

นิพนธ์ต้นฉบับ

แนวโน้มอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2547-2558

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์*

บทคัดย่อ

การศึกษาแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์นี้ใช้ข้อมูลการรายงานมะเร็งในประเทศไทยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 4 ฉบับในช่วง พ.ศ. 2547-2549, 2550-2552, 2553-2555 และ 2556-2558 จากข้อมูล พ.ศ. 2547-2549 ถึง 2556-2558 พบว่ามะเร็งช่องปากในเพศชายและหญิงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นจาก 4.8 เป็น 5.5 และจาก 3.6 เป็น 4.3 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์มะเร็งฟาริงซ์ลดลงเล็กน้อยทั้งเพศชายและหญิง เพศชายมีอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งที่ลิ้นและอโรฟาริงซ์ในช่วง พ.ศ. 2556-2558 สูงกว่าในอดีตอย่างชัดเจน ขณะที่เพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งริมฝีปากลดลง เพศชายมีอัตราอุบัติการณ์มะเร็งช่องปากและฟาริงซ์มากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า มะเร็งนาโซฟาริงซ์เป็นมะเร็งในเพศชายที่มีการรายงานในช่วงอายุน้อยที่สุด (10-19 ปี) ส่วนมะเร็งริมฝีปากในเพศหญิงเริ่มพบในช่วงอายุ 0-5 ปีซึ่งมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่ออายุมากกว่า 50 ปีและพบมะเร็งอโรฟาริงซ์และไฮโปฟาริงซ์ช่วงอายุ 40-44 ปีเช่นกัน ทั้งในเพศชายและหญิงเริ่มพบมะเร็งที่ลิ้น ปาก และต่อมน้ำลายในช่วงอายุ 20-29 ปี มะเร็งทุกตำแหน่งมีอัตราอุบัติการณ์สูงขึ้นเป็นลำดับเมื่ออายุมากขึ้น โดยสรุปอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์ในบางตำแหน่งยังคงสูงอยู่ จึงควรให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อการตรวจพบและการเข้าถึงการรักษาในระยะเริ่มต้น โดยอาจใช้ข้อมูลอัตราอุบัติการณ์ที่พบมากในช่วงอายุต่าง ๆ ร่วมกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการพิจารณาช่วงอายุที่ควรคัดกรองเป็นการเฉพาะ

คำสำคัญ อัตราอุบัติการณ์ มะเร็งช่องปากและฟาริงซ์ การคัดกรอง ประเทศไทย

วันที่รับบทความ 2 สิงหาคม 2562

วันที่รับตีพิมพ์ 30 ธันวาคม 2562

* วิทยาลัยทันตแพทยศาสตรนานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

ติดต่อผู้พนธ์ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ อีเมล: siripe@gmail.com

Original article

The trends of oral cavity and pharyngeal cancer incidence in Thailand, 2004-2015

Siripen Arunpraphan*

Abstract

The study of oral cavity and pharyngeal cancer incidence trends used report data of Cancer in Thailand of National Cancer Institute. The four reports presented the cancer during 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012 and 2013-2015. During 2004-2006 to 2013-2015, males and females had increasing oral cavity cancer incidence from 4.8 to 5.5 and 3.6 to 4.3 persons per 100,000 population, respectively. Whereas pharyngeal cancer incidence slightly decreased in both genders. In the 2013-2015 duration, incidences of tongue and oropharyngeal cancer in males were higher than the past. Females had decreasing incidence rate of lip cancer. For incidence rate of oral cavity and pharyngeal cancer, males had nearly two times higher than females. Nasopharyngeal cancer in males had been reported in the youngest group (10-19 age group) while lip cancer in females was found at 0-5 age group, which rapidly increased when older than 50 years. Oropharyngeal and hypopharyngeal cancer in females also found at 40-44 age group. Tongue, mouth and salivary gland in both male and female were found at 20-29 age group. Since the incidence rate of all site-cancers positively increased with older age and cancer of some sites still had high incidence, efficient oral screening and referral are important to early detection and access the treatment. The age groups having the highest incidence rate among organ sites according to risk behavior should be considered as specific age group for oral screening.

Key words: incidence rate, oral and pharyngeal cancer, screening, Thailand

Received date 2 August 2019

Accepted date 30 December 2019

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

Correspondence to Siripen Aroonpraphan email: siripe@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งช่องปาก (oral cavity cancer) มีอัตราอุบัติการณ์ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งปอด ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรกในระยะที่มีการดำเนินของโรคไปมากแล้ว มีการลุกลามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ทำให้ต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง การเป็นโรคมะเร็งช่องปากในระยะรุนแรง ทำให้การรักษามีความซับซ้อนและรุกรานร่างกาย (invasive) ส่งผลโดยตรงต่อการบริโภคอาหารและการพูด กระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก มะเร็งฟาริงซ์ (pharyngeal cancer) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นกับอวัยวะซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียงกับช่องปาก อีกทั้งความรุนแรงและผลกระทบก็ไม่ได้น้อยกว่ามะเร็งช่องปากอีกด้วย ข้อมูลชุดหนึ่งที่มีผู้ใช้ในการศึกษาหรืออ้างอิงด้านวิทยาการระบาดของโรคมะเร็งในประเทศไทย รวมทั้งมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์คือ รายงานมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) จัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเช่น ระบาดวิทยาของมะเร็งศีรษะและลำคอ¹ ระบาดวิทยาของมะเร็งศีรษะและลำคอโดยพบอุบัติการณ์มะเร็งสูงขึ้นซึ่งอาจเชื่อมโยงกับความชุกของฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human Papilloma Virus: HPV)²

ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคมะเร็ง คือ การสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ซึ่งทำให้เกิดมะเร็งช่องปากด้วยเพราะในบุหรี่มีสารก่อมะเร็งที่สำคัญคือ ไนโตรซามีน (nitrosamine) ไปเปลี่ยนแปลงขบวนการแบ่งเซลล์ส่งผลให้ DNA ถูกทำลายและเกิดมะเร็งหลังจากสัมผัสในระยะต่อมา³⁻⁸ รวมถึงการกินหมาก⁹⁻¹⁰ มะเร็งริมฝีปากมักเกิดที่ริมฝีปากล่าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากการถูกแสงแดดมากเกินไป¹¹⁻¹² หรือจากการสูบบุหรี่ มะเร็งที่ลิ้นและออโรฟาริงซ์ สาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งที่โคนลิ้นเป็น HPV ซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยมีสายพันธุ์สำคัญคือ HPV 16¹³⁻¹⁶ ส่วนนาซิฟาริงซ์มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับไวรัสเอ็บสไตบาร์ (Epstein-Barr Virus:

EBV)¹⁷ ขณะที่ฟาริงซ์และหลอดอาหารสัมพันธ์กับภาวะการขาดธาตุเหล็กนานเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อภายในทำให้กลืนลำบาก (Plummer-Vinson syndrome)¹⁸ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์คือ บุหรี่ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2560¹⁹ พบว่า ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 37.7 ส่วนเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 1.7

สถาบันมะเร็งแห่งชาติจัดทำทะเบียนโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2528 จนถึงปัจจุบัน มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโดยแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกคนต้องมีหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปรากฏอยู่ในเวชระเบียนและไม่มีผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาระบุว่า เป็น in situ รายงานนี้เผยแพร่ต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์สถาบัน ข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลประจำ ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งสังกัดกรมการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ลพบุรี อุบลราชธานี ลำปาง อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์ ยังมีโรงพยาบาลสังกัดอื่นให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเหล่านี้กระจายอยู่ในทุกภาคทั่วประเทศไทย ใน พ.ศ. 2548, 2551, 2554 และ 2557 มีจำนวน 451, 421, 386 และ 330 แห่ง ใน 18, 16, 15 และ 11 จังหวัด ตามลำดับ โดยอยู่ในภาคเหนือ 2-4 จังหวัด ภาคกลาง 5-6 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4-5 จังหวัด และภาคใต้ 2 จังหวัด เป็นทะเบียนประชากรมะเร็ง (population-based cancer registries)

เนื่องจากยังไม่มี การนำข้อมูลชุดนี้มาศึกษา ระบาดวิทยาของมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์มาก่อน การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาแนวโน้มอุบัติการณ์ (incidence) ของโรคมะเร็งดังกล่าวซึ่งหากมีอุบัติการณ์สูงจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างความตระหนักแก่ทันตแพทย์

และโสต ศอ นาสิกแพทย์ รวมทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขประเทศ และกำหนดนโยบายในการป้องกัน การตรวจคัดกรอง และการจัดบริการได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้เกณฑ์วินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 10 (10th revision International Classification of Diseases: ICD 10)²⁰ ด้วยนิยามดังนี้

มะเร็งช่องปาก (oral cavity cancer) ประกอบด้วยมะเร็งริมฝีปาก (lip) ลิ้น (tongue) ปาก (mouth) และต่อมน้ำลาย (salivary glands) รหัส C00, C01-C02, C03-C06 และ C07-C08 ตามลำดับ

มะเร็งฟาริงซ์ (pharyngeal cancer) ประกอบด้วยมะเร็งออโรฟาริงซ์ (oropharynx) นาโซฟาริงซ์ (nasopharynx) และไฮโปฟาริงซ์ (hypopharynx) รหัส C10, C11 และ C12-C14 ตามลำดับ

รวบรวมข้อมูลจากรายงาน Cancer in Thailand ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 จากรายงาน 9 ฉบับดังนี้ รายงาน พ.ศ. 2531-2534 เป็นฉบับที่ 1 (vol.1) พ.ศ. 2535-2537 ฉบับที่ 2 (vol.2) พ.ศ. 2538-2540 ฉบับที่ 3 (vol.3) พ.ศ. 2541-2543 ฉบับที่ 4 (vol. 4) พ.ศ. 2544-2546 ฉบับที่ 5 (vol. 5) พ.ศ. 2547-2549 ฉบับที่ 6 (vol. 6) พ.ศ. 2550-2552 ฉบับที่ 7 (vol. 7) พ.ศ. 2553-2555 ฉบับที่ 8 (vol. 8) และ พ.ศ. 2556-2558 ฉบับที่ 9 (vol.9) มีรายงานที่อยู่ในเกณฑ์คัดออกจำนวน 5 ฉบับเนื่องจากมีความไม่สอดคล้องกันของลักษณะพื้นฐานของข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์และไม่ตรงตามเกณฑ์คุณภาพดังนี้ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2531-2534 การรายงานมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์ยังใช้เกณฑ์ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 9 (ICD 9 CM) ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2535-2537 ไม่แสดงรายละเอียดในการรายงาน ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2538-2540 มะเร็งของ

ช่องปากและฟาริงซ์ควรรายงานรหัส 2 ค่าแต่รายงานฉบับนี้รวมเป็นค่าเดียว และแยกมะเร็งนาโซฟาริงซ์ (C11) ออกจากฟาริงซ์ ทำให้มะเร็งช่องปากและฟาริงซ์มีองค์ประกอบต่างจากรายงานฉบับอื่น ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2541-2543 รายงานมะเร็งช่องปาก (C00-C08) รวมเป็นค่าเดียว ไม่จำแนกตำแหน่งริมฝีปาก ลิ้น พื้นช่องปากและต่อมน้ำลาย และฉบับที่ 5 พ.ศ. 2544-2546 รายงานมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์แยกกันแต่แสดงค่าอุบัติการณ์แต่ละช่วงอายุเป็นจำนวนคน ขณะที่ข้อมูลในรายงานปีอื่นเป็นค่าอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age-standardized incidence rate: ASR) จึงมีรายงานที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ 4 ฉบับคือ ฉบับที่ 6, 7, 8 และ 9 พ.ศ. 2547-2549, 2550-2552, 2553-2555 และ 2556-2558 ตามลำดับ

การคำนวณอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในรายงาน Cancer in Thailand ใช้อัตราระดับประเทศและรายช่วงอายุ มีหน่วยต่อแสนประชากร²¹ อัตราอุบัติการณ์ระดับประเทศ เริ่มจากปรับอัตราอุบัติการณ์ของทะเบียนมะเร็งซึ่งมีค่าแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดให้เป็นอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ยระดับภาคก่อนแล้วคำนวณจำนวนผู้ป่วยรายภาคจากอัตราเฉลี่ยประมาณการนั้น นำจำนวนผู้ป่วยประมาณการทุกภาครวมกันได้จำนวนผู้ป่วยประมาณการของประเทศในช่วงเวลานั้น หาดด้วยจำนวนประชากรทั้งประเทศและคูณด้วยหนึ่งแสนคน ส่วนอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ เป็นการปรับค่าอัตราอุบัติการณ์ในประชากรแต่ละช่วงอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกันนำมาเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นได้เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยจำแนกจำนวนผู้ป่วยประมาณการของประเทศออกเป็นจำนวนผู้ป่วยตามช่วงอายุหารด้วยจำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุที่มีการกระจายแบบมาตรฐาน (standard population)

เนื่องจากการใช้ข้อมูลที่จัดเก็บไว้แล้วการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดเช่นเดียวกับการใช้ข้อมูลทุติยภูมิทั่วไป รายงาน Cancer in Thailand มีการแบ่งกลุ่ม

อายุเป็นช่วง 5 ปี ส่วนอายุ 75 ปีขึ้นไปเกินช่วง 5 ปีและมีความกว้างของข้อมูลสูง การศึกษานี้จึงแสดงผลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 70-74 ปี นอกจากนี้รายงานยังไม่ได้จำแนกความรุนแรงของโรคเป็นระยะ (stage) ของการเป็นมะเร็ง

ผล

เมื่อจำแนกตามเพศและตำแหน่งอวัยวะที่เป็นมะเร็งพบว่า เพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์มะเร็งริมฝีปากมากกว่าเพศชาย 3-9 เท่า มะเร็งปากและต่อมน้ำลายมีอัตราอุบัติการณ์ใกล้เคียงกัน ส่วนมะเร็งไฮโปฟาริงซ์เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง (ตาราง 1)

ตาราง 1 อัตราอุบัติการณ์มะเร็งจำแนกตามเพศ

Table 1 Incidence ratio of oral cancer by gender

sites	male: female
lip	1: 3.0-9.0
tongue	1: 0.3-0.4
mouth	1: 0.7-0.9
salivary glands	1: 0.8-1.4
oropharynx	1: 0.1-0.3
nasopharynx	1: 0.3-0.4
hypopharynx	1: 0.1-0.1

ริมฝีปากเป็นตำแหน่งเดียวที่เพศหญิงเป็นมะเร็งมากกว่าเพศชาย เพศชายมีอัตราอุบัติการณ์เกิดมะเร็งไฮโปฟาริงซ์มากกว่าเพศหญิงถึง 7-8.5 เท่า มีอัตรา

มะเร็งฟาริงซ์มากกว่าเพศหญิง 3.4-3.9 เท่า และอัตรามะเร็งช่องปากรวมฟาริงซ์อยู่ในระดับ 10.4-11.0 คนต่อแสนประชากรมากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า (ตาราง 2)

ตาราง 2 อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์จำแนกตามเพศและช่วงระยะเวลารายงาน

Table 2 Incidence rate of oral and pharyngeal cancer by gender and report-duration

site	2004-2006		2007-2009		2010-2012		2013-2015	
	male	female	male	female	male	female	male	female
oral cavity	4.8	3.6	4.9	3.7	5.1	3.6	5.5	4.3
• lip	0.1	0.9	0.2	0.9	0.2	0.7	0.2	0.6
• tongue	2.1	0.7	2.3	0.8	2.2	1.0	2.6	1.1
• mouth	2.1	1.6	2.0	1.5	2.2	1.5	2.2	1.9
• salivary glands	0.5	0.4	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.7
pharynx	5.8	1.6	5.5	1.6	5.9	1.5	5.4	1.4
• oropharynx	1.2	0.2	1.0	0.3	1.4	0.4	1.3	0.2
• nasopharynx	3.2	1.2	3.1	1.1	2.8	0.9	2.6	1.0
• hypopharynx	1.4	0.2	1.4	0.2	1.7	0.2	1.5	0.2
oral cavity and pharynx	10.6	5.2	10.4	5.3	11.0	5.1	10.9	5.7

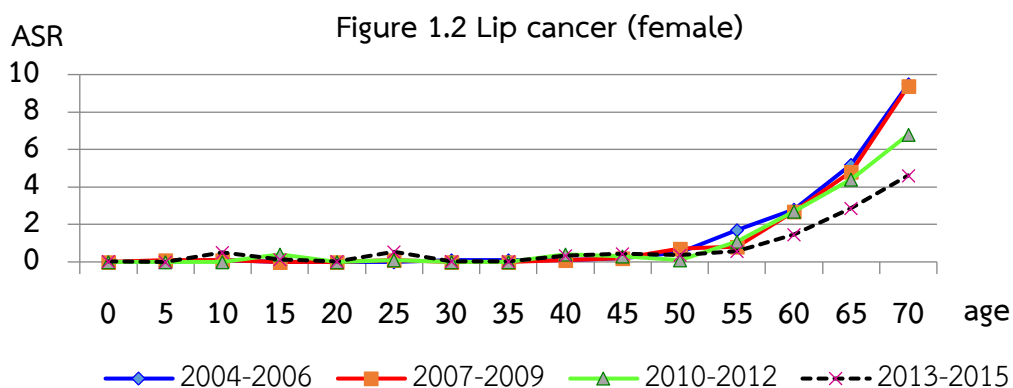
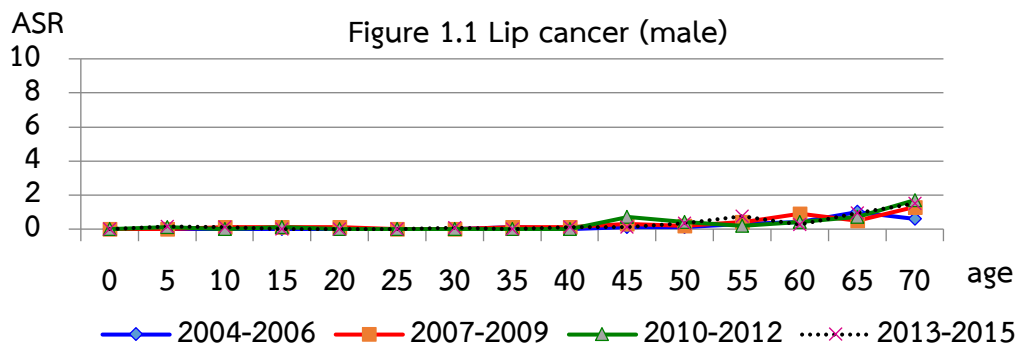
ภาพ 1 และ 2 แสดงอัตราอุบัติการณ์มะเร็งปรับมาตรฐานอายุจำแนกตามช่วงอายุ 5 ปีและตำแหน่งที่เป็นมะเร็งในช่องปากและมะเร็งฟาริงซ์ ตามลำดับ จากรายงาน พ.ศ. 2556-2558 เพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์มะเร็งที่ริมฝีปากลดลงกว่ารายงานก่อนหน้านี้ (ภาพ 1.2) ส่วนเพศชายมีอัตราอุบัติการณ์มะเร็งที่ลิ้นและอโรฟาริงซ์เพิ่มขึ้น (ภาพ 1.3 และ 2.1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงอายุ 70-75 ปีเป็นมะเร็งที่ลิ้นมากกว่า 12 คนต่อแสนประชากร (ภาพ 1.3) ทั้งเพศชายและหญิงเริ่มพบมะเร็งที่ลิ้น ปาก และต่อมน้ำลายในช่วงอายุ 20-29 ปี (ภาพ 1.1-1.8) อุบัติการณ์มะเร็งที่มากกว่า 8 คนต่อแสนประชากรนั้น ในเพศชายพบที่ลิ้น ปาก และฟาริงซ์ (อโรฟาริงซ์ นาโซฟาริงซ์ และไฮโปฟาริงซ์) ดังภาพ 1.3, 1.5, 2.1, 2.3 และ 2.5 สำหรับเพศหญิงพบที่ริมฝีปาก

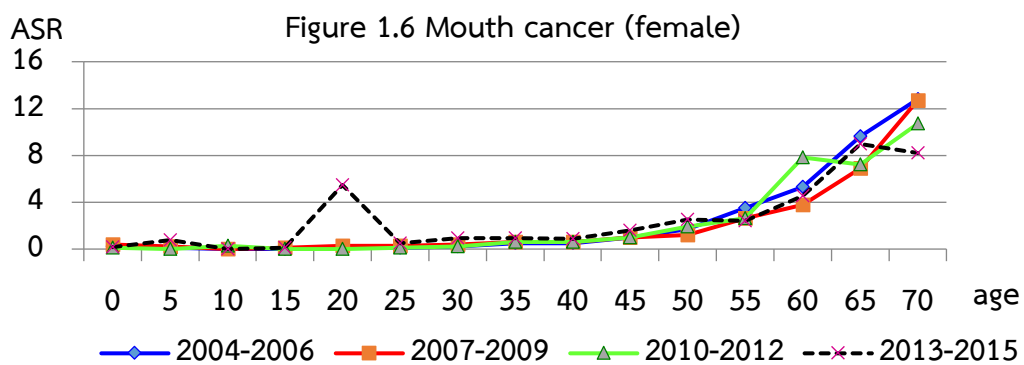
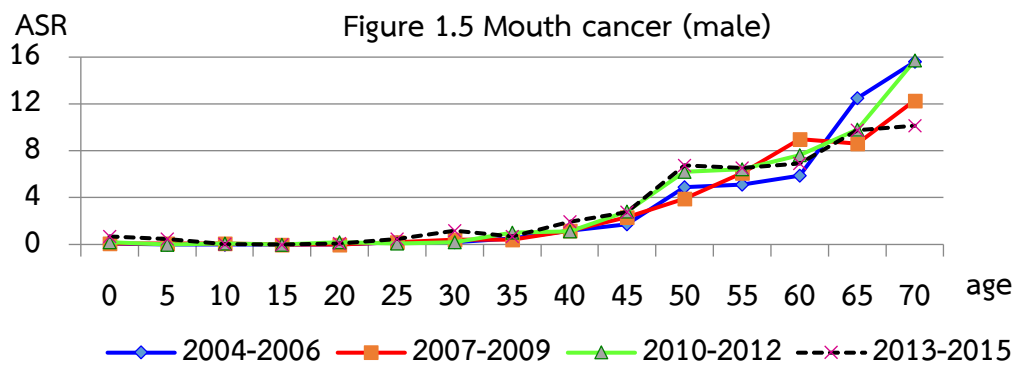
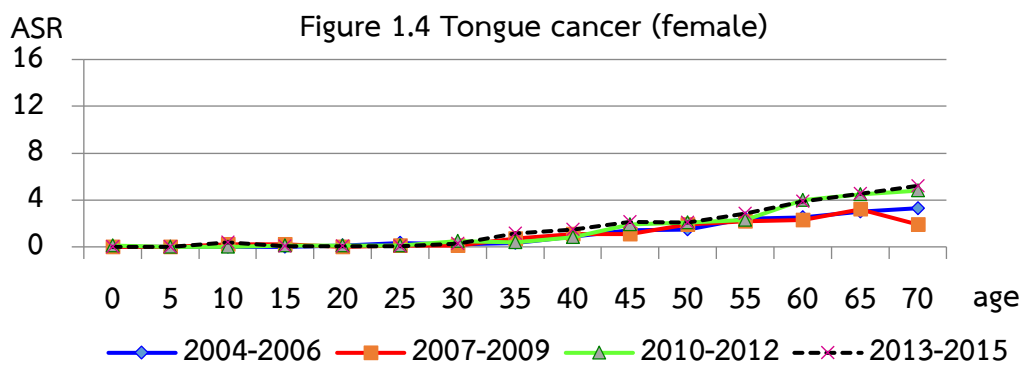
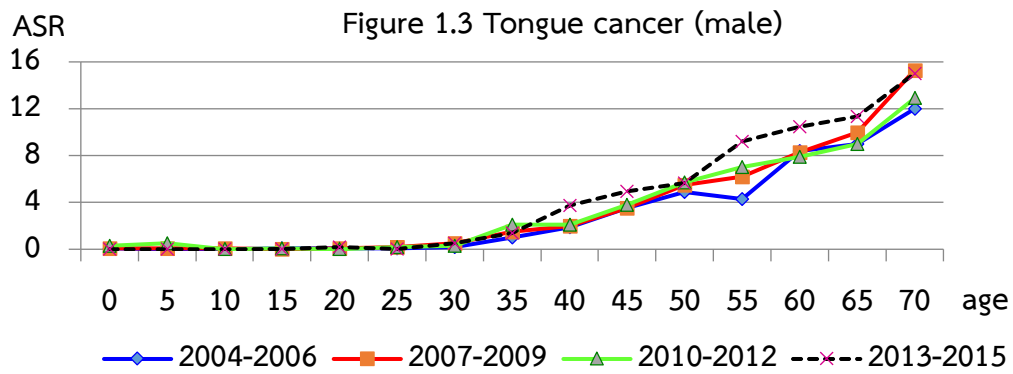
และปาก (ภาพ 1.2 และ 1.6)

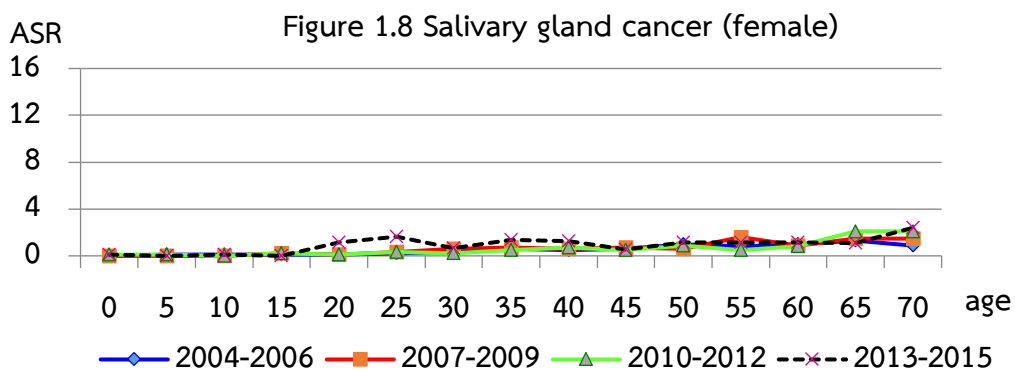
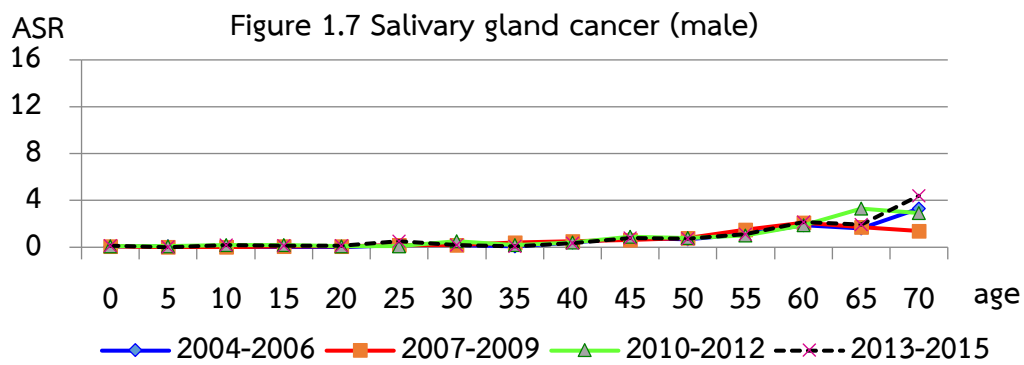
ช่วงอายุน้อยที่สุดที่พบผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย คือ อายุ 10-19 ปี ที่นาโซฟาริงซ์ (ภาพ 2.3) และช่วงอายุ 30-39 ปีพบที่อโรฟาริงซ์และไฮโปฟาริงซ์ (ภาพ 2.1 และ 2.5) ส่วนเพศหญิงเริ่มพบมะเร็งที่ริมฝีปากในช่วงอายุ 0-5 ปีซึ่งมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี (ภาพ 1.2) และพบมะเร็งอโรฟาริงซ์และไฮโปฟาริงซ์ช่วงอายุ 40-44 ปี (ภาพ 2.2 และ 2.6) มะเร็งทุกตำแหน่งมีอัตราอุบัติการณ์สูงขึ้นเป็นลำดับเมื่ออายุมากขึ้นโดยพบผู้ป่วยเพศชายอย่างน้อย 5 และอย่างน้อย 10 คนต่อแสนประชากรเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป และ 50 ปีขึ้นไป ส่วนเพศหญิงพบอย่างน้อย 5 และอย่างน้อย 10 คนต่อแสนประชากรเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไปและ 60 ปี ตามลำดับ

ภาพ1 อัตราอุบัติการณ์มะเร็งในช่องปากรายช่วงอายุจำแนกตามเพศและบริเวณที่เป็น

Figure 1 Age-standardized incidence rate of oral cavity cancer by gender and area

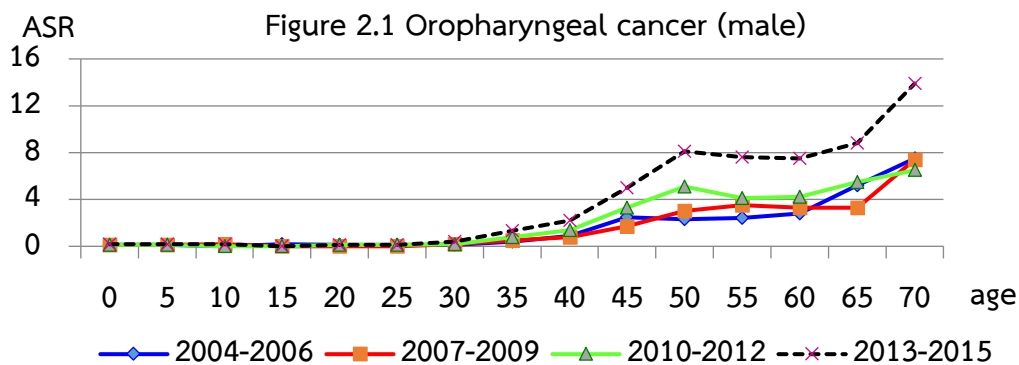


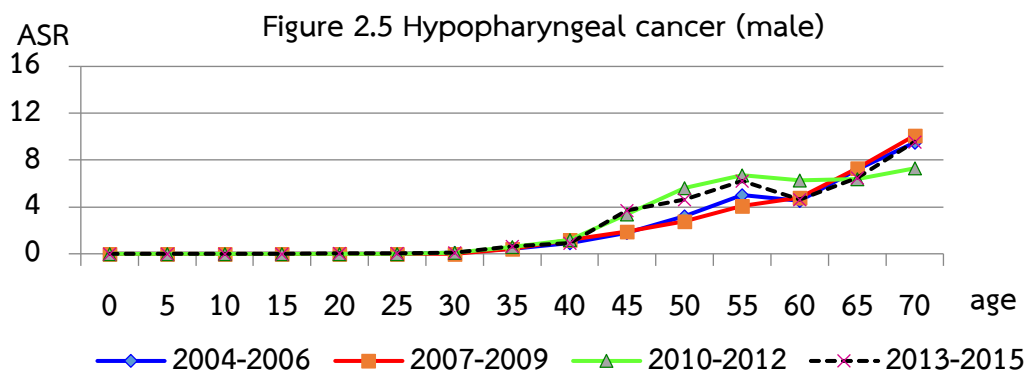
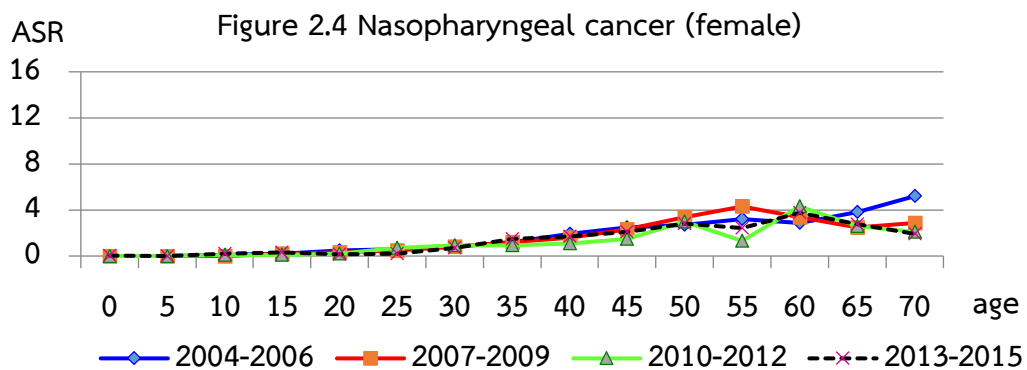
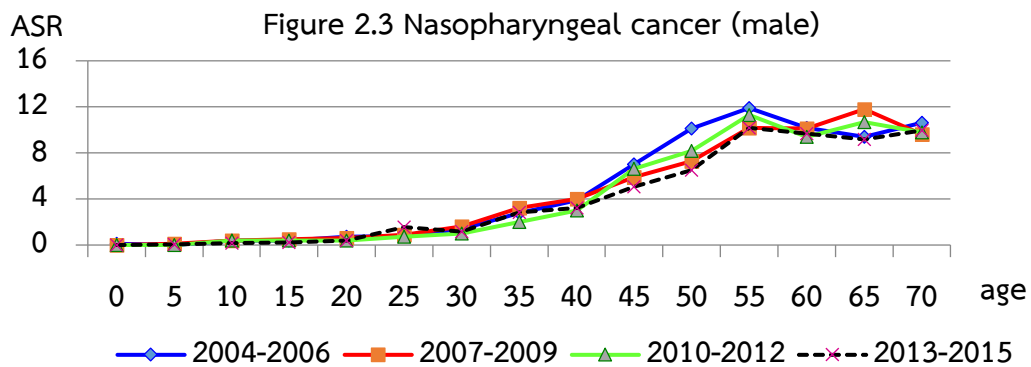
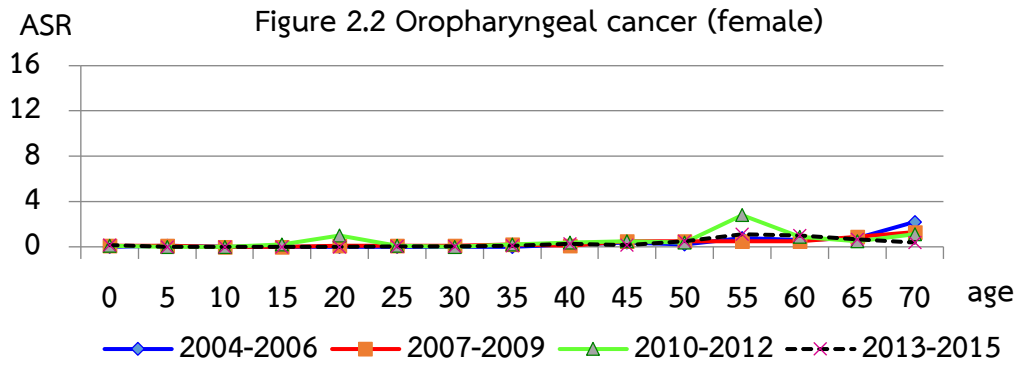


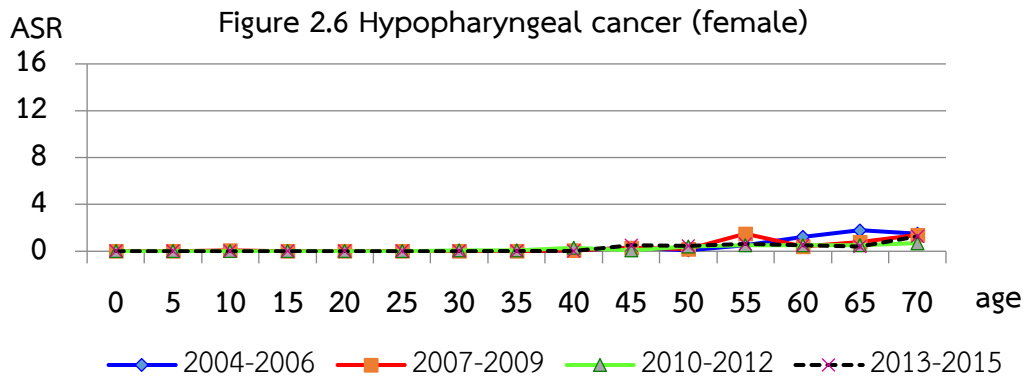


ภาพ 2 อัตราอุบัติการณ์มะเร็งเรื้องฟาริงซ์รายช่วงอายุจำแนกตามเพศและบริเวณที่เป็น

Figure 2 Age-standardized incidence rate of pharyngeal cancer by gender and area







วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า เพศชายมีอัตราการอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์มากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า สอดคล้องกับรายงานการสำรวจในสหรัฐอเมริกาช่วง ค.ศ. 1975-2008 เพศชายเป็นมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์ 2-4 เท่าของเพศหญิง²² อาจเป็นเพราะสูบบุหรี่มากกว่า เพศหญิงดังผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁹

มะเร็งอโรฟาริงซ์มีสาเหตุการเกิดโรคมามากจาก พฤติกรรมเสี่ยงระดับบุคคล รายงานครั้งล่าสุดเพศชายมี อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งอโรฟาริงซ์สูงกว่ารายงานที่ ผ่านมา แสดงถึงความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นคล้ายกับหลาย ประเทศ องค์การอนามัยโลกตั้งข้อสังเกตว่ามะเร็งที่อโร ฟาริงซ์มีมากขึ้นอย่างชัดเจนในแถบยุโรปกลางและ ตะวันออกซึ่งพบในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศ พัฒนานั้นอาจมีสาเหตุมาจากการที่ประชากรมีอายุยืนขึ้น และมีปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งมากขึ้นด้วย²³ และพบมี การเพิ่มขึ้นของมะเร็งที่สัมพันธ์กับ HPV ในกลุ่มชนผิว ขาว สะท้อนถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์²²

การศึกษานี้พบว่าเพศหญิงมีอัตราการอุบัติการณ์ของ มะเร็งที่ริมฝีปากต่ำกว่ารายงานก่อนหน้านี้ อาจเป็น เพราะริมฝีปากยังเป็นตำแหน่งที่มองเห็นด้วยตนเองและ เป็นอวัยวะที่เสริมความบุคลิกและความสวยงามของ ใบหน้า เพศหญิงจึงให้ความสำคัญและมีการป้องกัน เพิ่มขึ้น เช่น หลีกเลี่ยงแสงแดด ใช้ลิปสติกกันแดด และ มาพบแพทย์มากกว่าความผิดปกติในตำแหน่งอื่น อย่างไรก็ตามการที่อัตราการอุบัติการณ์ของโรคนี้อย่างสูง

และสูงกว่าเพศชายซึ่งดื่มเหล้าสูบบุหรี่มากกว่า จึง น่าสนใจศึกษาว่ายังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นอีกหรือไม่

การศึกษานี้แสดง ASR จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 5 ปี และตำแหน่งที่เป็นมะเร็งเปรียบเทียบข้อมูลการ รายงานแต่ละครั้ง ทำให้เห็นช่วงอายุที่เริ่มพบมะเร็งแต่ ละตำแหน่งและที่มีอุบัติการณ์สูงในแต่ละเพศ นอกจากนี้ การนำเสนอเป็นภาพทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแนวโน้ม อัตราอุบัติการณ์จากอดีตถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร การ ค้นพบรอยโรคในระยะเริ่มแรกสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีพ ได้²⁴ พบว่ามีอัตราการรอดชีพ 5 ปีถึงร้อยละ 31.9²⁵ ที่ผ่าน มามีการศึกษาการคัดกรองมะเร็งในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น อายุ 18 ปีขึ้นไป^{23,26-27} อายุ 20 ปีถึง 64 ปี²⁸ อายุ 35 ปีขึ้นไป²⁹ อายุ 40 ปีขึ้นไป³⁰ การศึกษานี้พบมะเร็ง ในเพศชายอย่างน้อย 5 และอย่างน้อย 10 คนต่อแสน ประชากรเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไปและ 50 ปีขึ้นไป ส่วนเพศ หญิงพบอย่างน้อย 5 และอย่างน้อย 10 คนต่อแสน ประชากรเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไปและ 60 ปี การคัดกรองที่ อายุ 45 ปี ในเพศชายและอายุ 50 ปี ในเพศหญิงจึงอาจ เข้าไป ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพิจารณา ช่วงอายุของการคัดกรองมะเร็งช่องปากและฟาริงซ์โดย อาจใช้ช่วงอายุที่เริ่มพบมะเร็งและช่วงอายุที่อุบัติการณ์ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความสามารถในการ จัดบริการและการงบประมาณ ทั้งนี้การตรวจคัดกรอง ลิ่น ริมฝีปาก เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก เป็นการตรวจด้วย ตาเปล่าร่วมกับชุดตรวจฟันทั่วไประบายใต้แสงสว่างที่ พอเพียง (visual screening)

สรุป

เพศชายมีอัตราอุบัติการณ์มะเร็งมากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่ายกเว้นมะเร็งริมฝีปากที่เพศหญิงเป็นมากกว่า เมื่อเทียบกับอดีต มะเร็งช่องปากมีอุบัติการณ์สูงขึ้นส่วนอุบัติการณ์มะเร็งฟาริงซ์ลดลงเล็กน้อย โดยเพศชายเป็นมะเร็งลิ้นและอโรฟาริงซ์สูงขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่เพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์มะเร็งริมฝีปากต่ำกว่าในอดีตแต่ยังคงสูงอยู่และอัตราอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี มะเร็งทุกตำแหน่งมีอัตราอุบัติการณ์สูงขึ้นเป็นลำดับเมื่ออายุมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากทันตแพทย์มีการตรวจช่องปากผู้ป่วยก่อนเริ่มบริการอยู่แล้วและเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีเพิ่มเติมจึงควรให้ความสำคัญกับการตรวจจริงริมฝีปาก ลิ้น และเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากผู้ป่วย ร่วมกับการคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดมะเร็ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากสถานการณ์มะเร็งช่องปากมีอุบัติการณ์สูงขึ้นจากอดีต จึงควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพื่อลดภาระในการรักษาเมื่อเป็นมะเร็งแล้ว และเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยด้วย และเนื่องจากการตรวจช่องปากโดยทันตแพทย์ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเพิ่มเติม จึงควรพิจารณาความสามารถในการจัดบริการและภาระงบประมาณร่วมกับการประเมินความคุ้มค่า

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

เนื่องจากมะเร็งในช่องปากและฟาริงซ์มีอัตราอุบัติการณ์ต่ำเมื่อเทียบกับมะเร็งตับ ลำไส้ใหญ่ มะดลูก เต้านม และปอด จึงควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเฉพาะมะเร็งแต่ละตำแหน่งอย่างชัดเจน เพื่อการป้องกันที่ได้ผลและใช้ในการจำแนกกลุ่มที่ควรเข้าถึงการคัดกรองโดยทันตแพทย์หรือแพทย์หู คอ จมูก รวมทั้งการศึกษาประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการฉีดวัคซีน HPV เพื่อ

การป้องกันในเพศชายซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์เป็นมะเร็งสูง ความรู้ดังกล่าวยังเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในการรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเอง

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำรายงาน Cancer in Thailand และขอขอบคุณทันตแพทย์พนมวัฒน์ อมร-พิมลธรรม ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tangjaturonrasme N, Vatanasapt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. Asia Pac J Clin Oncol 2018; 14(1):16-22.
2. Argirion I, Zarins KR, Defever K, Suwanrungruang K, Chang JT, Pongnikorn D. Temporal changes in head and neck cancer incidence in Thailand suggest changing oropharyngeal epidemiology in the region. J Glob Oncol 2019 Mar; 5:1-11.
3. Morse DE, Psoter WJ, Cleveland D, Cohen D, Mohit-Tabatabai M, Kosis DL, Eisenberg F. Smoking and drinking in relation to oral cancer and oral epithelial dysplasia. Cancer Causes Control 2007; 18(9):919-29.
4. Sadri G, Mahjub H. Tobacco smoking and oral cancer: a meta-analysis. J Res Health Sci 2007; 7(1):18-23.
5. Barnes JL, Zubair M, John K, Poirier MC, Martin FL. Carcinogens and DNA damage. Biochem Soc Trans 2018; 46(5):1213-24.
6. Schaal C, Chellappan SP. Nicotine-mediated cell proliferation and tumor progression in smoking-related cancers. Mol Cancer Res. 2014; 12(1):14-23.

7. Hecht SS, Stepanov I, Carmella SG. Exposure and metabolic activation biomarkers of carcinogenic tobacco-specific nitrosamines. *Acc Chem Res* 2016; 49(1):106-14.
8. Montesano R. Alkylation of DNA and tissue specificity in nitrosamine carcinogenesis. *J Supramol Struct Cell Biochem* 1981; 17(3):259-73.
9. Chen PH, Mahmood Q, Mariottini GL, Chiang TA, Lee KW. Adverse health effects of betel quid and the risk of oral and pharyngeal cancers. *Biomed Res Int* 2017; 2017:3904098.
10. Tsou HH, Ko HT, Chen CT, Wang TW, Lee CH, Liu TY, Wang HT. Betel quid containing safrole enhances metabolic activation of tobacco specific 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone (NNK). *Environmental Pollution* 2019; 251:13-21.
11. Gallagher RP, Lee TK, Bajdik CD, Borugian M. Ultraviolet radiation. *Chronic Dis Can* 2010; 29 Suppl 1:51-68.
12. Busick TL, Uchida T, Wagner RF Jr. Preventing ultraviolet light lip injury: beachgoer awareness about lip cancer risk factors and lip protection behavior. *Dermatol Surg* 2005; 31(2):173-6.
13. You EL, Henry M, Zeitouni AG. Human papilloma virus-associated oropharyngeal cancer: review of current evidence and management. *Curr Oncol* 2019; 26(2):119–23.
14. Eisenberg MC, Campredon LP, Brouwer AF, Walline HM, Marinelli BM, Lau YK, et al. Dynamics and determinants of HPV infection: The Michigan HPV and oropharyngeal cancer (M-HOC) study. *BMJ Open* 2018; 8(10):e021618.
15. Candotto V, Lauritano D, Nardone M, Baggi L, Arcuri C, Gatto R, et al. HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. *Oral Implantol (Rome)* 2017; 10(3):209–20.
16. Hearnden V, Murdoch C, D'Apice K, Duthie S, Hayward NJ, Powers HJ. Oral human papillomavirus infection in England and associated risk factors: a case-control study. *BMJ Open* 2018; 8:e022497.
17. Tsao SW, Tsang CM, Lo KW. Epstein-Barr virus infection and nasopharyngeal carcinoma. *Phil. Trans R Soc* 2017; B372: 20160270.
18. Novacek G. Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet J Rare Dis* 2006, 1:36.
19. National Statistic Office. Smoking and alcohol drinking behavior survey 2017. Bangkok; Pimdeekarnpim Co., Ltd. 2018. (in Thai)
20. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. The 10th revision, 5th edition, 2016.
21. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Cancer registration: Principles and methods. IARC: Lyon, France; 1991.
22. Brown LM, Check DP, Devesa SS. Oral cavity and pharynx cancer incidence trends by subsite in the United States: changing gender patterns. *J Oncol* 2012; 2012: 649498.

23. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 17 June 2019.
24. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, Rajan B. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Journal of Global Oncology* 2005; 365(9475):1927-33.
25. Seenuanlae L, Vatanasapt P, Promthet S, Kamsa-ard S. Five Years Survival of Oral Cavity Cancer Squamous Cell Carcinoma Type in Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. *KKU JKU-JPHR* 2013; 6(1): 61-70. (in Thai)
26. Ayan I, Kaytan E, Ayan N. Childhood nasopharyngeal carcinoma: from biology to treatment. *The Lancet Oncology* 2003; 4(1):13-21,
27. Moyer VA. Screening for oral cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014; 160(1): 55-60.
28. Mabry-Hernandez I, Chu K. Screening for Oral Cancer. *Am Fam Physician* 2015; 91(6): 387-8.
29. Chuang SL, Su WW, Chen SL, Yen AM, Wang CP, Fann JC, et al. Population-based screening program for reducing oral cancer mortality in 2,334,299 Taiwanese cigarette smokers and/or betel quid chewers. *Cancer* 2017; 123(9):1597-609.
30. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening for oral cancer detection. *Cancer Detect Prev* 2003; 27(5):333-7.