

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในสถาบัน มะเร็งแห่งชาติ: ข้อมูลล่าสุดจากทะเบียนมะเร็งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567

อาทิตย เลขลอบ คบ.¹, รังสิยา บัวส้ม บธ.ม.²

¹กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์, ²กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Survival Rate of Lung Cancer Patients after Diagnosis at the National Cancer Institute: An Update from the National Cancer Institute Hospital- Based Cancer Registry between 2020 and 2024

Atit Leklob B.Ed.¹, Rangsiya Buasom M.B.A.²

¹Digital Medical Division, ²Strategy and Planning Division

National Cancer Institute 268/1 Rama VI Road, Thung Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok 10400

Corresponding Author: Atit Leklob (Email: atitleklob@gmail.com)

(Received: 25 February, 2026; Revised: 16 March, 2026; Accepted: 9 June, 2026)

Abstract **Background:** Lung cancer is a leading cause of cancer-related mortality in Thailand and globally, particularly among patients diagnosed at an advanced stage. This study aimed to evaluate mortality rates, survival rates, and compare these among groups of lung cancer patients receiving treatment at the National Cancer Institute. The specific objectives were: (1) to evaluate the overall survival rate, survival time, and survival trends of lung cancer patients diagnosed and treated at the National Cancer Institute between 2020 and 2024; (2) to analyze and compare survival stratified by key variables including sex, age, cancer cell type, and disease stage; and (3) to determine survival trends for patients in each stage of the disease.

Methods: This was a retrospective cohort study using data from the cancer registry database of the National Cancer Institute between January 1, 2020, and December 31, 2024. A total of 1,325 patients diagnosed with lung cancer (ICD-O-3: C33.9, C34.0–C34.9) were included. Vital status was followed up by linking with the mortality database of the National Health Security Office. Survival analysis was performed using the Kaplan-Meier method on 1,312 patients with complete data, with death as the event of interest. Differences in survival between groups were

compared using the log-rank test. Median survival times were reported alongside 95% confidence intervals (CI). **Results:** Among the 1,325 patients, 56.53% were male with a mean age of 63.3 ± 11.1 years, and 43.47% were female with a mean age of 62.8 ± 11.8 years. The majority had non-small cell lung cancer (96.23%) and were diagnosed at stage IV (61.96%). There were 338 deaths observed, corresponding to a mortality rate of 25.51 per 100 person-years. The overall median survival time was 0.93 years (95% CI: 0.81–1.03), indicating that half of the patients died within approximately 11 months after diagnosis. The survival rates at 1, 2, 3, 4, and 5 years were 48.2%, 30.9%, 24.2%, 17.4%, and 12.9%, respectively. When stratified by sex, females had a significantly higher median survival of 1.38 years (95% CI: 1.15–1.58) compared to males, who had a median survival of 0.68 years (95% CI: 0.59–0.80). The 1-, 3-, and 5-year survival rates for females were 57.4%, 28.8%, and 19.7%, whereas for males, they were 41.1%, 20.6%, and 6.2%, respectively. When stratified by disease stage, prominent differences in survival were observed. stage II had a median survival of 4.60 years (95% CI: 3.08–upper limit not estimable), stage III was 1.25 years (95% CI: 0.99–1.69), and stage IV was 0.63 years (95% CI: 0.56–0.74). Kaplan-Meier trends demonstrated that patients in stage I-II experienced consistently higher survival, whereas stage IV showed a rapid decline in survival beginning in the first year. **Conclusion:** The majority of lung cancer patients were diagnosed at an advanced stage and exhibited a median survival of less than 1 year. Sex and disease stage were significantly associated with survival, with males and advanced-stage patients having a poor prognosis. The findings of this study reflect the critical need to improve early detection and increase access to effective treatments to reduce the mortality rate. (Thai Cancer J 2026;46:78–91)

Keywords: lung cancer, survival analysis, Kaplan–Meier, cancer registry, National Cancer Institute

บทคัดย่อ **ความเป็นมา:** มะเร็งปอดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการตาย อัตรารอดชีพ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ (1) ประเมินอัตราการรอดชีพโดยรวมระยะเวลาการรอดชีพและแนวโน้มการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 (2) วิเคราะห์และเปรียบเทียบการรอดชีพ

จำแนกตามตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดเซลล์มะเร็งและระยะของโรค (3) หาแนวโน้มการรอดชีพของผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective Cohort Study) จากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอด (ICD-O-3: C33.9, C34.0–C34.9) จำนวน 1,325 ราย ติดตามสถานะการมีชีวิตโดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการตายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การวิเคราะห์การรอดชีพใช้วิธี Kaplan–Meier ในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วน 1,312 ราย เหตุการณ์คือการเสียชีวิต และการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรอดชีพระหว่างกลุ่มด้วย Log-rank test และรายงานค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพพร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วย 1,325 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.53 อายุเฉลี่ย 63.3 ± 11.1 ปี และเพศหญิง ร้อยละ 43.47 อายุเฉลี่ย 62.8 ± 11.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นชนิด non-small cell lung cancer (ร้อยละ 96.23) และได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ IV มากที่สุด (ร้อยละ 61.96) พบผู้เสียชีวิต 338 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 25.51 ต่อ 100 คน-ปี ค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพโดยรวมเท่ากับ 0.93 ปี (95% CI: 0.81–1.03) แสดงว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเสียชีวิตภายในประมาณ 11 เดือนหลังการวินิจฉัย อัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 2, 3, 4 และ 5 ปี เท่ากับ ร้อยละ 48.2, 30.9, 24.2, 17.4 และ 12.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 1.38 ปี (95% CI: 1.15–1.58) สูงกว่าเพศชายซึ่งมีค่ามัธยฐาน 0.68 ปี (95% CI: 0.59–0.80) อย่างชัดเจน อัตราการรอดชีพ ที่ 1, 3 และ 5 ปี ในเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 57.4, 28.8 และ 19.7 ขณะที่เพศชายเท่ากับร้อยละ 41.1, 20.6 และ 6.2 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระยะของโรค พบความแตกต่างของการรอดชีพอย่างเด่นชัด โดยระยะที่ II มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 4.60 ปี (95% CI: 3.08–ไม่สามารถประมาณค่าได้) ระยะที่ III เท่ากับ 1.25 ปี (95% CI: 0.99–1.69) และระยะที่ IV เท่ากับ 0.63 ปี (95% CI: 0.56–0.74) แนวโน้มจาก Kaplan–Meier แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะที่ I–II มีการรอดชีพสูงกว่าอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ระยะที่ IV มีการลดลงของการรอดชีพอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปีแรก **สรุป:** ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามและมีค่ามัธยฐานการรอดชีพต่ำกว่า 1 ปี เพศและระยะของโรคมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการรอดชีพ โดยเพศชายและผู้ป่วยระยะลุกลามมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ผลการศึกษานี้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาการตรวจพบระยะเริ่มต้นและเพิ่มการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต (วารสารโรคมะเร็ง 2569;46:78-91)

คำสำคัญ: มะเร็งปอด, อัตราการรอดชีพ, แคปแลน–ไมเออร์, ทะเบียนมะเร็ง, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทนำ (Introduction)

มะเร็งปอด (lung cancer) เป็นหนึ่งในมะเร็งที่มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในประเทศไทยและทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) โดยสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC)¹ รายงานว่าในปี

พ.ศ. 2565 มะเร็งปอด มีอุบัติการณ์ระดับโลกประมาณ 2.5 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของมะเร็งทั้งหมด และ มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.8 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งระดับประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่าอัตราการอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (Age-standardized incidence rate, ASR) ของมะเร็งปอดในเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 21.8 และ 10.2 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ² โดยมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ และยังคง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งปอด ได้แก่ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุหลัก ที่พบในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80–90 รวมถึงการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง มลพิษทางอากาศ สารเคมี และปัจจัย ด้านอาชีพ เช่น การสัมผัสสารใยหิน (Asbestos) และฝุ่นซิลิกา ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งอย่างมี แนวโน้มแตกต่าง^{3–5} โดยทั่วไปการพยากรณ์โรคของมะเร็งปอดค่อนข้างไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการ วินิจฉัยในระยะลุกลาม อย่างไรก็ตามในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวทางการรักษามีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะการรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) และภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) ซึ่งมีบทบาท สำคัญในการเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่ม non-small cell lung cancer (NSCLC)^{6,7} แม้ว่าจะมีการศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทย เช่น การศึกษาจากโรงพยาบาล ศรินครินทร์ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2560 ซึ่งรายงานอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี เพียงร้อยละ 10.28 แต่ข้อมูล ดังกล่าวยังเป็นข้อมูลในอดีต และอาจไม่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการรักษาในยุคปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยี การรักษาใหม่มาใช้อย่างแพร่หลาย ดังนั้นจึงยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพ ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในระดับสถาบัน โดยเฉพาะข้อมูลในช่วง 5 ปีล่าสุด ซึ่งสามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการ รักษาในบริบทจริงของระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความแตกต่างของการรอดชีพระหว่างกลุ่มประชากร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการรอดชีพโดยรวม และเปรียบเทียบการรอดชีพระหว่างกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์จากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด ตามรหัสโรคมะเร็งสากล (The International Classification of Diseases for Oncology, ICD-O-3) รหัส C33.9 (Malignant neoplasm of trachea) และ C34.0–C34.9 (Malignant neoplasm of bronchus and lung) และได้รับการ วินิจฉัยหรือรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 1,325 ราย จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute Registry) จากนั้นได้ติดตามผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่องโดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลการตายจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสืบค้นข้อมูลรายการบุคคลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลาง (สนบท.) จนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายการมีชีวิตถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 สำหรับข้อมูลที่สูญหาย (missing data) ที่มิวิจัยพบว่าข้อมูลที่ขาดหายไปประกอบด้วย สถานะการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 38.34) ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 49.13) ในการวิเคราะห์นี้ ทีมวิจัยใช้วิธี Complete Case Analysis โดยใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วน

สำหรับตัวแปรนั้น ๆ ในการวิเคราะห์แต่ละตัวแปรผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากการศึกษามี 13 ราย ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลวันที่วินิจฉัยไม่ชัดเจน ขาดหายไป หรือมีความขัดแย้ง 7 ราย (2) ผู้ป่วยที่เข้ามาจากการบันทึกซ้ำในฐานข้อมูล 4 ราย และ (3) ผู้ป่วยที่มีเนื้อเยื่อกรวบรวมหลายจุดและไม่สามารถแยกแยะมะเร็งปอดเบื้องต้นได้ 2 ราย ทำให้ได้ผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการศึกษา จำนวน 1,312 ราย

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร ลักษณะของโรค ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลแจกแจง นำเสนอค่าความถี่และร้อยละ

สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์อัตรารอดชีพ โดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ และช่วงเชื่อมั่น 95% สถิติทดสอบอัตรารอดชีพระหว่างกลุ่มโดยสถิติ Log-rank test ประมวลผลโดยโปรแกรม R version: R-4.5.2-arm64

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ COA 057/2568

ผลการศึกษา (Result)

ลักษณะทั่วไปและลักษณะของโรค

จากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอดทั้งหมด 1,325 ราย ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 749 ราย (ร้อยละ 56.53) และเพศหญิง 576 ราย (ร้อยละ 43.47) อายุเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 63.3 ± 11.1 ปี และเพศหญิง 62.8 ± 11.8 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุช่วงต้นถึงวัยสูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันระหว่างเพศ เมื่อพิจารณาชนิดทางพยาธิวิทยา พบว่าส่วนใหญ่เป็น NSCLC คิดเป็นร้อยละ 96.23 ขณะที่ small cell lung cancer (SCLC) พบร้อยละ 3.77 สำหรับระยะของโรค ณ เวลาวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ IV มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.96 รองลงมาคือระยะที่ II และ III ตามลำดับ สะท้อนถึงรูปแบบการวินิจฉัยที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะลุกลามของโรค ในด้านการรักษา วิธีที่พบมากที่สุดคือการฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 27.55 รองลงมาคือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตลอดระยะเวลาการติดตาม (ตารางที่ 1) พบผู้เสียชีวิตจำนวน 338 ราย คิดเป็นอัตราตาย 25.51 ต่อ 100 คน-ปี สำหรับการวิเคราะห์การรอดชีพ มีข้อมูลครบถ้วน 1,312 ราย ที่มีข้อมูลครบถ้วนและถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์การรอดชีพด้วยวิธี Kaplan-Meier

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร ลักษณะของโรคผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ (n=1,325)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
จำนวนผู้ป่วย	1,325	
มีชีวิต	987	74.49
เสียชีวิต	338	25.51
เพศ		
ชาย	749	56.53
หญิง	576	43.47
อายุ		
น้อยกว่า 65 ปี	689	52.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	636	48.00
ค่าเฉลี่ย	64.5	
สถานะการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	498	37.58
เคยสูบบุหรี่ (เลิกแล้ว)	319	24.08
สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน	142	10.72
ไม่ทราบสถานะการสูบบุหรี่	366	27.62
ครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็ง		
มี	192	14.49
ไม่มี	482	36.38
ไม่ทราบ	651	49.13

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร ลักษณะของโรคผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ (n=1,325) (ต่อ)

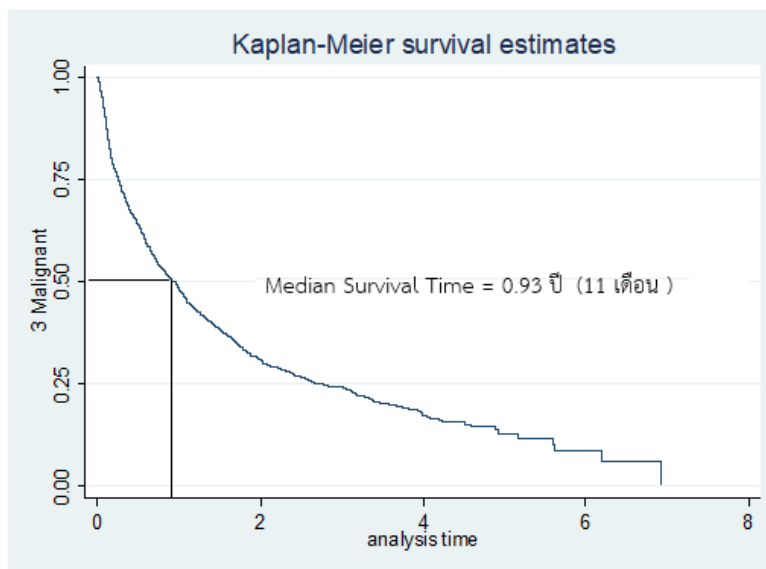
ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
วิธีการตรวจพบ		
ซักประวัติตรวจร่างกาย	72	5.43
รังสีวินิจฉัย ส่องกล้อง อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์	87	6.57
ตรวจเซลล์ หรือตรวจเลือด	31	2.34
การตรวจชิ้นเนื้อที่แพร่กระจาย	182	13.74
การตรวจชิ้นเนื้ออกปฐมภูมิ	953	71.92
ตำแหน่งของก้อนเนื้อ		
Main bronchus	15	1.13
Upper lobe, lung	503	37.96
Middle lobe, lung	61	4.6
Lower lobe, lung	253	19.09
Overlapping lesion of lung	37	2.79
Lung, Not Otherwise Specified (NOS)	456	34.42
History Grade		
Well differentiated	52	3.92
Moderately differentiated	136	10.26
Poorly differentiated	184	13.89
Undifferentiated	13	0.98
ไม่ทราบ	940	70.94
ตำแหน่งของมะเร็งปอด (Laterality)		
ข้างขวา	620	46.79
ข้างซ้าย	481	36.3
ทั้งสองข้าง	19	1.43
ไม่ทราบ	205	15.47

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร ลักษณะของโรคผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ (n=1,325) (ต่อ)

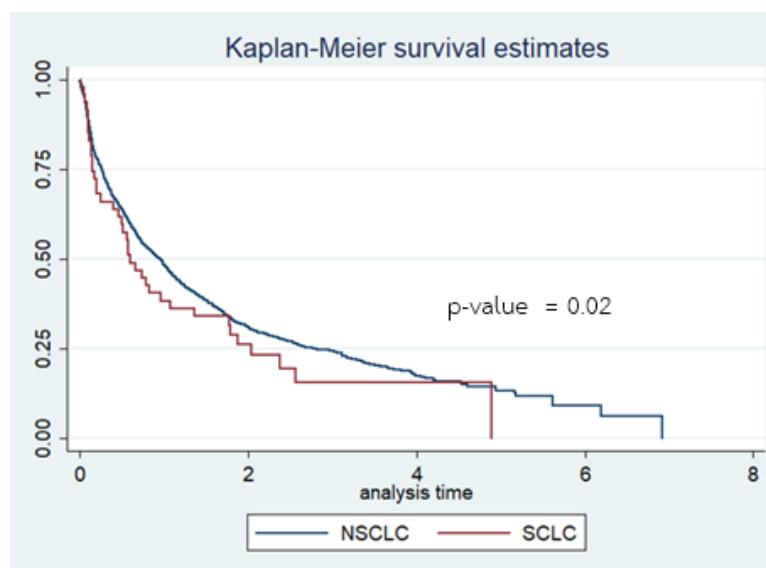
ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
ระยะของโรค (Stage of disease)		
ระยะที่ I	100	7.55
ระยะที่ II	51	3.85
ระยะที่ III	257	19.4
ระยะที่ IV	821	61.96
ไม่ทราบระยะ	96	7.25
การแพร่กระจาย	716	54.04
ต่อมน้ำเหลือง	96	13.41
กระดูก	54	7.54
ตับ	51	7.12
สมอง	274	38.27
อื่น ๆ	241	33.66
ไม่แพร่กระจาย	609	45.96
ชนิดของเซลล์		
Non-Small Cell Carcinoma	1275	96.23
Small cell carcinoma	50	3.77
การรักษา		
การผ่าตัด (Surgery)	52	3.92
การฉายแสง (Radiotherapy)	365	27.55
เคมีบำบัด (Chemotherapy)	363	27.40
การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy)	155	11.70
ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)	19	1.43
ตรวจคัดกรองไม่รักษา	371	28.00

ตารางที่ 2 อัตราการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567

ระยะเวลารอดชีพ (ปี)	อัตราการรอดชีพ (ร้อยละ)	ช่วงเชื่อมั่น (95% CI)
1	48.20	45.40 - 53.92
3	24.18	21.66 - 26.77
5	12.89	10.10 - 16.03



รูปที่ 1 โค้งการรอดชีพการณโดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567



รูปที่ 2 โค้งการรอดชีพการณโดยวิธี Kaplan-Meier ระหว่างผู้ป่วยปอดชนิด NSCLC กับ SCLC ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567

ตารางที่ 3 อัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC และ SCLC ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567

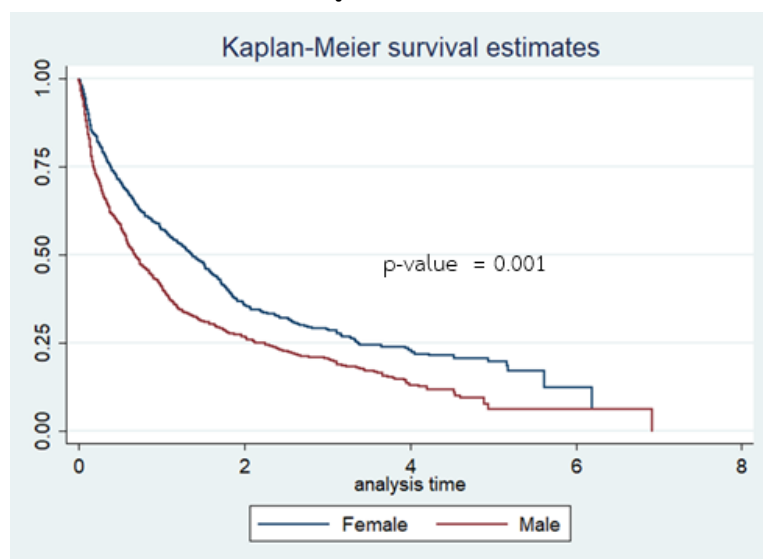
ชนิดของเซลล์	N	Median Time (95% CI)	1		2		3	
			Survival Rate	95% CI	Survival Rate	95% CI	Survival Rate	95% CI
NSCLC	1,263	0.96 (0.83–1.05)	48.5	45.7–51.3	24.4	21.8–27.1	13.4	10.6–16.5
SCLC	49	0.59 (0.40–1.08)	38.3	24.6–51.8	15.5	5.83–29.5	15.5	5.83–29.5

การวิเคราะห์การรอดชีพโดยรวม (Overall Survival)

การวิเคราะห์การรอดชีพด้วยวิธี Kaplan–Meier พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพโดยรวมเท่ากับ 0.93 ปี (95% CI: 0.81–1.03 ปี) แสดงว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายในประมาณ 11 เดือนหลังการวินิจฉัย อัตราการรอดชีพที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 48.2, 30.9, 24.2, 17.4 และ 12.9 ตามลำดับ โดยพบว่าการลดลงของความน่าจะเป็นการรอดชีพมีความชันมากที่สุดในช่วงปีแรกหลังการวินิจฉัย และลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาการติดตาม (ตารางที่ 2 รูปที่ 1)

การรอดชีพจำแนกตามเพศ (Survival by sex)

เมื่อจำแนกตามเพศ พบความแตกต่างของระยะเวลาการรอดชีพอย่างชัดเจน เพศหญิงมีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 1.38 ปี (95% CI: 1.15–1.58 ปี) ขณะที่เพศชายมีค่ามัธยฐาน 0.68 ปี (95% CI: 0.59–0.80 ปี) อัตราการรอดชีพที่ 1, 3 และ 5 ปี ของเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 57.4, 28.8 และ 19.7 ตามลำดับ ขณะที่เพศชายเท่ากับร้อยละ 41.1, 20.6 และ 6.2 ตามลำดับ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 เส้นโค้ง Kaplan–Meier แสดงให้เห็นว่าเส้นการรอดชีพของเพศหญิงอยู่สูงกว่าเพศชายตลอดช่วงระยะเวลาการติดตาม บ่งชี้ถึงแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าในเพศหญิง

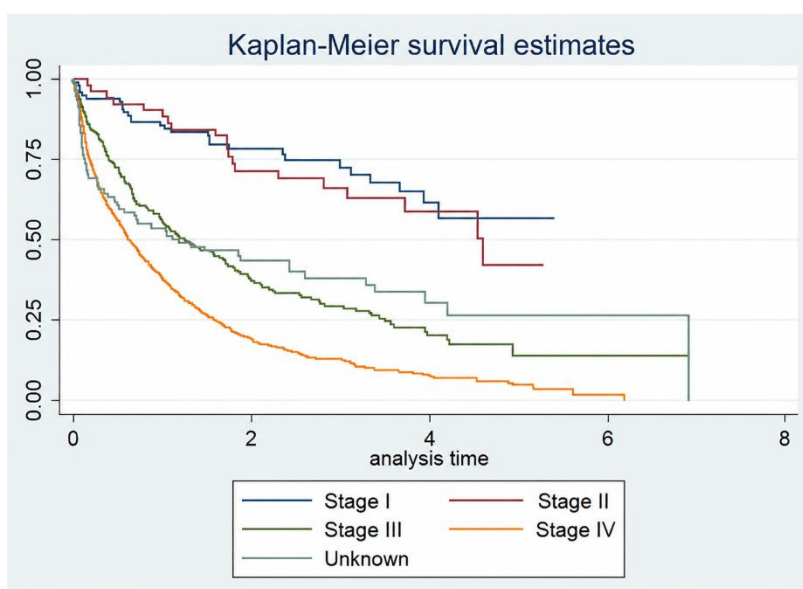
การรอดชีพจำแนกตามระยะของโรค (Survival by stage)

การวิเคราะห์การรอดชีพจำแนกตามระยะของโรคพบความแตกต่างอย่างชัดเจนของค่ามัธยฐานการรอดชีพระหว่างแต่ละระยะ โดยผู้ป่วยระยะที่ II มีค่ามัธยฐานการรอดชีพสูงที่สุดที่ 4.60 ปี (95% CI:

3.08 ปี – ไม่สามารถประมาณค่าขอบเขตบนได้) สะท้อนให้เห็นถึงพยากรณ์โรคที่ดีกว่าในระยะต้นของการลุกลามของโรค

ในขณะที่ผู้ป่วยระยะที่ III มีค่ามัธยฐานการรอดชีพลดลงเหลือ 1.25 ปี (95% CI: 0.99–1.69 ปี) แสดงให้เห็นถึงการลดลงของโอกาสรอดชีพอย่างมีแนวโน้มแตกต่าง เมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลามมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยระยะที่ IV ซึ่งเป็นระยะแพร่กระจาย มีค่ามัธยฐานการรอดชีพต่ำที่สุดที่ 0.63 ปี (95% CI: 0.56–0.74 ปี) สะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและข้อจำกัดของผลลัพธ์การรักษาในระยะท้าย

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุระยะของโรคได้ มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 1.19 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงใกล้เคียงกับระยะที่ III ทั้งนี้ ความแตกต่างของค่ามัธยฐานการรอดชีพระหว่างแต่ละระยะของโรคแสดงให้เห็นแนวโน้มที่สอดคล้องกับความก้าวหน้าของโรค กล่าวคือ เมื่อระยะของโรคเพิ่มขึ้น ค่าการรอดชีพจะลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นและการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมในระยะต้นของโรค (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 กราฟแสดงเส้นโค้งการรอดชีพแบบ Kaplan–Meier ของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำแนกตามระยะของโรค

อภิปรายผลการศึกษา (Discussion)

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์แบบ retrospective cohort จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งปอด 1,325 ราย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคและรูปแบบการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดในบริบทของประเทศไทยอย่างชัดเจน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระบาดวิทยาระดับโลก ที่รายงานว่ามะเร็งปอดพบได้บ่อยในเพศชายและในกลุ่มอายุสูง โดยเฉพาะในประเทศที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงในอดีต^{1,2} อย่างไรก็ตาม สัดส่วนผู้ป่วยเพศหญิงในการศึกษานี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับข้อมูลในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับโลกที่แสดงการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์มะเร็งปอดในสตรี ตามรายงาน

ของ International Agency for Research on Cancer และฐานข้อมูล GLOBOCAN^{1,9} แนวโน้มดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และมลพิษทางอากาศ^{3,4,5}

ด้านชนิดทางพยาธิวิทยา พบว่า NSCLC คิดเป็นร้อยละ 96.23 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสากลที่รายงานว่า NSCLC เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 85–90 ของมะเร็งปอดทั้งหมด⁹ สัดส่วนที่สูงในงานวิจัยนี้อาจสะท้อนรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์ตติยภูมิ รวมถึงความก้าวหน้าในการวินิจฉัยและการจำแนกชนิดย่อยทางพยาธิวิทยาตามแนวทางของ National Comprehensive Cancer Network¹⁰

ประเด็นสำคัญ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม โดยพบ ระยะที่ IV ถึงร้อยละ 61.96 ซึ่งมีแนวโน้มแตกต่างทางคลินิกอย่างยิ่ง เนื่องจากระยะของโรคเป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่สำคัญที่สุดตามระบบการจัดระยะของ American Joint Committee on Cancer¹¹ ค่ามัธยฐานการรอดชีพโดยรวมเท่ากับ 0.93 ปี สะท้อนว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเสียชีวิตภายในหนึ่งปีหลังการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากฐาน SEER ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่รายงานอัตราการรอดชีพต่ำในผู้ป่วยระยะลุกลาม¹²

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีค่ามัธยฐานการรอดชีพสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงชีววิทยาที่แสดงว่าเพศหญิงมีความชุกของการกลายพันธุ์ของยีน EGFR สูงกว่า อาจอธิบายได้จากความชุกของ EGFR mutation ที่สูงกว่า¹³ นอกจากนี้ การวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาหลายการศึกษายืนยันว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่สัมพันธ์กับการรอดชีพที่ดีกว่าใน NSCLC¹⁴

การวิเคราะห์ตามระยะของโรคพบความแตกต่างของการรอดชีพอย่างมีแนวโน้มแตกต่างทางคลินิก โดยระยะที่ II มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 4.60 ปี ขณะที่ระยะที่ IV มีเพียง 0.63 ปี ผลลัพธ์นี้ยืนยันความสำคัญของการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น และสนับสนุนบทบาทของการคัดกรองด้วย low-dose CT ในกลุ่มเสี่ยงสูงตามข้อเสนอแนะของ U.S. Preventive Services Task Force¹⁵

สำหรับผลการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีค่ามัธยฐานการรอดชีพสูงสุด รองลงมา คือ การรักษาแบบมุ่งเป้า เคมีบำบัด และรังสีรักษา อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นแบบไม่ปรับปรุงปัจจัยกวน ซึ่งอาจสะท้อนการคัดเลือกผู้ป่วยตามระยะของโรคและสภาพร่างกายมากกว่าประสิทธิผลของการรักษาโดยตรง การประเมินผลเชิงสาเหตุจึงควรใช้แบบจำลอง Cox proportional hazards model เพื่อควบคุมตัวแปรร่วม ตามหลักการวิเคราะห์ survival data มาตรฐาน^{16,17}

อัตราการตายรวม 25.51 ต่อ 100 คน-ปี แสดงถึงภาระโรคที่สูง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกหลังการวินิจฉัย ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของมะเร็งปอดระยะลุกลามในหลายประเทศ¹²

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้ข้อมูลทะเบียนมะเร็งต่อเนื่อง 5 ปี และมีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 1,300 ราย ทำให้การประมาณค่าการรอดชีพมีความเสถียร อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง การขาดข้อมูลปัจจัยสำคัญบางประการ เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ สถานะการกลายพันธุ์ของยีน และ performance status รวมถึงการวิเคราะห์ผลการรักษาที่ไม่ได้ปรับปรุงปัจจัยกวน ซึ่งอาจทำให้เกิด selection bias ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบแบบ prospective และใช้การวิเคราะห์เชิงพหุตัวแปรเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการตีความเชิงสาเหตุ

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้ข้อมูลทะเบียนมะเร็งในช่วงเวลาต่อเนื่อง 5 ปี และมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 1,300 ราย ทำให้สามารถประเมินการรอดชีพได้อย่างมีเสถียรภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่

1. เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง อาจมีข้อมูลสูญหายหรือคลาดเคลื่อน
2. ขาดข้อมูลปัจจัยสำคัญบางประการ เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ สถานะการกลายพันธุ์ของยีน หรือ performance status
3. การวิเคราะห์การรักษาเป็นแบบไม่ปรับปัจจัยกวน ซึ่งอาจเกิด selection bias

ข้อจำกัดเหล่านี้ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลลัพธ์และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในครั้งต่อไป

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม โดยมีค่ามัธยฐานการรอดชีพโดยรวม 0.93 ปี และอัตราการรอดชีพ 5 ปี เพียงร้อยละ 12.9 เพศหญิงมีการรอดชีพดีกว่าเพศชายอย่างชัดเจน และระยะของโรคมักมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพยากรณ์โรค ผู้ป่วยระยะต้นมีการรอดชีพระยะยาวดีกว่า ขณะที่ผู้ป่วยระยะที่ IV มีการเสียชีวิตจำนวนมากในปีแรกหลังการวินิจฉัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้น การพัฒนาระบบคัดกรอง และการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ร่วมวิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำทางวิชาการอย่างใกล้ชิด ตลอดจนข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารอบแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล จนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022.
2. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, et al. Cancer in Thailand. Vol. X, 2016–2018. Bangkok: National Cancer Institute; 2021.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

4. Islami F, Torre LA, Jemal A. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Transl Lung Cancer Res.* 2015;4(4):327-38.
5. Loomis D, Grosse Y, Lauby-Secretan B, et al. The carcinogenicity of outdoor air pollution and particulate matter. *Lancet Oncol.* 2013;14(13):1262-3.
6. Mok TS, Wu YL, Thongprasert S, et al. Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. *N Engl J Med.* 2009;361(10):947-57.
7. Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson AG, et al. Pembrolizumab versus chemotherapy for PD-L1-positive non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2016;375(19):1823-33.
8. Khiewvan B, Tungsukruthai S, Sathitruangsak C, et al. Survival rate of lung cancer patients at Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J.* 2019;34(2):107-14.
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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.
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Small Cell Lung Cancer. Version 2023. Plymouth Meeting (PA): National Comprehensive Cancer Network; 2023.
11. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al., editors. *AJCC Cancer Staging Manual.* 8th ed. New York: Springer; 2017.
12. National Cancer Institute. SEER Cancer Stat Facts: Lung and Bronchus Cancer [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2023 [cited 2026 Jun 17]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/lungb.html>
13. Shigematsu H, Lin L, Takahashi T, et al. Clinical and biological features associated with epidermal growth factor receptor gene mutations in lung cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(5):339-46.
14. Pinto JA, Vallejos CS, Raez LE, et al. Gender and outcomes in Non-Small Cell Lung Cancer: an old prognostic variable comes back for targeted therapy and immunotherapy? *ESMO Open.* 2018;3(3):e000344.
15. US Preventive Services Task Force. Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2021;325(10):962-70.
16. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc.* 1958;53(282):457-81.
17. Cox DR. Regression models and life-tables. *J R Stat Soc Ser B.* 1972;34(2):187-220.