

บทความวิจัยต้นฉบับ :

รายงานผลการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึง  
ตติยภูมิ ในอำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย พระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา  
A report of comprehensive oral cancer screening from primary to tertiary level in  
Pratai, Non Sung, Non Thai and Phra Thongkham District in Nakhonratchasima  
province.

สุเมธ กาญจนกระสังข์

Sumet Kankrasang

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhonratchasima Provincial Public Health Office

เบอร์โทรศัพท์ 06-2365-4582; Email : dtsumet@gmail.com

วันที่รับ 19 พ.ค. 2565; วันที่แก้ไข 20 มิ.ย. 2565; วันที่ตอบรับ 30 มิ.ย. 2565

บทคัดย่อ

รายงานนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก และรายงานความชุกและอุบัติการณ์ของรอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็งและมะเร็งช่องปาก รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ในประชากรพื้นที่อำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลมะเร็งช่องปากมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะในส่วนของจังหวัดนครราชสีมาและเลือกเมนูรายงานที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า โครงการนี้เป็นรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 40 ปีขึ้นไป ด้วยการเลือกคัดกรองรอยโรคในผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ซึ่งได้ดำเนินการคัดกรองประชากรในชุมชนทั้ง 4

อำเภอ รวมทั้งหมด 102,977 คน อายุเฉลี่ย 60.5 ปี พบผู้มีปัจจัยเสี่ยง 58,498 คน (ร้อยละ 56.8) มีผู้ให้ความร่วมมือเข้ารับการคัดกรองรอยโรคในช่องปากจากทันตภิบาลที่ รพ.สต. จำนวน 32,486 คน (ร้อยละ 55.5) ตรวจพบมีรอยโรคผิดปกติหรือน่าสงสัยแล้วส่งต่อเพื่อการคัดกรองในระดับถัดไป จำนวน 737 คน (ร้อยละ 2.3) ในจำนวนนี้มี 474 คน (ร้อยละ 64.3) ที่ให้ความร่วมมือเข้ารับการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากจากทีมทันตแพทย์เฉพาะทาง ตำแหน่งในช่องปากที่พบรอยโรคมามากที่สุด คือกระพุ้งแก้ม (ร้อยละ 40) และลิ้น (ร้อยละ 25.8) ตามลำดับ ส่วนการจำแนกรอยโรคที่ตรวจทางคลินิก พบเป็นรอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็ง (OPMDs) จำนวน 81 คน คิดเป็นความชุกเท่ากับ 2.5 ต่อประชากรที่ได้รับการคัดกรอง 1000 คน ผลการวินิจฉัยเป็นมะเร็งช่องปากจำนวน 7 คน ซึ่งอุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งช่องปาก

## บทความวิจัยต้นฉบับ

เท่ากับ 0.2 ต่อ 1000 ประชากร ลักษณะของรอยโรค OPMDs ที่พบมากที่สุดคือ รอยโรคสีแดงปนขาว (ร้อยละ 9.3) และรอยโรคสีขาว (ร้อยละ 7) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของกลุ่ม OPMDs ที่พบมากที่สุด ได้แก่ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือ สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก และ สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** การคัดกรองมะเร็งช่องปาก; รอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็งช่องปาก; OPMDs

### Abstract

The purpose of this study was to identify a model of oral cancer screening program and reporting the prevalence and incidence of pre-cancerous lesions and oral cancers, as well as related risk factors in the population of Pratai, Non Sung, Non Thai and Phra Thongkham districts, Nakhon Ratchasima province. By using secondary data from the Web Database: ORAL CANCER Mahidol University, which was allowed to access the data and select the relevant report menu to analyze using statistics such as frequency, average, percentage.

The results show that a population-based screening program for oral cancer with selective in risk-contact individuals aged  $\geq 40$  years. A total of 102,977 individuals were targeted as the eligible population for risk contact screening was conducted in communities of 4 districts, with an average age of 60.5 years, and found 58,498 (56.8 %) individuals with risk factors. There were

32,486 (55.5 %) participants who co-operated for oral lesions screening by dental nurse in primary health care unit. In total, 737 (2.3%) participants had a positive screening or suspected were referred to the next level of screening, of these, 474 (64.3%) participated in screening for oral cancer lesions by specialized dentist team. The most common area for oral lesions were buccal mucosa (40 %) and tongue (25.8 %). The clinical identification as oral potentially malignant disorders (OPMDs) in 81 individuals, with a prevalence of 2.5 per 1000 screened population. Seven persons were diagnosed with oral cancer, with the overall incidence of oral cancer in was 0.2 per 1000 screened population. The most common characteristics of OPMDs lesions were erythroleukoplakia (9.3 %) and leukoplakia (7%). The most common risk factors for OPMDs were smoking or used to smoke ( 55.5%), followed by smoking and chewing betel nut, smoking and alcohol drinking, respectively.

**Keyword :** Oral Cancer screening; Oral Potentially Malignant Disorders; OPMDs

### บทนำ

มะเร็งช่องปากยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญและพบได้มากขึ้นทั่วโลก เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย 1 ใน 10 ลำดับแรกของมะเร็งในร่างกาย ซึ่งข้อมูลทางสถิติทั่วโลกระบุว่ามะเร็งช่องปากพบได้บ่อยเป็นลำดับที่ 6 ของมะเร็งทั้งหมด สำหรับการค้นพบมะเร็งช่องปากในประเทศไทยจากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลโดยสถาบัน

มะเร็งแห่งชาติได้รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งที่พบมาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ปี พ.ศ. 2561 – 2563 ในเพศชายพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ ร้อยละ 7.3, 6.2 และ 5.4 ตามลำดับ (อยู่ในลำดับที่ 5-6) ส่วนในเพศหญิงพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ ร้อยละ 3.5, 1.7 และ 2.4 ตามลำดับ (อยู่ในลำดับที่ 7-9)<sup>[1-3]</sup> โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยมาขอรับการรักษาทางการแพทย์ในครั้งแรกมักจะพบมะเร็งช่องปากลุกลามในระยะท้ายแล้ว หลังได้รับการรักษามักจะมีความพิการและสภาพร่างกายทรุดโทรมลง จึงทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบและมีอัตราเสียชีวิตจากมะเร็งช่องปากที่เพิ่มขึ้นได้<sup>[4]</sup> อัตราการเกิดมะเร็งช่องปากพบสูงสุดในกลุ่มประชากรค็อยโอกาสและผู้มีรายได้น้อย เนื่องจากมักจะเป็นผู้ที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงได้บ่อย กลุ่มคนเหล่านี้มักจะประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและเข้าถึงสุขศึกษาได้น้อย<sup>[5]</sup> โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปากได้แก่ บุหรี่/ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคี้ยวหมาก อายุ เพศ และแสงแดด<sup>[4,5]</sup> ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) สรุปรว่าการบริโภคยาสูบที่รวมถึงการสูบบุหรี่ (smoking) และการใช้ยาสูบชนิดไร้ควัน (smokeless tobacco) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปากและลิ้นโพลีเพดเซีย เพิ่มขึ้น 5 ถึง 6 เท่า<sup>[6]</sup>

สถานการณ์ของมะเร็งช่องปากแต่ละสภาพภูมิศาสตร์ทั่วโลกยังมีความหลากหลาย โดยอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากพบได้สูงมากในประเทศแถบเอเชียใต้ เช่น อินเดีย ศรีลังกา และปากีสถาน<sup>[7]</sup> ซึ่งในประเทศเหล่านี้พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เป็นมะเร็งช่องปาก<sup>[4]</sup> องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีข้อ

พิจารณาให้ประเทศต่าง ๆ มีการดำเนินขั้นตอนในการป้องกันมะเร็งช่องปาก พัฒนาระบบเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงบูรณาการกับระบบควบคุมมะเร็งระดับชาติ และเสนอให้ทันตบุคลากรหรือนักวิชาการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เข้ามาร่วมในการคัดกรองสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนให้ได้ รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก<sup>[5]</sup> กลยุทธ์การควบคุมมะเร็งช่องปากทำได้ด้วยการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) และทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการป้องกันในระดับปฐมภูมิทำได้ด้วยการลดสัมผัสปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่/ยาสูบ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมาก ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีสารก่อมะเร็งในระดับสูง<sup>[8]</sup> สำหรับการป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) ซึ่งเป็นการค้นหารอยโรคได้ตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็ง (precancerous) และมะเร็งระยะแรกได้ (early stage) การคัดกรองเป็นการตรวจหรือทดสอบเพื่อจำแนกการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่อาจบ่งชี้ว่ากำลังพัฒนาไปเป็นโรคหรือสงสัยว่าเป็นโรคแล้ว มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าเป็นโรคไปพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายโดยการคัดกรองที่เหมาะสมควรครอบคลุมกระบวนการอย่างต่อเนื่องของการตรวจและการส่งต่อในแต่ละช่วงเวลา<sup>[9]</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการและรักษาตั้งแต่เริ่มแรก การคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถทำได้ในกลุ่มประชากรทั้งหมด (whole population) หรือคัดกรองตามโอกาส (opportunisticly) เมื่อบุคคลมารับบริการสุขภาพ หรือคัดกรองแบบเลือกเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงสูง (selective high-risk

group) ซึ่งมีหลายการศึกษาเสนอแนะให้พิจารณา  
ดำเนินการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบคัดเลือก  
เฉพาะกลุ่มผู้ที่เสี่ยงสูง เช่น สูบบุหรี่/ใช้ยาสูบ  
หรือดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ หรือทั้ง  
สองอย่าง ซึ่งให้ผลดีในการลดอัตราการเสียชีวิต  
จากมะเร็งช่องปากได้และอาจจะมีค่าคุ้มค่าน้อยกว่า  
(cost-effective)<sup>[4,9]</sup> มะเร็งช่องปากจะมีลักษณะนำมาก่อนด้วยรอยโรคทางคลินิก ซึ่ง  
ถ้าสามารถระบุได้ตั้งแต่เริ่มแรกและมีการกำจัด  
ออกได้ก่อนก็จะสามารถป้องกันการเปลี่ยนแปลง  
ไปเป็นมะเร็งหรือสามารถลดระยะลุกลามได้  
รอยโรคที่เป็นลักษณะนำเหล่านั้น เรียกว่า  
รอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็งช่องปาก (oral  
potentially malignant disorders : OPMDs)  
ซึ่งสามารถเห็นได้จากการตรวจดูด้วยสายตาใน  
การตรวจช่องปากตามปกติ (conventional oral  
examination)<sup>[7,10]</sup> ในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็ง  
ช่องปากโดยส่วนใหญ่เป็นการตรวจหารอยโรค  
หรือความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อนในตำแหน่งต่างๆ  
ภายในช่องปาก รอยโรคที่ตรวจพบทางคลินิกเป็น  
ไปได้ทั้ง OPMDs ไม่ใช่ PMDs และมะเร็งช่องปาก  
ซึ่งรอยโรค OPMDs ประกอบไปด้วย Leukoplakia,  
Erythroplakia, Oral Lichen Planus, Oral  
Submucous fibrosis และรอยโรคปลีกล่อยอื่น ๆ<sup>[7]</sup>  
โดยทั่วโลกพบความชุกของ OPMDs ร้อยละ  
4.47 พบได้บ่อยในเพศชาย โดยอัตราชุกสูงที่สุด  
พบในประชากรเอเชียสูงถึงร้อยละ 10.54<sup>[11]</sup>  
รอยโรค OPMDs เป็นสภาวะเรื้อรังที่อาจจะพัฒนา  
เปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งช่องปากชนิด Squamous  
Cell Carcinoma ได้ การตรวจพบ OPMDs ตั้งแต่เริ่ม  
แรกแล้วมีการจัดการอย่างเหมาะสม มีส่วนสำคัญ  
อย่างยิ่งในการลดการเกิดโรคมะเร็งช่องปากและ  
ยังช่วยลดอุบัติการณ์ของการพบมะเร็งช่องปากใน  
ระยะลุกลามได้<sup>[12]</sup>

ตามที่คณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับโรงพยาบาลมหาราช  
นครราชสีมา ได้จัดทำโครงการวิจัยพัฒนารูป  
แบบการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการคัด  
กรอง การเฝ้าระวังและการรักษา มะเร็งช่อง  
ปากอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึง  
ตติยภูมิในเขตนครชัยบุรินทร์ ซึ่งในจังหวัด  
นครราชสีมาได้ดำเนินการใน 4 อำเภอ ได้แก่  
อำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ  
ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน  
พ.ศ. 2563 โดยประสานความร่วมมือผ่านสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้นำข้อมูล  
ที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และรายงานผล เพื่อเผย  
แพร่ข้อมูลทางวิชาการ และนำไปใช้ประโยชน์ใน  
การพัฒนารูปแบบ การคัดกรองมะเร็งช่องปากที่  
เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการคัดกรองรอยโรค  
มะเร็งช่องปากอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ  
ถึงตติยภูมิ
2. เพื่อรายงานความชุกและอุบัติการณ์ของ  
รอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก  
รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ในประชากรพื้นที่  
อำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ  
จังหวัดนครราชสีมา

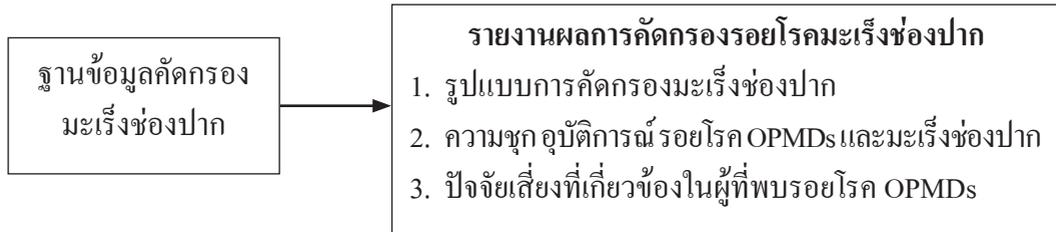
### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจาก  
ข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับรูปแบบการคัดกรองรอย  
โรคมะเร็งช่องปากและรายงานผลความชุกอุบัติการณ์  
ของรอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็ง รอยโรคมะเร็ง

ช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์ผลจากรายงานที่คัดเลือกจากฐานข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งดำเนินการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากในกลุ่มเป้าหมายประชากร

อายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ในพื้นที่อำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน พ.ศ. 2563

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



**ภาพ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

1. นำข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลคัดกรองมะเร็งช่องปาก (Web Database: ORAL CANCER Mahidol University) <http://ocphmodel.dt.mahidol.ac.th/oralcancerr9/index.php> โดยได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลด้วยการ Login ผ่านรหัส Username และ Password โดยเฉพาะ ทำการคัดเลือกรายงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งออกข้อมูลเป็น Excel files ซึ่งเมนูรายงานที่เลือก ได้แก่

*รายงาน Screen 1*

- รายงานคัดกรอง S1 เลือกจังหวัดนครราชสีมาเลือกอำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ

*รายงาน Screen 2*

- รายงานการบันทึกข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากเลือกจังหวัดนครราชสีมาเลือกอำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ

- รายงานการคัดกรองตามวันที่คัดกรอง ช่วงอายุ เพศ และประเภทความเสี่ยง เลือกจังหวัดนครราชสีมาเลือกอำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย และพระทองคำ

*รายงาน Screen 3*

- รายงานการบันทึกข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปาก แยกหน่วยบริการ

- รายงานการคัดกรองตามวันที่คัดกรอง ช่วงอายุ เพศ และการวินิจฉัย

- รายงานการบันทึกข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปาก Screen 3

2. ตรวจสอบทำความสะอาดข้อมูล (data cleaning) ให้มีความถูกต้อง

3. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานในฐานข้อมูล excel โดยใช้สถิติได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

**ผลการศึกษา**

โครงการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก อย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ เริ่มจากการคัดกรองในชุมชนโดย อสม. (Screen 1) ทั้ง 4 อำเภอ มีผู้ได้รับการสำรวจปัจจัยเสี่ยง จำนวน 102,977 คน อายุระหว่าง 40 – 109 ปี เป็น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 60.5 ปี และ พบผู้มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 58,498 คน (ร้อยละ 56.8) (ตาราง 1) ซึ่งถูกส่งต่อไปรับการ ตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากโดยทันตภิบาล ที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน (Screen 2) โดยมีผู้มารับการ คัดกรองจำนวน 32,486 คน (ร้อยละ 55.5) พบ ผู้มีรอยโรคผิดปกติและรอยโรคที่สงสัย จำนวน

826 คน (ร้อยละ 2.5) ในจำนวนนี้ได้มีการส่งต่อ 737 คน ไปรับการคัดกรองที่สมบูรณ์ขึ้นจากทีม ทันตแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลชุมชน (ตาราง 1) ส่วนผู้ที่ไม่พบรอยโรคในช่องปาก แนะนำให้ สังเกตอาการทุก 6 เดือน ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่พบ มากที่สุดในผู้ที่มาคัดกรองที่ รพ.สต. Screen 2 ได้แก่ การดื่ม/เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 27.8) สูบบุหรี่/เคยสูบ (ร้อยละ 20.2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทำงานกลางแจ้ง > 4 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 13) และสูบบุหรี่และ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ

**ตาราง 1** ผลการคัดกรองในชุมชน (Screen 1) และใน รพ.สต. (Screen 2) รวมทั้ง 4 อำเภอ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ได้รับ Screen 1	102,977	100
เพศชาย	46,043	44.7
เพศหญิง	56,934	55.3
อายุ เฉลี่ย ( 60.5 ปี )		
ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ	58,498	56.8
จำนวนผู้มารับ Screen 2	32,486	55.5
เพศชาย	16,666	51.3
เพศหญิง	15,820	48.7
ผลการตรวจรอยโรคในช่องปาก		
ปกติ	31,660	97.5
ผิดปกติ	185	0.6
สงสัยว่ามีรอยโรค/ไม่แน่ใจ	641	1.9
ส่งต่อเพื่อคัดกรองที่ รพช.	737	2.3

ตาราง 2 ผลการคัดกรองรอยโรคในช่องปากระดับ รพช. (Screen 3) ทั้ง 4 อำเภอ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ได้รับ Screen 3	474	64.3
เพศชาย	180	
เพศหญิง	294	
อายุเฉลี่ย		
ตำแหน่งในช่องปากที่พบรอยโรค		
กระพุ้งแก้ม (ซ้าย-ขวา)	163	40
ลิ้น (ข้างลิ้น ใต้ลิ้น)	105	25.8
ริมฝีปาก (บน-ล่าง)	71	17.4
เหงือก (บน-ล่าง)	48	11.8
เพดานปาก	20	4.9
ผลการตรวจคัดกรองจัดกลุ่มรอยโรค		
OPMDs	81	17.1
Not PMDs	363	76.6
ไม่แน่ใจ	12	2.5
ไม่วินิจฉัย	18	3.8
การจัดการและรักษาในครั้งแรก		
Observed	292	61.6
Biopsy	90	19
กำจัดสิ่งระคายเคือง	45	9.5
Medication	35	7.4
Laser	7	1.5
Minor Surgery	5	1

การคัดกรองรอยโรคที่มีแนวโน้มเป็นมะเร็ง และมะเร็งช่องปากใน รพช. (Screen 3) มีผู้เข้ารับการคัดกรองจำนวน 474 คน (ร้อยละ 64.3 ของผู้ที่ถูกส่งต่อจาก Screen 2) พบว่าตำแหน่งในช่องปากที่ตรวจพบรอยโรคมามากที่สุด คือ กระพุ้งแก้ม ลิ้น ริมฝีปาก เหงือก และเพดานปาก ตามลำดับ โดยได้มีการรักษาและจัดการรอยโรคตั้งแต่ตรวจพบ

ครั้งแรกตามความเหมาะสม เช่น การทำ Biopsy กำจัดสิ่งระคายเคือง การฉายยา การรักษาด้วย Laser การทำ Minor surgery หรือนัด Observed เป็นระยะ นอกจากนี้ทันตแพทย์เฉพาะทางที่คัดกรองได้จำแนกจัดกลุ่มรอยโรคที่ตรวจพบทางคลินิกพบว่า เป็นรอยโรค Not PMDs ในสัดส่วนร้อยละ 76.6 และ OPMDs ร้อยละ 17.1 (ตาราง 2)

ตาราง 3 จำแนกลักษณะของรอยโรค OPMDs จากการคัดกรอง Screen 3

จำนวนผู้คัดกรอง (Screen 3)	รอยโรคสีขาว (Leukoplakia)	สีแดงปนขาว (Erythroleukoplakia)	รอยโรคสีแดง (Erythroplakia)	แผล (Ulceration)	ก้อน/ติ่งเนื้อ (Mass/Nodule)
474 ราย	33	44	6	8	10
ร้อยละ	7	9.3	1.3	1.7	2.1

ตาราง 4 แสดงผลทางพยาธิวิทยาจากการส่งตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy)

Diagnosis	No.
Oral Cancer (Total)	7
Squamous cell carcinoma	2
Verrucous carcinoma	1
Adenoid cystic carcinoma	1
Mucoepidermoid carcinoma	1
Basal cell carcinoma	1
Clear cell odontogenic carcinoma	1
Dysplasia (Total)	24
Mild	17
Moderate	4
Severe	3
Fibroepithelial hyperplasia	12
Lichen planus / Lichenoid	10
Squamous papilloma	6
Pyogenic granuloma	4
Fibroma	3
Lupus erythematosus	2
Other	22

สำหรับลักษณะของรอยโรค OPMDs ลำดับ (ตาราง 3) ที่ตรวจพบทางคลินิกมากที่สุด คือ รอยโรคสีแดงปนขาว (Erythroleukoplakia) ร้อยละ 9.3 รองลงมา เป็นรอยโรคสีขาว (Leukoplakia) ร้อยละ 7 และก้อน/ติ่งเนื้อ (Mass/Nodule) ร้อยละ 2.1 ตาม ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกเป็น OPMDs จำนวน 81 ราย หากพิจารณาจากผู้มีปัจจัยเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองระดับ Screen 2 เป็นฐานคำนวณ (32,486 คน) พบว่ามีความชุกของ OPMDs เท่ากับ

2.5 ต่อประชากรที่ได้รับการคัดกรอง 1000 คน ส่วนผลจากการตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy 90 ราย) พบว่าเป็นมะเร็งช่องปาก 7 ราย มีอุบัติการณ์เท่ากับ 0.2 ต่อ 1000 ประชากร นอกจากนี้ผลทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบลักษณะเป็น Dysplasia สูง

ที่สุด (24 ราย) และ Lichen planus/Licheniod รองลงมาตามลำดับ (ตาราง 4) ซึ่งเป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อภายในช่องปากที่เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งช่องปากได้สูง

ตาราง 5 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่พบในกลุ่ม OPMDs

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1. สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่	45	55.5
2. สูบบุหรี่+เคี้ยวหมาก	15	18.5
3. สูบบุหรี่+ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4	4.9
4. สูบบุหรี่+ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์+เคี้ยวหมาก	2	2.5
5. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2	2.5
6. อื่น ๆ	13	16.0

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่ม OPMDs ที่พบมากที่สุด ได้แก่ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือ สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก และ สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ (ตาราง 5)

### อภิปรายผลและสรุป

การคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิในอำเภอประทาย โนนสูง โนนไทย พระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา โดยระดับปฐมภูมิเป็นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโดยอ้อม ส่วนระดับทุติยภูมิเป็นการคัดกรองรอยโรคโดยทันตภิบาลในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงและระดับตติยภูมิจะดำเนินการกรองอย่างสมบูรณ์โดยทีมทันตแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจัดว่าเป็นรูปแบบการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป (population-based screening) โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ

การเกิดมะเร็งช่องปาก (Risk-contact individual) เข้ารับการคัดกรองรอยโรคในช่องปากจากทันตบุคลากร โดยใช้วิธีการตรวจตำแหน่งต่าง ๆ ในช่องปากด้วยสายตาตามปกติ (Visual Inspection) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการคัดกรองรอยโรค OPMDs และมะเร็งช่องปาก โดยมีความแม่นยำในระดับที่ยอมรับได้<sup>[4,7,9]</sup> มีหลักฐานจากการศึกษาพบว่า การคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยวิธีการตรวจช่องปากด้วยสายตาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk individual) เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก หรือดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ สามารถลดการตรวจพบมะเร็งช่องปากระยะลุกลาม (Stage 3-4) และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งช่องปากได้ รวมถึงสามารถลดอุบัติการณ์และมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการคัดกรอง<sup>[12,13]</sup>

เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า มะเร็งช่องปากจะมีลักษณะนำมาก่อนด้วยรอยโรคที่ตรวจพบทาง

คลินิก คือ OPMDs ถ้ามีการระบुरอยโรคได้ตั้งแต่แรกและให้การรักษาย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดการลุกลามของรอยโรคได้ ซึ่งช่วยลดโอกาสในการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งช่องปากได้ ในการศึกษาที่พบความชุกของ OPMDs เท่ากับ 2.5 ต่อ 1000 ประชากร ซึ่งอาจต่ำกว่าเป็นจริงเนื่องจากมีผู้เข้ารับการคัดกรองจากทีมทันตแพทย์เฉพาะทางเพียงร้อยละ 64.3 ของผู้ที่ถูกส่งต่อจากการตรวจโดยทันตภิบาล ลักษณะทางคลินิกของรอยโรค OPMDs ที่พบมากที่สุดคือ รอยโรคสีแดงปนขาว (Erythroleukoplakia) ร้อยละ 9.3 และรอยโรคสีขาว (leukoplakia) ร้อยละ 7 ซึ่งผลจากการศึกษาต่างๆ พบว่าลักษณะของรอยโรค OPMDs ที่พบบ่อยที่สุดคือ Leukoplakia โดยพบมีอัตราสูงตั้งแต่ร้อยละ 1.4 ถึงร้อยละ 22<sup>[7,9,11-13]</sup> ในอดีต รอยโรค Erythroleukoplakia จัดรวมอยู่ในกลุ่ม Leukoplakia (Speckled leukoplakia) เนื่องจากมีลักษณะ 2 รูปแบบร่วมกัน คือรอยโรคสีขาว อยู่ภายในพื้นรอยโรคสีแดง<sup>[14]</sup> สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่ม OPMDs จากการศึกษานี้ได้แก่ สูบบุหรี่/เคยสูบ ร่องลงมาคือ สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ตามลำดับ ซึ่งมีหลักฐานที่ชัดเจนและยอมรับโดยสากลว่า ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปากคือ การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>[5,13]</sup> ส่วนในประชากรเอเชียจะพบพฤติกรรมการเคี้ยวหมากในหลายประเทศ ซึ่งต้องนำมาพิจารณาเช่นเดียวกัน<sup>[11,14]</sup>

ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากไม่ว่าด้วยวิธีอะไรก็ตามการวินิจฉัยรอยโรคต้องยืนยันด้วยการทำ Biopsy เพื่อทราบผลทางจุลพยาธิวิทยาของรอยโรค OPMDs หรือรอยโรคที่น่าสงสัย ซึ่งในการศึกษานี้ผลยืนยันเป็นมะเร็งช่องปาก 7 ราย (เป็นมะเร็ง

ชนิด Squamous Cell Carcinoma 2 ราย) พบว่าอุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งช่องปากในผู้ที่ได้รับการคัดกรองเท่ากับ 0.2 ต่อ 1000 ประชากร ซึ่งอาจจะค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในไต้หวัน พบอุบัติการณ์มะเร็งช่องปาก 1.7 ต่อ 1000 ประชากร ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และ/หรือเคี้ยวหมากซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง<sup>[12]</sup> ส่วนการศึกษาในอินเดีย พบอุบัติการณ์มะเร็งช่องปาก 0.7 ต่อ 1000 ประชากร ในประชากรทั่วไปที่ได้รับการคัดกรอง และพบว่าการคัดกรองช่วยให้ตรวจพบมะเร็งช่องปากระยะแรก (Stage 1-2) ได้มากถึง 2 ใน 3 ของจำนวนผู้เป็นมะเร็งช่องปากทั้งหมด<sup>[15]</sup> นอกจากนี้ผล Biopsy แสดงถึงรอยโรคที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้สูง เช่น Dysplasia ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาย่างเหมาะสม และติดตามเฝ้าระวังรอยโรคอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องระยะยาว

โดยสรุปแล้วรูปแบบที่เหมาะสมของการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับประชากร ควรพิจารณาเลือกกลุ่มเป้าหมายในผู้ที่เสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่/ใช้ยาสูบ เคี้ยวหมาก หรือดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เป็นต้น กระบวนการคัดกรองควรมีความเชื่อมโยงตั้งแต่การตรวจหารอยโรคเริ่มแรก การวินิจฉัยรอยโรคและให้การรักษาย่างเหมาะสมมีการติดตามผลการรักษาย่างต่อเนื่องและเฝ้าระวังรอยโรคเสี่ยงอย่างใกล้ชิด โดยดำเนินการอย่างครบวงจรในโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพเพียงพอ

รวมถึงมีการพัฒนาระบบบันทึกในฐานข้อมูล การคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ครบถ้วนสมบูรณ์สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงกันในสถานพยาบาลทุกระดับได้

## ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. การควบคุมมะเร็งช่องปากในเชิงการป้องกัน (primary prevention) โดยการสื่อสารความรู้ และสร้างความตระหนักระดับสาธารณะ ให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี การจัดทำสื่อเพื่อให้ประชาชนทราบถึงสัญญาณเตือนของมะเร็งช่องปาก (warning signs) เสริมสร้างความรอบรู้ภัยอันตรายจากการสูบบุหรี่/ใช้ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก ด้วยการบูรณาการร่วมกับการควบคุมมะเร็งอื่น ๆ โดยให้ อสม. และบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิ มีบทบาทร่วมกับทันตบุคลากร

2. สร้างความเข้มแข็งให้ทันตบุคลากร ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล ในการพัฒนาศักยภาพการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก และส่งเสริมให้มีทันตแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่เกี่ยวข้องประจำที่โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย เพื่อความสะดวกในการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยรอยโรคและให้การรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

3. สนับสนุนให้มีการคัดกรองมะเร็งช่องปากในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk individual) เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเคี้ยวหมาก เข้าในระบบบริการทันตกรรมตามปกติ ทั้งใน รพ.สต.และ โรงพยาบาล โดยพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในเพิ่มข้อมูลบริการทันตกรรมได้อย่างสมบูรณ์และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงกันในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพเดียวกัน

## การปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการรับรอง เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2564 เลขที่โครงการวิจัย NRPH 078

## เอกสารอ้างอิง

- [1] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิวธรรมดา จำกัด; 2562.
- [2] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิวธรรมดา จำกัด; 2563.
- [3] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: หน่วยงานเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรคมะเร็ง; 2564.
- [4] Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 11: CD004150. doi: 10.1002/14651858 .CD004150.pub4.
- [5] Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. J Oral Oncology 2009; 45(23): 454 – 60.
- [6] คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. บูรณาการแนวทางการเลิกยาสูบกับสุขภาพ

- ช่องปาก = WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration (translated to Thai). กรุงเทพฯ: บริษัท จรัสสินิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2564.
- [7] Parakh MK, Ulaganambi S, Ashifa N, Premkumar R, Jain AL. Oral potentially malignant disorders: clinical diagnosis and current screening aids: a narrative review. *European Journal of Cancer Prevention* 2020; 29(1): 65 – 72.
- [8] Joseph BK. Oral Cancer: Prevention and Detection. *J Med Principles Pract* 2002; 11(1): 32 – 5.
- [9] Speight PM, Epstein JE, Kujan O, Lingen MW, Nagao T, Ranganathan K, et al. Screening for oral cancer – a perspective from the Global Oral Cancer Forum. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2017; 123(6): 680 – 87.
- [10] Warnakulasuriya S, Fennell N, Diz P, Seoane J, Rapidis A. An appraisal of oral cancer and pre-cancer screening programmes in Europe: a systematic review. *J Oral Pathol Med.* 2015; 44: 559 – 70.
- [11] Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, Porporatti AL, Warnakulasuriya S, Guerra ENS, et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med.* 2018; 47: 633-40. <https://doi.org/10.1111/jop.12726>
- [12] Chuang SL, Su WWY, Chen SLS, Yen AMF, Wang CP, Fann JCY, 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; 1597-1609. doi: 10.1002/cncr.30517
- [13] Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, Muwonge R, Thomas G, Anju G, et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. *J Oral Oncology* 2013; 49(4): 314 – 21.
- [14] Wetzel SL, Wollenberg J. Oral Potentially Malignant Disorders. *Dent Clin North Am* 2020; 64: 25-37. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.004>
- [15] Sankaranarayanan R, Mathew B, Jacob BJ, Thomas G, Thara S, Pisani P, et al. Early Findings from a Community-Based, Cluster-Randomized, Controlled Oral Cancer Screening Trial in Kerala, India. *Cancer* 2000; 88(3): 664 – 73.