"ปัญหามะเร็งที่พบบ่อยและการดูแลรักษา" สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว :

I. สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทย

ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ พ.บ., อ.ว. *(ศัลยศาสตร์), ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ*

I. ความชุก/อุบัติการณ์ที่เปลี่ยนไป

ปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 มากกว่าโรคอื่นๆ ที่เคยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในอดีต เช่น โรคติดเชื้อ โรคขาดอาหาร โรคหัวใจ หรืออุบัติเหตุ.

อัตราตายของโรคมะเร็ง

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา จากรายงานของกองสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2516 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 มีอัตราการตายเท่ากับ 16.3 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2536 อัตราตายเลื่อนขึ้นเป็นอันดับ 3 เท่ากับ 45.0 ต่อแสนคนต่อปี และปี พ.ศ. 2542 โรคมะเร็งก็เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 คือ 58.6 ต่อแสนคน แซงโรคหัวใจ หลอดเลือด และอุบัติเหตุ และในปี พ.ศ. 2545 อัตราการตายจากโรคมะเร็งเท่ากับ 73.3 ต่อแสนประชากร.

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็ง

จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่าสถิติที่ถือว่าเป็นปัจจุบันที่สุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติรวบรวมไว้ คือ สถิติในปี พ.ศ. 2539 จากรายงานใน Cancer in Thailand Volume III (พ.ศ. 2538-2540) ซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เท่ากับ 74,006 ราย โดยเป็นเพศชาย 35,539 ราย และเพศหญิง 38,467 ราย ทั้งนี้ เมื่อคำนวณอัตราป่วย โดยใช้ age standardized rate พบว่า เพศชายมีอัตราป่วยเท่ากับ 149.2 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เพศหญิงเท่ากับ 125.0 ต่อประชากรแสนคน (ตารางที่ 1).

เมื่อทำการศึกษาแยกรายภาคใน 5 จังหวัดที่มีระบบทะเบียนมะเร็งที่ถูกต้องคือ เชียงใหม่ ลำปาง

ตารางที่ 1. อุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย โดยประมาณ.

	ชาย		หญิง	
ปี (พ.ศ.)	จำนวนผู้ป่วย	ASR	จำนวนผู้ป่วย	ASR
2533	29,195	149.6	28,773	125.2
2536	32,801	151.3	30,940	123.8
2539	35,539	149.2	38,467	125.0

ตารางที่ 2. Age standardized incidence rate (ASR) ของมะเร็งโดยรวม (พ.ศ. 2538-2540).

	ชาย		หญิง	
จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย	ASR	จำนวนผู้ป่วย	ASR
เชียงใหม่	3,029	142.5	3,325	148.6
ลำปาง	2,196	178.0	1,991	146.1
ขอนแก่น	3,661	182.5	2,899	125.3
กรุงเทพมหานคร	9,447	143.6	10,807	125.9
สงขลา	1,355	91.4	1,383	81.3
ประเทศไทย	35,539	149.2	38,467	125.0

ขอนแก่น กรุงเทพมหานคร และสงขลา พบความแตกต่างในอุบัติการณ์ ตั้งแต่ 91.4 ต่อแสนคน ถึง 182.5 ต่อแสนคนในเพศชาย และ 81.3 ต่อแสนคน ถึง 148.6 ต่อแสนคนในเพศหญิง (ตารางที่ 2).

มะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย

สำหรับอัตราป่วยต่อแสนของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในเพศชายและเพศหญิง จากการประมาณการในปี พ.ศ. 2539 ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 และตารางที่ 4 โดยในภาพรวมของประเทศไทย พบว่า มะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย 3 อันดับแรก คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก. ในขณะที่เพศหญิง โรคมะเร็งที่พบบ่อย คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ ตามลำดับ.

มะเร็งที่พบบ่อยมีความแตกต่างตามภูมิภาค

จากการศึกษาแยกรายเพศใน 5 จังหวัดที่ทำทะเบียนมะเร็งของประเทศไทย ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาค พบว่า มีความแตกต่างของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 3 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2539 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6.

อุบัติการณ์ที่เปลี่ยนไป และแนวโน้มของโรคมะเร็งของประเทศไทย

โรคมะเร็งในกรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยน

ตารางที่ 3. สถิติมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2539.

อันดับ	โรค	จำนวน
1	มะเร็งตับ	9,031 ราย, 37.6 ต่อแสนประชากร
2	มะเร็งปอด	5,916 ราย, 25.9 ต่อแสนประชากร
3	มะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก	2,532 ราย, 10.8 ต่อแสนประชากร
4	มะเร็งช่องปาก	1,576 ราย, 6.8 ต่อแสนประชากร
5	มะเร็งต่อมลูกหมาก	1,019 ราย, 4.8 ต่อแสนประชากร
6	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1,024 ราย, 4.6 ต่อแสนประชากร
7	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	1,120 ราย, 4.3 ต่อแสนประชากร
8	มะเร็งผิวหนัง	999 ราย, 4.3 ต่อแสนประชากร
9	มะเร็งกระเพาะอาหาร	945 ราย, 4.1 ต่อแสนประชากร
10	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	1,012 ราย, 3.9 ต่อแสนประชากร

ตารางที่ 4. สถิติมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2539.

อันดับ	โรค	จำนวน
1	มะเร็งปากมดลูก	6,228 ราย, 19.5 ต่อแสนประชากร
2	มะเร็งเต้านม	5,592 ราย, 17.2 ต่อแสนประชากร
3	มะเร็งตับ	4,696 ราย, 16.0 ต่อแสนประชากร
4	มะเร็งปอด	2,964 ราย, 10.0 ต่อแสนประชากร
5	มะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก	2,215 ราย, 7.3 ต่อแสนประชากร
6	มะเร็งรังไข่	1,658 ราย, 5.2 ต่อแสนประชากร
7	มะเร็งช่องปาก	1,386 ราย, 4.8 ต่อแสนประชากร
8	ไทรอยด์	1,202 ราย, 3.6 ต่อแสนประชากร
9	มะเร็งผิวหนัง	1,064 ราย, 3.5 ต่อแสนประชากร
10	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	988 ราย, 3.5 ต่อแสนประชากร

ตารางที่ 5. โรคมะเร็ง 3 อันดับแรกในเพศชายใน 5 จังหวัด.

อันดับ	เชียงใหม่	ลำปาง	ขอนแก่น	กรุงเทพฯ	สงขลา
1	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด	มะเร็งตับ	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด
2	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	มะเร็งปอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก	มะเร็งช่องปาก
3	มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก	มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก	มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก	มะเร็งตับ	มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก

ตารางที่ 6. โรคมะเร็ง 3 อันดับแรกในเพศหญิงใน 5 จังหวัด.

อันดับ	เชียงใหม่	ลำปาง	ขอนแก่น	กรุงเทพฯ	สงขลา
1	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	มะเร็งเต้านม	มะเร็งปากมดลูก
2	มะเร็งปอด	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งเต้านม
3	มะเร็งเต้านม	มะเร็งเต้านม	มะเร็งเต้านม	มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก	มะเร็งไทรอยด์

แปลงมากขึ้นจากรายงานของ Cancer Incidence in Bangkok 1993-1997 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2536-2540 พบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ตามตารางที่ 7.

ตารางที่ 7. เปรียบเทียบอุบัติการณ์โรคมะเร็งในเพศชายและเพศหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร.

ช่วงเวลาของรายงาน (พ.ศ.)	อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อแสนประชากร	
	เพศชาย	เพศหญิง
2531-2533	97.4	87.5
2535-2537	117.9	100.5
2536-2540	175.0	157.8

แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของมะเร็งที่พบบ่อยของประเทศไทย

จากข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2539 ได้ทำการวิเคราะห์ประมาณการอนาคตของโรคมะเร็งของประเทศไทยที่พบบ่อย ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขไทย คือ มะเร็งตับ, มะเร็งปอด, มะเร็งลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก, มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม.

1. **มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง 2 เพศ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นกว่า 10,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 อัตราการเพิ่มขึ้นมีมากที่สุดในภาคกลาง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร.

2. **มะเร็งตับ** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้ง 2 เพศ

อย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2551 คาดว่าจะมีผู้ป่วยใหม่กว่า 20,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งที่พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) ถึงร้อยละ 64. อุบัติการณ์มะเร็งตับในเพศชายของภาคอีสานดูเหมือนจะลดน้อยลง แต่จำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น เพราะว่าอัตราการขยายตัวของประชากรในภาคอีสานสูงขึ้น. อุบัติการณ์มะเร็งตับของภาคใต้ลดลงอันเนื่องมาจากการมีการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบมีครอบคลุมมากขึ้น.

3. **มะเร็งปอด** แนวโน้มของทางภาคเหนือจะมากขึ้นทั้ง 2 เพศ แต่เนื่องจากอัตราการขยายตัวของประชากรในภาคกลางและภาคอีสานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยใหม่ของมะเร็งปอดในภาคกลางและภาคอีสานไม่มีความแตกต่างจากภาคเหนือมากนัก โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2551 จะมีผู้ป่วยมะเร็งปอดใหม่ 15,000 ราย.

4. **อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก** มีแนวโน้มจะสูงถึง 8,000 รายในปี พ.ศ. 2551 โดยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ภาคกลาง แต่ถ้าการรณรงค์โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นไปอย่างได้ผล จะทำให้แนวโน้มนี้ไม่เป็นจริงตามคาดคะเน.

5. **มะเร็งเต้านม** จะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 12,000 รายในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งจะแซงหน้ามะเร็งปากมดลูก และจะพบมะเร็งเต้านมสูงขึ้นมากในภาคกลาง.

สรุปโดยรวมในปี พ.ศ. 2551 คาดคะเนว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งเกิดขึ้นใหม่ 120,000 ราย ซึ่งเทียบเท่ากับอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี. ส่วนสาเหตุที่ทางภาคใต้มีผู้ป่วยน้อยอาจเป็นเพราะว่ามีอุบัติการณ์ที่เกิดน้อยจริง หรือว่าอาจเป็นเพราะจำนวนประชากรทางภาคใต้มีน้อยกว่าภาคอื่นๆ ก็ได้.

II. ศักยภาพในการดูแลรักษาขององค์กร/โรงพยาบาล/สถาบันของไทย

การป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาตินั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางไว้ 4 แนวทาง ดังนี้

1. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็ง (primary prevention).
2. การค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม (early detection).
3. การวินิจฉัยและรักษา (diagnosis and treatment หรือ tertiary prevention).
4. การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care).

แต่แพทย์โดยทั่วไปมักจะดูแลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองของการวินิจฉัยและรักษาเท่านั้น. สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ควรมีความรู้เรื่องของการค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรกและการรักษาแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งของประเทศไทยยังมาพบแพทย์ในระยะ advance stage มาก pain control จึงเป็นบทบาทหนึ่งซึ่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรจะทำการรักษาได้อย่างถูกต้อง.

การรักษาโรคมะเร็งนั้น โดยสากลมีวิธีการหลัก คือ การผ่าตัด การใช้สารเคมีบำบัด (รวมถึงการใช้ฮอร์โมน) การบำบัดด้วยรังสีรักษา หรือการฉายแสง และชีวบำบัด ซึ่งการที่จะใช้วิธีการใดในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็งและระยะของโรคนั้นๆ. ปัจจุบันบทบาทของการใช้วิธีผสมผสาน (multi-modality treatment) มีมากขึ้น ดังนั้นศูนย์รักษาโรคมะเร็งจึงต้องพร้อมด้วยการให้บริการการรักษาทุกวิธี หรือถ้าไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีหนึ่งวิธีใดได้ ก็จำเป็นต้องมีเครือข่ายที่จะส่งต่อได้ทันที เนื่องจากการบำบัดด้วยรังสีรักษาจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง. การดูศักยภาพของสถานบริการด้านโรคมะเร็งจึงมักนำเอาขีดความสามารถในเรื่องรังสีรักษามาประเมินศักยภาพของสถานบริการเป็นหลัก และรองลงมาคือเคมีบำบัดและศัลยกรรม.

จากการประเมินสถานการณ์ของความพร้อมในการรักษาโรคมะเร็งของคณะกรรมการศูนย์บริการติดภูมิโรคมะเร็งของโครงการหลักประกันสุขภาพ

ตารางที่ 8. ระดับ excellene มีบริการครบ ทำ research และ model development.

กระทรวงสาธารณสุข	ราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ทบวงมหาวิทยาลัย	จุฬาลงกรณ์ ศิริราชพยาบาล รามาธิบดี มหาราชเชียงใหม่ สงขลานครินทร์ ศรีนครินทร์ ขอนแก่น
กระทรวงกลาโหม	พระมงกุฎเกล้า ภูมิพลอดุลยเดช
กรุงเทพมหานคร	วชิรพยาบาล

ตารางที่ 9. ระดับ advance มีบริการครบ ทำ clinical research.

โรงพยาบาลศูนย์		ศูนย์มะเร็ง
รพศ.มหาราชนครราชสีมา		
รพศ.สรรพสิทธิประสงค์	+	ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี
รพศ.สระบุรี	+	ศูนย์มะเร็งลพบุรี
รพศ.ชลบุรี	+	ศูนย์มะเร็งชลบุรี
รพศ.ขอนแก่น		

ตารางที่ 10. ระดับ general บริการครบ ไม่ทำ research.

โรงพยาบาลศูนย์		ศูนย์มะเร็ง
รพศ.อุดรธานี	+	ศูนย์มะเร็งอุดรธานี
รพศ.สุราษฎร์ธานี	+	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี
รพศ.พุทธชินราช		
รพศ.ลำปาง	+	ศูนย์มะเร็งลำปาง
รพศ.พระปกเกล้า		
รพศ.ลพบุรี		

ถ้วนหน้า โดยพิจารณาสถานบริการที่มีโครงสร้างพื้นฐาน คือ บุคลากรที่มีอยู่แล้ว และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรคมะเร็งเฉพาะด้าน ครุภัณฑ์การแพทย์ และครุภัณฑ์เสริมบริการ และพิจารณาพื้นที่ที่สามารถให้บริการ และความครอบคลุมของประชากร ทำให้สามารถแบ่งระดับสถานพยาบาลของการบริการตติยภูมิโรคมะเร็งได้ออกเป็น 3 ระดับคือ

1. การบริการที่สามารถทำได้ในระดับ excellence คือมีการบริการรักษาโรคมะเร็งได้เต็มรูปแบบ พร้อมกับมีการวิจัยทั้ง clinical และ basic และ model development.

2. การบริการที่สามารถทำได้ในระดับ advance คือมีการบริการรักษาโรคมะเร็งได้ครบ และมีการวิจัยแค่ clinical research.

3. การบริการที่สามารถทำได้ในระดับ general มีการบริการด้านการรักษามะเร็งครบทุกด้าน และไม่มีการวิจัยใดๆ.

ปัจจุบันสถานพยาบาลของภาครัฐรวม 29 แห่ง มีศักยภาพที่สามารถให้บริการระดับตติยภูมิโรคมะเร็งได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 , 9 และ 10.

นอกจากนี้ยังมีสถานพยาบาลภาคเอกชนที่สามารถให้บริการรักษาโรคมะเร็งโดยมีเครื่องฉายแสงให้บริการ คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, สมิติเวช-ศรีนครินทร์, ธนบุรี, ศรีสยาม, ศูนย์มะเร็งกรุงเทพ, พิษณุโลก (เอกชน).

นอกจากศูนย์โรคมะเร็งตติยภูมิดังกล่าวแล้ว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็งส่วนภูมิภาค 7 ศูนย์ ซึ่งอยู่ภายใต้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำลังดำเนินการพัฒนาเครือข่าย cancer of excellence ด้านโรคมะเร็ง โดยจะเป็นเครือข่ายดูแล ควบคุมโรคมะเร็งครบวงจร คือ ด้านการป้องกัน, การค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม, การวินิจฉัยและรักษา และการรักษาแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติและศูนย์มะเร็งภูมิภาค ก้าวสู่ compre-

hensive cancer center คือ

1. เป็น supertertiary center ด้านโรคมะเร็ง.
2. เป็น referral center.
3. เป็น training center.
4. เป็น research and development.
5. เป็น reference center.
6. เป็น network center.
7. เป็นผู้ชี้แนะนโยบายเรื่องโรคมะเร็งของชาติ national body and policy advocacy.

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand Health Profile 1999-2000 : Bureau of policy and strategy, Ministry of Public Health, 2002.
2. Sriplung H, Sontipong S, Martin N, et al. Cancer in Thailand Vol.3 1995-1997. National Cancer Institute, Department of Medical Service. Thailand : Ministry of Public Health, 2003.
3. Deerassamee S, Martin N, Sontipong S, et al. Cancer in Thailand. Vol. II 1992-1994 (IARC Technical Report No. 34). Lyon : IARC, 1999.
4. World Health organization. National Cancer Control Programmer : policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva : WHO, 2002.
5. Martin N, Sontipong S, Chindavijak K, Vooltijrux V, Deerasamee S. Cancer incidence in Bangkok 1993-1997, National Cancer Institute, Department of Medical Service. Ministry of Public Health.