

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ศราวุธ นนทะศิลา¹, สุพจน์ คำสะอาด², รักศักดิ์ อำไพพันธ์³, ณัฐลี โรส น้อยสุวรรณ⁴, ธิดา รัตนวิไลศักดิ์⁴

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาขาสถิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³แผนกโสต คอ นสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

⁴กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

Survival Rate of Oral Cancer Patients after Diagnosis in Buriram Hospital, Buriram Province

Sarawoot Nontasila¹, Supot Kamsa-ard², Raksak Amphaiphon³, Natalie Rose Noisuwan⁴, Thida Ratanawilaisak⁴

¹Master student of Master of Public Health Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

³Otolaryngology, Buriram Hospital, Buriram province

⁴Dental department, Buriram Hospital, Buriram province

Received: 15 May 2020

Accepted: 7 August 2020

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคมะเร็งช่องปาก (Oral cancer, OC) ปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จังหวัดบุรีรัมย์ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา: ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น OC รหัสโรคมะเร็งสากล (C00-C06) และได้รับการยืนยันผลพยาธิวิทยา ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 ติดตามสถานะสุดท้ายถึงปี พ.ศ. 2562 จำนวน 339 ราย วิเคราะห์อัตรารอดชีพ โดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอค่ามัธยฐานการรอดชีพและช่วงเชื่อมั่น 95 % สถิติทดสอบโดย Log-rank test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย OC 339 ราย ระยะติดตาม 444 รายต่อปี เสียชีวิต 261 ราย อัตราเสียชีวิต 59.0 ต่อ 100 รายต่อปี (95% CI ; 52.1 - 66.6) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 0.83 ปี (95% CI ; 0.70 - 0.96) อัตรารอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 43.9 (95% CI ; 38.5 - 49.1), ร้อยละ 25.0 (95% CI ; 20.2 - 30.0) และร้อยละ 14.8 (95% CI ; 10.0 - 20.4) ตามลำดับ

สรุป: อัตรารอดชีพผู้ป่วยมะเร็ง OC หลังการวินิจฉัยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระยะเวลา 5 ปีต่ำ ดังนั้นการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีความจำเป็น การตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการค้นหา

Background and Objective: Oral cancer (OC) is one of the head and neck cancers. Nowadays, the OC trended to be increased, and there was no study about the survival rate of OC patients in Buriram province. Therefore, the objective of this study was to determine the survival rate of OC after diagnosis in Buriram hospital, Buriram province.

Methods: Data of patients with OC were retrieved from the Buriram hospital-based cancer registry. OC is an International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition; C00 – C06. Patients with OC who were histologically proved and admitted to the Buriram Hospital (2014-2018) and followed up until 2019 of 339 cases. Survival rate were estimated by the Kaplan-Meier method. We reported by median survival time and 95% confidence interval. Comparison group of survival rate were estimated by Log-rank test.

Result: Of 339 OC patients which follow-up time was 444 person-year, and died during the study were 261 cases, corresponding to mortality (Case-fatality) rate of 59.0 per 100 person-year. (95% CI; 52.1 - 66.6). The median survival of OC was 0.83 years (95% CI; 0.70 - 0.96). The overall survival experience of 1, 3 and 5

*Corresponding author : Supot Kamsa-ard, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. E-mail: supot@kku.ac.th

ปัจจัยในเชิงลึกต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งช่องปาก; อัตรารอดชีพ; ทะเบียนมะเร็ง

ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(6): 753-759. • Srinagarind Med J 2020; 35(6): 753-759.

บทนำ

โรคมะเร็ง คือ โรคของเนื้อเยื่อที่โตผิดปกติหรือมีจำนวนมากผิดปกติ จนลุกลามอวัยวะข้างเคียงและแพร่กระจายไปทำลายอวัยวะอื่น ๆ โรคมะเร็งช่องปาก (Oral cancer; OC) เป็นโรคมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอ ร้อยละ 90.0 เป็นมะเร็งเนื้อเยื่อผิวหนังชนิด Squamous cell carcinoma ซึ่งสามารถแพร่กระจายผ่านระบบน้ำเหลือง ไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอและอวัยวะอื่น ๆ ได้ โรค OC พบบ่อยที่สุดคือ บริเวณลิ้น รองลงมาได้แก่ โคนลิ้น ริมฝีปาก เหงือก และฟันปาก¹ ในปี พ.ศ. 2555 มีการรายงานผู้ป่วย OC รายใหม่ทั่วโลก จำนวน 369,200 ราย และเสียชีวิตจำนวน 145,300 รายต่อปี พบอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (Age standardized incidence rate, ASR) ที่สูงที่สุด คือ เอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และบางประเทศในยุโรป² จากข้อมูลอุบัติการณ์โรคมะเร็ง 5 ทวีป ฉบับล่าสุด ปี พ.ศ. 2560 พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วย OC รายใหม่ (รหัสโรคสากล ICD-O-3 , C00 – C06) ของประเทศไทย จำนวนทั้งหมด 2,319 ราย เป็นเพศชาย 1,463 ราย และเพศหญิง 856 ราย³ สถิติจากหนังสือ Cancer in Thailand โดยใช้ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2544 – 2546, พ.ศ. 2547 – 2549, พ.ศ. 2550 – 2552, พ.ศ. 2553 – 2555, และระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2558 พบว่า เพศชาย ASR เท่ากับ 4.5, 3.6, 3.6, 5.1 และ 5.5 ต่อแสนประชากรชายต่อปี ส่วนเพศหญิง ASR เท่ากับ 3.7, 4.8, 4.9, 3.6 และ 4.3 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มของค่า ASR ที่สูงขึ้น⁴⁻⁸ โรค OC มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งจังหวัดบุรีรัมย์ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย OC ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมุ่งศึกษาอัตราการรอดชีพผู้ป่วย OC ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะหน่วยงานที่ให้การวินิจฉัยและรักษา OC ตลอดจนการควบคุมและป้องกัน OC ในระดับชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (Buriram hospital-based cancer

years were 43.9% (95% CI; 38.5 - 49.1), 25.0 % (95% CI; 20.2 - 30.0), and 14.8 % (95% CI; 10.0 - 20.4), respectively.

Conclusion: The 5-years survival rate of OC after diagnosis at Buriram hospital was low. Therefore, primary and secondary prevention are needed. Screening program for early detection are required for improving the survival rate. Including the factors affecting to OC need to be focus.

Keyword: Oral cancer; Survival rate; Cancer registry

registry) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น OC ตามรหัสโรคมะเร็งสากล C00 – C06 (The International Classification of Diseases for Oncology, third edition , ICD-O-3 ; C00 – C06) และได้รับการยืนยันผลทางพยาธิวิทยา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 จำนวนทั้งหมด 339 ราย หลังจากนั้นติดตามผู้ป่วย OC ทุกรายอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายการมีชีวิต ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ตรวจสอบสถานะข้อมูลผู้เสียชีวิตจากระบบทะเบียนฐานข้อมูลประชากรและสถานบริการกึ่งยุทธศาสตร์และแผนกระทรวงสาธารณสุข (สนบท.) โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยในการเชื่อมโยงข้อมูล ข้อมูลที่ได้ คือ วัน เดือน ปีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 632038 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์และดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ เลขที่ บร.0032.102.1/12

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร ลักษณะโรค กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลแจกแจงนำเสนอ จำนวนและร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) วิเคราะห์อัตราการรอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพและช่วงเชื่อมั่น 95 % สถิติทดสอบเพื่อเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพระหว่างกลุ่มโดย Log-rank test การประมวลผลโดยโปรแกรม STATA release 12.0

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและลักษณะโรค กลุ่มผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561

ลักษณะทางประชากร ส่วนมากเป็นเพศชาย 182 ราย (ร้อยละ 53.7) อายุเฉลี่ยผู้ป่วย 64.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.9) โดยพบผู้ป่วยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีมากที่สุด

จำนวน 216 ราย (ร้อยละ 63.7) ส่วนสถานะภาพ พบว่า ส่วนมากเป็นสถานะภาพสมรส 276 ราย (ร้อยละ 81.4) ลักษณะเกี่ยวกับโรคผู้ป่วย OC ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชนิดของเซลล์พยาธิวิทยา Squamous cell carcinoma เป็นชนิดที่พบมากที่สุด จำนวน 275 ราย (ร้อยละ 81.1) ปีที่วินิจฉัย 2561 พบผู้ป่วยมากที่สุด 90 ราย (ร้อยละ 26.6) ตำแหน่งมะเร็งที่ลิ้น พบมากที่สุด จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 44.5) วิธีการวินิจฉัย พบการตรวจแบบตรวจเนื้ออวกปฐมภูมิ มากที่สุด 274 ราย (ร้อยละ 80.8) ลักษณะของพยาธิวิทยา พบมากที่สุด คือ Well differentiated จำนวน 169 ราย (ร้อยละ 49.9) รองลงมาคือ Moderately differentiated จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 23.3) ระยะของโรค ส่วนใหญ่พบระยะที่ 4 จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 33.9) รองลงมาคือระยะที่ 3 จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 25.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้าย มีการกระจายแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง จำนวน 166 ราย (ร้อยละ 49.0) และยังคงพบว่าการรักษาแบบผสมผสาน มากที่สุด จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 28.9) รองลงมาคือ การรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 26.8) (ตารางที่ 1)

การตายและค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพหลังการวินิจฉัยผู้ป่วย OC ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561

ผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย 339 ราย ในระยะติดตามทั้งหมด 444 รายต่อปี เสียชีวิต 261 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 59.0 ต่อ 100 รายต่อปี (95% CI ; 52.1 - 66.6) จากวิธีการหาอัตราการรอดชีพหลังการวินิจฉัยโดยวิธี Kaplan-Meier พบว่า ค่ามัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย เท่ากับ 0.83 ปี (95% CI ; 0.70 - 0.96) (ภาพที่ 1) อัตราการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัยในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 43.9 (95% CI ; 38.5 - 49.1), ร้อยละ 25.0 (95% CI ; 20.2 - 30.0) และร้อยละ 14.8 (95% CI ; 10.0 - 20.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบความแตกต่างการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561

พบว่า เพศ ระยะของโรค การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง การรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาแบบผสมผสาน มีอัตราการรอดชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value จาก Log rank test < 0.05) อย่างไรก็ตาม อายุ ลักษณะของพยาธิวิทยา ตำแหน่งของมะเร็ง การรักษาด้วยการฉายรังสี และการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีอัตราการรอดชีพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value จาก Log rank test > 0.05) ส่วนอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ของแต่ละปัจจัย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร ลักษณะของโรค ผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561 จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ) (n= 339)
เพศ	
ชาย	182 (53.7)
หญิง	157 (46.3)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 40	17 (5.0)
40 - 49	38 (11.2)
50 - 59	68 (20.1)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	216 (63.7)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	64.2 (13.89)
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด:สูงสุด)	65.0(19:95)
สถานะภาพ	
โสด	21 (6.2)
คู่	276 (81.4)
หม้าย / หย่า	9 (2.7)
ไม่ระบุ	33 (9.7)
ปีที่วินิจฉัย	
2557	72 (21.2)
2558	20 (5.9)
2559	70 (20.7)
2560	87 (25.7)
2561	90 (26.6)
วิธีการวินิจฉัย	
ซักประวัติและตรวจร่างกาย	47 (13.9)
รังสีวินิจฉัย ส่องกล้อง Ultrasound	7 (2.1)
ผ่าตัดหรือผ่าตัด โดยไม่มีผลชิ้นเนื้อ	3 (0.9)
Specific Biochem/ Immuno.test	1 (0.3)
ตรวจทางเซลล์หรือการตรวจเลือด	2 (0.6)
ตรวจชิ้นเนื้ออกที่แพร่กระจาย	5 (1.5)
ตรวจเนื้ออวกปฐมภูมิ	274 (80.8)
ชนิดของพยาธิวิทยา	
Squamous cell carcinoma, SCC	275 (81.1)
other	64 (18.9)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร ลักษณะของโรค ผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2561 จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ) (n= 339)
ตำแหน่งของมะเร็ง	
Lip (C00)	-
Tongue (C01 – C02)	151 (44.5)
Gum (C03)	64 (18.9)
Floor of mouth (C04)	26 (7.7)
Palate (C05)	16 (4.7)
Other and unspecified parts of mount (C06)	82 (24.2)
ลักษณะของพยาธิวิทยา	
Well differentiated	169 (49.9)
Moderately differentiated	79 (23.3)
Poorly differentiated	12 (3.5)
Not stated or not applicable	79 (23.3)
ระยะของโรค	
ระยะที่ 1	69 (20.4)
ระยะที่ 2	41 (12.1)
ระยะที่ 3	86 (25.4)
ระยะที่ 4	115 (33.9)
ไม่ทราบ	28 (8.3)
การแพร่กระจาย	
กระจายไปที่กระดูก	
ไม่กระจาย	337 (99.4)
กระจาย	2 (0.6)
กระจายไปที่สมอง	
ไม่กระจาย	337 (99.4)
กระจาย	2 (0.6)
กระจายไปที่ปอด	
ไม่กระจาย	337 (99.4)
กระจาย	2 (0.6)
กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง	
ไม่กระจาย	173 (51.0)
กระจาย	166 (49.0)

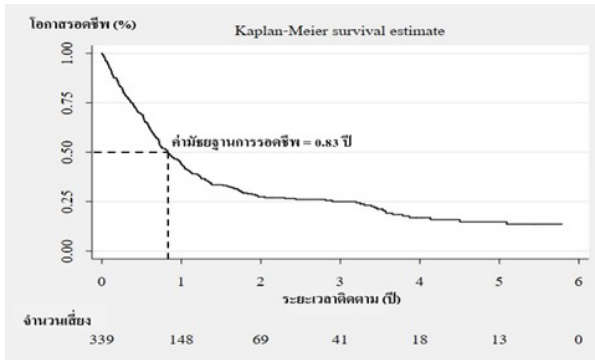
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร ลักษณะของโรค ผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2561 จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ) (n= 339)
กระจายไปที่อื่น	
ไม่กระจาย	337 (99.4)
กระจาย	2 (0.6)
วิธีการรักษา	
การผ่าตัด	
ไม่ได้รับ	248 (73.2)
ได้รับ	91 (26.8)
การฉายรังสี	
ไม่ได้รับ	287 (84.7)
ได้รับ	52 (15.3)
เคมีบำบัด	
ไม่ได้รับ	331 (97.6)
ได้รับ	8 (2.4)
รักษาแบบผสมผสาน	
ไม่ได้รับ	241 (71.1)
ได้รับ	98 (28.9)
รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ	
ไม่ได้รับ	311 (91.7)
ได้รับ	28 (8.3)
ไม่ทราบวิธีการรักษา	
ทราบ	277 (81.7)
ไม่ทราบ	62 (18.3)

*การรักษาแบบผสมผสาน (ผ่าตัดร่วมกับฉายรังสี, ผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด, ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด, ผ่าตัดร่วมกับฉายรังสีและเคมีบำบัด)

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ระยะเวลาในการรอดชีพ (ปี)	อัตราการรอดชีพ (ร้อยละ)	95%CI
1	43.9	38.5 - 49.1
3	25.0	20.2 - 30.0
5	14.8	10.0 - 20.4



รูปที่ 1 โค้งการรอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561

วิจารณ์

จากการศึกษาการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้ รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง 2561 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.7 อายุเฉลี่ย 64.2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาอื่น^{9,10} ที่พบผู้ป่วยมะเร็ง OC ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพราะมะเร็งช่องปากจะพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งที่บริเวณลิ้นร้อยละ 44.5 สอดคล้องกับอีกหลายการศึกษา⁹⁻¹¹ อัตรารอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ของ Kruaysawat และคณะ ค่ามัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วย OC 337 วัน อัตรารอดชีพ ในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 46.7, 26.4 และ 18.2 ตามลำดับ¹⁰ และยังมีการศึกษาของ เกียรติศักดิ์ ตันทวีเชียร และคณะ พบว่า ค่ามัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย 11.6 เดือน (95% CI ; 9.8 - 13.5) อัตรารอดชีพหลังการวินิจฉัย ในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี คือร้อยละ 47.0 (95% CI ; 36.4 - 56.9), ร้อยละ 24.6 (95% CI ; 15.7 - 34.4) และร้อยละ 21.5 (95% CI ; 13.0 - 31.2) ตามลำดับ¹² จะเห็นได้ว่าการ ศึกษาครั้งนี้และการศึกษาที่ผ่านมา มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ อัตรารอดชีพใกล้เคียงกัน อัตรารอดชีพในระยะเวลา 1 และ 3 ปี มีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากทำการศึกษา เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลิ้น และจำนวนขนาดตัวอย่างค่อนข้าง น้อย และบริบทของพื้นที่ต่างกัน จึงทำให้อัตรารอดชีพต่างกัน รวมทั้งยังมีการศึกษาของ Borsetto และคณะ พบอัตรารอดชีพในระยะเวลา 1 และ 5 ปี ร้อยละ 32.5 และ 12.1 ตามลำดับ¹³ และเปรียบเทียบกับการศึกษาของ ลักขณา สีนวลแล และคณะ ที่พบค่า มัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วย OC 2.50 ปี (95% CI ; 2.0 - 3.2) อัตรารอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี คือร้อยละ 65.8 (95% CI ; 63.35 - 68.2), ร้อยละ 48.2 (95% CI ; 45.5 - 50.8) และร้อยละ 31.9 (95% CI ; 29.18 - 34.58) ตามลำดับ⁹ จากการใช้ข้อมูลระดับประเทศที่มีการทำ ทะเบียนมะเร็งระดับชุมชน (Population-based cancer registry) และรายงานค่าอัตรารอดชีพสัมพัทธ์ (Relative survival) พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำปาง จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสงขลา มีอัตรารอดชีพสัมพัทธ์ในระยะ

เวลา 5 ปี เพศชาย พบร้อยละ 32.6, 36.5, 43.2, และ 40.0 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงพบ ร้อยละ 30.1, 44.5, 70.4 และ 60.1 ตามลำดับ¹⁴ ส่วนการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อัตรารอดชีพใน ระยะเวลา 5 ปี เพศชายร้อยละ 3.3 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 4.5 ซึ่งแตกต่างกันมาก เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างประชากร บริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา รวมทั้งวิธีการทางสถิติที่ปรับค่า การเสียชีวิตของประเทศไทย จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยจะมา พบแพทย์ในระยะที่มะเร็งมีการลุกลามไปมากแล้วทำให้การ รักษาที่มีประสิทธิภาพลดลงมากกว่าระยะเริ่มต้นของมะเร็ง การ รักษาจึงทำได้ยาก ทำให้การรอดชีพในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสั้นกว่า ผู้ป่วยที่มีระยะของโรคในระยะแรก ๆ หากผู้ป่วย OC มาพบ แพทย์ในระยะแรก ๆ จะสามารถรักษาให้หายได้ และสามารถ ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวขึ้นได้

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยมะเร็ง OC ที่ได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีอัตราการรอดชีพต่ำในระยะเวลา 5 ปี หลังการวินิจฉัย ทั้งนี้ เนื่องจากพบผู้ป่วย OC ในระยะสุดท้ายมากที่สุด (ระยะที่ 4) เป็นระยะลุกลามผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพน้อย ดังนั้น การ ป้องกันในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีความจำเป็นในการ ป้องกัน OC และการตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มแรก จะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีพสูงขึ้น รวมทั้งการค้นหายาในเชิงลึกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาล บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและขอขอบคุณ บุคลากรทุกท่านที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ หลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัย ขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. Montero PH, Patel SG, 2015. Cancer of the Oral Cavity. Surgical Oncology Clinics of North America 24, 491-508. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2015.03.006>
2. Ghantous Y, Abu Elnaaj I. Global incidence and risk factors of oral cancer. [WWW Document], n.d. 2017 Oct;156(10):645-649. Available from : URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29072384>
3. Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R, et al, editors 2017. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการรอดชีพผู้ป่วย OC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561

ตัวแปรที่ศึกษา	Median time (ปี) 95%CI	1 year		3 year		5 year		Log-rank test	p-value
		Survival function	95% CI	Survival function	95% CI	Survival function	95% CI		
อายุ								1.91	0.167
น้อยกว่า 60 ปี	0.96 (0.70 – 1.22)	48.0	(38.9 – 56.5)	30.5	(22.4 – 39.0)	15.3	(8.0 – 24.7)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	0.76 (0.64 – 0.88)	41.5	(34.8 – 48.0)	21.7	(16.0 – 28.0)	15.6	(9.9 – 22.6)		
เพศ								7.38	0.006
หญิง	0.98 (0.81 – 1.15)	46.9	(38.9 – 54.5)	32.9	(25.5 – 40.5)	25.6	(17.9 – 34.1)		
ชาย	0.74 (0.58 – 0.90)	41.2	(34.0 – 48.2)	18.1	(12.4 – 24.7)	7.4	(3.3 – 13.7)		
ลักษณะของพยาธิวิทยา								3.25	0.197
Well differentiated	0.99 (0.80 – 1.19)	49.5	(41.8 – 56.8)	27.5	(20.6 – 34.8)	13.7	(7.2 – 22.1)		
Moderately differentiated	0.74 (0.55 – 0.93)	39.2	(28.5 – 49.8)	19.1	(10.6 – 29.6)	14.4	(5.7 – 26.9)		
Poorly differentiated	0.87 (0.11 – 3.56)	41.7	(15.3 – 66.5)	33.3	(10.3 – 58.8)	NA	NA		
ระยะของโรค								76.64	<0.001
ระยะที่ 1	-	69.4	(57.0- 78.9)	64.1	(51.2 – 74.4)	53.4	(30.4 – 71.8)		
ระยะที่ 2	1.30 (0.85 – 1.75)	56.1	(39.7 – 69.6)	38.2	(23.4 – 52.8)	22.5	(8.3 – 41.0)		
ระยะที่ 3	0.96 (0.76 – 1.16)	46.5	(35.7 – 56.6)	19.9	(11.8 – 29.7)	10.0	(4.0 – 19.2)		
ระยะที่ 4	0.57 (0.48 – 0.67)	25.2	(17.7 – 33.4)	4.5	(1.7 – 9.5)	NA	NA		
ตำแหน่งของมะเร็ง								4.53	0.339
Tongue (C01 – C02)	0.80 (0.62 – 0.99)	42.2	(34.2 – 49.9)	22.4	(15.6 – 30.1)	12.9	(6.3 – 21.8)		
Gum (C03)	0.76 (0.47 – 1.05)	39.1	(29.2 – 58.2)	21.8	(9.9 – 36.6)	7.3	(0.6 – 25.6)		
Floor of mouth (C04)	0.74 (0.21 – 1.28)	46.2	(26.6 – 63.6)	12.3	(2.7 – 29.8)	NA	NA		
Palate (C05)	0.65 (0.37 – 0.93)	43.8	(19.8 – 65.6)	25.0	(7.8 – 47.2)	25.0	(7.8 – 47.2)		
Other and unspecified parts of mouth(C06)	1.01 (0.59 – 1.43)	50.0	(38.8 – 60.2)	36.7	(26.2 – 47.3)	27.2	(16.7 – 38.8)		
การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง								22.62	<0.001
ไม่แพร่กระจาย	1.05 (0.65 – 1.45)	52.4	(44.8 – 59.6)	39.7	(32.0 – 47.3)	25.1	(16.0 – 35.1)		
แพร่กระจาย	0.73 (0.59 – 0.86)	35.0	(27.8 – 48.2)	11.2	(6.9 – 16.8)	5.7	(2.5 – 10.8)		
วิธีการรักษา									
การผ่าตัด								58.19	<0.001
ไม่ได้รับ	0.67 (0.60 – 0.75)	34.3	(28.4 – 40.2)	13.2	(9.1 – 17.9)	5.2	(2.3 – 10.0)		
ได้รับ	4.13 (2.61 – 5.66)	70.2	(59.6 – 78.5)	60.7	(49.3 – 70.3)	46.7	(31.6 – 60.4)		
การฉายรังสี								0.31	0.575
ไม่ได้รับ	0.82 (0.68 – 0.96)	42.7	(37.0 – 48.4)	24.3	(19.2 – 29.8)	14.5	(9.4 – 20.7)		
ได้รับ	0.88 (0.51 – 1.25)	50.0	(35.9 – 62.61)	28.6	(17.1 – 41.2)	16.4	(6.2 – 30.7)		
วิธีการรักษา									
เคมีบำบัด								1.92	0.166
ไม่ได้รับ	0.83 (0.69 – 0.97)	44.0	(38.6 – 49.3)	25.7	(20.9 – 30.8)	15.2	(10.3 – 20.9)		
ได้รับ	0.52 (0.12 – 1.13)	37.5	(8.7 – 67.4)	NA	NA	NA	NA		
วิธีการรักษาแบบผสมผสาน								5.16	0.023
ไม่ได้รับ	0.86 (0.65 – 1.06)	46.4	(40.0 – 52.5)	30.9	(24.8 – 37.2)	18.8	(12.5 – 26.2)		
ได้รับ	0.81 (0.67 – 0.95)	37.8	(28.2 – 47.2)	12.1	(6.4 – 19.8)	7.0	(2.5 – 14.3)		

*NA คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะของโรค Stage 4 เสียชีวิตก่อนระยะเวลาดูตามครบ 5 ปี และ ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งของมะเร็ง Floor of mouth มีกลุ่มตัวอย่างที่ติดตามไม่ถึงระยะเวลาดูตามครบ 5 ปี

4. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn P, Suwanrungrung K, Sangrajrang S, et al, 2015. Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012. Bangkok: Bangkok Medical Publisher, Bangkok. 13-15.
5. Imsamran W, Pattatang A, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al, 2018. Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015. New Thammada Press (Thailand) Co., Ltd. 202 Soi Charoenkrung 57, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120 Thailand, Bangkok. 19-21.
6. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S, Cancer in Thailand Vol. VII, 2007-2009. Bangkok: Bangkok Medical Publisher, Bangkok, 2013: 15-17.
7. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Sangrajrang S, Cancer in Thailand Vol. VI, 2004-2006. Bangkok: Bangkok Medical Publisher, Bangkok, 2012: 10-12.
8. Khuhaprema T, Srivatanakul P, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Cancer in Thailand Vol. V, 2000-2003. Bangkok: Bangkok Medical Publisher, Bangkok, 2010: 10-12.
9. ลักขณา สีนวลแล, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, สุพรรณิ พรหมเทศ, สุพจน์ คำสะอาด. การรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิด Squamous cell carcinoma ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 1: 61 – 70.
10. Kruaysawat W, Aekplakorn W, Chapman RS. Survival time and prognostic factors of oral cancer in Ubon Ratchathani Cancer Center. J Med Assoc Thai 2010; 93(3): 278-284.
11. Asio J, Kamulegeya A, Banura C, Survival and associated factors among patients with oral squamous cell carcinoma (OSCC) in Mulago hospital, Kampala, Uganda. Cancers Head Neck 2018; 3: 9. doi.org/10.1186/s41199-018-0036-6.
12. เกียรติศักดิ์ ตัณฑวิเชียร, ชีรพร รัตนอนนทชัย, กมลวรรณ เจนวิถีสุข, สุพจน์ คำสะอาด. อัตรารอดชีพและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งลิ้น ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประสบการณ์ 8 ปี. การศึกษาและการฝึกอบรมตามหลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาโสต นาสิกวิทยา ของแพทยสภา, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, มปป. 2550.
13. Borsetto D, Higginson JA, Aslam A, Al Qamachi L, Dhanda J, Marioni G, et al, Factors affecting prognosis in locoregional recurrence of oral squamous cell carcinoma. J Oral Pathol Med 2019; 48: 206–213.
14. หัซซา ศรีปลั่ง. วิเคราะห์คุณภาพข้อมูลมะเร็งและศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งและความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เสริมสุขภาพ 2553 ; 1 : 48-56.

