

# บทบรรณาธิการ

## Low back pain with Sciatica

.....

\* Professor Beyan Kcon - Cohen F.R.C.S. (Eng), F.R.A.C.S. แห่งมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ออสเตรเลีย ได้พูดถึงเรื่อง Low back pain ที่มีอาการของ Sciatica ท่านพูดว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเช่นนั้น ส่วนมากเป็นอาการของ herniation ของ intervertebral disc เท่าที่ได้รวบรวมอาการของ Low back pain มาประมาณ 500 คน พบว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรค prolapsed disc เสีย 84 คน ท่านให้คำจำกัดความของ sciatica ว่าเป็น "neuralgic pain below the knee" ถ้าอาการเจ็บปวดนั้นอยู่แค่เหนือหัวเข่า เราไม่เรียกว่า Sciatica อาการเจ็บปวดตามเส้นประสาทที่แล่นไปต่ำกว่าข้อหัวเข่าอาจจะเลยไปที่เท้า และอาจจะไปที่หัวแม่เท้า หรือนิ้วก้อยซึ่งมีความสำคัญมากในการตรวจร่างกายของโรคนี้ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป ท่านได้ให้หัวข้อสำคัญในการวินิจฉัยโรค Prolapsed disc ไว้ดังนี้ คือ

1. มีอาการของ Low back pain with sciatica.

2. มี Trigger point คือ ให้นักไขสัน แล้วเอาหมอนที่เคาะ jerk หรือกำปั้นมือทุบไปตรงหลังข้างหนึ่งข้างใดก็ได้ ทั่ว spines ของ L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> คนไข้จะรู้สึกเจ็บตรงที่ทุบ และการเจ็บปวดจะแล่นลงไปทั้งขาข้างล่างทันที

3. จะมีการเปลี่ยนแปลงของ sensation ของ leg จาก paresthesia ไปจนถึง anaesthesia อาจจะเป็นด้านในหรือด้านนอกของขา

4. มี ankle jerk น้อยลง หรือไม่มีเลยในข้างที่เป็น

Professor Cohen ได้ย้ำว่าสำหรับการ test ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ท่านถือว่าการทำ Trigger point และมี radiating pain ลงไปข้างล่างของขา เป็น test ที่ท่านปฏิเสธถือว่าสำคัญกว่าการทำ test อื่นๆ ทั้งหมด จะเห็นว่าเป็น "Pathognomonic sign" ของ Prolapsed disc ได้ทีเดียว ส่วนการ test เช่น Laseque sign หรือเราเรียกว่า "Straight-leg-raising, hip flexion sign" ก็ยังไม่สำคัญเท่า เพราะเราอาจจะได้ sign นี้ในโรค acute low back pain จากสาเหตุอื่น ๆ ก็ได้ เพราะคนไข้ยกขา อาจจะเจ็บเหมือนกัน แต่เท่าที่สังเกตในรายที่เป็น prolapsed disc แล้ว การยกขาตรง ๆ ขึ้นจากพื้นให้มีการ flexion ของ hip จะมีอาการเจ็บตามขา คนไข้อาจจะยกไม่ถึง 30° จากพื้น และไม่มีใครยกได้ 90° จากพื้นเลย ส่วนอาการทาง sensation, ankle jerk เปลี่ยนแปลงนั้นก็แล้วแต่ lesion ตรงระดับไหน ส่วนมากมักพบ มี Herniated disc ตรงระหว่าง L<sub>5</sub> กับ Sacrum มากกว่า ระหว่าง L<sub>4</sub> กับ L<sub>5</sub>

จากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่ขา เราสามารถจะรู้ได้ว่ามี prolapsed disc ตรงระดับไหน คือ

ระหว่าง L<sub>5</sub>-Sacrum จะมี signs ของ First Sacral nerve root ถูกกดมากกว่า root ของ Nerve อื่น ๆ ทำให้มีอาการดังนี้

1. ความเจ็บปวดแล่นไปที่นิ้วก้อยของเท้า

2. Ankle jerk ช้าหรือหายไป

3. มี area of paresthesia หรือ anaesthesia ตรงด้านนอกของขา

ถ้าระหว่าง L4-L5 จะมี sign และ symptoms ของ 5<sup>th</sup> Lumbar nerve root ถูกกดตั้ง

1. มีความเจ็บปวดแล่นไปที่นิ้วหัวแม่เท้า (Big toe) และจะมี weak-ness ของ Extensor Hallucis longus เราทำ "Big toe test" จะ positive คือ ให้คนไข้นั่งแล้วให้กระดกหัวแม่เท้าขึ้นมา แพทย์เอานิ้วมือนั้นไว้ ทำพร้อมกันทั้งสองข้าง ข้างที่มี lesion จะพบว่า หัวแม่เท้าข้างนั้นจะกระดกขึ้นไม่แรงเหมือนข้างที่เป็นโรค การทำ "Big toe test" นี้ professor cohen ย้ำว่าเป็น Pathognomonic sign ของ 5<sup>th</sup> Lumbar nerve root compression และไม่มีอะไรแล้วนอกจาก Herniated disc เท่านั้นที่เป็นสาเหตุสำคัญ Prof. Cohen บอกว่ากล้ามเนื้อ Extensor hallucis longus เป็นกล้ามเนื้อที่พิเศษที่ 5<sup>th</sup> lumbar nerve เส้นเดียวเท่านั้นที่มา supply

2. คนไข้จะมี paresthesia หรือ anaesthesia ในด้านในของขา

3. Knee jerk อาจจะธรรมดา หรือช้ากว่าปรกติก็ได้

Prof. Cohen ได้อธิบายถึง scoliosis ของ lumbar nerve อาจจะมี scoliosis ทางเดียว หรือตรงกันข้ามกับ lesion ก็ได้แล้วแต่ herniated disc นั้นจะกด nerve root ทางไหน ซึ่งท่านได้แสดงรูปให้ดูเห็นชัดว่า ถ้า disc นั้นอยู่ข้างใน nerve root อยู่ด้านข้างๆ คนไข้จะตัวเบี้ยวไปด้านเดียวกับ lesion ถ้า disc อยู่นอกและกด nerve root ข้างนั้น ในคนไข้จะตัวเบี้ยวไปด้านตรงกันข้ามกับ lesion

ท่านปาฐกได้พูดถึงวิธีตรวจด้วย X-rays

เราจะพบ intervetebral space แคบกว่าธรรมดา การทำ Myelography ช่วยได้มาก แต่ท่านเองมีความเห็นว่า การตรวจร่างกายเท่านั้นสามารถรู้ Myelography ไม่จำเป็นนัก นอกจากจะใช้ในรายที่ตัดทรวงสังสัย

เรื่องการรักษา ท่านปาฐกได้วางหลักไว้ อย่างน่าฟังมาก คือ การรักษาโรคนี้มี 3 วิธีด้วยกัน

1. การทำ Manipulation
2. การทำ Immobilization
3. การทำ Operation

ท่านไม่แนะนำให้ทำ Manipulation เลย เพราะท่านเคยทำแล้ว ซึ่งทำให้ disc ที่กำลังจะ prolapse ออกจากที่ของมันทำให้ prolapse มากขึ้นอีก

ส่วนการทำ Immobilization และ Operation (removal of herniated disc) นั้น คือ

1. ทำผ่าตัดทุกราย บางรายที่มีการเจ็บปวดอย่างรุนแรง และไม่หายเลยจากการรักษาด้วย Immobilization แล้ว

2. ทำผ่าตัดในรายที่ได้ brace แล้ว แต่ทำงานไม่ได้

3. ทำ Immobilization ในรายที่ได้ Brace แล้ว แต่ทำงานไม่ได้

ดังนั้นจะเห็นได้ใน prolapsed disc ไม่จำเป็นที่จะต้องทำผ่าตัดทุกรายไป ส่วน technique ในการทำผ่าตัดนั้น Prof. Cohen ให้คนไข้นอนตะแคงข้างที่สังสัยมี lesion อยู่ข้างบน ทำ Longitudinal incision การให้นอนตะแคงตั้งอยู่อย่างหนึ่ง คือ เวลาผ่าตัดเลือดไหลลงข้างล่างไม่เลอะเทอะ แผลผ่าตัดขณะทำการผ่าตัดอยู่ และการผ่าตัดชนิดนี้ท่านไม่ได้ทำ Laminectomy เลย เรียกว่า soft tissue operation คือ ผ่าเป็นช่อง

## ETIOLOGY AND PREVENTION OF SLOUGHS PRODUCED BY L. NOREPINEPHRINE LEVOPHED

โดย Jacques Y. Berben M.D.

จาก American Practitioner-Digest of Treatment Vol. 9 No. 4 April 1958.

ผู้เขียนได้ทดลองฉีด dilute solution ของ L. Norepinephrine ในสุนัข ปรากฏผลว่า ถ้าฉีดเข้าเส้นเลือดดำ และไม่รั่ว จะเกิด Venous spasm ไป 4-6 ชั่วโมง แต่ไม่เกิด Slough เลย

ถ้าฉีดใต้ผิวหนังซ้ำๆ จะทำให้เกิด slough และ tissue necrosis ขึ้น ผู้เขียนได้ทดลองใช้ Regitine ฉีดในบริเวณ

ที่มี extravasation ของ levophed solution ภาย ใน 12 ชั่วโมง ปรากฏว่าป้องกันการเกิด slough ได้ ผู้เขียนเข้าใจว่าเป็นเพราะ Regitine ไป Dilate smooth muscle ในบริเวณนั้นเป็นการแก้ฤทธิ์ของ L. Norepinephrine เป็น Local effect ไม่ใช่ systemic effect เพราะถ้าฉีด Regitine อีกข้างหนึ่ง จะกัน slough ไม่ได้ และ Regitine ไม่ทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง

## HUMAN HEMOGLOBIN

โดย Amoz I. Chernoff M.D.

จาก American Practitioner - Digest of Treatment Vol. 9 No. 4 April 1958.

การทำ Paper electrophoresis โดยอาศัยหลักที่ว่า molecules ชนิดต่างๆ เคลื่อนไหวไปใน electric field ด้วยอัตราเร็วต่างๆ กัน ทำให้สามารถแยกชนิดของ Hemoglobin ในคนออกไปได้เป็นหลายชนิด ให้ชื่อตามตัวอักษร ที่สำคัญมีดังนี้

1. Hemoglobin A. = Adult hemoglobin มีมากที่สุด ถึงจะมีอย่างอื่นปนก็มักมี hemoglobin A. เกิน 50 %

2. Hemoglobin F. หรือ Fetal hemoglobin, resist ต่อ alkali พบมากในโรคพวก Hereditary hemolytic anemia และเด็กแรกเกิด (60-90%) ในเด็กอายุ 2-4 ปี มีต่ำกว่า 2% และใน Adult มี .0-0.5 %

3. Hemoglobin S. หรือ Sickle cells hemoglobin มี 9-10% ใน American Negroes

4. Hemoglobin E. พบมากในคนไทย (13-14%) และพบบ้างในคนชาว Indonesia, ซีลอน, พม่า, อินโดจีน

5. Hemoglobin H. พบมากในชาวจีน นอกจากนั้น มี Hemoglobin M, D, G, C, I, J, K, L และ P ชนิดของ Hemoglobin นี้ถูกนำไปได้โดย Genes

ถ้าคนใดมี Hemoglobin ในร่างกายชนิดเดียว เรียกว่าเป็น Homozygous

ถ้าคนใดมี Hemoglobin ในร่างกายมากกว่า 1 ชนิด เรียกว่าเป็น Heterozygous

## LIVER FUNCTION TEST AND THEIR INTERPRETATION

โดย *A.M. Snell M.D. Polo Alto Medical Clinic, California*

จาก *Gastro-enterology Vol. 34 No. 4 April 1958.*

การ Interpret ผลของ Liver function เป็นเรื่องยุ่งยากและต้องประกอบกับ clinical data ด้วย ผู้เขียนได้กล่าวถึง test ดังต่อไปนี้

### 1) Serum bilirubin

$$\frac{\text{ใช้ 1 minute bilirubin} \times 100}{\text{Total bilirubin}}$$

ถ้าเกิน 40% = Regurgitational jaundice

### 2) Bromsulfalcin ecretion test ใช้ดู functioning hepatic cell mass และ circulation ใน liver

ปรกติถ้ามี G.I. hemorrhage, B.S.P. excretion จะ impair แต่ถ้า G.I. hemorrhage รายนน B.S.P.

ยังปรกติ เราอาจ exclude rupture ของ esophageal varices ได้

3) Alkali phosphatase test ถ้าขึ้นสูงโดยที่ C.C.F. หรือ ZnSO<sub>4</sub> turbidity negative ก็ถือว่า

Mechanical biliary obstruction

ส่วน C.C.F. จะมีผลบวกเมื่อมี Gamma globulin สูงหรือเมื่อมี albumin และ alpha globulin ต่ำ

เพราะ albumin และ alpha globulin เป็นตัว inhibit flocculation ที่เกิดจาก Cephalin Cholesterol reagent.

## EFFECTS OF TOLAZOLINE HYDROCHLORIDE

### Prisoline on Circulatory

#### Dynamics of Patients with Pulmonary Hypertension

โดย *Abraham M. Rudolph M.D., Milton H. Paul M.D., Leonard S. Sommer M.D., and Alexander S. Nadas. M.D. Boston, Mass.*

จาก *American Heart Journal vol. 55 No. 3 March 1958.*

Pulmonary Hypertension อาจเกิดจาก

1. Increase pulmonary blood flow เช่น P.D.A. หรือ Septal defect

2. Increase vascular resistance เช่น Mitral stenosis หรือ Primary pulmonary hypertension

ส่วน Tolazoline HCl (prisoline) มี Direct action ต่อ smooth muscles และเป็น Mild blocking agent

ผู้เขียนได้ทดลองฉีด prisoline เข้าเส้นในคนที่ มี pulmonary hypertension ระหว่างการทำ Cardiac catheterization ปรากฏว่า ไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงใน Pulmonary vascular resistance และ pressure ใน pulmonary artery เลย มีแต่ flushing ของ face และ extremities คนไข้รู้สึกร้อน และ บางรายมี rise in skin temperature และ digital blood flow เมื่อวัดด้วย digital plethysmography.

## COMPARISON OF ORAL PENICILLIN V. WITH INJECTABLE PROCAINE PENICILLIN

โดย *R.S. Griffith and F.B. Peck Jr.*

Lilly Laboratory for clinical research, Indianapolis General hospital, Indianapolis, Indiana.

จาก *Antibiotics and Chemotherapy Vol. 8 No. 3 March 1958.*

โดยอาศัยหลักที่ว่า ถ้าจะให้ดีเท่ากันจะต้อง  
ใช้ Oral Penicillin G. เป็นจำนวนถึง 4 เท่าของ  
parenteral penicillin injection

และโดยที่ Intestinal absorption ของ Peni-  
cillin V. คือเป็น 2 เท่าของ penicillin G. ที่ให้ทาง  
ปาก

ฉะนั้น สรุปได้ว่า ถ้าจะให้ได้ผลเท่ากัน

ต้องใช้ Oral penicillin V. เป็นจำนวน 2 เท่าของ  
parenteral penicillin G. injection

และควรให้ฉีดในรายที่มี Severe infection  
หรือในรายที่อาเจียน, กินไม่ได้ การให้รับประทาน  
penicillin V. ทุก 6 ชั่วโมง จะทำให้เกิด  
Intermittent bactericidal concentration ของ  
penicillin ในร่างกาย

## ANTIBACTERIAL ACTIVITY OF KANAMYCIN

โดย *A. Gourevith, G.A. Hunt and J. Lein*

จาก *Antibiotics and Chemo-therapy Vol.8 No. 3 March 1958.*

Kanamycin ทำจาก *Streptomyces Kanamy-*  
*ceticus* ประกอบด้วย ส่วนใหญ่ คือ Kanamycin  
A. และ ส่วนน้อย คือ Kanamycin B.

มันเป็น Broad spectrum antibiotics ซึ่งได้  
ผลต่อทั้ง Gram-positive, Gram-Negative และ  
Acid fast organism

spectrum ของมัน เหมือนกับ spectrum ของ  
Neomycin มากที่สุด

Kanamycin และ Neomycin มี cross  
resistance ร่วมกันเกือบทั้งหมด และ kana-  
mycin มี cross resistance ร่วมกับ Streptomycin  
เล็กน้อย

Resistance ของ *Staph. aureus* ต่อ kanamy-  
cin เกิดขึ้นช้า และที่เล็กน้อย แต่ Resistance ของ  
*M. Tuberculosis* ต่อ kanamycin เกิดขึ้นมาก  
และอย่างรวดเร็ว

## THE COMPARATIVE VALUE OF EMETIN AND CHLOROQUIN IN AMOEBIC LIVER ABSCESS

โดย *A.J. Winot, S.J. Powel and E.B. Adams. Department of Medicine, University of Natal and The Amoebiasis Research Unit*

จาก *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene Vol. 7 No. 2 March 1958.*

ปัจจุบันนี้ มีผู้นิยมใช้ Chloroquin รักษา  
Hepatic Amoebiasis มากขึ้นเพราะ

- 1) Effective ใกล้เคียงกับ Emetin
- 2) Toxicity น้อย

ผู้เขียนได้ทดลองเปรียบเทียบการใช้ Chlo-  
roquin + Di-iodohydroxyquinoline กับการใช้  
Emetin + Di-iodohydroxyquinoline (ถ้ามี Intes-  
tinal amoebiasis ร่วมด้วย ก็ให้ Tetracyclin ด้วย  
เพราะผู้เขียนเชื่อว่า ถ้าฟัง Chloroquin กับ Di-  
iodohydroxyquinoline ไม่เพียงพอในการรักษา  
Active Intestinal Amoebiasis และถ้าฟัง Tetracy-  
clin อย่างเดียวก็ไม่ได้ผลในการรักษา amoebic

liver abscess โดยที่ Tetracyclin ดีแต่ใน intestinal  
amoebiasis เท่านั้น แต่ไม่ concentrate ใน Liver  
เหมือนอย่าง Chloroquin)

ผลของการเปรียบเทียบ ปรากฏว่า Initial  
response เหมือนๆกัน ทั้ง Emetin และ Chloroquin  
(มีเป็นส่วนน้อย ที่ให้ chloroquin แล้วไม่ได้ขึ้น)

พวกที่ให้ Emetin ไม่มี relapse เลย แต่  
พวกที่ให้ chloroquin มี relapse ได้บ้าง

ถ้าให้ Course เดียวของ Emetin (10 วัน)  
มี relapse 7.7 %

ถ้าให้ 2 Courses ของ emetin (10 วันเว้น  
14 วัน แล้วต่ออีก 6 วัน) มี relapse น้อยกว่า 1 %

## RELIABILITY OF TUBELESS GASTRIC ANALYSIS IN PRESENCE OF COMPLICATING DISEASES

โดย *Theodore Rodman M.D., Arnold Gutman M.D. and Ralph M. Myerson M.D. Philadelphia*

จาก *Journal of American Medical Association* vol. 167, No. 2 May 1958. ผู้เขียนได้รายงาน  
ผลของการใช้ Azure A. ซึ่งเป็น Thionine dye  
Combine กับ Cathion exchange resin โดย Azure  
A. หนีถูก Release โดย Free Acidity ใน stomach  
ดูดซึมในลำไส้เล็ก และขับออกทางปัสสาวะเป็น  
สีน้ำเงิน ซึ่งถ้าไม่มี Acidity ใน stomach จะไม่มี  
สีน้ำเงินขับออกทางปัสสาวะ

ผู้เขียนได้ทำการทดลองในคนไข้ 100 ราย ที่  
*Philadelphia Veterans Administration Hospital*

ได้ผลว่าอาจเกิด False positive ได้ในโรคต่อไปนี้

- 1) Pyrolic Obstruction
- 2) Gastrojejunostomy เพราะอาจผ่าน  
กระเพาะเร็วเกินไป ไม่ทันถูกกับ aci-  
dity
- 3) Malabsorption syndrome
- 4) Hepatic failure และ Jaundice
- 5) Heart disease ที่มี Renal blood flow ต่ำ
- 6) Advanced renal disease, uremia และ  
obstructive uropathy

เล็ก ๆ ตรงระหว่าง lamina ของ L5 กับ superior border ของ Sacrum เอา ligament flavum ออกก็จะพบ disc herniation ได้ชัดเจน ไม่เคยพบ complication อะไรที่มากมาย นอกจากมี hema-

toma ในบางรายเท่านั้น ภายหลังผ่าตัดแล้วให้คนไข้ลุกเดิน ในวันที่ 12 ภายหลังผ่าตัด โดยใส่ "brace" อีกสัก 2-3 เดือน ถ้าทำงานได้ดีก็เลิกใส่ได้"

## ปัญหาการอดฝืน

จากรายงานของ พ.ญ. มณี สุนทรรังษี ซึ่งได้รวบรวมสถิติจากคนที่สมัครใจ (ครั้งนั้นยังไม่มียุทธศาสตร์บังคับ) มาให้ช่วยรักษาในเรื่องอดฝืน จากการติดฝืนโดยวิธีสูบ ผลที่ได้ก็คือสามารถให้คนไข้อดฝืนได้เกือบ 80 % จากการรักษาโดยวิธีใช้แบบ "หนามยอกก็เอาหนามบ่ง" คือการค่อย ๆ ลดจำนวน Morphine ที่ฉีดให้แทนด้วยการสูบฝืน และให้ยาระงับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังที่ได้ออดฝืน ส่วนมากก็เป็นยาระงับประสาท เช่น Largactil, Miltown, Codeine พวกยานอนหลับ เช่น seconal หรือ phenobarbital ผู้เขียนเองเห็นการรักษาจากสถาบันนี้ (โรงพยาบาลวอชิงตัน) แล้วตั้งแต่เริ่มต้นมา ก็พอจะเชื่อถือได้ว่าการรักษาคนไข้อดฝืนนั้นเป็นประการสำคัญที่สุดคือ เรื่องการเอาใจใส่ในอาการคนไข้โดยใกล้ชิดของแพทย์และพยาบาล ถ้าคอยดูแลให้ดีแล้ว คนไข้จะรู้สึกสบายไม่กระวนกระวาย และสามารถจะระงับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที่ โดยไม่ปล่อยให้มีอาการมาก ๆ เช่นบางคนอาจจะกระโดดตึก หรือตัวเนือสน ๆ ไปทั้งตัวก็มี เป็นต้น บางคนจะปลุกแพทย์ทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง ในเวลากลางคืนก็มี เพราะโรคนอนไม่หลับนี้เป็นอาการสำคัญ และมีในทุก ๆ คนที่อดฝืน ถ้าทราบใดการพยาบาลอย่างใกล้ชิดไม่เพียงพอแล้ว ผลที่ได้มักจะไม่ได้หรือไม่สำเร็จก็มี เฉพาะอย่างยิ่งใน

เมื่อรัฐบาลได้ประกาศบังคับให้คนอดฝืน ซึ่งสถานพยาบาลจำต้องรับคนอดฝืนในคราวหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมาก ๆ การพยาบาลจำเป็นต้องบกร่องอยู่บ้างเป็นธรรมดา ไม่เหมือนการเอาใจใส่ในคนอดฝืนครั้งละคน หรือสองคนอย่างที่โรงพยาบาลวอชิงตันได้ปฏิบัติมา ตามความสังเกตของ พ.ญ. มณี สุนทรรังษี เองก็พบว่า ถ้ามีคนไข้อดฝืนมารักษาในเวลาเดียวกันหลาย ๆ คนแล้ว ผลที่ได้ไม่ดีจำเป็นต้องแยกให้ห่างกันไกล ๆ หรือนัดมาให้อยู่ไม่พร้อมกัน เพราะคนที่มีอาการมาก ๆ ทำให้คนไข้ที่เริ่มอดเห็นว่ามันกลัว เลยกำลังใจท้อแท้เอาทีเดียว

อีกอย่างหนึ่งคนอดฝืนทุก ๆ คน มีเวลาสูบฝืนที่ตรงต่อเวลาเสมอ ถึงแม้กำลังทำอะไรสำคัญ ๆ อยู่ ถ้าถึงเวลาสูบฝืนแล้วต้องไปสูบเสียก่อน จากการตรงต่อเวลานี้ ควรจะนำมาปฏิบัติต่อคนอดฝืนด้วย เพราะมักจะมีอาการมาก ๆ ตามเวลาที่ตัวเคยสูบ และต้องจัดยาให้ตามเวลานั้นเสมอ จึงจะลดอาการอดฝืนได้ดีด้วย

ปัญหาที่ยากยังมีอีกมาก ดังที่ พ.ญ. มณี สุนทรรังษี ได้เขียนไว้ เพราะคนสูบฝืนสูบมากน้อยผิดกัน ระยะเวลาที่สูบก็ต่างกัน อารมณ์ของคนไข้ สิ่งแวดล้อม โรคประจำตัวและรวมทั้งจิตใจของคนไข้ด้วย ปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องศึกษาให้ละเอียดในทุก ๆ คนที่จะให้เรารักษาและ

การรักษาถือเป็น routine work คือให้ยาเท่า ๆ กัน ต้องนอนอยู่ในที่รักษาเพียงจำนวนวันเท่ากัน เช่น 10 วัน แล้วให้งดการรักษา ให้ไปอยู่สถานที่พักฟื้นในจำนวนเท่า ๆ กัน ถ้าทำเป็น routine work เหมือนกันหมดทุก ๆ คนแล้ว ผลที่ได้คงไม่ดีแน่ ๆ จะให้ผลสำเร็จแก่คนที่สูบมาเป็นเวลาอันสั้นกว่า, สูบน้อยกว่า และจิตใจเข้มแข็งกว่าเท่านั้น

เมื่อรัฐบาลได้ออกกฎหมายบังคับให้เลิกการสูบฝิ่น ปัญหาในอนาคตจะต้องเกิดขึ้นเหมือนประเทศอื่น ๆ คือการลักลอบสูบฝิ่น หรือเปลี่ยนจากการสูบเป็นการฉีดด้วยตนเอง ภายในบ้าน ซึ่งคนที่มาทำการรักษาอดฝิ่นแล้ว ไม่สำเร็จออกไป โดยหลงหูหลงตาเจ้าหน้าที่ หรือผู้ที่มีจิตใจอ่อนแอเป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นภาระของเจ้าหน้าที่ฝ่ายการปกครอง สังคมสงเคราะห์ และแพทย์ประจำครอบครัว หรือที่ทำการรักษาคนไข้ นั้น ๆ ควรจะนึกถึงไว้บ้างว่าควรจะแนะนำคนไข้ หรือให้การรักษาอย่างไร เช่นการรักษาพร้อมกับจิตแพทย์เป็นต้น และการรักษาเดี่ยวอาจจะได้ผลดีกว่าการรักษารวม ๆ กันมาก ๆ ก็ได้

ในปัจจุบันยังไม่มี การ test อะไรที่ให้ผลแน่นอนว่าในบิสตาวะของคนติดฝิ่น จะมีจำนวน Morphine เท่าใด ถึงแม้จะทำได้ก็เป็น test ที่ยากต่อการปฏิบัติ และไม่มี test อะไรเลยที่จะหาจำนวน Morphine ในเลือด แต่จากสังเกตอาการคนไข้ที่เว้นจากการอดสูบฝิ่น หรือติดจากการฉีด Morphine เราก็พอจะทราบได้ว่าคนไข้ติดฝิ่นหรือไม่ อาการนี้เราเรียกว่า "Withdrawal Symptoms" คือ ถ้าคนไข้เคยติดจากการฉีด Morphine วันละ 0.26-0.39 gm. (4-6 เกรน) มาแล้วเป็นจำนวน 30 วัน ถ้าเราเว้นไม่ฉีด Morphine ให้อย่างเคย คนไข้จะมีอาการดังนี้

ใน 16 ชั่วโมงแรก จะมีอาการกระวนกระวาย นอนไม่หลับ พลิกตัวไปมาหลาย ๆ ชั่วโมง หาวนอนติด ๆ กัน น้ำมูก น้ำตาไหลออก มีเหงื่อออกตามตัวมาก อาการนี้จะมีตลอด 24 ชั่วโมง

36 ชั่วโมงต่อมา ม่านตาขยาย มีขนลุก กล้ามเนื้อสั่นบังคับไม่ได้ กระวนกระวายอะอะ มากขึ้น ดิ้นไปมา เริ่มมีหน้าสั่น ลิ้นสั่น มีตะกิวที่ท้อง ท้องและหลัง ไม่อยากกินอาหาร นอนไม่หลับเลย อาเจียน ท้องร่วง อุณหภูมิทางทวารหนักจะขึ้นราว ๆ 2 การหายใจเร็วขึ้น และแรง ความดันจะสูงขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง จากการอด Morphine คนไข้ น้ำหนักตัวลดลง ประมาณ 5-15 lb. Eosinophine จะลดลงตามลำดับ จนหาไม่ได้ภายใน 48 ชั่วโมง

72 ชั่วโมงต่อไป อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะค่อย ๆ ลดน้อยลง พอ 5 ถึง 10 วันไปแล้ว อาการรุนแรงต่าง ๆ จะหายหมด แต่คนไข้จะรู้สึกอ่อนเพลียมาก และนอนไม่หลับเลย

อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นในคนไข้ที่ติดมอร์ฟีนอย่างฉืด 10 mg. (gr.  $\frac{1}{6}$ ) 4 เวลา ใน 1 วัน เป็นต้น

การมี "ลงแดง" ตามภาษาชาวบ้าน คือการถ่ายแบบท้องร่วงและมีเลือดออกมามากด้วย เข้าใจว่าคงจะเนื่องจากเหตุหลายประการด้วยกัน เช่น คนไข้มีโรคบิดเรื้อรัง แผลในลำไส้ใหญ่เรื้อรัง และมักจะเป็นในคนอายุมาก ๆ มีเส้นเลือดแข็ง และไม่หดตัวง่าย ๆ เวลาเลือดออกพอดฝิ่น ลำไส้จะทำงานบีบตัวเคลื่อนไหวมากขึ้น เลยทำให้แผลที่มีอยู่แล้วในลำไส้กำเริบขึ้น ก็จะทำให้เลือดออกได้มาก ๆ และหยุดยากเฉพาะในคนอายุมาก ๆ และถึงตายได้มาก ถ้าช่วยไม่ทัน อาการนี้มักจะเกิดในระยะแรก ๆ ของการอดฝิ่น



คนติดฝิ่นหรือมอร์ฟินในเลือด หรือใน tissue มีการบอนด์ออกไซด์ระดับสูงกว่าปรกติอยู่แล้ว และมี inhibitory action ต่อ oxidation ของ Carbohydrate คนไข้จะเคยต่อสภาวะการฉีกขาดของ Oxygen ในร่างกายอยู่ตลอดเวลาที่ติดฝิ่นเมื่อถึงคราวอดฝิ่น activity ต่างๆจะมีมากขึ้น Oxygen ก็เพิ่มมากขึ้น เฉพาะอย่างยิ่งในมันสมอง ซึ่งเมื่อก่อนอดฝิ่น nerve cells ต่าง ๆ คู่กันต่อการมี high tension ของ  $\text{CO}_2$  เมื่อเกิดมี  $\text{O}_2$  มากขึ้นในทันที จึงทำให้คนไข้มีอาการที่เราเรียกว่า “withdrawal symptoms” เกิดขึ้น ดังนั้น H. Davidian (อิหร่าน)

จึงแนะนำให้ใช้ Vitamin E รักษาคนไข้เพราะ Vitamin E มีคุณสมบัติเป็น Anti-oxidizing agent ต่อ tissue นายแพทย์ Davidian ได้ใช้ Vitamin E รักษาคนไข้อดฝิ่น โดยไม่ใช้ยาอย่างอื่นเลย ใน 10 ราย โดยใช้ขนาด 600 mg. - 1000 mg. ต่อ 1 วัน ทางปากจนกระทั่ง “withdrawal symptoms” หายหมด และให้ 100 - 200 mg. ต่อไปอีก 2 - 3 อาทิตย์ คนไข้หายได้เร็วและไม่มีอาการทรมาณอย่างใด แต่ถ้าใช้ร่วมกับยาอื่นๆ เช่น กับมอร์ฟิน อาการกลับหายช้ากว่าการใช้ Vitamin E อย่างเดียว

