

1-1-1976

เรื่องย่อคำบรรยายจากการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ 19 ของแพทยสมาคม
แห่งประเทศไทยฯ วันที่ 7-9 ธันวาคม 2518

n/a

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

n/a (1976) "เรื่องย่อคำบรรยายจากการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ 19 ของแพทยสมาคม แห่งประเทศไทย วันที่ 7-9 ธันวาคม 2518," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 20: Iss. 1, Article 11.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol20/iss1/11>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

เรื่องย่อคำบรรยายการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ 19

ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ฯ

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วันที่ 7-9 ธันวาคม พ.ศ. 2518

Brain Abscess : Its Clinical Presentation

จรุส สุวรรณเวลา
จตุรพร หงสประภาส
อภิชาญ ภูตระกูล

คณะผู้รายงานศึกษาโดยการวิเคราะห์ผู้ป่วย 29 รายที่เป็นฝีในสมองซึ่งพิสูจน์โดยการผ่าตัดจากรายงานหน้าประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง พ.ศ. 2510 ถึง พ.ศ. 2518 มีอัตราการตายร้อยละ 38 อาการและอาการแสดงซึ่งนำผู้ป่วยฝีในสมองมาโรงพยาบาลแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. ความดันในกระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น
2. อาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ
3. อาการแสดงของการติดเชื้อ (ภายในกระโหลกศีรษะ และ/หรือ อวัยวะอื่น ๆ ทั่วร่างกาย)

อาการและอาการแสดงที่พบร่วมกันบ่อยที่สุดหรือร้อยละ 38 คือ ความดันในกระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นร่วมกับภาวะติดเชื้อ ส่วนความดันในกระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นร่วมกับอาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติ หรืออาการทั้ง 3 กลุ่มร่วมกันแต่ละชนิดพบร้อยละ 24 มีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่มีอาการแสดงว่าความดันในกระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นหรืออาการแสดงทางระบบประสาทผิดปกติเพียงอย่างเดียว โรคที่พบร่วมกันและเป็นเหตุชวนให้เกิดฝีในสมองได้แก่ ภาวะติดเชื้อในหู โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมี cyanosis sinusitis มีวัสตุแลกเปลี่ยนในปอดและภาวะติดเชื้อของฟัน ภาวะติดเชื้อในหูพบบ่อยที่สุด ร้อยละ 41 รองลงไปคือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมี cyanosis พบร้อยละ 17 6 รายหรือร้อยละ 12 ไม่สามารถหาว่าภาวะติดเชื้อมีอยู่ที่ใด อัตราตายเป็นสัดส่วนโดยตรงกับภาวะรู้สึกตัวของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การวินิจฉัยและการผ่าตัดเข้าไปจนกระทั่งมีผลต่อ brain stem

แล้วทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยไข้ในสมองแพทย์ผู้รักษาควรให้การวินิจฉัยโรคไข้ในสมองเมื่อตรวจพบอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทร่วมกับโรคที่พบร่วมกันดังกล่าว และทำการตรวจทางระบบประสาทต่อไปได้แก่ การตรวจสแกนทางสมอง ตรวจคลื่นสมอง cerebral angiography, ventriculography ผู้ป่วยไข้ในสมองทุกรายควรได้รับการผ่าตัด อาจเป็นการระบายเอาหนองออก ตูดหนองหรือเจาะโพรงหนองออกทั้งหมด ในภาวะฉุกเฉินที่ต้องผ่าตัดทันทีคือพบมีอาการแสดงของ brain stem ถูกกดเกิดขึ้น

Clinical Trial of Fenfluramine in The Treatment of Obesity

สุนิตย์ จันทรประเสริฐ

ฐานิตย์ อิศรเสนา

Fenfluramine เป็นอนุพันธ์อันหนึ่งของ amphetamine ซึ่งใช้กันแพร่หลายในยุโรปในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา คุณสมบัติที่ไม่เหมือนกัน amphetamine ชนิดอื่นคือไม่กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ยาทำให้น้ำหนักตัวลดโดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์กระตุ้นความอยากรับประทานที่ hypothalamus และอาจมีผลเกี่ยวกับ metabolism เช่นกระตุ้นให้เกิด glucose uptake ในกล้ามเนื้อ การใช้ไขมันเพิ่มขึ้น พร้อมกับการสร้างไขมันลดลง

ผู้รายงานทำการศึกษามูลของยาในผู้ที่มีความอ้วนผิดปกติ 30 คน ซึ่งมีน้ำหนักตัวเกินกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น (Ideal weight) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 53 เป็นระยะเวลา 8-32 สัปดาห์ ผู้ป่วย 20 คนน้ำหนักตัวลดลงเป็นที่น่าพอใจ คือมากกว่า .32 กก. หรือ 0.5 ปอนด์ต่อสัปดาห์ โดยมีน้ำหนักตัวลดลงน้อยที่สุด 2 กก. และมากที่สุด 15 กก. น้ำหนักตัวจะลดลงอย่างมากในระยะ 12 ถึง 16 สัปดาห์ และจะค่อย ๆ ลดลงหลังจากนั้น ภายหลังการรักษาไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงในปริมาณของ lipids, cholesterol, triglyceride, bilirubin, SGOT, alkaline phosphatase และน้ำตาลในเลือดที่มีนัยสำคัญ มีเพียง 2 รายที่มีปริมาณ total lipids, cholesterol และ triglyceride มากก่อนให้ยา และปริมาณลดลง ภายหลังการรักษา มีเพียง 1 รายที่ไม่สามารถให้ยาได้ อาการข้างเคียงที่พบไม่รุนแรง ส่วนมากคืออาการง่วงนอนและอุจจาระเหลว ความดันโลหิตลดลงในผู้ป่วย 20 รายภายหลังหยุดยา 1 รายมีอาการเวียนศีรษะ ในการติดตามผู้ป่วยต่อมาเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่ามีเพียง 3 รายที่น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น ส่วนที่เหลือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

Tubal Morphology in Interval and Postpartum Tubal Sterilization

บรรพต บุญศิริ ประมวล วีรุตมเสน
ดำรง เหยี่ยูประยูร เสริมศรี สินธุวานนท์
ประมุข ตันตยาภรณ์

จุดประสงค์ของการศึกษาก็เพื่อจะหาข้อมูลถึงการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ โดยเฉพาะในแง่การอักเสบที่หลอดมดลูกของสตรีที่กำลังคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ขณะทำการผ่าตัดผูกหลอดมดลูก

คณะผู้ทำการศึกษาค้นคว้าได้ตรวจพยาธิสภาพของหลอดมดลูกทั้งด้วยตาเปล่าและกล้องจุลทรรศน์จำนวน 108 ราย 55 รายกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาคุมกำเนิดอยู่ พบว่าหลอดมดลูกมีลักษณะอักเสบ 24 ราย 1 ราย พบว่าเป็นมะเร็ง ในกลุ่มที่กำลังใส่ห่วงอนามัย 25 ราย พบว่ามีลักษณะอักเสบ 9 ราย ได้ตรวจพยาธิสภาพของหลอดมดลูกผู้ที่ไม่เคยคุมกำเนิดต่าง ๆ มาก่อนเลย 28 ราย 10 ราย มีลักษณะอักเสบ ส่วนหลอดมดลูกที่ได้จากการทำผ่าตัดทันทีหลังคลอด 16 รายมีลักษณะอักเสบ 6 ราย จากการศึกษานี้เป็นแนวทางชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ใส่ห่วงอนามัยมิได้มีอุบัติการณ์อักเสบของหลอดมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการคุมกำเนิดชนิดใด ๆ หรือรับบริการคุมกำเนิดชนิดอื่น ๆ และผู้ทำผ่าตัดควรสังเกตรวบรวมพยาธิสภาพทุกครั้ง

การบาดเจ็บในช่องท้อง

พร สติพันธ์เวหา
วิจิต บุญยวรรณ

ผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บในช่องท้องทุกชนิดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการผ่าตัดที่ไม่ล่าช้า ผู้รายงานวิเคราะห์ผู้ป่วย 94 ราย ที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องจากอุบัติเหตุชนิดต่าง ๆ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตลอดปี พ.ศ. 2517 เป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าเป็นการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ (Penetrating injury) 68 ราย (ร้อยละ 72.4) และการบาดเจ็บไม่มีแผลทะลุ (Nonpenetrating injury) 26 ราย (ร้อยละ 27.6) ผลการรักษายังไม่เป็นที่พอใจและอัตราการตายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีแผลทะลุพบร้อยละ 10.2

จากการศึกษารายงานผู้ป่วยพลสรุปปัญหาต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วย 20 ราย (ร้อยละ 21.2) เมื่อได้รับบาดเจ็บจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียง แต่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 10 รายส่งมาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด 3 รายได้รับการผ่าตัดแล้วแต่เกิดปัญหาภาวะติดเชื้อร่วมกับไตวายเฉียบพลันหลังผ่าตัด ทั้ง 3 รายได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งที่สองและถึงแก่กรรมทั้งหมด ผู้ป่วยอีก 7 รายมาถึงโรงพยาบาลในภาวะช็อค บางรายวัดความดันโลหิตและจับชีพจรไม่ได้ จึงเห็นได้ว่าการส่งผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บในช่องทางไปยังโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งมีอันตรายมาก เพราะเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้

2. สาเหตุที่ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า เนื่องจากเชื่อในความสำคัญมากเกินไปของการตรวจทางรังสีวินิจฉัยและการเจาะท้องที่ไม่ได้เลือดหรือน้ำเป็นต้น ทำให้นั่งนอนใจโดยมองข้ามประวัติและการตรวจร่างกายอันเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้รายงานวิเคราะห์ถึงประโยชน์ของรังสีวินิจฉัยและการเจาะท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บทั้งสองชนิด

3. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วยซึ่งบางครั้งมีอาการแสดงได้ทำให้แพทย์ผู้รักษามองข้ามพยาธิสภาพที่เกิดร่วมในช่องทาง ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้การรักษาล่าช้า และมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4. การบาดเจ็บที่ตับอ่อนและ duodenum การวินิจฉัยทำได้ยาก ทำให้รักษาล่าช้าและผลการรักษาไม่ดี

5. อาการแสดงของการบาดเจ็บในช่องทางทั้งสองชนิด ข้อบ่งในการผ่าตัดพยาธิสภาพที่พบขณะผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนผ่าตัดจะเสนอต่อที่ประชุม

มะเร็งต่อมธัยรอยด์

ทวีป นพรัตน์

สมนึก จีระเศรษฐ์

อดิเรก ณ ถลาง

ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมธัยรอยด์ ซึ่งได้รับการรักษาในแผนกรังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 ถึง พ.ศ. 2517 รวมจำนวนทั้งหมด 140 ราย เป็นหญิง 106 ราย ชาย 34 ราย คิดเป็นอัตราส่วน หญิง : ชาย เท่ากับ 3 : 1 อายุน้อยที่สุด 7 ปี

และมากที่สุด 86 ปี มีการกระจายของอายุต่างๆ กันดังนี้ พบมากน้อยตามลำดับอายุ คือ 51 ถึง 60 ปี พบมากที่สุด 38 ราย 41 ถึง 50 ปี พบรองลงมาคือ 26 ราย 21 ถึง 30 ปี และ 31 ถึง 40 ปี พบเท่าๆ กันคือ 21 ราย อายุ 61 ถึง 70 ปี พบ 20 ราย นอกจากนั้นก็พบน้อย อายุระหว่าง 7 ถึง 10 ปี พบ 2 ราย ซึ่งนับว่าอายุน้อยมาก ส่วนอายุมาก 81 ถึง 86 ปีพบ 3 ราย

การกระจายของพยาธิสภาพชนิดต่างๆ โดยแบ่งพยาธิสภาพของมะเร็งตามรายงานของพยาธิแพทย์และเพื่อการวางแผนการรักษาออกเป็น 6 ชนิด คือ

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| 1. Papillary adenocarcinoma | 59 ราย (ร้อยละ 42) |
| 2. Follicular adenocarcinoma | 31 ราย (ร้อยละ 22) |
| 3. Mixed cell type | 13 ราย (ร้อยละ 9.5) |
| 4. Anaplastic cell carcinoma | 31 ราย (ร้อยละ 22) |
| 5. Medullary carcinoma | 2 ราย (ร้อยละ 1.5) |
| 6. Squamous cell carcinoma | 4 ราย (ร้อยละ 3) |

พวกที่จัดอยู่ใน anaplastic cell carcinoma ได้แก่พวก poorly differentiated, undifferentiated, spindle cell, small cell และพวก giant cell.

การรักษา ผู้ป่วยมะเร็งต่อมธัยรอยด์ที่ส่งมารับการรักษาในแผนกรังสีวิทยาส่วนมากได้รับการผ่าตัดมาแล้วจากแผนกศัลยศาสตร์ ซึ่งการผ่าตัดนี้มีทั้ง total, subtotal, หรือ partial thyroidectomy หรือ partial removal of mass ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์แต่ละคนและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ในบางรายซึ่งการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นค่อนข้างแน่นอนว่าเป็นพวก anaplastic cell carcinoma หรือพวกที่มีการกระจายลุกลามแล้วศัลยแพทย์อาจจะทำเพียงตัดชิ้นเนื้อตรวจเท่านั้น

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมธัยรอยด์หลังผ่าตัดแล้ว ทางแผนกรังสีวิทยาได้ให้การรักษา 3 วิธีคือ

1. External radiation : Cobalt 60 Teletherapy
2. Internal radiation : Radioactive Iodine-131
3. Hormone therapy : Thyroid hormone

การวางแผนการรักษาขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของมะเร็ง ซึ่งอาจจะวางแผนเป็นหลักใหญ่ได้ดังต่อไปนี้คือ

1. Papillary adenocarcinoma ถ้าตัดต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมดแล้วจะให้ thyroid hormone และติดตามผลเท่านั้น นอกจากนี้ในรายที่ศัลยแพทย์บอกว่าไม่สามารถจะตัดเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกได้หมด หรือเนื่องจากการลุกลามของเนื้อมะเร็งเข้าไปในอวัยวะที่ใกล้เคียง อาจจะให้ external radiation ในบางรายถึงแม้ว่ามะเร็งชนิดนี้จะไม่ใช่อินทรีย์ radiosensitive ก็ตาม

Radioactive Iodine-131 ให้ในบางรายซึ่งมีการกระจายลุกลาม และส่วนที่ถูกลุกลามมี uptake ของ Iodine-131 เห็นในสแกน หรือให้ในบางรายที่ต้องการทำลายเนื้อต่อมธัยรอยด์ปกติ

2. Follicular adenocarcinoma ให้ external radiation ทุกรายเนื่องจากมะเร็งชนิดนี้เป็นชนิด multifoci และเป็นกรยากที่ศัลยแพทย์จะทำตัดเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกได้หมดจริงๆ มะเร็งชนิดนี้เป็นชนิด radiosensitive

Radioactive Iodine-131 ให้ในรายที่มีการกระจายลุกลามและมี uptake เห็นในสแกน ให้ธัยรอยด์ฮอร์โมนทุกราย

3. Mixed cell type ส่วนมากจะเป็น follicular และ papillary adenocarcinoma แผนการรักษาเหมือน follicular adenocarcinoma

4. Anaplastic cell carcinoma ส่วนมากจะมาหาในลักษณะที่มีการลุกลาม แล้วให้ external radiation อย่างเดียวเพื่อเป็นการรักษาบรรเทาอาการ

5. และ 6. Medullary และ Squamous cell carcinoma ให้ external radiation และธัยรอยด์ฮอร์โมน

ผลการศึกษา เป็นการยากที่จะติดตามผลการรักษาให้ได้แน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สนใจและไม่ร่วมมือที่จะมาให้แพทย์ตรวจตามนัด อาจเนื่องจากที่อยู่ไกล ค่าใช้จ่ายมาก ประเทศไทยยังไม่มีระบบแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งจะสามารถรายงานผลการรักษา การเปลี่ยนแปลง และการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลับมาให้ทราบ อย่างไรก็ตามก็ติดตามการรักษาในผู้ป่วยเหล่านี้ยังอยู่ในระยะที่ส่งจดหมายสอบถาม ซึ่งจากรายงานผลการติดตามให้ที่ประชุมทราบต่อไป

การตรวจลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ โดยวิธีดื่ม Oral Enterocolography

วิรุฬห์ ขาวบริสุทธ์

โดยปกติคนเราเมื่อได้กลิ่นหรือดื่มแบเรียมเข้าไปแล้ว ในตอนที่ทำการตรวจหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร แบเรียมจะเคลื่อนที่ผ่านลำไส้เล็กไปช้า ๆ กว่าที่จะถึง cecum ก็ใช้เวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมง และถ้าจะรอให้ไปถึง rectum อาจต้องใช้เวลาจนถึง 12-24 ชั่วโมง ผู้รายงานเห็นว่าเป็นการเสียเวลามากเกินไป ยังต้องคอยเวลาเพื่อถ่ายภาพรังสีเป็นระยะๆ ด้วยแล้ว ก็เป็นสิ่งที่ไม่น่านำมาปฏิบัติกันเป็นปกติวิสัย

ผู้รายงานขอเสนอวิธีการที่ได้ศึกษาปฏิบัติอยู่แล้วเพื่อสมาชิกพิจารณา ดังนี้

1. หลังจากผู้ป่วยดื่มแบเรียมเพื่อตรวจหรือไม่ตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และ duodenum แล้ว (ใช้แบเรียมซัลเฟตประมาณ 100 กรัม) ก็ให้ดื่มดีเกลือ 15-30 กรัม และน้ำหรือน้ำเกลือ 300-400 มล.

2. ดื่มแบเรียมอีก 100 กรัมในน้ำ 100 มล. ตามด้วยน้ำเกลือหรือน้ำธรรมดาอุ่นหรือเย็นก็ได้ ระหว่างนี้งดอาหารอยู่แต่จะดื่มน้ำได้ไม่จำกัดปริมาณ ต่อมาอีก 1 ชั่วโมงก็ถ่ายภาพรังสีของลำไส้เล็ก ซึ่งจะเห็นได้ทั้ง jejunum, ileum และ cecum จากฟิล์มเพียงแผ่นเดียว

3. ระหว่างนี้อาจให้ผู้ป่วยกลับริด กลับริดที่พอกที่ไม่ไกลนัค หรือพอกที่ห้องรับแขกซึ่งมีห้องน้ำ ใกล้ห้องเอกซเรย์ หรือให้ผู้ป่วยไปทานอาหารที่ไหนก็ได้ และกลับมาถ่ายภาพรังสีภายหลังจากถ่ายอุจจาระเป็นสีขาวของแบเรียมออกมา ซึ่งอาจใช้เวลา 2-6 ชั่วโมง การแนะนำให้ดื่มน้ำและอาหารเหลวมากๆ จะช่วยให้ถ่ายอุจจาระเร็วขึ้น บางรายอาจใช้เวลาไม่ถึง 2 ชั่วโมง ภาพเงาของ colon และ rectum จะเห็นมีแบเรียมบรรจุอยู่ภายในได้เต็มพอประมาณที่จะใช้วินิจฉัยโรค หรือแยกโรคได้ จะถ่าย spot ฟิล์มมากน้อยแค่ไหนก็ได้

สรุปประโยชน์ และข้อบ่งชี้ สำหรับการตรวจวิธีนี้ คือ

1. เมื่อต้องการตรวจผู้ป่วยจำนวนมากๆ ในวันเดียว

2. เมื่อต้องการเห็นลำไส้เล็กทุกชุดในฟิล์มเดียวกัน
3. เมื่อการตรวจลำไส้ใหญ่โดยวิธีสวนทำไม่ได้เพราะ
 - 3.1 ผู้ป่วยไม่ยอม หรือ ไม่ชอบให้ทำ
 - 3.2 การสวนล้างอุจจาระก่อนตรวจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
 - 3.3 มีข้อห้ามในการสวนเพราะเกรงจะทะลุหรือเกรงจะเกิดแบเรียม emboli ซึ่งถึงตายได้
 - 3.4 ผู้ป่วยกลั้นอุจจาระไม่ได้ เป็นต้น

การควบคุมการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยบาดทะยักด้วย D-tubocurarine

อังคณา อินทรโกเศศ และพวก

ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ผู้รายงานและพวกได้รวบรวมผู้ป่วยบาดทะยักที่มีอาการรุนแรง ซึ่งได้แก่รายที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วตัวติดต่อกันนาน จนผู้ป่วยแสดงอาการของการขาดออกซิเจน ซึ่งเข้ารับการรักษาในหน่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีทั้งหมด 43 ราย แบ่งการรักษาออกเป็น 2 พวก พวกที่ 1 มี 31 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีฤทธิ์กดสมองส่วนกลาง ได้แก่ chlorpromazine หรือ diazepam ในขนาด 0.5-1 กรัม และ 0.3-0.5 กรัมต่อวันตามลำดับ ผลการรักษาเมื่ออัตราการตายร้อยละ 25.8 พวกที่ 2 มี 12 ราย ได้รับการรักษาด้วย D-tubocurarine และเครื่องช่วยหายใจ เมื่ออัตราการตายร้อยละ 16.66 ในการรักษาทั้งสองพวกนั้นนอกจากการควบคุมการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อแล้ว การรักษาแผลอันเป็นต้นเหตุและอื่น ๆ อีกย่อมมีความสำคัญเช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทั้งสองพวกแล้วจะเห็นได้ว่าเมื่ออัตราการตายที่แตกต่างกันพอสมควร คือ ร้อยละ 25.8 ในพวกแรก และร้อยละ 11.66 ในพวกหลัง ซึ่งอัตราการตายในพวกหลังควรจะลดลงต่ำอีกในอนาคต เพราะการใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาวในรายแรก ๆ นั้นผู้รักษายังขาดประสบการณ์

ในที่สุดผู้รายงานขออย่าว่าโรคนี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ หากให้ภูมิคุ้มกันโรคนี้แก่ประชากรทั่วถึงย่อมเป็นสิ่งที่เราทุกคนปรารถนามากกว่าผลการรักษาที่คิดว่าดีเลิศ

การศึกษาเปรียบเทียบฤทธิ์ยา Diclofenac Sodium (VOLTAREN) กับ Indomethacin ในการรักษาโรคข้ออักเสบแบบเสื่อมสลาย (Degenerative Joint Disease)

มานิตย์ ลิ้มปวยอ ม
ม.ร.ว. ธัญญโสภากย์ เกษมสันต์

เจริญโชติกวนิชย์
สุกิจ เลหาสุโรยริน
ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์

เป็นการศึกษาร่วมหลายสถาบันโดยวิธี double-blind เพื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ยา Diclofenac sodium กับ Indomethacin ในขนาดเท่ากันคือ 75 มก./วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ รักษาผู้ป่วยไทย ซึ่งเป็นโรคข้ออักเสบแบบเสื่อมสลาย 79 ราย 39 รายได้รับ Diclofenac sodium อีก 40 รายได้รับ Indomethacin พบว่ายาทั้งสองชนิดมีผลดีในด้านลดความรุนแรงของโรค ระหว่างวันที่ 7 ถึงวันที่ 14 เมื่อเปรียบเทียบกับวันแรก (ระดับความเชื่อมั่นมากกว่าร้อยละ 99) เมื่อเปรียบเทียบผลดีระหว่างวันที่ 7 กับวันที่ 14 พบว่า Diclofenac sodium ให้ผลดีขึ้นอีก (ระดับความเชื่อมั่นมากกว่าร้อยละ 95) แต่ไม่แสดงผลดีขึ้นในกลุ่มใช้ Indomethacin (ระดับความเชื่อมั่นน้อยกว่าร้อยละ 95) เมื่อการศึกษาลิ้นสุดลงประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแสดงความประสงค์จะใช้ยาต่อไป ผู้ป่วย 2 รายจากแต่ละกลุ่มต้องหยุดยาก่อนสิ้นโครงการการศึกษาเพราะมีอาการแทรกซ้อนมาก

การใช้ "Prophylactic Chemotherapy" ในสตรีตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก

ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์

ได้ทำการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก 64 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก 34 ราย ไข้ยา Methotrexate เป็นการป้องกัน กลุ่มที่เหลือ 30 ราย ไม่ได้ไข้ยา ได้ติดตามการดำเนินโรค ทั้งสองกลุ่มเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าการดำเนินของโรคทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่ สาเหตุการตายของสตรีตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก 4 ราย 2 รายเกิดจากการแพ้ยา Methotrexate 1 รายเกิด จากกลายเป็น choriadenoma destruens แม้จะให้ prophylactic chemotherapy แล้วก็ตาม แนว ทางการรักษาและติดตามการดำเนินของโรค ซึ่งควรใช้เป็นหลักปฏิบัติโดยเฉพาะแพทย์ส่วนภูมิภาคจะ ได้เสนอต่อที่ประชุม

Surgical Treatment of Unknown Obliterative Aortitis and Arteritis

เหมือนหมาย สรรประดิษฐ์

มี obliterative aortitis และ arteritis ชนิดหนึ่ง ซึ่งมักเกิดในคนอายุน้อย ๆ โดยมากเป็นผู้หญิง ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน บางท่านเรียกว่า Takayasu's disease ซึ่งในเมืองไทยก็พบได้เช่นกัน ผู้ป่วยมาหาแพทย์ด้วยอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่าย คลำชีพจรของแขนขาไม่ได้ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยประเภทนี้อยู่บ้าง โดยให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งจะได้นำผลการรักษามาแสดงให้ที่ประชุมได้ทราบ

ภาวะเท้าพิการโดยกำเนิดชนิด Talipes equinovarus

มานิตย์ ลิมปพยอม
พลศักดิ์ จิระวิบูลวรรณ
อดม ชมชาญ

ศึกษาภาวะเท้าพิการโดยกำเนิดชนิด Talipes equinovarus จำนวน 163 เท้า ในผู้ป่วยเด็กไทย 113 ราย พบว่าร้อยละ 38.65 ได้ผลดีด้วยการใส่เฝือกอย่างเดียว อีกร้อยละ 61.35 ต้องตัดด้วยเฝือกและผ่าตัดร่วมกัน การผ่าตัดที่ใช้คือ posterior release, posteroradial release และย้ายเอ็น tibialis anterior ร้อยละ 18, 62 และ 22 ตามลำดับ ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1-4 ปี เฉลี่ย 2 ปี 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ตัดด้วยเฝือกเท่านั้นได้ผลการทำงานของเท้าเป็นที่น่าพอใจทั้งหมด แต่ร้อยละ 87.30 มี talocalcaneal index มากกว่า 40 องศา ส่วนกลุ่มที่รักษาด้วยเฝือกและใช้การผ่าตัดร่วมด้วยผลการทำงานของเท้าเป็นที่น่าพอใจร้อยละ 98 แต่ร้อยละ 88 มี talocalcaneal index มากกว่า 40 องศา ผลการศึกษานี้แสดงว่าการรักษาภาวะดังกล่าวด้วยการใช้เฝือกหรือใช้เฝือกร่วมกับการผ่าตัดตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อยได้ผลเป็นที่น่าพอใจ (ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติมากกว่าร้อยละ 95)

เตียงฟาวเลอร์

สมิทธิ์ สิทธิพงศ์

โรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศนิยมใช้เตียงฟาวเลอร์กันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่สร้างใหม่มักจะจัดซื้อแต่เตียงแบบนี้ทั้งสิ้น มิฉะนั้นจะดูไม่ทันสมัย

เพียงแต่ละตัวราคาแพงกว่าเตียงธรรมดา มาก ยิ่งถ้าเป็นชนิดที่ทำจากต่างประเทศด้วยแล้ว ราคาก็แพงแทบไม่น่าเชื่อ เตียงแบบนี้สามารถจะหมุนให้อยู่ในท่าต่างๆ ได้หลายท่า ซึ่งเป็นข้อดีเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ข้อเสียก็คือไม่ทนทาน ท่อนหัวหรือท่อนเท้ามักจะหลุด เพราะผู้ป่วยรวมทั้งญาติที่มาเยี่ยมมักจะใช้เป็นที่นั่งและวางของสปริงก็หย่อนเร็ว กลไกในการหมุนมักจะผิด เสียง่าย และไม่คุ้มกับราคา

ความจริงผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปส่วนมากนอนเตียงธรรมดา ๆ ก็ได้ ถ้าจำเป็นจริง ๆ อาจดัดแปลงใช้หมอนไม้หนุนขาเตียงทางด้านหัวหรือปลายเตียงก็ได้ ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่านั่งเอนก็ใช้โครงไม้พียงหลัง

ประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้นที่ต้องใช้เตียงฟาวเลอร์ ที่นิยมใช้กันก็เพราะความเคยชินและความเชื่อถือที่ฝังติดต่อกันมาอย่างผิด ๆ เช่น ท่าฟาวเลอร์สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องหรือท่าหัวต่ำสำหรับผู้ป่วยช็อคซึ่งควรจะเลิกใช้ได้แล้ว ถ้ากลับมาใช้เตียงธรรมดาและพิจารณาใช้เตียงฟาวเลอร์เฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ แล้วจะสามารถประหยัดเงินได้มาก

Choledochal Cyst ในผู้ใหญ่

พร สติยพันธ์เวชชา
สมชัย วงศ์วิริยะธรรม
พันธ์เกษม กิจานนท์

รายงานผู้ป่วย 4 ราย ที่มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดที่ท่อน้ำดี พบในเวลาผ่าตัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้ง 4 รายไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัด สรุปรายงานผู้ป่วยย่อ ๆ ดังนี้

รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 24 ปี รับไว้เดือนเมษายน พ.ศ. 2517 ด้วยอาการปวดท้องและตัวเหลือง ตาเหลือง เป็น ๆ หาย ๆ เป็นเวลา 1 ปี ทำ intravenous cholangiography (I.V.C.) พบว่าท่อน้ำดีและท่อน้ำดีมองเห็นไม่ชัดเจน การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเป็นนิ่วในท่อน้ำดี ผ่าตัดไม่พบนิ่ว แต่มี cystic dilatation ของท่อน้ำดี ได้ทำ cysto-duodenostomy ให้

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายจีนอายุ 22 ปี รับไว้เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2518 ด้วยอาการปวดท้อง ตัวเหลือง และตาเหลือง เป็นเวลา 4 วัน ตรวจร่างกายพบว่ามีไข้ ตับโตและกดเจ็บ รักษาโดยการให้ยา แต่อาการไม่ดีขึ้น ไข้สูง และเกิด septic shock จึงนำไปทำผ่าตัดเข้าใจว่าสาเหตุคือฝีในตับ ผ่าตัดพบว่าท่อน้ำดีอักเสบและท่อน้ำดีโตมาก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 นิ้ว เนื่องจากสภาพผู้ป่วยไม่ดีจึง

drain ท่อน้ำดีด้วย T-tube ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและกลับบ้าน เดือนเมษายน พ.ศ. 2518 ได้รับการผ่าตัดครั้งที่สองทำ Roux-en-Y cysto-jejunosotomy

รายที่ 3 หญิงไทยอายุ 46 ปี รับประทานเม็ดนิโคติน พ.ศ. 2518 ด้วยอาการปวดท้อง 4 วัน ร่วมกับตัวเหลือง ตาเหลือง และคลื่นไส้อาเจียน ตรวจร่างกายพบตับโต ถุงน้ำดีคลำได้และกดเจ็บ ก่อนผ่าตัดวินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ผ่าตัดพบมี cystic dilatation ของถุงน้ำดีและมีนิ่วอยู่ในนั้น จึงได้ทำ cystoduodenostomy.

รายที่ 4 หญิงไทยอายุ 54 ปี รับประทานนิโคติน พ.ศ. 2518 ด้วยประวัติได้รับการรักษาถุงน้ำดีอักเสบที่โรงพยาบาลลพบุรี 1 เดือนก่อนมา เนื่องจากแพทย์แนะนำผ่าตัดจึงมาที่กรุงเทพฯ ตรวจร่างกายไข้สูง ตับโต คลำถุงน้ำดีได้ และกดเจ็บ I.V.C. พบท่อน้ำดี dilate มากและมี filling defect อยู่ในนั้นก่อนผ่าตัดวินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีและท่อน้ำดีอักเสบอย่างเฉียบพลัน ผ่าตัดพบมีนิ่วในถุงน้ำดีและท่อน้ำดีซึ่งเป็น cystic dilatation ตัดชิ้นเนื้อจากผนังของท่อน้ำดีผลทางพยาธิวิทยาเป็น chronic cholelithiasis ทำ Roux-en-Y cysto-jejunosotomy ไว้

ผู้รายงานเน้นถึงอุปสรรคของการวินิจฉัยในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในผู้ป่วยทางตะวันออก การซักประวัติเพื่อช่วยการวินิจฉัยการวิเคราะห์แยกโรคและวิธีการรักษา

A Ten-Year Follow - Up of I.U.D. Users

อารี สมบูรณ์สุข ม.ล. ตะวันฉาย ศิริวงศ์
ดำรง เจริญประยูร ประมวล วิรุฒเสน

คณะผู้ศึกษาได้ติดตามและวิเคราะห์ผู้เข้ารับบริการใส่ห่วงอนามัย ณ หน่วยวางแผนครอบครัว และวิจัยคุมกำเนิด แผนกสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อการคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน 10 ปี ซึ่งขณะนั้นมีผู้คงใช้และมาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นจำนวน 419 ราย จากผู้มาขอรับบริการทั้งหมด 12,138 ราย จากการวิเคราะห์พบว่าร้อยละ 93 ของผู้ใส่ห่วงอนามัยครบ 10 ปี มีระดับการศึกษาเพียงประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ร้อยละ 84 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ตรวจพบห่วงอนามัยหลุด 1 ครั้ง 63 ราย หลุดซ้ำ 2 ครั้ง 25 ราย มดลูกทะลุจากการใส่ห่วง 1 ราย ตรวจพบมดลูกและปีกมดลูกอักเสบ 218 ราย ในจำนวน 419 ราย ตั้งครรภ์ 7 ราย ซึ่ง 4 รายแท้งบุตร และ 3 ราย คลอดครบกำหนดและทารกปกติ ได้ทำการตรวจพบ pap smear ทั้งสิ้น 2,245 ครั้ง พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรก 1 ราย ในปีนี้ 10 ของการใส่ห่วงอนามัย

Double Contrast Arthrography of Knee

เกษร วัชรพงษ์

อัฐฉวีวรรณ วงศ์สถาพร

เฉลียว บียะชน

กัลยา เจียรประดิษฐ์

การถ่ายภาพรังสีธรรมดาของข้อเข่าไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของกระดูกอ่อน menisci ในผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกได้ การตรวจโดยวิธี double contrast arthrography ของข้อเข่านี้สามารถช่วยให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ในอัตราสูง การตรวจทำได้โดยการฉีดสารทึบรังสีและอากาศเข้าไปในข้อเข่าโดยวิธีแทงเข็ม หลังจากนั้นก็ทำการถ่ายภาพรังสีมุมต่างๆ กัน เพื่อให้แต่ละส่วนของกระดูกอ่อน menisci อยู่ในแนวเดียวกับทิศทางของรังสี

รายงานนี้จะแสดงถึงภาพรังสีของข้อเข่าปกติและผิดปกติในผู้ป่วยทั้งหมด 26 ราย และจะบรรยายถึงลักษณะของสภาพชนิดต่างๆ ของการฉีกขาดของ menisci เช่นการฉีกขาดชนิด horizontal vertical และ bucket-handle การตรวจนั้นนอกจากช่วยวินิจฉัยแล้วยังสามารถบอกตำแหน่งแน่นอนของส่วนที่ผิดปกติได้ จึงมีประโยชน์ช่วยศัลยแพทย์ในการผ่าตัดและรักษาผู้ป่วยให้ถูกต้อง

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการรักษา

ภาวะผิดปกติบางอย่างทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

นิกร ตูตีสติน

ยาเม็ดคุมกำเนิดส่วนมากประกอบด้วยฮอร์โมนเพศหญิงสังเคราะห์ 2 ตัวคือ เอสโตรเจนและโปรเจสติน โดยทั่วไปยาเม็ดคุมกำเนิดมักมีราคาแพงกว่าฮอร์โมนสังเคราะห์อย่างเดียวกับที่ผลิตจำหน่าย เพื่อการรักษาโรคทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาโดยตรง การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจึงอาจจะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคบางอย่างทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาลงได้เป็นอย่างมาก

ผู้บรรยายจะได้พูดถึงวิธีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ในการรักษาภาวะผิดปกติ หรือโรคบางอย่างทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เช่น dysfunctional uterine bleeding, endometriosis การปวดประจำเดือน การเลื่อนกำหนดประจำเดือน การตรวจสอบการตั้งครรภ์ การรักษาสิวในเด็กสาววัยรุ่น และการหยุดน้ำนม เป็นต้น

หลักการปฏิบัติรักษากษัยนตรายทรวงอกและกษัยนตรายหมู่

ชิน บุรณธรรม

กษัยนตรายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของคนทุกอายุ และเป็นอันดับที่ 1 ของคนอายุต่ำกว่า 40 ปี การตายที่หลีกเลี่ยงได้และความพิการต่อผู้ได้รับกษัยนตรายพบบ่อยในที่ดังนี้

1. ที่เกิดเหตุ
2. ระหว่างการขนย้ายผู้ป่วย
3. ห้องตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

ความรีบด่วนของการรักษากษัยนตรายต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายนั้นให้พิจารณาโดยแบ่งสภาวะผู้ป่วย คือ

1. พวกที่หนึ่ง อาการหนักมากที่สุด และอาจตายภายในเวลาเป็นนาที เช่น มีอาการหายใจหอบ cyanosis มีอาการแสดงของการมีลมและ/หรือน้ำในช่องปอด อาการแสดงของ cardiac tamponade ไอไม่ได้ อาการแสดงของหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

2. พวกที่สอง อาจตายภายในเวลาเป็นชั่วโมง เช่น ตกเลือดภายใน shock volume ไม่เพียงพอ เป็นต้น

3. พวกที่สาม อาจตายนับเวลาเป็นวัน ๆ เช่น ภาวะติดเชื้อ ไตวายอย่างเฉียบพลัน และกษัยนตรายอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย เป็นต้น

การปฏิบัติรักษาต้องดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ถูกต้องและทันที่ซึ่งที่ หลักสำคัญที่สุดคือการพยายามรักษาให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในสภาวะปกติ (Normal physiologic condition) ให้มากที่สุดและเร็วที่สุด การปฐมพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน และความพิการต่างๆ ที่อาจเกิดตามมา โดยมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

1. Open airway
2. Adequate respiration and circulation
3. Control of bleeding
4. ป้องกันและรักษาภาวะช็อค
5. ตกแต่งแผลภายนอก รวมทั้งใส่เฝือกชั่วคราวบริเวณที่กระดูกหัก