

ผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช

ปานชนก แก้วกุล¹, สุรียน อู่ตระกูล²

พ.บ.,ว.ว.โสต ศอ นาสิกวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช¹

ภ.บ.Ph.D.M.Sc., สาขาการบริหารทางเภสัชกรรมสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์²

(วันรับบทความ : 9 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 5 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 12 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดขั้นตอนการรักษาใช้เวลานาน โดยเฉพาะเมื่อต้องส่งผู้ป่วยไปรับการฉายรังสีจากสถาบันอื่น ๆ ที่มีความพร้อมมากกว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชได้พัฒนาความพร้อมด้านการฉายรังสีจึงน่าจะได้ศึกษาผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกของสถาบัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช โดยพิจารณาอัตราการรอดชีวิต (Overall survival rate) และการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (Recurrence rate) ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยทบทวนเวชระเบียนหรือข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชในระยะเวลา 3 ปีการคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคโดยผลการตรวจทางมิถุวิทยาจากพยาธิแพทย์ภายนอกหรือภายในโรงพยาบาล การรักษาแบ่งเป็น 4 วิธี คือ วิธีที่ 1 ฉายรังสีอย่างเดียว วิธีที่ 2 ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี วิธีที่ 3 ให้ยาเคมีบำบัดเป็นตามหลังฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด วิธีที่ 4 ให้ยาเคมีบำบัดสูตรนำก่อนให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีอาจให้ยาเคมีบำบัดหลังการฉายรังสีหรือไม่ก็ได้ เลือกรักษาโดยพิจารณาจากแนวทางมาตรฐาน NCCN (The National Comprehensive Cancer Network) บันทึกอัตราการรอดชีวิตในช่วงเวลา 3 ปี และการกลับมาเป็นซ้ำนับจากการรักษาสิ้นสุดจนจบการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำวิเคราะห์ด้วย survival analysis และปัจจัยที่มีผลจะวิเคราะห์ด้วย Spearman correlation analysis

ผลการศึกษา: มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา 42 รายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 78.57) อายุเฉลี่ย 53.71 ปีผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก/ม²การวินิจฉัยทางมิถุวิทยาส่วนใหญ่เป็นชนิด poorly differentiated squamous cell carcinoma (ร้อยละ47.62) โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในระยะที่3อาการนำของโรคที่พบมากที่สุดคือ ต่อม้ำเหลืองโต (ร้อยละ 54.76) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ 4 จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 38.10) ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา 3 ปี พบอัตราการรอดชีวิตรวมร้อยละ 90.47 อัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคร้อยละ 7.14 โดยพบว่าระยะของโรคมะเร็งมีผลต่อทั้งอัตราการรอดชีวิตและอัตราการ

กลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.028 และ 0.022 ตามลำดับ) ส่วนการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรครอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.033)

สรุป : ภายหลังที่โรงพยาบาลมหาราชฯ ได้พัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกครบทุกบริบท โดยเฉพาะฉายรังสีและเคมีบำบัดจึงน่าจะมีส่วนช่วยให้อัตราการรอดชีวิตและอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคดีขึ้น มี overall survival และ disease free survival ที่ดีใกล้เคียงกับศูนย์การรักษาทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นซ้ำคือการมีโรคประจำตัวและระยะของโรคมะเร็ง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยคือระยะของโรคมะเร็ง

คำสำคัญ : มะเร็งหลังโพรงจมูก ผลการรักษา มะเร็งหลังโพรงจมูก อัตราการรอดชีวิต อัตราการกลับเป็นซ้ำ

Result of Nasopharyngeal Carcinoma Treatment in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Panchanok Kaewkul MD.¹, Suriyon Uitrakul Pharm.D., M.Sc. Ph.D.²,
 Department of Otorhinolaryngology, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital¹,
 Department of Pharmaceutical Care, School of Pharmacy, Walailak University²

Abstract

Background: Nasopharyngeal Carcinoma was a common malignancy in Southeast Asia. In Thailand, Second most common following oral cavity carcinoma. Most treatments are radiation therapy and chemotherapy. Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital has a machine for radiation therapy since 29 January 2019, but no patient data and treatment outcomes of nasopharyngeal carcinoma have been reported.

Objective: The aim of this study was to assess the outcomes of the treatment of nasopharyngeal carcinoma, including overall survival and recurrence rates.

Material and Methods: Medical records of patients with nasopharyngeal carcinoma who were treated at the hospital from 29 January 2019 to 29 January 2022 were retrospectively reviewed. There were four protocols of treatment including RT alone, CCRT, CCRT then adjuvant CCRT, induction CCRT +-adjuvant CMR. Select the treatments by NCCN guideline. Their characteristics were analyzed using descriptive statistics. Overall survival and recurrence rates were analyzed using survival analysis, and the factors affecting rates were analyzed using Spearman correlation analysis.

Results: 42 patients met the inclusion criteria and were recruited to this study. Majority of them were male (78.57%) average age is 53.71 with the age of more than or equal to 50 years (33.33% each group), BMI less than 23k g/m². Patients mostly had poorly differentiated SCCA type of cancer cell (47.62%). Most patients came to the hospital with stage 3 cancer (50%) and with chief complaint of lymph node enlargement (54.76%). The results indicated that overall survival rate was 90.47% and recurrence rate was 7.14%. The factors associated with overall survival were stage of disease, while the factor associated with recurrence was patient's underlying disease and stage of disease.

Conclusion: During 3 years of completed process of treatment (oral preparation chemotherapy and radiation therapy; VMAT) at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, the results of

treatment were considerably satisfying maybe because of fast and convenient process, including overall survival rate and recurrence rates, compared to other studies. Additionally, patient's stage of cancer was associated with both overall survival and recurrence, while their underlying disease was correlated with recurrence rate.

Keyword: nasopharyngeal carcinoma, nasopharyngeal carcinoma treatment outcome, overall survival rate, recurrence rate

บทนำ

มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทางใต้ของจีน และฮ่องกง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกในระยะลุกลาม (Advanced stage)⁽¹⁾ การศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ในเพศชาย 2.8 คน ต่อประชากร 100,000 คน รองจากมะเร็งช่องปาก ส่วนเพศหญิงพบอุบัติการณ์ 0.9 คน ต่อประชากร 100,000 คน รองจากมะเร็งต่อมไทรอยด์และมะเร็งช่องปาก⁽²⁾ ส่วนในยุโรป พบมะเร็งหลังโพรงจมูกน้อยกว่า 1 คน ต่อประชากร 100,000 คน ทั้งนี้เชื่อว่าเป็นเพราะความไวต่อการเป็นโรคและการสัมผัสสารภายนอกที่แตกต่างกันของประชากร รวมไปถึงการติดเชื้อไวรัสเอ็บสไตบาร์ (Epstein-Barr virus/EBV) ซึ่งส่งผลต่อการเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกโดยเชื่อว่าคนแถบเอเชียหรือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ทนทานต่อการติดเชื้อที่น้อยกว่า⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งชนิดนี้ได้แก่ พันธุกรรม ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม และการติดเชื้อ EBV^(2,3) และปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตจากการรักษา ได้แก่ อายุของผู้ป่วยขนาดของมะเร็งการลุกลามของโรคมะเร็งถึงกระดูกฐานกะโหลกหรือกระดูกใบหน้า⁽²⁾ ยาเคมีบำบัดที่ใช้⁽⁴⁾ และการแพร่กระจายของมะเร็ง (metastasis)⁽⁵⁾

โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกจังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนพ.ศ. 2562 โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช ต้องส่งผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกไปรับการฉายรังสียังสถาบันต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือโรงพยาบาลใน

กรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการรักษาและความยุ่งยากในการเดินทาง ผู้ป่วยบางรายจึงพลาดโอกาสรับการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชได้ติดตั้งเครื่องฉายรังสีรักษาทำให้ตรวจรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกโดยวิธีการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัดได้อย่างครบวงจร และเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ได้เพิ่มอีกหนึ่งเครื่อง โดยใช้เทคนิค 2 แบบ คือ 3DRT และ VMAT โดยยังไม่มีเครื่องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหรือวิเคราะห์ผลการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช โดยพิจารณาอัตราการรอดชีวิต (overall survival rate(OS) และการกลับมาเป็นซ้ำของโรค(recurrence rate)รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก และรับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช ในระยะเวลา 3 ปี (มกราคม 2562 – มกราคม 2565) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคโดยผลการตรวจทางมิถุนวิทยาจากพยาธิแพทย์ภายนอกหรือภายในโรงพยาบาล การรักษาแบ่งเป็น 4 วิธี คือ วิธีที่ 1 ฉายรังสีอย่างเดียว(RT alone), วิธีที่ 2 ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent

chemoradiation therapy),วิธีที่3ให้ยาเคมีบำบัด หลังยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent chemoradiation therapy + adjuvant chemo therapy), วิธีที่4 ให้ยาเคมีบำบัดสูตร induction ก่อนการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีโดยจะมี การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังหรือไม่ก็ได้ (Induction chemotherapy + Concurrent chemoradiation therapy +/- Adjuvant CMT)) เลือกวิธีการรักษาโดยพิจารณาตามมาตรฐานการรักษา NCCN⁽⁶⁾ ผู้ป่วยต้องรักษาจนครบขั้นตอนและมา ติดตามผลการรักษาจนครบเวลาที่เก็บข้อมูล บันทึกผลการรักษาเป็นจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิต ในช่วง 3 ปี นับเป็นอัตราการรอดชีวิตและการ กลับมาเป็นซ้ำนับตั้งแต่หลังการรักษาสิ้นสุดจนถึง วันที่ตรวจพบโรคซ้ำภายในช่วงเวลาการศึกษาโดย ติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้วิธีตรวจร่างกาย และส่องกล้องเพื่อดูบริเวณหลังโพรงจมูกและ ถ่ายภาพทางรังสีในบางราย

ข้อมูลอื่นๆที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภูมิภาคของผู้ป่วย อาการนำที่ทำให้มาพบแพทย์ ชนิดของ เซลล์มะเร็งระยะของมะเร็ง (เก็บในระบบ TNM) โรคทางระบบของผู้ป่วย วิธีการรักษา ผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการ รักษา ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของการรักษาจะ ถูกบันทึกไว้ประกอบด้วยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่ม มีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์ ระยะเวลาการรอ ผลทางมิถุนวิทยา ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยจนเริ่มรักษา ระยะเวลาการรักษาและ ระยะเวลาติดตามผลการรักษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาแบ่งดังนี้ การ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรวมทั้งอาการไม่พึง ประสงค์ที่เกิดขึ้นใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอใน

รูปความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละสำหรับการ วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาคือการรอดชีวิต โดยรวม(หมายถึงการรอดชีวิตจากการตายทุก สาเหตุ) และการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยจะใช้ สถิติ survival analysis โดยรายงานผลเป็น Kaplan-survival curve สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อ อัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำนั้นจะ คำนวณโดยสถิติ Spearman correlation analysis วิเคราะห์สถิติทั้งหมดด้วย IBM SPSS Statistics version 19 และกำหนดค่า p-value ที่มีนัยสำคัญ อยู่ที่ <0.05

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง 24/2564

ผลการศึกษา

ทั้งสิ้น 42 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ ในจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดใกล้เคียง คุณลักษณะของผู้ป่วยดัง ตารางที่ 1 ผู้ป่วยอายุ เฉลี่ย 53.71 ปีส่วนใหญ่อายุเกิน 50 ปี (ร้อยละ 68.2)และไม่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ50) เซลล์มะเร็งที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือชนิด poorly differentiated squamous cell carcinoma (ร้อยละ47.62)ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะ T2-T3 (ร้อยละ71.43) และ N1-N2 (ร้อยละ85.71) และผู้ป่วยทั้งหมดเป็นมะเร็งในระยะที่ยังไม่ลุกลาม (M0) อย่างไรก็ตาม เมื่อจัดระยะของมะเร็งของ ผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วย 21 รายเป็นมะเร็งในระยะ ที่ 3 (ร้อยละ50.00) และ 12 รายเป็นมะเร็งใน ระยะที่ 4a (ร้อยละ28.57) โดยอาการที่นำผู้ป่วย มาพบแพทย์มากที่สุด3 อันดับแรก คือต่อม น้ำเหลืองโตหูอื้อ และคัดจมูก (ร้อยละ 54.76,

42.86, 28.57 ตามลำดับ)ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์คือ 0.75-12 เดือน (เฉลี่ย 4 เดือน)

วิธีการรักษาและผลการรักษา (ตารางที่ 2) พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนเริ่มการรักษา 5-201 วัน (เฉลี่ย 49.79 วัน) สาเหตุของความล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยรอเตรียมช่องปาก รอยยั้งสี และรอให้ยาเคมีบำบัดโดยการฉายรังสีใช้เทคนิค 3DRT ร่วมกับ VMAT จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.38) และ VMAT จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 80.95) ระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 97.05 วัน (ค่าต่ำสุด 49 วันค่าสูงสุด 205 วัน)

ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการรักษา 4 ราย โดย 2 รายเป็นการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อแทรกซ้อนและอีก 2 รายเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง อัตราการรอดชีวิตรวมร้อยละ 90.47 เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีที่ 1-4 มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 50, 88.89, 93.33, 93.35 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมเฉลี่ย (mean overall survivalrate) จำแนกตามแนวทางการรักษา (ภาพที่ 1) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ 1 มีระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ย 22.00 เดือน (95%CI 22.00 – 22.00) วิธีที่ 2 คือ 28.83 เดือน (95%CI 24.96 – 32.71) วิธีที่ 3 คือ 32.00 เดือน (95%CI 28.28 – 35.72) และวิธีที่ 4 คือ 28.46 เดือน (95%CI 25.57 – 31.34) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบว่าระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของทั้ง 4 แนวทางการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (log-rank test, p-value 0.289)

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยรวม ได้แก่

เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรคมะเร็ง พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่อาจมีผลต่อระยะเวลาการรอดชีวิตคือระยะของโรคมะเร็งของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.028) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้าย (เช่นระยะที่ 4) จะมีระยะเวลาการรอดชีวิตสั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้น (เช่นระยะที่ 2) สำหรับปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และชนิดของเซลล์มะเร็งไม่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

สำหรับอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรค (Disease free survivalrate) (DFS) พบว่ามีผู้ป่วย 3 รายที่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลังจากรักษา คิดเป็นร้อยละ 7.14 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อจำแนกตามแนวทางการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ 2 มีอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรคร้อยละ 87.50, 90.90, 93.75 ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบว่าอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรคของการรักษาทั้ง 4 วิธีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (log-rank test, p-value 0.978) (ภาพที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีผลต่ออัตราการกลับเป็นซ้ำ พบว่าการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.033) (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ระยะของโรคมะเร็งที่พบมีผลต่อระยะเวลาการมีชีวิตโดยปราศจากโรคของผู้ป่วย (p-value 0.022) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้ายจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้น

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา (n=42)

คุณลักษณะ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	33	78.57
	หญิง	9	21.43
อายุน้อยกว่า 40 ปี	40 – 50 ปี	6	14.29
	50 – 60 ปี	8	19.05
	60 – 70 ปี	14	33.33
	มากกว่า 60 ปี	14	33.33
ดัชนีมวลกาย (Body mass index (BMI))			
	น้อยกว่า 23kg/m ²	21	50.00
	23 – 25 kg/m ²	8	19.05
	มากกว่า 25 kg/m ²	13	30.95
ชนิดของเซลล์มะเร็ง (การตรวจทางมิถุวิทยา)			
	Poorly differentiated squamous cell carcinoma	20	47.62
	Non-keratinizing undifferentiated squamous cell carcinoma	6	14.28
	Non-keratinizing squamous cell carcinoma	5	11.90
	อื่นๆ	11	26.19
ระยะ T			
	T1	3	7.14
	T2	17	40.48
	T3	13	30.95
	T4	9	21.43
ระยะ N			
	N0	2	4.76
	N1	11	26.19
	N2	25	59.52
	N3	4	9.53
ระยะ M			
	M0	42	100.00
ระยะของมะเร็ง (Stage)			
	ระยะที่ 2	9	21.43
	ระยะที่ 3	21	50.00
	ระยะที่ 4	12	28.57

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษาและผลการรักษา

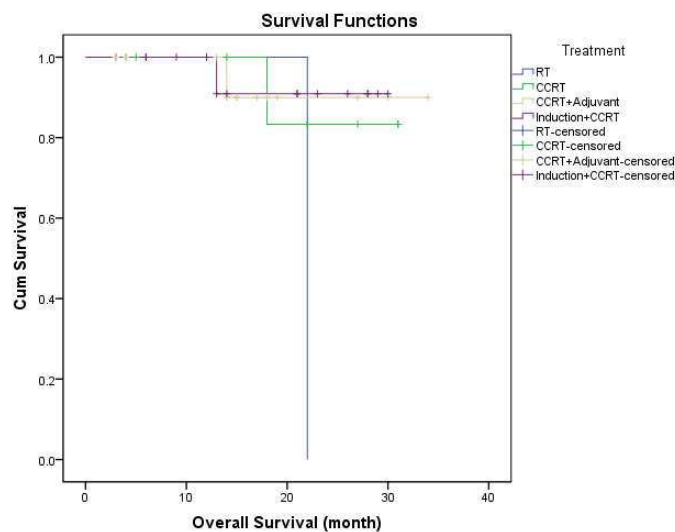
แนวทางการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ	ผลการรักษา	
			รักษาหาย(คน)	กลับมาเป็นซ้ำ
วิธีที่ 1 RT	2	4.76	2	0
วิธีที่ 2 CCRT	9	21.43	8	1
วิธีที่ 3 CCRT+Adjuvant CMT	15	35.71	14	1
วิธีที่ 4 CMT+ CCRT+/- Adjuvant CMT)	16	38.10	15	1

ตารางที่ 3 Spearman correlation analysis แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่อาจมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survivalrate) และอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence rate)

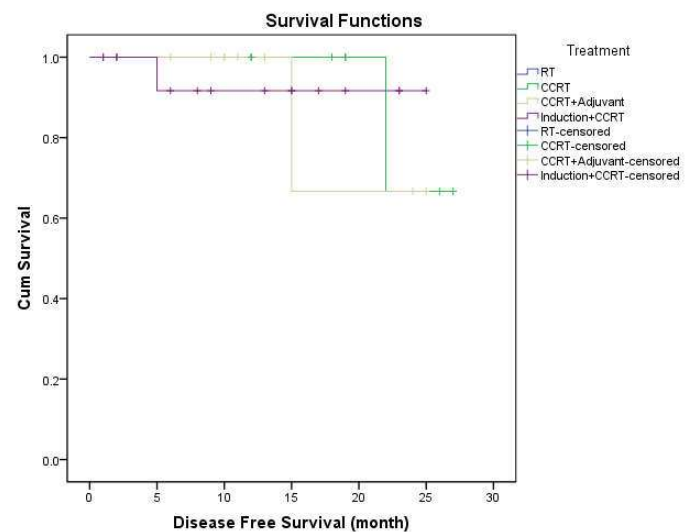
ตัวแปร	อัตราการรอดชีวิต	ระยะเวลาการรอดชีวิต	อัตราการกลับเป็นซ้ำ	ระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ
การมีโรคประจำตัว	r = -0.010 p-value 0.950	r = 0.228 p-value 0.146	r = -0.077 p-value 0.651	r = 0.357* p-value 0.033
ระยะของมะเร็ง (Stage)	r = 0.197 p-value 0.211	r = -0.339* p-value 0.028	r = -0.021 p-value 0.903	r = -0.375* p-value 0.022

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

ภาพที่ 1 อัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival rate) ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งศีรษะและลำคอ จำแนกตามแนวทางการรักษา (n=42)



ภาพที่ 2 อัตราการรอดชีวิตโดยปราศจากโรค (disease free survival rate) ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งศีรษะและลำคอ จำแนกตามแนวทางการรักษา (n=42)



ได้ติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีตรวจร่างกายและส่องกล้องเพื่อดูบริเวณหลังโพรงจมูก ผู้ป่วยจะถูกนัดติดตามอาการหลังการรักษาทุกๆ 1-4 เดือน ขึ้นกับแพทย์แต่ละราย สำหรับการฉายภาพทางรังสีหลังการรักษาพบว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 17 ราย (ร้อยละ 40.48) การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า 2 ราย (ร้อยละ 4.76) ส่งทำสออย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.14) และไม่มีการส่งใด ๆ จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 54.76) ซึ่งจะพบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีการฉายภาพใดๆ หลังการ

วิจารณ์

จากแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกทั้ง 4 วิธี พบอัตราการรอดชีวิตโดยรวมและอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรค ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแต่รักษาวิธีที่ 4 มี OS และ DFS สูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 93.75 และ 93.75 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Susanna และคณะ⁽⁷⁾ อาจเนื่องจากเป็นสูตรการรักษาที่ได้รับยาการรักษาเต็มที่สุดส่วนระยะเวลาการรอดชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

อัตราการรอดชีวิตรวม อยู่ที่ร้อยละ 90.47 ซึ่งมากกว่าการศึกษาในต่างประเทศของ Ch'ng และคณะ⁽⁸⁾ และในไทยของพนา กล้าคำ⁽²⁾ ที่มีค่าซึ่งมีค่าอยู่ที่ร้อยละ 75.5 กับ 67.53 ตามลำดับ อาจจะเป็นเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยระยะเวลาและใช้เทคนิคการรักษาที่ต่างกัน แต่พบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ni และคณะ⁽⁹⁾, Huang⁽¹⁰⁾ และคณะที่ใช้การฉายแสงชนิด VMAT เหมือนกับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม

เฉลี่ยของการรักษาทั้ง 4 วิธี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และชนิดของเซลล์มะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ต่างจากงานวิจัยของ Susanna และคณะ⁽⁷⁾ อาจเนื่องจากจำนวนประชากรและระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน แต่เมื่อเทียบกับงานวิจัยของ Dou และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า เพศชายอายุมากกว่า 50 ปี และ ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญนั้น งานวิจัยชิ้นนี้ ก็พบผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงสุดเช่นกันทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้าย (เช่นระยะที่ 4) จะมีระยะเวลาการรอดชีวิตสั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้นสอดคล้องการศึกษาของพนา กล้าคำ, Clement และคณะ^(2,12)

อัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรคในทุกๆ การรักษาของงานวิจัยพบว่าใกล้เคียงกับการศึกษา Mäkitie และคณะ⁽¹³⁾ และ Ni และคณะ⁽⁹⁾ ที่มีค่าร้อยละ 82.8 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้ายจะมีระยะเวลาการมีชีวิตโดยปราศจากโรคน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้นมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Dou และคณะ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันที่ไม่ดีหรือร่างกายไม่แข็งแรงพอที่จะได้รับการรักษาแบบเต็มที่

ผู้ป่วยจำนวน 37 รายเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา คิดเป็นร้อยละ 88.09 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อแจกแจงแต่ละอาการ พบร้อยละของผู้ป่วยน้อยกว่าเทคนิคการฉายรังสีแบบ

3DRT และ ใกล้เคียงIMRT^(14,15) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เครื่องฉายรังสีของรพ.เป็นแบบ VMAT ซึ่งมี ประสิทธิภาพในการลดอาการไม่พึงประสงค์ แต่ พบว่าแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ

รายละเอียดด้านคุณลักษณะของผู้ป่วย เพศ อายุระยะที่พบ ผลมิลูชีววิทยา อาการนำ ที่พบ มาก ไม่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆทั้งในประเทศ และต่างประเทศ^(7,16,17,18)ของกระบวนการการ รักษา ระยะเวลารอผลมิลูชีววิทยา 1-34 วัน(เฉลี่ย 9วัน)แนวโน้มพบว่าระยะเวลาการรายงานผล น้อยลงเรื่อยๆ เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาธิวิทยาเพิ่มขึ้น จาก 1 คน เป็น 4 คน ระยะเวลาการรอคอยการฉายรังสีแนวโน้มสั้นลง เนื่องจากมีเครื่องฉายรังสีเพิ่มเป็น 2 เครื่องและมี แพทย์รังสีรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 2 คน จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลมีการพัฒนากระบวนการรักษาอย่าง

ต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาการรอคอยที่สั้นลง มีผลต่อ การเปลี่ยนแปลงระยะของโรคและผลการรักษาที่ดี ขึ้น

สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่เริ่มมี การรักษาด้วยการฉายแสงเองชนิด VMAT เป็น ระยะเวลา 3 ปี รวมถึงการให้เคมีบำบัด เตรียมช่อง ปาก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วขึ้น สะดวกต่อการติดตามผลการรักษาครบทุกบริบท จึงน่าจะมีส่วนช่วยให้อัตราการรอดชีวิตและอัตรา การกลับมาเป็นซ้ำของโรคดีขึ้น ใกล้เคียงกับกับ ศูนย์การรักษาทั้งในและต่างประเทศทั้งนี้ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการเป็นซ้ำคืออาการมีโรคประจำตัว และระยะของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยคือระยะของ โรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niprako JK, Robbins KT, Thomas JR, et al. Cummings otolaryngology head and neck surgery. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Inc; 2015.
2. พนา กล้าคำ, รุติ ชุมทอง, จเร เกียรติศิริชัย, สุพิชา วงษ์พูล, ไนยรัฐ ประสงค์สุข,ธีรยสณิมนมานนท์ และคณะ. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่าง พ.ศ. 2552-2560. เวชสารแพทย์ทหารบก 2561; 71(4): 235-43.
3. Stelow EB, Wenig BM. Update From The 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Nasopharynx. Head and Neck Pathol 2017; 11: 16-22.
4. Wang W, Feng M, Fan Z, Li J, Lang J. Clinical outcome and prognostic factors of 695 nasopharyngeal carcinoma patients treated with intensity-modulated radiotherapy. Biomed Res Int 2014; 2014: 1-10.

5. Siti-Azrin AH, Norsaadah B, Naing NN. Prognostic factors of nasopharyngeal carcinoma patients in a tertiary referral hospital: a retrospective cohort study. *BMC Res Notes* 2017; 10: 705.
6. Pfister DG, Spencer S, Delstein DA, Adkins D, Brizel DM, Bruce JY. et al. NCCN guideline version 1.2021 Head and Neck Cancers National comprehensive cancer network. 2020.
7. Ch'ng WPP, Law KB, Khoo JYY. Nasopharyngeal carcinoma: A retrospective review of outcome in a single institution. *Ann Oncol* 2019; 30: ix100.
8. Huang TL, Tsai MH, Chuang HC, Chien CY, Lin YT, Tsai WL, et al. Quality of life and survival outcome for patients with nasopharyngeal carcinoma treated by volumetric-modulated arc therapy versus intensity-modulated radiotherapy. *Radiation Oncology* 2020: 1-9.
9. Dou H, Hu D, Lam C, Liu Y, Wang X, Zhang W. Retrospective analysis of result of treatments for nasopharyngeal carcinoma in Macao. *Chin J Cancer Res* 2014; 26(2): 148-58.
10. Clement A, Hao R, Xiaofeng W, Xue JZ, Sha L, Ping Z, et al. Retrospective Analysis of 5-Year Survival Rate of Nasopharyngeal Carcinoma: Correlation with Clinical Features and Prognosis. *J Cancer Res Therap Oncol* 2019; 7: 1-16.
11. Mäkitie A, Ruuskanen M, Bentzen J, Brun E, Gebre-Medhin M, Friesland S, et al. The management and survival outcomes of nasopharyngeal cancer in the Nordic countries. *Acta Oncologica* 2018; 57(4): 557-62.
12. AbdElW SA, Mohammed DA, Gaballah AM, Abdallah MM. Three-Dimensional Conformal versus Intensity Modulated Radiation Therapy in Treatment of Nasopharyngeal Carcinoma. *Egypt J Hosp Med* 2018; 71: 3492-9.
13. Simo R, Robinson M, Lei M, Sibtain A, Hickey S. Nasopharyngeal carcinoma: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *The journal of laryngology & otology* 2016; 130: S97-103.
14. Ni W, Qi W, Xu F, Cao W, Xu Ch, Gao Y, et al. Prognostic value of nasopharynx tumour volume in local-regional advanced nasopharyngeal carcinoma. *ATM* 2020; 8(5): 1-11

15. Farias TP, Dias FL, Lima RA, Kligerman R, Da sa GM, Barbosa MM, et al. Prognosis factor and outcome for nasopharyngeal carcinoma. Arch otolaryngol head neck surg 2003; 129: 794-9.
16. พรเทพ เกษมศิริ, คัททียา รongทอง, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง. อัตราการรอดชีวิตในการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์: ศึกษาย้อนหลัง 10 ปี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30(2): 80-6.
17. Wu L, Liu Y, Jiang N, Fan Y, Wen J, Huang Sh. Ten-year survival outcomes for patients with nasopharyngeal carcinoma receiving intensity-modulated radiotherapy: An analysis of 614 patients from a single center. Oral Oncol 2017; 69: 26-32.
18. Susanna HH, Daniel H, Kartika WT, Mardiah SH, Ibnu P, IbnuRI. Survival outcome and prognostic factors of patients with nasopharyngeal cancer in Yogyakarta, Indonesia: A hospital-based retrospective study. PLOS One 2021; 1-20.