สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE
จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

ปีที่ ๒๒, ฉบับที่ ๖, มิถุนายน ๒๕๑๓ | Vol. 22, No. 6, June 1970

สิบแปดปีของโครงการศัลยกรรมทรวงอก กับการรักษาวัณโรคปอด*

นัดดา ศรียาภัย พ.บ., ส.ม., สมบัติ ผดุงจันทน์ พ.บ., อารักษ์ ปรปักษ์ขาม พ.บ., นิตย์ กองสุวรรณ พ.บ., และ ธรรมนูญ ประไพวงษ์ พ.บ.

(โรงพยาบาลโรคปอด, นนทบุรี)

(ผู้อำนวยการ : น.พ. นัดดา ศรียาภัย)

เรื่องย่อ. ศรียาภัย, นัดดา, และคณะ: สิบแปดปีของโครงการศัลยกรรมทรวงอกกับการรักษาวัณโรคปอด. สารศิริราช ๒๕๑๓, ๒๒: ๔๕๑ – ๕๐๑.

โครงการศัลยกรรมทรวงอกของกองโรงพยาบาลวัณโรค, กรมอนามัย ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๕. ในสมัยเริ่มต้นมีการใช้ยาต้านวัณโรคยังไม่แพร่หลาย การผ่าตัดมีอัตราตาย ๕ – ๙ เปอร์เซ็นต และมีเหตุแทรกซ้อนสูงมาก. สมัยต่อมาเมื่อมีความก้าวหน้าในการใช้ยาต้านวัณโรค การผ่าตัดให้ผลดีขึ้น, จนในปัจจุบันนับได้ว่าเข้ามาตรฐานประเทศที่เจริญแล้ว. ในสมัยนี้ศัลยกรรมทรวงอกมีข้อบ่งชี้น้อยลง, มักใช้เฉพาะรายที่เหลือรอยโรคกว้างขวาง; รายที่มีรอยโรคน้อยรักษาทางยาได้ผลดี. โครงการนี้ได้ขยายไปถึงโรคปอดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วัณโรคและโรคหัวใจด้วย.

โครงการศัลยกรรมทรวงอกของกองโรงพยาบาลวัณโรค, กรมอนามัย, ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๕ [๑] ภายหลังที่ได้มีการโอนโรงพยาบาลวัณโรคกลางจากกรมการแพทย์มาสังกัดกรมอนามัยตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก, ซึ่ง

* บรรยายในการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ ๓ ในโอกาสที่โรงเรียนแพทย์ (ศิริราช) ครบ ๘๐ ปี, ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๑๓.

ได้เริ่มให้ความช่วยเหลือแก่ โครงการควบคุมวัณโรคของประเทศไทยในขณะนั้น. ผู้ที่ริเริ่มโครงการศัลยกรรมทรวงอก ก็คือ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร ซึ่งดำรงตำแหน่งหัวหน้ากองควบคุมวัณโรคในขณะนั้น, ได้วางนโยบายการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลวัณโรคเสียใหม่[๑], โดยพิจารณาเห็นว่า เมื่อมีโรงพยาบาลวัณโรคเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยซึ่งรับผู้ป่วยได้เป็นจำนวนน้อย, การที่จะใช้โรงพยาบาลรับหรือเก็บผู้ป่วยประเภทเรื้อรังย่อมไม่มีผลก้าวหน้าในการรักษา, ยิ่งในแง่ที่จะใช้แยกผู้ป่วยในระยะติดต่อแล้วก็เกือบไม่ได้ประโยชน์ ในเมื่อนอกโรงพยาบาลยังมีผู้ป่วยมารอรับการตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดนั้นเป็นจำนวนพันต่อเดือน. ฉะนั้นจึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะใช้โรงพยาบาลสำหรับให้การรักษาโดยวิธีศัลยกรรมอันทันสมัย, คือการตัดเอาปอดส่วนที่เป็นโรคออกในผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาทางอายุรกรรมแล้วยังไม่หายให้เป็นการรักษาต่อเนื่องกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก, ซึ่งสถานตรวจโรคปอดยศเส ได้เริ่มมาแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๓[๑], จะได้ช่วยให้มีโอกาสหายทำให้มีโอกาสผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้มากที่สุด, เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นส่วนรวมมากกว่าที่จะรับผู้ป่วยเรื้อรังไว้เป็นแรมปี. ทั้งนี้เนื่องจากเริ่มเป็นที่ประจักษ์แล้วว่ายาต้านวัณโรคทำให้มีโอกาสรักษา ผู้ป่วยวัณโรคนอกโรงพยาบาลได้ผล.

ในการเริ่มโครงการศัลยกรรมทรวงอกนี้ โรงพยาบาลได้รับความช่วยเหลือจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ผ่านทางองค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา, ที่ปรึกษาด้านวัณโรคจากองค์การอนามัยโลก. ในโอกาสนี้คณะบรรยายในนามของกองโรงพยาบาลวัณโรค, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, ขอแสดงความขอบพระคุณและกตัญญุในความช่วยเหลือจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์จากศิริราช, โดยเฉพาะศาสตราจารย์นายแพทย์กษานจาติกวนิช ที่นอกจากได้เริ่มทำการผ่าตัดตั้งแต่เริ่มโครงการศัลยกรรมทรวงอกมาอย่างได้ผลดีแล้ว, ท่านยังได้ช่วยฝึกสอนและพัฒนาเทคนิคทางศัลยกรรมทรวงอกแก่ทีมของแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลตลอดมาสม่ำเสมอมิได้ขาด เป็นเวลา ๑๘ ปี, จนนับได้ว่างานศัลยกรรมทรวงอก ณ โรงพยาบาลโรคปอด มีมาตรฐานและ

ความก้าวหน้าไม่แพ้นานาชาติที่เจริญแล้ว.

ตั้งแต่เริ่มโครงการเมื่อปลายปี พ.ศ. ๒๔๙๕ มาจนถึงสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๑๒ โรงพยาบาลโรคปอด ได้ทำการผ่าตัดวิธีตัดปอดไปแล้ว รวม ๑,๕๕๙ ราย. ในที่นี้จะขอทบทวนงานนี้เฉพาะที่เกี่ยวกับการรักษาวัณโรคปอดอันเป็นจุดมุ่งหมายใหญ่ของโครงการโดยสังเขป. ในสมัยก่อนมียาต้านวัณโรค, การพักผ่อนและศัลยกรรมยุบปอดเป็นวิธีที่ได้ผลดี. สำหรับการตัดปอดนั้นได้มีผู้ทำบ้างแล้ว แต่มีอัตราแทรกซ้อนตั้ง ๔๐—๕๐ เปอร์เซ็นต และอัตราตาย ๒๕—๓๐ เปอร์เซ็นต (๒-๕) จึงไม่เป็นที่นิยม. แต่เมื่อเริ่มสมัยการใช้ยาต้านวัณโรคแล้ว การผ่าตัดวิธีนี้ก็ปลอดภัยและได้ผลดียิ่งขึ้น จนยังยอมรับว่าเป็นวิธีสำคัญยิ่งวิธีหนึ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด.

ตั้งแต่นั้นมาก็ปรากฏว่าความก้าวหน้าในวิทยาการของการใช้ยาต้านวัณโรคตลอดจนการค้นพบยาขนานใหม่ ๆ อีกหลายขนาน ก็มีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงแนวทางของศัลยกรรมตัดปอดไปอย่างรวดเร็ว. ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ยาต้านวัณโรคได้ก้าวขึ้นไปเป็นวิธีการที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคนั่นเอง. (๖)

ในการเริ่มงานศัลยกรรมตัดปอดของโรงพยาบาลโรคปอดนนทบุรีนั้นได้อาศัยข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดต่อไปนี้.

๑. มีพยาธิสภาพสำคัญของวัณโรคเหลืออยู่, ได้แก่ แผลโพรง, เนื้อปอดถูกทำลายมาก, ปอดอักเสบจากวัณโรค, ทูเบอร์คุโลมา.

๒. ศัลยกรรมยุบปอดล้มเหลว.

๓. ปอดหรือกลีบปอดแฟบ.

๔. หลอดลมพอง.

๕. หลอดลมติบแคบ.

๖. ตกเลือดอย่างมาก, รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล.

งานศัลยกรรมตัดปอดของโรงพยาบาลโรคปอดนนทบุรีนั้น อาจแบ่งออกได้เป็นสมัย ๆ, ตามความก้าวหน้าในการใช้ยาต้านวัณโรคเท่าที่เป็นอยู่ในงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย, ดังนี้.

๑. สมัยเริ่มใช้ยาต้านวัณโรค (พ.ศ. ๒๔๙๕—๒๕๐๑) ในระยะแรกมีการใช้ยา สเตร็ปโตมัยศิน ควบกับ พีเอเอส, และก็กินเวลาหลายปีกว่าจะทราบถึงเรื่อง ไอโสไนอะซิด, โดยเฉพาะยังไม่

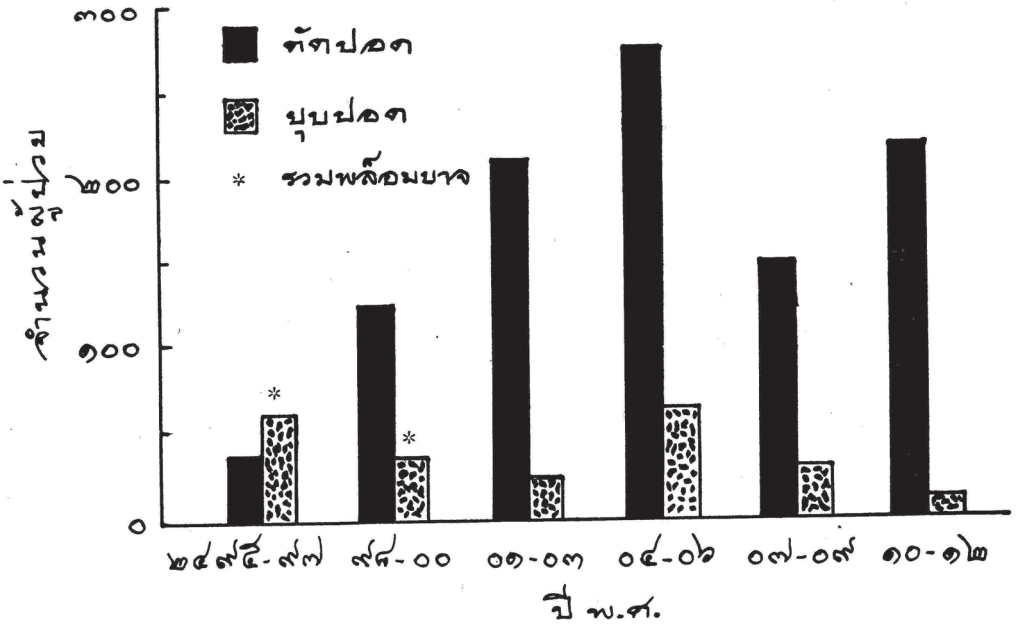
ทราบกันดีว่าจะใช้ยาควบกันอย่างไรจึงจะได้ผลมากที่สุด, ตลอดจนระยะเวลาด้วย. การรักษาด้วยยานั้นจึงยังคงถือเป็นเพียงวิธีหนึ่งซึ่งต้องประกอบกับการพักผ่อน, การยุบปอดและศัลยกรรม.(๗) ฉะนั้นในระยะนี้มักให้ยาควบ ๒ ขนานในระยะเวลาอันสั้น ร่วมกับวิธียุบปอดอย่างง่าย (การอัดลมเข้าโพรงเยื่อหุ้มปอด หรือเข้าช่องท้อง), เพื่อให้โรคคลายความรุนแรงลงเสียบ้างก่อนผ่าตัด อันจะทำให้การผ่าตัดปลอดภัยกว่าโรคยังอยู่ในระยะรุนแรง.

ศัลยกรรมยุบปอดวิธี ธอระโคพลาสตีย์ และ พล็อมบาจ ธอระโคพลาสตีย์(๘) ยังคงมีที่ใช้ในรายที่เห็นว่าถ้าจะทำการตัดปอดแล้วจะไม่ปลอดภัย, เช่นโรคเป็นสองข้าง หรือข้างที่ผ่าตัดมีโรคแผ่กระจายจากแผลโพรงมากเป็นต้น. แต่โดยทั่วไปก็พยายามทำการตัดปอดซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดี, เร็วกว่า และเด็ดขาดกว่าการยุบปอด.

๒. สมัยการใช้ยามาตรฐาน (พ.ศ. ๒๕๐๒ — ๒๕๐๗)

เป็นระยะที่ความก้าวหน้าในทางวิทยาการของการใช้ยาเริ่มเข้ามาตรฐาน(๖), ได้แก่ วิธีการควบยามาตรฐาน (หรือยาแนวที่หนึ่ง) ๓ ขนาน, คือ ไอโสไนอะซิด, สเตร็ปโตมัยซิน และพิเอเอส ให้ได้ผลดีที่สุด. การใช้ยาต้านวัณโรคเริ่มเขยิบฐานะขึ้นเป็นวิธีการที่สำคัญที่สุด, โดยเฉพาะในการรักษาแบบนอกโรงพยาบาล, ตลอดจนการป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา. การประเมินผลการรักษาเริ่มเอนเอียงไปในทางผลการตรวจเชื้อมากกว่าการใช้เพียงถ่ายภาพเอ็กซเรย์ หรือทางคลินิค. ในระยะนี้ถือหลักกว้าง ๆ ที่จะให้การรักษาด้วยยาก่อนอย่างน้อย ๖ — ๙ เดือน ถ้ายังมีรอยโรคสำคัญเหลืออยู่หรือเสมหะยังตรวจพบเชื้อ จึงพิจารณาผ่าตัด(๙,๑๐). หลังผ่าตัดให้ยาต้านวัณโรคต่ออีกประมาณ ๖ — ๑๒ เดือนเป็นอย่างน้อย. วิธียุบปอดอย่างง่าย, คือการอัดลมเข้าโพรงเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง, เลิกไป, เพราะผลการรักษาด้วยยาอย่างถูกวิธีเข้ามาแทนที่พร้อมกับศัลยกรรมตัดปอด.

ธอระโคพลาสตีย์ ยังคงมีที่ใช้ในรายที่ปรากฏว่าตรวจพบเชื้อดื้อยา และไม่เหมาะสำหรับทำการตัดปอด. สรุปได้ว่าจุดมุ่งหมายของการผ่าตัดในระยะนี้คือเน้นถึงการเปลี่ยนเสมหะจากบวกเป็นลบ. เมื่อผ่าตัดแล้วเสมหะเปลี่ยนเป็นลบก็ยังต้องให้ยาต่อไปอีก ๖ — ๑๒ เดือน.



ผังที่ ๑

๓. สมัยการใช้ยาแนวที่สอง (พ.ศ. ๒๕๐๘ — ปัจจุบัน) ถึงแม้ยาแนวที่สองขนานแรกจะมีรายงานการใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๕, แต่เนื่องด้วยความหายาก, ราคาแพง, และพิษมาก จึงมีโอกาสใช้น้อย. โรงพยาบาลจำเป็นต้องจำกัดการใช้ลงมาเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด, โดยเฉพาะที่ผลการรักษาในระยะแรกล้มเหลวโดยยังตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะเนื่องจากเชื้อเกิดดื้อต่อยามาตรฐาน. ยาที่มีใช้มาเป็นลำดับตั้งแต่ พีย์ราซินอะไมด, ไวโอมัยซิน, คะนามัยซิน, เอธิโอนอะไมด, ซัยโคลเสรีน และ เอแธมบูทอล, ซึ่งต้องดูผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา และต้องใช้ยาควบสองสามขนานก่อนและหลังผ่าตัดแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ ๑ ปี เป็นอย่างน้อย. ศัลยกรรมยุบปอดเริ่มหมดความจำเป็น แต่โดยทั่วไปการผ่าตัดกระทำในรายที่ยากขึ้นโดยเฉพาะที่มีโรคขนาดมาก.

ผลการผ่าตัดโดยตัดปอดเพื่อรักษาวัณโรคทั้ง ๓ สมัย ได้สรุปไว้ในตารางที่ ๑.

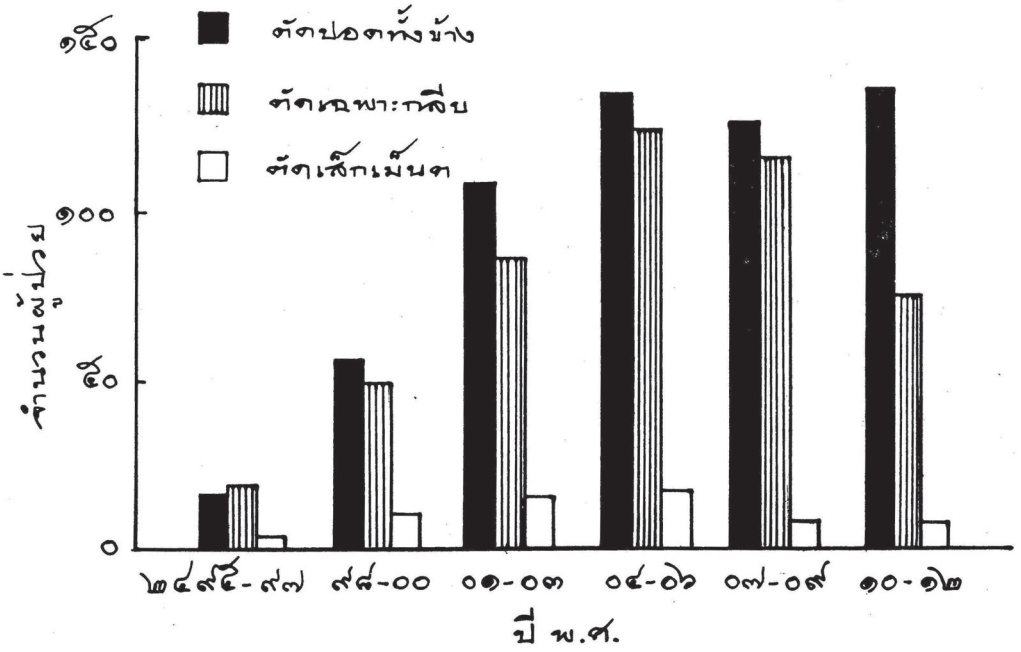
ตารางที่ ๑. ผลการผ่าตัดปอดในผู้ป่วยวัณโรค.

	พ.ศ. ๒๔๙๕ – ๒๕๐๑	๒๕๐๒ — ๐๗	๒๕๐๘ — ๑๑
ตัดปอดทั้งข้าง			
จำนวนผู้ป่วย	๑๑๐	๒๔๔	๑๔๒
อัตราตายหลังผ่าตัด (%)	๙	๖.๙	๒.๑
ภาวะแทรกซ้อน (%)			
หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด	๘.๗	๖.๑	๕.๖
พีสตุลา, บร็องโฆ — พลิวรัล	๓.๕	๔.๑	๒.๘
โรคลุกลาม			
เสมหะไม่หมดเชื้อ	> ๓.๕	๕.๗	๒.๘
ตัดปอดทั้งกลีบ			
จำนวนผู้ป่วย	๙๔	๒๓๒	๑๐๔
อัตราตายหลังผ่าตัด (%)	๕.๓	๑.๙	๐.๙
ภาวะแทรกซ้อน (%)			
ปอดแฟบไม่ขยาย	๖.๒	๙.๑	๑๓
พีสตุลา, บร็องโฆ — พลิวรัล	๒.๑	๓.๕	๔.๘
โรคลุกลาม			
เสมหะไม่หมดเชื้อ	?	๕.๐	๑.๙
ตัดเฉพาะ เส็กเม็นต			
จำนวนผู้ป่วย		๕๕	
อัตราตายหลังผ่าตัด		๐	
ภาวะแทรกซ้อน (%)			
ปอดแฟบไม่ขยาย		๗.๓	
พีสตุลา, บร็องโฆ — พลิวรัล		๕.๔	

จากตารางที่ ๑ จะเห็นได้ว่าผลการตัดปอดประกอบกับการใช้ยาต้านวัณโรคดีขึ้นเป็นลำดับ, จนกล่าวได้ว่าไม่แพ้มาตรฐานประเทศที่เจริญแล้ว(๑๑–๑๖) และโดยทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคที่ทำผ่าตัด ณ โรงพยาบาลโรคปอด มีโรคในขั้นเป็นมากยากแก่การผ่าตัด.

ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย แต่เดิมในระยะ ๖—๑๒ ปีแรกกระทำได้เพียง ๕๐ เปอร์เซ็นต, แต่ในระยะ ๕ – ๖ ปีหลังนี้ ติดตามได้เป็นเวลา ๑ – ๕ ปี ๘๗ เปอร์เซ็นต ของผู้ป่วยที่จำหน่าย (มิได้ตายจากการผ่าตัด). จากจำนวนนี้ ๘๕ เปอร์เซ็นต ทำงานประกอบอาชีพได้นั้นโรคอยู่ในระยะสงบ (เสมหะเป็นลบ), นอกนั้นมีเหตุแทรกซ้อนหรือโรคยังไม่สงบ, โรคกลับกำเริบ.

จากผังที่ ๒ จะเห็นได้ว่า ใน ๕ – ๖ ปีหลังนี้ นอกจากการทำผ่าตัดยุบปอด (ธอราโคพลาสตีย์) จะลดลงอย่างรวดเร็ว



ผังที่ ๒

จนหมดสิ้น, การตัดปอดมีแนวโน้มที่ทำผ่าตัดในขนาดน้อย (ตัดกลีบ, ตัดเล็กเม็นต,) ลดน้อยลงไปมากเมื่อเทียบกับการ

ตัดปอดออกทั้งข้าง. ทั้งนี้เนื่องจากวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงหรือพยาธิสภาพขนาดไม่มาก รักษาด้วยยาได้ผลเป็นส่วนมาก, จนไม่จำเป็นต้องผ่าตัด.

โครงการนี้ ได้ขยายความสนใจไปถึงโรคปอดอื่น ๆ ที่มิใช่วัณโรคด้วย. ใน ๖ ปีแรกนั้น การตัดปอดทำเพื่อการรักษาวัณโรคเพียง ๘๐ เปอร์เซ็นต และค่อย ๆ ลดลงมาเหลือเพียง ๖๒ เปอร์เซ็นต ใน ๖ ปี หลังนี้. โรคอื่น ๆ ที่ได้ทำการตัดปอดรองลงไปจากวัณโรคมีตามลำดับดังนี้, คือ โรคหลอดลมพอง, ฝีหรือการติดเชื้อหนองในปอด, เนื้องอก (ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของปอด) และโรคเบ็ดเตล็ดอื่น ๆ ที่พบได้ยาก. นอกจากนี้ในระยะ ๖ ปีหลังก็ยังได้ขยายงานไปในด้านการวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคหัวใจโดยวิธีศัลยกรรมอีกด้วย.

ในปัจจุบันนี้ การใช้ยาต้านวัณโรคได้ก้าวหน้าไปมากเป็นผลให้ศัลยกรรมรักษาผู้ป่วยวัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วในสถาบันทุกแห่ง. ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีอัตราป่วยวัณโรคน้อย จนถึงมีบางแห่งที่เลิกการผ่าตัดโดยสิ้นเชิง หันมาใช้ยารักษาแต่เพียงวิธีเดียว โดยอาศัยการทดสอบความไวต่อยาทางเชื้อวัณโรคเป็นหลัก[๑๗], โดยมียาทุกขนานใช้โดยไม่จำกัด และมีหน่วยชันสูตรการทดสอบความไวต่อยาของเชื้ออย่างเชื่อถือได้. แต่สำหรับงานของโรงพยาบาลโรคปอดแล้วยังคงจะต้องใช้วิธีศัลยกรรมประกอบด้วยไปอีกนาน, ถึงแม้ว่าโครงการที่จะทำผ่าตัดปอดน้อยลง, ก็ยังยึดข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด, คือ การรักษาทางยาล้มเหลว เนื่องจากเชื้อวัณโรคดื้อยา, โดยเฉพาะในกรณี ที่เนื้อปอดถูกทำลายมาก, นอกจากนี้ก็มีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น ทูเบอร์คุโลมา, หลอดลมตีบแคบ, ตกเลือดมาก, หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด. ส่วนการที่จะอาศัยแต่ยาสำรองหรือยาแนวที่สองเพียงด้านเดียว ในรายที่เชื้อวัณโรคดื้อยามาตรฐานมาแล้วนั้น ก็เป็นการเสี่ยงต่อการเกิดดื้อยาสำรองต่อไปอีกได้. ในเมื่อคำนึงว่ายาสำรองหรือยาแนวที่สองที่มีเหลือให้ใช้นั้นย่อมมีจำกัดขนาน เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ชอบที่จะใช้วิธีผ่าตัด[๑๘]. โดยเฉพาะประเทศไทยนั้น การติดตามหรือควบคุมผู้ป่วยที่รับการรักษาทางยาแบบผู้ป่วยนอก (โดยใช้ยาแนวที่สองซึ่งมีพิษมาก, ราคาแพง และต้องตรวจทางชีวเคมีอื่นประกอบหลายอย่าง) เป็นเวลานาน ๑—๒ ปี ขึ้นไปนั้นย่อมกระทำได้ยาก ผลอาจจะแน่นอนเท่าการผ่าตัดด้วยมิได้.

ฉะนั้น สำหรับนโยบายของโรงพยาบาลโรคปอดแล้ว วัณโรคยังคงจำเป็นต้องถือว่ามีความสำคัญอันดับหนึ่ง, เพื่อการรักษาซ้ำด้วยยาแนวที่สอง ร่วมกับศัลยกรรมในบางราย. ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอื่น ๆ และโรคหัวใจนั้นถือสำคัญเป็นอันดับรองลงไป. นอกจากนี้อาจใช้โครงการนี้ให้เป็นประโยชน์ต่อโรคทรวงอกอื่น ๆ ที่สำคัญ, เช่น การร่วมมือกับสถาบันมะเร็ง, เป็นต้น, และการศึกษาวิจัย, การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ฝ่ายแพทย์ และพยาบาลในเรื่องวัณโรคและโรคทรวงอกอื่น ๆ ต่อไป.

เอกสารอ้างอิง

๑. ศรียาภัย, น.: การรักษาวัณโรคของกรมอนามัย ในรอบ ๑๒ ปี: พ.ศ. ๒๔๕๕ – ๒๕๐๖. จ.พ.ส.ท. ๒๕๐๗, ๔๗: ๗๓๒.

๒. Bailey, C.P.: Lung Resection for Pulmonary Tuberculosis. J. Thoracic Surg. 1947, 16: 328.

๓. Jones, J.C., and J.L. Robinson: Pulmonary Resection in Tuberculosis: Its Hazards, Indications and Results. J. Thoracic Surg. 1950, 20: 882.

๔. Overholt, R.H., L. Langer, J.T. Szypulski, and N.J. Wilson: Pulmonary Resection in the Treatment of Tuberculosis. J. Thoracic Surg. 1946, 15: 384.

๕. Sweet, R.H.: Lobectomy and Pneumonectomy in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis. J. Thoracic Surg. 1946, 15: 373.

๖. W.H.O. Report on the Tuberculosis Seminar, Sydney, 1960.

๗. National Tuberculosis Association: Developments of Antimicrobial Therapy of Tuberculosis: A Statement Prepared by the Committee on Therapy. Amer. Rev. Tuberc. 1952, 66: 251.

๘. จาติกวนิช, ก., และ น. ชินะโชติ: การรักษาวัณโรคปอดโดยใช้ โปลิย์สะแตน สะปันจ์. รายงานขั้นแรก. สารศิริราช ๒๔๘๗, ๖: ๕๓.

๙. Ware, P.F., H.K. Stauss, R.J. Dillon, and C.W. Tempel: The Present Status of Pulmonary Resection in the Treatment of Localized Necrotic Residuals of Pulmonary Tuberculosis. A Review. Amer. Rev. Tuberc. 1956, 73: 165.

๑๐. Kass, I., W.F. Russell, Jr., A. Heaton, et al.: Changing Concepts in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis. Ann. Intern. Med. 1957, 47: 744.

๑๑. Davidson, L.R., H. Alexander, G.J. Lustig, et al.: An Analytic Review of Excisional Surgery for Pulmonary Tuberculosis. Dis. Chest 1954, 25: 262.

๑๒. Hirdes, J.J., and C.I. Stegerhoek: Resection in Pulmonary Tuberculosis: Results and Follow – up of 700 Cases. Dis. Chest 1956, 30: 277.

๑๓. Miller, W.T., and C.J. Martin: Pneumonectomy in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis. Amer. Rev. Tuberc. 1958, 77: 260.

๑๔. Haga, T., M. Ono, T. Asano, et al.: The Role of Pulmonary Resections for Tuberculosis in the Presence of Drug –

Resistant Tubercle Bacilli. Dis. Chest 1962, 41 : 504.

๑๕. Hui, K.K.L., and Sr. M. Aquinas : Surgery for First Line Drug – resistant Tuberculosis. Dis. Chest 1966, 49 : 57.

๑๖. Snelling, M.R.J., and C.M. Kam : Treatment of 164 Patients with Chronic Pulmonary Tuberculosis by Pneumonectomy in a Developing Country. Tubercle 1968, 49 : 187.

๑๗. Lester, W. : Personal Communication, 1969.

๑๘. Heaf, F., and N.L. Rusby : Recent Advance in Respiratory Tuberculosis. 6th Ed. J. & A. Churchill, London, 1968, pp. 183 – 192.

(Summary of the preceding Article)

EIGHTEEN YEARS OF THORACIC SURGERY PROJECT

A REVIEW IN RELATION TO THE TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS*

Nadda Sriyabhaya, M.B., M.P.H.,
Sombat Padungchan, M.B.,
Arak Porapakkham, M.B.,
Nitya Kongsuwan, M.B.,
and Thamanoon Prapaiwongs, M.B.
(Contral Chest Hospital, Nonthaburi)
(Director : Dr. Nadda Sriyabhaya)

In order to make the most effective use of the only existing government tuberculosis hospital in the country, the Thoracic Surgery Project was started by the Department of Health in 1952 to supplement the ambulatory treatment of pulmonary tuberculosis, which had become possible with the advent of chemotherapy, so that patients who failed to respond to medical treatment could be cured by resectional surgery.

This paper briefly reviews the work of the Project during its 18 years of operation. In the early period of chemotherapy the operative and post-operative mortalities ranged from 5 to 9 % with equally high rates of major complications. With improvement and progress in chemotherapy particularly with more or newer drugs available, the result became better, at present comparable to that in developed countries. However, the frequency of surgical intervention as a whole was beginning to show a trend of decline, being limited to major destructive lesions, while smaller involvements were successfully managed by reserved drug treatment. Although tuberculosis would continue to be the first priority in the hospital's policy, mainly for retreatment, for a long time to come, the Thoracic Surgery Project now also embraces non-tuberculous pulmonary as well as cardiac diseases.

* Read at the Siriraj Medical Meeting on the 80th Anniversary of the Medical School, 27th April 1970.