

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะธัยรอยด์เป็นพิษ โดยวิธีตัดเนื้อธัยรอยด์ ออกหมดเลยหนึ่งข้างและตัดเนื้อธัยรอยด์ออกเป็นส่วนใหญ่ในอีกข้างที่เหลือ

ชัยวัฒน์ ทองไหม, พ.บ. *

บทคัดย่อ :

ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 ถึง มิถุนายน 2547 เป็นเวลา 2 ปี ได้ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะธัยรอยด์เป็นพิษ โดยวิธีตัดเนื้อธัยรอยด์ออกหมดเลยหนึ่งข้างและตัดเนื้อธัยรอยด์ออกเป็นส่วนใหญ่ในอีกข้างที่เหลือ ที่โรงพยาบาล สีกว จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ทำการศึกษาแต่เพียงผู้เดียว ผู้ป่วยทั้งสิ้น 36 ราย เป็นหญิง 29 ราย ชาย 7 ราย อายุเฉลี่ย 33.8 ± 1.7 ปี (11-64 ปี) ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 15 นาที ± 6.9 นาที (50-120 นาที) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.3 ± 0.8 วัน (3-6 วัน) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อเป็น diffuse hyperplasia 27 ราย (ร้อยละ 75), multinodular goiter 7 ราย (ร้อยละ 9.4), thyroiditis 2 ราย (ร้อยละ 5.6) หลังผ่าตัดไม่ต้องกินยาด้านธัยรอยด์ต่อ และติดตามผลจนถึงปัจจุบันยังไม่พบภาวะธัยรอยด์ทำงานมาก (เป็นพิษ) หรือน้อยเกินไป ข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้คือประหยัดเวลาและ suture material ในการที่ต้องเย็บเนื้อธัยรอยด์ไปหนึ่งข้าง และในกรณีเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคและต้องผ่าตัดรักษาอีกครั้งก็ไม่ต้องถูกผ่าทั้ง 2 ข้าง

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสีกว นครราชสีมา 30140

Abstract : A Total Lobectomy on One Side and a Subtotal Thyroidectomy on the Other Side in Thyrotoxicosis
Chaiwat Tongmai, M.D.

Department of Surgery, Sikeuw Hospital, Nakhon Ratchasima 30140

Nakhon Ratch Med Bull 2004; 28: 179-84.

From July 2002 to June 2004 (2 years), 36 patients with thyrotoxicosis, euthyroid state were operated with a total lobectomy on one side and a subtotal thyroidectomy on the other side. The age of patients ranged from 11 to 64 years (average 33.8 ± 1.7 years). 29 women and 7 men were operated at Sikeuw Hospital, Nakhon Ratchasima province, by the same surgeon (Author). The average operative time was 75.1 ± 6.9 minutes (50-120 minutes). The average hospital stay was 4.3 ± 0.8 days (3-6 days). Pathologic reports were diffuse hyperplasia 27 cases (75%), multinodular 7 cases (19.4%) and thyroiditis 2 cases (5.6%). Post operative follow up, all patients went to euthyroid state, no need antithyroid drug and no serious complication. The advantage of this technique was the decrease operation time and suture-material for the lobe which was totally excised and in case of recurrent thyrotoxicosis, the totally lobectomized side was not necessary to be explored again.

ภูมิหลัง

ภาวะธัยรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis หรือ hyperthyroidism) เกิดได้จากหลายสาเหตุที่พบบ่อย⁽¹⁾ คือ Graves' disease (diffuse hyperplasia), toxic multinodular goiter, thyroiditis และ toxic thyroid adenoma ซึ่งบทบาททางสัลยกรรมเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาใน 3 วิธีหลัก^(2,3,4) ได้แก่ การให้ยาด้านธัยรอยด์, การผ่าตัด การรักษาด้วยสารไอโอดีน I¹³¹

การผ่าตัดรักษามีเป้าหมายเพื่อตัดต่อธัยรอยด์ออกให้มากพอที่จะลดการสร้างฮอร์โมนธัยรอยด์ลง และเหลือเนื้อธัยรอยด์ไว้ให้เพียงพอที่จะสร้างฮอร์โมนให้อยู่ในภาวะ euthyroid การผ่าตัดที่นิยมทำแพร่หลายและทำมานานคือ bilateral subtotal thyroidectomy⁽⁴⁾ โดยเหลือเนื้อธัยรอยด์ไว้ข้างละ 2-3 กรัม (2-3 cm³) ต่อมา Harley-Dunhill⁽¹⁾ ได้เสนอการผ่าตัดโดยตัดธัยรอยด์ออกหมดเลยหนึ่งข้างและอีกข้างตัดออกเป็น

ส่วนใหญ่ (A total the lobectomy on one side and a subtotal thyroidectomy on the other side) เหลือเนื้อธัยรอยด์ไว้เพื่อให้รักษาระดับ euthyroid ประมาณ 4-5 กรัม (4-5 cm³) ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยาก จึงได้ทำการศึกษาวิธีการผ่าตัดแบบนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานถึงผลของการรักษาด้วยวิธีนี้ในโรงพยาบาลสิเกว

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะธัยรอยด์เป็นพิษและมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลสิเกว จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2545 ถึงเดือน มิถุนายน 2547 เป็นเวลา 2 ปี โดยผู้ศึกษาเพียงผู้เดียว ทุกรายได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี A total lobectomy on one side and a subtotal thyroidectomy on other side



รูปที่ 1 ตัวอย่าง Thyroid ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ขั้นตอนการเตรียมการและเทคนิคการผ่าตัด

1. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการรักษาด้วยยาจนอยู่ในภาวะ euthyroid ทั้งอาการทางคลินิกและการตรวจ Thyroid function test (TFT)
2. เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยใช้ยา Propylthiouracil (PTU) + Beta-blocker + Iodine เป็นเวลา 1 สัปดาห์ (Iodine = lugol's solution ครั้งละ 10 หยด ผสมน้ำดื่มวันละ 3 ครั้ง 7 วัน)

3. นัดผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล รอผ่าตัดแบบ elective case ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนดมยา สลบและผ่าตัด รวมทั้งตรวจ CBC, Chest X-ray, EKG

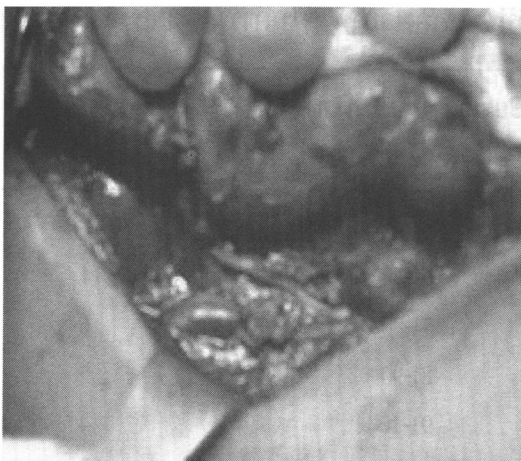
4. ในเช้าวันที่จะทำการผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังและให้ยา PTU และ Betablocker ขนาดเท่าเดิม ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดด้วย cloxacillin

5. การดมยาสลบ ทำความสะอาด ปูผ้า และลงมิดผ่าตัดเหมือนการผ่าตัดธัยรอยด์ปกติทั่วไปดังรูปที่ 1

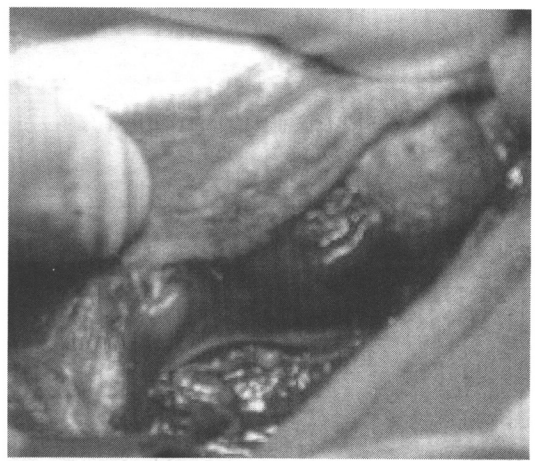
6. ทุกรายจะพลิกต่อมธัยรอยด์เพื่อหาเส้นประสาท recurrent laryngeal ที่ละข้าง ทั้ง 2 ข้าง เพื่อที่จะได้ป้องกันและระวังไม่ให้ไปทำอันตรายต่อเส้นประสาทนี้ ดังรูปที่ 2 และ 3

7. เลือกตัด total lobectomy ข้างที่ขนาดโตกว่า และตัด subtotal thyroidectomy อีกข้างที่เหลือ โดยเหลือ เนื้อธัยรอยด์ไว้ประมาณ 4-5 cm³ และเย็บเนื้อธัยรอยด์ที่เหลือไว้ด้วยไหมเย็บชนิด Chromic ขนาด 3/0 ดังรูปที่ 4 และ 5

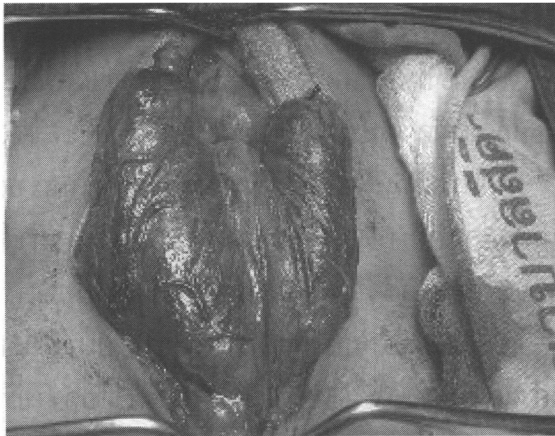
8. ถ่างคราบเลือด และห้ามเลือดจากนั้นวางสายระบาย radivac drain ขนาด 10 F จำนวน 1 เส้น ให้โค้งผ่านทั้ง 2 ข้างหลอดลม แล้วเย็บปิด



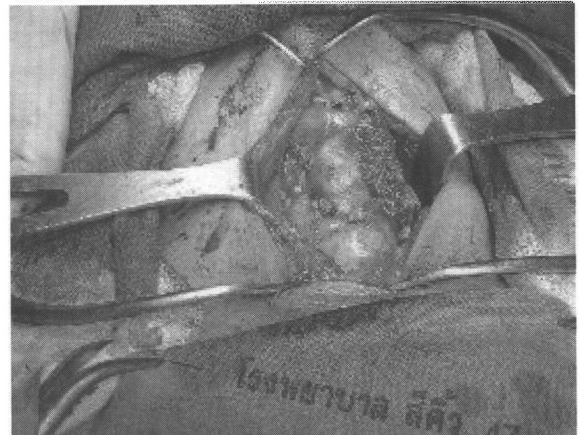
รูปที่ 2 Rt. Recurrent laryngeal nerve



รูปที่ 3 Lt. Recurrent laryngeal nerve



รูปที่ 4 รัยรอยด์ที่พลิกออกมา ก่อนถูกตัดออก



รูปที่ 5 รัยรอยด์ที่ถูกผ่าตัด Rt. total lobectomy and Lt. subtotal

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีภาวะรัยรอยด์เป็นพิษ และได้รับการผ่าตัดรักษาโดยวิธี A total lobectomy on one side and a subtotal thyroidectomy on other side ทั้งหมด 36 ราย เป็นหญิง 29 ราย ชาย 7 ราย อายุเฉลี่ย 33.8±1.7ปี (11-64 ปี) ดังตารางที่ 1

ข้อมูลการผ่าตัด ใช้เวลาในการดมยาสลบเฉลี่ย 86.6±2.6 นาที (60-130 นาที) ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 75.1±6.9 นาที (50-120 นาที) ดังตารางที่ 2 ปริมาณเลือด

ที่เสียระหว่างการผ่าตัดเฉลี่ยประมาณ 158.0±106.4 ซีซี (40-400 ซีซี) ดังตารางที่ 3 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.3±0.8 วัน (3-6 วัน) ตารางที่ 4

ปริมาตรเฉลี่ยของเนื้อรัยรอยด์ข้างที่ทำ total lobectomy เท่ากับ 72.0±25.5 ลูกบาศก์เซนติเมตร โดยปริมาตรใหญ่สุดเท่ากับ 8 x 4.5 x 3 (108) ลูกบาศก์เซนติเมตรและปริมาตรเล็กสุดเท่ากับ 4.5 x 2 x 2 (18) ลูกบาศก์เซนติเมตร

ตารางที่ 1 แสดงอายุและจำนวนผู้ป่วย

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
11 - 20	4
21 - 30	12
31 - 40	8
41 - 50	11
51 - 60	0
61 - 70	1

ตารางที่ 2 แสดงเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและจำนวนผู้ป่วย

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
≤ 60	8
61-70	11
71-80	6
81-90	5
91-100	4
101-110	1
111-120	1
≥ 120	0

ตารางที่ 3 ปริมาตรเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดและจำนวนผู้ป่วย

ปริมาตรเลือดที่เสียโดยประมาณ (ซีซี)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
0-50	5
51-100	15
101-150	3
151-200	5
201-250	1
251-300	3
301-350	1
351-400	3
≥400	0

ปริมาตรเฉลี่ยของเนื้อธัยรอยด์ข้างที่ทำ subtotal thyroidectomy เท่ากับ 60.5 ± 24.3 ลูกบาศก์เซนติเมตร โดยปริมาตรใหญ่สุดเท่ากับ $8 \times 4.5 \times 2.8$ (100.8) ลูกบาศก์เซนติเมตรและปริมาตรเล็กสุดเท่ากับ $4.5 \times 2 \times 1.5$ (13.5) ลูกบาศก์เซนติเมตร

หลังผ่าตัดรักษาผู้ป่วยหยุดใช้ยาต้านธัยรอยด์และ Beta-blocker ได้ ในเบื้องต้นที่ติดตามการรักษา

ตารางที่ 5 ผลพยาธิวิทยาและจำนวนผู้ป่วย

Pathology	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
Diffuse hyperplasia	27	75.0
Multinodular goiter	7	19.4
Thyroiditis	2	5.6

ผู้ป่วยมาจนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบว่าผู้ป่วยรายใดกลับมามีอาการของภาวะธัยรอยด์เป็นพิษหรือเกิดภาวะ hypothyroidism เลย

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พบว่า 3 รายเกิดอาการเสียงแหบเวลาพูด ซึ่งเป็นแบบชั่วคราว หายเป็นปกติหลังมาติดตามการรักษาที่ 1 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล คาดว่าอาจเกิดจากภาวะซ้ำของเส้นประสาท recurrent laryngeal (nerve contusion) 8 รายพบมีอาการพูดแล้วเสียงหายไปหรือพูดตะโกนเสียงดังไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบภาวะแคลเซียมต่ำชั่วคราว 4 ราย และ 1 รายที่มีไข้มากกว่า 48 ชั่วโมง โดยไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ

ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลและจำนวนผู้ป่วย

จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	หมายเหตุ
3	1	ได้ผ่าตัดในวันเดียวกับที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
4	26	
5	5	
6	4*	*1 รายมีไข้หลังผ่าตัด 3 วันและ 3 ราย ตรงกับวันหยุดแพทย์เวรไม่กล้าจำหน่าย

วิจารณ์

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยธัยรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis or hyperthyroidism) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการรักษาโดยวิธีอื่น⁽⁴⁾ และเทคนิคการผ่าตัด โดยวิธี A total lobectomy on one side and a subtotal thyroidectomy on other side⁽¹⁾ ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้ผลน่าพอใจ ไม่มีข้อยุ่งยาก โดยมีข้อดีคือ

1. ในกรณีที่ผ่าตัดรักษาไปแล้วเกิดภาวะธัยรอยด์เป็นพิษซ้ำ โดยเฉพาะเกิดจากโรคภูมิคุ้มกัน (Autoimmune disease) ซึ่งจะต้องผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง จะผ่าแค่ข้างเดียว ไม่ต้องรื้อคันข้างที่ผ่าตัดออกหมด
2. ประหยัดเวลาในการเย็บปิดเนื้อธัยรอยด์ เพื่อห้ามเลือดและยึดกับหลอดลมของข้างที่ทำ total lobectomy ไป
3. ประหยัดวัสดุในการเย็บ ที่จะใช้เย็บไปอีกเส้น แต่ทั้งนี้การผ่าตัดวิธีนี้ก็ขึ้นอยู่กับความชำนาญของศัลยแพทย์เองในการทำผ่าตัดและความสามารถในการค้นหาเส้นประสาท recurrent laryngeal เพื่อไม่ให้เกิดอันตราย เนื่องจากการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ มีอัตราเสี่ยงในการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทนี้สูง จากการค้นวารสารทางการแพทย์ในประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ไม่พบมีรายงานถึงการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ ซึ่งการศึกษานี้คาดว่าน่าจะเป็นประโยชน์และใช้อ้างอิงสำหรับผู้ที่จะทำการศึกษาต่อไปในอนาคตได้

สรุป

การผ่าตัดรักษาภาวะธัยรอยด์เป็นพิษ เป็นเพียงทางเลือกหนึ่ง และเทคนิคการผ่าตัดขึ้นอยู่กับความชำนาญของแพทย์ผู้ผ่าตัด การผ่าตัดธัยรอยด์นั้นต้องมีความละเอียดอ่อนและมีความซับซ้อนมากพอควร จนบางท่านเรียกว่าเป็น “Surgical exercise” ที่ดี เนื่องจากเป็นอวัยวะที่มีแขนงของหลอดเลือดเล็ก ๆ และปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงค่อนข้างมาก และยังมีเส้นประสาทเล็ก ๆ ที่สำคัญเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอีก จึงต้องปฏิบัติด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง มิฉะนั้นจะเกิดผลเสียและโรคแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัดได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เกรียงศักดิ์ คุรุฑู ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงาน และนายแพทย์ปณิธาน วิศาลสวัสดิ์ จากศูนย์พยาธิวิทยาโคราชที่ช่วยให้ข้อมูลพยาธิ

เอกสารอ้างอิง

1. Sadler GP, Clark OH. Thyroid and parathyroid. In: Schwartz SI, editor. Principle of Surgery. 7th ed. New York: RR Donnelley & Sons, Co.; 1999. p.1670-8.
2. ชาตรี บานชื่น. Thyroidectomy. ใน: ประพันธ์ กิตติสิน, พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, ทองดี ชัยพานิช, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์. เล่มที่ 15. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2540. หน้า 23-44.
3. Dobyns BM. Hyperthyroidism. In: Cameron JL, editor. Current Surgery Therapy-2, Philadelphia: BC Decker Inn; 1986. p.298-302.
4. Patwardhan NA, Moront M. Surgery still has a role in Graves' Hyperthyroidism. Surgery 1993; 1: 114-38.