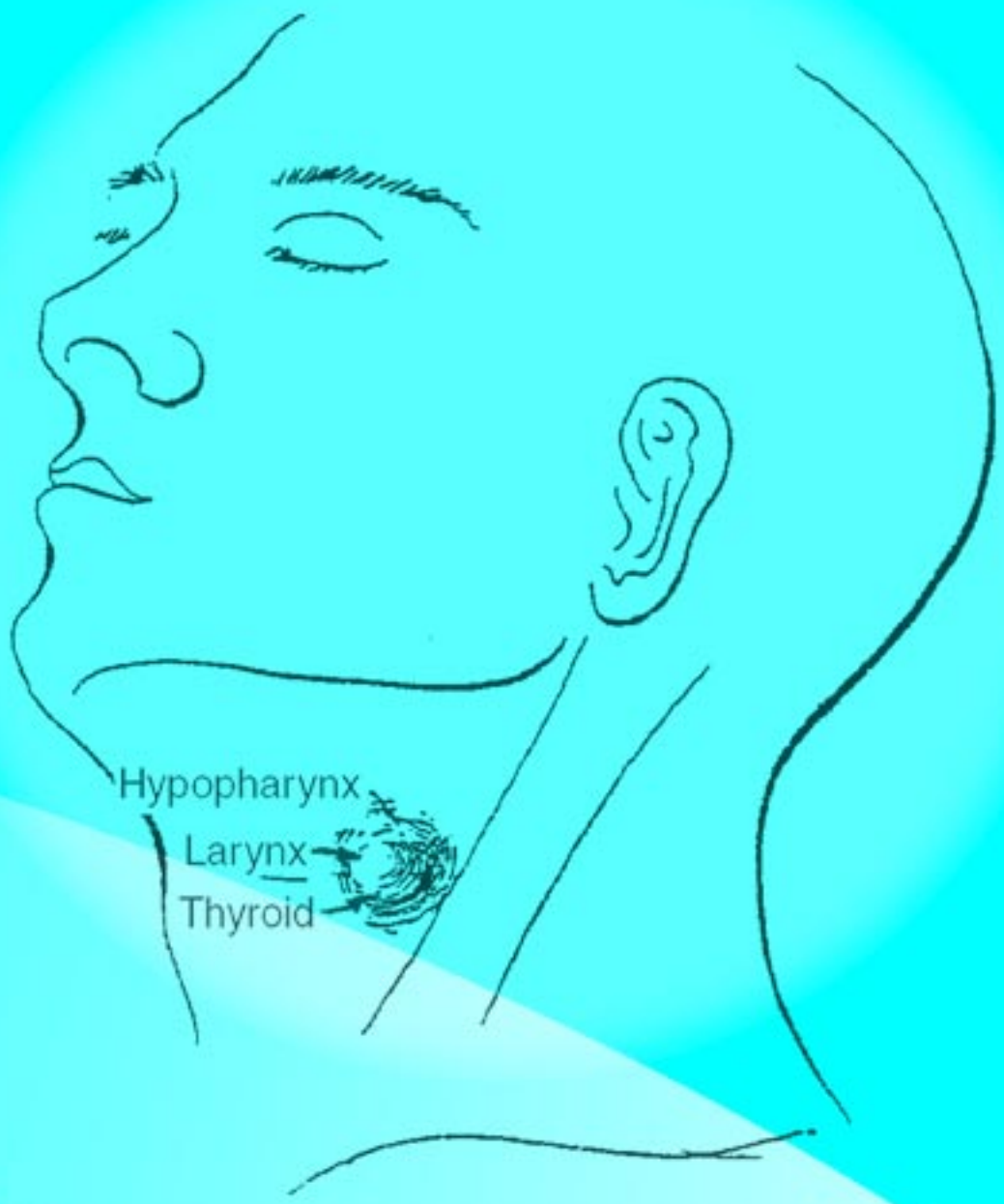
แนวทางเวชปฏิบัติ
การวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต



สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางเวชปฏิบัติ
การวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

ISBN : 974-422-082-1

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2547

จำนวนพิมพ์ : 4,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

คำนำ

ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเป็นภาวะที่พบได้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม วิธีการรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการวินิจฉัยและรักษาที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย จากการสืบค้นข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศยังไม่พบว่ามีแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตสำหรับใช้เป็นแนวทางการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ ด้วยเหตุนี้ กรมการแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์จึงได้สนับสนุนให้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตขึ้นเพื่อให้แพทย์ในสถานบริการสุขภาพได้ทราบขั้นตอนการวินิจฉัย วางแผนการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

กรมการแพทย์ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา ศรีดามา รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยที่ได้ให้เกียรติเป็นประธานคณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต และขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาร่วมดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับนี้

(นายแพทย์เสรี ตู้จินดา)
อธิบดีกรมการแพทย์
กันยายน 2547

บทนำ

ภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิ การติดเชื้อ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่นๆ มายังต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น การตัดชิ้นเนื้อของต่อมน้ำเหลืองไปตรวจตั้งแต่แรกที่ตรวจพบ เป็นการทำในลักษณะข้ามขั้นตอนซึ่งหากต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเกิดจากโรคมะเร็งระยะลุกลามแล้ว อาจทำให้มะเร็งแพร่กระจายมากขึ้น การตรวจวินิจฉัยตามขั้นตอนที่เหมาะสมจะทำให้ทราบสาเหตุของต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตมีความเกี่ยวข้องกับแพทย์หลายสาขาวิชาชีพ อาทิ กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์โสต ศอ นาสิก พยาธิแพทย์ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ คณะทำงานการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตจึงประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลราชวิถี สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ รวมทั้งแพทย์จากโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ที่ได้มาให้ข้อคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะนำลงไปปฏิบัติในพื้นที่ ในส่วนของภาคผนวกเป็นข้อมูลความรู้สนับสนุนแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตที่ได้จัดทำขึ้น ผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้สามารถสืบค้นที่มาของข้อมูลได้จากวารสารและหนังสืออ้างอิงท้ายเล่ม

คณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตจะเป็นประโยชน์และสะดวกสำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปปฏิบัติเพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตต่อไป

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา ศรีดามา)

ประธานคณะทำงาน

กันยายน 2547

รายชื่อคณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา ศรีดามา	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	ประธานคณะทำงาน
2. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภกร โรจนนินทร์	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	รองประธานคณะทำงาน
3. นายแพทย์เกียรติยศ โคมิน	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย	รองประธานคณะทำงาน
4. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิธร ลิขิตนุกูล	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
5. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจีระสุข จงกลวัฒนา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะทำงาน
6. รองศาสตราจารย์นายแพทย์วันชัย บุพพันเหรัญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	คณะทำงาน
7. นายแพทย์ยงยุทธ คงธนารัตน์	สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย งานรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
8. นายแพทย์พรเอก อภิพันธ์	โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
9. แพทย์หญิงวิจิตรา เหมศรีชาติ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงาน
10. แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงาน
11. แพทย์หญิงวันดี นิงสานนท์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	คณะทำงาน
12. แพทย์หญิงรังสิมา โล่ห์เลขา	ที่ปรึกษาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	คณะทำงาน
13. แพทย์หญิงภานินี ถาวรังกูร	สถาบันพยาธิวิทยา	คณะทำงาน
14. นายแพทย์แสงชัย ธีรปกรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว	คณะทำงาน
15. แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงาน
16. แพทย์หญิงจิตสุดา บัวขาว	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	คณะทำงานและเลขานุการ
17. นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
18. นางรัชนีบูลย์ อุดมชัยรัตน์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
19. นางสาวนฤกร ธรรมเกษม	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะผู้เชี่ยวชาญทบทวน

- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจีระสุข จงกลวัฒนา
- รองศาสตราจารย์นายแพทย์วันชัย บุพพันเหรัญ
- แพทย์หญิงจิตสุดา บัวขาว

สารบัญ

หน้า

Evidence-Based Clinical Practice Guideline
คุณภาพของหลักฐาน

ระดับ A หมายถึง ที่ได้จาก systematic review ของ randomized controlled clinical trails หรือหลักฐานที่ได้จาก randomized controlled trails ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical study (เช่น non-randomized controlled trail, cohort study, case control study, cross sectional study) ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จากการวินิจฉัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการวิจัยอื่น และผลการวิจัยพบประโยชน์ หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก หรือเรื่องดังกล่าวไม่มีผลงานวิจัยประเภท randomized controlled clinical trail แต่ได้นำเอาหลักฐานที่ได้จาก randomized cotrolled clinical trail ในประชากรกลุ่มอื่น หรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึงกันมาใช้เป็นหลักฐาน หรือหลักฐานที่ได้จาก systemic review ของ randomized controlled clinical trails หรือ randomized controlled clinical trail ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systemic review ของ descriptive study หรือหลักฐานที่ได้จาก descriptive study ซึ่งหมายถึง รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายหรือมากกว่า หรือหลักฐานที่ได้จาก systemic review ของ randomized controlled clinical study หรือ controlled clinical study ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical trail ในประชากรกลุ่มอื่น หรือเรื่องที่คล้ายคลึงกัน

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็น หรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากไม่มีหลักฐานผลงานวิจัยทางคลินิกหรือผลงานวิจัยทางคลินิกที่มีอยู่ไม่สอดคล้องหรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย หรือมีเพียงหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ

เนื่องจากคำบรรยายคุณภาพของหลักฐาน และระดับของคำแนะนำที่เป็นทางการอาจเข้าใจยาก จึงขอแปลงเป็นชนิดที่เข้าใจง่าย เพื่อง่ายต่อการสื่อสารต่อกันดังนี้

คุณภาพของหลักฐาน

A - หลักฐานดีเยี่ยม

B - หลักฐานดี

C - หลักฐานพอใช้

D - ไม่มีหลักฐานสนับสนุน แต่ผู้เชี่ยวชาญยอมรับ

ระดับของคำแนะนำ

1A - ต้องทำ

1B - ควรทำ

1C - น่าทำ

0A - จะทำ หรือไม่ทำก็ได้

0B - ไม่ควรทำ

0C - ห้ามทำ

ระดับของคำแนะนำ

ระดับ 1 หมายถึง ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติพิจารณา และสรุปจากหลักฐานที่มีอยู่แล้วเห็นพ้องต้องกันว่า การตัดสินใจปฏิบัติตามหลักฐานที่นำมาใช้ในการระบุคำแนะนำดังกล่าว **มีประโยชน์มากกว่าโทษ** (ผลดีมากกว่าผลเสีย) **จึงสมควรปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น**

ระดับของคำแนะนำ	การแปลผล
1A	ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับสูง คำแนะนำดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยส่วนมากในแทบทุกสถานการณ์
1B	ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับสูง คำแนะนำดังกล่าวควรจะนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยส่วนมากได้
1C	ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง คำแนะนำดังกล่าวน่าจะนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยส่วนมากได้

ระดับ 0 หมายถึง ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติพิจารณาหลักฐานที่มีอยู่แล้ว ยังไม่สามารถระบุได้ว่าการตัดสินใจปฏิบัติตามหลักฐานที่นำมาใช้ในการระบุคำแนะนำดังกล่าวมีประโยชน์มากกว่าโทษ โดยอาจจะเป็นเพราะหลักฐานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ หรือผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติเห็นมีความแตกต่างกัน

ระดับของคำแนะนำ	การแปลผล
0A	ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น
0B	ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง หากไม่จำเป็นไม่ควรนำคำแนะนำดังกล่าวไปใช้
0C	ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับต่ำ หากไม่จำเป็นไม่ควรนำคำแนะนำดังกล่าวไปใช้

แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคมไทยโดยหวังผลในการสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อแนะนำต่าง ๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้มิใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำนี้ได้ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณและอยู่บนพื้นฐานหลักวิชาการและจรรยาบรรณ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคผู้ที่มีภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตได้
2. เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาผู้ที่มีภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับได้
3. เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทางการแพทย์ทุกระดับ

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

1. ระดับ provisional ซักประวัติและตรวจร่างกายพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต
2. ระดับ probable ตรวจทางห้องปฏิบัติการรังสีวิทยาพบว่าต่อมน้ำเหลืองที่คอโต
3. ระดับ definite ตรวจทางพยาธิวิทยาหรือการเพาะเชื้อพบสาเหตุของต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

การซักประวัติ[1-6] (คุณภาพหลักฐาน **C** คำแนะนำ **1A**)

1. อายุ ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตในเด็กหรือหนุ่มสาวส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อมากกว่าโรคมะเร็ง ส่วนผู้ที่มีต่อมน้ำเหลืองโตและมีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไปมีอุบัติการณ์ของต่อมน้ำเหลืองโตจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น

2. ประวัติความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เช่น ถูกสัตว์กัดหรือข่วน การคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรค ประวัติมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อาทิ การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

3. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคี้ยวหมาก

4. ประวัติการเกิดมะเร็งในครอบครัว

5. อาการที่แสดง

- ระยะเวลาที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่คอถ้าไม่เกิน 2 สัปดาห์เป็นลักษณะเฉียบพลัน ซึ่งน่าจะมาจากการติดเชื้อ

- อัตราการโตของต่อมน้ำเหลือง หากโตอย่างรวดเร็วเป็นลักษณะเฉียบพลัน สาเหตุน่าจะมาจากการติดเชื้อมากกว่ามะเร็ง

- อาการแสดงต่าง ๆ เช่น เจ็บคอ ไข้ เหงื่อออกกลางคืน อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีผื่นเกิดขึ้น ปวดบริเวณที่ต่อมน้ำเหลืองโต การกลืน/การเปล่งเสียงผิดปกติ

6. การใช้ยา เนื่องจากยาบางชนิดอาจทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตได้ อาทิ allupurinol, atenolol, captopril, carbamazepine, cephalosporin, hydralazine, pennicillin, phenytoin, quinidine, sulfonamides เป็นต้น

การตรวจร่างกาย[1-6] (คุณภาพหลักฐาน **C** คำแนะนำ **1A**)

1. พิจารณาขนาด จำนวน ลักษณะและตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่โต เช่น แข็ง นุ่ม ปวด บวม แดง ร้อน fluctuate

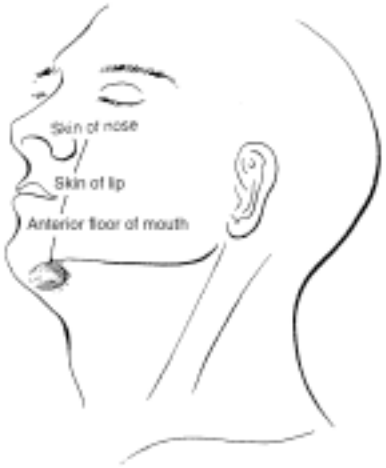
- ต่อมน้ำเหลืองที่โตด้านเดียว มีลักษณะปวด บวม แดง ร้อน และ fluctuate น่าจะมีสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรีย
- ต่อมน้ำเหลืองที่โตสองข้างมีขนาดเล็ก และกดไม่เจ็บมักมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส
- ต่อมน้ำเหลืองโตจากโรคมะเร็งมักกดไม่เจ็บและค่อนข้างแข็ง

2. พิจารณาบริเวณและอวัยวะที่ drain น้ำเหลือง เพื่อหาการติดเชื้อหรือเนื้องอกโดยตรวจดูอาการแสดงของการอักเสบหรือเนื้องอกบริเวณต่าง ๆ ในภาพที่ 1-9

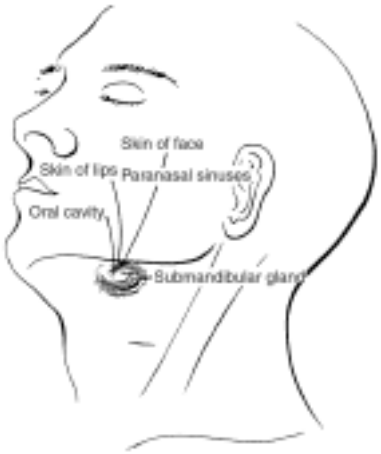
3. คลำตับม้ามว่าโตหรือไม่

ภาพแสดงตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะที่ drain น้ำเหลืองบริเวณคอ

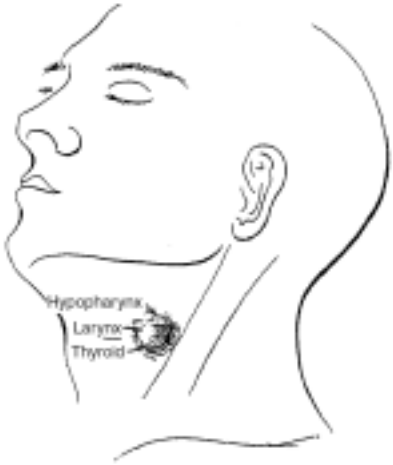
(ดัดแปลงจาก Cancer of the Head and Neck[7], 2nd ed.)



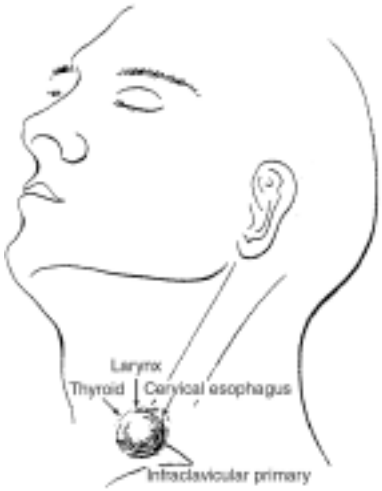
ภาพที่ 1 Submental node



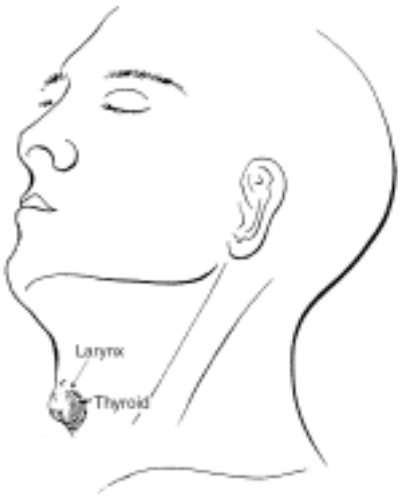
ภาพที่ 2 Submandibular triangle mass



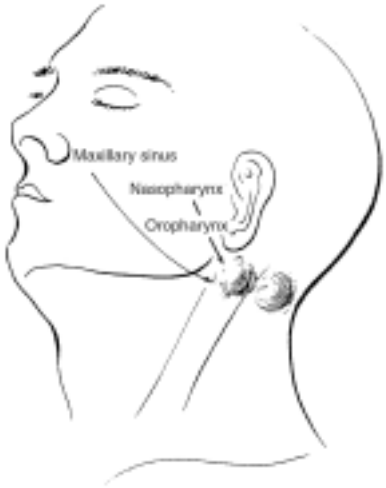
ภาพที่ 3 midjugular node



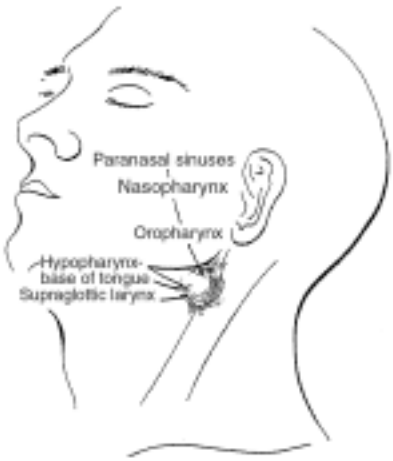
ภาพที่ 4 Lower jugular node



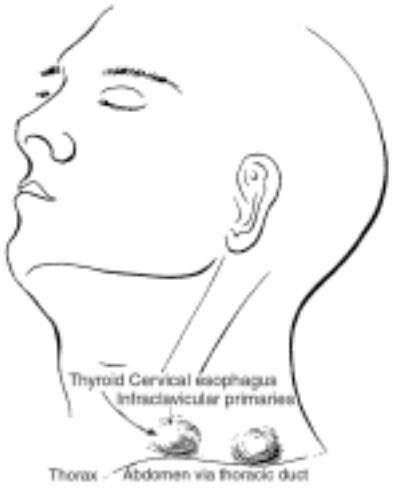
ภาพที่ 5 Prelaryngeal (Delphain) node



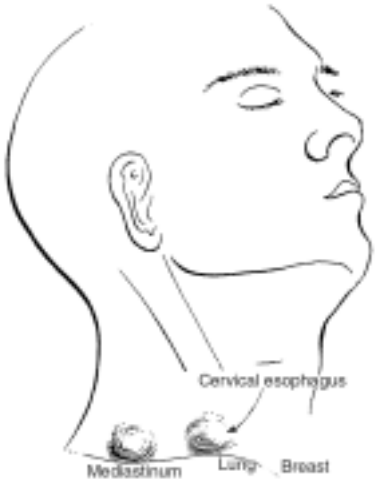
ภาพที่ 6 Upper deep and posterior cervical nodes



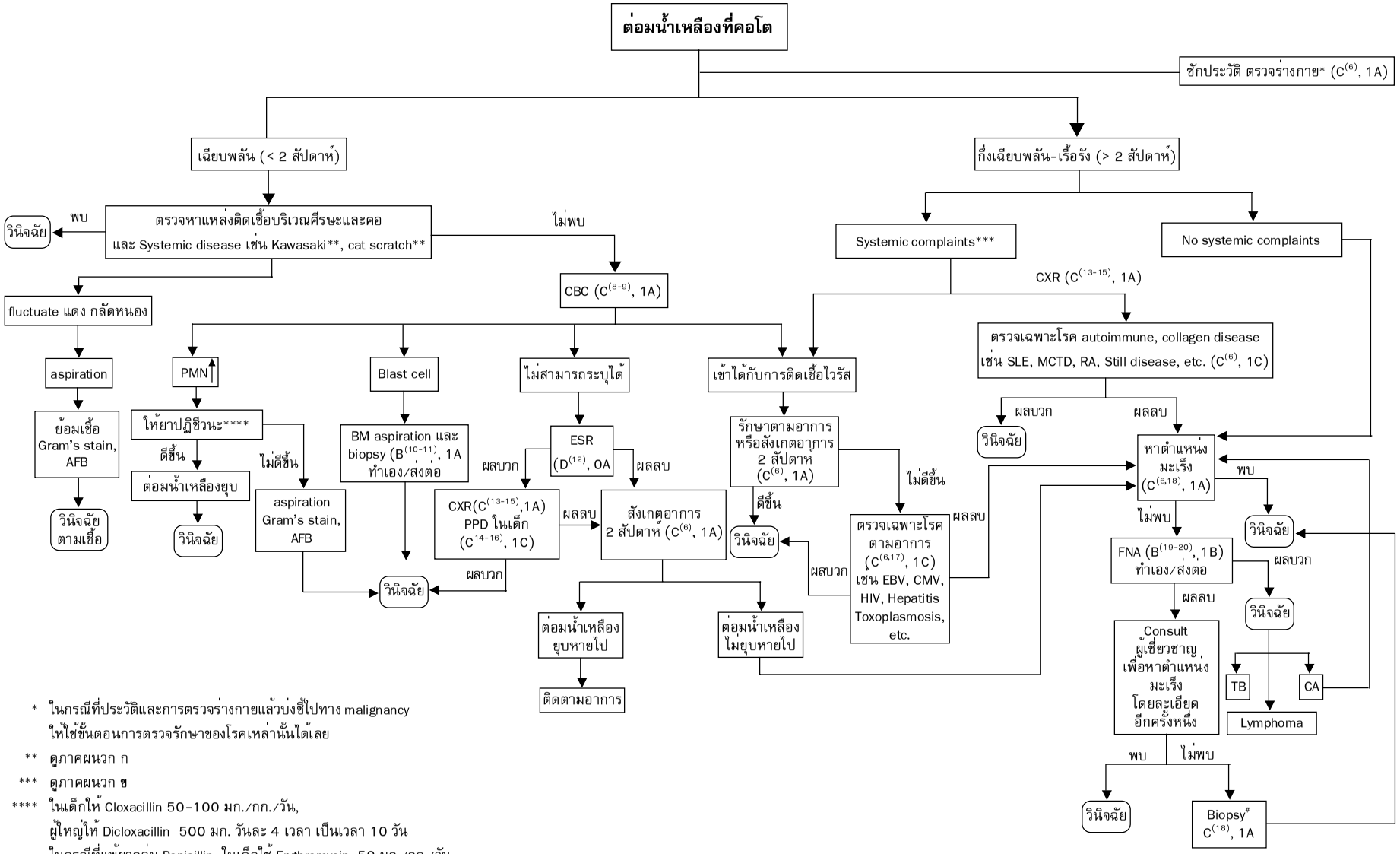
ภาพที่ 7 Superior deep jugular node (jugulodigastric)



ภาพที่ 8 Lt.supraclavicular node



ภาพที่ 9 Rt.supraclavicular node



* ในกรณีที่ประวัติและการตรวจร่างกายแล้วบ่งชี้ไปทาง malignancy ให้ใช้ขั้นตอนการตรวจรักษาของโรคเหล่านั้นได้เลย

** ดูภาคผนวก ก

*** ดูภาคผนวก ข

**** ในเด็กให้ Cloxacillin 50-100 มก./กก./วัน, ผู้ใหญ่ให้ Dicloxacillin 500 มก. วันละ 4 เวลา เป็นเวลา 10 วัน ในกรณีที่แพ้ยากลุ่ม Penicillin ในเด็กใช้ Erythromycin 50 มก./กก./วัน, ผู้ใหญ่ให้ Erythromycin 500 มก. วันละ 3 เวลา

\# ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเป็นได้ทั้ง benign และ malignancy[21] ควรหาสาเหตุและ primary site ก่อน การทำ biopsy โดยลักษณะการข้ามขั้นตอนอาจทำให้เกิดการกระจายของมะเร็ง ความล่าช้าในการรักษาจำเพาะและความยากลำบากในการลงรอยผ่าตัดเมื่อต้องทำศัลยกรรม

แผนภูมิ แสดงแนวทางการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

คำย่อ (Abbreviations)

1.	CBC	=	Complete blood count
2.	ESR	=	Erythrocyte sedimentation rate
3.	AFB	=	Acid-fast bacilli
4.	C/S	=	Culture and sensitivity
5.	CXR	=	Chest X-ray
6.	PPD	=	Purified protein derivative
7.	EBV	=	Epstein-Barr virus
8.	CMV	=	Cytomegalovirus
9.	HIV	=	Human immuno-deficiency virus
10.	TB	=	Tuberculosis
11.	SLE	=	Systemic lupus erythematosus
12.	MCTD	=	Mix connective tissue disease
13.	RA	=	Rheumatoid arthritis
14.	CA	=	Carcinoma
15.	FNA	=	Fine needle aspiration
16.	PMN	=	Polymorphonucleus stage ของ Neutrophil

ภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโตสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ระยะเฉียบพลัน (ต่อมน้ำเหลืองโตน้อยกว่า 2 สัปดาห์) และระยะกึ่งเฉียบพลันถึงระยะเรื้อรัง (ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 2 สัปดาห์) การซักประวัติและตรวจร่างกายสามารถระบุหรือให้การวินิจฉัยเบื้องต้นถึงสาเหตุที่ทำให้ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตได้ อาทิ การติดเชื้อ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองจากการแพร่กระจายของมะเร็ง เป็นต้น โดยทั่วไปพบว่าต่อมน้ำเหลืองที่คอโตอย่างเฉียบพลันมักมีสาเหตุจากการติดเชื้อ เช่น แบคทีเรีย วัณโรค มากกว่ามีสาเหตุจากมะเร็ง

ในกรณีที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตระยะเวลาน้อยกว่า 2 สัปดาห์หรือสงสัยการติดเชื้อควรตรวจหาการอักเสบในบริเวณใกล้เคียง เช่น ใบหน้า โพรงจมูก ช่องปาก ฟัน คอ เป็นต้น หากตรวจพบว่าต่อมน้ำเหลืองที่โตมีลักษณะบวม แดง ร้อน กดเจ็บ และมีลักษณะคล้ายหนอง สามารถเจาะดูดและให้ยาปฏิชีวนะ ถ้าต่อมน้ำเหลืองที่โตไม่มีลักษณะของตุ่มหนองควรส่งตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่

- พบเซลล์ตัวอ่อนของเม็ดเลือด (Blast cell) ควรส่งผู้ป่วยตรวจไขกระดูกโดยการดูด หรือตัดไปตรวจ (ทำเอง/ส่งต่อ) ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้
- พบว่ามีเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophile สูง (PMN มีจำนวนเพิ่มขึ้น) เข้าได้กับสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรีย สามารถให้ยาปฏิชีวนะได้
- ในกรณีที่ไม่สามารถแยกโรคได้ชัดเจน ควรส่งตรวจ ESR/CXR ในเด็กควรทำ PPD test พร้อมทั้งซักประวัติวัณโรคในครอบครัว ในบางรายอาจแนะนำให้ถ่ายภาพรังสีปอดของผู้เลี้ยงดูเด็กเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรควัณโรคต่อมน้ำเหลือง หากยังไม่สามารถระบุสาเหตุของต่อมน้ำเหลืองที่คอโตได้ควรนัดติดตามและสังเกตอาการ 2 สัปดาห์ ในกรณีต่อมน้ำเหลืองไม่ยุบหายไปต้องพิจารณาหาตำแหน่งของมะเร็งและอาจพิจารณาทำ FNA ถ้ายังไม่สามารถวินิจฉัยได้ ควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป
- เข้าได้กับการติดเชื้อไวรัส ให้รักษาตามอาการ ติดตามและสังเกตอาการ 2 สัปดาห์ ถ้าต่อมน้ำเหลืองไม่ยุบให้พิจารณาส่งตรวจหาไวรัสจำเพาะโรคตามลักษณะอาการ เช่น Human immuno-deficiency virus (HIV), ตับอักเสบ (Hepatitis), EBV, CMV, Toxoplasmosis เป็นต้น หากยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ให้พิจารณาหาตำแหน่งมะเร็งและอาจพิจารณาทำ FNA และ/หรือส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ในกรณีที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตนานมากกว่า 2 สัปดาห์ ให้พิจารณาความผิดปกติอื่นๆ ของร่างกายร่วมด้วย ถ้ามี Systemic complaints และสงสัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อไวรัส ให้รักษาตามอาการ/สังเกตอาการ/ตรวจหาเชื้อไวรัสจำเพาะตามลักษณะอาการ หากสงสัยว่าต่อมน้ำเหลืองที่โตน่าจะมีสาเหตุจากโรค Autoimmune ให้พิจารณาส่งตรวจตามลักษณะจำเพาะของโรคนั้นๆ อาทิ SLE, MCTD, Rheumatoid arthritis, Still disease เป็นต้น ถ้ายังไม่สามารถวินิจฉัยได้ต้องพิจารณาหาตำแหน่งของมะเร็ง/ทำ FNA (ทำเอง/ส่งต่อ) หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญต่อไป อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ทำ biopsy ก่อนการตรวจด้วยวิธีอื่นๆ เพราะอาจทำให้เกิดการกระจายของมะเร็ง ล่าช้าในการรักษาด้วยวิธีการจำเพาะ และลำบากในการลงรอยผ่าตัดเมื่อต้องทำศัลยกรรม

ภาคผนวก ก

Kawasaki disease[22-23] (Mucocutaneous Lymph Node Syndrome, MCLS)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิด Kawasaki disease มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

เกณฑ์การวินิจฉัย Kawasaki disease

1. มีไข้สูงนานมากกว่า 5 วัน
2. มีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย 4 ใน 5 ข้อต่อไปนี้

- ตาแดง 2 ทั้งข้างโดยมักเป็นมากที่ bulbar conjunctivae มากกว่า palpebral conjunctivae และไม่มี exudates
- ริมฝีปากแห้ง แดง แตก strawberry tongue และเยื่อบุในช่องปากแดง
- การเปลี่ยนแปลงของมือและเท้า ซึ่งในระยะแรกจะพบฝ่ามือ ฝ่าเท้าแดง และ/หรือบวม ในระยะหลังวันที่ 10-20 ของโรคจะพบการลอกของผิวหนังซึ่งเริ่มต้นที่ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า
- ผื่นในผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันได้หลายแบบส่วนใหญ่จะเป็น morbilliform maculopapula rash ผื่นใน Kawasaki disease มักเป็นทั่วตัว ผื่นมักขึ้นภายใน 5 วันหลังมีไข้
- ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตขนาด 1.5 ซม. อย่างน้อย 1 ต่อม ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ อาจมีลักษณะแดงของผิวหนังและมีอาการเจ็บบริเวณที่ต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วย

3. อาการเจ็บป่วยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคอื่นๆ

Cat scratch disease[24]

Cat scratch disease (CSD) มีสาเหตุจากการติดเชื้อ Bartonella henselae ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตซึ่งมักพบในเด็กหรือวัยหนุ่มสาวที่สัมผัสกับแมวหรือถูกแมวข่วน

เกณฑ์การวินิจฉัย Cat scratch disease

หลักสำคัญในการวินิจฉัย Cat scratch disease คือประวัติสัมผัสกับสัตว์โดยเฉพาะลูกแมว โดยใช้เกณฑ์ 3 ใน 4 ข้อต่อไปนี้

1. สัมผัสกับแมว มีรอยข่วนหรือรอยโรคบริเวณผิวหนัง ตา หรือบริเวณเยื่อเมือก (mucous membrane)

2. Cat scratch disease skin test ให้ผลบวก หรือ serologic test สำหรับ Bartonella henselae antibody ให้ผลบวก

3. ผลการตรวจ serologic test อื่นๆ รวมถึง PPD skin test และการเพาะเชื้อจากการหนองเพื่อหาสาเหตุของต่อมน้ำเหลืองโตให้ผลลบ

4. ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา (histopathology) จากการ biopsy บริเวณผิวหนัง ต่อมน้ำเหลือง หรือ ocular granuloma

การ biopsy ต่อมน้ำเหลืองพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้หลายรูปแบบ คือ arteriolar proliferation และ widening ของผนังหลอดเลือด arteriolar, reticulum cell hyperplasia, multiple microabscesses, frank abscess formation และ round or stellate granuloma

ภาคผนวก ข

Systemic complaints[6]

Systemic complaints หมายถึงอาการอื่นๆ ที่ปรากฏร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตหรือต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกายโต นอกเหนือจากอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ต่อมน้ำเหลืองที่โตนั้น และอาจมีอาการทางระบบอื่นๆ ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนที่จะทราบว่ามีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เช่น

อาการและอาการแสดง	โรคที่พบ
ไข้ อ่อนเพลียคล้ายไข้หวัด	Infectious mononucleosis, viral infection, การติดเชื้อ Human immuno-deficiency virus
ไข้ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตาเหลือง ตัวเหลือง	ตับอักเสบ
ปวดข้อ มีผื่นที่หน้า เจ็บชายโครง ขาบวม หรือมีไข้	Systemic lupus erythematosus, Lyme disease.
ไข้ น้ำหนักลดมากกว่า 20-30 % ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองที่คอโตที่เดียว หรือโตทั่วร่างกาย	Lymphoma
ไข้ มีเลือดออกง่ายร่วมกับตับม้ามโต	Leukemia
ไข้ หนาวสั่น ปวดหัว ปวดท้อง	Typhoid fever
ไข้ arthritis	Still's disease, rheumatoid arthritis

References

1. Robert F. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. J Am Fam Physicians [Online] 1998 Oct 15. Available from: URL: http://WWW/aafp.org/afp/98015ap/ferrer.html. Accessed February 2, 2004.
2. Haynes BF. Enlargement of lymph nodes and spleen. In: Isselbacher KJ, Martin JB, Braunwald E, Fauci AS, Wilson JD, Kasper DL, et al, editors. Harrions's principles of internal medicine; vol 1. 14th ed. New York: McGraw Hill, Health Professional Division; 1994. p.323-6.
3. ศศิธร ลิขิตนุกูล. Lymphadenopathy. ใน : วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์ วรนุช จงศรีสวัสดิ์ พรรณทิพา ฉัตรชาตรี จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ นวลจันทร์ ปราบพาล (บรรณาธิการ). ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก แนวทางการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนท์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2546. หน้า 224-35.
4. Fagan JJ. Neck mass in adults. In : Lampert R, editor. Decision making in ear, nose, and throat disorders. Philadelphia: WB Saunders; 2001. p.284-5.
5. Grundfast KM, Regala C. The Mass in the neck in the pediatric age group. In: Lampert R, editor. Decision making in ear, nose, and throat disorders. Philadelphia: WB Saunders; 2001. p.272-4.
6. Kunitz G. An approach to peripheral lymphadenopathy in adult patients. West J Med 1985 Sep; 143 : 393-6.
7. Mayers EN, Suen JY. Cancer of the head and neck. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989. p.229-31.
8. Allhiser JN, Mcknight TA, Shank JC. Lymphadenopathy in family practice. J Fam Pract 1981 Jan; 12(1) : 27-32.
9. Keith MS. Neutrophilic leukocytes. Wintrobe's clinical hematology; vol 1. 10th ed. 1999. p. 328-40.
10. James LP, Stass SA, Schumacher HR. Value of imprint preparation of BM biopsy in hematodiapethis cancer. 1980; 46 : 173-7.
11. Shherre LP. Examination of the blood and bone marrow. Wintrobe's clinical hematology ; vol 1. 10th ed. 1999. p. 22-8.
12. Shherre LP. Examination of the blood and bone marrow, and normal blood and bone marrow value in human. Wintrobe's clinical hematology; vol 1. 10th ed. 1999. p. 29.
13. Aris EA, Bakari M, Chonde TM, Kitinya J, Swai AB. Diagnosis of tuberculosis in sputum negative patients in Dar es Salaam. East Afr Med J 1999 Nov; 76(11) : 630-4.
14. Anane T, Grangaud JP. Diagnosis of tuberculosis in children. Child Trop 1992; (196-197): 20-9.
15. Oberborsch K, Maurer HM, Hess T, Kroner T. Rational diagnostic strategy for tuberculosis lymphadenitis. Schweiz Med Wochenschr 2000 Nov 4; 130(44) : 1702-5.

16. Cinar F, Cinar S, Yilmaz B, Gursel O. Purified protein derivative: the vital part of the cervical tuberculosis adenitis diagnosis. Otolaryngol Head Neck Surg 2003 Sep; 129(3): 245-7.
17. Libman H. Generalized adenopathy: clinical review. J Gen Intern Med 1987; 2 : 48.
18. Fijlen G. Unexplained lymphadenopathy in family practice: an evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians workup. J Fam Pract 1988 Oct; 27(4): 373-6.
19. ธารา พูนประชา ไพบูลย์ ปุญญฤทธิ์ ชนิดา โลหชิตรานนท์. การพัฒนาทางพยาธิวิทยาสาขา Fine Needle Aspiration Biopsy. เวชสารแพทย์ทหารบก 2543; 53: 279-82.
20. Steel BL, Schwartz MR, Ramzy I. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lymphaden opathy in 1,103 patients: role, limitations and analysis of diagnosis pitfalls. Acta Cytol 1995; 39: 76-81.
21. โชคชัย เมธีไตรรัตน์. ก้อนที่ศีรษะและคอ (Head and Neck Masses). ใน : อภิชัย วิธวาศิริ ฉวีวรรณ บุนนาค (บรรณาธิการ). ตำราโรคหู คอ จมูก. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 253. หน้า 267-75.
22. อุษา ทิสยากร จุล ทิสยากร. โรคคาวาซากิ (Kawasaki Disease). ใน : อุษา ทิสยากร จุล ทิสยากร (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์เขตร้อน. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2536. หน้า 311-7.
23. Jane GS. Kawasaki disease: vasculitis syndromes. In: Behrman RE, Kliegman R, Nelson WE, editors. Textbook of pediatrics. 15th ed. Philadelphia : WB Saunders; 1996. p.678-81.
24. Andrew MM. Cat scratch disease. In: Behrman RE, Kliegman R, Nelson WE. Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia : WB Saunders; 1996. p. 865-7.