

ผลการรักษามะเร็งคอหอยหลังช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สิริอารยะภา ชัชรรัตน์ พบ.ว.รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Corresponding author, Email: kulischatchawarat@gmail.com

(วันรับบทความ : 31 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ : 28 เมษายน 2568, วันตอบรับบทความ : 6 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

บทนำ : มะเร็งคอหอยหลังช่องปากเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ การฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันทั้งในระยะแรกและระยะลุกลามเฉพาะที่ เพื่อให้หายจากโรคและเพื่อส่งวนการทำงานของอวัยวะซึ่งมีความสำคัญต่อการกลืนอาหารและป้องกันการสำลักของผู้ป่วย การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาผลของการรักษามะเร็งคอหอยหลังช่องปากด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (2-year Overall survival rate) ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีวิต (Median survival) และ ค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ (Median Progression free survival) ในผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการฉายรังสี

วัสดุและวิธีการศึกษา : ทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา : จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 67 ราย อายุโดยเฉลี่ยของ ผู้ป่วยคือ 61 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 86 สูบบุหรี่ ตำแหน่งของมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ โคนลิ้น รองลงมาคือ ทอนซิล เพดานอ่อน และ ผนังคอหอยตามลำดับ ระยะของโรคส่วนใหญ่พบเป็นระยะที่ 4 จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 58) รองลงมาคือระยะที่ 3 จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 25) ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา 41 เดือน พบอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี ร้อยละ 48 (95 % CI 0.35-0.59) ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีวิต 23.8 เดือน และค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ 19.8 เดือน

สรุป : ผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่เป็นระยะลุกลามเฉพาะที่ จึงมีอัตราการรอดชีวิตและค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรครวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้มะเร็งได้มาพบแพทย์และจะช่วยให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นได้ ซึ่งการรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นได้

คำสำคัญ : มะเร็งคอหอยหลังช่องปาก ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีวิต อัตราการรอดชีวิต ค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ

Treatment Outcomes of Oropharyngeal Cancer Patients Treated with Radiotherapy in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Siriarrayapa Chachvarat MD.

Department of radiation, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Oropharyngeal cancer (OPC) is the type of head and neck cancer (HNCs) consisting of cancer of the base of the tongue, the tonsils, soft palate, and posterior and lateral pharyngeal walls. The incidence of OPC is increasing globally, and radiotherapy remains as treatment cornerstone. Nevertheless, there is limited data regarding the efficacy of OPC treatment in Thailand.

Objective: To evaluate survival outcomes for patients with oropharyngeal carcinoma who were treated with radiation in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Material and Methods: The retrospective study was conducted, including patients with newly diagnosed oropharyngeal cancer treated with radiotherapy. The primary endpoint was the 2-year overall survival rate. Secondary endpoints were overall survival (OS) and median progression free survival (PFS), estimated by the Cox's proportional hazard model.

Results: From January 2020 to December 2022, 67 patients with oropharyngeal cancer received radiotherapy. Sixty-five patients (97%) had squamous cell carcinoma; 95 % were male with a median age of 61. Stage IV disease were accounted for 58%, with 52 patients (78%) were treated with concurrent chemoradiation (CCRT). The 2-year OS was 48 %. The median OS and PFS were 23.8 and 19.8 months. After treatment completion, 68% of patients had no tumor recurrence.

Conclusion: The survival outcome of patients with oropharyngeal cancer in Maharaj Nakhon Si Thammarat was comparable to other studies. Longer follow-up periods are needed to assess delayed benefit to radiotherapy.

Keywords: Oropharyngeal cancer, Radiotherapy, 2-year overall survival, Median Progression free survival

บทนำ

มะเร็งคอหอยหลังช่องปาก ประกอบด้วย มะเร็งต่อมทอนซิล มะเร็งโคนลิ้น มะเร็งเพดานอ่อน และมะเร็งผนังส่วนหลังคอหอย เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับที่ 10 ในเพศชาย⁽²⁾ สำหรับอุบัติการณ์ (age-standardized rate : ASR) โดยรวมของมะเร็งคอหอยหลังช่องปากในประเทศไทย เป็น 1.7 ต่อ 100,000 ประชากรในเพศชาย และ 0.3 ต่อ 100,000 ประชากรในเพศหญิง⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค⁽⁴⁻⁵⁾ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV)⁽⁶⁻⁷⁾ สำหรับการรักษาร่วมกับระยะของโรค⁽⁸⁾ ซึ่งการรักษาหลักของมะเร็งระยะเริ่มต้นคือการผ่าตัดหรือการฉายรังสี ส่วนการรักษาในระยะลุกลามเฉพาะที่คือการฉายรังสีร่วมกับการให้เคมีบำบัด⁽⁹⁾ ดังนั้นการฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน ทั้งในระยะแรกและระยะลุกลามเฉพาะที่ โดยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเริ่มมีเครื่องฉายรังสีตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ปัจจุบันมีเครื่องฉายรังสีจำนวน 2 เครื่อง ซึ่งสามารถฉายได้ทั้งเทคนิคสามมิติ (Three dimension conformal Radiotherapy: 3D-CRT) และเทคนิคการฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Volumetric Modulated Arc Therapy, VMAT) ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปาก จาก Three dimension conformal Radiotherapy (3D-CRT) มาเป็น Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT)⁽¹⁰⁾ ซึ่งสามารถกำหนดปริมาณรังสีให้ครอบคลุมเฉพาะก้อนมะเร็ง และลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการที่อวัยวะข้างเคียงได้รับ

รังสีลงได้ เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยหายจากโรคและสงวนการทำงานของอวัยวะ ซึ่งมีความสำคัญต่อการกลืนอาหารและป้องกันการสำลักของผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถลดเวลาในการฉายรังสีให้สั้นลงได้

การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาผลของการรักษามะเร็งคอหอยหลังช่องปากด้วยการฉายรังสีในช่วงปี พ.ศ.2563 ถึง 2565 โดยศึกษาอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีรวมถึงค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ (Median survival) และค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ (Median Progression free survival) ของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยศึกษาอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (2-year Overall survival rate) ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ (Median survival) และ ค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ (Median Progression free survival)

วัสดุและวิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งคอหอยหลังช่องปากร่วมกับได้รับการยืนยันผลพยาธิวิทยาและได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและ/หรือร่วมกับเคมีบำบัดจนครบ สำหรับเกณฑ์คัดออกคือผู้ป่วยที่ฉายรังสีไม่ครบหรือผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฉายรังสีแบบประคับประคอง

หลังจากนั้นติดตามผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่อง จากการตรวจร่างกายและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) จนกระทั่งครบเวลาที่เก็บข้อมูลคือวันที่ 31 ธันวาคม 2567 โดยเก็บข้อมูลอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ HPV ผลพยาธิวิทยา ระยะของโรค วิธีการรักษา เทคนิคการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ได้รับ วันที่เริ่มรักษา วันสิ้นสุดการรักษาและผลการรักษา นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (2-year overall survival, 2 yr OS) ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ (Median survival) และ ค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ (Median Progression free survival) โดยใช้ Cox's proportional hazard model และรายงานผลเป็น Kaplan-Meier curve วิเคราะห์สถิติทั้งหมดด้วย Stata version 16

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ใบรับรองเลขที่ B010/2568

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 67 ราย เป็นเพศชาย 64 ราย เพศหญิง 3 ราย อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 61 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 64 ราย (ร้อยละ 86) ตำแหน่งของมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ ไคณลิ้น 29 ราย (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือ ทอนซิล 24 ราย (ร้อยละ 35.9) เพดานอ่อน 11 ราย (ร้อยละ 16.4) และ ผนังคอหอย 3 ราย (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ ชนิดของเซลล์มะเร็งที่พบมากที่สุดคือคือ Squamous cell carcinoma 65 ราย (ร้อยละ 97) ลักษณะทางพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็ง ที่พบมากที่สุดคือ Moderate-differentiated 30 ราย (ร้อยละ 44.8)

การตรวจการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) ด้วย P16 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 ไม่ได้รับการตรวจเมื่อจำแนกด้วยระบบ TNM ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นระยะ T2 จำนวน 26 คน (ร้อยละ 38.8) รองลงมาเป็นระยะ T3 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 31.4) และระยะ N2 34 คน (ร้อยละ 50.7) รองลงมาเป็นระยะ N1 16 คน (ร้อยละ 23.9) และผู้ป่วยทั้งหมดเป็นระยะที่ไม่มีการแพร่กระจาย (M0) เมื่อแบ่งระยะของโรคตาม AJCC 8th edition Cancer Staging พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 4 จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 58) รองลงมาคือระยะที่ 3 จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 25) โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

วิธีการรักษา (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด 52 ราย (ร้อยละ 77.6) รักษาโดยเทคนิคการฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (VMAT) 37 ราย (ร้อยละ 55.2) การฉายรังสีแบบสามมิติ (3DCRT) 30 ราย (ร้อยละ 44.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสีมากกว่าเท่ากับ 70 เกรย์ (Grays) 47 ราย (ร้อยละ 70.2) ระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 56 วัน (ค่าต่ำสุด 43 วัน ค่าสูงสุด 69 วัน)

ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาอยู่ที่ 41 เดือน จากการติดตามผู้ป่วยจากการตรวจร่างกายและถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีการกลับเป็นซ้ำ 46 ราย (ร้อยละ 68.7) มีการกลับเป็นซ้ำ 21 ราย (ร้อยละ 31.3) เมื่อจำแนกประเภทของการกลับเป็นซ้ำพบว่าผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 42.9) เกิดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ ผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 42.9) เกิดการกลับเป็นซ้ำแบบระยะกระจาย และผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 14.2) เกิดการกลับเป็นซ้ำทั้งเฉพาะที่และระยะกระจาย โดยข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ผลการรักษา พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ (Median Survival) เท่ากับ 23.8 เดือน อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี (1 yr OS) ร้อยละ 75 (95 % CI 0.62-0.83) อัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี (2 yr OS) ร้อยละ 48 (95 % CI 0.35-0.59) และ อัตราการรอดชีวิตที่ 3 ปี (3 yr OS) ร้อยละ 39 (95 % CI 0.27-0.50) สำหรับค่ามัธย

ฐานระยะเวลาโรคสงบ (Median Progression-free survival) เท่ากับ 19.8 เดือน (95 % CI 10.6-26.8) โดยตารางที่ 4 แสดงอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 1,2 และ 3 ปี และแสดงอัตราการรอดชีวิตและอัตราการอยู่รอดโดยโรคสงบด้วย Kaplan-Meier curve ดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ,ปี	61 (40-95)
ค่าเฉลี่ย (Range)	
เพศ	
ชาย	64 (95.5)
หญิง	3 (4.5)
ดัชนีมวลกาย(Body mass index)	
ค่าเฉลี่ย (Range)	18.87 (13.52-31.93)
ECOG status	
0	59 (88.1)
1	8 (11.9)
สูบบุหรี่	
ไม่เคยสูบบุหรี่	9 (13.4)
สูบบุหรี่	58 (86.6)
ตำแหน่งของมะเร็ง	
โคนลิ้น	29 (43.3)
ทอนซิล	24 (35.9)
เพดานอ่อน	11 (16.4)
ผนังคอหอย	3 (4.4)
ชนิดของเซลล์มะเร็ง(ผลทางพยาธิวิทยา)	
Squamous cell carcinoma	65 (97)
Others	2 (3)
ลักษณะทางพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็ง	
Well-differentiated	21 (31.3)
Moderate-differentiated	30 (44.8)
Poorly-differentiated	9 (13.4)
Unknown	7 (10.5)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ผลย้อน P16	
เป็นลบ	4 (6)
เป็นบวก	3 (4.5)
ไม่มีการย้อน	60 (89.5)
ระยะ T (AJCC 8 th edition)	
T1	5 (7.4)
T2	26 (38.8)
T3	21 (31.4)
T4	15 (22.4)
ระยะ N (AJCC 8 th edition)	
N0	12 (17.9)
N1	16 (23.9)
N2	34 (50.7)
N3	5 (7.5)
ระยะของมะเร็ง(Stage)	
ระยะที่ 1	3 (4.5)
ระยะที่ 2	8 (11.9)
ระยะที่ 3	17 (25.4)
ระยะที่ 4	39 (58.2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลวิธีการรักษา

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
<u>วิธีการรักษา</u>	
การฉายรังสีอย่างเดียว (RT)	15 (22.4)
การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (CCRT)	52 (77.6)
<u>เทคนิคการฉายรังสี(Radiation Technique)</u>	
การฉายรังสีแบบสามมิติ (3DCRT)	30 (44.8)
การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม(VMAT)	37 (55.2)
ปริมาณรังสี (Grays)	
≥ 70	47 (70.2)
66-69	20 (29.8)

ตารางที่ 3 แสดงการกลับเป็นซ้ำของโรค

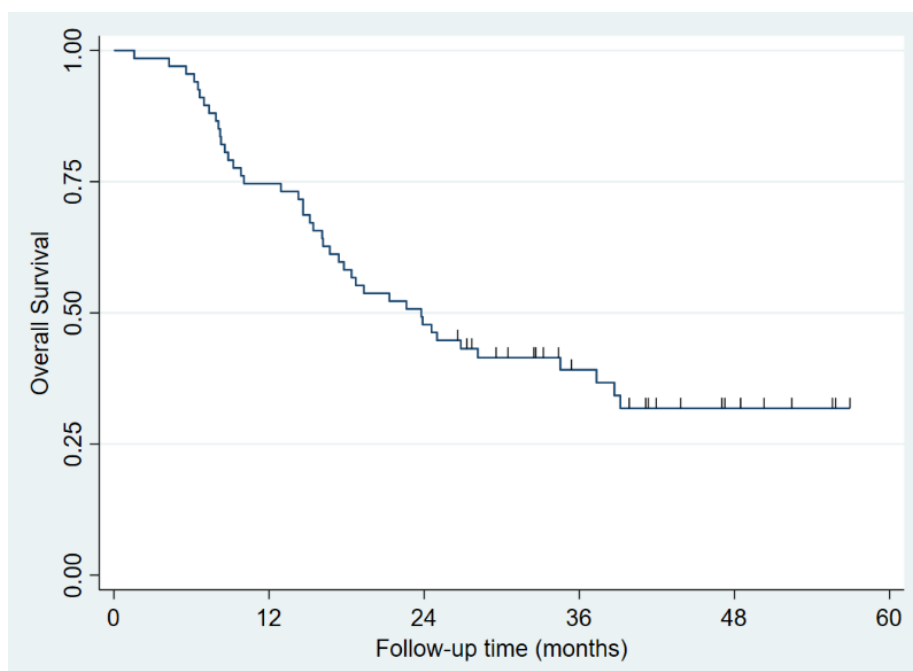
ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
<u>การกลับเป็นซ้ำที่ 41 เดือน</u>	
ไม่กลับเป็นซ้ำ	46 (68.7)
กลับเป็นซ้ำ	21 (31.3)
- กลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ (Locoregional recurrence ,LRR)	9 (42.9)
- กลับเป็นซ้ำแบบระยะกระจาย (Distant recurrence, DR)	9 (42.9)
- กลับเป็นซ้ำทั้งเฉพาะที่และระยะกระจาย(Both LR and DR)	3 (14.2)

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ระยะเวลาในการรอดชีวิต (ปี)	อัตราการรอดชีวิต(ร้อยละ)	95 % CI
1	75	0.62-0.83
2	48	0.35-0.59
3	39	0.27-0.50

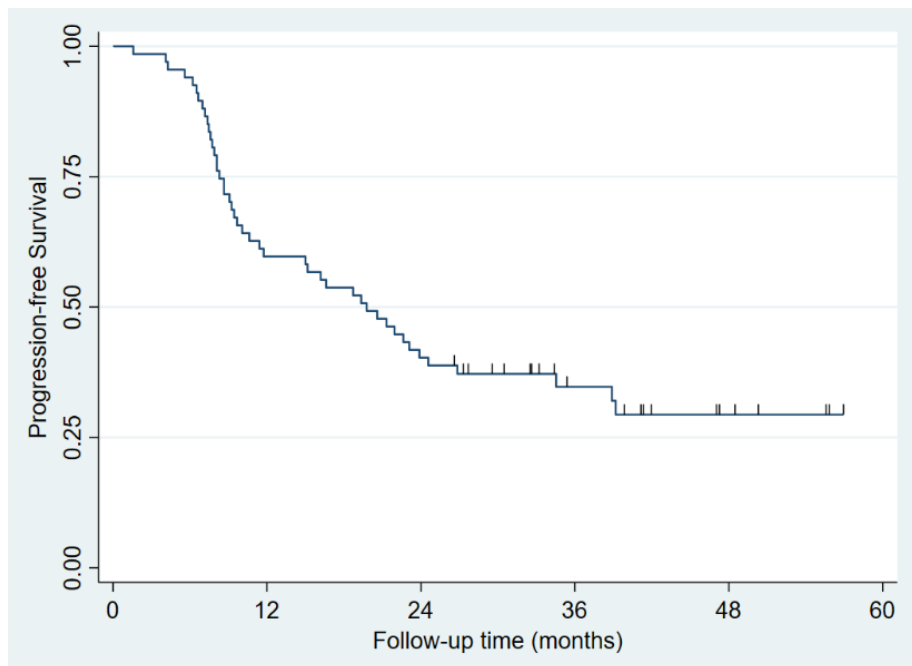
ภาพที่ 1 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการฉายรังสี

Kaplan-Meier curve



ภาพที่ 2 อัตราการอยู่รอดโดยโรคสงบของผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับการฉายรังสี

Kaplan-Meier curve



วิจารณ์

จากการศึกษาผลการรักษามะเร็งคอหอยหลังช่องปากด้วยการฉายรังสีของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่อยู่ที่ ร้อยละ 17.9 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Denis F และคณะ ที่พบว่าร้อยละ 17-33 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ จะมีการกำเริบเฉพาะที่⁽¹¹⁾ ไม่ว่าจะเป็นบริเวณที่เคยเป็นมะเร็งปฐมภูมิและ/หรือเป็นการกำเริบบริเวณต่อมน้ำเหลือง โดยส่วนใหญ่การกำเริบจะเกิดภายใน 2 ปีแรกหลังจากเริ่มรักษา⁽¹²⁾

หนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคเฉพาะที่และอัตราการรอดชีวิตคือ ระยะเวลาการรักษา โดยระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานขึ้นในรังสีรักษาส่งผลต่อผลการรักษา ซึ่งอธิบายได้จาก tumor repopulation คือการที่เซลล์มะเร็งพยายามแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ตายจากรังสี โดยส่วนใหญ่จะเกิด

ในช่วงก่อนที่จะได้รับรังสีครบตามจำนวนครั้งที่กำหนดไว้ ดังนั้นการรักษาที่ให้ผลดี ผู้ป่วยควรได้รับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการหยุดพักระหว่างฉายรังสีเป็นเวลานาน⁽¹³⁾ ซึ่งผู้ป่วยในการศึกษา มีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 56 วัน (ค่าต่ำสุด 43 วัน ค่าสูงสุด 69 วัน) ซึ่งสูงกว่าที่แนะนำคือ 48 วัน⁽¹⁴⁾ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยพักการฉายรังสีมากที่สุดคือ เกิดผลข้างเคียงจากการฉายรังสีหรือเคมีบำบัด ได้แก่ เม็ดเลือดต่ำ เจ็บคอ ผิวน้ำอักเสบจากการฉายรังสี ปัจจัยอื่นได้แก่ ติดเชื้อ COVID-19 วันหยุดราชการ และ เครื่องฉายรังสีขัดข้อง เป็นต้น

ผลการรักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีวิต (Median Survival) เท่ากับ 23.8 เดือน อัตราการรอดชีวิต (Overall survival) ที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 75, ร้อยละ 48 และ ร้อยละ 39 ตามลำดับ โดยพบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี

สูงกว่างานวิจัยของ Lau F และ คณะ⁽¹⁵⁾ ที่มีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปีเท่ากับ ร้อยละ 60.6 อาจเป็นเพราะในการวิจัยดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 92.5 เป็นระยะลุกลามเฉพาะที่ จึงอาจทำให้อัตราการรอดชีวิตค่อนข้างน้อย

ผลที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยได้แก่ งานวิจัยของ Kim JC และ คณะ⁽¹⁶⁾ ที่มีระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาค่าเฉลี่ย 21 เดือน ค่ามัธยฐานการรอดชีวิตอยู่ที่ 23 เดือน และ อัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปี และ 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 47 และ ร้อยละ 42 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยในงานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นระยะลุกลามเฉพาะที่ร้อยละ 73 ในขณะที่การศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีระยะลุกลามเฉพาะที่ถึงร้อยละ 83 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ Semrau R และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ทั้งสิ้น 45 ราย โดยงานวิจัยนี้มีระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยเฉลี่ย 33 เดือน พบว่ามีอัตราการรอดชีวิตที่ 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 43.9

ค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบ (Median Progression-free survival) เท่ากับ 19.8 เดือน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Sharma A และ คณะ⁽¹⁸⁾ ที่มีผู้ป่วยร้อยละ 59.6 เป็นมะเร็งคอหอยหลังช่องปาก และ ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 พบว่าผู้ป่วยมี Median Progression-free survival เท่ากับ 20.66 เดือน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง มีระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาอยู่ที่ 41 เดือนซึ่งอาจค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่นดังเช่นงานวิจัยของ Felice และคณะ⁽¹⁹⁾ ซึ่งมีระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาอยู่ที่ 54 เดือน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ถึงร้อยละ 89.5 ไม่ได้รับการส่งตรวจ P16 จึงไม่สามารถบอกได้ว่าการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV)

หรือไม่ ซึ่งจากการศึกษาปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งคอหอยหลังช่องปาก ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV มีพยากรณ์โรคดีกว่าและมีความเสี่ยงต่ำต่อการกำเริบของโรค^(20,21) สาเหตุที่ส่งตรวจน้อยอาจเนื่องจากการส่งตรวจมีค่าใช้จ่ายครั้งละ 500 บาท ซึ่งผู้ป่วยต้องชำระเอง แนวทางการพัฒนาคือเพิ่มการส่งตรวจเพื่อประโยชน์ในการทราบถึงพยากรณ์โรคและอาจลดความเข้มข้นของการรักษาหรือ treatment de-escalation เพื่อลดผลข้างเคียงแต่ยังสามารถควบคุมโรคและหายขาดได้^(22,23)

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งคอหอยหลังช่องปากที่ได้รับ การรักษาด้วยการฉายรังสีที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีและค่ามัธยฐานระยะเวลาโรคสงบที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของต่างประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นระยะลุกลามเฉพาะที่ จึงมีอัตราการรอดชีวิตค่อนข้างน้อย ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรค ด้วยการรณรงค์ให้มีการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรค รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้มะเร็งได้มาพบแพทย์และจะช่วยให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นได้ ซึ่งการรักษาในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.กิจจาคมม์ ธนาสมบุญสุข อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลลำปาง สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและการแปลผลข้อมูล รวมทั้งทีมแพทย์ พยาบาล นักฟิสิกส์ และนักรังสีเทคนิค แผนกรังสีรักษาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ได้ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Smith CDL, McMahon AD, Purkayastha M, Creaney G, Clements K, Inman GJ, et al. Head and neck cancer incidence is rising but the sociodemographic profile is unchanging: a population epidemiological study (2001–2020). *BJC reports* 2024;2:71-7.
2. National cancer institute department of medical services ministry of public health Thailand Hospital-Based Cancer Registry 2022;38:1-2.
3. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Laowahutanont P, et al. Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018; 2021:10:15-7.
4. Galbiatti AL, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CD, Pavario EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: cause, prevention and treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2013;79:239-47.
5. Choi S, Myers JN. Molecular pathogenesis of oral squamous cell carcinoma: implications for therapy. *J Dent Res* 2008;87:14-32.
6. Bisht M, Bist SS. Human papilloma virus: a new risk factor in a subset of head and neck cancers. *J Cancer Res Ther* 2011;7:251-5.
7. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Eng J Med* 2007;356:1944-56.
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Head and Neck Cancer Version 1.2025-November 26, 2024.
9. Nguyen-Tan PF, Zhang Q, Ang KK, Weber RS, Rosenthal DI, et al. Randomized Phase III Trial to Test Accelerated Versus Standard Fractionation in Combination With Concurrent Cisplatin for Head and Neck Carcinomas in the Radiation Therapy Oncology Group 0129 Trial: Long-Term Report of Efficacy and Toxicity. *J Clin Oncol* 2014;32:3858–66.
10. Bird T, De Felice F, Michaelidou A, Thavaraj S, Jeannon J.-P, Lyons A, et al. Outcomes of intensity-modulated radiotherapy as primary treatment for oropharyngeal squamous cell carcinoma – a European single institution analysis. *Clin Otolaryngol* 2017;42:115-22.

11. Denis F, Garaud P, Bardet E, Alfonsi M, Sire C, Germain T, et al. Final results of the 94-01 French Head and Neck Oncology and Radiotherapy Group randomized trial comparing radiotherapy alone with concomitant radiochemotherapy in advanced-stage oropharynx carcinoma. *J Clin Oncol* 2004;22:69-76.
12. Cvek J, Knybel L, Skacelikova E, Stransky J, Matousek P, Zelenik K, et al. Hyperfractionated stereotactic reirradiation for recurrent head and neck cancer. *Strahlenther Onkol* 2016;192:40-6.
13. Marcu LG. Altered fractionation in radiotherapy: From radiobiological rationale to therapeutic gain. *Cancer Treat Rev* 2010;36:606-14.
14. Christiansen RL, Gornitzka J, Andersen P, Nielsen M, Johnsen L, Bertelsen AS, et al. Awareness and surveillance of radiation treatment schedules reduces head and neck overall treatment time. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology* 2019;9:26-30.
15. Lau F, Lisatchok M, Tamanini JB, Gazmenga FP, Texeira DNA, Couto EV, et al. Treatment outcome of oropharyngeal squamous cell carcinoma through propensity score analysis. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2023;89:1-6
16. Kim JC, Park IK. Radiation Therapy for Carcinoma of the Oropharynx. *J Korean Soc Ther Radiol* 1996;14:95-104.
17. Semrau R, Temming S, Duerbaum H, Huebbers C, Klussmann JP, Mueller RP, et al. Prognostic Importance of HPV Association in Locally Advanced Inoperable Oropharyngeal Cancer. *International journal of Radiation Oncology* 2012;84:476.
18. Sharma A, Kumar M, Bhasker S, Thakar A, Pramanik R, Biswas A. An open-label, noninferiority phase III RCT of weekly versus three weekly cisplatin and radical radiotherapy in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma (ConCERT trial) *Ann Oncol* 2019;30:473-4.
19. De Felice F, Humbert-Vidan L, Lei M, King A, Guerrero Urbano T. Analyzing oropharyngeal cancer survival outcomes: a decision tree approach. *Br J Radiol* 2020;93:2-7.

20. Ang KK, Haris J, Wheeler R, Weber R, Rosenthal DI, Nguyen-Tan PF, et al. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2010;363:24–35.
21. Lechner M, Liu J, Masterson L, Fenton TR. HPV-associated oropharyngeal cancer: epidemiology, molecular biology and clinical management. *Nat Rev Clin Oncol* 2022;19:306–27.
22. Fakhry C, Zhang Q, Gillison ML, Nguyen-Tân PF, Rosenthal DI, Weber RS, et al. Validation of NRG Oncology/RTOG-0129 risk groups for HPV-positive and HPV-negative oropharyngeal squamous cell cancer (OPC); implications for risk-based therapeutic intensity trials. *Cancer* 2019;125:2027–38.
23. Yom SS, Torres-Saavedra P, Caudell JJ, Waldron JN, Gillison ML, Xia P, et al. Reduced-Dose Radiation Therapy for HPV-Associated Oropharyngeal Carcinoma (NRG Oncology HN002). *J Clin Oncol* 2021;39:956–65.