

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา

เบญจวรรณ สำราญวานิช

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา จากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2561 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ ในช่วงที่ศึกษามีจำนวน 270 ราย เป็น papillary thyroid cancer 210 ราย และ follicular thyroid cancer 60 ราย ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในครั้งเดียว 160 ราย (ร้อยละ 59.3) โดยมี 122 ราย (ร้อยละ 45.2) ผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกอย่างเดียว และ 38 ราย (ร้อยละ 14.1) ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง มี 110 ราย (ร้อยละ 40.7) ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกอย่างเดียว 105 ราย (ร้อยละ 38.9) และ 5 ราย (ร้อยละ 1.8) ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างร่วมด้วย หลังผ่าตัดพบอัตราการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในครั้งเดียวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง มีภาวะเส้นเสียงเป็นอัมพาตหลังผ่าตัดพบ 35 ราย (ร้อยละ 13) โดยเป็นแบบถาวร 31 ราย (ร้อยละ 11.5) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอร่วมด้วยมีจำนวน 43 ราย เกิดภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอรั่วหลังผ่าตัด 4 ราย (ร้อยละ 9.3) โดยสรุปการศึกษานี้พบว่า การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ศัลยแพทย์ควรต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อเพิ่มทักษะและประสบการณ์จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (วารสารโรคมะเร็ง 2562;39:93-102)

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอ ภาวะแทรกซ้อน

Complications after Surgery for Well-differentiated Thyroid Carcinoma in Otolaryngology Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

by **Benjawan Samranvanich**

Otolaryngology Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Abstract The aim of this study was to evaluate complications after thyroid surgery in well-differentiated thyroid cancer in the Otolaryngology Department of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The hospital records of all patients undergoing thyroid surgery for well-differentiated thyroid cancer between January 2014 to December 2018 in the Otolaryngology Department of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were analyzed retrospectively. Our findings showed that, of 270 patients, papillary thyroid cancer was present in 210 patients and follicular thyroid cancer in 60 patients. 160 of 210 patients (59.3%) underwent one-stage surgery, of whom 122 (45.2%) received simultaneous selective neck dissection II-VI. The remaining 110 patients (40.7%) underwent two-stage completion surgery (5 patients with selective neck dissection II-VI). Patients with one-stage surgery had a higher rate of postoperative hypocalcemia. 35 patients (13%) had postoperative true vocal cord paralysis, of whom 31 (11.5%) had permanent paralysis. Of 43 patients who received simultaneous selective neck dissection II-VI, 4 patients (9.3%) had chyle leakage. In conclusion, improvements in surgical techniques and experiences can reduce postoperative complications. Postoperative observation is important to detect complications and early management can reduce morbidity and mortality. (*Thai Cancer J* 2019;39:93-102)

Keywords: well-differentiated thyroid cancer, thyroidectomy, neck dissection, complications

บทนำ

มะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของต่อมไร้ท่อ และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอในประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่จำนวน 2877 ราย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557¹ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด เป็นการรักษาลักษณะของมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated บางรายได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในครั้งเดียว (total thyroidectomy) หรือได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อเอาต่อมไทรอยด์ข้างที่เหลือออกหลังจากทราบผลทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ (completion thyroidectomy) และอาจมีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านข้าง (neck dissection) ร่วมด้วยในกรณีที่มีการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างคอ

นอกจากการผ่าตัดยังต้องร่วมกับกระบวนการรักษาอื่น เช่น การใช้กัมมันตรังสี (iodine isotope ablation) การฉายแสง (radiation) ฮอร์โมนไทรอยด์ (thyroid hormone suppression)^{2,3}

การผ่าตัดต่อมไทรอยด์มีความปลอดภัยค่อนข้างสูง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (morbidity rate) และอัตราการตาย (mortality rate) ต่ำมาก พบว่ามีอัตราการตายไม่ถึงร้อยละ 0.1⁴ จากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่จำเพาะจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดที่พบบ่อยที่สุดคือ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำเฉียบพลัน (acute hypoparathyroidism) จากการขาดเลือดมาเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์ หรือต่อมพาราไทรอยด์ถูกเอาออกระหว่างการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia)

และการบาดเจ็บของเส้นประสาท recurrent laryngeal nerve ทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต (true vocal cord paralysis)⁵ ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น มีภาวะเลือดออก (hematoma) แผลติดเชื้อ (wound infection) เป็นต้น

ในกรณีที่ได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เพิ่มขึ้นได้ ขึ้นกับขอบเขตของการผ่าตัด หากได้รับการผ่าตัดแบบ central neck dissection ร่วมด้วยจะมีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บของต่อมพาราไทรอยด์มากขึ้น ขณะที่การผ่าตัดแบบ lateral neck dissection ร่วมด้วยนั้น มีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท spinal accessory nerve หรือภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอรั่ว (chyle leakage) ได้^{6,7}

มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated ส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อยและมีการพยากรณ์โรคดีมาก จึงทำให้ขอบเขตของการผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน ซึ่งต้องพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมาต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2561 รวมระยะเวลา 5 ปี เกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด papillary thyroid carcinoma หรือ follicular thyroid carcinoma เกณฑ์การคัดออกได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์เนื่องจากกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ยังมีเนื้องอกเหลืออยู่หลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด (residual) หรือมีผลทางพยาธิวิทยาไม่ใช่ชนิด well-differentiated งานวิจัยนี้ดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 043/2019

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ผลทางพยาธิวิทยา ระยะโรค รูปแบบการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) การเกิดสายเสียงเป็นอัมพาต (true vocal cord paralysis) เลือดออก (hematoma) เป็นเหตุให้ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ และอื่นๆ จากเวชระเบียนของผู้ป่วยบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

วิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อน

หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในครั้งเดียว (one-stage surgery) โดยเป็นการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (total thyroidectomy) หรือถ้าตรวจร่างกายพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างโต จะได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้าง

ร่วมด้วย (total thyroidectomy with selective neck dissection II-VI) แต่หากทราบว่าเป็นมะเร็งหลังจากผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก 1 ข้าง (lobectomy) ศัลยแพทย์ จะทำการผ่าตัดครั้งที่ 2 (two-stage surgery) เพื่อเอาต่อมไทรอยด์ที่เหลือออกให้หมด (completion thyroidectomy) รวมถึงเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างร่วมด้วยหากมีข้อบ่งชี้ตามข้างต้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจร่างกายไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างโต แต่ขณะทำการผ่าตัดหากพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองที่คอกลุ่มที่ 6 โต (perithyroidal pretracheal และ paratracheal lymph node) ศัลยแพทย์จะทำเอาต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้ออกไปด้วย

ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) หมายถึง ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่า 8.0 mg/dl หรือมีอาการทางคลินิกประกอบด้วย ชารอบปาก ชาปลายมือปลายเท้า เกิดตะคริว มือจับ มือเท้าเกร็ง หรือชักเกร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด จะได้รับการเจาะเลือดเพื่อดูระดับแคลเซียม (serum calcium) ที่ช่วงเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หากพบว่ามีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำหรือมีอาการดังกล่าวข้างต้น จะได้รับการรักษาจนแคลเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำชั่วคราว (transient hypocalcemia) คือ มีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ต้องได้รับยาแคลเซียมและวิตามินดีเพื่อรักษา และสามารถหยุดยาได้โดยระดับแคลเซียมไม่ลดลงในเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน แต่ถ้าเกิน 6 เดือน ขึ้นไป เรียกว่าเป็นภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำถาวร (permanent hypocalcemia)

ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตชั่วคราว (transient true vocal cord paralysis) เป็นภาวะที่เกิดในระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน แล้วสายเสียงกลับมาทำงานปกติเหมือนเดิม หากมีภาวะนี้เกิน 6 เดือนขึ้นไป เรียกว่า ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตถาวร (permanent true vocal cord paralysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนาโดยแสดงค่าเป็นความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษานี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated ที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา ตั้งแต่เดือนวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2561 ทั้งหมด 270 ราย เป็นเพศชาย 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.7 เพศหญิง 214 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.3 มีอายุตั้งแต่ 16 ถึง 89 ปี อายุเฉลี่ย 45.6 ปี ส่วนใหญ่จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 65.1) พบในช่วงอายุ 30-59 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด papillary thyroid carcinoma 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.8 และ follicular thyroid carcinoma 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 เมื่อจำแนกตามระยะโรคจากการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมไทรอยด์พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นระยะ pT1 91 ราย (ร้อยละ 33.7) ระยะ pT2 79 ราย (ร้อยละ 29.3) ระยะ pT3 92 ราย (ร้อยละ 34.1) ระยะ pT4 6 ราย (ร้อยละ 2.2) และพบว่ามีผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ศึกษา

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	56 (20.7)
หญิง	214 (79.3)
อายุ	
< 30	42 (15.6)
30-59	176 (65.1)
≥ 60	52 (19.3)

2 ราย (ร้อยละ 0.7) ไม่พบมะเร็งในต่อมไทรอยด์ (pT0) แต่ตรวจพบมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอ (1 ราย) และมีการกระจายไปที่กระดูก (1 ราย) ในการศึกษานี้พบมีการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้งหมด (pN positive) 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.6 โดย 64 ราย (ร้อยละ 92.8; 64/69) เกิดใน papillary thyroid carcinoma และอีก 5 ราย (ร้อยละ 7.2; 5/69) เป็น follicular thyroid carcinoma (ตารางที่ 2)

ในกลุ่มผู้ป่วย follicular thyroid carcinoma พบว่ามีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 โดยมีอาการทางกระดูกเป็นอาการนำมาก่อน แล้วจึงตรวจพบว่าเป็น bony metastasis ในการศึกษานี้ไม่พบการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นในกลุ่มผู้ป่วย papillary thyroid carcinoma

เมื่อพิจารณารูปแบบการผ่าตัด มีผู้ป่วย 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.3 ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในครั้งเดียว (one-stage surgery) โดยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์อย่างเดียว (total thyroidectomy) 122 ราย (ร้อยละ 45.2) (ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วย

21 ราย ที่มีมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มที่ 6 ร่วมด้วย) ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างร่วมด้วย (total thyroidectomy with selective neck dissection II-V) 38 ราย (ร้อยละ 14.1) และมีผู้ป่วย 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.7 ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง (two-stage surgery) โดยเป็นการผ่าตัดต่อมไทรอยด์อย่างเดียว (completion thyroidectomy) 105 ราย (ร้อยละ 38.9) (ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วย 8 ราย ที่มีมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มที่ 6 ร่วมด้วย) และมี 5 ราย ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างร่วมด้วย (ร้อยละ 1.8) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

หลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำมีทั้งหมด 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.7 โดยเป็นแบบชั่วคราว คือสามารถหยุดยาแคลเซียมได้ โดยระดับแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติภายใน 6 เดือน จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 และมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำถาวร 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.1 จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมดในครั้งเดียว (one-stage surgery) มีอัตราการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำสูงกว่าการผ่าตัดแบบ 2 ครั้ง (two-stage surgery) และเกิดภาวะแคลเซียมเลือดต่ำแบบถาวรมากกว่าแบบชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงเป็นอัมพาตหลังผ่าตัดมีทั้งหมด 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด โดยเป็นแบบชั่วคราว 4 ราย (ร้อยละ 1.5) และแบบถาวร 31 ราย (ร้อยละ 11.5) และพบอัตราการเกิดในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมดในครั้งเดียวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วย และวิธีการผ่าตัดที่ได้รับ (N = 270 ราย)

ผลทางพยาธิวิทยา	One-stage surgery		Two-stage surgery		รวม
	Total	Total	Completion	Completion	
	thyroidectomy	thyroidectomy with SND II-VI	thyroidectomy	thyroidectomy with SND II-VI	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รวม	122 (45.2)	38 (14.1)	105 (38.9)	5 (1.8)	
Papillary thyroid carcinoma	103	36	66	5	210 (77.8)
Follicular thyroid carcinoma	19	2	39	0	60 (22.2)
Tstage					
pT0	1	1	0	0	2 (0.7)
pT1	36	10	43	2	91 (33.7)
pT2	44	7	26	2	79 (29.3)
pT3	35	20	36	1	92 (34.1)
pT4	6	0	0	0	6 (2.2)
Lymph node metastasis					
Papillary thyroid carcinoma	20	34	6	4	64/69 (92.8)
Follicular thyroid carcinoma	1	2	2	0	5/69 (7.2)

SND: selective neck dissection

วิจารณ์

นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้างร่วมด้วย (selective neck dissection II-VI) จำนวน 43 ราย เกิดภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอรั่ว (chyle leakage) หลังผ่าตัด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 มี 1 ราย ต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อแก้ไข ส่วนอีก 3 รายรักษาได้ด้วยวิธีอนุรักษ์ (conservative treatment) การศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออก (hematoma) ภาวะแผลติดเชื้อ (wound infection) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

จากการศึกษานี้พบว่า มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด well-differentiated ส่วนใหญ่เป็นชนิด papillary thyroid carcinoma พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอมักพบใน papillary thyroid carcinoma และการกระจายของโรคไปที่กระดูก (distance metastasis) พบใน follicular thyroid carcinoma ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁸ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดที่พบบ่อยที่สุดคือการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia)⁹ จากการ

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	One-stage surgery		Two-stage surgery		รวม
	Total	Total	Completion	Completion	
	thyroidectomy	thyroidectomy with SND II-VI	thyroidectomy	thyroidectomy with SND II-VI	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รวม	122 (45.2)	38 (14.1)	105 (38.9)	5 (1.8)	
Transient postoperative hypocalcemia	20 (16.4)	6 (15.8)	7 (6.7)	1 (20)	34 (12.6)
Permanent postoperative hypocalcemia	55 (45.1)	22 (57.9)	25 (23.8)	1 (20)	103 (38.1)
Transient RLN paralysis	4 (3.3)	0	0	0	4 (1.5)
Permanent RLN paralysis	13 (10.7)	7 (18.4)	11 (10.5)	0	31 (11.5)
Chyle leakage	0	4 (10.5)	0	0	4/43 (9.3)
Hematoma	0	0	0	0	0
Wound infection	0	0	0	0	0

SND: selective neck dissection, RLN: recurrent laryngeal nerve

เปรียบเทียบกับการศึกษาทั้งต่างประเทศ⁹⁻¹³ และในประเทศ¹⁴ ที่ผ่านมามีพบภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำแบบชั่วคราว ร้อยละ 12-55 และแบบถาวร ร้อยละ 2-9 สำหรับผลการศึกษาที่พบมีผู้ป่วยเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำแบบชั่วคราวร้อยละ 12.6 และแบบถาวร ร้อยละ 38.1 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Muller S และคณะ⁹ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 87 ราย พบภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำแบบชั่วคราวร้อยละ 5.5 และแบบถาวรร้อยละ 9 การศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำชั่วคราวสูงกว่าถึง 2.3 เท่า และแบบถาวรสูงกว่า 4.2 เท่า จากการทบทวนข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้พบที่เกิดจากหลายสาเหตุ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยของการศึกษานี้มีจำนวนที่มากกว่าของ Muller S และคณะ⁹ 3 เท่า จึง

ทำให้พบการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำมากกว่าได้ระยะของมะเร็งต่อมไทรอยด์ (Tstage) ที่ผ่าตัดของการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นระยะ T3 (ร้อยละ 34.1) ซึ่งมีขนาดของเนื้องอกมากกว่า 4 ซม. หรือมีการลุกลามออกนอกเยื่อหุ้มต่อมไทรอยด์ (extrathyroidal extension) ไปยังกล้ามเนื้อข้างเคียง จึงมีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บของต่อมพาราไทรอยด์หรือต่อมพาราไทรอยด์ถูกเอาออกไปด้วย ในขณะที่ของ Muller S และคณะ⁹ ส่วนใหญ่เป็นระยะ T1 (ร้อยละ 56) ส่วนปัจจัยของศัลยแพทย์ไม่น่ามีความแตกต่างกัน

Pfleiderer AG และคณะ¹² ได้ทำการศึกษาพบว่าเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมดในครั้งเดียว (total thyroidectomy) มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ไทรอยด์ 2 ครั้ง (completion thyroidectomy) เนื่องจากในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกไปข้างเดียว (lobectomy) ก่อน มีผลทำให้ต่อมพาราไทรอยด์ในข้างนั้นใช้เวลาในการฟื้นฟู และทำงานได้ปกติก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่เหลือออก (completion thyroidectomy) จึงพบภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำได้น้อยกว่า ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ พบมากในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบครั้งเดียว (one-stage surgery) โดยพบร้อยละ 38.1 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ 2 ครั้ง ซึ่งพบเพียงร้อยละ 12.6

การใส่ระวาง สังเกตอาการที่เกิดจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับแคลเซียมในเลือดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกหมด มีความจำเป็นอย่างมากเพื่อจะได้ให้การรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด และช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำมากได้ สำหรับการดูแลและติดตามผู้ป่วยระยะยาวหลังจากออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมานั้น ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการติดตามและรับการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำโดยแพทย์แผนกโสต ศอ นาสิกเอง และมีอีกจำนวนหนึ่งที่ได้รับการติดตามและรับการรักษาภาวะนี้โดยแพทย์แผนกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษาร่วมโดยการใช้กัมมันตรังสี (Iodine iso-

tope ablation) จากการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยเหล่านี้พบว่า มีผู้ป่วยบางรายยังคงได้รับยาแคลเซียมและวิตามินดีในปริมาณเดิม ไม่มีการปรับลดยาเกิน 6 เดือน แม้ว่าผลเลือดจะมีระดับแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติแล้วก็ตาม จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำถาวร (permanent hypocalcemia) ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนมาก ทั้งที่จริงแล้วผู้ป่วยรายนั้นอาจจะเป็นเพียงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำชั่วคราว (transient hypocalcemia) ก็ได้ ซึ่งควรต้องมีการวางแผนทางการรักษาให้ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป

ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยรองลงมาจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตหลังผ่าตัดเกิดแบบชั่วคราว ร้อยละ 1.6-7 และแบบถาวร ร้อยละ 0.9-2^{9,10,12-14} โดยผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เกิดแบบชั่วคราว ร้อยละ 1.5 และแบบถาวร ร้อยละ 11.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตนั้น หากเกิด 1 ข้าง มักไม่มีปัญหามากนัก แต่หากเกิด 2 ข้าง สามารถทำให้เกิดปัญหาที่อันตรายต่อผู้ป่วยคือ มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันได้ (upper airway obstruction)¹⁵ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตทั้ง 2 ข้าง ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตนี้สามารถเกิดได้ ถึงแม้ว่าศัลยแพทย์จะทำการหาเส้นประสาท recurrent laryngeal nerve พบและทำการผ่าตัดอย่างระมัดระวังแล้วก็ตาม โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น เส้นประสาท recurrent laryngeal nerve ถูกหนี้ออก ลูกลาม หรือเส้นประสาทอยู่ติดกับก้อนเนื้ออกทำให้

การเลาะเส้นประสาทออกทำได้ยาก หรือถูกดึงรั้งในระหว่างการเลาะก้อนเนื้อออก ก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่มาก การได้รับความร้อนจากการใช้จี้เพื่อห้ามเลือด หรือถูกกดเบียดจากสาเหตุต่าง ๆ เป็นต้น แล้วเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทตามมาได้¹⁶

ภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอรั่ว (chyle leakage) หลังการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอพบได้ร้อยละ 2-8^{17,18} เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอ โดยเฉพาะกลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นบริเวณส่วนล่างของเส้นเลือด jugular vein ที่มีท่อน้ำเหลือง (thoracic duct) มาเชื่อมต่อ ทำให้การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอบริเวณนี้มีโอกาสทำให้ท่อน้ำเหลืองฉีกขาดได้ อีกทั้งมะเร็งต่อมไทรอยด์มักพบการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองในกลุ่มที่ 4 จึงทำให้การผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอฉีกขาดได้มากขึ้น ศัลยแพทย์ต้องทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณนี้อย่างระมัดระวัง และตรวจสอบดูทุกครั้งก่อนทำการเย็บปิดแผลว่ามีการรั่วของท่อน้ำเหลืองหรือไม่ และทำการแก้ไขด้วยวิธีที่เหมาะสม อีกทั้งยังต้องเฝ้าระวังหลังผ่าตัดด้วยว่าจะมีการรั่วของท่อน้ำเหลืองอีกหรือไม่ ถึงแม้จะไม่พบก่อน จะทำการเย็บปิดแผลแล้วก็ตาม ในการศึกษาที่พบมีภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอรั่ว ร้อยละ 9.3 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านข้าง (selective neck dissection II-VI) ทั้งหมด 43 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะท่อน้ำเหลืองที่คอรั่วในการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 75 สามารถรักษาได้ด้วย conservative treatment ได้แก่ การรับประทานอาหารแบบ medium chain triglyceride และพันแผลแบบแน่น (pressure dressing) แต่มีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 25) ที่ไม่ได้ผล ต้องใช้

วิธีการผ่าตัดร่วมด้วย

ประสบการณ์และทักษะการผ่าตัดของศัลยแพทย์ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในกรณีที่ก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่มาก หรือมีการลุกลามกดเบียดอวัยวะข้างเคียง ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้มากขึ้น

สรุป

ถึงแม้การผ่าตัดต่อมไทรอยด์จะมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายต่ำมาก แต่การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดตามมา อีกทั้งยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ รวมถึงการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำให้มีแบบแผนและมาตรฐานเดียวกันจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์และทักษะการผ่าตัดของศัลยแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญข้อหนึ่งที่ต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al. Cancer in Thailand: Vol. IX, 2013-2015. Bangkok, 2018.
2. Paschke R, Lincke T, Muller SP, Kreissl MC, Dralle H, Fassnacht M. The treatment of well-differentiated thyroid carcinoma. Dtsch Arztebl Int 2015;112:452-8.

3. Lai SJ, Mandel SJ, Weber RS. Management of Thyroid Neoplasm. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, editors. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2010. P.1750-72.
4. Gómez RJ, Sitges SA, Moreno LP, Zambudio AR, Ortega SJ, Rodríguez MT, et al. Mortality after thyroid surgery, insignificant or still an issue? *Langenbecks Arch Surg* 2015;400:517-22.
5. Davidson BJ, Newkirk KA, Burman KD. Cancer Principles and Management. In: Harrison LB, Sessions RB, Kies MS, editors. Head and Neck Cancer A Multidisciplinary Approach. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. P.779-816.
6. Roediger FC, Eisele DW. Complications of neck surgery. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, editors. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2010. P.1726-34.
7. Delaney SW, Shi H, Shokrani A, Sinha UK. Management of chyle leak after head and neck surgery: review of current treatment strategies. *Int J Otolaryngol* 2017;2017:8362874. doi: 10.1155/2017/8362874.
8. Tom Edward N, Abigail T, Patricia Deanna D. Well-differentiated thyroid cancer: The Philippine general hospital experience. *Endocrinol Metab* 2016;31:72-9.
9. Muller S, Senne M, Kirschniak A, Königsrainer A, Bares R, Falch C. Impact of surgical resection extension on outcome for primary well-differentiated thyroid cancer-a retrospective analysis. *World J Surg Oncol* 2017;15:190.
10. Reddy GR, Rao GS. A study of complications on thyroidectomy. *World J Pharm Sci* 2014;2:1984-7.
11. Mohamed WB, Ahmed AE. Morbidity and mortality after total thyroidectomy for nonmalignant thyroid disorder r: 10 years' experience. *Egypt J Surg* 2016; 35:380-3.
12. Pfeleiderer AG, Ahmad N, Draper MR, Vrotsou K, Smith WK. The Timing of calcium measurements in helping to predict temporary and permanent hypocalcaemia in patients having completion and total thyroidectomies. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:140-6.
13. Karamanakos SN, Markou KB, Panagopoulos K, Karavias D, Vagianos CE, Scopa CD, et al. Complications and risk factors related to the extent of surgery in thyroidectomy. Results from 2,043 procedures. *Hormones* 2010;9:318-25.
14. กนกวุฒิ อนันต์สุขบรรณ. อุบัติการณ์ของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หลังการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5* 2558;3:192-201.
15. Dionigi G, Sun H, Chai YJ, Catalfamo A, Mangraviti A, Rizzo GA, et al. Bilateral vocal palsy after total thyroidectomy: expert opinion on two malpractice claims. *J Endocr Surg* 2017;17:139-48.
16. Sheahan P, O'Connor A, Murphy MS. Risk factors for recurrent laryngeal nerve neuropraxia postthyroidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 146:900-5.
17. Masud MK, Ahmad SM, Karim MA, Ferdouse F, Fakir AY, Hanif MA, et al. Complications of neck dissection at a tertiary level hospital: study of 30 cases. *Mymensingh Med J* 2014;23:658-66.
18. Dhiwakar M, Nambi GI, Ramanikanth TV. Drain removal and aspiration to treat low output chylous fistula. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014;271:561-5.