



อัตราอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช Incidence Rate And Factor Effecting To Colorectal Cancer Among Risk Group In Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

ชนาธิป อังคณานนท์
โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
Chanathip Aungkananon
Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยง และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการเกิดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 307 ราย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบคัดกรองการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ และแบบบันทึกผลการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ผลการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระเป็นบวก ร้อยละ 34.8 เมื่อตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบความผิดปกติ ร้อยละ 6.1 ประกอบด้วย ตึ่งเนื้อ ร้อยละ 4.2 ติ่งที่ผนังลำไส้ ร้อยละ 0.6 ก้อนที่ลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 0.3 ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 0.3 และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 0.6 คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 1.6 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า เพศและประวัติเนื้องอกที่ลำไส้ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($OR_{adj} = 3.9, 95\% CI; 2.3-7.6, p-value=0.00$; $OR_{adj} = 2.1, 95\% CI; 1.3-5.2, p-value=0.03$) ดังนั้น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและทราบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นจะนำไปสู่การรักษาได้อย่างรวดเร็วและลดการสูญเสียจากโรคได้

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

Abstract

This study is cross-sectional descriptive study design. The aimed of study was to study the incidence rate among risk groups, combine with to study factors effecting to colorectal cancer in Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. The 307 samples are colorectal cancer risk group. Data collection tools were used the Fecal immunochemical test (FIT) screening and colonoscopy. The descriptive statistics was used to describe the demographic data include number, percentage, standard deviation, and mean. For the analysis of factors related to the incidence of colorectal cancer by multiple logistic regression analysis

The result showed that positive FIT test in 34.8%. When confirmed by colonoscopy was found abnormalities in 6.1% of all samples. There were founded polyp 4.2%, diverticulum 0.6%, rectal mass 0.3%, hemorrhoid 0.32% and colon cancer 0.6%. The incidence rate for the at-risk group is 1.6 per 1,000 population. As the factors affecting the incidence of colorectal cancer, it was found that gender and history of intestinal polyp were statistically significant to the colorectal cancer at the 0.05. ($OR_{adj} = 3.9$, 95% CI; 2.3-7.6, p-value=0.00; $OR_{adj} = 2.1$, 95% CI; 1.3-5.2, p-value=0.03). Therefore, the screening for risk groups and early detection of abnormalities, it will lead to a quick treatment and reduce the loss of the disease.

Keywords: Colorectal cancer, Fecal immunochemical test (FIT), Colonoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ตามรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์โรคมะเร็งโลก ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวนกว่า 18.1 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านราย (WHO, 2018) สถิติของโรคมะเร็งที่พบทั่วโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร สำหรับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 แต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 12,000 ราย เป็นเพศชาย 59,662 ราย และเพศหญิง 63,095 ราย ซึ่งพบว่าแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Imsamran W. et al, 2018) อีกทั้งยังมีแนวโน้มการตายสูงขึ้นในทุกปีโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศไทย คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามลำดับ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งข้อมูลปี พ.ศ. 2561 คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี (ประชาชาติธุรกิจ, 2565) และข้อมูลปี 2562 พบว่า ประชากรไทย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี (จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (2564) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปี พ.ศ. 2563 ของกลุ่มจังหวัดสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร เท่ากับ 428, 87, 66, 99, 410, 31 และ 128 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 45, 8, 6, 11, 23, 3 และ 19 ราย

ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้น พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากที่สุดของกลุ่มจังหวัดในเขต 11 ขณะที่ปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลสิชล มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 4 ราย และกลุ่มผู้ป่วยนี้มีผู้เสียชีวิต 3 ราย (โรงพยาบาลสิชล, 2564) ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดการสูญเสียและการดูแลอย่างประคับประคองตลอดชีวิต แต่สามารถที่ทำการป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรอง จะช่วยให้ตรวจพบรอบโรคได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งระยะแรกทำให้การรักษาโรคได้อย่างทันท่วงที

การคัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระหรือ fecal immunochemical test (FIT test) เป็นวิธีการตรวจซึ่งอาศัยการทำปฏิกิริยาระหว่าง human antibodies ที่จำเพาะต่อกลูบินและแอลบูมิน (globin, albumin) หรือส่วนประกอบอื่น ๆ ของเลือด โดยปกติอุจจาระจะไม่มีเลือดปน แต่ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือเนื้องอกในลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้วอาจมีเลือดออกจากเนื้อร้ายได้ ทำให้มีเลือดแฝงในอุจจาระได้ (อัจฉริย เสรีศิริวัฒนา, 2565) ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถนำ FIT test มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ โดยถ้า FIT test ให้ผลบวกจึงทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อไป โดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการตรวจการส่องกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัยลำไส้ใหญ่เพื่อตรวจวินิจฉัยภายในลำไส้ใหญ่ รวมถึงประเมินอาการผิดปกติของลำไส้ใหญ่ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2565) เพื่อให้สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วต่อไป

จากความสำคัญข้างต้น การเข้าถึงการคัดกรองด้วยวิธีการ FIT test และยืนยันผลการตรวจมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักจะสามารถให้ผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอสิชลเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early Detection) นำไปสู่การรักษาได้ไวขึ้น ลดการสูญเสียจากโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักของพื้นที่ต่อไป

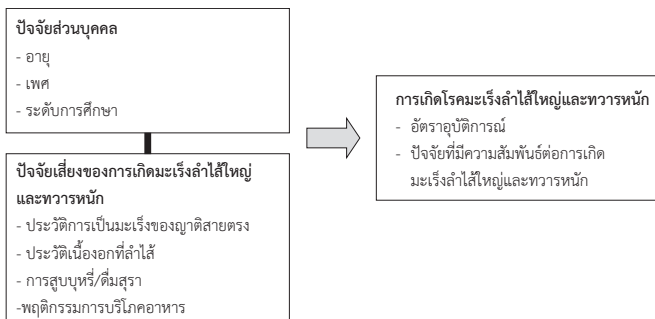
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิด

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกับการใช้ผลการตรวจคัดกรองด้วยแบบการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT test) และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งได้กรอบการทำวิจัย ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็ง และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด

โรคมะเร็ง ณ 1 มกราคม 2565 จำนวน 1,205 ราย (โรงพยาบาลสิชล, 2565)

ในการศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนด ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 5 ระดับความเชื่อมั่น 95 % สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.05$) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 292 ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 307 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- อายุ 50 ปี ขึ้นไป
- ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- ไม่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอสิชล
- ไม่สามารถเข้ารับการตรวจส่องกล้องตามเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประกอบด้วย

- 1) แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fit test) ของเครือข่ายบริการสังกัดโรงพยาบาลสิชล โดยประยุกต์ใช้จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561)
- 2) บันทึกผลการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 017/2566 โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 ราย ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

- 1) ประชุมชี้แจงถึงที่มาและความสำคัญในการศึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

- 2) ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
- 3) กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วย
การลงนามยินยอมสมัครใจ
- 4) เจ้าหน้าที่สอบถามรายละเอียดตามแบบคัดกรอง
- 5) นำผลการคัดกรองด้วย FIT test มากำหนด
ระยะเวลาในการตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy
- 6) ทำการตรวจส่องกล้อง Colonoscopy และบันทึกผล
- 7) นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจส่องกล้องไปวิเคราะห์
ข้อมูลและสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงเชื่อมั่นที่ 95%

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=307)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	159 (51.7)
หญิง	148 (49.3)
อายุ	
50 ปี	7 (2.3)
51-60 ปี	214 (69.7)
61 ปี ขึ้นไป	86 (28.0)
อายุเฉลี่ย 58.6 ปี (น้อยที่สุด 50 ปี มากที่สุด 71 ปี , S.D = 9.2)	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	139 (45.3)
มัธยมศึกษา	121 (39.4)
ปริญญาตรีขึ้นไป	47 (15.3)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.7 เพศหญิง ร้อยละ 49.3 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 69.7 รองลงมา ได้แก่ อายุ 50 ปี ร้อยละ 2.2 และอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา และปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 39.4 และ 15.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเป็นมะเร็งของญาติสายตรง ร้อยละ 20.3 มีประวัติเนื้องอกที่ลำไส้ ร้อยละ 30.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 ดื่มสุรา ร้อยละ 32.9 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 32.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=307)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการเป็นมะเร็งญาติสายตรง	
มีประวัติมะเร็ง	62 (20.3)
ไม่มีประวัติมะเร็ง	245 (79.7)
ประวัติเนื้องอกที่ลำไส้	
มี	94 (30.7)
ไม่มี	213 (69.3)
การสูบบุหรี่	
สูบ	87 (28.4)
ไม่สูบ	220 (71.6)
การดื่มสุรา	
ดื่ม	101 (32.9)
ไม่ดื่ม	206 (67.1)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
เหมาะสม	208 (67.7)
ไม่เหมาะสม	99 (32.3)

ส่วนที่ 3 ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลการคัดกรอง Fit test

ผลการคัดกรอง Fit test ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน พบว่า มีผลการตรวจปกติไม่มีเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 65.2 และพบเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 34.8 ดังตารางที่ 3

ผลการตรวจยืนยันด้วยกล้อง Colonoscopy

จากการตรวจยืนยันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยกล้อง Colonoscopy จำนวน 307 คน

ตารางที่ 3 ผลการคัดกรอง Fit test ของกลุ่มเสี่ยง (n=307)

การคัดกรอง Fit test	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ	200 (65.2)
ผิดปกติ (พบเลือดแฝงในอุจจาระ ≥ 100 ng/mL)	107 (34.8)

พบความผิดปกติ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 เมื่อพิจารณาประเภทของความผิดปกติพบว่า มีติ่งเนื้อ ร้อยละ 4.2 (13 ราย) ถุงที่ผนังลำไส้ ร้อยละ 0.6 (2 ราย) ก้อนที่ลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 0.3 (1 ราย) ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 0.3 (1 ราย) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 0.6 (2 ราย) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การตรวจยืนยันความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยกล้อง Colonoscopy (n=307)

ผลการตรวจ	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ (Normal)	288 (93.8)
ติ่งเนื้อ (Polyp)	13 (4.2)
ถุงที่ผนังลำไส้ (Diverticulum)	2 (0.6)
ก้อนที่ลำไส้ใหญ่ (Rectal mass)	1 (0.3)
ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	1 (0.3)
มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer)	2 (0.6)

จากผลการตรวจยืนยันความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยกล้อง Colonoscopy พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์จากการศึกษาเท่ากับ 0.6 เมื่อคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดของพื้นที่ 1,205 คน เท่ากับ 1.6 ต่อประชากรหนึ่งพันคน

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval) พบว่า เพศ และประวัติการเป็นเนื้องอกที่ลำไส้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($OR_{adj} = 3.9$, 95% CI; 2.3-7.6, p -value=0.00; $OR_{adj} = 2.1$, 95% CI; 1.3-5.2, p -value=0.03)) ดังแสดงในตารางที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า เพศ มีอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Martinelli และคณะ (2015) ที่พบว่า การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความแตกต่างกันด้วยยีนที่ส่งผลถึงการเกิดมะเร็งที่ชื่อว่า ABCB11 ซึ่งจะแสดงออกในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ซึ่งส่งผลต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากนี้ประวัติเนื้องอกที่ลำไส้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นาทประยุทธ์ (2564) ที่พบว่า ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คิดเป็น 4.6 เท่าของผู้ไม่มีประวัติความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และสอดคล้องกับ Nebbia M และคณะ (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้านปัจจัยอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สอดคล้องกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2557) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ด้านปัจจัยความเสี่ยง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio	95% confidence interval		p-value
		Lower	upper	
เพศ	3.9	2.3	7.6	0.00*
อายุ	3.4	1.6	5.9	0.34
ระดับการศึกษา	1.2	0.2	2.4	0.18
ประวัติการเป็นมะเร็งญาติสายตรง	1.9	0.4	4.7	0.17
ประวัติเนื้องอกที่ลำไส้	2.1	1.3	5.2	0.03*
การสูบบุหรี่	1.6	0.7	3.5	0.64
การดื่มสุรา	0.7	0.3	2.8	0.32
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.3	1.4	4.4	0.29

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < 0.05

ประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบจากการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นาทประยูทธ์ (2564) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2014) ได้อธิบายเกี่ยวกับประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษาของสุทธิมาศ สุขอัมพร และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับประทานเนื้อสัตว์ และการรับประทานอาหารกากใยน้อยจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นาทประยูทธ์ (2564) แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาของ Botteri E และคณะ (2008) และ Naing C และคณะ (2017) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผล

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำเป็นต้องมีการคัดกรองด้วย FIT test และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง colonoscopy พบอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 1.6 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ เพศและประวัติเนื้องอกที่ลำไส้ การทราบระดับความผิดปกติของกลุ่มเสี่ยงในระยะเริ่มต้น นำไปสู่ระบบการรักษารวดเร็วขึ้น ลดการสูญเสียจากโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประชาสัมพันธ์และการสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้เกิดการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. การคัดกรองในกลุ่มที่มีอาการและกลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ติดสุราเรื้อรัง โรคเรื้อรัง ให้เข้าสู่

ระยะการค้นหาโรคมะเร็งแรกเริ่มด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ของประชาชนต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อทราบระดับความรู้ของประชาชนนำไปสู่การวางแผนดำเนินการป้องกันโรคต่อไป
2. การศึกษาถึงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนักอำเภอสิชล เพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุ้นเตือนและตระหนักในการเฝ้าระวังมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- A. Sareesiriwatana. (2022). Efficiency of Fecal Immunochemical Test to Screen for Colorectal Cancer by Compare Applied a Cut-Off 50 ng/ml and 100 ng/ml. *Region 3 Medical and Public Health Journal* Vol. 19 No. 2 May-August 2022. pp 68-82
- Botteri, E., Iodice, S., Bagnardi, V., Raimondi, S., Lowenfels, A. B., & Maisonneuve P. (2008). Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*, 300(23), 2765–2778. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.839>
- Bumrungrad Hospital. (2022). **Colonoscopy**. Accessed on 30 October 2023 Retrieved from <https://www.bumrungrad.com/th/treatments/colonoscopy>
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2019). *National Cancer Control Programme (2561-2565 B.E.)*. Nonthaburi

- Digital Government Development Agency. (2021). *Fatality rate data set for colon and rectum cancer*. Accessed on 2 June 2023 Retrieved from <https://shorturl.at/joER0>
- Insamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, et al. (2018). *Cancer in Thailand*. (Vol.IX 2013-2015). National Cancer Institute, Bangkok.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3): 607 – 610
- Lee, B. R., Chang, S. Y., Hong, E. H., Kwon, B. E., Kim, H. M., Kim, Y. J., Lee, J., Cho, H. J., Cheon, J. H., & Ko, H. J. (2014). Elevated endoplasmic reticulum stress reinforced immunosuppression in the tumor microenvironment via myeloid-derived suppressor cells. *Oncotarget*, 5(23), 12331–12345. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.2589>
- Martinelli, E, Martini, G, Cardone, C, Troiani, T, Liguori, G, Vitagliano, D, Napolitano, S, Morgillo, F, Rinaldi, B, Melillo, RMarina, Liotti, F, Nappi, A, Bianco, R, Berrin, L, Ciuffreda, LPia, Ciardiello, D, Iaffaioli, V, Botti, G, Ferraiolo, F, & Ciardiello, F. (2015). AXL is an oncotarget in human colorectal cancer. *Oncotarget* Sep 15;6(27): 23281-23296
- Montri Natprayut. (2021). Factors associated with colorectal cancer in Buayai Hospital, Nakhon Rathasima Province. *Medical journal of Sisaket Surin Buriram Hospital*. Vol. 31 No.1 January –April 2021 pp. 219-226
- Naing, C., Lai, P.K. & Mak, J.W. (2017). Immediately modifiable risk factors attributable to colorectal cancer in Malaysia. *BMC Public Health*; 17, 637 <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4650-8>
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2014). *Hospital-based Cancer Registry 2014*. Accessed on 1 June 2023 Retrieved from http://nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer20Registry/HOSPITAL-BASED%202014.pdf
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2018). *Operational guidelines and data recording colorectal cancer screening project using the FIT Test method*. Accessed on 1 June 2023 Retrieved from https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update1761
- Nebbia, M., Yassin, N. A., & Spinelli, A. (2020). Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease. *Clinics in colon and rectal surgery* 33(5), 305–317. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713748>
- Prachachat (2022). *Open statistics of “cancer” in Thai people, pushing the number of new patients to more than 100,000 cases per year*. Accessed on 5 November 2022 Retrieved from <https://www.prachachat.net/general/news-8695753>
- Sichon Hospital (2021). *Medical Records: Screening of colorectal cancer of the year 2021*. Nakhon Si Thammarat
- Sichon Hospital (2022). *Medical Records: Screening of colorectal cancer of the year 2022*. Nakhon Si Thammarat

Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics 2019*. Accessed on 5 5 June 2023 Retrieved from <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf>

Suthimard Sukumporn, Walainaree Pommala. (2021). Effectiveness of Program to Improve Self-Care Behaviorsto Prevent Colon and Rectal Cancerof Hospital Personne.Regional Health Promotion Center 9 JournalVol. 15No. 38September-December2021 pp.632- 644
World Health Organization. (2018). *Cancer*. Accessed on 2 June 2023. Retrieved from www.who.int/cancer/ PR GlobocanFinal.pdf