

# มะเร็ง

คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการ

ช่องปาก  
สำหรับทันตบุคลากร



คณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจคัดกรอง  
รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งสำหรับทันตแพทย์และทันตภิบาล  
กองทันตสาธารณสุข



คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการ

# มะเร็งช่องปาก

สำหรับทันตบุคลากร

จำนวนหน้า

44 หน้า

จัดทำโดย

โครงการกลยุทธ์วิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคนิโคติน

พิมพ์ครั้งที่ 2

พ.ศ. 2553

จำนวนพิมพ์

1,500 เล่ม

Graphic

Zenith studio

พิมพ์ที่

นโม พรินต์ติ้งแอนด์พับบลิชชิ่ง

# คำนำ

กล่าวถึงโรคมะเร็ง เรามักจะนึกถึง มะเร็งปอด มะเร็งตับ หรือ มะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรามักจะได้ยินกันบ่อยๆ น้อยคนนักที่จะนึกถึง มะเร็งในช่องปาก ทั้งๆ ที่ช่องปากเป็นอวัยวะที่มีอุบัติการณ์การเกิดค่อนข้างสูงทีเดียว รายงานอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในช่องปากของคนไทย เมื่อปี 2539 พบอัตราการเกิดสูงเป็นอันดับที่ 4 ในเพศชาย การวินิจฉัย รอยโรคในช่องปากในระยะแรก จะช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยและลดภาวะโรค ที่มีต่อสังคมโดยรวมได้เป็นอย่างมาก

แม้ว่าการวินิจฉัยรอยโรคมะเร็งในช่องปากจะต้องใช้ประสบการณ์ และความรู้ความชำนาญพอควร หากแต่ทันตบุคลากรสามารถฝึกฝนและ ปฏิบัติการตรวจช่องปากของผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน โดยคำนึงถึงโรคนี้อยู่เสมอ (recognize) ในการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วย ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกได้มากขึ้น และเป็น การเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วย

หนังสือคู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปาก สำหรับทันตบุคลากรเล่มนี้ จัดทำขึ้นด้วยความร่วมมือของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทาง เวชศาสตร์ช่องปาก โดยได้พยายามถ่ายทอดแนวทางการวินิจฉัยแยก รอยโรคมะเร็งช่องปากจากรอยโรคต่างๆ ในช่องปาก และได้มีการ อธิบายถึงวิธีการตรวจค้นหาโรคอย่างเป็นขั้นตอน ทั้งนี้มุ่งหวังให้เป็นแนวปฏิบัติ แก่บุคลากรสาธารณสุขในการนำไปใช้เพื่อการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุมในทุกส่วน ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเองในการเข้ารับการรักษาตาม สภาพที่ได้รับการตรวจพบนั้น

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะถูกนำไปศึกษาและใช้ในการตรวจ คัดกรองผู้ป่วยในสถานบริการทุกระดับ ทั้งนี้เพื่อลดการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ต่อไป

คณะผู้จัดทำหนังสือ  
กรกฎาคม 2550

# สารบัญ

<b>บทที่ 1</b> สถานการณ์โรคมะเร็งช่องปากของประเทศไทย	5
<b>บทที่ 2</b> การเกิดมะเร็งช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน	8
<b>บทที่ 3</b> รอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก	14
<b>บทที่ 4</b> การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก	31
<b>บทที่ 5</b> แนวทางปฏิบัติการตรวจหามะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก	40
แบบการตรวจคัดกรองมะเร็งในช่องปาก	43
รายชื่อผู้จัดทำคู่มือแนวทาง การตรวจและจัดการมะเร็งช่องปาก สำหรับทันตบุคลากร	44

# บทที่ 1

## สถานการณ์ โรคมะเร็งช่องปาก ของประเทศไทย



กณ. ศิริพิน อรุณประพันธ์  
พญ. สมจินต์ จินดาวงษ์

### ข้อมูลมะเร็งช่องปากของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งรวบรวมจากศูนย์มะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น สงขลา และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (5 population base cancer registries) ได้จัดทำรายงานมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ฉบับที่ 1 ปี 2531- 2534<sup>1</sup> ฉบับที่ 2 ปี 2535- 2537<sup>2</sup> ฉบับที่ 3 ปี 2538- 2540<sup>3</sup> และจะจัดทำฉบับที่ 4 ปี 2541- 2543<sup>4</sup> มีสถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายเป็นรหัส ตาม ICD-O (International Classification of Diseases for Oncology)<sup>5</sup>

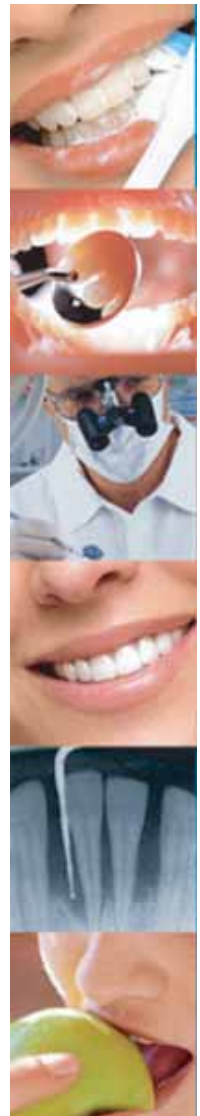
สำหรับมะเร็งช่องปากมีการจำแนกรายงานประกอบด้วยส่วนต่างๆ คือ Lip (C00 หรือ ICD140) Tongue (C01-C02 หรือ ICD 141) Salivary gland (C07-C08 หรือ ICD 142) Mouth (C03-C06 หรือ ICD 143-145) มะเร็งลำคอ (C09-C14 หรือ ICD 146-149)

### อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งช่องปากและช่องคอ

ข้อมูลในปี 2531-2534 ปี 2535-2537 ปี 2538-2540 ปี 2541-2543 พบว่ามะเร็งช่องปากและช่องคอมีการแสดงค่าประมาณการ (Estimate) ของอุบัติการณ์การเกิดโรค (Annual Incidence) ในปี 2533 ปี 2536 ปี 2539 และ ปี 2542 ที่นำเสนอเป็น Age Standardized Rate (ASR) ดังนี้ ในเพศชาย 12.2 12.4 10.2 และ 10.5 ต่อประชากรแสนคน ส่วนเพศหญิงเป็น 7.5 5.9 6.1 และ 9.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับปี

ข้อมูลเฉพาะในปี 2533 ปี 2536 และ ปี 2539 เพศชายการเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอสุงเป็นอันดับที่ 5 4 และ 4 ของมะเร็งทั่วร่างกาย เพศหญิงเป็นอันดับ 5 7 และ 7 ตามลำดับ

ในปี 2536 และ 2539 การรายงานจาก ศูนย์มะเร็งที่ตั้งตามภาคต่างๆพบว่า ที่เชียงใหม่มี รายงาน 4.1 3.3 ลำปาง 2.7 3.8 ขอนแก่น 4.6 6.1 กรุงเทพมหานคร 3.9 3.1 และ สงขลา 6.5 3.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับปี



## อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งช่องปาก

ข้อมูลในปี 2533 ปี 2536 ปี 2539 และ ปี 2542 โรคมะเร็งช่องปาก (Annual Incidence) เพศชาย 5.2 5.4, 4.2 และ 5.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนเพศหญิงเป็น 4.8 4.0 4.3 และ 4.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับปี

เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากกับมะเร็งที่เกิดกับอวัยวะส่วนอื่นทั้งหมดของร่างกาย พบว่าเพศชาย มีผู้เป็นโรคมะเร็งช่องปากคิดเป็นร้อยละ 3.2 3.4 2.8 และ 4.0 ของผู้เป็นมะเร็งทั้งหมด ส่วนเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 3.5 3.1 3.5 และ 3.4 ตามลำดับ

การเกิดโรคมะเร็งกับตำแหน่ง ในช่วงการรายงานทั้ง 4 ครั้ง การเกิดมะเร็งช่องปากของเพศชาย ตำแหน่งที่เกิดสูงสุดที่ลิ้น (tongue) และช่องปาก (mouth) เมื่อรวม 2 ตำแหน่งนี้ พบมีประมาณ 8-9 คน ในผู้ป่วยทุกๆ 10 คนที่เป็นมะเร็งช่องปาก แต่มะเร็งใน 2 ตำแหน่งดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เพราะค่า ASR ของลิ้น เป็น 2.2 2.5 1.8 2.3 ต่อประชากรแสนคน และของช่องปาก เป็น 2.5 2.4 2.0 และ 2.3 ต่อประชากรแสนคน

การเกิดมะเร็งที่ริมฝีปากในเพศหญิงมีมากกว่าในเพศชายประมาณ 3 - 7 เท่า ในขณะที่การเกิดมะเร็งที่ลิ้นในเพศชายมีมากกว่าในเพศหญิงประมาณ 2.2 - 2.8 เท่า การเกิดมะเร็งที่ช่องปาก และต่อมน้ำลาย (salivary Gland) ในเพศชายการเกิดใกล้เคียงกับเพศหญิง

การเกิดโรคมะเร็งกับกลุ่มอายุ พบว่าเพศชาย การเกิดมะเร็งช่องปากเริ่มมีการรายงานเมื่ออายุ 10 ปี มีรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งเริ่มเกิดในส่วนต่างๆเกือบครบทุกส่วนของช่องปาก เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป

การเกิดโรคในเพศหญิงจะเริ่มมีรายงานมะเร็งที่ลิ้นเมื่ออายุ 10 ปี เช่นกัน มีรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งครบทุกส่วนของช่องปากอายุ 30-35 ปีขึ้นไป มะเร็งที่ริมฝีปากเกิดขึ้นช้าสุด

การรายงานปี 2533 2536 2539 และ 2542 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าเพศชาย ที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์เป็น 97.9 125.6 25.6 48.4 เท่า ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี ตามลำดับปี

ปี 2533 2536 2539 และ 2542 พบว่าเพศหญิงที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์เป็น 60.8 46.8 60.0 45.3 เท่าของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี ตามลำดับปี



## อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปี ของโรคมะเร็งช่องปาก และช่องคอ

อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปีกับตำแหน่งที่เป็น การศึกษาในประเทศไทย ที่จังหวัดขอนแก่น (1985-1992) และเชียงใหม่ (1983-1992) พบอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี มะเร็งริมฝีปากมีร้อยละ 60.6-81.9 มะเร็งที่ลิ้นร้อยละ 25.5-34.7 มะเร็งบริเวณช่องปาก (Mouth) ร้อยละ 21.3-36.6

อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปี กับระยะการเกิดโรค อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปี มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับระยะการเกิดโรค การตรวจพบโรคระยะแรกเริ่มและได้รับการรักษาโดยเร็วจะทำให้อัตราการรอดสูงขึ้น โดยภาพรวม มะเร็งช่องปาก (oral cavity) ที่มีระยะการเกิดโรค (stage) ที่ 1 หรือ 2 จะมีอัตราการมีชีวิตรอด ร้อยละ 70 หากเป็นระยะที่ 3 และ 4 จะลดลงเหลือร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ ที่ชัดเจนคือ มะเร็งที่ริมฝีปากถ้าพบระยะแรกเริ่ม พบอัตราการมีชีวิตรอดเกือบร้อยละ 90 แต่หากเป็นมากแล้วจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 18<sup>6</sup> เท่านั้น

จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>7</sup> อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปี ของมะเร็งช่องปาก และช่องคอมีร้อยละ 52.5 เพศชาย ประมาณร้อยละ 58 เพศหญิงประมาณร้อยละ 50

มีรายงานว่าอัตราการมีชีวิตรอด 5 ปี โดย localized Regional metastasis และ Distant metastasis ในกลุ่มผิวขาว เป็นร้อยละ 82 43 และ 21 (ข้อมูลปี 1989 -1994) ในขณะที่ประเทศอังกฤษ Early disease locally advance tumor in lymph nodes และ metastasis เป็น 87.5 68.6 52.5 46.0 ตามลำดับ

อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปีกับอายุ จากการเก็บข้อมูลการเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอของประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ประเทศคิวบา, เมืองมัตราส ประเทศอินเดีย ประเทศฟิลิปปินส์ 1987 พบว่า อายุ 0-34 35-44 45-54 55-64 65-74 75-99 ปี อัตราการมีชีวิตรอดระยะ 5 ปี เป็นร้อยละ 35.7-88.1 25.1-70.6 16.3-80.8 23.4-62.1 16.1-56.3 และ 10.9-91.6 ตามลำดับ<sup>8</sup>

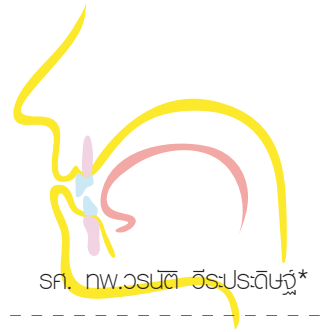
### เอกสารอ้างอิง

1. V. Vatanasapt et al, Cancer in Thailand, 1988 -1991, IARC Technical Report No.16, Lyon, 1993
2. S. Deerasamee et al, Cancer in Thailand, Vol. 2, 1992 -1994, IARC Technical Report No.34, Lyon, 1999
3. H.Sriplung et al, Cancer in Thailand, Vol.3, 1995 -1997, Bangkok Medical Publisher, Bangkok, 2003
4. เอกสารโรเนียว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2541-2543
5. International Classification of Diseases for Oncology ICD-O
6. <http://www.oralcancer.org> (American Cancer Society)
7. [http://www.oralcancerfoundation.org/cdc/cdc\\_chapter1.htm](http://www.oralcancerfoundation.org/cdc/cdc_chapter1.htm)
8. International Agency for Research on Cancer / World Health Organization, Cancer survival in Developing Countries, IARC Scientific Publications No.145, Lyon, 1999.

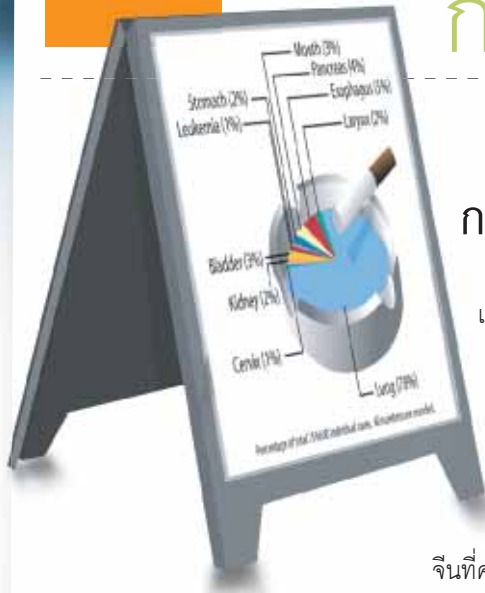


# บทที่ 2

## การเกิดมะเร็งช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงและ การป้องกัน



สภ. นว.วสยติ อีส.ประ.ดิษชู้\*

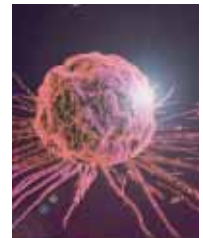


### การเกิดมะเร็งช่องปาก

กลไกการเกิดมะเร็งโดยทั่วไปรวมทั้งมะเร็งช่องปาก เมื่อเซลล์ปกติได้รับสารซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายของ DNA ซึ่งสารดังกล่าวมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมอาจจะเป็นสารเคมี รังสี หรือไวรัส เมื่อมีความเสียหายของ DNA เกิดขึ้น โดยปกติ เซลล์จะสามารถซ่อมแซม DNA ที่เสียหายให้กลับคืนสู่สภาพปกติกลับเป็นเซลล์ปกติ ซึ่งการซ่อมแซมนี้จะควบคุมด้วยยีนชุดหนึ่ง ในกรณีที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้เนื่องจาก

ยีนที่ควบคุมการซ่อมแซม DNA (gene affecting DNA repair) มีความผิดปกติหรือมีการกลายพันธุ์มาตั้งแต่เกิด ก็จะเกิดการกลายพันธุ์ของยีนกลายเป็นเซลล์กลายพันธุ์

ร่างกายจะมีการควบคุมเซลล์กลายพันธุ์โดยนำเข้าสู่โปรแกรมการตาย (apoptosis) เพื่อกำจัดเซลล์กลุ่มนี้ และยังมียีนก่อมะเร็ง (protooncogene) และยีนต้านมะเร็ง (tumor suppressor gene) ซึ่งเป็นยีนที่ในสภาวะปกติมีหน้าที่ควบคุมการเจริญเติบโต การแบ่งตัว การพัฒนาของเซลล์ การกำหนดที่อยู่ การเคลื่อนที่ของเซลล์ การสร้างหลอดเลือด และภาวะเสถียรของจีโนม (genomic stability) ในกรณีที่เกิดการกลายพันธุ์ของยีนที่ควบคุมโปรแกรมการตาย ยีนก่อมะเร็งและยีนต้านมะเร็ง เซลล์กลายพันธุ์เหล่านี้ก็สามารถจะเจริญเพิ่มจำนวนต่อไป ต่อมาจะมีการกลายพันธุ์เพิ่มเติมอีกหลายครั้งจนในที่สุดกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งจะเจริญแพร่พันธุ์ต่อไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการแพร่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง และอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป โดยทางหลอดน้ำเหลืองและหลอดเลือดต่อไป





## ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของมะเร็งช่องปากเป็นพหุปัจจัย (multifactorial etiology) แต่ที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่ บริโภคยาสูบ และการดื่มแอลกอฮอล์

ตลอดเวลา 30 ปี ที่ผ่านมา มีรายงานออกมาเป็นระยะจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและหน่วยงานสุขภาพนานาชาติ ซึ่งได้ข้อสรุปที่มีหลักฐานแน่นอนแล้วว่าการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุของมะเร็งอย่างน้อย 8 แห่งในร่างกายและยังช่วยเพิ่มอัตราการตายในโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค แม้ว่าแนวทางการดำเนินชีวิต (life style) และปัจจัยแวดล้อมบางอย่างถูกจัดให้เห็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก ยาสูบยังคงเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดเพียงอย่างเดียวและเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้สำหรับโรคนี้

### บุหรี่

รายงานของ The U.S. Public Health Service ได้ยืนยันอย่างแน่ชัดว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุโดยตรงของมะเร็งช่องปาก

ได้มีโครงการศึกษาป้องกันมะเร็ง (Cancer Prevention Study, CPS) 2 โครงการ (CPS I, CPS II) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสมาคมมะเร็งอเมริกัน (the American Cancer Society, ACS) และจัดได้ว่าเป็นโครงการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ใหญ่ที่สุดที่เคยทำมา แต่ละโครงการได้ศึกษาในประชากรทั้งชายและหญิงรวมมากกว่า 1 ล้านคน

จาก CPS I พบว่าอัตราเสี่ยงของการตายของประชากรในกลุ่มที่สูบบุหรี่สูงกว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่เป็นอย่างมาก โดยผลจากการศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายของผู้สูบบุหรี่ต่อผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 5.6 : 1 และมีผลจากหลายการศึกษาแสดงว่าอัตราการตายพุ่งสูงขึ้นเป็น 10 : 1 หรือมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราเสี่ยงของการตายจากมะเร็งจะเพิ่มตามจำนวนบุหรี่ และจำนวนปีที่สูบ

จาก CPS II ซึ่งได้ศึกษาติดตามประชากรมากกว่า 1.2 ล้านคน เป็นเวลา 6 ปี เริ่มตั้งแต่ปี 2525 พบว่าชายที่สูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก 27.7 เท่าของชายที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่อัตราเสี่ยงในหญิงที่สูบบุหรี่สูงกว่าเกือบ 6 เท่า เปอร์เซ็นต์ประมาณการของมะเร็งช่องปากเนื่องจากการสูบบุหรี่ ค่อนข้างจะคงที่โดยจะอยู่ระหว่าง 75% ถึง 90%

จากการวิเคราะห์ประมาณการได้ว่า 80% ของการตายเนื่องจากมะเร็งช่องปากในปี 2548 เกิดเนื่องจากการสูบบุหรี่ โดยพบว่า 91% พบในชายและ 60% พบในหญิง แม้ว่าการศึกษานี้ไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจจะทำให้มีการกระทำระหว่างกัน (interactive) กับ การสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลให้มีการประเมินผลของการสูบบุหรี่สูงมากเกินไป แต่ในทางกลับกัน การศึกษานี้ก็ไม่รวมเอาการตายเนื่องจากมะเร็งช่องปากที่เป็นผลจากการบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่บุหรี่ เช่น การสูบไปป์ ชิการ์ ยานด์ลุ้ และการเคี้ยวยาสูบ



มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงการเกิดมะเร็งช่องปากในกลุ่มคนที่เคยสูบบุหรี่ ปรากฏว่าความเสี่ยงจะลดลงในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว 2-3 ปี และในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ 3-5 ปี อัตราเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากจะลดลง 50%

## ซิการ์และไปป์

พบว่าการสูบบุซิการ์ และไปป์มีผลทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ จากการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างแน่นนอนว่าการสูบบุซิการ์หรือสูบบไปป์ทำให้มีอัตราตายจากมะเร็งช่องปากเท่ากับหรือสูงกว่าการสูบบุหรี่ ใช้นานัตถ์และการเคี้ยวยาเส้น

International Agency for Research on Cancer, (IARC) ได้มีรายงานเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบชนิดไม่ใช้สูบ สรุปโดยรวมแล้วมีหลักฐานอย่างเพียงพอที่ยืนยันว่า “การบริโภคยาสูบชนิดไม่ใช้สูบเป็นสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ในคน”

นอกจากนี้ยังมีรายงานจาก US Department of Health and Human Services ซึ่งสรุปไว้อย่างชัดเจนว่า “หลังจากที่ได้ตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางระบาดวิทยา การทดลองและทางคลินิกแล้วสามารถสรุปได้ว่า การบริโภคยาสูบชนิดไม่ใช้สูบแสดงถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ไม่มีความปลอดภัยที่จะใช้ทดแทนการสูบบุหรี่ สามารถก่อให้เกิดมะเร็ง และโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง และนำไปสู่การพึ่งพาและเสพติดนิโคติน”

จากการศึกษาพบว่าการใช้ยานัตถ์ในระยะยาว เป็นปัจจัยทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะบริเวณกระพุ้งแก้มและเหงือก IARC ได้สรุปว่ามีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยันได้ มันเหมาะว่าอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากในคนที่ใช้นานัตถ์จะสูงกว่าในคนที่ไม่บริโภคยาสูบหลายเท่า

สารเคมีที่สำคัญ 2 ชนิดที่มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดมะเร็งใช้ช่องปากและช่องจุมกรวมทั้งปอด หลอดอาหารและตับอ่อน ซึ่งมีอยู่ในยาสูบที่บริโภคโดยไม่ใช้สูบ (smokless tobacco) คือ N-nitrosomonicotine (NNN) และ 4 (methylnitrosamino)-1-3- pyridyl-1-butanone (NNK) สาร 2 ชนิดนี้จัดเป็นสารที่อยู่ในกลุ่ม Tobacco-specific-N-nitrosamines (TSNAs) ซึ่งมีอยู่ 6 ชนิด

สำหรับในยาสูบชนิดที่บริโภคโดยการสูบ สารก่อมะเร็งที่สำคัญสำหรับมะเร็งช่องปากคือ Polynuclear aromatic hydrocarbons (PAHs) และ NNK และ NNN จะพบทั้งในยาสูบที่บริโภคโดยการสูบและไม่ใช้สูบ

## แอลกอฮอล์

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งช่องปากและหลอดอาหาร (oropharyngeal cancer) ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ ในชาย 94% ในหญิง 82% ปัญหาในการศึกษามะเร็งช่องปากเพื่อจะศึกษาว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างเดียวหรือไม่ก็คือผู้ที่ดื่มหนักจะเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จัดและอีกปัญหาหนึ่งคือการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะทุโภชนาจะมีผลต่อการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ปัญหาสุดท้ายเป็นการยากที่จะประเมินปริมาณเฉลี่ยของการดื่มแอลกอฮอล์ คือมักจะได้รับการบอกปริมาณที่น้อยกว่าความเป็นจริง และขึ้นอยู่กับเทศกาล



## บุหรืร่วมกับแอลกอฮอล์

ผลของการสูบบุหรี่จัด และดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะส่งผลให้อัตราส่วน ออดส์ (odds ratios, ORs) สำหรับมะเร็งช่องปากสูงขึ้นเป็น 38 ในชาย และ 100 ในหญิง (ORs คือการวัดการร่วมกัน ซึ่งจะบอกเป็นจำนวนความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงและผลที่เกิดกับสุขภาพ) การสูงขึ้นของค่า ORs เป็น 38 ถือว่าเป็นผลที่สูงขึ้นเป็นทวีคูณ เพราะว่าการสูบบุหรี่จัดอย่างเดียวในชายมีค่าเท่ากับ 5.8 และผู้ที่ดื่มหนักอย่างเดียวมีค่า 7.4 แต่ก็มีการศึกษาอื่นที่แสดงว่าการสูบบุหรี่ร่วมกับดื่มแอลกอฮอล์ มีผลมากกว่าผลรวมของทั้งสองปัจจัย แต่น้อยกว่าผลที่เป็นทวีคูณ

## อาหาร

แม้ว่าปัจจัยเกี่ยวกับอาหารจะถูกจัดว่าอาจจะมีส่วนร่วมกับการเกิดมะเร็งช่องปาก แต่หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่รวบรวมได้มีน้อยมากไม่สามารถจะเปรียบเทียบได้กับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนว่าการบริโภคยาสูบและดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งช่องปาก การได้รับเบต้า-แคโรทีน (beta-carotene) น้อย จะร่วมไปกับการเพิ่มอัตราเสี่ยงของมะเร็งปอด หลอดลม กระเพาะอาหาร รังไข่ เต้านม ปากมดลูก และช่องปาก นอกจากนี้จากการหลายการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า การบริโภคผลไม้และ/หรือผักน้อย ซึ่งผักและผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของเบต้า-แคโรทีน เกี่ยวข้องกับการเพิ่มอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งและอัตราการตาย ในทางกลับกัน การเพิ่มการบริโภคผลไม้และ/หรือผักจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปากหรือมะเร็งช่องปากและคอหอย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บริโภคน้อย

มีการสรุปจาก 54 การศึกษาพบว่าในการศึกษา 52 การศึกษาได้แสดงผลในด้านการป้องกัน การเกิดมะเร็งทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ เมื่อมีการบริโภคผลไม้และผัก

การขาดวิตามินบางชนิดที่มีฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามิน A มีผลในการเกิดรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งช่องปาก (oral precancerous lesions) เนื่องจากการขาดวิตามิน A มีความสัมพันธ์กับการหนาตัวของชั้นเคราติน ผลจากการศึกษาในบางประเทศพบว่า การบริโภคอาหารที่มีวิตามิน A น้อย จะพบอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากสูงขึ้น

ในกลุ่มของแร่ธาตุต่าง ๆ นั้น พบว่าการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มอาการปลัมเมอร์-วินสัน (Plummer-Vinson syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ลิ้นสูง

## ไวรัส

ไวรัสจะมีอิทธิพลต่อการควบคุมวงจรของเซลล์ (cell cycles) ในระดับโมเลกุล ซึ่งไวรัสที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนเปลี่ยนผ่านเป็นมะเร็งช่องปาก คือ ไวรัส แพปิลโลมาในคน (the human papilloma viruses HPV,) กลุ่มไวรัสเฮอร์ปีส์ (herpes groups viruses) และแอดโนไวรัส (adenovirus)

HPV แอนติเจนและผลผลิตจากจีน (gene) ถูกตรวจพบได้ในชั้นเนื้อเยื่อจากมะเร็งช่องปาก และรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง HPV ยังถูกตรวจพบในก้อนเนื้อเยื่อที่แพร่กระจายมาจากช่องปาก และคอ จีโนไทป์ (genotype) ที่ตรวจพบได้มากที่สุด ได้แก่ HPV 16 และ HPV 18 แต่อย่างไรก็ตาม HPV ก็ตรวจพบได้ในเยื่อเมือกช่องปากที่ปกติอยู่แล้ว



HPV จะมีบทบาทในการเริ่มเกิดมะเร็งช่องปากหรือไม่ หรือเป็นเพียงไวรัสผู้อาศัย หรือทำหน้าที่ช่วยเสริมสารจากภายนอกร่างกาย เช่น ยาสูบ หรือแอลกอฮอล์ สนับสนุนให้เกิดมะเร็ง ทั้งหมดนี้ยังเป็นคำถามที่ยังไม่มีคำตอบ

## การเคี้ยวหมาก

ในประเทศอินเดีย พบอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากสูงถึง 15 - 65% ในกลุ่มผู้เคี้ยวหมาก เช่นเดียวกับผู้บริโภคพลูในไต้หวันพบว่าทำให้เกิดมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะบริเวณกระพุ้งแก้ม

## ฟันปลอมและสุขภาพช่องปาก

มีหลักฐานน้อยมากที่แสดงว่า สุขภาพช่องปากที่เลว ฟันปลอมที่ไม่กระชับ วัสดุบูรณะฟันที่ทำหยาบ ฟันที่มีความคม และเรียงไม่เป็นระเบียบส่งเสริมให้เกิดมะเร็งช่องปาก

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจำนวน 400 คน เพื่อดูว่าฟันปลอมเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปากหรือไม่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการใส่ฟันปลอม และมะเร็งช่องปาก

## ไลเคน เพลนัสในช่องปาก (Oral lichen planus, OLP)

ไลเคน เพลนัส เป็นโรคอักเสบเรื้อรังของเยื่อเมือกช่องปากและผิวหนัง ซึ่งน่าจะเกิดจากพหุปัจจัย บางครั้งก็เกิดขึ้นเนื่องจากยาที่ใช้ หรือวัสดุทางทันตกรรม แต่ก็บ่อยครั้งที่ไม่ทราบสาเหตุ และมีพยาธิกำเนิดภูมิคุ้มกันเกี่ยวข้องกับที-เซลล์ (T-cell)

มีผลจากการศึกษา 26 การศึกษาจาก 14 ประเทศ รายงานว่าอัตราการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็ง พบได้ตั้งแต่ 0.4 - 5.6% และระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงจาก OLP ไปเป็นมะเร็ง อยู่ระหว่าง 1.5 - 11 ปี โดยคิดเป็นอัตราเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง 0.4 % ต่อปี

นอกจากนี้ยังพบว่า OLP แบบอีโรซีฟ (erosive) และแบบอีริทีมา (erythema) มีความสัมพันธ์กับการกลายเป็นมะเร็งมากกว่าแบบอื่น ดังนั้นผู้ป่วยที่มี OLP 2 แบบนี้ ควรได้รับการเฝ้าระวังโดยการตรวจเป็นระยะ

## รังสีเอกทิกนิก (Actinic radiation) หรือรังสียูวี (UV radiation)

รังสีเอกทิกนิก และรังสียูวี ซึ่งเป็นรังสีที่มากับแสงแดดและอยู่ในช่วง 2900 - 3200 °A ช่วยทำให้เกิดมะเร็งของริมฝีปาก มักจะพบในผู้ที่มีผิวขาว ซึ่งมีเม็ดสีเมลานินน้อย ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีผิวสีเข้มมีเม็ดสีเมลานินมากกว่าจะช่วยป้องกันความเสียหายของเนื้อเยื่อจากรังสีเอกทิกนิก

## ระบบภูมิคุ้มกัน

เชื่อกันว่าระบบภูมิคุ้มกันมีบทบาทสำคัญในกลไกการป้องกันการเกิดมะเร็งโดยเฉพาะภูมิคุ้มกันเกี่ยวกับเซลล์ (cellular immunity) ซึ่งจะทำหน้าที่เฝ้าระวัง การเกิดและเจริญของเซลล์มะเร็ง

ในผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันทั้งระบบไม่ปรากฏว่าพบมะเร็งช่องปากได้บ่อย แม้ว่าในผู้ป่วยโรคเอดส์พบการเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้น ที่พบได้บ่อย ได้แก่ Kaposi's sarcoma (KS) และ non-Hogkin's lymphoma ซึ่งพบได้ทั่วไปรวมทั้งพบในช่องปาก



## พันธุกรรม (Genetic)

ความผิดปกติของ DNA ในโครโมโซมนำไปสู่การกลายพันธุ์ (mutation) โดยเฉพาะจีนต้านมะเร็ง (tumor suppressor gene) มีการกลายพันธุ์ไปเป็นจีนมะเร็ง (oncogene) ในมะเร็งบางชนิดมีการศึกษาพบการกลายพันธุ์ของจีนต้านมะเร็งบางตัวได้อย่างมีนัยสำคัญจนนำไปใช้ในการวินิจฉัยมะเร็งชนิดนั้นๆ ได้ แต่สำหรับมะเร็งช่องปากจนถึงทุกวันนี้ยังไม่พบการกลายพันธุ์ของจีนต้านมะเร็งตัวใดตัวหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญพอที่จะนำมาประยุกต์ใช้ได้

## การป้องกันมะเร็งช่องปาก

ความพยายามในการลดการลดและการเลิกบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว เป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ ซึ่งรวมทั้งมะเร็งช่องปากด้วย คำแนะนำจากแพทย์ ทันตแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์อื่นในการหยุดการบริโภคยาสูบ จะมีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคยาสูบ

การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยไม่ปรากฏว่าช่วยเพิ่มอัตราเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก แต่ในผู้ป่วยทุกคนได้รับการวินิจฉัยว่ามีรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งช่องปากควรงดการบริโภคแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรจะเผยแพร่ความรู้ที่ว่า การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ร่วมกับจะยิ่งช่วยให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่าผลรวมของอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งช่องปากของทั้งสองอย่างรวมกัน

ปัจจัยเกี่ยวกับอาหาร แม้ว่าจะมีหลักฐานที่แสดงว่าการขาดสารอาหารบางอย่างเชื่อมโยงกับมะเร็งช่องปาก แต่สำหรับในปัจจุบันก็ยังไม่ถึงระดับที่จะกำหนดเป็นแนวทางที่มีผลต่อการป้องกันมะเร็งช่องปากได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามจากการรวบรวมและศึกษารายงานทางด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้แสดงให้เห็นว่าการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่สูงเป็นปัจจัยในการป้องกันมะเร็งช่องปากและหลอดเลือด

การป้องกันรังสีเอกทิกจากแสงแดด โดยอุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์บางชนิดที่ใช้ทาจะป้องกันริมฝีปากจากรังสีดังกล่าวรวมทั้งผิวหนังบริเวณอื่นๆ ซึ่งผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย

ผู้ที่เคี้ยวหมากควรได้รับการตรวจคัดและเลิกการเคี้ยวหมาก เช่นเดียวกับการบริโภคบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ที่เคี้ยวหมากและใช้ยาเส้นเป็นส่วนประกอบของหมาก

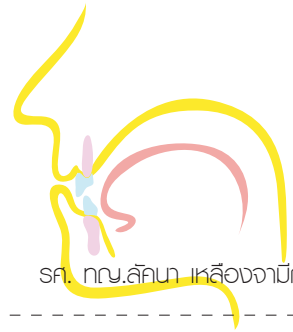
ควรจะให้ความรู้และสร้างความเข้าใจว่า ฟันปลอม วัสดุบูรณะฟัน และการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในช่องปากไม่ได้ทำให้โอกาสการเป็นมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้ไปพบทันตแพทย์หรือแพทย์เพื่อปรึกษาเมื่อพบรอยโรค การเจริญที่ผิดปกติหรือก้อนในช่องปาก



# บทที่ 3

## รอยโรค

# ก่อนมะเร็งช่องปาก

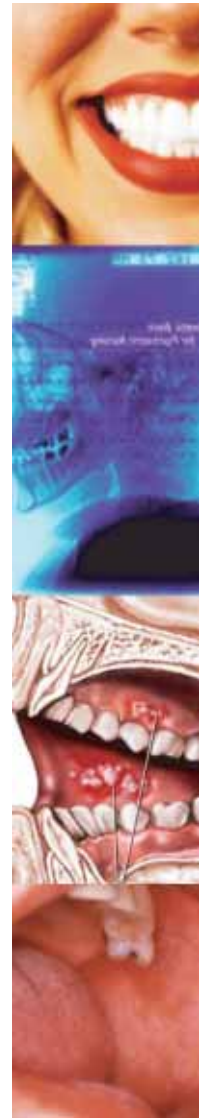


สพ. ญ. ลลิตา เหลืองจำปาศ

มะเร็งช่องปากพบในผู้ป่วยวัยกลางคน และสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และมากกว่า 90% ของมะเร็งช่องปากพบเป็นชนิดที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวช่องปาก หรือเรียกว่าเป็นชนิด สความัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma) ดังนั้นในการตรวจหามะเร็งในช่องปากระยะแรก หรือรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปากจึงมุ่งเน้นอยู่ที่รอยโรคบนเยื่อบุผิวช่องปากเป็นหลัก

มะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ มะเร็งในช่องปาก (carcinomas of the oral cavity) มะเร็งริมฝีปากด้านนอก (carcinomas of the lip vermillion) และมะเร็งในลำคอ (carcinomas in the oropharynx)<sup>1</sup>

มะเร็งริมฝีปากด้านนอกไม่ค่อยพบในผู้ป่วยชาวไทย และอาจจัดไว้ในกลุ่มมะเร็งผิวหนัง ผู้ที่เป็นมะเร็งชนิดนี้มักจะเป็นชาวผิวขาวที่โดนแสงแดดเป็นประจำ รวมทั้งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่<sup>2</sup> การพยากรณ์โรคของมะเร็งริมฝีปากอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีอัตราการอยู่รอดใน 5 ปี สูงถึงร้อยละ 95<sup>3,4</sup> ซึ่งตรงข้ามกับมะเร็งในช่องปากและมะเร็งในลำคอที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยใน 5 ปี มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระยะอาการของโรคเมื่อแรกได้รับการวินิจฉัยโรค ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งช่องปากได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หรือสามารถตรวจหารอยโรคก่อนเป็นมะเร็งได้จึงไม่เพียงแต่จะช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้เท่านั้น แต่ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการอยู่รอดใน 5 ปีสูงขึ้นอีกด้วย





อย่างไรก็ตามการตรวจวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกๆนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง และ/หรือทันตแพทย์ แพทย์ ผู้ตรวจที่จะสามารถแยกกรวยโรคหรืออาการต่างๆที่เกิดขึ้นในระยะแรกของโรคได้รวดเร็วมากน้อยแค่ไหน

มะเร็งช่องปากระยะแรก และ/หรือ รอยโรคก่อนมะเร็งมักไม่มีอาการ ผู้ตรวจต้องมีความสังเกตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่นในผู้สูงอายุ ผู้ที่สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลายรายพบการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ใช่รอยโรคมะเร็งบนเยื่อเมือกช่องปากขึ้นก่อนซึ่งถือได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆได้มีรอยโรคก่อนมะเร็งขึ้นแล้ว ถ้าสามารถได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและได้รับการรักษาเสียแต่เนิ่นๆโอกาสที่รอยโรคจะเปลี่ยนแปลงเกิดเป็นมะเร็งในช่องปากก็ย่อมลดลง

สำหรับผู้ป่วยที่มีมะเร็งช่องปากเกิดขึ้นอาจสังเกตพบแผลที่เรื้อรังบนเยื่อเมือกช่องปาก มีเลือดออก ฟันโยกผิดปกติ ใส่งับฟันปลอมได้ลำบากขึ้น กลืนอาหารไม่ปกติ และอาจคลำพบก้อนที่ลำคอ เป็นต้น

## ตัวอย่างมะเร็งในช่องปากที่ตรวจพบ

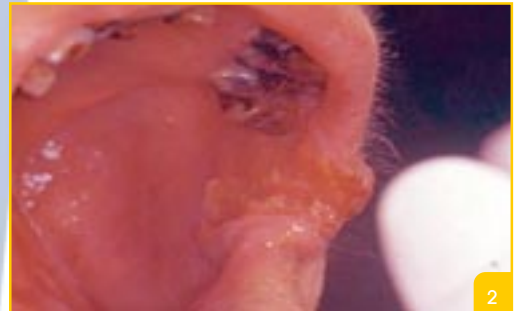
### รูปที่ 1 มะเร็งในช่องปาก

**ลักษณะที่พบ :** เป็นก้อนเนื้อนุ่มนิ่มผิวขรุขระ มีเนื้อตายเป็นเมือกสีขาวอมเหลือง ปกคลุมทั่วทั้งก้อน ฐานของก้อนมะเร็งกว้าง อยู่บนสันเหงือกล่างและขยายลงไปเหงือกทั้งทางด้านลิ้นและด้านริมฝีปาก



### รูปที่ 2 มะเร็งในช่องปากที่มีลักษณะเป็นรอยแผลของหญิงอายุ 97 ปี ที่มีประวัติการสูบบุหรี่และกินหมาก

**ลักษณะที่พบ :** เป็นแผลหว่าลึก อยู่บนขอบมุมปาก ขอบแผลสูงนูน ค่อนข้างแข็งแน่น ขณะเดียวกัน สามารถคลำพบต่อมน้ำเหลืองใต้คางที่โตกว่าปกติได้



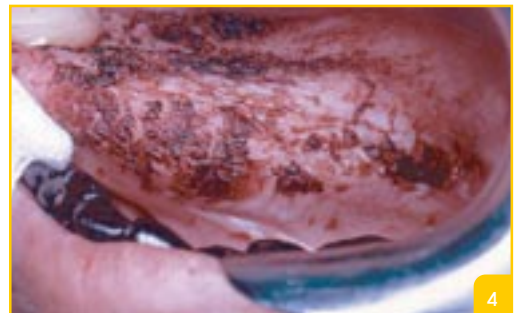
### รูปที่ 3 มะเร็งในช่องปากที่มีลักษณะเป็นก้อน

**ลักษณะที่พบ :** เป็นก้อนค่อนข้างแข็งอยู่บนกระพุ้งแก้มด้านใน ฐานกว้าง ผิวขรุขระคล้ายดอกกะหล่ำ มีการหนาตัวของเคอราติน ขาวเข้มกว่าผิวข้างเคียง ในผู้ป่วยรายนี้พบการอักเสบแดงร่วมด้วยบนก้อนมะเร็ง



### รูปที่ 4 มะเร็งในช่องปากที่ปะปนอยู่กับแผ่นฝ้าสีขาว

**ลักษณะที่พบ :** เป็นแผ่นฝ้าสีขาวอยู่บนด้านข้างลิ้นผู้ป่วยรายหนึ่งที่กินหมาก เมื่อตัดชิ้นเนื้อตรวจพบมีเซลล์มะเร็งปะปนอยู่



สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากนั้น การจัดแบ่งกลุ่มนิยมใช้ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงปรากฏบนเยื่อผิวช่องปาก ตรงตำแหน่งที่ต่อมาพบว่ามีเกิดการรอยโรคมะเร็ง เป็นตัวจัดแบ่ง คือ

กลุ่มที่ 1 แผ่นฝ้าสีขาว หรือที่รู้จักกันในชื่อ รอยโรคลิวโคเพลเคีย (Leukoplakia)

กลุ่มที่ 2 แผ่นฝ้าสีแดง หรือ อีริโทรเพลเคีย (Erythroplakia)





## ลิ่วโคเพลเคีย (Leukoplakia) หรือแผ่นฝ้าสีขาว



รูปที่ 5 ลิ่วโคเพลเคียที่เกิดบนด้านข้างลิ้น ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบเซลล์มะเร็งแทรกปนอยู่

ตามคำจำกัดความของ WHO<sup>5</sup> ลิ่วโคเพลเคียเป็นแผ่นฝ้าสีขาว ที่ไม่สามารถแยกได้ทั้งทางคลินิกหรือทางพยาธิวิทยาว่าเป็นโรคอะไร เป็นการวินิจฉัยโรคทางคลินิกเท่านั้น และถ้าสามารถให้การตรวจวิเคราะห์ในขั้นต่อไปได้ว่าเป็นโรคหรือสภาวะใด รอยโรคสีขาวนั้นก็ไมควรรู้จักการวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคลิ่วโคเพลเคียต่อไปอีก

ลักษณะของลิ่วโคเพลเคีย เห็นเป็นแผ่นฝ้าสีขาว อาจบางหรือมีความหนาเซ็ดลอกไม่หลุดแม้ว่าไม่สามารถวิเคราะห์ทางคลินิกได้ว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุใด แต่เมื่อตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ จะพบว่ามีการหนาตัวของเซลล์ชั้นเคราติน (hyperkeratin) โดยเป็นการตอบสนองต่อการระคายเคืองของสิ่งเร้าบางชนิด จึงมีผู้แย้งว่าไม่สมควรนำมาใช้บ่งบอกถึงการเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง อย่างไรก็ตาม แผ่นฝ้าลิ่วโคเพลเคียนี้ ในบางกรณีศึกษาพบมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ หรือ ดิสเพลเซีย (dysplasia) หรือพบเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกอยู่ประมาณร้อยละ 20<sup>6</sup> และถ้าลิ่วโคเพลเคียที่เกิดในบริเวณพื้นช่องปาก หรือที่ลิ้น อาจพบดิสเพลเซีย หรือมีมะเร็งระยะแรกสูงขึ้นไปถึง 45% แต่ก็ยังไม่มีการยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกของลิ่วโคเพลเคียกับพยาธิสภาพของการเปลี่ยนแปลงเซลล์ในบริเวณเดียวกัน ยกเว้นรายที่มีเยื่อบุผิวบริเวณที่เป็นรอยแดงแทรกอยู่นั้นจะมีดิสเพลเซียมากขึ้น

### ลิ่วโคเพลเคียส่วนใหญ่ไม่มีอาการ

ลิ่วโคเพลเคีย ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ บางครั้งเห็นแค่เป็นเส้นหรือแถบสีขาว บางครั้งพบเป็นแผ่นฝ้าสีขาวเล็กๆ หนูนจากเยื่อเมือกช่องปากเล็กน้อย และอาจมีเซลล์มะเร็งปะปนอยู่ด้วย (รูปที่ 5) ถ้าทิ้งไว้นานรอยโรคอาจแผ่ขยายออกเป็นแผ่นกว้างและขาวหนาขึ้น ยิ่งถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่จัด แผ่นฝ้าขาวอาจขยายกว้างจนเต็มกระพุ้งแก้มด้านใน (รูปที่ 6) และมีร้วรอยแยกเป็นร่องให้เห็นเด่นชัด



รูปที่ 6 ลิวโคเพลเคียที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน รอยโรค ขยายกว้าง สังเกตรอยย่นยับสม่ำเสมอทั่วทั้งรอยโรค โดยถือว่าเป็นลิวโคเพลเคียชนิดโฮโมจีเนียส (Homogeneous leukoplakia)

แผ่นฝ้าลิวโคเพลเคียที่มีรอยแดงแทรกอยู่ (Erythroleukoplakia/speckled leukoplakia) ผู้ป่วยอาจมีอาการระคายเคืองหรือเจ็บแสบมากกว่ากรณีที่มีแต่แผ่น ฝ้าขาวเพียงอย่างเดียว (Homogeneous leukoplakia) อีกทั้งโอกาสที่รอยโรค จะเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งก็ได้สูงกว่า (23.4%) เมื่อเปรียบเทียบกับรอยโรคแผ่น ฝ้าขาวอย่างเดียว (6.5%)<sup>7</sup>



รูปที่ 7 ลิวโคเพลเคียที่มีรอยแตกแดงบนกระพุ้งแก้มด้านใน ของผู้ป่วยสูงอายุรายหนึ่งให้ผลบวกต่อ Toluidine blue testing และชิ้นเนื้อที่ตัดไปตรวจพบมีดิสเพลเซียร่วมอยู่ด้วย



รูปที่ 8 เป็นแผ่นฝ้าขาวชนิดเวอร์ลุคัส ลิวโคเพลเคีย

บางกรณีแผ่นฝ้าลิวโคเพลเคียที่มีลักษณะขาวหนา แฉกกว้าง ผิวขรุขระยื่นสูงอย่างเห็นได้ชัด เรียกว่า เวอร์ลุคัส ลิวโคเพลเคีย (verucous leukoplakia) (รูปที่ 8) ซึ่ง Silverman และ Gorsky ได้ศึกษา และรายงานไว้ว่า 70.3% ของรอยโรคชนิดนี้ มีการ เปลี่ยนแปลงไปเป็น สควาร์มัส เซลล์ คาร์ซิโนมา<sup>8</sup>



## อีริธโรเพลเคีย (Erythroplakia) หรือแผ่นฝ้าสีแดง



รูปที่ 10 รอยโรคสีแดงพบสันเหงือกกลางของผู้ป่วยรายหนึ่ง เมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อตรวจ พบเซลล์มะเร็งแทรกลึกลงไปในพื้นที่เนื้อเยื่อข้างใต้



รูปที่ 9 แผ่นฝ้าสีแดงพบบนเพดานอ่อนของผู้ป่วยรายหนึ่งที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลากว่า 10 ปี เมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อตรวจพบเซลล์มะเร็งระยะแรกแทรกปนอยู่



รูปที่ 11 รอยโรคสีแดงบนสีขา พบบนสันและร่องเหงือกบริเวณพื้นที่ 21-26 ซึ่งอยู่ภายใต้ฟันเทียมที่ผู้ป่วยรายนี้ใส่อยู่เป็นประจำ เมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อตรวจพบมีเซลล์มะเร็งระยะแรก

รอยโรคที่พบบ่อยบนเยื่อเมือกช่องปาก และต้องวิเคราะห์แยกออกจากแผ่นฝ้าสีขาว/สีแดง ทั้งยังจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งช่องปากได้

## ไลเคนพลาเนซิสในช่องปาก (Oral lichen planus)

ศัญญาภาพของการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งของไลเคนพลาเนซิสในช่องปาก ยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันอยู่ บางคนเชื่อว่าการพบดิสเพลเซีย หรือพบเซลล์มะเร็งในรอยโรคไลเคนพลาเนซิส เกิดจากความผิดปกติในการวินิจฉัยโรคเมื่อเริ่มแรก อย่างไรก็ตาม มีผู้ติดตามเฝ้าดูผู้ป่วยไลเคนพลาเนซิส แล้วพบการเปลี่ยนแปลงในรอยโรคที่กลายเป็นมะเร็งได้สูงขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะให้ทำการตรวจชิ้นเนื้อตั้งแต่เริ่มให้การวินิจฉัยโรค และต้องทำการติดตามเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคทางคลินิกเป็นระยะๆ ด้วย

### ลักษณะต่างๆของรอยโรคไลเคนพลาเนซิสในช่องปาก



รูปที่ 12 reticular type มีลักษณะที่เป็นเส้นขาวบาง ประกอบด้วยจุดเล็กๆ กระจายไปมาคล้ายตาข่าย หรือลายลูกไม้ (Wickham's striae)



รูปที่ 13 plaque type ลักษณะเป็นแผ่นฝ้าหนาขาวที่เกิดจากการรวมตัวของเส้นขาวตาข่าย บางแห่งยังปรากฏลักษณะเฉพาะคือเส้นใยตาข่ายให้เห็น



รูปที่ 14 atrophic type เป็นไลเคนพลาเนซิสที่มีลักษณะเป็นรอยแดงถลอกเป็นวงหรือแถบเกิดจากการฝ่อลีบของเยื่อเมือช่องปาก ขณะเดียวกันบางบริเวณมีเส้นใยตาข่ายขาวปะปนอยู่



รูปที่ 15 erosive type เป็นการฉีกขาดของเยื่อเมือตรงบริเวณรอยโรคพบเป็นแผลแดง บางบริเวณมีเยื่อเมือกเนื้อตายสีขาวปนเหลืองคลุมทับ

ในกรณีที่เป็นไลเคนพลาเนซิสชนิดถลอกแดงหรือมีการฉีกขาดของเยื่อเมือกช่องปากนั้น มักมีร่องรอยของลายเส้นสีขาวปรากฏให้เห็นอยู่ด้วยเสมอผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บแสบเมื่อรับประทานอาหารรสจัด และรสเผ็ด และอาการเหล่านี้จะไม่หายไป ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

ลักษณะที่คล้ายคลึงกับรอยโรคไลเคนพลาเนซิสในช่องปาก อีกอย่างที่อาจวินิจฉัยแยกโรคไม่ได้ชัดเจนก็คือ

รอยโรคในช่องปากที่เกิดจากการใช้ยาเพื่อรักษาโรคทางระบบบางอย่าง (Lichenoid reaction) ซึ่งผู้ให้การตรวจวินิจฉัยโรคต้องอาศัยการซักประวัติความเจ็บป่วย และระยะการเกิดของรอยโรคในช่องปากเข้ามาร่วมด้วย



## รอยโรคติดเชื้อแคนดิดา (Candidiasis)

รอยโรคติดเชื้อแคนดิดา เกิดขึ้นเนื่องจากการที่มีเชื้อราแคนดิดา อัลบิแคนส์ (Candida albicans) เจริญมากกว่าปกติจนก่อให้เกิดเป็นรอยโรคขึ้น การติดเชื้อราแคนดิดามีความเสี่ยงสูงในการเกิด หรือทำให้มีภาวะแทรกซ้อนแก่ลิ่วโคเพลเคีย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเยื่อเมือช่องปากหลายรูปลักษณะ มีทั้งที่เห็นเป็นฝ้าขาว คล้ายเมือกนํ้านมปกคลุมอยู่บนเยื่อเมือ เว็ดลอกออกได้ง่าย เหลือเป็นแผลแดงอยู่ข้างใต้ (รูปที่ 16 : pseudomembranous candidiasis) ถ้าทิ้งไว้ไม่รักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง ฝ้าอ่อนสีขาวจะหนาตัวมากขึ้น เว็ดลอกออกได้ยาก เนื่องจากไฮฟิของเชื้อราทะลุลงไปเนื้อเยื่ออ่อนข้างใต้ เกิดเป็นรอยโรคติดเชื้อราชนิดฝ้าขาวหนา (Hyperplastic candidiasis หรือ Candidal leukoplakia ในรูปที่ 17) แต่บางครั้งการติดเชื้อราแคนดิดาก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นรอยโรคสีแดงขึ้นได้เช่นกัน แต่มักพบในผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม และ/หรือ มีโรคทางระบบ ดังรูปที่ 18 และรูปที่ 19 จึงเรียกว่าเป็นชนิด atrophic หรือ erythematous candidiasis



รูปที่ 16 pseudomembranous candidiasis สังเกตจุดหรือกลุ่มโคโลนี (Colonies) ของเชื้อราที่มีสีขาวนวลอ่อนนุ่มขึ้นคลุมอยู่บนเยื่อเมือช่องปาก



รูปที่ 17 Candidal leukoplakia หรือ Hyperplastic candidiasis เมื่อเส้นใยของเชื้อรา (Hyphae) แทะทะลุผ่านชั้นเมือผิวลงไปในชั้นเนื้อเยื่ออ่อนทำให้รอยโรคดูขาวหนาและจับเป็นแผ่น เว็ดลอกออกได้ลำบากมากขึ้น



รูปที่ 18 atrophic หรือ erythematous candidiasis ในผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งที่มีโรคเบาหวานร่วมอยู่ด้วย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บที่เพดานปากจนไม่สามารถกินอาหารได้ตามปกติ สังเกตรอยแดงจัดบนเพดานปากใต้ฟันเทียมที่สวมใส่ เชื่อว่าเกิดจาก พืชของเชื้อราทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อช่องปาก



รูปที่ 19 erythematous candidiasis บนลิ้นผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง



รูปที่ 20 รอยโรคติดเชื้อราบนกระพุ้งแก้มด้านในของผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งที่กินหมากและสูบบุหรี่ เมื่อตัดชิ้นเนื้อตรวจพบดิสเพลเซียในบริเวณรอยโรค และรอยโรคหายหมดไปเมื่อให้ยาต้านเชื้อรา และหยุดการกินหมาก สูบบุหรี่



สภาวะและรอยโรคสีขาว  
สีแดง หรือสีขาวปนแดง  
ที่เกิดเรื้อรัง และลักษณะ  
รอยโรคชนิดอื่นๆ ที่ต้องการ  
การวิเคราะห์แยกโรคจาก  
รอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก

รอยโรคในช่องปากที่ปรากฏเห็นเป็นสีขาว หรือสีแดง  
หรือทั้งสีขาวและสีแดง นั้นมีหลายชนิด บางครั้งอาจ  
ทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเป็นรอยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก  
หรือเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก ทั้งๆที่ส่วน  
ใหญ่แล้วไม่พบลักษณะที่เป็นแผ่นฝ้าสีขาว หรือฝ้าสี  
แดง ตามที่ WHO ได้กำหนดขึ้นก็ตาม ผู้ตรวจจึง  
ควรทราบลักษณะพื้นฐานของรอยโรคชนิดต่างๆ ที่  
พบได้บ่อยในช่องปาก เพื่อให้มีความสามารถตรวจ  
วินิจฉัยแยกโรคที่พบในผู้ป่วย กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งช่องปากได้ในระดับ  
หนึ่ง



รูปที่ 21 *Leukoedema* ลักษณะเช่นนี้พบบนกระพุ้งแก้มด้านในของ  
ผู้สูบบุหรี่ สูบยาสูบ เป็นประจำ

ลักษณะที่พบ : เป็นฝ้าอ่อนสีขาวขุ่น พับย่นเป็นร่อง สามารถหยิบดึงขึ้นจาก  
ผิวแก้มได้ และจะจางลงและหายได้เมื่อลดเลิกการสูบบุหรี่  
หรือยาสูบ



รูปที่ 22 *Nicotine stomatitis* หรือ *smoker's patch* พบบนเพดาน  
ปากของผู้สูบบุหรี่หรือไปป์

ลักษณะที่พบ : ฝ้าขาวหนาตัวของเยื่อเพดานปาก เมื่อโดนความร้อน  
จัดๆจากการสูบบุหรี่ บางรายพบจุดแดงเล็กๆที่เป็น  
รูเปิดของต่อมน้ำลายที่อักเสบอยู่ตรงกลางกระจายอยู่  
ทั่วเพดานปาก



รูปที่ 23 Tobacco keratosis พบตรงตำแหน่งที่วางกล้องยาสูบ หรืออมยาสูบ หรือคาบมวนบุหรี่

ลักษณะที่พบ : รอยย่นสีขาวเกิดจากการหนาตัวของเยื่อช่องปาก เพื่อตอบโต้ต่อความร้อน และหรือ สารเคมีในยาสูบ



รูปที่ 24 รอยแผลที่เกิดจากการขบกัดของฟัน หรือขอบฟัน เทียมที่แหลมคม

ลักษณะที่พบ : มักเป็นแผลเดี่ยวหรือหลายจุดตรงกับฟันหรือฟันเทียมที่เป็นสาเหตุ ถ้าเป็นอยู่นานอาจเกิดเนื้อตายในรอยแผล



รูปที่ 25 รอยโรคบนกระพุ้งแก้มด้านในของผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีนิสัยขบกัดเคี้ยวข้างแก้ม เล่นเป็นประจำ

ลักษณะที่พบ : เป็นขุยหรือตุ่มหรือแผ่นสีขาวบนเยื่อผิวช่องปาก ในแนวขบเคี้ยวของฟัน



รูปที่ 26 เป็นรอยโรคสีขาวคล้ายลิวดิเฟนเคีย เกิดจากการถูกเสียดสี มักพบตามสันเหงือกของผู้ที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแทนที่ หรือตามขอบฟันที่ใกล้กับบริเวณฟันที่ถอน



**รูปที่ 27 เป็นการหลุดลอกของเยื่อบุผิวช่องปาก เนื่องจากการแพ้ยาปฏิชีวนะ หรือสารอื่นๆ**

**ลักษณะที่พบ :** เป็นฝ้าสีขาวหลุดลอกอยู่ทั่วไปในบริเวณเยื่อบุผิวช่องปากที่สัมผัสกับยาหรือสารเคมี อาจมีรอยแดงอักเสบหรือแผลถลอกร่วมด้วย



**รูปที่ 28 และ 29 เป็นรอยโรคติดเชื้อไวรัส**

**ลักษณะที่พบ :** เป็นแผลตุ่มๆบนเยื่อบุผิวช่องปาก มีขนาดเล็กกระจายอยู่เป็นกลุ่ม บางรายมีเยื่อเนื้อตายสีขาวอมเหลืองปะปนกับแผลสีแดง สังเกตตุ่มน้ำใส และอาการไข้ที่เกิดขึ้น



**รูปที่ 30 เป็นรอยโรคติดเชื้อวัณโรค**

**ลักษณะที่พบ :** เป็นแผ่นนูนสีแดง ผิวขรุขระ ไม่เรียบ อาจมีแผลและมีเยื่อเมือกเนื้อตายร่วมด้วย





**รูปที่ 31 และ 32 รอยโรคลูปีสตีริมาโตซิส (Lupus erythematosus)**

**ลักษณะที่พบ :** รอยโรคในช่องปาก เป็นรอยแดงหรือฝ่อสีบ ล้อมรอบด้วยเส้นขาวบางอาจพบมีเส้นเลือดฝอยเล็กๆ รวมอยู่ด้วย บางรายมีลักษณะเหมือนรอยโรคไลเคนพลาเนียส พบได้ที่บริเวณเพดานปาก กระพุ้งแก้ม สำหรับรายที่เป็นทางระบบ มักพบแผลตื้นๆหรือผื่นแดงบนเยื่อช่องปาก พบรอยโรคสีขาวได้น้อยกว่า อาจพบจุดเลือดออกเล็กๆตามขอบเหงือก เลือดออกได้ง่าย



**รูปที่ 33 Erythema multiforme - EM** มีการเกิดเฉียบพลัน แต่อาการและรอยโรคสามารถอยู่ได้นานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือนๆ หรืออาการลดหายไป และเกิดเป็นใหม่ซ้ำได้ ลักษณะที่พบในช่องปาก เป็นตุ่มน้ำใสขนาดเล็ก หรือ ใหญ่ เมื่อแตกออก เหลือเป็นรอยแดงตื้นๆอาจพบเยื่อเมือกเนื้อตายปกคลุมอยู่ เห็นเป็นสีขาวปนเหลือง มีการอักเสบแดงอยู่รอบๆ เห็นได้ชัด มีอาการเจ็บเลือดออกได้ง่าย



รูปที่ 34 และ 35 Pemphigus ลักษณะที่พบในช่องปาก มักไม่พบตุ่มน้ำใส แต่ถ้าพบจะเป็นตุ่มน้ำใสที่บางและสามารถแตกออกได้อย่างรวดเร็ว มีการลอกหลุดของเยื่อบุผิวช่องปากที่เป็นส่วนบนของตุ่มน้ำเหลือแต่รอยแผลถลอกตื้นๆสีแดงจัด ขอบของรอยโรคไม่เรียบ และแผ่กว้างออกไปก็ตามระยะเวลาคงอยู่ของรอยโรค



รูปที่ 36 Pemphigoid

ลักษณะที่พบ : ในช่องปาก ถ้ายังคงเป็นตุ่มน้ำอยู่จะเห็นเป็นตุ่มน้ำตึง และหนากว่าตุ่มน้ำ Pemphigus พบได้ทั่วไปในช่องปาก ถ้าพบที่เหงือกจะเห็นเหงือกบวมแดงอักเสบ มีการลอกหลุดของผิวเหงือกบริเวณที่มีตุ่มน้ำ ผู้ป่วยอาจมีรอยโรคที่นั่นนิตาร่วมด้วย เมื่อตุ่มน้ำแตกอาจเกิดมีเนื้อเยื่อตายขึ้นมาปกคลุมแผลเห็นเป็นแผ่นสีขาวปนเหลือง



**รูปที่ 37, 38 และ 39 รอยโรคแผลร้อนในที่เกิดซ้ำ ( Recurrent aphthous ulcerations - RAU)**

**ลักษณะที่พบ :** อาจมีรอยโรคเพียงแห่งเดียว หรือเกิดหลายตำแหน่ง มีอาการเจ็บเมื่อเยื่อช่องปากฉีกขาดออก เป็นรอยโรคกลมหรือรูปไข่ สีขาวปนเหลือง ขอบรอยโรคมีการอักเสบแดง มีขนาดและลักษณะแตกต่างกันออกไป เช่น ชนิดที่เป็นแผลขนาดเล็ก (minor aphthous) (รูปที่ 37) เกิดอยู่ไม่นานประมาณ 10-14 วัน หรือ ชนิดแผลที่คล้ายคลึงกับรอยโรคติดเชื้อไวรัส (Herpetiform) เห็นเป็นแผลเล็กๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม (รูปที่ 38) หรือเป็นแผลขนาดใหญ่ (major aphthous) ซึ่งมีขนาดกว้างลึกลงไป เกิดอยู่นานและมักมีเยื่อเนื้อตายปกคลุม (รูปที่ 39)



**รูปที่ 40 Geographic tongue หรือ ลิ้นแผนที่**

**ลักษณะที่พบ :** มีการหลุดลอกของปุ่มรับรสที่ลิ้นเป็นหย่อมๆ เห็นเป็นรอยแดง ขอบรอบๆ มีการหนาตัวของเนื้อเยื่อเคราติน มีหลายตำแหน่ง และอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อน ลักษณะเช่นนี้ไม่นับเป็นรอยโรค แต่ก็อาจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อนกวาง (psoriasis)<sup>10</sup> หรือมีภาวะเครียด (stress) หรือมีอาการทางจิต<sup>11</sup>



รูปที่ 41 *Pyogenic granuloma*

ลักษณะที่พบ : เป็นก้อนเนื้อสีแดง หรือแดงจัด อาจพบมีแผลและผิวขรุขระไม่เรียบ ทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นรอยโรคมะเร็ง มักพบในบริเวณที่มีการระคายเคือง หรือการติดเชื้อเฉพาะที่



รูปที่ 42, 43 และ 44 *Chronic ulceration* หรือ รอยแผลเรื้อรัง

ลักษณะที่พบ : เป็นรอยโรคเรื้อรัง เกิดจากการติดเชื้อ หรือได้รับกัมมันตรังสี ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์เป็นอุปสรรคต่อการหายของแผลเกิดมีเนื้อเยื่อตายบางส่วน เห็นเป็นแผ่นสีขาวอมเหลืองอ่อนอยู่ คลุมทับส่วนบนของรอยโรค

### เอกสารอ้างอิง

1. Neville BW and Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin 2002; 52: 195-215. American cancer society
2. Silverman S Jr, Shillitoe EF. Etiology and Predisposing Factors. In: Silverman S Jr ed. Oral Cancer, 4th ed. Hamilton, Ontario, Canada: BC Decker Inc;1998, 7-24
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM et al. Oral & Maxillofacial Pathology. 2<sup>nd</sup> ed. Phila, PA: Saunders; 2002; 337-369
4. Silverman S Jr. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. J Am Dent Assoc. 2001; 132: 7S-11S.
5. WHO Collaborating Center for Oral precancerous lesions. Definition of leukoplakia and related lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978; 46: 518-539
6. Waldron CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study 3256 oral leukoplakias. Cancer. 1975; 36: 1386-1392 (Medline)
7. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation: A follow-up study of 257 patients. Cancer 1984; 53: 563-568
8. Silverman S Jr, Gorsky M. Proliferation verrucous leukoplakia. A follow-up study of 54 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84: 154-157
9. Kramer IR, Lucas RB, Pindborg JJ, Sobin LH. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1978; 46: 518-539 (Medline)
10. Buchner A, Begleiter A. Oral lesions in psoriatic patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 41: 327-332
11. Redman RS, Vance FL, Gorlin RJ, Peagler FD, Meskin LH. Psychological component in the etiology of geographic tongue. J Dent Res. 1966; 45: 1403-1408.



ขอขอบคุณ Professor Sol Silverman Jr.  
สำหรับภาพสไลด์ผู้ป่วยรูปที่ 7 และ 8  
ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสำหรับภาพสไลด์ผู้ป่วยที่  
ใช้ประกอบบทความ และขอบคุณ คุณศุภโชค  
จิระเวชวงศ์สกุล ที่ช่วยในการพิมพ์ต้นฉบับนี้

# บทที่ 4

## การวินิจฉัยด้วยรอยโรค ในระยะเริ่มต้น



พศ.กณ.ดส. สุปพิศ กิบุกรักษ์\*

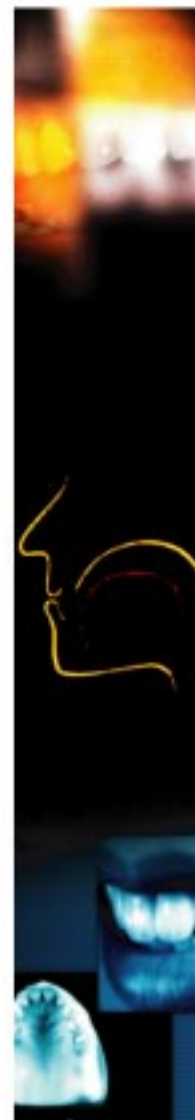


ช่องปากเป็นส่วนของร่างกายซึ่งโดยทั่วไปสามารถเข้าตรวจได้ง่ายทั้งโดยตัวผู้ป่วยเอง หรือโดยทันตแพทย์ มะเร็งช่องปากส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 95 เป็นมะเร็งของเยื่อเมือกช่องปากชนิดสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma) ข้อสำคัญ มะเร็งช่องปากชนิดนี้เป็นมะเร็งที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (ดูรายละเอียดลักษณะรอยโรคก่อนมะเร็งได้ในบทที่ 4) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่ออ่อนช่องปากที่เป็นสัญญาณเตือนว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การเป็นมะเร็ง มีหลายรูปแบบ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสีเนื้อเยื่อปกติจากสีชมพูซีด ไปเป็นแผ่นฝ้าสีขาว (leukoplakia) สีแดง (erythroplakia) หรือสีขาวปนแดง (erythroleukoplakia) อาจมีลักษณะเป็นแผ่นฝ้าขาวบาง ๆ หรือเป็นแผ่นฝ้าขาวหนา แผ่นฝ้าขาวอาจมีการหนาตัวขึ้นเป็นหย่อม ๆ และมีรอยสีแดงระหว่างก้อน รอยโรคส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บ อาจมีอาการเสบนเนื้อเยื่อเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงอื่นที่อาจพบ ได้แก่ มีก้อนบวม หรือเนื้อเยื่อหนาตัวขึ้น อาการแสบร้อนของเยื่อ เจ็บคอเรื้อรัง เสียงแหบ กลืนลำบาก อาการขาที่ลั่น และมีก้อนที่คอ

การตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น ทันตแพทย์สามารถทำการตรวจโดยใช้ชุดตรวจที่ทันแพทย์ใช้ตรวจผู้ป่วยอยู่เป็นประจำโดยมีแสงสว่างที่เพียงพอ และทำการตรวจ โดยผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ผู้ตรวจอยู่ในตำแหน่งนั่งหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ตรวจโดยการมองด้วยตา ร่วมกับการคลำในบริเวณต่าง ๆ ในช่องปากอย่างเป็นระบบ ทำการขีดเนื้อเยื่อให้แห้งด้วยผ้าก๊อซหรือเป่าลม จะทำให้เห็นพยาธิสภาพชัดเจน

การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก แบ่งเป็น 6 บริเวณ ดังนี้

1. ริมฝีปากและเหงือกทางด้านหน้าและด้านข้างแก้มบนและล่าง
2. กระพุ้งแก้มซ้ายและขวา
3. เพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกฟันบนด้านใน
4. เพดานอ่อนและคอหอย
5. ลิ้นด้านบนและด้านข้าง
6. ใต้ลิ้นและพื้นปาก



## การตรวจบริเวณริมฝีปากและเหงือกด้านหน้า และด้านข้างแก้ม

**วิธีการตรวจ** : ให้ผู้ป่วยปิดปาก สังเกตสี รูปร่าง และความยืดหยุ่นของริมฝีปาก ล้างรวมทั้งความผิดปกติใด ๆ ที่บริเวณขอบปาก (vermillion border) ให้ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อย เปิดริมฝีปากล่างลง ให้เห็นเนื้อเยื่ออ่อน ด้านในริมฝีปาก ใช้นิ้วมือคลำที่ริมฝีปากด้านในจากข้างหนึ่งไปยัง อีกข้างหนึ่งเพื่อตรวจว่ามีก้อนอยู่ในริมฝีปากหรือไม่ ตรวจดูสี ของเหงือกและเยื่อหูทางด้านหน้าทั้งหมด จากนั้นใช้กระจกเปิด แก้มออกทีละข้าง พร้อมกับให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางด้านตรงข้าม เพื่อตรวจเหงือกด้านข้างแก้ม และ mucobuccal fold ของ ฟันล่างทั้งหมด เนื้อเยื่ออ่อนที่ปกติจะมีสีของเยื่อหูที่สม่ำเสมอ ผิวเรียบ ไม่มีรอยแดง รอยขาว หรือเป็นแผล

ตรวจทำนองเดียวกันที่ริมฝีปากบน เยื่อหูและเหงือกฟันบน



**สิ่งที่เปลี่ยนไป** ความยืดหยุ่นของริมฝีปาก โดยเฉพาะที่บริเวณขอบปาก แผล ก้อนที่ริมฝีปากล่าง







1



2



## การตรวจบริเวณกระพุ้งแก้ม

**วิธีการตรวจ :** ตรวจกระพุ้งแก้มที่ละข้าง โดยเริ่มจากข้างขวา ก่อน โดยให้ผู้ป่วยเอียงหน้าไปทางซ้าย และอ้าปากกว้าง ตรวจดูสีและลักษณะเยื่อบุของกระพุ้งแก้มทั้งหมดตั้งแต่บริเวณมุมปาก (labial commissure) ไปยัง retromolar area ใช้นิ้วหรือกระจกจิ้มริมฝีปากและกระพุ้งแก้มเพื่อตรวจไปถึงด้านบนและล่างที่ติดกับ mucobuccal fold ควรให้แน่ใจว่าไม่มีบริเวณใดที่ถูกมองข้ามไป เช่น บริเวณที่ถูกบดบังด้วยนิ้วมือ หรือกระจก บริเวณกระพุ้งแก้มอาจตรวจพบเส้นนูนเป็นสันสีขาวบาง ๆ ที่กึ่งกลางกระพุ้งแก้ม ตามแนวเดียวกับการสบฟัน (linea alba) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในคนที่ทำวมมีเนื้อแก้มมาก หรือมีนิสัยเคี้ยวข้างแก้ม จัดเป็นลักษณะปกติ ทำการตรวจหาก่อนในกระพุ้งแก้มโดยใช้นิ้วชี้ข้างหนึ่งกดเบาไปตามกระพุ้งแก้มพร้อมกับเอานิ้วชี้และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งดันแรงที่ภายนอก (bimanual palpation) ตรวจทำนองเดียวกันที่กระพุ้งแก้มข้างซ้าย

**สิ่งที่เปลี่ยนไป** ลายลูกไม้สีขาวคล้ายไลเคน รอยถลอกหรือแผล รอยฝ้าขาวและแดงบริเวณมุมปาก

## การตรวจบริเวณเพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกด้านใน

**วิธีการตรวจ :** ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างพร้อมกับแหงนศีรษะไปทางด้านหลัง ใช้นิ้วชี้ส่องให้เห็นทั่วทั้งบริเวณได้อย่างชัดเจน อาจใช้กระจกกดบริเวณโคนลิ้นลงอย่างนุ่มนวล เพื่อให้เห็นบริเวณเพดานอ่อนได้มากขึ้น เริ่มมองจากเพดานแข็งเข้าไปยังเพดานอ่อน พร้อมกับตรวจดูสีและลักษณะของเหงือกด้านใน ผู้ป่วยบางคนมีก้อนนูนแข็งใต้เยื่อของเพดานแข็งบริเวณแนวกึ่งกลาง เรียกว่า torus palatinus ต้องแยกออกจากก้อนเนื้อออก

**สิ่งที่เปลี่ยนไป** รอยโรคสีขาวหรือสีแดง รอยถลอกหรือแผล แผลที่เกิดจากรานฟันปลอมหลวม พื้นผิวมีลักษณะขรุขระหรือเป็นก้อนบวม



1



2



## การตรวจบริเวณเพดานอ่อนและคอหอย

**วิธีการตรวจ** : ให้ผู้ป่วยแหงนศีรษะไปทางด้านหลังเล็กน้อย อ้าปากกว้างและผ่อนคลายนลิ้น ดูลักษณะเยื่อหูตั้งแต่เพดานอ่อน ลิ้นไก่จะห้อยลงในแนวกึ่งกลาง ไม่เบ้ ตรวจบริเวณคอหอยและซอกหลังที่อยู่ของทอนซิล โดยใช้กระจกกดลงที่กึ่งกลางลิ้นใกล้กับฐานลิ้น พร้อมกับให้ผู้ป่วยออกเสียง “อาห์” และประเมินโดยการมอง ลักษณะโครงสร้างอวัยวะทั้งสองข้างคอหอยซ้ายและขวาจะต้องมีความสมมาตร ใช้กระจกดันบริเวณโคนลิ้นออกห่างจากฟันกรามล่างเพื่อตรวจดูเนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างฟันกรามล่างกับลิ้น และ retromolar area ด้านลิ้น



**สิ่งที่เปลี่ยนไป รอยถลอกหรือแผล ก้อนบวม มีสีแดงจัด มีอาการของการติดเชื้อ**





ลิ้นไม่สมมาตร ปุ่มลิ้นเปลี่ยนแปลง  
มีฝ้าขาว ปื้นแดง แผล มีก้อนที่ลิ้น  
รู้สึกว่าจะบวมหรือขอบแผลมีลักษณะ  
แข็งเป็นไต (Induration)

## การตรวจบริเวณสันด้านบนและด้านข้าง

**วิธีการตรวจ:** ให้ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อยและผ่อนคลายลิ้น คุณลักษณะด้านบนลิ้นและปลายลิ้นในขณะพัก สังเกตก่อนบวม แผล คราบบนลิ้น รวมทั้งสีและลักษณะปุ่มลิ้น (tongue papillae) ที่เปลี่ยนไป จากนั้นให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างและแลบลิ้นออกมาข้างหน้า คุณลักษณะการเคลื่อนไหวของลิ้น พื้นผิวของลิ้น จากปลายลิ้นไปถึงส่วนโคนลิ้น ควรรู้จักปุ่มบนลิ้นขนาดใหญ่ที่เรียงเป็นแถวรูปตัว V ที่ด้านบนลิ้นส่วนใน ที่เรียกว่า circumvallate papillae

ด้านข้างลิ้นเป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งได้บ่อยที่สุดตำแหน่งหนึ่งของช่องปาก การตรวจทำได้โดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมา และยื่นไปด้านข้าง หรือใช้ผ้าก๊อซจับปลายลิ้นและดึงไปด้านข้าง พร้อมกับรั้งกระพุ้งแก้มไปด้านตรงข้าม เริ่มด้วยการตรวจข้างลิ้นด้านขวาก่อน ควรรู้จัก lingual tonsils ที่ด้านข้างลิ้นส่วนใน ไม่เกิดความสับสนกับก้อนมะเร็ง ใช้นิ้วมือคลำลิ้นในส่วนที่มองเห็น ทำเหมือนกันทั้งสองด้าน



## การตรวจบริเวณใต้ลิ้นและพื้นปาก

**วิธีการตรวจ** : ให้ผู้ป่วยใช้ปลายลิ้นแตะเพดานปาก บันทึกลักษณะที่เปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อใต้ลิ้นและพื้นปาก จากนั้นทำการคลำบริเวณพื้นปาก โดยใช้นิ้วชี้กดเบา ๆ พร้อมกับใช้นิ้วมืออีกข้างหนึ่งต้านแรงที่ภายนอก

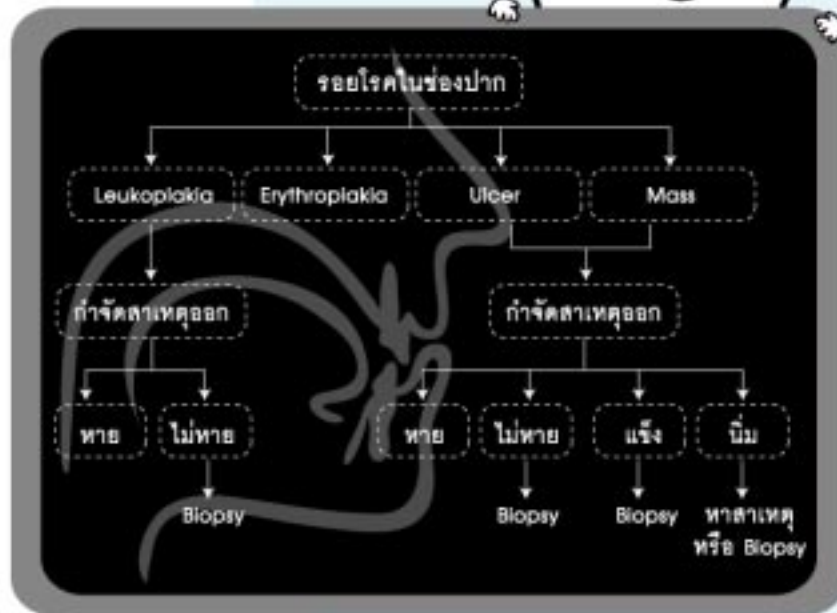


**สิ่งที่เปลี่ยนไป รอยถลอกหรือแผล ก่อนที่พื้นปาก**



## แนวทางการวินิจฉัยมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรก

โดยทั่วไป ความผิดปกติที่ตรวจพบที่มีลักษณะเป็นมะเร็งชัดเจน เช่น ก้อนเนื้อขนาดใหญ่ รอยฝ้าแดง รอยฝ้าขาวหรือขาวปนแดงที่มีแผลร่วมด้วยและขอบแข็ง จะต้องทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (biopsy) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยเร่งด่วน การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ควรทำการกำจัดสาเหตุที่คิดว่าเกี่ยวข้องออกไปก่อน ได้แก่ การสูบบุหรี่ เคี้ยวยาสูบ เคี้ยวหมาก ดื่มเหล้า ฟันแหลมคม ฟันปลอมหลวม การติดเชื้รา เป็นต้น พร้อมกับควบคุมสุขภาพอนามัยช่องปากให้อยู่ในสภาพที่ดีสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการหายของรอยโรค ติดตามสังเกตการเปลี่ยนแปลงของรอยโรค 1 - 2 สัปดาห์ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ควรทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา หรือส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ถ้าอาการดีขึ้น ควรติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยงดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อไป และรักษาสุขภาพอนามัยช่องปากให้อยู่เสมอ รอยโรคที่ยังคงเหลืออยู่ภายหลังจากติดตามผลเป็นเวลา 1 เดือน ควรได้รับการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจ



#### เอกสารอ้างอิง

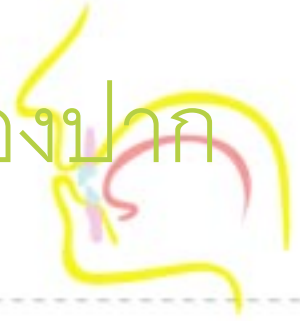
1. คู่มือการตรวจและรักษามะเร็งช่องปาก สำหรับทันตแพทย์และแพทย์. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. Detecting oral cancer: a guide for health care professionals. Cited 2006 Nov 1. Available from: <http://www.nidcr.nih.gov/HealthInformation/DiseasesAndConditions/OralCancer/DetectingOralCancer.htm>



# บทที่ 5

## แนวทางปฏิบัติ

# การตรวจหามะเร็งช่องปาก ระยะเริ่มแรก\*



### แนวทางการดูแลโรคมะเร็งในช่องปาก

- ให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการถึงปัจจัยเสี่ยงและวิธีการตรวจและสังเกตรอยโรคในช่องปาก ได้ด้วยตนเอง รวมทั้งความรู้เบื้องต้นของการเกิดมะเร็งช่องปาก และมีความเข้าใจว่ามะเร็งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้
- มีการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหารอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรก
- กำจัดปัจจัยเสี่ยงในช่องปาก เช่น กรอหลบบวมคมของฟัน หรือฟันปลอม กำจัดสิ่งแปลกปลอมในช่องปากออกไป
- ให้คำแนะนำ ให้การรักษาเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็งในช่องปาก เพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม



### การตรวจคัดกรองผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่ไม่มีรอยโรคแต่ควรได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยปีละครั้งได้แก่

- มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- มีปัจจัยเสี่ยง ต่อไปนี้
  - สูบบุหรี่ เคี้ยวยาสูบ เคี้ยวหมาก อมเมี่ยง เหน็บยาสูบเป็นประจำ
  - ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ
  - สุขภาพช่องปากไม่ดี
  - มีการระคายเคืองเรื้อรัง
  - มีฟันปลอมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
  - ได้รับแสงอาทิตย์โดยตรงบริเวณใบหน้าเป็นประจำ
  - ภาวะทุพโภชนาการ
  - มีบุคคลในครอบครัวเคยเป็นมะเร็งบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน
  - ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
  - มีประวัติติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น HIV, CMV, HPV



\*ดัดแปลงมาจาก คณะอนุกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม ทันตแพทยสภา

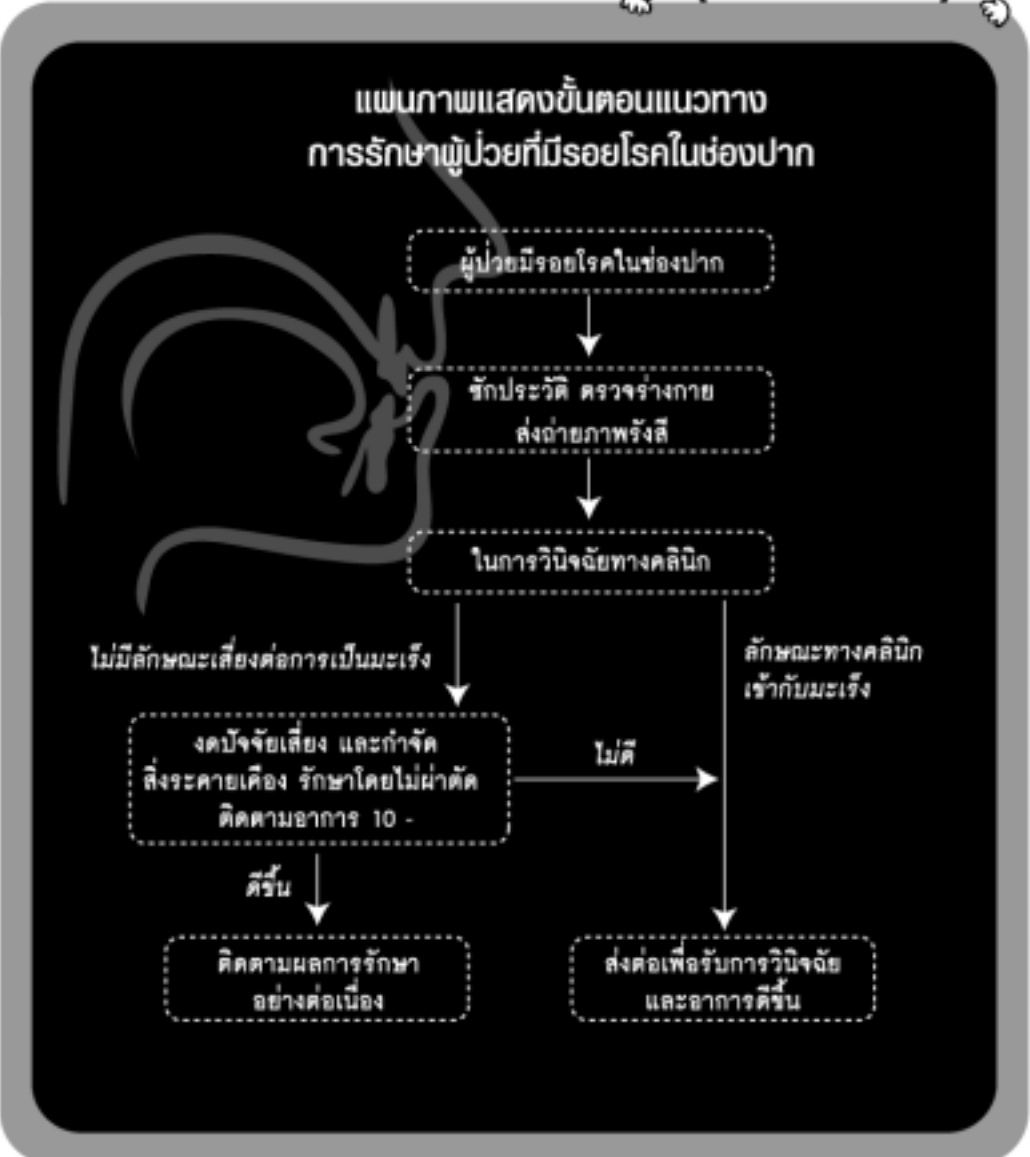
กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีอาการต่อไปนี้ ควรได้รับการตรวจอย่างละเอียดทันที

- เป็นรอยโรค erythroplakia erythroleukoplakia หรือ leukoplakia
- เป็นแผลเรื้อรัง เป็นระยะเวลาานานกว่า 2 สัปดาห์ เมื่อกำจัดสิ่งระคายเคืองออกแล้ว
- มีการบวมเป็นก้อน หรือหนาตัวบริเวณริมฝีปาก เหงือก หรือตำแหน่งอื่นๆ ในปาก
- รอยโรคโตขึ้นอย่างรวดเร็ว
- มีเลือดไหลออกจากแผลได้ง่าย
- มีอาการชาบริเวณริมฝีปากและใบหน้า
- การเคลื่อนไหวของลิ้นจำกัด (ลิ้นแข็ง)
- มีอาการเจ็บแสบในช่องปาก โดยอาจไม่มีแผล
- พันธกที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือมีอาการชาร่วมด้วย

## แนวทางการวินิจฉัยและการรักษา

- ชักประวัติเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ประวัติครอบครัว อาชีพ การสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง
- ชักประวัติเกี่ยวกับการเกิดรอยโรค และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจมีส่วนร่วมทำให้เกิดรอยโรค
- ตรวจภายนอกและภายในช่องปากอย่างเป็นระบบ
- การตรวจร่างกายทั่วไปที่สัมพันธ์กับการเกิดรอยโรค เช่น ซีด น้ำหนักลด
- การตรวจนอกช่องปาก เพื่อหารอยโรคที่ปรากฏอยู่ภายนอก เช่น ที่ผิวหนัง และตรวจดูความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งจะมีผลต่อการรักษาและพยากรณ์โรคต่อไป
- การตรวจในช่องปาก เพื่อหาความผิดปกติของกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณริมฝีปาก เยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น พื้นช่องปาก และเพดานปาก
- กรณีที่รอยโรคอยู่ใกล้หรือมีความสัมพันธ์กับกระดูกขากรรไกร อาจจำเป็นต้องส่งภาพถ่ายรังสีด้วย
- บันทึกสิ่งที่ตรวจพบ โดยละเอียด ถึงขนาด สี ตำแหน่งและลูกกลมของรอยโรค
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและกระตุ้นให้ผู้ป่วยงดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
- ให้การรักษาเบื้องต้น โดยการฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก เช่น ขูดหินปูน แก้ไขสิ่งระคายเคืองต่างๆ และแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ
- ติดตามสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของรอยโรค 1 - 2 สัปดาห์
- ถ้าอาการดีขึ้น ควรติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ป่วยงดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อไป และรักษาสุขภาพช่องปากให้ดีสม่ำเสมอ
- ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาหรือส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสม







## แบบการตรวจคัดกรองมะเร็งในช่องปาก

ข้อมูลทั่วไป    ชื่อผู้ป่วย ..... นามสกุล .....

เพศ     ชาย     หญิง    HN ..... DN .....

ลักษณะอาชีพ     ทำงานกลางแจ้ง     สำนักงาน     โรงงาน     อื่นๆ .....

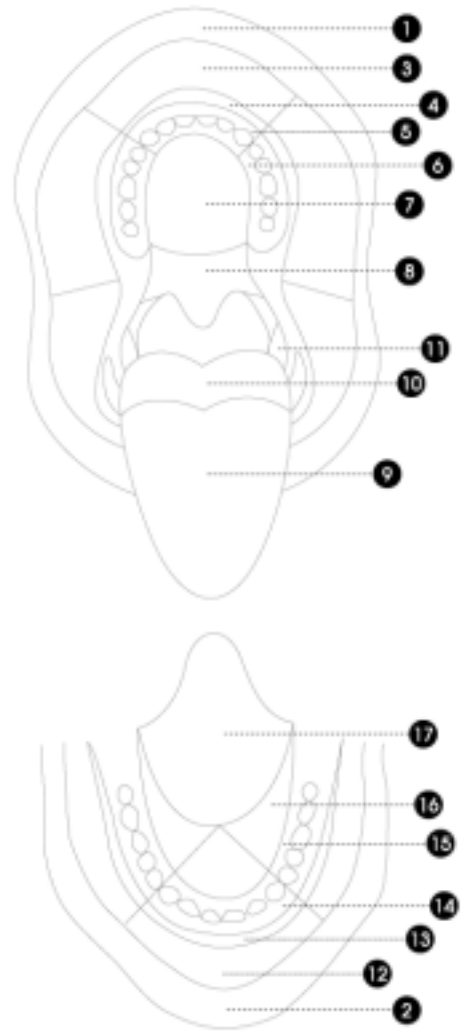
ภูมิลำเนาเดิมจังหวัด ..... ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด .....

สาเหตุที่พบทันตแพทย์ .....

ให้เขียนหมายเลขความผิดปกติต่อไปนี้ ลงใน  หน้าบริเวณที่ตรวจพบ และให้ระบายตำแหน่งที่พบในภาพ

1. no abnormality    2. white lesion    3. ulceration  
 4. nodule or mass    5. other .....

- 1.ริมปากบน .....
- 2.ริมฝีปากล่าง .....
- 3.labial/buccal mucosa .....
- 4.vestibule บน .....
- 5.attached gingiva ด้าน labial/buccal บน .....
- 6.attached gingiva ด้าน lingual บน .....
- 7.เพดานแข็ง .....
- 8.เพดานอ่อนและลิ้นไก่ .....
- 9.ปลายลิ้น .....
- 10.โคนลิ้น .....
- 11.retro-molar area .....
- 12.labial/buccal mucosa ล่าง .....
- 13.vestibule ล่าง .....
- 14.attached gingival ด้าน labial/buccal ล่าง .....
- 15.attach gingival ด้าน lingual ล่าง .....
- 16.floor of mouth .....
- 17.ด้านล่างลิ้น .....





**รายชื่อผู้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจ  
และจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร**

1. รศ.ทพ.วรรณดี	วีระประดิษฐ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ทญ.ลัดดา	เหลียงจามิกร	นักวิชาการอิสระ
3. พญ.สมจินต์	จินดาวิจักษณ์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. ผศ.ทญ.ดร.สมพิศ	คินทรัพย์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. ทพ.นิวัติ	เพียรไทย	ศูนย์มะเร็งลพบุรี
6. ทพ.กฤษดา	ปัญญาวัฒน์	สถาบันทันตกรรม
7. ทญ.ศิริเพ็ญ	อรุณประพันธ์	กองทันตสาธารณสุข
8. ทญ.ปิยะดา	ประเสริฐสม	กองทันตสาธารณสุข
9. ทญ.นนทินี	ตั้งเจริญดี	กองทันตสาธารณสุข
10. นางอังศณา	ฤทธิอยู่	กองทันตสาธารณสุข