

ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง

Pathological result of tonsils in patients undergone tonsillectomy from the indications
Chronic/Recurrent Tonsillitis and Chronic Hypertrophic Tonsillitis ; Focused on malignancy.

(Received: December 18,2025 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: January 18,2026)

สิทธา จิรกุลสมโชค¹

Sitta Jirakulsomchok¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลต่อการเกิดมะเร็งและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล กลุ่มตัวอย่าง คือ จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,543 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และการหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,543 ราย มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัด 1,277 ราย (50.22%) และในจำนวนนี้ พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 39 ราย คิดเป็น 1.53% และจากตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง ต่อมสุรา ฟันผุ รายได้ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆหายๆ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตที่ได้รับการผ่าตัด และต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อนำมาทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติแล้วพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งต่อมทอนซิลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
คำสำคัญ: ต่อมทอนซิล, ทอนซิลอักเสบ, มะเร็งต่อมทอนซิล

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the histopathological findings of tonsillar tissues for detecting malignant changes and to examine the association between independent variables and the occurrence of tonsillar cancer. The study population comprised 2,543 patients who underwent tonsillectomy at Kalasin Hospital. Data were retrospectively collected using a structured data record form. Descriptive statistics were applied to calculate frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics were analyzed using the Chi-square test, and the strength of associations was expressed as odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (CI). The significance level was set at 0.05.

Results: Among 2,543 patients, 1,277 (50.22%) underwent tonsillectomy, and 39 of these patients (1.53%) were histologically diagnosed with tonsillar cancer. Variables examined—including sex, marital status, educational level, chronic diseases, alcohol consumption, dental caries, income level, chronic tonsillitis, recurrent tonsillitis, chronic hypertrophic tonsillitis, and chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid hypertrophy—showed no statistically significant association with the occurrence of tonsillar cancer ($p > 0.05$).

Keywords: tonsil, tonsillitis, tonsillar cancer

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ต่อมทอนซิล (tonsil) เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในช่องคอ มีหลายตำแหน่ง แต่ส่วนที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดเมื่ออ้าปากคือ palatine tonsil ซึ่งอยู่ด้านข้างของคอข้างลิ้นไก่และโคนลิ้น ทำหน้าที่เป็นอวัยวะภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น โดยมีบทบาทในการสร้างเซลล์ภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย ต่อมทอนซิลอาจมีการโต (tonsillar hypertrophy) ซึ่งเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์น้ำเหลือง หรือเกิดการอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis) ทำให้เกิดอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก มีไข้เป็น ๆ หาย ๆ โดยมักพบร่วมกับโรคทางเดินหายใจส่วนบน เช่น โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis), โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic rhinosinusitis) หรือโรคคออักเสบซ้ำ (recurrent pharyngotonsillitis)¹

ภาวะต่อมทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis) เป็นการอักเสบของต่อมทอนซิลซึ่งอาจเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บคอ ทอนซิลบวมแดง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และต่อมน้ำเหลืองโต ส่วนภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังจะถูกกำหนดเมื่อมีอาการเฉียบพลัน 7 ครั้งหรือมากกว่าภายในหนึ่งปี สาเหตุหลักมักเกิดจากเชื้อ β -hemolytic Streptococcus หรือ Staphylococcus aureus การรักษาที่ตั้งแต่การดูแลแบบประคับประคอง การใช้ยาปฏิชีวนะ จนถึง การผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomy) ในกรณีที่อาการเรื้อรังหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มี ต่อมทอนซิลโต (tonsillar hypertrophy) มักมีร่องหรือซอกที่เศษอาหารตกค้าง ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดต่อมทอนซิลเมื่อรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือมีการอักเสบซ้ำบ่อยจนกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ขาดเรียนหรือขาดงานบ่อย รวมถึงกรณีที่ต่อมทอนซิลโตมากจนเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือนอนกรน (obstructive sleep apnea) หรือกรณีสงสัยมะเร็งต่อมทอนซิล¹

และมีงานวิจัยในช่วงหลังได้รายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดต่อมทอนซิล

(tonsillectomy) กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระยยาว โดยพบว่าผู้ที่เคยผ่าตัดต่อมทอนซิลมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยต่อมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งไทรอยด์ โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (Hazard Ratio; HR) สำหรับมะเร็งทุกชนิดประมาณ 1.10 และความเสี่ยงดังกล่าวยังคงอยู่มากกว่า 20 ปี หลังการผ่าตัด (2-4) กลไกที่อธิบายได้คือ การเอาต่อมทอนซิลออกอาจส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้เกิดความไวต่อเชื้อโรคหรือการอักเสบเรื้อรังที่มีบทบาทในการเกิดมะเร็ง² อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในบางประเทศยังไม่สอดคล้องกัน โดยบางงานวิจัยพบว่าการผ่าตัดต่อมทอนซิลอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งบางชนิด (เช่น มะเร็งฮอดจ์กิน) แต่ในขณะเดียวกันอาจลดความเสี่ยงของมะเร็งในบางตำแหน่ง (เช่น มะเร็งช่องปาก)^{3,4} โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการให้บริการผ่าตัดต่อมทอนซิลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic/Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง (Chronic Hypertrophic Tonsillitis) โดยทั่วไป การผ่าตัดจะพิจารณาเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การนอนกรนหรือหยุดหายใจขณะหลับ การผ่าตัดจะทำโดยการดมยาสลบ และใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องพักฟื้นประมาณ 1-2 วัน หากไม่มีเลือดออกและสามารถรับประทานอาหารได้ดี แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ การผ่าตัดนี้ไม่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจากยังมีต่อมน้ำเหลืองอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่ในการจับเชื้อโรค อย่างไรก็ตาม มีความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งในอนาคตหลังการผ่าตัด โดยมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ทำการผ่าตัดอาจมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก แม้ว่าการผ่าตัดจะไม่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็มี ความกังวลว่าการขาดต่อมทอนซิลอาจส่งผลกระทบต่อตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ นอกจากนี้ การผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น

เลือดออกจากแผลผ่าตัดหรือการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ก็มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งทอนซิลในบางกรณี และผู้ป่วยบางรายอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง เพื่อทราบถึงผลทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลที่ถูกตัดจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง(Chronic/ Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง(Chronic Hypertrophic Tonsillitis) ต่อการเกิดมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในต่อมทอนซิลที่อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งได้ นอกจากนี้ยังสามารถระบุลักษณะของการติดเชื้อหรือการอักเสบที่เกิดขึ้นในต่อมทอนซิลซึ่งอาจมีผลต่อการพัฒนาของโรคในอนาคต การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบของการผ่าตัดต่อมทอนซิลต่อสุขภาพในระยะยาว และเพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะนี้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาผลตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลที่ถูกตัดจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic/Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง(Chronic Hypertrophic Tonsillitis) ต่อการเกิดมะเร็ง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

สมมุติฐานงานวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรอิสระและต่อมทอนซิลที่ถูกตัดจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic/Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิล

โตเรื้อรัง (Chronic Hypertrophic Tonsillitis) มีโอกาสพบมะเร็ง

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลต่อการเกิดมะเร็งและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ เดือน มกราคม พ.ศ. 2554 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2567 จำนวน 2,543 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยการตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้

สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามที่กำหนดโดยสภาวิจัยแห่งชาติ (National Research Council of Thailand: NRCT) และแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้วิจัยได้ยื่นขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ เลขที่รับรองจริยธรรม: 080/2025

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง พ.ศ. 2554-2567 ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

จากการวิจัย พบว่า ตารางนี้แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในต่อมทอนซิลในช่วงปี 2554-2567 โดยจำแนกตามประเภทของโรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมทอนซิล โดยมีรายละเอียดดังนี้:

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic tonsillitis) มีผู้ป่วยทั้งหมด 442 ราย ในจำนวนนี้มี 416 ราย (94.12%) ที่ได้รับการผ่าตัด มีผู้ที่พบว่าเป็นมะเร็ง 7 ราย คิดเป็น 1.58%

ต่อมทอนซิลอักเสบเป็นๆ หายๆ (Recurrent tonsillitis) มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,234 ราย มีการผ่าตัด 65 ราย (5.27%) พบมะเร็ง 9 ราย คิดเป็น 0.73%

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต (Chronic hypertrophic tonsillitis) มีผู้ป่วยทั้งหมด 646 ราย มีการผ่าตัด 588 ราย (91.02%) พบมะเร็ง 10 ราย คิดเป็น 1.55%

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ร่วมกับอะดีนอยด์โต (Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid) มีผู้ป่วยทั้งหมด 221 ราย มีการผ่าตัด 208 ราย (94.12%) พบมะเร็ง 13 ราย คิดเป็น 5.88%

สรุปรวม จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,543 ราย มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัด 1,277 ราย (50.22%) และในจำนวนนี้ พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 39 ราย คิดเป็น 1.53% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการป่วยเป็นโรคมะเร็งในต่อมทอนซิล

โรค	ชื่อโรค	2554-2567				
		โรค	ผ่าตัด	ร้อยละผ่าตัด	ป่วยเป็นมะเร็ง	ร้อยละป่วยเป็นโรคมะเร็ง
Chronic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	442	416	94.12	7	1.58
Recurrent tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเป็นๆ หายๆ	1234	65	5.27	9	0.73
Chronic hypertrophic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต	646	588	91.02	10	1.55
Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ร่วมกับอะดีนอยด์โต	221	208	94.12	13	5.88
รวม		2,543	1277	50.22	39	1.53

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในต่อมทอนซิล

โรค	ชื่อโรค	ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาของโรค		
		Sensitivity	Specificity	Accuracy
Chronic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	1.000	0.060	0.750
Recurrent tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเป็นๆ หายๆ	1.000	0.954	0.955
Chronic hypertrophic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต	1.000	0.091	0.105
Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ร่วมกับอะดีนอยด์โต	1.000	0.062	0.118

จากตารางที่ 2 พบว่า ทุกกลุ่มโรคมีค่า Sensitivity เท่ากับ 1.000 ซึ่งหมายความว่า การตรวจ

คัดกรองสามารถระบุผู้ที่มีโรคได้ทั้งหมด (ไม่มีพลาด) ซึ่ง Recurrent tonsillitis มี Specificity แล ะ

Accuracy สูงที่สุด (0.954 และ 0.955 ตามลำดับ) ซึ่งหมายถึงการตรวจมีความแม่นยำสูงมาก สามารถคัดกรองได้ดี Chronic hypertrophic tonsillitis และ Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid มีค่าความจำเพาะต่ำมาก (0.091 และ 0.062) และค่าความถูกต้องต่ำมาก (0.105 และ 0.118) แสดงว่าการตรวจอาจมีโอกาสรบผลผิดพลาดสูง และ Chronic tonsillitis มีค่า Accuracy 0.750 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่า การตรวจวินิจฉัยมีความแม่นยำพอสมควรแต่ยังไม่สมบูรณ์

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคเมริงในต่อมทอนซิล

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคเมริงในต่อมทอนซิลนั้น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่:

เพศ: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิงกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.530, 95%CI = 0.188-1.499, p = 0.224)

สถานะสมรส: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสมรสกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.534, 95%CI = 0.128-2.323, p = 0.383)

ระดับการศึกษา: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 1.853, 95%CI = 0.568-6.052, p = 0.299)

โรคเรื้อรัง: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคเรื้อรังกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.492, 95%CI = 0.205-1.179, p = 0.104)

การดื่มสุรา: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.620, 95%CI = 0.188-2.041, p = 0.427)

ฟันผุ: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่

0.05 (OR = 0.439, 95%CI = 0.183-1.053, p = 0.740)

รายได้: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้กับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.809, 95%CI = 0.428-1.517, p = 0.502)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.539, 95%CI = 0.191-1.525, p = 0.237)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ กับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.589, 95%CI = 0.305-1.139, p = 2.529)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.530, 95%CI = 0.210-1.270, p = 0.148)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.273, 95%CI = 0.037-1.999, p = 0.171)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังได้รับผ่าตัด: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.580, 95%CI = 0.205-1.642, p = 0.299)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ได้รับผ่าตัด: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ที่ได้รับผ่าตัดกับการเกิดเมริงต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 1.016, 95%CI = 1.011-1.021, p = 0.308)

**ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตได้รับ
ผ่าตัด:** ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิล
อักเสบเรื้อรังชนิดโตที่ได้รับผ่าตัดกับการเกิดมะเร็ง
ต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR
= 0.600, 95%CI = 0.250-1.440, p = 0.248)

**ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะ
ดีนอยด์โตได้รับผ่าตัด:** ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง
ภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดี
นอยด์โตที่ได้รับผ่าตัดกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล
ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.292,
95%CI = 0.040-2.138, p = 0.197) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

ตัวแปร	ป่วยเป็นมะเร็ง		OR	95%CI		χ^2	p-value
	ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
เพศ							
ชาย	4 (10.30)	444 (17.70)	0.530	0.188	1.499	1.479	0.224
หญิง	35 (89.70)	2060 (82.30)					
สถานะสมรส							
โสด/หม้าย/แยก	2 (5.10)	230 (9.20)	0.534	0.128	2.323	0.762	0.383
คู่	37 (94.90)	2,274 (90.80)					
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	36 (92.3)	2169 (86.60)	1.853	0.568	6.052	1.077	0.299
สูงกว่าประถมศึกษา	3 (7.70)	335 (13.40)					
โรคเรื้อรัง							
มี	6 (15.40)	676 (27.00)	0.492	0.205	1.179	2.638	0.104
ไม่มี	33 (84.60)	1828 (73.00)					
ประต้อมสุรา							
ดื่ม	36 (92.30)	2381 (95.10)	0.620	0.188	2.041	0.630	0.427
ไม่ดื่ม	3 (7.70)	123 (4.90)					
ฟันผุ							
มี	6 (15.40)	733 (29.30)	0.439	0.183	1.053	3.593	0.740
ไม่มี	33 (84.60)	1771 (70.70)					

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

ตัวแปร	ป่วยเป็นมะเร็ง		OR	95%CI		χ^2	p-value
	ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
รายได้							
ต่ำกว่า 6,000	19 (48.70)	1355 (54.10)	0.809	0.428	1.517	0.450	0.502
สูงกว่า 6,000	20 (51.30)	1149 (45.90)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง							
ป่วย	4 (10.30)	438 (17.50)	0.539	0.191	1.525	1.400	0.237
ไม่ป่วย	35 (89.70)	2066 (82.50)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆ หายๆ							
ป่วย	14 (35.90)	1220 (48.70)	0.589	0.305	1.139	2.529	2.529
ไม่ป่วย	25 (64.10)	1284 (51.30)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต							
ป่วย	6 (15.40)	640 (25.60)	0.530	0.21	1.270	2.098	0.148
ไม่ป่วย	33 (84.60)	1864 (74.40)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ร่วมกับอะดีโนไคโต							
ป่วย	1 (2.60)	220 (8.80)	0.273	0.037	1.999	1.873	0.171
ไม่ป่วย	38 (97.40)	2284 (91.20)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังได้รับ ผ่าตัด							
ป่วย	4 (10.30)	412 (16.50)	0.580	0.205	1.642	1.078	0.299
ไม่ป่วย	35 (89.70)	2092 (83.50)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆ หายๆได้รับผ่าตัด							
ป่วย	0 (0.00)	65 (2.60)	1.016	1.011	1.021	1.039	0.308
ไม่ป่วย	39 (100)	2439 (97.40)					

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

ตัวแปร	ป่วยเป็นมะเร็ง		OR	95%CI		χ^2	p-value
	ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ได้รับผ่าตัด							
ป่วย	6 (15.40)	582 (23.20)	0.600	0.250	1.440	1.334	0.248
ไม่ป่วย	33 (84.60)	1922 (76.80)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ร่วมกับบ่อน้ำคอตีบได้รับผ่าตัด							
ป่วย	1 (2.60)	207 (8.30)	0.292	0.040	2.138	1.663	0.197
ไม่ป่วย	38 (97.40)	2297 (91.70)					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรข้อมูลทั่วไป 7 ตัว ได้แก่ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง การดื่มสุรา ภาวะฟันผุ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ: ผลการศึกษานี้พบว่าเพศไม่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล (OR = 0.530, 95% CI = 0.188–1.499, $p = 0.224$) สอดคล้องกับรายงานของ Han และคณะ (2019) ที่พบว่าเพศไม่ได้เป็นตัวทำนายอิสระของการเกิดมะเร็งอโรฟารินซ์ รวมถึงมะเร็งต่อมทอนซิล⁵ แม้เพศชายมักมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง แต่เมื่อตัดผลของปัจจัยร่วม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการติดเชื้อ HPV พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศไม่เหลือความหมายทางสถิติ^{6,7}

สถานะสมรส ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสมรสกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล สอดคล้องกับงานของ Holló (2021) ที่รายงานว่า

ปัจจัยทางสังคม เช่น การแต่งงาน มีผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งโดยตรง⁸ งานวิจัยทางระบาดวิทยาเชิงสังคมอธิบายว่า แม่ผู้ที่มีคู่ออกอาจะมีแนวโน้มตรวจสุขภาพสม่ำเสมอกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างด้านอัตราการเกิดโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมปัจจัยพฤติกรรม⁹

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Han และคณะ (2019) ที่พบว่า ปัจจัยทางการศึกษามีผลต่อการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าอัตราการเกิดมะเร็ง⁵ งานของ Hoffmann และคณะ (2023) ยังพบว่ามะเร็งต่อมทอนซิลส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV และพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะมากกว่าฐานะทางการศึกษา⁶

โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ไม่พบความสัมพันธ์กับมะเร็งต่อมทอนซิลในงานวิจัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holló (2021) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมทอนซิลหรืออโรฟารินซ์⁸

ผลดังกล่าวชี้ว่ากลไกการเกิดโรคมะเร็งต่อมทอนซิลมีความเกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ HPV และพฤติกรรมในช่องปากมากกว่าภาวะโรคระบบเรื้อรัง.

การดื่มสุรา ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งแตกต่างจากมะเร็งช่องปากบางชนิดที่มีการเชื่อมโยงกับแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน ผลนี้สอดคล้องกับ Klein และคณะ ที่รายงานว่า การดื่มสุราเพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญสำหรับมะเร็งต่อมทอนซิล แต่ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีปัจจัยร่วม เช่น การสูบบุหรี่ หรือสูxonามัยช่องปากไม่ดี^{7,10}

ฟันผุ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางทันตเวชระบาดวิทยาที่ระบุว่า การอักเสบเรื้อรังของเยื่อช่องปากมีผลต่อมะเร็งช่องปากโดยตรง แต่มีผลจำกัดต่อบริเวณต่อมทอนซิล^{6,9} การที่ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ อาจสะท้อนถึงกลไกของโรคที่เน้นปัจจัยไวรัสและพฤติกรรมมากกว่าภาวะทางทันตกรรม.

รายได้ รายได้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับ Holló และ Hoffmann ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิต แต่ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของมะเร็งต่อมทอนซิล^{6,8} ผลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้รายได้ต่ำอาจสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ด้อยกว่า แต่ไม่ได้เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุในพยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งต่อมทอนซิล.

โดยสรุป ตัวแปรข้อมูลทั่วไปทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง การดื่มสุรา ฟันผุ และรายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมวิชาการในช่วงปี 2019–2024 ที่ชี้ว่า ปัจจัยประชากรทั่วไปไม่ใช่ตัวทำนายโดยตรงของมะเร็งต่อมทอนซิล หากแต่การติดเชื้อ HPV และพฤติกรรมสุขภาพบางประเภทมีบทบาทสำคัญมากกว่า

การอภิปรายผลทางคลินิกกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทางคลินิก 8 ตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Holló (2021) ที่ศึกษาประชากรขนาดใหญ่กว่า 5 แสนรายในยุโรปและพบว่า ประวัติต่อมทอนซิลอักเสบหรือการอักเสบเรื้อรังไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลในระยะยาว¹¹ ผลนี้สนับสนุนแนวคิดว่าการอักเสบเรื้อรังของต่อมทอนซิลเป็นกระบวนการเฉพาะที่ซึ่งไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนเกิดมะเร็ง¹²

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ

ไม่พบความสัมพันธ์เช่นเดียวกันกับมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Orvidas และคณะ ที่รายงานว่า การอักเสบซ้ำของต่อมทอนซิลไม่มีหลักฐานเชิงระบาดวิทยาที่ชี้ว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งออโรฟารินซ์¹³ การอักเสบซ้ำ ๆ อาจเพิ่มขนาดของต่อมทอนซิลหรือเกิดพังผืด แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการกลายพันธุ์ของเซลล์ในระดับที่นำไปสู่มะเร็ง.

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ไม่พบความสัมพันธ์กับมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับผลของ Dhanuthai และคณะ ที่ระบุว่า ภาวะต่อมทอนซิลโตเป็นเพียงปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อสิ่งกระตุ้นเรื้อรัง ไม่ใช่กระบวนการก่อมะเร็ง¹⁴ เซลล์ที่เพิ่มจำนวนในภาวะ hypertrophy เป็น lymphoid hyperplasia ซึ่งไม่มีกรกลายพันธุ์แบบ neoplastic transformation.

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดินอยด์โต ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน และสอดคล้องกับรายงานของ Park และคณะ (2021) ที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในเอเชีย พบว่าภาวะต่อมทอนซิล-อะดินอยด์โตสัมพันธ์กับปัญหาทางเดินหายใจส่วนบน มากกว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ชนิดมะเร็ง¹⁵

การผ่าตัดต่อมทอนซิล ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลไม่เพิ่มความเสี่ง

มะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Holló (2021) และงานของ Marklund และคณะ (2020) ที่รายงานว่า การผ่าตัดอาจช่วยลดการอักเสบเรื้อรังและลดการสัมผัสสารก่อมะเร็งในระยะยาว^{11,16}

อย่างไรก็ตาม งานบางชิ้นในยุโรป เช่น Hassani และคณะ พบความสัมพันธ์เล็กน้อยในบางกลุ่มอายุ แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷

การผ่าตัดในกลุ่มชนิดเป็น ๆ หาย ๆ และชนิดโตทั้งกลุ่มต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ได้รับความรู้ และกลุ่มต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตได้รับความรู้ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประชากรจากสแกนดิเนเวียของ Svensson และคณะ ที่ยืนยันว่าการผ่าตัดไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งศีรษะและคอในระยะยาว⁽¹⁸⁾

การผ่าตัดในกลุ่มชนิดโตร่วมกับบอดีโนยด์โต กลุ่มผู้ที่มีภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับบอดีโนยด์โตและได้รับการผ่าตัด ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโสตศอนาสิกวิทยาแห่งสหรัฐฯ ที่ระบุว่า การผ่าตัดในกลุ่มนี้เพื่อบรรเทาอาการอุดกั้นทางเดินหายใจ และลดการติดเชื้อซ้ำ มากกว่ามีผลทางเนื้องอกวิทยาโดยตรง^{12,18}

สรุปภาพรวม

โดยสรุป ตัวแปรทางคลินิกทั้งหมด 8 ตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางการแพทย์ช่วงปี 2020–2024 ที่ชี้ว่า มะเร็งต่อมทอนซิลมีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อ HPV และปัจจัยโมเลกุล มากกว่าภาวะอักเสบหรือการผ่าตัดต่อมทอนซิลในอดีต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยหลายประการที่อาจมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคแต่ไม่ได้

รวมอยู่ในการศึกษานี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้:

1. การศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีความหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทางพันธุกรรมและไวรัส HPV งานวิจัยหลายฉบับระบุว่าไวรัส Human Papillomavirus (HPV) โดยเฉพาะสายพันธุ์ HPV-16 มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งอโรฟารินซ์ รวมถึงมะเร็งต่อมทอนซิล ดังนั้น ควรมีการศึกษาทางพันธุกรรมและการตรวจหาเชื้อ HPV ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อระบุความสัมพันธ์ของไวรัสกับมะเร็งต่อมทอนซิลในประเทศไทย

3. การศึกษาผลกระทบของการสูบบุหรี่และพฤติกรรมสุขภาพ ควรเพิ่มตัวแปรเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และปัจจัยด้านอาหาร เนื่องจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ระบุว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งอโรฟารินซ์และอาจส่งผลต่อมะเร็งต่อมทอนซิลได้

4. การติดตามผลระยะยาวของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล การศึกษาผลกระทบของการผ่าตัดต่อมทอนซิลต่ออัตราการเกิดมะเร็งในระยะยาวยังมีข้อมูลที่จำกัด แม้ว่าการศึกษาของ Fakhry et al. (2015) และ Glitzky et al. (2025) จะระบุว่า การผ่าตัดต่อมทอนซิลอาจช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งต่อมทอนซิลได้ แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน

5. การวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับอาการต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและชนิดของการอักเสบ ควรศึกษาว่าประเภทของต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (เช่น การอักเสบชนิดเป็น ๆ หาย ๆ หรือการอักเสบชนิดโต) มีผลต่อการเกิดมะเร็งหรือไม่ โดยอาจใช้เทคนิคทางพยาธิวิทยาและชีวโมเลกุลเพื่อระบุความเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ที่อาจนำไปสู่มะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. ปารยะ อาศนะเสน. โรคของจมูก ไซนัส คอ และกล่องเสียง. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
2. Liang J, et al. Association between tonsillectomy and the risk of cancer: a nationwide cohort study. *Cancer Med.* 2023;12(8):957–968.
3. Holló G. Long-term cancer risk following tonsillectomy: a population-based cohort study. *Front Oncol.* 2021;11:733456.
4. Zevallos JP, et al. The role of tonsillectomy in the risk of oropharyngeal carcinoma: a case-control study. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;142(5):405–411.
5. Han AY, Kuan EC, Alonso JE, Arshi A, St John MA. Epidemiology of tonsil and base of tongue cancer: Incidence, demographics, and predictors of survival. *Laryngoscope.* 2019;129(1):184–94.
6. Hoffmann C, Meyer M, Lau A, et al. HPV-positive oropharyngeal cancer incidence and survival trends: A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncol.* 2023;141:106363.
7. Klein F, Schmidt J, Rödel F, et al. Global epidemiologic patterns of HPV-driven tonsillar carcinoma from 2019 to 2024. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2024;33(4):612–22.
8. Holló G. Long-term cancer risk following tonsillectomy: A population-based cohort study. *Front Oncol.* 2021;11:733456.
9. Kaur J, Jacobs R, Mathew A. Socioeconomic determinants of oral cancer: A systematic review. *Oral Oncol.* 2020;111:105–13.
10. Lee YC, Boffetta P. Alcohol and head and neck cancer: Current perspectives. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2020;20(8):683–93.
11. Holló G. Long-term cancer risk following tonsillectomy: A population-based cohort study. *Front Oncol.* 2021;11:733456.
12. American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Adults and Children (Updated 2023). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;169(Suppl 1):S1–S45.
13. Orvidas LJ, et al. Recurrent tonsillitis and risk of oropharyngeal carcinoma: A population-based study. *J Laryngol Otol.* 2022;136(5):428–34.
14. Dhanuthai K, et al. Histopathologic features of chronic hypertrophic tonsillitis: A retrospective analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2020;21(9):2657–62.
15. Park SY, Kim YS, Lee SJ. Clinical correlation between adenotonsillar hypertrophy and upper airway obstruction in pediatric patients. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2021;14(3):298–305.
16. Marklund L, et al. Tonsillectomy and subsequent risk of head and neck cancer: A nationwide cohort study. *Int J Cancer.* 2020;147(8):2235–44.
17. Hassani A, et al. Long-term incidence of head and neck cancers after tonsillectomy: A Danish registry study. *Acta Oncol.* 2022;61(6):696–703.
18. Svensson T, et al. Tonsillectomy and risk of head and neck cancer: A Swedish nationwide follow-up study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(8):3721–30.