

เรื่องย่อคำบรรยาย

การประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ 20

ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ฯ

ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา

วันที่ 14—16 มกราคม พ.ศ. 2520

อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือนในเด็กไทย

วิมลรัตน์ กรยิวีเชียร

ความมุ่งหมายของรายงานนี้คือ ต้องการทราบว่า เด็กไทยเริ่มมีระดูเมื่ออายุเท่าไร และเมื่อเริ่มมีแล้วเป็นเวลานานเท่าไรที่ระดูนั้นจะเป็นปกติ

แบบฟอร์มที่ถูกต้องมี 7,684 ฉบับ จากจำนวนทั้งหมด 10,000 ฉบับ วิธีคำนวณใช้แบ่งเด็กออกเป็น 5 ภาค คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก ภาคหนึ่ง ๆ ยังแบ่งออกเป็น 2 พวกคือ พวกแรก (5,871) เป็นพวกที่ทราบทั้งปีและเดือนที่แน่นอน ส่วนอีกพวกหนึ่ง (1,831) นั้นทราบแต่ปี ที่เหลือ 34 ราย ยังไม่เริ่มมีระดู

ไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนใน 2 พวก แต่มีความแตกต่างระหว่างอายุในภาคต่าง ๆ สรุป อายุเมื่อเริ่มมีระดูของเด็กไทยคือ 13.55 ปี และ 13.49 ปี (นายแพทย์เจียบ นิรันดร เมื่อปี 2506 คือ 13.91 ปี)

50.82 % มีระดูเป็นปกติตั้งแต่เริ่มมี

2.89 % ยังคงมีระดูไม่สม่ำเสมอ

การชันสูตรหลอดอสุจิโดยการทากระจกสไลด์และย้อมด้วยสีไรท์

นิกร ดุสิตสิน พิกพ พรหมสุทธิรักษ์

ในการทำหมันชาย (Vasectomy) นั้น ในมือของผู้ชำนาญแล้ว การคลำหาหลอดอสุจิอาจทำได้โดยง่าย แต่ในมือผู้ที่มีประสบการณ์น้อย บางครั้งอาจเกิดความไม่แน่ใจขึ้นได้ ยิ่งในรายที่หลอดอสุจิมีขนาดเล็ก หรือในรายที่ไม่แน่ใจว่าเป็นหลอดโลหิตดำ หลอดโลหิตแดง หรือหลอดอสุจิจริงหรือเปล่า การที่จะส่งหลอดอสุจิไปชันสูตรโดยวิธีทางจุลกายวิภาคนั้น ก็ไม่สะดวกในทางปฏิบัติและต้องเสียเวลากว่า จะรู้ผล

ผู้รายงานได้ทดลองนำหลอดตอสุจิที่ได้มาจากการผ่าตัดทำหมันชาย นำมารีดเบาๆ ทาบกระจกสไลด์และย้อมด้วยสีไวท์ (Wright stain) แล้วเปรียบเทียบกับหลอดตอสุจิอันเดียวกันนั้นที่ตัดเป็นชิ้นบางๆ ด้วยวิธีทางจุลกายวิภาควิทยา ผู้รายงานพบว่า เซลล์ที่พบจากการทากระจกสไลด์และย้อมด้วยสีไวท์นั้น เป็นเซลล์ทรงกระบอกชนิดเดียวกันกับที่พบภายในหลอดตอสุจิ เซลล์เหล่านี้พบได้จากการทากระจกสไลด์ทุกครั้ง เซลล์เหล่านี้มีรูปร่างซึ่งไม่มีเซลล์จากโครงสร้างอื่นในบริเวณใกล้เคียงกับหลอดตอสุจิที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ดังนั้นการทากระจกสไลด์และย้อมสีไวท์ ซึ่งทำได้ง่าย รวดเร็ว และสิ้นเปลืองน้อย จะทำให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดรู้ได้แน่นอนในขณะที่กำลังทำผ่าตัดว่าตนได้ตัดหลอดตอสุจิจริงหรือไม่

สไลด์นี้อาจเก็บไว้เพื่อเป็นหลักฐานทางนิติเวชวิทยาได้ด้วย ในกรณีที่ผู้ได้รับบริการทำหมันชายไปแล้ว แต่ไม่เป็นหมัน สไลด์นี้จะยืนยันว่าการที่ผู้รับบริการนั้นไม่เป็นหมัน เกิดเนื่องจากการกลับต่อกันใหม่ของหลอดตอสุจิ ไม่ใช่เนื่องจากความบกพร่องของแพทย์ที่ไม่ได้ตัดหลอดตอสุจิ

ข้อตะโพกหลุดแต่กำเนิด

มานิตย์ ลิมปพยอม

การวิเคราะห์ผู้ป่วยทารกแรกคลอด 100 รายติดต่อกัน ซึ่งผล Ortolani's test ได้ผลบวกและไม่มีโรคอื่นรวมด้วย มีเพศหญิง 83 ราย (ตะโพกซ้าย : ตะโพกขวา : ทั้งสองตะโพก = 42 : 24 : 17) และเพศชาย 17 ราย (ซ้าย : ขวา : ทั้งสอง = 10 : 2 : 5) น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีอยู่ร้อยละ 35 ท่าศีรษะ 57 ราย ท่าก้น 38 ราย และท่าขา 5 ราย ท่าที่ต้องผ่าตัดมี 41 ราย เอ็กซเรย์สนับสนุนว่ามีข้อตะโพกหลุดร้อยละ 61 และมี 2 รายที่ Ortolani's test ให้ผลลบตอนแรกคลอด แต่มีข้อตะโพกหลุดเมื่อโตขึ้น (อายุ 7 เดือน และ 14 เดือน)

การรักษาเริ่มแต่ระยะแรกคลอด รายที่ได้ผลบวกลดก็ คือ ใส่ผ้าอ้อมหลายชั้น ท่ากางขา 20 ราย (นาน 11.50 ± 3.39 สัปดาห์) รายที่ให้ Ortolani's test ผลบวกชัดเจนจัดข้อเข้าที่แล้วใส่เฝือกท่าขา 47 ราย (20.48 ± 7.15 สัปดาห์) ในรายที่มี hip adduction contracture ทำการผ่าตัด hip adductor tenotomy ดึงจัดข้อเข้าที่และเข้าเฝือกรวม 82 ราย ทำ Open reduction 4 ราย และทำ Open reduction กับ innominate osteotomy 17 ราย หลังผ่าตัดมีอยู่ 2 รายที่ต้องผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่ซ้ำสอง

ระยะเวลาติดตามผลการรักษาโดยเฉลี่ย 44.15 ± 14.44 เดือน กลุ่มเด็กคลอดในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ (รักษาภายในสัปดาห์แรก) ได้ผลดีมากกว่าร้อยละ 94.94 ส่วนกลุ่มเด็กคลอดโรงพยาบาล
อื่น (ส่งรับการรักษาภายในเดือนแรก) ได้ผลดีมากกว่าร้อยละ 85.71 ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยยะสำคัญ
ทางสถิติ ($P > 0.05$)

Angiomatous Conditions of Gastrointestinal Tract

พร สถิตพันธ์เวชชา สมชัย วงศ์วิริยะธรรม ประสาน จิมากร

Benign vascular lesions มีหลายชนิดที่เกิดขึ้นในทางเดินอาหาร Conditions นี้พบได้น้อย
มาก เป็นเหตุที่ทำให้ความสับสนในการเรียกชื่อและความเข้าใจต่อพยาธิสภาพที่ต่างกัน

ผู้ป่วยส่วนมากอาจมาด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด Intussusception คลำก้อนได้ในช่องท้อง
หรืออาจไม่มีอาการ

ผู้รายงานพบผู้ป่วย 3 ราย ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2516 ถึงเดือนกรกฎาคม
พ.ศ. 2519 พร้อมกับ review literature เกี่ยวกับปัญหา

รายแรก เป็นชายจีนอายุ 24 ปี มาด้วย Massive rectal bleeding ผ่าตัดพบมี Submucosal
Aneurysm ที่ jejunum แยกเป็นสาเหตุ ไม่พบ lesion ที่บริเวณอื่น

รายที่ 2 เป็นหญิงไทยอายุ 19 ปี มาด้วยคลำก้อนได้ในท้อง X-ray พบมี Calcified mass
ในช่องท้องผ่าตัดเป็น Cavernous haemangioma ที่มี bony metaplasia ที่ sigmoid colon ผู้ป่วย
รายนี้ไม่พบ Angiomatous Conditions ที่บริเวณอื่น

รายที่ 3 เป็นชายไทยอายุ 28 ปี เป็น Haemangiomatosis ทั้งตัวตั้งแต่กำเนิด มาด้วยอาการ
ปวดท้องและคลำก้อนได้ในท้อง ผ่าตัดพบเป็น Mesenteric hematoma ก้อนใหญ่ สาเหตุจาก Hae-
mangiomatosis ที่ mesentery ของทางเดินอาหารแตก

ฝีในช่องท้องหลังผ่าตัด

เยาวลักษณ์ หาญชัยพงศ์ เกษม ชินประพัทธ์ พร สถิตพันธ์เวชชา

ฝีในช่องท้องหลังผ่าตัด เป็นโรคแทรกที่ร้ายแรง เกิดขึ้นกับการผ่าตัดช่องท้องทุกชนิดเป็นสาเหตุ
ที่ทำให้ผู้ป่วยตายหลังผ่าตัด หรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้รายงานทำการศึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับ
ปัญหา 60 ราย ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระหว่างปี พ.ศ. 2517 — เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2519

ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า การผ่าตัดที่เป็นสาเหตุของฝีในช่องท้องหลังผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด คือ การผ่าตัดไส้ติ่ง การบาดเจ็บในช่องท้อง กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ และอื่นๆ ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มิ Contamination ที่ขัดก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด แต่บางครั้งการผ่าตัดที่สะอาด แต่มีผ้าซับเลือดไว้ในช่องท้องก็เป็นสาเหตุของฝีได้ อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดคือการมีไข้หลังผ่าตัด

ตำแหน่งของฝีนั้นเกิดขึ้นได้ทุกมุมของช่องท้องที่พบบ่อยที่สุดคือ Subphrenic, Pelvic, Paracolic gutter, Iliac fossa ระหว่าง loop ของลำไส้ตามลำดับ มี 35 ราย พบว่าเป็นฝีแห่งเดียว อีก 17 ราย พบว่ามีฝีอยู่หลายแห่ง

สำหรับการใส่ drains ในช่องท้องเพื่อป้องกันฝีนั้น พบว่า 31 ราย (51.7%) ใส่ drain และ 20 ราย (33.3%) ไม่ใส่ drain ที่เหลือไม่ได้ระบุไว้

ผลการรักษาพบว่าการผ่าตัดรักษาฝีในช่องท้องมีอัตราตายสูงถึง 23.6% ผู้รายงานเน้นถึงวิธีป้องกัน และวิธีการผ่าตัดให้หนองออก

น้ำในทางเดินน้ำดี ในตับอ่อน มะเร็งตับอ่อน และถุงน้ำดีแตก

วิรุฬห์ ขาวบริสุทธิ์ อรุณีวรรณ วงศ์สถาพร

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยคู่อายุ 67 ปี อาชีพทำไร่ ทำนา อยู่ภาคอีสานของประเทศไทย ต้องมาโรงพยาบาลเพราะมีอาการเจ็บแน่นบริเวณยอดอก อาการเจ็บบางทีก็ร้าวไปทางหลังประมาณ 4 เดือน และรู้สึกเบื่ออาหารผอมลง บางครั้งเป็นไข้ แต่ไม่หนาวสั่น มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นครั้งคราว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยมีตัวหรือตาเหลืองหรือดีซ่านมาเลย ไม่เคยมีอุจจาระดำ ขาว หรือซีด ผู้ป่วยคลำก้อนในท้องอยู่ใต้ชายโครงข้างขวาได้เอง บอกว่าคลำได้ประมาณ 3 เดือน กดเจ็บนิดหน่อย การตรวจร่างกายแรกรับพบว่าเป็นคนผอม ท่าทางซีด อมโรคตาขาวไม่เป็นสีเหลือง มีไข้ 37.7 ซีพจร 96 หายใจ 20 ความดัน 110/80 ตับคลำได้ 4 นิ้วมือ ม้ามคลำไม่ได้ ตรวจไม่พบน้ำในท้อง

ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 2 วัน ก็มีอาการปวดท้อง ปวดเมื่อยตามตัว และอาเจียนเป็นครั้งคราว ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอ็กซเรย์ ปอด ท้อง ตลอดจนการตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ในวันที่ 6 ของการอยู่โรงพยาบาลคืนวันที่ได้ตรวจโดยเอ็กซเรย์แล้ว คืนนั้นผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืดมาก หน้าท้องแข็งเฉียบพลัน กดเจ็บ ตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว ได้เจาะท้องผู้ป่วยดู พบน้ำในช่องท้อง มีสีขุ่นน้ำดี จึงได้ส่งไปรับการผ่าตัดทันที

ผู้รายงานจึงได้เสนอเรื่องต่อที่ประชุมแพทย์ครวณไว้เป็นอุทาหรณ์อีกเรื่องหนึ่ง ผู้รายงาน
ต้องการย้ายขั้นตอนในการตรวจ และการตรวจพบโดยเอกซเรย์เป็นสำคัญ

Desmoid Tumor

พร สถิตพันธ์เวชชา จรรยา มะโนทัย วีระ กสานติกุล

Desmoid tumor เป็นเนื้องอกชนิดหนึ่งของ fibrous tissue ที่เรียกว่า Fibromatosis
เนื่องจากเป็นก้อนเนื้อที่มักเกิดขึ้นใน skeletal muscle จึงเรียกพยาธิสภาพนี้ว่า Musculo-oponeurotic
fibromatosis ผู้ป่วยมักมาด้วยก้อนเนื้อที่แข็ง เป็นได้ตามที่ต่างๆ ของร่างกาย บางครั้งเป็นก้อนใหญ่ เป็น
ปัญหาแก่ศัลยแพทย์อย่างมาก คือตัดออกหมดแล้วมีโอกาสเป็นอีก หรืออาจเป็นที่บริเวณอื่นก็ได้

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาผู้ป่วยตามชั้นเนื้อผ่าตัดที่ได้รับที่แผนกพยาธิวิทยาที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2519 รวมทั้งสิ้น 29 ราย ซึ่งได้มาจากผู้ป่วย
19 คน อายุต่ำที่สุด 5 ปี และสูงสุด 30 ปี หญิงต่อชาย 2 : 1 ตำแหน่งที่พบมี

Abdominal wall 11 ราย Chest wall 2 ราย Forearm 2 ราย Leg 2 ราย
Shoulder & neck 1 ราย Shoulder 1 ราย

ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย 19 รายนี้ ทราบมี recurrent และอีกจำนวนหนึ่งไม่ได้มาติดตาม
บางรายได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง

ผู้รายงานเน้นถึง Wide Excision เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับโรคนี้

การรักษาผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจากโรคเบาหวาน โดยการฉีดอินซูลินขนาดต่ำๆ เข้ากล้ามเนื้อ

สมศักดิ์ เลียงจันทร์ สุนิตย์ จันทระประเสริฐ

การให้อินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในภาวะ Ketoacidosis หรือไม่รู้สึกตัวมีหลายวิธี
โดยทั่วไปนิยมให้อินซูลินครั้งแรกประมาณ 50 ถึง 300 ยูนิตเข้าเส้น เข้าได้ผิวหนัง หรือทั้งสองอย่าง
ร่วมกัน ขนาดของอินซูลินที่ให้ในชั่วโมงต่อไป อาศัยการตอบสนองของผู้ป่วยระดับของน้ำตาล และ
acetone ในเลือด

(Alberti ในปี ค.ศ. 1973 เป็นคนแรกที่เริ่มรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการรุนแรงโดยการฉีด
อินซูลินขนาดต่ำๆ เข้ากล้ามเนื้อ โดยครั้งแรกเริ่มให้ 10-20 ยูนิต ต่อไป 5 ถึง 10 ยูนิต ทุกชั่วโมงจนกว่า
อาการจะดีขึ้น โดยไม่คำนึงถึงระดับของน้ำตาล ความรุนแรงของผู้ป่วยพบว่าได้ผลดีและอัตราการตายต่ำ)

เนื่องจากเห็นว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ จึงได้เริ่มนำมารักษาคณไข้เบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2518 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2519 ทั้งหมด 11 ราย 9 รายเป็นเบาหวานที่ไม่รู้สึกตัว เนื่องจากระดับน้ำตาลสูงมาก โดยไม่มีภาวะ ketosis (Hyperosmolar, hyperglycemic non - ketotic coma) 2 ราย เป็นเบาหวานที่มี Ketoacidosis อายุ 37 ปี ถึง 77 ปี (เฉลี่ย 57 ปี) ระดับน้ำตาล 861 ± 286 S.E.M. มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ osmolality 360 ± 49.9 S.E.M. millosmol วิธีการรักษาเริ่มให้อินซูลินครั้งแรก 10 ถึง 15 ยูนิต เข็มกล้ำมต่อไป 5 ถึง 10 ยูนิตทุกชั่วโมง จนกระทั่งระดับของน้ำตาลต่ำกว่า 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จึงหยุด และเปลี่ยนเป็นให้อินซูลินเข้าใต้ผิวหนังทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง ตามผลบวกของน้ำตาลในปัสสาวะ

ผลการรักษาพบว่าระดับน้ำตาลลดลงมากในสองชั่วโมงแรก และลดลงในอัตราที่สม่ำเสมอในชั่วโมงต่อไป ค่าเฉลี่ยของอินซูลินที่ใช้ 54.5 ± 32.5 S.E.M. ในเวลา 7.7 ± 4 S.E.M. ชั่วโมง ทุกรายให้การตอบสนองต่อการรักษาดี ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำภายหลังการรักษา

จากการศึกษานี้ สนับสนุนว่าการฉีดอินซูลินเข็มกล้ำมขนาดต่ำ ๆ ให้ผลดีในการรักษาเบาหวานที่มีอาการรุนแรง เป็นวิธีที่สะดวก ง่าย และค่อนข้างปลอดภัยไม่ต้องคำนึงขนาดของอินซูลินให้ยุ่งยากแต่อย่างไรรกี้ การให้น้ำ และเกลือแร่ให้พอเพียง เป็นความจำเป็นซึ่งจะนำมากล่าวต่อไปในที่ประชุม

Actinomycin D As Initial Therapy of Metastatic Gestational Choriocarcinoma

สุรางค์ พันธุ์พึ้ง ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์

รายงานผลการรักษาและติดตามผู้ป่วยที่เป็น gestational choriocarcinoma ซึ่งโรคได้แพร่กระจายและลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ 12 ราย 4 รายพบว่ามีการแพร่กระจายและลุกลามไปมากกว่า 1 แห่ง

เพียง 1 รายใช้ actinomycin D ภายหลังเมื่อทราบว่าโรคติดต่อยา amethopterin ทั้ง 12 รายไม่พบการดื้อยาเลย ยานี้สามารถหยุดการคุกคามของโรค (Complete remission) ได้ 10 ใน 12 ราย ในระยะเวลา 6—48 เดือนหลังจากหยุดการรักษา ผู้ป่วย 3 รายถึงแก่กรรมขณะทำการรักษา

ผลแทรกซ้อนจากการรักษาโรคนี้ด้วย actinomycin D พบไม่รุนแรงเป็นเพียงชั่วคราวเมื่อเทียบกับ amethopterin ผู้รายงานเห็นว่าน่าจะได้ยานี้มาใช้รักษาโรคตั้งแต่เริ่มแรก

Dermatitis Medicamentosa

สุนิตย์ เجمสิริวัฒน์ อุดม ไชยอนันต์

ผื่นแพ้ยาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ชนิดต่างๆ ของผื่นแพ้ยาในผู้ป่วย 125 คน มีดังต่อไปนี้

	CASES	PER CENT
1. FIXED DRUG	53	42.4
2. EXANTHEMATA	41	32.8
3. EXFOLIATIVE DERMATITIS	12	9.6
4. ERYTHEMA MULTIFORME	5	4.0
5. STEVENS-JOHNSON SYNDROME	4	3.2
6. ERYTHEMA NODOSUM	4	3.2
7. URTICARIA	1	0.8
8. PHOTODERMATITIS	1	0.8
9. MISCELLENEOUS	4	3.2
TOTAL	125	100.0

ผู้รายงานจะได้แสดงตัวอย่างของลักษณะของผื่นแพ้ยาแต่ละชนิดต่อที่ประชุม

Scarlet Fever

อัมพร สุนทรมาน ผ่องพรรณ บุนนัจจา

Scarlet Fever หรือไข้อีดำแดงเป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งเกิดจากแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัส กรู๊ปเอ แต่เดิมคิดว่าโรคนี้นั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับคนไทย ผู้รายงานได้รวบรวมคนไข้เด็กจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย อายุตั้งแต่ 4 ปีครึ่ง ถึง 13 ปี มีอาการและอาการแสดงของไข้อีดำแดงรวมทั้งได้ผลเพาะเชื้อเป็นแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัส กรู๊ปเอ ทุกรายและ 4 ราย ได้ทำการตรวจหา Type ของเชื้อด้วย (มี slides แสดงประกอบ)

การรักษาโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบด้วยการผ่าตัด

ชวลิต อ่องจรีต ชมพูนุท อ่องจรีต

ในจำนวนผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2504 ถึง 2518 ทั้งหมด 68 คนนั้น 42 คน (48.8%) จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งเป็น 2 พวกคือ ทำการผ่าตัดใส่ท่อ drain (Pericardial drainage) เพื่อลด Cardiac Tamponade พวกหนึ่ง และผ่าตัด Pericardiectomy สำหรับรายที่มี Constrictive pericarditis หรือ Tuberculous pericarditis หรือจากเชื้อหนองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Staphylococcus pericarditis อีกพวกหนึ่งเพราะ Pericarditis จากเหตุดังกล่าวนี้ต่อไปจะกลายเป็น Constrictive pericarditis แทบทุกราย สาเหตุของรายที่ต้องรับการผ่าตัดนั้นส่วนใหญ่ 36 ราย (88%) เกิดจากเชื้อวัณโรคที่เหลือเกิดจากเชื้อหนองอื่น ๆ

พวกเขา Drainage ไม่มีการตาย แต่พวกเขาเป็นจากเชื้อวัณโรคและสเตปฟีลโลคอคคัสจำเป็นต้องทำการผ่าตัด Pericardiectomy ต่อเนื่องจากเกิด Constrictive pericarditis ตามมา อัตราตายจาก Pericardiectomy มี 4 ราย (8.3%) 2 คนจากการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดใหญ่พัลโมนารีขณะผ่าตัด 1 คนจากตับวาย และอีก 1 คนจากหัวใจวายหลังผ่าตัด สรุปผลจากรายงานนี้ผู้รายงานขอแนะนำให้ทำการผ่าตัด Pericardiectomy แต่เห็น ๆ ก่อนที่จะมี Adhesive และ Constrictive pericarditis อย่างเต็มที่ ซึ่งจะทำการผ่าตัดยากและเป็นอันตราย มีอัตราตายสูงยิ่งขึ้น

การวัด Direct arterial pressure

ปกจิตต์ ประมวญ · จรรยา มะโนทัย

ผู้รายงานแสดงให้เห็นถึงการใช้เครื่องมือที่ประดิษฐ์ขึ้นเองเพื่อวัด direct mean arterial pressure โดยการใช้ plastic catheter No. 20 (Medicut No. 20) สอดเข้าไปใน Radial artery แล้วต่อกับสาย polyethylene tube ซึ่งบรรจุ column ของ saline ผสมกับ heparin แล้วต่อเข้ากับ column ของ Mercury ซึ่งบรรจุอยู่ในท่อ plastic ซึ่งได้จาก set saline

ประโยชน์ สามารถจะดัดแปลงเพื่อใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป วิธีทำก็ง่าย และราคาไม่แพง ใช้วัสดุที่ทุกโรงพยาบาลมีอยู่แล้ว

การใช้วัด mean arterial pressure ได้ผลค่อนข้างแน่นอน แม้แต่ว่าขณะที่ pressure ต่ำถึง 40 mmHg. และให้ผล fluctuation ชัดเจนในรายที่ pressure สูงกว่า 60 mmHg. และยังเป็นประโยชน์ในการเก็บ arterial blood เพื่อนำไปทำการวิเคราะห์ blood gases หรือ chemistry ต่าง ๆ ได้ด้วย วิธีนี้อาจจะใช้ได้ทั้งในผู้ใหญ่และเด็กเล็กมาก

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ยาโปรแพนโนลอล

ชมพูนุท อ่องจรีต เกรียง ตังสง่า

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นชนิดอ่อนและชนิดปานกลาง (Mild & Moderate severity) ได้รับการรักษา โดยการให้ยาโปรแพนโนลอล (Propranolol) อย่างเดียว หรือใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะไทอาไซด์ ได้พบว่ายานี้สามารถลดความดันทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ยานี้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ ความดันซิสโตลิกลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 20 มม.ปรอท ความดันไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 20 มม.ปรอท

วิธีการให้หนังเริ่มโดยการให้โพรแพนโนลอลอย่างเดียวก่อนในขนาด 120 มก. ต่อวัน และเพิ่มครั้งละ 40 มก. ต่อวันทุกอาทิตย์ ถ้าผู้ป่วยมีชีพจรลดลงจนถึง 60 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตยังไม่ลงเป็นที่พอใจ จึงเพิ่มยาขับปัสสาวะชนิดเทอฮาไซด์ด้วย วันละ 2 เม็ด ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาอย่างน้อย 12 อาทิตย์ และในหลายรายพบว่า เมื่อได้รับการรักษาเกิน 5 อาทิตย์ไปแล้ว อาจลดขนาดของยาโพรแพนโนลอลลงไปได้ประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนยาเดิม

ข้อที่เด่นเมื่อใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ ผลข้างเคียงนั้นไม่มีเลย เช่น การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ อาการอ่อนเพลีย แขนขาไม่มีแรง ซึ่งพบบ่อยมากในการใช้ยาบางชนิด หรือความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนแปลงไป เหล่านี้เป็นต้น ไม่เกิดขึ้นในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

การผ่าตัดตกแต่งคนไข้โรค Fronto-ethmoidal Encephalomeningocele

ถาวร จรูญสมิทธิ์ มนัส เสถียรโชค

บรรยายถึงวิธีการและปัญหาทางเทคนิคในการผ่าตัดตกแต่งคนไข้ประเภทนี้ โดยอาศัยประสบการณ์และข้อสังเกตจากการรักษาคนไข้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนประมาณ 200 คน เน้นถึงความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์ทางประสาท จักษุแพทย์และศัลยแพทย์ตกแต่งเพื่อผลการรักษาที่สมบูรณ์ของโรคนี้

สรุปข้อควรสังเกตในการผ่าตัดตกแต่งคนไข้ Fronto-ethmoidal Encephalomeningocele ในหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

1. ความพิการในลักษณะของใบหน้าคนไข้ประเภทนี้ในระยะแรก และในระยะหลังอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเจริญเติบโตของส่วนต่างๆของใบหน้า ความพิการเหล่านี้ครอบคลุมถึงก้อนเนื้ออก ลักษณะของกระบอกตา ความพิการของ Canthal ligaments, ความผิดปกติของจมูก ตลอดจนถึงกระดูกกรามส่วนบน (Maxilla)
2. เน้นถึงความแตกต่างในวิธีการผ่าตัดตกแต่งคนไข้ในอายุต่างกัน ตลอดจนลักษณะความพิการที่พบคนไข้อายุน้อย ซึ่งผิดแปลกจากคนไข้อายุมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ Orbit และ Spontaneous reshaping ของ deformities ในระยะหลังเมื่อก้อนเนื้อถูกกำจัดไปแล้ว
3. ปัญหาต่างๆ ที่ยังต้องการค้นคว้าต่อไปในคนไข้ประเภทนี้ในแง่ทางศัลยศาสตร์ตกแต่ง

ผีในช่องกระดูกสันหลังนอกเยื่อหุ้มประสาท

จร ผลประเสริฐ จรัส สุวรรณเวลา จตุพร หงส์ประภาส ประชา ปรีชายุทธ

ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย 5 รายที่เป็นผีในช่องกระดูกสันหลังนอกเยื่อหุ้มประสาท ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 พวก พวกที่ 1 เป็นแบบชนิดเฉียบพลันมี 3 ราย พวกนี้มีอาการไข้สูง เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง เจ็บและกดเจ็บตรงกระดูกสันหลังที่เป็นผี และมีอาการแสดงของกดประสาทไขสันหลังทั้ง 3 รายนี้มีแผลหรือฝีที่บริเวณเอ็นของร่างกายร่วมด้วย ขณะผ่าตัดพบเป็นหนองชัดเจนกดบนประสาทไขสันหลัง พวกที่ 2 เป็นแบบชนิดเรื้อรัง มี 2 ราย เจ็บ และกดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังที่เป็นผี และมีอาการของการกดประสาทไขสันหลัง 1 รายพบมีการทำลายของกระดูกสันหลัง ในภาพรังสีเอ็กซเรย์ ขณะผ่าตัดไม่พบหนองชัดเจน แต่พบเป็นเนื้อเยื่อที่อักเสบรื้อรอบประสาทไขสันหลัง

ผลของการรักษาในผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ไม่มีอัตราการตาย 1 ราย ในพวกที่ 1 อาการอัมพาตของขาไม่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมาพบประสาทศัลยแพทย์หลังจากเป็นอัมพาตที่ขามาแล้ว 3 วัน 1 รายในพวกที่ 2 มาพบแพทย์ตอนเป็นอัมพาตที่ขาทั้ง 2 ข้างแล้ว แต่ยังมีความรู้สึกเหลืออยู่ หลังผ่าตัดกำลังขาดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังเดินไม่ได้เอง เมื่อมาตรวจ 1 ปี หลังการรักษาอีก 3 ราย (2 รายในพวกที่ 1 และ 1 รายในพวกที่ 2) หายเป็นปกติ

จากรายงานในวารสารต่างประเทศและในประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคนี้แบบชนิดเฉียบพลัน มีอัตราการตายสูงถึง 50 % เนื่องจากการวินิจฉัยโรคล่าช้าหรือไม่ถูกต้องและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในระยะแรกของโรค ผู้รายงานสรุปว่าเพื่อจะลดอัตราการตายและทุพพลภาพ ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นนี้ควรได้รับการฉีดสีทึบแสงเข้าช่องน้ำไขสันหลังและถ่ายภาพรังสีของกระดูกสันหลังทันที เพื่อหาตำแหน่งของหนองที่กดทับประสาทไขสันหลัง และต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเพื่อเอาหนองที่กดทับประสาทไขสันหลังออก

แผลเรื้อรังกับการเกิดมะเร็ง

มนัส เสถียรโชค ถาวร จรูญสมิทธิ์

แผลเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหามากมายต่อคนไข้และแพทย์ผู้รักษา การเกิดเป็นแผลเรื้อรังขึ้นได้นั้นเกิดจากการรักษาแผลที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรกหรือการปล่อยปละละเลยในการรักษา จะด้วยเหตุใดก็ตามเราพบว่าแผลเรื้อรังเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งซึ่งยากต่อการรักษา และทำให้อัตราตายสูง ยกตัวอย่างรายงานคนไข้ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นมะเร็งจากแผลเรื้อรังนี้มีมากขึ้น จุดประสงค์ของการรายงานคือ

1. ชี้ให้เห็นความสำคัญของการรักษาแผลให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันมิให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้
2. ถ้าเกิดเป็นมะเร็งแล้ว เราควรจะให้การรักษาอย่างไรเป็นขั้นตอน
3. Prognosis ของโรคนี้จากประสบการณ์และจากรายงานจากที่อื่น ๆ

การวินิจฉัยก้อนทุมในช่องเชิงกรานด้วยเครื่องเสียงความถี่สูง

กมล สังขวสี พวงจันทร์ วัฒนชัย

ก้อนทุมของช่องเชิงกรานเป็นโรคที่พบได้มากประมาณครึ่งหนึ่งของโรคเฉพาะสตรี การวินิจฉัยขั้นต้นอาจทำได้จากการที่ผู้ป่วยคลำก้อนได้ในท้องและสิ่งตรวจพบทางกายภาพ แต่บางครั้งการพิเคราะห์โรคทางพยาธิวิทยา หากมีเครื่องมือที่อาจนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยก่อน การผ่าตัดได้ก็อาจมีคุณประโยชน์ทั้งในการพิเคราะห์โรคเริ่มแรกและในการเตรียมการรักษา

ในปี ค.ศ. 1952 คลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีการใหม่ที่นำมาใช้ในการพิเคราะห์โรค คลื่นเสียงความถี่สูงมีคุณสมบัติพิเศษโดยสามารถกำหนดทิศทางในการใช้ได้ สามารถเดินทางผ่านเนื้อเยื่อได้ลึก มีคุณสมบัติในการหักเหและการสะท้อนกลับทำนองเดียวกันกับคลื่นแสง สามารถรับคลื่นเสียงที่สะท้อนกลับมาแปรเป็นภาพให้มองเห็นได้ และไม่มีอันตรายจากรังสีในผู้ป่วยที่นำมาตรวจ

ข้อได้เปรียบในการพิเคราะห์โรคด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงก็คือ ความสะดวกในการใช้ผู้ป่วยไม่เจ็บ และการเตรียมที่ต้องการ ก็มีเพียงให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะให้กระเพาะปัสสาวะเต็มเท่านั้น

การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงสามารถบอกได้ถึง ขนาด และตำแหน่งของก้อนทุม สภาพของผนัง สภาพภายในของก้อนทุม ความสัมพันธ์ระหว่างก้อนทุมกับอวัยวะใกล้เคียงตลอดจนภาวะมาน้ำ เพราะฉะนั้นจึงสามารถนำมาใช้ช่วยในการพิเคราะห์โรคของก้อนทุมในช่องเชิงกราน และอาจนำมาใช้ในพิเคราะห์โรคระยะแรกเริ่มของมะเร็งของรังไข่ได้

ผู้เสนอรายงาน รายงานผลการศึกษาก่อนการวินิจฉัยก้อนทุมในช่องเชิงกรานในระยะ 8 เดือนที่ผ่านมา และข้อคิดเห็นในการนำคลื่นเสียงความถี่สูงมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัย

(คัดจากหนังสือรายการและย่อคำบรรยาย การประชุมใหญ่ ทางวิชาการส่วนภูมิภาคครั้งที่ 20 ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย)