



# สารศิริราช

## SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๐๕ Volume 18, Number 12, December 1966.

### การใช้ส่วนลำไส้เล็กแก้ความผิดปกติในทางเดินปัสสาวะ

สัมพันธ์ ตันตวงศ์ พ.บ.

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

โรคหรือความผิดปกติของหลอดไตหรือกระเพาะปัสสาวะมักจะลงเอยโดยไตเสียหายที่เพราะ ฮัยโทรเนโฟรสิส หรือการอักเสบติดเชื้อ, โดยที่มักมีการอุดตันร่วมด้วยเสมอ (อาจเป็น "การอุดตันด้านทำการ") ส่วนกระเพาะปัสสาวะถ้ามีความจน้อยผิดปกติ, ก็จะทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยมากจนน่ารำคาญ.

ความผิดปกติในทางเดินปัสสาวะส่วนมากแก้ไขให้หายเป็นปกติได้, เช่นถ้ามีการอุดตันโดยก้อนนิ่วในหลอดไตหรือในกระเพาะปัสสาวะก็ผ่าตัดเอาออก, ท่อ

เรื่องย่อ ตันตวงศ์, สัมพันธ์. การใช้ส่วนลำไส้เล็กแก้ความผิดปกติในทางเดินปัสสาวะ. สารศิริราช, ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๖), ๑๘ : ๖๔๕-๖๖๘.

หลังจากบรรยายหลักการทางทฤษฎีเกี่ยวกับการที่จะนำเอาส่วนของลำไส้เล็กมาใช้ซ่อมแซมหรือใช้แทนบางส่วนของทางเดินปัสสาวะ, ผู้รายงานเสนอคนไข้ที่ได้ทำ "ไอเลโอแบลคเตอร์" ๑๐ ราย, ใช้ลำไส้แทนหลอดไต ๔ รายและแทนกระเพาะปัสสาวะ ๒ ราย. ไอเลโอแบลคเตอร์ส่วนมากใช้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง. ผลที่ดีที่สุดได้จากการใช้แทนหลอดไต.

ไตที่ค้ำในช่องสัน ๆ ก็ตัดต่อใหม่, ต่อมลูกหมากที่โตถ้าไม่ใช่มะเร็งก็ผ่าตัดออก. แต่ความผิดปกติบางอย่างเช่นเมกาโลไล

วีเตอร์ โดยกำเนิดหรือหลุดไตตี้ยเป็นช่วงยาว ๆ เนื่องจาก การ ฉายรังสี, ภาวะเย็บสัสาวะที่หดรัดเล็กมาก ๆ เพราะไฟโบรลีส, คาร์ซิโนมา ของภาวะเย็บสัสาวะระยะหนัก, หรือ อาการทางประสาทของ ภาวะเย็บสัสาวะ บาง ราย, เหล่านี้เราไม่สามารถแก้ไขให้หายได้. แต่เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยตายด้วย ยริเมีย หรือ การอักเสบติดเชื้อ, อย่างน้อยเราจะต้องหาทางระบายเย็บสัสาวะให้สะดวกโดยการผ่าตัดใส่ท่อขยาย, เช่น เนโพรสโตมีย์, พัยอิลอสโตมีย์, ยูรีเทอโรสโตมีย์, หรือ ซีย์สโตสโตมีย์.

วิธีทำการระบายเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวก, ต้องมีถุงเก็บเย็บสัสาวะติดตัว, ท่อขยายมักรบกวนให้อักเสบหรือเลือดออก, อาจเกิดนิ่วเพราะมียางเป็นสิ่งแปลกที่ในทางเดินเย็บสัสาวะ, ท่ออาจอุดตันเพราะมีหินปูนเกาะ, ต้องเปลี่ยนท่อขยายบ่อย ๆ ตามความจำเป็น.

เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ท่อขยายและถุงรับเย็บสัสาวะ และเพื่อความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน, เราอาจหาทางให้เย็บสัสาวะไหลลงสู่ลำไส้, ให้เย็บสัสาวะออกร่วมกับอุจจาระทางทวารหนัก, ถ้าย่าง

พอสมควร, เช่นโดยการทำ ยูรีเทอโร-ซิกมอย โคลสโตมีย์. ในรายที่ตึงตัก ภาวะเย็บสัสาวะออกเพราะเป็นมะเร็ง, ในรายที่เป็น เอ็กซโทรฟี, หรือในรายที่หลุดไตตี้ยเป็นทางยาว. วิธีนี้แม้จะทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกพอสมควร, แต่ก็มีผลเสียที่ทำให้เกิดการติดเชื้ออุลตราซันน, และ ซัยเปอรันลอร์มิก อะซิโตลิส จาก การที่มมีการกดขี่ม อีเล็กโตรลิต จาก ลำไส้กลับเข้าเลือด, จึงไม่ค่อยมีผู้นิยมใช้ในระยะเวลาหลัง ๆ นี้, ถึงแม้ว่ารายจะแก้ไขอาการให้ทเบาได้ โดยการดื่ม น้ำ มาก ๆ และการกินยาที่เป็นต่าง.

ได้มีการทดลองใช้ส่วนของลำไส้ที่ตัดแยกออกมาเพื่อซ่อมแซมทางเดินเย็บสัสาวะตั้งแต่ครั้งหลังของคริสต์ศตวรรษที่ ๑๕, และ Shoemaker เป็นคนแรกที่ใช้ส่วนของลำไส้เล็กแทนหลุดไต ในปี ค.ศ. ๑๕๐๖. แต่เพราะสมัยนั้นยังไม่มียาดี ๆ ที่จะป้องกันและแก้ไขการติดเชื้อ, ยังไม่มีความรู้ในการป้องกันนิ่ว, และการลดการกดขี่มกลับของ อีเล็กโตรลิต ทั้งเทคนิคการผ่าตัดก็ยังไม่ดีพอ, จึงทำให้วิธีดังกล่าวเพิ่งมานิยมกันได้ประมาณ ๑๕

๘ และกลายเป็นวิธีผ่าตัดมาตรฐานในปัจจุบัน.

ส่วนลำไส้เล็กมีความเหมาะสมที่จะใช้ในทันทีเพราะมีการบีบรัดเช่นเดียวกับหลอดไต. ลำไส้มีความยาวที่จะเลือกใช้ได้ตามชอบใจ, แต่โดยมากพยายามใช้ช่วงสั้นที่สุดเพื่อลดการกดขี่ของอเล็กโตรลิต, ตัวยุทธหาเรื่องการคิดเชื่อมชามชนนออกได้หมด, เพราะไม่มีทางติดต่อกับลำไส้ส่วนอื่น. ที่สะดวกอีกอย่างหนึ่งคือเราสามารถโยกย้ายลำไส้ที่แยกออกไปเชื่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของทางเดินปัสสาวะได้ตามต้องการ.

ได้มีการดัดแปลงส่วนของลำไส้เล็กที่นำมาใช้กับทางเดินปัสสาวะให้มีการกดขี่ของอเล็กโตรลิต น้อยที่สุดและไม่ให้มันออกมาในปัสสาวะ, โดย Shoemaker ได้ลอกเอาเยื่อเมือกออกและกลับเอาลำไส้คืน นอกเป็นคืนใน Torbey เพียงลอกเอาเยื่อเมือกออก, แต่ Martin นอกจากเอาเยื่อเมือกออกแล้ว ยังใช้เยื่อเมือกของกระเพาะปัสสาวะมาปลูกเข้าไปด้วย. ส่วนคนอื่น ๆ เช่น Couvelair, Annis, Cibert, Pyrah, Goodwin ยังคงใช้ส่วนลำไส้เล็กอย่างตรงไป

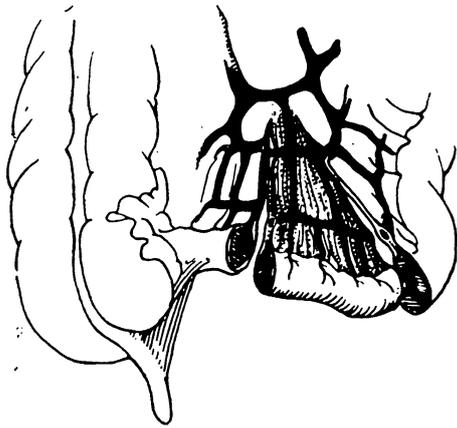
ตรงมาโดยไม่ดัดแปลง, เพราะในทางปฏิบัติ, ถึงแม้จะมีมากก็ไม่ทำให้มีการดัดขี่ในการไหลผ่านของปัสสาวะ, และโดยพยายามใช้ช่วงลำไส้ที่สั้นที่สุดจึงไม่มีการทางคลินิกของการกดขี่ของอเล็กโตรลิต. ส่วนลำไส้ถ้าใช้แทนหลอดไตต่อกับกระเพาะปัสสาวะเวลาเบ่งถ่ายจะมีปัสสาวะย้อนกลับขึ้นไปในลำไส้. เพื่อยุทธหาการคิดเชื่อมชามชนน มีบางคน (เช่น Swenson) ได้ทำลำไส้ให้เล็กลงโดยดัดมันงตามแนวยาวออกบางส่วน. แต่ Goodwin กลับถือโอกาสใช้ความใหญ่ของลำไส้ซึ่งเมื่อต่อกับกรวยไตลงสู่กระเพาะปัสสาวะแล้ว, เป็นประโยชน์ให้นิวไนไตที่เกิดซ้ำซากหลุดจากไตลงกระเพาะปัสสาวะได้สะดวก.

### การแยกส่วนลำไส้เล็กเพื่อใช้ประโยชน์ต่าง ๆ

ลำไส้เล็กส่วนปลายเป็นส่วนที่เหมาะสมกว่าส่วนอื่น ๆ เพราะเมื่อตัดแยกออกมาโดยมีเมเซนเทอริยติคอยู่อาจจะโยกย้ายไปที่ต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับไตถึงกระเพาะปัสสาวะ. แต่อาจใช้ลำไส้เล็กตอนอื่น ๆ ก็ได้แล้วแต่ความสะดวก. ส่วนมากตัด

แยกห่างจากลิ้น ไฮเลโอซีกัล ประมาณ ๘ ถึง ๑๐ ซม. ความยาวของลำไส้ที่จะตัดแล้วแต่ความต้องการ, แต่ควรจะสั้นที่สุด. ตัด เมเซ็นเทอรัย ลึกลงไปถึงขั้วเพื่อคงช่วงลำไส้เล็กไปได้ไกลพอ. ระวังให้มีหลอดเลือดไปเลี้ยงลำไส้ส่วนที่แยกออกให้เพียงพอ. เย็บปลายลำไส้ทั้งสอง

ปลายต่อกันเพื่อให้อาหารผ่านได้ อย่างปกติ, เย็บยึดช่อง เมเซ็นเทอรัย ที่ตัดออกเพื่อกันไม่ให้ลำไส้อื่น ๆ ลอดผ่าน. จึกลำไส้ส่วนที่แยกออกให้อยู่ใต้คอนที่เย็บต่อกันใหม่, เพื่อจะได้ไม่กดทับลำไส้ส่วนอื่น (รูปที่ ๑).



รูปที่ ๑. การผ่าตัดแยกส่วนลำไส้เล็กตอนปลาย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่าง ๆ.

ไยรีเตอโร-ไฮเลโอ-คูเตเนียส อนาส -  
โตโมซิส หรือ ไฮเลียล ลูป แบลดเดอรั  
(Bricker's operation)

Bricker รายงานการผ่าตัดนี้ เป็น ครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๐. หลักการ ผ่าตัดคือเย็บยึดปลายส่วนต้นของช่วงลำไส้เล็กที่แยกออก, ต่อท่อไตทั้งสองข้าง เข้ากับลำไส้ใกล้ทางปลายยึด, โดยกรึกลำไส้ทางค้ำนตรงข้ามกับค้ำนที่ตัด เมเซ็น

เทอรัย เป็นรเล็กขนาดพอเหมาะกัท่อไต. ต่อโดยเย็บทะลุตลอดความหนาทั้งหมดของลำไส้และหลอดไต, ให้เย็บเมือกต่อกับเย็บเมือก. ใช้เข็มชนิดไม่บาด (Atraumatic needle) และเอ็น โชมริก ขนาด ๐๐๐, แล้วเย็บเสริมค้ำนนอกห่าง ๆ อีกชั้นหนึ่ง, เป็นเย็บใช้เย็บกล้ามเนอกยเยอเลี่ยน (เซโรซ่า). อีกปลายหนึ่งของลำไส้ก็งออกมาเย็บที่หน้าท้องโดยเจาะแผลผนัง

หน้าท้องอีกแฉกหนึ่งต่างหาก. (รูปที่ ๒) ข้อควรจำในการทำคือ (๑) ให้มีการบีบรัดของช่วงลำไส้เท่าเดิม (Isoperistalis) (๒) อย่าให้ เมเซ็นเทอรัย บิด, จะทำให้เลือดไหลส่งช่วงลำไส้เล็กไม่สะดวก. (๓) ใช้ช่วงลำไส้เล็กสั้น ๆ. (๔) โผล่ลำไส้เล็กทางหน้าท้องให้เห็นือ ตะโหงกตะโพก (ไฮลิแอ็ค เครีสต์), อยู่ระหว่างกลางสะดือ และ บุ่ม หน้า ตะโหงก ตะโพก ด้านขวา. เพื่อสะดวกในการครอบงมเก็บขี้ส้ววะและผูก สาย คาด เอว ควร ให้ ปลายลำไส้โผล่พ้นผิวหนังหนึ่งมาก ๆ และปลิ้นเยื่อเมือกออกเพื่อให้เป็น คุ่ม ยื่น พ้นผิวหนัง. (๕) ระวังให้ช่องผ่านผิวหนังและปลอกพังผืดเป็นช่องกว้างพอเพียง (โดยตัดปลอกพังผืดออกเป็นแฉก) ไม้รัศลำไส้จนขี้ส้ววะไหลผ่านไม่สะดวก. การทำวิธีนี้ไม่ต้องใช้ท่ออย่างสวนคาไว้ที่หน้าท้อง. ถ้าขี้ส้ววะไหลผ่านไม่สะดวก, จะทำให้ขี้ส้ววะขังค้างอยู่, มีโอกาสจะเกิดการติดเชื้อในทางเดินขี้ส้ววะส่วนบน, และมีโอกาสจะมีการตก ซึม กลัย ของ อีเล็กโตรลิตซ์ มากจนจนมีอาการได้. (๖) ต้องเย็บตรึงส่วนลำไส้เล็กให้เรียบ ติด กับ

ผนังท้องส่วนหลังและด้านข้าง, เพื่อกันไม่ให้ลำไส้ส่วนอื่นลอคไปติดอยู่.

การผ่าตัดแบบนี้มีที่ใช้ในภาวะต่าง ๆ คือ :

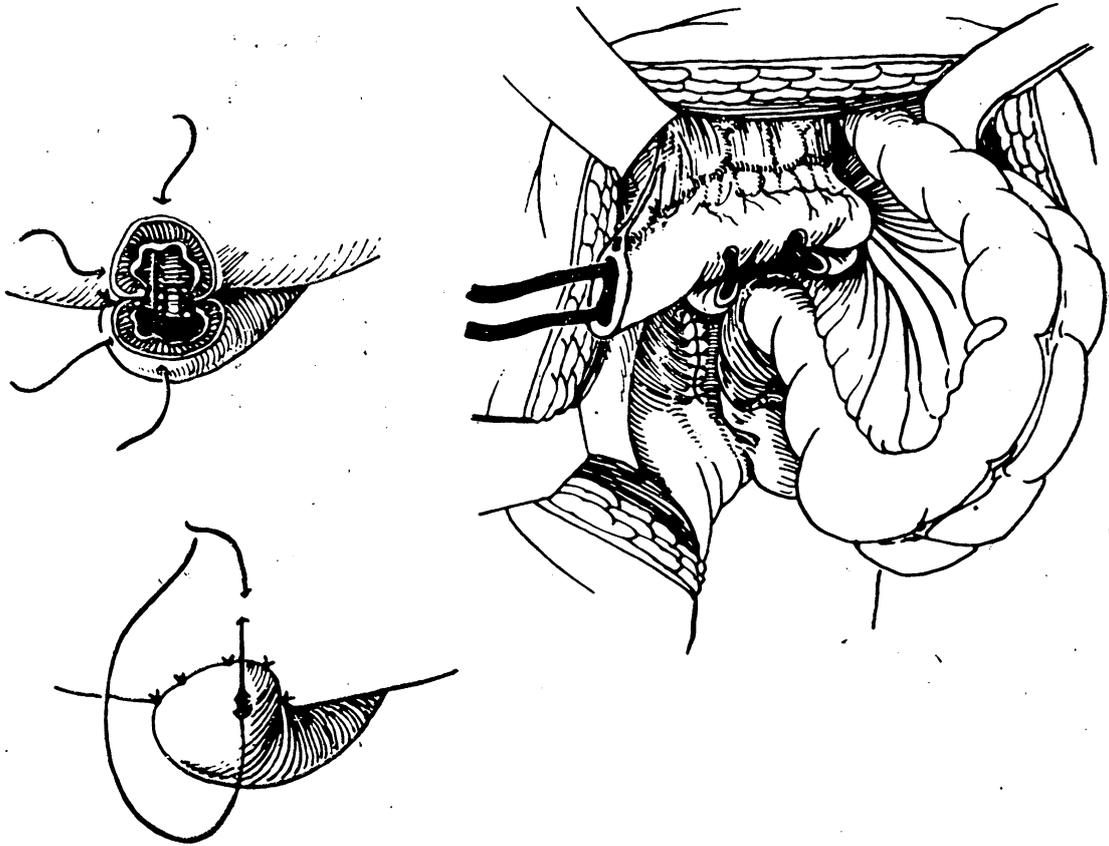
(๑) ในรายที่ท้อง คัด กระเพาะ ขี้ส้ววะออกทั้งหมดด้วยเหตุ หนึ่ง เหตุ ใดก็ตาม, เช่นเป็นมะเร็งกระเพาะขี้ส้ววะ.

(๒) เอ็กซโทรพีย ของกระเพาะขี้ส้ววะ.

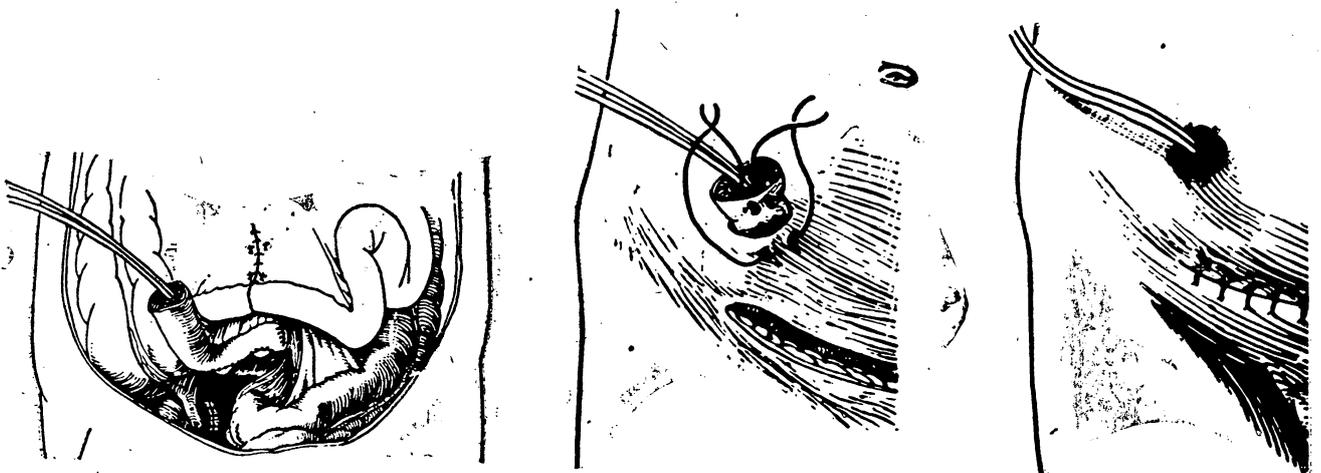
(๓) ชัยโปโทเนีย ของกระเพาะขี้ส้ววะอย่างแรง, อาจมีเหตุมาจากประสาทหรือกระเพาะขี้ส้ววะที่หมกกำลัง (คิคอมเฟ็นเซเต็ค) ที่มีขี้ส้ววะเหลือค้างกระเพาะมากมาย, แก้ไขไม่ได้, พร้อมกับมีการติดเชื้อของไตทั้ง ๒ ข้างอย่างรวดเร็วและไตเสื่อมสมรรถภาพ.

(๔) มะเร็งกระเพาะ ขี้ส้ววะ ที่เป็นมากมายรักษาไม่ได้ มีเลือดออก เรอ รั้ง, ทำการผ่าตัดเพื่อช่วยให้เลือดออกน้อยลง, เพราะไม่มีขี้ส้ววะในกระเพาะเป็น สิ่ง รบกวนและเป็นการยืดชีวิตผู้ช่วยไม่ให้ตายเพราะ ырเมย และการติดเชื้อของไต.

(๕) วาจิโน-เวสิคัล ฟิสตูล่า ที่แก้ไขไม่ได้แล้ว.



รูปที่ ๒ ก. การทำ ไอเลียล ลูป แบลดเตอร์ แสดงการต่อท่อเข้ากับส่วนลำไส้เล็ก.



รูปที่ ๒ ข. ไอเลียล ลูป แบลดเตอร์ แสดงการนำปลายลำไส้เล็กออกสู่ผนังหน้าท้อง.

(๖) ชัยเปอร์โทนิค นิวโรเจนิก แบลคเตอร์ ที่มีความจุน้อยมาก, แก้ไขไม่ได้ผลโดยวิธีอื่น ๆ.

(๗) เนื้องอกอย่างร้ายในช่องกระดูกเชิงกรานที่กดท่อไตทั้ง ๒ ข้างหรือลุกลามถึงท่อไตแล้ว, พบบ่อย ๆ ในมะเร็งปากมดลูกระยะหนัก.

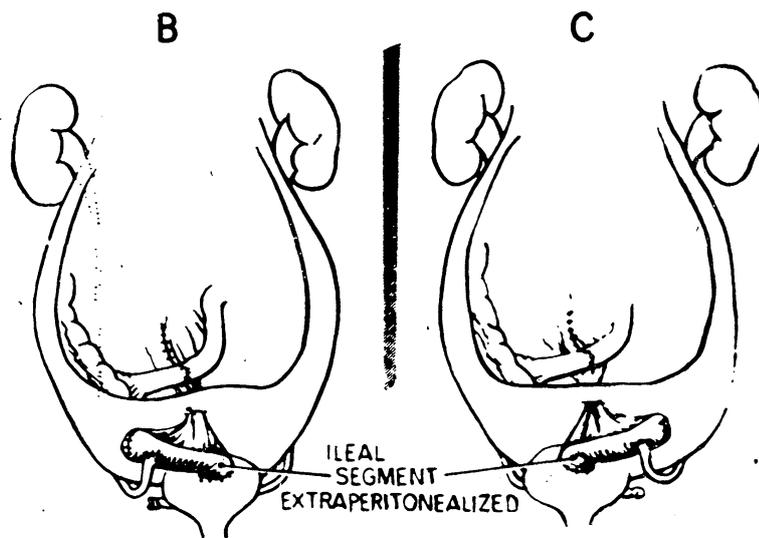
อาการแทรกซ้อนอันภายหลังอาจเกิดในการผ่าตัดชนิดนี้ได้เพราะมีการบีบตันของรอยต่อท่อไตกับลำไส้เล็ก, ทำให้มีชัยโคโรเนโฟรสิส และการติดเชื้อ. เป็นเรื่องของคนึกการผ่าตัด.

การใช้ส่วน ลำไส้ เล็ก แทน หลอดไต

(รูปที่ ๓)

อาจใช้ส่วนลำไส้เล็ก แทน เพียง ช่วง

หนึ่งของหลอดไตหรือตลอดหลอดไต, ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง, โดยที่ยังมีกระเพาะปัสสาวะที่ค้อย. หลอดไตอาจเสียเพราะเป็นโรคหรือคืบคั้นเป็น ทาง ยาว ด้วยเหตุหนึ่งเหตุใดก็ตาม, เช่นเป็นผลของการฉายรังสีเพื่อการรักษามะเร็งในช่องท้อง. อาจใช้ในรายที่การบีบตันของหลอดไตช่วงสั้น ๆ ก็จริง, แต่เป็นหลอดไตที่หมดกำลัง (ดีคอมเพ็นเซเตด), มีการบีบตัวน้อยมากหรือไม่เลย. การทำอาจเอาปลายต้นของลำไส้เล็กต่อกับหลอดไตส่วนบนหรือกรวยไต. แม้จะต่อกับแขนงของกรวยไต (คาลิซกซ์) ก็ยังได้. ส่วนปลายของลำไส้เล็กต่อกับกระเพาะปัสสาวะ ยูรีเทอโร-ไอเลโอ-ซีซโตสโตมีย์ หรือ พัยอ์โล-

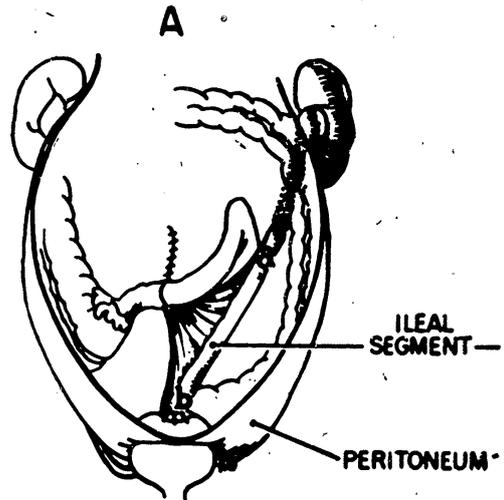


รูปที่ ๓ ก. การใช้ส่วนลำไส้เล็กแทนท่อไต (Uretero-ileo-cystostomy) ข้างเดียว ต่อนอกเยื่อช่องท้อง.

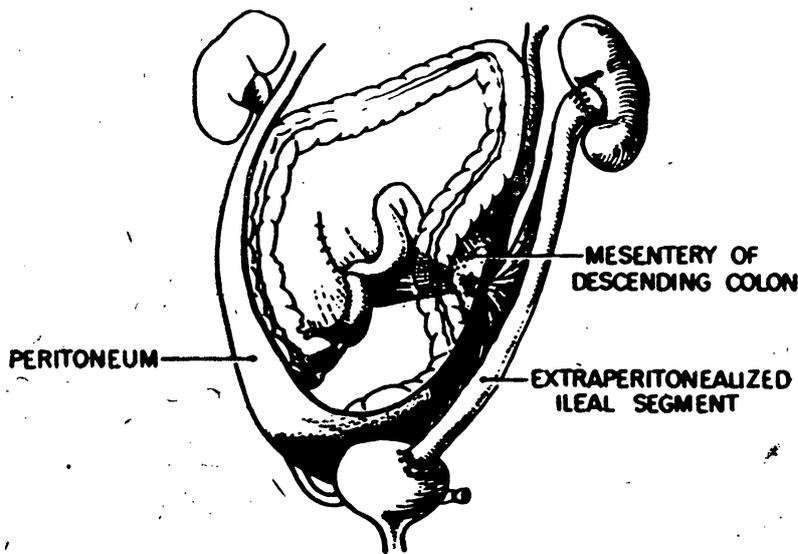
ไฮเลโอ-ซีสต์โตสโตมีย์ หรือ เนโฟร-ไฮเลโอ-ซีสต์โตสโตมีย์) ช่วงลำไส้เล็กที่ใช้อาจให้ลอคออกไปอยู่นอกเย็บช่องท้องหรือเพียงให้รอยต่ออยู่นอกเย็บช่องท้องก็ได้. แต่ถึงแม้จะต่อกันภายในช่องท้องก็ไม่มผลเสีย, ถ้าต่อกันดีและวางท่ออย่างไว้วางรอยต่อเพื่อให้บัสสาวะซึมออกได้หากเกิดการรั่วขึ้นในวันแรก ๆ หลังผ่าตัด. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดนี้เวลาถ่ายบัสสาวะจะมีบัสสาวะล้นขึ้นไปในลำไส้ได้, แต่เพราะเป็นลำไส้ช่วงสั้นและกว้าง ยื่นขึ้นได้แต่ก็ย่นลงได้โดยเร็ว, จึงไม่มีอาการของการคุดซึ่ม อีเล็กโตรลิต, และถ้ากระเพาะบัสสาวะก็ถ่ายบัสสาวะ

ออกได้หมดก็ไม่ต้องเกิดการคุดซึ่มเลยตามชนบท.

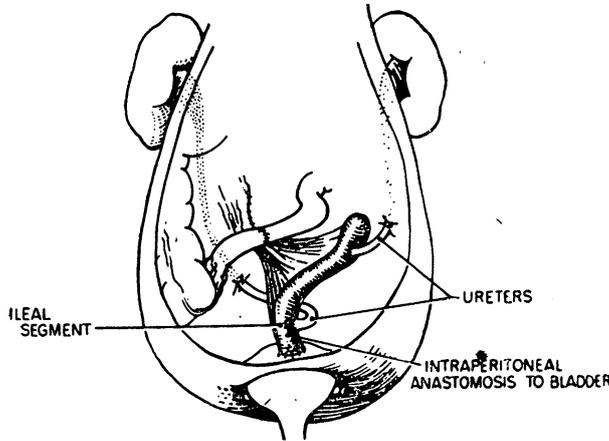
เมื่อผ่าตัดควรทำ ซุปราพิวบลิก ซีสต์-



รูปที่ ๓ ข. การใช้ส่วนลำไส้เล็กแทนท่อไต (pyelo ileo cystostomy) ลำไส้เล็กต่อกับกรวยไตนอกเย็บช่องท้อง และต่อกับกระเพาะบัสสาวะภายในช่องท้อง



รูปที่ ๓ ค. การใช้ลำไส้เล็กแทนท่อไต (pyelo-ileo cystostomy) ส่วนลำไส้เล็กอยู่นอกเย็บช่องท้องโดยตลอด.



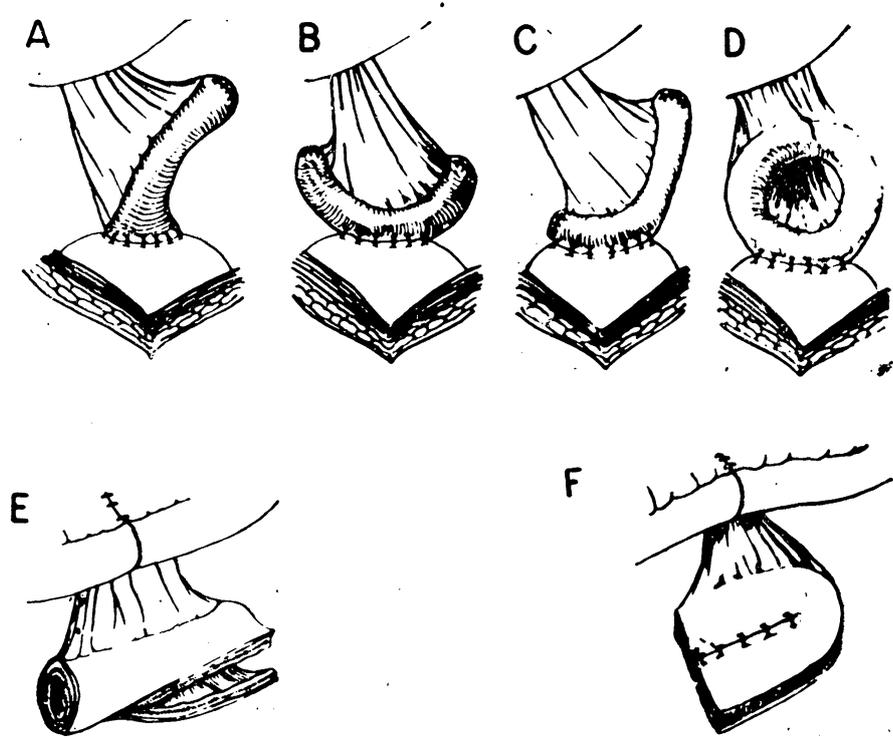
รูปที่ ๓ ง. การใช้ลำไส้เล็กแทนท่อไตทั้งสองข้าง ทำการต่อภายในช่องท้อง.

โตสโตมัย หรือสอต คาคีเตอร์ คาไว้ใน หลอดปัสสาวะอย่างน้อย ๑๐ วัน.

การใช้ ส่วน ลำไส้เล็ก เพื่อ เพิ่ม ขนาด  
กระเพาะปัสสาวะ (Ileo-cystoplasty)  
(รูปที่ ๔)

กระเพาะปัสสาวะที่เล็กเกินไปทำให้ ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ จนเป็นที่รำคาญ. ในรายที่กระเพาะปัสสาวะเล็กเพราะเป็น ไฟโบรสิส จากการอักเสบเรื้อรัง, หรือใน รายที่ต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออกบาง ส่วนด้วยเหตุใดก็ตาม, อาจจะทำให้มี ความจของกระเพาะปัสสาวะกลับเป็นปรกติ โดยใช้ลำไส้เล็กมาปะเสริม. มีวิธีทำ แบบต่าง ๆ, เช่นเอาที่อนลำไส้มาต่อกับ กระเพาะปัสสาวะแบบ "Cat tail" (A),

แบบตัว T (B), แบบ "Off-center iso-peristaltic" (C), แบบวงแหวน (D), หรือ อาจทำโดยตัดแฉะลำไส้เป็นแผ่น (ileal patch) (E) แล้วจึงไปเย็บประกบขอบแผล กระเพาะปัสสาวะที่ตัดออก. ถ้าต้องการ ให้ ไอล็อยล แพ้ทซ์ เป็นแผ่นกว้าง, ไม่ เป็นแผ่นแคบยาว, อาจเย็บทขแผ่นลำไส้ เข้าหากัน (F) ก่อนเอาไปเย็บประกบกระ- เพาะปัสสาวะ. การเย็บปะต่ออาจทำใน ช่องท้องหรือนอกเย็บช่องท้องก็ได้. ตาม การผ่าตัดวิธีนี้ผนังลำไส้จะหดตัวไม่ไคค เหมือนกระเพาะปัสสาวะปรกติ. ถ้าคือ กระเพาะปัสสาวะไม่เคยผลิตปรกติก็คงถ่าย ปัสสาวะไคค. แต่ถ้ามีคือกระเพาะปัสสาวะ เคยผลิตปรกติ, ซึ่งมักจะพบบ่อย ๆ ในคน สูงอายุ, ควรจะแก้ไขคือกระเพาะปัสสาวะ



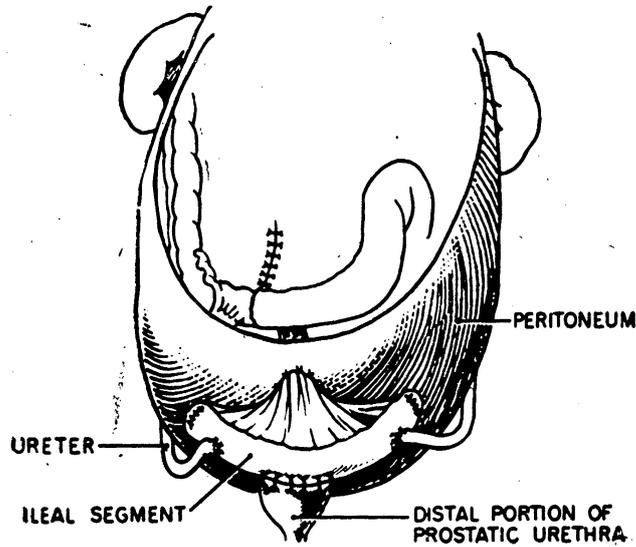
รูปที่ ๕ การใช้ส่วนลำไส้เล็กเพื่อเพิ่มขนาดกระเพาะปัสสาวะ  
รูป E และ F แสดงการแผ่ส่วนลำไส้และเย็บทบเข้าหากัน ก่อนจะนำไป  
เย็บปะกระเพาะปัสสาวะ.

ให้กว้างด้วย, มิฉะนั้นอาจถ่ายปัสสาวะ  
ไม่สะดวก, ถ่ายออกไม่หมด, มีโอกาส  
เกิดอาการผิดปกติเพราะการกดขี่มกลีบ  
ของ อีเล็กโตรลิตซ์ และอาจเกิดการตีต  
เซอ. เมื่อผ่าตัดต้องทำ ซุปราพิวบิก ซิซัส-  
โตสโตมีย์ หรือสวน คาธิเตอร์ คาหลอก  
ปัสสาวะไว้อย่างน้อย ๑๐ วัน.

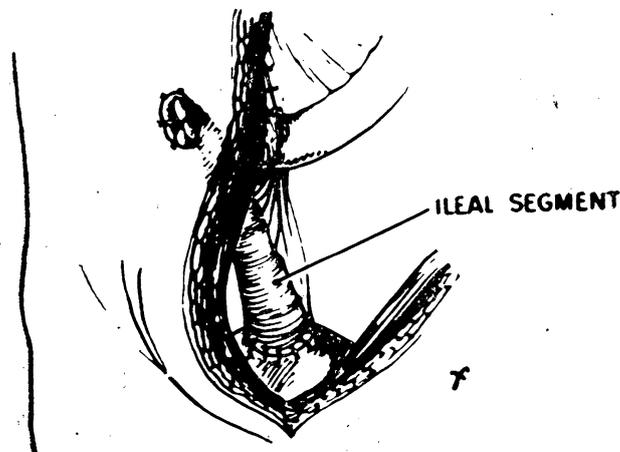
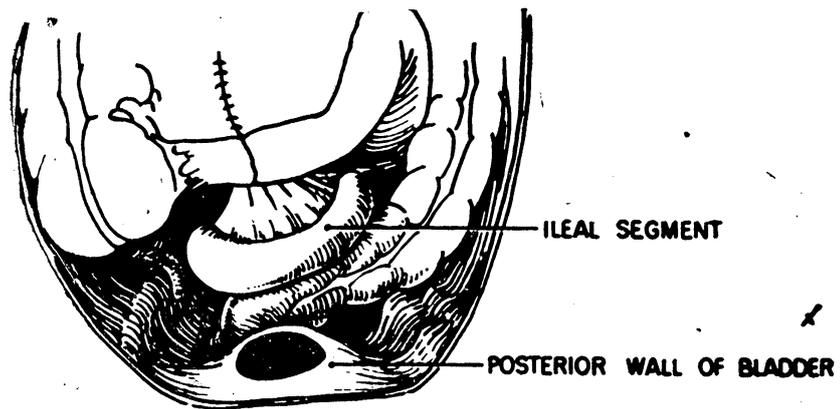
การใช้ส่วน ลำไส้ เล็กแทน กระเพาะ  
ปัสสาวะ (รูปที่ ๕)

ในรายที่ต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออก

หมดเหลือเพียงคอของ กระเพาะหรือปรอส  
เตติค ยูริธรา อาจเอาท่อไตต่อเข้ากับ  
ส่วนลำไส้เล็กที่ตัดแยกออกแล้ว, และเอา  
ลำไส้เล็กต่อกับคอของ กระเพาะปัสสาวะ  
หรือ ปรอสเตติค ยูริธรา อีกต่อหนึ่ง.  
โดยวิธีนี้การถ่ายปัสสาวะอาจออกลำบาก  
กว่าปกติเพราะลำไส้หดตัวไม่ดีเท่ากระ-  
เพาะปัสสาวะและอาจมีมูกจากเยื่อเมือก  
ของลำไส้มาออกได้. อาจต้องใช้มีดกด  
หน้าท้องช่วยการถ่ายปัสสาวะ.



รูปที่ ๕. การใช้ส่วนลำไส้เล็กแทนกระเพาะปัสสาวะ.



รูปที่ ๖. การใช้ส่วนลำไส้เล็กเป็นทางนำปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะออกทางหน้าท้อง

การใช้ส่วนลำไส้เล็กนำบัสสาวะจาก  
กระเพาะบัสสาวะออกทางหน้าท้อง  
(Ileo-cystostomy, หรือคำว่า เรียกว่า  
cysto-ileo-cutaneous anastomosis) (รูป  
ที่ ๖)

ใช้ส่วนลำไส้เล็กเอาส่วนต้นต่อเข้า  
กับกระเพาะบัสสาวะและให้ส่วนปลาย  
โผล่ทางผนังหน้าท้อง. วิธีนี้เท่ากับใช้  
ส่วนลำไส้เล็กแทน S.P. tube โดยไม่  
ต้องมีท่อขอยอยู่ในกระเพาะบัสสาวะ. แต่  
ต้องใช้ถุงครอบหน้าท้องเพื่อเก็บบัสสาวะ.  
เป็นการสะดวกที่ไม่ต้องเปลี่ยนท่ออย่าง  
บ่อย ๆ และโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อมี  
น้อยกว่าการใช้ท่อขอย. ใช้ในผู้ป่วยที่ท่อ  
บัสสาวะตันซึ่งแก้ไขไม่ได้แล้ว, หรือ  
ทกล้ามเนื้อหดเสีย, กลั้นบัสสาวะไม่ได้  
(ทำพร้อมกับการเย็บคอกระเพาะบัสสาวะ  
ปิด), หรือใช้ในรายที่เป็น "neurogenic  
bladder".

รายงานการปฏิบัติ

การใช้ส่วนลำไส้เล็กเพื่อแก้ไขความ  
ผิดปกติในทางเดินบัสสาวะ ในผู้ป่วย  
หน่วย ศัลยกรรม ระบบบัสสาวะ, โรง  
พยาบาลศิริราช, ระหว่างปี ๒๕๐๑-

๒๕๐๘ มีดังต่อไปนี้ :

จำนวนที่ทำผ่าตัด	๑๖ ราย.
ทำ Ileo loop bladder	๑๐ ราย.
ใช้แทนหลอดไต	๕ ราย.
ใช้เพื่อขยายกระเพาะบัสสาวะ	๒ ราย.

วิจารณ์การทำ ไอเลียล ลูป แบลด-  
เดอร์

แม้ว่าการผ่าตัดแบบนี้มีข้อดีซึ่งจะ  
ทำมากกว่าแบบอื่นก็จริง, แต่เท่าที่ผ่าน  
มาแล้วเป็นเพียงการรักษาตามอาการไม่  
ให้ผู้ป่วยตายเพราะยริเมียในคนไข้โรค  
มะเร็งเป็นส่วนใหญ่ (๘ ใน ๑๐ ราย).  
มีโรคแทรกซ้อนตายหลังผ่าตัด ๒ ราย,  
อีก ๖ รายก็ต้องตายในเวลาไม่ช้านัก.  
เท่าที่ทำก็เพียงทนคไม่โตที่จะให้ตายด้วย  
ยริเมีย โดยไม่ได้รับการรักษา. หวังว่าคนไข้จะ  
อยู่ได้อีกเป็นแรมเดือน. ถ้าจะทำเพียง  
เนโฟรีสโตมีย์ หรือ พัยอิลอสโตมีย์ หรือ  
ยริเทอโรสโตมีย์ ทั้ง ๒ ข้าง, ชีวิตใน  
ระยะสุดท้ายคงจะดีกว่าการทำให้  
ไอเลียล ลูป แบลดเดอร์ แน่ ๆ, เพราะ  
ต้องเปลี่ยนท่ออย่างบ่อย ๆ และการเปลี่ยน  
ท่อก็ทำไม่ได้ง่าย ๆ เหมือน S.P.  
cystostomy tube. ทั้งยังมีโอกาสเกิด

ตารางแสดงของชบง, ผล, และเหตุแทรกซ้อนของการผ่าตัด ทำ Ileal

loop bladder ๑๐ ราย

เลขที่ภายใน เพศ อายุ	ของชบง	เหตุแทรกซ้อนและผล
(๑) ๒๖๕๓๕-๐๑ ชาย ๕๕ ปี	Recurrent CA bladder—advanced Hydronephrosis Rt., Hydro-ureter Lt.	แผลแยก, Paralytic ileus, Uremia, ตาย.
(๒) ๒๑๖๖๑-๐๗ ชาย ๕๘ ปี	CA bladder—advanced Bilat. hydronephrosis —Chronic uremia	ตรวจพบหลังผ่าตัดมีมะเร็งแพร่ กระจายไปปอด. กลับบ้านได้, อาการไม่ดี.
(๓) ๑๑๘๔๕-๐๗ ชาย ๕๔ ปี	CA bladder—advanced Hydro-ureter, Rt. Status post-nephrectomy (for T.B. kidney Lt.)	Haemoperitoneum, paralytic ileus, Bleeding peptic ulcer, ตาย.
(๔) ๑๖๖๒๕-๐๒ หญิง ๕๔ ปี	Squamous-cell CA—urethra with involvement of bladder neck and vagina.	ทำ Cystectomy, Hysterectomy และ vulvectomy ด้วย.
(๕) ๒๐๘๖๘-๐๖ หญิง ๕๔ ปี	CA urethra and vagina, status post-hysterectomy (S.V.)	ทำ Cystectomy and vulvec- tomy มี rectal fistula, ทูเลา.
(๖) ๒๖๐๑๓-๐๑ หญิง ๔๒ ปี	Recurrent CA cervix with V.V. fistula, Hydronephrosis Rt., Non-functioning Lt. kidney	ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดบ่อย ๆ เมื่อกลับ.
(๗) ๒๖๐๓๖-๐๒ หญิง ๖๖ ปี	CA corpus with involvement of bladder and ureters	ทูเลา.
(๘) ๒๕๔๒๓-๐๗, หญิง ๒๕ ปี	Status post-Wertheim's operation and deep X-ray therapy for CA cervix, Bilat. ureteral obstruction with anuria	ทูเลา.
(๙) ๒๓๐๔๖-๐๑ หญิง ๓๓ ปี	Large V.V. fistula	ได้ผลดีจนถึง พ.ศ. ๒๕๐๕
(๑๐) ๑๓๕๒-๐๒ หญิง ๒๘ ปี	T.B. stricture of Lt. lower ureter with Hydronephrosis, T.B.V.V. fistula, status post-nephrectomy, Rt.	มี Internal herniation with obstruction ต้องผ่าตัดใหม่. หายดี.

การตัดเชื้อไตง่ายด้วยเพราะมีท่อข้างเป็น  
สิ่งแปลกท่ในทางเดินปัสสาวะ. ถ้าจะทำ  
เพียง uretero cutaneous anastomosis ซึ่ง  
ง่ายกว่า ก็มักมี นิโคโรสิส ของท่อไต,  
และมักมีการตีตันที่ช่องเปิดที่ผิวหนัง  
หน้าท้อง. แต่ถึงกระนั้นการทำ ไอล็อยล  
ลูป แบลกเตอร์ ก็เป็นการผ่าตัดใหญ่, เสีย  
เวลานานพอใช้. ถ้าเห็นว่าผู้ป่วยอาการ  
มากแล้วก็น่าจะทำเพียง ยูรีเทอโรสโต-  
มีย์ สองข้างจะดีกว่า. ผลคือของ ไอล็อยล  
ลูป แบลกเตอร์ น่าจะเห็นได้จากผู้ป่วยสอง  
รายหลังที่ไม่ใช่มะเร็ง, ซึ่งอยู่ได้โดยมี  
สุขภาพที่คลอออกมา.

### รายงานผู้ป่วยที่ใช้ส่วนลำไส้เล็กแทน หลอดไต ๓ ราย

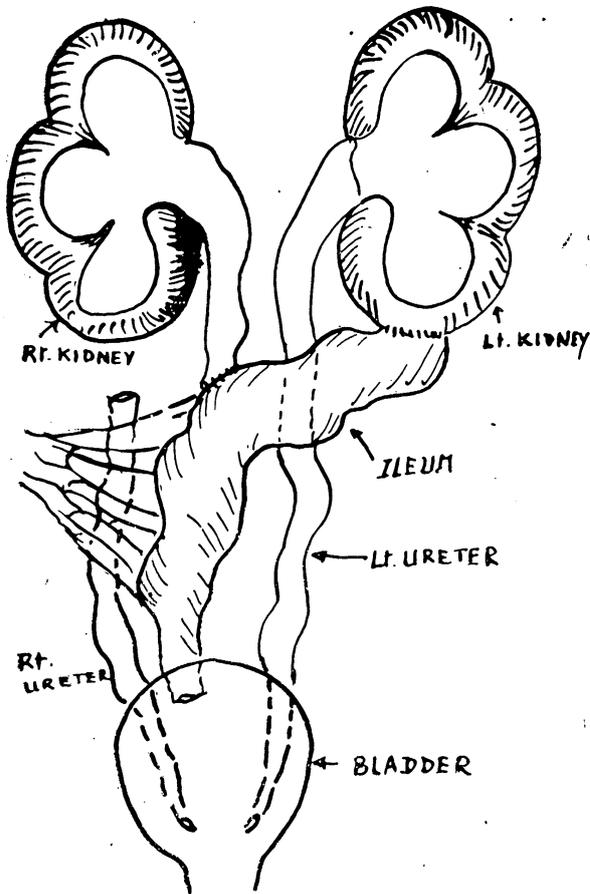
รายที่ ๑ เด็กชายอายุ ๑๑ ปี, เลขที่  
ภายใน ๒๕๔๒/๐๔, รั่วไขว้เมื่อ ๖ ก.พ.  
๐๔ ด้วยเรื่องปวดชายโครงซ้ายและ  
ปัสสาวะ เป็นเลือดก่อนมาโรง พยาบาล  
๕ วัน. ผลการตรวจร่างกายทั่วไป  
เป็นปรกติ, นอกจากกดเจ็บเล็กน้อยบริเวณ  
ไตซ้าย. ตรวจปัสสาวะพบเม็ดโลหิตขาว  
และเม็ดโลหิตแดง มาก. ถ่ายภาพ

K.U.B. ธรรมดาพบมี แคลเซียม จับ  
บริเวณไตขวาคล้ายกับเป็นนิ่ว. ตรวจด้วย  
ซีซีสโตสโคปี พบว่ามีเลือดคั่งที่เยื่อเมือก  
ทั่วไป และมีเลือดออกใต้ เยื่อเมือก เป็น  
หย่อม ๆ. หาไม่พบรอยเปิดหลอดไตข้าง  
ขวา. ส่วนที่ตำแหน่งรอยเปิดหลอดไตซ้าย  
มีลักษณะเป็น "golf hole" ไม่แน่ใจว่า  
เป็นรอยเปิดหลอดไตหรือไม่, เพราะสวนด้วย  
คาธิเตอร์ ไม่เข้าและการทดสอบโคโยนิคัส  
อินทิโกคาร์มัน ก็ไม่ปรากฏว่ามีเลือดออกใน  
๑๐ นาที. ได้ทำ I.V.P. พบว่าไตข้าง  
ขวาไม่ทำงาน. มี ซีซีโทรเนโฟรสติส และ  
ซีซีโทรยูรีเตอร์ ปานกลางในข้างซ้าย.  
ในวันที่ ๒๐ ก.พ. ๐๔ ได้ผ่าตัดตรวจ  
หลอดไตข้างซ้ายพบว่าครึ่งล่างของหลอด  
หนาแข็งและตีบ. ได้เปิดแะท่อไตลงไป  
ตลอดและสวนหลอด ไปลิยเอริยลิน ตาม  
ไว้. ขณะนั้นให้การวินิจฉัยว่าเป็น ยูรีเทอ  
โรติส เรอริงและ เพอริยูรีเทอโรติส. แต่  
การตรวจเนื้อต่อมาแสดงว่าเป็น ยูรีเทอโร  
ติส เรอริง, น่าจะเป็นเพราะวัณโรค. จึง  
ได้ให้ สเตร์ปโตมัยซิน และไอ.เอ็น.เอส.,  
ตามท่อไตด้วยหลอด ไปลิยเอริยลิน อยู่  
๑ สัปดาห์. ยังมีปัสสาวะซึมรั่วทางแผล  
ชั้นเอด. ถ้าไม่ใช่เพราะวัณโรค และไม่

มีการขับต้น, แผลควรบีบรีบร้อยภายใน ๒ สัปดาห์. แต่รายนภายหลัง ๒ เดือนแล้ว ยัสสวาระยังรวทางแผล, แผลคงว่าแผลหลุดไตไม่หาย, และยังคงขยับ. จึงได้ทำ ยรีเทอโร - ไอเลโอ - ซิซึส - โทสโตมีย์ เมื่อ ๒๐ เมษายน ๐๔, ได้ผลดี. เด็กถ่ายยัสสวาระได้, ไม่มียัสสวาระซึมที่แผล. ต่อมากลับมีไข้สูงและปวดขยับเขวข้างขวา. จึงต้องทำการตัดไตขวา ซึ่งไม่ทำงานอยู่แล้วออกเมื่อ ๘ มิถุนายน ๐๔. ปรากฏชัดเจนว่าเป็นวัณโรคไต. เด็กกลับขยับได้เมื่อ ๑๕ มิ.ย. ๐๔. มาอีกครั้งหนึ่งเมื่อ ๑๕ มิ.ย. ๐๔ โดยมีอาการปวดท้อง, ท้องอืด, เข้าใจว่ามีเยื่อยึดติดลำไส้. แต่แล้วอาการหายไปเอง. รายงานได้มาติดต่อกันเมื่อต้นเดือน พ.ค. ๐๕ โดยมีรหนองเรอรังทบนเอวซ้าย. ได้ตรวจด้วย I.V.P. ปรากฏว่ามีรปรกรวยไตปรกติ. เด็กแข็งแรงก็เป็นปรกติ.

รายที่ ๒ ชายอายุ ๑๗ ปี, เลขที่ภายใน ๑๒๐๔๘/๐๗, รับไว้เมื่อวันที่ ๑๑ เม.ย. ๐๗ ด้วยอาการปวดบริเวณไตข้างซ้ายและถ่ายยัสสวาระเป็นเลือดหลังจาก

ตกต้นไม่ส่ง ๓ วา. ได้ทำ I.V.P. พบว่าไม่มีการขับถ่ายของวัตถุทึบรังสีทั้ง ๒ ข้าง. เพราะอาการไม่มากมายจึงรออยู่ถึง ๑๔ เม.ย. ๐๗ จึงได้ผ่าตัดตรวจไตข้างซ้าย. พบว่าไตมีขนาดใหญ่โตมากเนอบาง, มีรอยฉีกขาดของเนื้อไตส่วนล่าง. ได้ทำการเย็บแผลที่ไตและทำ เนโฟรีสโตมีย์ ไว้. ต่อมาแผลหายก็ให้กลับขยับชั่วคราว. มาอีกครั้งหนึ่งเมื่อ ๓๐ เม.ย. ๐๗ เพราะมีอาการปวดท้องข้างขวามา ๒ วันและยัสสวาระเป็นเลือดอีก มีไข้, และบางคราวยัสสวาระขุ่นเป็นหนอง. เมื่อทำซิซึสโตสโคปี้ พบว่ากระเพาะยัสสวาระอักเสบมากและมี ทราบะเคเลชั่น มาก, ทำให้हारเปิดหลุดไตไม่พบ. ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น "คอกกระเพาะยัสสวาระคืบแต่กำเนิดและ ฮัยโทรเนโฟรีสิส ตึกเซอ" ทั้งสองข้าง. ได้ส่งคนาคา คาคิเตอร์ หลอดยัสสวาระไว้ และรักษาตามอาการ. ได้ให้เลือดหลายครั้งเพราะช็อคมาก. เมื่อ ๑๗ พ.ค. ๐๗ ได้ทำ ซูปราพิวีก ซิซึส - โทสโตมีย์ ขยายให้คอกกระเพาะยัสสวาระกว้างขึ้น และทำ ยรีเทอโรมีเอโตโตมีย์ ทั้งสองข้าง (ให้รเปิดหลุดไตกว้างขึ้น). ในระยะต่อมายังคงมียัสสวาระขุ่นมากบ้าง

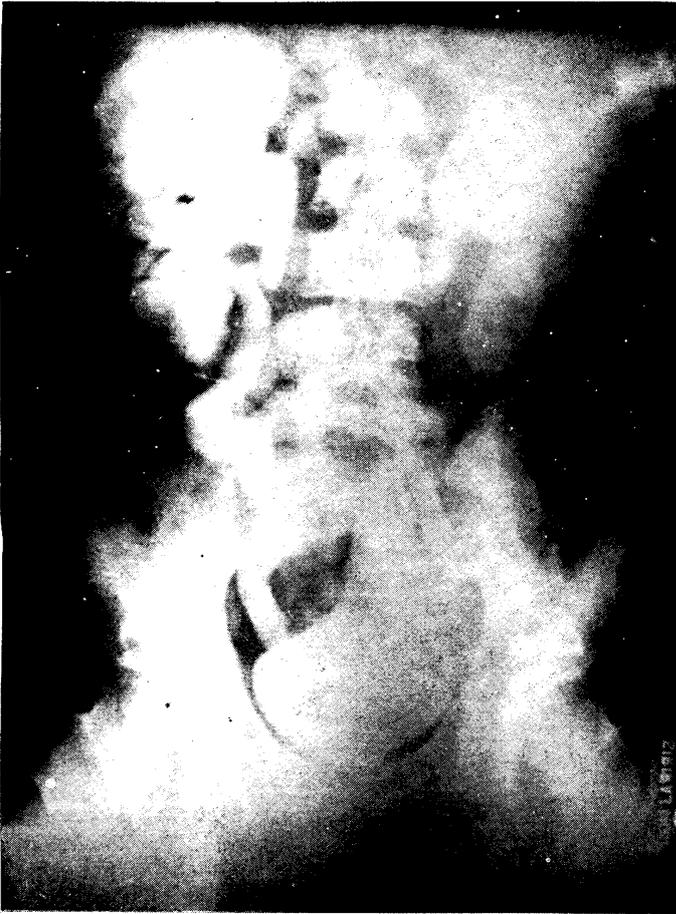


รูปที่ ๗. ผู้ป่วยรายที่ ๒, ภาพแสดง Rt. upper uretero-Lt. nephro ileo cystostomy

น้อยบ้างและมีไข้สูงบ้างต่ำบ้าง, แม้จะเปลี่ยนยารักษาเชื้อปัสสาวะหลายขนาน. การทำรีโทรเกรด พัยอ์โลกรรภาพัย คือ มาพบว่า มี ฮัยโครเนโฟรสิส และ ฮัยโครยรีเตอร์ มากทั้งสองข้าง. หลอดไตพองใหญ่จนถึงจุดที่เบียดเข้ากระเพาะปัสสาวะ, ทำให้หนักกว่าความตึงตัวของหลอดไตทั้งสองข้าง น้อยมาก, ไม่สามารถบีบปัสสาวะผ่านรูเบียด, ทั้ง ๆ ที่รูเบียดไม่ได้

เล็กกว่าปรกติแล้ว. จึงเมื่อ ๑๕ มิย.

๐๗ ได้ทำ Rt. uretero-Lt. nephro-ileo-cystostomy (ข้างซ้ายทำการต่อเคลียกซ์ อดล่างที่โป่งพอง กษัลลาไล้, เพราะเคยผ่าไตข้างนี้มาแล้วมีการยึดติดมากและการต่อที่เคลียกซ์นี้ น่าจะทำให้ปัสสาวะถ่ายเทออกได้ดีกว่าต่อที่กรวยไตเสียอีก, เพราะเคลียกซ์ อดล่างที่พองมาก ๆ ไม่สามารถบีบตัวขับปัสสาวะย้อนขึ้นสู่กรวยไตได้ก็เป็นปรกติ) (รูปที่ ๗). ทั้งนี้เพื่อใช้ล้าไล้เล็กทำหน้าที่แทนหลอดไต, จะได้ขับตัวพาปัสสาวะจากไตลงสู่กระเพาะเพราะปัสสาวะไต่กษัน. ผลภายหลังผ่าตัดดีมาก, คือปัสสาวะใส, ไข้ลด. ได้เอาหลอด S.P. ออกใส่ ยรีเตอร์ล คาคีเตอร์ คาวัว, เมื่อแผลกระเพาะปัสสาวะยึดสนิทแล้วให้ถ่ายปัสสาวะเองก็ถ่ายได้. แต่ต่อมาปัสสาวะก็กลับขุ่นอีกและมีไข้. ส่วน ยรีเตอร์ล คาคีเตอร์ คาวัวใหม่ปัสสาวะก็กลับใสอีก. ได้ทำ ซีย์สโตกรรภาพัย พบว่ามีการไหลย้อนกลับ ขึ้นสู่ไตทั้ง ๒ ข้าง (รูปที่ ๘). จึงเห็นว่าไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเอง, เพราะการไหลย้อนกลับจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ จึงกลับทำ ซูปรราฟวิค ซีย์ส-



รูปที่ ๘ ผู้ป่วยรายที่ ๒ หลังทำ Rt. upper uretero Lt. nephro ileo cystostomy cystogram แสดงถึงวัตถุทึบแสงย้อนขึ้นสู่ไต - ช่องลำไส้เล็กไม่เห็น เพราะไหลกลับเข้ากระเพาะปัสสาวะได้ดี. ขนาดไตและท่อไตทั้ง ๒ ข้าง เท่ากับก่อนผ่าตัด

รูปที่ ๙ ผู้ป่วยรายที่ ๒ ภาพ I.V.P. หลังผ่าตัด ๑ ปี ๑๐ เดือน แสดงให้เห็นขนาดไตที่เล็กลงกว่าเดิม และขับถ่ายวัตถุทึบแสง ได้ดีพอสมควร



โตสโตมีย์ อึก. ยัสสาวะก็ใสขุ่นมาก  
ตลอดมาไม่มีไข้. ให้กลับบ้านเมื่อ ๑๕  
ส.ค. ๐๗. ผู้ป่วยได้มาเปลี่ยนท่อ  
หน้าท้องบ่อย ๆ. อาการทั่วไปแข็งแรงขุ่น  
มาก. ยัสสาวะใส, ไม่มีไข้. เมื่อปลาย  
เดือน เม.ย. ๐๘ ได้ทำ I.V.P. พบว่า  
ขนาดไตเล็กลงและขับถ่ายวัตถุที่รังสีได้  
ดีพอสมควร (รูปที่ ๘). รายงานต่อไปถึ  
มีความเค็ดรอนเรื่องต้องเปลี่ยนท่อหน้า  
ท้องอาจทำ ไอลีล ลป แบลคเคอร์ โคโย  
เพียง ย้าย ปลาย ส่วน ลำไส้ เด็ก ที่ต่อ กับ  
กระเพาะ ยัสสาวะ มาเย็ด ที่ หน้า ท้อง-  
เท่านั้น. เรองให้ถ่ายยัสสาวะเองคงไม่  
ได้ผลดี, เพราะการมีไหลย้อนกลับถึงไต  
ที่ยังพองอยู่, คงจะทำให้เกิดการคึดเซอ  
อึก.

รายที่ ๓ เด็กชายอายุ ๔ ปี, เลขที่ภายใน ๗๐๓๑/๐๗, รัยไว้เมื่อ ๑๒ มี.ค. ๐๗, ทั่วอาการท้องโตผิดปกติตั้งแต่เด็กเล็ก, และ โต มาก ขุ่น เมื่อ ๕ เดือนมาแล้ว. โตทาง ค้านซ้าย มากกว่าค้านขวา. ไม่มีอาการอื่น ๆ. การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้จาก I.V.P.. ซึ่งพบมี ยัย โครเน โพร ลีส ปาน กลาง-

ในข้างขวา, และมีการคอคตรงที่ต่อ ย -  
รีเทอโร - เฟลวิก. ส่วนไตข้างซ้ายโต  
มากและไม่มีการขับถ่ายวัตถุที่รังสี.  
เมื่อ ๒๓ มี.ค. ๐๗ ได้ทำ พัยอโลพลาสติก  
และ พัยอโลสโตมีย์ ข้างขวา. ต่อมา  
หลุด พัยอโลสโตมีย์ หลุดมาใช้สัง, จึง  
ทำ เนโพรสโตมีย์ ทั้งสองข้างเมื่อ ๑๓  
เม.ย. ๐๗. ตรวจ พัยอโลกราฟัย เมื่อ  
๒๘ เม.ย. ๐๗ ยังพบกรวยไตข้างขวาพอง  
โตเช่นเดิม. เมื่อ ๒๑ พ.ค. ได้ผ่าตัด  
ตรวจไตซ้ายเพื่อหาทางแก้ไขข้าง. พบว่า  
ไตซ้ายโตมาก, เนื้อไตบางมาก, และ  
ยัสสาวะเป็นหนอง, จึงตัดไตซ้ายออก.  
เมื่อ ๒ มี.ย. ๐๗ ทำ รีโทรเกรค พัยอ-  
โลกราฟัย ข้างขวาพบว่าท่อไตส่วนบนตัน  
หมก. น่าจะเป็นผลของการคึดเซอ. ใน  
วันที่ ๔ มี.ย. ๐๗ ได้ลงไปพยายามหาทาง  
แก้ไขหลอดไตส่วนบนข้างขวา. แต่ทำไม่  
สำเร็จเพราะมีเยื่อคึดคึดมาก, หาไม่พบ.  
จึงทำ เนโพรสโตมีย์ ไว้เช่นเดิม. ในวันที่  
๑๖ ก.ค. ๐๗ ได้ทำ พัยอโล - ไอลี -  
โอ - ซียัสโตสโตมีย์ และ ซุปราพิวบิก  
ซียัสโตสโตมีย์. ต่อมาอาการคึดขุ่นเป็น  
ลำดับ. เขาหลุด S.P. ออกได้, และ  
จำหน่ายเมื่อ ๒๖ ต.ค. ๐๗. รวมอยู่ใน  
โรงพยาบาล ๗ เดือนเศษ.

รายที่ ๔ หญิงอายุ ๔๒ ปี, เลขที่ภายใน ๒๐๖๒๔/๐๗, รัยไว้ในแผนกนรีเวชฯ เมื่อวันที่ ๒๐ กค. ๐๗. ตรวจพบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ ๑. จึงทำการผ่าตัดแบบ แวร์ตไฮม์ เมื่อ ๑๓ สค. ๐๗. หลังผ่าตัด ๗ วันมีปัสสาวะไหลทางช่องคลอด, มีกลิ่นเหม็น, มีไข้สูงเรื่อยมา. ไม่มีปัสสาวะออกทาง ยูริเทอโรคาธิเตอร์. ตรวจ I.V.P. เมื่อ ๑๑ กย. ๐๗ พบว่าไตทั้งสองข้างปรกติ, แต่ไม่เห็นหลอดไตส่วนล่างทั้ง ๒ ข้าง. ในวันที่ ๑๗ กย. ๐๗ ใ้ใช้หลอดสวนหลอดไตทั้ง ๒ ข้าง. พบว่าข้างขวาสวนขึ้นได้ ๓ ซม., ข้างซ้ายได้ ๔ ซม. ในช่องคลอดมีปัสสาวะปนหนอง. ตรวจพบรูวัดติดต่อกับโพรงหนอง เห็นโคนเหลือจากตัดของคลอด. สรุปว่าเป็น ยูริเทอโรวาจินัล ฟิสทูล่า ทั้งสองข้างหลังผ่าตัดมดลูก. ได้รักษาตามอาการจนอาการทั่วไปดีขึ้น. จึงได้ทำ ยูริเทอโร-ไฮเลโอ-ซีซิสโตสโตมีย์ เมื่อ ๑ ตค. ๐๗ โดยไม่ใ้ทำ ซุปราพิวบิก ซีซิสโตสโตมีย์. เพียงค่า ยูริเทอโร คาธิเตอร์ ไว้ ๑๗ วัน. เมื่อ ๒๑ ตค. ๐๗ ใ้ทำ รอยกึ่งก ซีซิสโต-

กราฟยี. พบว่ามีการไหลย้อนกลับขึ้นเพียงที่ลำไส้, ไม่ไ้จนถึงหลอดไต, จึงใ้ใ้ให้กลับบ้าน.

ผู้ป่วยรายนี้ถ้าจะลงไปต่อหลอดไตเข้ากับ กระเพาะปัสสาวะใหม่คงไม่สำเร็จ, เพราะ เพิ่ง ผ่า ตัด มดลูกได้ ๑ เดือนเศษ. ยิ่งเคยมีการติดเชื้อด้วย, เนื้อหนังคงจะเยื่อเยื่อและเลือดออกมาก. ถ้าจะเอาหลอดไตส่วนสงขึ้น มาไป ต่อ กับกระเพาะปัสสาวะคงไม่ถ้ง, เพราะท่อไตยังไม่ยึดพองยาวพอ. ตามปรกติจะต้องรอไปอย่างน้อย ๓ - ๔ เดือน เพื่อ เนื้อหนังจะไ้กลับคืนสู่สภาพปรกติ, จึงค่อยลงไปแก้ไข. ถ้าระหว่างรอ ๓ - ๔ เดือนนี้เกิดมีอาการไตอักเสบย่อย ๆ หรือ ตรวจพบว่ามี ซีซิสโตเนโพรสิส มากขึ้น, ต้องทำ เนโพรสโตมีย์ หรือ พัยอิลอสโตมีย์ ไว้ก่อน. แต่ เคย พบว่า หลอด เนโพรสโตมีย์ ถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ ขางรายท่อตันเพราะหินปูนจับ. การทำ ยูริเทอโร-ไฮเลโอ-ซีซิสโตสโตมีย์ ทำให้หาย เป็นปรกติเร็วขึ้น, ไม่ต้องทนราคาญ่ต่อไปอีก ๒ - ๓ เดือนโดย มีปัสสาวะรั่วเลอะเทอะ ตลอดเวลาและอาจเกิดการติดเชื้อเมื่อไรก็ได้.

ผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดใช้ ส่วน  
ลำไส้เล็ก เพิ่มขนาดกระเพาะปัสสาวะ

๒ ราย

รายที่ ๑ ชายอายุ ๔๖ ปี, เลขที่ภายใน ๓๖๗๖/๐๓, วินิจฉัยโรคว่าเป็น “อติ-โนคาร์ซิโนมา ของ ยูเรเทอรัล ลูกกลามถึง ฟันคัส ของกระเพาะปัสสาวะ.

รักษาโดยการตัด ออก บาง ส่วนของ กระเพาะ ปัสสาวะ ร่วมกับ “ไอเลียด แพ็ชท์” ไอเลโอ - ซิยัสโตพลาสตี และ ซุปราพิวบิค ซิยัสโตสโตมีย์. ถ่าย ปัสสาวะได้สะดวก. แต่มีมักปนในปัสสาวะ เสมอ. อาการดีขึ้นถึงขั้นเป็นเวลา ๖ ปี เศษ.

รายที่ ๒ หญิงอายุ ๕๗ ปี, เลขที่ภายใน ๑๐๔๘๓/๐๔, การวินิจฉัยโรคว่า เป็น คาร์ซิโนมา ของกระเพาะปัสสาวะ (อันกิฟเฟอเร็นซิเอเต็ท) ฟันคัส และปาก ช่อง ยูรีเทอรัล ขวา, และ ฮัยโคเรน-โพรสิส, ขวา.

รับการรักษาโดยตัดกระเพาะปัสสาวะ บางส่วน. ผูก ยูรีเทอรัล ขวา, และทำ ไอเลียด แพ็ชท์, ซิยัสโตพลาสตี และ

ซูปราพิวบิค ซิยัสโตสโตมีย์. รายนี้ไม่ ได้ติดตามผลการรักษา.

วิจารณ์และสรุป

ได้กล่าวถึงการ ใช้ ส่วนของลำไส้เล็ก ซึ่งตัดแยก ออกจาก ทางเดิน อาหารมาใช้ ซ่อมแซม ความ ผิดปรกติ ของ ทางเดิน ปัสสาวะในตำแหน่งต่าง ๆ, ซึ่งส่วนที่ แน่นอนคือ ลำไส้เล็ก มีการ ขยาย ขยาย ปัสสาวะได้ เช่น เกี่ยวข้องกับทางเดินปัสสาวะ, และตัดปัญหาเรื่องการอักเสบจากเชื้อโรค ในลำไส้ได้อย่างในรายที่ทำผ่าตัดต่อทางเดิน ปัสสาวะเข้าลำไส้ โดยตรง (uretero-sigmoidostomy) ซึ่งทำกันมาก่อน. เรื่อง ความไม่สมดุลของ อิเล็กโตรลิต ไม่ น่าจะมีมากจนเกิดอาการ, เพราะเป็น เพียงทางผ่าน, ไม่ได้ขังไว้เป็นเวลานาน และใช้ลำไส้ช่วงสั้นที่สุด.

ได้รายงาน การ ใช้ ลำไส้เล็ก ในการ ซ่อมแซม ทางเดิน ปัสสาวะในผู้ป่วยของ โรงพยาบาลศิริราช ๑๖ ราย อย่างย่อๆ. ผลที่เห็นได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยที่ใช้ส่วน ลำไส้เล็ก แทน หลอดไตทั้ง ๔ ราย, เพราะสามารถที่จะแก้ไขให้ภาวะของไต

ชัน และการ ตึก เชื้อ ท เล่า ไป ไ้ มาก. หลอกไตส่วนบนถ้าไม่พองมากนัก เมื่อต่อกับลำไส้ ซึ่งต่อเข้ากับกระเพาะปัสสาวะอีกทีหนึ่ง, จะสามารถกันไม่ให้มีการไหลย้อนกลับเข้าสู่ไตได้. ไม่ปรากฏอาการของความไม่สมดุลของ อิเล็กโตรไลต์.

“ไอเล็บล ลป แบลกเคอร์ มีที่ใช้มาก และมีโอกาสใช้บ่อย กว่าอย่างอื่น. แต่ส่วนมากใช้ใน ระยะ หลัง ของ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง, เพียงเพื่อกันไม่ให้ผู้ป่วยตาย เพราะ ยวเมีย และการอักเสบของไตเท่านั้น. มีโอกาสทำได้น้อยในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ซึ่ง จะ ไ้ ผล ดี และ ทำให้ ไ้ ต ขน เพราะถ่ายเทปัสสาวะได้สะดวก. แม้ปัสสาวะ จะ ค้างไหล ออกทาง หน้าท้อง ก็ สามารถหาถุงรองรับไว้ได้, ไม่ต้งใช้

ท่ออย่างซึ่งต้องเปลี่ยนบ่อย ๆ.

ในรายงาน ผู้ป่วย ๑๖ ราย มีอยู่ ๒ รายที่มีอาการลำไส้อุดตัน, ต้องผ่าตัดแก้ไข ๑ ราย. อาการแทรกซ้อนอื่นอาจเกิดในการผ่าตัดเข้าช่องท้องทกชนิด. ข้อควรระวังเป็นพิเศษในการขึงกันลำไส้อุดตันก็คือ ต้อง เข็มตรึง ลำไส้ ให้ ติดกับผนังช่องท้องให้ดี, กันลำไส้ ็ น ลอดผ่าน.

#### เอกสาร

1. Flocks and Culp : Surgical Urology. Chicago, Year Book Publishers 1961.
2. Howard G. Handley : Recent Advances in Urology. Boston, Little, Brown, 1957.
3. Campbell : Urology, 2nd. ed. Philadelphia, Saunders, 1963.
4. Torbey et al. : Surg. Gyn. Obs. 1962, 115 : 633.

(Summary of the preceding Report)

## ISOLATED ILEAL LOOP AS SUBSTITUTION FOR URETER AND BLADDER

Sambhandh Tantiwongse, M.B.

Division of Uro-Surgery, Dept. of Surgery)

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

---

Isolated ileal loops are well recognised as substitutes for parts of the urinary tract such as the ureter and the bladder because of its contractile property. Movement of the ileum produces free drainage of the urine, lessening the frequency of urinary infection. Electrolyte imbalance is infrequent.

Sixteen cases of ileal loop substitution are reported, including 10 cases of ileo-bladder, 4 of ureteral substitution and 2 of bladder substitution.

Ileo-bladder was frequently applied in the late stages of carcinoma of the bladder as a means of preventing uremia and urinary infection. V.V. fistula and tuberculous stricture of the ureter accounted for 2 cases. The best results were obtained in ureteral substitution, with 4 cases. There was neither reflux nor electrolyte imbalance.

(Nine figures. Four references.)

S.T.

---

## องคชาตแข็งค้าง

ตี ชัยวัฒน์ W.B., Dr. med. (Heidelberg)

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบสืบสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ)

อาการองคชาตแข็งค้าง (Priapism) หมายถึงภาวะที่องคชาตแข็งตัวเต็มที่พร้อมทั้งมีความเจ็บปวดอย่างสาหัสร่วมด้วย. เป็นอาการที่น้อยมากในบ้านเรา. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๐ ถึง ๒๕๐๘ พบเพียง ๘ ราย.

ต้นเหตุ Wildbolz<sup>(1)</sup> และ Boeminghaus<sup>(2)</sup> ได้แบ่งต้นเหตุออกเป็น ๓ พวก, คือ :

๑. ต้นเหตุเฉพาะที่, ได้แก่การได้รับบาดเจ็บที่องคชาตโดยตรง, เช่น ถูกเตะ, หรือได้รับบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บ, เช่น ถูกยิง, ทำให้เกิดการอักเสบบริเวณนั้น ซึ่งขัดขวางการไหลกลับของเลือด, หรือเกิดจากการอักเสบขององคชาตเอง, เช่น คาเวอร์ไนติส, หรือภายหลังเป็นมะเร็งของต่อมลูกหมาก.<sup>(4)</sup>

๒. ต้นเหตุทางจิตและประสาท, พบได้ในรายที่มีพยาธิสภาพของไขสันหลัง, เช่น ทาเบส คอร์ดาลีส. บางท่านถือว่า

เรื่องย่อ ชัยวัฒน์, ตี. องคชาตแข็งค้าง, สารศิริราช, ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๖), ๑๘ : ๖๗๐-๖๗๑.

องคชาตแข็งค้าง (ไปโรอปีสม์) อาจเกิดจากเหตุเฉพาะที่, เหตุทางจิตและประสาท, หรือเหตุจากโรคทั่วไป. ผู้รายงานเสนอประวัติคนไข้ ซึ่งมีสาเหตุทางประสาท ๑ คน และเหตุเฉพาะที่ ๑ คน. มีรายละเอียดการรักษาและผลด้วย.

เป็นอาการแสดงระยะแรกของโรคของไขสันหลังและสมอง. บางรายว่าเป็นผลของรีเฟล็กซ์, เช่น ภายหลังจากผ่าตัดไส้ติ่ง. บางรายเกิดภายหลังการร่วมประเวณี ซึ่งอาจได้รับความกดดันหรือตกใจขณะร่วม. พวกประสาทไขว้ง่ายอาจเกิดภาวะนี้ได้โดยไม่เกี่ยวข้องกับร่วมประเวณี, มักเกิดตอนกลางคืน, และเรียกภาวะนี้ว่า Priapism nocturnal chronicus.

๓. ต้นเหตุจากโรคทั่วไป, เช่น โรคเลือด, พบช้อยในโรคซิกเคิล เซลล์ อนิเมีย, ลิวคีเมีย, หรือเป็นผลจากม้าม

ลิวคิเมีย (ลิวคิมิค สปลีน), เนื่องออกไป  
กระตุ้นประสาทซิมพะเรติก, อาจเกิด  
จากพิษของยากระตุ้นอารมณ์เพศ (แคน-  
ธารีทิน, โยชิมบิน)

การเกิดโรค

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแล้วแต่ต้น  
เหตุ.

ในพวกต้นเหตุเฉพาะที่, ถ้าเกิดจาก  
การบาดเจ็บขององคชาติ, จะมีเลือดขังจับ  
เป็นก้อน, ทำให้เลือดไหลกลับไม่ได้,  
เลือดแดง จะไหลมาส่งองคชาติตลอดเวลา  
จนพองเต็มที่มีความดันเท่ากับ ความ  
ดันในเลือดแดงเล็กลงจึงหยุดไหล. พวก  
บาดเจ็บแล้วมีเย็บจะมีการบีบตันของหลอด  
เลือดดำในบริเวณนั้น. พวกการอักเสบจะ  
มีการขวมของ เซ็ปตา ภายใน คอร์ปัส,  
ทำให้เลือดไหลกลับไม่ได้.

เกี่ยวกับ พวกต้นเหตุทางจิต และ  
ประสาท Albrecht<sup>(3)</sup> กล่าวว่าเกิดจากมี  
การผิดปกติของประสาท, ทำให้การไหล  
เวียนของเลือดในองคชาติผิดปกติไป. จะ  
เห็นพยาธิสภาพเกิดขึ้นเป็น ๓ ระยะ, คือ:  
ระยะแรก, มีการแข็งอย่างปรกติ  
ขององคชาติ, และมีเลือดใน คอร์ปัส

คาเวอร์โนซัม มีความข้มเพิ่มขึ้น.

ระยะที่สอง, เลือดดำในองคชาติ  
ไหลกลับไม่ได้ตามปรกติ, เกิดการขวม  
ของ คอร์ปัส ขององคชาติ.

ระยะที่สาม, เลือดแดงไหลสู่องคชาติ  
ไม่ได้, เพราะมีการอุดตันในหลอดเลือด,  
ทำให้ คอร์ปัส ขวมมากขึ้น, และมี ไฟ-  
โบรลีส ของ คอร์ปัส ร่วมด้วย.

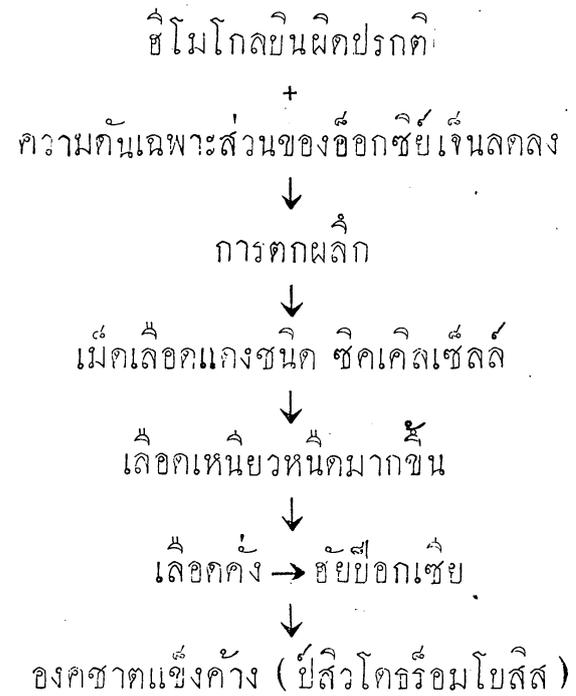
ในปี ค.ศ. ๑๙๕๒ Corti<sup>(17)</sup> กล่าว  
ว่าการแข็งตัวตามปรกติขององคชาติเกิด  
ขึ้นจากกลีบของลำกล้ามเนื้อเข้าไปใน  
ช่องของ อาร์เทอร์โอด, เวนล และ ช่อง  
อาร์เทอร์โอ วินัส อนาสโตโมสิส ของ  
คอร์ปัส คาเวอร์โนซัม. ลำกล้ามเนื้อ  
พวกนี้ทำให้รั้วของหลอดเลือดบีบเข็ท โดย  
การควบคุมของประสาท. ในระยะอ่อนตัว,  
อาร์เทอร์โอด บีบบางส่วน, แต่ เวนล  
และช่อง อาร์เทอร์โอวินัส อนาสโตโมสิส  
เข็ทอยู่, ทำให้เลือดไหลเข้า คอร์ปัส น้อย  
และไหลกลับทางหลอดเลือดดำได้ดี. ใน  
ระยะแข็งตัว อาร์เทอร์โอด บีบเต็มที่,  
เวนล และช่อง อนาสโตโมสิส บีบบาง  
ส่วน, เลือดไหลเข้าเพิ่มขึ้น, แต่ไหลออก  
ได้น้อยมากจนถึงออกไม่ได้เลย. ในคน  
ปรกติภาวะนี้จะกลับสู่ ระยะอ่อนตัวได้,

แต่ในภาวะของคชาตแข็งค้างเนื่องจากการควมคุมของประสาทผิดปกติไป, ระยะเวลาซึ่งตัวจะดำเนินเรื่อยไปโดยไม่มีเลือดไหลออกจากคอร์ปัส ไคเลย.

ในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ Hinman (18) กล่าวว่า การแข็งขององคชาตเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงทางเดินและการกักขังเลือดภายในคอร์ปัส. เมื่อองคชาตแข็งตัวอยู่นาน เลือดค้ำค้าง, เลือดในส่วนนั้นจะขึ้นขึ้นเพราะ ไคอะลิสซิส และการเปลี่ยนแปลงในความดันเฉพาะส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์. พวกเซปต์ภายในคอร์ปัส จะบวม, และทำให้ช่องภายในอวัยวะเต็ม. เลือดที่ขึ้นจะไหลผ่าน เรนลซึ่งมีถูกบีบไปบางส่วนโดย เซปต์ที่บวมไปได้อย่างลำบาก. ดังนั้นเมื่อก็กเกิดวงร้ายขึ้นโดยเลือดคั่งขึ้นและ เซปต์ที่ยิ่งบวมมากขึ้น. เซปต์ที่บวมนั้นอาจเกิดไฟโบรลิส, ทำให้เกิดการบีบกันทางเดินเลือดกลายเป็นชนิดตายตัว. Hinman มีความเห็นว่า การรักษาจะให้ผลที่ดีต้องเริ่มเสียก่อนที่ หลอดเลือดจะ ถูกอุดตัน และ เซปต์ จะเสียไปอย่างกลีบคืนไม่ได้.

ในรายต้นเหตุเป็นโรคเลือด, Howard B. Hansen และคณะ (5) กล่าวว่าอาการ

องคชาตแข็งค้างที่พบในโรค ซิกเคิล เซลล์ อนิเมีย เกิดจากขาด ออกซิเจน, โดยมีกลไกดังนี้:



เขา จึง กล่าวว่าใน การ รักษา อาการองคชาตแข็ง ค้างในโรค ซิกเคิล เซลล์ อนิเมีย การให้เลือดเป็นของจำเป็น.

การรักษา Braum (6) กล่าวว่าควรรักษาตามต้นเหตุ.

ก. ต้นเหตุเฉพาะที่. ถ้าเกิดจากขาดเลือดควรเอาเลือดออกเพื่อให้เลือดไหลกลับได้ก็. ถ้าเกิดจากการตีคั่ง, ควรใช้ยาฆ่าเชื้อหรือระงับเชื้อช่วย.

๑. พวกเกิดจากจิตและประสาท.

ในระยะแรกควรให้ยาระงับประสาท  
ก่อนข้างแรง, ยาลดความเจ็บ; ไซยาซา  
หรือทำการ ขัดออก ประสาท; ลดความ  
คันเลือด (Arfonal)<sup>(4)</sup>; อาจให้ฮอร์โมน  
(สตีลเบสตรอล).<sup>(4)</sup>

ถ้าเกิด ธีรอมโบสิส แล้ว, ควรให้  
การรักษาแบบ ค.

ค. พวกที่มี ธีรอมโบสิส เป็นเหตุ.  
เมื่อการรักษาแบบ ข. แล้วไม่ได้ผล, ควร  
ให้ แอนติโคอากแลนซ์ เช่น เฮปาริน,  
ไทคมารอล บางราย ต้องทำการเจาะ คด  
หรือฉีดยา.

การให้ยาเพื่อทำให้การขดมลลดลงเร็ว  
อาจใช้ ไฟบริโนลิติก เอ็นไซม์, เช่น  
Kinetin, Chymar, Thanderil. ผู้รายงาน  
นี้พบว่าได้ผลดี.

การให้ แอนติไบโอติก หรือ เชมโม-  
เธอราปี เป็นของจำเป็น. พวกมีเลือด  
น้อยหรือเลือดจางควรให้เลือดด้วย.

ในระยะ ๕ ปี ที่ล่วงมา (พ.ศ. ๒๕๐๐-  
๒๕๐๘) เราพบว่าคนไข้องคชาตแข็งค้าง  
๘ ราย, เกิดจากต้นเหตุดังต่อไปนี้:

๑. ต้นเหตุเฉพาะที่ ๑ ราย (ถูกยิง  
โคนองคชาตทะลุผ่านเย็บ).

๒. ต้นเหตุ จากจิต และ ประสาท ๗  
ราย. ๖ รายเกิดเนื่องจากการร่วม  
ประเวณี. อีก ๑ รายเกิดภายหลังผ่าตัด  
ไส้ติ่งแล้ว ๑ วัน, มีอาการองคชาตแข็ง  
ค้างกลางคืน (nocturnal priapism).

เหตุจากโรคทั่วไป, เช่น โรคทาง  
เลือด, หน่วยวิทยาสสภาวะยังไม่พบเลย.

จากรายงานของต่างประเทศ, พบ  
อาการองคชาตแข็งค้างชนิดเกิดจากโรค  
ทั่วไปเป็นส่วนใหญ่, เช่น Howard B.  
Hasen และคณะ<sup>(5)</sup> พบในคนไข้ นิโกรที่  
เป็น ซิคเคิล เซลล์ อนิเมีย ในโรงพยาบาล  
ของเขา ๓๓๘ คนมีถึง ๓.๒ เปอร์เซ็นต์;  
Goodwin<sup>(4)</sup> รายงานคนไข้ ๒๘ รายเกิด  
อาการเนื่อง จากเป็นโรค บร็องโฆเจนิค  
คาร์ซิโนมา ๓ ราย, ลิวคีเมีย ๑๐ ราย,  
ทลารีเมีย ๔ ราย, และโรค ซิคเคิล  
เซลล์ อนิเมีย ๑๑ ราย; Abeshouse  
และคณะ<sup>(8)</sup> รายงานไว้ ๑ รายเกิดในโรค  
ซิคเคิล เซลล์ อนิเมีย. จากรายงานส่วน  
ใหญ่เห็นว่าพบโรคนี้ในคนไข้ ที่เป็น ซิค-  
เคิล เซลล์ อนิเมีย, เช่นตามรายงาน  
ของ Getzoff<sup>(9)</sup>; Phillips<sup>(10)</sup>; Rosokoff  
และคณะ<sup>(11)</sup>; Sawan และคณะ<sup>(12)</sup>;  
Levant และ พวก<sup>(13)</sup>; Kemp และ

คณะ<sup>(14)</sup>; Campbell และคณะ<sup>(15)</sup>; และ Chandler และคณะ<sup>(16)</sup>.

การรักษาคนไข้ของชาติแข็งค้าง ๘ รายในหน่วยของเรา, มีวิธีการและปรากฏผลดังต่อไปนี้:

๑. ชายอายุ ๒๕ ปี, H.N. ๓๑๕๔๖/๐๐, เกิดอาการมา ๑๐ วัน. ภายหลังร่วมกับภรรยาได้รับยาระงับ, แอนติไบโอติก และ ปริสคอด ๒ วัน, ไม่ทุเลา. จึงได้ทำการ บล็อกค์ ประสาท พเส้นกัล. อาการไม่ดีขึ้น, ได้ตัดเอาเลือดใน คอร์ปัส ออก ๒ วัน, ไม่ทุเลา. ต้องทำการผ่าคอร์ปัส ระบายเลือดออก, ยบุลง. เสียเวลาอยู่โรงพยาบาล ๒๓ วัน.

๒. ชายอายุ ๓๕ ปี, H.N. ๓๒๐๖๕/๐๓, เกิดอาการมา ๔ วันหลังร่วมกับภรรยา. ได้รับการทำ บล็อกค์ ประสาท พเส้นกัล ๑ วัน, ไม่ทุเลา. จึงได้ทำคอคัล อเนสซีเซช. อาการไม่ดีขึ้นจึงไม่สมควรรับการรักษาต่อไป.

๓. ชายอายุ ๒๖ ปี, H.N. ๑๕๘๗๒/๐๓, เกิดอาการภายหลังตกไข่ตั้งแล้ว ๑ วัน. เมื่อได้รับการ บล็อกค์ ประสาท พเส้นกัล และยาระงับ. ปรากฏว่าองคชาติยุบเป็นปรกติภายหลัง ๕๕ ชั่วโมง.

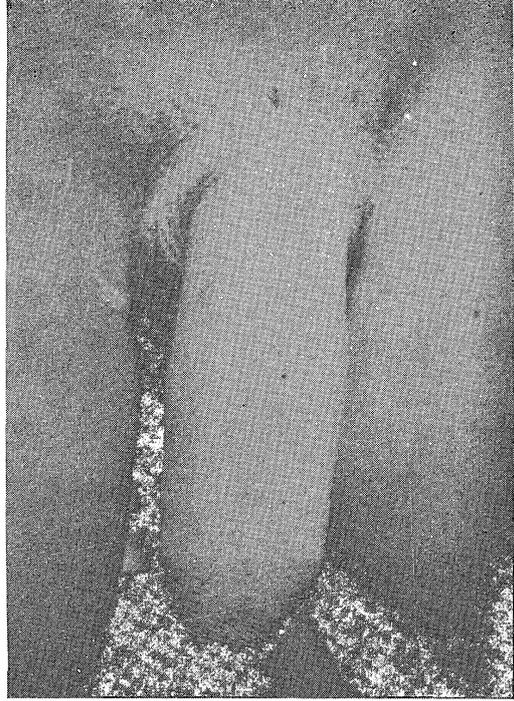
๔. ชายอายุ ๔๐ ปี, H.N. ๗๑๘๔๖/๐๔, เกิดอาการมา ๔ วัน, ภายหลังร่วมกับภรรยา. ได้รับความระงับและ บล็อกค์ ประสาท พเส้นกัล, วันเว้นวัน, ๒ ครั้ง, ไม่ทุเลา. ได้ตัดเอาเลือดใน คอร์ปัส ออก, องคชาติยุบชั่วคราวแล้วโตแข็งกว่าเดิม. รุ่งขึ้นจึงได้รับการผ่าระบายที่ คอร์ปัส. ปรากฏว่าองคชาติยุบและแผลหายภายใน ๘ วัน. ๕ ปีต่อมาผู้ป่วยมาติดต่ออีก. ปรากฏว่าองคชาติยังคงใช้การได้เป็นปรกติ, หลังจากใช้ไม่ได้อยู่ประมาณ ๓ ปี.

๕. ชายอายุ ๒๖ ปี, H.N. ๔๒๘๒/๐๗, เกิดอาการได้ ๔ วัน, ภายหลังการร่วมกับภรรยา. ได้รับการทำ เอบีครัล บล็อกค์ ตลอดเวลา ๓ วัน, ปรากฏว่าองคชาติไม่ยุบ. จึงทำการ บล็อกค์ ประสาท พเส้นกัล ๒ วันติดกัน, พร้อมฉีด Chymar ๕,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ามเนื้อวันละ ๒ ครั้ง, รวม ๖ วัน. ปรากฏว่าองคชาติยุบห้อยลง. แต่ตัว คอร์ปัส ยังพองเล็กน้อย.

๖. ชายอายุ ๔๒ ปี, H.N. ๖๕๒๒๒/๐๘, เกิดอาการขณะร่วมกับภรรยาเพราะบุตรต้น, เป็นมา ๓ วัน. ได้ทำ เอบีครัล



รูปที่ ๑ ก. ขณะเป็น



รูปที่ ๑ ข. ภายหลังกการรักษา



รูปที่ ๒ ก. ขณะเป็น



รูปที่ ๒ ข. ภายหลังกการรักษา

บล็อคค์ กีบให้ chymar ๕,๐๐๐ หน่วย  
เข้ากล้ำเนอวันละครั้ง, ๔ วัน. ไม่ทเลา.  
ไคฉิด Chymar ๕,๐๐๐ หน่วยเข้ากล้ำ  
เนอทุกวันอก ๕ วัน. ปรากฏว่าองคชาต  
ไม่ยบ. ทำการ บล็อคค์ ประสาท พูเด็น-  
กัล ๑ วัน, ไม่ทเลา. จึงให้ เฮสโตรเจน  
๑๐ มิลลิกรัมเข้ากล้ำเนอทุกวัน. ๑๐  
วันก็ยังไม่ทเลา. จึงคคเอาเลอคทซิงใน  
คอร์บัส ออกและฉิด Kinetin เข้าไปใน  
คอร์บัส ๒ วัน. ปรากฏว่าองคชาตยบ  
ห้อยเป็นปรกติและไม่ยบ, จึงให้กลับ  
บ้าน. ไคมาคคต่อทุกเดือน. ปรากฏว่า  
๖ เดือนต่อมา องคชาตไม่มีการ แข็งตัว,  
คล้ำค ปรากฏว่า คอร์บัส ค่อนข้าง แข็ง  
(รูปที่ ๑ ก. ข.).

๗. ชายอายุ ๔๒ ปี, H.N. ๗๕๕๐๗/  
๐๘. เกิดอาการภายหลังร่วมกับภรรยา  
มา ๘ วัน. ได้รับการทำ เฮยครัล บล็อคค์  
ตลอดเวลา ๑ วัน, ไม่ทเลา. จึงไคคค  
เอาเลอคคออกจาก คอร์บัส และใส่ Kinetin  
เข้าไปใน คอร์บัส ทุกวันนาน ๓ วัน.  
ปรากฏว่าองคชาตยบตัวลง, ไม่มี ความ  
เจ็บยบ. ภายหลังกลับบ้านมาคคต่อทุก  
เดือน. ๔ เดือนให้หลังปรากฏว่าองคชาต  
ค่อนข้างแข็ง. ยังไม่หคเป็นปรกติ, ไม่

มีการแข็งตัวเลย (รูปที่ ๒ ก. ข.).

๘. ชายอายุ ๓๑ ปี, H.N.  
๑๔๓๖๑๐/๐๖, ถูกยิงเข้าตะโพกซ้าย  
ผ่านเย็บ, ถงอั้นตะและตะโพกขวา. มี  
พาเรลีส ของขาซ้าย. ได้รับการทำ ซุ-  
ปราฟิวบิค ซิยัสโตสโตมีย และระบาย  
แถวเย็บ. วันรุ่งขึ้นเกิดองคชาตแข็ง  
ค้าง. ต้องเอาทาบไว้กับหน้าท้องจึงทเลา  
ยบ. ภายหลังได้รับการรักษาแบบประคย  
ประคอง ๑๐ วัน, ทเลา. วันที่ ๑๒ เกิด  
ยวมพองอีก เนื่องจาก มี อजारะออกทางผ  
เย็บ. ภายหลังการทำแผลสะอาด ๓ วัน,  
อาการ องคชาต แข็ง ค้าง ค่อย ๆ ลดลง  
ช้า ๆ.

จากคนไข้ ๘ รายนี้พอลงความเห็น  
ไคว่า :

๑. การไคยารงบหรือการ บล็อคค์  
ประสาทไคผลเมอຍังไม่มีโรคแทรก (ระยะ  
ที่ ๑).
๒. การไคยารงบยบร่วมกับ การ บล็อคค์  
ประสาท และยา พก เอ็นซัยม์ ละลาย  
โปรเทอิน เพื่อให้ละลายลิมเลอค หรือ ทำ  
ไคการยวมยบจะไคผลถ้าเป็น มาไม่นาน  
(ระยะที่ ๑ และ ๒).

๓. การคคเอาเลือดใน คอรัปัส ออก, ร่วมกับไฮยาพวก เอ็นซัยม์ ละลาย โพรเทอิน ได้ผลดีในบางราย. ถ้าไม่ได้ผลหากใช้ Kinetin ใส่เข้าไปใน คอรัปัส ภายหลังที่คคเลือดออกแล้ว, จะได้ผลทุกราย (ระยะที่ ๓).

๔. การใช้ เอสโตรเจน ใต้ทดลอง ๑ ราย, ไม่ได้ผล. ตามรายงานของ Goodwin อ้างว่าได้ผลในบางราย.

๕. การทำการผ่าเบ็ดและระบายอาจต้องใช้, ถ้าไฮยาแล้วไม่ได้ผลหรือมีโรคแทรกมาก.

๖. พวกซึ่งมีต้นเหตุเฉพาะที่, ถ้ารักษาต้นเหตุเฉพาะที่หาย, อาการองคชาติแข็งค้างจะหายไปด้วย.

### สรุป

จากการศึกษารายงานคนไข้ อาการองคชาติแข็งค้างในโรงพยาบาล ศิริราช พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากต้นเหตุทางจิตและประสาท, ซึ่งมี ๗ ราย, เกิดจากต้นเหตุเฉพาะที่ ๑ ราย. ยังไม่พบคนไข้ที่เกิดจากต้นเหตุทั่วไป, เช่นเป็นโรคเลือด. หลักในการรักษาขึ้นอยู่กับระยะที่คนไข้มาหา. ถ้ามาในระยะแรก, การให้ยารงับ

และทำการ บล็อกค์ ประสาทก็ได้ผล. ถ้ามาในระยะที่สอง, จำเป็นต้องใช้ เอ็นซัยม์ ละลาย โพรเทอิน ร่วมด้วย. การคคเอาเลือดใน คอรัปัส คาเวอร์โนสั่ม ออกและใส่ คิเนติน เข้าไป, ได้ผลดีทุกราย. สำหรับคนไข้ที่มาในระยะที่สาม, ภายหลังการรักษาเมือองคชาติยุบตัวแล้ว ปรากฏว่า แข็ง กว่าปรกติ และใช้หน้าที่ธรรมดาไม่ได้. มี ๑ รายที่มาติดต่อพบที่ใช้องคชาติในการร่วมประเวณีได้ อีกภายหลัง ๓ ปีต่อมา.

### เอกสาร

1. Wildbolz : Lehrbuch der Urologie, 1952.
2. Boeminghaus : Urologie, 1954.
3. Albrecht K.F. : Muench. Med. Wschr. 1963, 105 : 698.
4. Farrer J.F. and Willard E. Goodwin : J. of Urol. 1961, 86 : 768.
5. Hasen H.B. and Samuel L. Raines : J. of Urol. 1962, 88 : 71.
6. Braun, V. : Muench. Med. Wschr. 1959, 101 : 367.
7. Smith, K.H. : J. of Urol. 1950, 64 : 400.
8. Abeshouse, B.S. and Tankin L.H. : Urol. and Cutan. Rev. 1950, 54 : 449.
9. Getzof, P.L. : J. of Uro. 1942, 48 : 407.

10. Phillips, A.A. : J. Nat. Med. Assn. 1944, 36 : 88.
11. Rosokoff, J. and Brodie E.L. : J. of Urol. 1946, 56 : 544.
12. Sawan E. and Crowley R.D. : Clin. Proc. Child. Hosp. 1947, 3 : 241.
13. Levant, B. and Stept. R. : J. of Urol. 1948, 59 : 328.
14. Kemp, N. and Hosey J.L. : Urol. and Cutan. Rev. 1950, 54 : 69.
15. Campbell, J.H. and Cummins S.D. : J. of Urol. 1951, 66 : 697.
16. Chandler, B.F. and Kehoe E.L. : U.S. Armed Forces Med. J. 1952, 3 : 1699.
17. Conti, G. : Acta anat. 1952, 14 : 217.
18. Hinman, F. Jr. : J. Urol. 1960, 83 : 420.

---

### การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดี วิทยาลัย
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Report)

## PRIAPISM

Report of Eight Cases

Dhu Chaiyawatana, M.B., Dr. Med.

(Division of Uro-Surgery, Dept. of Surgery)

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

---

Eight cases of priapism are reported in this communication. Seven cases were caused by psychoneurosis and one case by local cause. In the early stages analgesics and nerve block are the most effective method of treatment. Proteolytic enzyme, should be used in second stage combined with aspiration

of blood clots from the corpus.

After treatment all the cases had no erection. Only one case was able to perform normal sexual intercourse after the lapse of 3 years.

(Four figures. Eighteen references)

(D.C.)

---

# มะเร็งต่อมลูกหมาก

โชติ พานิชกุล พ.บ., สุวรรณ จันทพันธ์ พ.บ.

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบสืบสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม ไปชะกฤษณะ)

จุดประสงค์ของรายงานนี้เพื่อเสนอจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค มะเร็งของต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาในแผนกศัลยศาสตร์, ร.พ. ศิริราช, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๑ ถึง ๒๕๐๕, พร้อมทั้งรายงานรายละเอียดเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วย, อาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค, การกระจายของโรค, ตลอดจนผลการรักษา.

มะเร็งของต่อมลูกหมากเป็นโรคหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุของการอุดตันบริเวณปากช่องกระเพาะปัสสาวะในคนสูงอายุ. เหตุนี้เกิดขึ้นประมาณ ๑๕ - ๒๐ ปี. ของเหตุต่าง ๆ ที่อุดตันบริเวณนี้. มะเร็งจะทำให้ปากช่องกระเพาะปัสสาวะแข็ง, เบียดไต่ยาก และทำให้หลอดปัสสาวะส่วนปรัสเตต แคบ. มะเร็งมักเกิดกับก๊อบลหลังของต่อมลูกหมากก่อน, และมักจะ เป็นบริเวณขอบนอกของต่อม. ในบางรายพบมะเร็งเกิดร่วมกับ ปรัสเตตาคีโนมา.

เรื่องย่อ พานิชกุล, โชติ, สุวรรณ จันทพันธ์.  
มะเร็งต่อมลูกหมาก. สารศิริราช, ๒๕๐๕  
(ก.ศ. ๑๕๖๖), ๑๘: ๖๗๕ - ๖๘๖.

รายงานคนไข้ มะเร็งต่อมลูกหมากตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๑ ถึง ๒๕๐๕ รวม ๕๗ คน, อายุ ๗๕ ปี ถึง ๘๖ ปี. อาการสำคัญเป็นไปตามแบบและการวินิจฉัยทำได้ถูกต้องโดยมาก. มีแพร่กระจาย ๑๖ ราย. การรักษาส่วนใหญ่ใช้การผ่าตัดร่วมกับให้ฮอร์โมน. มีตาย ๖ ราย เนื่องจากเหตุแทรกซ้อน.

ตลอดระยะเวลา ๕ ปี ที่กล่าวมีผู้ป่วยเป็นโรค มะเร็งของต่อมลูกหมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชทั้งหมด ๕๗ ราย. เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคปรัสเตตาคีโนมา ซึ่งรับไว้รักษาในระยะเวลาดังกล่าวจำนวน ๓๕๕ ราย. ก็จะเป็นอัตราส่วนประมาณ ๑:๗. ในจำนวนมะเร็งต่อมลูกหมากทั้งหมดคนพบว่ามี ๖ ราย ซึ่งเกิดร่วมกับ ปรัสเตตาคีโนมา. จำนวนผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษามีรายละเอียดดังนี้:

สารศิริราช

พ.ศ. ๒๕๐๑	มี ๘ ราย
พ.ศ. ๒๕๐๒	มี ๑๗ ราย
พ.ศ. ๒๕๐๓	มี ๑๕ ราย
พ.ศ. ๒๕๐๔	มี ๗ ราย
พ.ศ. ๒๕๐๕	มี ๑๐ ราย
	รวม ๕๗ ราย

อายุที่เป็นมากที่สุดคือระหว่าง ๗๐-๗๕ ปี, มีถึง ๔๓ ปช.

อาการ

มีดังต่อไปนี้คือ:

ถ่ายปัสสาวะขี้	๕๖ ราย
(๑ เดือน ถึง ๔ ปี)	
ถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ	๓๑ ราย
ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด	๒๕ ราย
ถ่ายปัสสาวะปวดและขี้	๗ ราย
ปวดบริเวณท้องน้อย	๖ ราย
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	๔ ราย
ปวดบริเวณเอว	๓ ราย
ไข้หนาวสั่น	๓ ราย
ปัสสาวะรดที่นอน	๑ ราย
ปวดบริเวณก้นกบ	๑ ราย
เลือดออกทางทวารหนัก	๑ ราย
มักอั้นบริเวณขาหนีบ	๑ ราย

อายุของผู้ป่วย ต่าง ๆ กันมีดังนี้:

อายุ ๓๐ - ๓๕ ปี	๑ ราย
อายุ ๔๐ - ๔๕ ปี	๑ ราย
อายุ ๕๐ - ๕๕ ปี	๘ ราย
อายุ ๖๐ - ๖๕ ปี	๑๕ ราย
อายุ ๗๐ - ๗๕ ปี	๒๐ ราย
อายุ ๘๐ - ๘๕ ปี	๘ ราย
(อายุต่ำสุด ๓๕ ปี, และสูงสุด ๘๖ ปี)	

ตามรายการข้างบนจะเห็นว่ามะเร็งของต่อมลูกหมากเป็นมากในอายุระหว่าง ๗๐-๗๕ ปี, ซึ่งมีถึง ๒๐ ราย (๓๕ ปช.), เป็นเกณฑ์อายุของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ ทั่ว ๆ ไป ซึ่งนับเป็นวัยชรา. เกณฑ์อายุนี้ตรงกับรายงานจาก ยูนิเวอร์ซิตี ฮอสปิทัล, ไอโอวาซิตี ซึ่งรวบรวมรายงานผู้ป่วยมะเร็งของต่อมลูกหมากถึง ๔,๐๐๐ ราย, และพบว่า

จากรายการเห็นได้ว่าผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเนื่องจากการถ่ายปัสสาวะขี้มากที่สุด. ส่วนอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ และถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดมักพบร่วมกับการถ่ายขี้เสมือ ๆ. มีเพียงน้อยรายที่มีอาการถ่ายบ่อย ๆ หรือเป็นเลือดโดยไม่มีอาการถ่ายขี้ร่วมด้วย. อาการถ่ายปวด

และซึ่กเกิดเนืองจากมึการออกกัณฑลออก  
 บั้สสวาระวมกั้มการอัยเสบควัย. อากการ  
 ปวคบริเวณ ท้องนั้อย เกิดจาก กระเพาะ  
 บั้สสวาระทึมบั้สสวาระอัยเต็ม. ส่วนอากการ  
 กัลันบั้สสวาระไม้อัยเกิดเนืองจากน้าบั้ส-  
 สวาระไหลลันจากกระเพาะบั้สสวาระออกมา.  
 อากการปวคเฮอร์, มึใช้หนาวสน, เป็น  
 อากการซึ่กเกิดเนืองจากมึการออกกัณฑลน้า  
 บั้สสวาระทึนซึนไปทึ่ไตและเกิดอากการอัย  
 เสบทึ่ไต. ส่วนอากการอนนัอากการทึ่กล้าว  
 มึกเกิดจากการกระจายของมะเร็ง.

• แอซิก ฟอส. ค้า ๘ ราย, แอลคา. ฟอส.  
 ค้า ๑๐ ราย  
 ในมะเร็งทึ่ยังมีกัการกระจายแล้ว, พย  
 แอซิก ฟอส. ค้า ๒ ราย, แอลคา ฟอส.  
 ค้า ๒ ราย

โรคที่พบร่วม

วัณโรคปอด	๑๐ ราย
นึ้วบั้สสวาระ	๔ ราย
เยาหวาน	๑ ราย
คุดทะราด	๑ ราย

การวินิจฉัยโรค

ไ้จากประวัติและการตรวจร่างกาย  
 ๕๑ ราย (๘๕ ปร.)

ไ้หลังผ่าตัก ๖ ราย

ไ้จากการตรวจเนือพบอะคิโนคาร์  
 ซิโนมา ๔๔ ราย (๗๗ ปร.)

คาร์ซิโนมา ชนิด กิฟเฟอเร็นซิเอ-  
 เต็ค ๑๓ ราย

ตรวจ เซรุ่ม แอซิก ฟอสฟาเทส ผล  
 ระหว่าง ๐.๒๐-๑๑.๘๘ B.U.

ตรวจ เซรุ่ม แอลคาไลน์ ฟอสฟาเทส  
 ผลระหว่าง ๑.๐๘-๑๕.๔๒ B.U.

ในมะเร็งทึ่ยังมีกัการกระจาย, พย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งของต่อมลก-  
 หนามากส่วนใหญไ้จากการซักประวัติและ  
 การตรวจร่างกาย, โดยเฉพาะการตรวจ  
 ทางทวารหนัก, ซึ่กจะพบตุ่มแข็งบริเวณ  
 ขอบนอกของต่อมลกหนามาก, มึถึง ๕๑  
 ราย (๘๕ ปร.). ส่วนอัย ๖ ราย (๑๑  
 ปร.) วินิจฉัยว่าเป็น พรอสตาติโนมา.  
 เมือผ่าตักแล้วจึงพบว่ามึเนือมะเร็งอัยร่วม  
 กั พรอสตาติโนมา. ทัวเลขนึ้แล้กังให้  
 เห็นว่าการตรวจร่างกายสามารถวินิจฉัย  
 ไ้ได้อย่างถูกต้องกัลัเคียงมาก. ในราย  
 งานนึ้การตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น  
 อะคิโนคาร์ซิโนมา ๔๔ ราย (๗๗ ปร.)  
 และเป็น คาร์ซิโนมา ชนิด อันกิฟเฟอ-



ค่อย ๆ ออกตลอดปีสสาระ, ฉะนั้นกว่าจะเกิดอาการก็มักพบว่าเป็นมากเสียแล้ว.

มะเร็งของต่อมลูกหมากมักกระจายห่างไกลออกไปตามหลอดน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ. อาจไปยังกระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลัง Batson ได้แสดงให้เห็นว่าหลอดเลือดดำต่อมลูกหมากมีการติดต่อกับหลอดเลือดดำกระดูกสันหลัง. เวลาเพิ่มความดันเลือด, เช่นไอ, จาม, อาจทำให้มะเร็งของต่อมลูกหมากกระจายไปตามหลอดเลือดดำกระดูกสันหลังเข้าสู่เซครัม. อาจเข้าสู่ลำต้นประสาท เพื่อวิคโดยไม่ต้องมีพยาธิสภาพในกระดูกก็ได้. ผู้ป่วยบางรายมาหาแพทย์เนื่องจากการกระจายของมะเร็ง, เช่นมักอินทบริเวณไหปลาร้า, มีเจ็บปวดบริเวณไซอาติกหรือมีการกดที่ รัดคัม. อาจมีแผลในกระเพาะปัสสาวะ. อาจกระจายเข้าสู่อวัยวะในช่องท้องหรือช่องปอด. เคยมีผู้รายงานไว้ว่ากระจายไปที่องคชาติ และลูกอัณฑะ. การกระจายเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองเชิงกราน อาจทำให้ขาบวมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างได้.

ตามรายงานนี้จะเห็นได้ชัดเจนว่าส่วนใหญ่ มะเร็ง กระจายไปที่กระดูก, เช่น

กระดูกเชิงกราน, กระดูกสันหลัง, หัวกระดูก เฟมอรัล, กระดูกซี่โครง, กระดูกสะบัก, และกะโหลกศีรษะ. ส่วนการกระจายไปที่อื่นมีจำนวนน้อย, เช่นปอด, ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ, กระเพาะปัสสาวะ, ต่อมหมวกไต, และทวารหนัก.

การรักษา

๑. ออร์มิตีคโตมีย์ ๑ ราย
๒. ออร์มิตีคโตมีย์ ร่วมกับ  
ฮอว์โมน ๑๖ ราย
๓. พรอสแตตตีคโตมีย์ ๑ ราย
๔. พรอสแตตตีคโตมีย์ ร่วมกับ  
ฮอว์โมน ๓ ราย
๕. พรอสแตตตีคโตมีย์ ร่วมกับ  
ออร์มิตีคโตมีย์ ๓ ราย
๖. พรอสแตตตีคโตมีย์ ร่วมกับ  
ออร์มิตีคโตมีย์ และ  
ฮอว์โมน ๒ ราย
๗. พรอสแตตตีคโตมีย์ อย่าง  
ถาวร ๒ ราย
๘. T.U.R. ๑ ราย
๙. T.U.R. ร่วมกับ ฮอว์โมน ๔ ราย
๑๐. T.U.R. ร่วมกับ ออร์มิตีคโตมีย์ ๕ ราย

๑๑. T.U.R. ร่วมกับ ออร์ซี-

เต็คโตมีย์ และ ฮอร์โมน ๒ ราย

สาเหตุของมะเร็งของต่อมลูกหมากไม่ทราบแน่. Huggins และ Hodges (๑๙๓๕) เป็นผู้ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์กับ ฮอร์โมน เพศชาย. เขาได้สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ แอซิก ฟอสฟาเทส ซึ่งมีมากที่สุดในส่วนต่อมลูกหมาก. เขาพบว่าปริมาณ แอซิก ฟอสฟาเทส จะสูงขึ้นในคนที่ได้รับ ฮอร์โมน เพศชาย และจะสูงมากขึ้นอีกในคนที่รับมะเร็งของต่อมลูกหมาก. เขาสรุปว่ามะเร็งของต่อมลูกหมากอยู่ใต้อิทธิพลของ ฮอร์โมน เพศชาย เขาจึงทำการทดลองด้วย ๒๐ คน และพบว่ารอยโรคทั้งในพวก ไพรมาเรีย และพวกแพร่กระจายลดลง. การทดลองอาจทำได้โดยการผ่าตัดหรือการใช้ยา. เซรุ่ม แอซิก ฟอสฟาเทสจะลดลง. ผู้ป่วยบางคนสบายคือย่ำกว่า ๕ ปี. บางรายพบว่ากลับเป็นขึ้นใหม่ ออกจากหลัง ๖ - ๑๒ เดือน. มีผู้อธิบายว่ามีการสร้าง แอนโดรเจนิก ฮอร์โมน ที่ต่อมหมวกไตเพิ่มขึ้น, หรืออาจถูกกระตุ้นโดยยีสต์อิตารีย์ กลีบหน้า, ก็ได้. Huggins และ Bergental เคยรายงานว่ ๔๐ ปช. ของผู้ป่วยที่โรค

กำเริบขึ้นมาใหม่จะรักษาได้ผลดีโดยการตัดต่อมหมวกไต, ซึ่งในปัจจุบันพบว่าผลที่ได้ไม่คุ้มค่ากับการผ่าตัด. ได้มีผู้พยายามทำการตัด ยีสต์อิตารีย์, แต่ผลก็ไม่แตกต่างกับพวกที่ตัดต่อมหมวกไตนัก.

สำหรับผู้ป่วยซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช, รายที่พบว่าเป็นน้อยมาก แอซิก ฟอสฟาเทส ไม่สูง, และไม่มีหลักฐานของการแพร่กระจาย. ได้ผ่าตัดโดยทำ ทรานสเฟอริเนล ราติกัล พรอสแต็คโตมีย์ ๒ ราย, ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ. หลังผ่าตัดมีอาการกลืนยัสสาวะ ไม่ได้ชั่วเวลาประมาณ ๒-๓ สัปดาห์ ก็ค่อย ๆ ดีขึ้น. ส่วนพวกที่ได้ตรวจและทำ ไบออปซีย์ ได้ผลแน่นอน, และเป็นค่อนข้างมากมีการกระจายแล้ว, ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยทำการตัดลูกอัณฑะออกทั้งสองข้าง และให้ ฟอสฟอรัส ฮอร์โมน ต่อไป. ในรายที่มียัสสาวะตกค้างในกระเพาะ มากกว่า ๑๐๐ ล.ซม. ได้ทำ T.U.R. ร่วมด้วยเพื่อเบียดออกกระเพาะให้กว้าง, ยัสสาวะจะได้ออกสะดวก. ส่วนรายที่ให้การวินิจฉัยในตอนแรกว่าเป็น พรอสตาทิกโนมาภายหลังทำ พรอสแต็คโตมีย์ แล้ว, ผล

การตรวจ เซ็กชั้น ปรากฏว่ามีมะเร็งร่วมด้วย, ก็ได้รับการเพิ่มเติมโดยทำการตัดลูกอัณฑะและให้ ฟลลิดิคลาร์ ฮอร์โมน.

เหตุแทรกซ้อนภายหลังการรักษา

๑. ตกเลือดและหัวใจหยุด (ขณะทำ T.U.R.) ๑ ราย.
๒. ตกเลือดระยะหลัง (เซคันคาร์รี่) (หลังทำ T.U.R.) ๓ ราย.
๓. ตกเลือดระยะหลัง (เซคันคาร์รี่) (หลังทำ T.P. Prostatectomy) ๑ ราย.
๔. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ๒ ราย.
๕. พยอเมีย ๑ ราย.
๖. ภาวะเบาหวาน (ขณะทำ T.U.R.) ๑ ราย.

การตาย มีตาย ๖ รายเนื่องจาก :

๑. หมกกำลัง ๒ ราย.
๒. ยริเมีย ๑ ราย.
๓. ช็อค ๑ ราย.
๔. พยอเมีย ๑ ราย.
๕. ตกเลือดและหัวใจหยุด ๑ ราย.

จากรายงานเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มักเกิดจากการตกเลือด, ซึ่งพบมากถึง ๕ ราย. นอกนั้นก็มีการติดเชื้อ

เซ็กที่แผล ๒ ราย, พยอเมีย ๑ รายและภาวะเบาหวาน ๑ ราย. เนื่องจากการตกเลือดเกิดได้มากในการผ่าตัดมะเร็งของต่อมลูกหมาก จึงได้มีผู้สนใจหาเหตุและพบว่าเกิดจากพิวรีโนลีสซิส. Cooper ได้รายงานไว้ว่าเนื่องจากส่วน โกลดลินของเลือดคนตามปกติประกอบด้วย ปรี-เคอร์เซอร์ ของ เอ็นไซม์ ละลาย โปรเทอิน เรียกว่าพลาสมีโนเจน ซึ่งจะย่อยอย่างสงขและถูกกักไว้ด้วย แอนติเอ็นไซม์, แต่ในภาวะที่ พลาสมีโนเจน ถูกปลุกฤทธิ์จะกลายเป็น พลาสมีน (พิวรีโนลีสซิน), และจะละลายลิ่มเลือดทำให้มีการตกเลือดถึงตายได้. มีผู้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดได้จากภาวะเครียดรุนแรง, เช่นการขาดน้ำ, การผ่าตัดใหญ่, ภาวะช็อค, การให้เลือดผิดพวก, ลิวคิเมีย ปัจจุบัน, โรคมะเร็ง และ มะเร็ง ของ ต่อม ลูก หมาก ซึ่งแพร่กระจายมาก ๆ. เลือดจะออกจากผิวเยื่อเมือก หรือจากแผลผ่าตัด, ซึ่งไม่อาจทำให้หยุดได้ด้วยวิธีธรรมดา. เวลาเลือดเป็นลิ่มอาจปรกติหรือนาน. พิวรีโนเจน มีน้อย. ควรให้การรักษาร่วมกับ พิวรีโนเจนอย่างรีบด่วน.

## สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของ ต่อมลูกหมาก, ซึ่งรับไว้รักษาในหน่วยศัลยศาสตร์ระบบสืบสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์, โรงพยาบาลศิริราช, ในระยะ ๕ ปี (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๑ ถึง พ.ศ. ๒๕๐๕) และมีทั้งหมด ๕๗ ราย.

อายุของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้น่าศัลย ๓๕ ปี, สูงสุด ๘๖ ปี. ช่วงอายุที่เป็นมากที่สุดคือระหว่าง ๗๐-๗๕ ปี, มี ๒๐ ราย (๓๕ เปอร์เซ็นต์).

อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลส่วนมากเป็นการถ่ายปัสสาวะขัด, ถ่ายบ่อย, และมีเลือดปน. นอกจากนั้นมีอาการถ่ายปัสสาวะปวด, ขัด, ปวดบริเวณท้องน้อย, ฯลฯ, และอาการที่เกิดจากการกระจายของมะเร็ง, เช่นปวดกระดูกสันหลังหรืออกก่อนที่ขาหนีบเป็นต้น.

การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่สามารถทำได้ถูกต้องจากการถามประวัติ และ ตรวจร่างกาย, โดยเฉพาะการตรวจทวารหนัก. นอกจากนั้นยังมีการตรวจอย่างอื่นที่สนับสนุนอีก, เช่น เซรุ่ม แอซิก ฟอสฟาเทส และ แอลคาลีน ฟอสฟาเทส และการทำไบออปซีย์.

ผู้รายงานได้แสดง รายละเอียด ของการกระจายของมะเร็งต่อมลูกหมาก, วิธีการรักษา, ภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุการตายด้วย.

ในที่สุดผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้. ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ คันติวงศ์ และอาจารย์นายแพทย์ ชัยวัฒน์ ให้คำแนะนำในการเรียบเรียงรายงาน.

## เอกสาร

1. Flocks, R.H. : Carcinoma of the prostate. J.A.M.A. 1957, 163:709.
2. Cooper, J.F. : The surgical aspects of fibrinolysis. Internat. Abstr. Surg. (in Surg., Gynaecol., Obst). 1959, 108 : 417.
3. Wear, J.B. and A.P. Schoenenberger : Carcinoma of the prostate. J. of Urol. 1948, 59 : 587.
4. Robb, W.A.T. and P.M. Roemle : Carcinoma of the prostate and the effect of oestrogen therapy. Brit. J. of Urol. 1954, 26 : 84.
5. Hinman, F. Jr. and F.S. Howard : Management of prostatic carcinoma, G.P. 1955, 11, 4 : 105.
6. Huggins, C. and D.M. Bergenstal : Inhibition of Human mammary and prostatic cancers by adrenalectomy. Cancer Res. 1952, 12 : 134.
7. Huggins, C. and C.V. Hodges : Studies on prostate cancer, I. The effect of castration and of oestrogens, etc. Cancer Res. 1941, 1 : 293.

(Summary of the preceding Report)

## CARCINOMA OF THE PROSTATE GLAND

Chote Parnichkul, M.B. and Suwan Chantapan, M.B.

Division of Uro—Surgery, Dept. of Surgery

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

---

The communication presents an analysis of cases of carcinoma of the prostate gland admitted into the Department of Surgery, in a 5-year period from 1958 to 1962. There were 57 cases with the ages varying from 39 to 86 years. The highest incidence (35%) was found in the age range 70–79 years.

Principal presenting symptoms were difficulty of micturition, pollakiuria, hematuria, dysuria, suprapubic pain; symptoms due to metastasis were back pain, presence of masses over the inguinal region, hematuria,

melena.

The diagnosis could be made mainly from the history and physical findings, especially signs obtained by the rectal examination. Serum acid and alkaline phosphatase determinations and biopsy studies were also valuable.

Sites of metastasis, complications, treatment and causes of death were also presented.

(Seven references)

(C.P.)

---

# มะเร็งหลอดไต

## รายงานผู้ป่วยสี่ราย

สัมพันธ์ ตันตวงศ์ พ.บ.

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม ไปษะกฤษณะ)

มะเร็งของหลอดไตส่วนมากกลายมาจากมะเร็งของกรวยไต. ที่เกิดจากหลอดไตแท้ ๆ มีน้อยมาก. ชนิดของมะเร็งในหลอดไตก็เช่นเดียวกับมะเร็งของกรวยไตและกระเพาะปัสสาวะ, คือส่วนใหญ่เกิดจากเยื่อเมือก, จึงส่วนมากเป็นทรานซิชเนล เซลล์ คาร์ซิโนมา, ส่วนน้อยรองลงมาเป็น สแควมัส เซลล์ คาร์ซิโนมา, และที่หายากที่สุดเป็น อะดีโนคาร์ซิโนมา. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๑ จนถึงปัจจุบัน หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะมีผู้ป่วยที่เป็น คาร์ซิโนมา หลอดไตชนิดไปรมารีย์ เพียง ๔ ราย. เพราะเหตุที่พบได้น้อยมาก, จึงทำให้วินิจฉัยผิดเป็นส่วนมาก. เพื่อเตือนใจให้ทันถึงโรคที่พบบากัน, จึงขอรายงานผู้ป่วย ๔ รายที่กล่าวมาแล้วพร้อมกับเหตุผลที่ทำให้วินิจฉัยผิด.

เรื่องย่อ ตันตวงศ์, สัมพันธ์. มะเร็งหลอดไต. รายงานผู้ป่วยสี่ราย. สารศิริราช ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๖), ๑๘ : ๖๘๘-๖๙๖.

มะเร็งเริ่มต้นในหลอดไตเป็นโรคหายาก. เมื่อเกิดขึ้นมักวินิจฉัยผิด, ดังในสี่รายที่เสนอนี้. การวินิจฉัยที่ถูกต้องอาศัยการตรวจอย่างละเอียดและพิจารณาอย่างรอบคอบ. โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องระลึกไว้เสมอว่ามะเร็งของหลอดไตนั้นมีอยู่.

### รายที่ ๑

ผู้ป่วยหญิง, อายุ ๗๒ ปี, เลขที่ตัวไป ๘๑๖๐/๐๒, รั้งไว้แผนกศัลยศาสตร์เมื่อ ๒ ก.พ. ๖๒ ด้วยอาการสำคัญว่าถ่ายปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ ๑ ปีเศษ.

สองปีเศษมาแล้วคล้ายกับก้อนไตซ้าย ไครงขวา, เคลื่อนที่ได้, ไม่เจ็บปวด. หนึ่งปีเศษมาแล้วมีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ, พร้อมกับปวดขมับขวาหลังข้างขวา. บางครั้งปวดมาก. เป็นอยู่

๒ วันจึงไปโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. ตรวจ โดย I.V.P. พบว่าไตขวาไม่ทำงาน, แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างไร. ปัสสาวะเป็นปรกติ, จึงกลายขุ่น. อาการเป็นปรกติเรื่อยมาจนเมื่อครึ่งเดือนก่อนมาโรงพยาบาลนถ่ายปัสสาวะเป็นน้ำตาลเนออิก ๒ วัน, พร้อมกับปวดขุ่นแหวขวาอีก. ต่อมาปัสสาวะขุ่นมีตะกอน. ไม่มีอาการไข้. ถ่ายปัสสาวะมากเป็นปรกติ.

ข้อตรวจพบ ผู้ช่วยก่อนข้างผมและ

ซีก. คลำพบไตขวาโตกว่าปรกติเล็กน้อย, เจ็บเล็กน้อย, เคลื่อนชนได้มาก. ตรวจปัสสาวะพบเม็ดโลหิตแดง ๘ - ๑๐/hd. มีเม็ดโลหิตขาวเล็กน้อย. ตรวจปัสสาวะนำมาก้วย, เห็นว่าไตขวาโตเล็กน้อย.

ตรวจด้วย ซีรีส์โตสโคปพบว่ากระเพาะปัสสาวะปรกติ. ใส่หลอดสวนหลอดไตขวาได้ ๒๕ ซม. ทั้งสองข้าง. ผลการทดสอบ อินดิโกคาร์มิน ข้างซ้าย ปรกติ, ข้างขวาไม่มีสีออก. ปัสสาวะจากไตขวามีไข่ขาว และ เม็ด โล หิต ขาว เล็ก น้อย. ปัสสาวะจากไตซ้ายเป็นปรกติ.

รีโทรเกรด พัยอโลแกรม พบ ฮัยโครเนโฟรลีส ข้างขวา.

ให้การวินิจฉัยโรคว่าถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดเพราะไตข้างขวาลอย, มี ฮัยโครเนโฟรลีส และตึกเซอ.

การรักษาในครั้งแรก ทำการตัดไตข้างขวา.

การวินิจฉัยทางจุลทัศน์ ฮัยโครเนโฟรลีส และ พัยอโลเนโฟรลีส เรอรั้ง.

รวมอยู่โรงพยาบาล ๑๕ วัน.

รับไว้ใหม่ครั้งที่สองเมื่อ ๒๖ พค.

๐๒.

มีประวัติการเจ็บป่วยว่าหลังผ่าตัดไต ๒ เดือน (หรือ ๑ เดือนก่อนรับไว้ครั้งที่สอง) มีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นน้ำตาลเนออิก. ถ้าไม่มีสีเลือดก็มักขุ่น. มีอาการสลับหลอดปัสสาวะเวลาถ่าย, แต่ถ่ายได้สะดวก. อ่อนเพลีย. ซีกลง. มีอาการปวดบริเวณท้องข้างขวา.

การตรวจพบที่สำคัญคือโดยตรวจด้วย ซีรีส์โตสโคป พบว่ามีเลือดไหลออกจากกระเปาะของหลอดไตข้างขวา. เมื่อใช้หลอดสวนทางหลอดไตพบว่าสวนชนได้ ๘ ซม. และมีเลือดออกมากขึ้น. ยังไม่ทราบสาเหตุของการหมักเลือดออก.

ผ้าตัดพยเนืองอกชนิด ป้ายี่ลลารีย์ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ ซม. อยู่เหนือ รเบ็คหลอดไต ๘ ซม. ได้ตัดเอาหลอด ไตรวมทั้งส่วนกระเพาะปัสสาวะรอยรเบ็ค ของหลอดไตออกด้วย. วินิจฉัยทางจุล- ทัศน์ว่า “ทราวนซิซันต์ เซลล์ คาร์ซิโน มา.”

รายนี้ มาอีก ครั้ง ในเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๔ ด้วยเรื่องถ่ายปัสสาวะเป็น เลือดอีก. ตรวจพบว่าเป็น ทราวนซิซันต์ เซลล์ คาร์ซิโนมา ของกระเพาะปัสสาวะ. ได้ผ่ากระเพาะปัสสาวะและตัดจี้ด้วยไฟฟ้า (ขนาดเนืองอกมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ ซม. และ ๑.๕ ซม. รวมสองก้อน).

วิจารณ์สำหรับรายที่ ๑ ในรายนี้การ วินิจฉัยโรคผิดพลาด, เพราะไม่ได้นึกถึง โรคนี้ไว้ก่อน. เข้าใจว่าเลือดออกเพราะมี ฮัยโครเนโฟรลีส และการติคเชื่อเป็นต้น เหตุ. เมื่อทำ I.V.P. พบว่าไตไม่ทำงาน, ก็ให้ทำ รังโทรเกรค พัยอ์โลกราฟี แล้ว, แต่ไม่ได้พยายามดูให้เห็นความผิดปกติ ของหลอดไต โดยตลอดโดย พัยอ์โลยูรี- เทอโรกราฟี เพื่อหาสาเหตุของ ฮัยโคร เนโฟรลีส ให้แน่นอน.

## รายที่ ๒

ชายไทยอายุ ๕๓ ปี, เลขที่ทวไป ๘๓๐๒๘/๐๑, รั่วไว้เมือ ๑๖ มีค. ๐๕ ด้วยอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดสีน้ำตาล หนือ, เป็นๆ หายๆ มา ๑ ปีเศษ, และเมื่อ ๒๕ พ.ศ. ๒๕๐๔ มีอาการปวดขบ้นเอว ขวออย่างรุนแรงอยู่ ๑ วันเต็ม. หลังจาก ันการปวดท้องมีเพียงเล็กน้อยเป็นประ- จำ. ถ่ายปัสสาวะบ่อยกระปริกะปรอย. เมือ ๕ - ๖ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลได้ รัรับการตรวจด้วย I.V.P., พบว่ามี การอุด ันของหลอดไตส่วนบนและมี ฮัยโครเน- โฟรลีส เล็กน้อย. ด้รับการวินิจฉัยโรค ว่าเป็นนิ่วในหลอดไตซ้าย. ด้ให้ยา กิน ุเรื่อยมา. แต่ยังคงมีเลือดออกเป็นสีน้ำ ล้างเนื้อเป็นครั้งคราว. จนเมื่อเดือน ันาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ ด้ตรวจด้วย ฮัยส- โทสโคป พบว่ากระเพาะปัสสาวะปรกติ. ด้ทำการสวนหลอดไตข้างซ้าย, พบว่า ติคเล็กน้อยที่หลอดไตส่วนล่าง, แล้วสวน เลย์ซันด้ตลอด. รังโทรเกรค พัยอ์โลกรัม แสดงว่ามี ฮัยโครเนโฟรลีส ปานกลาง และมีการคียบที่หลอดไตส่วนบนและ ส่วน ล่าง. หลอดไตเห็นตำแหน่งที่คียบของ เล็กน้อย. เพราะเหตุที่เลือดออกบ่อย ๆ

เข้าใจว่านิ้วคงจะออกไม่ได้ (เป็นนิ้วชนิกที่ไม่มีทขแสง) จึงรับไว้ผ่าตัด. พบว่าหลอดไตส่วนบนมีขนาดเล็ก. ไตคัตส่วนที่คัตออกแล้ว, เอาปลายหลอดไตทั้งสองปลายต่อเข้าหากัน. เมื่อตรวจคัตส่วนล่างของหลอดไตพบว่าพอง. ไตผ่าคัตแล้วใช้แท่งโลหะแยงลงไปในส่วนคัตลงไปอีก, เพื่อตรวจควมมีนิ้วหรือไม่. ปรากฏว่าแท่งโลหะผ่านไม่ได้. ไตใช้เครื่องถ่างขนาดเล็กลงอีก. พยายามขยายจนผ่านเข้ากระเพาะปัสสาวะได้. ระหว่างถ่างมีความรู้สึกว่ครกคัตกับนิ้วเล็ก ๆ. ไตขยายจนกระทั่งผ่านท่ออย่างขนาด ๑๐ F ลงใต้สะดอก. เข้าใจว่าคัตกับนิ้วเล็ก ๆ ลงไปในกระเพาะปัสสาวะแล้ว. คาท่ออย่างไว้, ถ่างท่อไตส่วนล่างต่อไป. ให้การวินิจฉัยโรคหลังผ่าคัตว่าเป็นหลอดไตคัตทั้งสองช่วง, และนิ้วในหลอดไต. ผู้ป่วยหายกลับจากโรงพยาบาลเรียบร้อยในเวลา ๒ เดือนต่อมา.

สังเกตเห็นว่าหลังจากกลับจากโรงพยาบาลครั้งแรก, หรือ ๘ เดือนก่อนมาอยู่โรงพยาบาลเป็นครั้งที่สอง, ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ถ่าย ปัสสาวะ เป็น น้ำ ฉ่ำๆ น้อ อีก, โดย เฉพาะ เวลาทำงานหนัก หรือ นั่งรด

กระเทือน. ได้ตรวจโดย I.V.P. พบว่ายังมี ฮัยโครเนโพรสิส จึงแนะนำผ่าคัตใหม่. แต่ผู้ป่วยขอผักรักษาด้วยยาเงินก่อน. ผู้ป่วยยังคงมีเลือดออกบ่อย ๆ, ปวดข้นแหวข้างซ้าย. บางครั้งมีไข้. จึงรับไว้โรงพยาบาลอีกเมื่อ ๑๖ กค. ๐๖ โดยให้การวินิจฉัยว่าเป็นท่อไตคัต, ไตพองและอักเสบ. การตรวจด้วย ซีซีสโตสโคปี ในวันที่ ๑๘ กค. ๐๖ พบเนื้องอกชนิด ปาปิลลารีย์ ขนาด ๑ ซม. ๒ ซม. อยู่บริเวณรเบิดหลอดไตข้างซ้าย. เข้าใจว่าเป็นมะเร็งที่กรวยไตข้างซ้ายลามลงมา, เพราะคราวก่อนไม่ได้ผ่าคัต. แต่คหลอดไตเกือบตลอดแล้วไม่มีมะเร็ง. จึงผ่าเข้ากระเพาะปัสสาวะ, คัตใจเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ, คัตกระเพาะปัสสาวะ รอยรเบิดหลอดไต ออก, และผ่าเอาระหลอดไตออกตลอด, รวมทั้งไตด้วย. พบว่าช่วง  $\frac{๑}{๓}$  ของหลอดไตส่วนล่าง มีเนื้องอกชนิด ปาปิลลารีย์ อยู่ภายใน, หลอดไตเห็นขึ้นไปพองตลอด. หลอดไตส่วนบนตรงรอยที่ต่อไปยังคัตคัต. ไตมี ฮัยโครเนโพรสิส. ผ่าแล้วไม่พบเนื้องอกในกรวยไต. ไม่พบต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงโตผิดปกติ. ผลการตรวจด้วย

กลองจลทัศน์ เป็น “ ปายิลลารีย์ คาร์ซี - โนมา, ส่วนล่างของหลอดไต.”

ผู้ป่วยรายนี้ต่อมามีอาการออกซันติก ปายิลลารีย์ เกิดในกระเพาะปัสสาวะอีกหลายครั้ง. ได้ทำลายโดยจี้ด้วยไฟฟ้าทางซีลัสโตสโคป ทุกครั้ง. อาการก็จนถึงปกติ.

วิจารณ์สำหรับรายที่ ๒ รายนี้วินิจฉัย

เบื้องต้นว่าเป็นนิ่วในหลอดไต, จึงจึงรออยู่เป็นเวลา ๕ - ๖ เดือน. แม้เมื่อผ่าครั้งแรกแล้ว ยัง วินิจฉัยว่าเป็น หลอดไตตีบ, ยอมให้ผู้ช่วยผ่าตัดรักษาย่ออีก ๘ เดือน, เพราะไม่ได้นกถางเนองกร้าย.

ความจริงนี้ในหลอดไตหรือการอักเสบของไตทำให้มีเลือดออกได้, แต่ไม่ควรออกเรอรัยอย่างนี้. ถ้าออกเรอรัยควรนึกถึงเนองอกแล้ว. ถ้านกถางเนองกร้ายไว้ก็คงจะได้ ทำการ ย้อมแบบ ปาปานีโคเลาของปัสสาวะหรือพยายามแสดงโดย ยูริ - เทอโรกรัม ให้เห็นลักษณะ ผิดปกติ ของส่วนหลอดไตที่ตีบให้ชัดยิ่งขึ้น. อย่างน้อยเมื่อผ่าหลอดไตส่วนล่างใน ครั้งแรก, ควรต้องผ่าให้เห็นถึงส่วนที่ตีบ, ไม่ใช่เพียงใช้แท่งโลหะแยงกเท่านั้น.

รายที่ ๓

ผู้ชายอายุ ๓๗ ปี, เลขที่ตัวไป ๕๕๐๖๐/๐๖, วัปี ๒๑ พค. ๐๖, ด้วยอาการที่ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดเป็นๆหายๆ มาประมาณ ๒ เดือน. บางครั้งเลือดออกตอนสุดของปัสสาวะ. บางครั้งออกเป็นสีน้ำตาลเนอ. มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยและครั้งหนึ่งๆ น้อยกว่าปกติ. ได้ตรวจด้วย ฟิล์ม เค.ย.บี. ธรรมดา และ I.V.P. พบมีรอยแหวง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑.๕ ซม. อยู่บริเวณข้างซ้ายของกระเพาะปัสสาวะ, ไตเป็นปกติทั้ง ๒ ข้าง. ตรวจด้วย ซีลัสโตสโคป พบเนองอกซันติก ปายิลลารีย์, มีขนาดเล็กอยู่เหนือรเบ็ดหลอดไตซ้าย ประมาณ ๑ ซม. ได้ตัดและจี้ด้วยไฟฟ้าทาง ซีลัสโตสโคป. ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ใน ๑๐ วัน. ผู้ป่วยสบายดีตลอดมา. ได้มาตรวจด้วย ซีลัสโตสโคป หลายครั้ง, ไม่ปรากฏว่ามีเนองอกในกระเพาะปัสสาวะอีก. จนกระทั่งเมื่อ ต้นเดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ มีอาการปวดขยับเขยื้อนอย่างรุนแรง. ต่อมาได้รับการตรวจด้วย ฟิล์ม เค.ย.บี. ธรรมดา และ I.V.P. พบหลอดไตส่วนต้นตีบและไตพองเล็กน้อย. เข้าใจว่าเป็นนิ่ว

ชนิดไม่ทึบรังสีในหลอดไต. ให้ยาขยายหลอดไตและแก้ปวด. อาการยังคงไม่เปลี่ยนแปลง. ปวดเป็นครั้งคราวเรื่อยมา. ถ่ายปัสสาวะบ่อย, แต่ไม่มีเลือด. ต่อมาเมื่อ ๘ กย. ๐๗ ได้ทำ รีโทรเกรด พัย - อีโลกราฟี พบว่าหลอดไตส่วนต้นตีบและขรุขระ. ไตมี ฮัยโครเนโฟซิส เล็กน้อย และไม่มีพรอยแหว่ง. เมื่อเทียบคกับ I.V.P. ครั้งแรก ๆ ก็พบมีการตีบและขรุขระของหลอดไตส่วนต้นเช่นเดียวกัน, แต่ไม่เป็นที่ผิดปกติในครั้งนั้น. คราวนี้ทำให้สงสัยว่าจะมีเนื้องอกในท่อไต. ได้รับไว้เมื่อ ๑๒ กย. ๐๗. และผ่าตัดเมื่อ ๑๔ กย. ๐๗. พบว่าหลอดไตส่วนต้นตีบแต่ปลายกรวยไตลงมายาวประมาณ ๓ ซม. แข็ง, แต่พองผิดปกติ. ส่วนต่ำที่สุดของส่วนที่แข็งมีก้อนแข็งคล้ายมีน้ำอยู่ภายใน, แต่เมื่อผ่าแล้วไม่พบน้ำ. เพียงผนังของหลอดไตหนาแข็งเหนียว. ไม่มีลักษณะแสดงว่าเป็นมะเร็ง. เข้าใจว่าเป็นหลอดไตอักเสบเรื้อรังและ เพอริยูรีเทอ - ไรติส. ไตภายนอกปกติ. บริเวณกรวยไตมีพังผืดยึดแน่น. ได้ตัดสินใจทำการตัดไตและส่วนต้นของท่อไตออก, เพราะเชื่อว่าซ่อมแซมไม่ได้ผล. ตรวจด้วยกล้อง

จุลทัศน์ ต่อมาได้ผลเป็น “ทรานซิชเนลเซลล์ คาร์ซิโนมา และลามเข้าไปในเนื้อรอบไต”. กลับบ้านเมื่อ ๒๘ กย. ๐๗. ภายหลังใช้เวลา ๓ เดือนต่อมามีอาการปวดท้อง, และต่อมาปวดทั่วตัว, กินอาหารไม่ได้, ผอมลง, ต้องให้ยาแก้ปวดขนาดมาก ๆ ตลอดมา. อยู่ใ้ก้อกประมาณ ๒ เดือนถึงแก่กรรม.

### วิจารณ์สำหรับรายที่สาม

รายงานการถ่ายปัสสาวะ เป็นเลือดเมื่อครั้งแรกวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็ง กระเพาะปัสสาวะเท่านั้น, เพราะไม่มีอาการทางส่วนบนเลย, I.V.P. ก็ไม่ชัดเจน. ต่อมาเมื่อมีอาการปวดคล้ายนิ่วในหลอดไตเป็นสำคัญ, จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในหลอดไตชนิดไม่ทึบรังสี. แต่เพราะอาการไม่ชัดเจนเท่าที่ควร, จึงได้ทำ รีโทรเกรด พัยอีโลกราฟี. คราวนี้พบความขรุขระของหลอดไต, จึงได้สงสัยว่าเป็นเนื้องอกชนิดมะเร็ง, และเป็นต้นเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคราวก่อน, (คราวนั้นถึงมะเร็งหลอดไตอยู่แล้ว), แต่เมื่อผ่าแล้วกลับคิดว่าไม่ใช่มะเร็ง, เพราะเป็นเพียงเนื้อแข็ง (fibrosis). เป็นข้อเตือน

ใจว่าเมื่อพบมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะต้องตรวจให้เห็น การเปลี่ยนแปลง ของไต และท่อไตด้วยเสมอไป. อาจจะมีมะเร็งใน ส่วนบนเป็นต้นเหตุก็ได้. ถ้ามีความผิดปกติชวนให้สงสัย, อาจสวนเอาปัสสาวะจากไตมาตรวจ หาเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยโรค, และเมื่อผ่า พบ ส่วนหนึ่ง ส่วนใด หนา แข็ง ผิดปกติ, ก็อย่าฟังนึกว่าเป็นเพียง ไฟโบรสิส. อาจเป็นมะเร็งก็ได้. ต้องตัดส่วนหนึ่งมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์.

#### รายที่ ๔

หญิงไทยอายุ ๖๖ ปี, เลขที่ทั่วไป ๘๐๕๘/๐๘, รั่วไวเมื่อ ๒๘ มค. ๐๘, มีอาการว่าเคยถ่ายปัสสาวะ เป็นเลือดเมื่อ ๕ ปีก่อนอยู่ ๒ - ๓ วัน, ฉึดยากหายไป. เมื่อ ๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายปัสสาวะ เป็นเลือดเป็นครั้งคราวเรื่อยมา. แพทย์ภายนอกรักษาโดยเข้าใจว่าเป็น วัณโรคไต. สามเดือนก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายปัสสาวะบ่อยกะปริกกะปรอย, บางครั้งขัด. หนึ่งเดือนก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดมากขึ้น. บางครั้งมีก้อนเลือด, บางครั้งมีขนเนอ. ปวดท้องน้อย

และยื่นเอวทั่วไป. ไม่มีไข้.

การตรวจร่างกายทั่วไปปกติ. คลำพบไตขวาไม่ชัดเจนนัก, ไม่เจ็บ. การตรวจปัสสาวะเมื่อแรกรับได้ผลปกติ.

ถ่ายฟิล์ม เค.ยู.บี. ธรรมดา, สงสัยนิ้วในท่อไตส่วนล่างข้างขวา.

I.V.P. พบไตขวาไม่ทำงาน (ภายใน ๓๐ นาที). ไตซ้ายปกติ. ตรวจด้วยซีตัสโคสโคปี เมื่อ ๒๖ มค. ๐๘ พบกระเพาะปัสสาวะเป็นปกติ. เห็นเลือดไหลจากการเปิดหลอดไตข้างขวา. ใส่หลอดสวนหลอดไตขวาขึ้นได้เพียง ๓ ซม. ทำให้เลือดออกมากขึ้น. ฉึดยากที่บริเวณขั้วไป ลามหลอดสวนไต, พบว่าไม่สามารถฉึกผ่านขึ้นไปได้, และช่วงล่างของหลอดไตมีปรอยแห่วงขรุขระโดยรอบ.

ให้การวินิจฉัยโรค ว่ามะเร็ง กรวยไต ลามลงมาสู่ท่อไต (เพราะมะเร็งกรวยไตพบได้บ่อยกว่ามาก).

ในการผ่าตัดเมื่อ ๒๘ มค. ๐๘ พบว่าไตมี ฮัยโครเนโฟรสิส และ ฮัยโครยูริเตอร์. หลอดไตส่วนล่างมีก้อนแข็งขนาด ๑ ซม. ๒ ซม. ๑ ซม.

ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เป็น "สควมัส เซลล์ คาร์ซิโนมา ท่หลอดไต ส่วนล่าง. ไตมีการอักเสบเรื้อรัง".

วิจารณ์สำหรับรายที่ ๔

รายการนี้ การวินิจฉัยทำได้ง่าย, เพราะเห็นเลือดกำลังออกจากกรเปิดหลอดเลือดข้างขวา. เลือดออกเรอจริงเป็นเวลานานในคนแก่ต้องนึกถึงมะเร็งอยู่แล้ว. รายนี้ก้อนเนื้องอกก้อนข้างโต, เห็นรูปรอยแห้วชัดเจน. เมื่อไม่สามารถแสดงโดยภาพรังสีเอกซ์ว่าโต และ หลอดไตส่วนบนไม่มีเนื้องอก, ก็ต้องเข้าใจว่าเป็นเนื้องอกไตลามลงมาจากกรวยไต, เพราะพบได้บ่อยกว่า. การรักษาก็เช่นเดียวกัน. การวินิจฉัยผิดในรายนี้ไม่ทำให้เกิดความเสียหายในด้านการรักษา.

อภิปรายทั่วไป

มะเร็งที่หลอดเลือดโดยตรงเป็นโรคที่พบน้อยมาก. ได้ยกตัวอย่างที่วินิจฉัยผิดๆ มาให้เห็น ๔ ราย. เท่าที่วินิจฉัยไปแล้วมักเข้าใจว่าอาการเลือดออกและการปวดเพราะไตอักเสบจากการคืบคั้นของหลอดเลือดที่ก้วยเหตุต่างๆ, หรือเป็นเนื้องอกในหลอดเลือด. ตัวมะเร็งหลอดเลือดเองทำให้เกิดการคืบคั้นของหลอดเลือด, ทำให้เกิด ฮัยโคโรยริเตอร์ และ ฮัยโคโรเนโฟรสิส ซึ่งยังอาจมีการอักเสบได้ก้วย. อาจมีเนื้องอกด้วยก็ได้.

การคืบคั้นของหลอดเลือดอาจทำให้มีอาการปวดตื้อๆ ที่บริเวณไต. ถ้ามีอักเสบและบวมของก้อนมะเร็งจะทำให้ปวดมากขึ้น. ถ้ามีเนื้องอกหรือก้อนเลือดไปอุดตันที่บริเวณไต, จะมีอาการปวดรุนแรงมาก. ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงบัสสาวะขุ่นและปวดบริเวณไต, ซึ่งอาจคล้ายไตผิติดปรกติ. การที่จะวินิจฉัยให้ถูกต้อง, ต้องอาศัยการตรวจตามขั้นๆ โดยละเอียด. ยิ่งในคนสูงอายุ, ตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป, ถ้ามีอาการถ่ายบัสสาวะเป็นเลือดบ่อยๆ ต้องนึกถึงมะเร็งไว้ก่อน. ส่วนการที่จะวินิจฉัยแน่นอนและเป็นที่ตรงไหน, ต้องอาศัยการตรวจพิเศษและจะต้องนึกถึงโรคนี้ไว้ในใจเสมอเพื่อจะได้ไม่วินิจฉัยผิดพลาด.

อาการ และ ข้อตรวจพบ ที่ชบ่งว่าเป็นมะเร็งหลอดเลือดคือ :

อาการ

- (๑) เลือดออกทางบัสสาวะบ่อยๆ, เป็นสีน้ำตาลเนอ, อาจเข้มหรือจาง, อาจมีชั้นเนอออกมา.
- (๒) ปวดบริเวณไต, อาจปวดรุนแรง.
- (๓) อาจมีอาการไข้.

(๕) อาจมีขี้สสารวะขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเป็นประจำ.

### การตรวจร่างกาย

(๑) อาจคลำได้ไตโตเล็กน้อย, หรือโตมาก, และนุ่ม.

(๒) อาจเจ็บบริเวณไต.

### การตรวจด้วยรังสีเอกซ์

เค.ย.บี.ธรรมดา อาจพบไตโตข้างหนึ่ง.

I.V.P. มี ฮัยโครเนโฟรสิส และ ฮัยโครยวอเตอร์ มากหรือน้อยก็ได้. มีรอยแหวนทชรชระในหลอดไต. ถ้าไตเล็บบามาก จะไม่มีขี้สสารออกให้เห็น.

ซีสโตสโคปี้, พบเล็บบอกออกจากกรเบ็คหลอดไตข้างนั้น. อาจมีเนื้องอกยื่นจากรเบ็คหลอดไต. อาจมีมะเร็งของกระเพาะ

ขี้สสารวะด้วย. (อาจเป็นมะเร็งของกรวยไตก็ได้.)

รีโทรเกรด พัยอ์โลกราฟี่ แยกหลอดสวนขึ้นไปในหลอดไตที่ตำแหน่งไตตำแหน่งหนึ่ง, มีเล็บบอก, อาจแยกผ่านขึ้นไปไตอีก, และขี้สสารวะกลับใส่. ในรายที่ I.V.P. ช่วยไม่ได้, การทำรีโทรเกรด พัยอ์โลกราฟี่ จะเห็นรอยแหวน ทชรชระในหลอดไต.

การ ย้อม ตะ กอน ขี้สสารวะ หาเซลล์มะเร็ง, ถ้าได้ผลบวกเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัย. ถ้าได้ผลลบก็ไม่ได้ค้านเสมอไป. อาจสวนขี้สสารวะจากไตไปตรวจอีก.

เนื้องอกมะเร็งไม่จำเป็น ต้อง เป็น เนื้องอก และ มี เล็บบอก มา เลียง มาก. อาจ เป็น กอนชิต ขาวแข็ง. ถ้าสงสัยควรตัดเนื้องอกมาตรวจ.

(Summary of the preceding Article)

## PRIMARY CARCINOMA OF THE URETER

Sambhandh Tantiwongse, M.B.

Division of Uro—Surgery, Dept. of Surgery  
(Head of Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

---

Primary carcinoma of the ureter is very uncommon; most malignant growths in this site are due to metastasis from the kidney. Nearly all cases present the symptoms of hematuria and obstruction of the ureter, which usually lead to the diagnosis of stricture of the ureter or ureteral stone. Four cases are presented in this report, all of which were misdiagnosed in the beginning. The purpose of this article is to emphasize the occurrence of this rare affection. The suggestive symptoms and signs are:

(a) Intermittent homogeneous hematuria or turbid urine; (b) Pain and tenderness around the flank; (c) Fever may be present, but not always; (d) In some cases, a palpable mass in the flank; (e) Irregular filling defect in the ureter by I.V.P.; (f) Detection of growth in the ureteric orifice by cystoscopy; (g) Bloody urine early in ureteric catheterisation, the blood disappearing as the catheter passes higher up.

(S.T.)

---

# ส่วนประกอบน้ำบัสสาวะ สถิติจากผู้ป่วยในศิริราชพยาบาล

ธงชัย พรรณลาภ พ.บ.

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบบัสสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ)

หน่วยศัลยศาสตร์ระบบบัสสาวะได้ทำการวิเคราะห์ก้อนเนื้อของผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นต้นมา เพื่อถือเป็นหลักในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยที่เป็นนี้. ก้อนเนื้อได้มาจากผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกศัลยศาสตร์และมาตรวจทางแผนกผู้ป่วยนอกด้วย. โดยมากเป็นก้อนเนื้อซึ่งหลุดออกมาระหว่างการถ่ายบัสสาวะ.

สาเหตุที่แท้จริงของเนื้อในคนยังไม่มีความชัดเจนแน่นอน, และมีการถกเถียงกันมาก, แต่พอสรุปได้ว่าเป็นที่ทราบในปัจจุบันสาเหตุซึ่งอาจทำให้เกิดเนื้อได้มี ๓ หัวข้อ :

(๑) สิ่งแปลกที่.

(๒) ความผิดปกติเกี่ยวกับบัสสาวะ,

เช่น :

— มีการผิดปกติของสาร คอลลอยด์ และ ครีส์ตัลลอยด์.

เรื่องย่อ พรรณลาภ, ธงชัย. ส่วนประกอบน้ำบัสสาวะ, สถิติจากผู้ป่วยในศิริราชพยาบาล. สารศิริราช. ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๖), ๑๘ : ๖๕๘-๗๐๔.

ผลการวิเคราะห์เนื้อบัสสาวะ ๒๕๕ ก้อนพบว่าส่วนใหญ่ (๖๕.๕ ปช.) เป็นเนื้อเนื้อผสม. สารส่วนประกอบที่พบบ่อยที่สุดคือกรดยูริกและยูเรต. เนื้อเนื้อเดี่ยวพบบ่อยในกระเพาะปัสสาวะและหลอดไต, และส่วนใหญ่ประกอบด้วยกรดยูริกล้วน ๆ. สารอื่น ๆ ที่ประกอบเป็นก้อนเนื้อ ได้แก่แคลเซียมออกซาเลต, แอมโมเนียมยูเรต, แคลเซียมยูเรต, แคลเซียมคาร์บอเนต และแมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต.

— มีการคั่งของบัสสาวะ.

— มีการเปลี่ยนแปลงในคลัยกรตและทาง.

— มีการผิดปกติของเมตะบอลิซึม, ทำให้มีการขับถ่ายของบางอย่างออกมาในบัสสาวะ, เช่น ซึ่ส์ติน, กรดยูริก. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อบางอย่าง เช่น ฮัยเปอร์พาราไธรอยด์อิสม์ ทำให้มี แคลเซียม และ ฟอสเฟต ในบัสสาวะมาก.

- (๓) เหตุเกี่ยวกับอาหาร, เช่น :
- การกินนานอืด.
  - การรับประทานอาหารมากเกินไป ทำให้มี อ็อกซาเลต มากในปัสสาวะ.
  - การขาด วิตามิน เอ.

การวิเคราะห์ที่ก้อนนิ่วทำให้เราทราบถึงส่วนประกอบของก้อนนิ่วแต่ละก้อนซึ่งไม่เหมือนกัน. มีนํ้าเป็นจำนวนมากไม่ยอกที่ตรวจพบว่าประกอบด้วยพวกกรดยูริก, แกลอ ยเรต และ อ็อกซาเลต ซึ่งเป็นสารที่เราพบมากในอาหารที่รับประทานตามปกติ. ด้วยเหตุนี้หน่วยคลีคลศาสตร์ระบบปัสสาวะจึงนำผลวิเคราะห์ของก้อนการเกิดใหม่ของนิ่วอย่างหนึ่งคือการควบคุมอาหาร, และได้ทำการวิเคราะห์ที่ก้อนนิ่วของผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษา.

วัตถุประสงค์ของการเขียนเรื่องนี้เพื่อที่จะแสดงสถิติส่วนประกอบของก้อนนิ่วที่ได้วิเคราะห์เท่านั้น. จะยังไม่กล่าวถึงการศึกษาและการควบคุมอาหารในผู้ป่วย, เนื่องจากยังได้ผลน้อยและผู้ป่วยส่วนมากขาดการติดตาม.

สำหรับการตรวจวิเคราะห์ที่ก้อนนิ่วนั้นตามวิธีคุณภาพวิเคราะห์ตามตารางในหน้าต่อไป.

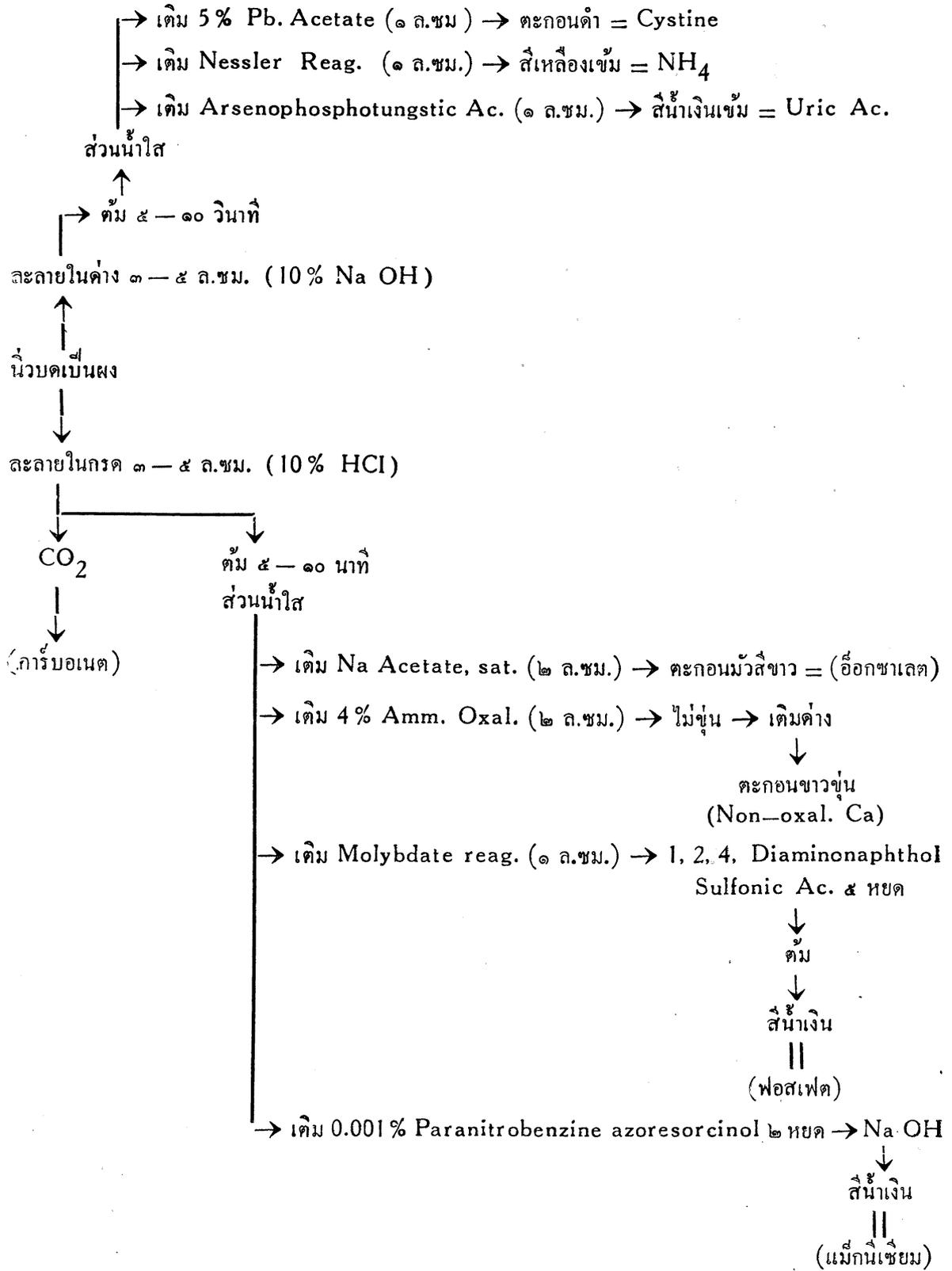
จากการวิเคราะห์ที่ก้อนนิ่วตามวิธีดังกล่าว, สามารถจำแนกก้อนนิ่วได้เป็น ๒ พวกใหญ่คือ:

(๑) นํ้าเนื้อเดี่ยว, หมายถึงก้อนนิ่วซึ่งมีส่วนประกอบเป็นเกลือชนิดเดียวล้วน ๆ, เช่น กรดยูริก, แคลเซียม อ็อกซาเลต, แอมโมเนียม ยเรต.

(๒) นํ้าเนื้อผสม หมายถึง ก้อนนิ่วซึ่งมีส่วนประกอบเป็นเกลือหลายอย่างปนกัน, เช่นมี แคลเซียม คาร์บอเนต ผสมกับ แคลเซียม อ็อกซาเลต หรือ แคลเซียม คาร์บอเนต ผสม แคลเซียม อ็อกซาเลต ผสม กรดยูริก, แคลเซียม อ็อกซาเลต ผสมกรดยูริก, ฯลฯ.

ต่อไปนี้เป็นผลของการวิเคราะห์ที่ก้อนนิ่วในผู้ป่วยหน่วยคลีคลศาสตร์ระบบปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๘ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๙, รวม ๒๕๕ ก้อน, ได้มาจากส่วนต่าง ๆ ดังนี้:

นิ่วในไต	๗๑ ก้อน
นิ่วในหลอดไต	๕๒ ก้อน
นิ่วในกระเพาะเบา	๕๓ ก้อน
นิ่วในหลอดปัสสาวะ	๓ ก้อน



ธงชัย พรรณลาภ

701

พบว่าเขื่อนวเนนเคียว ๗๕ ก้อน หรือ  
 ๓๐.๕ ปช.  
 นวนเนอผสม ๑๘๐ ก้อน หรือ ๖๕.๕  
 ปช.

สถิติของปราณิต ผ่องแผ้ว (๑๕๖๔)  
 ได้ทำไว้แสดงว่าพบนิวเนนเคียว ๒๘.๘  
 ปช.

ชนิด	นิว ในกระเพาะเบา		นิว ในหลอดไต		นิว ในไต		นิวในหลอด บัสสาวะ		รวม
	ก้อน	ปช.	ก้อน	ปช.	ก้อน	ปช.	ก้อน	ปช.	ก้อน
นิวเนนเคียว	๓๖	๓๘.๗	๓๓	๓๕.๕	๘	๑๑.๓	๒	๖๖.๖	๗๙
นิวเนนผสม	๕๖	๖๑.๓	๕๕	๖๕.๑	๖๓	๘๘.๗	๑	๓๓.๔	๑๘๐
รวม	๙๓ ก้อน		๘๘ ก้อน		๗๑ ก้อน		๓ ก้อน		๒๕๕

ส่วนประกอบของนิวเนนเคียว

ส่วนประกอบ	นิว กระเพาะเบา	นิว หลอดไต	นิว ในไต	นิวหลอด บัสสาวะ	รวม	
					ก้อน	ปช.
กรดบูริก	๑๕	๑๕	๒	—	๓๒	๔๐.๕
แคล. อ็อกซาเลต	๖	๕	๔	๑	๑๖	๒๐.๒
แอม. ยูเรต	๗	๒	๑	๑	๑๑	๑๓.๕
แคล ยูเรต	๖	๕	๑	—	๑๒	๑๕.๒
แคล. คาร์บ.	๑	๓	—	—	๔	๕.๑
แม่ก. แอม. ฟอส.	๑	๓	—	—	๔	๕.๑
รวม	๓๖	๓๓	๘	๒	๗๕	๑๐๐

จากข้อมูลพบว่านิ้วในกระเพาะเขาและในหลอดไตเป็นนิ้วเนื้อ เคี้ยวมากกว่านิ้วในไต; ส่วนใหญ่ของนิ้วจากไตเป็นพวกเนื้อผสม, พบได้ถึง ๘๘.๗ ปซ.

เราพบ นิ้วเนื้อ เคี้ยวใน กระเพาะเขาได้บ่อยพอ ๆ กับในหลอดไต, คือกระเพาะเขาพบ ๓๘.๗ ปซ. ที่หลอดไตพบ ๓๕.๕ ปซ.

ส่วนใหญ่ของพวกนิ้วเนื้อเคี้ยวนี้เป็นกรดยวริก คือพบถึง ๔๐.๕ ปซ. ที่รองลงมาคือ แคลเซียม ออกซาเลต พบ ๒๐.๒ ปซ., แอมโมเนียม ยวเรต ๑๓.๕ ปซ., แคลเซียม ยวเรต ๑๕.๒ ปซ. จำนวนตัวเลขที่ได้นี้ต่างจากคณปรารถน์ ผ่องแผ้วที่ทำได้, คือพบชนิดกรดยวริก ๓๔ ก้อน จากจำนวนนิ้วเนื้อเคี้ยว ๕๖ ก้อน, เท่ากับ ๖๐.๗ ปซ.

แต่ขอที่น่าสังเกตคือส่วนใหญ่ของนิ้วเนื้อเคี้ยว มักอยู่ใน กระเพาะ ปัสสาวะ และหลอดไต, คือพบเป็นนิ้วในกระเพาะเขาเป็นอย่างนี้ ๓๖ ก้อน (๔๕.๑ ปซ.) จำนวนพอ ๆ กับที่พบในหลอดไต, คือ ๓๓ ก้อน หรือ ๔๑.๗ ปซ., และนิ้วที่พบในกระเพาะปัสสาวะและหลอดไต เป็นชนิดกรดยวริก อย่าง เคี้ยว เป็น ส่วน ใหญ่พอ ๆ กันด้วย. ทั้งนี้เนื่องจากนิ้วซึ่งเป็นกรด

ยวริก อย่างเคี้ยว นั้นมักเป็นก้อนเล็ก, จึงไม่ติดค้างอยู่ที่ไต.

นายแพทย์จำลอง มุ่งการกิจ ได้ทำการวิเคราะห์ก้อนนิ้วจำนวน ๕๐ ก้อน, พบเป็นนิ้วที่มีแคลเซียม เป็นกรดยวริก และแอมโมเนียม ยวเรต แท้ ๆ จำนวน ๓๖ ก้อน (เท่ากับ ๗๒ ปซ.) (ข่าวการแพทย์, ๑๕๕๕).

- Gershoff, Prien และ จันทราภานนท์ (๑๕๖๓) ได้รายงานไว้ว่าไตแยกก้อนนิ้วจาก ร.พ. ขอนแก่น ๒๐๐ ก้อน, พบเป็นกรดยวริก อย่างเคี้ยว ๖ ปซ., กับแคลเซียม ออกซาเลต ๔ ปซ.

ข้อมูลแสดงว่าพวกนิ้วเนื้อผสมนั้นมีส่วนประกอบหลายชนิด, แต่ข้อมูลนี้ได้แยกโดยอาศัยความสำคัญของส่วนประกอบของก้อนนิ้วซึ่งมีพวก กรด ยวริก หรือเกลือ ยวเรต หรือ แคลเซียม ออกซาเลต ซึ่งเกลือดังกล่าวนี้เราได้ใช้เป็นหลักการควบคุมอาหารเป็นราย ๆ ไป.

จากผลที่ได้เห็นว่าพวกนิ้วเนื้อผสมนั้นส่วนใหญ่จะต้องมีพวกกรด ยวริก หรือ ยวเรต. พวกนี้มีพบ ๑๕๐ ก้อน จากจำนวนนิ้วเนื้อผสมรวม ๑๘๐ ก้อน, เท่ากับ ๘๓.๓ ปซ., และที่มี แคลเซียม

ส่วนประกอบของเนื้อผสม

ส่วนประกอบ	เนื้อ กระเพาะเบา	เนื้อหลอด โต	เนื้อใน โต	เนื้อหลอด บัสสาวะ	รวม	
					ก้อน	ปช.
เกลือแคล. ไม่มีกรดยูริก หรือยูเรต หรือ อ็อกซาเลต	๓	๔	๒	๑	๑๐	๕.๖
เกลือแคล. มีกรดยูริก หรือยูเรต	๒๖	๑๕	๒๗	-	๗๒	๔๐.๐
เกลือแคล. มีแคล. อ็อกซาเลต	๑	๑๕	๔	-	๒๐	๑๑.๑
เกลือแคล. มีกรดยูริก และ แคล. อ็อกซาเลต	๒๗	๒๑	๓๐	-	๗๘	๔๓.๓
รวม	๕๗	๕๕	๖๓	๑	๑๘๐	๑๐๐

อ็อกซาเลต รวมด้วย ๕๘ ก้อน, หรือ  
เท่ากับ ๕๔.๔ ปช.

นอกจากนี้พบว่าพวกที่มีกรด ยูริก  
และ อ็อกซาเลต รวมอยู่ด้วยทั้ง ๒ อย่าง,  
มี ๗๘ ก้อนหรือ ๔๓.๓ ปช., แสดงว่า  
พวกเนื้อผสมนี้มีส่วนประกอบซึ่งไม่  
ใช้กรด ยูริก หรือ อ็อกซาเลต เป็นส่วน  
น้อย, พวกนี้เราไม่เฝ้าทำการควบคุมใน  
เรื่องอาหาร.

สรุป

การวิเคราะห์ก้อนเนื้อของผู้ป่วย ทั้ง

แต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๘ ถึง  
วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๙,  
จำนวน ๒๕๕ ก้อน, พบส่วนใหญ่เป็นชนิด  
เนื้อผสม, คือมี ๖๕.๕ ปช., อีก ๓๐.๕  
ปช. เป็นชนิดเนื้อเดี่ยว.

ส่วนมากของเนื้อประกอบด้วยกรด  
ยูริก และเกลือ แอมโมเนียม ยูเรต, ทั้ง  
พวกเนื้อเดี่ยว และพวกเนื้อผสม.

นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ของเนื้อ  
เดี่ยวนั้นเป็นกรด ยูริก ล้วนๆ, คือพบ  
๓๒ ก้อนในจำนวนเนื้อเดี่ยว ๗๕ ก้อน,

หรือเท่ากับ ๔๐.๕ ปช., และพบว่านิ่วกรก  
ยริก ล้วนๆ นี้จะพบมากในหลอดไตและ  
กระเพาะปัสสาวะ. ส่วนที่ไตมักพบเป็นนิ่ว  
เนอพลสม.

การวิเคราะห์ก่อนนิ่วมีประโยชน์เป็น  
หลักใช้ควบคุมอาหารในผู้ป่วยที่เป็นนิ่ว.

ในที่สุดผู้เขียนขอขอบพระคุณท่าน  
ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะ-  
กฤษณะ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ที่  
อนุญาตให้นำเรื่องนำมาเสนอ, และขอบ  
พระคุณอาจารย์นายแพทย์สัมพันธ์  
คันติวงศ์, นายแพทย์ศุภชัยวัฒน์,

นายแพทย์โชติ พานิชกุล, ที่กรุณาให้  
คำแนะนำ.

### เอกสาร

1. Gershoff, S.N., E.L., Prien, and  
A. Chandrapanond : Urinary Stones in  
Thailand. J. of Urol., 1963, 90 : 285.

2. Unakul. S. : Discussion, Urinary  
Lithiasis. Med. News, 1955, 4 : 187.

3. Mung-Karndee, C.h. : Etiologi-  
cal Studies of Urinary Lithiasis. Med.  
News 1955, 4 : 142-150.

4. Pongpaew, P. : Investigation of  
Urolithiasis Patients in Siriraj Hospital,  
Thesis, submitted to the Faculty of  
Graduate Studies. (1964).

5. Somnapan, N., Uric Acid Stones  
in Siriraj Hospital, Thesis, submitted  
to the Faculty of Graduate Studies,  
(1964).

### การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

COMPOSITION OF URINARY STONES  
Collected from Patients in the Siriraj Hospital

Dhongjai Parnlarbh, M.B.  
Division of Uro-Surgery, Dept. of Surgery  
(Head of Dept. : Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

---

Analysis of 259 stones collected from various parts of the urinary tract indicated that 69.5 percent of them are the so-called mixed stones, with uric acid and urates as the chief ingredients. Pure stones are found most frequently in the bladder and ureter. Other constituents identified included

calcium oxalate, ammonium urate, calcium urate, calcium carbonate, and magnesium ammonium phosphate. Knowledge of the composition of stones may be applied to the dietary measures for the control of recurrences.

(Five references)

---



# ประกาศกองบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.  
ดำรง เพ็ชรพลาช พ.บ.  
นนทนัน พรหมผลิน พ.บ.  
ทวี บุญไผ่ดี พ.บ.  
สมชัย บวรภิจิตติ พ.ด.  
ประหยัด หัตถนารักษ์ พ.บ.

## ขั้มนุดฐึานการวินิจฉัยโรคที่ยังจะตองใช้ต่อไป

สัมพันธ์ ตันตวงศ์

(หน่วยศัลยศาสตร์ระบบสืบสาวะ, แผนกศัลยศาสตร์)

ความมุ่งหมาย ของ การ ประกอบโรค  
ศิลปะใน สาขาเวชกรรมกั คือ การ รักษาผู้  
ช่วยให้หายจาก ความเจ็บป่วย เป็นสำคัญ.  
การที่ จะรักษาผู้ ช่วยให้หายจาก ความเจ็บ  
ป่วยได้, ก็จะต้องทราบก่อนว่าผู้ป่วยเป็น  
โรคอะไร, จึงจะรักษาได้ถูกต้อง. เพราะ  
ฉะนั้น จึงควร ถือ ว่าการวินิจฉัยโรคสำคัญ  
กว่าการรักษา. ถึงแม้ว่าความเจ็บป่วย  
ของคนเราถ้าจะ แบ่งตามผลของการรักษา  
ก็อาจจำแนกได้ อย่างกำขั้นทบกัน, คือ  
พวกที่ตองรักษาจึงจะหายหนึ่ง, พวกที่  
รักษา ก็หาย, ไม่รักษา ก็หายหนึ่ง, และ  
พวกที่รักษา ก็ตาย, ไม่รักษา ก็ตาย, อีก  
พวกหนึ่ง, ถึงกระนั้น แพทย์ผู้รักษา ก็ควร  
วินิจฉัยให้ ได้ถูกต้องก่อนว่าผู้ป่วยเป็นโรค

อะไร. ถ้าวินิจฉัยโรคผิดจะทำให้ความ  
เจ็บป่วย จำพวก ที่หนึ่ง กลายเป็น จำพวกที่  
สาม. ถ้าวินิจฉัยถูกและผู้ป่วยเป็นโรคที่  
รักษาได้, ก็หายได้ ในเร็ววันชน. การ  
ที่ชวชาญ ว่ากันว่า หมอคนนั้น คนนั้น ชอบ  
เลี้ยงไข้, ก็เพราะการวินิจฉัยโรคไม่ถูก  
ต้องเป็นเหตุหนึ่ง. ความจริงมีผู้ช่วย  
จำนวน มาก ที่รักษาจนหายหรือตายแล้ว,  
แม้จนได้ตรวจศพ แล้วก็ยัง ไม่ทราบว่า เป็น  
โรคอะไร. นั่นคงเป็น ความเจ็บป่วยจำพวก  
ที่สองและสาม, หรือเป็นโรคที่ ในปัจจุบัน  
แพทย์เรายัง ไม่มีความรู้ที่ จะวินิจฉัยได้ถูก  
ต้อง. อย่างไรก็ตาม หน้าทของแพทย์ใน  
การ ประ กอบ โรค ศิลปะ จะ ต้อง พยายาม  
วินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง, เพื่อทำการ

รักษาให้ผู้ช่วยหายโดยเร็วที่สุด.

การวินิจฉัยโรค ต้อง อาศัย ประวัติ, การตรวจร่างกาย, การตรวจเลือด, ปัสสาวะ, อจจาระ, เสมหะ, หนอง, และการตรวจพิเศษอื่น ๆ. ในปัจจุบันมีวิธีการตรวจพิเศษ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการใหม่ ๆ เพื่อให้การวินิจฉัยให้ถูกต้องยิ่งขึ้น, แต่ถึงกระนั้นแม้ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ บางครั้งก็วินิจฉัยโรคผิดอย่างที่ไม่น่าจะเป็นไปได้, เพราะแพทย์บางคนมีความหลงผิด หรือละเลยในเรื่องการซักประวัติ, การตรวจร่างกายตามแบบมาตรฐาน, และการตรวจทางห้องทดลองของตน. เชื้อธอแต่วิธีการตรวจด้วยเอ็กซเรย์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามวิธีใหม่ ๆ, ซึ่งบางครั้งพาให้หลงทางไปได้. เช่นเคยมีตัวอย่างผู้ช่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลีย, เบื่ออาหาร, แน่นบริเวณชายโครงขวา. แพทย์ตรวจร่างกายพบว่าตับโตแข็ง, ได้ส่งถ่ายฟิล์มช่องท้องธรรมดา. พบว่าไตข้างขวามีนูน. จึงทำการผ่าตัดรักษาแล้ว โดยตัดไตขวาออก. แต่ขณะผ่าตัดก็พบว่า เป็นมะเร็งตับด้วย. เรื่องนี้เช่นตัวอย่างที่แสดงว่า การตรวจด้วยเอ็กซเรย์ทำให้

เราหลงไป, ไม่ได้วินิจฉัยมะเร็งตับซึ่งมีอาการทำให้ผู้ช่วยมาโรงพยาบาล. (ผู้ช่วยไม่มีอาการทางปัสสาวะเลย.) ความจริงก็คลำพบตับโตผิดปกติอยู่แล้ว, แต่ไม่ให้ความสนใจจริง ๆ. อีกตัวอย่างหนึ่งซึ่งข้าพเจ้า พบด้วยตัวเอง เหมือนกันคือผู้ช่วยมาด้วยอาการอ่อนเพลีย, ผอมลง, และมีก้อนไตซ้ายโครงข้างซ้าย, เป็นก้อนที่ขนาดโตเท่าไต, แต่รูปร่างค่อนข้างกลม, แข็ง, เคลื่อนชนลงได้มาก. ตรวจด้วยเอ็กซเรย์ พบ นิวในไตซ้าย. ทำการผ่าตัดตัดไตซ้ายออก. ไตซ้ายอยู่ในตำแหน่งปกติ. แต่ยังมีก้อนในช่องท้องอีกก้อนหนึ่ง, เป็นก้อนที่ต่ำกว่า, คล้ายไตทางด้านท้อง, ซึ่งเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่. รายงานที่เอ็กซเรย์พบก้อนนิวในไตซ้าย ทำให้นึกว่าก้อนนั้นเป็นไต. ลืมกว่าอาจมีเรื่องอื่นร่วมอยู่ด้วย. ความจริงข้อนี้ อาจทราบได้จากการถามประวัติ ความผิดปกติ ของ การถ่าย อจจาระ. อนึ่ง, แพทย์ลืมนึกว่าไตซ้ายนั้นไม่ค่อยพบว่าเป็นไตลอย, เคลื่อนที่ได้มาก ๆ อย่างข้างขวา. จากตัวอย่างรายงานข้าพเจ้าเลยตั้งเป็นกฎไว้ ว่าถ้าคลำพบก้อนไตซ้ายโครงข้าง, เคลื่อนได้มาก ๆ, อย่าเพิ่ง

คิดว่าเป็นไคลอยจนกว่าจะพิสูจน์แน่นอนแล้ว.

การตรวจพิเศษบางอย่าง เช่น การทำไบออปซีย์ ด้วยเข็ม, ซึ่งจะต้องทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัวและไม่เป็นวิธีที่ปลอดภัยเสียทีเดียว, ควรจะใช้เมื่อมีข้อสงสัยจริงๆ และไม่มีวิธีธรรมดาๆ อื่นๆ แล้วที่จะใช้ช่วยวินิจฉัย. มีตัวอย่างที่ใช้ไบออปซีย์ ด้วยเข็มโดยไม่จำเป็นเลย. คือผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องมีก้อนโตชายโครงขวา. จาก การ คลำ เข้าใจว่าเป็นติ่งผิดปกติ. ได้ทำการเจาะ ไบออปซีย์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก. ผลที่ได้จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็น พัยโอเนโฟรลีส. ความผิดปกติคราวนี้เพราะไม่ได้นึกถึงว่าก้อนโตชายโครงขวา, ถ้าไม่ใช่ติ่งอาจมีอะไรได้บ้าง. อย่างน้อยก็ต้องนึกถึงไต. ต้องถามอาการผิดปกติทางปัสสาวะ. ถ้าตรวจปัสสาวะก็ควรจะบอกได้. ถ้าไม่ได้จริงๆ คงยังต้อง ตรวจ ด้วยฟิล์ม เค.ยู.บี. ธรรมดา และอาจ ต้องทำ I.V.P. เพื่อความไม่ใช้ไตแน่ๆ ก่อนที่จะทำการ เจาะตรวจ ด้วยเข็ม.

ข้อมูลต่างๆ ในการตรวจเลือกในห้วงปฏิบัติการ, ถ้าทำได้ถูกต้องตามความ

เป็นจริง, มีประโยชน์มากในการช่วยวินิจฉัยโรค. โรคบางอย่างจะวินิจฉัยได้ถูกต้อง, ต้องอาศัยข้อมูลการตรวจในห้องปฏิบัติการอย่างเดียวนั้น. แต่โดยทั่วไป, ข้อมูลเหล่านั้นมีโอกาสผิดได้บ่อยๆ และผิดมากบ้างน้อยบ้าง. ในผู้ป่วยรายเดียวกัน ข้อมูลในการ ตรวจ หลาย ๆ ครั้ง อาจ ต่าง กัน มาก ๆ โดย หาเหตุผลไม่ได้เลย. โอกาสที่จะผิดมีมากเพราะตัวอย่างเลือดที่เก็บอาจไม่ถูกต้อง, ส่งไม่ตรงเวลาที่ควร, ทั้งยังต้องอาศัยความถี่ของมือ, ของสายตา, ของเครื่องมือ, และของน้ำยาต่างๆที่ใช้. เพราะฉะนั้นการวินิจฉัยโรคนั้นยัง ต้องอาศัยอาการ และ การ ตรวจร่างกายเป็นหลักอยู่ก็. เคยมีผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะขี้. แพทย์ตรวจด้วยนิ้วมือทางทวาร หนัก สงสัยว่าเป็น มะเร็ง ต่อมลูกหมาก. ผลการตรวจ เซอัม แอสติค ฟอส - ฟาเทส ๓ ครั้ง, สูงกว่าปกติสองครั้ง, ปกติ ๑ ครั้ง. ทำการเจาะ ไบออปซีย์ ๒ ครั้ง, เป็นเพียงต่อมลูกหมากอักเสบเรื้อรัง. เมื่อผ่าตัดแล้วผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ครั้งใหม่ เป็น มะเร็งต่อมลูกหมากจริงๆ. แสดงว่าการตรวจด้วยนิ้วมือนั้นมีประโยชน์มาก. แม้แต่ ไบออปซีย์

ควยเข้มกัยงเชอไมไค, เพาะไคเนอไมตรงกัยตำแหน่งที่ตองการ. ข้อมูลค่างๆที่ไคจากห้งปฏิบัติการ, ถ้าจะเชอถอไคควรทำหลายคร้ง, และควรจะเป็นเพียงเครื่องสนับสนนทางคลินิค. ถ้าค่านกันแล้ว, สำหรัยข้าพเจาก็ยงเชอการตรวจกรรมคาทางคลินิคอย่ไค.

เท่าที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด ก็เพียงข้ำให้เห่น ความ สำคัญของ การวินิจฉัยโรคของค่น, โดยการถามประวัติและการตรวจร่างกายข่นมูลฐาน, เพราะเป็นสิงจำเป็นคองใช้, เพาะเราจะหาวิธีตรวจพิเศษอื่น ๆ ไคยากในการประกอบโรคคิลปนอกโรงพยาบาล, หรือแม้ในห้งตรวจผู้ช่วยนอกรของโรงพยาบาลใหญ่ๆ. ถ้าไคประวัติละเอียก, ตรวจร่างกายถกค้ง, มีความรู้เรื่องโรคพอสมควร, ก็พอจะบอกไคว่าจะให้การรักษาไคหรือไม่, หรือคองตรวจ พิเศษ วิธีไหน ค่อไป เป็น ขันๆ, หรือ คอง สง หา ผู้ ชำนาญ เพื่อ ประโยชน์ของ ผู้ช่วยเป็นใหญ่, ไม่เสียงกัยการเสียงชอเสียงของเราเอง.

โรคทางระบบทางเดินข้สสาวะเป็นโรคที่วินิจฉัยไคง่าย. เพียงประวัติการถ่าย

ข้สสาวะที่ผิดปรกติและลักษณะ ข้สสาวะที่ผิดปรกติ, เช่นถ่ายข้สสาวะปนวก, ถ่ายข้สสาวะข้ค, ถ่ายข้สสาวะมากหรือน้อย, บ่อยหรือห่าง, ข้สสาวะเป็นเลือดตลอดสาย, หรือเฉพาะตอนจะสก, ข้สสาวะข่น, ข้สสาวะมีข่นเนอ, เป็นต้น, ก็ช่วยให้วินิจฉัยโรคไคไคล้ความจริงอย่แล้ว. แต่ถงกระนั้นยง มีผู้ช่วยที่ไค รับการวินิจฉัยผิดไป จน เป็น อันตราย ค่อ ผู้ช่วย บ่อยๆ, โดยเฉพาะในเรื่อง การ ถ่ายข้สสาวะ เป็นเลือด, โดยแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นแผลในกระเพาะข้สสาวะ, กระเพาะข้สสาวะอีกเสบ, ไคอีกเสบ, เป็นต้น, แล้วรักษาไปตามอาการ, ไม่พยายามหาเหตุผลว่าอีกเสบ หรือเป็นแผลเพราะอะไร. ไม่ได้คิคว่าวัดโรคไคเป็นจริง หรือมีอะไรสนับสนนแน่นอนแล้วหรือ, และข้อสำคัญบอกไคแน่นอนแล้วหรือว่าไม่ได้เป็นมะเร็งในทางเดินข้สสาวะ. การถ่ายข้สสาวะเป็นเลือดหรือหนอง, เป็นอาการของโรคอะไรก็ไคหลายอย่างตั้งแต่การอดกน, การคิคเชอ, เนองอก, การขาดเจ็บ, ความวิกลแต่กำเนคใน ส่วนค่างๆ ตั้งแต่ไค ลงมา. การถ่ายข้สสาวะเป็นเลือด อาจมีเรองนอกรทางเดินข้สสาวะเป็นเหตุก็ไค. การรักษา

ก็อาจเพียงใช้ยาหรืออาจต้องผ่าตัด. ถ้าเป็นมะเร็งแล้วถ้ารักษาผิด ๆ ซ้ำไปก็ไม่มีทางรอด. ถึงจะเป็นมะเร็งในทางเดินปัสสาวะ, เลือดที่ออกก็หยุดเองได้นาน ๆ แล้วกลับออกใหม่. เพราะฉะนั้นถ้าผู้ป่วยที่ปัสสาวะเป็นเลือดแล้วให้ยาฉกหรือยารับประทานแล้วเลือดหยุดไป, ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นมะเร็งไม่ได้. บังเอิญโรคที่ทำให้ถ่ายปัสสาวะ เป็น เลือด หรือ หนอง ชักเจน, มีน้อยนักที่จะหายขาดได้ โดยการฉีกยาหรือให้ยารับประทาน, เพราะส่วนมากที่เคี้ยว มีสาเหตุ แอบแฝงอยู่ภายในซึ่งต้องอาศัยการตรวจโดยละเอียดเป็นชั้น ๆ. ที่รักษาหายขาดได้ โดยไม่ต้องอาศัยการตรวจพิเศษมีน้อย. ที่พบข้อยกคือโรคระเพาะปัสสาวะ อักเสบ อย่างแรงในหญิงสาว, ซึ่งเพิ่งจะมีโรคเป็นครั้งแรก, เลือดออกเพราะยาซัลฟา, โรคไตอักเสบในเด็ก, โรคหนองใน, ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดหรือหนองภายหลังผ่าตัด, หรือ ผล การ ตรวจ ด้วย เครื่อง มือ ใน ทาง เดิน

ปัสสาวะ. อย่างน้อยแพทย์ทั่วไปควรจะทราบว่าอาการต่อไปนี้ เป็นอาการ ของโรคที่จะต้องตรวจให้ละเอียดโดยวิธีต่าง ๆ จึงจะรักษาให้หายได้คือ : (๑) ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดแฉกแฉมหรือมกอินเลือด, (๒) ถ่ายปัสสาวะ เป็น เลือด เป็น ๆ หาย ๆ มาเป็นเวลานาน, (๓) ถ่ายปัสสาวะข้น, รักษา มานาน พอ สม ควร แล้วไม่ดีขึ้น, หรือทเลาไปเพียงชั่วคราวเท่านั้น.

อาการเหล่านี้ ถ้าเป็นคนค่อนข้างสูงอายุ, อาจเป็นอาการของมะเร็งทางเดินปัสสาวะก็ได้. อย่างน้อยก็เพราะมีอาการออกกัน ด้วยเหตุต่าง ๆ (เช่นนี้) เป็นต้นเหตุ. อาจเป็นวัณโรคก็ได้. ถ้ารักษาเป็นเวลานานไม่ได้ผล, อาจดกกกล่าวหาว่า "เลี้ยงไข้", หรือเสียชื่อเสียงได้ถ้าผู้ป่วยเป็นอันตรายไป. หมอที่ควรนึกถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นใหญ่, ยากรักษาให้หายโดยเร็ว, และรู้จักประมาณความสามารถของตัวเอง.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้ : ตี ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.,  
ธงชัย พรรณลาภ พ.บ.

๑. Weber, H.,T. Wegmann: การวินิจฉัยโรคของตับอ่อนด้วยการวัดเซรัมไลเปส. วิธีไมโครเทคนิคอย่างใหม่. German Med. Monthly. 1966, 11:3.

การหาเซรัมไลเปส ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าดีกว่าเซรัมอะมีเลส ในแง่ความไวกว่าและจำเพาะกว่า. จากการหาเซรัมไลเปส ๑,๕๐๐ ครั้ง พบค่าผิดปกติ ๒๓๐ จากผู้ช่วย ๑๕๓ คน ซึ่งเป็นโรคต่างๆ กัน. พบว่าเซรัมไลเปสที่ขนส่งเนื่องจากมีความผิดปกติของตับอ่อน ยกเว้นในรายที่มีการล้มของไต.

ในการ อักเสบเรื้อรังของตับอ่อนเมื่อตรวจหาเซรัมไลเปส จะพบว่ามีค่าสูงกว่าปกติ, แต่เมื่อตรวจหาเซรัมอะมีเลสร่วมด้วยจะพบว่ามีค่าสูงกว่าปกติเพียง ๒๕ ปร. ของผู้ช่วยเท่านั้น. ต้นเหตุสำคัญที่พบบ่อยของการอักเสบเรื้อรังของตับอ่อนได้แก่โรคพิษสุราเรื้อรัง, โรคเกี่ยวกับทางเดินน้ำดี. ผู้ช่วยที่เป็น คาร์ซิโนมา ของ

ตับอ่อน ๑๑ ราย, ซึ่งได้รับการพิสูจน์โดยการผ่าตัดหรือการตรวจศพ ๕ รายพบว่า มีค่าของเซรัมไลเปส สูงขึ้น.

ผู้ช่วย ๘ ราย, ซึ่งไม่ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นโรคหัวใจที่มีการอุดตัน (infarct) พบว่ามีค่าเซรัมไลเปส สูงกว่าปกติ, เข้าใจว่าเนื่องจากการอักเสบของตับอ่อนอย่างอ่อน ๆ. รายที่เกิดหัวใจล้มป่วยขึ้นอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อของตับอ่อนได้อย่างรุนแรง พร้อมกับการขาดออกซิเจน ของเซลล์ของตับอย่างรุนแรงได้.

จากการตรวจหาค่าเซรัมไลเปส ในผู้ช่วยโรคต่างๆ, สรุปได้ว่าเซรัมไลเปส มีค่าสูงกว่าปกติ นอกจากพบในโรคของตับอ่อนโดยตรงแล้ว, ยังพบได้ในโรคตับอักเสบและรายที่มึไตล้ม.

ตี ชัยวัฒน์ พ.บ., Dr. med.

๒. Kuenzer, W., H. Vahlenkamp and B. Foerster: ทางเดินโคยตรงของบิลิรูบิน จากเลือดสู่ช่องของลำไส้. German Med. Monthly. 1966, 11: 95.

การศึกษาในเด็กที่มึทางเดินท่อน้ำดีไม่เจริญมาแต่กำเนิด ๑๐ ราย และเด็กที่มีส่วนของลำไส้ไม่เจริญมาแต่กำเนิดคือส่วน ค.โอคีนัม ได้ต่อปลายีลลว่าเตอร์ ๒ ราย, ส่วน เจนัม เป็นหลายตำแหน่ง ๑ ราย, ส่วน อีเลอม ๒ ราย และลำไส้ใหญ่ส่วนชนบน ๑ ราย เพื่อคัดของอุจจาระเป็นเครื่องตัดสินว่ามีน้ำค้อออกมาในอุจจาระหรือไม่. พบว่าเด็กที่มีความพิการมาแต่กำเนิดของทางเดินน้ำค้อและของลำไส้ส่วน ค.โอคีนัม มีน้ำค้อออกมาในอุจจาระ แต่มีบาง ขณะอาจลดน้อยลงไปบ้าง.

คำอธิบายในเรื่องนี้โดยอาศัยหลักเกณฑ์จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่าน้ำค้อเข้ามาในลำไส้ได้โดยผ่านจากกระแสเลือดทางเยื่อลำไส้ และออกมากับอุจจาระ.

แต่ในรายเด็กที่มีความพิการของลำไส้ส่วน เจนัม, อีเลอม และลำไส้ใหญ่ไม่พบน้ำค้อในอุจจาระ, ฉะนั้นแสดงว่าการ

ผ่านโคยตรงของน้ำค้อจากกระแสเลือดผ่านเยื่อลำไส้เกิดขึ้นเฉพาะ ส่วนของลำไส้เล็กส่วนบนเท่านั้น.

ตุ ชัยวัฒน์ W.U., Dr. med.

๓. Hubacher, O.: การติดตามผลในระยะ ๕ ปีของการรักษามะเร็งก้วยโคยอลต์และยาที่เป็นพิษต่อเซลล์. German Med. Monthly. 1966, 11: 86.

ในการใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ พวก SP-G และ SP-I ก็ยั้งหนึ่งของผู้ป่วย ๓๓๘ คน ในโรงพยาบาลเบอร์นส์ค้อเบอร์ลานก, ซึ่งได้รับการผ่าตัดชนิดชดร้ากและได้รับการฉายแสงที่มีกำลังงานสูงมาแล้ว, อีกยั้งหนึ่งยั้งเป็นพวกคอนโทรล (การค้อเลือกพวกทำอย่างหยาย ๆ) ได้ผลยั้งนี้: คาร์ซีโนมาของเต้านมและของค้อมคลก ซึ่งการพยากรณ์โรคค้อ, เมื่อใช้ยาแล้วอัตราการค้อไม่เปลี่ยนแปลงใน ๒ ปีแรก, แต่ยั้งยั้งที่ ๓ เป็นต้นไปได้ผลค้อช้น. เข้าใจว่ายา SP-G และ SP-I ไประงับการเจริญของเซลล์มะเร็งที่กระจายไปตามกระแสเลือด. ส่วนคาร์ซีโนมาของปอดและกระเพาะอาหารที่การพยากรณ์โรคเลวมมาก,

เมื่อใช้ยาเข้าร่วมด้วยจะทำให้อัตราการตายลดลงภายใน ๓ ปีแรก, ผลคินจะลดลงในปีที่ ๔ และ ๕. สำหรับคาร์ซิโนมาของปอดบริเวณรอบ ๆ เนื้องอกมีหลอดเลือดยังมากคงมีความเข้มข้นของยาเพิ่มขึ้น, ส่วนในรายของภาวะอาหารอาจได้ผลดีกว่า.

ถึงแม้ว่า SP-G และ SP-I จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ยาวนาน, ก็ไม่ควรให้ยาแต่อย่างใดในกรณีการรักษามะเร็ง.

๗ ชัยวัฒน์ W.ป., Dr. med.

๔. Thiel, K.H., P. Rathert and H.

Siemensens: การหายของขาดแผลและการรักษาขาดแผลด้วย อิมูนอนกับกาในการผ่าตัดไต. *Der Chirurg.* 1966, 37:170.

เนื่องจากการใช้ กาว อะคริลเลต ร่วมกับ อิมูนอน ที่เตรียมไว้เป็นพิเศษ มีผลดีในการทำให้เลือดหยุดและแผลหายเร็ว ร้อย ต่ ขนหน้าตัดของ เนื้อไต ที่ตัดเอาชิ้นหนึ่งออก. แต่เป็นผลที่เกิดในรายที่ความดันเลือดเป็นปกติ, คณะผู้รายงานได้ทำการทดลองแยกแยะเดียวกันในรายที่ความดันเลือดสูง โดยใช้สุนัขทำให้เกิดมีความดันเลือดสูงระหว่าง ๓๐๐ - ๓๕๐ มม.

ปรอท ด้วยแอกรีนอลิน (๑:๑๐๐๐) ๑ มล. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ, สังเกตผลอยู่นาน ๑ ชม. ปรากฏผลว่าขณะที่ความดันเลือดสูงจะมีเลือดมาเลี้ยงไตมากบริเวณ เมดัลลา, ตำแหน่งที่ขัดด้วย อิมูนอนบางแห่งจะมีสีแดงเข้มขึ้น. ภายหลังตัดไตเป็นชิ้น ๆ ตรวจศพพบว่า บริเวณที่มัสแดงเข้มขึ้นเกิดจากเนื้องอกชนิดที่มีเลือดออก, แต่ไม่มีช่องปัสสาวะรั่วเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด.

คณะผู้รายงานสรุปผลว่าการใช้ กาว อะคริลเลต ร่วมกับ อิมูนอน ที่เตรียมเป็นพิเศษนั้นสามารถทำให้เลือดบนหน้าตัดของการผ่าตัดชั่วคราวหยุดได้, ทั้ง ๆ ที่มีความดันเลือดสูงและแผลหายเร็ว ร้อย. ถ้าการตัดถึงกรวยไตหรือแคลสิยักซ์ ควรเย็บปิดกรวยไตหรือแคลสิยักซ์เสียก่อน เพราะ กาว อะคริลเลต และ อิมูนอน ไม่ช่วยทำให้ช่องทางที่ เกิดขึ้นปิดได้.

๗ ชัยวัฒน์ W.ป., Dr. med.

๕. Barthel, H., G. Brockmann:

มะเร็งชนิดร้ายจำพวก เทราโตมา ของอวัยวะกับการขับถ่าย โกลนาโตโทรบิค ฮอร์โมน. *Der Chirurg.* 1966:37:61.

คณะผู้รายงานเสนอรายงานผู้ช่วยชาย ๑ ราย, อายุ ๒๗ ปี ที่เป็นมะเร็งชนิดร้ายจำพวก เทราโตมา ของอวัยวะขวาและซ้าย โกลนาโคโทรบีค ฮอร์โมนออกมาและมีการเปลี่ยนแปลงโตซินของเต้านมทั้ง ๒. ภายหลังการผ่าตัดเอาเนื้ออกที่อวัยวะออกพร้อมทั้งต่อมน้ำเหลืองและหลอดน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงจนถึงตำแหน่งแยกแขนงของ เอออร์ตา, ได้ ๖ วัน, ตรวจหา เซรุ่ม โชมรียอน โกลนาโคโทรบีค พบว่าให้ผลลบและเต้านมที่โตทั้ง ๒ ค่อยๆ เล็กลงช้าๆ.

ในรายที่ผู้ช่วยยังตรวจพบ โชมรียอน โกลนาโคโทรบีค ใน เซรุ่ม อยู่, แสดงว่ายังมีมะเร็งแพร่กระจายอยู่อีก, การพยากรณ์โรคในรายเช่นนี้เลวมาก.

การรักษาผู้ช่วยในกรณีเช่นนี้มีข้อคิด ๒ ข้อ คือ :

๑. ผู้ช่วยที่มีเนื้องอกของอวัยวะควรได้รับการตรวจหา โชมรียอน โกลนาโคโทรบีคในเซรุ่มก่อนผ่าตัดหรือไม่.

๒. ถ้าพบผลของ โชมรียอน โกลนาโคโทรบีค คล้ายแพทย์ควรทำการผ่าตัดเอาเนื้อร้าย ออก และเอาหลอดน้ำเหลือง ใน เซิงกราน และ ช่อง ท้อง ข้าง ๆ หลอดเลือดใหญ่ออกด้วยใหม่.

คณะผู้รายงานมีความเห็นว่า ถ้ามีอาการแสดงหรือตรวจพบ โชมรียอน โกลนาโคโทรบีค ควรจะทำการผ่าตัดแบบชุกราก.

ในรายงานได้เสนอมะเร็งชนิดร้ายของอวัยวะอีก ๗ รายที่ได้รับการผ่าตัด, ๕ ราย ถึงแก่กรรมภายหลังผ่าตัด ๒ ปี, และ ๒ ราย อยู่ ได้ถึง ๔ ปี แล้วและสามารถทำงานได้ตามปกติ.

ศ. ชัยวัฒน์ W.J., Dr. med.

๖. Freese, P., P. Heinrich and M. Hinge: การใช้กาวในการผ่าตัดไต (การศึกษาในสัตว์ทดลอง). *Der Chirurg*. 1966, 37:56.

คณะผู้รายงานได้ทำการทดลองในสุนัข ๑๕ ตัว, กระจาย ๑๐ ตัว โดย การผ่าตัดขั้วไตออก. ถ้าทะลุถึงแคปซูลก็ทำการเย็บปิดก่อน, (ขณะที่ขั้วหลอดเลือดรั้นเพื่อให้เลือดหยุดไหลมาไตชั่วคราว, ไม่นานเกินกว่า ๑๐ นาที), แล้วใช้กาว เมซิล - ๒ - ซัยอะโน - อะคริเลต พันเป็นฝอยลงบนหน้าตัดของไต. ปรากฏว่าแผลผ่าตัดที่ไตหายดีไม่มีเลือดออก. เมื่อตรวจสอบการทำงานของไตพบว่าเป็น

ปรกติ. การตรวจไตทั้งด้วยตาเปล่าและด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่ามีแผลเป็นบาง ๆ เรียบ ๆ. บนหน้าตัดมีลักษณะแสดงว่าทิสซ มี การระคายเคืองเนื่องจากภาวะที่ไข้เล็กน้อย. ผลของการทดลองเป็นผลที่ที่น่าพึงพอใจ. คณะผู้รายงานเสนอความเห็น ว่า ควรนำมาวิธี การนี้ใช้ในการผ่าตัดไตในคน.

๗ ชัยวัฒน์ W.U., Dr. med.

๗. Thiel, K.H., P. Rathert and H. Siemensen: กาว เมทิล - ๒ - ซัยอะโน - อะคริเลต กับ การผ่าตัดไต. *Der Chirurg.* 1966, 37 : 54.

ผู้รายงาน ทดลอง ใช้ อัมนิออน จากคน ซึ่งเตรียมไว้ด้วยวิธีพิเศษร่วมกับกาวจำพวก เมทิล - ๒ - ซัยอะโน - อะคริเลต ในการผ่าตัดไต. การผ่าตัดไตที่ต้องตัดขั้วไตขั้วหนึ่งออก, หรือตัดออกทั้งสอง เหลือแต่ส่วนกลางไว้, หรือตัดส่วนกลางออกบางส่วนแล้วประกบส่วนที่เหลือเข้าหากันใหม่ นั้นจะมีเลือดออกตามหน้าตัดมาก. เมื่อใช้กาว อะคริเลต ทาบนผิวหน้าตัดของเนื้อไต (ในขณะที่บีบขั้วไตให้เลือดหยุดไหลไปยังไตชั่วคราว) แล้วทิ้งไว้ราว ๓ นาที, และใช้ อัมนิออน ที่

เตรียมไว้กับขั้วลงไป, ๕ นาทีต่อมาจึงปล่อยให้เลือดไหลไปเลี้ยงไตตามปรกติ. ในรายที่ผ่าเข้า แคลิซ หรือกรวยไต ต้องเย็บปิดเสียก่อนเพื่อกันการเกิดช่องภายหลัง. ในรายที่ผ่าตัดตรงกลางไต เวลาประกบเข้าหากัน, ถ้าไม่สนิทจะมีเลือดออกตรงตำแหน่งที่เหลือกันได้. บริเวณหน้าตัดที่ขาดไปเหลือเลี้ยง อาจเกิดมีเนอตาบที่ตำแหน่งนั้นได้. ผลเสียอื่น ๆ ไม่มี.

จากการทดลองในสัตว์ เมื่อใช้กาวอะคริเลต กับ อัมนิออน, ปรากฏผลดีในการทำให้เลือดหยุดโดยไม่ต้องการเย็บปิด. คณะผู้รายงานจึงเสนอแนะว่า ควรนำมาใช้ในคน, และได้รายงานการใช้แบบนั้นในผู้ป่วยหญิงอายุ ๔๓ ปี ๑ ราย ที่ทำการผ่าตัดขั้วไตออกเมื่อใช้กาวอะคริเลต ร่วมกับ อัมนิออน แล้ว, ปรากฏว่าได้ผลดี.

๘ ชัยวัฒน์ W.U., Dr. med.

๘. Trafford, H.S.: ไทเอธิลสทิลเบส-ตรอลในการรักษามะเร็งของต่อมลูกหมาก. *Brit. J. of Urol.* 1965, 7 : 317.  
การรักษามะเร็งของต่อมลูกหมาก

๒๔ ราย, ซึ่งไม่ได้ทำการผ่าตัด  
ลูกอัณฑะและต่อมหมวกไตโดยใช้ ไคเอ  
ซิลลิสติลเบสตรอล โดยหวังผลที่พบว่าใน  
รายมะเร็งของต่อมลูกหมากมี แอซิก  
ฟอสฟาเทส มาก, จะเป็นตัวไปทำให้ยา  
นี้ในรูปที่ไม่มีฤทธิ์กลายเป็นรูปที่มีฤทธิ์  
แล้วไปสะสมอยู่ในต่อมลูกหมาก, ซึ่ง  
เป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง. เมื่อศึกษาและ  
ติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่าถ้าให้ยาใน  
ขนาดมากจะได้ผลดีมาก, คือ ผู้ป่วยที่  
มีอาการเจ็บปวดที่กระดูก ๖ ราย อาการ  
จะหายไป, ๒ รายตรวจพบว่า พยาธิ  
สภาพในกระดูกดีขึ้น. จากภาพเอ็กซเรย์  
มี ๘ รายที่ขนาดของต่อมลูกหมากเล็ก  
ลงและอ่อนตัวเร็ว. ผู้ป่วย ๖ รายที่มี  
อาการถ่ายปัสสาวะไม่ออกกลับถ่ายได้เอง  
ภายหลังให้ยาแล้ว ๕ วัน. ๘ รายมี  
ชีวิตอยู่ได้นานถึง ๕ ปี นับแต่เมื่อ  
วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและให้การรักษา.

ขนาดของยาที่ใช้ใน คือ: ๑-๒ วัน  
แรกให้ขนาด ๕๐๐ มก./วัน นิดเข้า  
หลอดเลือดดำ, ต่อมาให้ขนาด ๑๐๐๐  
มก./วัน อีก ๖ วัน. ถ้าผู้ป่วยทนยาได้  
ในอาทิตย์ที่ ๒ ให้กินในขนาด ๓๐๐ มก.  
วันละ ๓ เวลา, ๗ วัน. ในอาทิตย์ที่ ๓

ให้กินในขนาด ๒๐๐ มก. วันละ ๓ เวลา,  
อีก ๗ วัน. ต่อจากนั้นให้กินในขนาด  
๑๐๐ มก. วันละ ๓ เวลา.

ธงชัย พรรณลาภ พ.บ.

๕. Gonick, P.: เทคนิคแบบใหม่ในการ  
ทำ เนโพรสโตมีย์. Brit. J. of Urol. 1965,  
37: 295.

การทำท่อเนโพรสโตมีย์ (Nephros-  
tomy tube) มีหลายวิธี, แต่วิธีที่คิดที่สุด  
ต้องมีหลักปฏิบัติดังนี้:

๑. ต้องทำท่อให้ปัสสาวะไหลได้  
สะดวก.

๒. ควรใช้เครื่องมือที่หาง่าย, ใช้  
บ่อยในโรงพยาบาล.

๓. เปลี่ยนสายยางได้ง่ายภายหลัง.

วิธีทำเป็นขั้น ๆ ดังนี้, ลงผ่าตัดผ่าน  
ผิวหนังตามปรกตินำไปสู่ไต, แล้วเจาะ  
บริเวณไตเข้าหากรวยไต. เบียดกรวยไต,  
ใช้ แรนคาลล์ส หรือปากคิบบินค็อกซ์  
สอดเข้าไปในกรวยไตผ่านทาง แคลิกซ์  
แล้วแทงทะลอนกลงเนื้อไตออกทางค้ำ  
ข้างของส่วนล่างของไต. ใช้ปากคิบบินค็อกซ์  
เพนโรส เทรน (Penrose drain) ซึ่งทา  
น้ำมันหล่อลื่นไว้ภายในรูเรียบร้อยแล้ว

ถึงกลับเข้าในกรวยไต. แล้วค่อยสอด  
คาน์เตอร์ ซึ่งจะทำเป็นท่อ เนโฟรีสโตมีย์  
ผ่านรูเข้ามาในกรวยไตพร้อม ๆ กับดึงเอา  
เพนโรส เทรน กลับออกทางปลายของ  
คาน์เตอร์. เช็บบักรวยไตให้เรียบร้อย.

วิชฌนผู้บรรยายกล่าวว่าที่เพราะว่าไม่  
จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษ, คาน์เตอร์  
จะสนิทพอกกับเนื้อไต และมีอันตรายต่อ  
เนื้อไตน้อยที่สุด. ข้อที่เสียดคือจะต้องหา  
เพนโรส เทรน ที่แข็งและใหม่พร้อมทั้ง  
ต้องหล่อลื่นให้ดี.

วิชาทำแบบนั้ใช้ เพนโรส เทรน เป็น  
ตัวทำแนวทางในเนื้อไต สำหรับสอด คาน์  
เตอร์ นั้นเอง.

ธงชัย พรรณลาภ พ.บ.

๑๐. Sheps, S.G. et al.: ความดันเลือด  
สูงและหลอดเลือดแดงรั้นลัตย. Clinic.  
Pharmacol. 1965, 6: 700.

ผู้รายงานได้เสนอเรื่องการรักษาโรค  
ความดันเลือดสูงในผู้ป่วย ๕๔ ราย, ซึ่ง  
เกิดขึ้นจากการ ดับ ของ หลอด เลือดแดง  
รั้นลัต ที่ไ้ระดับการพัลซันแล้วโดยการทำ  
เองจีโอแกรม. เมื่อศึกษาพยาธิสภาพ

ปรากฏว่า, ๓๒ รายเกิดจาก อาเธอรื-  
โอดมา, อีก ๒๒ รายเป็นชนิด ไฟโบรมัส  
คิวลาร์ ทิสซึ เพมซัน. เมื่อใช้ยาจำพวก  
ลดความดันเลือดในขนาดปรกติแก่ผู้ป่วย  
ทั้งหมดคน, พบว่า ๔๕ ราย ความดันเลือด  
ลดลงสู่ระดับปรกติ. การเปลี่ยนแปลงที่  
ข้อปติก พันคัส คซน. ได้คคตามผลของ  
การรักษาในผู้ป่วย ๒๐ รายในระยะเวลา  
๓ เดือน, ปรากฏว่าผู้ป่วยถึงแก่กรรมไป  
๓๕ ปช.

การรักษาผู้ป่วย ที่ เป็น โรค ดังกล่าว  
ด้วยการผ่าตัด ต้องคำนงถึงปัญหาต่อไป  
นี้:

๑. อาจต้องมีการผ่าตัดไตออก.
๒. อาจพบการเปลี่ยนแปลงที่หลอด  
เลือด, แต่ยังไม่ม่อาการและอาการแสดง  
ของความดันเลือดสูง.

๓. ผู้ป่วยทมอายุมาก, ผู้ป่วยที่อ่อน  
แอหรือผู้ป่วยทมอาการของการไหลเวียน  
เลือดร่นแรง อาจไม่สามารถทนการผ่า  
ตัดได้.

ธงชัย พรรณลาภ พ.บ.

## แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำปีเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๕

๑. จำนวน										รวม
ผู้ป่วย	อายุ	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก		
นอก	ใหม่	๔,๑๖๓	๒,๑๒๓	๑,๕๖๑	๑,๕๑๗	๒,๗๑๓	๖๕๐	๔๖๔	๑๓,๕๕๑	
	เก่า	๗,๓๗๗	๓,๔๕๒	๕,๒๐๗	๓,๑๘๓	๕,๔๖๐	๑,๐๗๕	๘๑๔	๒๖,๕๖๒	
	รวม	๑๑,๕๔๐	๕,๕๖๕	๗,๑๖๘	๕,๑๐๐	๘,๑๗๓	๑,๗๒๕	๑,๒๗๘	๔๐,๑๑๓	
ใน		๒๕๕	๔๒๐	๑,๗๗๐	๒๗๗	๕๑๗	—	๕๖	๓,๓๓๕	

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๒๒, จักษุ ๖๕๘, สูติ—นรีฯ ๖๕๑, ออร์โธ —, รวม ๑,๕๗๑ ราย.
๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๖๐, หญิง ๖๒๕, รวม ๑,๒๘๕. คลอดตาย, ชาย ๑๐, หญิง ๕, รวม ๑๕.
๔. ผู้ป่วยตาย ๒๑๑ คน (๖.๓๑ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๖๕ ราย (๓๒.๗๐ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๖๑๘ ครั้ง, มหันตโทษ ๒๕๘ ครั้ง, ลหุโทษ ๑๖๐ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๕๐ ชุด, จากญาติ — ราย, อื่น ๆ ๕๖ ราย. รวม ๑,๑๘๒.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๖๗๐ คน. รักษาใหม่ ๓๓ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑๒๕ คน. รadiumรักษา ๑๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๓๕ คน. รัตไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๖๔ คน, รัตไอไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๑๕๒ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน. รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๔๗ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๘๕๐ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๕๕ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๑๐,๓๐๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๕ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๔๓๔ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๖๒๔ ชิ้น (จากภายนอก ๒๕๒ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๑ ราย. การตรวจเซรัมวิธิตาล ๑๑๒ ราย. การตรวจวิธีวี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๑๐๔ ราย. การตรวจวิธีพอลบินเนต ๑๓. หมู่เลือด ๒๖. นับเม็ดเลือด —. วัตซ์โมโกลิน —. ตรวจปัสสาวะ ๘๐ ราย, ตรวจอุจจาระ ๖๔ ราย. การตรวจวิธีคัมป์ ๒๑ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๖๘. การตรวจวิธี อาร์. เอ. ๒๘. การตรวจวิธี อาร์. เอช. — การตรวจวิธี เอ. บี. ไอ. — ราย. เพาะเชื้อบิด ๓๔. ตรวจทดลองตัวจิ๋ว ๑๐. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีจี ๑๘. ราย. การตรวจวิธี ที.เอ. ๒ ราย.

๕. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๐๑. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๒๖. [เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๐๘. เพาะเชื้อจากเสมหะและอน ๆ ๕๓๐. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๕๓. นิดสัตว์ทดลอง — ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๔๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๐. เพาะเชื้อรา ๑๐.
๑๐. แผนกนิเวศวิทยา ตรวจศพ ๕๒ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๗ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๘๓ ราย. ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๖๕ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๒ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๓๑ ราย. ไปศาล ๕ ครั้ง. ศูนย์รวมข้าวเกิดพิษ — ราย, รั้วข้าว —, แจ้งข้าว —.
๑๑. แผนกกายวิภาคศาสตร์ (เฉพาะผู้บ้วนออก) เจาะท้อง ๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๕. เจาะตับ —. เจาะน้ำช่องปอด ๓. เจาะเลือด ๕๐๔. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๕. ขี้ผิวหนัง ๒๐. นิดยาทั่วไป ๒,๗๒๓. ให้น้ำเกลือ ๓๑๓. ให้เลือด ๑๐๖. เบาหวาน ๓,๕๑๗. กลืนนิ่ววัณโรค ๒๓๐.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๘๘. ถอนฟัน ๑,๐๓๗. อุดฟัน ๕๑๕. ผ่าตัดช่องปาก ๕๒. ชะแผล ๓๖. นิดยา ๔๔.

( โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ )

### การประชุมวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จักให้มีการประชุมวิชาการประจำปี เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๕ ดังนี้:

วันศุกร์ ที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๕ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “คุณค่าในทางวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรมจากไข่อ่อนปัสสาวะ” ผู้นำเสนอ น.พ. พิสิฐ วิเศษกุล และ น.พ. พิทยา ดำรงวัฒน์.

### การประชุมธุรการ — พิเศษ

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จักให้มีการประชุมธุรการ — พิเศษ ประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๕ ดังนี้:

วันศุกร์ ที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๕ เริ่มเวลา ๑๕.๑๐ น. ณ ห้องบรรยายพยาธิวิทยา, เรื่องที่น่าสนใจ: “ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับงานพัฒนาการแพทย์ของศิริราชที่อุดรธานี,” ผู้นำเสนอ, น.พ. ภูเก็ต วาจานนท์.

เกียรติ

๑. ศาสตราจารย์ น.พ. สุก แสง-วิเชียร หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ ได้รับพระราชทานเหรียญคุณงามาลา เข็มศิลปวิทยา.

ในโอกาสนี้ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้จัดอาหารกลางวันเลี้ยง

(ทำนองฝรั่งแท้)

“โอกาสนี้มีมงคลคณเฑาะฯ  
โปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทาน  
คุณงามาลาตราวิทยะ  
แด่อาจารย์หมอสุนทรวิชัย  
คณะศิษย์จิตเกษมเปรมปิติ  
เฉลิมฉลองอาจารย์ท่านสอนมา  
ขอคุณพระรัตนตรัยไสวพิเศษ  
เจริญลาภเจริญยศปรากฏไกล

๒. น.พ. เจริญ เศรษฐกิจ แผนก  
จักษุวิทยาฯ ได้รับแต่งตั้งเป็น Fellow of  
The American College of Surgeon  
สาขา ห, คอ, จมูก เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม  
พ.ศ. ๒๕๐๕ และรับเข้าเป็นสมาชิกของ  
The American Academy of Facial  
Plastic and Reconstruction Surgery.

ขอแสดงความยินดีด้วย.

การอบรม ไอ.บี.เอ็ม.

ศาสตราจารย์ น.พ. ขวัญ เกตุสังข์,  
พ.ญ. วินิตา วิเศษกุล และ พ.ญ. สัมพร

โดยความเอื้อเฟื้อของคาเฟ่เทอเรีย, เพื่อ  
เป็นเกียรติแก่ศาสตราจารย์ น.พ. สุก  
แสงวิเชียร. งานนี้ได้มีคณาจารย์,  
ข้าราชการและนักศึกษา มาร่วมงาน  
อย่างพร้อมเพรียงกัน และร่วมกันร้อง  
เพลงสก็๊ก็และ อำนวยพร ตั้งเนอ และทำ  
นองต่อไปนี้:

ด้วยทรงพระกรุณาพิทักษ์  
เกียรติตระกูลสูงยิ่งกว่าสิ่งใด  
ศิลปะเด่นจริงยิ่งขานไช  
สกุลไกรแสงวิเชียรเพียรวิชา  
จึงเริ่มริบรลงเพลงสรรเสริญ  
มูทิดากตัญญูคู่หัวใจ  
จงกันเกษกันตนพ้นกษัย  
เจริญใจเจริญสุขทุกวันเทอญ”

เอกรัตน์ ไปรับการอบรมเกี่ยวกับการใช้  
เครื่อง ไอ.บี.เอ็ม. ในมหาวิทยาลัย ที่  
บัณฑิตวิทยาลัย วิศวกรรมศาสตร์ของ  
ส.ป.อ. เมื่อวันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ.  
๒๕๐๕.

สำหรับศาสตราจารย์ น.พ. ขวัญ  
เกตุสังข์ ได้ไปรับการอบรมชั้นที่สอง ที่  
โรงแรมนิภาลอคจ์, พัทยา ระหว่างวันที่  
๓๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๒ พฤศจิกายน  
พ.ศ. ๒๕๐๕ ด้วย.