

## การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

### สมพิศ คินทรักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสตศูวิทยา  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตู้ ปณ. 17 คอหงส์ อำเภอหาดใหญ่  
จังหวัดสงขลา 90112  
โทร: 074-287578  
โทรสาร: 074-429878  
E-mail: sompid.k@psu.ac.th

### บทคัดย่อ

สความัสเซลล์คาร์ซิโนมา เป็นมะเร็งช่องปากชนิดที่พบบ่อยที่สุด ในปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาโรคมะเร็งได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมาก แต่อัตรการรอดของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระยะ 5 ปี ดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การตรวจหามะเร็งช่องปากในระยะแรก จึงเชื่อว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากต่อการพยากรณ์โรคและผลการรักษา บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศต่าง ๆ รวบรวม สรุปปัญหา และนำเสนอข้อควรคำนึงในการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

### บทนำ

มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในโลกเป็นอันดับที่ 8 ในเพศชาย และเป็นอันดับที่ 12 ในเพศหญิง<sup>1</sup> ข้อมูลรวบรวมจากโรงพยาบาลทั่วโลกในปี พ.ศ. 2545 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ 274,300 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งช่องปาก 145,500 ราย โดย 2 ใน 3 ของข้อมูลมาจากกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา<sup>2</sup> นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและช่องคอที่อยู่รอดเกิน 5 ปี มีน้อยกว่าร้อยละ 50 และในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา อัตราการรอดของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระยะ 5 ปี ดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น<sup>1</sup> มะเร็งช่องปากในระยะแรกซึ่งยังมีขนาดเล็กและยังไม่แพร่กระจายจะมีการตอบสนองดีต่อการรักษาและมีอัตราการหายสูง แต่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมากกว่าร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อมะเร็งลุกลามไปมากแล้ว สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลรวบรวมระหว่างปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2540 พบว่ามะเร็งช่องปากในเพศชายพบเป็นอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ ปอด และลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง

พบเป็นอันดับที่ 7 รองจากมะเร็งปากมดลูก เต้านม ตับ ปอด ลำไส้ใหญ่ และรังไข่ ตามลำดับ การเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอในคนไทย พบประมาณ 6.8 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในเพศชาย และ 4.8 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในเพศหญิง อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอในคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 2.4 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในเพศชายเมื่ออายุ 35 ปี เป็น 4.0 และ 25.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน เมื่ออายุ 40 และ 60 ปี ตามลำดับ และในเพศหญิงจาก 1.1 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน เมื่ออายุ 35 ปี เป็น 3.1 และ 21.1 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนเมื่ออายุ 40 และ 60 ปี ตามลำดับ<sup>3</sup> มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 45 ปี<sup>3</sup> และพบว่าอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอมีแนวโน้มคงที่หรือลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา<sup>3</sup>

ช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายซึ่งโดยทั่วไปสามารถเข้าตรวจได้ง่ายทั้งโดยตัวผู้ป่วยเอง หรือโดยทันตแพทย์หรือแพทย์ การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถทำให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้นได้ โดยการตรวจหาในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ตำแหน่งเหล่านี้ ได้แก่ บริเวณลิ้น ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 50 โดยมากเกิดที่ด้านข้างและด้านใต้ลิ้น (ventrolateral aspect of tongue) และบริเวณพื้นปาก (floor of the mouth) ซึ่งพบได้ร้อยละ 35 บริเวณที่พบรองลงไปตามลำดับ คือ เพดานอ่อน (soft palate) เหงือก กระพุ้งแก้ม และเพดานแข็ง (hard palate)<sup>4</sup> ในขณะนี้มีการรณรงค์ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งหลายชนิดในประเทศไทยอย่างจริงจัง ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ คงมาถึงเวลาอันเหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในระบบบริการสาธารณสุขของชาติ และเพื่อสอดคล้องกับคำประกาศเมืองครีต ในเรื่องการป้องกันมะเร็งช่องปากที่ประเทศกรีซเมื่อปี พ.ศ. 2548 (The Crete Declaration on Oral Cancer Prevention 2005)<sup>5</sup>

จุดมุ่งหมายของบทความวิทยานี้เพื่อทบทวน และนำเสนอผลการศึกษาก่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจากประเทศต่าง ๆ ทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อควรคำนึงในการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

### ความหมายของการตรวจคัดกรอง<sup>6</sup>

**การตรวจคัดกรอง (screening)** หมายถึง กระบวนการในการตรวจหาโรคในระยะเริ่มแรกในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการใด ๆ

**ผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก (positive screening)** ใช้ในความหมายที่บอกผลการตรวจคัดกรองโดยทั่วไปแต่ไม่ใช่การวินิจฉัย เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงหรือมีโอกาสในการเกิดมะเร็งได้มากกว่าบุคคลทั่วไป และมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

**การวินิจฉัย (diagnosis)** คือการยืนยันโรค อาจได้จากการตรวจทดสอบเพิ่มเติม หรือจากการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ภายหลังจากที่ได้รับผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก

**ความไวของการตรวจ (sensitivity)** หมายถึง โอกาสที่บุคคลที่มีรอยโรคมะเร็งช่องปากจะได้รับผลการตรวจเป็นบวก

**ความจำเพาะของการตรวจ (specificity)** หมายถึง โอกาสที่บุคคลที่ไม่มีรอยโรคมะเร็งช่องปากจะได้รับผลการตรวจเป็นลบ

**ค่าพยากรณ์บวก (positive predictive value)** หมายถึง ความเป็นไปได้ที่ผลบวกจากการตรวจเป็นผลบวกจริง คือเป็นรอยโรคมะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็งจริง

**ค่าพยากรณ์ลบ (negative predictive value)** หมายถึง ความเป็นไปได้ที่ผลลบจากการตรวจเป็นผลลบจริง คือไม่มีรอยโรคมะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็งจริง

### การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

วัตถุประสงค์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งโดยทั่วไป ก็เพื่อผลในการลดอัตราการเกิดและการตายจากมะเร็ง โดยการตรวจหาโรคในระยะแรกตั้งแต่ยังไม่มีการแสดงทางคลินิก เป็นการพยายามตรวจบุคคลที่น่าจะมีโรคออกจากคนที่ไม่มีโรค เป้าหมายในการตรวจคัดกรองมิได้มีความตั้งใจที่จะให้ได้การวินิจฉัยโรค แต่ผลการตรวจที่เป็นบวกจะต้องได้รับการตรวจยืนยันและวินิจฉัยโดยวิธีการตรวจที่เฉพาะต่อไป การตรวจมะเร็งช่องปากไม่เหมือนการตรวจอื่น ๆ ไม่มีการตรวจเพียงอย่างเดียวสำหรับการวินิจฉัยมะเร็งช่องปากหรือรอยโรคก่อนมะเร็ง (precancerous lesion) การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากสามารถทำได้โดยวิธีง่าย ๆ เพียงใช้การตรวจดูด้วยตา (visual inspection) ในบริเวณต่าง ๆ ในช่องปากอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกระจกส่องปากช่วยในการตรวจสำรวจอย่างทั่วถึงร่วมกับการคลำ เชื่อว่าจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และเป็นวิธีการตรวจที่ใช้ได้กับทุกสังคม แต่การให้ผลบวกหรือผลลบจากการตรวจด้วยตาขึ้นอยู่กับความแม่นยำในการตัดสินใจของผู้ตรวจว่าจะสามารถจดจำลักษณะที่ผิดปกติ และแยกแยะลักษณะที่ผิดปกติออกจากความปกติได้ ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ร่วมด้วยเป็นอย่างมาก

การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในกลุ่มประชากรทั่วไป ยังไม่ได้มีการรณรงค์อย่างแพร่หลายในประเทศไทย เหมือนเช่น ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะมะเร็งช่องปากพบได้ในอันดับรองลงไปมาจาก มะเร็งเหล่านั้น นอกจากนี้ อาจมีสาเหตุมาจากคำถามเรื่องความ แม่นยำของวิธีการตรวจ ความสะดวก และความง่ายในการตรวจ ตลอดจนค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าในประโยชน์ที่ได้รับ โดยเฉพาะประโยชน์ในการนำไปสู่การลดอัตราการตายที่มีสาเหตุ มาจากมะเร็งช่องปาก

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)<sup>7</sup> เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดย คัดเลือกเฉพาะการศึกษาที่เป็นแผนไปข้างหน้า (prospective investigation) และมีการตรวจยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญในรายที่ได้ ผลบวก (มีรอยโรคมะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก) และ บางส่วนในรายที่ได้ผลลบ (มีรอยโรคเนื้อเยื่ออ่อนชนิดอื่น ๆ ที่ ไม่ใช่มะเร็งหรือตรวจไม่พบรอยโรค) พบว่า ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญของผลการศึกษาในการตรวจคัดกรองมะเร็ง- ช่องปากระหว่างโครงการที่ดำเนินการในประเทศอุตสาหกรรม อย่างอังกฤษและญี่ปุ่น กับประเทศกำลังพัฒนาอย่างอินเดียและ ศรีลังกา แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในรูปแบบการศึกษา (เช่น การตรวจในชุมชนใหญ่ โดยการเคาะประตูสำรวจตามบ้าน หรือ การตรวจเฉพาะกลุ่มประชากรที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล หรือ พนักงานในบริษัทใหญ่ และการใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทน ทันตแพทย์ในการตรวจคัดกรอง เป็นต้น) จำนวนประชากรที่ ศึกษา ถิ่นประชากร และลักษณะอื่น ๆ

### การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศญี่ปุ่น

จากการศึกษาของ Ikeda และคณะ<sup>8</sup> ซึ่งทำการตรวจคัด- กรองมะเร็งช่องปากในประชากรที่มีอายุ 60 ปี ที่อาศัยในเมือง โทโคนามะ (Tokoname city) ประเทศญี่ปุ่น โดยการส่งหนังสือ เชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากซึ่ง จัดเป็นประจำทุกปี ปีละครั้ง ต่อเนื่องมา 8 ปี ที่ศูนย์สุขภาพของ เมือง และทำการตรวจโดยทันตแพทย์ 4 ท่านที่ได้รับการอบรมการ ตรวจรอยโรคในช่องปากโดยการตรวจด้วยสายตา (visual screening) พบว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจ ในแต่ละปีมีเพียงร้อยละ 11 ถึง 20 และจากจำนวนผู้ได้รับการ ตรวจทั้งหมด 802 ราย ได้ผลบวกร้อยละ 4.7 ซึ่งในกลุ่มนี้เป็น เพศชาย 2 เท่าของเพศหญิง ได้รับการส่งต่อร้อยละ 84 แต่มีเพียง ร้อยละ 78 ของผู้ที่ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจ ติดตามผลต่อไป โดยได้รับการตรวจโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ทางเวชศาสตร์ช่องปาก (oral medicine specialist) และ/หรือร่วม กับการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยา ซึ่งรอยโรคผลบวกทั้งหมดนี้ เป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง ได้แก่ ลิวโคเพลเคีย (leukoplakia) โลเคน- แพลนัส (lichen planus) และโรคราแคนดิดาชนิดเรื้อรัง (chronic candidosis) นอกจากนี้ ตรวจพบรอยโรคอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับมะ-เร็งช่องปากร้อยละ 5.2 และในจำนวนนี้ ร้อยละ 90 ไปโรงพยาบาล เพื่อทำการรักษาต่อ ค่าพยากรณ์บวกของการตรวจคัดกรอง มะเร็งช่องปากเท่ากับ 0.80 และค่าพยากรณ์ลบเท่ากับ 0.82

### การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศอังกฤษ

จากการศึกษาของ Jullien และคณะ<sup>9</sup> ซึ่งทำการตรวจคัด- กรองมะเร็งช่องปากในประชาชนทั่วไปที่มารับบริการประเภท ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทันตกรรม รวมทั้งญาติหรือเพื่อนที่ ติดตามมาด้วย โดยกลุ่มเป้าหมายมีอายุ 40 ปีหรือมากกว่า นอก- จากนี้ยังส่งจดหมายเชิญชวนไปยังผู้ป่วยของสถานพยาบาล การแพทย์ต่าง ๆ ตามที่อยู่ซึ่งลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาล ทำการตรวจและบันทึกโดยทันตแพทย์ทั่วไปบนเก้าอี้ทำฟัน และใช้กระจกส่องปากหนึ่งคู่ภายใต้ไฟส่องสว่างที่ดี ผู้เข้าร่วม โครงการแต่ละรายจะได้รับการตรวจอย่างอิสระอีกครั้ง จาก ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชศาสตร์ช่องปาก ซึ่งจะจัดการดูแล และส่งตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสมเพื่อการวินิจฉัย รอยโรคที่ทำการ บันทึกเป็นผลบวก ได้แก่ รอยฝ้าขาว (white patch) รอยฝ้าแดง (red patch) ผลที่เป็นมานานกว่า 2 สัปดาห์ รวมทั้งรอยโรค โลเคนแพลนัส สับมิวคัสไฟโบรซิส (submucous fibrosis) โรคลูปัสแบบผิวหนังร้อนแดง (lupus erythematosus) และ แอก- ตินิกเคอราโตซิส (actinic keratosis) จากจำนวนผู้ได้รับการตรวจ ทั้งหมด 2,027 ราย ได้ผลบวก 60 ราย ผลลบ 1,967 ราย ในขณะที่ ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ผลบวก 54 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.7 ของจำนวนผู้ได้รับการตรวจทั้งหมด) จากการตรวจยืนยันโดย ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและ/หรือร่วมกับการวินิจฉัยทางจุล- พยาธิวิทยา พบเป็นมะเร็งช่องปาก 2 ราย เป็นรอยโรคก่อนมะ-เร็ง 51 ราย และเป็นมะเร็งชนิดเบสัลเซลล์คาร์ซิโนมา (basal cell carcinoma) 1 ราย ความไวและความจำเพาะของการตรวจคัด- กรองเท่ากับ 0.74 และ 0.99 ตามลำดับ มีค่าพยากรณ์บวก และค่าพยากรณ์ลบของการตรวจคัดกรองเท่ากับ 0.67 และ 0.99 ตามลำดับ

จากการศึกษาโดย Downer และคณะ<sup>10</sup> ซึ่งได้ทำการตรวจ คัดกรองมะเร็งช่องปากในกลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับสูงและพนักงาน บริษัทเอกชนใหญ่แห่งหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในระยะเวลา 1 ปี โดยการประกาศเชิญชวนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ช่องปากผ่านทางสื่อต่าง ๆ ของบริษัท ทำการตรวจด้วยสายตา อย่างเป็นระบบโดยทันตแพทย์ทั่วไป 2 ท่าน โดยมีเกณฑ์การให้ผลบวกเหมือนการศึกษาข้างต้น และกำหนดรอยโรคที่เป็นผลลบไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ ลิ้นลายแผนที่ (geographic tongue) กลางลิ้นอักเสบรูปขนมเปียกปูน (median rhomboid glossitis) โรคราแคนดิดาชนิดเยื่อเทียม (pseudomembranous candidosis) แผลแอฟท์ส (aphthous ulceration) รอยฝ้าขาวที่เป็นอยู่ชั่วคราว (transient white patch) และเยื่อช่องปากอักเสบเหตุนิโคติน (stomatitis nicotina) ผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละราย จะได้รับการตรวจอย่างอิสระอีกครั้งจากทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเวชศาสตร์ช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการ 292 คน คิดเป็นร้อยละ 53 ได้ผลบวกเป็นร้อยละ 5.5 (ทั้งหมดเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง) ความไว และความจำเพาะของการตรวจคัดกรองในการศึกษานี้เป็น 0.71 และ 0.99 ตามลำดับ มีค่าพยากรณ์บวกของการตรวจคัดกรองเท่ากับ 0.86 และค่าพยากรณ์ลบเท่ากับ 0.98

เนื่องจากประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว มีความชุกของโรคมะเร็งช่องปากที่ค่อนข้างต่ำ การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในกลุ่มประชากรทั่วไปจะเป็นการสิ้นเปลืองและเสียเวลามาก จึงได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในคลินิกทันตกรรม<sup>11</sup> โดยให้ทันตแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการเข้ารับการฝึกอบรม 2 ครั้ง เพื่อปรับมาตรฐานการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ผู้ป่วยในคลินิกรายใดที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก จะถูกสุ่มเลือกไปตามความสะดวกและโอกาสที่ทันตแพทย์นั้น ๆ ทำได้ เช่น ในช่วงที่มีคนใช้น้อยตามแต่โอกาสหรือกำหนดเป็นทุกวันใดวันหนึ่งในสัปดาห์ เป็นต้น โดยผู้ป่วยต้องมียุอายุไม่ต่ำกว่า 35 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของรอยโรคมะเร็งช่องปากและรอยโรคก่อนมะเร็งที่ตรวจได้จากคลินิกทันตกรรม ไม่แตกต่างจากการสำรวจในประชากรทั่วไป โดยพบร้อยละ 4.2 (94 รายจาก 2,265 ราย โดยวินิจฉัยทางคลินิกเป็นมะเร็งช่องปาก 2 ราย นอกนั้นเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้มีการติดตามผลการตรวจในผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อว่าผลบวกนั้นเป็นรอยโรคอะไรบ้างและเป็นผลบวกจริงเท่าไร

### การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศอินเดียและศรีลังกา

การศึกษาในประเทศอินเดียและศรีลังกา จะอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (basic health worker หรือ primary health care worker) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน ซึ่งเจ้า

หน้าที่สาธารณสุขเหล่านี้ได้รับการอบรมโดยทันตแพทย์ในการตรวจรอยโรคเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก เพื่อให้สามารถแยกลักษณะรอยโรคที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากได้ เช่น ลิ้นโคเพลเคียชนิดที่เป็นก้อน (nodular leukoplakia) อีริโทรเพลเคีย (erythroplakia) แผลเรื้อรัง และก้อนเนื้อที่คล้ายมะเร็ง<sup>12-14</sup>

การศึกษาในประเทศอินเดีย Mehta และคณะ<sup>12</sup> ได้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยการเดินเท้าจากบ้านสู่บ้านเป็นระยะเวลา 1 ปี กลุ่มเป้าหมายมีอายุมากกว่า 35 ปี และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ได้แก่ สูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก จากจำนวนผู้ที่ถูกตรวจ 39,331 ราย ได้ผลบวกและควรได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาคิดเป็นร้อยละ 1.3 แต่มีผู้ไปรับการตรวจรักษาที่ศูนย์รับส่งต่อเพียงร้อยละ 72 และพบเป็นมะเร็งช่องปาก 20 ราย (ร้อยละ 3.8)

การศึกษาในประเทศศรีลังกา Warnakulasuriya และคณะ<sup>13-14</sup> ทำการตรวจคัดกรองในประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปี รายงานการศึกษาในปี พ.ศ. 2533<sup>13</sup> ซึ่งมีผู้รับการตรวจ 29,295 ราย (ร้อยละ 33 ของกลุ่มเป้าหมาย) มีเพียงร้อยละ 54 ของกลุ่มที่ตรวจพบรอยโรค ไปทำการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลตามคำแนะนำในช่วง 18 เดือนภายหลังการตรวจคัดกรอง โดยประมาณร้อยละ 60 เป็นผลบวกจริง (true-positive; เป็นรอยโรคมะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก) ร้อยละ 10 เป็นผลบวกปลอม (false-positive) นอกจากนี้ ทันตแพทย์ในโครงการได้มีโอกาสทำการตรวจซ้ำในผู้ที่รับการตรวจแล้วได้ผลลบจำนวน 1,212 ราย พบผลลบปลอม (false-negative) ร้อยละ 1.6 ซึ่งเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งทั้งหมด ค่าพยากรณ์บวกของการตรวจคัดกรองเท่ากับ 0.58 และค่าพยากรณ์ลบเท่ากับ 0.98 จากรายงานการศึกษาต่อมาในปี พ.ศ. 2534<sup>14</sup> ซึ่งได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและมะเร็งช่องปากอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผู้มารับการตรวจ 57,124 ราย คิดเป็นร้อยละ 78 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้จำนวนผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54 เป็นร้อยละ 62 และพบว่าเป็นรอยโรคมะเร็งช่องปาก 20 ราย รอยโรคก่อนมะเร็ง 1,716 ราย มีค่าพยากรณ์บวกของการตรวจคัดกรองเท่ากับ 0.80 และค่าพยากรณ์ลบเท่ากับ 0.96

### บทวิจารณ์

การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถทำได้ง่ายโดยการตรวจด้วยสายตา และอาจใช้กระจกส่องปากและการคลำร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีที่เป็นที่ยอมรับ ใช้ได้กับทุกสังคมเชื้อชาติ และ

เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากได้อย่างมีความแม่นยำระดับหนึ่ง ประสิทธิภาพของผู้ตรวจก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อความแม่นยำในการแยกลักษณะรอยโรคมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะรอยโรคก่อนมะเร็ง อย่างไรก็ตาม ในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีปัญหาด้านแคลนบุคลากรที่เป็นทันตแพทย์หรือแพทย์ โดยเฉพาะในชุมชนที่ห่างไกล การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ สามารถกระทำได้และมีความแม่นยำใกล้เคียงกับทันตแพทย์ทั่วไป<sup>14-15</sup>

จุดมุ่งหมายหลักของการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อให้สามารถตรวจพบและให้การรักษามะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ผลคาดหวังสูงสุดคือ อัตราการตายที่เกิดจากมะเร็งนั้นลดลง ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานการศึกษาเพียงพอที่จะสรุปว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจะนำไปสู่การลดอัตราการตายตามที่คาดหวังได้ อย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาเชิงทดลองในปี พ.ศ. 2548 โดยใช้วิธีสุ่มแบบกลุ่ม (cluster-randomized controlled trial) ที่ประเทศอินเดียโดย Sankaranarayanan และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ตำบลตรีวันดรัม (Trivandrum district) ใน 13 ชุมชน โดย 7 ชุมชนได้รับเอกสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก เพื่อการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก และได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก 3 ครั้ง โดยทำการตรวจทุก 3 ปี อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2547 อีก 6 ชุมชนเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเฉพาะการตรวจเยี่ยมตามปกติ ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า ในช่วงเวลา 9 ปี นับจากเริ่มมีการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก กลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองและได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก มีอัตราการตายจากมะเร็งช่องปากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หากแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่และ/หรือดื่มสุรา พบว่าอัตราการตายจากมะเร็งช่องปากในเพศชายที่ได้รับความรู้และการตรวจคัดกรอง มีอัตราต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาในประเทศอังกฤษโดย Speight และคณะ<sup>17</sup> โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์เชิงตัดสินใจ (decision-analytic model) ในการวิเคราะห์ผลคุ้มทุน (cost-effectiveness) จากการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากได้สรุปว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากตามแต่โอกาส (opportunistic screening) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง (สูบบุหรี่และ/หรือดื่มสุรา) ภายในสถานบริการทันตกรรมทั่วไปโดยทันตแพทย์อาจให้ผลคุ้มทุน โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประชากรทั่วไป อาจให้ผลคุ้มทุนในประเทศกำลังพัฒนาที่มีอุบัติการณ์การเกิดของโรคสูง<sup>18</sup>

การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงคาดว่าน่าจะสามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วย และลดอัตราการตายจากมะเร็งช่องปากได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากได้รับการตรวจพบตั้งแต่เป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือรอยโรคมะเร็งช่องปากในระยะแรกซึ่งยังไม่มีการใดทางคลินิกที่เด่นชัด และได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ในระยะแรกนี้ อย่างไรก็ตาม จะต้องคำนึงถึงข้อไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรอง เนื่องจากยังไม่ชัดเจนว่า รอยโรคก่อนมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งช่องปากมากน้อยเท่าใด และรวดเร็วแค่ไหน นั่นคือรอยโรคก่อนมะเร็งที่ตรวจพบอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นมะเร็งเลยก็ได้ เป็นผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกินจำเป็น นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองอาจมีผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจในกรณีที่พบผลบวกปลอม ในทางกลับกัน ในรายที่เป็นผลลบปลอมจะได้รับความมั่นใจที่ผิดว่ารอยโรคที่ปรากฏอยู่นั้นไม่มีโอกาสเกิดเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นผลให้ได้รับการตรวจและรักษาช้าเกินไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในประเทศไทย ได้เคยมีรายงานเป็นโครงการย่อยร่วมกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งอื่น ๆ ภายใต้การประสานงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับองค์การอนามัยโลก<sup>9</sup> โดยใช้ศูนย์ชุมชน (community social center) ที่บางนาเป็นสถานที่ทำการตรวจคัดกรอง ซึ่งอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 150 กิโลเมตร มีการเชิญชวนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งโดยอาศัยรถกระจายเสียง รวมทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครเดินเยี่ยมไปตามบ้าน 2 วันก่อนเริ่มการตรวจคัดกรองซึ่งดำเนินการตรวจเพียง 2 วัน เพื่ออธิบายถึงจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ และให้ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายที่สำคัญของมะเร็ง ประวัติทางการแพทย์ทั่วไปรวมถึงลักษณะนิสัยที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การตรวจอย่างละเอียดในช่องปากทำโดยทันตแพทย์หนึ่งท่าน มีผู้มารับการตรวจทั้งหมด 349 ราย เป็นเพศชาย 100 ราย อายุเฉลี่ย 49 ปี เป็นเพศหญิง 249 ราย อายุเฉลี่ย 42 ปี พบมะเร็ง 6 ราย โดยเป็นมะเร็งช่องปาก (ได้รับการตรวจยืนยัน) 4 ราย อย่างไรก็ตาม รายงานผลของรอยโรคก่อนมะเร็งในการศึกษานี้เป็นการรายงานผลในภาพรวมซึ่งพบ 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 รอยโรคส่วนใหญ่เป็นรอยโรคทางนรีเวช (ปากมดลูก ช่องคลอด รังไข่) ส่วนรอยโรคที่พบในช่องปากคือลิ้นโผล่เคี้ยว ปัญหาที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานคือ การขาดการติดตามผล ถึงแม้จะมีการส่งจดหมายติดตามให้ผู้ที่ได้รับผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกไปรับการตรวจยืนยันและได้รับการรักษาถึง 2 ครั้ง แต่มีผู้ไปรับการตรวจและรักษาต่อเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น หากจะมีการดำเนินนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากขึ้นอีก

ครั้ง มีข้อควรคำนึงในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย: ควรคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่เหมาะสมและคิดว่าให้ผลคุ้มค่าที่สุดสำหรับประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากต่ำ<sup>3</sup> กลุ่มประชากรเป้าหมายอาจกำหนดโดยอายุ (เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากและช่องคอในคนไทยจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น) อาชีพ หรือชุมชน (อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือในชุมชนที่มีอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากสูง) หรือโดยปัจจัยเสี่ยง เช่น กลุ่มที่สูบบุหรี่และดื่มสุราจัด หรือหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน นอกจากนี้จะต้องพิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมากที่สุด อาจโดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากแก่ประชาชนทั่วไป มีสื่อวิทัศน์เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ มีแผนพับอธิบายความสำคัญของการตรวจคัดกรอง และแผนภูมิแสดงการส่งต่อเพื่อรับการตรวจและรักษาเมื่อได้รับผลการตรวจเป็นบวก

2. เกณฑ์ (criteria) ในการกำหนดผลบวก: เกณฑ์สำหรับกำหนดผลบวกจะต้องมีความชัดเจน ตรวจได้ง่าย และครอบคลุมรอยโรคที่มีโอกาสเป็นมะเร็งมากที่สุด เพื่อให้เกิดผลลบปลอมน้อยที่สุด แต่ไม่ควรมีผลบวกปลอมที่มากเกินไป ลักษณะที่ใช้กำหนดผลบวกในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในการศึกษาที่ผ่านมา<sup>8-10,12-16</sup> ได้แก่ รอยโรคสีขาว รอยโรคสีแดง และแผลที่เป็นมานานกว่า 2 สัปดาห์

3. ผู้ทำการตรวจคัดกรอง: จากการศึกษาในประเทศอินเดีย<sup>15</sup> และศรีลังกา<sup>13-14</sup> พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้จบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในสาขาอื่นที่ไม่ใช่การแพทย์ มีความสามารถในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับทันตแพทย์ทั่วไป ถ้าได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติจนมีประสบการณ์พอ และถึงแม้ผู้ทำการตรวจคัดกรองจะเป็นทันตแพทย์ก็ตาม ควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อเป็นการปรับมาตรฐานการตรวจด้วย นอกจากนี้อาจกำหนดให้มีการประชุมกลุ่มเดือนละครั้ง เพื่อรับฟังปัญหาในการตรวจที่อาจเกิดขึ้น

4. โรงพยาบาลหรือศูนย์การแพทย์ที่รับส่งต่อผู้ป่วย: จะต้องมีความเพียงพอและมีความพร้อม ตลอดจนมีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยและการรักษามะเร็งช่องปาก

5. ความยินยอมไปรับการตรวจและรักษาต่อ (compliance): ความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และยินยอมไปรับการตรวจวินิจฉัยและ

รักษาต่อ ถ้าผลการตรวจเป็นบวก มีความสำคัญมากในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็ง จากการศึกษาที่ผ่านมา<sup>8</sup> พบว่า ผู้ที่ได้รับผลการตรวจคัดกรองว่ามีรอยโรคอื่นที่ไม่ใช่รอยโรคมะเร็ง หรือรอยโรคก่อนมะเร็ง จะไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับผลว่ามีรอยโรคที่เป็นหรือเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก ดังนั้นในขณะที่ทำการตรวจ ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมความรู้เรื่องมะเร็งช่องปากทั้งในด้านสาเหตุการเกิด ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดหรือทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง ลักษณะทางคลินิกของมะเร็งช่องปากและรอยโรคที่มีโอกาสเป็นมะเร็งได้สูง รวมถึงการป้องกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติ และลดความกลัวในการตรวจรักษาต่อไป

6. การประเมินผลการตรวจ: ควรมีการกำหนดวิธีการประเมินและติดตามประสิทธิภาพของผู้ทำการตรวจคัดกรองเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีมาตรฐานอยู่ตลอดเวลา และมีการประเมินความไว ความจำเพาะ ค่าพยากรณ์บวก และค่าพยากรณ์ลบของการตรวจคัดกรอง

7. การดำเนินการ: การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากอาจไม่จำเป็นต้องจัดเป็นโครงการเดี่ยว สามารถจัดเป็นโครงการร่วมหรือเสริมจากโครงการตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปี อาจทำการตรวจบันทึกรอยโรคอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากรอยโรคมะเร็งและรอยโรคก่อนมะเร็ง และควรส่งเสริมให้มีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เข้ารับการตรวจเพียงครั้งเดียวจึงจะได้ประโยชน์สูงสุด

## บทสรุป

การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากด้วยสายตา และอาศัยกระจกส่องปากช่วยในการตรวจสำรวจอย่างทั่วถึงร่วมกับการคลำ เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากได้อย่างมีความแม่นยำระดับหนึ่งและเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการเกิดมะเร็งช่องปากต่ำ การดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ได้ผลคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการศึกษาและพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะทำการตรวจคัดกรอง เกณฑ์ในการกำหนดผลบวก ใครเป็นผู้ทำการตรวจคัดกรองและใช้สถานที่ใด การควบคุมมาตรฐานการตรวจ ศักยภาพความพร้อมและความเพียงพอของโรงพยาบาลหรือศูนย์การแพทย์ที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ และยินยอมไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อเมื่อผลการตรวจเป็นบวกและมีการประเมินผลโครงการ

## คำขอขอบคุณ

ขอขอบคุณกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ได้ริเริ่มโครงการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี ของมะเร็งช่องปากและช่องคอ อันเป็นจุดเริ่มต้นและสนับสนุนการเขียนบทความปริทัศน์นี้ และขอขอบคุณ ทพ.วิรัตน์ เอื้องพุลสวัสดิ์ สำหรับคำแนะนำในการเขียนบทความภาษาไทย

## เอกสารอ้างอิง

1. Stewart BW, Kleihues P, editors. World cancer report. Lyon: IARC Press; 2003. p. 12-9, 232-6.
2. Ferlay J, Parkin DM, Pisani P. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon: IARC Press; 2004.
3. Sriplung H. Oral cavity and pharynx. In: Sriplung H, Sontipong S, Martin N, Wiangnon S, Vootiprux V, Cheirsilpa A, Kanchanabat C, Khuhaprema T, editors. Cancer in Thailand. Vol III, 1995-1997. Bangkok; 2003. p. 19-21.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia: WB Saunder; 2002. p. 361-3.
5. Petersen PE. Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:397-9.
6. Cancerweb.ncl.ac.uk[homepage on the internet]. Overview: cancer screening [updated 2002 March; cited 2006 May 3]. Available from: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cancernet/303092.html>.
7. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of test performance in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol* 2004;40:264-73.
8. Ikeda N, Downer MC, Ishii T, Fukano H, Nagao T, Inoue K. Annual screening for oral cancer and precancer by invitation to 60-year-old residents of a city in Japan. *Community Dent Health* 1995;12:133-7.
9. Jullien JA, Downer MC, Zakrzewska JM, Speight PM. Evaluation of a screening test for the early detection of oral cancer and precancer. *Community Dent Health* 1995;12:3-7.
10. Downer MC, Evans AW, Hughes Hallett CM, Jullien JA, Speight PM, Zakrzewska JM. Evaluation of screening for oral cancer and precancer in a company headquarters. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:84-8.
11. Lim K, Moles DR, Downer MC, Speight PM. Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. *Br Dent J* 2003;194:497-502.
12. Mehta FS, Gupta PC, Bhonsle RB, Murti PR, Daftary DK, Pindborg JJ. Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India. *Cancer Detect Prev* 1986;9:219-25.
13. Warnakulasuriya S, Pindborg JJ. Reliability of oral precancer screening by primary health care workers in Sri Lanka. *Community Dent Health* 1990;7:73-9.
14. Warnakulasuriya KA, Nanayakkara BG. Reproducibility of an oral cancer and precancer detection program using a primary health care model in Sri Lanka. *Cancer Detect Prev* 1991;15:331-4.
15. Mathew B, Sankaranarayanan R, Sunilkumar KB, Kuruvila B, Pisani P, Nair MK. Reproducibility and validity of oral visual inspection by trained health workers in the detection of oral precancer and cancer. *Br J Cancer* 1997;76:390-4.
16. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:1927-33.
17. Speight PM, Palmer S, Moles DR, Downer MC, Smith DH, Henriksson M, et al. The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. *Health Technol Assess* 2006;10:1-144.
18. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol* 2006;42:551-60.
19. Lynch HT, Pitakspraiwan P, Sombooncharoen S, Phanthumchinda P, Vechmon U, Srivanwat G, et al. A demonstration project on cancer screening in rural Thailand: preliminary report. *Oncology* 1985;42:193-7.

## R e v i e w

# Oral Cancer Screening

---

### Sompid Kintarak

Assistant Professor  
Department of Stomatology  
Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University

P.O. Box 17 Kor-Hong, Hat Yai  
Songkhla 90112  
Tel: 074-287578  
Fax: 074-429878  
E-mail: sompid.k@psu.ac.th

### Abstract

Squamous cell carcinoma is the most common oral cancer. Even with the advanced technology in cancer treatment at the present, the 5-year-survival rate of oral cancer patients has not been improved significantly. Early detection of oral cancer is believed to be an important step to achieve good prognosis and treatment outcome. The aims of this paper were to review oral cancer screening studied in many countries, and to propose points of consideration for the most effective oral cancer screening.

**Key words:** cancer; oral; precancer; screening