

อุบัติการณ์รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากของประชาชน The Incidence of Oral Potentially Malignant Disorders

ชัยรัช ตั้งสงวนนุช*

Chairuch Tangsanguannuch*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

*Dental Department, Chaiyaphum Hospital, Amphur Muang Chaiyaphum 36000

Corresponding author Email address: chairuch@gmail.com

บทคัดย่อ

การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก โดยการตรวจด้วยสายตาเป็นแนวทางหนึ่งในการค้นหาการรอยโรคในช่องปากในระยะเริ่มแรกและช่วยลดอัตราการตายของผู้ที่เป็นมะเร็งในช่องปากได้เป็นอย่างดี การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทันตกรรมเชิงรุกใน 10 หมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์และตรวจสภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Fisher's Exact test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษาจำนวน 379 ราย ตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 2.9 และมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 0.3 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสพบรอยโรคได้มากขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก ได้แก่ การเคี้ยวหมาก (OR = 27.68, 95% CI = 6.96-110.08) ดังนั้นจึงควรคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมตามปกติโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก พร้อมทั้งแนะนำให้เลิกปัจจัยเสี่ยงของโรคอีกด้วย

คำสำคัญ: มะเร็งช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก การคัดกรองช่องปาก

พุทธชินราชเวชสาร 2018;35(3):319-27.

Abstract

The oral potentially malignant disorder (OPMD) screening by visual inspection was a guideline to seek OPMD patients and decreased mortality rate of oral cancer. This descriptive study aimed to study the incidence of OPMD and to evaluate the various risk factors affecting the incidence of OPMD. The sample population consisted of dental patients aged 60 years old and up in ten villages Muang district Chaiyaphum province between April to May 2018, selected by purposive sampling. The data were collected using the questionnaire interview and oral screening. Data were analyzed by using descriptive statistics and Fisher's Exact test. The results showed that 379 individuals were examined. The overall incidence of OPMD was found to be 2.9% and oral cancer 0.3%. Female were found higher incidence of OPMD compared to male. Also the prevalence rates increased with age. Factor significantly associated with OPMD was betel nuts chewing (OR = 27.68, 95% CI = 6.96-110.98). OPMD screening should be done in dental practice especially the elderly, risk patients and advice to quit their risk behaviors.

Keywords: oral cancer, oral potentially malignant disorder (OPMD), oral screening

Buddhachinaraj Med J 2018;35(3):319-27.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยในปี 2558 มีอัตราการตายสูงถึง 112.8 ต่อแสนประชากร¹ และมีแนวโน้มสูงขึ้นจากรายงานมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ฉบับที่ 8 ปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age-standardized incidence rate, ASR) 5.1 ต่อแสนประชากร ในเพศชายพบมะเร็งช่องปากเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งทั้งหมด ส่วนเพศหญิงไม่อยู่ในสิบอันดับแรก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมะเร็งช่องปากในเพศชาย 2.6 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง 3.2 ต่อแสนประชากร และพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี² อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ของการเกิดมะเร็งช่องปากในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 ที่จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ของมะเร็งริมฝีปาก ร้อยละ 60.0-81.9 มะเร็งที่ลิ้น ร้อยละ 25.5-34.7 และมะเร็งในช่องปาก ร้อยละ 21.3-36.6 ทั้งนี้ในอัตราการรอดชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับระยะโรค พบว่ามะเร็งในช่องปากระยะที่ 1 หรือ 2 จะมีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 70 หากเป็นระยะที่ 3 หรือ 4 จะลดลงเหลือ 50 และ 35 ตามลำดับ³ มะเร็งที่ริมฝีปากถ้าพบระยะ

แรกเริ่มพบอัตราการมีชีวิตรอดเกือบร้อยละ 90 แต่หากเป็นมากแล้วจะลดเหลือเพียงร้อยละ 18 เท่านั้น⁴

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ได้แก่ ยาสูบ ซึ่งรูปแบบที่ใช้มีความแตกต่างกัน เช่น ในยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น นิยมสูบบุหรี่ ซิการ์ ไปป์ ในรูปแบบการบริโภคที่มีควัน ส่วนการบริโภคที่ไม่มีควัน ได้แก่ การเคี้ยว และการใช้น้ำตม เป็นต้น มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับมะเร็งช่องปากเป็นจำนวนมาก ในอิตาลีพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 11 เท่า และยังพบว่า จำนวนที่สูบบ่อยขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า มีงานวิจัยอีกหลายเรื่องจากบราซิล อเมริกา และเกาหลี สนับสนุนว่า ปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งช่องปาก ผู้ที่สูบบุหรี่แล้วเลิกสูบ พบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เป็นเวลามากกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงน้อยมาก ใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ที่สวีเดนและชูดาน มีการใช้น้ำตมมากกว่า 400 ปี ช่วงปี ค.ศ. 1950 ในประเทศตะวันตก ได้เริ่มมีการศึกษาทางระบาดวิทยา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดไร้ควันกับการเป็นมะเร็งช่องปากใน

หนูทดลอง พบว่า การเคี้ยวยาเส้นและยานัตถุ์ ซึ่งมีไนโตรซามีน เป็นสาเหตุของมะเร็งช่องปาก ผู้ที่เคี้ยวยาเส้นและยานัตถุ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากสูง โดยเฉพาะมะเร็งกระพุ้งแก้ม และมะเร็งเหงือก ในประเทศอินเดียและประเทศแถบเอเชียก็มีการสงสัยมานานแล้วว่า การเคี้ยวยาเส้นมีส่วนสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งช่องปาก และมีการศึกษาอื่นๆ ตามมาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว ที่อินเดียปากีสถาน จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นิยมสูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก ซึ่งการเคี้ยวหมากมีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ ใบพลู ปูน ยาเส้น และอื่นๆ ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศและมีชื่อเรียกแตกต่างกัน⁵ ในประเทศอินเดีย พบอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากสูงถึงร้อยละ 15-65 ในกลุ่มผู้เคี้ยวหมาก เช่นเดียวกับผู้บริโภคน้ำมันไต้หวัน พบทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะบริเวณกระพุ้งแก้ม⁴ ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า สุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากและมักพบไปพร้อมกับการสูบบุหรี่ ในอเมริกา ยุโรป จีนและเกาหลี พบว่าการดื่มสุราและปริมาณสุราที่ดื่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก⁵

รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากที่พบบ่อย ได้แก่ ลิวโคเพลเกีย (leukoplakia) และอีริโทรเพลเกีย (erythroplakia)⁶ ลิวโคเพลเกียเป็นแผ่นฝ้าสีขาวที่ไม่สามารถแยกได้ทั้งทางคลินิกหรือพยาธิสภาพว่าเป็นโรคอะไร เป็นการวินิจฉัยโรคทางคลินิกเท่านั้น และถ้าสามารถให้การตรวจวิเคราะห์ในขั้นต่อไปได้ว่าเป็นโรคหรือสภาวะใด รอยโรคสีขาวนั้นก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคลิวโคเพลเกียต่อไปอีก⁴ ลิวโคเพลเกียจัดเป็นรอยโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ที่พบได้บ่อยสุด มีความชุกประมาณร้อยละ 1-2 ส่วนใหญ่พบในเพศชาย อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบบ่อยขึ้นในผู้ที่ไชยาสูบ จากการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว พบว่าร้อยละ 0.7-2.9 ของลิวโคเพลเกียเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งในผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา⁷ อีริโทรเพลเกียหรือแผ่นฝ้าสีแดงพบน้อยกว่าแผ่นฝ้าสีขาว เป็นรอยโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพียงแตกต่างกันที่สี โดยเห็นเป็นแผ่นแบนราบหรือเป็นนูนแดง บางครั้งในแผ่นฝ้าแดงนั้นพบปุ่มนูน พร้อมกับมีจุดขาวๆ ของเคราตินเกิดขึ้นด้วย⁴ เนื้อเยื่อบริเวณนี้มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้สูงถึง

ร้อยละ 90⁸ สำหรับไลเคนพลาเนียในช่องปาก (oral lichen planus) ยังเป็นเรื่องถกเถียงกันอยู่ในศักยภาพของการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง อย่างไรก็ตามมีผู้ติดตามเฝ้าดูผู้ป่วยไลเคนพลาเนีย แล้วพบการเปลี่ยนแปลงในรอยโรคที่กลายเป็นมะเร็งได้สูงขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะให้ทำการติดตามเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคเป็นระยะๆ ด้วย⁴

อเน็โรคมะเร็งช่องปาก นับเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ที่พบว่ามีผลกระทบโดยตรงกับทั้งสุขภาพส่วนตัวของผู้ป่วย รวมไปถึงโครงสร้างของระบบครอบครัวและสังคม ในแต่ละปีพบว่ารัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณให้กับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ประเด็นสำคัญที่จะช่วยลดการสูญเสียดังกล่าวต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมดังที่กล่าวมาคือ มุ่งเน้นระบบสาธารณสุขเพื่อป้องกันและพัฒนาระบบคัดกรอง โดยเฉพาะรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากให้แก่ผู้ป่วย โดยดำเนินนโยบายในเชิงรุกเพื่อให้ทันตแพทย์ รวมทั้งทันตบุคลากรที่ต้องมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถที่จะให้การตรวจ เฝ้าระวัง และสามารถคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนที่รอยโรคดังกล่าวจะลุกลามไปเป็นโรคมะเร็งช่องปาก⁷ จากการศึกษาของ Moles และคณะ พบว่าในการตรวจคัดกรองด้วยสายตา พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) เฉลี่ยเท่ากับ 0.796 และมีค่าความเฉพาะเจาะจง (specificity) เฉลี่ยเท่ากับ 0.977 ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยสายตาจะเป็นวิธีที่ง่าย มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสามารถคัดกรองมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรกได้อย่างรวดเร็ว³ ทำให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยทั้งที่มีรอยโรคก่อนมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ระบบการคัดกรองจึงเพิ่มโอกาสการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น⁹ ยิ่งคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากมาก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เคี้ยวหมาก ก็จะมีโอกาสพบรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากได้มาก

ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ไปใช้พัฒนาแนวทางในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนถึงปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 10 หมู่บ้าน เขตอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากเลือก 10 ตำบลจากทั้งหมด 19 ตำบล หลังจากนั้นก็เลือกตำบลละ 1 หมู่บ้าน เพื่อกำหนดพื้นที่ในการออกให้บริการทันตกรรมเชิงรุก ได้แก่ หมู่บ้านหนองบัวขาว, โสภคาลัย, หนองคอนไทย, กุดเหม่ง, ศีระชะกระบือ, หนองฉนวน, จิว, กบกก, สามพันตา, กุดตุ้ม ในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองเท่ากับ 30,659 คน สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 379 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถามเพื่อคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามเพื่อคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก Korat model V2 ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ ใช้น้ำดื่มที่เค็มหรือดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 3 ผลการตรวจช่องปาก ได้แก่ การตรวจสภาพฟันที่ต้องอุด ถอน ฟันคุดหรือฟันโยก ฟันอ้าและสภาพฟันปลอม การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก เก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ รวม 3 คน และตรวจสภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ 1 คน โดยกำหนดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ลิ่วโคเพลเกีย อีริโทรเพลเกีย และไลเคน พลานัส วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และใช้สถิติ Fisher's Exact test ในการหาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก อนึ่งงานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิ (รหัส CPH.REC No 6/61)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 379 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากถึงร้อยละ 53.3 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 60-92 ปี อายุเฉลี่ย 70.08 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 57.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.9 และส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 53.8 สำหรับโรคประจำตัวพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 36.7 และโรคเบาหวานร้อยละ 23.7 (ตารางที่ 1) จากการตรวจสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากพบรอยโรคทั้งหมดร้อยละ 12.9 ได้แก่ รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 2.9 มะเร็งช่องปาก ร้อยละ 0.3 และรอยโรคอื่นร้อยละ 9.7 สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 80-89 ปี (ตารางที่ 2)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากโดยวิธี Fisher's Exact test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ การเคี้ยวหมาก (OR = 27.68 95% CI = 6.96-110.08, p = 0.000) ในขณะที่การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้น้ำดื่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กันกับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 379)

ลักษณะ	เพศชาย (n = 119)		เพศหญิง (n = 260)		ทั้งหมด (n = 379)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)						
60-69	53	44.5	149	57.3	202	53.3
70-79	45	37.8	83	31.9	128	33.8
80-89	21	17.6	25	9.6	46	12.1
มากกว่า 90 ปีขึ้นไป	0	0	3	1.2	3	0.8
สถานภาพสมรส						
โสด	2	1.7	14	5.4	16	4.2
สมรส	89	74.8	128	49.2	217	57.3
หย่าร้าง	2	1.7	4	1.5	6	1.6
หม้าย	26	21.8	114	43.8	140	36.9
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	3	2.5	12	4.6	15	4.0
ประถมศึกษา	102	85.7	239	91.9	341	89.9
มัธยมศึกษา/ปวช	12	10.1	7	2.7	19	5.0
ปวท/ปวส	0	0	1	0.4	1	0.3
ปริญญาตรี	2	1.7	1	0.4	3	0.8
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	57	47.9	147	56.5	204	53.8
เกษตรกร	59	49.6	98	37.7	157	41.4
รับจ้าง	1	0.8	8	3.1	9	2.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	1.7	7	2.7	9	2.4
โรคประจำตัว						
โรคความดันโลหิตสูง	29	24.4	110	42.3	139	36.7
โรคเบาหวาน	14	11.8	76	29.2	90	23.7

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (n = 379)

	คัดกรองรอยโรคในช่องปาก		รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก คน (%)	มะเร็งช่องปาก คน (%)	รอยโรคอื่น คน (%)	รวม คน
	ปกติ	ผิดปกติ				
เพศ						
ชาย	95 (79.8)	24 (20.2)	1 (0.8)	1 (0.8)	22 (18.6)	119
หญิง	235 (90.4)	25 (9.6)	10 (3.8)	0 (0)	15 (5.8)	260
กลุ่มอายุ(ปี)						
60-69	181 (89.6)	21 (10.4)	3 (1.5)	1 (0.5)	17(8.4)	202
70-79	113 (88.3)	15 (11.7)	3 (2.3)	0 (0)	12 (9.4)	128
80-89	33 (71.7)	13 (28.3)	5 (10.9)	0 (0)	8 (17.4)	46
90 ปีขึ้นไป	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0(0)	3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากกับปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	การเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก		OR	95% CI	p-value
	เกิด (ร้อยละ)	ไม่เกิด (ร้อยละ)			
สูบบุหรี่					
สูบ	1 (1.6)	60 (98.4)	0.45	0.06-3.58	0.696*
ไม่สูบ	10 (3.6)	270 (96.4)			
ใช้ยาสูบ					
ใช้	0 (0)	7 (100)			1.000*
ไม่ใช้	11 (3.3)	323 (96.7)			
เคี้ยวหมาก					
เคี้ยว	8 (21.6)	29 (78.4)	27.68	6.96-110.08	0.000*
ไม่เคี้ยว	3 (1.0)	301 (99.0)			
ดื่มแอลกอฮอล์					
ดื่ม	1 (1.0)	101 (99.0)	0.23	0.03-1.79	0.184*
ไม่ดื่ม	10 (4.2)	229 (95.8)			

*Fisher's Exact test

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากของประชาชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมเชิงรุก พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากร้อยละ 2.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hassona Y.¹⁰ ที่ประเทศจอร์แดน ร้อยละ 2.8 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของ Chher T และคณะ¹¹ ที่ประเทศกัมพูชา ร้อยละ 5.6, C-H Chung และคณะ¹² ที่ประเทศไต้หวันร้อยละ 12.7, S Kumar และคณะ¹³ ที่ประเทศอินเดีย ร้อยละ 13.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim K และคณะ¹⁴ ที่กล่าวว่าความชุกของการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากแตกต่างกันในแต่ละประเทศพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.2 ถึงร้อยละ 25 ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างกันด้านสภาพสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และรูปแบบการดำเนินชีวิต เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากพบว่าการเคี้ยวหมาก เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก¹² ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่กินหมาก และอมหมากไว้ที่กระพุ้งแก้มเป็นประจำ ปูนที่ใช้ทานกับหมาก จะกัดเนื้อเยื่อในช่องปาก และเกิดการระคายเคืองจากความแข็งของหมากที่เคี้ยว ก็อาจทำให้เซลล์ของเนื้อเยื่อกระพุ้งแก้ม

เกิดการเปลี่ยนแปลงได้¹⁵ อีกทั้งการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยที่มีค่า OR สูงกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นซึ่งตรงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{5,12,13} และเนื่องจากพื้นที่ที่ใช้ศึกษาเป็นเขตชนบทในจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งพบว่าผู้สูงอายุนิยมเคี้ยวหมากอยู่¹⁶ ทำให้เพิ่มโอกาสในการพบกลุ่มตัวอย่างที่เคี้ยวหมากได้มากยิ่งขึ้น การบริโภคยาสูบพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากไม่สอดคล้องกับรายงานของ The U.S. Public Health Service ที่ได้ยืนยันอย่างแน่ชัดว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุโดยตรงของมะเร็งช่องปาก⁴ และจากการศึกษาของ C-H Chung และคณะ¹² และ S Kumar และคณะ¹³ ก็สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากในยาสูบมีสารก่อมะเร็งอยู่หลายชนิด การศึกษารังนี้ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่พบเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเพียงร้อยละ 1.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่น้อยลง ทั้งปริมาณและระยะเวลา เนื่องจากมาตรการและกลไกของภาครัฐ เช่น การบังคับใช้มาตรการและกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่อย่าง เป็นรูปธรรม การสนับสนุนการชวนเลิกบุหรี่ในชุมชน การให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยจากควันบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Merletti et al , Blot et al ที่ว่าปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็ง

ช่องปาก^{17,18} จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของการบริโภคยาสูบกับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก

การใช้ยานัตถุพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากไม่สอดคล้องกับรายงานของ International Agency for Research on Cancer, (IARC) ที่ได้สรุปว่ามีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยันได้ว่าอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากในคนที่ใช้ยานัตถุจะสูงกว่าในคนที่ไม่บริโภคยาสูบหลายเท่า⁴ แต่การศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ใช้ยานัตถุไม่พบเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่ใช้ยานัตถุมีน้อยเพียงร้อยละ 2.4 ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของการยานัตถุกับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก

การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากซึ่งสอดคล้องกับ C-H Chung และคณะ¹² และ S Kumar และคณะ¹³ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในอเมริกา ยุโรป จีน เกาหลี ที่พบว่า การดื่มสุราและปริมาณที่ดื่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก⁵ ซึ่งปัญหาในการศึกษาว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างเดียวหรือไม่ก็คือนักดื่มหนักจะเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จัดและอีกปัญหาหนึ่งคือการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะทุโภชนาการจะมีผลต่อการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ปัญหาสุดท้ายเป็นการยากที่จะประเมินปริมาณเฉลี่ยของการดื่มแอลกอฮอล์คือ มักได้รับการบอกปริมาณที่น้อยกว่าความเป็นจริงและขึ้นอยู่กับเทศกาล⁴ จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมาก ดังนี้ พบยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 13.8 โดยสูบเฉลี่ยวันละ 9.8 มวน เป็นเวลาต่อเนื่อง 36.9 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 5.4 และเคี้ยวหมากอยู่ร้อยละ 9.1 ซึ่งเคี้ยวมากกว่าภาคอื่นๆ อย่างชัดเจน ยกเว้นภาคใต้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทก็ยังคงเคี้ยวหมากมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองอย่างชัดเจน ด้านการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากพบว่า การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุขเป็นช่องทางหลักที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

ช่องปากมากที่สุดร้อยละ 54.7 ดังนั้น หากต้องการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ควรสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ที่สามารถเข้าถึงตัวและให้ความรู้ที่มีคุณภาพได้ ในส่วนของการเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่ามากกว่าครึ่ง ร้อยละ 59 ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ไปรับบริการคือ รู้สึกว่าช่องปากตนเองไม่มีความผิดปกติร้อยละ 85.6¹⁶ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ายังมีผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะการเคี้ยวหมาก อีกทั้งยังขาดการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ ดังนั้นควรมีกลไกในการดำเนินการทั้งด้านการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากให้กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมตามปกติในคลินิกทันตกรรม อีกทั้งใช้รูปแบบการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน โดยให้อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) แจกแบบตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเองแก่ประชาชนรวมถึงสอบถามข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก หากประชาชนระบุว่ามียโรคในช่องปาก อสม. จะนัดไปรับการตรวจจากทันตภิบาลและทันตแพทย์ต่อไป ซึ่งจะทำให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงการคัดกรองรอยโรคได้อย่างทั่วถึง ในสถานการณ์ที่มีทันตบุคลากรไม่เพียงพอต่อการไปตรวจคัดกรองให้ทุกคนในชุมชนได้¹⁹ อีกทั้งเผยแพร่ให้ความรู้แก่ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับประชาชน เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งช่องปาก รวมทั้งคอยสังเกตความเปลี่ยนแปลงของช่องปาก หากพบว่ามีความผิดปกติควรรีบไปปรึกษาแพทย์ก่อนที่มะเร็งจะลุกลามต่อไปจนเป็นอันตรายต่อชีวิต

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ มีข้อจำกัดในเรื่องการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย เนื่องจากผู้ได้รับการตรวจที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นต้นว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากไม่ยอมไปรับการตัดชิ้นเนื้อ เพื่อวินิจฉัยและรับการรักษาตามการส่งต่อ เนื่องจากความกลัว วิตกกังวล ไม่มีคนพาไป และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นจะต้องพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปคือพบการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการเคี้ยวหมาก ดังนั้นจึงควรนำมา

พิจารณาเป็นแนวทางในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งช่องปากในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้โอกาสพบรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากน้อย หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษากลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเพิ่มโอกาสพบการเกิดรอยโรคมากขึ้นและเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2016. Nontaburi: Ministry of Public Health; P83.
2. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Sangsajrang S, Buasom R. Cancer in Thailand, Vol VIII. 2010-2012. Bangkok. Thailand:Thammada Press (Thailand) Co; 2015
3. Thienkingkeaw W. The Incidence and early oral cancer screening of Krabi Province in 2010. Thailand J dent Public Health 2011; 16(1):33-43.
4. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health . Guidelines for oral cancer screening and management for dental personnel . Namo Printing and Publishing. 2007 [cited 2018 Jan 2]; Available from: http://www.thai.dentistagainsttobacco.org/images/stories/data/oc_handbook.pdf
5. Promthet S, Kamsa-ard S, Vatanasapt P, Wiangnon S, Suwanrungruang K, Poomphakwaen K. Risk factors for cancers: a cohort study in Khon Kaen, Northeast Thailand. Khon Kaen Univesity. 2010 [cited 2018 Jan 2]; Available from:<http://kb.hsri.or>

th/ dspace/bitstream/handle/11228/3402/hs1879.pdf?sequence=3&isAllowed=y

6. Van der Waal .Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. Oral Oncology 2009 : 45: 317-23 .
7. Oral Diseases Group of Thailand. Clinical Practice Guideline for Oral Potentially Malignant Disorders . 2013 [cited 2018 Jan 2]; Available from:https://www.dropbox.com/s/z03bj75dju92bk2/ODGT-PMD_guideline2013.pdf?fbclid=IwAR0-yVThLzogQiwflcbQDB7Yhg04wuMQm9YSaeBhVge_RTfAW6FA72V1Luw
8. George A, Sreenivasan B, Sunil S, Varghese S, Thomas J, Gopakumar D, Mani V. Potentially malignant disorders of oral cavity. OMPJ 2011;2: 95-100.
9. Tangcharoendee N, Prasertsom P, Arunprapan S. Development of Oral cancer screening program in dental clinic, 4 studies in Thailand between 2008-2014. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2007: 80-91 .
10. Hassona Y. Oral potentially malignant disorders among dental patients: a pilot study in Jordan. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15(23) : 10427-31.
11. Chher T, Hak S, Kallarakkal TG et al . Prevalence of oral cancer , oral potentially malignant disorders and other oral mucosal lesions in Cambodia. Ethn Health 2018 ; 23(1) : 1-15
12. C.-H. Chung, Y.-H. Yang ,T.-Y. Wang, T.-Y. Shieh, and S. Warnakulasasuriya. Oral precancerous disorders associated with areca quid chewing, smoking and alcohol drinking in southern Taiwan. J Oral Pathol Med 2005. ; 34(8) : 460-466.

13. S Kumar, N Debnath , M B. Ismail et al .
Prevalence and risk factors for oral potentially malignant disorders in Indian population. *Advances in Preventive Medicine* 2015 .1-7.
14. Lim K, Moles DR, Downer MC, Speight PM. Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. *Br Dent J* 2003; 194:497-502.
15. Dental Hospital Faculty of Dentistry Naresuan University . Oral Potentially Malignant Disorders and Oral cancer. [cited 2018 Jan 10]; Available from: <http://www.info.dent.nu.ac.th/dentalHospital/index.php/2012-09-18-18-57-27/7-2013-01-05-23-27-44/28-2013-01-05-23-42-01>
16. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. The 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017
17. Merletti, Beffeta P , Ciccone G , Mashberg A, Terracini B. Role of tobacco and alcoholic beverage in the etiology of cancer of the oral/oropharynx in Torino, Italy. *Canber Res* 1989; 49:19-24.
18. Blot WJ ,McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF , Greenberg RS , Preson-Martin et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988; 48:3282-7
19. Tangcharoendee N, Prasertsom P, Leelaadisorn N, Arunprapan S . Feasibility study of community-based, oral cancer screening trial in Roi-ed, Thailand . [cited 2018 Jan 14]; Available from: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=1983