

ระบาดวิทยาโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2560

กาญจนา ดาวประเสริฐ¹ ดลสุข พงษ์นิกร^{1,2} ศรินยา แสงคำ¹ มนฐิตินันท์ ประดิษฐ์คำ¹ เขตสิริ คำขอด¹ ปณิดา สุวรรณเมือง¹

¹งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

²โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง

Received: March 1, 2021

Revised: May 31, 2021

Accepted: July 20, 2021

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการดูแลสุขภาพและการใช้ชีวิตของประชากรไทยอาจก่อให้เกิดโรคร้ายแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็ง อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ อัตราตาย และโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย รูปแบบศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง จากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงราย พะเยา น่าน และแม่ฮ่องสอน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทุกราย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวน 39,410 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณจำนวน ร้อยละ และอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งแยกตามชนิดโรคมะเร็งและพื้นที่ ได้แก่ อัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ และอัตราตายโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 ราย แยกตามเพศและช่วงอายุทุก 5 ปี ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี 80-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบผู้ป่วยโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนมีจำนวนทั้งหมด 39,410 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 21,525 ราย และเพศหญิงจำนวน 17,885 ราย (เฉลี่ยผู้ป่วยใหม่ 7,882 รายต่อปี) อัตราอุบัติการณ์มะเร็งในผู้สูงอายุรวมทุกชนิดในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ 91.9 และ 67.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนทั้งหมด 24,056 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 13,803 ราย และเพศหญิง 10,253 ราย (เฉลี่ยเสียชีวิต 4,811 รายต่อปี) อัตราตายมะเร็งในผู้สูงอายุรวมทุกชนิดเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ 58.9 และ 38.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ โรคมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ตามลำดับ เพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ ดังนั้น ควรมีการวางแผนแบบบูรณาการในการป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในภาคเหนือตอนบน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคมะเร็ง ระบาดวิทยา อัตราอุบัติการณ์ อัตราตาย

ผู้สนับสนุนผลงาน:

กาญจนา ดาวประเสริฐ

งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

อีเมล: lampangregistry@gmail.com

Cancer epidemiology of an aging population in Upper-Northern Thailand from 2013 to 2017

Karnchana Daoprasert¹, Donsuk Pongnikorn^{1,2}, Sirinya Sangkam¹, Monthitinun Parditkay¹,

Ketsiri Khamkhod¹, Panida Suwannamuang¹

¹Cancer Registry Unit, Lampang Cancer Hospital

²Vejjarak Lampang Hospital

Abstract

Nowadays, Thailand is an aging society. The Thai population has changed its habits in terms of consumption, which has led to an increase in non-communicable diseases, especially cancer. Age is a factor related to occurring cancers. The objectives of the study were to study the incidence, mortality, and common cancers found in an aging population in upper-northern Thailand. This research used a retrospective study from population-based cancer data covering eight provinces in the upper-northern region, including Chiang Mai, Lampang, Lamphun, Phrae, Chiang Rai, Phayao, Nan, and Mae Hong Son. However, this research studied new cancer patients, with an age range of 60 years and over, and received a diagnosis of cancer during the 2013-2017, a total amount of 39,410 cases. In terms of the data analysis, the number of patients, percentage, and the incidence of cancer were classified by the type of cancer and by province, such as the age-standardized incidence rate (ASR) and the age-standardized mortality rate (ASMR) per 100,000 geriatrics. Moreover, the analysis was classified by sex and age range every five years, from 60 years and over, as follows: 61-64 years, 65-69 years, 70-74 years, 75-79 years, 80-84 years, and over 85 years. The results found that there was an aging population of 39,410 cancer patients in the upper-northern region of Thailand, which could be divided into 21,525 males and 17,885 females and an annual average of 7,882 cases. Furthermore, the age-standardized incidence rate of males and females were 91.9% and 67.8% per 100,000 of the population, respectively. Moreover, cancer mortality consisted of 24,056 cases and an annual average of 4,811 cases, with 13,803 males and 10,253 females. The age-standardized mortality rate of males and females were 58.9% and 38.4% per 100,000 of the population, respectively. The leading common cancers were the cause of death among the aging population. For males, it was lung cancer, liver and bile duct cancer, and colon and anus cancer, respectively. The leading common cancers among females included lung cancer, liver and bile duct cancer, and breast cancer, respectively. Therefore, public health agencies should have an integrated plan for the prevention and control of diseases in the aging group that is most at risk for common cancers occurring in the upper-northern region and at the primary, secondary, and tertiary levels.

Keywords: aging, cancer, epidemiology, incidence rate, mortality rate

Corresponding Author:

Karnchana Daoprasert

Cancer Registry Unit, Lampang Cancer Hospital

Muang District, Lampang Province, 52000 Thailand

E-mail: lampangregistry@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย¹ การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2544-2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุเนื่องจากประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 727 ล้านคนของประชากรโลก² ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสี่ประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในอีก 15 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด³ โดยภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 19.87 รองลงมาคือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.86⁴ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคการใช้ชีวิต การสัมผัสสารก่อมะเร็งจากการทำงาน และสิ่งแวดล้อมรอบตัว อาจก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โดยอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสำคัญของคนไทย⁵ นอกจากนี้โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรไทย โดยมีอัตราการตายต่อแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 123.3 ในปี พ.ศ. 2561⁶ เพิ่มขึ้นเป็น 125.0 ในปี พ.ศ. 2562⁷ ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าในเพศชายมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งเท่ากับ 143.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงเท่ากับ 134.2 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 70-74 ปี (อัตราอุบัติการณ์ เพศชาย และเพศหญิง เท่ากับ 998.5, 612.5 ต่อประชากร

100,000 ราย ตามลำดับ)⁸ จากข้อมูลอุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือตอนบนปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทุกกลุ่มอายุมีทั้งหมด 70,222 ราย เฉลี่ยรายใหม่ 14,044 รายต่อปี โดยมีอัตราอุบัติการณ์เพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 162.8, 154.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ โรคมะเร็งที่พบมากทุกกลุ่มอายุในภาคเหนือตอนบน 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ตามลำดับ และเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ สำหรับจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตทั้งหมด 35,943 ราย เฉลี่ย 7,187 รายต่อปี โดยเพศชายและเพศหญิงมีอัตราตายโรคมะเร็งเท่ากับ 90.9 และ 62.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ตามลำดับ และเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ อุบัติการณ์โรคมะเร็งสูงสุดในช่วงอายุ 75-79 ปี (เพศชายและเพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 1,122.9 และ 777.7 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ)⁹ มีการศึกษาที่พบว่าโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น⁵ นอกจากนี้ จากการศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งในผู้สูงอายุทั่วโลก (อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป) ในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 6.7 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่พบในทวีปเอเชีย ร้อยละ 42 รองลงมาคือ ทวีปยุโรปร้อยละ 29 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดทั่วโลก ทั้งนี้ ร้อยละ 48 ของมะเร็งในผู้สูงอายุพบในประเทศที่ด้อยพัฒนา โรคมะเร็งที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ทวีปเอเชียพบมะเร็งตับมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งกระเพาะอาหาร ทวีปอเมริกาและยุโรปพบมะเร็งต่อมลูกหมากมากที่สุด สำหรับเพศหญิง

ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก พบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่ง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 14 ล้านคน¹⁰ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคมะเร็งที่แตกต่างกัน

การบริหารจัดการในการดูแลรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน เนื่องจากมีโรคร่วม กลไกทางพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น อาจจะมีผลต่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งหรือการรักษาโรคมะเร็งในประเทศไทยการเรียนการสอนเฉพาะทางเกี่ยวกับผู้สูงอายุเริ่มมีบทบาทและแพร่หลายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยังมีน้อย การทราบข้อมูลทางระบาดวิทยาโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุจะช่วยนำไปใช้ในการป้องกันโรคมะเร็งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ อัตราตาย และโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2556-2560

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงราย พะเยา น่าน และแม่ฮ่องสอน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทุกราย (รหัส ICD-10: C000-C970) ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวน 39,410 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณจำนวน ร้อยละ และอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งแยกตามชนิดโรคมะเร็งและพื้นที่ ได้แก่

อัตราอุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude Incidence Rate; CIR) อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุ 5 ปี (Age-Specific Rates; ASR) อัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (Age-Standardized Incidence Rate) อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Mortality Rate; CMR) และอัตราตายปรับอายุมาตรฐาน (Age-Standardized Mortality Rate; ASMR) ต่อประชากร 100,000 ราย แยกตามเพศและช่วงอายุทุก 5 ปี ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี 80-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป โดยมีระยะเวลาทำวิจัย เมษายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 และได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่หนังสือ 35/2563

โดยที่อัตราอุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude Incidence Rate; CIR) คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ต่อจำนวนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน ขณะที่อัตราตายอย่างหยาบ (Crude Mortality Rate; CMR) คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตต่อจำนวนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน ส่วนอัตราอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐาน (Age-Standardized Incidence Rate) และอัตราตายปรับอายุมาตรฐาน (Age-Standardized Mortality Rate) คำนวณโดยวิธีปรับมาตรฐานอายุโดยตรง (Direct Method) และใช้ประชากรมาตรฐานโลกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป¹¹

ผลการศึกษา

1. อุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2556-2560 มีจำนวนทั้งหมด 39,410 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 21,525 ราย และเพศหญิงจำนวน 17,885 ราย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนทั้งหมด

เฉลี่ย 7,882 รายต่อปี เพศชายมีค่าอัตราอุบัติการณ์อย่างหยาบ และอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเท่ากับ 163.8 และ 91.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ เพศหญิงมีค่าอัตราอุบัติการณ์อย่างหยาบ และอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 129.9 และ 67.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2556-2560

มีจำนวนทั้งหมด 24,056 ราย เฉลี่ย 4,811 รายต่อปี เป็นเพศชาย จำนวน 13,803 ราย และเพศหญิง 10,253 ราย เพศชายมีอัตราตายอย่างหยาบ และอัตราตายโรคมะเร็งเท่ากับ 105.0 และ 58.9 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ และเพศหญิงมีอัตราตายอย่างหยาบ และอัตราตายโรคมะเร็งเท่ากับ 74.5 และ 38.4 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุและอัตราตายปรับมาตรฐานอายุของโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2556-2560

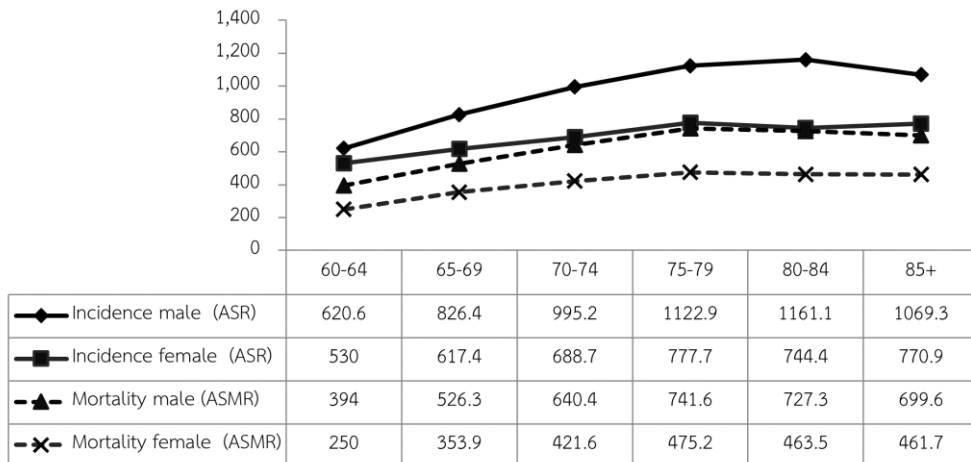
พื้นที่	ชาย						หญิง					
	ผู้ป่วยรายใหม่ (ราย)	CIR*	ASR*	จำนวนที่ตาย (ราย)	CRM*	ASMR*	ผู้ป่วยรายใหม่ (ราย)	CIR*	ASR*	จำนวนที่ตาย (ราย)	CRM*	ASMR*
ภาคเหนือตอนบนทั้งหมด	21,525	163.8	91.9	13,803	105.0	58.9	17,885	129.9	67.8	10,253	74.5	38.4
เชียงใหม่	6,022	148.3	97.3	3,436	84.6	55.5	5,198	121.5	74.2	2,742	64.1	38.8
ลำปาง	3,418	189.1	93.4	2,299	127.2	62.8	2,731	146.1	67.2	1,641	87.8	39.4
ลำพูน	1,673	171.0	97.8	1,012	103.4	59.4	1,330	127.7	70.6	706	67.8	37.5
แพร่	1,892	185.7	95.7	1,294	127.0	66.0	1,482	136.0	60.9	902	82.8	37.5
เชียงราย	4,148	149.9	91.8	2,768	100.1	60.9	3,611	125.6	72.4	2,126	73.9	41.8
พะเยา	2,080	207.7	113.5	1,462	146.0	79.5	1,844	176.0	90.9	1,100	105.0	53.6
น่าน	1,730	169.8	87.5	1,212	118.9	61.6	1,269	116.4	51.4	807	74.0	32.3
แม่ฮ่องสอน	562	115.8	87.7	320	65.9	49.0	420	88.0	69.5	229	48.0	37.5

หมายเหตุ * หมายถึง ค่าอัตราต่อประชากร 100,000 ราย, CIR = Crude Incidence rate, ASR = Age-Standardized Incidence Rate, CRM = Crude Mortality Rate และ ASMR = Age-Standardized Mortality Rate

2. อุตการณ์โรคมะเร็งและอัตราตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนแยกตามกลุ่มอายุ

อุตการณ์โรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนเพศชาย มีอุตการณ์โรคมะเร็ง

สูงสุดในช่วงอายุ 80-84 ปี และเพศหญิงมีอุตการณ์โรคมะเร็งสูงสุดในช่วงอายุ 75-79 ปี สำหรับอัตราตายโรคมะเร็งทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราตายสูงสุดในช่วงอายุ 75-79 ปี (รูปที่ 1) อย่างไรก็ตาม เพศชายจะมีอุตการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งสูงกว่าเพศหญิง

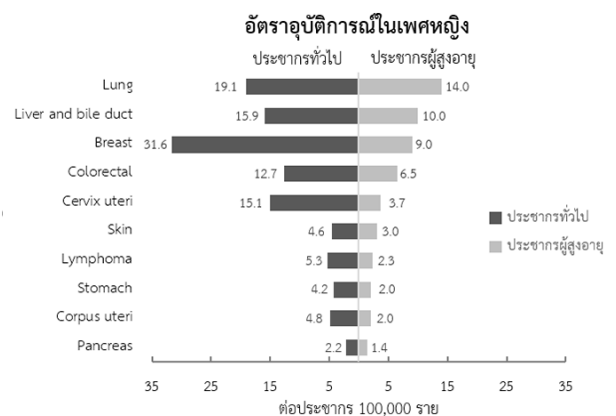
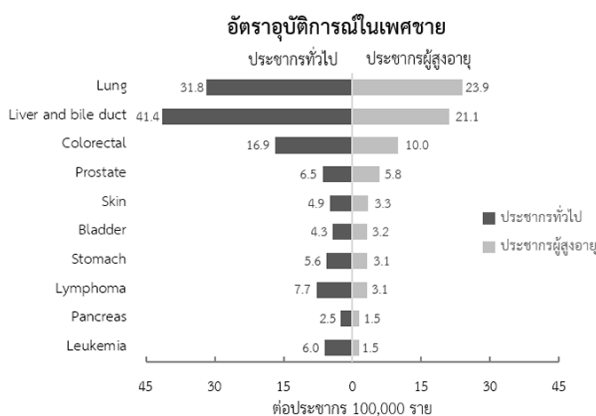


รูปที่ 1 อุบัติการณ์โรคมะเร็งทุกชนิดและอัตราการตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2556-2560 จำแนกตามช่วงอายุ และเพศ

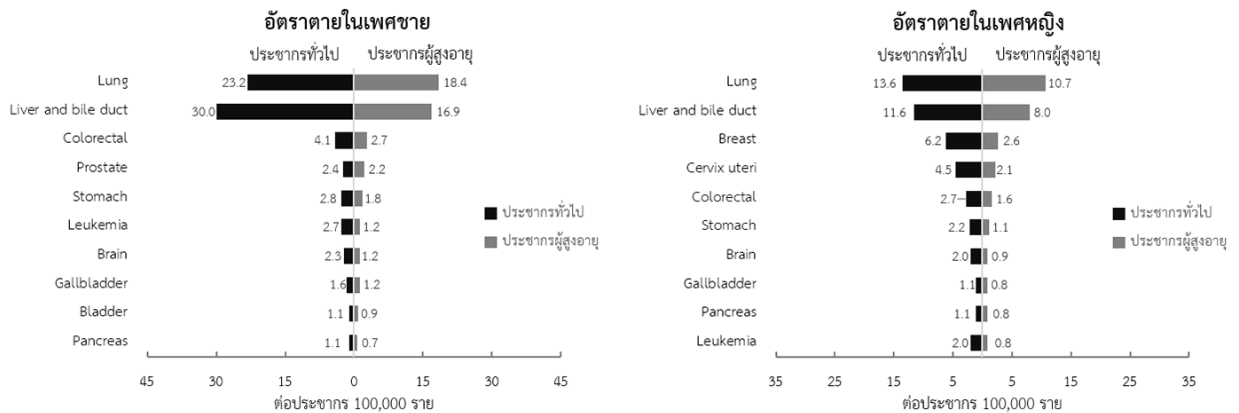
โรคมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน 3 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ตามลำดับ สำหรับเพศหญิงโรคมะเร็งที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ นอกจากนี้

พบว่ามะเร็งผิวหนังมีอัตราอุบัติการณ์พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพศชายเป็นอันดับที่ 5 และเพศหญิงเป็นอันดับที่ 6 แต่ไม่พบสาเหตุการเสียชีวิตด้วยมะเร็งผิวหนังเป็นในประชากรผู้สูงอายุ 10 อันดับแรก (รูปที่ 2) สำหรับรายพื้นที่โรคมะเร็งที่พบบ่อย 3 อันดับและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตแสดงดังตารางที่ 2

ก. อุบัติการณ์โรคมะเร็ง 10 อันดับ ปี พ.ศ. 2556-2560 เปรียบเทียบในกลุ่มประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน



ข. อัตราตายโรคมะเร็ง 10 อันดับ ปี พ.ศ. 2556-2560 เปรียบเทียบในกลุ่มประชากรทั่วไปและผู้สูงอายุ ในภาคเหนือตอนบน



รูปที่ 2 อุบัติการณ์ และอัตราตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน 10 อันดับแรก พ.ศ. 2556-2560

ตารางที่ 2 สัดส่วน อัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ และอัตราตายปรับมาตรฐานอายุของโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน 3 อันดับแรก พ.ศ. 2556-2560 แยกตามเพศ

อัตราอุบัติการณ์						อัตราตาย					
ชาย			หญิง			ชาย			หญิง		
พื้นที่	(%)	ASR*	พื้นที่	(%)	ASR*	พื้นที่	(%)	ASMR*	พื้นที่	(%)	ASMR*
เชียงใหม่			เชียงใหม่			เชียงใหม่			เชียงใหม่		
Lung	25.4	24.7	Lung	21.5	15.6	Lung	31.1	17.3	Lung	29.9	11.5
Liver	18.3	18.3	Breast	13.6	11.0	Liver	24.0	14	Liver	16.2	6.4
Colorectal	11.6	11.4	Liver	11.7	8.6	Colorectal	4.7	2.6	Breast	7.1	2.9
ลำปาง			ลำปาง			ลำปาง			ลำปาง		
Lung	27.4	25.6	Lung	20.6	13.5	Lung	33.4	20.9	Lung	26.3	10.3
Liver	21.3	20.5	Liver	14.7	9.8	Liver	26.6	17.1	Liver	20.5	8.2
Colorectal	10.7	10.2	Breast	12.2	9.1	Colorectal	5.1	3.3	Breast	5.2	2.1
ลำพูน			ลำพูน			ลำพูน			ลำพูน		
Lung	29.5	28.6	Lung	21.6	15.0	Lung	37.0	22	Lung	33.0	11.9
Liver	15.8	16	Breast	15.1	11.4	Liver	21.5	13.3	Liver	14.3	5.5
Colorectal	12.4	12.3	Liver	9.2	6.4	Prostate	4.1	2.3	Breast	9.8	3.9
แพร่			แพร่			แพร่			แพร่		
Liver	33.4	32.1	Liver	23.3	14.3	Liver	36.7	24.3	Liver	25.2	11.8
Lung	23.6	22.4	Breast	15.2	9.7	Lung	27.4	18	Lung	19.2	7
Colorectal	9.9	9.6	Lung	16.3	9.5	Colorectal	3.9	2.6	Breast	7.4	2.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

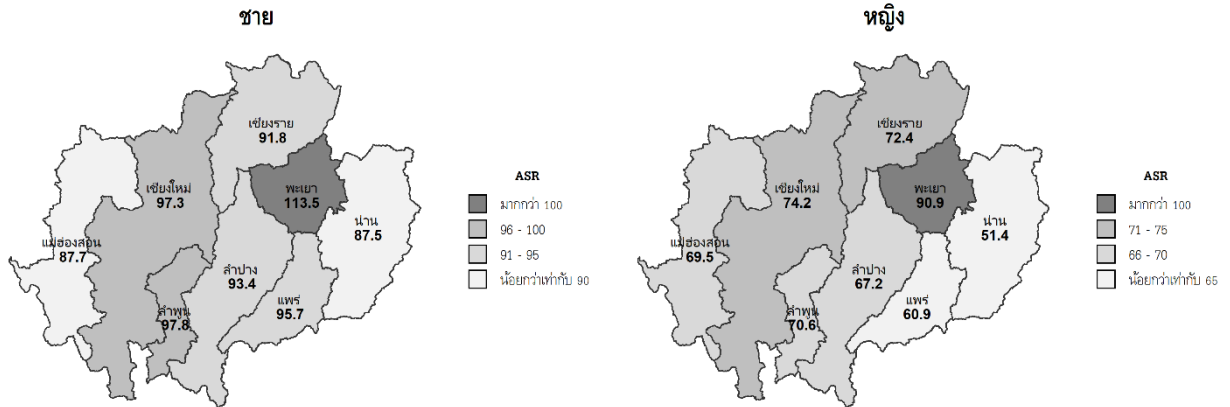
อัตราอุบัติการณ์						อัตราตาย					
ชาย			หญิง			ชาย			หญิง		
พื้นที่	(%)	ASR*	พื้นที่	(%)	ASR*	พื้นที่	(%)	ASMR*	พื้นที่	(%)	ASMR*
น่าน			น่าน			น่าน			น่าน		
Lung	25.3	22.1	Lung	22.2	11.0	Lung	31.5	19.2	Lung	29.6	9.3
Liver	23.3	20.6	Liver	15.4	7.8	Liver	27.8	17.2	Liver	20.2	6.4
Colorectal	10.6	9.4	Breast	11.0	6.0	Colorectal	6.8	4.2	Breast	5.3	1.8
พะเยา			พะเยา			พะเยา			พะเยา		
Liver	27.2	26.3	Lung	20.9	14.6	Liver	33.0	26.3	Liver	26.2	14.6
Lung	27.3	24	Liver	19.6	14.2	Lung	30.3	24	Lung	27.0	14.2
Colorectal	8.7	3.1	Breast	9.7	3.1	Prostate	4.0	3.1	Breast	5.5	3.1
เชียงราย			เชียงราย			เชียงราย			เชียงราย		
Liver	26.1	26.3	Lung	22.4	14.6	Liver	31.0	26.3	Lung	28.9	14.6
Lung	25.9	24.0	Liver	16.1	14.2	Lung	30.3	24	Liver	22.2	14.2
Colorectal	10.8	3.1	Breast	10.7	3.1	Colorectal	4.9	3.1	Cervix	5.9	3.1
แม่ฮ่องสอน			แม่ฮ่องสอน			แม่ฮ่องสอน			แม่ฮ่องสอน		
Lung	26.2	22.8	Lung	27.1	19.0	Lung	33.8	16.5	Lung	37.6	14.4
Liver	11.9	11.1	Breast	11.2	7.7	Liver	18.1	9.5	Liver	9.2	3.4
Stomach	9.1	8.1	Liver	7.4	5.1	Stomach	9.4	4.6	Breast	6.6	2.5

หมายเหตุ * หมายถึง ค่าอัตราต่อประชากร 100,000 ราย, ASR = Age-Standardized Incidence Rate และ ASMR = Age-Standardized Mortality Rate

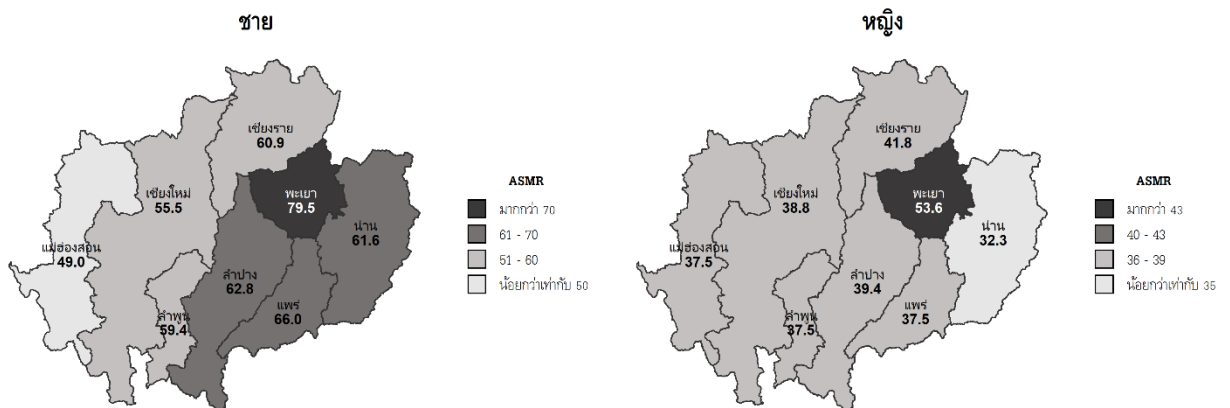
3. อุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุแยกตามจังหวัดในภาคเหนือตอนบน

จากการเปรียบเทียบอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุแยกตามจังหวัดใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พบว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งในเพศชายและเพศหญิงสูงสุดในจังหวัดพะเยา (อัตราอุบัติการณ์ 113.5 และ 90.9 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปีตามลำดับ) อุบัติการณ์โรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุในเพศชายและเพศหญิงต่ำสุดในจังหวัดน่าน (อัตรา

อุบัติการณ์ 87.5 และ 51.4 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ตามลำดับ) แสดงดังรูปที่ 3 สำหรับอัตราตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงพบว่าสูงสุดที่จังหวัดพะเยา (อัตราตาย 79.5 และ 53.6 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ตามลำดับ) อัตราตายโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุเพศชายต่ำสุดในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (อัตราอุบัติการณ์ 49.0 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) และเพศหญิงต่ำสุดในจังหวัดน่าน (อัตราอุบัติการณ์ 32.3 ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) แสดงดังรูปที่ 4



รูปที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์โรคมะเร็งทุกชนิดในประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556-2560 แยกตามจังหวัดภาคเหนือตอนบน



รูปที่ 4 เปรียบเทียบอัตราตายโรคมะเร็งทุกชนิดในประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556-2560 แยกตามจังหวัดภาคเหนือตอนบน

อภิปรายผล

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในผู้สูงอายุภาคเหนือ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวน 39,410 ราย (ร้อยละ 56.1 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด) เทียบกับสถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2555 พบผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุรายใหม่ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 48.5

ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดทั่วประเทศ¹² ขณะที่รายงานสถิติมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 พบผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุรายใหม่ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 54.4 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดทุกเชื้อชาติในสหรัฐอเมริกา¹³ นอกจากนี้จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในผู้สูงอายุทั่วโลก (อายุ 65 ปีขึ้นไป) พบผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดร้อยละ 47.5 สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วพบผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุร้อยละ 58 ซึ่งสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 42)¹⁰

การศึกษานี้พบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งรวมทุกชนิดสูงกว่าเพศหญิง โดยมีอัตราอุบัติการณ์ในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ 91.9 และ 58.9 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sophie และคณะ ที่พบว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก โดยพบว่าเพศชายเป็นมะเร็งสูงกว่าเพศหญิงได้ร้อยละ 15-90¹⁰ นอกจากนี้ การศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่าช่วงอายุที่พบอุบัติการณ์มะเร็งสูงสุดในเพศชายคือ 80-84 ปี มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 1,161.1 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงพบอุบัติการณ์มะเร็งสูงสุดในช่วงอายุ 75-79 ปี อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 777.7 ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับการรายงานข้อมูลของ Somali และคณะ ที่ทำการศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งในประชากรผู้สูงอายุทางตะวันตกเฉียงเหนือของอิหร่าน โดยอาศัยข้อมูลระดับประชากร ช่วงปี พ.ศ. 2549-2550 ซึ่งพบว่าอัตราอุบัติการณ์มะเร็งในเพศชายที่อายุ 80-84 ปี เท่ากับ 1,574.28 ต่อประชากร 100,000 ราย ขณะที่เพศหญิงอัตราอุบัติการณ์มะเร็งที่อายุ 75-79 ปี เท่ากับ 593.27 ต่อประชากร 100,000 คน¹⁴ และรายการสถิติโรคมะเร็งในประเทศจีน ปี พ.ศ. 2558 อาศัยข้อมูลระดับประชากร ช่วงปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่า อัตราอุบัติการณ์มะเร็งในผู้สูงอายุ 2 ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงอายุ 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป เพศชายเท่ากับ 1,061.8 และ 549.5 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ ขณะที่เพศหญิง คือ 623.2 และ 343.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ¹⁵ เนื่องจากคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2553-2564 อายุขัยเฉลี่ยในเพศชาย 69.5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 76.3 ปี และเพศหญิง 73.5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 80.5 ปี¹⁶ ทำให้ผลการศึกษา สอดคล้องกับข้อค้นพบการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนที่พบว่า อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งโดยรวม และการตายที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ อายุขัยที่ยืนยาวขึ้นโดยเฉพาะมะเร็งปอด ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และต่อมลูกหมาก¹⁷

อุบัติการณ์โรคมะเร็งที่พบมากขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสี่ยงการเกิดมะเร็งมีโอกาสมากขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 70 ปี จากนั้นจะลดลงเล็กน้อย¹⁸ อาจเกิดจากช่วงวัยทำงานได้มีการสัมผัสสารก่อมะเร็ง จากการทำงาน สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเป็นระยะเวลานานจึงก่อให้เกิดการทำลายยีนสะสม มีการทำงานของยีน tumor suppressor บกพร่อง มีการสูญเสียการซ่อมแซมยีน¹⁹ ทำให้ผู้สูงอายุพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งที่มากขึ้น กระบวนการเกิดโรคมะเร็งใช้ระยะเวลายาวนาน โอกาสการเกิดโรคมะเร็งจึงเพิ่มตามอายุเป็นตามธรรมชาติของโรคมะเร็ง²⁰ นอกจากนี้ การคัดกรองโรคมะเร็งในผู้สูงอายุพบน้อยกว่ากลุ่มประชากรในวัยเจริญพันธุ์ การวินิจฉัยโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุจึงทำได้น้อยลง เนื่องจากมีข้อจำกัดการตรวจวินิจฉัยเพื่อการคัดกรองที่พบได้ในผู้ที่มีอายุมากๆ เช่น ความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา หรือจากการทำหัตถการบางประเภท เช่น การดมยาสลบ การผ่าตัด ซึ่งแพทย์ได้พิจารณาถึงประโยชน์ ความเสี่ยงผลกระทบต่อชีวิต และการพยากรณ์โรค จึงทำให้ตัดสินใจงดการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ²⁰

ผลการศึกษาพบว่าอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในผู้สูงอายุลดลงในช่วงอายุเกิน 85 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งสูงสุดที่ช่วงอายุ 90 ปี หลังจากนั้นจะลดลง เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น การก่อตัวของเซลล์มะเร็งจะลดลง มีผลการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งทำให้การเจริญเติบโตของมะเร็งช้าลง ในผู้สูงอายุ ดังนั้น ในผู้ที่มีอายุมากจริงๆ จะทำให้กระบวนการทางพยาธิสภาพลดลงตามอายุ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในผู้ที่มีอายุมากที่สุด^{21,22} ยกเว้นในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว จะพบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นมากที่สุดในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป²³ เนื่องจากในประเทศ

ที่พัฒนาแล้วประชากรส่วนใหญ่เป็นสังคมผู้สูงอายุมากกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา

จำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือมีทั้งหมด 24,065 ราย พบร้อยละ 34.3 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด อัตราตายโรคมะเร็งในผู้สูงอายุภาคเหนือโดยรวมทุกชนิดเพศชายมีอัตราตายโรคมะเร็งสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งอัตราตายในเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 67.8 และ 38.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ ช่วงอายุที่พบอัตราตายโรคมะเร็งสูงสุดในเพศชายและเพศหญิงคือ 75-79 ปี อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 741.6 และ 475.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ ใกล้เคียงกับการสถิติข้อมูลขององค์กรวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติพบว่า ประเทศเม็กซิโก ช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 มีอัตราตายจากโรคมะเร็งที่อายุ 75-79 ปี ในเพศชายเท่ากับ 780.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง เท่ากับ 513.0 ต่อประชากร 100,000 ราย²⁴ อัตราตายโรคมะเร็งในผู้สูงอายุลดลงในช่วงอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการรายงานอัตราตายโรคมะเร็งทั่วโลกซึ่งลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 80 ปี พบอัตราตายประมาณร้อยละ 25-46 ช่วงอายุ 90-99 ปีอัตราตายโรคมะเร็งเหลือร้อยละ 21 ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราตายลดลงในคนที่อายุมากกว่า 100 ปี ทั้งนี้อาจเกิดจากการระบุสาเหตุการเสียชีวิตจากใบมรณบัตรมีความคลาดเคลื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งอาจจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วมอื่นๆ ทำให้ไม่ได้สาเหตุการเสียชีวิตที่ถูกต้องเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อย²⁵ นอกจากนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ มากกว่าจากสาเหตุการลุกลามของโรคมะเร็ง¹⁰ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่มี การอธิบายได้ชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีกลไกของร่างกายต่อสู้กับโรคมะเร็ง การตอบสนองต่อภูมิคุ้มกัน การอยู่รอดของเซลล์ที่ดีกว่าคนอายุน้อยอย่างไร จึงจะนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ได้

โรคมะเร็งที่พบมากและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงภาคเหนือตอนบน คือ มะเร็งปอด รองลงมาคือ มะเร็งตับ และต่อทางเดินน้ำดี อันดับสามในเพศชาย คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการรายงานโรคมะเร็งที่พบมากในผู้สูงอายุของทวีปเอเชีย คือโรคมะเร็งปอดและมะเร็งตับ แต่ต่างจากโรคมะเร็งที่พบในผู้สูงอายุทั่วโลก อันดับหนึ่งในเพศชาย คือ มะเร็งต่อมลูกหมากและเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม¹⁰ สำหรับมะเร็งปอดที่พบมากในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุที่ชัดเจน สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ อาทิ การสูบบุหรี่ เนื่องจากอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของเขตภาคเหนือตอนบนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2550-2554 อัตราสูบบุหรี่สูงสุดพบในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดลำพูน ตามลำดับ²⁶ นอกจากนี้ อาจเกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่พบเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้แก่ หมอกควันฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) มีแนวโน้มสูงขึ้นเกินค่ามาตรฐานทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา เกิดจากการเผาป่าและเผาพื้นที่ทางการเกษตร รวมทั้งผลกระทบจากการเผาในพื้นที่ประเทศเพื่อนบ้าน²⁷ ก๊าซเรดอนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งปอดมีรายงานการศึกษาพบปริมาณเรดอนในอาคารมากและมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปอดในเขตภาคเหนือ²⁸ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้นำไปสู่การก่อตัวของโรคมะเร็งปอดในอายุที่มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์โรคมะเร็งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนพบความแตกต่าง คือ มะเร็งผิวหนังเป็นมะเร็งที่พบมากในผู้สูงอายุโดยพบมากเป็นอันดับ 5 ในเพศชายและอันดับ 6 ในเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาและรายงานโรคมะเร็งผิวหนังในผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ระบุว่าผู้สูงอายุมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งผิวหนังเพิ่มขึ้น²⁹ เนื่องจาก

อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสสัมผัสกับสารก่อมะเร็งทางสิ่งแวดล้อม เช่น รังสียูวี ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของยีน หรือมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของเซลล์ผิวหนังและกลายเป็นมะเร็ง³⁰ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทยยังมีน้อย จำเป็นต้องมีการศึกษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

สำหรับผลการศึกษารายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง คือจังหวัดพะเยา อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 113.5 และ 90.9 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประชากรภาคเหนือปี พ.ศ. 2556-2560 พบว่าจังหวัดพะเยามีอุบัติการณ์โรคมะเร็งสูงสุดเมื่อเทียบกับ 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน⁹ จากอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่สูงจึงทำให้จังหวัดพะเยาพบอัตราตายโรคมะเร็งในผู้สูงอายุสูงสุดทั้งเพศชายและหญิงเช่นเดียวกัน โดยที่อัตราตายเพศชายเท่ากับ 79.5 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิง 53.6 ต่อประชากร 100,000 ราย จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด ปี พ.ศ. 2554 และปี 2560 ระบุว่าจังหวัดพะเยา มีประชากรดื่มสุรามากที่สุดติดอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศ^{31,32}

จากผลการวิจัยข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ในระดับนโยบายควรมีการวางแผนแบบบูรณาการในการป้องกันควบคุมโรคในระดับปฐมภูมิ ควรเพิ่มความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุ ระดับทุติยภูมิ มีการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละพื้นที่ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และระดับตติยภูมิ การเพิ่มระบบบริการทางสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและเท่าเทียม

สรุปผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาอุบัติการณ์อัตราตายโรคมะเร็ง และ มะเร็งที่พบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556-2560 การศึกษาในประชากรภาพรวมภาคเหนือตอนบน พบว่า เพศชายมีค่าอัตราอุบัติการณ์และอัตราตายเท่ากับ 91.9 และ 58.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ ขณะที่เพศหญิงมีค่าอัตราอุบัติการณ์และอัตราตายเท่ากับ 67.8 และ 38.4 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ โรคมะเร็งที่พบมากและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนอันดับแรก คือ มะเร็งปอด รองลงมาคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ขณะที่อันดับที่ 3 ในเพศชายคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม และเมื่อศึกษารายจังหวัดพบว่า จังหวัดพะเยา มีอัตราอุบัติการณ์และอัตราตายในเพศชายและเพศหญิงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในภาคเหนือตอนบน ดังนั้น ควรมีการวางแผนแบบบูรณาการในการป้องกันควบคุมโรคในทุกระดับของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่พบมากในภาคเหนือ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เครือข่ายทะเบียนมะเร็งภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดลำปาง ลำพูน เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน และหน่วยทะเบียนมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนและร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลทะเบียนมะเร็งภาคเหนือมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ทีมผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยดังกล่าวสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Social Development and Human Security. Elderly Person Act, 2546 B.E. Bangkok: Department of Older Persons, The Ministry of Social Development and human Security; 2003.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2020 highlights: Living arrangements of older persons. New York: United Nations; 2020.
3. Thai Health Project 2020. Accommodating an aging society: Thailand establishes the ASEAN center for active aging and innovation. Thai Health 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020. p. 74-8.
4. Older statistics 2020 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2020 [updated 2021 Mar 7; cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>.
5. Chatthanawaree W. Common cancers in the elderly and prevention. In: Assantachai P, editor. Common health problems in the elderly and prevention. Bangkok: Union Creation; 2011. p. 351.
6. Strategy and Planning Division (SPD). Public Health Statistics AD 2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019.
7. Strategy and Planning Division (SPD). Public Health Statistics AD 2019. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020.
8. Imsamran W, Pattatang A, Supaattagorn P, et al. Cancer in Thailand: Vol. IX, 2013-2015. Bangkok: National Cancer Institute; 2018.
9. Pongnikorn D, Daoprasert K, Wongkaw B, et al. Trend in cancer incidence and mortality in northern Thailand, 1993-2017. Lampang: Cancer Registry Unit, Lampang Hosital; 2020.
10. Pilleron S, Sarfati D, Janssen-Heijnen M, et al. Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: A population-based study. 2019;144:49-58.
11. Segi M, Fujisaku S. Cancer mortality for selected sites in 24 countries (1950-1957). Sendai, Japan: Department of Public Health, Tohoku University of Medicine; 1960.
12. Ferlay J, Colombet M, Bray F. Cancer incidence in five continents, CI5plus: IARC CancerBase No. 9 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2018 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://ci5.iarc.fr/CI5plus/Default.aspx>.
13. Howlader N, Noone A, Krapcho M, et al. SEER Cancer statistics review, 1975-2017 [Internet]. U.S.: National Cancer Institute.; 2020 [updated 2020 Apr; cited 2020 Oct 5]. Available from: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2017/.
14. Somi M, Mousavi S, Rezaeifar P, et al. Cancer incidence among the elderly population in the Northwest of Iran: A population based study. Iran J Cancer Prev 2009;2:117-26.

15. Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2016;66:115-32.
16. Number of population from registration by age group province and region: 2011-2020 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2021 [cited 2020 Jun 4]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/en/01.aspx>.
17. Gu X, Zheng R, Xia C, et al. Interactions between life expectancy and the incidence and mortality rates of cancer in China: a population-based cluster analysis. *Cancer Commun (Lond)*. 2018;38:44.
18. White MC, Holman DM, Boehm JE, et al. Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *Am J Prev Med* 2014;46:7-15.
19. Ekpanyaskul C. Guideline for diagnosis work related cancer. Bangkok: Santirisi press; 2010.
20. Cinar D, Tas D. Cancer in the elderly. *Northern Clinics of Istanbul*. 2015;2:73-80.
21. Jaul E, Barron J. Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Front Public Health*. 2017;5:335.
22. Tomasetti C, Poling J, Roberts NJ, et al. Cell division rates decrease with age, providing a potential explanation for the age-dependent deceleration in cancer incidence. *PNAS*. 2019;116:20482-8.
23. DeSantis CE, Miller KD, Dale W, et al. Cancer statistics for adults aged 85 years and older, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2019;69:452-67.
24. Ferlay J. Cancer mortality database [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2019 [updated 2019 Jun 20; cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://www-dep.iarc.fr/whodb/whodb.htm>.
25. Nolen SC, Evans MA, Fischer A, et al. Cancer-Incidence, prevalence and mortality in the oldest-old. A comprehensive review. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2017;164:113-26.
26. Pitayangsarit S, Pankrajang P. Statistics report on tobacco consumption in Thailand, 2018. Bangkok; 2018.
27. Simachaya W. Haze pollution in the northern region: problems and solutions. Bangkok; 2014.
28. Wiwatanadate P, Worawong R, Mahavana T. Association of indoor Radon level and lung cancer in Saraphi district, Chiang Mai. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.
29. Garcovich S, Colloca G, Sollena P, et al. Skin cancer epidemics in the elderly as an emerging issue in Geriatric oncology. *Aging Dis* 2017;8:643-61.
30. Syrigos K, Tzannou I, Katirtzoglou N, Georgiou E. Skin cancer in the elderly. *In Vivo*. 2005;19:643-52.
31. National Statistical Office. The smoking and drinking behaviour survey 2017. Bangkok: Pimdeekarnpim Co.; 2018.
32. National Statistical Office. The smoking and drinking behaviour survey 2011. Bangkok: National Statistical Office; 2012.