

การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรอง โรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ

ศิริเพ็ญ	อรุณประพันธ์ *	ท.บ., ศ.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
ปิยะดา	ประเสริฐสม *	ท.บ., ศ.ม., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
สุวิภา	อนันต์ชนสวัสดิ์ *	ศษ.บ., ค.ม.
สมจินต์	จินดาวิจิษฐ์**	พ.บ.
กัมทาวรรณ	ชัยเชื้อ**	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
นิวัติ	เพียรไทย***	ท.บ.
และคณะ*		

บทคัดย่อ

กองทันตสาธารณสุขจัดทำเครื่องมือการคัดกรองโรคมะเร็งเป็นแบบประเมินตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็ง จังหวัดลพบุรี ซึ่งประกอบด้วย อาการในช่องปากและช่องคอเริ่มแรกที่เกิดผิดปกติและนำมาพบแพทย์ ระยะเวลาของความผิดปกติ บ้างจี้เสี่ยง ผลการวินิจฉัยโรค ตำแหน่ง ระยะโรค (Stage) ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2547 รวบรวมข้อมูลและทำการเชื่อมโยงตำแหน่ง ระยะของการเป็นโรค กับอาการเริ่มแรกที่เกิดผิดปกติ ประมวลกลุ่มอาการที่เป็นอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็งช่องปากและจัดทำเป็นแบบประเมินตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงใช้ในการประเมินตนเอง หากมีรอยโรคหรืออาการนำของโรค ก็สามารถไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากและช่องคอจากแพทย์หรือทันตแพทย์ในสถานพยาบาลเป็นเบื้องต้นก่อน ทั้งนี้เพื่อให้มีการตรวจพบโรคเร็วที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 107 คน เป็น Squamous cell carcinoma ทุกวัย แยก เป็นมะเร็งช่องปาก 98 ราย และเป็นมะเร็งช่องคอ 9 ราย เพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิง 46.7 บ้างจี้เสี่ยงในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องปากและช่องคอพบว่าการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.5-77.8) ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งริมฝีปากมีบ้างจี้เสี่ยงในการเคี้ยวหมาก ร้อยละ 80.0 ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องคอ มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.5 และ 77.8 ตามลำดับ ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก หรือระยะที่ 1 มีร้อยละ 20.6 โดยประมาณร้อยละ 84.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้ไปรับการรักษาที่

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

** สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

*** ศูนย์มะเร็งลพบุรี ในสังกัดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อื่นมาแล้วเกิน 1 แห่ง จากข้อมูลที่มีการบันทึก 76 ราย ของทุกระยะโรค (Stage1-4) พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติครั้งแรกจนถึงมาพบแพทย์ มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 ที่มาพบแพทย์ภายใน 2 เดือน

กลุ่มอาการในช่องปากที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยระยะที่ 1 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ คือ การมีแผล ฝ้าขาว ที่หายแล้วไม่หาย ผู้ป่วยระยะที่ 2-3 คือ อาการเจ็บ ปวด การขยายตัวของแผล ฝ้าขาว การกลืนลำบาก ผู้ป่วยระยะที่ 4 คือ การมีก้อน การบวมที่คอ ได้คาง การมีเลือดออก อาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น

ควรศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อของเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะเวลา และสถานพยาบาลที่ไปแต่ละแห่ง เพื่อการจัดระบบการทำงาน และจัดสรรกำลังคน ให้เกิดความร่วมมือ และการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนให้ทันตแพทย์ทุกคนทำการตรวจช่องปากเป็นประจำ (routine) แก่ผู้ป่วยทางทันตกรรม และหาปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ กินเหล้า กินหมาก การทำงานกลางแจ้ง ในผู้ป่วยที่มีอายุเกินกว่า 40 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งจัดทำสื่อต่างๆ ที่ให้ความรู้แก่ประชาชน เน้นหาควรเน้นเฉพาะอาการของโรคในระยะเริ่มแรก que ผู้ป่วยสังเกตได้ และมารับการตรวจช่องปากทุกปี คาดว่าจะช่วยให้การค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอระยะแรกเริ่มได้จำนวนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อัตราการมีชีวิตรอดช่วง 5 ปีของผู้ป่วยสูงขึ้น



หลักการและเหตุผล

ในปี 2540 มะเร็งเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 13 % ของการเสียชีวิตทั้งหมด พบว่าปี 2537 ประชากร 18 ล้านคนเป็นโรคมะเร็ง โดยมีผู้ป่วยใหม่จำนวน 9 ล้านคนในทุกๆ ปี เกือบร้อยละ 60 ของผู้เป็นโรคมะเร็งอยู่ที่ประเทศกำลังพัฒนา ช่วง 25 ปีข้างหน้าปัญหาโรคมะเร็งจะมีมากขึ้น คาดว่าปี 2563 โรคมะเร็งจะทำให้มีผู้เสียชีวิต 11 ล้านคนต่อปีทั่วโลก โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะเกิดในประเทศกำลังพัฒนา ⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเก็บจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น สงขลา และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (5 population base cancer registries) ได้จัดทำรายงานของมะเร็งช่องปาก ซึ่งเป็นข้อมูลในปี 2536⁽³⁾, 2539⁽⁴⁾ และ 2542⁽⁵⁾ พบว่า มะเร็งช่องปากมีอุบัติการณ์การเกิดโรค ในเพศชาย 5.4, 4.4 และ 4.6 ต่อแสนตามลำดับปี ส่วนเพศหญิงเป็น 4.0, 4.3 และ 6.8 ต่อแสน ตามลำดับปี

ในปี 2536 การเกิดมะเร็งช่องปากในเพศชายพบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งทั่วร่างกาย ในเพศหญิงการเกิดมะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งทั่วร่างกาย ตำแหน่งที่พบมากที่สุด ในเพศชายคือบริเวณลิ้น ในขณะที่ตำแหน่งที่พบมากที่สุด ในเพศหญิงเกิดที่ริมฝีปาก

จากรายงานโรคมะเร็งปี 2536 2539 และ 2542 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งของช่องปากทุกตำแหน่งเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไปในเพศชาย ส่วนเพศหญิงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมีรายงานการเกิดครบทุกตำแหน่งอายุ 30 ปีขึ้นไป มะเร็งที่ริมฝีปากเกิดขึ้นช้าสุด การเกิดมะเร็งที่ริมฝีปากในเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชายประมาณ 5 - 7 เท่า การรายงานปี 2542 ของสถาบันมะเร็ง

แห่งชาติพบว่าเพศชายในอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์เป็นมะเร็งช่องปาก (Oral cancer) ต่อปี (Annual incidence by age group) 144.0 ต่อแสน พบมากกว่า 43.6 เท่า ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี (3.3 ต่อแสน) เพศหญิงในอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์เป็น 229.4 ต่อแสน มากกว่า 38.8 เท่าของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี (5.9 ต่อแสน) (ข้อมูล unstandardized)

อัตราการรอดชีวิตระยะ 5 ปีจำแนกตามตำแหน่งจากการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น(2528-2538) และเชียงใหม่(2526-2535) พบอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีของมะเร็งริมฝีปากมีร้อยละ 60.6-81.9 มะเร็งที่ลิ้น ร้อยละ 25.5-34.7 มะเร็งบริเวณช่องปาก (Mouth) ร้อยละ 21.3-36.6 มะเร็งช่องคอ(oropharynx) ร้อยละ 20.3-21.1

ด้วยเหตุผลของความรุนแรงและอุบัติการณ์ของโรค ในประเทศไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยในบทบาทหน้าที่ของการส่งเสริมและป้องกันโรคใน ช่องปาก จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะอาการเริ่มแรก ที่รู้สึกผิดปกติ และอาการที่ทำให้มาพบแพทย์ กับระยะของโรคตามตำแหน่งต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่จะเป็นเครื่องมือการคัดกรองโรค มะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องคอระยะเริ่มแรก สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ใช้ในการประเมินตนเอง หากมีรอยโรคหรืออาการนำของโรคและปัจจัยเสี่ยง ควรไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อหามะเร็งระยะเริ่มแรก จากแพทย์หรือทันตแพทย์ในสถานพยาบาลเป็นเบื้องต้นก่อน ทั้งนี้เพื่อให้มีการตรวจค้นหามะเร็งช่องปากและช่องคอในระยะเริ่มแรกโดยเร็วที่สุด

วัตถุประสงค์

1. คณะผู้วิจัยร่วมจัดทำแบบเก็บข้อมูล มีเนื้อหาและวิธีการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

การคัดลอกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ อายุ เพศ อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการรักษา ผล
การวินิจฉัยโรค ตำแหน่ง ระยะ (Staging) การรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ได้แก่
การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก ยาเส้น/
ยาฉุน ความสะอาดและสุขภาพในช่องปาก

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ อาการ
ในช่องปากและช่องคอเกี่ยวกับลักษณะอาการเริ่ม
แรกที่ยุติสัณนิษฐาน และอาการที่ทำให้มาพบแพทย์

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ ความครบ
ถ้วนในการเข้ารับการรักษา

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วย
โสต คอ นาสิก ลาริงซ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
และฝ่ายทันตกรรม ศูนย์มะเร็ง จังหวัดลพบุรี จาก
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาระหว่างเดือน พฤษภาคม-
กรกฎาคม 2547

3. เชื่อมโยงตำแหน่ง ระยะ (Staging) ของ
การเป็นโรค กับอาการเริ่มแรกที่ผิดปกติ และ
ตัวแปรอื่น

4. จัดทำกลุ่มอาการที่เป็นลักษณะอาการ
เริ่มแรกของโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ

5. จัดทำเป็น แบบประเมินตนเอง

ผลการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. จำนวนผู้ป่วยและตำแหน่งของโรค

การศึกษครั้งนี้ดำเนินงานที่สถาบัน
มะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็งลพบุรี ในสังกัดของ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ป่วยจากสถาบันมะเร็งแห่ง
ชาติ จำนวน 69 คน และศูนย์มะเร็ง ลพบุรี 38 คน

เมื่อทำการจำแนกมะเร็งตามตำแหน่งที่
เกิด (ตารางที่ 1) พบดังนี้

1) ริมฝีปาก จำนวน 15 คน

2) ลิ้น จำนวน 45 คน

3) ช่องปากส่วนอื่นๆ ได้แก่ บริเวณ
ใต้ลิ้น (Floor of mouth) เหงือก(Gum) เพดานแข็ง
(Hard Palate) จำนวน 38 คน

4) ช่องคอ(Oropharynx) ได้แก่ ลิ้นไก่
(Uvula) ทอนซิล(Tonsil) เพดานอ่อน(Soft palate)
จำนวน 9 คน

ตารางที่ 1 ร้อยละและจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระยะโรคและตำแหน่ง

Table 1 Percentage and number of patients, categorized by stage and site.

ระยะ	ริมฝีปาก	ลิ้น	ช่องปาก	ช่องคอ	รวม
มะเร็งระยะที่ 1	20.0 (3 คน)	26.7 (12 คน)	18.4 (7 คน)	0 (0 คน)	20.6 (22 คน)
มะเร็งระยะที่ 2	53.3 (8 คน)	20.0 (9 คน)	10.5 (4 คน)	44.4 (4 คน)	23.4 (25 คน)
มะเร็งระยะที่ 3	20.0 (3 คน)	22.2 (10 คน)	31.6 (12 คน)	11.1 (1 คน)	24.3 (26 คน)
มะเร็งระยะที่ 4	6.7 (1 คน)	31.1 (14 คน)	39.5 (15 คน)	44.4 (11.8 คน)	31.8 (34 คน)
รวม	14.0 (15 คน)	42.1 (45 คน)	35.5 (38 คน)	8.4 (9 คน)	100 (107 คน)

2. เพศ และอายุ

ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 107 คน เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิงร้อยละ 46.7 ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับการเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอ ยกเว้น มะเร็งริมฝีปากพบมากในเพศหญิง (ร้อยละ 80) และมะเร็งช่องคอ พบมากในเพศชาย (ร้อยละ 77.8) การมาพบแพทย์ด้วยระยะต่างๆ ของโรค (Staging) ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง

ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 93.5 มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 40 ปีพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเพียงร้อยละ 6.5 และไม่พบผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากเลย

3. ผลทางพยาธิวิทยา

จากวิธีวินิจฉัยโรคโดยใช้ผลการตรวจชิ้นเนื้อออกปฐมภูมิทุกราย พบผลทางพยาธิวิทยาเป็น Squamous cell carcinoma และ Grade ที่พบเป็น Well differentiated ร้อยละ 69.2 Moderately

differentiated ร้อยละ 19.6 Poorly differentiated ร้อยละ 2.8 และ Undifferentiated ร้อยละ 8.4

4. ระยะของโรค (TNM : T= primary tumor, N= Regional lymph nodes, M=distant metastasis)

4.1 ระยะของโรค และตำแหน่ง

พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก หรือ ระยะที่ 1 มีร้อยละ 20.6 ระยะที่ 2 ร้อยละ 23.4 ระยะที่ 3 ร้อยละ 24.3 และ ระยะที่ 4 ร้อยละ 31.8 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยกลุ่มที่มาพบแพทย์ระยะเริ่มแรกมากที่สุด คือผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้น

4.2 ระยะของโรคและสถานพยาบาล

ผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติมาพบแพทย์ด้วยระยะของโรค ระยะที่ 1 ร้อยละ 31.9 ขณะที่ผู้ป่วยของศูนย์มะเร็งลพบุรีไม่มีผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในระยะที่ 1 เลย แต่เป็นระยะที่ 4 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยหรือร้อยละ 44.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยระยะโรคต่างๆ ที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาล

Table 2 Percentage of patients, categorized by stage and hospital.

ระยะโรค	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	ศูนย์มะเร็งลพบุรี
มะเร็งระยะที่ 1	31.9	0
มะเร็งระยะที่ 2	27.5	15.8
มะเร็งระยะที่ 3	15.9	39.5
มะเร็งระยะที่ 4	24.6	44.7

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยแบ่งตามจำนวนโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษามาก่อน

Table 3 Percentage of patients who had visited hospital once or more.

จำนวนโรงพยาบาล	รวม
มาแห่งแรก	15.7
1 แห่ง	20.6
2 แห่ง	34.3
3 แห่งขึ้นไป	29.4

ผู้ป่วยระยะโรคที่ 1 มาจากภาคกลาง ร้อยละ 59.1

ผู้ป่วยจะมาสถานพยาบาลที่ใช้ศึกษา หลังจากที่ได้ไปสถานพยาบาลอื่นมาแล้ว ร้อยละ 84.3 และได้รับการส่งต่อ หรือการแนะนำมา ประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อน แล้วเกิน 3 แห่ง (ตารางที่ 3)

4.4 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยสังเกตพบ ความผิดปกติครั้งแรกจนถึงมาพบแพทย์ จาก ข้อมูลที่มีการบันทึก 76 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยทุกระยะโรค จะมีการมาพบแพทย์ ภายใน 2 เดือน (ตารางที่ 4)

จากข้อมูลผู้ป่วยระยะที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มาพบแพทย์เป็นครั้งแรก 2.0 เดือน (ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้มาต่ำกว่า 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยเป็น 0.5 เดือนและตัดผู้ป่วย 1 ราย (1 ปี 5 เดือน) ออก โดยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ริมฝีปาก (3 คน) มีค่าเฉลี่ยนานที่สุดคือ 2.5 เดือน)

อาการของโรค

1. ลักษณะอาการระยะเริ่มแรกตามตำแหน่ง ต่างๆ ที่ผู้ป่วยสังเกตได้ มีดังนี้

ริมฝีปาก

เป็นไตแข็งหรือเนื้องอกต่างๆ ที่ริมฝีปากล่าง เป็นๆ หายๆ

เป็นตุ่มเป็นเวลานานแล้วแตกเป็นสะเก็ด แผลเรื้อรัง

ปากเปื่อยเป็นขุย และมีอาการคันแสบ

ในช่องปากเป็นจ้ำแดง เป็นแผลร้อนใน ลิ้น

เป็นฝ้าขาวเริ่มจากขนาดใส่ปากกาจนถึง ปลายนิ้วก้อย ไม่เจ็บ

เป็นตุ่มขนาดเม็ดสาหร่ายหรือเม็ดถั่วเขียว เจ็บ แสบ

เป็นแผลสีแดง เจ็บ แสบ เป็นๆ หายๆ

เจ็บที่ลิ้นหรือโคนลิ้น

บริเวณใต้ลิ้น

เป็นตุ่มสีขาวเล็กใต้ลิ้น เป็นแผลคล้ายแผลร้อน ใน แสบในปากเมื่อกินอาหาร

เหงือก

เป็นก้อน ไตแข็งเป็นก้อนโตแข็ง

แผลร้อนใน ไม่หาย

ฟันโยก ถอนฟันแล้วแผลไม่หาย

เพดานแข็ง

มีผื่นที่เพดาน เมื่อเป็นมากมีเลือดออกที่ เพดาน ไม่เจ็บ

เพดานอ่อน

เจ็บคอ แสบคอ มีตุ่มนูน กลืนน้ำลายไม่สะดวก

ลิ้นไก่

เป็นฝ้าขาว จุดเล็กๆ เท่าเม็ดสาหร่ายที่ลิ้นไก่

ทอนซิล

กลืนอาหารเหมือนก้างติดคอ กลืนแล้วเจ็บ ที่โคนลิ้น ไม่มีตุ่มไม่มีแผล

โคนลิ้น

กลืนน้ำลาย อาหาร จะเจ็บ หรือกลืนน้ำลาย ติดคอ

ตารางที่ 4 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติจนถึงมาพบแพทย์

Table 4 Percentage of patients and the length of time from first sign to first visit.

ระยะโรค	ไม่เกิน 2 เดือน	3-5 เดือน	มากกว่า 6 เดือน
ระยะที่ 1	65.0	30.0	0.5
ระยะที่ 2	72.2	27.8	0
ระยะที่ 3	68.7	25.0	6.3
ระยะที่ 4	68.2	9.1	22.7

2. กลุ่มอาการในช่องปากที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก

ผู้ป่วยระยะที่ 1 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (concern) คือ การมีแผล ฝ้าขาว ที่หายแล้วไม่หาย

ผู้ป่วยระยะที่ 2-3 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญคือ อาการเจ็บ ปวด การขยายตัวของแผล ฝ้าขาว การกลืนลำบาก

ผู้ป่วยระยะที่ 4 อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญคือ การมีก้อน การบวมที่คอ ใต้คาง การมีเลือดออก อาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยง

ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งริมฝีปากจะมีประวัติเคี้ยวหมาก และทำงานกลางแดด ร้อยละ 80.0 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องคอ จะมีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.5 และ 77.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ลิ้น ช่องปากช่องคอจะสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.5-77.8) (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

จากการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น (2528-2535) และเชียงใหม่ (2526-2535) พบอัตรา

การรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ของมะเร็งริมฝีปากมีร้อยละ 60.6-81.9 มะเร็งที่ลิ้นร้อยละ 25.5-34.7 มะเร็งช่องปากร้อยละ 21.3-36.6 ส่วนช่องคอมีร้อยละ 19.1-26.6 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของโรคมียัตรการรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะลุกลาม การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากเมื่อพบแพทย์และได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 1 และ 2 รวมร้อยละ 73.3 ส่วนมะเร็งที่ลิ้นมีร้อยละ 46.7 ช่องปากส่วนอื่นๆ ร้อยละ 28.9 ส่วนช่องคอมีร้อยละ 44.4 การที่ผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากมาพบแพทย์ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ริมฝีปากได้ง่ายจากการส่องกระจกเป็นประจำ โดยที่ส่วนช่องปากและลิ้น จะต้องเกิดความผิดปกติก่อนผู้ป่วยจึงจะอ้าปากเพื่อตรวจดู ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งริมฝีปากส่วนใหญ่มาพบแพทย์ไม่เกินระยะที่ 1 หรือ 2 ร้อยละ 73.3

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มสังเกตถึงความผิดปกติจนมาพบแพทย์นั้น ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทุกระยะโรค (Stage 1 ถึง Stage 4) จะไปพบแพทย์ภายใน 2 เดือน มีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ อัตราการเติบโตและความรุนแรง

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จำแนกตามตำแหน่งโรค

Table 5 Percentage of patients categorized by risk factors and sites.

ปัจจัยเสี่ยง	ริมฝีปาก	ลิ้น	ช่องปากส่วนอื่นๆ	ช่องคอ
สูบ/เคยสูบบุหรี่	0	57.8	39.5	55.5
ใช้ยาสูบ	73.3	46.7	63.9	55.6
ดื่มแอลกอฮอล์	26.7	71.1	65.8	77.8
กินหมาก	80.0	17.8	50.0	0
ทำงานกลางแดด	80.0	54.5	63.2	44.4
มีฟันปลอมที่ไม่พอดี	0	25.0	50.0	0
มีฟันสึกแหลมคม	20.0	43.2	29.7	0
ความสะอาดในช่องปากไม่ดี	14.3	15.9	18.9	0

ของมะเร็ง ความช่างสังเกต ความสนใจของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากและช่องคอ การพยายามรักษาด้วยตนเอง จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะส่วนใหญ่มาพบแพทย์ภายใน 2 เดือน อาจหมายถึงมะเร็งมีความรุนแรงและเติบโตรวดเร็ว หรือเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสังเกตพบความผิดปกติในขณะที่เป็นโรคมามากแล้วเท่านั้น ซึ่งโรคมักดำเนินมาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยระยะที่ 1 มีอาการคือแผล ฝ้าขาวที่ป้ายยาแล้วไม่หายภายใน 3 สัปดาห์ ขณะที่อาการผู้ป่วยระยะโรคที่ 4 คือการมีก้อน การบวมที่คอได้คาง มีเลือดออก อาการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นจากการที่สูดต่างๆ ให้ความรู้แก่ประชาชน จะกล่าวถึงการมีฝ้าขาว แผลเรื้อรัง รวมไปถึงการมีตุ่มก้อนในปาก ซึ่งประกอบด้วยอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรคนถึงระยะลุกลาม หากแต่ว่าวัตถุประสงค์ของการตรวจค้นหามะเร็งช่องปากและช่องคอก็คือพบมะเร็งในระยะแรกเริ่มแรก ดังนั้นเนื้อหาของสื่อจึงควรให้ความสำคัญของอาการเริ่มแรกที่ผู้ป่วยสังเกตได้ และควรรีบไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอมีการศึกษา และมีข้อมูลยืนยันแน่นอนว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติดังกล่าว แต่เป็นที่สังเกตว่าการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์กับมะเร็งที่บริเวณริมฝีปากคือมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 และยังสัมพันธ์กับการทำงานกลางแจ้ง เนื่องจากรังสีอัลตราไวโอเลตเป็นตัวกระตุ้นทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นมะเร็งในที่สุด ดังนั้นผู้ที่มีการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากจึงเป็นกลุ่มเสี่ยง

การศึกษานี้ ได้สัมภาษณ์อาการของโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกในรายละเอียดเฉพาะตำแหน่งซึ่งนำไปเป็นข้อมูลการจัดทำเครื่องมือโดยการใช้

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ประกอบด้วยอาการเริ่มต้นของการเป็นโรคมะเร็ง ตามตำแหน่งต่างๆ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ทำการประเมินตนเอง ถ้ามีสภาวะที่บ่งชี้ว่ามีโอกาสเป็นมะเร็ง ก็มีข้อแนะนำให้ไปพบบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำการตรวจในเบื้องต้น และทำการนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามอาการเป็นระยะๆ

แต่ทั้งนี้ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะรองรับผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัย เมื่อประเมินตนเองจากแบบสอบถามแล้วมาตรวจ ให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกันก่อนที่จะมีการกระจายแบบประเมินตนเอง ดังจะเห็นจากข้อมูลว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องไปตรวจที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง จึงจะได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาของการศึกษา 3 เดือนทำให้ผู้ป่วยที่เข้ามาในการศึกษามีจำนวนน้อย การกระจายของผู้ป่วยตามตำแหน่งของโรค มีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษารายละเอียดตามตำแหน่งยังเป็นเรื่องจำเป็น เนื่องจากช่องปากประกอบด้วย ริมฝีปาก ลิ้น เพดานแข็ง เพดานอ่อน กระพุ้งแก้ม ฟันปาก ส่วนช่องคอประกอบด้วย เพดานอ่อน ทอนซิล โคนลิ้น ผนังคอ อาการของโรคในแต่ละตำแหน่งจะไม่เหมือนกัน หากมีการศึกษาในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น อาการของโรคในระยะเริ่มแรกจะชัดเจนมากขึ้น

ในช่วงการศึกษาแต่ละสถานพยาบาล พบมีผู้ป่วยที่มาด้วยระยะที่ต่างกัน เช่น ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ไม่มีผู้ป่วยระยะที่ 1 ขณะที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีร้อยละ 33.3 โดยที่ทั้ง 2 สถานพยาบาล เป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางที่รองรับการส่งต่อเหมือนกัน จึงเป็นประเด็นที่น่าศึกษาว่าเป็นเพราะ

สาเหตุใด เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนรอบพื้นที่ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา เครือข่ายการส่งต่อจากโรงพยาบาลภายในจังหวัด และภายนอกจังหวัด ที่ตั้ง และระยะเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาจนถึงปัจจุบัน

การศึกษาเพิ่มเติมที่ควรทำต่อจากการศึกษาคือเส้นทาง หรือ แบบแผนของการรักษา ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่ไปแต่ละแห่ง นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มสังเกตอาการครั้งแรกที่ได้ไปหายามารักษาเอง ทั้งที่ไปพบแพทย์หรือร้านขายยา จนถึงระยะที่ไปพบแพทย์ และได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยา การส่งต่อ การรักษา ความต่อเนื่องของการรักษา และผลการรักษาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหากศึกษาได้รายละเอียดแล้วก็อาจนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการเสนอแนะ การจัดระบบการทำงาน และจัดสรรกำลังคนได้ระดับหนึ่ง

การจัดเรื่องนี้ในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อให้ทันตแพทย์ทุกคน ให้ความสนใจใส่ใจในการตรวจผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป โดยการทำประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ กินเหล้า กินหมาก การทำงานกลางแจ้ง และอื่นๆ เฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุเกินกว่า

40 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งการตรวจสภาพช่องปากเพื่อตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่ม โดยการทำเป็นกิจวัตร (routine) และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปควรมารับการตรวจช่องปากหาโรคมะเร็งเป็นประจำทุกปี ก็คาดว่าจะมีส่วนช่วยให้การค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกได้จำนวนมากขึ้น อันจะช่วยให้การมีชีวิตรอดช่วง 5 ปีของผู้ป่วยสูงขึ้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่อนุญาตให้คณะวิจัยมีโอกาสดำเนินงานขึ้นนี้ ทันตแพทย์หญิงบุญเอื้อ ยงวานิชกร ทันตแพทย์หญิงสุพรรณิ ศรีวิริยกุล ทันตแพทย์หญิงวิกุล วิศาลเสสดี ทันตแพทย์หญิงมัลลิกา ดันทุลเวศม์ ทันตแพทย์หญิงนนทินี ตั้งเจริญดี และคุณสุพรรณิ สุกันวานิล ที่ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ขอขอบคุณผู้ป่วยที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลประวัติการป่วยเพื่อการศึกษา และตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดียิ่งแม้จะอยู่ในภาวะที่ยังเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer / World Health Organization, Cancer Research for Cancer Control, Lyon, 1997.
2. World Health Organization, Manual on the Prevention and Control of Common Cancers 1998
3. World Health Organization / International Agency for Research on Cancer, Thailand., Cancer in Thailand Vol.2, 1992-1994, Lyon, 1999.
4. เอกสารโรเนียว สถาบันมะเร็งแห่งชาติแห่งชาติ ปี 2539
5. เอกสารโรเนียว สถาบันมะเร็งแห่งชาติแห่งชาติ ปี 2542
6. International Agency for Research on Cancer / World Health Organization, Cancer survival in Developing Countries, IARC Scientific Publications No.145, Lyon, 1999.



Self Assessment for Screening Oral and Oropharynx Cancer

Siripen Arunpraphan * D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Piyada Prasertsom * D.D.S., M.P.H., Board of Dental Public Health
Suwipa Anantanasawat * B.Ed., M.Ed.
Somjin Chindavijak** M.D.
Gantawan Chumchure** Diploma in Nursing and Midwifery
Niwat Pienthai*** D.D.S.
et al*

Abstract

Dental Health Division, Department of Health studied the self assessment for screening oral cancer by collecting the data from National Cancer Institute and Cancer Center in Lopburi Province. The patients' questionnaires consisted of the length of time from the unusual symptom to the day they came to see doctor and risk factors. Data of diagnosis, site and staging were recorded from OPD card. The data was collected during May-July 2004 and analyzed. Self assessment questionnaires were formed, for people to detect themselves and come to hospital for early diagnosis. All patients (107) had squamous cell carcinoma. 98 patients had oral cancer while 9 patients had nasopharynx, 53.3% are male. Most of risk factor were cigarette smoking and alcohol (39.5% and 77.8%). Important risk factor of lip cancer was chewing betel nut. 80% of nasopharynx patients were smoking or had smoked (55.5% and 77.8%). 20% of patients were stage 1, 84.3% had visited hospital once or more. 65% of patients stage 1-4 (76) came to see doctor within 2 months since the first sign showed in the month. The important signs that made the patients come to see doctor for stage 1 were sore and white patch, stage 2-3 were pain, the extension of sore, white patch and dysphagia stage 4 were mass, swelling beneath jaw, bleeding, and severe pain.

The further study should be the patient's route for treatment, the spending time in each hospital, to suggest for referring system and manpower management. Dental schools should train the students to examine oral cancer in routine work. Educated the people about the sign of oral cancer in early stage and to check up for oral cancer every year.

* Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health

** National Cancer Institution, Ministry of Public Health

*** Lopburi Regional Cancer Center, National Cancer Institution, Ministry of Public Health