

# การรักษาต้อกระจก ด้วยวิธีผ่าตัดแบบใหม่

โดย

\*นายแพทย์กอบชัย พรหมินทะโรจน์ M.D., F.I.C.S.

เรื่องต้อกระจกหรือ Cataract นี้ นับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและน่าสนใจมากที่สุดเรื่องหนึ่งในบรรดาเรื่องของโรคตาที่พบบ่อยๆทั้งในประชาชนชาวไทยและต่างประเทศ เพราะว่าผู้ที่เป็นต้อกระจกนั้น สายตาคมดวงไปทุกที่จนในที่สุดถึงขั้นที่ใช้การอะไรไม่ได้ ต้องกลายเป็นภาระของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และถ่วงความเจริญของบ้านเมือง ตามสถิติของแผนกจักษุวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2496 แสดงว่ามีผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจก เป็นจำนวนถึง 45% ของผู้ป่วยโรคตาทั้งหมด ที่รับไว้ทำการรักษาภายในสถานที่

การวินิจฉัยต้อกระจกนั้นไม่ใช่ของยาก แต่การรักษาซึ่งขณะนั้นทยอยอย่างเดียวคือ การผ่าตัดนั้น เป็นเรื่องที่ยังต้องการการศึกษาและค้นคว้าอีก ปัญหาอันสำคัญๆที่ข้าพเจ้าได้ประสบมากับตนเอง เมื่อได้ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกจักษุวิทยา แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นเวลาหลายปี ก่อนหน้าที่จะมีโอกาสได้ไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศนั้น เกี่ยวกับต้อกระจกนั้น

คือว่า เรายังไม่สามารถจะทำการรักษาผ่าตัดต้อกระจกได้ จนกว่าต้อนั้นจะสุก (mature) เสียก่อน ทั้งๆที่สายตาของผู้ป่วยก็มัวลงไปจนใช้การอะไรไม่ได้ แม้จะรอมาแต่ถึงหลายปีก็ยังไม่แสดงท่าทีว่าสุก นับว่าเป็นโรคที่ทรมานผู้ป่วย ทั้ง ทางร่างกาย และ จิตใจ ตลอดจนกระทั่ง เป็นการ บั่นทอนการ ประกอบกิจการงานและอาชีพของผู้ป่วย ซึ่งถ้าจะกล่าวให้กว้างออกไปก็นับว่าเป็นการตัดทอนกำลังงานของชาติอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นกับบุคคลซึ่งมีสติปัญญา ความสามารถอย่างบริบูรณ์และกำลังปฏิบัติงานที่สำคัญๆ ในราชการ ถ้าตาไม่เห็นเลยแล้วก็เสมือนว่าการทำงานเหล่านั้นจะต้องหยุดชะงักลง อันนับว่าเป็นข้อหนึ่ง

ปัญหาข้อที่สองก็คือว่า ผู้ป่วยส่วนมากมักจะกลัวในเมื่อแพทย์แนะนำจะต้องใช้ การรักษาโดยวิธีผ่าตัด ที่กลัวก็เพราะได้รับคำบอกเล่ามาจากบางคนว่า เมื่อทำการผ่าตัดแล้วแพทย์จะบังคับให้นอนนิ่งประคองนอนไม่ เป็นเวลาถึง 3 วัน หรือมากกว่า เลยทำให้ใจเสียทนไม่ไหว

\* อาจารย์ในแผนกจักษุกรรม ของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์

ปัญหาข้อที่สาม เกี่ยวกับผลที่ได้รับ การผ่าตัด นักเฝ้าจากผู้เคยได้ยินมา ว่า บางคนทำแล้วไม่เห็น หรือบางคนตอน แรกเห็นได้ดี แต่ต่อไปก็กลับมัวดวงอีก

ด้วยเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ จึงทำให้ข้าพเจ้า สนใจเรื่องการรักษาคือ กระจก มาก เป็น พิเศษ ฉะนั้นเมื่อข้าพเจ้ามีโอกาสได้รับทุนช่วยเหลือ จากมูลนิธิการศึกษาฟุ่ไบรท์แห่งประเทศไทย ไปศึกษาต่อวิชาจักษุวิทยา ณ ส.ร.อ. ข้าพเจ้าจึง ทราบว่าเวदानการรักษาคัดคือ กระจก นั้นได้ เจริญขึ้นมาก แม้จะยังไม่ถึงขั้นอุดมคติก็ตาม ว่าม้หลายอย่างที่ได้คิดค้นขึ้นเพื่อ ให้ การ ผ่า ตัด กระจกและปลดออกยั้งขึ้น ซึ่งข้าพเจ้ารู้สึก เป็นเกียรติที่จะได้บรรยายถึงวิธีการ ผ่าตัด แบบ ใหม่ใน ๑ พาดงกรณีเวชสาร ฉบับปฐมฤกษ์

เริ่มแรกที่เดียว ในการทำผ่าตัดคือ กระจกแบบใหม่ ผู้ทำผ่าตัดจะต้องมีความเข้าใจ ในหลักของการใช้ยาชาชนิดต่าง ๆ ให้ ได้ ผลดี ยั้งขึ้น เป็นต้นว่า การฉีดยาสะกดเส้นประสาท ตมองค์ที่ 7 (Akinesia of the Facial Nerve) อันเป็นการบ่งกันไม่ให้ผู้ป่วยสามารถบมบหนึ่ง ตาได้ในขณะทำการผ่าตัด นอกจากนี้เรายัง มียาใหม่ ๆ ที่ใช้ร่วมกับยาชา เช่น Hyaluro- nidase ( ใช้ผล 6 ถึง 10 turbidity reducing units ของ Hyaluronidase ต่อ 1 ซี.ซี. ของ ยาชา ) ซึ่งเป็น enzyme ที่ช่วยให้อำนาจของ ยาชาแผ่ส่วน ออกไปได้ อย่าง กว้างขวาง และ

ตมบรณียงขึ้น เป็นการช่วยลดความดันภายในนัยน์ตาให้หยดลงเมื่อฉีดเข้าไป ยัง ส่วน หลัง ของนัยน์ตา นับว่าม้ประโยชน์อย่างยิ่งในการ บองกันน้ำวุ้นภายในนัยน์ตา (Vitreous) เคลื่อน ออกมาขณะทำการผ่าตัด อันเป็นอันตราย ถ้าคณูอย่างหนึ่งของ การ ผ่า ตัด คือ กระจก ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดชนิดเขาคือออกอย่างเดียว หรือ เขาคือออกทั้งตมบุม เพราะเมื่อน้ำวุ้นเคลื่อน ตัวออกมาจากนัยน์ตาแล้ว มักจะเป็นเหตุให้ (1) เยื่อประดำทภายในนัยน์ตาหลุดลอกออก จากที่ (Retinal detachment) ได้ง่าย (2) น้ำวุ้นในนัยน์ตาขุ่น (Vitreous opacities) (3) แก้วตาบวม (corneal edema) (4) มี การ อักเสบของม่านตาภายหลังผ่าตัด และ (5) มี อาการของต้อหิน

ผู้ป่วยทุกคนเมื่อให้ทราบจากแพทย์ว่าจะ ต้องมีการรักษาโดยอาศัยการผ่าตัด มักจะต้อง นึกทนทว่าจะเจ็บมากน้อยแค่ไหน? และจะต้อง ถึงกับใช้ยาตมบหรือไม่? ด้วยวิธีการใช้ยาชา แบบใหม่ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บเลย และ การ ใช้ยาตมบก็ไม่ต้องจำเป็น เมื่อผู้ป่วยไม่เจ็บ ก็ระนอนให้แพทย์ทำการ ผ่าตัดได้ อย่างใจเย็น ผู้ป่วยเองก็จะไม่ ตมบ หรือบมบเค้นหนึ่งตาของ ตัวเองหรือออกถอนนัยน์ตาไปมา อันเป็นเหตุให้ การผ่าตัดไม่ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

เพราะฉะนั้นข้าพเจ้าจะได้กล่าวถึงวิธีการ โดยสังเขปดังต่อไปนี้

วิธีปฏิบัติในการให้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia และ Palpebral Akinesia)

ตามปรกติ ก่อนแพทย์จะลงมือทำการผ่าตัดประมาณ 20 นาที พยาบาลจะเป็นผู้ทำการหยอดยาชา เป็นต้นว่า Cocain 10 % ครึ่งละ 2 หยดทุกๆ 5 นาที เมื่อหยอดยาแล้วทุกครั้งควรบอกผู้ป่วยหลับตาไว้เสมอ ทั้งนี้เพื่อกันไม่ให้เกิดอาการตกเป็นแผลเพราะความแห้ง

การทำให้เกิด Akinesia นั้นอาจทำได้ 2 วิธี คือ

1. Local Akinesia ใช้เข็มเบอร์ 27 ความยาว 25 มม. ยาทใช้อาจเป็น Procain hydrochloride 2 % การฉีดให้ฉีดเข้าไปทาง ส่วน ของ หนึ่ง ตา ที่อยู่ สูง และ ต่ำ กว่า lateral canthal ligament ทั้งนี้เพื่อตัดความรู้สึกของ ปลายประสาทสามของศต 7 ซึ่งมาบังคับการบีบตัวของกล้ามเนื้อหนังตามนและตา วิธีนี้เป็นวิธีของ Van Lint

2. Nerve Block Akinesia

วิธีนี้จะให้ยาชาต้องใช้นิ้วชี้ กดค้างบน Zygomatic arch แล้วตามขอบล่างไปทางด้านหน้าของใบหูตรงตำแหน่งที่เรียกว่า Tragus ผนังจะพบ Condylloid process ของกระดูกขากรรไกร เมื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก Condylloid process นี้จะขยับไปทางด้านหน้าภายใต้หัวมือของผู้ให้ยาชา และเมื่อผู้ป่วยหุบปาก

Condylloid process ก็จะขยับเขยื้อนตาม ตรง ข้างบนคือตาแห่งที่จะฉีดยาเข้าไป ข้อ สำคัญคือต้องให้ปลายเข็มอยู่ anterior ต่อส่วน กลางของ Condylloid process

การฉีดยาเข้าไปภายหลังนัยน์ตา อาจ จะกระทำได้ 2 วิธี คือ

1. การฉีดผ่านทางผิวหนัง

หลังจากที่ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณ รอบนัยน์ตาดีแล้ว ใช้เข็มขนาดเล็กฉีดยาเข้าไป ภายในผิวหนังตรงตำแหน่งขอบของเปลือกตาทาง ส่วนล่างก่อนไปทางด้านขมับ รอดังกล่าว เปลี่ยน ใช้เข็มขนาดยาวขึ้น (45-50 มม.) แทงตรง บริเวณที่ฉีดยาไว้ ในขณะที่เดียวกันบอกให้ผู้ป่วยหลับตาขึ้นไปทางหัวคว ใช้เข็มสอดเข้าไป ขอบกระดูกเปลือกตา แล้วแทงเข็มลงไป อย่าให้ ปลายเข็มติดกับกระดูก ตัวเข็มจะต้องให้พุ่ง เข้าไปตรงใจกลางของเปลือกตา ก่อนที่จะฉีดยา ชาจะต้องดึงลูกบอลของกระบอกยานิดเดียวก่อน ทุก ครั้ง เพื่อแน่ใจว่าปลายของเข็มมิได้พาดเข้า ไปอยู่ในหลอดเลือด หลังจากฉีดยาเข้าไป แล้วประมาณ 1 ถึง 2 ช.ช. ให้ถอนเข็มออก แล้วให้ผู้ป่วยหลับตา และให้ผู้ป่วยยกคบนัยน์ ตาไว้ประมาณ 1-2 นาที

2. การฉีดผ่านทางเยื่อปมัยนตา

หลังจากที่หยอดยาราดังกล่าวในตอนต้น ผู้ผ่าตัดจะดึงหนังตาทางด้านขมับให้เผยออก แล้วใช้เข็มอย่างเดียวกับที่ใช้ฉีดผ่านทางผิวหนัง

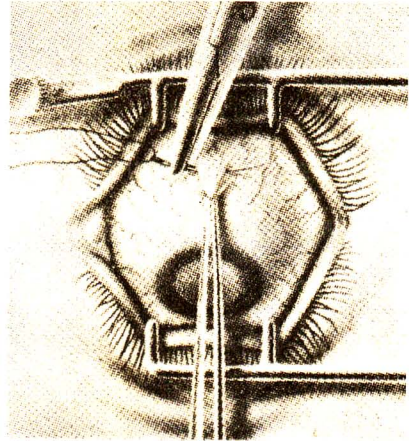
แทงเข้าไปที่เยื่อหุ้มนัยตา ส่วนที่อยู่ใกล้กับขอบ  
ล่างของเบ้าตา ในแนวเดียวกับที่กล่าวมาใน  
การฉีดผ่านทางผิวหนัง วิชาผู้นับวรู สักเจ็บ  
น้อยกว่า แต่การกระทำยากกว่าฉีดผ่านทาง  
ผิวหนัง

การที่จะผสม Epinephrine กับยาชาอื่น  
จะต้องพิจารณาให้ เหมาะ สมเป็น ราย ๆ ไป  
หัดทวไปกคอบ ผู้ป่วยจะต้องไม่โรคทชคกับ  
การที่จะได้รับ Epinephrine เป็นต้นว่า  
hypertension

การบังคับนัยตาให้อยู่กับที่ นับว่า  
เป็นวิธีอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้การผ่าตัดต่อกระ  
จกใหม่สะดวกขึ้น คือการเย็บติดกล้ามเนื้อ  
บนของ นัยตาที่ เรียกว่า Superior Rectus  
Bridal Suture นั้นประโยชน์ ช่วยได้ มาก  
สำหรับผู้บวชที่ไม่สามารถ จะ บังคับ นัยตาให้  
อยู่นิ่ง ๆ ได้ ในขณะรับการผ่าตัดหรือในรายที่ผู้  
บวชเป็นคนตะหงายกับแพทย์ หรือในรายที่ผู้  
บวชหูตงเป็นคน โดยวิชาเราไม่จำเป็นต้องหัด  
ผู้บวชให้กลดกตาค่อนทำการผ่าตัดอย่างแต่ก่อน  
อันเป็นการเร่งเวลาในการรักษาให้เร็ว ยิ่งขึ้น  
เพราะในบางคนแม้จะหัดเป็นคนเวดาดหลายวันก็ยัง  
ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ได้ หรือ  
บางทีเวดาดซ่อมปฏิบัติได้ แต่พอถึงคราวทำ  
จริงๆ อยู่บนเตียงผ่าตัดแล้วกลับกลายเป็นคนตะ  
หงาย เนื่องจากความตื่นเตนต่อสถานที่และสิ่ง  
แวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องผ่าตัด ทำให้เกิด

ขดกขคคเป็นอย่างมากใน ขณะ ที่แพทย์ ทำการ  
ผ่าตัด

การทำ Superior Rectus Bridal Su-  
ture นั้นอาจทำได้ภายหลังจากที่ถ่าง หนังกตาแล้ว  
ด้วย Speculum แล้วใช้ fixation forceps จับ  
เยื่อหุ้มนัยตาตรง 12 น. โน้มนัยตาให้คว่ำลง  
แล้วใช้เข็มคมชนิดใหม่ขนาด 000 ตักที่เยื่อ  
หุ้มนัยตาด้านบนห่างจาก ขอบ ตาคำ ประมาณ 8  
ม.ม. (ดูรูปที่ 1) ในการนี้ต้องพยายามดึง



รูปที่ 1

หลุดโลหิต เพราะอาจทำให้มี hematoma ได้  
มากถ้าปลายเข็มไปถกเข้า เมื่อเข็มตักถก  
กล้ามเนื้อแล้ว ตัวนัยตาจะคว่ำลงได้ในเมื่อ  
เราดึงใหม่นั้นให้ตึง โดยวิชาเราอาจให้นัยน  
ตาคว่ามากน้อยเพียงใด ก็ได้โดย อาศัย การ ตึง  
หย่อนของไหมเส้นนั้น

ในผู้ป่วยบางรายที่กวดการผ่าตัดมากจน  
อาจมีอาการตื่นเตนจนบังคับตัวไม่อยู่ ถ้าหาก

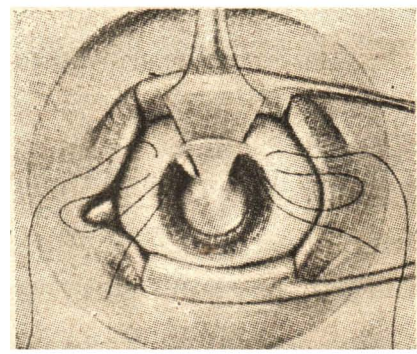
จะทำการผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่แค่แห่งเดียว เราจำเป็นต้องช่วยโดยวิธีที่เรียกว่า General Akinesia ซึ่งหมายความว่าทำให้กล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ มึนเกิดอาการคล้ายคลึง โดยอาศัยยาบางชนิด เป็นต้นว่า Curare ซึ่งใช้ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาด 60 ม.ม. ซึ่งเป็นขนาดที่ไม่อันตราย และอาจมีฤทธิ์อยู่ได้ประมาณ 20 นาที

ผู้ป่วยที่มีอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อเมื่อได้รับ Curare เข้าไปแล้วจะมีอาการตึงบงเขี้ยวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อโดยรวดเร็ว นัยน์ตาจะอยู่นิ่ง เหมาะสำหรับการผ่าตัดและกล้ามเนื้อของหนังตาจะคลายความตึงตัวลงไป ความดันภายในนัยน์ตาจะลดลงประมาณ 8-5 ม.ม. ปรอท เหตุการณ์ประโยชน์ของ Curare อย่างไรก็ตามอันตรายของ Curare ก็มี เช่นทำให้การหายใจผิดปกติจนอาจมี อาการของ anoxia เกิดขึ้น ฉะนั้นการใช้ยาชนิดนี้จึงควรศึกษาให้เข้าใจใน เกสซ์ วิทยาให้แน่นอน และต้องใช้ความระมัดระวังทุกคราว

การผ่าตัดเบียดแผลที่นัยน์ตานี้ นับว่าเป็นตอนที่สำคัญที่สุดตอนหนึ่งในการ ทำ ผ่า ตัด ต้อกระจกแบบใหม่ เพราะถ้าวงปากแผลได้ส่วนดี การเอาต้อกระจกออกในตอนต่อไปก็จะง่าย และแผลก็จะติดและหายในเร็ววัน การผ่าตัดทำก่อนมาทาง ด้านหน้า บนตาดำ มาก

เกินไปก็จะเป็นผลเสีย คือทำให้แผลหายช้า และยังอาจทำให้เยื่ออ่อนชั้นนอกของ ตาดำ งอกตามลงไปตามรอยแผล (Epithelial ingrowth) อันเป็นอันตรายสำคัญอย่างหนึ่งภายหลังการ ผ่า ตัด หรือถ้าการผ่าตัดเข้าไปทางด้านหลังบนตาขาวมากเกินไปก็อาจเป็นเหตุให้มดลูกหลุดออกมากรบกอนการผ่าตัด และอาจไหลลงไปภายในนัยน์ตาก็ได้

ในบางรายที่ห้องหน้าม่านตาตื้นกว่าธรรมดา การผ่าโดยมีด Von Graefe ซึ่งนิยมทำกันมาแต่เดิมนั้นมักจะไม่สะดวก เพราะคมมีดอาจไปถูกส่วนของม่านตา ทำให้ม่านตาดันขาด และเป็นเหตุให้โลหิตออกเพื่อบองกันอันตรายดังกล่าว เราจึงหันไปหาวิธีใหม่ที่ปลอดภัยกว่าการใช้ มีด Von Graefe คือ เราเริ่มผ่าให้เป็นแผลขนาดพอ ส้มควรง่อน ด้วย มีด ส้อม เหลี่ยม ที่ เรียกว่า Kera-tome (ดูรูปที่ 2) แล้วจึงค่อยขยายปากแผล



รูปที่ 2

ให้กว้างขึ้นด้วยกรรไกร ถ้าให้ตื้นกว่าจะเป็น

กรรไกรที่จัดทำขึ้นขยาย ปากแผ่น โดยเฉพาะ ซึ่งมีหลายแบบตามชอบของผู้ทัศน ถ้าไม่มีความจำเป็นกรรไกรปลายโค้ง เพื่อจะได้สอดเขาไปได้ตามความโค้งของตาดำ และควรใช้ชนิดที่ปลายไม่แหลม นอกจากประโยชน์ในการปลอดภัยแล้วการใช้ Keratome ยังช่วยให้การผ่าง่ายขึ้นในรายที่ทำการ เย็บใหม่ไว้ ดวง หน้าขาวเจาะขอยาออกครึ่งหนึ่งว่า "การผ่าเปิดแผลที่ติดกันเท่ากับเป็นการผ่าตัดคือ กระจก สำเร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง"

แต่ก่อนเรามักจะต้องเผชิญกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องนอนนิ่งเหมือนขอนไม้ ภายหลังจากการผ่าตัดคือกระจกเป็นเวลานานหลายวัน ซึ่งเป็นกรรมมาตที่ร่างกายและจิตใจ จนบางคนกับแสดงอาการทางประสาทเกิดขึ้น เช่นอะอะโวยวาย ไม่ยอมนอน และมันตาแดงออกมาภายนอกแผลที่ผ่าไว้ เพื่อแก้ปัญหาอนนี้ เราจึงหาวิธีที่จะให้ผู้ป่วยนอนไม่นานจนเกินไปจนทนไม่ไหว โดยวิธีที่จะยึดปากแผลให้แน่นสนิทด้วยกัน ด้วยการเย็บปากแผลระหว่างตาดำกับตาขาว ทั้งนี้นอกจากจะช่วยให้แผลติดกันเร็วขึ้น แต่ยังเป็นการป้องกันโลหิตไหลซึมออกมาในระยะวันหลัง ๆ ของการทำผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถจะลุกนั่งได้ ภายหลังจากผ่าตัดเพียง 24 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งนอกจากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายแล้วยังเป็นทาง ป้องกันโรคแทรกซ้อน ๆ เพราะธรรมชาติผู้ที่รับการผ่าตัดกระจกนั้น ส่วนมาก

เป็นผู้ที่มากายมาก ถ้าหากผ่าตัดจนนอนเป็นเวลานาน มักจะมีโรคอื่นแทรกได้ เช่น ปอดบวม เป็นต้น

การเย็บแผลผ่าตัดคือกระจกนั้น เป็นดังที่ประโยชน์หลายประการ ด้วยเหตุนี้จึงแพทย์เกือบทุกคน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่กำลังทำการผ่าตัดคือออกทั้งสูงหุ้ม จึงมีความเห็นร่วมกันว่า การเย็บแผลเป็นดังที่จำเป็นอย่างยิ่ง

การเย็บหนังหลายวิธี และอาจจะเย็บก่อนหรือหลังการผ่าตัดเปิดแผลที่ขอบตาดำก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขณะนั้น กคือกรรไกรเย็บก่อน ทั้งนี้ผลดีหลายประการ คือ

1. ทำให้แผลติดสนิทกัน ณ ที่เดิมได้ดียิ่งขึ้น
2. ไม่เกิดการ ซอกซาคือ เยื่ออื่น ของนัยน์ตา
3. ง่ายกว่าการเย็บทีหลัง
4. หากมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในขณะทำการเอาคือกระจกออก เช่น นาวูนภายในนัยน์ตาเคลื่อนออก ผู้ที่ผ่าตัดอาจจะรวดเร็วที่เย็บไว้ปิดแผลได้ทันที

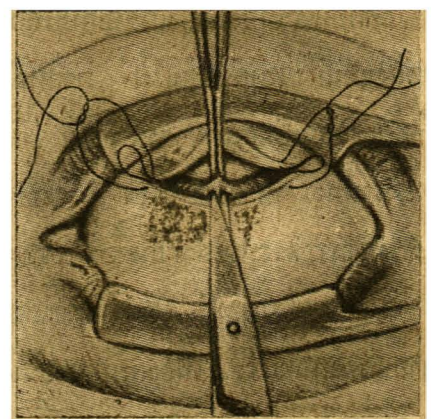
การเย็บควรจะใช้วิธีที่เรียกว่า Corneo-Scleral Sutures มากกว่า Conjunctival Suture คือเย็บผ่านเนื้อตาดำและตาขาวเพียงเดียว เพราะว่าจะมีกำลังยึดได้แน่นกว่า การเข้าเย็บไปในเนื้อของตาดำนั้น ไม่ปรากฏว่าทำ

ใหม่อันตรายเกิดขึ้นเลย เนื้อของตาจะคงได้  
 ทย่างเดิม และอาการร้ายตาเอียงหลังผ่าตัดก็  
 จะลดน้อยลงด้วย อย่างไรก็ตามถ้าผู้ใช้ไม่  
 ระวังระวังให้ดี การเย็บก้ามจันอันตรายได้  
 เป็นต้นว่า เย็บลึกเกินไปในตาขาวอาจจะไปทำ  
 อันตรายต่อ Ciliary body และโคขนของม่านตา  
 ทำให้มีการอักเสบหลังผ่าตัด แต่อันตรายดัง  
 กล่าวจะไม่ปรากฏเลยในเมื่อผู้ทำผ่าตัดมีความ  
 ขำนาญและศึกษาให้รู้ ถึงความหนาของตาขาว  
 ว่าหนาเพียงไมกี่ มม. เท่านั้น ฉะนั้นเมื่อ  
 คำนึงถึงประโยชน์ที่มากกว่าแล้ว จึงเป็น  
 การสมควรอย่างยิ่งที่จะใช้การเย็บแผลในเมื่อมี  
 โอกาสอำนวยให้

เข็มที่จะใช้เย็บแผลนั้น ควรจะเป็น  
 ชนิดที่คมที่ขอบมากกว่าเป็นเข็มกลม และแบบ  
 ที่ใหม่ที่สุดเวลานั้น เป็นชนิดที่ความคมอยู่ทาง  
 ด้านนอก เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้นวดเนื้อ  
 ขาดในขณะที่จะเย็บผ่าน จุดที่ใช้เย็บอาจจะ  
 เป็นใหม่หรือเอ็นกไต ที่มีขนาดเล็กที่สุด คือ  
 0.00000 ถ้าเป็นใหม่เราจำเป็นต้องตัดออกใน  
 ระหว่าง 10 - 13 วัน

ระยะต่อไปเมื่อผู้ผ่าตัดเบ็ดแผลให้ได้กว้าง  
 พอที่จะเอาตัวออกได้แล้ว ก็ดำเนินการผ่าตัด  
 ต่อไปเพื่อเอาตัวออก ในการทำงานเราจะต้อง  
 พยายามรักษารูปร่างและลักษณะของม่านตาไว้  
 ให้ใกล้เคียงของเดิมมากที่สุด และในเวลาเดียวกัน  
 ก็จะต้องรักษาชีวิตของเนื้อเยื่อ แทรกภายหลัง

ผ่าตัด เช่น คอหิน เป็นต้น แต่เดิมมักจะนิยม  
 ทำ Peripheral หรือ Complete Iridectomy  
 คือตัดมันออกเสียเพราะตั้งแต่นั้น หรือ ตัดยัด ทง  
 ความกว้างเลย ซึ่งวิธีหลังนี้ไม่สู้จะดีนัก เพราะ  
 ทำให้ช่องม่านตาค้างเกิดกรรมตา ทำให้ความ  
 เห็นด้อยลงไป (depth of focus น้อย) ฉะนั้น  
 ฉะนั้นเราจึงนิยมทำ Iridotomy แทน คือเพียง  
 แต่ตัดมันตาด้วยกรรไกร แหตม ตรง บริเวณ  
 12.00 น. หรือที่ 10.00 น. และ 2.00 น. ก็ได้  
 สุดแต่จะเห็นสมควรเป็นราย ๆ ไป (ดูรูปที่ 3)



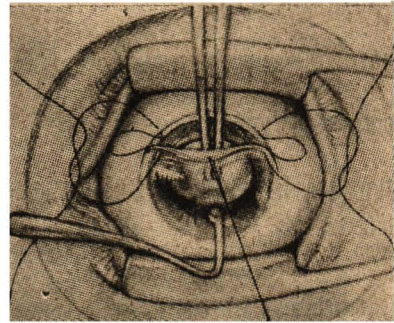
รูปที่ 3

ทั้งนั้นนอกจากจะเป็นการกันคอหินแต่เพียงช่วยกัน  
 ม่านตาเร่ดูออกมาก็ข้างนอก และรูปร่างของ  
 ช่องม่านตาก็จะคงทนอยู่ในสภาพเดิม  
 ชนิดสุดท้ายของการผ่าตัดคือ กระเจก แบบ  
 ใหม่ ก็คือ การหาวิธีที่จะเอาตัวกระเจกออก  
 พร้อมกับถุงเยื่อที่หุ้มคือ โดยไม่ให้ถุงฉีกขาด  
 และให้มีการชอกช้ำต่อนัยน์ตาน้อยที่สุด ทั้งนี้  
 เราอาจจะกระทำได้ด้วย เครื่องมืค แบบใหม่ ๆ

หลายอย่างด้วยกัน เช่น Capsule forceps หรือ Erisiphake

สำหรับ Capsule forceps นั้น ใช้นิ้วมือใช้กันมาก เพื่อช่วยเหวี่ยงกระจกหลุดเคลื่อนออกจาก suspensory ligaments และพร้อมกันนั้นก็จะช่วยดึงออกมา ซึ่งอาจจะทำได้โดยวิธีเหวี่ยงกระจก (Tumbling of lens) หรือวิธี

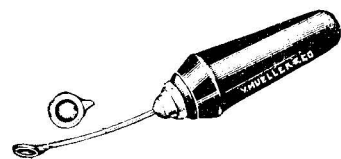
เอาออกมาตรง ๆ (Direct delivery of lens) สุดแท้แต่ชนิดและลักษณะของค็อกกระจก เป็นที่เห็นว่า ในรายที่ต้อยังไม่สุก หรือ ในรายที่ต้อสุกเกินไป ซึ่งเราควรจะทำการเอาค็อกกระจกออกโดยให้ตัวค็อกกระจกกลับ การจับโดย Capsule forceps จะต้องจับที่ตรงเยื่อหุ้มค็อกในตำแหน่งที่คาดถึงปากว่าเส้นศูนย์สูตรของค็อก การที่จะหาให้ต้อหลุดเคลื่อนจาก สายใยที่ยึดค็อกไว้ จะสำเร็จได้โดยง่าย ด้วยการขยับ Capsule forceps ไปมาทางด้านข้าง ในเวลาเดียวกันก็ได้รับความดันเล็กน้อย ช่วย จาก ภายในนอก นั้นนี้ตาโดยอาศัยปลายของ Lens Expressor Hook กดที่บริเวณ ขอบตาดำ ส่วนที่อยู่ตรงข้ามกับปลายของ Capsule forceps โดยวิธีอันได้จึงหว่าอย่างระมัดระวังอย่างเต็มที่ สายใยที่ยึดค็อกไว้โดยรอบก็จะหลุดจากค็อกโดยไม่อันตรายอย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้น ( รูปที่ 4 )



รูปที่ 4

นอกจากการใช้ Capsule forceps แล้ว เรายังมีเครื่องมือใหม่ ๆ ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ก็คือ Erisiphake ซึ่งเป็นเครื่องมือจับต้อแทนปากค็อก ประโยชน์ของ Erisiphake ก็คือช่วยดึงต้อในกรณีที่เยื่อหุ้มต้อ มักจะมีการฉีกขาดง่าย เพราะเนื้อที่ Erisiphake จับต้อไปบนเยื่อหุ้มต้อ นั้น กว้างกว่า Capsule forceps ทำให้ กำลัง ดึง กระจายไปโดย รอบ

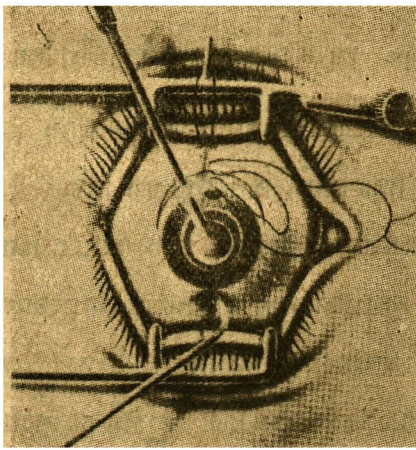
Erisiphake มีหลายแบบด้วยกัน แต่หลักใหญ่ก็คือทำให้เกิดสูญญากาศขึ้น อาจจะเป็นด้วยหลอดขนาดเล็ก ๆ หรือ ส้อม ตม เล็ก ๆ ก็ได้ ตรงปลายทำเป็นรูปคล้ายปากกัวยกตม ๆ สำหรับแตะตบบนเยื่อหุ้มต้อ สำหรับชาวพม่าก็นิยมใช้ชนิดของ Bell ( รูปที่ 5 ) ซึ่งอาศัย



รูปที่ 5



หลุดออกจากตาดักกับหัวเข็มแล้ว ทำให้เกิด กำลังดูดได้มากน้อยตามความต้องการของผู้ทำ ถ้าหากผู้ทำผ่าตัดต้องการให้ดูด นุ่มนวล ก็บีบหลอดยาวให้แฟบเต็มที่ เอาถ้วย Erisiphake ครอบกับต้อ แดงค่อย ๆ ผ่อนนวดบีบหลอดยาว ออก โดยอำนาจของสูญญากาศที่เกิดขึ้นภายใน หลอดยาวก็จะเกิดเป็นแรงดูดจนที่ปลาย ของ Erisiphake เมื่อใช้ Erisiphake ดูดต้อไว้ได้ติด แล้ว ก็ดำเนินการเอาต้อออกโดยอาศัยความดันจากภายนอกช่วย พร้อมทั้ง บีบ Erisiphake ไปมาอย่างเดียวกับการใช้ปากดูด ก็ก็จะหลุดจากสายใยที่ยึดไว้ และถูกดูดติดกับปลาย Erisiphake ออกมาพร้อมหนองเยื่อหุ้ม (ดูรูปที่ 6)



รูปที่ 6

เมื่อได้ทำการเอาต้อ ออก เรียบร้อยแล้ว จึงดึงไหมที่เย็บไว้ระหว่งตาดักกับตาขาวให้ตึง และทำการผูกให้แน่นพอสมควร ให้ปากแผล ติด

กันพอดี แล้วใช้ Iris repositer เกิดขึ้นมาต้อใหม่ให้กลับเข้าที่อย่างเดิมก็เป็นอันเสร็จการผ่าตัด

โดยอาศัย การผ่าตัด เอาต้อกระจกออก แบบใหม่ดังได้กล่าวมาพอสังเขปแล้ว ก็พอจะ เห็นได้ว่า ในเวลาที่เราไม่จำเป็นต้องใช้ถ้วยดูดเป็นต้อกระจกต้องได้รับการทราบก่อนเป็น เวลามาก ๆ เพื่อรอให้ต้อสุกหรือครบหมดทั้งก่อน เสียก่อน จึงจะสามารถทำการผ่าตัดรักษาได้ เพราะการเอาต้อออกพร้อมหนองเยื่อหุ้มนั้น ไม่ มีเศษ หรือส่วนหนึ่งส่วนใด ของต้อ ที่ยังอ่อนแออยู่ สามารถจะตกค้างอยู่ภายในนัยน์ตา อันเป็นเหตุให้กลายเป็นต้อขึ้นใหม่อีกภายหลัง (After-Cataract) ซึ่งต้องทำการผ่าตัดซ้ำ และยังเป็นอันตราย ถ้าหากความเค็มของต้อเหลือค้างอยู่ โดยทำให้เกิดการอักเสบของม่านตาและอวัยวะใกล้เคียงที่เราเรียกว่า Endophthalmitis phacoanaphylactica หรือ Lens induced Uveitis

นอกจาก ประโยชน์ ที่ ผู้ป่วย ไม่ต้องรอการผ่าตัดแล้ว การผ่าตัดแบบใหม่นี้ยังอำนวยความสะดวกสบาย ให้กับ ผู้ป่วย หมดห่วงประการหนึ่งผ่าตัด จึงมีผู้หันมานิยมอดทนมากขึ้น มาแทบจะทุกแห่งใน โรงพยาบาลตาในอเมริกา ที่ข้าพเจ้าได้มานม แมกระทั่งถึงชนแพทยผู้มชื่อเสียงผู้หนึ่งของอเมริกาที่ยังกล่าวไว้ว่า “ข้าพเจ้าเองได้ทำการผ่าตัดต้อกระจกโดยวิธีเก่า คือ การทำให้คงหุ้มต้อฉีกขาดก่อนเอาต้อออก และ ได้มีความชัดเจน ในวิธีนี้ มา เป็นเวลาสิบ ๆ ปี

ก่อนที่จะไต่เริ่มผ่าตัดวิธีแบบใหม่ คือ การเอา  
 ต้อออกพร้อมถุงงูหุ้มมัน โดยเหตุที่ผลของ  
 การผ่าตัดโดยวิธีหลังนี้ดีกว่าแต่ก่อน กล่าวคือ  
 การอักเสบภายหลังผ่าตัดไม่ค่อยปรากฏ ความ  
 ดันภายในนัยนศาตงูชกม่นอย และมคอ  
 กระจกมากชนิด ที่ถ้ามารจะใช้การผ่าตัดชนิด  
 นี้ได้โดยให้ผลสำเร็จดี ในเมื่อการผ่าตัดแบบ  
 เก่าช่วยไม่ได้ ข้าพเจ้าจึงได้หันมานิยมใช้วิธี  
 ผ่าตัดแบบใหม่ในทุกรายที่ไม่มีเหตุสงสัยมา  
 ชัดขวาง สำหรับตัวข้าพเจ้าเองก็ได้เคยทำ  
 การผ่าตัดแบบเก่ามาก่อนไปนอก และเมื่อ  
 กลับมาแล้วก็ได้พยายามใช้วิธีใหม่ทำ มีความ

รู้สึกดีกว่าตอนแรกๆ นั้น การผ่าตัดแบบใหม่  
 นั้นเป็นวิธีที่ยากกว่าวิธีก่อนมาก และการทำก็  
 ต้องใช้เวลายาวกว่ากัน ต้องอาศัยความ  
 ขำนาญ และต้องเข้าใจในหลักเกณฑ์ต่างๆ  
 เป็นอย่างดี แต่ถ้ามหาผู้ทำที่เริ่มใหม่ๆ นี้  
 อยากรจะตองทำวิธีใหม่นับว่า ข้าพเจ้าขอแนะ  
 นำว่า ให้ตองทำอย่างเก่าให้มีความขำนาญ  
 ก่อนแล้ว ข้าพเจ้าเชื่อแน่ว่าการผ่าตัดโดยวิธี  
 ใหม่จะไม่มีมีความลำบากกว่ากันแต่อย่างใด  
 เลย และอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในขณะที่ทำ  
 การผ่าตัดก็คิด หรือหลังจากผ่าตัดก็ จะลดลง  
 ไปด้วยเป็นแน่

**Errors in Surgery of the Biliary tract**

การบ่อนั่นไม่ให้ Injury ต่อ Hepatic artery ในการผ่าตัด Biliary tract ควรยึดหลักดังต่อไปนี้

1. Never ligating fat and peritoneum in mass without dissecting out their component parts.
2. Never ligating a large cystic artery until it has been traced upward and its branches on the gallbladder demonstrated.
3. In doubtful cases, dissecting from the fundus down, and ligating only on the wall of the gallbladder.

*Ref. George Crile, Jr. M.D.*

*Cleveland Clinic Quarterly Vol. 21, April, 4, 1955*