นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

Factor associated with Colorectal Cancer In Buayai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

*มนตรี นาทประยุทธ์, พ.บ.**
*Montri Natprayut, M.D.**
**โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30120*
**Buayai Hospital, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 30120*
Corresponding Author. E-mail address: montri_na@hotmail.com
Received: 19 Feb. 2021. Revised: 22 Feb. 2021. Accepted: 19 Apr. 2021

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบมากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิงนอกจากเป็นสาเหตุด้านพันธุกรรม ยังมาจากพฤติกรรมและวิถีชีวิต งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา : งานวิจัยภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลบัวใหญ่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวนทั้งหมด 101 คน มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประวัติการดื่มสุราและประวัติการสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการศึกษา : จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าของเพศหญิงปัจจัยอายุพบว่าช่วงอายุ 60-79 ปี มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าของช่วงอายุอื่นๆ และพบว่าผู้ที่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าของผู้ที่ไม่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร

สรุป : เพศ อายุ และประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความชุก ปัจจัยเสี่ยง การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ABSTRACT

Background : Colorectal cancer is one of the five most common cancers in both males and females. In addition to genetic causes due to behavioral and lifestyles. Buayai Hospital has not found any reports of early colorectal cancer. The objectives of this study factors associated with colorectal cancer in Buayai Hospital Nakhon Ratchasima Province.

Methods : Cross-sectional Descriptive study, data collected from Buayai Hospital's database between July 2018 - December 2020. Total cases,101 people were analyzed as factors, that associated with colorectal cancer such as gender, age, family history of colorectal cancer, history of gastrointestinal symptom, body mass index, diabetes, hypertension, history of drinking and history of smoking by using analytical statistics.

Results : The data were analyzed for factors associated with colorectal cancer. It was found that more likely to develop colorectal cancer than females. Age factor between 60-79 years of age, more likely to develop colorectal cancer than other age And history of gastrointestinal symptom more likely to develop colorectal cancer than those without a history of gastrointestinal symptom.

Conclusion : The study found that gender, age and history of gastrointestinal symptom are the factors that correlate with colorectal cancer with statistically significant at p-value <0.05.

Keywords : colorectal cancer, prevalence, risk factors, colonoscopy

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer; CRC) เป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 และเป็นสาเหตุการตายเป็นลำดับที่ 4 ของโลก มีอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[1] จากสถิติของ GLOBOCAN พ.ศ. 2561 รายงานว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในเพศชาย (746,000 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10 ของโรคมะเร็งทั้งหมด) และอันดับ 2 ในเพศหญิง (614,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.2) ของสาเหตุการตายจากมะเร็งทั่วโลก

ในประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงถือเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบมากที่สุด[2] พบมากอันดับสามในเพศชาย [อัตราอุบัติการณ์อายุมาตรฐาน (ASR)= 4.4 ต่อประชากร 100,000 คน][3] และพบมากเป็นอันดับสี่ในเพศหญิง [ASR = 11.2 ต่อประชากร 100,000 คน] ซึ่งสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเกิดจากสาเหตุด้านพันธุกรรม, จากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เช่น การใช้ชีวิตที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย หรือขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งสิ้น[4]

ปัจจุบันวิธีการตรวจค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีหลายวิธี[5] เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (Fecal Occult Blood Test), ตรวจหาปฏิกิริยาทางอิมมูโนเคมิคอลที่จำเพาะจากอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test), การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomography colonoscopy) เป็นต้น ซึ่งการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการมาตรฐานที่ละเอียดแม่นยำ[6] และสามารถดำเนินการรักษาผ่านวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ เช่น การตัดชิ้นเนื้อหรือก้อนที่ผิดปกติ, การเก็บชิ้นเนื้อตัวอย่างวิเคราะห์ผลทางพยาธิวิทยา, การหยุดเลือดในลำไส้ และการตรวจนี้สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ ด้วยการกำจัดติ่งเนื้องอก (polyps) อันเป็นจุดเริ่มของมะเร็ง

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาเพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาประสิทธิภาพเครื่องมือแบบสำรวจในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และเพิ่มโอกาสเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงโดยเร็ว ลดการลุกลามของโรค และช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในพื้นที่อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนจากฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลบัวใหญ่ ทำให้มีข้อจำกัดในการศึกษาปัจจัยได้ 9 ปัจจัย ได้แก่ เพศ, อายุ, ประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว,ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร, ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประวัติการดื่มสุรา และประวัติการสูบบุหรี่

กลุ่มประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) ที่ให้ผลบวก (positive) และผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 - เดือนธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวนทั้งหมด 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบบันทึกรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วย ที่เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical record) จากฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลบัวใหญ่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ KHE 2020-052 เลขที่โครงการวิจัย NRPH 052

วิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้

2. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP โดยใช้เป็นเลขรหัสทั้งมด แทนชื่อ-สกุลผู้ป่วย รหัสประจำตัวผู้ป่วย ข้อมูลการตรวจ ผลการส่องกล้อง ลงในแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งทางผู้วิจัยจะไม่ทราบชื่อ-สกุล รหัสประจำตัวของผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูลดังนี้

3.1. ประวัติผู้ป่วย : เลขประจำตัวของผู้ป่วย (โดยใช้รหัสแทน) เพศ อายุ

3.2. ผลการตรวจพบ ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Finding) ทั้งปกติและที่พบความผิดปกติ

3.3. ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่เพศ อายุ ประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัวประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารดัชนีมวลกาย (BMI) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงประวัติการดื่มสุรา และประวัติการสูบบุหรี่

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

4.2 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์

4.2.1 วิเคราะห์ความแม่นยำ (accuracy)

4.2.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่เพศ, อายุ, ประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว,ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร,ดัชนี มวลกาย (Body Mass Index: BMI), โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง,ประวัติการดื่มสุรา,

ประวัติการสูบบุหรี่ กับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.4 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดค่า p-value<0.05

ผลการศึกษา

ในช่วงที่ทำการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่าง เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2561 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2563 มีจำนวนทั้งหมด 101 คน ลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ที่เข้ารับการตรวจด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อมูล	จำนวน (n=101)
1. เพศชาย	44 (43.6%)
หญิง	57 (56.4%)
2. ช่วงอายุ	
< 40 ปี	9 (8.9%)
40-59 ปี	41 (40.6%)
60-79 ปี	49 (48.5%)
>79 ปี	2 (2.0%)
3. ระดับ	
BMI 25	70 (69.3%)
> 25	31 (30.7%)
4. มีประวัติการสูบบุหรี่	82 (81.2%)
ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่	19 (18.8%)
5. มีประวัติการดื่มสุรา	83 (82.2%)
ไม่มีประวัติการดื่มสุรา	18 (17.8%)
6. เป็นโรคเบาหวาน	12 (11.9%)
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	89 (88.1%)
7. เป็นโรคความดันโลหิตสูง	25 (24.7%)
ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	76 (75.3%)
8. มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร	54 (53.5%)
ไม่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร	47 (46.5%)
9. มีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว	9 (8.9%)
ไม่มีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว	92 (91.1%)
10. การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี colonoscopy	
ผลปกติ	31 (30.7%)
Hemorrhoid	14 (13.9%)
Gut inflammation	3 (3.0%)
Mass	33 (32.6%)
Polyp	13 (12.9%)
อื่นๆ (Diverticulum ,Ulcer)	7 (6.9%)
11. การตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา (pathological diagnosis)	
ผลปกติ	55 (54.5%)
พบอาการเริ่มเป็น (benign)	16 (15.8%)
พบเนื้อร้าย (malignant)	30 (29.7%)

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการเข้าได้กับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน เป็นเพศชายร้อยละ 43.6 และเพศหญิงร้อยละ 56.4 ช่วงอายุของผู้ที่เข้ารับการรักษาสูงสุดคือช่วงอายุ 60-79 ปี ร้อยละ 48.5 รองลงมาได้แก่ 40-59 ปี ร้อยละ 40.6, < 40 ปี ร้อยละ 8.9 และ >79 ปีร้อยละ 2.0 ตามลำดับ สัดส่วนค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) 25 ร้อยละ 69.3 และ >25 ร้อยละ 30.7 มีประวัติการสูบบุหรี่เป็นจำนวนร้อยละ 81.2 และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่เป็นจำนวนร้อยละ 18.8 มีประวัติการดื่มสุราเป็นจำนวนร้อยละ 82.2 และไม่มีประวัติการดื่มสุราเป็นจำนวนร้อยละ 17.8 เป็นโรคเบาหวานจำนวนร้อยละ 11.9 และไม่เป็นโรคเบาหวานจำนวนร้อยละ 88.1 เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนร้อยละ 24.7 และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนร้อยละ 75.3 มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร มีสัดส่วนระหว่างมีประวัติและไม่มีประวัติไม่แตกต่างกัน โดยมีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเป็นจำนวน ร้อยละ 53.5 และไม่มีประวัติร้อยละ 46.5 มีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัวเป็นจำนวนร้อยละ 8.9 และไม่มีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัวเป็นจำนวนร้อยละ 91.1 โดยผลการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี colonoscopy ได้ผลปกติเป็นจำนวนร้อยละ 30.7รองลงมาพบก้อนผิดปกติ (Mass) เป็นจำนวนร้อยละ 32.6 พบริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) เป็นจำนวนร้อยละ 13.9 พบติ่งเนื้องอก (Polyp) จำนวนร้อยละ 12.9 พบการอักเสบของลำไส้เป็นจำนวนร้อยละ 3.0 พบความผิดปกติกระเปราะลำไส้ใหญ่ (Diverticulum) และแผลในลำไส้ (Ulcer) เป็นจำนวนร้อยละ 6.9 และจากการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา (pathological diagnosis) พบผลปกติเป็นจำนวนร้อยละ 54.5 พบอาการเริ่มเป็น (benign) จำนวนร้อยละ 15.8 และพบเนื้อร้าย (malignant) เป็นจำนวนร้อยละ 29.7

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรทางสถิติด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression analysis)

ปัจจัยที่ศึกษา	Oddsratio	95% confidence interval		p-value
		Lower	Upper	
เพศชาย	3.3	2.6	5.9	0.005
ช่วงอายุ				
< 40 ปี	0.2	0.0	1.3	0.105
40-59 ปี	0.3	0.1	0.9	0.427
60-79 ปี	0.5	0.5	0.9	0.044
>79 ปี	1.7	1.2	1.9	0.648
ระดับ BMI >25	0.8	0.2	2.5	0.710
ประวัติการสูบบุหรี่	0.7	0.1	4.7	0.771
ประวัติการดื่มสุรา	1.2	0.3	4.5	0.755
โรคเบาหวาน	0.7	0.1	4.0	0.701
โรคความดันโลหิตสูง	1.3	0.4	4.0	0.597
ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร	4.6	3.0	12.9	0.004
ประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว	0.2	0.0	2.2	0.201

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการวิเคราะห์ตัวแปรทางสถิติด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression analysis) พบว่า เพศ อายุ และ ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการศึกษาพบว่าพบว่า เพศ อายุ และประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญ

1. ปัจจัยเพศโดยเพศชายมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าเพศหญิงซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Martinelli และคณะ[7] ได้ศึกษาและอธิบายถึงยีนที่มีชื่อว่า ABCB11 ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง และยีนตัวนี้มีความแตกต่างกันต่อการแสดงออกในเพศชายและเพศหญิง โดยที่สามารถแสดงออกในเพศชายได้ดีกว่าในเพศหญิงประมาณ 2 เท่า

2. ปัจจัยอายุ พบว่าช่วงอายุ 60-79 ปี มีโอกาสพบการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์[3] พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีมีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น

3. ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร จากการวิจัยพบว่าผู้ที่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คิดเป็น 4.6 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติซึ่งอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารสอดคล้องกับโรคลำไส้แปรปรวน โดย Nebbia M และคณะ[8] พบว่าผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้แปรผันขึ้นกับความรุนแรงของโรคลำไส้แปรปรวนด้วย

4. ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย ระดับ BMI >25 จากการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bardou M และคณะ[9] ที่พบว่าร้อยละ 11 ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในทวีปยุโรป มีปัจจัยคือดัชนีมวลกาย BMI > 25 (overweight)

5. ปัจจัยประวัติการสูบบุหรี่จากการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Botteri E และคณะ[10] ที่พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่

6. ปัจจัยประวัติการดื่มสุรา จากการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Naing C, และคณะ[11] ซึ่งพบว่า ผู้มีประวัติการดื่มสุรา จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มสุรา

7. ปัจจัยโรคเบาหวาน จากการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu Y, และคณะ[12] และการศึกษาของ Otani T, และคณะ[13] ที่พบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงอย่างมีนัยสำคัญ

8. ปัจจัยโรคความดันโลหิตจากการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติ ญาณปรีชาเศรษฐ[14] ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

9. ประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว จากการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Lee SY และคณะ[15] อธิบายความเกี่ยวข้องระหว่างการมีประวัติครอบครัวกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ว่ายีน miR 34a และ miRb/c สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ และมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง โดยยีนชนิดนี้ทำให้ยีน p53 ทำงานผิดปกติและสูญเสียประสิทธิภาพกระบวนการสลายตัวของเซลล์และมีการแบ่งตัวมากผิดปกติ ก่อให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้

สรุป

เพศ อายุ และประวัติโรคลำไส้แปรปรวน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลที่ศึกษาไม่สมบูรณ์และจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารทรัพยากรที่มีจำกัด สามารถนำผลการศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ในการวิจัยมาเป็นเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง

1.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง ให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้น

1.3 เฝ้าระวังและกำกับติดตาม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรง ได้แก่ผู้ป่วยเพศชาย อายุระหว่าง 60-79 ปี และมีประวัติโรคลำไส้แปรปรวน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับความชุกและความสัมพันธ์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

2.2 ข้อมูลจากงานวิจัยสามารถเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป เช่น การประเมินต้นทุนประสิทธิผล และการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายต่อไป

2.3 ควรมีการเพิ่มปัจจัยการเก็บข้อมูลที่เป็นองค์รวม ทั้งด้านกาย ใจและสังคมเพื่อให้ได้ข้อมูลทุกมิติปัจจัย ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018;68(6): 394-24.
2. World Health Organization. GLOBOCAN Estimate Cancer Incidence Mortality and prevalence worldwide in 2012. [internet]. [cite 2020 Aug 12]. Available from : URL: http://globocan.iarc.fr/ Default.aspx
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2557 [internet]. 2016. [cite 2020 Aug 15]. Available from:URL: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202014.pdf.

4. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. CA Cancer J Clin 2008;58(3):130-60.
5. Elsafi SH, Alqahtani NI, Zakary NY, Al Zahrani EM. The sensitivity, specificity, predictive values, and likelihood ratios of fecal occult blood test for the detection of colorectal cancer in hospital settings. Clin Exp Gastroenterol 2015;8:279-84.
6. Issa IA, Noureddine M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. World J Gastroenterol 2017;23(28):5086-96.
7. Martinelli M, Scapoli L, Cura F, Rodia MT, Ugolini G, Montroni I, et al. Colorectal cancer susceptibility: apparent gender-related modulation by ABCB1 gene polymorphisms. J Biomed Sci 2014;21(1):89.
8. Nebbia M, Yassin NA, Spinelli A. Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease. Clin Colon Rectal Surg 2020;33(5):305-17.
9. Bardou M, Barkun AN, Martel M. Obesity and colorectal cancer. Gut 2013;62(6):933-47.
10. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. JAMA 2008;300(23):2765-78.
11. Naing C, Lai PK, Mak JW. Immediately modifiable risk factors attributable to colorectal cancer in Malaysia. BMC Public Health 2017;17(1):637.
12. Liu Y, Ding WB, Yan C, Bao H, Li K, Wang C. Risk factors of colorectal cancer and its clinical epidemiological study. Biomed Res 2017;28:9871-4.
13. Otani T, Iwasaki M, Ishihara J, Sasazuki S, Inoue M, Tsugane S, et al. Dietary fiber intake and subsequent risk of colorectal cancer: the Japan Public Health Center-based prospective study. Int J Cancer 2006; 119(6):1475-80.
14. ธิติ ญานปรีชาเศรษฐ. พฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาของโรคมะเร็ง. สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561;5(4):1-15.
15. Lee SY, Shin A, Kim BC, Lee JH, Han KS, Hong CW, et al. Association between family history of malignant neoplasm with colorectal adenomatous polyp in 40s aged relative person. Cancer Epidemiol 2014;38(5):623-7.