



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑-๒ ม.ค.-ก.พ. ๒๕๑๑

Vol. 20, No. 1-2. Jan. - Feb. 1968

ช่องโหว่ในผนังกันเอเทรียมชนิดเซคคอนดัม

ยศวร สุขุมาลจันทร์ พ.บ., F.A.C.P. *

กษาน จาติกวณิช M.R.C.S., L.R.C.P., F.A.C.S. *

กัมพล ประจวบเหมาะ พ.บ., M.S. in surg., F.A.C.S. *

ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติยากร M.B., B.S., M.R.C.S., L.R.C.P. *

วิภา ทองมิตร พ.บ., * ม.ร.ว. พัชรีสาน ชุมพล พ.บ., D.Sc. *

ช่องโหว่ในผนังกัน เอเทรียม (atrial septal defect) เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ (1-3) อาการในผู้ใหญ่โดยทั่วไปมักไม่รุนแรง. ส่วนมากมักไม่มีอาการเลยหรือมีอาการเห็นได้ง่ายกว่าปกติเมื่อออกกำลังกาย. อาการหัวใจล้มเหลวคั่งพบบ่อย. การรักษา

* หน่วยโรคหัวใจ แผนกศัลยศาสตร์ (หัวหน้าแผนก ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และห้องปฏิบัติการทดสอบหน้าหัวใจและปอด ศูนย์วิจัยการแพทย์ทางคลินิก ส.ป.อ.

เรื่องย่อ สุขุมาลจันทร์, ยศวร, กษาน จาติกวณิช, กัมพล ประจวบเหมาะ, ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติยากร, วิภา ทองมิตร, ม.ร.ว. พัชรีสาน ชุมพล. ช่องโหว่ในผนังกัน เอเทรียม ชนิด เซคคอนดัม. สารศิริราช ๒๕๑๑ (ค.ศ. ๑๙๖๘), ๒๐:๑-๑๐.

ตั้งแต่ต้นปี ๒๕๐๗ ถึง ต.ค. ๒๕๑๐ มีผู้ป่วยอายุ ๑๔ - ๔๗ ปี, รับการผ่าตัดหัวใจ ๕๑ ราย (ชาย ๑๒, หญิง ๓๙). สองรายตายใน ร.พ. หลังผ่าตัด, อีกสองรายกลับมาตายภายหลัง. ติดตามการรักษาได้ ๓๔ ราย, ๓๐ ราย สมายดี, ๔ รายมีเห็นชอบบ้าง.

โดยการผ่าตัดเย็บปิดโหว่ในผนังกัน เอเทรียม โดยใช้ทางเขยงหัวใจ - ปิด

(Cardio - Pulmonary Bypass) ช่วยได้ โดยมีอัตราการตายภายหลังผ่าตัดต่ำและได้ผลดี. ในสถาบันที่มีความชำนาญอัตราการตายน้อยกว่า ๑ เปอร์เซ็นต์.(4) ฉะนั้นจึงนับได้ว่าผู้ช่วยพวกนี้ค่อนข้างปลอดภัยกว่าผู้ช่วยที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอื่น ๆ, ยกเว้นพวก คัทคัส อาร์เทอร์ไอโอซิส ไม่ใช้. ที่โรงพยาบาลศิริราช น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ ได้ทำการผ่าตัดเพื่อแก้ความพิการนี้เป็นครั้งแรกเมื่อ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๐๒ โดยใช้วิธี ฮัยโปเธอร์เมีย ช่วย. ผู้ป่วยรายนั้นเป็นหญิงไทยอายุ ๔๗ ปีและมีเอเทรียม ไฟบริลเลชัน. ผู้ป่วยผู้นี้ยังมีชีวิตอยู่สบายดีและได้มาติดต่อที่คลินิกตรวจผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๐๕. หลังจากนั้นก็ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาความพิการแบบนี้อีกมาราย. ในระยะแรก ๆ ใช้วิธี ฮัยโปเธอร์เมีย. ในระยะหลัง ๆ ใช้ทางเขียง หัวใจ - ปอด ช่วย.

โดยที่รายงานของผู้ช่วยซึ่งผ่าตัดในระยะแรก ๆ สูญหายไปและเราไม่สามารถจะหารายละเอียดของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ได้, เราจึงเลือกเอาผู้ป่วยที่ผ่าตัดในระยะต้นปี ๒๕๐๗ ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๑๐ เท่านั้นมาเสนอ.

นับตั้งแต่ต้นปี ๒๕๐๗ ถึง ตุลาคม ๒๕๑๐ เราได้รับผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคนี้ที่มอายุพ้นวัยเด็ก (อายุเกิน ๑๓ ปี) เข้ามาผ่าตัดที่โรงพยาบาลศิริราชรวม ๕๑ ราย. ไม่มีผู้ป่วยซึ่งมีความพิการภายในหัวใจแต่กำเนิดแยกกันร่วมด้วย, เช่น ช่องโหว่ในผนังกัน เว้นตรีเคิล, การไขว้ตำแหน่ง (transposition) ของหลอดเลือดใหญ่, เตตราโลยีของ ฟัลโลต์, ช่องโหว่ผนังกัน เอเทรียม ชนิดปริมม ฯลฯ. คงรวมเพียงแค่ ฟัลโมนารี สเตโนสิส, เลือดไหลกลับเข้าปอดผิดปกติบางส่วน (Partial anomalous pulmonary venous return), โรคลิ้นหัวใจที่เกิดหลังคลอด และ คัทคัส อาร์เทอร์ไอโอซิส ไม่ใช้. ๑๓ รายที่ผ่าตัดโดยศาสตราจารย์ น.พ. กษาน จาติกวนิช, ๒๒ รายโดย น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ, ๑๔ รายโดย น.พ. ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กิติยากร, และ ๒ รายโดย น.พ. ชีระ ลิ้มศิลา.

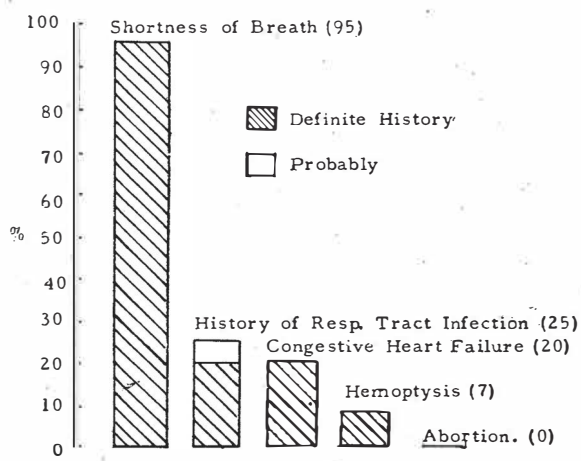
ในผู้ป่วย ๕๑ รายเป็นชาย ๑๒ ราย, และอีก ๓๙ รายเป็นหญิง. อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ ๑ : ๓.๒. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ ๑๔ ปี ถึง ๔๗ ปี. อายุโดยเฉลี่ย ๒๗ ปี. (สรุป ๑.)

FIGURE I



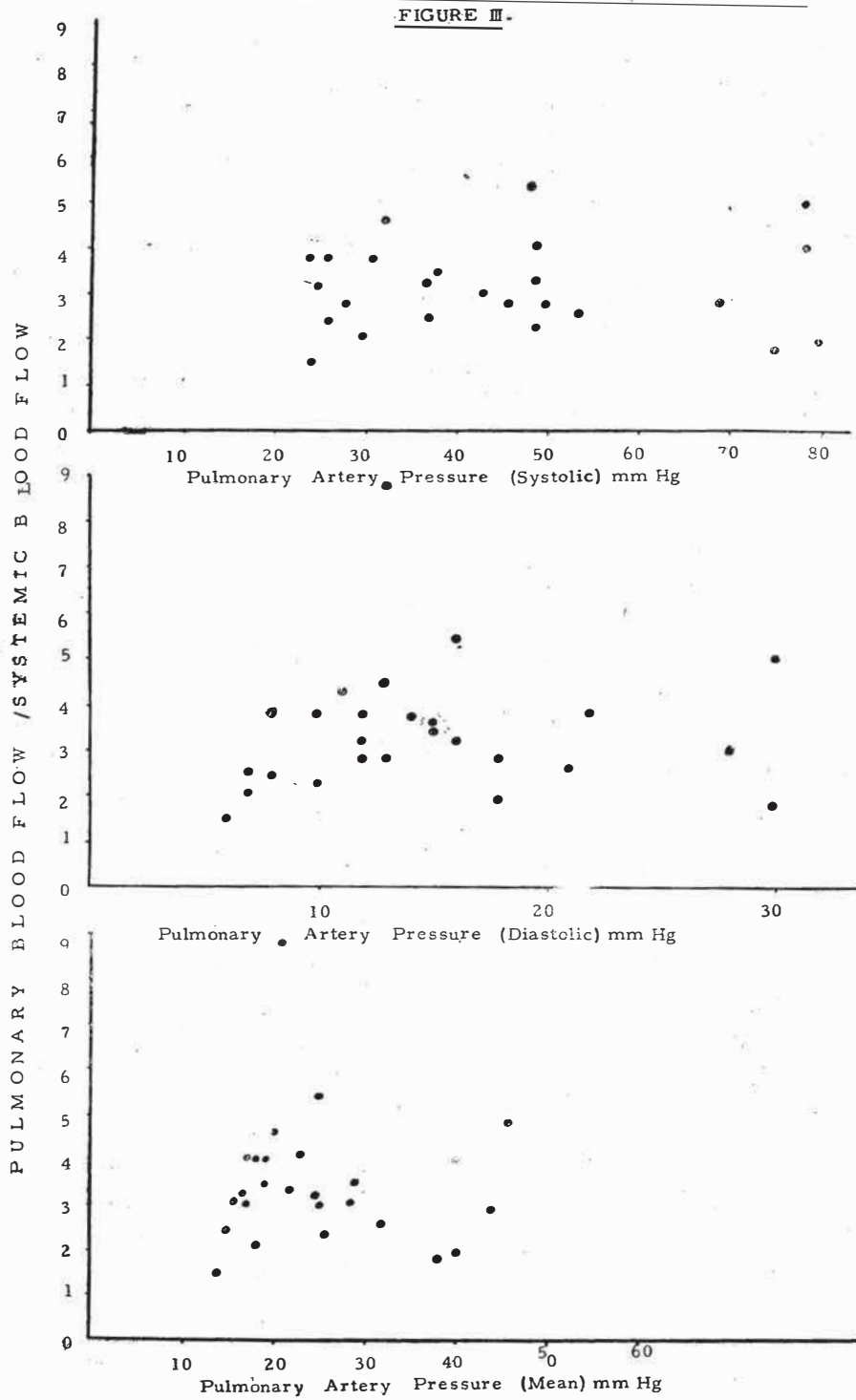
FIGURE II

SYMPTOMS and SIGN



ประวัติที่เชื่อถือได้ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้จากงานของโรงพยาบาลและจากหน่วยตรวจโรคหัวใจ ๕๑ ราย. อาการที่พบบ่อยที่สุดคือเหนื่อยง่ายกว่าปรกติเมื่อ

ออกกำลังกาย, พบถึง ๓๕ ใน ๕๑ ราย (๕๕ ٪). มีเพียง ๒ ราย (๕ ٪) ที่ไม่มีอาการเลยและมาหาเราเพราะไปหาแพทย์โดยสาเหตุอื่นแล้วแพทย์ตรวจพบว่าเป็น



โรคหัวใจ. (ทรป๒). แปรราย (๒๐ ปร.) มีประวัติแสดงว่ามีหัวใจล้ม คือมีขวมตามเท้าทั้งสองข้าง, หรือเมื่อเข้ามาโรงพยาบาลพบว่าเท้าขวมทั้งสองข้าง, มีตับโต และเสียงปรีเยาะในปอดทางส่วนฐาน. แปรราย (๒๐ ปร.) มีประวัติปอดขวมหรือประวัติซึ่งแนะนำ มีการติดเชื้อทางระบบหายใจ, เช่นมีไข้, ไอบ่อย ๆ. อีกสองรายมีประวัติเป็นไข้และไอบ่อย ๆ เมื่อเด็ก. หนึ่งรายมีไข้และชัก. สามราย (๗ ปร.) มีประวัติไอเป็นเลือด. ในบรรดาผู้ป่วยของเราที่เป็นหญิงและแต่งงานมีบุตร, ไม่มีใครมีประวัติแท้งบุตรเลย.

ในผู้ป่วย ๕๑ รายมีความพิการของหัวใจส่วนอื่นร่วมด้วย ๑๑ ราย (๒๒ ปร.). มีลิ้นไม่ตรล ดับจากโรค รุห์มาติก ร่วมด้วย (Lutembacher's Syndrome) ๔ ราย (๘ ปร.). หนึ่งใน ๔ รายมีลิ้น อาออร์ติก ร่วมด้วย. สามราย (๖ ปร.) มีลิ้น พัลโมนารี ที่ข่วมด้วย. สองรายมีเลือดไหล กลัษ ปอดผิดปกติธรรมดาบางส่วน, หนึ่งรายมีลิ้น ไตรคัสปีค ร่วและอีก ๑ ราย มี คัคคัส อาร์เทอร์โอสิส ไม่ชัด. ผู้ป่วยทุกราย, การถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบว่าหัวใจโต. โดยเฉพาะ เอเทรียม ข้างซ้าย

และ เว้นตรีเคิล ข้างขวา. ในปอดพบมีการไหลเวียนของเลือดในวงจร พัลโมนารี มากกว่าปรกติ.

ที่เหลือ ๔๐ ราย, เป็นโรคผนังกั้น เอเทรียม มีช่องโหว่แบบ เซคอนดุม แท้ ๆ, ไม่มีความพิการอื่นร่วมด้วย. รายงานการตรวจโดยสวนหัวใจข้างขวาที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยพวกนี้มีอยู่เพียง ๒๕ ราย. ไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่าง ความดันในหลอดเลือด พัลโมนารี กับอัตราส่วนการไหลของเลือดในวงจร พัลโมนารี ต่อการไหลส่วนกาย (ซีเอสเอ็มค). (แสดงในรูป ๓.)

การตรวจหัวใจด้วยไฟฟ้า ก่อนผ่าตัด (อ.ซี.จี.). มีในรายงานเพียง ๒๑ ราย. หนึ่งรายเป็น เอเทรียม ไฟบริลเลชัน (๕ ปร.), ส่วนที่เหลือมีการเต้นปรกติ. สิบหก ราย (๗๖ ปร.) เป็น บันเกลิล ขรานซ์ บลัดคข้างขวาอย่างไม่สมบูรณ์. อีก ๔ ราย (๑๙ ปร.) มี เว้นตรีเคิล ซีกขวาโต โดย มีอัตราส่วน R/S ใน V_1 เกิน ๑. สามใน ๔ รายของผู้พวกนี้มี พัลโมนารี ซัยเปอร์เท็นชัน ปานกลาง. แกนคักย์ไฟฟ้า (อเล็กทริกัล แอ็กซีส) เป็นปรกติเพียง ๓ ราย (๑ ราย Axis+0°, อีก ๒ ราย +๕๐°). ส่วนอีก ๑๘ รายมีแกนเฉียงทางขวา (+ ๑๐๕° ถึง + ๑๕๐°). ไม่มีรายใดที่มี

แกนเฉียงทางซ้าย. เราพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแกนศักย์ไฟฟ้าและความรุนแรงของ พัลโมนารีย์ ฮีเปอร์เทนชัน ในผู้ป่วยพวกนี้หรือกับอัตราส่วนเลือดไหลเวียนในวงจรทั้งสองเลย.

ในผู้ป่วย ๕๑ รายที่ไ้รับการผ่าตัด, หรือเทียบเท่า ๘๒ ราย. หนึ่งรายตายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยมีอาการช็อคตั้งแต่ออกจากห้องผ่าตัด. หนึ่งรายไม่ทราบสาเหตุเพราะรายงานหายไป. รายที่ ๓ เกิด เว้นทริกคูลาร์ ไฟบริลเลชัน และทำการนวดหัวใจไม่สำเร็จ. รายที่ ๔ เกิด เอ็มโบลีสม์ อากาศไปที่สมองขณะผ่าตัด และถึงแก่กรรม.

อาการแทรกซ้อน หลังผ่าตัดที่สำคัญ ซึ่งเกิดขึ้น กับผู้ป่วยเราแต่ไม่ถึงตายคือ เอ็มโบลีสม์ อากาศ ๒ รายและมีการ อัมพาต อย่างไม่สมบรณ์ หลังผ่าตัด. อาการ เหล่านี้หาย เป็นปรกติ เมื่อผู้ป่วย กลับมาหาเราที่ คลินิก ตรวจผู้ป่วย นอก. หนึ่งรายมี สเตาพีโยไลต์ค็อคคัล ยีนัว-โมเนีย. หนึ่งรายเกิด พาร์ออกซีสมีล เอเทรียล ทาซีคาร์เดีย และ เอเทรียล ไฟบริลเลชัน หลายครั้ง. ตรวจหน้าท ของต่อม ธิรอยด์ พบว่าปรกติ, แต่หลัง

จากให้ คีโรคาลิส ผู้ป่วยสบายดี, ไม่มีอาการ กลับ มาอีก. หนึ่ง ราย เกิด ลิ้น ไม่ตรล รัวหลังผ่าตัดและ ๑ รายเกิด อาการสติเฟื่องหลังผ่าตัด.

ในผู้ป่วย ๔๗ รายที่อนุญาตให้ กลับ บ้านได้, ๕ รายไม่ได้ กลับ มาคลินิค. ๖ รายกลับมารับการตรวจ ที่คลินิค ผู้ป่วย นอกเพียง ๑-๒ ครั้งก็หายไป. ทกราย แสดงว่าสบายดี. สองรายถึงแก่กรรมใน ระยะหลัง. หนึ่งรายตายจากหัวใจล้ม. ผู้ป่วยรายนี้มลิ้น ไม่ตรล คีบและไม่ได้ แก่เมื่อเราเย็บขั้วครทผนังของ เอเทรียม. ส่วน อื่นรายหลัง ผ่าตัด มีน้ำในช่อง เยื่อ หัวใจและช่องเยื่อปอดชนิดเรอริง. ได้ทำ เพริคาร์ดิเอคโตมีย์ และพลิวเรคโตมีย์. แต่อาการไม่ดีขึ้น. ต้องเจาะน้ำออกเป็น ครั้งคราว. คราว หลัง เจาะ โดย แพทย์ ประจำบ้าน, บ่อยถึงแก่กรรม ๖ ชั่วโมง หลังเจาะ. ตรวจศพพบว่ามี ฮีโมโธแรกซ์ และ ฮีโมเพริคาร์เดียม ซึ่งเข้าใจว่า เกิด จากการ เจาะ. แพทย์ ทาง แผนก พยาธิ ฯ ไม่พบสาเหตุที่จะอธิบายการเกิด น้ำในช่องเยื่อหัวใจและเยื่อปอด. เหลือ อีก ๓๔ รายคงกลับมารับการตรวจและติดตามใน คลินิกตรวจ ผู้ป่วย นอก ของหน่วย

โรคหัวใจ จนถึงปัจจุบัน. สามสิบราย
สหายคิ. ไม่มีอาการ (New York Heart
Association Class I). สิบรายยังมีอาการ
เห็นน้อยอยู่บ้าง, แต่ไปทำงานได้ตามปกติ
(New York Heart Association
Class II).

วิจารณ์

ผู้ป่วยซึ่งมีห้องโหวในผนังกัน เอ-
เตรียม มักจะไม่มีอาการหัวใจล้มในระยะ
ที่ผู้ป่วยยังเป็นทารก, และมักจะไม่ทำให้
เกิดการเติบโตช้ากว่าปกติ. โดยทั่วไป
มักจะไม่ทำให้เกิดอาการ, เว้นแต่เลือด
ไหลผ่านจาก เอเตรียม ซึ่กซ้ายมาเข้า
หลอดเลือดแดง พัลโมนารี มาก ๆ ซึ่ง
อาจจะทำให้เกิดอาการหัวใจล้มได้. ต่อ
เมื่ออายุมากขึ้นจึงจะเริ่มมีอาการ. บาง
รายจะไม่มีอาการ จนอายุถึง ๔๐-๕๐ ปี
ซึ่งจะเริ่มมีอาการเห็นน้อยกว่าปกติ,
แล้วเลวลงอย่างช้า ๆ. ต่อมาก็มมีอาการ
หัวใจล้ม. ในผู้ป่วย พวกนี้ มักจะ พบว่า
ความต้านทาน ของ วงจร พัลโมนารี
ไม่สูง, ยกเว้นในบางรายซึ่งเพิ่มขึ้น
มาก. (5) ในผู้หญิงบางรายอาจจะเริ่มมี
อาการเมื่อตั้งครรภ์เพราะหัวใจต้องทำงาน
มากขึ้น. Campbell และคณะ (6) ได้

กล่าวว่าถ้าผู้ป่วยผ่าน ระยะ ทารกไปแล้ว
ในราว ๕๕ ปี. จะมีอาการสหายในระยะ
๒๐ ปีแรก, และ ๘๕ ปี. จะสหายคิ
จนถึงอายุ ๓๐ ปี. หลังจากนั้นอาการจะ
ค่อย ๆ เลวลง. ราว ๆ ๕๐ ปี. ของ
ผู้ป่วย จะยังคง สหายคิ เมื่อ อายุ ๔๐ ปี,
และเหลือน้อยกว่า ๒๕ ปี. ที่จะสหายคิ
เมื่ออายุถึง ๕๐ ปี. จากรายงานของเขา
ก็แสดงว่า โรคนี้ มีการ ดำเนินไปทางเลว
อย่างช้า ๆ.

การวินิจฉัย โรคกระทำได้โดยอาศัย
ข้อต่อไปนี้:-

๑. ในการ ตรวจร่างกาย เราพบว่า มี
ซึ่กส์โตลิก เมอร์เมอร์ ที่บริเวณช่อง
ซึ่โครงที่ ๒ ซ้าย ต่อกะตุก สันนอก
(สเตอรัม). ลักษณะของ เมอร์เมอร์ มัก
จะเป็น แพนซึ่กส์โตลิก และไม่ดังมาก
ในพวก เซคอนดุม อธรรมดา. แต่อาจจะ
เป็นแบบที่เกิดในระยะเลือด (อ็ีเจ็คชั่น)
ก็ได้, แล้วแต่จำนวนเลือดที่ไหลผ่านและ
ความดันของ หลอดเลือดแดง พัลโม-
นารี. เสียง P₂ ยังมีแยกกว้าง (wide
splitting) และคงที่, ไม่เปลี่ยนแปลง
ตามการหายใจ. P₂ อาจจะมีดังมากขึ้น
แล้วแต่ว่าผู้ป่วยมี พัลโมนารี ฮีเปอรั

เพิ่มขึ้น มากน้อยแค่ไหน. ในเด็กเรา อาจจะมี การโป่ง ของทรวงอก ส่วนล่าง ทางด้านซ้าย ของ กระดูก สันอก เนื่องจาก เว้นตรีเคิล ซีกขวาโต.

๒) จากการ ตรวจภาพ รังสี พบว่ามี หัวใจซีกขวาโต, ปอดมีการไหลเวียนของ เลือดมากกว่าปกติ. Bedford และคณะ (6) ได้เน้นถึงอาการแสดงทางรังสี ๓ ข้อ :

๑. หัวใจซีกขวาโต.
๒. หลอดเลือดแดง พัลโมนารี มี ขนาดโต.
๓. มีการเต้นของหลอดเลือดบริเวณ ซิวปอด (Hilar Dance).

๓) ซี.ซี.จี. ปกติหรือแกนเอียงขวา ในตำแหน่งหน้า (ฟรอนทัล), และมักเป็นแบบ บั้นเกิด บริเวณ ซัลลอค ซ้างขวาสมบูรณ์ หรือไม่สมบูรณ์, หรือมีอาการแสดงว่า เว้นตรีเคิล ซ้างขวาโต.

๔) การ ตรวจหน้าที ของ หัวใจ โดย การสวน. พบว่าความอึดตัวของ อ็อก- ซีย์เจน ในระดับ เอเทรียม สูงขึ้น, หรือ มีการแสดงว่ามีการเบี่ยงเลือดจากซ้ายไป ขวาที่ระดับ เอเทรียม โดยวิธีต่าง ๆ.

เนื่องจาก โรคนี้ ผู้ป่วย มักจะ ไม่มี อาการหรือมีอาการน้อย, โดยเฉพาะถ้า

รโหว่ที่ผนังกัน เอเทรียม มีขนาดเล็ก และ เลือดไหลผ่านได้น้อย, การ ตรวจ ร่างกายอาจพบ ซีสโตลิค เมอร์เมอร์ เบา ๆ, ซึ่งเราอาจจะคิดว่าเป็นเสียงเกิด ในการทำงานตามปกติ. การถ่ายภาพ รังสีอาจแสดงหัวใจขนาดปกติ, ซึ่งทำให้ การวินิจฉัยโรคพลาดไป.

ผู้ช่วยของเราไม่ได้เป็นตัวแทนผู้ป่วยที่ มีรโหว่ที่ผนังกัน เอเทรียม ทั้งหมด, เพราะใน รายที่ ผู้ป่วยไม่มี อาการ และเรา ตรวจสอย หัวใจโดย การสวน พบว่ามีการ เบี่ยงเลือดจากซ้ายไปขวาน้อย, เราก็ไม่ ผ่าตัด. โดยทั่วไปเราเลือกเอาผู้ป่วยที่มี อัตราเทียบ "จำนวนเลือดผ่าน ปอด : จำนวนเลือดผ่านกาย" ตั้งแต่ ๒ : ๑ ขึ้น ไปเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด.

อัตราการตายใน โรงพยาบาล ของเราทั้งหมดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๐ เท่ากับ ๘ เปอร์เซ็นต์. ในปี ๒๕๐๗ ซึ่งเป็นปีแรกเริ่ม การใช้ เครื่องเบี่ยงเลือดผ่าน หัวใจ-ปอด, มี อัตราตายสูง. อัตราตายตั้งแต่ปี ๒๕๐๘ ถึง ๒๕๑๐ ลดลง เหลือเพียง ๔ เปอร์เซ็นต์, เทียบกับ รายงานของ Cooley (3) ซึ่ง ผ่าตัดผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุเกิน ๓๕ ปี ๖๕ ราย มี อัตราตาย ๘ เปอร์เซ็นต์. ผู้ป่วยที่อายุ

ต่ำกว่า ๓๕ ปี ๓๔๗ ราย อัตราตาย
เพียง ๑ ๒๕. ในรายงานจาก เมโย
คลินิก McGoon (8) ผ่าตัดผู้ป่วยอายุเกิน
๑๕ ปี ๑๑๕ คน อัตราตาย ๑๒ ๒๕.
ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน, อัตรา
ตายจะน้อยกว่า ๒ ๒๕. เขาได้กล่าว
ถึงอาการแสดงที่ทำให้ อัตราตายสูงขึ้น
เป็น ๔ ข้อคือ:—

๑) ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจล้มจะมี
อัตราตายถึง ๓๕ ๒๕. ผู้ที่ไม่มีอาการ
นั้น, ตายเพียง ๗ ๒๕.

๒) พวกที่ความดันใน เอเทรียม
ขวาเกิน ๑๕ มม.ปรอท, อัตราตายจะ
ถึง ๕๐ ๒๕. พวกที่ความดันต่ำกว่า,
ตาย ๘ ๒๕.

๓) พวกที่ความดัน ซีสโตลิก ใน
หลอดเลือดแดง พัลโมนารี เกิน ๗๕
มม.ปรอท, จะมีอัตราตาย ถึง ๕๓ ๒๕.
พวกที่ต่ำกว่าตายเพียง ๔ ๒๕.

๔) ความต้านทานในวงจร พัลโม-
นารี เกิน ๕๐ ๒๕. ของความต้านทาน
ในวงจร ซีสเต็มิก, อัตราตายถึง ๗๑
๒๕., พวกที่น้อยกว่า, ตาย ๑๘ ๒๕.

พวกที่เลือกไหลผ่านวงจร พัลโม-
นารี น้อยกว่าวงจร ซีสเต็มิก, เป็น

ข้อข่งห้ามในการผ่าตัด พวกนี้มักจะตาย
หลังผ่าตัดเสมอ.

สรุป

นับตั้งแต่ต้นปี ๒๕๐๗ ถึง เดือน
ตุลาคม ๒๕๑๐ ได้มีผู้ป่วยที่พ้นวัยเด็ก
(อายุเกิน ๑๓ ปี) มีห้องโหว่ในผนังกัน
เอเทรียม ชนิด เซคอนดุม มารับการ
ผ่าตัดที่โรงพยาบาลศิริราชรวม ๕๑ ราย,
เป็นชาย ๑๒ ราย และหญิง ๓๙ ราย.
อัตราส่วนระหว่างชายต่อหญิงเท่ากับ ๑ :
๓.๒. คนไข้มีอายุตั้งแต่ ๑๔ ถึง ๔๗ ปี,
เฉลี่ย ๒๗ ปี, อัตราตายในโรงพยาบาล
หลังผ่าตัด ๘ ๒๕. ใน ๔๗ รายที่อนุญาต
ให้กลับบ้าน, ๒ ราย กลับมาตายภายหลัง.
ที่เหลืออยู่อาการดีขึ้นทุกราย. ใน
๓๔ รายที่ มาให้ติดตามการรักษาใน
คลินิกผู้ป่วยนอก, ๓๐ รายไม่มีอาการ
แต่อย่างไร, ๔ รายยังคงมีอาการเหนื่อย
อยู่บ้าง. ผลที่ได้นับว่าดี.

ในที่สุดเราขอขอบคุณนายแพทย์ ธีระ
ฉิมศิลา ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด, นายแพทย์
จรัส เจริญพงษ์, นายแพทย์ถนอมพันธ์
ทรงธนศักดิ์ ศัลยแพทย์ผู้ช่วย, นายแพทย์
วรวิทย์ วงศ์ทองศรี, นายแพทย์แมน

หรรพงค์, นายแพทย์อากาศ ยิบอินซอย
และแพทย์หญิงสมทรง เพ็ญภาคกุล, ซึ่ง
ได้ร่วมศึกษาช่วย ก่อน และ หลังการผ่าตัด.
ขอขอบคุณแผนกภาพ การแพทย์ที่กรุณา
จัดทำภาพประกอบให้.

References:

1. Wood, P. : Diseases of the Heart and Circulation, 1957, 2nd ed., Lippincott, Philadelphia, p. 358.
2. Gasul, B.M., R.A. Arcilla, and M. Lev : Heart Disease in Children—Diagnosis and Treatment, 1966, Lippincott, Philadelphia, p. 360.
3. Cooley, D.A., G.L. Hallman, and A.S. Hamman : Congenital Cardiovascular Abnormalities in Adults, The Result of Surgical Treatment of 167 Patients over Age 35. Amer. J. Cardiol. 1966, 17 : 303.
4. Kirklin, J.W., R.B. Wallace, and J.W. DuShane : Surgical Treatment of Congenital Heart Disease, in Hurst & Logue "The Heart," 1966. McGraw-Hill Co., New York, p. 465.
5. Mark, H. : Natural History of Atrial Septal Defect with Criteria for Selection for Surgery. Amer. J. Cardiol. 1963, 12 : 66.
6. Campbell, M., C. Neill, and S. Suzman : The Prognosis of Atrial Septal Defect. Brit. Med. J. 1957, 1 : 1375.
7. Bedford D.E., C. Papp, J. Pardinson : Atrial Septal Defect. Brit. Heart J. 1941, 3 : 37.
8. McGoon, D.C., H.J.C. Swan, R.O. Brandenburg, D.C. Connolly, and J.W. Kirklin : Atrial Septal Defect, Factors Affecting the Surgical Mortality Rate. Circulation. 1959, 19 : 195.

(Summary of the preceding Article)

ATRIAL SEPTAL DEFECT, SECONDUM TYPE, IN ADULTS*

Follow-up of 51 Patients.

Yosvi Sukumalchantra, M.B., F.A.C.P.

Kasarn Chartikavanij, M.R.C.S., L.R.C.P., F.A.C.S.

Kampol Prachuabmoh, M.B., M.S. in surg., F.A.C.S.

Kalayanakit Kitiyakora, M.B., B.S., M.R.C.S., L.R.C.P.

Vipa Thongmitr, M.B.

Bajarisan Jumbala, M.B., D.Sc.

From January 1964 to October 1967 51 patients over 13 years old suffering from atrial septal defect of the secundum type, were operated upon at Siriraj Hospital using the cardio-pulmonary bypass technic. There were 12 males and 39 females (sex ratio 1:32). The ages ranged from 14 to 47 years with an average of 27. Eleven patients had other associated cardiovascular abnormalities: four (8%) had rheumatic mitral stenosis (Lutembacher's Syndrome), three had pulmonic stenosis, two had partial anomalous pulmonary venous return, one had tricuspid insufficiency and one other had patent ductus arteriosus.

The most common symptom was exertional dyspnea (95%). Congestive heart failure was present in 20%, and the same number had past respiratory tract infection, while 7 percent had hemoptysis. X-rays showed cardiac enlargement and increase in vascularity of the lung fields in all cases. Incomplete right bundle branch block was present in 76% of cases with available ECG. There were 4 hospital deaths (mortality rate 8%), one within 12 hours from irreversible shock, one from ventricular fibrillation, and the third from air embolism. Cause of

death in the fourth patient was unknown because records were lost. There were 6 nonfatal major postoperative complications: two cases of air embolism with hemiparesis and eventual recovery; one staphylococcal pneumonia; one mitral insufficiency; one, with normal thyroid function, recurrent paroxysmal atrial tachycardia atrial fibrillation well controlled by digitalization; and one post-operative psychosis.

Of 47 patients discharged, 5 disappeared entirely; six came for check-up only once or twice; two died during the follow-up period; one from congestive heart failure having unrecognized mitral stenosis; the other from massive hemothorax and hemo-pericardium presumably due to traumatic tapping for relief of distresses due to persistent pericardial and pleural effusion.

34 patients attend the follow-up clinic regularly; thirty are free from cardiac symptoms (Functional Class I, New York Heart Association); four patients still have some dyspnea on exertion but can carry on their usual work (Functional Class II). Our hospital mortality was lowered to only 4% during 1965 to 1967.

* From Cardiac Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine and Siriraj Hospital and Cardio-pulmonary Laboratory, SEATO Clinical Research Center, Bangkok.



A SIMPLE CRYO-APPLICATOR FOR CATARACT EXTRACTION

Banchongsak Namatra, M.B., Anek Bedavanija, M.B., Dr. med.
(Dept. of Ophthalmology and Otolaryngology)
(Head of Dept.: Prof. Dr. Porn Varavej)

Cryosurgery is a surgical technique which makes use of low temperature upon the tissue of the body. In the field of ophthalmology, cryosurgery has been utilized clinically since 1961.

Scholar in 1910⁽¹⁾ reported freezing of the rabbit sclera with carbon dioxide snow, thus producing an adhesive chorioretinal scar. Bietti, using dry ice and alcohol, attempted to determine the temperature within the eye at various distances from the applicator. In 1935, Deutschman used dry ice to produce an adhesive chorioretinitis in cases of retinal detachment with good results. Krwawicz in 1961 described the use of a dry ice and alcohol applicator for the removal of cataracts, using adhesion of the cold instrument to the moist capsule of the lens. Different instruments have been described by Kelman and Cooper, Bellows, Sudarsky, Amoils, Thomas and others,^(2, 3) and many surgical instrument companies have designed and put them out as commercial products. These cryosurgical units are now serving as the most valuable tools in dealing with the surgery of the eye. The only problem which prevents its general distribution is that the price of such a unit is rather high.

In this paper, the authors wish to deal with cataract cryo-applicator. Our main interest is to find a rather inexpensive though suitable applicator for cataract extraction. Many types and models of such applicators have

been described in the literature by Sanders,⁽⁴⁾ Worthen and Brubaker.^(5,6) We would like to propose the following.

MATERIAL

1) One disposable plastic syringe. (5-ml syringe is preferable.)

2) A silver wire, about 2 mm. in diameter and 3/4 inch long. A copper wire of the same dimensions which forms the core of an ordinary electric cord may be used. Pure silver wire is preferred because of its excellent thermal conductance at subzero temperatures and its inertness in contact with tissue.

3) Polyethylene I.V. tubing, half an inch long.

4) Refrigerant. We recommend Freon 12 (Dichlorodifluoromethane $C Cl_2 F_2$) which comes in a handy can of 15 ozs. Its boiling point is $-21.6^\circ F$.

5) A three way "Puncture-Releaser and Dispenser Unit" or valve opener to fit the opening of the Freon container.

PROCEDURE

a) The Applicator Part.

A silver wire of desired gauge is forced through the needle aperture of the plastic syringe. Only 1/4 of an inch of the wire is protrudes outside the syringe and this portion of the silver wire will act as the applicator during surgery. The rest of the silver wire

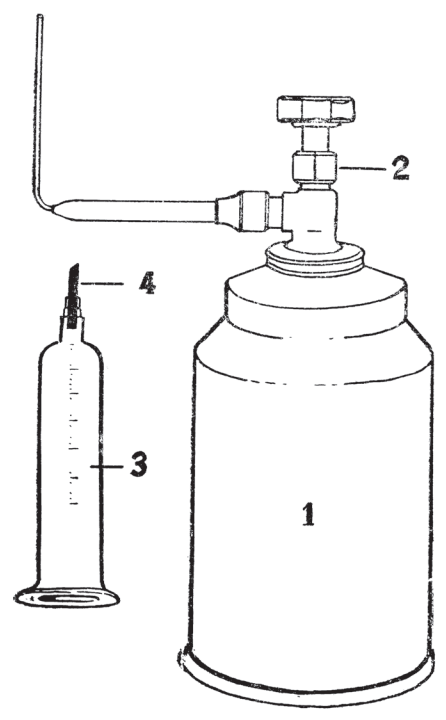


Figure 1: A diagrammatic representation of the cryo applicator unit.
1 = Freon 12 can
2 = Puncture — Releaser and Dispenser unit
3 = Disposable 5 ml plastic syringe
4 = Silver wire tip

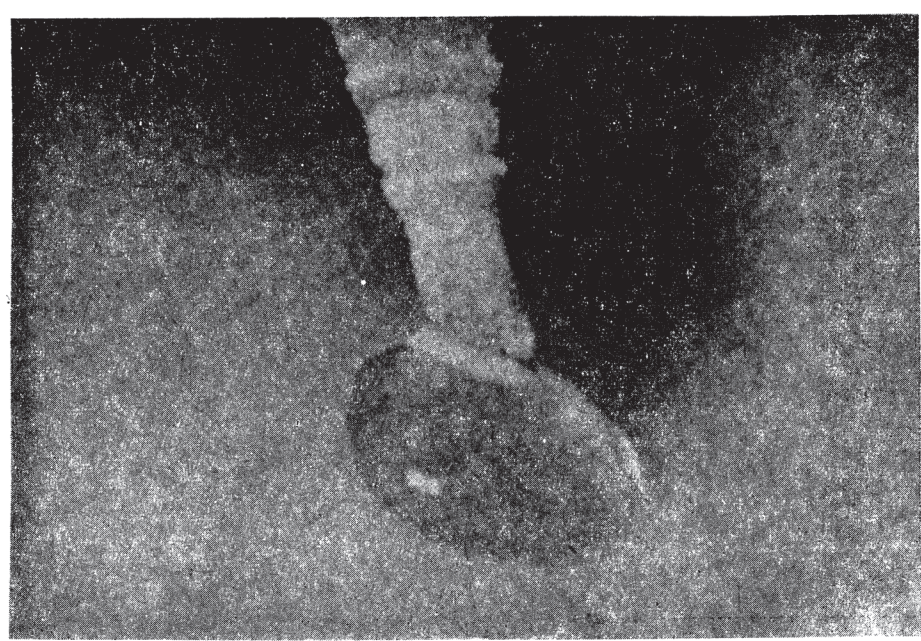


Figure 2: Shows a firm adhesion between the cryo-applicator and the capsule of the lens during the operation. Note also the appearance of the "ice-ball" at point of contact.

remains inside the syringe and acts as the conductor of low temperature upon contact with the refrigerant. The tip of the applicator is filed smooth, so that the angle of the cut surface is approximately 35 degrees. Most of the exposed portion of the applicator is covered with polyethylene I.V. tubing in order to protect it from outside heat interference.

b) Refrigerant Part.

Freon 12 can be purchased in cans from the refrigeration dealer. Instruction on the side of the can should be carefully followed, otherwise the can may burst. The Puncture-Releaser and Dispenser Unit is screwed into the sealed opening of the can. The screw is turned clockwise, far enough down so that the pin pierces the sealed end of the can. No gas is released at this stage. The can is then put into the lower compartment of the refrigerator and is now ready to be used at any time. If a refrigerator is not available, the can may be kept in a jug of iced water instead.

TECHNIQUE

The syringe-applicator part is sterilized by immersing it in alcohol for one hour, and allowed to dry on the instrument tray. The instrument nurse holds the syringe-applicator upright between the thumb and index finger. The circulating nurse slowly releases the liquid gas from the Freon 12 can by unscrewing the valve opener anti-clockwise. In order to obtain a cold liquid gas, the can should be turned upside down, to direct the jet stream straight into the syringe. Only 1/3 to 1/2 ml of the bubbling fluid is

required for one cataract extraction. The surgeon then holds the syringe-applicator in his right hand as one would hold a pencil. The assistant pulls up the conjunctival flap with a pair of non-toothed utility forceps and raises the flap upward, pulling the cornea away from the lens for a considerable distance. The surgeon grasps the upper part of the iris and retracts it upwards with the aid of the capsule forceps. By this manipulation the upper part of the cataractous lens is brought into view. The tip of the applicator is gently pressed on the lens and allowed to remain in contact for about 10 seconds. This period is long enough to produce an adhesion between the tip of the applicator and the capsule of the lens by the formation of an ice ball of moderate size at the point of contact. The lens is now pulled up slowly until complete delivery is made. To facilitate the extraction of the lens by this method, alpha chymotrypsin 1:2500 is used in all cases.

SUMMARY

An inexpensive and easily constructed cryo-applicator for cataract extraction is described. Its performance is quite satisfactory after a trial period of six months on more than 200 cataract cases. The whole set described here cost a little less than 100 bahts. Its use is very simple.

References:

1. Kelman, C.D., and I.S. Ceeper: Cryogenic Surgery. Amer. J. Ophthalmol. 1963, 56:731.

2. Krwawicz, T.: Recent Development in Cryogenic Ocular Surgery. J. Ophthalmol. 1965, 60: 231-235.
3. Haik, C.M., et al.: Cataract Extraction by Cryosurgery. Arch. Ophthalmol. 1966, 76:426-431.
4. Sanders, G.S.: Inexpensive Cryosurgical Applicator. Am. J. Ophthalmol. 1967, 64:160.
5. Worthen and Rrubaker: A Small Cataract Cryoextractor. Arch. Ophthalmol. 1967, 78:451.
6. Wothen and Brubaker: Cryosurgery Instrumentation. Arch. Ophthalmol. 1966, 75:454.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

หลอดเลือดแตกระหว่างตั้งครรภ์

รายงานผู้ป่วย

เนียบ นรินทร์ พ.บ.

(แผนกสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่องศรี เกตุสิงห์)

การตกเลือดภายในช่องท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงในคนตั้งครรภ์, แม้จะปรากฏไม่บ่อยนักก็ตาม. เหตุของการตกเลือดแบบนี้มีหลายประการ. การวินิจฉัยแยกโรคในภาวะเช่นนี้ค่อนข้างยาก. โดยมากสตรีแพทย์มักจะมีโรคสามัญกรรมคาที่เข้ามีประสพการณ์.

ผู้รายงานได้รวบรวมเรื่องนจากวารสารต่าง ๆ และจะได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่แผนกสูติศาสตร์นรีเวชวิทยาโรงพยาบาลศิริราชได้รับไว้รักษา. ผู้ป่วยมีอาการตกเลือดภายในช่องท้องและเข้าใจว่าเนื่องจากหลอดเลือดค้ำแตก.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย, (นาง ส. เลขที่ภายนอก ๑๕๕๕๓.๑๐ เลขที่ภายใน ๓๔๒๔๗.๑๐) คู่, อายุ ๓๒ ปี, มีบุตร ๘ คน ๆ สุกท้าย ๒ ปีเศษ, ไม่มีแท้ง.

ขณะตั้งครรภ์ได้ ๗ เดือน.

อาการสำคัญคือ ประมาณครึ่งวันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องรุนแรง, อาเจียน, แน่นอก, อึดอึดบริเวณลิ้นปี่. ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด. อาการปวดรุนแรงขึ้นจนเป็นลม.

การตรวจร่างกายอุณหภูมิ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส, อัตราชีพจร ๑๒๐, อัตราหายใจ ๒๔, ความดันเลือด ๕๐/๕๐ มม.ปรอท. ร่างกายทั่วไปสมบูรณ์. ซีกปานกลาง. ไม่เหลือง. ไม่บวม. หัวใจและปอดไม่พบสิ่งผิดปกติ. หน้าท้องตึงและเจ็บทั่วไป. มดลูกโต. ยอดมดลูกอยู่ที่ระดับกึ่งกลางระหว่างสะดือและลิ้นปี่, รัศมีตัวแข็งเกือบตลอดเวลา. คลำเค็กไม่ชัด, ฟังเสียงหัวใจเค็กไม่ได้ยิน.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ซีโมโกลบิน ๕ กรัมเปอร์เซ็นต์, ซีมาโตคริต

๒๗ ปช., แม่เลือกขาว ๑๐๐๕๐/ล.
มม., โพลีเมอร์ฟ ๕๒ ปช., ลิยมโฟซัยด์
๘ ปช., เวลาเลือกแข็งตัว ๕ นาที, เคมี
เลือกปกติ.

ปลัสสาวะมี อลิมิน ๑ บวก, แม่
เลือกแดง ๑๐-๑๒/ช.ท., แม่เลือกขาว
๓-๕/ช.ท.

การตรวจทางช่องคลอด: ในช่อง
คลอดไม่มีเลือด. ปากมดลูกไม่เข็ง.
ศีรษะเก็อยู่สูงและลอย.

การวินิจฉัย: รกลอกหลุดและตกเลือด
แฝง (Abruptio placentae with concea-
led hemorrhage.)

การรักษา: ได้ให้การรักษาช็อคทันที.
ให้ออกซิเจน, ให้เลือดและน้ำเกลือ, ยา
บำรุงหัวใจ, ยาแก้ปวด, ยาระงับประสาท,
เจาะลงน้ำทนต์หัว. (น้ำหล่อเด็กไม่มีเลือด
ปน.) หยด ซีนโทสินอน ผสมน้ำเกลือ
เข้าหลอดเลือด. ต่อมาเด็กคลอดทำศีรษะ
หน้าซ้าย, น้ำหนักตัว ๑,๑๓๐ กรัม, ตัว
ยาว ๔๐ ซม., ตายคลอด. รกคลอด
๕ นาทีภายหลังเด็กคลอด, ลักษณะ
ปกติ, หนัก ๔๘๐ กรัม. สายสะดือยาว
๔๕ ซม. มดลูกหลังคลอดหดตัวดี. ไม่

มีเลือดออกผิดปกติ.

ต่อมาผู้ป่วยมีอาการ ช็อค อีกรั้ง ๆ
ที่ไม่ตกเลือดทางช่องคลอด. ได้ให้การ
รักษา ช็อค และเข้าผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด.
อาการ ช็อค ไม่ดีขึ้น. ตรวจทางหน้า
ท้องพบว่า มีของเหลวภายใน ช่องท้อง.
เจาะท้องได้เลือดจึงวินิจฉัยว่ามีอาการตก
เลือดภายใน.

ได้ทำการผ่าตัด (๒๒ ชั่วโมงภาย
หลังคลอด). เมื่อเปิดหน้าท้องพบว่าภายใน
ช่องท้องมีเลือดสดจำนวนมาก. ไม่มี
รอยแตกที่มดลูก. รังไข่และท่อไข่ทั้งสอง
ข้างปกติ. ได้ตรวจค้นภายในช่องท้อง
และได้พบหลอดเลือดที่มายังม้าม ตรงที่
ติดกับขั้วของม้ามขาด, และมีลมเลือดที่
บริเวณนั้น. ไม่เห็นกระพุ้งหลอดเลือด.
ได้ขยับหลอดเลือดและตัดม้ามออก, ได้
ให้เลือดตลอดเวลาระหว่างผ่าตัด. ภาย
หลังผ่าตัดอาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น.

การตรวจทางพยาธิวิทยา (เลขที่
๕๗๖๐.๑๐) แจ้งว่า ม้ามมีขนาดและ
ลักษณะปกติ. หลอดเลือดตรงขั้วม้ามที่
ตัดมาดีนั้นมาก. ตรวจทางจุลพยาธิวิทยา
ไม่พบสิ่งผิดปกติ.

หลังผ่าตัดผู้ป่วยชายก็และกลับบ้าน
ได้ในวันที่ ๑๔ หลังการผ่าตัด.

วิจารณ์

สถิติแพทย์แทบทุกคนเคยพบคนตั้ง
ครรภ์ในระยะหลังมีอาการเจ็บท้องรุนแรง
ทันที, มีอาการ ช็อค, ชีต, หน้าท้อง
เกร็งและเขียว, มดลูกแข็งคล้ำแต่ไม่ซีก,
ฟังเสียงหัวใจแต่ไม่ได้ยิน. มีหรือไม่มี
เลือดออกทางช่องคลอด. ในรายเช่นนี้
สถิติแพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นรกลอก
หลุดก่อนเวลาหรือมดลูกแตก. ทั้งนี้เพราะ
โรคทั้ง กล่าว ปรากฏ มีค่อนข้างเป็น
ธรรมดา จน อาจ กล่าว ได้ว่าเราก่อนข้าง
เคยชินต่อโรคทั้งสองนี้, จนบางครั้ง
ทำให้เราลืมนกถึงเหตุอื่นและในที่สุดเกิด
อันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย. โดยเหตุนี้
จึงใ้เราเรื่องผู้ป่วยรายนี้มารายงาน แม้จะ
เป็นโรคที่ค่อนข้างน้อยมากก็ตาม, เพื่อ
เป็นการ ชี้ให้เห็น อันตรายร้ายแรง อันอาจ
หลีกเลี่ยง ได้ หาก เราทราบ และ ให้ การ
รักษาทัน.

คน ตั้ง ครรภ์ ที่ มี อาการ คลื่นไส้
อาเจียน, เบื่ออาหารท้องอืดเพื่อ, อาหาร
ไม่ย่อย, ปวดบิดทวารบริเวณท้องส่วนบน,

โดยเฉพาะ อย่าง ยิ่ง เวลาออก แรง หรือ
เปลี่ยนอิริยาบถ, เช่นนี้ควรนึกว่าอาจมี
กระพุ้งหลอดเลือดของม้ามได้, เพราะ
ภาวะนี้ปรากฏมีในหญิงมากกว่าชาย และ
ในคนตั้งครรภ์ก็มีบ่อยกว่าคนไม่ตั้งครรภ์.
แต่อย่างไรก็ตาม การ ที่จะ วินิจฉัย โรค นี้ ใน
คนตั้งครรภ์ ได้ก่อน เกิดการ แรกนั้น โดย
ทั่วไปแล้วทำได้. แต่เมื่อเกิดการแตก
ชั้นแล้ว การ วินิจฉัย ก่อน การ ผ่าตัด ก็ คง
เป็น "ภาวะตกเลือดภายในช่องท้อง."
ส่วนเหตุ แน่นอน จะทราบได้ ก็ ต่อเมื่อ เข็ด
หน้าท้องเข้าไปตรวจดู. กระพุ้ง หลอด
เลือดของม้ามแตกพบในคนตั้งครรภ์ ๒๐
ปช. และประมาณ ๘๕ ปช. ของการ
แตกนี้เกิดใน ๓ เดือนหลัง ของ การตั้ง
ครรภ์. (1) การที่เห็นเช่นนี้เนื่องจากจำนวน
เลือดเพิ่มขึ้นในคนตั้งครรภ์, ม้ามถูกกัน
และบีบตัว, ความกดดันภายในช่องท้อง
ขณะคลอดเพิ่มมากขึ้น, ความกันโลหิต
สูงในคนตั้งครรภ์, หรือม้ามโตจากโรค
ใดโรคหนึ่ง. โรคนี้เคยมีปรากฏในเคส
แรกๆ ของการตั้งครรภ์ข้างเหมือนกัน (2)
ในระยะ เช่นนี้ เหตุ ประกอบจึงกล่าว แล้ว
ไม่น่าจะเป็นสิ่งสำคัญ. เข้าใจว่าแตก

เนื่องจากมีรอยโรคในผนังของหลอดเลือดมากกว่า.

ลักษณะพิเศษอย่างหนึ่งของโรคกระพุ้งหลอดเลือดของม้ามแตกคือมีอาการซีด. ต่อมาอาการกลับดีขึ้น. มีระยะแฝงเร็วช้าต่างกันอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ๆ แล้วเกิดอาการซีดขึ้นอีก, เรียกว่า "Double Rupture." ทั้งนี้เพราะอวัยวะต่าง ๆ รอบ เลสเซอร์ แล็ค สักติดกันเลือดไว้. ต่อมาเกิดการแตกครั้งที่สอง, เลือดทะลักเข้าสู่ช่องท้อง, เกิดอาการซีดรุนแรงและในที่สุดถึงแก่กรรม, ถ้าให้การรักษาไม่ทัน. อาการซีดที่ไม่ทราบเหตุในระยะหลังของการตั้งครรภ์โดยมากเกิดจากมดลูกแตกหรือรกลอกหลุดก่อนเวลา. ในการแยกเหตุที่ไม่สืบเนื่องจากมดลูกต้องอาศัยประวัติเคยเป็นลมหน้ามดพร้อมก็มีอาการปวดท้องรุนแรง, แต่แล้วอาการกลับบรรเทา, ไม่มีประวัติโน้มนำว่าเป็นมดลูกแตกหรือรกลอกหลุดก่อนเวลา. ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด. มดลูกไม่แข็ง, คลำได้, ฟังเสียงหัวใจได้ยิน ตรวจพบมีของเหลวภายในช่องท้อง. มีอาการเจ็บที่ท้องตอนบน.

การรักษาต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องตรวจหาค่าแหน่งที่เลือดออก. ถ้ายังไม่คลออาจต้องผ่ามดลูกเอาเด็กออกหรือตัดมดลูกออก. ทั้งนี้เพื่อสะดวกในการค้นหา. แต่ก็มีบางคนทำโดยไม่ต้องผ่าหรือตัดมดลูก, แล้วตัดม้ามออกพร้อมกับกระพุ้งหลอดเลือด. บางคนทำเพียงผูกปลายทั้งสองข้างของกระพุ้งหลอดเลือด.

แม้ทกวันอัตราตายของโรคนี้จะลดลงกว่าสมัยก่อนข้างเนง จากมีเลือดใช้บริบูรณ์และแพทย์มีประสบการณ์มากขึ้น. แต่ก็ยังนับว่าสูง. หากเราเฝ้าทรายโรคนี้อย่าง, อาจช่วยทำให้อัตราตายลดลงได้. ด้วยเหตุนี้จึงได้นำผู้ช่วยรายนี้มารายงานเพื่อเป็นอุทาหรณ์.

สรุป

๑. ได้รวบรวมวารสารเกี่ยวกับเรื่องหลอดเลือดของม้ามแตกในคนตั้งครรภ์และได้รายงานผู้ช่วยคนหนึ่งราย, ซึ่งมารดาออกชีวิตส่วนทารกตายคลอด.
๒. ควรนัดดูโรคนี้อย่าง, เมื่อตรวจพบคนตั้งครรภ์มีเลือดออกภายในช่องท้อง.
๓. อันตรายของมารดาและทารก

ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา. อันตรายร้ายแรงอาจลดลงหากแพทย์ได้สนใจต่อโรคนี้บ้าง.

ผู้เขียนขอขอบคุณ ศ.จ. พ.ญ. ม.ร.ว. สวัสดิ์ เกตุสิงห์ หัวหน้าแผนกสรีรศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา และศิริ

ราชพยาบาลทอนุญาตให้รายงานเรื่องนี้.

เอกสาร

1. Stephen, B. Vassalotti, et al: Amer. J. Obst. & Gynec. 1967, 30: 246.
2. Wylie, I.G.: Postgraduate Medical Journal 1966, 42: 662.
3. Schug, J., and R.P. Rankin, Jr.: J. Obst. & Gynec. 1965, 25: 717.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

(Summary of the preceding Report)

SPONTANEOUS RUPTURE OF THE SPLENIC VESSEL IN PREGNANCY

Chiab Nirandorn, M.B.

(Dept. of Obstetrics and Gynecology)

(Head of Dept.: Prof. Dr. M.R. Songsri Ketusinh)

A case of spontaneous rupture of the splenic vessel in pregnancy with massive intraperitoneal hemorrhage is reported. An additional maternal survivor is herein reported. This condition should be considered when concealed or intra-abdominal bleeding in the obstetric patient is

suspected. Definitive surgical treatment should include the ligation of the splenic vessel and splenectomy. The ominous maternal and fetal prognosis can only be improved by an awareness of this rare entity.

C.N.

(Three references)

บทความนิเวศวิทยา

การศึกษาและรวบรวมหลักฐานในคดีฆาตกรรม

ทรงนิตร์ โทยยานนท์ พ.บ.

(แผนกนิเวศวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน)

เมื่อมีคดีฆาตกรรมเกิดขึ้น, ทั้งพนักงานสอบสวน และ แพทย์ย่อม ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน, ช่วยกันค้นหา, ตรวจพิสูจน์หลักฐานเพื่อให้คดีนั้น ๆ ลุล่วงไปสู่ความสำเร็จ และนำมาซึ่งความฆาตกรรม. ตามหลักใหญ่ ๆ ก็เพื่อ

(๑) ตรวจค้นหาหลักฐานที่สัมพันธ์กับเหตุแห่งการตาย.

(๒) รวบรวมหลักฐานต่าง ๆ เพื่อช่วยในการพิสูจน์, เพื่อช่วยเป็นพยานในการสอบสวน และจนกระทั่งคดีขึ้นสู่ศาล.

การตรวจสถานที่เกิดเหตุก็, การรวบรวมหลักฐานต่าง ๆ ก็, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคดีฆาตกรรมจะต้องกระทำด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง. ไม่ใช่ว่า

พนักงานตำรวจจะเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดแต่ฝ่ายเดียว หรือแพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพจะเป็นผู้ดำเนินการแต่อย่างเดียว, เพราะหากเป็นดังนี้จะทำให้เกิดการผิดพลาดได้มาก. จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งสองฝ่าย, ตามหลักทั่วไปแล้ว, แพทย์จะรับผิดชอบเกี่ยวกับศพ, ส่วนพนักงานตำรวจจะรับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สถานที่เกิดเหตุ. แต่ก็ไม่มีขอบเขตที่ชัดเจนแยกตายตัวไปทีเดียว. ถ้าพนักงานตำรวจลงมือกระทำก่อน เช่น แตะต้องศพ, อาจจะทำลายหลักฐานบางอย่างซึ่งสัมพันธ์กับเหตุตาย และเวลาของการตายได้, ทำให้แพทย์ผู้ชันสูตรให้การวินิจฉัยผิดพลาดไป. ดังเช่นการแข็งตัวของศพ (ไรคอร์มอร์ตัส), ซึ่งจะเริ่ม

แข็ง ภายหลัง ตาย แล้ว ประมาณ ๕ - ๖ ชม. และคงอยู่ประมาณ ๑๖-๒๔ ชม. จึงจะเปลี่ยนแปลงไปสู่ระยะเน่า, ซึ่งเป็นหลักฐานอันสำคัญที่จะบอกให้ทราบเวลาตาย (ร่วมกับหลักฐานอื่นๆ). ถ้าหากการแข็งตัวของศพนั้นถูกทำลายไปแล้ว, โดยการจับต้องอย่างแรง เช่น เคลื่อนย้าย ศพ ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์, แพทย์ตรวจพบศพตัวอ่อน, อาจจะสามารถผลิตผลากไปได้. ในทำนองเดียวกันแพทย์ผู้ไม่เข้าใจในการตรวจสถานที่เกิดเหตุหรือไม่เคยออกชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานตำรวจ, อาจจะไปทำลายหลักฐานต่างๆ เช่นรอยพิมพ์นิ้วมือ, รอยเท้าที่สงสัย, ทำให้หลักฐานต่างๆ ขาดตกบกพร่อง ยากแก่การสืบสวน. นอกจากนี้, การรีบด่วนทำอะไรโดยไม่ทันฟังความเห็นของผู้เกี่ยวข้องเกิดความผิดพลาดได้ง่าย ดังเช่น กรณีรับพิมพ์รอยนิ้วมือของศพเสียก่อนที่จะทำการตรวจหาเขม่าดินปืนด้วย พารฟีน เป็นต้น.

ดังนั้นในการตรวจสถานที่เกิดเหตุในคดีฆาตกรรม จึงจำเป็นต้องอาศัยการร่วมมือกัน, การรู้จักหน้าที่ซึ่งกันและกัน,

วิธีการดำเนินการ ควร ทำเป็นขั้น ๆ ซึ่งจะขอกล่าวไว้แต่ที่สำคัญโดยย่อ :

(๑) ในขณะแรก, พนักงานตำรวจ ควรแยกผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปจากสถานที่เกิดเหตุเพราะการที่มีคนมาก และสับสน อาจทำให้ร่องรอยบางอย่างสูญหาย, ถูกทำลายไปหรือ อาจสร้างร่องรอยขึ้นใหม่ปะปนกันได้.

(๒) พยานใกล้ชิด, ควรสอบถาม และทำการบันทึกไว้ทันทีเพื่อการวินิจฉัยขั้นแรก.

(๓) ทั้งพนักงานตำรวจ และแพทย์ ควรร่วมมือกัน วางแผน สำหรับคดีนั้น ๆ, ในการที่จะทำอะไรบ้าง, จะใช้ผู้เชี่ยวชาญการใดบ้าง เช่น ผู้ชำนาญการถ่ายรูป, ผู้ชำนาญการตรวจสอยลายมือ, และอื่นๆ แล้วแต่ความจำเป็น.

(๔) การค้นหาหลักฐานควรทำจากรอบนอกเข้าหาตัวศพ, วนไปตามนาฬิกาเพื่อถนัด, จนกระทั่งเข้าชิดตัวศพ. ยังไม่ควรหยิบอะไรขึ้นหรือทิ้งอะไรลงไปจนกว่าจะแน่ใจ. ขณะทำการตรวจไม่ควรสูบบุหรี่และตบกันขู่, เพราะอาจจะปะปนกับของที่สงสัยได้.

(๕) ถ่ายรูปทั่วไป.

(๖) ตรวจเฉพาะ. เพื่อหารอยนิ้วมือ หรือรอยเท้าตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ตาม ภาชนะ, เครื่องใช้.

(๗) ตรวจสถานที่เกิดเหตุ. เพื่อหา เลือด, เส้นผม, ลูกกระสุนปืน, ปลอดภัย, อาวุธอื่น ๆ. รอยยางรถ, สติงสังสัย, ผงแป้ง หรือฝุ่นดินสอที่สังสัย ในกรณีจำเป็นต้องร่วมมือกันทำ พนักงานตำรวจ แพทย์ บางครั้งอาจต้องมีผู้ชำนาญการ ตรวจ วิเคราะห์ ทางเคมี ร่วมด้วย, เพราะเขาอาจให้ความเห็นและคำแนะนำในการเก็บของบางอย่างนำไปตรวจ อย่างถูกต้อง.

(๘) การ รวบรวม หลักฐาน จากตัว ศพ. เฉพาะในที่เกิดเหตุต้องดำเนินเป็นขั้น ๆ ด้วยความละเอียดเป็นพิเศษซึ่งพอจะ จำแนกเป็นข้อ ๆ ดังนี้:

ก. ก่อนแตะต้องตัวศพ. แพทย์ควร ตรวจลักษณะของศพ ณ สถานที่เกิดเหตุ โดยละเอียดและทำบันทึกไว้ทันที, ศพอยู่ในท่าใด, มีสิ่งแหวัดล้อมอะไรผิดปกติไปบ้าง เช่น ร่องรอยของการต่อสู้.

ข. การถ่ายรูปศพ. ถ่ายรูปทั่วไป

สัมพันธ์ กับสถานที่เกิดเหตุ, รูปเฉพาะตัวศพ, รูปเฉพาะบาทแผล. ถ้าใช้ถ่ายฟิล์มสีจะทำให้ภาพเห็นชัดเจนคล้ายของจริงมาก. ภาพเหล่านี้ใช้เป็นเครื่องประกอบการพิจารณาภายหลัง.

ค. เก็บรวบรวมสิ่งของซึ่งพบที่ตัวศพ. เช่น ผืนแปดปลอม, สัตว์คึกมา, แมลง, ของใช้ส่วนตัว. ควรแยกไว้เป็นพวก ๆ, ไม่ควรทำลายหรือละเลยไม่สนใจ. เพราะสิ่งเหล่านี้ ช่วยได้มากในการ พิสูจน์หลักฐาน, โดยเฉพาะการตรวจพิสูจน์หลักฐานเกี่ยวกับบุคคล. พวงกุญแจเพียงพวงเดียวอาจช่วยบอกเราได้ว่า ศพที่พบนอนตายอยู่ข้างถนนนั้นเป็นใคร.

ง. เมื่อ ตรวจศพ ทาง บ้าน หนึ่ง เรียบร้อยแล้ว ควรพลิกศพตรวจอีกด้านหนึ่ง ก่อนเคลื่อนย้ายศพ. ทำการตรวจแยกเกี่ยวกับที่ตำครั่งแรก. บาทแผลกระสุนปืน, ลูกกระสุนอาจติดอยู่ที่ทางอีกด้านหนึ่ง, หากเคลื่อนย้ายศพโดยไม่พลิก ตรวจดูให้ละเอียด, ลูกกระสุนอาจตกหล่นหายไปก็ได้. ทำให้ขาดหลักฐานไปอย่างน่าเสียดาย.

(๕) การรวบรวมหลักฐาน ที่พบในสถานที่เกิดเหตุ และนำส่งสถานีตำรวจ หรือ ห้องทดลองควรทำด้วยความละเอียด และระมัดระวังเช่นเดียวกัน.

ก. เลือด. เลือดแห่งที่พบตามที่ต่าง ๆ ณ สถานที่เกิดเหตุ ควรนำส่งทั้ง ที่ติดอยู่กับสิ่งนั้น ๆ ถ้าทำได้, เช่น เลือดที่ กระเด็นไป ติดอยู่ที่ ปฏิทิน ก็ ส่ง ไปทั้ง ปฏิทิน. ถ้าทำไม่ได้, เช่น เลือดที่ติดบน ผนังหรือตามข้างฝา ก็ ใช้มีดที่สะอาดและ ใสของปิดผนึกให้เรียบร้อย; ทำเครื่องหมายไว้ว่า นำมาจากส่วนใด, ที่ใด; เลือดที่แยกควรทำให้แห้งก่อนนำส่ง. เลือดที่แยกเขือนเสื้อผาควร แขนงเสื้อนั้นทิ้งไว้จนแห้ง, ไม่ควรซักหรือตัดออกส่งมาแต่เพียงบางส่วน, เพราะอาจทำให้หลักฐาน ถูกทำลายไป.

ข. สิ่งแปลกที่ซึ่งพบในบาดแผล เช่น เศษแก้ว, เศษหักของอาวุธ, ผงคินทราย, ควร เก็บออกมา ก่อนที่จะเคลือบยาฆ่าศพ, เพราะอาจ ตกหล่น กลางทางได้ โดยง่าย. สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้เราทราบ ถึง วัตถุที่ใช้ ในการทำร้าย, หรือสถานที่เกิดเหตุ. ขอให้ระลึกเสมอว่าสถานที่ซึ่งพบศพไม่จำเป็นต้องเป็นที่เกิดเหตุเสมอไป.

ค. เศษผงที่ติดตามตัวศพ, อาจนำออกมาได้โดยง่ายโดยใช้ พาร์ฟีน และ ออกมาและนำใส่ซองปิดผนึกให้เรียบร้อย.

(๑๐) ขณะชันสูตรศพ ภายหลังจาก นำศพมาสู่ที่ทำการตรวจศพเรียบร้อยแล้ว ควรรวบรวม.

ก. เสื้อผ้า.

ข. เลือด.

ค. ผม.

ง. ชุดผงที่ชอกเล็บ.

จ. อวัยวะเพื่อตรวจหายาพิษ.

ฉ. ปัสสาวะ.

ช. อวัยวะ เพื่อ ตรวจ ทาง กล้องจุล - ทรรศน์.

ซ. การ ตรวจ อื่น ๆ แล้ว แต่ จำ เป็น เช่น ตรวจหา สเปอริมาโตซัว, ตรวจหา เขม่าคินบั้นทมหรือที่แผล ฯลฯ.

ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนี้ จะเห็นได้ว่า บางกรณีสามารถทำได้ โดยพนักงานสอบสวน หรือแพทย์แต่ฝ่ายเดียว, บางกรณี ต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน. คดี บางคดีอาจ ต้องการ หลักฐาน ทางวิทยาศาสตร์หลายแขนงเข้าช่วยในการพิสูจน์. ดังนั้นการ เก็บรักษาหลักฐานต่าง ๆ ที่เรา

พย จะช่วยให้การสืบสวนเป็นผลสำเร็จ
ด้วยดี. อย่ามองข้ามสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่
พยและนึกว่าไม่จำเป็นแก่คดี.

การ รวบรวม หลักฐาน ต่าง ๆ นั้น,
สำหรับพระนครและธนบุรี มักไม่มีปัญหา,
เพราะมีเจ้าหน้าที่ แบ่งความรับผิดชอบอยู่

เกือบครบถ้วนแล้ว; แต่ในต่างจังหวัด,
ยิ่งถ้าอยู่ในอำเภอห่างไกล, อาจมีเพียง
พนักงานสอบสวนและพยาบาล. ดังนั้น
หากทราบว่าเราควรปฏิบัติอย่างไรไว้ข้าง,
พยาบาลก็ยิ่ง ช่วย ก่อประโยชน์ในคดีนั้น
ให้กับพนักงานสอบสวนได้.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ซองและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีวิราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เบ็ญจฉาย พ.บ.
นันทน์ พรหมผลิน พ.บ.
ทวี บุญโชติ พ.บ.
สมชัย ปรภิจติ พ.ด.
ประยัต หัตถนาครณ์ พ.บ.

ลัยโซซัยม์

บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med.

ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๐๘ Laschtschenko ได้สังเกตเห็นว่า แบคทีเรีย *B. subtilis* และแบคทีเรียชนิดใกล้เคียงถูกทำลายด้วยไข่ขาว. ในปี ๑๙๑๑ Suzuki ได้รายงานว่า อิมัลชัน ของค็อกโค จากอากาศไลซัน โดยสารสกัดจากเมือกเลือดขาว, และ Broomfeld ในปี ค.ศ. ๑๙๑๕ ได้สังเกตเห็นการละลายของ *sarcina* โดยน้ำลาย. คนสำคัญที่ทำให้มีการศึกษาในเรื่องนี้อย่างกว้างขวางคือ Fleming. เขาได้รายงานในปี ค.ศ. ๑๙๒๒ ว่ามีสารย่อยละลาย (lytic substance) อยู่ตามธรรมชาติโดยทั่วไป. ค็อกโค บางชนิดที่มีอยู่ในอากาศถูกย่อยละลายไปได้โดยน้ำมูก, น้ำตา, ไข่ขาว, เสมหะและสารนำของร่างกาย. ปรากฏการณ์นี้บ่งว่าสารเหล่านี้เป็น เอ็นซัยม์. เขาจึงตั้งชื่อ

ให้ว่า “ลัยโซซัยม์ (Lysozyme)” หรือ “ลัยติก เอ็นซัยม์” เชื่อกันว่า ลัยโซซัยม์ละลายได้ง่ายคือ ไมโครค็อกคัส ลัยโซโคคคัส (*M. lysodeikticus*). ซึ่งเป็นชื่อที่ เฟลมมิง ตั้งให้กับ ไมโครค็อกคัสชนิดหนึ่งที่ได้จากอากาศและถูก ลัยโซซัยม์ ละลายได้ง่าย ๆ. ม. ลัยโซโคคคัส ที่ไวต่อการย่อยของ ลัยโซซัยม์ มีหลาย สเตรน ด้วยกัน. มีบาง สเตรนทนต่อการย่อยละลายของ ลัยโซซัยม์. เขาได้ใช้ แบคทีเรีย ชนิดนี้เป็นเครื่องมือสำหรับหาปริมาณของ ลัยโซซัยม์ มาตราเทียบกันนั้น. แบคทีเรีย ที่ไม่ไวต่อการย่อยละลายของ ลัยโซซัยม์ ได้แก่ แบคทีเรียพวก กรัม ลบทั้งหมดรวมทั้งพวก สตาฟิโลค็อกคัส หรือ สเตรปโตค็อกคัส มากอย่างด้วย.

ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๒๕ เฟลมมิง ผู้
นักไทรายงานถึง สารย่อยละลาย บัคเทรีย
ที่ได้มาจากเชอรา เพนิซิลเลียม. ลัย-
โซซัยม์ และสารที่พบใหม่นี้มีเป้าหมาย
แห่งเดียวกันคือผนัง เซลล์ ของ บัคเทรีย.
ทำให้ผนัง เซลล์ ไม่รวมเป็นเนื้อเดียวกัน,
ซึ่งยังผลให้ บัคเทรีย มีชีวิตระออยู่ไม่ได้.
อย่างไรก็ตาม, สารทั้งสองนี้ก็มีกลไกใน
การทำลายเป้าหมายต่างกัน, กล่าวคือ
เพนิซิลลิน ขัดขวางขั้นสุดท้ายในกระบวนการ
การสร้างผนัง เซลล์, ทำให้ผนัง เซลล์
ไม่แข็งแรงทนทานเท่าที่ควร, ส่วน ลัย-
โซซัยม์ ไม่ได้ขัดขวางกระบวนการสร้าง
ผนัง เซลล์ แต่คอยสลายที่ส่วน กลัยแคน
ของผนัง เซลล์ ของ บัคเทรีย.

เอ็นซัยม์ ที่สามารถย่อยผนัง เซลล์
ของ บัคเทรีย ได้มี ๓ ประเภทได้แก่
คาร์โบซัยเทรส ย่อย กลัยแคน (glycan,
เป็น N-acetylglucosamine และ N-ace-
tylmuramic acid สลับกัน), ซึ่งทำหน้าที่
เป็นแกนของผนัง; เอ็น-อะเซทิลมูรา-
มิล-แอล-อะลานีน อะมิเนส สลายตรง
ที่ เปปไทด์ มาต่อกับ เอ็น-อะเซทิลมูรา-
มิล อะมิค; และพวก เปปติเนส ย่อยสาย
เปปไทด์ ให้ขาดออกจากกัน. ลัยโซซัยม์

ถูกจัดเข้าอยู่ในพวก คาร์โบซัยเทรส. มี
ชื่อตามกลไกที่ออกฤทธิ์คือ เอ็นโคอะ-
เซทิล มูรามิเดส (Endoacetyl mura-
midase). อย่างไรก็ตาม, ชื่อ ลัยโซซัยม์
ที่ใช้กันมาอย่างหลวม ๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ.
๑๙๒๒ ก็ยังเป็นที่ยอมรับกันอยู่มาก,
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใช้เอ็นซัยม์
ชนิดนี้ไม่มี โอกาส พิสูจน์ได้ แน่แน่นอนว่า
สารย่อยละลาย บัคเทรีย ที่ใช้อยู่นั้นมีกล-
ไกของการออกฤทธิ์ตรงตามที่จากัดไว้นั้น
หรือไม่.

ในขณะเดียวกันที่สาร แอนติไบโอติก
ทั้งหลายได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง,
ลัยโซซัยม์ ก็ถูกลืมไปเสียหลายสิบปี,
พึงจะมีผู้หันกลับมาสนใจกันเมื่อประมาณ
สิบกว่าปีมานี้เอง. ได้มีผู้ศึกษา ลัย-
โซซัยม์ จากต้นตอต่าง ๆ กันจนสามารถ
ทำให้บริสุทธิ์และตกผลึกได้. ผลึกที่ทา-
ได้แล้วมาจากไข่ขาว, ม้ามและปัสสาวะ
คน. ได้มีการศึกษาคุณสมบัติของ
ลัยโซซัยม์ อย่างละเอียดตลอดจนการ
หาปริมาณใน ทิสซู, เลือด, ปัสสาวะ,
และสารน้ำอื่น ๆ ของร่างกายเพื่อนำมา
ประยุกต์ในทางคลินิกทั้ง ในด้านการ
วินิจฉัยโรค, ติดตามอาการตลอดจนได้

พยายามนำมาใช้ในการรักษา.

ธรรมชาติของ ลัยโซซัยม์ เป็น เบลีค โปรเทอิน ซึ่งประกอบด้วยกรด อะมิโน ๑๒๕ ตัวเป็นอนุพันธ์, มีน้ำหนักอณูประมาณ ๑๔,๐๐๐, พบได้ทั่วไปทั้งใน สัตว์, พืช, เชื้อรา แม้กระทั่งในตัวแบคทีเรีย หรือ ไวรัส เอง. สำหรับในมนุษย์และ สัตว์พบ ลัยโซซัยม์ มากที่สุดในเนื้อไต คือประมาณ ๒๐๐ ไมโครกรัมในเนื้อ ไตสด ๑ กรัม. มีมากในปลายกระดูก และไขกระดูก, ใน รัยมีส, ในเม็ดเลือดขาวพวก โมโนซัยต์ และ ลิวโคซัยต์. ใน น้ำตาหรือน้ำลายมีราว ๕-๑๗ มก./มล., ใน เลือดคนปกติมี ๐-๑๗ ไมโครกรัม /มล., และในปัสสาวะมี ๐-๒ ไมโคร กรัม/มล., ซึ่งถ้าจะเรียกว่าเป็น "แอนติ ไบโอติก ของร่างกาย (physiological antibiotic)" ก็ได้เพราะ ลัยโซซัยม์ ทำให้ แบคทีเรีย บางชนิดละลายไปได้หรือไม่ ก็ทำให้มีการจับกลุ่ม หรือทำให้ แคปซูล ละลายไป, และยังสามารถยับยั้งการ เจริญของ ไวรัส บางชนิดได้.

อนึ่ง, ตามที่ได้ทราบแล้วว่า ลัยโซ-ซัยม์ นี้โดยปกติไม่สามารถละลายผนัง เซลล์ ของ แบคทีเรีย กรัม ลบได้, แต่

ก็ยังมีส่วนพยายามทดลอง. ทั้งนี้เพราะเขา ได้สังเกตว่า เชื้อรุ่ม มนุษย์ สามารถฆ่า แบคทีเรีย กรัม ลบได้, ถ้าไม่ใช่เพราะ ลัยโซซัยม์ ในเลือดแล้วจะเนื่องจากเหตุ ไท. O. Gemsa และคณะได้รายงานเมื่อ ค.ศ. ๑๙๖๖ ว่า เชื้อรุ่มคนปกติฆ่าแบคทีเรีย กรัม ลบได้โดยวิธี แอนติบอดี-คือมปลีเมนต์, ลัยโซซัยม์ จัดการเปลี่ยน เป็น สเฟียโรพลาสต์ และเมื่อสิ่งใน เซลล์ ออกหมกก็เห็นเป็น เซลล์ เปลา (ghost cell). เขาได้ทดลองใส่ ลัยโซซัยม์ จาก ไข่ขาวลงไปช่วย เชื้อรุ่ม แต่ก็ไม่พบว่า อัตราการฆ่าเชื้อ แบคทีเรีย เพิ่มขึ้น, หากว่า อัตราการเปลี่ยน แบคทีเรียที่ตายแล้วให้เป็น สเฟียโรพลาสต์ และกลายเป็น เซลล์ เปลาเร็วขึ้น.

แบคทีเรีย บางชนิด เชื้อรุ่ม คนปกติฆ่า ไม่ได้, ต้องเพิ่ม แอนติเชื้อรุ่ม เข้าช่วย ด้วย. เมื่อ แบคทีเรีย ถูกฆ่าตายแล้ว ลัยโซซัยม์ ก็เข้าไปจัดการต่อไปเช่น เดียวกัน.

นอกจากนี้การหาปริมาณของ ลัยโซ-ซัยม์ ใน เชื้อรุ่ม และปัสสาวะในรายที่เป็นโรคไต หรือ ลิวคีเมีย ชนิดต่าง ๆ ก็ เป็นประโยชน์มาก, เพราะไตมีปริมาณ

ลิวโซซัยม์ มาก เมื่อมีการทำลาย ทับล หรือเนื้อไตขณะใดก็จะมี ลิวโซซัยม์ เพิ่ม มากขึ้นในเลือดและปัสสาวะ ในขณะนั้น คนที่เป็นโรค เนโฟรติก ซียันโครม บาง คนไม่มี ลิวโซซัยม์ เพิ่มมากขึ้นทั้งใน เลือดและปัสสาวะได้. Najavian และ Noble ในปี ค.ศ. ๑๙๖๕ ได้รายงาน การติดตามผลของการเปลี่ยนไตด้วยการ วัดปริมาณของ ลิวโซซัยม์ ในปัสสาวะ และ เซรุ่ม เทียบกับการทดสอบหน้าที่ของ ไต. เขาพบว่าถ้ารายใดไม่ ปฏิเสธไต ที่เปลี่ยน ลิวโซซัยม์ ไม่เพิ่ม, ถ้ารายใด ปฏิเสธ ลิวโซซัยม์ ในปัสสาวะและใน เลือดจะสูงขึ้น. จำนวน ลิวโซซัยม์ ใน ปัสสาวะ เปลี่ยนแปลง มากกว่า ในเลือด. ดังนั้นการหาปริมาณของ ลิวโซซัยม์ ใน เลือดและปัสสาวะ จึง ชยง ภาวะ ที่มี การ ทำลายเนื้อไตอย่างปัจจุบันได้.

สำหรับพวกที่เป็นโรค ลิวคิเมีย, P.E. Perillie ได้พบว่าถ้าเป็นแบบ ลิวคิเมีย- ตึก มีลิวโซซัยม์ น้อยกว่าปรกติ, ถ้าเป็น

โมนอซัยติก ลิวคิเมีย ปัจจุบันหรือ ลิวโค ซัยติก ลิวคิเมีย เรอริงจะพบว่า ลิวโซ- ซัยม์ เพิ่มขึ้นมา. เขาสรุปว่า เซรุ่ม ลิวโซซัยม์ นั้นส่วนใหญ่ได้มาจากการ สลายของ แกรนโลซัยต์ หรือ โมโน ซัยต์.

เรียบเรียงจาก:

1. Strominger, J.: Mechanisms of enzymatic bacteriolysis. Science 1967, 156: 213-221.
2. Gemsa, O., et al.: Lysozyme and serum bactericidal action. Nature 1966, 210, 950.
3. Noble, R.E., et al.: Urine and serum lysozyme measurement in renal homotransplantation. Proc. Soc. Expt. Biol. Med. 1965, 120: 737-40.
4. Najavian, J.S., et al.: Lysozyme determination as a measure of rejection of kidney homotransplants. Surg. Forum 1965, 16: 258-60.
5. Noble, R.E., et al.: Urine and serum lysozyme alterations in a case of acute renal failure. J. Urol. 1966, 96: 852-853.
6. Osserman, E.F.: Serum and urinary lysozyme in monocytic and myelocytic leukemia. J. Exp. Med. 1966, 124: 921-52.

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ดิถี จิ่งเจริญ พ.บ., Ph.D., สมชัย บวรภักดี พ.ด., เฉียบ นิรันดร พ.บ.
วิฑูรย์ อังประพันธ์ พ.บ., น.บ., เกษม แก้วอ้อม พ.บ., ม.ร.ว. วีรพันธ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M.Sc.
บุญช่วย ดุลยศักดิ์ พ.บ., ทศนีย์ จงศุภชัยสิทธิ์ พ.บ., D.P.H., D.T.M. & H.

๑. Pugh, L.G.C.E.: นักกีฬาชนที่ราบ
สูง. J. Physiol. 1967, 192: 619-646.

ผลการเปรียบเทียบสถิติของนักวิ่ง ๖
คนขณะทดสอบ ในอังกฤษที่ระดับน้ำทะเล
เป็นเวลา ๔ สัปดาห์ กายทนนคร เม็กซิโก
ซึ่งสูงกว่าระดับน้ำทะเล ๒,๒๗๐ เมตร
หรือ ๗,๔๕๐ ฟุตอีก ๔ สัปดาห์ปรากฏ
ว่า การวิ่งระยะทาง ๑ ไมล์ (๑,๖๐๙
เมตร) บนที่ราบสูงในสัปดาห์แรกที่ไป
ถึงใช้เวลานานกว่าสถิติที่ระดับน้ำทะเล
๓.๖ ปรส., ในสัปดาห์ที่สี่คงนานกว่าเดิม
อีก ๑.๕ ปรส., สำหรับการวิ่งระยะทาง
๓ ไมล์ (๔,๘๒๘ เมตร) บนที่ราบสูงใน
สัปดาห์แรก ใช้เวลานานกว่าที่ระดับน้ำ
ทะเล ๘.๕ ปรส., ในสัปดาห์ที่สี่คงนาน
กว่าสถิติเดิม ๕.๗ ปรส.

การตรวจสอร่างกาย พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ (๑) ความอิ่มตัว
ออกซิเจน ของเลือดลดลงจาก ๙๕ ปรส.
เป็น ๘๖ ปรส. (๒) ปริมาตรอากาศ

หายใจเพิ่ม จาก ๑๔๘ ลิตร ต่อ นาที เป็น
๑๖๐ ลิตรต่อ นาที ขณะออกกำลังเต็มที่.
(๓) การรับ ออกซิเจน เต็มที่ (Maximum oxygen intake) ขณะ ออกกำลัง
เมื่อขึ้นไป อยู่บนที่ราบสูงเป็น วันที่สองลด
๑๔.๖ ปรส. และวันที่ ๒๗ ลด ๙.๕ ปรส.,
ส่วนการรับ ออกซิเจน ภายใน ๕๐
นาทีหลังออกกำลังไม่ต่างกัน. (๔) เมื่อ
เพิ่ม ความรุนแรง ของ การ ออกกำลัง
จำนวน การรับ ออกซิเจน เพิ่มเป็น
อัตราส่วนกับความรุนแรงนั้น. (๕) เมื่อ
อยู่บนที่ราบสูงนาน ซี่มาโตคริต เพิ่มสูง
ขึ้น. ค่าที่ระดับน้ำทะเล ๔๔.๔ ปรส., เมื่อ
อยู่บนที่ราบสูง ๓ สัปดาห์ แล้วขึ้นเป็น
๕๗.๖ ปรส.

จะเห็นได้ว่าเมื่ออยู่บนที่ราบสูงนานเข้า
การปฏิบัติงาน คชิน จาก การ ปรับ ตัว ของ
ร่างกาย, แต่ยังเป็นปัญหาว่าจะต้องใช้เวลา
นานสักเท่าไรจึงจะชินต่ออากาศ.

ดิถี จิ่งเจริญ พ.บ., Ph.D.

๒. London, R.G., and L.C. Brown:
ความข้อยของอาการไอในผู้ป่วยโรคระบบ
การหายใจ. Amer. Rev. Resp. Dis.
1967, 96: 1137.

อาการไอเป็นการสำแดงโรคทางระบบ
การหายใจที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง. โดย
การซักถามจากผู้ป่วยถึงการไอมากน้อย
มักได้ผลไม่แน่นอน, เพราะคำบอกเล่า
ของผู้ป่วย เป็นเพียงความรู้สึกมากกว่า
จำนวนไอที่แท้จริง. ความรู้สึกเหล่านี้
ขึ้นอยู่กับเหตุว่าอาการไอนั้นทำให้ผู้ป่วยรับ
ความทรมานด้วยหรือเปล่า, เช่นทำให้
หอบเหนื่อย, ทำให้เจ็บปวดหรือเป็นอาการ
เกิดใหม่. (ม.ห. ของผู้ป่วย—การซักถาม
ผู้ประณินที่ใกล้ชิด อาทิ บิดามารดาของ
ผู้ป่วยเด็ก จะได้ผลที่ใกล้เคียง ต่อมา
ความจริงมากกว่าการซักถามจากผู้ป่วย
ผู้ใหญ่). เนื่องด้วยเหตุนี้ จึงมีผู้พยายาม
ประดิษฐ์ เครื่องมือขึ้นเพื่อยับจำนวนของ
การไอ. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาใน
รายงานปัจจุบันประกอบด้วย ไมโครโฟน
ติดไว้ในห้องผู้ป่วย ซึ่งต่อไปเข้าเครื่องรับ
ในห้องปฏิบัติการ. เครื่องรับประกอบด้วย
ถ้วยเครื่องกรองเสียง ที่ปรับขนาดได้ตาม
ต้องการ และมีเครื่องวัดเสียงรบกวน.

เมื่อเสียงไอผ่านเครื่องเหล่านี้แล้ว จะถูก
ถ่ายทอดเข้าเครื่องบันทึกเสียง เป็นลำดับ
สุดท้าย.

ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคทางระบบการ
หายใจชนิดต่าง ๆ โดยการบันทึกเสียง
การไอ ใน ๓ วันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล
พร้อมกับการซักประวัติ สรุปได้ว่า
(๑) ผู้ป่วยในกลุ่มที่รับการศึกษานี้ในราย
งานนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัณโรคหรือ ไข้วัณ
โรค หรือโรคปอดจากการสูดกินเรอรั้ง
มักไอระหว่างเวลา ๒๓.๐๐ น. และ
๑.๐๐ น. (๒) ค่าแนวกลาง (มีเดียน)
ของการไอในผู้ป่วยทั้ง ๓ โรคดังกล่าว มี
จำนวน ๒๓ ครั้ง, ๑๒๐ และ ๑๑๐ ครั้ง
ตามลำดับ. (๓) อัตราความน้อยของการ
ไอในผู้ป่วยวัณโรคแตกต่างกันไปตาม
ขนาดเป็นมากน้อยของรอยโรคในภาพ
รังสี. (๔) จำนวนไอระหว่างเพศชายและ
หญิง หรือระหว่างนักสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่
ได้สูบบุหรี่ในโรคต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว
ไม่มีการแตกต่างกัน. (๕) ความข้อย
ของการไอจากการนับเสียงบันทึกและจาก
การซักถามผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน
น้อยมาก.

สมชัย บวรกิติ พ.ด.

๓. Sandler, B.: การตั้งครรภ์ภายหลัง
มีบุตรบุญธรรม. Fertility and Sterility.
1965, 16: 313-322.

บางคนคงเคยทราบเรื่องเกี่ยวกับกา
รตั้งครรภ์ภายหลังที่โตหาเด็กมาเลี้ยงเป็น
บุตรบุญธรรมมาบ้างแล้ว. เรื่องนี้โตมีการ
ศึกษากันมาบ้างเหมือนกัน ดังปรากฏใน
วารสารข้างฉบับ. สรุปแล้วมีความเห็นว่า
เรื่องน่าจะเป็นไปได้. ถ้าสามีภรรยา
นั้นไม่มีพยาธิสภาพของอวัยวะอย่างหนึ่ง
อย่างใด เช่น ภรรยาเคยรับการผ่าตัดทำ
หมัน, สามีไม่มีตัวอสุจิ เป็นต้น.

ก่อนที่จะตัดสินใจรับเลี้ยงเด็กเป็นบุตร
บุญธรรม ควรให้เวลานานพอควรในการ
อยู่ร่วมสามีภรรยากันอย่างพึงพอใจด้วย
กันทั้ง ๒ ฝ่าย โดยไม่ใช่วิธีคุมกำเนิด.
ทั้งสามีและภรรยาต้องได้รับการตรวจโดย
วิธีอันถูกต้องอย่างถาวรแล้ว และปรากฏ
ว่าไม่มีพยาธิสภาพอย่างใด, อันจะขัด
ขวางการตั้งครรภ์. หากตรวจพบสิ่งผิด
ปรกติอย่างใดต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม
เป็นเวลานานพอควร (๑ ปี). เมื่อได้รับ
การรักษาเพียงพอแล้วให้หยุดการรักษา
เป็นเวลา ๓ เดือนเป็นอย่างน้อย, แล้วให้
ทั้งสามีและภรรยา มาตรวจซ้ำ. ถ้าไม่มี

สิ่งใดที่จะต้องรักษาอีกและมีภาวะเหมาะ
สมพร้อมที่จะมีบุตรได้ทุกเมื่อ, ก็แนะนำ
ให้หาเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม. โดย
วิธีนี้พบว่าสามีภรรยาหลายคู่เกิดการตั้ง
ครรภ์ได้ ๕๖ ๒๕. (B. Sandler). บุคคล
เหล่านี้โดยมากพยามี "อารมณ์เครียด"
เนื่องจากความบกพร่องทางกามารมณ์,
ความรู้สึกทางเพศไม่ลงรอยกัน, ความ
อึดอัดใจขาดอิสระภาพในการอยู่ร่วมกับบิดา
มารดาหรือญาติพี่น้อง, อ่อนวัยเกินไป
และความคิดฟุ้งซ่าน.

บุคคลเหล่านี้ควรได้รับความเห็นอก
เห็นใจและควรอธิบายให้เข้าใจถึงมูลฐาน
แห่งความยุ่งยากต่าง ๆ ของเขา. บาง
คนอาจจำเป็นต้องให้การรักษาทางยาช่วย
บ้าง หรือให้การรักษาอย่างอื่นที่เหมาะสม
บ้างตามควร. ส่วนมากของบุคคลพวก
นี้ได้รับผลสำเร็จในเวลารวดเร็ว.

จากการศึกษาของ B. Sandler พบ
ว่าอัตราการตั้งครรภ์ในพวกเลี้ยงบุตรบุญ
ธรรมและพวกที่มีอารมณ์เครียดใกล้เคียง
กัน. จึงมีเหตุผลพอเชื่อได้ว่าอารมณ์
เครียดต่าง ๆ เช่น ขาดความเชื่อมั่นใน
ตัวเอง, ความไม่เป็นผู้ใหญ่ขาดความรับผิดชอบ
ต่าง ๆ, หรือความอึดอัดใจขาด

อิสรภาพในการอยู่กินเหล้ากัน, เมื่อปลดปล่อยลงเสียได้แล้วก็ช่วยให้เกิดการตั้งครรภ่างายชน, และวิธีหนึ่งที่จะหาครรภ่างายชนหรือหมดไปก็คือ “การหาเค็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม.”

เฉียบ นรินทร์ พ.บ.

๔. Leahy, M.S., and E.R. Farber:
เคมีของ วิเทรียส ฮีเมอร์ ในคนหลังตาย.
J. For. Sc. 1967, 12: 214-222.

รายงานการวิเคราะห์ วิเทรียส ฮีเมอร์, โดยเครื่องวิเคราะห์ที่อัตโนมัติ, ในคนที่ตายใน ร.พ. และที่ตายโดยอุบัติเหตุมาดิ่ง. ค่าเฉลี่ย ในโทรเจน (๓๐ ราย) อยู่ระหว่าง ๕ ถึง ๒๕ มก. ๒๓ รายในจำนวนนี้ค่าสูงกว่า ๒๕ มก. ๒๕. ซึ่งค่าของสารตั้ง กล่าวใน เลือดของเขา ก่อนตายสูงกว่า ๒๕ มก. ๒๕. ทั้งสิ้น. เครื่องวัด (๒๕ ราย), ตรวจหลังตาย ภายใน ๒๔ ชั่วโมงมีค่าเท่ากับ ๐.๓๑ - ๑.๐๕ มก. ๒๕., ซึ่งต่ำกว่าค่าใน เซรัม (น้อยกว่า ๑.๕ มก. ๒๕.) เล็กน้อยและไม่มีรายใดมีค่า เครื่องวัดนั้น ใน วิเทรียส ฮีเมอร์ สูงกว่าค่าใน เซรัม ก่อนตายเลย.

กลูโคส (๔๓ รายก่อนตายมีค่าในเลือดปรกติ) มี ๒๘ - ๘๕ มก. ๒๕. และไม่มี การเปลี่ยนแปลงจนถึง ๒๕ ชั่วโมงหลังตาย. จำนวนโซเดียม (๓๗ ราย) และ ผลิตโรค (๓๕ ราย) ก่อนข้างคั้งที่ไปจนถึง ๓๐ ชั่วโมงหลังตายคือมี โซเดียม ๑๒๘ - ๑๕๘ มิลลิกรัม. / ลิตร, ผลิตโรค ๑๐๘ - ๑๔๒ มิลลิกรัม. / ลิตร. ส่วนโปแตสเซียม (๕๒ ราย) รู้สึกว่าสูงขึ้นหลังตาย, มีค่าเท่ากับ ๔.๔ - ๑๖.๖ มิลลิกรัม. / ลิตร. เอ็นซัยม์ เท่าที่ตรวจคือ LDH, GOT และ GPT พบเหลืออยู่น้อย, โดยมากไม่พบ.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๕. Bockner, V., and W. Roman:
อิทธิพลของยากดการทำงานของรังไข่ต่อความสามารถในการจับสารต่าง ๆ ของ เซรัมโปรตีน. Med. J. Anst 1967, 2: 1187.

ในการวิเคราะห์หระคัยเพิ่มของ โปรเทอิน - เบาน์ค ไอโอคิน ใน ซีรัม ของหญิง ๓๐๐ คน เพื่อจะศึกษาผลของการใช้ยากดการทำงานของรังไข่ อันชื่อฟลาร์ เอสซี ๑๑๘๐๐ (ทั้งรวมทั้ง โอวูเลน ค้วย).

เปรวินสัน, โคนิวคิ, นอร์เล็สตริน และ ลิย์นคิฮอล นั้นปรากฏว่าระดับของเซรัม ไซบีไอ ที่เพิ่มขึ้นนั้นเปลี่ยนแปลงแล้วแต่ ชนิดของยาที่ใช้ ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจาก เอ็สโตรเจน ที่มีอยู่เดิมหรือเกิดขึ้น จากการสลายตัวของ โปรเจสโตเจน ใน ยาเหล่านั้น. การศึกษาความสามารถในการจับ ธิร์รอกซิน เซรัม โดยการหา ไอโอดีน^{๑๓๑} - ที่ ๓ เรลีน อีพีเท็ค, แสดงให้เห็นว่าฤทธิ์ของ เอ็สโตรเจน นั้นไม่ได้ ออกมาในแบบของ ฮอร์โมน ที่มีผลต่อ ธิร์รอกซิน โดยตรง, แต่มีฤทธิ์ทำให้เกิด การสร้าง เซรัม โปรเทอิน ที่มีความ สามารถในการจับสารมากขึ้น, ซึ่งได้แก่ แพร็คซัน อัลฟ่า-๒ และเบต้า. นอกจากนี้ ความสามารถในการจับเหล็กและสาร ไลโปยต์ ของ เซรัม โปรเทอิน ก็ยังเพิ่มขึ้นด้วยในหญิงที่ไต่ยาเหล่านี้เช่นเดียวกับ ในหญิงตั้งครรภ์.

เกษม แก้วอิม พ.บ.

๖. Sproule, B.C.: "ไฟโอรินัล" ใช้ รักษาอาการ ปวดศีรษะจากความเครียด. Med. J. Aust. 1968, 1 ; 263.

วิธีรักษาอาการ ปวดศีรษะจากความ

เครียดที่ถกของกคือ ต้องทำให้สาเหตุ แห่งความเครียดในอารมณ์หมดไป, ซึ่ง เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก. หน้าที่ของแพทย์ จะต้องบำบัดรักษาอาการ ปวดศีรษะ จาก ความเครียดโดย แก้อันเหตุเฉพาะหน้าคือ การรักษาตามอาการ โดยใช้ยาระงับปวด ร่วมกับยาระงับประสาทในขนาดที่พอ เหมาะ. ยา ไฟโอรินัล เป็นยาระงับปวด และระงับประสาท, ประกอบด้วย แอสไพ- ริน ๒๐๐ มก., ฟีนาคีติน ๑๓๐ มก., แคลเฟอิน ๕๐ มก. และกรก ไอโส- บิวติลแอลลิบิลบาร์บิตรีค ๕๐ มก. ผู้ รายงานได้ทดลองใช้ยา ไฟโอรินัล ในผู้ บ่วย ๔๘๐ ราย; ๒๘๐ รายมีอาการ ปวดศีรษะจากความเครียด, ๑๑๐ ราย มีอาการปวดกระต และ ๕๐ ราย เป็นผู้ช่วย รุห์มาติค ที่มีอาการ ปวดในที่ต่าง ๆ. ขนาดยาที่ใช้คือ ให้กินครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ เวลา. สำหรับผู้ บ่วยที่มี อาการ ปวดศีรษะจากความเครียด, ให้ยาเกินติด ต่อกันนาน ๑๕ วัน. ผู้ บ่วยสตรีที่มีการ ปวดกระตให้กินยาเมื่อเริ่มมีอาการ. ส่วน ผู้ บ่วย รุห์มาติค ให้ยานร่วมกับ เฟนิล- บิวตาโซน หรือ อินโดเมธาซิน. ผลของ การรักษาให้ผลได้ถึง ๖๕.๕ ปร. ในผู้ บ่วย

เนอ คอรัค ทียคม ไฟบรสิ ทิสซุ ใหม ๗
มาเกาะหนาจนเป็นแผ่นคล้ายกับที่พบใน
คาร์ซินอยค ซิยันโครม.

บุญช่วย ดุลยศักดิ์ พ.บ.

๘. Updike, S. J., P. L. Eichman; การ
รักษา อินเฟ็คเชียส โมโนคลีโอสิส
ด้วย ฌลอโรควิน. Am. J. Med. Sci.
1967, 254 ;

จากนักศึกษามหาวิทยาลัย วิส-
คอนซิน ที่เป็น อินเฟ็คเชียส โมโนคลี
โอสิส ๔๐ ราย, ซึ่งยืนยันโดยมี เฮเทอ
โรฟิล แอนติบอดี ซึ่งและมี ลิยม โพซัยต์

ผิดปกติในกระแสเลือดเกิน ๔๐ ปช.,
๒๑ รายได้รับการรักษาด้วย ฌลอโรควิน
ฟอสเฟต (อราเลน) เมื่กละ ๒๕๐ มก.,
วันละ ๒ เมื่ก, รวม ๑๕ เมื่ก; อื่กพวกไต่
ยาหลอกทำเป็นเมื่กในขนาดเดียวกันและ
ให้กินจำนวนเท่ากัน; พบว่าการให้ยาทั้ง
สองพวกนี้ไม่ทำให้อาการของโรคชึ้น
แตกต่างกัน. นั่นคือ ฌลอโรควิน ไม่ให้
ผลในการรักษา อินเฟ็คเชียส โมโนคลี-
โอสิส.

ทัศนีย์ จงศุภชัยสิทธิ์ พ.บ.,
D.P.H., D.T.M. & H.

การส่งเงินค่าบำรุง

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

ปกิณกะ

๑. การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับสัตว์เลี้ยง

องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าใน ๖๕ ประเทศเมื่อปี ๒๕๐๖ พอสรุปผลได้ว่าจากทุก ๆ ประเทศที่ได้ทำการสำรวจนั้น สุนัขยังคงเป็นพาหะที่สำคัญในอันที่จะนำโรคนี้ไปสู่คน. สัตว์เลี้ยงชนิดที่มีความสำคัญรองลงไปก็คือแมว. สำหรับบริเวณโรคพิษสุนัขบ้าก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมากกว่าในทางสาธารณสุข, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา. ทางด้านการระบาดของในสัตว์ป่า, สุนัขจึงจอกเป็นพาหะที่สำคัญของโรคในยุโรป. ยกตัวอย่างเช่นในเยอรมนีประเทศเดียวพบว่าในปี ๒๕๐๖ มีสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแน่นอนแล้วถึง ๒,๖๖๐ ตัว, และ ๖๐ เปอร์เซ็นต์ของจำนวนนั้นเป็นสุนัขจอก. สุนัขป่าชนิดอื่น ๆ นำโรคน้อยลง, แต่ก็มีความสำคัญมาก. ในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียน, ประเทศอินเดียและประเทศปากีสถาน, ในสหรัฐและแคนาดา พบว่าสัตว์พวกสกังค์, แรค

คูนส์ และค้างคาวชนิดธรรมดาเป็นพาหะนำโรค. ในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกััน ค้างคาวทุกเลื้อยก็มีความสำคัญอยู่มาก เช่นเคิม.

ในแง่ การควบคุมโรคในคนนั้น การป้องกันมิให้สัตว์เลี้ยง เช่นสุนัขและแมวเป็นโรค นี้มีความสำคัญมาก. สิ่งที่จะต้องกระทำให้สม่ำเสมอ ก็คือ การฉีดวัคซีน ให้แก่สัตว์เลี้ยง. ในปัจจุบันนิยมใช้ วัคซีน ชนิดที่ทำจาก ไวรัส ที่มีชีวิตอยู่สองพันธุ์. พันธุ์แรกมีชื่อว่าพันธุ์ฟลูริย์ (Flury strain), และมีอยู่สองชนิดคือชนิดที่เคยฉีดผ่านเข้าไปใน เอ็มบริโอของไก่มาแล้วประมาณ ๕๐ ถึง ๕๐ ครั้ง (Low Egg Passage หรือ LEP) กับชนิดที่ฉีดผ่านเข้าไปแล้วถึง ๑๘๐ ครั้ง (High Egg Passage หรือ HEP). อีกพันธุ์หนึ่งนั้นมีชื่อว่าพันธุ์ เคเลฟ (Kelev strain) ซึ่งได้มาโดยการฉีดเชื้อ ไวรัส ผ่าน เอ็มบริโอ ของไก่มาแล้วประมาณ ๖๐-๗๐ ครั้ง. ไวรัส พันธุ์ต่าง ๆ ที่กล่าวถึงจะ

ไม่สามารถที่จะทำให้สุนัขหรือคนเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้เลย. แม้ว่าสุนัขที่ไ้รับวัคซีน ที่ทำจาก ไวรัส พันธุ์ต่าง ๆ เหล่านี้ไปติดโรคมาก่อนและกำลังอยู่ในระยะพักตัวของโรค, ก็จะไม่เปลี่ยนแปลงสภาพทำให้สุนัขเหล่านั้นกลายเป็นพาหะของโรคเลย. เป็นที่รับรองกันโดยทั่ว ๆ ไปว่า มนุษย์ที่ จะไปกระตุ้นให้สัตว์เลี้ยงที่ไ้รับการฉีดวัคซีน นั้นมีภูมิคุ้มกันโรคได้้อย่างเพียงพอ และดีกว่า วัคซีน ที่ทำโดยวิธีดั้งเดิม.

สุนัขที่มอายุเกินสามเดือนขึ้นไปนิยมฉีดวัคซีนที่ทำจาก ไวรัส LEP Flury ซึ่ง จะคุ้มกันโรคได้ถึงสามปี. ถ้าฉีด วัคซีน ชนิด HEP Flury จะคุ้มกันโรคได้เพียงสองปี. สำหรับลูกสุนัขที่อายต่ำกว่าสามเดือนลงไป, ถ้าหากไม่สามารถที่จะระมัดระวังการติดโรคได้, องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ฉีด วัคซีน ที่ทำจาก ไวรัส HEP Flury หรือ Kelev หรือ วัคซีน ที่ทำจาก เนื้อประสาท ซึ่งเป็นชนิดที่ ไวรัส ถูกทำลายแล้ว. ไวรัส LEP Flury อาจจะไม่ปลอดภัยถ้านำไปใช้กับลูกสุนัข. ฟังสังเกตว่าลูกสุนัข จะสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ไม่คั่นก. ฉะนั้นเมื่ออายุครบสามเดือน จำเป็นต้องไ้รับ วัคซีน ซ้ำอีก, โดยถือ

หลักเช่นเดียวกับสุนัขทั่ว ๆ ไป. สำหรับแมวควรจะใช้วัคซีนชนิด HEP Flury, จะไ้ผลดีกว่าและปลอดภัยกว่าชนิด LEP Flury.

ในรายที่สุนัขเลี้ยงไว้ไม่เคยฉีดวัคซีนมาก่อนเลย, แล้วถูกสุนัขบ้าหรือสัตว์เลี้ยงชนิดอื่น ๆ ที่เป็นโรคกัด, ควรจะกำจัดสุนัขนั้นทันที, เป็นการปลอดภัยที่สุด. แต่ถ้าหากต้องการเลี้ยงไว้ต่อไปก็ให้ฉีด วัคซีน ให้ทันที. แล้วแยกขังเป็นเวลาอย่างน้อย ๔ เดือน. ถ้าไม่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า, จึงจะนำมาเลี้ยงได้ต่อไป. แต่ถ้าสุนัขที่ถูกกัดนั้นเคยไ้รับ วัคซีนมาก่อนและยังอยู่ในระยะคุ้มกันโรค, ให้ฉีด วัคซีน ซ้ำทันทีเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค, และให้ผูก หรือ ขัง ไว้ต่างหากเป็นเวลาอย่างน้อยสามสัปดาห์, จึงจะถือว่าปลอดภัย. ในเขตที่มีโรคพิษสุนัขบ้าชุกชุม, การฉีด วัคซีน LEP Flury ให้แก่สุนัขทุก ๆ ปี, เป็นสิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่ง.

1. WHO Tech. Rep. Ser. No. 321 (1966)
2. WHO Chronicle Vol. 20, No. 1 (1966)

ประเสริฐ ทองเจริญ พ.บ.,
Dr. med., D.T.M.

๒๓. อย่ามับตรอก

คำแนะนำบางคนคงเคยใช้หรือเคยได้ยินมาบ้าง. รู้สึกว่าเป็นคำแนะนำที่ค่อนข้างรุนแรง และอาจกระทบกระเทือนจิตใจผู้ช่วยได้มาก. การให้คำแนะนำทำนองนี้ ควรต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ.

เมื่อเกิดปัญหาว่าควรทำหรือไม่ควรทำ แพทย์มักจะเลือกทาง "ไม่ทำ" มากกว่า "ทำ", เช่นควรจะให้ผู้ป่วยตั้งครรรภ์หรือไม่ควร. ถ้าให้ตั้งครรรภ์แล้ว, จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือไม่. ส่วนมากแพทย์มักระมัดระวังเลือกทาง "ไม่" เพราะถือว่า "ปลอดภัยไว้ก่อน" ไม่ต้องรับผิดชอบภายหลัง. การกระทำเช่นนั้นไม่เกิดการเสียหายต่อแพทย์, แต่ถ้าพิจารณาให้ลึกซึ้งแล้วจะเห็นว่าคำแนะนำแบบบางครั้งเกิดการเสียหายเหมือนกัน. หญิงบางคนเมื่อได้แต่งงานแล้วและถูกห้ามไม่ให้มีบุตรจะทำให้จิตใจถูกกระทบกระเทือนรุนแรง. ในบางครั้งอาจเกิดอันตรายยิ่งใหญ่ต่อผู้ป่วยมากกว่าการมีครรรภ์เสียอีก.

โรคหรือภาวะบางอย่างสัปดาห์แพทย์นิยมใช้เป็นเหตุห้ามการตั้งครรรภ์, เช่นการ

ทำผ่าตัดเพื่อเอาเด็กออกทางหน้าท้องซ้าย. การทำผ่าตัดครั้งที่เท่าไรจึงจะถือว่าไม่ปลอดภัยและห้ามการตั้งครรรภ์อีก. ใครบ้างที่สามารถขอกได้แน่นอน. บางคนก็ใช้การผ่าตัดครั้งที่สอง, บางคนก็ใช้การผ่าตัดครั้งที่สาม. แต่ใครทราบบ้างว่าการผ่าตัดครั้งที่สองมีอันตรายน้อยกว่าครั้งที่สาม, หรือการผ่าตัดครั้งที่สามมีอันตรายมากกว่าครั้งที่สาม. ปัญหาว่าทำผ่าตัดแล้วครั้ง จึงควรทำหมันหรือห้ามมีบุตรอีก, จึงเป็นตัวเลขที่ลึกลับ. เหตุผลที่จะต้องทำหมันโดยผูกท่อใช้ภายหลังผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องซ้าย, เป็นเรื่องทางปรัชญามากกว่าทางแพทย์. ความเห็นเกี่ยวกับข้อขบ่งในการทำหมันมีมาก. เรื่องเช่นนี้ความประสงค์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ. อย่างไรก็ตามแพทย์ควรจะแนะนำผู้ป่วยโดยอาศัยเหตุผล, เช่นจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นเรื่องสำคัญกว่าจำนวนการผ่าตัด. ไม่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทำหมันถ้ายังมีบุตรที่มีชีวิตอยู่ไม่ถึง ๓ คน, แม้จะได้ทำการผ่าตัดหน้าท้องมาแล้วก็ตาม.

๓. โรงเรียนแพทย์และศิริราชพยาบาลเมือหาสืบมาแลดู
(ตอนที่ ๓)

ครูและอาจารย์ที่สอนวิชาต่าง ๆ ให้
พวกผม มีหลายเชื้อชาติที่เกี่ยว. พระเจ้า
บรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร
ทรงสอนภาษา ลาดิน และทรงบรรยาย
ชีวิตเพศ, ครุสก นิโรคม (พระยา
วรวินัยพิศาล), ครุกัน อนันตกุล (หลวง
คันทะขวนศาสตร์), ครูเซียง (หลวงสมิทธิ
อนาสัน) ทั้งสามท่านนี้ สอน ภาษา
อังกฤษ. หมอหลวงออกุศล ๗ กับหมอ
ยวง สอนวิชาแพทย์ไทย, สมุนไพรมยา
ไทยและการปรุงยาไทย. หม่อมเจ้าดาว
มงคลวงศ์ ไชยันต์ (ต่อมาเป็นพลเรือตรี
เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ) สอนวิชาสัตว
หมอชน พทธิแพทย์ (พลตรี พระยาตำรา
แพทยาคณ ผู้บัญชาการโรงพยาบาลจุฬาลง
กรณ์) สอน เมตคัล จริสปรเคนซ์.
หมอ St. A. Fernandez เชื้อชาติอินเดียน
สอนวิชา อนุโตมีย์, ฟาร์มาซี และ
ท็อกซิโคโลยี. หมอ Walter B. Toy
เชื้อชาติแคนาดา. สอนวิชาอนุโตมีย์.
หมอ George McFarland (พระอา

วิทยาคม) เชื้อชาติอเมริกัน, สอน ฟิสิโอ
โลยี, แพร์คิตซ ออฟ เมคิน, คัลย-
ศาสตร์ และ แมเทอเรีย เมคิกา. หมอ
G. Bossoni, เชื้อชาติอิตาลี, สอน
เคมีสตรีย์ และ ฟิสิคัล. หมอ Gayetti,
เชื้อชาติอิตาลี, สอน โทโปกราฟีก
อนุโตมีย์. หมอ Du Peterson, เชื้อ
ชาติเดนมาร์กสอนวิชากรมโรค. หมอ
C.C. Walker, เชื้อชาติอเมริกันสอนโรค
ตา. หมอ H. Adamson (พระบำบัก
สรรพโรค), เชื้อชาติไทยอเมริกัน, สอน
สติกศาสตร์. หมอ Morden Carthew
(พระยาอัยการเวชวิจักษ์), เชื้อชาติอังกฤษ,
สอนอาการวิทยา. หมอ Van Wesel, เชื้อ
ชาติเยอรมัน, สอนคัลยศาสตร์.

ในปีพุทธศักราช ๒๔๕๗ พระเจ้า
บรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร
(เวลานั้นยังดำรงพระยศเป็นพระเจ้าไฉน
ยาเธอพระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์) ได้
รับพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่ง
ตั้งให้เป็นผู้บัญชาการ โรงเรียนราช-

แพทยาลัยและศิริราชพยาบาล. พระองค์
ท่านสนพระทัยและได้พยายามทำความรุ่ง
เรืองเจริญยิ่งขึ้น เพื่อให้ทันสมัย และทัด
เทียมกับต่างประเทศให้แก่ทั้งโรงเรียน
และโรงพยาบาล. ทางโรงเรียนพระองค์
ท่านก็ได้จัดตั้งโรงเรียนแผนกเภสัช-
ศาสตร์ขึ้น และได้พยายามแสวงหานาย
แพทย์ชาวต่างประเทศมาสอนวิชาแพทย์
ให้นักเรียน เช่น หมอ Van Wesel, หมอ
Du Petersen, หมอ Morden Carthew
 เป็นต้น, และจัดการหาจ้างชาวเยอรมันมา
สอนภาษาลาตินและภาษาเยอรมันให้แก่
นักเรียนแพทย์รุ่นหลังผม. ได้ทรงดำเนิ
การ จนมีพระบรมราชโองการให้จัดตั้ง
กรมนักเรียนแพทย์เสื่อย้า ในพระบรม
ราชูปถัมภ์ ขึ้นตรงต่อกรมเสนาธิการเสื่อ
ย้าเมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม พุทธศักราช
๒๔๕๘, และต่อมาเมื่อพุทธศักราช ๒๔๕๙
ได้ส่งกรมนี้ นักเรียนแพทย์เสื่อย้าเข้าร่วม
ซ้อมรบระหว่าง กองเสนา หลวง กษิ กอง
เสนาธิการาคนแดนกรุงเทพ ฯ ทนครปฐม
และบ้านโป่ง, ทำหน้าที่พยาบาลประจำ
กองร้อย และจัดตั้งหน่วยพยาบาล สนาม.
เสร็จจากการซ้อมรบของเสื่อย้าแล้ว ได้
ส่งพวกชั้นนี้ ท้าไปร่วมซ้อมรบของทหาร

บกซึ่งเป็นการซ้อมรบใหญ่ระหว่างกองทัพ
ในท้องที่, ระหว่างบ้านโป่งกับโพธาราม.
พวกหนึ่งทำหน้าที่นายแพทย์ผู้ช่วย, ซึ่ง
ตั้งสถานพยาบาลชั่วคราวโดยอาศัยศาลา
วัด ภายใต้การบังคับบัญชาของนาย
แพทย์เสนาธิการ. อีกพวกหนึ่งเข้าประจำ
อยู่โรงพยาบาลพาลงกรณ์ ซึ่งทหารใช้
เป็นโรงพยาบาลประจำที่ เพอร์ับทหารเจ็บ
ป่วยจากสถานพยาบาลชั่วคราวอีกต่อ
หนึ่ง.

ระเบียบการปฏิบัติของนักเรียนใน
ระหว่างที่อยู่ภายในโรงเรียนนั้น เวลาต้น
นอนไม่มีกำหนด, เวลาสองโมงเช้า
(๘.๐๐ น.) ค่ำห้องโหม่งให้สัญญาเวลา
รับประทานอาหารเช้า, ผู้ใดไม่ไปรับประ-
ทานอาหารก็ได้. เวลาสามโมงเช้าค่ำห้อง
โหม่งให้สัญญาเข้าเรียน. เวลาเที่ยงตรง
ค่ำห้องสัญญาเลิกเรียนตอนเช้าและไปรับ
ประทานอาหารกลางวัน. ผู้ใดจะไม่รับ
ประทานอาหารก็ได้, ตอนกลางวันมี
ก๊วยเตี้ยวลวก หายหนึ่งมาขายเป็นประจำ
กับขนมขบเคี้ยวอีกหลายหนึ่งสองหลายเข้า
ไปขายในโรงเรียน. ก๊วยเตี้ยวเจ้านขาย
ก็เพราะมีเจ้าเตี้ยว. เวลาบ่ายโมงตรงค
่ำห้องสัญญาเข้าเรียนตอนบ่าย จนถึงเวลา

ใน ตอน กลาง คินน พวกเรา มุ่งงาน อธิเรก เฉพาะ ฤคฝน เท่านั้น อยู่อย่างหนึ่ง คือ ใน เวลาฝนตกตอนกลางคืน, นำฝนของฉ่ำ ไปตามสนามและที่ลุ่ม, เสี่ยงกบและของ อ่างร่องแช่ไปหมด, พวกเรากลุ่มละสาม สักคนก็ออกตักขกกันอย่าง เป็นงานเป็นการ. เมื่อได้จำนวนเป็นที่พอใจแล้วก็ไปขออาศัย โรงครัวพร้อมด้วย ภาชนะที่นั้น เป็นที่ต้ม ยำกินกัน. ในเวลาฝนตกพราวๆตอนกลาง คืนอย่างนี้ ครูเขียง จะไม่ออกมาตรวจ นัก เรียนอย่างปรกติเลย.

ส่วนในการกีฬาที่โรงเรียน มี สนามหญ้าเล็ก ๆ สองสนามอยู่หน้าห้อง แถวนอนของนักเรียน, ทางทิศเหนือ สนามหนึ่ง กบทิศใต้ อีกสนามหนึ่ง. แต่ละสนามกว้างยาวพอที่จะทำเป็นสนาม ฟุตบอลได้. แม้แต่สนามเทนนิส, แบด- มินตัน และโรงยิมเนเซียม ซึ่งเป็นที่ฝึก เล่นกายกรรม ห้อยโหน ซึ่งชำ ห่วงค้ ข้าร่เดียว ข้าร่ค้ ก็ไม่มีให้นักเรียนเล่น. ผมสงสัยว่าในสมัยนั้นผู้บริหารงานคงไม่ สนใจเรื่องกีฬาเลย. กีฬากลางแจ้งที่ พวกเราเล่นได้และเล่นกันอยู่ทุกวันนี้คือ “ฟุตบอลตระกร้อ”, นัยหนึ่งเรียกว่า “ฟุตบอลบ่มแข็ง”. พวกเราใช้สนาม

เท่าที่มอยู่ลงเล่นกันโดยไม่กำหนดว่าฝ่าย ละกี่คน. ใช้ผ้าขาวม้ากองเป็นประตู. ลง เล่นครั้งแรกก็แบ่งพวกละ ๗-๘ คน. พอ สักครู่ก็มีผู้สมัครลงเล่นอีก, มีจำนวนเป็น พวกละ ๑๗-๑๘ คน. เล่นกันให้หัวไปที เดียว. ใครเหนื่อยก็ออกไป, ใครที่จะลงมา ใหม่ก็เชิญ. กติกาใดๆไม่มี. ใครจะล้ำ หน้าชนข้างหลัง, ฟาดแข้งก็ตีทิ้งสิ้น. ไม่มีเตะเส้นโทษ, ไม่มีเตะมุม. ความ มุ่งหมาย แต่เพียง ยิ่งประตูให้เข้าได้เท่า นั้น. การเล่นฟุตบอลตระกร้อนไม่จำกัด เครื่องแต่งตัว, โดยมากพวกเราใช้นุ่งผ้า ขาวม้าผืนเดียวเท่านั้น, ไม่ต้องใส่เสื้อ ด้วยเพื่อสะดวกแก่การไปอาบน้ำได้ทันที เมื่อเลิกเล่นแล้ว, และไม่ใช้เป็นการเล่น กันเฉพาะชั้น, ใครอยู่ในชั้นใดก็ลงเล่นด้วย กันได้. ไม่มีการถือพวกถือชั้น. ส่วนพวก เล่นทีมฟุตบอล แข่งขัน ซึ่ง โต้ ของ กรม ศึกษาธิการ และทีมสำรองก็ข้ามฟากไป ซ้อม และเล่นที่ สนามหลวงในความควย คุมของหมอ ที่ตั้งวัน (หลวงบริบูรณ์เวช- สาส์น) ผู้เป็นหัวหน้าทีม. ทั้ง ๆ ที่เราไม่ มีสนามของตนเองจะฝึกซ้อมกีฬา, โรง เรียนราชแพทยาลัยก็มีชื่อเสียงเป็นที่เกรง ขามของเหล่าอื่นๆ. ในการแข่งขันฟุตบอล

และชัก คะเยอ รุ่นใหญ่ แข่งขันชิงโล่
ประจำปีของกรมศึกษาธิการ, โรงเรียน
ราช แพทยาลัย ขณะ ในการ ชัก คะเยอ
รุ่น ใหญ่ สาม ปี ติดต่อกัน, ได้รับโล่
ชัก คะเยอ เป็น กรม สัทธา, และ ขณะ
ฟุตบอลรุ่นใหญ่สามปี ติดต่อกัน ได้รับโล่
ฟุตบอลเป็นกรมสัทธาเช่นเดียวกัน. โล่
เหล่านี้ เวลานี้ยัง ติด อยู่ ที่ มหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์ศิริราชหรือไม่ ผมไม่
ทราบ. ต่อมาเมื่อได้จัดกรมนักเรียน
แพทย์เสื่อยาชนเมอบพทศักราช ๒๔๕๘
แล้ว, ในปีพทศักราช ๒๔๕๙ กรมนัก
เรียน แพทย์ เสื่อยาได้ ส่งทีมฟุตบอล เข้า
แข่งขันชิง “ถ้วยทอง” หรือ “ถ้วยนัก
รบ” ซึ่งเป็นถ้วยทองของพระบาทสมเด็จพระ
มงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๖
พระราชทานในการแข่งขันเฉพาะเหล่านัก
รบ, ระหว่างโรงเรียนนายร้อยทหาร
บก, โรงเรียนนายเรือ และ เสื่อยา,
กรม นักเรียน แพทย์ เสื่อยาก็อยู่ในฐานะ
เป็นนักรบ, จึงส่งทีมฟุตบอลเข้าแข่งขัน
ด้วย. ในปี พ.ศ. ๒๔๕๙ นักเรียน
เรียน แพทย์ เสื่อยาก็ชนะเลิศได้รับ พระ
ราชทาน “ถ้วยทอง” มารักษาไว้เป็น
เกียรติยศ. แต่ในปีต่อไป ผมไม่ทราบว่า
จะยังคงได้รับถ้วยทองของพระราชทานซ้ำ

อีกหรือไม่ เพราะได้ออกรับราชการไปอยู่
ต่างจังหวัดเสียแล้ว. ทีมฟุตบอลของโรง
เรียน ราชแพทย์ ยังได้รับเกียรติคัดเลือก
เข้าอยู่ใน ทีมชาติ หลายคน เพื่อ เข้าแข่ง
ขันกับ ทีมฝรั่งของสโมสรราชกรีฑา
(รอยัล บางกอก สปอร์ต คลับ). การแข่ง
ขันฟุตบอลชิงโล่ ของกรมศึกษาธิการเล่น
กัน ที่สนามโรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย
และสนามโรงเรียนฝึกหัดครู บ้านสมเด็จ
เจ็ดชั้นบริษักรอกแห่งหนึ่ง. ส่วนการแข่งขัน
ฟุตบอลชิงถ้วย ของหลวง กับเล่น แข่งขัน
ระหว่างทีมชาติกับทีมฝรั่ง เล่นกันที่สนาม
เสื่อยาที่เคยวนเวียนหอประชุมวัฒนธรรม
ข้างเขาคินวนา. ทีมนักเรียนแพทย์เล่น
ได้ทั้งเรียวร้อยและรุนแรง, แล้วแต่คู่ต่อสู้
จะเล่นอย่างไร. เล่นเรียวร้อยมาเราก็
เรียวร้อยไป, ถ้ารุนแรงมาเราก็รุนแรง
โต้ตอบ, ซึ่งคู่ต่อสู้จะได้รับทั้งเข้าทั้งคอก
แถมพกไปด้วยทุกครั้งทีปะทะกัน. ผู้ลือ
นามในการใช้เข้าและคอกเป็นที่เกรงขาม
ของคู่ต่อสู้คน แยกเทียบ (หลวงอภิบาล
เวชศักดิ์), แยกแถม (หลวงกายวิภาค
บรรยาย) กับแยกต่อสู้ คู่กระศร (หลวง
วิวัฒน์สรรพคุณ).

ช. ชำนิเวชสาร
(แพทย์รุ่นที่ ๒๒)

๔. เจ้านายสมัยใหม่ (ตอนที่ ๓)

ราชสำนักรัชกาลที่ ๕ ก็รัชกาลที่ ๖ เปลี่ยนแปลงกันไป. รัชกาลที่ ๕ ราชสำนักฝ่ายในสนกสนาน เพราะในหลวงท่านมีพระมเหสีและเจ้าจอมมาก, พระราชธิดาของพระองค์ก็มากมายจึงไม่เจียบเหงา. ต้นรัชกาลที่ ๖ พระองค์ไม่มีพระมเหสี, ราชสำนักจึงเป็นฝ่ายหน้าอย่างเดียว, เพราะทรงมีมหาดเล็กที่โปรดปรานถกพระทัยโปรดให้มหาดเล็กแสดงละคร. บางคราวก็ทรงลงแสดงเองก็มี. หลายครั้งทรงจัดให้มีการแสดงที่สวนศิลาลัย, โปรดเกล้าฯ ให้ฝ่ายในไปทอดพระเนตรได้. ผู้เขียนได้เคยเห็นทรงแสดงเป็นตัวเสนา, เรื่องนั้นแสดงถึงเจ้าพระยารามราฆพซึ่งยังเป็นหม่อมหลวงเพอ พงษ์บุญ, และพระยาอนิรุทธเทวาซึ่งเป็นหม่อมหลวงพน พงษ์บุญ, แต่พระองค์ไม่ไ้รำ. สองท่านแสดงเป็นตัวพระรามพระลักษณ. มีอยู่ตอนหนึ่ง พอพระลักษณเข้าโรงถึงบทจะออกอีก พระลักษณก็ไม่ยอมออก. หลังโรงวุ่นกันใหญ่ซุบซิบกัน

ว่าตัวพระลักษณโกรธร้องให้ไม่ยอมออก, จะโกรธเรื่องอะไรก็ไม่มีใครทราบ, ในหลวงกำลังทรงพลอยอยู่. จนกว่าพระลักษณจะยอมออก, เวทีว่างไปนาน. ได้ทรงแสดงละครพหลายครั้ง. สมเด็จพระบรมมีพระรูปโฉมงามสง่าเป็นที่น่าเกรงขามพระขรรค์, พระเนตรคมวาว, เวลาหันพระพักตร์ไปทางไฟฟ้า แสงพระเนตรก็กับแสงดาว, เพราะทรงกระพริบขยับ ๆ. พวกในวังพากันกลัวสมเด็จพระบรมมาก, เพราะความสง่าปรากฏพระบรมเดชานุภาพของพระองค์, สมเด็จพระทรงเป็นเอมเปอเวอร์ออฟไซแอม. นายคนึงเล็กเรียกพี่โต. เพราะไม่ทรงโปรดให้เรียก, เปลี่ยนเป็นเรียกสมเด็จพระบรม. ถึงอย่างนั้นแกก็ยังไม่เกรงกลัวสมเด็จพระบรมอยู่นั่นเอง. จึงจะเห็นได้ว่าเวลาสมเด็จพระบรมเสด็จเข้ามาทอดพระเนตรละครเวลาที่มีการแสดง นายคนึงแจะเข้าไปใกล้ ๆ สมเด็จพระบรมและทำกริยาเป็นเชิงล้อเลียน, ไม่แสดงความเคารพ. สมเด็จพระบรมมีพระพักตร์ขง,

เช่นทศต่างประเทศเข้าเฝ้าเขาก็ต้องยืน
เฝ้าตามแบบธรรมเนียมประเพณีของเขา,
เราจะไปยังค้ำหักแขนหักขาให้เขาหมอบ
อย่างเราก็เป็นไปได้. เราต้องยอมให้
เขายืนเฝ้า ซึ่งเป็นธรรมเนียมแพร่หลาย
และกว้างขวางในต่างประเทศ. ทรงเห็น
ว่าจะให้คนไทยหมอบเฝ้าตามธรรมเนียม
เดิมของเรา, ฝรั่งก็จะมายืนค้ำหัวคนไทย.
เรื่องหัวคนไทยถอนัก. ใครจะมายืนค้ำหัว
หรือจับหัวเล่นไม่ได้. ถึงนั้นจึงโปรดให้
ขุนนางไทยยืนเฝ้าหรือนั่งเก้าอี้เฝ้าเวลา
เสด็จออกข้างหน้า, แต่ถ้าขุนนางใดมี
ราชการจะต้องเข้าไปเฝ้าส่วนพระองค์
ก็ใช้วิธีหมอบคลานตามเดิม, ถึงที่ใดใช้
ปฏิบัติมาจนถึงปัจจุบันนี้. คนไทยมีจิตใจ
เคารพรักในพระมหา กษัตริย์ ของ เขา
เสมือนพระองค์เป็นพระเทพบุตร, เป็นทั้ง
เทพเจ้า, เป็นทั้งบิดารวมอยู่ในพระองค์
แห่งเดียว.

ยังมี เรื่อง สำคัญ อยู่อีก เรื่องหนึ่งซึ่ง
จะเว้นกล่าวเสียมิได้ คือการ ยกเลิกทาส.
เวลานั้นผู้เขียนยังเด็กอยู่. คุณแม่ได้รับ
ของขวัญในการสมรสกับคุณพ่อ. คุณยาย
ให้ทาสเป็นของขวัญครึ่งหนึ่ง. มีสาม
ภรรยาและบุตรหญิง ๒ คน. เด็กสองคน

อายุแก่กว่าคุณพ่อและผู้เขียน. ครอบครัวนี้
ได้รับใช้ การงาน และ เลี้ยงดูคุณพ่อผู้
เขียน. พอที่ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ
ให้ยกเลิกทาส. คุณแม่ก็อนุญาตให้เป็น
อิสระ, สักแต่แต่จะไปอยู่ที่ใด. ครอบครัว
นี้แกไม่ยอมจากไป, ขออยู่กับเงินตลอด
ชีวิต. คุณแม่เล่าว่าที่บ้านคุณตามีคอก
อยู่ในบ้านสำหรับฆ่าทาสที่มความผิด. ใช้
ไม้ตอกทำเป็นคอก. เวลาฆ่าไพร่ทำ
ผิดก็ใช้ให้ ทนายเขียนด้วยหวาย แล้วจับ
ใส่โซ่ตรวนขังคุกไว้, จนกว่านายจะ
หายโกรธ. หัวหน้าบ้านเรียกว่าทนาย.
ทนายมีหลายประเภท. มีทนายหน้าหอ
สำหรับพาแขกเข้าพบนาย, ทนายสำหรับ
ติดหน้าตามหลังเข้าวัง สมัยออฟฟิศอยู่ใน
วัง. เวลาไปทำงานเรียกว่าเข้าวัง,
เวลาไปเฝ้าเรียกว่าเข้าเฝ้า. ต่อมาที่
ทำงาน ขาง แห่ง ย้ายออกไป อยู่ นอก-
พระบรมมหาราชวัง, เปลี่ยนเป็นเรียกว่า
ไปออฟฟิศ. คุณแม่เล่าว่าคุณตาเข้าวังก็
นั่งเสด็จคานหาม, มีทาสเป็นผู้แบก
คานหาม, มีทนายถือเครื่องยศเครื่องใช้
ตามหลัง. ถ้าใครนั่งผ้าดอชชายเดินผ่าน
บ้านขุนนางผู้ใหญ่, ท่านเจ้าของบ้านจะให้
บ่าวจับเขียนหลังได้.

เจ้าพระยาเทเวศร์คอนหลังท่านไมโคร
ไต่เล่นโขนละครมานาน, ในหลวงมีพระ
ราชประสงค์จะทอดพระเนตรโขนละครของ
ท่าน, ท่านก็ต้องให้คนไปเที่ยวคิกตามตัว
โขนตัวละคร มารวบรวมกัน เพื่อไปแสดง
ถวายทอดพระเนตร. ทางฝ่ายพระราชวัง
สวนดุสิตก็เตรียมปลูกโรงโขนละครกันเป็น
การใหญ่, จัดที่ประทับในหลวงกับสมเด็จพระ
ที่ขยับอยู่ตรงข้ามกับเวทีแสดง. ท่าน
ชวาที่ประทับเช่นฝ่ายใน. มีตั้งพระเกา
สมเด็จพระตำหนักอยู่หน้า. ต่อไปก็ทูล
กระหม่อมฟ้า. แล้วหลังก็เป็นเจ้านาย
ฝ่ายในประทับตามพระยศ. หลังเจ้านาย
เป็นเจ้าจอมมารดา. แล้วจึงถึงเจ้าจอม
ธรรมดา. ท่านชายที่ประทับเป็นฝ่ายหน้า
มีพระเกาสมเด็จพระบรมตั้งหน้า. ถัดไป
เป็นสมเด็จพระเจ้าฟ้า กรมพระภาณุพันธุวงษ์
วรเดช. ต่อไปเป็นทูลกระหม่อมพระองค์
เล็ก, เจ้าฟ้ากรมหลวงพิษณุโลกประชานา
ถ, ทูลกระหม่อมชาย, เจ้าฟ้า กรมหลวง
นครสวรรค์วรพินิจ, ทูลกระหม่อมเอี้ยด
เล็ก, เจ้าฟ้ากรมหลวงนครราชสีมา, ทูล
กระหม่อมเอี้ยดน้อย และ ทูลกระหม่อม
ฟ้าชายยังไม่เสด็จ กลับมาจาก เมืองนอก.
สมเด็จพระบรมเสด็จ ทอดพระเนตรที่ม้านั่ง

ขาด. พระองค์ขึ้นเสด็จข้างไม้ส้มมาเสมอ.
สมเด็จพระเจ้าฟ้าวังบูรพาไมโครเสด็จ, นาน ๆ
จะเสด็จสักครั้ง. ในหลวงต้องหมั่นให้
มหาดเล็กไปเชิญเสด็จ, เพราะไมโครชอบ
เสด็จ, บางวันรับสั่งว่า “วันนี้ท่านเล็กไม่
เสด็จต้องให้มหาดเล็กตาม”. สมเด็จพระ
บูรพาเวลาเสด็จ มาทอด พระเนตร ละคร,
ทรงลกพระองค์ถวายยังคมสมเด็จพระบรม.
มีข่าวโจษกันว่าทศกรรฐ์ขอทองใบ
ไปเป็นตำรวจ, เวลาที่กำลังไปตามจับผู้
ร้ายหัวเมืองยังไม่กลับ, เอาตัวมาแสดง
ถวายไม่ทัน, เหลือแต่ทศกรรฐ์ขอทองดิ
จะนำมาแสดงไปก่อน. ธรรมดาเขาต้อง
เล่นสองตัวผลัด. ทศกรรฐ์ของคืออันกว่า
ทศกรรฐ์ทองใบเล็กน้อย. ในหลวงรับสั่ง
ว่า “ทศกรรฐ์มิวไปจับขโมย”. วันแรก
ทศกรรฐ์ของก็เล่น, ตอนต่อ ทศกรรฐ์
ทองใบเปลี่ยนตัว. ตอนหลังในรัชกาลที่ ๖
ท่านทั้งสองได้มีบรรดาศักดิ์เป็นคณะพระคน
หนึ่ง, เป็นพระยาคนหนึ่ง. ตัวสิดาขอ
นายช่วง, ภายหลังก็ได้รับพระราชทาน
บรรดาศักดิ์เช่นกัน. วันหลัง เล่นเรื่อง
อิเหนา. นายช่วงเล่นเป็นตัวขุขยา. นาง
ขุขยาอันไปหน่อย, แสดงตอนลมหอบ.
การแต่งแผนชั้ท่านเล่นกันเฉพาะเจ้านาย,

ข้าหลวงก็ได้, เป็นการภายใน. ต่อจาก
 โขนละครเจ้าพระยาเทเวศ์เล่นหลายเรื่อง
 หลายตอนแล้ว, ก็นั่งละครของเสด็จในกรม
 พระนราธิปประพันธ์พงษ์. เจ้าจอมมารดา
 เขียน, จอมมารดาของเสด็จในกรม. ท่าน
 เป็นละครในรัชกาลที่ ๔. ท่านเก็บพวก
 สาว ๆ มาหัดละครไว้. ต่อมาเสด็จในกรม
 ท่านก็ดัดแปลงเป็นละครพูดสลับกับคำร้อง.
 ละครของสมเด็จพระบรมท่านก็มีของท่าน
 เหมือนกัน, แต่เป็นละครพูดอย่างเดียว. ผู้
 เขียนก็เคยคของท่าน. โดยมากพระองค์
 เป็นตัวแสดงด้วย. เมื่อพระองค์ได้ขึ้น
 เสวยราชย์แล้ว, ทรงเปลี่ยนเป็นมีพวกข้าง,
 มีร้องข้าง. พระพุทธเจ้าหลวงนอกจากจะ
 ทรงโปรดทอดพระเนตรการมโหรีศพแล้ว
 ยังโปรดทรงทำพระกระยาหารเสวยตอน
 เย็นด้วย. จะเสด็จลงประทับที่พระที่นั่ง
 ราชฤกษ์, ลักษณะเป็นพลับพลาเรือนเอง,
 สูงจากพนสนามประมาณหนึ่งเมตร. มี
 บรรตีสัก ๒ หรือ ๓ ชั้น, จำไม่ได้. ตัว
 พระที่นั่งโปร่งไม่มีฝา. มักจะโปรดทรง
 แกลงเผ็ดไก่ข้าง, นกข้าง, แต่ที่โปรดมาก
 กว่าอย่างอื่นคือทรงหลนปลาร้าทรงเครื่อง.
 จะมีพระเจ้าลูกเธอเสด็จมาร่วมเสวยด้วย
 เกือบทุกพระองค์. มีเจ้าจอมสาว ๆ ทรงแ

โปรดมาหมอบรับใช้ ในการทรงปรุงพระ
 กระยาหาร. ผู้เขียนจำได้มีเจ้าจอมเอียบ,
 เจ้าจอมหม่อมราชวงศ์จรรยา ปราโมทย์,
 เจ้าจอมหม่อมราชวงศ์สทิตดาวลัย. ใน
 บรรดาเจ้าจอมทั้งหมด ทรงโปรดคุณจอม
 สทิตมากที่สุด. มีไว้ผมยาวแต่คุณจอม
 สทิตผู้เดียว. ในเวลามุ่งงานคุณจอมสทิตจะ
 สวมกระบังเพชร, ผมตอนหน้าหัวโปร่ง
 แขนงขึ้น, ก้านหลังจะเกล้าเป็นมวย. คุณ
 จอมสทิตขึ้นอยู่ในสำนักพระอรุณชยา
 เธอ, ข้าหลวงในวังเรียกว่าท่านพระองค์
 เล็ก. ลึกกันว่าคุณจอมสทิตได้รับพระราช
 ทานกำไลสวมข้อมือเป็นทองคำ. ไม่ทราบว่า
 จะข้างเดียวหรือสองข้าง. มีตะปุกทำด้วย
 ทองฝังอยู่สองตัวบนกำไล. และยังได้
 พระราชทานคำพระราชนิพนธ์กำกับกำไล
 ไว้ด้วย. ตัวผู้เขียนจะได้ขัญเชิญพระราชนิ
 พันธ์มาให้อ่านกันคิดว่า พระองค์ทรง
 โปรดปรานเพียงใด.

“กำไลมาสชาตินบุคคลแต่ ไม่ปรวน-
 แปรเป็นอันยอมยนิส แม้นชอตรงคงคำรำ
 พาที จะร้ายก็ขอให้เห็นเช่นเสียงทนาย
 ตะปุกทองสองคอกคอกสลัก เหมือนความ
 รักตรงอยู่ไม่รหาย แม้นรักร่วมสวมใส่
 ไว้กับกาย เมื่อไรวางสวาสก็ออกจึงถอย
 เอย”. ๘๕

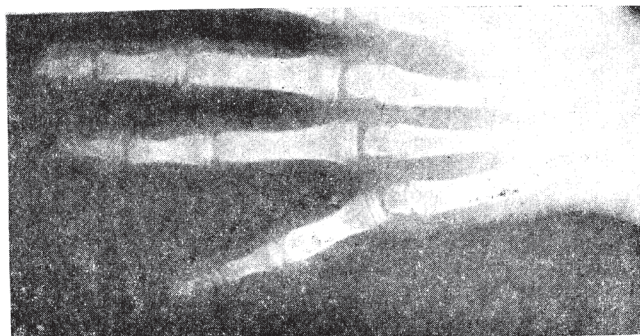
เมื่อสวรรคตแล้วหลายขุ คุณจอมสทชัย
ท่านไปถือศีล ขวชช้อย วัคเขบายทราย,
จังหวัดชลบุรี. ไม่ทราบว่าท่านยังสวม
กำไลอยู่หรือเปล่า.* เมื่อท่านกำลังขวชช
คงไม่ไค้สวม, เพราะฝักวินัยศีลแปด. ถ้า
ใครอยาก ทราบเรื่อง กำไล และ พระราช
นิพนธ์ว่าจะจริงหรือไม่เพียงใด, โปรดไป
เรียนถามท่านไค้. เวลานั้นท่านอยู่ในพระ-
บรมมหาราชวัง. ความจริงเรื่องส่วน
พระองค์ ของเจ้าฟ้าแผ่นดินแล้วในสมัย
โน้นใครจะนำมาเขียนหรือพดถึงไม่ไค้. ผู้
เขียนก็เคารพในเรื่องเหล่านี้เป็นอันมาก,
เพราะขณะนั้นเวลาเขียนก็ไค้พยายามหลีกเลี่ยง
บางสิ่งบางอย่าง, ที่เห็นว่าไม่เหมาะ

แก่สาธารณะ. เรื่องที่ไค้เขียนชนทั้งหมค
นี้ ก็เพื่อเห็นแก่ประโยชน์ที่เกิดจากความ
จริงในแง่ ประวัติศาสตร์, รวมทั้งการ
เฉลิมพระเกียรติคุณของเจ้าฟ้าเจ้าแผ่นดิน,
ผู้ทรงพระคุณธรรมอันประเสริฐ. พวกเรา
จะไค้ไม่ลืมกันเสียง่าย ๆ. บางตอนผู้เขียน
ไค้เล่าถึงเรื่องเกี่ยวแก่ตัวผู้เขียน, ก็เพื่อ
เป็นเครื่องประกอบ เหตุการณ์ว่ามี ไค้เอา
แต่เรื่องที่ไค้ยินไค้ฟังเขาเล่ากันต่าง ๆ มา
เท่านั้น. บางเรื่องก็บอกว่าเป็นเรื่องไค้ยิน
ไค้ฟังมา, บางเรื่องบางตอนก็บอกว่าเป็น
ประสบการณ์ของผู้เขียนเอง.

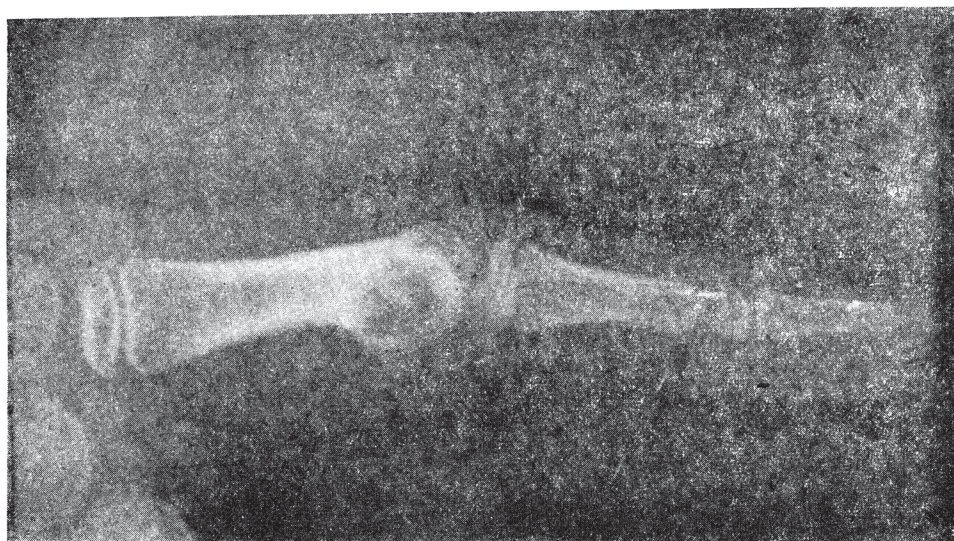
เพทหาย พยุงเวชศาสตร์

* ยังสวม. บ.ก.

๕. รังสีปฤษฎณา



รูปที่ ๑



รูปที่ ๒

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕ ปี, หกล้มและรู้สึกเจ็บที่ข้อมือซ้ายจึงมาตรวจที่โรงพยาบาล. แพทย์ได้ส่งถ่ายเอกซเรย์ ข้อมือที่เจ็บและปรากฏถึงภาพที่แสดงไว้นี้.

การวินิจฉัยโรคของท่าน:

(โปรดพลิกค้ำคอบและคำอธิบายในหน้าต่อไป)

คำตอบ เอ็นคอนโทรม่า (Enchondroma)
ของกระดูกนิ้วมือ.

อธิบาย คอนโทรม่า แบ่งออกได้เป็นชนิดต่าง ๆ กัน แล้วแต่ตำแหน่งที่เกิดในกระดูก. ถ้าเป็นในส่วนของใจกลางของกระดูกก็เรียกว่า เอ็นคอนโทรม่า. ถ้าเกิดที่ส่วนขอบของกระดูก และยื่นเยื่อหุ้มกระดูกนูนออกมา ก็เรียกว่า เพอร์ริออสเตียล คอนโทรม่า หรือ สับเพอร์ริออสเตียล คอนโทรม่า. แต่ในเมื่อ คอนโทรม่า เกิดที่กระดูกแบน เช่นกระดูกซี่โครง, กระดูกสะบัก หรือกระดูกเชิงกราน, ก็อาจบอกไม่ได้ว่าเกิดที่ใจกลางหรือขอบกระดูก.

เอ็นคอนโทรม่า พบย่อยที่กระดูกนิ้วมือ, กระดูกมือ, รองลงไปคือที่กระดูกนิ้วเท้า, กระดูกเท้า. พบได้ในเกือบทุกอายุ. แต่ในอายุต่ำกว่า ๑๐ ปี หรือ เกินกว่า ๖๐ ปีพบโรคน้อย. โอกาสที่จะเกิดในเพศชายหรือเพศหญิงมีพอ ๆ กัน.

ลักษณะทางรังสีของ เอ็นคอนโทรม่า คือจะเห็นเป็นเงาโปร่งรังสี (Radiolucent) อยู่ตรงส่วนกลางของกระดูก. อาจอยู่ที่ยื่นของลำตัว (shaft) ของกระดูกก็ได้. แต่มักจะอยู่ใกล้ เมตาฟิสิส.

ขอบค่อนข้างเรียบและแข็ง. ลักษณะเป็นรอยโรคที่ขยายตัวเรื่อย ๆ, ดังนั้นส่วนเปลือกของกระดูกนูนข้างลง. เมื่อ เซลล์ของกระดูกอ่อนเสื่อมสภาพ, ตรงนั้นมักจะมีการเชื่อม มาเกาะเป็นจุด ๆ, จึงทำให้เห็นภาพเป็นจุด ๆ หรือ ทวง ต่าง ๆ ประกอบด้วย แคลเซียม ใน เอ็นคอนโทรม่า ได้ย่อย ๆ. บางครั้งมี แคลเซียมไปเกาะมาก จนวินิจฉัยผิดไปเป็น ออสติโอคอนโทรม่า, เพราะ แคลซิไฟเคชัน และ ออสติไฟเคชัน ในบางโอกาสแยกออกจากกันทาง เอ็กซเรย์ ได้ยากมากหรือไม่ได้เลย.

การวินิจฉัยแยกโรค ซ้ำซ้อน ของกระดูก.

ดิเรก ดำรงค์ศักดิ์ พ.บ.,

Dipl. Am. Bd. Rad.

สนวน บุรณภวัจค์ พ.บ., พ.ด., F.I.C.S.

(แผนกรังสีวิทยา)

เอกสาร

1. Dahlin, D.C. : Bone Tumours, General Aspects and an Analysis of 2,276 cases. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A., 1957, pp. 22-29.

2. Pugh, D.G. : Roentgenologic Diagnosis of Diseases of Bones. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1962, pp. 559 AJ-559 AL.

แผนกข้าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๐

๑. จำนวน	รวม								
ผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก	
นอก	ใหม่	๔,๑๕๓	๒,๑๙๖	๒,๑๗๘	๒,๑๔๒	๒,๗๕๔	๗๓๖	๔๔๒	๑๔,๖๓๑
เก่า	๗,๙๔๓	๓,๓๕๐	๖,๑๔๘	๓,๒๗๒	๕,๔๕๖	๑,๓๗๐	๑,๑๑๕	๒๙,๖๓๔	
รวม	๑๒,๐๙๖	๕,๕๔๖	๘,๓๒๖	๕,๔๑๔	๘,๒๑๐	๒,๑๐๖	๑,๕๕๗	๔๓,๒๖๕	
ใน	๒๕๒	๔๔๕	๑,๕๐๖	๒๐๗	๔๐๓	—	๕๑	๓,๓๒๗	

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๖๐๐, จักษุ ๖๒๔, สูติ—นรีฯ ๖๓๔ ออร์โธ —, รวม ๑,๘๖๘ ราย.

๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๗๒๑, หญิง ๗๓๔, รวม ๑,๔๕๕. คลอดตาย, ชาย ๑๑, หญิง ๗, รวม ๑๘.

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๘๖ คน (๕.๕๕ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๒๔ ราย (๑๒.๕ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๔๖๕ ครั้ง, มหันตโทษ ๕๐ ครั้ง, โลหุโทษ ๒๑๕ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๒๗๘ ขวด, จากญาติ ๖๓ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๐๙๕. ทำครอสแมตซิงก์ ๒,๑๕๘, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๓๙๕, ครั้ง, พลาสมา ๓๖, เกิดเลือด ๓๖.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซตรวจ ๖,๔๕๐ คน. รักษาใหม่ ๓๒๕ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๘๕๕ คน. รักษาติดตาม ๕๒๘ คน. ราเดียมรักษา — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. รัตไอโอโซโทป รักษาใหม่ ๒๒๕ คน, รัตไอโอโซโทปวิจัย —, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๙๓๕ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๗๐๗ ครั้ง. การตรวจพิเศษ — ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๔ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๓๓๕ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๒,๐๓๐ ชิ้น (จากภายนอก ๕๓๘ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๕ ราย. การตรวจเชรุ่มวัชโรค ๗๗ ราย. การตรวจวัชโรค วี.ดี.อาร์. แอล. ๓,๑๐๕ ราย. การตรวจวัชโรคพอลิบันเนล ๑๔. หมู่มเลือด ๕. น้บเม็ดเลือด —. วัตซ์โมไกลบิน —. ตรวจบีสสภาวะ ๘๗ ราย. ตรวจอุจจาระ ๘๔ ราย. การตรวจวัชโรคคัมป์ ๑๘ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๘๔. การตรวจวัชโรค อาร์.เอ. ๒๗. การตรวจวัชโรค อาร์.เอช. ๑. การตรวจวัชโรค เอ.บี.ไอ. —. เพาะเชื้อบิด ๕. ตรวจทดสอบตัวจิ๊ด ๓๘. การตรวจหาแอนติบอดีของซีพีฟิลิส ๓๒ ราย. การตรวจความแรงของ แอนติ เอ.บี. ๑ ราย.



๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๑๕. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๑. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๒๔. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๕๕. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๔๔. เพาะเชื้อวัณโรค ๒๐๑. นิตยศัพท์ทดลอง ๑๐. ทดสอบความไวของเชื้อคอตีบ ๑๑๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๒. เพาะเชื้อรา ๒๒.
๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๕๕ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๘๖ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๑๐๐ ราย. ตรวจผู้ช่วยคดี ๕๗๘ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ ๖ ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๓ ราย. ไปศาล ๑ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ, รับข่าว ๖๓. แจ้งข่าว —.
๑๑. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๒๐. เจาะน้ำสันหลัง ๗. เจาะคับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๕. เจาะเลือด ๓๗๑. อัดลมเข้าช่องปอด—. อัดลมเข้าช่องท้อง—. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๕. จีผิวหนัง ๑๑. นิตยศัพท์ทั่วไป ๒,๖๑๑. ให้น้ำเกลือ ๒๖๓. ให้เลือด ๑๐๔. เบาหวาน ๓,๘๕๕. คลินิกวัณโรค ๑๗๓.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๔๔. ถอนฟัน ๑,๒๕๖. อุดฟัน ๘๒๒. ผ่าตัดช่องปาก ๕๒. ชะแผล ๕๔. นิตย ๓๐.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชประจำเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๐

๑. จำนวน

ผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	ออร์โธ	ทุกแผนก
นอก	ใหม่ ๓,๖๗๕	๒,๐๓๕	๑,๕๔๓	๑,๕๓๒	๒,๓๐๔	๗๔๗	๕๕๑	๑๓,๑๓๑
เก่า	๗,๔๑๓	๒,๕๗๓	๕,๒๘๓	๓,๐๒๔	๔,๑๖๕	๑,๔๐๕	๕๐๖	๒๕,๑๗๓
รวม	๑๑,๐๘๘	๔,๖๐๘	๖,๘๒๖	๔,๕๕๖	๖,๔๖๙	๒,๑๕๒	๑,๐๕๗	๓๘,๓๐๔
ใน	๒๓๓	๓๘๐	๑,๘๕๐	๒๕๗	๔๑๒	—	๒๖	๓,๑๕๘

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๗๒, จักษุ ๕๗๑, สูติ-นรี ๖๒๖, ออร์โธ —, รวม ๑,๗๖๙ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๗๒๑, หญิง ๖๘๖, รวม ๑,๔๐๗. กลอดตา, ชาย ๑๐, หญิง ๘, รวม ๑๘

๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๔ คน (๖.๑๔ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๒๘ ราย (๑๔.๔๓ ปช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๗๒ ครั้ง, มหันตโทษ ๕๗ ครั้ง, หลุโทษ ๑๑๔ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๕๐๕ ขวด, จากญาติ ๒๔ ราย, อื่น ๆ — ราย, รวม ๑,๓๑๒. ทำกรอสแมตซิงก์ ๒,๐๐๕, จำนวนเลือดที่ใช้ ๑,๔๔๒ ครั้ง, พลาสมา ๕๕, เลือดเลือด ๔๗.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๓๗๐ คน. รักษาใหม่ ๕๔ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๒,๔๒๕ คน. รักษาติดตาม ๑๕๓ คน, เรายืดรักษา — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. รัตไอไอโซโทป รักษาใหม่ ๘๖๖ คน, รัตไอไอโซโทปวิจัย —, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน.

๗. แผนกชีวเคมี วิเคราะห์ทางเคมี ๖,๕๐๒ ครั้ง, การตรวจพิเศษ — ครั้ง,

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๒๘ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๓๓๑ ชิ้น ตรวจเนื้อ ๑,๗๕๓ ชิ้น (จากภายนอก ๕๖๐ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๖ ราย การตรวจเชรุ่มวิธีวัดาล ๕๘ ราย. การตรวจวิธี วิดี.อาร์. แอล. ๒,๘๘๒ ราย. การตรวจวิธีพอลบันเนล ๑๑. หมู่เลือด ๕. นับเม็ดเลือด —. วัตย์โมโกลบิน —. ตรวจบัสสวาระ ๑๐๒ ราย. ตรวจอูจจาระ ๑๐๕ ราย. การตรวจวิธีคัมบ์ ๑๕ ราย. การตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ ๑๐๓. การตรวจวิธี อาร์.เอ ๔๗. การตรวจวิธี อาร์.เอช. —. การตรวจวิธี เอ.บี.ไอ. —. เพาะเชื้อบิด ๕. ตรวจทดสอบตัวจัด ๓๒. ตรวจพิเศษ ๒. การตรวจหาแอนติบอดีของซัยฟลิส ๒๔ ราย. การตรวจความแรงของแอนติ เอ.บี. — ราย.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๔๖. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๕. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๓๑๘. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๒๐. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๒๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๑๘๓. นิตยสารทดลอง ๔. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๕๒. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๒๑. เพาะเชื้อรา ๑๔.
๑๐. แผนกนิติเวชวิทยา ตรวจศพ ๓๗ ราย. ตรวจวัตถุพยาน ๖๖ ราย. ตรวจวิเคราะห์ ๑๑๓ ราย. ตรวจผู้บ่วยคดี ๔๗๗ ราย. ตรวจน้ำอสุจิ — ราย. ตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ๗ ราย. ไปศาล ๖ ครั้ง. ศูนย์รวมข่าวเกิดพิษ — ราย, รับข่าว ๒๖, แจ้งข่าว —.
๑๑. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้บ่วยนอก) เจาะท้อง ๑๔. เจาะน้ำสันหลัง ๑๔. เจาะตับ ๔. เจาะน้ำช่องปอด ๔. เจาะเลือด ๓๘๘. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๒๕. จี้ผิวหนัง ๘. นิตยสารทั่วไป ๒,๖๕๐. ให้น้ำเกลือ ๓๐๖. ให้อาหาร ๑๔๐. เบาหวาน ๓,๗๒๖. คลินิกวัณโรค ๑๒๒.
๑๒. แผนกทันตกรรม รักษาโรคปาก ๓๒๓. ถอนฟัน ๑,๒๓๕. อดฟัน ๕๖๑. ผ่าตัดช่องปาก ๓๗. ชะแผล ๕๔. นิตยสาร ๒๒.

(ด้วยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

หมายเหตุ สถิติฉบับธันวาคม ๒๕๑๐ — เดือนกันยายน นั้นโปรดแก้ไขเป็น ตุลาคม.

งานส่งท้ายปีเก่า—ต้อนรับปีใหม่

คณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริราชพยาบาล ได้จัดงานส่งท้ายปีเก่า—ต้อนรับปีใหม่ ณ บริเวณหอประชุมราชแพทยาลัย เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๐. มีกำหนดการดังต่อไปนี้:

เวลา ๖.๔๕ น. ทำบุญตักบาตรพระภิกษุ จำนวน ๑๐๐ รูป.

เวลา ๑๒.๐๐ น. ร่วมรับประทานอาหาร

อาหาร อย่างกันเอง.

งานนี้ ได้มีคณาจารย์, แพทย์ พยาบาล ตลอดจนนักศึกษาของคณะ ฯ มาร่วมพิธีด้วยเป็นจำนวนมาก. งานสิ้นสุดลงด้วยความเรียบร้อยทุกประการ.

พิธีเปิดอาคารหอกีฬาศิริราชสัมพันธ์

คณะกรรมการจัดงานศิริราชสัมพันธ์ ได้กระทำพิธีเปิดและฉลองอาคารหอกีฬา

ศิริราชสัมพันธ์ฯ จึงหมายกำหนดการ
ต่อไปนี้:

วันศุกร์ที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๑๑
เวลา ๑๗.๐๐ น. พระสงฆ์ ๕ รูป เจริญ
พระพรตมนต์.

วันเสาร์ที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๑๑
เวลา ๗.๐๐ น. พระสงฆ์ ๕ รูป เจริญ
พระพรตมนต์, เสร็จแล้วถวายภัตตาหาร,
ถวายจตุปัจจัยไทยธรรม.

๕.๐๐ น. ขพลฯ พลเอก ประภาส
จารุเสถียร, ประธานกรรมการ กีฬา
โอลิมปิก แห่งประเทศไทยมาตั้งสถานที่
ประกอบพิธี, จุดเทียนบูชาพระรัตนตรัย.

ประธานกรรมการจัดงานศิริราช
สัมพันธ์ อ่านรายงาน, ประธานกรรมการ
กีฬาโอลิมปิกฯ กล่าวทอขอแล้วจุดเทียน
ไฟฟ้าเข้คแพรคลุมช้ายอาคาร, แล้ว เข้

ชมภายในบริเวณอาคาร. พระสงฆ์ ๕ รูป
เจริญชัยมงคลคาถา, แล้วเข้ประพรมน้ำ
พระพรตมนต์.

ภาคค่ำมีงานรื่นเริงภายในบริเวณ
อาคาร, ร่วมรับประทานอาหาร, ชมการ
แสดง และลีลาคนและร้อง.

ในงานเข้คและฉลองอาคารกีฬา
ศิริราชสัมพันธ์ครั้งใหม่อาจารย์ และ
นักศึกษามาร่วมงานเป็นจำนวนมาก.

บริจาค

คณะนักศึกษาแพทยขที่ ๓ ซึ่งได้จัด
งานลอยกระทงขึ้นประจำได้รวบรวมเงิน
ที่เหลือจากการจัดงานนั้น จัดซื้อโต๊ะ
ทำงาน ๑ ตัว และเก้าอี้ ๑ ตัว มอขให้
แก่แผนกปาราสีตวิทยา.

ขออนโมนทนาด้วยอย่างสูง.

ของแถม

ผู้เขียนเป็นนักพิษวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการตรวจของกลางที่พนักงานตำรวจส่ง
ได้ศึกษารายงานที่ผู้ช่วยส่งสัยว่าจะทำแท้งอาชญากรรมในระหว่าง ๑๙๖๑-๑๙๖๕
ทั้งหมด ๑๒๐ ราย. พบว่าวิธีการทำใช้ฉีดยาของเหลวเข้าช่องคลอดมากที่สุด (๘๗
ราย). ของเหลวที่ใช้มากที่สุดเป็นของผสมกัน (๘๔ ราย). วัตถุที่ใช้ฉีดยามากที่สุดใช้
กระบอกฉีดยาของ อีกรีนสัน (๖๖ ราย), ซึ่งเป็นลูกยาง และมีสายยางต่อไปยังสอง
ข้าง. ในจำนวน ๑๒๐ รายพบว่าตาย ๑๕ ราย.

(G. Cimbura, J. For. Sc. 12, 1967, 223-229)

วิฑูร อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.