

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ที่รักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

อรณพ กิตติวารวุฒิ, พ.บ.*

พยอม บรรเทาวงษ์, ป.พย.**

Lung cancer in Prapokkiao Hospital

Annop Kittiwarawut, M.D.*

Payom Bunthaowong, Dip.Ns.**

* Medical Oncologist, Department of Medicine, Prapokkiao Hospital,
Chanthaburi Province, Thailand.

** Oncology Nurse, Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokkiao Hosp Clin Med Educat Center 2014;31:248-265

Abstract

Background: Lung cancer is a major health problem in the world, Thailand and Chanthaburi province, the first most common cancer in men and the third most common cancer in female. With improved medical treatment of the lung cancer such as chemotherapy and other medication, accessible and affordable cancer care, patients are living longer. Correspondingly, the effectiveness of lung cancer treatment in Prapokkiao Hospital should be evaluated.

Objective : To study patient characteristics of small cell lung cancer (SCLC) and non small cell lung cancer (NSCLC) that were treated in Prapokkiao Hospital

* งานอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

** งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (เคมีบำบัด) กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

and compare median overall survival (mOS), 1 year survival rate and 2 year survival rate between both groups (Prapokkiao hospital vs the standard care)

Method : Data were retrospectively collected on all patients with lung cancer who had been treated in a medical oncology clinic of Prapokkiao Hospital regardless of payment choice during 1 January 2007 through 30 September 2012.

Result : Of 627 lung cancer patients, 449 (71.5 percent) were male, 583 (93.1 percent) were NSCLC. Adenocarcinoma was the most common pathology type (93.1 percent). Mostly presentations were an advanced stage of lung cancer (SCLC extensive stage, 69.8 percent; NSCLC stage 4, 82.0 percent). Regarding advanced NSCLC, there were mOS (8.67 ± 0.81 month), 1 year survival rate (31.5 percent) and 2 year survival rate (6.6 percent). Unlike that of advanced NSCLC, mOS of extensive staged SCLC was 6.67 ± 1.25 month, 1 year survival rate was 18.2 percent, 2 year survival rate was 9.1 percent.

Conclusion : The effectiveness of lung cancer treatment in Prapokkiao Hospital was similar to the standard care.

Keywords : Lung cancer, Non small cell lung cancer (NSCLC), Small cell lung cancer (SCLC)

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา

มะเร็งปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมถึงในประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของกระทรวงสาธารณสุขไทยพบว่าภายในจังหวัดจันทบุรี พบมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบในเพศชายเป็นลำดับที่หนึ่งและพบมากเป็นลำดับที่สามในเพศหญิง ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งปอดมีการพัฒนาด้านยาเคมีบำบัดและยาอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีสวัสดิการการรักษาที่เพิ่มโอกาสให้เข้าถึงยาได้มากขึ้น จึงน่าจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพที่ดีมากกว่าในอดีตและน่าจะทัดเทียมกับมาตรฐานได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ทำการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าทั้งหมด ทั้งชนิดเซลล์ตัวเล็กและไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก และเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตและระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยกับผลการรักษาตามมาตรฐาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยรวมผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด 627 ราย เพศชายร้อยละ 71.5 เพศหญิงร้อยละ 28.5 เป็นชนิดเซลล์ตัวเล็ก (small cell lung cancer; SCLC) ร้อยละ 6.9 และชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก (non small cell lung cancer; NSCLC) ร้อยละ 93.1 โดยชนิดเซลล์ Adenocarcinoma พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.1 ระยะของโรคที่พบมากที่สุดเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายแล้วคือ SCLC extensive stage ร้อยละ 69.8 และ NSCLC stage IV ร้อยละ 82.0 ผลของการรักษาเป็นดังนี้ ระยะเวลากการมีชีวิตเฉลี่ย (Median overall survival, mOS) ของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะแพร่กระจาย (IIIB และ IV) เท่ากับ 8.67 ± 0.81 เดือน อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี เท่ากับร้อยละ 31.5 อัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 6.6 ผลการรักษาของผู้ป่วย SCLC extensive stage mOS เท่ากับ 6.67 ± 1.25 เดือน อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี เท่ากับร้อยละ 18.2 อัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 9.1

สรุป

ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็งปอดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า มีความทัดเทียมกับการรักษาตามมาตรฐานของต่างประเทศในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ : มะเร็งปอด ไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก ชนิดเซลล์ตัวเล็ก

บทนำ

มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากพบความชุกมากเป็นอันดับแรกๆ ที่เป็นสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งในทั่วโลก โดยในประเทศไทยพบว่ามะเร็งปอดพบมากเป็นลำดับสองของโรคมะเร็งทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี และจากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งจังหวัดจันทบุรี ช่วงปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2550 พบว่ามะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นลำดับที่หนึ่งในเพศชาย และเป็นลำดับที่สามในเพศหญิง โดยถ้าเป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก

(NSCLC) ส่วนใหญ่จะตรวจวินิจฉัยพบในระยะที่แพร่กระจายแล้ว คือระยะที่สามบี และสี่ (Stage IIIB and IV) ซึ่งโอกาสน้อยมากที่จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับมะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็ก (SCLC) ก็จะมีพบมากกว่าเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายแล้วเช่นกัน (Extensive stage) จากความชุกของโรคมะเร็งปอดที่มากขึ้นทำให้ทรัพยากรและงบประมาณที่ใช้ในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก (NSCLC) เป็นมะเร็งของปอดที่พบบ่อยที่สุด พบประมาณมากกว่าร้อยละ 85 ของมะเร็งที่เกิดในช่องอก

อาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะชัดเจนคือ ไอ เหนื่อย เพลีย น้ำหนักลด ประกอบกับยังไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประโยชน์ชัดเจนในการตรวจคัดกรองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มาตรวจครั้งแรกด้วยระยะที่มีการแพร่กระจายแล้ว ซึ่งการรักษาสามารถทำได้เพียงการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative aim) มีผู้ป่วยในสัดส่วนที่น้อยกว่าที่มาในระยะต้นที่สามารถรักษาให้หายขาดได้มะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์ตัวเล็กสามารถแบ่งออกได้หลายชนิดตามลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ Adenocarcinoma, Squamous cell carcinoma, Large cell carcinoma และ Adenosquamous carcinoma และยังมีลักษณะปลีกย่อย (Variants) ออกไปหลากหลายตามรูปร่างลักษณะของเซลล์มะเร็ง¹ แต่การรักษาในปัจจุบันยังคงจัดรวมทุกรูปแบบเซลล์เป็น Non small cell lung cancer เนื่องจากแนวทางการรักษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในอนาคตอันใกล้แนวทางการรักษาจะเริ่มมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่ละชนิดเซลล์เพราะมีการค้นพบความแตกต่างในระดับยีนของแต่ละชนิดเซลล์ว่ามีความตอบสนองต่อยาแตกต่างกันไป

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยแปรผันไปตามระยะโรค ระยะต้นมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าระยะท้าย เช่น อัตรารอดชีวิตเฉลี่ยที่ 5 ปีของโรคระยะที่ I เท่ากับร้อยละ 68 ระยะที่ IIA เท่ากับร้อยละ 52 แต่ถ้าเป็นระยะ IIIB และ IV จะน้อยกว่าอย่างชัดเจนคือ ร้อยละ 5 และ 1 ตามลำดับ การรักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย (Stage III และ IV) แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาสามารถมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ย (Median overall survival, mOS) ได้ยาวนานขึ้น โดยการรักษาหลักคือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าได้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อพยากรณ์โรคมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายว่าจะได้ผลดีจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดคือ ความแข็งแรงของผู้ป่วย ECOG performance status score ดี (0, 1) น้ำหนักตัวไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ² จากการศึกษาและ Meta-analysis ยืนยันว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่ม Cisplatinร่วมกับยาเคมีอีกหนึ่งตัว (Platinum doublet chemotherapy) มีผลการรักษาที่ดีกว่ายาตัวเดียว เพิ่มอัตราการตอบสนอง เพิ่มอัตราการรอดชีวิต เพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 (Hazard ration 0.73)³ และพบว่ายายุคใหม่รุ่นที่ 3 (Third generation chemotherapy) ที่นำมาใช้ร่วมกับยา Platinum เป็นยาสูตรแรกที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าเพิ่มการตอบสนองและอัตราการรอดชีวิตเมื่อเทียบกับยาสูตรเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยายุคเก่าที่มีการใช้คือ ยา Etoposide ยา Vindesine ยา Mitomycin และยา Ifosphamide ยาในยุคใหม่ที่นำมาใช้ร่วมกับยา Platinum คือ ยา Paclitaxel ยา Docetaxel ยา Gemcitabine ยา Vinorelbine และยา Pemetrexed⁴⁻⁹ สำหรับยาเคมีบำบัดในยุคใหม่ในแต่ละสูตร พบว่ามีประสิทธิภาพการรักษาที่เท่าเทียมกัน สิ่งที่แตกต่างกันคือเรื่องของผลข้างเคียง และตารางการบริหารยา โดยทั้งหมดได้ผลการรักษา ดังนี้ Overall response rate ร้อยละ 19, Median overall survival 7.9 เดือน และ 1 year Survival rate ร้อยละ 33⁴⁻¹²

การรักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจายที่ผ่านการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาแล้วหนึ่งสูตร แม้ว่าจะมียาหลายตัวที่โรคจะตอบสนองแต่โดยส่วนใหญ่การตอบสนองก็มักไม่เกินร้อยละ 10 การพิจารณาการรักษาผู้ป่วยในขั้นนี้สิ่งสำคัญที่จำเป็น

ต้องประเมินก่อนการรักษาคือ สภาพร่างกายของผู้ป่วยว่ายังมีสภาพร่างกายที่พร้อมที่จะให้การรักษาด้วยยาในกรณี Performance Status (PS) 0-2 หรือควรจะรักษาตามอาการ (Best supportive care) ในกรณีที่ PS 3-4 ยาในปัจจุบันที่มีข้อมูลว่ามีประสิทธิภาพคือยาเคมีบำบัด Docetaxel¹³ และ ยา Pemetrexed¹⁴ ยาต้านไทโรซีนที่ยับยั้งเซลล์มะเร็งโดยตรงคือยา Gefitinib¹⁵ และ Erlotinib¹⁶

มะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็ก (SCLC) พบประมาณร้อยละ 13-20 ของมะเร็งปอดทั้งหมด โดยเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (>ร้อยละ 95) เป็นมะเร็งที่มีอัตราการแบ่งตัวเร็ว อาการแสดงมักมาด้วยก้อนที่โตเร็ว ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ ต่อม้ำเหลืองในช่องอกโต (Mediastinal lymphadenopathy) หรือก้อนในปอดที่โตค่อนข้างเร็ว บางส่วนมาด้วยกลุ่มอาการหลอดเลือด Superior vena cava อุดตัน (SVC obstruction) การแบ่งระยะของโรคนิยมใช้ระบบของ The Veteran's Administration Lung Group's 2-Stage classification เนื่องจากสามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยได้ดีและนำไปสู่แนวทางการรักษาต่อไปได้ คือ แบ่งเป็น Limited stage (LS) หมายความว่า ตัวโรคเกิดขึ้นในช่องอกเพียงข้างเดียว และ Extensive stage (ES) หมายถึง ตัวโรคเกินกว่าช่องอกข้างเดียวรวมถึงมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือหัวใจหรือมีการแพร่กระจายไปทางระบบเลือด (Hematogenous metastasis) SCLC เป็นมะเร็งที่ตอบสนองได้ดีมากต่อยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา แต่อย่างไรก็ตามพยากรณ์โรคไม่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมีการกลับเป็นซ้ำและมักจะไม่ค่อยตอบสนองกับการรักษาภายหลัง¹⁷ การรักษา มะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็ก ระยะ Limited ประกอบด้วยการใช้ยาเคมีบำบัดร่วมไปพร้อมกับรังสีรักษา (Concurrent chemoradiation)

สูตรยาเคมีบำบัดมาตรฐานคือ Cisplatin ร่วมกับ Etoposide หลังจากจบการรักษาตัวโรคที่บริเวณปอดแล้วแนะนำให้ทำการฉายรังสีรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคมะเร็งที่สมองร่วมด้วย (Prophylactic cranial irradiation) แต่เป็นที่น่าผิดหวังว่าแม้โรคจะมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีแต่ผลลัพธ์พบว่าระยะเวลาที่มีชีวิตเฉลี่ย (Median overall survival, mOS) อยู่ที่ประมาณ 14-20 เดือนเท่านั้น เนื่องจากเมื่อโรคกลับมาเป็นซ้ำมักมีอาการอย่างรวดเร็วและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาได้ดีเหมือนเดิม การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็กระยะ Extensive คือการใช้ยาเคมีบำบัดเป็นหลัก (Palliative chemotherapy) สูตรยาที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ Platinum (Cisplatin หรือ Carboplatin) ร่วมกับ Etoposide เนื่องจากผลการศึกษาค่อนข้างยืนยันตรงกันว่ามีประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญและผลข้างเคียงไม่มาก ผลการรักษาพบว่าเพิ่มระยะเวลาที่มีชีวิตเฉลี่ย ได้ประมาณ 7-11 เดือน สูตรยาอื่นที่มีรายงานว่าใช้ได้แต่ผลการศึกษายังไม่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกันคือ ยา Cisplatin ร่วมกับยา Irinotecan^{18,19}

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ทำการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ทั้งชนิดเซลล์ตัวเล็กและไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก และเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตและระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยกับการรักษาตามมาตรฐาน

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดจากการให้รหัสโรค ICD10

code C340 ถึง C349 ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และหรือผู้ป่วยในและมีหลักฐานยืนยันการวินิจฉัย โรคมะเร็งปอดชัดเจน ที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยรวมผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษา

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา

1. คนไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี และมีเลขประจำตัวบัตรประชาชน
2. ค้นประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน ที่ให้รหัสโรค ICD10 code C340 ถึง C349
3. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ทำการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2555
4. มีหลักฐานการวินิจฉัยมะเร็งปอดด้วย ผลพยาธิวิทยา (Pathology or cytology report)
5. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นมะเร็งปอดสูง แต่ไม่มีผลตรวจทางพยาธิวิทยาต้องมีความเห็นจากอายุรแพทย์มะเร็งวิทยาให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดและได้รับการรักษาแบบมะเร็งปอด

เกณฑ์คัดออกการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ได้รับการรักษาหลักที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า และไม่มีข้อมูลของการวินิจฉัยและการรักษาที่ละเอียดพอเช่น กรณีส่งตัวกลับเพื่อดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

คำนิยามในการศึกษา

1. NSCLC staging ใช้ตาม TMN classification of malignant tumors version 7th
2. Performance Statusใช้หลักเกณฑ์ตาม Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG score)
3. รหัสโรค ICD10 code C340-9

(malignant neoplasm of bronchus and lung) : C34.0 main bronchus, C34.1 upper lobe, C34.2 middle lobe, C34.3 lower lobe, C34.8 overlapping lesion, C34.9 bronchus or lung, unspecified

4. วันสิ้นสุดของการวิจัยเพื่อคำนวณระยะเวลาที่มีชีวิตเฉลี่ย (Censor survival) คือวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2555

5. ภาวะซีด หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 g/dl ในเพศหญิง และน้อยกว่า 13 g/dl ในเพศชาย

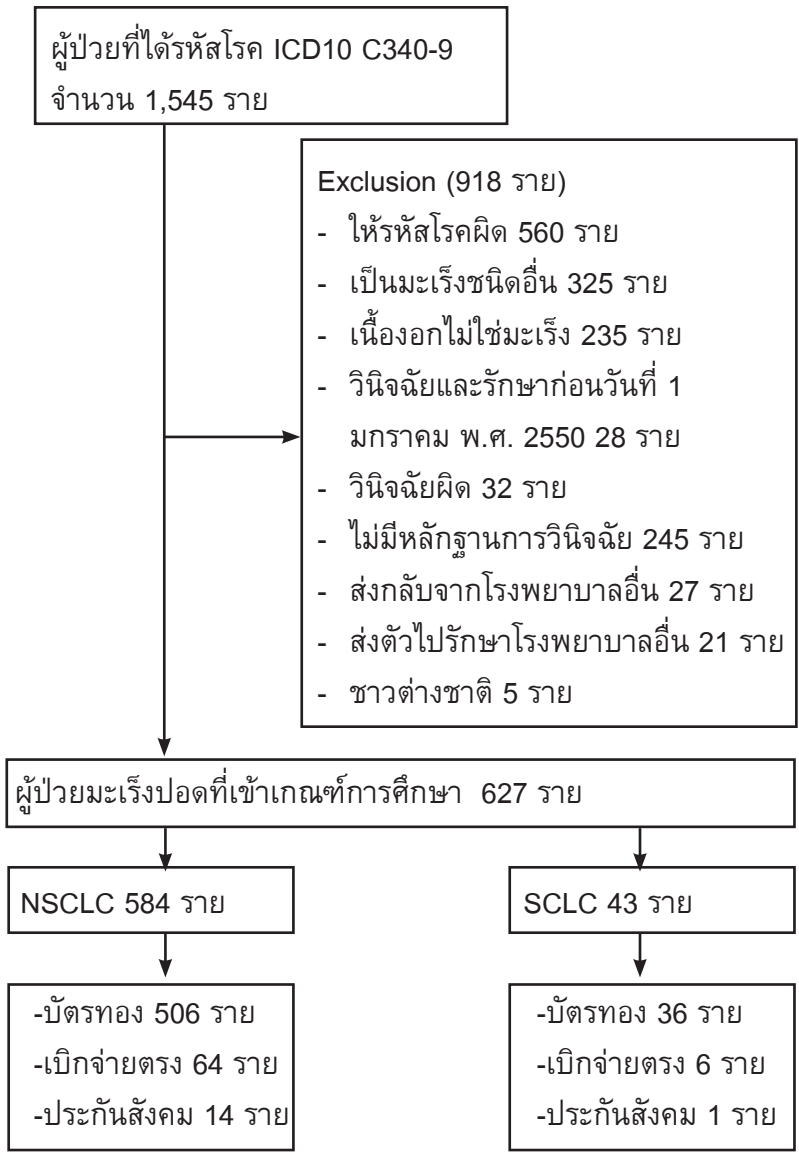
6. น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หมายถึง น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์เชิงคุณภาพลักษณะประชากร แสดงข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย พิสัย ร้อยละ
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงด้วยค่ามัธยฐาน ช่วงของข้อมูลสูงสุดและต่ำสุด และใช้ t-test ในการเปรียบเทียบทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม
- ในการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการรอดชีวิตใช้ Log rank test และ Kaplan Meier method

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสโรค ICD10 code C340 ถึง 9 จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ/หรือเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2550 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ.2555 มีจำนวนทั้งหมด 1,545 ราย โดยพบว่าเป็นมะเร็งปอดจริงและเข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 627 ราย ไม่เข้าเกณฑ์การศึกษา 918 ราย ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 การคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษาวิจัย

จากผู้ป่วยที่รวบรวมเข้าการศึกษาทั้งหมด 627 คน อายุผู้ป่วยเฉลี่ย 63.90 ± 12.09 ปี ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดเมื่อแรกวินิจฉัยคือ 29 ปี มากที่สุดคือ 96 ปี โดยใช้สิทธิการรักษาบัณฑิตทองมากที่สุดร้อยละ 86.4, สิทธิเบิกจ่ายตรงร้อยละ 11.2 และสิทธิประกันสังคมร้อยละ 2.4 รองลงมาตามลำดับพบโรคมะเร็งปอดในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงร้อยละ 71.5 ต่อ ร้อยละ 28.5 ภูมิลำเนาจังหวัดจันทบุรีร้อยละ 61.1 โดยมีผู้ป่วยจากจังหวัดตราด สระแก้ว

และระยองตามลำดับซึ่งเป็นโรงพยาบาลลูกข่าย (แสดงในตารางที่ 1)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 66.2 โดยมีปริมาณบุหรี่สะสมเฉลี่ย 27.59 pack-year ผู้ป่วยร้อยละ 64.4 ไม่พบว่ามีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย การประเมินความแข็งแรงของร่างกายด้วย ECOG performance status score เมื่อแรกวินิจฉัยโรคมะเร็งเพื่อพิจารณาการรักษาพบว่าไม่มีการบันทึกในเวชระเบียนถึงร้อยละ 48.0 ซึ่ง

เป็นข้อจำกัดของการทำวิจัยแบบศึกษาย้อนกลับ ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าการประเินหรือไม่ แต่จากข้อมูลที่มีอยู่พบว่าผู้ป่วยมี ECOG score

1 มากที่สุดร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยมักพบว่า มีภาวะซีด และน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อแรกวินิจฉัย โรคมะเร็งปอด (แสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูล	บัตรทอง (n 542) (86.4)	เบิกจ่ายตรง (n 70) (11.2)	ประกันสังคม (n 15) (2.4)	ทั้งหมด (N 627)
อายุเฉลี่ย (mean) \pm SD (ปี) (range)	63.52 \pm 11.98	69.03 \pm 11.45	53.8 \pm 9.95	63.90 \pm 12.09
เพศ	(range 29 – 96)	(range 38 – 88)	(range 36 – 71)	(range 29 -96)
- ชาย	391 (72.1)	49 (70.0)	8 (53.3)	448 (71.5)
- หญิง	151 (27.9)	20 (30.0)	8 (53.3)	179 (28.5)
จังหวัดภูมิลำเนา				
- จันทบุรี	334 (61.6)	42 (60.0)	7 (46.7)	383 (61.1)
- ตราด	93 (17.2)	17 (24.3)	4 (26.7)	114 (18.2)
- สระแก้ว	91 (16.8)	6 (8.6)	3 (20.0)	100 (15.9)
- ระยอง	20 (3.7)	4 (5.7)	6 (6.6)	30 (4.8)
อาชีพ				
-ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	170 (31.4)	19 (27.1)	1 (6.7)	190 (30.3)
-เกษตรกรรม	159 (29.4)	15 (21.4)	0	174 (27.8)
- รับจ้าง	162 (29.9)	5 (7.1)	11 (73.3)	178 (28.4)
-ค้าขาย	29 (5.4)	5 (7.1)	2 (13.3)	36 (6.1)
-ประมง	8 (1.5)	3 (4.3)	0	11 (1.8)
-ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	24 (34.3)	0	24 (3.8)
-พระ	14 (2.6)	0	0	14 (2.2)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละ

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดพบว่า เป็นชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็กร้อยละ 93.1 และชนิดเซลล์ตัวเล็กร้อยละ 6.9 โดยชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็กพบว่าเป็นลักษณะ Adenocarcinoma มากที่สุดร้อยละ 44.8 ระยะของโรคเมื่อแรกวินิจฉัยทั้งสองชนิดเซลล์พบว่าเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายแล้วเป็นส่วนใหญ่ มะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็กระยะ Extensive ร้อยละ 69.8 และ NSCLC ระยะที่ 4 ร้อยละ 82.0 โดยพบตำแหน่งที่มะเร็งแพร่กระจายไปมาก

ที่สุดคือ เยื่อหุ้มปอดร้อยละ 48 รองลงมาคือก้อนที่บริเวณอื่นของปอดเองนอกเหนือจากก้อนหลัก ร้อยละ 22.2 อาการแรกที่นำมาสู่การวินิจฉัยส่วนมากไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา โดยพบกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเพียงร้อยละ 26 โดยพบภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองและภาวะหลอดเลือดดำ Superior vena cava อุดตันได้บ่อยที่สุด (แสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูล	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด (N 627)
ประวัติสูบบุหรี่				
- สูบ	360 (66.4)	48 (68.6)	7 (46.7)	415 (66.2)
- ไม่สูบ	96 (17.7)	15 (21.4)	6 (40.0)	117 (18.7)
- ไม่ทราบ	86 (15.9)	7 (10.0)	2 (13.3)	95 (15.2)
ปริมาณบุหรี่สะสม	27.29 packyear	29.84 packyear	29.17 packyear	27.59 packyear
โรคประจำตัว				
- ถุงลมโป่งพอง	40	6	0	46 (7.3)
- เบาหวาน	46	4	1	51 (8.1)
- ความดันโลหิตสูง	86	29	1	116 (18.6)
- มะเร็งชนิดอื่น	7 (cervix 2, ovary 1, soft palate 1, tonsil 1, bladder 1, CML 1)	3 (cervix 1, larynx 1, NPC 1)	0	10 (1.6)
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	358 (66.1)	34 (48.6)	12 (80.0)	404 (64.4)
ECOG				
- ไม่ได้ประเมิน	257 (47.4)	33 (47.1)	11 (73.3)	301 (48.0)
- ECOG 0	0	1 (1.4)	0	1 (0.2)
- ECOG1	147 (27.1)	22 (31.4)	3 (20)	172 (27.4)
- ECOG2	44 (8.1)	5 (7.1)	1 (6.7)	50 (8.0)
- ECOG > 2	94 (17.3)	9 (12.9)	0	103 (16.4)
BSA +/- SD	1.48 ± 0.16	1.54 ± 0.17	1.52 ± 0.20	1.49 ± 0.17
น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ	307 (56.6)	30 (42.9)	8 (53.3)	345 (55.0)
มีภาวะซีด	229 (42.3)	26 (37.1)	5 (33.3)	260 (41.5)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละ

ตารางที่ 3 ข้อมูลรายละเอียดลักษณะของมะเร็งปอด

ข้อมูล	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด (N 627)
ชนิดเซลล์ตัวเล็ก (SCLC)	36 (6.6)	6 (8.6)	1 (6.7)	43 (6.9)
- Limited stage	10 (27.8)	3 (50)	0	13 (30.2)
- Extensive stage	26 (72.2)	3 (50)	1 (100)	30 (69.8)
ชนิดไม่ใช่เซลล์ตัวเล็ก (NSCLC)	506 (93.4)	64 (91.4)	14 (93.3)	584 (93.1)
- Adenocarcinoma	222 (43.9)	29 (45.3)	11 (78.6)	262 (44.8)
- Squamous cell carcinoma	93 (18.4)	14 (21.9)	1 (7.1)	108 (18.5)
- Large cell carcinoma	4 (0.8)	0	0	4 (0.7)
- Poorly differentiated CA	35 (6.9)	2 (3.1)	0	37 (6.3)
- Positive NSCLC	96 (19.0)	16 (25.0)	2 (14.3)	114 (19.5)
วินิจฉัยมะเร็งปอดแต่ไม่มีผล พยาธิยืนยัน	56 (11.0)	3 (4.7)	0	59 (10.2)
ระยะโรคมะเร็งปอด NSCLC				
- Ia	1 (0.2)	0	0	1 (0.2)
- Ib	6 (1.2)	2 (3.1)	0	8 (1.4)
- IIa	1 (0.2)	0	0	1 (0.2)
- IIb	14 (2.8)	4 (6.3)	0	18 (3.1)
- IIIa	22 (4.3)	4 (6.3)	0	26 (4.5)
- IIIb	35 (6.9)	7 (10.9)	1 (7.1)	43 (7.4)
- IV	420 (83.0)	46 (71.9)	13 (92.9)	479 (82.0)
- ไม่ทราบระยะ (X)	7 (1.4)	1 (1.6)	0	8 (1.4)
มีภาวะฉุกเฉินเป็นอาการแรก นำมาสู่การวินิจฉัย				
- ไม่มีภาวะฉุกเฉิน	413 (76.1)	53 (75.7)	11 (73.3)	477 (76.0)
- brain metastasis	65 (12.0)	13 (18.6)	2 (13.3)	80 (12.8)
- cord compression	13 (2.4)	0	2 (13.3)	15 (2.4)
- SVC obstruction	42 (7.7)	2 (2.9)	0	44 (7.0)
- hypercalcemia	10 (1.8)	1 (1.4)	0	11 (1.8)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละ

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งปอด พบมีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 55.3) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดเรื่องความแข็งแรง

ของผู้ป่วยเมื่อแรกรับและการไม่สมัครใจรับการรักษาทั้งจากตัวผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแล กลุ่มผู้ป่วยกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่าได้รับยาเคมีบำบัดเพียง 1 สูตรยา มากที่สุดร้อยละ 40.5 มี

เพียงร้อยละ 9.4 และ 1.1 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้ รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2 สูตร และ 3 สูตร ตามลำดับ ยาเคมีบำบัดสูตรที่หนึ่งที่มีการใช้มากที่สุดคือสูตร Platinum ร่วมกับ Etoposide สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย (Palliative aim) ร้อยละ 47.5 เนื่องจากเป็นสูตรยาที่สามารถ ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มสิทธิการรักษา แต่ถ้า พิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบิกจ่ายตรงจะพบว่า สูตร Platinum ร่วมกับ Paclitaxel มีการใช้บ่อย ที่สุดร้อยละ 57.8 และใช้สูตร Platinum ร่วมกับ Etoposide เพียงร้อยละ 8.9 สำหรับรักษาแบบ Palliation สัดส่วนการให้ยาเคมีบำบัดจุดประสงค์ เพื่อ Adjuvant therapy ค่อนข้างน้อยกว่าแบบ Palliation ชัดเจน ทั้งนี้พบผู้ป่วยออกค่าใช้จ่ายร่วม ในการรักษาทั้งสิ้น 54 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.6

โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรทองจำนวน 53 ราย ดังนี้ แบ่งเป็นจุดประสงค์เพื่อ Adjuvant ได้แก่ สูตร Carbo/Paclitaxel 3 รายและ Platinum/Vinorelbine 5 ราย จุดประสงค์เพื่อ Palliation ได้แก่ สูตร Carbo/Paclitaxel 29 ราย, Platinum/Vinorelbine 3 ราย, Platinum/docetaxel 7 ราย, Platinum/Gemcitabine 3 ราย, ยา Erlotinib ที่ใช้ยาสูตรที่ หนึ่ง 1 ราย, การรักษาด้วยยาสูตรที่สอง Erlotinib และ Pemetrexate อย่างละ 1 ราย ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิเบิกจ่ายตรงมีเพียงหนึ่งรายที่ใช้ยา Erlotinib เป็นการรักษาสูตรที่หนึ่งที่ต้องออกค่าใช้จ่ายเองเนื่องจากไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ของยา ในผู้ป่วยกลุ่มประกันสังคมไม่มีการออกค่าใช้จ่ายร่วม (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายละเอียดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษาและการผ่าตัด

ข้อมูล	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด (N 627)
ผู้ป่วยไม่ยินยอมรักษา หรือ ไม่แข็งแรงเพียงพอที่จะรักษา	257 (47.4)	22 (31.4)	1 (6.7)	280 (44.7)
จำนวนสูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ	216 (39.9)	28 (40.0)	10 (66.7)	254 (40.5)
- 1 สูตร	42 (7.7)	13 (18.6)	4 (26.7)	59 (9.4)
- 2 สูตร	3 (0.6)	4 (5.7)	0	7 (1.1)
- 3 สูตร	281 (51.8)	25 (35.7)	1 (6.7)	307 (49.0)
- ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด				
Regimen of first line for adjuvant	5 (1.9)	3 (6.7)	0	8 (2.5)
- Platinum/Vinorelbine	3 (1.1)	3 (6.7)	0	6 (1.9)
- Carbo/Paclitaxel	9 (3.4)	0	0	9 (2.8)
- Platinum/Etoposide				
Regimen of first line for palliation				
- Carbo/Paclitaxel	61 (23.4)	26 (57.8)	9 (57.2)	96 (30.0)
- Platinum/Etoposide	145 (55.6)	4 (8.9)	3 (21.4)	152 (47.5)
- Platinum/Docetaxel	11 (4.2)	0	2 (14.3)	13 (4.1)
- Platinum/Gemcitabine	4 (1.5)	4 (8.9)	0	8 (2.5)

ตารางที่ 4 รายละเอียดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษาและการผ่าตัด (ต่อ)

ข้อมูล	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด (N 627)
- Platinum/Vinorelbine	4 (1.5)	1 (2.2)	0	5 (1.6)
- Single platinum	15 (5.7)	0	1 (7.1)	16 (5.0)
รอบยาเฉลี่ยของยาสูตรที่หนึ่ง	3.30	4.14	3.86	3.77
	cycle/person	cycle/person	cycle/person	cycle/person
Regimen of second line	44 (8.10)	17 (24.3)	4 (26.7)	65 (10.4)
- Docetaxel	38 (84.4)	13 (72.2)	3 (75.0)	54 (80.6)
- Erlotinib	1 (2.2)	2 (11.1)	0	3 (4.5)
- Gefitinib	0	1 (5.6)	0	1 (1.5)
- Pemetrexate	0	1 (5.6)	0	1 (1.5)
- Carbo/Paclitaxel	1 (2.2)	0	0	1 (1.5)
รอบยาเฉลี่ยของยาสูตรที่สอง	3.41	3.4	4	3.60
	cycle/person	cycle/person	cycle/person	cycle/person
ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายารักษา (Co pay)	53 (9.8)	1 (1.4)	0	54 (8.6)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละ

การรักษาด้วยรังสีรักษาพบว่า เป็นข้อบ่งชี้แบบฉุกเฉิน 80 ครั้ง (ร้อยละ 12.8) เป็นข้อบ่งชี้แบบไม่ฉุกเฉิน 53 ครั้ง (ร้อยละ 8.5) ส่วนการรักษาด้วยการผ่าตัดค่อนข้างน้อยเนื่องจากระยะโรคส่วนใหญ่เป็นระยะแพร่กระจาย เช่น Lobectomy ร้อยละ 4.9, Pneumonectomy ร้อยละ 0.5, Craniotomy ร้อยละ 1.8 และ Pericardial window ร้อยละ 0.5 จากผู้ป่วยทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการมีชีวิตรอดเฉลี่ยและอัตราการรอดชีวิต ในกลุ่มโรคมะเร็งปอดชนิด

ไม่ใช่เซลล์ตัวเล็กระยะต้น (Early stage NSCLC) มีผลการศึกษาคือดีที่สุด เมื่อเทียบกับ NSCLC ระยะแพร่กระจายและ SCLC โดยมีระยะเวลาการมีชีวิตรอดเฉลี่ย (Median overall survival, mOS) เท่ากับ 46.75 ± 22.47 เดือน อัตรารอดชีวิตที่ 1 ปี 2 ปี 3 ปี เท่ากับร้อยละ 53.5, 34.9 และ 25.6 ตามลำดับ โดยถ้าเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มสิทธิการรักษาต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงแนวโน้มมีผลการรักษาที่ดีกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์ตัวเล็กระยะต้น (NSCLC early stage Ia-IIIa)

Result	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด	p-value	
	(1)	(2)	(3)		(1)VS(2)	(1)VS(3)
mOS (month)	20.90 ± 14.57	Not reach	0	46.75 ± 22.47	0.298	-
1 year survival	51.5	60.0	0	53.5	0.647	-
2 year survival	33.3	40.0	0	34.9	0.707	-
3 year survival	24.2	30.0	0	25.6	0.723	-
5 year survival	6.1	0	0	4.7	0.437	-

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์ตัวเล็กระยะแพร่กระจาย (NSCLC advanced stage IIIb-IV)

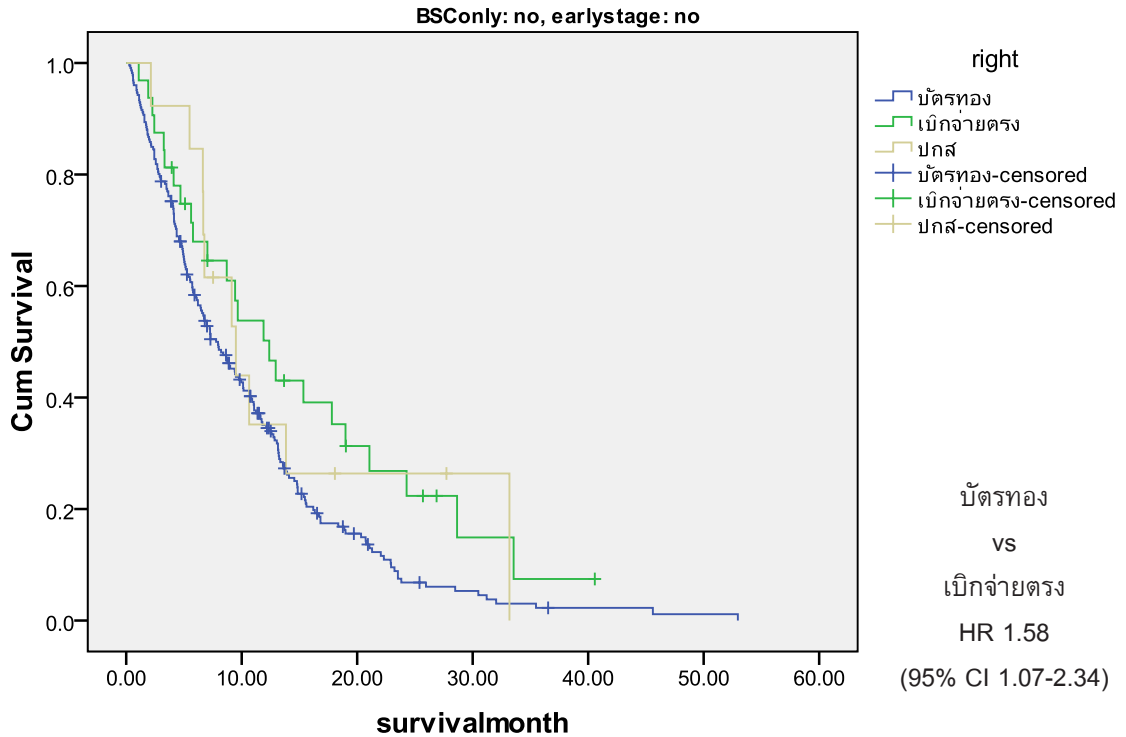
Result	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด	p-value	
	(1)	(2)	(3)		(1)VS(2)	(1)VS(3)
mOS (month)	7.79 ± 0.91	12.39 ± 2.26	9.50 ± 2.21	8.67 ± 0.81	0.026*	0.220
1 year survival	29.4	46.9	30.8	31.5	0.048*	0.924
2 year survival	4.4	18.8	15.4	6.6	0.002*	0.078
3 year survival	1.3	3.1	0	1.5	0.441	0.678

กลุ่มโรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์ตัวเล็ก ระยะแพร่กระจาย (Advanced stage NSCLC) พบว่าระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ย (mOS) เท่ากับ 8.67 ± 0.81 เดือน อัตรารอดชีวิตที่ 1 ปี 2 ปี 3 ปี เท่ากับ ร้อยละ 31.5, 6.6 และ 1.5 ตามลำดับ ถ้าพิจารณาแยกตามสิทธิการรักษาพบว่ากลุ่มเบิกจ่ายตรงมีผลการรักษาที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มบัตรทองและประกันสังคม คือ mOS บัตรทอง 7.79 ± 0.91 เดือน เทียบกับ mOS เบิกจ่ายตรง 12.39 ± 2.26

เดือน (HR 1.58 (95% CI 1.07-2.34), p = 0.026) และอัตราการรอดชีวิตที่ 1 และ 2 ปี ก็ดีกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6 และรูปที่ 2)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมรับการรักษาหรือไม่แข็งแรงเพียงพอต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาพบว่ามีระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยที่สั้นมาก คือ 1.6 ± 0.18 เดือน

Survival Functions



รูปที่ 2 ผลเปรียบเทียบKaplan-Meier estimates of overall survival ของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้ เซลล์ตัวเล็ก ระยะแพร่กระจาย (NSCLC advanced stage IIIb-IV)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด เซลล์ตัวเล็ก (SCLC) แบ่งเป็นระยะ Limited stage มี mOS 17.08 ± 3.94 เดือนและระยะ extensive stage มี mOS 6.67 ± 1.25 เดือน โดยในกลุ่ม ประกันสังคมมีผู้ป่วยเพียงหนึ่งคนไม่สามารถ

เปรียบเทียบความแตกต่างได้ ถ้าพิจารณาเฉพาะ กลุ่มบัตรทองและเบิกจ่ายตรงไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (limited stage p = 0.212, extensive stage p = 0.487) (ตาราง ที่ 7)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด เซลล์ตัวเล็ก SCLC แยก limited and extensive stage

Limited stage	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด	Extensive stage	บัตรทอง	เบิกจ่ายตรง	ประกันสังคม	ทั้งหมด
mOS (month)	15.38±4.34	32.39±0	-	17.08±3.94	mOS (month)	7.52±1.25	6.67±3.68	3.84	6.67±1.25
1 year survival	66.7	66.7	-	66.7	1 year survival	22.2	0	0	18.2
2 year survival	0	66.7	-	22.2	2 year survival	11.1	0	0	9.1
3 year survival	0	0	-	0	3 year survival	5.6	0	0	4.5

วิจารณ์

การศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนโดยสืบค้นจากการให้รหัสโรคตั้งต้นที่จำนวน 1,545 ราย แต่พบว่ามีความคลาดเคลื่อนของให้รหัสโรคถึง 560 ราย ซึ่งคงต้องมีการพัฒนาปรับปรุงการลงรหัสให้ถูกต้องมากขึ้นเพราะจะมีผลต่อรายงานอุบัติการณ์ในภาพรวม กรณีแพทย์เขียนวินิจฉัยผิด 32 ราย ลักษณะที่พบคือตรวจพบก้อนที่ปอดแต่ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดทันทีโดยไม่มีหลักฐานหรือมาพบภายหลังว่าไม่ใช่มะเร็งหรือเป็นมะเร็งตำแหน่งอื่นแพร่กระจายมาที่ปอด กรณีมาตรวจด้วยก้อนที่ปอดหรือน้ำในช่องปอดแต่ไม่มีหลักฐานการวินิจฉัยเหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่มีผลตรวจคือญาติหรือผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจเพิ่มเติมต้องการเพียงรักษาตามอาการเท่านั้น

พบว่ามะเร็งปอดพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุผู้ป่วยเฉลี่ย 63.9 ปี พบชนิด NSCLC (ร้อยละ 93.1) มากกว่า SCLC (ร้อยละ 6.9) ตรวจพบในระยะที่โรคแพร่กระจายมากกว่าระยะต้น ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของประเทศต่าง ๆ⁴⁻¹² แต่สัดส่วนของ SCLC ที่พบเพียงร้อยละ 6.9 นั้นน้อยกว่ารายงานอื่นๆ ที่พบประมาณร้อยละ 13-20 ซึ่งสาเหตุไม่แน่ชัด ส่วนหนึ่งจากกรณีที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการมากและแยลงอย่างรวดเร็วไม่แข็งแรงพอที่จะตรวจเพิ่มเติมหรือปฏิเสธการตรวจทำให้ข้อมูลส่วนนี้ขาดหายไปพอสมควร ชนิดเซลล์ของ NSCLC ที่พบมากที่สุดคือ Adenocarcinoma ร้อยละ 44.8 ของ NSCLC ทั้งหมด ทั้งนี้มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 9.6 ที่พยายามหาชิ้นเนื้อในการวินิจฉัยแล้วแต่ไม่สำเร็จหรือมีภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ที่สงสัยว่าเป็นจากโรคมะเร็งปอดและต้องทำการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น มีการกดของไขสันหลัง (Cord compression) หรือ มี

การกระจายมาที่สมอง (Brain metastasis) ร่วมกับมีก้อนหลักที่ปอด

ผลการรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะแพร่กระจายในโรงพยาบาลพระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ย 8.67 ± 0.81 เดือน และอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ร้อยละ 31.5 ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกับมาตรฐานของการศึกษาต่างๆ ของต่างประเทศ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีอย่างน้อยหนึ่งสูตร มีร้อยละ 40.5 จากผู้ป่วยทั้งหมด สูตรยาที่มีการใช้มากที่สุดเป็นสูตรแรกสำหรับ Palliative chemotherapy คือ Platinum ร่วมกับยา Etoposide ร้อยละ 47.5 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตรที่หนึ่งรองลงมาคือสูตร Platinum ร่วมกับยา Paclitaxel ร้อยละ 30 หลังจากผู้ป่วยติดต่อยาสูตรที่หนึ่งมีเพียงร้อยละ 9.4 จากผู้ป่วยทั้งหมดหรือร้อยละ 23.23 ของผู้ป่วยที่เคยได้รับยาเคมีสูตรที่หนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการรักษาต่อยาเคมีสูตรที่สอง สำหรับยาเคมีสูตรที่สองที่ใช้มากที่สุดคือ Docetaxel คิดเป็นร้อยละ 80.6 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสูตรที่สอง โดยถ้าพิจารณาแยกย่อยจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มสิทธิเบิกจ่ายตรงมีผลการรักษาที่ดีที่สุดคือ ระยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ย 12.39 ± 2.26 เดือน และอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ร้อยละ 46.9 ทั้งนี้เป็นผลมาจากโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่มากกว่ากลุ่มสิทธิอื่น ๆ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC ที่ไม่แข็งแรงเพียงพอต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา หรือปฏิเสธการรักษาพบว่ามียะยะเวลาการมีชีวิตเฉลี่ยที่สั้นมาก คือ 1.6 ± 0.18 เดือน

ทั้งนี้ข้อมูลของมะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะต้นที่แบ่งเป็นระยะที่ 1 ถึง 3 มีข้อมูลน้อยเกินไปจึงไม่ขอนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับผลการรักษาตามมาตรฐานในการศึกษา

ส่วนผลการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ตัวเล็ก (SCLC) ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าพบว่า ถ้าเป็นโรคระยะ Limited stage มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจที่ 17.08 ± 3.94 เดือนซึ่งเท่ากับมาตรฐาน แต่สำหรับโรคระยะ Extensive stage มีผลการรักษาต่ำกว่าผลการศึกษาของต่างประเทศค่อนข้างมากที่ 6.67 ± 1.25 เดือน จากมาตรฐานที่ควรเพิ่มเป็นประมาณ 9-11 เดือน ทั้งนี้ คงเป็นโอกาสสำหรับการพัฒนาต่อไป เช่นเพิ่มความตระหนักในโรคมะเร็ง (Cancer awareness) ของผู้ป่วยและแพทย์ต่ออาการของโรค เพื่อจะสามารถวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้นเนื่องจาก SCLC เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยยังมีความแข็งแรงมากเพียงพอที่จะรับการรักษาที่เต็มที่ได้ และให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องแนวทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษากับผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความกังวลและความเชื่อผิดๆ ทำให้ตัดสินใจปฏิเสธการรักษา

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนของการลงรหัสโรค ICD10 เพื่อความถูกต้องของข้อมูล เช่น ไม่ใช้คำว่า Rule out lung cancer อาจใช้เป็น Lung neoplasm unknown behavior แทนกรณีที่ยังไม่มีผลพยาธิวิทยา

2. ปัจจัยทางคลินิกหลายอย่างที่เป็นค่าที่สำคัญจำเป็นต่อการตัดสินใจ ควรมีบันทึกไว้ในเวชระเบียน แต่การศึกษาแบบย้อนกลับทำให้ขาดข้อมูลเหล่านี้ไป เช่น น้ำหนักการประเมินความแข็งแรง ECOG score, ผลการตอบสนองต่อการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์หากจะทำการศึกษาในส่วนอื่นเพิ่มเติม

3. เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

และแนวทางการรักษา ให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดจำนวนการปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยหรือปฏิเสธการรักษาที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Travis WD, Colby TD, Corrin B. Histology Typing of Lung and Pleural Tumors, WHO Classification of Lung Cancer 1999. Geneva: WHO; 1999.
2. Hoang T, Xu R, Schiller JH, Bonomi P, Johnson DH. Clinical model to predict survival in chemo-naive patients with advanced non small cell lung cancer treated with third generation chemotherapy regimens based on eastern cooperative oncology group data. J Clin Oncol 2005; 23: 175-83.
3. Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy in non small cell lung cancer: a meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomised clinical trials. BMJ 1995; 311: 899-909.
4. Le Chevalier T, Brisgand D, Douillard J, Pujol JL, Alberola V, Monnier A, et al. Randomized study of vinorelbine and cisplatin versus vindesine and cisplatin versus vinorelbine alone in advanced non-small-cell lung cancer: results of a European multicenter trial including 612 patients. J Clin Oncol 1994; 12: 360-7.
5. Bonomi P, Kim K, Chang A. Phase III trial comparing etoposide (E), cisplatin

- (C), versus Taxol (T) with cisplatin-G-CSF (G), versus Taxol-cisplatin in advanced non-small cell lung cancer. An Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) trial. Proc Am Soc Clin Oncol 1996; 15:382a .
6. Giaccone G, Splinter TA, Debruyne C, Kho GS, Lianes P, van Zandwijk N, et al. Randomized study of paclitaxel-cisplatin versus cisplatin-teniposide in patients with advanced non-small-cell lung cancer. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Cooperative Group. J Clin Oncol 1998; 16: 2133-41.
7. Belani CP, Natale RB, Lee JS. Randomized phase III trial comparing cisplatin/etoposide versus carboplatin/paclitaxel in advanced and metastatic non-small cell lung cancer (NSCLCProc) Am Soc Clin Oncol 1998; 455a.
8. Crino L, Mosconi AM, Scagliotti GV, Selvaggi G, Rinaldi M, Della Giulia M, et al. Gemcitabine as second-line treatment for relapsing or refractory advanced non-small cell lung cancer: a phase II trial. Semin Oncol 1998; 25: 23-6.
9. Cardenal F, Lopez-Cabrerizo MP, Anton A, Alberola V, Massuti B, Carrato A, et al. Randomized phase III study of gemcitabine-cisplatin versus etoposide-cisplatin in the treatment of locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol 1999; 17: 12-8.
10. Schiller JH, Harrington D, Belani CP, Langer C, Sandler A, Krook J, et al. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2002; 346: 92-8.
11. Fossella F, Pereira JR, von Pawel J, Pluzanska A, Gorbounova V, Kaukel E, et al. Randomized multinational, phase III study of docetaxel plus platinum combinations versus vinorelbine plus cisplatin for advanced non-small-cell lung cancer: The TAX 326 study group. J Clin Oncol 2003; 21: 3016-24.
12. Kelly K, Crowley J, Bunn PA Jr, Presant CA, Grevstad PK, Moinpour CM, et al. Randomized phase III trial of paclitaxel plus carboplatin versus vinorelbine plus cisplatin in the treatment of patients with advanced non-small cell lung cancer: A Southwest Oncology Group Trial. J Clin Oncol 2001; 19: 3210-18.
13. Shepherd FA, Dancey J, Ramlau R, Mattson K, Gralla R, O'Rourke M, et al. Prospective randomized trial of docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. J Clin Oncol 2000; 18: 2095-103.
14. Hanna N, Shepherd FA, Fossella FV, Pereira JR, De Marinis F, von Pawel J, et al. Randomized phase III trial of pemetrexed versus docetaxel in patients

- with non-small-cell lung cancer previously treated with chemotherapy. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1589-97.
15. Kim ES, Hirsh V, Mok T, Socinski MA, Gervais R, Wu YL, et al. Gefitinib versus docetaxel in previously treated non-small-cell lung cancer (INTEREST) : a randomised phase III trial. *Lancet* 2008; 372: 1809-18.
 16. Shepherd FA, Rodrigues Pereira J, Ciuleanu T, Tan EH, Hirsh V, Thongprasert S, et al. Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 123-32.
 17. Kalemkerian GP, Akerley W, Bogner P, Borghaei H, Chow L, Downey RJ, et al. Small cell lung cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2011; 9: 1086-113.
 18. Noda K, Nishiwaki Y, Kawahara M, Negoro S, Sugiura T, Yokoyama A, et al. Irinotecan plus cisplatin compared with etoposide plus cisplatin for extensive small cell lung cancer. *N Engl J Med* 2002; 346: 85-91.
 19. Krug LM, Pietanza MC, Kris MG, Rosenzweig K, Travis WD. Small Cell and Neuroendocrine Tumors of The Lung. In: Lawrence TS, DePinho RA, DeVita Jr VT, Rosenberg SA, editors. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011. p. 848-70.