



อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาเด็ก

ก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Survival Of Childhood Hepatoblastoma Cancer Patients

Before And After The Universal Coverage Scheme

มณีวรรณ อุบลชัย

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุรพล เวียงนนท์

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง

หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุพรรณณี พรหมเทศ

ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

มะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา (hepatoblastoma) เป็นมะเร็งตับที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก มีพยากรณ์โรคดี โดยเฉพาะมะเร็งในระยะต้น สามารถรักษาให้หายขาดจากการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและการเข้าถึงการรักษา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่าง พ.ศ.2528- 2556 โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาล ผลการศึกษา มีผู้ป่วยเด็กที่เป็น มะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาทั้งหมด 74 ราย พบในเด็กชายและหญิงเท่าๆ กัน มีผลพยาวิทายั่งยืนน้อยกว่าร้อยละ 83.8 ติดตามผลการรักษา 6,228 คน-เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.5 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 0.3-0.7) อัตรา

การรอดชีพที่ 6, 12, 18 และ 24 เดือน เท่ากับร้อยละ 80.6, 76.2, 62.8 และ 58.2 ตามลำดับและค่า 75% survival time เท่ากับ 12 เดือน (95% CI, 6.7-17.9) อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1 มกราคม 2528 - 31 ธันวาคม 2544) จำนวน 36 ราย ติดตามผลการรักษา 4,486 คน-เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 19 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.4 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 0.2-0.6) อัตราการรอดชีพที่ 6, 12, 18 และ 24 เดือน เป็นร้อยละ 64.7, 61.8, 50.0 และ 50.0 ตามลำดับและค่า 75% survival time เท่ากับ 2 เดือน (95%CI, -1.1-5.2) อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา หลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1 มกราคม 2545 - 31 ธันวาคม 2557) จำนวน 38 ราย ติดตามผลการรักษา 1,754 คน-เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.7 ต่อ 100 คน-



เดือน (95%CI, 0.4-1.2) อัตราการรอดชีพที่ 6, 12, 18 และ 24 เดือน เท่ากับร้อยละ 94.7, 89.3, 74.4 และ 65.2 ตามลำดับ และค่า 75% survival time เท่ากับ 14 เดือน (95%CI, 5.6-22.2) ระยะของโรคเป็นปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา โดยผู้ป่วยที่อยู่ระยะที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการตายเป็น 5.75 เท่า ของผู้ป่วยในระยะที่ 1 และ 2 (95%CI, 1.33-24.86) โดยสรุป อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สูงกว่าก่อนการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระยะของโรคเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะแรกของโรคมียากรรมโรคดี

คำสำคัญ : อัตราการรอดชีพ มะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาในเด็ก ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทย

Abstract

Background: Hepatoblastoma is the most common primary hepatic tumor in children. Advances in therapeutic strategies resulted in improved survival, especially for early disease and good compliance. In Thailand, universal health coverage has been implemented since 2002 resulting in getting access to health services. This study aimed to study the survival rates in children with hepatoblastoma before and after the universal coverage scheme. Material and methods: We sourced the data from Khon Kaen Cancer Registry on children with hepatoblastoma, diagnosed at treated at

Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University between 1985-2013. The patient status was followed-up till December 2014. The Kaplan Meier method was applied to calculate cumulative survival and independent prognostic factors were investigated using Cox regression. Results: We identified 74 cases of children between 0-15 years of age diagnosed with hepatoblastoma. Males and females are equally affected. Morphological verification was made in 83.8%. The total follow up time was 6,628 person-months. Thirty-one patients died, resulting in the mortality rate of 0.5 per 100 person-months (95%CI, 0.4-0.7). The respect cumulative survival rate at 6, 12, 18 and 24 months was 80.6, 76.2, 62.8 and 58.2%. The 75% survival time was at 12 months (95%CI, 6.8-17.9). Thirty-six cases received treatment before implementation of the universal coverage scheme (January 1985 - December 2011). The total follow-up times were 4,486 person-months. Nineteen patients died resulting in the mortality rate of 0.4 per 100 person-months (95 % CI, 0.2-0.6). The respect survival rate at 6, 12, 18 and 24 months was 64.7, 61.8, 50 and 50%. The 75% survival time was 2 months (95% CI,-1.1-5.2). Specifically, 38 cases were treated under the universal coverage scheme (January 2012-December 2014). The total follow-up times were 1,754 person-months. Twelve patients died, resulting in the mortality rate of 0.7 deaths per 100 person-months (95% CI, 0.4-



1.2). The respect survival rates at 6, 12, 18 and 24 months was 94.7, 89.3, 74.4 and 65.2%. The 75% survival time was 14 months (95%CI, 5.6-22.2). After controlling the effects of gender, age, stage of disease, treatment modality, stage of disease (stage ≥ 3) was the only significant prognostic factor with the risk of death 5.75 times greater than of patients with stage1 (95% CI = 1.33-24.86). Conclusion: Overall survival rate of hepatoblastoma patients after the universal coverage scheme was higher than before those of using universal coverage scheme. Stage of the disease was the only factor that affected the survival. Patients treated at the early stages of the disease can minimize the risk of death.

Keywords : survival rate, hepatoblastoma, universal coverage Thailand

บทนำ

ในประเทศไทยโรคมะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุการตายที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆในขณะที่โรคมีสัมพันธ์กับความยากจนลดลงเป็นลำดับ (สถิติกระทรวงสาธารณสุข 2558) โรคมะเร็งตับในเด็กพบได้น้อย แต่มีพยากรณ์โรคดี สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด (Olsson, 2011) จากการศึกษาของชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group, ThaiPOG) พบอุบัติการณ์ของมะเร็งตับในเด็กในประเทศไทยเป็น 2.3 ต่อประชากรเด็กหนึ่งล้านคน พบได้บ่อยเป็นอันดับ 9 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด คาดว่ามีผู้ป่วยมะเร็งตับในเด็กรายใหม่ประมาณปีละ 80 ราย อัตราการรอดชีพเป็น

ร้อยละ 44.5 (Wiangnon et al., 2011) การเข้าถึงการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อผลของการรักษา ก่อนการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2544 ประชาชนไทยที่ได้รับความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลมีเพียงข้าราชการ/เจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและครอบครัว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และผู้ได้รับการสงเคราะห์อีกจำนวนหนึ่ง หากแต่ยังมีประชาชนอีกจำนวนมาก ยังไม่มีความคุ้มครองใดๆ และผู้ที่มีความคุ้มครองส่วนใหญ่มีเพียงการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล แต่ยังไม่มียาหลักประกันสุขภาพอย่างบริบูรณ์ (สุรจิต สุนทรธรรมและคณะ, 2555) ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินนโยบายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน จากรายงานการศึกษามะเร็งในเด็กในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยเด็กมะเร็งร้อยละ 92 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 7 ใช้สิทธิข้าราชการ/จ่ายตรงสวัสดิการ และ ร้อยละ 1 ค่าระค่ารักษาพยาบาลเอง (ThaiPOG, 2006)

ดังนั้น การศึกษานี้มุ่งจะศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาในเด็ก ก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาเด็กทุกราย ที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่าง พ.ศ. 2528 ถึง พ.ศ. 2556

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาเด็ก ก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์



2. เพื่อศึกษาระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมาเด็ก ก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบและประชากร

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective cohort โดยศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา อายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2528 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556 และติดตามไปถึง 31 ธันวาคม 2557

วิธีการ

รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของโรคได้แก่ ระยะของโรค วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและศึกษาอัตราการรอดชีพ ก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คำนวณอัตราการรอดชีพโดยใช้สูตรของ Kaplan-Meier และ Cox-regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา

ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา 74 ราย ชาย 36 คน หญิง 38 คน อายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 14 ปี อายุเฉลี่ย 1.8 ปี อายุตามมัธยฐาน 1 ปี (0:14) ได้รับการวินิจฉัยโดยภาพถ่ายทางรังสีวิทยาพร้อมกับระดับสารมะเร็ง (alpha-fetoprotein) 2 ราย (ร้อยละ 2.70) ผลทางพยาธิวิทยา 62 ราย (ร้อยละ 83.8) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย (ร้อยละ 41.9) ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ 43 ราย (ร้อยละ 58)

ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา จำนวน 74 ราย ในระยะติดตาม 6,228 คน-เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.5 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 0.4-0.7) อัตราการรอดชีพในระยะเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือน ร้อยละ 80.6, 76.2, 62.8 และ 58.2 ตามลำดับและค่า 75% survival time หลังได้รับการรักษา เท่ากับ 12 เดือน (95%CI, 6.8-17.9) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา

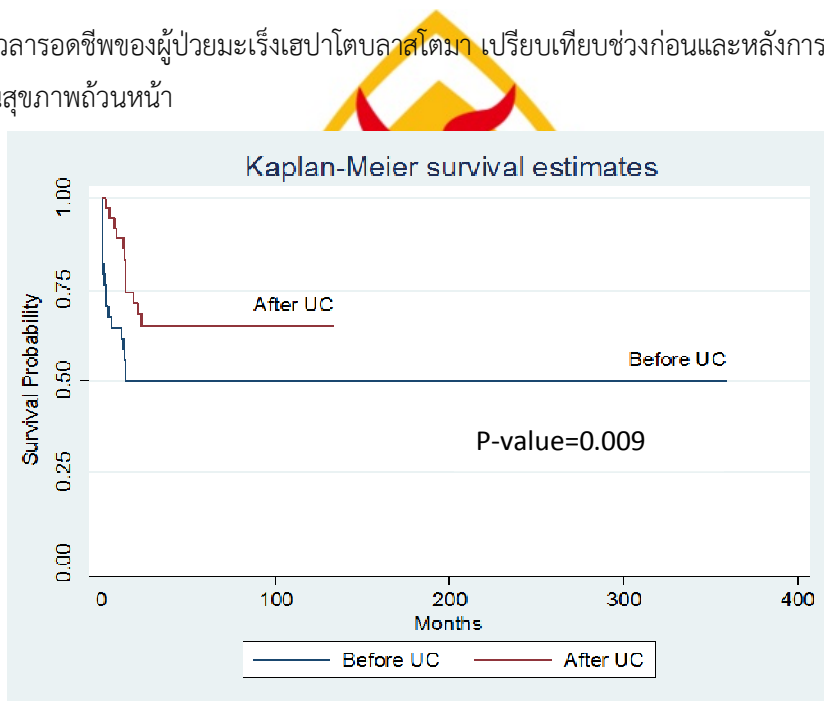
ระยะเวลาการรอดชีพ	อัตราการรอดชีพ	95%CI
6 เดือน	80.6	69.4-87.9
12 เดือน	76.2	64.6-84.5
18 เดือน	62.8	50.2-72.9
24 เดือน	58.2	45.7-68.8



ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา ก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1 มกราคม 2528 - 31 ธันวาคม 2544) จำนวน 36 ราย ในระยะติดตาม 4,486 คน-เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 19 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.4 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 0.2-0.6) อัตราการรอดชีพในระยะเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือนร้อยละ 64.7, 61.8, 50 และ 50 ตามลำดับและค่า 75% survival time เท่ากับ 2 เดือน (95%CI, -1.1-5.2) (ตารางที่ 2)

ส่วนผลการวิเคราะห์การรอดชีพของ ผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา หลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1 มกราคม 2545 - 31 ธันวาคม 2557) จำนวน 38 ราย ในระยะติดตาม 1,754 คน-เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.7 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 0.4-1.2) อัตราการรอดชีพในระยะเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือน ร้อยละ 94.7, 89.3, 74.4 และ 65.2 ตามลำดับ และค่า 75% survival time หลังได้รับการรักษา เท่ากับ 14 เดือน (95% CI, 5.6-22.2) (รูปภาพที่ 1และตารางที่ 2)

ภาพที่ 1 ระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ตารางที่ 2 ระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระยะเวลาการรอดชีพ	ก่อนเข้าสู่ระบบ UC		หลังเข้าสู่ระบบ UC	
6 เดือน	64.7	46.3-78.1	94.7	80.6-98.7
12 เดือน	61.8	43.4-75.7	89.3	74.0-98.7
18 เดือน	50.0	32.4-65.3	74.4	56.5-85.8
24 เดือน	50.0	32.4-65.3	65.2	46.8-78.0



ตารางที่ 3 ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาทอบลาสโตมา หลังได้รับการรักษาโดยไม่คำนึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น

ตัวแปร	จำนวน (คน)	75 % survival time (95% CI)	Person- time (คน-เดือน)	IR/100 (คน- เดือน)	HR Crude (95%CI)	P-value
เพศ						0.065
หญิง	38	14 (1.9-30.2)	3483	7	1	
ชาย	36	7 (-6.5-20.6)	2757	3	2.02 (0.9- 4.3)	
อายุ						0.433
<1ปี	30	8 (-0.7-17.2)	4750	5	1	
≥1ปี	44	13 (11.8-14.6)	1490	3	1 (0.9-1.2)	
ระยะของโรค						0.135
Stage 1+2	17	NA (NA)	2172	1	1	
Stage 3	26	8.3 (2.1-14.4)	1349	8	3 (0.8-10.2)	
Stage 4	9	12.2 (4.8-30.2)	663	8	4 (0.8-15.3)	
Unknown stage	22	3.7 (-0.1-7.5)	2055	5	4 (1.0-13.5)	





ตารางที่ 3 ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อปอดโตมา หลังได้รับการรักษาโดยไม่คำนึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น(ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	75 % survival time (95% CI)	Person- time (คน-เดือน)	IR/100 (คน- เดือน)	HR Crude (95%CI)	P-value
วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ						
การผ่าตัด						
ทำ	48	14 (10.9-16.6)	4361	3	1	0.079
ไม่ทำ	26	5 (-2.9-11.8)	1878	8	2 (0.9-3.9)	
เคมีบำบัด						
ทำ	57	13 (10.4-15.3)	4564	4	1	0.239
ไม่ทำ	17	1 (-1.6-3.0)	1676	5	2 (0.7-3.6)	
สองอย่างร่วมกัน						
ใช้ (ผ่าตัด+เคมีบำบัด)	42	13.8 (7.5-20.2)	3713	3	1	0.138
ไม่ใช้ (ผ่าตัด/เคมีบำบัด)	21	4.5 (-3.8-12.8)	1498	8	2.04 (0.9-4.6)	
ไม่ได้รับการรักษา/ Supportive care	11	2.1 (-0.1-4.2)	1028	6	2.25 (0.8-6.1)	
การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
หลัง UC	38	14 (5.6- 22.2)	1754	4	1	0.068
ก่อน UC	36	2.1 (-1.1- 5.2)	4486	7	1.98 (0.9 -4.1)	





ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา วิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	HR Crude	HR Adjusted	(95% CI) of HR Adjusted	P-value
อายุ					0.236
< 1 ปี	30	1	1		
≥1ปี	44	1.04	0.54	0.19-1.49	
ระยะของโรค					0.020
Stage 1+2	17	1	1		
Stage 3	26	1.62	5.23	1.33-24.86	
Stage 4	9	2.08	5.45	1.53- 34.11	
Unknown	22	2.11	2.70	0.88-15.35	
วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ					0.129
การผ่าตัด					
ทำ	45	1	1		
ไม่ทำ	29	1.93	1.90	0.49- 3.66	
การเข้าสู่ระบบประกัน					0.009
สุขภาพถ้วนหน้า	38	1	1		
หลัง UC	36	1.98	3.72	0.07-0.59	
ก่อน UC					

พะเยา

เมื่อนำมาวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ ผลการวิเคราะห์เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ พบว่า ระยะโรคเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา ที่ได้รับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.020) โดยผู้ป่วยระยะที่ 3 เสี่ยงต่อการตายเป็น 1.62 เท่า ของผู้ป่วยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (95% CI=1.33-24.86) และการรักษาช่วงมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ ของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา ที่ได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.009) โดยผู้ป่วยที่รักษาช่วงก่อนมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสี่ยงต่อการตาย 1.98 เท่า ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาลงเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (95% CI=0.07-0.59)



อภิปรายผล

มะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา (hepatoblastoma) เป็นมะเร็งตับที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก พยากรณ์โรคดี โดยเฉพาะมะเร็งในระยะต้น สามารถรักษาให้หายขาดจากการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและการรักษาที่ครบถ้วน ในยุโรปและอเมริกามีอัตราการรอดชีพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมาโดยรวมร้อยละ 70-75 และผู้ป่วยระยะต้น (1 และ 2) มีอัตราการรอดชีพร้อยละ 90-100 (Zsiros, et al, 2010) จากการศึกษาของชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group, ThaiPOG) พบอุบัติการณ์ของมะเร็งตับในเด็กในประเทศไทยเป็น 2.3 ต่อประชากรเด็กหนึ่งล้านคน คาดว่ามีผู้ป่วยมะเร็งตับในเด็กรายใหม่ประมาณปีละ 80 ราย อัตรารอดชีพเป็นร้อยละ 44.5 (ThaiPOG, 2006) จากการศึกษาอัตราการรอดชีพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในเด็กระยะยาว (พ.ศ. 2528-2552) แบบฐานประชากรที่จังหวัดขอนแก่น พบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย มะเร็งเฮปาโตบลาสโตมาร้อยละ 34 (Wiangnon, et al 2014)

การเข้าถึงการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อผลของการรักษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินนโยบายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Tangcharoensathien V et al., 2010) ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้นและเท่าเทียมกัน จากรายงานการศึกษาของ Thai POG พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ThaiPOG, 2006) อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมาก่อนมีการใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับอัตราการรอดชีพอื่นๆ เช่น การศึกษาของรัฐพล ว่องวันดี (2543) สุกิจ กิตติศิริวัฒน์กุล (2549)

รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศ ของ Stiller, et al. (2549) ที่พบว่า อัตราการรอดชีพในระยะเวลา 5 ปีในผู้ป่วยเฮปาโตบลาสโตมา ร้อยละ 63 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Mollern (2544) ที่ศึกษาในยุโรปและ Lee, et al.(2541) ที่ศึกษาในประเทศไต้หวัน อย่างไรก็ตามผลการรอดชีพของผู้ป่วยเฮปาโตบลาสโตมา ในการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจนเท่ากับผลการรักษาโดย Stiller, et al. (2549) ที่ศึกษาในยุโรป พบว่าอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 5 ปีในผู้ป่วยเฮปาโตบลาสโตมาร้อยละ 63

อัตราการรอดชีพภายหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นแต่ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank test= -114.61, p-value= 0.068) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ยังน้อยเกินไป การรวบรวมและวิเคราะห์อัตราการรอดชีพจากหลายๆ สถาบันอาจทำให้เห็นผลได้ชัดเจนกว่านี้

สำหรับอัตราการรอดชีพแบบ 75% survival time พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเฮปาโตบลาสโตมา หลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีอัตราการรอดชีพที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (14 เดือน เทียบกับ 2 เดือน) ในการศึกษาการรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า มีผลที่ดีขึ้นจากการเข้าถึงการรักษาแบบเดียวกัน (เจนวิทย์ เวียงนิล, 2556) พบว่าสิทธิการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอด ($p < 0.001$) จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร ที่มีผลต่อการรอดชีพ โดยคำนึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรเพศ ตัวแปรอายุ แล้วพบว่าระยะของโรค เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งช่องเฮปาโตบลาสโตมา หลังได้รับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value, 0.02) โดยผู้ป่วยในระยะลุกลาม (ระยะ 3 และ 4) มีความเสี่ยงต่อ



การตายเป็น 5.23 เท่า ของผู้ป่วยในระยะต้น (ระยะ 1 และ 2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ กิตติศิริวัฒน์กุล (2549) ที่พบว่าระยะของโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาและอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย ในการศึกษาที่มีผู้ป่วยร้อยละ 30 ไม่ทราบระยะของโรค แต่มีอัตราการรอดชีพอยู่ระหว่างผู้ป่วยในระยะต้นและลุกลาม คาดว่าผู้ป่วยน่าจะมีทั้งระยะต้นและระยะลุกลามรวมกัน ผลการรักษาภายหลังมีระบบประกันสุขภาพดีกว่าช่วงระยะเวลาก่อนมีระบบประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (p-value, 0.009) โดยผู้ป่วยในระยะก่อนมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเสี่ยงต่อการตายเป็น 3.72 เท่า ของผู้ป่วยในระยะที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับการศึกษา

ของเจนวิทย์ เวียงนิล (2556) ที่พบว่าสิทธิการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอด (p-value, 0.001) ซึ่งอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 14

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหน่วยมะเร็งโรงพยาบาล ศรินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และช่วยเหลืองานการศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วง





เอกสารอ้างอิง

- เจนวิทย์ เวียงนิล. (2556). *ระบาดวิทยาและการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็ง
ลำปาง* รายงานการศึกษาระบาดวิทยาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;
- สุกิจ กิตติศิริวัฒน์กุล.(2557). *การศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยมะเร็งตับเฮปาลาสโตมา ในภาควิชากุมารเวชศาสตร์.
โรงพยาบาลศิริราช* สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2557 จาก
<http://www.ped.si.mahidol.ac.th/thesis/Sukit> สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. (2555).
ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กรุงเทพฯ; หน้า 121-123.
- รัฐพล ว่องวันดี. (2543). *อัตราการรอดชีพผู้ป่วย hepatoblastoma ของเด็กในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.
ม.ป.ท.:ม.ป.พ.*
- Lee CL, Ko YC. (1998). Survival and distribution pattern of childhood liver cancer in
Taiwan.1998. *Eur J Cancer*, (34).
- Moller TR, Garwicz S, Corazziari I, Magnani C. (1989) .Survival of children with liver tumours
in Europe 1978. *Eur J Cancer*. (2001), (37).
- Olsson, TA. Hepatic tumors. In: Lanzkowsky P, editor. (2011). *Manual of pediatric
hematology and oncology*. Amsterdam : Academic Pr.
- Stiller CA, Pritchard J, Steliarova-Foucher E. (2006). Liver cancer in European children:
incidence and survival, 1978-1997. Report from the automated childhood cancer
information system project. *Eur J Cancer*, (42).
- Thai Pediatric Oncology Group (ThaiPOG). (2006). *Incidence of childhood cancer in
Thailand, 2003-5*. study report.
- Tangcharoensathien V, Swasdiworn W, Jongudomsun P, et al. (2010).Universal coverage
scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges.
Background paper,43; *World health report*, World Health Organization.
- Wiangnon S, Jetsrisusarb A, Komvilaisak P, Suwanruangruang K. (2014). Childhood cancer
Incidence and survival 1985-2009, Khon Kaen, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, (15).
- Wiangnon S, Veerakul G, Nuchprayoon I, Seksarn P, Hongeng S, Krutvecho T, et al. (2011).
Childhood cancer incidence and survival 2003-2005, Thailand: study from the Thai
Pediatric Oncology Group. *Asian Pac J Cancer Prev*, (12).
- Zsíros J, Maibach R, Shafford E, Brugieres L, Brock P, Czauderna P, et al. (2010). Successful
treatment of childhood high-risk hepatoblastoma with dose-intensive multiagent
chemotherapy and surgery : final results of the SIOPEL-3HR study. *J Clin Oncol*, (28).