

โรคเริมช่องปาก (Oral Cavity)

พญ.สมจินต์ จินดาวิจักขณ์* นพ.พรเอก อภิพันธุ์* นพ.ทัศนชาติ จิตริธาตุ*
 นพ.ณัฐ นิยมอุดมวัฒนา* นพ.ภักดี สรรค์นิกร* นพ.มานัส โพธารมณ์*

จากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็ง Cancer in Thailand vol. IX 2013-2015 ในปี 2556-2558¹ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็นอันดับ 6 ในเพศชาย โดยมีอุบัติการณ์ 5.5 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งสถิตินี้เมื่อเทียบกับสถิติของ Cancer in Thailand vol. VIII, 2010-2012 ในปี 2553-2555² พบว่า อุบัติการณ์เป็น 5.1 ต่อ 100,000 ประชากร จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีรายงานของอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากทั่วโลก ใน Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 disease and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015³ พบว่า มีรายงาน 24,251,000 ครั้ง มีการเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปี ระหว่างปี 2005-2015 ในอัตราร้อยละ 38.6 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงยังคงเป็นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเคี้ยวหมาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะมารักษาในระยะลุกลาม ซึ่งต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้เคมีบำบัด การรักษานั้นสามารถทำได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือศูนย์มะเร็งเฉพาะทางซึ่งมีอย่างจำกัด จึงทำให้มีปัญหาของการเข้าถึงการรักษา และเกิดความล่าช้าจนทำให้มะเร็งมีการลุกลามในระหว่างรอรับการรักษา ส่งผลกระทบต่อการรักษาให้ได้ครบตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นปัญหา เนื่องจากมีหลายขั้นตอนและใช้ระยะเวลาในการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด และหากเป็นการผ่าตัดที่ใช้ความซับซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระยะลุกลามจะใช้เวลาประมาณ 10-12 ชั่วโมง และอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 7-14 วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน และหลังการผ่าตัดจะต้องได้รับการฉายรังสี 33-35 ครั้ง ภายใน 6 สัปดาห์ โดยฉายรังสีสัปดาห์ละ 5 วัน โดยเฉลี่ย 6-8 สัปดาห์ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลามที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลับมาเป็นซ้ำ แพทย์จะมีการพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการฉายรังสีอย่างเดียว

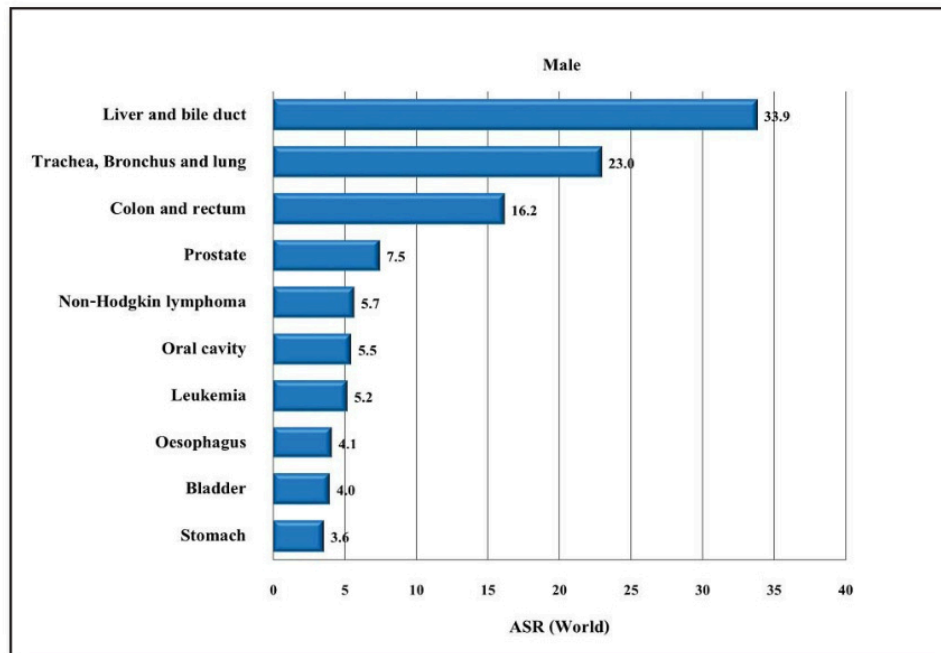
เห็นได้ว่าการให้การรักษาตามมาตรฐานทั้งหมดของมะเร็งช่องปาก เพื่อให้ผลการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ผลดีเทียบได้กับประเทศพัฒนาแล้ว โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลาม ซึ่งพบมากในประเทศไทยยังคงมีปัญหาตั้งแต่แพทย์ที่สามารถให้การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการฉายรังสีจะทำได้ในสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง และศูนย์มะเร็งเท่านั้น นอกจากนี้ทางด้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับการรักษา มีผลกระทบจากเรื่องของการเข้าถึงการรับการรักษาครบตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผลการรักษาซึ่งใช้อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี⁴ ของประเทศไทยอยู่ในระดับร้อยละ 32.4 เมื่อเทียบกับต่างประเทศซึ่งรายงานร้อยละ 60^{5,6}

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

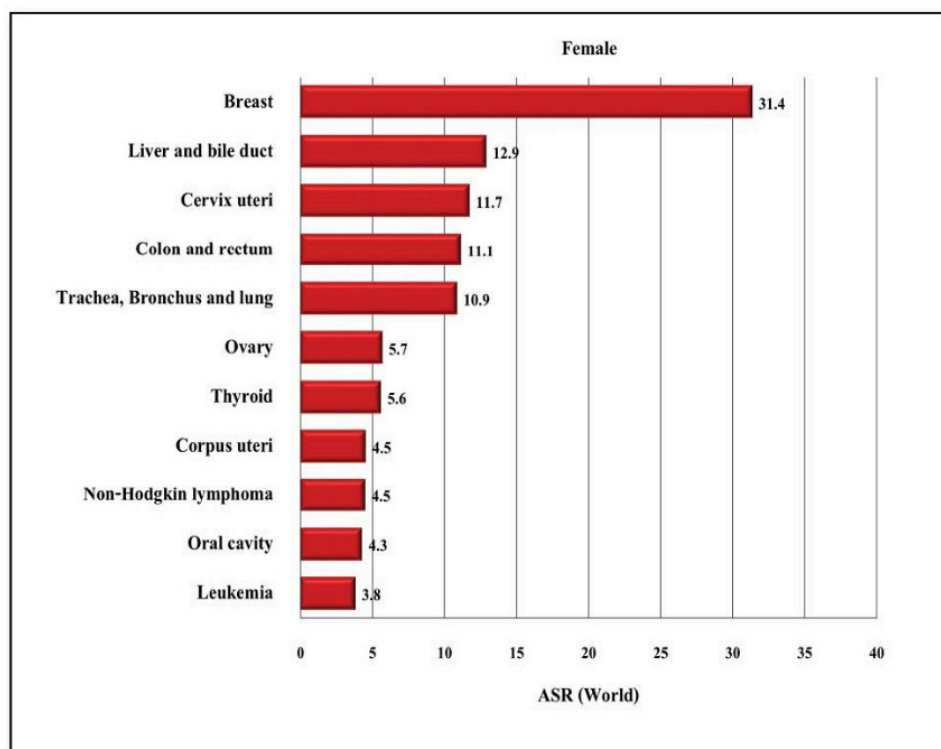
อุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในประเทศไทย จากทะเบียนมะเร็งล่าสุด ในปี 2558² มีการรายงานมะเร็งช่องปากพบมากเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย โดยอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปาก พบในเพศชาย คิดเป็น 5.5 ต่อ 100,000 ประชากร ดังภาพที่ 16.1² และพบในเพศหญิง 4.3 ต่อ 100,000 ประชากร ดังภาพที่ 16.2² ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเคี้ยวหมาก และสุขภาวะช่องปาก ดังจะเห็นจากรายงานมะเร็งช่องปากในแต่ละภาคของประเทศไทย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในเพศหญิงคิดเป็น 6.7 ต่อ 100,000 ประชากร ในขณะที่เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากคิดเป็น 4.5 ต่อ 100,000 ประชากร ดังภาพที่ 16.3² ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติมะเร็งในปี 2553-2555 พบว่า สถิติมะเร็งช่องปากในเพศชาย เป็น 5.1 ต่อ 100,000 ประชากร และในเพศหญิงเป็น 3.6 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังภาพที่ 16.4^{1,2}

* โรงพยาบาลราชวิถี



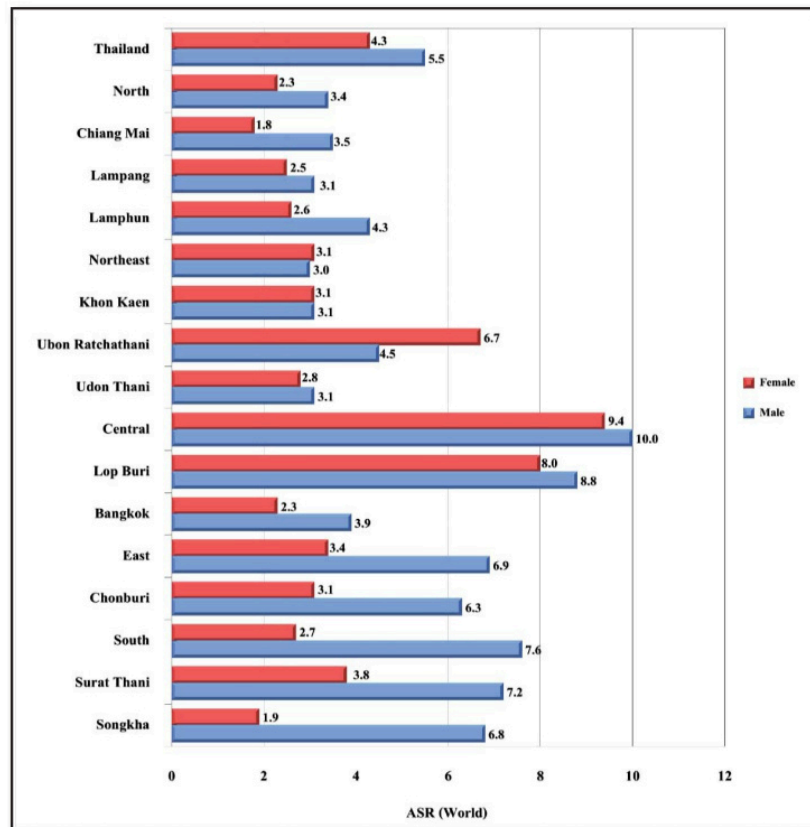


ภาพที่ 16.1 อุบัติการณ์มะเร็งช่องปากของเพศชายในประเทศไทย ปี 2556-2558

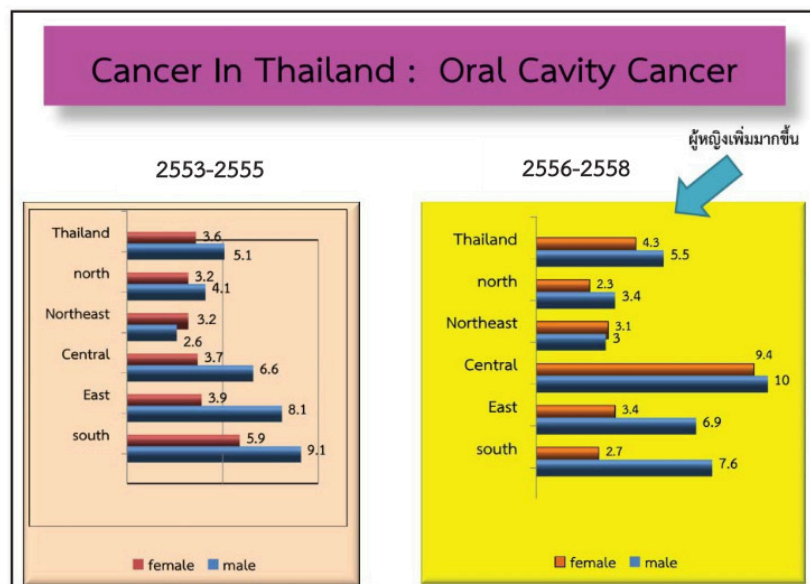


ภาพที่ 16.2 อุบัติการณ์มะเร็งช่องปากของเพศหญิงในประเทศไทย ปี 2556-2558





ภาพที่ 16.3 อุบัติการณ์มะเร็งช่องปากในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ในปี 2556-2558



ภาพที่ 16.4 แนวโน้มอัตราอุบัติการณ์มะเร็งช่องปาก ในปี 2553-2555 และปี 2556-2558 ของประเทศไทย



สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

จากงานวิจัยในประเทศไทยที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปากและคอหอย พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

1.1 พฤติกรรมการบริโภค

1.1.1 การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคมะเร็งศีรษะและคอหอยหลายชนิด รวมทั้งโรคมะเร็งช่องปาก จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งช่องปากในเพศหญิงสูงถึง 6.7 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (95% CI: 1.9-23.4) ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ในเพศชาย ซึ่งอาจจะมีส่วนต่ออุบัติการณ์มะเร็งช่องปากที่สูงของเพศหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.1.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มักจะพบควบคู่กับการสูบบุหรี่ ในขณะเดียวกันก็ยังมีส่วนเสริมความเสี่ยงกับการสูบบุหรี่ โดย พบว่า การดื่มสุรา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งช่องปากถึง 2.6 เท่าในเพศชาย (95% CI: 1.3-5.3) และ 3.3 เท่าในเพศหญิง (95% CI: 1.3-8.2)

1.1.3 การเคี้ยวหมาก แม้ว่าในปัจจุบันดูเหมือนว่าจะมีการเคี้ยวหมากน้อยลงไปจากในอดีต แต่จากการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเคี้ยวหมากของประชากรในจังหวัดขอนแก่น ของ วันชัย วัฒนศัพท์ ในปี 2540⁸ พบว่า ในเขตชนบทยังมีประชากรถึงร้อยละ 16 ที่ยังคงเคี้ยวหมากอยู่ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยจากการศึกษาความสัมพันธ์กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การเคี้ยวหมากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งช่องปากถึง 5.6 เท่าในเพศชาย (95% CI: 2.3-13.6) และ 2.6 เท่าในเพศหญิง (95% CI: 1.0-6.6) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ผลจากการศึกษายังไม่สามารถอธิบายอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากที่สูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้

1.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม

ประเทศไทยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมที่น่าสนใจ เช่น การศึกษาถึงการแสดงออกของยีน p-53⁶ พบว่า มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุราตลอดชีวิต ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก ดังนั้น กลไกการรบกวนต่อยีน p-53 จึงมีบทบาทในกลุ่มที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ดื่มสุราแต่ไม่สูบบุหรี่ หรือเคี้ยวหมากน่าจะมีความสัมพันธ์กับกลไกอื่นๆ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของ Glutathione-S-transferase Genes (GSTM1) โดยพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึง 2.6 เท่า (95% CI: 1.04-6.5) นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงให้สูงขึ้นเมื่อสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และ/หรือเคี้ยวหมากร่วมด้วย

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Diseases)

จากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ในปี 2557⁹ พบว่า มะเร็งปากและลำคอ เป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย ในอันดับที่ 16 คิดเป็นอันดับ 4 (ร้อยละ 1.4) ของสาเหตุการตาย 20 อันดับแรกของประเทศไทย และจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to premature mortality: YLLs) ของประชากรไทย ในปี 2557 พบว่า โรคมะเร็งปากและลำคอ ในเพศชายอยู่ในลำดับที่ 19⁹ จาก 20 อันดับแรกของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 1.3 และจากทะเบียนมะเร็งรายงานช่วงอายุที่พบมะเร็งช่องปากสูงในผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้การสูญเสียปีสุขภาวะที่รายงานใน Lancet 2016³ หัวข้อ global burden of disease พบว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 0.2 ล้านปี โดยเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปีก่อน พบว่า มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36.7

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ซึ่งผู้ป่วยมักจะมาในระยะลุกลาม และการมีโรคประจำตัว ทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนตั้งแต่การผ่าตัด ซึ่งจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรมาก รวมทั้งต้องมี reconstruction ด้วยการใช้เนื้อเยื่อจากอวัยวะอื่นมา ได้แก่ regional flap และ microvascular free flap หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ได้แก่ การฉายรังสี และ/หรือร่วมกับเคมีบำบัด แล้วแต่กรณี ภายใน 6-8 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีปัญหาเรื่องของภาวะทุพโภชนาการทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรับการรักษา โดยการรักษาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามต้องใช้เวลารักษาถึง 16-18 สัปดาห์ จึงจะครบการรักษา หากเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาก็จะใช้เวลามากกว่าที่กำหนด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งใช้การรักษาวิธีเดียวสามารถครบการรักษาภายใน 1-2 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดหรือ 6-8 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฉายรังสี ดังนั้น การตรวจพบมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและทำการรักษาเร็วจะมีผลทั้งต่อผู้ป่วยคือ เพิ่มอัตราการรอดชีวิต



และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อครบการรักษาแล้วยังคงมีผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถกินอาหารเองได้หรือมีการผิดรูป ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตตามปกติไม่ได้ดังเดิม

กิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม (Cost Effectiveness and Interventions)

การรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและการส่งเสริมให้ประชากรมีความรู้ในเรื่องของอาการมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรกเป็นแนวคิดที่ควรลงทุน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในปัจจุบันมีช่องทางการสื่อสารหลายวิธีเพื่อส่งข่าวสารข้อมูล

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรก โดยการตรวจช่องปากเมื่อมีการพบทันตแพทย์ ซึ่งทางกรมอนามัยได้มีการสร้างระบบการตรวจคัดกรองผู้ที่มาพบทันตแพทย์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเคี้ยวหมาก โดยการตรวจด้วยสายตาบริเวณเยื่อช่องปากทั้งหมดก่อนทำฟัน และรายงานไว้ในรายงานต้นทุนอรรถประโยชน์ของโปรแกรมการคัดกรองช่องปากในประเทศไทย เมื่อ มิถุนายน 2559¹⁰ พบว่า การมีโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศไทย มีต้นทุนและประสิทธิภาพสูงกว่าการไม่มีโปรแกรมการคัดกรองฯ 1,279 บาท และ 0.0041 ปีสุขภาวะ หรือคิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ 313,391 บาทต่อปีสุขภาวะ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการคัดกรองฯ ยังไม่มีความคุ้มค่าในบริบทประเทศไทยซึ่งมีเกณฑ์ความคุ้มค่าที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ อย่างไรก็ตามโปรแกรมการคัดกรองฯ จะมีความคุ้มค่าหากมีการเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองด้วยสายตาของประชาชน โดยใช้แบบสอบถาม (ความไวและความจำเพาะไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) หรือเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาล (ความไวและความจำเพาะไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) นอกจากนี้การปรับปรุงขั้นตอนของโปรแกรมการคัดกรองฯ โดยการตัดขั้นตอนการคัดกรองด้วยสายตาโดยทันตภิบาลจะทำให้มีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่ำที่สุด (74,698 บาทต่อปีสุขภาวะ)

ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในการค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกในประชากรและมีความคุ้มค่า โดยมีข้อมูลสนับสนุนใน american dental association council เรื่อง clinical recommendation for oral cancer screening¹¹ พบว่า ทันตแพทย์จะต้องคำนึงถึงการตรวจช่องปากโดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และหากพบรอยโรคที่หายไปใน 2 สัปดาห์ จำเป็นต้องได้รับการตรวจพิสูจน์รอยโรคที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ ในคำแนะนำนี้กล่าวว่ายังไม่มีหลักฐานมากพอถึงประโยชน์ในการที่จะคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับประชากร Sankaranarayanan¹² ได้รายงานผลระยะยาวของการคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศอินเดีย¹³ ซึ่งมีอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากสูง พบว่า สามารถลด mortality rate ได้ร้อยละ 34 ในผู้มีความเสี่ยงในช่วง 3 ปี ที่มีการคัดกรอง 3 รอบ การศึกษาของ SY KAO¹⁴ เรื่อง ของการคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศไต้หวันว่าเนื่องจาก ร้อยละ 50 ของมะเร็งช่องปากมาพบแพทย์ในระยะ 3-4 ดังนั้น จึงยอมรับว่าการคัดกรองมะเร็งช่องปากมีความสำคัญเท่าเทียมกับการรักษา cochrane database systematic review¹⁵ สรุปว่า การคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับประชากรสามารถลดอัตราตายในกลุ่มเสี่ยงได้ และยังช่วยในการค้นพบมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรกได้ แต่หลักฐานสนับสนุนมีจำกัด ใน final recommendation statement of U.S. preventive service task force ให้คำแนะนำว่าไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอสำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

1. การเข้าถึงตามตัวชี้วัด ได้แก่ ระยะเวลารอผลชิ้นเนื้อ ระยะเวลาในการรอผ่าตัดและระยะเวลารอการฉายรังสี ซึ่งเป็นข้อกำหนดจาก service plan ของโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ไม่เกิดความล่าช้าจนทำให้ระยะโรคเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามการให้การรักษายังมีข้อจำกัด คือ แพทย์ผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด รวมทั้งโรงพยาบาลและศูนย์มะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ไม่ครอบคลุมความต้องการ ควรมีการสำรวจศักยภาพในการประชุมเขตสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการเพิ่มบุคลากร และของบประมาณในการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพสามารถเข้าถึงการรักษาได้ตามมาตรฐานการรักษาต่อไป

2. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการรักษา ตัวชี้วัด ของประสิทธิภาพ ได้แก่

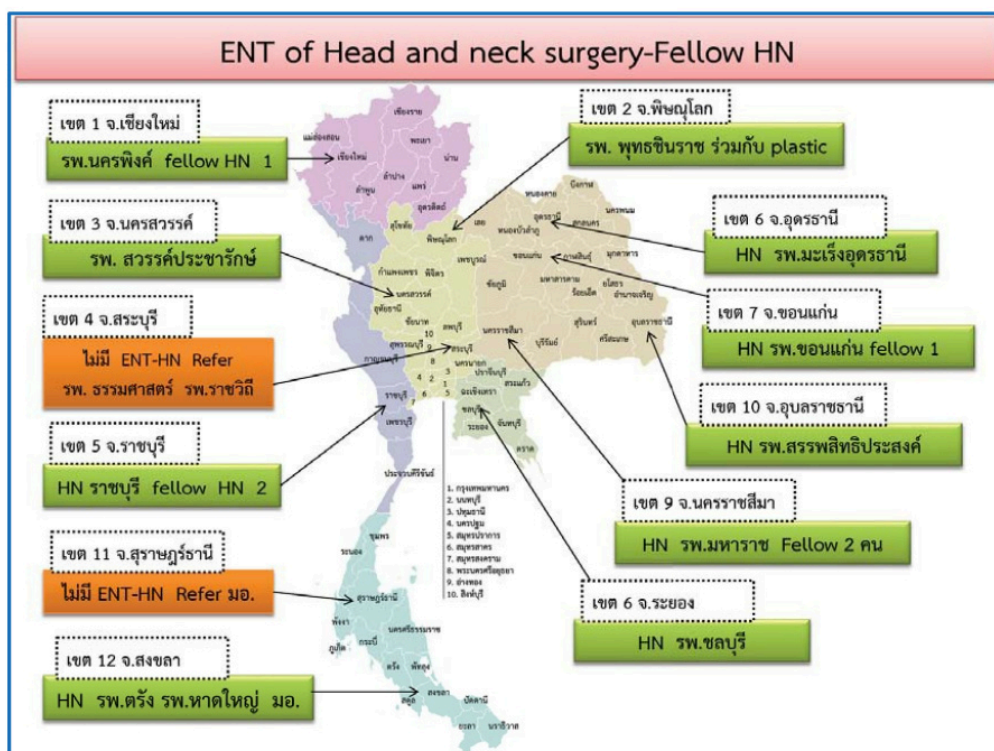
- ระยะสั้น ได้แก่ อัตราตายจากการรักษา
- ระยะยาว ได้แก่ อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival)



3. ด้านการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก ตามมาตรฐานการรักษา จะใช้การรักษาวินิจฉัย ได้แก่ การผ่าตัดหรือการฉายรังสี ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลาม จะต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ดังนั้น การจัดการบริการ ให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ระยะเวลาที่มะเร็งยังไม่เปลี่ยนแปลงขั้นของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรกจะให้ผลการรักษา คือ อัตราการรอดชีวิตสามารถเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วได้ โดยมีหน่วยบริการการรักษาดังนี้

3.1 การผ่าตัด

การพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากให้ครบวงจรภายในเขตสุขภาพ คณะกรรมการด้านการแพทย์แห่งชาติ โสต คอ นสิก กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญ ที่ให้การพัฒนา โดยมีการทำสัญญาตกลงความร่วมมือระหว่างราชวิทยาลัย โสต คอ นสิก เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2560 ในการกำหนด ศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M1) ได้กำหนดให้มีแพทย์เฉพาะทางโสต คอ นสิก ที่เป็นแพทย์ต่อยอดเฉพาะทางด้าน การผ่าตัด มะเร็งศีรษะและคออย่างน้อย 1 คน ใน 1 เขตสุขภาพ และทำการสำรวจโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้การส่งต่ออย่างเป็นระบบ รวมทั้งทำการวิเคราะห์ความขาดแคลนแพทย์ต่อยอดเพื่อเป็นข้อมูลในการผลิตแพทย์ โดยทางราชวิทยาลัยโสต คอ นสิก ให้ความร่วมมือในการรับรองหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางด้าน การผ่าตัดมะเร็งศีรษะและคอ รายละเอียดดังภาพที่ 16.5



ภาพที่ 16.5 ข้อมูลการสำรวจโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพที่สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในประเทศไทย



3.2 การฉายรังสี

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดและการฉายรังสีร่วมกัน หรือจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้จากข้อจำกัดในเรื่องของโรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งรังสีรักษาในประเทศไทยแยกตามสังกัด ดังตารางที่ 16.1 และตารางที่ 16.2

ตารางที่ 16.1 หน่วยบริการรังสีรักษาในประเทศไทย แยกตามสังกัด¹⁶

กระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัย	ส่วนราชการอื่นๆ	เอกชน
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	- โรงพยาบาลวัฒโนสถ
- โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	- โรงพยาบาลศิริราช	- โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	- โรงพยาบาลศูนย์มะเร็ง
- โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	- ปิยะมหาราชการุณย์	- โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	กรุงเทพฯ
- โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์	- โรงพยาบาลรามธิบดี		- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
ธัญบุรี	- โรงพยาบาลมหาราชนคร		- โรงพยาบาลธนบุรี
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	เชียงใหม่		- โรงพยาบาลพญาไท
- โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์		นวมินทร์
- โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	- โรงพยาบาลศรีนครินทร์		
- โรงพยาบาลราชวิถี	ขอนแก่น		
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา			
- โรงพยาบาลพระพุทธชินราช			
- โรงพยาบาลราชบุรี			
- โรงพยาบาลสุรินทร์			
- โรงพยาบาลขอนแก่น			

ตารางที่ 16.2 แสดงทรัพยากรด้านโรคมะเร็งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข¹⁷

เขตสุขภาพที่	แพทย์รังสีรักษา (คน)	นักฟิสิกส์ (คน)	เครื่องฉายรังสี/ CT simulator (เครื่อง)
1	12	8	6/1
2	6	5	3/1
3	2 (2)	1	1
4	6	11 (3)	6/2
5	3 (1)	2	1/1
6	5 (1)	4 (2)	3/1
7	9	9	5/2
8	4	5	2/2
9	4	2	4/1
10	5	3	3/1
11	3	4 (1)	2/1
12	6 (4)	4 (2)	4
รวม	65 (10)	58/2	40



ระบบข้อมูล และการติดตาม

ในการติดตามตัวชีวิต ส่วนของการเข้าถึงอ้างอิงจากระบบ thai cancer based ซึ่งติดตามตัวชีวิต ตาม service plan ของโรคมะเร็ง เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของโรคมะเร็งแต่ละชนิด อุบัติการณ์ อัตราการอยู่รอด อัตราตาย และแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งแต่ละชนิดในแต่ละชุมชน รวมทั้งได้มีความร่วมมือของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาระบบการลงข้อมูลการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอให้เชื่อมต่อกับระบบของ thai cancer based โดยมีคณะกรรมการด้านสารสนเทศของคณะกรรมการด้านการแพทย์แห่งชาติ โสต ศอ นาสิก ในการติดตามข้อมูล ดังนี้

- ร้อยละของมะเร็งช่องปากระยะต้นเข้าสู่ระบบการรักษา
- อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของมะเร็งช่องปากระยะที่ 1, 2, 3 และ 4

ปัจจุบัน พบว่า การติดตามผู้ป่วยยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันและไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเดียวกัน การติดตามต้องใช้ระยะเวลานาน ประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามซึ่งมีการตอบสนองน้อยต่อการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ที่บ่งชี้ถึงผลการให้บริการที่ไม่สามารถบอกผลได้ชัดเจน

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้**1.ด้านระบบการตรวจค้นหาโรคมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก**

1.1 ด้านความรู้ประชาชน ในเรื่องของอาการระยะเริ่มแรกของมะเร็งช่องปาก และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเคี้ยวหมาก เพื่อลดอัตราการเกิดโรค รวมทั้งทำให้มีผู้ป่วยมะเร็งช่องปากพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเร็วขึ้น จึงควรมีการศึกษาระดับการรับรู้ถึงอาการของมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก และรูปแบบที่จะเป็นสื่อที่ทำให้ประชาชนรับทราบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 เครื่องมือด้านการคัดกรอง จากการรายงานการตรวจคัดกรองด้วยสายตามีประสิทธิภาพ ในการตรวจคัดกรองแต่ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ได้ จึงควรทำการศึกษ เครื่องมือในการคัดกรองที่สามารถตรวจได้อย่างครอบคลุม แม่นยำ และมีความคุ้มค่า นอกจากนี้การรายงานการคัดกรองส่วนใหญ่ทำเฉพาะในคลินิกทันตแพทย์ ดังนั้น การศึกษาการตรวจคัดกรองในคลินิกอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคี้ยวหมาก เข้าไปรับบริการ โดยศึกษาอุบัติการณ์การตรวจพบ ต้นทุนหรือประโยชน์ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนนโยบายต่อไป

1.3 การติดตามข้อมูลของสัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรก จากการที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก ดังนั้น ข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกต่อสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากทั้งหมด จึงมีความสำคัญในการติดตามผลการดำเนินการคัดกรอง ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการรายงานที่เป็นรูปธรรม จึงควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาวิธีการรายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรก

1.4 การสนับสนุนการลงทะเบียน thai cancer based ร่วมกับการใช้ระบบที่มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถจัดการบริการ รวมทั้งติดตามผู้ป่วย ทำให้สามารถคัดอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

2.ด้านระบบการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

2.1 ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับการรักษาได้อย่างรวดเร็วตามเวลาที่กำหนด ลดขั้นตอนการรับบริการ เนื่องจากในระบบในปัจจุบันไม่สามารถทราบระยะเวลาการคอยการรักษาก่อนส่งผู้ป่วยไป และไม่สามารถทราบระยะเวลาการรอคอยการรักษาของแต่ละหน่วยบริการได้

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและไม่ครบตามมาตรฐาน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลามต้องได้รับการผ่าตัดและฉายรังสีร่วมกับการให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัด ซึ่งมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษาไม่ครบตามมาตรฐาน การรักษาล่าช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนดตาม service plan ได้แก่ การผ่าตัด 4 สัปดาห์ หลังการวินิจฉัย การฉายรังสี 6 สัปดาห์ การให้เคมีบำบัด 6 สัปดาห์ (เช่น ระยะทางไกล ไม่มีค่าเดินทาง เป็นต้น) ข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนต่อไป และอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

2.3 การติดตามอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (survival) หลังรับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาตามนัด ทำให้ไม่สามารถบอกถึงอัตราการรอดที่แท้จริงของระบบการรักษาได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษารูปแบบระบบการติดตามหลังการรักษาที่มีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง (References)

1. Pongnikorn D, Suwanrungruang K, Buasom R. Cancer incidence in Thailand. In: Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chaiwiriabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al, editors. Cancer in Thailand Vol.VIX, 2013-2015. Bangkok: New Thammada Press; 2018. P.10
2. Pongnikorn D, Suwanrungruang K, Buasom R. Cancer incidence in Thailand. In: Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiananon S, Pongnikorn D, Suwanrungruang K, Sangrajang S, et al, editors. Cancer in Thailand Vol.VIII, 2010-2012. Bangkok: New Thammada Press; 2015. P.7
3. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 disease and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 . Lancet 2016: 388; 1545-602.
4. Sungwalee W, Vatanasapt P, Suwanrungruang K, Promthet S. Comparing Survival of Oral Cancer Patients Before and After Launching of the Universal Coverage Scheme in Thailand. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, [Internet]. 2016[APJCP.2016.17.7.3541]; 3542 Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ad2a/89a52b7883d48d2660299d89359531b878f8.pdf>
5. National Institute of Dental and Craniofacial Research [Internet]. Oral Cancer 5-Year Survival Rates by Race, Gender, and Stage of Diagnosis. Last Reviewed July 2018]. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/oral-cancer/survival-rates>
6. National Cancer Institute Surveillance Research Program , Surveillance. Epidemiology and End Result (SEER) program. based on November 2006 submission of SEER series 9 ; 1996-2003.
7. Vatanasapt, V, Sriamporn, S, MacLennan, R (1991). Contrasts in risk factors for cancers of the oral cavity and hypopharynx and larynx in Khon Kaen Thailand. In: Verma, A.K., editor. Oral Oncology, Vol.II: Proceedings of the International Congress on Oral Cancer. New Delhi: Macmillan India; pp. 39-42.
8. วันชัย วัฒนศัพท์, สุพรรณิ ศรีอัมพร, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง, มิโอโกะ ทาคายาชิ. การสำรวจพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเคี้ยวหมาก ของประชากรในจังหวัดขอนแก่น. หน่วยมะเร็ง. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540
9. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย (Burden of Disease Thailand) 2557; นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด: 2560.
10. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP). รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศไทย (Cost-utility analysis of oral cancer screening program in Thailand); สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและแผนงานวิชาชีพทันตแพทย์เพื่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2559.
11. Richards D. Clinical recommendations for oral cancer screening. Evi-Based Dent 2010;11:101-2.
12. 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 . Oral Oncol 2013 ;49:314-21.
13. Evaluation in visual screening in prevention of cervical and oral cancer in India ; university of Tampere : September 2008: 1-147
14. Kao SY, Lim E. An overview of detection and screening of oral cancer in Taiwan. Chin J Dent Res 2015: 18 7-12.
15. 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 Syst Rev2013;19:CD004150.



16. วีรฤติ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒน์, สมชาย ณะสิทธิชัย, ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, ศุภพร แสงกระจ่าง, พงศธร ศุภอรธกร และคณะ. โรคมะเร็ง (Cancer). ใน: ชูชนะ มะกรสาร, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สมชัย ชัยคุมมงคลลาภ, นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, ดุษฎี ธรรมานวัตร์, ชำนิ จิตตรีประเสริฐ และคณะ, บรรณาธิการ. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์: 2557. หน้า 19.
17. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2560; 2561.

