

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Artical

การส่องกล้องตรวจหลอดลมในผู้ป่วยไอออกเลือด ใน รพ.ราชบุรี

Flexible Fiberoptic Bronchoscopy in Patient with Hemoptysis in Ratchaburi Hospital

อาทินันท์ วสุวัต พบ. วว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป)

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลราชบุรี

Atinan Wasuwat M.D.

Division of Internal Medicine

Ratchaburi Hospital

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไอออกเลือด ที่ได้รับการสืบค้นโดยวิธี flexible fiberoptic bronchoscopy ในโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2544 ถึง 31 มกราคม 2548 มีผู้ป่วยทั้งสิ้นที่มารับการตรวจ flexible fiberoptic bronchoscopy จำนวน 338 ราย โดยเป็นชาย 226 ราย (ร้อยละ 66.86) และหญิง 112 ราย (ร้อยละ 33.14) อายุระหว่าง 23 ถึง 92 ปี เฉลี่ย 62.62 ปี ยังสูบบุหรี่อยู่ 128 ราย (ร้อยละ 37.87) เลิกสูบบุหรี่แล้ว 83 ราย (ร้อยละ 24.56) และไม่สูบบุหรี่ 127 ราย (ร้อยละ 37.57) โดยในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่มีภาวะไอออกเลือด 77 ราย แบ่งเป็น ไอออกเลือดไม่มาก (nonmassive hemoptysis) 63 ราย และไอออกเลือดมาก (massive hemoptysis) 14 ราย ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน (definite diagnosis) จำนวน 40 ราย เป็นมะเร็ง 27 ราย วัณโรค 13 ราย บางส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก แต่ได้ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี สามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอนได้เพิ่มเติมจำนวน 4 ราย เป็นมะเร็ง 3 ราย และวัณโรค 1 ราย และพบว่าผู้ที่มีภาพรังสีทรวงอกปกติทั้งหมด เมื่อส่องตรวจจะไม่พบลักษณะที่ผิดปกติเลยอาจพบแต่เพียงจุดเลือดออกเท่านั้น และไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอนได้แม้แต่รายเดียว ส่วนลักษณะของภาพรังสีทรวงอก หรือ แม้แต่จากการส่องตรวจก็ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยที่แน่นอนได้ ต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางพยาธิวิทยาทั้งสิ้น

ABSTRACT

A retrospective study in patients presented with hemoptysis who underwent flexible fiberoptic bronchoscopy in Ratchaburi Hospital since 1st June 2001 to 31st January 2005, total number of patients who underwent flexible fiberoptic bronchoscopy were 338. Number of male patients were 226 (66.86%), female patients are 112 (33.14%). The youngest patient was 23 year old, while the oldest was 92 years old (average

62.6 years) 37.87% smokers, 24.56% ex-smokers, and 37.57% nonsmokers. 63 patients were classified as non-massive hemoptysis while 14 patients were classified as massive hemoptysis. The definite diagnosis could be established in 40 patients, 27 malignancies and 13 tuberculosis, the rest was defined as nonspecific (such as infected bronchial mucosa, fibrosis, normal lung tissue etc). Among those who could not be diagnosed on first exam. Second exam revealed definite diagnosis ultimately in 4 patients, 3 malignancies and 1 tuberculosis. In sub-study, none of the patients whose normal or non-localizing chest roentgenogram was diagnosed primarily by either bronchoscopic finding or pathological diagnosis (some trivial bleeding points were found on bronchoscopy). The study showed non-specificity by means of clinical findings, chest roentgenograms, bronchoscopic findings and pathological diagnoses. So the bronchoscopy should be performed almost always in patients with hemoptysis either normal or abnormal chest roentgenogram.

บทนำ

ภาวะไอออกเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์อย่างหนึ่ง เป็นอาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ประเมินว่าร้อยละสิบของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ จะมาด้วยอาการไอออกเลือดเป็นอาการหลัก ภาวะไอออกเลือดเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลอย่างทันที่ทั้งการรักษาและการวินิจฉัย

ภาวะไอออกเลือด จะจำแนกตามปริมาณเลือดที่ออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ^{1,2}

1. ภาวะไอออกเลือดมาก (massive hemoptysis) คือภาวะไอออกเลือดมากกว่า 100 มล.ต่อครั้ง หรือมากกว่า 200 มล.ต่อวันซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะการสูดสำลักเข้าปอดทำให้เกิดการพร่องออกซิเจน (asphyxia) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. ภาวะไอออกเลือดไม่มาก (nonmassive hemoptysis) คือภาวะที่ไม่เข้าเกณฑ์ของ massive hemoptysis อาจจะมีเลือดปนเสมหะหรือมีเลือดเป็นคำ ๆ ซึ่งปริมาณของเลือดที่ออกไม่มากพอที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

โดยทั่วไปพบว่าร้อยละห้าของการไอออกเลือดจะเป็นภาวะไอออกเลือดมาก โดยหลักการคือถ้าเป็นการไอออกเลือดมาก จะต้องช่วยเหลือนดูแลเบื้องต้นก่อน เมื่อ

อาการของผู้ป่วยคงที่แล้วก็ต้องทำการสืบค้นเพื่อหาสาเหตุต่อไป แต่ถ้าผู้ป่วยไอออกเลือดไม่มาก ก็สามารถที่จะทำการสืบค้นหาสาเหตุได้เลย สาเหตุของอาการไอออกเลือดมีมากมาย เกิดจากทั้งโรคในระบบทางเดินหายใจเอง หรืออาจจะจากระบบอื่น ๆ ก็ได้ แพทย์ผู้ดูแลมีหน้าที่ที่จะต้องหาสาเหตุให้ได้ เนื่องจากภาวะนี้อาจเป็นอาการแสดงของโรคต่าง ๆ ที่ร้ายแรงได้ เช่น วัณโรค ฝีในปอด หรือมะเร็งปอด^{2,3}

การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจเสมหะ และฉายภาพรังสีทรวงอก จะช่วยในการวินิจฉัยหาสาเหตุได้ในประมาณ ร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วย^{3,4}

ในรายที่ยังวินิจฉัยไม่ได้ อาจจะต้องทำการตรวจเพิ่มเติม เช่น flexible fiberoptic bronchoscopy, computerized tomography of chest, bronchial angiography และแม้ว่าจะสืบค้นหาสาเหตุได้แล้วก็อาจจะยังไม่พบสาเหตุในร้อยละ 10 ของผู้ป่วย⁵

การทำ flexible fiberoptic bronchoscopy นั้น ในขณะที่ยังไอออกเลือดมาก จะทำได้ยาก และอาจจะทำให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากกล้องจะอุดหลอดลม ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดได้ และการส่องกล้องจะทำให้ไอบางขึ้น นอกจากนี้ขณะที่มีเลือดปริมาณมากในหลอดลมจะทำให้หาตำแหน่งจุดที่เลือดออกได้ยาก จึง

ควรรอให้เลือดหยุดก่อนค่อยทำการส่องตรวจ แต่ไม่ควรรอนานเกินไป เนื่องจากพบว่าถ้าตรวจภายใน 48 ชั่วโมงหลังเลือดหยุดจะพบจุดเลือดออกได้ประมาณร้อยละ 40 แต่ถ้าหากรอนานกว่า 48 ชั่วโมง จะพบจุดเลือดออกได้ประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น^{6,7}

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่ได้รับการ

ส่องตรวจหลอดลมด้วย flexible fiberoptic bronchoscopy ของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2544 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2548 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจทั้งสิ้น 338 คน ซึ่งมีข้อบ่งชี้ต่าง ๆ กัน โดยข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยของการส่องตรวจหลอดลมคือภาวะไอออกเลือด ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 77 ราย ส่วนข้อบ่งชี้อื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มย่อยที่มารับการส่องตรวจหลอดลม โดยจะศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มาด้วยอาการไอออกเลือด ทั้งในแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยถ้าเป็นภาวะไอออกเลือดไม่มากและผู้ป่วยสะดวกที่จะมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ก็จะมาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะไอออกเลือดมาก จะต้องรับไว้ในแบบผู้ป่วยในเพื่อดูแลรักษาเบื้องต้นก่อน และจะทำการส่องตรวจหลอดลมภายใน 48 ชม. แทน แต่ถ้าเป็นกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะไอออกเลือดที่รุนแรงมากต้องปรึกษาศัลยแพทย์ทรวงอกช่วยดูแลหรือต้องเข้าห้องผ่าตัดด่วน ก็จะไม่รวมอยู่ในการศึกษานี้

การเตรียมผู้ป่วย จะให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปาก เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการสำลัก ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามความเหมาะสม ก่อนการส่องตรวจผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายถึงขั้นตอนการทำ ความจำเป็นในการทำ ภาวะแทรกซ้อน และการดูแล และปฏิบัติตัวภายหลังการทำ ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการประเมินภาวะเลือดออกง่ายก่อนทำทุกรายโดยการนับเกร็ดเลือดและดูการแข็งตัวของเลือด ถ้ามีจะได้รับการ

แก้ไข ก่อนทำประมาณ 10 นาที เจ้าหน้าที่พยาบาลจะพ่นยาชาบริเวณจมูก และ คอ เพื่อลด gag reflex และผู้ป่วยจะได้รับการฉีด atropine 1 amp เข้ากล้ามเนื้อ หรือทางหลอดเลือดดำ ใช้เวลาในการทำประมาณ 10 นาที โดยมีขั้นตอนการทำมาตรฐาน 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การส่องดูด้วยตาเปล่าหรือดูผ่านกล้องวิดีโอทัศน์เพื่อดูจุดเลือดออกคร่าว ๆ ดูลักษณะความคดเคี้ยวหรือผิดปกติของหลอดลมหรือก้อนมะเร็ง (ถ้ามี)

2. การดูเพิ่มเติมหรือสารคัดหลั่งจากหลอดลมไปตรวจ ซึ่งมีการตรวจ 2 แบบ คือ การตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อหาเซลล์มะเร็ง (cytology for malignant cell) และการตรวจทางจุลชีววิทยา เช่น การย้อมสีแกรม การย้อมสีทนกรดสำหรับเชื้อวัณโรค (acid fast bacilli) เป็นต้น หรือการตรวจอื่น ๆ เพิ่มเติมตามความเหมาะสม

3. การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา
ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะเลือดออกในปอดไม่หยุดและภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน

หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังการทำ 2 ชั่วโมงผู้ป่วยจะได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านได้ ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนก็จะได้รับการแก้ไขหรือรับตัวไว้ในโรงพยาบาลต่อไป

ผลการศึกษา

จากการศึกษาทั้งหมดในผู้ป่วยที่มีภาวะไอออกเลือดทั้งหมด 77 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดแบ่งเป็นเพศชาย 63 ราย เพศหญิง 14 ราย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 3 สิ่งตรวจพบจากการส่องกล้องหลอดลมแสดงในตารางที่ 4 ในผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าสามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอน (definite diagnosis) โดยใช้การตรวจทางพยาธิวิทยาและทางตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาได้ถึง 40 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 77 ราย (คิดเป็นร้อยละ 51.95) ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ในผู้ป่วยจะเป็นมะเร็ง 27 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35.06) การติดเชื้อ

ตารางที่ 1 แสดงข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่ทำการส่องตรวจหลอดลม

ข้อบ่งชี้	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ไอออกเลือด	77	22.49
ไอเรื้อรัง	65	19.2
Lung mass	82	24.26
Atelectasis	25	7.40
Lung infiltrate	41	12.31
ILD	20	5.92
Hilar mass	11	3.25
Pleural effusion	6	1.78
SPN	4	1.18
Air fluid level	3	0.89
Others (SVC, Vocal cord paralysis)	5	1.47
ILD = Interstitial lung d.		
SPN = Solitary pulmonary nodule		
SVC = Superior vena cava syndrome		

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจเนื่องจากอาการไอออกเลือด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	63	81.82
หญิง	14	18.18
สูบบุหรี่	40	51.95
เลิกสูบบุหรี่	22	28.58
ไม่สูบบุหรี่	15	19.47
ไอออกเลือดมาก	14	18.18
ไอออกเลือดไม่มาก	63	81.82
น้ำหนักลด	15	19.48
เหนื่อย	35	45.45
อ่อนเพลีย	12	15.58
เคยเป็นวัณโรค	11	14.29
เจ็บหน้าอก	3	3.90
ต่อมน้ำเหลืองโต	2	2.60
เสียงแหบ	1	1.30
SVC syndrome	1	1.30

ตารางที่ 3 ภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่มีอาการไอเป็นเลือด

ภาพรังสีทรวงอก	ความถี่	ร้อยละ
Mass lesion	37	48.05
Infiltrate	20	25.97
Atelectasis	7	9.09
Normal	11	14.29
Hilar mass	2	2.60

ตารางที่ 4 สิ่งตรวจพบจากการตรวจ flexible fiberoptic bronchoscopy

สิ่งตรวจพบ	ความถี่	ร้อยละ
Mass lesion	29	37.66
Bleeding without mass	19	24.68
Non specific (Bronchial narrowing, edema, bulging)	13	16.88
Normal finding	16	20.78

วัณโรค 13 ราย (คิดเป็นร้อยละ 16.88) อื่น ๆ ที่พบได้อีก ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย การอักเสบแบบไม่จำเพาะเจาะจงและพังผืดเกาะเรื้อรังในปอด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนแล้ว ก็ได้รับการรักษาสาเหตุต่อไป

จากการศึกษาในกลุ่มย่อยของผู้ที่มีภาวะไอออกเลือดและได้รับการส่องตรวจหลอดลมด้วยวิธี flexible fiberoptic bronchoscopy นั้น พบว่า

1. ในผู้ป่วยที่มีภาวะไอออกเลือดและมีภาพรังสีทรวงอกที่ปกติ นั้น มีจำนวน 11 ราย ตรวจหลอดลมแล้วพบว่าปกติ 7 ราย อีก 4 ราย พบจุดเลือดออกที่ไม่รุนแรง และการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ และจากการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี ผู้ป่วย 8 ราย อาการสบายดี ยังมีเลือดออกซ้ำบ้าง แต่ภาพรังสีทรวงอกยังไม่เปลี่ยนแปลง อีก 1 รายกลายเป็นวัณโรคปอด (จาก

การตรวจเสมหะและภาพรังสีทรวงอกเป็นมากขึ้น) ส่วนอีก 2 ราย ขาดการติดตามการรักษา

2. ในผู้ป่วยที่มีภาพรังสีทรวงอกที่มีลักษณะเป็นก้อน (mass lesion) มีจำนวนทั้งหมด 37 ราย พบว่าเมื่อส่องตรวจหลอดลมแล้วพบว่า มีลักษณะเป็นก้อนเนื้ออกในหลอดลม 29 ราย (คิดเป็นร้อยละ 78.38) พบลักษณะไม่จำเพาะ (เช่น หลอดลมบิดงอ ผิดรูป หลอดลมบวม หรือตีบแคบ) 5 ราย ไม่พบความผิดปกติ 3 ราย

3. ผู้ป่วยที่ตรวจพบมีลักษณะเป็นก้อนจำนวน 29 ราย เมื่อตรวจทางพยาธิวิทยาแล้ว ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอด 21 ราย (คิดเป็นร้อยละ 72.41) วินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด 6 ราย (ร้อยละ 20.69) ให้การวินิจฉัยไม่ได้ หรือเป็นการวินิจฉัยที่ไม่จำเพาะเจาะจง 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.90)

4. ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบลักษณะของก้อน แต่พบจุดเลือดออกนั้นมีจำนวน 19 ราย ให้การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็ง 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 15.79) เป็นวัณโรค 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26.32) ให้การวินิจฉัยไม่ได้ 11 ราย

5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนั้นจำนวนทั้งหมด 27 ราย มีภาพรังสีทรวงอกแบบเป็นก้อน 21 ราย (คิดเป็นร้อยละ 77.78) ภาพรังสีทรวงอกแบบเป็นปื้น (infiltrate) 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.52) ภาพรังสีทรวงอกแบบก้อนที่แมดดิเอสตินัม (hilar mass) 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.70) และทุกรายที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนั้น จากการส่องตรวจพบว่าทุกรายตรวจพบก้อนในหลอดลมทั้งหมด

6. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคนั้นจำนวนทั้งหมด 13 ราย มีภาพรังสีทรวงอกแบบเป็นก้อน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 46.15) ภาพรังสีทรวงอกแบบเป็นปื้น (infiltrate) 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 53.85) ตรวจพบก้อนในหลอดลม 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 46.15) และพบเป็นจุดเลือดออก 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 23.08) และพบความผิดปกติแบบไม่จำเพาะเจาะจง 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30.77)

ผู้ป่วยที่ให้การวินิจฉัยไม่ได้ในครั้งแรกหลังจากการส่องตรวจ และมีภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ นั้น มีจำนวน 26 ราย จากการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี พบว่า 3 รายมีอาการมากขึ้น ภาพรังสีทรวงอกเป็นมากขึ้นและได้ปรึกษาศัลยแพทย์ทรวงอกเพื่อหาการวินิจฉัยที่แน่นอนแล้วให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วย 12 ราย อาการปกติและยังมาพบแพทย์ต่อเนื่อง อีก 11 รายขาดการติดต่อ

สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการไอออกเลือด ส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่มีการรังสีทรวงอกผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีการรังสีทรวงอกปกติ เมื่อทำการการส่องตรวจมักไม่พบความผิดปกติจากการส่องตรวจ หรือพบเพียงแต่จุดเลือดออกที่ไม่รุนแรง และมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยที่

แน่นอนในตอนแรก ส่วนใหญ่เมื่อมาพบแพทย์ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีแล้ว อาการไอออกเลือดก็ยังไม่เป็นมากขึ้น มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ภาพรังสีทรวงอกเป็นมากขึ้น และตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะภายหลัง ซึ่งตรงกับรายงานในต่างประเทศ^{8,9} ดังนั้นในสถานพยาบาลต่างจังหวัดที่ยังไม่มีความพร้อม อาจจะได้ประโยชน์ในการส่งผู้ป่วยไอออกเลือดที่มีภาพรังสีปอดปกติมาตรวจยังโรงพยาบาลศูนย์ อาจจะให้แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล และสังเกตอาการไปก่อน โดยอาจจะตั้งเกณฑ์ไว้ว่าเมื่อใดที่ควรส่ง เช่น อายุมาก มีอาการรุนแรง หรือมีอาการบ่งว่าเป็นมะเร็ง เช่น น้ำหนักลด เพื่อลดความสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น

2. สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะไอออกเลือดจากการศึกษาในโรงพยาบาลราชบุรีพบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็งและวัณโรค ซึ่งต่างกับรายงานอื่น ๆ ซึ่งมักจะเป็น วัณโรคและ bronchiectasis ส่วนใหญ่ อาจจะเป็นเพราะว่า โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายและจากจังหวัดใกล้เคียง จึงมักจะเป็นกรณีที่ผู้ป่วยผ่านการพิจารณาจากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาแล้วว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็ง จึงได้ส่งผู้ป่วยมาทำการสืบค้นต่อ

3. ผู้ป่วยที่มีอาการไอออกเลือด และมีภาพรังสีทรวงอกที่เป็นก้อน หรือ เป็นปื้น หรือเป็นก้อนที่แมดดิเอสตินัม นั้น อาจจะไม่พบความผิดปกติขณะส่องตรวจหลอดลมเลยก็ได้หรือพบลักษณะแบบไม่จำเพาะเจาะจง ซึ่งในการศึกษานี้พบได้ถึงประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องติดตามอาการต่อไปอย่างใกล้ชิด และปรึกษาศัลยแพทย์ทรวงอกต่อไป

4. ผู้ป่วยที่ไม่มีลักษณะจำเพาะเจาะจงเมื่อทำการส่องตรวจหลอดลม ผลทางพยาธิวิทยาก็เป็นได้ทั้งมะเร็งและวัณโรค บางรายก็ไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอนได้ ต้องติดตามใกล้ชิดและบางรายก็ต้องทำการส่องตรวจใหม่เมื่อภาพรังสีมีการเปลี่ยนแปลงอีกและสามารถให้การวินิจฉัยได้ในภายหลัง

5. ลักษณะทางคลินิก ภาพรังสีทรวงอก หรือแม้แต่การตรวจพบโดยการส่องตรวจหลอดลมนั้นไม่มีความจำเพาะเจาะจง หรือใช้ในการแยกโรคระหว่าง มะเร็ง และวัณโรคเลย ดังนั้นถ้ายังไม่ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน จากการตรวจวิธี non invasive ควรจะแนะนำให้ผู้ป่วยรับการส่องตรวจหลอดลมทุกราย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นพ.วิชัย พานิชสุข หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและช่วยให้คำแนะนำในการนิพนธ์ต้นฉบับนี้ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนทุกท่าน ที่ช่วยอนุเคราะห์ค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาธิวิทยา และพยาธิวิทยาคลินิก ที่ช่วยค้นข้อมูลทางพยาธิวิทยาและสุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เปรียบเสมือนแหล่งความรู้ที่สำคัญ

References

1. Cahill BC, Ingbar DH. Massive hemoptysis : Assessment and management. Clin Chest Med 1994 ; 15 : 147.
2. Weinberger SE. Cough and hemoptysis, In : Harrison's principle of internal medicine 14th ed. McGraw Hill 2005 ; 207-9.
3. Wolfe JD, Simmons DH. Hemoptysis : Diagnosis and management . West J Med 1997 ; 127 : 388-90.
4. Winter SM, Ingbar DH. Massive hemoptysis : Pathogenesis and management. Intern Care Med 1988 ; 3 : 171-88.
5. Pursel SE, Lindskog GE. Hemoptysis : A clinical evaluation of 105 patients examined consecutively on a thoracic surgical service. Am Rev Respir Dis 1961 ; 84 : 329-36.
6. O'Neil KM, Lazarus AA. Hemoptysis : Indication for bronchoscopy. Arch Intern Med 1991 ; 151 : 171-4.
7. Gong H, Salvatierra C. Clinical efficacy of early and delayed fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis. Am Rev Respir Dis 1981 ; 124 : 221-5.
8. Poe RH, Israel RH, Marie MG, Ortiz CR, Dale RC, Wahl GW, Kallay MC, Greenblatt DG . Utility of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and nonlocalizing chest roentgenogram . Chest 1998 ; 93 : 70-5.
9. Jackson OV, Savage PJ, Qutum DL. Role of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a normal chest roentgenogram . Chest 1985 ; 87 : 142-4.