ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง ของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มผู้ป่วยที่พบเลือดแฝงในอุจจาระ ณ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Prevalence and Factors Associated with Advanced Adenomas in Patients with Positive Fecal Immunochemical Test at Photharam Hospital, Ratchaburi

ปิยพัชร จึงสมานุกูล พ.บ.,
วว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลโพธาราม
จังหวัดราชบุรี

Piyapat Chungsamanukool M.D.,
Dip., Thai Board of Gastroenterology
Division of Medicine
Photharam Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก ณ โรงพยาบาลโพธาราม

วิธีการศึกษา: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรผู้ใหญ่ที่มีอายุ 50–75 ปี ที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระและมาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 139 ราย หลังจากตัดผู้ป่วยที่ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไม่สมบูรณ์และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ 2,047 ราย พบผู้ที่มีผลเลือดแฝงในอุจจาระ 260 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 149 ราย (ร้อยละ 57.3) มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หลังจากใช้เกณฑ์คัดออก มีผู้ป่วย 139 ราย ถูกนำมาวิเคราะห์ ผลการส่องกล้องพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง 36 ราย (ร้อยละ 25.9) ติ่งเนื้อชนิดไม่เสี่ยงสูง (non-advanced adenoma) 10 ราย (ร้อยละ 7.2) และผลปกติ 68 ราย (ร้อยละ 48.9) การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรพบว่า ภาวะโลหิตจาง (adjusted OR = 6.92, 95% CI 2.38–20.14; $p < .001$), อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (adjusted OR = 3.36, 95% CI 1.15–9.75; $p = .03$), และเพศชาย (adjusted OR = 3.06, 95% CI 1.16–8.12; $p = .02$) เป็นปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง ในขณะที่การดื่มสุรา โรคประจำตัว และประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง

สรุป: ความชุกของการพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้ที่มีผลเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก คิดเป็นร้อยละ 25.9 โดยพบว่าภาวะโลหิตจาง การมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเพศชาย เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง ผลการศึกษานี้ช่วยจัดลำดับความสำคัญในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีเลือดแฝงในอุจจาระ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเนื้องอกลำไส้ใหญ่ชนิดเสี่ยงสูง

คำสำคัญ: ติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ เลือดแฝงในอุจจาระ ติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง
วารสารแพทย์เขต 4-5 2569 ; 45(3) : 399–409.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and factors associated with advanced adenoma among patients with a positive fecal immunochemical test (FIT) at Photharam Hospital

Methods: This cross-sectional study was conducted at Photharam Hospital, Ratchaburi Province, Thailand, between January 1 and December 31, 2025. Participants were adults aged 50–75 years with a positive FIT result who subsequently underwent colonoscopy. A total of 139 patients were included in the final analysis after excluding patients with incomplete colonoscopy and those diagnosed with colorectal cancer.

Results: Among 2,047 individuals who participated in the FIT-based colorectal cancer screening program, 260 had positive FIT results. Of these, 149 patients (57.3%) underwent colonoscopy. After exclusions, 139 patients were included in the analysis. Colonoscopic findings revealed advanced adenoma in 36 patients (25.9%), non-advanced adenoma in 10 patients (7.2%), and normal findings in 68 patients (48.9%). Multivariate logistic regression analysis demonstrated that anemia (adjusted OR = 6.92, 95% CI: 2.38–20.14; p < .001), age ≥60 years (adjusted OR = 3.36, 95% CI: 1.15–9.75; p = .03), and male sex (adjusted OR = 3.06, 95% CI: 1.16–8.12; p = .02) were independently associated with advanced adenoma. Alcohol consumption, comorbidities, and family history of colorectal cancer were not significantly associated with advanced adenoma.

Conclusion: The prevalence of advanced adenoma among FIT-positive individuals was 25.9%. Anemia, age ≥60 years, and male sex were independently associated with advanced adenoma. These findings can help prioritize colonoscopies by identifying FIT-positive patients at an elevated risk for advanced colorectal neoplasia.

Keywords: colon polyp, fecal immunochemical test, advanced adenoma
Received: May 17, 2026; Revised: Jun 15, 2026; Accepted: Aug 28, 2026
Reg 4-5 Med J 2026 ; 45(3) : 399–409.

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นความท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบเศรษฐกิจและระบบบริการทางการแพทย์ ข้อมูลเชิงสถิติในระดับสากลบ่งชี้อย่างชัดเจนว่าโรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก โดยรายงานสถานการณ์โรคมะเร็งโลกใน พ.ศ. 2565 ระบุว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เกิดขึ้นเกือบ 20 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้สูงถึง 9.7 ล้านรายทั่วโลก[1] ซึ่งตัวเลขดังกล่าวยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกทศวรรษ ภายในบริบทของระบบสาธารณสุขประเทศไทย โรคมะเร็งจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2565 ยืนยันว่ามีประชากรไทยพบมะเร็งรายใหม่ประมาณ 180,000 คน และเสียชีวิตประมาณ 118,000 คน สาเหตุของการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ[2]

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (colorectal cancer) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในลำไส้ใหญ่ (colorectum) ซึ่งประกอบด้วยลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง กลไกการเกิดโรค (pathogenesis) ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงส่วนใหญ่นั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มะเร็งชนิดนี้เริ่มจากการเกิดก้อนเนื้อที่เรียกว่า โพลิป (polyp) ซึ่งมักจะเป็นติ่งเนื้อหรือเนื้องอกชนิดต่อม (adenoma) มีการพัฒนาผ่านกระบวนการทางพยาธิชีววิทยาที่เรียกว่า “Adenoma-Carcinoma Sequence” กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงระดับพันธุกรรมในเซลล์เยื่อบุลำไส้ที่ปกติ นำไปสู่การเจริญเติบโตที่ผิดปกติและการก่อตัวเป็นก้อนเนื้องอกชนิดต่อม (adenomatous polyp หรือ adenoma) จากนั้นเซลล์ในติ่งเนื้อจะเกิดการสะสมของการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่องจนสูญเสียการควบคุมการแบ่งตัวและลุกลามกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (invasive carcinoma) ในที่สุด กระบวนการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ตั้งแต่เริ่มเกิดติ่งเนื้อจนกลายเป็นมะเร็งนี้ มักใช้ระยะเวลาเฉลี่ยร่วม 10 ปี ซึ่งระยะเวลานี้ (window of opportunity)[3] ที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการตรวจคัดกรองเชิงรุก การตรวจพบและตัดติ่งเนื้อออกผ่านการส่องกล้อง (polypectomy) จึงเป็นมาตรการทางเวชปฏิบัติที่สามารถสกัดกั้นกระบวนการก่อมะเร็ง ลดอุบัติการณ์การเกิดโรค และลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีนัยสำคัญที่สุด ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดต่อมขั้นสูงหรือติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (advanced adenoma) มีความเสี่ยงสะสมในระยะ 20 ปี ที่จะลุกลามไปเป็นมะเร็งประมาณ ร้อยละ 5 ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นถึง 2.2 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุสูงขึ้นประมาณ ร้อยละ 12[4]

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสาม และคิดเป็นร้อยละ 11 ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งชนิดเดียวที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทั้งสองเพศในประเทศไทย มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่มากกว่า 20,000 รายต่อปี กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีนโยบายคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้การตรวจภูมิคุ้มกันทางเคมีในอุจจาระ และการส่องกล้องเพื่อตรวจหาเนื้องอกชนิดต่อม (adenoma) หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ กรณีที่พบเนื้องอกชนิดต่อม (adenoma) จะพิจารณาตัดติ่งเนื้อออกเพื่อนำไปตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น (early detection) มีผลอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิต[5]

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งเน้นการแปลผลและวิเคราะห์เจาะลึกข้อมูลทางสถิติและผลลัพธ์ทางคลินิกจากตารางข้อมูลของการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ณ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 340 เตียง ที่รับผิดชอบในการรับส่งต่อผู้ป่วยในระดับอำเภอและพื้นที่ใกล้เคียง การศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง (cross-

sectional study) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์ความชุกและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (advanced adenoma) ในประชากรกลุ่มที่มีผลการพบเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT positive) การแปลผลข้อมูลจากตารางทางสถิติที่ได้จากการศึกษานี้ จะช่วยเปิดเผยกลไกซ่อนเร้นทางระบาดวิทยา และเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดลำดับความสำคัญ (triage)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความชุกและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (advanced adenoma) ในประชากรกลุ่มที่มีผลการตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT positive)

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจากการส่องกล้องตรวจคัดกรอง (prospective screening colonoscopy) ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ประชากรที่ศึกษาคือ กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ผ่านการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) โดยหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และได้รับการส่งต่อมาเพื่อให้แพทย์ทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)

นิยามศัพท์ปฏิบัติการที่สำคัญ

- **ติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (Advanced adenoma):** หมายถึง เนื้องอกชนิดต่อม (adenoma) ที่มีขนาดตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป, หรือมีลักษณะทางพยาธิวิทยาแบบ villous (villous histology), หรือมีเซลล์เจริญผิดปกติในระดับรุนแรง (high-grade dysplasia) ตามแนวทางมาตรฐาน
- **ภาวะโลหิตจาง (Anemia):** ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากระดับฮีโมโกลบิน (Hb) <13 กรัม/เดซิลิตร ในเพศชาย และ <12 กรัม/เดซิลิตร ในเพศหญิง

ประชากร และเกณฑ์การคัดเลือก

คัดเลือกผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ถึง 75 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 เป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะที่มีเลือดออกมาปนกับอุจจาระโดยใช้การตรวจ fecal immunochemical test (FIT test)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุ 50–75 ปี
2. ตรวจพบภาวะที่มีเลือดออกมาปนกับอุจจาระ โดยใช้การตรวจ fecal immunochemical test กำหนดค่า cut off ที่มากกว่าเท่ากับ 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
4. ยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงภายใน 10 ปี
2. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ไม่สมบูรณ์
3. เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Flow diagram)

มีผู้เข้าร่วมตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 2,047 ราย พบผลบวก จำนวน 260 ราย มารับการส่องกล้อง 149 ราย (ร้อยละ 57.3) ผู้วิจัยได้คัดออก 10 ราย (ส่องกล้องไม่สมบูรณ์ 5 ราย และพบมะเร็งลำไส้ 5 ราย ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) 2 ราย, ลำไส้ตรง (rectum) 1 ราย, ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (cecum) 1 ราย, ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending

colon) 1 ราย) ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายที่นำมาวิเคราะห์ 139 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ โรคของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi-square หรือ Fisher exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นประเภท categorical และ t test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลประเภท continuous data

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (advanced adenoma) ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเสี่ยงอิสระแต่ละปัจจัย (ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โรคร่วม ประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว และภาวะโลหิตจาง) กับตัวแปรตามคือ การพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) ปัจจัยที่มีแนวโน้มหรือมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว จะถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเชิงซ้อนหรือตัวแปรคัดค้าน (confounding factors) โดยนำเข้าสู่สมการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธาราม เลขที่โครงการ 017/2567 วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่พบเลือดแฝงในอุจจาระที่มาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

คุณลักษณะพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 139 คน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)*	60 ปี (50–75)
เพศ	
ชาย	57 คน (41)
หญิง	82 คน (59)
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)*	24.94 (13.93–43.56)
ดื่มสุรา	8 คน (5.8)
สูบบุหรี่	7 คน (5)

*ค่าเฉลี่ย (พิสัย)

**ญาติลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่พบเลือดแฝงในอุจจาระที่มาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (ต่อ)

คุณลักษณะพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 139 คน (ร้อยละ)
โรคร่วม	
ความดันโลหิตสูง	57 คน (41.0)
ไขมันโลหิตสูง	55 คน (39.6)
เบาหวาน	28 คน (20.1)
โรคปอดเรื้อรัง	6 คน (4.3)
โรคหลอดเลือดหัวใจ	5 คน (4.3)
โรคไตวายเรื้อรัง	4 คน (2.9)
มะเร็ง	3 คน (2.2)
โรคหลอดเลือดสมอง	2 คน (1.4)
ญาติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่**	5 คน (3.6)

*ค่าเฉลี่ย (พิสัย)

**ญาติลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 139 ราย ที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี แบ่งเป็นเพศหญิง 82 คน (ร้อยละ 59) และเพศชาย 57 คน (ร้อยละ 41) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) 24.94 กิโลกรัม/ตารางเมตร โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41), โรคไขมันโลหิตสูง (ร้อยละ 39), และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ลักษณะที่พบจากการส่องกล้อง

ผลการตรวจ	จำนวน 139 คน (ร้อยละ)
Normal	68 คน (48.9)
Advanced adenoma	36 คน (25.9)
Adenoma (non-advanced)	10 คน (7.2)
Diverticulosis	9 คน (6.5)
Hemorrhoid	8 คน (5.8)
Hyperplastic	6 คน (4.3)
Ulcer	2 คน (1.4)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดแฝงในอุจจาระ (ให้ผลบวก) จำนวน 139 ราย พบว่าผู้ป่วย 68 ราย จะมีผลการส่องกล้องเป็นปกติ ตรวจพบผู้ที่มีติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (advanced adenoma) จำนวน 36 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้สูงในอนาคต ตรวจพบติ่งเนื้อชนิดธรรมดา (non-advanced adenoma) จำนวน 10 คน รวมผู้ป่วยที่มี adenoma 46 คน อัตราการตรวจพบติ่งเนื้อผิดปกติ (adenoma detection rate) ร้อยละ 33.1 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ค่ามาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับเกิน ร้อยละ 25)[6] ตรวจพบความผิดปกติอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะถุงผนังลำไส้ใหญ่ (diverticulosis) 9 คน, ริดสีดวงทวาร (hemorrhoid) 8 คน, ติ่งเนื้อชนิด hyperplastic 6 คน, และแผล (ulcer) 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มที่พบเลือดแฝงในอุจจาระ วิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (univariate data analysis)

ปัจจัย	Control group* 103 คน	Advanced adenoma 36 คน	p-value	Crude OR (95% CI)
อายุ (ปี)**	60 ± 6.40	63 ± 5.99		
50–59	48	9		
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	55	27	.02	2.61 (1.12–6.11)
เพศ				
ชาย:หญิง	36:67	21:15	.01	2.61 (1.20–5.67)
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)**	24.69 ± 4.42	25.61 ± 5.67	.33	
ดื่มสุรา	2	6	.001	10.10 (1.93–52.66)
สูบบุหรี่	0	7	<.001	NA ***
โรคร่วม				
ความดันโลหิตสูง	36	21	.01	2.61 (1.20–5.67)
ไขมันโลหิตสูง	35	20	.02	2.43 (1.12–5.26)
เบาหวาน	16	12	.02	2.72 (1.13–6.52)
โรคปอดเรื้อรัง	5	1	.56	0.56 (0.06–4.96)
โรคหลอดเลือดหัวใจ	2	3	.76	4.60 (0.74–28.67)
โรคไตวายเรื้อรัง	2	2	.26	2.97 (0.40–21.90)
มะเร็ง	0	3	.30	NA
โรคหลอดเลือดสมอง	1	1	.43	2.91 (0.18–47.84)
ญาติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่	1	4	.02	12.75 (1.38–118.21)
ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin)**	13.72 ± 1.24	12.70 ± 1.31	<.001	0.57 (0.42-0.76)
โลหิตจาง	13	19	<.001	7.65 (3.18–18.36)

* Non-advanced adenoma and other findings

** ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

*** สำหรับตัวแปรการสูบบุหรี่ ค่า OR ไม่สามารถคำนวณได้ (NA) เนื่องจากไม่มีผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุม (control group)

ผู้ป่วยจำนวน 139 ราย ที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ ผลการส่องกล้องพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (advanced adenoma) ถึง 36 ราย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง (วิเคราะห์ตัวแปรเดียว) โดยกลุ่มที่อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงที่จะพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี (OR = 2.61; p = .02); ผู้ชายมีความเสี่ยงที่จะพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงมากกว่าผู้หญิง (OR = 2.61; p = .01); ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงจะพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงมากกว่าผู้ไม่ดื่มสุรา (p = .001; OR = 10.10); การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (p < .001; OR = NA) เนื่องจากในกลุ่มควบคุม (Control group) ไม่มีผู้ที่สูบบุหรี่เลย (0 คน); โรคประจำตัว (กลุ่มโรค NCDs) โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยง 2.72 เท่า (OR = 2.72; p = .02), โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยง 2.61 เท่า (OR = 2.61; p = .01), โรคไขมันในเลือดสูง: เพิ่มความเสี่ยง 2.49 เท่า (OR = 2.49; p = .02); ด้านอิทธิพลของพันธุกรรม การมีญาติลำดับที่ 1 (บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมสายโลหิต) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มโอกาสเสี่ยงถึง 12.75 เท่า (OR = 12.75; p = .02); ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ภาวะโลหิตจาง (anemia) เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญมาก ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางมีความเสี่ยงสูงถึง 7.65 เท่า (OR = 7.65; p ≤ .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มที่พบเลือดแฝงในอุจจาระ วิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis)

ปัจจัย	p-value	Adjusted OR (95% CI)
อายุ		
50–59 ปี		
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	.03	3.36 (1.15–9.75)
เพศ		
ชาย:หญิง	.02	3.06 (1.16–8.12)
ดื่มสุรา	.50	2.07 (0.25–17.28)
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง, ไขมันโลหิตสูง, เบาหวาน*	.05	2.75 (0.99–7.66)
ญาติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่	.20	6.35 (0.37–107.90)
โลหิตจาง	<.001	6.92 (2.38–20.14)

* ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน หรือ ความดัน หรือ ไขมัน อย่างน้อย 1 โรค

จากการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงอิสระ พบว่าปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี (p = .03; adjusted OR = 3.36) เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง (p = .02; adjusted OR = 3.06) และผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง (anemia) มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่มี

ภาวะโลหิตจาง ($p \leq .001$; adjusted OR = 6.92) ในทางกลับกัน ปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มสุรา ($p = .50$) และการมีประวัติญาติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ($p = .20$) รวมถึงการมีโรคร่วม (ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, และเบาหวาน) ดังแสดงในตารางที่ 4

ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ลำไส้ทะลุ (perforation), เลือดออกหลังการตัดติ่งเนื้อ (post-polypectomy bleeding), ความดันโลหิตต่ำ

วิจารณ์

โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 340 เตียง รับ-ส่งต่อผู้ป่วยในอำเภอและพื้นที่ใกล้เคียง มีผู้เข้าร่วมตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 2,047 ราย พบว่ามีผู้ที่ผลการตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 260 ราย และตัดสินใจมาตรวจยืนยันผลด้วยวิธีการส่องกล้อง 149 ราย (ร้อยละ 57 ของผู้พบเลือดแฝงในอุจจาระ) เมื่อพิจารณาในมิติของเพศสภาพ พบว่าสัดส่วนของผู้เข้ารับการส่องกล้องที่เป็นเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 59 เทียบกับ ร้อยละ 41) ซึ่งมักเป็นผลมาจากพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพ (health-seeking behavior) ที่ประชากรหญิงมักให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มากกว่าประชากรชาย[7,8]

จากผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) เป็นบวก จำนวน 260 ราย มีผู้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) จริงเพียง 149 ราย (ร้อยละ 57) ซึ่งหมายความว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 43 ที่ไม่เข้าสู่ระบบการตรวจรักษา การขาดการติดตามดังกล่าวถือเป็นช่องว่างสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อนำข้อมูลนี้ไปเปรียบเทียบกับโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ระดับจังหวัดของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีอัตราการเข้ารับการส่องกล้องหลังพบผลเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) เป็นบวกอยู่ที่ร้อยละ 63.8[9] ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญในกระบวนการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบการวินิจฉัยยืนยัน ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จึงควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย รวมถึงใช้เผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม., และประชาชนในชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักรู้และยกระดับอัตราการเข้าถึงการคัดกรองโรค อย่างไรก็ตาม ในแง่ของระเบียบวิธีวิจัย การสูญหายของกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 43 อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน (bias) ได้ เนื่องจากผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องส่วนใหญ่อาจเป็นกลุ่มที่มีอาการผิดปกติหรือมีความกังวลด้านสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์มีขนาดค่อนข้างเล็ก (139 ราย) ส่งผลให้เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์แยกย่อยตามปัจจัยเสี่ยง ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) จึงมีความกว้าง

อัตราความชุกของติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงที่พบมากถึง ร้อยละ 25.9 ในการศึกษาของโรงพยาบาลโพธาราม เป็นผลมาจากการคัดกรองเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) เป็นบวก ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ที่เป็นการคัดกรองในประชากรทั่วไปจึงพบความชุกน้อยกว่า (ร้อยละ 7.0)[10] และผลจากการวิเคราะห์พหุตัวแปรที่ชี้ว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brenner[11] และคณะ ในขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านการมีโรคร่วม (ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน) กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงในการศึกษานี้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Shapero และคณะ[12] เช่นเดียวกัน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า เพศชาย ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะโลหิตจางมีกลไกเชื่อมโยงกับการเสียเลือดแฝง (occult bleeding) จากติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูง[13] ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยที่มีผลเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดจากการเป็นเพียงการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งมีขนาดตัวอย่างจำกัด ประกอบกับอาจเกิดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) เนื่องจากมีผู้ป่วยผลเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก เป็นบวกเพียงบางส่วนที่เข้ารับการส่องกล้อง ดังนั้น ก่อนที่จะนำแนวทางนี้ไปกำหนดใช้จริงในระดับนโยบาย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมแบบไปข้างหน้าในหลายสถาบัน (prospective multicenter study) รวมถึงการพัฒนาแบบจำลองทำนายความเสี่ยง (risk prediction model) เพื่อประเมินความแม่นยำ ความคุ้มค่า และผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างรอบด้านเสียก่อน

สรุป

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มที่พบเลือดแฝงในอุจจาระ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยพบว่า ความเสี่ยงที่จะพบติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงคือ ภาวะโลหิตจาง, อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป, และเพศชาย ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้สร้างรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน พร้อมทั้งเผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ รพ.สต. และ อสม. เพื่อยกระดับอัตราการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดค่อนข้างเล็ก (139 คน) ทำให้เมื่อนำมาแยกย่อยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) จึงกว้าง; 2. การสูบบุหรี่ไม่สามารถคำนวณหาค่าอัตราส่วน odds ratio (OR) ที่แน่ชัดได้ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในกลุ่มที่ไม่ได้เป็นติ่งเนื้อชนิดเสี่ยงสูงจึงเป็นข้อจำกัดในการเป็นข้อจำกัดทางสถิติในการวิเคราะห์พหุตัวแปร; 3. การศึกษานี้ไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของการส่องกล้องและคะแนนประเมินความสะอาดของลำไส้ (bowel preparation score)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม, ศัลยแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม, เจ้าหน้าที่แผนกศัลยกรรมและเจ้าหน้าที่ศูนย์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery: ODS) รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–63. doi: 10.3322/caac.21834.
2. International Agency for Research on Cancer. Cancer tomorrow: Estimated number of new cases from 2022 to 2045, both sexes, age [0-85+] all cancers [internet]. 2024 [cited 2024 Jun]. Available from: URL: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?populations=764
3. Dekker E, van Gulik T. Colorectal cancer: What the clinician wants to know. Cancer Imaging. 2005;5(Spec No A):S127–32. doi: 10.1102/1470-7330.2005.0036

4. Shaukat A, Goffredo P, Wolf JM, Rudser K, Church TR. Advanced adenoma and long-term risk of colorectal cancer, cancer-related mortality, and mortality. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2459703. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.59703
5. Tiankanon K, Aniwan S, Rerknimitr R. Current status of colorectal cancer and its public health burden in Thailand. Clin Endosc. 2021;54(4):499–504. doi: 10.5946/ce.2020.245-IDEN
6. Liem B, Gupta N. Adenoma detection rate: The perfect colonoscopy quality measure or is there more? Transl Gastroenterol Hepatol. 2018;3:19. doi: 10.21037/tgh.2018.03.04
7. Yakoubovitch S, Zaki T, Anand S, Pecoriello J, Liang PS. Effect of behavioral interventions on the uptake of colonoscopy for colorectal cancer screening: A systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2023;118(10):1829–40. doi: 10.14309/ajg.0000000000002478.
8. Kim NH, Suh JY, Park JH, Park DI, Cho YK, Sohn CI, et al. Parameters of glucose and lipid metabolism affect the occurrence of colorectal adenomas detected by surveillance colonoscopies. Yonsei Med J. 2017;58(2):347–54. doi: 10.3349/ymj.2017.58.2.347.
9. Wachiramethara C. Organized colorectal cancer screening in Roi-Et province. Thai Cancer J. 2018;38(1):11–8.
10. Siripongpreeda B, Mahidol C, Dusitanond N, Sriprayoon T, Muyphuag B, Sricharunrat T, et al. High prevalence of advanced colorectal neoplasia in the Thai population: A prospective screening colonoscopy of 1,404 cases. BMC Gastroenterology [internet]. 2016;16(1). Available from: URL: https://dx.doi.org/10.1186/s12876-016-0526-0
11. Brenner H, Hoffmeister M, Stegmaier C, Altenhofen L, Haug U, Pox C. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and sex: Estimates based on 840,149 screening colonoscopies. Gut. 2007;56(11):1585–9. doi: 10.1136/gut.2007.122739.
12. Shapero TF, Chen GI, Devlin T, Gibbs A, Murray IC, Tran S, et al. Obesity increases prevalence of colonic adenomas at screening colonoscopy: A Canadian community-based study. Can J Gastroenterol Hepatol. 2017;2017:1–8. doi: 10.1155/2017/8750967.
13. Pham J, Laven-Law G, Symonds EL, Wassie MM, Cock C, Winter JM. Faecal immunochemical tests can improve colonoscopy triage in patients with iron deficiency: A systematic review and meta-analysis. Crit Rev Oncol Hematol. 2024;201:104439.