

ผลลัพธ์จากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ศีลวัต คุณชัยนนท์¹

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็น 1 ใน 3 ของมะเร็งพบบ่อยที่สุดในโลก และพบว่าในประเทศไทย มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดที่สูงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถลดลงได้ด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อช่วยในการป้องกันและการรักษาในระยะเริ่มต้นได้ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ประกอบด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบติ่งเนื้อและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มผู้ป่วย FIT test positive ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและภาพบันทึกการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 ถึง 10 สิงหาคม 2566 ลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ Fit test 5,919 คน พบว่ามีผลบวกรวมกัน 440 ราย (ร้อยละ 7.4) และได้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 338 ราย (ร้อยละ 76.8) พบว่าเป็นติ่งเนื้อชนิด adenoma จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 22.2) เป็นมะเร็งจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 2.4) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง สรุปการศึกษาเห็นว่า การคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็งลำไส้ใหญ่มีประโยชน์ ในป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการตรวจพบและกำจัดติ่งเนื้อ หรือตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ช่วยให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่า และช่วยลดการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, fecal immunochemical test (FIT test), การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษณ์, Email: kekiookhong@gmail.com

Results of colorectal cancer screening at Kantharalak Hospital in Sisaket province

Silawat Koonchainon¹

Abstract

Colorectal cancer is one of the three most common cancers in the world. and found in Thailand. A high birth incidence has been reported in Southeast Asia. The morbidity and mortality rates from colon cancer can be reduced through colon cancer screening to help with prevention and early treatment. Screening for colon cancer includes testing for hidden blood in the stool. and a colonoscopy. This research was a retrospective, descriptive study. This study focused on the detection rate. Polyps and colon cancer Among FIT test-positive patients undergoing colonoscopy at Kantharalak Hospital, Sisaket Province Data were collected from the medical records database and colonoscopy images in Kantharalak Hospital. Sisaket Province who received a colonoscopy Between 29 July 2022 and 10 August 2023 into the data recording form created from the literature review. related Check data integrity and process it. Data were analyzed using descriptive statistics including numbers and percentages.

The results of the study found that of the 5,919 people who were screened for colorectal cancer with the Fit test, 440 (7.4 percent) were found to be positive, and 338 (76.8 percent) had undergone a colonoscopy and found that they had adenoma polyps. 75 (22.2%) cases were cancer, including 8 (2.4%) cases of patients undergoing endoscopy. Conclusion: The study found that screening to detect colon cancer is beneficial. Preventing colon cancer by detecting and eliminating skin tags. or detecting cancer at an early stage helps to have a better prognosis and helps reduce death from colon cancer. This is consistent with past studies, both domestically and abroad.

Keywords: colorectal cancer, fecal immunochemical test (FIT test), colonoscopy

¹Medical Doctor, Professional Level, Kantharalak Hospital, Sisaket province, Email: kekiookhong@gmail.com

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสามจากมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ 1.2 ล้านรายต่อปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 600,000 รายต่อปี ทั้งนี้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก ในแต่ละภูมิภาค สำหรับทวีปเอเชียพบอัตราอุบัติการณ์ของโรค (age-standardized incidence rates, ASR) ประมาณ 13.7 (World Health Organization, 2012) ในประเทศไทยจากข้อมูล ปี พ.ศ. 2554 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (ASR 4.4) และพบมากเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง (ASR 11.2) โดยมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกาย เช่น พฤติกรรม หรือการบริโภคอาหาร โดยผู้ป่วยร้อยละ 70 เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นเองโดยไม่มีประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งมาก่อน (sporadic CRC) อีกร้อยละ 25 มีประวัติครอบครัวที่เคยเป็นโรคมะเร็งมาก่อน (familial CRC) และประมาณร้อยละ 2-5 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เกิดจากการถ่ายทอดความผิดปกติของยีน (hereditary CRC) (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547; Kim ER, Kim YH, 2014) โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 มาจากติ่งเนื้อชนิด adenoma ขนาดเล็ก เมื่อเวลาผ่านไป มีการกลายสภาพเป็นมะเร็ง เรียกกระบวนการนี้ว่า “Adenoma-

carcinoma sequence” ซึ่งโดยทั่วไปกระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี (Jass JR, 2007)

ดังนั้น การคัดกรองเพื่อค้นหาและกำจัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการตรวจพบและกำจัดติ่งเนื้อ (pre-malignant adenomatous polyps) ออกไป โดยเฉพาะกลุ่มของ polyp ที่มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มาก (advanced adenoma polyps) (Aleksandar N, Vuka K, Vesna Z, Goran S, 2004) ซึ่งมีลักษณะ เส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 1 ซม. หรือเป็น polyp ชนิด villous หรือเป็นเนื้อเยื่อที่มีพยาธิสภาพเป็น severe dysplasia และตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (ระยะที่ 1 ถึง 2) ซึ่งมีการพยากรณ์โรค ที่ดีกว่า ในระยะท้ายที่มีการแพร่กระจาย (ระยะที่ 3 ถึง 4) เพื่อลดการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

วิธีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มได้แก่ การตรวจเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (Fecal occult blood test; FOBT) และ การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) (Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al, 2008) โดยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (Fecal occult blood test; FOBT) ยังสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ Guaiac-based FOBT (gFOBT) คือ วิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ ซึ่งอาศัยปฏิกิริยา pseudo-peroxidation ของ heam ที่เป็นส่วนประกอบของ heamoglobin ทั้งนี้ อาจเกิดผลบวกปลอม และลบปลอมได้จากอาหารบางชนิด เช่น เนื้อแดง วิตามินซี ธาตุเหล็ก เป็นต้น และ Fecal immunochemical test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ซึ่งอาศัยการทำปฏิกิริยา ระหว่าง human antibodies ที่จำเพาะ

ต่อ globin, albumin หรือ ส่วนประกอบอื่นๆ ของเลือด โดย FIT มีความจำเพาะต่อเม็ดเลือดของคน โดยไม่ถูกรบกวนด้วยอาหาร รวมถึงจำเพาะต่อเลือดที่ออกจากทางเดินอาหาร ส่วนล่างด้วย (colonoscopy) (Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al, 2008 ; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2566) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในปัจจุบัน

FIT แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) Qualitative FIT คือ FIT ที่แสดงผลการตรวจเป็นค่าบวก หรือค่าลบ ขึ้นกับค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ที่พบในสิ่งส่งตรวจ เทียบกับค่าความเข้มข้นที่ตั้งค่าไว้ (pre-defined) โดยขึ้นกับบริษัทผู้ผลิต และรุ่นการผลิต การแปรผลอาศัยการอ่านแถบสีของ Test และ ซึ่งการแปรผลอาจมีความ คลาดเคลื่อนระหว่างผู้อ่านผล (interobserver variability)

2) Quantitative FIT คือ FIT ที่แสดงผลการตรวจ เป็นตัวเลขที่บอกค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ที่พบในสิ่งส่งตรวจโดยที่ผู้ใช้งานสามารถ กำหนด hemoglobin cut-off concentration ที่เหมาะสมได้เอง สามารถวิเคราะห์ ตัวอย่างได้คราวละมาก ทั้งนี้การเลือกใช้ค่า cut-off concentration ที่สูง (มีเลือดออกมาก) จะทำให้มีโอกาสตรวจพบโรคในระยะรุนแรง มากกว่าการใช้ค่า cut-off concentration ที่ต่ำ (van Dam, L., Kuipers, E. J., van Leerdam, M. E, 2010)

การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) คือ การตรวจส่องกล้องเพื่อตรวจหาความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ โดยใช้ในการตรวจวินิจฉัย คัดกรอง และให้การรักษาโดยการตัด ชิ้นเนื้อ (biopsy) หรือ ตัดติ่งเนื้อ

(polypectomy) โดย colonoscopy จัดเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard) สำหรับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ความแม่นยำในการตรวจส่องกล้องยังขึ้นกับคุณภาพของการเตรียมลำไส้ และความชำนาญ ของแพทย์อีกด้วย แต่มีข้อด้อยคือ เป็นวิธีการตรวจที่รุกราน (invasive) เนื่องจากอาจเกิดข้างเคียงที่รุนแรง เช่นการเกิดภาวะเลือดออก ภาวะลำไส้ทะลุ (colonoscopy) (Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al, 2008)

การดำเนินการคัดกรองมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประเทศไทย มีขั้นตอนการดำเนินการ โดยประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปีได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) โดยเจ้าหน้าที่แจกขวดน้ำยาให้กลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บตัวอย่างอุจจาระด้วยวิธีการและปริมาณที่กำหนด จากนั้นกลุ่มเป้าหมายนำมาส่งยังหน่วยบริการ ซึ่งเจ้าหน้าที่จะทำการตรวจหาเลือดในชุดน้ำยาตามแนวทาง และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ทำการวิเคราะห์ผล และแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการทราบ

กรณีค่าผลลบ (Negative) หมายถึง ไม่พบเลือดในอุจจาระ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และแนะนำให้ได้รับการคัดกรอง ทุก 2 ปี หากอายุยังเข้าเกณฑ์ กรณีค่าผลบวก (Positive) หมายถึง ตรวจพบเลือดในอุจจาระ แจ้งผู้รับบริการว่า มีการตรวจพบเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ ซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ด้วยการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ โดยเจ้าหน้าที่จะดำเนินการส่งต่อไปโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในเขตสุขภาพ เพื่อทำการส่องกล้องและให้การ

วินิจฉัยโรคโดยผู้รับบริการจะต้องได้รับตรวจเบื้องต้น และรับคำแนะนำในการเตรียมตัวและวิธีการเตรียมลำไส้ ก่อนการส่องกล้อง ผลการส่องกล้อง กรณีไม่พบความผิดปกติของผนังลำไส้ จะแนะนำให้ผู้รับบริการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซ้ำอีกครั้งด้วยการตรวจส่องกล้องในอีก 5-10 ปี กรณีตรวจพบติ่งเนื้อ adenoma แพทย์จะทำการตัดติ่งเนื้อออกในขณะที่ส่องกล้อง และส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อประเมินต่อไป กรณีตรวจพบมะเร็ง ผู้รับบริการจะได้รับการรักษาตามระยะของโรคที่ตรวจพบ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2566)

จากการศึกษานำร่อง โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประเทศไทยที่จังหวัดลำปาง โดยธีระวุฒิ คุหะเปรม และคณะ(2556) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พบว่ามีผลเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) 1.1% และได้เข้ารับการส่องกล้องสูงถึง 627 ราย หรือ 71.8% พบว่ามี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และติ่งเนื้อ ในกลุ่มที่มีเลือดแฝงในอุจจาระที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นอัตราส่วน 3.7% และ 29.8% ตามลำดับ (Khuaprema T, Sangrajrang S, Lalitwongsa S, Chokvanitphong V, Raunroadroong T, Ratanachu-Ek T, et al, 2014) มีความสอดคล้องกับ ชัชวาลย์ วชิรเมธารุชต์ (2561) ที่พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มี 243 ราย (ร้อยละ 63.83) ของผู้ที่มีผลเลือดแฝงในอุจจาระ ได้รับการส่องกล้อง พบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และติ่งเนื้อ 3 เป็นอัตราส่วน 3.2 % และ 17.5% ตามลำดับ (Chatchawan Wachirametharuch, 2018)

และจากการศึกษาของมารุต วัฒนวงศ์ วิบูลย์ (2562) พบว่าการตรวจหาผลเลือดแฝง

ในอุจจาระ FIT test 100 (ค่าความเข้มข้น Hemoglobin 100 ng/ml) เช่นเดียวกับการศึกษาข้างต้น (Chatchawan Wachirametharuch, 2018) พบว่ามีจำนวนผลเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) 3.6 % และเมื่อได้นำไปเปรียบเทียบกับจำนวนที่ผลตรวจเลือดแฝงเป็นบวกของ FIT test 50 (ค่าความเข้มข้น hemoglobin 50 ng/ml) พบว่ามีจำนวนน้อยกว่าอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ แต่ค่าการพยากรณ์ผลบวก (PPV : positive predictive value) ในการตรวจพบติ่งเนื้อ ลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่แตกต่างกันกับ FIT test 50 ดังนั้นการใช้ FIT test 100 จึงสามารถตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ไม่แตกต่างกันโดยที่มีจำนวนประชากรที่รับการส่องกล้องทางเดินอาหารน้อยกว่า (Marut Wattanawongwibul, 2019) สอดคล้องกับ อัจฉรีย์ เสรีศิริวัฒนา (2565) พบว่าในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีอาการแสดงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าผลเลือดแฝงในอุจจาระ FIT test 100 ที่มีค่าเป็นบวกจะมีค่าความจำเพาะ (specificity) และค่าการพยากรณ์ผลบวก (PPV) สูงกว่าการใช้ FIT test 50 ในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งติ่งเนื้อออกชั้นสูง (advanced adenoma) ของลำไส้ใหญ่ที่มีโอกาสเป็นมะเร็ง นอกจากนี้ยังช่วยลดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยไม่จำเป็นได้ (Adcharee Sareesirawatana, 2022)

สุกัญญา วิริยโกศล (2562) พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ช่วยให้ค้นพบโรคมะเร็งลำไส้ ในระยะเริ่มต้นมากขึ้น โดยในการศึกษาพบว่ามีผลเลือดแฝงในอุจจาระ FIT test 50 ร้อยละ 16.5 ได้รับการส่องกล้องและวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 45 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะ 1 และ 2 ทั้งหมดจำนวน 31 ราย

(ร้อยละ 68.9) มะเร็งระยะ 3 และ 4 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 31.1) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่จะทำการตรวจคัดกรอง (Wiriyakosol, S. (2019)

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ช่วยให้สามารถตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก หรือในระยะก่อนเกิดเป็นมะเร็ง และให้การรักษาที่เหมาะสมจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดอุบัติการณ์ อัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายจากโรคได้ (กันต์กมล กิจตรงศิริ, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, และคณะ, 2557)

จากความสำคัญและแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง ด้านการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น ทาง Service plan สาขามะเร็ง โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จึงได้จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามนโยบายด้วยวิธี การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระในผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีผลบวก ในระหว่างปีงบประมาณที่ 2565-2566 เพื่อค้นหาและป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยได้จัดตั้งห้องตรวจพิเศษสำหรับคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นชั่วคราวโดยเฉพาะ โดยดำเนินการทุกเช้าวันพฤหัสบดี เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีค่าผลเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก ได้พบศัลยแพทย์โดยตรง เพื่อทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด เอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Ekg 12 leads) รับคำแนะนำในการเตรียม

ตัวและวิธีการเตรียมลำไส้ ก่อนการส่องกล้อง และเข้ารับการประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ในช่วงบ่ายของวันเดียวกัน ก่อนจะนัดทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ภายใน 14 วันหลังพบแพทย์

การศึกษาในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อทราบถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้ดำเนินการไปในปีงบประมาณที่ผ่านมา เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้เหมาะสมกับประชากร และศึกษาถึงแนวทางการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบติ่งเนื้อและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มผู้ป่วย FIT test positive ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

อัตราการยอมรับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ และอัตราการยอมรับการวินิจฉัยด้วย colonoscopyกรณีผลตรวจเม็ดเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา ในการบรรยายผลการส่องกล้องมะเร็งลำไส้ใหญ่นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

วิธีการรวบรวมข้อมูล (Data collection method)

ในระบบ PACS โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 – 10 ตุลาคม 2566

ประชากรศึกษา (Reference population)

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ โดยวิธีการตรวจ FIT test และเข้ารับการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นประชากรที่มีอายุ 50-70 ปี ในพื้นที่อำเภอกันทรลักษณ์ จำนวน 49,218 คน เป้าหมายการคัดกรองที่ 6,500คน (ร้อยละ13) โดยมียอดผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ Fit test ในปี 2555 และ 2556 เป็นจำนวน 1,973 และ 3,946 ตามลำดับ ด้วยชุดตรวจ FIT test Hb cut-off ที่ 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ng/ml) พบว่ามีผลบวกรวมกันทั้งหมด 440 ราย (ร้อยละ 7.4) และได้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 338 ราย (ร้อยละ76.8) โดยศัลยแพทย์ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ โดยวิธีการตรวจ Fecal immunochemical test

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและภาพบันทึกการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2. เป็นผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

3. มีผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ไม่มีผลการตรวจเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ

2. ไม่มีผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ขั้นตอนดำเนินการ

เป้าหมายการดำเนินงาน คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี Fit test อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565-2566 ในประชากรทุกสิทธิ์ ที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test ในปีงบประมาณก่อน โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ดำเนินกิจกรรมการ คัดกรอง รับกลับใส่ตัวอย่างเพื่อนำไปแจกให้กลุ่มเป้าหมาย หลังจากได้ตัวอย่างแล้วนำส่งโรงพยาบาลชุมชน(งานเทคนิคการแพทย์) ภายในเวลา ภายใน 24 ชั่วโมงหลังใส่น้ำยา จากนั้นโรงพยาบาลจะแจ้งผลการตรวจ FIT test ให้พื้นที่ทราบภายใน 3 วัน กรณีผลตรวจ FIT test ให้ผลบวก ให้ส่งต่อพบแพทย์เพื่อทำการนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและรับรองจริยธรรมการวิจัย

2. บันทึกหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การศึกษา

3. สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จากเวชระเบียน แล้วบันทึกผลลงในแบบบันทึกข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์และบรรยาย โดยนำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน และภาพบันทึกการส่องกล้องในระบบ PACS ของผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยไม่ได้เปิดเผยรายชื่อผู้ป่วย และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2566
เอกสารหนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2023-178

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ (ปี)	เพศชาย จำนวน (ร้อยละ)	เพศหญิง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
<50	84 (57.5)	119 (62.0)	203 (60.0)
50-59	48 (30.9)	58 (30.2)	106 (31.4)
≥60	14 (9.6)	15 (7.8)	29 (8.6)
รวม	146 (43.2)	192 (56.8)	338 (100)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 192 คน (ร้อยละ 56.8) และพบผู้ป่วยรวมในช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี มากที่สุด 203 คน (ร้อยละ 60.0)

ตารางที่ 2 ลักษณะที่พบจากการส่องกล้อง (Colonoscope finding)

ผลการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
Normal	214	63.3
Adenoma	64	18.9
Advanced adenoma	11	3.3
Cancer	8	2.4
Other	41	12.1

ผู้ป่วยที่ผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ เป็นบวกได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 338 ราย พบว่าเป็นติ่งเนื้อชนิด adenoma จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 18.9) ตีงเนื้อความเสี่ยงสูง advanced adenoma จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 3.3) เป็นมะเร็งจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 2.4) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง โดยพบว่าเป็นมะเร็งระยะระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 37.5) มะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 62.5)

สรุปและอภิปรายผล

อัตราการพบ Fit test บวก ในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รพ.กันทรลักษ์ พบว่ามีค่าสูงกว่าโครงการคัดกรองหลายที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuhaprema T, et al (2014) และการศึกษาของ Chatchawan Wachirametharuch (2018) เพราะว่ามีค่าแตกต่างจากค่า Hb cut-off โดยพบว่าโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่นครปฐม (Marut Wattanawongwibul, 2019) ผลตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ในชุดตรวจ Fit test 50 ร้อยละ 12.7 และ Fit test 100 ร้อยละ 3.6 โดยพบว่าเมื่อกำหนดค่า cut-off ที่มากขึ้นจะทำให้ค่าความไว (sensitivity) ลดลง แต่มีค่าความจำเพาะ (specificity) ต่อติ่งเนื้อและมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้น Fit test 100 จึงสามารถตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ไม่แตกต่างจาก Fit test 50 โดยที่มีจำนวนประชากรที่เข้ารับการส่องกล้อง ทางเดินอาหารน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สติมย์ อนิวรรณ และคณะ (2560) เมื่อกำหนดค่า Fit test cut-off ที่เพิ่มขึ้น การตรวจติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีค่า sensitivity ลดลง และ

specificity ที่เพิ่มขึ้น และช่วยเพิ่มค่า positive predictive value (PPV) ทำให้มีจำนวนประชากรที่ต้องมารับ การส่องกล้องทางเดินอาหารน้อยกว่า โดยมีการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่แตกต่างกัน (Aniwan S, Ratanachu Ek T, Pongprasobchai S, et al, 2017) ดังนั้นการพิจารณาใช้ Fit test cut-off ที่เพิ่มขึ้น จะช่วยลดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยไม่จำเป็นได้ ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และยังช่วยลดทั้งภาระงาน และค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานอีกด้วย

ผลการดำเนินงานมีผู้เข้ารับการส่องกล้องในกลุ่มที่มีค่า Fit test เป็นบวก 74% ซึ่งพบว่ามีค่าสูงกว่าหลายการศึกษา (Khuhaprema T, et al, 2014; Chatchawan Wachirametharuch, 2018) เพราะในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ มีการประสานให้บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ช่วยออกส่งเสริมและให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมีการติดตามคนไข้ที่ยังไม่ได้เข้ารับการส่องกล้อง ผ่านทางทีม Service plan สาขาศัลยกรรม และประสานผ่านทาง รพ.สต. เพื่อสอบถามถึงสาเหตุที่ไม่ได้เข้ารับการส่องกล้อง และนัดติดตามการรักษา อีกทั้งโรงพยาบาลยังได้ทำจัดทำช่องทางพิเศษในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับคนไข้ โดยเปิดห้องตรวจบริการแยกในวันพฤหัสบดีตอนเช้าโดยสัลแพทย์ และเข้ารับการประเมินกับทีมวิสัญญีแพทย์ในวันเดียวกัน ก่อนจะทำการนัดส่องกล้องภายในสองสัปดาห์ และยังเปิด บริการส่องกล้องในวันหยุดราชการกรณีผู้เข้ารับการส่องกล้องมีความจำเป็นที่ไม่สามารถเดินทางมาในวันราชการได้ โดยเมื่อประสานถึงสาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่ได้เข้ารับการ

ส่องกล้อง ทั้งที่จากการปฏิเสธเข้ารับการตรวจ เบื้องต้นที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และปฏิเสธการเข้ารับการส่องกล้องภายหลังการเข้ารับการตรวจแล้ว เพราะ มีความกังวล ความกลัว และ เกิดความไม่เชื่อมั่นในผลตรวจเพราะไม่มีอาการผิดปกติ และ คนที่เข้ารับการบริการส่องกล้องก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่ มีผลปกติ จึงทำให้ผู้ผ่านการคัดกรองด้วย Fit test เป็นบวก ปฏิเสธที่จะเข้ารับการส่องกล้อง ประสิทธิภาพของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จึงลดลง และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงควรเพิ่ม อัตราการยอมรับการวินิจฉัยด้วย colonoscopy ด้วยการออกเอกสารส่งเสริมและให้ความรู้เพิ่มมากขึ้น และแจ้งถึงความจำเป็นที่ต้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ก่อนส่งตรวจอุจจาระ กรณิ Fit test มีค่า เป็นบวก รวมถึงเพิ่ม Fit test cut-off เพิ่มขึ้นไป จากเดิม เพื่อที่จะสามารถ ลดอัตราคนไข้ที่ไม่ได้ เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (dropout colonoscope) โดยในโครงการคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ รพ.กันทรลักษณ์ ยังไม่พบเหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์จากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโครงการ คัดกรอง ได้แก่ ภาวะเลือดออกในลำไส้จากการส่อง กล้อง ภาวะลำไส้ทะลุจากการส่องกล้อง หรือภาวะ เสียชีวิต

จากข้อมูลการส่องกล้องในโครงการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ที่มี Fit test 50 ให้ผลบวก พบว่ามีสัดส่วนการตรวจพบติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ (adenoma polyp) ร้อยละ 18.9 และติ่งเนื้อ ลำไส้ใหญ่ ที่มีความเสี่ยงสูง (advanced adenoma) ร้อยละ 3.3 เมื่อ เทียบกับการศึกษาที่ ศึกษามาก่อน พบว่ามีอัตราการพบว่าการพบติ่ง เนื้อลำไส้ใหญ่ คือร้อยละ 17.5-29.8 และติ่งเนื้อ ลำไส้ใหญ่ ที่มีความเสี่ยงสูง 5.3-12.0 (Kuhaprema T, Sangrajrang S, Lalitwongsa

S, Chokvanitphong V, Raunroadroong T, Ratanachu-Ek T, et al, 2014 ; Chatchawan Wachirametharuch, 2018) โดยในการศึกษา เหล่านี้เก็บข้อมูลแยกเฉพาะ adenoma และ advanced adenoma polyp เหมือนกัน แต่มี ปัจจัยความแตกต่างเรื่องของ Fit test cut off ที่ น่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการตรวจพบติ่งเนื้อ ลำไส้ใหญ่น้อยกว่าการศึกษาอื่น สำหรับการตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการศึกษานี้ พบว่าตรวจ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 2.4 ของผู้ที่เข้ารับการ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เมื่อเทียบกับกับการศึกษา อื่นๆพบว่า มีอัตราการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่น้อยกว่าคือร้อยละ 3.2-3.7(Kuhaprema T, et al, 2014 ; Chatchawan Wachirametharuch, 2018) โดยในจำนวนผู้เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ตรวจ พบจากการส่องกล้องจำนวน 8 ราย พบว่าเป็น มะเร็งระยะที่1และระยะที่2 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 37.5) มะเร็งระยะที่3และระยะที่4 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 62.5) โดยในจำนวนนี้ มีกลุ่มคนไข้มะเร็ง ลำไส้ระยะ1 จำนวน 2 ราย ที่ได้ทำการรักษาเสร็จ สิ้นได้โดยการผ่าตัดติ่งเนื้อผ่านทางส่องกล้องลำไส้ ใหญ่ (colonoscopic polypectomy) และ ในกลุ่มมะเร็งระยะที่3และระยะที่4 ทั้ง 5 ราย มีประวัติเคยถ่ายเป็นมูกปนเลือด หรือประวัติ ท้องผูกสลับท้องเสีย แต่ไม่เคยได้เข้ารับการตรวจ รักษามาก่อน ดังนั้นจึงควรมีการเรียงลำดับให้กับ คนไข้ที่มีประวัติขับถ่ายผิดปกติได้เข้ารับการส่อง กล้องเป็นลำดับแรก

จากการศึกษาโครงการคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่มีความคุ้มค่า และมีประโยชน์ในการช่วย ป้องกัน และตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะที่ยัง ไม่ลุกลาม รวมถึงสามารถลดอัตราการตายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งจากภายในประเทศ

และต่างประเทศ (กันต์กมล กิจตรงศิริ, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, และคณะ, 2557) แต่การดำเนินงานยังมีปัญหาเรื่องการเข้าร่วมในการตรวจอุจจาระ และการยอมรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เนื่องจากมีความกังวล ความกลัว ความไม่เชื่อมั่นในผลตรวจอุจจาระ ขาดความรู้และความเข้าใจในตัวโรค จึงทำให้สูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายและภาระงาน และหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการไม่ได้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คือระยะเวลาของการรอคิวส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) โดยจำนวนเตียงปัจจุบันจำนวน 281 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอจำนวน 203,302 คน ไม่รวมโรงพยาบาลลูกข่าย มีศัลยแพทย์ปฏิบัติงานจำนวน 2 คน วิสัญญีแพทย์จำนวน 1 คน และกล้องส่องลำไส้ใหญ่ (Colonoscope) 2 กล้อง ทำให้คนไข้ที่ได้รับการตรวจยืนยันค่า Fit test ให้ผลบวกต้องรอรับการส่องกล้องเป็นระยะเวลานานกว่าปกติ ทำให้ความตระหนักของโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลดลง เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ไม่ได้มาเข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ภายหลัง จึงเป็นสาเหตุที่ควรพิจารณาใช้ FIT test positive ที่มีค่า cut-off สูงขึ้น จากเดิม ซึ่งจะช่วยให้มีค่า specificity และช่วยลดจำนวนคนไข้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยไม่จำเป็น¹⁶ ทำให้ช่วยลดระยะเวลาในการรอรับการส่องกล้อง และลดอัตรา dropout colonoscopy ได้

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้กลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ 6,500คน (ร้อยละ13) โดยมียอดผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ Fit test ในปี 2555 และ 2556 เป็นจำนวน 1,973 และ 3,946 ตามลำดับ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 5,919 คน ด้วยชุดตรวจ FIT test โดยใช้ Hb cut-off ที่ 50 ng/ml พบว่ามีผลบวกรวมกัน 440 ราย (ร้อยละ7.4) และได้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 338 ราย (ร้อยละ76.8) พบว่าเป็นติ่งเนื้อชนิด adenoma จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 18.9) ตี้งเนื้อความเสี่ยงสูง advanced adenoma จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 3.3) เป็นมะเร็งจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 2.4) ของผู้ป่วย ที่เข้ารับการส่องกล้อง โดยพบว่าเป็นมะเร็งระยะระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 37.5) มะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 62.5)

จึงสามารถสรุปได้ว่าการคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่ จึงมีประโยชน์ ในการป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการตรวจพบและกำจัดติ่งเนื้อ หรือตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ช่วยให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าและช่วยลดการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ แต่เนื่องจากการดำเนินการมีข้อจำกัดของทั้งเรื่องของบุคลากร เครื่องมือ ภาระงาน และความแตกต่างของประชากรในแต่ละกลุ่ม จึงควรมีการเลือกรูปแบบวิธีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมถึงเลือก Fit test cut-off ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้โครงการคัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น และประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การใช้ Fit test cut-off ที่ 100 ng/ml มีความเหมาะสม เพื่อลดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

โดยไม่จำเป็น และลดโอกาสเกิดอันตรายที่อาจเกิดจากการส่องกล้องได้

2. จัดลำดับผู้เข้ารับการคัดกรองส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยผู้ที่มีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ควรได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นอันดับแรก

3. ประชาสัมพันธ์ ชี้แจงเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้กับเจ้าหน้าที่อนามัย และเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักและเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาจึงยังไม่ครอบคลุมพื้นที่อื่น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กัณฑ์มล กิจตรงศิริ, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, และคณะ (2557). การศึกษาความ คุ่มค่าของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรง ในประชากรไทย Economic evaluation of colorectal cancer screening among Thai population ภายใต้โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุด สติธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.

พรชัย โอเจริญรัตน์ (2549). Clinical application of molecular genetics in colorectal cancer. ใน ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32 ประยุต์ ศิริวงษ์, สมบุญ เจริญเศรษฐมท, ปริญญา ทวีชัยการ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร 2549.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2566). แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test , Available from:URL: <https://www.nci.go.th/th/screening01.html>.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2557 [internet]. 2016. 2020 Aug15]. Available from:URL: [cite https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202014.pdf].

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2566).คู่มือ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ Available from:URL: <https://www.nci.go.th/th/screening01.html>.

Adcharee Sareesirawatana (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.

- Aleksandar N, Vuka K, Vesna Z, Goran S (2004). Advanced colorectal adenoma. Arch Oncol 2004;12(Suppl 1): 59-60.
- Aniwan S, Ratanachu Ek T, Pongprasobchai S, et al. (2017). The Optimal Cut-Off Level of The Fecal Immunochemical Test For Colorectal Cancer Screening in a Country with Limited Colonoscopy Resources: A Multi-Center Study from Thailand. Asian Pac J Cancer Prev.2017;18(2):405-12.
- Chatchawan Wachirametharuch(2018). Organized Colorectal Cancer Screening in Roi-Et Province , (Thai Cancer J 2018;38:11-18).
- Jass JR (2007). Classification of colorectal cancer based on correlation of clinical, morphological and molecular features. Histopathology 2007;50: 113–30.
- Khuhaprema T, Sangrajang S, Lalitwongsa S, Chokvanitphong V, Raunroadroong T, Ratanachu-Ek T, et al(2014). Organised colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: preliminary results from a pilotimplementation programme. BMJ Open 2014;4:e003671.
- .Kim ER, Kim YH (2014). Clinical Application of Genetics in Management of Colorectal Cancer. Intest Res 2014;12:184-93.
- Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al.(2008) 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.
- Marut Wattanawongwibul (2019). The Positive Predictive Value and Number Needed to Colonoscope of Fecal Immuno-Chemical Test 50 versus 100 for Colorectal Screening in Nakhonpathom Hospital, Region 4-5 Medical Journal , Vol. 38 No. 4 October-December 2019.
- van Dam, L., Kuipers, E. J., van Leerdam, M. E.(2010) Performance improvements of stool-based screening tests. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2010; 24(4), 479-492.
- Wiriyakosol, S. (2019). Developing Model of Colorectal Cancer Screening in Krathumbaen Community Network, Krathumbaen District, Samutsakorn Province -. Journal of Health Science –วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(5), 845–856.<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8123>.

World Health Organization(2012). The
International Agency for Research on
Cancer (IARC). Globocan 2012.
Available 2008; 58(3):130-60.
from: [http://globocan.iarc.fr/
Pages/fact_sheets_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).