การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คงฤทธิ์ สุขานุศาสน์ พ.บ. *

บทคัดย่อ: ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกล่องเสียงที่มารับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2542 พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 133 ราย อายุ 30-84 ปี เฉลี่ย 63 ปี เป็นชายมากกว่าหญิง โดยมีอัตราส่วน 11:1 ตำแหน่งที่พบมะเร็งคือ supraglottic, glottic, subglottic และ transglottic เท่ากับร้อยละ 33.8, 18.8, 1.5 และ 45.9 ตามลำดับ ระยะของมะเร็งพบระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับร้อยละ 14.3, 12.8, 44.3 และ 28.6 ตามลำดับ ระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยทั้งหมดพบร้อยละ 53.7 ระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยที่พบมะเร็งตามตำแหน่ง supraglottic, glottic, subglottic และ transglottic พบร้อยละ 40.6, 55.5, 0 และ 63.7 ตามลำดับ ระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 พบร้อยละ 66.3, 55.0, 57.2 และ 42.0 ตามลำดับ

Abstract: **Survival Analysis of Laryngeal Cancer Patients in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital**

Kongrit Sukhanusart, M.D.

Department of Otolaryngology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2001;25:21-9.

One hundred and thirty three patients with histologically-proven laryngeal cancer treated between January 1992 and December 1999 at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were eligible for these prospective survival analyses. The majority of patients were male (91%) with an age range of 30-84 years (mean 63 years). The overall 5-years survival rate was 53.7% (95% confidence interval = 42.6-63.5). Laryngeal cancer patients were classified as supraglottic group (33.8%), glottic group (18.8%), subglottic group (1.5%) and transglottic group (45.9%). The staging of laryngeal cancer patients were classified as stage I (14.3%), stage II (12.8%), stage III (44.3%) and stage IV (28.6%). Cumulative 5-years survival rate of supraglottic, glottic, subglottic and transglottic group were 40.6, 55.5, 0 and 63.7%, respectively. Cumulative 5-years survival rate of patients in stage I, II , III and IV were 66.3, 55.0, 57.2 and 42.0%, respectively.

---

*กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

โรคมะเร็งกล่องเสียงมีอุบัติการค่อนข้างสูงในประเทศไทย[1] พบว่ามะเร็งกล่องเสียงพบมากเป็นอันดับที่ 11 (ร้อยละ 2.1) ในเพศชาย และอันดับที่ 29 (ร้อยละ 0.3) ในเพศหญิง ของโรคมะเร็งทุกระบบ ซึ่งใกล้เคียงกับต่างประเทศ[2] และมีอัตราการตาย 0.1 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี[3] โดยเฉพาะเพศชาย 0.2 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[4] พบมะเร็งกล่องเสียงมากเป็นอันดับ 3 (ร้อยละ 14.9) ของโรคมะเร็งหู คอ จมูก และช่องปาก

มะเร็งกล่องเสียงมีอาการสำคัญ คือ เสียงแหบ เจ็บคอ กลืนลำบาก และมีก้อนที่คอ[5] มักพบในคนสูงอายุและเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรคนี้ คือ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์[5,6] ตำแหน่งที่เกิดมะเร็งแบ่งเป็น 4 ตำแหน่ง คือ supraglottic, glottic, subglottic และ transglottic จัดระยะของโรคตาม TNM Classification ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) เป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ I, II, III และ IV ตามลำดับ การรักษาตามแบบมาตรฐาน (standard protocol)[2,10] ประกอบด้วยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก (laryngectomy) การฉายรังสี และเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกไปแล้วจะพูดตามปกติไม่ได้ จำเป็นต้องฝึกการออกเสียงจากหลอดอาหาร (esophageal speech)[7] หรืออาจใช้วิธีอื่น เช่น เครื่องช่วยพูด(electrolarynx) หรือใส่กล่องเสียงเทียม (voice prosthesis)[20] ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยได้แก่ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง และระยะของโรค[9,11-18] ผลการรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียงค่อนข้างดี อัตราการรอดชีพโดยรวมของต่างประเทศสูงถึงร้อยละ 70[2,8,12,18]

เนื่องจากโรคมะเร็งกล่องเสียงมีอาการเสียงแหบเป็นอาการเริ่มแรก[5,6] ทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะเริ่มแรก แต่ในประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ในระยะสุดท้าย[4,5,6] ซึ่งอาจเป็นผลจากลักษณะของประชากร[4] ที่ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้น และอาจเป็นจากวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก[2] ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีเสียงมีปัญหาในการพูด[7] ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรักษาเมื่อมีอาการในระยะแรก แต่จะมารักษาเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์ผลการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยเปรียบเทียบผลการศึกษากับรายงานอื่น ๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและประเมินผลการรักษา และเพื่อเป็นแนวทางในการรณรงค์ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะแรกของโรคต่อไป

ผู้ป่วยและวิธีการ

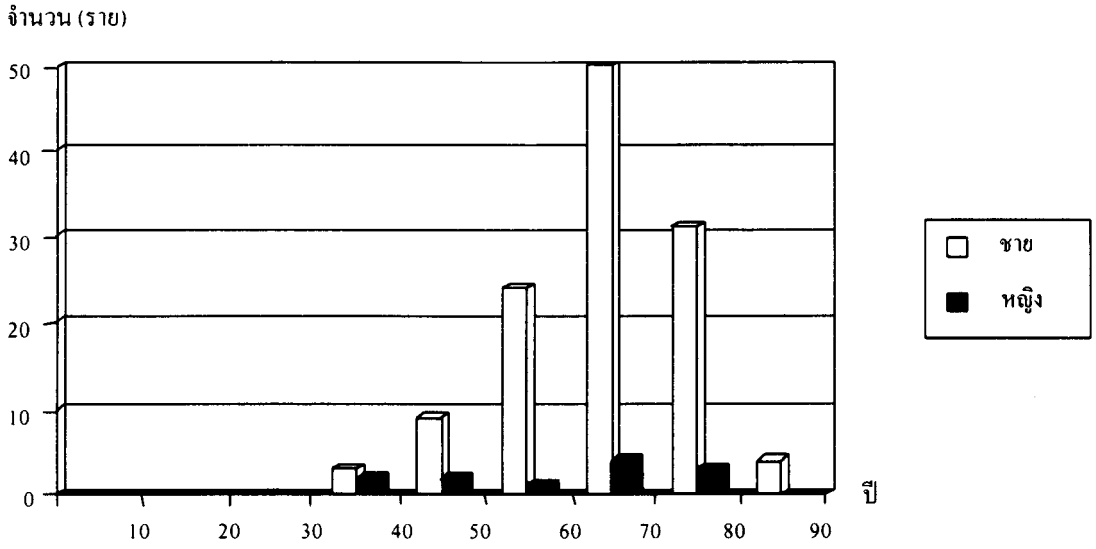
การศึกษานี้เป็นแบบ prospective, cohor study ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ว่าเป็นโรคมะเร็งกล่องเสียงด้วยผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และเข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2542 รวมระยะเวลา 8 ปี ได้ถูกรวบรวมรายชื่อและข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีแบบบันทึกประวัติตรวจร่างกายและติดตามผลการรักษา โดยในปีแรกหลังการรักษาติดตามทุก 1 เดือน ปีที่ 2 หลังการรักษาติดตามทุก 2 เดือน ปีที่ 3, 4 และ 5 หลังการรักษา ติดตามทุก 3 เดือน ผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อระหว่างการศึกษาจะมีใบสอบถามไปยังผู้ป่วยตามที่อยู่ในทะเบียนประวัติ ในส่วนที่ข้อมูลสถานะสุดท้ายไม่สมบูรณ์ได้ติดตามจากข้อมูลของสำนักงานทะเบียนราษฎร์กลาง กรุงเทพมหานคร

สถิติที่ใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้จำนวนร้อยละ mean, SD และ 95% confidence interval

วิเคราะห์ระยะการรอดชีพของผู้ป่วยโดยใช้ survival analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.05$ สำหรับกลุ่ม censor คือผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อและติดตามสถานะสุดท้ายไม่ได้เมื่อสิ้นสุดการศึกษา หรือตายเนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับโรคมะเร็งกล่องเสียง

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียง ที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2542 รวม ระยะเวลา 8 ปี มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 133 ราย และมี ผู้ป่วย



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยตามช่วงอายุโดยเปรียบเทียบกับรายงานอื่น ๆ

	ร.พ. มหาราชนครราชสีมา (n=133)	อภิชัยและคณะ[5] (n=110)	Boffetta P et al.[18] (n=355)	Suzuki H et al.[8] (n=81)
อายุ (ปี), จำนวน (ร้อยละ)				
< 40	5 (3.8)	1 (0.9)		1 (1.2)
40 - 49	11 (8.3)	3 (2.7)	51 (14.4)	5 (6.2)
50 - 59	25 (18.8)	37 (33.6)	122 (34.4)	21 (25.9)
60 - 69	54 (40.6)	37 (33.6)	108 (30.4)	28 (34.6)
70 - 79	34 (25.5)	26 (23.7)	74 (20.8)	19 (23.5)
≥ 80	4 (3.0)	6 (5.5)		7 (8.6)
เฉลี่ย (ปี)	63	62	59	

ตารางที่ 2 ตำแหน่งที่เกิดมะเร็งและระยะของโรคเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เปรียบเทียบกับรายงานอื่น ๆ

	ร.พ. มหาราชนครราชสีมา (n=133)	ยุพาและคณะ[6] (n=191)	อภิชัยและคณะ[5] (n=110)	Paparella MM et al.[2]	Suzuki H et al.[8] (n=81)
ตำแหน่งของโรค (ร้อยละ)					
Supraglottic	33.8	86	44.2	40	23.5
Glottic	18.8	13	35.8	59	71.6
Subglottic	1.5	1	-	1	4.9
Transglottic	45.9	-	20.0	-	-
ระยะของโรค* (ร้อยละ)					
I	14.3	4	14.2	60	55.6
II	12.8	6	9.2	-	21.0
III	44.3	19	45.0	25	8.6
IV	28.6	71	31.6	15	14.8

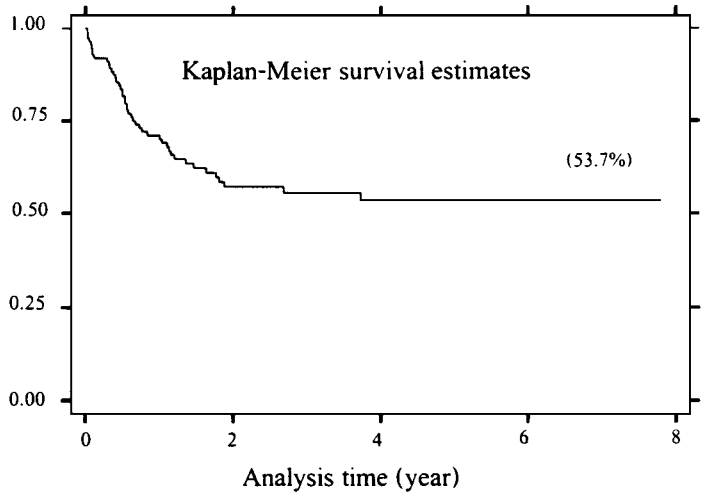
*Staging จาก American Joint Committee on Cancer (AJCC)

ที่ไม่สามารถติดตามมาประเมินผลได้ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 12.8) เป็นเพศชาย 122 ราย (ร้อยละ 91.1) เพศหญิง 11 ราย (ร้อยละ 8.9) อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง = 11 : 1 อายุตั้งแต่ 30 ปี ถึง 84 ปี อายุเฉลี่ย 63 ปี SD = 10.80 พบว่ามากกว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปี (รูปที่ 1 และ ตารางที่ 1) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเป็น squamous cell carcinoma

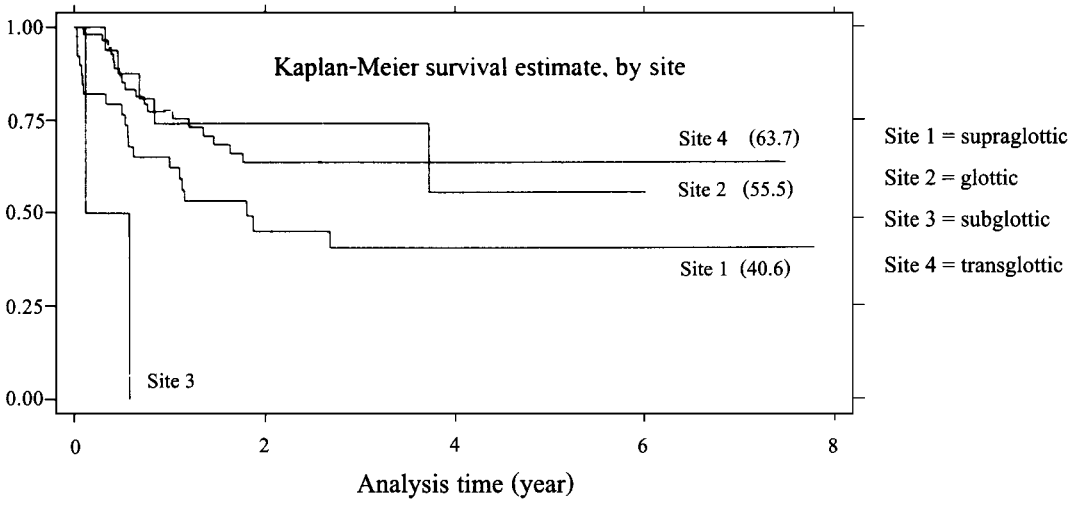
อัตราการรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยทั้งหมด (the overall cumulative 5-years survival rate) เท่ากับร้อยละ 53.7 (95% CI = 42.6-63.5) (รูปที่ 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 45 ราย mortality rate = 0.18 ต่อปี

ตารางที่ 3 ชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเปรียบเทียบกับรายงานของอภิชัยและคณะ

	ร.พ. มหาราชนครราชสีมา (n=133)	อภิชัยและคณะ[5] (n=110)
ชนิดของการรักษา, จำนวน (ร้อยละ)		
ผ่าตัด	6 (4.5)	11 (8.5)
รังสีรักษา	75 (56.4)	42 (32.3)
ผ่าตัดและรังสีรักษา	24 (18.0)	65 (50.0)
เคมีบำบัด	2 (1.5)	0
รักษาตามอาการ	3 (2.3)	0
ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา	23 (17.3)	12 (9.2)



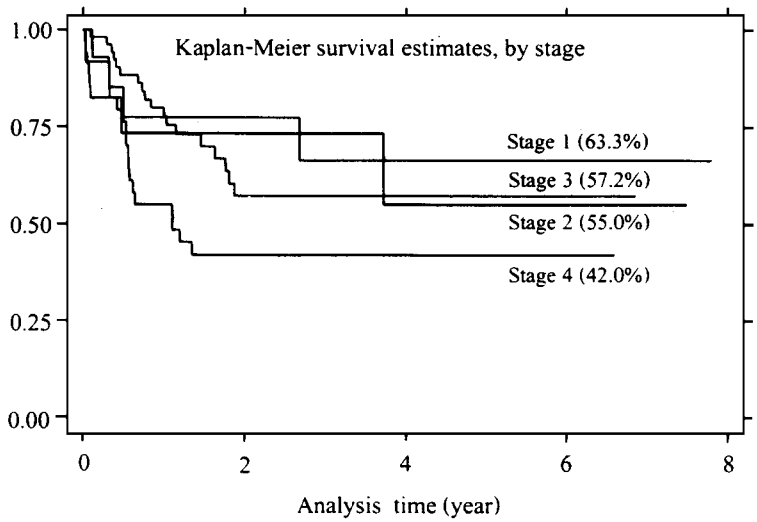
รูปที่ 2 ระยะรอดชีพของผู้ป่วยทั้งหมด



รูปที่ 3 ระยะรอดชีพของผู้ป่วยแยกตามตำแหน่งของโรค

วิจารณ์

โรคมะเร็งกล่องเสียงจัดเป็นโรคมะเร็งชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทยในปัจจุบัน เนื่องจากพบเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งทุกระบบในเพศชาย[1] มีรายงานว่าประชากรไทยตายจากโรคมะเร็ง (รวมทุกอวัยวะ) สูงเป็นอันดับที่ 3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยมีอุบัติการการตายจากโรคมะเร็งกล่องเสียงโดยเฉลี่ยทุกเพศ 0.1 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี[3] โดยเฉพาะเพศชายจะสูงถึง 0.2 คน ต่อประชากรชาย 100,000 คน ต่อปี ในสหรัฐอเมริกา[2] พบว่าเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียงสูงถึงร้อยละ 1.3 ของโรคมะเร็งทุกอวัยวะ และมีการตายร้อยละ 0.83 ของผู้ป่วยที่ตายจากโรคมะ-



รูปที่ 4 ระยะรอดชีพของผู้ป่วยแยกตามระยะของโรค

ตารางที่ 4 ระยะรอดชีพของผู้ป่วยตามตำแหน่งและระยะของโรค

	Five years survival (95% CI)	*p* - value
ตำแหน่งของโรค		
Supraglottic	40.6% (23.1-57.4)	0.004
Glottic	55.5% (17.5-82.0)	
Subglottic	-	
Transglottic	63.7% (48.4-75.5)	
ระยะของโรค		
I	63.3% (31.9-86.3)	0.116
II	55.0% (16.1-82.2)	
II	I57.2% (40.1-71.1)	
IV	42.0% (25.0-58.1)	

เร็งทั้งหมด (รวมทุกอวัยวะ) รวมสูงถึง 11,000 รายต่อปี จากการศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวมระยะเวลา 8 ปี พบถึง 133 ราย พบในเพศชายสูงถึง 11 เท่าของเพศหญิง และพบในคนสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี ซึ่งตรงกับการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในประเทศ[5,6] และต่างประเทศ[2,8,18] (ตารางที่ 1) แต่มีรายงานในประเทศไทยว่าเคยพบผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 13 ปี[9] การพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงนั้นน่าจะเป็นเนื่องจากผู้ชายจะมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่[11 - 18]

การศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามมาประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 12.8) เนื่องจากขาดการติดต่อรักษาต่อเนื่อง และไม่มีชื่อนามสกุลอยู่ในทะเบียนข้อมูลของสำนักงานทะเบียน

ราษฎร์กลาง กรุงเทพมหานคร

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเป็น squamous cell carcinoma ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นในประเทศไทย[5,6] และต่างประเทศ[2,8]

ตำแหน่งที่พบมะเร็งในรายงานนี้พบมากที่สุด คือ transglottic (ร้อยละ 45.9) รองลงมาได้แก่ supraglottic (ร้อยละ 33.8), glottic (ร้อยละ 18.8) และ subglottic (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับ ซึ่งต่างจากรายงานอื่น[2,8,11,12] ซึ่งพบเป็น supraglottic หรือ glottic สูงที่สุด (ตารางที่ 2) เนื่องจากในการศึกษานี้จะจัดผู้ป่วยที่มีมะเร็งลุกลามจาก supraglottic ข้าม ventricle เข้าสู่ glottic ไว้เป็นกลุ่ม transglottic[2] ทั้งหมด แต่ในรายงานของต่างประเทศไม่ได้จัดกลุ่ม transglottic เข้าไว้ในการศึกษาด้วย[2,8]

ระยะของโรคเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) จะมาพบแพทย์เมื่อโรคเป็นมากแล้ว คือ พบระยะที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 44.3) และรองลงมา คือระยะที่ 4 (ร้อยละ 28.6) ซึ่งตรงกับรายงานอื่นของประเทศไทย[5,6] (ตารางที่ 2) ทำให้มีผลต่อการรักษา และระยะรอดชีพของผู้-ป่วยในประเทศไทยต่ำกว่าของต่างประเทศ (รูปที่ 2 และ 4)

วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นแบบ standard protocal[2,10] จากการศึกษา (ตารางที่ 3) พบว่าเป็นแบบให้รังสีรักษามากที่สุด (ร้อยละ 56.4) รองลงมาคือการรักษาแบบประสมประสาน (combined therpy) ด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษา (ร้อยละ 18.0) การให้รังสีรักษานั้นให้เป็นแบบ external radiation โดยใช้เครื่องโคบอลต์ในขนาด 6000-7000 cGy เนื่องจากในปัจจุบันแนวโน้มในการรักษาเปลี่ยนไปเป็นแบบหลีกเลี่ยงการผ่าตัดกล่องเสียง ออกทั้งหมด (total laryngectomy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการรักษา[10,20,21] สำหรับผู้ป่วยที่พบว่าโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 จะพิจารณาให้การรักษาเป็นแบบประสมประสาน (combined therapy) ด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษาร่วมกัน มีผู้ป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 17.3) ที่ปฏิเสธการรักษาทุกวิธี และไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากการรักษาใช้เวลานาน 1-3 เดือน ผู้ป่วยบางส่วนมีความกลัวต่อวิธีการรักษา เช่น ผ่าตัด ฉายรังสี หรือไม่แน่ใจต่อผลการรักษาว่าจะหายขาด หรือกลัวว่าหลังการรักษาจะมีความพิการ พูดไม่มีเสียง[7] มีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่ไม่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือฉายรังสีรักษา จึงรักษาโดยให้เคมีบำบัด และมีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่มาพบแพทย์เมื่อโรคลุกลามไปมากและสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถให้การรักษาได้โดยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัด จึง ได้ให้การรักษาตามอาการ

การศึกษาระยะรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียง ยังไม่พบว่ามีรายงานในประเทศไทยมาก่อน จากการศึกษานี้พบระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยทั้งหมด (the overall cumulative survival rate) เท่ากับร้อยละ 53.7 (95 % CI = 42.6-63.5) (รูปที่ 2) ซึ่งพบว่าต่ำกว่าของต่างประเทศมาก[2,8,22] ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อโรคเป็นมากแล้ว (ตารางที่ 3) แต่ในต่างประเทศจะพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่โรคอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ทำให้ระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยในต่างประเทศพบสูงถึงร้อยละ 70 ขึ้นไป[2,8,12,18] ซึ่งเห็นได้ว่าโรคมะเร็งกล่องเสียงนั้นผลการรักษาค่อนข้างดี ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ในระยะแรก

ระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยแบ่งตามตำแหน่งที่พบมะเร็ง (cumulative 5-years survival rate by site) ในการศึกษานี้พบว่าตำแหน่ง transglottic มีระยะรอดชีพสูงที่สุด (ร้อยละ 63.7) รองลงมาคือ glottic (ร้อยละ 55.5) และ supraglottic (ร้อยละ 40.6) ตามลำดับ (รูปที่ 3 และ ตารางที่ 4) ซึ่งจะแตกต่างจากรายงานของต่างประเทศ[2,8,11] พบว่า glottic ดีที่สุด รองลงมา คือ supraglottic ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้จัดกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น supraglottic และ glottic ที่มีมะเร็งลุกลามข้าม ventricle

ไว้ในกลุ่ม transglottic ซึ่งในต่างประเทศไม่ได้จัดกลุ่มนี้ไว้ในรายงาน จาก Paparella MM et al.[2] พบว่ามะเร็งที่ตำแหน่ง transglottic จะมีโอกาสลุกลามของมะเร็งเข้าสู่กระดูกอ่อนของกล่องเสียง และเยื่อบุ cricothyroid ได้มากกว่ามะเร็งตำแหน่ง glottic และ supraglottic อย่างเดียว จึงขัดแย้งกับผลการศึกษานี้ด้วย ส่วนมะเร็งที่ตำแหน่ง subglottic เป็นตำแหน่งที่มีระยะรอดชีพของ ผู้ป่วยต่ำที่สุดในทุกรายงาน[2,8,22] ในการศึกษานี้พบว่าอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยที่ตำแหน่งต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.004 ($p = 0.004$)

ระยะรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วย แบ่งตามระยะของโรคเมื่อมาพบแพทย์ (cumulative 5 years survival rate by stage) พบว่าระยะรอดชีพ 5 ปี ในระยะที่ 1 สูงที่สุด (ร้อยละ 66.3) และลดลงมาตามลำดับในระยะที่ 3, 2 และ 4 (รูปที่ 4 และ ตารางที่ 4) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของต่างประเทศ[2,8] ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนถ้าผู้ป่วยมา รักษาในระยะแรกของโรคจะมีระยะรอดชีพสูง และผลการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มารักษาเมื่อโรคลุกลามเข้าสู่ ระยะหลัง ๆ แล้ว จึงทำให้ระยะรอดชีพ 5 ปี โดยรวมของ ผู้ป่วยทั้งหมดในรายงานนี้ต่ำกว่าในต่างประเทศมาก[2,8,22] พบว่าในต่างประเทศ[23,24] มีการรณรงค์และร่วมมือกันหลายฝ่ายทั้งฝ่ายรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง และฝ่ายป้องกันส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ทำให้ผู้ป่วยในต่างประเทศ เข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรค และมีอัตราการรอดชีพสูงกว่าในประเทศไทย

สรุป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่มารักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและเป็นเพศชาย ปัจจัยที่มีผลต่อระยะรอดชีพของผู้ป่วย คือตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง ผลการรักษาค่อนข้างดีในโรคมะเร็งชนิดนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่โรคอยู่ระยะแรก และตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่ subglottic แต่ระยะรอดชีพของผู้ป่วยในการศึกษานี้ต่ำกว่าในต่างประเทศมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อโรคลุกลามเข้าระยะที่ 3 และ 4 แล้ว ซึ่งมีส่วนหนึ่งปฏิเสธการรักษา จึงนับได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ จากผลการศึกษานี้ควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการควบคุมโรคมะเร็งกล่องเสียงในประเทศไทยเชิงรุก โดยการรณรงค์ให้มีการร่วมมือกันของบุคลากรหลายฝ่ายทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรคมะเร็งกล่องเสียง ปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ รวมทั้งขั้นตอน วิธีการรักษาแก่ประชาชนทั่วไป และเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองเห็นความ สำคัญของการมาตรวจรักษาตั้งแต่ระยะแรก และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผลการรักษา และ ระยะรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงในประเทศไทยดีขึ้นตามไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณวิภา งามสุทธิกุลที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นพ.โยธี ทองเป็นใหญ่ นพ.ปริญญา สันติชาติงาม และ นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ที่ช่วยให้คำแนะนำวิธีการเขียนรายงาน และเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทุกท่าน ที่ช่วยบันทึกข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Deerasamee S, Martin N, Sontipong S, et al. Cancer in Thailand. Vol II, 1992-1994: IARC Technical Report No 34: Lyon;1999:34-5.
2. Thawley SE, Cysts and Tunors of the Larynx. In: Paparella MM, Shumrich DA, Geuckman JL, Meyerhoft WL, editors. Otolaryngology. Vol 3. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders;

1991. p. 2314-65.

3. ทำเนียบโรงพยาบาล และสถิติสาธารณสุข 2543-2544. กรุงเทพ: อัลฟา รีเสิร์ช; 2543.
4. คงฤทธิ์ สุขานุศาสน์. ระบาดวิทยาของโรคมะเร็ง หู คอ จมูก ช่องปากและกล่องเสียง ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหา-ราชนครราชสีมา 2539;20:215-21.
5. อภิชัย วิธวาศิริ, อภินันท์ ณ นคร, อภิชาติ บูรณะวังศิลา, พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ, สุนันทา พลปัถพี, โชคชัย เมธีไตรรัตน์. Cancer of larynx in laryngology clinic, Siriraj Hospital. วารสารหู คอ จมูก และใบหน้า 2530;2:3-9.
6. ยุพา สุมิตสวรรค์, กอบเกียรติ รักเผ่าพันธ์, มานิตย์ ศัตรูลี้. มะเร็งกล่องเสียงในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร 2528;24:25-31.
7. ดรุณีชุณหะวัต, ยุวดี ภาชา, สุวิมล สันติสุขธนา. ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงและการปรับตัวภายหลัง ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด. รามาธิบดีเวชสาร 2533;3: 105-10.
8. Suzuki H, Hasegawa T, Sano R, Kim Y. Results of treatment of laryngeal cancer. Acta Oto (Stockh) 1994;Suppl 511:186-91.
9. Tanpawpong K, Janjarratsin O, Leopairat J. Laryngeal Carcinoma in Childern: a case report. วารสาร หู คอ จมูกและใบหน้า 2536;8:79-84.
10. พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิรัตน์ ไพรัชเวทย์, สมใจ เกียรติกำจาย ขจร, ประพจน์ คล่องสู้ศึก, บุญชู กุลประดิษฐารมย์. ผลการรักษามะเร็งกล่องเสียงส่วน glottis ระยะ $T_1N_0M_0$ ด้วยรังสี. วารสารโรคมะเร็ง 2534;17:1-5.
11. Pera E, Moreno A, Galindo L. Prognostic factors in pharyngeal carcinoma Cancer 1986; 5:928-34.
12. Manni JJ, Terhaard CH, Boer MF, Croll GA, Hilgers FJ, Annyas AA, Meij AG, Hordijk GJ. Prognostic factors for survival in patients with T3 laryngeal carcinoma. AMJ Surg 1992;164:682-7.
13. Raitiola HS, Pukander JS. Etiological factors of laryngeal cancer. Acta Otolaryngol (Stockh) 1997;Suppl 529:215-7.
14. Stefani E, Correa P, Oreggia F, et al. Risk factors for laryngeal cancer. Cancer 1987;60:3087-91.
15. สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์, ชวนพิศ บุณยะรัตเวช, ศิณีนาฐ สนธิพงษ์, พิสิษฐ์ พันธุมจินดา.ความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งของบริเวณศีรษะและคอกับการสูบบุหรี่. วารสารโรคมะเร็ง 2531;14: 159-64.
16. Simarak S, de Jong UW, Breslow N, et al. Cancer of the oral cavity, pharynx and lung in North Thailand: case control study and analysis of cigar smoke. Br J Cancer 1977; 36:130-40.
17. Pradier R, Gonzalez A, Matos E, et al. Prognostic factors in laryngeal carcinoma. Cancer 1993;71:2472-6.
18. Boffetta P, Merletti F, Faggiano F, et al. Prognostic factors and survival of laryngeal cancer patients from Turin, Italy. AMJ Epidemiol 1997;145:1100-5.
19. Eiband JD, Elias EG, Suter CM, Gray WC, Didolkar MS. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the larynx. Am J Surg 1989;158:314-7.
20. โชคชัย เมธีไตรรัตน์, จีระสุข จงกลวัฒนา. Neartotal pharyngectomy: Siriraj experience. วารสารหู คอ จมูก และใบหน้า 2535;7:63-71.
21. Price La, Shaw HJ, Hill BT. Larynx preservation after initial non-cisplatin containing combination chemotherapy plus radiotherapy, as opposed to surgical intervention with or without radiotherapy in previously untreated advanced head and neck cancer: final analysis after 12 years follow up. J laryngol Otol 1993;107:211-6.
22. Barra S, Talamini R, Proto E, Bidoli E, Puxeddu P, Franceschi S. Survival analysis of 378 surgically treated cases of laryngeal carcinoma in South Sardinia. Cancer 1990;65: 2521-7.
23. Blair EA, Head and neck cancer, the problem. Clin Plast Surg 1994;21:1-7.
24. นงพงา สุวัฒนนันท์. Cancer education in Thailand. วารสารโรคมะเร็ง 2537;20:77-80.