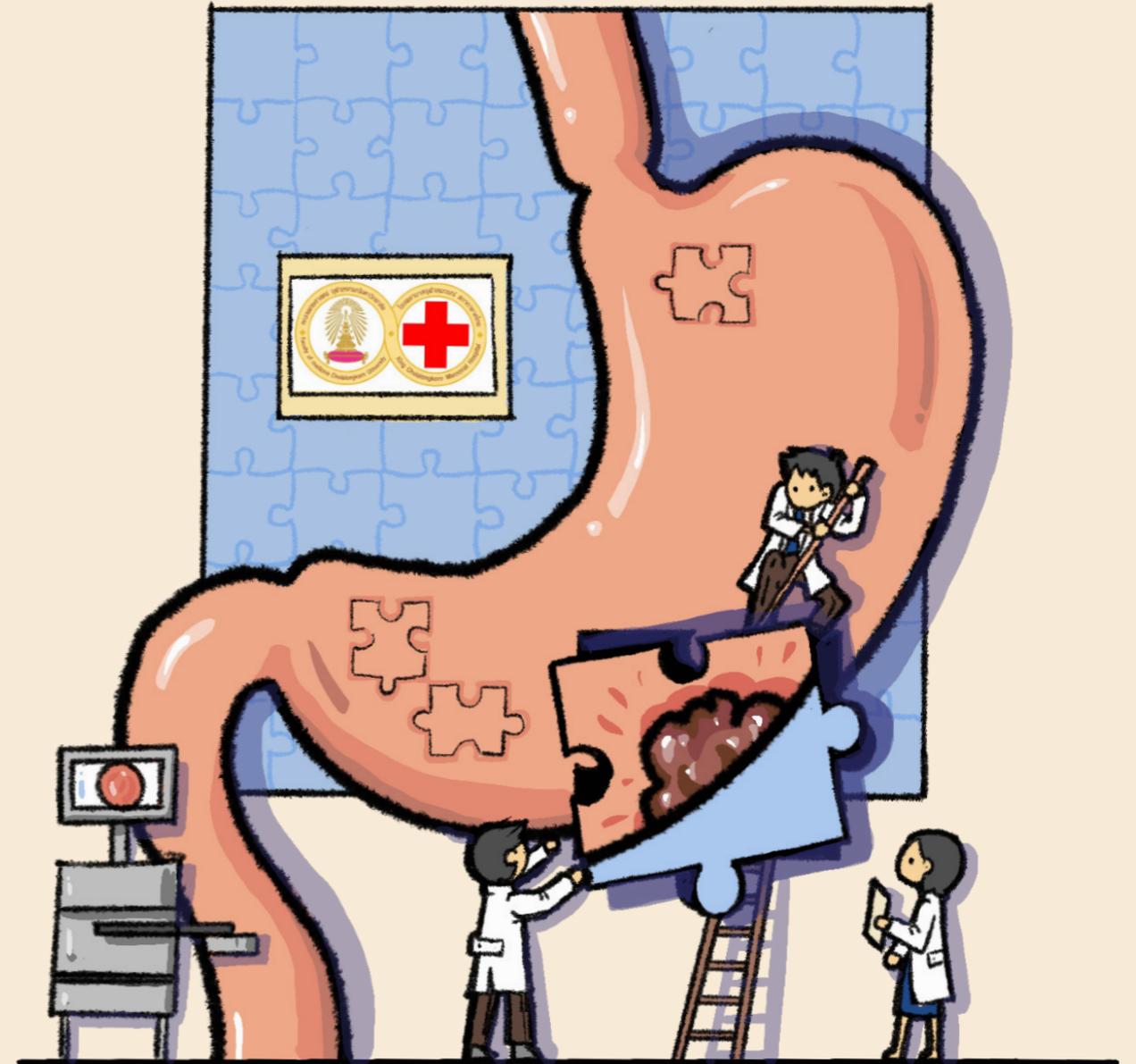


# มะเร็งกระเพาะอาหาร

## Gastric adenocarcinoma



มะเร็งกระเพาะอาหาร Gastric adenocarcinoma

รภัศ พิทยานนท์

รภัศ พิทยานนท์  
RAPAT PITTAYANON  
บรรณาธิการ

มะเร็งกระเพาะอาหาร  
Gastric adenocarcinoma

ISBN: 978-616-586-064-2

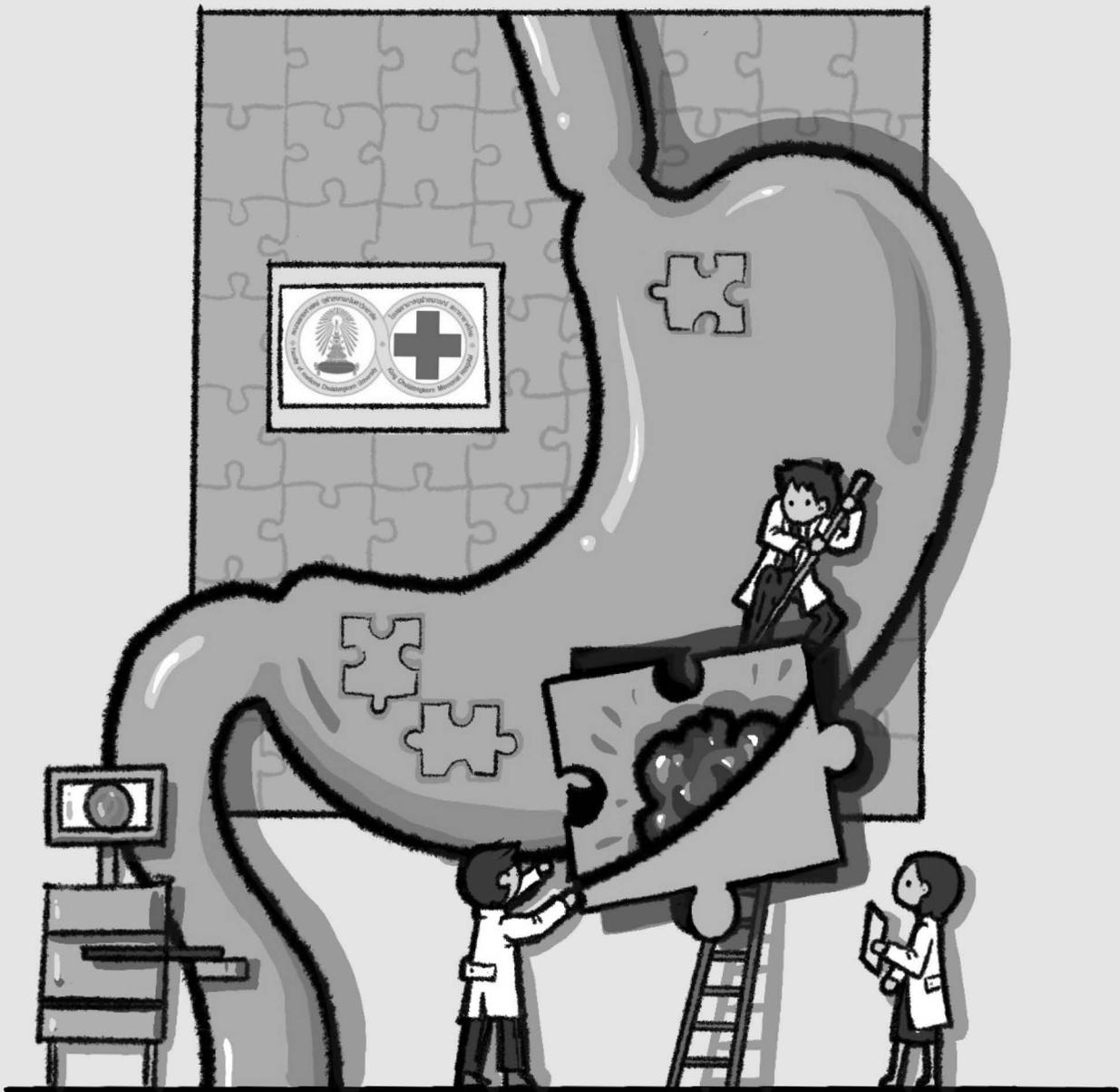


9 786165 860642

ราคา 250 บาท

# มะเร็งกระเพาะอาหาร

## Gastric adenocarcinoma



รภัษ พิทยานนท์

RAPAT PITTAYANON

บรรณาธิการ

## ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

### รภัส พิทยานนท์.

มะเร็งกระเพาะอาหาร = Gastric adenocarcinoma. -- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564.

174 หน้า.

1. กระเพาะอาหาร -- มะเร็ง. I. ัญญา ตียพันธ์, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

616.99433

ISBN 978-616-586-064-2

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ (ฉบับเพิ่มเติม) พ.ศ. 2559

ห้ามการลอกเลียนแบบไม่ว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้ รวมทั้งการจัดเก็บถ่ายทอด ไม่ว่าจะรูปแบบหรือวิธีการใดๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก หรือวิธีการอื่นใด โดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร

**พิมพ์ครั้งที่ 1** เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 1,000 เล่ม

**พิมพ์ครั้งที่ 2** เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 800 เล่ม

**จำนวนหน้า** 174 หน้า

**ราคา** 250 บาท

**จัดทำโดย** รภัส พิทยานนท์

1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02-256-4000 ต่อ 80236

โทรสาร 02-256-4000 ต่อ 80236

e-mail: rapat125@gmail.com

Website: <https://www.chula.ac.th/academic/faculty-of-medicine/>

**ออกแบบปก** เกศินี เขียรกานนท์

**พิมพ์ที่** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

โทร. 0-2218-3549-50 โทรสาร 0-2218-3547

[www.cupress.chula.ac.th](http://www.cupress.chula.ac.th)

# คำนิยม

ผมรู้สึกดีใจและเป็นเกียรติเป็นอย่างยิ่งที่คุณหมอรภัต พิทยานนท์ ได้ขอให้ผมเขียนคำนิยมสำหรับหนังสือเรื่อง “มะเร็งกระเพาะอาหาร” ผมรู้จักคุณหมอรภัตมาตั้งแต่เป็นนิสิตแพทย์ (พ.จุฬา รุ่น 53) ซึ่งผมสอนนสพ. มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 ซึ่งแพทย์จุฬาที่จบปีนั้น คือ แพทย์จุฬา รุ่นที่ 21 หรือแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ รุ่นที่ 1 ของจุฬา และประเทศไทย แพทย์จุฬารุ่นสุดท้ายที่ผมสอน คือ แพทย์จุฬา รุ่น 55 และผมเกษียณในปี พ.ศ.2546

คุณหมอรภัตเป็นเด็ก ลูกศิษย์ ที่น่ารัก เสมอต้นเสมอปลาย เคยเป็นอย่างไรก็เป็นอย่างนั้น ตั้งแต่ นสพ. แพทย์ประจำบ้าน (Resident ช่วงปี 2 ต้องผ่านหน่วยทางเดินอาหารหนึ่งเดือน และผมสอนนอกเหนือหน้าที่ปกติทุกเช้า จันทร์-ศุกร์ 7.00-8.00 น.) สอนให้เรียนเป็น สรุปเป็น จับประเด็นเป็น ให้เป็นคนดีที่เก่ง รอบรู้ และมีสุขภาพที่ดี แพทย์ประจำบ้านทุกรุ่น (และ Fellows) กับผมสนิทกันมาก เพราะมีการสอนนอกเวลาดังกล่าว ทุกวันราชการ เพราะรุ่นแรกๆ มาหา และขอให้ผมสอนนอกเวลาเอง ทำให้ผมรู้จักนิสัยใจคอของแพทย์ประจำบ้านทุกๆ คนเป็นอย่างดี ต่อมาคุณหมอรภัตยังได้มาเรียนต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Fellow) ทางสาขาวิชาระบบทางเดินอาหารที่จุฬาอีกด้วย ซึ่งผมสอนทุกวันจันทร์-ศุกร์ของการเป็น Fellow เดือนแรกของทุก Fellow ร่วมกับการสอน Resident สอน the Art of Living หรือศิลปะในการดำรงชีวิตให้ประสบความสำเร็จในทุกอย่างของชีวิต อย่างมีความสุข สนุก ทั้งทางด้านการเรียน การทำงาน การใช้ชีวิต การแบ่งเวลา การออม การลงทุน และการดูแลสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การวางแผนการทำงาน การเรียนต่อ การมีครอบครัว เรียกว่าสอนให้รู้จักกับการเผชิญโลกภายนอก ฯลฯ

ผมชอบแนะนำ career path ให้ศิษย์ คุณหมอรภัตก็เช่นกัน คุณหมอรภัตจบปี 2003 (2546) ปีที่ผมเกษียณพอดี ปกติผมชอบและจัดให้ Fellow ไปเมืองนอกทุกคน ไม่ว่าในที่สุดจะอยู่ที่ไหน ทำงานที่ไหน เพียงแต่ไปนาน หรือไม่นาน ถ้าจะเป็น อ.แพทย์ ผมแนะนำให้ไปอย่างน้อย 2-3 ปี และถ้าเป็นไปได้ให้ทำปริญญาเอก, PhD ในไทยหรือต่างประเทศก็ได้

ทางหน่วย GICU (หน่วยทางเดินอาหาร จุฬาฯ) ขอให้ผมส่งคุณหมอรภัตไปที่ McGill University, (ที่ๆ Sir William Osler สำเร็จการศึกษา พบ.) Montreal, Canada 1 ปี ไปอยู่กับ Professor Alan Barkun ผู้ที่มีชื่อเสียงโด่งดังทางระบบทางเดินอาหารพอสมควร เป็นผู้ที่เขียน CPG ต่างๆ ของสมาคม AGA เช่น Acute Upper GI Bleeding คุณหมอ Alan เป็นคนน่ารัก มนุษย์สัมพันธ์ดี ผมรู้จักและเคยไปเยี่ยมโรงพยาบาลแห่งนี้มา คุณหมอรภัตได้ไปอยู่ที่นี้ 1 ปี ได้ MSc ทาง Experimental Surgery และผมยังได้ติดต่อให้คุณหมอรภัตไปอยู่กับ Professor Paul Moayyedi (ผู้ที่โด่งดังทางด้าน meta-analysis) ที่เคยเป็นศิษย์หรือลูกน้องเพื่อนผม Anthony Axon ที่ Leeds อังกฤษ Paul ก็เป็นคนน่ารัก เคยมาท่องเที่ยวอยู่ที่ไทย ก็รับทันทีที่ผมติดต่อไปที่ McMaster, Hamilton, Ontario แคนาดา เหมือนกัน

คุณหมอภัสส์ได้ความรู้ ประสบการณ์มากมายจาก Guru 2 ท่านนี้ ผมทราบได้โดยว่าคุณหมอได้รับการถ่ายทอดความรู้มาเป็นอย่างดี เพราะในช่วงที่มีการทำ CPG ต่างๆ ของสมาคม Motility คุณหมอเป็นผู้นำการประชุมในการทำ Guideline ต่างๆ ดูแลพวกเราทั้งหมด รวมทั้งผมด้วย ให้อยู่กับร่องกับรอย

คุณหมอกลับจากแคนาดาในปี 2018 ผมก็คอยติดตามการทำงาน ผลงาน ของคุณหมอมามาตลอด ก็เห็นได้ว่าคุณหมอเป็นครูแพทย์ที่ดี (เคยบรรยายร่วมกันบ่อยๆ ให้อาจารย์และประชาชนฟัง) เก่ง รอบรู้ มีผลงานวิจัยมากมาย จบ พบ.มาเพียง 18 ปี แต่มี H index ถึง 16 จึงถือว่าดีมากทีเดียว (ครมมี H Index 1 ต่อการทำงานมา 1 ปี แต่ผมนับตั้งแต่จบ พบ.ไม่ได้นับตั้งแต่เป็นอาจารย์ ฯลฯ)

หน่วย GICU ได้ให้คุณหมอทำงานด้าน Upper GI คุณหมอก็ดูแลการทำงานส่องกล้องในทุกๆ ด้านของ Upper GI ตั้งแต่ Upper, Lower Scope ธรรมดา จนถึง EMR, ESD, POEM ฯลฯ สมัยผมมาใหม่ๆ เรามีอาจารย์ 6 ท่าน ใครจะทำอะไรก็ได้ แต่สมัยผมเป็นหัวหน้า ได้จัดให้มีการแบ่งย่อยลงไปอีก เช่น การทำทางด้านตับโดยเฉพาะ (การเปลี่ยนตับ) motility และการส่องกล้อง ฯลฯ ปัจจุบันนี้ภายใต้การนำของคณาจารย์ต่างๆ หน่วย GICU ได้มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด ไปไกลกว่าสมัยผมมาก มีการแบ่งงานกันอย่างชัดเจนเป็นระบบ มีอาจารย์ทำงานด้าน Upper GI, Lower GI ระบบทางเดินน้ำดี ตับ ตับอ่อน โภชนาการ motility ที่ปัจจุบันนี้ประเทศไทยทำได้ทุกอย่างไม่แพ้ใคร ระบาดวิทยา CPG meta analysis มะเร็ง ฯลฯ

คุณหมอเรียนจบ พบ.ได้เพียง 18 ปี เป็นอาจารย์แพทย์ได้เพียง 9 ปี (ตั้งแต่ 2012) และกลับมาจากแคนาดาได้เพียง 3 ปีเท่านั้น แต่มีผลงานมากมาย ตั้งแต่ก่อนและหลังการไปศึกษาที่แคนาดา 2 ปี (2016-2018) คุณหมอได้เป็นกรรมการที่ทรงเกียรติหลายกรรมการ อาทิเช่น กรรมการของ Upper GI Disease ของ Asian Novel Bio Imaging and Intervention Group ตั้งแต่ 2014 เป็น member Cochrane library ตั้งแต่ 2018 เป็นกรรมการในคณะกรรมการ CPG ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ เป็นกรรมการทางด้านยา GI ของ ออย. เป็นหัวหน้า Gastrointestinal Hemostasis Research Working Group ของ The Asian Endoscopy Research Forum (AERF) ตั้งแต่ 2020 ตอนไปอยู่แคนาดา ยังเรียนจบ ป.โท ทางด้าน Experimental Surgery หนึ่งที่ ป.โท จากไทยอยู่แล้ว 1 ปริญญาที่จุฬา Fellow ทุกอนุสาขาที่จุฬา ฯลฯ ต้องทำ ป.โท จะได้มีความรู้บ้างทางด้านการทำงานวิจัย มีความรู้ทางด้านสถิติ ระบาดวิทยา ฯลฯ ต้องทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจุฬาเป็นแห่งเดียวที่ Fellow ต้องทำ MSc ซึ่งเกิดในสมัยที่ผมเป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ และในขณะนี้คุณหมอภัสส์ยังเป็นเลขาธิการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยด้วย

คุณหมอภัสส์ได้รางวัลและเกียรติบัตรมากมาย ตั้งแต่เป็นนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ได้รางวัลจากทั้งไทยและต่างประเทศ มีการตีพิมพ์ผลงานมากมายถึง 45 papers และมีบทความในหนังสือทั้งไทย ต่างประเทศอีก 25 เรื่อง

ฉะนั้นจึงเป็นการสมควรแล้วที่คุณหมอเขียนตำราเรื่อง มะเร็งกระเพาะอาหาร ในฐานะอาจารย์แพทย์ ผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านนี้ ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารถึง 332 รายใน 5 ปี และได้ติดตามผู้ป่วยมาตลอด ในฐานะที่ทำงานทางด้านวิจัย การเขียน CPG การทำ meta-analysis จะได้เปรียบเทียบเรื่องระบาดวิทยา ระหว่างประเทศไทย และต่างประเทศได้เป็นอย่างดี รวมทั้งได้เป็นผู้หนึ่งในการเขียน Thailand Consensus

on *H.pylori* treatment 2558 and *H.pylori* management in ASEAN 2560 การใช้ hemospray การศึกษาเรื่อง microbiota ฯลฯ

คุณหมอได้แบ่งตำราออกเป็น 10 บท จำนวน 151 หน้า บทแรกคือ อุบัติการณ์และระบาดวิทยาการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร, บทที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร, บทที่ 3 ชนิดและกลไกการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร, บทที่ 4 เชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร และการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร, บทที่ 5 อาการ อาการแสดงของมะเร็งกระเพาะอาหาร และแนวทางการตรวจวินิจฉัย, บทที่ 6 ระยะก่อนกลายเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร, บทที่ 7 มะเร็งกระเพาะอาหารระยะแรกและการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร, บทที่ 8 มะเร็งกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร, บทที่ 9 ภาวะเลือดออกจากมะเร็งกระเพาะอาหารและการรักษา และบทที่ 10 ทิศทางในอนาคตของการป้องกัน วินิจฉัย และรักษามะเร็งกระเพาะอาหาร

จาก Global Cancer Statistics 2020 : Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries ที่เพิ่งออกมาในเดือนมิถุนายน 2021 ใน CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. พบว่าในปี 2020 ทั่วโลกมีมะเร็งเกิดขึ้นใหม่ถึง 19.3 ล้านคน และมีการเสียชีวิตถึง 10 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับที่ 6 (5.6%) ตามจาก breast (11.7%), lung (11.4%), colorectal (9.8%), prostate (7.3%) และ skin (6.2%) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คือ lung (18%), colorectal (9.2%), liver (8.3%), stomach (7.7%) เป็นลำดับที่ 4, และ breast (6.9%) สำหรับประเทศไทยมะเร็งของทุกอวัยวะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่หนึ่ง ตามด้วยอุบัติเหตุ

ในประเทศไทยมะเร็งของกระเพาะอาหารพบได้ไม่บ่อย แต่มักเป็นมากแล้วเวลาที่มาหาแพทย์ ฉะนั้นวงการแพทย์จะต้องพยายามวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารให้ได้ในระยะเริ่มแรก ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะอาหารสูงมาก คือ เกาหลี และญี่ปุ่น ซึ่งใน 2 ประเทศนี้มีการตรวจคัดกรองเพื่อหาโรคนี้อย่างสม่ำเสมอด้วยการทำ barium study หรือโดยเฉพาะการส่องกล้อง ผมเองเคยไปศึกษาเรื่อง Early Detection of Gastric Cancer ที่ National Cancer Center ที่กรุงโตเกียว ญี่ปุ่น หลายสิบปีมาแล้วเป็นเวลา 4 เดือน ซึ่งขณะนั้นประชาชนที่มีอายุถึงเกณฑ์ ประมาณ 50 ปี ต่างก็ถูกส่องกล้อง ทั้งนี้ เวลาผมถามถึงประวัติผู้ป่วย แพทย์ที่ทำการส่องกล้องมักไม่ทราบประวัติ เพราะเป็นการตรวจคัดกรอง ปรากฏว่าทั้งที่ญี่ปุ่นและเกาหลีต่างก็ประสบความสำเร็จในเรื่องนี้เป็นอย่างดี กล่าวคือ พบมะเร็งในระยะแรกที่เขาเรียกว่า Early Gastric Cancer ซึ่งการทำผ่าตัดทางด้านส่องกล้องหรือทางศัลยกรรมต่างก็ได้ผลดีมาก

มะเร็งกระเพาะอาหารในประเทศไทยพบได้ไม่มาก ตามที่คุณหมอรัสเซียน แต่ชนิดหนึ่งคือ Intestinal type สามารถพบได้ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งในระยะแรกที่รักษาหายขาดได้ เพราะมีขบวนการเกิดมะเร็งอย่างค่อยเป็นค่อยไปจากการอักเสบที่มากขึ้นจนเยื่อบุอาหารฝ่อ ตามด้วยเยื่ออาหารเปลี่ยนเป็นชนิดที่พบในลำไส้ dysplasia และมะเร็ง มะเร็งชนิดนี้จึงควรได้รับการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วก่อนที่จะเป็นมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งในระยะเริ่มแรก เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง ส่วนชนิด diffuse type มักพบในช่วงที่เป็น

มากแล้ว เพราะไม่มีระบบคอยเป็นคอยไปแบบชนิด intestinal เมื่อมีอาการแล้วมาหาแพทย์จะสายไป ทั้งนี้ ประชาชนควรลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เช่น จากการสูบบุหรี่ กินเค็ม ของหมักดอง แอลกอฮอล์ รวมทั้งประวัติการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารในครอบครัว ด้วยการติดตาม รักษาที่เหมาะสม

บทที่ 1 คุณหมอรักษ์ได้รวบรวมข้อมูลต่างประเทศ ของประเทศไทยที่สำคัญและทันสมัย มาให้อ่าน ได้รับทราบ และเนื่องจากคุณหมอทำทางด้านนี้มานาน ตั้งแต่เป็นอาจารย์ใหม่ๆ ทำเรื่อง *H.pylori*, รวมทั้ง เขียน consensus ของ *H.pylori* และเรื่องต่างๆ เป็นกรรมการทางด้านโรคมะเร็งกระเพาะอาหารของไทย ต่างประเทศ จะมีผลงานของตัวเองในทุกบท เช่น ภายใน 5 ปี 2553-2557 คุณหมอรวบรวมผู้ป่วยมะเร็ง กระเพาะอาหารได้ถึง 332 ราย พบหญิงมากกว่าชาย 55:45 อายุเฉลี่ย 53 ปี ซึ่งปกติจะพบในผู้ชายมากกว่า ผู้หญิง จึงน่าสนใจที่จะติดตามต่อไป และพบผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายแล้วถึง 55% ฯลฯ

บทที่ 2 คุณหมอได้เขียนถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น อายุ เพศชาย การเป็นมะเร็งในครอบครัว มะเร็ง ของลำไส้ (FAP, Lynch Syndrome) *H.pylori*, บุหรี่, แอลกอฮอล์ ฯลฯ

บทที่ 3 กลไกของการเกิดมะเร็ง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ intestinal และชนิด diffuse ซึ่งการ เป็นมะเร็งของชนิด intestinal เป็นไปตามขั้นตอน จึงสามารถวินิจฉัย รักษาได้เร็วกว่าชนิด diffuse คุณหมอ ได้เอาข้อมูลของตนเองมาเสนอด้วย จากการติดตามถึง 5 ปี พบ 33% ที่เป็น intestinal type สามารถทำให้ เยื่อกระเพาะอาหารดีขึ้นได้ ก่อนที่จะเป็น dysplasia ส่วนชนิด diffuse มักเป็นจากพันธุกรรมมากกว่าจาก อาหาร มะเร็งชนิด diffuse ไม่ทราบกลไกจึงวินิจฉัยได้ยาก ทั้งนี้ มะเร็งอาจแบ่งแยกตามตำแหน่งของมะเร็ง อีกด้วยคือ ที่ cardia มักเป็นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี สาเหตุอาจมาจากกรดไหลย้อน ไม่สัมพันธ์กับ *H.pylori* ของจุฬาพบที่ cardia 30% ส่วนที่ตำแหน่ง non cardia พบบ่อยกว่า prognosis ดีกว่ามะเร็งที่ cardia

บทที่ 4 เขียนเกี่ยวกับ *H.pylori* ซึ่งคุณหมอมีประสบการณ์ทางด้านนี้มานาน เคยออกไปส่องกล้อง ผู้ป่วยตามจังหวัดต่างๆ รวมทั้งหา *H.pylori* ด้วย พบว่าประเทศไทยในปี พ.ศ.2554 มี *H.pylori* 40.2% ลดลงจาก 2546 คือ 48.2 ทางภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ มี *H.pylori* มากที่สุดถึง 55% ส่วน ภาคใต้มีเพียง 17%และก็พบว่ามะเร็งในภาคใต้น้อยกว่าภาคเหนือ 3 เท่า ซึ่งหมายความว่า *H.pylori* มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง

จากผลงานของคุณหมอ 2553-2557 ผู้ป่วยมะเร็ง 185 รายที่ตรวจหา *H.pylori* พบ *H.pylori* เพียง 79% แต่เสียชีวิตที่ผู้ป่วยมะเร็งอีก 147 รายไม่ได้ตรวจหา *H.pylori* เนื่องจากเป็นระยะสุดท้าย โดยทั่วไป ผู้ที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหารมักพบ *H.pylori* แต่ประชาชนที่มี *H.pylori* มีเพียง 1-3% เท่านั้น ที่จะเป็มะเร็งของกระเพาะอาหาร ฉะนั้นจะต้องมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง

บทที่ 6 ระยะก่อนกลายเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ตั้งแต่ gastric atrophy, gastric intestinal metaplasia, และ dysplasia คุณหมอได้มีข้อมูลจากธรรมชาติรามาให้เราทราบว่าจากการส่องกล้อง upper GI, 1370 ราย พบ gastric atrophy เพียง 2.3% เท่านั้น โดยสรุป อุบัติการณ์ของเยื่อกระเพาะอาหารฝ่อใน ประชาชนไทยมีน้อยมาก และระยะความรุนแรงก็น้อยเช่นกัน ไม่เหมือนกับประเทศญี่ปุ่น และจากประสบการณ์ ของคุณหมอมองเห็นว่าไม่จำเป็นต้องติดตามผู้ที่มีกระเพาะอาหารฝ่อด้วยการส่องกล้อง

คุณหมอรัส ได้ติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อぶลำไส้แบบสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์พบว่าแบบไม่สมบูรณ์มีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า

การใช้แสงพิเศษในการส่องกล้องช่วยได้มาก คุณหมอเป็น 1 ในทีมประเทศไทย สิงคโปร์ ฮองกง มาเลเซีย ที่ทำทางด้านนี้ คุณหมอมีประสบการณ์การใช้ FICE, NBI, CLE, chromoendoscopy หรือเทคนิคทางด้านส่องกล้องต่างๆ มากมาย แต่การใช้แสงพิเศษยังไม่สามารถช่วยแยกแยะ intestinal metaplasia แบบสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ออกจากกัน ยังคงต้องใช้ความรู้ทางพยาธิวิทยาช่วย

บทที่ 7 เกี่ยวกับมะเร็งในระยะแรกและการรักษาด้วยการส่องกล้อง ซึ่งการใช้แสงพิเศษหรือการย้อมสี ช่วยให้เห็นรอยโรคได้ดีขึ้น แต่ยังไม่สามารถทราบถึงความลึกของรอยโรค ยังคงต้องอาศัย EUS, CT scan ฯลฯ อยู่

คุณหมอบอกว่าทำ ESD 10 รายต่อปีเพียงพอที่จะทำให้แพทย์ผู้นั้นเก่งในการทำได้ โดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 105 นาที

ส่วนบทที่ 8 มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาทางกล้องได้ยังคงต้องพึ่งการผ่าตัด รังสี และคีโม อย่างหนึ่งอย่างใดหรือรวมกัน รวมทั้ง immunotherapy และ targeted therapy การรักษาในกลุ่มนี้ไม่ดี เพราะมะเร็งกระจายไปมากแล้ว

บทที่ 9 เกี่ยวกับภาวะเลือดออกจากมะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นเพียง 10% ของการที่มีเลือดออกทั้งหมดจากระบบทางเดินอาหาร การผ่าตัดด่วนมักมีผลไม่ดี ควรทำการห้ามเลือดให้ได้ก่อนการผ่าตัด อาจต้องใช้ TAE ในการห้ามเลือดและ Hemospray

โดยมากภาวะเลือดออกจากมะเร็งกระเพาะอาหาร พบว่า 46% เป็นมะเร็งในระยะที่ 4, 54% ระยะที่ 1-3 ซึ่ง 57% ของกลุ่มนี้ผ่าตัดก่อนออกได้หมด แต่มะเร็งในระยะที่ 1-2 มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยมากกว่า 6 ปี การผ่าตัดฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถึง 33%

คุณหมอเป็นผู้เริ่มแรกคนหนึ่งในการใช้ Hemospray ในประเทศไทยซึ่งใช้ได้ผลดีมาก เมื่อเทียบกับ Argon Plasma Coagulation จากการที่มีเลือดออกที่ 30 วัน คือ 10% vs 30% ขณะนี้คุณหมอกำลังทำการศึกษาร่วมกับหลายๆ สถาบันเพื่อที่จะศึกษาในผู้ป่วย 140 รายเพื่อที่จะได้คำตอบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคงจะแล้วเสร็จใน 2 ปีข้างหน้า

บทที่ 10 บทสุดท้าย คุณหมอได้คุยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น blood group A, microbiota ซึ่งปัจจุบันนี้ microbiota เป็นที่น่าสนใจในวงการแพทย์เป็นอย่างมาก พบว่าในโรคต่างๆ จะตรวจพบชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ที่แตกต่างกันออกไป จึงจะต้องศึกษาว่าอะไรมาก่อนอะไร นอกจากนั้นคุณหมอมียอมรับว่าถ้าอ้วนตลอดเวลา 5 ปี (BMI > 25) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร มากกว่าผู้ที่อ้วนบางช่วง

อนาคตคงอาจหาทางตรวจ marker ของมะเร็งกระเพาะอาหารในเลือด เช่น Micro RNA การใช้ AI (Artificial Intelligence) ในการวินิจฉัยมะเร็ง เพื่อป้องกันการพลาดของแพทย์ในการส่องกล้อง คุณหมอกำลังศึกษาการใช้ RFA อีกด้วย

คุณหมอรักษเขียนได้ดีมาก ครอบคลุมทุกประเด็น อ่านเข้าใจง่าย มีที่มาที่ไป และทุกบทความมีประสบการณ์ในการทำวิจัยศึกษาทั้งนั้น ไม่ได้เอาข้อมูลจากต่างประเทศ หรือในประเทศไทยมาอย่างเดียว แต่มีผลงานของตนเองทั้งนั้น แต่ถึงแม้จะมีข้อมูลมาก มากกว่าสมัยผมยังทำงานอยู่ แต่ก็ยังมีประเด็นต่างๆ อีกมากมายที่เราอยากรู้ ต้องศึกษาต่อ และการที่จะได้ข้อมูลที่มากพอ เป็นความจริง สามารถเอาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ คุณหมอต้องทำ (กำลังทำการศึกษาวินิจฉัยต่อ) ร่วมกับสถาบันอื่นๆ ทั่วประเทศ และทำต่อไปเรื่อยๆ อย่างไม่หยุดยั้ง เพราะโรคต่างๆ อาจ “กลายพันธุ์” ตลอดเวลา เหมือนเชื้อ COVID-19 ที่กำลังแพร่ระบาดในขณะนี้

หนังสือเล่มนี้ดีมาก แพทย์ทุกๆ คนควรจะอ่าน ทุกโรงพยาบาลควรมี กระทรวงสาธารณสุขต้องซื้อแจกให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัด แม้แต่ รพสต. จะได้ว่าที่อื่นเขาทำอะไร เพราะแม้แต่ รพสต. เจ้าหน้าที่ก็ยังอาจช่วยแนะนำให้เกิดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารได้ เช่น การสูบบุหรี่ การกินเค็ม ของหมักดอง ฯลฯ

นอกจากที่ได้กล่าวไว้แล้ว ซึ่งคุณหมอและวงการแพทย์ทำอยู่แล้ว คือ การสอน ต้องสอน ต้องกระจายความรู้ต่อทั้งแพทย์ ประชาชน ต้องให้ความรู้ทางด้านทฤษฎี และทางด้านปฏิบัติ ต้องสอนให้มากกว่านี้ เกี่ยวกับการส่องกล้อง เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งก่อนเป็นมะเร็ง หรือเพื่อตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาทางกล้อง การใช้เทคนิคต่างๆ ในการส่องกล้อง เช่น NBI, FICE, CLE, chromoendoscopy, การใช้ hemospray, TAE, RFA ฯลฯ และต้องไม่ลืมการป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

และผมอยากเห็นคุณหมอรักษเป็นหัวหน้าของสมาคม GAT TAGE ให้วาง CPG ทางด้านกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลขนาดต่างๆ เช่น โรงเรียนแพทย์ รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป รพ.ชุมชน และแม้แต่ รพสต. ว่าควรมีคน เครื่องมืออะไรบ้าง เป็นอย่างน้อย และเสนอต่อรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สปสช. ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง ฯลฯ หมอต่างๆ รพ.ต่างๆ จะได้ไม่ต้องวิ่งเต้นขอเครื่องมือ บุคลากร ต่างๆ เอง เพราะนี่เป็นแนวทางปฏิบัติจากสมาคมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ดีใจที่คุณหมอรักษไม่ได้เอาข้อมูลจากต่างประเทศมาให้เราทราบเท่านั้น ยังหาข้อมูลจากไทยมาเสนอด้วย และยังได้พยายามเอาข้อมูลทั้งหมดมาเสนอเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับประเทศไทย ไม่ใช่ที่เราต้องเชื่อ ทำตามต่างประเทศทุกประการ

ผมภูมิใจในตัวคุณหมอรักษมาก ที่เจริญเติบโตทางด้านวิชาการ วิชาชีพ อย่างรวดเร็วแต่หนักแน่น ที่เต็มไปด้วยข้อมูลของประเทศไทยเองเช่นนี้ มีความรู้สึกว่ามันเป็นเพียงไม่กี่วันมานี้เอง ที่ผมนั่งคุย สอน discuss การเขียน paper แก่ power points presentation กับคุณหมอ

ขอให้ทุกท่านที่อ่านหนังสือเล่มนี้ สนุก ได้ความรู้มากเท่าผม บอกตรงๆ ว่าผมตั้งใจอ่านอย่างละเอียดอย่างน้อยทุกหน้า 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 2 อาทิตย์เต็มๆ เกือบทั้งวันในแต่ละวัน รวมทั้งวันหยุดราชการโดยแทบไม่ได้ทำอย่างอื่น อ่านหนังสือเล่มนี้ รวมทั้งไปหาข้อมูลจากสถาบันมะเร็ง และจาก literature มาอ่านด้วย

ขอให้คุณหมอรักษาความดี ความเก่ง ไว้ตลอดไป

ขอบคุณคุณหมอรักสมากที่เขียนตำราเล่มนี้ เพื่อแพทย์และเพื่อประชาชนที่รักของเราทุกๆ คน

**นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์**

M.B.Ch.B (Leeds), D.T.M.&H. (Liverpool), MRCP(U.K),

FIMS, FRCP(Edinburgh., Glasgow., London, Thailand), พ.ด.

FAMM, FACG,FACP(Hon.),FRACP(Hon.), FRCPI, FAMS,

สจว.40, พรอ. 4, ปปร.14, สวปอ.มส.3, ปศพ.2

ผู้ช่วยเลขาธิการสภาากาชาตไทย

อาจารย์พิเศษ สาขาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประธาน มูลนิธิคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์

ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (Senate Advisor, Committee on Public Health Group)

ที่ปรึกษา คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ในคณะกรรมการการ

สาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ปรึกษา คณะอนุกรรมการศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

คณะกรรมการบูรณาการกู้ชีพฉุกเฉินและความปลอดภัยทางถนน วุฒิสภา

คณะอนุกรรมการศึกษาเสนอแนะแนวทางการพัฒนากู้ชีพฉุกเฉิน วุฒิสภา

กรรมการอำนวยการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการอำนวยการประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อดีต

สมาชิกวุฒิสภา สรรหาวิชาการ พ.ศ. 2551 - 2554

เลขาธิการองค์การรัฐสภาแห่งเอเชีย

(Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development - AFPPD)

เลขาธิการแพทยสภา

ประธานคณะกรรมการรณรงค์เพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน (Road Safety) ของสภาากาชาตไทย

หัวหน้าหน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

กรรมการสภามหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.พญ.วโรชา มหาชัย รศ.ดร. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ ศ.นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์ ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร ศ.ดร.นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ ศ.พญ.ดวงพร วีระพัฒกานนท์ และคณาจารย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อบรมสั่งสอน และเป็นต้นแบบในการเรียน การทำงาน การดูแลรักษาผู้ป่วย การทำวิจัย การดำเนินชีวิต รวมทั้งสนับสนุนให้ได้ทำงานในสิ่งที่สนใจมา โดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.พญ.วโรชา มหาชัย ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร และ ศ.ดร.นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข ที่กรุณาแนะนำเรื่องการศึกษาต่อทางด้านการศึกษาต่อทางด้านการส่องกล้อง ทางเดินอาหารและโรกระบบทางเดินอาหารส่วนบน และสนับสนุนในการศึกษาต่อต่างประเทศ ขอกราบ ขอบพระคุณ Professor Takuji Gotoda, Nihon University และ Professor Noriya Uedo, Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Disease ที่ให้คำแนะนำและอบรมสั่งสอนการทำ ส่องกล้องตัดเลาะมะเร็งกระเพาะอาหารขณะที่ไปศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่น รวมถึง Professor Paul Moayyedi, McMaster University และ Professor Alan Barkun, McGill University ที่เป็นอาจารย์ ผู้ให้คำปรึกษางานวิจัยระหว่างศึกษาต่อที่ประเทศแคนาดา

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นเสมือนครูผู้เป็นแรงผลักดัน ทำให้ผู้เขียนต้องการที่จะพัฒนา ตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยทุกท่านอย่างดีที่สุด ขอขอบคุณแพทย์ประจำบ้าน ต่อยอดสาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตั้งแต่ รุ่นที่ 16 จนถึงปัจจุบัน รวมถึงพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยงานเดินอาหาร ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ และนักวิทยาศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ขอขอบคุณพี่น้องและบุคคลในครอบครัวทุกท่าน รวมถึง คู่ชีวิต (นายพนวิทย์ สุพรรณสมบูรณ์) ที่เป็นกำลังใจที่สำคัญให้คำปรึกษาและอยู่เคียงข้างเสมอมา

รภัส พิทยานนท์

# คำนำ

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นมะเร็งที่มักตรวจพบในระยะท้ายของโรค จึงมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก หากแพทย์มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับมะเร็งกระเพาะอาหาร และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร รวมถึงดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งกระเพาะอาหารได้

หนังสือเล่มนี้เป็นหนังสือที่รวบรวมข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบันเกี่ยวกับโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร รวมถึงผลงานวิจัยและประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศของผู้เขียนไว้ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ข้อมูลด้านระบาดวิทยา ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ชนิดและกลไกการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะก่อนกลายเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร วิธีการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในปัจจุบัน รวมถึงทิศทางในอนาคตของการป้องกัน วินิจฉัย และรักษามะเร็งกระเพาะอาหาร โดยได้เชิญ อ.พญ.ณัฐยา ตียพันธ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยาเป็นผู้เขียนในบทที่ 8 มะเร็งกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร เพื่อให้เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้ครบถ้วนในทุกแง่มุม คำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้ในหนังสือเล่มนี้เป็นภาษาไทยเกือบทั้งหมดโดยมีภาษาอังกฤษกำกับในครั้งแรกที่เขียนเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง มีเพียงคำศัพท์บางคำที่แปลเป็นภาษาไทยอาจเข้าใจได้ยาก จึงใช้เป็นภาษาอังกฤษ

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.พญ.วโรชา มหาชัย ศ.พญ.ดวงพร วีระวัฒน์กานนท์ ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร และ ศ.ดร.นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ที่กรุณาช่วยตรวจทานและให้คำแนะนำอันมีคุณค่าในการเขียนหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นแหล่งความรู้ให้แก่บัณฑิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด รวมถึงแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ในการให้คำแนะนำ ดูแล และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารได้เป็นอย่างดี

รภัส พิทยานนท์

# รายนามผู้นิพนธ์

พญ. รัชต์ พิทยานนท์

รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พญ. ณัฏยา ตียพันธ์

อาจารย์ สาขาวิชาโรคมะเร็ง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 อุบัติการณ์และระบาดวิทยาการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร รภัส พิทยานนท์	1
บทที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร รภัส พิทยานนท์	11
บทที่ 3 ชนิดและกลไกการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร รภัส พิทยานนท์	25
บทที่ 4 เชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร และการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร รภัส พิทยานนท์	37
บทที่ 5 อาการ อาการแสดงของมะเร็งกระเพาะอาหาร และแนวทางการตรวจวินิจฉัย รภัส พิทยานนท์	47
บทที่ 6 ระยะก่อนกลายเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร รภัส พิทยานนท์	57
บทที่ 7 มะเร็งกระเพาะอาหารระยะแรกและการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร รภัส พิทยานนท์	83
บทที่ 8 มะเร็งกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร ณัฐยา ตียพันธ์	101
บทที่ 9 ภาวะเลือดออกจากมะเร็งกระเพาะอาหารและการรักษา รภัส พิทยานนท์	129
บทที่ 10 ทิศทางในอนาคตของการป้องกัน วินิจฉัยและรักษามะเร็งกระเพาะอาหาร รภัส พิทยานนท์	141
ดัชนี (Index)	153



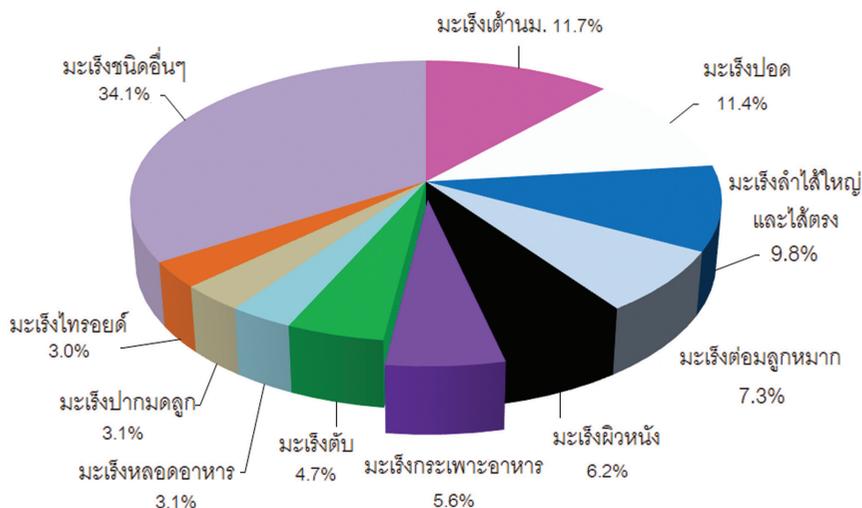
# อุบัติการณ์และระบาดวิทยาการเกิด มะเร็งกระเพาะอาหาร

รศ.ศ พิชยาอนุภ



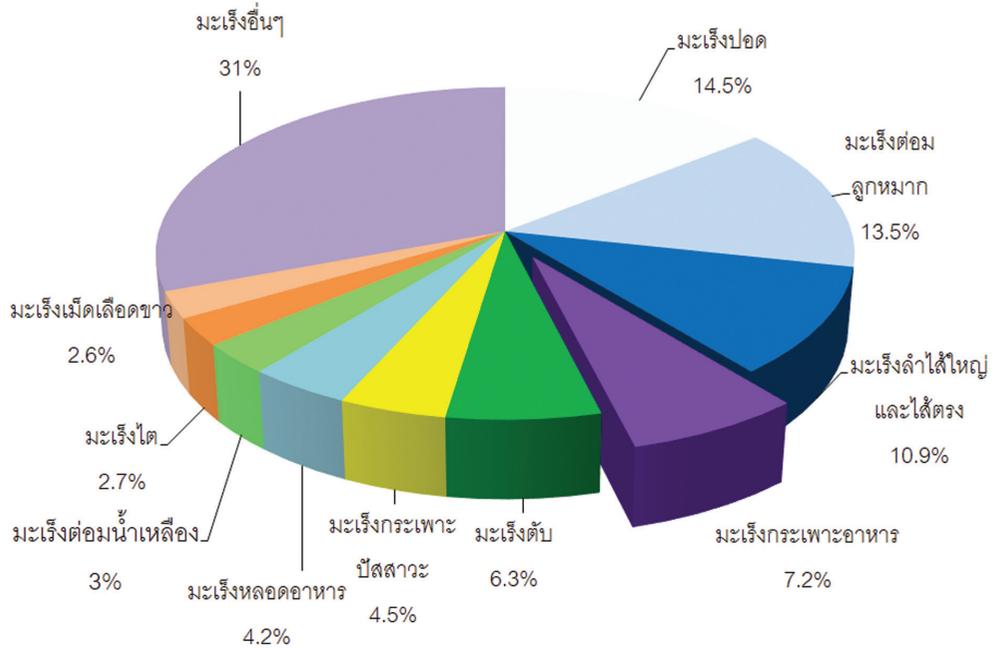
## อุบัติการณ์มะเร็งกระเพาะอาหารทั่วโลก

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นปัญหาสำคัญของโลก เนื่องจากพบอุบัติการณ์สูงอยู่ใน 10 อันดับแรกของมะเร็งที่พบทั่วโลกมาตลอด โดยในปี.ศ. 2563<sup>1</sup> จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งทั่วโลกทั้งหมด 19,292,789 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหารจำนวน 1,089,103 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.6 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดทั่วโลกซึ่งอยู่ในลำดับที่ 6 รองจากมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 11.7) มะเร็งปอด (ร้อยละ 11.4) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 9.8) มะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 7.3) และมะเร็งผิวหนัง (ร้อยละ 6.2) (รูปที่ 1)

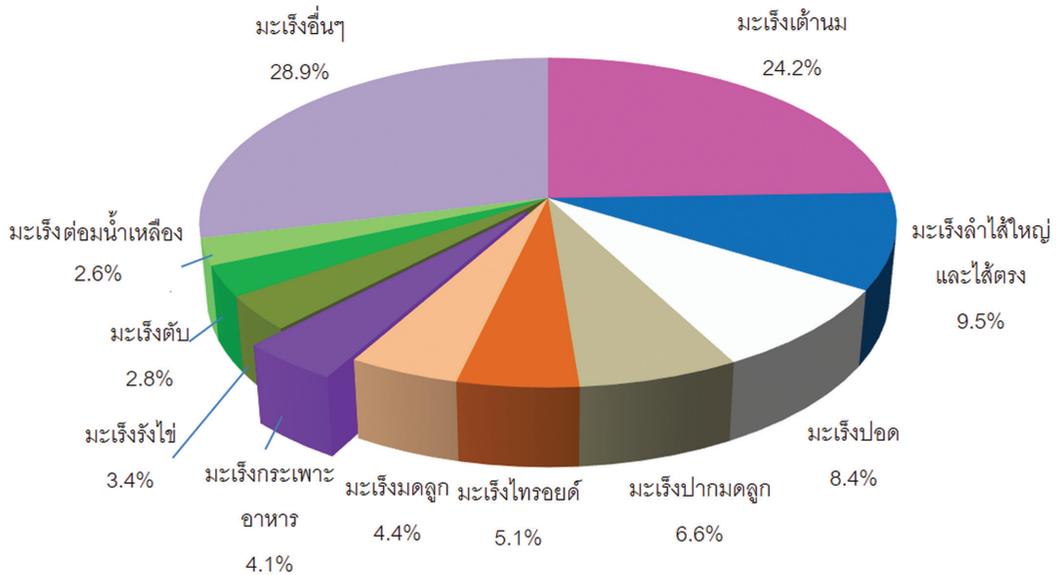


รูปที่ 1 ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุด 10 อันดับแรกของโลก<sup>1</sup>

โดยหากแบ่งอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารตามเพศ พบว่าเพศชายพบมะเร็งกระเพาะอาหารสูงเป็นลำดับ 4 (ร้อยละ 7.2) และในเพศหญิงพบเป็นลำดับ 7 (ร้อยละ 4.1) เมื่อเทียบกับมะเร็งทุกชนิดที่พบในแต่ละเพศ (รูปที่ 2)



ก.



ข.

รูปที่ 2 ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุด 10 อันดับแรกของโลกแยกตามเพศ ก. เพศชาย และ ข. เพศหญิง<sup>1</sup>