วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 28 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2562

Journal of Health Science
Vol. 28 No. 5, September - October 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

การพัฒนาโมเดลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เครือข่ายสุขภาพ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

สุกัญญา วิริยโกศล พ.บ.
รุ่งกิจ ชัยธีรกิจ พ.บ.
ปิยะ เล็บขาว พ.บ. ว.ว.ศัลยศาสตร์ทั่วไป
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วันรับ: 5 มี.ค. 2561
วันแก้ไข: 7 พ.ค. 2561
วันตอบรับ: 8 มิ.ย. 2561

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอกระทุ่มแบน เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและมีอัตราการเข้าร่วมโครงการมากที่สุด ทั้งการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระและการเข้าร่วมการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และเพิ่มอัตราการตรวจพบมะเร็งระยะแรก โดยการคัดกรองทีมงานใช้การปฏิบัติการในเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยทุกกลุ่ม ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ โดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ค้นหาญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ติดตามเรื่องการส่งตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ คัดกรองพระภิกษุสงฆ์มาตรวจที่โรงพยาบาล ทำหนังสือถึงหน่วยราชการครู ตำรวจและทหาร ผู้ป่วยที่คลินิกโรคเรื้อรัง (NCD clinic) ที่อายุ 50-75 ปี ให้ส่งตรวจเลือดแฝงในอุจจาระทุกราย คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในโรงงานอุตสาหกรรม จัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยเฉพาะ แยกจากคลินิกศัลยกรรมทั่วไป จัดทำช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์เพื่อเข้าคิวส่องกล้องได้ภายใน 14 วันหลังพบแพทย์ จัดทำส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในวันเสาร์เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับคนที่ไม่สะดวกมาส่องกล้องในวันราชการ โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการและครอบครัว ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2559 – เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2,753 ราย ได้รับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระจำนวน 2,731 ราย (ร้อยละ 98.2) ของผู้ที่มาคัดกรองทั้งหมด มีผู้เข้าร่วมส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งกลุ่มเสี่ยงทั่วไปแล้วมีเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก และกลุ่มเสี่ยงสูงแม้มีเลือดแฝงในอุจจาระเป็นลบ จำนวน 597 ราย พบมีผลตรวจผิดปกติจำนวน 242 ราย (ร้อยละ 40.5) ของผู้ที่มาส่องกล้องทั้งหมด พบเป็นติ่งเนื้อก่อมะเร็งจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 41.3 เป็นมะเร็งจำนวน 45 ราย (ร้อยละ 18.5) ของผลตรวจที่ผิดปกติทั้งหมด พบผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกทั้งหมดจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 68.9) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.9 มะเร็งระยะ 3 และ 4 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 31.1 ลดลงจากร้อยละ 57.1 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558)

คำสำคัญ: **คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, การพัฒนาระบบคัดกรองมะเร็งลำไส้**

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ของโลก[1] และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของมะเร็งทั้งหมด[2] ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2558[3] พบว่ามะเร็งลำไส้และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบมากใน 3 อันดับแรกของประเทศไทยและพบมากในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งพบทั้งเพศชายและเพศหญิง เนื่องจากเป็นโรคมะเร็งที่พบมากขึ้นในประเทศไทย แต่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้หากพบในระยะเริ่มต้น การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรงในระยะเริ่มแรก หรือในระยะที่มีพยาธิสภาพของลำไส้และทวารหนักก่อนเกิดเป็นมะเร็ง และให้การรักษาที่เหมาะสมจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรงได้

โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วไปขนาดเล็ก จำนวน 250 เตียง มีศัลยแพทย์จำนวน 4 คน สามารถส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ 3 คน และให้บริการออกตรวจผู้ป่วยนอก จำนวน 4 วัน รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอกระทุ่มแบนและพื้นที่ใกล้เคียง

จากสถิติบริการของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ปี 2556-2558 อยู่ในอันดับที่ 2 ทั้ง 3 ปี โดยพบผู้ป่วยจำนวน 13, 17 และ 23 ราย ตามลำดับ ในปี 2558 ผู้ป่วยที่พบเป็นในระยะที่ 3-4 ร้อยละ 57.1 ทำให้มีอัตรารอดชีวิตต่ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

มีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้งตามสิทธิ์การรักษาพบว่า สิทธิ์ข้าราชการ อยู่ที่ 64,241 บาท สิทธิ์ประกันสังคม 49,490 บาท และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 28,588 บาท[4] การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในประชากรที่มีความเสี่ยงปกติ (average risk) อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป นั้นเป็นมาตรการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ เนื่องจากช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ได้มากกว่าร้อยละ 90.0 หากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค (ระยะที่ 1 ถึง 2) เมื่อเปรียบเทียบการตรวจพบ ในระยะท้ายของโรคที่มีการแพร่กระจายแล้ว (ระยะที่ 3 ถึง 4) รวมทั้งการคัดกรองยังมีประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์ อัตราการเจ็บป่วย และอัตราตายจากโรคได้ ข้อจำกัดของสถานการณ์คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประเทศไทย คือ ความรู้และความตระหนักถึงโรคมีน้อย ไม่ทราบถึงอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นสาเหตุให้ไม่ได้มารับการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรค การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง ผลที่ได้คือกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองน้อยกว่าเป้าหมาย และการให้บริการแบบตั้งรับพบว่าคนไข้ที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมักเป็นระยะลุกลามและแพร่กระจาย ดังนั้น Service plan สาขามะเร็งโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จึงได้จัดทำโครงการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ในผู้ที่มีอายุ 50-75 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ เพื่อค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก และความผิดปกติที่สามารถแก้ไขได้ก่อนเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ที่มาตรวจคัดกรอง จะได้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

จากสถานการณ์การคัดกรองในพื้นที่และได้ศึกษาจากการคัดกรองของจังหวัดสมุทรสาคร เขตสุขภาพที่ 4 และ 5 รวมถึงจังหวัดอื่น เช่นที่สงขลานครินทร์ ใช้การประชาสัมพันธ์เชิญชวน และจัดมหกรรมคัดกรองเป็นครั้งคราวหรือตามโอกาสสำคัญ ๆ โดยใช้เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่เหมือนการคัดกรองมะเร็งอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีผู้เข้าร่วมโครงการน้อย บางโรงพยาบาลจัดทำโครงการ Colonoscope Day โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันการศึกษา แต่ก็ยังได้จำนวนผู้เข้าร่วมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากไม่มีความต่อเนื่องของโครงการ ในช่วง 3 เดือนแรกของการทำโครงการทางทีมก็ใช้วิธีประชาสัมพันธ์และลงคัดกรองตามพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 13 แห่ง แต่ผลของการ

คัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ทั้งการตรวจอุจจาระและส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยมาตรวจรับกระปุกเก็บอุจจาระและส่งคืนกระปุกน้อยมาก เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่เห็นความสำคัญในการเก็บอุจจาระ อายและไม่กล้านำอุจจาระมาส่งตรวจ การส่งผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ต้องรอตรวจที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไปซึ่งมีจำนวนคนไข้รอตรวจต่อวันจำนวนมาก การมารอพบแพทย์ที่ห้องตรวจปกติต้องรอนาน ทำให้ผู้ป่วยไม่รอตรวจ ประกอบกับการส่องกล้องต้องทำในห้องผ่าตัด และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและปฏิเสธการเข้าร่วม อันเป็นเหตุผลให้ทางทีมงานได้ประชุมหารือและปรับแผนงานใหม่ โดยทีมคัดกรองได้ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ ใช้ปฏิบัติการในเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยทุกกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงพื้นที่ค้นหาญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามรายชื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่โรงพยาบาล ติดตามเรื่องอุจจาระส่งตรวจโดย อสม. รับผิดชอบแต่ละพื้นที่

กลุ่มที่ 2 คัดกรองพระภิกษุสงฆ์ที่จำวัด อยู่ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน และนำพระสงฆ์มาตรวจที่โรงพยาบาล เนื่องจากพระสงฆ์เป็นกลุ่มที่มารับบริการตามปกติลำบากกว่ากลุ่มอื่น

กลุ่มที่ 3 ทำหนังสือถึงหน่วยราชการครู ตำรวจและทหารรวมถึงอำนวยความสะดวกในเรื่องการส่งตรวจอุจจาระ

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยที่คลินิกโรคเรื้อรัง(NCD clinic) ที่มีอายุ 50-75 ปี กึ่งบังคับให้ส่งตรวจอุจจาระพร้อมกับการมาเจาะเลือดตรวจในแต่ละครั้งที่นัดมาตรวจ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นประชากรกลุ่มใหญ่และสามารถทำคัดกรองได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 5 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในโรงงานอุตสาหกรรม

กลุ่มที่ 6 ประชาชนทั่วไปที่สนใจและรับทราบข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์และมารับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

ในส่วนของโรงพยาบาลก็ได้จัดทำช่องทางพิเศษสำหรับผู้ที่เข้าร่วมการคัดกรอง โดยจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยเฉพาะแยกออกจากคลินิกศัลยกรรมทั่วไป ทุกเช้าวันศุกร์ จัดทำช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบศัลยแพทย์และวิสัญญี-แพทย์ สามารถนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ภายใน 14 วันหลังพบแพทย์ จัดทำส่องกล้องลำไส้ใหญ่นอกเวลาราชการ (วันเสาร์) เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับคนที่ไม่สะดวกมาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในวันราชการ โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการและครอบครัว ทำให้หลังจบโครงการสามารถตรวจอุจจาระและเข้าร่วมโครงการส่องกล้องได้ตามเป้าหมาย

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล วัฒนธรรมของท้องถิ่น และประเทศไทย และศึกษาถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการคัดกรองที่ได้พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2559-เมษายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงทั่วไป (average risk) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 50-75 ปีและตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ ซึ่งในการศึกษานี้ จะได้ตัวอย่างจากกลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มข้าราชการ ประชากรทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมการคัดกรอง

2. ประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ได้แก่ ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ผู้ที่มีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ และผู้ที่มีอาการเตือน เสี่ยงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งประชากรกลุ่มนี้จะได้จากการลงพื้นที่ค้นหาญาติสายตรงของผู้ป่วย และการประชาสัมพันธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ติดทุก รพ.สต. และคลินิกแพทย์ที่เปิดบริการในเขตอำเภอกระทุ่มแบน
2) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วย
3) คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับเตรียมส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่
4) แบบบันทึกความสะอาดของลำไส้ (Boston Bowel Preparation Scale)
5) แบบบันทึกผลลัพธ์การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการ

1.1 **จัดตั้งคณะทำงาน** โครงการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

1.2 **จัดทำคู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้** และลำไส้ตรง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง อาการเตือนความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ เช่นมีความผิดปกติของการขับถ่าย น้ำหนักลดและผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ร่วมกับมีผลตรวจอุจจาระมีเลือดปน (occult blood positive) จะส่งมาที่ห้องตรวจศัลยกรรมเพื่อนัดทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1.3 ประชาสัมพันธ์โดยอาศัยเครือข่าย อสม. ติดโปสเตอร์ตาม รพ.สต. ทุกที่ คลินิกแพทย์ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน

1.4 ประชุมชี้แจงทีมส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในโครงการฯ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการจัดทำ โครงการในช่วง 3 เดือนแรก

2.1 ระยะสามเดือนแรก ประสานความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการตรวจคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงลงพื้นที่คัดกรองคนไข้กลุ่มเสี่ยงจนครบทุก รพ.สต. ส่งตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ และส่งผู้ป่วยพบศัลยแพทย์เพื่อทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อไป

ระยะที่ 3 สรุปผลการดำเนินงานใน 3 เดือนแรก และเมื่อสิ้นสุดโครงการ

3.1 ระยะที่ 3 หลังประเมินผลการดำเนินงานใน 3 เดือนแรก พบว่า การคัดกรองแบบเดิมไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทีมงานได้ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาปรับเปลี่ยนแผนในการค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน จึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ โดยให้พื้นที่รับผิดชอบติดตามเรื่องอุจจาระส่งตรวจโดย อสม.รับผิดขอบแต่ละพื้นที่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ลงพื้นที่ค้นหาญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็ง คัดกรองและนำพระภิกษุสงฆ์มาตรวจ ทำหนังสือถึงหน่วยราชการต่าง ๆ คัดกรองผู้ป่วยจากห้องตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) ในโรงพยาบาล จัดทำช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ (คลินิกพิเศษสำหรับคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แยกจากคลินิกศัลยกรรมทั่วไป) นัดส่องกล้องภายใน 14 วัน หลังพบแพทย์

3.2 จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงทุกราย และทะเบียนผู้เข้าร่วมการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่**ตามโครงการ**

3.3 ส่องกล้องกลุ่มผู้ป่วยที่มีการนัดหมายทุกวันตามตารางที่กำหนด

ระยะที่ 4 การรวบรวมข้อมูล ประเมินผลและส่งตีพิมพ์

พยาบาลผู้ประสานงานจะเป็นผู้บันทึกและรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยก็นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และประเมินผล เขียนและเรียบเรียง ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่งวารสารตีพิมพ์

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- แพทย์ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์จำนวน 3 คน วิสัญญีแพทย์จำนวน 3 คน
- พยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลผู้ประสานงาน (เลขา service plan มะเร็ง) พยาบาลกลุ่มเวชกรรมสังคมที่ประสานงานกับทางชุมชน พยาบาลห้องตรวจศัลยกรรม พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พยาบาลที่หอผู้ป่วยต่าง ๆ
- เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ห้องประสานสิทธิ์ผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำผู้บ้าน (อสม.)
- ผู้นำชุมชน ชมรมครูเกษียณ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.32 พบในช่วงอายุ 60–69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.5 (ตารางที่ 1)

ในช่วง 3 เดือนแรกของโครงการ พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการส่งตรวจอุจจาระมีเพียงร้อยละ 78.8 และเข้าร่วมในการส่องกล้องเพียงร้อยละ 90.5 ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโดย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพได้ชัดเจนขึ้น มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ได้รับความร่วมมือจากทุกส่วน เป็นปฏิบัติการเชิงรุก โดยใช้ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายพื้นที่ร่วมกับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยง และพยายามเข้าให้ถึงประชากรทุกกลุ่ม ให้ความรู้เพื่อลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย การจัดทำช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เร็ว ลดระยะเวลารอคอยในการส่องกล้อง สามารถทำให้การเข้าร่วมคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง เข้าร่วมโครงการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 96.9 และอัตราผู้เข้าร่วมโครงการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.8 (ตารางที่ 2)

ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2,753 ราย ได้รับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระจำนวน 2,731 ราย (ร้อยละ 98.2) พบเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ 454 ราย (ร้อยละ 16.5)ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จำนวน 380 ราย (ร้อยละ 83.7) ผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นลบและส่งตรวจส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 195 ราย มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ ไม่ยอมเก็บอุจจาระตรวจแต่ยินยอมเข้าร่วมส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 22 ราย รวมที่ส่งตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 597 ราย พบผลตรวจผิดปกติทั้งหมด

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและเพศ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	360	61.3	227	38.7	587	100.0
อายุ (ปี)						
<50	45	7.6	29	4.9	74	12.5
50–59	99	16.8	63	10.7	162	27.5
60–69	115	20.0	74	12.5	189	32.5
≥70	97	16.4	65	11.1	162	27.5

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานในช่วง 3 เดือนแรกและเมื่อสิ้นสุดโครงการ

	ผลการดำเนินงานใน 3 เดือนแรก	ผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ
ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการตรวจอุจจาระ	78.75	96.85
ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	90.5	97.8

242 ราย (ร้อยละ 40.5) ของผู้ที่มาส่องกล้องทั้งหมด เป็นผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวกจำนวน 172 ราย (ร้อยละ 71.0) เป็นติ่งเนื้อที่ก่อให้เกิดมะเร็ง (adenomatous polyp) จำนวน 80 ราย (ร้อยละ 33.0) เป็นมะเร็งจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 16.6) ของผู้ป่วยที่ผลผิดปกติทั้งหมด ผู้ป่วยที่ตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นลบแต่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้ส่งตรวจส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จำนวน 195 ราย พบผลตรวจผิดปกติ 48 ราย (ร้อยละ 19.8) เป็นติ่งเนื้อที่ก่อให้เกิดมะเร็ง(adenomatous polyp) จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 7.4) เป็นมะเร็งจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.4) ของผู้ป่วยที่ผลผิดปกติทั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรงที่ไม่ยอมเก็บอุจจาระมาตรวจแต่เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจึงแนะนำให้ผู้ป่วยส่องกล้อง มีจำนวน 22 คน พบเป็นมะเร็ง 4 ราย Adenomatous polyp 2 ราย (ตารางที่ 3)

ในการศึกษานี้ พบเป็นมะเร็งระยะแรก (Tis) จำนวน 3 ราย ระยะที่ 1 จำนวน 12 ราย ระยะที่ 2 จำนวน 16 ราย รวมพบผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกทั้งหมดจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 68.9) มะเร็งระยะที่ 3 จำนวน 12 ราย มะเร็งระยะที่ 4 จำนวน 2 ราย รวม 14 ราย (ร้อยละ 31.1) (ตารางที่ 4) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2558 จากผลงานวิจัย พบมะเร็งระยะแรก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 68.9 และมะเร็ง 3 และ 4 ลดลง จากร้อยละ 57.1 เป็นร้อยละ 31.1

ตารางที่ 3 ชนิดของผลตรวจทางการส่องกล้องที่ผิดปกติแยกตามผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ

ผลตรวจ stool occult blood	ผลตรวจชิ้นเนื้อ			
	cancer	adenoma	hyperplastic	others
ผลตรวจ stool				
Positive (172)	40	80	33	19
Negative (48)	1	18	16	13
ไม่ตรวจ stool				
มีประวัติในครอบครัว (22)	4	2	1	15
รวม (242)	45	100	50	32
ร้อยละ	18.6	41.3	20.6	19.5

วิจารณ์

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นมาตรฐานที่แนะนำ ตั้งแต่ปี 1997 โดย U.S.Agency for Health Care Policy and Research โดยคัดกรองตามความเสี่ยงของประชากรทั่วไปทั้งชายและหญิงอายุเกิน 50 ปีขึ้นไป ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ ควรคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจไส้ตรงเลือดแฝงในอุจจาระ ถ้าเป็นผลบวกให้ทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ หรือการคัดกรองในประชากร มีความเสี่ยงสูง มีความผิดปกติของการขับถ่าย มีอาการสัญญาณเตือนที่มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง colonoscopy ต่างมีความคุ้มค่า[5-10] ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุก โดยกำหนดและแยกประชากรกลุ่มเป้าหมายออกเป็นกลุ่ม ๆ ชัดเจน การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ยินยอมเก็บอุจจาระส่งตรวจหลังจากได้พบแพทย์เฉพาะทางตามความเสี่ยงแล้ว ได้รับคำอธิบาย ทำให้ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และพบเป็นมะเร็ง 4 ราย เป็น adenomatous polyp จำนวน 2 ราย ดังนั้นการคัดกรองและให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้ลดความกลัวและความกังวลได้ เพิ่มโอกาสการเข้าร่วมการคัดกรองมากขึ้น ทำให้ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้ แม้ไม่ได้ตรวจอุจจาระ การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระมีหลายวิธี สมัยก่อนใช้ FOBT (Guaiac-based test) ซึ่งต้องงดรับประทานอาหารเนื้อแดง และต้องมีผลบวก 2 ใน 3 ครั้งที่ตรวจ เนื่องจากการตรวจครั้งเดียว มี sensitivity ต่ำ (ร้อยละ 30.0-50.0) แต่ถ้าปฏิบัติทุก 1 ปี สามารถตรวจพบมะเร็งได้ถึงร้อยละ 92.0[11-14] ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธี iFOBT โดยมี cut point ที่ 50 ng/ml พบเลือดแฝงในอุจจาระ 454 คน (ร้อยละ 16.6) ซึ่ง cut point ในการตรวจอุจจาระแต่ละ cut point มีโอกาสเกิดผลผิดพลาดต่างกัน โดยพบ false positive ใน 50 ng/ml (ร้อยละ 12.9) 70-75 ng/ml (ร้อยละ 9.4) 100 ng/ml (ร้อยละ 5.6)[15-16] ตามลำดับซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่พบผลตรวจปกติ (ร้อยละ 66.8) ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มากกว่าผลตรวจผิดปกติ ในการตรวจคัดกรองครั้งต่อไปควรใช้ iFOBT ที่มี cut point สูงกว่านี้ เช่น 100 ng/ml เพื่อลดโอกาสเกิด False positive แต่ผลการตรวจที่เป็น False negative พบค่อนข้างน้อย(ร้อยละ 0.1) แม้ใช้ cut point ในการตรวจเพียง 50ng/ml[15] จากการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยการตรวจ iFOBT ได้ประโยชน์และลดอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.0 ในมะเร็งลำไส้ที่ติดตามการตรวจนาน ร้อยละ 18.2 (median follow up)[17-19] การทำ screening colonoscopy พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงได้ร้อยละ 81.0 ในประชากรกลุ่มเสี่ยงทั่วไป[20,21] จากหลายรายงาน พบว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งการคัดกรอง และการตรวจติดตามผลได้ประโยชน์มากกว่าผลเสียที่จะเกิดจากการส่องกล้อง เช่น ลำไส้ทะลุ เลือดออกหรือเสียชีวิต จากการส่องกล้อง ซึ่งในการศึกษานี้ มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะลำไส้ทะลุเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) แต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็วและสามารถให้การรักษาโดยการส่องกล้องแล้วใช้คลิป เย็บปิดบริเวณที่ลำไส้ทะลุ ทำให้ไม่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา[22]

การศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกาให้ผู้ป่วยเก็บอุจจาระตรวจที่บ้าน ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงทั่วไปที่อายุมากกว่า 50 ปี พบว่าอัตราการส่งตรวจอุจจาระใน 1 ปี มีเพียงร้อยละ 20.6 มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามนัดใน 5 ปี เพียงร้อยละ 33.6[23] ซึ่งเป็นอัตราค่อนข้างต่ำ จากการศึกษานี้ในช่วง 3 เดือนแรก พบปัญหาอัตราการส่งตรวจเลือดแฝงในอุจจาระมีจำนวนน้อย เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ เกิดความอายในการส่งตรวจอุจจาระ ทำให้ทีมผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัญหา และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการคัดกรองและติดตามการเก็บอุจจาระส่งตรวจโดยใช้แนวทางคัดกรองเชิงรุก เจาะกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกัน ทำให้พบว่าประชากรที่เป็น

เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มารับการตรวจรักษาประจำที่คลินิกโรคเรื้อรัง และมีอายุมากกว่า 50 ปีเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ และการตรวจเป็นการกึ่งบังคับตรวจ คือให้ตรวจอุจจาระพร้อมกับเจาะเลือดตรวจโรคประจำ ถ้าพบเลือดแฝงก็จะส่งให้มาพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ต่อไป ทำให้การศึกษานี้ได้ประชากรจากกลุ่มนี้มากที่สุด ในกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ได้มาตรวจที่โรง-พยาบาลประจำ เช่น พระสงฆ์ ข้าราชการครู ตำรวจ ทหาร เจ้าหน้าที่จะทำหนังสือขอความร่วมมือ เข้าไปตรวจและติดตามการเก็บอุจจาระถึงที่ พระสงฆ์ที่มีผลตรวจอุจจาระมีเลือดแฝงมานัดส่องกล้องตรวจที่โรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ก็จะเป็นผู้นำพระสงฆ์มาตรวจที่โรงพยาบาล เมื่อทำการนัดส่องกล้องตรวจต่อไป ในกลุ่มนี้กลุ่มข้าราชการก็ยังเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือน้อยที่สุด กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีญาติเป็นมะเร็งลำไส้ ก็จะส่งรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้กลับให้แต่ละพื้นที่ได้ไปทำการสำรวจและติดตามญาติสายตรงของผู้ป่วยมาตรวจให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะพบปัญหาคือเรื่องสิทธิ์การรักษาที่อยู่นอกเขต ทางทีมงานจึงแก้ปัญหาโดยของบประมาณไปที่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งอนุมัติงบมาให้รายละ 2,000 บาทก็สามารถช่วยเหลือคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษาได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ได้จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยทีมงานได้ตั้งเป้าหมายตรวจอุจจาระ 2,500 ราย มีผู้เข้าร่วมโครงการถึง 2,753 ราย ส่งตรวจอุจจาระ ถึง 2,731 ราย (ร้อยละ 98.2) ซึ่งเป็นอัตราการส่งตรวจค่อนข้างสูง การจัดตั้งคลินิกพิเศษเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ และทำส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่นอกเวลาราชการ เพื่อรองรับผู้ป่วยและญาติที่ไม่สะดวกจะส่องกล้องในเวลาราชการ ทำให้มีทั้งประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงและประชากรกลุ่มเสี่ยงทั่วไปที่ต้องตรวจด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เข้าร่วมโครงการถึงร้อยละ 97.8 ของผู้ที่ควรได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีการศึกษาถึงความคุ้มค่าในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หลายการศึกษาทั้งในต่างประเทศ[24-27] หรือในประเทศไทยเอง[28] ต่างมีความเห็นตรงกันว่ามีความคุ้มค่า สามารถลดอัตราการตาย และเพิ่มโอกาสการอยู่รอดมากขึ้น แต่การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงทั้งการตรวจอุจจาระหาเลือดแฝง หรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ไม่ใช่เรื่องที่จะได้รับความร่วมมือง่าย ๆ ดังเหตุผลที่ได้กล่าวมาแล้ว

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรงที่ได้ทำการศึกษา ทางทีมผู้วิจัยเน้นปฏิบัติการเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวล ลดความกลัว และเนื่องจากการประชาสัมพันธ์อย่างเดียวอาจไม่เหมาะกับรูปแบบการคัดกรองในประเทศ ถ้าแยกกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เนื่องจากประชากรแต่ละกลุ่มมีลักษณะต่างกัน ความรู้ความเข้าใจ และความใส่ใจในสุขภาพ ต่างกัน จึงจำเป็นต้องอำนวยความสะดวกให้กลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีโอกาสเข้าร่วมการคัดกรองดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต และอรสา อัครวัชรางกูร[29] ที่พบว่ารูปแบบการบริการของประเทศไทยรับนโยบายมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้รับบริการสมัครใจเข้ารับการบริการด้วยตนเอง มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเข้าร่วมการคัดกรองเป็นครั้งคราว หรือในโอกาสพิเศษอื่น ประชาชนที่สนใจคัดกรองจำเป็นต้องเข้าคิวรอตรวจแบบเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งในระยะแรกที่ทำโครงการทางทีมก็พบปัญหาดังกล่าว ทีมผู้วิจัยจึงขอเสนอรูปแบบการคัด-กรองในรูปแบบเชิงรุกกึ่งบังคับ ให้มีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระในโปรแกรมการตรวจสุขภาพ มากกว่าการคัดกรองทั่วไปที่อาศัยการประชาสัมพันธ์เพียงด้านเดียว และจากผลการศึกษานี้ ทำให้วิเคราะห์ได้ว่าประชากรกลุ่มที่ตรวจพบทั้งมะเร็งลำไส้และติ่งเนื้อ แต่เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมคัดกรองน้อยคือ กลุ่มข้าราชการ ในการคัดกรองต่อไปควรเจาะลึกในผู้ป่วยกลุ่มข้าราชการมากขึ้น ขยายไปในกลุ่มข้าราชการสาธารณสุขเอง และกลุ่มข้าราชการอื่น ๆ เพื่อให้สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงนี้ได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

สรุป

จากการพัฒนารูปแบบการคัดกรองเชิงรุก ทำให้มีผู้เข้าร่วมโครงการและส่งตรวจอุจจาระทั้งหมด 2,731 ราย (ร้อยละ 98.2) ของผู้ที่มาคัดกรองทั้งหมด มีผู้เข้าร่วมส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทั่วไปแล้วมีเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก และกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีเลือดแฝงในอุจจาระเป็นลบ จำนวน 597 ราย พบมีผลตรวจผิดปกติจำนวน 242 ราย (ร้อยละ 40.5) ของผู้ที่มาส่องกล้องทั้งหมด พบเป็น ติ่งเนื้อก่อมะเร็งจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 41.3) เป็นมะเร็งจำนวน 45 ราย (ร้อยละ 18.5) ของผลตรวจที่ผิดปกติทั้งหมด พบผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกทั้งหมดจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 68.9) มะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 31.1) ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด สรุปว่าการคัดกรองมะเร็งที่ได้ผลดีควรทำเชิงรุก กึ่งบังคับตรวจและหาช่องทางในการลดค่าใช้จ่าย ลดเวลาการรอคอย และต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของประชากรแต่ละกลุ่ม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจและสังคม พยายามหาช่องทางอำนวยความสะดวกในการคัดกรองให้มากที่สุด จะทำให้ได้ผู้เข้าร่วมคัดกรองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำรูปแบบการคัดกรองเชิงรุกของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มาบูรณาการร่วมกับการคัดกรองมะเร็งชนิดอื่น ได้แก่ มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก เป็นบูรณาการ 3 มะเร็ง โดยกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ใกล้เคียงกันแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ให้ชัดเจน โดยอาศัยเพศ และอายุ มีคลินิกพิเศษรองรับผู้ป่วยที่คัดกรองจาก รพ.สต. หรือผู้ป่วยทั่วไปที่มาตรวจคัดกรองโดยเฉพาะ

2. เพิ่ม cut point ในการตรวจ iFOBT เพื่อลดการเกิด false positive

3. นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากงานวิจัยมาวิเคราะห์เพื่อต่อยอดการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกต่อไป จากการศึกษาพบว่ากลุ่มข้าราชการเข้าร่วมโครงการน้อย และพบผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มผู้ป่วยทั้งครูและตำรวจ จึงควรเดินหน้าคัดกรองโดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการมากขึ้นในการคัดกรองต่อไป

4. นำข้อมูลที่ได้จากแต่ละกลุ่ม มาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์โชคชัย สีโทชวลิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน นายแพทย์ณัฐวุฒิ แตงร่ม รองผู้อำนวยการและประธาน service plan นายแพทย์พรชัย พงษ์ประภากร ประธานองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ที่ให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน นายแพทย์รุ่งกิจ ชัยธีรกิจและนายแพทย์ปิยะ เล็บขาว ศัลยแพทย์ที่ช่วยทำส่องกล้องลำไส้ใหญ่จนครบตามจำนวน แพทย์หญิง สุทธิดา วัชรอำไพวัลย์ แพทย์หญิงสุทัศนา ชัยมานะการ แพทย์หญิงอจลญา รัตนละออ วิสัญญีแพทย์ คุณประไพ ผลอินทร์หัวหน้าพยาบาลวิสัญญี คุณวนี คงสกุลถาวรหัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัด คุณรัชดา แก้วอินทรเลขา Service Plan มะเร็ง ที่ช่วยในการเก็บข้อมูล ช่วยวิเคราะห์และแก้ปัญหา คุณกวินลดา พยาบาลกลุ่มเวชกรรมสังคมที่ช่วยในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ทุกพื้นที่ ที่ได้ร่วมกันดำเนินงานสนับสนุนการศึกษานี้ให้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer fact sheet 297, February 2015 [Internet]. [cited 2016 Apr 18]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs297/en/
2. National Cancer Institute, Centers for Disease Control and Prevention. United State cancer statistics 1999-2012: cancer incidence and mortality data [Internet]. [cited 2016 Apr 18]. Available from: http://nccd.cdc.gov/uscs/
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

4. Jarin C, Aumkhae S, Kosin W, Panita L, Sumrit S, Yupa T. Cost of colorectal cancer care in hospitalized patients of Thailand. J Med Assoc Thai 2012;95(Suppl.):S196-S200.
5. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. Gastroenterogy 1997;112:594-642.
6. Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, Byers T, Rothenberger D, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001—testing for early lung cancer detection. CA Cancer J Clin 2001;51:38-75.
7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: recommendation and rationale. Ann Intern Med 2002;137:129 -31.
8. Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, Burt RW, Sonnenberg A. Colorectal cancer prevention 2000: screening recommendations of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000;95:868-77.
9. Simmang CL, Senatore P, Lowry A, Hicks T, Burnstein M, Dentsman F, et al. Practice parameters for detection of colorectal neoplasms. The Standards Committee, The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 1999;42:1123-29.
10. อาคม ชัยวีระวัฒนะ, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษณ์, ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
11. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med 1993;328:1365-71.
12. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecaloccult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996;348:1472-7.
13. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecaloccult-blood test. Lancet 1996; 348:1467-71.
14. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. J Natl Cancer Inst 1999;91:434-7.
15. Park DI, Ryu YS, Kim YS, Lee SH, Lee CK, Eun CS, et al. Comparison of guaiac-based and quantitative immunochemical fecal occult blood testing in a population at average risk undergoing colorectal cancer screening. Am J Gastroenterol 2010;105:2017-25.
16. Raginel T, Puvinel J, Ferrand O, Bouvier V, Levillain R, Ruiz A, et al.A population-based comparison of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer screening. Gastroenterology 2013;144:918-25.
17. Burch JA, Soares-Weiser K, St John DJ, Duffy S, Smith S, Kleijnen J, et al.Diagnostic accuracy of faecal occult blood tests used in screening for colorectal cancer: a systematic review. J Med Screen 2007;14:132-7.
18. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008;149:638-58.
19. Lee JK, Liles EG, Bent S, Levin TR, Corley DA. Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2014;160:171.
20. Telford JJ, Levy AR, Sambroo, Zuo D, Enns RA. The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer. CMAJ 2010;182:1307-13.
21. Zauber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Wilschut J, van Ballegooijen M, Kuntz KM. Evaluating test strategies for colorectal cancer screening — age to begin, age to stop, and timing of screening intervals: a decision analysis of colorectal cancer screening for the US Preventive Services Task Force from the Cancer Intervention

and Surveillance Modeling Network (CISNET). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD; 2009 [Internet]. [cited 2019 Apr 18]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK34013/

22. ปิยะ เล็บขาว. ภาวะลำไส้ใหญ่ทะลุจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และการรักษาโดยการส่องกล้อง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560;36:190-7.

23. MMWR. Trends in screening for colorectal cancer: United States, 1997 and 1999. Mor Mortal Wkly Rep 2001;50:162-6.

24. Wagner JL, Tunis S, Brown M, Ching A, Almeida R. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in average-risk adults. In: Young G, Levin B, eds. Prevention and early detection of colorectal cancer. London: Saunder; 1996. p. 321-56.

25. Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. JAMA 2000;284:1954-61.

26. Loeve F, Brown ML, Boer R, van Ballegooijen M, van Oortmarssen GJ, Habbema JD. Endoscopic colorectal cancer screening: a cost-saving analysis. J Natl Cancer Inst 2000;92:557-63.

27. Sonnenberg A, Delco F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 2000;133:573-84.

28. กันต์กมล กิจตรงศิริ. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระดับประชากรในประเทศไทย, โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระดับประชากร [อินเทอร์เน็ต]. HITAP กระทรวงสาธารณสุข [สืบค้นเมื่อ 18 เม.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://www.hitap.net/research/17771

29. ผ่องศรี ศรีมรกต, อรสา อัครวัชรางกูร. รูปแบบการบริการคัดกรองโรคมะเร็งในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2552.

Abstract: Developing Model of Colorectal Cancer Screening in Krathumbaen Community Network, Krathumbaen District, Samutsakorn Province

Sukanya Wiriyakosol, M.D.; Roongkij Chaiteerakit, M.D.; Piya Lebkhao M.D,Cert. Thai Board of General Surgery

Division of Surgery Krathumbaen Hospital,Samutsakorn Province, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:845-56.

This descriptive study aimed to develop an operational approach for screening colorectal cancers with the participation of the health alliance, Krathumbaen district, Samutsakhon province in order that all groups of risky people lives in this area were able to participate in the screening project with the highest ratio of participation in fecal occult blood test and the colonoscopy, as well as the increasng ratio of the first-stage cancer finding. In screening stage, the team operators relied on the proactive operation to access all groups of people. It was performed by assigning officials of local district health offices to assess family history of colorectal cancer of people, to monitor the occult blood test by the village health volunteers who were responsible in each area, to screen and take the monks for the diagnosis at the hospital, and to send disseminate screening notifications to the government officers, teachers, and police respectively. Other activities included the screening of the average risk group in the industrial factories, the setting up of the special clinic for the screening of the colon and rectal cancers separate from the general surgery out patients clinic, setting-up of the fast track for patients to meet the surgeons and the anesthesiologists to make appointment for colonoscopy within 14 days after meeting the doctors; and schedulng colonoscopy on Saturday to facilitate those who were inconvenient to participate on the working days, particularly the government officials and their families. This study was carried out from January 2016 to April 2017. Data analysis was conducted through the use of descriptive statistics. It was found that there were 2,753 people with average risk and high risk participating in the screening program. Among them, 2,731 (98.2%) were screened with immunochemical fecal occult blood test (iFOBT). Altogether 597 people from the average risk group with positive occult blood test and high risk group with negative occult blood test were examined through the colonoscopy; and abnormal results were indentified in 242 cases (40.5%). There were 100 cases with adenomateous polyp (41.3%). Among the patients with abnormal results, 45 cases (18.5%) were found to have cancer: 31 cases (68.9%) with early stage cancer which increased from 42.86% observed in 2015; and 14 cases were found to have cancer at Stage 3 and 4 (31.1%, which decreases from 57.1% when compared with that in 2015).

***Keywords*: colorectal cancer screening, developing model of colorectal cancer screening**