

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลาม เฉพาะที่ที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับ รังสีรักษา

Quality of life (QOL) in patients suffering from locally advanced-stage nasopharyngeal cancer before, during and after receiving carboplatin with concurrent chemoradiotherapy

กัญญารัตน์ ชูชาติ¹
 โกวิทย์ พุกษานุกัศดิ์¹
 ธนเดช เดชาพันธุ์กุล¹
 ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์²
 ดวงใจ แสงถวัลย์³

Kanyarat Chuchart¹
 Kowit Pruegsanusak¹
 Tanadech Dachapunkul¹
 Patrapim Sunpaweravong²
 Daungji Sangthawan³

¹ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา ²ภาควิชาอายุรศาสตร์
³ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 สงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

¹Department of Otolaryngology Head and Neck
 Surgery, ²Department of Internal Medicine,
³Department of Radiology, Faculty of Medicine,
 Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla,
 90110, Thailand
 E-mail: ckanyara@medicine.psu.ac.th
 Songkla Med J 2010;28(3):127-137

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: ศึกษาคุณภาพชีวิต (Quality of life) ผู้ป่วย
 มะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลาม ก่อน-ระหว่างและหลัง
 รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาติน

วัสดุและวิธีการ: ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะ III-IV
 จำนวน 50 ราย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้รับความ
 การบำบัดด้วยรังสีรักษา ร่วมกับรังสีรักษา ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิต
 ตนเอง ก่อน-ระหว่างและหลังการรักษาครบ 1 เดือน โดย
 ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
 ภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ สถิติที่ใช้ คือ McNemar test

ผลการศึกษา: 2 ใน 3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44 เป็นระยะ
 III ร้อยละ 56 เป็นระยะ IV ผลการประเมิน QOL 4 ด้าน
 พบว่า QOL ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ ($p < 0.05$) คือ ด้านร่างกายในระดับก่อนการรักษา
 ร้อยละ 26 ส่วนระหว่างการรักษาลดลง เหลือร้อยละ 2 และ
 หลังการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6 ส่วน QOL โดยรวม
 ทุกด้านระดับไม่ดีขึ้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2 ขณะก่อนรับการรักษา
 เป็นร้อยละ 14 ในขณะที่รับการรักษา ส่วนด้านอื่นๆ เช่น จิตใจ
 สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยยา
 เคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับรังสีรักษา มี QOL ด้านร่างกาย
 โดยรวมลดลงขณะรับการรักษาและดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 ครบแล้ว 1 เดือน ในขณะที่ QOL ด้านอื่นๆไม่เปลี่ยนแปลง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, มะเร็งหลังโพรงจมูก, คาร์โบ-
 พลาติน, concurrent chemoradiotherapy

รับต้นฉบับวันที่ 20 มกราคม 2553 รับลงตีพิมพ์วันที่ 19 เมษายน 2553

Abstract:

Objective: To compare the quality of life (QOL) in patients suffering from locally advanced-stage nasopharyngeal cancer before, during and after treatment with carboplatin concurrent with radiation.

Materials and methods: Fifty patients diagnosed with nasopharyngeal cancer stage III or IV and who were treated with concurrent chemoradiotherapy (CCRT), were included in our study. The Thai version of the World Health Organization's brief quality of life assessment (WHOQOL-BREF-THAI), consisting of 26 indicators, was used for self-Assessment before, during and 1 month after completion of treatment. Data were analysed using McNema test.

Results: Two-thirds of the patients were male, 44% were stage III and 56% were stage IV in nasopharyngeal cancer, respectively. The association between the physical parameters of QOL before and 1 month after treatment completion was statistically significant ($p < 0.05$), decreasing from 26% to 2% (before-during) then improved to 6% one month after completing treatment. However, the other parameters (mental health, social relationship, environment) did not show a statistically significant difference.

Conclusion: Advanced-stage nasopharyngeal cancer patients, receiving carboplatin during concurrent chemoradiotherapy, exhibited a worsening especially of its physical parameters during treatment, which improved 1 month after treatment completion. The other parameters, however, remained unchanged.

Key words: carboplatin, concurrent chemoradiotherapy, nasopharyngeal cancer, quality of life

บทนำ

มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เฉลี่ยปีละ 15-50 รายต่อ 1 ประชากรแสนราย พบบ่อยในช่วงอายุ 40-50 ปี โดยเฉพาะเพศชาย ในอัตราส่วนชาย : หญิง = 3 : 1¹ ส่วนโรงพยาบาล

สงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 89 ราย เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกในระยะที่ 3 และ 4 ทั้งหมด 57 ราย (ร้อยละ 64)

การรักษา มะเร็งหลังโพรงจมูกมีหลายวิธี ประกอบด้วยวิธีรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัด ตลอดจนการผ่าตัด ในผู้ป่วยบางกรณี อย่างไรก็ตาม การให้รังสีรักษา ยังเป็นการรักษาหลักของมะเร็งหลังโพรงจมูกทุกระยะ ทั้งเพื่อเป้าหมายการรักษาที่หายขาด และเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้ให้ความสนใจและเน้นการศึกษาทางด้านการให้รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดในการรักษา มะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลาม การรักษาโดยให้รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดแบ่งเป็นการให้เคมีบำบัดก่อนการให้รังสีรักษา (neoadjuvant) ระหว่างรังสีรักษา (concurrent) และหลังการให้รังสีรักษา (adjuvant)

มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งที่ตอบสนองต่อการฉายรังสีได้ค่อนข้างดี โดยเฉพาะในระยะที่ 1 และ 2 พบอัตราการหายจากโรคถึงร้อยละ 80-100 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีมากกว่าร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ ส่วนระยะที่ 3 และ 4 ที่มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตมากกว่า 3 ซม. หรือมีต่อมน้ำเหลืองโตที่บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า มีอัตราการหายจากโรคเพียงร้อยละ 20-50 เท่านั้น¹ และอัตราการแพร่กระจายของมะเร็งในอัตราสูงและอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีเหลือเพียงร้อยละ 10-40² เท่านั้น มีหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ concurrent chemo-radiotherapy ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลาม โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ cisplatin และ 5-Fluorouracil (5-FU) พบอัตรา complete response ในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ โดยอยู่ในช่วงร้อยละ 86-96³⁻⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโดยใช้ carboplatin มาใช้ในการรักษา โดยพบว่าอัตราการตอบสนอง อัตราการรอดชีวิตนั้นอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกับการให้ cisplatin⁵⁻⁶

Yeo และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

ด้วยการให้ carboplatin ร่วมกับ 5-FU ผลข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุดคือการกดไขกระดูก (Leukopenia, thrombocytopenia) แต่ไม่พบผลข้างเคียงต่อไตเลย ในพ.ศ. 2541 ได้ทำการศึกษาใหม่โดยเปลี่ยนจากการให้ขนาดยา carboplatin จากการคำนวณ body surface area เป็น targeted area under the concentration versus time curve (AUC) โดยให้ carboplatin AUC 6 มก./มล./นาที่ ตามสูตร Calvert formula ร่วมกับ Paclitaxel 135 มก./ม.² โดยให้ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า response rate ทั้งหมดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59 ผลข้างเคียงจากยาในระดับรุนแรงที่พบ ได้แก่ neutropenia, anemia, thrombocytopenia⁹

ในประเทศไทย มีการศึกษาของสาวิตรี เมาศีกุล-ไพโรจน์ และคณะ⁹ โดยศึกษาการให้ concurrent chemoradiotherapy ร่วมกับ adjuvant chemotherapy ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยให้ cisplatin 100 มก./ม.² ในวันที่ 1 และ 22 ของวันที่เริ่มให้รังสีรักษา เมื่อครบรังสีรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเสริมด้วย cisplatin 100 มก./ม.² ในวันที่ 1 ร่วมกับ 5 FU 800 มก./ม.² ในวันที่ 1-4 โดยให้ทุกๆ 4 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง พบว่ามีผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยที่เกิด mucositis และ hematologic toxicity ในระดับ 3 และ 4

จากการศึกษาที่ผ่านมาการให้ concurrent chemotherapy ส่วนใหญ่เป็นการใช้ cisplatin ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ มีการศึกษาน้อยมากที่เริ่มให้ carboplatin ตั้งแต่เริ่มการรักษา ส่วนใหญ่ของทุกการศึกษาที่กล่าวมาจะเปลี่ยนมาให้ carboplatin แก่ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่พบปัญหา การให้ carboplatin แทนการให้ cisplatin มีข้อดีที่ว่าเนื่องจากสามารถพิจารณาให้การรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ และในแง่ผลข้างเคียงของยาที่น้อยกว่า ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงจากเกือบร้อยละ 100 เหลือ ร้อยละ 35 ผลต่อไตและระบบปัสสาวะที่น้อยกว่า แต่อาจจะมีผลในด้านกดไขกระดูกที่มากกว่าบ้างโดยเฉพาะ thrombo-

cytopenia แต่ทั้งนี้ก็นับขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ให้ ราคายาก็อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่อาศัยอยู่ เป็นแนวความคิดที่กว้างและเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและสภาพแวดล้อม เป็นนามธรรมทั้งด้านดีและไม่ดี¹⁰

เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย The World Health Organization quality of life Assessment - Brief-Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) ได้มีการพัฒนาจนเหลือ 26 ข้อ จาก 24 หมวด จากการศึกษาของเต็มศักดิ์ พึ่งรัตมี และคณะ¹¹ พบว่า ผลการศึกษาสนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อภาษาไทยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีความไวดี ผู้ป่วยเข้าใจคำถามดี และใช้เวลาไม่นาน ซึ่งในทางคลินิกจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เช่น ในประเทศที่มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด เป้าหมายการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการบรรเทาอาการของโรค หรือประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตจากการรักษาได้

คณะวิจัยจึงเห็นสมควรทำการศึกษาผลของการใช้ยา carboplatin และคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ เนื่องจากเป็นยาที่เพิ่งถูกนำมาใช้และให้ในขนาดยาที่สูง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ขณะก่อน-ระหว่าง-หลังรับการรักษาด้วยยา carboplatin ร่วมกับรังสีรักษา

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาไปข้างหน้า

ก. ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการวินิจฉัยตามอาการและการตรวจร่างกายอย่างน้อย 35 ราย ดังนี้

- มีการยืนยันโดยการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก

Inclusion criteria

เป็นผู้ป่วยรายใหม่ อายุไม่เกิน 60 ปี มีระยะของโรคคือ ก้อนมะเร็งระยะที่ 3, 4 (T 3, 4) หรือต่อมน้ำเหลืองระยะ N1 ที่มีขนาด > 3 ซม. หรือ ต่อมน้ำเหลืองระยะ $\geq N2^{12}$

Exclusion criteria

ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีภาวะของร่างกายดังนี้คือ the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) score > 2 หรือ Absolute neutrophil count < 1,500/มม.³, Platelet count < 100,000/มม.³ Creatinine > 3.0 มก./ดล. Poor compliance มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล (distant metastasis) หรือมีการเกิดเป็นซ้ำ (recurrent) ได้รับการรักษาด้วยวิธีใดๆ มาก่อนหน้านี้ เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือผ่าตัด

ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

1. เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการยืนยันทางพยาธิวิทยาทุกรายและผู้ป่วยจะต้องรับการรักษาดังตาม protocol โดยใช้แบบสอบถาม เพศ อายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาชีพ เศรษฐฐานะ ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของโรค โดยใช้ T-N-M staging system¹²

Protocol ในการรักษา

Day 1	concurrent chemotherapy course 1 + start radiation
↓	
Day 21	concurrent chemotherapy course 2
↓	
Day 42	concurrent chemotherapy course 3 + nearly complete radiation
↓	
Day 63	consolidation chemotherapy course 4
↓	
Day 84	consolidation chemotherapy course 5
↓	
Day 105	CT evaluate

Concurrent chemotherapy

ประกอบไปด้วย Carboplatin dose (มก.) = $AUC^{**} (6) \times (CrCl \text{ (มล./นาที)} + 25)$ ในวันแรกที่เริ่มรังสีรักษา (วันที่ 1) หลังจากนั้นให้ต่อทุกๆ 3 สัปดาห์ เป็นจำนวน 3 ครั้ง (วันที่ 21, วันที่ 42) ก่อนและหลังการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดอย่างเพียงพอ ร่วมกับการให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

* Creatinine Clearance = $(140 - \text{Age}) \times \text{Body weight (กก.)} / 72 \times \text{Creatinine}$ (เพศหญิง Creatinine Clearance ที่คำนวณได้ $\times 0.85$)
 ** Area under the (plasma concentration) curve

Adjuvant chemotherapy

ประกอบไปด้วย Carboplatin dose (มก.) = $AUC (5) \times (CrCl \text{ (มล./นาที)} + 25)$ (วันที่ 1) ร่วมกับ 5-FU 1,000 มก./ม.²/วัน นาน 4 วัน (วันที่ 1-4) โดยเริ่มให้ 3 สัปดาห์หลังจากรังสีรักษาครบ โดยให้จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 สัปดาห์

Radiation therapy

ผู้ป่วยจะได้รับการฉายแสงเป็นจำนวน 6,500-7,000 cGy แบ่งให้วันละ 200 cGy โดยให้เฉลี่ยสัปดาห์ละ

5 วัน โดยให้ในช่วงระยะ concurrent chemotherapy

2. แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมิน Toxicity โดยใช้ Radiation Therapy Oncology Group toxicity criteria ในการประเมินผิวหนัง ต่อม้ำลาย และเยื่อในช่องปากของผู้ป่วยตลอดระยะการรักษา

3. ผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อน ระหว่างการรักษาและหลังการรักษาครบ 1 เดือน โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อภาษาไทย ทั้งนี้ Quality of life (QOL) แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ¹³ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถาม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ถ้าข้อใดที่ตอบไม่เลย หรือแ่ยมาก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบมากที่สุด หรือดีมากที่สุด ให้ 5 คะแนน เพียงแต่ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 ซึ่งก่อนรวมคะแนนต้องกลับคะแนนเสียก่อน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ ระดับคะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ ส่วนคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย คะแนน 7-16 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 17-26 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตกลางๆ 27-35 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านจิตใจ คะแนน 6-14 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 15-22 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตกลางๆ 23-30 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนน 3-7 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-11 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตกลางๆ 12-15 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนน 8-18 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 19-29 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตกลางๆ 30-40 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

4. นำข้อมูลพื้นฐานมาศึกษาหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างคือ McNemar test

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรทั้งหมด 50 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ตัดสินใจจะรับการรักษาโดยวิธีรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดและได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด (ยาคาร์โบ-พลาทิน) ร่วมกับรังสีรักษาครบ protocol กลุ่มของผู้ป่วยมีลักษณะทางประชากร stage ผลพยาธิ ECOGscore และคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	68
หญิง	16	32
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	4	8
30-39	12	24
40-49	18	36
≥50	16	32
ECOG score		
0	45	90
1	2	4
2	3	6
T stage		
T 1	9	18
T 2 (T 2 a-b)	15	30
T 3	7	14
T 4	19	38
N stage		
N 0	2	4
N 1 (>3 ซม.)	9	18
N 2	30	60
N 3 (3a-b)	9	18

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
AJCC staging		
II	4	8
III	18	36
IV	28	56
Pathological histology (WHO)		
Squamous cell carcinoma (Scca)	26	52
Non-keratinizing carcinoma	1	2
Undifferentiated carcinoma	22	44
Differentiation		
Unknown	2	4
Moderate differentiation	3	6
Poorly differentiation	21	42
Undifferentiation	24	48

T หมายถึง Primary tumor

N หมายถึง Regional lymph nodes

AJCC หมายถึง American joint committee on cancer manual sixth edition

ตารางที่ 2 ภาวะเป็นพิษ

ระดับความเป็นพิษ	ระดับ 1-2 (เล็กน้อย) ร้อยละ	ระดับ 3 (ปานกลาง) ร้อยละ	ระดับ 4 (รุนแรง) ร้อยละ
คลื่นไส้	22 (64.7)	3 (9.1)	0
อาเจียน	18 (54.6)	3 (9.1)	0
แผลในปาก	20 (60.6)	12 (36.4)	1 (3.0)
ซีด	18 (54.6)	1 (3.0)	0
ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ	19 (57.6)	1 (3.0)	1 (3.0)
ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ	21 (63.7)	6 (18.2)	2 (6.1)
ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลส์ต่ำ	22 (66.7)	3 (9.2)	1 (3.0)
อ่อนเพลีย	25 (75.7)	3 (9.1)	4 (12.1)
น้ำหนักลด	18 (54.6)	9 (27.3)	6 (18.2)
ภาวะโปรตีนเชื่อมโยงในเลือดต่ำ	21 (63.6)	0	0
ภาวะเกลือในเลือดต่ำ	8 (24.3)	0	0
ผิวหนังหลุดลอก	30 (90.9)	3 (9.1)	0

ระดับภาวะความเป็นพิษ แบ่งเป็น 4 ระดับ (ตารางที่ 2)
ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 3) พบว่า

1. ด้านร่างกาย

จำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายระดับ ดี ลดลงระหว่างการรักษา จากร้อยละ 26 เป็นร้อยละ 2 และจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีและปานกลางเพิ่มจากร้อยละ 16 เป็น ร้อยละ 20 และจากร้อยละ 58 เป็นร้อยละ 78 ตามลำดับ ส่วนหลังการรักษา เหมือนว่าจะกลับดีขึ้น แต่ไม่เท่าก่อนการรักษา

2. ด้านจิตใจ

จำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษาลดลง ซึ่งก่อนไปทางคุณภาพชีวิตไม่ดีแต่ไม่มาก แต่พบว่าด้านจิตใจหลังการรักษาดูเหมือนจะกลับดีขึ้นมากกว่าทางด้านร่างกาย โดยระดับดีจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 28 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38 ในช่วงหลังการรักษา

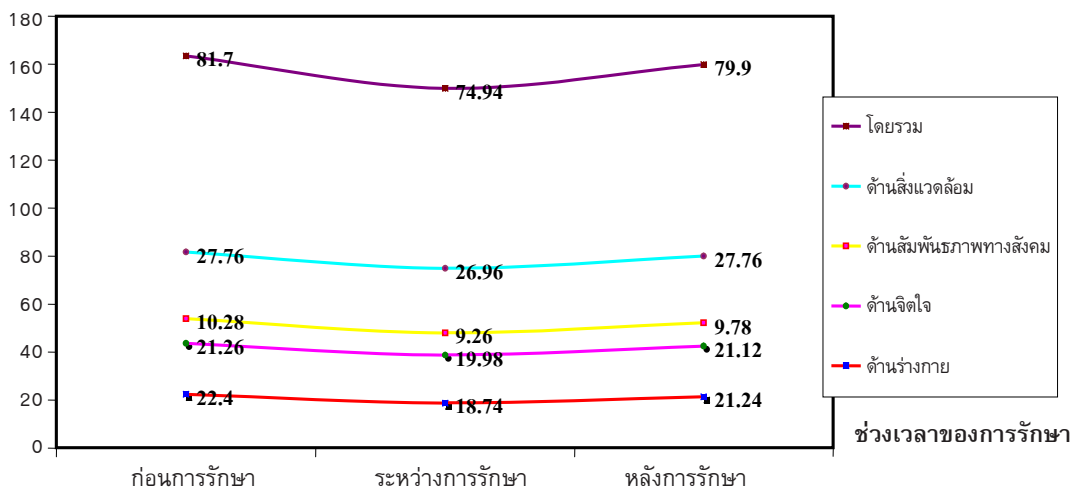
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างการรักษานับจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ

รายการ	ระดับคุณภาพชีวิต (จำนวนผู้ป่วย)			คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)	
ด้านร่างกาย				
ก่อนการรักษา	8 (16)	29 (58)	13 (26)	22.4 \pm 5.4
ระหว่างการรักษา	10 (20)	39 (78)	1 (2)	18.7 \pm 3.2
หลังการรักษา	5 (10)	42 (84)	3 (6)	21.2 \pm 3.5
ด้านจิตใจ				
ก่อนการรักษา	1 (2)	32 (64)	17 (34)	21.3 \pm 3.3
ระหว่างการรักษา	3 (6)	33 (66)	14 (28)	20.0 \pm 3.6
หลังการรักษา	2 (4)	29 (58)	19 (38)	21.1 \pm 3.6
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
ก่อนการรักษา	3 (6)	36 (72)	11 (22)	10.3 \pm 2.1
ระหว่างการรักษา	9 (18)	27 (74)	4 (8)	9.3 \pm 1.9
หลังการรักษา	5 (10)	37 (74)	8 (16)	9.8 \pm 1.8
ด้านสิ่งแวดล้อม				
ก่อนการรักษา	1 (2)	35 (70)	14 (28)	27.8 \pm 4.1
ระหว่างการรักษา	2 (4)	32 (64)	16 (32)	27.0 \pm 4.5
หลังการรักษา	0 (0)	33 (66)	17 (34)	27.8 \pm 4.1
โดยรวม				
ก่อนการรักษา	1 (2)	45 (90)	4 (8)	81.7 \pm 9.4
ระหว่างการรักษา	7 (14)	41 (82)	2 (4)	74.9 \pm 10.9
หลังการรักษา	3 (6)	45 (90)	2 (4)	79.9 \pm 10.2

คะแนนเฉลี่ย QOL



รูปที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ณ ช่วงเวลาของการรักษา

18 และลดลงเป็นร้อยละ 10 ในระดับไม่ดี ส่วนระดับดี พบว่าจากร้อยละ 22 ลดลงเหลือร้อยละ 8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 แต่ในระดับปานกลางเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการรักษาดีกว่าระหว่างการรักษา โดยจำนวนในระดับไม่ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 14 และลดลงในระยะหลังการรักษาเป็นร้อยละ 6 ส่วนในระดับปานกลางจากร้อยละ 90 ลดลงเป็นร้อยละ 82 และเพิ่มขึ้นเท่าเดิมกับก่อนการรักษา ในส่วนระดับดีพบว่าลดลงจากร้อยละ 8 เป็น ร้อยละ 4

ทั้งระยะระหว่างและหลังการรักษา ทั้งนี้เห็นว่าคุณภาพชีวิตจะลดลงและจะค่อยๆ ดีขึ้นในช่วงหลังการรักษา

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณภาพชีวิตระดับดีด้านร่างกาย ก่อนการรักษาและระหว่างการรักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคุณภาพชีวิตระดับดีลดลงจากร้อยละ 26 เป็นร้อยละ 2 คุณภาพชีวิตระดับดีและปานกลางด้านร่างกายระหว่างการรักษาและหลังการรักษาครบ 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะดีขึ้นกว่าระหว่างการรักษา โดยในระดับดีจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 6 ส่วนระดับปานกลางจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 84 ส่วนคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีรวมทุกด้านก่อนการรักษาและระหว่างการรักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตระดับไม่ดีจะเพิ่มขึ้นในช่วงระหว่างการรักษา จากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 14

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลาต่างๆ ของการรักษา

ระดับคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต				
	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม	ทุกด้าน
ก่อนการรักษากับระหว่างการรักษา					
ไม่ดี	0.804	0.625	0.07*	1	0.031
ปานกลาง	0.087	1	1	0.549	0.344
ดี	0.002*	0.508	0.065	0.727	0.625
ก่อนการรักษากับหลังการรักษา					
ไม่ดี	0.549	1	0.687	0.549	0.625
ปานกลาง	0.007*	0.607	1	0.824	1
ดี	0.002*	0.791	0.581	0.648	0.625
ระหว่างการรักษากับหลังการรักษา					
ไม่ดี	0.18	1	0.344	0.824	0.289
ปานกลาง	0.549	0.481	1	1	0.344
ดี	0.625	0.267	0.388	1	1

*P < 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ของสุวัฒน์ มหัตถ์วันรัตน์กุล และคณะ¹⁴ พบว่า คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจจะอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 33.5) มากกว่าด้านร่างกาย (ร้อยละ 23.9) สัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ 17.5) และด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 14.2) ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคม จะอยู่ในระดับที่ไม่ดีมากที่สุด (ร้อยละ 15) รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 6.4) และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมทั้งหมด ร้อยละ 20.5 อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 78.3 อยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลาง มีเพียง ร้อยละ 1.2 ที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าพวกเขามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่แย่มาก ส่วนพินิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และคณะ¹⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ระหว่างการรักษาอยู่ในระดับดี ส่วน Talmi และคณะ¹⁶ พบว่า ปัญหาเรื่องปากแห้ง ปัญหาเรื่องการเคี้ยวและการไต่ยีนจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหลังการรับการรักษาก็ตาม แต่คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี แต่จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านก่อนการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90) ลดลงระหว่างการรักษา (ร้อยละ 82) และจะค่อยๆ ดีขึ้นหลังการรักษาครบแล้ว 1 เดือน (ร้อยละ 90) คุณภาพชีวิตระดับไม่ดีด้านร่างกายก่อนการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 16) และเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 20) อาจจะเป็นเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น เจ็บปาก เจ็บคอ เป็นไข้ น้ำลายเหนียว บริเวณที่คอเป็นแผล แต่จะค่อยๆ ลดลงหลังจากการรักษาครบแล้ว (ร้อยละ 10) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากรอยโรค เช่น ปวดศีรษะ คัดจมูก ได้หายไป แต่ยังคงเหลือร่องรอยของภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จึงไม่ดีขึ้นเท่ากับก่อนการรักษา เช่น ปากแห้ง หรือยังมีน้ำลายแห้งอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{15,17-24} เช่น Huguenin และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่าระหว่างการรักษามีน้ำลายเหนียว และมีความยากลำบากในการรับประทานอาหารและจะค่อยๆ ลดลงหลังจากการรักษาครบแล้ว อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้ไม่มีผลกระทบมากในคุณภาพชีวิตโดยรวม หรือ

จากการศึกษาของ Fang และคณะ¹⁸ ที่พบว่ากรกลืนลำบาก ปากแห้งและน้ำลายเหนียว กลายเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังจากฉายแสงไป 1 ปี สอดคล้องกับ Nguyen และคณะ²¹ หรือ Curran และคณะ²² ที่พบว่า ความผิดปกติของการพูด ปัญหาการเคี้ยว ความปวด ความรู้สึกเสีร้างจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะรักษาโดยวิธีใดก็ตาม อาจเนื่องมาจากความเป็นพิษในระหว่างการรักษา แต่จะดีขึ้นในช่วงระยะเวลาการติดตาม ทั้งนี้ควรมีการจัดการด้านร่างกายของผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เช่น การใส่ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) คือ การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง โดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหาร ใส่เข้าทางปากผ่านหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร ให้กับผู้ป่วยทุกรายก่อนการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแข็งแรงและเกิดภาวะเป็นพิษน้อยมาก จนสามารถรับการรักษาจนครบ การติดตามการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทาง (Oncology) และ Nadia check ทุกสัปดาห์

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการรักษาจะอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 38) มากกว่าด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 34) สัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ 16) และด้านร่างกาย (ร้อยละ 6) ตามลำดับ ซึ่งอาจจะเนื่องจากผู้ป่วยอาจจะสบายใจขึ้นที่สามารถรับการรักษาจนครบและความหวังที่จะหายเริ่มเป็นรูปธรรม ทางด้านสิ่งแวดล้อมก็สามารถไปไหนมาไหนได้ตามปกติ เนื่องจากต้องระวังเรื่องการติดเชื้อ ไม่ต้องจำกัดบริเวณและยังสามารถที่จะได้พบปะญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านได้เหมือนเดิม และช่วงที่รักษาอาจต้องจากบ้าน ญาติมิตรเพื่อมาพักอยู่บริเวณที่ใกล้โรงพยาบาล เช่น วัดโคกนาว หรือบ้านเช่า หรือแม้แต่โรงพยาบาล ไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกับญาติพี่น้อง หรือจากการที่สภาพร่างกาย รูปลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น หน้าดำ ลอก แดง หรือเป็นแผล ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยอยากมีสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ทำให้ขาดสัมพันธภาพทางสังคมไปด้วย แต่จะเห็นว่าคุณภาพด้านร่างกายยังคงเหลือร่องรอยของภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ปากแห้ง ปากเป็นแผล ยังรับประทานอาหารไม่ค่อยได้

รอยหลุดลอกของผิวหนังบริเวณคอยังไม่ค่อยหายดีเท่าที่ควร หรือการที่ยังมีน้ำลายแห้งอยู่ และการจัดการด้านจิตใจของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มกำลังใจ เช่น มีอาสาสมัครและเครือข่ายผู้ป่วย nasopharynx cancer (CANSP) เป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่บ้านใกล้เรือนเคียง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็น รวมถึงการยอมรับการรักษาได้เป็นอย่างดี

สรุป

การให้ **concurrent chemoradiotherapy** สูตร **carboplatin base** ซึ่งยังเป็นการศึกษาทางเดียวพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและสัมพันธภาพทางสังคมแย่งระหว่างการรักษา ส่วนด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมลดลงบ้างแต่ไม่มากระหว่างการรักษา ทั้งนี้คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านก่อนการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ลดลงระหว่างการรักษาและจะค่อยๆ ดีขึ้นหลังการรักษาครบแล้ว 1 เดือน ซึ่งการรับรู้ของคนทั่วไปมักจะมองว่าการรักษามะเร็งนั้นทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอยู่แล้ว นั่นคือ QOL น่าจะแย่งระหว่างรักษา หรือหลังรักษาช่วงแรก ดังนั้นการที่ QOL แย่งระหว่างรักษาอาจจะไม่เกินคาดแต่ถ้าดีขึ้นกว่าก่อนรักษาอันได้แก่ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากรอยโรคหายไปก็จะเป็นที่ต้องการ และการที่มีการเตรียมร่างกายของผู้ป่วยเป็นอย่างดี เช่น การใส่ PEG จะทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาจนครบและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Chan AT, Teo PM, Leung TW, et al. The role of chemotherapy in the management of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer* 1998;82:1003-12.
2. Al-Sarraf M, LeBlanc M, Giri PG, et al. Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer: phase III randomized intergroup study 0099. *J Clin Oncol* 1998;16:1310-7.
3. Serin M, Erkal HS, Cakmak A. Radiation therapy

and concurrent cisplatin in management of locoregionally advanced nasopharyngeal carcinomas. *Acta Oncol* 1999;38:1031-5.

4. Wolden SL, Zelefsky MJ, Kraus DH, et al. Accelerated concomitant boost radiotherapy and chemotherapy for advanced nasopharyngeal carcinoma. *J Clin Oncol* 2001;19:1105-10.
5. Matthew P, Naresh J, Edna R, et al. Concurrent weekly carboplatin and radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma: report of a joint phase II study. *Radiother Oncol* 2001;58:131-6.
6. Okita J, Hatta H, Terada T, et al. Concurrent chemoradiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *Auris Nasus Larynx* 2004;31:43-7.
7. Yeo W, Leung TW, Leung SF, et al. Phase II study of the combination of carboplatin and 5-fluorouracil in metastatic nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Chemother Pharmacol* 1996;38:466-70.
8. Yeo W, Leung TW, Chan AT, et al. A phase II study of combination paclitaxel and carboplatin in advanced nasopharyngeal carcinoma. *Eur J Cancer* 1998;34:2027-31.
9. Maoleekoonpaibroj S, Phromratanapongse P, Puttanuparp S. Phase II study: concurrent chemoradiotherapy in advanced nasopharyngeal carcinoma. *J Med Assoc Thai* 1997;12:778-84.
10. Kuyken W, The WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
11. Phunggrassami T, Katikarn R, Watanaarepornchai S, et al. Quality of life assessment in radiotherapy patients by WHOQOL-BREF-THAI: a feasibility study. *J Med Assoc Thai* 2004;87:1459-65.
12. Page D, Fleming I, Fritz A, et al. American Joint Committee On Cancer: Manual for Staging of Cancer. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2002.
13. Mahatnirunkul S, Tuntipivanakul W, Pumpisan-sanchai W, et al. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai* 1998;5:4-15.
14. Mahatnirunkul S, Silapakit P, Pumpisan-sanchai W.

- Quality of life during economic crisis in Thailand 1998. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand; 1998.
15. พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อ, สมจิตต์ สินธุ์ชัย, สิรินาถ ธรรมวิญญา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 2550;32:229-36.
 16. Talmi YP, Horowitz Z, Bedrin L, et al. Quality of life of nasopharyngeal carcinoma patients. *Cancer* 2002;94:1012-7.
 17. Huguenin PU, Taussky D, Moe K, et al. Quality of life in patients cured from a carcinoma of the head and neck by radiotherapy: the importance of the target volume. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999;45:47-52.
 18. Fang FM, Tsai WL, Chien CY, et al. Changing quality of life in patients with advanced head and neck cancer after primary radiotherapy or chemoradiation. *Oncology* 2005;68:405-13.
 19. Pow EH, Kwong DL, McMillan AS, et al. Xerostomia and quality of life after intensity-modulated radiotherapy vs. conventional radiotherapy for early-stage nasopharyngeal carcinoma: initial report on a randomized controlled clinical trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;66:981-91.
 20. Urdaniz JI, Vega FA, Burgaleta AM, et al. Quality of life in patients with locally advanced head and neck cancer treated with chemoradiotherapy. Comparison of two protocols using the EORTC questionnaires (QLQ-C30, H and N35). *Clin Transl Oncol* 2005;7:398-403.
 21. Nguyen NP, Sallah S, Karlsson U, et al. Combined chemotherapy and radiation therapy for head and neck malignancies: quality of life issues. *Cancer* 2002;94:1131-41.
 22. Curran D, Giralt J, Harari PM, et al. Quality of life in head and neck cancer patients after treatment with high-dose radiotherapy alone or in combination with cetuximab. *J Clin Oncol* 2007;25:2191-7.
 23. Oates JE, Clark JR, Read J, et al. Prospective evaluation of quality of life and nutrition before and after treatment for nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:533-40.
 24. Joseph KJ, Alvi R, Skarsgard D, et al. Analysis of health related quality of life (HRQoL) of patients with clinically localized prostate cancer, one year after treatment with external beam radiotherapy (EBRT) alone versus EBRT and high dose rate brachytherapy (HDRBT). *Radiat Oncol* 2008;3:20.