

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและอุบัติการณ์รอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ด้วยรูปแบบการคัดกรองอย่างเป็นระบบในชุมชน 5 อำเภอจังหวัดร้อยเอ็ด

ปิยะดา ประเสริฐสม* นิรมล ลีลาอดิสร** นนทินี ตั้งเจริญดี* ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์***

บทคัดย่อ

การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์รอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากด้วยการคัดกรองอย่างเป็นระบบนี้ ดำเนินการในชุมชน 5 อำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ดในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 57,763 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจกแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอ่านและเขียนตอบเอง พร้อมแบบตรวจช่องปากด้วยตนเอง มีการนัดหมายผู้ที่ระบุว่ามียอยโรคในช่องปาก 3,428 คนไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ทันตภิบาลตรวจคัดกรองซึ่งมีผู้มารับการตรวจ 2,365 คนและส่งต่อผู้ที่ตรวจพบรอยโรคในช่องปาก 407 คนไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน มีผู้มารับการตรวจ 201 คนและรักษารอยโรคในช่องปากบางชนิด จากนั้นส่งต่อผู้สงสัยว่าเป็นมะเร็งช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็ง และรอยโรคอื่นๆ รวม 99 คนไปพบทันตแพทย์ ศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียลที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อตรวจวินิจฉัยขั้นสุดท้าย มีผู้มารับการตรวจ 80 คนเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งที่ควรต้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ 44 คนแต่มีผู้มาตัดชิ้นเนื้อเพียง 10 คนพบว่าเป็นมะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา 1 คน รอยโรคก่อนมะเร็ง 6 คน และเนื้องอกเส้นใย 3 คน ความชุกของรอยโรคก่อนมะเร็งจากการวินิจฉัยเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์ศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียลเท่ากับ 150.1 และ 86.0 คนต่อประชากร 1000,000 คน ตามลำดับ อุบัติการณ์โรคมะเร็งช่องปากจากการวินิจฉัยเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์ศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียลเท่ากับ 2 คนต่อประชากร 100,000 คนซึ่งตรงกับการตรวจยืนยันด้วยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ในกลุ่ม 201 คนมีพฤติกรรมเสี่ยง 2 อันดับแรกต่อมะเร็งและรอยโรคในช่องปากคือ สูบบุหรี่และดื่มเหล้า รองไปคือเคี้ยวหมาก

คำสำคัญ การคัดกรองในชุมชน รอยโรคก่อนมะเร็ง มะเร็งช่องปาก

* สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

** โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000

***วิทยาลัยทันตแพทยศาสตรนานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

ติดต่อผู้นิพนธ์ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ อีเมล: siripe@gmail.com

Original article

Prevalence and incidence of potential malignance disorder and oral cancer by organized community screening model in 5 districts of Roiet Province

Piyada Prasertsom*, Niramon Leela-adisorn**, Nontinee Tangcharoendee*, Siripen Aroonpraphan***

Abstract

This prevalence and incidence report of potential malignant disorders (PMDss) and oral cancer by community organized screening was done in 5 districts of Roiet province. The population was 57,763 adults aged 40 years old and over which health volunteers sent them self-administered questionnaire of risk behavior and self-oral screening form. The 3,428 people who reported having oral lesion were appointed to have oral visual screening by dental nurses at the sub district health promoting hospitals and then 407 people who found having oral lesions by dental nurses were referred to dentists at the community hospitals. The 201 people came for the appointment, whose some lesions have been cured and 99 patients were referred to meet maxillofacial surgeon (OMFS) at Roiet hospital. 88 people came for their appointment, after examined by OMFS, 44 patients been advised to have biopsy for definite diagnosis, there were just only 10 people who accepted to be biopsied and one person were found to have squamous cell carcinoma, 6 people having PMDss, and 3 people for fibroma. The prevalence of PMDss which has been diagnosed by dentists and OMFS was 150.1 persons per 100,000 population and 86.0 persons per 100,000 population respectively, and oral cancer incidence diagnosed by dentists and OMFS was 2 persons per 100,000 population, the same result as biopsy. The first two risk behaviors of oral cancer and oral lesions among the 201 people were smoking and alcohol drinking, and betel nut chewing respectively.

Key words: community screening, potentially malignant disorders, oral cancer

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Muang district, Nonthaburi 11000

** Roiet Hospital, Muang district, Roiet 45000

*** International Collage of Dentistry, Walailuk University, Phaya Thai, Bangkok 10400

Correspondence to Siripen Aroonpraphan e-mail: siripe@gmail.com

บทนำ

จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2558 มะเร็งช่องปากมีอัตราการอุบัติการณ์อันดับ 6 ในเพศชายและอันดับ 9 ในเพศหญิง¹ มากกว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งช่องปากเป็นชนิดสแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma)² มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และมีอัตราการตายสูงโดยอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 years survival rate) ทั่วโลกต่ำกว่าร้อยละ 50³ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มะเร็งช่องปากเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ของผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 1,089 รายพบมะเร็งที่ลิ้นมากที่สุด 354 รายซึ่งเป็นทีโคนลิ้น 181 รายและที่ส่วนอื่นของลิ้น 173 ราย รองลงมาคือ เพดานปาก พื้นช่องปาก เหงือก และริมฝีปาก ขณะที่พบมะเร็งต่อมน้ำลายน้อย⁴

squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ในช่องปากและมีความรุนแรงสูง ส่วนมากเริ่มจากรอยโรคที่มีการเจริญผิดปกติแสดงออกในรูปเยื่อเมือกช่องปากปรากฏเป็นสีขาว (leukoplakia) สีแดงผสมขาว (erythroleukoplakia) หรือรอยโรคสีแดง (erythroplakia) ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้สูงถึงร้อยละ 14-50⁵ ยังพบรอยโรคอื่นๆ ของเนื้อเยื่ออ่อนที่มีความเชื่อมโยงกับการกลายเป็น squamous cell carcinoma จึงมีการจัดของรอยโรคดังกล่าวเป็นกลุ่มรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (potentially malignant disorders: PMDs) การคัดกรอง PMDs ให้พบตั้งแต่ระยะแรกสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 years survival rate) กลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปากคือ ผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป⁶⁻⁷ ส่วนการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เคี้ยวหมากเป็นสาเหตุสำคัญด้านพฤติกรรม รวมทั้งการมีคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง⁸⁻¹⁰ จึงควรรับการตรวจคัดกรอง PMDs เป็นประจำทุกปี ทันตแพทย์และทันตบุคลากรสามารถตรวจพบ PMDs ในระยะแรกด้วยเครื่องมือตรวจช่องปาก (visual examination) ไม่ต้องใช้การตรวจพิเศษเพิ่มเติม จึงมีต้นทุนต่ำที่สุดในการลดอัตราการตายของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งช่องปากได้ประมาณ 70,000-80,000 บาท ซึ่งค่ารักษาจะสูงขึ้นเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น¹¹

แผนงานวิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมยาสูบร่วมกับสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยคณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมะเร็ง โรงพยาบาลศูนย์ ชมรม

รอยโรคช่องปากแห่งประเทศไทย และชมรมวินิจัยโรคในช่องปาก ดำเนินโครงการตรวจคัดกรอง PMDs ในชุมชน ในปีงบประมาณ 2557 เพื่อให้ประชาชนอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งช่องปากทุกคน โดยดำเนินการในจังหวัดรอยเอ็ดซึ่งมีรายงานการตรวจพบมะเร็งในช่องปากในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 27.8 คนต่อ 1 แสนคน และยังเป็นจังหวัดเป้าหมายในการพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (excellence center) ด้านมะเร็งช่องปากในแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) สาขาสุภาพช่องปาก ในการพัฒนาระบบการคัดกรองและส่งต่อรักษาอย่างครบวงจรต้องพัฒนาระบบการและขั้นตอนอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การคัดกรองในระดับชุมชนและพัฒนาเกณฑ์ในการส่งต่อรักษาแต่ละระดับตามความรุนแรงของรอยโรคหลังการคัดกรอง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของ PMDs และมะเร็งช่องปาก รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคในช่องปาก เป็นข้อมูลสถานการณ์ประกอบการจัดทำข้อเสนอการดูแลประชาชนวัยทำงานตอนปลายและผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธี

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในชุมชน 5 อำเภอ ในจังหวัดรอยเอ็ดได้แก่ อำเภอเมือง จตุรพักตรพิมาน โพนทอง พนมไพร และหนองพอก ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2558 ประชากรเป้าหมายเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 40 ขึ้นไป คำนวณจำนวนประชากรเป้าหมายในการคัดกรอง ด้วยสูตร

$$n = Z^2 (PQ) / (dP)^2$$

Z = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์

P = อุบัติการณ์มะเร็งช่องปาก 27.8 คนต่อ 100,000 ประชากร

Q = 1-P

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 = 0.05

n = 55,000 คน และเผื่อการสูญเสียหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 5 เท่ากับ 57,777 คน

วิธีการ

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 จัดประชุมคณะทำงานและทันตบุคลากรใน 5 อำเภอประกอบด้วย ทันตแพทย์หัวหน้าฝ่ายทันต-

สาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล (OMFS) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อระดมสมองในการพัฒนารูปแบบและแนวทางดำเนินงาน

1.2 จัดทำแบบคัดกรองซึ่งประกอบด้วยการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อ PMDs และมะเร็งในช่องปากได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และเคี้ยวหมาก และแบบตรวจช่องปากด้วยตนเอง (ภาคผนวก)

1.3 จัดทำโปรแกรมบันทึกข้อมูลและคู่มือการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม

1.4 จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการคัดกรองสำหรับทันตภิบาลและทันตแพทย์ และการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) สำหรับ OMFS

1.5 ประสานงานคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและอ่านชิ้นเนื้อโดยอาจารย์พยาธิวิทยาท่านเดียวตลอดการศึกษา

2. ขั้นตอนการ

2.1 จัดทำบันทึกความร่วมมือระหว่างกรมอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อสร้างการรับรู้และความร่วมมือในการดำเนินงาน

2.2 ประชุมชี้แจงทันตบุคลากรเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและจัดฝึกอบรมการตรวจคัดกรอง PMDs และฝึกปฏิบัติตัดชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจรวม 2 ครั้งครั้งละ 2 วัน

2.3 ทันตบุคลากรจัดประชุมชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และดำเนินการตามแผนและแนวทางที่ร่วมกันกำหนด

2.4 อสม. แจกแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงพร้อมแบบตรวจช่องปากด้วยตนเองให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเขียนตอบ อสม. นัดหมายผู้ระบุว่าตนเองมีรอยโรคในช่องปากไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ทันตภิบาลตรวจคัดกรอง หากตรวจพบรอยโรคในช่องปากทันตภิบาลจะส่งต่อไปพบทันตแพทย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

2.5 ทันตแพทย์ทั่วไปตรวจคัดกรองและนัดหมายรายที่สงสัยเป็น PMDs หรือมะเร็งช่องปากไปพบ OMFS

2.6 OMFS ตรวจวินิจฉัยขั้นสุดท้ายและหรือตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจและรักษาหรือส่งต่อผู้ที่เป็นรอยโรค PMDs หรือมะเร็งในช่องปากตามแนวทางและมาตรฐานการรักษาทางเวชศาสตร์และศัลยศาสตร์ช่องปาก

2.7 ทันตบุคลากรแต่ละระดับบันทึกข้อมูลจากแบบตรวจช่องปากด้วยตนเองและแบบตรวจช่องปาก

2.8 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ 050/2558 วันที่ 8 กรกฎาคม 2558 ระยะเวลาการรับรอง 1 ปี

ผล

จากแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงและแบบตรวจช่องปากด้วยตนเอง 57,763 ชุด มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 86.5 (49,976 ชุด) เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-100 ปี เฉลี่ย 56.6 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 58.6 และ 41.4 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 15.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 67.4 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 84.8 ร้อยละ 75.9 ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 0.6 ให้ข้อมูลว่ามีคนในครอบครัวเคยเป็นมะเร็ง และร้อยละ 6.9 ระบุว่าตนมีรอยโรคในช่องปาก (3,428 คนจาก 49,976 คน)

มีผู้มารับการตรวจที่ รพ.สต. 2,365 คน (ร้อยละ 69.0) และมารับการตรวจที่ รพช. 407 คน ไม่พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก 206 คน มีการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นมะเร็ง PMDs และรอยโรคในช่องปาก 2, 75 และ 68 คน ตามลำดับ (ตาราง 1)

ทันตแพทย์ทั่วไปใน รพช. สามารถรักษารอยโรคในช่องปากได้จำนวนหนึ่ง จากนั้นส่งต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง PMDs และรอยโรคในช่องปากอื่นๆ รวม 99 คนไปพบ OMFS ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แต่มีผู้มารับการตรวจ 80 คนซึ่ง OMFS วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นมะเร็งและ PMDs (suspected PMDs) รวม 44 คนและขอนัดหมายเพื่อทำ biopsy แต่มีผู้มารับการ biopsy เพียง 10 คน (ร้อยละ 22.7)

ในจำนวน 10 คนนี้พบว่าเป็นมะเร็งช่องปากชนิดสแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา 1 คน PMDs 6 คน และเนื้องอกเส้นใย (fibroma) 3 คน ในกลุ่ม PMDs 6 คนเป็นอิพิทีเลียลดิสเพลเซีย (epithelial dysplasia) และไลเคนพลาเนียส (lichen planus) 2 และ 4 คน ตามลำดับ

มีการติดตามกลุ่มที่ปฏิเสธ biopsy 34 คนหลายครั้ง แต่ไม่มาเพราะมีความกังวลและกลัวว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อจะออกมาเป็นมะเร็ง

ตาราง 1 การวินิจฉัยเบื้องต้นโดยทันตแพทย์ทั่วไป

Table 1 Initial diagnosed by general dentists

diagnosis	number (%)
oral lesion	
1) squamous cell carcinoma	2 (1.0)
2) PMDs	75 (37.3)
• erythroleukoplakia	21 (10.5)
• erythroplakia	4 (2.0)
• lichen planus	28 (13.9)
• leukoplakia	22 (10.9)
3) non PMDs	68 (33.8)
• candidiasis	4 (2.0)
• fibroma	13 (6.5)
• frictional keratosis	26 (12.9)
• pyogenic granuloma	3 (1.5)
• aphthous ulcer	22 (10.9)
non oral lesion	56 (27.9)
• lichenoid reaction	2 (1.0)
• denture stomatitis	3 (1.5)
• herpes simplex	3 (1.5)
• geographic tongue	3 (1.5)
• others	45 (22.4)
total	201 (100)

เมื่อใช้จำนวนผู้ตอบและส่งกลับแบบตรวจช่องปากด้วยตนเองจำนวน 49,976 ฉบับเป็นฐานในการคำนวณอัตราความชุกและอุบัติการณ์พบว่า อัตราความชุก PMDs จากการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยทันตแพทย์ทั่วไปเท่ากับ 150 คนต่อแสนประชากร ส่วนอัตราอุบัติการณ์มะเร็งช่องปากจากการตรวจยืนยันเท่ากับ 2 ต่อแสนประชากรซึ่งตรงกับการวินิจฉัยเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปและ OMFS ดังตาราง 2

ในจำนวนผู้มาพบทันตแพทย์ทั่วไปที่ รพช. 201 คนนี้ตอบแบบสอบถามว่าตนมีพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ สูบบุหรี่ร่วมกับดื่มเหล้าร้อยละ 30.7 เคี้ยวหมากร้อยละ 28.4 สูบบุหรี่ร้อยละ 19.7 ดื่มเหล้าร้อยละ 17.2 และสูบบุหรี่ร่วมกับเคี้ยวหมากร้อยละ 14.4

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่าง PMDs กับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยโคสแควร์ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเคี้ยวหมาก การสูบบุหรี่ร่วมกับดื่มเหล้า การดื่มเหล้าร่วมกับเคี้ยวหมาก และการสูบบุหรี่ร่วมกับดื่มเหล้าและร่วมกับเคี้ยวหมาก (ตาราง 3)

ตาราง 2 ความชุกและอุบัติการณ์จากการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

Table 2 Prevalence and incidence by initial diagnosis and biopsy

items		initial diagnosis		biopsy
		general dentist	OMFS	
population	(persons)	49,976	49,976	49,976
examined	(persons)	407	80	10
PMDs	(cases)	75	43	6
• proportion of the examination	(%)	18.4	53.8	60.0
• prevalence	(/100,000 population)	150.1	86.0	12.0
oral cancer	(cases)	1	1	1
• examined proportion	(%)	0.2	1.3	10.0
• incidence	(/100,000 population)	2.0	2.0	2.0

ตาราง 3 พฤติกรรมเสี่ยงของคนที่ทันตแพทย์ทั่วไปวินิจฉัยว่ามีรอยโรคและลักษณะอื่นๆ ในช่องปาก

Table 3 Risk behaviors of people having oral lesions and others detected by general dentists

risk behaviors	percent	χ^2	p-value
smoking & alcohol drinking	30.7	22.304	< 0.001
betel nut chewing	28.4	15.567	< 0.001
smoking	19.7	0.614	0.433
alcohol drinking	17.2	0.017	0.896
smoking & betel nut chewing	14.4	1.527	0.216
alcohol drinking & betel nut chewing	6.3	18.645	< 0.001
smoking & alcohol drinking & betel nut chewing	2.8	33.462	< 0.0001

วิจารณ์

การคัดกรองอย่างเป็นระบบในชุมชนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองรอยโรคได้อย่างทั่วถึงในสถานการณ์ที่มีทันตบุคลากรไม่เพียงพอนี้ให้ อสม. แจกแบบตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเองแก่ประชาชนและสอบถามข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก แม้ว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบประเมินและแบบตรวจช่องปากด้วยตนเองและไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจช่องปากตามการนัดหมายค่อนข้างสูง แต่ความร่วมมือลดลงเหลือเพียงร้อยละ 22.7 นั่นคือประชาชนหายไปจากระบบซึ่งหายมากที่สุดในระยะนัดมาทำ biopsy (ร้อยละ 77.3) เพราะมีความกังวล หากมีการชี้แจงให้คำปรึกษาก่อนร่วมกับ biopsy ด้วยเทคนิคที่เหมาะสมกับตำแหน่งและชนิดของรอยโรคที่ตรวจพบ อาจลดความกังวลลงได้¹⁴

ความชุกและอุบัติการณ์มะเร็งช่องปากของการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีผู้ไม่มาทำ biopsy ยืนยันการเป็นมะเร็งจำนวนมาก ในการศึกษาชุมชนประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยสำนักงานโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพพบว่า การให้ประชาชนตรวจด้วยตนเองเป็นขั้นตอนที่มีความแม่นยำน้อยและอาจทำให้ประชาชนเกิดความกังวลใจ การให้ประชาชนมาพบทันตภิบาลก่อนเป็นขั้นตอนที่ไม่คุ้มค่าของโครงการเพราะตรวจแล้วไม่มีการรักษาใดๆ แต่ส่งต่อพบทันตแพทย์ทั้งหมด จึงเป็นการเพิ่มขึ้นขั้นตอนทำให้ประชาชนเสียเวลาและค่าใช้จ่ายขณะที่ผู้รับบริการไม่ได้รับประโยชน์ที่ชัดเจน¹⁵

สรุป

การวินิจฉัยขั้นต้นโดย OMFS พบผู้ป่วย PMDs จำนวน 44 คนจาก 49,976 คน และจากการวินิจฉัยยืนยันด้วย biopsy พบ PMDs 6 คน มะเร็งช่องปาก 1 คน และ fibroma 3 คน และปฏิเสธการ biopsy 34 คน ขั้นตอนที่ประชาชนหายไปจากระบบการคัดกรองน้อยที่สุดคือ การตรวจช่องปากด้วยตนเอง (ร้อยละ 13.5) และที่หายไปมากที่สุดคือการทำ biopsy (ร้อยละ 77.3) รอยโรคที่พบมากที่สุดคือ lichen planus ความชุก PMDs จากการวินิจฉัยเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปและ OMFS เท่ากับ 150.1 และ 86.0 คนต่อประชากรแสนคน และอุบัติการณ์มะเร็งช่องปากจากการวินิจฉัย

เบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปและ OMFS เท่ากับ 2 คนต่อประชากรแสนคนซึ่งตรงกับการตรวจยืนยันด้วย biopsy กลุ่มที่ทันตแพทย์ตรวจคัดกรอง 201 คนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งและรอยโรคในช่องปาก 2 อันดับแรกคือ สูบบุหรี่ร่วมกับดื่มเหล้า และเคี้ยวหมาก

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ในการดำเนินโครงการลักษณะนี้ควรพิจารณาปรับปรุงในมิติดังนี้

การเสริมสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน เนื่องจากกลุ่มที่พบรอยโรคในช่องปากมีพฤติกรรมเสี่ยง สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และเคี้ยวหมาก จึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนให้หมั่นตรวจสังเกตช่องปากตนเอง คลายกังวลในการมาพบทันตแพทย์ และรับรู้ประโยชน์ในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจจัดทำสื่อสำหรับประชาชนโดยตรง พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และรณรงค์สร้างกระแสในวาระสำคัญ

วิชาการ จัดทำคู่มือฉบับพกพาใน การคัดกรองแต่ละระดับ การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัย และก่อนและหลังการรักษา การรักษาโรคและ PMDs ในช่องปาก และการติดตามผู้ป่วย

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถแนะนำประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการตามนัดหมาย

กระบวนการคัดกรองและตรวจวินิจฉัยยืนยันที่ รพ.สต. หรือ รพช. จัดระบบบริการแบบครบวงจรในครั้งเดียวโดย อสม. นัดหมายกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และแนะนำการใช้แบบตรวจช่องปากด้วยตนเองและการตอบแบบสอบถาม นัดหมายผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมาพบทันตแพทย์ทั่วไป และ OMFS เพื่อตรวจวินิจฉัย รักษาโรคช่องปากและ biopsy ในรายที่จำเป็นต้องวินิจฉัยยืนยัน

การรักษา จัดทำคู่มือแนวทางความร่วมมือในการคัดกรองดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยที่มีรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งระยะแรก ระหว่างทันตบุคลากรและสหสาขาวิชาชีพเช่น โสต ศอ นาสิก ศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ควรศึกษาความรอบรู้ของประชาชนในมิติการรับรู้เข้าใจ การเลือกแหล่งข้อมูล และการตัดสินใจเชิงพฤติกรรม เกี่ยวกับบรอยโรคและมะเร็งในช่องปาก

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ทันตแพทย์อะนัษ เอี่ยมอรุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์สมพิศ คินทรักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์เยาวลักษณ์ เงินวิวัฒน์กุล และแพทย์หญิงสมจินต์ จินตาวิจักษณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute, Department of Medical Services. Cancer in Thailand 2010. [online] [cited 2018 Jul 11]; Available from: URL:http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital%20Based%20Cancer%20Registry2010.pdf (in Thai)
2. Bureau of Dental Health. Oral cancer screening guide for dental personnel. Bangkok: Namoprinting; 2007. (in Thai)
3. National Cancer Institute, Department of Medical Services. National Cancer Control Programmes 2013-2017. [online] [cited 2018 Jul 11]; Available from: URL:http://www.nci.go.th/en/File_download/D_index/NCCP_2556-2560.pdf (in Thai)
4. National Cancer Institute, Department of Medical Services. Hospital-based cancer registry: annual report 2013. Bangkok: BTS Press Co., Ltd.; 2013. (in Thai)
5. Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia-a review. Oral Oncol 2005; 41(6): 551-61. doi:10.1016/j.oraloncology.2004.12.003
6. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening for oral cancer detection. Cancer Detection and Prevention 2003; 27(5): 333-37. doi:10.1016/S0361-090X(03)00101-6
7. The Oral Cancer Foundation. Early detection, diagnosis and staging. [online] 5 Jun 2018 [cited 2018 Jul 11]; Available from: URL: <https://oralcancerfoundation.org/cdc/early-detection-diagnosis-staging/>
8. Loyha K, Vatanasapt P, Promthet S, Parkin DM. Risk factors for oral cancer in northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(10): 5087-90.
9. American Cancer Society. Oral cavity and oropharyngeal cancer. [online] [cited 2018 Jul 11] Available from: URL:<https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer.html>
10. Graham S, Dayal H, Rohrer T, Swanson M, Sultz H, Shedd D. Dentition, diet, tobacco, and alcohol in the epidemiology of oral cancer. J Natl Cancer Inst 1977; 59(6): 1611-8.
11. Weerapradit W. Oral cancer patients' expenses in Thailand. [online] [2018 Jul 11]; Available from: URL:<http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/main.php?filename=pb> (in Thai)
12. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L. The world cancer report and the burden of oral cancer. Eur J Cancer Prev 2004; 13(2): 139-42.
13. Kumar YS, Acharya S, and Pentapati KC. Prevalence of oral potentially malignant disorders in workers of Udupi taluk. South Asian J Cancer 2015; 4(3): 130-3. doi: 10.4103/p/2278-330X.173177S
14. Oliver RJ, Sloan P, Pemberton MN. Oral biopsies: methods and applications. BMJ 2004; 196(6): 329-33. doi:10.1038/sj.bdj.4811075
15. Kumdee C, Kulpeng W, Teerawattananon Y. Cost-utility analysis of the screening program for early oral cancer detection in Thailand. PLoS One 2018; 13(11): e0207442. doi:10.1371/journal.pone.0207442



แบบตรวจรอยโรค ในช่องปากด้วยตนเอง สำหรับประชาชน

รหัสจังหวัด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ นามสกุล

เบอร์โทรศัพท์ อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล

อำเภอ จังหวัด

อาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ ค้าขาย

☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ แม่บ้าน

☐ ไม่ได้ทำงาน

☐ เกษียณ

☐ อื่นๆ

การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ ปวส. / ปวช. / ประกาศนียบัตร

☐ปริญญาตรีขึ้นไป

สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ สิทธิบัตรทอง 30 บาท

☐ สิทธิประกันสังคม

☐ สิทธิข้าราชการ

☐ อื่นๆ ระบุ.....



กรุณาใส่เครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับท่าน

1. ท่านเคยเป็นมะเร็งช่องปาก หรือกำลังอยู่ในระหว่าง
การรักษา มะเร็งช่องปากหรือไม่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

2. ท่านมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้หรือไม่

2.1 สูบบุหรี่ หรือ เคยสูบบุหรี่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

2.2 ดื่มเหล้า หรือ เบียร์ หรือ ยาสูบเป็นประจำ

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

2.3 เคี้ยวหมาก

☐ เคี้ยว

☐ ไม่เคี้ยว

3. อาหารที่ท่านกินเป็นประจำ เป็นอาหารประเภทใด

☐ เนื้อวัว

☐ เนื้อหมู

☐ เนื้อไก่

☐ เนื้อปลา

☐ ผัก

4. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี คือ.....

5. ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

5.1 กลืนอาหารหรือน้ำแล้วเจ็บคอ, กลืนลำบากเรื้อรัง

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

5.2 ปวดแสบปวดร้อนในปาก

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

5.3 มีอาการชาในช่องปาก

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

6. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีแผลเรื้อรัง ก้อนหรือไตแข็ง หรือมีการเปลี่ยนสีของเนื้อเยื่อในช่องปาก ในบริเวณต่อไปนี้ หรือไม่

ริมฝีปาก (บน ล่าง)



- ☐ รอยสีแดง ☐ รอยสีขาว
- ☐ แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
- ☐ ก้อนหรือไตแข็ง ☐ ไม่มีรอยโรค

ด้านข้างลิ้น บนลิ้น ใต้ลิ้น



- ☐ รอยสีแดง ☐ รอยสีขาว
- ☐ แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
- ☐ ก้อนหรือไตแข็ง ☐ ไม่มีรอยโรค

พื้นช่องปาก



- ☐ รอยสีแดง ☐ รอยสีขาว
- ☐ แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
- ☐ ก้อนหรือไตแข็ง ☐ ไม่มีรอยโรค

กระพุ้งแก้ม (ซ้าย ขวา)



- ☐ รอยสีแดง ☐ รอยสีขาว
- ☐ แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
- ☐ ก้อนหรือไตแข็ง ☐ ไม่มีรอยโรค

เหงือก (บน ล่าง)



- ☐ รอยสีแดง ☐ รอยสีขาว
- ☐ แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
- ☐ ก้อนหรือไตแข็ง ☐ ไม่มีรอยโรค

เพดานปาก



- ☐ รอยสีแดง ☐ รอยสีขาว
- ☐ แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
- ☐ ก้อนหรือไตแข็ง ☐ ไม่มีรอยโรค