และคณะกล่าวว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยตายในสัปดาห์แรก. การรักษาก็คงเช่น มัยโอคาร์เดียล อินฟาร์คต์ชั่น อย่างธรรมดา.

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วยโรคนี้ ๑ ราย, อายุ ๖๙ ปี, ซึ่งมีอาการ แอ็งไจน่า และอี.เค.จี. แสดงว่าน่าจะมี อินฟาร์คต์ชั่น ของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า. เสียงหัวใจเต้นดังชัดเจน. ผู้ป่วยได้รับยากันเลือดแข็งและมีอาการดีขึ้นจนถึงวันที่ ๒ ใน ร.พ., เกิดอาการ ช็อค และได้ยิน ซิย์สโตลิค เมอร์เมอร์ เสียงหยาบและดังชัดมากทั่วบริเวณหน้าหัวใจ. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการทะลุของผนังกั้นระหว่าง เว็นตริเคิล. เมอ

ตายได้ตรวจศพพยพยาธิสภาพยืนยันการวินิจฉัย.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๔. Kohler, F.P.: นิ่วปัสสาวะในนักบิน. J. Urol. 1961, 86:370–372.

ผู้รายงานศึกษานิ่วทั่วไตและท่อไตในทหารอากาศ ๕๐๐ คนที่ ฟลอริดา, ซึ่งเป็นนักบินเสีย ๔๐๐ คน. ได้สอบประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินปัสสาวะทุกคนรวมทั้งเอ็กซเรย์ เค.ยู.บี. ในรายที่สงสัยนิ่วในไตได้ทำ ยูโรแกรม ทางหลอดเลือดและหา ซีรัม แคลเซี่ยม, ฟอสฟอรัส และ อัลคาไลน์ ฟอสฟาเทส ด้วย. สำหรับนักบินที่นำมาตรวจต้องมีชั่วโมงบินไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ชั่วโมง.

ปรากฏว่าพบนิ่วที่ไต ๘ รายในนักบิน หรือ ๒ ปซ. (เอ็กซเรย์ปอดและตรวจซีรัมไม่พบสิ่งผิดปรกติ.) พี.เอช. ปัสสาวะ ๕.๐ ถึง ๗.๕. พบนิ่วบ่อยในฤดูร้อน, ซึ่งที่ฟลอริดาอุณหภูมิระหว่าง ๒๐ ถึง ๔๐° ซ. จากการสอบถามได้ความว่าก่อนขึ้นบินนักบินงดดื่มน้ำ, เพราะไม่สะดวกต่อการถ่ายปัสสาวะ, และบางครั้งบินเป็นเวลาติดต่อกันหลายชั่วโมง, ทำให้ต้องกลั้นปัสสาวะจนเคยชิน. ผู้รายงานให้ความเห็นว่าการดื่มน้ำน้อยและการกลั้นปัสสาวะ, ประกอบกับอากาศร้อนจัดในฤดูร้อนซึ่งทำให้เสียเหงื่อมาก, มีผลทำให้ปัสสาวะเข้มข้นผิดธรรมดา, โอกาสที่เกลือในปัสสาวะจะตกตะกอนย่อมมีมากขึ้น.

การป้องกันคือดื่มน้ำให้มากเพื่อให้ปัสสาวะเจือจางและน้ำดื่มควรมีความกระด้างน้อย, เพราะในน้ำกระด้างมากจำนวนแคลเซี่ยมยิ่งมากขึ้น.

ปรีชา เจตนะศิลปิน พ.บ.

๕. Winstanby, D.P.: การตายเนื่องจากอิสฆีมิค นิโครสิส ของกล้ามเนื้อ. J. For. Med. 1961, 8:139–141.

ผู้ป่วยชายอายุ ๑๙ ปี, ได้ทำมีดยาวโคนขาขวายาวประมาณ ๔ ซม., รับการผ่าตัดภายหลังอุบัติเหตุ ๘ ช.ม. ศัลยแพทย์ได้เย็บหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำฟีมอรัล ซึ่งเกือบขาด. วันรุ่งขึ้นอาการทั่วไปเป็นปรกติ, แต่ไม่ถ่ายปัสสาวะ. วันที่ ๒ สวนได้ปัสสาวะ ๖๒๐ ล.ซม., ถ.พ. ๑๐.๑๔, มีโปรเทอินเล็กน้อย, ไม่พบมัยโอโกลบิน. ยูเรีย ในเลือด ๑๐๐ มก.ปซ. วันที่ ๓ อาการเลวลง, ปัสสาวะเพียง ๔๐ล.ซม., ยูเรีย ในเลือด ๑๐๖ มก.ปซ.,

หายใจไม่สม่ำเสมอ. ถึงแก่กรรมหลังผ่าตัด ๗๙ ช.ม.

ตรวจศพพบว่าหลอดเลือดแดง พัลมอรัลตีบกว่าปรกติ, แต่ไม่ตัน. กล้ามเนื้อบริเวณโคนขาและน่องซีด, สีเหลืองแกมน้ำตาล. ปอดบวม. ไตซีดและบวม.

ตรวจทางจุลทัศน์พบว่ากล้ามเนื้อขามีลักษณะคล้าย อินฟาร์คต์ ของกล้ามเนื้อหัวใจ. ไตมี คาสต์ ใน ทูบูล ส่วนปลาย, มีเม็ดสีน้ำตาลสดอยู่ทั่วไป, บางแห่งก็เป็นปื้น ๆ. ย้อมไม่พบ ไอออน เหล็กเสริ.

ผู้รายงานวิจารณ์ว่าผู้ป่วยคงตายเนื่องจาก นิโครสิส ของกล้ามเนื้อจำนวนมาก, ซึ่งทำให้ โปตัสเสียม ออกมาจาก เซ็ลล์ของกล้ามเนื้อ. เมื่อเย็บหลอดเลือดแล้วการไหลเวียนผ่านไปยังขาข้างที่ถูกบาดเจ็บ, ทำให้ โปตัสเสียม เข้าสู่ระบบไหลเวียน, ไปออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจ, ทำให้หัวใจหยุดเต้น. ถ้าหากตายจากระบบขับถ่ายทางไตล้มเหลว, ยูเรีย ในเลือดควรจะสูงกว่านั้น, และไม่น่าจะตายรวดเร็วเช่นนั้น.

ผู้รายงานได้ย้ำว่าผู้ป่วยรายนี้, ถ้าศัลยแพทย์ได้ตรวจที่ขาผู้ป่วย, แล้วผูกหลอดเลือดเสียทั้งหมดแทนที่จะเย็บแผลที่ขาด, อาจจะช่วยชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้, แม้ผู้ป่วยจะต้องเสียขาข้างนั้นไป. เขาแนะว่าในรายเช่นนี้ควรตรวจ อี.ซี.จี. ทุกวัน. ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงที่กล้ามเนื้อหัวใจควรจะใช้วิธี ไดอะลิซิส เข้าช่วย.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ.

๖. Grunberg, E., J. Berger, E. Titsworth: ยา X–5079 C ในการบำบัด ซิมิสตามีค มัยโคสิส. Am. Rev. Resp. Dis. 1961, 84: 504–506.

ในจำพวกสารเคมีที่เคยใช้รักษา ซิมิสตามีค มัยโคสิส ก็มี เอธิมัล วานิลเลท, สเตลยามิดีน, ซัลโฟนะไมด์ และสารประกอบของสารหนูและพลวง. สำหรับแอนติไบโอติค, เพนิซิลลินยังคงให้ผลดีในการรักษา แอคติโนมัยโคสิส, ส่วน แอมโฟเทอริซิน บี. นั้นค่อนข้างจะเป็นยาชนิดครอบจักรวาฬ, แต่มีข้อเสียตรงที่มีฤทธิแทรกแซงอยู่มาก. ผู้เขียนได้รายงานสารเคมีชนิดใหม่, ซึ่งได้จากเชื้อ สะเตร็ปโตมัยซีส "X–5079 C". สารนี้เป็นพวก โปลีย์เยีปไทด์ และมีกำมะถันเป็นส่วนประกอบ ๑๒ ถึง ๑๔ ปซ., ละลายได้ดีในน้ำเกลือ. ในหนูที่ทำให้ติดเชื้อ ฮิสโตพลาสมา คัปสูลาตัม และ บลาสโตมัยซีส เดอร์มาไตติดิส การรักษาด้วยสารนี้ในขนาด ๒ ถึง ๕ มก./กก.

สำหรับเชื้อ ย. คัปสลาตัม, ๑๕ ถึง ๒๕ มก./กก. สำหรับเชื้อ บ. เดอร์มาไตติดิส, ฉีดเข้าใต้ผิวหนังในระยะเวลาไม่เกิน ๒๘ วัน, สามารถทำให้เชื้อหมดไปได้. ยานี้ใช้ไม่ได้ผลในการทดลองกับเชื้อบัคเตรี, เช่น สะเตร็ปโตค็อคคัส ฮีโมลิย์ติคัส, สะตาฟีย์โลค็อค์คัส ออเรียส, รวมทั้งเชื้อราพวกเดอร์มาโตฟัยต์ ซึ่งได้แก่ ทริโฆฟัยตอน, เม็นตาโกรฟัยต์, ไมโครสปอรัม ออดูอินี และ เชื้อแคนดิดา อัลบิแคนส์.

โสภณ คงสำราญ พ.บ.

๗. Takahashi. K., A. Kawano, O. Ota, S. Otsuka: การศึกษาเนื้อปอดโดยใช้กล้องจุลทัศน์อิเล็คตรอน. Tokushima J. Exper. Med. 1961, 8:149–155.

การศึกษาชิ้นเนื้อปอด, ซึ่งได้จากการผ่าตัดเปิดทรวงอกของหนูพุกและกระต่ายซึ่งมีสุขภาพสมบูรณ์, โดยวิธีจุลทัศน์อิเล็คตรอน, แสดงอย่างแน่นอนว่าเนื้อจำเพาะ (พาเร็นฆัยมา) ประกอบด้วย (๑) เซ็ลล์ บุผนังถุงลมพร้อมด้วยเยื่อ เบสเม็นท์, ซึ่งมี ๒ ชนิดคือ อัลวิโอล่าร์ เอปิธิเลียล เซ็ลล์ และ อัลวิโอล่าร์ วอลล์ เซ็ลล์, (๒) "ดัสต์ เซ็ลล์" (dust cell) เป็น เซ็ลล์ ที่มีหน้าที่ฟาโกซิย์ติค อยู่ในโพรงของถุงลม. (๓) เซ็ลล์ บุหลอดเลือดฝอยกับเยื่อ เบสเม็นท์, (๔) อินเตอร์สะติเชียล ทิสชิว ประกอบด้วยเซ็ลล์ รูปต่าง ๆ, พร้อมด้วยเส้นใยทั้งชนิดคอลลาเจ็น และ อิลาสติค. นอกนั้นยังพบแกรนยูล อยู่ในบริเวณบางแห่งด้วย.

(หมายเหตุของผู้ย่อ: ผลการศึกษาของรายงานนี้ขจัดปัญหาที่ว่าผนังถุงลมในปอดไม่มี เซ็ลล์ บุ, ฉะนั้นสนับสนุนการเรียกชื่อมะเร็ง เซ็ลล์ ถุงลมปอด (pulmonary alveolar–cell carcinoma) ที่ได้รายงานไว้ใน Tubercle, 1960, 41:268–271.)

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๘. Vickers, C.F.H.: ผิวหนังอักเสบเพื่อยา. Brit. med. J. 1961, 1:1366–1367.

ผู้ป่วยด้วยอาการ คอนแทคต์ เดอร์มาไตติส จำนวน ๑๑๗ คน, ซึ่งไปรับการรักษาที่แผนกโรคผิวหนัง รูเปอร์ท ฮาลแลม ระหว่างระยะเวลาหนึ่งปี, ได้รับการศึกษาโดยละเอียด, เพื่อค้นคว้าชนิดของยาใช้เฉพาะที่ซึ่งเป็นต้นเหตุของการแพ้ยาที่ผิวหนัง. การศึกษาแสดงว่ายาใช้เฉพาะที่ซึ่งก่อการแพ้ยาที่ผิวหนังบ่อย ๆ, ได้แก่พวกยาชา (ตัวสำคัญที่สุดคือ ซิย์นโธเคอิน),

แอนติฮิสตามีน. และ ฆลอร์แอมเฟนิคอล. พบว่า ฆลอร์เตตระซัยคลิน เป็นแอนติไบโอติคเข้าน้ำมันสำหรับใช้เฉพาะที่ซึ่งปลอดภัยที่สุด. การมี ฮัยโดรคอร์ติโซน ปนอยู่ในเนื้อยาที่ใช้, ไม่ช่วยป้องกันการเกิดการแพ้ยาทางผิวหนังเลย. นอกจากนั้นยังพบว่าการแพ้ยาทางผิวหนังมักเกิดขึ้นในรายที่ใช้ยาในส่วนผิวหนังที่เป็นแผลอยู่แล้ว.

สมชัย บวรกิตติ พ.บ.

๙. Unger D., L. Unger: การแพ้ เอ.ซี.ที.เอช. Dis. Chest. 1961, 40:4.

การแพ้ เอ.ซี.ที.เอช. อาจเป็นเพราะ (๑) ใช้มากหรือนานเกินไป, (๒) เป็นโรคอื่นก่อนแล้ว, เมื่อใช้ยานี้ทำให้โรคกำเริบขึ้น, (๓) แพ้แบบปฏิกิริยา แอนติเจน แอนติบอดี้.

ผู้รายงานเสนอผู้ป่วยชาย ๔, หญิง ๔, อายุระหว่าง ๒๐ ถึง ๔๕ ปี, มีประวัติได้รับ เอ.ซี.ที.เอช. มาแล้วนาน ๒ ถึง ๒๐ ปี, และเคยเป็นโรคอื่นมาก่อนคือหืด ๗ คน, ไข้ รูห์มาติค ๑ คน, อาการแพ้ เอ.ซี.ที.เอช. มี:- (๑) ลมพิษและแองจิโอนิวโรติคอีดีมา ๔ คน, (๒) หายใจลำบากและช็อค ๒ คน, (๓) ชักแบบลมบ้าหมู ๑ คน, (๔) อาเจียน, ตัวสั่น, ถ่ายปัสสาวะราด ๑ คน. ได้รักษาโดยหยุดยา, ให้ยาระงับประสาท, แอดรีนะลิน, โคราม่ิน, แอนติฮิสตะมิน, อะมิโนฟิลลิน, ปรากฏว่าหายทุกคน.

โดยการทดสอบผิวหนังพอจะตัดเหตุอื่นๆซึ่งอาจทำให้แพ้ได้, เช่นพาหะของยา, แหล่งที่มาของ เอ.ซี.ที.เอช., สารปนเปื้อนระหว่างผลิต, และสารปนเปื้อนระหว่างบริหาร. พวกนี้ให้ผลลบทุกราย. แต่การทดสอบผิวหนังโดยใช้ เอ.ซี.ที.เอช. ให้ผลบวก ๕ รายในจำนวน ๘ ราย.

ถ้าใช้ยานี้ในคนที่เคยได้รับมาก่อน, ควรระวังให้มาก, และถ้าเคยแพ้มาแล้วไม่ควรใช้เลย.

เจริญ โชติกวณิชย์ พ.บ.

๑๐. Rosahn, P.D., C. Sheankul: โรคเยื่อ ฮัยอะลิน แห่งปอดในประเทศไทย. Am. J. Dis. Child. 1961, 102:2.

เรื่องนี้เป็นรายงานแรกของโรคเยื่อ ฮัยอะลิน ของปอดในประเทศไทย, ซึ่งยังไม่เคยพบรายงานในภาคตะวันออก.

ในปี ๑๙๕๙. ที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์มีเด็กตายในระยะ เพริเนตัล ๕๘ ราย, พบโรคนี้ ๙ ราย. มีลักษณะพยาธิสภาพตรงแบบอย่างชัดเจน. ผู้ป่วยมีชีวิตหลังคลอด

ระหว่าง ๗ ถึง ๓๗ ซ.ม., เป็นหญิง ๕, ชาย ๔, ไทย ๗, จีน ๒. น้ำหนักแรกเกิดระหว่าง ๑๑๕๐ กับ ๒๕๕๐ กรัม. มี ๑ คนเกิน ๒๒๕๐ กรัม. ๒ คนคลอดโดยผ่าหน้าท้อง.

แต่เดิมเข้าใจว่าโรคนี้พบแต่ในประเทศที่เจริญแผนปัจจุบัน, แต่ความเข้าใจนี้อาจไม่จริงก็ได้, หรืออาจจะเป็นเพราะเมืองไทยเจริญมากแล้วก็ได้.

เจริญ โชติกวณิชย์ พ.บ.

๑๑. Bohm, G., M. Schlepper, E. Witzleb: ยาขยายหลอดเลือดหัวใจขนานใหม่. German Med. Month. 1961, 6:9-12.

ผู้รายงานทดลองในสุนัขวางยาสลบ, ฉีดเซกอนดิน กลูโคเนต เข้าหลอดเลือดในขนาด ๐.๓๓ ถึง ๐.๕ มก. เบส ต่อ กก., พบว่ายานี้เพิ่มจำนวน ออกซิเจน ที่ไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ. จึงได้ทดลองในคนไข้ แองไจนา เพ็คตอริส ในขนาด ๑๐ ถึง ๓๐ มก. วันละสามครั้ง (ใช้ เซกอนดิน แล็คเตต). มีคนไข้ชาย ๗๗ คน, หญิง ๓ คน. ปรากฏว่าเมื่อรักษาครบ ๗ วัน, อาการเจ็บปวดหายในจำนวนคน ๒๐ ปซ, จำนวนครั้งและความรุนแรงของการปวดลดลงใน ๓๗.๕ ปซ., อาการคงขนชั่วคราวขณะให้ยาอยู่ ๑๘.๗ ปซ., ไม่ได้ผลเลย ๒๓.๗ ปซ.. ผู้รายงานให้ความเห็นว่าผลดีอาจเกิดจากฤทธิ์ของยาในด้าน ซิมพะโธลิติค และระงับสมอง, หรือผลต่อ เมตะบอลิสม์ ของ คาเตฆอล-อะมีน, แต่ยังไม่ได้พิสูจน์.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ พ.บ.

๑๒. Mortensen. J.D., S.M. Smith. G. Hill: การปนเปื้อนของบัคเตรีใน ออกซิเจน ที่ใช้ในเครื่องปอดและหัวใจเทียม. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1961, 41:676-679.

ผู้รายงานได้ทดลองเป็น ๓ ตอน : (๑) เพาะเชื้อจากเลือด (ก) เลือดในเครื่องที่ยังมิได้ผ่าน ออกซิเจน, ทำใน ๑๒ ราย, ไม่มีเชื้อปนเลย. (ข) เลือดที่ผ่าน ออกซิเจน แล้ว ๑๐ นาที, ยังไม่ได้ผ่านผู้ป่วย, ทำใน ๕ ราย, พบเชื้อ ๓ ราย. (ค) เลือดที่ผ่านผู้ป่วยแล้ว ๒๐ ถึง ๗๐ นาที, ทำใน ๖ ราย, ซึ่งได้ให้ เพนิซิลลิน ๑ ล้านหน่วยทุกคน, พบว่ามีเชื้อขึ้น ๑ ราย. (๒) เพาะเชื้อจาก ออกซิเจน, (ก) ออกซิเจน จากหน่วยจ่ายกลาง, ซึ่งต่อท่อเข้ามาในห้องผ่าตัด, ทำ ๓ ราย, มีเชื้อขึ้นทั้ง ๓ ราย.

(ข) ออกซิย์เจ็น จากถัง ออกซิย์เจ็น, พบเชื้อขึ้น ๒ ราย ใน ๓ ราย. (๓) เพาะเชื้อจากแผ่นเครื่องกรองรูเล็กโดยผ่าน ออกซิย์เจ็น ๕๐ ถึง ๒๐๐ ลิตรแล้วนำแผ่นนั้นไปเพาะเชื้อพบว่า (ก) เมื่อผ่าน ออกซิย์เจ็น จากหน่วยจ่ายกลางมีเชื้อขึ้น ๒ ใน ๓ ราย. (ข) เมื่อผ่าน ออกซิย์เจ็น จากถังมีเชื้อขึ้น ๑ ใน ๓ ราย. ระหว่างการผ่าตัด ๑๖ ครั้ง โดยใช้แผ่นเครื่องกรองนกรอง ออกซิย์เจ็น ก่อนแล้วนำแผ่นกรองไปเพาะเชื้อ, พบว่าเชื้อขึ้น ๙ ครั้ง.

จากการทดลองนี้พบว่าชนิดของบัคเตรีเป็นชนิดที่ไม่ทำให้เกิดโรคทั้งสิ้น, คือ เชื้อสะตาพีย์โลค็อคคัส (การทดสอบโคอะกูเลสให้ผลลบ) ๘ ครั้ง, เชื้อ บาซิลลัส ๓ ครั้ง, โคลิฟอร์ม บาซิลไล ๒ ครั้ง. แต่อย่างไรก็ตาม, แม้ว่าบัคเตรีที่ตรวจพบจะเป็นเชื้อที่ไม่ก่อให้เกิดโรคแต่ก็เป็นเชื้อซึ่งปนอยู่กับบัคเตรีในอากาศซึ่งทำให้เกิดโรคได้หลายชนิด. เนื่องด้วยเลือดหรือ ออกซิย์เจ็น ที่ผ่านแผ่นกรองแล้วเพาะเชื้อไม่ขึ้น, ผู้รายงานได้แนะนำ ให้ใช้ แผ่น กรอง รูเล็กนี้ (Millipore filter pad) ในการทำผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม, เพื่อความปลอดภัยต่อการติดเชื้อและสะดวกในการใช้. แผ่นเครื่องกรองมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๔๗ ซม., รูขนาด ๐.๔๕ มิลลิไมครอน.

พิรัช แป้นพัฒน์ พ.บ.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. ประวัติการแพทย์ไทย
ตำรายาจากศิลาจารึก วัดราชโอรสาราม (๒) *

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๖)

สิทธิการิยะ

ถ้าบุคคลใดเกิดจักษุโรค เป็นต้อกัด เป็นมาซ้ำกัม เป็นเพื่อลมขึ้นสู่ตาเป็นหมอก มัวไปก็ดี ๆ ถ้าจะแก้เอา เปลือกส้มเสี้ยว เปลือกแจ้งน้าว เปลือกมะไฟ รากส้มกุ้ง หัวถั่วภู สิ่งละ ๑/๑ ผัน ลันทะเล สิเสียด เทียสิ่งละ ๑/๒ ดีงูเหลือม ๑/๒ ทำเป็นจุณบด ด้วยน้ำแก่นประดู่ ทำแท่งไว้ใส่ตาถูยดวงผู้ ในตาเลือด หนองไหลออกมาก็ดี และเลือนตามขึ้นก็ม ใส่หายวิเศษนัก ๆ

ขนานหนึ่งเอาดินถนำ ดินสีพองสิ่งละ ๑/๑ เปราะหอม ๑/๒ พิมเสน ผัน ดีงูเหลือม สิ่งละ ๑/๑ ทำเป็นจุณบดด้วยน้ำใบแมงลัก แก่นประดู่ระคนกัน ทำแท่งไว้ใส่ตาแก้ สรรพพิษต้อทั้งปวงหาย ๆ อนึ่งเอาโคน สัพรส ย่าเกลดหอย ยาดำ หัวหอม เอาเสมอภาคทำเป็นจุณ เอาน้ำดีจรเข้ ดีงู เหลือม ดีตพายน้ำ เป็นกระสายยดทำแท่งไว้ใส่ตาต้อกันต้อ เนื้อ / สาย

ต้อรำไย หายวิเศษดีนัก ๆ ยาชื่อสังข์รัศมีเอา สังข์ เขี้ยผู้ ดุกกะต่ำทอง ดินถนำ ยาทั้งนี้ชำระ ด้วยไม้สะแกให้บริสุทธิ์ สุพรรณถันแดง เอาเสมอภาคยด ด้วยน้ำมะพร้าวนาริเก ทำแท่งไว้ใส่จักษุโรคทั้งปวง เกิจให้แผ้ว ต้อหมอก ฝนด้วยน้ำดอกมะลิ ถ้าจะแก้ตาฤษดวง ฝนด้วยน้ำมะนาว ถ้าจะให้ดับพิษร้อน ฝนด้วยน้ำเถาตำลึงป่า เอาน้ำใส่หาย วิเสศประเสริฐนัก ๆ

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๗)

สิทธิการิยะ

ถ้าบุคคลใด เป็นไข้ เพื่อเสมหะ / จตุ / วาตะ สมุฏฐานก็ดี ทำให้หิวโหย หาแรงมิได้ ให้

---

* ศิลาจารึกมีทั้งหมด ๕๕ แผ่น. จะนำลงฉบับละ ๕ แผ่นจนหมด. เริ่มลงพิมพ์ตั้งแต่ฉบับ ม.ค. ๒๕๐๕.

ระทวยไปให้ใจขุ่นหมองมิได้ชื่น ให้สวิงสวาย หากำลังมิได้ ถ้าจะแก้เอายานแก้ยาชื่อมหาสมมิตร เอา โกดทั้งห้า เทียรทั้งห้า ตรีผลาจันทั้งสอง ลูกจันดอกจัน กระวาน กานพลู ขิงแห้ง ดีปลีแห้วหมูไครเครือเกษรบัวหลวง เกษรสารภี เกษรบัวเผื่อน เกษรบัวขม ดอกคำดอกผักตบ ดอกพิกุล เกษรบุนนาค ดอกสลิด สักขีชลูด อบเชย ชะเอมกฤษนา ชมดเชียง พิมเสน เอาเสมอภาค ทำเป็นจุณ เอาดีงูเหลือม แช่น้ำดอกไม้เป็นกระสาย ยดทำแท่งไว้ลายน้ำดอกไม้ก็ได้น้ำตาลทรายก็ได้ น้ำแรมคืนก็ได้ กินแก้รำระส่ายแลดับพิศไข้ทั้งปวง ทำให้คลั่งให้เพ้อให้ เชื่อม / มัว } แก้ลนกระด้างคางแข็ง แลชูกำลังยิ่งนัก ยาชื่อหอมแท่งทอง เอาจันชมด จันเทศ จันแดง กฤษณา กระลำภักชลูดขอนดอก อบเชย สมุลแวง โกดเชียง โกดกระดูก โกดหัวบัว เทียรดำ เทียนขาวดอกพิกุล เกษรบุนนาค เกษรสารภี เกษรบัวหลวง สิ่งละ ๑/๑ พิมเสน ๒/๑ ชมดเชียง ๑/๑ ชมดสด ๑/๑ อัมพัน ๑/๑ ย่าฝรั่น ๑/๑ ทองคำเปลว ๔๐ แผ่น ทำเป็นจุณยดด้วยน้ำดอกไม้ ทำแท่งไว้ปิดทองทุกแท่ง ถ้าแก้ลมมีพิศให้เอาโกดดูกกับขิงมาต้มด้วยกัน เอาน้ำลายกิน แก้เลือดมีพิศน้ำเทียรดำ ขิงต้มด้วยกัน แก้เสมหะมีพิศ น้ำมกล่ำ เครือชเอมต้มด้วยกันให้กินชูกำลัง ยิ่งนักแล

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๘)

สิทธิการิยะ

ไข้อันใด ถ้าลมไข้ลงกระทำให้เชื่อมมึนและ ให้ตัวร้อนเย็นเปลว ให้กระหายน้ำนักห้าม อย่าให้ แพทย์วางยา เผดร้อน ต้องสุราและน้ำมัน อย่าให้ต้มน้ำอาย ปะถมนวต แลสมิกอกปลิ้งกินแทงเอาโลหิตออก จะตายเสียเพราะการกระทำผิดดังนี้ ใช้ชื่อยแต่เยนจืด ฝาด เผื่อน ขม ถ้าจะแก้เพอดี เอากะเช้าผีผด หัวกล้ารากชา รากว้อน หมูหลวง รากส้มเสด รากเข้าไม่รากจิงจำ รากสอาด รากสะแก รากมะนาว รากยานาง รากผักเข้า รากผักสาย รากผักหวาน ทำเป็นจุณยดทำแท่ง ลายน้ำทราวเข้า ให้กินแก้ไข้ออกดำแดง ปกายดาษทุงรทดไฟเดือนห้า ลอองไฟฟ้ามหาเมฆมหาพินแก้ได้เหมือนกัน ขนานหนึ่ง เอาปูเจ้าลอยถ้าหัวมหาคารพินาศ พยารากขาว รากทงไช รากดูมก่าทั้งสอง รากต้นเต่าทั้งสอง รากมะกอกเผือก รากพิทลม รากกะทกรก

รากช้างน้าวดอกเหลือง รากแดงเถือน รากกระแจะ รากนาดดำ รากดันทรง รากก้างปลาแดง รากมะเฟือง รากเสวาด รากมกูด รางทั้งเลือด ทำเป็นจุณยดทำแท่งไว้ลายน้ำทราวข้าวกิน แก้สรรพไข้ทั้งปวง แก้พิศวิเสศนักฯ ขนานหนึ่ง เอาตับเต้าใหย่ รากมะเกลือ รากคัดเค้า รากทุ่งรากผักหวาน ทำเป็นจุณทำแท่งไว้ละลายน้ำทราวเข้ากินแก้พิศไข้ทั้งปวงหายฯ ขนานหนึ่งเอาราก

มเดอ

คนธา

ท้าวยาม่อม

ราก ยานาง ขิงชี } ต้มกินแก้ไข้ทั้งปวงหาย

แลฯ ๛

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๔)

สิทธิการิยะ

จกล่าวกุมารกุมารีเกิดวันเสาร ทรางโจรเป็นเจ้าเรือน ทรางนางรินเป็นทรางจรหละชื่อมหานิลกาล ลองชื่อลองทับทิมลมชื่อกุมภันทยักษจรประจำทราง โจรวันเสาร์ฯ ในอาการโจรนั้นได้สำแดง ออกมาทีปากกุมาร และเหงือกทั้ง ล่าง บน } ทรางจำพวกนี้มีตัวดั่งไรให้เจยทั่วสารพางทำให้เมื่อยอกเป็นขุมทั่วทั้งตัว ให้ลงท้องมิหยุดเป็นยิดปวดมวนให้ตากแดดมาให้คร้านน้ำ ให้ผอมเหลืองให้ยังเกิดลองขึ้นดาดไปทั้งลิ้นให้ขอบริมฝีปากดั้ง ยวงฝ่ายดั่งนี้ฯ ถ้าจะแก้เอาอัคนิชวา ลูกราชดัด ลูกปคำดีควาย ลูกจัน เมดในมะนาว ฝิ่น ดีงูเหลือมเสมอภาค ทำเป็นจุณยดทำแท่งลายสุรากินแก้พิษทรางโจร ถ้าสลบวันยังค่ำก็ดีแทรกทองคำเปลว ให้กินพ่น แลแก้พิศทรางแดงก็ได้ดีนักฯ ยาชื่อเหลืองหรคุณอารทองยังให้สุก ลูกจัน ขมิ้นอ้อยสิ่งละ $\frac{1}{๑}$ พิมเสน $\frac{1}{๒}$ หรดาลทอง $\frac{๑}{1}$ ทำเป็นจุณยดทำแท่งให้ลายสุราแก้ทรางโจรลองเพลิงหายกวาดก็ได้ฯ ยาชื่อขาวกะยัง พิมเสน $\frac{1}{๒}$ ลูกจัน ดอกจัน สิ่งละ $\frac{1}{๑}$ เบี้ยผู้เผา จัน ขาว สิ่งละ $\frac{1}{๑}$ กยัง $\frac{1}{๑}$ ทำเป็นจุณยดทำแท่งลายสุรากินแก้ทรางโจรลองขาวหายกวาดก็ได้ฯ ยาชื่อเขียวขทอง ลูกจัน ดอกจัน กระวาร การพลู การะบูร โหราเดือยไก่ สิ่งละ $\frac{1}{๑}$ เขียวขทอง $\frac{1}{๑}$ ทำเป็นจุณยด ทำแท่งลายสุรากิน แก้ทรางโจร

ลอองเขียวหาย ถ้าจะกวาดก็ได้ วิเศศนัก แล ฯะ ๏

(ศิลาจารึกแผ่นที่ ๑๐)

สิทธิการิยะ

จกล่าวกูมารกูมารีเกิดวันศุกร์ ทรางช้างเป็นเจ้าเรือน หละชื่อแสงพระจัน ลอองชื่อเนียรกรรนี ลมชื่ออรศ จรประจำทรางช้างวันศุกระ ในอาการทรางช้างนั้น เขม่ามักขึ้นในเรือนไฟนั้นหนาขึ้นหลายชั้น ขึ้นมาแต่ลำคอถึงลิ้น แล้วดาษไปปากให้ไอแห้งให้ ลง / ราก } กระหายน้ำกิน เข้า / นม } มิได้ดั่งนี้ ถ้าจะแก้เอาใบชุมเหด ใบสะวาด ใบผักขวง ใบกะเพราะ ลอองพระกฤษ เสมอภาคบด ด้วยน้ำมูลม้าสด ทำแท่งไว้ลายสุรากินแก้ทรางช้างหาย ฯ อนึ่งเอาผักคราดขอบชนางทังสอง ผักเสี้ยนผี ขมิ้นอ้อย ลูกประคำดีกระบือ พริกไท เอาเสมอภาคทำเป็นจุณบด ทำแท่งไว้ลาย สุรากินแก้ พิศทรางช้าง และทรางทังปวงหาย ฯ อนึ่งเอาย่าไทรกำมือ ๑ ยอดเต่าร้างกำมือ ๑ กทือไพล ต่านเสี้อนสิ่งละ ๑/๑ ต้ม ๓ เอา ๑ ให้กินแก้มูกเลือดทรางช้าง หาย ฯ อนึ่งเอารากสันพร้ามอน รากชมด ต้นใบพิมเสน ตุกกะโรทินี สังกระนี ลูกผักชีทังสอง พรรผักกาด ลูกพิลังกาสา ลูกจันกลำภักว่านร่อนทอง ขิงแห้ง เอาเสมอภาคทำเป็นจุล บดทำแท่งไว้ลายสุรากิน แก้พิศทรางทั้งปวงหาย ฯ อนึ่งเอานอแรด เขากวางหนังกเบน ผมคน หวายตะค้า รากมแว้งยาทังนี้ชัว ตรีกะตุก กเทียม เอาเสมอภาค ทำเป็นจุณบดลายสุรากวาด แก้ลอองแลแก้ทรางช้างทังปวง หายอย่าสนเท่เลย วิเสศนักแล ฯ

๒. "ตายเกิด ตายสูญ"

พระนิพนธ์
สมเด็จพระสังฆราชเจ้าสกลมหาสังฆปรินายก กรมหลวงวชิรญาณวงษ์
วัดบวรนิเวศวิหาร

ตอนที่สอง*

คนระลึกชาติได้ :

ก. พระราชมุนี (สุสมาจาร) วัดบวรนิเวศฯ เมื่อเป็นผู้อำนวยการศึกษามณฑลราชบุรี เล่าว่า ได้เคยพบเด็กมี ๒ พ่อ ๒ แม่; เด็กนั้นเล่าว่า เมื่อชาติก่อนเขาเกิดอยู่ที่บ้าน ๑ (มารดาบิดายังอยู่เมื่อเขาเล่า) พอเป็นหนุ่มเขาไปในที่เปลี่ยวแห่งหนึ่งอยู่ริมลำน้ำ ถูกผู้ร้ายตีล้มลง, เขาก็นอนคิดว่าถ้าผู้ร้ายไปแล้วก็จะกลับบ้าน. แต่ผู้ร้ายไม่หยุดเพียงเท่านั้น เอาไม้ท่อน ๑ กระแทกลงไปที่หว่างตาพราย, เขารู้สึกว่าตัวออกจากกายนั้น เห็นกายที่นอนอยู่ แล้วนึกว่าถ้าผู้ร้ายไปแล้ว ก็จักกลับเข้าร่างแล้วกลับบ้าน, แต่ผู้ร้ายลากเอาร่างเขาทิ้งลงในน้ำไปเสีย, ส่วนตัวเขาเองอยู่บนฝั่ง (จะกี่วันก็คืนไม่ได้ถาม). ต่อมามีเรือทอดแหลำ ๑ มีคน ๒ คน (ผัวเมีย) ทอดแหเรื่อย ๆ มาจนเรือใกล้ฝั่งที่เขาอยู่, เขาจึงกระโดดลงไปนั่งอยู่กลางเรือ ส่วนคนทอดแห (ไม่เห็นเขา) ทอดแหไปจนถึงเวลาก็กลับบ้าน, เมื่อถึงบ้าน เขา ๒ คนนั้นช่วยกันเข็นเรือขึ้นฝั่ง, พอเรือเลื่อนขึ้นปรู๊ด, เขาตกใจจนล้มตัว มารู้ตัว ก็เมื่อเกิดเป็นลูกของ ๒ คนผัวเมียนั้นแล้ว, เมื่อพูดได้รู้ความแล้ว เขาบอกพ่อแม่ใหม่นั้น แล้วเร้าให้พาไปหาพ่อเก่าแม่เก่า, เมื่อพ่อแม่ใหม่พาไปหาพ่อแม่เก่า, เขาจำสิ่งของต่าง ๆ ได้ และเล่าเรื่องของเขาให้พ่อแม่เก่าฟัง. พ่อแม่เก่าก็เชื่อแล้วรักอย่างลูก จึงมี ๒ พ่อ ๒ แม่ ๒ บ้าน จะอยู่บ้านไหนก็ได้.

ข. พระครูประสิทธิพุทธมนต์ (ธมฺมคุตฺโต) วัดบวรนิเวศฯ ไปรักษาการอยู่ที่วัดพระแท่นศิลาอาสน์เมืองอุตรดิตถ์ เล่าว่าได้พบเด็กคน ๑ บ้านอยู่ใกล้วัดพระแท่น

* พระนิพนธ์นี้มีความยาวประมาณ ๓ ยก. จึงแบ่งนำลงพิมพ์เป็น ๓ ตอน. ตอนแรกพิมพ์ในฉบับ ม.ค. ๒๕๐๕.

ระลึกชาติก่อนได้ แม่ของเด็กเล่าว่า เมื่อก่อนแต่เด็กนี้เกิด คืนวัน ๑ เขาฝันว่าได้เดินไปที่วัดพระแท่นพบพระอาจารย์หริ่ม (เจ้าอาวาสวัดพระแท่น ตายไปแล้ว แล้เผาศพแล้ว), พระอาจารย์หริ่มเดินเข้ามาหา บอกว่าจะไปอยู่บ้านด้วย, เขาก็ตอบว่า ท่านเป็นพระจะไปอยู่บ้านอย่างไร แล้วเขาก็รีบเดินกลับบ้าน. พระอาจารย์หริ่มก็เดินตามมา. เขาก็รีบเดินจนถึงบ้าน แล้วขนบันไดถึงชานเรือน ก็เห็นพระอาจารย์หริ่มขนบันไดตาม, เขาจึงผลักบันไดแล้วตกใจตื่น. ต่อมาก็มีครรภ์แล้วคลอดบุตรคนนี้. เมื่อเด็กคนนี้โตขึ้นจนพูดได้ มักพูดถึงอาจารย์หริ่มเสมอๆ พ่อแม่ก็คอยห้ามปราม เพราะเกรงว่าผีอาจารย์หริ่มจะมาเข้า, เมื่อเด็กพบพระมหาแปรงวัดพระแท่น ฯ ก็เรียกพระมหาแปรงว่าน้องชาย, (เมื่อพระอาจารย์หริ่มยังไม่ตายเรียกพระมหาแปรงว่าน้องชายเสมอ) จึงพากันถามขนว่าเด็กนั้นเป็นใคร, เด็กนั้นก็ยอกว่า "หริ่มอย่างไงละ" แล้ต่อมาก็ให้ผู้ใหญ่พาไปที่วัด, เขาชี้บอกว่าที่ตรงนี้เป็นที่เผาศพ ที่ตรงนี้เป็นที่เล่นมหรสพถูกทุกอย่าง.

ค. อุบาสกหงวน วัดเสนาสนาราม พระนครศรีอยุธยา เล่าว่า เมื่ออยู่ที่จังหวัดประทุมธานีมีน้าคน ๑ ชื่อ ทอง พอโตเป็นหนุ่มก็ถูกตีตาย. ต่อมามีเด็กคนหนึ่งเกิดขึ้นที่บ้านใกล้ ๆ กัน, พอเด็กคนนั้นโตขึ้นพูดได้รู้ความก็บอกว่า เมื่อชาติก่อนเขาชื่อทองอยู่ที่บ้านโน้น (ที่บ้านอุบาสกหงวนอยู่) แล้รบเร้าให้พ่อแม่พาไป, เมื่อเขาไปถึงก็บอกว่า เมื่อชาติก่อนเขาชื่อทอง เป็นน้องของมารดาอุบาสกหงวน, เขาถูกตีตายก่อนตายเขามีไก่อยู่หนึ่งตัวมีผ้านุ่งสองผืนเอาไว้ในหีบ, เขาจะมาเอาของเขา. แม่แลป้าอุบาสกหงวนก็รับว่ามีจริง แต่ไก่ตายเสียแล้วเหลือแต่ผ้า.

เรื่องเช่นนี้ ดูจะค้านกับทางแพทย-ศาสตร์แล้วิทยาศาสตร์, แต่อย่างไรแน่น่าพิจารณา.

เรื่องกายอิกส่วนหนึ่งที่ผู้พบ :

ก. พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นวิวิธ-วรรณปรีชาทรงเล่าว่า เมื่อทรงแต่งหนังสือที่ทรงตั้งชื่อว่า "เพชรในหิน" คราวหนึ่งทรงเขียนไปไม่ได้ต้องคิดอยู่ ก็ทรงหยุดคิดข้อความที่จะทรงเขียน ครั้นทรงคิดได้ ทรงเขียนก็เขียนไม่ไปอีก เป็นเช่นนี้ราวสามหน ก็ทรงหยุดนิ่งดู ทรงรู้สึกว่า มีส่วนหนึ่งออกจากพระกายห่างออกไปทีละน้อย ๆ แล้วกลับเข้ามารวมกันอีกเช่นเดิม ทรงสอนเหมือนร้องไห้, เมื่อทรงนึกถึงขนมาก็ยัง

ทรงสอนอีก เป็นเช่นนี้อยู่ราวสามวัน, แต่นั้นก็ทรงเชื่อแน่ว่าเราไม่ได้ตาย, ส่วนที่ตายนั้นเป็นรูปกาย เป็นของตายอยู่ตามธรรมดา.

ข. นายฉิ่ง แรงเพชร (เดี๋ยวนี้ยังอยู่) เล่าว่า เมื่อเขายวชอยู่ที่วัดบวรนิเวศฯ แล้วอยู่ที่กุฏิคณะสูง, คืนวันหนึ่ง ไปฟังเขาพูดกันเรื่องอานาปานสติ กลับมาถึงกุฏิแล้วก็ปิดประตูลงกลอนขึ้นเตียงนอนตามเคย กำหนดดูลมหายใจไป, ลมหายใจก็อ่อนละเอียดเข้าจนถึงรู้สึกว่าไม่หายใจ จึงนึกว่าตาย แต่ก็ไม่ตกใจแล้นึกว่าคนตายนี่เป็นอย่างนี้เอง, ครั้นแล้วรู้สึกว่าตัวเองลุกจากเตียงไปที่ประตู ไปมองดูที่ช่องกุญแจก็รู้สึกว่าตัวออกไปอยู่นอกประตู แล้เดินไปเดินมาที่เฉลียงหน้ากุฏินั้น เฉลียงกุฏิคณะสูงในคราวนั้น เดินได้ตลอดกัน เห็นเด็กนอนอยู่ที่เฉลียงนั้น นอนท่าไรก็เห็นหมด แล้เห็นสิ่งอื่นๆ อีก, แสงสว่างในเวลานั้นเป็นสีขาวๆ เหมือนเวลาเช้าที่พระอาทิตย์ยังไม่ขึ้น, ในเวลาที่เดินอยู่นั้นนึกขึ้นว่าเวลานี้เวลานอนไม่ใช่เวลาเดิน จึงเดินไปที่ประตูจะเข้าก็เข้าไม่ได้ จึงไปมองที่ช่องกุญแจ ก็รู้สึกว่าตัวเข้าไปแล้ว เดินไปที่เตียงนอนใกล้เข้าไปยังไม่ทันถึง ก็กลับเข้ารวมกันกับกายเดิม พอรู้สึกตัวจึงลุกขึ้นจากเตียงเดินไปที่ประตู ถอดกลอนออกไปเดินตรวจดูที่เฉลียงนั้น ก็เห็นเหมือนกันทุกอย่าง, เด็กนอนก็คนนอนในท่าไหนก็เห็นเหมือนกันหมด.

ค. พระศาสนโศภณ (ภาณโก) วัดราชบพิธเล่าว่า คราวหนึ่งเป็นไข้ขึ้นทุกลางกระหม่อม, ปวดศีรษะมากจนนึกว่าจะแตก ต้องเอาผ้ารัดไว้ มีผู้ไปตามหมอมาผ่าจึงค่อยทุเลาปวด. เมื่อหมอผ่าแล้วเอายาใส่, ในเวลาที่หมอใส่ยานั้น แสบปรายเข้าถึงหัวใจลืมตัว, รู้สึกว่าตัวยืนอยู่ที่หน้าต่างกุฏิ, มองลงไปเห็นเด็กเล่นอยู่ที่พื้นข้างล่าง ไม่รู้สึกเกี่ยวข้องกับกายที่เจ็บนั้น, เขาทำอย่างไรกันบ้างก็ไม่ทราบ มารู้สึกตัวอีกตอนหนึ่งก็เป็นตัวคนเจ็บตามเดิม.

ฆ. พระธรรมปาโมกข์ (สุวโจ) วัดบวรนิเวศฯ เขียนเล่าไว้ในเรื่องกายสามเก็บความโดยย่อว่า พระธรรมปาโมกข์ (เป็นพระราชาคณะใหม่) ไปพักอยู่ที่วัดมหาธาตุจังหวัดเพชรบุรี ได้เห็นเด็กหลายคนศิษย์ของอาจารย์สุมน, อาจารย์สอนทางกัมมัฏฐาน, บางคนถึงดูเหตุการณ์แล้ดูไปในที่ต่างๆ ได้. พระธรรมปาโมกข์ได้เรียกเด็กคนหนึ่งมาถามว่า พระธรรมปาโมกข์จะกลับ

กรุงเทพฯ ในย่ายวันนั้น จะไปได้หรือไม่? เด็กนั้นนั่งหลับตาดแล้วตอบว่า ถ้าได้ขึ้นรถไฟแล้วก็ไม่มีข้อขัดข้อง ถึงกรุงเทพฯ โดยสะดวกแล็จะได้พบกับบุคคลที่มีรูปร่างอย่างนั้นๆ, แต่จะไม่ได้กลับ. ถาม: เพราะเหตุไร ตอบ: เพราะไม่ได้ขึ้นรถ. เด็กบอกได้เพียงเท่านี้. เมื่อดูเสร็จแล้วมีผู้มาหาเพื่อส่งนั่งพูดกันอยู่ มีผู้คอยดูนาฬิกา ถึงเวลาก็ขึ้นรถไปถึงสถานี พอเข้าไปถึงหน้าห้องขายตั๋ว, รถไฟก็ออก, ต้องกลับวัดมหาธาตุอีก. พระธรรมปาโมกข์ประสงค์จะสอบสวนต่อไปอีก จึงถามเด็กนั้นว่า เคยไปกรุงเทพฯ หรือไม่? เด็กนั้นตอบว่าไม่เคยไป, จึงบอกให้เด็กนั้นดูวัตถุต่างๆ ในวัดยวรนิเวศฯ เช่นโบสถ์ กุฏิของพระธรรมปาโมกข์เองแล็บุคคลเป็นต้นว่า เป็นอย่างไร. เด็กนั้นนั่งหลับตาดูแล้ว ตอบได้ถูกต้อง พระธรรมปาโมกข์ถามว่า นั่งอยู่ที่นี่มองเห็น หรือตัวไป? ตอบ: ตัวไป. ถาม: ไปอย่างไร ตอบ: ตั้งใจอธิษฐานว่า จะไปที่วัดยวรนิเวศฯ ก็ไปถึง.

๔. คราวหนึ่ง พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นอนุพงศ์จักรพรรดิได้เสด็จมาแล็ทรงเล่าว่า เมื่อประชวรหนักคราวหนึ่ง (ไม่ใช่คราวสิ้นพระชนม์) ต้องมีคนคอยพยาบาร, วันหนึ่ง เมื่อผมอยู่ไดทรงเห็นพระยาไกรโกษากำลังออกจากบ้าน ทรงรู้สึกแน่ว่าเขาจะมาเยี่ยม จึงทรงบอกแก่ผู้พยาบารเพื่อให้เขาจัดการรับรอง, แต่ผู้พยาบารเฉยเสีย, ต่อมาอีก ทรงเห็นพระยาไกรโกษาเดินมาตามทางก็ทรงบอกอีก, ผู้พยาบารก็เฉยเสียอีก, ต่อมาอีก ทรงบอกว่า พระยาไกรโกษามาถึงประตูบ้านแล้ว, เขาก็เฉยเสียอีก, ประเดี๋ยวพระยาไกรโกษาขึ้นบันไดเดินเข้ามาจริงๆ: ทรงเล่าว่าเห็นจริงๆ แต่ไม่ทรงทราบว่าเห็นได้อย่างไร.

เรื่องญาณ ๓ ของพระพุทธเจ้าตามพุทธประวัติ:

ตามพุทธประวัติแสดงว่า เมื่อพระพุทธเจ้าตรัสรู้ได้ทรงบรรลุญาณ ๓ คือ ๑ ปุพเพนิวาสานุสสติญาณ รู้ระลึกได้ถึงที่อยู่อาศัยในกาลก่อนตั้งแต่ชาติ ๑-๒-๓-๔-๕ เป็นต้นว่า ในชาตินั้นๆ ได้มีชื่อ โคตร ผิวพรรณ อาหาร เสวยสุข เสวยทุกข์อย่างนั้นๆ มีอายุเท่านั้นๆ, จุติจากชาตินั้นๆ แล้วได้เกิดในชาติโน้นๆ เป็นอย่างนั้นๆ จนถึงชาตินี้. ๒. จุตูปปาตญาณ รู้จุติคือเคลื่อนจากภพ ๑ แล็อุปบัติความเข้าถึง

คือ เกิดอิกภพ ๑ ของสัตว์ทั้งหลาย ที่มีความเป็นไปต่าง ๆ กันว่า เป็นไปเพราะกรรมที่ตนทำไว้. ๓. อาสวักขยญาณ รู้สิ้นอาสวะ, แล้พระพุทธเจ้าทรงแสดงว่าท่านผู้ได้อภิญญาก็ย่อมรู้เห็นเช่นนั้น.

(มีต่อตอนที่ ๓)

๓. คนไม่เหมือนกัน

(บทเรียนจากเหตุการณ์ผิดปรกติของผู้ป่วยบางคน. ของดีมีอยู่ตอนจบ)

หนึ่งสัปดาห์หลังจากถูกผ่าตัดขบวนการซิม์มพะเธ็คโตมิ์ ข้างที่สอง, ข้าพเจ้าได้ละเมิดคำสั่ง ของศัลยแพทย์ผู้ทำการ ผ่าตัดข้าพเจ้า, เพราะหลังจากการรับประทานอาหารเย็นที่อร่อยที่สุดและเป็นอาหารที่หนักที่สุดคือหมูทอดกรอบหนึ่งชิ้น, นอนเอน (ถูกย้อน) รับยนเตียงและค่อยๆ เคียวค่อยๆ กลิ้นเป็นเวลาทั้งหมด ๒๐ นาที, ประมาณ ๑๐ นาทีหลังจากนั้นเริ่มรู้สึก "ไม่สบาย". ให้พยาบาลผู้เฝ้าวัดความดันเลือดได้ ๑๔๐/๑๐๐ มม.ปรอท. ชีพจร ๑๒๐ ครั้ง/นาที (สม่ำเสมอ). ตามปรกติความดันเลือดประมาณ ๑๕๐/๑๐๐ มม.ปรอท ตลอดมาตั้งแต่วันที่สามของการผ่าตัด, ชีพจรหลังรับประทานอาหารก็ประมาณ ๑๐๐ ครั้ง/นาที.

คอยสังเกตดูต่อไปอีกสองนาทีก็ไม่ดีขึ้น, กลับรู้สึกหัวใจเต้นเร็ว ๑๔๐ ครั้ง/นาที, แรงดันเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น เท่าเดิมคือ ๑๕๐/๑๐๐ มม.ปรอท, ระหว่างสองนาทีที่คอยอยู่ก็ให้ตามแพทย์ประจำบ้านอาวุโส. แพทย์มาถึงก็ให้ช่วยกันพยาบาล. เตรียมวาส็อกซิย์ล (Vasoxyl) เจือจางด้วย กลูโคส ใส่หลอดไว้. เตรียมเสร็จอาการก็ไม่ดีขึ้น. ระหว่างนั้นได้ให้โทรศัพท์ตามศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด. เวลานั้นประมาณสองทุ่ม, แพทย์ไม่อยู่บ้าน. ข้าพเจ้าคอยไม่ได้ เพราะได้ทำการวินิจฉัยว่าผลของขบวนการผ่าตัด ซิม์มพะเธ็คโตมิ์ เป็นต้นเหตุของอาการวิปริตของข้าพเจ้า, หากข้าพเจ้าไม่ช่วยตนเองก็จะเป็นคนโง่ยัดซย.

ศัลยแพทย์ได้เขียนสั่งไว้ว่าหากความดันเลือดตกข้างก็ไม่ต้องทำอะไร, ต่อเมื่อความดัน ซิย์สโตลิค ตกลงถึง ๑๐๐ มม.

คือ เกิดอิกภพ ๑ ของสัตว์ทั้งหลาย ที่มีความเป็นไปต่าง ๆ กันว่า เป็นไปเพราะกรรมที่ตนทำไว้. ๓. อาสวักขยญาณ รู้สิ้นอาสวะ, แล้พระพุทธเจ้าทรงแสดงว่าท่านผู้ได้อภิญญาก็ย่อมรู้เห็นเช่นนั้น.

(มีต่อตอนที่ ๓)

๓. คนไม่เหมือนกัน

(บทเรียนจากเหตุการณ์ผิดปรกติของผู้ป่วยบางคน. ของดีมีอยู่ตอนจบ)

หนึ่งสัปดาห์หลังจากถูกผ่าตัดขบวนการซิม์มพะเธ็คโตมิ์ ข้างที่สอง, ข้าพเจ้าได้ละเมิดคำสั่ง ของศัลยแพทย์ผู้ทำการ ผ่าตัดข้าพเจ้า, เพราะหลังจากการรับประทานอาหารเย็นที่อร่อยที่สุดและเป็นอาหารที่หนักที่สุดคือหมูทอดกรอบหนึ่งชิ้น, นอนเอน (ถูกย้อน) รับยนเตียงและค่อยๆ เคียวค่อยๆ กลิ้นเป็นเวลาทั้งหมด ๒๐ นาที, ประมาณ ๑๐ นาทีหลังจากนั้นเริ่มรู้สึก "ไม่สบาย". ให้พยาบาลผู้เฝ้าวัดความดันเลือดได้ ๑๔๐/๑๐๐ มม.ปรอท. ชีพจร ๑๒๐ ครั้ง/นาที (สม่ำเสมอ). ตามปรกติความดันเลือดประมาณ ๑๕๐/๑๐๐ มม.ปรอท ตลอดมาตั้งแต่วันที่สามของการผ่าตัด, ชีพจรหลังรับประทานอาหารก็ประมาณ ๑๐๐ ครั้ง/นาที.

คอยสังเกตดูต่อไปอีกสองนาทีก็ไม่ดีขึ้น, กลับรู้สึกหัวใจเต้นเร็ว ๑๔๐ ครั้ง/นาที, แรงดันเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น เท่าเดิมคือ ๑๕๐/๑๐๐ มม.ปรอท, ระหว่างสองนาทีที่คอยอยู่ก็ให้ตามแพทย์ประจำบ้านอาวุโส. แพทย์มาถึงก็ให้ช่วยกันพยาบาล. เตรียมวาส็อกซิย์ล (Vasoxyl) เจือจางด้วย กลูโคส ใส่หลอดไว้. เตรียมเสร็จอาการก็ไม่ดีขึ้น. ระหว่างนั้นได้ให้โทรศัพท์ตามศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด. เวลานั้นประมาณสองทุ่ม, แพทย์ไม่อยู่บ้าน. ข้าพเจ้าคอยไม่ได้ เพราะได้ทำการวินิจฉัยว่าผลของขบวนการผ่าตัด ซิม์มพะเธ็คโตมิ์ เป็นต้นเหตุของอาการวิปริตของข้าพเจ้า, หากข้าพเจ้าไม่ช่วยตนเองก็จะเป็นคนโง่ยัดซย.

ศัลยแพทย์ได้เขียนสั่งไว้ว่าหากความดันเลือดตกข้างก็ไม่ต้องทำอะไร, ต่อเมื่อความดัน ซิย์สโตลิค ตกลงถึง ๑๐๐ มม.

ปรอท จึงฉีดยา วาสอกซิย์ล เข้าระยะ ๆ. ข้าพเจ้าคิดว่าถ้าขืนรอให้มันตกถึง ๑๐๐ มม.ปรอท ข้าพเจ้าคงตายแน่, จึงสั่งให้แพทย์ประจำบ้านอาวุโสฉีดยาตามสั่ง. ขณะกำลังฉีดข้าพเจ้ารู้สึกคล้ายมีอะไรวิ่งขึ้นไปตามคอด้านหลังสองเส้น และเริ่มรู้สึกสยายขึ้น, จึงให้หยุดฉีดและยังไม่ทันให้วัดความดันเลือดข้าพเจ้าก็รู้สึกว่าชีพจรที่เต้นเร็วมากนั้นได้ลดลงแล้ว. วัดความดันได้ ๑๘๐/๑๐๐ มม.ปรอท, ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที. ไม่กี่นาทีต่อมาข้าพเจ้าก็รู้สึกไม่สยายอีกจึงให้ฉีดอีก, แล้วก็สยายขึ้นอีก. ทำอยู่เช่นนี้สามครั้งจึงสั่งให้หยดยาในน้ำเกลือต่อ.

เป็นอันว่าข้าพเจ้ารอดตายมาได้และไม่กล้ารับประทานอาหารหนักไปอีกหลายวัน. ตอนสองยามศัลยแพทย์มาเยี่ยมข้าพเจ้า, เขาก็บอกว่าความดันเลือดไม่ลงต่ำถึง ๑๐๐ มม.ปรอท ก็ไม่เป็นไร. ศัลยแพทย์ผู้นี้เป็นฝรั่งอายุ ๔๑ ปี, มีความชำนาญมากทีเดียว, เป็นผู้มาสอนศัลยกรรมทรวงอกในประเทศไทย. และก็เป็นครั้งแรกที่ศิริราชเริ่มใช้ วาสอกซิย์ล และมี เลโว-เฟด (Levophed).

นิทานจริง ๆ เรื่องนี้สอนให้รู้ว่าคนไม่เหมือนกัน, เพราะฉะนั้นกฎเกณฑ์อะไรที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาจใช้ไม่ได้สำหรับทุกคน.

ความรู้ที่ข้าพเจ้าได้จากเหตุการณ์ที่เกิดกับตัวข้าพเจ้าเอง, ได้ทำให้ข้าพเจ้าสนใจกับผู้ป่วยที่นอนอยู่นานวัน, โดยเฉพาะถึงหรือใกล้หนึ่งเดือน, และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็น อินฟาร์คท์ ของกล้ามเนื้อหัวใจ. และก็ด้วยความสนใจนี่เอง, ข้าพเจ้าคิดว่าได้ช่วยเพื่อนไว้คนหนึ่ง, ซึ่งอยู่ระยะในปลายสัปดาห์ของการหัดนอนพิง. ข้าพเจ้าเลือกเวลาเยี่ยมเขาตอนหลังอาหารค่ำ, และวันแรกที่ไปเยี่ยมก็วัดความดันเลือดได้ ๙๒/๗๐. จึงรีบให้พยาบาลผู้เฝ้าไข้เตียงลงทันที. สอบถามได้ความว่าได้วัดความดันก่อนไข้เตียงขึ้นอยู่ในระดับเช่นเคย, คือได้ความดัน ซิย์สโตลิค ประมาณ ๑๒๐ มม. ปรอท. แต่ไม่ได้วัดอีกเลยเป็นเวลาร่วมชั่วโมงแล้ว.

ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้ชำนาญทางหัวใจ และเป็นผู้ที่ละเอียดในการบำบัดรักษาและผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่เฮปาริน มีอยู่ในระดับที่ดีในเลือด, มีฉะนั้นก็อาจเป็นเรื่องหลอดเลือด โคโรนารีย์ อุด

ดันอีกครั้ง, และอาจเป็นครั้งสุดท้ายก็ได้.

คนไม่เหมือนกัน, วัดความดันเลือดย่อยไว้โดยผู้ที่เอาใจใส่ และมีประสิทธิภาพในการวัด, อาจเป็นการช่วยชีวิตได้.

(หมายเหตุ: ตามประสบการของตนเอง เมื่อเป็นผู้ป่วย, พิกัดของความสูงต่ำของท่อนขนของร่างกายก็มีความสำคัญมาก.)

ประเสริฐ กังสดาลย์ M.B., Ch.B., พ.ด.

๔. การใช้ยาอมใต้ลิ้นและเหน็บทางทวารหนัก

การใช้ยาอมใต้ลิ้น และเหน็บทางทวารหนักนับจะเพิ่มความสำคัญขึ้นในการแพทย์ทุกแขนง. ทั้งนี้เหตุผลจากความสะดวกที่ผู้ป่วยใช้ยาเองได้ โดยไม่ต้องรับการฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้าม. ผู้ป่วยบางรายมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจนปฏิเสธการกินยา, หรือมีการดูดซึมไม่เพียงพอ, และการดูดซึมทางใต้ลิ้นหรือทางทวารหนักยังเร็วกว่าการกินเสียอีก. ในกรณีเช่นนี้การอมยาหรือเหน็บมีความสำคัญในการบำบัดอาการที่รีบด่วน, เช่นหืดหลอดลม, ปวดศีรษะไมเกรน. แองไจน่า เพ็คตอริส และภาวะอื่น ๆ.

โรคที่เป็นในปากมักจะไม่รบกวนการดูดซึมใต้ลิ้น, แต่ในทางทวารหนักไม่เป็นเช่นนี้, เพราะการรักษาสภาพภายในทวารหนักเป็นเรื่องสำคัญ, โดยที่ประสาทไปเลี้ยงบริเวณนี้ไวมาก เมื่อมีการระคายเฉพาะที่จากการเป็นโรคหรือทำการรักษาที่บริเวณนี้จนเกิดแผลเป็นและมีการระคายตลอดไป.

โดยที่น้ำย่อยในกระเพาะ, ลำไส้และตับมักจะทำลายหรือทำให้ยาหลายขนานที่กินเข้าไปหมดฤทธิ์, แต่เมื่ออมใต้ลิ้นหรืออมในกระพุ้งแก้มยาจะถูกดูดซึมโดยตรงเข้ากระแสเลือดโดยไม่ต้องผ่านการไหลเวียนปอร์ตัล, การดูดซึมจึงสะดวกและได้ผลดี. สำหรับการให้ทางทวารหนักนั้น, ก่อนที่จะเลือกใช้มักฎที่ดีว่าควรทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วเสียก่อน. โดยวิธีนี้เราทราบว่าทวารหนักจะสามารถเก็บยาไว้ได้หรือไม่, หรือถ้าทวารหนักมีอุจจาระอยู่ก็ควรจะสวนออก. บางทีทวารหนักมีรอย

ดันอีกครั้ง, และอาจเป็นครั้งสุดท้ายก็ได้.

คนไม่เหมือนกัน, วัดความดันเลือดย่อยไว้โดยผู้ที่เอาใจใส่ และมีประสิทธิภาพในการวัด, อาจเป็นการช่วยชีวิตได้.

(หมายเหตุ: ตามประสบการของตนเอง เมื่อเป็นผู้ป่วย, พิกัดของความสูงต่ำของท่อนขนของร่างกายก็มีความสำคัญมาก.)

ประเสริฐ กังสดาลย์ M.B., Ch.B., พ.ด.

๔. การใช้ยาอมใต้ลิ้นและเหน็บทางทวารหนัก

การใช้ยาอมใต้ลิ้น และเหน็บทางทวารหนักนับจะเพิ่มความสำคัญขึ้นในการแพทย์ทุกแขนง. ทั้งนี้เหตุผลจากความสะดวกที่ผู้ป่วยใช้ยาเองได้ โดยไม่ต้องรับการฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้าม. ผู้ป่วยบางรายมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจนปฏิเสธการกินยา, หรือมีการดูดซึมไม่เพียงพอ, และการดูดซึมทางใต้ลิ้นหรือทางทวารหนักยังเร็วกว่าการกินเสียอีก. ในกรณีเช่นนี้การอมยาหรือเหน็บมีความสำคัญในการบำบัดอาการที่รีบด่วน, เช่นหืดหลอดลม, ปวดศีรษะไมเกรน. แองไจน่า เพ็คตอริส และภาวะอื่น ๆ.

โรคที่เป็นในปากมักจะไม่รบกวนการดูดซึมใต้ลิ้น, แต่ในทางทวารหนักไม่เป็นเช่นนี้, เพราะการรักษาสภาพภายในทวารหนักเป็นเรื่องสำคัญ, โดยที่ประสาทไปเลี้ยงบริเวณนี้ไวมาก เมื่อมีการระคายเฉพาะที่จากการเป็นโรคหรือทำการรักษาที่บริเวณนี้จนเกิดแผลเป็นและมีการระคายตลอดไป.

โดยที่น้ำย่อยในกระเพาะ, ลำไส้และตับมักจะทำลายหรือทำให้ยาหลายขนานที่กินเข้าไปหมดฤทธิ์, แต่เมื่ออมใต้ลิ้นหรืออมในกระพุ้งแก้มยาจะถูกดูดซึมโดยตรงเข้ากระแสเลือดโดยไม่ต้องผ่านการไหลเวียนปอร์ตัล, การดูดซึมจึงสะดวกและได้ผลดี. สำหรับการให้ทางทวารหนักนั้น, ก่อนที่จะเลือกใช้มักฎที่ดีว่าควรทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วเสียก่อน. โดยวิธีนี้เราทราบว่าทวารหนักจะสามารถเก็บยาไว้ได้หรือไม่, หรือถ้าทวารหนักมีอุจจาระอยู่ก็ควรจะสวนออก. บางทีทวารหนักมีรอย

แตก, เป็นริดสีดวง, หรือมะเร็ง, เมื่อให้จะมีอาการปวด. ขนาดยาที่ใช้แต่เดิมเชื่อว่าควรเป็น ๒ เท่าของทางปาก, แต่ขณะนี้ถ้าจะพิจารณาว่าขนาดเพียงครึ่งเท่าของการกินน่าจะใกล้เคียงกับความจริงมากกว่า. มีผู้กล่าวว่ายาบางอย่าง, เช่น พีนอล, อัลคาลอยด์ สตรีคนีน หรือ มอร์ฟีน ให้ทางทวารหนักมีพิษมากกว่าให้ทางปากทั้งนี้เนื่องจากการดูดซึมของกระเพาะไม่ดี, และยาที่ดูดซึมแล้วตับยังทำลายเสียบ้างอีกด้วย.

ภาวะที่รักษาได้โดยการใช้ยาอมใต้ลิ้นได้แก่

๑. หืด. หืดเป็นภาวะที่ต้องรับการบำบัดด่วนซึ่งแพทย์ทั่วๆ ไปพบได้เสมอ. การฉีดแอดรีนะลีนเข้าใต้ผิวหนังยังเป็นวิธีที่เร็วและดีที่สุดสำหรับการเป็นที่ไม่รุนแรงนัก. ผู้ป่วยหลายคนใช้ ไอโสโปรเทเรนอล อมใต้ลิ้นได้ผลเช่นเดียวกับ แอดรีนะลีน. ขนาดใช้ ๑๕ มก. หรือ ๑๐ มก. ไม่ควรเกินวันละ ๖๐มก., เด็ก ๕-๑๐มก.

๒. แองไน่า เพ็คตอริส. ยังใช้ ไนโทรกลีย์เซอรีน กันอยู่เสมอ. อม ๑ เม็ด (๑/๑๐๐ หรือ ๑/๒๐๐ เกรน). ยาแบบใหม่ยังรวม เพ็นตาอีรีย์ธริทอล เตตราไนเตรท เข้าไปด้วย, เพื่อให้ออกฤทธินาน.

๓. เพิ่มน้ำหนัก. โดยที่ เตสโตสเตอโรน กระตุ้นการสร้าง ทิสชู ของร่างกาย และป้องกันการเสียไปในโรคเรื้อรัง, โดยมากใช้ เมธิล์เทสโตสเตอโรน เพิ่มน้ำหนัก. ชายใช้ ๑๐ ถึง ๔๐ มก. ต่อวัน, หญิง ๕ ถึง ๑๐ มก. ต่อวัน.

๔. ฮัยโปโกนาดิสม์ ของผู้ชาย, ใช้ เมธิล์เทสโตสเตอโรน ๕ ถึง ๑๐ มก. ต่อวัน.

๕. โรค แอดดิสัน. ให้ เดสอ๊อกซีคอร์ติโคสะเตอโรน อม ๒ มก., วันละ ๒ ครั้ง.

๖. นริเวชกรรม.

ก. ควบคุมเลือดออกในโรค แกรนูล่าร์ ฮัยเปอร์เพลเซีย. ให้ โปรเจสเตอโรน อมใต้ลิ้น, ๑๐ มก. วันละ ๒ ครั้ง.

ข. แท้งคุกคาม. ให้ โปรเจสเตอโรน อม ๔๐ ถึง ๖๐ มก. ต่อวัน. ใช้ไปจนเลือดหยุดแล้ว ๑ สัปดาห์.

๗. การติดเชื้อเฉพาะที่. เอ็นซัยม์สลาย โปรเทอีน บางอย่างช่วยลดการบวมและการอักเสบ, ละลาย ไฟโบรสิส, เช่น วาริเดส, ใช้อมใต้ลิ้น. หนึ่งเม็ดมี สะเตร์ปโตไคเนส ๑๐,๐๐๐ หน่วยกับ สะเตร์ปโตดอร์เนส ๒,๕๐๐ หน่วย.

๔. ปวดศีรษะจากไมเกรน และจากการขยายตัวของหลอดเลือดในสมอง. อาการปวดศีรษะจากหลอดเลือดนี้มักมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนอย่างรุนแรงตามมาเสมอ, จนบางรายต้องแนะนำให้ผู้ป่วยฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังเอง, ซึ่งอาจไม่สะดวกและทำไม่ได้. ในรายเช่นนี้การให้อมเออร์โกตะมีน ทาร์เทรต เม็ดละ ๒ มก. ได้ผลดีและซ้ำได้, เมื่อจำเป็น, ในเวลา ๑๐ ถึง ๑๕ นาที.

ภาวะที่รักษาโดยการให้ยาทางทวารหนักได้แก่

๑. ท้องผูก. มีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยท้องผูกเนื่องจากมีการระคายบริเวณทวารหนักหรือทิสชู ในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว. ในรายเช่นนี้อาจต้องช่วยด้วยยาเหน็บหรือสวน.

๒. อาการปวด. การรักษาอาการปวดบริเวณทวารหนักด้วยยาเหน็บเฉพาะที่ใช้กันมานานแล้ว. นอกจากนี้มีการใช้ยาพวกฝิ่นในรายปวดรุนแรงซึ่งระงับไม่อยู่ ด้วยยาที่ไม่ใช่ยาเสพติด, เช่นให้ผงสกัดฝิ่น ๑ เกรน รวมกับ เบลลาดอนนา ๑/๘ หรือ ๑/๔ เกรน.

๓. หืด. การใช้ อะมิโนฟิลลิน ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ยังได้ผลดีมากในการบำบัดหืดชนิดรุนแรง. แต่การใช้กินได้ผลไม่สู้ดี. ทั้งเมื่อให้ขนาดมากจะมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้. พบว่าเมื่อให้โดยการเหน็บ ๗.๕ เกรนทุก ๘ ถึง ๑๒ ช.ม. จะควบคุมการเป็นหืดได้ดี.

๔. การปวดศีรษะ. เช่นเดียวกับการใช้อมใต้ลิ้น, เออร์โกตะมีน ทาร์เทรต ๒ มก. รวมกับ แคฟเฟอีน ๑๐๐ มก. ให้ทางทวารหนักได้ผลดี.

๕. การคลื่นไส้อาเจียน. ในภาวะที่มีการคลื่นไส้อาเจียน, เช่นกระเพาะและลำไส้อักเสบหรือโรคติดเชื้ออย่างอย่าง, การให้ยาระงับประสาทรวมกับยาลดการหดเกร็งโดยทางทวารหนักมีผู้อ้างว่าได้ผลดี.

๖. การกลืนลำยาก. มีผู้แนะนำให้ใช้การให้ยาระงับประสาทร่วมกับ ทรานควิไลเซอร์ ทางทวารหนักเพื่อรักษาอาการกลืนลำยากที่เกิดจากเหตุทางประสาท.

(รวบรวมจาก Blumenthal and Fuchs : Am. J. Gastroent. 1960, 33 (2) 189–202).

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ พ.บ.

๕. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๑๒)

๒๐๐๑. forceps, mosquito คีมปากยุง
๒๐๐๒. forceps, mouse—tooth คีมฟันหนู
๒๐๐๓. forceps, obstetrical คีมทำคลอด
๒๐๐๔. forceps, suture คีมจับเข็ม
๒๐๐๕. forceps, torsion คีมบิด (หลอดเลือด)
๒๐๐๖. forceps, tracheal คีมล้วงหลอดคอ
๒๐๐๗. fore—arm แขนท่อนต้น
๒๐๐๘. forebrain สมองส่วนหน้า
๒๐๐๙. forefinger นิ้วชี้
๒๐๑๐. foremilk น้ำนมประเดิม
๒๐๑๑. foreskin หนังหุ้มปลาย (องคชาต)
๒๐๑๒. formication ความรู้สึกคล้ายมดไต่
๒๐๑๓. fossa แอ่ง, หลุม, ร่อง, ราง
๒๐๑๔. fovea แอ่ง
๒๐๑๕. foveate เป็นแอ่ง
๒๐๑๖. fraction ส่วนแยก, เศษ
๒๐๑๗. fractional analysis การวิเคราะห์แยกส่วน
๒๐๑๘. fracture กระดูกหัก, แตกหัก
๒๐๑๙. fracture, articular กระดูกหักผิวข้อ
๒๐๒๐. fracture, comminuted กระดูกหักแตกย่อย
๒๐๒๑. fracture, complete กระดูกหักตลอด
๒๐๒๒. fracture, complicated กระดูกหักแทรกซ้อน
๒๐๒๓. fracture, compound กระดูกหักแผลเปิด
๒๐๒๔. fracture, compression กระดูกหักถูกบีบ
๒๐๒๕. fracture, depressed กระดูกหักบุ๋ม
๒๐๒๖. fracture, double กระดูกหักสองซ้ำ
๒๐๒๗. fracture, greenstick กระดูกเดาะ
๒๐๒๘. fracture, impacted กระดูกหักฝัง
๒๐๒๙. fracture, incomplete กระดูกเดาะ, กระดูกหักค้าง
๒๐๓๐. fracture, inflammatory กระดูกหักเพื่ออักเสบ
๒๐๓๑. fractue, interperiosteal กระดูกเดาะ
๒๐๓๒. fracture, longitudinal กระดูกหักตามยาว
๒๐๓๓. fracture, loose กระดูกหักหลุดหลวม
๒๐๓๔. fracture, oblique กระดูกหักเฉียง
๒๐๓๕. fracture, open กระดูกหักแผลเปิด
๒๐๓๖. fracture, secondary กระดูกหักเพื่อพยาธิ
๒๐๓๗. fracture, senile กระดูกหักเพื่อชรา
๒๐๓๘. fracture, simple, closed กระดูกหักสามัญ
๒๐๓๙. fracture, spiral, torsion กระดูกหักบิด
๒๐๔๐. fracture, splintered กระดูกหักเศษแหลม
๒๐๔๑. fracture, spontaneous กระดูกหักเอง
๒๐๔๒. fracture, transverse กระดูกหักตามขวาง
๒๐๔๓. fracture, dislocation กระดูกหักควบข้อเคลื่อน
๒๐๔๔. fragility ความเปราะ
๒๐๔๕. fragmentation การแยกเป็นเสี่ยง
๒๐๔๖. frame กรอบ, โครง
๒๐๔๗. frame, Balkan โครงแบบบัลข่าน
๒๐๔๘. fremitus การสั่นสะเทือน
๒๐๔๙. frenzy อาการบ้าคลั่ง
๒๐๕๐. frequency ความถี่, ความบ่อย
๒๐๕๑. friable ยุ่ย
๒๐๕๒. friction การถู, บด, เสียดสี
๒๐๕๓. frigorific ให้ความหนาว
๒๐๕๔. frons หน้าผาก
๒๐๕๕. frontal แห่งหน้าผาก, ด้านหน้า (ผาก)
๒๐๕๖. frontipetal เคลื่อนสู่ข้างหน้า
๒๐๕๗. frontonasal หน้าผากร่วมจมูก
๒๐๕๘. fronto—occipital หน้าผากร่วมท้ายทอย
๒๐๕๙. frontotemporal หน้าผากร่วมขมับ

๒๐๖๐. fugitive หนีไว, เป็นอยู่ชั่วขณะ
๒๐๖๑. fugue สติลอย
๒๐๖๒. fulminant, fulminating พวยพุ่ง, แรงเร็วร้าย
๒๐๖๓. fumigation การรมควัน
๒๐๖๔. fuming ปล่อยควัน, ปล่อยไอ
๒๐๖๕. function หน้าที่, การหน้าที่
๒๐๖๖. functional โดยหน้าที่, เกี่ยวกับหน้าที่
๒๐๖๗. functional disease โรคส่วนหน้าที่
๒๐๖๘. fundament รากฐาน
๒๐๖๙. fundamental ซึ่งเป็นรากฐาน
๒๐๗๐. fundus ส่วนก้น
๒๐๗๑. fundus of eye ก้นตา
๒๐๗๒. fundus uteri ก้นมดลูก
๒๐๗๓. fundus ventriculi กระพุ้งกระเพาะอาหาร
๒๐๗๔. fundus vesicae urinariae ก้นกระเพาะปัสสาวะ
๒๐๗๕. funduscope กล้องตรวจก้นตา
๒๐๗๖. fungal แห่งเชื้อรา
๒๐๗๗. fungate งอกบานแบะ
๒๐๗๘. fungicide ยาฆ่าเชื้อรา
๒๐๗๙. fungiform รูปดอกเห็ด
๒๐๘๐. fungus เชื้อรา
๒๐๘๑. funnel กรวย
๒๐๘๒. fur of tongue ฝ้าลิ้น
๒๐๘๓. furrow ร่อง, ท้องร่อง
๒๐๘๔. fusible หลอมง่าย
๒๐๘๕. fusiform รูปกระสวย
๒๐๘๖. fusion การหลอม, การหลอมรวม, การประสาน
๒๐๘๗. gag เครื่องถ่างปาก, ขย้อน
๒๐๘๘. gait ท่าเดิน
๒๐๘๙. gait, ataxic ท่าเดินกระทืบ (เท้า)
๒๐๙๐. gait, duck ท่าเดินแบบเป็ด
๒๐๙๑. gait, paralytic ท่าเดินขาลาก
๒๐๙๒. gait, reeling ท่าเดินซัดเซ
๒๐๙๓. grit, scissor ท่าเดินขาไขว้
๒๐๙๔. gait, spastic ท่าเดินขาแข็ง
๒๐๙๕. gait, stamping ท่าเดินกระทืบ (เท้า)
๒๐๙๖. gait, swaying ท่าเดินโยนตัว
๒๐๙๗. gait, tabetic ท่าเดินกระทืบ (เท้า)
๒๐๙๘. galactagogue ยาขับน้ำนม
๒๐๙๙. gall น้ำดี, ลูกเบญกานี
๒๑๐๐. gallbladder ถุงน้ำดี
๒๑๐๑. gallstone นิ่วน้ำดี
๒๑๐๒. gambir สีเสียดเทศ
๒๑๐๓. gamboge รงค์
๒๑๐๔. ganglion แก๊งเกลียน, ปุ่มประสาท
๒๑๐๕. ganglion, lymphatic ต่อมน้ำเหลือง, ปุ่มน้ำเหลือง
๒๑๐๖. gangrene แก๊งกรีน
๒๑๐๗. gap ระยะเว้น, ช่องว่าง
๒๑๐๘. gargle ยาบ้วนปาก, ยากลั้วคอ
๒๑๐๙. garlic กระเทียม
๒๑๑๐. garulity อาการพูดพล่าม
๒๑๑๑. gastralgia อาการปวดกระเพาะ
๒๑๑๒. gastrectomy การตัดกระเพาะ
๒๑๑๓. gastrectomy, partial การตัดกระเพาะบางส่วน
๒๑๑๔. gastrectomy, subtotal การตัดกระเพาะเกือบหมด
๒๑๑๕. gastritis กระเพาะ (อาหาร) อักเสบ
๒๑๑๖. gastritis, catarrhal กระเพาะอักเสบชนิดเมือก
๒๑๑๗. gastritis, phlegmonous กระเพาะอักเสบมีฝี
๒๑๑๘. gastritis, purulent, suppurating กระเพาะอักเสบเป็นหนอง
๒๑๑๙. gasttritis, toxic กระเพาะอักเสบเพื่อพิษ
๒๑๒๐. gastroborsis กระเพาะเบื่อยทะลุ
๒๑๒๑. gastrocnemius กล้ามเนื้อน่อง
๒๑๒๒. gastrocolic กระเพาะร่วมลำไส้ใหญ่
๒๑๒๓. gastrocolitis กระเพาะและลำไส้ใหญ่อักเสบ
๒๑๒๔. gastrocolostomy การผ่าต่อกระเพาะกับลำไส้ใหญ่

๒๑๒๕. gastrodynia อาการปวดกระเพาะ
๒๑๒๖. gastroenteralgia อาการปวดกระเพาะและลำไส้
๒๑๒๗. gastroenteritis กระเพาะอาหารร่วมลำไส้เล็กอักเสบ
๒๑๒๘. gastro-enterologist ผู้ชำนาญโรคกระเพาะและลำไส้
๒๑๒๙. gastroenteroptosis กระเพาะอาหารและลำไส้ย้อย
๒๑๓๐. gastroenterostomy การผ่าต่อกระเพาะกับลำไส้เล็ก
๒๑๓๑. gastrogenic กำเนิดในกระเพาะ
๒๑๓๒. gastrohysterectomy การตัดมดลูกทางหน้าท้อง
๒๑๓๓. gastrohysterotomy การผ่ามดลูกทางหน้าท้อง, การผ่าท้องทำคลอด
๒๑๓๔. gastro—intestinal เกี่ยวกับกระเพาะและลำไส้
๒๑๓๕. gastrologist ผู้ชำนาญโรคกระเพาะ
๒๑๓๖. gastrology วิชาว่าด้วยกระเพาะ
๒๑๓๗. gastromalacia กระเพาะน่วม
๒๑๓๘. gastroparlysis, gastroparesis อัมพาตกระเพาะ
๒๑๓๙. gastropathy โรคกระเพาะ
๒๑๔๐. gastroplasty การซ่อมแต่งกระเพาะ
๒๑๔๑. gastroplegia อัมพาตกระเพาะ
๒๑๔๒. gastroptosis กระเพาะย้อย
๒๑๔๓. gastrorrhagia การตกเลือดในกระเพาะ
๒๑๔๔. gastrorrhaphy การเย็บแผลกระเพาะ
๒๑๔๕. gastroscope กล้องตรวจกระเพาะ
๒๑๔๖. gastrosis โรคกระเพาะ
๒๑๔๗. gastrospasm อาการกระเพาะหดเกร็ง
๒๑๔๘. gastrostaxis อาการเลือดซึมในกระเพาะ
๒๑๔๙. gastrostoma แผลลำรางกระเพาะ
๒๑๕๐. gastrostomy การผ่าระบายกระเพาะ
๒๑๕๑. gastrotomy การผ่ากระเพาะ
๒๑๕๒. gatophobia โรคกลัวแมง
๒๑๕๓. gaultheria oil น้ำมันระกำ
๒๑๕๔. gauze ผ้าโปร่ง
๒๑๕๕. gauze, absorbable ผ้าโปรางชับ
๒๑๕๖. gavage การให้อาหารทางหลอด
๒๑๕๗. Geiger counter เครื่องนับแบบไกเกอร์
๒๑๕๘. gel เจ็ล
๒๑๕๙. gelate กลายเป็นเจ็ล
๒๑๖๐. gelatin เจละติน
๒๑๖๑. gelatinize กลายเป็นเจละติน
๒๑๖๒. gelatinolytic ละลาย (หรือสลาย) เจละติน
๒๑๖๓. genal แห่งแก้ม
๒๑๖๔. general action (of drug) ฤทธิ์ทั่วไป (ของยา)
๒๑๖๕. generation การสืบพันธุ์
๒๑๖๖. generative เกี่ยวกับการสืบพันธุ์
๒๑๖๗. genesis กำเนิด
๒๑๖๘. genetic เกี่ยวกับการสืบพันธุ์, เกี่ยวกับกำเนิด
๒๑๖๙. genial, genian แห่งคาง
๒๑๗๐. genital เกี่ยวกับอวัยะเพศ (สืบพันธุ์)
๒๑๗๑. genitalia, genitals อวัยวะเพศ (สืบพันธุ์)
๒๑๗๒. genitourinary เกี่ยวกับอวัยวะเพศ (สืบพันธุ์) ร่วมปัสสาวะ
๒๑๗๓. genu เข่า, ส่วนงอคล้ายเข่า
๒๑๗๔. geriatrics เวชศาสตร์วัยชรา
๒๑๗๕. germicidal ฆ่าเชื้อ (โรค)
๒๑๗๖. germicide ยาฆ่าเชื้อ (โรค)
๒๑๗๗. germiculture การเพาะเลี้ยงเชื้อ (โรค)
๒๑๗๘. germifuge ยาไล่เชื้อ (โรค)
๒๑๗๙. germination การผลิงอก
๒๑๘๐. gerocomia, gerocomy ชราวัยบริบาล
๒๑๘๑. gerontal ชรา
๒๑๘๒. gerontology ชราวิทยา
๒๑๘๓. gerontopia สายตากลับ
๒๑๘๔. gestation การตั้งครรภ์, การตั้งท้อง
๒๑๘๕. gestation, abdominal การตั้งครรภ์ในช่องท้อง
๒๑๘๖. gestosis โรคพิษครรภ์

๒๑๘๗. gibberish พูดไม่ได้เรื่อง
๒๑๘๘. gibbosity ลักษณะหลังโกง
๒๑๘๙. giddiness อาการเวียนหัว
๒๑๙๐. gigantism สภาพยักษ์
๒๑๙๑. gingiva เหงือก
๒๑๙๒. gingivectomy การตัดเหงือก
๒๑๙๓. gingivitis เหงือกอักเสบ
๒๑๙๔. ginseng โสม
๒๑๙๕. glabella, glabellum ส่วนหว่างคิ้ว
๒๑๙๖. glabrous เรียบเลี่ยน
๒๑๙๗. glacial คล้ายแก้ว, คล้ายน้ำแข็ง, แข็ง
๒๑๙๘. gland ต่อม
๒๑๙๙. gland, acid ต่อมหลั่งกรด
๒๒๐๐. gland, acino—tubular ต่อมรูปถุงร่วมหลอด

อ.ก.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๔

๑. จำนวนผู้ป่วย		อายุร	ศัลย	สูติ ฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๒,๘๗๔	๑,๖๒๑	๑,๘๓๐	๑,๖๓๗	๑,๘๕๒	๕๕๗	๑๐,๖๗๑
	เก่า	๕,๖๔๕	๒,๘๕๗	๔,๕๑๘	๒,๕๖๗	๓,๘๒๘	๑,๐๕๑	๒๐,๖๖๖
	รวม	๘,๖๑๘	๔,๕๗๘	๖,๔๔๘	๔,๒๐๔	๕,๘๘๐	๑,๖๐๘	๓๑,๓๓๗
ใน		๓๒๗	๔๒๐	๑,๕๘๕	๑๘๘	๔๐๕	—	๒,๘๓๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ฯ ๕๘๘. จักษุ ฯ ๖๒๒. สูติ – นารี ฯ ๖๘๖. รวม ๑,๘๘๗ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๕๘๘, หญิง ๕๘๘, รวม ๑,๑๘๗. คลอดตาย, ชาย ๖, หญิง ๑๐, รวม ๑๖.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๖ คน (๖.๓๓ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๘ ราย (๓๗.๐๘ ปช. ของที่ตาย).

๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๔๔๘ ครั้ง. ข้างนอก ๒ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๖๐ ครั้ง, เจาะจากลหุโทษ ๓๘๒ ครั้ง, รวม ๘๘๓ คน.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๔,๒๕๔ คน, รักษาใหม่ ๖๘ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๘๘ ครั้ง ราเดียมรักษา ๑๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔ คน. ไดอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ ๒ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒๑ คน. ราดิโอไอโซโทป, รักษาใหม่ ๑๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๑๖ คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๓๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๐๖๘ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๑๓๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๐๘๐ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๘ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๘๗๖ ชิ้น. ตรวจเนื้อจากการผ่าตัด ๑,๓๗๖ ราย (จากภายนอก ๓๑๓ ราย). ตรวจเซ็ลล์ของมะเร็ง ๓๗ ราย. แอ็กกลูติเนชั่น —. วัสเซอร์แมนและคาห์น ๘๒ หมู่เลือด ๒๑๗. นับเม็ดเลือด ๒๓๑๗. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. หาเชอบัคเตรี —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๔๘, อุจจาระ ๕, ปัสสาวะ ๑๓, เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๓๔, อุจจาระ ๑๓๘, ปัสสาวะ ๑๐๓, น้ำไขสันหลัง ๓๕, เสมหะและอื่น ๆ ๔๖๘. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๕. ฉีดสัตว์ทดลอง ๓. เพาะเชื้อบิด ๒๑. ตรวจทดลองตัวจี๊ด ๓๗. การทดสอบเซ็น-ซิติวิตีย์ ๑๕. ตรวจเซรุ่มวิธี ปอล บันเน็ล ๘. ตรวจอาร์เอช. ๒. ตรวจศพนิติเวช ๔๘. ตรวจวัตถุพยาน ๓๒. ตรวจวิเคราะห์นิติเวช ๔๘. ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๐๕.

๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๐. เจาะน้ำสันหลัง ๑๕. เจาะตับ ๑๑. เจาะน้ำช่องปอด ๑๐. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง ๒. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๐. ฉีดยาทั่วไป ๑,๗๐๘. ฉีดยาซีย์พีลิส —. เบาหวาน ๘๘๕. คลินิควัณโรค ๒๗๔.

๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๘๑. ถอนฟัน ๘๗๕. อุดฟัน ๓๑๗. ผ่าตัดช่องปาก ๖๘.

(โดยความอนุเคราะห์ของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

ข่าวอนุโมทนา ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงินและสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป คือ :

๑. หม่อมเจ้าพูนศิริเกษม เกษมศิริ, เลขที่ ๓ ถนนขาว, สามเสน, พระนคร, ประทานเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุนสำหรับก่อสร้างตึกผู้ป่วยพิเศษในบริเวณโรงพยาบาล เป็นครั้งที่ ๖, ซึ่งมีเงินทุนทั้งหมดรวมทั้งที่บริจาคครั้งนี้ด้วยเป็นเงิน ๗๐,๓๓๔.๐๐ บาท

๒. นายเซ็งจู้ แซ่โห่ว และนางจันทร์ บุรพรัตน์, บ้านเลขที่ ๗๓ ถนนแดงทองดี, ตำบลตลาดตะพานหิน, อำเภอตะพานหิน, จังหวัดพิจิตร, บริจาคเงินจำนวน ๒๔,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุนสำหรับค้นคว้าเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง.

๓. บริษัทดิทเฮล์ม จำกัด, ถนนเจริญกรุง, พระนคร, บริจาคเฟอร์นิเจอร์ จำนวน ๑ ชุด, คิดเป็นเงิน จำนวน ๑๒,๘๔๐.๐๐ บาท ให้แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

๔. หลวงพ่อภูมิ, วัดป่าโนนนิเวศน์, จังหวัดอุดรธานี, บริจาคเครื่องอัดลำเนาเกสเต็ดเนอร์ แบบ ๑๐๕ จำนวน ๑ เครื่อง, เตียงผู้ป่วยสำหรับเด็ก ๗ เตียง, และเครื่องต่อกับกล้องสำหรับถ่ายรูประยะใกล้ ๑ เครื่อง, คิดเป็นเงินทั้งหมด ๑๐,๕๖๘.๐๐ บาท ให้แผนกจักษุวิทยา ฯ.

๕. ขุนสวัสดิโกษา, กรมสรรพากร, พระนคร, บริจาคเงิน ๘,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุนชื่อ "ทิพย์วัลย์ สวัสดิโกษา" เพื่อเก็บดอกผลให้เป็นทุนและรางวัลแก่นักศึกษาวิชาพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย, และขออุทิศส่วนกุศลให้ น.ส. ทิพย์วัลย์ สวัสดิโกษา ผู้ล่วงลับไปแล้ว.

๖. นายอัมพร บุลภักดิ์, บ้านเลขที่ ๕, ซอยประชุม, ถนนสุรวงศ์, พระนคร บริจาคเงินจำนวน ๖,๐๐๐.๐๐ บาท และเครื่องบันทึกเสียง กรุนดิกแยบ ที.เค. ๓๕ ดัยลิว อี. จำนวน ๑ เครื่องให้แผนกจักษุวิทยา ฯ.

๗. พลตรี พระศักดาพลรักษ์ และคุณหญิง, เลขที่ ๒๘๗ ถนนพระราม ๑, ปทุมวัน พระนคร, บริจาคเงินจำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ตั้งเป็นทุน "ศิริรัตน์ ศักดาพลรักษ์" เพื่อเก็บดอกผลบำรุงผู้ป่วยสามัญของตึกศิริสังวาลย์ และขออุทิศส่วนกุศลให้บรรพบุรุษและผู้อุปการะทั้งที่มีชีวิตอยู่และล่วงลับไปแล้ว.

๘. นายสง่า สัตยสงวน, เลขที่ ๒๔๓ ข้างวัดกัลยาณมิตร, บางกอกใหญ่, ธนบุรี, บริจาคเครื่องซักผ้าไฟฟ้า "ฮูเวอร์" จำนวน

๑ เครื่อง, คิดเป็นเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท ให้หอพักนักเรียน พยาบาล, โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย.

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดให้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนมกราคม ๒๕๐๕ คือ:

วันศุกร์ที่ ๕ มกราคม เวลา ๑๕.๑๐ น., ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา. เรื่องที่นำเสนอคือ "เคมีของฮิโมโกลบิน", น.พ. ประเวศ วะสี แห่งแผนกอายุรศาสตร์เป็นผู้เสนอ

วันศุกร์ที่ ๑๒ มกราคม เวลา ๑๕.๐๐ น. มีปาฐกถาพิเศษเรื่อง "การศึกษาค้นคว้าเรื่องราวก่อนประวัติศาสตร์ในประเทศไทย" ผู้เสนอคือ เบย์ร์ ซอเร็นเซ็น ผู้ซึ่งเข้ามาร่วมคณะในการสำรวจและศึกษาเรื่องราวก่อนประวัติศาสตร์ ณ บ้านเก่า, จังหวัดกาญจนบุรี.

ส่งปีเก่า - รับปีใหม่ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดงานส่งท้ายปีเก่า-ต้อนรับปีใหม่ขึ้นในบริเวณหอประชุมราชแพทยาลัย, ดังที่ได้กระทำมาเป็นประเพณี, เมื่อคืนวันศุกร์ที่ ๒๙ ธ.ค. ๐๔ ตั้งแต่ ๑๙ น. จน ๒๔ น. ปีนแผนกรังสีวิทยาเป็นเข้าภาพและได้จัดงานอย่างมโหฬารมาก. มีการเชื้อเชิญแขกจากภายนอกคณะเป็นจำนวนมาก. การละเล่นของแผนกต่าง ๆ ก็ครึกครื้นตามเคย. ที่ทำกันอย่างใหญ่โตก็มีของแผนกศัลยศาสตร์กับของแผนกอายุรศาสตร์. แต่ในปีนี้การแสดงของแผนกสูติศาสตร์ฯ ดูเหมือนจะเด่นกว่าเพื่อน, เพราะมีผู้ร่วมแสดงที่ยังมิเคยออกแสดงมาก่อนเลย, คือท่านหัวหน้าแผนกและคณบดีฯ. กิจการโดยทั่วไปดำเนินไปโดยเรียบร้อย.

นอกจากนี้หน่วยต่าง ๆ ของศิริราชก็ได้จัดการฉลองกันเป็นภายในอีกหลายหน่วย. เท่าที่ได้รับแจ้งข่าวมา ก็มีแผนกจักษุฯ (๒๒ ธ.ค. ๐๔), แผนกอายุรศาสตร์ (๒๗ ธ.ค. ๐๔), และแผนกพยาบาล (๒๘ ธ.ค. ๐๔). ทุก ๆ แห่งได้รายงานมาว่า "สนุกมาก" ทั้งนั้น.

อาคันตุกะ นาย ซี.ไอ. กราวเซอร์, ผู้อำนวยการสถานที่ระลึกเลนาร์ดวูด เพื่อกำจัดโรคเรื้อน, กับภรรยา, และนายแพทย์เจมส์ เอ. ดูลล์, ผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์, พร้อมกับนายแพทย์ควินโต แห่งฟิลิปปินส์,

ได้เข้าเยี่ยมหน่วยโรคผิวหนังของแผนกอายุรศาสตร์ และชมกิจการทั่วไปของโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๐๔.

ฟุตบอลอาจารย์-ศิษย์ เมื่อวันเสาร์ ที่ ๖ มกราคม ๒๕๐๕ สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช ได้จัดการแข่งขันฟุตบอลประเพณีระหว่างอาจารย์กับศิษย์ที่สนามมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปรากฏว่าอาจารย์ชนะ ๒ ต่อ ๐. เหตุการณ์ดำเนินไปโดยเรียบร้อย.

กลับเข้าประจำหน้าที่ น.พ. สร เมตตัยวงศ์, อาจารย์เอกประจำแผนกวิชาอายุรศาสตร์และรักษาการหัวหน้าแผนกเภสัชกรรม, ได้เดินทางกลับจากการศึกษาและดูงานที่สหรัฐอเมริกา ได้เข้าประจำหน้าที่แล้วตั้งแต่วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๐๕ นี้.

ผลการสัมมนาเรื่อง "งานบริการนิสิตนักศึกษา" การสัมมนาเรื่องบริการเกี่ยวกับนักศึกษา ฯ ซึ่งคุณพ่าลงกรณมหาวิทยาลัยได้จัดขึ้น, โดยมี ดร. แซฟเพ่อร์, อาจารย์ผู้ปกครองของมหาวิทยาลัยอินเดียนา เป็นที่ปรึกษา, และมีอาจารย์ผู้แทนจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ไปร่วม, ได้ดำเนินการมาครบ ๖ สัปดาห์และสิ้นสุดลงแล้ว. เมื่อวันศุกร์ ที่ ๑๔ ม.ค. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้เชิญ ดร. แซฟเพ่อร์มาบรรยายพิเศษในหัวข้อ "บริการช่วยนักศึกษา" มีผู้เข้าฟังเป็นจำนวนมาก. แต่ส่วนใหญ่ของการบรรยายเป็นเรื่องความเห็นและข้อแนะนำ. เพื่อให้นักศึกษา (และอาจารย์) ได้ทราบว่าในต่างประเทศเขามีกิจการช่วยเหลือนักศึกษาอย่างไร, จึงขอแจ้งหัวข้อบริการสำหรับนักศึกษาที่มีอยู่ในบางแห่ง (และเราอาจนำมาทำบ้าง) ดังต่อไปนี้: (๑) การคัดเลือกรับนิสิตนักศึกษาและระเบียบ (ของเราเป็นกิจการของมหาวิทยาลัย, และคงจะยังไม่เปลี่ยนในอนาคตอันใกล้). (๒) บริการเกี่ยวกับการปรึกษาปัญหาและแนะแนว (ของเรามีบริการแก้ปัญหา, โดยอนุสาสกและอาจารย์ผู้ปกครอง, ซึ่งปฏิบัติกันมาโดยปริยายเป็นประเพณี. เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้แจ้งนามผู้ยินดีช่วยเหลือเพิ่มเติมอีกสองท่าน, คือ น.พ. อรุณ ภาคสุวรรณ์ กับเจ้าคุณธรรมจินดาภรณ์. ยังไม่ปรากฏผู้ใดใช้บริการนี้.) (๓) บริการเกี่ยวกับหอพักและบ้านพักนอกมหาวิทยาลัย (ของเรามีเพียงหอพักภายใน.

ส่วนภายนอกอาจจัดทำขึ้นในเวลาต่อไป.) (๔) บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย. (ของเรามีอยู่แล้ว) (๕) การให้ทุนการศึกษาและหางานให้นักศึกษา. (ของเรามีอยู่แล้ว. แต่งานยังมีน้อย.) (๖) กิจกรรมนิสิตและนักศึกษา. (ของเรามีบ้าง, แต่จำกัดโดยเวลา.) (๗) บริการนิสิตเก่า. ของเรายังไม่มีเป็นทางการ.

ข่าวพยาบาล

ประชุมวิชาการและข่าวการศึกษา

โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการเรื่อง "คิลปการพยาบาลโรคหัวใจ" โดยนางศรีสอางค์ พาชีรตน์ และคณะ. ในโอกาสนี้ คุณครูผะอบ พิศลยุตร ได้กล่าวอวยพรและมอบของที่ระลึกในนามของโรงเรียนให้แก่ น.ส. หรรษา ยุปผเวส, นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ ๑, ซึ่งสอบได้ทุนของสโมสรโรตารีธนบุรี ไปศึกษาวิชาพยาบาล ณ มลรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย, มีกำหนด ๔-๕ ปี.

วันที่ ๑๓ และ ๑๖ มกราคม ๒๕๐๕ วิทยาลัยครูสวนดุสิตได้ส่งนักเรียน ป.กศ. ต้นชั้นปีที่ ๑ มาศึกษาเกี่ยวกับการชำระยาดแผลวิธีต่าง ๆ ในโรงพยาบาล, มีจำนวนวันละ ๑๐๐ คน.

เกียรตินิยม น.ส. จิตอนงค์ พึ่งบุญ ณ อยุธยา, นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ ๑, ได้รับรางวัลในการประกวดมารยาทประเภทมหาวิทยาลัย ของสมาคม สตรีอาสา สมัครแห่งประเทศไทย, ซึ่งได้จัดให้มีขึ้น ณ หอประชุมจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๐๐.

ลาออก นางฉลวย วิทยากร, พยาบาล ปก. ตึกอานันทมหิดล ๒, ลาออกจากราชการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๕.

อาคันตุกะ นางสาวลิลลี่ย์ ไว และนายแพทย์ เปร็ตตริค, แห่งองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, ได้เข้าเยี่ยมชมโรงเรียนพยาบาล ฯ และโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๐๕. ทางโรงเรียนและโรงพยาบาลได้นำชมกิจการอย่างทั่วถ้วน.

ส่วนภายนอกอาจจัดทำขึ้นในเวลาต่อไป.) (๔) บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย. (ของเรามีอยู่แล้ว) (๕) การให้ทุนการศึกษาและหางานให้นักศึกษา. (ของเรามีอยู่แล้ว. แต่งานยังมีน้อย.) (๖) กิจกรรมนิสิตและนักศึกษา. (ของเรามีบ้าง, แต่จำกัดโดยเวลา.) (๗) บริการนิสิตเก่า. ของเรายังไม่มีเป็นทางการ.

ข่าวพยาบาล

ประชุมวิชาการและข่าวการศึกษา

โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการเรื่อง "คิลปการพยาบาลโรคหัวใจ" โดยนางศรีสอางค์ พาชีรตน์ และคณะ. ในโอกาสนี้ คุณครูผะอบ พิศลยุตร ได้กล่าวอวยพรและมอบของที่ระลึกในนามของโรงเรียนให้แก่ น.ส. หรรษา ยุปผเวส, นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ ๑, ซึ่งสอบได้ทุนของสโมสรโรตารีธนบุรี ไปศึกษาวิชาพยาบาล ณ มลรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย, มีกำหนด ๔-๕ ปี.

วันที่ ๑๓ และ ๑๖ มกราคม ๒๕๐๕ วิทยาลัยครูสวนดุสิตได้ส่งนักเรียน ป.กศ. ต้นชั้นปีที่ ๑ มาศึกษาเกี่ยวกับการชำระยาดแผลวิธีต่าง ๆ ในโรงพยาบาล, มีจำนวนวันละ ๑๐๐ คน.

เกียรตินิยม น.ส. จิตอนงค์ พึ่งบุญ ณ อยุธยา, นักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ ๑, ได้รับรางวัลในการประกวดมารยาทประเภทมหาวิทยาลัย ของสมาคม สตรีอาสา สมัครแห่งประเทศไทย, ซึ่งได้จัดให้มีขึ้น ณ หอประชุมจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๐๐.

ลาออก นางฉลวย วิทยากร, พยาบาล ปก. ตึกอานันทมหิดล ๒, ลาออกจากราชการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๕.

อาคันตุกะ นางสาวลิลลี่ย์ ไว และนายแพทย์ เปร็ตตริค, แห่งองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, ได้เข้าเยี่ยมชมโรงเรียนพยาบาล ฯ และโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๐๕. ทางโรงเรียนและโรงพยาบาลได้นำชมกิจการอย่างทั่วถ้วน.