

ผลการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

พทย์	พั่วเพิ่มพูนศิริ	พ.บ., ว.ว. โสตน นาสิก ลาจึงชวิทยา, อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว*
กัณยรัตน์	กัตถัญญ	พ.บ., ว.ว. ังสฤษัษา**
ธนาทิพย์	ตันติวัตนะ	พ.บ., ว.ว. ังสฤษัษา**
มาธิสา	จงธนากร	พ.บ., ว.ว. ังสฤษัษา**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินอัตราการรอดชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มารักษาด้วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ที่เป็นมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2536 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 404 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน เวชระเบียนของหน่วยรังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ข้อมูลจากหน่วยพยาธิวิทยา หน่วยทะเบียนราษฎร และข้อมูลที่ได้รับการบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 82.4 เพศหญิงร้อยละ 17.6 อายุเฉลี่ย 59.5 ± 12.1 ปี พบเป็นมะเร็งช่องปากร้อยละ 29.7 คอหอยส่วนปากร้อยละ 25.5 กล่องเสียงร้อยละ 28.0 (โดยแบ่งเป็นที่สายเสียงร้อยละ 15.4 ที่เหนือสายเสียงร้อยละ 8.4 และที่บริเวณคาบเกี่ยวสายเสียงร้อยละ 4.2) คอหอยส่วนกล่องเสียงร้อยละ 16.8 เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1 ร้อยละ 6.7 ระยะที่ 2 ร้อยละ 14.1 ระยะที่ 3 ร้อยละ 24.0 และระยะที่ 4 ร้อยละ 55.2 อัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี โดยรวม ร้อยละ 39.7 ปัจจัยที่มีผลต่อการอยู่รอดของผู้ป่วยจากการศึกษาแบบ multivariable analysis ได้แก่ เพศ ระยะของมะเร็ง และตำแหน่งของมะเร็ง โดยเพศชายมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 37.2 ต่ำกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 51.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (ร้อยละ 29.8) ต่ำกว่าระยะที่ 1 (ร้อยละ 66.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมะเร็งระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 55.7 และ 45.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณสายเสียงมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (ร้อยละ 59.4) สูงกว่ามะเร็งช่องปาก (ร้อยละ 36.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมะเร็งบริเวณเหนือสายเสียง บริเวณคาบเกี่ยวสายเสียง คอหอยส่วนปาก และคอหอยส่วนกล่องเสียง มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 44.7, 44.9, 35.2 และ 29.6 ตามลำดับ

สรุป: ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 39.7 ปัจจัยที่มีผลต่อการอยู่รอด คือ เพศ ระยะของมะเร็ง และตำแหน่งของมะเร็ง

* ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

** หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

Abstract

Results of Head and Neck Cancer Treatment in Faculty of Medicine Vajira Hospital

Pichai	Puapermpoonsiri	MD*
Kanyarat	Katanyoo	MD**
Thanatip	Tantivattana	MD**
Marisa	Jongthanakorn	MD**

* Department of Otolaryngology

** Radiation Oncology Section, Department of Radiology

Faculty of Medicine Vajira Hospital, University of Bangkok Metropolis

Objectives: To evaluate the survival rate and factors associated with survival of the head and neck cancer patients.

Methods: This study was a retrospective descriptive study. Medical records of 404 patients with squamous cell carcinoma of head and neck who were treated at Faculty of Medicine Vajira Hospital between January 1993 and December 2009 were reviewed. The data was collected from the outpatient records, the inpatient records, the radiotherapeutic records, the pathology records, the population record forms, and from the information in the hospital computer.

Results: Of 404 patients, 82.4% were male, 17.6% were female. Mean age was 59.5 ± 12.1 years. Tumor distribution was at the oral cavity region 29.7%, oropharynx 25.5%, larynx 28.0% (glottis 15.4%, supraglottis 8.4%, transglottis 4.2%) hypopharynx 16.8%. About 6.7% of patients had stage I disease; 14.1%, 24.0%, and 55.2% had stage II, stage III, and stage IV diseases respectively. Overall 2-year survival rate was 39.7%. Factors statistical significantly associated with survival by multivariable analysis were sex, cancer staging and site of tumor. Male had 2-year survival rate of 37.2% compared with 51.2% in female. Patients with stage 4 had 2-year survival rate of 29.8% which was significantly lower than 66.0% in stage 1, while in stage 2 and 3 the 2-year survival rate were 55.7% and 45.0% respectively. Patients with glottis cancer had 2-year survival rate of 59.4%, which was significantly higher than in oral cancer (36.8%), while supraglottis cancer, transglottis cancer, oropharyngeal cancer and hypopharyngeal cancer had 2-year survival rate of 44.7%, 44.9%, 35.2% and 29.6% respectively.

Conclusion: The 2-year survival rate of head and neck cancer patients was 39.7%. Factors associated with survival rate were sex, cancer staging, and site of tumor.

Keywords: head and neck cancers, overall survival, survival factors

บทนำ

มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ เป็นมะเร็งที่อยู่ในบริเวณที่จำเป็นสำหรับการทำงานพื้นฐานของร่างกาย เช่น การกิน การกลืน อาหาร การหายใจ และการพูด ประกอบด้วยมะเร็งช่องปาก (oral cancer) มะเร็งคอหอยส่วนปาก (oropharyngeal cancer) มะเร็งกล่องเสียง (laryngeal cancer) และมะเร็งคอหอยส่วนกล่องเสียง (hypopharyngeal cancer) ทั้งนี้มะเร็งกล่องเสียงยังแบ่งออกเป็นมะเร็งสายเสียง (glottic cancer) มะเร็งเหนือสายเสียง (supraglottic cancer) และมะเร็งบริเวณคาบเกี่ยวสายเสียง (transglottic cancer)

ปัจจัยหลักที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยคือระยะของมะเร็ง¹ จึงได้มีการแบ่งผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอออกเป็น 4 กลุ่มตามระยะของมะเร็ง คือ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอระยะที่ 1 (T₁,N₀,M₀) ระยะที่ 2 (T₂,N₀,M₀) ระยะที่ 3 (T₃,N₀,M₀ หรือ T₁₋₃,N₁,M₀) และผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 (T₄,N₀₋₁,M₀ หรือ any T,any N,M₁)

ในด้านการรักษาและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอระยะต้น หรือระยะที่ 1-2 (T₁₋₂,N₀,M₀) สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัดหรือการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวหนึ่ง พบมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ประมาณร้อยละ 80²⁻⁵ ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากมักอยู่ในระยะนี้ การรักษาต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น ในรายที่สามารถผ่าตัดได้ จะต้องได้รับการฉายรังสีหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคกลับคืนมาที่เดิม ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้เนื่องจากมะเร็งที่ลุกลามไปมากหรืออยู่ในตำแหน่งที่ผ่าตัดยาก หากผ่าตัดจะเกิดภาวะทุพพลภาพมาก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวหรือได้เคมีบำบัดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยระยะนี้จะมียาอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ต่ำกว่าร้อยละ 40⁶⁻⁹ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบว่ามะเร็งกลับคืนมาที่เดิม ส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 ซึ่งพบน้อย การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการและประคับประคอง อาจให้การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสีเฉพาะที่เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวดหรือภาวะมีเลือดออกมากจากก้อนเนื้อออกเป็นต้น^{10,11}

ที่ผ่านมายังไม่มีเคยมีการรายงานหรือมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมาก่อน การศึกษานี้ต้องการประเมินผลการรักษาโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่เข้ารับการรักษาศูนย์รักษาพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลและเป็นแนวทางพัฒนาการรักษาต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยที่มารักษาศูนย์รักษา มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2536 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีผลชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma และได้รับการตรวจทางจุลทรรศน์ เพื่อกำหนดระยะของมะเร็ง เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน โรคไตวาย โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคเลือดที่ไม่สามารถควบคุมได้ เคยมีประวัติเป็นมะเร็งต่าง ๆ ยกเว้นมะเร็งผิวหนังที่ไม่ใช่ชนิด melanoma หรือเคยได้รับการผ่าตัด การฉายรังสี หรือยาเคมีบำบัด เพื่อรักษามะเร็งอื่นก่อนมารับการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลทุกรายที่เข้าเกณฑ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2536 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน เวชระเบียนของหน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ข้อมูลจากหน่วยพยาธิวิทยา หน่วยทะเบียนราษฎร และข้อมูลที่ได้รับการบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล การบันทึกข้อมูลจะทำโดยผู้วิจัยในแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป คือ อายุ เพศ ระดับสุขภาพ (performance status) ตาม WHO (Zubrod) score¹² ระยะของมะเร็ง และตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง ตาม American Joint Committee on Cancer Staging Atlas (AJCC)¹³ การรักษา และระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ จะนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยร่วมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ ระดับสุขภาพ ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง ระยะของมะเร็ง และวิธีการรักษา นำเสนอโดยใช้ค่าร้อยละ อัตราการรอดชีวิต (overall survival rate) วิเคราะห์โดยใช้ Kaplan Meier โดยคำนวณจากระยะเวลาตั้งแต่วันแรกที่เริ่มรับการรักษาจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนในรายที่ยังมีชีวิตจะนับถึงวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อกันครั้งสุดท้าย การเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ต่ออัตราการรอดชีวิตวิเคราะห์ด้วย log rank test สำหรับ univariable analysis ส่วน multivariable analysis

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (n=404)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	333	82.4
หญิง	71	17.6
ระดับสุขภาพ		
ระดับ 1	45	11.1
ระดับ 2	233	57.7
ระดับ 3	126	31.2
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1	27	6.7
ระยะที่ 2	57	14.1
ระยะที่ 3	97	24.0
ระยะที่ 4	223	55.2
ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง		
Oral cavity	120	29.7
Oropharynx	103	25.5
Larynx	113	28.0
Glottis	62	15.4
Supraglottis	34	8.4
Transglottis	17	4.2
Hypopharynx	68	16.8
วิธีการรักษา		
ผ่าตัด	1	0.3
ผ่าตัดรวมกับการฉายรังสีและ/หรือให้เคมีบำบัด	126	31.2
ฉายรังสี	171	42.3
ฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด	106	26.2

ใช้ cox regression analysis การทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติทั้งหมด จะเป็นการทดสอบ 2 ทาง โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

ในช่วงเวลาที่ศึกษามีผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่

เข้าเกณฑ์จำนวน 404 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.5 ± 12.1 ปี (21-88 ปี) เป็นเพศชายร้อยละ 82.4 เพศหญิงร้อยละ 17.6 คิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง 4.7 : 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) มีระดับสุขภาพระดับ 2 ระยะของมะเร็งพบมากใน ระยะที่ 4 คือร้อยละ 55.2 ตำแหน่งที่เป็นมะเร็งพบที่ช่องปาก ร้อยละ 29.7 ที่คอหอยส่วนปากร้อยละ 25.5 ที่กล่องเสียงร้อยละ 28.0 (โดยแบ่งเป็นที่สายเสียงร้อยละ 15.4 ที่เหนือสายเสียงร้อยละ 8.4 และที่บริเวณคาบเกี่ยวสายเสียงร้อยละ 4.2) และที่คอหอยส่วน กล้องเสียงร้อยละ 16.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอจากการวิเคราะห์ด้วย univariable analysis (n=404)

ปัจจัย	อัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (ร้อยละ) (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95)	ค่ามัธยฐานของการรอดชีวิต (เดือน) (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95)	p-value
เพศ			0.034
ชาย (n=333)	37.2 (31.4, 42.8)	17 (14, 19)	
หญิง (n=71)	51.2 (38.2, 62.7)	30 (16, -)	
ระดับสุขภาพ			< 0.001
ระดับ 1 (n=45)	47.4 (31.2, 61.9)	23 (14, 35)	
ระดับ 2 (n=233)	46.5 (39.3, 53.2)	22 (18, 34)	
ระดับ 3 (n=126)	23.6 (15.8, 32.3)	11 (9, 15)	
ระยะของมะเร็ง			< 0.001
ระยะที่ 1 (n=27)	66.0 (43.2, 81.3)	54 (22, -)	
ระยะที่ 2 (n=57)	55.7 (40.7, 68.2)	36 (18, -)	
ระยะที่ 3 (n=97)	45.0 (33.9, 55.3)	19 (17, 37)	
ระยะที่ 4 (n=223)	29.8 (23.3, 36.5)	14 (11, 16)	
ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง			0.094
Oral cavity (n=120)	36.8 (27.5, 46.0)	17 (12, 21)	
Oropharynx (n=103)	35.2 (25.5, 45.2)	17 (13, 19)	
Glottis (n=62)	59.4 (44.7, 71.4)	43 (22, 62)	
Supraglottis (n=34)	44.7 (25.7, 61.9)	19 (13, 46)	
Transglottis (n=17)	44.9 (20.7, 66.5)	22 (10, 19)	
Hypopharynx (n=68)	29.6 (18.0, 42.0)	14 (8, 37)	
ผู้ป่วยทั้งหมด (n=404)	39.7 (34.5, 44.9)	18 (16, 20)	

เมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนถึงสิ้นสุดการศึกษาโดยมีมัธยฐานของระยะเวลาการติดตาม 58 เดือน (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95; 50, 66 เดือน) พบว่ามีผู้ป่วยรอดชีวิตร้อยละ 27.7 เสียชีวิตร้อยละ 72.3 โดยแยกเป็นเสียชีวิตจากโรคร้อยละ 63.1 เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 9.2 ผู้ป่วยมีมัธยฐานของการรอดชีวิตนาน 18 เดือน (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95; 16, 20 เดือน) และมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 39.7 (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ร้อยละ 34.5, 44.9)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตเมื่อได้วิเคราะห์แบบ univariable analysis ได้แก่ เพศ ระดับสุขภาพ และระยะของมะเร็ง โดยเพศชายมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 37.2 ซึ่งต่ำกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 51.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีระดับสุขภาพระดับ 3 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีต่ำที่สุด คือ ร้อยละ

23.6 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับสุขภาพระดับ 1 และ 2 (ร้อยละ 47.4 และ 46.5 ตามลำดับ) ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีน้อยที่สุดคือร้อยละ 29.8 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 1, 2 และ 3 (ร้อยละ 66.0 และ 55.7 และ 45.0 ตามลำดับ) สำหรับตำแหน่งของมะเร็งนั้น ตำแหน่งที่มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี น้อยที่สุดคือ ที่คอหอยส่วนกล่องเสียง (ร้อยละ 29.6) ตำแหน่งที่มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีมากที่สุดคือ บริเวณกล่องเสียง โดยมะเร็งบริเวณสายเสียง เหนือสายเสียง และบริเวณคาบเกี่ยวสายเสียง มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 59.4, 44.7 และ 44.9 ตามลำดับ ส่วนมะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอยส่วนปาก มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 36.8 และ 35.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เมื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยควบคุมปัจจัยต่าง ๆ (multivariable analysis) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอจากการวิเคราะห์ด้วย multivariable analysis (n=404)

ปัจจัย	Adjusted hazard ratio (95% CI)*	p-value
เพศ		
หญิง (n=71)	1	
ชาย (n=333)	1.5 (1.05, 2.18)	0.027
ระดับสุขภาพ		
ระดับ 1 (n=45)	1	
ระดับ 2 (n=233)	0.7 (0.49, 1.11)	0.142
ระดับ 3 (n=126)	1.2 (0.77, 1.85)	0.423
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1 (n=27)	1	
ระยะที่ 2 (n=57)	1.2 (0.61, 2.42)	0.585
ระยะที่ 3 (n=97)	1.8 (0.92, 3.38)	0.087
ระยะที่ 4 (n=223)	2.6 (1.38, 4.81)	0.003
ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง		
Oral cavity (n=120)	1	
Oropharynx (n=103)	0.9 (0.66, 1.31)	0.692
Glottis (n=62)	0.6 (0.38, 0.91)	0.017
Supraglottis (n=34)	0.7 (0.43, 1.16)	0.172
Transglottis (n=17)	0.8 (0.43, 1.50)	0.613
Hypopharynx (n=68)	0.9 (0.61, 1.34)	0.498

* การวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อยู่ในตาราง

เพศ ระยะของมะเร็ง และตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็น 1.5 เท่าของเพศหญิง มะเร็งระยะที่ 4 มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็น 2.6 เท่าของระยะที่ 1 และมะเร็งบริเวณช่องปากมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 1.6 เท่าของมะเร็งบริเวณสายเสียง (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอเป็นมะเร็งที่อยู่ในบริเวณที่จำเป็นสำหรับการทำงานพื้นฐานของร่างกาย เช่น การกิน การกลืนอาหาร การหายใจ และการพูด การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 404 ราย พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอก็คือ 59.5 ± 12.1 ปี (21-88 ปี) เป็นเพศชาย

มากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง 4.7 : 1 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Halim และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาในประเทศอียิปต์ พบอายุเฉลี่ย 53.5 ± 13.8 ปี พบอัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง 7.5 : 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 คือร้อยละ 55.2 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Mak-Kreger และคณะ⁸ ที่ศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ก็พบมะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 50.0 แต่ต่างจากการศึกษาของ Weber และคณะ² ที่พบมะเร็งในระยะที่ 4 ร้อยละ 26.9 ตำแหน่งที่เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอจากการศึกษาครั้งนี้จากมากไปหาน้อยคือที่ช่องปากร้อยละ 29.7 ที่กล่องเสียงร้อยละ 28.0 ที่คอหอยส่วนปากร้อยละ 25.5 และที่คอหอยส่วนกล่องเสียงร้อยละ 16.8 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Rao และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาในประเทศอินเดีย ที่พบมะเร็งที่ช่องปากมากเป็นอันดับ 1 คือร้อยละ 35.2 แต่พบมะเร็งที่คอหอยส่วนปากมากเป็นลำดับที่ 2 คือร้อยละ 26.7 ส่วนมะเร็งกล่องเสียงพบร้อยละ

13.4 ในขณะที่การศึกษาของ Patel และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมะเร็งบริเวณคอหอยส่วนปากมากที่สุด (ร้อยละ 40.6) ส่วนบริเวณกล่องเสียง และช่องปาก พบร้อยละ 34.6 และ 24.8 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาในภาพรวมพบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีจากการศึกษาครั้งนี้เท่ากับร้อยละ 39.7 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Hussey และคณะ⁷ และการศึกษาของ Weber และคณะ² ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีในภาพรวมคือร้อยละ 61.3 และร้อยละ 80 ตามลำดับ ทั้งนี้จะเนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้พบระยะของมะเร็งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.2) อยู่ในระยะที่ 4 ในขณะที่การศึกษาของ Hussey และคณะ⁷ และการศึกษาของ Weber และคณะ² พบระยะของมะเร็งในระยะที่ 4 ร้อยละ 30.8. และร้อยละ 26.9 ตามลำดับ

ในด้านปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต การศึกษานี้พบว่าเพศ และระยะของโรคสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งจาก univariable และ multivariable analysis โดยพบว่าเพศชายมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 37.2 ซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 51.2 ในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mak-Kregar และคณะ⁸ ซึ่งพบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีโดยไม่มีโรค ร้อยละ 35 ในเพศชาย และ ร้อยละ 51 ในเพศหญิง ส่วนระยะของโรค การศึกษานี้พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ของผู้ป่วยในระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 66.0 และลดมาเป็นร้อยละ 29.8 ในระยะที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mak-Kregar และคณะ⁸ ที่พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีในระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 68.0 และลดลงเป็นร้อยละ 27.0 ในระยะที่ 4

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตำแหน่งของมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีมากที่สุดคือที่บริเวณกล่องเสียง โดยมะเร็งบริเวณสายเสียง เหนือสายเสียง และบริเวณคาบเกี่ยวสายเสียง มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 59.4, 44.7 และ 44.9 ตามลำดับ ในขณะที่มะเร็งช่องปาก คอหอยส่วนปาก และคอหอยส่วนกล่องเสียงมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 36.8, 35.2, และ 29.6 ตามลำดับ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Patel และคณะ¹⁶ ที่พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ที่กล่องเสียงสูงที่สุดคือร้อยละ 47.3 ในขณะที่มะเร็งช่องปาก และคอหอยส่วนปากมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 37.1 และ 33.3 ตามลำดับ และการศึกษาของ Rao และคณะ¹⁵ ก็พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 3 ปี ที่กล่องเสียงสูงที่สุดคือร้อยละ 41.8 ในขณะที่มะเร็งช่องปาก คอหอยส่วนกล่องเสียง และคอหอยส่วนปากมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 33.2, 18.0, และ 14.7 ตามลำดับ จะเห็นว่าตำแหน่งของมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงที่สุดคือ

ที่กล่องเสียง ซึ่งอาจเป็นเพราะการเป็นมะเร็งบริเวณกล่องเสียงทำให้เกิดเสียงแหบตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจและรักษาเร็ว ตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะต้นมากกว่ามะเร็งที่ตำแหน่งอื่น

ในด้านระดับสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีระดับสุขภาพระดับ 3 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 23.6 เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 47.4 และ 46.5 ในผู้ป่วยที่มีระดับสุขภาพระดับ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Halim และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสุขภาพระดับ 3 มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 12 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับสุขภาพระดับ 1 หรือ 2 อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพกับอัตราการรอดชีวิตในการศึกษานี้ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบ multivariable analysis ซึ่งน่าจะเนื่องจากขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่มากพอ ทั้งนี้การศึกษาอื่น ๆ ที่ได้วิเคราะห์แบบ multivariable analysis ก็พบปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยต่างกันไป โดยปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษาของ Verschuur และคณะ¹⁷ ได้แก่ ระยะของมะเร็ง และตำแหน่งของมะเร็ง ส่วนในการศึกษาของ Halim และคณะ¹⁴ ได้แก่ เกรดของมะเร็ง (tumor grade) และระดับสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะคณาจารย์แพทย์ศาสตร์เวชพยาบาล และหัวหน้าภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยาที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Brizel DM. The role of combined radiotherapy and chemotherapy in the management of locally advanced squamous carcinoma of the head and neck. In: Halperin EC, Perez CA, Brady LW, editors. Principles and practice of radiation oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.807–19.
2. Weber RS, Peters LJ, Wolf P, Guillaumondegui O. Squamous cell carcinoma of the soft palate, uvula, and anterior faucial pillar. Otolaryngol Head Neck Surg 1988; 99: 16–23.

3. Hirayama M, Takahashi H, Yao K, Inagi K, Nakayama M, Makoshi T, et al. Clinical study of T1a glottic-type cancer. *Acta Otolaryngol Suppl* 2002; 547: 67-71.
4. Chedid HM, Lehn CN, Dedivitis RA. Results of surgical treatment versus chemoradiation therapy in oropharyngeal early tumors. *Intl Arch Otorhinolaryngol* 2009; 13: 34-8.
5. Walvekar RR, Li RJ, Gooding WE, Gibson MK, Heron D, Johnson JT, et al. Role of surgery in limited (T1-2, N0-1) cancers of the oropharynx. *Laryngoscope* 2008; 118: 2129-34.
6. Hull MC, Morris CG, Tannehill SP, Werning JW, Amder RJ, Hinerman RW, et al. Definitive radiotherapy alone or combined with a planned neck dissection for squamous cell carcinoma of the pharyngeal wall. *Cancer* 2003; 98: 2224-31.
7. Hussey DH, Latourette HB, Panje WR. Head and neck cancer: an analysis of the incidence, patterns of treatment, and survival at the University of Iowa. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1991; 152: 2-16.
8. Mak-Kregar S, Hilgers FJ, Levendag PC, Manni JJ, Lubsen H, Roodenburg JL, et al. A nationwide study of the epidemiology, treatment and survival of oropharyngeal carcinoma in The Netherlands. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1995; 252: 133-8.
9. Okamoto M, Takahashi H, Yao K, Inagi K, Nakayama M, Nagai H. Clinical impact of using chemoradiotherapy as a primary treatment for hypopharyngeal cancer. *Acta Otolaryngol Suppl* 2002; 547: 11-4.
10. Godballe C, Jørgensen K, Hansen O, Bastholt L. Hypopharyngeal cancer: results of treatment based on radiation therapy and salvage surgery. *Laryngoscope* 2002; 112: 834-8.
11. Spector JG, Sessions DG, Emami B, Simpson J, Haughey B, Harvey J, et al. Squamous cell carcinoma of the pyriform sinus: a nonrandomized comparison of therapeutic modalities and long-term results. *Laryngoscope* 1995; 105(4 Pt 1): 397-406.
12. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5: 649-55.
13. Patel SG, Shah JP. TNM staging of cancers of the head and neck: striving for uniformity among diversity. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 242-58.
14. Halim AAF, Mansour S, Wahba H, Hegazy M, ElDeep H. Head and neck squamous cell carcinoma: Mansoura 10 years experience. *Turk J Cancer* 2005; 35: 70-80.
15. Rao DN, Shroff PD, Chattopadhyay G, Dinshaw KA. Survival analysis of 5,595 head and neck cancers-results of conventional treatment in a high-risk population. *Br J Cancer* 1998; 77: 1514-8.
16. Patel U, Spitznagel E, Piccirillo J. Multivariate analyses to assess treatment effectiveness in advanced head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 497-503.
17. Verschuur HP, Irish JC, O'Sullivan B, Goh C, Gullane PJ, Pintilie M. A matched control study of treatment outcome in young patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope* 1999; 109(2 Pt 1): 249-58.