

บทบรรณาธิการ

การตรวจ Function ของ Gall bladder ตามแบบของ Graham และ Cole นั้นกินเวลาดานานถึง 14 - 16 ชั่วโมง และรูปที่ออกมาให้เห็นก็เพียงแต่เห็นเงาของ Gall bladder และ Cystic duct เท่านั้น ตามที่นายแพทย์ ดอน บุนนาค ได้เสนอวิธีทำแบบ Intravenous Cholecystography โดยใช้ Biligrafil นี้ ได้ย่นเวลามาเหลือเพียงอย่างมาก 2 ชั่วโมง และเราสามารถเห็นนอกจากเงาของ Gall bladder, Cystic duct แล้ว ยังเห็นถึง Hepatic และ Common bile duct อีกด้วย จึงนับว่าวิธีนี้ดีกว่า Oral Cholecystography มาก และตัวยาที่ฉีดก็ไม่มีอาการเป็นพิษอะไรเลย นายแพทย์ ดอน บุนนาค กับผู้เขียน ได้ฉีดยานี้ในเด็กอายุ 3 เดือน โดยใช้ยา 6 C.O. ไม่มี side effect เกิดขึ้นเลย จึงนับได้ว่าเป็นยาที่ปลอดภัยและมีประโยชน์มากอย่างหนึ่ง การเห็นเงาของ Common bile duct ก่อนผ่าตัดนั้น ได้ช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถรู้ถึง Level of occlusion ว่าอยู่ที่ตรงที่ duct หรือที่ Ampulla of Vater ถ้าเราทำแบบ Graham และ Cole แล้ว (Oral Cholecystography) เราไม่สามารถจะทราบได้เลย เมื่อสมัยก่อน Biligrafil การทำผ่าตัด Biliary tract ก็อาจจะรู้ว่า Common bile duct Obstruction ก็ต้องเปิดหน้าท้องคนไข้ แล้วเอามือกดดู หรือใช้ Probe แหย่ดู หรือถ้ามี Pigmented Stone เล็ก ๆ มาก ๆ ใน G.B. เรามักจะขอรังให้รังสีแพทย์มาทำร่วมกันที่โต๊ะผ่าตัดโดยฉีด Opaque Medium เข้าทาง Cystic duct stump หรือเข้าใน Common bile duct โดยตรง แล้วถ่ายรูป X-rays ศัลยแพทย์คอยเวลาดังพร้อมสัก 10 นาที เราก็สามารถทราบได้ว่า มี Stones ค้างเหลืออยู่หรือไม่ วิธีนี้เราเรียกว่า Operative Cholangiogram ก็เป็นวิธีหนึ่งที่นิยมกันมาก ในบางโรงพยาบาลในอเมริกา เกือบจะถือเป็น Routine Cholangiogram เสียเลย ขณะที่ศัลยแพทย์ได้ตัด Gall bladder ออกแล้ว ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เรามักจะทำก็ต่อเมื่อสงสัยว่าอาจจะมี Stones เล็ก ๆ เหลืออยู่ หรือในรายที่มี Abnormal Dilated Common bile duct เรามักจะขอรังทางแผนกรังสีมาช่วยทำให้

การทำ Sympathectomy เพื่อรักษาโรค Thrombo Angitis Obliterans เป็นวิธีที่ได้ทำทุกรายไปในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เฉพาะในรายที่อยู่ในความดูแลของผู้เขียน ได้ตั้งหลักในการรักษาโรคนี้ไว้ดังนคอ

1. พยายามรักษาแผล ถ้าเป็น Gangrene จะทนงเท้า หรือทเท้า ก่อนจะตัดนิ้วหรือเท้าออก จะต้องทำ Lumbar Sympathectomy (L_2, L_3, L_4) หรือทำ Thoracic Sympathectomy (Smithwick) ก่อนเสมอไป

2. พยายามให้คนไข้สงบหิว

3. ในรายที่เป็น Recurrent Gangrene ภายหลังทำ Sympathectomy แล้ว พยายามทำ Arterectomy ตรงที่มี Occlusion ทั้งนี้จะได้จากการทำ Arteriography การทำ Arterectomy นั้น ทำตามอย่างของ Prof. Rene Leriche ในประเทศฝรั่งเศส

4. ถ้าทำ Arterectomy แล้วยังไม่ดีขึ้น ก็พยายามทำ Unilateral Adrenalectomy ซึ่งเขาเข้าใจว่าคนไข้พวกนี้ Hypersensitiveness ต่อ Adrenalin ในร่างกาย

ส่วนวิธีทำ Sympathectomy นั้น ถ้าเป็น Gangrene ทนงเท้า ผู้เขียนชอบทำ Bilateral Lumbar Sympathectomy ในเวลาเดียวกัน ตามแบบของ Adson (Mayo Clinic) โดยผ่าเข้าทางหน้าท้อง เพราะถือเสียว่าโรค Blood Vessels เป็นโรคทั้งสองข้างในเวลาเดียวกันเสมอ และด้วยวิธีนี้ เราสามารถบ่งชี้ไม่ให้ข้างที่ยังไม่เป็นมาก มีอาการของโรคก็ตาม ได้ติดตามคนไข้หลายคนภายหลังทำ Sympathectomy มาแล้วประมาณ 5-6 ปี ข้างที่เป็นน้อยๆ ยังไม่มีอาการ Gangrene เกิดขึ้นเลย ถ้าเป็น Gangrene ของนิ้วมือ เราทำ Thoracic Sympathectomy แบบของ Smithwick เพราะได้ตัด Preganglionic fibres และบ่งชี้ไม่ให้เกิด Horner's Syndrome ในคนไข้ด้วย

เมื่อผู้เขียนตั้งต้นทำใหม่ในรายแรกๆ เฉพาะที่แขนได้ตัด Stellate Ganglion แบบของ Prof. Royle ได้พบว่าคนไข้มี Horner's Syndrome และการทำเพื่อเข้าไปตัด Stellate Ganglion ก็ยากกว่า วิธีของ Smithwick เองบอกว่า เราตัด Postganglionic fibres ซึ่งจะทำให้คนไข้มี Hypersensitiveness ต่อ Adrenalin ส่วนการตัด Lumbar Ganglion (L_2, L_3, L_4) เราตัด Preganglionic fibres ไปที่เท้าอยู่แล้ว

ส่วนการทำ Periarterial Sympathectomy เมื่อครั้งสมัยนานมาแล้วได้นิยมทำกันมากเข้าใจว่าคงจะทำตาม Prof. Rene Leriche ผู้ซึ่งเป็นคนคนเดียวที่ทำมากกว่าเพื่อน และต่อมาถึงแม้ตัว Prof. Leriche เอง ก็หันมาทำ Lumbar Sympathectomy กันทั้งนั้น เพราะตามหลักของกายวิภาค Sympathetic fibres ที่ไปเลี้ยง Blood Vessels ปลายๆ นั้นไปทาง Peripheral Nerve มากกว่าไปทาง Artery ใหญ่ๆ เราจึงไม่ได้ผลดีมากนักจากการทำผ่าตัดแบบนี้

มีข้อที่น่าสังเกตอีกอย่างหนึ่งในการทำ Amputation นั้น ถ้าเป็นทนต์หรือทนต์จริง ๆ เมื่อได้ตัดจนทนต์เป็น Gangrene นนออกแล้ว แผลหายได้ดี ถ้าได้ทำ Sympathectomy ก็กินแต่ถ้า Gangrene นนเลยขึ้นมาถึงทนต์แล้ว การทำ Syme Amputation, low or high leg amputation ไม่ได้ผลดีเลย มักจะต้องตัดใหม่เสมอ มาตอนหลัง ๆ นี้ผู้เขียนจึงทำ Callender amputation ที่ Knee joint หรือ Low thigh amputation ทุกรายไป

ต่อกระจก (Cataract) การผ่าตัดของโรคนี้พวกจักษุแพทย์ได้พยายามค้นคว้าหาวิธีทำกันเพื่อไม่ให้มีโรคแทรกเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด เพราะถ้าเกิดขึ้นภายในตาแล้ว เช่นมีการอักเสบหรือมี after cataract เหลืออยู่ ก็จะทำให้สายตาของคนไข้ไม่ดีจนกว่าเดิม ในบางรายถึงกับต้องควักลูกตาออกก็มี และโรคนี้เป็นโรคของคนแก่ ๆ โรคแทรกอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับลูกตา ย่อมมีได้เสมอ เช่น Bronchopneumonia Uremia เป็นต้น ทงหนักเนื่องจากวัชการผ่าตัดสมัยก่อน เราใช้แบบของอินเดีย คือ mon - suture technique คนไข้จำเป็นต้องนอนนิ่ง ๆ นานหลายวัน มีโอกาสทำให้ปอดของคนมีอายุมาก ๆ ขยายตัวไม่ได้สะดวก หรือมีอาการทางจิตใจเสียไป เพราะต้องถูกปิดทงสองข้างและให้นอนนิ่ง ๆ หลาย ๆ วันเป็นการทรมานทางจิตใจมากที่สุดทีเดียว แต่มาในสมัยนี้ ตามที่นายแพทย์กอบชัย พรหมมิมัทโรจน์ ได้อธิบายการผ่าตัดแบบ suture technique คนไข้สามารถขยับเขยื้อนตัวลุกขึ้นนั่งได้ภายใน 24 ชม. หรือ 48 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด จะทำให้โรคแทรกทั้งหลายลดน้อยลงไปได้มาก คนไข้เองก็ชอบเพราะไม่ทรมานทางจิตใจจนถึงนับว่าเป็นประโยชน์และได้ผลดีกว่าการผ่าตัดแบบของอินเดีย นอกจากนี้นายแพทย์กอบชัยเองยังใช้เปลี่ยน lens ได้อีกโดยใช้ Acrylic lens แทน lens ที่ควักออกมาผลจะได้ดีแค่ไหน เข้าใจว่านายแพทย์กอบชัยคงจะรวบรวมออกมาให้ทราบต่อไป.

ตามที่นายแพทย์สุนทร เจิมศิริวัฒน์ ได้กรุณาเขียนเรื่อง Lepromin test มานับว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก และผู้เขียนเรื่องนี้ก็โดยใกล้ชิดกับ Dr. Dramanda ที่อินเดียมาด้วยคงจะได้ความรู้ความชำนาญมาเป็นพิเศษสำหรับโรคนี้จริง ๆ นายแพทย์สุนทร ผู้นี้ ขณะเมื่อไปทำงานเป็น resident ทางโรคผิวหนังในมหาวิทยาลัย Western Reserve University (Cleveland Ohio) ได้กลายเป็นลูกศิษย์คนโปรดของ Prof Cole โดยได้พยายามทำ Lab ทาง Culture, ย้อมหา Fungus โดยตนเอง และได้พบวิธีการย้อมสีตัว Fungus ให้เห็นชัดและง่าย ๆ และเรื่องกว่าวิธีอื่น ๆ (เรื่องที่เคยลงในจดหมายเหตุทางแพทย์แล้ว) จากนั้นได้ไปศึกษาต่อที่ Philadelphia (Post - graduate Course of Dermatology) ขากลับเมืองไทยเอา slides กลับมามากมายเพื่อกะ

สอนลูกศิษย์ จึงนับได้ว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่จะทำการแพทย์ทางโรคผิวหนังของเมืองไทยรุดก้าวไปอีกมากมาย และหวังว่าคงได้รับเรื่องดี ๆ จากท่านผู้นอกในโอกาสต่อไป.

ไฝ (nevus หรือ mole) คนทุกคนมีไฝอย่างน้อย 10-20 ไฝ อาจจะเป็นไฝสีต่างๆ เช่น สีน้ำตาล, ดำ, สีชมพูเรื่อ, สีเทา และรูปร่างก็ไม่เหมือนกัน บางไฝราบ เป็นจุด เป็นแผ่นเล็กๆ บางไฝเป็นตุ่มงอกขึ้นมาบนผิวหนัง เม็ดใหญ่ เล็ก ไฝสีเมือกตายเป็นมะเร็งเนื้อร้ายเราเรียกว่า melanoma (บางคนเรียก malignant melanoma ใช้แทนกันได้) ตามหลักวิชาพยาธิแล้ว nevus ที่แท้จริงต้องมี cell พิเศษเรียกว่า nevus cell ที่มาจาก nevus cell นึ่งเป็นปัญหาถกเถียงกันอยู่เดิมคือพวก Pierre Masson, Laidlaw, Murray เขาเข้าใจว่ามาจาก cell ของ Sheath of Schwann ใน nerve fibres อีกพวกหนึ่งคือพวก Mayo clinic ได้แก่ Broders และ Mac-Carty พบว่ามาจาก epithelial cells คือจาก Stratum Germinativum ของ epidermis เขาจึงเรียก melanoma ว่า melano-epithelioma ในสมัยนั้นส่วนมากลงความเห็นพ้องกับ Broders และ Mac-Carty

Nevus cell มีคุณสมบัติพิเศษอย่างหนึ่งคือสามารถทำ Melanin (สีดำ) ได้ภายใน cytoplasm เรามักจะเรียกว่าเป็น melanoblastic cell การเกิด melanin ได้ขึ้นเนื่องจาก cell ชนิดนี้มี enzyme พิเศษเรียกว่า dopa-oxidase สามารถ oxidise melanogen (เกิดจากการสลายตัวของ Red cells) ที่วนเวียนอยู่ในกระแสเลือดให้กลายเป็น melanin. Bruno Bloch ได้ให้ความเห็นข้างต้น และก็ยังได้เอา tissue ที่มี melanoblasts โดยทำเป็น frozen section ไล้ลงใน 1% sol ของ 3-4 dihydroxy-phenylalanine (dopa) จะกลายเป็นสีดำเนื่องจากมี insoluble melanin เกิดขึ้น เราเรียกว่าเกิด dopa reaction จาก reaction นี้ เราสามารถแยก cell ได้ว่าพวกไหนเป็น pigment forming cells (melanoblast) พวกไหนเป็น pigment phagocytizing cell (melanophores or chromatophores)

ในคนไข้บางรายที่มี melaninuria คือถ่ายปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้มหรือดำ เนื่องจากมี generalised melanoma ภายในตัวจนขับชำระเสียหายนาน melanin ถูกขับออกทางปัสสาวะมากมาย แต่เราก็ต้องแยกออกจากโรคอื่นๆ ดังเช่น นายแพทย์ประวิช อรุณิน ได้กล่าวไว้ในบทต้น เราสามารถรู้ได้ว่าเป็น melanin จากการทดสอบใช้ dopa solution หรือจากได้ ferri chloride solution

ไฝชนิดไหนเดี๋ยวจะกลายเป็น melanoma ได้ง่าย และเรื่องเนื้องอกคือภัยแพथ เพราะภัยแพथทุกคนควรจรรู้เพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง อย่าเข้าใจผิดว่า การเอาไฝออกนั้นเป็นของง่าย ด้วยเหตุเช่นจึงพยายามใช้วิธีทำลายไฝด้วยการจไฟพากันบ่อย ๆ หรือบางทีตัดตรงเฉพาะโคนของไฝหรือรอบ ๆ ขีดขอบของไฝ ด้วยวิธีเหล่านี้เป็นวิธีที่ผิดมาก เพราะจะทำให้เป็น melanoma ได้ง่ายเขาเร็วเขาช่นอก

ตามหลักของวิชาแพथ ไฝแบ่งออกเป็น 4 ชนิด + ชนิด คือ

1. Intradermal nevus พบ nevus อยู่ใน dermis เป็นไฝที่พบบมากที่สุดในตัวคนและไม่ทำให้เกิด melanoma

2. Junction nevus พบ nevus cells อยู่ใน epidermis เป็นไฝที่ทำให้เกิด melanoma ถ้ามีไฝสีดำ ราม ๆ อยู่ที่ผิวหนังของ scrotum ที่ฝ่ามือและที่ขันทาแดงเป็น Junction nevus ทั้งต้น (โดยไม่มีข้อยกเว้น) เราต้องเอาออกโดยการผ่าตัดที่ถูกต้องโดยเร็ว

3. Compound nevus พบใน adult ไม่มากประมาณ 12% และเรามากพบในเด็กก่อน puberty เสีย 98% พบ nevus cells ทั้งใน dermis และ epidermis layer มีโอกาสเป็น melanoma ได้มากเหมือนกัน แต่พวก melanoma ที่เกิดในเด็กก่อน puberty นมลักษณะพิเศษไม่เหมือน adult melanoma คือไม่มี metastasis ได้เร็วการผ่าตัดเฉพาะที่โดยถูกหลักแล้วสามารถทำให้หายขาดได้ง่ายกว่าในผู้ใหญ่

4. ไฝสีฟ้าหรือดีเด็กกล้า (Blue nevus หรือบางที่เรียกว่า Jadassohn-Tieche nevus) พบ nevus cell ใน dermis ไม่ทำให้เกิด melanoma

ไฝแห่งใดก็ตามที่สีดำคล้ำมากจน กว้างออกไปกว่าเดิม มีเลือดออกและเป็นแผล แสดงว่าไฝแห่งนี้กลายเป็น melanoma แล้ว

หลักการเอาไฝออกนั้นมดงน คือ

1. ห้ามใช้ไฟพาจหรือใช้น้ำกรดกัด
2. ควรผ่าตัด ผ่าผิวหนังให้กว้างห่างจากไฝไว้ได้เสมอและพยายามเอาออกให้หมด ถ้าเกิดเป็น melanoma ขันแดงควรผ่าตัดพร้อมทั้งทำ Block dissection ของ glands ที่ตั้งยังมี metastasis ไปถึง ถ้าเป็นทนมมือ ควรตัดนมมือและเอา axillary glands ออกหมด ถ้าเป็นทขานหรือฝ่ามือ หรือทขา เขาพบว่าถ้าทำ Subscapular amputation หรือทำ hemipelvectomy มีโอกาสเพิ่ม 5 years survival rate ได้ถึง 3%

Grading of Catheter

(ขนาดของสายขงสวนปัสสาวะ)

<u>French Scale</u>		<u>English Scale</u>	<u>American Scale</u>
Charriere Scale	Benique Scale		
F	F × 2	$\frac{F}{2}$	$\frac{2}{3} \times F$

หมายเหตุ F = $\frac{1}{3}$ ของมิลลิเมตร

- ถ้า Catheter No. 12 F Catheter มี Diameter $\frac{12}{3} = 4$ มิลลิเมตร
- „ No. 24 F „ „ $\frac{24}{3} = 8$ „ „
- „ No. 12 F = No. 24 ของ Benique Scale
- = No. 6 ของ English Scale
- = No. 8 ของ American Scale

ส่วนมากทั่วโลกผู้สร้างเครื่องมือแพทย์และแพทย์นิยมเรียก French scale แบบ Charriere Scale คือด้วย F (French) ส่วนของอังกฤษและอเมริกาเขาไม่นิยมใช้กัน

Renal Tuberculosis

The classic work of Medlar and associates has resolved a previously controversial subject. Widespread agreement exists that the *initial lesion almost always is pulmonary* and that the spread from this initial lesion in the lung is by way of the blood stream producing bilateral military renal lesions.

Reference

Medlar E.M., Spain D.M. & Holliday, R.W. Post mortem compared with clinical Diagnosis of Genito-urinary T.B. in Adult Males J. Urol, 61 : 1708-1088 (June) 1949.

Bright (1836) 4 Cardinal signs of Glomerulonephritis

1. edema.
2. an enlarged heart or hypertension.
3. disturbance of general metabolism.
4. renal dysfunction.

Addis ให้ความเห็นว่า คนไข้ที่เป็น acute glomerulonephritis จะมี latent period ถึง ๑๐ ปี ที่จะมี complete healing process ใน Kidney

Ref. Addis Thomas: Glomerular Nephritis. Diagnosis & treatment New York. The Macmillan Co. 1948, 338 pp.