



**สารศิริราช**  
**SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE**

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

ปีที่ ๑๔, ฉบับที่ ๓, มีนาคม ๒๕๐๕	Volume 14, Number 3, March 1962.
----------------------------------	----------------------------------

**มะเร็งของต่อมธัยรอยด์**

**อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)**

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ เป็นเรื่องที่สนใจเรื่องหนึ่ง. ได้มีผู้รู้จักและทำการค้นคว้ามานาน เป็นเวลานาน หลายสิบปีแล้วเกี่ยวกับพยาธิวิทยาส่วนละเอียด และการรักษาที่ยังมีเรื่องที่ยังหาออกมาก. มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ เป็นมะเร็งชนิดหนึ่ง ที่ทำให้ความประหลาดใจให้ผู้รักษาได้เสมอ. บางคนก็ออกแต่ตรงที่เป็นโรคแล้วก็หายไปตลอดชีวิต. บางคนก็ตายแล้วอีก ๔-๕ ครั้งก็ยังมีชีวิตอยู่ได้เกินกว่า ๕ ปีโดยไม่มีการกระจายไปที่อื่นเลย. บางคนทำการผ่าตัดแต่ผลยังไม่ทันหายโรคก็งอกใหม่โตวันโตคืนจนไม่มีอะไรรั้งไว้. กิริยาต่างๆ ของ

เรื่องชื่อ โปษะกฤษณะ, อุดม. มะเร็งของต่อมธัยรอยด์. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๒), ๑๔ : ๑๔๓-๑๕๑.  
มะเร็งต่อมธัยรอยด์ที่ศิริราช มีเพียง ๑๐๐ รายในระยะ ๑๒ ปี. หญิงเป็นมากกว่าชาย, ประมาณ ๒:๑. ส่วนใหญ่อายุ ๔๐ ถึง ๖๐ ปี. อายุน้อยที่สุด ๕ ปี. อาการสำคัญคือคอโต, อาจหลายๆ ปี, ก้อนขนาดต่างๆ, ชรุขระ, แฉ่ง. การแพร่กระจายทำให้เกิดอาการแทรกทางประสาท, หลอดคอ, ปอด, หรือกระดูก. ใน ๑๐๐ รายผ่าตัดได้ ๗๖ ราย. ตายในโรงพยาบาล ๒๐ ราย. การพยากรณ์ขึ้นแก่จุลพยาธิสภาพ. ที่พบมากที่สุดคือ ปาปิลลารี อัดดีโน คาร์ซิโนมา กับพวกเซลล์เล็ก. มีตัวอย่างคนไข้หลายราย.

มะเร็งของต่อมธัยรอยด์ นั้นขึ้นอยู่กับพยาธิส่วนละเอียดของต่อม ทั้งเป็นที่ทราบกันดี

แล้ว.

ในเมืองไทย มะเร็งของต่อม รังไข่พบ ๑๒ ปี แผนก ศัลยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช รับไว้เพียง ๑๐๐ คนเท่านั้น. โรคนั้นเป็นในหญิงมากกว่าชายประมาณเท่าตัว (๖๓ : ๓๓), เป็นมากระหว่างอายุ ๔๐-๗๐ ปี, ซึ่งมีถึง ๘๑ ปี. อายุน้อยที่สุดคือ ๕ ปี, มีอยู่คนเดียว.

อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือคอโต (๖๘ ปีช.) หรือคอโต และมีอาการอื่นร่วมด้วย (๑๘ ปีช.), หรือเพราะเหตุอย่างอื่น (๑๔ ปีช.). ส่วนมากของคนพวกนี้คอโตมานานแล้ว, มากกว่า ๑ ปีถึง ๗๓ ราย, ระหว่าง ๑ ถึง ๕ ปีถึง ๓๔ ราย, นานกว่า ๑๐ ปีถึง ๒๒ ราย. ที่นานที่สุด ๔๖ ปี. แสดงว่าผู้ป่วยที่มต่อม รังไข่ โตมานานหลายปีแล้วไม่มีอาการอะไรเลยนั้น จำเป็นจะต้องรับการตรวจตราให้ละเอียด, เพราะโอกาสที่จะเป็นมะเร็งมีมาก. เป็นที่รับรองแล้วทั่วกันว่ามะเร็งของต่อม รังไข่ เธากำเนิดมาจาก อะดีโนมา ของต่อม. เพราะฉะนั้นในการที่จะรักษามะเร็งของต่อม รังไข่ ประสิทธิภาพ, จำเป็นที่จะต้องตรวจตราพวกนี้

ต่อม โตนานและไม่มีอาการ, อย่างละเอียด. การตรวจนั้นอาจจะไม่ลำบากในเมืองชายทะเลที่มีคอพอกน้อย (มัลดีเบิ้ล คอลลอยด์ อะดีโนมาทิส กอยเตอร์), เช่น แถวจันทบุรี, ตราก, ระยอง, ชลบุรี. เพราะก้อนเนื้องอกที่พบในต่อม รังไข่ ของพวกชาวทะเลนั้น จะพบเป็นก้อนกลม แยกออกได้ชัดเจน. ถ้าเผชิญผู้ป่วยมาจากแพร่หรือ เชียงราย, ซึ่งเป็นถิ่นของคอพอก, ก็จะต้องแยก อะดีโนมา แท้ๆ จากก้อน คอลลอยด์ อื่นๆ ของต่อม รังไข่ ได้ด้วยความลำบากยิ่ง.

ถ้าท่านพบผู้ป่วยที่มต่อม รังไข่ โตเร็วมาเป็นเวลานานแรมปีแล้ว, และในเวลาอันน้อยเกิดโตขึ้นทันตาเห็น, ท่านจะต้องเชื่อว่าไตมีเนื้องอกเกิดขึ้นแล้ว. ในผู้ป่วยของเรานี้มี ๒๘ รายซึ่งต่อมโตเร็วจนบอกได้แน่ชัด. ระยะเวลาสั้นที่สุด ๑๐ วัน. ส่วนมากภายในระยะ ๓ เดือน.

#### ลักษณะของต่อม รังไข่ ที่ตรวจพบ

ต่อมที่เป็นมะเร็งนั้น มีลักษณะ การโตต่าง ๆ กันหลายอย่าง :

๑. โตเท่ากันทั้งสองข้าง ๓๕ ปีช.
๒. โตทั้งสองข้างแต่ไม่เท่ากัน

- ขวามีมากกว่าซ้าย ๑๓ ปช.
- ซ้ายมีมากกว่าขวา ๑๑ ปช.
- ๓. โตข้างเดียว
  - ขวา ๑๓ ปช.
  - ซ้าย ๑๒ ปช.
- ๔. โตกลีบกลาง
  - และขวา ๓ ปช.
  - และซ้าย ๕ ปช.
- ๕. โตกลีบกลางอย่างเดียว ๔ ปช.

**ลักษณะของการโตของต่อม ธัยรอยด์**

ขนาดของต่อม ธัยรอยด์ ที่โตนั้นมตงแต่เท่าผลมะปริงจนถึงผลมะพร้าว.

ที่โตเล็กน้อยเท่าผลมะปริง (ปลายนิ้วก้อย) ๔ ราย, มะขามข้อม (ไข่ไก่ตรงกลาง) ๓ ราย, มะปราง ๑๕ ราย.

พวกนมอียู่เพียง ๒๒ รายเท่านั้น. นอกนั้นโตกว่าลูกมะนาว (ลูกหมาก) ทั้งสิ้น, ถึงรายการต่อไปนี้ :

- ผลมะนาว (ลูกหมาก) ๕ ราย.
- ผลมะกอกไทย (ไข่ไก่, ไข่เป็ด) ๑๓ ราย.
- ผลมะปุด (ไข่ห่าน) ๒๐ ราย.
- ผลมะตม (กำขันทม) ๒๑ ราย.
- ผลมะพร้าวอ่อน (ส้มโอ) ๗ ราย.

การโตนั้น อาจ จะโตเป็น ๒ ก้อน ๓ ก้อน, คล้ายไข่ไก่ ๒ ฟอง ๓ ฟอง, หรือมีก้อนหลายก้อนคล้ายพวงมะเดื่อ.

นอกจากการโตแล้วถ้าคลำคัพพบว่าก้อนเหล่านั้น

- ๑. ขรุขระไม่เรียบ, เหมือนผิวมะกรูด ๔๘ ราย,
  - ๒. เป็นปุ่มป่ำ ๔ ราย,
  - ๓. เรียบ ๆ ๓๘ ราย.
- ความแข็งของก้อนนมหลายขนาด :
- ๑. อ่อนหรือคล้ายดินน้ำ ๕ ราย.
  - ๒. แข็งเหมือนยางไม้, หรือยางนอก ๔๔ ราย.
  - ๓. แข็งเหมือนไม้หรือหิน ๔๒ ราย,
  - ๔. ทั้งแข็งและอ่อน ๕ ราย.

นอกจากลักษณะของก้อนแล้ว, ปฏิบัติการตัดขอยังจะรอบข้าง ก็อาจจะเป็นได้หลายอย่าง, เช่นก้อนนั้นคลำแยกออกได้ง่าย, หรือก้อนนั้นยึดแน่นกับขอยังรอบ ๆ จนแยกไม่ออก.

เพราะฉะนั้นในการตรวจต่อม ธัยรอยด์ ถ้าพบว่ามีก้อนโตกว่ามะนาว ก้อนเดียวหรือหลายก้อน, ผิวขรุขระค่อนข้างแข็ง, หรือแข็งมากในคนที่มีอายุเกินกว่า ๔๐ ปี, ควรจะทายว่าเป็น มะเร็งของต่อม ธัยรอยด์

ก่อนอย่างอื่น.

มะเร็งของต่อมไทรอยด์ที่โตขึ้นไม่รักษา  
มีโอกาสกระจายไปได้หลายทาง, โดย  
กระแสโลหิต, กระแสน้ำเหลือง, หรือกลั  
กินทะเลเปลือกหุ้มไปใน อวัยวะที่อยู่รอบๆ  
เช่นเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ. เกร-  
แฮม(1) ได้แสดงให้เห็นว่ามีเนื้องอกบาง  
พวกที่มีลักษณะคล้าย อะคีโนมา ไม่ร้าย,  
แต่มีกิริยาแปลก คือคลานเข้าหลอดโลหิต  
และเปลือกหุ้ม. พวกนี้ทำให้เกิดการ  
กระจายไปได้ไกลๆ แต่ไม่ค่อยร้ายแรงนัก.

อาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิด ขึ้นมัก  
เป็นผลมาจากการที่ปล่อยให้ โรคมุ่งร้ายไป  
ตามลำพัง, ไม่มีขอบเขต, จนกระจายทั่ว  
ไป. การกระจายเฉพาะที่นั้นทำให้มีผล  
แทรกซ้อนหลายอย่างดังต่อไปนี้ :

๑. เหนื่อยง่าย, ใจสั่น, ตกใจง่าย  
และหงุดหงิด ๒๔ ราย.
๒. เสียงแหบ ๒๓ ราย.
๓. กลืนลำบาก ๒๑ ราย.
๔. หายใจลำบาก ๒๐ ราย.
๕. ใ้ย้อย ๑๕ ราย.
๖. ใยเป็นเลือด ๑๐ ราย.
๗. เลือดออกจากก้อน ๗ ราย.
๘. เจ็บทรวงอก ๗ ราย.

๕. มีก้อนที่คอ ใน ตำแหน่ง อื่น ด้วย  
(แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง) ๗ ราย.

๑๐. ก้อนอีกเสบ ๔ ราย.
๑๑. แน่นหน้าอก ๑ ราย.
๑๒. ซากตามมือตามแขน ๑ ราย.

อาการเหนื่อยง่าย, ใจสั่น, ตกใจง่าย  
และหงุดหงิด, เป็นอาการของโรคหลาย  
อย่าง, เช่นคอพอกเป็นพิษ, หรือโลหิต  
จาง, หรือโรคประสาท, จึงมีความหมาย  
น้อย. แต่อาการอื่นๆ, เช่นเสียงแหบ,  
กลืนลำบาก, หายใจลำบาก, ใ้ย้อย, ใย  
เป็นเลือด, เลือดออกจากก้อน, มีก้อนที่คอ  
ในตำแหน่งอื่นด้วย, ถ้าร่วมกับคอโตแล้ว,  
น่าจะทำให้คิดถึงมะเร็งของต่อม ธิยรอยด์  
มากที่สุด. เสียงแหบนั้นแสดงว่าประ-  
สาททรอคเอร์เรนต์ถูกเบียดหรือขยด้วยมะเร็ง.  
ใยเป็นเลือดส่วน มากเกิด เพราะเนื้องอก กัด  
กินหลอดคอ (เทรเชีย), ทำให้มีแผลที่นั่น  
และอาจจะมีเลือดไหลลงหลอดลมใหญ่ทำให้  
หายใจไม่ออกเมื่อไรก็ได้. ก้อนแตกเป็น  
แผลนั้นมีย้อยด้วยเหตุหลายประการ. ถ้า  
แตกเอง ก็มี ความหมาย มาก เกี่ยวกับการ  
หายใจ, แต่ถ้าเกิดเพราะหมอลงเข็มเจาะ,  
ตัด, หรือใช้ยากัด, บางทีก็เป็นเพียงคอ

พอกธรรมดา. หายใจไม่สะดวกเกิดเพราะ  
หลอดคอ ถูก ขยับจน หลอด เป็น ช่อง แคบ นิด  
เคี้ยว. หลอดคอของพวกมะเร็งไม่เหมือน  
กับหลอดคอของคนธรรมดา, เพราะอ่อน  
นุ่มเหมือนหลอดโลหิตแดงจึงถูกกดได้ง่าย.  
พวกห, พวกศีรษะอาจจะเป็นเพราะการรบกวน  
ของ ค่อม นำเหลืองที่คอ หรือ รูต่าง ๆ ที่  
ประสาทมองผ่านออกมาก็ได้.

การ กระจายโดย ทาง กระแสโลหิตนั้น  
ทำให้เกิดมี เมตาสเทสิส ในอวัยวะต่าง ๆ  
ได้, คือปอดมาเป็นอันดับหนึ่ง, กระจุกเป็นอันดับ  
๒, ดังรายการต่อไปนี้:

ปอด ๑๕ ราย.

กระดูก ๑๐ ราย.

กระดูกซี่โครง ๓ ราย.

กระดูกคอ ๒ ราย.

กระดูกซี่โครง ๒ ราย.

ข้อกระดูกเชิงกราน ๑ ราย.

คอกระดูกโคนขา ๑ ราย.

อวัยวะอื่น ๑ ราย.

ตับ ๒ ราย.

ค่อม พาโรติค ๑ ราย.

กระบังลม ๑ ราย.

ช่องท้องทั้งหมด ๑ ราย.

ไต ๑ ราย.

รวมทั้งหมดเป็น ๓๕ ราย.

การที่เนื้องอกกระจายไปที่อื่นแล้วนั้น,  
บางทีก็เป็นการยากที่จะทายว่าค่อม ธิยรอยต์  
เป็นต้นเหตุสำคัญ. เพราะฉะนั้นจึงต้องจำ  
ไว้ว่ารอยโรคในปอด, หรือในกระดูกจะมี  
ลักษณะกลมหรือไม่ก็ตาม, อาจจะมีได้เกิด  
ขึ้นเองจากปอดหรือกระดูกนั้น, อาจจะมาที่  
อื่นได้, เช่นจากค่อม ธิยรอยต์. ถ้าค่อม  
นี้โตเป็นปุ่มป่าและแข็งเหมือนไม้ก็เกือบจะไม่  
เป็นปัญหา. แต่ถ้าผิดปกติอื่นนั้นคล้ายได้  
ยาก, ไม่แน่นอนก็อาจจะนึกว่าค่อม ธิย-  
รอยต์ ไม่ใช่ต้นเหตุ. นี่เป็นเรื่องสำคัญ  
มากในการรักษา, เพราะถ้าเกิดจาก ธิย-  
รอยต์ แล้วมีการกระจายไปที่อื่นเราจึงเอา  
ค่อมออกได้, และรักษาด้วยแผนใหม่  
ผสมสมัยด้วย ไอโอดีน<sup>๑๐๐</sup>. เพื่อยุติสนน  
คำกล่าวขอแนะนำประวัติของผู้ป่วยรายหนึ่ง  
(๒๔๓๔.๐๒) มาเล่าให้ท่านฟัง. ผู้ป่วย  
รายนี้เป็นชายอายุ ๔๒ ปี, รั่วเมอวนท์  
๕ กรกฎาคม ๒๕๐๒, มาโรงพยาบาล  
ด้วยอาการ สำคัญว่า ไอเรอรั้งมา ๑๐ ปี.  
หนึ่งปีก่อน มาไปหาแพทย์ตรวจ ปอดพบมี  
อินฟิลเตรชัน เป็นดวงๆหายๆ ทั้ง ๒ ข้าง.  
รักษา อย่าง วัณโรค อยู่ ๓ เดือน ไม่ได้ขึ้น.  
กลับมามีก้อนขึ้นเหนือไหล่ซ้าย. เอาค่อม

สะเคล็น มาตรวจก็ไม่ไ้ผล. จึงได้ตัดเนื้อที่ปอกมาตรวจเพราะสงสัยว่าเป็น ซาร์คอยโคสิส. แต่ผลของการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งชนิด เมตาสะเทติก อะดีโนคาร์ซิโนมา (ไปรมารีย์, อาจเป็น ธิรรอยด์). เรอนนี้เป็นชนโขว้แดงของแผนกพยาธิวิทยา, ซึ่งผู้เขียน ขอชมเชย ด้วย ความ วจิงใจในทันที. ผู้ป่วยคนนี้เป็นคนรูปร่างเตี้ยมาก, คอสั้น, มองคเณิน ๆ ไม่เห็นต่อม ธิรรอยด์เลย. แต่เมื่อพยายามตรวจหลายครั้งจึงพบว่าต่อมนั้นโตและแข็ง. เมื่อเป็นดังนี้แน่ใจว่าต้อง เป็นต้นตอ ของเนื้องอกในปอก. ได้ตัดเอาต่อม ธิรรอยด์ ออกหมด. ต่อมาทั้งสองข้างโตและแข็งพอก. ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อด้วย ไอโอดีน<sup>๑๐๐</sup>, ยังมีชีวิตดีเรื่อยรอยจนบัดนี้.

ถ้าผู้ป่วยรายนี้ มีรูปร่าง สมประกอบและต่อม ธิรรอยด์ โตมาก, คงไม่ต้องทำการตัดเนื้อหลายแห่งจนถึงตัดปอกคงได้บรรยายมาแล้ว.

ผู้ป่วยที่มีก้อนที่กระโหลกศีรษะ, กระดูกคอ, ซี่โครง, นอกจากจะเป็นเนื้องอกในสมอง, เนื้องอกจากกระดูกเองแล้ว, ต้องนึกถึงมะเร็งของต่อม ธิรรอยด์ เหมือนกัน. หรือคนแก่ที่เดิน ๆ ไปสะดุดพรมนิก

เดียวและตองนั่ง, เกินต่อไปไม่ได้, ก็ต้องนึกถึงการหักของคอกระดูกโคนขาข้าง. ถ้าตรวจร่างกายพบว่าม้ต่อม ธิรรอยด์ โตและแข็งก็ไม่มีอะไรสงสัย.

นอกจากการแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นเพราะเหตุดังกล่าวนี้, คนไข้อาจจะมาหาเราในระยะสุดท้าย, เช่นเลือดออกจนคล้ายชีพจรไม่ได้, หายใจลำบาก, หอบ, กลืนอาหารไม่ได้เลย. เหล่านี้เป็นเรื่องใหญ่มากในการช่วยบรรเทาอาการเฉพาะหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยคออกไปได้.

ในผู้ป่วย ๑๐๐ รายนี้เราผ่าตัดได้ ๗๖ ราย, ผ่าไม่ได้ ๒๔ ราย. ที่ผ่าตัดได้นั้นหมายความว่าเอาต่อม ธิรรอยด์ หรือส่วนที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งออกทั้งหมด, รวมทั้งเนอรอย ๆ ข้างที่ถูกรุกราน. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต่อมน้ำเหลือง ถึงแม้ว่าจะมีการกระจายไปไกลแล้วเราก็ทำ, เพราะเชื่อว่า การที่เอาต้นตอของมะเร็งออกนั้น จะช่วยให้การกระจายน้อยลง, หรืออย่างเร็วที่สุดก็ป้องกันการทรมาณต่าง ๆ ที่ได้รับ จากการรับความอวัยวะรอบข้าง, และในปัจจุบันก็เพื่อจะให้ได้รับผลดี จากการใช้ วัคซีนไอโอดีน. ที่ผ่าตัดไม่ได้นั้นหมายความว่า

มะเร็งได้แทรกซ้อนไป ยังอวัยวะ รอยข้าง จน  
ไม่สามารถจะตัดออกได้หมด. พวกนี้ก็ได้  
แต่ตัดเนอมาตรวจ, หรือบรรเทาอาการเท่า  
นั้น, เช่นการเจาะคอหรือเจาะกระเพาะ

อาหาร.

เนอที่ตัดเอาออกมา นั้นได้นำเอามา  
ใหม่หมด, แต่หาได้เพียง ๗๘ รายเท่า  
นั้น. แบ่งออกได้ดังต่อไปนี้ :

	หญิง	ชาย	รวม	ประช.	อายุปี	
					เฉลี่ย	วิสัย
1. Differentiated Carcinoma						
Papillary adenocarcinoma	21	3	24	30	46	26-74
Papillary cystadenocarcinoma	4	1	5	6	46	28-66
Follicular adenocarcinoma	9	4	13	16	43	9-66
Mixed (papillary & follicular)	5	1	6	7	46	22-72
2. Undifferentiated						
Small cell	13	8	21	26	54	17-76
Giant cell	3	0	3	4	63	54-71
3. Miscellaneous						
Epidermoid	2	—	2	2.5	60	55-65
Hürthle cell carcinoma	2	—	2	2.5	39.5	39-40

การแยกเนอแบบ วอร์เร็น และ ไมส-  
เนอร์, โดยการตัดแปลงเล็กน้อย. เช่น  
พวก ป้ายิลลารีย์ คาร์ซิโนมา ที่มี ชัยสต์  
ซิกเจนได้เรียงไว้ต่างหาก, เพื่อประโยชน์  
แก่การทายลักษณะเนอร้ายภายหลัง. พวก  
นี้ทั้ง ฟอลลิเคิล และ ป้ายิลล ชำพเจ้าเอา  
มาเรียกเป็น “ชนิดผสม”.

เราลอง มาเทียบ การแตกต่างของมะ-  
เร็งของเรากับมะเร็งของ วอร์เร็น และ ไม-  
สเนอร์บ้าง.

ที่สำคัญที่เห็นชัดที่สุดคือ พวกมะเร็ง  
ชนิด ป้ายิลลารีย์ ๓ ชนิด, ซึ่งมี ๔๓ ปช.,  
มีอายุโดยเฉลี่ย ๔๖ ปีเหมือน กันหมด,

สูงกว่า ป้ายิลลารีย์ อะดีโนคาร์ซิโนมา  
ของ วอร์เร็น ๑.๒ ปี, เท่ากับ คาร์ซิโนมา  
เฉพาะแห่งใน ป้ายิลลารีย์ อะดีโนมา. ใน  
พวก ฟอลลิเคิลาร์ มี ๑๖ ปช., อายุเฉลี่ย  
ได้ ๕๓ ปี, ใกล้เคียงกับของ วอร์เร็น ๔๔.๑  
ปี. พวก อินทิฟเฟอเรนซีเอเท็ค คาร์ซิโนมา  
นั้นของเรา อยู่ในเกณฑ์อายุ มาก ชัดเจน,  
ทั้งหมดมี ๓๐ ปช., มากกว่าของ วอร์เร็น  
ประมาณ ๑๐ ปช., พวก เซลล์ เล็กมี  
๒๖ ปช., อายุเฉลี่ย ๕๔ ปี. พวก เซลล์  
ใหญ่ ๔ ปช., อายุเฉลี่ย ๖๓ ปี.

เพื่อจะทราบว่า มะเร็งแต่ละ ชนิด นั้นมี  
ความร้ายแรงกว่ากันเพียงไร, จำเป็นจะ

ต้องติดตามผู้ช่วยไปจนวาระสุดท้ายของเขา. เมือบ ๒๕๐๑ ผู้เขียนได้ลองส่ง คำถามไปยังผู้ช่วย ๔๘ ราย. ได้คำตอบมาเพียง ๑๒ รายเท่านั้น, ซึ่งน้อยมากจนเอามาเป็นหลักฐานไม่ได้. จะต้องพยายามติดต่อทั้งหมดต่อไป.

### การดำเนินต่อไปของโรค

ผู้ช่วยที่ลงแก่กรรมขณะที่อยู่โรงพยาบาลนั้นมี ๒๐ คน. แบ่งได้ดังต่อไปนี้:

๕ คนถึงแก่กรรมเพราะการผ่าตัด.

๓ คนถึงแก่กรรมภายหลังทำการผ่าตัดและให้รังสี.

๔ คนไม่ได้รับการผ่าตัด, ได้รับแต่รังสีเท่านั้น.

๔ คนทำแต่การเจาะคอ.

๔ คนมิได้รักษาอะไรเป็นพิเศษ.

เหตุแห่งการตาย นนท สำคัญที่สุดคือ เกยวกับอาการหายใจ, หายใจลำบาก, หายใจไม่ออก, หายใจหายใจ (๑๑ ราย), ไอเป็นเลือด (๒ ราย) เลือดออกจากแผลของ ฉีดยอด (๒ ราย), ค่อย ๆ อ่อนเพลียลง เพราะมีการกระจายทั่วไป ๓ ราย. นอกจากนี้มีหัวใจล้มและ ช็อค อย่างละ ๑ ราย.

ลักษณะทางพยาธิวิทยาส่วนละเอียดคนนั้น เป็นเรื่อง สำคัญมากใน การพยากรณ์ โรค. พวกมะเร็งชนิด ป้ายืดลารีย์ เป็นพวกที่ผิดปกติ. ผู้ช่วยอาจจะมีชีวิตยืนนานภายหลังตัดเอาออกมากกว่า ๑๐ ปี. คนไข้ของเราคนหนึ่งเป็นชายอายุ ๔๒ ปี (๒๐๗๗.๕๖) มี ป้ายืดลารีย์ ชีวสังเคราะห์อินคาร์ซิโนมา. ผ่าตัดมา ๒ ครั้ง ๘ ปีมาแล้ว ยังคงอยู่มาจน ๒๕ ปี. อีกคนหนึ่งเป็นหญิงอายุ ๔๓ ปี (๒๖๖๕.๕๗) มี ป้ายืดลารีย์ และ ฟอลลิคูลาร์ อะดีโนคาร์ซิโนมา, ผ่าตัดเมื่อ ๖ ปีมาแล้วยังมีชีวิตอยู่. พวก ฟอลลิคูลาร์ อะดีโนคาร์ซิโนมา มีชีวิตสั้นกว่าพวกแรก, ดังนั้นผู้ช่วยหญิงของเราคนหนึ่งอายุ ๔๐ ปี (๑๐๘๐.๕๒) มีชีวิตอยู่หลังผ่าตัดได้ ๔ ปี. พวก อินทิฟเฟอเรนซีเอเต็ค คาร์ซิโนมา นั้น มีความ รุนแรงเหมือน มะเร็งชนิดนี้ใน ส่วนอื่นของร่างกายเหมือนกัน. พวกที่เป็น ชนิดเซลล์ ยักษ์ ยิงบนทอน ชีวิต เร็วที่สุด, เช่น ผู้ช่วยหญิงของเรา (๒๐๔๘.๕๕) อายุ ๕๐ ปี, มีก้อนที่คอมา ๑๐ ปี, ๕ ปีโตเท่ามะกอกไทย, ๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาล โตเท่ามะตูม. ผ่าครั้งแรกคิดว่าเป็นคอพอกธรรมดา. ช่วงเวลา ๑ เดือนก่อนนั้นกลับโตอย่างรวดเร็ว. ได้ทำการผ่าเอา ฉีดยอด

ออกหมด. ผู้ช่วยลงแก่กรรมหลังผ่าตัด ๖ สัปดาห์, เพราะมีการงอกเฉพาะที่อย่างมากอีกครั้ง. คนไข้ที่เป็นแบบนี้คนอื่นหนึ่ง เป็นหญิงอายุ ๗๑ ปี (๒๖๐๘๓.๐๓), มีก้อนที่คอข้างซ้ายมา ๒๐ ปี, พงมาโตเร็ว ๒ เดือน. ก้อนนี้ลักษณะคล้ายคอพอกธรรมดา. แต่แผลยังไม่ทันหายก็กลับเจริญเติบโตทันตาเห็น. ผู้ช่วยลงแก่กรรมหลังผ่าตัด ๕๕ วัน, เพราะมีการกระจายไปที่ร่างกาย.

เกี่ยวกับมะเร็งของต่อม ต่อมธัยรอยด์ ยัง

มีเรื่องน่ารู้ น่าสนใจและปัญหาอีกมากมาย, ซึ่งจะพยายาม ติดตาม และ แคะไค้ขึ้นมา, และนำมาแสดงต่อไป, เพื่อความก้าวหน้าของการศึกษามะเร็งในประเทศไทย, และเพื่อจะให้วัตถุ ประสงค์ ข้อ หนึ่ง ของ สถาบันมะเร็งสมบรมได้.

เอกสาร

(i) Graham, A. Malignant tumors of the thyroid, epithelial types. Ann. Surg. 1925, 82 : 30-44.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

CARCINOMA OF THE THYROID GLAND

Udom Poshakrishna

M.B., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

(Dept. of Surgery)

(Head of the Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

---

Carcinoma of the thyroid is comparatively infrequent in this Department; only 100 cases were on record during the past 12 years. The incidence in the female is nearly twice as high as that in the male. The age range 40 to 70 was most susceptible, although the youngest patient was only 9 years old. The most important chief complaint was swelling of the neck, which differed in duration from 1 year to 46 years. Either one or both lobes of the gland might be affected; the size of the mass varied from that of a betel nut to a coconut. The surface might be smooth or irregular, and the consistency was either rubbery

or stony. Complicating symptoms were found in connection with the nervous system, trachea, lungs or bones. Seventy-six cases could be treated operatively. Twenty patients died during hospitalization; follow-up was not contributory. The prognosis depended upon the microscopic pathological features of the growth. Most frequent were the papillary adeno-carcinoma and small-cell undifferentiated type, follicular adeno-carcinoma occupying the third place. Several case histories were cited as illustration.

(One reference)

---

# หนองไต่กะบังลม

## ทบทวนและรายงานผู้ป่วย

ธีระ ลืมศิลา พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ)

หนองไต่กะบังลมเป็นภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบบ่อยอย่างหนึ่งเพราะวินิจฉัยยากและการรักษาก็ค่อนข้างจะยุ่งยาก. หากวินิจฉัยผิดหรือให้การรักษาล่าช้าไป, ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงชีวิต. เป็นโรคที่ในผู้ป่วยพบภาวะนี้ไม่บ่อยนัก. ทั้งนี้เนื่องจากมีแอนติไบโอติก. ขณะเดียวกัน, การที่พบน้อยลงอาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ลืมนึกถึงและวินิจฉัยได้เมื่อสายไปแล้ว, จนบางครั้งอาจเป็นผลร้ายต่อผู้ป่วย. จึงเห็นสมควรรวบรวมเรื่องนี้มาเสนอเป็นการทบทวนพร้อมทั้งรายงานผู้ป่วย ๓ ราย.

กายวิภาคศาสตร์ Martinet และ Barnard<sup>(4)</sup> เป็นผู้จำแนกช่องต่างๆไต่กะบังลม, ซึ่งอาศัยบอกตำแหน่งแน่นอนของหนองไต่กะบังลมมาจนสมัยปัจจุบัน. คำว่า "ช่องไต่กะบังลม" กินความเลยลงไปอีกเป็น ๖ ส่วนในช่องท้องและ ๒ ส่วนนอกช่องท้อง, โดยถือเยื่อคอตีบและอวัยวะใกล้เคียงเป็นหลักแยก. (1, 4, 10)

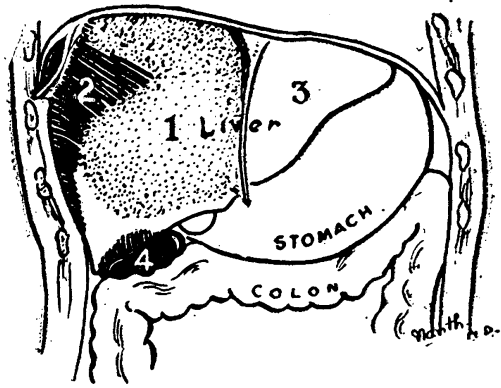
เรื่องย่อ ลืมศิลา, ธีระ. หนองไต่กะบังลม. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๒), ๑๔: ๑๕๓-๑๖๓.

ต่อจากการทบทวนกายวิภาคศาสตร์, สมุดฐานวิทยาและลักษณะทางคลินิกรวมทั้งการรักษาของไต่กะบังลม, มีรายงานผู้ป่วย ๓ ราย, เป็นชาย ๒ หญิง ๑. อายุ ๒๐, ๑๗, ๑๗ ปี, ซึ่งมีสาเหตุจากไส้ติ่งทะลุ ๒ ราย, และสงสัยฝีตับแตก ๑ ราย. อาการสำคัญมีไข้, ปวดหน้าท้อง, แน่นหน้าอก. การตรวจทางรังสีช่วยการวินิจฉัย. รักษาโดยการระบายหนองร่วมกับแอนติไบโอติกทุกราย, และทุกรายพบเชื้ออี. โคไล. ผู้รายงานเห็นว่าไม่ควรลืมนึกถึงภาวะนี้แม้จะมีไม่บ่อย.

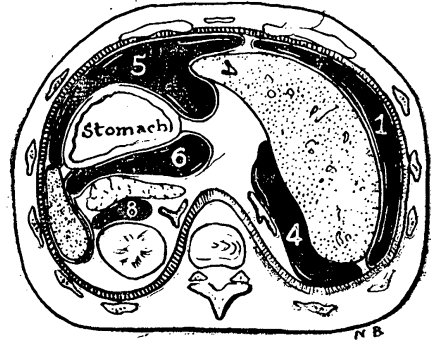
### ส่วนในช่องท้อง แบ่งเป็น ๒ ส่วนใหญ่

ก. ส่วนเหนือคอตีบ. แบ่งเป็นขวาและซ้าย โดย ฟัลซัฟอรัม ลิกาเม้นต์, ข้างขวาแบ่งเป็นหน้าและหลังโดย โคโรนารี ลิกาเม้นต์ รวมเป็น ๓ ช่อง, คือ (๑) ช่อง แอนทีเรียร์ ซุปราเฮปาทิค ข้างขวา. (๒) ช่อง โปสทีเรียร์ ซุปราเฮปาทิค ข้างขวา. (๓) ช่อง ซุปราเฮปาทิค ข้างซ้าย.

ข. ส่วนใต้คอตีบ, แบ่งเป็นขวาและซ้าย

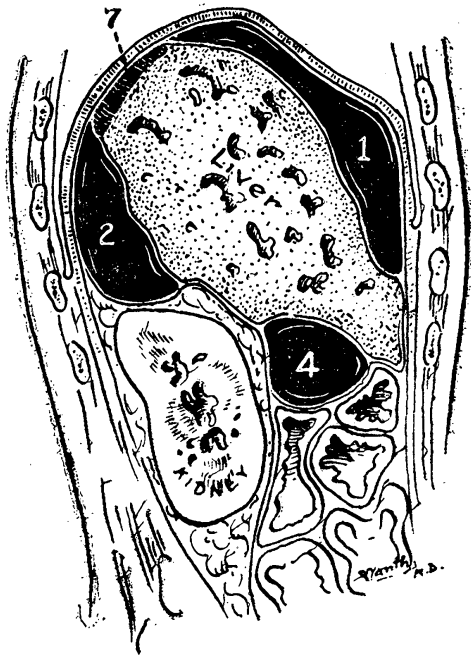


รูปที่ ๑



รูปที่ ๓

(รูปที่ ๑, ๒, ๓, แสดงส่วนต่างๆ ในช่องท้อง. ดูในเนื้อเรื่อง)



รูปที่ ๒

โดย เรานต์ ลิกาเม้นต์ และ ลิกาเม้นต์มี เวโนสมี. ข้างซ้ายแบ่งเป็นหน้าและหลัง โดย กาสโตรเฮปาทิก โอเม้นต์มี, (เลสเซอร์ โอเม้นต์มี) และกระเพาะอาหาร, รวมเป็น ๓ ช่อง, คือ (๔) ช่อง อินฟราเฮปาทิก

ขวา, (มอริสัน'ส เพาซ์ หรือ เฮปาโตรีนัล เพาซ์) (๕) ช่อง แอนทีเรียร์ อินฟราเฮปาทิก ซ้าย, (๖) ช่อง โปสทีเรียร์ เฮปาทิก ซ้าย (ช่อง วิโทรกาสตริก).

ส่วนนอกช่องท้อง เป็นช่องชนิด โปเต็นเซียล. มี ๒ ช่อง, คือ (๗) ช่อง เอ็กซตราเพอริโทเนียล ข้างขวา, คือส่วนที่ตรงกับบริเวณผิวหนังที่ไม่มีเยื่อหุ้ม, (๘) ช่อง เอ็กซตราเพอริโทเนียล ข้างซ้าย, อยู่เหนือไตซ้าย.

สมมุติฐาน เรียงลำดับภาวะติดเชือกตามที่พบบ่อยจากมากไปน้อย : (3, 4, 11)

(๑) การอักเสบของไส้ติ่ง.

(๒) แผล เย็บตึก ทะลุ.

(๓) เชื้อจากคืบและทางเดินน้ำคืบ

(๔) โรคแทรกภายหลังการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับทางเดินน้ำคืบและกระเพาะอาหาร, ซึ่งปรากฏว่ามีถึง ๗๕ ๒๕. ของสาเหตุที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดทั้งหมด. (1)

(๕) พยาธิสภาพในช่องอก.

Overholt กล่าวว่าเชื้อโรคจากช่องท้องส่วนล่างแพร่กระจายขึ้นไปสู่ส่วนบนได้นื่องจากแรงดันลมที่เปลี่ยนแปลงไปตามการหายใจ. (4) ฉะนั้นการให้ผู้ป่วยด้วยโรคเยื่อช่องท้องอักเสบนอนท่า ฟาวเลอร์ จะช่วยลดการกระจายของเชื้อหนองสู่ช่องท้องส่วนบนให้น้อยลงได้. (2)

บันทึกที่พบบ่อยคือ สะเทร็ปโตค็อกไค, เอสเทรีเมีย โคลไล, สะตาฟีโลค็อกไค. ตามรายงานของ Berens เมื่อปี ๑๙๕๓ (1) ในจำนวนผู้ป่วย ๑๓๗ รายพบเชื้อต่อไปนี้:-

สะเทร็ปโตค็อกไค	๗๓ ๒๕.
เอสเทรีเมีย โคลไล	๑๕ ๒๕.
สะตาฟีโลค็อกไค	๑๗ ๒๕.
เชื้อหลายอย่าง	๑๗ ๒๕.
ไม่พบเชื้อ	๔ ๒๕.

ตามรายงานของนายแพทย์ สรวดี วัชรบุตร และ Behrend ในปี ๑๙๕๘, (11) การศึกษาหาเชื้อหนองในผู้ป่วย ๑๗ ราย,

พบเชื้อต่อไปนี้: บี. โคลไล ๔๑ ๒๕., บี. โคลไล และ สะเทร็ปโตค็อกไค ๑๗ ๒๕., บี. โคลไล และ โปรเทอัส ๑๒ ๒๕., สะเทร็ปโตค็อกคัส ๖ ๒๕., สะเทร็ปโตค็อกคัส และ สะตาฟีโลค็อกคัส ๖ ๒๕., ไม่พบเชื้อ ๑๒ ๒๕., อื่น ๆ ๖ ๒๕.

อุปติการ (1) พบผู้ป่วยชายมากกว่าหญิงในอัตรา ๓.๕:๑. มีอายุตั้งแต่ ๓ ถึง ๗๗ ปี, แต่พบมากระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี. ส่วนที่เกิดโรคส่วนมากเป็นข้างขวา, โดยเฉพาะช่องแอนทรีเวียร์ ซุปราเฮปาทิค ข้างขวา. พบรองลงมาได้แก่ช่อง โปสทีเวียร์ ซุปราเฮปาทิค ข้างขวา. รวมทั้งสองแห่งนี้ได้ประมาณ ๓ ใน ๔ ของทั้งหมด. ส่วนข้างซ้ายและช่อง อินฟราเฮปาทิค พบน้อยลงตามลำดับ.

อาการบวม, อาการแสดง, และการวินิจฉัย

ในระยะแรก ๆ วินิจฉัยยาก. แต่อีกเหตุหนึ่งที่ทำให้การวินิจฉัยยากขึ้น, หรือไม่ค่อยมีการวินิจฉัยภาวะนี้ก็คือ: แพทย์ส่วนมาก “ลืมนึกถึง.”

๑. ไข้. เป็นอาการแรกที่สำคัญที่สุด, (4) โดยเฉพาะสำหรับผู้ช่วยที่มึนประวัติ

สนับสนุนว่าเคยมีการอักเสบภายในช่องท้อง  
มา, เช่นแผล เป็ปติก ทะลุ, ไล้ทิ้งอักเสบ  
ทะลุ, หรือได้รับการผ่าตัดภายในช่องท้อง  
มาในระยะไม่นาน, ต่อมาใช้สับกลอด  
เวลาโดยหาสาเหตุไม่ได้. บางรายอาจมี  
หนาวสั่นร่วมด้วย.<sup>(5)</sup> โรคแทรกอย่างหนึ่ง  
ที่ควรระวังถึง คือ “หนองไตกระบังลม.”

๒. ปวด. ในระยะแรกมีเพียง ๕๐  
ปซ. อาจปวดตอ ๆ ลึก ๆ, คลุมเครือใน  
บริเวณชายโครง. อาจปวดร้าวไปข้าง  
หลัง.<sup>(10)</sup> บางทีก็พบอาการอันเกิดจาก  
ภาวะแทรกอย่างอื่น. ที่บ่อยคือเยื่อหุ้มปอด  
ส่วนล่างอักเสบ. ทำให้เจ็บหน้าอกและไอ  
อาจปวดร้าวไปที่ไหล่หรือคอ,<sup>(4,10,11)</sup> เนื่อง  
จากการระคายต่อกระบังลม (สัญญาของ  
Kehr).

๓. กดเจ็บ ที่ตำแหน่งบริเวณชาย  
โครง, หรือตำแหน่งบริเวณกระดูกซี่โครงที่  
๑๑, ๑๒ สุกแต่ตำแหน่งของแหล่งหนอง.

๔. ตำแหน่งของกะบังลมและตับ มัก  
ตรวจพบว่ากะบังลมถูกดันสูงขึ้นหรือต่ำถูก  
ดันต่ำลง ซึ่งตรวจได้ค่อนข้างยาก. ถ้าพบ  
ก็เป็นเครื่องสนับสนุนรายที่หนองอยู่ในช่อง  
ซุปร่าเซปาคิค.<sup>(4, 11)</sup>

๕. เคาะทึบ ฟังได้เสียงหายใจข้างนั้น  
ค่อยลง. พบรหนองติดต่อกับภายนอก.  
หรือคลำได้ก้อน.<sup>(1)</sup>

๖. ดีซ่าน ในระยะแรกอาจมีดีซ่าน  
เล็กน้อยและสะอึก, ซึ่งจะหายไปภายใน  
๒-๓ วัน.<sup>(12)</sup>

### เครื่องช่วยวินิจฉัย

๑. การตรวจเลือด จำนวนเม็ดเลือด  
ขาวเพิ่มขึ้นมาก, มักเกิน ๒๐,๐๐๐ ต่อ  
ค.ม.ม.<sup>(10)</sup> และมักมีโลหิตจางร่วมด้วย  
เสมอ.<sup>(11)</sup>

๒. การตรวจทางรังสี โดยเฉพาะ  
ฟลูออโรสโคปีย์ เป็นวิธีที่ให้ผลแน่นอนที่  
สุก. มีข้อพบต่อไปนี้:

(๑) กะบังลมเลื่อนสูงขึ้น (พกว่า ๖๐  
ปซ.), เคลื่อนไหวน้อยลงกว่าปรกติหรือไม่  
เคลื่อนเลย.

(๒) ตับถูกดันต่ำลงกว่าปรกติ (ในราย  
ที่หนองอยู่ในช่องซุปร่าเซปาคิค).

(๓) พบระดับน้ำ-อากาศ ในโพรง  
หนอง (๒๕-๒๖ ปซ.).<sup>(1, 4)</sup> อากาศอาจ  
จะเกิดจากการทะลุของทางเดินอาหาร, จาก  
บัคเทรียสร้างแก๊ส,<sup>(9)</sup> จากการมีโรคติดต่อ  
ระหว่างโพรงหนองกับภายนอก,<sup>(4)</sup> หรือ

จากการผ่าตัดครั้งก่อนซึ่งอาจมีอากาศค้าง  
อยู่ได้นานถึง ๒-๓ สัปดาห์. (2, 3, 4)

(๔) พบพยาธิสภาพในปอดหรือช่อง  
เยื่อหุ้มปอดสนับสนุน, เช่นปอดส่วนล่าง  
แฟบหรืออกเสย, เยื่อหุ้มปอดส่วนล่างอก-  
เสย, มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด, หรือเงาของ  
มม คอสโตเฟรนิค หายไป. (7, 11)

(๕) ในรายที่เป็นข้างซ้ายอาจช่วยการ  
วินิจฉัยโดยให้ผู้ช่วยกินยาเรียบร้อยแล้วตรวจใน  
ท่า เทร็นเคเลนเบอร์ก, จะเห็นกระเพาะ  
อาหารถูกเบียดคั่นออกไป.

(๖) หากใส่อากาศเข้าในช่องท้องแล้ว  
ถ่ายภาพรังสี, อาจช่วยได้มาก. (11) ใช้ใส่  
อากาศเข้าไป ๗๕๐-๑๐๐๐ ลิ.ซม.,  
แล้วถ่ายภาพรังสีในท่ายืน. ในคนปรกติที่  
ข้างขวาจะเห็นอากาศระหว่างตับกับกะบังลม,  
ข้างซ้ายจะเห็นอากาศระหว่างกระเพาะอา-  
หารกับม้าม. รัยที่มีโพรงหนองอยู่ระหว่าง  
กะบังลมกับตับ, ผลจากการอักเสบจะทำให้  
เห็นอากาศในช่องดังกล่าวไม่ได้ชัดเจน.

การเจาะเพื่อวินิจฉัย ในรายสงสัย  
อาจลองเจาะดูได้. (3) แต่บางท่านว่าไม่ควร  
ทำ, เพราะอาจเป็นการทำให้เชื้อโรคหรือ  
หนองกระจายไปสู่ช่องเยื่อหุ้มปอดหรือช่อง

ท้อง. (2, 6)

การรักษา (2, 3, 4, 6, 7) การรักษาทางศัลย-  
กรรมโดยระบายหนองออก, ร่วมกับให้  
แอนติไบโอติก. เป็นวิธีที่ให้ผลดีที่สุด. ยิ่ง  
ผ่าตัดได้เร็วเพียงใดก็จะยิ่งช่วยลดอัตราการตาย  
ลงเพียงนั้น. ตามรายงานของ Ochsner  
และ Grave (6) ในปี ๑๙๓๘ ปรากฏว่าใน  
จำนวนผู้ป่วย ๑,๐๗๒ รายที่ไม่ได้รับการ  
รักษาทางศัลยกรรม, มีอัตราการตายสูงถึง  
๕๑.๑ ปร. ตรงกันข้าม, ผู้ป่วยที่ได้รับการ  
รักษาทางศัลยกรรม, ตามรายงานของ  
Berens และพวก (1) ในปี ๑๙๕๓, จำนวน  
๑๕๔ รายมีอัตราการตายเพียง ๒๒.๗ ปร.

Henry H. Faxon (4) กล่าวขำว่าเมื่อ  
สงสัยว่าผู้ป่วยมีหนองใต้กะบังลมให้รีบผ่าตัด  
โดยเร็ว. หากมีวรัอเข้าจนอาการบวมและ  
อาการแสดงชัดเจนแล้ว, มักจะสายไป  
เสมอ.

การระบายหนองออกอาจทำได้เป็น ๓  
วิธี, สักแต่ตำแหน่งของโพรงหนอง, คือ  
(๑) ผ่านช่องเยื่อหุ้มปอด, ทำระยะ  
เดียว, หรือสองระยะ. (๒) เข้าทางด้าน  
หลัง. (๓) เข้าทางหน้าท้อง.

### ๑. ผ่านช่องเยื่อหุ้มปอด

ก. ทำระยะเดียว หาคำแหน่งให้แน่.

ตัดกระดูกซี่โครงบริเวณนั้น ๑ ซี่ (ซี่ที่ ๘ หรือ ๙) มักผ่าในแนวเส้น แอ็กซิลลารีย์. ผ่าเข้าไประยะหนึ่งนอก. เนื่องจากส่วนมากเยื่อหุ้มปอดส่วนกะบังลมและส่วน คอสดัก มักติดกันจากการอักเสบ, จึงไม่มีการกระจายของหนองเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด.

ข. ทำสองระยะ เพื่อยกมันตรราย

อันอาจเกิดจากการกระจายของหนองเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอด, เมื่อตัดกระดูกซี่โครงออกแล้วยังไม่ระบายหนองออกทันที, ใช้ผ้ากอสกกดไว้ก่อน ๒ ถึง ๔ วัน, เพื่อให้เยื่อหุ้มช่องปอดส่วน คอสดัก และส่วนกะบังลมติดกัน, แล้วจึงผ่าเข้าไประบายหนอง. วิธีนี้เป็นการปลอดภัยกว่าทำระยะเดียว. แต่บางท่านว่าเป็นการชักช้าโดยใช้เหตุ. ผลได้อาจไม่คุ้มผลเสีย.

๒. เข้าทางด้านหลัง โดยผ่านทาง

นอกเยื่อหุ้มปอดและเยื่อช่องท้อง. เป็นวิธีของ Ochsner และ Grave และเหมาะสำหรับรายที่โพรงหนองอยู่ด้านหลัง. ผ่าตามแนวกระดูกซี่โครงที่ ๑๒. ตัดกระดูกซี่โครงอันนั้นออกโดยเหลือเยื่อหุ้มกระดูกไว้.

เปิดเข้าโพรงหนองตามแนวขวางกับแนวของกระดูกซี่โครงกระดูก สไปนัล โปรเซสส์ ของกระดูกสันหลัง ลัมบาร์ อันที่ ๑. Melinkoff<sup>(11)</sup> กล่าวว่าเยื่อหุ้มช่องปอดข้างขวา, ประมาณ ๖๒ ปช., ลงมาต่ำกว่ากระดูกซี่โครงที่ ๑๒. แต่ไม่เคยพบเลยลงมาถึงกระดูก สไปนัล โปรเซสส์ ของ ลัมบาร์ ๑.

๓. เข้าทางหน้าท้อง เหมาะสำหรับ

รายที่โพรงหนองอยู่ข้างหน้า. ผ่าเข้าตามแนวไตชายโครง. ใช้นิ้วซำเข้าไประหว่างกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้อง, พยายามไม่ให้เข้าช่องท้อง, จนถึงโพรงหนองจึงระบายหนองออก.

### รายงานผู้ป่วย

รายที่ ๑ ชายไทยโสท, อายุ ๒๐ ปี,

รับไว้เมื่อ ๒๗ พย. ๒๕๐๓. ผ่าตัดในวันนั้นเนื่องจากเป็นไส้ติ่งอักเสบเน่าทะลุ; และเยื่อช่องท้องส่วนล่างอักเสบ. ได้ตัดไส้ติ่งออกและใส่ท่อระบายไว้.

หลังผ่าตัดให้ เพนซิลลิน ๕๐๐,๐๐๐ หน่วย ทุก ๖ ชม. และ สะเตร็ปโตมัยซิน วันละ ๑ กรัม เข้าได้ผิวหนัง รวม ๕ วัน. ต่อมาเปลี่ยนเป็น ฆลออร์แอมเฟนิคอล ให้

กินวันละ ๒ กรัม. วันที่สามหลังผ่าตัดไม่มี  
หนองออกอีกจึงเอาที่อธิบายออก.

ในสองวันแรกหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอน  
ท่า ฟาวเลอร์ เพื่อให้หนองลงไปรวมขังอยู่  
ในช่องท้องส่วนล่าง, ซึ่งจะทำให้สะดวกต่อ  
การระบาย. ต่อมาต้องรีย้ายผู้ป่วยลงนอน  
เตียงผ้าใบเนื่องจากเตียงไม้พอ. นำสังเกต  
ว่า ๔-๕ วันหลังผ่าตัดอาการปวดท้องหาย  
ไปแล้ว, แต่ยังมีไข้ระหว่าง ๓๘°-๓๙° ซ.  
อยู่ทุกวัน. ตอนแรกสงสัยมาเลเรีย. แม้  
ตรวจเลือดหลายครั้งไม่พบเชื้อ, ก็ยังสงสัย  
อยู่, จึงทดลองโดยรักษาด้วย อาราเลน ๑  
ซท, ก็ไม่ได้ผล.

๒๒ วันหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการเจ็บและ  
แน่นหน้าอกข้างขวามาก, จนนอนราบไม่  
ได้. ไข้สูง ๓๙° ซ., ชีพจร ๑๒๐ ต่อนาที,  
หายใจหอบ ๓๒ ครั้งต่อนาที. หน้าอกส่วน  
ล่างกดเจ็บทั่วไป, เคาะทึบ, ฟังไม่ได้ยิน  
เสียงหายใจ. ตรวจเลือดได้เม็ดเลือดขาว  
๑๒,๗๕๐, โปลีมอร์ฟ ๘๖ ปร., ลิมโฟ-  
ไซท์ ๔ ปร.

วินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีหนองใต้กะบังลม  
และสงสัยว่าหนองแตกเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด  
ขวา. ได้ส่งไปถ่ายภาพรังสีและทำ ฟลูออ-  
รอสโคปี้, พบโพรงหนองใหญ่อยู่ตลอด

ช่องเหนือคืบข้างขวา. เห็นระดับน้ำ-อากาศ  
ชัดเจน. กะบังลมถูกดันสูงขึ้นไปมากและ  
ไม่เคลื่อนไหวตามการหายใจ.

ได้ระบายหนองออกทันทีโดยใช้ยาชา  
เฉพาะที่. ใส่ที่ระบายที่ช่องซี่โครงที่ ๕  
ข้างขวาตามแนวขอบหลังรักแร้ (ไปสท์เรียร์  
แอกซิลลารี). เนื่องจากช่องกว้างพอจึงไม่  
ตัดกระดูกซี่โครง. ใต้หนองชั้นบนมีกลิ่น  
อจจาระออกมากกว่า ๒,๐๐๐ ล.ซม. ส่ง  
เพาะเชื้อได้ อ. โคไล. ตลอด ๓ วันต่อมา  
มีหนองออกอีกวันละประมาณ ๑,๐๐๐ ล.  
ซม., แล้วจึงน้อยลงตามลำดับ, ใช้ลดลง,  
ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น.

๗ วันต่อมา, ที่ระบายหลุด. ผู้ป่วย  
เริ่มแน่นหน้าอกและมีไข้อีก. ใต้ช่องใช้เข็ม  
เจาะต. กดได้ลำบากเพราะหนองชั้นมาก.  
ถ่ายภาพรังสียังพบโพรงหนองใหญ่อยู่และ  
ลึกลงมาทางข้างหน้าด้วย. จึงตัดสินใจผ่า  
ตัดใหม่, หลังจากระบายคราวแรก ๒  
สัปดาห์. คราวนี้เข้าทางหน้าท้องข้างขวา  
ตามแนวใต้ชายโครง. พยายามใช้มือเลาะ  
ทำลายผนังของโพรงหนอง. ยังเชิญโพรง  
หนองแตกหนองไหลลงช่องท้องด้วยแต่ไม่  
มากนัก. ได้พยายามรีบกดออก. รวมกด  
หนองออกได้กว่า ๑,๐๐๐ ล.ซม. ใช้

น้ำเกลืออุ่นล้างโพรงหนองแล้วใส่น้ำยา  
สเตอร์ปโตมัยซิน ๑ : ๑๐ จำนวน ๑๐ ล.  
ซม. ใส่ท่ออย่างระยาบคาไว้ ๑ ท่อ.

หลังผ่าตัดครึ่งหลัง ผู้ช่วยคชชนตาม  
ลำดับ. ได้ให้ เพนิซิลลิน และ สเตอร์ป-  
โตมัยซิน ขนาดเดิม ๒ วัน. ต่อมาให้  
ซมลดอร์แอมเฟนิคอด ร่วมด้วยวันละ ๑.๕  
กรัม. สองวันหลังผ่าตัดไขลงเป็นปรกติ,  
ไม่มีหนองอีก, วันที่ ๓ หลังผ่าตัดจึงเอาท่อ  
ระยาบออก. ๕ วันหลังผ่าตัดอาการเรี่ย  
ร้อยดี. ถ่ายภาพรังสีไม่พบหนองเหลืออยู่  
อีก. จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๕๘  
ที่อยู่ในโรงพยาบาล, หลังจากการระยาบ  
หนองครั้งแรก ๑๕ วัน, หลังจากการระยาบ  
ครั้งที่สอง ๕ วัน.

รายที่ ๒ หญิงไทย, โสภ, อายุ ๑๗  
ปี, รัยไว้เมื่อ ๒๑ ธค. ๒๕๐๓ (ในความ  
ดูแลของ น.พ. พลภักดิ์ ตาละลักษมณ์) ด้วย  
อาการสำคัญว่าปวดท้องมากและเป็นไข้สูง  
มา ๔ วัน.

๗ วันก่อนมาโรงพยาบาล, เริ่มมีอาการ  
ปวดท้อง. ตอนแรกปวดทั่วๆ ไปไม่มากนัก.  
เนื่องจากท้องผูกจึงกินยาระบาย. วันรุ่งขึ้น  
ท้องเดินและปวดท้องมากขึ้น. เริ่มปวดมาก  
ที่ท้องน้อยขวา. วันต่อมาปวดทั่วท้อง.

อาเจียนหลายครั้งและเป็นไข้สูง. อาการ  
มากขึ้นเรื่อย ๆ จึงมาโรงพยาบาล.

เมื่อแรกรับอุณหภูมิ ๓๘.๕ ซ., อัตรา  
ชีพจร ๑๑๐, อัตราหายใจ ๒๐. ความ  
ดันเลือด ๘๘/๕๐ มม.ปรอท. ร่างกายทั่วไป  
ไปผอม, ชักและขาดน้ำ. หน้าท้องแข็ง  
เกร็ง, กดเจ็บมากที่ส่วนล่างขวา. คลำ  
บริเวณดังกล่าวได้ก้อนแต่ไม่ชัดเจน. ฟัง  
ได้ยินเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ค่อยมาก.  
ช่องซีโครงส่วนล่าง ๆ ข้างขวาตึงและกด  
เจ็บ. ฟังได้ยินเสียงหายใจค่อย ๆ.

ตรวจเลือดได้ฮีโมโกลบิน ๖๕ ปรส.,  
เม็ดเลือดแดง ๓.๕ ล้านต่อ ล.มม., เม็ด  
เลือดขาว ๓๑,๐๐๐ ต่อ ล.มม., โปไลย์-  
มอร์ฟ ๘๓ ปรส., ลียมโฟซัยท์ ๑๖ ปรส.,  
เบสโพลีลิก มัยอีโลซัยท์ ๑ ปรส. ปัสสาวะ  
และอุจจาระไม่แสดงอะไรสำคัญ.

วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นไส้ติ่ง. รักษา  
แบบประคับประคอง, โดยให้งดกินอาหาร  
และน้ำ. ให้น้ำละลายกลูโคสทางหลอดเลือด  
และให้ แอนติไบโอติก ซีโคลมัยซิน  
เข้ากล้ามวันละ ๒ ขวด (๑ ขวดมีเพนิซิลลิน  
จี โพรเคน ๓๐๐,๐๐๐ หน่วย, เพนิซิลลิน  
จี โซเดียม ๑๐๐,๐๐๐ หน่วยและ สเตอร์ป  
โตมัยซิน ๑ กรัม). อาการไม่ดีขึ้น, มีไข้

สูง, ชีพจรเร็ว, และปวดท้องมากจน จึง  
ทำผ่าตัดในวันที่สาม.

ผ่าตามแนว พาราเร็คคัล ขวา. พบว่า  
เป็นฝีไส้ติ่งแตก, เยื่อช่องท้องส่วนล่าง  
อักเสบ. มีหนองไหลลงไปตามร่อง พารา-  
โคลิค ขวา, เกิดเป็นแหล่งหนองอยู่ที่ไต  
กระบังลมข้างขวาทางค้ำหลัง, หนองขุ่น. มี  
หนองประมาณ ๕๐ล.ซม. ได้กดหนองออก,  
ตัดไส้ติ่งและไส้ที่ระยะบายไว้. ส่งหนอง  
เพาะเชื้อได้ อี. โคไล คอมมอนิออร์.

หลังผ่าตัด, ให้ ซีโคลมัยซิน ขนาด  
เดิมต่อไป. เพิ่ม มัยโคซมอลริน เข้ากล้ำม  
วันละ ๕๐๐ มก. ทลอคัสปีคาที่แรกหลัง  
ผ่าตัดมีไข้สูงทุกวันระหว่าง ๓๘° - ๔๐°ซ.  
ในสัปดาห์ที่สองไข้จึงเริ่มลดลงจนเป็น  
ปรกติ. ยี่สิบวันหลังผ่าตัดหนองจึงหมด, เอา  
ที่ระบายออกได้. ผลหายเร็วเรียบร้อย,  
อาการปรกติ. ให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๒๖  
หลังผ่าตัด.

รายที่ ๓ ชายไทย, โสค, อายุ ๑๗  
ปี, รัยไว้ในแผนกอายุรศาสตร์เมื่อ ๑  
กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ (ในความดูแลของ  
น.พ. ประพาฬ ยงใจยุทธ์). มีอาการสำคัญ  
ว่าเป็นไข้มา ๒๐ วัน, ไอและหอบเหนื่อย  
มา ๔ วัน.

ยี่สิบวันก่อนมาโรงพยาบาล. เป็นไข้  
และปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา  
มาก, ไม่ร้ายไปที่ใด. ได้รับการรักษาจากแพทย์  
ภายนอกอยู่ ๓ วัน. อาการไม่ดีขึ้น. เจ็ด  
วันก่อนมา, เริ่มหายใจหอบและเหนื่อยง่าย,  
ยังมีไข้เหมือนเดิม. สัปดาห์ก่อนมา, เป็นไข้,  
หอบเหนื่อยและปวดท้องบริเวณใต้ชายโครง  
ขวามากขึ้น. แน่นหน้าอกและไอมากจน  
นอนรายไม่ได้ต้องลุกนั่งตลอดเวลา. อาการ  
มากขึ้นเรื่อย ๆ จึงมาโรงพยาบาล.

เมื่อแรกรับอุณหภูมิ ๓๘.๖°ซ., อัตรา  
ชีพจร ๑๖๐, อัตราหายใจ ๕๒, ความ  
ดันเลือด ๑๐๔/๖๐ มม.ปรอท. ร่างกาย  
ทั่วไปผอม, ชีต, หอบเหนื่อยมาก, นอนราย  
ไม่ได้. การเคลื่อนไหวของหน้าอกข้างขวา  
ขณะหายใจน้อยกว่าข้างซ้ายมาก. บริเวณ  
หน้าอกขวาส่วนล่างกดเจ็บทั่วไป, เคาะที่ขย,  
เสียงหายใจค่อนและฟังได้เสียงกรอแกร็บ  
ที่ส่วนล่าง. ปอดข้างซ้ายปรกติ. ตับและ  
ม้ามคลำไม่ได้.

ตรวจเลือดได้ฮีโมโกลบิน ๑๐ กรัม  
ปช., เม็ดเลือดแดง ๓.๗๕ ล้านต่อล.มม.,  
เม็ดเลือดขาว ๘,๕๐๐ ต่อล.มม. โปลียู-  
มอร์ฟ ๗๕ ปช., ลียม์โฟซัยท์ ๑๕ ปช.,  
โมโนซัยท์ ๒ ปช.

วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นฝีที่คืบแตกเข้าช่องปอดขวา.

ตรวจทางรังสีโดยถ่ายภาพและฟลูดอโรสโคปี้, พบโพรงหนองอยู่ใต้กะบังลมตลอดข้างขวาในส่วน โปสทีเรียร์ ซุปราเอปาทิค ข้างขวา. เห็นระดับน้ำ—อากาศชัดเจน. กะบังลมถูกดันสูงขึ้นไปมากและไม่เคลื่อนตามการหายใจ. ปอดขวาส่วนล่างอักเสบ.

ให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่ามีหนองใต้กะบังลม.

การรักษา. ได้ทำการระบายหนองออกในวันที่ยี่สิบโดยใส่ท่อระบายเข้าในช่องซี่โครงที่ ๕ ขวา, ตามแนวขอบหลังรักแร้. ในวันแรกได้หนองกว่า ๕๐๐ ล.ซม.. ลักษณะข้นข้น, มีกลิ่นอู้อะ. เพาะเชื้อได้ อี. โคไล คอมมูนีออร์. ในวันต่อ ๆ มาได้หนองเรื่อย ๆ วันละ ๕๐ — ๑๐๐ ล.ซม., รวม ๑๒ วันจึงหมด. มีไข้สูงระหว่าง ๓๘—๓๙°ซ. อยู่ ๕ วันจึงเริ่มลด.

ในการรักษาร่วมทางอายุรศาสตร์, เมื่อแรกมาได้ให้ เรฟเวอร์นิน (พียร์โรลิดิโนเมธิล เตตราซัยคลิน) เข้าหลอดเลือดดำ ครั้งละ ๒๗๕ มก. วันละ ๒ ครั้ง ๒ วัน,

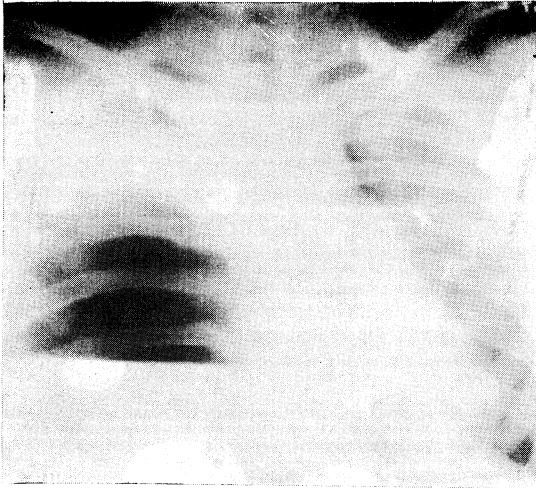
เพนิซิลลินจี. โซเดียม วันละ ๓ ล้านหน่วย, สเตรปโตมัยซิน วันละ ๒ กรัม. เป็นเวลา ๑ สัปดาห์. ต่อมาให้กิน ฆลอร์แอมเฟนิคอด วันละ ๒ กรัม. ใต้ใส่ เพนิซิลลิน จี. โซเดียม เข้าในโพรงหนองด้วยวันละ ๕ แสนหน่วย.

รวมการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ๔๑ วันจึงหายเรียบร้อยก็, กลับบ้านได้.

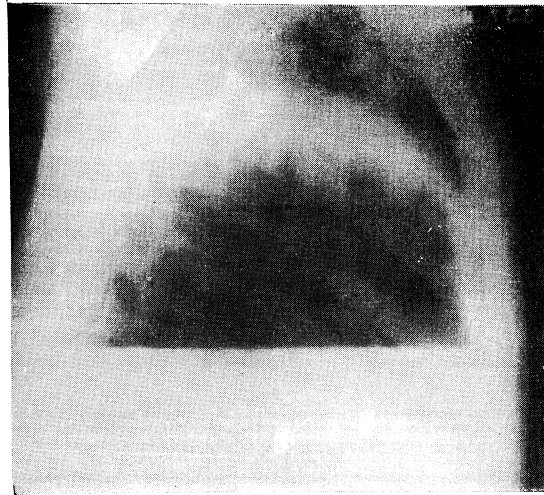
อภิปราย ผู้ช่วยรายแรก, ซึ่งเกิด

ภายหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง, เป็นตัวอย่างอันดีว่า, ทั้ง ๆ ที่มีอาการชอกและอาการแสดงเกือบเหมือนในตำรา, เรายังให้การวินิจฉัยและการรักษาล่ากว่าควรเพราะไม่ได้นึกถึง. ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันเราพบน้อยเหลือเกิน. หลายท่านกล่าวว่าเมื่อผู้ป่วย มีไข้ สูงอยู่นาน ๆ โดยหาสาเหตุไม่ได้, ภายหลังการอักเสบหรือการผ่าตัดภายในช่องท้อง, โรคแทรกอย่างหนึ่ง ที่ พง นึก ถึง อยู่ เสมอ คือ “หนองหรือฝี ใต้กะบังลม”

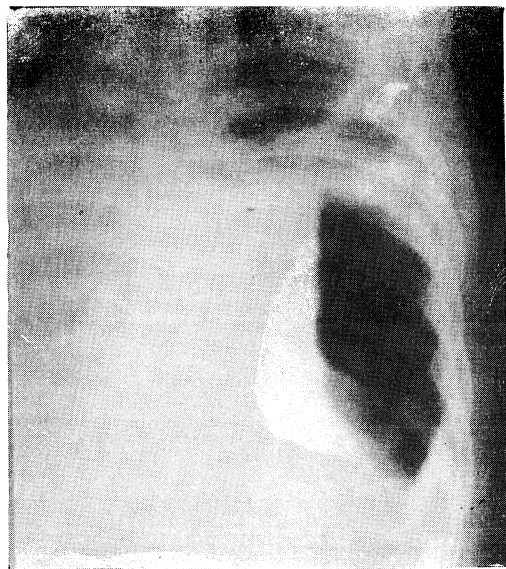
สรุป ได้รายงานผู้ป่วยเป็นหนองใต้กะบังลม ๓ ราย. ซึ่งรับไว้รักษาในปี ๒๕๐๓ และ ๒๕๐๔ เป็นผู้ป่วยแผนก ศัลยศาสตร์ ๒ ราย, แผนกอายุรศาสตร์ ๑ ราย. สาเหตุเกิดจากการอักเสบของไส้ติ่ง ๒ ราย, ไม่ทราบแน่ ๑ ราย. คนไข้มีอายุ ๒๐ ปี



รูปที่ ๔. แสดงระดับน้ำ-อากาศ ภาพถ่ายด้านหน้า-หลัง.



รูปที่ ๕. แสดงระดับน้ำ-อากาศ. ภาพถ่ายด้านข้าง.



รูปที่ ๖. แสดงระดับน้ำ-อากาศ. คนไข้นอนตะแคง.

๑ ราย, ๑๗ ปี ๒ ราย, เป็นชาย ๒ หญิง  
 ๑. อี. โคลโด คอมมูนีออร์ เป็นตัวทำตึก  
 รชชอง ๓ ราย. ตำแหน่งของผอยที่ช่อง  
 ไปสทเวียร์ ซูปราเอปาคิก ขวา ๒ ราย,  
 ช่องเดียวกัน ร่วมกับช่อง แอนทีเวียร์  
 ซูปราเอปาคิก ๑ ราย.

โดยได้ใส่ท่อระบายเข้าทางช่องระหว่าง  
 กระดูกซี่โครงร่วมกับ แอนทีไบโอติก และ  
 สารเคมีพวกกระบังเชอ. การรักษาคงกล่าว  
 ไม่ได้ผล ๑ ราย, ต้องเปลี่ยนวิธีเป็นผ่า  
 ระบายทางหน้าท้อง. ผู้ช่วยหายคิง ๓  
 ราย. รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาลภายหลัง  
 การระบายหนอง ๕ วัน, ๒๖ วันและ ๔๐  
 วันตามลำดับ.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณศาสตราจารย์  
 นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ, หัวหน้า  
 แผนกศัลยศาสตร์, ศาสตราจารย์นาย  
 แพทย์ประเสริฐ กังสกาลย์, หัวหน้าแผนก  
 อายุรศาสตร์, ที่กรุณาสันนิษฐานและ  
 อนุญาตให้นำเรื่องมารายงานได้. ขอขอบ  
 คุณนายแพทย์นันทวัน พรหมผลิน, นาย  
 แพทย์สภา ลิ้มพาณิชย์การ และนายแพทย์

วิสุทธิ วุฒิพฤษ, ที่กรุณาช่วยทำภาพ  
 ประกอบ.

### เอกสาร

1. Berens, J.J., et al.: Surg., Gyn., Obst. 1953, 96:463-470.
2. Bailey, H.: Emergency Surgery, 1953, 6th ed., Bristol, John Wright & Sons Ltd., pp. 245-250.
3. Christopher, F.: A. Textbook of Surgery, 1952, 5th ed. Phil., W.B. Saunders Co., pp. 1034, 1471.
4. Faxon, H.H.: New Eng. J. Med. 1940, 222:289-299.
5. Ingelfinger, F.J.: New Eng. J. Med. 1959, 261:194.
6. Orr, T.G.: Operations of General Surgery, 1947, Phil., W.B. Saunders Co., pp. 329-332.
7. Puestow, C.B.: Surgery of the Biliary Tract, Pancreas and Spleen, 1957, 2nd ed. Chicago, The Year Book Publishers Inc., pp. 48-62.
8. Shackelford, R.T.: Subphrenic Abscess, Surgery of the Alimentary Tract, 1955, Phil., W.B. Saunders Co., 1:632-642.
9. Sosman, M.C.: New Eng. J. Med. 1958, 258:1165.
10. Thorek, P.: Surgical Diagnosis, 1956, Phil. & Montr., J.B. Lippincott Co., pp. 185-188.
11. Virabutr, S., A. Behrend: Am. J. Surg. 1958, 95:455-460.
12. พิสิษฐ์ วิเศษกุล: ติดต่อบุคคล.

(Summary of the preceding Report)

## SUBDIAPHRAGMATIC ABSCESS

Review and Case Reports

Thira Limsila, M.B.

(Dept. of Surgery)

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

---

Following a short review of anatomical, etiological and clinical features the author presented three case reports on subdiaphragmatic abscess in two boys, 20 and 17 years of age respectively, and one girl 17 years old. In two cases appendicitis with rupture was the precedent disease; in the third case amebic abscess was suspected. Chief symptoms included persistent fever with abdominal pain and

chest oppression. Radiological examination clinched the diagnosis. The treatment was surgical drainage with antibiotic supplementation. *E. coli* was identified in the pus in all cases. It was emphasized that although subdiaphragmatic abscess is becoming more and more infrequent, it should always be borne in mind to avoid missing it in diagnosis.

(Twelve references. Six figures.)

---

## บทความพิเศษ

### การรักษากระดูกหักส่วนล่างของกระดูกโคนขา

นพ. รัชพลเมือง พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์, หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ)

ในรายกระดูกหักที่ล่างของโคนขา (พีเมอร์) มักมีความยุ่งยากในการรักษา, โดยเหตุที่การหักนี้ มักจะเกิดร่วมกับการได้รับอันตรายรุนแรง, เช่นตกจากที่สูง, รถชนกัน. ในเด็ก ๆ อาจเกิดระหว่างการเล่น. รายที่ได้รับอันตรายรุนแรงมักมีอาการ ช็อค และการ กระแทก กระเทือน ทางสมองร่วมด้วย, ซึ่งทำให้การรักษายุ่งยาก. ต้องรักษา ช็อค ให้ดีเสียก่อนจึงจะจัดการกับกระดูกโคนขาหักได้. ยิ่งในรายที่มีอาการทางสมองยุ่งยากมากขึ้นเป็นทวีคูณ, เพราะเหตุว่ามัก มีการ ชัก แยก กันในการรักษา. เช่นการให้น้ำเข้าหลอดเลือดมาก ๆ จำเป็นในรายที่รักษากระดูกโคนขาหัก ซึ่งมี ช็อค, แต่ไม่เป็นของดีหากมีอาการทางสมองร่วมด้วย. ผู้ช่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัวต้องการให้มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ๆ, แต่ชดเชยกับการรักษากระดูกหัก ซึ่งต้องการให้อยู่นิ่ง ๆ,

และการดึงเอากระดูกเข้าที่ตองใช้ยาสลย, แต่อาการทางสมองอาจไม่อำนวยให้. เหตุขัดข้องดังกล่าวแล้วทำให้การรักษากระดูกโคนขาหักต้องล่าช้าไป, ซึ่งย่อมล่าช้ากว่าเดิม.

การรักษาโดยการ ดึงกระดูกเข้าที่แล้วใส่เฝือก, มักจะเกิดความยุ่งยากและผิดหวังบ่อย ๆ, เนื่องจากเหตุดังต่อไปนี้คือ :

(๑) มีเลือดขังในกล้ามเนื้อ และใต้กล้ามเนื้อของต้นขามาก, จนขวมมากกว่าท่อน ๆ, ทำให้ดึงเข้าที่ไต่ยาก.

(๒) ปลายกระดูกหักเลื่อนหลุดจากกันได้ง่าย, เพราะว่ามีกล้ามเนื้อโตและแข็งแรงมากเช่นกล้ามเนื้อกางตะโพก, หยตะโพก, และงอตะโพก, ซึ่งต่างก็ตึงกันจนเกิดไม่สมดุลย์, เกิดงอเป็นมุมและมีความพิการ. ครนเมือกกล้ามเนื้อขวมเฝือก จะหลวม มากทำให้ปลายกระดูกหลุดจากกันได้ง่าย.

หลักการรักษาแบ่งไปตามอายุ, คือ (ก) ในเด็กต่ำกว่า ๓ ขวบ, (ข) ในเด็ก ๓ ขวบ ถึง ๑๐ ขวบ, (ค) ในผู้ใหญ่.

การรักษาในเด็ก

การรักษาโดยไม่ผ่าตัด ในเด็ก Blount. กล่าวว่ากระดูกโคนขา มักหัก ที่ส่วนหนึ่งในสามช่วงกลางราว ๆ ๗๐ เปอร์เซนต์, และรักษาโดยไม่ผ่าตัดได้ผลดี. เขาว่าการดึงถ่วงตลอดเวลา (แตรคชั่น) ได้ผลดีกว่าวิธีอื่น ๆ. ในเด็กต่ำกว่า ๓ ขวบใช้วิธีดึงแบบ Bryant. นำหนักราว ๆ ๓ ถึง ๕ ปอนด์แล้วแต่ความจำเป็น. ต้องหมั่นใจอยู่เสมอ, อาจจะต้อง ๒ ถึง ๓ ครั้งต่อวัน. อาจมีอันตรายได้จากการพันแน่นจนเกินไปและเกิดมีเนื้อเน่าจากการขาดเลือด. ต้องดึงถ่วงตลอดเวลาไว้ประมาณ ๓ ถึง ๔ สัปดาห์จนกว่าจะมี คลลัสต์ แข็งพอ, รั โดยกดไม่เจ็บที่ คลลัสต์. การดึงตลอดเวลานั้นขอเสียคือต้องให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนาน.

เด็กอายุ ๓-๑๐ ขวบใช้การดึงตลอดเวลาตามแกนยาวของกระดูกโคนขา. ข้อสำคัญ ต้องดึง ตาม แกน ยาว ให้ ได้ จริง ๆ. โดย มาก มัก ดึง สูง กว่า ทำให้ เสีย แรง ไปเปล่า ๆ, จึงต้องหมั่นคอยตรวจดูอยู่เสมอ,

อาจจะ ๒-๓ ครั้งต่อวัน. ขา มัก จะ หมุน ออกนอกได้เสมอ ๆ ต้องคอย ระวัง ไว้ ให้ ดี. ผ่าตัดที่ใช้ อาจ ใช้ ผ่าตัด โรมส์ หรือ ผ่าตัด Bohler Braun. ถ้าหักที่รอยต่อระหว่างส่วนกลาง ๑ ใน ๓ กับส่วนบน ๑ ใน ๓, ปลายล่างของท่อบนขามักจะหยงเข้าไป. ถ้าดึงขาข้างที่หักให้เหยียดลงแต่เพิ่มน้ำหนักดึงขาข้างดี, จะแก้ความพิการดังกล่าวได้.

อาจใช้วิธีเข้า ยิป สไปทไป ๒ ข้าง. เข้าเพียงแค่หัวเข่าแล้วใช้วิธีดึง โดยยึดติดที่ผิวหนัง (skin traction). ผ่าตัดจะช่วยยึดตัวไว้. การดึงทกระดูกโดยตรง (skeleton traction) ในเด็กไม่ควรทำเพราะอาจจะมีอันตรายต่อศูนย์การเจริญของกระดูกได้ง่าย, และการดึงโดยยึดติดที่ผิวหนังก็ได้ผลดีแล้ว. การที่จะดึงเอากระดูกเข่าที่ชนกับปลายชนปลาย ๑๐๐ เปอร์เซนต์นั้น, นอกจากจะไม่จำเป็นแล้วยังเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาอีกด้วย. กระดูกโคนขาที่เอาเข่าที่ชนกับปลายชนปลายในเด็กโดยเฉลี่ย จะงอกยาวออกมาราว ๆ ๑ เซนติเมตร. พบภายหลัง ๖ เดือนไปแล้ว. ฉะนั้นหากจะแยกกันราว ๆ ๑-๒ เซนติเมตรก็ไม่เป็นไร. การที่จะงอกยาวออกมาเท่าโคนนี้ไม่อาจคาดคะเนได้ถูกต้อง. มักเป็นอัตราส่วนกับการแยกกันของ

กระดูกและจำนวน แคลลัส ที่เกิดขึ้น.

การรักษาโดยวิธีผ่าตัด เราอาจใช้ในรายที่มีกระดูกเคลื่อนผิดที่อย่างมาก หรือตีคผิดรูป, เช่นตีคหมอนอก, ตีคองเป็นมม, ตีคเกยกันมาก ๆ, เป็นต้น. ควรถือเป็นข้อบ่งสำหรับการผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่. หากว่าเป็นชนิดหักขวางควรใช้แผ่นโลหะตามชนิดวีวี ๆ (slotted plate). พวกที่หักเฉียงเหมาะที่จะใส่ตะป๋ควงสัก ๒-๓ ตัวก็จะมีคองดีพอ. การติดของกระดูกโคนขาในเด็กกินเวลาประมาณ ๒-๓ เดือน, แต่จำเป็นต้องใช้การตรวจและเอกซเรย์ ช่วยประคองการพิจารณาด้วย.

### การรักษาในผู้ใหญ่

เราสามารถจะรักษาได้ ๒ วิธี, คือโดยไม่ผ่าตัดและโดยผ่าตัด.

การรักษาโดยไม่ผ่าตัด ใช้การดึงถ่วงตลอดเวลา. โดยมากใช้ดึงที่กระดูกในเข่า โคมัส. กระดูกจะเข้าที่โตคต้องอาศัยแรงดึง, แรงกดให้ถูกต้อง. ใส่ลวด เคอร์ชเนอร์ ที่ปุ่มของกระดูกหน้าแข้ง (ทีเบีย) ดึงด้วยน้ำหนัก ๒๐ ปอนด์ไปตามแกนยาวของ

กระดูกโคนขา, งอเข้าประมาณ ๓๐ องศา, ดึงโดยยึดติดที่ผิวหนัง ตาม แกนยาวของกระดูกหน้าแข้ง. เอาหมอนเล็ก ๆ รองหนุนตรงรอยหัก เพื่อให้กระดูกโคนขาโค้งงอตามหน้าแข้งน้อยตามเดิม.

### หลักการดึงถ่วงตลอดเวลา

อาศัยแรงกดแรงดึง ๓ แห่งคือ

- (ก) กดตรงด้านหน้าของหัวเข่า (อาศัยดึงโดยยึดติดที่ผิวหนังที่กระดูกทีเบีย)
- (ข) แรงดึงขึ้นตรงรอยหัก (ใช้หมอนหนุนตรงรอยหัก)
- (ค) แรงถ่วงตามแกนยาว (ใช้แก่การดึงที่กระดูก)

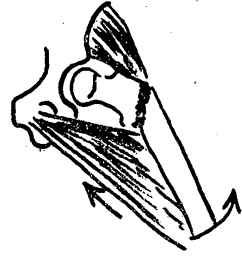
ข้อสำคัญต้องคอยหมั่นจับให้อยู่ในท่าที่ด้อยเสมอ. ในรายที่หักเกินกว่า ๘ ซม. แลวมักมีกล้ามเนื้อชวมมาก, จึงไม่ควรใส่น้ำหนักมากจนเกินไปในตอนแรก, เพราะจะทำให้มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อได้. ควรค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักในภายหลัง. การดึงที่กระดูกเราหวังผลในระยะเวลา ๔๘-๗๒ ชม., จึงควรหมั่นวัดขนาดเสมอ ๆ, เพื่อย่อกันปลายกระดูกดึงห่างออกจากกันซึ่งจะมีผลเสียทำให้เกิดตีคซ้ำหรือไม่ติด, และอาจมากจนถึงก็มีอันตรายต่อประสาท

และหลอกล่อก็ได้. เมื่อรักษาได้ยาวเท่า  
กันแล้วจึงฉายเอกซเรย์ค. หากเขาหักให้  
ลดน้ำหนักให้เหลือพอที่จะกันไม่ให้หลุดออก  
จากกันเท่านั้น. ต้องคอยความแผลกหรือ  
การ คัด เซอ ของ ลวด ที่ ใช้ ดึง หรือ เปล่า.  
ระหว่างทำการดึงต้องบริหารกล้ามเนื้อ, ข้อ  
นิ้วเท้า, และข้อเท้า, ตลอดจนบริหารกล้ามเนื้อ  
เนื้อ คอควรีเซ็ปซ์ เพื่อป้องกันความพิการ.

ข้ญหามือยว่าจะเข้าเฝือกเมื่อใด. ควร  
รอให้ แคลลัส ที่เกิด แข็งพอเสียก่อนโดย  
ปกติไม่เจ็บ, ซึ่งอาจต้องเสียเวลาถึงไว้ตลอด  
เวลาหนึ่งเดือนถึงหนึ่งเดือนครึ่ง จึงใส่เฝือก.  
การรีบใส่เฝือกเร็วเกินไปมักจะมีอาการ  
ไตทั้ง ๆ ที่อยู่ในเฝือก. โดยเฉลี่ยราว ๆ  
๓-๔ เดือนเขาเฝือกออกได้. แล้วให้หัก  
บริหารโดยไม่ให้ลงน้ำหนักตัว, ใช้อาศัย  
ไม้ยันรักแร้. แล้วจึงค่อย ๆ ลงน้ำหนักที่  
ละน้อย ๆ จนปรกติ.

หัก ใต้ ปุ่ม โทร แคน เตอร์ ของ กระดูก

โคนขา การหักมีไคสองแบบ. แบบหนึ่ง  
รอยหักเฉจากกลางขนบน และ ออกค้ำนอก.  
(รูป ๗) ในการหักแบบนี้กระดูกมีความ  
มั่นคง, เกยวกัหน้าหักของกระดูกและ  
ทิศทางการดึงของกล้ามเนื้อ. เราสามารถดึง



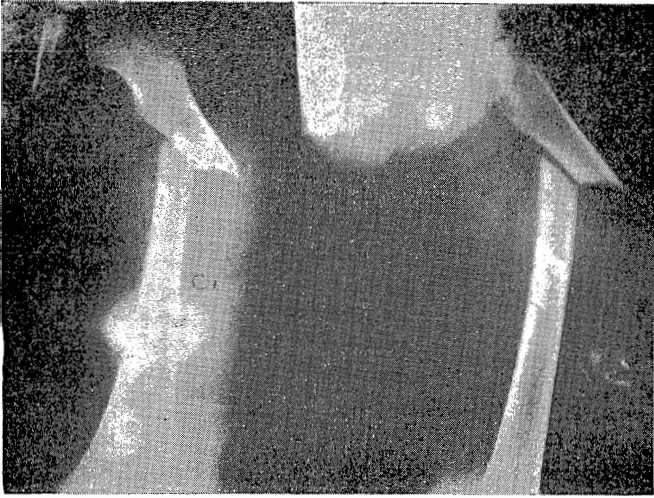
รูปที่ ๗. หักชนิดมั่นคง. สามารถดึงเอาเข้าที่ได้และ  
เข้าเฝือกไว้ในท่าทางขาประมาณ ๔๕ องศา, หรือจะใช้  
การดึงตลอดเวลาก็ได้

เขาคงแล้วจับขาทางออก. ปลายหักทั้งสอง  
ข้างก็จะกระชับติดกันอย่างมั่นคง. ต่อไป  
เข้าเฝือก สะไปกำ ไว้ก็พอเพียง. ในการ  
หักแบบนี้สองรอยหักเฉจากกลางเข้าใน, มี  
ผลทำให้กระดูกไม่มีความมั่นคง, เนื้อ  
ตัวอ่อนขนบนถูกกล้ามเนื้อกางขา (แอ็บคัค-  
เตอร์) ดึงให้กระดูกออกไป, ส่วนที่อ่อนล่าง  
ถูกกล้ามเนื้อหอยขา (แอคคัคเตอร์) ดึงให้  
เขนเข้าข้างใน. (รูป ๘). ปลายหักทั้งสอง

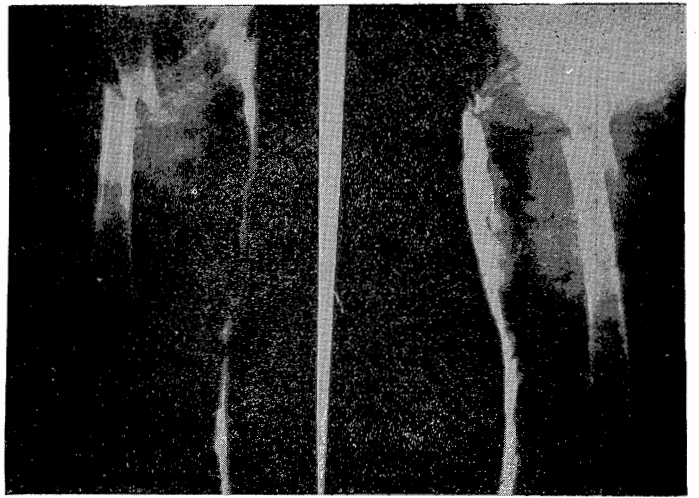


รูปที่ ๘. หักชนิดไม่มั่นคง. ต้องรักษาโดยการดึง  
ตลอดเวลา หรือโดยการผ่าตัด

เคลื่อนออกจากกันได้ง่าย. แบบนี้ไม่  
สามารถจะเข้าเฝือก สะไปกำ ได้. ต้องใช้



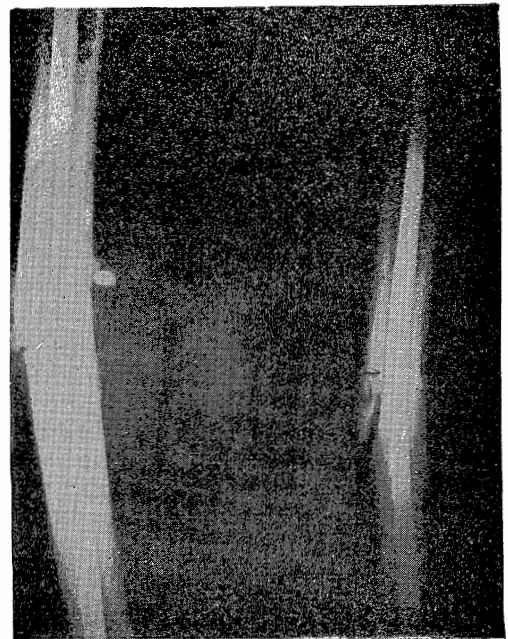
รูปที่ ๑. กระจุกฟิเบอร์หักจากตกบันได.



รูปที่ ๒. ได้รับการรักษาโดยการ ดึงเอากระจุกเข้าที่ ซึ่งค่อนข้างดีแล้วเข้าฝือก.



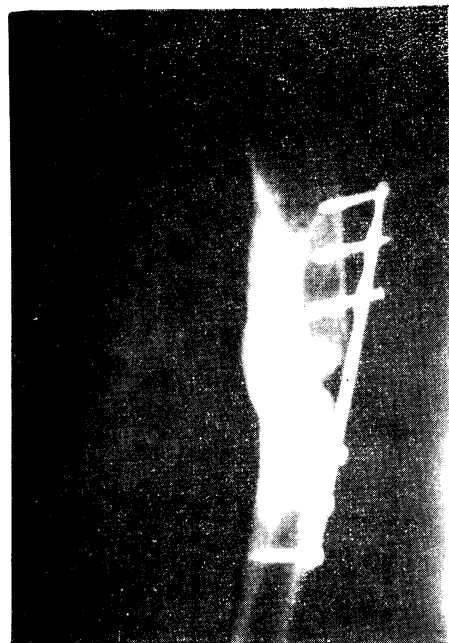
รูปที่ ๓. ทั้งที่อยู่ในฝือก และฝือกก็ไม่หัก แต่กระจุกกลับเคลื่อนที่ไปคล้ายกับก่อนดึงเอาเข้าที่.



รูปที่ ๔. แกนโลหะงอแล้วไม่ได้จัดการแก้ไข คงปล่อยทิ้งไว้.



รูปที่ ๕. แกนโลหะหัก ๒ เดือนหลังจากที่  
ต้องเอาออกแล้วใส่ใหม่ พร้อมกับ กราฟที่  
กระดุก.

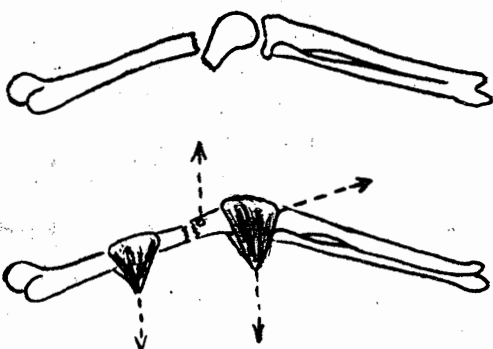


รูปที่ ๖. แสดงแผ่นโลหะที่ตาม (Plate)  
หลุด เนื่องจากตอดฝือกออกเร็วเกินไป  
กระดุกยังไม่ติดแข็งแรงพอ หรืออาจเกิด  
จากฝือกหักก็ได้ หากจะใช้แผ่นโลหะตาม  
ต้องเข้าฝือกให้ดีและนานพอ.

การดึงตลอดเวลาหรือใช้การผ่าตัด.

หักเหนือ คอนดัยล์ ของกระดูกโคนขา

ชนิดนี้ พบน้อยแต่ว่าเป็น ปัญหาที่ยาก เกี่ยวกับการรักษา, โดยจะมีการงอของ ท่อนล่างไปข้างหลัง โดยแรงดึง ของ กล้าม เนื้อ กาสโตรคอนนิเมียส และ ควอดริเซ็ปส์. หากไม่แก้ไข จะเกิด เจนู เรคิววาทุม (Genu recurvatum) และ อาจ จะมีการฉีก ขาดของหลอดเลือดและประสาทโดยปลาย กระดูกแทงได้. การรักษานิดไม่ผ่า, ใช้ การดึงตลอดเวลาในท่างอเข้ามาน้อยตาม แต่จะมีการเคลื่อนไหวเล็กน้อยเพียงใด. ใช้ ฝืด โปสเตอร์บรอน, ใส่วด เคอชเนอร์ ดึงที่ข้อมของกระดูกหน้าแข้ง. เอาหมอน รองทางคานหลังตรงรอยหักหรือจะใช้ดิ่งชน ก็ทำได้. นอกจากนั้นต้องกดที่หัวเข่าและ ตรงเห็นรอยหักด้วยตามรูปที่ ๕.



รูปที่ ๕. หักที่เหนือคอนดัยล์ของกระดูกโคนขา, แสดง หลักการดึงเอากระดูกเข้าที่

การ รักษา กระดูกโคนขา หัก ต้อง ระวัง

๒ ข้อ

- (๑) อย่าให้มีการตีคผิดรูป, เช่นตีค หมุนตัว, ตีคงอเป็นมุม, ตีคเกยกันในผู้ ใหญ่. (การตีคเกยกันในเด็กไม่สู้กระไร นัก).
- (๒) ข้องอเข้าแข็ง, ซึ่งอาจเกิดได้ ๓ ชนิด คือ
  - (ก) จากการยึดติดใน ข้อ และ รอยๆ ข้อ, มักเกิดโดยทั่วๆ ไปที่ไล่ฝืด, แต่ จะค่อยๆ ตีคขึ้นเมื่อเริ่มทำการบริหารด้วยตนเองหลังจากถอดฝืดออกแล้ว. อาจช่วยให้ เกิดน้อยโดย การไล่ ฝืดใน ท่าเข่างอ เล็ก น้อย, อย่าให้ข้อเข้าเหยียดมากจนเกินไป. ควรบริหารกล้ามเนื้อ ควอดริเซ็ปส์ และ บริหารนิ้วเท้า.
  - (ข) กระดูกสะบ้าตีคกับ คอนดัยล์ ของ กระดูกโคนขา. ต้องอาศัยการบริหารกล้ามเนื้อ ควอดริเซ็ปส์ กับกายภาพบำบัด. หัก เหยียดหักงอ. หากมีกระดูกสะบ้าแตก, ตีคเอากระดูกสะบ้าออกเลย.
  - (ค) กล้ามเนื้อ ควอดริเซ็ปส์ ตีคกับ ปลายกระดูกที่หัก. เวลากระดูกหัก, ปลาย กระดูก อาจ แทะทะลเข้า กล้ามเนื้อทำให้ตีค กับกล้ามเนื้อ, หรืออาจเกิดการตีคเซอ,

ทำให้กล้ามเนื้ออกสันและยึดติด. ต้องช่วย  
โดยกายภาพบำบัด. หากไม่ออกต้องใช้  
การผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อยาวขึ้น.

การรักษาโดยวิธีผ่าตัด กระจกโคนขาหัก  
ไม่ใช่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดเป็นการด่วน,  
หากแต่จะต้องตรวจดูว่ามีอาการแทรกซ้อน  
หรือไม่, และควรจัดการใดก่อนเช่น ข้อศอก  
เป็นต้น. ควรทำผ่าตัดต่อเมื่ออาการทั่ว ๆ  
ไปก็แล้ว. ในปัจจุบันการผ่าตัดในผู้ใหญ่  
นิยมใส่แกนโลหะกันมาก, ซึ่งในบางครั้ง  
มากเกินความจำเป็น. หากว่าทุกสิ่งถูกต้อง  
สมรรถนะการใส่แกนโลหะก็จะมีประโยชน์  
มาก คือ

(๑) ไม่ต้องใส่เฝือก, ซึ่งจะเป็นที่พอ  
ใจแก่ผู้ป่วยอย่างมาก.

(๒) การพยาบาลง่าย และ สะดวก  
มาก, เพราะสามารถช่วยขยับเขยื้อนผู้ป่วยได้  
โดยไม่เกิดผลเสีย.

(๓) ผู้ป่วยลุกนั่ง, ยืน, เดินได้เร็ว  
หลังผ่าตัด. หากไม่เจ็บขาดแผลให้ลุกนั่ง  
ได้เลย. ประมาณ ๒ สัปดาห์ใช้ไม้ยันรักแร้  
ช่วยเดินได้.

(๔) เนื่องจากลงน้ำหนัก และ บริหาร  
ข้อได้เร็ว, ทำให้ระยะที่คงอยู่โรงพยาบาล

และระยะพักฟื้นลดลงมาก.

การใส่แกนโลหะไม่เหมาะก็ กระจก  
โคนขาหักทุกชนิด. ที่เหมาะที่สุดคือหัก  
หนึ่งในสามช่วงกลาง. หักหนึ่งในสามช่วง  
บนก็พอใช้ได้. สำหรับพวกที่มรรอยหักเฉียง  
ยาว ๆ ไม่ค่อยเหมาะนัก.

การใส่แกนโลหะอาจทำได้ ๒ วิธี:

(ก) ชนิดไม่ผ่าตรง รอย หัก (closed  
technique). แต่ผ่าเล็ก ๆ ที่ปุ่มใหญ่ของ  
กระจกโคนขา. ใส่แกนโลหะลงมาหาที่  
รอยหัก, มีข้อดีคือ (๑) ไม่ต้องผ่าบริเวณ  
ที่กล้ามเนื้ออวม. (๒) ไม่ทำลาย ไขมัน-  
โตมา ที่จะกลายเป็นแคลลัสต่อไป.

มีข้อเสียคือ (๑) ผู้ช่วยและแพทย์จะ  
ต้องถูกเข็บชเรย์มาก. (๒) เวลาถึงเอา  
กระจกเขาที่จะมีการชอกช้ำมาก, ทำให้  
เกิดอาการ ข้อศอก มากขึ้น. (๓) อาจออก  
แกนโลหะทะลุกระดูกไปถลอกหลอดเลือดได้.

(ข) ชนิดเข็บเข้าหา ส่วนที่หัก (open  
technique). จะเอาเขาที่โตไม่ยากนัก.

การใส่แกนโลหะให้ได้ผลดีขึ้นอยู่กับ  
(๑) การเลือกตำแหน่งของกระจกหัก  
ที่เหมาะสมกับการใส่แกนโลหะ, คือส่วนหนึ่ง  
ในสามช่วงกลางและหนึ่งในสามช่วงบน, ก็  
พอใช้ได้.

(๒) การเลือกชนิดและขนาดของแกนโลหะ, ต้องให้ใหญ่และยาวพอ, คือใหญ่พอเหมาะกะบัพโรงกระดูก, และยาวพอกับความยาวของกระดูกโคนขา. ต้องใส่ลึกลงขอบบนของกระดูกสะบ้า, หรือประมาณ ๒ นิ้วพุดจากผิวข้อต่อ. ส่วนปลายบนให้โผล่จากปุ่มใหญ่ของกระดูกโคนขาไม่เกิน ๑ นิ้วพุด. วิธีวัดความกว้างใช้มีดแกนโลหะติดกับต้นขาให้ขยับระดับเดียวกับกระดูกโคนขา, แล้วถ่ายเอ็กซเรย์. เราสามารถวัดเปรียบเทียบกันได้. ส่วนความยาววัดจากยอดของปุ่มใหญ่ของกระดูกโคนขาถึงข้อเข้า. ได้เท่าใดเอา ๑ นิ้วลบ, จะได้เป็นความยาวที่ต้องการ.

รากฐานความรู้เกี่ยวกับการใส่แกนโลหะ

(๑) โพรงกระดูกกว้างไม่เท่ากันตลอดความยาวของกระดูกโคนขา. ตอนที่ส่วนหนึ่งในสามช่วงบน ต่อกับส่วนหนึ่งในสามช่วงกลางเป็นส่วนแคบที่สุด, และจะกว้างเมื่อต่ำลงไป. ในคนแก่จะกว้างกว่าคนหนุ่ม, ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้แกนโลหะขนาดโตมาก ๆ. การใส่แกนโลหะที่พอกับส่วนที่แคบที่สุดย่อมจะหลวมเมื่อถึงส่วน

ที่กว้าง, จะทำให้ปลายกระดูกชนกันไม่แน่น. หากใช้แกนโลหะขนาดโตเท่าส่วนกว้าง ก็จะทำให้ปลายกระดูกส่วนที่แคบ, อาจทำให้กระดูกแตกตามแกนยาวได้. เพื่อแก้ปัญหาต้องใช้ "รีเมอร์" (reamer) ทำให้โพรงกระดูกกว้างเท่ากันเสียก่อน (เท่าขนาดของแกนโลหะที่ใช้).

(๒) รูปร่างของแกนโลหะ ควรเป็นสามเหลี่ยมหรือสี่เหลี่ยม, จึงจะสามารถกันการหมุนของปลายกระดูกที่หัก, หากว่าเป็นชนิดกลม ต้องใส่ให้มีจุดกด ๓ จุด.

(๓) วัสดุที่ใช้ทำแกนโลหะไม่ควรใช้โลหะที่มีปฏิกิริยากับกระดูก, จะทำให้กระดูกกร่อน. ควรใช้โลหะผสมที่ไม่มีปฏิกิริยา ชีล็คโคโรลัมบิค. การใช้โลหะบริสุทธิ์เช่นทองคำ, เงิน, ตะกั่ว, แทนทาลัม, เหล่านี้ไม่มีปฏิกิริยาแต่ว่าไม่แข็งแรงพอ, จึงจำเป็นต้องเอาโลหะหลาย ๆ ชนิดมาผสมกันและให้เกิดผลต่าง โฟแทนเซียมเล็กน้อยหรือเกือบไม่มีเลย, เช่นไวคัลเลียม, ซึ่งมีส่วนประกอบคือ โคบอลต์ ๖๔ ปร.%, โนบเมียม ๓๐ ปร.%, โมลิบดีนัม ๓ ปร.%, แมงกานีส ซิลิคอน คาร์บอน ๒ ปร.%, หรือใช้เหล็กไม่เป็นสนิม ๑๘/๑๒ ปร.%, ซึ่งมี โนบเมียม ๑๘ ปร.%, นิกเกิล ๑๒ ปร.%,

เรียกว่า เอสเอ็มไอ ๑๘/๑๒.

(๕) แกนโลหะที่งอคดจะหักได้ง่าย, ยิ่งหลวมยิ่งหักได้ง่าย. หากเกิดมีการงอควรรีบแก้ไข, มิฉะนั้นจะหัก. เวลางอหรือหักจะถอดออกได้ง่าย.

(๕) แกนโลหะที่ใช้แล้ว, ถ้าสามารถหลีกเลี่ยงได้ไม่ควรนำมาใช้อีก, จะงอหรือหักได้ง่าย.

(๖) วิชาขั้นรากฐานเกี่ยวกับการคิดลำตัวของกระดูกที่ทำการผ่าตัดรักษา, เนืองจากการทำลาย, ฮีมาโตมา, และมีการลอกเยื่อหุ้มกระดูก, ทำให้เลือดที่ไหลลงกระดูกที่กดเข้าไป, จึงคิดว่าดีกว่าที่ควรจะเป็น.

(๗) การเข้ามาชนกันของปลายกระดูกที่หัก, หากมีช่องว่างเกิดขึ้น, จะทำให้กระดูกติดช้า.

### วิธีทำ

ก. วิธีไม่ผ่าที่รอยหัก ผ่าที่เหนือมุมใหญ่ของกระดูกโคนขาเล็กน้อย. แยกกล้ามเนื้อ กัลเตยล อันกลาง, ใส่เหล็กนำเข้าโพรงกระดูก. ถ่ายเอกซเรย์ดูว่าเข้าที่ตเพียงใด. แล้วจึงใส่แกนโลหะตามเหล็กนำเข้าไป. เมื่อปลายของแกนโลหะถึงปลาย

ของกระดูกที่อนบนแล้ว, เอาเหล็กนำออก, จัดการดึงเอากระดูกเข้าที่. ที่อนล่างเราสามารถควบคุมได้ โดยการจับขาผู้ช่วย. ส่วนที่อนบนสันอาจใช้จับปลายแกนโลหะซึ่งไหลอยู่ข้างนอกช่วยดึงเอาเข้าที่. ใช้เอกซเรย์ช่วยส่องดูว่าเข้าที่ตเพียงใด, แล้วจึงตอกแกนโลหะเข้าไปให้ต่าพอ (ตามหลัก).

ข. วิธีผ่าตรงรอยหัก ให้ผู้ช่วยนอนตะแคง. ใช้หมอนหนุนตะโพกให้สูง, งอตะโพกและหยขา. บางคนนิยมให้อนหงายก็ได้เช่นกัน. วิธีแยกเข้าหาปลายกระดูกที่หักทำได้ ๓ ทาง:

(๑) เข้าทางด้านหน้าเฉียงข้าง. ผ่าที่ผิวหนังตรงระยะที่หักให้รอยผ่าอยู่ในเส้นที่ลากจาก แอนทรีเยอร์ ซุปเรเยอร์ อีลิแอคสไปน ไปยังขอบนอกของกระดูก สะบ้า. ตัด เทนเชอร์ ฟัสเซีย ลาคา. แล้วพยายามแยกตรงระหว่างเยื่อที่กั้นระหว่าง เรคตัส ฟมอริส และ วีสตัส ละเทอราลิส. เราจะดึงกล้ามเนื้อ วีสตัส อินเตอร์เมเดียส. คราวนั้นแยกตามเส้นใยของมันก็จะถึงปลายกระดูกที่หัก.

(๒) เข้าทางด้านข้าง. ตัดต่ำกว่ามุมใหญ่ของกระดูกโคนขาไปหา คอนดัยล์ อัน

นอกของกระดูก. ตัด ฟัสเซย์ ลาคา. ตัด ผ่านกล้ามเนื้อ วัลทิส ละเทอราลิส, และ แยก วัลทิส อินเตอร์มเดียส ตามเส้นใยของมัน.

(๓) เข้าทางคานหลังเฉียงข้าง. ผ่า ผิวหนังตามแนวจากฐานของปุ่มใหญ่ของกระดูกโคนขาไปยัง คอนคัลล์ อินนอก. ตัด ฟัสเซย์ ลาคา. แล้วแยกตรงเยื่อทึบระหว่างกล้ามเนื้อข้าง. คึงกล้ามเนื้อ วัลทิส ละเทอราลิส ไปข้างหน้า. ตัดเยื่อหุ้มกระดูกที่ ลิเนีย แอสซีรา. แยกกล้ามเนื้อ วัลทิส อินเตอร์มเดียส ตัดไปกับเยื่อหุ้มกระดูก. ตรงตำแหน่งท่อนกลาง ๑ ใน ๓ จะมีแขนง เปอร์ฟอเรติงก์ อินที่ ๒ ของหลอดเลือดแดงและดำ โปรพันตา ฟีมอริส, ทอดจาก ไบเซ็ปส์ ฟีมอริส ไปยัง วัลทิส ละเทอราลิส. ผูกและตัดเสีย. การผ่าเข้าทางคานหลังเฉียงข้างนี้ต้องระวังประสาทไซอาติก เพราะอยู่ใกล้เคียง. ผู้ที่นิยมแบบนี้ให้เหตุผลว่าเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนต่อกล้ามเนื้อ ควอควิเซฟัส, เขาจะได้ไม่แข็ง.

เมื่อเข้าถึงปลายกระดูกที่หักแล้วพยายามอย่าลอกเยื่อหุ้มกระดูกมากนัก. วิธีที่จะเอากระดูกเข้าที่โดยไม่ต้องใช้แรงมาก, คือใช้คีมจับกระดูกจับปลายกระดูกที่หักทั้ง

๒ ปลายแล้วดึงให้ข้อเป็นมุมมากๆ โดยให้ขอยล่างของทั้งสองท่อนมาชนกัน. แล้วค่อยๆ ทำให้มุมหายไปโดยค่อยๆ เหยียดออก. ปลายกระดูกจะเข้าที่ได้ง่าย. ปล่อยทิ้งไว้สักครู่เพื่อให้กล้ามเนื้อซึ่งหดอยู่มีโอกาสยืดออกให้อยู่ตัวเสียก่อน, แล้วจึงเอาปลายทั้งสองออกจากกัน. ใช้ รีโมอร์ ควานโพรงกระดูกให้มีขนาดเท่ากับขนาดของแกนโลหะที่จะใส่.

ถ้าใช้แกนโลหะชนิด Kuntscher หรือ Lottes, ใส่เหล็กนำจากปลายล่างของท่อนบนไปทะลุที่ปุ่มใหญ่ของกระดูกโคนขา. แล้วจึงใส่แกนโลหะตามเหล็กนำลงมา, จนปลายแกนโลหะโผล่ที่ปลายล่างของท่อนบน. จึงเอาเหล็กนำออก. จัดกระดูกเข้าที่ให้ดีแล้วจึงตอกแกนโลหะลงไปที่ลึกลงๆ. คอยคว่ำยังเรียบร้อยคืออยู่หรือเปล่า. ไม่ควรจะต้องใช้แรงมากนัก. หากว่าต้องใช้แรงมากก็น่าจะมีอะไรแอบแฝงอยู่แน่. ควรค้นหาต้นเหตุที่ขัดข้องและแก้ไข. ตอกให้ทำตามหลักที่วางไว้.

แกนโลหะชนิด Kuntscher อาจใช้วิธีตอกสวนทางแบบเคียวกับชนิด Hansen—Street, โดยฝนปลายที่ม้วนให้แหลมเล็กน้อยแล้วตอกสวนขึ้นมาจากปลายล่างของท่อน

บนแทนเหล็กนำ. หากว่าเป็นชนิด Street ก็ใช้ปลายทิ่มเกลียว, ดอกให้ไปโผล่ที่ยุ่มใหญ่ของกระดูกโคนขาจนกระทั่งอีกปลายหนึ่งพอดักขยับปลายล่างของท่อนบน. จัดกระดูกเข้าที่แล้วจึงดัดแกนโลหะกลับลงมาจนเท่าพอ.

ปัญหาเรื่องการใส่เฝือกช่วย จำเป็นจะต้องเข้าเฝือกหรือไม่ขึ้นอยู่กับ (๑) ตำแหน่งและชนิดที่หักเหมาะแก่การใส่แกนโลหะหรือไม่.

(๒) แกนโลหะที่ใช้มีขนาดกว้างยาวเหมาะสมกับโพรงกระดูกและการใส่ทำได้หรือไม่.

หากว่าทั้งสองประการสมบูรณ์ก็ไม่ต้องเข้าเฝือก. หากว่าขาดตกบกพร่องไปก็จำเป็นต้องใส่เฝือกช่วย ๓-๔ สัปดาห์, เพื่อให้มี คัลลัส แข็งพอควร, จึงเอาออก, เริ่มหัดออกกำลังและหัดเดินด้วยไม้ยันรักแร้.

การบริหารหลังผ่าตัด ในรายที่ไม่ได้ใส่เฝือกใช้วางขาบนเฝือก Böhler-Braun หรือเอาหมอนรอง. พยายามขยับขาหนีบออกของขา. พยายามให้ควอดริเซ็ปส์ทำงาน. ให้เคลื่อนไหวนิ้วเท้า, ข้อเท้า. หากไม่เจ็บมากให้ลุกนั่งได้ตั้งแต่วันแรก. ในรายที่ใส่ได้มั่นคงดีมากหลังทำ ๒

สัปดาห์ให้เดินด้วยไม้ยันรักแร้ได้ (ให้ลงน้ำหนักตัวเพียงครึ่งหนึ่งก่อน). ส่วนการลงน้ำหนักเต็มทีควรทำภายหลัง ๓ เดือนไปแล้ว, และต้องคุเอ็กซ์เรย์ประกอบด้วย.

กำหนดเอาออก ควรใส่ไว้ราว ๔-๕ เดือนถึง ๑ ปี. ถ้าตัดเอาออกได้. ไม่ควรทิ้งไว้นานเกินไป, อาจเกิดปฏิกิริยาและอาจเอาออกยาก.

อาการแทรกซ้อน

๑. การติดเชื้อ แม้ว่าจะมี แอนติไบโอติกแค่เพียงไม่กี่ตาม, ควรกลัวการติดเชื้อซึ่งอาจเกิดเป็นหนองและกลายเป็นกระดูกเน่าซึ่งหายได้ยากมาก, หมดเปลืองมากในการรักษา, และทำให้กระดูกติดเชื้อเสียเวลาทำมาหากินของผู้ป่วย. ฉะนั้นหากว่าสิ่งแวดล้อมไม่อำนวยให้ทำการผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่, เช่นห้องผ่าตัดไม่สะอาดพอ, ผู้ช่วยไม่สะอาด, เป็นต้น, การรักษาแบบไม่ผ่าตัดก็ผลดีกว่า. ในรายที่หักเป็นชนิด คอมเปานต์มีการติดเชื้ออย่างชัดเจนแล้วไม่ควรทำ, ควรรอให้ทุเลาก่อนจึงค่อยทำ. ในรายที่มาซ้ำมีการขวมมากยังไม่ควรทำ. รอจนกว่าจะยุบขวม, ระยะเวลา ๑๐-๑๕ วัน.

๒. กระดูกไม่ติด แม้ว่าจะใส่แกน โลหะก็ตาม, กระดูกอาจไม่ติดได้เนื่องจาก

(๑) การติดเชื้อ.

(๒) ปลายกระดูกไม่ชนกัน, เกิดมี ช่องว่างระหว่างปลายกระดูก. ในรายที่ท่อน ล่างโพรงแคบ, เวลาตอกแกนโลหะที่ค้ำลง ไปอาจคั่นให้ห่างออกไปได้.

(๓) การที่ปลายกระดูกไม่ยูนิงจริงๆ, เนื่องจากไวใจแกนโลหะจนเกินไป, ควร จะเข้าเฝือกช่วยก็ไม่เข้า, ถอลเสียว่าหากใส่ แกนโลหะแล้วไม่ต้องเข้าเฝือกเสมอไป.

๓. แกนโลหะงอหรือหัก ในการที่ไวใจ

ในความแข็งแรงของแกน โลหะจนเกินไป, หรือไหลงนำหนักเต็มที่เร็วเกินไป, แกน โลหะที่หลวมหรือเล็กจะงอได้. เมื่องอแล้ว ไม่คิดแก้ไข, ให้เกินลงน้ำหนักต่อไป, แกน โลหะอาจหัก. ชนิก Kuntscher ทำได้ง่าย โดยใส่เหล็กนำเข้าไปแล้วถอดชิ้นเก่าออก. เอาอันใหม่ใส่แทน. ในรายที่หักจำเป็นต้อง ผ่าเอาออกแล้วใส่ใหม่เสริมด้วย กราฟท์ จากกระดูก ชิลีอิม.

๔. เอ็มโบลิสมี อากาศ จากที่ผู้เขียน

ผ่านมาไม่เคยพบเลย. แต่ Lecutier และ Smith ได้รายงานผู้ช่วยหนึ่งรายใส่แกนโลหะ แล้วคนไข้ก็ตกลงมา, แต่เกิด คอแลปส์

ทันทีทันใด. ยังมีเสียงหายใจแต่ฟังเสียง หัวใจไม่ได้. รักษาโดยฉีด แอทรินะลิน เข้า หัวใจและทำการนวดหัวใจแต่ไร้ผล. ตรวจ ศพพบว่าปอดอากาศปนเลือดอยู่ในซีกขวา ของหัวใจเป็นจำนวนมาก. ลงความเห็นว่ายตายเพราะ เอ็มโบลิสมี อากาศ. ผู้รายงาน ลงความเห็นว่ายอากาศ เข้าทาง ช่อง โพรง กระดูก. จำนวนอากาศมากเท่าใดที่จะทำให้ ตาย, ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของผู้ป่วยและ อัตรารวดเร็ว. หากเร็วมากก็เกิดอาการ มาก. แกนโลหะอันแรกที่ตกลงใส่จะทำให้ โพรงกระดูกกลายเป็นคล้าย ๆ เลือดซึ่งมี อากาศอยู่เต็ม. หากใส่อันที่สองหรือสาม เข้าไปที่เหมือนลูกสูบ, จะดันอากาศเข้า ไช นซอกซี่ในโพรงกระดูก. ในการวินิจฉัยและ รักษาให้หนักไว้เสมอว่าอาจจะเกิดมิได้. พวก ทัมอาการ คอแลปส์ ทันทีทันใด, เสียงหวั ใจค่อย ๆ เบาลง ๆ. การหายใจยังดี, ควร ให้การรักษาโดยบีบแผลให้แน่นกันอากาศ เข้าไปอีก, เปลี่ยนท่าของผู้ป่วย, ดูดอากาศ จากหัวใจโดยเจาะช่องที่ ๕ ตรงขอบซ้ายของ กระดูกสันอกเฉียงเข้าไปในเล็กน้อย. ควรระวัง บัญกันโดยให้ส่วนที่ผ่าชุ่มด้วยน้ำหรือเลือด อยู่เสมอ. อย่ารัดแกนโลหะโดยการเอา เข้าเอาออกบ่อย ๆ. ควรใช้เอกซเรย์ช่วย.

ผลเสียเนื่องจากเทคนิคในการทำ

(๑) การใช้รีเมอร์. ต้องใช้เพื่อขยายโพรงกระดูกที่แคบให้กว้างขึ้นเท่ากับส่วนที่กว้าง, และเท่ากับแกนโลหะที่จะใส่. ถ้าไม่ใช้อาจจะเกิดผลเสียคือ

(ก) คอร์เทกซ์ อาจแตกตามแกนยาวถ้าแกนค้ำเกินไป. ถ้าข้อนี้หากเกิดขึ้นก็จะไม่เห็นในภาพเอกซเรย์, เพราะแกนโลหะจะบัง. เวลาให้ลงน้ำหนัก คอร์เทกซ์ ก็จะแยกออก. ทำให้หลวมมาก.

(ข) แกนโลหะติดคา. เวลาตอกแกนโลหะที่ค้ำ, โดยคอกแรงมาก ๆ, อาจเกิดการติดเขาไม่ออก, ตอกเข้าก็ไม่เข้า. ต้องใช้แกนโลหะอีกอันหนึ่งค้ำจากข้างในออกมา. อาจเป็นไปได้ที่ไม่ออก, ถึงกับต้องตัดส่วนที่ขุ่นออกก่อน, ส่วนที่คาอยู่ในโพรงกระดูกเขาออกภายหลัง.

(ค) หากใช้แกนโลหะที่พอดีกับส่วนที่แคบ (โดยไม่ทำให้กว้าง), แกนก็จะหลวมเมื่อผ่านไปส่วนที่กว้าง (ส่วนล่าง), อาจทำให้กระดูกค้ำหรือไม่ค้ำเลย.

(๒) ใส่แกนโลหะลึกเกินไป. แกนอาจเข้าไปในข้อเข่า, ทำให้เข่าเสีย, หรือหากใกล้ข้อมากข้อจะขวม. ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเสียไป, เช่นข้ออาจแข็งได้.

(๓) เหลือแกนโลหะไว้ยาวเกินไป. อาจเกิดตองน้ำใต้กล้ามเนื้อ กลดเคี้ยว. เวลาเดินหรือขยับขาจะเจ็บ. ควรให้โผล่ไม่เกิน ๑ นิ้ว. เพื่อป้องกันการใส่ลึกเกินไป, ควรถ่าย เอกซเรย์ ก่อนที่จะเย็บปิด.

(๔) การใช้แกนโลหะชนิดอาศัยแรงค้ำนิยามิคส์ เช่น Rush pin, จำเป็นต้องใส่ให้ถูกเทคนิค, ทำให้เกิดจุดกด ๓ จุด. ต้องพยายามค้ำให้ถูกมุมจริง ๆ จึงจะได้ผลดี. การที่จะใส่แกนชนิดนี้เพียงแต่ให้เข้าไปโพรงกระดูกทำได้ง่ายมาก, แต่ใส่ให้ถูกต้องจริง ๆ ทำได้ยาก. ต้องการความชำนาญมากกว่าพวกที่อาศัยแรงเสียดทานซึ่งเป็นแกนโลหะชนิดที่มีความแข็งแรง, เช่น Lottes, Kuntscher, Hansen - Street. พวกนี้ถ้าเลือกตำแหน่งและชนิดของกระดูกให้เหมาะและใส่ถูกเทคนิคจะง่ายและให้ผลดีมาก. ดังนั้นทางที่ดีควรใช้แกนโลหะชนิดที่แข็งแรงก่อน, จนชำนาญแล้วจึงค่อยใช้แกนโลหะที่อาศัย ค้ำนิยามิคส์.

หักส่วนเหนือคอนดัยล์ของกระดูกโคน

ขา

ซึ่งที่ใดกล่าวแล้วว่าการรักษาโดยการดึงตลอดเวลาข้างที่กล่าวมา, ไม่สามารถ

เอาเข่าที่โตค, จึงจำเป็นต้องผ่าตัดเอาเข่าที่  
การใช้ Rush pin จะได้ผลดีมากและการ  
ใส่ก็ไม่ยากเพราะตำแหน่งนมีรูปร่างผิดปกติ  
ส่วนกลางของกระดูกพีมอร์. ส่วนนมีรู  
โค้งสามารถตัดแกนโลหะให้เกิดจุดกด ๓  
จุดได้สะดวกและง่าย, โดยการใส่จาก  
คอนคีย์ล ึ่งสองขึ้นไป, จะมีความมั่นคง.  
การพยาบาลหลังผ่าตัดก็เหมือนกับการใส่  
แกนโลหะทั้งกล่าวแล้ว.

### หักที่ปลายล่างส่วนที่สามของกระดูก

#### โคนขา

การหักที่บริเวณนี้เหมาะที่จะใส่ Rush  
pin เช่นเดียวกัน. Burke, Lockhart,  
Eggers ได้กล่าวถึงการใช้แผ่นโลหะตาม ๒  
ด้าน. โดยใช้แผ่นโลหะใส่ ๒ แผ่นในแนว  
ที่ตรงกันซึ่งกล่าวว่าสามารถจะช่วยให้  
เดินได้เร็ว. เขายังได้กล่าวว่าได้ผลดีในการ  
ใส่ส่วนปลายบนส่วนที่สามด้วย. แต่ว่าวิธี  
นี้อาจมีข้อเสียคือคอของลอคเยอหุ้มกระดูก  
มาก, จะรบกวนคอเลอกที่มาเลี้ยง, อาจทำ  
ให้กระดูกติดหรือไม่ติด.

#### หักต่ำกว่ามุมของกระดูกโคนขา

ได้ผลดีโดยใช้แกนและแผ่นโลหะตาม

เช่น Neufeld. ใส่แกนเข้าส่วนคอของ  
กระดูกโคนขา. แล้วเอาส่วนที่เป็นแผ่น  
โลหะทาบที่ตัวของกระดูกแล้วใส่ตะปวงยึด.  
หลังผ่าตัดไม่ต้องใส่เฝือก, วางขาบนเฝือก  
Böhler Braun. ต้องขึงกันขาหมอนออก  
นอก. หากว่าไม่เจ็บแผลให้นั่งได้ทันทีหลัง  
ผ่า. หลังสองสัปดาห์ให้หัดเดินโดยใช้ไม้  
ยันรักแร้, ลงน้ำหนักเล็กน้อยจนกว่า  
จะติด, ประมาณ ๓ เดือน. เอ็กซเรย์ดู  
ถ้าติดจึงให้ลงน้ำหนักเต็ม.

#### เอกสาร

- (1) Apley, A.G., A system of orthopaedics and fractures, Butterworth Co. (1959).
- (2) Banks, S.W., E.L., Compere, C.L. Compere,; Handbook of fracture treatment, the Year Book Publishers (1958).
- (3) Blount, W.P.: Fractures in children, Williams & Wilkins Co. (1955).
- (4) Burke, E., L.D., Lockhart, G.W.N. Eggers,; Archives of Surgery 1961, 82:592
- (5) Lecutier, M.A., A.H. Smith,; Journal of Bone and Joint Surgery 1957, 39:534
- (6) Speed, J.S., R.A.Knight,; Cam-bells Operative Orthopaedics, Henry Kimpton (1956).
- (7) Watson—Jones, R.: Fractures and Joints Injuries, Livingstone (1954).

บทบรรณาธิการพิเศษ

ไปนอก

อดุม โปษะกฤษณะ W.U., Dr. med., Dr. med. dent. (Leipzig)

“ไปนอก” เป็นคำที่ผิดต้องการความ  
ก้าวหน้าอันแจ่มในอนาคตทุกคนปรารถนา.  
ที่จริงความปรารถนาอันนี้มิได้มีความหมาย  
เฉพาะแต่พวกเราชาวไทยเท่านั้น, ชาติ  
อื่น ๆ ทั่วโลกก็ต้อง “ไปนอก” เหมือน  
กัน, เพราะการไปนอกนั้นเป็นความสัมพันธ์  
ระหว่างชนทุกชาติ, เป็นการไปศึกษาหา  
ความรู้ จากที่อื่นมาปรับปรุงแก้ไขให้กิจการ  
ในบ้าน ของ ตน เจริญ ทั่ว เต็ม ทั่ว เขา ได้,  
และเป็นบันไดที่จะขึ้นขึ้นไป ในระดับสูงต่อไป  
อีก.

ข้าพเจ้าขอพูดแต่เรื่องข้าพเจ้าพอจะพูด  
ได้, คือเรื่องเกี่ยวกับทางศัลยกรรมในประ  
เทศที่เจริญแล้ว. เขาพยายามที่สุดที่จะให้  
มาตรฐานของมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับเดียวกัน,  
ไม่เหลื่อมล้ำต่าสูงกว่ากันเท่าไร. เช่น  
เมื่อ ๒๒ ปีที่แล้วมา ศาสตราจารย์  
Küntschner แห่งเมือง คิล เป็นผู้ที่ได้คิดการ  
คอกหมุดเหล็กในช่องไขกระดูกเพื่อรักษา

การหักของกระดูกยาว. เวลานั้นข้าพเจ้าอยู่ที่  
เมือง ไฮเดลเบิร์ก. มีศาสตราจารย์  
Kirschner เป็นหัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์.  
Kirschner แม้ว่า จะมีชื่อเสียง ดีเด่น มาก  
แล้วก็ตามยังคงส่งแพทย์ไปเรียนการคอก  
หมุดเข้าช่องไขกระดูกจาก Küntschner. ช่วง  
ในเวลาไม่กี่เดือนภายในโรงพยาบาลของแก  
ก็เต็มไปด้วยการรักษาผู้ป่วยแบบ Küntschner,  
และช่วง ในเวลาไม่กี่ ปี การ รักษา กระดูก หัก  
แบบนี้ก็กระจายไปทั่วเยอรมันและทั่วโลก.  
มหาวิทยาลัยคอยเอาใจใส่อยู่เสมอ. ถ้ามี  
อะไร แปลก ใหม่ ที่อื่น จะต้อง ส่ง คน ไป นำ  
ความรู้มาเผยแพร่ในที่ของตน, เพราะฉะนั้น  
การ “ไปนอก” จึงมีประโยชน์อันดี, ทำให้  
ให้มาตรฐานการแพทย์อยู่ในระดับเดียวกัน  
ทั่วประเทศ.

ในปัจจุบันการกระทำดังนี้มีอยู่เสมอ.  
แม้แต่ใน สหรัฐอเมริกาเองที่ เรายกย่องกัน  
นัก, เขาก็ทำกันดังนี้. นายแพทย์กัธร  
ศุขโรจน์ ขณะที่เป็น ซีฟ เรสซิเดนต์ อยู่ที่

ปีตัสเซอร์ก ก็ถูกส่งไปเรียนการบริบาลด้าน  
เมตะบอลิซึม ในผู้ช่วยคัลยกรรมกับศาสตราจารย์  
จารย์ มัวร์ แห่งมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด  
เป็นเวลา ๑ เดือน, เพื่อนำความรู้ใหม่ๆ ที่  
ศาสตราจารย์ มัวร์ ผู้เป็นเจ้าของวิชามาปลูกฝัง  
ไว้ ณ มหาวิทยาลัยปีตัสเซอร์ก.

การไปนอก ของนายแพทย์ ไทย ก็มี จุด  
ประสงค์อย่างเดียวกับที่เขย่นไว้แล้ว, คือ  
เพื่อยกมาตรฐาน การแพทย์ ของเรา ให้อยู่  
ในระดับสากลบ้าง. ที่จริงแพทย์ไทยเพราะ  
การไปนอกนี้ ก็ได้ทำให้มาตรฐานของโรง-  
เรียน แพทย์ เราอยู่ใน ระดับที่ไม่เลวเลย.  
ก่อนสงคราม โลกครั้งที่สอง นั้น คัลยกรรม  
ของเรายังอ่อนอยู่มาก. การผ่าตัดใหญ่ ๆ  
หายาก. เมื่อทำการตัดไตกันสักทีก็เล้าลือ  
กันไปหลายวัน. ถ้าจะทำการเย็บกระเพาะ  
อาหารที่ทะลุก็ต้องโทรศัพทเรียกแพทย์อวา-  
โส. เวลานั้นแพทย์ประจำบ้านยี่ ๒ ก็ทำ  
ได้แล้ว. มีการผ่าตัดพิศดารเกือบทุกอย่าง  
เท่าที่ มหาวิทยาลัย ที่เจริญ ท่อน จะ ทำ ได้.  
การผ่าตัดหัวใจซึ่งเวลานั้นกำลังเป็นสมัยนิยม  
ก็มียุทธศาสตร์, และศัลยแพทย์ต่างประเทศ  
ที่ผ่านมาจะต้องมาแสดงฝีมือให้ดู และ  
เราก็มักได้แสดง ให้เขาเห็นว่า เรามือเครื่อง มือ  
พร้อมและใช้เครื่องมือเป็น.

การที่จะ ทำให้ เกิด วิวัฒนาการ ไต นั้น  
จำเป็นจะต้องมีอุปกรณ์หลายอย่าง. สำคัญ  
ที่สุดคือ "คน". ต่อมาก็คือสถานที่และ  
เครื่องมือ. คนนั้นสำคัญขอคเยยมเพราะ  
เป็นผู้ที่บ้นกาลให้มีความก้าวหน้า. บาง  
แห่งมีสถานที่, มีเครื่องมือ, แต่ไม่มีคน  
จะใช้เครื่องมือ. เครื่องมือถูกทอดทิ้ง.  
บางที่ตากไว้มานานแฉ่งยังไม่ได้ออก, ไม่  
มีโรงเก็บจนผู้ให้ต้องไปสำรวจแล้วเดือนให้  
ใช้. คนที่จะไปนอกนั้นจำเป็นจะต้องเลือก  
เพื่อนที่มันลยเป็นครจริง ๆ, ยอมอดทนอดทนเพื่อ  
โรงเรียนแพทย์, และมีอิทธิบาท ๔ คือ  
ฉันทะ, วิริยะ, จิตตะ, วิมังสา. คนที่เรียนนี้  
เค้นเข่นหนึ่งหรือได้เหรียญทอง ไม่จำเป็น  
นัก, เพราะปรากฏชัดเจนแล้วว่าคนที่เรียนนี้  
บางคนมันลยเห็นแก่ตัว, เอาแต่ใจ, ไม่  
ปฏิบัติงาน, หรือจะเรียกให้ดูก็คือรู้แต่  
ทฤษฎี, ไม่รู้จักปฏิบัติเลย. ผลการสอบได้  
และการทำงานนั้นไม่อยู่ในส่วนลยเดียวกัน  
เสมอไป.

เมื่อเลือก ได้คนดีส่งไป นอกได้ แล้วยัง  
ต้องตั้งเป้าหมายไว้ให้สูงเด่นด้วย. ให้ไป  
เรียนวิชาที่พวกเขายังไม่รู้, มาทำให้ได้  
จริง ๆ ในเมืองไทย, เพื่อให้มาตรฐาน  
การแพทย์ ของเราสูงขึ้นให้ตามเขาทัน.

จุดประสงค์ขออนุญาตว่าสูง, ผิดกับสมัยก่อนมาก. เมื่อครั้งนั้นถ้าใครสำเร็จเมืองนอก กลับมากมาอยู่โรงเรียนแพทย์ได้. เวลานั้นเราไม่ต้อง การ แพทย์ หนึ่ง ทำอะไร ไม่เป็นเลย. เพื่อความก้าวหน้าเราต้องการคนที่ จะ มาสอนเรา, แทนที่จะมาให้เราสอนอยู่ ตลอดเวลา.

เป็น เกราะหัด ของ แผนก ศัลย ศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชอย่าง ยิ่งที่ผู้ที่ใครบเลือก “ไปนอก” ส่วนมากทำตนคิดเล็ก, จนทำให้ครูบาอาจารย์ ต่างประเทศนิยม ในตัวและโรงเรียนที่ตนได้ศึกษามาอย่าง ยิ่ง. ตัวอย่าง ที่ จะ ให้เห็น ได้ชัดก็คือเมื่อท่าน อธิการบดี มหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ และ นายแพทย์ สวัสดิ์ สกลไทย กลับจากงานในอเมริกา และยุโรป, เรืองแรกที่น่ามาพุดกคอรเอง คนของ มหาวิทยาลัยที่ถูกลส่ง “ไปนอก.” หมอประคิษฐ์ เจริญไทยทวี, เวลานั้นอยู่ ออกซฟอร์ด, สอบไล่ได้ F.F.A.R.C.S. เกียรติยศ อันนั้น นับว่า เป็นเกียรติ อัน สูง ของ มหาวิทยาลัยแพทย์ของเมืองไทย, เพราะ เป็นครั้งแรกที่คนไทยได้รับ. ต่อไปถ้ามี แพทย์ ไทย อยากร จะ ไป ศึกษาทาง วิสัญญี วิทยาเพิ่มเติม, มหาวิทยาลัย ออกซฟอร์ด คงจะรับด้วยความเต็มใจ. Mr. Wylie ที่

ปรึกษาแห่งคณะวิสัญญีวิทยา ของ รอยัล คอลเลจ ออฟ เซอร์เจอนส์ แห่งประเทศ อังกฤษ, มีความยินดีมากถึงกับมีจดหมาย มาแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบทันที.

นายแพทย์ อีกผู้หนึ่ง ซึ่งท่าน อธิการบดี พุดถึงเสมอคือ นายแพทย์ สิริระ บุณยรัตเวช. นายแพทย์ สิริระ ไปเรียน ทาง ประสาท ศัลย- ศาสตร์ที่ มหาวิทยาลัย เอคินเบอโรที่ กับ ศาสตราจารย์ นอร์แมน กอดด์. ท่าน ศาสตราจารย์ เป็นเป็นผู้ที่ไม่ค่อยชอบพอใครนัก. แต่เมื่ออธิการบดีของเราไปหาก่อตสำหรับ เจ็บเวลา ก่อนวันพา ไปคลินิค ทาง ผ่าตัด สมองของท่าน. ทงนี้ก็เพราะนายแพทย์ สิริระ ได้ทำงานที่เยี่ยมจนท่านรักมากและเป็นคน หนึ่ง ในจำนวนอาจารย์ของท่าน. นายแพทย์ สิริระมีหน้าที่สำคัญ ๆ หลายอย่าง, รวมทั้ง การผ่าตัดและการสอน, เป็นที่ไว เนอเซอร์ใจ แก่ท่าน ศาสตราจารย์อย่าง ยิ่ง.

ตัวอย่างอื่น ๆ นอกจากนยงมอก. เมื่อ ระลึกลงแพทย์ ๆ ที่ทำชื่อเสียงให้โรงเรียน แพทย์ไทยแล้วรู้สึกตนตนเต็มที.

ปัญหาสำคัญอีกเรื่องหนึ่งก็คือที่ทำงาน ของพวกที่ใครบการฝึกฝนดี ๆ เหล่านั้น, มหา วิทยาลัย เมืองไทย จำเป็น อย่างยิ่ง ที่ จะ ต้อง เตรียมสถานที่ไว้รับรองเขา, เพื่อจะได้ให้

ความรู้ความชำนาญที่เขาได้เรียนมาแล้ว  
 นนตง เช่นชกแผ่น และขยายตัว ออกไปอีก.  
 ถ้าพวกนกกลับมาแล้วไม่มีที่ทำงานตามที่เขา  
 ได้ไปเรียนมา, ก็เป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง  
 เพราะ วิชาความรู้ ความชำนาญที่กำลัง  
 ขยายตัว อยู่นั้นก็มักจะ หดหู่ หรือ หายไป.  
 เพื่อ ความเจริญ วัฒนาการ ของ การ แพทย์  
 ไทยทำเป็นอย่างยิ่งที่มหาวิทยาลัยเมืองไทย  
 จะตามอย่าง มหาวิทยาลัย แห่ง อารย ประ-  
 เทศบ้าง. จะต้องเห็นว่ามหาวิทยาลัยคือ  
 ศูนย์กลางของวิวัฒนาการการแพทย์, ขอม  
 ลงทุนให้บ้าง. มิฉะนั้นการแพทย์ของเรา  
 คงไปไม่ได้ไกล. มหาวิทยาลัยทั่วโลก  
 เขาขยายกันได้, แต่เราไม่ยอมขยาย, ไม่  
 ยอมเสียเงิน, ความเจริญจะเกิดอย่างไร  
 ได้. ใคร ๆ ก็รายงานว่าเวลานี้การผ่าตัด

หัวใจสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำ. เยอรมัน  
 ตะวันตกแม้ภายหลังสงครามจะปรกจะเปลี่ย  
 เต็มที่, ยังไม่ยอมแพ้ทางการแพทย์, ได้  
 สร้าง โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยใหญ่ขึ้นมา  
 อีกเป็นจำนวนมาก. ในจำนวนนี้มีโรงพยา-  
 บาลที่ ศาสตราจารย์ มีราคาถึง ๑๐๐ ล้าน  
 บาท, ซึ่งเป็นตัวอย่างของโรงพยาบาลชั้น  
 หนึ่งในการผ่าตัดหัวใจ. เมื่อไรเมืองไทย  
 จะกล้าลงทุนตั้งนบ่าง. การลงทุนก็คงไม่  
 มากนัก, เพราะเรามีมหาวิทยาลัยแพทย-  
 ศาสตร์แต่มหาวิทยาลัยเดียว. เมื่อไรผู้มี  
 อำนาจ ในมหาวิทยาลัย จึงจะแน่ใจว่ามหา-  
 วิทยาลัยคือ ศูนย์กลางของวิวัฒนาการ การ  
 แพทย์, และทุ่มเทเงินมาเพื่อให้มหาวิทยาลัย  
 นั้นเป็น ประทีปส่องแสง ไปทั่วทั้งประเทศ-  
 ไทย.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

## แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med., Dr. med. dent.  
ม.ร.ว. ถัสยาณภี กิติยากร M.B., B.S., M.R.C.S., ทศนัยน์ ปานสิงห์ พ.บ., ตู ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.  
พลภัทร ตาละลักษณ์ พ.บ., Dr. med., เจริญ โชติกวณิชย์ พ.บ.

๑. Redding, S., G.C. Voigt, P. Safar: การ  
ช่วยชีวิตผู้จมน้ำ. J.A.M.A. 1961, 178:  
1136-1139.

สรีรวิทยาของการจมน้ำ ในการทดลองกตสันขิลงในน้ำ, จะมีการกลืนหายใจ, กลืนน้ำเข้าไปมาก, หายใจเฮือก, น้ำท่วมปอดและตาย. ถ้าก่อนจะหายใจเฮือกเอาสุนัขออกจากน้ำ, สุนัขจะรอด.

น้ำจืด ในการก่น้ำสุนัขภายในเวลาเพียง ๒ นาที, จะมีน้ำถูกดูดเข้าปอดถึง ๕๑ ปช., การท่วมการจางของโลหิตไปมาก ๆ ทำให้เกิดมี ฮีโมกลีนิส มากและความเข้มข้นของโซเดียม, แคลเซียม และ ฟอสฟอรัส โปรตีน ก็น้อยลง. การขาดโซเดียมและออกซิเจนในฟอสฟอรัส ทำให้เว็นทริคูลาร์ ไฟบริลเลชัน เป็นผลสุดท้ายของการจมน้ำจืดตาย. ถ้าฉีคน้ำเกลือทมความเข้มข้น ๓๗ ปช. จะป้องกันอันตรายนี้ได้.

น้ำเค็ม น้ำเค็มมีความเข้มข้นของเกลือ

๓.๕ ปช. เมื่อน้ำเค็มถูกดูดเข้าปอดจะมีความเข้มข้นของ โซเดียม มากและ ฮีมาโตคริต สูง, จะเกิดการบวมหน้าของปอดในชั่วพริบตาเดียว. ฟอสฟอรัส โปรตีน จะหายเข้าไปในน้ำของปอด. ผู้ช่วยจะมีความดันต่ำ, หัวใจเต้นช้าและถึงแก่กรรม.

การรักษา พวกจมน้ำที่ยังไม่ตายและยังไม่มีน้ำในปอดจะ ต้องรีบแก้ไข โดยขยายปอดแบบเพิ่มความดันเป็นจังหวะ ๆ Intermittent positive pressure breathing (IPPB) กับ ๑๐๐ ปช. ออกซิเจน ในเวลา ๑๐-๑๕ นาที. ต่อจากนั้นผู้ช่วยจะหายใจตัวเอง.

พวกจมน้ำเค็มและตกเอาน้ำเข้าไปในปอดมาก แก้ไข อย่าง เดียว กัน โดยใช้วิธี IPPB. และจะต้องใช้เรื่อยไป. ในระหว่างนั้น จะ ต้อง ตรวจ เลือด หา ความ เข้ม ของ ฟอสฟอรัส และพยายามแก้ไขให้ระดับมาสู่สภาพปกติ, โดยการให้ฟอสฟอรัสทางหลอดเลือด

โลหิต. การใช้พลังร่วมด้วยเป็นของสำคัญในการช่วยหัวใจกลับมาสู่สภาพเดิม.

พวกจมน้ำจืด และมีน้ำท่วมปอดมาก, ทำให้เกิดมีเว็นทริคูลาร์ ไฟบริลเลชัน ต้องใช้ IPPB ร่วมกับการนวดหัวใจจากภายนอกก่อนที่จะใช้ ดีไฟบริลเลต ด้วยไฟฟ้าจากข้างนอกอก. นอกจากนั้นยังต้องแก้ไขโมลลิยัสตี อย่างใหญ่หลวง, แก้กการเพิ่มปริมาณมากของโลหิต, แก้กการไม่สมคลุ้ยของอเล็กโตรลัยต์อีกด้วย.

อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ.,

Dr. med., Dr. med. dent.

๒. Starr, Albert, M. Lowell Edwards:

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นไมตรัล, Ann. Surg. 1961. 154:740.

Albert Starr และ M.L. Edward ได้รายงานผู้ป่วย ๘ รายที่ได้รับบาดเจ็บหัวใจสำหรับเปลี่ยนลิ้นไมตรัล. ลิ้นหัวใจเทียมเป็นชนิด "ลินลุกกลม" (บอลล์ วาล์ฟ), ทำด้วยวัตถุ ซิลาสติก พิเศษ, อยู่ในวงแหวนเหล็กกล้าไม่เป็นสนิม. รอบๆ วงแหวนที่จะพดกับ แอนนูลัส นั้นถูกหุ้มด้วยผ้า "เทฟลอน" ซึ่งจะทำให้การเย็บติดกับหัวใจมั่นคงยิ่งขึ้น.

ผู้ป่วยทุกคนมีอาการรุนแรงมาก. ๕ คน

มีหัวใจล้มเลิกคังเรอรั้ง, และทุกคนมีอริคูลาร์ ไฟบริลเลชัน. การผ่าตัดกระทำผ่านช่องซี่โครงที่ ๕ ด้านขวา, ขณะที่มีช่วยนอนตะแคงซ้าย. เมื่อเตรียมเรียบร้อยและเดินเครื่องปอดและหัวใจเทียมแล้ว จึงเปิดเข้าไปใน เอเทรียม ซ้าย, ซึ่งบางครั้งง่ายกว่าที่จะเปิดเข้าไปในเอเทรียมขวา และผ่านผนังกัน เอเทรียม เข้าไปงัดลิ้นไมตรัล. ใช้ชั๊ยโปเธอร์เมีย ชนิดต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิประมาณ ๓๒ องศา.

เมื่อตรวจเห็นว่าลิ้นไมตรัลเสียหายมาก, โดยที่จะไม่มีการแก้ไขได้เลย, จึงตัดแผ่นลิ้นออกทั้งสองอัน, แต่ให้มี ทิสชู ของลิ้นนั้นเหลือติดอยู่รอบๆ แอนนูลัส ประมาณ ๓-๕ มม. สำหรับเอาไว้ เป็นที่เย็บยึด, เพื่อที่จะไม่ต้องเย็บเข้าไปในกล้ามเนื้อของหัวใจเอง. หลังจากตัดกล้ามเนื้อ ป้ายิลลารีย์ แล้ว จึงงัดลิ้นไมตรัลที่เสียหายนั้นออกไป. ในรายที่มีหนูนป่น เกาะมากอาจจะต้องตัดกล้ามเนื้อ ป้ายิลลารีย์ ก่อนที่จะตัดแผ่นลิ้นเอง. ต่อจากนั้นเลือกใช้ลิ้นเทียมซึ่งมีอยู่ ๒ ขนาด, และใช้ชนิดที่เล็กกว่า แอนนูลัส เล็กน้อย.

ผู้รายงานได้อธิบายอย่างแจ่มแจ้งถึงวิธีเย็บ โปรสติสตีส กับขอบของแผ่นลิ้นหัวใจของผู้ป่วยที่เหลืออยู่, โดยใช้ เข็มอะเทรวา

มาติก ขนาด ๐ เย็บแบบ อินเทอร์เน็ต  
 รวมทั้งหมวกประมาณ ๑๖-๒๐ เซ็ม. ระหว่าง  
 ที่เคลือบ โปรสติลีส เข้าไปในที่และผูกเอ็น  
 เย็บนั้น, จำเป็นต้องทำให้ลิ้นหัวใจเทียม  
 เขี่ยออกตลอดเวลา, เพื่อให้ฟองอากาศที่  
 อยู่ใน เวนทริเกิล ซ้ายออกมาได้, มิฉะนั้น  
 จะเกิดมี เอ็มโบลีสมี อากาศ.

ในจำนวนผู้ป่วย ๘ รายที่ได้รับผลการผ่าตัด  
 ระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๐๓ ถึงเดือน  
 กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔, ๔ รายได้ผลดีเยี่ยม,  
 ๒ รายตายหลังผ่าตัด, และอีก ๒ รายมี  
 โรคแทรกซ้อนรุนแรงแต่ก็หายเร็วร้อยดี. หลัง  
 จากนี้ทั้ง ๖ รายมีอาการดีขึ้นอย่างมาก,  
 และบางคนได้กลับไปทำงานกรรมกร. การ  
 ตรวจภายหลังพบว่าความดันโลหิตใน เอ-  
 เทรียม ช่างซ้ายเป็นปกติ, หัวใจเต้นเป็นที่  
 พอใจ ทั้งโพโนคาร์ดิโอแกรม ก็แสดงว่าไม่มี  
 เมอร์เมอร์ เหลืออยู่เลย. อ.ช.จ. กักกลับมา  
 เกือบเป็นปกติ.

จนกระทั่งรายงานนี้ออกมายังไม่มีศัลย-  
 แพทย์ผู้ใดมีผู้ป่วยอยู่ได้เกิน ๓ เดือน หลัง  
 จากการเปลี่ยนลิ้นหัวใจในเลย. อันตรายที่  
 สำคัญที่สุดระหว่างการผ่าตัดคือ เอ็มโบลีสมี  
 อากาศ, ซึ่งผู้รายงานได้แนะนำวิธี  
 ป้องกันไว้ อย่างละเอียด. ส่วนอันตรายใน

ระยะหลังผ่าตัดอาจมีไตจาก ธรรมชาติที่  
 ลิ้นหัวใจเทียม. เรืองนพเสมอในสุนัขที่  
 ทดลอง, แต่ยังไม่ปรากฏในคน. อย่างไรก็ตาม  
 กติปัญหา ทว่าจะ จำเป็นต้องใช้ การ ป้องกัน  
 เลือด แข็งอยู่ตลอดเวลาหรือไม่นี้ยังอยู่ใน  
 ความพิเคราะห์.

ในที่สุด ผู้รายงานคิดว่า การเปลี่ยน ลิ้น  
 หัวใจ ไม่ตรัส ในขณะนั้นควรจะทำแต่ในผู้-  
 บัญที่ลิ้นหัวใจ ของตนเองถูกทำลายจนไม่มี  
 ทางที่จะทำการซ่อมแซมได้เลย, และผู้ป่วย  
 นั้นมีอาการ รุนแรง จนกระทั่ง การผ่าตัด ทม  
 อันตรายนั้น จะเป็นหน ทางเดียวที่จะช่วย ชีวิต  
 ไว้ได้.

ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิตติยากร  
 M.B., B.S., M.R.C.S.

๓. Jenkin, H.P., R. Evan, W. Kollert: ถ้า  
 ใส่อกตันจากนิ้วนำดี Surg. Clin. N. Amer.  
 1961, 41: 71-81.

ในการ ออกตัน ของลำไส้ เล็ก ทั้ง หมด,  
 ประมาณ ๒ ๒๕. เกิดจากนิ้วนำดี. อัตรา  
 ตาย ๒๐ ถึง ๗๕ ๒๕. อายุผู้ป่วยอยู่  
 ระหว่าง ๖๐ กับ ๗๐ ปี. ผู้หญิงเป็นบ่อย  
 กว่าผู้ชาย ๗ ต่อ ๑. สาเหตุเกิดจากการ  
 อักเสบของถุงน้ำดีทมนว. มีโรคของถุง

น้ำที่ประมาณ ๕๐ ปซ. การอักเสบทำให้ เป็นแผล, ผนังท่อ, กลายเป็นลำราง ทิศต่อระหว่าง ผนังท่อ อวัยวะที่ใกล้เคียง. อาการที่พบเสมอ คือปวดบวม อย่างรุนแรงที่ ไตซ้าย โคนขวา, แต่อาจมีอาการน้อยหรือ ไม่มีเลยก็ได้. ต่อมาอาการของการอุดตัน ของลำไส้เป็นระยะ ๆ. ส่วนที่ถูกอุดตันเต็ม ท่อลำไส้เล็กส่วนปลาย. การถ่ายเอ็กซ- เรย์ในท่าธรรมดาช่วยการวินิจฉัย ได้มาก. จะพบอากาศในทางเดินน้ำ, เห็นนิ้วใน ลำไส้, ซึ่งเปลี่ยนที่เสมอ, และลำไส้โป่ง พอง. การผ่าตัดเป็นวิธีเดียวที่จะช่วยผู้ป่วย. ก่อนผ่าตัดต้อง สอนหลอดขยายเข้า กระเพาะ, และ แก้วความ วิปริต ใน คำน น้ำ และ อีเล็ก โตรลัท. ผ่าลำไส้, คีบเอาเนื้องอก, โดย ระวังไม่ให้แตกเป็นเสี่ยง ๆ. ถ้ามีเนื้องอก ในลำไส้, ต้องตัดออกแล้วต่อใหม่. ไม่ ควรผ่าตัดที่ผนังท่อ, เพราะจะมีโรคแทรก ซ้อนมาก.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย ๔ ราย.

ทัศนีย์ ปานสิงห์ พ.บ.

๔. Straffon, R.A.: การรักษามะเร็งใน คนไข้โร. J. Urol. 1961, 82:259.  
ยาที่ใช้รักษามะเร็ง แบ่ง ออก ได้ เป็น

๔ พวก. พวกที่ ๑ เป็นพวก แอนติเมตา โบไลต์ ซึ่งยับยั้งการทำงานของ เอ็นไซม์ เป็นพวก ๆ หรือ เมตาบอลิซึม เป็นอย่าง ๑ ๆ หรือ, ไทแก (ก) ปฏิบัตินของ ฟริน, (ข) ปฏิบัตินของ พัยริมิคิน, (ค) ปฏิบัตินของ กรด โพลีค, (ง) ปฏิบัตินของกรด อะมิโน. พวกที่ ๒ เป็นพวกสาร แอลคิลเลตติ้ง ซึ่ง ทำหน้าที่หลายอย่าง, เช่น ในโตรเจน มีส- ตาร์ต, ฆลอร์อัมบิซิล. พวกที่ ๓ ไทแก แอนติไบโอติก, เช่น แอคติโนมัยซิน. พวกที่ ๔ เป็นพวกเบ็คเทิล, เช่น อนุพันธ์ ของ คอลชิซิน, และ อะนาล็อก ของ นิโค ตินอะไมด์. ในการทดลองใช้ยาพวกนี้ จำ ต้องสังเกต (๑) การเปลี่ยนแปลงอาการ แสดง, (๒) การเปลี่ยนแปลงขนาดและการ ลุกลามของเนื้องอก, โดยอาศัยรังสี, (๓) การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี, เช่นการละ ลาย (ลิยลิส) ของเนื้องอก, การรบกวน จากเนื้องอก, การเปลี่ยนแปลงทางระบบ เอ็นไซม์, (๔) การเปลี่ยนแปลงทางระบบ อวัยวะต่าง ๆ, โดยเฉพาะเลือด, ปอด, หัวใจ, ลำไส้, ประสาท. เขาได้รวบรวม ผลการรักษานี้ของผู้ ซึ่งใช้ยาต่าง ๆ กัน, กับของเขาเองซึ่งใช้ ๕ - ฟลูออโรอูราซิล (ปฏิบัตินของ พัยริมิคิน) ทดลองรักษาเนอ

งอกพวกก้อนแข็ง ซึ่งแพร่กระจาย ไปที่กระ-  
เพาะปัสสาวะ. ปรากฏว่าได้ผลเป็นที่พอใจ.

๕. ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๕. Yoho, A., P.J. Sluber, S. Koletsky,  
L. Persky: ประสบการณ์เพิ่มเติมในการบีบ  
กั้นขั้วไต. J. Urol 1961, 86:185.

ผู้รายงานทดลอง เพื่อทราบว่า หากขยับ  
ปากคืบ (แคลัมป์) ที่ขั้วขั้วไต (รัล เพติเคิล)  
หลาย ๆ ครั้งระหว่างผ่าตัด, เพื่อให้เลือด  
ไหลไปเลี้ยงไตได้บ้างชั่วคราว, จะมีการ  
เปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างที่ไต. เขาใช้สุนัข  
๓๐ ตัว. แบ่งเป็น ๓ พวก. พวกที่ ๑ ขยับ  
ขั้วตลอดเวลา ๒ ชม., พวกที่ ๒ ขยับ  
๑ ชม., ปล่อยปากคืบ ๓ นาที, แล้วขยับ  
ต่ออีก ๑ ชั่วโมง. พวกที่ ๓ ขยับนาน ๓๐  
นาที, ขยายปากคืบ ๓ นาที, ทำเช่นนั้น  
จนครบ ๒ ชม., (ก่อนทดลองนี้ได้ตัดไต  
ขวาทิ้งเสียก่อน, แล้ว ๔ สัปดาห์ต่อมาจึง  
ทำการทดลองกับไตซ้าย.) เขาพบว่าพวก  
ที่ ๑ ตาย ๗๐ เปอร์เซ็นต์, มี ยูเรีย เพิ่มสูงมาก  
ในเลือด ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์; พวกที่ ๒ ตาย ๑๐  
เปอร์เซ็นต์, ยูเรีย เพิ่มขึ้นสูงมากในเลือด ๑๐ เปอร์เซ็นต์,  
ส่งปานกลาง ๗๐ เปอร์เซ็นต์, ปรกติ ๒๐ เปอร์เซ็นต์,  
ส่วนพวกที่ ๓ ตาย ๔๐ เปอร์เซ็นต์, ยูเรีย เพิ่มขึ้นสูง

มากในเลือด ๕๐ เปอร์เซ็นต์, ตรวจทางจุลทัศน์  
พบว่าพยาธิสภาพในไต ของ สุนัข พวกที่ ๓  
คล้ายกับของพวกที่ ๑. เขาสรุปว่าการขยับ  
ขยายปากคืบที่ขั้วไตบ่อย ๆ ทำให้เกิดการ  
บีบตัวของหลอดเลือดไต, จึงเกิดพยาธิสภาพ  
มาก, ทั้งในพวกที่ ๓.

๖. ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๖. Goepel, H.: การศึกษาทางวิทยาศาสตร์-  
การเกี่ยวกับ การใช้ หน้ากาก ผ่าตัด. Der  
Chirurg 1959, 8:529-533.

ผู้รายงานทดลองสาเหตุของการติดเชื้อ  
ชั้นตาม (เซคันดารี) ในแผลผ่าตัด, โดย  
เฉพาะ เกี่ยวกับ หน้ากาก ที่ผูก เวลาผ่าตัด.  
เขาพบวิธีของกันได้ดังนี้: (๑) หน้ากากต้อง  
ชิดทั้งส่วนจมูกและปาก, (๒) หน้ากาก  
ต้องกว้างมาก ๆ. ปลายล่างของหน้ากาก  
ต้องสอดเข้าไปในเสื้อคลุมได้, (๓) ควร  
เปลี่ยนหน้ากากบ่อย ๆ. อันหนึ่ง ๆ ไม่ควร  
ใช้นานกว่า ๒ ชม., (๔) ขณะผ่าตัดควร  
พ่นอ้อยที่สด, (๕) การเคลื่อนไหวศีรษะ  
ควรทำในวงแคบที่สุด, (๖) ไม่ควรใช้ผ้า  
เช็ดหน้าในห้องผ่าตัด.

๗. ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๗. Assmann, F.: การรักษาความพิการในการไหลของเลือดในระบบปลายทางเกี่ยวกับเบาหวาน. *Der Chirurg* 1959, 2:63-65.

ผู้รายงานได้พยายามรักษา โดยวิธีประคองในคนไข้ที่มีความพิการในการไหลเวียนปลายทาง จำนวน ๑๐๐ คนซึ่งมีแก๊งกรีน เพื่อบำบัดเบาหวานอยู่ ๒๕ คน. ผลของการรักษาจาก (๑) อดหนุมที่ผิวหนัง, (๒) ออสซิลโลกราฟี, (๓) พาราเวอรัลบลัดคัท (๔) การให้ທลดลงเกิน. เขาแบ่งคนไข้เป็นสองพวก ๆ ละ ๕๐ คน. พวกแรกให้กินยาขยายหลอดเลือด (วินิคอล) และทำ พาราเวอรัลบลัดคัท. ปรากฏว่าต้องตัดขาทั้ง ๓๑ คน, ๑๕ คน. พวกที่สองฉีดยาขยายหลอดเลือด (วินิคอล) เข้ากล้ามเนื้อ ๑๐ วัน, ต่อด้วยกินยาระยะเดียวกัน (วันละ ๒ เม็ดสามเวลาหลังอาหาร) และ ไรวิกอน (๑ เม็ดสามเวลาหลังอาหาร). ปรากฏอาการดีขึ้น ๓๔ ราย, ต้องตัดขา ๑๖ ราย. เขาสรุปว่าการรักษาพวกนี้ควรใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดฉีดด้วย, จะได้ผลดีกว่ากินอย่างเดียว.

ตุ๋ ซัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๘. Kallenbach, H.: เนื้ออกร้ายในวัยเด็ก *Der Chirurg* 1958, 6: 263-264.

ผู้รายงานได้รวบรวมเรื่องมะเร็งในเด็กตั้งแต่เกิดจนถึงอายุ ๑๘ ปี ที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย เกอติงเกิน ระหว่างปี ๑๙๕๑ ถึง ๑๙๕๖ รวม ๑๐๐ ราย. เขาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกของสมอง, ซึ่งมีถึง ๖๕ ราย. ไม่พบมะเร็งที่กำเนิดจาก เอพิอิลีพม และไม่พบเนื้องอกที่มีย่อยในผู้ใหญ่ เช่น เนื้องอกของ ลำไส้, หลอดลม, เต้านม, ต่อมลูกหมาก. เข้าใจว่าลำไส้, หลอดลม และส่วนอื่น ๆ พวกนี้ยังได้รับการ กระตุ้นจากสารก่อมะเร็งน้อยเกินไปทั้งปริมาณและระยะเวลา.

ตุ๋ ซัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๙. Stoter, G.: การรักษา แก๊งกรีน เพื่อบำบัดเบาหวานวิธีประคองโดยอาศัยแอนติไฮโปติก และ คอร์ติโคสเตอรอยด์. *German Med. Monthly* 1961, 6:81-84.

ในจำนวนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ๒,๐๐๐ คนซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทศบาลเมือง อ็อกสเบิร์ก (เยอรมนี) ในระยะเวลา ๕ ปี (๑๙๕๕-๑๙๕๙) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีแก๊งกรีน ของเขา ๕๐ ราย (๒.๕

ปศ.) ซึ่งคล้ายแพทย์แนะนำให้ตัดขาหมด  
ทุกราย. แต่ก็ได้ทำเพียง ๒๐ ราย (๔๐  
ปศ.) เท่านั้น. ปรากฏว่าตายหลังผ่าตัด  
๔ ราย (อัตราตาย ๘ ปศ.). ผู้ป่วย ๒๗  
ราย (๕๔ ปศ.) ได้รับความรักษาโดยการ  
ประคบประครองเฉย ๆ และได้รับผลดีมาก.  
อีก ๓ รายที่เหลือต้องตัดขาบางส่วนภายหลัง  
หลังการรักษาแบบดังกล่าวแล้ว.

หลักการรักษาแบบขี้คอก (๑) รักษา  
เขาหวานโดยการจำกัดอาหารและให้ อิน-  
สุลิน. (๒) ใช้กินและฉีดยา (เข้าหลอดเลือด  
เฟมอรัล) คอร์ติโคสเตอรอยด์. (๓) แอน-  
ติไบโอติก ใช้ เรเวอริน ฉีดยาเข้าหลอดเลือด  
วันละ ๒๗๕ มก. (๔) ให้ ATP และ  
AMP เพื่อช่วยการไหลเวียนเลือด. (๕) รักษา  
แก้งกรัน โดย "วิธีเข้ด". (๖) ให้ฮอร์-  
โมนเพศ, พวัก เทสโตสเตอโรน หรือ  
ผสมกัน.

พลภัทร ตาละลักษมณ W.B., Dr. med.

๑๐. Duhamel, B.: วิธีผ่าตัดแบบใหม่  
เพื่อรักษาโรค ชีรซัสปรุงก์. *Langenbecks  
Arch, u. Dtsch. Ztschr. f. Chirur.* 1960,  
296:384-387.

วิธีผ่าตัดคน เป็นการ แก้ไขเทคนิค อย่าง  
หนึ่งของวิธี Swenson. หลักสำคัญคือการ

ประสาน เร็คคัม ซึ่งเกิดมาอย่างผิดปกติ  
เข้ากับลำไส้ส่วนที่ค้ำโดยไม่ต้องตัดเอา เร็ค-  
คัม ออก, ทำให้เราสามารถหลีกเลี่ยงการ  
เข้าไปยุ่งกับอวัยวะต่างๆ ในอึ่งเชิงกรานตอน  
ล่างเสียได้. ส่วนของ โคล็อน ซึ่งเรากำลัง  
มานั้นเข้ามาทางช่องว่างหลัง เร็คคัม ซึ่ง  
อยู่แล้ว, โดยไม่ต้องรบกวนหรือทำลาย  
ระบบประสาทในอึ่งเชิงกรานตอนล่างหรือทำ  
อันตราย ต่อเครื่อง ประสาท กล้าม เนื้อ ของ  
หูดเลย. หลังจากต่อ โคล็อน เข้ากับ  
เร็คคัม ทางค้ำหลังแล้ว, การทำงานด้าน  
รีเฟล็กซ์ ของ เร็คคัม และทวารหนักก็ยัง  
คงอยู่โดยเรียบร้อย.

ข้อดีของการผ่าตัดโดยวิธีนี้คือ (๑)  
เป็นวิธีเดียวที่จะแก้ไข โรคกลับในวิธีผ่าตัด  
แบบ Swenson หรืออื่น ๆ. (๒) สามารถ  
ทำได้ในเด็กอายุน้อย ๆ โดยไม่ต้องรอให้  
ถึง ๑๘ เดือนเหมือนวิธีของ Swenson.

ผู้รายงานได้ทำการผ่าตัดวิธีใหม่นี้ใน  
ผู้ป่วย ๕ ราย และได้ผลดีมาก. ผู้ป่วย  
๗ รายอายุน้อยกว่า ๖ เดือน (ซึ่งในนี้  
๔ ราย น้อยกว่า ๓ เดือน). เขาแนะนำว่า  
อายุยังน้อยการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะได้ผลดี.  
พลภัทร ตาละลักษมณ W.B., Dr. med.

๑๑. Cann, H.O.: ความทน แอมโมเนีย ใช้เป็นเครื่องชี้แสดงการไหลเวียน สมทบของระบบ ปอร์ทัล และ ซีสต์คิมิก ในโรค ซัวร์โรลิส. *Gastro-enterol.* 1961, 41: 97-105.

ผู้รายงานใช้คนไข้ ๕๐ คน, พิสูจน์โดยการเจาะค้ำว่าเป็น ซัวร์โรลิส ๔๘ คน, ก้ใช้คนที่ไม่เคยเป็นโรคหัวใจหรือปอดเป็นค้อนโทรล. ๘ ถึง ๑๒ ช.ม. ก่อนทดลองให้กินอาหารปรกติ. ไม่ให้ แอนติไบโอติกหรือสารอนทอจรรยาควน เมตะบอลิสม์ ของแอมโมเนีย. แล้วให้กิน แอมโมเนียมซัลไฟด์ ๓ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑๕๐ ปอนด์. ลดขนาดลง ๐.๓ กรัมทุก ๆ ๑๕ ปอนด์ที่ผลทดลองมีน้ำหนักน้อยกว่า ๑๕๐ ปอนด์. ๔๕ นาทีหลังกินยาเจาะเลือดแดงจากหลอดเลือดเฟมอรัล และเจาะเลือดค้ำด้วย. วิเคราะห์แอมโมเนีย โดยวิธีของ เซลิกสัน และ ฮีราชรา. เมอครย ๒๔ ช.ม. ทำการทดสอบหน้าทตบ, และเมอครย ๑๐ วันทำการตรวจหลอดอาหารด้วยกล้องตรวจ.

ผลปรากฏว่า (๑) ในพวก ค้อนโทรล, แอมโมเนีย ในเลือดแดงเท่ากับ ๑๑๐.๗ ไมโครกรัม (มคก.), แอมโมเนีย ในเลือดค้ำ ๑๐๐.๗ มคก. (ค่าปรกติ ๑๕๐ มคก.

ทั้งสองแห่ง), (๒) พวกเป็น ซัวร์โรลิส, แอมโมเนีย ในเลือดแดง ๑๓๗ มคก., ในเลือดค้ำ ๑๒๒.๓ มคก. ทั้ง (๑) และ (๒) นี้ก่อนกิน แอมโมเนียมซัลไฟด์. หลังจากกิน แอมโมเนียมซัลไฟด์, พวกเป็น ซัวร์โรลิส มี แอมโมเนีย ในเลือดแดงเฉลี่ย ๒๖๕.๒ มคก., ในเลือดค้ำ ๒๑๕.๕ มคก. ในจำนวน ๕๐ คนมีผลผิดปกติ ๓๕ คน, และในหมู่คนไข้ที่มี ปอร์ทัลซัยเปอร้เห็นชั้น ๒๒ คนให้ผลผิดปกติ ๒๑ คน. ส่วนในพวกที่ไม่มี ปอร์ทัลซัยเปอร้เห็นชั้น ๒๘ คน มีผลผิดปกติเพียง ๑๔ คน. ผู้ป่วยที่มี วาริกซ์ ในหลอดอาหารให้ผลผิดปกติ ๘๕.๕ ปร.

จากการทดสอบหน้าที่ของค้ำเขาพบว่า ความทน แอมโมเนีย ไม่เกี่ยวกับหน้าที่ของค้ำที่เสียไป.

เจริญ โชติกวนิชย์ พ.บ.

๑๒. Edling, N.P.G., et al.: ตำแหน่งของเนอรัยของ โคโลน ในรายที่เป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผล. *Gastro-enterol.* 1961, 41: 465-466.

ผู้รายงานรวบรวมผู้ป่วย ๔๓ คน, วินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลโดย

ชาติัยการตรวจทางรังสี, ไบออปซีย์ และการตรวจศพ. ใน ๓๖ คนวินิจฉัยได้จากการทำ ขาเตรียม อินมา. อีก ๑ คนวินิจฉัยจากการตรวจด้วย ปร็อคโทสโคป, ไบออปซีย์ และการตรวจศพ.

จากการตรวจทางจุลทัศน์พบว่ามี ๔๑ ราย เป็น คาร์ซิโนมา, ๒ ราย เป็น ซาร์โคมา. ในจำนวนทั้งหมดคนมเนองออกอยู่ที่ ชุมมอัยค้ตอนล่างและ วรรคัม ๑๑ ราย, อยู่เหนือกว่าระดับทกล่าวน ๓๒ ราย. เห็นได้ว่า เศษ ๑ ส่วน ๔ มะเร็งทั้งหมดอยู่ในลำไส้

ใหญ่ส่วนล่าง. อีกเศษ ๓ ส่วน ๔ อยู่ในระดับเหนือกว่า, แตกต่างกับในคนที่ไม่มีโรคลำไส้ใหญ่อีกเศษเป็นแผลร่วมด้วย, ซึ่ง เศษ ๓ ส่วน ๔ อยู่ในลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง, และเศษ ๑ ส่วน ๔ อยู่ในส่วนบน.

ในคนที่ม้ประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อีกเศษเป็นแผลการตรวจหามะเร็งด้วย ปร็อคโทสโคป อย่างเคียวอาจพลาดได้, โดยเฉพาะพวกที่มะเร็งอยู่ในระดับสูง. การทำ ขาเตรียม อินมา จึงไม่ควรรงควณั้ในพวกเหล่านี้.

เจริญ โชติกวณั้ชย์ พ.บ.

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

# ปกิณกะ

## ๑. น้ำใจพี่น้องศิริราช

“ระยอง, ๒๓ ก.พ. ๐๕.....ผมขอส่งเงินมาช่วยโรงเรียนในงานครบครอຍ ๑,๐๐๐ บาท และ สำ หรับ ค่า ปรากกาหมึกแห้ง ๑๐๐ ค้าม อีก ๓๐๐ บาท. เงินส่งในนามเล็กและชายัญ สุวรรณกุล....”

นี่เป็น ข่าวกิ่ง ปรากฎใน หนังสือ ปรำจำ สปีดาคท์ “สารศิริราช—รายงานข่าว” ฉบับวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๐๕, เป็นตัวอย่างหนังสือซึ่งแสดงถึงความกระวีกระวาดของศิษย์ศิริราชในอันที่จะสนองการเรียกร้องของโรงเรียน, ซึ่งในครั้งนั้นคือการช่วยกันหาเงินสมทบ “ทุนฉลองเจ็ดสิบสองปี” ของในงานซึ่งจะจัดขึ้นในวันที่ ๔ ถึง ๘ พฤษภาคม ค.ศ. ๑๙๖๒.

“บัตรสมนาคุณ.....ผมมอบให้กับแผนกสรรระ. คงจะมีประโยชน์กว่า. ถ้าถูก, เงินนั้นก็จะ เป็น ประโยชน์แก่โรงเรียนไปอีก.....”

นี่เป็นการสละต่อที่สองของเจ้าของทหหมายที่ยกมาอย่างข้างบน. รางวัลที่กล่าวคือรางวัลที่มอบให้โดย “บัตรสมนา-

คุณ” ซึ่งคณะ กรรมการ หาทน ๆ ได้ จัดไว้เป็นการตอบแทนผู้บริจาคเงินตั้งแต่ ๑๐๐ บาทขึ้นไป, และรางวัลหนึ่งเป็นทองคำแท่งน้ำหนักถึงหนึ่งพันบาท. เพราะฉะนั้นถ้าโชคช่วย, โรงเรียนก็จะได้รับของขวัญจากศิษย์เก่าคนนี้มีมูลค่าเกือบห้าแสนบาท. แต่ถึงแม้ไม่ได้รับรางวัล, โรงเรียนก็ควรพอใจแล้วที่ใครรับสิ่งซึ่งมีคุณค่าอย่างวัดไม่ได้, คือความกตัญญูต่อกตเวที.

กตัญญูต่อกตเวทีไม่ใช่ของแปลกสำหรับชาวศิริราช, แต่เป็นคุณธรรมประการหนึ่งที่ทำให้พวกเราภูมิใจ, คือเป็นผลเหตุที่ศิษย์ศิริราชทำอะไรต่ออะไรให้แก่โรงเรียน, อย่างที่คนทั่วไปอาจไม่ทำ. คุณธรรมข้อนี้ปรากฏอยู่เป็นธรรมดาตลอดเวลา, แต่ก็มีโอกาสเป็นครั้งคราวที่ใครรับการพิสดารอย่างเด่นชัดเป็นพิเศษ.

“เมื่อวันเสาร์ ที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ค.ศ. ๑๙๖๒ คณะกรรมการกลาง จัดงาน ๆ ได้ประชุมกันเป็นครั้งแรกที่กระทรวงสาธารณสุข..... เหตุการณ์.....ที่น่าประทับใจและสมควรบันทึก

ทักไว้ คือ การไปร่วม ประชุม ของท่าน นายแพทย์แสง สัทธิพงษ์, ศิษย์เก่ารุ่นอาวุโส, ซึ่งพงออกไปจากโรงพยาบาลไคสองวันหลังจากที่ช่วยของผ่าตัดและนอนอยู่บนเตียง... เคนยังไม่ค่อยแข็งแรง.... มีผู้ไปห้อมล้อม ทัก ทาย.... ท่านตอบอย่างหนักแน่นว่า “เป็นหน้าที่ของผม, เป็นหน้าที่ของผม....” (๑)

“ตามหนังสือชักชวนให้ศิษย์เก่าศิริราชช่วยเหลือ..... ผมเห็นพ้องด้วยที่ทุกคนควรช่วยเหลือออกสู่การระสอระจ๊ากที่เก่าแก่ของตนไว้. แต่การที่จะรอนกว่าจะได้เงินจากคนไข้เป็นรายตัวน่าจะชักเข้าไปในการที่จะช่วยเหลือกิจการที่กำลังปรารภรณานัน. ฉะนั้นในชั้นต้นนี้ตัวผมเองขอออกเป็นส่วนช่วยเป็นจำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาท) ก่อน.... ในการนี้ผมหวังว่าพี่น้องแพทย์ศิริราชทั้งหลายคงช่วยกันเต็มมือ. ส่วนผมนี้คงจะช่วยตามกำลังเสมอไป..... วิวรรณ สุขวิทยา.” (๒)

ชาวสองชนข้างบนมาจากงานฉลองหกสิบปีศิริราชเมื่อสิบสองปีมาแล้ว. เป็นเพียงตัวอย่างส่วนน้อยจากส่วนมาก. คงจำกันได้ว่าคราวนั้นคณะศิษย์ศิริราชต่าง

หมายไว้ว่าจะช่วยกันหาเงินให้ไคสองล้านบาทเพื่อสร้างถาวรวัตถุไว้เป็นที่ระลึก. โดยการทำงานกันแบบ “พร้อมพร้อมมือเดียว” หอประชุมราชแพทยาลัยก็ได้ออกำเนิคนชงโดยกาล, และตั้งตระหง่านเป็นศรีของศิริราชอยู่ในบัดนี้. แม่หอจะคืบแคบ, ไม่สวยงาม, และไม่สมบูรณ์หลายประการ, แต่ก็ยังเป็นทงุมใจของพวกเรา, เพราะเป็นพยานแห่งความสามัคคีและกตัญญูแก่อดีต, และเราอ้างไคเต็มปากว่า “เราสร้างขึ้นมาด้วยเหงื่อ”.

งานฉลอง ๖๒ ปีเพิ่งเริ่มกัน. แม้กระนั้นก็มีพยานปรากฏจากหลายบ้านแล้วว่าคุณธรรมประจำใจของศิษย์ศิริราชนั้นยังคงเข้มข้นคืออยู่. ศิษย์ศิริราชไคเริ่มทำงานแล้วโดยทำนองเดียวกันกับครั้งก่อน. คือทุกคนทำ, ตามความถนัดของตน. บางคนใช้การวิ่งเต้น, บางคนใช้แผนการ, บางคนใช้ศิลปะ, บางคนใช้อิทธิพล, บางคนใช้กำลังกาย. ทุกคนทำเต็มที่. ทุกคนมีจุดหมายร่วมกัน, คือทำให้งานฉลองคราวนี้ลุล่วงไปด้วยผลดีที่สุด.

เรื่องที่เด่นอย่างหนึ่งในการเตรียมงานคราวนี้คือการออกหน้าของคณะสภศิริ-

(๑) สารศิริราช ๒๔๕๓, ๒ : ๑๗๔-๑๗๕.

(๒) สารศิริราช ๒๔๕๓, ๒ : ๔๕.

ราช. เมื่อครั้งฉลองหกลีบขนันท่านเหล่านั้น  
ก็ได้อะไรช่วยงานของสามี่ของท่านอย่างเต็มที  
เหมือนกัน. แต่เป็นการหลังฉาก, เป็นการ  
ต่างคนต่างทำ, แล้วแต่จะได้อะไร. ในคราว  
นั้นได้ผู้ริเริ่มที่เข้มแข็ง, คือคุณคุณหญิง โอสถา  
นันท์, กับผู้สนับสนุนที่คล่องแคล่ว, คือ  
คุณหญิงสมชาติ จากักกวนิช, ช่วยกันฉีก  
กำลังของ ฝ่ายสุภาพสตรีที่เคยเป็นขี้กแผ่นไม่  
น้อยหน้าฝ่ายบุรุษ. ด้ว้การชักชวนใน  
วิทย์โทรทศันชวเวลาสามนาท, ก็มีผู้ริ  
บอนงแทบล้นห้องประชุม. คริสระไรของ  
ศิริราช แสดงความพร้อมเพรียง อย่างน่ายก  
ย่อง. มีผู้มาประชุมตั้งแต่วันแรก ๆ ที่จบไป  
เกือบห้าสิบบแล้ว, จนกระทั่งวันหลัง ๆ ซึ่ง  
ฟังพ้นออกศิริราชไปไม่นาน. ทุกคนพูดเป็น  
เสียงเดียวกันว่ายินดีช่วยทุกอย่าง. ที่น่ายิน  
ดีเป็นพิเศษก็คือ “ศิษย์สมทบ” หมายความว่า  
ถึงผู้เล่าเรียนจากที่อื่นแต่ได้มาก่อร่างสร้าง  
ความคิดในศิริราชและถือตัวเป็นศิษย์ของตน  
ด้วยหลายท่าน ได้จัดให้ภรรยาของท่านมา  
ร่วมประชุมเพื่อร่วมแรงร่วมใจด้วย. ไม่ต้อง  
สงสัยว่า เจตนารมณ์ของท่านสตรีทั้งหลายได้  
แสดงอย่างเป็นขี้กแผ่นในคราวนี้จะคงอยู่เป็น  
แบบอย่างสำหรับคนรุ่นหลัง ๆ ต่อไปชั่วกาล  
นาน.

บุคคลตัวอย่างอีกผู้หนึ่งซึ่งศิษย์ศิริราช  
จะลืมไม่ได้, คือคุณหลวงภิกเนศประสิทธิ์-  
วิทย์, หรือคุณหม่ออภัย หะสิทธิ์เวช, ศิษย์  
หมายเลขที่หนึ่งของโรงเรียนแพทย์. ท่าน  
เป็น “ที่หนึ่ง” จริง ๆ ในด้านความรักโรง  
เรียน. ในเวลาปรกติท่านส่งเสียโรงเรียน  
อยู่เสมอด้วยการเขียนเรื่องต่าง ๆ ให้ตีพิมพ์  
ในสารศิริราช. พอมีงานอะไรพิเศษ, ท่าน  
เป็นต้องมีส่วนด้วยทุกครั้ง. ในคราวฉลอง  
ห้าสิบบ ท่านก็มา และจัดงานหกลีบ ขานก็  
มาอีก. คราวนี้เมื่อติดต่อแจ้งเรื่องงานให้  
ทราบ, ท่านกำลังป่วย. พอค่อยยังชั่วก็รีบ  
เดินทางจากอำเภอบางละมุง, ชลบุรี, เพอ  
มาพบเลขานุการกรรมการประสานงานศิษย์  
ศิริราช, และให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์  
หลายข้อ. แม้ท่านจะอายุอย่างเข่าบ ที่แปดสิบ  
เก้าแล้ว, พอพูดถึงความหลังสมัยอยู่ใน  
โรงเรียน, สังกะได้ว่าท่านมีสหน้ายิ้มแย้ม  
สดใสนทุกครั้งที่. คำที่ท่านใช้บ่อยมากคือ  
“พวกเรา”. พวกเราจะต้องเป็นเช่นนั้น ๆ.  
พวกเราจะต้องทำอย่างนั้น ๆ. “พวกเรา”  
ติดอยู่ในใจของท่านเสมอ. ขอให้ท่านยืนยง  
อยู่เป็นตัวอย่างของศิษย์รุ่นหลังไปอีกนาน ๆ.  
เพอกล่อมอารมณ์ของท่านสมาชิกที่เป็น

ศิษย์ศิริราชไว้สำหรับภาระหนักในงานฉลอง  
ครวณ, ขอนำเพลง “ศิริราชรวมกำลัง”

“ทำนองเขมรไล่ควาย” มาเป็นบทส่งท้าย,  
ดังต่อไปนี้:

ศิริราชนามมงคลต้นวิชา  
เป็นที่เรียนที่หัดบดโรคภัย  
ศิริราชอบรมบ่มนิสัย  
จะทำการใด ๆ ใจพร้อมพรัก  
ศิริราชรวมกันไว้อำไพแดก  
ผูกสมัครักกันมั่นเหมือนควั่นเกลียว  
ศิริราชก้าวหน้าพาเราเดิน  
ศิริราชเสื่อมถอยเรือด้อยแรง

พระมหากษัตริย์ ราชประสาทให้  
ราชแพทยาลัยใหญ่หลวงนัก  
ให้มีใจมุ่งมั่นรักกันหนัก  
เพียงประจักษ์น้องพี่มีใจเดียว  
ใครจะแยกย่อยอย่างไรไม่แลเหลียว  
มั่นแท้เทียวแข็งขลังพลังแรง  
โรงเรียนเจริญเราก็เรื่องเปรี๊ยะศักดิ์แสง  
ต้องขันแข็งร่วมกันทำจำเริญเอย

ศิษย์ศิริราชคนใดที่ยังไม่ได้แสดงน้ำใจ  
ทามแบบ, คงมีโอกาสแสดงในงานฉลอง  
ครวณ. และถ้าหากแสดงแล้วไม่มีใครเห็น,

ก็ไม่ต้องเสียใจ, ฟังกันว่า “เราเห็นเองก็แล้ว”.

อ.ก.

## ๒. จดหมาย

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕  
เรียนท่านบรรณาธิการสารศิริราช ทนบถ  
ข้าพเจ้าได้รับสารศิริราชฉบับที่ ๑  
มกราคม ๒๕๐๕ เมื่อดูสองสามวนน, เห็น  
บทความพิเศษเรื่อง “ครูแพทย์” จึงได้ลง  
มืออ่านก่อนเรื่องอื่นใดหมด, เพราะเป็น

เรื่องที่น่าสนใจในใจข้าพเจ้าตั้งแต่ครั้งเป็นครู  
คนหนึ่งใน แผนก อายุรศาสตร์ โรงพยาบาล  
ศิริราชนานมาแล้ว, และจนบัดนี้.

ข้าพเจ้ายังไม่เคยรู้จัก นายแพทย์ ภูเกศ  
วาจานนท์ผู้เป็นเจ้าของบทความนั้น, แต่รับรู้  
สึกว่าคุณหมอได้ใช้ความใคร่ครอง อย่างดี

ศิษย์ศิริราชไว้สำหรับภาระหนักในงานฉลอง  
ครวณ, ขอนำเพลง “ศิริราชรวมกำลัง”

“ทำนองเขมรไล่ควาย” มาเป็นบทส่งท้าย,  
ดังต่อไปนี้:

ศิริราชนามมงคลต้นวิชา  
เป็นที่เรียนที่หัดบดโรคภัย  
ศิริราชอบรมบ่มนิสัย  
จะทำการใด ๆ ใจพร้อมพรัก  
ศิริราชรวมกันไว้อ่าให้แตก  
ผูกสมัครรักกันมั่นเหมือนควั่นเกลียว  
ศิริราชก้าวหน้าพาเราเดิน  
ศิริราชเสื่อมถอยเราด้อยแรง

พระมหากษัตริย์ ราชประสาทให้  
ราชแพทยาลัยใหญ่หลวงนัก  
ให้มีใจมุ่งมั่นรักกันหนัก  
เพียงประจักษ์น้องพี่มีใจเดียว  
ใครจะแยกย่อยอย่างไรไม่แลเหลียว  
มั่นแท้เทียวแข็งขลังพลังแรง  
โรงเรียนเจริญเราก็เรื่องเปรี๊ยะศักดิ์แสง  
ต้องขันแข็งร่วมกันทำจำเริญเออ

ศิษย์ศิริราชคนใดที่ยังไม่ได้แสดงน้ำใจ  
ทามแบบ, คงมีโอกาสแสดงในงานฉลอง  
ครวณ, และถ้าหากแสดงแล้วไม่มีใครเห็น,

ก็ไม่ต้องเสียใจ, ฟังกันว่า “เราเห็นเองก็แล้ว”.

อ.ก.

## ๒. จดหมาย

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕  
เรียนท่านบรรณาธิการสารศิริราช ทนบถ  
ข้าพเจ้าได้รับสารศิริราชฉบับที่ ๑  
มกราคม ๒๕๐๕ เมื่อสองสามวัน, เห็น  
บทความพิเศษเรื่อง “ครูแพทย์” จึงได้ลง  
มืออ่านก่อนเรื่องอื่นใดหมด, เพราะเป็น

เรื่องที่น่าสนใจในใจข้าพเจ้าตั้งแต่ครั้งเป็นครู  
คนหนึ่งใน แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาล  
ศิริราชนานมาแล้ว, และจนบัดนี้.

ข้าพเจ้ายังไม่เคยรู้จัก นายแพทย์ ภูเกศ  
วาจานนท์ผู้เป็นเจ้าของบทความนั้น, แต่รับรู้  
สึกว่าคุณหมอได้ใช้ความใคร่ครอง อย่างดี

ถ้วนและไตเขียนลงไว้ ด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน, เข้าใจง่าย; ตรงไปตรงมาดีมาก, สวมกับที่เป็นครูสอนนักศึกษาแพทย์. ไม่มีการก้าวร้าวหรืออวดคิอย่างใด. แต่เป็นการ “สะกิด” เพื่อก่อให้เกิดจากความ สุนทรียใจ, ถึงแม้ว่าบางตอนอาจเป็นการสะกิดที่แรงไปหน่อย. ข้าพเจ้าขอชมเชยคนทุกกล่าพอที่จะ “สะกิด” ผู้นอื่นเพื่อความเจริญของบ้านเมืองของเรา, ถึงแม้ว่าจะต้องเสี่ยงต่อการถูก “เขม่น” จากผู้นอื่น เป็นการตอบแทน, ซึ่งสงนข้าพเจ้าเชื่อและหวังว่าคงจะไม่ม อยใน สถาบัน ชน สง เช่น ทศวรรษ น เป็นแน่.

เกี่ยวกับเรื่อง คร แพทย์ น ข้าพเจ้าเคยปรารภกับบุคคลบางท่านมาหลาย ครั้งแล้ว. ความเห็นของหมอกฎเกิดใน ญุห่าน ตรงกับของข้าพเจ้า ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์. เพราะ ฉะนั้นข้าพเจ้าไม่จำ เป็นที่จะ ออก ความเห็น ต่อเติมหรือซ้ำให้เสียเวลาอีก. แต่จะขอพูด ทั่วๆ ไปอีกสักหน่อย.

สมัยนเป็นสมัย “พัฒนาการ” รวม ังการแพทย์ของไทยด้วย. แต่สิ่งที่ เป็นชน เป็นอันไปหลายอย่างแล้วนั้น, ส่วนมาก เป็นการ พัฒนาการทางวัตถุ, ซึ่งเราไม่ได้ ทำช่นเอง แต่เป็นทานที่ประเทศมหาอำนาจ

มอบเป็นความ ช่วยเหลือให้แก่ประเทศ ที่ยัง ล้าหลัง. ขอให้เราอย่าได้ลุ่มถัวและลุ่ม ความจริงชอนเป็นอนชชาติ. ส่วนการ พัฒนา ทางจิตใจ นั้นเป็นภาระที่คนไทยเราทุกคนจะ ต้องช่วยกันทำเอง. งานค่านนเราก้ได้มีการ ริเริ่มกันข่างแล้ว, แต่ยังคงยหน้าไปขามาก. ผลได้ไม่ค อยสมคดลยกับความ เสื่อมโทรมที่ กำลังเกิดช่นอยู่ทั่วๆ ไปในทุกวันน. เป็นที่ รักันอยู่ก้, โดยเฉพาะในวงราชการ, ว่า คนไทยเราไม่ค อย มีใคร กล้า ติความบกพร่องของผู้นอื่น, แมแต่การต่นนทาเพอกอ, จนคเหมือน จะ กลาย เป็น อยนีสัย ติค ติว. ะไรๆ ก้ข่าง, ถ้าไม่เคอครอนถึงตัวเองก้แล้วกัน, เพราะผู้ถกติมก้จะ โกรธเป็นพื้น เป็นไฟ, ถึงแม้ว่าผู้ติจะมีเหตผลประกอย อย่างครบถ้วนและปราศจากอคติใใดๆ. ติว อย่าง ท่านอง น เคย มี มา หลาย ครั้ง หลาย คราว. ในค่านตรงกันข่าม, คนไทยชอย ลูกชอย, ยอฝคยอถกก็ชอยทงนน. จนเคยว นีชาวต่างประเทศโดยเฉพาะ ที่เกยว กับทาง การเมืองเขากระชชกนก่อนมา เมืองไทยว่า อย่าไปตำหนิเรื่องของคนไทยให้เข้าหคนไทย เป็นอนชชาติ. ฉะนั้นขอให้พวกเราโดยเฉพาะ แพทย์และนักคศึกษาแพทย์, ซึ่งนยว่าเป็น คนที่ไ้ ธิบริการ คศึกษาชน สง ของเมือง ไทย,

อย่า มัวหลงใหลในคำเป็นขอของชาวต่างประเทศที่เขาขอเราโดยมารยาท, หรือเพื่อหวังผลทางการค้าหรือทางการเมือง. เมื่อเราใคร่ครวญดู เห็นว่า เขาสมจริง ๆ และไม่ไต่จากการเข้าใจผิดแล้ว, เราจึงค่อยมีใจ. ถ้าเราร่วมมือร่วมใจกันเสียสละ, ถึงที่หมอกเก็ตได้ขยายไว้ครบถ้วนแล้ว, วันหนึ่งในไม่ช้านัก, เราคงจะได้รับการสรรเสริญอย่างแท้จริงจาก อารยประเทศ มาไว้ประดับเกียรติภูมิของเราเป็นแน่. การพัฒนาจิตใจของคนทั้งประเทศ เป็นงานแสนจะมหัศจรรย์ และสลับซับซ้อน และ ต้องใช้เวลา นาน, ไม่ว่าในประเทศใด. แต่การพัฒนาจิตใจแพทย์ของเรา, ซึ่งเป็นโครงการจำกัดพอสมควร, ทางแห่งความสำเร็จมองเห็น อยู่ชัด ๆ. ขอแต่ให้ผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดในโครงการนี้, คือศัลยแพทย์และนักศึกษาแพทย์, ตั้งปณิธานให้แน่วแน่ตามหลักของหมอกเก็ต, และคอยช่วย “สะกิด”

กันไว้บ้าง. ถ้าเพื่อนร่วมคณะของเราคนใดผลออกรอไปบ้าง, เราจะตั้งตนให้ถูกวิธีกันจริงๆ เสียทีหรือยัง? หรือจะให้เป็นที่พุดกันเรื่อย ๆ ไปอย่างนั้นเป็นเวลาอีกสัปดาห์? ตัวอย่างของเราที่มีอยู่แล้ว. เราต้องการแบบพิมพ์ของท่านผู้ออกมาก ๆ. คือท่าน ศาสตราจารย์ สดก แสงวิเชียร. ในทัศนะของข้าพเจ้าท่านเป็นครูแพทย์ของเมืองไทย คนหนึ่งที่หมอกเก็ต และเสียสละอย่างเยี่ยมหาตัวจับยาก. ท่านต้องมีส่วนสำคัญไม่น้อยในการที่ผลิตแบบพิมพ์, เช่นหมอกเก็ต, ออกมาให้เราได้ใช้เป็นประโยชน์ต่อไป, และหมอกเก็ตคงเป็นผลิตผลที่ให้ “ความชื่นชม และ อภิรมย์อย่างแท้จริง” แก่ “ครูสก” เป็นแน่.

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

ไช้ ยูนีพันธ์ M.D. (Edin), M.R.C.P.

๓. อินทรายจากการตกจากที่สูง

การตกจากที่สูงนั้นบางครั้งก็มีอินทรายถึงชีวิต บางครั้งก็ไม่มอินทรายเลย ทั้งนี้ อาจจะเป็นอย่างที่สามารถช้เรียกว่า เคราะห์ดี เคราะห์ร้ายก็ได้ หรืออาจจะเรียกตามพระที่ท่านสอนว่า กรรมลิขิต ซึ่งหมายความว่ากรรมที่ทำไว้แต่ชาติไหนก็ตาม ตามมาสนองผู้ขาดเจ็บในชาตินั้น ถ้ากรรมนั้นหนัก ผู้ที่ตกลงมาอาจจะตาย ถ้าเบาหน่อยก็อาจจะขาดเจ็บทพพลภาพ ใครจะเชื่ออย่างไรก็ได้ แต่ถาคิดด่าให้คักน่าพิศวง ทำไมบางคนตาย บางคนไม่ตาย ทั้งๆ ที่รายที่จะตายนั้นได้รบการรักษาทันทีทันควันเต็มความสามารถของแพทย์แผนปัจจุบันที่จะทำการรักษาพยาบาลได้

ภายใน ร.พ. ศิริราช (ก.พ. ๒๕๐๕) มีผู้ช่วยประจำอยู่ทั้งชายหญิงประมาณ ๑๐ คนทุกวัน ซึ่งเป็นพวกตกจากที่สูง.

สถานที่ ๆ ตกนั้นแยกได้เป็น หลังคา โยสต์, หลังคาเรือน, ระเบียงบ้าน, ต้นไม้ต่าง ๆ มีต้นมะขาม, ต้นหว้า, ต้นมะพร้าว, ต้นตาล, แม้กระทั่งตกจากเรือนที่อยู่บนบก.

ความสูง ของสถานที่นั้นตั้งแต่ ๑๐ เมตร (หลังคาโยสต์) และ (ต้นตาล) จนถึง ๓ เมตร (ระเบียงบ้าน).

สาเหตุอาจจะแบ่งได้เป็น ๒ อย่าง คือ สาเหตุเกี่ยวกับผู้ขาดเจ็บเอง, กับสาเหตุเกี่ยวกับวัตถุเกี่ยวกับตัวผู้ขาดเจ็บเอง, มิเช่นเป็นลมหมดสติ. ขอนมข้อย ๆ ในผู้ขาดเจ็บที่มอาชพ ต้องขบน ต้น ตาลวัน ละ ตั้งร้อยต้น, ความกึ่งไม่ผล, หรือควาไต่แล้วแต่กิ่งไม้ขึ้นหรือก้านตาลไม่แข็งแรง. ท่านนำหนักผู้ขาดเจ็บไว้ไม่ได้. สาเหตุที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการอติวินยาศกรรม. สาเหตุเกี่ยวกับวัตถุ นั้นมี ความเปราะ ความ อ่อนแอ ของ สิ่งที่ใช้สำหรับเหนียว, หรือสิ่งทรงรับเท้าย้อย, เช่นนั่งร้านหัก, กิ่งไม้หักเพราะท่านนำหนักไม่ไหว, เป็นต้น.

ความขาดเจ็บที่ไต่รับ มีต่างกันแล้วแต่ความสูง ของสถานที่และส่วนของร่างกายที่นำลงมาก่อน. ยิ่งสูงมากอินทรายก็มาก. ตกจากต้นไม้เป็นลำโตค ๆ ย่อมมีอินทรายกว่าต้นไม้มกมก้านสาขามากๆ เพราะกิ่งไม้ที่มากนั้นย่อมปะทะร่างกายไว้ใหม่ความเร็วน้อยลง. ตกจากตึกวามสูงๆ ก็มีลักษณะคล้ายกัน. ถ้าตกจากตึกที่กำลังก่อสร้างก็มีอินทรายน้อย. เช่นผู้ช่วยของเราผู้หนึ่งขนนั่งร้านทำหลังคาโยสต์, ไม่คร่าวหัก. ตก

ลงมา, ศิริษะไปติดอยู่แค่นางรานชั้นที่สาม. ตึงแต่นกหมกตัก. แม่แต่ตกลงมาถึงกินแล้วก็ยังไม่วู้สึกตัว, พงมารู้สึกตัวเอาที่โรงพยาบาลหนึ่งซึ่งโมงครึ่งต่อมา. ผู้ช่วยรายงาน มีสมอง สะเทือน และ ก่หาย เกือบเป็นปกติในวันที่ ๓ หลังจากตก.

ความบาดเจ็บที่ใคร่บที่ศิริษะตามตัวอย่างข้างบนนั้น, เป็นอย่างน้อยที่สุด.

อย่างมากที่สุดอาจจะมีถึงตายก็มี. เช่น เมอวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ เราได้มีผู้ช่วยชาย อายุ ๕๓ ปี, ตกจากบันไดสูง, ๑๐ เมตร, โดยเอาศิริษะนำลง, มาถึงโรงพยาบาล ๔๕ นาทีภายหลังการตกผู้ช่วยไม่วู้สึกตัวเลย. มีเลือดออกจากหูซ้ายและปากมาก. ถึงแก่กรรมอีก ๑ ชั่วโมงต่อมา. ตรวจศพพบว่าการแตกมีที่กระโหลกศิริษะ หลาย แห่งที่ ด้านซ้าย ทั้งหมดเว้นแต่ที่ร่อนตล. มีแตกที่พบนของกระโหลกศิริษะ ผ่านช่องกลางและช่องหลัง. มีสมองฉีกขาด. มีโลหิตซึ่งไต่เยื่อ คร่ำ มาก.

อันตรายที่เกิดเพราะเอาศิริษะลงอาจน้อยกว่านี้, แต่ทำให้ทนทุกข์ทรมานตลอดชีวิต, คล้ายกับว่าในชาติก่อนได้เคยตกจากตึกสูงแล้วมี การทำลายของไขสันหลังส่วนคอ. มีตัว

อย่างรายหนึ่ง. ชายอายุ ๔๐ ปี ตกจากระเบียงบ้านสูง ๓ เมตร, โดยชนแปรงฟันแล้วเกิดเขินลม. ตกลงมาไม่วู้สึกตัว. ซาทงแต่หัวไหล่งไป. แขนขาเคลอนไหวไม่ได้. ถ้าคิดค ตามลักษณะของการซาแล้วพยาธิสภาพน่าจะ อยู่ระดับ C3 C4. ทำให้เกิดมี เตตราปลเจย. อันตรายของมีลักษณะคล้ายกับพวกที่กระโศคน้ำในสระสมัยใหม่, โดยผู้กระโศคคิดว่ามีน้ำเต็ม. แต่เมื่อผู้ศิริษะไปกระทบกับพ่นสระอย่างแรง, ทำให้เกิดการเคลอนหรือการหักของกระดูกคอ, พร้อมทั้งการทำลายของไขสันหลังบริเวณนั้นด้วย

ส่วนของร่างกายที่นำลงมาก่อน, นอกจากศิริษะก็มีก้น, แขน, ขา, ท้อง, ทรวงอก. พวกที่เอากันลงก่อนนั้นมัก จะมีการแตกหักของ กระดูกสันหลัง ส่วนนอกอื่นที่ ๑๒ หรือ ส่วนเอวอื่น ๑. เช่นผู้ช่วยของเราผู้หนึ่งเป็นหญิง อายุ ๔๑ปี, ขนต้นมะขามสูง ๕ เมตร. กำลังชนไป. คว่ากึ่งผัดเลยหงายหลังลง. ระหว่างตกลงมาใจหวิวไม่วู้สึกตัว. มารู้สึกตัวเอาเมออยู่ในท่านอนหงาย. เข้าใจว่าเขา กันลง, ทนที่ทนโตมีอิมพาดที่ขาทั้งสองข้าง. การตรวจทางรังสีพบว่ามีแตกที่กระดูกขยเอวอื่นที่ ๑. พวกนี้โดยมากไม่มีอันตรายถึงชีวิต, แต่มีจะมีอิมพาดของขาดตลอดชีพ,

และเป็นพวกที่ตกโรงพยาบาลอยู่เป็นแรมปี.

พวกที่เขาขาดลง, ขาจะหัก. อาจจะมี หรือไม่มีการหักของกระดูกสันหลังร่วมด้วย. ถ้าขาหักอย่างเดียวกันนี้ว่าโชคดีมาก.

พวกที่เขาแขนลงก่อน, แขนมักจะหัก, และมีการหักของซี่โครงและมียาเจาะที่ข้อต่อร่วมด้วย.

พวกที่เขาต้องลง อาจจะมี การแตกของ ตับ, ม้ามหรือไตได้, คงมีตัวอย่างต่อไปนี้. ผู้ป่วยชาย อายุ ๒๖ ปี, ตกจากชายคาสูง ๔ เมตร เพราะเท้าเหยียบไม้ฝุ่, ไม้หัก, ตกหน้าคว่ำลง. ต้องกระแทกกับขอบอ่างปูนซีเมนต์เลียงปลา. ผู้ป่วยไม่สลบ, แต่จุกแน่นในท้องจนพดไม่ออก. ผู้ป่วยรายนี้มีการแตกที่ ตับกลีบขวา เป็น ทางยาวประมาณ ๕ ซม.. หลังจากผ่าตัดและเย็บตับ, ผู้ป่วยหายสาบสูญ.

เรื่องที่น่าตื้นตันที่สุดของการตกจากที่สูงในขอมบขี (หวังว่าคงไม่มีเหตุการณ์อย่างนี้อีกในเวลาอีก ๑๐ เดือนข้างหน้า) ก็คือ การตกของผู้แสดง นำของ ภายกรรม กลางเวหาแห่งนครเบอร์ลิน (Circus Berlin) เนื่องในการฉลองครบรอบ ๑๐๐ ปีแห่งสัมพันธไมตรีไทย-เยอรมัน. ภายกรรมกลางเวหาชุกคนเป็นชุดที่มีชื่อเสียงที่สุด. มีการเล่น

เสียงมรณะบนที่สังليب โดยปราศจากคำขำขบ ร้องรับเลย. แม้แต่จาก เซล็ค็อปเตอร์ ยัง ห้อยโหนอยู่ได้. ในรอบปฐมทัศน์เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ ได้มีผู้เกียรติ มีอาทิ ประธานองคมนตรี, องคมนตรีอีกหลาย ท่าน, รวมทั้งรัฐมนตรีและบรรดาทูตต่างประเทศกับประชาชนนับพันไปชม. การแสดงได้เสร็จไปหลายชุดด้วยความตื้นตันของผู้ที่คณา. ถึงเวลา ๑๘.๓๐ น. ผู้แสดงนำที่มีฉายาว่า "ซีมาโล" ได้เข้ามาแสดงเดี่ยวในชุด "โธมัส" ซึมา. ซีมาโล ผู้ชุนอายุ ๓๒ ปี เป็นผู้ที่มชอเสียง เกือบทั่วโลกรู้จัก, เพราะเคยสร้างประวัติเสียงมรณะด้วยการไต่ลวดข้ามหน้าผา-น้ำตก "ในอาการา" มาแล้ว. ในการแสดงชุด "โธมัส ซึมานัน" เขาจะต้องไต่ขึ้นไปบนเสาเหล็กสูง ๒๕ เมตร, ซึ่งบนยอดมีตะเกียงเหล็กประดับอยู่. เสาหน่มชนเล็ก ๆ ห่าง ๆ ขึ้นออกมาเป็นระยะ. ข้างล่างถูกยึดด้วยลวดสีมมด้วยกัน. พอเข้าแสดงนายซีมาโลก็ชนพลาดๆ อยู่หลาย ครั้ง กว่าจะขึ้นไป ถึง ตะเกียงได้ ก็พลาดแล้วพลาดเล่า. ไม่ผิดอะไรกับคนเมา เหล้าที่ชนตื้นงว. เสาเหล็กก็โอนไปเอียงมาทุกทิศทุกทาง เหมือนคนสนทงของพายหม่น. ในที่สุดก็ย่นขึ้นไปอยู่บนตะเกียงได้, แล้วก็

โหนตัวไปมา ตาม ขอบ ของ ตะเกียงจนเสา  
แกว่งไปมาไม่หยุดนิ่ง. ขณะที่แกกำลังเอาที่อง  
วาง อยู่บน กระเช้าและทำท่าจะแหวกอากาศ  
ทองอยู่นั้น, จะเป็นเพราะเคราะห์ร้ายหรือ  
กรรมลิขิตหรือผลอสติแวบเดียว, แก้วาย  
ออกจันท้องหลุกหลุดจากตะเกียง, แล้วร่าง-  
กาย ก็ พุ่งลงมาโดยเอาศีรษะนำเป็นมมาจาก  
เสานั้นประมาณ ๒๕ องศา. ผู้ที่ทั้งหลายไม่  
รู้สึกว่ามีอะไรผิดปกติ, เพราะคิดว่าการที่  
นายซีมาโล ปฏิหาริย์ พุ่งลงมา นั้น เป็น ส่วน  
หนึ่งของการเล่นตลก, ไม่มีใครบนชนเพราะ  
อยากทราบว่าแกขาดเจ็บแค่ไหน. ไม่มีใคร  
สังเกตเห็นกรกฎาทเพราะความหวาดเสียว. ผู้  
ชมทุกคนนั่งอยู่ ในสภาพปรกติเหมือนกำลัง  
ดูกายกรรมอย่างธรรมดา. เป็นการปาฏิ-  
หาริย์จริงๆ. ลวดทขงเสาสั่งอินนไวเส้นหนึ่ง  
ได้ปะทะศีรษะนายซีมาโลไว้และก็เป็นเหมือน  
พัลลภ, ปลัดยให้ร่างกายหมุนต่อไป. แขน  
ขวาและซ้โครงแกยขวาจึงฟาดกบพนพสุธา  
แทน, ทำให้ต้นแขนขวาหัก, กระดกไหล่  
เคลอน, และชอกซาทซ้โครงแกยนั้น. ผู้  
บ่วยเล่าว่าเสานั้น ชัน ไม่ แน่น จึงหมุนและ  
คลอน. แกจึงเริ่มท่าและหมคสติแต่นมา.  
จนมารู้สึกตัวเอาในเคียงเริ่มท่าใหม่. เมื่อ  
พบนชนม ความเจ็บปวด ทรวงอกและหน้าท้อง

แกยขวาอย่าแสนสาหัส.

มีผู้ โยงใจน เรืองการตลกหลายอย่าง,  
เขาจะเป็นเพราะว่าวันที่๒กุมภาพันธ์ใกล้กับ  
วันที่ ๕ กุมภาพันธ์มาก, ซึ่งเช่นวันที่ดาวพระ  
เคราะห์ ๗ ดวงมารวมกลุ่มกัน, จนทำให้  
โหระ ของ ประเทศ บาง ประเทศ ว่า จะเกิดภัย  
พิบัติแก่โลกมากมาย. หรือว่าการเล่นของ  
กายกรรมกลางเวหาเบอร์ลินนั้นไปอยู่ใกล้กับ  
พระบรมรูปของพระมหาจักรราชเจ้ามาก เกิน  
ไป. ถึงอย่างไรก็ดี, นายซีมาโลก็ยัง  
เคราะห์ดีอยู่มากที่ ลวดคสลิง ขงเสาสั่งนั้น ได้  
ปะทะศีรษะไว้, ไม่ถึงกับกระโหลกศีรษะ  
แตกสมองเหลว, มีแต่กระดูกไหล่เคลอน,  
กระดูกต้นแขนหัก, พักรักษาตัวอยู่ไม่กี่วันก็  
ลุกขึ้นเดินได้. เวลานั้นกำลังจะกลับยานอยู่  
แล้ว. และที่ใจที่บอกว่าการทรงตัวยังคงอยู่.

การกระทำอุบัติเหตุกรรมโดยกระโดด  
จากที่สูงนั้นภายใน ร.พ. ศิริราชนับว่าพอม  
เล่าสักพันฟังได้. ในปี ๒๕๐๓ มี ๑ คน, ปี  
๒๕๐๔ มี ๓ คน, ในปี ๒๕๐๕ ยังไม่มี  
ใครฆ่าตัวตาย, แต่มีคนฆ่ากันตายเพราะ  
เรื่องช้สาวพรอมกันถึง๒คน. วิธีฆ่าตัวตาย  
นั้นคือการกระโดดตึก, โดดจากชั้นสาม (๕  
เมตร) ๒ คน, คนหนึ่งตาย, คนหนึ่งมีบาด  
เจ็บเพียงเล็กน้อย. โดดจากชั้นสอง (๕

เมตร) ๒ คน, ตายทั้ง ๒ คน. ประวัติย่อ ๆ ของผู้ช่วยเหล่านี้มคงต่อไปน.

คนแรกเป็นชายอายุ ๒๓ ปี, มารับการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพราะมีแผลเข็ยที่คอโอดันม เรือง. ในวันรุ่งขึ้นจากผ่าตัดมีสติคลุมคลั่งเลยกระโดดมาจากชั้นสาม. แผลที่เข็ยไว้ใหม่ ๆ แยกออก, แต่ไม่มีบาดเข็ยสำหรับเลย. นอกจากถลอกเล็กน้อยที่ขา. หลังจากที่ได้เทคโนโลยีให้ฟังว่าเป็นโรคทริกษาให้หายไ้, ไม่ใช่มะเร็ง, ผู้ช่วยก็หายจากจิตวิปลาสและหายจากโรคทางกาย, กลัยข้านไ้ ๒ สัปดาห์หลังผ่าตัด.

ผู้ช่วยคนที่สองเป็นชาย อายุ ๒๕ ปี, เรียนจบชั้น ป. ๕, มีอาชีพเป็นกรรมกรช่างเหล็ก, มีบุตร ๔ คน. ได้ช่วยเป็นลมและปวดศีรษะมาประมาณเดือนเศษ. เมื่อพบแล้วมีอาการเพ้อคลั่ง, นึกว่าตนเองเป็นจักรพรรดิ, มาเยี่ยมมารดาที่ช่วยอยู่. พอทราบข่าวว่ามารดาถึงแก่กรรม, ก็กระโดดตกล่วงประมาณ ๕ เมตรลงมา, ถึงแก่กรรมทันที. ในมีการ ตรวจศพ พบว่าแตกข้มของกระดูกศีรษะที่ ฟร็อนทัล ขวา, มีรอยแตกของช่องหน้ากลางและหลัง, สมองชอกช้ำ. ปอดมีการตกเลือดเป็นจุดเล็ก ๆ. คับแตกมีโลหิตขังอยู่ในช่องท้อง ๓๐๐ ล. ซม. ที่ไตขวามี

เลือดออกใต้ถงหม.

ผู้ช่วยคนที่สามเป็นชาย, อายุ ๔๕ ปี. ประวัติว่า เมื่อ ๓ ปีก่อนเคยถูกไม้ล้มฟาดศีรษะสลบไปราว ๓๐ นาที. ๑ ปีต่อมามีอาการทางประสาทจึงไปรับการรักษาที่ ร.พ. ประสาทอาการตจน. ๒ เดือนต่อมาใช้ยั้งกรอกเข้าไปในปากทะเลแก้มซ้าย. แล้วมาอยู่ ร.พ. ศิริราชเพื่อแต่งแกมที่ทะเล. ได้กระโดดตกล่วงสอง-สูง ๕ เมตรลงมา, ถึงแก่กรรมทันที. ตรวจศพ พบว่ามีการแตกเก่าที่กระดูกขมับทางซ้าย. มีการตกเลือดที่ค้ำหน้าของหัวใจและการแตกของหลอดเลือดโคโรนารีย์อันหน้า. ไตมีโลหิตขังอยู่ใต้ถงหม. กระดูกเชิงกรานค้ำซ้ายแตกและมีโลหิตตกอยู่มาก.

ผู้ช่วยคนที่สี่เป็นชายอายุ ๓๒ ปี. มาโรงพยาบาลเพราะถูก สะเก็ดเหล็กจากกระบอกบรรจุ แก๊ส คีบเพลิง ระเบิด เข้าที่ บริเวณหน้าอกค้ำซ้ายแล้วสลบไป. เมื่อเข้าในร.พ. ได้ทำการเจาะคอ. ได้กระโดดตกล่วงสูง ๕ เมตร, ถึงแก่กรรม. ตรวจศพพบในช่องอก ทางซ้าย มีโลหิต ๑๕๐๐ ล. ซม. เกิดเพราะ การ แทะปอดโดย ชู โครง ที่หัก. ปอดข้างนั้นแฟบ. ในช่องท้องมีการแตกของม้าม. ขางแห่งแตกจนหลุดออกเป็นชิ้น ๆ.

มีโลหิตซึ่งอยู่ในช่องท้อง ๒,๕๐๐ ล.ซ.ม.

ผู้ช่วยที่ทำการตรวจชันสูตรศพของชาย ๑๐๐ เพอร์เซ็นต์. ใคร ๆ ก็ว่าสตรีเป็นเพศที่อ่อนแอ. แต่ที่จริงแล้วสตรีใจแข็งกว่าชายเสียอีก, เพราะสตรีทนทรมาณต่อการเบียดเบียนของพยาธิโรคดีกว่า, และยังไม่ปรากฏว่ากระโรคตกตายในโรงพยาบาล. ผู้ช่วยที่กระโรคตกเหล่านี้มีประวัติของจิตไม่สมบูรณ์มาก่อนแล้วทั้งนั้น.

การตกจากที่สูงนั้นตามที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น, เกิดจากเหตุ ๒ ประการ, เนื่องจากผู้ตกเอง, เพราะความอ่อนแอหรือการผลอไปชั่วพริบตา, ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของจิตมีสมาธิแน่นแน. หรือเนื่องจากสิ่งทู่เห็นยวรงค์หรือรบกวนนั้นไม่แข็งแรงพอ, หนักที่หนักใดที่พลาดออกมาสติกก็ช่วยลง, ทั้ง ๆ ที่ศีรษะยังไม่กระทบกระเทือนอะไรเลย. ดังนั้นข้าพเจ้าอยากจะเรียกว่าการสะเทือนทางจิต (psychic concussion) มาก่อนที่จะมีการสะเทือนทางกาย (traumatic concussion) ซึ่งเกิดเมื่อเวลาศีรษะกระทบพื้นหรือของแข็งอื่น ๆ. การที่ผู้ตกลงมาจะถึงแก่กรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกรรมลิขิต. ค่านข้าพเจ้าขอเรียนตามที่ข้าพเจ้าได้ฟังมาจากท่านเจ้าคุณธรรมจันท

ภรณ์ วัชรราชพิช. ทำไมนายชีมาโลที่ตกมาจากเสาสูงถึง ๒๕ เมตรจึงไม่ตาย. เพราะกรรมลิขิตของแกเป็นดังนั้น. แกจะต้องมีอายุสลับต่อไปอีก, ไว้บันทึกประสาชาติต่อไป. ศีรษะแกจึงไปสะกดกับลวดที่ขึงไว้, ทำให้ศีรษะของแกไม่ถึงพื้นดิน. แกเองแกไม่มีสติที่จะช่วยเหลือตัวของตัวเองได้, เช่นจะพลิกเอาเท้าลงหรือแม่แต่จะเอาแขนลงก่อนก็ยังไม่ได้. นายคนที่ตกจากบันไดนั้นกรรมลิขิตแกเป็นดังนั้น. แกถึงอายุขัยของแก. พอศีรษะแกสัมผัสกับพื้น วิญญาณของแกก็ถูกปลิด, โดยยอมพาลที่รอแกอยู่ที่พื้นและคว่ำเอาลงไปยังยมโลกทันที. ทั้ง ๆ ที่แกตกมาจากที่สูงเพียง ๑๐ เมตรเท่านั้น. น่าอัศจรรย์กว่านั้นคือนายหนุ่มที่เป็นแผลเขี่ยที่คอคนนั้น, หลังการผ่าตัดใหญ่ตัดกระเพาะอาหารได้วันเดียว, แกกระโดดจากตึกสูง ๑๐ เมตรลงมาข้างล่างโดยไม่มีบาดเจ็บร้ายแรงอะไรเลย, นอกจากแผลแยก. วันรุ่งขึ้นแกก็สบายดี, ร้องเพลงเกออบจะได.

กรรมลิขิตเป็นที่คั่นของข้าพเจ้าโดยเฉพาะเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการตกจากที่สูงหรืออันตรายอื่น ๆ ในทางศีลธรรม. ตัวอย่างของกรรมลิขิตในทางแพทยนั้นยังมีอีกมาก. เช่นพวกที่มีโลหิตตกในช่องท้อง

หรือช่องปอดเพราะอุบัติเหตุ, บางครั้งก็มี  
อาการคลุ้มเคลือนใจไม่สามารถจะวินิจฉัยว่า  
มีการตกเลือดด้วย, โดยเฉพาะเมื่อมีบาด  
เจ็บสาหัสที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย. กรรมลิขิต  
อาจจะบันดาลให้ตัดสินใจถูก, ไปเปิดช่อง  
ท้องผูกหลุดเลือดที่ขาดเพราะการแตกของ  
ตับหรือม้ามเสีย, ผู้ช่วยก็รอดจากความ  
ตาย. ผู้ช่วยบางคนที่มีไข้ก็จนเกือบจะเน่า  
และทะลุอยู่แล้ว, รอดชีวิตได้เพราะกรรม-  
ลิขิต, ทำให้แพทย์ผ่าตัดตัดสินใจทำการ  
ผ่าตัดทันทีทันใด, แม้ว่าจะยากคนมากแล้ว  
ก็ตาม. ถ้าทิ้งไว้จนรุ่งเช้า, โรคนั้นอาจจะ  
รุนแรงมากจนผู้ช่วยถึงแก่กรรมได้. การ  
ตกเลือดได้ คร่า หลายรายที่มีชีวิตอยู่ได้ก็  
เพราะกรรมลิขิต. ผู้ช่วยเหล่านี้บางคนก็มี  
สุราจมนมกลืนฟุ้ง. การวินิจฉัยก็เช่นเรื่อง  
ของสุราเรื่อยมา, โดยมีไตเนกถึงเหตุ

สำคัญอย่างอื่นเลย. หรือบางคนอาจจะหมด  
สติลึกเข้า ๆ จนเกือบจะดับอยู่แล้ว, กรรม-  
ลิขิตอาจจะทำให้นกตงวัชรตรวจอย่างอื่น ๆ ที่  
ทำให้การวินิจฉัยโรคถูกและช่วยชีวิตผู้ช่วย  
ไว้ได้. แม้แต่ของง่าย ๆ, เช่นไส้ติ่งอักเสบ,  
ซึ่งแพทย์หรือแม่แต่สามัญชนก็คิดว่าเป็น  
หญาปากคอก, บางครั้งไปอยู่ในมือแพทย์  
ผู้ไม่ระวังโรคก่อน, จนเกือบจะตายรวมมระวอ  
เพราะเย็บช่องท้องอักเสบ. เณรน้อยเคราะห์  
ก็หลุดเข้ามาในมือแพทย์ผู้. การรักษาก็  
ดำเนินไปได้ถูกต้อง, จนผู้ช่วยหายจากไข้.  
ข้าพเจ้าขอขบด้วยพุทธภาษิตว่า "สัตว์ทั้ง  
หลายมีกรรมเป็นของตน, เหมือนกับ  
ล้อที่ติดกับรถ."

อุดม โปษะกฤษณะ

W.U., Dr. med, Dr. med, dent.

## ๔. การประชุมครั้งที่ ๗๘ ของสมาคมศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย

การประชุมกระทำที่เมืองมวนิค, เมื่อ  
วันที่ ๕ ถึง ๘ เมษายน ๒๕๐๔.

### ศัลยกรรมของห้วงหลังเยอบุช่องท้อง

Zukschwerdt. อิมเบอร์ก, กล่าวถึงประวัติของการเจริญเติบโต, โดยเฉพาะเกี่ยวกับวิทยาเอ็มบริโอของระบบหลอดเลือด, และความแปลกทางกายวิภาคของห้วงหลังเยอบุช่องท้อง (รีโทรเพอริโตเนียล สเปส). เนื้องอกในบริเวณนี้มี ๐.๒ ๗๕. ของเนื้องอกทั้งหมด. การกำจัดเนื้องอกในบริเวณนี้ให้หมดจดได้ผลเพียง ๒๕ ๗๕. เท่านั้น. รอยโรคที่พบได้ในห้วงนี้คือ ฮีมาโตมา จาก ฮีโมฟีเลีย หรือจากผลของการรักษาโรคโดยใช้ยากันเลือดแข็ง, ฝ, และซีซีส์ต์.

Siegel (แอร์ลิ่งเงิน) ได้บรรยายถึงเทคนิคต่างๆ ในการตัดเนื้องอกในห้วงหลังเยอบุช่องท้องให้ได้หมดจริง ๆ. Ehlers และ Grimsehl (ไฮเทิลเบอร์ก) รายงานผู้ป่วย ๘๔ รายซึ่งได้รับอันตรายของอวัยวะหลังเยอบุช่องท้องที่เกิดจากการกระทบกระ

แทกด้วยสิ่งทอ.

### การเสี่ยงภัยในการผ่าตัด Bürkle de la

Camp (โยซุม) แสดงให้เห็นความยากลำบากและอันตรายที่เกิดขึ้นแก่ผู้ช่วยในการรักษากระดูกหักออกนอกเนื้อ. เวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการผ่าตัดคือ ๘ วันหลังอุบัติเหตุ. การผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกหักสามัญ (ซีมีเยิล) ก็ควรรอไว้ ๕ วันก่อน, เพื่อให้แน่ใจว่าหมดอันตรายจากเอ็มโบลีสม์แล้ว. Pia (กิสเสน) ได้เตือนให้ระวังในการเจาะสันหลังในผู้ป่วยที่ความดันน้ำสันหลังสูง เนื่องจากสมองได้รับอันตรายโดยไม่มีแผลเปิดออกข้างนอก, เพราะการนั้นอาจทำให้เมดัลลา ถูกกด. อันตรายของสมองภายนอกทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้, ซึ่งทำให้การดำเนินโรคเร็วมาก. เขามีอัตราการตายถึง ๑๐ รายใน ๑๕ ราย.

Stelzner (อิมเบอร์ก) แสดงว่า เอโนเร็คทัล พิศตุลา เกิดจาก เร็คทัล คีรียซ์ต์, และริดสีดวงทวารหนักนั้นไม่ใช่ วารีโคสเวน. การรักษาเอโนเร็คทัล พิศตุลา โดย

การใช้ลวดควรวเล็ก, เพราะอาจเกิดช่องคืบ  
ในภายหลัง.

Hartenbach (มิวนิค) เห็นว่า กลโค-  
คอร์ดิกคอบท์ ไม่ควรรใช้ในราย ฮัยโปคาลิ-  
เมีย. เปรคนนิโซน ใช้ได้ในรายหลังผ่าตัด  
ถ้าจำเป็น. Kirchner (มาร์บวร์ก) แนะนำให้  
บริหาร ทิจิเคลิส แก้วช่วยอายุเกินกว่าหกสิบ  
ปีทุก ๆ รายก่อนผ่าตัด.

ศัลยกรรมเด็ก Rehbein (เบอร์มิ่ง) เน้น  
ให้เย็บ เทรเซียมล ฟิสคล่า อย่างละเอียด  
ในรายหลอดอาหารไม่เย็บ, การบ่งกัน  
อะดีเล็กเตลิส หลังผ่าตัดทำได้ด้วย เทรเซ-  
โอโตมีย. ไม่ควรผ่าตัดในเด็กที่เกิดมามี  
น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๐๐๐ กรัม. Hecker  
และ Linder (เบอร์ลิน) พบว่าผู้ช่วย อะทร-  
เซียม ของหลอดอาหารของเขามียเพียง ๑๕  
ปซ. ที่ผ่าตัดไม่ได้. เขาใช้ โคลิออน แยก  
มาเป็นส่วนต่อเชื่อมหลอดอาหารที่ห่างกัน,  
และได้ผลดี. หลอดคยางที่สอดไว้เพื่อให้อาหาร  
นั้นไม่ควรทิ้งไว้นานกว่า ๓ - ๖ วัน  
เพราะอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร.  
Grewe (คัสเซิลคอร์ด์) พบว่า ๗๐ ปซ.  
ของราย อะทรเซียม ของหลอดอาหารมีความ  
ผิดปกติในอวัยวะอื่นร่วมอยู่ด้วย, โดย

เฉพาะอย่างยิ่ง หัวใจและอวัยวะในทางเดิน  
ปัสสาวะ.

Posth (โคโลจน์) เชื่อว่า ยูรีเทอโรซีส  
และการบับรอยอื่นทางของหลอดไตเป็น  
สาเหตุของความพิการทางหน้าทของกระ-  
เพาะปัสสาวะในเด็ก ๆ.

### ศัลยกรรมอุบัติเหตุและ ออร์โทปิดิก

Lindemann (ไฮเติลเบอร์ก) เห็นว่าการ  
รักษาสันหลังคดแต่กำเนิดในเด็กต่ำกว่า  
สามขวบควรใช้วิธีไม่ผ่าตัด. ทางที่จะแก้ไข  
ความผิดปรกตินี้ได้อย่างถาวรคือ ฟิวชัน.  
Guttman (เฮลส์บรี) แนะนำให้เล็กทำ  
ลามิเน็คโตมีย และเล็กใช้ ปลายเตอร์ เย็บ  
และแจ๊คเก็ต ในการรักษา พาราพลิจัย  
จากภยันตราย, เพราะขัดขวางการกระตัก  
กระดูกของผู้ช่วย. การบ่งกันแผลกดทับก็  
สำคัญมาก.

Böhler (เวียนนา) แนะนำให้ใช้วิธีผ่าตัด  
โดยใช้ยาชาเฉพาะที่สำหรับแก้กระดูกสัน-  
หลังที่หลอดออกไปมาก ๆ ให้กลับเข้าที่.  
Maatz (คิล) รายงานการทำกรซ่อมแซม  
กระดูกโดยใช้กระดูกกลวซึ่งเก็บไว้และทำ  
ด้วยวิธีพิเศษเรียกว่า "คิล กราฟท์", ได้  
ผลดีใน ๓๑๕ ราย.

ศัลยกรรมทดลอง Rösch (ไฟรบวร์ก)

พบว่า อะเซติลโคลีน และการกำซาบจะ  
ช่วยทำให้เกิดการไหลเวียนทดแทนส่วนที่  
ถูกกินไตคชน. Vollmar และ Nothdurft  
(ไฮเติลเบอร์ก) รายงานเกี่ยวกับกาเกิด  
มะเร็งหลังจากใช้แผ่นพลาสติกฝังเข้าไปใน  
เนื้อ, ซึ่งเขาเชื่อว่าเกี่ยวกับรูปร่างของสิ่ง  
ฝังเข้าไปมากกว่าวัตถุที่ใช้. Pettinari

(ปากัว) แสดงว่าการให้อาหารประกอบด้วย  
โปรตีนและคาร์โบไฮเดรตมาก, และการ  
รักษาจำนวนเลือดให้อยู่ในระดับปรกติ, มี  
ความสำคัญมากหลังจากการตัดขั้วออกบาง  
ส่วนในคน.

ศัลยกรรมหลอดเลือด de Bakey (ฮัสตัน,

เทกซัส) รายงานผลการใช้วัตถุพลาสติกใน  
การต่อหลอดเลือดแดงและเห็นว่าพวก เค-  
ครีออน ให้ผลดีที่สุด. Wanke (คิล) รักษา  
ผู้ช่วยทีมการอดทนทำงาน (ไบเฟอร์เคชั่น)  
ของคาโรติกได้ผลดีโดยใช้วิธี เอนคาร์-  
เทอเร็คโตมีย์. Schlicht (มิวนิค) แนะนำ  
ให้ใช้ชั้นหลอดเลือดดำของตนเอง (ออโต-  
พลาสติก วินัส สตรีป) แทนหลอดเลือดแดง  
หลังจากทำ เอนคาร์เทอเร็คโตมีย์ แล้ว.  
Van Dongen (ฮอลแลนด์) แสดงผลสำเร็จ

ในการใช้หลอดเลือดเทียมพวก อัลโล-  
พลาสติก และการใช้ท่อด้วยหลอดเลือดของ  
ตนเองในการทำหลอดเลือดแดงของไตชั้น  
ใหม่ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดต้นเกือบหมด.  
Derra (คัสเซิลคอร์ฟ) รายงานว่าในการ  
ผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ๓,๘๐๐ รายมี  
การวินิจฉัยผิดปกติถึง ๓.๘ ๒๕.. Zenker  
(มิวนิค) พบว่าการทำให้ช่องออกจาก เว้น-  
ทริเคิล ข้างขวาโตมากพอและการให้เลือด  
ให้พอเพียงหลังผ่าตัด, เป็นการช่วยให้การ  
ผ่าตัดแก่ ฟัลโลต, เตตราโลจียี ได้ผลดี  
มากขึ้น. Gall (แอร์ลิ่งเง็น) พบว่าอาการ  
แทรกซ้อนสำคัญ ๆ ของการผ่าตัดขั้วช่อง  
หว่าง เว้นทริเคิล คือหัวใจ บล็อกค์ เต็มที่,  
ลัน เอออร์ติก ซ้ำรูป, และช่องทางออกจาก  
ห้องหัวใจคืบ. Staehler (ทึบิงเง็น) แสดงว่า  
การทำ เวล็คโล กราฟี่ ช่วยให้การวินิจฉัย  
โรคเกี่ยวกับ เซมินัล วิสิเคิล แม่นยำขึ้น.

ศัลยกรรมช่องท้อง Rathcke (ลุดวิกส์-

บวร์ก) พบว่าตั้งแต่ปี ๑๘๕๕ อัตราตายจาก  
อิลีเยส ลดจาก ๒๑ ๒๕. เหลือเพียง ๑๓  
๒๕.. Hoffmann (โคโลนจ์) ย้ำถึงคุณค่า  
ของเอ็กซเรย์ในการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับ  
อิลีเยส ร่องขั้วบนและเวอริง, และ Just

(เบอร์ลิน) เน้นให้ระมัดระวังการใช้ยาสลาย  
ในคนไข้พวกนี้. Holle (มิคินิค) ขรรยาย  
การใช้ส่วนหนึ่งของลำไส้ส่วน เจอโน-อิล-  
อิม ในการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน. Küm-  
merle (ไฟรบวร์ก) กล่าวหาสาเหตุของกลุ่ม  
อาการขาดอาหารเพราะการตกซึมเสียได้แก่  
การที่ลำไส้เล็กออกมากเกินไป, การตัด  
ต่อลำไส้, พิศทุลา ภายใน, ลำไส้ตีบแต่  
กำเนิด, โรคของลำไส้เล็ก, อิลไอทิส  
เฉพาตอน, และเนื้องอกที่เป็นมาก ๆ.

ศัลยกรรมตกแต่ง Jongkees (อัมสเตอร์  
ดัม) เตือนเรื่องรอนานเกินไปในการรักษา  
อัมพาตของประสาท เฟเชียล, ว่าอาจทำให้  
เสียโอกาสที่เส้นประสาทจะฟื้นตัวไ้เองนั้น  
ต้องเสียไปด้วย. ถ้าประสาทจะฟื้นไ้เอง,  
มันจะฟื้นภายในสองสามสัปดาห์. Böhme  
(เกอตติงเกิน) อธิบายกายวิภาคศาสตร์ภาค  
แผน (โตโปกราฟิค) ของบริเวณ พาโรติค,  
และ แนะนำ การ ลงมีด ที่ผนัง ด้านหลัง ของ

ต่อม พาโรติค เป็นการปลอดกภัยเกี่ยวกับ  
ประสาท เฟเชียล. Loew (ฮัมเบอร์ก)  
แนะนำการใช้พลาสติกหุ้มรอยต่อประสาทเพื่อ  
ให้ติดกัน. Loew (ฮัมเบอร์ก) รายงาน  
การรักษาอันตรายของประสาท เฟเชียล ใน  
ส่วนภายในกระโหลกศีรษะ, โดยการสอด  
ประสาทที่ใช้ต่อจาก พอนส์ ผ่านรูที่เจาะ  
ทะลุ กระโหลกศีรษะ และ ไปเย็บต่อกับส่วน  
ของประสาท เฟเชียล ที่หลุดจากขาด.

เมื่อเกิดภัยอันตรายของหลอดเลือดสมอง,  
ต้องรีบเจาะ กระเพาะปัสสาวะเสียก่อนเพื่อ  
ป้องกันการศึกษาในก้อนเลือดแข็งรอบ ๆ  
หลอดเลือดสมองที่ไ้รอยอันตรายนั้น. นี่เป็น  
ความเห็นของ Johanson (โกเตเบอร์ก),  
และ Buecher (ฮอมเบอร์ก) รายงานผล  
ในคนไข้ ๘๐ รายที่รักษาโดยวิธีของ  
โยฮันสัน.

(จาก German Med. Month. ๑๙๖๑, ๔,  
๒๖๑-๒๖๕)

พลภัทร ตาละลักษมณ  
W.U., Dr. med. (Hamburg)

## ๕. กลุ่มอาการ มัลลอรี่-ไวส์

มัลลอรี่ (Mallory) และ ไวส์ (Weiss) เป็นสองคนแรกที่ได้อาการกลุ่มอาการนี้ในปี ๑๙๒๕, อาศัยผลในการตรวจศพ ๔ รายที่ถึงแก่กรรมด้วยการตกเลือดจากทางเดินอาหารส่วนบน. ต่อมาเขาได้อาการเพิ่มเติมอีก ๑๗ รายโดยสนับสนุนจากการตรวจศพ.

ลักษณะพยาธิสภาพมีการฉีกขาดตามยาวของเยื่อเมือกและชั้นใต้เยื่อเมือกในบริเวณคาร์เดียของกระเพาะอาหาร, ผ่านส่วนต่อระหว่างกระเพาะกับหลอดอาหารไปยังหลอดอาหารส่วนล่าง, ทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณนั้น, และเกิดการตกเลือดอย่างมากมายจน.

สาเหตุเนื่องจากการอาเจียนหรือชะง่อนอย่างรุนแรงหรือนาน. ความดันย้อนกลับทำให้กระเพาะอาหารส่วนคาร์เดียและหลอดอาหารส่วนล่าง, ที่เสื่อมสภาพอยู่บ้างแล้ว, เกิดการฉีกขาดขึ้น. มักเกิดในรายที่ทรมาน, มีแอลกอฮอล์ กาสไตรทิส, อะโทรฟิก กาสไตรทิส, หรือภาวะ

ขาดอาหารร่วมอยู่, ซึ่งจะทำให้เยื่อเมือกฉีกขาดง่ายกว่าปรกติ.

หลักช่วยวินิจฉัยได้แก่ (๑) อาเจียนเป็นเลือด, โดยมีอาเจียนหรือสำรอกอย่างรุนแรงมาก่อน, (๒) มีประวัติทรมาน, (๓) ไม่มีประวัติแน่นอนของแผลเป็ยึก, (๔) ไม่มีอาการแสดงของโรคตับแข็ง.

การรักษาทางศัลยกรรมใช้ผ้ากระเพาะ, เย็บรอยฉีกของเยื่อเมือก. เนื่องจากผู้ช่วยมาด้วยเรื่องตกเลือดอย่างมากมาจากทางเดินอาหารส่วนบน, ปรากฏรายงานมาแล้วว่ามีผู้ทำ "การตัดกระเพาะโดยไม่เย็บตรวจ," และผู้ช่วยถึงแก่กรรมด้วยการตกเลือดซ้ำ. ฉะนั้นก่อนทำ "การตัดกระเพาะโดยไม่เย็บตรวจ" ศัลยแพทย์ควรแยกภาวะนี้ออกให้ได้ก่อนเสมอ. นอกจากข้อสนับสนุนดังกล่าวแล้ว, วิชิตแน่นอนที่สุดคือการผ่ากระเพาะออกดู.

(เรียบเรียงจาก (1) Glotzer, P. & K. Eligs. New Engl. J. Med. 1961, 264 : 817. (2) Stahlgren, L.H. & C.S. ling, Surgery 1960, 48 : 332).

ธีระ ลิมศิลา พ.บ.

๖. แนะนำหนังสือ

ชื่อหนังสือ : SURGERY AS A HUMAN EXPERIENCE. The Psychodynamics of Surgical Practice.

ผู้แต่ง : James L. Titchener, Assistant

Professor of Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine, and Maurice Livine M.D., Professor of Psychiatry and Director of the Department, University of Cincinnati College of Medicine.

ผู้พิมพ์ : Oxford University Press, New York. edition I, 1960.

ขนาด : 5" x 8" x 270, เอกสารอ้างอิง และดัชนี.

หนังสือนี้มีใน ห้องสมุด คณะแพทยศาสตร์

การรักษาโรคทาง คัลยกรรม จัดว่าเป็นวิชาที่ตลกที่สุดวิชาหนึ่งที่ยอมรับกันว่าให้ผลศึกษาค้นคว้า, มุ่งตรงไปที่ต้นเหตุมากกว่าการรักษาโรคอื่น. ความปลอดภัยจากการผ่าตัดในสมัยปัจจุบันมีมากจน แพทย์และคนทั่วไปจึงมักมีความรู้สึกในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดอันเป็นความหวังของแพทย์, ว่าชลาครกลัว, ไร้ไม่เท่าต้องการ, หรือหย่อนในการศึกษา.

ผู้เขียนหนังสือนี้คือคณาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ป่วย ๒๐๐ ราย, ก่อนและหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน. เขากลับมามีความเห็นตรงกันข้าม, ว่าความกลัวผ่าตัดนั้นมิได้เกิดจากการถ้อยในการศึกษาแต่ประการเดียว.

เมื่อเริ่มรู้สึกไม่สบายคนไข้ทุกคนเกิดความวิตกว่าจะเป็นโรคที่ร้ายแรง, อาจเป็นอันตราย. เมื่อทราบจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดแล้วก็ยังคงกังวลต่อไปอีกในเรื่องอันตรายจากโรค, ทุนทรัพย์ในการรักษา, วิตกว่าจะต้องหยุดชะงักงาน, สูญเสียรายได้, ตลอดจนเป็นห่วง สวัสดิภาพของครอบครัว. ความวิตกกังวลนี้จัดว่าเป็นอาการขั้นแรกของความกระตือรือร้นทางจิตใจ.

การผ่าตัดจะเป็นสาเหตุอีกประการหนึ่งที่พอกพูนความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยในการใดประการหนึ่ง หรือหลาย ๆ ประการใน ๕ ประการนี้, คือกลัวจะต้องตายเพราะการผ่าตัด, กลัวจะต้องเสียอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย, กลัวจะต้องเสียความรู้สึกทางเพศ, กลัวจะต้องแยกจากมารดาหรือระหว่างที่ป่วย, และกลัวจะต้องแท้งบุตร. หลังผ่าตัด, ถ้าเรียบร้อยดี, ผู้ป่วย

เกือบทุกคนรู้สึกเสมือนตายแล้วเกิดใหม่.

โดยการ คึกขาน ผู้เขียน จำแนกผู้ช่วย หลังการผ่าตัดออกเป็น ๓ พวก. คือพวกที่ ผ่าตัดแล้วเป็นที่พอใจของแพทย์ และผู้ช่วย จิตใจปรกติ, พวกที่ผ่าตัดแล้วแพทย์พอใจ แต่ผู้ช่วยจิตพิการลง, กับพวกที่โรคไม่ หายด้วยการผ่าตัดและจิตใจยิ่งพิการหนักไป อีกร (เช่นคนไข้ โรคกระดูกเรอริง และ คนที่ ต้อง ถ่าย อวัยวะหน้าท้อง ภาย หลัง การตัด มะเร็งลำไส้).

การ กระทบ กระเทือนใน ระยะ ต่าง ๆ ที่ กล่าวมาข้อมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตมาก หรือน้อยแตกต่างกันตามวัย, เพศ, อุปนิสัย, และส่วนอวัยวะที่เป็นโรค. ผู้ช่วยบาง รายระงับได้ก็. บางรายจิตสลายตัว. คนที่ จิตสลายตัวก่อนผ่าตัดอาจแสดงอาการกลัว เกินเหตุ, ปฏิเสธการรักษา, หรือหนีไป หาแพทย์อื่น. ผู้ที่ จิตสลายตัวหลังผ่าตัด, บางรายอาการโรคเก่ากลับมากขึ้น, บาง รายอ่อนแอทำงานหนักไม่ได้, บางราย กลายเป็นโรคจิต, และบางรายกระโดดตก เพื่อทำลายตัวเอง, ซึ่งก็มีตัวอย่างไม่น้อย.

ในตอนท้ายของหนังสือ ผู้อ่าน จะคล้อย

ตามผู้เขียนที่ว่าวิชาศัลยศาสตร์กับจิตวิทยา มีความสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด ซึ่ก็อย่างแยก ไม่ออก. การรักษาผู้ช่วยด้วยการผ่าตัดให้ ได้ผลนั้นไม่ใช่เรื่องที่น่าจะง่าย ๆ, แต่ จะต้องมีการรักษาจิตใจผู้ช่วยควบคู่ไปด้วยทั้ง ก่อน, ระหว่าง, และหลังผ่าตัด, ซึ่งไม่มี ผู้ใด ที่เหมาะ กำหนดที่ นึกว่าศัลยแพทย์, โดยเฉพาะในคนสูงอายุ.

โดยสรุปแล้ว หนังสือเล่มนี้ ถึง จะเขียน หนักไปในทางจิตวิทยา, แต่ก็ให้ความรู้ที่มี ค่าอีกด้านหนึ่งที่แพทย์ทั่วไปและศัลยแพทย์ จะต้องไม่มองผ่านความสำคัญไป. ถ้าเรา ยังไม่ อยากรุ้โทษ ผู้ช่วย ที่ มาหาเรา เข้าใจ อาการเพียง, ผู้ช่วยที่ไม่ยอมรับการผ่าตัด, ผู้ช่วยที่ฆ่าตัวตายหลังจากการผ่าตัด, ว่า เป็นบุคคลที่ขาดการ คึกขาน และ ขาดความ หวังคิด, ถ้าเราใช้ความเพียรทำให้คนไข้ เกิดความมั่นใจ โดยยึด ถือ "อดทน อดปม อดแคะ", บางทีคนไข้ที่หนีแพทย์ไปหา หมอเถื่อนจะน้อยลง.

เฉลิมชาติ รัตนเทพ พ.บ.

# แผนกข่าว

## สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๔

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๒,๘๘๓	๑,๗๒๐	๑,๕๐๐	๑,๕๕๖	๒,๐๘๑	๕๑๐
	เก่า	๕,๓๔๓	๒,๗๘๖	๔,๒๑๓	๒,๕๔๖	๔,๒๕๑	๘๗๕
	รวม	๘,๒๒๖	๔,๕๐๖	๖,๑๑๓	๔,๑๐๒	๖,๓๓๒	๑,๔๘๕
ใน		๒๘๐	๔๒๕	๑,๖๐๓	๑๗๔	๔๒๑	—

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยฯ ๕๖๔. จักษุฯ ๕๘๐. สูติ-นรีฯ ๖๓๖. รวม ๑,๗๘๐ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๒๗, หญิง ๕๖๒, รวม ๑,๑๘๙. คลอดตาย, ชาย ๘, หญิง ๑๒, รวม ๒๐
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๓ คน (๗.๓๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๘๑ ราย (๓๘.๐๒ ปช. ของที่ตาย).
๕. การถ่ายเลือด ในโรงพยาบาล ๕๐๕ ครั้ง. ข้างนอก ๑ ครั้ง. เจาะจากญาติ ๘๑ ครั้ง, เจาะจากโลหิต ๓๔๖ ครั้ง, รวม ๕๓๗ คน.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๔,๓๕๓ คน, รักษาใหม่ ๖๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๐๒ คน  
 รักษาเดิมรักษา ๒๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๘ คน. โคอะเธอร์มีย์, รักษาใหม่ ๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕ คน. รัตไอโอโซโทป, รักษาใหม่ ๓๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๘๖ คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๓๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๑๑๕ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๕๐ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๘๓๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๘๑ ราย. ตรวจเนื่องจากศพ ๑,๑๒๔ ชิ้น. ตรวจเนื่องจากการผ่าตัด ๑,๕๑๐ ราย (จากภายนอก ๒๒๕ ราย). ตรวจเซลล์ของมะเร็ง ๓๕ ราย. แอ็กกลูตินเนชั่น —. วัสเซอร์แมนและคานัน ๒,๕๘๑. หมู่เลือด ๑๘๘ นับเม็ดเลือด —. วัตสันโกลบิน —. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. หานเชื้อแบคทีเรีย —. ตรวจน้ำไขสันหลัง ๒๘, อูจจาระ —, ปัสสาวะ —, เสมหะและอื่น ๆ —. เพาะเชื้อจากเลือด ๓๖๐, อูจจาระ ๑๕๖, ปัสสาวะ ๘๒, น้ำไขสันหลัง ๓๖, เสมหะและอื่น ๆ ๕๒๓. เพาะเชื้อวัณโรค ๓๕. นีดส์ตัวทดลอง ๑๗. เพาะเชื้อบิต ๑๖. ตรวจทดลองตัวจิต ๒๐. การทดสอบเซ็นซิวิตีวี่ ๒๘. เวลาโปรร้อมบีน ๓ ราย. การทดสอบพอล บันเน็ล ๕ ราย. ตรวจศพนิเวศ ๕๐. ตรวจของกลาง ๓๑ ตรวจผู้ป่วยคดี ๑๔๖.
๙. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๑. เจาะน้ำสันหลัง ๘. เจาะตับ ๑๒. เจาะน้ำช่องปอด ๔. อัดลมเข้าช่องปอด ๒. อัดลมเข้าช่องท้อง ๑. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๓. ฉีดยาทั่วไป ๑,๘๕๕. ฉีดยาซีฟาลีส —. เบาหวาน ๑,๔๗๘. กลืนควัมโรค ๒๔๔.
๑๐. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๕๗. ถอนฟัน ๘๓๔. อดฟัน ๓๒๕. ผ่าตัดช่องปาก ๗๗.

(โดยความเอื้อเฟื้อของนายแพทย์สรรค์ ศรีเพ็ญ และแผนกสถิติ)

**ข่าวอนุโมทนา** ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเงิน และสิ่งของบำรุงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เฉพาะที่มีมูลค่าตั้งแต่ ๑๐๐.๐๐ บาทขึ้นไป) คือ:

๑. คุณหญิงพิณพากย์พิทยาภท ได้บริจาคเงิน ซึ่งบรรดาศิษย์พยาบาลได้รวบรวมเนื่องจากการทำบุญอายุครบห้าร้อยเป็นจำนวนเงิน ๒๒,๐๖๐.๐๐ บาท คงเป็นทุนเรียกว่า “ทุนคุณหญิงพิณพากย์พิทยาภท” เพื่อเก็บดอกผลช่วยเหลือพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลของคณะฯ ในด้านการศึกษาและสวัสดิการ.

๒. คุณนายเทศ บุษยรัตเวช บริจาคเงินจำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท คงเป็นทุน “เทศ บุษยรัตเวช” เพื่อเก็บดอกผลบำรุงห้องสมุดกลางของคณะฯ

๓. นายประภาส วณิชเกียรติ บริจาคเงินจำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท เพื่อซื้อเตียงสำหรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล, โดยจารึกชอที่เตียงว่า “อภิศให้พระสุธรรมวินิจัย (ชม วณิชเกียรติ)”

๔. บริษัทเขาวราช จำกัด, เลขที่ ๗๓๐ ถนนภาณูรังษี, วังบูรพา, พระนคร, บริจาคเงินจำนวน ๑๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท เนื่องในโอกาสที่บริษัทได้ดำเนินกิจการค้า

มาครบ ๕๐ ปี เพื่อดังเป็นทุนชื่อ “ทุนบริษัทเขาวราช จำกัด เพื่อการศึกษา” สำหรับเก็บดอกผลช่วยเหลือการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ของคณะ ๑ คน กับนักศึกษาในคณะเภสัชศาสตร์อีก ๑ คน โดยมีกฎว่าเป็นผู้ยากจนแต่เรียนดี และมีความประพฤติดี.

๕. ขุนสุนทรสมบัติ, เลขที่ ๑ ซุฟ้า ซอย ๑๒, ถนนพญาไท, พระนคร, ได้นำส่งเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท สมทบทุน “น.ส.เจิม ชูเกษ” ครองที่ ๒๐.

๖. นางพัชรา นาวิกผล, เลขที่ ๒๖๐ ตรอกตลาดหลวง, บางรัก, พระนคร, บริจาคเงิน จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท คงเป็นทุนชื่อ “ทุนนาวิกผล” สำหรับเก็บดอกผลบำรุงผู้ช่วยสามัญของโรงพยาบาล

๗. นางอัมพร รัตศรี, เลขที่ ๖๕ ถนนมิตรพันธ์, บ่อมปราบ, พระนคร, บริจาคเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท คงเป็นทุนชื่อ “ทุนคุณแม่แหวน รัตศรี” สำหรับเก็บดอกผลให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๑, ๒, ๓ และ ๔ ของคณะ ผู้สอบไล่ได้ที่ ๑ ทุกปีการศึกษา, และให้หักรายได้ ๑๐ ๒๕. เข้าสมทบทุนเพิ่มเติมทุกปีเสียก่อน กับได้บริจาคเตียงผู้ป่วย แขนงเฟ้าวเลอร ๑

เตียง (ราคา ๓,๕๑๑.๕๐ บาท) ให้โรงพยาบาล; และขอออกเช็คส่วนกุศลครั้งนี้ให้แก่คุณแม่แห้ว อดีตรัฐมนตรี

๔. นางศรีอรุณ เลี่ยมทอง, เลขที่ ๕๐ ยี่ห้อไทยชวน, ถนนอนุวงศ์, จักรวรรดิ, พระนคร, บริจาคเงิน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท บำรุงแผนกสรีรศาสตร์ - นรีเวชวิทยา.

๕. นางอรุณี หอสมิยะสถาพร (สมิยะโรจน์), เลขที่ ๓๐๕ ตรอกตลาดคอกขี้, เชียงสพานพทช., ธนบุรี, บริจาคเงิน จำนวน ๕,๐๐๐.๐๐ บาท สำหรับซื้อเตียงผู้ช่วยให้ โรงพยาบาล และขอออกเช็คส่วนกุศลให้ ต.ญ. สุปัตรา หอสมิยะสถาพร

ประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการประชุมทางวิชาการประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ ๒ ครั้ง, คือ

๑. วันศุกร์ ที่ ๕ กุมภาพันธ์ เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยาย แผนกพยาธิวิทยา. เรื่องที่น่าสนใจคือ "มะเร็งริมฝีปาก" (การวิเคราะห์ผู้ช่วยของหน่วยเรเคียม พ.ศ. ๒๔๘๑-๒๔๘๗), น.พ. ประเสริฐ นิลประภัสสร และ น.พ. ศิเรก คำวงศ์กิต แห่งแผนกรังสีวิทยาเป็นผู้เสนอ

อันคืบต่อไปเรื่อง "โลหิตจางเพราะพยาธิปากขอในทารก" น.พ. วินัย สุวักดิ์ กับ น.พ. สมเชาวน์ ยิ่งวรรณ แห่งแผนกกุมารเวชศาสตร์ และ น.พ. วิชิต เลี่ยมทอง แห่งแผนกพยาธิวิทยาเป็นผู้เสนอ.

๒. วันศุกร์ ที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ เวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายแผนกพยาธิวิทยา. เรื่องที่น่าสนใจคือ "การนวดหัวใจ," น.พ. กำธร ศุขโรจน์ และ น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ แห่งแผนกศัลยศาสตร์เป็นผู้เสนอ.

อันคืบต่อไปเรื่อง "กึคอรัทเคชั่นในโรคเอ็มพีซิม่าและไฟโบรซอแร็กซ์" น.พ. กำธร ศุขโรจน์ และ น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะเป็นผู้เสนอ.

ผลประชุมวิชาการ การประชุมวิชาการตลอดปีการศึกษา ๒๕๐๔-๒๕๐๕ มีรวม ๑๖ ครั้ง เป็นเรื่องส่งเสนอ ๒๔ เรื่อง, คือของแผนกกายวิภาค ๒, พยาธิ ๑, สรีร ๑, ศัลย ๖, อายุร ๔, กุมาร ๓, รังสี ๒, พยาธิ ๒ ร่วมกับ ร.พ. นครเชียงใหม่ ๑, กุมาร ๒ ร่วมกับ พยาธิ ๒, กุมาร ๒ ร่วมกับ รังสี ๑, ศัลย ๒ ร่วมกับ รังสี ๑. นับว่าเพิ่มทั้งจำนวนครั้งที่ประชุมและจำนวน

เรื่องทูลเสนอ, ในการประชุมแต่ละครั้งได้ขยายเวลาของการอภิปรายซักถามให้มากขึ้นด้วย. เป็นที่น่ายินดีว่าการประชุมวิชาการได้รับความสนใจยิ่งขึ้น. สำหรับการศึกษาการประชุมนครังส์คท้าย กำหนดในวันศุกร์ที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ส่วนการประชุมพันธุชาติเดือนจากเดือนมีนาคมไปรวมกับงานฉลอง ๗๒ ปี, คือกำหนดในวันจันทร์ที่ ๓๐ เมษายน ถึงศุกร์ที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๐๕ วันเสาร์ที่ ๕ พฤษภาคม เป็นการบรรยายของสถาบันมะเร็ง.

### ข่าวห้องสมุด

๑. บำรุงห้องสมุด นายแพทย์ จำรัส มิตรกุล, ประธานคณะกรรมการดำเนินงานประชุมใหญ่วิชาการ, จังหวัดนครศรีธรรมราช, ได้ส่งเงินมาให้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เพื่อจัดซื้อหนังสือเกี่ยวกับการศึกษาของนิสิตแพทย์ทั้ง ๓ คณะ, เป็นจำนวนเงินคณะละ ๒,๕๐๐ บาท. ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลขออนุมัติให้นำในการบริจาคเป็นอย่างยิ่ง.

๒. เครื่องอ่านและอัดไมโครฟิล์ม ห้องสมุดได้รับเครื่องอ่าน และอัดไมโครฟิล์มจากไชน่า เมดิคัล ขอร์ต ซินิก เซอร์โม-

แพล็กซ์ พลแม็ค อีก ๑ เครื่องซึ่งสามารถอัดหน้าหนังสือที่ต้องการได้ขณะท้อ่าน. การซื้อครั้งนี้ค่ากระดาษแผ่นละ ๕ บาท.

อาคันตุกะ พ.ญ.พาเทีย, คาสตราจารย์ จุลชีววิทยาแห่งเจ้ยฮาร์ตังส์ เมดิคัลคอลเลจ, กรุงนิวเดลี, ได้มาเยี่ยมแผนกพยาธิวิทยาเมอวนท์ ๒๕ มกราคม ๒๕๐๕. คณะจารย์ในแผนกนั้นได้นำชมกิจการโดยทั่วถึง. ปรากฏว่าเป็นที่สนชมแก่แขกผู้มาเยือนเป็นอย่างดี.

นักศึกษาจาก มหาวิทยาลัย คิล ปากร จำนวน ๘๐ คน ได้เข้าเยี่ยมชมและชมพิพิธภัณฑ์กายวิภาคศาสตร์ เมื่อบ่ายวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕. อาจารย์ประจำแผนกได้นำเข้าชมและอธิบายให้บรรดานักศึกษาฟังจนเป็นที่พอใจ.

เลื่อนชั้น อาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้เลื่อนอันดับและประกาศแต่งตั้งเป็นข้าราชการชั้นเอกแล้ว มีรายนามดังนี้ :

- (๑) พ.ญ. อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา (๒) พ.ญ. ประภัสสร จุลกรรัตน์ (๓) พ.ญ. บุญเรือง นิยมพร (๔) น.พ. ประวัติ หงส์ประภาส (๕) น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ

(๖) น.พ. นที รัชต์พลเมือง (๗) น.พ. เสริมศักดิ์ เพ็ญชาติ (๘) น.พ. กลทล สุนทรเวช (๙) พ.ญ. ม.ร.ว. จันทรวินัน เกษมสันต์ (๑๐) น.พ. สมโพธิ พกกระเวช (๑๑) น.พ. กีเวก พงษ์พิพัฒน์ (๑๒) น.พ. อารี วัลยะเสวี (๑๓) พ.ญ. ประเจียก บุนนาค (๑๔) น.พ. อภัย รัตนิน (๑๕) พ.ญ. ณีว ลิมป์พยอม (๑๖) นายสมโพธิ กิจสุวรรณ (๑๗) น.พ. ทรงฉัตร ไทษยานนท์.

กำหนดการสอบไล่ประจำปี คณะแพทย-  
ศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดการ  
สอบไล่ประจำปีการศึกษา ๒๕๐๔-๒๕๐๕  
โดยแต่งตั้งประธานและกรรมการเป็นคณะ  
เข้าดำเนินงานควบคุมการสอบไล่ตามระ-  
เขียบคั้งเคยปฏิบัติมาเช่นยกอน. มีกำหนด  
วันและวิชาที่สอบดังนี้:

ชั้นปีที่ ๑ จันทร ที่ ๒๖ กุมภาพันธ์,  
 ปฏิบัติสรีรวิทยา. พฤษศยที่ ๑ มีนาคม,  
 ปฏิบัติมหะกายวิภาคศาสตร์. ศุกร ที่ ๒

มีนาคม, ปฏิบัติจุลกายวิภาคศาสตร์.  
 จันทร ที่ ๕ มีนาคม, มหะกายวิภาคศาสตร์.  
 อังคาร ที่ ๖ มีนาคม, จุลกายวิภาค  
 ศาสตร์. พธ ที่ ๗ มีนาคม, สรีรวิทยา ๑.  
 พฤษศยที่ ที่ ๘ มีนาคม, สรีรวิทยา ๒.

ชั้นปีที่ ๒ อังคาร ที่ ๒๐ กุมภาพันธ์,  
 ปฏิบัติพยาธิวิทยา. ศุกร ที่ ๒๓ กุมภาพันธ์,  
 ปฏิบัติพยาธิคลินิก. พฤษศยที่ ๑ มีนาคม,  
 ปฏิบัติเภสัชวิทยา. อังคาร ที่ ๒๐ กุมภาพันธ์,  
 พยาธิวิทยา. จันทรที่ ๕ มีนาคม,  
 พยาธิวิทยาคลินิก. อังคาร ที่ ๖ มีนาคม,  
 อายรศาสตร์. พธที่ ๗ มีนาคม, ศัลยศาสตร์.  
 พฤษศยที่ ๘ มีนาคม, เภสัชวิทยา. ศุกร  
 ที่ ๙ มีนาคม, เวชศาสตร์ของกัน, เภสัช-  
 วิทยา ๒.

ชั้นปีที่ ๓ จันทร ที่ ๕ มีนาคม, สติ-  
 ศาสตร์และนารีเวชวิทยา. อังคาร ที่ ๖  
 มีนาคม, อายรศาสตร์. พธ ที่ ๗ มีนาคม,  
 ศัลยศาสตร์. พฤษศยที่ ๘ มีนาคม,  
 กุมารเวชศาสตร์. ศุกร ที่ ๙ มีนาคม, เวช-  
 ศาสตร์ของกัน, จักษุวิทยา.

## ชาวพยาบาล

รับสมัคร โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และ  
อนามัย ได้กำหนดรับสมัครผู้สำเร็จเตรียม  
อุดมศึกษา. เพื่อเข้าเรียนวิชาพยาบาลผดุง  
ครรภ์และอนามัยชั้นอนุปริญญา, มีหลัก  
สูตรการเรียน ๓ ปี. วันรับสมัครเริ่มแต่วัน  
จันทร์ ที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ถึงวันศุกร์ ที่ ๕  
มีนาคม, ระหว่างเวลา ๘.๓๐ น. ถึง  
๑๒.๐๐ น.

เยี่ยมและดูงาน นางทิพย์วัลย์ เลิศฤทธิ,  
นางบรรจง สาขากร, และ น.ส. ประยงค์  
หตะกมล, หัวหน้าพยาบาลจาก ร.พ. เลิศ  
สิน, ได้ขอเข้าเยี่ยมและดูงานการพยาบาล  
และการบริหารงานสาขาต่าง ๆ ตั้งแต่วันที่  
๒๐ กุมภาพันธ์ถึงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๐๕  
รวม ๑๕ วัน.

นักเรียนพยาบาลปีที่ ๕ จากโรงเรียน  
พยาบาลพิษณุโลก จำนวน ๔๕ คน, และ  
จากโรงเรียน พยาบาล ภูมิพล อุดมศึกษาอีก  
๓๑ คน, เข้าเยี่ยมและชมกิจการในด้านการ  
พยาบาลและด้านการศึกษา เมื่อวันที่ ๑๒  
และวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ ตามลำดับ.

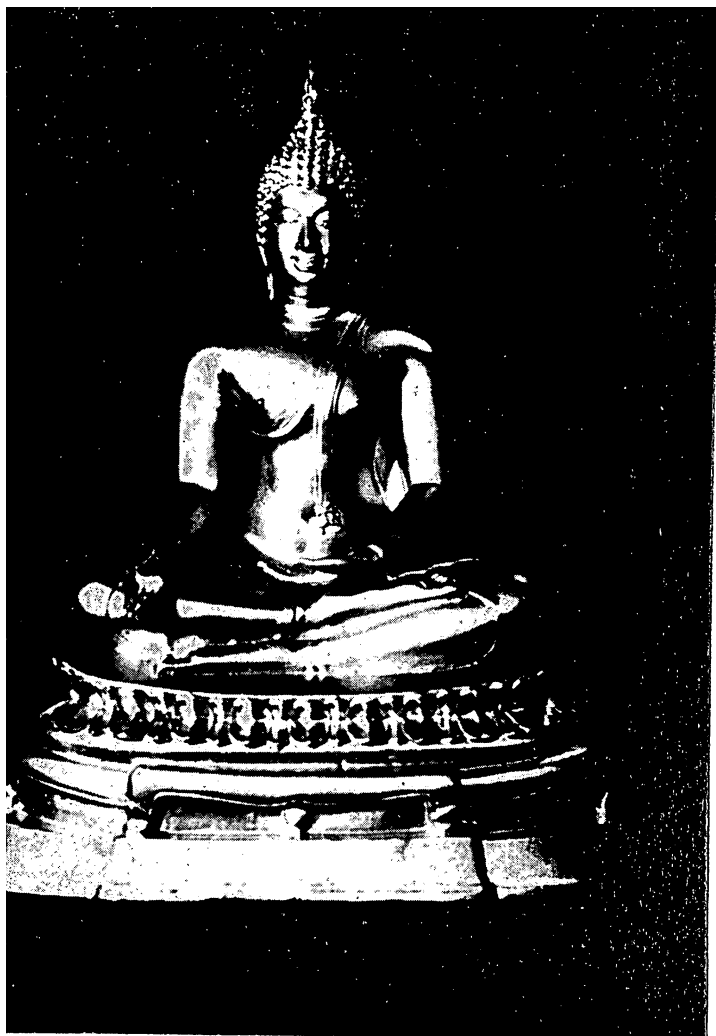
สมรส น.ส. ปราณี คงกะพันธ์, พยาบาล  
ประจำ ห้อง ผ่าตัด แผนก ศัลย ศาสตร์,  
เข้าพิธีสมรสกับนายสัทท บรินทรโกษฐ์ เมื่อ  
วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕.

ลาออก น.ส. อนงค์ ไกรฤกษ์, พยาบาล  
ประจำตึกอานันทมหิตล ๑, ขอลาออกจาก  
ราชการ เพื่อไป ประกอบ อาชีพส่วนตัวตั้งแต่วันที่  
๑ มีนาคม ๒๕๐๕.

## ศิษย์เก่า

งานฉลอง ๗๒ ปีศึรราช เนื่องด้วยงาน  
ฉลอง ๗๒ ปีศึรราช ทางโรงเรียนขอรับรอง  
ศิษย์เก่าดังนี้. (๑) ขอให้ช่วยแจ้งตำบลที่  
อยู่หรือที่ทำงานของเพื่อนร่วมรุ่นไปยังเลข  
านุการคณะกรรมการ ประสานงานศิษย์เก่า  
โดยด่วน. (๒) หาเงินสมทบทุน “ทุนฉลอง

เจ็ดสิบสองปีศึรราช.” (๓) หารายได้สำหรับ  
จ่ายในงานฉลองโดยช่วยจำหน่าย “ปากกา  
หมึกแห่ง” ซึ่งจัดทำพิเศษเฉพาะงานนี้.  
(๔) ช่วย กันหา รายได้ โดยทางอื่น, เช่น  
แสดงละคร หรือป้าสูกกา ฯลฯ



“พระพุทธรูปฉลองเจ็ดสิบสองปีศิริราช”  
มอบศึกษาพุทธธรรมฯ สร้างให้เข้าเพื่อศิริมงคล  
เนื่องในงานฉลอง ฯ



พระรูปสมเด็จพระราชาธิบดี  
เจ้าฟ้า ฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์  
(ขนาดย่อหล่อด้วยทองผสม)  
สร้างเป็นที่ระลึกในงานฉลองเจ็ดสิบสองปีศิริราช