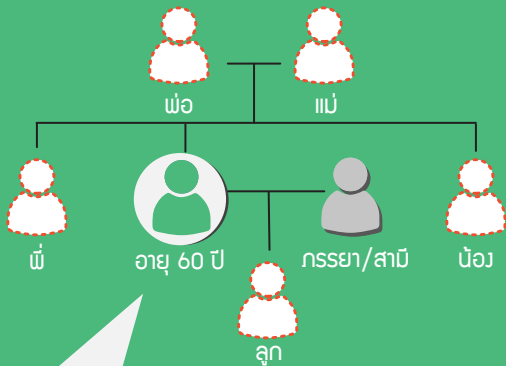




ความคุ้มค่าของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรไทย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทยและสามารถป้องกันได้ด้วยการคัดกรองซึ่งมีหลากหลายวิธี อย่างไรก็ตาม แม้จะทราบว่า การคัดกรองมีประโยชน์ แต่การจะนำการคัดกรองมาสู่การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านทรัพยากรสุขภาพที่มีจำกัด จึงเป็นที่มาของการศึกษาความคุ้มค่าของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย การศึกษาพบว่า การคัดกรองด้วยวิธีส่องกล้องหรือ colonoscopy ในกลุ่มเสี่ยงสูง คือมีญาติลำดับแรก ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความคุ้มค่ามากที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องขีดความสามารถในการให้บริการ เช่น จำนวนแพทย์ส่องกล้องไม่เพียงพอ ดังนั้น ควรเริ่มนโยบายจากกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอายุ 60 ปีก่อน คือให้คนไทยอายุ 60 ปี ที่มีประวัติญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเข้ารับการคัดกรองด้วยการส่องกล้องเพียงครั้งเดียวตลอดชีวิต

นโยบายที่เหมาะสมในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีส่องกล้อง (colonoscopy)



คนไทยอายุ 60 ปี
ที่มีญาติลำดับแรก คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูก
มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ควรตรวจคัดกรอง
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีส่องกล้อง 1 ครั้งตลอดชีวิต

คาดว่าป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ได้ 280 รายต่อปี

ต้นทุนอรรถประโยชน์ 18,300 บาท / ปีสุขภาพะ

ใช้งบประมาณ 200 ล้านบาท / ปี

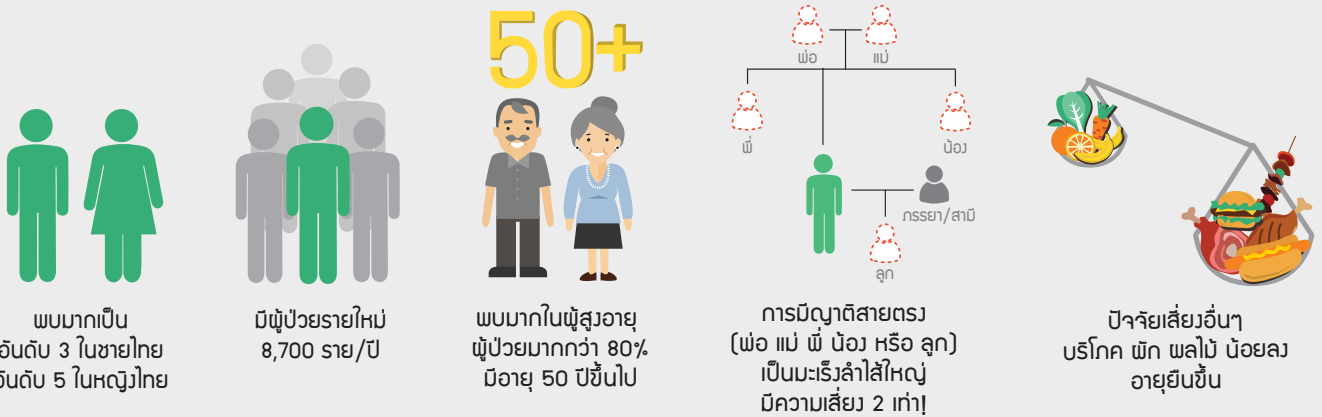
แพทย์ 1 คนมีการะงานส่องกล้อง
เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9 ครั้ง / สัปดาห์
ซึ่งอยู่ในขอบเขตที่อัตราค่าจ้างแพทย์ส่องกล้อง
ในระบบภาครัฐ สามารถรองรับได้
และไม่เป็นการเพิ่มภาระงานเกินไป

: มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง น่ากลัวแต่ป้องกันได้

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ รวมถึงการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคนี้อีก 2 เท่า นอกจากนี้คนไทยมีแนวโน้มจะเป็นมะเร็งชนิดนี้มากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ซึ่งเป็นผลมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง ต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ ส่งผลให้วิถีการบริโภคเปลี่ยนไปด้วย เช่น บริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ ในระยะเริ่มของโรคมะเร็งชนิดนี้ ผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการใดๆ แต่เมื่อพบอาการ เช่น ปวดท้องรุนแรง อุปนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไป มีเลือดปนออกมาในอุจจาระ จึงมาตรวจและมักพบว่ามะเร็งเข้าสู่ระยะท้ายแล้ว ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ใกล้เคียงกว่าที่คิด!



มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีอาการเริ่มต้นไม่เด่นชัด

ผู้ป่วยมักมีโอกาสเสียชีวิตสูง เพราะมาพบแพทย์เมื่อเป็นมะเร็งในระยะท้ายแล้ว โดยมีอาการ ▶ ปวดท้องรุนแรง ▶ ขับถ่ายไม่ปกติ ▶ มีเลือดปนในอุจจาระ

👤 : มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรอง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิด ที่ป้องกันได้ด้วยการคัดกรองเพื่อหาความผิดปกติตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ความผิดปกตินี้มักพบในลักษณะของติ่งเนื้อซึ่งแพทย์สามารถใช้เครื่องมือกำจัดออกได้ แต่หากปล่อยไว้นานติ่งเนื้อเหล่านี้มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในที่สุด

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

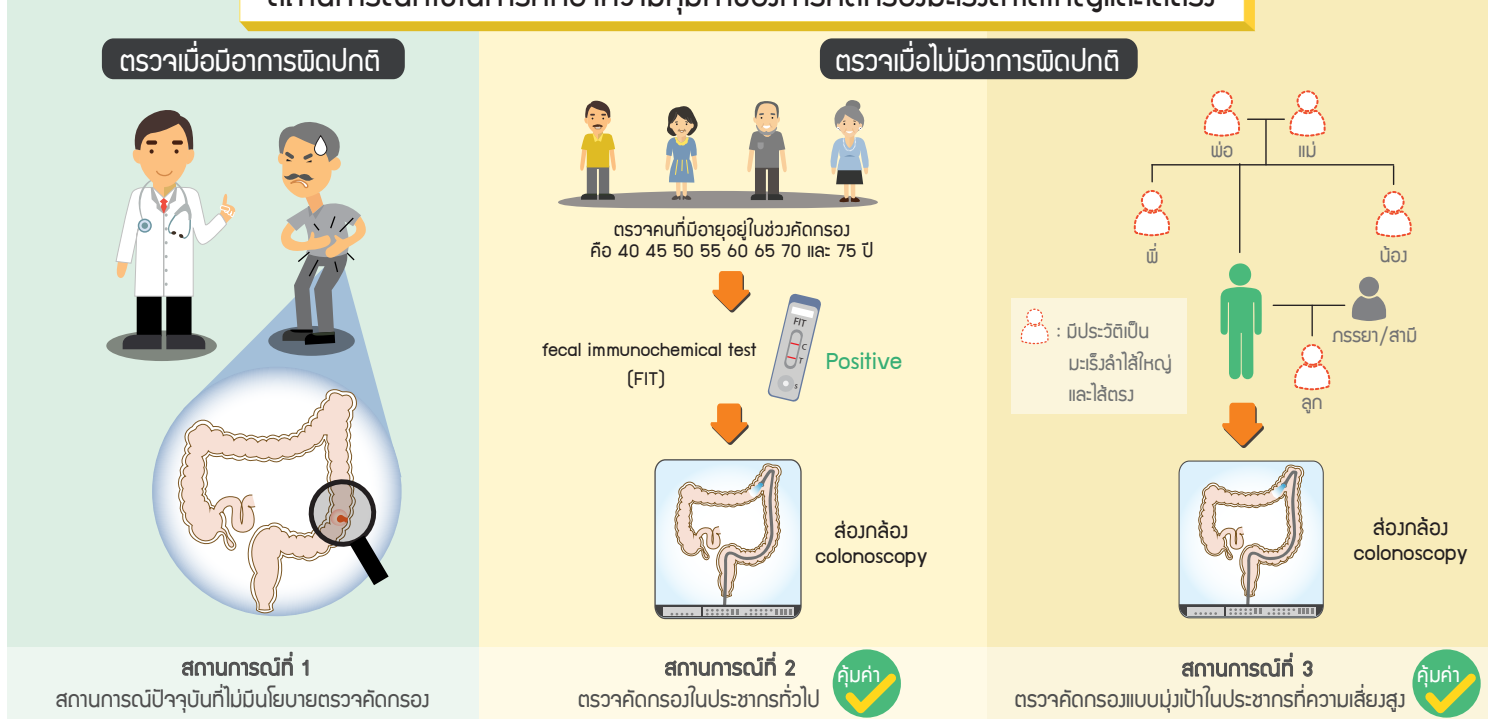
การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำได้หลายวิธี วิธีที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระด้วยชุดตรวจ fecal immunochemical test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและรวดเร็ว แม้จะมีความแม่นยำต่ำ แต่เหมาะที่จะใช้ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในประชากรจำนวนมากที่ยังไม่มีอาการที่ชัดเจน เพราะมีราคาถูกและใช้งานง่าย ส่วนการส่องกล้อง colonoscopy ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยโรค โดยการสอดกล้องขนาดเล็กเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้สามารถมองเห็นภาพจริงของผนังลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และเมื่อพบร่องรอยของโรคหรือติ่งเนื้อก็สามารถตัดเก็บชิ้นเนื้อออกมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ ทั้งนี้การส่องกล้องมีค่าใช้จ่ายสูง มีขีดจำกัดในการให้บริการ และจะต้องทำโดยแพทย์ส่องกล้องที่ได้รับการอบรมเป็นพิเศษ

ใครควรได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คำถามสำคัญคือ “คนกลุ่มใด” ที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง การศึกษาเปรียบเทียบ 3 สถานการณ์ เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย **สถานการณ์ที่ 1** คือ สถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อเป็นมะเร็งระยะลุกลามแล้ว และทำให้ยากที่จะรักษาให้หายขาด **สถานการณ์ที่ 2** คือ การคัดกรองแบบปูพรม กล่าวคือ ตรวจคัดกรองประชากรทั่วไปที่ยังไม่มีอาการ ด้วยวิธีตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระด้วยชุดตรวจ FIT หากพบว่าเม็ดเลือดแดงในอุจจาระจะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้อง colonoscopy และ **สถานการณ์ที่ 3** คือ ตรวจคัดกรองแบบมุ่งเป้าในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง นั่นคือคนที่มีประวัติว่ามีญาติลำดับแรก ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรได้รับการคัดกรองด้วยการส่องกล้อง colonoscopy นอกจากนี้สิ่งที่ต้องหาคำตอบควบคู่กันคือ “ควรตรวจเมื่อใดและบ่อยแค่ไหน” การศึกษาที่ทดสอบการคัดกรองที่อายุต่างๆ กันระหว่าง 40 45 50 55 60 65 70 และ 75 ปี และความถี่ต่างๆ ตั้งแต่ทุก 1 2 5 และ 10 ปี ตลอดจนให้คัดกรองเพียงครั้งเดียวตลอดชีวิต สรุปรวมมีมาตรการที่ทดสอบเปรียบเทียบกัน 118 ทางเลือก

ผลการศึกษาพบว่า การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรทั่วไปด้วยชุดตรวจ FIT หรือการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีญาติลำดับแรก ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ด้วยการส่องกล้อง colonoscopy ต่างก็มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจุบันที่ไม่มีการไม่คัดกรอง

สถานการณ์ที่ใช้ในการศึกษาความคุ้มค่าของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง



มาตรการที่ได้รับความนิยม 7 อันดับที่มีประสิทธิภาพ (efficient) ในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการศึกษา เรียงลำดับตามอัตราส่วน ต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (บาทต่อปีสุขภาวะ) จากน้อยไปมาก แสดงดังตารางด้านล่าง

มาตรการคัดกรอง	จำนวนประชากรที่คัดกรอง (คน)	จำนวนการคัดกรองด้วย FIT/ ปี (ครั้ง)	จำนวนการคัดกรองด้วยการส่องกล้อง/ ปี (ครั้ง)	จำนวนประชากรที่ป้องกันได้ (คน)	งบประมาณ (ล้านบาท)
1. ส่องกล้องครั้งเดียวเมื่ออายุ 60 ปี	9 หมื่น	-	57,300	280	200
2. ส่องกล้องครั้งเดียวเมื่ออายุ 55 ปี	1.1 แสน	-	71,700	390	250
3. ส่องกล้องทุก 10 ปี อายุ 50-60 ปี	2.2 แสน	-	137,400	660	480
4. ส่องกล้องทุก 10 ปี อายุ 45-65 ปี	3.2 แสน	-	199,700	820	700
5. ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระทุก 2 ปี อายุ 45-70 ปี	11 ล้าน	7 ล้าน	70,800	670	550
6. ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระทุก 2 ปี อายุ 40-70 ปี	13 ล้าน	8 ล้านคน	86,600	940	670
7. ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระทุก 2 ปี อายุ 40-75 ปี	14 ล้าน	9 ล้านคน	91,400	710	710

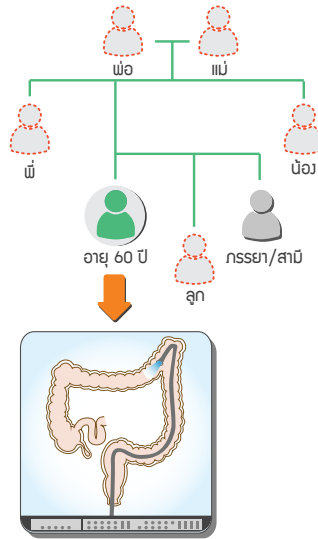
จากตารางด้านบนจะเห็นว่า วิธีที่ให้การคัดกรองในประชากรทั่วไป (ทางเลือก 5-7) จะสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ได้มากกว่า การคัดกรองแบบมุ่งเป้าผู้มีความเสี่ยงสูง (ทางเลือก 1-4) ทั้งนี้จะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติร่วมด้วยเสมอ โดยอุปสรรคสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ จำนวนและการกระจายตัวของแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการส่องกล้องในประเทศไทยยังมีจำกัด

ดังนั้นเมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นโยบายการคัดกรองที่เหมาะสมกับประเทศไทยและควรเริ่มทำเป็นลำดับแรก คือ **คัดกรองแบบมุ่งเป้าในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง** ที่มีญาติลำดับแรก ได้แก่ พ่อ

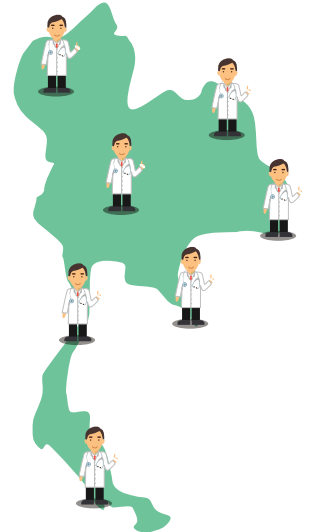
แม่ พี่ น้อง หรือลูก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการส่องกล้อง colonoscopy อย่างน้อยหนึ่งครั้ง เมื่ออายุ 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้จำนวน 280 รายต่อปี โดยมีต้นทุนหรือประโยชน์เท่ากับ 18,300 บาทต่อปีสุขภาวะ (เกณฑ์ความคุ้มค่าในปัจจุบันอยู่ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ) ใช้งบประมาณ 200 ล้านบาทต่อปี และคิดเป็นภาระงานส่องกล้องที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อแพทย์ 1 ท่านคือ 9 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งอยู่ในขอบเขตที่อัตรากำลังแพทย์ส่องกล้องในระบบภาครัฐสามารถรองรับได้และไม่เป็นการเพิ่มภาระจนเกินไป แต่หากอัตรากำลังหรือศักยภาพในการรองรับบริการส่องกล้องมีมากขึ้นก็สามารถพิจารณาให้คัดกรองในทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ (efficient) ในลำดับถัดไปตั้งแต่ 2 ไปจนถึง 7 ได้



การคัดกรองแบบมุ่งเป้าในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีญาติลำดับแรกได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ด้วยการส่องกล้อง colonoscopy อย่างน้อยหนึ่งครั้ง เมื่ออายุ 60 ปีเป็นมาตรการที่คุ้มค่าและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และควรเลือกคัดกรองเป็นลำดับแรก นอกจากนี้ควรพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง ให้สามารถรองรับภาระงานส่องกล้อง colonoscopy ที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแนวโน้มอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และในปัจจุบันการกระจายตัวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่เหมาะสมและเพียงพอต่อการความต้องการ หากผลักดันให้เกิดนโยบายคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ส่องกล้อง 1 ครั้งตลอดชีวิต



เพิ่มการกระจายตัวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

: มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ผู้เขียน



ภญ.กัญต์กมล กิจตรงศิริ
ผู้ช่วยวิจัย
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ติดตามรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ที่ <http://www.hitap.net/research/17771>

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในระดับประชากร” โดย ภญ.กัญต์กมล กิจตรงศิริ รศ. ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว และ ดร. ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร

สมัครรับ Policy Brief (รูปแบบเล่ม) ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุ ชื่อ-ที่อยู่เพื่อจัดส่ง

ติดตาม Policy Brief เล่มอื่น ๆ ได้ที่ www.hitap.net

HITAP เป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ส่วนในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา HITAP เน้นการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถทำประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

ติดต่อ:
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-591-8161, 02-590-4375 และ 02-590-4549
โทรสาร: 02-590-4374 และ 02-590-4369
อีเมล: hitap@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา ไม่ใช่เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง

