

การผ่าตัดผู้ป่วยที่มีก้อนต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี : ศึกษาย้อนหลังระยะเวลา 5 ปี Surgical Management of Thyroid Masses at Somdejprasangkharach 17 Hospital, Suphan Buri : 5 Years Experience

เหมื่อนผืน คุ่มภัย พ.บ.,
ว.ว. โสต ศอ นาสิกวิทยา
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
จังหวัดสุพรรณบุรี

Muanphan Koompai M.D.,
Thai Board of Otorhinolaryngology
Division of Otorhinolaryngology
Somdejprasangkharach 17 Hospital,
Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องก้อนต่อมไทรอยด์และรับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนต่อมไทรอยด์ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2557 จำนวน 168 ราย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบอัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย เป็น 7:1 และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น thyroid nodule (ร้อยละ 69.6) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ TFT ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 74.8) ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 6 และการทำ FNA ร้อยละ 10.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด lobectomy คิดเป็นร้อยละ 67.9 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบบ่อยสุดได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ พบร้อยละ 10.1 และพบมากที่สุดหลังการผ่าตัด total thyroidectomy คิดเป็นร้อยละ 76.5

คำสำคัญ: ก้อนต่อมไทรอยด์ การผ่าตัด

ABSTRACT

Objective: The objective was to study surgical management of thyroid masses at Somdejprasangkharach 17 Hospital.

Materials and methods: In this retrospective study of thyroid masses, there was 168 cases who had undergone surgery at Somdejprasangkharach 17 Hospital between 1 January 2010 – 31 December 2014.

Results: The ratio of female : male was 7:1. The most common diagnosis was thyroid nodule (69.6%). Thyroid function test was done in 87.5% of cases and 74.8% was euthyroid. Ultrasonogram and FNA were done in 6% and 10.7% of cases. The most common surgical procedure was lobectomy (67.9%), and the most common surgical complication was hypocalcemia (10.1%) which was the most complication after total thyroidectomy (76.5%).

Keywords: thyroid masses, surgical treatment

บทนำ

ก่อนที่จะต่อมไทรอยด์พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มาปรึกษาที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ในระยะเวลา 5 ปี ที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนมกราคม 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2557 พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มาด้วยก่อนที่จะต่อมไทรอยด์ มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยผู้ป่วยได้ศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มาด้วยภาวะมีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ และทำการรักษาโดยการผ่าตัด ในปัจจุบันดังต่อไปนี้ ได้แก่ การวินิจฉัย การตรวจพิเศษเพิ่มเติม การผ่าตัด และผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด โดยจะศึกษาถึงความชุกของแต่ละปัจจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้ในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่

17 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2557

2. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการตรวจพิเศษเพิ่มเติมที่สำคัญ การผ่าตัด ผลทางพยาธิวิทยา และผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัสดุและวิธีการศึกษา

ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2557 รวมเวลา 5 ปี

ผลการศึกษา

1. ประวัติและการตรวจร่างกาย

ได้ผู้ป่วยที่นำเข้าเก็บข้อมูลในการศึกษาจำนวน 168 ราย โดยผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 13 ถึง 75 ปี เป็นเพศชาย 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.9 และเป็นเพศหญิง 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.1 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงเพศของผู้ป่วย

เพศ	จำนวน (ร้อยละ)
หญิง	148 (88.1)
ชาย	20 (11.9)

ผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญมีก้อนที่คอ
จำนวน 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.4 และมาด้วย
อาการหอบเหนื่อย 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.6

2. การตรวจพิเศษเพิ่มเติม

2.1 อัลตราซาวด์ จำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ
อัลตราซาวด์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6 และ

ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำอัลตราซาวด์ จำนวน 158 คน คิด
เป็นร้อยละ 94

เมื่อนำผู้ป่วยที่ทำอัลตราซาวด์ มาศึกษา
เพื่อเปรียบเทียบระหว่างผลการตรวจอัลตราซาวด์
และผลทางพยาธิวิทยาได้ผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างผลการตรวจอัลตราซาวด์ และผลทางพยาธิวิทยา

อัลตราซาวด์	Solid nodule	Cystic nodule	Mixed echogenicity
Pathology	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Benign	2 (66.7)	4 (100)	2 (66.7)
Malignancy	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)

2.2 FNA จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ FNA ทั้งหมด 18 คน พบว่าได้ผลทาง cytology ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจ FNA

FNA	จำนวน (ร้อยละ)
Unsatisfied FNA	7 (38.9)
Follicular lesion	7 (38.9)
Nodular goiter	4 (22.2)
Malignancy	0 (0)
รวม	18 (100)

เมื่อนำผู้ป่วยที่ทำ FNA มาศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่างผลการตรวจ FNA และผลทางพยาธิ
วิทยาได้ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างผลการตรวจ FNA และผลทางพยาธิวิทยา

FNA	Unsatisfied FNA	Nodular goiter	Malignancy	Follicular lesion
Pathology	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Benign	6 (85.7)	3 (75)	0 (0)	5 (71.4)
Malignancy	1 (14.3)	1 (25)	0 (0)	2 (28.6)

2.3 Thyroid function test (TFT) จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ TFT ทั้งหมด 147 คน ได้ผลการตรวจดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ TFT

Thyroid function test	จำนวน (ร้อยละ)
Normal	110 (74.8)
Hyperthyroid	10 (6.8)
Hypothyroid	1 (0.7)
Subclinical hyperthyroid	25 (17)
Subclinical hypothyroid	1 (0.7)
Total	147 (100)

3. การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมด 168 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น thyroid nodule คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลง

มาได้รับการวินิจฉัยเป็น multinodular goiter และ CA thyroid คิดเป็นร้อยละ 17.3 และ 5.9 ตามลำดับดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลการวินิจฉัย

Diagnosis	จำนวน (ร้อยละ)
Thyroid nodule	117 (69.6)
Multinodular goiter	29 (17.3)
CA thyroid	10 (5.9)
Toxic nodular goiter	8 (4.8)
Graves' disease	4 (2.4)
Total	168 (100)

4. การผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมด 168 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด lobectomy คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาเป็น total

thyroidectomy และ completion thyroidectomy คิดเป็นร้อยละ 20.8 และร้อยละ 5.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงวิธีการผ่าตัด

Surgery	จำนวน (ร้อยละ)
Lobectomy	114 (67.9)
Total thyroidectomy	35 (20.8)
Completion thyroidectomy	9 (5.4)
Nodulectomy	5 (2.9)
Isthmectomy	2 (1.2)
Subtotal thyroidectomy	2 (1.2)
Explore neck+tracheostomy	1 (0.6)
Total	168 (100)

5. ผลทางพยาธิวิทยา

ผลทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ส่วนใหญ่ผลเป็น benign คิดเป็น

ร้อยละ 79.8 รองลงมาเป็น thyroiditis และ malignancy คิดเป็นร้อยละ 16 และ 4.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลทางพยาธิวิทยา

Pathology	จำนวน (ร้อยละ)
Benign	134 (79.8)
Thyroiditis	27 (16.0)
Malignancy	7 (4.2)

ผลทางพยาธิวิทยาที่เป็น malignancy ส่วนใหญ่เป็น papillary CA thyroid คิดเป็นร้อยละ 88.9 รองมาเป็น papillary microcarcinoma และ

anaplastic CA thyroid คิดเป็นร้อยละ 7.4 และ 3.7 ตามลำดับ

6. ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไทรอยด์

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมด 168 ราย โรคแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่พบได้บ่อยได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำคิดเป็น

ร้อยละ 10.1 รองลงมาเป็นภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตข้างเดียวชนิดถาวร และสายเสียงเป็นอัมพาตข้างเดียวชนิดชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 1.2 และ 0.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

Complication	จำนวน (ร้อยละ)
None	148 (88.1)
Hypocalcemia	17 (10.1)
Permanent unilateral TVC paralysis	2 (1.2)
Partial unilateral TVC paralysis	1 (0.6)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชนิดการผ่าตัดต่อมไทรอยด์กับภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด พบว่าการผ่าตัดที่เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำมากที่สุดได้แก่ total thyroidectomy คิดเป็นร้อยละ

76.5 รองลงมาเป็นการผ่าตัด completion thyroidectomy และ subtotal thyroidectomy คิดเป็นร้อยละ 17.6 และ 5.9 ตามลำดับดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบชนิดการผ่าตัดกับภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

Operation	Total thyroidectomy	Completion thyroidectomy	Subtotal thyroidectomy
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Hypocalcemia	13 (76.5)	3 (17.6)	1 (5.9)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่เก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา 5 ปีได้ผู้ป่วยจำนวน 168 รายอายุตั้งแต่ 13 ถึง 75 ปี เป็นเพศหญิง 148 ราย เป็นเพศชาย 20 ราย โดยพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชายถึง 7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโอกาสพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 6 เท่า¹

1. ประวัติและการตรวจร่างกาย

อาการสำคัญที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ

99.4 มาด้วยอาการมีก้อนที่คอเพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ที่ถูกส่งมารักษาที่แผนกหู คอ จมูกส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการมีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับฮอร์โมนไทรอยด์ผิดปกติแต่ไม่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์จะถูกส่งไปที่แผนกอายุรกรรม โดยมีผู้ป่วย 1 รายที่มาด้วยอาการหอบเหนื่อยและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น anaplastic CA thyroid

2. การตรวจพิเศษเพิ่มเติม

2.1 อัลตราซาวด์ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้

รับการตรวจอัลตราซาวด์ ทั้งหมด 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 6 โดยผู้ป่วยที่ได้ทำอัลตราซาวด์ มีจำนวนน้อยเนื่องจากผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์จะไม่ได้ส่งตรวจอัลตราซาวด์ทุกราย แต่จะส่งในกรณีที่คลำก้อนได้ไม่ชัดเจนจากการตรวจร่างกายหรือสงสัยว่ามีหลายก้อน เพื่อช่วยวางแผนในการผ่าตัด ซึ่งการตรวจอัลตราซาวด์ ถือว่าเป็นการตรวจที่มีประโยชน์และมีความไวสูงในการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่คลำได้ไม่ชัดเจน และตรวจเพื่อแยกระหว่าง cystic กับ solid nodule²

เมื่อนำผลการตรวจอัลตราซาวด์ มาศึกษาเปรียบเทียบกับผลทางพยาธิวิทยาพบว่า ลักษณะผลอัลตราซาวด์ที่เป็น cystic nodule ผลทางพยาธิวิทยาเป็น benign ทั้งหมดร้อยละ 100 ผลอัลตราซาวด์ ที่เป็น solid nodule หรือ mixed echogenicity ผลทางพยาธิวิทยาเป็น benign ร้อยละ 66.7 เป็น malignancy ร้อยละ 33.3 แต่อย่างไรก็ตาม การทำอัลตราซาวด์ ไม่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงที่จะวินิจฉัยว่าก้อนที่ต่อมไทรอยด์เป็นเนื้องอกมะเร็งหรือเนื้องอกธรรมดาได้อย่างแน่นอน³ จึงเหมาะสมที่จะใช้อัลตราซาวด์ ในการดูขนาดและตำแหน่งของก้อนมากกว่า

2.2 FNA มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ FNA ทั้งหมด 18 คน ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำ FNA ทั้งหมด ได้ผลเป็น follicular lesion ร้อยละ 38.9 หรือเรียกอีกอย่างว่า suspicious เนื่องจากไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น benign หรือ malignant ได้จากการตรวจทาง cytology เพราะการแยกระหว่าง follicular adenoma และ follicular carcinoma ขึ้นอยู่กับผล histology ที่พบว่ามี capsular หรือ vascular invasion จึงจะอ่านผลเป็น follicular carcinoma² ผลเป็น unsatisfied FNA ร้อยละ 38.9 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจะสามารถพบ FNA ที่ไม่สามารถวินิจฉัยทาง cytology ได้ ร้อยละ 2-20 หรือเฉลี่ย

ประมาณร้อยละ 15⁴⁻⁷ พบว่ามีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้แก่ เทคนิคการทำ FNA ลักษณะก้อนที่เป็น cystic หรือ hemorrhagic nodule ก้อนที่เป็น hypervascular หรือ hypocellular colloid nodules ดังนั้นจึงควรพิจารณาทำ FNA ซ้ำในรายที่ไม่สามารถแปลผลได้² จากการศึกษาพบว่าพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่ต่อมไทรอยด์ร้อยละ 7 ในผู้ป่วยที่ทำ FNA แล้ว ผลออกมาเป็น nondiagnostic FNA⁸ จากการศึกษาที่จำนวนผู้ป่วยที่ได้ผลออกมาเป็น unsatisfied FNA มีมากนั้น น่าจะเป็นผลจากลักษณะก้อนที่ได้กล่าวอ้างอิงไปแล้ว และอาจจะขึ้นอยู่กับวิธีการทำ FNA และการจัดส่ง slide FNA เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาทำให้ต้องส่งห้อง lab ของเอกชน ทำให้ต้องมีขั้นตอนในการเก็บและขนส่ง slide อาจทำให้มีผลต่อคุณภาพของslideในการแปลผล ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีคำแนะนำและควรศึกษาต่อไป

2.3 Thyroid function test ผู้ป่วยทุกรายที่มารักษาด้วยเรื่องก้อนที่ต่อมไทรอยด์จะได้รับการตรวจ TFT ทุกราย เพื่อคัดกรองหาภาวะ hypothyroid หรือ hyperthyroid จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีผล TFT ปกติหรือ euthyroid ร้อยละ 74.8 ชนิด subclinical hyperthyroid ร้อยละ 17 ในกลุ่มนี้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติแต่ผลการตรวจมีค่า TSH ต่ำ และพบผู้ป่วยมีภาวะ hyperthyroid ร้อยละ 6.2 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่มาผ่าตัดบางรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น toxic nodular goiter หรือ Graves'disease ทำให้พบภาวะ hyperthyroid ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

3. การวินิจฉัย

จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไทรอยด์ทั้งหมด 168 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น thyroid nodule จำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาเป็น multinodular

goiter จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และ CA thyroid จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 ในจำนวนผู้ป่วยทั้ง 10 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA thyroid ผู้ป่วยจำนวน 9 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้ทำการผ่าตัดไทรอยด์ไปแล้ว 1 ข้าง และผลทางพยาธิวิทยาเป็น CA thyroid ส่วนผู้ป่วยอีก 1 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น anaplastic CA

4. การผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด lobectomy คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาเป็น total thyroidectomy ร้อยละ 20.8 และ completion thyroidectomy ร้อยละ 5.4

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำพบในการศึกษานี้ ร้อยละ 10.1 และเกิดมากที่สุดหลังการผ่าตัด total thyroidectomy⁹⁻¹⁰ ซึ่งในการศึกษานี้พบร้อยละ 76.5 รองลงมาเป็นการผ่าตัด completion thyroidectomy ร้อยละ 17.6 การผ่าตัดทั้งสองเป็นการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมีโอกาสที่แพทย์จะผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ออกไปด้วยสูงและการผ่าตัด completion thyroidectomy ทำให้เกิดการมีพังผืดหลังการผ่าตัดครั้งแรก จึงทำให้เกิดการดึงรั้งหรือทำลายหลอดเลือดที่มาเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์ได้² เพื่อป้องกันภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำในการผ่าตัด completion thyroidectomy แพทย์ที่ทำการผ่าตัดควรเก็บรักษาต่อมพาราไทรอยด์ให้ได้ตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรก หรือควรเก็บรักษาต่อมพาราไทรอยด์ทุกครั้งที่ผ่าตัดไทรอยด์¹¹

ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตข้างเดียวชนิดถาวรพบในการศึกษานี้ร้อยละ 1.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบได้ร้อยละ 1-1.5² ส่วนภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตข้างเดียวชนิดชั่วคราวพบในการศึกษานี้ร้อยละ 0.6 ซึ่งสายเสียงจะกลับมาปกติหลังผ่าตัดประมาณ 6-12 เดือน²

สรุป

จากการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เป็นระยะเวลา 5 ปี จำนวนผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ทั้งหมด 168 ราย พบว่ามีอุบัติการณ์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 7 เท่า อาการที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่มาด้วยก้อนที่คอ ร้อยละ 99.4

การตรวจพิเศษเพิ่มเติมได้แก่การตรวจอัลตราซาวด์ มีประโยชน์ในกรณีที่เคยคลำก้อนได้ไม่ชัดเจนจากการตรวจร่างกายและเพื่อช่วยในการวางแผนผ่าตัดรักษา ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้ทำอัลตราซาวด์ ร้อยละ 6 การตรวจ FNA ได้ผลว่าเป็น unsatisfied FNA (ผลที่อ่านว่าเป็น follicular lesion) คิดเป็นร้อยละ 38.9 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ thyroid function test ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 74.8

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น nodular goiter คิดเป็นร้อยละ 69.6 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด lobectomy คิดเป็นร้อยละ 67.9 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำพบในการศึกษานี้ร้อยละ 10.1 และพบในการผ่าตัด total thyroidectomy มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 76.5

เอกสารอ้างอิง

1. วิสูตร รัชชพิชิตกุล และคณะ. ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ : ประสบการณ์ 7 ปี ในการวินิจฉัยและรักษาโรคในโรงพยาบาลรามารับดี. ขอนแก่นเวชสาร 2552;23:317-23.
2. Flint PW, Haughey BH, Robbins KT, et al. Cummings otolaryngology head and neck surgery. Vol. 2. 5 ed. Philadelphia : Mosby Elsevier ; 2010. p.1750 -72.

3. Harvey HK. Diagnosis and management of the thyroid nodule. *Otolaryngol Clin North Am* 1990; 23:317-23.
4. AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract* 2006;12:63-102.
5. Gharib H. Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules: advantages, limitations, and effect. *Mayo Clin Proc* 1994;69:44-9.
6. Caruso D, Mazzaferri EL. Fine needle aspiration biopsy in the management of thyroid nodules. *Endocrinologist* 1991;1: 194-202.
7. Gharib H, Goellner JR. Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: an appraisal. *Ann Intern Med* 1993;118:282-9.
8. Chow LS, Gharib H, Goellner JR, et al. Nondiagnostic thyroid fine-needle aspiration cytology: management dilemmas. *Thyroid* 2001;11:1147-51.
9. Nawrot I, Pragacz A, Pragacz K , et al. Total Thyroidectomy is Associated with Increased Prevalence of Permanent Hypoparathyroidism. *Med Sci Monit* 2014; 20:1675-81.
10. Cmilansky P, Mrozova L. Hypocalcemia - the most common complication after total thyroidectomy. *Bratisl Lek Listy* 2014;115 (3):175-8.
11. Ito Y, Kihara M, Kobayashi K, et al. Permanent hypoparathyroidism after completion total thyroidectomy as a second surgery: How do we avoid it?. *Endocr J* 2014;61(4):403-8.

