



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สรุปผลการดำเนินงาน

โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง

ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

3 หมู่บ้าน (บ้านต้นต้อง บ้านท่าเตือ และบ้านเด่น-บ้านใหม่)

ประจำปีงบประมาณ 2567

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

นางสาวณภัสนันท์	เจริญทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาววรภัทร	เชิงปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสุพัตรา	ธรรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางปานจิตร	วงศ์ใหญ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอัครวรรธ	จิตเย็น	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวสุภมาศ	ลายเงิน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวสาวิตรี	ลิลิตวิศิษฏ์วงศ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวเกวลี	วัทโล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวกฤติกา	ดีพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวอาทิตยา	สินสุริยศักดิ์	เภสัชกรชำนาญการ
นายสุรศักดิ์	ตามล	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
นายทัศนัย	คำลำปาง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายภาณุพงศ์	พลายสาร	พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวอุดมภรณ์	กันทา	นักรังสีการแพทย์
นางสาวสุภิญญา	บรรเลงจิตร	นักกายภาพบำบัด
นางสาวรัตติกาล	คำพนม	นักวิชาการสาธารณสุข
ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริประภา	ตาสุรินทร์	นักวิชาการสาธารณสุข
นายณัฐรินทร์	กันจะสิน	นักโภชนาการ
นางสาววิมล	ต๋อยแก้ว	นักประชาสัมพันธ์
นายธนกฤต	อินทกุล	เจ้าพนักงานโสตทัศน
นางพัชยา	โพธิ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางชนิดา	กันดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวธัญญลักษณ์	ไชยทะนุ	นักสังคมสงเคราะห์

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและสนับสนุนอย่างดียิ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับโอกาสในการพิจารณาโครงการฯ และอนุมัติงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนและได้รับคำปรึกษาในการดำเนินโครงการฯ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยอย่างดียิ่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง นายแพทย์วีรวัต อุครานันท์ คณะผู้ทำงานโครงการฯ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณท่านกำนันศรีทน ศรีชัยวงศ์ กำนันตำบลพิชัย ท่านผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ ที่ช่วยประสานความร่วมมือระหว่างคณะทำงานโครงการฯ และประชากรในตำบลพิชัย ตลอดจนขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมโครงการฯ นี้ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายๆ ท่าน ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ทั้งหมด ที่มีส่วนช่วยให้โครงการฯ นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ

สิงหาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1 - 3
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1 - 2
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	3
1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ	3
1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	3
1.5 พื้นที่เป้าหมาย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4 - 49
2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	4 - 9
2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย	9
2.2.1 โรคมะเร็งตับ	9 - 15
2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม	15 - 23
2.2.3 โรคมะเร็งปอด	23 - 26
2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคมะเร็งลำไส้ตรง	26 - 32
2.2.5 โรคมะเร็งท่อน้ำดี	32 - 43
2.2.6 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง	44 - 49
บทที่ 3 วิธีดำเนินโครงการและการวิจัย	50 - 52
3.1 วิธีการดำเนินการ	50
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
3.4 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	50
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	51
3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	51
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4 ผลการดำเนินโครงการ	53 - 85
4.1 ผลการสำรวจข้อมูลชุมชน	53 - 85

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 การสรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัดและแผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568	86 – 89
5.1 สรุปผล	86 – 90
5.2 ข้อเสนอแนะ	90 – 91
5.3 ข้อจำกัด	91
5.4 แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป ในปีงบประมาณ 2568	91
บรรณานุกรม	92 -94
ภาคผนวก	95
- ภาคผนวก ก: แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	96 - 100
- ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย(Pichai Model)	101 - 102
- ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง	103
- ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตี๋ย	104
- ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่	105

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2565 รายงานว่าพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.9 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านคน ซึ่งถือเป็นหนึ่งในหกของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ขณะที่มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 คน เป็นเพศชายจำนวน 67,061 คน และเพศหญิง 72,145 คน โดยโรคมะเร็งที่พบมากในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁾

ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จนเกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรไทย กล่าวคือ ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อลดน้อยลง ขณะที่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลก ให้ความสำคัญไปที่ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมควบคุม ป้องกันปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8⁽²⁾ แนวโน้มแผนการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยก็ได้มุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในเชิงรุก เน้นการดูแลที่ตัวคนมากกว่ามุ่งเน้นที่ตัวโรค ทำให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร ดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ป้องกันโรคก่อนการเจ็บป่วยควบคุมไปกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ของหน่วยงานสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรค (Disease Prevention Control) ซึ่งให้บริการทั้งตัวบุคคล (Individual Care) อย่างครอบคลุมไปสู่ครอบครัว และชุมชน⁽³⁾

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง อันมีพันธกิจ คือ พัฒนางานวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และให้บริการดูแลรักษาโรคมะเร็งร่วมกับภาคีเครือข่าย

เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน โดยรับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน พะเยา เชียงใหม่ และเชียงราย ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งในยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในด้านความเป็นเลิศการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง (PP&P Excellence) ที่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถจัดการตนเองได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ชุมชนมีความรู้ และชุมชนเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง สำหรับการทำงานร่วมกับชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็ง สร้างแกนนำสุขภาพ และนำไปสู่การสร้างชุมชนต้นแบบในการดูแลตนเอง โดยการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (Health Promotion for the Community) นั้น

คณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็ง ที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จึงได้ทำการวิจัยในโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชนในเขตตำบลพิชัย และเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นๆ สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งของตำบลพิชัยไปใช้เป็นต้นแบบต่อไป ในปี 2567 ทางคณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้ขยายการดำเนินงานไปอีก 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ โดยกรอบแนวคิดในการทำโครงการ อาศัยหลักวิธีการสำรวจปัญหาในชุมชน (Community Oriented Primary Care) ได้แก่ 1) ทำความรู้จักชุมชน (Community Identify) 2) การวินิจฉัยชุมชน (Community Diagnosis) 3) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (List of Problem) 4) จัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) 5) ลงมือทำ (Intervention) 6) ประเมินผล (Evaluation)⁽⁴⁾ และความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง (เตือนตนเอง กำกับตนเอง) และ 6) ทักษะการบอกต่อเพื่อการมีสุขภาพดี⁽⁵⁾ ทั้งนี้การจัดโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างชุมชนต้นแบบในการดูแลตัวเอง และปรับปรุงการดำเนินโครงการในอนาคตต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ

1.2.1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในเขตตำบลพิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง

1.3 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

1.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.4.1 บุคลากรภายนอก ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ชาวบ้าน

1.4.2 บุคลากรภายใน คือ คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
จำนวน 23 คน

1.5 พื้นที่เป้าหมาย

ชุมชนต้นแบบนาร่อง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และ หมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาตามโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ครั้งนี้ คณะผู้จัดได้ทำการศึกษาศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

- 2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน
- 2.1.2 เขตการปกครอง
- 2.1.3 ประชากร
- 2.1.4 การไฟฟ้า
- 2.1.5 การประปา
- 2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร
- 2.1.7 การใช้ที่ดิน
- 2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ
- 2.1.9 ด้านสังคม
- 2.1.10 การศึกษา
- 2.1.11 การสาธารณสุข

2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย

- 2.2.1 โรคมะเร็งตับ
- 2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม
- 2.2.3 โรคมะเร็งปอด
- 2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
- 2.2.5 โรคมะเร็งลำไส้ตรง

2.3 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง⁽⁶⁾

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

เทศบาลเมืองพิชัยมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 999 บ้านต้นมื่น หมู่ที่ 14 ถนนลำปาง-งาว ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 16.5 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอเมืองลำปางอยู่ห่างจากตัวอำเภอไปประมาณ 8 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นที่ราบ อยู่ห่างจาก กทม. ตามทางหลวงแผ่นดินสายพหลโยธิน ประมาณ 614 กิโลเมตร

2.1.2 เขตการปกครอง

ตำบลพิชัยมีหมู่บ้าน จำนวน 17 หมู่บ้าน

1) เทศบาลเมืองพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 3 ชุมชนบ้านม่อนเขาแก้ว, ชุมชนบ้านทุ่งกุ๋

หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านต้นยาง

หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

หมู่ที่ 14 ชุมชนบ้านต้นมีน

หมู่ที่ 15 ชุมชนบ้านสันติสุข (แยกออกมาจาก หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี)

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วน จำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย

หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่-บ้านเด่น

2) องค์การส่วนตำบลพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 6 บ้านปงวัง

หมู่ที่ 4 บ้านไร่พัฒนา, บ้านไร่แผ่นดินทอง

หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง

หมู่ที่ 11 บ้านดอนมูล

หมู่ที่ 16 บ้านวังชัยพัฒนา

หมู่ที่ 17 บ้านมิ่งมงคล

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วนจำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย หลังค่ายทหาร, สนามกอล์ฟ

หมู่ที่ 2 บ้านสามัคคี

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้

หมู่ที่ 13 บ้านใหม่พัฒนา

2.1.3 ประชากร

ในเขตเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 13,224 คน เป็นชาย 6,196 คน หญิง 7,028 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 6,621 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน / 1 ตารางกิโลเมตร จำนวนประชาชน และหลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้านมีดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรในเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากร จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน / ชุมชน	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวมประชากร (คน)
0	ทะเบียนบ้านกลาง	14	17	31
1	บ้านพิชัย	1,058	1,244	2,302
2	บ้านสามัคคี	463	491	954
3	บ้านม่อนเขาแก้ว / บ้านทุ่งกู่	560	598	1,158
4	บ้านต้นยาง	389	446	835
5	บ้านต้นตอง	425	470	895
8	บ้านทรายใต้	436	514	950
9	บ้านฝายน้อย	376	430	806
12	บ้านท่าเตือ	397	467	864
13	บ้านใหม่ บ้านเด่น	479	519	998
14	บ้านต้นมัน	786	882	1,650
15	บ้านสันติสุข	831	950	1,781
รวม		6,196	7,028	13,224

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ เดือน สิงหาคม 2566

2.1.4 การไฟฟ้า

สำหรับกระแสไฟฟ้าได้รับการจ่ายกระแสไฟฟ้าจากสถานีไฟฟ้าย่อยของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย หมู่ที่ 4 บ้านต้นยาง จึงทำให้ได้รับการบริการไฟฟ้าครบทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.5 การประปา

การประปาได้รับการบริการน้ำประปา จากการประปาส่วนภูมิภาคจังหวัดลำปาง ในหมู่ที่ 1 หมู่ 15 หมู่ 2 บางส่วน และมีการจัดทำประปาหมู่บ้าน มีบ่อน้ำตื้น และน้ำบาดาลเพื่อการอุปโภค บริโภค

2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร

พื้นที่ของตำบลพิชัย รับการบริการด้านการสื่อสารโทรคมนาคมจากในเมือง และได้รับการบริการโทรศัพท์สาธารณะประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.7 การใช้ที่ดิน

ที่ดินส่วนใหญ่ใช้ในการเกษตรกรรม แต่ก็มีบางส่วนที่เป็นการจัดสรรที่ดินเป็นบ้านจัดสรรและอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยมีบ้านพิชัย บ้านสามัคคี และบ้านสันติสุขบางส่วนอยู่ในเขตผังเมืองรวม

2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ

2.1.8.1 โครงสร้างเศรษฐกิจ รายได้ประชากร

ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเช่นทำนาทำไร่ทำสวนปลูกพืชเศรษฐกิจและเลี้ยงสัตว์รับจ้างรวมถึงอุตสาหกรรมในครัวเรือนซึ่งเป็นอาชีพเสริม คือ การทำภาชนะเครื่องปั้น-ดินเผาในหมู่ที่ 3 และการทำเครื่องจักรสานเครือเถาวัลย์ในหมู่ที่ 8

2.1.8.2 การเกษตรกรรม

ประชาชนในพื้นที่มักจะมีการปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อส่งขายหรือจำหน่ายในตลาดในท้องถิ่นและสู่ตลาดในเขตเมือง

2.1.8.3 อุตสาหกรรม / การบริการ

- ในพื้นที่เทศบาลเมืองพิชัยมีโรงงานขนาดใหญ่ 2 แห่ง
- โรงงานขนาดกลางและเล็ก 16 แห่ง

2.1.8.3 การพาณิชย์กรรม / การบริการ

- ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย มีตลาดสดเอกชน 3 แห่ง คือ ตลาดบ้านพิชัย 1 แห่ง ,ตลาดบ้านต้นยาง 1 แห่ง และตลาดบ้านฝายน้อย 1 แห่ง
- มีร้านค้าต่างๆ 86 แห่ง
- มีเกสต์เฮ้าส์ 2 แห่ง
- มีร้านอาหาร 10 แห่ง
- มีปั้มน้ำมัน 4 แห่ง

2.1.9 ด้านสังคม

2.1.9.1 ชุมชน

ประชากรทั้งสิ้น 13,224 คน เป็นชาย 6,196 คน หญิง 7,028 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 6,621 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน ต่อ 1 ตารางกิโลเมตร

2.1.9.2 ศาสนา

ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิชัยนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ และนับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม พราหมณ์ ฮินดู ซิกข์ เป็นบางส่วน

- วัดพุทธในเขตเทศบาลเมืองพิชัยจำนวน 9 แห่ง
- ฌาปนสถาน จำนวน 10 แห่ง

2.1.9.3 ประเพณีศิลปวัฒนธรรม

เทศบาลเมืองพิชัย มีขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง สืบทอดกันมายาวนานมีภาษาท้องถิ่นแบบชาวไทยล้านนา ประเพณีที่สำคัญมีดังนี้

- ประเพณีสงกรานต์ มีขึ้นระหว่างวันที่ 13 - 15 เมษายนของทุกปี
- การกินข้าวสลาก

- ลอยกระทง
- การถวายเทียนพรรษา
- ประเพณีการบวชนเณร
- ประเพณีแต่งงาน
- การทอดกฐินผ้าป่า
- การแห่ลูกแก้ว
- การสงฆ์น้ำพระธาตุ

2.1.10 การศึกษา

(1) สถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย ดังนี้

- โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง (สังกัด สำนักงาน สพฐ.)
- โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จำนวน 1 แห่ง
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 แห่ง

(2) สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ

- สนามกีฬาท้องถิ่น 2 แห่ง
- สวนสาธารณะ 3 แห่ง

2.1.11 การสาธารณสุข

- มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมันและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 320 คน

- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองพิชัย จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 1 แห่ง
- อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1: 19,000 คน
- อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาล 1: 9,500 คน
- อัตราส่วนประชากรต่อ จนท.สาธารณสุข 1: 3,166 คน

(1) ชยะ

- มีวิธีการจัดเก็บและกำจัดขยะมูลฝอย โดยจัดเก็บเอง
- ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยมีปริมาณขยะ 8 ตัน / วัน
- มีรถเก็บขยะจำนวน 2 คัน
- การกำจัดขยะโดยฝังกลบ สถานที่สำหรับกำจัดขยะ บ้านจำบอน ตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีพื้นที่ จำนวน 30 ไร่ เทศบาลตำบลพิชัยสามารถเก็บขนขยะและนำไปกำจัดได้ทั้งหมดจึง ไม่เหลือขยะตกค้างและไม่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม

- เก็บค่าธรรมเนียมกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลหลังคาเรือนละ 20 บาท/เดือน

- ร้านค้า/โรงงานอุตสาหกรรม 20 บาท/เดือน โดยคิดเพิ่มตามปริมาณ ทุกๆ 20 ลิตร คิดเพิ่ม 20 บาท

(2) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

เทศบาลเมืองพิชัยมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาล ในการทำหน้าที่ป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน

- รถดับเพลิง จำนวน 2 คัน โดย คันที่ 1 จุน้ำได้ 2,500 ลิตร, คันที่ 2 จุน้ำได้ 4,000 ลิตร
- รถบรรทุกน้ำ จำนวน 1 คัน ซึ่งบรรจุน้ำได้ 10,000 ลิตร
- รถตรวจการณ์ จำนวน 1 คัน (มีเครื่องหาบหามประจำรถ 1 ชุด)
- พนักงานดับเพลิง จำนวน 11 คน
- อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 279 คน
- อ่างเก็บน้ำจำนวน 3 อ่าง

(3) แหล่งน้ำ

เทศบาลเมืองพิชัยมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญต่อการเกษตรกรรมและการชลประทาน ไหลผ่านพื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย คือ แม่น้ำวัง ซึ่งมีต้นกำเนิดจากอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในตำบลพิชัย

ชุมชนตำบลพิชัย ได้ทำการคัดเลือกชุมชนต้นแบบนำร่อง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมื่น และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในตำบลพิชัย 392 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.49) ของประชากรทั้งหมด จำนวน 2,706 คน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของตำบลพิชัย ได้แก่

- 2.2.1 โรคมะเร็งตับ
- 2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม
- 2.2.3 โรคมะเร็งปอด
- 2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
- 2.2.5 โรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.2.1 โรคมะเร็งตับ (Cancer of Liver)

มะเร็งตับเป็นโรคที่เกิดจากการที่เซลล์ในตับและท่อทางเดินน้ำดีมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติจากการได้รับสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) และถูกกระตุ้นด้วยสารเสริมความรุนแรงของการเป็นมะเร็ง (promoter) ให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งส่งผลให้หน้าที่การทำงานเสียไป⁽⁷⁾ สาเหตุและปัจจัยที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัดเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง⁽⁸⁾ การที่จะเกิดมะเร็งได้นั้นมีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอนแรกเริ่มที่สารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงโดยขบวนการทางเคมีในร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยากับดีเอ็นเอซึ่งเป็นสารถ่ายทอดทางพันธุกรรมอยู่ในเซลล์ร่างกายทำให้โครงสร้างหรือการทำงานของดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เซลล์ผิดปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง⁽⁹⁾

2.2.1.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งตับ

สาเหตุและปัจจัยในการเกิดมะเร็งตับในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันโดยโรคนี้อาจพบมากในประเทศแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁸⁾ สาเหตุและปัจจัยการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีดังต่อไปนี้

(1) โรคตับแข็ง (cirrhosis)

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งร้อยละ 2-6.6 ต่อปีและจากการตรวจศพของผู้ป่วยมะเร็งตับ พบว่า มีภาวะตับแข็งร้อยละ 80-90 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะตับแข็งพบร้อยละ 7-54 แต่ตับแข็งก็ไม่ใช่อุบัติเหตุโดยตรงของมะเร็งตับ⁽⁷⁾

(2) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

มะเร็งตับเกิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 75-80 โดยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีร้อยละ 80 ซึ่งติดต่อได้ 3 ทาง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีถ่ายทอดทางเลือดเช่นได้รับเลือดจากผู้ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีหรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและการติดต่อจากแม่ไปสู่ลูกแม่ที่ตั้งครรภ์และเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีอาจถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีร้อยละ 25-30 พบเป็นสาเหตุของมะเร็งตับที่พบบ่อยในยุโรป สำหรับประเทศไทยพบน้อยมีการติดต่อคล้ายกับไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี แต่พบว่าการติดต่อทางให้เลือดมีมากกว่าผู้ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูง 100-400 เท่ามากกว่าคนที่ไม่เป็นพาหะและมีการเกิดมะเร็งตับในกลุ่มพาหะที่ไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 0.2 ต่อปีกลุ่มตับอักเสบบีเรื้อรังร้อยละ 1.0 ต่อปี และกลุ่มตับแข็งร้อยละ 3.2 ต่อปี

(3) แอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นเหล้าเบียร์จะทำให้ตับเสื่อมสภาพเร็วขึ้นเกิดอาการตับแข็งได้การดื่มแอลกอฮอล์ 41-80 กรัมต่อวันมีความเสี่ยง 1.5 เท่า และถ้าดื่มแอลกอฮอล์ 80 กรัมต่อวัน จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นเป็น 7.3 เท่าเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อยกว่า 40 กรัมต่อวัน ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับไม่ลดลงแม้ว่าจะหยุดดื่มแล้วก็ตาม

(4) สารอัลฟลาท็อกซิน (aflatoxin)

อัลฟลาท็อกซินเป็นสารที่สร้างจากเชื้อราบางชนิดเช่นเชื้อราแอสเพอจีรัสฟลาวัส (aspergillus flavus) ที่ปนเปื้อนในอาหารที่เก็บไม่ถูกต้อง เช่น ถั่วลิสง ข้าวโพด ข้าวกลอง พริกแห้ง ซึ่งยังมีความชื้นหรือเก็บในที่อับชื้นทำให้เกิดเชื้อราได้สารอัลฟลาท็อกซินเป็นสารก่อมะเร็งโดยจะจับกับดีเอ็นเอของเซลล์ตับทำให้เกิดการกลายพันธุ์จนเกิดโรคมะเร็งตับในที่สุดถ้ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่แล้วไวรัสจะก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ของตับเป็นระยะตั้งต้นของกระบวนการเกิดโรคมะเร็งส่วนสารอัลฟลาท็อกซินเป็นปัจจัยเสริมทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงขึ้นผู้ที่ตรวจพบสารอัลฟลาท็อกซินในปัสสาวะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับ 3.8 เท่า และถ้ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 เท่า

(5) พยาธิใบไม้ในตับ

พยาธิใบไม้ในตับชนิดโอพิสทอคิสวิเวอริณี (opisthorchis viverrini) พบมีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับซึ่งการวิจัยมะเร็งตับขององค์การระหว่างประเทศ⁽¹²⁾ ได้สรุปว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งตับ⁽¹⁰⁾

(6) การสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งตับเนื่องจากในบุหรี่ยังมีสารทาร์ (tar) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ทำหน้าที่เป็นสารที่ส่งเสริมการเป็นมะเร็งตับ⁽⁸⁾ ผู้ที่สูบบุหรี่และเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังหรือตับแข็งอยู่แล้วจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับเพิ่มขึ้น 8 เท่ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁽¹¹⁾

(7) กรรมพันธุ์

จากการศึกษา ยังไม่มีรายงานที่ชี้ชัดว่ากรรมพันธุ์มีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี แต่สามารถอธิบายตามทฤษฎีของการเกิดมะเร็งว่าคนทุกคนมีพันธุกรรม โดยมีเซลล์ส่วนที่เป็นมะเร็งอยู่ แต่ร่างกายสามารถยับยั้งไว้จึงยังไม่เป็นโรค แต่เมื่อไรก็ตามที่มีสาเหตุทำให้ระบบของการยับยั้งเสียไปแม้ได้รับสารก่อมะเร็งเพียงเล็กน้อยก็อาจเป็นมะเร็งได้⁽⁹⁾

2.2.1.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ

กลุ่มเสี่ยงที่ควรรับการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งตับ ได้แก่

(1) ผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้งเพศหญิงและชายปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีหลายอย่าง ได้แก่ โรคตับแข็งจากทุกสาเหตุ สุรา ไวรัสตับอักเสบบี และซี สารพิษอะฟลาทอกซินภาวะธาตุเหล็กสะสมที่ตับโรคทางพันธุกรรมและเมตาบอลิกต่างๆ ฯลฯ พบว่าร้อยละ 80 ของมะเร็งตับเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งในขณะที่อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับจากโรคตับอื่นๆ ที่ยังไม่เป็นตับแข็งพบว่าอุบัติการณ์ไม่สูงมากนัก

(2) ผู้ป่วยโรคตับอักเสบริื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีหรือผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่แรกคลอดหรือวัยเด็กและยังไม่มีโรคตับแข็ง แต่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งตับสูงในเพศชายอายุมากกว่า 45 ปีและผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปีและมีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว

(3) ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบริื้อรังที่มี fibrosis stage 3 และ 4 ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ⁽¹²⁾

2.2.1.3 ลักษณะทางคลินิก

การเป็นมะเร็งที่เนื้อตับในระยะเริ่มแรกมักไม่มีความเจ็บปวดกว่าที่ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดอาการเจ็บปวดมะเร็งต้องลุกลามมากถึงผิวที่หุ้มตับแล้วเท่านั้นหรือก่อนต้องมีขนาดใหญ่มากทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการไม่สบายที่ตรวจพบได้ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์และสุดท้ายมักพบว่าโรคเป็นมากแล้วทำให้ผลการรักษาไม่ดีอาการของมะเร็งตับมีหลายแบบโดยอาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ⁽¹³⁾ ดังนี้

(1) อาการเฉพาะที่เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งตับมีขนาดใหญ่ เบียดเนื้อเยื่อปกติหรืออวัยวะใกล้เคียงคล้ายได้ก้อนที่ช่องท้องส่วนบนขวาของร่างกายเกิดอาการจุกแน่นบริเวณท้องด้านขวาบนไม่สบายท้องท้องอืดแน่นหรือปวดท้องถ้ามะเร็งลุกลามไปถึงเยื่อตับ

หากมะเร็งทำลายเนื้อตับมากกว่าร้อยละ 70 จะเกิดอาการดีซ่านตัวเหลืองตาเหลืองท้องโต มีน้ำในช่องท้องเส้นเลือดขอดบริเวณท้อง

(2) อาการจากการลุกลามแพร่กระจายโรคมะเร็งตับอาจแพร่กระจายไปที่ปอดทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหรือลุกลามเข้ากระดูกเกิดอาการปวดกระดูก แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักเสียชีวิตไปก่อนที่โรคแพร่กระจายไปสู่ส่วนอื่นของร่างกาย

(3) อาการจากพิษของมะเร็งตับอาจปล่อยสารพิษออกมาทำให้เกิดอาการต่างๆหลายประการ ได้แก่ มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง เป็นต้น

2.2.1.4 ชนิดของมะเร็งตับ

มะเร็งตับสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ⁽¹³⁾ ได้แก่

(1) มะเร็งตับที่เกิดจากเซลล์มะเร็งตับ เรียกว่า มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) พบมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 ของมะเร็งตับทั้งหมด

(2) มะเร็งท่อน้ำดีพบมากทางตะวันออกเฉียงเหนือเกิดจากพยาธิใบไม้ในตับและกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด

(3) มะเร็งตับชนิดอื่น ๆ มะเร็งน้ำเหลือง (Lymphoma) ที่เกิดในตับ มะเร็งเส้นเลือดของตับ (angiosarcoma) หรือมะเร็งที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่นๆ ไปตับ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่แพร่กระจายไปตับ เป็นต้น

2.2.1.5 ภาวะที่พบร่วมกับมะเร็งตับ

มะเร็งตับส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสตับอักเสบดีซึ่งพบอาการและผลข้างเคียงจากภาวะตับเสื่อม หรือตับแข็งร่วมด้วย ได้แก่ เส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือระเพาะอาหารโป่งพองอาเจียนเป็นเลือดม้ามโตท้องมานซึ่งเป็นการมีน้ำในช่องท้องจากภาวะตับแข็งเส้นเลือดขอดที่หน้าท้องซึ่งเป็นผลมาจากความดันของเส้นเลือดในตับสูงมาจากภาวะตับแข็งบางครั้งที่มีม้ามโตอาจทำลายเม็ดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำโลหิตจาง นอกจากนั้นการที่ตับเสื่อมซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ มะเร็งตับติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและภาวะตับแข็งอาจทำให้ระบบแข็งตัวของเลือดในร่างกายเสียไปเพราะตับทำหน้าที่สร้างปัจจัยแข็งตัวของเลือดส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่าย ⁽¹³⁾

2.2.1.6 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ

(1) วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ

โดยตรวจเลือดหาค่าอัลฟาฟิโตโปรตีน (Alfa-fetoprotein: AFP) ร่วมกับการทำอัลตราซาวด์ (Ultrasonography: US) AFP ในการตรวจคัดกรองมะเร็งตับในผู้ป่วยตับอักเสบริื้อรังมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ค่อนข้างต่ำโดยมี sensitivity 39-64%, specificity 76-91% และพยากรณ์ ของโรคเป็นบวก (positive predictive value) ร้อยละ 9-32 จึงต้องใช้ในการตรวจวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย AFP มีค่าปกติ 10-20 ng / ml หากพบว่า ระดับ AFP มากกว่า 100 ng / ml สมควรได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติมและค่าที่ใช้วินิจฉัยมะเร็งตับถ้าค่า AFP มากกว่า 400 mg / ml และ US มี sensitivity 71-78%, specificity 93% และมี positive predictive value 14-73%

(2) แนวทางการตรวจเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ

แนวทางการตรวจเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงสูงเมื่อตรวจเฝ้าระวังมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงโดยการทำ U / S ร่วมกับ AFP หลังพบก้อนในตับให้ปฏิบัติดังนี้

1. กรณีตรวจพบก้อนโดย U / S ให้พิจารณา

1.1. U / S พบก้อนขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตรให้ติดตามผล U / S ทุก 3-4 เดือนถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของก้อนใน 2 ปีกลับไปเฝ้าระวังทุก 6 เดือนแทนถ้าก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นให้ดูข้อ

1.2. U / S พบก้อนขนาด 1-2 เซนติเมตรและผลการตรวจด้วย CT และ MRT พบว่า

1) ผลการตรวจ CT และ MRI เข้าได้กับ HCC ทั้ง 2 วิธีให้วินิจฉัยและให้การรักษาแบบ HCC

2) ผลการตรวจ CT และ MRI เข้าได้กับ HCC เพียงวิธีเดียวหรือไม่เหมือนเลยจากทั้ง 2 วิธีแนะนำทำ FNA และให้การรักษาก่อนถ้าผลเป็น HCC ถ้าไม่ใช่ HCC ให้ติดตามทุก 3 เดือนอาจพิจารณา ENA ซ้ำถ้าสงสัย

1.3 U / S พบก้อนขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรและผลการตรวจด้วย CT หรือ MBI พบว่า

1) มีลักษณะ Typical vascular pattern หรือ AFP > 200 ng / ml สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาแบบ HCC ได้เลย

2) มีลักษณะ Atypical vascular pattern พิจารณาทำ FNA ก่อน

2. กรณีตรวจ U / S ไม่พบก้อนให้พิจารณาค่า AFP ดังนี้

2.1 ค่า AFP ปกติให้ตรวจติดตามผล U / S และ AFP ทุก 6 เดือน

2.2 ค่า AFP สูงกว่าค่าปกติ (> 200 ng / ml) หรือค่า AFP เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระหว่างการตรวจติดตามผลให้ทำ CT หรือ MRI

1) ถ้าไม่พบความผิดปกติให้ตรวจติดตามผล US และ AFP ทุก 3 เดือน

2) ถ้าตรวจพบก้อนให้พิจารณาตามข้อ 1 การตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งตับ ควรตรวจในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ เช่น เป็นพาหะของโรคไวรัสตับชนิดบี หรือไวรัสตับชนิดซีตีบแข็ง ควรตรวจคัดกรองมะเร็งตับด้วยการเจาะเลือดตรวจระดับค่าอัลฟาโตโปรตีน และตรวจอัลตราซาวด์ตับทุก 6 เดือน ตลอดชีวิตเพื่อตรวจค้นหามะเร็งตับในระยะเริ่มแรกที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด

2.2.1.7 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งตับ

(1) การรักษามะเร็งตับ

การรักษามะเร็งตับต้องเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคโดยคำนึงถึงก้อนมะเร็งตำแหน่งและสมรรถภาพการทำงานของตับจากภาวะท้องมาน (ascitis) อากาศตาตัวเหลือง (jaundice) และระดับอัลบูมิน (serum albumin) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อเลือกวิธีการรักษา (14) การรักษาที่สำคัญ ได้แก่

1. การผ่าตัดก้อนมะเร็ง (Surgical resection) การรักษาจะได้ผลดีขนาดก้อนมะเร็งต้องไม่เกิน 5 เซนติเมตรและอยู่ในตับเพียงกลีบเดียวถึงแม้ลักษณะของก้อนจะเป็นก้อนเล็กหรือก้อนเดี่ยว แต่ผลการรักษาไม่ดีหากมีอาการตับแข็งร่วมด้วย (8,11) ในประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และมีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น (9) การรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกให้หมดมีโอกาสร้อยละ 4.5-10.2 และมีอัตราการรอดชีวิตหลังรักษาโดยเฉลี่ย 7 เดือน

2. การเปลี่ยนตับ (hepatic transplantation) ทำในรายที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ซึ่งจะได้ผลดีถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตรหรือถ้ามีก้อนมะเร็งไม่ควรเกิน 3 ก้อนลักษณะดังกล่าวจะพบอัตราการรอดชีวิต 4 ปี หรือร้อยละ 75 แต่การพยากรณ์มักไม่ดีหากมีเชื้อไวรัสตับชนิดบีและตับแข็งร่วมด้วย (8,15) สำหรับในประเทศไทยการรักษาด้วยการเปลี่ยนตับเป็นวิธีที่ยุ่งยากซับซ้อนและต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัดพบมีอัตราการรอดชีวิตภายหลังการเปลี่ยนตับ 1 ปีร้อยละ 42 และกลับเป็นซ้ำของมะเร็งตับยังสูง (9)

3. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการใช้ยาต้านมะเร็งเพื่อหวังผลเซลล์มะเร็งตายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตนั้นผลการรักษายังไม่เป็นที่พอใจโดยมีรายงานอัตราการรอดชีวิตหลังรักษาเพียง 6.1 เดือน (8, 14)

4. การให้ยาต้านมะเร็งผ่านทางสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง (transarterial chemoembolization: TACE) วิธีนี้เป็นการใช้ยาต้านมะเร็งผ่านทางสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งตับจากนั้นใส่สารเจลโฟม (gelfoam) เข้าไปอุดหลอดเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์นั้นเพื่อให้ก้อนมะเร็งตายพบว่าผลการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวมีอัตราการรอดชีวิตหลังรักษามากกว่า 6 เดือนร้อยละ 68.7 (8, 14)

5. การให้ยาต้านมะเร็งชนิดน้ำมันผ่านสายสวนเข้าสู่เส้นเลือดเฮพาทิคอาร์เทอร์ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง (transarterial oily chemoembolization: TOCE) เป็นวิธีเดียวกันกับ TACE แต่ผสมยาต้านมะเร็งกับสารที่เป็นน้ำมัน เนื่องจากก้อนมะเร็งตับสามารถจับกับสารที่เป็นน้ำมันไว้ในตับได้นานกว่าน้ำเมื่อนำสารที่เป็นน้ำมันผสมกับยาต้านมะเร็งแล้วฉีดผ่านสายสวนเข้าสู่ก้อนมะเร็งทางเฮพาทิคอาร์เทอร์ยาต้านที่ผสมในน้ำมันจะแตกตัวออกทำลายฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้นานเพราะน้ำมันมีความหนืด (viscosity) และความตึงผิว (surface tension) สูงจึงทำให้ยาต้านมะเร็งซึมเข้าสู่เซลล์มะเร็งได้มากวิธีนี้กำลังเป็นที่นิยม พบว่า มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่า 6 เดือนร้อยละ 75 (8, 14)

6. การฉีดแอลกอฮอล์เอธานอลผ่านทางผิวหนังเข้าไปในก้อนมะเร็ง (percutaneous ethanol injection) เป็นการรักษาโดยการฉีดแอลกอฮอล์เอธานอล

95% ผ่านผิวหนังเข้าไปยังก้อนมะเร็งโดยใช้อัลตราซาวด์ หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วยนำทาง แอลกอฮอล์ที่ฉีดเข้าไปในก้อนมะเร็งจะทำให้เนื้อเยื่อของก้อนมะเร็งขาดเลือดมาเลี้ยงและถูกทำลาย เป็นเนื้อตาย (Coagulative necrosis) การรักษาดังวิธีนี้เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาก้อนมะเร็ง ที่มีขนาดเล็กเดี่ยวไม่เกิน 5 เซนติเมตร และไม่กระจายอยู่นอกตับรวมทั้งไม่เป็นโรคตับแข็งที่มีอาการ ท้องมาน หรือตัวตาเหลืองผลการรักษาดังวิธีนี้พบว่าเนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งถูกทำลายเป็นเนื้อตาย ร้อยละ 73 และอัตราการรอดชีวิตหลังรักษา 3 ปีร้อยละ 60-80 (8, 14)

7. การรักษาดังวิธีรังสีรักษา (radiotherapy) เป็นการรักษาแบบ ประคับประคองลดอาการเจ็บปวดจากก้อนมะเร็งตับโดยการฉายรังสีที่ตับโดยตรงปัจจุบันไม่นิยม เพราะส่วนใหญ่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (8, 14)

8. การรักษาดังวิธีภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) อาศัยหลักว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีความบกพร่องภูมิคุ้มกันของร่างกายการให้ยากระตุ้นทีเซลล์ (T-cell) อาจจะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายกำจัดเซลล์มะเร็งได้จากการรายงานผลการรักษาไม่เด่นชัดปัจจุบันไม่ได้ใช้เป็นการรักษาหลักนอกจากให้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น (8, 14)

มะเร็งตับมีอัตราการอยู่รอดหลังรักษาสิ้นประมาณ 2-6 เดือน และมีอัตราการอยู่รอด 5 ปีและมีอัตราการอยู่รอด 5 ปีน้อยกว่าร้อยละ 5 (7,10) แม้ว่าการรักษามะเร็งตับ จะมีหลากหลายวิธีและมีการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาใดที่รักษาให้หายขาดใน ประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการและระยะของโรคเกินกว่าที่จะตัดก้อนออกได้มักตรวจพบจากการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่น และมาพบมะเร็งตับโดยบังเอิญจึงส่งผลให้ไม่สามารถรักษาได้ต้อง รักษาตามอาการ หรือการรักษาแบบประคับประคอง ปัจจุบันมีการตื่นตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งใน ระยะเริ่มแรกความหวังในการรักษามะเร็งให้หายขาดมีมากขึ้น (9)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งตับยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) การรักษารวมโรคมะเร็งตับยังไม่มีวิธีการรักษาที่ ได้ผลดีเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ผลการรักษามะเร็งตับอัตราการอยู่รอดสั้น ดังนั้นการป้องกัน และการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเช่นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่เกิดการเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับและการตรวจคัดกรองมะเร็งตับในผู้ที่มีความเสี่ยง สูงและการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดมะเร็งตับต้องอาศัย ความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่เสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งตับและเมื่อเจ็บป่วยด้วยมะเร็งตับ ควรได้รับการรักษาดังวิธีที่ถูกต้องมี ประสิทธิภาพเพื่อหวังผลหายขาด หรือยืดชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตรวมทั้งการป้องกันผล แทรกซ้อนของภาวะที่พบร่วมกันจึงจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

2.2.2 โรคมะเร็งเต้านม

2.2.2.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง เป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจจะเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม หรือมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อมน้ำนม มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์เป็นจำนวนมากปกติเซลล์จะแบ่งตัวตามความต้องการของร่างกาย เช่น มีการผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มเมื่อมีการสูญเสีย

เลือดมีการผลิตเม็ดเลือดขาวเพิ่มเมื่อมีการติดเชื้อ เป็นต้น เซลล์ที่มีการแบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ซึ่งแบ่งเป็น Benign และ Malignant

Benign Tumor คือเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถตัดออกได้และไม่กลับเป็นซ้ำ ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น เช่น fibroadenoma, cyst, fibrocystic disease

Malignant Tumor เซลล์จะแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงที่สำคัญสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลโดยไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลือง เรียกว่า Metastasis

โดยทั่วไปโรคมะเร็งมี 4 ระยะ ซึ่งทั้ง 4 ระยะ อาจแบ่งย่อยได้อีกเป็น เอ (A) บี (B) หรือ ซี (C) หรือ เป็น หนึ่งหรือสอง เพื่อแพทย์โรคมะเร็งใช้ช่วยประเมินการรักษา ส่วนโรคมะเร็งระยะศูนย์ (0) ยังไม่จัดเป็นโรคมะเร็งอย่างแท้จริง เพราะเซลล์แค่เริ่มมีลักษณะเป็นมะเร็งแต่ยังไม่มีการรุกราน (Invasive) เข้าเนื้อเยื่อข้างเคียง

ระยะที่ 1 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดเล็ก และยังไม่ลุกลาม

ระยะที่ 2 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามภายในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ

ระยะที่ 3 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็ง

ระยะที่ 4 : ก้อนเนื้อ หรือ ผลมะเร็งมีขนาดโตมาก และ (หรือ) ลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง จนทะลุ และ(หรือ) เข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ก้อนมะเร็ง โดยพบต่อมน้ำเหลืองโตคล้ำได้ และ(หรือ) มีหลายต่อม และ (หรือ) แพร่กระจายเข้ากระแสโลหิต และ(หรือ) หลอดน้ำเหลืองหรือกระแสน้ำเหลือง ไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่อยู่ไกลออกไป เช่น ปอด ตับ สมอง กระดูก ไชกระดูก ต่อมหมวกไต ต่อม้ำเหลืองในช่องท้อง ในช่องอก และ(หรือ) ต่อม้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า

การตรวจพบโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกย่อมเป็นผลดีต่อการรักษา โดยการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง คือ การตรวจให้พบโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะยังไม่มีอาการ (มักเป็นมะเร็งในระยะ 0 หรือระยะ 1) ทั้งนี้เพราะโรคมะเร็งในระยะนี้มีโอกาสรักษาได้หายสูงกว่าโรคมะเร็งในระยะอื่น ๆ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ คือ การตรวจที่เมื่อพบโรคแล้ว ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดจากมะเร็งสูงขึ้นหรือมีอัตราเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลงนั่นเอง

2.2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมมิได้เป็นโรคที่พบเฉพาะในสตรี ตามที่คนส่วนใหญ่เข้าใจกันเท่านั้น ความจริงบุรุษก็สามารถเป็นมะเร็งชนิดนี้ได้ในความถี่ที่ต่ำ คือพบประมาณร้อยละหนึ่งของมะเร็งที่พบในบุรุษทั้งหมด ในสตรีมะเร็งเต้านมมักเกิดขึ้นในช่วงอายุหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) คือ อายุประมาณ 40 ปี ขึ้นไป ดังนั้นการมีอายุที่มากขึ้นจึงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งของมะเร็งเต้านม ความเสี่ยงต่อมะเร็งนี้ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมหลายอย่างที่มีส่วนผสมผสานกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในต่างๆ เช่น อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ปัจจัยทางด้านระบบสืบพันธุ์ต่างๆ อาทิ ธรรมชาติของการเจริญในระบบสืบพันธุ์ของสตรีแต่ละบุคคล อายุ เมื่อเริ่มมีบุตรคนโต ฮอโมนเพศที่ไม่สมดุล ความหนาแน่นของเนื้อเยื่อเต้านม (หรือ breast

density) เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ร่วมกับ ปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น ในสตรีที่ปล่อยให้อ้วนขึ้นภายหลังวัยทอง (วัยหมดประจำเดือน) การเสริมด้วยฮอร์โมนทดแทน การดื่มสุรา และสตรีที่ขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เป็นต้น ความจริงปัจจัยภายนอกเหล่านี้ เป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทั้งนั้น เพื่อมิให้ตนเองต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งนี้ ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างก็ส่งผลทางตรงในการที่ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนเพศจากรังไข่เพิ่มขึ้นแล้วไปกระตุ้นการเจริญของเนื้อเยื่อเต้านม เช่น อาหารไขมัน ฮอรโมนทดแทน ตลอดจนวัยหมดประจำเดือนที่ล่าช้ากว่าสตรีทั่วไป ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างอาจจะส่งผลทางอ้อม เช่น สตรีที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่สูงกว่ามักมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากกว่า ในส่วนนี้น่าจะพบพฤติกรรมที่ไม่ค่อยใส่ใจตนกับการใช้ชีวิตแบบมีครอบครัว (เช่น มุ่งมั่นแต่ในการทำงาน) ซึ่งโยงถึงพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์และการมีครรภ์ ระดับชั้นความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมของปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอก นอกจากนั้นมะเร็งเต้านมจะพบมากขึ้นในกลุ่มสตรีที่มีการเริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อมีอายุน้อย คือ ยังไม่เป็นสาวเต็มตัว และสตรีที่มีวัยหมดรอบเดือนช้ากว่าคนทั่วไป กล่าวคือ พวกเธอเหล่านี้มีช่วงเวลาของระยะเวลาการเจริญพันธุ์ที่ยาวนาน และในสตรีที่มีบุตรคนแรกในวัยที่ค่อนข้างมีอายุมาก คือ มีบุตรช้า แต่ก็มีรายงานของ Kotsopoulos และคณะ (2007) ที่ชี้ว่า ในหญิงที่เป็นพาหะพันธุกรรมของยีน BRCA1 และ BRCA2 ที่กลายพันธุ์นั้น แม้จะมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยก็ไม่ได้เป็นการลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมแต่อย่างใด (16)

อาหารและสิ่งแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญในการเจริญเติบโตของมะเร็งเต้านม การรับประทานอาหารมากเกินไป และการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่ เป็นการเพิ่มความความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมที่สำคัญ การดื่มสุรานั้นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม แม้การดื่มในระดับปานกลาง ไม่ได้ดื่มหนักมาก ก็มีผลทำให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจน ซึ่งฮอร์โมนนี้ไปกระตุ้นการเจริญแบ่งตัวของเนื้อเยื่อเต้านม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาไปเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะชนิด sporadic breast cancer ซึ่งเป็นมะเร็งที่ไม่เกี่ยวกับการถ่ายทอดพันธุกรรม (17) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือภาวะอ้วน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ดื่มสุรากับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่วนปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 13 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 2.0 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีประจำเดือนครั้งแรกตั้งแต่อายุ 14 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (95% CI = 1.2-3.4) นอกจากนี้ผู้ที่แต่งงานครั้งแรกอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่แต่งงานครั้งแรกอายุน้อยกว่า 29 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (95% CI = 1.4-9.1) ผู้ที่เคยใช้ยาคุมกำเนิดมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้ยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.05$) (95% CI = 1.1-2.4) ผู้ที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 3.3 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (95% CI = 1.9-5.2) เมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในวัยมีประจำเดือน นอกจากนี้ที่เคยตั้งครรภ์และผู้ที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽¹⁸⁾

2.2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงและและปัจจัยคุ้มกันของมะเร็งเต้านม⁽¹⁷⁾ สามารถแบ่งหัวข้อได้ดังนี้

(1) **ฮอร์โมนในร่างกาย (endogenous hormone)** จากผลการวิเคราะห์ทั้งทางระบาดวิทยา และจากการทดลองบ่งชี้ชัดเจนว่าฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ที่มากเกินไปเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมได้ Estrogen เป็นทั้งตัวชักนำ และก่อเหตุการเกิดเนื้องอกต่างๆของเต้านม Estradiol และ progesterone ช่วยทำให้เซลล์ของเต้านมแบ่งตัวมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีโอกาสการเกิดความผิดพลาดของยีนคือ เกิดการกลายพันธุ์ และความผิดพลาดต่างๆบนจีโนมได้บ่อยขึ้น เซลล์ที่แบ่งตัวมาก โอกาสผิดพลาดก็มากขึ้น จนบางครั้งอาจทำให้เกิดการกลายพันธุ์ ขึ้นกับยีนของระบบซ่อมแซม (repairing genes) และถ้าบุคคลนั้นมีการกลายพันธุ์ ที่เป็นชนิดพันธุกรรมถ่ายทอดมาอยู่แล้ว (germline mutation) ก็จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์ของเต้านมเกิดการแปรเปลี่ยนสภาพไปเป็นเซลล์มะเร็งได้เร็วยิ่งขึ้น

(2) **อายุเมื่อเริ่มมีรอบเดือน (age at menarche)** ของสตรี มีอิทธิพลต่อฮอร์โมนในร่างกาย และความเสี่ยงต่อมะเร็ง สตรีที่เริ่มมีรอบเดือนเร็ว (คือ เมื่ออายุ 12 ปีหรือน้อยกว่า) และช่วงห่างของแต่ละรอบเดือนปกติมาเร็ว มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเกือบสี่เท่าของสตรีที่เริ่มมีรอบเดือนช้า (อายุ 13 ปี หรือมากกว่า) และช่วงห่างของแต่ละรอบเดือนปกติมาช้ากว่า นอกจากนี้เด็กสาวที่ฝึกฝนระบำบัลเล่ย์ ว่ายน้ำ และวิ่งเป็นประจำ พบว่า มักเริ่มมีรอบเดือนช้ากว่าปกติ

(3) **วัยทอง วัยหมดประจำเดือน (Meno pause)** สตรีที่มีอายุถึงวัยทองก่อน 45 ปี จะลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของสตรีที่เข้าสู่วัยทองภายหลังจากอายุ 55 ปี ฉะนั้นสตรีที่เริ่มมีรอบเดือนเร็วแต่ถึงวัยทองช้า จึงนับว่ามีจำนวนรอบของการตกไข่มากเกินไป ซึ่งทำให้จำนวนปีที่สตรีนั้นได้รับฮอร์โมน estrogen และ progesterone ยาวนานยิ่งขึ้น

(4) **น้ำหนัก** การมีน้ำหนักมากขึ้น ความอ้วนหลังเข้าวัยทองเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม บรรดาสตรีวัยทองที่น้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม จะเพิ่มความเสี่ยงของสตรีนั้นต่อมะเร็งเต้านมมากขึ้น ถึงร้อยละ 80

(5) **การออกกำลังกาย** สตรีที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากจะทำให้ระยะเวลาที่อยู่ระหว่างแต่ละรอบเดือนปกติมีช่วงห่างมากขึ้น ช่วยลดความถี่ในการตกไข่ (ovulation cycle) และลดระดับของฮอร์โมนจากรังไข่ในกระแสเลือดได้

(6) **การให้นมบุตร (Lactation)** มีรายงานยืนยันว่า การให้นมมารดาแก่บุตร (breast-feeding) อย่างน้อยที่สุดสองสัปดาห์ สามารถป้องกันมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้โดยนำปัจจัยร่วมอย่างอื่นๆมาคานึงด้วย ได้แก่ อายุมารดา การมีชีวิตรู้ อายุเมื่อมีบุตรคนแรก เป็นต้น

(7) **การมีครรภ์ (pregnancy)** มารดาที่มีบุตรคนแรกเมื่อยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี ลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้ถึง ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีบุตร แต่สตรีที่มีครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี กลับมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร ยิ่งกว่านั้นหากสตรีแท้งบุตรในช่วง 3 เดือนแรกของครรภ์ก่อนที่จะมีบุตรครบเทอมคนแรก ก็มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นมากกว่าคนทั่วไป

(8) **การใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormonal replacement therapy, HRT)** การได้รับฮอร์โมนทดแทนในระยะแรกๆ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม หากมีการใช้ฮอร์โมนทดแทน ภายในระยะเวลา 5 ปีก่อนการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ความเสี่ยงจะมีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.3 และเพิ่มขึ้นสำหรับการใช้ฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี แต่การปรับสัดส่วนของฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะต่อมา ช่วยลดการเกิดมะเร็งจากการใช้ฮอร์โมนทดแทนได้

(9) **ยาคุมกำเนิด (oral contraceptive)** สตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดจะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากที่สุด ถ้าหากเริ่มรับประทานยาคุมกำเนิดตั้งแต่อ่อนอายุ 20 ปี ถ้าหากใช้ยาคุมเหล่านี้เมื่ออายุมากขึ้น ความเสี่ยงจะลดลง

(10) **อาหาร** เช่น การดื่มแอลกอฮอล์สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้ โดยทำให้เพิ่มระดับของ estrogen และ insulin like growth factors ในกระแสเลือด การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง ได้แก่ ผักและผลไม้ และอาหารที่ให้สารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) จะช่วยป้องกันมะเร็งเต้านมได้ ใยอาหารช่วยลดการดูดซึมกลับ (reabsorption) ของ estrogen ที่ขับออกมาทางน้ำดี ไม่ให้กลับเข้าสู่กระแสเลือด ใยอาหารทำให้ estrogen ถูกขับถ่ายออกไปทางลำไส้ใหญ่ได้ง่ายขึ้น

(11) **ยาฆ่าแมลง** ยาฆ่าแมลงประเภท Xenobiotic pesticides เมื่อเข้าร่างกายจะทำตัวคล้ายกับเป็น estrogen และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อมะเร็งเต้านม สารเคมีในยาฆ่าแมลง สามารถจับกับ estrogen receptor ได้ และทำให้มันช่วยเสริมฤทธิ์ของ estrogen ด้วย

(12) **ประวัติมะเร็งในครอบครัว** และการถ่ายทอดยีนที่สัมพันธ์มะเร็ง (Family history and inherited susceptibility genes) ในครอบครัวที่มีสมาชิกทางตรงของครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ยังมีอายุน้อย หรือเป็นมะเร็งที่เต้านมทั้งสองข้าง จะทำให้สมาชิกครอบครัวชั้นแรก (ในรุ่นใกล้ชิดติดกัน คือ first degree relative) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมยิ่งขึ้น สมาชิกครอบครัวชั้นแรกของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมแล้ว จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมมากกว่าประชากรปกติ 2-3 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 9 เท่า หากครอบครัวมีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างเมื่ออายุก่อนวัยทอง นอกจากนี้สตรียังมีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านมเช่นกัน ถ้าหากมีญาติชั้นแรกหลายคนเป็นมะเร็งเต้านมกันแล้ว

2.2.2.4 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม แบ่งวิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหา มะเร็งเต้านม ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

(1) **การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self-examination: BSE)**

ในประเทศไทยได้รณรงค์ให้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยมีวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะเวลาของการตรวจ ตรวจหลังหมดประจำเดือน 3 - 10 วัน
ถ้าหมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน

2. การดู การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในกระจกเงา โดย

- ปล่อยแขนแนบลำตัว
- ยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง
- เท้าเอวพร้อมเกร็งหน้าอก

3. คลำเต้านมขณะนอนราบ

- ยกแขนข้างที่จะตรวจไว้เหนือศีรษะ
- ใช้นิ้วมือขวา 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง)

ตรวจ เต้านม พร้อมกดเต้านม ให้ลึก 3 ระดับเพื่อค้นหาก้อนหรือความหนาที่ผิดปกติของเต้านมแล้ว
วน เป็นกันหอยไปรอบๆ เต้านม จนถึงไหปลาร้า และคลำต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

- บีบรอบๆ หัวนมเบาๆ เพื่อดูว่ามีน้ำเลือด น้ำเหลือง ออกมา
หรือไม่

2.2.2.5 การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (clinical breast examination: CBE)

โดยการไปตรวจปีละครั้ง หรือตามตารางการนัดหมายของแพทย์ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่า ไม่พบก้อนผิดปกติที่เต้านม โดยถ้ามีการพบสิ่งผิดปกติ จะได้ทำการตรวจเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัย และให้การรักษา

2.2.2.6 การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography: MM)

แมมโมแกรมคือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยด้วยรังสี x ที่มีความเข้มข้นต่ำ เพื่อให้เห็นภาพของเต้านมหรือเพื่อทำการวินิจฉัยว่า พบก้อนที่ผิดปกติ หรือหินปูนที่เต้านมหรือไม่ ปัจจุบันเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มีความทันสมัย เครื่อง Mammogram ที่ทันสมัย จึงแบ่งได้เป็น

(1) Digital Mammography หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Full - Field Digital Mammography (FFDM) ก็คือ Mammography เดิมที่เปลี่ยนจาก Film มาเก็บด้วยสื่อ digital เหมือนกล้องถ่ายรูป digital ในปัจจุบัน โดยภาพจะถูกเปลี่ยนมาเป็น File ที่สามารถเห็นได้ทาง Monitor หรือ Print ออกมาได้

(2) Computer aided detection (CAD) เป็น Mammography ที่เพิ่มความสามารถด้วย computer software ที่เมื่อเครื่องพบความผิดปกติที่เต้านม ไม่ว่าจะมีความหนาแน่นที่ผิดปกติ (Abnormal Area of density) ก้อน (Mass)หรือ หินปูน (Calcification) ซึ่งจะทำให้เครื่องหมายถึงสิ่งผิดปกติเหล่านั้น เพื่อให้รังสีแพทย์ได้ตรวจหาความผิดปกติบริเวณนั้นอย่างพิถีพิถันต่อไป

2.2.2.7 การวินิจฉัย-รักษาและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

(1) การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

การวินิจฉัยเบื้องต้น: การตรวจทางรังสีวิทยาและการเจาะชิ้นเนื้อ
ตรวจเมื่อตรวจพบก้อนที่เต้านม คุณต้องไปพบแพทย์ทันที แพทย์จะซักประวัติ ตรวจร่างกาย

ตรวจเต้านมอย่างละเอียด รวมไปถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และที่คอ นอกจากนั้น คุณยังต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงและแมมโมแกรมเป็นวิธีที่ใช้เป็นประจำ การทำคลื่นเสียงนั้นไม่เจ็บและใช้เวลาไม่นาน วิธีนี้ใช้คลื่นเสียงส่งผ่านผิวหนังเข้าไปและทำให้ภาพข้างใต้ปรากฏขึ้นมา วิธีนี้ใช้สำหรับผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี เนื่องจากเต้านมยังมีความหนาแน่นสูง ทำให้การทำแมมโมแกรมไม่ชัดเจน

นอกจากนั้น ยังสามารถบอกได้ว่าก้อนที่พบนั้นมีน้ำอยู่ด้วยหรือไม่ ถ้ามีถุงน้ำ เรียกว่า cyst ส่วนแมมโมแกรมเป็นวิธีหนึ่งของเอกซเรย์เต้านม โดยมากใช้สำหรับผู้หญิงที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป วิธีนี้มีประโยชน์มากสำหรับการวินิจฉัยมะเร็งระยะเริ่มแรกที่ยังไม่สามารถคลำก้อนได้ วิธีนี้อาจเจ็บบ้างเนื่องจากเต้านมต้องถูกหนีบไว้ระหว่างแผ่นเหล็ก รองสองแผ่น และใช้วิธีการบีบเข้าหากัน อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงส่วนใหญ่บอกว่าเจ็บแบบแน่นๆ พอสมควร และไม่มีอันตรายต่อเต้านมจากนั้นถ้าพบความผิดปกติแพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ โดยชิ้นเนื้อที่นำออกมานั้นจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาเพื่อดูว่ามีมะเร็งหรือไม่วิธีหลายวิธี ในการนำชิ้นเนื้อไปตรวจ ตั้งแต่การเจาะดูดโดยเข็ม (fine needle aspiration) การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน (core needle biopsy) และตัดทั้งก้อนไปตรวจ (excisional biopsy)

1. การเจาะดูดโดยเข็ม : วิธีนี้แพทย์จะใช้เข็มเล็กๆเจาะเข้าไปในก้อนและดูดเซลล์มาตรวจ ถ้าก้อนนั้นมีน้ำก็จะสามารถดูดน้ำออกมาได้ด้วย

2. การเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน : เข็มที่ใช้เจาะจะใหญ่กว่าวิธีแรกและแพทย์จะฉีดยาชา เพื่อให้ชาก่อนทำ วิธีนี้จะได้ชิ้นเนื้อออกมาในปริมาณพอสมควร วิธีนี้ดีตรงที่แพทย์พยาธิวิทยา นอกจากจะดูว่าเซลล์ผิดปกติเป็นมะเร็งหรือไม่ ยังสามารถดูว่ามะเร็งลุกลามออกมาถึงเนื้อเยื่อข้างๆด้วยหรือไม่ ทำให้บอกได้ว่า มะเร็งเต้านมนั้นเป็นแบบเริ่มแรกที่ยังไม่ลุกลาม (in situ) หรือลุกลามออกมาแล้ว (invasive carcinoma)

3. การตัดทั้งก้อนไปตรวจ : เป็นการผ่าตัดเล็ก นำก้อนทั้งก้อนไปตรวจทางพยาธิวิทยา



การเจาะดูดโดยเข็ม



การเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน



การตัดทั้งก้อนไปตรวจ

2.2.2.8 หลักการรักษามะเร็งเต้านม

(1) การรักษาเฉพาะที่ (local treatment) ได้แก่ การผ่าตัดและการฉายรังสีเพื่อควบคุมรอยโรคที่เต้านมและรักแร้ สิ่งสำคัญที่ต้องบอกคือ มะเร็งเต้านมจะหายได้นั้นจะต้องสามารถผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออกไปจากร่างกายได้ทั้งหมด

(2) การรักษาที่ครอบคลุมรอยโรคทั้งร่างกาย (systemic treatment) ได้แก่ เคมีบำบัดหรือยาต้านฮอร์โมน เพื่อควบคุมเซลล์มะเร็งที่อาจมีการกระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย

2.2.2.9 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาที่ ออกฤทธิ์ฆ่าทำลายเซลล์มะเร็งได้ ทั่วทั้งร่างกาย

การรักษาแบบ systemic นี้มีได้ทั้งแบบยาฉีด ยารับประทาน หรือ ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ โดยหลักการคือเมื่อยาเข้าไปในร่างกายจะสามารถไปทำลาย เซลล์มะเร็งได้ไม่ว่าเซลล์นั้นจะอยู่ที่อวัยวะใด การรักษาแบบ systemic นี้ประกอบด้วยยาหลายกลุ่ม ดังต่อไปนี้

- (1) ยาเคมีบำบัด (chemotherapy)
- (2) ยาต้านฮอร์โมน (antihormonal agents)
- (3) การรักษาด้วยยาพุ่งเป้า (targeted therapy)
- (4) ยากลุ่มภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy)

สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ การเลือกยาในการรักษามะเร็งนั้น อาจมีความแตกต่างกันในคนไข้แต่ละคน เพราะถึงแม้ว่าคนไข้จะเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันแต่ลักษณะการกลายพันธุ์ของเซลล์มะเร็งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจหาการกลายพันธุ์ในเซลล์มะเร็งของคนไข้ด้วย *การตรวจยีนมะเร็งอย่างครอบคลุม (Comprehensive Genomic Profiling)* จะช่วยให้แพทย์และคนไข้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดกับคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

2.2.3 โรคมะเร็งปอด⁽²⁰⁾

2.2.3.1 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งปอด

(1) มะเร็งปอด (Lung Cancer) คือ เซลล์ส่วนใดส่วนหนึ่งภายในปอดที่มีความผิดปกติ และเจริญเติบโต อย่างรวดเร็วจนกลายเป็นก้อนเนื้อร้าย ซึ่งจะตรวจพบได้เมื่อมีขนาดใหญ่ มีจำนวนมาก และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย การตรวจพบในระยะแรกนั้นทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดง

โรคมะเร็งปอด เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดบ่อยเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากโรคมะเร็งตับ มีอุบัติการณ์เป็น 22.7 คนต่อประชากร 100,000 คน พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงรองจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับ โดยพบอุบัติการณ์เป็น 10.1 คนต่อประชากร 100,000 คน

(2) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด

1. การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่
2. อายุ: ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป (โดยเฉลี่ยประมาณ 70 ปี)
3. การสัมผัสกับก๊าซเรดอน: เรดอนเป็นธาตุกัมมันตรังสีที่เป็นก๊าซเฉื่อย สามารถพบทั่วไปในอากาศ ซึ่งอาจพบสะสมในตัวอาคารบ้านเรือน การสัมผัสก๊าซนี้เป็นสาเหตุหลักในการก่อโรคมะเร็งปอดในผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

4. การสัมผัสสารก่อมะเร็ง: ยกตัวอย่างเช่น การหายใจเอาแร่ใยหินหรือควันจากท่อไอเสียเข้าสู่ร่างกาย การหายใจหรือบริโภคสารเคมีบางชนิด (อาเซนิก ถ่านหิน) หรือการสัมผัสสารยูเรเนียม

5. การรักษาด้วยการฉายแสงที่ทรวงอก: ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรค Hodgkin lymphoma หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม

6. บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปอด

7. มลภาวะทางอากาศ

(3) อาการมะเร็งปอด

1. อาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่

- อาการไอเรื้อรัง อาจมีหรือไม่มีเสมหะก็ได้
- อาการไอเป็นเลือด

- หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งโตขึ้น ทำให้เนื้อที่ปอดสำหรับหายใจเหลือน้อยลงหรือก้อนมะเร็งนั้นกดเบียดหลอดลม

- เจ็บหน้าอกเวลาหายใจ
- ปอดอักเสบ มีไข้ แต่อาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคอื่นๆ

ของปอดได้เช่นกัน จึงไม่ใช่อาการของมะเร็งปอดเสมอไป

2. อาการของระบบอื่นๆ ได้แก่

- เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- บวมที่หน้า แขน คอ และทรวงอก เนื่องจากมีเลือดคั่ง
- เสียงแหบ เพราะมะเร็งลุกลามไปยังเส้นประสาทกล่องเสียง
- ปวดกระดูก
- กลืนลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งกดเบียดหลอดอาหาร
- อัมพาต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายไปสมองหรือไขสันหลัง
- มีตุ่มหรือก้อนขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาการเหล่านี้ก็ไม่จำเพาะต่อ

โรคมะเร็งปอดเช่นกัน ผู้ที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นควรได้รับการตรวจ

2.2.3.2 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด⁽¹⁹⁾

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์เพียงพอที่จะแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การเอกซเรย์ปอดหรือตรวจเสมหะหาเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานพบว่า การตรวจทั้ง 3 วิธีดังกล่าวช่วยค้นพบมะเร็งระยะต้นได้มากกว่าประชากรที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง แต่การตรวจพบมะเร็งปอดระยะต้นด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มีอายุยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ผู้รับการตรวจควรได้รับทราบถึงความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด และค่าใช้จ่ายที่ตามมาหลังจากได้รับการตรวจคัดกรองแพทย์ประจำตัวท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดและความจำเป็นของท่านในการรับการตรวจคัดกรอง

(1) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด

1. การตรวจที่ใช้คัดกรองมะเร็งปอดชนิดต่างๆ

มีการนำการตรวจคัดกรองมาใช้เนื่องจากการตรวจเหล่านี้ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะต้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด อย่างไรก็ตามก็ยังไม่มีการวิจัยทางการแพทย์พบว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด นักวิทยาศาสตร์ทำการศึกษาคัดกรองที่มีประโยชน์สูงและความเสี่ยงต่ำ การศึกษาเรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยมะเร็งปอดได้ในระยะต้นๆ ซึ่งยังไม่มีอาการจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรครหรือไม่ มะเร็งบางชนิดถ้าพบในระยะเริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสในการหายมากขึ้น

2. การตรวจที่นิยมใช้คัดกรองมะเร็งปอด

2.1 เอกซเรย์ปอด คือการถ่ายภาพอวัยวะและกระดูกภายในทรวงอก โดยรังสีเอกซเรย์มีความสามารถในการทะลุทะลวง ร่างกายไปแสดงภาพบนแผ่นฟิล์ม

2.2 การตรวจเสมหะ เป็นการนำเสมหะมาดูโดยใช้กล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเซลล์มะเร็ง

3. การตรวจคัดกรองแบบใหม่ที่กำลังอยู่ในระหว่างการวิจัยทางการแพทย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นการแสดงชุดภาพของอวัยวะภายในร่างกายโดยใช้เครื่องเอกซเรย์ในการสแกนร่างกายแล้ว ประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้ได้รูปภาพออกมา

(2) ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

1. การตรวจคัดกรองมีความเสี่ยง

การตรวจคัดกรองบางอย่างไม่ได้มีแต่ประโยชน์ แต่มีความเสี่ยง ท่านจึงควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวท่านก่อนทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดแบบต่างๆ

2. ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

2.1 การตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปอดอาจไม่ช่วยให้สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น หรือมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ท่าน เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายหรือระยะแพร่กระจายไปที่อื่น มะเร็งบางชนิดไม่มีอาการ แต่อาจพบโดยบังเอิญจากการตรวจคัดกรอง โดยส่วนมากมักได้รับการรักษา ซึ่งเราไม่ทราบว่า การได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นหรือสั้นลง เนื่องจากการรักษามะเร็งมักมีผลข้างเคียง

2.2 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลลบหลวง: การตรวจคัดกรองอาจเป็นปกติ ทั้ง ที่อาจเป็นมะเร็งปอด ทำให้คนไข้ รายนั้นไปพบแพทย์เพื่อเริ่มการรักษาช้า

2.3 ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลบวกหลวง: การตรวจคัดกรองให้ผลผิดปกติ ทั้งที่จริง ๆ แล้วเป็นคนปกติดี ผลตรวจคัดกรองเช่นนี้ ทำให้ผู้ตรวจมีความกังวลและต้องทำการตรวจอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การตัดเอาชิ้นเนื้อที่สงสัยไปตรวจ การตัดชิ้นเนื้อมีความเสี่ยงที่จะทำให้ปอดแพบได้ อาจต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดในภายหลัง

2.4 เอกซเรย์ปอดทำให้ทรวงอกได้รับรังสี การได้รับรังสีบริเวณทรวงอกจากการตรวจเอกซเรย์ปอดอาจทำให้เป็นมะเร็งบางชนิดได้เช่น มะเร็งเต้านม แต่อุบัติการณ์นี้ น้อยมาก

2.2.3.3 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งปอด

(1) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอด

1. การรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) เป็นการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาเฉพาะที่เนื่องจากตัวโรคมักจำกัดอยู่เฉพาะที่ได้แก่ การผ่าตัด หรือ การฉายรังสี

1.1 การผ่าตัด (Surgery) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อปอดบางส่วนที่มีเซลล์มะเร็งออก หรือผ่าตัดเอาปอดทั้งข้างออกเมื่อตรวจพบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปทั่วปอด ทั้งนี้แพทย์อาจมีการเลาะต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออกด้วยหากเกิดการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง วิธีนี้เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

1.2 การฉายรังสี (Radiation Therapy) เป็นการใช้รังสีในปริมาณสูงฉายไปบริเวณที่เกิดมะเร็งปอดขึ้นโดยตรง เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง มักจะใช้ควบคู่กับวิธีการรักษาอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด การทำเคมีบำบัด

2. การรักษาแบบส่งผลทั่วร่างกาย (Systematic treatment)

เป็นการรักษามะเร็งด้วยการใช้ยาประเภทต่าง ๆ ผ่านทางระบบ ไหลเวียนเลือดของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาตามชนิดของมะเร็ง ประกอบด้วย

2.1 การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำลายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งซึ่งถือว่าเป็นการรักษาหลักของการรักษาด้วยยาที่ใช้มากที่สุดในการรักษาโรคมะเร็งปัจจุบัน โดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) อาจใช้เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเดียว หรืออาจใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาที่เรียกว่า Chemoradiation

2.2 การให้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโต และแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

2.3 ยาภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) เป็นการรักษาโดยการส่งเสริมให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานเพื่อให้สามารถกำจัด หรือควบคุมเซลล์มะเร็งในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) การป้องกันโรคมะเร็งปอด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การไม่สูบบุหรี่และหยุดสูบบุหรี่ (สายด่วนเลิกบุหรี่ โทร.1600)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ การตรวจหาและให้การรักษาตั้งแต่โรคมะเร็งยังไม่แสดงอาการ เมื่อพบเร็วก็หายขาดได้ การป้องกันระดับนี้ก็คือความหมายของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันการคัดกรองโรคมะเร็งปอด เราใช้วิธีตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีขนาดต่ำ หรือ Low Dose CT (LDCT) ซึ่งจะให้ภาพ 3 มิติบริเวณปอดที่มีรายละเอียดดี สามารถตรวจพบจุดหรือก้อนเล็ก ๆ ได้ โดยใช้ปริมาณรังสีที่ไม่สูงและไม่ต้อง

ฉีดสารทึบแสง LDCT มีข้อมูลที่ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ 15-20% เมื่อเปรียบเทียบกับ การทำเอกซเรย์ปอดแบบปกติโดยแนะนำให้ทำปีละ 1 ครั้ง เฉพาะผู้ที่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

- มีอายุตั้งแต่ 55 ปีจนถึง 80 ปี
- ยังสูบบุหรี่อยู่ และโดยเฉลี่ยมากกว่า 30 ซองต่อปี
- ถ้าเลิกสูบบุหรี่แล้ว ต้องเลิกมาไม่นานเกิน 15 ปี
- สุขภาพร่างกายแข็งแรง และพร้อมที่จะรับการรักษาด้วยการ

ผ่าตัดได้ กรณีที่พบความผิดปกติจากการคัดกรอง

2.2.4 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁽²¹⁾

2.2.4.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁽²¹⁾

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางเดินอาหารมีลักษณะ เป็นท่อยาว มีผนังประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-8 เซนติเมตร ความยาว ประมาณ 6 ฟุต มีหน้าที่ดูดซึมน้ำจากอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังเป็นที่ยึดกากอาหารก่อนที่จะ ขับถ่ายออกจากร่างกายทางทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากการ ผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่อง โดยไม่สามารถควบคุมได้จนกลายเป็นก้อนขนาดใหญ่ เรียกว่า “เนื้องอกมะเร็ง” เมื่อมะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองและไปปรากฏยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายเรียกว่า มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis) มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโต ผิดปกติ กลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการพัฒนา กลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนาเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อช่องท้อง สมอง หรือกระดูกได้ ทั้งนี้ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ไม่ว่าจะเป็นส่วนลำไส้ช่วงต้น หรือ ช่วงปลาย ล้วนเรียกว่า “มะเร็งลำไส้ใหญ่” (Colorectal Cancer) โดยทั่วไป มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบมากเป็น อันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก นับเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยพบมากเป็นอันดับ 3 ในชายไทย พบมากเป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 12,467 คน (เพศชาย 6,874 คน และเพศหญิง 5,593 คน) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-70 ปี และพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวที่มีประวัติ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภค อาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ได้

ด้านอัตราการรอดชีวิต : หากมะเร็งอยู่เฉพาะที่ เยื่อบุผนังลำไส้ : อัตรา รอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 70-90% หากมะเร็งกระจายไปที่ ต่อมลำไส้ : อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง

53-72% หรือหากมะเร็งกระจายสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป : อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 10% ดังนั้น การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้

2.2.4.2 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. กินอาหารประเภทแปรรูปและเนื้อแดง
2. ภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน
3. ขาดการออกกำลังกาย
4. สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
5. มีประวัติครอบครัวหรือตนเองเป็นติ่งเนื้อในลำไส้

2.2.4.3 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽²²⁾

(1) วิธีการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การตรวจในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการที่ชวนสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะตรวจหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากโรคมะเร็ง ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

1. การตรวจอุจจาระ (Stool-based Test) ตรวจได้ 2 วิธี ได้แก่

A. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) การตรวจอุจจาระเพื่อหาเม็ดเลือดแดงที่อาจมีแอบซ่อนอยู่ หรือเป็นการตรวจหาเลือดปริมาณน้อยๆ ที่ปนอยู่ในอุจจาระ (Occult Blood) ซึ่งมองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า

B. การตรวจหาดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งหรือติ่งเนื้อ (Fecal DNA Testing) เนื่องจากลำไส้ใหญ่จะมีการหลุดลอก ทำให้สามารถตรวจพบดีเอ็นเอที่ผิดปกติในอุจจาระได้ การตรวจด้วยภาพ

2. การตรวจด้วยภาพ

A. การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomographic (CT) Colonography) เป็นเทคนิคการตรวจที่ทันสมัย ทำได้โดยการใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ขยายเห็นรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แล้วเอ็กซเรย์ภาพในลักษณะภาพตัดขวาง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างภาพสามมิติให้เป็นภาพเสมือนจริงของลักษณะภายในลำไส้ใหญ่เพื่อใช้ดูความผิดปกติ เช่น ติ่งเนื้อ (Polyp) รอยโรคอื่นๆ ที่ปรากฏในลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

B. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy) การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Colon) ถ้าเห็นรอยโรค วิธีการนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจสอบต่อได้

C. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

เป็นการส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อให้เห็นภาพภายในลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่ทั้งหมดวิธีนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด

2.2.4.4 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) อาการ อาการแสดง

สัญญาณอันตราย : อาการที่บ่งบอกมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการที่จะบอกต่อไปนี้เป็นกลุ่มอาการที่บ่งบอกว่าอาจจะเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

1. พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากปกติของบุคคลโดยอาจจะถ่ายบ่อยครั้งขึ้น หรือท้องผูกมากขึ้น นอกจากนี้จะมีถ่ายไม่สุดหรือปวดเบ่งได้

2. มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก

3. มีเลือดสดๆ หรือเลือดแดงคล้ำปนออกมากับอุจจาระ

4. อุจจาระมีลักษณะผิดปกติจากเดิม ลักษณะก้อนเปลี่ยนเป็น

เส้นแบนคล้ายตั้งแหม

5. มีท้องอืด ปวดท้องแน่นท้อง จุกเสียด มีลมในลำไส้มาก

(Abdominal Discomfort)

6. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

7. เหนื่อย อ่อนเพลียไม่สามารถทำงานที่เคยทำตามปกติได้

ข้อแนะนำ

- ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายหาสาเหตุของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป

- คนที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระปีละครั้ง หากผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

(2) ระยะของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ และวิธีการรักษา

1. **ระยะ 1 ลักษณะของโรค** ก้อนมะเร็งเติบโตขึ้นมากกว่าระยะศูนย์และฝังในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยไม่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงหรือต่อมน้ำเหลือง ไม่ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่

การรักษา: ผ่าตัดเออลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก

2. **ระยะ 2 ลักษณะของโรค** ก้อนมะเร็งกระจายออกมาสู่ผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนนอกหรือเนื้อเยื่อใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

การรักษา: ผ่าตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก บางรายอาจต้องให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัดร่วมด้วย ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

3. ระยะ 3 ลักษณะของโรค มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้เข้าไปยังต่อม้ำน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณรอบๆ ลำไส้ใหญ่ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การรักษา: ผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

4. ระยะ 4 ลักษณะของโรค มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายส่วนใหญ่มักกระจายไปสู่ตับและปอด

การรักษา: ให้ยาเคมีบำบัด และพิจารณาให้ยามุ่งเป้าร่วมด้วยเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดร่วมด้วย

(3) แนวทางการรักษา

1. การผ่าตัด (Surgery)

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกายไป โดยศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเอาลำไส้ที่เป็นมะเร็งออกพร้อมต่อม้ำน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันอาจจะเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราวหรือแบบถาวร ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางการเดินทางอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย ซึ่งการเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้ เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

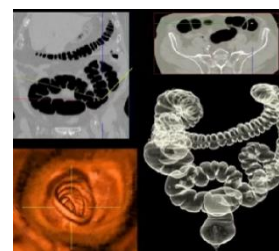
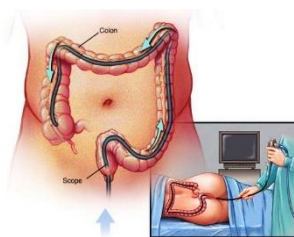
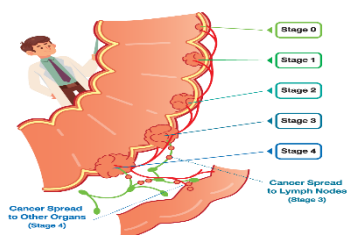
2. การฉายแสง (Radiation Therapy)

เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งปกติจะใช้การฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น และหลังการผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อให้การรักษาดีขึ้น ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรครื่นซ้ำใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้องในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองผู้ป่วยมักจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีนี้เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายขาด

นอกจากนี้พบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรครื่นซ้ำใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังใช้ในการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ การใช้ยาเคมีบำบัดจึงใช้เพื่อยุติการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อ รวมทั้ง บรรเทาอาการหรือความทรมานจากมะเร็ง เพื่อให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีที่สุดและเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบประคับประคอง



3.1) การบริหารยาเคมีบำบัดมี 2 วิธี

3.1.1) ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด (Intravenous Chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีด เป็นวิธีการรักษามาตรฐานในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในปัจจุบัน ปกติแล้วการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิดขึ้นไปร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาการให้ยาจะให้ป็นรอบๆ โดยแต่ละรอบของการรักษาจะมีระยะพักโดยระยะพักและจำนวนรอบจะขึ้นอยู่กับสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ ส่วนการใช้ยาสูตรใดนั้นแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด

3.1.2) ชนิดรับประทาน (Oral Chemotherapy) มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างจากยาเคมีบำบัดแบบฉีด ซึ่งเป็นรูปแบบยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นมาช่วยเพิ่มความสะดวกต่อการรักษาให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ เพราะในบางครั้งการให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีดอาจส่งผลก่อให้เกิดการเจ็บปวดต่อผู้ป่วยและเสียเวลาการให้ยาโดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องคอยดูแลที่โรงพยาบาล

3.2) การใช้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

3.2.1) เป็นการรักษาใหม่เพื่อยับยั้งมะเร็งโดยตรง

เป้าหมาย เช่น ยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Anti-Angiogenesis Therapy) และ ยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Anti-epidermal growth factor receptor) เป็นต้น

3.2.2) การใช้ยาในกลุ่มนี้มักให้ร่วมกับการให้เคมี

บำบัด เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น โดยพบว่าสามารถช่วยยืดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ ช่วยระยะเวลาของการอยู่โดยปราศจากโรค และเพิ่มอัตราการตอบสนองของก้อนมะเร็งได้มากกว่าการให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้แนะนำว่าผู้ป่วยคนใดจะเหมาะสมกับยาชนิดไหน สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ การเลือกยาในการรักษามะเร็งนั้น อาจมีความแตกต่างกันในคนไข้แต่ละคน เพราะถึงแม้ว่าคนไข้จะเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันแต่ลักษณะการกลายพันธุ์ของเซลล์มะเร็งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจหาการกลายพันธุ์ในเซลล์มะเร็งของคนไข้ด้วย *การตรวจยีนมะเร็งอย่างครอบคลุม (Comprehensive Genomic Profiling)* จะช่วยให้แพทย์และคนไข้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดกับคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

3.3) สำหรับอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยจาก

ยามุ่งเป้า มีดังนี้

3.3.1) ยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ เช่น

ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติด ภาวะอาหารและลำไส้ทะลุ การมีโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น

3.3.2) ยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง เช่น

ท้องเสีย ผื่น ผื่นแห้ง ลอก ผื่นไวต่อแสงแดด เป็นต้น

2.2.4.5 การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยหลังการรักษาจะได้รับการติดตามโดยแพทย์ผู้รักษา เพื่อดูแลสุขภาพต่อไปการตรวจติดตามผล โดยปกติแล้วหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะพบแพทย์ 3-6 เดือน ในช่วง 2 ปี แรกและทุก 6 เดือน ไปจนถึง 5 ปี การตรวจตามผลจะใช้การตรวจร่างกาย ตรวจเลือดเพื่อหาสารติดตามผลมะเร็ง และอื่นๆ เช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ซึ่งแพทย์จะพิจารณาระยะเวลาตามความเหมาะสม

2.2.4.6 วิธีการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ทำได้โดยการมี 5 พฤติกรรมที่ช่วย

ป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

(1) ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา อย่าปล่อยให้อุจจาระเก่าตกค้างเป็นมลพิษ

(2) รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง และเน้นอาหารสุขภาพ

“น้ำตาลต่ำ เกลือต่ำ ไขมันต่ำ และเส้นใยสูง” ลดไขมันสู่ลำไส้ใหญ่ จะช่วยลดการเกิดสารพิษในลำไส้

ควรรับประทานผัก เช่น แครอท ผักใบเขียว ฟักทอง ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไหม้เกรียมซึ่งมีสารก่อมะเร็ง

(3) ใช้น้ำหนักตัว และหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งควรจะต้องเดินเร็วขึ้น ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจควรเป็น $(220 - \text{อายุ}) \times 80\%$ และต้องออกกำลังกายต่อเนื่อง 20-40 เพราะดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5kg/m^2 จะทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 นาที

(4) ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นประจำทุกปี โดยไม่ต้องรอให้มีอาการผิดปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

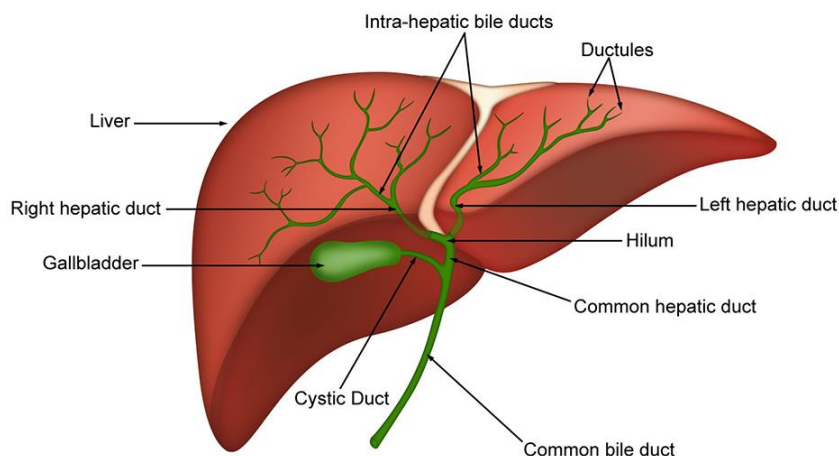
(5) หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร และระบบลำไส้ เช่น อุจจาระมีมูกเลือด ท้องผูกติดต่อกันบ่อยๆ ท้องเสียสลับท้องผูกบ่อยๆ ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการโลหิตจาง ควรไปตรวจมะเร็งลำไส้ทันที

2.2.5 โรคมะเร็งท่อน้ำดี⁽²³⁾

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA) คือ มะเร็งของท่อน้ำดีที่ตับ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีการแสดงอาการ ส่วนใหญ่จะตรวจพบเมื่ออยู่ในระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเต็มขั้นแล้ว ผู้ป่วยอาจมีสัญญาณและอาการในระยะเริ่มแรกของโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยหลายรายก็ถูกวินิจฉัยให้เป็นลักษณะของโรคอื่น หากมีการตรวจวินิจฉัยพบการเกิดโรคในระยะเริ่มแรกก็ จะสามารถให้รักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัด แต่เนื่องมาจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีมักมีการวินิจฉัยพบเมื่อระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเต็มขั้นหรือมีการแพร่กระจายแล้ว ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจึงไม่สามารถทำได้เสมอไป

2.2.5.1 สาเหตุและที่มาการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี เกิดขึ้นที่บริเวณท่อน้ำดีซึ่งเป็นท่อที่มีความยาว 4-5 นิ้ว ทำหน้าที่ในการระบายของเสียซึ่งก็คือน้ำดีจากตับไปสู่ลำไส้เล็กตอนต้น (Duodenum) องค์กรประกอบของท่อน้ำดีจะประกอบด้วยถุงน้ำดี (Gallbladder) และท่อน้ำดีเล็ก (Ductules) จำนวนมากแต่ละส่วนจะมีชื่อเรียกแตกต่างกัน โดยมีชื่อเรียกรวมกันว่า “ระบบทางเดินน้ำดี” (Biliary system) ซึ่งเริ่มต้นด้วยท่อจำนวนมากมายที่เก็บน้ำดีจากเซลล์ตับ ท่อเล็กๆเหล่านี้จะรวมกันเป็นท่อขนาดใหญ่ กลายเป็นท่อตับกลีบซ้ายและท่อตับกลีบขวา ท่อน้ำดีที่อยู่ภายในตับเรียกว่า Intrahepatic bile duct ซึ่งเป็นท่อที่มีส่วนที่อยู่ในตับและเชื่อมต่อกับท่อน้ำดีใหญ่ที่ตับ (common hepatic duct) บริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับ (Hilum) ส่วนท่อน้ำดีรวม (common bile duct) คือ บริเวณที่ถุงน้ำดีเชื่อมต่อกับท่อขนาดเล็กที่เรียกว่า cystic duct และอยู่ห่างออกไปประมาณหนึ่งในสามตามความยาวท่อน้ำดี โดยท่อนี้จะเชื่อมกับลำไส้เล็กตอนต้นในส่วน duodenum ดังรูปประกอบด้านล่าง



มะเร็งท่อน้ำดีสามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของท่อน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพแตกต่างกันตามบริเวณที่เกิด โดยสามารถแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีตามบริเวณที่เกิดในท่อน้ำดีได้ 3 ประเภท ดังนี้:

1. มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma):

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดขึ้นที่บริเวณแขนงท่อน้ำดีขนาดเล็กที่อยู่ภายในตับ ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นมะเร็งตับ

มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับ (Perihilar or hilar cholangiocarcinoma): มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดที่ภายนอกตับ ในบริเวณที่ท่อน้ำดีด้านซ้ายและด้านขวาบรรจบกันที่ด้านนอกของตับ ซึ่งเป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่พบมากที่สุด

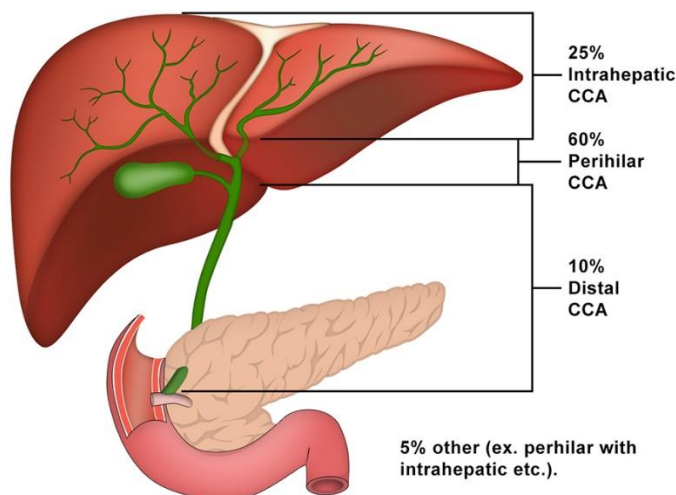
2. มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย (Distal cholangiocarcinoma):

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้เกิดขึ้นที่ท่อน้ำดีภายนอกตับ ในบริเวณส่วนปลายของท่อน้ำดีที่เชื่อมต่อกับลำไส้เล็กตอนต้นในส่วน duodenum

3. มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma):

เนื่องจากบางครั้ง มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีที่ออกจากตับและมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย เป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นนอกตับ จึงมักถูกเรียกรวมกันว่าเป็น มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma) นอกจากนี้ มะเร็งท่อน้ำดียังสามารถแบ่งประเภทตามลักษณะเซลล์มะเร็งที่ตรวจพบภายใต้กล้องจุลทรรศน์ได้อีกด้วย

มะเร็งของต่อม (Adenocarcinoma) คือมะเร็งที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมะเร็งของต่อมในท่อน้ำดีก็เป็นมะเร็งที่เกิดในต่อมผลิตเยื่อเมือกที่อยู่ภายในท่อน้ำดี



2.2.5.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคมะเร็ง การมีปัจจัยเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหรือบางกรณีผู้ที่เป็นโรคมักอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงนั้นๆเลย ซึ่งในบทความนี้เราจะพุ่งเป้าไปที่การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับและความสำคัญในการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับยังคงมีการระบาดอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสาเหตุของการติดพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในแถบนี้เกิดจากพฤติกรรมกรบบริโภคปลาดิบหรือปลาที่ไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ปลาสำ, ปลาต้ม ซึ่งอาจจะมีไข่พยาธิปนเปื้อนมา ซึ่งเมื่อคนรับประทานและติดไข่พยาธิ พยาธิจะฟักตัวและไปอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี ซึ่งสาเหตุนี้คือปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้ในตับมีหลายชนิด แต่ชนิดที่พบมากในพื้นที่ภาคอีสานของไทยคือชนิดที่เรียกว่า *Opisthorchis viverrini*

ปัจจุบันนี้มียาฆ่าพยาธิ ซึ่งช่วยป้องกันการติดพยาธิใบไม้ในตับ แต่เมื่อไม่มีการรักษาการติดพยาธิใบไม้ในตับ การติดพยาธิใบไม้ในตับจะนำไปสู่กระบวนการอักเสบและการพัฒนามะเร็งท่อน้ำดี

2.2.5.3 ลักษณะอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มักไม่มีอาการหรือแสดงอาการใดๆ แต่บางครั้งอาจมีอาการปรากฏให้เห็นได้บ้างและสามารถวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกได้ แต่อาการมักจะค่อยๆ รุนแรงมากขึ้น เมื่อมีการอุดตันของท่อน้ำดีจะมีอาการปวดท้องอย่างต่อเนื่องและรุนแรง และทำให้อุจจาระจะมีสีดลง ผู้ป่วยมักเหนื่อยง่ายและรู้สึกมีก้อนบริเวณท้อง

อาการเบื้องต้นของโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีลักษณะอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้:

(1) **ดีซ่าน (Jaundice)** : ดีซ่าน คือ อาการตัวเหลือง ตาเหลือง อันเกิดเนื่องมาจากการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้น้ำดีไม่ระบายออกนอกตับได้ ซึ่งน้ำดีของเหลวที่ขับออก

จากตับซึ่งประกอบด้วยสารที่มีสีเหลืองปนเขียวที่เรียกว่า บิลิรูบิน (Bilirubin) เมื่อบิลิรูบินไหลย้อนกลับไปในกระแสเลือดและคั่งตามส่วนต่างๆในร่างกาย จะทำให้เกิดลักษณะอาการตัวเหลืองตาเหลือง ซึ่งดีซ่านมักพบว่าเป็นอาการเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

(2) **คัน:** บิลิรูบินส่วนเกินที่ผิวหนังจะทำให้เกิดอาการคัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะพบอาการคันร่วมด้วย

(3) **อุจจาระสีซีดมีน้ำมันปน:** บิลิรูบินเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดสีในอุจจาระ ดังนั้นเมื่อบิลิรูบินไม่สามารถออกไปสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นได้ จึงทำให้อุจจาระของผู้ป่วยมีสีซีดลง เมื่อก่อนมะเร็งอุดตันการระบายของน้ำดีและน้ำย่อยของตับอ่อนสู่ลำไส้เล็ก ก็จะมีผลทำให้ไม่สามารถย่อยไขมันได้ ซึ่งจะทำให้มีไขมันที่ไม่ถูกย่อยปนออกมากับอุจจาระ อุจจาระจะมีสีซีดและมีน้ำมันปน

(4) **ปัสสาวะสีเข้ม:** เมื่อระดับบิลิรูบินในเลือดสูงขึ้น จะปนออกมากับปัสสาวะซึ่งจะทำให้ปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น

(5) **ปวดท้อง:** ในระยะเริ่มแรกมักไม่พบอาการปวดท้อง แต่เมื่อมะเร็งพัฒนาเป็นระยะที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดอาการปวดท้อง โดยเฉพาะบริเวณชายโครงด้านขวา

(6) **ความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักลด:** ผู้ป่วยมักมีความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ.

(7) **อ่อนเพลีย ไม่มีแรง:** มีอาการเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง

(8) **เวียนศีรษะอาเจียน:** เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่มักพบในคนที่มีการอุดกั้นของน้ำดี มักพบร่วมกับการมีไข้

(9) **มีไข้ ตัวร้อน:** ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มักพบอาการไข้และตัวร้อนร่วมด้วย มะเร็งท่อน้ำดีมักไม่มีอาการที่จำเพาะ และอาการเบื้องต้นดังที่กล่าวไปแล้วนั้นก็อาจจะเกิดมาจากสาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็งท่อน้ำดีได้เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจในถุงน้ำดี ก็สามารถเกิดอาการดังกล่าวนี้ได้ ด้วยสาเหตุดังกล่าวนี้ก็อาจจะทำให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความผิดพลาดได้ หากท่านพบอาการผิดปกติดังที่กล่าวมาแล้ว ควรไปพบแพทย์ในเบื้องต้น เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างทันที่

2.2.5.4 การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการจนกว่าจะเดินทางมาพบแพทย์ เนื่องจากท่อน้ำดีเป็นอวัยวะที่อยู่ลึกภายในร่างกาย ดังนั้นมะเร็งที่เกิดขึ้นในระยะแรกๆมักไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจร่างกายทั่วไป และยังไม่มีการตรวจกรองทางเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆที่น่าเชื่อถือได้ ด้วยเหตุนี้มะเร็งท่อน้ำดีจึงตรวจพบได้ก็ต่อเมื่อมะเร็งมีการเจริญมากพอจนทำให้มีสัญญาณหรืออาการของโรค

แนวทางในการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีดังนี้:

(1) การซักประวัติและตรวจร่างกาย: แพทย์จะทำการซักประวัติทาง การแพทย์อย่างละเอียดกับผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและเฝ้าติดตามอาการ นอกจากนี้ต้องมีการตรวจร่างกายประกอบกันไปด้วย ซึ่งหากผู้ป่วยมีผลของการตรวจร่างกายที่ชี้ว่า อาจจะเป็นมะเร็งท่อน้ำดี แพทย์จะสั่งทำการตรวจอื่นๆเพิ่มเติม ทั้งการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ, การเอ็กซเรย์ อัลตราซาวด์และการตรวจอื่นๆ

(2) การตรวจเลือด: การตรวจการทำงานของตับและถุงน้ำดี: แพทย์อาจจะสั่งให้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าบิลิรูบินในเลือด, ตรวจหาโปรตีนอัลบูมิน, ตรวจหาค่าเอนไซม์ในตับ (อัลคาไลน์ฟอสฟาเตส, AST,ALT และ GGT) รวมทั้งสารอื่นๆในเลือด ซึ่งการทดสอบเหล่านี้สามารถบอกการเกิดโรคของท่อน้ำดี, ถุงน้ำดี หรือตับ ซึ่งหากตรวจพบว่า ปริมาณสารต่างๆเหล่านี้มีค่าอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติ ก็แสดงว่าน่าจะมีการอุดตันของท่อน้ำดี แต่ไม่สามารถบอกสาเหตุของการอุดตันว่าเกิดจากมะเร็งหรือสาเหตุอื่นๆ

(3) ตัวบ่งชี้มะเร็ง: ตัวบ่งชี้มะเร็งคือ สารที่สร้างจากเซลล์มะเร็งซึ่งบางครั้ง สามารถตรวจพบได้ในเลือด ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักพบว่า มีระดับของสาร CEA และ CA-19-9 ในเลือดสูงขึ้น การมีสารเหล่านี้ในระดับสูงบ่งบอกว่ามีมะเร็งเกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งการ ทดสอบนี้มีประโยชน์สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งถ้าหากพบว่ามีสารเหล่านี้ใน ระดับสูงผู้ที่ เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ก็สามารถใช้ประโยชน์จากสารนี้เพื่อเป็นตัวติดตามอาการและ ผลการรักษาในผู้ป่วยได้

(4) การตรวจด้วยการถ่ายภาพ:

(4.1) อัลตราซาวด์ (Ultrasound): สำหรับการตรวจนี้จะใช้อุปกรณ์ ที่มีลักษณะคล้ายไมโครโฟนขนาดเล็กเป็นตัวตรวจจับและแปลงข้อมูล ซึ่งเรียกว่าตัว transducer ทำหน้าที่ส่งคลื่นเสียงและเก็บเสียงสะท้อนกลับที่เกิดจากกระกระทบของคลื่นเสียงกับอวัยวะภายใน ร่างกาย โดยคลื่นเสียงสะท้อนกลับนี้จะถูกเปลี่ยนโดยคอมพิวเตอร์ให้เกิดเป็นภาพบนจอแสดงผล

(4.2) การอัลตราซาวด์ช่องท้อง (Abdominal ultrasound): วิธีนี้เป็นวิธีที่มีความเจ็บปวดน้อยที่สุด ซึ่งการตรวจโดยวิธีไม่จำเป็นต้องมีขั้นตอนพิเศษ ซึ่งจะให้ผล ชัดเจนในผู้ที่งดอาหารมาแล้วอย่างน้อย 6 ชั่วโมง การอัลตราซาวด์ช่องท้องมักใช้เป็นวิธีแรกในการ วินิจฉัยผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี บางครั้งจะสามารถตรวจพบก้อนมะเร็งที่มีลักษณะ เป็นก้อนกลมในช่องท้องได้ด้วยจากการตรวจด้วยวิธีนี้ การอัลตราซาวด์ช่องท้องยังสามารถทำให้ มองเห็นการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ตับซึ่งจะพบลักษณะเป็นร่องรอยของก้อนกลมก้อนเดียวหรือ หลายก้อน อันเนื่องมาจากการสะท้อนกลับที่แตกต่างกันของสัญญาณจากการอัลตราซาวด์

(4.3) การถ่ายภาพรังสีส่วนตัดโดยอาศัยคอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan; CT scan): CT scan จะทำงานโดยอาศัยรังสีเอ็กซเรย์ทำให้เห็นภาพตาม ส่วนตัดขวางของร่างกาย ซึ่งจะได้ภาพหลายจากทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจากมีการถ่ายภาพหมุนไป

ทั่วทุกส่วนของร่างกายคอมพิวเตอร์จะทำหน้าที่รวมภาพแต่ละส่วนของร่างกาย CT scans สามารถใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย เช่น ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีโดยแสดงให้เห็นขอบเขตของมะเร็ง และช่วยบอกระยะของโรคมะเร็ง (บอกได้ว่ามะเร็งแพร่กระจายไปไกลเท่าใด)นอกจากนี้ยังสามารถดูอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงท่อน้ำดีได้อีกด้วย (โดยเฉพาะตับ) รวมทั้งต่อมน้ำและอวัยวะอื่นๆที่มะเร็งมีโอกาสแพร่กระจายไปได้ CT scans สามารถใช้เป็นตัวชี้้นำหากต้องมีการเจาะดูชิ้นเนื้อมะเร็งหรือมะเร็งที่แพร่กระจาย

(4.4) การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging; MRI): MRI สามารถแสดงให้เห็นภาพเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆในร่างกายได้เช่นเดียวกับ CT scan แต่ MRI ใช้คลื่นวิทยุและแม่เหล็กไฟฟ้าซึ่งมีความแรงมากกว่ารังสีเอ็กซเรย์ ซึ่งบางครั้งอาจจะมีการฉีดสารเพิ่มความคมชัดที่เรียกว่า gadolinium เข้าทางหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความชัดเจนของภาพ การทำ MRI scan จะช่วยให้เห็นภาพของท่อน้ำดีและอวัยวะอื่นๆได้ชัดเจนมากขึ้น บางครั้งอาจทำให้สามารถตรวจพบเนื้องอกและมะเร็งระยะเริ่มแรก การทำ MRI scan จะมีความยุ่งยากมากกว่า CT scan เล็กน้อย เนื่องจากต้องใช้เวลาานาน มักใช้เวลาเป็นชั่วโมงในการทำหนึ่งครั้ง รวมทั้งต้องเข้าไปอยู่ในอุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อแคบๆ บางครั้งจึงไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีความกลัวที่แคบซึ่งบางครั้งอาจมีการใช้เครื่อง MRI แบบพิเศษแทน

(4.5) การถ่ายภาพรังสีในท่อน้ำดี(Cholangiography) : เป็นวิธีการถ่ายภาพรังสีท่อน้ำดีเพื่อดูว่าเกิดการอุดตันของท่อ, การตีบแคบ หรือมีการขยายของท่อหรือไม่ วิธีนี้จะมีประโยชน์เมื่อมีการอุดตันของท่อน้ำดีเนื่องจากก้อนมะเร็ง และช่วยในการวางแผนเพื่อทำการผ่าตัด ซึ่งการถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดีมีหลากหลายวิธีการ ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป

(4.6) การตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดีด้วยเครื่อง MRI (Magnetic resonance cholangiopancreatography; MRCP): วิธีนี้เป็นวิธีตรวจที่ไม่สร้างความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย โดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเดียวกันกับการทำ MRI ซึ่งแพทย์มักเลือกใช้วิธีนี้ในกรณีเพื่อถ่ายภาพท่อน้ำดี

(4.7) การส่องกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดี (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography; ERCP): การตรวจวิธีนี้ แพทย์จะใช้อุปกรณ์ที่เป็นกล้องที่มีลักษณะเป็นท่อยาวที่เรียกว่า (endoscope) สอดเข้าไปในปาก ผ่านลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็ก ซึ่งระหว่างที่ทำการตรวจต้องมีการวางยานอนหลับก่อน แล้วจึงทำการสอดกล้องเข้าไป โดยส่วนปลายของกล้องจะไปสิ้นสุดที่ท่อน้ำดี และจะมีการฉีดสีที่ช่วยเพิ่มความคมชัดผ่านกล้องเข้าไปด้วย เพื่อจะทำให้ภาพของท่อน้ำดีและตับอ่อนมีความคมชัดมากขึ้น และยังทำให้สามารถมองเห็นท่อน้ำดีในกรณีที่มีการตีบแคบหรืออุดตันได้

(4.8) การเอ็กซเรย์ดูภาพท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic cholangiography; PTC): วิธีนี้แพทย์จะทำการแทงเข็มกลวงและบาง ผ่านทางท่อน้ำดีไปยังท่อน้ำดีที่อยู่ในตับ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับผ่านทางหลอดเลือดดำก่อนที่ทำการตรวจ และให้ยา

ชาตตรงบริเวณที่จะสอดเข็มเข้าไป และทำการฉีดสารเพิ่มความคมชัดเข้าไปด้วย จากนั้นจึงทำการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ตามบริเวณที่สารดังกล่าวนี้ เคลื่อนที่ผ่าน เนื่องจากวิธีนี้เป็นวิธีที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นแพทย์จะใช้วิธี PTC ก็ต่อเมื่อใช้วิธี ERCP แล้วแต่ได้ผลไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถทำได้ด้วยเหตุผลบางประการ

(4.9) การอัลตราซาวด์โดยการนำกล้องเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยโดยผ่านทาง การผ่าตัดขนาดเล็ก (Laparoscopy): Laparoscopy เป็นการผ่าตัดเล็กประเภทหนึ่ง แพทย์ จะทำการสอดท่อขนาดเล็กและบางซึ่งติดกับกล้องวิดีโอขนาดเล็กผ่านช่องที่ทำการผ่าตัดตรงบริเวณ ช่องหน้าท้องเพื่อตรวจดูท่อน้ำดี, ถุงน้ำดี, ตับ และอวัยวะอื่นๆ ในบริเวณนั้น วิธีนี้มักทำในห้องผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยถูกวางยาสลบแล้ว Laparoscopy สามารถช่วยแพทย์วางแผนการผ่าตัดหรือการรักษาได้ และสามารถใช้บ่งชี้ระยะของมะเร็ง หากมีความจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อ แพทย์อาจจะสอด อุปกรณ์ที่ใช้ตัดชิ้นเนื้อเพื่อนำไปตรวจใต้กล้องจุลทรรศน์ วิธีนี้มักทำก่อนการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก เพื่อให้มั่นใจว่ามะเร็งถูกตัดออกอย่างสมบูรณ์

(4.10) การถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดี (Cholangioscopy): การถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดีทำได้โดยวิธี ERCP (ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น) แพทย์จะสอดกล้องที่มีลักษณะ เป็นท่อขนาดเล็กเข้าไปในท่อน้ำดีที่มีขนาดใหญ่กว่าที่ใช้ในวิธี ERCP ซึ่งจะทำให้กล้องสามารถไปยังท่อน้ำดีได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะสามารถช่วยให้แพทย์มองเห็นการอุดตัน, ก้อนนิ่ว, ก้อนมะเร็ง หรือสามารถทำการตัดชิ้นเนื้อได้

(4.11) การตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy): การตรวจโดยการถ่ายภาพ (ultrasound, CT or MRI scans, cholangiography เป็นต้น) จะช่วยบอกว่ามีก้อนมะเร็งหรือไม่ แต่บางครั้งการตัดชิ้นเนื้อและนำไปตรวจใต้กล้องจุลทรรศน์จะช่วยให้การวินิจฉัยมีความน่าเชื่อถือขึ้น การตัดชิ้นเนื้อเพื่อเก็บตัวอย่างไปทำการวินิจฉัยมีวิธีการหลายวิธี ดังนี้

(4.12) วิธีการตัดชิ้นเนื้อ: การตัดชิ้นเนื้อระหว่างที่ทำการถ่ายภาพรังสีของท่อน้ำดี เมื่อแพทย์ทำการตรวจด้วยวิธี ERCP หรือ PTC แพทย์อาจจะเก็บตัวอย่างน้ำดีไปด้วย ระหว่างทำการตรวจเพื่อใช้ตรวจหาเซลล์มะเร็งในน้ำดีเซลล์ท่อน้ำดีและชิ้นส่วนเนื้อเยื่อต่างๆในน้ำดี อาจถูกเก็บเป็นตัวอย่างโดยใช้แปรง แพทย์จะใช้แปรงขนาดเล็ก ที่มีลักษณะยาวและยืดหยุ่นได้ติดเข้าไปกับกล้อง endoscope หรือเข็ม แล้วใช้แปรงนั้นขูดเอาเซลล์และเนื้อเยื่อชิ้นเล็กๆของท่อน้ำดีออกมาโดยการมองผ่านกล้อง

(4.13) การเก็บชิ้นเนื้อโดยใช้เข็ม: การเก็บชิ้นเนื้อด้วยวิธีนี้ แพทย์จะใช้เข็มที่มีลักษณะกลวง บาง แหว่งผ่านผิวหนัง ไปยังก้อนมะเร็งโดยตรง โดยที่ไม่มีการผ่าตัดเพื่อเปิดชั้นผิวหนัง (มีการให้ยาชาก่อนที่จะแทงเข็ม) การแทงเข็มเข้าไปจะใช้การอัลตราซาวด์หรือ CT scan เพื่อดูตำแหน่งที่ถูกต้อง เมื่อเข็มแทงไปถูกบริเวณก้อนมะเร็ง ตัวอย่างจะถูกดูดขึ้นมาผ่านเข็มและส่งไปยังห้องห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจใต้กล้องจุลทรรศน์ ส่วนใหญ่ การเก็บตัวอย่างด้วยวิธีนี้จะใช้เทคนิคที่เรียกว่า fine needle aspiration (FNA) โดยจะใช้เข็มที่บางมากๆติดกับไซริงก์แล้วดูดเอา

เซลล์ตัวอย่างขึ้นมา แต่บางครั้งการเก็บตัวอย่างด้วยวิธีนี้อาจได้ตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย ดังนั้น อาจมีการใช้เทคนิคที่เรียกว่า core needle biopsy ซึ่งเป็นการใช้เข็มที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มากขึ้น

2.2.5.5 ระยะการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีเกือบทุกชนิดมีจุดเริ่มต้นที่เนื้อเยื่อชั้นในสุดของผนังท่อน้ำดี และหลังจากนั้นมะเร็งจึงมีการเจริญออกมาด้านนอกท่อน้ำดี และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกายผ่านทางกระแสเลือด หรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งระบบน้ำเหลืองเป็นระบบหนึ่งของร่างกายที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อและการเกิดโรค การกำหนดระยะของโรคเป็นวิธีมาตรฐานของแพทย์ที่จะบอกระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง โดยระบบที่ใช้กำหนดระยะของการเกิดโรคมะเร็งที่ใช้เป็นหลักจะอ้างอิงจากระบบของ American Joint Committee on Cancer หรือ AJCC เป็นระบบที่เรียกว่า TNM

ระบบ TNM ของ AJCC สำหรับการกำหนดระยะการดำเนินโรคสำหรับมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยข้อมูลหลัก 3 อย่าง ดังต่อไปนี้:

(1) T เป็นระบบหลักที่ใช้อธิบายถึงระยะการรุกรานของมะเร็งผ่านผนังท่อน้ำดี รวมทั้งการรุกรานและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะส่วนอื่นๆ

(1.1) การจำแนกระยะของโรคในระบบ T:

TX: ยังไม่พบร่องรอยการเกิดโรคของมะเร็งเนื่องจากยังมีการเกิดมะเร็งที่ไม่สมบูรณ์

T0: ยังไม่ปรากฏมะเร็งก้อนแรก

Tis: มีมะเร็งเกิดขึ้นที่ชั้นเยื่อเมือกด้านในสุดของผนังท่อน้ำดี แต่ยังไม่มีการเจริญออกมายังชั้นที่อยู่ลึกกว่าของท่อน้ำดี ระยะนี้เรียกอีกอย่างว่า intramucosal carcinoma

T1: มีการเจริญของมะเร็งก้อนเดียวมายังเนื้อเยื่อชั้นลึกของผนังท่อน้ำดี แต่ยังคงจำกัดอยู่แค่ในท่อน้ำดี และไม่มีการเจริญแพร่มาถึงหลอดเลือด

T2: แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย:

T2a: มีมะเร็งก้อนเดียว เจริญผ่านผนังท่อน้ำดีเข้ามายังหลอดเลือด

T2b: มีมะเร็งสองก้อนหรือมากกว่า ซึ่งอาจมีการเจริญหรืออาจจะไม่มีการเจริญผ่านผนังท่อน้ำดีมายังหลอดเลือด

T3: มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงเช่น ลำไส้เล็ก, กระเพาะอาหาร, ท่อน้ำดีใหญ่, ผนังหน้าท้อง, กระบังลม หรือต่อมน้ำเหลืองรอบๆหลอดเลือดดำในตับ

T4: มะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วตับ ไปตามท่อน้ำดี

(2) N เป็นการอธิบายการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

(2.1) การจำแนกระยะของโรคในระบบ N:

NX: ยังไม่พบร่องรอยของมะเร็งและการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

N0: มีก้อนมะเร็งแต่ยังไม่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

N1: มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

(3) M เป็นระบบที่ใช้บอกการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะส่วนอื่นในร่างกาย ซึ่งบริเวณที่มักพบว่าการกระจายของมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ ได้แก่ ตับ, ผนังหน้าท้อง และปอด

(3.3) การจำแนกระยะของโรคในระบบ M:

M0: ยังไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งจากท่อน้ำดีไปยังอวัยวะอื่น

M1: มะเร็งมีการแพร่กระจายจากท่อน้ำดีไปยังอวัยวะอื่นๆ

เมื่อมีการจำแนกระยะของโรคตามระบบ T,N,M แล้ว ข้อมูลดังกล่าวนี้จะถูกนำมารวมกันตามกระบวนการที่เรียกว่า การรวมกลุ่มระยะของโรค (Stage grouping) โดยระยะต่างๆถูกจัดเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง IV ในระบบเลขโรมัน

Stage 0 (Tis, N0, M0): มะเร็งมีการเจริญที่ชั้นเยื่อเมือกด้านในสุดของท่อน้ำดี (Tis) aและยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage I (T1, N0, M0): มะเร็งมีการแพร่ไปยังเนื้อเยื่อชั้นลึกของผนังท่อน้ำดี (T1) แต่ไม่มีการลุกลามไปยังหลอดเลือด ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage II (T2, N0, M0): มีมะเร็งก้อนเดียวที่มีการเจริญลุกลามไปยังหลอดเลือด (T2a) หรือ มีมะเร็งเกิดขึ้นหลายก้อน (T2b) มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage III (T3, N0, M0): มะเร็งมีการเจริญลุกลามไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้เล็กตอนต้น, ลำไส้ใหญ่, กระเพาะอาหาร, ผนังช่องท้อง, กระบังลม, ต่อมน้ำเหลืองรอบๆหลอดเลือดดำในตับ (T3) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N0) หรืออวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage IV: แยกออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่:

Stage IVA(T4, N0, M0) OR (Any T, N1, M0): มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปทั่วตับไปตามท่อน้ำดี (T4) หรือ มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (N1) แต่ยังไม่แพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นๆ (M0)

Stage IVB (Any T, any N, M1): มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (M1) คุณอาจจะเคยได้ยินแพทย์กล่าวถึงระดับของโรคมะเร็งมาบ้าง ซึ่งการกำหนดระดับของโรคมะเร็งหมายถึงการเปรียบเทียบระหว่างเซลล์มะเร็งกับเซลล์ปกติ รวมทั้งยังบ่งบอกถึงความไวในการเจริญของเซลล์มะเร็งและการแพร่กระจาย มะเร็งระดับต่ำ (low grade tumor) คือมะเร็งที่เจริญช้า ในทางตรงข้ามมะเร็งระดับสูง (high grade tumor) คือมะเร็งที่มีการเจริญเร็วกว่าการเปลี่ยนสภาพ (Differentiation) หมายถึง กระบวนการพัฒนาของเซลล์มะเร็ง เซลล์มะเร็งไม่สามารถวัดได้เช่นเดียวกับเซลล์ปกติ ซึ่งคุณอาจจะเคยได้ยินแพทย์พูดถึงมะเร็งระดับหนึ่งและการเปลี่ยนสภาพของมะเร็ง มะเร็งระดับสองคือมะเร็งที่มีการเปลี่ยนสภาพระดับกลาง (moderately differentiated) มะเร็งระดับสามคือมะเร็งที่มีการเปลี่ยนสภาพเลว (poorly differentiated) ส่วนมะเร็งระดับสี่คือมะเร็งที่ไม่มีการเปลี่ยนสภาพของเซลล์(undifferentiated)

ระดับของมะเร็งท่อน้ำดี:

Grade 1 เซลล์มะเร็งมีลักษณะคล้ายเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีปกติอย่างมาก ระดับนี้เรียกว่ามะเร็งระดับต่ำ (low grade cancer)

Grade 2 เซลล์มะเร็งมีลักษณะเหมือนเซลล์ผิดปกติเพียงเล็กน้อย ระดับนี้เรียกว่า มะเร็งระดับกลาง (intermediate grade cancer)

Grade 3 เซลล์มะเร็งมีลักษณะเป็นเซลล์ผิดปกติและต่างจากเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีปกติเป็นอย่างมาก ระดับนี้เรียกว่ามะเร็งระดับสูง (high grade cancer)

Grade 4 เซลล์มะเร็งมีลักษณะของเซลล์ผิดปกติเป็นอย่างมากและไม่สามารถมองออกว่าเป็นเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี ระดับนี้ก็เรียกว่า มะเร็งระดับสูง เช่นกัน (high grade cancer)

2.2.5.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรักษามะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยสำคัญของการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษามะเร็งท่อน้ำดีคือขอบเขตของมะเร็ง วิธีการที่ใช้รักษามะเร็งท่อน้ำดีนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดโรคและขนาดของก้อนมะเร็ง รวมทั้งระยะการแพร่กระจายของมะเร็ง นอกจากนี้ เพศและสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองก็เป็นอีกปัจจัยที่ต้องพิจารณาว่าสามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้หรือไม่ โดยส่วนใหญ่ทีมแพทย์ผู้รักษาต้องมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาเป็นวิธีการรักษามะเร็งท่อน้ำดีที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดก็ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทุกราย โดยทั่วไปแล้ว แพทย์จะแบ่งประเภทของมะเร็งตามการรักษาเป็น 2 ประเภทได้แก่

(1) มะเร็งที่สามารถทำการผ่าตัดได้: มะเร็งประเภทนี้คือมะเร็งที่แพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาได้อย่างสมบูรณ์ โดยอาศัยข้อมูลจากภาพถ่ายและการวินิจฉัยวิธีอื่นๆ มะเร็งที่อยู่ในระยะ 0, I และ II รวมทั้งผู้ป่วยบางคนในระยะ III ของ

ระบบ TNM มีความเป็นไปได้สูงที่จะสามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกไปได้ แต่ทั้งนี้ก็ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น เช่น ตำแหน่งของก้อนมะเร็งและความพร้อมของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกอย่างสมบูรณ์นั้นเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เมื่อแพทย์พิจารณาให้รักษาโดยการผ่าตัด ก็จำเป็นที่จะต้องทำการตรวจระยะการดำเนินโรคก่อนโดยการใช้วิธีส่องกล้องเข้าไปตรวจภายในช่องท้อง (laparoscopy) เพื่อดูว่ามะเร็งมีการแพร่กระจายหรือไม่ ซึ่งถ้าหากมีการแพร่กระจายหรือลุกลามไปแล้วก็จะไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

ประเภทของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขอบเขตของมะเร็ง ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีซ่านก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ก็จำเป็นต้องมีการใช้ขดลวดหรือท่อเพื่อให้มีการระบายของน้ำดี ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการให้ดีขึ้นและอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่มีสภาพพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด

Adjuvant chemotherapy คือการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงและการกลับมาเกิดซ้ำของมะเร็ง แต่แพทย์ก็ยังไม่สามารถลงความเห็นได้ว่าวิธีจะได้ผลเต็มที่หรือไม่ การให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดมักจะให้เมื่อแพทย์ค่อนข้างมั่นใจว่ามะเร็งที่ทำการผ่าตัดนั้นไม่สามารถผ่าตัดออกมาได้อย่างสมบูรณ์ (อาศัยข้อมูลจากการตรวจชิ้นเนื้อในห่อปฏิบัติการ) ถ้าพบว่ามะเร็งหลงเหลืออยู่อย่างชัดเจน แพทย์อาจลงความเห็นให้มีการผ่าตัดครั้งที่สองในผู้ป่วยบางราย

แต่ในบางกรณีที่ข้อมูลจากการถ่ายภาพยังไม่ชัดเจนว่ามะเร็งนั้นจะถูกผ่าตัดออกไปอย่างสมบูรณ์หรือไม่ มะเร็งประเภทนี้จะถูกเรียกว่า borderline resectable แพทย์อาจจะลงความเห็นให้ทำรังสีรักษาหรือให้ยาเคมีบำบัดก่อนรับการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ซึ่งวิธีนี้เรียกว่า neoadjuvant treatment ถึงแม้ว่าวิธีนี้จะมีประโยชน์ต่อการรักษา มะเร็งบางประเภท แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าจะได้ผลเต็มที่หรือไม่ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

(2) มะเร็งที่ไม่สามารถผ่าตัดได้: มะเร็งประเภทนี้มีการแพร่กระจายไปไกลหรือเกิดในตำแหน่งที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาได้ โดยมักเป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ III หรือ IV หรืออาจเป็นมะเร็งระยะแรก แต่สภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรงพอที่จะทำการผ่าตัด ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ในผู้ป่วยบางคนที่ยังชี้ชัดไม่ได้ว่าสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งได้หรือไม่ จะต้องมีการทำรังสีรักษาเพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนที่จะทำการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาได้อย่างสมบูรณ์

ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจฉัยว่ามะเร็งก้อนนั้นสามารถผ่าตัดออกมาได้ แต่เมื่อทำการผ่าตัดแล้วไม่สามารถเอาก้อนมะเร็งออกได้หมด ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการที่มะเร็งมีการแพร่ไปไกลและไม่สามารถมองเห็นได้จากการถ่ายภาพก่อนที่จะทำการผ่าตัด เป็นต้น ในกรณีนี้การผ่าตัดเพื่อเอามะเร็งบางส่วนออกไปและการผ่าตัดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ดังนั้น

อาจจะต้องทำการรักษาด้วยวิธีการทำ bypass ของท่อน้ำดีเพื่อลดการอุดตันของท่อน้ำดี หรือทำการใส่ขดลวดเพื่อขยายท่อน้ำดีระหว่างทำการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นวิธีการรักษาอีกหนึ่งทางเลือก

ในบางกรณี อาจทำการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับ (ในกรณีที่แพทย์ทำการผ่าตัดเอาตับและท่อน้ำดีออกไปแล้ว) ซึ่งจะมีการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาก่อนเป็นอันดับแรก แต่อย่างไรก็ตามการหาผู้บริจาคตับที่สามารถเข้ากับผู้ป่วยได้ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องง่าย

มะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักจะเป็นประเภทที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ดังนั้นในการรักษามะเร็งชนิดนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อที่จะควบคุมไม่ให้มะเร็งเจริญหรือขยายไปมากกว่าเดิมและเพื่อบรรเทาอาการที่เป็นผลจากมะเร็ง

การทำรังสีรักษาและ/หรือการให้ยาเคมีบำบัดอาจช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งหรือชะลอการเจริญของมะเร็งได้ในบางกรณี สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นภายในตับ การสลายมะเร็งโดยการใช้ความร้อนสูงจากคลื่นความถี่หรือการใช้ความเย็นจัดก็สามารถควบคุมขนาดของมะเร็งได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่ามะเร็งยังสามารถเกิดซ้ำได้อีกหลังการรักษา

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การรักษาเพื่อบรรเทาอาการอันเนื่องมาจากมะเร็ง ซึ่งปัญหาหลักที่สำคัญที่พบมากก็คือ การอุดตันของท่อน้ำดี (ซึ่งจะทำให้เกิดดีซ่าน อาการคันและอื่นๆ) และความเจ็บปวด

การอุดตันของท่อน้ำดีสามารถทำการรักษาได้โดยการผ่าตัดหรือวิธีการอื่นๆ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดมะเร็งออกได้ การหลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่และทำการรักษาด้วยวิธีอื่นน่าจะเป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีกว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังเข้ารับการรักษา แต่พบว่าไม่สามารถผ่าตัดมะเร็งออกมาได้การทำ bypass ท่อน้ำดีก็เป็นทางเลือกที่ดีอีกวิธีหนึ่ง หรือในบางกรณีอาจมีการใส่ขดลวดหรือท่อ (stent หรือ catheter) เพื่อช่วยขยายและระบายน้ำดี

แนวทางการรักษาอื่นเพื่อช่วยเปิดท่อน้ำดีที่อุดตันก็คือ การฝังแร่ (Brachytherapy) ซึ่งเป็นการฝังชิ้นส่วนเล็กๆของแร่กัมมันตรังสีเข้าไปในท่อน้ำดีในระยะเวลานั้นๆ และการทำ photodynamic ซึ่งก็คือการยิงแสงเพื่อไปกระตุ้นยาที่ฉีดเข้าไปในหลอดเลือดดำแล้วใช้กล้อง endoscope ที่ติดตัวกำเนิดแสงที่ปลายกล้องสอดเข้าไปในท่อน้ำดี

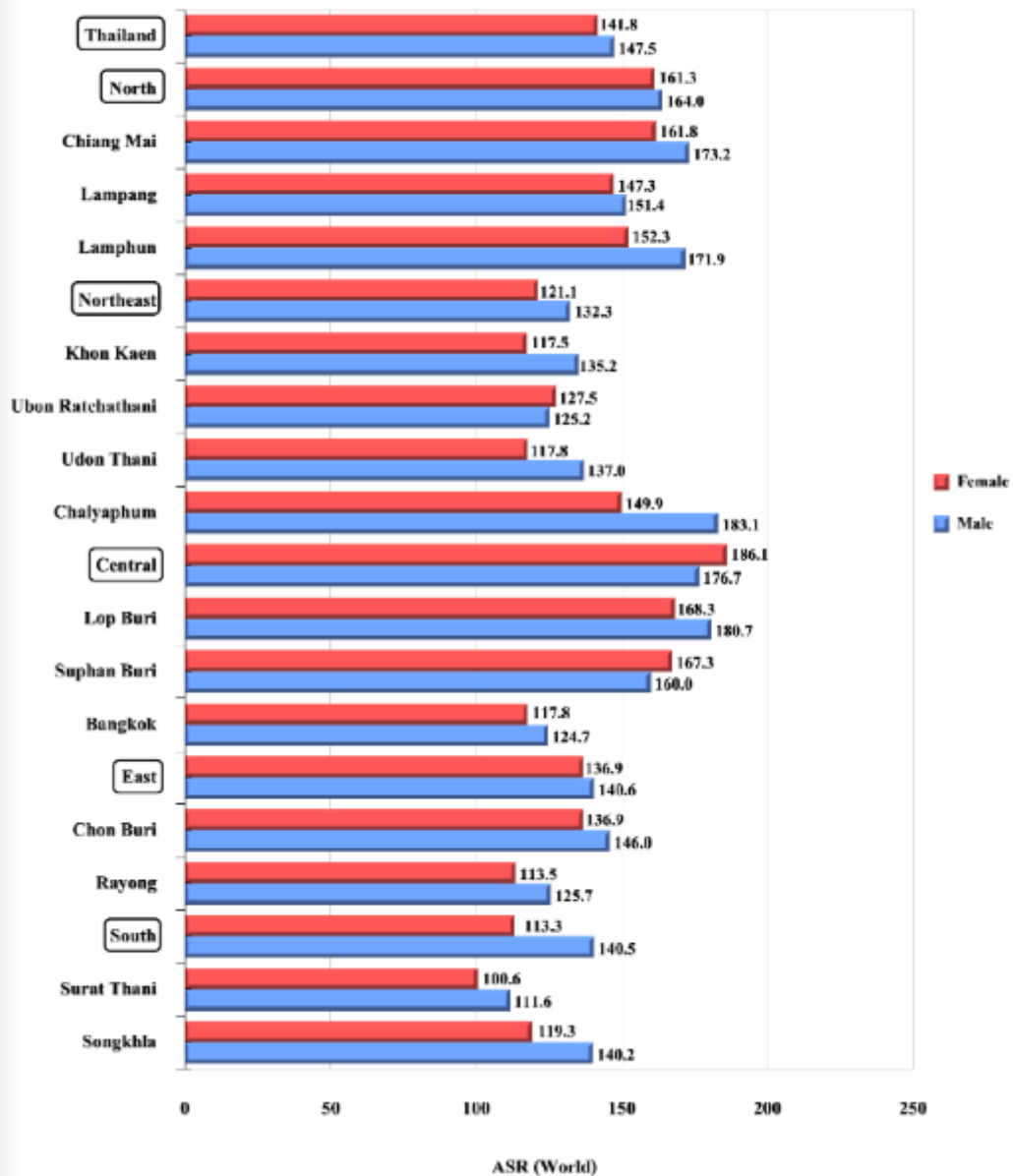
มะเร็งท่อน้ำดีในระยะท้ายอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยควรต้องแจ้งแก่แพทย์ประจำตัวหากมีอาการเจ็บปวด ซึ่งแพทย์อาจจะทำการฉายรังสี, การฉีดแอลกอฮอล์ หรือสลายก้อนมะเร็งที่อยู่ในตับเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาเพื่อควบคุมและบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในการรักษามะเร็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรแจ้งอาการที่เกิดขึ้น, ความเจ็บปวดต่างๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ควรคำนึงถึงแก่ทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา

2.3 อุบัติการณ์โรคมะเร็ง

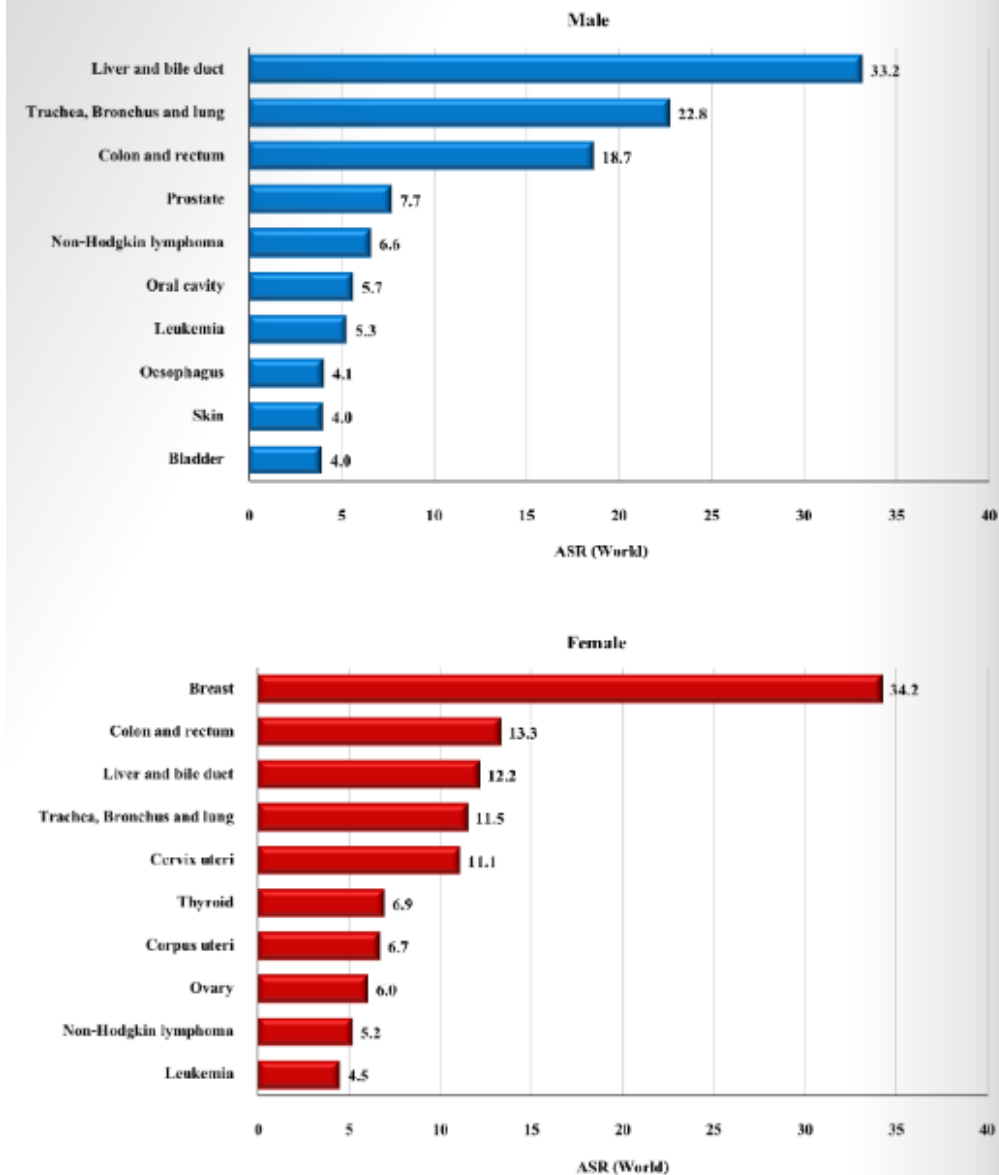
ปัจจุบันสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ฉบับที่ 8 ซึ่งรวบรวมข้อมูลระหว่างปี 2559 - 2561 พบว่าประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ หรือ Age-Standardized incidence Rate (ASR) ในเพศชาย คิดเป็น 147.5 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ในเพศหญิง คิดเป็น 141.8 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย (เพศชาย) ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย (เพศหญิง) ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก⁽²⁴⁾ เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ในภาคเหนือทั้งหมด 70,222 ราย เพศชายมีค่าอุบัติการณ์เท่ากับ 162.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงมีค่าอุบัติการณ์เท่ากับ 154.9 ต่อประชากร 100,000 ราย โรคมะเร็งที่พบมากในภาคเหนือ 3 อันดับแรกเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดลำปาง พ.ศ.2556-2560 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งของจังหวัดลำปางต่อปี เพศชาย เท่ากับ 159.3 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง คิดเป็น 154.1 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สำหรับเพศหญิง โรคมะเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี⁽²⁵⁾ พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มารักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 2,902 ราย เป็นเพศชาย 1,112 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.2 และเป็นเพศหญิง 1,790 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 (ข้อมูลจากรายงานสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ. 2566) โดยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรกที่พบมากในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งชายและหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมลูกหมาก ตามลำดับ⁽²⁶⁾ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนมะเร็งในจังหวัดลำปาง พบว่า เขตตำบลพิชัยมีประชากรเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 48 ราย 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม จำนวน 10 ราย มะเร็งตับ จำนวน 8 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 7 ราย มะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ราย และมะเร็งปอด จำนวน 5 ราย ทั้งนี้เป็นประชากรในหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง จำนวน 4 ราย โดยพบว่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม จำนวน 1 ราย มะเร็งตับ จำนวน 1 คน มะเร็งต่อมไทรอยด์ จำนวน 1 คน และมะเร็งริมฝีปาก จำนวน 1 ราย ประชากรในหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือเสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 1 ราย และประชากรในหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ จำนวน 4 ราย โดยพบว่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม จำนวน 1 ราย มะเร็งปอด จำนวน 1 ราย มะเร็งตับ จำนวน 1 ราย และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 1 ราย

Figure B Mean annual age-standardized incidence rate in Thailand (ASR per 100,000), all sites, 2016-2018

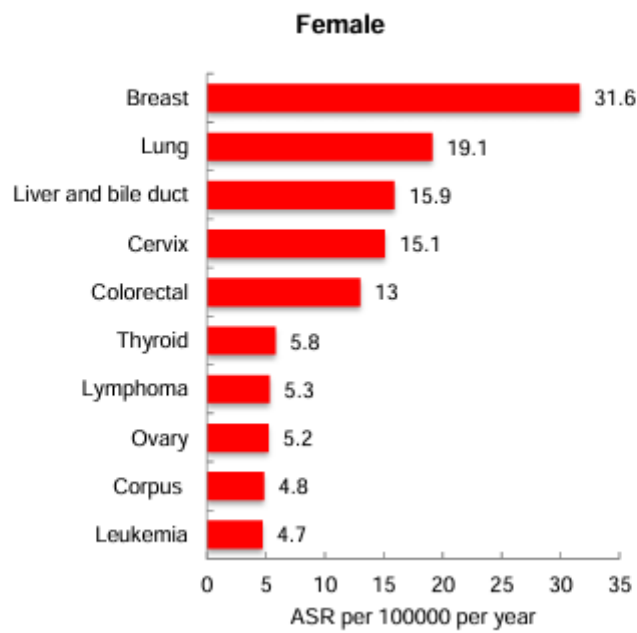
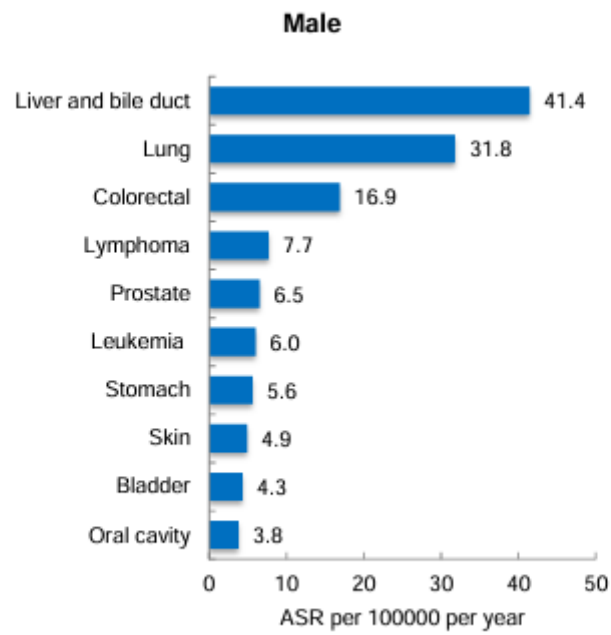


อัตราการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ (ASR)

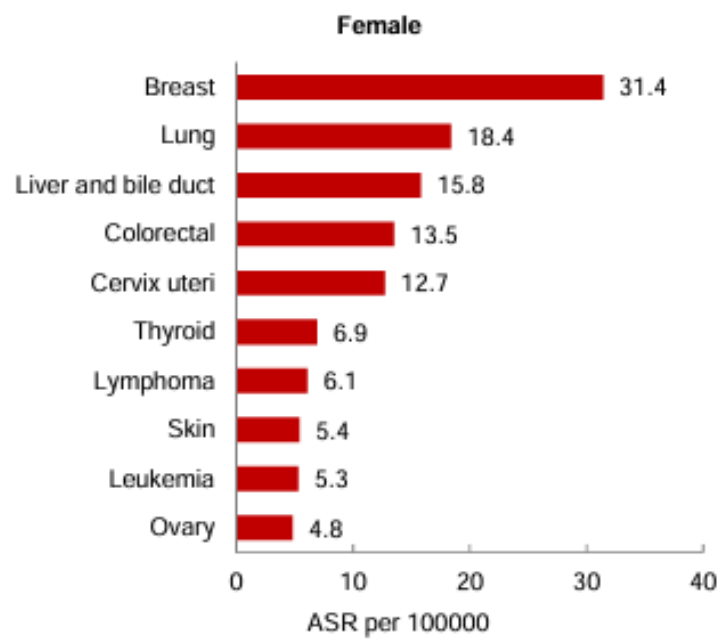
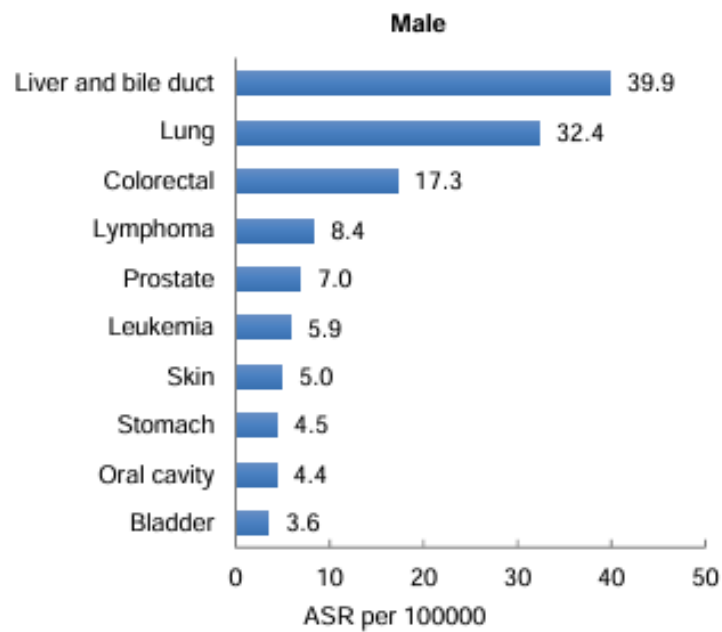
Figure C Leading cancer in Thailand (mean annual ASR 2016-2018)



อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ (ASR)
แยกเพศชายและเพศหญิง

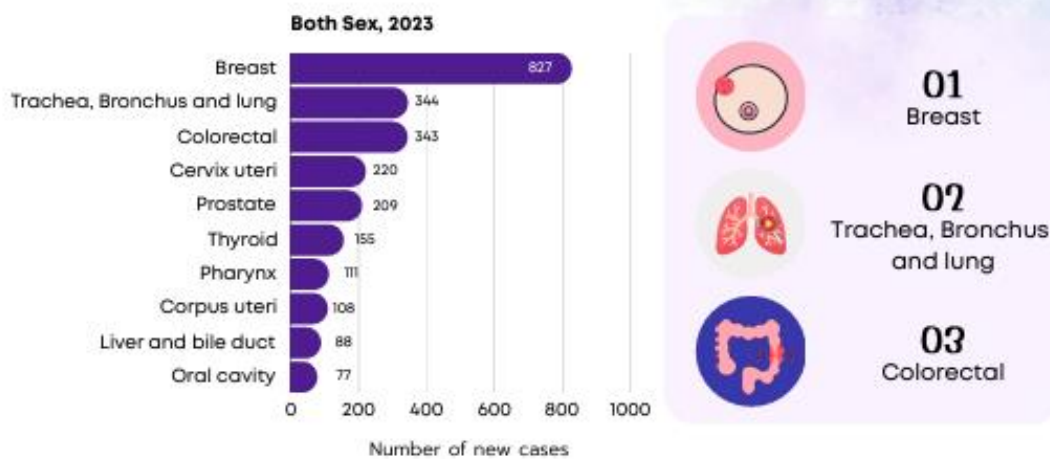


อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือ พ.ศ. 2556-2560



อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดลำปาง พ.ศ. 2556-2560

10 Leading new cancer patients in Lampang Cancer Hospital (Both sex), 2023



Rating	Cancer sites	Number	Percentage
1	C50 Breast	827	28.5
2	C33-34 Trachea, Bronchus and lung	344	11.9
3	C18-20 Colorectal	343	11.8
4	C53 Cervix uteri	220	7.6
5	C61 Prostate	209	7.2
6	C73 Thyroid	155	5.3
7	C09-14 Pharynx	111	3.8
8	C54 Corpus uteri	108	3.7
9	C22,C24 Liver and bile duct	88	3.0
10	C00-06 Oral cavity	77	2.7

อันดับโรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง พ.ศ. 2566

บทที่ 3

วิธีดำเนินโครงการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเสี่ยงโรคมะเร็งในเขตตำบลพิชัย อ. เมือง จ.ลำปาง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

3.1 วิธีการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ประชาคมครั้งที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง โดยจัด 1 ครั้งต่อ 1 ชุมชน โดยมีแกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่ อสม. จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ เข้าร่วมการประชุม

2) การแจกแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความเสี่ยงโรคมะเร็ง ให้แก่หมู่บ้านที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ จำนวนหมู่บ้านละ 300 ชุด รวมทั้งหมด 900 ชุด

ระยะเวลาในการดำเนินการ

1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งหมด

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ หมู่บ้านละ 300 คน รวมทั้งหมด 900 คน

3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 เกณฑ์การคัดเลือก

- ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- สามารถให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามได้
- อ่านออก เขียนได้ สะดวกมีเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3.3.2 เกณฑ์การคัดออก

- ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน
- ขอลถอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตอนที่ 2.1 ประวัติการเจ็บป่วย

ตอนที่ 2.2 ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง

ตอนที่ 2.3 ประวัติการสูบบุหรี่ครอบครัว

ตอนที่ 2.4 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ตอนที่ 2.5 ประวัติอื่น

ตอนที่ 2.6 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้

ตอนที่ 2.7 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ตอนที่ 2.8 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ

ตอนที่ 2.9 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด

ตอนที่ 2.10 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม

ตอนที่ 2.11 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ประชุมคณะกรรมการดำเนินโครงการฯ เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการฯ และขอความร่วมมือจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

2) จัดกิจกรรมประชุมประชาคมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โครงการต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

3) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

4) ดำเนินการแจกแบบสอบถาม เพื่อศึกษาชุมชนต้นแบบฯ จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ หมู่บ้านละ 300 ชุด รวมทั้งหมด 900 ชุด

5) บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

6) สรุปผลการดำเนินโครงการฯ และจัดทำรูปเล่มรายงาน

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำเสนอด้วย สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของประชากร ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง ประวัติการสูบบุหรี่หรือครอบครัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติอื่น ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก และส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละในกรณีเป็นข้อมูลแจกแจง ส่วนกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; SD) หากมีการเปรียบเทียบจะวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Independent t-test, dependent t-test และ Chi-square test

บทที่ 4

ผลการดำเนินโครงการ

4.1 ผลการสำรวจข้อมูลชุมชนในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

ผลการสำรวจข้อมูลชุมชนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ หมู่บ้านละ 300 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 900 คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งหมด 900 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 300)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	116	38.67
หญิง	184	61.33
2. สถานภาพสมรส		
โสด	56	18.67
สมรส/คู่	193	64.33
หม้าย	46	15.33
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	1.67
3. อายุ		
9-20 ปี	11	3.67
21-40 ปี	25	8.33
41-60 ปี	162	54.00
61 ปีขึ้นไป	102	34.00
(ค่าเฉลี่ย = 55.05, SD = 14.12, ค่าต่ำสุด = 9, ค่าสูงสุด = 94)		
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.67
ประถมศึกษา	194	64.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	14.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	23	7.67
อนุปริญญา/ปวส.	16	5.33
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	5.33
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	60	20.00
รับจ้างทั่วไป	116	38.67
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	1
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	17	5.67
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	46	15.33
อื่นๆ	58	19.33
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	249	83.00
15,001 – 20,000	18	6.00
20,001– 25,000	4	1.33
25,001 – 30,000	14	4.67
มากกว่า 30,001	15	5.00
(ค่าเฉลี่ย =10,697.33, SD =10,660.11, ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด =50,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	180	60.00
มี	120	40.00
- เก๊าท์	8	2.67
- ไขมันในเลือดสูง	36	12.00
- เบาหวาน	44	14.67
- ความดันโลหิตสูง	76	25.33
- หอบหืด	1	0.33
- ไวร้สตับอักเสบบี	1	0.33
- ไวร้สตับอักเสบบีซี	0	0.00
- ไตเรื้อรัง	2	0.67
- อื่นๆ	8	2.67

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 300 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 184 คน (ร้อยละ 61.33) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 193 ราย (ร้อยละ 64.33) รองลงมา คือ สถานภาพโสด จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 18.67) และสถานภาพหม้าย จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 15.33) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 55.05 ± 14.12 ปี อายุต่ำที่สุด 9 ปี และอายุสูงสุด 94 ปี โดยอายุในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 54.00) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 34.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 194 ราย (ร้อยละ 64.67) ถัดมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 14.33) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 116 ราย (ร้อยละ 38.67) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $10,697.33 \pm 10,660.11$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 249 ราย (ร้อยละ 83.0) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 – 20,000 บาท/เดือน จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 6.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 180 คน (ร้อยละ 60.00) และมีโรคประจำตัว จำนวน 120 คน (ร้อยละ 40.00) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง และอื่นๆ จำนวน 76 ราย, 44 ราย, 36 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง (n = 300)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	294	98.00
มี	6	2.00
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	257	85.67
มี	43	14.33
2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง		
ไม่สูบ	267	89.00
สูบ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น)	23	7.67
- 1-4 มวน/วัน	9	3.00
- 5-8 มวน/วัน	6	2.00

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
- 9-12 มวน/วัน (ค่าเฉลี่ย 6.13 , SD = 2.99, ค่าต่ำสุด = 2 , ค่ามากที่สุด = 10)	8	2.67
จำนวนปีที่เคยสูบ (ค่าเฉลี่ย 12.00, SD = 3.00, ค่าต่ำสุด = 9, ค่ามากที่สุด = 15)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ค่าเฉลี่ย 13.60, SD = 12.22, ค่าต่ำสุด = 1, ค่ามากที่สุด = 40)	10	3.33
3. ประวัติการมีคนสูบบุหรี่ในบ้านหลังเดียวกัน		
ไม่สูบ	273	91.00
สูบ	27	9.00
4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)		
ไม่ดื่ม	178	59.33
ดื่ม	103	34.33
- ดื่มประจำทุกวัน	30	10.00
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	41	13.67
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	16	5.33
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	16	5.33
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	19	6.33
5. ประวัติอื่น		
5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่มี	300	100.00
มี	0	0.00
5.2 เปื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
ไม่มี	300	100.00
มี	0	0.00
6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้		
6.1 ภายใน 1 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ตรวจอุจจาระ หรือไม่		
ไม่เคย	202	67.33
เคย	98	32.67

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
6.2 ภายใน 5 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ส่องกล้อง หรือไม่		
ไม่เคย	259	86.33
เคย	41	13.67
6.3 ท่านมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับ ท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่		
ไม่เคย	298	99.33
เคย	2	0.67
6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก		
ไม่มี	300	100.00
มี	0	0.00
7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่		
ไม่เคย	251	83.67
เคย	49	16.33
7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่		
ไม่เคย	246	82.00
เคย	54	18.00
7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสี เข้มหรือไม่		
ไม่มี	299	99.67
มี	1	0.33
8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ		
8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่เคย	278	92.67
เคย	22	7.33
8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครง ด้านขวา หรือไม่		
ไม่เคย	298	99.33
เคย	2	0.67

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่มี	294	98.00
มี	6	2.00
9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด		
9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่		
ไม่เคย	299	99.67
เคย	1	0.33
9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่		
ไม่เคย	106	35.33
เคย	194	64.67
9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหินหรือไม่		
ไม่เคย	298	99.33
เคย	2	0.67
- ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่		
ไม่ใส่	0	0.00
ใส่	2	100.00
10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม (N =159, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ แมมโมแกรม หรือไม่		
ไม่เคย	64	40.25
เคย	95	59.75
10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มี น้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านมหรือไม่		
ไม่มี	159	100.00
มี	0	0.00
10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี หรือไม่		
ไม่มี	142	89.31
มี	17	10.69

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก (N =159, สตรีอายุ30-70 ปี)		
11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	82	51.57
เคย	77	48.43
11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	157	98.74
เคย	2	1.26
11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่		
ไม่มี	159	100.00
มี	0	0.00
11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่		
ไม่ใช่	159	100.00
ใช่	0	0.00
11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่		
ไม่เคย	159	100.00
เคย	0	0.00

จากตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยโรคมะเร็ง ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 294 ราย (ร้อยละ 98.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 257 ราย (ร้อยละ 85.67)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 267 ราย (ร้อยละ 89.00) รองลงมาสูบบุหรี่ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 7.67) โดย มีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่เท่ากับ 6.13 มวน/วัน มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 2 มวน/วัน และค่าสูงสุดเท่ากับ 10 มวน/วัน ซึ่งส่วนมากพบว่า ความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1-4 มวน/วัน จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 3.00) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 12 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 9 ปี และ

ค่าสูงสุด เท่ากับ 15 ปี และมีผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.33) โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 13.60 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 ปี และค่าสูงสุด เท่ากับ 40 ปี ตามลำดับ

ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่หรืออยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่หรืออยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 273 ราย (ร้อยละ 91.00)

ด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 59.33) และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง ดื่มสุรา จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 34.33) โดยพบว่าดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ มากที่สุด จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 13.67) รองลงมา คือ ดื่มประจำทุกวัน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 10.00) ตามลำดับ และมีผู้ที่เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 6.33)

ด้านประวัติอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 300 ราย (ร้อยละ 100) และ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวน 300 ราย (ร้อยละ 100) เช่นเดียวกัน

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ พบว่า ภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 202 ราย (ร้อยละ 67.33) และเคยตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 32.67) ภายใน 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 259 ราย (ร้อยละ 86.33) และ เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 13.67) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 99.33) และมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.67) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ถ่ายอุจจาระ ไม่มีเลือดปนหรือเลือดออกทางทวารหนัก จำนวน 300 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 251 ราย (ร้อยละ 83.67) และเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 16.33) ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 246 ราย (ร้อยละ 82.00) และเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 18.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีดปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 299 ราย (ร้อยละ 99.67) และมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีดปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.33)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 278 ราย (ร้อยละ 92.67) และเคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัส ตับอักเสบบี/ซี จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 7.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 99.33) และเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีบุคคล

ในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 294 ราย (ร้อยละ 98.00) และมีบุคคลในครอบครัว ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.00)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 299 ราย (ร้อยละ 99.67) และมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 194 ราย (ร้อยละ 64.67) และไม่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 35.33) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยทำงานในเหมืองแร่ ครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหิน จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 99.33) และเคยทำงานในเหมืองแร่ ครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหิน จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.67) โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันทั้งหมด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=159, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 40.25) และเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 59.75) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านม จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการ รับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 142 ราย (ร้อยละ 89.31) และมีการรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 10.69)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง (n=159, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 51.57) และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 48.43) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 98.74) และ เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.26) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 100) ไม่มีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 100) ไม่ได้สมรส/มีเพศสัมพันธ์ ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง (n=300)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโต อย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	297 (99.00)	3 (1.00)
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อกับคนหนึ่ง สู่อีกคนหนึ่ง	299 (99.67)	1 (0.33)
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอด ทางพันธุกรรมได้	297 (99.00)	3 (1.00)
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	273 (91.00)	27 (9.00)
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มี ความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มี อายุน้อยกว่า 40 ปี	110 (36.67)	190 (63.33)
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง ปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	80 (26.67)	220 (73.33)
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจ เหนื่อย	297 (99.00)	3 (1.00)
8. โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถ ติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	243 (81.00)	57 (19.00)
9. ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	100 (33.33)	200 (66.67)
10. การขาดการออกกำลังกาย และมี ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	280 (93.33)	20 (6.67)
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่าน กระบวนการ ปิ้งย่าง เผา เช่นไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม	297 (99.00)	3 (1.00)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
พบสารก่อมะเร็งได้		
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการ สะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	161 (53.67)	139 (46.33)
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการ ลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	242 (80.67)	58 (19.33)
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	300 (100)	0 (0.00)
15. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็น ระยะเวลานานไม่ทำให้เป็นมะเร็ง ปากมดลูก	126 (42.00)	174 (58.00)

จากตารางที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง โดยพิจารณาแยกตามรายข้อคำถาม ที่ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 14 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องทั้งหมด จำนวน 300 คน (ร้อยละ 100.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 2 โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 299 คน (ร้อยละ 99.67)

อันดับที่ 3 มีจำนวน 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ ข้อคำถามที่ 3 โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ข้อคำถามที่ 7 อากาศบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย และข้อคำถามที่ 11 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการ ปิ้งย่างเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 297 คน (ร้อยละ 99.00)

ส่วนข้อคำถามที่ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 6 ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 220 คน (ร้อยละ 73.33)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 9 ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 200 คน (ร้อยละ 66.67)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 5 คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้องจำนวน 190 คน (ร้อยละ 63.33)

ข้อมูลหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 300)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	113	37.67
	หญิง	187	62.33
2. สถานภาพสมรส			
	โสด	37	12.33
	สมรส/คู่	219	73.00
	หม้าย	36	12.00
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	2.67
3. อายุ			
	15-20 ปี	0	0.00
	21-40 ปี	35	11.67
	41-60 ปี	119	39.67
	61 ปีขึ้นไป	146	48.67
	(ค่าเฉลี่ย = 57.59, SD = 12.04, ค่าต่ำสุด = 21, ค่าสูงสุด = 91)		
4. ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.67
	ประถมศึกษา	139	46.33
	มัธยมศึกษาตอนต้น	48	16.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44	14.67
	อนุปริญญา/ปวส.	22	7.33
	ปริญญาตรีขึ้นไป	39	13.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	7	2.33
รับจ้างทั่วไป	94	31.33
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	4.33
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	11	3.67
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	93	31.00
อื่นๆ	82	27.33
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	240	80.00
15,001 – 20,000	27	9.00
20,001– 25,000	9	3.00
25,001 – 30,000	12	4.00
มากกว่า 30,001	12	4.00
(ค่าเฉลี่ย =12,959, SD =13,882.38, ค่าต่ำสุด = 0 , ค่าสูงสุด =150,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	162	54.00
มี	138	46.00
- เก๊าท์	11	3.67
- ไขมันในเลือดสูง	53	17.67
- เบาหวาน	41	13.67
- ความดันโลหิตสูง	99	33.00
- หอบหืด	6	2.00
- ไวรัสตับอักเสบบี	0	0.00
- ไวรัสตับอักเสบบีซี	0	0.00
- ไตเรื้อรัง	3	1.00
- อื่นๆ	7	2.33

จากตารางที่ 4 พบว่า ข้อมูลหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 300 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 187 คน (ร้อยละ 62.33) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 219 ราย (ร้อยละ 73.00) รองลงมา คือ โสด จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 12.33) และสถานภาพหม้าย จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 12.00) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 57.59 ± 12.04 ปี

อายุต่ำที่สุด 21 ปี และอายุสูงสุด 91 ปี โดยอายุในช่วง 61 ปีขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 146 ราย (ร้อยละ 48.67) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 41-60 ปี จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 39.67) เกือบกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.33) มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 139 ราย ถัดมา คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 16.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 31.33) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $12,959 \pm 13,882.38$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 240 ราย (ร้อยละ 80.00) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 – 20,000 บาท/เดือน จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 9.00) และเกินกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 54.00) และมีโรคประจำตัว จำนวน 138 ราย (ร้อยละ 46.00) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน จำนวน 99 ราย, 53 ราย และ 41 ราย ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง (n = 300)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	291	97.00
มี	9	3.00
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	263	87.67
มี	37	12.33
2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง		
ไม่สูบ	273	91.00
สูบ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น)	17	5.67
- 1-4 มวน/วัน	9	3.00
- 5-8 มวน/วัน	3	1.00
- 9-12 มวน/วัน	5	1.67
(ค่าเฉลี่ย 4.71 , SD = 4.05, ค่าต่ำสุด = 1 , ค่ามากที่สุด = 12)		
จำนวนปีที่เคยสูบ		

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
(ค่าเฉลี่ย 12.29, SD = 8.07, ค่าต่ำสุด = 5, ค่ามากที่สุด = 30) เคยสูบแต่เลิกแล้ว	10	3.33
(ค่าเฉลี่ย 12.80, SD = 8.67, ค่าต่ำสุด = 2, ค่ามากที่สุด = 30)		
3. ประวัติการมีคนสูบบุหรี่ในบ้านหลังเดียวกัน		
ไม่สูบ	258	86.00
สูบ	42	14.00
4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)		
ไม่ดื่ม	174	58.00
ดื่ม	106	35.33
- ดื่มประจำวัน	33	11.00
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	43	14.33
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	21	7.00
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	9	3.00
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	20	6.67
5. ประวัติอื่น		
5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่มี	297	99.00
มี	3	1.00
5.2 เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
ไม่มี	298	99.33
มี	2	0.67
6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้		
6.1 ภายใน 1 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ตรวจอุจจาระ หรือไม่		
ไม่เคย	229	76.33
เคย	71	23.67
6.2 ภายใน 5 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ส่องกล้อง หรือไม่		
ไม่เคย	265	88.33
เคย	35	11.67

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
6.3 ท่านมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับ ท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่		
ไม่เคย	298	99.33
เคย	2	0.67
6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก		
ไม่มี	299	99.67
มี	1	0.33
7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่		
ไม่เคย	256	85.33
เคย	44	14.67
7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่		
ไม่เคย	235	78.33
เคย	65	21.67
7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสี เข้มหรือไม่		
ไม่มี	300	100.00
มี	0	0.00
8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ		
8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่เคย	268	89.33
เคย	32	10.67
8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครง ด้านขวา หรือไม่		
ไม่เคย	295	98.33
เคย	5	1.67
8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่มี	292	97.33
มี	8	2.67

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด	292	97.33
9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่	8	2.67
ไม่เคย		
เคย	150	50.00
9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่	150	50.00
ไม่เคย		
เคย		
9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหินหรือไม่	296	98.67
ไม่เคย	4	1.33
เคย	0	0.00
- ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่	4	100.00
ไม่ใช่		
ใช่		
10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม (n=172, สตรีอายุ30-70ปี)		
10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ แมมโมแกรม หรือไม่		
ไม่เคย	71	41.28
เคย	101	58.72
10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มี น้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านมหรือไม่		
ไม่มี	171	99.42
มี	1	0.58
10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี หรือไม่		
ไม่มี	160	93.02
มี	12	6.98

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก (n=172, สตรีอายุ30-70ปี)		
11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	91	52.91
เคย	81	47.09
11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	160	93.02
เคย	12	6.98
11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่		
ไม่มี	171	99.42
มี	1	0.58
11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่		
ไม่ใช่	171	99.42
ใช่	1	0.58
11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่		
ไม่เคย	172	100.00
เคย	0	0.00

จากตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยโรคมะเร็ง ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 291 ราย (ร้อยละ 97.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 263 ราย (ร้อยละ 87.67)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 273 ราย (ร้อยละ 91.00) และสูบบุหรี่ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 5.67) โดยมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่เท่ากับ 4.71 มวน/วัน มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 มวน/วัน และค่าสูงสุดเท่ากับ 12 มวน/วัน ซึ่งส่วนมากพบว่า ความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1-4 มวน/วัน จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 3.00) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 12.29 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 5 ปี

และค่าสูงสุด เท่ากับ 30 ปี และมีผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้ว จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 3.33) โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.80 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 2 ปี และค่าสูงสุด เท่ากับ 30 ปี ตามลำดับ

ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 258 ราย (ร้อยละ 86.00)

ด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 174 ราย (ร้อยละ 58.00) และดื่มสุรา จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 35.33) โดยพบว่าดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ มากที่สุด จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 14.33) รองลงมาคือดื่มประจำทุกวัน จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 11.00) ตามลำดับ และมีผู้ที่เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 6.67)

ด้านประวัติอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่มีน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 297 ราย (ร้อยละ 99.00) และ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 99.33)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ พบว่า ภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 229 ราย (ร้อยละ 76.33) และเคยตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 23.67) ภายใน 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 265 ราย (ร้อยละ 88.33) และ เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 11.67) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 99.33) และมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.67) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ถ่ายอุจจาระไม่มีเลือดปนหรือเลือดออกทางทวารหนัก จำนวน 299 ราย (ร้อยละ 99.67)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 256 ราย (ร้อยละ 85.33) และเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 14.67) ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 235 ราย (ร้อยละ 78.33) และเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 21.67) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีดปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 300 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 268 ราย (ร้อยละ 89.33) และเคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัส ตับอักเสบบี/ซี จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 10.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการท้องอืด แน่นปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา จำนวน 295 ราย (ร้อยละ 98.33) และเคยมีอาการท้องอืด แน่นปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 1.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มี บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 97.33) และมีบุคคลใน ครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 2.67)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 97.33) และมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 2.67) กึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด และไม่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 50.00) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยทำงานในเหมืองแร่ ครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหิน จำนวน 296 ราย (ร้อยละ 98.67) และเคยทำงานในเหมืองแร่ ครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหิน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.33) โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันทั้งหมด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=172, สตรีอายุ30-70ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 41.28) และเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 58.72) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่มีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านม จำนวน 171 ราย (ร้อยละ 99.42) และมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านม จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.58) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 160 ราย (ร้อยละ 93.02) และมีการรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 6.98)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง (n=172, สตรีอายุ30-70 ปี) ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 52.91) และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 47.09) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 160 ราย (ร้อยละ 93.02) และเคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 6.98) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด จำนวน 171 ราย (ร้อยละ 99.42) ไม่มีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน และมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.58) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่ได้สมรส/มีเพศสัมพันธ์ ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 171 ราย (ร้อยละ 99.42) และได้สมรส/มีเพศสัมพันธ์ ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.58) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 100) ไม่เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ (n=300)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโต อย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	298 (99.33)	2 (0.67)
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อกับคนหนึ่ง สู่อีกคนหนึ่ง	287 (95.67)	13 (4.33)
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอด ทางพันธุกรรมได้	296 (98.67)	4 (1.33)
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	299 (99.67)	1 (0.33)
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มี ความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มี อายุน้อยกว่า 40 ปี	252 (84.00)	48 (16.00)
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง ปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	244 (81.33)	56 (18.67)
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไซม์เลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	297 (99.00)	3 (1.00)
8. โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถ ติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	267 (89.00)	33 (11.00)
9. ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	271 (90.33)	29 (9.67)
10. การขาดการออกกำลังกาย และมี ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	261 (87.00)	39 (13.00)
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน กระบวนกร บั๊งย่าง เผา เช่นไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้	294 (98.00)	6 (2.00)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการ สะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	267 (89.00)	33 (11.00)
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการ ลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	294 (98.00)	6 (2.00)
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	295 (98.33)	5 (1.67)
15. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็น เวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูก	250 (83.33)	50 (16.67)

จากตารางที่ 6 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ โดยพิจารณาแยกตามรายข้อคำถาม ที่ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้
อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 4 โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 299 คน (ร้อยละ 99.67)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 1 โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 298 คน (ร้อยละ 99.33)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 7 อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 297 คน (ร้อยละ 99.00)

ส่วนข้อคำถามที่ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้
อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 6 ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 18.67)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 15 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 16.67)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 5 คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 16.00)

ข้อมูลหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 300)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	100	33.33
หญิง	200	66.67
2. สถานภาพสมรส		
โสด	37	12.33
สมรส/คู่	208	69.33
หม้าย	43	14.33
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	12	4.00
3. อายุ		
15-20 ปี	1	0.33
21-40 ปี	51	17.00
41-60 ปี	148	49.33
61 ปีขึ้นไป	100	33.33
(ค่าเฉลี่ย = 54.92, SD = 13.17 , ค่าต่ำสุด 17=, ค่าสูงสุด = 89)		
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.00
ประถมศึกษา	156	52.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	12.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	37	12.33
อนุปริญญา/ปวส.	30	10.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	37	12.33
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	56	18.67
รับจ้างทั่วไป	98	32.67
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	4.00
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	18	6.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	69	23.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	47	15.67
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	257	85.67
15,001 – 20,000	31	10.33
20,001– 25,000	3	1.00
25,001 – 30,000	5	1.67
มากกว่า 30,001	4	1.33
(ค่าเฉลี่ย =9,433.33, SD =7,770.87, ค่าต่ำสุด = 0 , ค่าสูงสุด =60,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	186	62.00
มี	114	38.00
- เก๊าท์	4	1.33
- ไขมันในเลือดสูง	34	11.33
- เบาหวาน	34	11.33
- ความดันโลหิตสูง	59	19.67
- หอบหืด	4	1.33
- ไวร้สตับอักเสบบี	2	0.67
- ไวร้สตับอักเสบซี	0	0.00
- ไตเรื้อรัง	3	1.00
- อื่นๆ	20	6.67

จากตารางที่ 7 พบว่า ข้อมูลหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม มีจำนวนทั้งหมด 300 คน สองในสามของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 200 คน (ร้อยละ 66.67) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 208 ราย (ร้อยละ 69.33) รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 14.33) และ โสด จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 12.33) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 54.92 ± 13.17 ปี อายุต่ำที่สุด 17 ปี และอายุสูงสุด 89 ปี โดยอายุในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 49.33) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 33.33) กึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 156 ราย (ร้อยละ 52.00) ถัดมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 12.33), 37 ราย (ร้อยละ 12.33) และ 37 ราย (ร้อยละ 12.33) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 32.67) มีรายได้

เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $12,959 \pm 13,882.38$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 257 ราย (ร้อยละ 85.67) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 – 20,000 บาท/เดือน จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 10.33) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 186 ราย (ร้อยละ 62.00) และมีโรคประจำตัว จำนวน 114 ราย (ร้อยละ 38.00) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง,ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน จำนวน 59 ราย, 34 ราย และ 34 ราย ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง (n = 300)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	296	98.67
มี	4	1.33
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	244	81.33
มี	56	18.67
2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง		
ไม่สูบ	267	89.00
สูบ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น)	23	7.67
- 1-5 มวน/วัน	10	3.33
- 6-10 มวน/วัน	9	3.00
- 11-15 มวน/วัน	1	0.33
- 16-20 มวน/วัน	1	0.33
(ค่าเฉลี่ย 6.91, SD = 4.70 , ค่าต่ำสุด = 1 , ค่ามากที่สุด = 20)		
จำนวนปีที่เคยสูบ		
(ค่าเฉลี่ย 20.82, SD = 12.94, ค่าต่ำสุด = 3, ค่ามากที่สุด = 50)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว		
(ค่าเฉลี่ย 18.60, SD = 15.17, ค่าต่ำสุด = 1, ค่ามากที่สุด = 47)		

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
3. ประวัติการมีคนสูบบุหรี่ในบ้านหลังเดียวกัน		
ไม่สูบ	243	81.00
สูบ	57	19.00
4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)		
ไม่ดื่ม	163	54.33
ดื่ม	125	41.67
- ดื่มประจำทุกวัน	46	15.33
- ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	31	10.33
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	32	10.68
- ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	16	5.33
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	12	4.00
5. ประวัติอื่น		
5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ		
ไม่มี	300	100.00
มี	0	0.00
5.2 เปื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
ไม่มี	295	98.33
มี	5	1.67
6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้		
6.1 ภายใน 1 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ตรวจอุจจาระ หรือไม่		
ไม่เคย	268	89.33
เคย	32	10.67
6.2 ภายใน 5 ปี ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการ ส่องกล้อง หรือไม่		
ไม่เคย	287	95.67
เคย	13	4.33
6.3 ท่านมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับ ท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่		
ไม่เคย	292	97.33

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
เคย	8	2.67
6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก		
ไม่มี	297	99.00
มี	3	1.00
7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่		
ไม่เคย	262	87.33
เคย	38	12.67
7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่		
ไม่เคย	261	87.00
เคย	39	13.00
7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสี เข้มหรือไม่		
ไม่มี	298	99.33
มี	2	0.67
8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ		
8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่เคย	283	94.33
เคย	17	5.67
8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครง ด้านขวา หรือไม่		
ไม่เคย	293	97.67
เคย	7	2.33
8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่		
ไม่มี	294	98.00
มี	6	2.00
9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด		
9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่		
ไม่เคย	291	97.00
เคย	9	3.00

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่		
ไม่เคย	188	62.67
เคย	112	37.33
9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหินหรือไม่		
ไม่เคย	296	98.67
เคย	4	1.33
- ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่		
ไม่ใส่	0	0.00
ใส่	4	100.00
10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม (n=171, สตรีอายุ 30-70 ปี)		
10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ แมมโมแกรม หรือไม่		
ไม่เคย	58	33.92
เคย	113	66.08
10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เบี้ยว นูน) มี น้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านมหรือไม่		
ไม่มี	170	99.42
มี	1	0.58
10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยา คุมกำเนิด เกิน 5 ปี หรือไม่		
ไม่มี	160	93.57
มี	11	6.43
11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก(n=171,สตรีอายุ 30-70 ปี)		
11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	76	44.44
เคย	95	55.56
11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่		
ไม่เคย	169	98.83

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
เคย	2	1.17
11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่		
ไม่มี	165	96.49
มี	5	3.51
11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่		
ไม่ใช่	171	100.00
ใช่	0	0.00
11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่		
ไม่เคย	171	100.00
เคย	0	0.00

จากตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 13 บ้านเด่น - บ้านใหม่ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพและปัจจัยโรคมะเร็ง ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 296 ราย (ร้อยละ 98.67) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 244 ราย (ร้อยละ 81.33)

ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 267 ราย (ร้อยละ 89.00) และสูบบุหรี่ ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 7.67) โดยมีความเฉลี่ยการสูบบุหรี่เท่ากับ 6.91 มวน/วัน มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 มวน/วัน และค่าสูงสุดเท่ากับ 20 มวน/วัน ซึ่งส่วนมากพบว่า ความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1-5 มวน/วัน จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 3.33) สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่สูบบุหรี่ เท่ากับ 20.82 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 3 ปี และค่าสูงสุด เท่ากับ 50 ปี และมีผู้ที่เคยสูบแต่เลิกแล้ว จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 3.33) โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 18.60 ปี ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1 ปี และค่าสูงสุด เท่ากับ 47 ปี ตามลำดับ

ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 243 ราย (ร้อยละ 81.00)

ด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 163 ราย (ร้อยละ 54.33) และดื่มสุรา จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 41.67) โดยพบว่า ดื่มประจำทุกวัน มากที่สุด จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 15.33) รองลงมาคือ ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 10.68) ตามลำดับ และมีผู้ที่เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 4.00)

ด้านประวัติอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 300 ราย (ร้อยละ 100) ไม่มีน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ และ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวน 295 ราย (ร้อยละ 98.33)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ พบว่า ภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 268 ราย (ร้อยละ 89.33) และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 10.67) ภายใน 5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 287 ราย (ร้อยละ 95.67) และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 4.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 97.33) และมีอาการท้องผูกท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 2.67) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ถ่ายอุจจาระไม่มีเลือดปนหรือเลือดออกทางทวารหนัก จำนวน 297 ราย (ร้อยละ 99.00)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 262 ราย (ร้อยละ 87.33) และเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 12.67) ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 261 ราย (ร้อยละ 87.00) และเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 13.00) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีดปัสสาวะสีเข้ม จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 99.33)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 283 ราย (ร้อยละ 94.33) และเคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 5.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการท้องอืด แน่นปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา จำนวน 293 ราย (ร้อยละ 97.67) และเคยมีอาการท้องอืด แน่นปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 2.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 294 ราย (ร้อยละ 98.00) และมีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.00)

ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 291 ราย (ร้อยละ 97.00) และมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 3.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 188 ราย (ร้อยละ 62.67) เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด และไม่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 37.33) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยทำงานในเหมืองแร่ ครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหิน จำนวน

296 ราย (ร้อยละ 98.67) และเคยทำงานในเหมืองแร่ ครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่น แร่ใยหิน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.33) โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันทั้งหมด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 100)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=171, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 33.92) และเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 66.08) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่มีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิด เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกทางหัวนม คัดตึงเต้านม จำนวน 170 ราย (ร้อยละ 99.42) และมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิด เบี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกทางหัวนม คัดตึงเต้านม จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.58) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีดยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 160 ราย (ร้อยละ 93.57) และมีการรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีด ยาคุมกำเนิด เกิน 5 ปี จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 6.43)

ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง (n=171, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 44.44) และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 55.46) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 169 ราย (ร้อยละ 98.83) และเคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.17) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน จำนวน 165 ราย (ร้อยละ 96.49) และมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 3.51) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่ได้สูบบุหรี่/มีเพศสัมพันธ์ ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 171 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 171 ราย (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

ข้อความถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโต อย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	286 (95.33)	14 (4.67)
2. โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่ง สู่อีกคนหนึ่ง	235 (78.33)	65 (21.67)
3. โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอด ทางพันธุกรรมได้	285 (95.00)	15 (5.00)
4. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	287 (95.67)	13 (4.33)
5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มี ความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มี อายุน้อยกว่า 40 ปี	179 (59.67)	121 (40.33)
6. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง ปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	156 (52.00)	144 (48.00)
7. อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไ้มีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	291 (97.00)	9 (3.00)
8. โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถ ติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์	249 (83.00)	51 (17.00)
9. ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา	218 (72.67)	82 (27.33)
10. การขาดการออกกำลังกาย และมี ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	251 (83.67)	49 (16.33)
11. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน กระบวนกร บั๊งย่าง เผา เช่นไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้	281 (93.67)	19 (6.33)

ข้อคำถาม	ความรู้โรคมะเร็ง	
	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน (ร้อยละ)
12. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการ สะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	226 (75.33)	74 (24.67)
13. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการ ลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	276 (92.00)	24 (8.00)
14. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	283 (94.33)	17 (5.67)
15. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็น เวลานานไม่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก	115 (38.33)	185 (61.67)

จากตารางที่ 9 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 13 บ้านเด่น - บ้านใหม่ โดยพิจารณาแยกตามรายข้อคำถาม ที่ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 7 อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 291 คน (ร้อยละ 97.00)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 4 โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 287 คน (ร้อยละ 95.67)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 1 โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 286 คน (ร้อยละ 95.33)

ส่วนข้อคำถามที่ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้

อันดับที่ 1 ข้อคำถามที่ 15 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 185 คน (ร้อยละ 61.67)

อันดับที่ 2 ข้อคำถามที่ 6 ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 144 คน (ร้อยละ 48.00)

อันดับที่ 3 ข้อคำถามที่ 5 คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 40.33)

บทที่ 5

สรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

5.1 สรุปผล

5.1.1 สรุปผลการสำรวจข้อมูลในชุมชน

หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง

5.1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง มีจำนวนทั้งหมด 300 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 184 คน (ร้อยละ 61.33) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 193 ราย (ร้อยละ 64.33) โดยมีอายุเฉลี่ย 55.05 ± 14.12 ปี อายุต่ำที่สุด 9 ปี และอายุสูงสุด 94 ปี โดยอายุในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 54.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 194 ราย (ร้อยละ 64.67) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 116 ราย (ร้อยละ 38.67) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $10,697.33 \pm 10,660.11$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 249 ราย (ร้อยละ 83.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 180 คน (ร้อยละ 60.00)

5.1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 294 ราย (ร้อยละ 98.00) และ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 257 ราย (ร้อยละ 85.67) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 267 ราย (ร้อยละ 89.00) ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 273 ราย (ร้อยละ 91.00) ด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 59.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ พบว่า ภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 202 ราย (ร้อยละ 67.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 259 ราย (ร้อยละ 86.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยรับประทานปลา น้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 251 ราย (ร้อยละ 83.67) ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 246 ราย (ร้อยละ 82.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 278 ราย (ร้อยละ 92.67) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด

ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 299 ราย (ร้อยละ 99.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 194 ราย (ร้อยละ 64.67) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (N =159, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 59.75) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (N =159, สตรีอายุ 30-70 ปี) ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 51.57) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 98.74)

5.1.1.3 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 14 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องทั้งหมด จำนวน 300 คน (ร้อยละ 100.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 6 ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอดมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด แม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 220 คน (ร้อยละ 73.33)

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

5.1.1.4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ มีจำนวนทั้งหมด 300 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 187 คน (ร้อยละ 62.33) มีสถานภาพสมรส เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 219 ราย (ร้อยละ 73.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 57.59 ± 12.04 ปี อายุต่ำที่สุด 21 ปี และอายุสูงสุด 91 ปี โดยอายุในช่วง 61 ปีขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 146 ราย (ร้อยละ 48.67) มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 139 ราย ถัดมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 16.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 31.33) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $12,959 \pm 13,882.38$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 240 ราย (ร้อยละ 80.00) เกินกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 54.00)

5.1.1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 291 ราย (ร้อยละ 97.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 263 ราย (ร้อยละ 87.67) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 273 ราย (ร้อยละ 91.00) ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 258 ราย (ร้อยละ 86.00) ด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 174 ราย (ร้อยละ 58.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ พบว่า

ภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 229 ราย (ร้อยละ 76.33) ภายใน 5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 265 ราย (ร้อยละ 88.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานปลา น้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 256 ราย (ร้อยละ 85.33) ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 235 ราย (ร้อยละ 78.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 268 ราย (ร้อยละ 89.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 97.33) กึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด และไม่เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 50.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=172, สตรีอายุ 30-70ปี) ส่วนใหญ่ เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 58.72) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง (n=172, สตรีอายุ 30-70ปี) ส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 52.91) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 160 ราย (ร้อยละ 93.02)

5.1.1.6 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 4 โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง จำนวน 299 คน (ร้อยละ 99.67) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้อง มากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 6 ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 18.67)

หมู่ที่ 13 บ้านเด่น - บ้านใหม่

5.1.1.7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง หมู่ที่ 13 บ้านเด่น - บ้านใหม่ มีจำนวนทั้งหมด 300 คน สองในสามของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 200 คน (ร้อยละ 66.67) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 208 ราย (ร้อยละ 69.33) โดยมีอายุเฉลี่ย 54.92 ± 13.17 ปี อายุต่ำที่สุด 17 ปี และอายุสูงสุด 89 ปี โดยอายุในช่วง 41-60 ปี มากที่สุด จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 49.33) กึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 156 ราย (ร้อยละ 52.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 32.67) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่ $12,959 \pm 13,882.38$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 257 ราย (ร้อยละ 85.67)

5.1.1.8 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 296 ราย (ร้อยละ 98.67) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 244 ราย (ร้อยละ 81.33) ด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 267 ราย (ร้อยละ 89.00) ด้านประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 243 ราย (ร้อยละ 81.00) ด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม จำนวน 163 ราย (ร้อยละ 54.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ พบว่า ภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ จำนวน 268 ราย (ร้อยละ 89.33) ภายใน 5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง จำนวน 287 ราย (ร้อยละ 95.67) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ จำนวน 262 ราย (ร้อยละ 87.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 261 ราย (ร้อยละ 87.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี จำนวน 283 ราย (ร้อยละ 94.33) ด้านปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ จำนวน 291 ราย (ร้อยละ 97.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 188 ราย (ร้อยละ 62.67) เคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (n=171, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 66.08) ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง (n=171, สตรีอายุ 30-70 ปี) ส่วนใหญ่ เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 55.56) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เคยฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 169 ราย (ร้อยละ 98.83)

5.1.1.9 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 7 อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูก จำนวน 291 คน (ร้อยละ 97.00) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้อง มากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 15 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง จำนวน 185 คน (ร้อยละ 61.67)

5.1.2 สรุปผลการดำเนินโครงการ

จากผลการสำรวจข้อมูลทั้ง 3 ชุมชน ในด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง และข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ที่ดำเนินภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางในครั้งนี้ เป็น

การเริ่มต้นการทำงานในชุมชนที่จะต้องเรียนรู้ ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รวมทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในชุมชน เพื่อที่จะได้นำไปสู่การคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอันก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นการเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชน ในเขตตำบลพิชัย ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่างๆ และนับเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะระดับบริหาร

5.2.1.1 การดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ควรจะดำเนินการแบบบูรณาการให้ทุกหน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลเมืองพิชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่น หน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการมนุษย์ หน่วยงานพัฒนาชุมชน เข้ามาร่วมมีบทบาทในการวางแผนพัฒนาชุมชนส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาวะสังคมและจิตวิญญาณ

5.2.1.2 ควรดำเนินการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย ในทุกๆ ครั้งของการจัดกิจกรรม เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาโครงการให้ดีขึ้น รวมทั้งตอบสนองความต้องการแท้จริงของประชาชนตำบลพิชัย

5.2.2 ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

5.2.2.1 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งต่างๆ เช่น การคัดกรองมะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ชุมชน ต่ำกว่าเกณฑ์(ไม่เกินร้อยละ 50) ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการคัดกรองมะเร็งต่างๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการเข้าถึงการบริการคัดกรองมะเร็งขั้นพื้นฐาน ตลอดจนสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง

5.2.2.2 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่อง “ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม” ดังนั้น ควรมีการเน้นให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง รวมทั้งอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย เพื่อให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ

5.2.2.3 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่อง “การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก” ดังนั้น ควรมีการ

แนะนำให้ความรู้ที่ถูกต้อง เนื่องจากการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง หากยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องอาจจะส่งผลให้เกิดความชะล่าใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

5.2.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

5.2.3.1 ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย ในแต่ละหมู่บ้านเนื่องจากแต่ละหมู่บ้านมีความแตกต่างกัน

5.2.3.2 ควรมีการศึกษาในวิจัยรูปแบบเชิงคุณภาพในชุมชน เพื่อจะได้มีความหลากหลายของรูปแบบในการพัฒนาชุมชน

5.3 ข้อจำกัด

5.3.1 เนื่องด้วยทั้ง 3 หมู่บ้านเป็นหมู่บ้านที่ได้รับการขยายแนวคิดโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย การดำเนินงานเริ่มค้นหาปัญหาชุมชนโดยการแจกแบบสำรวจยังมีชาวบ้านหลายท่านที่ยังไม่ให้ความร่วมมือที่แท้จริง อาจจะต้องมีการนำผู้นำชุมชน อสม. ชาวบ้าน 3 หมู่บ้านก่อนหน้านี้ ได้แก่ บ้านต้นมื่น บ้านไร่ศิลาทอง และบ้านฝายน้อย มาถอดบทเรียนความยั่งยืน ความสำเร็จเพื่อจะได้เป็นแรงผลักดันให้การดำเนินโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัยมีความยั่งยืน

5.3.2 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัยเป็นโครงการที่มีการเริ่มตั้งแต่กิจกรรมการค้นหาปัญหา จนถึงจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังนั้นควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและควรมีการประเมินโครงการเป็นประจำทุกปี

5.4 แผนการในการดำเนินงานในระยะต่อไป ในปีงบประมาณ 2568

5.4.1 ดำเนินการคืนข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากแบบสอบถามให้กับชุมชน และวิเคราะห์สถิติการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง ระดับประเทศ จังหวัด ตำบล และหมู่บ้าน แล้วลงประชาคมครั้งที่ 1 เพื่อให้ชุมชนได้ตอบกลับความต้องการการช่วยเหลือปัญหาสุขภาพด้านโรคมะเร็งในชุมชนทั้ง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

5.4.2 ลงประชาคมครั้งที่ 2 เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญาสุขภาพด้านโรคมะเร็งในชุมชนทั้ง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

บรรณานุกรม

- (1) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme พ.ศ. 2567-2575. กรุงเทพฯ.: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2567
https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2422
- (2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2540. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก :
https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=3783
- (3) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2550 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2550. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก :
https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=3784
- (4) Rhyne, R., Bogue, R., Kukulka, G., & Fulmer, H. Community oriented primary care: Health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association; 1988.
- (5) ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. การนำเสนอแนวคิด และประสบการณ์เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานด้านสุขภาพ. นครปฐม: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
- (6) สำนักงานเทศบาลเมืองพิชัย. ข้อมูลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pichaicity.go.th/index.php/story>
- (7) Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol. 2004; 130(7): 417-422.
- (8) Philadelphia: Wolters Kluwer. Goding, J. Colon and Rectal Cancer [Internet]. [place unknown]: [publisher unknow]; 2005 [cited 2011 June 16]. Available. [http:// content. Health. msn.com](http://content.Health.msn.com).
- (9) อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ. รายงานการศึกษาความคุ้มค่าของการใช้ Alpha fetoprotein ร่วมกับอัลตราซาวด์ตับในการคัดกรองมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ทุก 6 เดือนในผู้ที่มีแอนติเจนที่ผิวของตับอักเสบบีเป็นบวกหรือผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก :
<http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/ebook/ta doc / 4.pdf>
- (10) เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. โรคมะเร็งในประเทศไทยและสารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม. ใน: สมชาย บวรกิตติ, จอห์นพี และกฤษณา ศรีสำราญ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์หน้า; 2542. น. 1001- 10220.

- (11) เต็มชัย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2541.
- (12) อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2554. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nci.go.th/th/cpg/download%20Liver/01.pdf>
- (13) นรินทร์ วรวิทย์. มะเร็งตับ. กรุงเทพมหานคร หน่วยมะเร็งวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- (14) Schiff E. R. , Sorrell M. F. & Maddrey W. C. Schiff's disease of the liver. Philadelphia: Wolters klwer; 2003.
- (15) Yu MC, Yuan JM, Govindarajan S, Ross RK. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Can J Gastroenterol. 2000; 14(8): 703-709.
- (16) พิมพ์ฉิมมา ปัทมศิริวัฒน์. พันธุศาสตร์มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- (17) สุรีย์รัตน์ พวงสายใจ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง. ลำปาง : โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- (18) ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์. ตำรามะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ กลุ่มภารกิจวิชาการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2558.
- (19) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งปอด [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 16 ม.ค. 2564; สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=40>
- (20) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
- (21) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด; 2558.
- (22) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>
- (23) มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โรคมะเร็งท่อน้ำดี. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2555; ; สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2567] เข้าถึงได้จาก : <https://cca.in.th/wpth/cca-overview/>
- (24) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Cancer in Thailand Vol.X 2016-2018 กรุงเทพฯ.: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- (25) ดลสุข พงษ์นิกรและคณะ. Trends in Cancer Incidence and Mortality in Northern, Thailand, 1993-2017 ลำปาง: โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

(26) โรงพยาบาลมะเร็งบำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติทะเบียนมะเร็งบำปาง โรงพยาบาลมะเร็งบำปาง ปี พ.ศ. 2566 .ลำปาง ; 2567.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถามสุขภาพชุมชน ในเขตตำบลพิชัย

หมู่ที่

 ม.5 บ้านต้นตอง ม.12 บ้านท่าเตือ ม.13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

แบบสอบถาม

ความเสี่ยงโรคมะเร็งของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ID_code.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

 1. ชาย 2. หญิง

2. สถานภาพ

 1. โสด 2. สมรส/คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่

3. ปัจจุบันท่านอายุปี

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด

 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

 1. ทำสวน/ทำนา/ทำไร่ 2. รับจ้างทั่วไป
 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน
 5. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว 6. อื่นๆ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

7. โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 1. ไม่มี 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 2.1 เก๊าท์ 2.2 ไขมันในเลือดสูง 2.3 เบาหวาน
 2.4 ความดันโลหิตสูง 2.5 หอบหืด 2.6 ไวรัสตับอักเสบบี
 2.7 ไวรัสตับอักเสบบี 2.8 ไตเรื้อรัง 2.9 อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง

1. ประวัติการเจ็บป่วย

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง

1. ไม่มี 2. มี ระบุโรค.....

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง (ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ลุง/ป้า/น้า/อา/ปิตา/มารดา พี่/น้อง/ลูก/หลาน ทางสายเลือด)

1. ไม่มี 2. มี ระบุโรค.....ความสัมพันธ์.....
ระบุโรค.....ความสัมพันธ์.....
ระบุโรค.....ความสัมพันธ์.....

2. ประวัติการสูบบุหรี่ของตนเอง

1. ไม่สูบ
 2. สูบ

- 2.1 ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน.....มวน/วัน
 2.2 บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน.....ครั้ง/วัน
 2.3 จำนวนปีที่สูบ.....ปี

- 3.เคยสูบ

- 3.1 ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น) จำนวน.....มวน/วัน
 3.2 บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน.....ครั้ง/วัน
 3.3 จำนวนปีที่เคยสูบ.....ปี
 3.4 จำนวนปีที่เลิกสูบ.....ปี

3. ประวัติการสูบบุหรี่ (ครอบครัว : ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่)

1. ไม่สูบ 2. สูบ

4. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์(สุรา/เบียร์/ไวน์/สุราพื้นบ้าน)

1. ไม่ดื่ม
 2. ดื่ม โปรตรระบุ

- 2.1 เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า
 2.2 ดื่ม 2-4 ครั้ง/เดือน
 2.3 ดื่ม 2-3 ครั้ง/สัปดาห์
 2.4 ดื่ม 4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์

3. เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว

5. ประวัติอื่น

1. น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ
 2. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย

6. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้

6.1 ภายใน 1 ปีท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคยผลตรวจ ระบุ.....

6.2 ภายใน 5 ปีท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

6.3 ท่านมีอาการท้องผูกหรือท้องเสียเป็นประจำ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี

6.4 ท่านถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก

 1. ไม่มี 2. มี

7. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

7.1 ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดดิบ/สุกๆดิบๆ หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย

7.2 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจพยาธิใบไม้ในตับหรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

7.3 ท่านมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้มหรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี

8. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งตับ

8.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

8.2 ท่านเคยมีอาการท้องอืด แน่น ปวดท้อง บริเวณชายโครงด้านขวา หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย

8.3 บุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี ระบุความสัมพันธ์.....

9. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด

9.1 ท่านเคยมีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

9.2 ท่านเคยได้รับการตรวจ X-ray ปอด หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

9.3 ท่านทำงานในเหมืองแร่ ทำครกหิน หรืองานที่ได้สัมผัสฝุ่นแร่ใยหินหรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่ 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

10. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม

10.1 ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แมมโมแกรม หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

10.2 ท่านมีลักษณะเต้านมที่ผิดปกติ (บิต เปี้ยว นูน) มีน้ำเหลือง/เลือด ออกจากหัวนม คัดตึงเต้านมหรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

10.3 ท่านรับประทานฮอร์โมนทดแทน รับประทาน/ฉีดยาคูมกำเนิด เกิน 5 ปีหรือไม่

 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

11. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก

11.1 ภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ผลตรวจ ระบุ.....

11.2 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ.....

11.3 ท่านมีอาการปวดท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือหลังหมดประจำเดือน หรือไม่

 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ.....

11.4 ท่านสมรส/มีเพศสัมพันธ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่

 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

11.5 ท่านเคยมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ หรือไม่

 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ		
2	โรคมะเร็งเป็นโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง		
3	โรคมะเร็งบางชนิดอาจมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้		
4	โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้		
5	คนที่มีอายุมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี		
6	การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง		
7	อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้ง ย่าง เผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม พบสารก่อมะเร็งได้		
8	การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย		
9	การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง		
10	ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม		
11	อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย		
12	โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์		
13	ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี ไม่ควรดื่มสุรา		
14	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้		
15	การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดกิจกรรมประชุมประชาคม ครั้งที่ 1
โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)



คณะทำงานโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง นำโดยแพทย์หญิงณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ ประธานโครงการฯ แพทย์หญิงวรภัทร เชิงปัญญา นายแพทย์ชำนาญการ และบุคลากรคณะทำงานโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ดำเนินการจัดกิจกรรมประชุมประชาคม ครั้งที่ 1 ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมกับผู้นำชุมชน, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่ อสม. ในเขตตำบลพิชัย ประชากรประมาณ 2567 จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง, หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ และหมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น ณ ห้องประชุมนายแพทย์สุรเกียรติ์ พงษ์นิกร ชั้น 5 อาคารรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2567

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง



โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจัดโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)



โรงพยาบาลมะเร็งลำปางนำโดยแพทย์หญิงวรภัทร เข็งปัญญา นายแพทย์ชำนาญการ และบุคลากรคณะทำงานโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ลงพื้นที่ประสานผู้นำชุมชน, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่ อสม. ในเขตตำบลพิชัย เพื่อเริ่มดำเนินโครงการในการแก้ไขปัญหามะเร็งชุมชน บึงบประมาณ 2567 โดยลงพื้นที่ในชุมชนต้นแบบนำร่อง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง, หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ และหมู่ที่ 13 บ้านใหม่ - บ้านเด่น เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2567

ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง



ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 12 บ้านท่าเตี๋ย



ภาคผนวก ค: ประมวลภาพกิจกรรมหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

