

ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test
ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ ในโรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Risk assessment of false positive test results using the stool occult blood test.
in screening for colon cancer among inpatients
Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital.

(Received: October 15,2023 ; Revised: October 29,2023 ; Accepted: October 31,2023)

จุฑามาศ ปัทม¹
Juthamas Pathum¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตรวจ stool occult blood test positive ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และ การหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คนที่มีประวัติโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มียา (OR = 2.815, 95%CI = 1.203 – 6.586, p-value = 0.015) คนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มียา (OR = 3.941, 95%CI = 1.697 – 9.154, p-value = <0.001) คนที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็น 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มียา (OR = 7.882, 95%CI = 3.290 – 18.886, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: ความเสี่ยง, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็ง

Abstract

The objective is to study and evaluate the risk of false positive test results using the stool occult blood test in screening for colon cancer among inpatients. Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. The sample group consisted of 120 patients diagnosed with stool occult blood test positive at Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. Data were collected using a questionnaire. By analyzing statistical data, including descriptive statistics. To find frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and inferential statistics, use Chi-square statistics. test and to find the size of the relationship, use the value of Odd Ratio, 95%CI, set the statistical significance level at 0.05.

Result: The sample group consisted of 120 patients diagnosed with stool occult blood test positive at Somdej Phra Yupparat Kuchinarai Hospital. Data were collected using a questionnaire. By analyzing statistical data, including descriptive statistics. To find frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and inferential statistics, use Chi-square statistics. test and to find the size of the relationship, use the value of Odd Ratio, 95%CI, set the statistical significance level at 0.05.

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Key Word: Risk, Colon cancer, Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน¹

รายงานจากสถิติมะเร็งของประเทศไทยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2563 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศชาย รองลงมาเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอดและหลอดลมตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงพบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศหญิงภาพรวมอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 16.9 คนต่อประชากร 100,000 คน จัดว่าพบค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยกัน นอกจากนี้ยังไปในระยะเวลา 20 ปีพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 3 เท่าจากอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งขณะนั้นพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้รายใหม่เพียง 5 คนต่อประชากร 100,000 คน²

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับสามในเพศชาย และอันดับสองในเพศ

หญิง (จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ) ที่น่ากังวลคืออัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทุกๆ วันมีคนไข้เสียชีวิตจากโรคร้ายนี้เฉลี่ยวันละ 15 คน (ปีละ 5,476 คน) และมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน (ปีละ 15,939 คน) ทั้งนี้ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีสาเหตุการเกิดโรคที่หลากหลาย แต่ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในปัจจุบันคือการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารกลุ่มเนื้อแดง ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมูที่ผ่านการแปรรูปหรือปรุงด้วยความร้อนสูงเป็นเวลานานเช่นการปิ้งย่างจนไหม้เกรียม และมีมันสูง รับประทานอาหารกากใยน้อย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ นอกจากนี้มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงยังเกิดในคนที่เป็กลุ่มเสี่ยงจากการมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คนที่เคยตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่แบบอะดีโนมา หรือทำการรักษาโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง³

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญกับปัญหาโรคนี้ ถ้าสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ โดยใช้การส่องกล้องเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ซึ่งถ้าหากเป็นระยะเริ่มแรกจะเป็นลักษณะของติ่งเนื้อหรือเรียกว่า polyp การส่องกล้องจึงเป็นมาตรฐานสากลที่สามารถใช้ในการวินิจฉัยพร้อมการรักษาในรอบเดียวกันได้เลย อีกทั้งถ้าเจอก้อนใหญ่และสงสัยว่ามีการกระจายหรือไม่แน่ใจว่าเป็นมะเร็งจริง ก็สามารถที่จะเอาชิ้นเนื้อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เลย มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี ในการพัฒนาไปเป็นก้อนเริ่มจากติ่งเนื้อก่อน ซึ่งการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาไปมากและพบว่าผลการรักษามีโอกาสรอดชีวิตสูง ซึ่งได้มีการแนะนำให้ผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในทุกคนที่อายุ 50 ปีขึ้นไปแต่ว่าในวงการแพทย์ของไทยยังไม่มีบุคลากรและเครื่องมือที่จะรองรับได้ 100% จึงได้มีการคัดกรองในคนไข้ที่มีประวัติเข้าได้หรือมีประวัติที่ชวนให้สงสัย หรือมีญาติเป็น และใช้ stool occult blood test เป็นตัวคัดกรองอีกรอบก่อนที่จะทำการส่องกล้องเพื่อลดการส่องกล้องทาง

ลำไส้ที่ไม่จำเป็น งานวิจัยนี้จึงศึกษาถึงการประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาด (false positive) ของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความชุกคนไข้ที่จะส่งกล้องหามะเร็งลำไส้ใหญ่
2. เพื่อหาขนาดของโอกาสเจอมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการตัดสินใจส่งกล้องทางลำไส้ใหญ่
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการค้นหาคนไข้มะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตรวจ stool occult blood test positive ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 120 คน
2. ด้านเวลา ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นเวลา 2 เดือน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกเวชระเบียน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเสี่ยงผลเป็นบวก จำนวน 120 คน ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบด้วยดังนี้ เป็นเพศชาย จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 มีสถานะภาพสมรส จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 90.80 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 54.20 ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 89.20 ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 90.80 มีประวัติดื่มสุรา จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหาร 35 คน คิดเป็นร้อยละ 29.20 และประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 34.20

2. ความชุกของผลบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) จากการวิจัย พบว่า พบว่าความชุกของผลบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ มีความผิดปกติ (มีผลเป็นบวก) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 แยกเป็นผลบวกมากที่สุดคือ เสี่ยงเป็น Polype จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17 รองลงมา Incomplete จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 และ เสี่ยงเป็น Cancer จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความชุกของผลบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n=120)

ผลตรวจเป็นบวก	จำนวน	ร้อยละ
ผลบวกผิดปกติ แยกเป็น	36	30.00
เสี่ยงเป็น Cancer	2	1.67
เสี่ยงเป็น Polype	29	24.17
Incomplete	5	4.17
ปกติ	84	70.00

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของ คนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คนที่มีประวัติโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น เกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีความเสี่ยง ($\chi^2 = 5.917$, OR = 2.815, 95%CI = 1.203 – 6.586, p-value = 0.015) คนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีความเสี่ยง ($\chi^2 = 10.804$, OR = 3.941, 95%CI = 1.697 – 9.154, p-value = <0.001) คนที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็น เกือบ 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีความเสี่ยง ($\chi^2 = 424.150$, OR = 7.882, 95%CI = 3.290 – 18.886, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	ผลตรวจ		OR	95%CI		χ^2	p-value
	Positive จำนวน (ร้อยละ)	Negative จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
เพศ							
ชาย	9 (42.90)	12 (57.10)	2.00	0.758	5.280	2.00	0.157
หญิง	27 (27.30)	72 (72.70)					
รายได้ (บาท)							
ต่ำกว่า 6,000	20 (30.80)	45 (69.20)	1.08	0.494	2.375	0.04	0.842
สูงกว่า 6,001	16 (29.10)	39 (70.90)					
อายุ							
น้อยกว่า 65 ปี	20 (35.10)	37 (64.90)	1.59	0.724	3.485	1.34	0.247
สูงกว่า 65 ปี	16 (25.40)	47 (74.60)					
สถานะสมรส							
โสด	4 (36.40)	7 (63.60)	1.38	0.376	5.024	0.234	0.629
สมรส	32 (29.40)	77(70.60)					
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	30 (28.80)	74 (71.20)	0.68	0.225	2.025	0.495	0.6482

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวแปร	ผลตรวจ		OR	95%CI		χ^2	p-value
	Positive จำนวน (ร้อยละ)	Negative จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6 (35.70)	10 (62.50)					
ประวัติโรคเรื้อรัง							
มี	32 (29.90)	75 (70.10)	2.815	1.203	6.586	5.917	0.015*
ไม่มี	4 (30.80)	9 (69.20)					
ญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง							
มี							
ไม่มี	15 (46.90) 21 (23.90)	17 (51.10) 67 (76.10)	0.960	0.275	3.345	0.004	0.949
ประวัติสูบบุหรี่							
สูบ	34 (31.20)	75 (68.80)	2.040	0.418	9.952	0.805	0.369
ไม่สูบ	2 (18.20)	9 (81.80)					
ประวัติดื่มสุรา							
ดื่ม	35 (30.70)	79 (69.30)	2.215	0.250	19.667	0.535	0.465
ไม่ดื่ม	1 (16.70)	5 (83.30)					
ความผิดปกติในทางเดินอาหาร							
มี							
ไม่มี	18 (51.40) 18 (21.20)	17 (48.60) 67 (78.80)	3.941	1.697	9.154	10.804	0.001*
คนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้							
มี							
ไม่มี	24(58.50) 12(15.20)	17(41.50) 67(84.80)	7.882	3.290	18.886	24.150	<0.001**

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่อง การประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คนที่มีประวัติโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi^2 = 5.917$,

OR = 2.815, 95%CI = 1.203 – 6.586, p-value = 0.015) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภูลกร จำปา หวาย และพงษ์เดช สารการ (2563)⁷ ได้ทำการศึกษา คุณลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเข้มข้น ของ f-Hb จากการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลบวก (ร้อยละ 9.6) โดยจำนวนนี้พบเพศชาย (ร้อยละ 17.0) อายุ 65-74 ปี (ร้อยละ 18.3) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 17.1) บริโภคเนื้อแดง มาก (ร้อยละ 14.0) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 13.7) ระดับ BMI 23 kg/m² ขึ้นไป (ร้อยละ 14.0) และมี ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13.7)

คนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมี โอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 4 เท่า เมื่อ เทียบกับคนที่ไม่มีความผิดปกติ ($\chi^2 = 10.804$, OR = 3.941, 95%CI = 1.697 – 9.154, p-value = <0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนตรี นาทประยุทธ์ (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า จากการนำข้อมูล มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พบว่าผู้ที่มีประวัติอาการผิดปกติ ในระบบทางเดินอาหารมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงมากกว่าของผู้ที่ไม่มีความผิดปกติใน ระบบทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ค่า p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ การศึกษา ของ Nebbia M, Yassin NA, Spinelli A (2020)¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบ (IBD) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการ เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CRC)

คนที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ คิด เป็นเกือบ 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีความผิดปกติ ($\chi^2 = 424.150$, OR = 7.882, 95%CI = 3.290 – 18.886, p-

value < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee SY, Shin A, Kim BC, Lee JH, Han KS, Hong CW, et al. (2014) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,275 คน ในการศึกษานี้ การวิเคราะห์แบบ Univariate แสดงให้ เห็นว่า อายุที่มากขึ้น เพศชาย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ค่าดัชนีมวลกาย>25 กก./ม.⁽²⁾ และประวัติครอบครัว เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CRC) เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการพัฒนาของติ่งเนื้ออะดีโนมาที่สของลำไส้ ใหญ่และทวารหนักประปรายในผู้ป่วยเหล่านี้ และยัง สอดคล้องกับ Tuohy, T. M., Rowe, K. G., Mineau, G. P., Pimentel, R., Burt, R. W., & Samadder, N. J. (2014)¹¹ ได้ทำการศึกษา ความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีเนื้องอก: การศึกษาตามประชากรในรัฐยูทาห์ ผลการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่มีเนื้องอก เนื้อและเนื้องอกระยะลุกลาม มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด เนื้องอกในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ข้อมูลเหล่านี้ควร ได้รับการพิจารณาเมื่อจัดทำแนวทางการคัดกรอง CRC สำหรับบุคคลและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจหา ความเสี่ยงด้วยวิธีการอื่น
2. ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและเผยแพร่ความรู้แก่ ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นที่ถือว่าสำคัญที่สุด
3. ควรมีระบบการเฝ้าระวังและกำกับติดตาม ให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในพื้นที่และมีกิจกรรม รณรงค์อย่างต่อเนื่อง



- 1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2561-2565)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf
- 2.สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อควรระวังเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347
- 3.สำนักสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ไม่ไกลตัว*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/188105/>
- 4.กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน*. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- 5.กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. ค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports3.html/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
- 6.กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports3.html/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
- 7.กุลกร จำปาหวาย และ พงษ์เดช สารการ. (2563). คุณลักษณะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของ f-Hb จากการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1103-1112 สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9616/8589>
- 8.มนตรี นาพประยุทธ์ (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการแพทย์*, 36(1), 219-216 สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/250531>
- 9.ยามิหะ ไมหมาด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติยศ วรเดช (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(3), 1-21 สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247425>
- 10.Nebbia M, Yassin NA, Spinelli A. Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease. *Clin Colon Rectal Surg*. 2020;33(5):305-317. doi:10.1055/s-0040-1713748
- 11.Tuohy TM, Rowe KG, Mineau GP, Pimentel R, Burt RW, Samadder NJ. Risk of colorectal cancer and adenomas in the families of patients with adenomas: a population-based study in Utah. *Cancer*. 2014 Jan 1;120(1):35-42. doi: 10.1002/cncr.28227. Epub 2013 Oct 21. PMID: 24150925.
- 12.Lee SY, Shin A, Kim BC, et al. Association between family history of malignant neoplasm with colorectal adenomatous polyp in 40s aged relative person. *Cancer Epidemiol*. 2014;38(5):623-627. doi:10.1016/j.canep.2014.06.005