

ผลของอายุ เพศ และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่ออัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งไต ชนิด Renal Cell Carcinoma

พรสุตา จิตรกลีกร¹ นิลทิศา ศรีไพบุลย์กิจ โถคนิตย์¹ ธนพล ทนคำดี¹ ศรุตตา บุปผาผสม¹

เอกภพ สิริชัยนันท์² พิชัย จันทรศรีวงศ์²

¹ศูนย์มะเร็ง ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: July 23, 2025

Revised: August 15, 2025

Accepted: August 17, 2025

บทคัดย่อ

มะเร็งไต (Renal Cell Carcinoma) เป็นโรคมะเร็งอีกชนิดที่มีความซับซ้อนในการรักษา และพบบ่อยมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ เพศชายมีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งไตมากกว่าผู้เพศหญิงถึงสองเท่า จากการศึกษาเพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเพศ อายุ และผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไต โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งไต 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยไตชนิด Renal Cell Carcinoma และรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดีระหว่าง 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ติดตามผลลัพธ์การรักษาจนถึง 31 ธันวาคม 2567 สถิติพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์อัตราการรอดชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ด้วยสถิติ Kaplan–Meier method, log-rank test และ Cox proportional hazards model ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งไต จำนวน 689 ราย พบว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 72.13 อายุเฉลี่ย และค่ามัธยฐานเท่ากับ 57.93 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.71 ปี) และ 59.02 ปี (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 18.49) ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการติดตาม มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 310 ราย (ร้อยละ 44.99) อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี และ 10 ปี พบเป็นร้อยละ 61.16 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 57.33-64.76) และร้อยละ 48.98 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 44.31-53.49) ตามลำดับ อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ในเพศชาย และเพศหญิงพบเป็นร้อยละ 58.43 และร้อยละ 68.30 ตามลำดับ (p -value=0.008) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.71 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.91-3.23, p -value=0.098) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า โดยผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งชนิด Non-clear cell มีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยแบบ Clear cell อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.048) ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพ และประกันสังคมมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.50 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.78-2.87) และ 3.37 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.67-19.93) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 65 การศึกษานี้สรุปว่า เพศ ผู้ป่วยสูงอายุ ชนิดของเซลล์ ระดับความรุนแรงของเนื้องอก และระยะของโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไต การศึกษาด้านการเข้าถึงการรักษา และปัจจัยเชิงระบบสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนการผลักดันเข้าสู่ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Keywords: มะเร็งไต; สิทธิการรักษา; ผู้สูงอายุ; อัตราการรอดชีวิต

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

นิลทิศา ศรีไพบุลย์กิจ โถคนิตย์

ศูนย์มะเร็ง ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

อีเมล: nintitas.thokanit@gmail.com, nintita.srp@mahidol.ac.th

Association of age, sex, and other risk factors with survival in patients with renal cell carcinoma

Pornsuda Jitkasikorn¹, Nintita Sripaiboonkij Thokanit¹, Tanapol Thonkamdee¹, Saruta Bubphapasom¹, Ekaphop Sirachainan², Phichai Chansriwong²

¹Ramathibodi Comprehensive Cancer Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Medical Oncology Unit, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Abstract

Renal cell carcinoma is a complex cancer, with its incidence rising among elderly patients. It affects both males and females, but males are twice as likely to develop kidney cancer than females. This study aims to provide the relationship of gender and age factors to treatment outcomes in patients with RCC. We conducted a retrospective cohort study included RCC patients aged 18 years and above who diagnosed and treated from Jan 2012 to December 2021 and completed the follow-up until December 2024. Descriptive statistics were used to summarize demographic and clinical demographic characteristics. Survival outcome at 5 years were analyzed using the Kaplan–Meier method and log-rank test. A Cox proportional hazards model and *p*-values were reported based on likelihood ratio test were used to determine factors associated with overall survival. A total of 689 RCC patients were identified, the majority were male (72.13%). The mean and median age were 57.39 years (SD 13.71) and 59.02 years (IQR 18.49), respectively. Over the past 10 years, 310 patients (44.99%) had died. The 5-years and 10-year overall survival rates were 61.16% (95%CI: 57.33-64.76) and 48.98% (95%CI: 44.31-53.49), respectively. The 5-year survival rates were significantly higher in females (68.30%) than in males (58.43%) (*p*=0.008). Patients aged over 60 had a 1.71 times higher risk of death compared to those under 60 (95%CI: 0.91-3.23, *p*-value=0.098). Significantly by sex, with 5-years survival of 58.43% in male and 68.30% in female (*p*-value=0.008). Patient with clear cell tumor was significantly associated with higher survival compared to non-clear cell (*p*-value=0.048). Patients covered under the Universal coverage Scheme and Social Security Scheme had increased mortality risk of 1.50 (95%CI: 0.78-2.87) and 3.37 (95%CI: 0.67-19.93), respectively. Tumor staging and smoking were identified as risk of mortality. Patient who smoked had a 65% higher risk of death than non-smoker. In conclusions, sex, older patient, histology subtype, tumor grade and staging were identified as significant prognostic factor for survival in kidney cancer patients. The study of treatment accessibility, healthcare system factors, including in the advocacy for inclusion in the National List of Medicines can help improve the survival and quality of life of the patients.

Keywords: renal cell carcinoma; reimbursement; elderly; survival rate

Corresponding Author:

Nintita Sripaiboonkij Thokanit

Ramathibodi Comprehensive Cancer Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Thung Phaya Thai Sub-district, Ratchatewi District, Bangkok 10400, Thailand

E-mail: nintitas.thokanit@gmail.com, nintita.srp@mahidol.ac.th

บทนำ

สถานการณ์โรคมะเร็งทั่วโลก และประเทศไทย มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เกิดขึ้นมากในแต่ละปี โรคมะเร็งยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตที่พบมากขึ้นในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลก (International agency for research on cancer, IARC) รายงาน พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดในปี 2563 จำนวน 19,292,789 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ (age standardized rate, ASR) โดยพบในเพศชาย 222.0 ต่อแสนประชากรต่อปี ในขณะที่เพศหญิง 120.8 ต่อแสนประชากรต่อปี มะเร็งไต (kidney cancer) พบอุบัติการณ์บ่งชี้เป็นอันดับที่ 14 ทั่วโลก โดยพบเป็นจำนวน 434,419 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ ASR โดยพบในเพศชาย 6.1 ต่อแสนประชากรต่อปี ในขณะที่เพศหญิง 3.2 ต่อแสนประชากรต่อปี โดยพบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งไต มีจำนวน 179,368 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ ASR โดยพบในเพศชาย 2.5 ต่อแสนประชากรต่อปี ในขณะที่เพศหญิง 1.2 ต่อแสนประชากรต่อปี^{1,2} ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยจากรายงานของ Cancer in Thailand Vol. XI (2019-2021) พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดจำนวน 140,789 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ ASR โดยพบในเพศชาย 137.6 ต่อแสนประชากรต่อปี ในขณะที่เพศหญิง 132.9 ต่อแสนประชากรต่อปี³

มะเร็งที่เกิดที่อวัยวะไต จะแบ่งเป็นมะเร็งไต renal cell carcinoma (RCC) และมะเร็งของกรวยไต (renal pelvis urothelial carcinoma) โดยมะเร็งไตเป็นชนิดของเซลล์มะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุด⁴ แม้มะเร็งไตจะจัดเป็นโรคที่พบบ่อยเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น แต่มีอัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง จากข้อมูลในทวีปยุโรป พบผู้ป่วยรายใหม่ 76,080 ราย และผู้เสียชีวิต 13,780 รายต่อปีในประเทศไทยจากรายงาน Cancer in Thailand Vol. X (2016-2018) พบจำนวน 1,209 ราย พบในเพศชาย จำนวน 791 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ (age standardized rate, ASR) โดยพบในเพศชาย 1.7 ต่อแสนประชากรต่อปี ในขณะที่

เพศหญิง มีจำนวน 418 ราย³ คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ ASR เป็น 1.3 ต่อแสนประชากรต่อปี

ทั้งนี้พบปัจจัยความเสี่ยงของโรคมะเร็งไต เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และพบในเพศชายบ่อยกว่าเพศหญิง⁵ รวมถึงพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป^{6,7} อัตราการรอดชีวิตเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพ และประสิทธิผลการรักษา อาการของโรคมะเร็งไตในระยะแรกๆ อาจจะไม่มีการแสดง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบเมื่ออาการแสดงออกมากแล้ว ซึ่งส่งผลต่อการรักษาทำให้ผลการรักษาไม่ดีนัก การศึกษาที่ผ่านมา อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งไตมีความแตกต่างกันตามระยะของโรคที่พบ อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งไตจะแตกต่างกันตามระยะของโรค ได้แก่ ร้อยละ 93 ในระยะโรคเฉพาะที่ (localized) ร้อยละ 71 ในระยะโรคลุกลาม (regional) และร้อยละ 14 ในระยะโรคแพร่กระจาย (distant metastasis)⁸ โรคมะเร็งไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเพศชาย และเพศหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ดังกล่าวเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ รวมถึงโรคอ้วนและความดันโลหิตสูง⁹

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา อัตราการรอดชีวิต และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งไต การเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต และการรอดชีวิตจะมีประโยชน์ในการพัฒนากลยุทธ์ในการคัดกรองวางแผนการรักษา และกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห้แบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งไต ที่ถูกบันทึกข้อมูลทั่วไป รหัสโรคมะเร็ง ข้อมูลทั่วไปทางคลินิก และข้อมูลการรักษา

อย่างเป็นระบบในศูนย์มะเร็ง ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งไต (C64-C65) อ้างอิงตามรหัสโรคสากล (The international classification of disease for oncology: Third Edition) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยทุกรายจะถูกติดตามอย่างต่อเนื่องจนถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจะบันทึกวันที่เสียชีวิตที่ระบุไว้ในเวชระเบียน ผู้ป่วยที่สูญหาย จะตรวจสอบสถานะสุดท้ายจากสำนักบริการการทะเบียน โดยข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในการศึกษาแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (civil servant medical benefit scheme - CSMBS) สิทธิประกันสังคม (social security scheme - SSS) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme - UCS) และสิทธิอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในสามกลุ่มแรก เช่น จ่ายค่ารักษาเอง สิทธิการรักษาพยาบาลจากองค์กรเอกชน สิทธิประกันสุขภาพส่วนบุคคล หรือสิทธิอื่น การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เลขที่ COA: MURA2023/175) เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะผู้ป่วย ชนิดของโรคมะเร็ง กรณีข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลแจกแจง (เพศ กลุ่มอายุ ชนิดของโรค) นำเสนอเป็นจำนวน และค่าร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรต้นต่างๆ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สิทธิการรักษาพยาบาล ชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค ระหว่างกลุ่มเพศชาย และเพศหญิงด้วยสถิติ Student T-Test ในกรณีข้อมูลต่อเนื่อง และสถิติ Chi-square กรณี

ข้อมูลกลุ่ม วิเคราะห์อุบัติการณ์เสียชีวิต การวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ใช้วิธี Kaplan-Meier เพื่อประมาณอัตราการรอดชีวิตโดยรวม รวมถึงร้อยละของการรอดเหตุการณ์ และค่ามัธยฐานของระยะเวลาการรอดชีวิตพร้อมช่วงความเชื่อมั่น การเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตตามตัวแปรต้นทำโดยใช้สถิติ Log-rank test การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตแบบควบคุมตัวแปรรบกวนต่างๆ ดำเนินการด้วยแบบจำลอง Cox proportional hazards โดยมีการทดสอบสมมติฐาน proportional hazards เพื่อยืนยันความถูกต้องของแบบจำลอง ผลลัพธ์นำเสนอในรูปอัตราส่วนความเสี่ยง (hazard ratio) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value) จาก Likelihood ratio test (LRT) การประมวลผลโดยโปรแกรม STATA Released 16.0 (College Station, Texas 77845 USA)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งไตทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 จำนวน 689 คน ผู้ป่วยมะเร็งไตส่วนใหญ่พบในเพศชาย 597 คน (ร้อยละ 72.13) อายุเฉลี่ย และมัธยฐานอยู่ที่ 57.93 ปี และ 59.02 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งไตส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยที่อายุระหว่าง 50-70 ปี (ร้อยละ 54.14) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 74.60) เมื่อแบ่งแยกตามชนิดชิ้นเนื้อทางพยาธิสภาพแล้วพบผู้ป่วยชนิด clear cell มากที่สุดเป็น 437 คน (ร้อยละ 63.43) ชนิด non-clear cell 86 คน (ร้อยละ 12.48) พบผู้ป่วยจำนวนที่ไม่สามารถจำแนกทางพยาธิสภาพได้จำนวน 166 คน (ร้อยละ 24.09) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น และการจัดเก็บข้อมูลในอดีตทำให้ไม่สามารถหาข้อมูลในส่วนดังกล่าวได้ ผู้ป่วยมะเร็งไตเมื่อแยกตามสิทธิการรักษา พบผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และ

สิทธิอื่นๆ เป็นร้อยละ 39.77, ร้อยละ 26.27, ร้อยละ 4.50 และร้อยละ 29.46 ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งไตส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลรามธิบดี

พบเป็นผู้ป่วยระยะแพร่กระจายมากที่สุดจำนวน 169 คน (ร้อยละ 56.52) รายละเอียดในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Baseline demographic and clinical characteristics of kidney cancer patients diagnosed between 2012 and 2022 at Ramathibodi Hospital

Variables	Male Number (%)	Female Number (%)	Total Number (%)	p-value
All	597 (72.13)	192 (27.87)	689 (100.00)	
Age diagnosis (years)				0.790
<60	261 (52.52)	103 (53.65)	364 (52.83)	
60+	236 (47.48)	89 (46.35)	325 (47.17)	
Mean (SD)	57.66 (13.44)	58.65 (14.40)	57.93 (13.71)	0.394
Median (IQR)	58.61 (18.54)	59.45 (17.33)	59.02 (18.49)	0.382
Smoke				<0.001
No	329 (66.20)	185 (96.35)	514 (74.60)	
Yes	168 (33.80)	7 (3.65)	175 (25.40)	
Diabetes mellitus				0.651
No	391 (78.67)	148 (77.08)	539 (78.23)	
Yes	106 (21.33)	44 (22.92)	150 (21.77)	
Histology subtype				0.748
Clear cell	319 (64.19)	118 (61.46)	437 (63.43)	
Non-clear cell	62 (12.47)	24 (12.50)	86 (12.48)	
Unknown	116 (23.34)	50 (26.04)	166 (24.09)	
Sidedness				0.489
Right	239 (48.09)	92 (47.92)	331 (48.04)	
Left	226 (45.71)	88 (45.83)	314 (45.57)	
Both	6 (1.21)	5 (2.60)	11 (1.60)	
Unknown	26 (5.23)	7 (3.65)	33 (4.79)	
Tumor grade				0.288
Well differentiated	39 (7.85)	22 (11.46)	61 (8.85)	
Moderately differentiated	172 (34.61)	68 (35.42)	240 (34.83)	
Poorly differentiated	76 (15.29)	21 (10.94)	97 (14.08)	
Undifferentiated	18 (3.62)	10 (5.21)	28 (4.06)	
Unknown	192 (38.63)	71 (36.98)	263 (38.17)	
Staging				0.494
Localized	48 (22.54)	23 (26.74)	71 (23.75)	
Regional	40 (18.78)	19 (22.09)	59 (19.73)	
Distant	125 (58.69)	44 (51.16)	169 (56.52)	

Table 1 Continued

Variables	Male Number (%)	Female Number (%)	Total Number (%)	p-value
Type of payment				0.347
CSMBS	190 (38.23)	84 (43.75)	274 (39.77)	
UCS	129 (25.96)	52 (27.08)	181 (26.27)	
SS	25 (5.03)	6 (3.13)	31 (4.50)	
Other	153 (30.78)	50 (26.04)	203 (29.46)	

Footnote: Data are presented as number (n) and percentage (%), unless otherwise indicated. Mean and median age at diagnosis are presented with standard deviation (SD) and interquartile range (IQR), respectively. Abbreviations: CSMBS = Civil Servant Medical Benefit Scheme; UCS = Universal Coverage Scheme; SS = Social Security Scheme.

อัตราการรอดชีวิตวิเคราะห์โดยรวม

ผู้ป่วยมะเร็งไตหลังการวินิจฉัย 689 คน มีระยะเวลาติดตามทั้งสิ้น 3,431.37 person-years ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาติดตาม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 4.98 (3.50) ปี เมื่อสิ้นสุดการติดตามมีผู้ป่วยเสียชีวิต 310 คน (ร้อยละ 44.99) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งไตที่ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี, 5 ปี และ 10 ปี พบเป็นร้อยละ 82.15, ร้อยละ 73.29, ร้อยละ 68.94, ร้อยละ 65.23, ร้อยละ 61.16 และร้อยละ 48.98 ตามลำดับ มีค่ามัธยฐานของการรอดชีวิต (median survival) ที่ 9.89 ปี (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 7.35-11.29) ดังรูปที่ 1 (Figure 1)

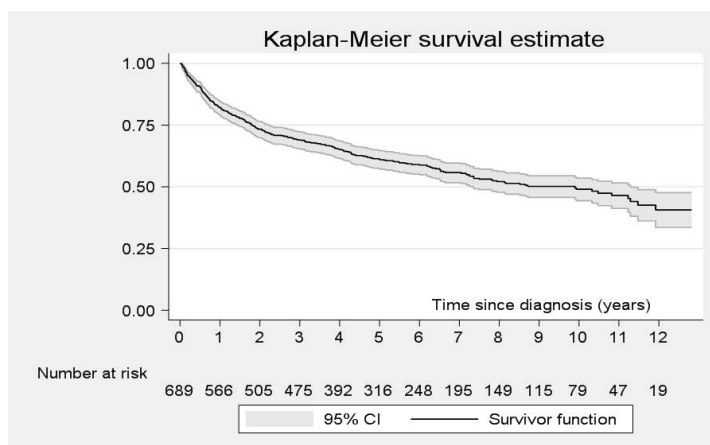


Figure 1 Kaplan–Meier curves kidney cancer patient’s overall survival

อัตราการรอดชีวิตแยกตามเพศ กลุ่มอายุ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิต

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เมื่อแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 4 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 50 ปี, 50-59 ปี, 60-69 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป พบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีของเพศชายต่ำกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะ

อายุ 50-59 ปี เพศชายมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบเป็นร้อยละ 60.73 และร้อยละ 78.03 ในเพศชาย และเพศหญิงตามลำดับ (p -value=0.020) รายละเอียดแยกตามเพศและกลุ่มอายุแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Five-year overall survival rates and median overall survival (OS) times in kidney cancer patients stratified by age and sex

Age group (years)	Median OS (years) (95%CI)	5-Year overall survival rate (%)			p-value
		Male (95%CI)	Female (95%CI)	Both (95%CI)	
18-49	*	64.04 (55.22-71.57)	74.19 (58.22-84.81)	66.32 (58.74-72.83)	0.206
50-59	*	60.73 (51.41-68.82)	78.03 (65.15-86.62)	66.33 (58.89-72.74)	0.020
60-69	7.25 (4.33-10.32)	56.13 (47.31-64.05)	59.54 (44.06-72.04)	56.98 (49.41-63.84)	0.462
70+	6.00 (4.27-7.16)	50.93 (40.32-60.59)	57.93 (40.14-72.14)	53.14 (44.15-61.33)	0.637
Total	9.89 (7.35-11.28)	58.43 (53.86-62.70)	68.30 (61.01-74.51)	61.16 (57.33-64.76)	0.008

Footnote: Survival probabilities were estimated using the Kaplan–Meier method.

P-values indicate comparisons between males and females within each age group using the log-rank test.

* Median OS not reached during the follow-up period.

อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี และอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในเพศชายมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าเพศหญิงทั้งสองกลุ่มอายุ กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี เพศชายมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p -value=0.009) และในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยเพศชายมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่าเพศหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.316) ดังรูปที่ 2 (Figure 2)

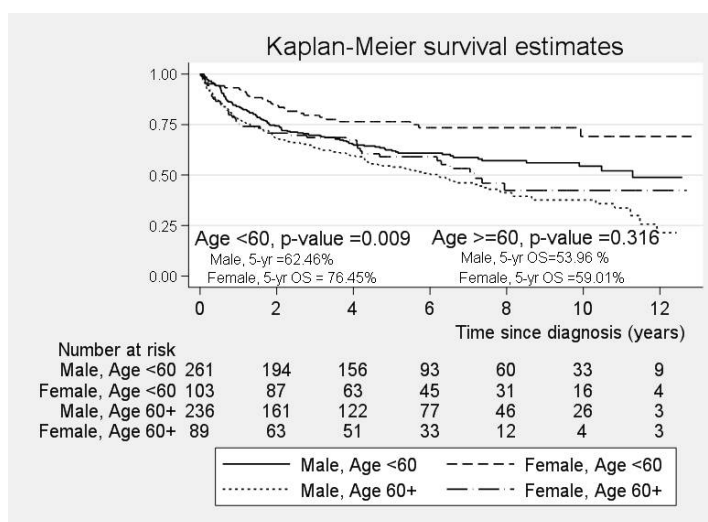


Figure 2 Kaplan–Meier survival curves stratified by age group (<60 vs. ≥60 years) in male and female patients with kidney cancer

ตารางที่ 3 (Table 3) แสดงอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี การศึกษาพบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีพบว่ามีเพศ อายุมากกว่า 60 ปี การสูบบุหรี่ ชนิดของเซลล์ (histology subtype) ลักษณะการแบ่งตัว (tumor grade) ระยะของโรค (staging) มีอัตราการรอดชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีชนิดของเซลล์ (histology subtype) ชนิด non-clear cell มีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วย clear cell อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) ทั้งนี้พบอัตรา

การรอดชีวิตที่ 5 ปี เป็นร้อยละ 72.97 และร้อยละ 67.98 ในผู้ป่วยที่มีการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งชนิด clear cell และ non-clear cell ตามลำดับ ผลการศึกษายืนยันว่าระยะของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีที่สุด อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม พบเป็นร้อยละ 63.49, ร้อยละ 60.90 และร้อยละ 40.22 ตามลำดับ

Table 3 Median overall survival time and 5-year survival rates stratified by clinical variables in patients with kidney cancer

Variables	Median OS (years) (95%CI)	5-Year OS (%) (95%CI)	p-value (log rank test)
Overall	9.89 (7.35-11.23)	61.16 (57.33-64.76)	
Gender			0.008
Male	7.80 (6.40-10.47)	58.43 (53.86-62.70)	
Female	*	68.30 (61.01-74.51)	
Age at diagnosis			<0.001
<60	*	66.34 (61.14-71.01)	
60+	6.50 (4.98-7.49)	55.35 (49.62-60.70)	
Type of payment			0.102
CSMBS	10.32 (7.35-12.82)	63.49 (57.38-68.96)	
UCS	9.93 (6.24-12.67)	60.90 (53.12-67.80)	
SSS	3.41 (1.17-11.48)	40.22 (22.71-57.14)	
Other	8.16 (6.29-12.31)	61.38 (54.19-67.78)	
Smoking			0.049
No	10.81 (7.49-12.82)	62.81 (58.37-66.92)	
Yes	6.50 (4.81-9.75)	56.49 (48.71-63.55)	
Diabetes mellitus			0.398
No	9.89 (7.35-12.82)	61.77 (57.43-65.81)	
Yes	7.18 (5.33-11.47)	59.16 (50.70-66.65)	
Histologic subtypes			0.048
Clear cell	*	72.97 (68.42-76.98)	
Non-clear	8.72 (6.40-11.15)	67.98 (56.81-76.83)	

Table 3 Continued

Variables	Median OS (years) (95%CI)	5-Year OS (%) (95%CI)	p-value (log rank test)
Tumor grade			<0.001
Well/moderate	*	84.46 (79.65-88.22)	
Poor/undifferentiated	7.94 (4.18-11.45)	56.48 (47.09-64.83)	
Staging			<0.001
Localized	*	82.51 (70.43-89.99)	
Regional	8.13 (4.18-11.29)	55.94 (40-52-67.23)	
Distant	1.02 (0.74-1.28)	17.75 (12.24-24.11)	

Footnote: Median overall survival time and 5-year overall survival (OS) rates stratified by clinical variables among patients with kidney cancer. Survival estimates were calculated using the Kaplan–Meier method, and differences between groups were assessed using the log-rank test. * Indicates median OS was not reached during the follow-up period.

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตด้วย Cox proportional hazards model

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตโดยสถิติ Hazard Ratio จาก Cox proportional hazard ratio โดยควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิทธิการรักษา Tumor grade ชนิดของเซลล์ (histology subtype) และระยะของโรค พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าเพศชายเป็นร้อยละ 39 ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.71 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.91-3.23, p -value=0.098) ผู้ป่วยที่มีชนิดของเซลล์ (histology subtype) แบบ non-clear cell แสดงทิศทางของความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

1.61 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.65-2.71, p -value=0.303) แม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะ regional และระยะ distant จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 3.92 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 1.50-10.24) และ 8.81 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 3.55-21.82) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งระยะ localized (p -value<0.001) ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.50 เท่า (0.78-2.87) และ 3.37 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.67-16.93) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (p -value=0.202) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เป็นร้อยละ 65 ดังรูปที่ 3 (Figure 3)

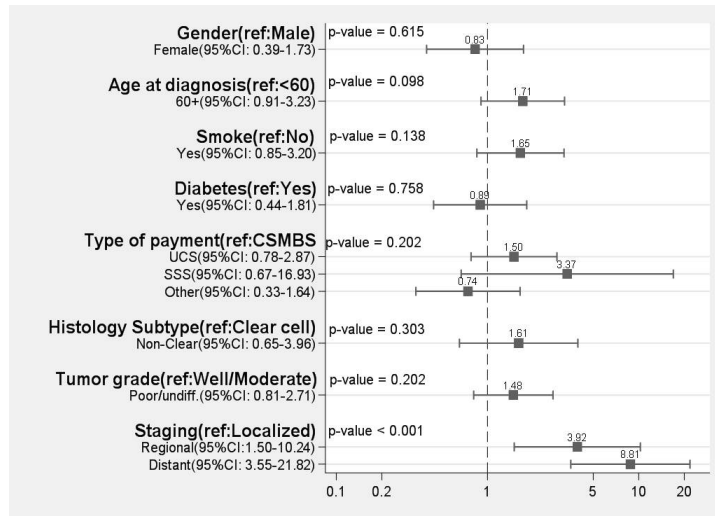


Figure 3 Forest plot from multivariable Cox regression analysis illustrating the independent effect of clinical and demographic factors on overall survival in kidney cancer patients. Adjusted hazard ratios (aHRs) with 95% confidence intervals are presented for each factor. A HR above 1 indicates higher risk of mortality

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไตในระยะยาว โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 689 ราย และมีระยะเวลาติดตามสูงสุด 10 ปี เมื่อสิ้นสุดการติดตาม พบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไตที่ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี, 5 ปี และ 10 ปี พบเป็นร้อยละ 82.15, ร้อยละ 73.29, ร้อยละ 68.94, ร้อยละ 65.23, ร้อยละ 61.16 และร้อยละ 48.98 ตามลำดับ median survival อยู่ที่ 9.89 ปี อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของผู้ป่วย RCC ของการศึกษานี้ยังคงต่ำกว่าการศึกษาอัตราการรอดชีวิตในประเทศในทวีปอเมริกา ยุโรป เอเชียบางประเทศ เช่น ประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 89) ประเทศเกาหลี (ร้อยละ 84.7) ยุโรป (ร้อยละ 79.6) สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 78) และประเทศจีน (ร้อยละ 65.2)¹⁰⁻¹³ โดยสาเหตุของความแตกต่างนี้อาจเกิดขึ้นได้จากความแตกต่างในปัจจัยด้านการเข้าถึงการรักษา ทั้งการผ่าตัด ยาที่ใช้ในการรักษา และระยะของโรค ผู้ป่วยมะเร็งไตนี้ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์ที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในระยะโรคลุกลาม จาก

โรงพยาบาลตามเขตสุขภาพจากทั่วประเทศ ที่มีข้อจำกัดในการวินิจฉัย วิธีการรักษา ทำให้ต้องส่งมารักษาในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ การรักษาโรคมะเร็งไตมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในระยะลุกลาม ซึ่งต้องอาศัยทั้งการผ่าตัด และการให้ยามุ่งเป้า เนื่องจากมะเร็งไตเป็นมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด มีเพียงการรักษาด้วยยามุ่งเป้า (targeted therapy) และยาภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่น ในการศึกษาพบผู้ป่วยจำนวน 53 คน (ร้อยละ 7.69) การวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เมื่อแยกตามประเภทของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาแบบปกติ และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ พบเป็นร้อยละ 63.37 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 59.41-67.06) และร้อยละ 34.41 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 21.64-47.55) ตามลำดับ อัตราการรอดชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

เพิ่มมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60-69 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.48 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 1.13-1.92) และ 1.82 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 1.38-2.40) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อผลลัพธ์การรักษา ผู้ป่วยสูงอายุบางคนมีความสามารถในการทนการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งได้ได้น้อยกว่า ภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะความเสื่อมของการทำงานหัวใจ รวมถึงการมีโอกาสดังกล่าวข้างเคียงจากการรักษาได้ในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อย ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)^{11,14} เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย ($HR=0.83$, ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.39-1.73, $p\text{-value}=0.615$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างทางชีววิทยาระหว่างเพศที่ทำให้โรคไตในเพศชายมีความรุนแรงมากกว่า รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา และพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยรวม¹⁵ นอกจากนี้ ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงยังพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.65 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.85-3.20, $p\text{-value}=0.318$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยพบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศชายสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 33.9 ในขณะที่เพศหญิงสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 3.57 เท่านั้น ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตที่แตกต่างกันระหว่างเพศ¹⁶

การศึกษานี้พบว่า ชนิดของเซลล์ (histologic subtype) ระดับความรุนแรงของเนื้องอก (tumor grade) และระยะของโรค (staging) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไต โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีชนิดเซลล์เป็น non-clear cell RCC มีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยชนิด clear cell ($HR=1.61$, ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.65-3.96, $p\text{-value}=0.303$) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความสามารถในการตอบสนอง

ต่อการรักษาที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะยามุ่งเป้า (targeted therapy) และยาภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ที่มีการศึกษาจำนวนมากพบว่า ผู้ป่วยชนิด clear cell มักตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่า ในขณะที่ชนิด non-clear cell มักมีความดื้อต่อยา และมีลักษณะของโรคที่รุกราน และแพร่กระจายได้มากกว่า จึงส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของกลุ่มนี้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย distant มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าอย่างมากเมื่อเทียบกับระยะ localized ($HR=8.81$, ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 3.55-21.82, $p\text{-value} 0.001$) อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีพบเป็นร้อยละ 82.51, ร้อยละ 55.94 และร้อยละ 17.75 ในผู้ป่วย localized, regional และ distant ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการพยากรณ์โรค^{18,19} ผู้ป่วยที่ยังไม่มีการแพร่กระจายตัวของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อกำจัดก้อนมะเร็งได้เกือบทั้งหมด ทำให้มีโอกาสรอดสูงกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มมะเร็งระยะแพร่กระจายมักต้องได้รับการรักษาด้วย systemic treatment เช่น ยามุ่งเป้า (targeted therapy) และยาภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ซึ่งยังมีข้อจำกัดในบางระบบสุขภาพ ระยะของโรคจึงเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นในการวางแผนการรักษา และการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว การตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว อาจช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁰

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) และประกันสังคม (SSS) มีแนวโน้มต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.50 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.78-2.87) และ 3.37 เท่า (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 0.67-16.93) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยภายใต้สิทธิข้าราชการ (CSMBS) แม้ผลจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value=0.202) แต่อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) และประกันสังคม (SSS) มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มข้าราชการ (CSMBS) อย่างชัดเจน ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยากลุ่มยามุ่งเป้า (targeted therapy) และภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ที่ยังมีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายในระบบสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคมของประเทศไทย ข้อจำกัดดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขเพื่อสนับสนุนความเท่าเทียมในการรักษา²¹ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับยุโรป และสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนยาที่ได้รับอนุมัติ และระบบเบิกจ่าย ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มยามุ่งเป้า (targeted therapy) ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) และสูตรยาร่วม (combination regimens) ซึ่งเป็นการรักษาอันดับแรก (first-line therapy) ตามแนวทางของประเทศพัฒนาแล้ว²²⁻²⁴ และได้รับการแนะนำในแนวทางสากล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพิ่มโอกาสรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับมาตรฐานของประเทศที่พัฒนาแล้ว²⁵

จุดเด่นของการศึกษาคือ มีขนาดตัวอย่างขนาดใหญ่ (689 คน) และมีการติดตามในระยะยาว 10 ปี ทำให้ได้ข้อมูลสะท้อนแนวโน้มของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ชัดเจน สามารถนำผลการศึกษาไปประกอบการพิจารณาทบทวนสิทธิประโยชน์ด้านยารักษามะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสเข้าถึงยารักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ และประกันสังคม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) จึงมีข้อจำกัดของการศึกษาด้านความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลทางพยาธิ เช่น ชนิดของเซลล์ ความรุนแรงของเนื้องอก ระยะของโรค เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวไม่ได้ถูกบันทึกอย่างครบถ้วนในระบบเวชระเบียน ส่งผลให้ไม่สามารถสืบค้นได้ครบถ้วนจากข้อมูลย้อนหลัง อาจส่งผลต่อ

ความแม่นยำของการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย และการตีความผลการวิเคราะห์ ควรมีการศึกษาในรูปแบบของการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และลดความเอนเอียงของข้อมูล

สรุปผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไตในระยะยาว โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 689 ราย และมีระยะเวลาติดตามสูงสุด 10 ปี พบว่าอัตราการรอดชีวิตโดยรวมที่ 5 ปีอยู่ที่ร้อยละ 61.16 ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจากประเทศพัฒนาแล้ว การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิต พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ การสูบบุหรี่ ชนิดของเซลล์มะเร็ง ระดับการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง (tumor grade) และระยะของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่มีเซลล์มะเร็งชนิด non-clear cell RCC และผู้ป่วยในระยะแพร่กระจาย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง นอกจากนี้ ยังพบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สิทธิ UCS และ SSS มีแนวโน้มการรอดชีวิตต่ำกว่า ผู้ที่อยู่ภายใต้สิทธิ CSMBS แม้ผลจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่สะท้อนข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา โดยเฉพาะยา targeted therapy และ immunotherapy ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านการเบิกจ่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย การศึกษาในครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงลึกทางคลินิกแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อประเมินพฤติกรรมการรักษา เช่น อุปสรรคและการเข้าถึงยาในผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษา การรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยสูงอายุ ความครบถ้วนของการได้ยา และการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาของแพทย์ หรือผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น CKD เบาหวาน รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และผู้ดูแล นอกจากนี้ การศึกษาด้านการเข้าถึงการรักษา และปัจจัยเชิงระบบสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ และแบบสหสถาบัน เพื่อให้ครอบคลุมการเข้าถึงยาในแต่ละสิทธิการรักษา (UCS, SSS, CSMBS) โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา ตลอดจนการวิเคราะห์

ต้นทุน-ประสิทธิผลเพื่อใช้สนับสนุนการผลักดันเข้าสู่ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ อันจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไตในประเทศไทยในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์มะเร็ง กลุ่มศูนย์เพื่อความเป็นเลิศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้การสนับสนุนทุนในการนำเสนองานวิจัย ณ ประเพณีประชุมขอขอบคุณผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834.
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer statistics, 2021. *CA Cancer J Clin* 2021;71(1):7-33. doi:10.3322/caac.21654.
3. Pitakkarnkul S, Sangrajang S, Buasom R. Cancer incident in Thailand. In: Thanasitthichai S., Ingsirorat R., Chairat C, et al., editors. *Cancer In Thailand Vol XI, 2019-2021*. National Cancer Institute: 2025. p. 6-104.
4. Turajlic S, Swanton C, Boshoff C. Kidney cancer: The next decade. *J Exp Med* 2018;215(10):2477-9. doi:10.1084/jem.20181617.
5. Rossi SH, Klatte T, Usher-Smith J, et al. Epidemiology and screening for renal cancer. *World J Urol* 2018;36(9):1341-53. doi:10.48083/xbcx3386.
6. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, et al. Epidemiology of renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2019;75(1):74-84. doi:10.1016/j.eururo.2018.08.036.
7. Mahdavifar N., Mohammadian M., Ghoncheh M., et al. Incidence, mortality and risk factors of kidney cancer in the world. *WCRJ* 2018;5(1):e1013.
8. Innos K, Sepp T, Baburin A, et al. Increasing kidney cancer incidence and survival in Estonia: role of age and stage. *Acta Oncol* 2019;58(1):21-8. doi:10.1080/0284186X.2018.1512158.
9. Huang J, Leung DK, Chan EO, et al. A global trend analysis of kidney cancer incidence and mortality and their associations with smoking, alcohol consumption, and metabolic syndrome. *Eur Urol Focus* 2022; 8(1):200-9. doi:10.1016/j.euf.2020.12.020.
10. Zeng H, Zheng R, Sun K, et al. Cancer survival statistics in China 2019-2021: A multicenter, population-based study. *J Natl Cancer Cent* 2024;4(3):203-13. doi:10.1016/j.jncc.2024.06.005.
11. Hermansen CK, Donskov F. Outcomes based on age in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with first line targeted therapy or checkpoint immunotherapy: Older patients more prone to toxicity. *J Geriatr Oncol* 2021;12(5): 827-33. doi:10.1016/j.jgo.2020.12.008.

12. Ouyang D, Sun H, Chen N, et al. Survival improvement in patients with renal cell carcinoma and disparities between different sexes, races, and socioeconomic status: 1977-2016. *J Oncol* 2022;2022:1587365. doi:10.1155/2022/1587365.
13. Medina-Rico M, López-Ramos H, Lobo M, et al. Epidemiology of renal cancer in developing countries: Review of the literature. *Can Urol Assoc J* 2017;12(3):E154-62. doi:10.5489/cuaj.4464.
14. Nishijima TF, Muss HB, Shachar SS, et al. Comparison of efficacy of immune checkpoint inhibitors (ICIs) between younger and older patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2016;45:30-7. doi:10.1016/j.ctrv.2016.02.006.
15. Bukavina L, Bensalah K, Bray F, et al. Epidemiology of renal cell carcinoma: 2022 Update. *Eur Urol* 2022;82(5):529-42. doi:10.1016/j.eururo.2022.08.019.
16. Kroeger N, Li H, De Velasco G, et al. Active smoking is associated with worse prognosis in metastatic renal cell carcinoma patients treated with targeted therapies. *Clin Genitourin Cancer* 2019;17(1):65-71. doi:10.1016/j.clgc.2018.09.006.
17. John A, Spain L, Hamid AA. Navigating the current landscape of non-clear cell renal cell carcinoma: A review of the literature. *Curr Oncol* 2023;30(1):923-37. doi:10.3390/curroncol30010070.
18. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up dagger. *Ann Oncol* 2019;30(5):706-20. doi:10.1093/annonc/mdz056.
19. Rossi SH, Tanaka H, Usher-Smith JA, et al. Kidney cancer screening and epidemiology. *Société Internationale d'Urologie Journal* 2022;3(6):371-85. doi:10.48083/xbcx3386.
20. Diana P, Klatte T, Amparore D, et al. Screening programs for renal cell carcinoma: A systematic review by the EAU young academic urologists renal cancer working group. *World J Urol* 2023;41(4):929-40. doi:10.1007/s00345-022-03993-6.
21. Luksameesate P, Nerapusee O, Patikorn C, et al. Scoping review of international experience of a dedicated fund to support patient access to cancer drugs: Policy implications for Thailand. *Int J Health Policy Manag* 2024;13:7768. doi:10.34172/ijhpm.2023.7768.
22. Teerawattananon Y, Tritasavit N, Suchonwanich N, et al. The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2014;108(7):397-404. doi:10.1016/j.zefq.2014.06.017.
23. Motzer RJ, Tannir NM, McDermott DF, et al. Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 2018;378(14):1277-90. doi:10.1056/NEJMoa1712126.

24. Butani D, Faradiba D, Dabak SV, et al. Expanding access to high-cost medicines under the Universal Health Coverage scheme in Thailand: review of current practices and recommendations. *J Pharm Policy Pract* 2023;16(1):138. doi:10.1186/s40545-023-00643-z.
25. Bex A, Ghanem YA, Albiges L, et al. European association of urology guidelines on renal cell carcinoma: The 2025 Update. *Eur Urol* 2025;87(6):683-96. doi:10.1016/j.eururo.2025.02.020.