

ก้อนทุมบริเวณลำคอที่พบในแผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เดชา กล้าเชื้อ*

บทคัดย่อ

ก้อนทุมที่คอเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยเป็นอันดับต้นๆของผู้ป่วยหู คอ จมูก โดยมีสาเหตุที่เป็นไปได้มากมาย ทั้งที่เป็นความผิดปกติจริงหรือเป็นเพียงโครงสร้างปกติของร่างกาย สาเหตุของก้อนที่คอที่พบได้บ่อยก็จะแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยแรกเกิดจนถึง 15 ปี สาเหตุของก้อนทุมคือ ต่อม้ำเหลืองโตจากปฏิกิริยาอักเสบหรือการติดเชื้อมากที่สุด โดยพบเป็น reactive lymphoid hyperplasia ร้อยละ 28.51 caseating granuloma ร้อยละ 14.28 ส่วนผู้ป่วยอายุ 16 ถึง 40 ปี พบปฏิกิริยาอักเสบหรือการติดเชื้อของต่อม้ำเหลืองมากที่สุด โดยพบเป็น caseating granuloma ร้อยละ 26.32 granulomatous lymphadenitis ร้อยละ 15.79 และ reactive hyperplasia ร้อยละ 15.79 ส่วนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป พบเป็นกลุ่มเนื้องอกร้ายแรงของระบบโลหิตวิทยามากที่สุด โดยพบเป็น Non-Hodgkin's lymphoma ร้อยละ 29.54 รองลงมาเป็นมะเร็งที่กระจายมาต่อม้ำเหลืองบริเวณคอ ร้อยละ 27.27

คำสำคัญ ก้อนทุมบริเวณลำคอ การวินิจฉัย

* โสต ศอ นาสิกแพทย์ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

บทนำ

ก้อนที่คอเป็นความผิดปกติที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาจเป็นความผิดปกติอย่างเดียวหรือมีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย สาเหตุและอวัยวะที่ทำให้เกิดก้อนที่คอ มีได้ตั้งแต่โรคที่เป็นตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง ได้แก่ ภัยอันตราย การอักเสบ หรือจากเนื้องอก ในกลุ่มเนื้องอกอาจเป็นเนื้องอกธรรมดาหรือมะเร็งก็ได้ ถ้าเป็นมะเร็งจะถือว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง และมีแนวโน้มทำให้เกิดการเสียชีวิตได้มากกว่าสาเหตุอื่น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องหาสาเหตุ และตำแหน่งที่ก่อให้เกิดความผิดปกตินี้ให้ชัดเจน เพื่อทำการรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ก้อนที่คอเกิดได้ทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดจะเป็นกลุ่มวัยกลางคน ก้อนที่พบบ่อยมักจะเป็นก้อนของต่อมธัยรอยด์ นอกเหนือจากนั้นมักจะเป็นก้อนที่เกิดจากต่อมน้ำเหลือง อายุของผู้ป่วยมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี วัยหนุ่มสาวอายุระหว่าง 16-40 ปี และวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป แต่ละกลุ่มอายุจะมีโอกาสเกิดโรคต่างกันไป เช่น ในเด็กมักเป็นการอักเสบ ตามมาด้วยโรคที่เป็นแต่กำเนิด ส่วนวัยหนุ่มสาวมักเป็นการอักเสบเช่นกันกับเด็ก แต่จะมีโอกาสเกิดเนื้องอกเพิ่มขึ้น ส่วนโรคที่เป็นแต่กำเนิดจะมีโอกาสพบน้อยลง สำหรับผู้ใหญ่มักเป็น

เนื้องอกและต้องนึกถึงมะเร็งไว้ด้วย ส่วนการอักเสบและโรคแต่กำเนิดพบได้น้อยลงเช่นกัน

ตำแหน่งของก้อนเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงต่อมาในการวินิจฉัยโรค และสามารถบอกการพยากรณ์โรคได้ โดยโรคที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิดมักมีตำแหน่งแน่นอน สำหรับตำแหน่งของก้อนที่เป็นต่อมน้ำเหลืองอาจจะสามารถใช้ทำนายตำแหน่งของโรคปฐมภูมิได้ ไม่ว่าจะเป็นการกระจายของมะเร็งหรือการอักเสบ สำหรับการรักษาร่วมกับสาเหตุและการวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องอาศัยจากทั้งประวัติและการตรวจร่างกาย โดยประวัติจะช่วยบอกสาเหตุที่เป็นไปได้ในขั้นต้นและให้การรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ ส่วนรายที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ แต่คาดว่ามีโอกาสเป็นต่อมน้ำเหลืองโตจากการติดเชื้อแบคทีเรีย อาจให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วติดตามผลการรักษา ถ้าก้อนไม่เล็กลงหรือมีขนาดใหญ่ขึ้น ควรทำการตรวจเพิ่มเติมโดยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก เพื่อหาลักษณะทางเซลล์พยาธิของก้อน หรือการการผ่าตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาก้อนท่อนบริเวณลำคอในกลุ่มอายุต่างๆ รวมถึงอาการและผลการวินิจฉัย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับก้อนท่อนบริเวณคอของแผนกโสต ศอ นาสิก และประเมินว่าปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับก้อนท่อนเปลี่ยนแปลงไปจากทฤษฎีความรู้ที่ศึกษามาข้างต้นหรือไม่

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนท่อน้ำนมบริเวณลำคอ แผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในระยะ 1 ปี คุณสมบัติของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้คือ

1.ตรวจร่างกายพบก้อนท่อน้ำนมอยู่ด้านข้างของลำคอ (lateral neck mass) ไม่นับรวมก้อนของต่อมธัยรอยด์และก้อนบริเวณกึ่งกลางลำคอ (midline neck mass)

2.ตรวจร่างกายแล้วไม่พบมะเร็งหรือเนื้องอกของบริเวณหู คอ จมูก เช่น มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งกล่องเสียง หรือมะเร็งต่อมธัยรอยด์เป็นต้น

3.มีผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อบอกสาเหตุของก้อนท่อน้ำนมบริเวณลำคอ

จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลในประเด็นข้อมูลทั่วไปและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ตำแหน่งก้อนท่อน้ำนมที่ตรวจพบ ผลการตรวจพิเศษและการวินิจฉัยก้อนท่อน้ำนม และประวัติประจำตัวผู้ป่วย

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนท่อน้ำนมบริเวณลำคอและได้รับการตรวจวินิจฉัยในแผนกโสต ศอ นาสิก ระหว่าง 1 ต.ค. 2548-30 ก.ย.

2549 จำนวน 70 ราย เป็นเพศชาย 35 ราย เพศหญิง 35 ราย มีอายุระหว่าง 4-83 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มอายุ 0-15 ปี จำนวน 7 ราย อายุ 16-40 ปี จำนวน 19 ราย และอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 10, 27.14 และ 62.86 ตามลำดับ ระยะเวลาก้อนโตก่อนมาพบแพทย์อยู่ในช่วงตั้งแต่ 1 สัปดาห์ถึง 3 ปี อาการร่วมที่พบคือ ปวด (ร้อยละ 16) ไข้ (ร้อยละ 9) ไอ (ร้อยละ 7) จุกแน่นท้อง (ร้อยละ 4) เสียงแหบ (ร้อยละ 3) กลืนเจ็บ (ร้อยละ 1) และไม่มีอาการใดๆ เลย ร้อยละ 60

การวินิจฉัยก้อนท่อน้ำนมบริเวณลำคอ พบว่าทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทั้งหมด มีการเจาะชุดเซลล์ด้วยเข็มจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 31.43) ซึ่งในจำนวนนี้ไม่สามารถอ่านผลเนื่องจากมีเซลล์น้อย (unsatisfied) ร้อยละ 18.18 อ่านผลได้ (satisfied) ร้อยละ 81.82 และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ได้ผลตรงกันร้อยละ 77.7

สำหรับผลการย้อมตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย ตรวจหาเชื้อวัณโรค และการเพาะเชื้อนั้นมีการส่งตรวจเพียง 3 ราย (ร้อยละ 4.28) ซึ่งผลการตรวจไม่พบเชื้อ 2 ราย ส่วนอีก 1 ราย ตรวจพบเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาวและผลเพาะเชื้อเป็นเชื้อ Staph. coagulase negative แต่ผลพยาธิชิ้นเนื้อเป็น caseating granuloma

ก้อนทุมบริเวณลำคอที่พบในแผนก โสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
เดชา กล้าเชื้อว

ตารางที่ 1 จำแนกการวินิจฉัยก้อนทุมบริเวณคอตามกลุ่มอายุต่างๆ (เปรียบเทียบร้อยละในแต่ละกลุ่มอายุ)

การวินิจฉัย	0-15 ปี		16-40 ปี		40 ขึ้นไป	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1.Inflammation						
1.1 Cascating granuloma	1	14.28	5	26.32	7	15.91
1.2 Granulomatous lymphadenitis	-	-	3	15.79	2	4.54
1.3 Necrotizing lymphadenitis	-	-	1	5.26	-	-
1.4 Inflammatory lymph node	-	-	1	5.26	-	-
1.5 Chronic lymphadenitis	-	-	-	-	3	6.82
1.6 Reactive lymphoid hyperplasia	2	28.57	3	15.79	7	15.91
2.Congenital						
3.Tumor						
3.1 Metastatic lymph node (carcinoma, small cell CA, adenocarcinoma, neuroblastoma)	1	14.28	1	5.26	12	27.27
3.2 Hematogenic malignant						
-Hodgkin's lymphoma	1	14.28	2	10.53	-	-
-Non-Hodgkin's Lymphoma	1	14.28	-	-	13	29.54
4.Miscellaneous						
4.1 Varicose skin	1	14.28	-	-	-	-
4.2 Lipoma	-	-	2	10.53	-	-
4.3 Adipose tissue	-	-	1	5.26	-	-
รวม	7	100	19	100	44	100

ตารางที่ 2 แสดงการวินิจฉัยก้อนทุมและตำแหน่งก้อนที่พบ (n = 70 ราย)

ตำแหน่งก้อน lymph node (LN)	inflammation		metastatic tumor		hematologic tumor		miscellaneous	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
upper jugulodigastric LN	3	4.28	1	1.42	1	1.42	-	-
submandibular LN	3	4.28	1	1.42	1	1.42	1	1.42
multiple LN unilateral	8	11.42	-	-	2	2.85	-	-
multiple LN bilateral	6	8.57	-	-	6	8.57	-	-
posterior cervical LN	3	4.28	1	1.42	-	-	1	1.42
middle jugulodigastric LN	2	2.85	-	-	1	1.42	-	-
lower jugulodigastric LN	4	5.71	1	1.42	1	1.42	-	-
upper cervical LN	3	4.28	1	1.42	1	1.42	-	-
lateral cervical LN	2	2.85	-	-	3	4.28	1	1.42
lower cervical LN	-	-	1	1.42	-	-	-	-
supraclavicular LN	-	-	6	8.57	1	1.42	1	1.42
bilateral eye blow LN	-	-	2	2.85	-	-	-	-
infraauricular LN	-	-	-	-	1	1.42	-	-
รวม	34	48.57	14	20	18	25.71	4	5.71

* miscellaneous = lipoma, adipose tissue, varicose skin

เมื่อจำแนกตำแหน่งก้อนทุมบริเวณลำคอตามการวินิจฉัย (ตารางที่ 2) พบว่า กลุ่ม inflammation ก้อนทุมมีลักษณะก้อนโตหลายก้อนบริเวณลำคอข้างใดข้างหนึ่ง ร้อยละ 11.42 รองลงมาพบเป็นลักษณะก้อนโตหลายก้อนบริเวณ

ลำคอทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 8.57 และบริเวณ lower jugulodigastric LN ร้อยละ 5.71 ในกลุ่มการวินิจฉัย metastatic tumor พบตำแหน่งก้อนทุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 8.57 ที่บริเวณ supraclavicular lymph node ส่วนบริเวณ eye blow พบร้อยละ 2.85 ใน

กลุ่มการวินิจฉัย hematologic tumor พบตำแหน่ง
ก้อนทึมส่วนใหญ่ ร้อยละ 8.57 ในบริเวณต่อมน้ำ
เหลืองที่โตหลายก้อนบริเวณลำคอ 2 ข้าง รองลง
มาพบ ร้อยละ 4.28 บริเวณ lateral cervical lymph
node บริเวณลำคอข้างใดข้างหนึ่งที่มีลักษณะหลาย
ก้อน พบร้อยละ 2.85

สำหรับโรคประจำตัวที่พบร่วมด้วยนั้น
พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ ร้อยละ 7.14 จะเป็น
กลุ่มก้อนทึมชนิด inflammation ในผู้ป่วยวัณโรค

ร้อยละ 2.85 เป็นกลุ่มก้อนทึมชนิด inflammation
นอกนั้นพบร้อยละ 1.42 ในกลุ่มผู้ป่วย ความดัน
โลหิตสูง ไข้ที่ม้าม วัณโรคต่อมน้ำเหลือง สำหรับผู้
ป่วย metastatic tumor พบในผู้ป่วยที่มีประวัติความ
ดันโลหิตสูง วัณโรค โรคหัวใจและหลอดเลือด
และมะเร็งที่ลิ้น ร้อยละ 1.42 ตามลำดับ ในผู้ป่วย
กลุ่ม hemotologic tumor พบในผู้ป่วยที่มีประวัติ
ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน ถุงลม
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.42 ตามลำดับ
(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการวินิจฉัยก้อนทึมและโรคประจำตัวผู้ป่วย (n = 70 ราย)

โรคประจำตัว	การวินิจฉัย							
	inflammation		metastatic		hematologic		miscellaneous	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	1	1.42	1	1.42	1	1.42	-	-
โรคเอดส์	5	7.14	-	-	-	-	-	-
โรคไตวายเรื้อรัง	-	-	-	-	1	1.42	-	-
โรคเบาหวาน	-	-	-	-	1	1.42	-	-
ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-	-	-	-	1	1.42	-	-
วัณโรคปอด	2	2.85	1	1.42	-	-	-	-
โรคหัวใจและหลอดเลือด	-	-	1	1.42	-	-	-	-
มะเร็งที่ลิ้น	-	-	1	1.42	-	-	-	-
ฝีที่ม้าม	1	1.42	-	-	-	-	-	-
วัณโรคต่อมน้ำเหลือง	1	1.42	-	-	-	-	-	-
รวม	10	14.28	4	5.71	4	5.71	-	-

วิจารณ์

ในผู้ป่วยที่มาด้วยเรื้อรังก้อนที่คอโตนั้น มีสาเหตุได้หลายประการ แต่ที่สำคัญจะต้องแยกว่าก้อนนั้นเป็นมะเร็งหรือไม่ โดยทั่วไปแล้วสิ่งที่แพทย์จะต้องคำนึงถึงเพื่อช่วยในการวินิจฉัย คือกลุ่มอายุของผู้ป่วย โดยจะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มเด็ก (pediatric, 0-15 ปี) กลุ่มวัยรุ่นหนุ่มสาว (young adult, 16-40 ปี) และกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 4)

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนท่อน้ำบริเวณลำคองนั้นส่วนใหญ่เป็นก้อนของต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้น ซึ่งจากการทบทวนความรู้จากทฤษฎีและวรรณกรรม พบว่าก้อนท่อน้ำที่คอส่วนใหญ่เป็นต่อมน้ำเหลืองที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย⁽¹⁻¹¹⁾ โดยก้อนที่คอเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยเป็นอันดับต้นๆของผู้ป่วยหู คอ จมูก สาเหตุที่เป็นไปได้มีมากมาย ทั้งที่เป็นความผิดปกติจริงหรือเป็นเพียงโครงสร้างปกติของร่างกายเท่านั้น ซึ่งสาเหตุของก้อนที่คอที่พบได้บ่อยก็จะแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุ โดยผู้ป่วยแรกเกิดจนถึง 15 ปี สาเหตุส่วนใหญ่ คือ การติดเชื้อของต่อมน้ำเหลืองทั้งจากแบคทีเรียและไวรัส ส่วนกลุ่มผู้ป่วยอายุ 16 ถึง 40 ปี ซึ่งแม้ว่าการติดเชื้อของต่อมน้ำเหลืองจะพบไม่บ่อยเท่าในช่วงอายุที่น้อยกว่า แต่ก็ยังเป็นสาเหตุอันดับแรก และอาจพบการอักเสบในกลุ่มโรค granulomatous เช่น TB lymph node ได้สูงขึ้น สำหรับในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ต้องนึกถึงสาเหตุจากมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง มะเร็งที่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองมาเป็นอันดับแรก ส่วน

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองและความผิดปกติแต่กำเนิดก็ยังเป็นสาเหตุที่พบได้ โดยทั่วไปแล้วประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียดจะสามารถบอกสาเหตุได้ โดยเฉพาะการแบ่งกลุ่มโรค อาการของผู้ป่วยและการตรวจพิเศษต่างๆ จะช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น⁽¹²⁾

สำหรับการศึกษานี้ สาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 0-15 ปีคือ reactive hyperplasia ร้อยละ 28.57 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Moses⁽¹³⁾ ที่พบอุบัติการณ์ของ reactive hyperplasia ในกลุ่มอายุนี้อยู่ที่ร้อยละ 27

ส่วนสำหรับในกลุ่มอายุ 16-40 ปีก็เช่นกัน พบว่าเป็นกลุ่มการอักเสบถึงร้อยละ 68.42 โดยแบ่งเป็น caseating granuloma ร้อยละ 26.32 granulomatous lymphadenitis ร้อยละ 15.79 และ reactive hyperplasia ร้อยละ 15.79 ซึ่งในรายที่เป็น caseating granuloma และ granulomatous lymphadenitis มีสาเหตุส่วนใหญ่เป็น Mycobacterium infection ตรงกับรายงานการศึกษาของ David et al⁽¹⁴⁾ ที่รายงานการพบ Mycobacterial Infections บ่อยในอายุ 20-40 ปี ซึ่งเป็นวัยที่พบการติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัยที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป จะมีสถิติการเกิดเนื้องอกมากที่สุดและส่วนใหญ่เป็นมะเร็ง ซึ่งการศึกษานี้พบว่ามะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ร้อยละ 29.54 และกลุ่ม carcinoma ร้อยละ 27.27 ขณะที่ Lee and Helmus⁽¹⁵⁾ พบ carcinoma ร้อยละ 29.4 และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 21.4

ตารางที่ 4 สาเหตุของก้อนที่คอที่พบบ่อยในช่วงอายุต่างๆ เรียงตามลำดับ

0-15 ปี	16-40 ปี	40 ปีขึ้นไป
1.การอักเสบ	1.การอักเสบ	1.เนื้องอก; เนื้องอกธรรมดา
2.ความผิดปกติแต่กำเนิด	2.ความผิดปกติแต่กำเนิด	มะเร็ง
3.เนื้องอก; เนื้องอกธรรมดา	3.เนื้องอก; เนื้องอกธรรมดา	2.การอักเสบ
มะเร็ง	มะเร็ง	3.ความผิดปกติแต่กำเนิด
4.ก้อนตาย	4.ก้อนตาย	4.ก้อนตาย

ที่มา Cumming CW 1998; p. 1687⁽⁹⁾

ตารางที่ 5 โรคของก้อนที่คอที่พบบ่อย จำแนกตามตำแหน่งก้อน

	กึ่งกลางด้านหน้า	คอด้านหน้า	คอด้านหลัง
1.ความผิดปกติแต่กำเนิด	Thyroglossal duct cyst, Dermoid, Laryngocele	Branchial cleft cyst, Thymic cyst, Sialadenopathy	Lymphangioma
2.การอักเสบ	Adenitis	Adenitis, Viral or Bacterial, Granulomatous	Adenitis, Viral or Bacterial, Granulomatous
3.เนื้องอก	Thyroid, Lymphoma	Metastatic, Upper jugular oropharynx, Oral cavity, Submandibular (oral cavity, nasal sinus, face), Mid-jugular (hypopharynx, larynx), Lymphoma, Vascular (carotid tumor, glomus, hemangioma)	Lymphoma, Metastatic, Superior (nasopharynx), Supraclavicular (breast, lung, GI GU, gynecological)
4.ก้อนตาย	Sternocleidomastoid, Hematoma/Fibroma	False aneurysm	Neuroma

ที่มา Cumming CW 1998, p. 1670⁽⁹⁾

ตำแหน่งของก้อนที่คอก็มีความสำคัญในการระบุว่าเป็นก้อนที่เกิดจากอวัยวะส่วนไหนของคอ (ตารางที่ 5) โรคที่เป็นมาแต่กำเนิดมักมีตำแหน่งที่แน่นอน เช่น branchial cleft cyst มักจะเป็นก้อนที่ส่วนบน 1/3 ของ sternocleidomastoid muscle ส่วนตำแหน่งของก้อนที่เป็นต่อมน้ำเหลืองจะสามารถใช้ทำนายตำแหน่งของโรคปฐมภูมิได้ ไม่ว่าจะเป็นการกระจายของมะเร็งหรือการอักเสบสำหรับในกลุ่มที่ทำตำแหน่งปฐมภูมิของมะเร็งไม่ได้ ตำแหน่งที่ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งมากที่สุดได้แก่ supraclavicular lymph node^(16,17,18)

สำหรับประวัติอื่นๆ เช่น อายุ เพศชาย การสูบบุหรี่ คัดมีสุรา และอาการร่วมอื่นๆ เช่น กลืนลำบาก กลืนเจ็บ ปวดคอ เสียงแหบ น้ำหนักลด ถ้าหากมีอาจจะช่วยบอกเกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นมะเร็งมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเสียงแหบ ไอเป็นเลือด จุกแน่นหน้าอก น้ำหนักลด การวินิจฉัยสุดท้ายพบว่าเป็นมะเร็งทุกราย ซึ่งก็ทำให้แพทย์ควรต้องตระหนักถึงการซักประวัติเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่อาจเป็นอาการนำของมะเร็ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และส่งผลดีต่อการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว

ส่วนการตรวจพิเศษเพื่อให้ได้การวินิจฉัยสาเหตุของก้อนท่อน้ำในปัจจุบันมีวิธีที่นิยม 2 วิธีคือ

1. การทำ fine needle aspiration (FNA) เป็นการเจาะตรวจเนื้อเยื่อเซลล์มาตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งสามารถแยกแยะเป็นการอักเสบ เป็นถุงน้ำ

หรือมะเร็งได้ เป็นการตรวจที่สะดวก รวดเร็ว ทำได้ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยสำหรับความแม่นยำในการตรวจ FNA ของต่อมน้ำเหลือง จากการศึกษานี้ของ Martin MR และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าวิธีการนี้สามารถทำได้จำนวนเซลล์ที่อ่านผลได้ (satisfied) ร้อยละ 86.3 โดยมีค่าความไว ร้อยละ 97.41 ความจำเพาะ ร้อยละ 95.45 และประสิทธิผล (efficacy) ร้อยละ 96.88

2. การผ่าตัดเพื่อนำชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา (open excisional biopsy) เมื่อใดก็ตามที่การทำ FNA แล้วอ่านผลไม่ได้ การตรวจร่างกายและส่องกล้องตรวจภายในช่องจมูกและช่องปากไม่พบตำแหน่งปฐมภูมิ หรือในกรณีที่สงสัยจะเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยดังกล่าวก็ทำการตัดชิ้นเนื้อ แต่ก็อาจทำให้เกิด wound necrosis, local recurrence และ distant metastasis⁽⁹⁾

ส่วนการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การทำ tuberculin skin test อาจจะช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ Mycobacterial แต่จะไม่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนบีซีจีมาแล้วในวัยเด็ก⁽²⁰⁾ ในกรณีที่สงสัยการติดเชื้อ Mycobacterial ในผู้ป่วยอยู่การตรวจแบบ ELISpot (PLUS) assay จะให้ผลที่ไวมากกว่า Standard Tuberculin skin testing แบบ ELISpot⁽²¹⁾ จากการศึกษานี้ของ Ahmad SS et al⁽²²⁾ พบว่าการทำ FNA เปรียบเทียบกับการทำ acid-fast staining ในกรณี Mycobacterium ให้ผลบวก ร้อยละ 38

จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนท่อน้ำบริเวณลำคอส่วนใหญ่เป็น

ก้อนของต่อมน้ำเหลือง ประวัติของผู้ป่วย เพศ อายุ ตำแหน่งของก้อน จะช่วยให้สามารถช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ และโดยอาศัยอาการของผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มโรค และการตรวจพิเศษต่างๆ จะทำให้การวินิจฉัยและการรักษาได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่วนรายที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ แต่คาดว่า มีโอกาสเป็นต่อมน้ำเหลืองโตจากการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสาว (0-40 ปี) อาจลองให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ถ้าก้อนไม่เล็กลงหรือมีขนาดใหญ่ขึ้น ควรทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (FNA) เพื่อหาลักษณะทางเซลล์พยาธิของก้อนท่อน้ำนมก่อน ซึ่งทำได้สะดวกและมีความน่าเชื่อถือ⁽⁹⁻¹¹⁾ หากตรวจไม่ได้ผลอาจพิจารณาทำการตัดชิ้นเนื้อ (open biopsy) ต่อไป ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาวิจัย

ผลที่ได้ก็ยังเป็นไปตามทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้น ช่วยให้แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการตัดสินใจให้การวินิจฉัย ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัยจากการตรวจพื้นฐานทั่วไป หรือการวินิจฉัยจากการตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม เพราะการวินิจฉัยก้อนท่อน้ำนมบริเวณลำคอในผู้ป่วยบางกลุ่มอายุอาจไม่ต้องอาศัยการตรวจพิเศษอื่นๆ ที่เกินความจำเป็นก็สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาได้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทุกท่าน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก รวมถึงคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ศิษย์

เอกสารอ้างอิง

1. Grosjean P, Monnier P. Cervical nodules: diagnosis and management. *Rev Med Suisse Romande* 2004; 124 (6): 361-6.
2. Friedberg J. Clinical diagnosis of neck lumps: a practical guide. *Pediatr Ann* 1988; 17 (10): 620-8.
3. Ruhl C. Evaluation of the neck mass. *Med Health RI* 2004; 87 (10): 307-10.
4. Rüdiger Pittrof, Oona Campbell. Quality of Maternity Care. *Nurse Pract* 2000; 25(4):30-2, 35-6.
5. Emery MT, Newburg JA, Waters RC. Evaluation of the neck mass. *JSC Med Assoc.*1998; 94(12): 548-52.
6. Goffart Y, Hamoir M, Deron P, Claes J, Remacle M. Management of neck masses in adults. *B-ENT* 2005; (supp.1): 133-40.
7. Schroder J. Enlarged lymph nodes as an incidental finding. How can carcinoma be excluded? *MMW Fortschr Med* 2001; 143(7): 30-2.
8. Brigel P. Marijuana and cancer risk. *Postgrad Med* 1998; 104 (3): 63-4, 67-71.
9. McGuirt WF. Differential diagnosis of neck mass. In: Cummings CW, ed. *Otolaryngology Head and Neck surgery*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998; 1670-99.
10. Suen JY, Sstern SJ. Cancer of the neck. In: Myers EN, Suen JY, editors. *Cancer of the head and neck*. 3rd ed: Philadelphia W.B. Saynders, 1996; p. 426-84.
11. Suen JY. Cancer of the neck. In: Myers EN, Suen JY, editors. *Cancer of the head and neck*. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saynders, 1989; p. 221-54.
12. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1313-20.
13. Moses S. Townsend Sabiston Surgery, 2001; p. 1498-500
14. Perlman DC, D'Amico R, Salomon N. Mycobacterial Infections of the Head and Neck. *Current Infectious Disease Reports* 2001; 3: 233-41.
15. Lee SG, Helmus C. Cervical lymph node biopsy. *Mich Med* 1970; 581.
16. Oguz A, Karadeniz C, Temel EA, Citak EC, Okur FV. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in children. *Pediatr Hematol Oncol*. 2006; 23(7): 549-61.
17. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and Malignancy. *Am Fam Physician* 2002; 66: 2103-10.
18. Al-Saleha K, Alia A, Jafferb AM, Farghaleyb T, Abdullac MA. Lymph Node Metastases in the Neck from Unknown

- Primary Sites. Med Princ Pract 2000; 9: 59-66.
19. Martins MR, da Cunha Santos G. Fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of superficial lymphadenopathy: a 5-year Brazilian experience. Diagn. Cytopathol. 2006; 34: 130-4.
20. Chen YM, Lee PY, Su WJ, Perng RP. Lymph node tuberculosis: 7-year experience in Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan. Tuber Lung Dis. 1992; 73(6): 368-71.
21. Dosanjh DP, Hinks TS, Innes JA, Deeks JJ, Pasvol G, Hackforth S, Varia H, Millington KA, Gunatheesan R, Guyot-Revol V, Lalvani A. Improved diagnostic evaluation of suspected tuberculosis. Ann Intern Med. 2008 Mar 4; 148(5): 325-36.
22. Ahmad SS, Akhtar S, Akhtar K, Naseem S, Mansoor T, Khalil S. Incidence of Tuberculosis from Study of Fine-Needle Aspiration Cytology in Lymphadenopathy and Acid-Fast Staining. Indian Journal of Community Medicine 2005; 30(2):63-5.

Cervical Neck Masses at Department of Otolaryngology, Sappasitthiprasong Hospital

*Decha Klachiew**

Abstract

Head and neck masses are common clinical concerns in every age group-patient. The differential diagnosis for a head or neck mass includes congenital, inflammatory and neoplastic lesions. An orderly and thorough examination of the head and neck with an appropriate directed workup will facilitate the diagnosis. The most common entities occur repeatedly within various age groups. This descriptive study, which was retrospectively done in the numbers of patients with cervical neck masses at Department of Otolaryngology, Sappasitthiprasong Hospital, revealed that the most common causes of cervical adenopathy in the young (less than 16 years old) were reactive lymphadenopathy (28.57%) and caseating granuloma (14.28%). In adolescent and young adult (16-40 years old), inflammatory lymph nodes was the most common. Their lesions were caseating granuloma (26.32%), granulomatous lymphadenitis (15.79%) and reactive hyperplasia (15.79%). The hematologic malignancies of lymph nodes or Non-Hodgkin's lymphoma (29.54%) were the first finding in elderly patients following by metastatic carcinoma of lymph node of neck (27.27%)

Keywords : cervical neck mass, diagnosis

* Otolaryngologist. Department of otolaryngology, Sappasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathni.