



ผลการดูแลและค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศักดิ์ชัย ธีระวัฒนสุข

แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

ก้อนต่อมไทรอยด์ เป็นปัญหาโรคต่อมไร้ท่อที่พบบ่อยโดยมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างชัดเจนในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีน เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ได้ให้บริการผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก โดยมีการรักษาตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทยกำหนด โดยปัจจุบันพบว่า ต้นทุนในการบริการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะกรณีการรักษาพยาบาลที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight; RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups; DRGs) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจาก Fine needle aspiration (FNA) และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์เปรียบเทียบกับเงินชดเชยที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาจำนวนทั้งสิ้น 240 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง กันยายน พ.ศ. 2555 จากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ด้วยผู้วิจัยโดยใช้วิธีการคำนวณต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing; ABC) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ ต้นทุนแรงงาน ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนลงทุน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์มีอายุเฉลี่ย 46.77 ± 0.76 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการตรวจด้วยวิธี FNA ก่อนการผ่าตัด จำนวน 163 ราย (ร้อยละ 67.92) ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาเป็นเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) ร้อยละ 78.53 พยาธิสภาพ follicular ร้อยละ 13.49 เป็นมะเร็ง (malignancy) ร้อยละ 1.23 และไม่สามารถอ่านผลได้ (unsatisfied) ร้อยละ 6.75 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการผ่าตัด lobectomy ร้อยละ 63.75 Partial thyroidectomy ร้อยละ 10.00 และ total/near total thyroidectomy ร้อยละ 26.25 โดยผลการตรวจพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัด เป็นเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) ร้อยละ 87.03 และเป็นมะเร็งร้อยละ 12.97 ต้นทุนกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ จำแนกตามวิธีการผ่าตัดเปรียบเทียบกับเงินชดเชยตาม DRGs การผ่าตัด lobectomy และ partial thyroidectomy ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อราย 13,301.42 และ 14,500.88 บาท น้อยกว่าค่าชดเชย 1,515.38 และ 315.92 บาท และการผ่าตัด total/near total thyroidectomy ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อราย 21,136.23 บาท มากกว่าค่าชดเชยที่ได้รับ 6,319.43 บาท โดยสรุปค่าใช้จ่ายจริงผู้ป่วยก้อนต่อมไทรอยด์ในการผ่าตัด lobectomy และ partial thyroidectomy มีค่าน้อยกว่าเงินชดเชยในขณะที่ total/near total thyroidectomy มีค่ามากกว่าเงินชดเชย

คำสำคัญ: ก้อนต่อมไทรอยด์, ค่ารักษา, ต้นทุนกิจกรรม

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

ศักดิ์ชัย ธีระวัฒนสุข

แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ถนนสรรพสิทธิ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

อีเมลล์: steerawattanasuk@gmail.com

The results of care and cost of treatment in thyroid nodules at Sunprasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

Sukchai Teerawattanasuk

Ear Nose Throat Department Sunprasitthiprasong Hospital

Abstract

Thyroid nodules are prevalent in North-eastern part of Thailand due to iodine insufficiency. Sunprasitthiprasong Hospital in Ubon Ratchathani province is a tertiary hospital in the North-east has been treating a large number of patients with thyroid nodule each year by following the clinical practice guidelines of the Royal College of Otolaryngology of Thailand. At present, the cost of medical services trends to be increasing continuously every year. On the other hand, the government needs to limit the budget of medical services. In Thailand, the National Health Security Organization initiates some policies to control Medical expenses by allocating medical reimbursement in the form of Relative Weight (RW) and Diagnosis Related Groups (DRGs) for the Inpatient service. This study was conducted to review of our patients with thyroid nodules who were treated by thyroid surgery from October 2011 to September 2012. The objectives are to study cytologic results from fine needle aspiration (FNA) of the thyroid glands. And this study also performed activity-based costing (ABC) analyses (labour costs, material costs and capital costs) compared to the value of reimbursement paid by our government. This study enrolled 240 patients. The mean age was 46.77 ± 0.76 years, female 93.33%. One hundred and sixty three patients (67.92%) underwent FNA before surgery. Cytologic study revealed 78.53% to be benign, 13.49% found to be follicular lesion, 1.23% found to be malignancy and 6.75% found to be unsatisfied due to inadequate biopsy specimen. 63.75% of the cases received lobectomy, 10% had partial thyroidectomy, and 26.25% total/near total thyroidectomy. Pathological data from 239 patients were available. 87.03% were found to be benign, 12.97% found to be malignant. When compare the cost of thyroid surgery to the value of reimbursement from the government (DRG), this study found that the unit cost is less than reimbursement compensation for two types of operations which consist of lobectomy and partial thyroidectomy (unit cost for lobectomy is 13,301.42 baht and 14,500.78 baht for partial thyroidectomy compared to 14,816.80 baht reimbursement for both kinds of operation). On the contrary, the unit cost of total/near total thyroidectomy is greater than the government reimbursement (21,136.23 baht for unit cost compared to 14,816,80 baht for government reimbursement).

Keywords: Thyroid nodule, Cost, Activity based costing

Corresponding author:

Sukchai Teerawattanasuk

Department of Ear Nose Throat, Sunprasitthiprasong Hospital

Sunprasit Road, Muang District, Ubonratchathani Province, 34000.

E-mail : steerawattanasuk@gmail.com

■ บทนำ

ในภาวะเศรษฐกิจทั่วโลกกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยโดยเฉพาะผลกระทบด้านการให้บริการสุขภาพ โดยที่ต้นทุนในการบริการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและมีราคาสูงขึ้น โดยเฉพาะกรณีการรักษาพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดการจ่ายเงินเป็นการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามจำนวนประชากรที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่สถานบริการ และกำหนดให้จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight; RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups; DRGs)

ผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ เป็นผู้ป่วยที่พบบ่อย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ มีจำนวนทั้งหมด 26,201 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 6,376 คน และหญิงจำนวน 19,825 คน เป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6,985 ราย หรือคิดเป็น 32.07 ต่อแสนประชากร¹ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีก่อนต่อมไทรอยด์ในช่วงที่ผ่านมา มีหลายแนวทาง (guideline) ต่างๆ เช่น American Association of Clinical Endocrinologist (AAACE) ใน ค.ศ. 2006², The British Thyroid Association (BTA) ใน ค.ศ. 2007³, The European Thyroid Association (ETA) ใน ค.ศ. 2010⁴, The National Cancer Institute (NCI) ใน ค.ศ. 2013⁵ และ The American Thyroid Association (ATA) ใน ค.ศ. 2009⁶ เป็นต้น มีหลักการสำคัญของแต่ละแนวทางนั้นเหมือนกัน คือ ต้องแยกกลุ่มผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ชนิดเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) กับมะเร็งไทรอยด์ออกจากกัน เนื่องจากหากสามารถวินิจฉัยและรักษามะเร็งระยะแรกได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยลงและมีการพยากรณ์โรคที่ดี

การวินิจฉัยแยกก่อนต่อมไทรอยด์ เริ่มตั้งแต่การซักประวัติและการตรวจร่างกาย เช่น ประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งไทรอยด์ เช่น เพศชาย อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 45 ปี ก้อนโตเร็ว มีต่อมน้ำเหลืองโต เสียงแหบ หายใจลำบาก กลืนลำบาก เคยได้รับรังสีรักษาบริเวณคอ มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง สำหรับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม การตรวจที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานในการประเมินก่อนต่อมไทรอยด์ของทุกสมาคม^{2,3} คือ การทำ Fine needle aspiration (FNA) ถือว่าเป็นการตรวจที่มีประโยชน์มาก

ที่สุดในการประเมินก่อนต่อมไทรอยด์ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถบอกถึงพยาธิสภาพได้ มีความถูกต้องในการวินิจฉัยสูง (high accuracy) และมีโอกาสเกิดผลลบลวง (false negative) ได้น้อยมาก⁷

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการดูแลผู้ป่วยระดับตติยภูมิ และอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยในตาม DRG การศึกษาต้นทุนการรักษาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายชัดเจนจึงมีความสำคัญ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนจะให้ levothyroxine และติดตามประเมิน 6 เดือน ถ้าไม่ได้ผลแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาแล้วติดตามอาการ หรือเลือกการผ่าตัดตามความต้องการของผู้ป่วย การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดขึ้นกับจำนวนก้อน ขนาดของก้อน และผลพยาธิสภาพจากการตรวจ FNA จึงทำให้ผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์มีการผ่าตัดตั้งแต่ lobectomy, partial thyroidectomy หรือ total or near total thyroidectomy⁸

ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษาจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ (provider) ผู้รับบริการ (customer) และผู้จ่ายเงิน (purchaser) แต่ยังไม่มีการศึกษารายงานผลการทำ FNA และค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด

■ วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารายงานผลการทำ FNA และค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เทียบกับเงินชดเชยที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 240 ราย เก็บรวบรวม

ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลมีตัวแปร คือ อายุ เพศ จำนวนวันนอน ชนิดการผ่าตัดและผลการตรวจพิเศษ 2 อย่าง ประกอบด้วย fine needle aspiration (FNA) และผลพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัด แล้วนำมารวบรวมและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่ 2 คือ การศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด ใช้วิธีการคำนวณต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing; ABC) แบ่งชนิดต้นทุนออกเป็น 3 ชนิด คือ ต้นทุนแรงงาน (labour cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) และต้นทุนลงทุน (capital cost)

■ ผลการวิจัย

ผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์จำนวน 240 ราย เป็นเพศหญิง 224 ราย (ร้อยละ 93.33) เพศชาย 16 ราย (ร้อยละ 6.67) อายุเฉลี่ย 46.77 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 ผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ได้รับการตรวจด้วยวิธี FNA ก่อนการผ่าตัดจำนวน 163 ราย (ร้อยละ 67.92) ไม่ได้ตรวจจำนวน 77 ราย (ร้อยละ 32.08) ผลการตรวจ FNA จัดกลุ่มรายงานตาม The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม แต่ในการศึกษาพบเพียง 4 กลุ่ม คือ รายงานผลออกมาเป็นมะเร็ง (malignant) เนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) พยาธิสภาพชนิด follicular lesion และไม่สามารถอ่านผลได้ (unsatisfied) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจ Fine needle aspiration (FNA) biopsy

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็ง	2	1.23
เนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง	128	78.53
พยาธิสภาพ follicular lesion	22	13.49
ไม่สามารถอ่านผลได้	11	6.75
รวม	163	100

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มี 3 ชนิด คือ การผ่าตัด lobectomy, partial thyroidectomy และการผ่าตัด total/near total thyroidectomy รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายงานวิธีการผ่าตัด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
Lobectomy	153	63.75
Partial thyroidectomy	24	10.00
Total/Near total thyroidectomy	63	26.25
รวม	240	100

ผลการตรวจพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัด จำนวน 240 ราย ไม่สามารถติดตามผลได้ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.42), ผลการตรวจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม benign 208 ราย (ร้อยละ 87.03) และกลุ่ม malignant 31 ราย (ร้อยละ 12.97) วิเคราะห์จำแนกตามเพศ ผู้ป่วยหญิงและชาย รายละเอียดดังตารางที่ 3 และวิเคราะห์จำแนกตามการผ่าตัด lobectomy, partial thyroidectomy และ total/near total thyroidectomy รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความชุกของก้อนไทรอยด์จำแนกตามเพศ

ความชุก	ร้อยละ		
	ชาย (16)	หญิง (223)	รวม
Benign			87.03
Nodule hyperplasia	68.75	76.68	76.15
Follicular adenoma	18.75	9.42	10.04
Thyroiditis	0	0.90	0.84
Malignant			12.97
Papillary	6.25	4.93	5.02
Follicular	0	4.93	4.60
Medullary	0	0.45	0.42
Hurthle's cell carcinoma	6.25	2.69	2.93

ตารางที่ 4 ความชุกของก้อนไทรอยด์จำแนกตามการผ่าตัด

ความชุก	ร้อยละ		
	Lobectomy (153)	Partial thyroidectomy (24)	Total/near total thyroidectomy (63)
Benign			
Nodule hyperplasia	74.34	85.71	62.50
Follicular adenoma	10.53	6.35	16.67
Thyroiditis	1.32	0	0
Malignant			
Papillary	4.61	4.76	8.33
Follicular	4.61	3.17	8.33
Medullary	0.65	0	0
Hurthle cell carcinoma	3.95	0	4.17

ในส่วนการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ ใช้การประเมินต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing) โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ต้นทุนแรงงาน (labour cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) และ ต้นทุนลงทุน (capital cost) เปรียบเทียบกับการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการคำนวณดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการคำนวณต้นทุนจำแนกตามการผ่าตัดผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์

การผ่าตัด	ต้นทุน				ค่าชดเชยตาม DRG	ผลต่าง
	ต้นทุนแรงงาน (Labour cost)	ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost)	ต้นทุนลงทุน (Capital cost)	ต้นทุนทั้งหมดต่อราย		
Lobectomy	7,258.36	3,946.03	2,097.03	13,301.42	14,816.80	+ 1,515.38
Partial Thyroidectomy	8,385.28	4,018.57	2,097.03	14,500.88	14,816.80	+ 315.92
Total/Near total thyroidectomy	13,922.10	5,080.92	2,133.21	21,136.23	14,816.80	- 6,319.43

■ อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ และค่าใช้จ่าย ซึ่งสามารถสรุปการศึกษาได้ทั้งสองด้าน จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลด้านเศรษฐศาสตร์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล มีข้อมูลบางส่วนที่ไม่สามารถเก็บรวบรวมหรือสืบทวนได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงข้อนี้ โดยพยายามสืบค้นข้อมูลจากทุกแหล่งข้อมูล เช่น ผลพยาธิวิทยาติดตามผลที่แผนกพยาธิวิทยา เป็นต้น

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปได้ผลการศึกษาลำบากกับการศึกษาอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 ผู้ป่วยเพศชาย เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์มากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง และอายุเฉลี่ย 46.77 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศและในประเทศไทย¹⁰⁻¹²

ผลการตรวจ FNA พบเป็นเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) ร้อยละ 78.53 พยาธิสภาพชนิด follicular lesion ร้อยละ 13.49 และเป็นมะเร็งร้อยละ 1.23 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakorafas⁹ พบเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) ร้อยละ 70 พยาธิสภาพชนิด follicular lesion ร้อยละ 10 และเป็นมะเร็งร้อยละ 5 ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านผลได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 6.75 ในขณะที่การศึกษาของวัฒน์ สนิทเจริญชัย¹¹ พบว่าไม่สามารถอ่านผลได้ ร้อยละ 24.05 และการศึกษาของ Feld¹⁴ พบว่า ไม่สามารถอ่านผลได้ ร้อยละ 15 ส่วนมากเกิดจากเทคนิคในการทำ FNA

ซึ่งผลการตรวจ FNA เป็นข้อมูลหลักในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ จากการศึกษาของ Iyer¹³ ส่วนมากผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์จะได้รับการตรวจด้วย FNA แต่กรณีที่ไม่ทำ FNA ได้แก่ มีประวัติครอบครัวชัดเจนเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ มีประวัติการฉายแสงที่บริเวณลำคอ หรือ Multiple endocrine neoplasia type 2 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน

ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนต่อมไทรอยด์ไม่ได้ทำ FNA ถึงร้อยละ 32.08 โดยแพทย์ผู้รักษาไม่ได้แจ้งเหตุผลในบันทึกเวชระเบียน ซึ่งแนวทางการรักษาที่ปฏิบัติในปัจจุบันแพทย์ผู้ทำการรักษาควรทำ FNA ก่อนผ่าตัดทุกราย เพื่อการวางแผนผ่าตัดที่เหมาะสม

ผลการตรวจ FNA เป็นเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) หรือ พยาธิสภาพชนิด follicular lesion ถ้าก้อนต่อมไทรอยด์เป็นชนิดก้อนเดี่ยว (singer nodular goiter) แพทย์ทำผ่าตัด lobectomy และถ้ามีหลายก้อน (multi-nodular goiter) ผ่าตัด partial หรือ total/near total thyroidectomy ถ้าผลการตรวจ FNA เป็นมะเร็ง รักษาด้วยการผ่าตัด partial หรือ total/near total thyroidectomy

จากการศึกษาพบว่าวิธีการผ่าตัดมี 3 ชนิด คือ lobectomy ร้อยละ 63.75 partial thyroidectomy ร้อยละ 10.00 และ total/near total thyroidectomy ร้อยละ 26.25 ซึ่งการเลือกวิธีการผ่าตัดเป็นผลจากการตรวจ FNA ด้วย โดยวัตถุประสงค์หลัก คือ แยกก้อนต่อมไทรอยด์ที่เป็นเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรงออกจากมะเร็งต่อมไทรอยด์ เมื่อส่งตรวจพยาธิวิทยาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดพบพยาธิสภาพเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) ร้อยละ 87.03 และมะเร็งต่อมไทรอยด์ (malignant) ร้อยละ 12.97 ในขณะที่การศึกษาต่างประเทศ⁹ พบว่าผลตรวจพยาธิวิทยา พบพยาธิสภาพเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรง (benign lesion) ร้อยละ 70 และมะเร็งต่อมไทรอยด์ (malignant) ร้อยละ 5

ผลการศึกษาค่าใช้จ่ายโดยใช้วิธีการศึกษาต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing) จำแนกตามวิธีผ่าตัด พบว่าในกลุ่มการผ่าตัด lobectomy มีค่าใช้จ่าย 13,301.42 บาท partial thyroidectomy มีค่าใช้จ่าย 14,500.88 บาท total/near total thyroidectomy มีค่าใช้จ่าย 21,136.23 บาท เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่าจ่ายเงินชดเชยตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight) ในกลุ่มผ่าตัดไทรอยด์ที่ไม่มีโรคร่วมโรคแทรก (DRG 10080 Thyroid procedure no complication: RW 1.8521) กรณีจ่ายชดเชยในอัตรา 8,000 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ โรงพยาบาลจะได้รับเงินชดเชย 14,816.80 บาท พบว่า ต้นทุน lobectomy และ partial thyroidectomy น้อยกว่าเงินชดเชย 1,515.38 และ 315.92 บาท ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 10.23 และ 2.13 ในขณะที่ต้นทุน total/near total thyroidectomy มากกว่าเงินชดเชย 6,319.43 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 42.65 จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของต้นทุนในผู้ป่วยที่ผ่าตัด total/near total thyroidectomy เมื่อ

เปรียบเทียบกับจำนวนเงินชดเชยที่ได้รับ จึงควรแยกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผ่าตัด total/near total thyroidectomy ออกจากกลุ่มที่ผ่าตัด lobectomy และ partial thyroidectomy

■ สรุปผล

การดูแลผู้ป่วยก่อนต่อมไทรอยด์ ตามแนวทางของสมาคมวิชาชีพ มีหลักการสำคัญ คือ การแยกก้อนชนิดที่เป็นเนื้องอกแบบไม่ร้ายแรงกับมะเร็งไทรอยด์ออกจากกัน ซึ่งวิธีการที่เป็นแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การทำ Fine needle aspiration (FNA) ก่อนการผ่าตัด การรักษาดังวิธีวิธีการผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า วิธีการผ่าตัดที่แตกต่างกันมีผลต่อต้นทุนการรักษา ในขณะที่การจ่ายชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไม่ได้แยกรายละเอียดวิธีผ่าตัด ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยในการผ่าตัด total/near total thyroidectomy น้อยกว่าต้นทุน ขณะที่การผ่าตัด lobectomy และ partial thyroidectomy ได้รับเงินชดเชยมากกว่าต้นทุนเพียงเล็กน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554. [<http://www.british-thyroid-ssociation.org/Guidelines/>].
2. AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazone Medice Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. Endocr Pract 2006;12:63-102.
3. British Thyroid Association, Royal College of Physicians: British Thyroid Association Guidelines for the management of thyroid cancer. 2nd edition. 2007 [cited 2013 May 15]. Available from: <http://www.british-thyroid-association.org/Guidelines/>.
4. Gharib H, Papini E, Paschke R. AACE/AME/ETA Thyroid Nodule Guidelines, Endocr Pract. 2010;16(Suppl 1):1-43.
5. Baloch ZW, Cibas ES, Clark DP. The National Cancer Institute Thyroid Fine needle aspiration (FNA) state of the science conference: a summation. [cited 2013 May 20]. Available from: <http://www.cytojournal.com/content/>.
6. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American thyroid association management guidelines for patients with thyroid nodules and differential thyroid cancer, November2009. [cited 2013 May 28]. Available from: http://thyroidguidelines.net/sites/thyroidguidelines.net/files/file/ATA_DTC_Guidelines_2009.pdf.
7. Lin JD. Thyroid Cancer in Thyroid Nodules Diagnosed Using Ultrasonography and Fine needle aspiration (FNA) Cytology. J Med Ultrasound 2010;18:91-104
8. Sakorafas GH, Peros G. Thyroid nodule: A potentially malignant lesion; optimal management from a surgical perspective. Cancer Treatment Reviews 2006; 32, 191-202
9. Sakorafas GH. Thyroid nodules; interpretation and importance of fine-needle aspiration (FNA) for the clinician - practical considerations. Surg Oncol. 2010;19:e130-9.
10. รุ่งโรจน์ ตั้งสติกพร. ลักษณะทางคลินิกและผลพยากรวิทยาของก้อนเดี่ยวของต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลตราช้าง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2554;29:65-75.

11. วัฒนา สินิกจเจริญชัย, โกวิทย์ พฤษพานุศักดิ์, กิตติ จันทรพัฒนา. ก้อนต่อมไทรอยด์ที่มารักษาในแผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2548;23:303-311.
12. Goldman ND, Coniglio JU, Falk SA. Thyroid cancers. I. Papillary, follicular, and Hürthle cell. Otolaryngol Clin North M. 1996;29:593-609.
13. Lyer NG, Shaha AR. Management of Thyroid Nodules and Surgery for Differentiated Thyroid Cancer. Clinical Oncology 2010;22: 405-412.
14. Feld S. AACE clinical guide line for the diagnosis andmanagement of thyroid nodules. Endocr Prac 1996;2:78-84.
15. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) Thai DRG Grouper version 5.0 (TGRP50) [cited 2013 April 28]. Available from: <http://www.chi.or.th/csmb/news/ThaiGrouperV5.html>

