

ผลการศึกษาเดือนอาเซียน เตรียมแผนการรับมือโรคมะเร็งร้าย

- องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งมากขึ้นกว่า 70%
- โรคมะเร็งจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น หากมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
 - ควรมีการเพิ่มแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเพื่อลดภาระที่ตามมา
 - การตรวจคัดกรองมะเร็งมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งในประเทศไทย

จุดประสงค์

- เพื่อนำเสนอข้อมูลทางสถิติที่สำคัญแก่สื่อมวลชนเกี่ยวกับภาพรวมของโรคมะเร็งในประเทศไทย
- เพื่อเปรียบเทียบภาระโรคของโรคมะเร็งต่อโรคไม่ติดต่อ (ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนา) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของการเกิดโรคและการเสียชีวิต

กระบวนการ

วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาระโรคของโรคมะเร็งที่มีต่อผู้ป่วยในประเทศไทย เพิ่มเติมจากผลการศึกษาวิจัย ACTION

ผลการวิจัย

1. ภาพรวมของโรคมะเร็งในประเทศไทย¹: การเกิดของโรค, คนไข้รายใหม่ต่อปี/ต่อวัน, มะเร็ง 5 ประเภทที่ตรวจพบมากที่สุดในแต่ละเพศ

จำนวนประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2558: ชาย 31,922,490 หญิง 33,032,823²

- ชาย

ประเภท	อุบัติการณ์ (ต่อ 100,000 ราย)	คนไข้รายใหม่ (ต่อปี/ต่อวัน)
ตับและท่อน้ำดี	33.9	10822
หลอดลม หรือปอด	22.7	7,246 /20
ลำไส้	14.4	4,597 /13
ต่อมลูกหมาก	7.1	2,266 /6
ต่อมน้ำเหลือง	6.2	1,979 /5

- หญิง

ประเภท	อุบัติการณ์ (ต่อ 100,000 ราย)	คนไข้รายใหม่ (ต่อปี/ต่อวัน)
--------	----------------------------------	--------------------------------

เต้านม	28.5	9,414 /26
ปากมดลูก	14.4	4,757 /13
ตับและท่อน้ำดี	12.9	4,261 /12
ลำไส้	11.2	3,700 /10
หลอดลม หรือปอด	10.1	3,336 /9

2. อ้างอิงจากรายงานสถิติการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2557 จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข³ พบว่า

- จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดในปีดังกล่าวอยู่ที่ 435,600 ราย
- จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมีทั้งหมด 70,000 ราย (16%) และจำนวนดังกล่าวมี
 - มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า (32,200 ราย หรือ 7%)
 - มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจถึง 3 เท่า (24,000 ราย หรือ 6%)
 - มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 6 เท่า (11,000 ราย หรือ 3%)

3. โรคไม่ติดต่อ (NCDs) ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างภาระโรคสูงที่สุดหากอ้างอิงจากดัชนีการดูแลสุขภาพ (ทางเศรษฐกิจ อัตราการเสียชีวิต และความทุกข์ทรมาน) ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา

- NCDs ประกอบไปด้วย โรคหลอดเลือดสมอง (CVD), โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), โรคเบาหวาน (DM), ความผิดปกติทางระบบประสาท⁴
- อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ (พ.ศ. 2557) รายงานจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค อยู่ที่ 101,510 ราย⁵
 - การเสียชีวิตที่มาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD), CVD, DM, COPD และโรคมะเร็ง อยู่ที่ 18,079, 32,229, 11,389, 7,834, 31,389 ตามลำดับ
 - มะเร็งคร่าชีวิตกว่า 31% จากอัตราการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

- มะเร็งเป็นตัวการสำคัญที่คร่าชีวิตผู้คนเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ซึ่งทางภาครัฐอาจจะต้องพิจารณาลำดับความสำคัญทางด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้
 - จัดลำดับความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง
 - จัดเตรียมการรักษาที่มีมาตรฐานให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มักพบได้บ่อย
 - จัดหาแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน รวมทั้งทรัพยากร และนวัตกรรมใหม่สำหรับการรักษาโรคมะเร็งทั้งแบบการผ่าตัด อาทิ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และการรักษาด้วยยา หรือการฉายแสงด้วยเทคนิคใหม่ เป็นต้น (การฉายแสง, ยา)

- จัดตั้งระบบทะเบียนของโรคมะเร็งในประเทศไทยให้มีมาตรฐาน เปิดโอกาสแพทย์สามารถลงทะเบียนผู้ป่วยได้ง่ายและสะดวกขึ้น รวมถึงมีการอัปเดตข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำมาใช้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักในการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

การศึกษาของ ACTION ⁶

จุดประสงค์

เพื่อประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และอัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งในกลุ่มประเทศอาเซียน

แนวทางการศึกษา

การศึกษาเชิงสังเกตฉบับนี้ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 9,513 รายทั่วประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประกอบไปด้วย กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ในช่วง 1 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยทั้งที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ทั้งนี้ได้มีการจัดการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอยู่ 2 ช่วงการวินิจฉัยคือ 3 เดือน และ 12 เดือน ผลลัพธ์หลักของงานวิจัยนี้คือการประสบปัญหาทางการเงิน ซึ่งนิยามว่า มากกว่า 30% ของรายได้ต่อครัวเรือนนั้นได้ถูกนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลตลอด 12 เดือนหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัย และผลลัพธ์รองคือ การเสียชีวิต คุณภาพชีวิต ผลกระทบทางจิตใจ และสถานะของโรค

1. ประเด็นสำคัญจากการศึกษาของ ACTION (ทั่วประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)

- กว่า 70% ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยนั้นเสียชีวิตและประสบกับปัญหาทางการเงินภายใน 1 ปี (โดยจำนวน 23% ยังมีชีวิตอยู่และไม่ประสบปัญหาทางการเงิน)
- ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการเงินและการเสียชีวิตคือ ระยะของโรคมะเร็งที่พบ ประเภทของมะเร็ง และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ
- ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพประสบปัญหาทางการเงินและเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ

2. ประเด็นสำคัญจากข้อมูลของประเทศไทย

- การศึกษาผู้ป่วยจำนวน 1,206 ราย ได้จากศูนย์มะเร็ง 7 แห่งทั่วประเทศ ประกอบไปด้วย กรุงเทพฯ ชลบุรี ลพบุรี ลำปาง สุราษฎร์ธานี อุบลราชธานี และปทุมธานี
- ประเภทมะเร็งที่ตรวจพบ 5 อันดับแรกจากการศึกษานี้คือ มะเร็งนรีเวช 338 ราย (28%), มะเร็งเต้านม 217 ราย (18%), มะเร็งลำไส้/ระบบทางเดินอาหาร 193 ราย (16%), มะเร็งในศีรษะและลำคอ 187 ราย (15.5%) และมะเร็งระบบทางเดินหายใจและทรวงอก 72 ราย (6%) ตามลำดับ
- กว่า 40% ของผู้ป่วยทั้งหมดตรวจพบมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 (มะเร็งระยะสุดท้าย)
- 26% ของผู้ป่วยชาวไทยเสียชีวิตภายในปีแรกหลังได้รับการวินิจฉัย

3. ข้อคิดเห็นจากแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงคำแนะนำแก่ผู้ตั้งนโยบาย

- ภาครัฐควรให้ความสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย
- การรักษาโรคมะเร็งสามารถให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น และสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ด้วย ถ้ามีโปรแกรมการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง
- การตรวจพบมะเร็งในระยะแรก ๆ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษากับทั้งภาครัฐ ตัวบุคคล และครัวเรือน และท้ายที่สุดจะช่วยพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศได้
- ภาครัฐควรตระหนักถึงความสำคัญของโรคมะเร็งเป็นลำดับต้น ๆ โดยเล็งเห็นว่าเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ และยังส่งผลกระทบต่อครัวเรือน เศรษฐกิจ และสังคม
- ควรมีการระดมทุนเพิ่มเติมในการรักษามะเร็ง เพื่อเปิดโอกาสให้คนไข้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันมีเพียงกลุ่มคนที่มีรายได้ปานกลางที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และทราบถึงการรักษาต่าง ๆ ที่มีในปัจจุบันมากขึ้น

ข้อมูลอ้างอิง

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Bangkok Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand; 2015.
2. ข้อมูลประชากรกลางปี Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health 2014. (Accessed January 4th, 2016, at <http://bps2.moph.go.th/content/ข้อมูลประชากรกลางปี>.)
3. Public Health Statistic. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2014. (Accessed January 4th, 2016, at <http://bps2.moph.go.th/content/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-2557>.)
4. Noncommunicable disease. World Health Organisation, 2015. (Accessed January 4th, 2016, at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.)
5. จำนวนอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ 2557. Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health, 2016. (Accessed January 4th, 2016, at <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.)
6. ACTION Study Group, Kimman M, Jan S, Yip CH, Thabrany H, Peters SA, Bhoo-Pathy N, Woodward M. Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. BMC Med. 2015 Aug 18;13:190.

แทรกรูปที่ 1 และ 2 ตามชื่อ

ผศ.พญ.เอี่ยมแข สุขประเสริฐ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวว่า

“ปัจจุบันมีโปรแกรมหลากหลายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดผลกระทบของโรคมะเร็งต่อครอบครัวของประเทศไทย อาทิ โปรแกรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง นวัตกรรมและแนวทางการรักษาแบบใหม่ และการจัดตั้งระบบทะเบียนของโรคมะเร็งในประเทศไทยเพื่อปรับปรุงด้านการเข้าถึงข้อมูลและงานวิจัย อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทางภาครัฐจะสามารถนำมาพิจารณาในการลดภาระจากโรคมะเร็งได้ต่อไป”

นพ.ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักตรวจราชการ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า

“เราสามารถปรับปรุงและพัฒนาผลที่ตามมาของโรคมะเร็งและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ หากมีการจัดตั้งโปรแกรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรให้ได้มากที่สุด ซึ่งการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น (ในมะเร็งบางประเภท) ยังจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ทางภาครัฐ คนไข้ และครัวเรือน”