

# ความจำเป็นของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดที่มีความเสี่ยงต่ำ ในโรงพยาบาลปทุมธานี

พรีดา ลียานัน, พ.บ.

นายแพทย์ชำนาญการ แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลปทุมธานี

## บทคัดย่อ

ปัจจุบันการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดที่มีความเสี่ยงต่ำ มีแนวโน้มใช้การผ่าตัดรักษาแบบ conservative มากขึ้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลพบว่า aggressive surgery ไม่ได้เพิ่ม survival rate แต่อาจเพิ่มผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ completion thyroidectomy ในโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อศึกษาว่าการผ่าตัดนี้มีความคุ้มค่าหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง

ผลการศึกษาพบว่าผลพยาธิวิทยาของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในผู้ป่วย low risk differentiated thyroid carcinoma จำนวน 26 คน พบว่าเป็นมะเร็ง 5 คน (ร้อยละ 19.2) และไม่พบเซลล์มะเร็ง 21 คน (ร้อยละ 80.8) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบมีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำชั่วคราว 5 คน (ร้อยละ 19.2) และต่ำถาวร 8 คน (ร้อยละ 30.8) แผลผ่าตัดติดเชื้อ 1 คน (ร้อยละ 3.8) พบก้อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด 2 คน (ร้อยละ 7.7) เส้นเสียงเป็นอัมพาต 1 ข้าง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 7.7) และพบเส้นเสียงเป็นอัมพาตทั้ง 2 ข้าง 1 คน (ร้อยละ 3.8) ซึ่งมีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน และต้องผ่าตัดเจาะคอในเวลาต่อมา ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรกและการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ เท่ากับ 1.75 และ 1.35 ชั่วโมงตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ค่ามัธยฐานของระยะเวลานอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่ม เท่ากับ 4 วัน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

โดยสรุปตรวจพบมะเร็งต่อมไทรอยด์จากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือร้อยละ 19.2 และ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของเวลาผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล แต่พบภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ศัลยแพทย์จึงต้องให้ข้อมูลและพิจารณาร่วมกับผู้ป่วย ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และทางเลือกในการรักษาต่อไป

**คำสำคัญ :** มะเร็งต่อมไทรอยด์ ; การผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ ; มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตด

# Necessity of completion thyroidectomy in low risk differentiated thyroid carcinoma in Pathumthani Hospital

---

Peerada Siyano, M.D.

Otorhinolaryngologist, Pathumthani Hospital

## Abstract

Current treatment for low-risk differentiated thyroid cancer is tendency to use more conservative surgery because data collection shows that aggressive surgery does not increase survival rates, but may increase complications. The researcher therefore collected data on patients who treated with complete thyroidectomy in Pathumthani Hospital to study whether this surgery is worth it or not when compared to the long-term complications that may occur. The data was collected from 1 January 2017 to 31 December 2022 and then analyzed retrospectively.

The results of the study found that results of completion thyroidectomy in 26 patients with low risk differentiated thyroid carcinoma found cancer in 5 patients (19.2%) and benign 21 patients (80.8%). Temporarily hypocalcemia was found in 5 people (19.2%), permanently hypocalcemia in 8 people (30.8%). infected surgical wound in 1 person (3.8%), hematoma in 2 people (7.7%), unilateral vocal paralysis 2 people (7.7%) and bilateral vocal paralysis 1 person (3.8%), who had an upper airway obstruction and later had to undergo tracheostomy. The median operating times for lobectomy and completion thyroidectomy were 1.75 and 1.35 hours, respectively. There was no statistical difference. The median length of hospital stay for both groups was 4 days, which was not statistically different.

In conclusion, thyroid cancer was detected from 19.2% of completion thyroidectomy and no significant differences were found in the surgery time and the number of days of hospital stay. But complications of surgery have increased. The surgeon must therefore provide information and consider it together with the patient. to the risks that may occur and further treatment options.

**Keywords :** Thyroid cancer, Well differentiated Thyroid carcinoma , Completion thyroidectomy

## 1. บทนำ

ก้อนที่ต่อมไทรอยด์เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาล ปทุมธานี ซึ่งตรวจพบตั้งแต่ก้อนเนื้อธรรมดาจนถึงมะเร็งไทรอยด์ การรวบรวมรายงานทางระบาดวิทยาของต่างประเทศพบมีความชุกของก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 4-7 ในประชากรทั่วไป<sup>1</sup> และมีรายงานการตรวจพบมะเร็งไทรอยด์ได้ถึง ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องของก้อนที่ต่อมไทรอยด์ทั้งหมด<sup>2,3,4</sup> ถึงแม้ว่าก้อนที่ต่อมไทรอยด์โดยส่วนใหญ่จะไม่ใช่ออกซิดีนร้ายแรงหรือเป็นความผิดปกติที่ไม่อันตราย แต่ก็พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งไทรอยด์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีทั่วโลก โดยพบเพิ่มขึ้น 2.4 เท่าในช่วง 35 ปีที่ผ่านมา<sup>5</sup> สำหรับในประเทศไทยมีรายงานพบมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้นเป็น 6.9 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 1.6 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 อัตราส่วนการเป็นมะเร็งไทรอยด์ในผู้หญิงต่อผู้ชายคิดเป็น 3 : 1 และยังพบว่ามะเร็งไทรอยด์เป็น 1 ใน 10 มะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงไทย และพบมะเร็งไทรอยด์น้อยในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น (ร้อยละ 2.7)<sup>6</sup>

มะเร็งไทรอยด์แบ่งออกเป็นมะเร็งของเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของต่อมไทรอยด์ มะเร็งเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์

### 1. มะเร็งต่อมไทรอยด์ ได้แก่

- 1) Well differentiated thyroid cancer ประกอบด้วย 2 กลุ่มย่อยได้แก่ Papillary cell carcinoma และ Follicular cell carcinoma
- 2) Poorly differentiated thyroid carcinoma
- 3) Anaplastic thyroid carcinoma

ทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีการดำเนินของโรคและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่ม Well Differentiated Thyroid Cancer ซึ่งมีจำนวนสูงสุดในจำนวนมะเร็งไทรอยด์ทั้งหมด คือประมาณร้อยละ 80 – 90

### 2. มะเร็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของต่อมไทรอยด์ ได้แก่ Medullary Cell Carcinoma

การวินิจฉัยว่าก้อนที่ต่อมไทรอยด์เป็นมะเร็งหรือไม่ คือการดู Cell ซึ่งได้จากการเจาะ ดูด หรือการผ่าตัด หลังตรวจวินิจฉัยแล้วพบว่า เป็นมะเร็งไทรอยด์ การผ่าตัดถือว่าการรักษาที่สำคัญและจำเป็นที่สุด ซึ่งการผ่าตัดอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ การตัดต่อมไทรอยด์ อาจผ่าตัดออกทั้งหมด หรือเพียงบางส่วน หรือในบางรายที่มีการกระจายไปในต่อมน้ำเหลือง การผ่าตัดอาจจะต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการกลืนแร่รังสีไอโอดีน (Radioiodine Therapy) ในกรณีที่ เป็นเซลล์มะเร็งชนิดที่จับกับรังสีไอโอดีน การกลืนแร่รังสีไอโอดีนจะเข้าไปช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่หลังการผ่าตัด และช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

เนื่องจากมะเร็งไทรอยด์ชนิด Differentiated เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด และยังมีอาการใกล้เคียงกันค่อนข้างมากเรื่องการผ่าตัดรักษาในกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่ได้ผ่าตัดไทรอยด์ออกข้างหนึ่งแล้ว The American Thyroid Association (ATA) guidelines 2015 แนะนำให้ผ่าตัดไทรอยด์เฉพาะด้านที่ตรวจพบมะเร็ง (lobectomy) เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์กลุ่ม Differentiated ที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) ที่มีขนาดก้อนมะเร็งขนาดน้อยกว่า 4 cm ซึ่งเปลี่ยนแปลงจาก ATA 2009 guideline เดิม ที่แนะนำให้ผ่าตัดไทรอยด์เฉพาะด้านที่ตรวจพบมะเร็ง (lobectomy) เมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 1 cm และ ผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ (completion thyroidectomy) เมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่าเท่ากับ 1 cm เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีเพิ่มผลข้างเคียงจากการผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ เช่น การบาดเจ็บของ recurrent laryngeal nerve และ wound complication นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง

ไทรอยด์ที่รักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า aggressive surgery (total thyroidectomy) ไม่ได้เพิ่ม survival rate เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัด lobectomy

ในปัจจุบันความรู้เรื่องมะเร็งไทรอยด์ และความตระหนักใส่ใจในสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจสุขภาพเป็นประจำของโรงเรียนและที่ทำงานมีมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น มีส่วนให้ตรวจพบมะเร็งไทรอยด์ได้รวดเร็วขึ้น ยิ่งในคนอายุน้อยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไทรอยด์มากขึ้น ซึ่งในกลุ่มนี้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะต้องทนอยู่กับผลแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้ นานมากขึ้นตลอดทั้งชีวิตเทียบกับผู้ป่วยอายุมาก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพบว่า แนวโน้มปัจจุบันมีการพูดถึงการรักษาแบบ conservative มากขึ้นในผู้ป่วย low risk well differentiated thyroid carcinoma ซึ่งหมายถึงการผ่าตัดไทรอยด์ออกเพียงข้างเดียว(lobectomy)ที่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง เนื่องจากช่วยลดโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนระยะยาว ผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับการรักษาด้วยการ completion thyroidectomy เป็นเวลา 6 ปี ในโรงพยาบาลปทุมธานีที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ ว่ามีความคุ้มค่าหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเพื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

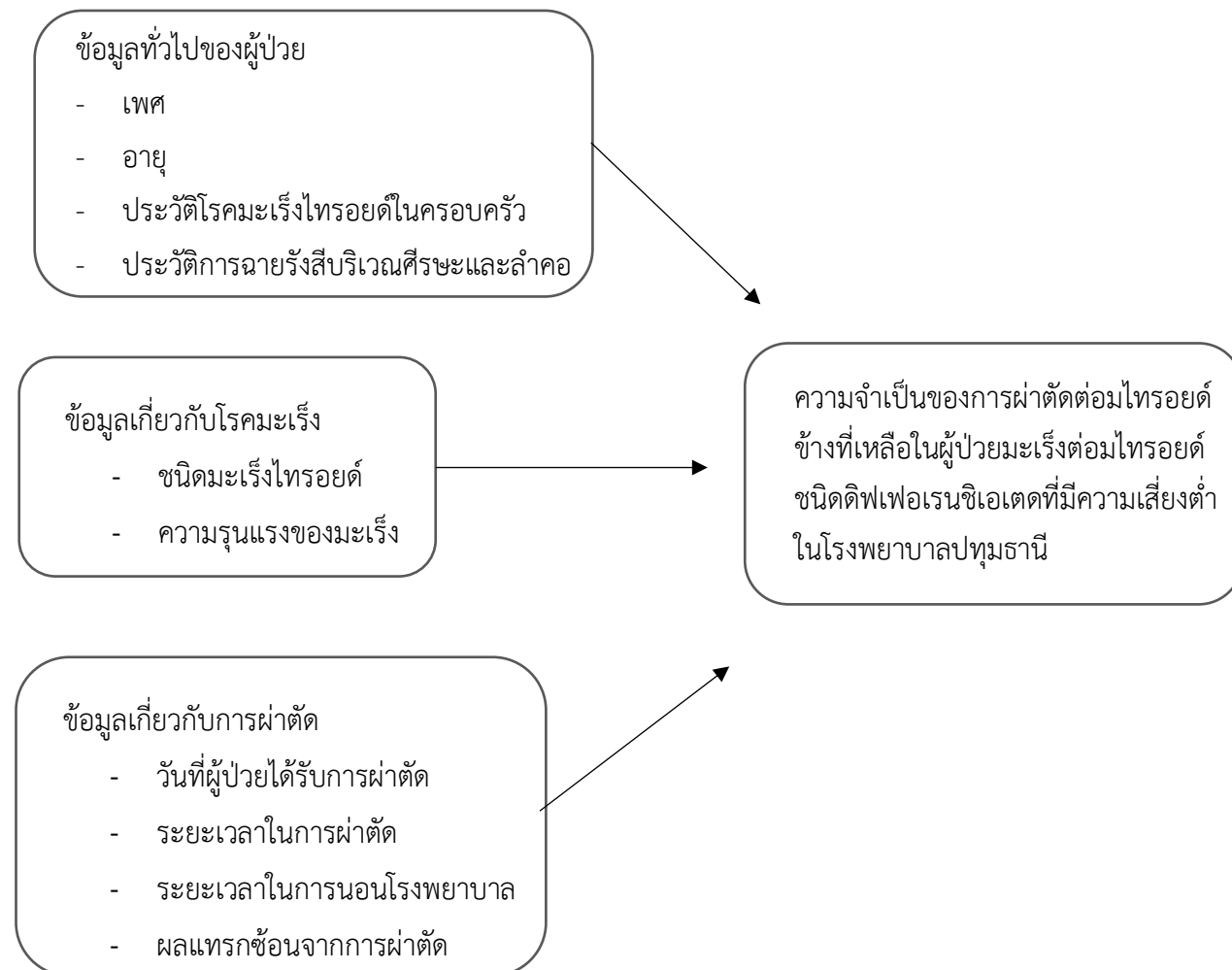
### วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาถึงความจำเป็นของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดที่มีความเสี่ยงต่ำ ในโรงพยาบาลปทุมธานี

### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดที่มีความเสี่ยงต่ำ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรกของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดมีความเสี่ยงต่ำ
3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันพำนอนโรงพยาบาลในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรกของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดที่มีความเสี่ยงต่ำ

### 3. กรอบแนวคิด



### 4. วิธีดำเนินงานวิจัย

เก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตด (Differentiated thyroid carcinoma) ที่มีความเสี่ยงต่ำในโรงพยาบาลปทุมธานีทุกคน ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective evaluation of imaging with retrospective data collection)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง
  - เพศ
  - อายุ
  - ประวัติโรคมะเร็งไทรอยด์ในครอบครัว
  - ประวัติการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
  - ชนิดมะเร็งไทรอยด์
  - ความรุนแรงของมะเร็ง
3. ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด
  - วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด
  - ระยะเวลาในการผ่าตัด
  - ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
  - ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำบันทึกขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากหัวหน้าส่วนราชการ โดยอาศัยแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นและบันทึกคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดลอกและลงข้อมูลเองทั้งหมด

### ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตด (differentiated carcinoma) ที่มีความเสี่ยงต่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในโรงพยาบาลปทุมธานีทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565

### แบบแผนการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

### เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. เวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดดิฟเฟอเรนซิเอเตดที่มีความเสี่ยงต่ำที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ ในโรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565
2. มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่โรงพยาบาลปทุมธานี
3. มีข้อมูลในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในโรงพยาบาลปทุมธานี

### เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลประวัติ และผลการตรวจไม่ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ(statistical analysis) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel และ SPSS ในการรวบรวมข้อมูล และประเมินผล ทำการวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วย papillary thyroid carcinoma ทั้งหมด 53 คน ที่ได้รับการผ่าตัด completion lobectomy และในกลุ่มนี้มีเพียง 26 คน ที่เป็นผู้ป่วย papillary carcinoma ชนิด low risk ได้รับการผ่าตัด completion lobectomy

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 26 ราย ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเข้างานวิจัย ประกอบด้วยผู้ป่วยเพศชาย 2 คน(ร้อยละ 7.7) และ ผู้ป่วยเพศหญิง 24 คน(ร้อยละ 92.3) มีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 10 คน(ร้อยละ 38.5) และผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป 16 คน(ร้อยละ 61.5) ไม่พบผู้ป่วยที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งไทรอยด์ รวมทั้งไม่พบประวัติผู้ป่วยที่เคยได้รับการรังสีแสงส่วนศีรษะและลำคอก่อน(ตารางที่ 1) โดยพบผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี และค่าเฉลี่ยอายุ 45 ปี (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
● ชาย	2	7.7
● หญิง	24	92.3
<b>อายุ</b>		
● <45 ปี	10	38.5
● ≥45 ปี	16	61.5
<b>ประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งไทรอยด์</b>	0	0
<b>ประวัติฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ</b>	0	0

2. ระยะเวลาในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ พบว่าศัลยแพทย์ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่เป็นมะเร็งข้างแรกน้อยกว่า 1 ชั่วโมงจำนวน 1 คน(ร้อยละ 3.8) ใช้เวลาในการผ่าตัด 1-2 ชั่วโมงจำนวน 12 คน (ร้อยละ 46.2) และใช้เวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมงจำนวน 13 คน(ร้อยละ 50) ในส่วนของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่เป็นมะเร็งข้างที่เหลือใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมงจำนวน 2 คน(ร้อยละ 7.7) ใช้เวลาในการผ่าตัด 1-2 ชั่วโมงจำนวน 17 คน(ร้อยละ 65.4) และใช้เวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมงจำนวน 7 คน (ร้อยละ 26.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์

ระยะเวลา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรก</b>		
● <1 ชั่วโมง	1	3.8
● 1-2 ชั่วโมง	12	46.2
● > 2 ชั่วโมง	13	50.0
<b>ระยะเวลาในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ</b>		
● <1 ชั่วโมง	2	7.7
● 1-2 ชั่วโมง	17	65.4
● > 2 ชั่วโมง	7	26.9

3.ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรกที่ 3วัน 4วันและ5วัน มีจำนวน 8คน(ร้อยละ 30.8) 14คน(ร้อยละ 53.8) และ4 คน(ร้อยละ 15.4) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือจำนวน 2 วัน 3วัน 4วัน 5วัน 6 วันและ 7 วัน มีจำนวน 1คน(ร้อยละ 3.8) 2คน(ร้อยละ 7.7) 16คน(ร้อยละ 61.5) 4คน(ร้อยละ 15.4) 2คน(ร้อยละ 7.7) และ 1คน(ร้อยละ 3.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลานอนโรงพยาบาล

ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรก</b>		
● 3 วัน	8	30.8
● 4 วัน	14	53.8
● 5 วัน	4	15.4
<b>การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ</b>		
● 2 วัน	1	3.8
● 3 วัน	2	7.7
● 4 วัน	16	61.5
● 5 วัน	4	15.4
● 6 วัน	2	7.7
● 7 วัน	1	3.8

4. ผลพยาธิวิทยาของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือในผู้ป่วย low risk differentiated thyroid carcinoma พบว่าเป็น Malignant 5 คน(ร้อยละ 19.2) และ Benign 21 คน(ร้อยละ 80.8) (ตารางที่ 4) สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ พบมีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำชั่วคราว 5 คน (ร้อยละ 19.2) ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำถาวร 8 คน(ร้อยละ 30.8) พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ 1 คน (ร้อยละ 3.8) พบก้อนเลือด(Hematoma)บริเวณแผลผ่าตัด 2 คน(ร้อยละ 7.7) พบเสียงแหบจากเส้นเสียงเป็นอัมพาต



1 ข้าง จำนวน 2 คน(ร้อยละ 7.7) และพบเส้นเสียงเป็นอัมพาตทั้ง 2 ข้าง 1คน(ร้อยละ 3.8) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน(Upper airway obstruction) และต้องผ่าตัดเจาะคอ(Tracheostomy) ในเวลาต่อมา(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงผลพยาธิวิทยาของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ

ผลพยาธิวิทยา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
● MALIGNANT	5	19.2
● BENIGN	21	80.8

ตารางที่ 5 แสดงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
● ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำชั่วคราว	5	19.2
● ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำถาวร	8	30.8
● เส้นเสียงเป็นอัมพาต 1 ข้าง	2	7.7
● เส้นเสียงเป็นอัมพาต 2 ข้าง	1	3.8
● เจาะคอจากภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน	1	3.8
● แผลผ่าตัดติดเชื้อ	1	3.8
● ก้อนเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด	2	7.7

ตารางที่ 6 แสดงสถิติข้อมูลอายุ เวลาผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

	MIN	MAX	$\bar{X}$	SD
อายุ(ปี)	18	75	45.23	16.246
เวลาผ่าตัดไทรอยด์ข้างแรก (ชั่วโมง)	.50	2.35	1.6596	.56072
เวลาผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ (ชั่วโมง)	.30	3.10	1.5077	.66448
จำนวนวันนอนรพ.ผ่าตัดไทรอยด์ข้างแรก(วัน)	3	5	3.85	.675
จำนวนวันนอนรพ.ผ่าตัดไทรอยด์ข้างเหลือ(วัน)	1	7	4.23	1.107

5. ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างแรกและการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ เท่ากับ 1.75 และ 1.35 ชั่วโมงตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ(ตารางที่ 6) ค่ามัธยฐานของระยะเวลานอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่ม เท่ากับ 4 วัน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ(ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงตารางเปรียบเทียบเวลารอนโรงพยาบาลและเวลาผ่าตัด

	การผ่าตัดไทรอยด์ข้างแรก		การผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ		Z	P (<0.5)
	Median	IQR	Median	IQR		
เวลาผ่าตัด (ชม.)	1.75	1.914	1.35	0.85	-1.17	0.242
จำนวนนอนรพ. (วัน)	4	1	4	1	-1.492	0.136

## 5. การอภิปรายผล

เนื่องจากมะเร็งไทรอยด์ชนิด Differentiated เป็นชนิดที่พบมากที่สุดในกลุ่มมะเร็งไทรอยด์ในประเทศไทย<sup>8</sup> ประกอบด้วย papillary thyroid carcinoma และ follicular thyroid carcinoma และยังมี การถกเถียงกันค่อนข้างมากเรื่องการผ่าตัด completion thyroidectomy ในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์กลุ่ม ความเสี่ยงต่ำ โดย The American Thyroid Association (ATA) 2009 guideline ที่แนะนำให้ผ่าตัดไทรอยด์เฉพาะ ด้านที่ตรวจพบมะเร็ง (lobectomy) เมื่อก่อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 1cm และ ผ่าตัดเก็บไทรอยด์ข้างที่เหลือ (completion thyroidectomy) เมื่อก่อนมะเร็งที่ตัดไปข้างแรกมีขนาดมากกว่าเท่ากับ 1 cm โดยไม่ต้อง คำนึงถึง risk factor อื่นๆ เนื่องจากการเก็บข้อมูลเชื่อว่า มีประโยชน์กับ survival, recurrence rate นอกจากนี้ยังมีการให้ RAI remnant ablation เป็น routine และติดตามค่า thyroglobulin เพื่อประเมินการ กลับมาเป็นซ้ำของโรค แต่จากการศึกษาต่อมาพบว่า ไม่พบผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการผ่าตัด lobectomy และ total thyroidectomy ในผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>9</sup> ต่อมา ATA guidelines 2015 แนะนำให้ผ่าตัด ไทรอยด์เฉพาะด้านที่ตรวจพบมะเร็ง (lobectomy) เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์กลุ่ม Differentiated ที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) ที่มีขนาดก้อนมะเร็งขนาดน้อยกว่า 4 cm, ไม่มี extrathyroidal extension, ไม่มี LN metastasis, และไม่มีประวัติฉายรังสีบริเวณคอ และประวัติมะเร็งไทรอยด์ในครอบครัว เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีเพิ่มผลข้างเคียงจากการผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ เช่น การบาดเจ็บของ recurrent laryngeal nerve และ wound complication นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ไทรอยด์ที่รักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า aggressive surgery (total thyroidectomy) ไม่ได้เพิ่ม survival rate เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดlobectomy<sup>7</sup>

นอกจากนี้ The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines ยังแนะนำให้ ผ่าตัดเพียงแค่ lobectomy ใน DTC ขนาด  $\leq 4$  cm ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติฉายรังสีและมะเร็งไทรอยด์ใน ครอบครัว ไม่มี metastasis ไปบริเวณอื่น และไม่มี Extrathyroidal extension ส่วน The 2014 British Thyroid Association (BTA) guideline กล่าวว่ายังไม่พบหลักฐานแน่ชัด สำหรับข้อได้เปรียบในการผ่าตัด total thyroidectomy เทียบกับ hemithyroidectomy ในผู้ป่วย PTC ขนาดก้อน 1–4 cm ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ >45 ปี, ETE, โรคมะเร็งไทรอยด์ในครอบครัว, clinical/radiological ของการ metastasis และ angioinvasion

กล่าวโดยสรุปคือปัจจุบันแนวโน้มในการผ่าตัดเก็บไทรอยด์ข้างที่เหลือในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ (differentiated thyroid carcinoma) กลุ่ม low-risk และ intermediate-risk ที่มี primary tumor <4 cm และไม่มี extrathyroidal extension (ETE) หรือ lymph node (LN) metastases มีแนวโน้มในการรักษาแบบ conservative มากขึ้น อย่างไรก็ตาม clinicopathological risk factors เช่น microscopic ETE, aggressive histology, vascular invasion และ LN metastases ยังสามารถตรวจพบได้หลัง completing thyroidectomy จึงส่งผลให้ยังเป็นข้อถกเถียงว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่เหลือ และให้ radioactive iodine remnant ablation โดยทันทีหรือไม่ รวมทั้งการ monitor หลังจากการรักษา หากไม่ได้ completion thyroidectomy เพิ่มเติม จากการเก็บข้อมูล ของคุณ Jae Hyun Park และคุณ Jong Ho Yoon<sup>9</sup> พบว่า recurrence rate ในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่รักษาด้วยการผ่าตัดไทรอยด์ lobectomy กลุ่ม low-intermediated risk ค่อนข้างต่ำ จากการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง สามารถตรวจพบมะเร็งที่เกิดขึ้นซ้ำได้ ด้วยการตรวจ ultrasound บริเวณคอ และสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มเติมได้ (salvage surgery) ซึ่งไม่ส่งผลให้ survival rate ของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์กลุ่มนี้ลดลง ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าว การให้การรักษา lobectomy ตาม clinicohistological และ risk stratification ประกอบกับการติดตามในระยะยาว น่าจะมีความเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้

นอกจากนี้ การศึกษาของ คุณ Colombo C<sup>10</sup> เปรียบเทียบการรักษาด้วยการผ่าตัด Total Thyroidectomy Versus Lobectomy for Thyroid Cancer ยังพบว่าการผ่าตัดไทรอยด์ข้างที่ตรวจพบมะเร็ง ออกเพียงข้างเดียว (lobectomy) และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่ม low-risk microcarcinoma แม้ว่าภายหลังอาจตรวจพบมะเร็งที่ต้องให้การรักษาเพิ่มเติมเมื่อเทียบกับผลแทรกซ้อน ภายหลังการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการผ่าตัด total thyroidectomy ในขณะที่การศึกษาของคุณ Veyseller B<sup>11</sup> เรื่อง The Need for Completion Thyroidectomy in Cases of Differentiated Thyroid Cancer พบว่า ข้อถกเถียงว่าจำเป็นต้อง completion thyroidectomy หรือไม่ เนื่องจากว่ามีความเป็นไปได้ในการพบ intrathyroid tumor ในไทรอยด์ข้างที่เหลือ ซึ่งการศึกษาของเขาพบมะเร็งไทรอยด์หลังการผ่าตัด completion thyroidectomy ร้อยละ 25.6 ซึ่งการคาดเดาว่าจะพบมะเร็งไทรอยด์ในข้างที่เหลือนี้เป็นไปได้ค่อนข้างยาก และการตรวจพบ contralateral nodule ไม่เป็นเหตุผลเพียงพอในการตัดสินใจผ่าตัด routine total thyroidectomy และ presence of capsular invasion (p = 0.840) and vascular invasion (p = 0.913) ไม่เป็นปัจจัยในการเพิ่มความเสี่ยงของการพบมะเร็งใน opposite site ในขณะที่ multifocal tumors ที่พบในไทรอยด์ข้างที่เป็นมะเร็ง (p < 0.001) เป็นตัวแปรหลักที่ช่วยการประเมินความเสี่ยงในการตรวจพบมะเร็งไทรอยด์ในข้างที่เหลือ นอกจากนี้ aggressive tumor subtype และ ก้อนมะเร็งที่ขนาดใหญ่กว่า 4 cm ก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ การเพิ่มความเสี่ยงในการตรวจพบมะเร็งไทรอยด์ในต่อมไทรอยด์อีกข้างที่เหลือ

อีกทั้งการศึกษาของคุณ Gepalakrishn และคณะ<sup>12</sup> พบว่า การรักษาด้วย RAI ablation เพิ่ม risk ในการเกิด secondary carcinogenesis และควรพิจารณาอย่างรอบคอบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 45 ปี จากข้อมูลของ US national cancer data พบว่าการรักษาด้วย RAI 56% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ภายหลังการรักษาดังกล่าวด้วยการผ่าตัด total thyroidectomy ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่มีความจำเป็นในการรักษาด้วย RAI ข้อดีของการรักษาด้วย RAI หลังจาก total thyroidectomy คือการ monitor thyroglobulin levels ซึ่งเป็น sensitive marker ของการ recurrence อย่างไรก็ตาม surgical complications มักพบใน

ผู้ป่วยกลุ่ม total thyroidectomy มากกว่ากลุ่ม lobectomy เช่น permanent recurrence paralysis, hypoparathyroidism แม้ว่าจะผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ (differentiated thyroid carcinoma) ที่มีความเสี่ยงต่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ ในโรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งเป็นไปตามค่าเฉลี่ยในประเทศไทย และจากการศึกษาผลพยาวิทายของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด completion thyroidectomy พบว่า มีผลเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์เพียง ร้อยละ 19.2 ในขณะที่พบผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ ภาวะ persistent hypocalcemia ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับ Vitamin D และ calcium supplement ตลอดชีวิต คิดเป็นร้อยละ 30.8 และพบผู้ป่วยที่เส้นเสียงเป็นอัมพาตทั้งสองข้าง และเกิดทางเดินหายใจอุดตัน จนต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอ (tracheostomy) คิดเป็นร้อยละ 3.8 นอกจากนี้ยังพบผลแทรกซ้อนอื่น เช่น transient hypocalcemia , infected wound , unilateral vocal paralysis ร่วมด้วย ในส่วนของระยะเวลาผ่าตัด และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบการผ่าตัด lobectomy ข้างแรก เทียบกับการผ่าตัด completion thyroidectomy ในข้างที่เหลือ

ข้อจำกัดในการวิจัย คือเป็นการวิจัยแบบ retrospective หากทำวิจัยเป็นแบบ prospective เช่นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยสองกลุ่มที่ติดตามในระยะยาว เพื่อหา recurrence rate และ survival rate เทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาด้วย completion thyroidectomy เทียบกับ lobectomy จะทำให้สามารถควบคุมปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ดียิ่งขึ้น มีการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วนมากขึ้น เก็บข้อมูลได้ละเอียด และตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจยังเก็บข้อมูลได้ไม่หลากหลาย และมีจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์งานวิจัยจำนวนน้อย หากเป็นการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยการหลายโรงพยาบาลและหลายภูมิภาค น่าจะส่งเสริมให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยคิดว่าการเก็บข้อมูลร่วมกับศูนย์มะเร็งหรือแผนกรังสีรักษาที่ให้การรักษาด้วย RAI ภายหลังจากการรักษาด้วยการผ่าตัด น่าจะทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

## 6.สรุปผลวิจัย

จากการศึกษาการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือ(Completion thyroidectomy) ในกลุ่มผู้ป่วย Low risk differentiated thyroid carcinoma ในโรงพยาบาลปทุมธานี ตรวจพบมะเร็งในต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือจำนวนร้อยละ 19.2 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของเวลาผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล แต่พบภาวะแทรกซ้อนถาวรของการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ศัลยแพทย์จึงต้องให้ข้อมูลและพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และทางเลือกในการรักษาต่อไป

## บรรณานุกรม

1. สมจินต์ จินดาวิจักษณ์, วิษณุ ปานจันทร์, & อาคม ชัยวีระวัฒน์. (บรรณาธิการ). (2558). แนวทางการตรวจ วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.
2. Syrenicz A, Koziółek M, Ciechanowicz A, Sieradzka A, Bińczak-Kuleta A, Parczewski M. New insights into the diagnosis of nodular goiter. *Thyroid res*[internet].2014[cited 2024 Jan 19]; 2014;7:6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24987460/>
3. Laszlo Hegedus . The Thyroid nodule. *N Engl J med*[internet]. 2004[cited 2024 Jan 19]; ,351:1764-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15496625/>
4. Giulic C , Zubair W. Preoperative Diagnosis of Benign Thyroid Nodules with indeterminate Cytology. *N Engl J Med*[internet]. 2012[cite2024Jan 19]; 23(367) : 705-715. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22731672/>
5. Davies L , Weich HG . Increasing incidence of thyroid cancer in the United states 1973-2002[internet]. *JAMA* 2006[cited 2024 Jan 19]; 295: 2164-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16684987/>
6. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[internet]. *Thyroid* 2016[cited 2024 Jan 19]; 26: 1–133. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30360>
7. Mendelsohn AH, Elashoff DA, Abemayor E, St John MA. Surgery for papillary thyroid carcinoma: is lobectomy enough?. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*[internet]. 2010 Nov [cited 2024 Jan 22];136(11):1055-61. Available from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21079156/>
8. Tangjaturonrasme N, Vatanasapt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia Pac J Clin Oncol*[internet]. 2018 Feb[cited 2024 Jan 22];14(1):16-22. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28816028/>
9. Park, J. H., & Yoon. Lobectomy in patients with differentiated thyroid cancer: indications and follow-up. *Endocrine-Related Cancer*[internet]. 2019[cited 2024 Jan 22]; R381-R393. Available from: <https://erc.bioscientifica.com/view/journals/erc/26/7/ERC-19-0085.xml>

10. Colombo C, De Leo S, Di Stefano M, Trevisan M, Moneta C, Vicentini L, Fugazzola L. Total Thyroidectomy Versus Lobectomy for Thyroid Cancer: Single-Center Data and Literature Review. *Ann Surg Oncol*[internet]. 2021 Aug[cited 2024 Jan 22]; 28(8):4334-4344. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33566240/>
11. Veyseller B, Yenigun A, Aksoy F, Meric A, Ozturan O. The Need for Completion Thyroidectomy in Cases of Differentiated Thyroid Cancer. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*[internet]. 2019 Oct[cited 2024 Jan 22]; 71(Suppl 1):82-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6848317/>
12. Iyer NG, Morris LG, Tuttle RM, Shaha AR, Ganly I. Rising incidence of second cancers in patients with low-risk (T1N0) thyroid cancer who receive radioactive iodine therapy. *Cancer*[internet]. 2011 Oct 1[cited 2024 Jan 22]; 117(19):4439-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21432843/>