



โรคมะเร็งช่องปากชนิดสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา ระยะเริ่มต้นที่พบร่วมกับรอยโรคนอนโฮโมจี  
เนียสลิวโคเพลเคีย: กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย

เดชาวัต แก้วศิริ ท.บ., วท.ม.\*

**บทคัดย่อ**

โรคมะเร็งช่องปากชนิดสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา จัดเป็นมะเร็งช่องปากที่พบมากที่สุด มักพบในผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป ตำแหน่งที่พบบ่อยคือข้างลิ้นและพื้นช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้แก่การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก โดยก่อนเกิดเป็นมะเร็งมักพบเป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากขึ้นก่อน เช่น รอยโรคลิวโคเพลเคีย สความัสเซลล์คาร์ซิโนมาของช่องปากในระยะเริ่มต้นมีการพยากรณ์โรคที่ดีและรักษาได้ด้วย การผ่าตัด ส่วนรอยโรคลิวโคเพลเคียยังไม่มีหลักฐานบ่งชี้ว่าการรักษาด้วยวิธีใดช่วยป้องกันการเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ดีที่สุด

รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่พบโรคสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา ระยะเริ่มต้นร่วมกับรอยโรคนอนโฮโมจีเนียสลิวโคเพลเคียบริเวณข้างลิ้น พื้นช่องปาก และสันเหงือกทางด้านล่างขวา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเชิงอนุรักษ์ โดยตัดรอยโรคส่วนที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมดและตรวจติดตามรอยโรคลิวโคเพลเคียที่เหลืออยู่โดยไม่ผ่าตัด จากการตรวจติดตามทางคลินิกเป็นระยะเวลา 1 ปี ไม่พบการเกิดโรคสความัสเซลล์คาร์ซิโนมาซ้ำและไม่พบการลุกลามของรอยโรคลิวโคเพลเคียเพิ่มมากขึ้น ผลจากรายงานการศึกษานี้สนับสนุนแนวทางการรักษาเชิงอนุรักษ์สำหรับโรคสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา ระยะเริ่มต้นและรอยโรคลิวโคเพลเคีย และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการรักษาในระยะยาว

**คำสำคัญ:** โรคมะเร็งช่องปากชนิดสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา, นอนโฮโมจีเนียสลิวโคเพลเคีย, รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก

\*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจตุรัส สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ



## Early Stage Oral Squamous Cell Carcinoma with an Adjacent Non-homogeneous Leukoplakia: A Case Report

Dechawat Kaewsiri D.D.S., M.S.\*

### Abstract

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is the most common oral cancer. It is mostly found in people age 50 or over. The common sites generally found are lateral tongue and floor of mouth. Risk factors of the disease are tobacco smoking, alcohol drinking and betel nut chewing. Prior to malignant transformation, OSCC mostly occur as potentially malignant disorder (PMD) such as leukoplakia. Early OSCC has a good prognosis and is curable by surgical treatment. Whereas, in management of leukoplakia, there is no clear evidence that suggests the most effective treatment modality to prevent malignant transformation.

This report demonstrated a case of early OSCC with an adjacent non-homogeneous leukoplakia, affecting right lateral tongue, floor of mouth and lower edentulous ridge. Conservative surgical treatment was performed by total excision of cancerous lesion while the remaining leukoplakia was left untreated. After 1 year-follow-up period, no recurrence of OSCC and malignant transformation of leukoplakia were observed. The result of this case study supports conservative treatment modality for early OSCC and leukoplakia and suggests for further studies in long term outcome of the treatment.

**Keywords:** oral squamous cell carcinoma, non-homogeneous leukoplakia, potentially malignant disorder

---

\*Dental department, Chaturat hospital, Chaiyaphum Provincial Public Health Office

## บทนำ

โรคมะเร็งช่องปากและคอหอย เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 6 อัตราส่วนที่พบในเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1.5 : 1 พบมากในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป โรคมะเร็งช่องปากมีการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยทั่วโลกมีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ร้อยละ 50<sup>(1,2)</sup> มะเร็งช่องปากชนิดที่พบมากที่สุดคือสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma) ซึ่งเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงของเซลล์เคอราติโนไซต์ (oral keratinocyte) ที่อยู่ในชั้นเยื่อบุผิวช่องปาก<sup>(3)</sup> มักพบที่ลิ้นและพื้นช่องปาก<sup>(4,5)</sup> มีสาเหตุการเกิดเหมือนกับโรคมะเร็งอื่นๆ คือเกิดจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ปกติ ทำให้เกิดการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างควบคุมไม่ได้ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งหลายปัจจัย ได้แก่ การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, การเคี้ยวหมาก, การสัมผัสแสงแดด, และการขาดวิตามินและเกลือแร่บางชนิด<sup>(3,6)</sup>

การกลายพันธุ์ของเซลล์เยื่อบุผิวช่องปากจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื้อเยื่อได้หลายระดับ โดยมักเริ่มจากการเกิดดิสเพลเซียของชั้นเนื้อเยื่อบุผิว (epithelial dysplasia) จนพบลักษณะทางคลินิกเป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (oral potentially malignant disorder)<sup>(3,6)</sup> เช่น รอยโรคลิวโคเพลเคีย (leukoplakia) ซึ่งเป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากที่พบบ่อยที่สุด<sup>(7)</sup> โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ 1.) โฮโมจีเนียสลิวโคเพลเคีย (homogeneous leukoplakia) มีลักษณะเป็นรอยโรคสีขาว ผิวเรียบ อาจกนูนเล็กน้อย มีพื้นผิวและสีที่สม่ำเสมอ 2.)

นอนโฮโมจีเนียสลิวโคเพลเคีย (non-homogeneous leukoplakia) เป็นรอยโรคสีขาวปนแดง ลักษณะพื้นผิวไม่สม่ำเสมอ ลิวโคเพลเคียทุกประเภทมีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งโดยเฉลี่ยร้อยละ 9.7<sup>(7-10)</sup> โดยยังไม่ทราบสาเหตุของการเปลี่ยนเป็นมะเร็งที่แน่ชัด

เมื่อเซลล์เยื่อบุผิวที่ผิดปกติลุกลามผ่านชั้นเยื่อฐานเซลล์ (basement membrane) ไปยังชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) จะเกิดเป็นโรคมะเร็งสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา โดยมีลักษณะทางคลินิกที่รุนแรงขึ้น และอาจแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและก่อให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ ได้ การพยากรณ์โรคของสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค<sup>(2,3,6)</sup> โดยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็ก ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น จะมีการพยากรณ์โรคที่ดีและมีวิธีการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก มักใช้การผ่าตัดอย่างเดียวหรือการฉายรังสีรักษาอย่างเดียว<sup>(3,6)</sup> อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งส่วนใหญ่มักถูกวินิจฉัยได้ในระยะหลัง และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นแล้ว ทำให้การพยากรณ์โรคมะเร็งโดยรวมไม่ดี วิธีการรักษายุ่งยาก และมีอัตราการเสียชีวิตสูง<sup>(2-6,11)</sup>

ส่วนการจัดการรอยโรคลิวโคเพลเคีย ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือว่าการรักษาด้วยวิธีใดได้ผลดีที่สุด<sup>(6,12,13)</sup> โดยการรักษาด้วยการผ่าตัดรอยโรคเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด อย่างไรก็ตามบางกรณีอาจไม่สามารถผ่าตัดรอยโรคออกได้ทั้งหมด เช่น รอยโรคที่มีขนาดใหญ่หรือกระจายเป็นบริเวณ

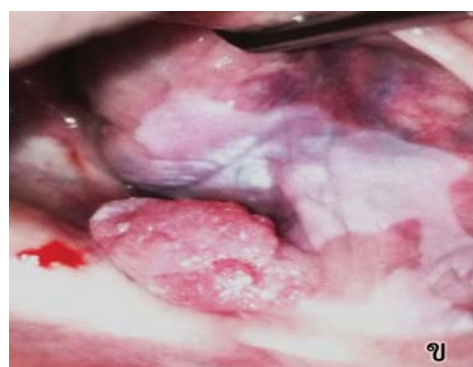


กว้าง, หรือในผู้ป่วยที่มีสถานะที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัด<sup>(7,12,14)</sup> โดยผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการแนะนำ ให้เลิกพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และควรตรวจติดตามลักษณะทางคลินิกของรอยโรคอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต<sup>(7,8)</sup>

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 76 ปี สถานภาพสมรส มาพบทันตแพทย์เนื่องจากมีก้อนเนื้อบวมขึ้นในช่องปาก มีอาการเจ็บเมื่อกัดโดน บวมขึ้นมาเรื่อยๆ ประมาณ 6 เดือน ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ มีประวัติเกี่ยวหมากมามากกว่า 50 ปี ปัจจุบันเลิกเคี้ยวตั้งแต่พบว่ามีก้อนเนื้อในปาก

ตรวจภายนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ อ้าปากได้ปกติ ตรวจภายในช่องปากพบรอยโรคสีขาวปนแดง ผิวขรุขระ ยกนูนเป็นก้อน ขนาด 20 x 12 มม. บริเวณสันเหงือกกว้างตำแหน่งฟันซี่ 47-48 ล้อมรอบด้วยรอยโรคสีขาวผิวเรียบ เช็ดไม่ออก ขอบเขตตั้งแต่บริเวณสันเหงือกกว้างตำแหน่งฟันซี่ 43-48, พื้นช่องปากด้านขวา และข้างลิ้นด้านขวา ขนาดรวมประมาณ 400 ตารางมิลลิเมตร ตรวจทางภาพรังสีไม่พบความผิดปกติที่กระดูกสันเหงือก จากข้อมูลการตรวจเบื้องต้นให้การวินิจฉัยทางคลินิกเป็นรอยโรคนอนโฮโมจีเนียสลิวโคเพลเคีย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ก. รอยโรคนอนโฮโมจีเนียสลิวโคเพลเคียบริเวณข้างลิ้น, พื้นช่องปาก, และสันเหงือกกว้างด้านล่างขาตั้งแต่ตำแหน่งฟันซี่ 43-48

ทำการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาชิ้นต้นโดยการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อส่งตรวจ (incisional biopsy) ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งชนิดเวอร์รุคัสคาร์ซิโนมา (verrucous carcinoma) และพบดิสเพลเซียของเซลล์เยื่อช่องปากระดับปานกลาง (moderate epithelial dysplasia) อยู่ ร อ บ ร อ ย

โรคมะเร็ง เนื่องจากรอยโรคมะเร็งมีขนาดเล็ก และไม่พบลักษณะของต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ (cTINOM0) จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดรอยโรคมะเร็งภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ส่วนรอยโรคลิวโคเพลเคีย เนื่องจากรอยโรคมีขอบเขตกว้างและอยู่บริเวณข้างลิ้นซึ่งอาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ของลิ้น

หากตัดออกทั้งหมด จึงวางแผนติดตามการลุกลามของรอยโรคอย่างต่อเนื่องโดยไม่ทำการผ่าตัด และพิจารณาทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจซ้ำหากลักษณะทางคลินิกมีการเปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรอยโรคมะเร็งโดยใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 15 ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ (อาร์ติเคน 4% ผสมอีพิเนฟริน สัดส่วน 1:100,000 ปริมาตร 3 มิลลิลิตร) โดยมีขอบเขตการผ่าตัดห่างจากขอบของรอยโรคมะเร็งโดยรอบอย่างน้อย 5

มิลลิเมตร และลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) (รูปที่ 2) ทำการเย็บปิดแผลแบบปฐมภูมิ (primary closure) (รูปที่ 3) ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้รับยาแก้ปวด (ไอบูโพรเฟน 400 มก. ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง) ,และยาปฏิชีวนะ (อะม็อกซิซิลลิน 500 มก. ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง) และทำการส่งชิ้นเนื้อไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอีกครั้ง (รูปที่ 4)



รูปที่ 2 ขอบเขตการผ่าตัดรอยโรคมะเร็ง



รูปที่ 3 ภายหลังการเย็บปิดแผลแบบปฐมภูมิ



รูปที่ 4 รอยโรคมะเร็งที่ทำการผ่าตัดออก

ภายหลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัดและตัดไหม ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมเล็กน้อยเป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด ตรวจในช่องปากพบว่าเหงือกบริเวณที่ทำการ

ผ่าตัดมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อ รอยโรคลิ่วโคเพลเคียรอบบริเวณที่ทำการผ่าตัดมีลักษณะทางคลินิกคงเดิม (รูปที่ 5 ก.) ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาสุดท้ายให้การวินิจฉัยเป็นมะเร็ง





ชนิดสความัสเซลล์คาร์ซิโนมาระยะเริ่มต้น (Early invasive squamous cell carcinoma) โดยพบกลุ่มเซลล์มะเร็งในชั้น subepithelial และไม่พบในชั้น deep connective tissue โดยมีขอบเขตของชั้นเนื้อที่ตัดห่างจากรอยโรคมะเร็งโดยรอบ 4-6 มิลลิเมตร

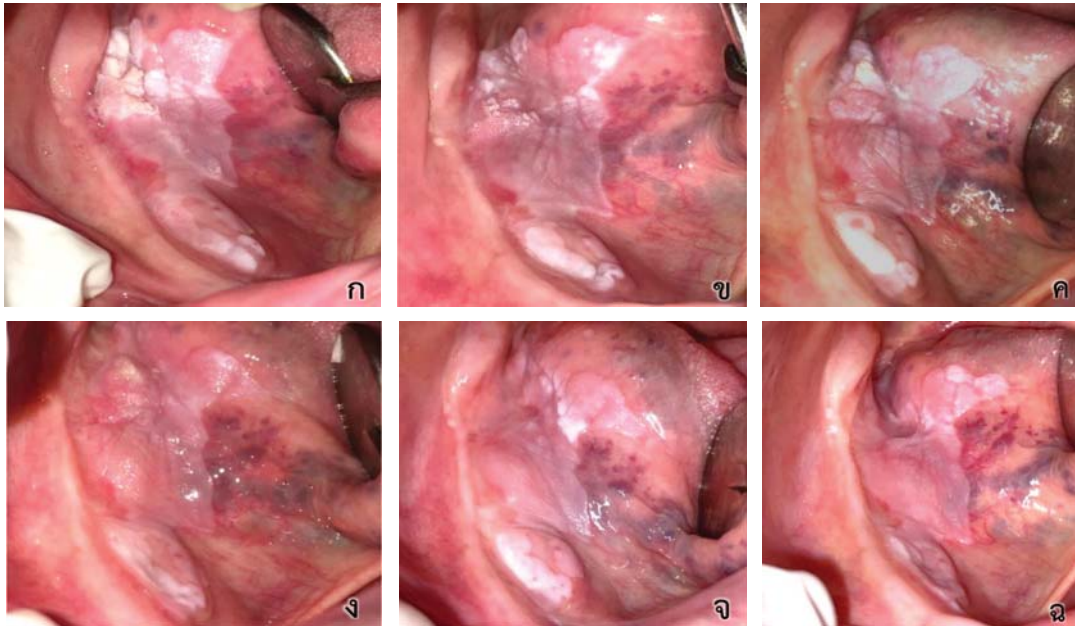
ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามการรักษาเป็นประจำทุกเดือน ภายหลังการผ่าตัด 6 เดือน ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาซ้ำบริเวณที่ผิวขรุขระ ผลตรวจพบ verrucous hyperplasia และดิสเพลเซียของเซลล์เยื่อช่องปาก โดยไม่พบเซลล์มะเร็ง จากการติดตามทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง 1 ปี ไม่พบการลุกลามของรอยโรคมะเร็ง (รูปที่ 5) ผลตรวจทางภาพรังสีไม่พบความผิดปกติที่กระดูกสันหลังอก แผนการรักษาต่อไปคือนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจทุก 3 เดือน เพื่อติดตามการลุกลามของรอยโรคและทำการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาซ้ำหากลักษณะทางคลินิกมีการเปลี่ยนแปลง

### บทวิจารณ์

โรคมะเร็งในช่องปากและรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก มีอาการแสดงทางคลินิกได้หลายแบบซึ่งอาจคล้ายคลึงกับรอยโรคอื่นๆ ของเนื้อเยื่อในช่องปาก<sup>(6)</sup> ทันตแพทย์ควรทำการซักประวัติอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งและทำการส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพิ่มเติมในรายที่มีความเสี่ยง<sup>(12)</sup> โดยเป้าหมายของการรักษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากคือการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะแรกของโรคหรือตั้งแต่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก และให้การรักษาย่างรวดเร็วเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย<sup>(6,13)</sup>

จากรายงานผู้ป่วยในบทความนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากคือการเคี้ยวหมากมากกว่า 50 ปี ส่วนผสมต่างๆ ที่ใช้ในการเคี้ยวหมากประกอบด้วยสารก่อมะเร็งที่เป็นพิษต่อเซลล์ หากมีการสัมผัสกับเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นเวลานาน จะทำให้มีเซลล์ที่กลายพันธุ์เพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิดเป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากหรือมะเร็งช่องปากได้<sup>(15)</sup> จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่เคี้ยวหมากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุมากกว่า 55 ปี จะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่เคี้ยวหมาก 4.11 เท่า<sup>(16)</sup> และส่วนผสมที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดมะเร็งมากที่สุดคือปูนแดง (red lime, calcium hydroxide) โดยทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 10.67 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Siddiqi และคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคี้ยวหมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่เคี้ยวหมาก 3.94 เท่า โดยผู้ป่วยในรายงานนี้ได้เลิกพฤติกรรมเคี้ยวหมากแล้วตั้งแต่สังเกตเห็นรอยโรคในปาก จึงเป็นการกำจัดปัจจัยเสี่ยงและทำให้มีการพยากรณ์โรคดีขึ้น



รูปที่ 5 การตรวจติดตามลักษณะทางคลินิกภายหลังการผ่าตัด ก.) 2 สัปดาห์  
ข.) 1 เดือน ค.) 3 เดือน ง.) 6 เดือน จ.) 9 เดือน ฉ.) 1 ปี

ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคที่พบในผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะเป็นนอนโฮโมจีเนียสลิโวโคเพลเซียที่มีขนาดใหญ่กว่า 200 ตารางมิลลิเมตร พบที่บริเวณเหงือก ลิ้น และพื้นช่องปาก ซึ่งลักษณะดังกล่าวจัดเป็นลักษณะที่มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งสูง<sup>(7,9,12,13)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Warnakulasuriya และ Ariyawardana<sup>(18)</sup> พบว่ารอยโรคนอนโฮโมจีเนียสลิโวโคเพลเซียมีอัตราการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง ร้อยละ 14.5 ซึ่งมากกว่ารอยโรคโฮโมจีเนียสลิโวโคเพลเซีย (ร้อยละ 3) อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนตำแหน่งที่พบว่ารอยโรคลิโวโคเพลเซียมีการเปลี่ยนเป็นมะเร็งมากที่สุดคือลิ้น (ร้อยละ 24.22) และรอยโรคที่มีขนาดใหญ่เกิน 200 ตารางมิลลิเมตร มีอัตราการเปลี่ยนเป็นมะเร็งมากกว่ารอยโรคที่มีขนาดเล็กกว่า จากลักษณะดังกล่าวจึงพิจารณาตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อส่งตรวจ

ทางจุลพยาธิวิทยา ก่อน ซึ่งเป็นวิธีการจัดการเบื้องต้นของรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากที่มีขนาดใหญ่ และเกิดที่อวัยวะสำคัญ<sup>(19)</sup>

ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาชิ้นต้นพบคิสเพลเซียของเซลล์เยื่อช่องปากระดับปานกลาง ร่วมกับมะเร็งชนิดเวร์รูคัสคาร์ซิโนมา ซึ่งจัดเป็นชนิดย่อยของสความัสเซลล์คาร์ซิโนมาที่พบได้น้อย มักพบในผู้ที่สูบบุหรี่หรือเคี้ยวหมาก มีการพยากรณ์โรคที่ดีเนื่องจากมีระดับการเปลี่ยนสภาพของเซลล์ต่ำ (well differentiation) มีการลุกลามไปยังชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้น้อย และรักษาได้ด้วยการผ่าตัด<sup>(20-22)</sup> ภายหลังการผ่าตัดและส่งชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบว่าได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา ระยะเริ่มต้นอยู่ในบริเวณที่เป็นเวร์รูคัสคาร์ซิโนมา ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานว่าอาจ





พบความถี่เซลล์คาร์ซิโนมาขนาดเล็กร่วมกับเวอร์  
รูกัสคาร์ซิโนมาได้ ร้อยละ 20 ของรอยโรคเวอร์รูกัส  
คาร์ซิโนมา<sup>(23)</sup>

โรคสความัสเซลล์คาร์ซิโนมามีโอกาสเกิด  
ซ้ำได้ถึง ร้อยละ 38.2<sup>(24)</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกา  
สเกิดซ้ำได้สูงคือ รอยโรคมะเร็งที่มีขนาดใหญ่<sup>(3,5)</sup> การ  
ผ่าตัดรอยโรคมะเร็งออกไม่หมด(4,11,24) การ  
ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง<sup>(3,25)</sup> และการพบลักษณะ  
ทางจุลพยาธิวิทยาที่มีความเสี่ยงสูง<sup>(3-5)</sup> อย่างไรก็ตาม  
รอยโรคของผู้ป่วยจัดอยู่ในระยะเริ่มต้นที่ยังไม่พบ  
การลุกลามไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่นๆ และได้  
ผ่าตัดรอยโรคส่วนที่เป็นสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา  
ออกทั้งหมดแล้ว ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดซ้ำต่ำ  
<sup>(11,24)</sup> จึงพิจารณาตรวจติดตามรอยโรคโดยไม่ทำการ  
รักษาเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dik  
และคณะ<sup>(11)</sup> ที่แนะนำว่าไม่มีความจำเป็นต้องให้การ  
รักษาเพิ่มเติมในกรณีที่ทำกรผ่าตัดได้ระยะห่างจาก  
รอยโรคโดยรอบมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร  
และพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปัจจัย  
อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจติดตาม  
อาการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีโอกาสเกิด  
โรคมะเร็งซ้ำจากการที่มีเซลล์มะเร็งเหลืออยู่ใน  
บริเวณที่ลักษณะทางคลินิกยังไม่เปลี่ยนแปลงหรือ  
บริเวณที่ไม่ได้ตรวจทางจุลพยาธิวิทยาได้<sup>(5)</sup> โดย  
ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาใน  
บริเวณที่น่าสงสัยซ้ำแล้วและไม่พบเซลล์มะเร็ง

ถึงแม้ว่าจะได้รับการผ่าตัดรอยโรคที่เป็น  
มะเร็งออกแล้ว แต่ผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ยังมีรอย  
โรคลิวโคเพลเซียที่มีดิสเพลเซียของเซลล์เยื่อบุผิว  
เหลืออยู่เป็นบริเวณกว้าง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มี

หลักฐานบ่งชี้ว่าการรักษาด้วยวิธีใดช่วยป้องกันการ  
เปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ดีที่สุด<sup>(12,13)</sup> โดยการรักษาด้วย  
การผ่าตัดเป็นที่นิยมมากที่สุด จากการศึกษาของ  
Mehanna และคณะ<sup>(14)</sup> พบว่าการผ่าตัดรอยโรคคิ  
สเพลเซียของเซลล์เยื่อบุช่องปาก ช่วยลดอัตราการ  
เปลี่ยนเป็นมะเร็งจากร้อยละ 14.5 เหลือร้อยละ 5.4  
อย่างไรก็ตามบางกรณีอาจไม่สามารถกำจัดรอย  
โรคคิสเพลเซียออกทั้งหมดได้ เช่น รอยโรคที่มี  
ขนาดใหญ่หรือมีการกระจายเป็นบริเวณกว้าง หรือ  
กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัด<sup>(7)</sup>  
ในทางกลับกัน มีหลายการศึกษาที่พบว่ากรักษา  
รอยโรคคิสเพลเซียของเยื่อบุผิวด้วยการผ่าตัดไม่ได้  
ช่วยลดอัตราการเปลี่ยนเป็นมะเร็งของรอยโรค และ  
แนะนำให้ตรวจติดตามลักษณะทางคลินิกแทนการ  
ผ่าตัดในรอยโรคที่มีขนาดใหญ่<sup>(9,26)</sup> Holmstrup และ  
คณะ<sup>(9)</sup> พบว่ารอยโรคนอนโฮโมจีเนียสลิโว  
เพลเซียที่ไม่ได้ทำการผ่าตัด มีการลดความรุนแรงลง  
โดยเปลี่ยนเป็นโฮโมจีเนียสลิโวเพลเซีย ร้อยละ 55  
และรอยโรคหายไปได้เอง ร้อยละ 20 ซึ่งอาจ  
สัมพันธ์กับการกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆไปแล้ว

ผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ได้รับการตรวจ  
ติดตามทางคลินิกอย่างต่อเนื่องโดยไม่ผ่าตัดรอยโร  
คลิโวเพลเซีย เนื่องจากการผ่าตัดรอยโรคที่มีขนาด  
ใหญ่อาจส่งผลเสียต่อรูปร่างและการทำหน้าที่ของ  
อวัยวะในช่องปากได้ อีกทั้งผู้ป่วยได้รับการกำจัด  
ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งแล้ว ได้แก่การเลิก  
สูบบุหรี่ และการผ่าตัดรอยโรคที่มีเซลล์มะเร็ง  
ออกทั้งหมด<sup>(7,26,27)</sup> ส่วนรอยโรคที่เหลืออยู่มีคิ  
สเพลเซียของเยื่อบุผิวระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่ง  
จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง





คำ<sup>(27)</sup> แต่เนื่องจากระยะเวลาในการเปลี่ยนเป็นมะเร็งของรอยโรคกลุ่มนี้ยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงควรตรวจติดตามการลุกลามของรอยโรคไปตลอดชีวิต<sup>(8,9,27)</sup> รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิดซ้ำของสความัสเซลล์คาร์ซิโนมาด้วย หากมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งซ้ำ ควรรีบทำการประเมินขอบเขตและผ่าตัดบริเวณดังกล่าวออกเพื่อป้องกันการลุกลามของมะเร็งไปยังเนื้อเยื่ออื่นๆ ซึ่งทำให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การฉายรังสีรักษา การผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง หรือการผ่าตัดลิ้นและขากรรไกร ซึ่งทำให้เกิดความพิการต่อผู้ป่วยและทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง

#### สรุปผลการศึกษา

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากคือการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะแรกของโรคหรือตั้งแต่พบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยการวางแผนการรักษาควรคำนึงถึงทั้งการกำจัดเซลล์มะเร็งออกทั้งหมดและการลดความพิการของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาด้วย รายงานกรณีศึกษานี้ได้นำเสนอวิธีการรักษาเชิงอนุรักษ์สำหรับผู้ป่วยที่มีรอยโรคลิ่วโคเพลเคียนขนาดใหญ่และโรคสความัสเซลล์คาร์ซิโนมาในระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีในระยะเวลา 1 ปี ผลจากรายงานการศึกษานี้สนับสนุนแนวทางการรักษาเชิงอนุรักษ์สำหรับโรคสความัสเซลล์คาร์ซิโนมาในระยะเริ่มต้นและรอยโรคลิ่วโคเพลเคียน และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการรักษาเชิงอนุรักษ์ในระยะยาว

#### เอกสารอ้างอิง

1. Warnakulasuriya S. (2009). **Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer.** Oral Oncol, 45(4-5):309-16.
2. Feller L, Lemmer J. (2012). **Oral squamous cell carcinoma: epidemiology, clinical presentation and treatment.** J Cancer Ther, 3(4):263-8.
3. Genden EM, Ferlito A, Silver CE, Takes RP, Suárez C, Owen RP, et al. (2010). **Contemporary management of cancer of the oral cavity.** Eur Arch Otorhinolaryngol, 267(7):1001-17.
4. Yanamoto S, Yamada S, Takahashi H, Yoshitomi I, Kawasaki G, Ikeda H, et al. (2012). **Clinicopathological risk factors for local recurrence in oral squamous cell carcinoma.** Int J Oral Maxillofac Surg, 41(10):1195-200.
5. Brandwein-Gensler M, Teixeira MS, Lewis CM, Lee B, Rolnitzky L, Hille JJ, et al. (2005). **Oral squamous cell carcinoma: histologic risk assessment, but not margin status, is strongly predictive of local disease-free and overall survival.** Am J Surg Pathol, 29(2):167-78.
6. Scully C, Bagan J. (2009). **Oral squamous cell carcinoma overview.** Oral Oncol, 45(4-5):301-8.



7. Kuribayashi Y, Tsushima F, Morita KI, Matsumoto K, Sakurai J, Uesugi A, et al. (2015). **Long-term outcome of non-surgical treatment in patients with oral leukoplakia.** Oral Oncol, 51(11):1020-5.
8. Field EA, McCarthy CE, Ho MW, Rajlawat BP, Holt D, Rogers SN, et al. (2015). **The management of oral epithelial dysplasia: The Liverpool algorithm.** Oral Oncol, 51(10):883-7.
9. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. (2006). **Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions.** Oral Oncol, 42(5):461-74.
10. Pinto AC, Carames J, Francisco H, Chen A, Azul AM, Marques D. (2020). **Malignant transformation rate of oral leukoplakia-systematic review.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 129(6):600–11.
11. Dik EA, Willems SM, Ipenburg NA, Adriaansens SO, Rosenberg AJ, van Es RJ. (2014). **Resection of early oral squamous cell carcinoma with positive or close margins: relevance of adjuvant treatment in relation to local recurrence: margins of 3 mm as safe as 5 mm.** Oral Oncol, 50(6):611-5.
12. Van der Waal I. (2009). **Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management.** Oral Oncol, 45(4-5):317-23.
13. Lodi G, Sardella A, Bez C, Demarosi F, Carrasi A. (2006). **Interventions for treating oral leukoplakia.** Cochrane Database Syst Rev, (4):CD001829.
14. Mehanna HM, Rattay T, Smith J, McConkey CC. (2009). **Treatment and follow-up of oral dysplasia-a systematic review and meta-analysis.** Head Neck, 31(12):1600-9.
15. Jeng JH, Chang MC, Hahn LJ. (2001). **Role of areca nut in betel quid-associated chemical carcinogenesis: current awareness and future perspectives.** Oral Oncol, 37(6):477-92.
16. Loyha K, Vatanasapt P, Promthet S, Parkin DM. (2012). **Risk factors for oral cancer in northeast Thailand.** Asian Pac J Cancer Prev, 13(10):5087-90.
17. Siddiqi K, Husain S, Vidyasagaran A, Readshaw A, Mishu MP, Sheikh A. (2020). **Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: An updated analysis of data from 127 countries.** BMC Med, 18(1):222.



18. Warnakulasuriya S, Ariyawardana A. (2016). **Malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies.** J Oral Pathol Med, 45(3):155-66.
19. Bailey JS, Blanchaert Jr RH, Ord RA. (2001). **Management of oral squamous cell carcinoma treated with inadequate excisional biopsy.** J Oral Maxillofac Surg, 59(9):1007-10.
20. Mehrotra D, Goel M, Kumar S, Pandey R, Ram H. (2012). **Oral verrucous lesions: Controversies in diagnosis and management.** J Oral Biol Craniofac Res, 2(3):163-9.
21. McCoy JM, Waldron CA. (1981). **Verrucous carcinoma of the oral cavity: a review of forty-nine cases.** Oral Surg, 52(6):623-9.
22. Cunha JLS, Pontes CGC, da Fonte JBM, Guedes SAG, de Melo MDFB, de Albuquerque-Júnior RLC. (2017). **Verrucous carcinoma with foci of invasive squamous cell carcinoma: report of a case and discussion of current concepts.** J Oral Diag, 2:e20170019.
23. Shergill AK, Solomon MC, Carnelio S, Kamath AT, Aramanadka C, Shergill GS. (2015). **Verrucous carcinoma of the oral cavity: Current concepts.** Int J Sci Study, 3(3):114-8.
24. Anderson CR, Sisson K, Moncrieff M. (2015). **A meta-analysis of margin size and local recurrence in oral squamous cell carcinoma.** Oral Oncol, 51(5):464-9.
25. Barry CP, Ahmed F, Rogers SN, Lowe D, Bekiroglu F, Brown JS, et al. (2015). **Influence of surgical margins on local recurrence in T1/T2 oral squamous cell carcinoma.** Head Neck, 37(8):1176-80.
26. Arduino PG, Surace A, Carbone M, Elia A, Massolini G, Gandolfo S, et al. (2009). **Outcome of oral dysplasia: a retrospective hospital-based study of 207 patients with a long follow-up.** J Oral Pathol Med, 38(6):540-4.
27. Nankivell P, Mehanna H. (2011). **Oral dysplasia: biomarkers, treatment, and follow-up.** Curr Oncol Rep, 13(2):145-52.