

อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากชนิด Squamous Cell Carcinoma

ชัยรัตน์ เสรีรัตน์ พ.บ.*, วิภาดา เสรีรัตน์ พ.บ.**

*กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด
จังหวัดร้อยเอ็ด 45000

**กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด
จังหวัดร้อยเอ็ด 45000

Survival Rate and Prognostic Factors on Survival of Patients with Oral Squamous Cell Carcinoma

Chairat Sererat, M.D.*, Wipada Sererat, M.D.**

*Department of Otolaryngology, Roi Et Hospital, Nai Mueang, Mueang Roi Et,
Roi Et, 45000, Thailand

**Department of Ophthalmology, Roi Et Hospital, Nai Mueang, Mueang Roi Et,
Roi Et, 45000, Thailand

Corresponding Author: Chairat Sererat (E-mail: Rt.sererat@gmail.com)

(Received: 29 November, 2024; Revised: 7 May, 2025; Accepted: 9 July, 2025)

Abstract

Background: Oral cavity squamous cell carcinoma (OCSCC) is a cancer that arises from the epithelial cells in the oral cavity. It is common in adults and has a high incidence in many countries, including Thailand. **Objective:** To study the survival rate and prognostic factors for survival in patients with OCSCC treated at Roi Et Hospital. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted by collecting data from patient medical records between January 1, 2015, and December 31, 2021, with follow-up until December 31, 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, Kaplan-Meier survival method, and Cox proportional hazard model ($p < .05$). **Results:** A total of 273 patients were included. The majority were female (69.37%) with a mean age of 66.14 years (± 12.78). A total follow-up of 1,116 person-months was completed. There were 222 deaths, with an incidence rate of 19.87 per 100 person-months (95%CI: 12.23, 23.75). The median survival time was 1.66 years. The survival rates at 1, 3, 5, and 10 years were 62.89%, 42.66%, 32.73%, and 19.93%, respectively. Risk factors for death included poorly differentiated histology (adjHR = 2.91; 95%CI: 1.61, 7.22), and cancer stages 2 (adjHR = 1.90; 95%CI: 1.19, 3.00), 3 (adjHR = 2.65; 95%CI: 1.62, 4.32), and 4 (adjHR = 3.71; 95%CI: 2.13, 6.47). **Conclusion:** Patients with oral cancer at Roi Et Hospital had a median survival time of 1.66 years, with a 5-year survival rate of 32.73%. Poor histology grading and advanced disease stage were significant prognostic factors that reduced the survival rate.

Keywords: Oral cavity cancer, Survival rate, Prognostic factors

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: มะเร็งช่องปากชนิด squamous cell carcinoma (SCC) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวในช่องปาก พบบ่อยในผู้ใหญ่และมีอัตราการเกิดสูงในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิด SCC ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด **วิธีการ:** การศึกษาแบบ retrospective cohort study โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่าง 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ติดตามจนถึง 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Kaplan-Meier survival method และ Cox proportional hazard model ($p < .05$) **ผล:** ผู้ป่วย 273 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.37%) อายุเฉลี่ย 66.14 ปี (± 12.78) ติดตามรวม 1,116 คน-เดือน พบผู้เสียชีวิต 222 ราย อัตราอุบัติการณ์ 19.87 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI: 12.23, 23.75) มัธยฐานการรอดชีพ 1.66 ปี อัตรารอดชีพ 1, 3, 5 และ 10 ปี เท่ากับ 62.89%, 42.66%, 32.73% และ 19.93% ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ histology grading เป็น poorly differentiated (adjHR = 2.91; 95%CI: 1.61, 7.22) และมะเร็งระยะที่ 2 (adjHR = 1.90; 95%CI: 1.19, 3.00), ระยะที่ 3 (adjHR=2.65; 95%CI: 1.62, 4.32), และระยะที่ 4 (adjHR = 3.71; 95%CI: 2.13, 6.47) **สรุป:** ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีมัธยฐานการรอดชีพ 1.66 ปี และอัตราการรอดชีพ 5 ปี 32.73% โดยลักษณะทางเซลล์วิทยาและระยะโรคที่รุนแรงเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่ลดอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย

คำสำคัญ: มะเร็งช่องปาก, อัตรารอดชีพ, ปัจจัยพยากรณ์

บทนำ (Introduction)

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 6 ล้านคน ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก 22 ล้านคน และคาดว่าในปี 2030 จะเพิ่มเป็น 22.2 ล้านคน มะเร็งช่องปากพบมากในวัยกลางคนและสูงอายุ การวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มต้นหรือตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอด 5 ปีทั่วโลกคาดมีผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ 405,000 รายต่อปี¹ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก² ในประเทศไทย

มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี โดยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในส่วนองมะเร็งศีรษะ และคอ ได้แก่ มะเร็งในบริเวณเยื่อบุของลิ้น พื้นปาก เหงือก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม และบริเวณหลังพินแกรม จากรายงานของทะเบียนมะเร็งแห่งชาติ โรคมะเร็งช่องปากพบในเพศชาย (ASR 4.6 ต่อ 100,000) ในเพศหญิง (ASR 3.2 ต่อ 100,000) โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคได้แก่ การเคี้ยวหมาก การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งช่องปากพบสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย³ อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยและขึ้นอยู่กับชนิดของโรคยกตัวอย่างเช่น การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสีบำบัด ระยะของโรค การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะใกล้เคียงที่มีการลุกลามของโรค⁴ การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์อัตราการรอดชีพ (1-3 และ 5 ปี) และปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิด squamous cell carcinoma (SCC) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เนื่องจากยังขาดข้อมูลการศึกษาดังกล่าวในประเทศไทย ผลการศึกษาจะช่วยในการวางแผนการรักษา ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และเพิ่มระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็น โสภ ศอ นาสิกแพทย์ ที่สนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของกลุ่มผู้ป่วยนี้

วัตถุและวิธีการ (Materials and Methods)

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study โดยติดตามข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิด SCC ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและมีผลพยาธิวิทยา ยืนยันทุกราย ข้อมูลถูกเก็บจากประวัติการรักษาในอดีต และติดตามจนทราบสถานะสุดท้ายของการมีชีวิตหรือจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดเลือก-คัดออก เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมการวิจัย เวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นชนิด SCC ส่วนเกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมการวิจัย คือเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียนที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลผลการรักษาและตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาคำนวณจากสูตร⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัย

ที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากคือ age < 40 years (HR = 2.20; 95%CI: 1.02, 4.72) Ferreira AKA และคณะ⁶ คำนวณอำนาจการทดสอบที่ระดับความเชื่อมั่น (α = .05) พบค่าความเสี่ยงต่อการตาย (HR) เท่ากับ 2.20 ความน่าจะเป็นของข้อมูลสมบูรณ์ 0.99 แทนค่าในสูตรได้อำนาจทดสอบ 0.99996 ดังนั้นการศึกษานี้ใช้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 273 ราย ซึ่งมีอำนาจการทดสอบ 100% เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางคลินิกด้วย HR เท่ากับ 2.20

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการรักษา การวินิจฉัย และข้อมูลการเสียชีวิต ลงในแบบฟอร์มที่กำหนด โดยจัดกลุ่มและลงรหัสตำแหน่งโรคตาม ICD-O 3rd Edition ข้อมูลถูกสืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดย้อนหลัง 9 ปี (พ.ศ. 2558-2566) ในกรณีที่ไม่สามารถติดตามการมีชีวิตได้ (missing data) หรือผู้ป่วยเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งช่องปาก ให้พิจารณาเป็น censored

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้นประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ เพศ ตำแหน่งของโรค ระยะโรค histology type histology grading การแพร่กระจายของมะเร็ง และวิธีการรักษา ซึ่งทั้งหมดจัดเป็นตัวแปรกลุ่ม (categorical variables) การจัดการตัวแปรกลุ่มเป็นขั้นตอนสำคัญ เนื่องจากไม่สามารถใช้ในการคำนวณทางคณิตศาสตร์ได้โดยตรง จึงต้องแปลงให้เหมาะสม เช่น การแบ่งช่วงอายุหรือกำหนดค่าสำหรับเพศ (ชาย/หญิง) ส่วนตัวแปรตามคือการรอดชีพ disease-free survival

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากนั้นประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายเวชระเบียนเพื่อขอเก็บข้อมูลและกรอกข้อมูลจากเวชระเบียนลงในแบบฟอร์มที่กำหนดตรวจสอบความถูกต้องและนำข้อมูลที่ได้นำมาทึกลงในคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ univariable analysis วิเคราะห์ด้วยสมการ Cox proportional hazard ratio เพื่อหาทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% และ p-value < .05 การวิเคราะห์ multivariable analysis ด้วยสมการ Cox proportional hazard regression เพื่อหาความสัมพันธ์ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% และ p-value < .05 และ Kaplan-Meier survival analysis ใช้วิเคราะห์การรอดชีพ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE098/2567

ผล (Result)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 273 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.37%) อายุเฉลี่ย 66.14 ปี (± 12.78) สถานภาพสมรสคู่ (83.88%) สูบบุหรี่ (30.77%) ดื่มสุรา (28.94%) เคี้ยวหมาก (38.46%) มีแผลเรื้อรังในช่องปาก (47.62%) และเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (8.06%) อาการหลักคือแผลบน (100%) และพบก้อนที่คอ (45.79%) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (62.64%) ข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 273)

Variables	n (%)
Sex	
Male	100 (36.63)
Female	173 (63.37)
Age (years)	
≤ 60	82 (30.04)
> 60	191 (69.96)
Mean (SD)	66.14 (12.78)
Min:Max	28:88
Marital status	
Single	17 (6.23)
Married	229 (83.88)
Separate, widowed	27 (9.89)
Cigarettes Smoking	
Non-smoker	189 (69.23)
Smoker	84 (30.77)
Alcohol drinking	
Non-drinker	194 (71.06)
Drinker	79 (28.94)
Betel Nut Chewing	
No	168 (61.54)
Yes	105 (38.46)

Variables	n (%)
Chronic Oral Ulcers	
No	143 (52.38)
Yes	130 (47.62)
Neck Lump	
No	148 (54.21)
Yes	125 (45.79)
Underlying Diseases	
No	173 (63.37)
Diabetes mellitus type 2	22 (8.05)
Hypertension	19 (6.95)
Diabetes mellitus type 2 and Hypertension	17 (6.23)
Dyslipidemia	9 (3.30)
Cardiovascular diseases	6 (3.30)
Thalassemia	6 (3.30)
Rheumatoid Arthritis	5 (1.83)
Thyroid	5 (1.83)
Others	11 (4.04)
Initial Presenting Symptoms	
Chronic Wound	273 (100)
Surgery treatment	
No	102 (37.36)
Yes	171 (62.64)

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วย

ตำแหน่งเกิดโรคส่วนใหญ่คือ oral tongue (31.50%) ระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อส่วนใหญ่เป็น well differentiated (52.10%) ระยะโรคส่วนใหญ่เป็น ระยะที่ 4 (37.73%) และส่วนใหญ่ไม่มีการแพร่กระจาย (non-metastasis) (81.32%) ข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วย (n = 273)

Variables	n (%)
Site of diseases	
Buccal mucosa	48 (17.58)
Floor of mouth	14 (5.13)
Hard palate	4 (1.47)
Lower gum	28 (10.26)
Lower lip	86 (31.50)
Oral tongue	87 (31.86)
Upper lip	6 (2.20)
Histology grading	
Well differentiated	142 (52.11)
Moderately differentiated	59 (21.61)
Poorly differentiated	71 (26.01)
Undifferentiated	1 (0.37)
Stage of diseases	
Stage I	79 (28.94)
Stage II	47 (17.22)
Stage III	44 (16.12)
Stage IV	103 (37.72)
Metastasis of cancer	
Non-metastasis	222 (81.32)
Bone	6 (2.20)
Brain	4 (1.47)
Liver	14 (5.13)
Lung	15 (5.48)
Multiple sites*	12 (4.40)

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 273 ราย ติดตามรวม 1,116 คน-เดือน พบผู้เสียชีวิต 222 ราย อัตราอุบัติการณ์ 19.87 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI: 12.23, 23.75) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ (median survival time) 1.66 ปี อัตรารอดชีพ

โดยรวม 1, 3, และ 5 ปี เท่ากับ 62.89%, 42.66%, และ 32.73% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราการรอดชีพ 5 ปี จำแนกตามระยะของโรค พบว่าอัตราการรอดชีพในระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 64.56%, 32.67%, 18.18% และ 14.56% ตามลำดับ ข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากโดยรวมทุกระยะของการเกิดโรค

Years	Overall Survival rate % (95%CI)	Stage I % (95%CI)	Stage II % (95%CI)	Stage III % (95%CI)	Stage IV % (95%CI)
1 Year	62.89 (56.86, 68.33)	92.41 (83.87, 96.51)	65.35 (49.79, 77.14)	52.27 (36.70, 65.72)	43.69 (33.99, 52.97)
3 Years	42.66 (36.74, 48.45)	77.22 (66.30, 84.98)	43.57 (29.10, 57.16)	27.27 (15.20, 40.81)	22.33 (14.86, 30.76)
5 Years	32.73 (27.23, 38.34)	64.56 (52.96, 73.99)	32.67 (19.77, 46.22)	18.18 (8.52, 30.72)	14.56 (8.58, 22.06)

ปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (Cox proportional hazard model)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ เพศหญิง การมีก้อนที่คอ ผล histology grading เป็นชนิด poorly differentiated เป็นมะเร็งในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 การแพร่กระจายของมะเร็งไปที่กระดูก ตับ ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว

Variables	Median time (Years)	Person times	IR/100	Crude hazard ratio	95%CI	p-value
Sex						
Male	2.78	766	1.86	1.0		
Female	1.01	349	2.25	1.90	1.45, 2.53	< .001*
Age (years)						
≤ 60	1.78	331	1.98	1.0		
> 60	1.66	784	1.97	1.05	0.78, 1.41	.709
Cigarettes Smoking						
Non-smoker	1.66	826	1.81	1.0		
Smoker	1.64	290	2.47	1.04	0.78, 1.38	.290
Alcohol drinking						
Non-drinker	2.11	831	1.86	1.0		
Drinker	1.51	284	2.35	1.01	0.75, 1.34	.938

Variables	Median time (Years)	Person times	IR/100	Crude hazard ratio	95%CI	p-value
Betel Nut Chewing						
No	3.32	294	3.22	1.0		
Yes	1.23	821	1.54	0.77	0.59, 1.08	.068
Neck Lump						
No	4.08	790	1.37	1.0		
Yes	0.85	326	3.46	1.79	1.36, 2.33	< .001*
Site of diseases						
Buccal mucosa	0.98	104	4.11	1.0		
Floor of mouth	1.01	46	2.79	0.57	0.30, 1.07	.184
Hard palate	0.73	5	7.50	1.04	0.37, 2.92	.927
Lower gum	0.96	84	2.95	0.66	0.40, 1.09	.111
Lower lip	06.61	578	1.00	0.32	0.21, 1.48	.231
Oral tongue	0.4	244	3.11	0.88	0.60, 1.27	.497
Upper lip	3	53	0.56	0.12	0.28, 1.54	.106
Histology grading						
Well differentiated	2.91	657	1.67	1.0		
Moderately differentiated	1.04	175	2.97	1.36	0.97, 1.94	.066
Poorly differentiated	1.66	283	2.08	2.08	1.78, 4.48	.025*
Undifferentiated	NA	1	0.96	1.67	0.23, 11.98	.613
Stage of diseases						
Stage I	7.19	588	0.83	1.0		
Stage II	2.11	178	2.12	1.82	1.80, 2.82	.007*
Stage III	1.05	122	3.26	2.53	1.63, 3.92	< .001*
Stage IV	0.82	226	4.19	3.04	2.10, 4.36	< .001*
Metastasis of cancer						
Non-metastasis	2.15	985	1.78	1.0		
Bone	0.29	13	3.92	3.10	1.27, 7.61	.013*
Brain	1.25	16	1.89	1.37	0.43, 4.34	.584
Liver	0.42	21	6.96	1.92	1.11, 3.33	.019*
Lung	1.39	51	2.56	1.31	0.74, 2.30	.352
Multiple sites	0.59	32	3.47	1.30	0.70, 2.40	.401
Surgery treatment						
No	0.59	204	4.69	1.0		
Yes	3.88	912	1.38	0.49	0.37, 1.64	.231
Radiotherapy						
Yes	31.9	863	1.57	1.0		
No	1.07	252	3.39	1.42	0.75, 1.87	.213

Variables	Median time (Years)	Person times	IR/100	Crude hazard ratio	95%CI	p-value
Chemotherapy						
Yes	2.46	1061	1.77	1.0		
No	0.93	55	6.12	1.84	0.26, 2.69	.213
Palliative care						
No	2.67	973	1.65	1.0		
Yes	0.58	143	4.25	1.58	0.17, 2.12	.203

* significant < .05, IR = incidence rate

ปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากด้วยการวิเคราะห์พหุคูณถอยโลจิสติกส์ (Cox proportional hazard regression)

ตัวแปรที่นำเข้าในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ การมีก้อนที่คอ ตำแหน่งการเกิดโรค histology

grading และ stage of diseases ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ poorly differentiated การเป็นมะเร็งในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ข้อมูลแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากด้วยการวิเคราะห์พหุคูณถอยโลจิสติกส์

Variables	Crude hazard ratio (95%CI)	Adjusted hazard ratio (95%CI)	p-value
Sex			
Male	1.0	1.0	
Female	1.90 (1.45, 2.53)	0.96 (0.69, 1.33)	.826
Neck Lump			
No	1.0	1.0	
Yes	1.79 (1.36, 2.33)	0.94 (0.61, 1.45)	.794
Histology grading			
Well differentiated	1.0	1.0	
Moderately differentiated	1.36 (0.97, 1.94)	1.33 (0.94, 1.88)	.083
Poorly differentiated	2.08 (1.78, 4.48)	2.91 (1.61, 7.22)	.003
Undifferentiated	1.67 (0.23, 11.98)	1.58 (0.48, 26.59)	.431
Stage of diseases			
Stage I	1.0	1.0	
Stage II	1.82 (1.80, 2.82)	1.90 (1.19, 3.00)	.013
Stage III	2.53 (1.63, 3.92)	2.65 (1.62, 4.32)	< .001
Stage IV	3.04 (2.10, 4.36)	3.71 (2.13, 6.47)	< .001

* significant < .05

วิจารณ์ (Discussion)

โรคมะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่งในทั่วโลก การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรค⁷ ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก SCC จำนวน 273 ราย มีอัตราการรอดชีพ 5 ปีร้อยละ 32.73 ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Carvalho AL และคณะ⁸ ศึกษาในประเทศบราซิลพบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 43.2 การศึกษาของ Loree TR และคณะ⁹ พบว่าการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 52.0 การศึกษาของ Listl S และคณะ¹⁰ ศึกษาในประเทศเยอรมนีพบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในอยู่ที่ร้อยละ 54.6 ซึ่งมีอัตราการรอดชีพที่สูงกว่าในการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาในครั้งนี้พบปัจจัยพยากรณ์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้แก่ ลักษณะทางเซลล์วิทยา และการเป็นมะเร็งระยะรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Taghavi N และ Yazdi I¹¹ ที่พบว่าการเป็นมะเร็งระยะรุนแรงและลักษณะทางพยาธิวิทยามีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeole BB และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เป็นมะเร็งรุนแรงและมีการแพร่กระจายของโรคไปยังบริเวณอวัยวะใกล้เคียงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen YK และคณะ¹³ การศึกษาที่ได้หวนพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากได้แก่ ระยะโรคที่รุนแรง การแพร่กระจายของมะเร็ง ระยะการเกิดโรค และความแตกต่างทางพยาธิวิทยา มะเร็งริมฝีปากมักวินิจฉัยได้เร็วเนื่องจากรอยโรคมองเห็นชัดเจน ทำให้การรักษาในระยะเริ่มต้น (T1-T2) มีประสิทธิภาพสูงโดยการผ่าตัดเนื้องอกปฐมภูมิโดยไม่ต้องทำ neck dissection หรือ chemo RT เพิ่มเติม ส่งผลให้ออกาสรอดชีพสูงขึ้น หากวินิจฉัยในระยะลุกลาม (T3-T4) ซึ่งรอยโรคใหญ่กว่า 4 ซม. มักต้องรักษาด้วยวิธีซับซ้อน เช่น neck dissection และ/หรือ chemo RT ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอาจลดโอกาสรอดชีพ¹⁴⁻¹⁶ การให้ความรู้แก่ประชาชนในการสังเกตริมฝีปากและรีบพบแพทย์เมื่อพบรอยโรคผิดปกติมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการลุกลามสู่ระยะ T3-T4 สำหรับมะเร็งลิ้น ความลึกของรอยโรค เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดแนวทางการรักษา ในระยะเริ่มต้น (T1-T2) หากรอยโรคไม่ลุกลามมาก การผ่าตัดเนื้องอกปฐมภูมิโดยไม่ต้องทำ neck dissection หรือ Chemo RT เพิ่มเติมช่วยลดผลข้างเคียงและเพิ่มโอกาสรอดชีพ หากรอยโรค

ลุกลามมากขึ้น (เช่น มากกว่า 4 มม.) อาจต้องพิจารณาเพิ่มการรักษา เช่น neck dissection หรือ chemo RT ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การรักษาแบบประคับประคอง เคมีบำบัด และรังสีรักษา อาจมีผลต่อการรอดชีพแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷⁻¹⁸ เคมีบำบัดช่วยยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็งและลดขนาดเนื้องอก เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษา อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียง เช่น ภาวะกดการทำงานของไขกระดูกและภูมิคุ้มกันลดลง อาจเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อและลดอัตราการรอดชีพในบางราย ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาและเคมีบำบัดช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพและผลการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิด SCC¹⁹⁻²⁰ รังสีรักษามีประสิทธิภาพสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งเฉพาะที่และลดความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำ โดยเป็นวิธีหลักในมะเร็งระยะเริ่มต้น แต่สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น อักเสบในช่องปากและกลืนลำบาก สำหรับมะเร็งระยะก้าวหน้า การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีพ แต่ผลข้างเคียงอาจรุนแรงขึ้น จึงต้องพิจารณาสภาพร่างกายผู้ป่วย การศึกษาพบว่าในมะเร็งช่องปาก ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีพคือระยะของโรคและลักษณะทางพยาธิวิทยา โดยมะเร็งในระยะที่ 2-4 เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ส่วนอายุของผู้ป่วยไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับการรอดชีพในงานวิจัยนี้ ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราการรอดชีพต่ำกว่าจากปัจจัยสุขภาพและภูมิคุ้มกันที่ลดลง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ระยะของโรคและความรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะที่ 4 ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²¹⁻²⁴ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระยะรุนแรงมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงขึ้น 2.14 เท่า โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีพคือลักษณะทางพยาธิวิทยาของก้อนมะเร็ง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำนายความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์การรักษา ลักษณะสำคัญได้แก่ ขนาดก้อนมะเร็ง, ความลึกของการรุกราน, การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และการมีเส้นเลือดหรือเส้นประสาทถูกรุกราน การศึกษานี้พบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ที่ 32.73% ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่อื่น โดยสาเหตุหลักคือผู้ป่วยส่วนใหญ่พบแพทย์เมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม (ระยะที่ 2-4) ซึ่งอาจมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้วและส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต

แม้ว่าในการศึกษานี้ไม่พบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ มีผลต่ออัตราการรอดชีพ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าอัตราการรอดชีพสูงในบางระยะของโรค อาจเกิดจากปัจจัยเสริม เช่น tumor plan ที่ดี ทั้งรังสีบำบัดและเคมีบำบัด ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ทำให้อัตราการรอดชีพสูงกว่าประเทศอื่น ปัจจุบัน ประเทศไทยยังขาดระบบคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้าและลดโอกาสการรอดชีพ ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเดินทางยังเป็นอุปสรรคต่อการติดตามผลการรักษา กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย ดังนั้น การพัฒนาระบบคัดกรองและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับการรักษาและเพิ่มโอกาสการรอดชีพ

สรุป (Conclusion)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 1.66 ปี มีอัตราการรอดชีพโดยรวม 5 ปีร้อยละ 32.73 โดยลักษณะทางเซลล์วิทยาและการเป็นมะเร็งระยะรุนแรงเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่ลดอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนวิจัยจาก “ทุนวิจัยราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย” ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010;127(12):2893–917.
2. Howard A, Agrawal N, Gooi Z. Lip and oral cavity squamous cell carcinoma. Hematol Oncol Clin North Am 2021;35(5):895–911.
3. Tangjaturonrasme N, Vatanasapt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. Asia Pac J Clin Oncol 2018;14(1):16–22.
4. Petit C, Lacas B, Pignon JP, Le QT, Grégoire V, Grau C, et al. Chemotherapy and radiotherapy in locally advanced head and neck cancer: an individual patient data network meta-analysis. Lancet Oncol 2021;22(5):727–36.
5. Schmoor C, Sauerbrei W, Schumacher M. Sample size considerations for the evaluation of prognostic factors in survival analysis. Stat Med 2000;19(4):441–52.
6. Ferreira AKA, de Carvalho SHG, Granville-Garcia AF, Sarmento 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;26(3):e387–92.
7. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am 2015;24(3):491–508.
8. Carvalho AL, Ikeda MK, Magrin J, Kowalski LP. Trends of oral and oropharyngeal cancer survival over five decades in 3267 patients treated in a single institution. Oral Oncol 2004;40(1):71–6.
9. Loree TR, Strong EW. Significance of positive margins in oral cavity squamous carcinoma. Am J Surg 1990;160(4):410–4.
10. Listl S, Jansen L, Stenzinger A, Freier K, Emrich K, Holleczer B, et al. Survival of patients with oral cavity cancer in Germany. PLoS One 2013;8(1):e53415.
11. Taghavi N, Yazdi I. Prognostic factors of survival rate in oral squamous cell carcinoma: clinical, histologic, genetic and molecular concepts. Arch Iran Med 2015;18(5):314–9.

เอกสารอ้างอิง (References)

12. Yeole BB, Sankaranarayanan R, Sunny M Sc L, Swaminathan R, Parkin DM. Survival from head and neck cancer in Mumbai (Bombay), India. *Cancer* 2000;89(2):437-44.
13. Chen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC. Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol* 1999;35(2):173-9.
14. Noguti J, De Moura CFG, De Jesus GPP, Da Silva VHP, Hossaka TA, Oshima CTF, et al. Metastasis from oral cancer: an overview. *Cancer Genomics Proteomics* 2012;9(5):329-35.
15. Tajmirriahi N, Razavi SM, Shirani S, Homayooni S, Gasemzadeh G. Evaluation of metastasis and 5-year survival in oral squamous cell carcinoma patients in Isfahan (2001-2015). *Dent Res J (Isfahan)* 2019;16(2):117-21.
16. Tirelli G, Zacchigna S, Boscolo Nata F, Quatela E, Di Lenarda R, Piovesana M. Will the minimally invasive approach challenge the old paradigms in oral cancer surgery? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017;274(3):1279-89.
17. Tirelli G, Gatto A, Bonini P, Tofanelli M, Arnez ZM, Piccinato A. Prognostic indicators of improved survival and quality of life in surgically treated oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2018; S2212-4403(18)30052-X.
18. Sprave T, Rühle A, Hees K, Kalckreuth T, Verma V, Stoian R, et al. Radiotherapeutic management of cervical lymph node metastases from an unknown primary site - experiences from a large cohort treated with modern radiation techniques. *Radiat Oncol* 2020;15(1):80.
19. Arbes SJ Jr, Olshan AF, Caplan DJ, Schoenbach VJ, Slade GD, Symons MJ. Factors contributing to the poorer survival of black Americans diagnosed with oral cancer (United States). *Cancer Causes Control* 1999;10(6):513-23.
20. Bonfante GM, Machado CJ, Souza PE, Andrade EI, Acurcio Fde A, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil [Specific 5-year oral cancer survival and associated factors in cancer outpatients in the Brazilian Unified National Health System]. *Cad Saude Publica* 2014;30(5):983-97.
21. Geleijnse G, Chiang RC, Sieswerda M, Schuurman M, Lee KC, van Soest J, et al. Prognostic factors analysis for oral cavity cancer survival in the Netherlands and Taiwan using a privacy-preserving federated infrastructure. *Sci Rep* 2020;10(1):20526.
22. 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;90:115-21.
23. 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 Cir Bucal* 2020;25(4):e523-31.
24. Bernier J, Dumenige C, Ozsahin M, Matuszewska K, Lefèbvre JL, Greiner RH, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med* 2004;350(19):1945-52.