

วารสารโรคมะเร็ง

THAI CANCER JOURNAL



ปีที่ 39 ฉบับที่ 2
เมษายน-มิถุนายน 2562

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- คุณลักษณะผู้ป่วยมะเร็งปอดและการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดในระบบส่งต่อ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ทักษะการวินิจฉัยของแพทย์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาในการตรวจพบมะเร็งปากมดลูก
- ระดับวิตามินดีในซีรัมกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

บทพิเศษวิชาการ (Review Articles)

- การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับ

Vol. 39 No. 2
April-June 2019

ISSN 0125-2038



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณาธิการ

ธีรภูมิ คุหะเปรมะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ศุภพร แสงกระจ่าง

สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์

อารีย์ ประสิทธิพวงศ์

กองบรรณาธิการ

ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ.ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์

มหาวิทยาลัยรังสิต

Dr.Malcolm Moore

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

นพ.วีระวุฒิ อิมสำราญ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นพ.ประติรพ ปุณโณทก

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นพ.สุพล มโนรมณ์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

ดร.นพ.กวิญ สิละวัฒน์

โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ประสานงาน

อินทอร ไสทน

โทร. 0-2202-6800 ต่อ 2205

พิมพ์ที่ บริษัท โฉมิตการพิมพ์ จำกัด

373 ถ.เจริญสินทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2424-8715 แฟกซ์. 0-2879-7082



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

Cancer Research Foundation for National Cancer Institute

Editor-in-Chief

Thiravud Khuaprema

Assistant Editors

Suleeporn Sangrajang

Sunanta Chariyalertsak

Aree Prasitthipayong

Editorial Board

Suwat Chariyalertsak	Chiang Mai University
Punyarat Lapvongwatana	Mahidol University
Wanpen Pinyopasakul	Mahidol University
Prasert Lertsanguansinchai	Chulalongkorn University
Tanett Pongtheerat	Rangsit University
Dr.Malcolm Moore	Khon Kaen University
Attasit Srisubat	Institute of Medical Research and Technology Assessment
Weerawut Imsamran	National Cancer Institute
Somchai Thanasitthichai	National Cancer Institute
Pratirop Poonotoke	National Cancer Institute
Suphon Manoromana	National Cancer Institute
Arkorn Chaiwerawattana	Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital
Kawin Leelawat	Rajavithi Hospital

Contact Person

Inthuon Sothon

Tel. 0-2202-6800 ext. 2205

KOSIT PRESS COMPANY LIMITED

373 Charansanitwong Rd., Bang-ow, Bangplad, Bangkok 10700 Tel. 0-2424-8715 Fax : 0-2879-7082



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงาน

สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2202-6800 ต่อ 2205
โทรสาร 0-2644-9097

เว็บไซต์เผยแพร่

www.nci.go.th, www.kmnci.com/km/,
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TCJ> โดยเผยแพร่ใน
รูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

กำหนดการตีพิมพ์

กำหนดออกทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม - มีนาคม, เมษายน -
มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน, ตุลาคม - ธันวาคม)

การส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2202-6800 ต่อ 2205
E-mail : thaicancerj@gmail.com



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



สารบัญ Content

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2

เมษายน-มิถุนายน 2562

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

- คุณลักษณะผู้ป่วยมะเร็งปอดและการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดในระบบส่งต่อ ณ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 39

สุจิรา พึ่งเฟื่อง, สมศรี ทิพย์ประสบโชค

- ทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก 47

ปัทมา พลอยสว่าง, รังษีนพดล โถทอง, ปภาวิน แจ่มศรี, โสภิตตรา สมหารวงศ์,
ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง

- ระดับวิตามินดีในซีรั่มกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 58

สมชาย ธนะสิทธิชัย, วิชัย ปุริสา, กมลชนก กวยรักษา, กฤติกา บุญมาก,
อารีย์ ประสิทธิพยางค์

บทฟื้นฟูวิชาการ (Review Articles)

- การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับ 64

ศิวพันธ์ ฟองจันทร์, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, พันชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม,
เกษม ชูรัตน์

- คำแนะนำการส่งต้นฉบับ 75

คุณลักษณะผู้ป่วยมะเร็งปอดและการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดในระบบส่งต่อ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สุจิรา พึ่งเฟื่อง¹ สมศรี ทิพย์ประสบโชค²

บทคัดย่อ การวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวางติดตามไปข้างหน้า (prospective cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยมะเร็งปอดและการเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระบบส่งต่อ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึง ตุลาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 80 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศของสถาบันฯ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.8 เป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (non-small cell carcinoma) ร้อยละ 61.3 อยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 87.5 รักษาครบตามแผนการรักษา และร้อยละ 87.5 เข้าถึงการรักษาใน 6 สัปดาห์ คุณลักษณะผู้ป่วยที่สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์คือ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัวที่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21 จากผลการศึกษานี้พบว่า การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับปกติ จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณลักษณะที่เป็นไปตามเกณฑ์การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัด (วารสารโรคมะเร็ง 2562;39:39-46)

คำสำคัญ: คุณลักษณะ มะเร็งปอด การเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัด ระบบส่งต่อ

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี ²กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ

Characteristics of Patients with Lung Cancer and Their Access to Chemotherapy in the Referral System of the National Cancer Institute

by Sujira Foongfaung¹, Somsri Thipprasopchok²

¹Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, ²Nursing Division, National Cancer Institute, Bangkok

Abstract This prospective cross-sectional research study aimed to explore the characteristics of lung cancer patients and their access to chemotherapy in the referral system of the National Cancer Institute. The study samples comprised 80 patients diagnosed with lung cancer and treated using chemotherapy, between May and October 2018. Data were collected from the Institute's medical records and information technology system. The samples were males (60 %), had non-small-cell carcinoma (98.8 %), stage IV (61.3 %), completed the treatment programme (96.2 %), and had access to treatment within 6 weeks (87.5 %). The characteristics of the patients that were predictive of access to chemotherapy within 6 weeks were body mass index (BMI) and co-morbid diseases, which could explain 21 % of variation. The findings indicate that the promotion of a healthy diet and disease control will help lung-cancer patients receive chemotherapy according to treatment-access criteria. (*Thai Cancer J* 2019;39:39-46)

Keywords: characteristics, lung cancer, access to chemotherapy, referral system

บทนำ

มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ ในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการตาย 13,076 ราย ต่อแสนประชากร¹ จากสถิติมะเร็งในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556 - 2558 พบผู้ป่วยมะเร็งปอดมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย 23.0 รายต่อแสนประชากร และอันดับ 5 ในเพศหญิง 10.9 ราย ต่อแสนประชากร² และจากข้อมูลทะเบียนระดับ โรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2559 และ 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ 351 และ 305 ราย ตามลำดับ³

ผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 85 พบเป็นมะเร็งระยะลุกลามตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังการวินิจฉัย⁴ และอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีอยู่ที่ร้อยละ 17.8⁵ แม้ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการให้การรักษามะเร็งปอดมีความก้าวหน้า ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดมี

ความสำคัญเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม (advanced lung cancer)^{6,7} จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี การสูบบุหรี่ การมีภาวะน้ำหนักลด ระดับฮีโมโกลบิน การเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม และการวินิจฉัยและรักษาล่าช้าส่งผลให้โรคลุกลาม เช่น ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น การหายใจแย่งลง ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ⁸⁻¹² และส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความทุกข์ทรมาน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นสถาบันทางการแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการพัฒนาการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็ง โดยเป้าหมายหนึ่งในการพัฒนาคือ การลดระยะเวลา รอคอยการรักษา เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งให้ยาวนานขึ้น และในปี พ.ศ. 2559 สถาบัน มะเร็งแห่งชาติได้จัดตั้งทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปอด เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลรักษา ผู้ป่วย จากการทบทวนสถิติที่ผ่านมาของสถาบัน มะเร็งแห่งชาติพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่เข้ามา รับการรักษาผ่านศูนย์ประสานงานระบบส่งต่อของ โรงพยาบาล โดยในกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัด มีระยะเวลารอคอยการรักษามากกว่า เกณฑ์เป้าหมายคือไม่เกิน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับ จากวันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจฯ ถึงวันที่ได้รับ เคมีบำบัด หรือวันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา ผ่าตัด) ถึงวันที่ได้รับเคมีบำบัด¹² จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทีมผู้วิจัยทบทวนข้อมูล ที่เกี่ยวข้องพบว่า การปรับปรุงคุณภาพการเข้าถึงการรักษา ของผู้ป่วยมะเร็งปอด ควรมีการวิเคราะห์คุณลักษณะของ ผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงบริบทของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะ ผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ในการร่วมทำนายนายการเข้าถึงการรักษา ด้วยเคมีบำบัดในระบบส่งต่อของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะความรวดเร็วในการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งปอดในระบบส่งต่อของสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทาง การติดตามผลการรักษาในระยะยาวต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยเคมีบำบัดและ/ หรือรังสีรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นครั้งแรก และมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status เท่ากับ 0-2 ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึง ตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยคำนวณจากสูตร ของ Krejcie RV and Morgan DW¹³ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบ บันทึกรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล เขต บริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลที่ส่งต่อ ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะของมะเร็งปอด โรคประจำตัว ชนิดของมะเร็งปอด ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา (histology) การรักษาที่ เกี่ยวข้องก่อนมาได้รับการรักษา และระยะเวลาการ เข้าถึงการรักษาเคมีบำบัด และรักษาครบตามแผน การรักษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รหัสโครงการ 224_2017RC_ IN554

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และระบบสารสนเทศของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวางติดตามไปข้างหน้า (prospective cross-sectional study) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และการรักษา และการรักษาครบตามแผนการรักษา และวิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ ในการทำนายการเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple logistic regression) ที่ $P < 0.05$ โดยโรคประจำตัววิเคราะห์โรคที่ส่งผลต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด และถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0) เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 42-87 ปี อายุเฉลี่ย 60.5 ปี (SD=9.75) ร้อยละ 68.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 68.7 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 81.2 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	48 (60.0)
หญิง	32 (40.0)
อายุ (ปี)	
41-60	43 (53.8)
>60	37 (46.2)
สถานภาพสมรส	
โสด	7 (8.8)
คู่	55 (68.7)
หม้าย/หย่า/แยก	18 (22.5)
การศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	59 (73.75)
มัธยมศึกษา	18 (22.50)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3 (3.75)
รายได้ (ต่อเดือน)	
น้อยกว่า 10,000 บาท	57 (68.7)
10,000 - 20,000 บาท	12 (22.5)
มากกว่า 20,000 บาท	11 (13.8)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	65 (81.2)
ประกันสังคม/รัฐวิสาหกิจ	15 (18.8)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.0 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 18.5 kg/m^2 ร้อยละ 48.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ร้อยละ 98.8 เป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (non-small cell carcinoma) ร้อยละ 86.2 มีลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นชนิด adenocarcinoma ร้อยละ 61.2 มีระยะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)	
≤18.5	12 (15.0)
>18.5	68 (85.0)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	39 (48.8)
มี 1 โรค	24 (30.0)
มี > 1 โรค	17 (21.3)
การสูบบุหรี่	
ปฏิเสธการสูบบุหรี่	46 (57.5)
สูบบุหรี่	34 (42.5)
ชนิดของมะเร็งปอด	
ชนิดเซลล์ไม่เล็ก (non-small cell)	79 (98.8)
ชนิดเซลล์เล็ก (small cell)	1 (1.2)
ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา	
Adenocarcinoma	69 (86.2)
Squamous cell carcinoma	11 (13.8)
ระยะของโรค (stages)	
1-2	2 (2.50)
3	29 (36.3)
4	49 (61.2)
การรักษาที่เกี่ยวข้องก่อนมา	
ไม่ได้รับการรักษา	65 (81.2)
ผ่าตัด	15 (18.8)
เขตบริการสุขภาพที่ส่งต่อ	
เขต 13	38 (47.5)
เขต 4	21 (26.2)
เขต 5	14 (17.5)
เขต 6	7 (8.8)

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัด และรักษาครบตามแผนการรักษา (n=80)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาการเข้าถึง	
≤ 6 สัปดาห์	70 (87.5)
> 6 สัปดาห์	10 (12.5)
รักษาครบตามแผน	
ครบตามแผน	77 (96.2)
ไม่ครบตามแผน	3 (3.8)

ของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 81.2 ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เกี่ยวข้องก่อนมารับการรักษาและร้อยละ 47.5 อยู่ในเขตบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลที่ส่งต่อเขต 13 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดและรักษาครบตามแผนการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.5 เข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 สัปดาห์ และร้อยละ 96.2 รักษาครบตามแผนการรักษา ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ผลการศึกษาค้นคุณลักษณะผู้ป่วยที่ทำนายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ พบว่าดัชนีมวลกายและโรคประจำตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ได้ร้อยละ 21 (Beta=-0.39, 0.32, P=0.003 และ 0.012 ตามลำดับ) โดยดัชนีมวลกายมีอำนาจในการทำนายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์สูงสุด (Beta=-0.39, P=0.003) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ทำนายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ (n=80)

คุณลักษณะของผู้ป่วย	Beta	t	P
ดัชนีมวลกาย	-0.39	3.1	0.003
โรคประจำตัว	0.32	2.6	0.012

Constant (a)=2.45, r=0.49, R²=0.24, R²adj=0.21, F=9.9, P<0.02

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปอดสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบเป็นเพศชายร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 60.5 ปี (SD=9.75) ร้อยละ 98.8 เป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (non-small cell carcinoma) ร้อยละ 86.2 มีลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นชนิด adenocarcinoma และร้อยละ 61.2 อยู่ในระยะโรคที่ 4¹⁴⁻¹⁶ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ พบร้อยละ 21 ซึ่งพบว่า ดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 18.5 kg/m² สามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ (P=0.003) โดยมีความสัมพันธ์ในทางลบ (Beta=-0.39) ซึ่งจากรายงานที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัวกับการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัด เนื่องจากส่วนใหญ่การศึกษาที่เกี่ยวข้องมักเป็นการวัดผลลัพธ์ระหว่างการรักษาโดยดัชนีมวลกาย^{17,18} ซึ่งเป็นไปได้ว่ามีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้อยู่ในศึกษารั้งนี้มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์มากกว่า เช่น ปัจจัยทางสังคม (ระยะทาง หรือความสะดวกในการเดินทาง) และอัตราของน้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งอาจ

เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่สำคัญในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพ เขต 4, 5 และ 6 ถึงร้อยละ 52.5 อย่างไรก็ตามการควบคุมตัวแปรเหล่านี้ให้เหมือนกัน เป็นข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจัดทำได้ยาก เนื่องจากการรักษาขึ้นอยู่กับส่งต่อมารับการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเลือกมารับบริการการรักษา อย่างไรก็ตามหากขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอาจจัดการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อนนี้ได้ รายงานที่ผ่านมาพบว่าดัชนีมวลกายที่ส่งผลเป็นในกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากหรือที่น้ำหนักเกิน (BMI=25-29.9 kg/m²) และมีภาวะอ้วน (BMI≥30 kg/m²)¹⁹ ผลที่ได้จากการศึกษาให้แนวทางในการอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ของผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้าถึงการรักษามากกว่า 6 สัปดาห์ เป็นผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 16 kg/m² และมีโรคประจำตัว 2-3 โรค และบางรายได้รับการรักษาโรคประจำตัวไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ (P=0.012) โดยพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงการรักษาเคมี

บำบัดใน 6 สัปดาห์ (Beta=0.32) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอื่นที่พบว่าโรคประจำตัวโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง จะทำให้ผู้ป่วยเริ่มการรักษาได้ช้า และผลลัพธ์ทางการรักษาไม่ดี²⁰ และพบว่าการประเมินติดตามการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยเพิ่มคุณค่าและผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งปอด²¹⁻²⁵ อย่างไรก็ตามอายุและการสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์สอดคล้องกับงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง Reinmuth N และคณะ²⁶ ศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดทุติยภูมิพบว่า อายุและการสูบบุหรี่ส่งผลต่อผลของการรักษามากกว่ามะเร็งปอดชนิดปฐมภูมิ แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดปฐมภูมิทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ดัชนีมวลกายและโรคประจำตัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มาเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับการส่งเสริมโภชนาการและควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับปกติ และควรตั้งเป้าหมายการเข้าถึงการรักษาเคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์ให้เหมาะสมกับปัจจัยพื้นฐานเฉพาะรายของผู้ป่วย สำหรับพยาบาลก็ควรส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการอธิบาย

กลไกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนั้น ในการศึกษารั้งต่อไป ควรใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและตัวแปรตามซึ่งจะทำให้ทราบความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปรได้ชัดเจนขึ้น และเนื่องด้วยการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ดังนั้นปัจจัยทำนายจะไม่สามารถอธิบายตัวแปรตามเชิงสาเหตุและผล (cause-effect) ได้ แต่สามารถอธิบายได้เพียงเชิงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันเท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหาร แพทย์ บุคลากรงานเคมีบำบัดและงานสารสนเทศทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560 (Public Health Statistics A.D.2017). เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/%E0. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2562.
2. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al. Cancer in Thailand Vol. VIII, 2013-2015, Bangkok, Thailand, 2018.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based cancer registry) 2559-2560. กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์; 2561.
4. Zappa C, Mousa SA. Non-small cell lung cancer: current treatment and future advances. Transl Lung Cancer Res 2016;5:288-300.
5. National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011. Available from: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/. Accessed December 21, 2018.

6. Suina K, Shukuya T, Koyama R, Asao T, Honma Y, Kato M, et al. Risk factors for serious adverse events due to cytotoxic chemotherapy for advanced non-small cell lung cancer. *Cancer Treat Res Commun* 2016;9:106-10.
7. Fruh M, De Ruysscher D, Popat S, Crino L, Peters S, Felip E, et al. Small-cell lung cancer (SCLC): ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24(Suppl 6):vi99-105.
8. O'Rourke N, Edwards R. Lung cancer treatment waiting times and tumour growth. *Clin Oncol* 2000;12:141-4.
9. Kim JO, Davis F, Butts C, Winget M. Waiting Time Intervals for Non-small Cell Lung Cancer Diagnosis and Treatment in Alberta: Quantification of Intervals and Identification of Risk Factors Associated with Delays. *Clin Oncol* 2016;28:750-9.
10. Casal-Mouriño A, Valdésa L, Miguel Barros-Diosb J, Ruano-Ravina A. Lung cancer survival among never smokers. *Cancer Lett* 2019;451:142-9.
11. Crvenkova S. Prognostic factors and survival in non-small cell lung cancer patients treated with chemoradiotherapy. *Maced J Med Sci* 2015;3:75-9.
12. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. นิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561-2565. กรุงเทพฯ; 2562.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and psychological measurement* 1970;30:607-10.
14. ชลองค์พล สารทอง, หัสชา ศรีปลั่ง, อนันตพงษ์ พันธุ์มณี, พอใจ พัทธนิษฐ์ธรรม. แนวโน้มและการคาดการณ์อุบัติการณ์โรคมะเร็งปอด จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์ เวชสาร* 2561;33:222-8.
15. Van der Drift MA, Karim-Kos HE, Siesling S, Groen HJ, Wouters MW, Coebergh JW, et al. Progress in standard of care therapy and modest survival benefits in the treatment of non-small cell lung cancer patients in the Netherlands in the last 20 years. *J Thorac Oncol* 2012;7:291-8.
16. Cheng TY, Cramb SM, Baade PD, Youlten DR, Nwogu C, Reid ME. The international epidemiology of lung cancer: latest trends, disparities, and tumor characteristics. *J Thorac Oncol* 2016;11:1653-71.
17. Gould MK, Munoz-Plaza CE, Hahn EE, Lee JS, Parry C, Shen E. Comorbidity Profiles and Their Effect on Treatment Selection and Survival among Patients with Lung Cancer. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14:1571-80.
18. Zhong J, Zheng Q, Gao E, Dong Z, Zhao J, An T, et al. Influence of body mass index on the therapeutic efficacy of gemcitabine plus cisplatin and overall survival in lung squamous cell carcinoma. *Thoracic Cancer* 2018;9:291-97.
19. Dahlberg SE, Schiller JH, Bonomi PB, Sandler AB, Brahmer JR, Ramalingam SS, et al. Body Mass Index and its Association with Clinical Outcomes for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients Enrolled on Eastern Cooperative Oncology Group Clinical Trials. *J Thorac Oncol* 2013;8:1121-7.
20. Wang W, Dou S, Dong W, Xie M, Cui L, Zheng C, et al. Impact of COPD on prognosis of lung cancer: from a perspective on disease heterogeneity. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018;13:3767-76.
21. Cheng TY, Cramb SM, Baade PD, Youlten DR, Nwogu C, Reid ME. The international epidemiology of Lung cancer: latest trends, disparities, and tumor characteristics. *J Thorac Oncol* 2016;11:1653-71.
22. Grose D, Morrison DS, Devereux G, Jones R, Sharma D, Selby C, et al. The impact of comorbidity upon determinants of outcome in patients with lung cancer. *Lung Cancer* 2015;87:186-92.
23. Dutkowska AE, Antczak A. Comorbidities in lung cancer. *Pneumonol Alergol Pol* 2016;84:186-92.
24. Kiss N, Isenring E, Gough K, Krishnasamy M. The prevalence of weight loss during (chemo) radiotherapy treatment for lung cancer and associated patient- and treatment-related factors. *Clin Nutr* 2014;33:1074-80.
25. Denton E, Conron M. Improving outcomes in lung cancer: the value of the multidisciplinary health care team. *J Multidiscip Healthc* 2016;30:137-44.
26. Reinmuth N, Stumpf A, Stumpf P, Muley T, Kobinger S, Hoffmann H, et al. Characteristics and outcome of patients with second primary lung cancer. *Eur Respir J* 2013;42:1668-76.

ทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก

ปัทมา พลอยสว่าง
ปภาวิน แจ่มศรี
ศุภิพร แสงกระจ่าง

รังษีนพดล โถทอง
โสภิตตรา สมหารวงศ์

บทคัดย่อ ปัจจุบันกระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกกำลังเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางส่วนเชื่อว่าช่วยลดอาการแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการรักษาหลักหรือสามารถใช้ทดแทนการรักษาหลักได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 1150 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก และแบบสอบถามด้านทัศนคติการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 27.9 เคยใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ในจำนวนนี้ใช้สมุนไพร วิตามินเสริมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.14 และ 30.53 ตามลำดับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคสูงที่สุดร้อยละ 48.9 รองลงมาคือการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคพบร้อยละ 37.1 และ 14 ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 50.2 ให้ข้อมูลว่าการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกที่ใช้นั้นให้ผลดีต่อสุขภาพ และร้อยละ 88.1 ไม่เคยได้รับผลข้างเคียงใด ๆ ในด้านทัศนคตินั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 62.0 ไม่ประสงค์จะแจ้งให้แพทย์แผนปัจจุบันทราบ โดยภาพรวมผู้ป่วยมีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเชื่อมั่นการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และยังไม่มั่นใจการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ดังนั้นการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องสู่ประชาชนจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วารสารโรคมะเร็ง 2562;39:47-57) คำสำคัญ: การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก มะเร็งเต้านม ทัศนคติและพฤติกรรม

Breast Cancer Patients' Attitudes Towards Complementary and Alternative Medicine

by **Pattama Ploysawang, Rungsinoppadol Thotong, Paphawin Jamsri,
Sopittra Somharnwong, Suleeporn Sangrajang**

Epidemiology Section, Research Division, National Cancer Institute, Bangkok 10400

Abstract The current trend towards the use of complementary and alternative medicine (CAM) is increasing. Some patients believe that it will help to reduce the complications or side effects from primary treatment or even replace primary treatment completely. The purposes of this research were to evaluate the attitudes and behaviors towards using CAM among breast-cancer patients treated at the National Cancer Institute. The subjects were 1150 breast-cancer patients who were asked to complete a questionnaire consisting of 3 parts: personal questionnaire, questionnaire on behaviors regarding the use of CAM, and questionnaire on attitudes towards using CAM. The study indicated that 27.9 % of the sampled breast-cancer patients used CAM. The most frequently used CAMs were herbs and vitamin supplements, at 55.14 % and 30.53 %, respectively. 48.9 % of the patients used CAM for disease treatment and 50.2 % of patients reported positive effects and no side effects from CAM. Regarding attitudes towards CAM, the majority of patients (62 %) disclosed to their doctors that they used CAM. Overall, the patients had moderate attitudes towards CAM. In addition, most patients still believed in modern medical treatment and lacked confidence in CAM. Therefore, developing and transferring knowledge to the public is necessary to choose the most effective treatment, patient care, and preventive procedures. (*Thai Cancer J* 2019;39:47-57)

Keywords: complementary and alternative medicine (CAM), breast cancer, attitudes and behaviors

บทนำ

มะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ราว 14,804 ราย¹ ซึ่งมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคมะเร็งถือเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษามะเร็งมักต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จึงทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทางเศรษฐกิจ บุคลากร รวมทั้งสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้เกี่ยวข้อง ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งที่เป็นวิธีรักษาตามมาตรฐานสากลหลัก ๆ ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีอาการแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียง² จากการรักษาทำให้ผู้ป่วยส่วนมาก

เกิดความวิตกกังวล ขาดกำลังใจในการรักษา และอาจนำมาสู่อาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก³

ปัจจุบันกระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่น ๆ นอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นการรักษาหลักกำลังได้รับความสนใจในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่ผู้ป่วยบางส่วนเชื่อว่าจะช่วยลดอาการแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการรักษาหลักหรือสามารถใช้ทดแทนการรักษาหลักได้ จึงทำให้มีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Horneber M และคณะ⁴ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเลือกใช้แพทย์ทางเลือกร้อยละ 32 ในปี ค.ศ. 1990 และเพิ่มเป็นร้อยละ 49 ในปี ค.ศ. 2000 ปัจจุบันมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้

การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้และทัศนคติของผู้ใช้แพทย์ทางเลือก⁴ ตลอดจนคุณภาพและการเข้าถึงบริการของการแพทย์ทางเลือก⁵ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาและสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์สำหรับโรคมะเร็งในโรงพยาบาลของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาค้างครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มาตรวจหรือรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ขนาดของความคลาดเคลื่อน 0.05 และปรับขนาดตัวอย่างกรณีสูญเสียหรือมีการถอนตัว (drop out) ร้อยละ 30 นำมาเข้าสมการเพื่อคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1133 คน คณะผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2560 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมอายุระหว่าง 18-85 ปี เป็นผู้มีสัญชาติไทย และสามารถเข้าใจ/พูดภาษาไทยได้ คุณสมบัติการคัดออกคือ ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมการ

ศึกษา เป็นมะเร็งชนิดอื่น และเป็นมะเร็งชนิดอื่นร่วมกับมะเร็งเต้านม การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะสุขภาพ และการรักษาโรคมะเร็งที่ผ่านมา แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แหล่งข้อมูลของการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก วัตถุประสงค์ ช่วงเวลาที่ใช้ ชนิดและความถี่ของการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ผลลัพธ์ที่ได้ และความประสงค์ในการแจ้งแพทย์แผนปัจจุบันทราบ และแบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ค่าเฉลี่ยของคำถามรายข้อและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นแต่ละข้อแบ่งเป็น 3 ระดับเพื่อใช้หาความสัมพันธ์กับการให้ข้อมูล ดังนี้ คะแนน 3.68-5.00, 2.34-3.67 และ 1.00-2.33 หมายถึง ความคิดเห็นที่เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย ตามลำดับ โดยมีการทดสอบคุณสมบัติความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนอกจำนวน

20 ราย จากนั้นทำการปรับปรุงแบบสอบถามครั้งสุดท้ายก่อนนำไปใช้ในการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถามโดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ผู้วิจัยจะเริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมเปิดโอกาสในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ลงนามยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามการวิจัยแต่ละส่วนจนเข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ โดยเปิดโอกาสให้มีการซักถามได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม และแจ้งเวลาล่วงหน้าใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนมาแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากมีความไม่ครบถ้วนจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลในรูปแบบร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1150

ราย พบว่ามีช่วงอายุ 51-60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี พบร้อยละ 26.3 อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 53.24 ปี (S.D.=11.38) ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.2 มีสถานภาพสมรส รองลงมาคือสถานภาพโสดพบร้อยละ 22.6 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ ประถมศึกษา ปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.2, 28.4 และ 27.2 ตามลำดับ มีสถานะเป็นแม่บ้านหรือเกษียณมากที่สุดพบร้อยละ 38.0 ในด้านสถานะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.1 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ทั้งนี้ร้อยละ 31.4 มีประวัติการรักษา มะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดร่วมกับ การให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 29.3 ผ่าตัดเพียงอย่างเดียว และร้อยละ 28.4 ผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดและฉายแสง (ตารางที่ 1)

จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เคยใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
≤ 40	164 (14.2)
41-50	302 (26.3)
51-60	372 (32.3)
61-70	233 (20.3)
>70	79 (6.9)
สถานภาพสมรส	
โสด	260 (22.6)
สมรส	761 (66.2)
หม้าย,หย่า/แยก	129 (11.2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	38 (3.3)
ประถมศึกษา	405 (35.2)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	313 (27.2)
ปริญญาตรี	327 (28.4)
สูงกว่าปริญญาตรี	67 (5.9)
อาชีพ	
รับจ้าง	238 (20.7)
รับราชการ	199 (17.3)
แม่บ้าน/เกษียณ	437 (38.0)
เกษตรกร	55 (4.8)
พนักงานเอกชน	61 (5.3)
ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว	160 (13.9)
สถานะสุขภาพ	
ไม่มีโรคประจำตัว	680 (59.1)
มีโรคประจำตัวระบุ	470 (40.9)
วิธีการรักษามะเร็งที่ผ่านมา	
การผ่าตัด	342 (29.7)
เคมีบำบัด	36 (3.1)
การฉายรังสี	2 (0.2)
การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	361 (31.4)
เคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี	26 (2.3)
การฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัด	40 (3.5)
การผ่าตัดและเคมีบำบัดร่วมกับ	327 (28.4)
การฉายรังสี	
ฮอร์โมนบำบัดและอื่น ๆ	16 (1.4)

321 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9 ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 31.2 ใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกก่อนการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยร้อยละ 48.9 มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรค เพื่อการส่งเสริมสุขภาพพบร้อยละ 37.1 และเพื่อการป้องกันโรคพบร้อยละ 14.0

ชนิดของการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกที่พบมากที่สุด คือ การใช้สมุนไพร และการรับประทานวิตามินเสริม โดยพบร้อยละ 55.14 และ 30.53 ตามลำดับ สำหรับความถี่ของการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกพบว่าส่วนใหญ่ใช้ทุกวันคิดเป็นร้อยละ 79.4 โดยมีความเชื่อว่าการแพทย์นี้มีผลดีต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 50.2 ซึ่งร้อยละ 87.5 ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก (ตารางที่ 2)

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ประสงค์จะให้แพทย์แผนปัจจุบันทราบคิดเป็นร้อยละ 62 โดยให้เหตุผลว่าแพทย์ไม่ได้ถามคิดเป็นร้อยละ 69.8 ขณะเดียวกันในกลุ่มที่สนใจแจ้งให้แพทย์ทราบคิดเป็นร้อยละ 38.0 โดยในกลุ่มนี้ต้องการความคิดเห็นจากแพทย์คิดเป็นร้อยละ 45.9 (ตารางที่ 3)

ผลจากการวิเคราะห์ความคิดเห็นและทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติหรือความคิดเห็นอยู่ในระดับไม่แน่ใจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
การใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก	
เคยใช้	321 (27.9)
ไม่เคยใช้	829 (72.1)
แหล่งข้อมูลการใช้	
ครอบครัว	67 (20.9)
เพื่อน	94 (29.3)
แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์	33 (10.3)
หนังสือ/ทีวี/วิทยุ/อินเทอร์เน็ต	91 (28.3)
ผู้ป่วยมะเร็งอื่น	28 (8.7)
อื่นๆ	8 (2.5)
วัตถุประสงค์ของการใช้	
รักษาโรค	157 (48.9)
ป้องกันโรค	45 (14.0)
ส่งเสริมสุขภาพ	119 (37.1)
เวลาที่ใช้	
ก่อนการรักษาแพทย์ปัจจุบัน	100 (31.2)
ระหว่างการรักษาแพทย์ปัจจุบัน	75 (23.4)
หลังการรักษาแพทย์ปัจจุบัน	138 (43.0)
ระหว่างการรักษาและหลังการรักษาแพทย์ปัจจุบัน	8 (2.4)
ชนิดที่ใช้	
สมุนไพร	177 (55.14)
วิตามินเสริม	98 (30.53)
อื่นๆ	46 (14.33)
ความถี่ของการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก	
ทุกวัน	255 (79.4)
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	5 (1.6)
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	47 (14.6)
เดือนละ 1 ครั้ง	10 (3.2)
เดือนละ 2 ครั้ง ขึ้นไป	4 (1.2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ผลต่อสุขภาพร่างกาย	
ไม่มีผลใด ๆ	35 (10.9)
ให้ผลดีต่อสุขภาพ	161 (50.2)
ไม่แน่ใจ	125 (38.9)
ผลข้างเคียงต่อร่างกาย	
เคยมี	16 (5.0)
ไม่เคยมี	283 (88.1)
ไม่แน่ใจ	22 (6.9)

ตารางที่ 3 ทัศนคติของการปกปิดข้อมูลการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกต่อแพทย์แผนปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
บอกแพทย์แผนปัจจุบัน	
บอก	122 (38.0)
ไม่ได้บอก	199 (62.0)
เหตุผลที่บอกให้แพทย์ทราบ	
แพทย์ถาม	27 (22.1)
คิดว่าแพทย์ควรจะรู้	35 (28.7)
ต้องการความคิดเห็นจากแพทย์	56 (45.9)
อื่นๆ	4 (3.3)
เหตุผลที่ไม่บอกให้แพทย์ทราบ	
แพทย์ไม่ได้ถาม	139 (69.8)
แพทย์ไม่จำเป็นต้องทราบ	23 (11.6)
กลัวแพทย์ไม่อนุญาต	32 (16.1)
อื่นๆ	5 (2.5)

ตารางที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกในประเด็นต่าง ๆ (N=1150)

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ S.D.	ระดับความคิดเห็น
เป็นวิถีทางธรรมชาติที่ไม่มีอันตราย	3.15 $\pm$ 0.87	ปานกลาง
ทำให้มีอาการแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงน้อยกว่า	3.11 $\pm$ 0.75	ปานกลาง
การแพทย์แผนปัจจุบัน		
เป็นวิถีทางธรรมชาติที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่า	3.23 $\pm$ 0.71	ปานกลาง
การแพทย์แผนปัจจุบัน		
ค่าใช้จ่ายถูกกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน	3.13 $\pm$ 0.84	ปานกลาง
มีความสะดวกสบายกว่าการไปโรงพยาบาล	3.20 $\pm$ 0.82	ปานกลาง
ครอบคลุมและญาติมีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์เสริม	3.30 $\pm$ 0.97	ปานกลาง
และแพทย์ทางเลือกให้กับผู้ป่วย		
โดยรวม	3.19 $\pm$ 0.54	ปานกลาง

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 ไม่เคยใช้บริการการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก และมีความเชื่อมั่นถึงแนวทางการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นโรคที่การแพทย์ปัจจุบันทำการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพ ปัญหาความเจ็บป่วย และลักษณะของโรคเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับความต้องการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของประชากร⁷⁻⁹ อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังมีความเชื่อในการบูรณาการการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกกับแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคเป็นหลัก¹⁰ ในด้านรูปแบบการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการทางการแพทย์นี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับข่าวสารมาจากการ

บอกกล่าวของกลุ่มเพื่อนและสื่อสังคม (social media) ต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปได้ว่าปัจจุบันการติดต่อสื่อสารและเข้าถึงแหล่งข้อมูลมีความสะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้มีการส่งผ่านข้อมูลในแง่มุมต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ประชาชนสามารถเรียนรู้การใช้แพทย์ทางเลือกได้มากขึ้น¹¹ โดยประเภทของการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือการใช้สมุนไพร ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นในภูมิปัญญาท้องถิ่นที่อยู่คู่กับวิถีชีวิตคนไทยมานาน ผ่านการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น ส่งผลให้คนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสมุนไพรมีประโยชน์สามารถนำมาใช้รักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับรายงานของ Wanchai A และคณะ¹² ที่ได้รวบรวมงานวิจัยจาก 21 เรื่องพบว่า ให้ผลในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เลือกใช้สมุนไพร วิตามิน และอาหารอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพบนแนวทาง

ของการแพทย์เสริมสอดคล้องงานวิจัยของเบญจวรรณ และคณะ¹³ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีและมีความเชื่อมั่นต่อการรักษาแบบองค์รวมซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคมะเร็งได้ ในด้านความถี่ของการใช้การแพทย์เสริม และแพทย์ทางเลือกนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้อย่างต่อเนื่องทุกวัน แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกหรือบริการสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชากรและอาจเชื่อมโยงกับสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชน รวมทั้งสามารถนำมาใช้ได้เองที่บ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายน้อย ทำให้มีการใช้ทางเลือกนี้บ่อยขึ้น¹⁴ อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญของการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกคือ การไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องในการยืนยันว่าควรใช้ในปริมาณหรือความถี่เท่าไรจึงจะเหมาะสมต่อสุขภาพของผู้ป่วย^{3,15} ในด้านประสิทธิภาพการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 50 เชื่อว่าให้ผลดีต่อสุขภาพ และร้อยละ 88 ให้ข้อมูลว่าไม่เคยได้รับผลข้างเคียงจากการใช้การแพทย์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang E และคณะ¹⁶ ที่ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ร้อยละ 93.5 อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับผลต่อสุขภาพจากการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกเพียงร้อยละ 24.4¹⁷ การเปิดเผยข้อมูลการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกต่อแพทย์แผนปัจจุบันนั้นเป็นอีกปัจจัยที่บ่งชี้ถึงทัศนคติและความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจากการสำรวจนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ประสงค์จะเปิดเผยข้อมูลนี้ให้แพทย์ทราบ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Roumeliotis GA และคณะ¹⁸ ที่รายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 84 ไม่เปิดเผยข้อมูลการใช้แพทย์ทางเลือกกับแพทย์แผนปัจจุบันที่กำลังรักษาอยู่ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยกังวลว่าแพทย์แผนปัจจุบันจะไม่ยอมรับและรู้สึกว่าเป็นการทำลายทฤษฎีการแพทย์ปัจจุบัน¹⁹

ผลการศึกษาด้านทัศนคติที่มีต่อการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกมาจากการบอกต่อ ๆ กันในกลุ่มเพื่อนและสื่อสังคม โดยที่ไม่ได้รับการยืนยันและมีคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้คนกลุ่มนี้ยังมีความไม่แน่ใจ สอดคล้องกับรายงานอื่นที่พบว่าสื่อสังคมอาจทำให้เข้าใจผิดถึงสรรพคุณและวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้บริโภคจึงควรมีพื้นฐานความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยงและปฏิกิริยากับยาอื่น ๆ^{20,21} อีกทั้งประเภทของการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกบางประเภทมีการนำมาใช้รักษาโรคได้ไม่นานทำให้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้การแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกนั้น ๆ

สรุป

จากผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเชื่อมั่นการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และมีทัศนคติระดับปานกลางต่อการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือก ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมการศึกษารังนี้ยังมีความไม่แน่ใจ และไม่มั่นใจในการแพทย์เสริมและแพทย์

ทางเลือก ดังนั้น การพัฒนาและให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องและถ่ายทอดสู่ประชาชนจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การศึกษาในเรื่องประสิทธิภาพของการแพทย์เสริมและแพทย์ทางเลือกแต่ละชนิดถือได้ว่ามีความจำเป็นโดยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยตัดสินใจเลือกใช้ได้อย่างถูกต้องตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al. Cancer in Thailand. Vol IX, 2013-2015. Bangkok: 2018.
2. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. มะเร็งเต้านม เรื่องที่น่ารู้และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. เข้าถึงได้จาก: www.si.mahidol.ac.th/th/surgery. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2560.
3. Maryam Q, Erin Z, Linda EC. Cancer and Complementary Therapies: Current Trends in Survivors' Interest and Use. *Integr Cancer Ther* 2018;17:844-53.
4. ฤทธิรงค์ อัญจะนะ, วิภาวดี ลิ้มสวัสดิ์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย. *J Sports Sci Health* 2016;17:70-83.
5. อัจฉรา เขียงทอง, อรุณ ภาชนะ, อวิวรรณ์ บุญสุยา, อัครชัย สวัสดิ์ไชย. คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2560;34:206-21.
6. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Meta-analysis. *Integr Cancer Ther* 2012;11:187-203.
7. Nguyen LT, Davis RB, Kaptchuk TJ, Phillips RS. Use of Complementary and Alternative Medicine and Self-rated Health Status: Results from a National Survey. *J Gen Intern Med* 2011;26:399-404.
8. Chi-Keong O, Sophie P, Gerard CB, Sarah SB. Health Status of People Using Complementary and Alternative Medical Practitioner Services in 4 English Counties. *Am J Public Health* 2002;92:1653-56.
9. Kucukoner M, Bilge Z, Is?kdogan A, Kaplan MA, Inal A, Urakci Z. Complementary and Alternative Medicine Usage in Cancer Patients in Southeast of Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2012;10:21-5.
10. เยาวภา ปฐมศิริกุล, โชติรส ขวัญชัย, เจริญ ไสแจ่ม. พฤติกรรมด้านสุขภาพและปัจจัยจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกของลูกค้าโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารศรีนครินทร์ วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)* 2557;6:149-62.
11. เพลินพิศ เชื้ออ่อน, สุรางค์ เมรานนท์, สุทธิ ชัตติยะ. พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์* 2554;5:97-103.
12. Wanchai A, Armer JM, Stewart BR. Complementary and Alternative Medicine Use among Women with Breast Cancer: A Systematic Review. *Clin J Oncol Nurs* 2010;14:E45-55.
13. เบญจวรรณ พูนธนาวัฒน์กุล, Rosemary HL, Rachel LH, Elizabeth MW. ประสิทธิภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อการให้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวม ณ อโรคยศาลวัดคาประมง จังหวัดสกลนคร. การประชุมวิชาการระดับชาติแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก 2559. เข้าถึงได้จาก: <https://www.researchgate.net/publication/311454251>. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2560.
14. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
15. King N, Balneaves LG, Levin GT, Nguyen T, Nation JG, Card C, et al. Surveys of Cancer Patients and Cancer Health Care Providers Regarding Complementary Therapy Use, Communication, and Information needs. *Integr Cancer Ther* 2015;14:515-24.
16. Kang E, Yang EJ, Kim SM, Chung IY, Han SA, Ku DH, et al. Complementary and Alternative Medicine Use and Assessment of Quality of Life in Korean Breast Cancer Patients: A Descriptive Study. *Support Care Cancer* 2012;20:461-73.
17. Songtish D, Akranurakkul P, Chairaroon W. The Prevalence and Related Factors of Complementary and Alternative Medicine Used in Thai Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai* 2015;98 Suppl 10:S1-7.
18. Roumeliotis GA, Dostaler G, Boyd KU. Complementary and Alternative Medicines and Patients with

- Breast Cancer: A Case of Mortality and Systematic Review of Patterns of Use in Patients with Breast Cancer. *Plast Surg (Oakv)* 2017;25:275-83.
19. Yarney J, Donkor A, Opoku SY, Yarney L, Agyeman-Duah I, Abakah AC, Asampong E. Characteristics of Users and Implications for the Use Of Complementary and Alternative Medicine in Ghanaian Cancer Patients Undergoing Radiotherapy and Chemotherapy: A Cross-Sectional Study. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:1-9.
20. Sharma V, Holmes JH, Sarkar IN. Identifying Complementary and Alternative Medicine Usage Information from Internet Resources: A Systematic Review. *Methods Inf Med* 2016;55:322-32.
21. Schifano F, Ricciardi A, Corazza O, Deluca P, Davey Z, Rafanelli C, et al. New Drugs of Abuse on the Web: the Role of the Psychonaut Web Mapping Project. *Riv Psichiatr* 2010;45:88-93.

ระดับวิตามินดีในซีรั่มกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมชาย ณะสิทธิชัย^{1,2}
กมลชนก กวยรักษา²
อารีย์ ประสิทธิพงษ์³

วิชัย ปุริสา²
กฤติกา บุญมาก²

บทคัดย่อ จากรายงานที่ผ่านมาพบว่าระดับวิตามินดีต่ำ เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม แต่งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับวิตามินดีกับการพยากรณ์โรคในมะเร็งเต้านมยังพบจำนวนน้อย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีในซีรั่มกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ข้อมูลและตัวอย่างเลือดได้จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 298 รายที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี พ.ศ. 2554-2561 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ การตรวจหาระดับของ 25 ไฮดรอกซีวิตามินดีในซีรั่มใช้วิธี high performance liquid chromatography (HPLC) ผลการศึกษพบว่าระดับวิตามินดีในซีรั่มสูง ($\geq 16\text{ng/mL}$) มักพบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่ม ($P=0.042$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระดับวิตามินดีในซีรั่มที่ต่ำอาจเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (วารสารโรคมะเร็ง 2562;39:58-63)
คำสำคัญ: 25 ไฮดรอกซีวิตามินดี มะเร็งเต้านม การพยากรณ์โรค

¹กลุ่มงานศัลยศาสตร์ ²กลุ่มงานวิจัย ³กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10400

Prognostic Effects of Serum Vitamin D Levels in Patients with Breast Cancer**by Somchai Thanasitthichai^{1,2}, Wichai Purisa², Kamolchanok Guayraksa²,
Krittika Boonmark², Aree Prasitthipayong³**¹Surgery Division, ²Research Division, ³Medical Technology Division, National Cancer Institute, Bangkok, 10400.

Abstract Low vitamin D level has been found on breast cancer risk. However, there were only few studies reported on their prognostic impact. Therefore, this study aimed to determine the effect of serum vitamin D level on breast cancer prognosis. Serum hydroxy vitamin D level was detected in 302 cases of breast cancer diagnosed during 2011-2018 at National Cancer Institute, using high performance liquid chromatography (HPLC) method. Our findings demonstrated that high level of 25(OH) vitamin D ($\geq 16\text{ng/mL}$) was mainly found in the patients with early stage of breast cancer ($P=0.042$). Our findings suggested that low level of vitamin D might correlate with poor prognosis of breast cancer. (*Thai Cancer J* 2019;39:58-63)

Keywords: 25 hydroxyvitamin D, breast cancer, prognosis

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก โดยในปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยใหม่ราว 2 ล้านราย และเสียชีวิต 6.2 แสนราย และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเหล่านี้พบในประเทศกำลังพัฒนา¹ จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2558 พบอุบัติการณ์เกิดในสตรีสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 16.3 ถึง 20.3 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปีในระหว่างปี พ.ศ.2535 ถึง พ.ศ. 2543 และสูงขึ้นเป็น 26.4 ถึง 28.5 รายต่อประชากรหญิง 100,000 รายต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2552 และช่วงปี พ.ศ. 2553-2556 ตามลำดับ² จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงรายใหม่จำนวน 939 รายต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่แน่ชัดแม้จะมีการพบปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดที่ส่งผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เช่น การมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง การรับประทาน

อาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง เป็นต้น⁴

วิตามินดี เป็นวิตามินที่ละลายในไขมัน ทำหน้าที่ควบคุมแคลเซียมและการสร้างกระดูก (bone homeostasis) ระดับวิตามินดีในกระแสเลือดได้มาจากอาหารบางชนิด เช่น ผลิตภัณฑ์นม ธัญพืช ปลา และอาหารเสริม (supplements) แต่วิตามินดีในร่างกายส่วนใหญ่มาจากแสงอาทิตย์ UVB กระตุ้นกับ precursor ที่ผิวหนังเกิดเป็นพรีวิตามินดี (previtamin D)^{5,6} พรีวิตามินที่ได้จากอาหารและที่สร้างขึ้นจากผิวหนังจะเข้าสู่กระบวนการ hydroxylation ในตับกลายเป็น 25-hydroxyvitamin D ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในกระแสเลือด และในไตให้ 1,25 dihydroxyvitamin D ซึ่งเป็น active form ของวิตามินดี⁷

เนื่องจาก 25 (OH) vitamin D เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในกระแสเลือด การศึกษาส่วนใหญ่จึงใช้ 25 (OH) vitamin D เป็นตัวชี้วัด (indicator) ของระดับวิตามินดีในร่างกาย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีกับการพยากรณ์โรคยังมีน้อย⁸ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระดับวิตามินดีในซีรั่มกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีในซีรั่มกับผลทางพยาธิคลินิกของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และมีผลวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาว่า เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 298 ราย โดยมารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2554-2561 ข้อมูลลักษณะทางพยาธิคลินิกของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ ระยะโรค การกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (ER), ตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (PR), Her-2, p53, และ Ki-67 ได้จากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (เอกสารรับรองเลขที่ 242/2554)

การตรวจหาระดับวิตามินดี

หลังจากเก็บตัวอย่างเลือดจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำตัวอย่างเลือดทั้งหมดไปปั่นแยกส่วนที่เป็นซีรั่มเก็บที่อุณหภูมิ -80 °C จนกว่าจะใช้ตรวจหาระดับวิตามินดีในซีรั่มโดยวิธี high performance liquid chromatography (HPLC)⁹ คณะผู้วิจัยใช้ค่าตัดสิน

(cut-off) ของระดับวิตามินดีที่ 16 ng/mL ซึ่งจากการวิเคราะห์ในการศึกษานี้พบว่าเป็นค่าตัดสินที่เหมาะสมในการแบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ chi-square เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างระดับของวิตามินดีกับผลทางพยาธิคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ อายุของผู้ป่วยขณะวินิจฉัย ระยะของโรค การกระจายไปของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ผลการตรวจ ER, PR, p53, HER-2 และ Ki-67 ซึ่งตรวจหาโดยวิธี immunohistochemistry และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 50.8 ปี การศึกษานี้ได้ตรวจหาระดับวิตามินดีในซีรั่มในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 298 ราย พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับของวิตามินดีในซีรั่มมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ng/mL จำนวน 269 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.78 และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับของวิตามินดีในซีรั่มน้อยกว่า 16 ng/mL จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าระดับวิตามินดีในซีรั่มสูง (≥ 16 ng/mL) มักพบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่ม ($P = 0.042$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีกับผลทางพยาธิคลินิกอื่น ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีกับลักษณะทางพยาธิคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ลักษณะ	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ระดับวิตามินดีต่ำ (<16 ng/mL) จำนวน (ร้อยละ)	ระดับวิตามินดีสูง (≥ 16 ng/mL) จำนวน (ร้อยละ)	P
อายุ (ปี)				0.330
<50	140 (47.0)	12 (38.7)	130 (48.0)	
≥ 50	158 (53.0)	19 (61.3)	139 (52.0)	
ระยะโรค				0.042
ระยะ 1-2	189 (69.5)	16 (53.3)	173 (71.5)	
ระยะ 3-4	83 (30.5)	14 (46.7)	69 (28.5)	
การกระจายไปต่อมน้ำเหลือง				0.490
+	117 (51.3)	15 (57.7)	102 (50.5)	
-	111 (48.7)	11 (42.3)	100 (49.5)	
ER				0.940
+	170 (64.9)	19 (65.5)	151 (64.8)	
-	92 (35.1)	10 (34.5)	82 (35.2)	
PR				0.776
+	129 (49.2)	15 (51.7)	114 (48.9)	
-	133 (50.8)	14 (48.3)	119 (51.1)	
HER-2				0.261
+	49 (24.1)	6 (35.3)	43 (23.1)	
-	154 (75.9)	11 (64.7)	143 (76.9)	
P53				0.299
+	206 (78.0)	24 (85.7)	182 (77.1)	
-	58 (22.0)	4 (14.3)	54 (22.9)	
Ki-67				0.225
+	238 (93.3)	22 (88.0)	216 (93.9)	
-	17 (6.7)	3 (12.0)	14 (6.1)	

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาพบว่าวิตามินดีในซีรัมปริมาณสูง (≥ 16 ng/mL) มักพบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาในรายงานอื่นที่พบระดับวิตามินดีในผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรกสูงกว่าระดับวิตามินดีในผู้ป่วยระยะลุกลาม¹⁰⁻¹² ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่ได้เดินออกไปกลางแจ้งบ่อย เนื่องจากร่างกายอ่อนเพลียเพราะโรคลุกลาม จึงทำให้จำกัดการออกกำลังกายและการออกไปรับแสงแดด การรับประทานอาหารก็เช่นเดียวกันอาจรับประทานได้น้อยเนื่องจากอาเจียนเพราะได้รับยาเคมี¹² การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้พบว่า วิตามินดีในซีรัมอาจช่วยพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้¹³ แต่บางการศึกษาให้ผลที่ขัดแย้งกัน^{14,15} จากการศึกษา meta-analysis พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับวิตามินดีในซีรัมสูงมีผลในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม¹⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบระดับวิตามินดีต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เซลล์มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้วเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เซลล์มะเร็งยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง^{17,18} นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า วิตามินดีมีผลต่อ ER pathway โดยการยับยั้งการสร้างเอนไซม์ aromatase ในเนื้อเยื่อไขมันซึ่งเอนไซม์นี้เป็นตัวสำคัญในขบวนการผลิต ER¹⁹ การขาดวิตามินดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เช่น โรคที่มีระยะรุนแรง ค่าดัชนีของ Ki-67 สูง และ ER ลบ^{13,20,21} อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีกับอายุของผู้ป่วย การกระจายของเซลล์มะเร็งไป

ต่อมน้ำเหลือง ER, PR, HER-2, p53 และ Ki-67 ซึ่งสอดคล้องกับบางรายงาน^{14,15,17}

โดยสรุปผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าวิตามินดีในซีรัมอาจช่วยพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของวิตามินดีกับผลทางพยาธิคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มากขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68:394-424.
2. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajang S, et al. Cancer in Thailand. Vol VIII, 2010-2012. Bangkok: 2015.
3. Chaiwerawattana A, Loawahutanon P, Suwankason P. Hospital-based cancer registry annual report 2012. Bangkok: Eastern Printing Public Company Limited PCL.157; 2014.
4. Dumitrescu RG, Cotarla I. Understanding breast cancer risk- Where do we stand in 2005? *J Cell Mol Med* 2005;9:208-21.
5. Holick MF, Frommer JE, McNeill SC, Richtand NM, Henley JW, Potts JT. Photometabolism of 7-dehydrocholesterol to previtamin D3 in skin. *Biochem Biophys Res Commun* 1977;76:107-14.
6. Okano T, Yasumura M, Mizuno K, Kobayashi T. In vivo and in vitro conversion of 7-dehydrocholesterol into vitamin D3 in rat skin by ultraviolet ray's irradiation. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)* 1978;24:47-56.
7. Takeyama K, Kitanaka S, Sato T, Kobori M, Yanagisawa J, Kato S. 25-Hydroxyvitamin D3 1alpha-hydroxylase and vitamin D synthesis. *Science* 1997;277:1827-30.

8. Neuhouser ML, Sorensen B, Hollis BW, Ambis A, Ulrich CM, McTiernan A, et al. Vitamin D insufficiency in a multiethnic cohort of breast cancer survivors. *Am J Clin Nutr* 2008;88:133-9.
9. Neyestani TR, Gharavi A, Kalayi A. Determination of Serum 25-hydroxy Cholecalciferol Using High-Performance Liquid Chromatography: A Reliable Tool for Assessment of Vitamin D Status. *Int J Vitam Nutr Res* 2007;77:341-6.
10. Palmieri C, MacGregor T, Girgis S, Vigushin D. Serum 25-hydroxyvitamin D levels in early and advanced breast cancer. *J Clin Pathol* 2006;59:1334-6.
11. Freedman DM, Looker AC, Chang S-C, Graubard BI. Prospective study of serum vitamin D and cancer mortality in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2007;99:1594-602.
12. Neuhouser ML, Sorensen B, Hollis BW, Ambis A, Ulrich CM, McTiernan A, et al. Vitamin D insufficiency in a multiethnic cohort of breast cancer survivors. *Am J Clin Nutr* 2008;88:133-9.
13. Yao S, Kwan ML, Ergas IJ, Roh JM, Cheng TD, Hong CC, et al. Association of serum level of vitamin D at diagnosis with breast cancer survival: a case-cohort analysis in the pathways study. *JAMA Oncol* 2017;3:351-7.
14. Chlebowski RT, Johnson KC, Kooperberg C, Pettinger M, Wactawski-Wende J, Rohan T, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1581-91.
15. Lohmann AE, Chapman JA, Burnell MJ, Levine MN, Tsvetkova E, Pritchard KI, et al. Prognostic associations of 25 hydroxy vitamin D in NCIC CTG MA.21, a phase III adjuvant randomized clinical trial of three chemotherapy regimens in high-risk breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2015;150:605-11.
16. Mohr SB, Gorham ED, Kim J, Hofflich H, Garland CF. Meta-analysis of vitamin D sufficiency for improving survival of patients with breast cancer. *Anticancer Res* 2014;34:1163-6.
17. Thanasitthichai S, Chaiwerawattana A, Prasitthipayong A. Association of Vitamin D Level with Clinicopathological Features in Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16:4881-3.
18. Vrieling A, Hein R, Abbas S, Schneeweiss A, Flesch-Janys D, Chang-Claude J. Serum 25-hydroxyvitamin D and postmenopausal breast cancer survival: a prospective patient cohort study. *Breast Cancer Res* 2011;13:R74.
19. Hu K, Callen DF, Li J, Zheng H. Circulating vitamin D and overall survival in breast cancer patients: a dose-response meta-analysis of cohort studies. *Integr Cancer Ther* 2018;17:217-25.
20. de Sousa Almeida-Filho B, De Luca Vespoli H, Pessoa EC, Machado M, Nahas-Neto J, Nahas EAP. Vitamin D deficiency is associated with poor breast cancer prognostic features in postmenopausal women. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2017;174:284-9.
21. Buono G, Giuliano M, De Angelis C, Lauria R, Forestieri V, Pensabene M, et al. Pretreatment serum concentration of vitamin D and breast cancer characteristics: a prospective observational mediterranean study. *Clin Breast Cancer* 2017;17:559-63.

การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับ

ศิวินันท์ ฟองจันทร์¹

พนัชนกร ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม²

สุริย์พันธุ์ วรพงศธร²

เกษม ชูรัตน์²

บทคัดย่อ มะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่สามารถพบได้มากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในผู้ชายไทย และยังพบมากเป็นอันดับสี่ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 - 3 เท่า ผู้ป่วย มะเร็งตับในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่จึงได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่ออยู่ในระยะท้ายแล้วซึ่งไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ ฉะนั้นการรู้วิธีการป้องกันด้วยการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเชื้อรา อาหารที่ใส่ดินประสิวและไม่รับประทานปลาดิบ ๆ สุก ๆ พักผ่อนให้เพียงพอ งดการดื่มแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ และหมั่นตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ (วารสารโรคมะเร็ง 2562;39:64-74)

คำสำคัญ: โรคมะเร็ง มะเร็งตับ การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

¹กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ²สาขาวิชาสูติศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ

Liver Cancer Prevention and Control

by **Siwanan Fongchan¹, Sureepun Vorapongsathorn², Phanatchakorn Bhavabudananda², Kasem Chooratna².**

¹Public Health Technical Officer, National Cancer Institute, ²Health Education, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok.

Abstract Liver cancer is the most common cancer among Thai men, and the fourth most common type of cancer among all cancer patients. Men have a 2 to 3 times higher risk than women. Liver cancer is considered a very serious disease, since in the early stage patients with liver cancer are asymptomatic. Most patients are usually diagnosed at the terminal stage with no chance of cure. Therefore, knowing how to prevent the disease--eating the right foods according to nutritional principles, avoiding moldy foods, not eating raw fish, having enough rest, not drinking alcohol, not smoking, and having a regular health check-up--would reduce the risk of liver cancer. (Thai Cancer J 2019;39:64-74)

Keywords: cancer, liver cancer, cancer prevention and control

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลกและมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก 14 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 8.2 ล้านราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 18 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.5 ล้านราย นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ ใน ปี พ.ศ. 2566 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกเพิ่มสูงถึง 43.8 ล้านราย และประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา¹

จากสถิติมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2561 มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับที่ 6 โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 841,080 ราย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่ 4 จำนวน 781,631 ราย ส่วนในประชาคมอาเซียน พบมะเร็งตับเป็นอันดับ 3 รองจาก

มะเร็งปอดและมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยมีผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่จำนวน 89,010 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับจำนวน 88,429 ราย²

สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 130,000 รายต่อปี และโรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เฉลี่ย 100 รายต่อประชากร 100,000 ราย³ จากสถิติปี พ.ศ. 2560 โรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 1 ในเพศชายคือมะเร็งตับ ในเพศหญิงพบเป็นอันดับ 4 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้และทวารหนัก และมักพบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาในระยะท้ายของโรคถึงร้อยละ 31.10 จึงทำให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นมะเร็งตับจึงเป็นปัญหาสำคัญและมีการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ⁴

ตับ เป็นอวัยวะที่มีขนาดใหญ่ในร่างกายนมนุษย์ มีน้ำหนัก 1.2-1.5 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 1.5-2.5 ของน้ำหนักร่างกาย ตับอยู่บริเวณส่วนท้องซีกขวาด้านบน ใกล้กับซี่โครงด้านขวากับกระบังลม⁵ เกิดขึ้น

จากการประกอบตัวกันของเซลล์เล็ก ๆ รวมกันมากกว่า 3 ล้านล้านเซลล์ และจับตัวกันเป็นรูปหกเหลี่ยมทุก 50,000 เซลล์ เรียกว่า "hepatic lobules" ภายในตับเต็มไปด้วยเอนไซม์ชนิดต่าง ๆ มากกว่า 2000 ชนิดที่ทำให้เกิดกระบวนการเมแทบอลิซึม (metabolism) มีส่วนร่วมในการย่อยสลายสารและกำจัดสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ด้วยความที่ตับทำหน้าที่สำคัญหลายประการจึงเปรียบเสมือน "โรงงานใหญ่ภายในร่างกาย"⁶

มะเร็งตับ (Liver cancer)

มะเร็งตับปฐมภูมิ (primary liver cancer) ที่พบบ่อยในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ

1. มะเร็งเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) อุบัติการณ์ของมะเร็งเซลล์ตับพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคกลาง โดยพบในเพศชาย 34.8 รายและเพศหญิง 11.3 รายต่อประชากร 100,000 ราย ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเซลล์ตับคือการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายชนิด⁷

2. มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก อีกทั้งมะเร็งท่อน้ำดีที่พบในประเทศไทยส่วนใหญ่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี⁸ เนื่องจากประชากรในแถบนั้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ จำพวก ปลาร้า ปลาส้ม ทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งเจริญเติบโตในท่อน้ำดี

และก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดีจนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด⁹

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเซลล์ตับ

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเซลล์ตับแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ขึ้นอยู่กับความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคนี้พบมากในทวีปเอเชียโดยเฉพาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทวีปแอฟริกา พบร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งทั้งหมด แต่ในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกาพบได้น้อยประมาณร้อยละ 3 ของโรคมะเร็งทุกชนิด ส่วนใหญ่เกิดร่วมกับโรคตับแข็ง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง รวมทั้งโรคไขมันในตับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งเซลล์ตับ มีดังนี้^{7,10}

1. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคตับอักเสบบีมี 5 ประเภท โดยแบ่งตามลักษณะของเชื้อไวรัสดังนี้ ไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี ชนิดซี ชนิดดีและชนิดอี ในประเทศไทยพบโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบีและซี เป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ทำให้ตับแข็งและลุกลามจนกลายเป็นโรคมะเร็งตับในที่สุด⁶

ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ในประเทศไทยพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ป่วยมะเร็งตับมากกว่าร้อยละ 50-60 และมีรายงานพบว่าผู้ที่เป็พาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติราว 200 เท่า¹¹ ภาวะตับอักเสบบีเรื้อรังมักไม่แสดงอาการใด ๆ เมื่อตรวจเลือดจะพบ HBsAg ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่บนผิวของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สาเหตุการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมักเกิดจากการได้รับเชื้อตั้งแต่แรกเกิด โดยถ่ายทอด

จากมารดาระหว่างการคลอด นอกจากนี้ยังเกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง การสัมผัสเลือด และการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี¹²

ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อเฉลี่ยทั่วประเทศประมาณเกือบร้อยละ 2 ของประชากรหรือมีคนไทยประมาณหนึ่งล้านกว่าคนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งติดต่อกันทางเลือดหรือเพศสัมพันธ์คล้าย ๆ กับไวรัสตับอักเสบบี มีรายงานพบว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติราว 50 เท่า^{10,12}

2. โรคตับแข็ง (liver cirrhosis) เป็นโรคตับเรื้อรังที่มีลักษณะของการอักเสบและการตายของเซลล์ตับจำนวนมาก เกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดขึ้นในเนื้อตับ ทำให้ตับเสียหน้าที่การทำงาน ส่งผลกระทบต่ออวัยวะภายในหลายระบบ¹³ ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับร้อยละ 80-90⁷ จากการสำรวจพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคตับแข็ง¹⁴ อาการที่พบของโรคตับแข็ง คือ เบื่ออาหาร ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา ปากแห้ง อ่อนล้า ค้นตามร่างกาย ภาวะท้องมาน บวมตามแขนและขา นอนไม่หลับ เมื่อมีอาการผิดปกติแพทย์จะตรวจวินิจฉัยโดยใช้หลายวิธีประกอบกัน เช่น การตรวจสารบ่งชี้มะเร็งตับ การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์การตรวจ MRI การตัดชิ้นเนื้อตรวจ เป็นต้น¹⁰ การรักษาโรคตับแข็ง ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การยับยั้งการดำเนินของโรค เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้กลับเป็นปกติได้¹⁴

3. อะฟลาท็อกซิน (aflatoxins) เป็นสารพิษ

ที่สร้างจากเชื้อรา *Aspergillus flavus* และ *Aspergillus parasiticus* ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญ 4 ชนิด ได้แก่ อะฟลาท็อกซิน บี1 บี2 จี1 และ จี2 พบปนเปื้อนในอาหารจำพวกถั่วลิสง กระเทียม พริกแห้ง ข้าวโพด เชื่อว่าเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัจจัยนำของการเกิดมะเร็งตับ และอะฟลาท็อกซินเป็นปัจจัยเสริม^{9,15,16}

4. แอลกอฮอล์ ผู้ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานหลายปี พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหลายเท่า มีรายงานพบว่าการแยกสลายแอลกอฮอล์ในตับทำให้เกิด acetaldehyde ซึ่งเป็นสารพิษต่อดับโดยตรง¹⁷

5. บุหรี่ การศึกษาในสัตว์ทดลองบ่งชี้ว่าสารในบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งตับได้ ส่วนในคนพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับ ถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน มีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.6 เท่า และถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 30 มวนต่อวัน อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 5.8 เท่า อัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับจากบุหรี่จะเห็นได้ชัดในคนที่สูบบุหรี่มานานกว่า 40 ปี โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่นั้นเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรังหรือตับแข็งอยู่ก่อนแล้ว พบว่ามีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^{16,18}

6. โรคไขมันในตับ (non-alcoholic fatty liver disease) เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเมแทบอลิซึมในร่างกายที่มีไขมันโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์พอกหรือสะสมอยู่ในเซลล์ตับโดยไม่ได้เป็นผลจากการดื่มสุรา ก่อให้เกิดผลเสียต่อเซลล์ตับ บางระยะการดำเนินของโรคอาจพบการอักเสบของเนื้อตับร่วมด้วย ส่งผลให้เกิดภาวะตับแข็งและลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ในที่สุด¹⁹

7. ปัจจัยอื่น ๆ

- ไนโตรซามีน (nitrosamine) อาหารหลายชนิดมีโอกาสจะพบสารก่อมะเร็งไนโตรซามีน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากพืชผลทางการเกษตร เนื่องจากการใช้ปุ๋ยมากเกินไป ส่งผลให้เกิดสารไนเตรตตกค้าง โดยเฉพาะผักประเภทใบและหัว เช่น กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี หัวผักกาด ผลิตภัณฑ์จากอาหารทะเลที่ผ่านการแปรรูป เช่น ปลาเค็ม ปลาแห้ง กะปิ กุ้งแห้ง และผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่เกิดจากการใช้สารไนเตรต-ไนไตรต์ ในการถนอมอาหาร เช่น ไส้กรอก แฮม เบคอน แหนม กุนเชียง เนื้อเค็ม เป็นต้น²⁰

- สารไวนิลคลอไรด์มอนอเมอร์ (vinyl chloride monomer) การใช้บรรจุภัณฑ์ที่ผลิตจากพลาสติกโดยมีไวนิลคลอไรด์มอนอเมอร์ตกค้างอยู่ อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ เนื่องจากการได้รับสารนี้ในปริมาณที่สูงและเป็นระยะเวลานาน จะทำให้สารดังกล่าวเข้าไปทำลายตับ ปอด ม้าม และอาจก่อให้เกิดมะเร็งขึ้นได้ โดยเฉพาะมะเร็งตับ สารนี้มักพบในฟิล์มยืดห่อหุ้มอาหาร ขวดบรรจุน้ำมัน ของใช้ในครัวเรือน เป็นต้น²¹

- ภาวะเหล็กเกิน (hemochromatosis) เป็นภาวะที่เกิดจากการสะสมเหล็กในร่างกายในปริมาณที่มากเกินไป ซึ่งเกิดได้ 2 กรณี คือ ภาวะทางพันธุกรรมที่เกิดจากการดูดซึมธาตุเหล็กมากเกินไปหรือผู้ป่วยที่ต้องรับการถ่ายเลือดเป็นประจำ ซึ่งทำให้เกิดการสะสมของเหล็กและมีผลทำให้ตับเสียหายหรือหยุดทำงานจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต^{17,18}

- การใช้ยาฮอร์โมนเพศหญิง ยาคุมกำเนิด ผู้หญิงที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน

ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ²²

- สารหนู (arsenic) เป็นสารโลหะหนักที่เกิดพิษกับร่างกาย ซึ่งมักพบการปนเปื้อนในน้ำดื่ม น้ำที่มาจากบ่อนบาดาล การปนเปื้อนในพืชผลทางการเกษตร โดยเฉพาะข้าวที่มีการปลูกใกล้แหล่งปนเปื้อน การปนเปื้อนยาสมุนไพรโบราณที่ไม่ได้มาตรฐาน ยาหม้อ ยาลูกกลอน สารหนูในรูปธาตุบริสุทธิ์และสารอนินทรีย์มีฤทธิ์ก่อให้เกิดมะเร็ง นอกจากนี้เมื่อได้รับสารหนูในปริมาณสูงแบบเฉียบพลันสามารถทำให้เสียชีวิตได้²³

อาการของมะเร็งตับ⁵

ในระยะเริ่มแรกของโรคจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่ในระยะแรกยังไม่มีอาการปรากฏ ดังนั้นเมื่อมีอาการเกิดขึ้นและได้รับการตรวจจากแพทย์โรคมักดำเนินไปมากแล้ว อาการที่บ่งบอกว่าเป็นมะเร็งตับคือ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องซีกขวาด้านบน คลำพบบ่อนเนื้อบริเวณท้องซีกขวาด้านบนมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด เนื่องจากท้องอืดและแน่นท้อง เกิดภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อช่องท้อง โรคดีซ่าน ภาวะเลือดออกภายในร่างกาย อาการของมะเร็งตับจะเป็นอาการที่สับสนกับโรคเกี่ยวกับตับที่มีอยู่เดิม ฉะนั้นจำเป็นต้องมีการตรวจคัดกรองให้แน่ชัด

การวินิจฉัยมะเร็งตับ^{5,7,10,24,25}

มะเร็งตับที่พบในระยะแรกหลังจากได้รับการรักษาแล้ว อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี มีมากถึงร้อยละ 70 แต่ผู้ป่วยในระยะกลางและระยะท้ายสามารถมีชีวิตอยู่ได้เพียงครั้งหนึ่ง ด้วยเหตุนี้การวินิจฉัยและ

ตรวจพบโรคในระยะแรกจึงสำคัญมาก สำหรับวิธีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ มีดังนี้

1. การตรวจร่างกาย แพทย์จะทำการตรวจหน้าท้องของผู้ป่วย เพื่อคลำขนาดตับและม้าม อีกทั้งยังคลำหน้าท้อง เพื่อดูน้ำในท้องและเยื่อตาเหลือง ซึ่งจะบ่งถึงภาวะตับทำงานน้อยลง

2. การตรวจเลือด การเจาะเลือดเพื่อตรวจการทำงานของตับ ไต เบาหวาน และการตรวจหาระดับของแอลฟา-ฟิโตโปรตีน (alpha-fetoprotein; AFP) ถ้าพบว่ามี AFP สูงมาก บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นมะเร็งตับได้

3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound test) เป็นวิธีตรวจมะเร็งตับที่นิยมใช้มากที่สุดในการตรวจวินิจฉัยโครงสร้างทางกายวิภาคของตับ ตรวจไขมันพอกตับ ตับอักเสบและตรวจลักษณะของเนื้องอกตับ อัตราความถูกต้องในการตรวจสูงถึงร้อยละ 84 สามารถค้นพบมะเร็งที่มีขนาด 2 ซม.ได้ แต่ในกรณีใช้ตรวจวินิจฉัยโรคตับแข็ง การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ยังไม่สามารถแยกเนื้องอกที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากตับหรือซีโครอาจบังตำแหน่งเนื้องอกทำให้พิจารณาภาพยาก

4. การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจชนิดนี้สามารถตรวจอวัยวะในช่องท้องได้ดี ผู้ป่วยจะได้รับสารทึบรังสีเข้าทางเส้นเลือด ทำให้สามารถมองเห็นเส้นเลือดได้อย่างชัดเจน และทำให้สามารถเห็นความสัมพันธ์ระหว่างเนื้องอกกับเส้นเลือดในตับ มีอัตราการวิเคราะห์แยกแยะของโรคสูง สามารถตรวจมะเร็งตับในระยะแรกที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 ซม. อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ

90 แต่ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง

5. การตรวจด้วยเครื่อง MRI เป็นการตรวจภาพสะท้อนผ่านสัญญาณที่ได้จากสัญญาณคลื่นความถี่สูงกับสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ใช้ตรวจวินิจฉัยตับได้ดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน

ระยะของมะเร็งตับ²⁵

ภายหลังการวินิจฉัยมะเร็งตับ สิ่งสำคัญเป็นอันดับต่อมาคือ การดูระยะของโรค เพื่อที่แพทย์จะได้วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมตามระยะของโรค ระยะของโรคสามารถดูได้จากขนาดของเนื้องอกและการกระจายของเนื้องอกไปตามเส้นเลือดหรือระบบน้ำเหลือง

ระยะที่ 1 (stage I) คือ เนื้องอกมีเพียงก้อนเดียว และมีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. ไม่มีการลุกลามเข้าสู่เส้นเลือด

ระยะที่ 2 (stage II) คือ เนื้องอกมีเพียงก้อนเดียว มีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. แต่มีการลุกลามเข้าสู่เส้นเลือด หรือมีเนื้องอกหลายก้อน แต่ละก้อนมีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. ซึ่งอยู่เฉพาะตับซ้ายหรือตับขวาอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น หรือเนื้องอกมีเพียงก้อนเดียวแต่มีขนาดมากกว่า 2 ซม.

ระยะที่ 3 (stage III) คือ เนื้องอกมีเพียงก้อนเดียว มีขนาดมากกว่า 2 ซม. และมีการลุกลามเข้าสู่เส้นเลือด

ระยะที่ 4A (stage IVA) คือ มีเนื้องอกหลายก้อนอยู่ทั้ง 2 ข้างของตับ หรือมีการกระจายเข้าสู่เส้นเลือดดำใหญ่

ระยะที่ 4B (stage IVB) คือ มีเนื้องอกกระจาย

ไปสู่ระยะอื่น ๆ แล้ว

การรักษา มะเร็งตับ^{10,12,26,27}

แพทย์และผู้ป่วยสามารถปรึกษากันเพื่อเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งตับในแต่ละราย โดยแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับขนาด จำนวน และตำแหน่งของเนื้องอก อีกทั้งภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น อายุ โรคประจำตัว และหน้าที่การทำงานของตับ ซึ่งต้องนำมาพิจารณาโดยละเอียด แนวทางการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้ตามระยะของโรค ดังนี้

1. **ระยะที่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกมา** ได้แก่ การผ่าตัดก้อนมะเร็งเซลล์ตับ เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับก้อนเดียวหรือหลายก้อนที่มีลักษณะทางกายวิภาคสามารถตัดได้ ไม่กระจายออกนอกตับ ผู้ป่วยมีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่มีลักษณะภาวะความดันสูงในระบบหลอดเลือดดำของตับ (portal hypertension) และผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ การผ่าตัดเปลี่ยนตับในผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับเป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีเนื้องอก 1 ก้อน ขนาดเล็กกว่า 5 ซม. หรือจำนวนไม่เกิน 3 ก้อน โดยแต่ละก้อนขนาดไม่เกิน 3 ซม. ตามเกณฑ์ Milan criteria ในผู้ป่วยตับแข็งที่มีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

2. **การรักษา มะเร็งตับที่มีการลุกลามเฉพาะที่ แต่ไม่สามารถผ่าตัดได้** ภาวะที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถผ่าตัดรักษาผู้ป่วยได้ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะตับแข็ง เนื้องอกอยู่ติดเส้นเลือดใหญ่ของตับหรือผู้ป่วยมีโรค

ประจำตัว ที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ จึงต้องใช้วิธีการรักษาอื่น ได้แก่ การฉีดแอลกอฮอล์เข้าก้อนมะเร็งตับ (ethanol ablation) การฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่ transarterial chemoembolization (TACE) การทำลายมะเร็งเฉพาะที่ด้วยความเย็น (cryotherapy) หรือความร้อน (thermal ablation) การรักษาหลอดเลือดแดงด้วยสารกัมมันตภาพรังสี การให้ยายับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง การให้ยาเคมีบำบัด (systemic chemotherapy) และการรักษาด้วยการฉายรังสี (external radiation)

3. **การรักษา มะเร็งตับระยะสุดท้าย** มะเร็งตับที่อยู่ในระยะที่ 4 (stage IV) ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แพทย์จะทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อหวังให้การกระจายของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ หรือเพื่อลดอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษา มะเร็งตับในระยะสุดท้ายที่ใช้ในปัจจุบัน คือ การให้ยาเคมีบำบัด อาจเป็นการให้ยาทั้งร่างกายหรือให้เฉพาะเข้าสู่ตับทางเส้นเลือดแดง hepatic และการฉายแสงเป็นการทำลายเนื้องอกในตับเฉพาะที่ฉายเท่านั้น

การปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยมะเร็งตับ^{18,24,28}

เมื่อป่วยเป็นมะเร็งตับ ผู้ป่วยควรรู้จักวิถีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติสำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ ดังนี้

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเลือกทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อช่วยบำรุงร่างกายให้แข็งแรงและมีความทนทานต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่มาก ก็ควรรับประทาน

อาหารประเภทโปรตีนให้มากขึ้น เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม ไข่ ถั่วต่าง ๆ เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทที่มีผลแทรกซ้อนมาจากตับ ควรได้รับโปรตีนอย่างจำกัด ภายใต้การควบคุมของนักกำหนดอาหาร

2. ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีอาการบวมที่บริเวณท้องและเท้า ควรดื่มน้ำบริโภคอาหารที่มีรสเค็มทุกชนิด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ซอสปรุงรสต่าง ๆ เป็นต้น

3. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ เป็นต้น

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ควรแบ่งการรับประทานอาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ แต่บ่อยครั้ง

5. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งตับ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และรุนแรงกว่าคนปกติ จากร่างกายที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ดังนั้นจึงควรดูแลสุขอนามัยพื้นฐานอย่างสม่ำเสมอ

6. ควรพักผ่อนให้เพียงพอ หากมีอาการอ่อนเพลีย ควรหยุดงานหรือลดภาระงานให้มากที่สุด และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

7. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด และไปตรวจตามที่แพทย์นัดเสมอ

8. ในช่วงบั้นปลายการดำเนินโรคผู้ป่วยควรปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล อาจใช้วิธีทางศาสนาช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจและอารมณ์ที่สงบขึ้น

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ^{9,18,24,28}

เมื่อเราพบว่าบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งตับ การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีกำลังใจต่อสู้กับโรค ซึ่งมี

รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การให้กำลังใจ ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งมักจะมีเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ทำให้เกิดความบั่นทอนทางอารมณ์และจิตใจ การแสดงความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอยู่

2. เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ ควรให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาและซักชวนผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัดเสมอ

3. สมาชิกในครอบครัว ควรช่วยกันลดภาระที่มีอยู่ของผู้ป่วยลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อย่าแสดงปฏิกิริยารุนแรงตอบโต้เมื่อผู้ป่วยหงุดหงิดหรือมีอาการแปรปรวน

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรให้ความสนใจและผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานยาและการรับประทานอาหารตามที่แพทย์แนะนำและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

5. ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ถึงแม้จะเป็นช่วงบั้นปลายของการดำเนินโรค จะมีผลต่อสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขขึ้นตามสมควร ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานใจ

การป้องกันมะเร็งตับ^{8,11,17,29}

การป้องกันการเกิดมะเร็งตับสามารถทำได้ด้วยการสร้างภูมิคุ้มกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยปฏิบัติตาม

ดังต่อไปนี้

ด้านสุขลักษณะ

- การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่รวมเพศกับผู้ที่ไม่ใช่คู่นอนของตนเอง หากจำเป็นต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งใด ๆ ของผู้อื่นโดยตรง หากจำเป็นต้องสวมถุงมือทุกครั้ง และไม่ควรใช้ของมีคมหรือของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ไม้ขีดไฟ เข็มเจาะหู เข็มสักผิวหนัง เป็นต้น

- พักผ่อนให้เพียงพอและออกกำลังกายสม่ำเสมอ

- งดการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคตับอักเสบริ้วหรือตับแข็ง เนื่องจากมีจะอันตรายเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับเพิ่มมากขึ้น

ด้านการบริโภคอาหาร

- ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

- ลดการบริโภคอาหารที่มีเชื้อราและอาหารที่ปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินซึ่งอยู่ในอาหารจำพวก ถั่วลิสง พริกแห้ง พริกป่น กระเทียม ข้าวโพด เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ เป็นต้น ควรเก็บอาหารให้แห้งไม่ควรเก็บไว้นาน และไม่รับประทานอาหารค้างคืน เนื่องจากอาจมีเชื้อราปะปนอยู่

- ลดการบริโภคอาหารที่ผ่านกระบวนการ เช่น อาหารที่ใส่สารกันบูด อาหารที่มีการใส่ดินประสิว เช่น แยม ฮอตดอก ไส้กรอก ปลาเค็ม กุนเชียง กุ้งแห้ง เป็นต้น

- ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ปลาน้ำจืด

ดิบ ก้อยปลา เพราะอาจทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ หรืออาหารที่หมัก เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม แหนม เป็นต้น เพราะมีสารไนโตรซามีน ซึ่งทำให้เป็นโรคมะเร็งตับได้

- การรับประทานผักและผลไม้ต่าง ๆ ควรล้างให้ถูกวิธีก่อนนำมาปรุงอาหาร เพื่อลดการตกค้างของยาฆ่าแมลงหรือสารเคมีที่ใช้ในการเกษตร

- งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในกรณีมีโรคตับแข็งร่วมด้วยจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงกว่าบุคคลอื่น

ด้านการรักษาสุขภาพ

- ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโดยการฉีดวัคซีน ป้องกันไวรัสตับอักเสบนชนิดบีโดยเฉพาะในเด็กแรกเกิด

- กรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ เช่น ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกชนิดไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ควรเฝ้าระวังเป็นระยะโดยการไปพบแพทย์เพื่อตรวจเลือดและตรวจอัลตราซาวด์หามะเร็งตับระยะแรกทุก ๆ 6 เดือน

- ควรหมั่นสังเกตและสำรวจตนเองอยู่เสมอ หากพบอาการผิดปกติ เช่น เบื่ออาหารไม่ทราบสาเหตุ แน่นท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ มีไข้ต่ำ เป็นประจำปวดหรือเสียดชายโครงขวา หากคลำพบก้อนในช่องท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องโต หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ควรรีบปรึกษาแพทย์

- หมั่นตรวจสุขภาพประจำปี ถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์

สรุป

มะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย โดยพบในเพศชายเป็นอันดับ 1 และในเพศหญิงเป็นอันดับ 4

ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด มะเร็งตับเป็นโรคร้ายที่ทำลายชีวิตได้ แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถรักษาได้หลายวิธีที่สำคัญคือการเฝ้าระวังการเกิดอย่างสม่ำเสมอ โดยการสังเกตร่างกายเป็นประจำ ถ้าหากพบความเสี่ยง เช่น มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้ต่ำเป็นประจำ ปวดหรือเสียดชายโครงขวา อาจคลำพบบก้อนในช่องท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องโต และบวมบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย การป้องกันมะเร็งตับ ได้แก่ การรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีโดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดทุกคน ป้องกันรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ รับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง เช่น อาหารที่มีราขึ้น อาหารที่มีดินประสิว (ไนเตรทและไนไตรท์) อาหารหมักดอง เค็มจัด เผ็ดจัด เนื้อสัตว์รมควัน ปิ้งย่าง ทอดจนไหม้เกรียม ไม่รับประทานปลาดิบ ๆ สุก ๆ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และลดความเครียด การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดมะเร็งตับได้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Available at: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>. Accessed: January 20, 2016.
- Worldwide cancer research fund international. Available at: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>. Accessed: January 20, 2016.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th>. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2562.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด; 2561.
- นิธิ มหานนท์. มะเร็งไม่สิ้นหวัง. กรุงเทพฯ: อินสปายร์; 2550.
- Takeshi Kurihara. รับมือโรคมะเร็งตับให้อยู่หมัด. ใน: ชูติมน ยงมานิตชัย, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: อินสปายร์; 2557.
- รุ่งฤดี ชัยธีรกิจ, บรรณาธิการ. มะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2561.
- อรุณ ใจนสกุล, บุรณี กาญจนถวัลย์, ชิษณุ พันธุ์เจริญ, อูษา ทิสยากร, อติศร ภัทราดุลย์, บรรณาธิการ. มะเร็งร้ายพ่ายมือหมอ. กรุงเทพฯ: บริษัทสรรพสาร จำกัด; 2550.
- ปิยวัฒน์ โกมลศิริ, สุภณิ นิเวตวงศ์, สุภาภรณ์ ศรีตั้งศิริ. รู้ทันโรคตับ รู้ลึกเรื่องเปลี่ยนตับ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ดิสทริบิวชัน จำกัด; 2552.
- บุญเต็ม แสงดิษฐ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับสำหรับประเทศไทย. เวชศาสตร์ทหารบก 2558; 68:193-201.
- กาญจนา โชติเลิศศักดิ์, บุรณี กาญจนถวัลย์, ชิษณุ พันธุ์เจริญ, อูษา ทิสยากร, อติศร ภัทราดุลย์, บรรณาธิการ. รู้ทันมะเร็ง โรคที่ป้องกันและรักษาได้. กรุงเทพฯ: แสงแก้ว เซ็นเตอร์ แอดเวอร์ทีสเม้นท์; 2551.
- มูลนิธิตับแห่งประเทศไทย. รู้ทันกันไว้ ปลอดภัยจากไวรัสตับอักเสบบีและซี. สมุทรสาคร: บริษัทภู่อิม พริ้นติ้ง จำกัด; 2561.
- Sakkrin Chirapongsathorn. Stage and natural history of cirrhosis. Thai J Hepatol 2018;1:14-8.
- ปิยะนัฐ อมรชีวานันท์, คณิน พงศ์ถาวรกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, ทวีศักดิ์ แทนวันดี. อาการไม่พึงประสงค์และอิทธิพลของการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2015;33:19-28.
- ณมน วัฒนกิจ, เสาวลักษณ์ อุดลพัชราภรณ์, อวันวิ เพชรคงแก้ว. การสลายอะฟลาทอกซินบี1โดยจุลินทรีย์. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2015;22:1-11.
- Srivatanakul P, Sriplung H, Deerasamee S. Epidemiology of liver cancer: an overview. Asian Pac J Cancer Prev 2004;5:118-25.
- ยุพาพิน ประเสริฐกุล. คู่มือฉบับเทคนิคการป้องกันและรักษาโรคไวรัสตับทุกชนิด. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: Fell good Publishing; 2559.
- ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย. ความรู้โรคตับสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ; 2544.

19. อัญชลี ลำดวน.ภาวะไขมันสะสมในตับของประชากรไทย ศึกษาในศพที่ชันสูตรศพ ณ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] นครปฐม:มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.
20. สถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.ไนโตรซามีน สารก่อมะเร็งในอาหาร. วารสารอาหาร 2560;47:20-28.
21. กรรณิการ์ บุตรเอก. ไนโรคลอไรด์มออนเมอร์. วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ 2015;189:20-21.
22. รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chulacancer.net>. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2562.
23. มูลินนิธสัมมาอาชีวะ. การตรวจดั่งบ่งชี้ทางชีวภาพของสารเคมีในอุตสาหกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี:มูลินนิธสัมมาอาชีวะ; 2562.
24. เฉลิมพล แก้วน้อย. สบายใจไร้มะเร็ง. กรุงเทพฯ; 2556.
25. กวิญ ลิละวัฒน์. มะเร็งตับ HCC. กรุงเทพฯ; 2551.
26. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ:บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2558.
27. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
28. สมาคมตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยตับในประเทศไทย ปี 2558. นนทบุรี:หจก. ภาพพิมพ์; 2558.
29. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2560). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.

คำแนะนำการส่งต้นฉบับ

วารสารโรคมะเร็งยินดีรับบทความทางวิชาการ หรือ เรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพื่อพิจารณา ตีพิมพ์ในวารสารนี้ โดยบทความที่ตีพิมพ์จะได้รับการ กลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือว่าเป็น ลิขสิทธิ์ของวารสารโรคมะเร็ง และเป็นผลงานวิชาการหรือ วิจัยของคณะผู้เขียน ไม่ใช่ความคิดเห็นของบรรณาธิการ หรือผู้จัดทำ ขอให้ผู้สมัครส่งต้นฉบับที่จัดเตรียมถูกต้อง ตามคำแนะนำในเอกสารนี้มายังบรรณาธิการวารสาร โรคมะเร็งทาง E-mail: thaicancerj@gmail.com

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

ควรเขียนลำดับเป็นข้อ ๆ ได้แก่ เรื่องย่อ (ทั้ง ภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำสั้น ๆ (เหตุผลที่ ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

ควรประกอบด้วยเรื่องย่อ (ทั้ง ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย) บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความทางวิชาการหรือบทพินิจวิชาการ (Review Articles)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้รวบรวมสังเคราะห์ ใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วยเรื่องย่อ (ทั้ง ภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียน และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

- บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ต้องส่งต้นฉบับ 2 ชุด (พร้อมไฟล์ กรณีส่งทางไปรษณีย์) และต้อง ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งตีพิมพ์ที่ใด
- บทความที่พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าเป็นภาษาไทยควรหลีกเลี่ยงคำภาษาอังกฤษ ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น พยายามไม่ใช้คำย่อ นอกจากคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป
- การย่อเรื่อง ให้ย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ว่าเนื้อเรื่องจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
- ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พร้อมด้วยสถาบันที่ทำงาน (ทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และระบุผู้เขียนที่สามารถ ติดต่อได้ (corresponding author)
- ต้นฉบับต้องพิมพ์อย่างชัดเจนมีระยะ ห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่อง พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยใช้อักษรชนิด Angsana New ขนาด 16 เว้น ระยะห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้วโดยตลอดและใส่ เลขหน้าทางมุมขวามือ
- ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพใช้ภาพขาวดำ ขนาดโปสเตอร์ ผิวน้ำเรียบเป็นมัน หรือพิมพ์จาก คอมพิวเตอร์โดยใช้เครื่องพิมพ์เลเซอร์ ให้ใหญ่กว่าขนาดที่ จะตีพิมพ์เพื่อให้ได้ภาพชัดเจน กำกับหมายเลขภาพ ชื่อผู้เขียนไว้ด้านหลังภาพทุกภาพ พิมพ์คำบรรยาย ภาพเป็นลำดับแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น
- ตาราง พิมพ์แยกต่างหากโดยมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (foot note) พร้อมทั้งอธิบายตัวย่อ ในตาราง

8. เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอยู่ในวารสารทางการแพทย์ชั้นนำในขณะนี้ให้กับการอ้างด้วยหมายเลขและเรียงลำดับการอ้างหมายเลขที่กำกับในรายชื่อเอกสารอ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขในเนื้อเรื่องด้วย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

8.1 จาการวารสาร

วารสารภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยชื่อผู้แต่ง (ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนแต่ถ้ามี 7 คนขึ้นไปให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรก แล้วเติม et al.) ชื่อเต็มของบทความ ชื่อย่อวารสาร (ใช้ตาม Index Medicus) ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ให้เขียนแบบเดียวกับภาษาอังกฤษ เว้นแต่ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็มโดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและใช้ปี พ.ศ.

ตัวอย่าง

1. Chariyalertsak S, Sirikulchayanonta V, Mayer D, Kopp-Schneider A, Fuerstenberger G, Marks F, et al. Aberrant cyclooxygenase isozyme expression in human intrahepatic cholangio carcinoma. Gut 2001;48:80-6.

2. สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, พงษ์กิตติฐิคุภกร, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. Proliferating Cell Nuclear Antigen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: บทบาทในการพยากรณ์โรค.วารสารโรคมะเร็ง 2542;25:1-6.

8.2 จากหนังสือและโมโนกราฟอย่างอื่น

8.2.1 ผู้พิมพ์เป็นบุคคล ตัวอย่างเช่น Getzen TE. Health economics: fundamental of funds. New York: John Wiley & Sons; 1997.

8.2.2 บรรณาธิการ ผู้รวบรวม ประธานที่เป็นผู้พิมพ์ ตัวอย่างเช่น Millares M, editor. Applied drug information: strategies for information management. Vancouver, WA: Applied Therapeutics, Inc.; 1998.

8.2.3 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ตัวอย่างเช่น Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology. 6th ed. Norwalk, CN:Appleton and Lange; 1995. p. 361-80.

8.2.4 หนังสือ proceeding ของการประชุม ตัวอย่างเช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8.2.5 เอกสารหรือแหล่งข้อมูลอื่น

เรื่องจากวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

สุภาณี เมืองคำ. ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

เรื่องจากวารสารใน internet ตัวอย่างเช่น

Laporte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995;310:1387-90. Available from: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. Accessed September 26, 1996.

เรื่องจาก web site ตัวอย่างเช่น

Health on the net foundation. Health on the net foundation code of conduct (HONcode) for medical and health web sites. Available at : <http://www.hon.ch/conduct.html>. Accessed June 30, 1998.

รังษิณพดล โถทอง, วิศิษฐ์ จวีพจน์กำจร, ปารรณนา สถิตวิภาวี่, ศุภชัย ปิตกุลตัง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในหญิงไทยที่อายุน้อยกว่า 45 ปี. เข้าถึงได้จาก: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMP8.pdf>. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2561.