

10-1-1973

ทัศนคติของแพทย์ต่อภาพรังสีทรวงอก

เจสสิยา อริยะชน

บุญเที่ยง ศิตติสาร

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

อริยะชน, เจสสิยา and ศิตติสาร, บุญเที่ยง (1973) "ทัศนคติของแพทย์ต่อภาพรังสีทรวงอก," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 18: Iss. 4, Article 8.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol18/iss4/8>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ทัศนของแพทย์ต่อภาพรังสีทรวงอก

เจลิยว บียะชน*
บุญเที่ยง ศีตีสาร*

การวินิจฉัยภาพรังสี จะเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งผิดปกติที่ปรากฏอยู่ ถ้ามองไม่เห็นสิ่งผิดปกตินั้นก็ไม่สามารถวินิจฉัยได้ ความแม่นยำในการวินิจฉัยจึงขึ้นอยู่กับ การมองเห็นสิ่งผิดปกติเป็นเบื้องต้น ถึงแม้ว่าสิ่งผิดปกติจะปรากฏในภาพรังสีของทรวงอก แพทย์ก็อาจจะมองไม่เห็น หรืออาจจะแปลผลของภาพที่ปรากฏอยู่มากกว่าความเป็นจริง² จึงเป็นข้อที่แพทย์น่าจะระลึกไว้เสมอว่าไม่ควรยึดมั่นอย่างผิด ๆ ว่าตนมีความสามารถที่จะเห็นพยาธิสภาพได้เสมอไป¹ ขนาดของพยาธิสภาพในปอด ก็เป็นปัจจัยสำคัญสิ่งหนึ่ง ถ้าขนาดเล็กเกินไปก็จะไม่ปรากฏบนภาพรังสี จากการทดลองปรากฏว่า ขนาดของพยาธิสภาพที่จะเห็นได้ในภาพรังสีทรวงอกนั้น จะต้องมีส่วนเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 3 มม. และต้องมีขอบชัดเจนด้วย⁷

จากการตรวจทางพยาธิวิทยาเปรียบเทียบกับภาพรังสีพบว่าขนาดก้อนเนื้อเดียวจะต้องใหญ่กว่า 6 มม. จึงจะปรากฏบนภาพรังสีทรวงอก¹⁰ ก้อนเนื้อในปอด ที่มีขนาดวัดได้จากการตรวจทางพยาธิวิทยาประมาณ 10 มม. นั้น จำนวนหนึ่ง

จะไม่ปรากฏในภาพรังสี³ ในทำนองเดียวกันโรคของปอดบางชนิด หรือบางระยะอาจไม่ปรากฏสิ่งผิดปกติให้เห็นได้ด้วยการถ่ายภาพรังสี เช่นการมีเลือดแข็งอุดตันในหลอดเลือดแดงของปอด (Pulmonary embolism) ส่วนใหญ่จะพบว่าภาพรังสีของทรวงอกปกติ^{6,11,12} ในโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่าภาพรังสีปกติร้อยละ 41⁹ ในโรคปอดบวมความผิดปกติของภาพรังสีมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติจากการตรวจร่างกายเพียงร้อยละ 83⁸ ในบางรายภาพรังสีแสดงลักษณะคล้ายเป็นปอดบวม แต่การตรวจร่างกายได้ผลปกติ หรืออาจจะพบในทำนองตรงกันข้ามก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความร้ายแรงของการอักเสบและระยะของโรค ผู้ป่วยด้วยโรคปอดบวมจากเชื้อ Staphylococcus อาจจะมีอาการทางระบบหายใจรุนแรงมาก่อนที่ภาพรังสีจะแสดงให้เห็นความผิดปกติ⁴ ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีผลผลิตจากการอักเสบมากพอที่จะปรากฏบนภาพรังสีได้ในระยะแรก

วัณโรคของปอดก็เป็นโรคหนึ่งที่ทำให้ภาพรังสีผิดปกติได้ในลักษณะต่าง ๆ และที่สำคัญคืออาจไม่ปรากฏสิ่งผิดปกติบนภาพรังสีของทรวงอก

* แผนกรังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลย Husen และคณะ⁵ ได้ศึกษาผู้ป่วย 40 รายที่เป็นวัณโรคของปอดในระยะแพร่เชื้อ และเพาะเชื้อขึ้นจากเสมหะ หรือน้ำย่อยจากกระเพาะ แต่ภาพรังสีทรวงอกไม่พบว่าปอดผิดปกติ จึงสรุปว่าภาพรังสีทรวงอกไม่สามารถจะช่วยวินิจฉัยวัณโรคของปอดได้ทุกราย ฉะนั้นภาพรังสีทรวงอกที่ปกติจึงไม่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์แยกว่าผู้ป่วยมิได้เป็นวัณโรคของปอดในระยะแพร่เชื้อ

เหตุผลที่อธิบายผลปกติของภาพรังสีทรวงอกในโรคที่กล่าวนี้ และโรคอื่น ๆ อีก ที่มีได้กล่าวถึงคือ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีขนาดใหญ่ไม่พอหรือไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความโปร่งทึบของปอดบนภาพรังสีให้ผิดไปจากเดิม จึงไม่ปรากฏว่ามีการเปลี่ยนแปลงบนภาพรังสี แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยจึงน่าจะคำนึงถึงความจริงข้อนี้ด้วย

ในบางกรณีการถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติม จะช่วยการวินิจฉัย และติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรค ซึ่งก็จะช่วยการรักษาผู้ป่วยให้ถูกต้องขึ้น ภาพรังสีทรวงอกที่ปกติในการตรวจครั้งแรกจึงไม่น่าจะเป็นอุปสรรคในทัศนคติของแพทย์ต่อความเป็นจริงที่ว่าพยาธิสภาพอาจมีอยู่ได้โดยไม่ปรากฏให้เห็นในภาพรังสี

เอกสารอ้างอิง

1. Fraser RG, Pare JAP: Diagnosis of diseases of the chest; an integrated study based on the abnormal roentgenogram. Philadelphia, WB Saunders, 1970, p 99
2. Garland LH: Studies on the accuracy of diagnostic procedures. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 82:25-38, 59
3. Greening RR, Pendergrass EP; Postmortem roentgenography with particular emphasis upon the lung. Radiology 62: 720-5, 54
4. Hinshaw HC, Garland LH: Diseases of the chest. 2nd edition. Philadelphia, WB Saunders, 1963, p 126
5. Husen L, Fulkerson LL, Zack MB, et al: Pulmonary tuberculosis with negative findings on chest X-ray films. A study of 40 cases. Chest 60: 540-2, 71
6. Maddison FF, Wright RR, Tooley WH: Chest radiography following unilateral pulmonary artery occlusion, an experimental study. Radiology 88: 435-40, 67
7. Newell RR, Garneau R: The threshold visibility of pulmonary shadows. Radiology 56: 409-15, 51
8. Osmer JC, Cole BK: The stethoscope and roentgenogram in acute pneumonia. South Med J 59: 75-7, 66
9. Simon G, Galbraith HJB: Radiology of chronic bronchitis. Lancet 2: 850-2, 53
10. Spratt JS Jr, Ter-Pogossian M, Long RTL: The detection and growth of intrathoracic neoplasms; the lower limits of radiographic distinction, the antemortem size, the duration, and the pattern of growth as determined by direct measurement of tumor diameters from random thoracic roentgenograms. Arch Surg 86: 283-8, 63
11. Williams JR, Wilcox WC: Pulmonary embolism roentgenographic and angiographic considerations. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 89: 333-42, 63
12. Williams JR, Wilcox WC, Andrews GJ, et al: Angiography in pulmonary embolism. JAMA 184: 473-6, 63