



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



แนวทางการปฏิบัติในการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก



โรงพยาบาลราชวิถี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ISBN 978-616-8322-47-5

แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

คณะกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ที่ปรึกษา

นพ.มานัส โภธาภรณ์ กรมการแพทย์

ประธาน

นพ.พรเอก อภิพันธุ์ โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี

คณะกรรมการ

นพ.ทัศนชาติ	จิตรีธาตุ	โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี
พญ.สมจินต์	จินดาวิจิษณ์	โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี
ทพ.ประจักษ์	จริยพงศ์ไพบูลย์	ทันตแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี
ทพญ.มาละศรี	ปัญญาสกุลวงศ์	ทันตแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี
นพ.ณัฐพล	ผลประดับเพชร	โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นพ.ไชยวัฒน์	ส่งเสริมปัญญากุล	โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์
นพ.ภัทร	ลำดับพงศ์	โสต ศอ นาสิกแพทย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นพ.ชนะรัตน์	อัมสุวรรณศรี	ผู้แทนโรงพยาบาลมะเร็ง กรมการแพทย์
ทพญ.ออนอง	มิ่งคัง	ผู้แทนโรงพยาบาลมะเร็ง กรมการแพทย์
นพ.ธรรมบุญ	พนมธรรม	ผู้แทนศัลยแพทย์ตกแต่ง ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ศ.ดร.นพ.พรชัย	โอเจริญรัตน์	ผู้แทนศัลยแพทย์ศีรษะและคอ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
พญ.ปิยวรรณ	เทียนชัยอนันต์	ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อนุสาขามะเร็งวิทยา
รศ.นพ.ณัฐพงศ์	งามไพบูลย์	ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อนุสาขามะเร็งวิทยา
พญ.กุลธิดา	มณีนิล	ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อนุสาขามะเร็งวิทยา
ผศ.นพ.คมกฤต	เรืองฤทธิ์ชาญกุล	ผู้แทนราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
ศ.นพ.สมบูรณ์	ศิลาวัฒน์	ผู้แทนราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
พญ.ชมพูนุช	พงษ์อัคคศิรา	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์
นางสมจิต	รวมสุข	ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
รศ.ทพ.ดร.ปิยวัฒน์	พันธุ์โกศล	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์
ผศ.ทพ.นพ.บวร	คลองน้อย	ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
อ.นพ.ทพ.ณัฐพงศ์	สิรินทวัฒน์	ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
ผศ.ทพ.บัณฑิต	จิรจริยาเวช	ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
ทพ.นพ.ดร.สุทิน	จินาพรธรรม	ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
รศ.พญ.จันจิรา	เพชรสุขศิริ	ผู้แทนสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย
ผศ.พญ.ดนิตา	กานต์นฤนิมิต	ผู้แทนสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย

คณะกรรมการและเลขานุการ

รศ.นพ.ณปฏุล ตั้งจาดูรนต์รัมย์ ผู้แทนราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนำ

มะเร็งช่องปาก จัดเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญในตำแหน่งศีรษะและคอ เนื่องจาก การรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และจัดเป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคไม่ค่อนัก การรักษาจำเป็นต้องมีการพิจารณาอย่างรอบด้านทั้งในเรื่องปัจจัยระยะของโรค ความพร้อมของสถานพยาบาล และทีมแพทย์สหสาขาที่มาร่วมในการดูแล เพื่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัว

นอกเหนือจากการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ตรวจ พบรอยโรคตั้งแต่ในระยะแรก ที่ทางกระทรวงได้ผลักดันเข้าสู่แผนแม่บทในระดับประเทศ คณะทำงานได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากขึ้นโดยมีจุด มุ่งหมายให้มีความเข้าใจและการวางแผนการรักษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันระหว่างบุคลากร สาธารณสุขผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วยหลายส่วน มีความทันสมัย และเหมาะสมกับการทำงาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามบริบทของประเทศไทย

คณะกรรมการ อันประกอบด้วยผู้แทนจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย, มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, สมาคม รังสีรักษา และมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่ง ประเทศไทย และ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้วได้จัดทำบับร่างและสั่งให้ คณะผู้เชี่ยวชาญ ทบทวน ปรึกษาหารือก่อนนำมาแก้ไขและจัดพิมพ์ ทางคณะกรรมการขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วน ร่วมในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ และยินดีรับคำแนะนำคำวิจารณ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้หนังสือ ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในอนาคต อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย มะเร็งช่องปากต่อไป

สารบัญ

02

คณะทำงานจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

03

คำนำ

04

สารบัญ

05

ที่มา วัตถุประสงค์ นิยาม และขั้นตอนการจัดทำแนวทางปฏิบัติ

06

แนวทางการพิจารณาผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก

08

แนวทางการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก

12

หลักการรักษามะเร็งศีรษะและลำคอชนิด Squamous Cell ด้วยยาเคมีบำบัด ยาพุ่งเป้าและยาภูมิคุ้มกันบำบัด

16

แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของมะเร็งในช่องปาก

19

หลักการประเมินและการจัดการด้านทันตกรรมในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

22

การประเมินการกลืน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอ

23

การประเมินและการฟื้นฟูด้านการพูด การสื่อสาร ในผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอ

25

คำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ที่มา

ช่องปาก (Oral cavity) เป็นตำแหน่งที่พบมะเร็งได้บ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่น ๆ ในบริเวณศีรษะและคอ จากการรวบรวมอุบัติการณ์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพศชาย 4.6 ราย และเพศหญิง 3.2 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (ตารางที่ 1) โดยในจำนวนนี้เป็นมะเร็งที่ลิ้น (oral tongue) ในสัดส่วนสูงที่สุด นอกจากนี้ มะเร็งช่องปากยังมีสัดส่วนเป็นผู้ป่วยนอก (28.2%) และการรับเป็นผู้ป่วยใน (25%) ที่มากที่สุดอีกด้วย

การพยากรณ์โรคของมะเร็งช่องปากถือว่าไม่ดี โดยเฉพาะในรายที่เป็นระยะลุกลาม การรักษาหลักประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ systemic therapy ตามข้อบ่งชี้ ทั้งนี้การรักษาจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในด้านการพูด การกลืน การรับประทานอาหาร การหายใจ ในบริบทของการสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น มีแพทย์ ทันตแพทย์ และบุคลากรที่รับผิดชอบหลายส่วนร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ทำให้แนวทางในการรักษาอาจไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการรักษามะเร็งช่องปากที่มีความเหมาะสมกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อให้การรักษาเป็นไปในรูปแบบและความเข้าใจเดียวกันระหว่างแพทย์ ทันตแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยจัดทำขึ้นภายใต้การสนับสนุนจากกรมการแพทย์และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี

แนวทางการปฏิบัตินี้ให้กำหนดอายุที่ 5 ปี (2566 – 2570) และใช้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

นิยาม

มะเร็งช่องปากในแนวทางปฏิบัตินี้ หมายถึงมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma ที่เกิดขึ้นในตำแหน่งตั้งต้นต่อไปนี้

1. Lip
2. Oral tongue
3. Floor of mouth
4. Hard palate
5. Alveolar ridge
6. Buccal mucosa
7. Retromolar trigone

ขั้นตอนการจัดทำแนวทางปฏิบัติ

กรมการแพทย์ ได้จัดตั้งคณะทำงานและสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิมาประชุมร่วมกันเพื่อรวบรวมข้อมูลหลักฐานและให้ความเห็นประกอบด้วยผู้แทนจาก โรงพยาบาลมะเร็ง กรมการแพทย์, โรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา, โรงพยาบาลนครพิงค์, โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย, มะเร็งวิทยาสมาคม แห่งประเทศไทย, สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย และ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ร่วมกันพิจารณาและร่างแนวทางการปฏิบัติ โดยอิงตาม National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2022

หลังจากรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้วได้จัดทำฉบับร่างและส่งกลับให้ราชวิทยาลัยข้างต้นทั้งหมดเพื่อทำประชาพิจารณ์และรับความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิอิสระที่แต่ละราชวิทยาลัยได้แต่งตั้ง เพื่อนำความคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาทบทวนวิพากษ์ ก่อนนำมาแก้ไขและจัดพิมพ์ เพื่อให้แนวทางการรักษาในเนื้อหานี้ตามทันวิทยาการในปัจจุบัน และเหมาะสมกับการทำงานในการดูแลผู้ป่วยในประเทศไทยในที่สุด

แนวทางการพิจารณาผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก

01

การประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาให้แพทย์ผู้รักษา
ประเมิน

- ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ระยะของโรค และ functional status ของผู้ป่วย
- ทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ ทั้งกรณีผ่าตัด และไม่ผ่าตัด [ในกรณีที่มีที่ประชุมสหสาขาวิชาชีพอาจช่วยในการวางแผนการรักษาให้ครอบคลุมได้ในทุกมิติ]

การประเมินวางแผนการผ่าตัด ในกรณีที่รอยโรคมี involvement ในตำแหน่งต่อไปนี้ ถือเป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (poor prognosis) รวมทั้งกรณีที่เป็น T4b cancer ทั้งนี้ หากต้องการผ่าตัดให้ประเมินถึงความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

- Involvement ของ pterygoid muscle โดยเฉพาะ ในรายที่มี severe trismus
- Gross extension to skull base
- มีรอยโรคเข้าถึงตำแหน่งคอหอยหลังโพรงจมูก (nasopharynx)
- Invasion/encasement \geq 270-degree ของ common/internal carotid artery
- มี involvement ที่ผิวหนังบริเวณลำคอ
- ก้อนเข้าใน mediastinum/prevertebral fascia/cervical vertebra
- มีลักษณะของ skin/subcutaneous metastasis

Motor cranial nerve involvement

- ถ้าเส้นประสาทยังทำงานตามปกติตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ให้พยายาม preserve nerve function ให้ได้มากที่สุด เท่าที่เป็นไปได้ โดยไม่เหลือ gross residual tumor
- หากมี direct nerve invasion หรือมีการทำงานของเส้นประสาทที่ลดลงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ให้พิจารณาทำ segmental nerve resection ได้ตามความเหมาะสม รวมทั้งพิจารณาถึง Frozen section ของ proximal และ distal stump และพิจารณาทำ nerve graft ตามที่เห็นสมควร
- แนะนำให้มี adjuvant treatment เพิ่มเติม ภายหลังการผ่าตัด เช่น radiation/chemoradiation

หลักการในการผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ตำแหน่งดั้งเดิม

- แนะนำให้ผ่าตัดรอยโรคออก ในลักษณะเป็น En-bloc resection
- ให้พิจารณาถึงการตัด mandible เพื่อให้ได้ adequate margin
 - ประเมินขอบเขตการตัด ตามการตรวจร่างกาย การประเมินทางรังสีวิทยา และ/หรือการประเมินในห้องผ่าตัด
 - กรณีรอยโรคลุกลามถึง medullary space แนะนำให้ทำ segmental resection

- **Margin**
 - การผ่าตัดควรให้ได้ adequate surgical resection margin เสมอ
 - แนะนำให้ตัดให้ได้ gross tumor resection margin \geq 1 cm จาก normal visible/palpable normal mucosa
 - แนะนำให้ orientate tissue specimen ในทุกทิศทาง เพื่อการรายงานผลทางพยาธิวิทยาที่ชัดเจน
 - Terminology
 - Adequate resection margin หมายถึง pathological clear margin \geq 5 mm
 - Close margin หมายถึง ระยะ pathological clear margin $<$ 5 mm
 - Positive margin หมายถึง มี carcinoma in situ หรือ invasive tumor ที่ pathological margin
- พิจารณาซ่อมแซม defect ตามที่เห็นสมควร โดยให้พิจารณาจาก functional and esthetic outcome ที่เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

หลักการในการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่ลำคอ

- ปัจจุบันการประเมิน depth of invasion (DOI) ก่อนผ่าตัด ยังไม่มีวิธีที่การมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับกันในระดับสากล อาจใช้การตรวจร่างกายทางคลินิกเป็นส่วนประกอบเพื่อวางแผนในการรักษาก่อนจะได้ข้อมูลจากการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัด
- แนะนำให้ orientate specimen เพื่อให้สามารถระบุถึง level ของต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอได้อย่างชัดเจน และให้การรายงานผลทางพยาธิวิทยาที่ถูกต้อง
- การเลือกขอบเขตต่อมน้ำเหลืองที่จะทำ neck dissection ให้พิจารณาตามตำแหน่งของรอยโรคตั้งต้น ตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้งสองข้าง ได้แก่
 - รอยโรคที่ตำแหน่งตั้งต้นอยู่ในแนวกลาง (midline) หรือเข้าใกล้แนวกลางมาก
 - รอยโรคลุกลามไปที่ base of tongue
- **Elective ND (END)**
 - แนะนำให้พิจารณา END เมื่อรอยโรคที่ตำแหน่งตั้งต้นมี DOI $>$ 4 mm
 - กรณีที่รอยโรคที่ตำแหน่งตั้งต้นมี DOI $<$ 2 mm, END นั้นยังมีความจำเป็นน้อย

- กรณีที่รอยโรคที่ตำแหน่งตั้งต้นมี DOI ระหว่าง 2-4 mm ให้พิจารณาทำ END เป็นราย ๆ ไป
- แนะนำให้ครอบคลุมขอบเขตของต่อมน้ำเหลืองอย่างน้อย Level I-III
- **Therapeutic ND**
 - แนะนำให้ทำในรายที่มีหลักฐานว่ามีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ
 - แนะนำให้ครอบคลุมขอบเขตของต่อมน้ำเหลืองอย่างน้อย Level I-V, ในกรณีที่ เป็น cN1-N2 เฉพาะใน Level I-III อาจพิจารณาทำอย่างน้อย Level I-III ได้
- **Sentinel node biopsy**
 - อาจใช้เป็นทางเลือกในกรณีที่ มีข้อบ่งชี้ในการทำ END
 - ถ้า Sentinel node biopsy แล้ว positive ให้พิจารณา therapeutic neck dissection ต่อใน setting นั้น ๆ

หลักการในการผ่าตัดกรณีโรคกลับเป็นซ้ำ

- แนะนำให้ประเมินขอบเขตของโรคและการแพร่กระจายก่อนวางแผนการรักษา
- การผ่าตัดซ้ำ ควรทำในรายที่คิดว่าได้ประโยชน์ (เช่น ผ่าตัดเพื่อเป้าหมายให้หายขาด หรือ ผ่าตัดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต)

แนวทางการใช้รังสีรักษา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก

02

มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในมะเร็งศีรษะและลำคอ อุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกในปี 2018 พบได้ประมาณ 3.5 แสนคนคิดเป็น 2% ของอุบัติการณ์มะเร็งทั้งหมด เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง 2:1 เท่า ในที่นี้อ้างอิงถึงเซลล์มะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma และการบอกระยะของโรคโดยใช้ 8th edition AJCC staging

บทบาทการใช้รังสีรักษาในมะเร็งช่องปาก

- I. การรักษาเพื่อหวังผลหายขาด แบ่งเป็น
 - I.I การรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด Postoperative radiation/chemoradiation
 - I.II การรักษาหลักในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้
- II. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ

ข้อบ่งชี้การใช้รังสีรักษาในมะเร็งช่องปาก

- I. การรักษาเพื่อหวังผลหายขาด แบ่งเป็น
 - I.I การรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด Postoperative radiation/chemoradiation มีข้อบ่งชี้ข้อใดอย่างหนึ่งดังนี้
 1. โรคที่มีก้อนมะเร็งปฐมภูมิ pT3-T4 (8th edition AJCC staging)
 2. โรคที่มีการแพร่กระจายที่ต่อมน้ำเหลือง pN2-3 หรือมีการแพร่กระจายในต่อมน้ำเหลือง ระดับที่ 4-5 หรืออาจพิจารณาใน pN1 บางราย
 3. ขอบของชิ้นเนื้อที่ได้รับผ่าตัดไม่เพียงพอ เช่น Close margin (<5 mm) หรือ **Positive margin*** ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดซ้ำได้
 4. มีลักษณะ Lymphovascular invasion (LVI) หรือ Perineural invasion (PNI)
 5. ต่อมน้ำเหลืองที่เลาะออกมามีลักษณะ **Extranodal extension (ENE)***
 6. ไม่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือ

เลาะไม่เพียงพอ** ในผู้ป่วยที่มีโอกาส แพร่กระจายในต่อมน้ำเหลืองที่คอ เช่น pT2-T4 ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง

7. โรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำเฉพาะที่

* ในรายที่เป็น positive margin หรือ Extranodal extension (ENE) เป็นปัจจัยที่ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตต่ำลงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น แนะนำให้ Concurrent systemic therapy/ radiation ภายหลังการผ่าตัดร่วมด้วย เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและโอกาสการรอดชีวิต (3, 4)

** การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่เพียงพอ(2) ได้แก่

cN0 : ipsilateral neck dissection at least level I-III
 Contralateral cN0 : อาจพิจารณาทำ contralateral neck dissection level I-III เมื่อตำแหน่งก้อนเข้าใกล้แนวกึ่งกลาง (midline)

cN+ : ipsilateral neck dissection at least level I-V
 Contralateral cN+ : contralateral neck dissection level I-V

เทคนิคการใช้รังสีรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด

- ควรได้รับการเริ่มฉายรังสีภายใน 6-8 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัด (5, 6)
- ส่วนมากบริเวณที่ควรได้รับรังสีจะต้องครอบคลุมตำแหน่งของมะเร็งปฐมภูมิ ขอบเขตของการผ่าตัด (Surgical cavity-Tumor bed) รวมถึงตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการลุกลามเฉพาะที่ (microscopic tumor extension) และต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Lymphatic drainage of neck)
- อาจพิจารณาไม่ฉายคลุมต่อมน้ำเหลืองที่คอในกรณี close or positive margin ของมะเร็งระยะ pT1-2N0 และได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คออย่างเพียงพอ
- ปริมาณของรังสีและขอบเขตเป้าหมาย (Clinical target volume, CTV) (7) ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงดังนี้

	ปริมาณของรังสี	ขอบเขตเป้าหมาย
CTV-HR ความเสี่ยงสูง	64-66 G (1.8-2G/F) 70 G** (1.8-2G/F)	<ul style="list-style-type: none"> • ครอบคลุมตำแหน่งของมะเร็งปฐมภูมิ และขอบเขตของการผ่าตัด รวมถึง Flap ที่ positive margin • ระดับต่อมน้ำเหลืองที่พบ ENE • ** ครอบคลุมบริเวณที่ผ่าตัดออกได้ไม่หมดและเหลือ gross residual disease
CTV-IR ความเสี่ยงปานกลาง	60-63 G (1.8-2G/F)	<ul style="list-style-type: none"> • ครอบคลุมตำแหน่งของมะเร็งปฐมภูมิ ขอบเขตของการผ่าตัด รวมถึง Flap ที่ free or close margin • ครอบคลุมตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการลุกลามเฉพาะที่ (high risk of microscopic tumor extension) • ครอบคลุมรอยแผลที่เกิดจากการผ่าตัด (Surgical scar)
CTV-LR ความเสี่ยงต่ำ	44-50 (2G/F กรณี Sequential Boost) 54-60 (1.6-1.8G/F กรณี Simutanous integrated Boost)	<ul style="list-style-type: none"> • ครอบคลุมบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอที่มีความเสี่ยง (Elective node irradiation)

ในกรณีที่โรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำเฉพาะที่หลังจากที่เคยได้รับการฉายรังสี การกำหนดขอบเขตและปริมาณ รังสีขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณโรคที่เป็นซ้ำ ปริมาณรังสีที่เคยได้รับ และระยะเวลาของการกลับเป็นซ้ำ

- เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา สามารถใช้รังสีเอกซ์ หรือแกมมา หรืออิลีคตรอน พลังงานสูง หรืออนุภาครังสี เช่น โปรตอน (Proton Beam Therapy, PBT) หรือคาร์บอน สามารถวางลำรังสีได้หลายเทคนิค ได้แก่ 3D-conformal radiotherapy, Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT), Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT), Helical Tomotherapy อาจพิจารณาให้การรักษาร่วมกับ Brachytherapy หรือ Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy ทั้งนี้ในรายที่โรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการฉายรังสีหรือกรณีที่อวัยวะสำคัญข้างเคียงได้รับปริมาณรังสีเกินกำหนดจากการใช้รังสีเอกซ์ปกติ อาจพิจารณาใช้ Proton Beam Therapy (PBT) ทั้งนี้เพื่อช่วยลดปริมาณรังสีไปยังอวัยวะสำคัญที่อยู่ข้างเคียง และเก็บข้อมูลต่อไปในเชิงวิจัย

I.II การรักษาหลักในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และหวังผลหายขาด

- ในโรคระยะที่ 1-4 ที่ไม่พบการแพร่กระจาย แต่ไม่สามารถรับการผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย (medical inoperable) หรือจากตัวโรคที่ลุกลามมากเฉพาะที่ (Very locally advanced /unresectable disease)
- ในโรคระยะที่ 3-4 ที่ไม่พบการแพร่กระจายควรพิจารณาใช้ Concurrent chemoradiation ในผู้ป่วยที่มี ECOG 0-1 กรณีที่ไม่สามารถให้ concurrent chemoradiation ควรพิจารณาใช้ Altered fractionation แทน conventional fractionation เช่น การใช้ Concomitant boost , Accelerated radiation หรือ Hyperfractionation (8-10)
- โรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำเฉพาะที่

เทคนิคการให้รังสีรักษาเป็นการรักษาหลักในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และหวังผลหายขาด

- เป้าหมายบริเวณที่ควรได้รับรังสีจะต้องครอบคลุมตำแหน่งของมะเร็งปฐมภูมิ รวมถึงตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการลุกลามเฉพาะที่ (microscopic tumor extension) และต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Lymphatic drainage of neck)
- ปริมาณของรังสี
 - กรณีที่ใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว
 - 66 G (2.2 G/F) to 70 G (2 G/F, 5F/wk) in 6-7 weeks
 - Concomitant Boost RT: 72 G in 6 weeks, (1.8G/F to large field, 1.5 G/F boost as second daily fraction during the last 12 treatment days)
 - Accelerated RT : 66-70 G (2G/F, 6F/Wk)
 - Hyperfractionation RT : 81.6 G in 7 wk (1.2G/F, twice daily)
 - เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา สามารถใช้รังสีเอกซ์ หรือแกมมา หรืออิเล็กตรอน พลังงานสูง หรืออนุภาครังสี เช่น โปรตอน หรือคาร์บอน สามารถวางลำรังสีได้หลายเทคนิค ได้แก่ 3D-conformal radiotherapy, Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT), Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT), Helical Tomotherapy อาจพิจารณาให้การรักษาร่วมกับ Brachytherapy หรือ Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy ทั้งนี้ในกรณีที่ตัวโรคที่ลุกลามมากเฉพาะที่ (Very locally advanced /unresectable disease) ไม่สามารถผ่าตัดได้ เช่น มีการลุกลามฐานสมอง หลังโพรงจมูก หรือ ไชนัส และอวัยวะข้างเคียงได้รับปริมาณรังสีเกินกำหนดจากการใช้รังสีเอกซ์ ปกติ หรือมีการกลับเป็นซ้ำภายหลังการฉายรังสี อาจพิจารณาใช้ Proton Beam Therapy (PBT) ทั้งนี้เพื่อช่วยลดปริมาณรังสีไปยังอวัยวะข้างเคียง และเก็บข้อมูลต่อไปในเชิงวิจัย(11-13)

II. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ

- โรคในระยะที่ 4 ที่มีการแพร่กระจายของโรคไปที่อื่น
- โรคมีการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ โดยมีระยะห่างจากการฉายรังสีครั้งแรกน้อยกว่า 1 ปี

เทคนิคการให้รังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการจากรอยโรคของก้อนมะเร็งปฐมภูมิหรือลำคอ

- เป้าหมายโดยทั่วไปจะต้องครอบคลุมตำแหน่งของก้อนมะเร็ง
- ปริมาณของรังสี ที่ช่วยบรรเทาอาการเฉพาะที่
 - พิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมตามขนาดก้อนมะเร็งสภาพร่างกายผู้ป่วยและอัตราการรอดชีวิต
 - 50 G / 20F (2.5 G/F)
 - 37.5 G/ 15F
 - 30 G/ 10F
 - 30 G/ 5F, 2F/สัปดาห์ โดยห่างกันอย่างน้อย 3 วัน
 - 42 G/ 12F (Quadshot) (14, 15) โดยฉายครั้งละ 3.5 G/F, 2ครั้ง/วันห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงติดต่อกัน 2 วัน สามารถให้ซ้ำได้ทั้งหมด 3 คอร์สห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยมีการหลีกเลี่ยงปริมาณรังสีที่ก้านสมอง ไชนัสหลังภายหลังจากการฉายคอร์สที่ 2
 - เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา สามารถใช้รังสีเอกซ์ หรือแกมมา หรืออิเล็กตรอน พลังงานสูง หรือ อนุภาครังสี เช่น โปรตอน หรือคาร์บอน สามารถวางลำรังสีได้หลายเทคนิค ได้แก่ 2D-conventional radiotherapy, 3D-conformal radiotherapy, Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT), Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT), Helical Tomotherapy อาจพิจารณาให้การรักษาร่วมกับ Brachytherapy หรือ Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy ทั้งนี้ในรายที่โรคมึ การกลับเป็นซ้ำภายหลังการฉายรังสีหรือกรณีที่อยู่ข้างเคียงได้รับปริมาณรังสีเกินกำหนดจาก การใช้รังสีเอกซ์ปกติ อาจพิจารณาใช้ Proton Beam Therapy (PBT) ทั้งนี้เพื่อช่วยลดปริมาณรังสีไปยังอวัยวะข้างเคียง และเก็บข้อมูลต่อไปในเชิงวิจัย

Reference

- Ang KK, Trotti A, Brown BW, Garden AS, Foote RL, Morrison WH, et al. Randomized trial addressing risk features and time factors of surgery plus radiotherapy in advanced head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001;51(3):571-8.
- Koyfman SA, Ismaila N, Holsinger FC. Management of the Neck in Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity and Oropharynx: ASCO Clinical Practice Guideline Summary. *J Oncol Pract.* 2019;15(5):273-8.
- Cooper JS, Zhang Q, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Saxman SB, et al. Long-term follow-up of the RTOG 9501/intergroup phase III trial: postoperative concurrent radiation therapy and chemotherapy in high-risk squamous cell carcinoma of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012;84(5):1198-205.
- Bernier J, Cooper JS, Pajak TF, van Glabbeke M, Bourhis J, Forastiere A, et al. Defining risk levels in locally advanced head and neck cancers: a comparative analysis of concurrent postoperative radiation plus chemotherapy trials of the EORTC (#22931) and RTOG (# 9501). *Head Neck.* 2005;27(10):843-50.
- Harris JP, Chen MM, Orosco RK, Sirjani D, Divi V, Hara W. Association of Survival With Shorter Time to Radiation Therapy After Surgery for US Patients With Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;144(4):349-59.
- Huang J, Barbera L, Brouwers M, Browman G, Mackillop WJ. Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy? A systematic review. *J Clin Oncol.* 2003;21(3):555-63.
- Evans M, Beasley M. Target delineation for postoperative treatment of head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2018;86:288-95.
- Beitler JJ, Zhang Q, Fu KK, Trotti A, Spencer SA, Jones CU, et al. Final results of local-regional control and late toxicity of RTOG 9003: a randomized trial of altered fractionation radiation for locally advanced head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014;89(1):13-20.
- Overgaard J, Hansen HS, Specht L, Overgaard M, Grau C, Andersen E, et al. Five compared with six fractions per week of conventional radiotherapy of squamous-cell carcinoma of head and neck: DAHAN-CA 6 and 7 randomised controlled trial. *Lancet.* 2003;362(9388):933-40.
- Lacas B, Bourhis J, Overgaard J, Zhang Q, Gregoire V, Nankivell M, et al. Role of radiotherapy fractionation in head and neck cancers (MARCH): an updated meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):1221-37.
- Phan J, Sio TT, Nguyen TP, Takiar V, Gunn GB, Garden AS, et al. Reirradiation of Head and Neck Cancers With Proton Therapy: Outcomes and Analyses. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2016;96(1):30-41.
- McDonald MW, Zolali-Meybodi O, Lehnert SJ, Estabrook NC, Liu Y, Cohen-Gadol AA, et al. Reirradiation of Recurrent and Second Primary Head and Neck Cancer With Proton Therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2016;96(4):808-19.
- Romesser PB, Cahlon O, Scher ED, Hug EB, Sine K, DeSelm C, et al. Proton Beam Reirradiation for Recurrent Head and Neck Cancer: Multi-institutional Report on Feasibility and Early Outcomes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2016;95(1):386-95.
- Corry J, Peters LJ, Costa ID, Milner AD, Fawns H, Rischin D, et al. The 'QUAD SHOT'--a phase II study of palliative radiotherapy for incurable head and neck cancer. *Radiother Oncol.* 2005;77(2):137-42.
- Lok BH, Jiang G, Gutiontov S, Lanning RM, Sridhara S, Sherman EJ, et al. Palliative head and neck radiotherapy with the RTOG 8502 regimen for incurable primary or metastatic cancers. *Oral Oncol.* 2015;51(10):957-62.

หลักการรักษามะเร็งศีรษะ และ ลำคอ ชนิด Squamous Cell ด้วยยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า และยาภูมิคุ้มกันบำบัด

03

1. การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสี (induction chemotherapy)

เป็นการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาหลัก เช่น การผ่าตัดหรือฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiotherapy, CCRT) จากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วย induction chemotherapy ตามด้วย CCRT กับการรักษาด้วย CCRT พบว่า การให้ induction chemotherapy ไม่มีประโยชน์ในด้านการเพิ่มการรอดชีวิตอย่างชัดเจน การรักษาด้วยการให้ยาร่วมกับการฉายรังสี (CCRT) จึงเป็นมาตรฐานในการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ การให้ induction chemotherapy มีข้อพิจารณาให้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

สามารถผ่าตัดได้ การให้ induction chemotherapy มีข้อพิจารณาให้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นระยะที่ III หรือ IV ที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้ (unresectable) และไม่มีภาวะแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น
2. แพทย์รังสีรักษาลงความเห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มการรักษาด้วย CCRT ได้ เนื่องจากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ (bulky disease)
3. ผู้ป่วยต้องมี ECOG performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับ induction chemotherapy

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Cycle
1	TPF	q 21 days	Docetaxel	75 mg/m ² IV day 1	3
			Cisplatin	75-100 mg/m ² IV day 1	
2	PCF	q 21 days	5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /day continuous infusion Day 1-4	3
			Paclitaxel	175 mg/m ² day 1	
			Cisplatin	100 mg/m ² IV day 2	
3	PF	q 21 days	5-fluorouracil	500 mg/m ² continuous infusion day 2- 6	3
			Cisplatin	100 mg/m ² IV day 1	
			5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day continuous infusion day 1-4	

การเลือกสูตรยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

หมายเหตุ

1. ควรพิจารณาเลือกสูตรที่ 1 และ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 70 ปีที่มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะทุพโภชนาการ และมีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงที่ creatinine clearance <60 ml/min ได้ ไม่สามารถให้ยาในสูตรที่ 1 และ 2 ได้ แพทย์ผู้รักษาอาจพิจารณาให้ carboplatin แทนการใช้ cisplatin ในสูตรที่ 3

2. Concurrent systemic treatment/radiotherapy

การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสง หลักการ คือ การให้ยาเคมีบำบัดเป็น radiation sensitizer เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการฉายแสง ข้อมูลของการรักษาด้วย concurrent chemoradiotherapy ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะลุกลามที่ยังไม่แพร่กระจาย

2.1. Setting of systemic treatment/radiotherapy

2.1.1. Adjuvant or post operative setting – เป็นการรักษาเสริม หลังจากได้รับการผ่าตัดเพื่อหวังการหายขาดจากโรค (curative surgery) ซึ่งจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำสูง (high risk features) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

High Risk	Feature	Management
Major	Extranodal extension, margin-positive	พิจารณา concurrent chemoradiotherapy ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่มีข้อควรระวัง
Minor	pT3-4; pN2-3; LN level IV or V; perineural, vascular, or lymphatic invasion	พิจารณา concurrent chemoradiotherapy ในผู้ป่วยบางราย

2.1.2. Definitive setting – เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ได้ (unresectable) สภาพร่างกายไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด (unfit for surgery) หรือไม่ได้ผ่าตัดเนื่องจากต้องการรักษาอวัยวะ (organ preservation)

2.2. Choice of systemic therapy for concurrent with radiotherapy

ในปัจจุบัน cisplatin monotherapy เป็นมาตรฐานในการรักษาแบบ concurrent systemic therapy/radiotherapy มีการศึกษาที่ให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิด และเพิ่มยามุ่งเป้า เช่น cetuximab หรือ panitumumab ร่วมกับ cisplatin ซึ่งไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา แต่ทำให้มีผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วย concurrent cisplatin/ radiotherapy ได้ การประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยกับการรักษาด้วย cisplatin มีความสำคัญ โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้

Absolute contraindications to cisplatin	High risk for cisplatin
ECOG performance status ≥ 3	ECOG performance status = 2
CCR <50 ml/min	CCR = 50–60 ml/min (Doses of cisplatin < 100 mg/m ² should be considered)
Baseline ototoxicity \geq grade 2	Baseline ototoxicity grade 1
Baseline neuropathy \geq grade 2	Baseline neuropathy grade 1, concomitant use of nephrotoxic drugs
Allergic to platinum	Previous used of cisplatin (>200 mg/m ² , >3 cycles TPF induction therapy)
Pregnancy and lactation	Marrow, hepatic, and respiratory dysfunction \geq grade 2, Child-Pugh score = B, uncontrolled other medical conditions
HIV/AIDS (CD4 count <200/uI)	HIV/AIDS (CD4 count <350/uI)
	Involuntary weight loss $\geq 20\%$
	No social support, no support at home

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group, CCR – Creatinine Clearance Rate

2.2.1. Cisplatin eligible patient – สามารถใช้ได้ทั้ง 2 regimens โดย 100 mg/m² every 3 weeks มีข้อมูลจากการศึกษาใน clinical trial มากที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทยไม่สามารถทนยา cisplatin ขนาดสูงได้ แพทย์ผู้รักษาอาจปรับลดขนาดลง เช่น 75 mg/m² every 3 weeks

- Cisplatin 100 mg/m² every 3 week for 3 cycles
- Cisplatin 40 mg/m² weekly for 7 cycles

2.2.2 Cisplatin ineligible patient – Cetuximab เป็น regimen เดียวที่มี clinical trial รองรับชัดเจน อย่างไรก็ตามเนื่องจาก cetuximab เป็นยาราคาสูงและในปัจจุบันทุกสิทธิการรักษายังไม่สามารถครอบคลุมยา cetuximab ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่สามารถเข้าถึงยาได้ แพทย์ผู้รักษาอาจพิจารณาให้ carboplatin โดยอนุมานผลของ radiation sensitizer มา การใช้ยามาจากมะเร็งชนิดอื่น

- Cetuximab 400 mg/m² on Day -7 for 1 cycle, then 250 mg/m² weekly for 7 cycles
- Carboplatin AUC 2 weekly for 7 cycles
- Carboplatin AUC 5-6 every 3 week for 3 cycles
- Carboplatin 70 mg/m²/day on day 1-4 plus 5-fluorouracil 600 mg/m²/day (continuous infusion) on day 1-4; every 3 weeks for 3 cycles

3. Recurrent/Metastatic disease

การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่โรคกลับเป็นซ้ำ หรือในระยะแพร่กระจาย

1. การให้ยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัด (first-line setting)

- ยาในกลุ่ม platinum-based chemotherapy ร่วมกับ 5-FU เป็นสูตรยาหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ในผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรงพอสำหรับการให้ platinum-doublet อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม platinum โดยให้เป็นยาเดี่ยว (monotherapy)
- การศึกษาในระยะหลังพบว่า การให้ยามุ่งเป้า cetuximab หรือ ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน pembrolizumab (พิจารณาตาม PD-L1 CPS) ร่วมกับ platinum-based / 5FU สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยา cetuximab และ

pembrolizumab มีราคาสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่สามารถเข้าถึงยากลุ่มนี้ได้

2. การให้ยาในผู้ป่วยที่เคยได้รับ platinum-based chemotherapy (second-line setting)

- ยาเคมีบำบัดสูตรที่ใช้หลังจากผู้ป่วยได้รับ platinum-doublet chemotherapy แล้ว ส่วนใหญ่ให้เป็นยาเดี่ยว (monotherapy) ดังรายละเอียดตามตารางด้านล่าง
- ยามุ่งเป้า ได้แก่ cetuximab, afatinib หรือ ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน เช่น nivolumab, pembrolizumab มีข้อมูลงานวิจัยทางคลินิกสนับสนุนประสิทธิภาพของการใช้ยาเหล่านี้ใน second-line setting ในผู้ป่วย platinum-refractory R/M HNSCC อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้เป็นยาที่มีราคาสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่สามารถเข้าถึงยากลุ่มนี้ได้

ข้อควรพิจารณา

- นอกจากการให้ยาเคมีบำบัดแล้ว ควรพิจารณาการรักษาด้วยการฉายรังสี ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเฉพาะที่ตามความเหมาะสม
- ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 6 เดือนหลังการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (platinum-based chemotherapy) เสริมแล้ว และไม่สามารถผ่าตัดได้ การพิจารณา systemic therapy อาจพิจารณาการให้ยาแบบ second-line setting

Setting	Regimen
First-line	Cisplatin 75-100 mg/m ² day 1 or carboplatin AUC 5 day 1 + 5FU 1000 mg/m ² /day day 1-4 every 3-4 weeks
Second-line	Cisplatin • 75-100 mg/m ² every 3 weeks
	Carboplatin • AUC 5 every 3 weeks
	Paclitaxel • 175 mg/m ² every 3 weeks • 80 mg/m ² weekly for 3 week-on/ 1 week-off
	Docetaxel • 60-75 mg/m ² every 3 weeks • 30-40 mg/m ² weekly
	Gemcitabine 1000 mg/m ² weekly for 2-3 week-on/ 1 week-off
	Methotrexate • 40-60 mg/m ² weekly

แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของมะเร็งในช่องปาก

04

แนวทางปฏิบัติในการตรวจทางพยาธิวิทยาใน guideline ฉบับนี้อ้างอิงข้อมูลมาจาก College of American Pathologist (CAP), International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR), The Royal College of Pathologists และ WHO Classification of Head and Neck Tumours 4th ed (2017)

ชนิด (subtype) ของ squamous cell carcinoma (SCC) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยมะเร็งในช่องปากของ WHO (ปี 2017)

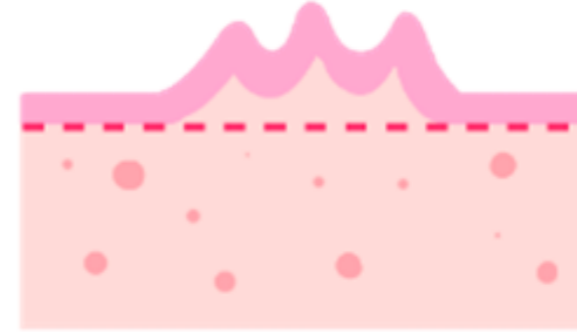
ตามเกณฑ์การจัดแบ่งมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma ในช่องปากของ WHO (ปี 2017) สามารถแบ่ง SCC เป็นชนิด (subtype) ต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

- Conventional squamous cell carcinoma
 - Histologic grade
 - Well differentiated
 - Moderately differentiated
 - Poorly differentiated
- Basaloid squamous cell carcinoma
- Spindle cell squamous cell carcinoma
- Adenosquamous carcinoma
- Carcinoma cuniculatum
- Verrucous carcinoma (ดูคำอธิบายเพิ่มเติม)*
- Papillary squamous cell carcinoma
- Acantholytic squamous cell carcinoma
- Lymphoepithelial carcinoma

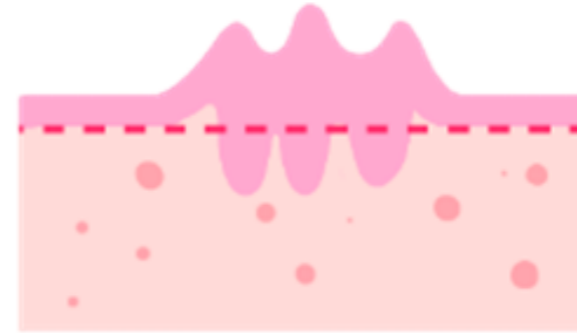
* คำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับ [verrucous carcinoma](#)

รอยโรคที่มีการเจริญแบบ verrucous growth ที่พบในช่องปากประกอบด้วย verrucous hyperplasia และ verrucous carcinoma การเปลี่ยนแปลงของ squamous epithelium ของรอยโรคทั้งสองเหมือนกัน คือ squamous epithelium หนาตัวขึ้นในลักษณะ verrucous growth สิ่งที่แตกต่างกันคือ bulbous rete ridges ของ verrucous hyperplasia จะไม่ยื่นลงมาเกินระดับ basement membrane ของ squamous epithelium ปกติที่อยู่ข้างเคียง แตกต่างจาก verrucous carcinoma ที่ bulbous rete ridges จะยื่นลงมาลึกกว่าระดับ basement membrane ของ squamous epithelium ปกติที่อยู่ข้างเคียง การจำแนกรอยโรคทั้ง 2 ชนิดนี้ในสิ่งส่งตรวจประเภท biopsy เป็นเรื่องที่ยากมาก เพราะบ่อยครั้งไม่มี epithelium ปกติข้างเคียงเป็นตัวเปรียบเทียบ

ดังนั้น หากผลการตรวจชิ้นเนื้อระบุได้เพียงว่าเป็นรอยโรคที่มีการเจริญแบบ verrucous growth แพทย์ผู้รักษาควรทำ biopsy ใหม่ โดยพยายามตัดให้ได้บริเวณชิ้นเนื้อที่ประกอบด้วยทั้ง verrucous lesion และเนื้อเยื่อปกติที่อยู่ข้างๆ เพื่อที่พยาธิแพทย์ช่องปาก จะได้เปรียบเทียบระดับของ rete ridges กับ basement membrane ของเนื้อเยื่อปกติข้างเคียง



Verrucous hyperplasia



Verrucous carcinoma

ภาพประกอบโดย พญ. รัชกร อนันต์ภักดา

การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. หลังจากเอาชิ้นเนื้อออกจากร่างกายผู้ป่วยแล้ว ให้ระบุด้านของชิ้นเนื้อโดยวิธีการผูกไหม และเขียนบันทึกลงในใบขอตรวจทางพยาธิวิทยา
2. ควรส่งชิ้นเนื้อโดยแช่ชิ้นเนื้อใน 10% neutral buffered formalin โดยปริมาณของ formalin ควรอยู่ที่ประมาณ 10 เท่าของขนาดชิ้นเนื้อและภาชนะที่บรรจุต้องปิดสนิท กรณีที่ส่งเป็นชิ้นเนื้อสด ให้แช่เย็นในภาชนะบรรจุในอุณหภูมิไม่เกิน 4 องศาเซลเซียสมายังห้องปฏิบัติการให้เร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง
3. ติดแถบระบุข้อมูลสำคัญบนภาชนะบรรจุส่งตรวจ ข้อมูลที่ต้องระบุประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย อายุ เลข hospital number ของผู้ป่วยและอวัยวะที่ส่งตรวจ
4. ในกรณีที่ส่งชิ้นเนื้อสด หรือ สารคัดหลั่ง โดยผู้ป่วยมี

โรคติดต่อจำเพาะ เช่น HIV, Hepatitis B และ Hepatitis C ควรแจ้งให้ผู้รับชิ้นเนื้อ มีความระมัดระวังในการตัดชิ้นเนื้อ

5. ส่งชิ้นเนื้อพร้อมใบขอตรวจทางพยาธิวิทยาที่กรอกข้อมูลสำคัญมายังห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา โดยข้อมูลสำคัญที่จำเป็นควรระบุในใบขอส่งตรวจ มีดังนี้
 - 5.1 ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ hospital number
 - 5.2 ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย อาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งที่ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยและรักษา
 - 5.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย
 - 5.4 ลักษณะและตำแหน่งของรอยโรค การลุกลามของรอยโรค
 - 5.5 ผลจากการตรวจชิ้นเนื้อครั้งก่อน
 - 5.6 ผลการวินิจฉัยทางคลินิกเบื้องต้น
 - 5.7 ประวัติการรักษาก่อนการผ่าตัด เช่น การรับ chemotherapy หรือ radiotherapy เป็นต้น
 - 5.8 ชื่อวิธีการผ่าตัด ตำแหน่งรอยโรคและลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ที่พบร่วม
 - 5.9 วันที่ทำการผ่าตัด วันที่ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา
 - 5.10 จำนวนชิ้นเนื้อ จำนวนภาชนะที่ใส่ส่งตรวจทั้งหมด รวมถึงจำนวนชิ้นเนื้อต่อภาชนะ
 - 5.11 ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้ส่งตรวจ ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษาและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ข้อมูลในส่วนนี้ ควรเขียนให้ชัดเจนและอ่านออก

การรายงานผลทางพยาธิวิทยา

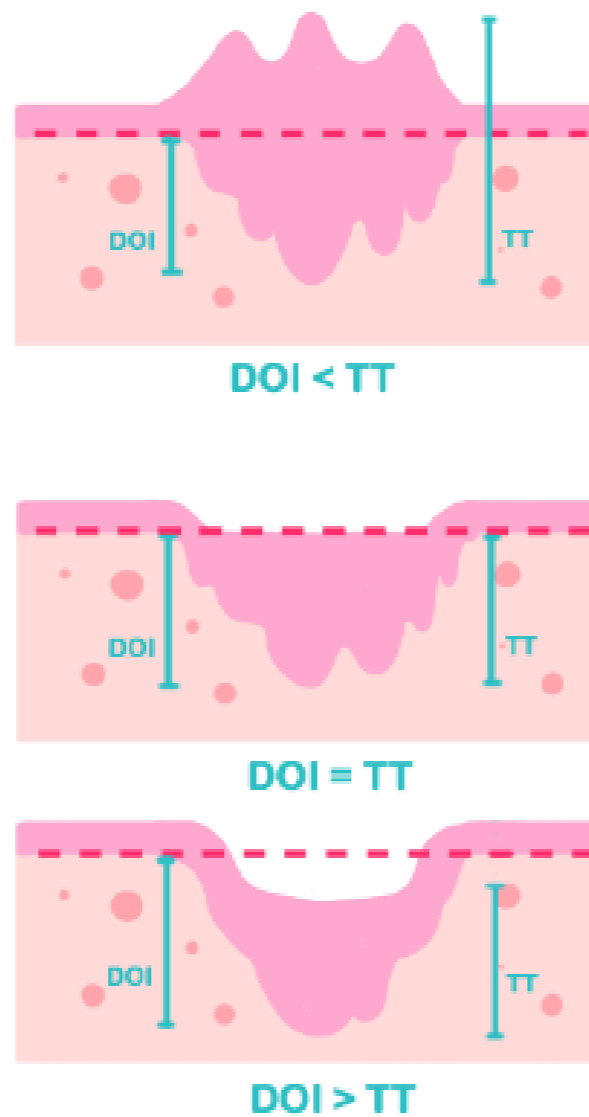
ในการรายงานผลทางพยาธิวิทยานั้น ข้อมูลสำคัญที่จะควรมีในรายงาน มีดังนี้

1. ประเภทของการผ่าตัด เช่น excision, glossectomy, mandibulectomy, maxillectomy, palatectomy และ neck dissection เป็นต้น
2. Histologic type, grade และ subtype ของมะเร็ง
3. ตำแหน่งของมะเร็งตามกายวิภาคศาสตร์
4. จำนวนของรอยโรคมะเร็ง (unifocal หรือ multifocal)
5. ขนาดของก้อนมะเร็งเป็นหน่วยเซนติเมตร ซึ่งวัดตามแนว 3 มิติ

หลักการประเมินและ การจัดการด้านทันตกรรม ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

6. ระดับความลึกในการลุกลามของมะเร็ง (depth of invasion) โดยแสดงเป็นหน่วยมิลลิเมตร (ดูคำอธิบายเพิ่มเติม)*
7. มี Lymphovascular invasion หรือไม่
8. มี Perineural invasion หรือไม่
9. มี Bone invasion หรือไม่ (กรณีที่ specimen มี bone มาด้วย)
10. Resection margin status โดยวัดระยะห่างจากมะเร็ง และ squamous dysplasia ถึง resection margin ทุกด้าน
11. กรณีที่ส่ง neck dissection specimen มาตรวจด้วย ควรระบุข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 11.1. แสดง lymph node status แยกตาม level
 - 11.2. ระบุจำนวนของ lymph node ที่มีมะเร็งและจำนวน lymph node ที่พบทั้งหมด
 - 11.3. ระบุขนาดของ lymph node ที่พบมะเร็ง โดยระบุเฉพาะขนาดของ lymph node ที่ใหญ่ที่สุด
 - 11.4. ระบุว่าพบ extranodal extension ใน lymph node ที่มีมะเร็งหรือไม่
12. ระบุ pathologic stage (pTNM) ตามเกณฑ์ของ AJCC 8th edition

* คำอธิบายเพิ่มเติมของ depth of invasion (DOI)
 DOI วัดจากระดับของ basement membrane ของ squamous epithelium ปกติที่อยู่ติดกับมะเร็ง ลงไปจนถึงจุดที่ลึกที่สุดที่มะเร็งลุกลามไปถึง, DOI อาจจะเท่าหรือไม่เท่ากับ tumor thickness (TT) ก็ได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของก้อนมะเร็งว่าเป็น exophytic mass หรือ ulcerative mass ดังที่แสดงในรูปภาพด้านล่าง



ภาพประกอบโดย พญ.รัชกร อนันต์ภาค

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ควรเป็นการดูแลในรูปแบบบูรณาการและมีลักษณะการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่มวางแผนการรักษา ขณะให้การรักษา และหลังการรักษา เพื่อให้สามารถจัดระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษา ร่วมกัน และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยบทบาทของทันตแพทย์นอกจากให้การรักษาทางทันตกรรม และทันตกรรมป้องกัน ยังต้องสามารถให้คำปรึกษาการรับประทานอาหารบริโภคอาหารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและภาวะโภชนาการร่วมกับนักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร รวมทั้งควรจัดระบบบริการทางทันตกรรมให้มีช่องทางเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสม รวดเร็ว และสอดคล้องกับการรักษาอื่น ๆ ด้วย เช่น การปรับระบบบริการให้มีช่องทางด่วนเป็นการเฉพาะ (fast tract) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างเหมาะสมเบ็ดเสร็จในเวลาที่สุดสอดคล้องกับการรักษาทางการแพทย์

แนวทางสำหรับทันตแพทย์ในการให้คำปรึกษาแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1. มี defect ของเนื้อเยื่อในช่องปากและหรือฟันที่สูญเสียไปภายหลังการรักษา
2. มีการรักษาด้วยรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ

1. Defect ของเนื้อเยื่อในช่องปากและหรือฟันที่สูญเสียไปภายหลังการรักษา

1.1 การประเมินภายในช่องปากและแนวทางการปฏิบัติก่อนการรักษา

- ข้อพิจารณา : การตรวจและประเมินผู้ป่วยตามแผนการรักษา
- (1) ตรวจช่องปากทั้งปากโดยทันตแพทย์
 - (2) ประเมินเพื่อทำฟันหรืออวัยวะเทียม (ถ้าเป็นไปได้)

- (3) ถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากทั้งปาก หรือ OPG (ถ้าเป็นไปได้)
- (4) ถ่ายภาพและการพิมพ์ปากสำหรับทำแบบจำลองฟันเพื่อการศึกษาในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก
- (5) วางแผนการรักษาเบื้องต้นและการสื่อสารในที่ผู้รักษา
- (6) กรณี เนื่องจากบริเวณพื้นจุ่มหรือโพรงอากาศขากรรไกรบน
 - ควรรักษาทางทันตกรรมให้เสร็จสมบูรณ์ก่อนการผ่าตัด (ถ้าเป็นไปได้)
 - พิจารณาใส่เพดานเทียมหลังผ่าตัด (ถ้าเป็นไปได้)

1.2 การทดแทนและการฟื้นฟูระบบบดเคี้ยว การพูดและการกลืนภายหลังการรักษา มีข้อควรพิจารณา ดังนี้

- (1) เมื่อมี defect ของขากรรไกรบน : พิจารณาทำเพดานเทียม (obturator)
- (2) เมื่อมี defect ของเพดานอ่อน : พิจารณาทำสิ่งประดิษฐ์ช่วยกลืน เช่น velopharyngeal prosthesis หรือสิ่งประดิษฐ์ช่วยพูด (speech aid prosthesis) ในรายที่จำเป็น
- (3) เมื่อมี defect ของลิ้น : พิจารณาทำ palatal augmentation prosthesis และ/หรือ lingual augmentation prosthesis
- (4) ควรฝึกออกกำลังขากรรไกรเพื่อคงระยะการอ้าปากด้วยการอ้าต่างขากรรไกรอย่างนุ่มนวล หรือ ใช้เครื่องมือช่วยอ้าปากสำหรับฟื้นฟูกรณีมีอาการกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็ง (Trismus) หรืออ้าปากได้จำกัด

2. รังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ

2.1 ก่อนรังสีรักษา

- (1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงผลข้างเคียงที่เกิดกับฟันและ

ช่องปาก ตลอดจนการป้องกันและลดผลข้างเคียงของรังสีรักษา อันได้แก่

- อาการปากแห้ง
 - ควรแนะนำให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น
 - และใช้น้ำลายเทียมร่วมด้วย (ถ้าจำเป็น)
 - กรณี ใช้น้ำยาบ้วนปากให้ใช้ชนิดไม่มีแอลกอฮอล์
 - การเกิดฟันผุแบบลุกลาม ควรแนะนำการป้องกันโดย
 - การให้ทันตสุขศึกษา และคำแนะนำด้านโภชนาการ
 - การใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงภายหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง และนัดตรวจช่องปากเป็นประจำเพื่อประเมินสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น
 - ภาวะกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็งและอ้าปากได้จำกัด ควรกระตุ้นให้อ้าปากได้มากขึ้น โดยการอ้าต่างขากรรไกรอย่างนิ่มนวล หรือ ใช้เครื่องมือช่วยอ้าปากสำหรับฟันพุกรณีมีอาการกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็งหรืออ้าปากได้จำกัด
- (2) การตรวจประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการรักษา
- ตรวจช่องปากทั้งปาก คีระและคอ รวมทั้งการถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากทั้งปากหรือ OPG (ถ้าเป็นไปได้)
 - ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและโรคปริทันต์ โดยมีหลักการดังนี้
 - ประเมินสภาวะของฟันและอวัยวะปริทันต์ที่มีอยู่เดิมร่วมกับ ภาพถ่ายรังสีเพื่อประเมินพยาธิสภาพบริเวณรากฟัน
 - ประเมินอนามัยช่องปาก แรงจูงใจ และความร่วมมือของผู้ป่วย
 - วางแผนการรักษาทางทันตกรรม โดยมีหลักการดังนี้
 - กำจัดสาเหตุของการติดเชื้อที่มีอยู่
 - ควรถอนฟันก่อนการให้รังสีรักษาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยการพิจารณาถอนฟันแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่
- (1) กรณี curative แนะนำให้ถอนฟันที่มีลักษณะดังต่อไปนี้
- ฟันซี่ที่ไม่สามารถดูแลความสะอาดได้
 - ฟันที่เป็นโรคปริทันต์รุนแรง
 - ฟันที่มีรอยผุลึกและกว้าง
 - ฟันที่มีลักษณะเป็นตอฟัน
 - ฟันที่มีรอยโรคปลายรากฟันขนาดใหญ่
- ทั้งนี้การพิจารณาถอนฟันจะต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของการรักษาเมื่เริ่ม รวมทั้ง ความสามารถและความร่วมมือในการรักษาสุขอนามัยช่องปากร่วมด้วยเสมอ
- (2) กรณี palliative แนะนำให้ถอนฟันเฉพาะกรณีที่เป็น

ดังกล่าวจะทำให้เกิดการติดเชื้อหรือเจ็บปวดขณะได้รับรังสีรักษา

- พิจารณาให้การรักษาฟันผุและโรคปริทันต์ที่อยู่ในระยะลุกลามเป็นหลัก
- ควรพิจารณาการพยากรณ์โรคระยะยาวของฟันและแรงจูงใจของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ
- กรณีที่ผู้ป่วยมีแผ่นโลหะ(plate) หมุดเกลียว(screws) วัสดุบูรณะฟันแบบโลหะหรือเครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นชนิดโลหะ ควรใส่เครื่องมือป้องกันการกระจายของรังสี (ถ้าเป็นไปได้)
- ให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เป็นประจำ โดยขนาดและระยะเวลาการใช้ให้เป็นไปตามความเสี่ยงของการเกิดฟันผุของผู้ป่วย อาทิเช่น
 - ใช้ฟลูออไรด์เจลชนิด 0.4 % Stannous หรือ 2 % Neutral Sodium ทาบริเวณฟันหรือใส่ในถาดฟลูออไรด์เฉพาะบุคคลทุกวัน
 - ทาฟลูออไรด์วานิชปีละ 3-4 ครั้ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจและประเมินเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังได้รับรังสีรักษา
- ตรวจประเมินโรคที่เกิดจากเชื้อราและให้การรักษาที่เหมาะสม

2.2 ระหว่างรังสีรักษา

- (1) การจัดการรักษาเยื่อเมือกอักเสบ
- ใช้น้ำยาบ้วนปาก เช่น น้ำเกลือ 0.9% ทุก ๆ 2-4 ชั่วโมง หรือ สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต (Sodium bicarbonate solution) ทุก ๆ 2-4 ชั่วโมง
 - พิจารณาให้ยาเฉพาะที่ในกรณีที่มีความเจ็บปวดในช่องปาก
 - พิจารณาใช้สารให้ความชุ่มชื้นช่องปาก เช่น น้ำลายเทียม
 - ดื่มน้ำอย่างพอเพียง
 - หลีกเลี่ยงสารระคายเคือง
 - รักษาอนามัยในช่องปาก
 - ทานอาหารอ่อนและหลีกเลี่ยงการบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่หรือยาสูบ
- (2) ตรวจประเมินโรคที่เกิดจากเชื้อราและให้การรักษาที่เหมาะสม
- (3) หลีกเลี่ยงการรักษาทางทันตกรรมที่ทำให้เกิดบาดแผลในช่องปากยกเว้นกรณีฉุกเฉิน
- (4) ตรวจสอบและปรับแต่งสิ่งประดิษฐ์ เช่น เพดานเทียมหลังผ่าตัด (ถ้ามี) ให้เหมาะสม

2.3 หลังรังสีรักษา

- (1) จัดการรักษาภาวะปากแห้ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยขึ้นและใช้น้ำลายเทียมร่วมด้วย (ถ้าจำเป็น)
 - ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือสารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต ทุก ๆ 4-6 ชั่วโมง
 - กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย
 - ทานอาหารอ่อนหรือชุ่มน้ำ (moist diet)
- (2) ป้องกันและลดอาการกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็ง
- ถ่างขากรรไกรอย่างนิ่มนวล
 - อาจใช้เครื่องมือช่วยอ้าปากสำหรับฟันพุกรณีที่อ้าปากได้จำกัดหรืออ้าปากไม่ได้เลย
- (3) ป้องกันและรักษาฟันผุ
- ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ
 - ให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ความเข้มข้นสูงภายหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- (4) ป้องกันและรักษาโรคเชื้อราในช่องปาก
- (5) เฝ้าระวังและป้องกันภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี
- (6) หากจำเป็นต้องถอนฟันหรือใส่รากฟันเทียม ควรปรึกษาแพทย์รักษามะเร็งก่อน

- (7) ข้อพิจารณาในการรักษาทางทันตกรรม
- หลีกเลี่ยงการผ่าตัดหรือการถอนฟันในบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา ถ้าจำเป็น การผ่าตัดควรทำอย่าง ระมัดระวังให้มีบาดแผลน้อยโดยเฉพาะในหัตถการที่มีความยาก หรือรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญอาจพิจารณาให้การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง (HBOT) หรือการให้ยา Pentoxifylline และ Tocopherol ร่วมด้วย
 - รักษาโรคปริทันต์ด้วยการขูดหินปูน และหลีกเลี่ยงการผ่าตัดทางปริทันต์
- (8) ข้อพิจารณาในการใส่ฟันเทียม
- ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันและต้องการบูรณะด้วยฟันเทียมแบบถอดได้และติดแน่นสามารถทำได้ด้วยความระมัดระวัง หรือรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์
- (9) การนัดมาตรวจเพื่อประเมินและป้องกันเป็นระยะ ทุก 3-6 เดือน โดยความถี่ของการนัดมาตรวจทาง ทันตกรรมขึ้นกับภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย หรือเมื่อพบฟันผุหรือรอยโรคที่เป็นผลมาจากรังสีรักษา

การประเมินการกลืน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะ และลำคอ

06

1. มะเร็งที่ศีรษะและลำคอทุกตำแหน่ง ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากได้ โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับ ขนาด ระยะการแพร่กระจายของมะเร็ง
2. การรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายแสง หรือเคมีบำบัด มีผลกระทบต่อการกลืน ทั้งใน ส่วน oral และ pharyngeal phase ซึ่งนำไปสู่ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร และสำลักลงปอดได้ (aspiration)

การคัดกรอง

ประวัติและอาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก

1. ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการกลืนลำบาก หรือกลืนแล้วติด กลืนแล้วเจ็บ
2. ไม่สามารถควบคุม น้ำลาย น้ำ อาหารได้ดี ในช่องปาก
3. ใช้เวลาเคี้ยวนาน
4. มีอาหารตกค้างในช่องปาก
5. ไอ สำลัก ช่วงรับประทานอาหาร (ก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืนก็ได้)
6. มีน้ำ อาหารไหลออกทางจมูก (nasal regurgitation)
7. น้ำหนักลด

ข้อแนะนำ

1. ควรประเมิน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังรักษา ไม่ว่าจะรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายแสง หรือเคมีบำบัด
2. กรณีที่พบความผิดปกติเสียงสำลักและทำให้มีปัญหาทุพโภชนาการ อาจส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด หรือนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย เพื่อประเมินอย่างละเอียดเพิ่ม และให้การฟื้นฟูด้านการกลืน ทั้งนี้แล้วแต่ความพร้อมของสถานบริการ และระบบการส่งต่อ
3. ควรมีการประเมินภาวะโภชนาการเสมอ กรณีที่มีความเสี่ยงในการรับประทานอาหารหรือน้ำได้ไม่เพียงพอ หรือไม่ปลอดภัย ควรพิจารณาให้อาหารทางสายยางร่วม

การประเมินและการฟื้นฟู ด้านการพูดการสื่อสาร ในผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอ

07

กรณีที่แพทย์พบผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและลำคอ หลังจากได้รับการรักษาในวิธีการต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร ร่วมด้วยขึ้นอยู่กับ พยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรค ลักษณะอาการ เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดไม่มีเสียง ไม่สามารถสื่อสารในชีวิตประจำวันได้ เป็นต้น

การฟื้นฟูด้านการพูดการสื่อสาร หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์แล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินและการฟื้นฟูด้านการพูดการสื่อสาร ควรทำในทุกราย ในรายที่มีปัญหาให้พิจารณาส่งปรึกษา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายหรือนักแก้ไขการพูด หรือบุคคลากรอื่นที่ผ่านการอบรมด้านการฟื้นฟูการพูดเบื้องต้น ควรเริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยมีความพร้อม และมีภาวะ Medical condition คงที่แล้ว

การประเมินด้านการพูดประกอบด้วย

1. การประเมินด้าน Oral structure
2. การประเมินด้าน Oral function
3. การประเมินด้าน Speech processes ได้แก่
 - 3.1 Respiration
 - 3.2 Phonation
 - 3.3 Resonation
 - 3.4 Articulation

การบำบัดฟื้นฟูทางด้านการพูดการสื่อสาร

1. ปัญหาด้านโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดและการกลืน

ปัญหาที่พบ	การฟื้นฟูทางการสื่อความหมาย
1.1 การทำงานของอวัยวะที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง พิสัยการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ เกร็ง กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานสัมพันธ์กัน	-บริหารกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการพูด (Oral motor exercises) แบบ Passive และ Active
1.2 มี Tracheostomy tube, Nasogastric tube (NG tube) และอื่น ๆ	- ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มี Tracheostomy tube, Nasogastric tube (NG tube) และอื่น ๆ

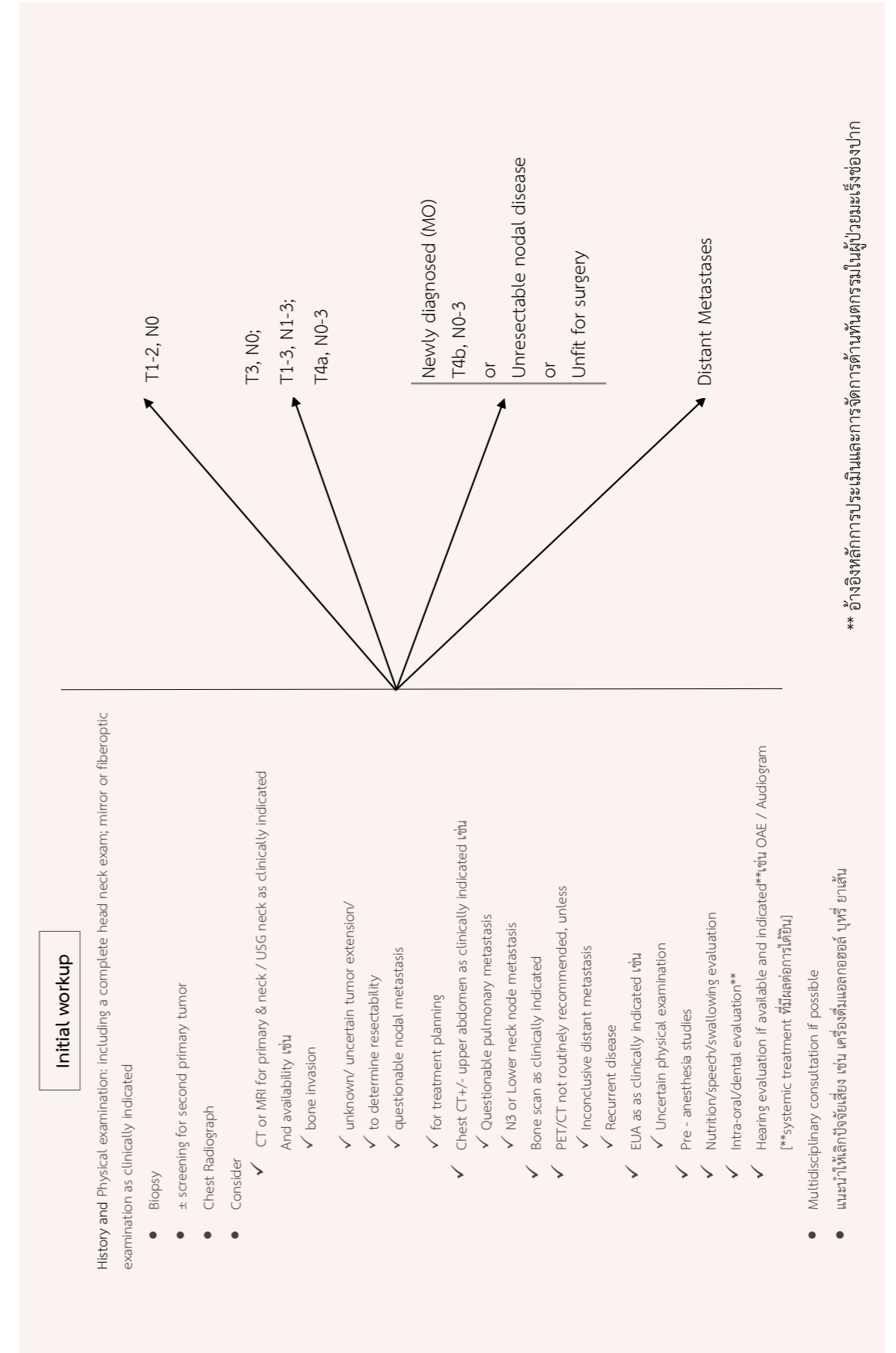
2. ปัญหาด้านการพูด

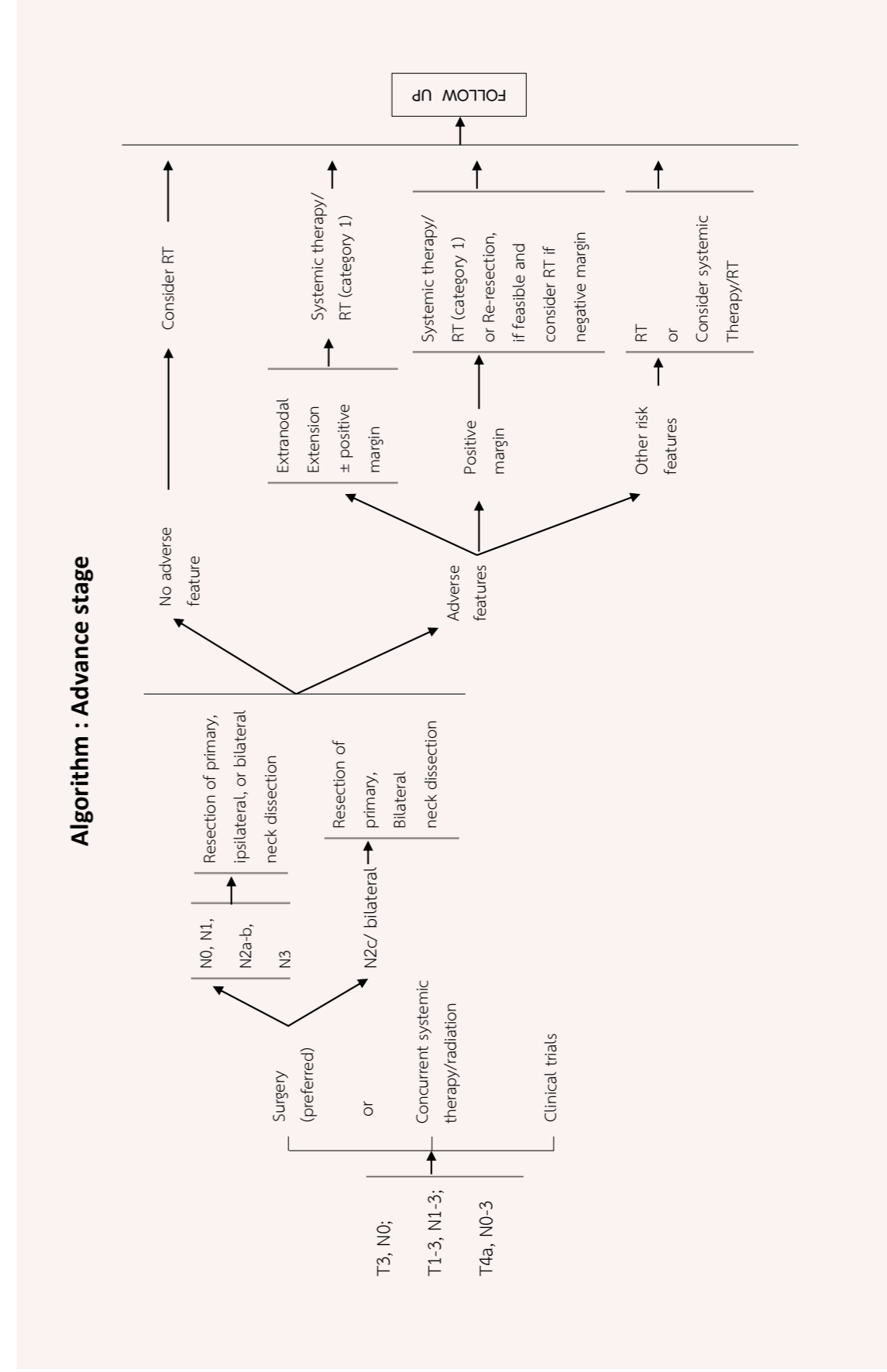
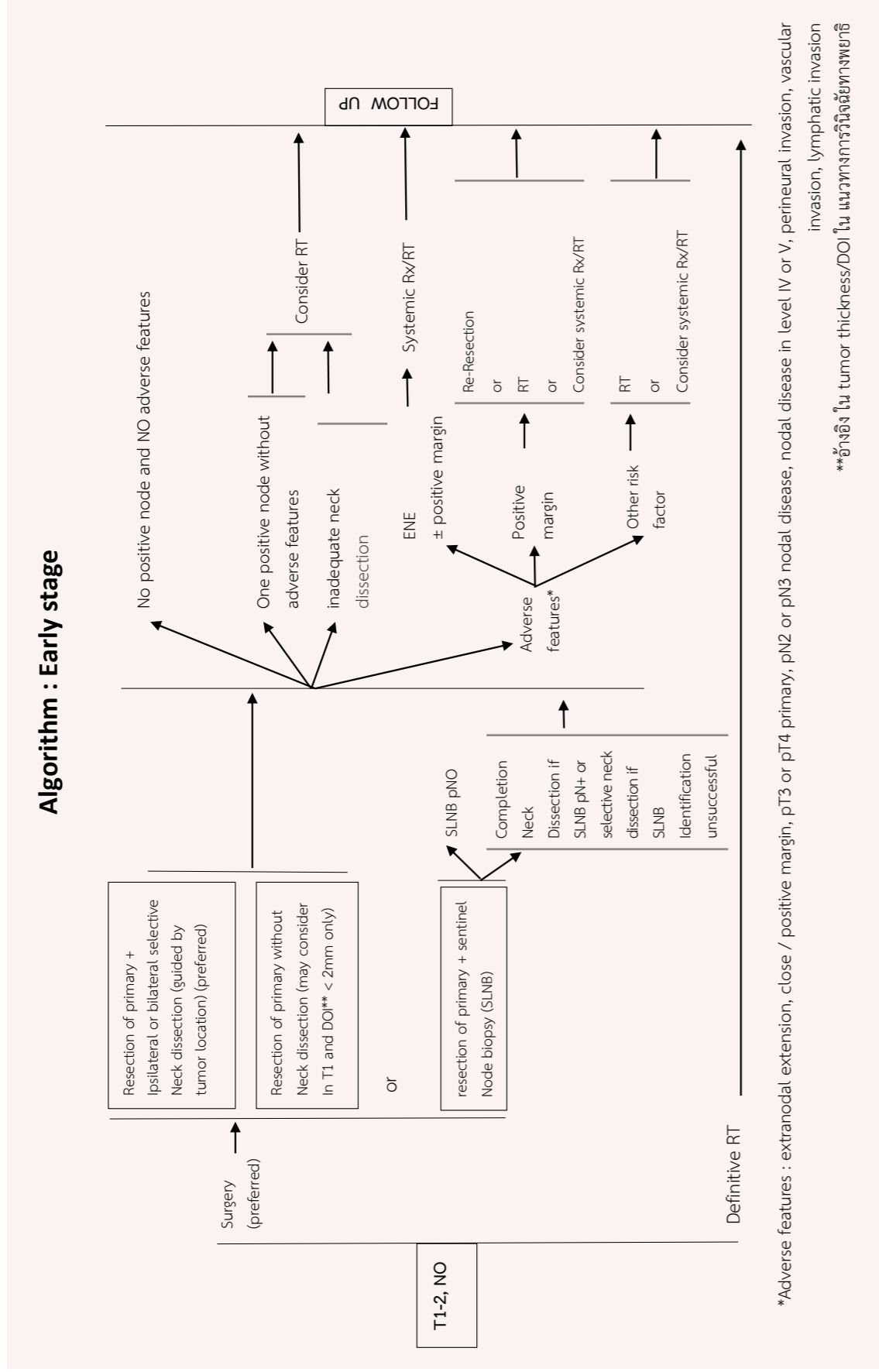
ปัญหาที่พบ	การฟื้นฟูทางการสื่อความหมาย
2.1 การหายใจไม่ถูกต้อง หรือ หายใจไม่เพียงพอต่อการออกเสียงพูด	- การฝึกหายใจ (Breathing exercises) และฝึกหายใจร่วมกับการออกเสียง
2.2 ปัญหาด้านการออกเสียง เช่น ไม่สามารถออกเสียงได้	- บริหารกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการพูด (Oral motor exercises) แบบ Passive และ Active - การฝึกหายใจ (Breathing exercises) และ ฝึกหายใจร่วมกับการออกเสียง
2.3 ปัญหาด้านคุณภาพเสียง เช่น เสียงแหบ เสียงห้าว หรือเสียงเหมือนมีน้ำในคอ	- ฝึก Phonation training / การออกกำลังกายสายเสียง (vocal function exercise)
2.4 ปัญหาด้านการควบคุมเสียงขึ้นจมูก เช่น เสียงขึ้นจมูกมากเกินไป เสียงมีลมรั่วขึ้นจมูก หรือเสียงขึ้นจมูกน้อยเกินไป	- บริหารกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการพูด(Oral motor exercises) แบบ Passive และ Active
2.5 พูดไม่ชัด	- บริหารกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการพูด (Oral motor exercises) แบบ Passive และ Active - ฝึกออกเสียงสระและพยัญชนะตามแบบโดยเน้นวางฐานกรณ์การออกเสียงให้ถูกต้องตามเสียงสระหรือพยัญชนะนั้น ๆ

3. ปัญหาอื่น ๆ

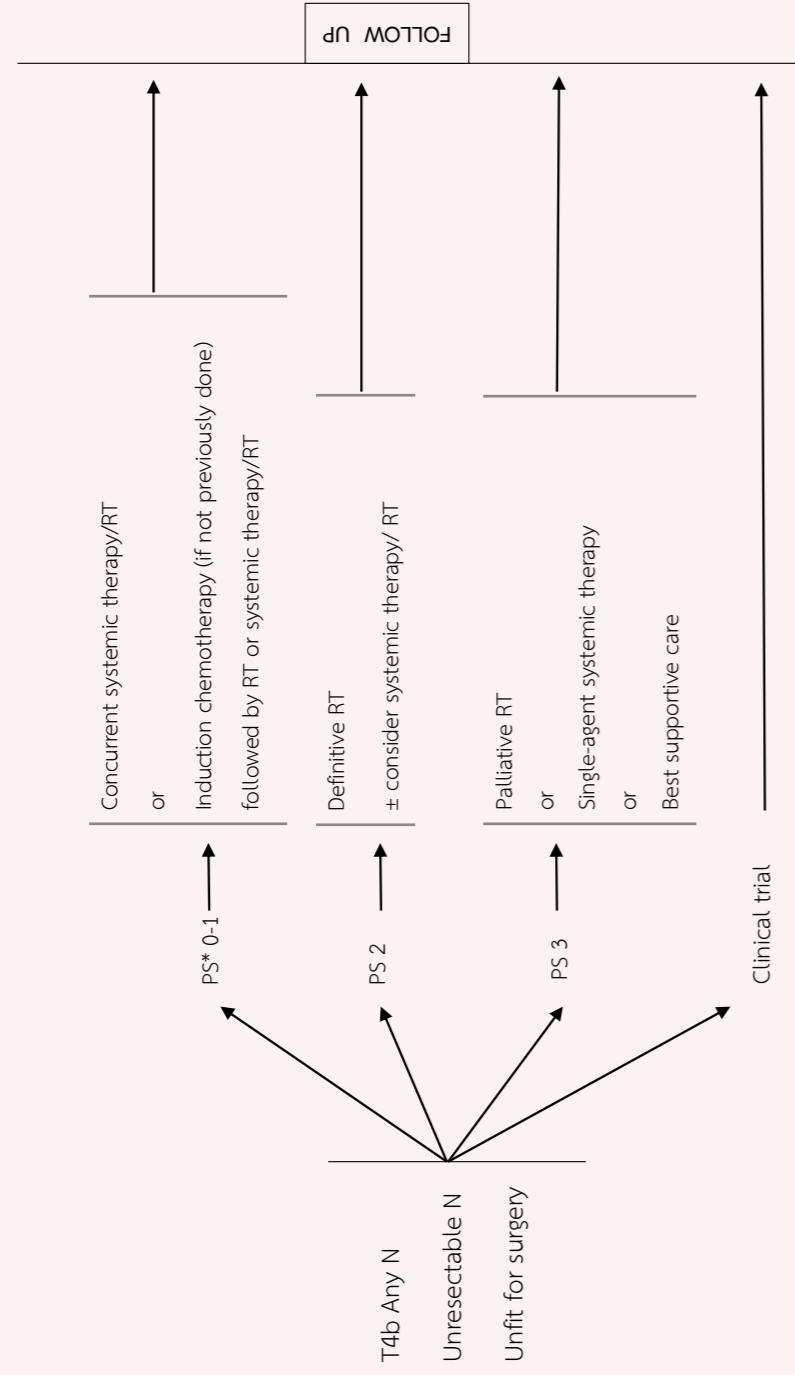
ปัญหาที่พบ	การฟื้นฟูทางการสื่อความหมาย
3.1 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมารับการฟื้นฟูได้บ่อย	- ให้ Home program และนัดติดตามผล
3.2 ปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยการพูด	- พิจารณาให้ Alternative & Augmentative เพื่อใช้สื่อสารร่วมกับการฝึกพูด

*หมายเหตุ : ประสานงานทางทันตกรรมเพื่อให้การรักษาด้วยอวัยวะเทียม เช่น เพดานเทียม สิ่งประดิษฐ์ช่วยพูด (speech aid) ในรายที่จำเป็น



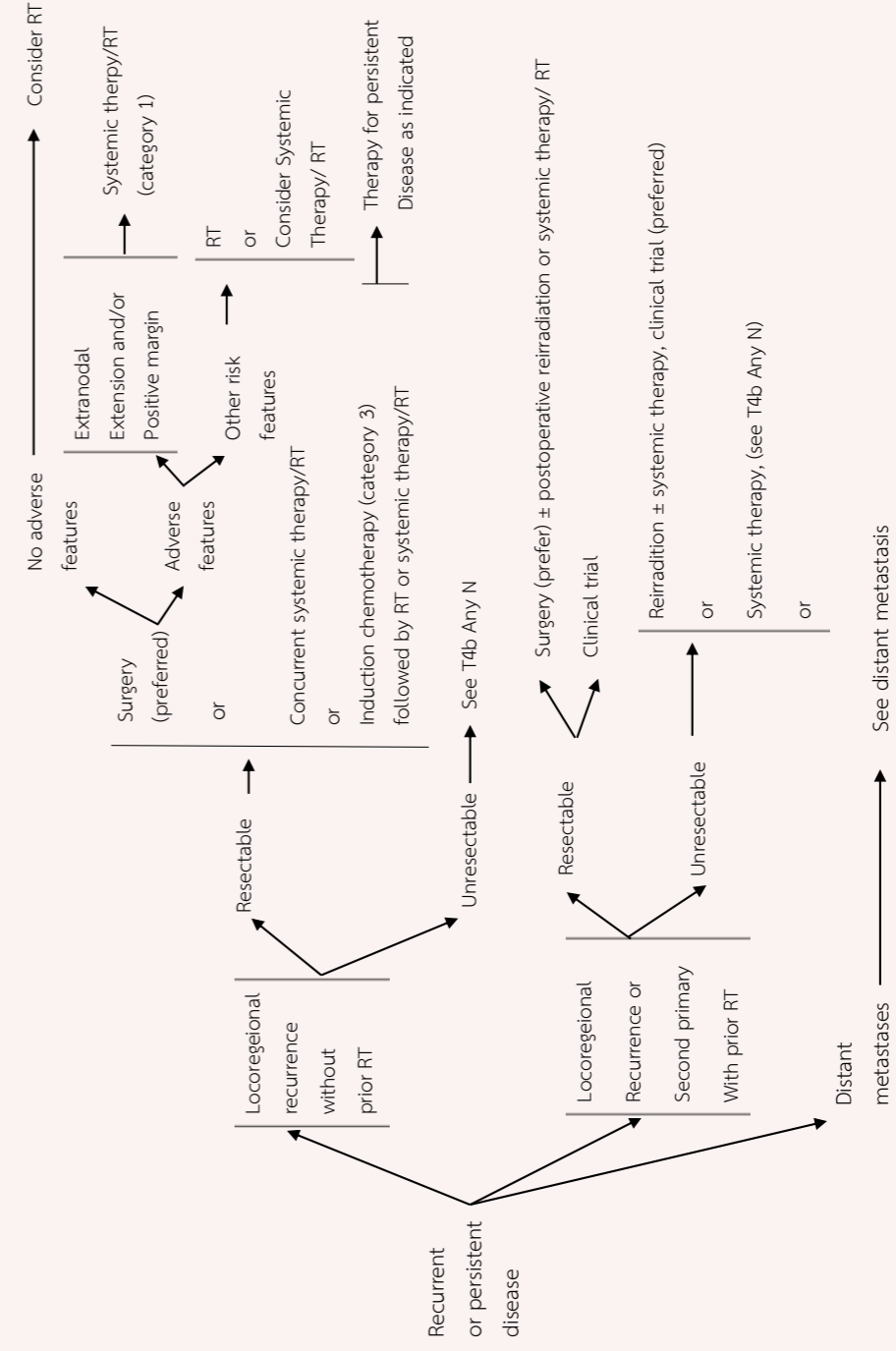


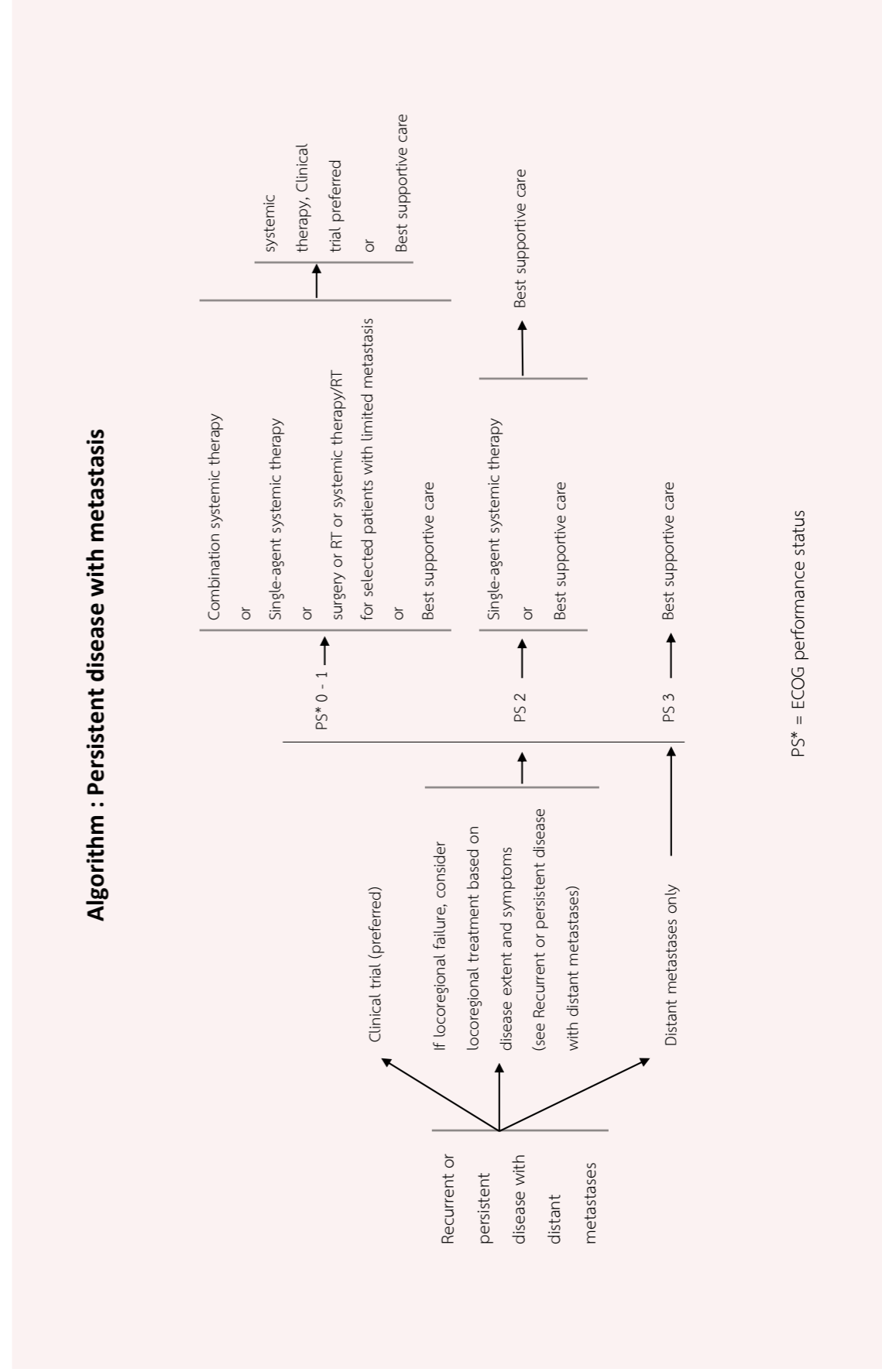
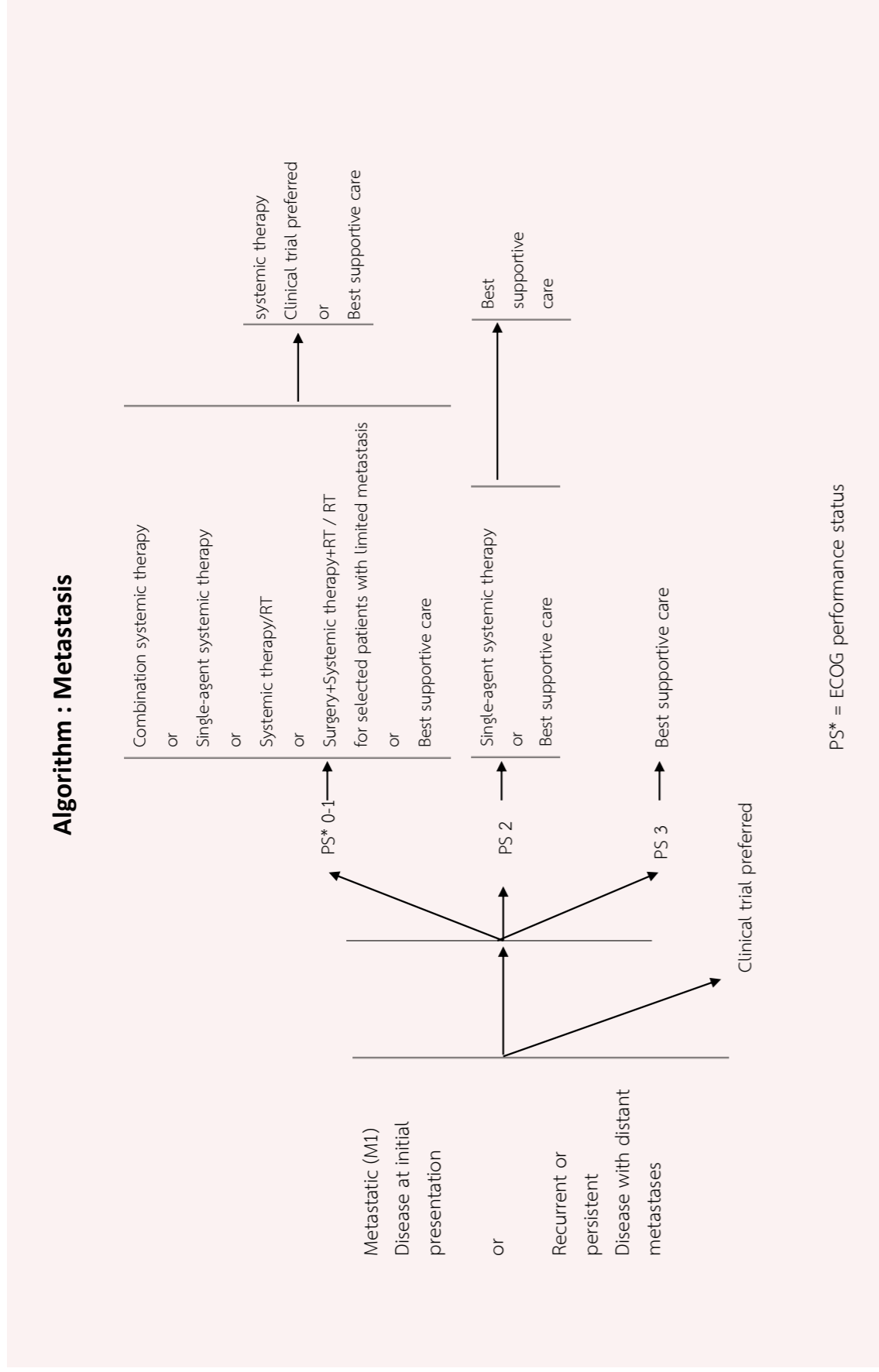
Algorithm : Unresectable / Unfit for surgery



PS* = ECOG performance status

Algorithm : Recurrent or Persistent disease





หนังสือ

แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา
ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

จัดพิมพ์โดย

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

ออกแบบและพิมพ์

อาร์ตโพรตีเวิร์คส์
3675 อาคารกรุงไทยแทรคเตอร์
ชั้น 7 ถนนพระราม 4 แขวงพระโขนง
เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 02 260 2606-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2566
จำนวน 200 เล่ม
ISBN 978-616-8322-47-5

มะเร็งช่องปาก จัดเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญในตำแหน่งศีรษะและคอ เนื่องจากการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และจัดเป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคไม่ค่อยดีนัก การรักษาจำเป็นต้องมีการพิจารณาอย่างรอบด้านทั้งในเรื่องปัจจัยระยะของโรค ความพร้อมของสถานพยาบาล และทีมแพทย์สหสาขาที่มาร่วมในการดูแล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัว

หนังสือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเล่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการรักษามะเร็งช่องปากที่มีความเหมาะสมกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อให้การรักษาเป็นไปในรูปแบบและความเข้าใจเดียวกันระหว่างแพทย์กทันตแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มีความทันสมัย และเหมาะสมกับการทำงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามบริบทของประเทศไทย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากต่อไป.

