

มะเร็งช่องปาก : ความจริงที่ค้นพบ

แปลและเรียบเรียงโดย

อภิญญา ยุทธชาวิทย

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

มะเร็งในช่องปากเป็นโรคที่รู้จักกันเป็นอย่างดี พบมากในประเทศอินเดีย ปากีสถานและไต้หวันและในบางพื้นที่ของประเทศฝรั่งเศส แต่พบมะเร็งช่องปากได้น้อยในประเทศแคนาดา จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งช่องปากจำนวน 3,200 คน เสียชีวิต 1,100 คน ในปี ค.ศ.2007 ในประเทศแคนาดา มีการตรวจพบมะเร็งช่องปากในปีหนึ่งๆ มากกว่ามะเร็งบริเวณคอ (Cervical cancer) และมะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer) และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งช่องปากมากกว่าเมลาโนมา (Melanoma) หรือมะเร็งบริเวณคอ

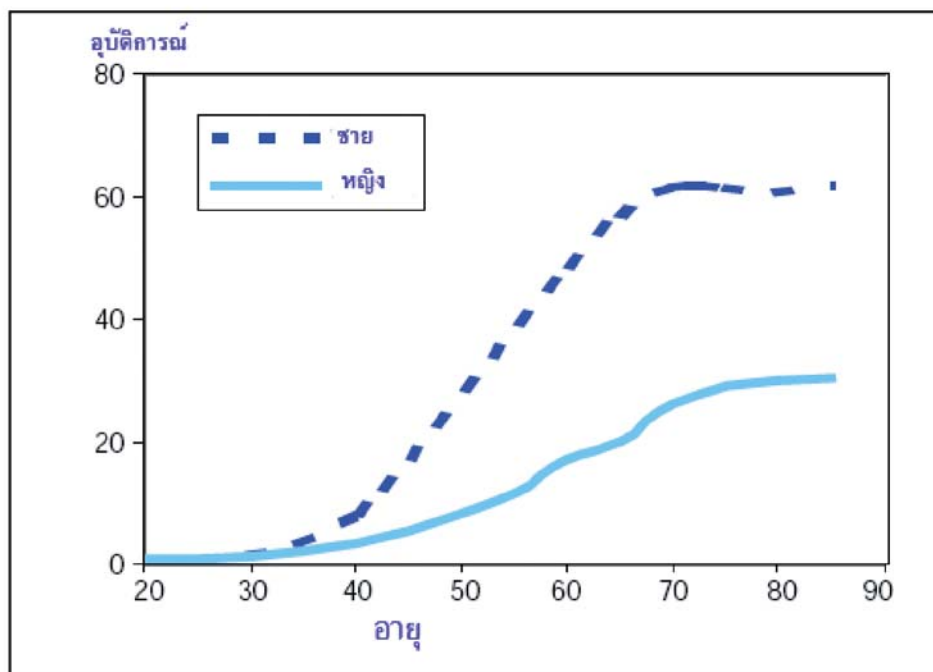
เนื่องจากการรวมมะเร็งคอหอยส่วนจมูก (Nasopharyngeal cancer) เข้ากับมะเร็งช่องปาก ในทางสถิติ เราประมาณการว่า ผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมจะตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งจากการตรวจในช่องปาก 2,700 คน คิดเป็นร้อยละ 84 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,200 คน ดังตารางที่ 1 เพื่อความสะดวกในการนำเสนอในบทความนี้ กลุ่มผู้ป่วย 2,700 คนนี้จะถูกอ้างถึงว่าเป็น มะเร็งช่องปาก

มะเร็งช่องปากมักได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอาการลุกลามไปมากแล้ว ผู้ที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ 5 ปี ในกลุ่มผู้ป่วย 3,200 คนนี้ (รวมทุกตำแหน่งของรอยโรค) คิดเป็นร้อยละ 62 และมีประมาณร้อยละ 65 เมื่อจำแนกแต่ละตำแหน่งของรอยโรค (2,700 คน) ดังแสดงในตารางที่ 1 อัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยดีขึ้นในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา บางทีอาจเนื่องมาจากการลดการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับอัตราการเกิดมะเร็งที่อื่นๆ ที่มะเร็งช่องปากจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงมากที่สุด อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ก็มีจำนวนสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องปากร้อยละ 6 มีอายุน้อยกว่าอายุ 40 ปี ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากในประเทศแคนาดา เพศชายต่อเพศหญิง มีอัตราส่วน 2:1 แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี พบว่า มีอัตราส่วนในเพศชายต่อเพศหญิงเป็นเกือบ 1:1 (แผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายและอัตราการมีชีวิตรอดของมะเร็งช่องปากซึ่งตรวจพบจากผู้ป่วยทางทันตกรรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในแคนาดา ปี ค.ศ.2007

ตำแหน่งการเกิด มะเร็ง	จำนวนผู้ป่วยใหม่ (n=2,690)	ร้อยละการกระจาย	อัตราการมีชีวิตรอดใน 5 ปี (เฉลี่ย 65)
ริมฝีปาก	341	13	94
ลิ้น	740	27	53
เหงือกและตำแหน่ง อื่นในช่องปาก	509	19	60
พื้นช่องปาก	281	10	53
ต่อมน้ำลาย	348	13	74
ทอนซิล	379	14	50
คอหอย	93	3	50

แผนภูมิที่ 1 กราฟเส้นแสดงอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากในช่วงอายุต่างๆ โดยเปรียบเทียบระหว่างเพศชาย และเพศหญิง



โดยภาพรวมในประเทศแคนาดาพบผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากเพศชายพบ 12 คน ใน 100,000 คนต่อปี และพบ 5 คนใน 100,000 คนในเพศหญิง และอัตราผู้ป่วยในเขตตะวันออกของแคนาดาจะสูงกว่าเขตตะวันตก

ควรทำอย่างไร

การตรวจพบโดยเร็วสำหรับมะเร็งในช่องปากเป็นสิ่งสำคัญ การมีชีวิตรอดจะสูงหากตรวจพบโรคมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก เช่น อัตราการรอดชีวิตของมะเร็งที่ลิ้นในอเมริกาเป็นร้อยละ 71 หากพบรอยโรคตั้งแต่ระยะที่ 1 และเป็นร้อยละ 37 หากพบรอยโรคซ้ำ ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 40 ของมะเร็งช่องปากจะถูกตรวจพบในระยะท้ายๆ

ใครควรถูกตรวจ

ในเบื้องต้นการตรวจพบมะเร็งช่องปากจะเกี่ยวข้องกับประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย และการมีปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย รวมถึงนิสัยบางอย่างที่เสี่ยง การได้รับยาต่างๆ และเหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษา ปัจจัยเสี่ยงหลายประการสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งดังแสดงในตารางที่ 2

โดยทั่วไปการเกิดมะเร็งช่องปากมักไม่ได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยเดียวในช่วงเวลาต่างๆ กัน และขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก็สามารถเกิดมะเร็งช่องปากหรือรอยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกได้ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งคือ การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 75 ของมะเร็งช่องปากได้รับการกระตุ้นมาจากการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก

ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงมาก(เสี่ยงมากขึ้น 10 เท่า)
อายุมาก
ใช้ยาสูบ ดื่มสุรา (ถ้าทั้ง 2 อย่างจะเสี่ยงมากขึ้น 30 เท่า)
เคี้ยวหมาก ใบพลู ก้อนยาเส้นชนิดเคี้ยว
เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน (เช่นหลังจากการปลูกถ่ายไขกระดูก)
ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง(เสี่ยงมากขึ้น 4-10 เท่า)
สูบบุหรี่
ดื่มสุรา
ติดเชื้อฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัสโดยเฉพาะ type 16
ปัจจัยที่มีความเสี่ยงปานกลาง(เสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า)
เพศชาย
สูบไปป์หรือซิการ์
สูบ marijuana
สูดดมควันบุหรี่
รับประทานผัก ผลไม้ไม่บ่อย

ยาสูบ (Tobacco)

ยาสูบประกอบด้วยสารก่อมะเร็งหลายชนิดซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากหรือรอยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาของการบริโภคยาสูบและการเพิ่มขึ้นนี้เป็นเช่นเดียวกันในยาสูบทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นบุหรี่ซิการ์ไปป์หรือบุหรี่ที่มวนขึ้นเองซึ่งนิยมแถบเอเชียหรือบุหรี่ที่ไม่มีควันใช้เคี้ยวเหมือนหมากฝรั่ง การหยุดการสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งช่องปากหรือรอยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกได้

ผู้ป่วยจากประเทศแถบเอเชียได้นิยามเคี้ยวหมากพลู ก่อนยาเส้นชนิดเคี้ยว ซึ่งเป็นวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น สารประกอบที่ได้จากการเคี้ยวหมากพลู และยาเส้นเป็นสารก่อมะเร็งซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญของยาสูบเนื่องจากผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากแถบเอเชียได้มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งมากกว่าผู้ที่อยู่ ณ ถิ่นฐานเดิม ดังนั้นจึงควรถามเกี่ยวกับการเคี้ยวหมากพลูและยาเส้นดังกล่าว

แอลกอฮอล์ (Alcohol)

การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นอีกปัจจัยความเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งในช่องปากและรอยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจะมากขึ้นตามปริมาณที่บริโภคและระยะเวลาที่บริโภค โดยทั่วไปเบียร์ 8 ออนซ์ ไวน์ 4 ออนซ์ และ spirits 1 ออนซ์ จะมีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากัน จากการศึกษาหลายรายงานให้คำจำกัดความผู้ที่ดื่มสุราจัดว่ามีการบริโภคแอลกอฮอล์มากกว่า 14-21 ครั้งต่อสัปดาห์ อัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากในนักดื่มจะลดลงเมื่อบริโภคแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาไม่นานและเลิกสุรา แต่จะต้องใช้ระยะเวลานานหลายปีในการลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งให้เทียบเท่าผู้ที่ไม่เคยบริโภคมาก่อน

การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ร่วมกันนั้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากกว่าการบริโภคอย่างใดอย่างหนึ่งถึง 30 เท่า และมักจะวินิจฉัยโรคพบในระยะท้ายๆ ของโรค

ฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัส

(Human papilloma virus, HPV)

ฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัสเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก โดยเฉพาะเมื่อมีลิ้นโคนสั้น พาลาทีนทอนซิลและเพดานอ่อนร่วมด้วย ฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัสชนิดนั้นมีมากกว่า 120 ชนิด มีเพียงบางชนิดเท่านั้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในช่องปาก เช่น HPV-18 และ HPV-16 ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมากกว่าร้อยละ 90 ตรวจพบ HPV-16 เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงกรณีติดเชื้อฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัสเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งรวมถึงผู้ที่หลายคู่นอนและผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยดังนั้นการเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในสังคมมีผลต่อการติดเชื้อฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัสและจะส่งผลต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก และรอยโรคที่มีแนวโน้มจะเปลี่ยนเป็นมะเร็ง (Premalignant lesions) การสูบบุหรี่ การติดเชื้อฮิวแมนปาปิลโลมาไวรัส และการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน อาจจะส่งผลให้มีอัตราเสี่ยงสูงขึ้น

อาหารและวิตามิน

การบริโภคผักและผลไม้มากขึ้นช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในช่องปาก และรอยโรคที่มีแนวโน้มจะเปลี่ยนเป็นมะเร็ง การศึกษาหลายการศึกษาพบว่าการได้รับวิตามินซีในปริมาณมากๆ หรือการบริโภคสารแคโรทีนมากๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในช่องปากได้ ส่วนการบริโภคเนื้อสัตว์และอาหารเสริมนั้นยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัด

ปัจจัยอื่นๆ

พบการศึกษาว่า ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำอาจเนื่องมาจากการได้รับยาหรือการปลูกถ่ายไขกระดูกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในช่องปากและรอยโรคที่มีแนวโน้มจะเปลี่ยนเป็นมะเร็ง พบรายงานว่ามีผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไขกระดูกมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงกว่าถึง 11 เท่า ความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นภายหลังจากการที่มี

การปลูกถ่ายไขกระดูกแล้ว

การชอบบริโภคอาหารที่เผ็ดร้อน การใช้น้ำยา
บ้วนปาก การมีอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี การใส่ฟัน
ปลอม การมีฟันหักหรือฟันหายไปไม่เป็นสาเหตุของการ
เกิดมะเร็ง

ข้อมูลความเสี่ยงอะไรที่ควรถูกบันทึก และปรับปรุงให้ทันสมัยในบัตรผู้ป่วย

ข้อมูลความเสี่ยงของการผู้ป่วยเช่นประวัติการบริโภคยา
สูบ แอลกอฮอล์ ควรได้รับความสนใจและซักถามและ
ควรได้รับการจดบันทึกและปรับปรุงให้ทันสมัยทั้งระยะ
เวลา ปริมาณ ความถี่การบริโภค ข้อมูลนี้จะได้เป็นข้อ
พิจารณาในการส่งผู้ป่วยเพื่อรับคำปรึกษาในการลดการ
บริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ ทำยที่สุดควรทำการตรวจคัด
กรองโรคมะเร็งในช่องปากอย่างสม่ำเสมอเพราะมะเร็ง
ช่องปากสามารถเกิดได้โดยปราศจากปัจจัยเสี่ยงข้างต้น

สรุป

มีผู้ป่วยร้อยละ 25 ที่เป็นมะเร็งช่องปาก โดยที่ไม่
เคยมีประวัติบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ แม้ว่ามะเร็ง
ในช่องปากมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ แต่ก็สามารถพบได้ใน
ทุกวัย และมีแนวโน้มจะพบในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี
มากขึ้น ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งไม่ได้ลดลงทันที
ในผู้ป่วยที่หยุดการสูบบุหรี่ได้ไม่นาน ควรตรวจหามะเร็ง
ในช่องปากในผู้ป่วยทุกราย ทุกครั้งที่มารับการตรวจ
รักษา โดยมีขบวนการง่ายที่ควรทำให้เคยชินคือ
ซักประวัติสุขภาพ ตรวจนอกช่องปาก ตรวจในช่องปาก
และควรตรวจดูบริเวณที่มักถูกลิ้มหรือไม่ค่อยได้รับความ
สนใจคือ บริเวณโคนลิ้น ด้านข้างของลิ้น ด้านใต้ของลิ้น
เพดานอ่อน ต่อมทอนซิล พื้นช่องปาก และช่องปาก
ส่วนหน้า (vestibule) นอกจากนี้ประวัติของผู้ป่วยควรได้
รับการปรับให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

แปลและเรียบเรียงมาจาก

Laronde M. Denise, Hislop T. Greg, Elwood
J. Mark, Rosin P. Miriam, Oral cancer: Just the Fact,
JCDA 2008; Vol. 74(3): 269-271.