

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

พรนภา ไชยอาสา* สุจิรา พึ่งเฟื่อง* ศุภกร พิทักษ์การกุล**
โสมสิริ รอดพิพัฒน์* ลาลิน เจริญจิตต์***

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีโรคร่วมมีจำนวนสูงขึ้น เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งโรคร่วมอาจส่งผลต่อการวินิจฉัย การรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง แม้จะมีฉันทามติเกี่ยวกับวิธีการบันทึก ดีความ หรือจัดการโรคร่วมในบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่เป็นโรคร่วมมีโอกาสน้อยที่จะได้รับการรักษาด้วยความตั้งใจที่จะรักษา วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เพื่อรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม และสังเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 โดยสืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ พบงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและการประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า อัตราการรอดชีวิต ระยะเวลาก่อนการเสียชีวิต และอัตราการกลับซ้ำของโรคมะเร็งที่เป็นปัจจัยการพยากรณ์ของโรคมะเร็งจะเปลี่ยนแปลงตามความรุนแรงของโรคร่วมและอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการประเมินและทบทวนแนวทางการดูแลโรคร่วมในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการช่วยแก้ไขปัญหา รวมถึงการปรับปรุงฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม การพัฒนาเครื่องมือทางคลินิกที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับผู้ป่วย จะช่วยในการตัดสินใจเกิดการบูรณาการการดูแลรักษาที่ดีขึ้น เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีโรคร่วมต่อไป

คำสำคัญ : โรคมะเร็ง ผลลัพธ์ทางคลินิก โรคร่วม ผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สุจิรา พึ่งเฟื่อง, E-mail: Sujira.jira@bcnnon.ac.th

Received: December 22, 2021

Revised: April 8, 2022

Accepted: April 8, 2022

Clinical outcomes of cancer treatment in the elderly with comorbidities:

A systematic review

Pornnapa Chaiarsa* Sujira Foongfaung* Supakorn Pitakkarnkul**

Somsiri Rodpipat* Lalin Charoenchit***

Abstract

The number of comorbidities in cancer patients has increased recently. The increasing proportion of older patients with comorbidities may impact the diagnosis, treatment, and outcomes of cancer patients. Although there is consensus on how to capture, interpret, or manage comorbidities in the context of cancer patients, clinical outcomes have been found to be less likely to be treated with intent. The purpose of this systematic literature review is to compile research on the clinical outcomes of cancer treatment in older people with comorbidities. Our aim is to summarize the clinical outcomes of cancer treatment in older people with comorbidities between 2012 and 2021 by systematically searching electronic databases. Both national and international research studies were conducted. There were a total of 10 studies that met the inclusion criteria and passed the critical appraisal. The study showed that survival rate, cancer-free period, and the rate of cancer recurrence, a prognostic factor, worsen with increasing comorbidity and age. Therefore, the results of the study highlight the importance of assessing and reviewing comorbidities in older people with cancer. This is a problem-solving technique that involves updating the database for patients with comorbidities. Existing clinical tools tailored to the patient aid in decision making for improved care integration to improve clinical outcomes in older adults with cancer who have comorbidities. The study findings underscore the importance of assessing and reviewing comorbidities in older adults with cancer.

Keywords: cancer, clinical outcome, comorbidity, older adult, systematic review

*Borommarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

**Department of Gynecology National Cancer Institute, Bangkok, Thailand

***Borommarajonani College of Nursing, Bangkok, Praboromrajchanok Institute, Thailand

Corresponding Author: Sujira Foongfaung, E-mail: Sujira.jira@bcnnon.ac.th

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged Society) จากข้อมูลสถิติเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 11.62 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพตามมา รวมถึงโรคเรื้อรังที่เป็นกันมากและพบได้บ่อยเนื่องจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในวัยทำงานที่สะสมต่อเนื่องกันมาเป็นเวลานานจนทำให้เกิดโรคเรื้อรังขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และโรคมะเร็ง ฯลฯ

โรคมะเร็งจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และเป็นอุปสรรคสำคัญในการเพิ่มอายุขัยในทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 หรือ 2 ก่อนอายุ 70 ปี ใน 112 ประเทศจาก 183 ประเทศ² และในประเทศไทยโรคมะเร็งพบมากเป็นอันดับแรกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นเช่นเดียวกัน ซึ่งโรคมะเร็งพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 930.20 คนต่อแสนประชากร และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น³⁻⁴ และในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคร่วมหรือโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคทางจิตเวชมากกว่าร้อยละ 64.00⁵ รวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรคมากกว่าร้อยละ 50.00 มีผลกระทบต่อการรักษาโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นโรคร่วมมีผลลัพธ์การรักษา อัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มียโรคร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลายโรคร่วมกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

แย่ลง และยังส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลายโรคร่วมรวมถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคร่วมมีผลลัพธ์การรักษาที่แย่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มียอาการดังกล่าว⁶⁻¹⁰

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโรคร่วมเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลกระทบของโรคร่วมในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีโรคร่วมครั้งนี้ จะช่วยให้เห็นถึงผลกระทบของโรคร่วมต่อผลลัพธ์ของการรักษา เป็นประโยชน์ในการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และให้เห็นถึงความสำคัญที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาโรคมะเร็งตามประเภทของการรักษาในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เพื่อผสมผสานการตรวจและประเมินโรคร่วมที่เป็นมาตรฐาน และกำหนดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม
2. เพื่อสังเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

การสืบค้นงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) โดยการใช้คำค้นหาและ/หรือ Medical Subject Heading (MeSH) เป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่

1.1 กรณีเอกสารภาษาไทย : “ผลลัพธ์ทางคลินิก” “โรคร่วม/โรคประจำตัว” “การรักษา” “อัตราการรอดชีวิต” “ระยะเวลาการปลอดจากโรคมะเร็ง” “การกลับซ้ำของโรค” “การแพร่กระจายของโรค” “ผู้สูงอายุ” “โรคมะเร็ง”

1.2 กรณีเอกสารภาษาอังกฤษ : “clinical outcome” “Comorbidity” “Older adult” “geriatric” “cancer treatment” “survival rate” “disease-free survival” “recurrent cancer” “cancer” “carcinoma”

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลบทความจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Database) ทั้งงานวิจัยในประเทศไทย ได้แก่ Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) และงานวิจัยต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, ScienceDirect, Cochrane library, SpringerLink เฉพาะบทความที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้นรวมถึงสืบค้นครอบคลุมบทความที่อยู่ก่อนการตีพิมพ์

3. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลรายงานการวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของ Grey Literature เช่น ปรินซ์นิพนธ์ ได้แก่ TDC-ThaiLIS, ProQuest และเว็บไซต์ Google Scholar

4. เมื่อทำการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่าง ๆ จึงจัดการเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยทั้งหมด ที่สามารถสืบค้นได้ เข้าไปในโปรแกรม Mendeley Desktop เพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออกไป

เกณฑ์คัดเข้า/คัดออก

ประเภทของการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางคลินิกของการ

รักษาโรคมะเร็ง ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ด้วยเครื่องมือ PICO ดังนี้

P (Population or problem) คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งอายุ 60 ปีขึ้นไป

I (Intervention or exposure) คือ โรคร่วม/โรคประจำตัว

C (Comparison or control) คือ กลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม หรือกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

O (Outcome) คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก (อัตราการรอดชีวิต ระยะเวลาการปลอดจากโรคมะเร็ง การกลับซ้ำของโรค และการแพร่กระจายของโรค)

การคัดเลือกรายงานวิจัยตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1) งานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ

2) ไม่ใช่รายงานการวิจัยฉบับเต็ม

3) บทความรอการตีพิมพ์ (Article in press)

การสกัดข้อมูล

บทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้รับการระบุและตรวจสอบโดยอิสระโดยผู้ตรวจสอบ 2 คน โดยมีข้อขัดแย้งทั้งหมดได้รับการแก้ไขผ่านการสนทนา

โดยใช้แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน ข้อมูลต่อไปนี้ถูกดึงข้อมูลสำหรับแต่ละบทความโดยผู้วิจัยคนแรก และตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบคนที่ 2 : ชื่อหรือนามสกุลผู้เขียนคนแรก ปีที่พิมพ์ ลักษณะการศึกษา (การออกแบบ ประเทศ การรับสมัคร และระยะเวลาติดตามเฉลี่ยสำหรับอนาคต ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการรอดชีพ ระยะเวลาการปลอดจากโรคมะเร็ง และการกลับซ้ำของโรค), ลักษณะของผู้เข้าร่วม (ขนาดตัวอย่าง อายุเฉลี่ย ชนิดของ

โรคมะเร็ง ชนิดของโรคร่วม การรักษาโรคมะเร็ง พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และจำนวนผู้ป่วย) โดยคัดเลือกงานวิจัยที่เป็น การศึกษาในอนาคตด้วยการออกแบบกลุ่ม ประชากรตามรุ่น (prospective cohort study) งานวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (case control studies) การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ สุ่ม ช นิต มี ก ลุ่ม ค ว บ คຸມ (Randomized Controlled Trial: RCT) และการวิเคราะห์ห่อภิ มาณ (meta-analysis) ที่มีการรายงานอัตราส่วน ความเสี่ยงอันตราย (Hazard ratio; HR หรือ HRs) อัตราเสี่ยง (Odds ratio; OR) ที่มีช่วงความ เชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval; CIs) การควบคุมสำหรับปัจจัยรบกวน (confounding factor) การปรับค่า ตัวแปรร่วม (covariates) และ อคติที่อาจเกิดขึ้น หากมีข้อมูลสำหรับผู้เข้ารับ การทดลองของผู้ป่วยไม่มีคนในครอบครัวเป็น มะเร็งภายในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันก็ถูกบันทึก เช่นกัน ในกรณีที่ชุดข้อมูลทับซ้อนกันหรือทำซ้ำ จะรวมเฉพาะข้อมูลล่าสุดเท่านั้น การศึกษาที่ระบุ ทั้งหมดได้รับการตรวจสอบอย่างอิสระโดยผู้วิจัย สองคน

การประเมินคุณภาพงานวิจัย

เมื่อการคัดเลือกงานวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์ 2017 (The Joanna Briggs Institute of Critical Appraisal, 2017)¹¹ โดยการแปล เครื่องมือการประเมินคุณภาพงานวิจัยนี้ แล้วให้ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 3 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องของการแปลเพื่อความ รวมทั้ง ความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบประเมิน คุณภาพงานวิจัย จากนั้น ให้ผู้วิจัย 2 คนที่เป็น อิสระต่อกันประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผ่านการ

คัดเลือกงานวิจัยมาแล้ว ถ้าเห็นไม่ตรงกัน จะ แก้ปัญหาได้ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของ บุคคลที่ 3 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินงานวิจัยที่ศึกษาใน อนาคตด้วยการออกแบบกลุ่มประชากรตามรุ่น (Checklist for Cohort Studies) จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินงานวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (Checklist for case control studies) จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการ สังเคราะห์งานวิจัย (Checklist for systematic reviews and research syntheses) จำนวน 11 ข้อ ในแต่ละข้อจะประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยการ ให้คะแนน “ใช่” (1 คะแนน) “ไม่แน่ใจ” (0.5 คะแนน) “ไม่ใช่” และ “ไม่สามารถใช้ได้” (0 คะแนน) โดยงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงจะต้องมี คะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.00 ในทุกประเภท ของงานวิจัย ถ้าต่ำกว่า ร้อยละ 80.00 บทความ วิจัยนั้นจะถูกคัดออก

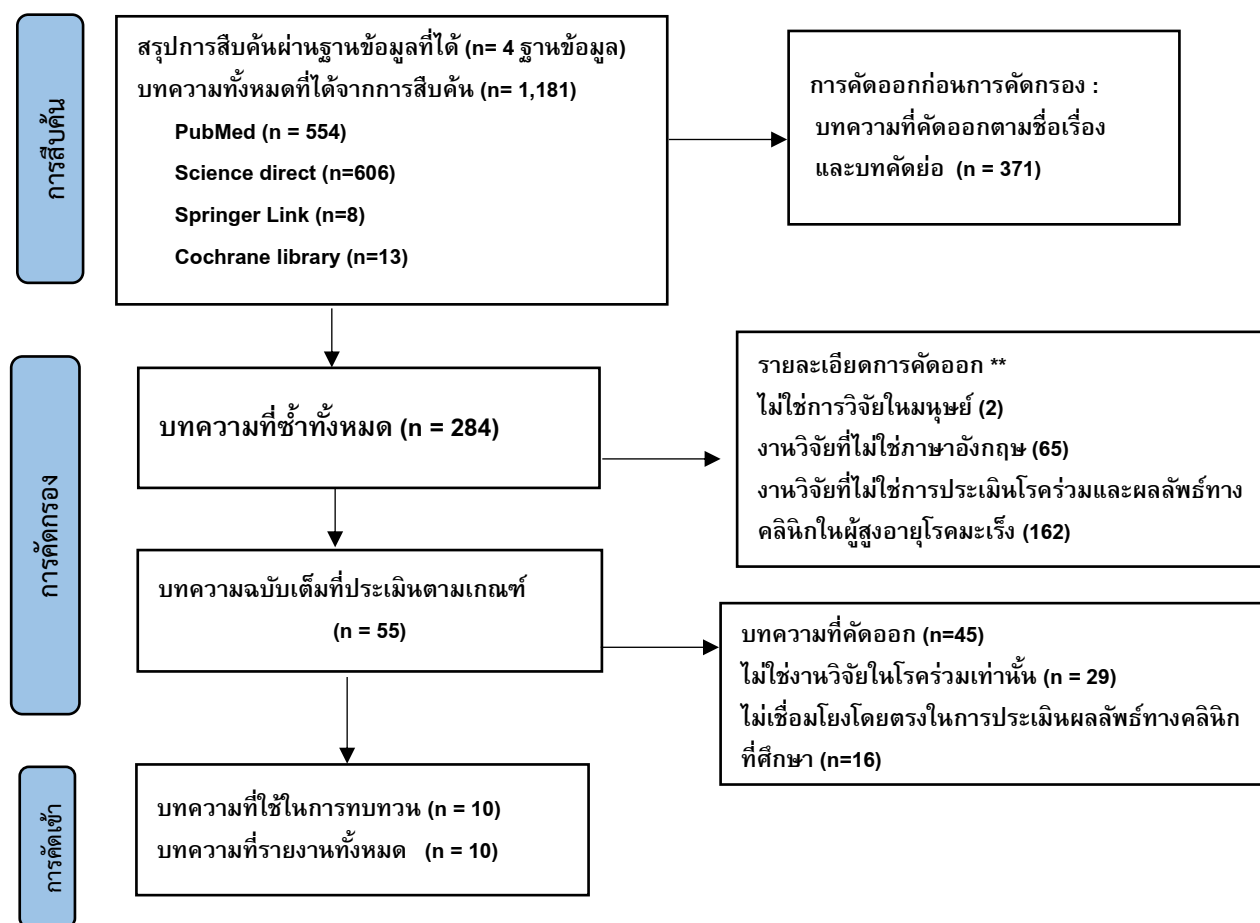
การสังเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เบื้องต้นมุ่งเน้นที่การ วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษา โรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ประกอบด้วย อัตราการรอดชีวิต ระยะเวลาการปลอดจาก โรคมะเร็ง และการกลับซ้ำของโรค

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ได้สืบค้นงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555-2562 (ค.ศ. 2012-2021) พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 1,181 เรื่อง ซึ่งเมื่อผ่านขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ ทำให้ได้งานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง ดังแผนภาพที่ 1

ผลการสืบค้นและคัดเลือกรงานวิจัย



แผนภาพที่ 1 PRISMA flow diagram¹²

ตารางที่ 1 ตารางสรุปประเด็นการสืบค้นข้อมูล

ประเด็นการอ้างอิง	อัตราการรอดชีวิต/ อัตราการเสียชีวิต	ระยะเวลาการปลอดจากโรคมะเร็ง	การกลับซ้ำของโรค
de Boer, et al. (2021) ¹³	1		
Niksic, et al. (2021) ¹⁴	1		
Ghanizada, et al. (2021) ¹⁵	1		1
Ruud Kjær et al. (2021) ¹⁶	1		1
Desai, et al. (2019) ¹⁷	1		1
Schimansky et al. (2019) ¹⁸	1		
Derks, et al. (2019) ¹⁹	1		
Boakye, et al. (2018) ²⁰	1		
Haller, et al. (2015) ²¹	1	1	
Kiderlen, et al. (2014) ²²	1		1

ตารางที่ 2 ข้อมูลการศึกษาที่คัดเข้าสู่การวิเคราะห์ โดยแสดงอัตราส่วนความเสี่ยงอันตรายที่รายงาน
ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

ชื่อผู้แต่ง (ปี)	วิธีการดำเนิน การวิจัย	ตัวอย่าง				การ ประเมิน โรคร่วม	ผลการศึกษา HR (95%CI)
		ชนิดของ มะเร็ง	จำนวน (ราย)	อายุ (ปี)	การ รักษา		
de Boer, et al. (2021) ¹³	cohort study	มะเร็งเต้านม ระยะที่ I-III	7,511	≥70	S	CCI	OS =2.44 (1.70–3.50)
Niksic, et al. (2021) ¹⁴	cohort study	มะเร็งปอด	1,259	M=63.2, SD=11.7	S± RT, CMT	RCS	ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม อย่างน้อย 1 หรือ 2 โรค OS ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ มีโรคร่วม 40% 1.4 (1.1–1.7) สำหรับ multi-morbidity:1.4 (1.1–1.8)
Ghanizada, et al. (2021) ¹⁵	case-control study	มะเร็งช่องปาก ชนิด SCC	ผู้ป่วย = 1,183 กลุ่มควบคุม =11,830	Median =62.0	All Treatment	CCI ≥ 3 vs CCI=0	OS=1.98 (1.58–2.48), RFS=1.55(1.25–1.94)
Ruud Kjær et al. (2021) ¹⁶	case-control study	มะเร็งศีรษะ และคอชนิด SCC	25,388	M=63.2, (95%CI: 63.04-63.33)	All Treatment	CCI	OS โรคร่วมระดับน้อย =1.48 (1.41-1.57) OS โรคร่วมระดับแรง =1.94(1.78-2.12)
Desai, et al. (2019) ¹⁷	cohort study	มะเร็งเต้านม ระยะที่ I-III	10,452	≥ 60	AET	CCI	OM = 1.49 (1.02–2.18)
Schimansky et al. (2019) ¹⁸	Multi-centre cohort study	มะเร็งศีรษะและ คอ	2,272 จาก 5,478	M= 60.8 SD=10.5	All Treatment	ACE 27	โรคร่วมระดับเล็กน้อย 1.4 (1.1-1.7) ระดับปานกลาง 1.7(1.3- 2.2) ระดับรุนแรง 2.8(1.9-4.0)
Derks, et al. (2019) ¹⁹	cohort study	มะเร็งเต้านม	3,159 อายุ<70= 2,203 อายุ ≥70= 956	<70 vs ≥70	S, RT, CMT	ไม่มีโรค มี 1-2 โรค และ>2 โรค	อายุ<70 ปี (sHR)= 3.11 (1.87-5.16), อายุ≥70 ปี (sHR)=12.05 (8.52-17.04)
Boakye, et al. (2018) ²⁰	Meta-analysis cohort study	มะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง	- 37 cohort study 35 เรื่อง	≥ 65	S	ผู้ที่มีโรคร่วม เล็กน้อย/ปาน กลาง และ รุนแรง	ในกลุ่มที่มีโรคร่วม เล็กน้อย/ปานกลาง OM = 1.41 (1.23–1.62), ในกลุ่มที่มี โรคร่วมรุนแรง OM= 2.03 (1.76–2.34)

ชื่อผู้แต่ง (ปี)	วิธีการดำเนิน การวิจัย	ตัวอย่าง				การ ประเมิน โรคร่วม	ผลการศึกษา HR (95%CI)
		ชนิดของ มะเร็ง	จำนวน (ราย)	อายุ (ปี)	การ รักษา		
Haller, et al. (2015) ²¹	4 randomized controlled trials (RCT)	มะเร็งลำไส้ ใหญ่ระยะที่ III	4,819 ราย LV/5-FU=1,921 XELOX/ FOLF OX= 2,898	<70 vs ≥70	CMT	CCI 1≤1 vs >1 NCI 1≤1 vs >1	DFS < 70 ปี 0.68 (0.61-0.76), ≥70 ปี = 0.77 (0.62-0.95)
Kiderlen, et al. (2014) ²²	cohort study	มะเร็งเต้านม	3,672	M=76.5 SD=7.4	All Treatment	The ICD-10 classification	OS 1.20 (1.13- 1.27) และกลุ่มที่โรค ร่วมเพิ่มขึ้น 1.09(1.05-1.13) DRFP อายุ <75 =1.09(1.01-1.19), อายุ ≥75 = 0.94 (0.87-1.02)

- Charlson Comorbidity Index (CCI), National Cancer Institute Combined Index (NCI), The Adult Comorbidity Evaluation 27 (ACE 27), The Royal College of Surgeons-modified Charlson score (RCS)
- Surgery (S), Radiation therapy (RT), Chemotherapy (CMT), Adjuvant Endocrine Therapy (AET)
- squamous cell carcinoma (SCC), Overall survival (OS) or Overall mortality (OM), Recurrence-free survival (RFS) or, disease-free survival (DFS), Relapse-free period (RFP), Distant recurrence-free period (DRFP)

จากตารางที่ 2 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

จากงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยที่เป็นศึกษาในอนาคตด้วยการออกแบบ กลุ่มประชากรตามรุ่นจำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยแบบ มีกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) 1 เรื่อง และ RCT 1 เรื่อง พบ ผลการศึกษาดังนี้

จากการศึกษาพบโรคร่วมในผู้สูงอายุ โรคเมเร็งที่มีทั้งโรคทางด้านร่างกายและทางด้าน จิตใจ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคตับอักเสบ โรคซึมเศร้า และความวิตก กังวล เป็นต้น โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเมเร็ง เต้านม โรคเมเร็งศีรษะและคอชนิดสแควมัสเซลล์ โรคเมเร็งปอด โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคเมเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson comorbidity index) ซึ่งเป็นเครื่องมือ มาตรฐานประกอบด้วย 23 โรคร่วม คะแนนรวม

0 - 42 คะแนนโดยคะแนนมาก หมายถึงโรค ร่วมมีความรุนแรงมาก ถ้าคะแนนน้อย หมายถึง โรคร่วมมีความรุนแรงน้อย ออกแบบโดยเฉพาะ เพื่อทำนายการเสียชีวิตในระยะยาวในกลุ่ม ประชากรทางคลินิกต่าง ๆ ทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤต การบาดเจ็บ และผู้ป่วย โรคเมเร็ง รวมถึงช่วยในการทำนายและ วินิจฉัยโรค

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็ง เต้านม จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย การศึกษาใน มะเร็งเต้านมระยะที่ I-III ที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่า อัตราการรอดชีวิต โดยรวมของที่มีโรคร่วม HR= 2.44 (95%CI:1.70-3.50) และรักษาด้วยยาต้าน ฮอว์โมน หลังการรักษาอื่น ๆ (Adjuvant Endocrine Therapy) พบว่า อัตราการเสียชีวิต โดยรวม HR=1.49 (95%CI:1.02-2.18) และ ตัวอย่างที่ได้รับหลายๆการรักษาพร้อมกัน พบว่า

โรคร่วมและอายุที่มากขึ้นส่งผลต่ออัตราการตาย และอัตราการกลับซ้ำของโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น อัตราการตายในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 70 ปี $sHR = 3.11 (95\%CI: 1.87-5.16)$ ในกลุ่มที่อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 70 ปี $sHR = 12.05 (95\%CI: 8.52-17.04)$ อัตราการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 75 ปี $sHR = 1.09 (1.01-1.19)$ และในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี $DRFP = 0.94 (95\%CI: 0.87-1.02)$

ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอ ชนิด ส เ ค ว ม ั ส เ ช ล ล์ (Squamous cell carcinoma; SCC) จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า อัตราการรอดชีวิตโดยรวมในกลุ่มที่มีโรคร่วมระดับน้อย $HR = 1.48 (95\%CI: 1.41-1.70)$ และในกลุ่มที่มีโรคร่วมระดับแรง $HR = 2.80 (95\%CI: 1.90-4.00)$ ในโรคมะเร็งช่องปากชนิด ส เ ค ว ม ั ส เ ช ล ล์ พบว่า อัตราการรอดชีวิตโดยรวม $HR = 1.98 (95\%CI: 1.58-2.48)$ และอัตราการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง $HR = 1.55 (95\%CI: 1.25-1.94)$ จะเห็นได้ว่า อัตราการรอดชีวิตและอัตราการกลับซ้ำของโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรคร่วมของตัวอย่าง

โดยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด จำนวน 1 เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 1 เรื่อง และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 1 เรื่อง พบว่า การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 หรือ 2 โรค อัตราการรอดชีวิตโดยรวมต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 40 $HR = 1.40 (95\%CI: 1.10-1.80)$ ในกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มที่มีโรคร่วมเล็กน้อย/ปานกลาง อัตราการเสียชีวิต $HR = 1.41 (95\%CI: 1.23-1.62)$ และในกลุ่มที่มีโรคร่วมรุนแรง $HR = 2.03 (95\%CI: 1.-2.34)$ และในโรคมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ระยะที่ III ระยะเวลาการปลอดจากโรคมะเร็ง ในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 70 ปี $HR = 0.68 (95\%CI: 0.61-0.76)$ และในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี $HR = 0.77 (95\%CI: 0.62-0.95)$

สรุป

จากผลการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าการประเมินโรคร่วมมีเครื่องมือในการประเมินหลายชนิด แต่ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson comorbidity index) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานประกอบด้วย 23 โรคร่วม คะแนนรวม 0 - 42 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึงโรคร่วมมีความรุนแรงมาก ถ้าคะแนนน้อย หมายถึงโรคร่วมมีความรุนแรงน้อย ออกแบบโดยเฉพาะเพื่อทำนายการเสียชีวิตในระยะยาวในกลุ่มประชากรทางคลินิกต่างๆ ทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤต การบาดเจ็บ และผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงช่วยในการทำนายและวินิจฉัยโรค²³ ดังนั้นการให้ความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไต โรคตับอักเสบ โรคซึมเศร้า และความวิตกกังวล ฯลฯ และอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่จะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการปลอดจากโรคมะเร็ง และการกลับซ้ำของโรคที่แย่ลง ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการพยากรณ์ของโรคมะเร็ง เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางด้านการประเมินและการดูแลสามารถทำงานร่วมกันระหว่างทีมการดูแลสหสาขาวิชาชีพ และนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจที่จะเพิ่มความแม่นยำในการดูแลรักษา ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีโรคร่วม ดังนั้นกลยุทธ์ใน

การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ รวมถึงการปรับปรุง
ฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม การพัฒนา
เครื่องมือทางคลินิกที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับ
ผู้ป่วย จะช่วยในการตัดสินใจ เกิดการบูรณา
การที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการประสานการดูแล
ผู้ป่วย และการพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากรทีม
สุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย

References

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly statistics 2020. [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/967>. (in Thai).
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49. doi: 10.3322/caac.21660.
3. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al. Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018. Bangkok, Thailand; 2021. (in Thai).
4. Williams GR, Mackenzie A, Magnuson A, et al. Comorbidity in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2016;7(4):249–57. doi: 10.1016/j.jgo.2015.12.002.
5. Wenkstetten-Holub A, Fangmeyer-Binder M, Fasching P. Prevalence of comorbidities in elderly cancer patients. *Memo*. 2021;14: 15–9. doi: 10.1007/s12254-020-00657-2.
6. Sogaard M, Thomsen RW, Bossen KS, Sørensen HT, Nørgaard M. The impact of comorbidity on cancer survival: a review. *Clin Epidemiol*. 2013;5(Suppl 1):3-29. doi: 10.2147/CLEP.S47150.
7. Sun V, Burhenn PS, Lai L, Hurria A. The impact of comorbidity on surgical outcomes in older adults with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33(1):80-6. doi: 10.1016/j.soncn.2016.11.008.
8. Skorus U, Kenig J. Oncogeriatrics (part 5.) The role of comorbidities in older patients with cancer. *NOWOTWORY J Oncol*. 2020;70 (2):54–9. doi: 10.5603/NJO.2020.0013.
9. Mallen A, Todd S, Robertson SE, Kim J, Sehovic M, Wenham RM, et al. Impact of age, comorbidity, and treatment characteristics on survival in older women with advanced high-grade epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2021;161 (3):693-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.03.008.
10. Fowler H, Belot A, Ellis L, Maringe C, Luque-Fernandez MA, Njagi EN, et al. Comorbidity prevalence among cancer patients: a population-based cohort study of four cancers. *BMC Cancer*. 2020;20(1):2. doi: 10.1186/s12885-019-6472-9.

11. The Joanna Briggs Institute. Critical appraisal tools. [internet]. 2017 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
13. De Boer AZ, Bastiaannet E, Putter H, Marang-van de Mheen PJ, Siesling S, De Munck L, et al. Prediction of other-cause mortality in older patients with breast cancer using comorbidity. *Cancers (Basel)*. 2021;13(7):1627. doi: 10.3390/cancers13071627.
14. Niksic M, Redondo-Sanchez D, Chang YL, Rodriguez-Barranco M, Exposito-Hernandez J, Marcos-Gragera R, et al. The role of multimorbidity in short-term mortality of lung cancer patients in Spain: a population-based cohort study. *BMC Cancer*. 2021;21(1):1048. doi: 10.1186/s12885-021-08801-9.
15. Ghanizada M, Jakobsen KK, Jensen JS, Wessel I, Tvedskov JF, Grønhøj C, et al. The impact of comorbidities on survival in oral cancer patients: a population-based, case-control study. *Acta Oncol*. 2021;60(2):173-79. doi: 10.1080/0284186X.2020.1836393.
16. Ruud Kjær EK, Jensen JS, Jakobsen KK, Lelkaitis G, Wessel I, von Buchwald C. The impact of comorbidity on survival in patients with head and neck squamous cell carcinoma: A Nationwide case-control study Spanning 35 Years. *Front Oncol*. 2021;10:617184. doi: 10.3389/fonc.2020.617184.
17. Desai R, Camacho F, Tan X, LeBaron V, Blackhall L, Balkrishnan R. Mental health comorbidities and elevated risk of opioid use in elderly breast cancer survivors using adjuvant endocrine treatments. *J Oncol Pract*. 2019;15(9):e777-86. doi: 10.1200/JOP.18.00781.
18. Schimansky S, Lang S, Beynon R, Penfold C, Davies A, Waylen A. et al. Association between comorbidity and survival in head and neck cancer: Results from head and neck 5000. *Head Neck*. 2019;41(4):1053-62. doi: 10.1002/hed.25543.
19. Derks MGM, van de Velde CJH, Giardiello D, Seynaeve C, Putter H, Nortier JWR, et al. Impact of comorbidities and age on cause-specific mortality in postmenopausal patients with breast cancer. *Oncologist*. 2019;24(7):e467-74. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0010.
20. Boakye D, Rillmann B, Walter V, Jansen L, Hoffmeister M, Brenner H. Impact of comorbidity and frailty on prognosis in colorectal cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2018;64:30-9. doi: 10.1016/j.ctrv.2018.02.003.
21. Haller DG, O'Connell MJ, Cartwright TH, Twelves CJ, McKenna EF, Sun W, et al. Impact of age and medical comorbidity on adjuvant treatment outcomes for stage III colon

- cancer: a pooled analysis of individual patient data from four randomized, controlled trials. *Ann Oncol.* 2015;26(4):715-24. doi: 10.1093/annonc/mdv003.
22. Kiderlen M, De Glas N, Bastiaannet E, Van de Water W, De Craen AJ, Guicherit OR, et al. Impact of comorbidity on outcome of older breast cancer patients: a FOCUS cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;145(1):185–92. doi: 10.1007/s10549-014-2917-7.
23. Charlsona ME, Carrozzinob D, Guidib J, Patierno C. Charlson comorbidity index: A criticreview of clinometric properties. *Psychother Psychosom* 2022;91(1):8–35. doi: 10.1159/000521288.