

## แบบสำรวจแนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ในเวชปฏิบัติปี 2564 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อัมพร วนสุนทร พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

### บทคัดย่อ

**ที่มา:** การรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีข้อมูลจำกัดทั้งการวินิจฉัยและการรักษา

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ในเวชปฏิบัติที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีในปี 2564 เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

**วิธีการศึกษา:** ศึกษาวิจัยข้อมูลแบบภาคตัดขวาง โดยการส่งแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 33 ข้อ ให้แพทย์ผู้รักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ที่ทำงานในจังหวัดสุราษฎร์ธานีตอบแบบสอบถามตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564

**ผลการศึกษา:** มีแพทย์ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 205 คน การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์นิยมเลือกการเจาะเลือดเพื่อดูค่าการทำงานของฮอร์โมนไทรอยด์มากกว่าการตรวจทางเอกซเรย์ โดยนิยมตรวจระดับเลือดที่เอสเอช 99% และฟรีไทรอยด์ฮอร์โมน 91.7% มากเป็นสองอันดับแรก สำหรับการรักษาโรคเลือกการใช้ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมน (92.2%) มากกว่าการกลืนแร่ (3.9%) และการผ่าตัด (2.0%) โดยยาต้านไทรอยด์ที่ใช้มากที่สุดคือยาเมธิมาโซล โดยใช้ขนาดยาเริ่มต้น 15 มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับยาเบต้าบล็อกเกอร์ การรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ขณะตั้งครรภ์พบว่าเลือกใช้ยาต้านไทรอยด์เป็นอันดับแรก โดยยาที่ใช้คือโพรพิลไทโออูราซิลมากกว่ายาเมธิมาโซล โดยเฉพาะในสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์

**สรุป:** แนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีนิยมใช้ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมนรักษาเป็นทางเลือกแรกมากกว่าการกลืนแร่และการผ่าตัด แนวทางการรักษาเหมือนทางประเทศในแถบอเมริกา ยุโรปและเอเชีย นอกจากนั้นการรักษาโดยการกลืนแร่หรือการผ่าตัดขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์แต่ละท่านและความพร้อมของโรงพยาบาล

**คำสำคัญ:** ไทรอยด์เกรฟส์, ไทรอยด์เกรฟส์ขณะตั้งครรภ์, ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมน

## A 2021 Suratthani Survey of Clinical Practice Patterns in the Management of Graves' Disease

Amporn Vanasuntorn, M.D.

Department of internal medicine, Suratthani Hospital, Suratthani Province

### Abstract

**Background:** Suratthani has minimal data on clinical practice trends in the assessment and treatment of Graves' disease (GD).

**Objectives:** To evaluate the current diagnosis and management of GD in Suratthani.

**Method:** Suratthani's medical doctors in 2021 were invited to participate in an electronic survey on management of GD between February and June 2021. Using the same index questionnaire as in previous surveys in North American and European.

**Results:** A total of 205 responses were included. The preferred diagnosis modality was blood test more than imaging. Serum Thyroid stimulating hormone (TSH) and Free T4 assays were the most frequently ordered measurements (99% and 91.7% respectively). Treatment with an antithyroid drug (ATD) was the preferred first choice of therapy (92.2%). Methimazole 15 mg/day with beta-blocker was the initial treatment of choice. In case of pregnancy, ATD (Propylthiouracil) was preferred in the first trimester which was similar to previous surveys.

**Conclusion:** Physician preferred for ATD in patients with uncomplicated GD. This was similar to European, North American and other Asian countries. The differences in treatment options may be caused by the limited availability of nuclear medicine facilities and experienced thyroid surgeons.

**Keywords:** Graves' disease, Pregnancy with Graves' disease, Antithyroid drug

โรคไทรอยด์เกรฟส์ (Graves' disease) เป็นสาเหตุของภาวะไทรอยด์เป็นพิษที่พบบ่อย เกิดจากแอนติบอดีกระตุ้นต่อตัวรับทีเอสเอช (TSH receptor) บนผิวเซลล์ของต่อมไทรอยด์ ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ให้มีการหลั่งฮอร์โมนไทรอยด์มากขึ้นจนเกิดอาการต่างๆ ของภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติของอาการไทรอยด์เป็นพิษมานานก่อนมาพบแพทย์ อาจได้ประวัติโรคไทรอยด์เป็นพิษในครอบครัว ตรวจร่างกายพบต่อมไทรอยด์โต (diffusely enlarged goiter) ฟังได้เสียงฟู่ (bruit) ที่ต่อมไทรอยด์ นอกจากนั้นมีรายงาน 10-30% ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไทรอยด์เกรฟส์ที่ต่อมอาจจะไม่โตได้ โรคนี้วินิจฉัยได้โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการของไทรอยด์ฮอร์โมนสูง มีระยะเวลาของอาการและอาการแสดงมักเกิดก่อนมาพบแพทย์ประมาณ 1-3 เดือน ร่วมกับตรวจร่างกายมีลักษณะจำเพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตรวจต่อมไทรอยด์โต มีอาการทางตา (Graves' ophthalmopathy) มีอาการทางผิวหนัง (dermopathy) สามารถให้การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์ได้ทันที สำหรับบางคนที่ตรวจไม่พบลักษณะจำเพาะที่ชัดเจนสามารถตรวจเลือดพบ thyroid autoantibodies คือ Anti-TSH receptor antibody (TRAb) หรือตรวจทางรังสีโดยตรวจการจับไอโอดีนรังสีของต่อมไทรอยด์ (thyroid uptake) จะพบว่ามี การจับรังสีไอโอดีนมากกว่าคนปกติและเมื่อทำการถ่ายภาพต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตรังสี (thyroid scan) จะพบมีการติดสีทั่วทั้งต่อมไทรอยด์ การตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์พบมีค่า Triiodothyronine (T3) และหรือ Thyroxine (T4) สูงและค่า thyroid stimulating hormone (TSH) ต่ำ โดยจะพบค่า  $TSH < 0.1 \text{ mIU/L}$  แสดงว่าต่อมไทรอยด์สร้างและหลั่งฮอร์โมนมากกว่าปกติและมีผลไปกดการสร้างและหลั่งฮอร์โมน Thyrotropin (TSH) จากต่อมใต้สมอง การตรวจหาสาเหตุของไทรอยด์เป็นพิษเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสมมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาสาเหตุของโรคให้ได้แน่ชัดเพื่อเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาไทรอยด์เกรฟส์ประกอบด้วย การให้ยาต้านไทรอยด์ (antithyroid drugs) เพื่อลดระดับฮอร์โมนไทรอยด์ ให้ยา beta blocker เพื่อลดอาการจากการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic การรักษาด้วยการกลืนแร่ (iodine ablation I-131) พิจารณาให้การรักษาในผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ป่วยที่ไม่หายหรือกลับเป็นซ้ำหลังหยุดยาต้านไทรอยด์ การรักษาด้วยการผ่าตัดมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมภาวะไทรอยด์เป็นพิษให้ได้อย่างรวดเร็ว เช่น ในผู้ป่วยแพ้ยาต้านไทรอยด์แบบรุนแรง นอกจากนี้อาจพิจารณาการผ่าตัดในกรณีที่ต่อมไทรอยด์มีขนาดโตมาก มีการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง หรือสงสัยภาวะที่อาจมีมะเร็งต่อมไทรอยด์ร่วมด้วย การติดตามการรักษาในรายที่รักษาด้วยยาต้านไทรอยด์แนะนำให้ติดตามไทรอยด์ฮอร์โมนที่ 4-8 สัปดาห์ จนกระทั่งระดับฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ปรับลดขนาดยาต้านไทรอยด์และให้ติดตามห่างขึ้นทุก 2-3 เดือน ให้ยาไปนาน 12-18 เดือนจึงพิจารณาหยุดยาต้านไทรอยด์ ให้ติดตามระดับฮอร์โมนภายใน 1-3 เดือนหลังหยุดยาและทุก 3 เดือนหลังจากนั้นจนครบ 1 ปี<sup>1</sup>

จากการศึกษา A 2011 Survey of Clinical Practice Patterns in the Management of Graves' Disease<sup>2</sup> โดย Henry B และคณะ มีผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยกลุ่มประชากรเป็นแพทย์ที่เป็นสมาชิกของสมาคมต่อมไร้ท่อประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ สมาคม The Endocrine Society (TES) สมาคม American Thyroid Association (ATA) และสมาคม American Association of Clinical Endocrinology (AACE) พบว่า การรักษาไทรอยด์เกรฟส์มีแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่ใช้การรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีนเป็น

การรักษาแรกได้เปลี่ยนเป็นการเลือกใช้ยาต้านไทรอยด์เป็นการรักษาหลักเพิ่มขึ้น โดยใช้ยาต้านไทรอยด์รักษา (53.9%) ยาต้านไทรอยด์ที่ใช้มากที่สุด คือ ยาเมธิมาโซล (methimazole: MMI) และคาบิมาโซล (carbimazole) รองลงมาคือการรักษาโดยการกลืนแร่รังสีไอโอดีน (24%) และการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (0.7%) นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษร่วมกับมีอาการทางตา (Graves' ophthalmopathy) พบว่ามีการรักษาโดยใช้ยาต้านไทรอยด์ (62.9%) การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (18.5%) การรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน ร่วมกับการใช้ยาสเตียรอยด์ (16.9%) และรักษาโดยการกลืนแร่อย่างเดียว (1.9%)

จากการศึกษา A 2015 Italian Survey of Clinical Practice Patterns in the Management of Graves' Disease: Comparison with European and North American Surveys<sup>3</sup> โดย Roberto Negro และคณะ พบว่าการวินิจฉัยไทรอยด์เกรฟส์นอกจากใช้ผลเลือดค่าไทรอยด์แล้ว ยังนิยมใช้ TRAb ในการวินิจฉัย มากกว่าการใช้การอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์หรือการทำ thyroid scan/thyroid uptake นอกจากนี้พบว่า แพทย์ชาวอิตาลีนิยมเลือกการรักษาไทรอยด์เกรฟส์โดยใช้ยาต้านไทรอยด์เป็นทางเลือกแรกเมื่อเทียบกับ แพทย์ชาวสหรัฐอเมริกาที่นิยมใช้การรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน โดยยาตัวแรกที่ใช้คือ MMI ขนาด 20-30 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับการใช้ยาเบต้าบล็อกเกอร์ (beta blocker) สำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เกรฟส์ที่มีการวางแผนจะตั้งครรภ์ในอีก 6-12 เดือน แพทย์อิตาลีมักจะเลือกการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์มากกว่า แพทย์ทางสหรัฐอเมริกา การใช้ยาต้านไทรอยด์ในหญิงตั้งครรภ์ช่วงสามเดือนแรกนิยมใช้ยา โพรพิลไทโอยูราซิล (propylthiouracil : PTU) มากกว่ายา MMI

จากการศึกษา Diagnosis and Management of Graves' Disease in Thailand: A Survey of Current Practice<sup>4</sup> โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติธร ศรีพระประแดง พบว่าจากการสำรวจแพทย์ อนุสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมจำนวน 392 คนโดยใช้คำถามเดียวกับการศึกษาของ Roberto Negro พบว่าการวินิจฉัยภาวะไทรอยด์เกรฟส์มีการส่งตรวจเพิ่มเติมโดยใช้ TRAb (29.2%) อัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์ (6.7%) และมีการส่งตรวจ thyroid scan/thyroid uptake (5.9%) สำหรับการรักษาไทรอยด์เกรฟส์เลือกการรักษาโดยใช้ยาต้านไทรอยด์ (90.8%) มากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น โดยยาตัวแรกที่ใช้คือ MMI ขนาด 10-15 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับให้ยา beta blocker นอกจากนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไทรอยด์เกรฟส์ โดยเฉพาะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์จะให้ยาต้านไทรอยด์ PTU และเปลี่ยนเป็นยา MMI หลังจากตั้งครรภ์ มากกว่าสามเดือน

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่เข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 4,371 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นต่อปีประมาณ 750 ราย จากการทบทวนดูแลผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล เบื้องต้นที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมทำให้ทราบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษบาง รายได้รับการรักษาไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษได้รับยาด้านไทรอยด์มากกว่า 2 ปี มีภาวะล้มเหลว จากการรักษาด้วยยาไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นที่เหมาะสม เช่น การกลืนแร่ (I-131 ablation therapy) การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เป็นต้น การรักษาไทรอยด์เกรฟส์โดยการให้ยาต้านไทรอยด์ควรมีการติดตามไทรอยด์ ฮอร์โมนที่ 4-8 สัปดาห์เพื่อปรับขนาดยา จนกระทั่งระดับฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้การรักษาของ แพทย์แต่ละรายยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบยากในการติดตามการรักษา อีกทั้ง

ยังไม่มีแผนงานและการประสานงานระหว่างแผนกที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ โสตศอนาสิกแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อีกทั้งการรักษาภาวะไทรอยด์เกรฟส์ในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความรุนแรงของโรค โรคประจำตัวของผู้ป่วย ผลข้างเคียงจากการรักษา ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเป็นการสำรวจแนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ที่ใช้รักษาผู้ป่วยจริงในเวชปฏิบัติ เพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการรักษาโรคและนำไปปรับปรุงเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ในเวชปฏิบัติปี 2564 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคในการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์และนำไปปรับปรุงเป็นแนวทางในการรักษา

### วัสดุและวิธีการ

#### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีการเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 33 ข้อ ให้แพทย์ผู้รักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ตอบแบบสอบถาม โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 64-0006

#### ประชากรที่ศึกษา

แพทย์ผู้รักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีในปี 2564 ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะศึกษา คาดว่าจะมีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณ 200 ราย

**เกณฑ์การคัดเข้า** แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เกรฟส์ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีปี 2564

**เกณฑ์การคัดออก** แพทย์ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

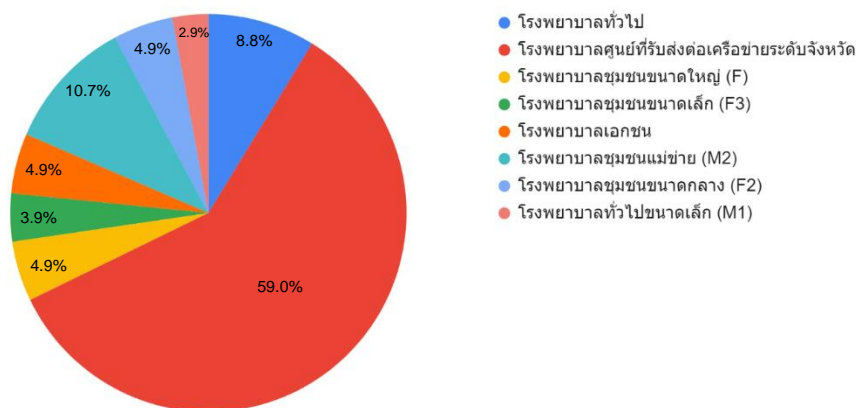
#### การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ทำโดยนำแบบสอบถามไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากนั้นนำร่างแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจแก้จากผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ซึ่งการเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่ามีค่าความสอดคล้องที่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จึงสามารถนำแบบสอบถามไปใช้สำรวจได้ สำหรับการรายงานผลแบบสอบถามจะเป็นแบบจำนวนและร้อยละ (percentage) โดยข้อมูลทั้งหมดจะวิเคราะห์โดยโปรแกรมทางสถิติ SPSS (the statistical package for the social sciences) version 21.0 for windows

ก่อนที่จะมีการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะเสนอโครงร่างการวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและจะลงมือทำการวิจัยเมื่อคณะกรรมการอนุมัติแล้วตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศของเฮลซิงกิ

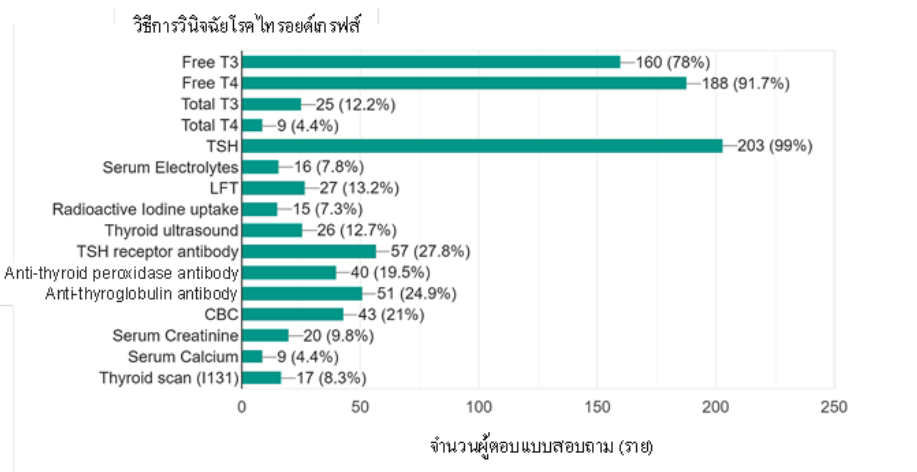
## ผลการศึกษา

มีแพทย์เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 205 คน โดยมีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากรที่ศึกษาดังนี้ อายุของแพทย์ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 28-33 ปี (46.8%) รองลงมาคืออายุ 34-39 ปี (25.4%) ระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่ทำงาน (ภาพที่ 1) พบว่ามีโรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อเครือข่ายระดับจังหวัด (59.0%) รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย M2 (10.7%) สำหรับคุณวุฒิเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (34.1%) กุมารแพทย์ (13.7%) และอายุรแพทย์ (10.7%) แพทย์มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เกรฟส์ 2-5 ปี (32.7%) และมีผู้ป่วยเกรฟส์รายใหม่ที่ดูแลประมาณ 1-5 คนต่อปี (43.9%)



ภาพที่ 1 ระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่ทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

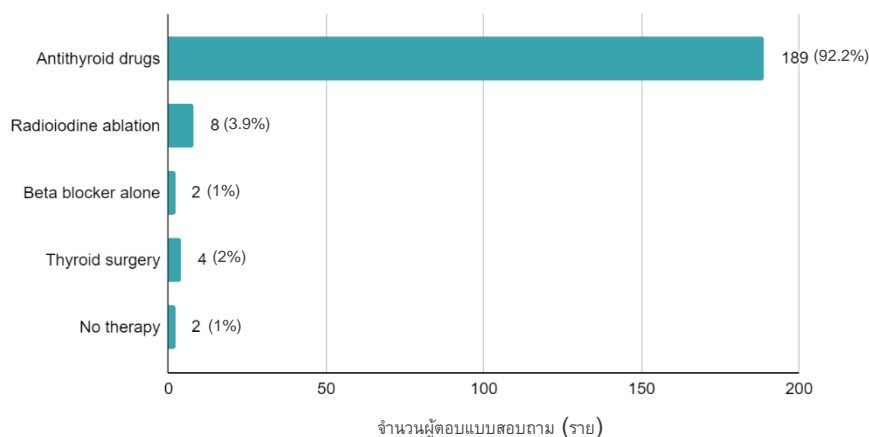
การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์นิยมเลือกการเจาะเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูค่าการทำงานของฮอร์โมนไทรอยด์มากกว่าการตรวจทางเอกซเรย์ (ภาพที่ 2) โดยนิยมตรวจระดับเลือด TSH (99%) และ FreeT4 (91.7%) มากเป็นสองอันดับแรก มีการส่งตรวจเพิ่มเติมโดยใช้ TRAb (27.8%) อัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์ (12.7%) และมีการส่งตรวจ thyroid scan (8.3%) นอกจากนี้ยังมีการเจาะเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูค่าการทำงานของเม็ดเลือด CBC (21.0%) และค่าการทำงานของตับ (13.2%) ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์



ภาพที่ 2 การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

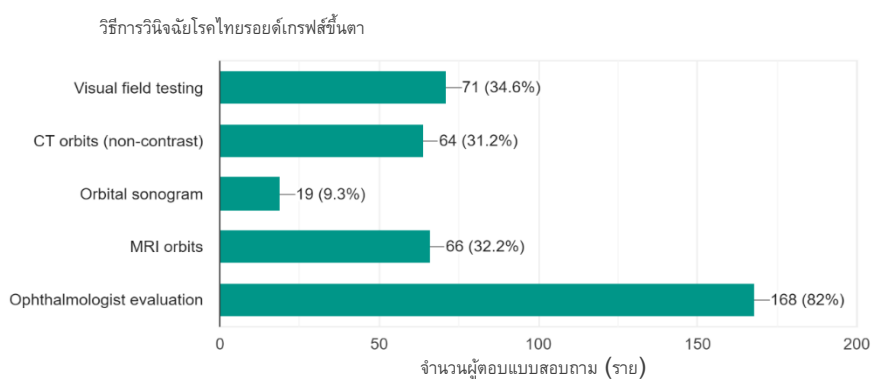
การรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์นิยมเลือกการรักษาโดยใช้ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมน (92.2%) มากกว่าการกลืนแร่ (3.9%) และการผ่าตัด (2.0%) (ภาพที่ 3) โดยยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ที่ใช้มากที่สุดคือยา MMI (87.8%) โดยใช้ขนาดยาเริ่มต้น 15 มิลลิกรัมต่อวัน (41.5%) ถ้าใช้ยาต้านไทรอยด์ PTU จะใช้ขนาดเริ่มต้น 300 มิลลิกรัมต่อวันแบ่งให้สามเวลา (21.0%) ร่วมกับยา beta blocker (77.1%) เพื่อควบคุมระบบประสาท sympathetic โดยยาที่เลือกใช้มากที่สุดคือ propranolol (92.2%) รองลงมาคือ atenolol (6.3%) มีการควบคุมให้อัตราการเต้นของชีพจรไม่ควรเกิน 100 ครั้ง/นาที (49.3%) และอัตราชีพจรไม่เกิน 90 ครั้งต่อนาที (22.0%) หลังจากรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์จะเริ่มติดตามผลการรักษาโดยการเจาะเลือดไทรอยด์ฮอร์โมนที่ 4 สัปดาห์ (52.7%) และที่ 6 สัปดาห์ (18.0%) นอกจากนั้นหลังจากรักษาโรคจนระดับไทรอยด์อยู่ในค่าปกติแล้วจะมีการติดตามฮอร์โมนไทรอยด์ทุก 3 เดือน (66.8%) เพื่อปรับระดับยา ระยะเวลาในการรักษาโรคไทรอยด์จนสงบจากการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 18 เดือน (31.7%) และ 12 เดือน (25.9%) การผ่าตัดต่อมไทรอยด์เพื่อรักษาโรคควรให้ระดับไทรอยด์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (90.7%) และควรให้ยา Lugol's solution หรือ ยา SSKI (potassium iodide) ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดเลือดที่ไปเลี้ยงต่อมไทรอยด์ (31.7%)

วิธีการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์



ตารางที่ 3 วิธีการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์

การตรวจวินิจฉัยคนไข้ที่มีภาวะไทรอยด์ขึ้นตา (Graves' ophthalmopathy) ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกการส่งให้จักษุแพทย์วินิจฉัย (82.0%) การตรวจตาโดยวิธี visual field testing (34.6%) และการตรวจตาโดยใช้คลื่นแม่เหล็ก (32.2%) (ตารางที่ 4) การรักษาภาวะไทรอยด์ขึ้นตาระดับรุนแรงใช้การรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ร่วมกับยาสเตียรอยด์ (68.3%) ใช้การกลืนแร่ร่วมกับยาสเตียรอยด์ (12.2%) โดยแพทย์ที่เป็นคนให้ยาสเตียรอยด์จากแบบสอบถามพบว่าให้โดยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ (56.1%) จักษุแพทย์ (37.6%) และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (6.3%)



ภาพที่ 4 วิธีการวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์ขึ้นตา

การรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์ในระยะเวลา 6-12 เดือนพบว่าเลือกวิธีใช้ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมน (62.4%) การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (22.0%) และการกลืนแร่ (15.6%) ยาต้านไทรอยด์ที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์นิยมเลือกให้ยา PTU เป็นชนิดแรก (90.7%) หลังจากสามเดือนแรกให้ยา PTU ต่อจนคลอด (62.0%) และเปลี่ยนเป็นยา MMI หลังจากเข้าสู่ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ (38.0%)



## วิจารณ์

การวินิจฉัยภาวะไทรอยด์เกรฟส์ทำได้จากการพิจารณาซักประวัติที่มีอาการไทรอยด์เป็นพิษ เช่น อาการใจสั่น มือสั่น เหนื่อยง่าย ทานมากแต่น้ำหนักลด เหงื่อออกมาก เป็นต้น การตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ พบต่อมไทรอยด์โตทั่ว ๆ (diffusely enlarged goiter) ฟังได้เสียงฟู่ที่ต่อมไทรอยด์ (bruit) ระบบผิวหนังพบมีเหงื่อออกมาก มีผิวขื่น ระบบประสาทจะพบอาการสั่น (fine tremor) กล้ามเนื้อต้นขาและแขนอ่อนแรง (proximal muscle weakness) ระบบหัวใจจะพบความดันโลหิตสูง ซีพจรเต้นเร็ว หรือมีภาวะน้ำท่วมหัวใจ (congestive heart failure) เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีรายงาน 10-30% ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไทรอยด์เกรฟส์ที่ต่อมไทรอยด์อาจไม่โต สามารถให้การวินิจฉัยได้โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการของไทรอยด์ฮอร์โมนสูง มีค่า FreeT4 หรือ FreeT3 สูงและระดับ TSH ต่ำ จะช่วยในการวินิจฉัยภาวะไทรอยด์เป็นพิษ มีระยะเวลาของอาการและอาการแสดงก่อนมาพบแพทย์ประมาณ 1-3 เดือน ร่วมกับตรวจร่างกายมีลักษณะจำเพาะบางอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีอาการทางตา (Graves' ophthalmopathy) ได้แก่ หนังตาบวม ตาโปน ตาแดง มีผลที่แก้วตาดำ เห็นภาพซ้อน ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง หรือถ้าเป็นมากจนกดเส้นประสาทตาอาจจะมองไม่เห็นเกิด optic nerve compression พบได้ 20-30% ของผู้ป่วยที่มีอาการทางตา ร่วมกับมีอาการทางผิวหนัง (dermopathy) ลักษณะเป็นหนังแข็งนูนมีอาการคัน กัดไม่บวม มีรูขุมขนคล้ายผิวสัมผัส เรียกว่า localized myxedema พบบ่อยที่บริเวณหน้าแข้ง หรือบริเวณที่มีการเสียดสี พบ 0.5-4.3% ของผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนังร่วมด้วย สามารถให้การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์ได้ทันที แต่สำหรับบางคนที่ตรวจไม่พบลักษณะจำเพาะที่ชัดเจนสามารถตรวจเลือดพบ TRAb หรือตรวจทางรังสีโดยตรวจการจับไอโอดีนรังสีของต่อมไทรอยด์ (thyroid scan/thyroid uptake)<sup>1</sup> จากแบบสอบถามพบว่าแพทย์นิยมเลือกการวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์โดยการเจาะเลือดเพื่อดูค่าการทำงานของฮอร์โมนไทรอยด์มากกว่าการตรวจทางเอกซเรย์ไม่ต่างจากแนวทางการวินิจฉัยของต่างประเทศ

การรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์มี 3 วิธี ประกอบด้วย การใช้ยาต้านไทรอยด์ การกลืนแร่รังสี (<sup>131</sup>I ablation) และการผ่าตัด ในการรักษาแต่ละวิธีมีหลักการรักษาในรายละเอียดที่แตกต่างออกไป สำหรับแนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีปี 2564 นิยมใช้ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นการรักษาอันดับแรกเหมือนแนวทางการรักษาในประเทศแถบอเมริกาและยุโรป การรักษาด้วยการกลืนแร่รังสีใช้ในกรณีที่มีผลข้างเคียงรุนแรงจากการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ มีภาวะล้มเหลวของการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์เกิน 18 เดือน (medication failure) หรือผู้ป่วยที่มีอาการไทรอยด์เกรฟส์เป็นซ้ำหลังจากการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ (relapse of Graves' disease) ส่วนการผ่าตัดต่อมไทรอยด์นิยมเลือกใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกดเบียดทางเดินอาหารและหลอดลม (compressive symptom) มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่มีแนวโน้มจะเป็นมะเร็ง

การรักษาโดยใช้ยาต้านไทรอยด์ กลุ่ม Thionamides ประเทศไทยมียาที่ใช้รักษา 2 ชนิด ได้แก่ ยา MMI และยา PTU จุดประสงค์ของการใช้ยาต้านไทรอยด์ในการรักษาเพื่อใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยเกรฟส์เพื่อให้เกิดการหายของโรคในระยะยาว (long term remission) โดยใช้ยานาน 12-18 เดือน ใช้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีค่าไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (euthyroidism) ก่อนให้การรักษาโดยการผ่าตัดหรือ

การกลืนแร่ และใช้รักษาผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษระหว่างตั้งครรภ์ ยาทั้งสองชนิดดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทานยาได้สามารถให้ยาทางสวนทวารได้ (rectal administration) แต่ควรบดให้ละเอียดก่อนผสมน้ำและเพิ่มขนาดอีกหนึ่งเท่าเมื่อเทียบกับขนาดยาชนิดรับประทาน<sup>5</sup> โดยขนาดของยา PTU ที่ใช้ 400-600 มิลลิกรัมทุก 6 ชั่วโมงและยา MMI ขนาด 20-40 มิลลิกรัมทุก 6-8 ชั่วโมง<sup>6</sup> สำหรับขนาดของยาที่ใช้รับประทานขึ้นกับความรุนแรงของอาการไทรอยด์เกรฟส์ โดยทั่วไปเริ่มต้นยา MMI ที่ขนาด 15-30 มิลลิกรัมต่อวันโดยให้ยาวันละครั้ง ส่วนยา PTU เริ่มต้นด้วยขนาดยา 150-300 มิลลิกรัมต่อวันโดยแบ่งให้วันละสามครั้ง จากแนวทางการรักษาไทรอยด์เป็นพิษของสหรัฐอเมริกาปี 2016<sup>7</sup> มีหลักการให้ยา MMI ดังนี้ ระดับ FT4 1-1.5 เท่าของค่าปกติตัวบน ให้ยา MMI 5-10 มิลลิกรัมต่อวัน ระดับ FT4 1.5-2 เท่าของค่าปกติตัวบน ให้ยา MMI 10-20 มิลลิกรัมต่อวัน และระดับ FT4 2-3 เท่าของค่าปกติตัวบน ให้ยา MMI 30-40 มิลลิกรัมต่อวัน การปรับขนาดยา (titration regimen) หลังจากเริ่มยาครั้งแรกควรตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ทุก 2-6 สัปดาห์ ในหกเดือนแรกของการรักษาควรตรวจวัดทั้ง FT4 และ FT3 เนื่องจากระดับ FT3 จะกลับมาเป็นปกติช้ากว่า FT4 ไม่แนะนำให้ตรวจ TSH ในหกเดือนแรกเนื่องจากค่า TSH จะต่ำได้นาน การปรับขนาดยาจะขึ้นกับฮอร์โมน FT3 และ FT4 เป็นหลัก เมื่อไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในค่าปกติให้ปรับลดยาด้านไทรอยด์ลง 30-50% จากขนาดยาที่ใช้อยู่เดิมและมีการตรวจวัดฮอร์โมนไทรอยด์ทุก 4-6 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่า การให้ยาด้านไทรอยด์นาน 12-18 เดือนจะทำให้โอกาสการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าการให้ยาเพียง 6 เดือน ปัจจัยที่จะช่วยพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดไม่สามารถหยุดได้ด้วยการใช้ยาอย่างเดียวและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ได้แก่ อาการไทรอยด์ที่เป็นมากและรุนแรง ต่อมไทรอยด์มีขนาดใหญ่มาก มีประวัติเป็นซ้ำมาก่อน (relapse) และผู้ป่วยที่ตรวจพบมีระดับค่า TRAb สูง

ผลข้างเคียงของยาด้านไทรอยด์ แบ่งเป็นผลข้างเคียงที่รุนแรงและไม่รุนแรง โดยผลข้างเคียงรุนแรง ได้แก่

1. ผลต่อระบบเม็ดเลือด ได้แก่ ภาวะ Agranulocytosis (granulocyte count < 500/mm<sup>3</sup>) พบได้ร้อยละ 0.2-0.5 ของผู้ป่วยที่รับประทานยา จากแบบสอบถามพบว่าการส่งตรวจค่าการทำงานของเม็ดเลือด CBC 21.0% เท่านั้น ทางผู้วิจัยคิดว่าผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการตรวจ CBC ทุกคนก่อนเริ่มยาเนื่องจากเป็นผลข้างเคียงที่รุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยยา PTU จะเกิดแบบ idiosyncrasy คือไม่ขึ้นกับปริมาณยาที่รับประทาน ส่วนยา MMI จะพบผลข้างเคียงได้น้อยกว่าในขนาดยาที่ต่ำ อุบัติการณ์ที่เกิดมากเท่ากับยา PTU เมื่อทานมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน เกิดในระยะใดของการรักษาก็ได้แต่พบบ่อยในช่วงสามเดือนแรกที่เริ่มยา ผู้ป่วยทุกคนที่ได้ยาควรได้รับคำแนะนำให้กลับมาพบแพทย์ ถ้ามีอาการไข้สูง เจ็บคอ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยเมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำ เมื่อเกิดภาวะนี้แล้วไม่ควรใช้ยาอีกทั้งสองชนิดถือเป็นข้อห้ามโดยเด็ดขาด (Absolute contraindication)<sup>1</sup> ของการรักษาด้วยยาด้านไทรอยด์ ควรแนะนำให้การรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไป เช่นการกลืนแร่หรือการผ่าตัด

2. ผลต่อตับ ยาทำให้มีการเพิ่มของระดับ aspartate และ alanine aminotransferase (AST, ALT) ได้ ในระยะสองเดือนหลังได้ยา PTU อาจพบภาวะตับอักเสบได้ 30% โดยมักพบลักษณะเป็น Hepatocellular damage ส่วนยา MMI พบภาวะตับอักเสบลักษณะ Cholestatic jaundice ควรหยุดยาเมื่อ

ค่าเอนไซม์ของตับ (AST, ALT) มากกว่า 3 เท่าหรือมีภาวะเหลือง ภาวะนี้เป็นอีกข้อหนึ่งที่เป็นข้อห้ามอย่างเด็ดขาด (absolute contraindication) ของการใช้ยาต้านไทรอยด์<sup>1</sup> ยังไม่มีคำแนะนำให้ทำการตรวจการทำงานของตับหลังจากเริ่มยา แต่ควรตรวจเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาเหลือง ตัวเหลือง จากแบบสอบถามพบมีการส่งตรวจค่าการทำงานของตับ (LFT) ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์เพียง 13.2% เท่านั้น จากผลข้างเคียงที่รุนแรงของยาทำให้เกิดภาวะตับอักเสบรุนแรง ภาวะตับวายและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง ดังนั้นก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ทุกราย ควรส่งตรวจ LFT ร่วมด้วยเสมอ

3. ผลต่อการอักเสบของหลอดเลือด Antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) associated vasculitis พบได้ประมาณ 20% ของผู้ป่วยที่ได้ยา PTU ยิ่งรับประทานนานโอกาสพบยิ่งเพิ่มขึ้น ลักษณะอาการได้แก่ ไข้ ปวดข้อ ปัสสาวะมีเม็ดเลือดแดงปน ไอเป็นเลือด ซึ่งการรักษาจำเป็นต้องหยุดยาและอาจจำเป็นต้องได้ยาสเตียรอยด์ในรายที่เป็นรุนแรง ยานี้เป็นอีกข้อห้ามโดยเด็ดขาดของการใช้ยา<sup>1</sup>

ผลข้างเคียงไม่รุนแรง พบได้บ่อยประมาณ 1-5% เช่น อาการคันตามตัว ผื่นแดง ปวดข้อ พบได้พอๆกันทั้งจากการใช้ยา PTU และยา MMI ถ้าใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งแล้วมีอาการสามารถเปลี่ยนเป็นยาคนละชนิดแทนได้

ยาเบต้าบล็อกเกอร์ (beta blocker) เป็นยาที่ใช้ร่วมกับยากลุ่ม thionamides เพื่อลดอาการและอาการแสดงของโรคโดยยับยั้งระบบประสาทซิมพาเทติก โดยควรลดอัตราการเต้นของหัวใจให้น้อยกว่า 90 ครั้งต่อนาที<sup>6</sup> นอกจากนั้นยา propranolol ขนาดสูง (มากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อวัน) ยังมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเปลี่ยนของฮอร์โมนไทรอยด์ (peripheral conversion) ของ T4 เป็น T3<sup>7</sup>

กรณีที่แพ้ยา thionamide ยังมียาบางกลุ่มที่สามารถลดการสร้างและหลังฮอร์โมนได้ เช่น lithium, potassium perchlorate, cholestyramine และ inorganic iodide แต่ประสิทธิภาพไม่ดีเท่าและ มีผลข้างเคียงมาก ทำให้ยาเหล่านี้จะใช้เมื่อผู้ป่วยใช้ยา thionamide ไม่ได้เท่านั้น และเป็นการใช้ชั่วคราวเพื่อรอทำการรักษาอื่นๆเช่น การผ่าตัดหรือการกลืนแร่

การรักษาโดยการกลืนแร่ (Radioactive Iodine Therapy) เป็นวิธีที่สะดวกได้ผลดี ปลอดภัย มีจุดประสงค์ของการใช้เพื่อทำลายต่อมไทรอยด์ให้หายจากภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ผู้ป่วยอาจมีภาวะไทรอยด์ปกติ หรือไทรอยด์ต่ำตามมาได้ขึ้นกับขนาดของสารรังสีที่ได้รับ ข้อบ่งชี้ของการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีต่อมไทรอยด์ขนาดใหญ่และมีอาการมากอาจพิจารณาการกลืนแร่เป็นอันดับแรก ผู้ป่วยที่มีอาการไทรอยด์เกรฟส์เป็นซ้ำหลังจากการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์หรือการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินยาได้สม่ำเสมอ ข้อห้ามของการกลืนแร่ ได้แก่ สตรีมีครรภ์ โดยต้องคุมกำเนิดหลังได้รับสารรังสีอย่างน้อย 6 เดือน สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยอายุน้อยเพราะมีรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้ ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์ขึ้นตาระดับรุนแรงมาก (active severe ophthalmopathy) ถ้าจะให้ควรให้ยาสเตียรอยด์ป้องกันก่อนและหลังการกลืนแร่ โดยขนาดยา prednisolone เริ่มต้นที่ 0.4-0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เมื่อส่งผู้ป่วยไปกลืนแร่ควรหยุดยา MMI 3 วันและ ยา PTU 7 วันก่อนไปกลืนแร่ และเริ่มให้ยากลับหลังกลืนแร่ 3-4 วัน ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไอโอดีนสูงอย่างน้อย 7 วันก่อนกลืนแร่<sup>7</sup>

การรักษาโดยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทำค่อนข้างน้อย เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์และการกลืนแร่ค่อนข้างดี ส่วนมากมักทำในกรณีก้อนขนาดใหญ่มีอาการข้างเคียงกดเบียดทางเดินอาหารและหลอดลม (compressive symptom) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์โดยจะทำในไตรมาสที่สอง มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่มีแนวโน้มจะเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางตาที่ไม่สามารถให้การกลืนแร่ได้ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ก่อนผ่าตัดโดยให้มีผลไทรอยด์อยู่ในค่าปกติ และพิจารณาให้ inorganic iodide ได้แก่ SSKI 3-5 หยด หรือ Lugol's solution 5-10 หยด นาน 7-10 วันก่อนผ่าตัดเพื่อลดเลือดที่มาเลี้ยงต่อมไทรอยด์ลดการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ผลข้างเคียงจากการผ่าตัด คือการเสียเลือด แผลติดเชื้อ ทำลายเส้นประสาทเสียง (recurrent laryngeal nerve) เกิดเสียงแหบ เกิดภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ และอาจมีภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำได้ ทำให้ต้องรับประทานยาแคลเซียมและวิตามินดีตลอดชีวิต

อาการแสดงของภาวะไทรอยด์ซันตา (Graves' ophthalmopathy) ได้แก่ มีการอักเสบของกล้ามเนื้อตาที่ใช้ในการกรอกตา การอักเสบของไขมันที่เข้าตา เปลือกตาเล็กขึ้น (eyelid retraction) ตาโปน (proptosis) เยื่อตาบวม (chemosis) ประสาทตาถูกการกดเบียด (compression optic neuropathy) เห็นภาพซ้อน อาจทำให้ตามัวลง การวินิจฉัยทำได้โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยเฉพาะอาการทางตา มีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทางตา (orbital computerized tomography scan) หรือตรวจตาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (orbital magnetic resonance imaging) แนวทางการรักษาจำแนกตามคำแนะนำของ EUGOGO<sup>8</sup> โดยแบ่งเป็นระดับความรุนแรง (severity) และการดำเนินโรค (activity) โดยรายที่มีความรุนแรงมากทางจักษุแพทย์จะให้การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ methylprednisolone เป็นการรักษาหลัก ถ้าอาการไม่ทุเลามีแนวทางการรักษาอื่นโดยใช้ยา Rituximab หรือการผ่าตัดขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์ควรมีค่าไทรอยด์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (euthyroidism) ก่อนอย่างน้อย 6-12 เดือน กรณีที่มารดาเคยได้ยาต้านไทรอยด์ขนาดต่ำมาก่อน (MMI ไม่เกิน 5-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และค่าไทรอยด์ปกติร่วมกับเจาะเลือดพบระดับ TRAb มีค่าน้อยกว่า 3 เท่าของค่าขอบบนหรือน้อยกว่า 5 IU/L<sup>9</sup> อาจพิจารณาหยุดยาและติดตามค่าการทำงานของไทรอยด์ทุก 4 สัปดาห์ โดยติดตามระดับฮอร์โมนไทรอยด์ โดยเฉพาะ Total T4 ให้น้อยกว่า 1.5 เท่าของขอบบนของค่าปกติ ก่อนการตั้งครรภ์ถ้าไม่สามารถหยุดยาได้ ควรเปลี่ยนเป็นยาต้านไทรอยด์เป็นยา PTU ก่อน ในระหว่างตั้งครรภ์สามเดือนแรกแนะนำให้ใช้ยา PTU เนื่องจากยา MMI ทำให้เกิดความพิการและผิดปกติของทารกในครรภ์มากกว่า โดยผลข้างเคียงของยา MMI ได้แก่ ความผิดปกติของผิวหนัง (aplasia cutis) หนังศีรษะผิดปกติ (scalp defect) ภาวะจมูกด้านหลังตีบตัน (choanal atresia) หลอดอาหารอุดตัน (esophageal atresia) จนไปถึงความผิดปกติของใบหน้าต่างๆ หลังจากตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์แล้วสามารถใช้ยา MMI ได้เพื่อลดการเกิดภาวะตับอักเสบจากยา PTU ผู้ป่วยไทรอยด์เกรฟส์ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโดยเฉพาะในไตรมาสที่สองสามารถรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อควบคุมโรคได้ หลังคลอดมีโอกาสที่โรคไทรอยด์เกรฟส์จะกำเริบได้จึงควรติดตามค่าฮอร์โมนไทรอยด์ในช่วง 4-6 สัปดาห์ ยาต้านไทรอยด์สามารถใช้ในช่วงให้นมบุตรได้โดยยาสามารถผ่านทางน้ำนมได้ร้อยละ 10 ของ

ระดับยาในเลือด แต่ไม่ส่งผลต่ออิมูโนโทรอยด์รวมถึงพัฒนาการของทารก โดยขนาดยาที่ปลอดภัยของมารดาคือ MMI ไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อวัน และ PTU ไม่เกิน 450 มิลลิกรัมต่อวัน

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 2 จากแบบสำรวจแนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ในเวชปฏิบัติปี 2564 พบปัญหาและอุปสรรคในการรักษาโรค คือ ผู้ตอบแบบสอบถามมีแนวทางการรักษาที่ต่างจากแนวทางตามมาตรฐานในบางเรื่อง เช่น การส่งตรวจค่าการทำงานของเม็ดเลือด CBC และ LFT ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ การรักษาภาวะไทรอยด์ขึ้นตา หรือการรักษาภาวะไทรอยด์เกรฟส์ขณะตั้งครรภ์ที่ควรส่งตรวจ TRAb ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีประวัติโรคไทรอยด์เกรฟส์ ไม่ว่าจะค่าไทรอยด์ฮอร์โมนจะมีค่าสูง ปกติหรือต่ำก็ตาม

จุดแข็งของการศึกษานี้ทำให้ทราบแนวคิดวิธีการรักษาและการปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงในส่วนที่ต้องพัฒนาความรู้ทางวิชาการ นำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ (knowledge management) ทางเวชปฏิบัติ แบบสอบถามที่ใช้เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีข้อดีคือ ได้คำตอบตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย การรวบรวมข้อมูลและการแปลผลทำได้ไม่ยาก สำหรับจุดด้อยของแบบสอบถามนี้คือผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีอิสระในการตอบ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามโดยตรง อีกทั้งอุปสรรคของงานวิจัยนี้คือความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของแพทย์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลของงานวิจัยที่ได้ครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาส่งเสริมความรู้ทางคลินิก โดยมีการจัดทำแนวทางวินิจฉัยและรักษาที่ชัดเจน มีการจัดประชุมวิชาการความรู้เพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาให้เหมาะสม ทันสมัย (update) และแนะนำข้อบกพร่องของการรักษา (pitfall) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ของตนเองและบุคคลในองค์กร นำความรู้ที่ได้ไปต่อยอดทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

## สรุป

การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เกรฟส์นิยมเลือกการเจาะเลือดมากกว่าการทำรังสีวินิจฉัย ส่วนการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีใช้ยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมนรักษาเป็นทางเลือกแรกมากกว่าการกลืนแร่และการผ่าตัด การรักษาโดยการกลืนแร่หรือการผ่าตัดมักขึ้นกับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์แต่ละท่าน อีกทั้งขึ้นกับศักยภาพความพร้อมของโรงพยาบาลที่ทำงาน จากการศึกษาพบว่าแนวทางการรักษาโรคไทรอยด์เกรฟส์ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีไม่มีความแตกต่างจากแนวทางการรักษาของประเทศต่างๆทั้งทางอเมริกาและยุโรป

## เอกสารอ้างอิง

1. Shlomo M, Richard J, Allison B, Ronald J, Clifford J. Williams Textbook of Endocrinology. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 364-87.
2. Burch HB, Burman KD, Cooper DS. A 2011 survey of clinical practice patterns in the management of Graves' disease. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2012;97(12):4549-58.
3. Negro R, Attanasio R, Grimaldi F, Guglielmi R, Papini E. A 2015 Italian survey of clinical practice patterns in the management of Graves' disease: comparison with European and North American surveys. European thyroid journal. 2016;5(2):112-9.
4. Sriphrapradang C. Diagnosis and management of graves' disease in Thailand: a survey of current practice. Journal of thyroid research. 2020;2020:1-8.
5. Jongjaroenprasert W, Akarawut W, Chantasart D, Chailurkit L, Rajatanavin R. Rectal administration of propylthiouracil in hyperthyroid patients: comparison of suspension enema and suppository form. Thyroid. 2002;12(7):627-31.
6. Alfadhli E, Gianoukakis AG. Management of severe thyrotoxicosis when the gastrointestinal tract is compromised. Thyroid. 2011;21(3):215-20.
7. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343-421.
8. Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, Eckstein A, Kahaly GJ, Marcocci C, et al. The 2016 European thyroid Association/European group on Graves' orbitopathy guidelines for the management of Graves' orbitopathy. European thyroid journal. 2016;5(1):9-26.
9. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-89.
10. Association AT, Hyperthyroidism AAoCETo, Thyrotoxicosis OCo, Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid. 2011;21(6):593-646.
11. Bartalena L. Diagnosis and management of Graves disease: a global overview. Nature Reviews Endocrinology. 2013;9(12):724-34.
12. Smith TJ, Hegedüs L. Graves' disease. New England Journal of Medicine. 2016;375(16):1552-65.

13. Bartalena L, Burch H, Burman K, Kahaly G. A 2013 European survey of clinical practice patterns in the management of Graves' disease. *Clinical endocrinology*. 2016;84(1):115-20.
14. Goichot B, Bouée S, Castello-Bridoux C, Caron P. Survey of clinical practice patterns in the management of 992 hyperthyroid patients in France. *European thyroid journal*. 2017;6(3):152-9.
15. Laurberg P, Bournaud C, Karmisholt J, Orgiazzi J. Management of Graves' hyperthyroidism in pregnancy: focus on both maternal and foetal thyroid function, and caution against surgical thyroidectomy in pregnancy. *European journal of endocrinology*. 2009;160(1):1-8
16. Andersen SL, Olsen J, Laurberg P. Antithyroid drug side effects in the population and in pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2016;101(4):1606-14.
17. Acharya SH, Avenell A, Philip S, Burr J, Bevan JS, Abraham P. Radioiodine therapy (RAI) for Graves' disease (GD) and the effect on ophthalmopathy: a systematic review. *Clinical endocrinology*. 2008;69(6):943-50.

Region 11 med online first