



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๐๘ Volume 17, Number 12, December 1965.

ผลการสำรวจสายตาเด็กในวัยเรียน
(รายงานครั้งที่ ๑)

สำราญ วงศ์พำห้

ผิว ลิมปพยอม

พ.บ., C. Oph., C. Oto. (Harvard)

พ.บ.

(แผนกจักษุวิทยา ฯ)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์แดง กาญจนารัตน์)

สายตาของเด็กเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก
เรื่องหนึ่ง, เพราะเด็กไม่สามารถจะบอก
ถึงความผิดปกติของสายตา ตลอดจนแยก
อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า เกิดจาก สายตา
ผิดปกติหรือไม่. โดยเฉพาะในเด็กเล็ก,
ลูกตายังไม่เจริญเต็มที่ และ จะ เจริญ ต่อไป
อีก, ฉะนั้นจึงมีทางทดสอบและส่วนต่าง ๆ
ของลูกตาจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้
ง่ายที่สุด. จากการสำรวจของเรา (ส.
วงศ์พำห้, ผ. ลิมปพยอม ๒๕๐๗) พบว่า
เด็กสายตาสั้น มากขึ้น ทุกที่ เมื่อ อายุ มาก

เรื่องย่อ. วงศ์พำห้, สำราญ และ ผิ ว ลิมป-
พยอม : ผลการสำรวจสายตาเด็กในวัยเรียน,
สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗ : ๗๔๓
-๗๔๘.

สำรวจสายตาในเด็กชายหญิง ๑,๑๐๗ คน
พบสายตาปกติเพียง ๗๖.๖๐ ปช. ของจำนวน
ทั้งหมด. อาการสายตาสั้นพบบ่อยมากขึ้นใน
พวกที่อายุมากขึ้น. พวกที่สายตาสั้นไม่เท่ากัน
ในสองข้างมีความโน้มเอียงที่จะมีอาการตาซ้อน
มากกว่าพวกที่สายตาสั้นเท่ากัน. เด็กที่สายตา
สั้นได้ใส่แว่นเพียง ๑๖.๕๘ ปช. อันตรายจาก
อาการตาเสียเพราะไม่ใช่เป็นเรื่องที่ควรสนใจ.

ขึ้น, และสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตา
ขอกในเด็กคือการละเลยไม่ได้รับการรักษาให้ถูก

ต้อง. ขอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเกิด
แอมพลีโยโอเชีย เอ็กส์ อะนอปเซีย มากขึ้น.
เรื่อง สายตาของเด็ก จึงเป็น เรื่อง ทนา
สนใจและนำ ทำการค้นคว้า เพื่อ หาสาเหตุ
ที่ทำให้ สายตา สั้น (acquired myopia)
และ แอมพลีโยโอเชีย เอ็กส์ อะนอปเซีย,
รวมทั้งศึกษาวัยของกันด้วย.

วัตถุประสงค์ของการสำรวจ เพื่อทราบ
ถึง สายตา ของ เด็กใน วัย เรียน และ การ
เปลี่ยนแปลงของสายตาเด็กตามวัย. ใน
ระยะต่อไปจะ ได้ศึกษา ถึง เรื่อง การ ศึกษา
สัมพันธ์กับสายตาของนักเรียน.

การสำรวจ ได้ทำในผู้อยู่ในวัยเรียน, อายุ
๖-๒๐ ปี, ทั้งชายและหญิง. ในพระนคร
และบริเวณใกล้เคียง. ใช้เวลาตรวจทั้งหมด
๓ เดือน.

เครื่องมือที่ใช้

แผ่น อักษร สำหรับตรวจ สายตา แบบ
“สเนลเลน”, ภาษาไทย.

“ออร์โทเรเตอร์” สำหรับตรวจสาย
ตานักเรียน.

อ็อพติคัลโมสโคป.

สลิต แลมป์ ชนิดใช้ถ่อ.

ไฟฉาย.

การตรวจ

(๑) ตรวจสายตามองไกล.

(๒) ตรวจสายตามองใกล้.

(๓) ตรวจเพื่อหาสายตาสั้น, สาย
ตายาว, และตาสอน.

ในรายที่มีปัญหาว่า ความผิดปกติของ
สายตาอาจไม่ใช่เพราะเหตุจากตาแต่อย่าง
เดียว, ได้ทำการตรวจเพื่อหาโรคอื่น ๆ ที่
ทำให้สายตาพิการได้ด้วย.

ในรายที่สงสัย, ทำการตรวจซ้ำอีกเพื่อ
ให้ได้ผลแน่นอน.

จำนวนที่ตรวจ ทั้งหมด ๑,๑๐๗ คน.
เป็นชาย ๗๒๐ คน (๖๕.๕๐ ปร.),
หญิง ๓๘๗ คน (๓๕.๕๕ ปร.).

ผลของการตรวจ

๑. สายตาปกติ (ไม่สั้นและไม่ยาว)
๘๕๘ คน, เท่ากับ ๗๖.๖๐ ปร. ของ
จำนวนที่ตรวจทั้งหมด. ในจำนวนนี้เป็นชาย
๕๗๒ คน (๖๖.๕๕ ปร.) และ หญิง
๒๘๖ คน (๓๒.๕๕ ปร.)

๒. สายตาสั้น มีจำนวน ๒๕๕ คน หรือ ๒๓.๓๕ ปช. ของจำนวนทั้งหมด. ในจำนวนนี้เป็นชาย ๑๔๘ คน (๕๗.๑๔ ปช.), เป็นหญิง ๑๑๑ คน (๔๒.๘๖ ปช.).

ในจำพวกที่สายตาสั้นพบคนที่สายตาสั้นเท่า ๆ กันสองข้าง ๑๕๒ คน (๕๘.๖๘ ปช. ของเด็กสายตาสั้น), สายตาสั้นไม่เท่ากันในสองข้าง (อะนิโซเมโตรเปีย) ๑๐๓ คน (๔๖.๓๑ ปช.).

อายุของเด็กและสายตาที่ผิดปกติ สรุปได้ดังต่อไปนี้:—

อายุ ๖—๑๐ ปี	๕๗๘ คน	สายตาสั้น	๕๗ (๑๖.๗๘%)	(Myopia 59, Anisometropia 38)
ชาย	๓๗๐ คน	สายตาสั้น	๕๕ (๑๕.๕๔%)	(Myopia 36, Anisometropia 23)
หญิง	๒๐๘ คน	สายตาสั้น	๓๘ (๑๘.๒๖%)	(Myopia 23, Anisometropia 15)
อายุ ๑๑—๑๕ ปี	๔๓๐ คน	สายตาสั้น	๑๒๕ (๒๙.๐๖%)	(Myopia 76, Anisometropia 49)
ชาย	๒๘๕ คน	สายตาสั้น	๗๑ (๒๔.๕๖%)	(Myopia 45, Anisometropia 26)
หญิง	๑๔๕ คน	สายตาสั้น	๕๔ (๓๗.๒๕%)	(Myopia 31, Anisometropia 23)
อายุ ๑๖—๒๐ ปี	๕๕ คน	สายตาสั้น	๓๗ (๓๗.๓๗%)	(Myopia 17, Anisometropia 20)
ชาย	๖๑ คน	สายตาสั้น	๑๘ (๒๙.๕๐%)	(Myopia 10, Anisometropia 8)
หญิง	๓๘ คน	สายตาสั้น	๑๙ (๕๐.๐๐%)	(Myopia 7, Anisometropia 12)

ตาสีอน (Phoria)

ตาสีอนเป็นการไม่สมดุลย์ของกล้ามเนื้อตาทั้งนอกและในลูกตา และเหตุอื่น ๆ อีก. การตรวจใช้ ออร์โธเรเตอร์ (Orthorator) ตรวจวิธี “ภาพซ้อนสามมิติ” (double picture stereogram) และวิธี “เทเลไบนอคูลาร์” (telebinocular).

ผลของการตรวจ มีดังต่อไปนี้:

- ก. เด็กที่มีสายตา ๖ จำนวน ๘๔๘ คน, มีตาสีอน ๒๗ คน (๓.๑๘ ปช.).
- ข. เด็กที่มีสายตาสั้นเท่ากันทั้งสองตา, มีตาสีอน ๘ คน ในจำนวน ๑๕๒

คน (๕.๒๖ ปช.).

ค. เด็กที่มีสายตาสั้นไม่เท่ากันทั้งสองตาจำนวน ๑๐๓ คน, มีตาสีอน ๑๘ คน (๑๖.๘๒ ปช.).

สายตา	จำนวนคน	ตาสีอน	ร้อยละ
๖	๘๔๘	๒๗	๓.๑๘
๖	๑๕๒	๘	๕.๒๖
๖	๑๐๓	๑๐	๙.๗๑
๖	๒๕	๐	๐
๖	๓๖	๑	๒.๗๗
๖	๕๐	๒	๔.๐๐

เด็ก สาย ตา สั้น ที่ ไม่ ได้ สวม แว่น
 ในจำนวนเด็กสายตาสั้นทั้งหมด ๒๕๕ คน,
 มีเด็กใส่แว่นเพียง ๔๔ คน (๑๖.๘๘
 ๒๕. ของจำนวนที่สายตาสั้น). ในจำนวน
 ที่สายตาสั้นเท่ากันทั้งสองข้าง, ซึ่งมี ๑๕๒
 คน, มีที่ใส่แว่น ๓๒ คน (๒๑.๐๕ ๒๕.
 และในพวกที่สายตาสั้นไม่เท่ากัน ทั้ง สอง
 ข้าง, ซึ่งมีจำนวน ๑๐๓ คน, ที่ใส่แว่นมี
 เพียง ๑๒ คน (๑๑.๒๑ ๒๕.). ราย
 ละเอียดในเรื่องนี้แสดงไว้ในตาราง.

สายตา จำนวน, ที่ใส่แว่นตา, ร้อยละ

	คน	คน	
๑/๒	๕๑	๖	๖.๕๕
๑/๒	๑๖	๑๖	๖.๒๕
๑/๒	๗	๑	๑๔.๒๘
๒/๔	๑๖	๐	๐
๓/๖	๑๐	๕	๕๐.๐๐
๖/๐	๒๒	๑๕	๘๖.๓๖

ข้อตรวจพบที่กล่าวมาแล้ว แสดงว่า
 เมื่อเด็กยังอายุมากขึ้น, สายตาจะสั้นมาก
 ทุกที่ตามอายุ. เด็กหญิงที่สายตาสั้นมี
 มากกว่าเด็กชายทุกอายุ. ทั้งนี้อาจเป็น
 เพราะเด็กหญิงมักทำงานละเอียดที่ต้องใช้

ตาเพ่งมากกว่าเด็กชาย, หรือทำงานใน
 บ้านมากเกินไปไม่มีใครได้ออกทำงานกลาง
 แจ้ง. จากการสืบคุประวัติลงความเห็นว่
 อาการสายตาสั้นคงไม่ใช่ผล โดยตรงจาก
 กรรมพันธุ์. มีหลายคนที่ยังตามารคามมี
 สายตาปรกติ.

ผู้รายงานเห็น ด้วยกับ ทฤษฎีที่ว่า การ
 ปรัย สายตาให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อม และกับ
 ธรรมชาติทำให้สายตาสั้น (Wangspa,
 1964; Wangspa & Limpaphayom, 1964;
 Sato, 1967). สำหรับเด็กในกรุงเทพฯ
 ส่วนใหญ่ของสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้เด็ก
 ต้องมองใกล้เสมอตั้งแต่เข้าจนกระทั่งคำ,
 เช่น ดูหนังสือ, ดูโทรทัศน์, ซึ่งผิดกับเด็ก
 ที่่างจังหวัดที่มีสิ่งแวดล้อม ชวนให้ ดู ใกล้
 เสมอ (Wangspa et al, 1964).

เด็กที่สายตาปรกติมีตาสั้น (phoria)
 ๓.๑๘ ๒๕. โดยที่ทราบแล้วว่าตาสั้น
 มักมีสาเหตุร่วมกับสายตาสั้น, จะต้อง
 ติดตามเด็กเหล่านี้ต่อไปทุกปีเป็นเวลา ๕
 ปี เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง.

เด็กที่มีสายตาสั้นเท่ากันทั้งสองข้างมี
 ตาสั้น ๕.๒๖ ๒๕., และที่สายตาสั้น
 ไม่เท่ากันทั้งสองข้าง (Anisometropia) มี
 ตาสั้น ๑๖.๘๒ ๒๕. ซึ่งเป็นสามเท่าของ

พวกแรก. ข้อนี้ชวนให้เห็นว่าการที่ตาซ้อนนั้นเกิดจากการปรับสายตา (accomodation) และการกลอกตาให้เข้าหากัน (convergence) อย่างไม่ได้สมคณย์. ยิ่งในสายตาสั้นไม่เท่ากันทั้งสองตาแล้วก็ยังเห็นอาการตาซ้อนได้ชัดมาก.

สาเหตุของการตาซ้อนไม่ใช่มีแต่อย่างเดียว. มีมากอย่าง, เช่น:

- ๑. การจ้องของตาแต่ละข้างไม่แน่นอน.
- ๒. การมองเห็นสองตาทำให้เกิดภาพเดียวไม่แน่นอน.
- ๓. การสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อในและนอกลูกตากับระบบประสาทไม่ดี.
- ๔. ความรู้สึกเห็นภาพในสมองส่วนท้ายทอยไม่เท่ากัน.
- ๕. ความรู้สึกในการเห็นทั้งสองตาไม่ดี.

๖. ประสาทนำความรู้สึกเห็นภาพจาก โฟเวีย ถึงสมองส่วนท้ายทอยไม่ดี.

ฉะนั้นจากเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งใน ๖ อย่างนี้ ก็เป็นสาเหตุให้เกิดตาซ้อนได้.

แว่นตา การตรวจแสดงว่าเด็กที่มีสายตาศึกปรกติเนื่องมาจากสาเหตุที่สายตาไม่ดี,

ใส่แว่นตาเพียง ๑๖.๕๘ ปีช., ที่เห็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะ:

- ๑. เด็กไม่ชอบใส่แว่นตา เพราะกลัวเพื่อนล้อ.
- ๒. เข้าใจผิดว่าแว่นช่วยไม่ได้ผล.
- ๓. บิดา, มารดาเข้าใจผิด, กลัวว่าใส่แว่นแล้วจะทำให้สายตาสั้นมากขึ้น.
- ๔. ฐานะการเงินไม่ดี.
- ๕. บางคนได้แว่นตามืดทำให้เกิดการปวดศีรษะ และกลัวเห็นไม่ชัดขึ้น.

พบว่าเด็กที่สายตาสั้นมากๆ ใส่แว่นตาเป็นส่วนใหญ่เพราะว่ามองไม่เห็นจริงๆ, ส่วนพวกที่สั้นน้อยๆ มักไม่ใครใส่. เด็กมักจะทนปวดศีรษะ โดยไม่รู้ว่าสาเหตุมาจากสายตาสั้น. ยิ่งร้ายที่สายตาสองข้างไม่เหมือนกัน (Anisometropia) ข้างหนึ่งยังเห็นดีกว่าอีกข้างหนึ่ง, ยิ่งใส่แว่นตาน้อยมาก. มีเพียง ๑๑.๒๑ ปีช. เท่านั้นที่ใส่แว่นตา. เราพบว่าผู้มีสายตาสั้นชนิดที่ไม่เท่ากันทั้งสองข้างมีผู้ที่ตาซ้อนมากกว่าผู้ที่สายตาสั้นอย่างธรรมดาถึงสามเท่า. พวกนี้ถ้าปล่อยไว้ไม่แก้ไขมีโอกาสจะเกิดอาการตาเลียบเพราะไม่ใช้ (Amblyopia ex anopsia), ซึ่งจะมีผลทำให้การเรียนเลวลง, ซึ่งในที่สุดจะกระทบกระทั่งถึงเศรษฐกิจของ

ครอบครัวและของบ้านเมือง. เรืองนงเย็น
เรืองทนาระวยพิจารณาแก้ไขโดยด่วน.

สรุป

๑. ได้สำรวจสายตาผู้อยู่ในวัยเรียน
อายุ ๖ ถึง ๒๐ ปีทั้งชายหญิงจำนวน
๑๑๐๗ คน. เป็นชาย ๗๒๐ คน, หญิง
๓๘๗ คน. พบผู้มีสายตาผิดปกติเพียง
๗๖.๖๐ ปช. ของจำนวนทั้งหมด. นอก
จากนี้มีความผิดปกติ.

๒. เด็กสายตาสั้นมีจำนวนมากขึ้น
เมื่ออายุมากขึ้น.

๓. อาการตาซ้อนพบในพวกที่สายตา
สั้นสองข้างไม่เท่ากันมากกว่าในพวกที่สาย
ตาสั้นเท่ากันทั้งสองข้าง.

๔. เด็กที่สายตาสั้นได้ใส่แว่นตา
เพียง ๑๖.๕๘ ปช.

๕. อันตรายที่จะเกิดอาการตาเสีย
เพราะไม่ใช้ (Amblyopia ex anopsia) ใน
รายที่สายตาสั้นไม่เท่ากันทั้งสองตา, เป็น

เรื่องที่ควรจะสนใจจัดการยิ่งขึ้น.

(การสำรวจนี้ได้วิทยนออกถนนจาก
ของคณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริราช พยา-
บาล (พ.ศ. ๒๕๐๗). ส่วนเครื่องมือที่ใช้
นั้นบางส่วนได้ยืมจากมูลนิธิเพื่อการถนอม
สายตา และ ยั่งยืน ตาบอก แห่ง ประเทศ-
ไทย. ผู้รายงานขอแสดงความขอบคุณไว้
ในท้น.)

เอกสาร

1. T. Sato : The Causes and Pre-
vention of Acquired Myopia. Kanchara
Shuppan Co., Ltd., 21 Yushima Kirido-
shisaka Bunhyoku, Tokyo, Japan, 1957.
2. S. Wangspa : Trans. of the Asia-
Pacific Academy of Ophthalmology,
The National Press, Melbourne, Aus-
tralia, 2 : 59. 1964.
3. S. Wangspa & P. Limpaphayom:
Trans. Ophthalmological Soc. of N.Z.
18 : 106. 1965.
4. ส. วงศ์พำห้, ผิว ถิมปพยอม : สารศิริราช
๑๖ : ๕๗๕, ๒๕๐๗.
5. ส. วงศ์พำห้, ผ. ถิมปพยอม : จ.พ.ส.ท.
๔๗ : ๓๕๕, ๒๕๐๗.

(Summary of the preceding Report)

A SURVEY OF EYE SIGHT IN SCHOOL CHILDREN

Samran Wangspa, M.B., C. Oph., C. OTo. (Harvard)

Phiew Limpaphayom, M.B.

(Dept. of Ophthalmology, Oto-rhino-laryngology)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Daeng Kanchanaranya)

A survey of eye sight with the use of modified Snellen's chart, Orthorator, ophthalmoscope and hand slit lamp was undertaken in 1107 school children in and around Bangkok, involving 720 males and 387 females, ranging in age from 6 to 20 years. Only 76.60 per cent of the examined had "normal" eye sight, while 23.39 per cent were myopic. Of the latter, 46.31 per cent had anisometropia, which

was associated with a high percentage of phoria (16.82 per cent). The incidence of myopia increased with age; the female sex was more afflicted than the male. Only 16.98 per cent of the ametropic wore correcting glasses. The significance of amblyopia ex anopsia and its prevention is discussed.

(Three tables. Five references.)

เยื่อช่องท้องอักเสบ

การศึกษาสถิติของแผนกศัลยศาสตร์ในระยะ ๑๐ ปี

เกษม ลิมวงศ์ พ.บ., Facharzt für Chirurgie (Nord. Rhein)

ธีระ ลิมศิลา พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ.อุดม โปษะกฤษณะ)

การบริหาร แอนติไบโอติก ในการรักษาโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ทำให้อัตราตายลดลงมากซึ่งเคยมีรายงานไว้แล้ว, เช่นในโรคไขวักสาท ซึ่งมี แผล ลำไส้ ทะ ล. (1) รายงานนี้เสนอผลการรักษาทางสถิติในแง่ต่าง ๆ ของโรคเยื่อช่องท้อง อักเสบโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจะสำรวจข้อบกพร่องที่ควรระแก้ไขและรวบรวมข้อ มูลไว้สำหรับการเปรียบเทียบและใช้อ้างอิง ใน วารสารต่อไป. ได้เลือกเอาระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๕๐—๒๔๕๕ ซึ่งในระยะแรก ๆ ได้เริ่มมีการใช้ แอนติไบโอติก แต่เพียง เพนิซิลลิน. ต่อมาจึงมี สเตอริโคไมซิน และพวกวงกวักกว้างตามลำดับ.

การศึกษา

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ทั้งหมดในแผนกศัลยศาสตร์และผู้ที่ได้รับ

เรื่องย่อ. ลิมวงศ์, เกษม, ธีระ ลิมศิลา. เยื่อช่องท้องอักเสบ. การศึกษาสถิติของแผนกศัลยศาสตร์ ในระยะ ๑๐ ปี. สารศิริราช ๒๕๐๘ (๑๕๖๕), ๑๑ : ๗๕๐-๗๖๒.

ผู้ป่วยโรคเยื่อช่องท้องอักเสบใน แผนกศัลยศาสตร์ระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๕๐—๒๔๕๕ มี ๑,๔๗๑ ราย. สถิติจากรายที่พอศึกษาได้ ๘๗๕ ราย, แสดงสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้: (๑) ลำไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน ๕๐๘ ราย, (๒) แผลเบอบีเปติก ทะล ๑๕๗ ราย, (๓) ไขวักสาทมีลำไส้ทะล ๕๖ ราย, (๔) ผ่าตัดในตับแตก ๓๐ ราย, (๕) ผ่าตัดแตก ๒๔ ราย, (๖) สาเหตุอื่น ๒๔ ราย. ข้อมูลโดยละเอียดของแต่ละสาเหตุมีในรายงาน.

การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายว่าเป็น เยื่อช่องท้องอักเสบ (ประมาณ ๕ ปรศ.). จำนวนยังไม่ใช้สถิติแท้จริงของผู้ป่วย, เพราะไม่ได้รวมผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกศัลยศาสตร์-นรีเวชวิทยา และผู้ป่วยที่รับการ อักเสบเรื้อรัง เช่นพวกที่มีสาเหตุจากวัณโรค. สิ่งที่น่าเสียดาย อย่าง ยิ่ง สำหรับการ ศึกษา

ควรวานคอกในผู้ช่วย ๑,๕๗๑ รายงานผู้ช่วย
ที่ไม่อาจศึกษารายละเอียดต่าง ๆ ได้ถึง
๕๕๒ ราย, เนื่องจาก (๑) รายงาน
ไม่เรียบร้อย, อาทิไม่มีบันทึกการวินิจฉัยถึง

สาเหตุและการดำเนินของโรค, (๒) การ
วินิจฉัยโรคไม่ได้รับการผ่าตัดหรือการตรวจ
ศพยืนยัน. ฉะนั้นคงเหลือผู้ช่วยที่พอจะนำ
มาศึกษาได้เพียง ๘๗๕ รายเท่านั้น.

ตารางที่ ๑.

พ.ศ.	จำนวนผู้ช่วย รับไว้ในแผนกศัลย ฯ	จำนวนผู้ช่วย เย็บช่องท้องอีกเสบ
๒๔๕๐	๒,๑๑๒	๑๔๐
๒๔๕๑	๒,๒๒๗	๑๑๓
๒๔๕๒	๒,๔๒๑	๑๑๒
๒๔๕๓	๒,๖๕๓	๑๕๐
๒๔๕๔	๒,๕๐๒	๑๘๔
๒๔๕๕	๒,๘๕๗	๑๓๖
๒๔๕๖	๒,๘๘๒	๑๒๐
๒๔๕๗	๓,๐๓๘	๑๔๕
๒๔๕๘	๓,๒๒๒	๑๗๕
๒๔๕๙	๓,๒๕๓	๑๕๒
รวม ๑๐ ปี	๒๗,๖๐๗	๑,๔๗๑

ตารางที่ ๒ แสดงสาเหตุและอัตรา
ตายของผู้ช่วยเย็บช่องท้องอีกเสบ ซึ่งเห็น
ได้ว่าเกือบทั้งหมดมีสาเหตุจากโรคในระบบ
ทางเดินอาหาร, และที่สำคัญที่สุดก็คือไส้
ติ่งอีกเสบ (มีจำนวนเกินครึ่งหนึ่ง). ข้อที่

น่าสนใจคือแม้ในยุคของ แอนติไบโอติก
ซึ่งตามยมยงมผลไส้ติ่งแตกอีก จำนวนไม่น้อย.
ในรายงานนี้มีผู้ช่วยเสียชีวิต ๑๘๔ ราย,
เท่ากับ ๒๐.๕๓ ปร. หรือเท่ากับประมาณ
๑ ปร. ของผู้ช่วยรับไว้ในแผนกศัลยศาสตร์.

	จำนวน ผู้ป่วย	จำนวน ตาย	จำนวน ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ตาย
ไส้ติ่งอักเสบ	๕๐๘	๔๓	๒๒ (แผลผ่าตัดกึ่งซีโอ)
แผลเข็ญ เบ็บติก ทะลุ	๑๕๗	๕๔	๑๘ (แผลผ่าตัดกึ่งซีโอ)
แผลทึยฟอยด์ทะลุ	๕๖	๕๖	๒๕ (แผลผ่าตัดกึ่งซีโอและ ปอกอ๊กเสยและ ฟิสตุลา อจจาระ)
ฝีคตคตบแตก	๓๐	๑๓	๒ (ฝีกาเร็บและฝีกตเชอ)
ฝีไส้ติ่งแตก	๒๔	๑๓	๒ (แผลผ่าตัดกึ่งซีโอ)
อื่น ๆ	๒๔	๕	
รวม	๘๗๕	๑๘๕	

ต่อไปนี้เป็นการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ
โดยละเอียดของแต่ละสาเหตุ :

๑. ไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน เฉพาะที่มี
เยื่อช่องท้องอักเสบร่วมด้วยมี ๕๐๘ ราย.
เป็นชาย ๓๔๕ ราย, หญิง ๑๕๕ ราย,
หรือส่วนที่ขยชายต่อหญิงประมาณสองต่อ
หนึ่ง. ๒๕๐ ราย (๕๗ ปร.) พบรอย
ทะลุซัดเจน; พวกที่เหลือมีหนองในช่อง
ท้องและไส้ติ่งอักเสบเน่า. ผู้ป่วยที่มีไส้ติ่ง
แตก ๓๔ รายเสียชีวิต, แต่พวกที่ไส้ติ่ง

ไม่แตกมีเพียง ๑๕ รายเท่านั้นที่ตาย.
ดังนั้นจึงเห็นว่า การอักเสบของไส้ติ่งแม้จะ
รุนแรงเพียงใดแต่ถ้ายังไม่แตกก็มีอันตราย
น้อยกว่ารายที่แตกแล้ว, ถึงแม้การอักเสบ
มีเพียงหย่อมเดียวก็ตาม. อาการต่าง ๆ
ของผู้ป่วยแสดงไว้ในตารางที่ ๓ ซึ่งจะ
เห็นได้ว่าไม่รุนแรงมากนัก, ใช้ไม่สูงมาก.
แต่มีประวัติที่สำคัญซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ
การแตกของไส้ติ่งอักเสบคือการถ่ายยา
และสวนอจจาระ. ผู้ป่วย ๖ รายเข้ามา
ร.พ. มีอาการหนักมากผ่าตัดไม่ได้.

ตารางที่ ๓.

อาการ	จำนวน
ไข้เกิน ๓๘° ซ.	๑๖๖
ท้องผูก	๑๐๙
ท้องเดิน	๒๕
คลื่นไส้	๑๙
คลื่นไส้และอาเจียน	๒๘๓
ปวดบริเวณสะดือถึงแอ่ง โอลิแอก ขวา	๑๘๗
ปวดเฉพาะแอ่ง โอลิแอก ขวา	๑๔๘
ปวดทั่วไป	๘๘
ปวดไหล่ซ้าย (เอปี้แกสเตรียม)	๒๖
ปวดไม่มีตำแหน่งแน่นอน	๓๑
กินยาถ่ายหรือสวนอุจจาระ	๑๕๗ (ทะเล ๑๐๘ ราย)
ระยะเวลาของการปวดก่อนเข้า ร.พ.	๑ ช.ม. — ๑๖ วัน

๒. แผลเปื่อย เป็ปติก ทะลุ
 เรืองนี้ เป็นสาเหตุของเยื่อช่องท้องอีก
 เสียทพบย่อยรอง จากไส้ติ่ง อีกเสีย ปัจจุบัน
 มีจำนวน ๑๕๗ ราย. เป็นแผลในกระเพาะ
 อาหารมาก (๑๐๐ ราย; ชาย ๕๒ หญิง
 ๔) กว่าใน คุโธคินัม (๖๔ ราย; ชาย

๖๐ หญิง ๔); ไม่ได้บันทึกตำแหน่ง
 แผล ๓๓ ราย, เป็นชาย ๒๕ หญิง ๘.
 เห็นได้ว่าเป็นในผู้ชาย (๑๘๑ ราย) มาก
 กว่าผู้หญิง (๑๖ ราย); มีส่วนเทียบ
 ประมาณ ๑๒ — ๑๕ ต่อ ๑.

ตารางที่ ๔.

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย			จำนวนตาย			
	กระเพาะ- อาหาร	ดูโอเด้นัม	ไม่ได้แจ้งไว้ ในรายงาน	กระเพาะ- อาหาร	ดูโอเด้นัม	ไม่ได้แจ้งไว้ ในรายงาน	รวม
ต่ำกว่า ๒๐	๑	๑	๑	—	—	๑	๑
๒๑—๓๐	๑๗	๕	๕	๒	๑	๕	๘
๓๑—๔๐	๒๕	๑๖	๘	๓	๔	๗	๑๔
๔๑—๕๐	๒๘	๒๒	๕	๕	๓	๔	๑๒
๕๑—๖๐	๑๕	๑๐	๑๐	๔	๒	๑๐	๑๖
๖๑—๗๐	๘	๖	๑	๑	๑	๑	๓
๗๑—๘๐	๑	—	—	—	—	—	—
เกิน ๘๐	๑	—	—	—	—	—	—
รวม	๑๐๐	๖๓	๓๔	๑๕	๑๑	๒๘	๕๔

อัตราการตาย ๒๖.๔ เปอร์เซ็นต์.

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และผู้ป่วยตายตามเกณฑ์อายุต่าง ๆ ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมีมากที่สุด ในเกณฑ์อายุ ๓๑—๖๐ ปี ซึ่งเป็นระยะที่มีอัตราตายสูงตามกันด้วย. ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดในรายงานนี้ ๑๗ ปี, และมากที่สุด ๘๒ ปี. ตายในระยะรักษาก่อนผ่าตัด ๑๔ ราย. เนื่องจากรายงานส่วนใหญ่ไม่เรียบร้อยจึง

ยังไม่อาจบอกได้แน่นอนว่าแผลเย็บกระเพาะอาหาร ทะลุ นั้นมีการพยากรณ์โรคดีกว่าแผลเย็บ คิวตินัม ทะลุหรือไม่. อย่างไรก็ตามยังมี ปัจจัย อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การเสียชีวิตของผู้ป่วย, เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยก่อนการรักษา. ซึ่งจะช่วยชี้บ่งว่าผู้ป่วยตายในระยะใดของเย็บช่องท้องอีกเสบ (ดูตารางที่ ๕).

ตารางที่ ๕.

ระยะเวลาของโรคก่อนมา ร.พ.	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ตาย
ต่ำกว่า ๑๒ ชม.	๕๐	๑๒
๑๒—๒๔ ชม.	๖๕	๒๓
๑—๒ วัน	๒๐	๕
๒—๓ วัน	๒๐	๕
๓—๔ วัน	๖	๓
๔—๕ วัน	๓	๑
เกิน ๕ วัน	๖	๑

จากตารางที่ ๕ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาหาแพทย์ภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมง แรกนั้นมี มากกว่า ครึ่ง หนึ่ง ของ ทั้งหมด, และอัตราตายสูงมากในระยะนี้. ความจริงข้อนี้ อาจช่วยชี้บ่งว่าผู้ป่วย มัก เสียชีวิต จากการขาดปริมาณเลือดไหลเวียนขณะที่เกิด

ปฏิกิริยา ของ เย็บช่องท้อง มากกว่า จากภาวะเลือดเป็นพิษ (ที่ช็อกซีเมีย). การที่มีอัตราตายลดลงในระยะเวลาก่อน ๒๔ ชม. อาจเป็นเพราะธรรมชาติได้ช่วยปิดแผลทะลุได้เอง.

	จำนวน	กระเพาะอาหาร	ตุโอดินัน	ไม่แจ้งตำแหน่ง
๑. ปวด. ตำแหน่งปวดขณะทะเล:—				
(ก) เอบีกาสตริอัม	๖๘	๓๖	๒๐	๑๒
(ข) ฮัยโปพอนดริอัม ขวา	๔๐	๑๓	๒๕	๒
ซ้าย	๑๗	๑๑	๖	—
(ค) สะดือ	๓๐	๑๕	๑๐	๕
(ง) ทวีไป	๒๕	๑๑	๑๕	๓
(จ) แอ้งอิลิแอ็ค ขวา	๑๑	๒	๗	๑
(ฉ) อั้งเชิงกราน	๓	๓	—	—
๒. ไข้	๑๕	๖	๕	—
๓. อาเจียน	๑๑๒	๔๗	๕๒	๑๓
๔. อุจจาระผูก	๔๕	๒๒	๒๕	๒
๕. อุจจาระร่วง	๓	—	๓	—

ในตารางที่ ๖ นี้มีข้อสันนิษฐานว่าผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรกเกิดจากฮัยโปโวลีเมีย, คือ ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนมาถึง ๑๑๒ รายและมีบางรายที่มีอุจจาระร่วงจากการระคายเคืองอีกด้วย. ข้อที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคืออาการปวดท้องเริ่มแรกซึ่งมีผู้ป่วยหลายรายเริ่มปวดบริเวณส่วนล่างของท้อง, จึงอาจทำให้การวินิจฉัยชนิดผิดไปเป็นไส้ติ่งอักเสบปัจจุบัน ซึ่งเป็นเหตุให้กรัทรอยผ่าตัดคำไป, ซึ่งทำให้กินเวลาการผ่าตัดนานออกไปเสมอ.

ผู้ป่วย ๕๖ รายไม่มีประวัติของแผลเย็บคิคมามาก่อนเลย, ซึ่ง ๘ รายเคยได้รับการตรวจทางรังสีก่อนมีการทะเลและได้รักษาแผลเย็บคิคมโดยทางยาอยู่. การตรวจร่างกายพบบริเวณตับเคาะที่บั้นอัยลงหรือความทึบหายไปหมด ๑๐๘ ราย. การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง ๓๕ รายพบเงาอากาศภายในช่องท้อง ๒๔ ราย (๖๕ ปร.); ไม่ช่วยการวินิจฉัย ๑๑ ราย.

ขนาดของแผลก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่ง

ของการตาย. แต่หากสถิติพบว่าแผลที่ ซึ่งแผลขนาดนั้นอาจบีบได้เองหรือเย็บปิดได้
ทะลุมักจะเล็ก. ส่วนมากไม่เกิน ๑ ซม. ง่าย. (ตารางที่ ๗).

ตารางที่ ๗.

เส้นผ่าศูนย์กลางแผล	กระเพาะอาหาร	คูโอดินัม	รวม
น้อยกว่า ๐.๕ ซม.	๔๓	๓๒	๗๕
๐.๕ — ๑.๐ ซม.	๒๘	๑๓	๔๑
๑.๑ — ๑.๕	๘	๒	๑๑
๑.๖ — ๒.๐	๘	๑	๙
๒.๑ — ๒.๕	๓	๒	๕
๒.๖ — ๓.๐ ซม.	๕	๔	๙
เกิน ๓ ซม.	๑	—	๑

ข้อที่ควรระวังแก้ไขได้สำหรับแผลเย็บ
เย็บปิด ทะลุคือการปรับปริมาณของเลือด
ในระบบไหลเวียนให้อยู่ในภาวะสมดุลย์,
โดยรีบตรวจสอบปริมาณการไหลเวียนของ
ร่างกายและกลีบ อีเล็กโตรลิต. ทั้งนี้
จำเป็นจะต้องมีห้องปฏิบัติการซึ่งพร้อมที่จะ
ทำการตรวจหาผลเหล่านี้ให้โดยทันทีทั้งใน
ระยะรีบด่วน.

๓. ไขว้รากสามลำไส้ทะลุ. พบ ๕๖
ราย. เป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นที่ ๓. การ
ทะลุเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ ๒
และที่ ๓ ของโรค. อายุพบได้น้อยที่สุด
๑ ปี ๓ เดือนและอายุมากที่สุด ๔๕ ปี.
ส่วนเทียบชายต่อหญิงเท่ากับ ๗๐ : ๒๖.
ในอายุระหว่าง ๖-๓๐ ปีพบจำนวนผู้ป่วย
มากที่สุด (ประมาณ ๗๕ ปช.) และพบ
อัตราการตายมากที่สุด.

อายุ (ปี)	จำนวนราย	จำนวนตาย	ปช.
๑ - ๕	๘	๖	๑๐.๒
๖ - ๑๐	๒๒	๑๓	๒๒.๑
๑๑ - ๒๐	๓๐	๑๘	๓๐.๖
๒๑ - ๓๐	๒๒	๑๓	๒๒.๑
๓๑ - ๔๐	๘	๕	๘.๕
๔๑ - ๕๐	๖	๓	๕.๑
รวม	๘๖	๕๘	๖๐.๔

ข้อแตกต่างที่ตรวจพบในรายแผล
เขี่ย เขี่ยคิก ทะลุดอกการตายของผู้ป่วยใน
กลุ่มนี้ ส่วนมาก เกิดจากภาวะ เลือดคีมพิษ
(ท็อกซีเมีย) หรือภาวะเลือดคีมเซอ (เซ็ป-

ติซึเมีย), ก็จะเห็นได้ว่าทุกรายมีไข้สูง;
ส่วนน้อย มีการเสียน้ำทาง อาเจียนหรือ
อุจจาระร่วง, แต่ส่วนมากกลับมี ไฮเดียมส์
ทำให้ท้องผูกและท้องอืด.

ตารางที่ ๙.

อาการ	จำนวน
ไข้	๘๖
ท้องผูก	๕๒
อุจจาระร่วง	๘
คลื่นไส้และอาเจียน	๓๔
อุจจาระตึกเลือด	๑๑
ท้องอืด	๒๔
ประวัติถ่ายยา	๓๔

ตำแหน่งผลทะเลที่มีรายงานนั้น, ๔๑
รายจาก ๔๘ รายมีผลทะเลในระยะ ๓๐
ชม. แรกจากแนวคอ ไฮเลโอซีกัล และ
๖๘ รายจาก ๗๑ รายพบทะเลเพียงรูเดียว.
ขนาดของผลทะเลไม่เกิน ๑ ซม.

๔. ฝักในตั๊ก. (ตารางที่ ๑๐ และ
๑๑) มีจำนวน ๓๐ รายและ ๒๗ ราย,
เป็นชายทั้งหมด. อายุที่พบน้อยที่สุด ๑๕
ปี. ๑๓ รายมีประวัติเคยเป็นบิกมาก่อน.
คณะกรรมการวินิจฉัยเย็บช่องท้องอีกเสบจากฝัก
บิกในตั๊กแตกนั้นถ้าจะอาศัยประวัติเป็นบิกมา
ก่อนหรือการตรวจเชื้อในอุจจาระจึงอาจผิด

พลาดได้มาก, ประกอบกับการแสดงของ
เย็บช่องท้องอีกเสบในผู้ป่วยเหล่านี้, เช่น
การเกร็งตัว (การตึง) และการเกร็ง
แข็ง (รีจิคติ์) ไม่รุนแรงเท่าในสาเหตุอื่น
อีกด้วย

เกี่ยวกับขนาดของโพรงฝักมีรายงานอยู่
เพียง ๕ รายซึ่งพวกว่าต่ำกว่า ๕ ซม. ซึ่
แสดงว่าการแตกของฝักในตั๊กไม่ขึ้นอยู่กับ
ขนาดฝัก. แม้ขนาดเล็กก็แตกได้. บาง
รายมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่คล้ายกับการ
อีกเสบของถุงน้ำดี, แต่ต่างกันที่อาการ
ก็ชานพบไม่บ่อย.

ตารางที่ ๑๐.

อายุ	จำนวน	ตาย	
		ราย	ปช.
๑๑ - ๒๐	๒	๐	๐
๒๑ - ๓๐	๑	๐	๐
๓๑ - ๔๐	๑๐	๕	๓๘.๕
๔๑ - ๕๐	๘	๕	๓๐.๘
๕๑ - ๖๐	๖	๓	๒๓.๑
๖๑ - ๗๐	๒	๑	๗.๖
รวม	๓๐	๑๓	๔๓.๓

	จำนวน
คล้ำไต้กั้น	๕
คิซ่าน	๕
ไซ้	๑๓
ทอ้งผก	๖
อุจจาระร่วง	๑
อุจจาระมีมูกและเลือด	๕
ปวดบริเวณ ซัยโปชนอเทวียม ขวา	๑๕
ปวดร้าวไปไหล่	๓
อี. ฮิสโตลยีติคา ในอุจจาระ	๒ (จาก ๑๑ ตัวอย่างตรวจ)
อี. ฮิสโตลยีติคา ในหนองฝี	๒ (จาก ๕ ตัวอย่างตรวจ)

๕. ฝีไส้ติ่งแตก. โดยปรกติแล้วฝีไส้ติ่งมักเกิดจากไส้ติ่งอักเสบมีการเน่าหรือแตกแล้วเกิดเป็นฝีขึ้น, ซึ่งถ้าได้รับการรักษาแม้เพียงด้วยการพักผ่อนฝีมัจะหายไปได้. แต่มีบางทีฝีมัจะแตกออกทำให้เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป, ซึ่งนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรง. ในรายงานนี้มี ๒๔ ราย, เป็นชาย ๑๑ และหญิง ๑๓ ราย. อัตราตายมีมากกว่าครึ่ง. ส่วนมากของการแตกเป็นในสัปดาห์แรกและ

สัปดาห์ที่สองของการเกิดฝีไส้ติ่ง. มีหลายรายที่แตกเนื่องจากถ่ายยาและสวนอุจจาระ. จากตารางที่ ๑๒ เห็นได้ว่าไม่พบฝีไส้ติ่งแตกในเด็กเล็กเลย. อาจเป็นเพราะไส้ติ่งอักเสบในเด็กพบน้อยและการรักษาฝีไส้ติ่งในเด็กนั้นต้องรีบผ่าตัดหนองออกเสียก่อนที่จะแตกเสมอ. อย่างไรก็ตามการพยากรณ์อัตราตายในเด็กนั้นยังแสดงว่าเด็กทนต่อการติดเชื้อได้น้อยกว่าผู้ใหญ่.

ส่วนใหญ่ของการแตกก็เกิดจากการที่กล้า ๑๒ ราย, อุจจาระร่วง ๓ ราย (๒ ราย ตรวจไม่พบก้อนมาก่อน (พบก้อนเพียง ๘ จากถ่ายยาและสวน). อาการอื่นๆ ได้แก่ รายน); จึงไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่ง. ใช้ ๑๐ ราย, คลื่นไส้และอาเจียน ๑๕ อาการส่วนใหญ่ของผู้ป่วยได้แก่อุจจาระผูก รายน.

ตารางที่ ๑๒

อายุ	จำนวน	ตาย
๖-๑๐	๒	๒ จากการศึกษาเชอรัณแรงมาก
๑๑-๒๐	๖	๑
๒๑-๓๐	๘	๔
๓๑-๔๐	๓	๒
๔๑-๕๐	๒	๒ จากปอดอักเสบแทรกซ้อนและ ท็อกซีเมีย เกิดระยะหลัง
๕๑-๖๐	๑	๑ จากลำไส้ใหญ่อักเสบจาก อะมีบา และอุจจาระร่วง
๖๑-๗๐	๒	๑
รวม	๒๔	๑๓

๖. สาเหตุอื่น เกิดจากสาเหตุทางนรี-เวชกรรม ๒๐ ราย, แผลยี่ดักไส้ใหญ่ ทะลุ ๓ ราย, และแผลมะเร็งลำไส้เล็ก ทะลุ ๑ ราย. รวมเป็น ๒๔ ราย.

ในรายที่มีสาเหตุจากโรคเฉพาะสตรี

๑๔ รายให้ประวัติทางโรคเฉพาะ สตรี, คือได้รับการทำแท้งผิดกฎหมายและ บางรายอยู่ในระยะหลังคลอด (ใช้สตี-ปาร์ทม์); ๑๗ ราย ได้รับการตรวจภายในช่องคลอดแล้ว, แต่ขอกสาเหตุไม่ได้.

ผู้ช่วยทีมสาเหตุจากโรคเฉพาเรสตร์ที่รับเข้ามารักษาในแผนกศัลยศาสตร์กลุ่มนี้มีตายเพียง ๑ ราย, เนื่องจากมคตลกแตกต่างจากการคลอคบุตร ๑๐ วันก่อนมา ร.พ. ส่วนพวกทีมสาเหตุจากแผลบิดและแผลมะเร็งลำไส้ทะลุนี้เสียชีวิตทั้ง ๔ ราย.

การรักษาผู้ช่วยเย็บช่องท้องอีกเสียในรายงานนี้แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม. กลุ่มแรก ๓๔ รายไม่ได้รับการผ่าตัด, ๕ รายปฏิบัติการผ่าตัด, ๑๑ ราย มีสภาพไม่เหมาะเนื่องจากมาในระยะสาย (late) เกินไป, และ ๑๔ รายเป็นโรคทางเฉพาเรสตร์ซึ่งรักษาหายโดยทางยา. กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมี ๘๔๕ ราย. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ๖๕ ราย. ใต้แก้มแผลผ่าตัดคือ เชื้อ, แผลเย็บหลก, และปอดอักเสบ.

ฉะนั้นจึงอาจสรุปได้จากการรักษาโรคเย็บช่องท้องอีกเสียนี้, นอกจากการใช้ แอนติไบโอติก แล้วยังต้องทำการผ่าตัดรักษาโรคที่เป็นคันเหตและระบายเอาหนองหรือวัตถุตกเชื้อออกด้วย. อย่างไรก็ตาม, คณะผู้รายงานนี้ยังหวังว่าการวินิจฉัยโรคให้ไ้แน่นอนโดยรวดเร็ว, การปฏิบัติโดยวิธถูกต้องและทันเวลา, การบริหาร แอนติไบโอติก ที่เหมาะสมซึ่งได้ทดสอบความไวของเชื้อแล้ว, และการบันทึกรายงานโดยละเอียดตลอด, จะช่วยให้อัตราตายของผู้ช่วยด้วยโรคนี้ค่อยลงในอนาคต.

เอกสาร

1. Limwongs, K., and P. Buri: Intestinal Perforation in Enteric Fevers. A Statistic Study. Siriraj Hosp. Gaz. 1956, 8: 189.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Article)

GENERALIZED PERITONITIS

A Statistical Analysis of Cases during Ten-Year Period (1947-1956)

Kasem Limwongs, M.B., Facharzt für Chirurgie (Nord-Rhein)

Thira Limsila, M.B.

(Department of Surgery)

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

During the period from the year 1947 to 1956, 1471 patients with generalized peritonitis were admitted into the Surgical Service (total admission during the same time was 27,607). Only 879 records were available for statistical analysis. The causes of peritonitis were found to be as follows: (1) Acute appendicitis in 508 cases; (2) Perforated peptic ulcer in 197 cases; (3) Typhoid perforation in 96 cases; (4) Ruptured amebic liver abscess in 30 cases; (5) Ruptured

appendicial abscess in 24 cases; (6) Miscellaneous causes in 24 cases.

In this series, surgical treatment was applied in 845 cases and conservative or palliative treatment in 34 cases. The mortality rate was 20.93 percent. The authors conclude that although antibiotics have an important role in reducing mortality of the condition, surgical intervention remains mandatory.

(Twelve tables. One reference.)

บทความพิเศษ

โบลของปอด

ส.ต. แสงวิเชียร พ.บ., พ.ด. (กิตติม.)

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

ในการศึกษาเพื่อทราบรายละเอียดของ
อวัยวะที่เกี่ยวข้องกัน, ความรู้เรื่องส่วน
ประกอบที่เล็กที่สุดของอวัยวะที่เรียกว่า
“หน่วยโครงสร้าง” (structural unit)
นับว่าเป็นเรื่องสำคัญ, เพราะจากความรู้
นั่นเองทำให้ นักศึกษาสามารถสร้างความรู้
ขึ้นเป็นอวัยวะที่สมบูรณ์ได้ไม่ว่าอวัยวะนั้น
จะมีรูปร่างแตกต่างกันออกไปอย่างไร. ตัวอย่าง
ที่เห็นได้ง่ายก็คือในการเรียนอวัยวะ
ลิมโฟออยด์ (lymphoid organs). อวัยวะ
อาจอยู่ในรูป solitary follicles, agminated
follicles (Peyer's patches), tonsils,
lymph nodes ก็ได้. บางคนอาจจะเรียน
โดยการท่องจำแต่การเรียนที่ถูกต้องคือ
ต้องเรียนว่าอะไรเป็นหน่วยโครงสร้างที่จะ
มาประกอบเป็นอวัยวะเหล่านั้น. หน่วยโครง
สร้างของอวัยวะ ลิมโฟออยด์ คือ ลิมโฟออยด์
ฟอลลิเคิล หรือ โนดูล. ถ้าอยู่กันเดี่ยวกัน

โซลิตารีฟอลลิเคิล. พบที่หน่อก ๆ ก็เหมือน
กัน, เช่นแถวเยื่อเมือกของทางเดินของลม
หายใจและของทางเดินของอาหาร. ถ้า
ฟอลลิเคิล เรียงชิดกันอยู่หลายอันก็เช่น
Payer's patch, เช่นที่พบในลำไส้เล็ก
ส่วน อิลีอิม. ถ้า ฟอลลิเคิล นั้นเรียงกัน
โดยมี เยื่อใยคลุมแล้วแทรกเป็นช่อง
(crypts) ลงไประหว่างกลุ่มของ ฟอลลิเคิล,
และอีกตำแหน่งของกลุ่ม ฟอลลิเคิล มีเนื้อ
เยื่อพังผืดคลุม ก็จะประกอบเป็น ท่อนซิล;
จะอยู่ที่ส่วนหลังของลิ้น, ที่ข้างลิ้นต่ำกว่า
เพดาน, ที่ด้านหลังของคอหอย (pharynx)
ก็จะมีการเป็นเยื่อใยกันทั้งสิ้น. เช่นแต่
เรียกชื่อประกอบให้ต่างกันไปตาม
ตำแหน่งที่ ท่อนซิล นั้น ๆ ไปปรากฏอยู่.
ถ้า ฟอลลิเคิล เรียงเป็นแนวรูปกลมหรือ
แล้วมีเนื้อเยื่อพังผืดหุ้มจนรอบ, มีขลุ่ย
ทางออกของท่อนาเหลือง, ก็ประกอบเป็น

ลีย์มพ์ โนค.

แต่บาง อวัยวะ การ ศึกษา พิจารณา หา หน่วย โครงสร้าง เช่น อย่าง ของ อวัยวะ ลีย์มพ์พอยต์ เป็นเรื่องค่อนข้างยาก. เช่น หน่วยโครงสร้างของปอดที่เรียกว่า โลบล (lobule). ทั้งนี้เกิดจากสาเหตุหลายอย่าง. อย่างหนึ่งก็คือ เซลล์ชั้น ของปอดนั้นมักทำให้ บางที่สุดแต่อย่าง เดียว เพื่อให้กระจาย เลือดของ ส่วน ประกอบ ได้ ทั่ว กล้อง จุกที่คั้น, คือเห็นได้แต่เพียงสองมิติ. ไม่อาจมองให้เห็นรูปร่างของ โลบล ให้เป็น สามมิติได้. จึงเกิดการไม่ลงรอยกันในวิธี แข่งแยกส่วนประกอบของปอด, แม้แต่ใน ระหว่างครออาจารย์ด้วยกันเอง. บางแห่ง แย่งให้มีแต่ โลบล เฉย ๆ. บางแห่ง แย่งออกเป็น ไพรมารี และ เซคันตารี โลบล, ทำให้นักศึกษาจับหลักไม่ได้ว่า เซคันตารี หรือ ไพรมารี โลบล ควรจะเป็นหน่วยโครงสร้างของปอด, ที่จะใช้ทำให้เกิดการเข้าใจสร้างอวัยวะนั้น. เพื่อหา ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ ข้าพเจ้าจึงขอ ถึง โอกาส รวบรวม ความ เห็น จาก คำร่า ท่าง ๆ เกี่ยวกับ โลบล ของปอด, เพื่อให้ อาจารย์และนักศึกษาใช้เป็นแนวคล้ายกัน เมื่อมีการเรียนอวัยวะนี้.

ในขณะนี้นักศึกษากายวิภาคศาสตร์ทั่วไปคงถือว่าศาสตราจารย์ W.S. Miller (๑๙๓๗) เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับ ไพรมารี โลบล ของปอด โดยถือ อัลวิโอลาร์ คีคท์ และทางเดินที่แยกออกไปคือ atria, alveolar sacs, alveoli, หลอดเลือด, หลอดน้ำเหลืองและประสาทประกอบขึ้นเป็น ไพรมารี โลบล. คำจำกัดความที่ลงพิมพ์ไว้ในหนังสือ Morris' Human Anatomy (Schaeffer ๑๙๔๖) ให้ความ เฮอร์มินัล บร็องซ์ส์ รวมทั้ง air spaces, หลอดเลือด, หลอดน้ำเหลืองและประสาท จะรวมกันเป็น พัลโมนารี โลบล. หนังสือเล่มนี้ไม่กล่าวถึง เซคันตารี โลบล เลย. หนังสือ Cunningham's Textbook of Anatomy ที่แต่งในสมัยต้น ๆ (๑๙๐๕), ใกล้เคียงกับการค้นคว้าของ Miller, ใช้คำ "โลบล" โดยไม่มี ไพรมารี หรือ เซคันตารี กำกับ. Cunningham ผู้แต่งข้อความ ตอนระบบทางเดินของลมหายใจกล่าวว่า ขนผิวของปอดจะแยกออกได้เป็นบริเวณรูปหลายเหลี่ยมโดยอาศัยแนวทลัสของผนังหายใจเข้าไปแล้วเข้าฝังอยู่ในเนื้อเยื่อผนังที่แทรกอยู่ระหว่าง โลบล. Cunningham ยังกล่าวต่อไปว่า โลบล จะเห็นได้ชัดเจน

ในปอดของเต็กก่อนเกิดถึงจะไม่มีผนังแทรก. โดยอาศัยแยกอย่างเขามืออาจแยก โดยล เหล่านี้^๒ออกได้ชัดเจน. รูปเหลี่ยมบนผิวของ ปอด นอกจาก จะเห็น ได้ ใน ปอด ที่ชำแหละแล้ว ยังแสดงไว้อย่างชัดเจนในภาพที่ ๕๕๘, ๕๖๐ ในหนังสือ Buchanan's Manual of Anatomy ที่แก้ไขและจัดพิมพ์ โดย Wood Jones (๑๙๔๘). แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ฉบับพิมพ์ใหม่มีข้อผิดพลาดเกี่ยวกับจุลกายวิภาคศาสตร์และวิทยาเอ็มบริยอ^๓ ออกไปหมด, จึงหมดโอกาสที่จะได้ศึกษาความคิดของนักกายวิภาคศาสตร์ที่สมควรเสียดาย. แต่ในฉบับเก่า ๆ ที่ Barclay-Smith และคณะ (๑๙๒๑) ร่วมกันพิมพ์มีข้อความกล่าวถึง โดยล แต่อธิบายและให้ความหมายยากขึ้นไปอีก, โดยกล่าวว่า การกระจายของหลอดอากาศ (air tubes) ภายในปอดที่เรียกว่า bronchial tree นั้นจะแบ่งออกเป็นส่วนสุดท้ายภายใน โดยล เรียกว่า bronchiole. บริเวณฮีโมล อินท^๔หนึ่ง ๆ จะนำลมเข้าและออกจากกลุ่มของ infundibula หรือ ultimate lobules. อินฟันคิบูลัม หรือ อัลติเมต โดยล^๕นี้จะมียู^๖เป็นรูปกรวย. ลักษณะไม่สม่ำเสมอ, ปลายข้างหนึ่งยึด. ปลายที่ยึดและ

ตามผนังจะมี แอร์ เซลล์ หรือ พัลโมนารีย์ อัลวีโอล. หลักการแบ่งแยกที่ใช้ในหนังสือเล่มนี้อาศัยงานของ Testut ในหนังสือ Anatomie Humaine. ตามคำอธิบายจะเห็นว่า โดยล มี ๒ ชนิด แต่ไม่แยกออกเป็น ไพรมารีย์ และ เซคันคาร์เรีย, เรียกว่า อัลติเมต โดยล หรือ อินฟันคิบูลา, แล้ว อัลติเมต โดยล รวมกันเป็น โดยล

คำ infundibulum นี้ในหนังสือที่แต่งขึ้นหลังการค้นคว้าของ Miller ใช้คำ alveolar duct แทน (Jordan ๑๙๒๔) และคำ อินฟันคิบูลัม นี้ขณะนั้นไม่ได้ใช้กับปอดอีกต่อไป.

การใช้ เซคันคาร์เรีย และ ไพรมารีย์ โดยล มาปรากฏชัดในหนังสือ Cunningham's Textbook of Anatomy ฉบับพิมพ์หลัง ๆ. ศาสตราจารย์ T. Wingate Todd ผู้แต่งระบบทางเดินของลมหายใจใน Cunningham สมัยที่ข้าพเจ้าเป็นนักเรียนแพทย์ไม่เคยถึงการแบ่งแยกนี้เลย. Grant (๑๙๕๑, ๑๙๕๒) ผู้แต่งระบบคนถัดมา และในหนังสือที่ท่านแต่งด้วย, แยกไว้ชัดเจนโดยอาศัยแนวสีของผนังแทรกเข้าไปใน interlobular septa เช่นที่กล่าวไว้โดย Cunningham (๑๙๐๘). แบ่งเป็น

บริเวณรูปหลายเหลี่ยมที่มีขนาดกว้าง ๑ ซม. หรือมากกว่านั้น (๑๐-๒๐ มม.) ให้เป็นฐานของ เซกชันคาร์บีย์ โลบด และแบ่งต่อไปอีกเป็นบริเวณกว้างประมาณ ๒ หรือ ๓ มม. เป็นฐานของ ไปรมารีย์ โลบด. Grant กล่าวเหมือนงานของ Cunningham ว่า เซกชันคาร์บีย์ โลบด จะแยกได้ง่ายในปอดของเด็กก่อนเกิด โดยมี บร็องชีโอล เข้ามาสู่ท่อยอก. บร็องชีโอล นั้นในหนังสือที่แต่งโดย Grant คือ Method of Anatomy บ่งลงไปว่ามีขนาด ๑ มม. หรือต่ำกว่า. ท่อลมนี้จะแบ่งอีกหลายครั้ง จนสุดท้ายเป็น respiratory bronchiole. ส่วนของปอดรวมทั้งหลอดเลือดและประสาทที่มี เรสปีเรตอรี บร็องชีโอล เป็นทางนำลมเข้าและออกเรียกว่า ไปรมารีย์ โลบด หรือ lung unit. อ้างว่าอธิบายตามงานชิ้นสุดท้ายของ Miller. ซึ่งไม่ตรงกับความเห็นของ Miller ตามที่ค้นได้จากหนังสือ The Lung ฉบับพิมพ์ ค.ศ. ๑๙๓๗.

ถ้ากลับไปพิจารณา ข้อความต่าง ๆ ที่ ได้รวบรวมมาแล้ว, จะเห็นว่าท่อลมที่ นำเข้าสู่ ไปรมารีย์ โลบด แตกต่างกัน. Grant (1952), Gardner, Gray และ

O'Rahilly (1960) ให้เป็น เรสปีเรตอรี บร็องชีโอล, Johnston และ Whillis (1956) ถึงจะให้เป็น เทอร์มินัล บร็องชีโอล ก็จริงแต่ในคำอธิบาย ต่อมาดูเหมือนจะกลับ เป็น เรสปีเรตอรี บร็องชีโอล. ในตำรา กายวิภาคศาสตร์ ที่แต่งขึ้นรุ่นใหม่ Yoffey (1958) ให้เป็น อัลวีโอลาร์ คัทท์, ทำให้ ไปรมารีย์ โลบด ของ Yoffey ไปตรงกับ อัลติเมต โลบด ของ Testut และ ของ Meschan (1959). และตรงกับงานของ Miller (1937). คำอธิบายของ Yoffey ที่ ว่า เซกชันคาร์บีย์ โลบด เท่ากับ บร็องชีโอ- พัลโมนารี เซ็กเมนต์ ตรงกับคำอธิบาย ของ Meschan แห่งเดียว, ไม่พบที่อื่น ๆ.

โดยประการฉะนี้ ไปรมารีย์ โลบด ก็ ไม่อาจ ถูก กำหนด วาง ทาย ด้วลงไปได้, เพราะ เรสปีเรตอรี บร็องชีโอล และ อัลวีโอลาร์ คัทท์ ไม่ใช่โครงสร้างอันเดียวกัน. จากคำอธิบายของ Bailey's Text-book of Histology (Copenhaver 1964), ซึ่ง ถือ เป็นคำ อธิบายมาตรฐาน จะเห็นข้อ แตกต่างนี้ชัดเจนขึ้น, โดยกล่าวว่า เทอร์-มินัล บร็องชีโอล ขนาดประมาณ 0.35-0.5 มม. จะเป็นส่วนสุดท้ายของท่อที่ทำหน้าที่ เฉพาะนำอากาศ (conducting division).

เทอร์มินัล บร็องฆิโอล อันหนึ่งจะแบ่งต่อไป
อีกเป็น เรสปีเรตอรี บร็องฆิโอล ๒ อัน
หรือมากกว่าจำนวน ๒. เรสปีเรตอรี
บร็องฆิโอล ก็เช่นเดียวกัน, แบ่งต่อไปอีก
เป็น อัลวีโอลาร์ คัคท์ จำนวนแตกต่างกันได้
จาก ๒-๑๑ (Maximow and Bloom 1931).
ทำให้เห็นได้ว่า ไพรมารี โลบล ใดแบ่ง
ต่อไปอีกเป็น ไพรมารี โลบล ถ้าใช้ อัล-
วีโอลาร์ คัคท์ เป็นทางนำลมเข้าและออก
แทน เรสปีเรตอรี บร็องฆิโอล.

ขณะนั้นสองทางร่างกายวิภาคศาสตร์
มาตรฐาน (Copenhaver 1964, Bloom
และ Fawcett 1962) จึงตัดคำ ไพรมารี
และ เซคันตารี ออกไป, ใช้แต่ โลบล
เฉย ๆ ให้เป็นหน่วยโครงสร้างของปอด.
มีขอบเขตชัดเจนถ้า โลบล น้อยที่ผิว, มี
รูปเป็นรูปหลายเหลี่ยม, มีขอบเขตเป็นแนว
ค้ำนองจากสีของผนังที่แทรกเข้าไประหว่าง
เนื้อเยื่อผนังของ โลบล.

เอกสาร

1. Barclay-Smith, E. et al., 1921: Buchanan's Manual of Anatomy, 4th Ed., Bailliere, Tindal and Cox, London.
2. Bloom, W. and D.W. Fawcett, 1962: A Textbook of Histology, 8th Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia.
3. Copenhaver, W.M., 1964: Bailey's Textbook of Histology, 15th Ed., Williams and Wilkins Co., Calcutta.
4. Cunningham, D.J., 1909: Textbook of Anatomy, 3rd Ed., Oxford U. Press, London.
5. Grant, J.C.B., 1951: Cunningham's Textbook of Anatomy, 9th Ed., edited by J.C. Brash, Oxford U. Press, London.
6. Grant, J.C.B., 1952: A method of Anatomy, 5th Ed., Williams & Wilkins Co., Baltimore.
7. Johnston, T.B. and J. Whillis, 1956: Gray's Anatomy, Longmans, Green and Co., London.
8. Jordan, H.E., 1924: A Textbook of Histology 3rd Ed., D. Appleton & Co., New York.
9. Maximow, A.A. and W. Bloom: 1931 A textbook of Histology. W.B. Saunders Co., Philadelphia.
10. Meschan, I., 1959: An Atlas of Normal Radiographic anatomy, 2nd Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia.
11. Miller, W. Snow, 1937: The lung, Thomas, Springfield. Ill.,
12. Schaeffer, T.P., 1946: Morris' Human Anatomy, 10th Ed., Blakiston Co., Philadelphia.
13. Wood Jones, F., 1949: Buchanan's Manual of Anatomy, 8th Ed., Bailliere, Tindal and Cox, London.



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เข็มเพชร พ.บ.
นันทน์ พรหมผลิน พ.บ.
ทิว บุญโชติ พ.บ.
สมชัย บรรณกิจ พ.ด.
ประหยัด หัตถนากรม พ.บ.

เอกสารวิชาการ

ในวงการแพทย์และวิทยาศาสตร์เอกสารวิชาการเป็นสิ่งสำคัญและมีค่ายิ่ง, เพราะเป็นข้อสอบสำหรับโฆษณาผลงานหรือข้อสังเกต, เป็นอุปกรณ์สำหรับแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็น, ตลอดจนเป็นหลักฐานสำหรับการคิดค้นและค้นพบต่างๆ ด้วย. สถาบันวิทยการต่างๆ จึงตั้งหน้าส่งเสริมกิจการทางบ้านนี้ให้เข้มแข็งและมั่นคง, เพื่อประโยชน์แห่งสมาชิกของสถาบันเองและเพื่อประโยชน์แห่งนักวิทยาศาสตร์ในท้องถิ่น. ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับวิชาการซึ่งมีโอกาสที่จะเผยแพร่ผลงานของตนย่อมจะต้องสามารถจัดทำเอกสารวิชาการขึ้นในแบบที่เหมาะสมกับความประสงค์ในการตีพิมพ์, และความสามารถนี้เกิดขึ้นจากการฝึกฝนอบรมและการสังเกตตัวอย่าง. ทั้งนี้มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาโดยรอบ, เพราะไม่มีกฎเกณฑ์ระบุหนึ่ง

ระบุใดที่เขียน "สากล". ส่วนมากเป็นเรื่องของประเพณีและความนิยม. ในสถาบันหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งอาจมีความต้องการต่างจากสถาบันอื่นหรือกลุ่มอื่นก็ได้. อย่างไรก็ตาม, มีหลักกว้างๆ ขางประการที่พอจะนำมาแสดงเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาโดยเฉพาะต่อไป.

เอกสารวิชาการอาจแบ่งออกได้เป็นห้าประเภท, ตามความหมายและความสำคัญ. ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะเรื่องวิชาการจริงๆ และไม่รวมจำพวก "กึ่งวิชาการ" เข้าด้วย. ประเภททั้งห้านี้ได้แก่ (๑) จดหมาย, (๒) บันทึก, (๓) เรืองรวบรวมจากเอกสาร, (๔) รายงาน, และ (๕) วิทยานิพนธ์.

ประเภทที่หนึ่ง, จดหมาย, เป็นการติดต่อซึ่งมีรูปร่างลักษณะเป็นจดหมาย, มีคำนำถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง, หรือ

สถาบันแห่งใดแห่งหนึ่ง, มีคำสั่งท้ายและลงชื่อผู้เขียนเช่นเดียวกับจดหมายธรรมดา. ลักษณะทางวิชาการปรากฏในเนื้อหาของจดหมาย, ซึ่งอาจเป็นการเล่าประสบการณ์, รายงานผลการทดลองหรือข้อสังเกต, หรือแสดงความคิดเห็น. เรื่องประเภทนี้ถือเป็นเอกสารวิชาการได้และมีน้ำหนักคล้ายรายงานของตน, แต่มีประโยชน์ในวงจำกัด, เพราะไม่มีโอกาสจะแสดงรายละเอียดหรือเขียนอธิบายให้ยาวได้. ถ้าจะสรุปก็กล่าวได้ว่าวิธีใช้จดหมายนี้มีประโยชน์เพียงสำหรับ "บอกกล่าว" เท่านั้น. ตัวอย่างเห็นได้ในวารสารการแพทย์ทั่วไป, ในแผนก "จดหมายถึงบรรณาธิการ". พึงสังเกตว่าจดหมายที่นำลงตีพิมพ์ในแผนกนี้บางฉบับก็มีลักษณะเป็นเรื่องวิชาการ.

ประเภทที่สอง, ย่นทัก, มีตัวอย่างในวารสารแพทย์ในแผนก "คลินิกัล โนตส์", ซึ่งตีพิมพ์เรื่องที่น่าสนใจในการทำงานประจำหรืองานค้นคว้า. บางครั้งก็เป็นเรื่องแสดงวิธีการในการปฏิบัติงานทางวิทยาศาสตร์, ดังที่ "สารศิริราช" เคยตีพิมพ์ในหัวข้อ "บันทึกปฏิบัติ". เรื่องประเภทนี้เป็น การแสดงเนื้อหาล้วน ๆ, โดยไม่มีคำวิพากษ์วิจารณ์หรืออธิบาย. "บันทึกประ-

ชมพยาธิร่วมคลินิก" (คลินิกโคปาโฮโลจีคัล คอนเฟอเรนซ์) ก็นับได้ว่าอยู่ในบทความประเภทนี้. พึงสังเกตว่าคำอธิบายของผู้พูดแต่ละคนนั้นเป็นเนื้อหา, ไม่ใช่คำอธิบายของเรื่อง. แม้จะมีความยืดหยุ่นไม่จำกัดบทความประเภทนี้ ทักนั้นก็ขึ้นเอกสารประเภทจำกัดประโยชน์เช่นเดียวกับจดหมาย, ด้วยเหตุผลอย่างเดียวกัน.

ประเภทที่สาม, เรื่องรวบรวมจากเอกสาร (บางท่านอาจใช้คำว่าปริทัศน์วรรณกรรมหรือปริทัศน์เอกสาร), ตรงกับคำอังกฤษว่า "รีวิว", เป็นเรื่องที่เขียนขึ้นโดยอาศัยเนื้อหาจากเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ตีพิมพ์ไว้แล้ว, อาจจะเป็นของผู้เขียนเอง, หรือทั้งสองร่วมกันก็ได้. บทความประเภทนี้ไม่มีเรื่องอะไรใหม่สำหรับวิชาการ, แต่ก็มีประโยชน์มาก, เพราะช่วยให้ผู้อ่านได้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้น ๆ อย่างครบถ้วนโดยไม่ต้องเสียเวลาค้นหาเอกสารด้วยตนเอง. ผู้ที่จะเขียนเรื่องประเภทนี้ได้, ต้องเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับเอกสารทั้งหลายในเรื่องที่เกี่ยวข้องของโดยละเอียด. โดยมากมักเป็นผู้ที่สนใจทำงานในค่านั้น ๆ อยู่เอง. แม้ว่าจะตามปกติไม่ถือการเขียนเรื่องประเภทนี้

ว่าเป็นงานสำคัญ, เพราะเป็นงานที่เผยแพร่มาแล้ว, แต่ถ้าเราเขียนเป็นเรื่องใหญ่และทำได้ละเอียดละออและครบถ้วน, ผู้รวบรวมก็อาจได้รับการยกย่องอย่างสูงได้.

ประเภทที่สี่, รายงาน, เป็นเรื่องที่รู้จักกันดี, มีประโยชน์แพร่หลายและมีความสำคัญมาก. ในบรรดาเรื่องที่ลงในวิทยาสารถือกันว่าเรื่องประเภทนี้มีค่ามากกว่าประเภทอื่น ๆ, เพราะเป็นการแถลงงานของผู้เขียนเอง, ซึ่งหมายความว่าต้องมีความรู้แปลกหรือใหม่ที่ดีอยู่ด้วยเสมอ. ตามแบบฉบับที่ สโมสรนิพนธ์เรื่อง ประเภทนี้ประกอบด้วยห้าส่วน, คือ (๑) บทนำหรือคำนำ, (๒) วิธีการ, หรือวัตถุประสงค์หรือการศึกษา, (๓) ผลงาน, หรือข้อสังเกต, (๔) ข้อวิจารณ์, หรือคำอภิปราย, หรือการวิเคราะห์ผล, และ (๕) ข้อสรุป, หรือข้อยุติ. รายงานที่พิมพ์ในวิทยาสารอาจเป็นชนิดยาวหรือชนิดสั้น. ชนิดยาวนั้นมีส่วนประกอบครบทั้งห้า, และในบางส่วนอาจบรรยายค่อนข้างจะยืดยาว. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "บทนำ" บางครั้งมีการทบทวนความรู้พื้นฐาน หรือรวบรวมเรื่องเอกสารหรือประวัติของเรื่องโดยละเอียด, ซึ่งอาจเหมาะสำหรับผู้อ่านบางพวก และเป็นที่ยอมรับ

การของวารสารบางฉบับ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้อ่านที่สนใจเฉพาะในวิชานั้น ๆ, หรือวารสารเฉพาะวิชาเช่นกัน. ส่วนประกอบที่สี่, ข้อวิจารณ์หรือคำอภิปราย, เป็นอีกส่วนหนึ่งซึ่งมักจะเขียนกันอย่างยืดยาว. ในแง่ของความสำคัญส่วนนี้เป็นรองก็แต่เพียงข้อ ทักกล่าวถึงผลงาน หรือข้อสังเกตเท่านั้น, และเป็นส่วนที่ผู้เขียนแสดงความรอบรู้ในวิชา หรือความสามารถในการแปลความหมายผลงานของตนเองและของผู้อื่น. ในแง่ของสถิติข้อนั้นอาจมีความสำคัญมากกว่าผลที่ได้เสียอีก. รายงานชนิดสั้นนั้นไม่เพียงแต่มีส่วนประกอบทั้งห้าส่วนเท่านั้น, ในบางครั้งก็ไม่มีบางส่วนเสียด้วย. โดยเฉพาะบทนำอาจมีเพียงสองสามประโยค, และเรื่องเกี่ยวกับประวัติหรือทฤษฎีอาจไม่มีเลย. แต่ส่วนข้อวิจารณ์หรือ อภิปรายนั้นจำเป็นต้องมีเสมอและแม้จะเขียนสั้นอย่างไรก็ต้องหยิบข้อสำคัญๆ ขึ้นศึกษาให้ครบถ้วน. ฟังสังเกตว่าถ้ารายงานชนิดสั้นไม่มีส่วน อภิปรายหรือวิจารณ์, รายงานนั้นก็จะมีลักษณะเป็นบันทึกไป. ผู้เขียนบางท่านถือมั่นว่ารายงานจะต้องมีส่วนต่าง ๆ ครบทั้งห้าเสมอจึงจะใช้ได้. ตรงกันข้าม, บางท่านก็เห็น

ว่ารายงานชนิดสั้นเป็นชนิดที่ถูกต้อง. ที่จริงก็ใช้ได้ทั้งสองชนิด, แล้วแต่ผู้อ่านและผู้พิมพ์จะชอบชนิดใด.

ประเภทที่ห้า, วิทยานิพนธ์, หมายความว่า "ดิสซิส" หรือ "ดิสเซอเทชัน", คือบทความวิชาการที่นักศึกษาเขียนขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อจะได้มีสิทธิเข้าสอบเอาปริญญา ตามระเบียบของสถานศึกษาต่าง ๆ. ในบ้านบุคคล, วิทยานิพนธ์นับว่าเป็นเอกสารวิชาการที่มีความสำคัญมากที่สุด, เพราะเป็นเครื่องส่งเสริมฐานะให้สูงขึ้นและนับได้ว่าเป็นตราเครื่องหมายความสามารถประจำตัวด้วย. มีธรรมเนียมในหมู่นักวิชาการว่าในการเขียนประวัติจะต้องบันทึกเสมอว่าเคยเขียนวิทยานิพนธ์เรื่องอะไรสำหรับการสอบไล่ที่เคยผ่านมา. ทั้งนี้เพราะการที่คณะกรรมการยอมรับวิทยานิพนธ์ย่อมเป็นการแสดงว่าเป็นเรื่องที่ดีแน่. วิทยานิพนธ์จึงเป็นเครื่องหมายที่ติดตัวไปจนตาย, และผู้เขียนย่อมต้องใช้ความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อให้เป็นบทความที่ทรงคุณค่ามากที่สุดที่จะทำได้. ในด้านลักษณะ, วิทยานิพนธ์ก็เช่นเดียวกับรายงานชนิดยาว, แต่ก็มีปริมาณมากกว่ารายงานธรรมดา. บางครั้งก็มีลักษณะ

เหมือนหนังสือตำราเล่มใหญ่ ๆ. ทั้งนี้เพราะจุดประสงค์ของการเขียนวิทยานิพนธ์นั้นมิใช่เพียงแต่ต้องการเสนอผลของงานทดลองหรือค้นคว้าเท่านั้น, แต่ต้องการแสดงความรอบรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษานั้น ๆ, ความสามารถในการทำงานวิชาการ, ความสามารถในการแปลผลและสรุปผลงานของตนเองและของผู้อื่น, ความสามารถในการวิพากษ์วิจารณ์ผลงาน, ตลอดจนความสามารถในการเรียบเรียงหนังสือวิชาการ. ถ้าจะกล่าวสั้นว่าการเขียนวิทยานิพนธ์เท่ากับการเขียนตำราก็คงจะได้, แต่มีข้อแม้ว่าเนื้อหาในตำราส่วนใหญ่มักจะเป็นผลงานของผู้เขียนเอง, มิใช่เอาของผู้อื่นมาเรียบเรียง.

เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์มีข้อสังเกตว่าสถาบันการศึกษาที่มีการสอบประกอบด้วยวิทยานิพนธ์, มักกำหนดว่าผู้ที่ไต่รับอนุมัติวิทยานิพนธ์และสอบได้ปริญญาแล้วจะต้องทำการพิมพ์เผยแพร่วิทยานิพนธ์นั้น ๆ. บางแห่งก็กำหนดให้ส่งให้แก่สถาบันเป็นจำนวนจำกัด. ถ้าหากวิทยานิพนธ์มีเนื้อเรื่องยืดยาวมาก, ผู้สอบอาจต้องลงทุนเป็นเงินมากมายสำหรับการพิมพ์, จนบางครั้งไม่มีเงินจะทำได้. สถาบันบางแห่งมีเงินทุน

ไว้สำหรับช่วยเหลือในการพิมพ์, ซึ่งเขาเห็นว่าเป็นการช่วยเหลือที่มีประโยชน์มาก. แต่บางแห่งก็มีข้อยกเว้นให้เขาขอลง, เช่น กำหนดให้ส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ไว้ที่สถาบันเพียงหนึ่งหรือสองฉบับ, แล้วให้ส่งเรื่องไปตีพิมพ์ในวารสาร, ซึ่งบางที่ก็ยอมให้ตีพิมพ์เรื่องย่อได้, เพราะวารสารส่วนมากไม่ค่อยยอมตีพิมพ์เรื่องยาว ๆ. ตามวิธีหลังนี้บางครั้งจึงปรากฏบทความในวารสารซึ่งมีความยาวไม่เกินกว่าเรื่องปรกติและมีหมายเหตุว่าเป็นวิทยานิพนธ์มาจากสถาบันนั้น ๆ, ซึ่งอาจมีคนเข้าใจผิด, คิดว่าวิทยานิพนธ์มีความยาวเพียงเท่าที่พิมพ์.

สำหรับ "สารคดีราช" ซึ่งมีต้นน้อย, เรามักตีพิมพ์เรื่องทุกประเภทตั้งแต่หนึ่งถึงสี่, บทความยาวไม่มากนัก. สำหรับเรื่องประเภทรายงานเราพอใจชนิดสั้นมากกว่าชนิดยาว, เพราะเห็นว่าเรื่องเกี่ยวกับทฤษฎีนั้นผู้สนใจอาจค้นอ่านในตำราหรือวารสารได้. ส่วนวิทยานิพนธ์นั้น "สารคดีราช" เคยลงชนิดย่อให้แก่ชนิดใหม่ ๆ หลายท่าน, ช่วยให้ประหยัดเงินค่าพิมพ์ไปได้ไม่น้อย. เรื่องนี้เป็นบริการสำคัญอย่างหนึ่งของ "สารคดีราช" ที่เสนอแก่แพทย์ทั่วไป. เสียตายแต่ไม่ค่อยได้มีโอกาสให้บริการบ่อยนัก.

อ.ก.

พิพิธภัณฑประวัติการแพทย์ไทยต้องการ

- ๑. เครื่องมือศัลยกรรมที่สมเด็จพระราชชนนี พระพันปีหลวง พระราชทาน
- ๒. รูปถ่าย ๓. มีดหมอ ๔. มีดโกนแบบเก่า (ใบมีดรูปสามเหลี่ยม) ผู้ใดจะให้หรือขาย ติดต่อที่ น.พ. ดำรง เพ็ชรพลาย แผนกสรีรวิทยา ร.พ. ศิริราช

แผนกยอเอกสาร

ผู้ย่อในฉบับนี้ : ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., เอนก เพชวณิช พ.บ., Dr. med., มนตรี ตูจินดา พ.บ., สมชัย บวรภักดี พ.ด., ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., มนต์รี จุลสมย์ พ.บ., วท.ม. (แพทยศาสตร์)

๑. Botero, D. : การรักษาโรคพยาธิลำไส้ด้วย ไธอะเบนตาโซล, Am. J. Trop. Med. 1965, 14 : 618.

ผู้รายงานทำการทดลองรักษาโรคพยาธิลำไส้ของผู้ป่วยใน โคลอมโบ จำนวน ๑๓๒ คน ที่มีพยาธิลำไส้ปนกันรายละเอียดหลายชนิด. การคัดสรรใช้วิธีตรวจนับไข่แบบ สทอลล์ และติดตามผลต่อไปภายหลังให้ยาในสัปดาห์ที่ ๒ และ ๓. ใช้ยา ไธอะเบนตาโซล โดยบริหารยา ดังนี้ :

๑. ให้กินในรูปยาแขวนตะกอน ๒๕ ปร.ช., ในขนาด ๒๕ มก./ก.ก. ต่อวัน, ๒ วันติดต่อกันสำหรับเด็กเล็ก, และขนาด ๒ ถึง ๔ กรัมครึ่งแก้วหรือขนาด ๒ กรัม ต่อวัน ๒ วันติดต่อกันสำหรับผู้ใหญ่.

๒. ให้กินในรูปยาเม็ด, ขนาด ๕๐ มก./ก.ก. ครึ่งแก้ว.

๓. ให้กินในรูปยาแขวน ตะกอน, ขนาด ๕๐ มก./ก.ก. ต่อวัน, ๒ วันติดต่อกัน.

๔. ให้กินในรูปยาเม็ดชนิดเคี้ยวกิน,

ในขนาด ๕๐ มก./ก.ก. ครึ่งแก้ว หรือ ๒๕ มก./ก.ก. วันละ ๒ ครั้ง, เป็นเวลา ๓ วัน.

ทั้งหมดนี้ไม่ได้ให้ยาถ่ายร่วมหรือกำหนดอาหารเป็นพิเศษอย่างใด. ผลปรากฏว่ายาที่ให้ผลดีในรายพยาธิ สตรองกียัลลอยท์ และพยาธิลำไส้เดือนและพยาธิปากขอในทุก ๆ วิธี. แต่ได้ผลน้อยในราย ทริชมวิสต์ ทริชมอรา และไม่ได้ผลสำหรับพยาธิตัวตืด. ผู้ป่วยอาจแสดงอาการทนยาไม่ได้ก็ แต่เป็นเฉพาะชั่วคราวและไม่รุนแรง.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๒. Bounds, O.W., L.R. Minton, P.L. Lyle : เพอร์เฟอรัล ไอริเท็คโตมีย์ กับ สเคลอรัล คอเคอรัย. Am. J. Ophth. 1964, 58 : 84.

ผู้รายงานได้แสดงวิธีการผ่าตัด เพอร์เฟอรัล ไอริเท็คโตมีย์ กับ สเคลอรัล คอเคอรัย ในผู้ป่วยโรคตา ๑๐๕ รายซึ่งเป็น

ค้อนหินขุ่นชันนิคมแคบ (acute narrow angle) ๒๑ ราย, ค้อนหินเรอรั้งชันนิคมแคบ (chronic narrow angle) ๓๒ ราย, ค้อนหินเรอรั้ง ๒๕ ราย, ค้อนหินชันนิคมแคบ และ เซคันคาร์บี ๗ ราย, และ ค้อนหินแต่กำเนิดหรือชันนิคม จิวไนล์ ๕ ราย.

ปรากฏผลว่าทำให้ความดันภายในลูกตาลดลง ๘๗.๖ มม. ปรอท. คณะผู้รายงานให้ความเห็นว่า การผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวเหมาะสำหรับค้อนหินชันนิคมแคบ, เพราะทำได้ง่าย, โรคแทรกหลังผ่าตัดพบน้อยและไม่เกิดอาการอักเสบของตาแบบ ซิรั่มเพเรติก ออฟทาลเมีย. ในรายงานได้แสดงวิธีการผ่าตัดไว้โดยละเอียด.

เอนก เพทวนิช W.B., Dr. med.

๓. Curtain, C.C. et al: การศึกษาค่าของ โปรตีน ในเซรัมของชาว ปายัพ และ นีวกิน. Am. J. Trop. Med. 1965 : 14 : 678.

คณะผู้รายงานได้ทำการศึกษาค่าของ โปรตีน ในเซรัมของชาว ปายัพ และ นีวกิน ในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๕๕-๑๙๖๒ โดยเจาะเลือดใส่หลอดคนยากาศและไว้เซอ, แขน้าแข็งส่งไปวิเคราะห์ที่ เมล-

เบอร์น (ซึ่งเสียเวลาไประหว่าง ๒-๕ วัน หลังเจาะ), เมื่อแยกเซรัมออกแล้วเก็บไว้ที่ -๑๕ องศา. แล้วจึงทำการศึกษาต่อไปโดยวิธี อิเล็กโตรโพรสิส. ตัวอย่างไตมาที่ต่าง ๆ กันรวม ๒,๖๘๘ ตัวอย่าง. ผลปรากฏว่าระดับของ อัลฟา โกลบูลิน สูงขึ้นตามอายุจนถึงระดับ ๒.๗-๓.๒ ปรอท. ในพวกตัวอย่างไตมาจากถิ่นทรายดำ, ซึ่งสูงกว่าพวกตัวอย่างที่ไตมาจากถิ่นทรายสูง, ซึ่งมีระดับ ๑.๕-๒.๔ ก.ปรอท. ค่าอื่นอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน.

คณะผู้รายงานอธิบายว่าเหตุพวกถิ่นทรายดำมีระดับ อัลฟา โกลบูลิน เป็นเช่นนั้นเนื่องจากการที่มีโรคภัยไข้เจ็บมากในหมู่ประชาชนถิ่นนั้น.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๔. Dahl, M., T. Peltonen: กลุ่มอาการ "แฮมแมน-วิท". Acta Paediat. Scandinav. 1965, Suppl. No. 159, P. 126.

แฮมแมน และ วิท รายงานผู้ช่วยมีกลุ่มอาการจำเพาะ ๔ ราย เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๕๔. และ แบร์คิลย์ รายงานผู้ช่วยได้กลุ่มอาการเช่นนั้น เมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๖. อาการสำคัญที่พบบ่อยคือ หายใจเร็ว, หอบ, และ

ตัวเขียว. พยาธิสภาพของโรคไตแก่การอักเสบของเนื้อปอดส่วนที่อยู่ระหว่างถุงลม ซึ่งต่อไปมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพังผืดกลุกลามเรื่อยไป, ทำให้หน้าที่ของปอดเสื่อมลง และหัวใจชุกขวาทำงานเพิ่มขึ้น.

ในบทความนี้ได้เสนอผู้ป่วยอีกหนึ่งราย เป็นเด็กหญิงอายุ ๖ ปี, ก่อนการเจ็บป่วยมีสุขภาพและการเจริญเติบโต ตลอดจนประวัติทางครอบครัวปกติ, จนกระทั่ง ๔ เดือนก่อนมา ร.พ. จึงเริ่มไอแห้ง ๆ และไอมากขึ้น เป็นลำดับพร้อมกับมีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้น. ภาพรังสีของปอดพบเงาทึบเป็นหย่อม ๆ, การทดสอบทูลเบอร์คูลิน ๑ : ๑๐,๐๐๐ ให้ผลบวก. การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยผอม, หอบเหนื่อย, ไอมาก, ปลายนิ้วมีลักษณะพอง, ตัวเขียวเป็นพัก ๆ ซึ่งดีขึ้นเมื่อได้รับออกซิเจน. การหายใจ ๔๘ ครั้ง/นาที. เสียงหายใจทางปอดซ้ายลดลงและได้เสียงร่าลที่ซวปอด. การตรวจ อี.ซี.จี. แสดงหัวใจชุกขวาโต. ขอรองโสมส์โคปีย์ ไม่พบผิดปกติ. ขอรองโสมแกรม และ แองจีโอคาร์ดิโอแกรม แสดงการเปลี่ยนแปลงเป็นพังผืดของปอดซ้าย, และมีการไหลเวียนเลือดน้อยลง.

เมื่อป่วยได้ ๑๐ เดือน, ผู้ป่วยมีอาการ

เลวลงมาก. โรคกลุกลามไปปอดขวา. หัวใจชุกขวาทำงานเพิ่มขึ้นอีก. เม็ดเลือดแดงสูงขึ้น. อาการเขียวมากขึ้น. ได้พยายามตรวจค้นหาสาเหตุการเกิดเชื้อจากไวรัส และ แบคทีเรีย ตลอดจนสาเหตุอื่น ๆ. ในที่สุดให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็นกลุ่มอาการ "แฮมแมน-ริช". ให้การรักษาด้วย แอนติไบโอติก, ทิจิตาลิส, คอร์ติโซน และ ออกซิเจน. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเมื่อป่วยได้ ๑ ปี.

ในการตรวจศพพบหัวใจชุกขวาโตมาก แต่ไม่มีความพิการจำเพาะ. ปอดแข็งหยุ่นคล้ายยางลบ. ตับและม้ามมีเลือดคั่ง. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเนื้อพังผืดกระจายทั่วไปในส่วนเนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างถุงลมในปอดและพบมีอักเสบด้วย. ในตับมีเลือดคั่งและมีเนื้อไขมันเพิ่ม.

มนตรี ตูจันดา พ.บ.

๕. Hill, K.: การใช้ แมนนิทอล เพื่อลดความดันในนัยน์ตา. Am. J. Ophth. 1964, 58:79.

แมนนิทอล เป็นสารที่ใช้ให้ทางหลอดเลือดเพื่อลดความดันภายในนัยน์ตาโดยออกฤทธิ์เป็น ออสโมติก เอเจนต์. นำยานี้ใน

ขนาดความเข้มข้น ๒๐ ปรซ. ขนาด ๑-๒ ก. ค่อน้ำหนักตัว ๑ ก.ก. หยกซ้ำ ๆ ขนาด ๑๐ ล.ซม. ค่อน้ำหนัก, จะทำให้ความดันภายในนัยน์ตาลดลงภายใน ๓๐ นาที และลดอยู่นาน ๕-๗ ชม.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ยานรักษาผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดมุมแคบปัจจุบัน ๕ ราย, ต้อหินชนิด เซคันคาร์เรีย ๒ ราย, ใช้ในระหว่าง การผ่า ตัด ต้อ กระจก ที่ จะ เสีย วิเตรียส ๗ ราย, ซัยพมา และต้อหินชนิด เซคันคาร์เรีย ๑ ราย. ปรากฏว่าได้ผลดีทุก ราย. อาการแทรกซ้อนมีน้อยมาก. พบเพียงปวดศีรษะและหนาวสั่นเท่านั้น. ในระยะที่เกิดมีการ รว้ใน ขณะ บริหารยา ทาง หลอดเลือด, ก็ไม่เกิดเนื้องอกตาบริเวณนี้รุนแรง. ผู้รายงานจึงแนะนำให้ใช้ยานในราย ต้อหินชนิดมุมแคบและก่อน ผ่าตัดใน ราย ต้อ กระจก ใน ราย ที่ จะ มีการ เสีย วิเตรียส.

เอนก เพทวนิช พ.บ., Dr. med.

๖. Holt, M.C. การใช้ เมโธเสอร์บิติน - เบนซ์ไฮอะไซค์ ร่วมกันในการรักษา โรคความดันเลือดสูงชนิด เอสเซ็นเซียล. Brit. J. Clin. Pract. 1965, 19:199.

ผู้รายงานได้ทำ การ รักษาผู้ป่วยโรค

ความดันเลือดสูง ขนาด รุนแรงปาน กลาง และรุนแรงมาก (ความดันเฉลี่ยวัดในท่า นิ่งก่อนรักษา ๒๓๒/๑๓๓.๘ มม.ปรอท) ๔๔ คน, เป็นชาย ๑๕ คน และ หญิง ๒๙ คน, เกณฑ์อายุ ๓๔-๗๔ ปี, โดยให้กินยาเม็ดสำเร็จรูป เทคะเสอร์-ปลีบี พลัส. ซึ่งมี เมโธเสอร์บิติน (ไฮ-โธเมอร์ ของ เวเสอร์บีน) ๑๐ มก. และ เบนซ์-ไฮอะไซค์ (ยาขับปัสสาวะชนิด เป็นอนุพันธ์เคมีของ ผลอโรไฮอะไซค์) ๒๐ มก. อยู่นาน ๓ ถึง ๑๖ เดือน (เฉลี่ย ๗.๕ เดือน), ในขนาด ๒ ถึง ๖ เม็ด ต่อวัน. ผู้ป่วย ๑๐ รายได้ให้กิน ไปแอสเลียม วันละ ๐.๕ ก. ด้วย ผู้ป่วย ๑๕ คน เคยได้รับการรักษาไม่ได้ผลด้วย ยาอื่นมาก่อนหน้านั้นแล้วคือ: รักษาด้วย กวานาเอธิคีน ๗ ราย และด้วย เมโธเสอร์-บิติน อย่างเดียว ๑๒ ราย.

การรักษาในรายงานนี้ให้ผลดีในเชิง ลดความดันเลือด (ความดัน ไคอัสโตลิก ลดลงอย่างน้อย ๒๐ มม. และเข้าสู่ระดับต่ำกว่า ๑๐๐ มม.ปรอท) ใน ๕๐ ปรซ. ของผู้ป่วย, ได้ผลพอใช้ (ความดันเลือด ลดลง, แต่ความดัน ไคอัสโตลิก ยังไม่ ถึงเกณฑ์ปกติ) ใน ๓๔ ปรซ., ๑๖ ปรซ.

ไม่ได้ผลเลย. ในผู้ป่วย ๑๕ รายที่เคยรับ
การรักษาไม่ได้ผลมาก่อน, ๕ ราย จาก
๗ รายที่เคยรักษาด้วย กวานาธิคีน ได้รับ
ผลดีและ ๑ รายได้ผลพอใช้; ๕ ราย
จาก ๑๒ รายที่เคยรักษาด้วย เมโธเสอร์-
บิทีน อย่างเดียวได้ผลดีและ ๕ รายได้ผล
พอใช้. ผลในเชิงระบบอาการเช่น ปวด
ศีรษะ, งุนงง, แอ้งใจน่า, หอบเหนื่อย
และใจสั่นได้ผลดีมาก. หนึ่งในสามของ
ผู้ป่วยที่มี เติโนพาริธ จากความดันเลือด
สูงได้รับผลดี. ในผู้ป่วย ๑๘ ราย ซึ่งอาจ
ตรวจ อีเล็กโทรคาร์ดิโอแกรม พบมีภาวะ
ขาดเลือดหล่อเลี้ยง (อิสซึมเมีย), ๗ ราย
แสดงการเปลี่ยนแปลงคลื่น, หนึ่งในรายกลับ
ตรวจพบมี อีสซึมเมีย เกิดขึ้นระหว่างการ
รักษา. เนื่องจากการสูญเสีย โปแตส-
เลียม เกิดขึ้นไม่รุนแรง, จึงให้กิน โป-
แตสเซียม เฉพาะรายที่ได้รับยา ๕ เม็ด/
ต่อวันขึ้นไป, หรือในรายที่อาจเกิดผลร้าย
จากภาวะ โปแตสเซียม ในเลือดต่ำ, เช่น
ได้รับ ดิจิตาลิส ร่วมอยู่ด้วยเท่านั้น.

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา, นอกจากอาการ
กดประสาท แล้ว อาการอื่น ๆ เช่นอาการ
คัดจมูก, เวียนศีรษะและท้องร่วง, ไม่รุน
แรงและเป็นอยู่เพียงชั่วคราว. ประมาณ

หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยมีอาการ ซึมเศร้า หรือ
ความรู้สึกกระหาย. เมื่อได้ใช้ยาแล้ว ๓
ถึง ๖ สัปดาห์, หนึ่งในห้าของผู้ป่วยเกิด
อาการแพ้เรื้อรัง, แต่อาการไม่รุนแรง, นอก
จากรายเคี้ยวที่ตึงแก่ไขทางจิตเวช. ผู้
ป่วยที่เกิดอาการทางจิตทก รายมีประวัติว่า
มีความโน้มเอียงทางจิตใจอ่อนไหว.

จากผลการศึกษารักษาในรายงาน
นี้สรุปได้ว่าถึงแม้ว่ายา เมโธเสอร์บิทีน
และ เบนซ์โรอะไซค์ ซึ่งใช้ร่วมกัน จะยัง
ไม่ใช่ยาลดความดันเลือดในอุดมคติ, แต่
ก็นับได้ว่าเป็นยารักษาหนึ่งที่ใช้รักษาผู้ป่วย
โรค ความดัน เลือด สูง ขนาดรุนแรง ปาน
กลางและรุนแรงมากได้ผลดีในยุคปัจจุบัน.
ยานี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติทางจิตใจอ่อนไหว.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๗. Huttenlocher, P.R.: การรักษา
ผู้ป่วยลักษณะหัวใจขาด ด้วย อะเซตาโซ-
ลาไมด์. J. Pediat. 1965, 66:1023.

ในการรักษาผู้ป่วยลักษณะหัวใจขาด
๑๕ ราย อายุตั้งแต่ ๕ สัปดาห์ถึง ๑๖
ปี, ซึ่งเมื่อก่อนรักษาทุกรายด้วยไตซัน
เรอีย ๆ และอาการของการมีความดัน
ภายในกะโหลกเพิ่ม, ด้วย อะเซตา-

โซลาไมท์ (โคอะมีซอกซ์) ขนาดคงแต่ ๕๐ ถึง ๑๐๐ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ ก.ก. ต่อวัน, ในระยะเวลา ๕ เดือน ถึง ๒ ปี. ถือว่าการมีคีรัยะโตซันน้อยกว่า ๑.๕ ซม. ใน ๑ เดือนเป็นเกณฑ์ได้ผล. ปรากฏว่า ๘ ราย คีรัยะโตซัน, ๒ รายอยู่ในข่ายสงสัย, และอีก ๕ รายไม่ได้ผล.

รายที่ได้ผล ๘ รายเป็นชนิด ท่ออะควิคัทที่ คับ ๓ ราย, และเป็นชนิดไม่มีทางติคต่อ ๕ ราย.

ผลแทรกซ้อนในรายให้ยากว่า ๕๐ มก./ก.ก./วัน คือ อะซิโกลิส. ผู้รายงานสรุปว่า การให้ยานี้ อาจมีประโยชน์มากกว่าการผ่าตัดในรายมีอาการเรื้อรังและการโตของคีรัยะโตซันไปอย่างช้าๆ.

มนตรี ตูจันดา พ.บ.

๘. Muth, R.G.: การตรวจพบ โปรเทอีน ปริมาณน้อยๆ ในปัสสาวะเป็นครั้งคราว โดยไม่มีอาการโรค. Arch. Intern. Med. 1965, 115:569.

การศึกษาผู้ป่วย ๕๑ ราย ซึ่งมี โปรเทอีน ในปัสสาวะเป็นครั้งคราวแต่ไม่มีอาการทางไต, พบว่าหน้าที่ของไตเมื่อทดสอบอยู่ในเกณฑ์ปกติ. แต่เมื่อเจาะคัต

เนื้อไตมาตรวจพบว่ามีเพียง ๑๖ ราย (๓๑.๐ ปช.) เป็นปกติ. ที่เหลือพบว่า เป็น พัยอโลเนไฟรติส เรื้อรัง ๑๒ ราย, โกลเมอรูโลเนไฟรติส เรื้อรัง ๑๒ ราย, โพรลิเฟอเรทีฟ โกลเมอรูโลเนไฟรติส ๕ ราย, โฟคัล โกลเมอรูโลเนไฟรติส ๒ ราย, และมีการเปลี่ยนแปลงของ โกลเมอรูโล แขนงไม่จำเพาะ ๔ ราย.

ผู้รายงานสรุปว่าบุคคลที่มี โปรเทอีน ในปัสสาวะแม้จะมีปริมาณเล็กน้อยและพบเป็นครั้งคราวมักมีพยาธิสภาพที่ไต. ในรายที่คัตเนื้อไตมาตรวจแล้วไม่พบพยาธิสภาพนั้น, อาจเป็นเพราะมีพยาธิสภาพอยู่เป็นหย่อมๆ ทำให้เจาะคัตไม่ถูกที่ก็ได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๙. Wende, R.D., J.G. Forshner, J.M. Knox.: อาหาร เชย์เออร์-มาร์ติน (Thayer-Martin Media) สำหรับเพาะแยกเชื้อ ในเสอเรีย โกโนค็อคคัส. Public Health Lab., Pierre (South Dakota). 1960, 22:104.

ผู้รายงานได้ทดลองเพาะแยกเชื้อ ในเสอเรีย โกโนค็อคคัส ในอาหาร "เชย์เออร์-มาร์ติน" ๓๕๐ ราย, เปรียบเทียบกับอาหารที่เคยใช้เพาะประจำ.

ปรากฏว่าในรายผู้ป่วยที่มีอาการของโรค ๒๐๐ ราย, การเพาะหาเชื้อในอาหาร ชนิดนี้ได้ผลดีกว่า ๑๘ ปช., ในรายที่มี เพียงประวัติเกี่ยวข้องแต่ไม่มีอาการของ โรค ๗๐ รายได้ผลดีกว่า ๑๐ ปช. และ ในรายที่ไม่มีประวัติเลย ๘๐ รายได้ผลดีกว่า ๕ ปช.

ทั้งนี้เพราะอาหารชนิดนี้สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้ออื่น ๆ, เช่น ในเสอเรีย ลีคคา, แบคทีเรีย อื่น ๆ, กลอกอน เชื้อ ไมม่า โปล์มอร์ฟา วาร์. อ็อกซิแคนส์ ได้้อย่างเด็ดขาด.

มันตรี จุลสมัย พ.บ., วท.ม.
(แพทยศาสตร์)

๑๐. West, C.D., J.D. Northway, N. C. Davis.: วัคซีนของ เบต้า ซี หนึ่ง โกลบูลิน ใน เซรุ่ม ผู้ป่วยโรคไตบางชนิด และในภาวะบางอย่าง. J. Clin. Invest. 1964, 43:1057.

ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตบางชนิด, พบว่ามี โปรตีน ชนิด เบต้า หนึ่ง ซี โกลบูลิน. เมื่อวิเคราะห์ต่อไปปรากฏว่า เบต้า หนึ่ง ซี นพบเฉพาะในเซรุ่มใหม่ ๆ,

แต่ถ้าทิ้งไว้นาน ๆ หรือเติมสารบางชนิดลงไป จะเปลี่ยนไปเป็นชนิด เบต้า หนึ่ง เอ.

ผู้รายงานคนนี้จึงศึกษาหาจำนวน โกลบูลิน ในรูปของ เบต้า หนึ่ง เอ จาก เซรุ่มผู้ป่วยโรคไตชนิดต่าง ๆ และในผู้ป่วยภาวะอื่น. ได้พบว่า โกลบูลิน รูปนี้น้อยลงในผู้ป่วยเป็น โกลเมอรูโลเนฟริทิส ปัจจุบัน. จำนวน โกลบูลิน ชนิดนี้จะกลับเป็นปรกติก่อนอาการของโรคดีขึ้นเล็กน้อย, และพบว่ามีจำนวนน้อยลงในผู้ป่วยโรคไต. ส่วนในโรคไตชนิดเรื้อรังและเหตุอื่น ๆ จำนวน โกลบูลิน รูปนี้อยู่ในระดัปรกติ.

ผู้รายงานอธิบายระดับของ เบต้า หนึ่ง เอ หรือ เบต้า หนึ่ง ซี ที่ลดลงในผู้ป่วยโรคไตว่าเป็นเพราะมีการรวมเป็นรูป อิมมูโนคอมเพล็กซ์ ของ เบต้า หนึ่ง ซี โกลบูลิน. ส่วนในผู้ป่วยโรคไตยังไม่เห็นเหตุผลชัดเจนพอจะอธิบาย.

ฉะนั้นในการตรวจหาระดับ เบต้า หนึ่ง เอ โกลบูลิน ในเซรุ่ม ของผู้ป่วยจึงมีประโยชน์สำหรับใช้แยกโรคไตและให้ความสำคัญในการพยากรณ์โรคเมื่อตรวจหาระดับ โกลบูลิน นี้เป็นระยะ ๆ ไป.

พิรัช เบ็นพัฒน์ พ.บ.

ปกิณกะ

๑. นิमितน์ สำนักรุปลำนั กตญญกตเวทิตา
กตญญกตเวทิตเป็นเครื่องหมายแห่งคนดี

เหตุ

นักศึกษา—แพทย์, พยาบาล—ผ่านศิริราชไปยี่ละสองสามร้อยคน. มัก
คนทเหลียวหลังมาคบ้านเก่า. มักคนทหันกลัมาช่วยค้ำจุนและคยแต่งให้
บ้านเก้ายนยงและคงความงามค้อไป. มักคนททนถนอง ๆ และยนความ
เอื้ออารีให้ข้งตามโอกาส.

โอกาสมีอยู่เสมอ จะฉวยหรือปล่อยอยู่ทท่าน.

โรงพยาบาล.....

๑๒ พย. ๒๕๐๘

.....ทรวก

โดย จ.ม. นขอแสดงว่าแม้ว่าผมจะอยู่นอกอกของพ่อแม่ศิริราชก็มี
ใจระลึกถึงอยู่. เมื่อได้ข่าวว่าจะสร้างยิมเนเซียมก็ขอส่งเงินเข่นจำนวน
๑๐๐๐ (หนึ่งพันบาท) ด้วยจิตใจจริง ๆ. ทั้ง ๆ ที่เงินจำนวนนมีค้ำมาก
สำหรับผมเหมือนกันกับคนอื่น ๆ.

ผล

และ จ.ม. นเป็นการเชิญชวนแพทย์คนอื่น ๆ ที่เป็นลูกศิริราชมาด้วย
กันจะได้สละเงินแล้วแต่กำลังเพื่อประโยชน์ของน้อง ๆ แพทย์, ผมขอให้
เพิ่มและปรับปรุง “การนยถนน้ำใจ” ของพวกเราให้มีความสามัคคีอย่างคยง
กรณอย่าน้ำ จ.ม. ของผมเป็นการโฆษณาตัวผมเอง, เพียงแต่เป็น
การแนะนำ, แทนที่ผมจะขอโต๊ะเต็นร้ำและแบ่งเงินไปทางอื่น. ถ้าจะนำ
จ.ม. ของผมออกใช้เพื่อเชิญชวนกรณาคักซ้อของผมออกด้วย.

นยถน

ป.....

อ้างทอง

วันที่ ๓๐ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๘

กราบเรียน อาจารย์ทศเคารพ

ดิฉันขอส่งเงินจำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) เพื่อสมทบทุนสร้าง
“หอกีฬา” (ยิมเนเซียม) สำหรับนักศึกษา มาทางธนาคาร

ด้วยความเคารพอย่างสูง

.....

เชียงใหม่

๑ ธันวาคม ๒๕๐๘

เรียน อาจารย์ทศเคารพ

ผมได้ส่งเงินมาห้าร้อยบาทเพื่อสมทบทุนสร้าง “หอกีฬา” ตามจดหมายที่
ส่งมา. ผมไม่อาจจะไปร่วมในงานได้. แต่หวังว่าทุกอย่างคงจะเป็นไปตามความ
ประสงค์. ผมพร้อมจะรับใช้เสมอถ้าทำได้.

ด้วยความเคารพ

.....

แผนก..... ร.พ.....

วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๘

เรียน ศ.จ. นายแพทย์ อวย

ตามที่ประกาศว่า คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลจะจัดงาน “ศิริราช
สัมพันธ์” ที่สวนอัมพร ในวันที่เสาร์ ที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๐๘ เพื่อหารายได้สมทบ
ทุนสร้าง “หอกีฬา” ยิมเนเซียมสำหรับนักศึกษา. ผมมีความยินดีสนับสนุนงานนี้
เพื่อประโยชน์แก่นักศึกษา จึงขอมอบเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท มาช่วยสมทบทุน
ขอได้ช่วยจัดการไปตามวัตถุประสงค์ด้วย

.....

สกล
บุ

๕ ธ.ค. ๒๕๐๘

กราบเรียน ท่านอาจารย์ ทีเคารพอย่างสูง

ผมได้รับทราบการจักงาน “ศิริราชสัมพันธ์” ซึ่งทสวอนอิมพรในวันที่ ๑๑ นี้ เพื่อกู้เงินสมทบทุนสร้าง “หอกีฬา”. ผมยินดีช่วยบ้างเล็กน้อย แม้ว่าจะไม่สามารถมาในงานได้, เพราะว่าติดประชุมแพทยสมาคมที่ภักดิ์. ผมขอส่งเงินจำนวน ๑๐๐ บาทมาสมทบด้วยแล้วครับ. ผมคิดว่าศิษย์เก่าทุก ๆ คนเต็มใจช่วยเหลือแน่ ๆ. คนละเล็กคนละน้อยก็จะได้เงินก้อนใหญ่ทีเดียว. ขอแต่ให้ทางโรงเรียนหรือท่านอาจารย์กรุณาขอให้ทราบว่าจะทำอะไรม้งานการอะไร, ผมยินดีช่วยเหลือครับ, เพราะบางทีอยู่ไกล ๆ ชายแดนเช่นผมอาจจะไม่ทราบว่าที่ศิริราชเขาทำหรือจักงานอะไรเกี่ยวกับโรงเรียนทวีธาภิเศกของเรา.

กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์มาก
ด้วยความเคารพนับถือยิ่ง.

สมุทรสาคร

๗ ธันวาคม ๒๕๐๘

กราบเรียน อาจารย์ ทีเคารพ

ผมทราบว่าทางศิริราชจะจักสร้าง หอกีฬา สำหรับแพทย์และนักเรียนแพทย์, ผมขอส่งเงินมาช่วยสมทบการก่อสร้าง ๒๐๐.๐๐ บาท. หากอาจารย์ได้รับกรุณาตอบให้ผมทราบด้วย.

ผมสบายดีระลึกถึงอาจารย์อยู่เสมอ. คงได้มาหาอีกเร็ว ๆ นี้. หวังว่าอาจารย์และครอบครัวคงสบายดีเป็นปรกติ.

ด้วยความเคารพอย่างสูง
จากผม

.....

• ประจวบศิริชนธิ

๗ ธันวาคม ๑๙๖๕

กราบเรียนอาจารย์ทศพรกัณย

หนังสือเวียนของอาจารย์ดิฉันเพิ่งไต่รับวันนี้เอง, เพราะได้ย้ายที่ทำงานจากขอนแก่นไปอยู่ประจวบศิริชนธิ. ดิฉันรู้สึกยินดีมากที่เราศิษย์เก่าศิริราชจะได้มีส่วนร่วมด้วยกัน "เพื่อความมั่งคั่งและยั่งยืนแห่งบ้านเก่าของเรา" และ "เพื่อความเข้มแข็งแห่งครอบครัวศิริราช" จึงขอให้ความร่วมมือด้วยจำนวนเงินอันเล็กน้อยคือเป็น ๑๐ ปร. ของเงินเดือน, ด้วยความยินดีและเต็มใจยิ่ง.

ความจริงพวกเรามีออกไปอยู่ห่างไกลจากบ้านเก่า. หลายคนก็พยายามที่จะหาทางทดแทนบุญคุณของบ้านเก่าศิริราชของเรา, โดยพยายามปฏิบัติงานด้วยความขยันหมั่นเพียรเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม, อยู่เป็นจำนวนไม่น้อย. แต่แรงความคิดอาจจะไม่ถุกเพียงพอ. เมื่อท่านอาจารย์ได้มีน้ำใจคิดถึงพวกเราว่าพอจะทำประโยชน์ได้บ้างจะมีส่วนช่วยค้ำจุนและค้ำตั้งให้บ้านเก่ายั่งยืนและคงความมั่งคั่งต่อไป, หลายคนคงยินดีช่วยในหลายๆ ด้านด้วยกัน, เพราะแพทย์เราก็คือพวกหนึ่งที่ได้ชื่อว่ารักพวกพ้องและหมู่คณะยิ่งใช้ใหม่คะ.

จากหนังสือเวียนของท่านอาจารย์ดิฉัน (ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๐๘) ทำให้เกิดความคิดว่าน่าจะได้มีการหยั่งเสียงในหมู่พวกเราว่าในขั้นนี้จะช่วยสละเงินเพียง ๑๐ % ของเงินเดือน หรือรายได้ประจำเดือนมาร่วมกันทำประโยชน์ให้แก่บ้านเก่าศิริราชของเรา, คงจะมีจำนวนเพียงพอที่จะใช้ทำประโยชน์ด้านอื่นๆ ได้อีก.

ดิฉันรู้สึกละอายใจที่ท่านเป็นคนหนึ่งในหลายๆ คนที่มีได้ "นึกถึงน้องๆ และยื่นความเอื้ออาทรให้บ้างตามโอกาส. โอกาสมีอยู่เสมอแต่ก็ปล่อยไปเสีย."

ด้วยความรักและเคารพอย่างสูง

.....

(ลูกศิริราชรุ่น ๖๖)

๘ ธ.ค. ๐๘

เรียน คุณหมออวย เกตสิงห์

ตามหนังสือของคณะแพทยศาสตร์
และศิริราชพยาบาลได้จัดงาน “ศิริราช
สัมพันธ์” ขึ้น เพื่หารายได้สมทบทุน
สร้าง “หอกีฬา” (ยิมเนเซียม)
สำหรับนักศึกษาชั้น ๕ ในฐานะศิษย์เก่า
ผู้หนึ่ง จึงขอมอบเงินจำนวน ๓๐๐.๐๐
บาท (สามร้อยบาทถ้วน) มาสมทบทุน
ดังกล่าวด้วย และได้แนบมาพร้อมกับ
หนังสือแนบแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ. กรุณารับ
เงินไว้ด้วย

.....

สวรรค์โลก

วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๐๘

เรียน อาจารย์ทศเคารพียง

ผมได้รับข้อมาหมายของอาจารย์แจ้งเรื่องการทำงาน "ศิริราชสัมพันธ์" เพื่อหารายได้สมทบทุนสร้าง "หอกีฬา" สำหรับนักศึกษาแล้ว, แต่ไม่มีโอกาสมาร่วมงานตามที่ตั้งใจไว้. ผมได้พบกับคุณหมอ (อนามัยจังหวัด) ได้คุยกันถึงเรื่องการทำงาน "ศิริราชสัมพันธ์". คุณหมอบอกว่ายังไม่ทราบเรื่องนี้, แต่เมื่อทราบความมุ่งหมายของการทำงานก็ยินดีที่จะได้มีโอกาสได้รับใช้ "ศิริราช" บ้าง.

สำหรับตัวผมเอง ถึงแม้จะจากศิริราชมาเป็นเวลา ๒๐ ปีแล้วก็ตาม, แต่ทุกครั้งที่มาในศิริราช, ก็ยังรู้สึกอบอุ่นเหมือนได้กลับมาอยู่ในระหว่างพี่น้อง, ยังได้รับความกรุณาจากอาจารย์ทุกท่านและการช่วยเหลือของเพื่อน ๆ ในศิริราชเป็นอย่างดียิ่งเหมือนเดิมทั้งในเรื่องวิชาการและเรื่องส่วนตัวเกี่ยวกับความช่วยเหลือ, จึงตั้งใจอยู่เสมอว่า ถ้ามีโอกาสจะรับใช้ศิริราชได้เมื่อใด ก็ขอรับใช้ จนสุดความสามารถ. พร้อมข้อมาหมายนี้ผมขอส่งเงินจำนวน ๒,๐๐๐ บาท โดยตราพที่ธนาคารมณฑลมาเพื่อสมทบทุนสร้าง "หอกีฬา" สำหรับนักศึกษา. เงินจำนวนนี้เป็นของชาวศิริราชที่สุโขทัยคือ นายแพทย์ ๕๐๐ บาท นายแพทย์ ๕๐๐ บาท และของผม ๑,๐๐๐ บาท ขอความกรุณาต่ออาจารย์ช่วยนำมอบให้ท่านคนบ่กักว้ย.

ถ้ามีสิ่งใดที่จะให้รับใช้อีก, ขอรับใช้ทั้ง "ศิริราช" และอาจารย์ด้วยความเต็มใจและยินดียิ่ง.

ด้วยความเคารพอย่างสูง
.....

๘๘ ถนนจักรพงษ์ พระนคร

กราบเรียน อาจารย์ทวีและเคารพียง

ในฐานะที่กระผมเป็นศิษย์เก่าศิริราชคนหนึ่ง, จึงมีความยินดีที่จะร่วมสมทบทุนในการที่ท่านจะจัดสร้างนิมเนเชื่อมสำหรับนักศึกษาแพทย์ได้ใช้ เป็นประโยชน์ในโอกาสต่อไป.

พร้อมทั้งจดหมายฉบับนี้ กระผมได้แนบเช็คธนาคารไทยพาณิชย์จำกัด สาขา บางลำภู เลขที่ ช. ๓๒๓๔๑๔๖ เป็นจำนวนเงิน ๑,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) มาเพื่อขอให้อาจารย์ได้โปรดรับไว้เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ด้วย, จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง.

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

๒. แพทย์ไทยไปนอกมากไปหรือ

ในขณะนี้ปัญหาถกเถียงวิพากษ์วิจารณ์กัน อย่าง มากใน ประเทศไทยข้อ หนึ่ง ก็คือ แพทย์ไทยไปศึกษาและฝึกหัดงานต่อที่ต่างประเทศมาก เกินไป หลังจาก จบจาก มหาวิทยาลัย แล้วจน จะไม่มี แพทย์ ทำงานใน ประเทศ. บางคนยังกล่าวต่อไปว่าพวก แพทย์พวกนี้ เห็นแก่ ตัวมา ทำงาน เช่น ซ้ำ

ฝรั่งและหาเงินใส่ ตัวโดยไม่ได้ ประโยชน์แก่ประเทศชาติ. ในเร็ว ๆ นี้เองในงานเลี้ยง วิทยุ ท่าน รัฐมนตรี ว่าการ กระทรวงสาธารณสุขที่ทรงนิวยอร์ค, ผมได้มีโอกาสคุยและโต้แย้งกับนายแพทย์อเมริกันประจำหน่วย USOM. นายแพทย์ผู้นั้นได้กล่าวว่า เขาไม่เห็น คุ้ม เลย ใน การที่ แพทย์ จะไป

ศึกษา และ ผักหัด งานต่อ ประเทศนั้นเพื่อ
 เป็นแพทย์ชำนาญงานแขนงต่าง ๆ. เหตุ
 ผลของเขาก็คือว่า ๘๐ — ๘๐ ปช. ของ
 ประชาชนชาวไทยตายจากโรคธรรมดา ๆ.
 เช่น โรคท้องเดิน, อหิวาต์, มาเลเรีย,
 ทโภชนาการ. ฉะนั้นเมืองไทยจึงต้องการ
 หมอรักษาทั่วไป ซึ่งมีความรู้เพียงง่าย ๆ,
 เช่นให้ ชัลฟากัวนินิน ในคนไข้ท้อง
 เดิน ฯลฯ ก็พอ. ผมในฐานะที่ไปอยู่
 : ประเทศนั้นนานพอสมควรและเคยอยู่ทั้งใน
 ร.พ. ชิงเลวและ ร.พ. ชิงมีการสอนกันใน
 ประเทศนั้นมีความเห็น แตกต่าง จากที่เขา
 พูดอย่างมาก, จึงอยากแสดงความคิดเห็น
 ของผมบ้าง.

จริงอยู่ในขณะนี้ ประเทศเรากำลังขาด
 แคลนหมอ, ทงปริมาณและคุณภาพ.
 มาตรฐานการแพทย์ของบ้านเราไม่เลย
 เมื่อเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย (ยก
 เว้นญี่ปุ่น) และในแอฟริกา (ยกเว้นอิสรา-
 เอลและแอฟริกาใต้). ถ้าใครสงสัยก็ขอ
 ให้ดูจากผลการสอบ E.C.F.M.G. แพทย์
 ของเราสอบผ่าน E.C.F.M.G. สูงกว่าผล
 เฉลยนิคหน่อย, ต่างกับประเทศทาง
 ตะวันตกในทวีป และยุโรปตะวันตก, ซึ่ง
 เปอร์เซนต์การสอบผ่านสูงมาก. ข้อสอบ

E.C.F.M.G. นั้นเอาจากการสอบเพื่อเอา
 ไปประกอบ โรคคิดปะใน ประเทศ สหรัฐ-
 อเมริกาและ คิคเขา ผลเฉลย ของ นัก เรียน
 แพทย์ ๔ ของอเมริกันเป็น ๑๐๐ ปช.
 ถ้าเราทำได้ ๗๕ ปช. ถือว่าสอบผ่าน.
 ในระยะ ๒ — ๓ ปีมานี้การแพทย์ของ
 ประเทศไทยได้ก้าวไปอีกก้าวหนึ่ง, คือการ
 มีผักหัดงานแพทย์ประจำบ้านต่อหลังจากจบ
 แพทย์แล้ว, เช่นเดียวกับทางอเมริกา,
 แคนาดาและอังกฤษ ฯลฯ. เป็นที่น่าเสี
 ใจว่าผลนั้นไม่ได้เท่าที่ควร. สาเหตุใหญ่ ๆ
 ตามที่ผมได้ถาม พวกหมอบัณฑิต ผ่านการผัก
 หัดงานในประเทศก่อนที่จะมาพักคือ : (๑)
 ไม่ได้รับการเอาใจใส่ในการสอนจากแพทย์
 ที่มีอาวุโส กว่าเท่าที่ควรกับ เวลาที่เสียไป,
 (๒) ในบาง ร.พ. แพทย์อาวุโส ซึ่งมีคุณ
 ธรรมมีจำนวนไม่เพียงพอ. ผมก็ได้คุยกับ
 แพทย์อาวุโส (ค่อนข้างเยาว์) บางท่าน ๆ
 ก็ว่าเพราะงานประจำรัดตัวมากจนไม่มีเวลา
 จะเจียมมาสอนได้. อีกอย่างหนึ่งก็คือ
 แพทย์ผักหัดไม่เอาใจใส่ในการเรียนด้วย.
 จะเห็นได้ว่าประเทศเรายังขาดทั้งหลักการ
 การผักหัดแพทย์ประจำบ้านที่ดีและปริมาณ
 ของแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่จะถ่ายทอดวิชา-
 การให้แพทย์รุ่นหลังได้. ผมเห็นด้วยกับ

แพทย์อเมริกันผู้ว่าการแพทย์ในประเทศ
เรายังล่าช้ากว่าเขา ๓๐-๕๐ ปี, แต่ไม่
เห็นด้วยที่เราจะปล่อยให้เป็นอย่างนั้นต่อไป.
ในขณะที่เป็นโอกาสที่พวกเราสามารถจะ
ศึกษาและฝึกงานต่อเพิ่มเติมโดยไม่เสีย
งานมาก (ส่วนมากมักได้เงิน). โอกาส
จะมีอยู่ไม่นาน, เพราะทางอเมริกากำลัง
เร่งเปิดโรงเรียนแพทย์ให้พอกับความต้องการ
ของ ร.พ. ถ้าเขาผลิตแพทย์ของเขาขึ้น
มาพอต้องการ, ความต้องการแพทย์จาก
ต่างประเทศก็จะลดลง. จริงอยู่หมอไทย
หลายคนเลือกเอา ร.พ. ซึ่งให้เงินเดือน
และงานไม่หนักก่อน, โดยไม่คำนึงถึงการ
ศึกษาและฝึกหัดงานเพิ่มเติม, แต่มีเป็น
ส่วนน้อย. ส่วนใหญ่พวกเรามากเลือกเอา
ร.พ. ที่เท่าที่โอกาสจะอำนวยให้. การฝึก
หัดงานเพิ่มเติมตามรายการวิชาต่าง ๆ จะ
กินเวลาอย่างน้อย ๔ ปีเสมอ, และแพทย์
ไทยก็เพิ่งจะเริ่มมาสหรัฐอเมริกาใน
ระยะ ๓-๔ ปี. เพราะฉะนั้นส่วนมากก็ยังไม่
จบกันทั้งนั้น. ในขั้นแรกแพทย์ไทย
ซึ่งจบการศึกษาและฝึกหัดงานเพิ่มเติมที่
สหรัฐอเมริกาเป็นอย่างดีจะกลับประเทศ-
ไทยเป็นจำนวนมาก. หลาย ๆ คนเคยเป็น
อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ในประเทศนี้และ

ได้ "อเมริกัน บอร์ด" ในสาขาต่าง ๆ
กลับไป. บอร์ด ๆ ใด ๆ ก็คงเป็นเช่นนั้น.
จำนวนแพทย์ที่มาและจำนวนแพทย์ที่กลับก็
จะเริ่มเข้าสสมดุล. มีแพทย์ไทยเป็นจำนวน
น้อยที่ไม่สมัครใจจะกลับและโอนสัญชาติ
เป็นอเมริกัน. เป็นที่น่าเสียดายว่ามีคนซึ่ง
เก่ง ๆ หลายคนรวมอยู่ด้วยและพวกนี้มัก
จะเป็นอาจารย์อยู่ใน ร.ร. แพทย์ที่
ลองคุยกับหมอของท่านก็ได้สาเหตุใหญ่ ๆ
รวม ๓ ข้อด้วยกันคือ: (๑) เรื่องเงิน
เดือน. ปัญหาข้อนี้เป็นข้อเล็ก, บางคนอาจ
จะคิดว่ารายได้ไม่พอกับรายจ่าย. (๒) สติ
และเสรีภาพในการทำงาน. แพทย์บางคน
ปรารถนาเรื่องที่ว่าแพทย์ซึ่งมีอาวุโสเล็กน้อย
จะไม่ได้รับโอกาสให้แสดงความสามารถ
ในการทำงานและการสอน, ต่างกับที่
อเมริกาซึ่งเปิดโอกาสให้เสมอ. (๓) เรื่อง
เกี่ยวกับการเล่นหุ้นเงินเดือนและยศซึ่งยัง
คงใช้หลัก "อาวุโส" อยู่. บางท่านไม่
คิดจะกลับเพราะเพื่อนฝูงเลยหน้าไปหมด
แล้ว.

ในข้อตรงข้าม, คือผลร้ายของการไป
นอกมาก ๆ ทำให้ประเทศไทยขาดแคลน
แพทย์, ผมก็เห็นความสำคัญของข้อนี้.
ผมทราบดีว่าเมื่อเราต้องการแพทย์ทั้งสอง

แบบ, คือแบบหนึ่งที่มีความรู้ที่จะถ่ายทอด
 วิชาให้แก่แพทย์รุ่นหลัง, อีกแบบหนึ่ง
 แพทย์ที่ออกไปรักษาคนไข้ตามต่างจังหวัด.
 แต่ผมไม่เห็นด้วยเลยที่จะเห็นหมอประเภท
 หลังออกไปรักษาคนไข้แบบที่ไม่ได้รู้อะไร
 มาก. เช่นคนไข้มาเป็นไข้ก็ให้ยาคลุม
 ครอบไปรักษาทุก ๆ โรคในเวลาเดียวกัน.
 หรือบางคนให้ยาคนไข้ไปโดยที่อธิบายไม่
 ได้ว่าทำไมถึงให้. รู้แต่ว่าอาจารย์หรือ
 แพทย์อาวุโสของท่านเคยสั่งสอนไว้เช่น
 นั้น. ในการที่จะให้แพทย์ของเรามีมาตร-
 ฐานสูงขึ้น, เราจำเป็นต้องมีสถาบันที่
 เป็นศูนย์กลางในการฝึกหัดงานเพิ่มเติมแก่
 แพทย์ที่จบใหม่ หรือให้แพทย์ที่จบไปนาน
 แล้วกลับมาเพื่อรื้อฟื้นวิชาการเป็นครั้งคราว
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ร.พ. ของกรมการ
 แพทย์. การจะผลิตแพทย์ที่มีความรู้ออกมา
 ไม่ใช่ของง่าย. แต่ถ้าจะเอาปริมาณแต่
 อย่างเดียวก็คงจะไม่ยาก. เช่นอาจจะเปิด
 โรงเรียนแพทย์สำรองแบบโรงเรียนนาย-
 ร้อยสำรองของทหารออกมา, ซึ่งเปิดสอน
 วันละ ๒ รอบ, อย่างมหาวิทยาลัยในบาง
 ประเทศทำกัน. แต่ผลออกมาก็คือได้

แพทย์ซึ่งมาตรฐานต่ำออกมามาก. ขณะ
 นี้มาตรฐานการแพทย์ของบ้านเราไม่ต่ำ
 มากและมีทางจะปรับปรุงให้เทียบประเทศ
 ทางตะวันตกได้อย่างดี. โอกาสก็คือให้
 แพทย์ไทยได้รับการศึกษาและฝึกหัดงาน
 ตรีในต่างประเทศเช่นที่พวกเรากำลังทำอยู่
 นี้. เมื่อเรามีแพทย์ที่มีความรู้ความ
 สามารถเพียงพอ, เมื่อนั้นความสำคัญ
 ของก็จะลดลง.

ผมเห็นด้วยกับรัฐบาลที่ว่าพวกเราเรียน
 แพทย์กันจบมาโดยรัฐบาลต้องเสียเงิน
 ช่วยเป็นจำนวนมาก, สมควรที่เราจะต้อง
 คอยแทนประเทศชาติโดยการทำงานใช้.
 แต่ไม่เห็นด้วยกับการไม่ให้พวกเราไปหา
 ความรู้เพิ่มเติม, ซึ่งส่งเสริมมาตรฐาน
 การแพทย์ของประเทศเราให้สูงขึ้น. ขณะ
 นี้เป็นเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อในวงการแพทย์
 เมืองไทย. เราจำเป็นต้องตัดสินใจว่าจะ
 เลือกลงเขาข้างไหนระหว่างปริมาณกับคุณ-
 ภาพ. ใน ๕ ข้างหน้าหมอที่จบการศึกษา
 และฝึกหัดงานเพิ่มเติมอย่างดีเทียบเท่ากับ
 หมออเมริกันในสหรัฐ ฯ นายร้อยก็จะกลับไป
 ไป (นับตั้งแต่บัดนี้ไป), และช่วยในการ

ทำงานและถ่ายทอวิชาให้แก่แพทย์รุ่น
หลังในสถานต่าง ๆ ทั้งในกรมการแพทย์
และมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์. ชาว
ไทยก็จะได้รับการรักษาจากแพทย์ที่ทรง

คุณวุฒิและการรักษาแบบตามบุญตาม
กรรมก็จะลดน้อยลงไป.

ย.ส.
(เซ็นต์หลุยส์, ม.อ.)

โปรดแก้คำผิด

ในสารศิริราชฉบับ พย. ๑๘ มีความผิดพลาดเนื่องจากตรวจปรูฟและ (ส่วนใหญ่) จากอักษร
หักระหว่างพิมพ์อยู่หลายแห่ง. โปรดแก้ตามที่แจ้งข้างล่างนี้. ขออภัยสำหรับข้อบกพร่องทั้งหมด. บ.ก.

หน้า	สคมภ์ (คชลมันน์)	บรรทกที่	ผิด	ถูก
๖๕๐	ขวา	๑	lenth	length
๖๕๖	ซ้าย	สุดท้าย	Piesol's	Piersol's
๖๕๖	ขวา	๓	Cunningham's	Cunningham's
๗๐๗	ซ้าย	๒๒	เอ็นโตร	เอ็นโด
๗๐๕	หัวข้อเรื่อง	—	ชเลีย	ชเลีย
๗๑๑	ขวา	สุดท้าย	การทจะ	การทจะ
๗๑๒	ขวา	สุดท้าย	ของหส่วน	ของหส่วน
๗๒๘	ซ้าย	๘	อก	อก
๗๒๘	ซ้าย	๒๑	พน	พน
๗๒๘	ขวา	๖	เนอ	เนอ
๗๒๕	ขวา	๑๓	สอน	สอน
๗๓๐	ซ้าย	๗	เท็นคือน	เท็นคือน

CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE*

Edited by Somchai Bovornkitti, M.D.,

Rungsun Pushpakom, M.B.,

and Chirane Viseskul, M.B.

Case 5-1965

Presentation of Case

Dr. Sued Kochseni :** A married Chinese woman, aged 49, was admitted on July 18th, 1965 because of orthopnea.

History taking was difficult owing to distress and language barrier. For 6 years she had been unwell, with frequent attacks of body ache, back or chest pain, for which she used Chinese antiphlogistic plaster. She worked all the time as cake-maker. Ten days before admission, after exposure to rain she caught a cold and developed fever lasting 4-5 days, followed by non-productive cough and progressive shortness of breath. She observed that breathing was easier after coughing. For the last few days the breathing became more difficult at night so that she was unable to lie flat as usual.

The past history disclosed a transient anasarca after delivery of her third and last child 17 years ago. For about 2 years after that she was easily fatigued and had occasional, vague chest pain. There was no sore throat, joint pain nor swelling.

On admission the body temperature was 37.2° C., the heart rate 120/min. with sinus rhythm, the respiration rate 40/min., and the blood pressure 110/90 mm. Hg. (right arm). The patient was

hyposthenic, slightly anaemic and orthopneic but without cyanosis or jaundice. There was neither peripheral edema, digital clubbing, nor skin lesion. Neck veins were prominent, and peripheral pulses were small.

Apical beat was at just outside the left mid-clavicular line. The impulse of the left ventricle was faint or impalpable, but that of the right ventricle was of moderate intensity (2+). A pansystolic murmur of grade 1 to 2 was heard over the mitral area. There were medium crepitations over lung bases, more on the right. Liver was palpable 2 fingerbreadths below the right costal margin. Spleen was not palpable.

On July 18th, the hemoglobin concentration was 8.8 gm. per cent, white-cell count 9,900/c.mm., with 92 per cent neutrophils and 8 per cent lymphocytes. On July 19th, the ESR was 45 mm./hr. (Westergren), serum Na 128 mEq/lit., K 5.9 mEq/lit., Cl 103 mEq/lit., CO₂ - combining power 8 mEq/lit., NPN 77 mg. per cent, creatinine 2.6 mg. per cent, TT 5 units, ZnT 15 units, serum bilirubin 1.0 mg. per cent at 1 minute and 2.5 mg. per cent at 30 minutes. On July 21st, the catheterized urine contained trace of sugar, no albumin; and there was no cells nor casts in the centrifuged sediment. Hemoglobin concentration was 8.4 gm.

* Under participation of the Dept. of Internal Medicine (Head of Dept. : Prof. Dr. Chitt Tuchinda) and the Dept. of Pathology (Head of Dept. : Prof. Dr. Pradit Tansurat).

** Assist. Prof., Div. of Cardiol., Dept. of Int. Med.

per cent, and white blood cells 20,000/c.mm., with 90 per cent neutrophils, 7 per cent lymphocytes and 3 per cent monocytes. The faeces was not examined.

Electrocardiogram obtained on July 19th, 1965 showed a heart rate of 130/min. with sinus rhythm, depressed S-T segment with low T in most Leads, inverted T in Leads V_1 and V_2 and flat T in V_3 . Another tracing taken the next day showed similar sinus rhythm with a rate of 125/min. with questionable ectopic atrial beats. P wave was wide and notched in Lead I and T was inverted in the right chest Leads. A chest radiograph taken on July 21st showed slight cardiac enlargement with pulmonary congestion and a right-sided pleural effusion; a film on the following day demonstrated the same. An intracutaneous test with 1 in 2,000 dilution of Old Tuberculin yielded 10 mm. of induration.

Hospital course : Digitalization with intramuscular lanatoside C (Cedilanid (R)) and oral digitoxin (Digitoxin (R)), promotion of diuresis with intramuscular meralluride (Mercuryhydrin (R)) and oral hydrochlorothiazide (Dichlotride (R)), oxygen administration, restriction of fluid intake, and low sodium diet were prescribed for heart failure. Oral tetracycline was started with 2 gm./day on the first day, then was replaced by intramuscular sodium penicillin G 3 million units/day and supplemented subsequently (21.7.65) with intramuscular streptomycin sulphate 1 gm./day. During the first three days the patient ran a low-grade fever (37.2° to 37.5°C .), but was later

afebrile. Her heart, however, went downhill steadily. On July 22nd, the serum albumin was 3.9 gm. per cent, globulin 4.4 gm. per cent, Na 128 mEq/lit., K 4.3 mEq/lit., Cl 92 mEq/lit., CO_2 -combining power 15.5 mEq/lit., NPN 67 mg. per cent and creatinine 2.4 mg per cent.

On July 23rd. thoracentesis was performed on the right side, and yielded 1,000 ml. of opalescent, straw-coloured fluid, which contained 500 cells/c. mm., mostly red blood corpuscles, with few white cells. No micro-organism was found on direct smear and staining. The protein content was 1.2 gm. per cent, sugar 222 mg. per cent and chloride 560 mg. per cent. On the following day, an acute pulmonary edema appeared, which necessitated tracheostomy and blood letting. On July 25th, the serum Na was 124 mEq/lit., K. 4.9 mEq/lit., NPN 67 mg. per cent and creatinine 2.4 mg. per cent. On July 26th, blood in urine was noted; white blood count was 18,000/c. mm.. Intravenous drip with 3 million units of sodium penicillin G was given. On July 27th, the hematocrit was 30 per cent, serum Na 118 mEq/lit., and K 5.3 mEq/lit.. Another thoracentesis on the right side yielded 300 ml. of straw-coloured fluid. Pyrrolidinomethyl tetracycline (Reverin (R)) was administered, but the patient expired in the same evening. The hospital course was 10 days.

Clinical Discussion

Dr. Priya Khanjanasthiti: * The chest x-ray shows enlargement of cardiac shadow with pulmonary congestion in

* Assoc., Dept. of Radiol.

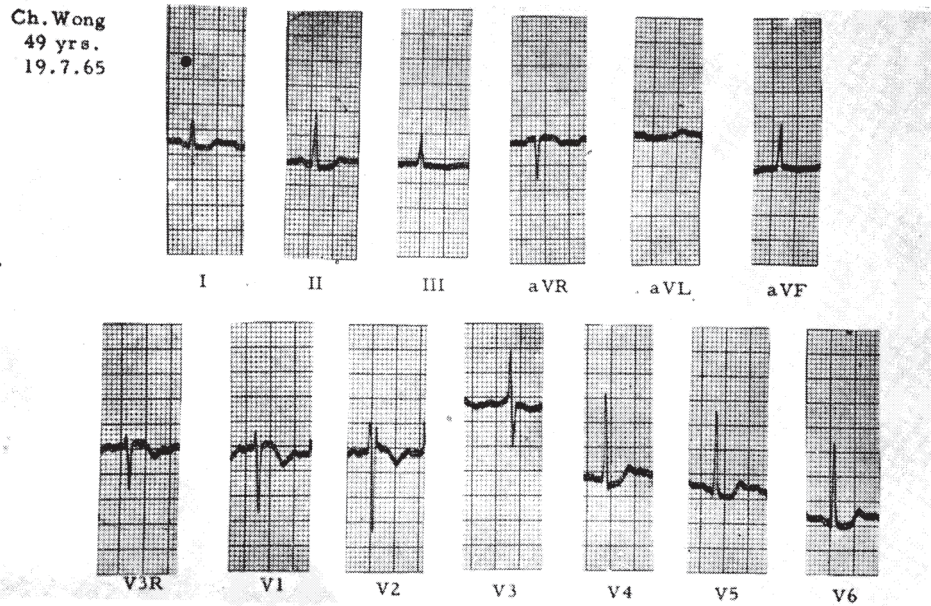


Fig. 1.

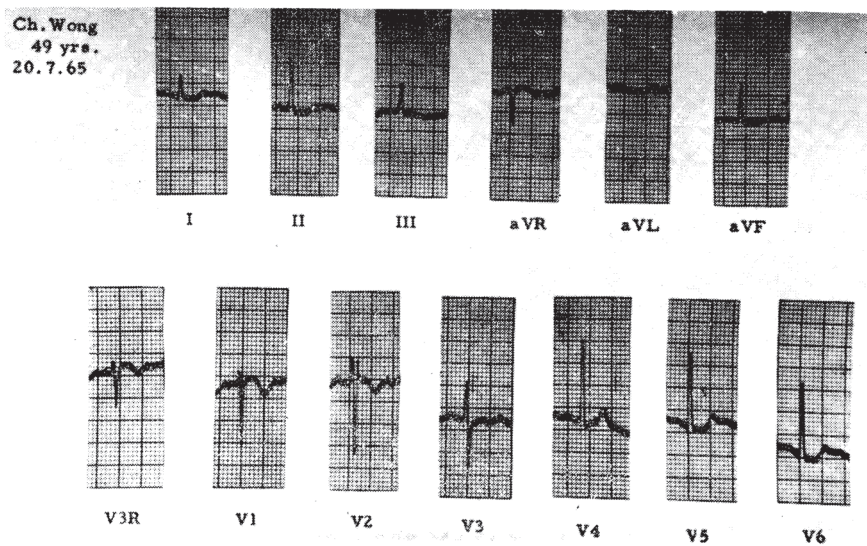


Fig. 2.

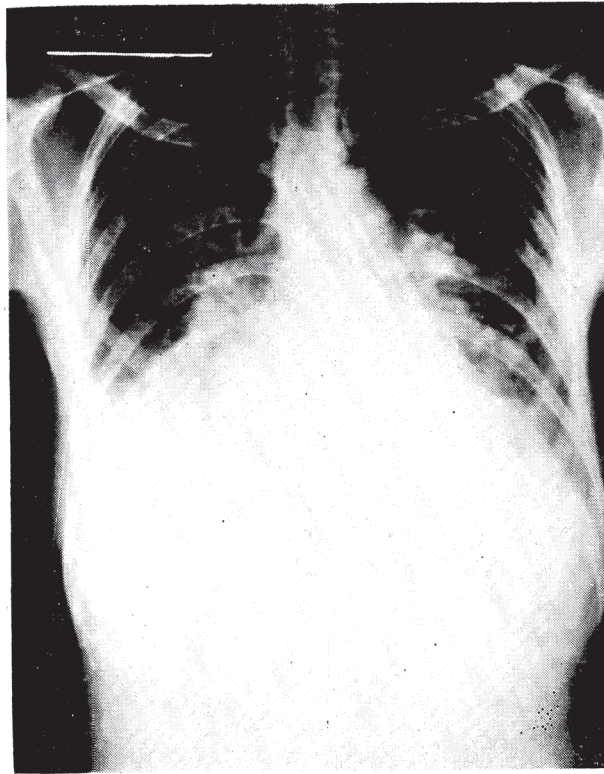


Fig. 3. Postero-anterior chest radiograph showing slight cardiac enlargement with pulmonary congestion and a small right-sided pleural effusion.

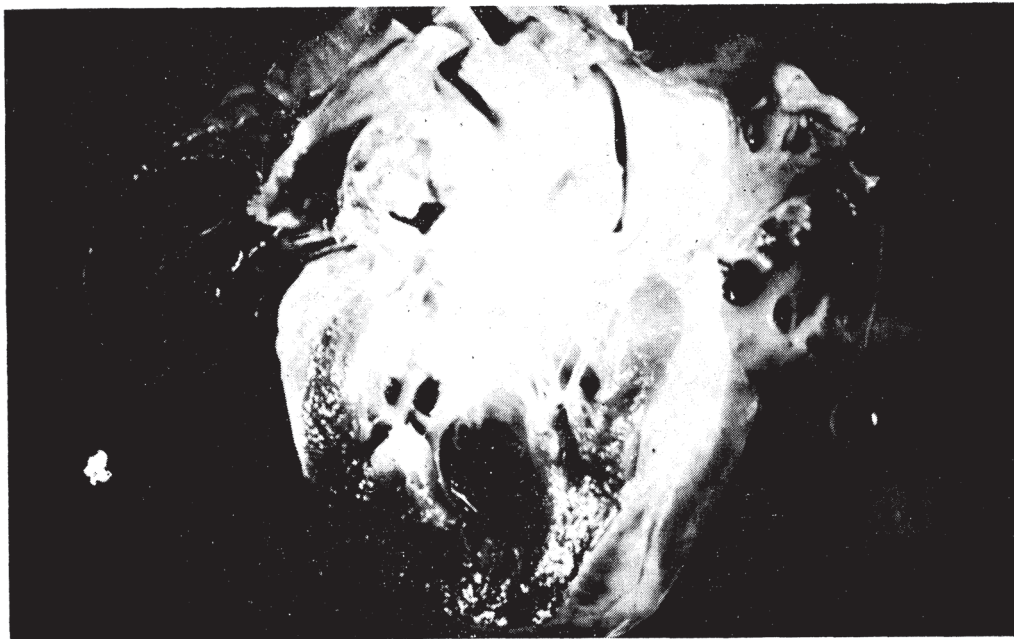


Fig. 4. Opened heart showing ruptured aneurysm of the anterior leaflet of the mitral valve covered with few small, irregular, slightly raised, yellowish plaques.

both lungs, more conspicuous in the middle and basal lung fields; and a homogenous density in the right costophrenic angle, compatible with a moderate right-sided pleural effusion. The lateral view reveals a triangular density with slightly convex borders at the location of an interlobar fissure, thus suggesting an interlobar effusion. Altogether this is a straight forward case of cardiomegaly with congestive failure.

Prof. Dr. Vikit Viranuvatti:* The serum sodium of 118 mEq/lit. indicates dilutional hyponatraemia. Was the patient on mercurial diuretic?

Dr. Kochseni: Yes, meralluride was given all along.

Dr. Somchai Bovornkitti:** Did the postpartum anasarca subside by itself or after treatment?

Dr. Kochseni: The edema disappeared spontaneously.

Dr. Wade Woothipoom:*** Did the patient spit blood? Was mid-precordial bulge found on physical examination?

Dr. Kochseni: No.

Dr. Banyat Priijanonda:**** Pleural fluid with low protein content usually suggests a transudate. The finding of

a few white cells provides further support. Abundance of red blood corpuscles might be the result of trauma from tapping. On the whole, these are features of congestive process rather than inflammatory. Pulmonary infarction, however, is also possible.

Most people believe that sugar and chloride determinations on the pleural fluid are non-contributory and useless.

Dr. Woothipoom: Both electrocardiograms show sinus tachycardia, biventricular hypertrophy and digitalis effect. The low voltage could be due to pericardial effusion or bilateral pleural effusion.

Dr. Kochseni: Physical examination, despite the lack of superficial edema, gave overwhelming evidences of congestive cardiac failure, viz., orthopnea, engorged neck veins, enlarged liver and pulmonary crepitations. The findings of only low-grade murmur and an unconfirmed opening snap over the mitral area, however, are compatible with two probabilities as to the nature of the heart condition. First, the history of postpartum anasarca suggests a heart affection dating back to 17 years before admission. The spontaneous subsidence of edema does not preclude heart failure, which often recovers uneventfully in the postpartum period. In a severely ill patient, murmurs as well as heart sounds may be so faint as to be physically unde-

* Prof., Chief of Gastroenterol. Div., Dept. of Int. Med.

** Assist. Prof., Div. of Resp. Dis. & Tuberc., Dept. of Int. Med.

*** Assoc. Prof., Chief of Cardiol. Div., Dept. of Int. Med.

**** Assoc. Prof., Chief of Resp. Dis. & Tuberc. Div., Dept. of Int. Med.

tectable. Since there was no evidence of congenital defect, the rheumatic valvular lesion is most likely. Secondly, the cardiac involvement could be a sequel of respiratory tract infection, e.g., myocarditis. This diagnosis is supported by leukocytosis and neutrophilia. The ECG findings are not contradictory.

The presence of numerous red cells in the pleural fluid may be due either to extravasation from the lung tissue together with transudation, or to pulmonary infarction. Trauma as cause seems unlikely. Bloody urine, on the other hand, could be due to injury from indwelling catheter, or bleeding from renal infarct. The embolic phenomenon favours the diagnosis of an organic heart disease.

Dr. Vichit Panich:* The idea of embolic phenomena in this patient is tenable. The evidences are: (1) bloody pleural fluid and urine, (2) fever, from tissue necrosis, (3) leukocytosis, and (4) hyperbilirubinaemia, which may result from hemolysis within large infarcts. The ECG, however, lacks characteristic patterns, e.g., the T wave change and the right ventricular strain. It is possible that the patient had organic heart disease, mitral stenosis with regurgitation, although the classical diastolic murmur was not heard. The mitral opening snap is an important clue.

Prof. Dr. Viranuvatti: In a series of liver function study in 261 patients with congestive heart failure, visible jaundice was found in five instances

(Viranuvatti, V.: Thesis for M.D., Univ. Med. Sci., 1956, pp. 46, 47). Hyperbilirubinaemia may be found not only in pulmonary infarction, but also in congestive failure. Passive congestion of the liver and cirrhotic changes hinder bile transportation and may cause retention of bilirubin.

Dr. Kampol Prachaubmoh:** When pulmonary infarction is diagnosed, the angiography should be contemplated. Nowadays this condition is amenable to surgical treatment with the use of extracorporeal circulation.

As regards the causation of pulmonary embolism, the consensus of opinion is that deep vein thrombosis is responsible. The belief that the embolus is cardiogenic is erroneous, since an embolus from a mitral lesion would enter the systemic circulation and not the pulmonary.

Prof. Dr. Viranuvatti: Pulmonary embolism is always seen in mitral valvular disease and never in deep vein thrombosis. The explanation for this curious phenomenon is that the thrombus in the left atrial appendage enters successively the left ventricle, aorta, bronchial artery and the broncho-pulmonary shunt to get to the lung; the other route is via the foramen ovale into the right atrium, then right ventricle, pulmonary artery and the lung.

Dr. Prachaubmoh: The embolus in the left atrium cannot get into the right atrium through the foramen ovale because the shape of the aperture allows only the right to left flow. In

* Assist. Prof., Div. of Dermatol., Dept. of Int. Med.

** Assist. Prof., Dept. of Surgery.

rare cases of mitral stenosis, the thrombus in the right atrium, during fibrillation, may give rise to pulmonary embolism. The route via the bronchial artery has never been described before. It is indeed surprising that deep vein thrombosis is rare in this country. Perhaps more careful search at autopsy would reveal it more often.

Dr. Woothipoom: A number of cases of pulmonary infarction have been seen in the Dept. of Medicine. All were associated with rheumatic mitral stenosis. One of them showed classical phlebothrombosis of deep leg veins preceding the fatal episode; another case with massive hemoptysis was clinically diagnosed before autopsy.

The following diagnoses are suggested for the present cases: (1) Rheumatic mitral valve disease. (2) Congestive heart failure. (3) Possibly, superimposed subacute bacterial endocarditis of the mitral valve, suggested by chronic pyrexia and data suggesting chronic sepsis. (4) Possibly, secondary embolic, metastatic complications affecting the lungs and kidneys.

Pathological Discussion

Dr. Prasert Pacharee:* The body was that of a thin and slightly anaemic woman, but free from edema. There were 1,000 ml. of serous fluid in the right pleural cavity and 500 ml. in the left, and a few ml. in the pericardial cavity.

The heart was slightly enlarged, weighing 360 gm. (the normal average does not exceed 300 gm.). The dilatation and hypertrophy involved ventri-

cles and atria. The anterior cusp of the mitral valve and the chordae tendinae were fibrotic and deformed. There was a dome-shaped pouch, 1.5 cm. in diameter, involving the valve at the junction between the anterior and posterior leaflets, and also part of the left atrial wall, and bulging into the left atrium. It had smooth, thick wall and contained a 4-mm. hole centrally. A few small, irregular, slightly raised and yellowish plaques were seen at the opening and on both sides of the pouch. The endocardium of the left atrium was slightly thickened with fibrous tissue in an area opposite to the rupture. The left ventricle adjacent to the pouch showed thinning of myocardium and fibrosis of endocardium. Microscopic examination revealed hyaline fibrous thickening of the pouch, of adjacent heart valve and atrial endocardium, and of parietal ventricular endocardium. A few small foci of calcification were seen. There were vascularization and perivascular infiltration with chronic inflammatory cells at the base of the valve. Thin layers of thrombi were found on both sides, slightly more on the atrial side near the rupture, in which some acute inflammatory cells and colonies of cocci were present. Culture from the heart valve gave *Staphylococcus aureus*, coagulase positive. Other valves, the aorta and coronary openings were normal. The myocardium showed cloudy swelling.

Right and left lungs appeared markedly congested and edematous and weighed 760 and 460 gm. respectively. There were large areas of confluent grey-red consolidation involving the

* Assist. Prof., Dept. of Pathology.

right upper lobe and several small areas scattered in the dependent parts. There was fibrous pleural adhesion over the right upper lobe. Microscopic findings were congestion, edema and thickening of arteriolar and capillary wall by fibrosis, suggestive of chronic passive congestion and pulmonary hypertension. Sections of the consolidated areas showed alveoli filled with red blood corpuscles, a few white cells and edematous fluid, consistent with bronchopneumonia.

The liver weighed 1,100 gm.. It was slightly enlarged and had characteristic features of a nut-meg liver. Microscopically it revealed chronic passive congestion and central necrosis; this should explain the hyperbilirubinaemia. The spleen was slightly congested and enlarged and showed hyperplasia of Malpighian body, presumably from infection.

The kidneys weighed 160 gm. each, slightly heavier than normal. The capsules could be easily peeled off, except over some small, shallow scars. Cut surface showed marked congestion, but the thicknesses of cortex and of medulla were within normal limits. There was neither infarction nor embolism. The renal tubules showed cloudy swelling and contained a few hyaline casts. The mucosa of the urinary bladder showed a few ecchymoses, compatible with injury from indwelling catheter. The urethra, especially at the bladder neck, was acutely inflamed, probably from the same cause.

In conclusion, this is a case of subacute bacterial endocarditis of the mitral valve. The presence of the aneurysm with hyaline fibrosis and

calcification suggests a long-standing process, but the staphylococcal infection is a recent super-imposed condition, derived either from the pulmonary infection or from elsewhere. Valvular insufficiency consists of both stenosis and incompetence. Dilatation and hypertrophy of all cardiac chambers, chronic pulmonary congestion and hypertension, and congestion of internal organs are consequences. Bronchopneumonia is a terminal complication.

Anatomical Diagnoses

1. Subacute bacterial endocarditis of the mitral valve with aneurysm of anterior leaflet, ruptured (*Staphylococcus aureus*).
2. Moderate hypertrophy and dilatation of LV, LA, and RV.
3. Focal endocardial fibrosis of LA and LV.
4. Chronic passive congestion of the lungs with confluent bronchopneumonia (more marked on the right upper lobe).
5. Pleural effusion, bilateral (rt. 1,000 ml., lt. 500 ml.).
6. Chronic passive congestion with central necrosis of the liver.
7. Chronic passive congestion and follicular hyperplasia of the spleen.
8. Ecchymoses of urinary bladder; acute urethritis.
9. Congestion and cloudy swelling of the kidneys.

Final Remarks

Dr. Panich: As a rule, labelling of a case as "acute", "subacute" or "chronic" is based upon the course of illness. Inasmuch as this patient had only been ill for 10 days prior to

admission and 10 days in the hospital, the diagnosis should be "acute bacterial endocarditis" instead of "subacute". Besides, when the causative organism is known, its name is placed as prefix.

Dr. Pacharee: The autopsy finding of an aneurysm with extensive fibrosis suggests the diagnosis "chronic bacterial endocarditis, with superimposed acute staphylococcal infection". However, as one cannot be certain whether the inflammatory process had healed before the acute infection supervened,

the term "subacute bacterial endocarditis" was adopted as a compromise.

Dr. Tada Yipinsoi:* How long could the aneurysm have ruptured?

Dr. Pacharee: The appearance of the rupture wound, with friable edge and vegetation, was non-committal. But focal thickening of the left atrial wall opposite to the rupture suggests a long-standing event. In certain cases with sudden related symptoms the time of rupture might be noted clinically.

* Instructor, Div. of Cardiol., Dept. of Int. Med.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๓,๕๘๑	๒,๑๖๐	๒,๐๗๔	๑,๘๕๐	๒,๓๐๐	๕๔๖	๑๒,๕๕๑
	เก่า	๖,๕๘๕	๓,๕๒๓	๕,๓๐๒	๒,๕๘๑	๔,๓๕๔	๘๑๗	๒๔,๐๐๖
	รวม	๑๐,๕๗๐	๕,๖๘๓	๗,๓๗๖	๔,๔๓๑	๖,๖๕๔	๑,๓๖๓	๓๖,๕๕๗
ใน		๒๓๒	๔๒๖	๒,๐๓๑	๒๔๑	๔๗๐	—	๓,๔๐๐

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๕๗, จักษุ ๖๔๒, สูติ—นรีฯ ๖๖๕, รวม ๑,๘๖๔ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๗๘๕, หญิง ๗๕๑, รวม ๑,๕๓๖, คลอดตาย, ชาย ๕, หญิง ๓, รวม ๘.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๗๐ คน (๕.๐๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด), ได้ตรวจศพ ๖๘ ราย (๔๐.๐๐ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๑๓๕ ครั้ง, มหันตโทษ ๑๕๖ ครั้ง, ลหุโทษ ๗๕ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๓๓ ขวด, จากญาติ ๑๕๖ ราย.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๑๒๘ คน. รักษาใหม่ ๓๖ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๘๒ คน. รักษาเดิมรักษา ๕๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๔๘ คน. รัตติโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๗ คน, รัตติโอไอโซโทปวิจัย รักษาใหม่เก่า ๒๖๘ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่—คน, รวมรักษาใหม่เก่า—คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๕๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๕๗๑ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๐๕๖ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๘ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๗๓๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๕๑๗ ชิ้น (จากภายนอก ๒๕๗ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๓๕ ราย. การตรวจเชรุ่มไวรัสวัด ๑๔๕ ราย, ตรวจวิธี อี.ดี.อาร์. แอด. ๓,๗๖๕ ราย. การตรวจวิธีพอลบันเนล ๓. หมู่เลือด —. ตรวจวิธี เอ.บี.โอ. ๑๒ ราย. วัดฮีโมโกลบิน —. ตรวจบัสสภาวะ ๔๗ ราย. ตรวจอุจจาระ ๔๗ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๑๐ ราย. ตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๔๗ ราย. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๓๒. เพาะเชื้อบิด ๑๕. ตรวจทดลองตัวจิต ๓๒. ตรวจศพนิติเวช ๔๕. ตรวจจตุภูยาน ๑๘. ตรวจวิเคราะห์ ๖๒. ตรวจผู้ป่วยคดี ๔๑๐.
๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๖๗๖. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๕๖. เพาะเชื้อจากบัสสภาวะ ๓๑๒. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๘๑๘. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๗๔. เพาะเชื้อวันโรค ๓๕. นิตส์ตัวทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๗๖. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๔๔.
๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๒. เจาะน้ำสันหลัง ๘. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องปอด ๑. อัดลมเข้าช่องท้อง—. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕. จี้ผิวหนัง ๒. ฉีดยาทั่วไป ๒,๕๖๐. เบาหวาน ๔,๑๑๐. คลินิกวันโรค ๒๕๗. คลินิกความดันเลือดสูง—.
๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๔๔. ถอนฟัน ๘๕๔. อุดฟัน ๓๖๗. ผ่าตัดช่องปาก ๔๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติฯ)

ปาฐกถาพิเศษ

ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๐๘, แชนผู้
มีเกียรติได้แสดงปาฐกถาพิเศษในโอกาส
เข้าแวะเยือนคณะแพทยศาสตร์และศิริราช
พยาบาล คือ :

วันพฤหัสบดี ที่ ๕ พฤศจิกายน เวลา
๑๕.๐๐ น., ณ ห้องบรรยายศิริสมร, ตึก
ผ่าตัดตาชั้นสอง, บรรยายเรื่อง “ปัญหา
เกี่ยวกับศัลยกรรมในส่วนละเอียดของหู”,
ศจ. ดร. Julius Berendes, ผู้อำนวยการ
คลินิกโรคตา หู และคอของมหาวิทยาลัย
มาร์บวร์ก/ลาห์น, สหพันธสาธารณรัฐ
เยอรมันตะวันตกเป็นผู้บรรยาย.

วันจันทร์ ที่ ๒๒ พฤศจิกายน เวลา
๑๕.๐๐ น., ณ ห้องบรรยายศิริสมร, ตึก
ผ่าตัดตา ชั้นสอง, บรรยายเรื่อง “การ
พัฒนา แอนติไบโอติก เซฟาโลสปิน ใน
ระยะล่าสุด”, ดร. G. Roux, นายแพทย์
ที่ปรึกษาภาคโพนทะเลของบริษัทแกล็กโซ
เป็นผู้บรรยาย.

วันอังคาร ที่ ๒๓ พฤศจิกายน เวลา
๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุมอายุรศาสตร์,
บรรยายเรื่อง “การใช้ รากิโอไอโซโทป
วินิจฉัยรอยโรคภายในกะโหลกศีรษะ”,
ศจ. Paul C. Bucy, หัวหน้าแผนกประสาท

ศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยอินอร์เวสเทอร์น
ชิคาโก, เป็นผู้บรรยาย,

วันศุกร์ ที่ ๒๖ พฤศจิกายน เวลา
๑๑.๐๐ น., ณ ห้องบรรยายศิริสมร, ตึก
ผ่าตัดตาชั้นสอง, บรรยายเรื่อง “รังสี-
วิทยาในค่านักมารเวชศาสตร์”, ศจ. ดร.
Frederich Silverman, นักรังสีวิทยาฝ่าย
กุมารเวช, โรงพยาบาลเด็ก, มหาวิทยาลัย
ซินซินเนติ, โอไฮโอ, สหรัฐอเมริกา เป็น
ผู้บรรยาย.

การสร้างพระรูปอนุสาวรีย์ “เสด็จ-
ในกรม”

เมื่อวันศุกร์ที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๐๘
พระขำราคนราทร, รัฐมนตรีว่าการกระ-
ทรวงสาธารณสุข, ได้จัดการประชุมแพทย์,
พยาบาล, และเภสัชกรรุ่นอาวุโสมากกว่า
หกสิบคนที่ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อหารือเกี่ยวกับการจัดสร้างพระรูป
อนุสาวรีย์ของ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ
กรมพระยาชัยนาทนเรนทรขึ้นไว้สักการะ
ในฐานะที่ทรงเป็นอธิบดีองค์แรกของกรม
สาธารณสุข ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นต้นกำเนิด
ของกระทรวงสาธารณสุข. นอกจากนั้น
“เสด็จในกรม” ยังได้ทรงดำรงตำแหน่ง

“ผู้บัญชาการราชแพทยาลัย” เป็นพระองค์แรกอีกด้วย, และใต้ทรงปรับปรุงการสอนในราชแพทยาลัยให้ทันสมัยขึ้น, โดยเฉพาะใต้ทรงส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นการเตรียมพื้นฐานความรู้ของนักเรียนแพทย์ไว้ให้สามารถรับการแก้ไขหลักสตรเป็นชั้นปริญญาใต้ พระคุณของพระองค์นอกจากนี้ซึ่งออกจะเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายอยู่คือการทำใ้ร่วมมือกับหม่อมเจ้าพนศิริเกษม เกษมศรี ทรงชักจูงสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลานครินทร์ ให้ทรงมาช่วยกิจการศึกษารองแพทย์, พยาบาล, และเภสัชกร. ด้วยเหตุผล เหล่านี้ผู้ที่ศึกษาเล่าเรียนอยู่ใน “ศิริราช” ทุกคนจึงเป็นหนี้ในพระกรุณาอยู่เป็นอันมาก. หวังว่าพวกเราหาโอกาสแสดงความกตัญญูแก่เวทีกด้วยการให้ความช่วยเหลือ แก่การ สร้าง พระรูปนิตามสมควร.

งานศิริราชสัมพันธ์

อาจารย์และ นัก ศึกษา คณะ แพทย-ศาสตร์และศิริราชพยาบาลร่วมกันจัดงาน “ศิริราชสัมพันธ์” ขึ้นที่สวนอัมพร, ในวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๐๘ เพื่อหาผลประโยชน์สมทบทุนสร้าง “หอกีฬา”, มีการขอรับ

ความร่วมมือจากศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบันเพื่อการนี้.

อนึ่ง, การทำงานศิริราชสัมพันธ์กำหนดในวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๐๘ อันอาจเป็นเหตุให้แพทย์ที่ไปร่วมประชุมวิชาการของแพทยสมาคมที่ภูเก็ตกลับมากันไม่ทัน, ก็เนื่องด้วยคณะนักศึกษาแพทย์, ซึ่งเป็นผู้วิ่งเต้นเกี่ยวกับสถานที่ใต้ไปขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตใช้สวนอัมพรไว้แล้วโดยไม่ทราบเรื่องการประชุมของแพทยสมาคม, และไม่อาจเลื่อนกำหนดใ้ได้อีก.

ข่าวอนุโมทนา

๑. คณะกรรมการมูลนิธิดำรงราชานภาพ (เฉลิมพระเกียรติพระเจ้าบรมวงศ์เธอสมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพ) ใต้ประกาศผลการตัดสินให้ทุนแก่นักศึกษาในชั้น (ประจำปีการศึกษา ๒๕๐๘), แจ้งว่า นายวิบูลย์ สุนทรพจน์, นักศึกษาแพทย์ปีที่ ๓ เป็นผู้ได้รับทุน.

๒. นางสาว กมลเทวี กมลนาวัน, บ้านเลขที่ ๕๐ ซอยของครึกษ์ บางกระบือ, พระนคร. ใต้บริจาคเครื่องอ็อกซิเจนา เวกซ์โรคาร์ มีมูลค่า ๕,๐๐๐ บาท, ให้แก่แผนกโลหิตวิทยาเพื่อไว้ใช้เป็นประโยชน์ในการเตรียมอุปกรณ์การศึกษา.

ข่าวพยาบาล

ศิษย์เก่าชุมนุม

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ได้เชิญศิษย์เก่าทุกท่อนพร้อมด้วยญาติมิตร มาร่วมรื่นเริงและพบปะสังสรรค์เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๐๘, เริ่มงานภาคเช้าตั้งแต่ ๙.๐๐ น. ถึง ๑๕.๐๐ น. ณ บริเวณตึกเรียนพยาบาล, มีเลี้ยงพระเพล และออกร้านจำหน่ายอาหารและสินค้าเบ็ดเตล็ดต่าง ๆ. ภาคค่ำเริ่ม ๒๐.๐๐ น. ณ สมาคมพ่อค้าไทย, มีลิลาต์, ฟลอร์โชว์ และดนตรีสุนทราภรณ์บรรเลงตลอดงาน.

ผู้อำนวยการไปต่างประเทศ

นางสงวนสุข ฉันทวงศ์, ผู้อำนวยการ

โรงเรียนพยาบาลฯ เดินทางไปประชุมที่กรุงนิวเคลซี, ประเทศอินเดี, มีกำหนด ๑๕ วัน, ตั้งแต่วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๘.

มาช่วยสอน

น.ส. เจน แอเล็ก M.S. แห่งหน่วยพิส คอรัป, จากเค็นทักกี, สหรัฐอเมริกา, ได้มาช่วยสอนภาษาอังกฤษให้กับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล, มีกำหนดสัปดาห์ละ ๑๐ ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๐๘.

พิพิธภัณฑ์ประวัติการแพทย์ไทยต้องการ

- ๑. เครื่องมือศัลยกรรมที่สมเด็จพระราชชนนี พระพันยหลวง พระราชทาน
- ๒. รูปถ่าย ๓. มีดหมอ ๔. มีดโกนแบบเก่า (ใบมีดรูปสามเหลี่ยม) ผู้เกาะใต้
- หรือชาย กักกอกที่ น.พ. กำรง เพ็ชรพลาญ แผนกสรีรวิทยา ร.พ. ศิริราช

ของแถม

การออกก้นทางอากาศหายใจส่วนต้น

การเจาะคอเป็นมาตรการที่ใช้ช่วยชีวิตผู้ช่วย ซึ่งมีการขัดข้องในทางอากาศหายใจได้ เพราะนอกจากช่วยได้ก็ในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ แล้ว ยังใช้ได้ผลหลายกรณี.

Ransdell, Jr. และ Iglehart ให้ข้อชี้แจงในการเจาะคอไว้ดังนี้ :

๑. มีข้อห้ามที่บริเวณหน้า, ปาก และคอ. ๒. มีการติดเชื้อจนทำให้เกิดมีการออกก้นของทางอากาศหายใจ. ๓. มีเนื้องอกในทางอากาศหายใจ. ๔. ทางอากาศหายใจถูกกีดกจากภายนอก.

ข้อชี้แจงและประโยชน์ของการเจาะคอนี้ ได้มีเพิ่มเติมมากขึ้นภายหลัง ๒๕ ปี ต่อมา. Carter และ Giueffi ได้แสดงให้เห็นประจักษ์ชัดว่าการเจาะคอมีประโยชน์ในกรณีอื่น นอกเหนือจากการออกก้นของทางอากาศหายใจโดยตรง. Kaplan และ Gandli ให้ข้อเสนอนี้ว่าควรทำในรายผู้ช่วย ที่จำเป็นต้องกดเขาเสมอ ออกจากทางอากาศหายใจ, เมื่อต้องการลด เทต สเปซ ให้น้อยลง และเมื่อต้องการให้อากาศผ่านเข้าออกสะดวก โดยไม่มีแรงต้านทานจากส่วนต้นของระบบทางอากาศหายใจ.

วิธีช่วยชีวิตผู้ช่วยที่มีการออกก้นของทางอากาศหายใจในปัจจุบันทำได้ดังนี้ :

๑. เจาะคอปรกติ. ๒. เจาะคอฉุกเฉิน. ๓. ทำ ลาริย้ง โกส โคชัย และใส่หลอด เอ็น โทเทร เมียล. ๔. ใช้ มอช เซอร์ ไลฟ เซเวอ์ (Mosher Life Saver) ๕. ใช้เข็มขนาดใหญ่.

อนึ่งในผู้ช่วยทุกรายที่แพทย์คิดว่าจะมีการขัดข้องในการถ่ายเทของอากาศ เนื่องจากการออกก้นจากเสมหะ, จาก ฟัด โมนารีย์ วิเซิร์ฟ ลดลง, จากการล้มเหลวในการขยายตัวและหดตัวของผนังอกและการเคลื่อนไหวของกะบังลม ควรได้รับการเจาะคอ. การเจาะคอสมควรเป็นมาตรการที่ใช้ปฏิบัติอาศัยข้อชี้แจงที่ประจักษ์ชัด แทนที่จะรออยู่จนกลายเป็นเหตุการณฉุกเฉิน.

(จาก E. E. N. T. Monthly. 1965, 44 : 73)

สรโรจ แสงวิเชียร พ.บ.