

# การรักษาวณโรคด้วยการผ่าตัด

## สำหรับผู้ป่วย ๑1 ราย

\*แพทย์ สیمان มนีกาภรณ์ F.R.C.S. (Eng),  
F.I.C.S., M.B. B.S. (Lond) D.T.M. (L-pool)

### โพรงของวันโรคปอด

การ เป็น โพรง ใน ปอด อันเนื่อง จาก วันโรคโดยมากเป็นเพราะความตึง (tension) ของอากาศภายในโพรงนั้น เพราะว่าโพรงมีทางติดต่อกับหลอดลมและอากาศมักจะไหลเข้าไปในโพรงได้ และไม่คอยออกจากโพรง แต่ในบางรายทางติดต่อบetween หลอดลมกับโพรง กว้างพอ ที่จะให้ มี การ ถ่ายเทได้ อย่างง่าย (free drainage) สำหรับในสาขาศาของแพทย์ผู้รักษา ทั้งสองโพรงนี้ ความหมาย เช่นกัน คือว่าในรายใดที่มีโพรงแสดงให้เห็นว่ากำลังต้านทานของผู้ป่วยไม่เพียงพอ ผู้ป่วย กำลัง พ่าย แพ้ โรค และ โดหิต ที่มาโดยรอบ ๆ โพรงก็ไม่เพียงพอเช่นกัน เพราะว่าความตึงของโพรง เป็นสิ่งที่กีดกันไม่ให้ โดหิต มาโดยได้เต็มที่ ความต้านทานของเนือปอดก็พลอยน้อยลงไปด้วย นอกจากนี้โพรง วันโรคทุกๆรายมีอิทธิพล (Potentiality) ที่จะถูกตามไปยัง เนือปอด ที่เหลือข้างเคียงกัน หรือในตำแหน่งข้างถัดมา ตามลำดับของ

Reid ที่โรง พยาบาล วันโรค ทางเหนือของ ประเทศ เวลด์ ๑๐% ของคนไข้ซึ่งโพรงไม่แฟบมักจะตายภายใน ๕ ปี ทำให้เรานึกว่า รายใดที่มีโพรง เป็นอันตรายต่อคนไข้อย่างยิ่ง แต่ถ้าไม่ตัดทิ้งเสียก็ควรทำให้แฟบ

ในการรักษาวณโรคเรื้อรัง โพรง จะใหญ่หรือ เล็กก็ ตามจุด ประสงค์ ของศัลย- แพทย์คือการทำให้โพรงนั้นแฟบ เมื่อปอด ได้พักผ่อนจากการ แฟบและมีโดหิต มาเลี้ยงดี ขึ้น โรคก็ตั้งต้นหายโดยเร็ว คนไข้ก็ค่อยๆ สบายขึ้น การไอลดน้อยลง นานักขึ้น รู้สึก แข็งแรงขึ้น และทุกอย่างจะดีขึ้นจนกระทั่ง โรคหายไปได้ ซึ่งกินเวลาราว ๑ ปีนับตั้งแต่ การผ่าตัด

วันโรคเป็นโรคที่น่าสยดสยอง เป็น โรคที่สังคมรังเกียจ หาดายๆ ประเทศจะกันไม่ให้ผู้มัจจุในปอดแม้แต่น้อยเดินทางเข้าประเทศของตัว ความจริงนั้นมันเป็นโรคที่รักษา หายได้ ถ้าไม่ทอดทิ้งแต่เดี๋ยวนี้เงินเนือปอดผู้ฟั่งไปเกือบหมดแล้ว และถ้ารักษาอย่างเต็มที่การ

๐ เรื่องนี้ได้บรรยายในคราวประชุมแพทย์ภาคเหนือ จ.ว. เชียงราย วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๘๑

\* ศาสตราจารย์ผู้ช่วยในแผนกศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์

หายมื่อตราสูง เมื่อเป็นเช่นนี้ ในสมัยนี้ใคร  
เป็นวัณโรคของปอดก็ไม่น่าจะตกอกตกใจ

ในสมัยหนึ่ง เชื่อกันว่าการเป็นวัณโรค  
พร้อมกับ บัสดัจะหวาน เป็นอันตราย การตรวจ  
วินิจฉัยของแพทย์ที่จะรักษาได้ ในรายงาน  
ข้างต้นมีแบบบัสดัจะหวานถึง ๗ ราย จะมี  
โพรงหรือโมกก็ตาม รักษาทั้งสองด้านพร้อม  
กันเมื่อได้ผ่าตัดแล้วก็หายไปได้ทุกราย และการ  
รักษาบัสดัจะหวาน ก็ยัง ดำเนินไป เรื่อย ๆ จน  
ตลอดชีวิต

การผ่าตัดและเศรษฐกิจ

ส่วนมากของ ผู้ป่วย ที่เป็น วัณโรค เป็น  
ผู้มาขอพบแพทย์ไปได้พอหรือ ๆ และในการ  
ที่แพทย์รักษาโรค ซึ่งจะต้องกินเวลายาวนาน เราจำ  
ต้องระมัดระวังอาชีพของเขา และความสำคัญ  
ของโรคปอดพร้อมกัน ยิ่งหาย เร็วยิ่ง ต้องหยุด  
งานน้อย ยิ่งดีสำหรับคนงานเหล่านี้ การ  
ผ่าตัด สำหรับ วัณโรค ของ ปอด ถ้า เล็ก ให้  
เหมาะ ๆ รายจะมีผลหายไม่ต่ำกว่า 90% โดย  
เฉพาะในรายที่เป็นเพียงก้นเดียว และโดย  
มากก็ต้องอยู่ใน โรงพยาบาล เพียง 3-4 อาทิตย์  
และเมื่อกลับบ้านแล้ว ทำงานเบา ๆ ได้บ้างจน  
กว่าโรคจะหาย จึง เป็น การ รักษา ที่ เหมาะสม  
สำหรับ ผู้ ทรมาน จาก วัณโรค ในอาชีพ หรือ ผู้ ทรมาน  
รอน จาก วัณโรค เพราะ ว่า การ ที่ จะ ให้ หยุด พัก ผ่อน  
เป็น เวลา 2-3 ปีนั้น เป็นการ เหลือ วิสัย สำหรับ  
คนงานบางคน ที่ จะ ต้อง เอง ตัวเอง และ  
ครอบครัว

ความนิยมของประชาชน

การผ่าตัดเป็นของใหม่ และเป็นของน่า  
เกรงกลัวสำหรับผู้ป่วย แต่ด้วยการที่การผ่าตัด  
ทำให้ผู้ป่วยหายดีหลาย ๆ คน ภายในเวลาอัน  
สั้นก็ไปบอกเล่าให้ฟังซึ่งกันและกัน ค่อย ๆ  
ปลุกความนิยมมากขึ้น จึงแนะนำผู้ป่วยอื่น ๆ  
ให้มาทำการรักษาต่อไป ฉะนั้นในปีต่อ ๆ  
มาจำนวนผู้ป่วยก็ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นมากขึ้น ดังจะ  
ได้เห็นตัวเลขต่อไปนี้

ในปี พ.ศ. 2494 มีผู้ป่วยผ่าตัด 12 ราย

ในปี พ.ศ. 2495 มีผู้ป่วยผ่าตัด 20 ราย

ในปี พ.ศ. 2496 มีผู้ป่วยผ่าตัด 38 ราย

ในปี พ.ศ. 2497 (ไม่แก่ครึ่งปี) มี

ผู้ป่วยผ่าตัด 21 ราย

วิธีการผ่าตัด

ในจำนวน คน ใช้ 91 ราย ที่ได้ รับ การ  
รักษาทางผ่าตัดนั้นแบ่งได้ เป็น 4 จำพวกดังต่อไปนี้

- 1. Intrapleural pneumolysis 3 ราย
- 2. Thoracoplasty (บางรายพร้อม  
ด้วย Apicolysis) 64 ราย
- 3. Plombage 13 ราย
- 4. Lung resection 11 ราย

การผ่าตัดบางวิธีก็ค่อย ๆ หมดสมัยไปเช่น  
การเจาะโพรง ของ Monaldi, Scalenotomy,  
Intercostal neurectomy และ จนกระทั่ง Phre-  
nic crush, การบีบประสาธเฟรนนิคทำให้

กระบ้งตมตายชั่วคราว แต่ในบางรายตายอย่างถาวรและไม่มีโอกาสดักันได้ คนไขษนดินถาจะทำ Thoracoplasty หรือ resection ตอนหลังมักจะตาบาก เพราะมี Atelectasis และการหอบมาประปน และถึงแม้ว่าจะทำ Pneumo-peritoneum เรากัไม่อยากบีบประสาทเพรนนิกให้

Intrapleural pneumolysis

ในสมัยที่การอัดตมเข้าปอดยังอยู่ในความนิยมของอยุรแพทย์ มีผู้ป่วยถึง 50% ที่ปอดแฟบไม่ตี เพราะมีพังผืดพวงพทพตราที่ Costovertebral groove และเพื่อที่จะให้ปอดแฟบก็ควรตัดพังผืดอนั้น (รูปที่ 1)

ถ้าพังผืดเบน เส้น เด็ก ๆ ยาว ๆ ก็ตัดงายด้วยไฟฟ้า (Intrapleural pneumolysis) แต่ถ้าพังผืดมหลายอัน คติยากแถม่อนตราายอาจจะมเด็ดออกหรือมนาชิม จึงเป็นกรผ่าตัดทีได้ผลไม่พังพอใจ ในอนดินบเราได้ผาตัดแบบนไป 3 ราย อายุ 19 ปี 25 ปี และ 35 ปี ทำให้ปอดแฟบคชน แต่บางรายก็แฟบไม่เต็มทั้งจึงได้ผลไม่ค่อยแน่นอนแตรการผ่าตัดแบบนี้จึงไม่ค่อยมีผู้นิยม และเรากัได้เลิกทำมาเป็นเวลา 3 ปีแล้ว

Thoracoplasty และ Apicolysis

การทำปอดที่เบน จันโรคให้แฟบด้วย การตัดซี่โครงบางส่วนออกนั้ วิวัฒนาการ

มาตั้งแต่ Breuer, Sauerbruck, Bull จนกระทั่ง Semb เป็นการผ่าตัดที่ทำผนังของทรวงอกให้แฟบเพื่อทำให้โพรงจันโรคแฟบ และการแฟบทำให้มเด็ดมา เดยงคชน พรอมทั้งได้พักผอน แผลก็ค่อย ๆ หายแตรบางรายก็มหินปูนมาเกาะ โดยมากใช้สำหรับจันโรคของกตบบน และถ้าเป็นกตบต่างดวยกัมักจะทำ ผาตัดเป็นชน ๆ เช่น คัดซี่โครงชนละ 3 ซี่ แตรจะทำ 10 ซี่ ก็ต้องทำ 3 ครั้ง แตรสมัยก่อนไม่กตัดคักเกินครั้งละ 3 ซี่ เพราะกตบจันโรคใช้จะหอบแตรเดี่ยเด็ดมามากเกินไป

สมัยนเมื่อได้คตัดซี่โครงแล้ว เรามักจะแตรเยอดปอดตงมาด้วย (Apicolysis) ในการกระทำนั้ ต้องคตัด Sibson's fascia และ Sebileau bands ซึ่งคติดอยู่กับ Periosteum และ Lower trunk of Brachial plexus และ Subclavian artery แตรวคคย ๆ แตร pleura จาก Innominate Vein และ Superior Vena Cava โดยมากแตรปอดตงมาถึงระดับซี่โครงที่ 4 หรือ 5 การแตรนั้เป็นแบบของ Semb แตรของ Price Thomas แตรเบนวริททำให้ปอดแฟบอย่างเนบเนยนเป็นทสุด คคยบทางคานหลัง ด้านข้าง แตรคานหน้าโดยรอบ

แม้แตรสมัยน หตาย ๆ ประเทศยังทำ Thoracoplasty ครั้งละ 3 ซี่อยู่ แต่ที่เราทำกันั้นสำหรับคนไทยนถาคนไขชนได้ เราอาจจะคตัดได้ถึง 5 ซี่ 6 ซี่ 7 ซี่ ในวอดเดี่ยวกันแตร

ก็ทำได้โดยไม่อันตราย จึงเป็น Thoracop-  
lasty ชนิดเดียว ส่วนมากพร้อมกับการเจาะ  
ยอดปอดทุกครั้ง รายใดที่เบนเวอรังมาหลาย ๆ  
ปี อาจจะเจาะยาวมาก และอาจจะทำให้เดิน  
เฉยขาด เช่น Innominate Vein ซึ่งเกิดชน  
ครกหนึ่งและโคเยบดเรียบรอย รายใดที่เดิน  
น้อย พดุมแบบบางอาจจะขาดได้เช่นกัน ทำ  
ให้อากาศเข้าออกอย่างน่ารำคาญ แต่เราก็ใช้  
เย็บด้วย Atraumatic needle แล้วดูดลมออก  
เสียจากปอดด้วยเข็มและท่อ 3 ทางก็เป็นการ  
เรียบรอยดี ยาสดบที่ใช้ เป็นยาชาชนิด Amet-  
hocaine Hydrochloride 0.03% ปนกับ Ad-  
renalin เป็นจำนวนคนละ 150-200 c.c. ยา  
นี้อยู่ได้นานกว่าโพเคน 2 เท่า และเหมาะ  
สำหรับฉีดในการผ่าตัดนี้ ในการหยิวนำเรา  
ให้ทั้ง Morphia, Physeptone และ Soneryl

ฉะนั้นเมื่อมาถึงห้องผ่าตัดคนไข้ก็วางพอด  
ชนิดผืนหนึ่งก่อน แล้วฉีด Intercostal  
block ตอนหลัง วิชานี้ดีกว่าให้ยาสดบแบบดม  
ที่อาจไม่ค่อยมีโรคแทรกซ้อน และสำหรับราย  
ที่เป็นซีกเดียวแดงเกือบไม่มีอัตราการตายเลย โรค  
แทรกซ้อนทำให้มีความลำบากใจ ในการดู  
และหลังผ่าตัด และอัตราการตายสูงขึ้นด้วย

ใน 64 รายที่ทำการผ่าตัดแบบนี้ มีตาย  
2 ราย คือ 3%

1. รายแรก ตายเพราะโลหิตซึมหลัง  
ทำ

2. รายที่สอง เป็นวัณโรคต้อง  
ปอดให้เลือดดำมดซ้าย 48 ซม. ให้หลัง และ  
ถึงแก่กรรม 4 วันหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ราย  
ที่เบนทั้งสองข้าง การดมยากทำให้มีการเส็ง  
มากจน และสำหรับปฏิบัติการคนเดียวของเรา  
ยาชาที่ใช้เหมาะสมที่สุด ของ Holme  
Sellers 800 ราย มีอัตราการตาย 2% และผลดี  
88%

ใน 64 รายนี้

- ก. หั่นรายทำผ่าตัด 3 ชิ้น
- ข. 15 รายทำผ่าตัด 2 ชิ้น
- ค. 48 รายทำผ่าตัด ชิ้นเดียว และใน

การผ่าตัดชิ้นเดียว โดยมากตัดซี่โครง 5 ซี่

ในจำนวนนี้มีผู้ชาย 52 คน และผู้หญิง  
12 คน มีระยะเวลาทบวย 6 เดือน ถึง 4 ปี  
และบางรายได้ทำ Pneumoperitoneum มาแล้ว  
ในการผ่าตัดก็ต้อง อยู่โรงพยาบาล 20-30 วัน  
ฉีด Streptomycin ก่อนทำผ่าตัด 10-30 วัน  
และเมื่อออกจากโรง พยาบาลไปแล้ว ก็แนะนำ  
ให้อ่อนมากๆ และถ้าทำงานก็ให้เบาๆ  
รับอาหารดีๆ เช่น ไข่ และนม ซึ่งเป็น  
อาหารสองอย่าง ซึ่งคนไทยเราจนเท่าจนก็มี  
กิน และเป็นอาหารที่เลิศ สำหรับคนไข้ชนิด  
นี้ ฉีด Streptomycin ต่อไปอีก 2 เดือน  
ก็ได้ พร้อมกับรับ Isoniazid และทานวิตามินปลา  
ทุกคนน้ำหนักจะขึ้น 2-5 กิโลกรัม และบาง  
คนจะขึ้นถึง 15 กิโลกรัม นอกจากนั้น 2 ราย

ต้องไปทำ Resection ตอนหลัง มี Reactivation 1 ราย รายที่เป็น 2 ข้าง หนักถึง 2 ราย

หลักเกณฑ์ที่เรียกว่าหาย

จริงอยู่ถ้าเสมหะมี Ziehl-Neelsen บวก คนใช้นัดคนอื่นได้ หรือ Ziehl-Neelsen ลบ เรียกว่าไม่ติดต่อกัน และคนไข้ที่เสมหะถึงแม้เอาไปฉีดเข้าหุนตะเกาะก็ไม่ มีเชื้อวัณโรค เราเรียกว่าหาย และการที่เสมหะมีเชื้อเปิดย่นแปลงมาเป็นไม่เชื้อ เราเรียกว่าการกลับเสมหะ (Sputum Conversion) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคกำลังหาย เป็นหลักเกณฑ์ที่ต้องทุกอย่าง แต่การตรวจเป็นการลำบากในบางตอนเช่นในรายซึ่งมีวัณโรคแต่เสมหะตรวจไม่พบเชื้อ ยกตัวอย่างเช่น ในจำนวนทั้งหมดของเรานับตรวจเสมหะ 24 ราย

มีบวก 8 ราย

มีลบ 16 ราย

เมื่อ เป็น เช่น นี้เราจึง ไม่กล้า ใช้ หลักเกณฑ์ที่ตัดสินกล่าวมาแต่

ผลที่ได้อาจจะหายหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับทาง Clinical คือว่าเมื่อหายคนไข้ก็แข็งแรง นานขึ้น ใจหายไป เสมหะไม่มี ไข้ไม่มี และ ทวี ๆ ไปก็สมบุรณ์ขึ้นทุกอย่าง

Plombage

ในการทำ Thoracoplasty เพื่อเจาะให้ยอดปอดยุบแฟบลงไปนั้น ผู้ป่วยบางคนจะมี

Paradoxical Respiration และถ้าเป็นคนที่อ่อนแออยู่แล้ว โดยเฉพาะ เป็นวัณโรค ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยจะหอบมาก เพื่อกันหอบจนเราจึงพยายามได้วัตถุบางอย่างเข้าไปในโพรงเหนือ ยอดปอดนั้น (Plombage) วัตถุที่ใช้กันทั่ว ๆ ไปมีหลายชนิด เช่น พาราฟิน Polystan หรือที่เราใช้ในรายคือเป็นเป็น Lucite Balls ซึ่งทำจาก Methyl Methacrylate มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ถึง 1 1/4 นิ้ว ได้ถูกทดลองติดกันไม่ให้ถูกกดมกถึงหลุดออกไปจากถุง วัตถุเหล่านี้ไม่ควรจะรวมกันเนื้อจริง ทั้งไว้ ได้นาน ๆ และรักษาให้ ปอดแฟบคงที่อยู่ถาวร

ช่องที่จะใส่ได้ถูกกดมไว้ จะ Extrapleural ก็ได้ และเมื่อจะทำเช่นนี้ก็ต้องเจาะพอดราก่อน ในรายแรก ๆ ที่ทำเช่นนี้พอดร่า ขาดทำให้ลำบาก และคนไข้หอบ ตอนหลังจึงเปิดย่นมาเป็น Extrafascial หรือ Extrapariosteal และโดยมากก็ตัดซี่โครงออกก่อน แล้วเจาะยอดปอดลงมาแล้วจึงได้ใส่ได้ถูกกดม

ก่อนทำพอดมมาจเราเก็บไว้ใช้ในรายที่มี Pulmonary Reserve ต่ำ โดยเฉพาะที่เป็นวัณโรค ทั้ง สอง ข้าง และ จะทำ พอดมมาจ ทั้งสองข้างก็ได้ แต่ว่าสถานการณ์ของคนไข้ อย่างไรก็ดี รายที่เอามาผ่าตัดเช่นนี้ มักจะเป็นการเลี้ยงเพราะ ปอด เสียส่วนมาก ที่ไม่เป็นวัณโรคก็เป็น Emphysema และ Alveolar

surface area น้อยกว่าคนธรรมดา จึงเป็น  
การเลี้ยงและมีการพยากรณ์โรคอยู่ในขั้นต่ำ

ถ้าเราจะทำพดอบมาจโดยไม่ตัดซี่โครง  
ออกก็เบนของดัดไม้ทำให้ Deformity ตอน  
หลัง

สำหรับ 3 รายที่ทำ Bilateral Plombage

มี Vital capacity 2100, 1840 และ 1200 c.c.  
รายที่ 3 เมื่อทำแล้วหอบถึงแก่กรรม อีกราย  
หนึ่งสบายจนพอดปานกลาง และอีกรายหนึ่ง  
น้ำหนักขึ้น 13 กิโลกรัม ทำมาหากินได้

ในหมู่ 10 คนที่ทำข้างเดียว มีวัณโรค  
ทั้ง สอง ข้าง และ เรา ทำให้ ข้าง ซึ่งเป็น มากที่  
ตายไป 3 คน เป็นเพราะเลือดออกสองคน  
และเพราะเหนื่อยจากพลุราชาติหนึ่งราย อีก 7  
คนน้ำหนักขึ้นโดยมาก มี Recurrence 2 ราย  
และหายดี 5 ราย

ในรายงานของ Woods and Buentee  
(1953) ได้ทำ Extraperiosteal Plombage  
285 ครั้ง สำหรับคนไข้ 270 คน โดยใช้  
Lucite balls เหมือนของเรา ทำข้างเดียว 227  
ราย หาย 72% ทำสองข้าง 43 ราย หาย  
16% ตาย 2 คน บางรายที่ไม่หายต้องทำ  
Resection ตอนหลัง

Lung Resection

การตัดปอดสำหรับวัณโรคของเราแบ่ง  
ออกได้เป็น ๓ ชนิด คือ

1. P. Pneumonectomy ตัดทั้งปอด  
ทำไป 3 ราย ตายไป 1 ราย

๒. Extrapleural pneumonectomy  
2 รายไม่มีตาย

3. Lobectomy ตัดกึ่งเดียว 5 ราย  
ไม่มีตาย

4. Segmental Resection 1 ราย  
หายดี

ข้อเหตุผล สำหรับ การ ตัด ปอด ที่ เป็น  
วัณโรค มีดังต่อไปนี้

1. รายใดที่ทำ Thoracoplasty แล้วอา  
การยังคงอยู่และในจำนวน 64 ราย ที่ทำ  
Thoracoplasty แล้ว ต้องมาทำ Lobectomy 1  
(เคยมี Cavity ที่กึ่งบนมี Bronchiectasis  
ด้วยดังในรูป 7) และอีกรายหนึ่งต้องทำ  
Extrapleural Pneumonectomy ให้ เพราะ  
เคยทำให้ Oleothorax มาแล้ว และมี Infec-  
tion.

2. รายที่เป็น Tuberculoma ซึ่งเป็น  
วัณโรคก้อนกลมๆ ในปอดมี Caseation  
และ Lamination เมื่อตัดออกก็หายดี

3. Segmental Resection สำหรับ  
Apical และ Posterior segment of Upper  
lobe

4. Lobectomy สำหรับโพรงในกึ่ง  
ล่าง

5. ที่เหลือทำสำหรับเนอปอดซึ่งเสียและ  
ไม่มีประโยชน์แล้ว (Destroyed Lung)

นอกจากนั้น ข้อเหตุผลอื่นๆ สำหรับ  
การตัดปอดท่อนอกคือ

1. ว่าเป็น Broncho - stenosis จาก  
Endobronchial Tuberculosis

2. สำหรับโพรงวัณโรคใน Superior  
Segment

3. ถ้าทศความสงสัยว่ามีเนื้องอกปอดอยู่  
ด้วย

ในสมัยนี้ความนิยมหันเหไปทางการตัด  
ปอดมากกว่า Thoracoplasty ก็ตาม เราจะ  
ต้องไม่ลืมว่า Thoracoplasty มีโรคแขนงน้อย  
และมีอัตราการตายต่ำส่วนการตัดปอดนั้น มีโรคแขนง  
หลายประการ เช่น Bronchopleural fistula ซึ่ง  
หายยากมาก Empyema, โรคอาจจะตามไป  
ที่เนอปอดอื่น ๆ หรือตามตรงข้าม หรือเข้า  
ใน Mediastinum และ Pericardium ตามความ  
เห็นของเราถ้าทำ Thoracoplasty ได้ควรทำ  
ก่อน และถ้าอาการไม่หายจึงค่อยหันเหไปทำ  
การตัดปอด และการตัดปอดหลังจาก Thora-  
coplasty นั้นหายจนหลายประการ คือว่าปอด  
แฟบตึงง่ายเสียแต่เล็กน้อย

ผลของ Bickford, et al ในการตัด  
ปอดมีดังต่อไปนี้ สำหรับคนไข้ 729 ราย

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Pneumonectomy       | 178 | ราย |
| Lobectomy           | 292 | ,,  |
| Segmental Resection | 252 | ,,  |
| รวม                 | 729 | ,,  |

มีอัตราการตาย 1.9%

มี Bronchopleural fistula 2%

ซึ่งพบวายเป็นชนิด

ผลเทียบระหว่าง Thoracoplasty และ  
Lung Resection (T.Holmes Sellors)

Thoracoplasty 800 ราย อัตราตาย  
2% โรคแขนง 4% ผลดี 88%

Resection

|                       |   |
|-----------------------|---|
| (Pneumonectomy 88 ราย | } 189 ราย อัตรา<br>ตาย 8.5% โรค<br>แขนง 14% ผลดี<br>72% |
| (Lobectomy และ        |   |
| Segmental resection   |   |
| 101 ราย               |   |

สรุปความ

ในจำนวนผู้ป่วยเป็นวัณโรค 91 รายได้  
ทำการผ่าตัดดังต่อไปนี้

1. Intrapleural pneumolysis 3 ราย  
หายดี แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยนิยม

2. Thoracoplasty (บางรายทำ Api-  
colysis ให้ด้วย) 64 ราย โดยมากตัด 5-7  
ซี่โครง ตาย 3% หายส่วนมากใช้ดีดยาธา

3. ทำ Plombage 13 ราย ใช้ Lucite  
Balls ในถุงทำ 2 ซ้าง 3 ราย ตาย 1 และทำ

ข้างเดียว 10 ราย ตาย 3 คน คนไข้สำหรับ  
Plombage ร่างกายทรุดโทรมมาก

4. Lung Resection 11 ราย คืบ  
Pneumonectomy 3 ราย ตาย 1 ราย Ex  
trapleural pneumonectomy 2 ราย หายดี  
Lobectomy 5 ราย ไม่มีตาย และ Segmen-  
tal resection 1 ราย หายดี

5. สำหรับ Apical tuberculosis การ  
ทำ Thoracoplasty ยั้้นำหน้าแต่ถ้าไม่หายจึง  
ค่อยทำ Lung resection ให้ค่อนข้าง การตัด  
ปอดออกมีข้อเหตุผลเองดังกล่าวแล้ว

เอกสารที่อ้างถึง:—

Bickford, B.J., Edwards, F. Ronald,  
Esplen, J.R., Gifford, J., Hamilton, Mair  
A.M., and Thomas, O.F., (1951) "lung Re-  
section for Pulmonary Tuberculosis," Tho-  
rax, 6:25

Reid, Hugh, (1952), Modern Practice  
in Tuberculosis, T. Holmes Sellors, Butler-  
worth & Co.

Sellors, T. Holmes, (1952), Modern  
Practice in Tuberculosis, Butlerworth & Co

Woods, Francis M., and Buente, L.,  
(1953), Extraperiosteal Lucite Ball Plom-  
bage, Amer. Rev. Tub. 68, 6, pp 902-911.

**Poor Prognosis in Myocardial Infarction**

1. Previous myocardial infarction
2. Intractable pain
3. Extreme degree of persistence of shock
4. Signi-fi-cant enlargement of the heart
5. Gallop rhythm
6. Congestive heart failure
7. Auricular fibrillation, ventricular tachycardia or intraventricular block
8. Diabetic acidosis, severe obesity, previous pulmonary embolism, varicosities in the legs, thrombophlebitis or other conditions encouraging thrombosis.

3.1 percent of patients who had a first attack with a benign picture died during hospitalization. The critical period are during the first few days of the attack, attending needless removal to the hospital, Physical and psychic trauma increased the hazards.

***Drs. Russek and Zohman.***

(From Analysis of the data derived from 1047 cases of acute myocardial infarction confirmed with electrocardiogram in 3 New York Hospitals)

***Reference. Am. J. M. Sc. Nov: 1952.***