

## รายงานการวิจัย การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน จ.ร้อยเอ็ด ประเทศไทย

### Feasibility study of community-based, oral cancer screening trial in Roi-ed, Thailand

นนทินี ตั้งเจริญฤดี \* ปิยะดา ประเสริฐสม \* นิรมล สีลาอดิศร \*\* ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ \*\*\*

\*สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย \*\*โรงพยาบาลร้อยเอ็ด \*\*\* แผนงานวิชาชีพทันตแพทย์ไทยต้านภัยยาสูบ

#### หลักการและเหตุผล

ปี 2010-2012 ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประเทศไทย รายงานโรคมะเร็งช่องปาก พบเป็นอันดับ 7 ในเพศชาย และ อันดับ 11 ในเพศหญิง<sup>1</sup> พบว่าโรคนี้อัตราการตาย (mortality rate) สูงมาก เนื่องจากมากกว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งช่องปาก เป็นชนิดสแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma)<sup>2</sup> ซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (poor prognosis) พบว่าอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ทั่วโลก ต่ำกว่าร้อยละ 50

รายงานพ.ศ. 2554 ข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข มะเร็งช่องปากและคอหอย เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ของผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย<sup>3</sup>

รายงานโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 1,089 ราย เป็นมะเร็งที่ลิ้นมากที่สุดจำนวน 354 ราย โดยเป็นที่โคนลิ้น 181 ราย และที่ส่วนอื่นของลิ้น 173 ราย รองลงมาคือมะเร็งที่เพดานปาก 284 ราย และพบมะเร็งที่พื้นของช่องปาก มะเร็งที่เหงือก และมะเร็งริมฝีปาก ส่วนที่พบน้อยคือมะเร็งที่ต่อมน้ำลาย<sup>4</sup>

สแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในช่องปาก โดยเป็นโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงสูง มะเร็งชนิดนี้โดยส่วนมากเริ่มมาจากรอยโรคที่มีการเจริญผิดปกติแสดงออกในรูปเยื่อเมือกช่องปากปรากฏเป็น สีขาว แดง หรือ สีแดงผสมขาว (leukoplakia, erythroplakia) โดยที่รอยโรคที่มีสีแดง (erythroplakia) มีความเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้สูงถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ยังอาจมีรอยโรคที่เกิดแก่อเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆอีก ที่พบที่มีความเชื่อมโยงกับการกลายไปเป็นมะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา<sup>5</sup> ดังที่มีการจำแนกชนิดของรอยโรคดังกล่าวไว้ในกลุ่มของรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (Potentially malignant disorders หรือ PMD) ซึ่งการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเพื่อให้พบโรคตั้งแต่ในระยะแรก จะเพิ่ม 5 years survival rate จึงเป็นเรื่องสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ทั้งนี้ กลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปากคือ ผู้อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินหมาก และครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็ง ซึ่งควรได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเป็นประจำทุกปี

โดยเหตุที่ทันตแพทย์และทันตบุคลากร เป็นผู้ที่สามารถตรวจพบรอยโรคดังกล่าวในระยะต้นได้จากการตรวจรักษาตามปกติในคลินิกทันตกรรมโดยใช้เครื่องมือตรวจช่องปากตามธรรมดา (visual examination) ไม่ต้องนัดตรวจเป็นพิเศษหรือมีค่าใช้จ่ายอื่นๆเพิ่มเติม การตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากจึงเป็นวิธีที่ดีในการลดอัตราการตายของผู้ป่วย ทั้งนี้จะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการรักษาโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งจากการศึกษาของวรรณิตี วีระประวัติพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากอยู่ในช่วง 70,000 – 80,000 บาท โดยค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีระยะ (stage) ของการเป็นโรคที่สูงขึ้น<sup>5</sup>

จากข้อมูลดังกล่าว แผนงานวิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ร่วมกับ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ได้แก่ คณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง โรงพยาบาลศูนย์ ชมรมรอยโรคช่องปากแห่งประเทศไทย และ ชมรมวินิจฉัยโรคในช่องปาก ได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (Potentially Malignant Disorder; PMD) การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเชิงรุกในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนได้เข้าถึงการคัดกรองมะเร็งช่องปากทุกคน โดยทันตบุคลากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ( รพ.สต. ) เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงให้ตรวจหารอยโรคในช่องปากของกลุ่มเสี่ยงและทำการส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชน ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นผู้คัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก ( Potentially Malignant Disorder , PMD ) ด้วยวิธี visual

screening หากพบรอยโรคที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งให้ส่งต่อไปรับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายที่โรงพยาบาลจังหวัด และดำเนินการรักษาต่อไป

การศึกษาดำเนินการในจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นพื้นที่ต้นแบบ ก่อนดำเนินการโครงการคัดกรองรอยโรค จะมีการพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากด้วยวิธี visual screening การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และการแนะนำผู้ป่วยให้เลิกพฤติกรรมเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก พัฒนารูปแบบระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด รวมถึงแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคในกลุ่มเสี่ยง และรณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนไปรับการตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก

## วัตถุประสงค์

1. อุบัติการณ์โรคมะเร็งช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก และกลุ่มเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก
2. ความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเชิงรุกในชุมชน
  - 2.1 ความครอบคลุมประชากรของโครงการ
  - 2.2 รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ quasi – experimental study เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน โดยการเปรียบเทียบ 5 อำเภอที่ดำเนินโครงการคัดกรองรอยโรค และ 5 อำเภอที่ไม่ได้ดำเนินโครงการคัดกรอง

อำเภอซึ่งเป็นกลุ่มศึกษา 5 อำเภอ ดำเนินโครงการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอโพธิ์ทอง อำเภอจตุรพักตรพิมาน อำเภอหนองพอก และอำเภอพนมไพร การสุ่มตัวอย่างอำเภอที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองรอยโรคเป็นการสุ่มแบบเจาะจง คือเป็นอำเภอที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลที่เก็บได้แก่ จำนวนประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก จำนวนประชากรที่ไปรับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดหลังจากได้รับการคัดกรอง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ตั้งแต่ได้รับการคัดกรองรอยโรคจนกระทั่งได้รับการรักษา และสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนใช้ในการรักษา

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปทั้งหมดของ 5 อำเภอที่ดำเนินโครงการคัดกรองรอยโรค และ 5 อำเภอที่เป็นอำเภอควบคุม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองรอยโรค จำนวน 55,000 คน ใน 5 อำเภอ

**การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง**

$p = 0.0002781065$  (27.8 คนต่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 1 แสนคน หรือประมาณ 14 คนต่อประชากร 50,000 คน จากรายงานมะเร็งช่องปาก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2555)

$q = 1-p$

$d = 0.5 * p$

$N = (1.96^2 * (p * q) / d^2)$

sample ที่ต้องการประมาณ 55,000 คน

N รวมทั้งจังหวัดที่อายุเกิน 40 ปี = 500,000 คน

ดังนั้นเท่ากับใช้ประชากรกลุ่มคัดกรองประมาณ 11% ของประชากรทั้งจังหวัดที่อายุเกิน 40 ปี

คาดประมาณว่าจะพบ premalignant + cancer = 27.8 คนต่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 1 แสนคน โดยมี 95% CI ระหว่าง 20.8-34.8 ต่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 1 แสนคน

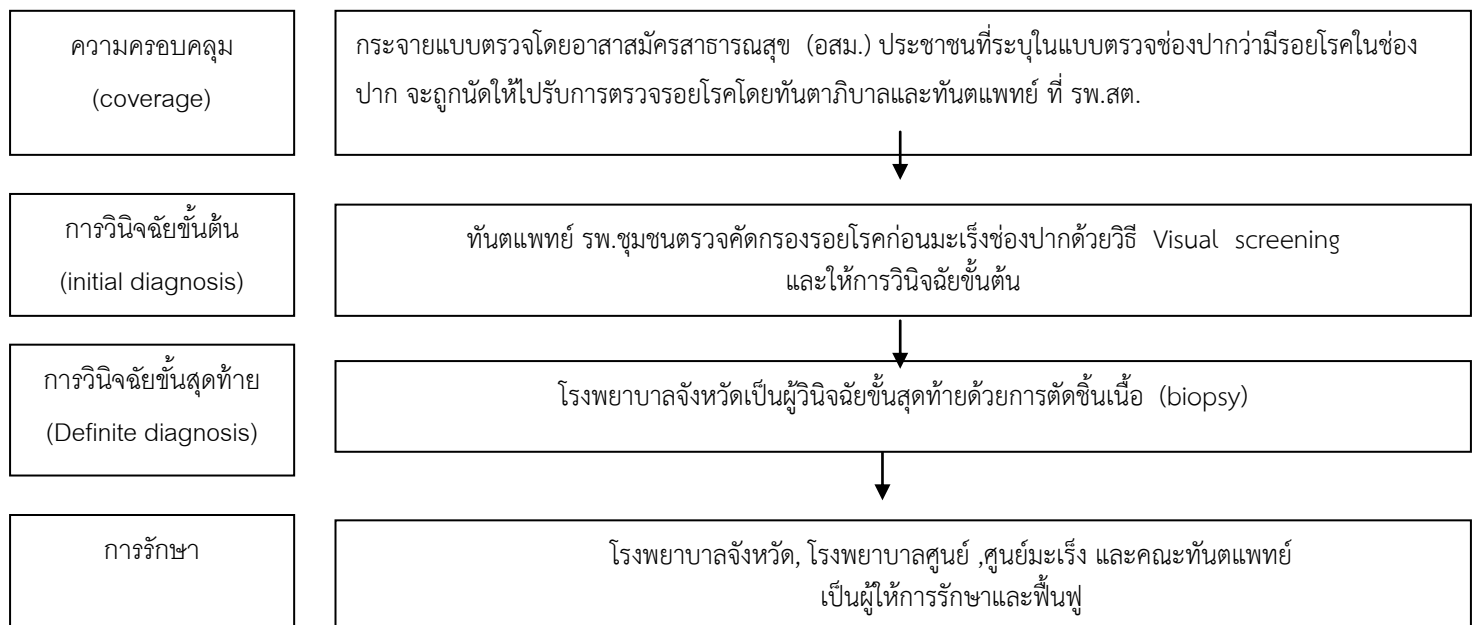
### การวิเคราะห์ข้อมูล / สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) จัดทำแบบสอบถามภาวะเสี่ยง ( สูบบุหรี่,ดื่มเหล้า,เคี้ยวหมาก ) และ แบบตรวจช่องปากด้วยตนเอง ให้แก่ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป กระจายแบบโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนที่ระบุในแบบตรวจช่องปากว่ามีรอยโรคในช่องปาก จะถูกนัดให้ไปรับการตรวจรอยโรคโดยทันตภิบาลและทันตแพทย์ ที่ รพ.สต.
- 2) ทันตภิบาลใน รพ.สต. ตรวจประชาชนที่ถูกนัด หากพบว่ามีรอยโรคในช่องปาก(oral lesions) จะส่งต่อไปให้ทันตแพทย์ตรวจว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (PMD ; Potentially Malignant Disorders) หรือไม่
- 3) ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (PMD) ด้วยวิธี visual screening และให้การวินิจฉัยขั้นต้น (initial diagnosis) หากพบรอยโรคที่สงสัยว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากหรือมะเร็งช่องปาก จะนัดผู้ป่วยให้ไปโรงพยาบาลจังหวัด
- 4) โรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้วินิจฉัยขั้นสุดท้าย (definite diagnosis) ด้วยการตัดชิ้นเนื้อ(biopsy)
- 5) หากพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งช่องปาก ให้การรักษาตามระบบต่อไป

### รูปแบบการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน



ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม 2557 - ธันวาคม 2558

ผลการศึกษา

ความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเชิงรุกในชุมชน

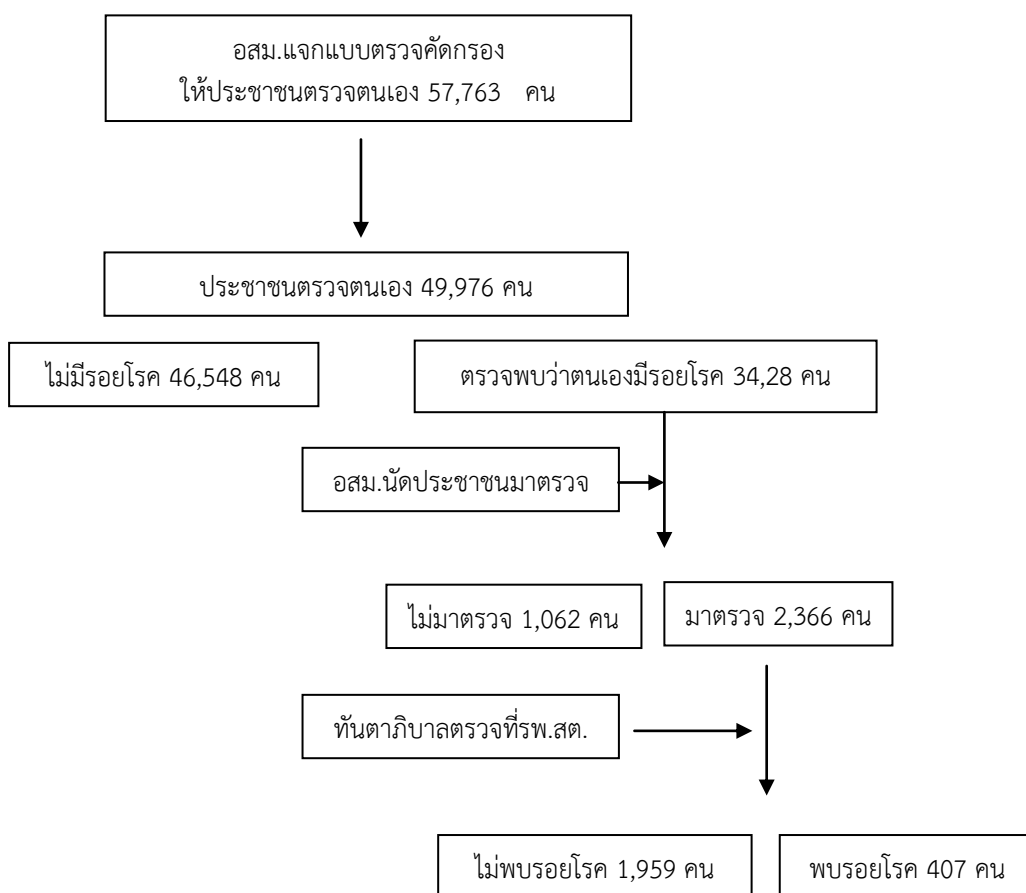
### 1.รูปแบบการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน

ผลการดำเนินงานจากรูปแบบการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น เป็นดังนี้

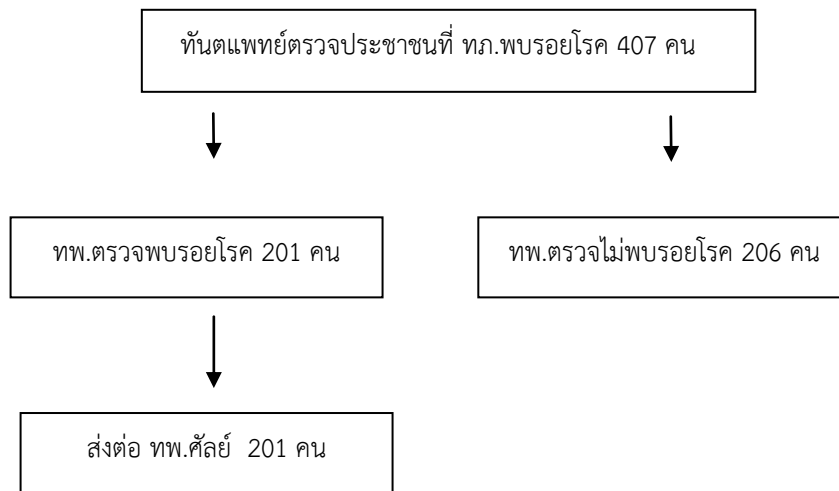
อสม.แจกแบบตรวจให้ประชาชนทั้งหมด 57,763 คน ได้รับแบบตรวจกลับคืนมา 49,976 คน(ร้อยละ 86.5) ประชาชนกลุ่มตัวอย่างระบุว่าตนมีรอยโรคในช่องปาก 3,428 คน (ร้อยละ 6.9) และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 38 เมื่อได้รับการตรวจและการส่งต่อโดยทันตภิบาล ทันตแพทย์ และทันตแพทย์ศัลยศาสตร์และแม็กซิลโลเฟเชียลแล้ว พบมะเร็งช่องปาก 1 คน รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก 6 คน โดยผู้ป่วยปฏิเสธการ biopsy 34 คน ดัง diagram

ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากตามที่ได้พัฒนาขึ้นในพื้นที่ รูปแบบการดำเนินการในพื้นที่

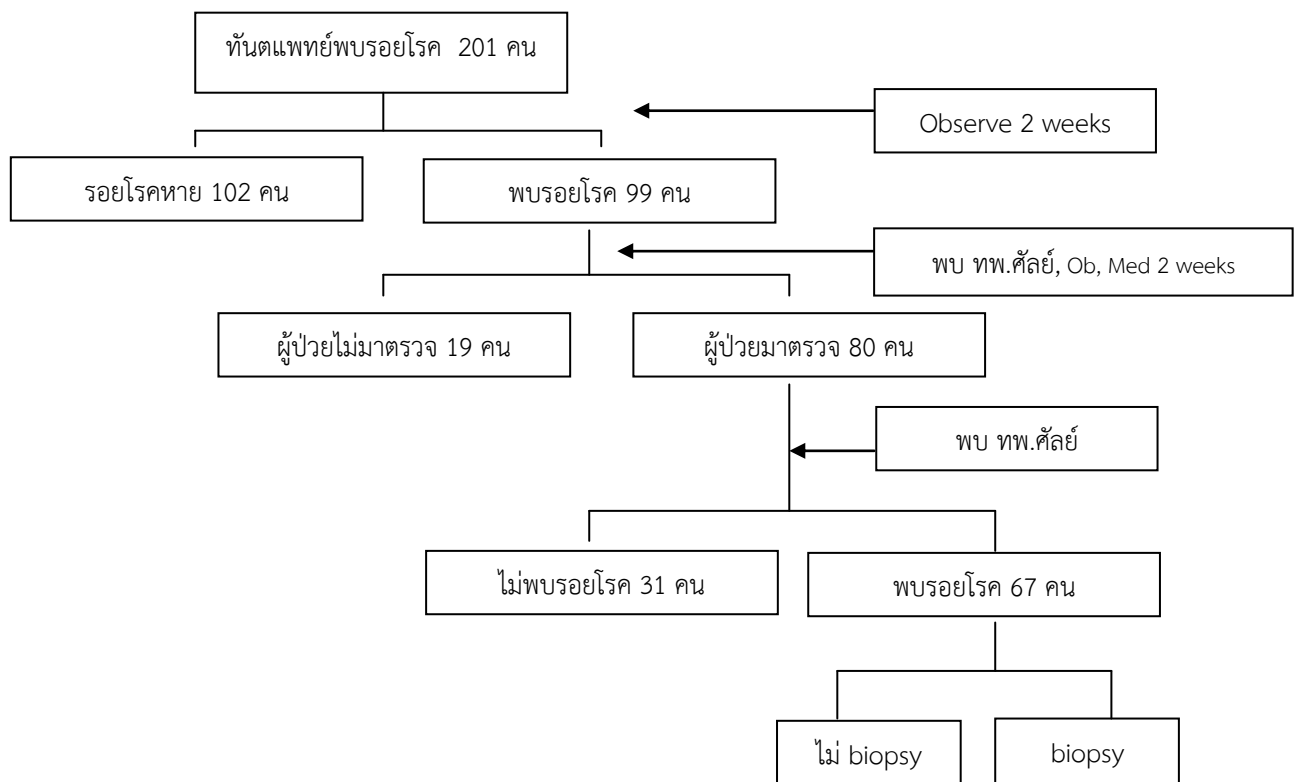
1.ขั้นตอนการดำเนินการในชุมชนโดย อสม. และทันตภิบาลที่ รพ.สต.



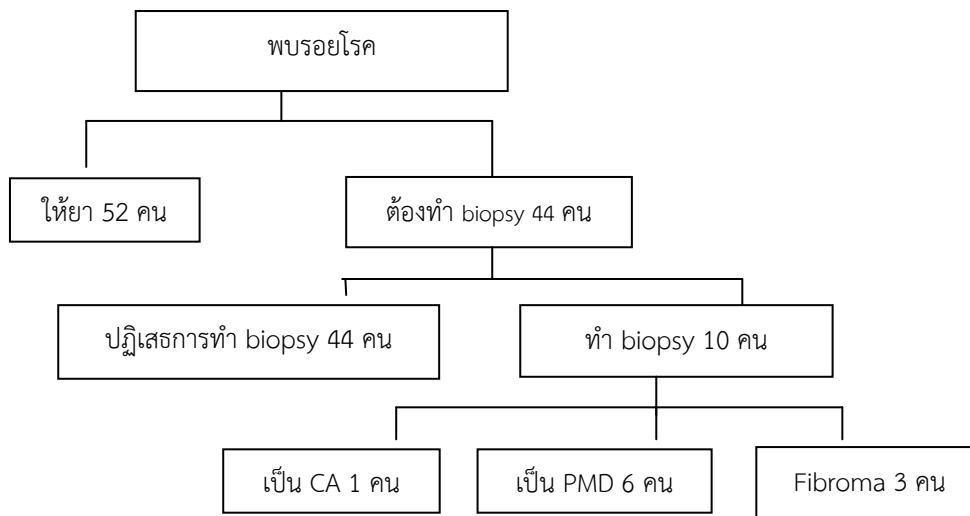
## 2. ขั้นตอนการตรวจโดยทันตแพทย์



## 3. ขั้นตอนการตรวจโดยทันตแพทย์เฉพาะทาง ( ทพ.ศัลย์ )



4. ขั้นตอนการตัดชิ้นเนื้อโดยทันตแพทย์เฉพาะทาง ( ทพ.ศัลย์ )



ตารางที่ 1 Compliance ของประชาชน

ขั้นตอน	จำนวน (คน)	Compliance (%)	การสูญหาย(%)
อสม.แจกแบบสอบถาม	57,763 คน	100	0
ประชาชนตรวจช่องปากตนเอง	49,976คน	86.52	13.48
ประชาชนระบุว่ามียอยโรคในช่องปากและถูกส่งต่อ	3,428 คน	100	0
ประชาชนมาตรวจรอยโรค(โดยทันตภิบาลและทันตแพทย์)	2,366 คน	69.01	30.99
ประชาชนถูกส่งต่อโดยทันตแพทย์	99 คน	100	
ประชาชนมาตรวจรอยโรค(โดยทันตแพทย์ศัลยศาสตร์และแมกซิลโลเฟเชียล)	80 คน	80.8	19.2%
ปชช.ควรได้รับการ biopsy	44 คน	100	
ปชช.มาทำ Biopsy	10 คน	22.73	77.27

2. อุบัติการณ์โรคมะเร็งช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก และกลุ่มเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก

2.1 ลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 49,976 คน อายุระหว่าง 40-100 ปี เฉลี่ย 56.6 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.4 เพศหญิงร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 78 และมีมัธยมศึกษาร้อยละ 15.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 67.4 ใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาล 30 บาทร้อยละ 84.8 ร้อยละ 75.9 ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 0.6 ครอบครัวเคยมีประวัติเป็นมะเร็ง

2.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38 ระบุว่าตนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากโดยร้อยละ 26.6 ระบุว่าสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.9 ดื่มเหล้า ร้อยละ10.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ38 ทั้งสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ร้อยละ12.6 ทั้งสูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก ร้อยละ 4.8 ดื่มเหล้าและเคี้ยวหมาก และร้อยละ 3.6 ทั้งสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าและเคี้ยวหมาก เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่าง

พฤติกรรมเสี่ยงกับการเกิดรอยโรค พบว่ากลุ่มที่พบรอยโรคมากที่สุดคือสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ร้อยละ 30.7 รองลงไปคือผู้ที่เคี้ยวหมากร้อยละ 28.4 ผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 19.7 ผู้ที่ดื่มเหล้าร้อยละ 17.2 และผู้ที่สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ ดังตาราง

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากและการพบรอยโรคในช่องปาก

พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก	ร้อยละของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก	ร้อยละที่พบรอยโรค
สูบบุหรี่	ร้อยละ 26.6	19.7
ดื่มเหล้า	ร้อยละ 16.9	17.2
เคี้ยวหมาก	ร้อยละ 10.9	28.4
สูบบุหรี่และดื่มเหล้า	ร้อยละ 38.0	30.7
สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก	ร้อยละ 12.6	14.4
ดื่มเหล้าและเคี้ยวหมาก	ร้อยละ 4.8	6.3
สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าและเคี้ยวหมาก	ร้อยละ 3.6	2.8

### 2.3 รอยโรคในช่องปาก ( oral lesion )

การศึกษานี้ ทันทแพทย์พบรอยโรคในช่องปาก 201 คน ดังตาราง

ตารางที่ 3 รอยโรคในช่องปากที่ตรวจพบโดยทันตแพทย์

ลำดับ	รอยโรคในช่องปาก ( oral lesion )	จำนวน	ร้อยละ
1	Erythroleukoplakia	21	10
2	Erythroplakia	4	2
3	Lichen planus	28	14
4	Leukoplakia	22	11
5	Candidiasis	4	2
6	Fibroma	13	6
7	Frictional keratosis	26	13
8	Pyogenic granuloma	3	2
9	Apthous ulcer	22	11
10	Lichenoid reaction	2	1
11	Denture stomatitis	3	2
12	Herpes simplex	3	2
13	Geographic tongue	3	1
14	SCC	2	1
15	อื่นๆ	45	22
	รวม	201	100

โดยพบรอยโรคที่ทันตแพทย์วินิจฉัยขั้นต้น ( Initial Diagnosis ) ว่าเป็น PMD ต้องได้รับการ biopsy จำนวน 44 คน ผู้ป่วยยอมรับการ biopsy 10 คน ปฏิเสธการ biopsy 34 คน ในผู้ป่วยที่ยอมรับการ biopsy 10 คน พบว่าเป็น OSCC 1 คน เป็น PMD 6 คน และเป็น fibrosis 3 คน ดังตาราง

## 2.4 รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก

ตารางที่ 4 รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก

รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก	7 คน
Squamous cell carcinoma	1 คน
Potentially Malignant Disorder	6 คน
Premalignant Epithelial Dysplasia	2 คน
Lichen planus	4 คน
Fibrosis	3 คน

ตารางที่ 5 ความชุกของรอยโรคในช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก และมะเร็งช่องปาก

	หัวข้อ	ข้อมูลที่เก็บ	จำนวนผู้ป่วย	ผลการศึกษา
Initial Diagnosis	1. อุบัติการณ์รอยโรคในช่องปาก (oral lesion) ต่อแสนประชากร	จำนวนผู้ป่วยตรวจโดยทพ.	201 คน จาก 57,763 คน	348 คนต่อแสนประชากร
Definite diagnosis	2. อุบัติการณ์ PMD (Potentially Malignant Disorder) ต่อแสนประชากร	จำนวนผู้ป่วย และชนิดของโรค PMD 6 คน 1. Premalignant Epithelial Dysplasia 2 คน 2. Lichen planus 4 คน	6 คน จาก 57,763 คน	12 คนต่อแสนประชากร การ biopsy
Definite diagnosis	3. อุบัติการณ์โรคมะเร็งช่องปาก (oral cancer) ต่อแสนประชากร	OSCC	1 คน จาก 57,763 คน	2 ต่อแสนประชากร

\*มีผู้ป่วยยอมรับการ biopsy 10 จาก 44 คน ที่ทันตแพทย์ระบุว่าต้องได้รับการ biopsy โดยผู้ป่วยปฏิเสธการ biopsy 34 คน

### อภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงการคัดกรองรอยโรคได้อย่างทั่วถึง ในสถานการณ์ที่มีทันตบุคลากรไม่เพียงพอต่อการไปตรวจคัดกรองให้ทุกคนในชุมชนได้ จึงพัฒนารูปแบบให้ อสม.ไปแจกแบบตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเองแก่ประชาชนรวมถึงสอบถามข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก หากประชาชนระบุว่าตนมีรอยโรคในช่องปาก อสม.จะนัดไปรับการตรวจจากทันตภิบาลและทันตแพทย์ต่อไป กระบวนการนี้มีเป้าหมายที่ประชาชนทราบแนวทางการตรวจรอยโรคในช่องปากด้วยตนเองเบื้องต้น และได้ประเมินตนเองถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก

ผลการศึกษา ในเรื่องของความครอบคลุมประชากรในพื้นที่และ compliance ของรูปแบบการคัดกรองที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ พบว่ามีความครอบคลุมประชากรในชุมชนได้ดี โดย อสม.สามารถแจกแบบสอบถามให้ประชาชนได้เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ และประชาชนให้ความร่วมมือในการตรวจช่องปากด้วยตนเองและตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 86.5 และมารับการตรวจที่ รพ.สต. ร้อยละ 69.0 ของผู้ที่ระบุว่าตนมีรอยโรคในช่องปาก และเมื่อผู้ที่ได้รับการตรวจช่องปากจากทันตบุคลากรและพบว่ามียโรคในช่องปากและได้รับการส่งต่อจนถึงทันตแพทย์ศัลยกรรมและแมกซิลโลเฟ



เซียล ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจถึงร้อยละ 80.8 แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่าง 44 คนได้รับการวินิจฉัยว่าควรได้รับการ biopsy พบว่ามีผู้ยอมรับการ biopsy เพียง 10 คน ร้อยละ 22.7 ซึ่งผลการ biopsy พบมะเร็งช่องปากและรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก 7 คน ได้แก่ oral squamous cell carcinoma 1 คน Premalignant Epithelial Dysplasia 2 คน Lichen planus 4 คน และพบ fibroma 3 คน

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการ biopsy พบว่าผู้ป่วยมีความกังวล เมื่อพยายามนัดติดตามผู้ป่วยก็ไม่มาตามนัด จึงควรให้ความรู้แก่ประชาชนและพัฒนารูปแบบการสื่อสารกับประชาชนในการเข้ารับการ biopsy ให้เกิดความเข้าใจและลดความวิตกกังวลลง และอาจปรับไปใช้เทคนิคการ biopsy อื่นๆด้วย เช่น punch technic เป็นต้น

สำหรับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งช่องปาก รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก และกลุ่มเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก เมื่อผู้ป่วยไม่เข้ารับการ biopsy ทั้งหมดทำให้การศึกษานี้ไม่สามารถคำนวณอุบัติการณ์ของรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก รวมถึง Accuracy ของ Visual screening ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากได้ เพียงทราบจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 49,976คน พบผู้ป่วยที่ควรได้รับการ biopsy 44 คน ยอมรับการ biopsy 10 คนซึ่งพบว่าเป็น oral squamous cell carcinoma 1 คน Premalignant Epithelial Dysplasia 2 คน Lichen planus 4 คน และ fibroma 3 คน

สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากถึงร้อยละ 38 โดยกลุ่มที่มากที่สุดคือกลุ่มที่สูบบุหรี่และดื่มเหล้า พบร้อยละ 38 กลุ่มที่สูบบุหรี่ร้อยละ 26.6 ดื่มเหล้า ร้อยละ 16.9 และเคี้ยวหมาก 10.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มที่สูบบุหรี่และดื่มเหล้าเป็นกลุ่มที่พบรอยโรคในช่องปากมากที่สุดคือร้อยละ 30.7 กลุ่มที่พบรอยโรครองลงมาคือกลุ่มที่เคี้ยวหมาก พบรอยโรคร้อยละ 28.4 กลุ่มที่สูบบุหรี่พบรอยโรคร้อยละ 19.7 และกลุ่มที่ดื่มเหล้าพบรอยโรคร้อยละ 17.2 จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนถึงเรื่องปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก โดยพัฒนาศักยภาพพอสมควรในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการสื่อสารสาธารณะให้ความรู้แก่ประชาชน

รูปแบบการคัดกรองที่ได้พัฒนาขึ้นนี้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานในชุมชน พบว่ามีความครอบคลุมและมี compliance ดี การดำเนินงานจริงในบางพื้นที่มีการปรับรูปแบบให้จัดเป็นทีมทันตภิบาล ทันตแพทย์และทันตแพทย์ ศัลยศาสตร์และแมกซิลโลเฟเชียลลงไปตรวจประชาชนในพื้นที่พร้อมกันที่ รพ.สต.หรือ รพช. เพื่อลดขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งพบว่าทำให้สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาไปได้มาก และยังทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวินิจฉัยรอยโรคระหว่างทันตภิบาล ทันตแพทย์และทันตแพทย์ศัลยศาสตร์และแมกซิลโลเฟเชียลด้วย ซึ่งการลดขั้นตอนนี้ยังสนับสนุนการศึกษาของ HITAP ในการประเมินโครงการนี้ จะทำให้เกิดความคุ้มค่าในการดำเนินงานมากขึ้น โดยจากการศึกษาของ HITAP พบว่าขั้นตอนการมาพบทันตภิบาลก่อน เป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความไม่คุ้มค่าของโครงการ มีข้อเสนอแนะให้ นัดประชาชนมาพบทันตแพทย์และทันตแพทย์ศัลย์ที่รพ.สต.หรือ รพช.ในขั้นตอนเดียว จะช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการมารับการรักษาของประชาชนลงเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ รูปแบบของขั้นตอนการคัดกรองในการศึกษานี้ การให้ประชาชนตรวจด้วยตนเองเป็นขั้นตอนที่มีความแม่นยำน้อยและอาจทำให้ประชาชนเกิดความกังวลใจ รวมถึงขั้นตอนการตรวจโดยทันตภิบาล เมื่อตรวจแล้วจะไม่ให้การรักษา แต่ส่งต่อทันตแพทย์ทั้งหมด เป็นการเพิ่มขั้นตอนและระยะเวลาของประชาชน จึงควรนัดประชาชนให้มาพบทันตแพทย์ และทันตแพทย์ศัลย์ ในครั้งเดียว และตัดขั้นตอนการพบทันตภิบาลก่อนออกไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอรูปแบบของการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน

อสม.เชิงผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป/กลุ่มเสี่ยง มาพบทันตแพทย์และทันตแพทย์ศัลย์ที่มาพร้อมกันเพื่อตรวจ / วินิจฉัย / รักษาโรคทั่วไปและ biopsy ในกรณีที่สงสัยว่าเป็น PMD ในครั้งเดียว

2. พัฒนาศักยภาพของทันตแพทย์และทันตภิบาล ในการคัดกรองวินิจฉัย PMD และรอยโรคในช่องปากให้มีความแม่นยำ รวมถึงแนวทางในการรักษารอยโรคทั่วไป
3. พัฒนาศักยภาพ อสม. เรื่องความรู้เบื้องต้นของรอยโรคในช่องปากและการให้คำแนะนำแก่ประชาชน
4. พัฒนาแนวทางในการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายทั้ง biopsy, swap ,ระบบ follow up ที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการ biopsy
5. พบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีถึงร้อยละ 38 จึงควรมหาแนวทาง ให้คำแนะนำแก่ประชาชนให้ตระหนักและมีความรู้ในการลด ละ เลิก ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

### สรุปผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากเชิงรุกในชุมชน โดยพิจารณาจากความชุกของโรคมะเร็งช่องปากและรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากที่พบ และความร่วมมือของประชาชนในชุมชนในการไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปใน 5 อำเภอ มีจำนวนทั้งหมด 212,000 คน สุ่มตัวอย่าง 57,763 คน พบประชาชนร้อยละ 38 ระบุว่าตนมีพฤติกรรมเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 6.9 ระบุว่าตนมีรอยโรคในช่องปาก เมื่อนัดประชาชนที่ระบุว่ามียโรคมาตรวจที่ รพ.สต.พบว่ามารับการตรวจ 2,366 คน ซึ่งทันตภิบาลตรวจพบว่ามีรอยโรคจริง 407 คน ร้อยละ 17.2 ของประชาชนที่มาตรวจ เมื่อส่งต่อมาพบทันตแพทย์ พบรอยโรค 201 คน และเมื่อนัดประชาชนที่ทันตแพทย์ตรวจพบว่ามีรอยโรค มาพบทพ.ศัลย์ พบว่ามีรอยโรค 67 คน ซึ่งควรได้รับการ biopsy 44 คน แต่ผู้ป่วยยอมรับการ biopsy เพียง 10 คน อีก 34 คนปฏิเสธการ biopsy ผู้ที่ได้รับการ biopsy พบว่าเป็น OSCC 1 คน Premalignant Epithelial Dysplasia 2 คน Lichen planus 4 คน และ Fibrosis 3 คน การศึกษานี้พบว่า รูปแบบการคัดกรองในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถครอบคลุมประชากรได้ดี ประชาชนให้ความร่วมมือในการมารับการตรวจและไปรับการตรวจเพิ่มเติมตามระบบส่งต่อ แต่ยอมรับการ biopsy เพียงร้อยละ 22.7 ควรให้ความรู้แก่ประชาชนและพัฒนารูปแบบการสื่อสารกับประชาชนในการเข้ารับการ biopsy ให้เกิดความเข้าใจและลดความวิตกกังวล และอาจปรับใช้เทคนิคการ biopsy แบบอื่นเช่น punch technic เป็นต้น ควรลดขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย โดยจัดเป็นทีมทันตแพทย์และทันตแพทย์ศัลย์ศาสตร์และแมกซิลโลเฟเชียลไปตรวจประชาชนในพื้นที่พร้อมกันเพื่อลดขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งพบว่าทำให้สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาไปได้มาก ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีถึงร้อยละ 38 ควรมหาแนวทางสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ประชาชนในการลด ละ เลิก ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

### เอกสารอ้างอิง

1. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2553 ; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร, โรงพิมพ์นโมพรินท์ติ้ง, กรุงเทพมหานคร ,พ.ศ.2550
3. สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็ง, แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2556-2560; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ , โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร, พ.ศ.2556, หน้า 9
4. รายงานโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2555, ข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
5. วรณัติ วีระประดิษฐ์ ค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในประเทศไทย