

อัตราการรอดชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

ภัทร ลำดับพงศ์ พ.บ., ว.ว. โสิต ศอ นาสิกวิทยา

กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ : มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง แม้ว่าการรักษาหลักจะประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสีและเคมีบำบัด แต่อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยยังคงขึ้นอยู่กับระยะของโรค ดังนั้น การตรวจพบและการเข้าถึงการรักษาในระยะแรกจึงมีความสำคัญในการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Kaplan-Meier survival curve และ Cox regression เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิต

ผลการศึกษา : จากผู้ป่วย 101 คน มีเพศหญิง 59 คน (58.42%) เพศชาย 42 คน (41.58%) อายุเฉลี่ย 62.53 ปี มะเร็งที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณลิ้น (35.64%) การรอดชีวิตที่ 1 ปี – 5 ปี คือ 96%, 82%, 65%, 51% และ 47% ค่าเฉลี่ยเวลารอดชีวิตอยู่ที่ 53 เดือน ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตน้อยลง ได้แก่ TNM ระยะ III (aHR = 8.20, p-value < 0.01) และระยะ IV (aHR = 8.12, p-value < 0.01) ผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (aHR = 3.15, p-value < 0.01) และการกลับมาเป็นซ้ำ (aHR = 2.25, p-value = 0.02) สูงกว่า

สรุป : ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ได้แก่ ระยะของ TNM การรักษาด้วยการผ่าตัด และการกลับมาเป็นซ้ำ โดยผู้ป่วยในระยะ III, IV และผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่า

คำสำคัญ : การรอดชีพ ปัจจัย มะเร็งช่องปาก

Survival Rates and Factors Influencing Survival After Treatment of Oral Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Pat Lumdabpong, MD.

Department of Otolaryngology, MaharajNakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Oral cancer is a common cancer, especially in low- and middle-income countries, where patients are often diagnosed at an advanced stage, resulting in a lower survival rate. Although the primary treatments include surgery, radiation, and chemotherapy, the survival rate still depends on the stage of the disease. Therefore, early detection and timely access to treatment are crucial in increasing the chances of survival.

Objective: To study the factors affecting the survival rate of oral cancer patients treated at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Materials and Methods: This retrospective cohort study collected data from oral cancer patients diagnosed and treated at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital from January 1, 2019, to July 31, 2023. Data were analyzed using Kaplan-Meier survival curves and Cox regression to identify factors affecting survival.

Results: Among the 101 patients, 59 (58.42%) were female and 42 (41.58%) were male, with an average age of 62.53 years. The most common cancer site was the tongue (35.64%). The 1–5-year survival rates were 96%, 82%, 65%, 51%, and 47%, respectively, with a median survival time of 53 months. Significant factors affecting survival were TNM stage III (aHR = 8.20, p-value < 0.01) and stage IV (aHR = 8.12, p-value < 0.01). Patients who did not undergo surgery had a higher risk of death (aHR = 3.15, p-value < 0.01), and recurrence was also a significant factor (aHR = 2.25, p-value = 0.02).

Conclusion: Significant factors influencing survival in oral cancer patients include TNM stage, surgical treatment, and recurrence. Patients in stages III and IV, those who did not undergo surgery, and those with recurrence had a higher risk of death.

Keywords: Survival, Oral cancer, Risk factor

บทนำ

มะเร็งช่องปากพบได้บ่อยในประเทศไทยที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMIC) ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากร้อยละ 68 สามารถมีชีวิตอยู่ได้ 5 ปี อัตราการรอดชีวิตจากมะเร็งช่องปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเพศชายและเพศหญิงที่เป็นคนผิวดำและอินเดียใน อเมริกัน/ชาวพื้นเมืองอะแลสกา⁽¹⁾ อุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากแตกต่างกันอย่างมากขึ้นอยู่กับที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และลักษณะประชากร⁽²⁾ โดยเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากสูงสุด⁽³⁾ จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติของประเทศไทย ในปี 2557 พบว่า มะเร็งช่องปากมีอัตราการเกิดสูงเป็นอันดับที่ 6 ของมะเร็งทั้งหมดในเพศชายและอัตราการเกิดสูงเป็นอันดับที่ 10 ในเพศหญิง โดยพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากรายใหม่สูง 4.6 คนต่อประชากรแสนคนในเพศชายและ 3.2 คนต่อประชากรแสนคนในเพศหญิง ส่วนใหญ่มีเนื้อเยื่อผิวหนังชนิด squamous cell carcinoma ตำแหน่งมะเร็งช่องปากที่พบบ่อยที่สุด คือ ลิ้น รองลงมาได้แก่ ริมฝีปาก เหงือกและฟันปาก⁽⁴⁾ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารสุขภาพช่องปาก โรคประจำตัว และพฤติกรรม เช่น เคี้ยวหมาก⁽⁵⁾ ถึงแม้ว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีทางเลือกหลักในการรักษา คือ การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา รวมถึงการให้ยาเคมีบำบัดในบางราย แต่อัตราการรอดชีวิตก็ยังมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับระยะการดำเนินของโรคนั้น การเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ระยะแรกและได้รับการรักษาตามมาตรฐานโดยเร็ว จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการรักษา⁽⁶⁾ แต่เนื่องด้วยจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศไทยค่อนข้างมีจำกัดเฉพาะในโรงเรียน

แพทย์และโรงพยาบาลตติยภูมิบางแห่งเท่านั้น การรักษาผู้ป่วยบางรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจำเป็นต้องรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ การส่งต่อระยะเวลารอคอย จึงทำให้มีผลต่อการรักษาที่ล่าช้า ระยะการดำเนินของโรคที่เปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลโดยตรงกับภาวะทุพพลภาพโดยรวมของผู้ป่วย

การศึกษาของ Oyuntsetseg Davaatsend⁽⁷⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 173 ราย พบว่าอัตราการรอดชีวิต 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากอยู่ที่ 50.3% และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นอยู่ที่ 38% ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีวิต ได้แก่ อายุ เพศ การพักอาศัยในเมือง และการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระยะ IV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยในระยะ I ถึง 4 เท่า ซึ่งมีผลทำให้การรอดชีวิตแยลงอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตามทางเขตสุขภาพที่ 11 เริ่มมีแพทย์เฉพาะทางสาขาโสต ศอ นาสิก ด้านมะเร็งศีรษะและลำคอเข้ามาปฏิบัติงาน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยในระยะต้นได้รับการรักษาตามมาตรฐานโดยเร็ว ลดการส่งต่อ รวมถึงเพิ่มศักยภาพการรักษาผู้ป่วยในระยะลุกลามได้มากขึ้น ทำให้เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก หลังจากได้รับการรักษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ณ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญทางสาธารณสุขจังหวัดในการพัฒนาระบบการดูแลรักษามะเร็งช่องปาก

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการคัดกรองควบคุม และป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก เพื่อสามารถจัดการกับโรคมะเร็งช่องปากได้สำเร็จต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการรักษาและติดตามในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study รวบรวมข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราชจะต้องมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันทุกราย โดยหลักการวินิจฉัยโรคมะเร็งยึดตามหลักการของ The International Classification of Diseases for Oncology (ICDO3rd) (Cases follow-up) ผู้ป่วยทุกรายจะมีระยะเวลาการติดตาม โดยการติดตามจะเริ่มจากวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งช่องปาก จากนั้นดำเนินการติดตามผู้ป่วยไปเรื่อย ๆ จนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิตหรือสิ้นสุดการศึกษา (31 กรกฎาคม 66) ติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี - 5 ปี โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 62 - 31 กรกฎาคม 66 และติดตามไปอีก 1 ปี จนกระทั่งถึง 31 กรกฎาคม 67 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามสถานะการมีชีวิตได้ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งช่องปาก ให้พิจารณาเป็น censored โดยการติดตามการตายและการยืนยันสาเหตุการตายได้จากการสืบค้น

ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและข้อมูลทะเบียนราษฎร โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช เลขที่ B017/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาและบันทึกที่โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์อ้างอิงจากการศึกษาที่คล้ายกันของ Yong-Seok Cho⁽⁸⁾ พบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด OSCC อัตราการรอดชีพโดยรวม (OS) เป็นเวลา 5 ปี อยู่ที่ 70.7% โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว $\text{Alpha } (\alpha) = 0.05$ Standard normal value (Z) = 1.96 Prevalence (P) = 0.70 Absolute Precision (d) = 0.195% confidence interval จะใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 81 ราย รวมค่าอัตราการสูญหาย 25% ดังนั้นจะใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 101 เวชระเบียนขึ้นไป

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งช่องปาก โดยใช้ตารางตัวเลขสุ่มที่สร้างโดยคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ได้จำนวนตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้

กลุ่มที่คัดเข้าศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช, ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA oral cavity; ตามรหัส ICD-10: C00-06; CA lip(00), CA tongue(C02), Gum(C03), FOM(C04), Palate(C05), other and unspecified parts of mouth(C06), ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งช่องปากตามผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาครั้งแรกในปีที่เก็บข้อมูลและผลชิ้นเนื้อเยื่อพยาธิวิทยาเป็น squamous cell carcinoma เท่านั้น

กลุ่มที่คัดออกจากการศึกษา: ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย, รักษาไม่ครบและเวชระเบียนของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูล โดยเก็บข้อมูลทั้งหมดตามแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ เพศ, อายุ, โรคร่วม, สูบบุหรี่, ต่อมแอลกอฮอล์, เคี้ยวหมาก, Primary site, Differentiation, TNM stage, Surgical margin, Perineural invasion, Lymphovascular invasion, Treatment modality, Recurrence

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม STATA สำหรับประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาข้อมูล แสดงจำนวนร้อยละใช้สถิติอนุมาน การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ใช้การคำนวณโดยวิธี Kaplan-Meier methods วิเคราะห์หา overall survival rate, disease free survival และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของ survival probability curve (Kaplan-Meier

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช (จำนวน 101 คน)

ข้อมูลทั่วไป	รอดชีพ (n=45)	เสียชีวิต (n=56)	รวม (n=101)	p-value
เพศ				0.16
หญิง	22 (48.89)	37 (66.07)	59 (58.42)	
ชาย	23 (51.11)	19 (33.93)	42 (41.58)	
อายุ				0.66
<60	16 (35.56)	19 (33.93)	35 (34.65)	
≥60	29 (64.44)	37 (66.07)	66 (65.35)	
สูบบุหรี่	25 (55.56)	21 (37.50)	46 (45.45)	0.20
ดื่มแอลกอฮอล์	20 (44.44)	16 (28.57)	36 (35.64)	0.28
เคี้ยวหมาก	14 (31.11)	23 (41.07)	37 (26.63)	0.05

survival curve) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Log-rank test ใช้สถิติ Cox regression เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่สนใจกับตัวแปรตาม โดยนำเสนอค่า Crude hazard ratio, Adjusted hazard ratio, 95% confident interval และค่า p-value โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราชพบว่า กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วย 101 คน เพศหญิง จำนวน 59 คน (58.42%) เพศชาย 42 คน (41.58%) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศและการรอดชีพ (p = 0.16) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 62.53 ปี ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุและการรอดชีพ (p = 0.66) การสูบบุหรี่ ต่อมแอลกอฮอล์และเคี้ยวหมาก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

จากการจำแนกตามลักษณะของโรคและการแพร่กระจายพบว่าตำแหน่งที่พบมะเร็งมากที่สุดคือ ลิ้น (Tongue) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 36 คน คิดเป็น 35.64% ของผู้ป่วยทั้งหมด ตำแหน่งมะเร็งที่พบรองลงมา คือ เหงือก (GUM) พบในผู้ป่วย 18 คน คิดเป็น 17.82% ของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างตำแหน่งมะเร็งและการรอดชีพ ($p = 0.84$) T-stage มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง T-stage และการรอดชีพ ($p = 0.002$) ผู้ป่วยที่อยู่ใน T1 มีอัตราการรอดชีพสูงที่สุด (26.67%) การแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลือง (Node Metastasis) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองและการรอดชีพ ($p < 0.01$) TNM stage มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง TNM stage และการรอดชีพ ($p < 0.01$) โดยผู้ป่วยในระยะ IV มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด (71.43%) ขอบเขตการผ่าตัด (Surgical Margin) ผู้ป่วยที่มีขอบเขตการผ่าตัดแบบ Negative Margin มีโอกาสรอดชีพสูงกว่าผู้ป่วยที่มี Positive Margin แต่ความสัมพันธ์ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ

($p = 0.07$) ผู้ป่วยที่ไม่มีการลุกลามตามเส้นประสาท (P-) มีผู้เสียชีวิต 10 คน (28.57%) ผู้ป่วยที่มีการลุกลามตามเส้นประสาท (P+) มีผู้เสียชีวิต 14 คน (40.00%) การลุกลามตามเส้นประสาทมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ($p\text{-value} < 0.01$) ผู้ป่วยที่ไม่มีการลุกลามของหลอดเลือดน้ำเหลือง (L-) มีผู้เสียชีวิต 20 คน (57.14%) ผู้ป่วยที่มีการลุกลามของหลอดเลือดน้ำเหลือง (L+) มีผู้เสียชีวิต 15 คน (42.86%) การลุกลามของหลอดเลือดน้ำเหลืองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ($p\text{-value} < 0.01$) การแบ่งตามระดับการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Differentiation) ผู้ป่วยที่มะเร็งมีการเจริญเติบโตแบบ Well Differentiated มีผู้เสียชีวิต 39 คน (69.64%) ผู้ป่วยที่มะเร็งมีการเจริญเติบโตแบบ Moderate Differentiated มีผู้เสียชีวิต 15 คน (26.79%) ผู้ป่วยที่มะเร็งมีการเจริญเติบโตแบบ Poor Differentiated มีผู้เสียชีวิต 2 คน (3.57%) อย่างไรก็ตาม การเจริญเติบโตของมะเร็ง (Differentiation) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเสียชีวิต ($p\text{-value} = 0.36$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำแนกตามลักษณะของโรค (จำนวน 101 คน)

ข้อมูล	รอดชีพ (n=45)	เสียชีวิต (n=56)	รวม (n=101)	p-value
Primary site				0.84
Buccal	6 (13.33)	9 (16.07)	15 (14.85)	
Gum	8 (17.78)	10 (17.86)	18 (17.82)	
Palate	2 (4.44)	1 (1.79)	3 (2.97)	
RMT	4 (8.89)	1 (1.79)	5 (4.95)	
FOM	5 (11.11)	8 (14.29)	13 (12.87)	
Lip	6 (13.33)	5 (8.93)	11 (10.89)	
Tongue	14 (31.11)	22 (39.29)	36 (35.64)	
T stage				0.002
T1	12 (26.67)	3 (5.36)	15 (14.85)	
T2	13 (28.89)	10 (17.86)	23 (22.77)	
T3	10 (22.22)	18 (32.14)	28 (27.72)	
T4a	10 (22.22)	21 (37.50)	31 (30.69)	
T4b	0	4 (7.14)	4 (3.96)	

ข้อมูล	รอดชีพ (n=45)	เสียชีวิต (n=56)	รวม (n=101)	p-value
Node metastasis				<0.01
N0	33 (73.33)	17 (30.36)	50 (49.50)	
N1	4 (8.89)	7 (12.50)	11 (10.89)	
N2b	3 (6.67)	15 (26.79)	18 (17.82)	
N2c	2 (4.44)	10 (17.86)	12 (11.88)	
N3a	1 (2.22)	0 (0)	1 (0.99)	
N3b	2 (4.44)	7 (12.50)	9 (8.91)	
TNM stage				<0.01
I	12 (26.67)	2 (3.57)	14 (13.86)	
II	8 (17.78)	5 (8.93)	13 (12.87)	
III	7 (15.56)	9 (8.93)	16 (15.84)	
IV	18 (40.0)	40 (71.43)	58 (57.43)	
Surgical margin				0.07
Negative (≥ 0.5 cm)	14 (35.0)	4 (11.43)	18 (24.0)	
Close (< 0.5 cm)	16 (40.0)	20 (57.14)	36 (48.0)	
Positive	10 (25.0)	11 (31.43)	21 (28.0)	
Perineural invasion				<0.01
P-	26 (66.67)	10 (28.57)	36 (63.16)	
P+	7 (17.95)	14 (40.0)	21 (36.84)	
Lymphovascular				<0.01
L-	35 (89.74)	20 (57.14)	55 (74.32)	
L+	4 (10.26)	15 (42.86)	19 (25.68)	
Differentiation				0.36
Well	33 (73.33)	39 (69.64)	72 (71.29)	
Moderate	12 (26.67)	15 (26.79)	27 (26.73)	
Poor	0(0)	2 (3.57)	2 (1.98)	

จากการจำแนกตามวิธีการรักษา (Treatment Modality) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Surgery (การผ่าตัด) เพียงอย่างเดียวจำนวน 23 คน (22.77%) ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวมีจำนวน 5 คน (4.95%) Surgery + RT (การผ่าตัดและการฉายรังสี) 21 คน (20.79%) Surgery + CCRT (การผ่าตัดและการให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี) 31 คน (30.69%) CCRT (การให้เคมีบำบัดร่วมกับการ

การฉายรังสี) 49 คน (48.51%) อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดเพียงอย่างเดียวมีอัตราการเสียชีวิต (8 คน จาก 23 คน) การฉายรังสีเพียงอย่างเดียวมีอัตราการเสียชีวิต (3 คน จาก 5 คน) และการรักษา ร่วมหลายวิธี โดยเฉพาะการให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีมีอัตราการเสียชีวิต (36 คน จาก 49 คน) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช
จำแนกตามการรักษา (จำนวน 101 คน)

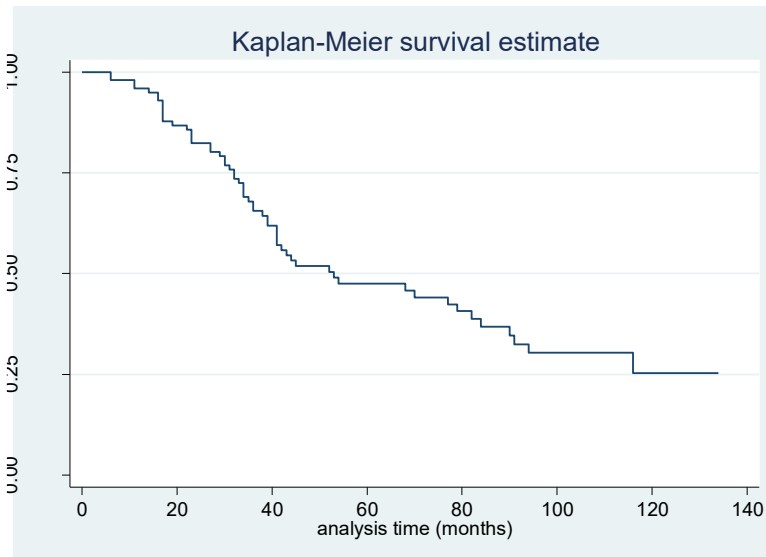
ข้อมูล	รอดชีพ (n=45)	เสียชีวิต (n=56)	รวม (n=101)	p-value
Treatment modality				
Surgery	15 (33.33)	8 (14.29)	23 (22.77)	<0.01
RT	2 (4.44)	3 (5.36)	5 (4.95)	0.12
Multiple				
- Sx + RT	15 (33.33)	6 (10.71)	21 (20.79)	0.02
- Sx + CCRT	10 (22.22)	21 (37.50)	31 (30.69)	0.34
- CCRT	13 (28.89)	36 (64.29)	49 (48.51)	<0.01

ผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะเวลารอดชีพ 1 ปี - 5 ปี ดังนี้ 96%, 82%, 65%, 51% และ 47% ตามลำดับ ค่า Median survival time อยู่ที่ 53 เดือน (95%CI = 41 ถึง 82 เดือน) เมื่อจำแนกเป็น stage ของการเป็นมะเร็ง พบว่า ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพสูงสุด โดยมีอัตราการรอดชีพ 100% ในช่วง 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี แต่ลดลงเหลือ 90% ในปีที่ 4 และ 77% ในปีที่ 5 ใน Stage 2 อัตราการรอดชีพเริ่มลดลง โดยมีอัตราการรอดชีพ 100% ในปีที่ 1 และ 2 แต่ลดลงมาเหลือ

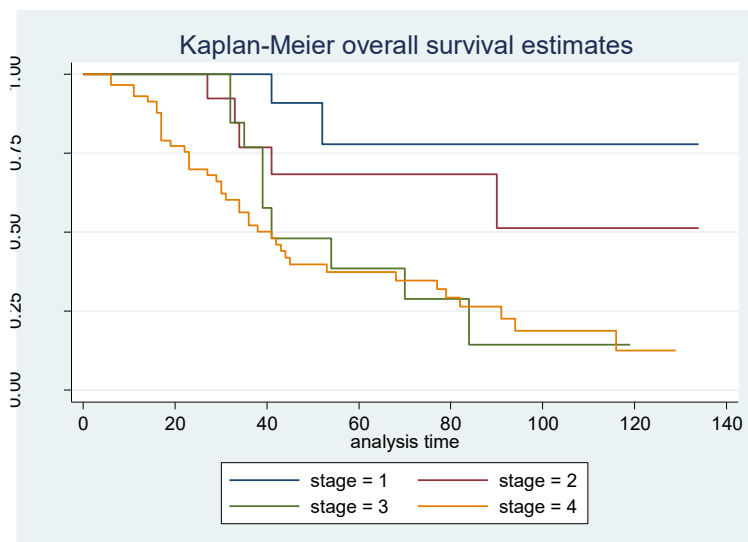
76% ในปีที่ 3 และ 68% ในปีที่ 4 และ 5 ผู้ป่วยใน Stage 3 มีอัตราการรอดชีพ 100% ในปีที่ 1 และ 2 แต่ลดลงเหลือ 76% ในปีที่ 3 และลดลงอย่างมากถึง 48% ในปีที่ 4 และ 38% ในปีที่ 5 ผู้ป่วยใน Stage 4 มีอัตราการรอดชีพต่ำที่สุด โดยในปีที่ 1 มีอัตราการรอดชีพ 93% และลดลงอย่างมากถึง 52% ในปีที่ 3 และ 37% ในปีที่ 5 ดังตารางที่ 4 และรูปที่ 1-2

ตารางที่ 4 มัธยฐานการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช (จำนวน 101 คน)

Stage	Cumulative survival proportion					Median survival time (months)
	1 years	2 years	3 years	4 years	5 years	
Stage 1	1.0	1.0	1.0	0.90	0.77	0
Stage 2	1.0	1.0	0.76	0.68	0.68	0
Stage 3	1.0	1.0	0.76	0.48	0.38	41
Stage 4	0.93	0.69	0.52	0.39	0.37	41
Total	0.96	0.82	0.65	0.51	0.47	53



รูปที่ 1 มัธยฐานการรอดชีวิตหลังการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช



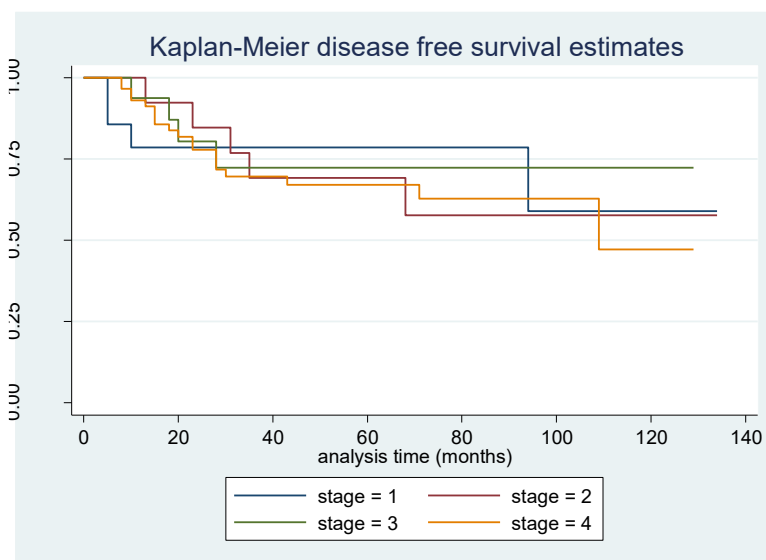
รูปที่ 2 มัธยฐานการรอดชีวิตหลังการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำแนกตาม stage

จากข้อมูลในตารางมัธยฐานการปลอดโรค (Disease-free survival) ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะเวลาปลอดโรค 1 ปี - 5 ปี ดังนี้ 92%, 79%, 70%, 69% และ 69% ตามลำดับเมื่อจำแนกเป็น stage ของการเป็นมะเร็งพบว่า Stage 1 มีอัตราปลอดโรคคงที่ที่ 78% ในทุกช่วงเวลา (1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี และ 5 ปี) Stage 2 มีอัตราปลอดโรคสูงในช่วงปีแรกที่ 100% และลดลงมา

เหลือ 84% ในปีที่ 2 และลดลงไปที่ 69% ในปีที่ 3, 4 และ 5 Stage 3 มีอัตราปลอดโรค 93% ในปีแรก และลดลงไปที่ 80% ในปีที่ 2, 72% ในปีที่ 3 และคงอยู่ที่ 72% จนถึงปีที่ 5 Stage 4 มีอัตราปลอดโรคในปีแรกที่ 93% และลดลงเหลือ 77% ในปีที่ 2 และลดลงไปอยู่ที่ 67% ในปีที่ 4 และ 5 ดังตารางที่ 5 และรูปที่ 3

ตารางที่ 5 มัธยฐานการปลอดโรค (disease free survival) ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช (จำนวน 101 คน)

stage	Cumulative survival proportion				
	1 years	2 years	3 years	4 years	5 years
Stage 1	0.78	0.78	0.78	0.78	0.78
Stage 2	1.0	0.84	0.69	0.69	0.69
Stage 3	0.93	0.80	0.72	0.72	0.72
Stage 4	0.93	0.77	0.69	0.67	0.67
total	0.92	0.79	0.70	0.69	0.69



รูปที่ 3 มัธยฐานการปลอดโรคของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำแนกตาม stage

จากการวิเคราะห์ Cox regression แบบ Univariate พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตดังนี้ เพศชาย Hazard Ratio (HR) = 0.67 (95% CI: 0.39–1.18, p-value = 0.17) ซึ่งเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่ำกว่าเพศหญิง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี HR = 1.12 (95% CI: 0.64–1.96, p-value = 0.66) อย่างไรก็ตามอายุที่มากกว่า 60 ปี ไม่ได้เป็นปัจจัย

ที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ HR = 0.70 (95% CI: 0.41–1.21, p-value = 0.21) พบว่าการสูบบุหรี่ไม่มีนัยสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ HR = 0.73 (95% CI: 0.40–1.30, p-value = 0.29) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเคี้ยวหมาก HR = 1.69 (95% CI: 0.98–2.90, p-value = 0.05) การเคี้ยวหมากมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

อย่างไรก็ตามผลยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาตำแหน่งของมะเร็งไม่มีตำแหน่งใดที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ TNM stage (ระยะของโรค) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะ III และ IV HR = 5.65 (95% CI: 1.21–26.31) และ HR = 7.51 (95% CI: 1.81–31.14) ตามลำดับ และมี p-value < 0.05 อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในระยะ III และ IV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยในระยะ I อย่างมีนัยสำคัญในส่วนของการรักษา (Treatment) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมี HR = 2.49 (95% CI: 1.43–4.33, p-value < 0.01) ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย RT (HR = 1.66, p-value = 0.13) และ CCRT (HR = 1.66, p-value = 0.13) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Histological grading) (Poor differentiation) HR = 2.67 (95% CI: 0.63–11.20) แต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.17) สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการรอดชีวิตคือ TNM stage และการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ใน

ระยะ III และ IV หรือไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังตารางที่ 6

จากการวิเคราะห์ Cox regression แบบ Multiple analysis พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีดังนี้ TNM Stage ระยะ III adjust Hazard Ratio (aHR) = 8.20 (95% CI: 1.44–46.56, p-value < 0.01) ระยะ IV adjust Hazard Ratio (aHR) = 8.12 (95% CI: 1.69–38.98, p-value < 0.01) ผู้ป่วยในระยะ IV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยในระยะ I อย่างมีนัยสำคัญ การรักษา (Treatment) การรักษาด้วยการผ่าตัด adjust Hazard Ratio (aHR) = 3.15 (95% CI: 1.50–6.58, p-value < 0.01) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ การกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrence) adjust Hazard Ratio (aHR) = 2.25 (95% CI: 1.09–4.66, p-value = 0.02) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการกลับมาเป็นซ้ำมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่กลับมาเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลกับการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช (จำนวน 101 คน)

ปัจจัย	Univariate cox regression			Multiple cox regression		
	HR	95% CI	p-value	aHR	95% CI	p-value
เพศ : ชาย	0.67	0.39-1.18	0.17	0.54	0.10-2.85	0.47
อายุ : ≥60	1.12	0.64-1.96	0.66	1.01	0.44-2.29	0.97
สูบบุหรี่	0.70	0.41-1.21	0.21	1.84	0.28-11.89	0.51
ดื่มแอลกอฮอล์	0.73	0.40-1.30	0.29	0.87	0.26-2.92	0.11
เคี้ยวหมาก	1.69	0.98-2.90	0.05	2.05	0.83-5.03	0.11

ปัจจัย	Univariate cox regression			Multiple cox regression		
	HR	95% CI	p-value	aHR	95% CI	p-value
ตำแหน่งของมะเร็ง						
Lip	ref			ref		
Buccal	1.15	0.38-3.45	0.79	0.61	0.14-2.60	0.50
Palate	0.59	0.60-5.07	0.63	0.28	0.02-3.82	0.34
RMT	0.59	0.06-4.46	0.55	0.39	0.02-5.36	0.48
FOM	1.42	0.46-4.35	0.53	1.06	0.24-4.65	0.93
Gum	1.40	0.48-4.12	0.53	1.05	0.29-3.76	0.93
Tongue	1.50	0.56-3.96	0.41	0.76	0.19-3.02	0.68
TNM stage						
I	ref			ref		
II	2.71	0.52-14.00	0.23	3.05	0.51-18.04	0.21
III	5.65	1.21-26.31	0.02	8.20	1.44-46.56	0.01
IV	7.51	1.81-31.14	<0.05	8.12	1.69-38.98	<0.01
Treatment						
Surgery	2.49	1.43-4.33	<0.01	3.15	1.50-6.58	<0.01
RT	1.66	0.85-3.24	0.13	1.48	0.43-5.10	0.53
CCRT	1.66	0.85-3.24	0.13	0.56	0.18-1.68	0.30
grading						
Well	ref			ref		
Moderate	1.03	0.57-1.88	0.90	0.61	0.28-1.30	0.20
Poor	2.67	0.63-11.20	0.17	4.38	0.81-23.30	0.08
recurrent	1.64	0.96-2.78	0.06	2.25	1.09-4.66	0.02

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่สำคัญหลายประการที่มีผลต่อการรอดชีวิต

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลมหา

สารนครศรีธรรมราช อยู่ที่ 96%, 82%, 65%, 51%, และ 47% ในช่วง 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ โดยค่ามัธยฐานการรอดชีพ (Median survival time) ของผู้ป่วยครึ่งหนึ่งอยู่ที่ 53 เดือน ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการตรวจพบโรคตั้งแต่วัยแรกและการได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่วัยเริ่มต้น ผลการศึกษานี้มีการรอดชีพสูงกว่างานวิจัยในประเทศไทย ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

งานวิจัยของลักขณา สีนวลแลและคณะ⁽⁹⁾ พบว่า อัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 31.9% และการศึกษาของ Andressa และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปีอยู่ที่ 39% อย่างไรก็ตาม การรอดชีพมีความแตกต่างกันไป อันเนื่องมาจาก ปัจจัยที่สำคัญหลายประการที่มีผลต่อการรอดชีพ

เพศและการรอดชีพในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจากข้อมูลในตาราง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศและการรอดชีพ ($p = 0.16$) โดยเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (66.07% เทียบกับ 33.93%) ขณะที่อัตราการรอดชีพของเพศหญิงอยู่ที่ 48.89% เทียบกับเพศชายที่ 51.11% ผลลัพธ์การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าเพศไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการทำนายการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Juliana da Silva Moro⁽¹¹⁾ ที่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอัตราการรอดชีพกับเพศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มประชากรบางการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเพศชายอาจมีความเสี่ยงสูงกว่าในการเกิดมะเร็งช่องปากเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง⁽¹³⁾ แต่การศึกษานี้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และเคี้ยวหมาก ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในกลุ่มตัวอย่าง ($p\text{-value} > 0.05$)

การศึกษานี้พบว่าอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ไม่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($HR = 1.12$, $p\text{-value} = 0.66$) ต่างจากการศึกษา Monika Lokhande และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ($HR = 1.37$, $95\% \text{ CI: } 1.01\text{--}1.85$, $p\text{-value } 0.03$)

มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการรอดชีพที่ต่ำกว่า เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและการตอบสนองต่อการรักษาที่ลดลง

การศึกษานี้พบว่าตำแหน่งของมะเร็ง (Primary site) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก อย่างไรก็ตาม ตำแหน่งที่พบมะเร็งมากที่สุดคือ ลิ้น (Tongue) ซึ่งมีค่า $aHR = 0.76$ ($95\% \text{ CI: } 0.19\text{--}3.02$) โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.68$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oyuntsetseg Davaatsend⁽⁷⁾ ที่ไม่พบความแตกต่างของตำแหน่งของมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปได้ว่าการที่ตำแหน่งของมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการรอดชีพ อาจเป็นเพราะปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระยะของโรค (TNM stage) และการรักษามีผลมากกว่า

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ III มีค่า Hazard Ratio (aHR) = 8.20 ($95\% \text{ CI: } 1.44\text{--}46.56$) และผู้ป่วยในระยะ IV มีค่า $aHR = 8.12$ ($95\% \text{ CI: } 1.69\text{--}38.98$) โดยทั้งสองระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ III และ IV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยในระยะ I อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในอเมริกาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะ T4 มีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยระยะ T1 ถึง 1.8 เท่า และมีอัตราการรอดชีพที่ 39.1%⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในบราซิลพบว่ามะเร็งระยะลุกลามมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ($HR 2.14$; $95\% \text{ CI } 1.68\text{--}2.74$; $p < 0.001$)⁽¹⁶⁾ เป็นไปได้ว่ามะเร็งถูกตรวจพบในระยะลุกลามมักมีอัตราการรอดชีพที่ต่ำลง เนื่องจากความซับซ้อนในการรักษาและความรุนแรงของโรค อีกทั้งมะเร็งช่องปากที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะท้ายและ

แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น โอกาสที่ผู้ป่วยจะรอดชีวิตจะลดลง

การผ่าตัด (Surgery) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ 3.15 เท่า (95% CI: 1.50–6.58) และ p -value < 0.01 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดถือเป็นทางเลือกหลักในการรักษา OSCC ที่ไม่แพร่กระจาย ทั้งในระยะเริ่มต้นและระยะลุกลาม สำหรับผู้ป่วยในระยะลุกลามและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นซ้ำ หลังจากการผ่าตัด มักใช้การรักษาเสริมด้วยการฉายรังสีหรือเคมีบำบัดร่วมด้วย⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคมะเร็งช่องปาก National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ที่แนะนำให้เลือกการผ่าตัดเป็นตัวเลือกแรก ในกรณีที่ยังสามารถผ่าตัดได้ เพราะสามารถเอา gross tumor ออกไปได้หมด และตอบสนองต่อผลการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาหรือการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการผ่าตัดต่อการเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย

การเจริญเติบโตของมะเร็งในลักษณะ Poor differentiation เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ 4.38 เท่า $aHR = 4.38$ (95% CI: 0.81–23.30) แม้ผลนี้จะไม่มีความสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.08) ต่างจากการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า Pathological grading มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁸⁾ แต่ก็แสดงถึงแนวโน้มที่ผู้ป่วยที่มีมะเร็งเจริญเติบโตในลักษณะ Poor differentiation มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีมะเร็งในระดับ Well differentiation

การกลับมาเป็นซ้ำ (recurrence) มีความสัมพันธ์ 2.25 เท่า $aHR = 2.25$ (95% CI: 1.09–4.66) และ p -value = 0.02 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่กลับมาเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการรักษาการกลับมาเป็นซ้ำอาจจะ มีข้อจำกัดในด้านการผ่าตัดจากรอยโรคที่ลุกลามไปยังอวัยวะที่สำคัญทำให้ไม่สามารถผ่าตัดให้ได้ ระยะขอบมะเร็งที่ free margin ได้ และข้อจำกัดในด้านการฉายรังสีที่ไม่สามารถเพิ่มปริมาณรังสีซ้ำได้เนื่องจากปริมาณรังสีสะสมที่เกินขนาด ซึ่งส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษามองโกเลีย⁽⁷⁾ พบว่า การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งทำให้การรอดชีวิตแย่งลงอย่างมีนัยสำคัญ ($HR = 1.99$, $CI = 1.15$ -3.04)

สรุป

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชอยู่ที่ 96% ในปีที่ 1 และลดลงเป็น 47% ในช่วงปีที่ 5 โดยปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ได้แก่ TNM stage, การรักษาด้วยการผ่าตัด และการกลับมาเป็นซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ III และ IV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกและการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนากลยุทธ์และการดำเนินงาน สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ III และ IV ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงควรได้รับการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาระบบการคัดกรองเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อยู่ในระยะต้นและเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน เช่น ลดการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเคี้ยวหมากยังสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากได้ อีกทั้งควรเน้นย้ำการณรงค์และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายภูมิภาคของประเทศไทยเพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุม นอกจากนี้ การวิจัยในครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญ

กับการสำรวจปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการรอดชีพ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น การนำเทคโนโลยี Telemedicine มาใช้ในการติดตามและดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา ซึ่งจะช่วยลดโอกาสในการเกิดซ้ำและเพิ่มอัตราการรอดชีพ

ข้อจำกัด

เป็นการศึกษาย้อนหลังมีขนาดตัวอย่างจำนวนน้อยและศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มงานเวชระเบียนและศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราชที่อนุเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลรักษา มะเร็งช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. อัตราการรอดชีวิต 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำแนกตามเชื้อชาติ เพศ และระยะของการวินิจฉัย | สถาบันวิจัยทันตกรรมและกะโหลกศีรษะแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/oral-cancer/survival-rates>
2. Shrestha AD, Vedsted P, Kallestrup P, Neupane D. Prevalence and incidence of oral cancer in low- and middle-income countries: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020 Mar;29(2):e13207.
3. Krishna Rao SV, Mejia G, Roberts-Thomson K, Logan R. Epidemiology of oral cancer in Asia in the past decade--an update (2000-2012). *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2013;14(10):5567-77.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด; 2559.
5. Alqahtani WS, Almufareh NA, Al-Johani HA, Alotaibi RK, Juliana CI, Aljarba NH, et al. Oral and Oropharyngeal Cancers and Possible Risk Factors Across Gulf Cooperation Council Countries: A Systematic Review. *World J Oncol*. 2020 Aug;11(4):173-81.
6. Liu Y, Zheng C, Huang Y, He M, Xu WW, Li B. Molecular mechanisms of chemo- and radiotherapy resistance and the potential implications for cancer treatment. *MedComm*. 2021 Jun 10;2(3):315-40.
7. Davaatsend O, Altannamar M, Batbayar B, Jagdagsuren U. Factors influencing the 5-year survival rate of oral cancer patients in the Mongolian population: a retrospective cohort study. *Front Oral Health*. 2023 Dec 15;4:1292720.
8. Choi YS, Kim MG, Lee JH, Park JY, Choi SW. Analysis of prognostic factors through survival rate analysis of oral squamous cell carcinoma patients treated at the National Cancer Center: 20 years of experience. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2022 Oct 31;48(5):284-91.
9. ลักษณะ ศรีนวลแล, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, สุพรรณิ พรหมเทศ, สุพจน์คำสะอาด. การรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิด Squamous cell carcinoma ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2013;61-70.

10. Ferreira AKA, de Carvalho SHG, Granville-Garcia AF, Sarmiento DJ de S, Agripino GG, de Abreu MHNG, et al. Survival and prognostic factors in patients with oral squamous cell carcinoma. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021 May;26(3):e387–92.
11. Moro J da S, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein Sao Paulo Braz*. 2018 Jun 7;16(2):eAO4248.
12. Lin NC, Hsu JT, Tsai KY. Difference between Female and Male Patients with Oral Squamous Cell Carcinoma: A Single-Center Retrospective Study in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun;17(11):3978.
13. Wolfer S, Kunzler A, Foos T, Ernst C, Leha A, Schultze-Mosgau S. Gender and risk-taking behaviors influence the clinical presentation of oral squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dent Res*. 2022 Jan 5;8(1):141–51.
14. Lokhande M, Kannusamy S, Oak A, Cheulkar S, Chavan S, Mishra V, et al. A hospital-based study of survival in oral cancer patients of Tata Memorial Hospital, Mumbai [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <http://ecancer.org/en/journal/article/1669-a-hospital-based-study-of-survival-in-oral-cancer-patients-of-tata-memorial-hospital-mumbai>
15. Zanoni DK, Montero PH, Migliacci JC, Shah JP, Wong RJ, Ganly I, et al. Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015). *Oral Oncol*. 2019 Mar;90:115–21.
16. Oliveira LL, Bergmann A, Melo AC, Thuler LC. Prognostic factors associated with overall survival in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal*. 2020 Jul 1;25(4):e523–31.
17. Mohamad I, Glaun MD, Prabhash K, Busheri A, Lai SY, Noronha V, et al. Current Treatment Strategies and Risk Stratification for Oral Carcinoma. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2023 Jun;(43):e389810.
18. Liu F, Chen F, Huang J, Yan L, Liu F, Wu J, et al. Prospective study on factors affecting the prognosis of oral cancer in a Chinese population. *Oncotarget*. 2016 Dec 9;8(3):4352–9.