

รายงานวิจัย

การประมาณอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ในประเทศไทยใน พ.ศ.๒๕๖๔ (Expected Cancer Incidence
attributable to alcohol consumption in Thailand in ๒๐๒๑)

คณะผู้จัดทำ

Shama Virani, Athip Tanaree, Polathep Vichitkunakorn, Hutcha Sriplung, Sawitri Assanangkornchai

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สนับสนุนทุนโดย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ธันวาคม 2561

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย เนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและการบาดเจ็บต่างๆกว่า ๖๐ รายการ โดยเฉพาะการเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม ซึ่งล้วนมีหลักฐานการวิจัยที่สนับสนุนถึงความเสี่ยงของอุบัติการณ์ที่ของโรคเพิ่มขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ข้อมูลของประชากรไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการจำนวนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยใน พ.ศ. ๒๕๖๔ ในระดับประเทศ และรายกลุ่มอายุและภูมิภาค เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยใช้แหล่งข้อมูลทุติยภูมิในระดับประเทศ ได้แก่ ๑) การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยปีพ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อคำนวณความชุกและแบ่งประเภทผู้บริโภคตามปริมาณการบริโภคของประชากรไทย และ ๒) ข้อมูลอุบัติการณ์โรคมะเร็งจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ๖ จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น ลพบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๗ ใช้ข้อมูลว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงของมะเร็งโดยใช้ระยะเวลา ๑๐ ปีในการเกิดโรค และประชากรไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณคงที่ตลอดจนมีอัตราการเสียชีวิตอื่นๆของอุบัติการณ์โรคมะเร็งคงที่ตลอดกรอบระยะเวลาที่วิเคราะห์ ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การประมาณอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่คาดว่าจะเกิดในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ได้จากการวิเคราะห์แนวโน้ม (trend analysis) ของอุบัติการณ์โรคมะเร็งในอดีต หลังจากนั้นทำการประมาณสัดส่วนของอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ โดยอิงข้อมูลความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งแต่ละประเภทจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ระดับปริมาณต่างๆ จากการศึกษาของ Bagnardi และคณะ

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมระดับประเทศ คาดการณ์ว่าจำนวนอุบัติการณ์โรคมะเร็งทั้ง ๖ ชนิดในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ รวมทั้งสิ้น ๓๐,๓๓๖ ราย (เพศชาย ๓๔,๐๓๘ ราย และเพศหญิง ๓๖,๒๙๘

ราย) ในจำนวนนี้เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น ๖,๖๕๙ ราย (เพศชาย ๕,๔๙๔ ราย และเพศหญิง ๑,๑๖๕ ราย) หรือคิดเป็นร้อยละ ๙.๕% ของจำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบในโรคมะเร็งแต่ละชนิด พบว่า มะเร็งหลอดอาหารมีสัดส่วนของจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด (ร้อยละ ๔๐.๓) รองลงมาได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ ๒๘.๓) และมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ ๑๒.๓) โดยหากคิดเป็นจำนวนอุบัติการณ์ พบว่าโรคมะเร็งที่มีจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในเพศชายได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย (๑๓๒๙ ราย) มะเร็งตับ (๑๔๙๔ ราย) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (๑๑๕๕ ราย) ส่วนจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในเพศหญิงได้แก่ มะเร็งเต้านม (๘๒๕ ราย) มะเร็งช่องปากและคอหอย (๑๔๑ ราย) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (๑๒๓ ราย)

เมื่อจำแนกรายภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคที่มีจำนวนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายและเพศหญิงสูงสุด ได้แก่ ภาคกลาง (๒,๕๔๐ ราย และ ๕๔๔ ราย ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งในปีพ.ศ.๒๕๖๔ ส่วนใหญ่เกิดในช่วงอายุ ๔๕ ปีขึ้นไป โดยไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ในเพศชาย กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดได้แก่ช่วงอายุ ๓๕-๔๔ ปี (เท่ากับช่วงอายุ ๒๕-๓๔ เมื่อบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ส่วนในเพศหญิง กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดได้แก่ช่วงอายุ ๔๕-๕๙ ปี (เท่ากับช่วงอายุ ๓๕-๔๔ เมื่อบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

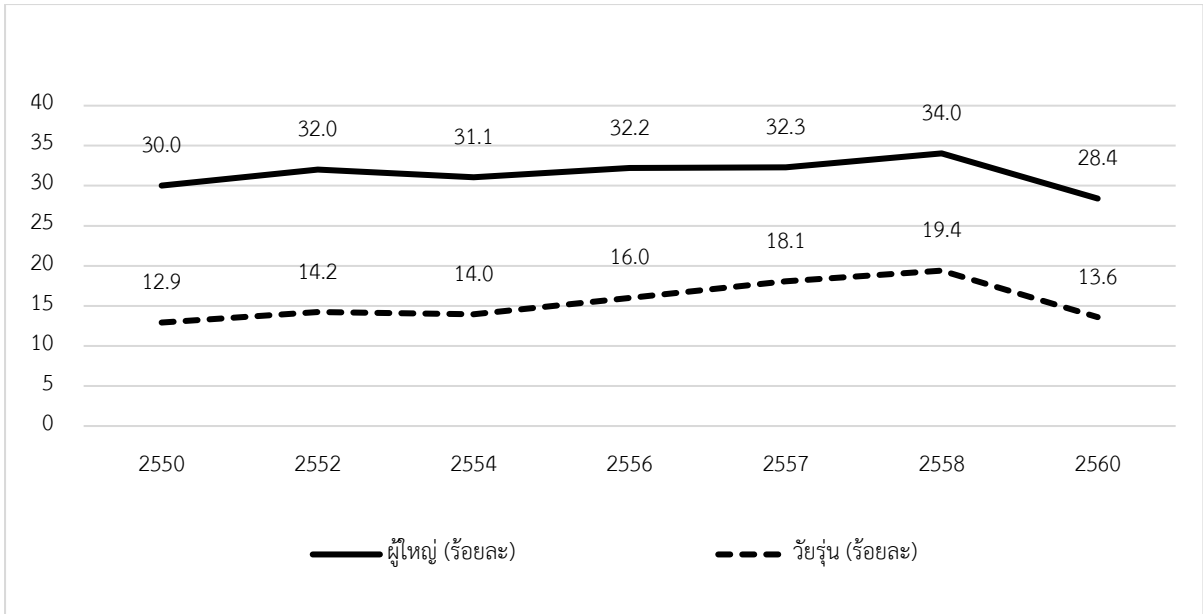
จำนวนอุบัติการณ์โรคมะเร็งจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นข้อมูลที่สนับสนุนความสำคัญของการดำเนินนโยบายและมาตรการที่มุ่งเป้าเพื่อลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประชากรทั้งประเทศและประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น การป้องกันผู้บริโภคน้ำหนักใหม่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีโอกาสได้รับผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาวที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทที่ ๑ ที่มาและความสำคัญ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตทั่วโลกถึง ๓ ล้านราย และเป็นสาเหตุร้อยละ ๕.๑ ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลกในปี พ.ศ. ๒๕๕๓^๑ นอกจากนี้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและการบาดเจ็บต่างๆกว่า ๖๐ รายการ ซึ่งรวมถึงการเกิดโรคเมร็งประเภทต่างๆ เช่น เมร็งช่องปาก เมร็งคอหอย เมร็งหลอดอาหาร เมร็งกล่องเสียง เมร็งลำไส้ใหญ่ เมร็งตับ และเมร็งเต้านม จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย (Disability-Adjusted Life Year: DALY) ในปี พ.ศ.๒๕๕๗^๒ โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า โรคเมร็งตับ ซึ่งสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจนนั้น เป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยประมาณร้อยละ ๖.๕ ในเพศชายและร้อยละ ๓.๗ ในเพศหญิง ซึ่งเป็นอันดับที่ ๔ ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยโรคเมร็งที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรสูงที่สุดในเพศชายได้แก่ โรคเมร็งตับและเมร็งหลอดลม/ปอด ในเพศหญิงได้แก่ โรคเมร็งตับ เมร็งปากมดลูก/มดลูก เมร็งเต้านม และเมร็งหลอดลม/ปอด

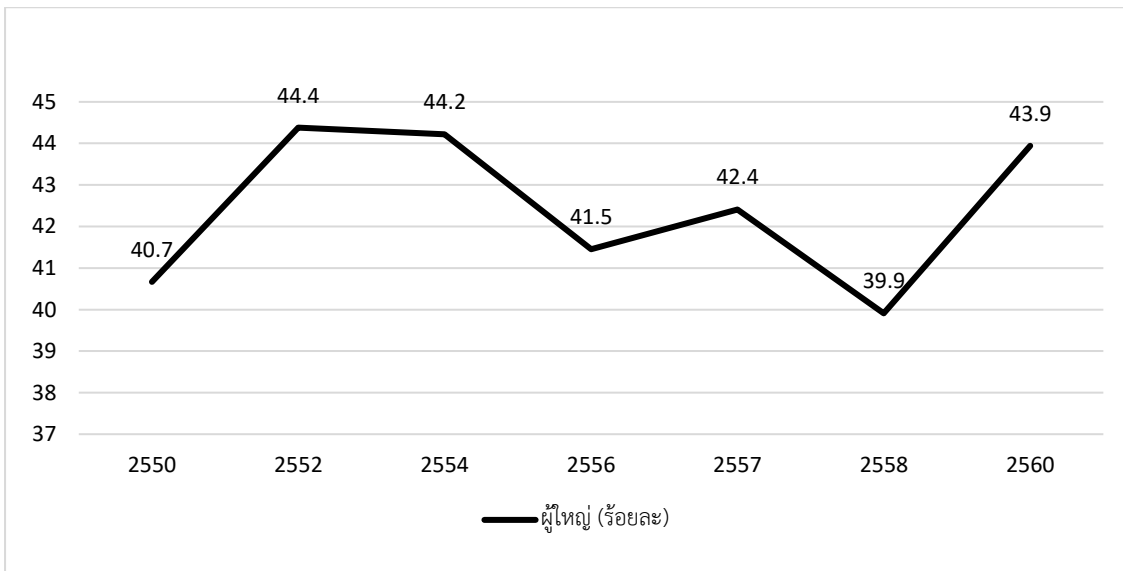
แนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่พ.ศ.๒๕๕๐ ถึงปัจจุบัน

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรและการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติจากอดีตถึงปัจจุบัน พบว่า ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา (current drinker) ผู้ใหญ่ทั้งหมด (อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป) และวัยรุ่น (๑๕ ถึง ๑๙ ปี) ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา พบว่า ความชุกมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในปีล่าสุด (พ.ศ.๒๕๖๐) โดยที่เปรียบเทียบกับในอดีตที่สูงขึ้นเล็กน้อยในช่วงร้อยละ ๓๐.๐ ถึง ๓๔.๐ และร้อยละ ๑๒.๙ ถึง ๑๙.๔ ตามลำดับ (แผนภาพที่ ๑)



แผนภาพที่ ๑ ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น (ร้อยละ)
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบุนุหรีและการดื่มสุราของประชากรและการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

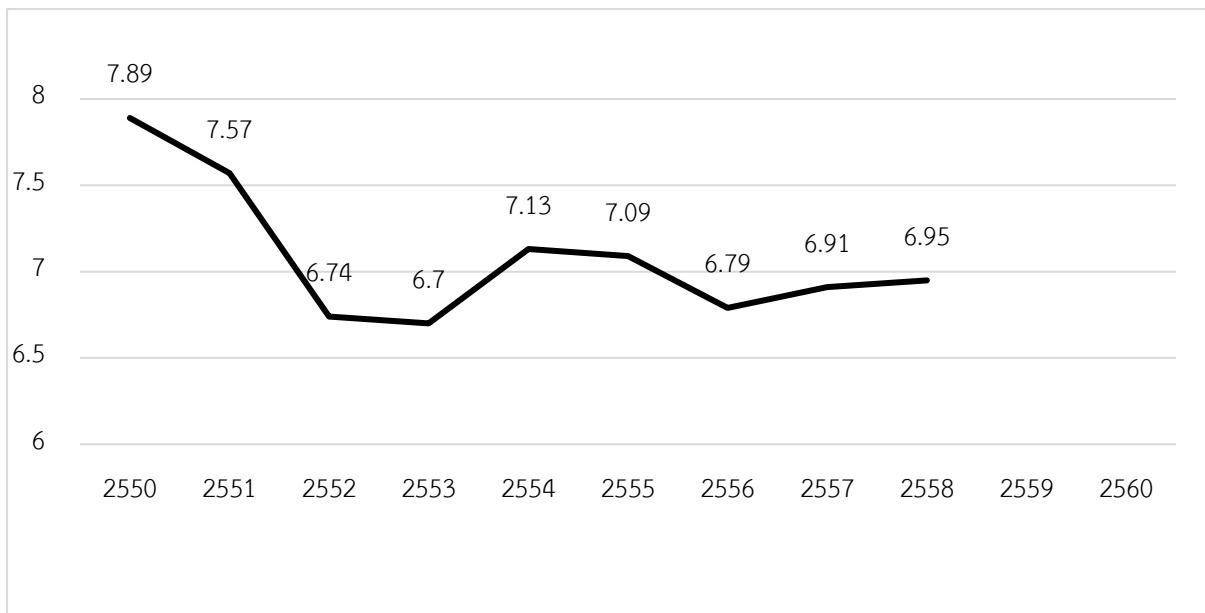
สัดส่วนผู้บริโภคประจำ (regular drinker) คือ ผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย ๑ วันต่อสัปดาห์เป็นต้นไปในผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาทั้งหมดแต่ละปี จากแผนภาพที่ ๒ จะเห็นว่า ความชุกของผู้บริโภคประจำในนักดื่มสูงขึ้นร้อยละ ๔ จากร้อยละ ๓๙.๙ เป็น ๓๔.๙ โดยในอดีตมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๕๒ จนถึงปีพ.ศ.๒๕๕๘ โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๑.๑ ต่อปี



แผนภาพที่ ๒ ความชุกของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมดในประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป (ร้อยละ)
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบุนุหรีและการดื่มสุราของประชากรและการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากข้อมูลจากการสำรวจประชากรแล้ว ข้อมูลจากกรมสรรพสามิตซึ่งรายงานปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual per capita consumption; APC) หรือปริมาณเฉลี่ยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรได้บริโภคในหนึ่งปี โดยมีหน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี พบว่า ค่า APC ของประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๕๐ ถึง ๒๕๕๓ มีแนวโน้มที่จะลดลงเล็กน้อย แต่หลังจากนั้นค่าค่อนข้างคงที่อยู่ในช่วง ๖.๗ ถึง ๗.๑ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีอาจดูไม่สอดคล้องกับแนวโน้มพฤติกรรมก่อนหน้านี้ เพราะว่าปริมาณการบริโภคนั้นคิดต่อประชากรทั่วไปประเทศซึ่งนับเป็นตัวหารที่มากจึงมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อย รวมถึงค่าดังกล่าวเป็นการอ้างอิงปริมาณการผลิตเพื่อจัดจำหน่ายและไม่รวมเบียร์นำเข้าอีกเช่นกัน ซึ่งโดยสรุปแล้วอาจเป็นตัวแปรที่ไม่ได้สะท้อนปริมาณการบริโภคโดยตรงนัก

นอกจากนี้ แม้ความชุกของผู้บริโภคในช่วง ๑๒ เดือนของประชากรไทยลดลง แต่สัดส่วนของผู้บริโภคประจำกลับเพิ่มสูงขึ้น นั้นหมายความว่า แม้ว่าคนบางส่วนจะลดการบริโภคหรือลดการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ แต่ผู้บริโภครุ่นเดิมหรือผู้บริโภครุ่นใหม่กลับมีพฤติกรรมที่บริโภคบ่อยมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อผลเสียในระยะสั้น (acute alcohol-related harm) เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน การทะเลาะวิวาท ปัญหาครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น



แผนภาพที่ ๓ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของประชากรไทย (ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)*

ที่มา: กรมสรรพสามิต

* ข้อมูลนี้ไม่ได้นำข้อมูลเบียร์นำเข้ามาคำนวณเพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ ถึง ๒๕๖๔

สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย

ข้อมูลล่าสุดจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี พ.ศ.๒๕๕๘ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งในช่องปาก (เป็นส่วนหนึ่งของมะเร็งศีรษะและลำคอ) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ในปัจจุบัน มีข้อมูลชัดเจนว่า ๕ ใน ๖ โรคมะเร็งนั้นมีความเสี่ยงมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละชนิดมะเร็ง^๓ ยกเว้นมะเร็งปอดที่ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน^๔

ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (GLOBOCAN)^๕ พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โรคมะเร็งที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความชุกในประเทศไทย อันดับ ๑ ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม โดยพบว่า มีความชุกอยู่ที่ ๑๘๘.๓ คนต่อประชากรหญิง ๑๐๐,๐๐๐ คน (หญิงไทย ๕๕๐ คนจะมีโรคมะเร็งเต้านม ๑ คน) รองลงมา คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งพบมากในประชากรชาย ซึ่งความชุกอยู่ที่ ๓๒.๙ คนต่อประชากรชาย ๑๐๐,๐๐๐ คน (ชายไทย ๑,๓๓๐ คนจะมีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ๑ คน)

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะโรคที่เกิดจากโรคมะเร็ง โดยพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการสูญเสีย DALY ของโรคมะเร็งในประชากรไทยเป็นจำนวนทั้งสิ้น ๑๑๐,๐๐๐ ปี^๖ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุร้อยละ ๔-๖ ของอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทุกประเภท^{๓, ๗}

กลไกของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเพิ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง

กลไกการเกิดโรคของการเกิดโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ กับการดื่มเครื่องดื่มสุรานั้น มีการศึกษาในสัตว์ทดลองและเซลล์มนุษย์เอง ปัจจุบันมีสมมติฐาน ดังนี้

1. **ผลจาก acetaldehyde:** ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีการเผาผลาญเอทานอลไปเป็น acetaldehyde ซึ่งเป็นสารเคมีที่เป็นพิษและอาจเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ acetaldehyde สามารถทำลายได้ทั้ง DNA (ส่วนประกอบของยีนส์) และโปรตีน^๘

2. ความผิดปกติในกระบวนการซึ่งควบคุมภายใต้เอนไซม์ cytochrome P450 (CYP2E1): ซึ่งผลลัพท์ที่ได้คือการสร้าง reactive oxygen species (reactive molecules ที่มี oxygen) ซึ่งสามารถทำลาย DNA โปรตีน และไขมันผ่านกระบวนการ oxidation⁸
3. ความผิดปกติในกระบวนการเมตาบอลิซึม (metabolism) ของโฟเลต (folate) และเรตินอยด์ (retinoids): การที่ร่างกายไม่สามารถเผาผลาญและดูดซึมสารอาหารหลายชนิดได้อาจสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เช่น วิตามิน A สารอาหารในวิตามิน B complex ได้แก่ folate วิตามิน C วิตามิน D วิตามิน E และสาร carotenoids เป็นต้น โดยที่สำคัญคือภาวะ ethanol associated folate deficiency การที่ร่างกายขาดกรดโฟลิก (folic acid) จะส่งผลต่อกระบวนการ DNA methylation ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้การทำงานของร่างกายจากรหัสพันธุกรรมผิดปกติไป โดยสาเหตุของความล้มสัมพันธ์นี้มีหลายปัจจัย เช่น การรับประทานที่น้อย ภาวะบกพร่องในการดูดซึมที่ลำไส้ (intestinal malabsorption) ความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมที่ตับและลำไส้ (hepatobiliary/colonic metabolism) การเร่งการขับออกทางไต (increased renal function)⁹
4. การเพิ่มของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ในกระแสเลือด ที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม^{๑๐}
5. ความหลากหลายของลักษณะทางพันธุกรรม (genetic polymorphisms) เช่น ความผิดปกติของการสร้างเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase-2 (ALDH2) ที่พบมากในชาวเอเชีย ส่งผลให้มีความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของ acetaldehyde¹¹

ความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่สำคัญจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มะเร็งเต้านมในเพศหญิง (female breast cancer) จากการทบทวนวรรณกรรมแบบ meta-analysis ในงานวิจัยจำนวน ๕๓ เรื่อง (มีจำนวนผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสิ้น ๕๘,๐๐๐ คน) พบว่า ผู้หญิงที่บริโภคแอลกอฮอล์มากกว่า ๔๕ กรัมต่อวัน (ประมาณ ๓ หน่วยดื่มมาตรฐาน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่บริโภค ๑.๕ เท่า โดยในทุก ๆ ๑๐ กรัมของแอลกอฮอล์ที่บริโภคเพิ่มขึ้นต่อวัน (น้อยกว่า ๑ หน่วยดื่มมาตรฐานเล็กน้อย) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ ๗-๑๐^{๑๒-๑๔} นอกจากนี้ยังพบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์แม้ในปริมาณต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑ หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน) ก็ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประมาณ ๑.๑ เท่า^{๑๕} โดยยังไม่พบว่ามีกรบริโภคแบบใดที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้^{๑๖} ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่พบว่ามีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้แก่ การรับประทานยาฮอร์โมนหลังวัยหมดประจำเดือน (hormonal therapy)^{๑๐} ภาวะขาดโฟลิกที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ethanol

associated folate deficiency) ^{๑๗} และภาวะที่มีการทำลายดีเอ็นเอที่ต่อมน้ำนมจากสารก่อมะเร็ง (mammary carcinogen DNA damage) ^{๑๘} โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจะยิ่งสูงขึ้นหาก ผู้ที่มีภาวะเหล่านี้มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer) การศึกษาในปัจจุบันที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้มีปริมาณมากนัก ในปีพ.ศ.๒๕๕๗ ได้มีการศึกษารูปแบบ meta-analysis ^{๑๙} รวบรวมงานวิจัยจำนวน ๒๓ เรื่อง พบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ ปริมาณ ๕๐ กรัมขึ้นไปต่อวัน (๓.๕ หน่วยดื่มมาตรฐาน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประมาณ ๑.๒ เท่า ในขณะที่การบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณ ๑๐๐ กรัมขึ้นไปต่อวัน มีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๑.๖ เท่าทั้งเพศชายและเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีหลักฐานงานวิจัยแบบ meta-analysis ^{๑๕} ที่ แสดงให้เห็นว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑ หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน) ก็ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ ๑.๑ เท่า

มะเร็งตับ (liver cancer) แอลกอฮอล์เป็นพิษต่อตับโดยตรงโดยจะทำให้เกิดความผิดปกติของการใช้โปรตีน ไชมันและคาร์โบไฮเดรตในตับ นำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพในตับ ๔ ระยะ ได้แก่ ภาวะ ไชมันสะสมในตับ (alcohol fatty liver) ภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (alcoholic hepatitis) ภาวะตับ แข็งจากแอลกอฮอล์ (alcoholic cirrhosis) และเข้าสู่การเป็นโรคมะเร็งตับในที่สุด ^{๑๐} พบว่าการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งตับสูงถึง ๑.๕ ถึง ๓.๖ เท่า โดยสัมพันธ์กับ รูปแบบการดื่ม ซึ่งพบว่า ผู้ที่บริโภคแบบอันตราย (harmful drinker) จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่บริโภค แบบมีความเสี่ยง (hazardous drinker) ตามลำดับ ^{๒๐} ไม่ใช่เฉพาะเพศชายเท่านั้น แต่พบว่า หญิงที่ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากกว่า ๑๔ หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์จะมีความเสี่ยงในการ เกิดโรคมะเร็งตับเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๐ แต่ในปริมาณระหว่าง ๗ ถึง ๑๔ หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์จะ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งตับร้อยละ ๒๐ อย่างไรก็ตาม พบว่าความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ^{๒๑}

มะเร็งศีรษะและลำคอ (head and neck cancer) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยเฉพาะมะเร็งในช่องปาก (ไม่รวมริมฝีปาก) คอหอย (ลำคอ) และกล่องเสียง ผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๕๐ กรัมต่อวันขึ้นไป (ประมาณ ๓.๕ หน่วยดื่มมาตรฐาน) มีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งกลุ่มนี้มากกว่าผู้ที่ไม่บริโภคอย่างน้อย ๒-๓ เท่า ^{๒๒} สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำ ๆ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑ หน่วยดื่มมาตรฐานต่อ

วัน) ก็ไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิดโรคเช่นกัน^{๑๕} ยิ่งไปกว่านั้น การสูบบุหรี่ร่วมด้วยในผู้ที่ดื่มระดับนี้ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกลุ่มนี้มากขึ้นไปอีก^{๒๓}

โดยสรุปแล้ว สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยยังคงเป็นที่น่าเป็นห่วง จากหลักฐานทางวิชาการที่พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์สูงมากกับอุบัติการณ์โรคมะเร็งหลายชนิดแสดงให้เห็นว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิดที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่คาดการณ์อุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ผลการศึกษาจึงมีประโยชน์ต่อการวางแผนเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

บทที่ ๒ วัตถุประสงค์และวิธีการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประมาณการจำนวนอุบัติเหตุการจราจรโรคมะเร็งในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ที่คาดว่าจะมีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ และเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนอุบัติเหตุการจราจรโรคมะเร็งในประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ แยกตามเพศ กลุ่มอายุ ภูมิภาค และชนิดของโรคมะเร็ง

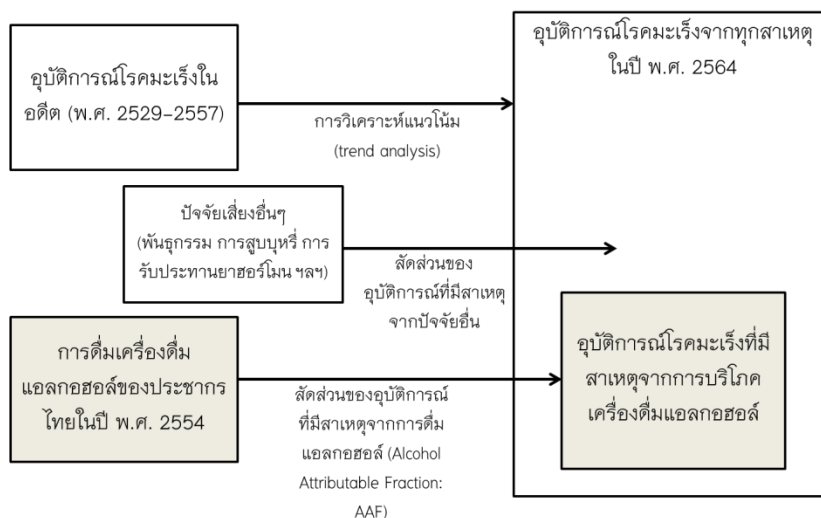
รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis)

กรอบระยะเวลาเวลาในการวิเคราะห์

คิดจากข้ออนุมานว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงของมะเร็งโดยอุบัติเหตุการจราจรโรคมะเร็งเกิดหลังจากการเผชิญปัจจัยเสี่ยง (การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) เป็นเวลา ๑๐ ปี^๗ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้คาดการณ์จำนวนอุบัติเหตุการจราจรโรคมะเร็งในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในปีพ.ศ. ๒๕๕๔

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ ๔ กรอบแนวคิดการวิจัย

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในอดีตที่ผ่านมาข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (The Health and Welfare Surveys) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๓๔ และมีการสำรวจทุก ๓-๕ ปี (พ.ศ.๒๕๓๔, พ.ศ.๒๕๓๙, พ.ศ.๒๕๔๔, พ.ศ.๒๕๔๖, พ.ศ.๒๕๔๙, พ.ศ.๒๕๕๖ และพ.ศ.๒๕๕๘) โดยตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๓ ได้มีการริเริ่มการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามาแยกออกมาโดยเฉพาะ จนถึงปัจจุบันมีการสำรวจทั้งสิ้น ๔ ครั้ง ได้แก่ ในปีพ.ศ.๒๕๔๓, พ.ศ.๒๕๕๐, พ.ศ.๒๕๕๔ และพ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งในแบบสำรวจประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การบริโภคในระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมา ความถี่และปริมาณบริโภคต่อครั้ง ผลกระทบในด้านต่างๆจากการบริโภค เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การกระทำผิดกฎหมาย ปัญหาความสัมพันธ์ในครัวเรือนและนอกครัวเรือน การบริโภคและซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบ และค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังมีการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทย (The National Health Examination Survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจเชิงเฝ้าระวังทางสุขภาพระดับชาติที่ริเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๓๓ อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้เพิ่งเริ่มผนวกข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๕๘

สำหรับการศึกษานี้ได้ใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราปีพ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อคำนวณค่าความถี่และปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อหัวประชากรต่อปี (ปริมาณในหน่วยกรัมต่อปี) แยกตามเพศและช่วงอายุ ได้แก่ ๑๕-๒๔ ปี, ๒๕-๓๔ ปี, ๓๕-๔๙ ปี, ๕๐-๖๔ ปี และ ๖๕ ปีขึ้นไป

ข้อมูลโรคมะเร็ง ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งจากศูนย์เครือข่ายข้อมูลมะเร็งประเทศไทย (the Thai Cancer Information Network: TCIN) จาก ๖ จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น ลพบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา ซึ่งครอบคลุมจำนวนประชากรร้อยละ ๒๒ ในภาคเหนือ ร้อยละ ๙.๒ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓ ในภาคกลาง และร้อยละ ๒๘ ในภาคใต้ ตามลำดับ โดยฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งถูกจัดเก็บและประเมินตามระเบียบวิธีของ the International Agency for Research on Cancer และ the International Association of Cancer Registries และมีการตรวจสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยจากการประเมินเวชระเบียน การลงทะเบียนวินิจฉัย และการตรวจสอบการลงข้อมูลซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ฐานข้อมูลในช่วงเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๗ เฉพาะ

โรคมะเร็งที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ มะเร็งตับ (ICD-๑๐ codes: C๒๒, C๒๔) มะเร็งกล่องเสียง (C๓๒) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (C๑๘, C๑๙-๒๐) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งช่องปาก (C๐-C๐๖, C๐๙, C๑๔) มะเร็งคอหอย (C๑๐) และมะเร็งหลอดอาหาร (C๑๕)

ข้อมูลจำนวนประชากร ข้อมูลจำนวนประชากรเพศชายและหญิงในแต่ละปีได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจำนวนประชากรที่คาดการณ์ในปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้จากการประมาณโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งประมาณการจากสำมะโนประชากรในปีพ.ศ. ๒๕๕๓ โดยคิดจากอัตราการเจริญพันธุ์ อัตราตาย และอัตราการย้ายถิ่นฐานของประชากรไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน คำนวณจากชุดข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราปีพ.ศ. ๒๕๕๔ โดยถามถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง ๑ เดือนก่อนการสำรวจ แบ่งตามชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ได้แก่ เบียร์ สุราขาว สุราสี สุราแช่พื้นบ้าน ไวน์ และวอดก้า) ความถี่ของการบริโภค ภาชนะที่ใช้บริโภค ปริมาณและจำนวนภาชนะที่ใช้บริโภคเครื่องดื่มแต่ละชนิด เพื่อกำหนดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันของตัวอย่างแต่ละรายจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{ปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัมต่อวัน)} = \sum_i \text{ดีกรี}_i * \text{ปริมาตรภาชนะ}_i * \text{จำนวนหน่วยภาชนะที่ดื่มต่อวัน}_i * \frac{\text{จำนวนวันดื่มในรอบหนึ่งเดือน}}{30} * 0.789$$

โดยที่ i หมายถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิด ปริมาตรภาชนะหมายถึงความจุในหน่วยมิลลิลิตรของภาชนะที่ใช้บริโภค (เช่น 1 เป๊กมีปริมาตรเท่ากับ 30 มิลลิลิตร) ดีกรีหมายถึงร้อยละของปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิด และ 0.789 หมายถึงความหนาแน่นของแอลกอฮอล์ในหน่วยกรัมต่อมิลลิลิตร ทั้งนี้ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณดังกล่าวทุกวันตลอดระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจ

สัดส่วนระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายเพศและช่วงอายุ โดยแบ่งตามปริมาณบริโภคต่อวัน ได้แก่ ผู้ไม่บริโภค (๐ กรัมต่อวัน) ผู้บริโภคในระดับเล็กน้อย (มากกว่า ๐ แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อวัน) ผู้บริโภคในระดับปานกลาง (๑๒ ถึง ๕๐ กรัมต่อวัน) ผู้บริโภคในระดับหนัก (มากกว่า ๕๐

กรัมต่อวัน) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับตามการศึกษาของ Bagnardi และคณะ^{๒๔} เนื่องจากต้องอ้างอิงค่าทางสถิติที่สำคัญจากงานวิจัยข้างต้น

สัดส่วนของจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ (Alcohol Attributable Fraction: AAF) ของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ รายเพศและช่วงอายุ คำนวณจากสูตร

$$AF_{jk} = \sum_i P_{ijk} \frac{(RR_i - 1)}{1 + \sum_i P_{ijk} (RR_i - 1)}$$

โดยที่ค่า RR หมายถึงความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ของการเกิดโรคมะเร็งจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับปริมาณต่างๆ เทียบกับการไม่บริโภคแอลกอฮอล์ ค่า P หมายถึง สัดส่วนของผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์ที่ระดับปริมาณต่างๆ ในประชากร ดังนั้นค่า AAF ของประชากรกลุ่มต่างๆ จึงขึ้นอยู่กับสัดส่วนของผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์ที่ระดับปริมาณต่างๆ ในประชากรกลุ่มนั้นๆ โดยค่า RR ของประชากรในทวีปเอเชียที่นำมาวิเคราะห์นี้มาจากผลการศึกษาของ Bagnardi และคณะ^{๒๔} (ตารางที่ ๑) ทั้งนี้ในการศึกษานี้มีข้ออนุมานว่าค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ดังกล่าว รวมถึงอัตราการเผชิญปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆของอุบัติการณ์โรคมะเร็งมีค่าคงที่ตลอดกรอบระยะเวลาที่วิเคราะห์

ตารางที่ ๑ ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งแยกตามระดับการบริโภคแอลกอฮอล์จากผลการศึกษาของ Bagnardi และคณะ^{๒๔}

	ระดับการบริโภคแอลกอฮอล์	ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (๙๕%CI)†
มะเร็งช่องปากและคอหอย	เล็กน้อย (<๑๒ กรัม/วัน)	๑.๓๓ (๑.๐๖-๑.๖๘)
	ปานกลาง (๑๒-๑๕ กรัม/วัน)	๒.๑๘ (๑.๖๔-๒.๙๑)
	หนัก (>๕๐ กรัม/วัน)	๓.๐๒ (๑.๙๓-๔.๗๓)
มะเร็งหลอดอาหาร*	เล็กน้อย (<๑๒ กรัม/วัน)	๑.๕๔ (๑.๑๘-๒.๐๐)
	ปานกลาง (๑๒-๑๕ กรัม/วัน)	๒.๒๐ (๑.๖๕-๒.๙๔)
	หนัก (>๕๐ กรัม/วัน)	๔.๒๔ (๒.๙๓-๖.๑๔)
มะเร็งลำไส้ใหญ่	เล็กน้อย (<๑๒ กรัม/วัน)	๑.๐๓ (๐.๙๑-๑.๑๘)

	ระดับการบริโภค แอลกอฮอล์	ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (๙๕%CI)†
	ปานกลาง (๑๒-๑๕ กรัม/ วัน)	๑.๒๔ (๑.๐๘-๑.๔๒)
	หนัก (>๕๐ กรัม/วัน)	๑.๗๓ (๑.๓๙-๒.๑๖)
มะเร็งตับ	เล็กน้อย (<๑๒ กรัม/วัน)	๑.๐๒ (๐.๘๓-๑.๒๖)
	ปานกลาง (๑๒-๑๕ กรัม/ วัน)	๑.๑๔ (๐.๙๗-๑.๓๓)
	หนัก (>๕๐ กรัม/วัน)	๑.๕๙ (๑.๒๗-๒.๐๐)
มะเร็งเต้านม	เล็กน้อย (<๑๒ กรัม/วัน)	๐.๘๙ (๐.๗๒-๑.๑๑)
	ปานกลาง (๑๒-๑๕ กรัม/ วัน)	๑.๔๔ (๑.๒๑-๑.๗๑)
	หนัก (>๕๐ กรัม/วัน)	๓.๔๔ (๐.๔๗-๒๕.๑๔)
มะเร็งกล่องเสียง	เล็กน้อย (<๑๒ กรัม/วัน)	๐.๗๒ (๐.๓๔-๑.๕๐)
	ปานกลาง (๑๒-๑๕ กรัม/ วัน)	๑.๕๗ (๐.๗๘-๓.๑๖)
	หนัก (>๕๐ กรัม/วัน)	๑.๖๓ (๐.๗๐-๓.๗๙)

หมายเหตุ: * มะเร็งชนิด squamous cell carcinoma, † ความเสี่ยงสัมพัทธ์เทียบกับผู้ที่ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การประมาณจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คัดจากจำนวนคาดการณ์ของอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประชากรคู่กับค่า AAF ของโรคมะเร็งในแต่ละชนิด สำหรับจำนวนคาดการณ์ของอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประชากรคัดจากจำนวนคาดการณ์ของประชากรทั้งหมดในปีที่คาดว่าจะมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งคู่กับอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประชากรรายช่วงอายุ (age-specific incidence rate: ASIR) โดยค่า ASIR ของประชากรไทยได้จากผลการศึกษาของ Virani และคณะ²⁵ ซึ่งได้คำนวณค่า ASIR ของโรคมะเร็งแต่ละชนิดทั้งในระดับประเทศและรายภูมิภาคจากการวิเคราะห์แนวโน้ม (trend analysis) ด้วยวิธี jointpoint regression โดยอิงจากอัตราอุบัติการณ์ในอดีตจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งทั้ง ๖ จังหวัด

บทที่ ๓ ผลการศึกษา

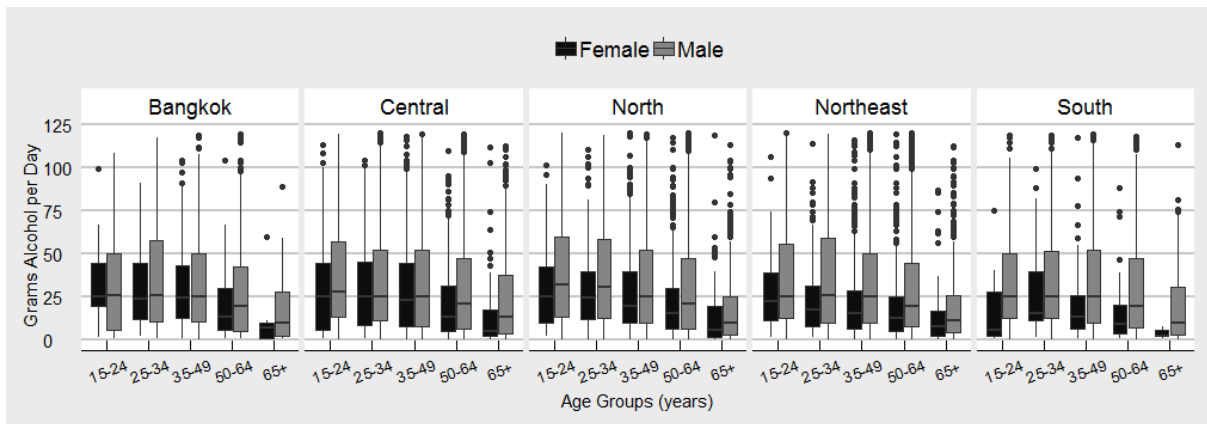
ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในปีพ.ศ.๒๕๕๔

จากการสำรวจในปีพ.ศ.๒๕๕๔ ในตัวอย่างทั้งสิ้น ๑๔๒,๒๓๕ ราย พบว่า มีผู้ไม่บริโภคหรือบริโภคแอลกอฮอล์แต่ไม่เกิน ๑๒๐ กรัมต่อวันทั้งสิ้น ๑๓๗,๖๕๙ ราย ในจำนวนนี้ พบว่าความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยพบความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในช่วงอายุ ๓๕-๔๙ ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง เมื่อแบ่งตามระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ พบว่าสัดส่วนของการบริโภคหนักสูงสุดในช่วงอายุ ๒๕-๔๙ ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง และสัดส่วนของการบริโภคหนักลดลงตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนของการบริโภคหนักในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงในทุกช่วงอายุ (ตารางที่ ๒) เมื่อแยกรายภูมิภาค พบว่า สัดส่วนของผู้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือและต่ำสุดในภาคใต้

ตารางที่ ๒ ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยรายเพศและกลุ่มอายุในปี พ.ศ. ๒๕๕๔

	ไม่บริโภค (%)	บริโภคเล็กน้อย (<๑๒ กรัมต่อวัน) (ร้อยละ)	บริโภคปานกลาง (๑๒-๕๐ กรัมต่อวัน) (ร้อยละ)	บริโภคหนัก (>๕๐ กรัมต่อวัน) (ร้อยละ)
ชาย				
๑๕-๒๔ ปี	๓/๔	๕	๑๐	๑๑
๒๕-๓๔ ปี	๕๐	๑๑	๑๙	๒๐
๓๕-๔๙ ปี	๔๘	๑๓	๑๙	๒๐
๕๐-๖๕ ปี	๕๙	๑๓	๑๔	๑๓
๖๕+ ปี	๘๓	๘	๕	๔
หญิง				
๑๕-๒๔ ปี	๙๗	๑	๑	๑
๒๕-๓๔ ปี	๙๔	๒	๓	๒
๓๕-๔๙ ปี	๙๒	๓	๔	๒
๕๐-๖๕ ปี	๙๔	๓	๒	๑
๖๕+ ปี	๙๘	๒	๑	๐

แผนภาพที่ ๕ นำเสนอค่ากลาง (median) ของปริมาณการแอลกอฮอล์ในประชากรกลุ่มต่างๆ แยกตามเพศ ช่วงอายุ และภูมิภาค พบว่าในภาคกลางและกทม. ค่ากลาง (median) ของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มวัยรุ่นเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน โดย median ของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ ๖๕ ขึ้นไป ส่วนในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ เพศชายมีค่ากลาง (median) ของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ



แผนภาพที่ 5 ปริมาณบริโภคแอลกอฮอล์ (กรัมต่อวัน) แยกตามเพศ ช่วงอายุ และภูมิภาค

เมื่อเปรียบเทียบในทุกกลุ่มอายุและภูมิภาคพบว่า ประชากรกลุ่มอายุน้อยในภาคเหนือมีค่ากลาง (median) ของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์สูงที่สุด

จำนวนคาดการณ์ของอุบัติเหตุโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ในระดับประเทศและจำแนกรายภูมิภาค

ในภาพรวมระดับประเทศ คาดการณ์ว่าจำนวนอุบัติเหตุโรคมะเร็งทั้ง ๖ ชนิดในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ รวมทั้งสิ้น ๗๐,๓๓๖ ราย (เพศชาย ๓๔,๐๓๘ ราย และเพศหญิง ๓๖,๒๙๘ ราย) ในจำนวนนี้เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น ๖,๖๕๙ ราย (เพศชาย ๕,๔๙๔ ราย และเพศหญิง ๑,๑๖๕ ราย) หรือคิดเป็นร้อยละ ๙.๕% ของจำนวนอุบัติเหตุทั้งหมด เมื่อจำแนกรายภูมิภาค พบว่า จำนวนอุบัติเหตุโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายเกิดในภาคเหนือ ๑,๐๖๗ ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑,๑๒๒ ราย ภาคกลาง ๒,๕๔๐ ราย และภาคใต้ ๓๖๕ ราย ส่วนในเพศหญิงเกิดในภาคเหนือ ๑๙๗ ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒๘๘ ราย ภาคกลาง ๕๔๔ ราย และภาคใต้ ๑๓๖ ราย (ตารางที่ ๓)

เมื่อเปรียบเทียบในโรคมะเร็งแต่ละชนิด พบว่า มะเร็งหลอดอาหารมีสัดส่วนของจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงหรือค่า AAF ที่สุด (ร้อยละ ๔๐.๓) รองลงมา ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ ๒๘.๓) และมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ ๑๒.๓) (ตารางที่ ๓) โดยในเพศหญิง มะเร็งหลอดอาหาร มีค่า AAF สูงที่สุด ได้แก่ ร้อยละ ๖.๑ ตามมาด้วย มะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ ๕.๔) และมะเร็งเต้านม (ร้อยละ ๔.๖) ส่วนในเพศชาย มะเร็งหลอดอาหาร มีค่า AAF สูงที่สุด ได้แก่ ร้อยละ ๔๔.๐ ตามมาด้วย มะเร็งช่องปากและคอหอย (ร้อยละ ๓๒.๙) และมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ ๑๔.๑) เมื่อคิดเป็นจำนวนอุบัติการณ์ พบว่าจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย (๑๓๒๙ ราย) มะเร็งตับ (๑๔๙๔ ราย) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (๑๑๕๕ ราย) ส่วนจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม (๘๒๕ ราย) มะเร็งช่องปากและคอหอย (๑๔๑ ราย) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (๑๒๓ ราย)

เมื่อเปรียบเทียบในรายภูมิภาค พบว่า ในเพศชาย พบว่าภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งช่องปากและคอหอยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๓๒.๙) ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งหลอดอาหารสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๔๔.๐) ได้แก่ ภาคกลาง ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๑๑.๓) ได้แก่ ภาคกลาง ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งตับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๙.๔) ได้แก่ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ และภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งกล่องเสียงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๑๔.๑) ได้แก่ ภาคกลางและภาคเหนือ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง พบว่าภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งช่องปากและคอหอยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๕.๔) ได้แก่ ภาคกลาง ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งหลอดอาหารสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๖.๑) ได้แก่ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๑.๔) ได้แก่ ภาคใต้ ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งตับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๐.๙) ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๔.๖) ได้แก่ ภาคกลาง และภาคที่มีค่า AAF ของโรคมะเร็งกล่องเสียงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ ๑.๖) ได้แก่ ภาคกลาง

ตารางที่ ๓ จำนวนคาดการณ์ของอุบัติเหตุโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ในระดับประเทศและจำแนกรายภูมิภาค

			มะเร็งช่องปากและคอ หอย		มะเร็งหลอดอาหาร		มะเร็งลำไส้ใหญ่		มะเร็งตับ		มะเร็งเต้านม		มะเร็งกล่องเสียง		รวมโรคมะเร็งทุกชนิด	
			จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์	จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์	จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์	จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์	จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์	จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์	จาก ทุก สาขา ตุ	จากการ บริโภค แอลกอฮอล์
เหนือ	ชาย	จำนวน	๙๖๖	๓๑๙	๓๑๔	๑๓๐	๑๘๕๐	๒๑๐	๔๑๔๘	๓๘๒	-	-	๑๗๘	๒๖	๓๔๕๖	๑๐๖๗
		%		๓๓.๐%		๔๑.๕%		๑๑.๕%		๙.๒%		-	๑๔.๖%		๑๔.๓%	
	หญิง	จำนวน	๓๙๔	๒๑	๓/๐	๕	๑๖๒๘	๒๒	๑๓๗๓/๑	๑๘	๓๐๑๙	๑๓๑	๒๕	๐	๖๙๐๓	๑๙๓
		%		๕.๓%		๓.๑%		๑.๕%		๑.๐%		๕.๓%		๐.๐%		๒.๙%
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ชาย	จำนวน	๙๐๔	๓๐๑	๒๓๐	๑๐๑	๒๑๔๖	๒๔๑	๕๐๒๓	๔๕๑			๒๐๕	๒๘	๘๕๐๘	๑๑๒๒
		%		๓๓.๓%		๔๓.๙%		๑๑.๒%		๙.๐%			๑๓.๓%		๑๓.๒%	
	หญิง	จำนวน	๕๒๐	๒๕	๒๔	๐	๒๓๐๐	๓๐	๑๘๕๖	๑๕	๔๓/๙๓	๒๑๘	๕	๐	๙๔๙๘	๒๘๘
		%		๔.๘%		๐.๐%		๑.๓%		๐.๘%		๔.๕%		๐.๐%		๓.๐%
กลาง	ชาย	จำนวน	๒๕๘๕	๘๔๖	๑๒๑	๓	๔๓/๙	๕๖๔	๕๓๖๒	๕๓๗			๓/๐	๑๑	๑๔๐๒๓	๒๕๔๐
		%		๓๒.๓%		๔๖.๓%		๑๒.๒%		๑๐.๐%				๑๕.๓%		๑๘.๑%
	หญิง	จำนวน	๑๔๓	๘๓	๑๑๓	๓	๔๐๒๔	๕๓	๒๓๓๗/๑	๒๒	๓/๗๖๑	๓๓/๓	๘๓	๒	๑๕๓/๘	๕๔๔
		%		๕.๘%		๖.๒%		๑.๕%		๐.๙%		๔.๘%		๒.๕%		๓.๕%
ใต้	ชาย	จำนวน	๓/๙๕	๒๖๓	๕๓๔	๒๑๖	๑๑๑๓	๑๒๐	๑๒๙๕	๑๒๔			๓๐๖	๕๒	๔๐๔๓	๓๖๕
		%		๓๓.๑%		๔๐.๕%		๑๐.๓%		๙.๖%			๑๓.๓%		๑๘.๙%	
	หญิง	จำนวน	๒๖๙	๑๒	๔๐	๓	๙๒๓	๑๔	๕๘๓	๔	๒๒๓/๓	๑๐๓	๑๔	๐	๔๑๑๐	๑๓๖
		%		๔.๕%		๓.๕%		๑.๕%		๐.๓%		๔.๕%		๐.๐%		๓.๓%

รวมทั้งประเทศ	ชาย	จำนวน	๕๒๕๐	๑๓/๒๙	๒๒๒๙๑	๑๐๐%	๙๙/๑๐	๑๑๕๕	๑๕๒๒	๑๕๙๕			๓/๕๙	๑๐๓/	๓๕๐๓๕	๕๕๙๕	
		%		๓๒.๙%		๕๕.๐%		๑๑.๓%		๙.๕%				๑๕.๑%		๑๖.๑%	
	หญิง	จำนวน	๒๖๑๕	๑๕๑	๒๔๓/	๑๕	๘๘๓/	๑๒๓	๖๕๘๑	๕๙	๑๓/๘๕	๐	๘๒๕	๑๒๓/	๒	๓๖๒๙๕	๑๑๖๕
		%		๕.๕%		๖.๑%		๑.๕%		๐.๙%		๕.๖%		๑.๖%		๓.๒%	

จำนวนคาดการณ์ของอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามช่วงอายุ

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าในปีพ.ศ.๒๕๖๔ โรคมะเร็งส่วนใหญ่มียุบัติการณ์สูงที่สุดในช่วงอายุ ๖๐-๗๔ ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง ยกเว้นมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งเต้านมที่พบจำนวนอุบัติการณ์สูงที่สุดในช่วงอายุ ๔๕-๕๙ ปี ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม เมื่อดูเฉพาะค่าสัดส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด (AAF) พบว่า ในเพศชาย กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดได้แก่ช่วงอายุ ๓๕-๔๔ ปี (เท่ากับช่วงอายุ ๒๕-๓๔ เมื่อบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ส่วนในเพศหญิง กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดได้แก่ช่วงอายุ ๔๕-๕๙ ปี (เท่ากับช่วงอายุ ๓๕-๔๔ เมื่อบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (ตารางที่ ๔)

ตารางที่ ๔ จำนวนคาดการณ์ของอุบัติเหตุโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ ตอนที่ บริโภค แอลกอฮอล์ (ปี)	อายุ ตอนที่ เกิด โรค (ปี)	มะเร็งช่องปากและคอหอย			มะเร็งหลอดอาหาร			มะเร็งลำไส้ใหญ่			มะเร็งตับ			มะเร็งเต้านม			มะเร็งกล่องเสียง		
		AAF	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	AAF	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	AAF	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	AAF	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	AAF	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	AAF	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์
ชาย																			
๑๕-๒๔	๒๕-๓๔	๐.๒๕ ๙๓/	๙๕	๒๕	๐.๓๓ ๐๘	๑	๐	๐.๐๙๔ ๑	๑๓/๙	๑๓/	๐.๐๓/ ๒๓/	๑๘๓/	๑๔				๐.๑๑๐ ๖	๑๐	๑
๒๕-๓๔	๓๕-๔๔	๐.๔๐๐ ๙	๓๔๒	๑๓๖	๐.๔๘ ๕๓/	๓๖	๓๖	๐.๑๖๔ ๔	๕๒๖	๓/๑	๐.๑๒๙ ๒	๖๓๕	๘๓				๐.๑๙๐ ๔	๑๓/	๔
๓๕-๔๙	๔๕-๕๙	๐.๔๐๐ ๐	๑๓/๔๐	๖๙๓/	๐.๔๘ ๕๕	๑๓๒๘	๖๔๓	๐.๑๖๒ ๓	๒๔๓/๓/	๔๐๒	๐.๑๒ ๓/๓	๕๐๓/๒	๖๔๕				๐.๑๘ ๘๕	๒๒๐	๔๑
๕๐-๖๔	๖๐-๗๔	๐.๓๒ ๕๖	๒๓๖๓/	๓/๓/๑	๐.๔๐ ๓๑	๓๖๒	๓๐๓/	๐.๑๑๙ ๕	๕๙๒๔	๕๘๘	๐.๐๙๑ ๙	๓/๓๖๔	๖๓๖				๐.๑๔ ๒๔	๓๓๒	๕๖
≥๖๕	≥๗๕	๐.๑๕๐ ๔	๓/๐๖	๑๐๐	๐.๑๘ ๔๑	๑๒๔	๒๓	๐.๐๔๐ ๑	๑๙๐๔	๓/๓/	๐.๐๒๙ ๖	๒๕๓/๐	๓๖				๐.๐๕๐ ๓/	๑๒๐	๕
รวม			๕๒๕๐	๑๓/๒๙		๒๒๙๑	๑๐๐๙		๙๙๑๐	๑๑๕๕		๑๕๘๒๘	๑๔๙๔					๓/๕๙	๑๐๓/
%				๓๒.๙%			๔๔.๐%						๙.๕%						๑๕.๑%
หญิง																			
๑๕-๒๔	๒๕-๓๔	๐.๐๓๑ ๖	๕๙	๑	๐.๐๔๒ ๕	๒	๐	๐.๐๐๘ ๘	๑๕๒	๑	๐.๐๐๖ ๕	๖๔	๐	๐.๐๒๔ ๑	๘๑๖	๒๐	๐.๐๑๑ ๖	๙	๐
๒๕-๓๔	๓๕-๔๔	๐.๐๖๘ ๑	๑๓/๓/	๑๒	๐.๐๘ ๙๒	๙	๐	๐.๐๑๙ ๑	๓๓๕	๖	๐.๐๑๔ ๐	๑๙๐	๒	๐.๐๕๐ ๕	๓๒๕๐	๑๖๔	๐.๐๒ ๕๘	๔	๐
๓๕-๔๙	๔๕-๕๙	๐.๐๘ ๓๕	๓/๘๖	๖๖	๐.๑๐ ๘๖	๓/๒	๘	๐.๐๒ ๓๒	๑๙๔๙	๕๖	๐.๐๑๖ ๙	๑๑๘๒	๒๐	๐.๐๖๐ ๐	๓/๓๔๙	๕๕๒	๐.๐๓ ๑๓/	๕๕	๑
๕๐-๖๔	๖๐-๗๔	๐.๐๕๔ ๒	๙๘๑	๕๓	๐.๐๓/ ๑๙	๑๐๒	๓/	๐.๐๑๔ ๒	๕๕๑๔	๖๓	๐.๐๑๐ ๒	๓๑๓/๙	๓๒	๐.๐๓๖ ๒	๕๑๘๑	๑๘๘	๐.๐๑๙ ๑	๕๒	๑
≥๖๕	≥๗๕	๐.๐๑๖ ๔	๖๑๑	๙	๐.๐๒๒ ๖	๖๒	๐	๐.๐๐๓ ๕	๒๐๓๙	๓/	๐.๐๐๒ ๕	๑๙๖๖	๕	๐.๐๐๘ ๒	๑๒๕๔	๑๑	๐.๐๐๔ ๖	๑๘	๐
รวม			๒๖๑๔	๑๔๑		๒๔๓/	๑๕		๘๘๓๙	๑๒๓		๖๕๘๑	๕๙		๑๓/๘๕๐	๘๒๕		๑๒๓/	๒
%				๕.๕%			๖.๑%						๐.๙%			๔.๖%			๑.๖%

จำนวนคาดการณ์ของอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามช่วงอายุและภูมิภาค

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุและภูมิภาค พบว่า แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนของอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามช่วงวัยไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ยกเว้นภาคกลางที่พบจำนวนอุบัติการณ์มะเร็งหลอดอาหารในเพศชายสูงที่สุดในช่วงอายุ ๔๕-๕๙ ปี ในขณะที่ภูมิภาคอื่นๆ พบสูงสุดในช่วงอายุ ๖๐-๗๔ ปี (ตารางที่ ๕)

ตารางที่ ๕ จำนวนคาดการณ์ของอุบัติเหตุโรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามช่วงอายุและภูมิภาค

ภูมิภาค			มะเร็งช่องปากและคอหอย		มะเร็งหลอดอาหาร		มะเร็งลำไส้ใหญ่		มะเร็งตับ		มะเร็งเต้านม		มะเร็งกล่องเสียง	
	อายุตอนที่บริโภคแอลกอฮอล์ (ปี)	อายุตอนที่เกิดโรค (ปี)	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์	อุบัติเหตุทั้งหมด	อุบัติเหตุจากการบริโภคแอลกอฮอล์
เหนือ	ชาย													
	๑๕-๒๔	๒๕-๓๔	๒๓	๖	๐	๐	๓๐	๓	๖๔	๕			๐	๐
	๒๕-๓๔	๓๕-๔๔	๑๐๖	๔๒	๓/	๓	๓/๒	๑๒	๑๙๐	๒๕			๔	๑
	๓๕-๔๔	๔๕-๕๔	๓๑๔	๑๒๖	๑๒๖	๖๑	๓๓/๓	๖๑	๑๑๑๖	๑๔๒			๖๔	๑๒
	๕๐-๖๔	๖๐-๗๔	๓๔๔	๑๒๕	๑๔๙	๖๐	๙๔๔	๑๑๔	๒๐๕๑	๑๔๔			๔๔	๑๒
	≥๖๕	≥๗๕	๑๓๙	๒๐	๓๒	๖	๓๔๓/	๑๖	๓/๒๓/	๒๒			๒๖	๑
	รวม		๙๖๖	๓๑๙	๓๑๔	๑๓๐	๑๔๕๐	๒๑๐	๔๑๔๔	๓๔๒			๑๓/๔	๒๖
	%			๓๓.๐%		๔๑.๕%		๑๑.๕%		๙.๒%				๑๕.๖%
	หญิง													
	๑๕-๒๔	๒๕-๓๔	๑๓	๐	๐	๐	๒๐	๐	๑๒	๐	๖๖	๒	๑	๐
	๒๕-๓๔	๓๕-๔๔	๒๗/	๒	๓	๐	๔๓/	๑	๕๒	๑	๒๔๓	๑๒	๐	๐
	๓๕-๔๔	๔๕-๕๔	๑๐๓	๙	๒๔	๓	๓๒๕	๘	๔๐๐	๓/	๑๑๔๔	๖๙	๔	๐
	๕๐-๖๔	๖๐-๗๔	๑๖๔	๙	๒๕	๒	๘๔๖	๑๒	๘๓๖	๙	๑๒๕๑	๔๕	๑๓	๐
	≥๖๕	≥๗๕	๘๗/	๑	๑๘	๐	๓๙๐	๑	๔๓/๑	๑	๓๑๕	๓	๓/	๐
	รวม		๓๙๔	๒๑	๓/๐	๕	๑๖๒๘	๒๒	๑๓/๓/๑	๑๘	๓๐๑๙	๑๓๑	๒๕	๐
	%			๕.๓%		๓.๑%		๑.๕%		๑.๐%		๔.๓%		๐.๐%
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ชาย													
	๑๕-๒๔	๒๕-๓๔	๒๖	๓/	๐	๐	๒๓/	๓	๒๘	๒			๒	๐
	๒๕-๓๔	๓๕-๔๔	๕๖	๒๒	๕	๒	๕๘	๑๐	๑๓๓/	๑๘			๔	๑
	๓๕-๔๔	๔๕-๕๔	๓๔๕	๑๓๘	๑๓๑	๖๓	๕๑๙	๘๔	๑๓๘๔	๑๓๖			๖๑	๑๑
	๕๐-๖๔	๖๐-๗๔	๓๖๒	๑๑๘	๘๕	๓๔	๑๐๕๒	๑๒๔	๒๔๔๓/	๒๒๕			๙๖	๑๔
	≥๖๕	≥๗๕	๑๑๕	๑๖	๑๐	๒	๕๐๐	๒๐	๑๐๒๓/	๓๐			๔๒	๒
	รวม		๙๐๕	๓๐๑	๒๓๐	๑๐๑	๒๑๔๖	๒๔๑	๕๐๒๓	๔๕๑			๒๐๕	๒๘
	%			๓๓.๓%		๔๓.๙%		๑๑.๒%		๙.๐%				๑๓.๓%

	អង្ស													
	១៥-២៤	២៥-៣៤	៣៥	០	២	០	១០	០	៣	០	១២៣	៣	០	០
	២៥-៣៤	៣៥-៤៤	២០	១	១	០	៤៦	១	៣២	០	៤៧០	៣០	០	០
	៣៥-៤៤	៤៥-៥៤	១១៦	១០	០	០	៥០៤	១២	២៧៧	៥	២០៦៦	១២៤	៣	០
	៥០-៦៤	៦៥-៧៤	១៣៦	១១	៦	០	១០៥០	១៥	៤២២	៤	១៥៦៣	៥៧	០	០
	≥៦៥	≥៧៥	១៤១	៣	១៥	០	៦៤៦	២	៣០៦	២	៤៥១	៤	២	០
	รวม		៥២០	២៤	២៤	០	២៣០០	៣០	១៤៥៦	១៥	៤៣៧៣	២១៤	៥	០
	%			៤.៤%		០.០%		១.៣%		០.៤%		៤.៥%		០.០%
ពន្យ	ខ្យ													
	១៥-២៤	២៥-៣៤	៣៤	៧	០	០	១០៤	១០	៣៣	៥			៤	១
	២៥-៣៤	៣៥-៤៤	៤៥	៣៤	៤២	២០	២៦២	៤៣	២២៤	២៧			៣	១
	៣៥-៤៤	៤៥-៥៤	៤២៧	៣៣២	៤៤៤	៤២៤	១៣៦៤	២២២	២១៦៣	២៣៤			២៤	៥
	៥០-៦៤	៦៥-៧៤	១៣០៣	៤២៤	២៣៤	១១២	២៣៤២	២៤០	២២៤៤	២១០			២៤	៤
	≥៦៥	≥៧៥	៣៣៤	៤៣	៧	២	៣១៣	២៧	៦១៤	១៤			៣	០
	รวม		២៤៤៤	៤៤៦	១២១៣	៤៦២	៤៣៧៣	៤៤៤	៤៣៦២	៤៣៣			៣០	១១
	%			៣២.៣%		៤៦.៣%		១២.២%		១០.០%				១៥.៣%
	អង្ស													
	១៥-២៤	២៥-៣៤	៣២	១	០	០	៧៣	១	៣៥	០	៤៤៦	១២	៤	០
	២៥-៣៤	៣៥-៤៤	១១៤	៤	៥	០	១៦៦	៣	៣៦	១	២០៥៦	១០៤	៤	០
	៣៥-៤៤	៤៥-៥៤	៥០៣	៤២	៣១	៣	៤៣៤	១៧	៤០៦	៣	៣២១៤	១៧៣	៣១	១
	៥០-៦៤	៦៥-៧៤	៤២៤	២៤	៥៤	៤	២១៥៣	៣១	១៣០៤	១៣	១៦៣៤	៦១	៣៣	១
	≥៦៥	≥៧៥	២៤៤	៤	២០	០	៣៣០	៣	៥៥០	១	៣៣០	៣	៣	០
	รวม		១៤៣១	៤៣	១១៣	៣	៤០២៤	៤៣	២៣៣១	២២	៣៣៦១	៣៣៣	៤៣	២
	%			៤.៤%		៦.២%		១.៤%		០.៧%		៤.៤%		២.៤%
តៃ	ខ្យ													
	១៥-២៤	២៥-៣៤	១២	៣	១	០	១៤	១	២២	២			០	០
	២៥-៣៤	៣៥-៤៤	៧៥	៣៤	២៣	១១	៣៤	៦	៤៤	១១			៦	១
	៣៥-៤៤	៤៥-៥៤	២៥២	១០១	១៤៣	៧	២១៣	៣៥	៤០៧	៥២			៦៣	១៣
	៥០-៦៤	៦៥-៧៤	៣១៤	១០៤	២៥០	១០១	៥៥២	៦៦	៥៣៤	៥៣			១៤៤	២៦
	≥៦៥	≥៧៥	១១៤	១៣	៣៣	១៣	៣០០	១២	២០២	៦			៤៧	២
	รวม		៣៣៤	២៦៣	៥៣៤	២១៦	១១១៣	១២០	១២៣៤	១២៤			៣០៦	៤២
	%			៣៣.១%		៤០.៤%		១០.៣%		៧.៦%				១៣.៣%
	អង្ស													
	១៥-២៤	២៥-៣៤	៣	០	០	០	១៥	០	១០	០	១៤១	៣	០	០

	ଅର୍ଦ୍ଧ-ଶତ	ଶତ-ଶତ	୧୦	୧	୧	୦	୧୦	୧	୧୦	୦	୧୦	୧୦	୦	୦
	ଶତ-ଶତ	ଶତ-ଶତ	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧୦	୧	୦
	୧୦-୧୦	୧୦-୧୦	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧୦	୧	୦
	≥୧୦	≥୧୦	୧୦	୧	୧	୦	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧	୦
	୧୦୦		୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧	୧୦	୧୦	୧	୦
	%			୧.୧%		୧.୧%		୧.୧%		୦.୧%		୧.୧%		୦.୦%

บทที่ ๔ สรุปผลการศึกษา

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่สำคัญของอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย โดยคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุถึงร้อยละ ๙.๕ ของจำนวนอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง ๖ ชนิด ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านมในประชากรไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งเต้านม ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของอุบัติการณ์ในสัดส่วนสูงที่สุด นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าในโรคมะเร็งหลายชนิด ภาคที่มีจำนวนและสัดส่วนของอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เกิดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดจะอยู่ในภาคกลาง ซึ่งแม้จะมีความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่พบว่าภาคกลางมีสัดส่วนของผู้บริโภคหนักค่อนข้างสูง ดังนั้นนโยบายและมาตรการเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงควรมุ่งเน้นทั้งการป้องกันผู้บริโภคหน้าใหม่ และการลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประชากรให้ได้มากที่สุด

เมื่อแยกตามกลุ่มวัย พบว่าเพศชายที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเพศหญิงที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งประเภทต่างๆใน ๑๐ ปีต่อมาสูงที่สุด จึงถือเป็นกลุ่มวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อจำกัดในการใช้ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ข้อมูลความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจากการศึกษาในประชากรในต่างประเทศ ซึ่งมีปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม และด้านชีววิทยาที่แตกต่างจากประชากรไทย การนำผลการศึกษาไปใช้จึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง ในอนาคตจึงควรมีการศึกษาถึงความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยเพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้องมากที่สุด

การประมาณอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้ ต้องอาศัยข้ออนุมานที่สำคัญหลายข้อ ได้แก่ ข้ออนุมานว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุโดยตรงของมะเร็ง (assumption of causality) ข้ออนุมานว่าปริมาณเฉลี่ยของการบริโภคแอลกอฮอล์ที่คำนวณได้

จากแหล่งข้อมูล ตลอดจนอัตราการเผชิญปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์โรคมะเร็งมีค่าคงที่ตลอดกรอบระยะเวลาที่วิเคราะห์ ซึ่งข้ออนุมานดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่การเผชิญปัจจัยเสี่ยงต่างๆมีพลวัตสูง

นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดของแหล่งข้อมูลที่ใช้คำนวณปริมาณบริโภคแอลกอฮอล์ต่อวัน ซึ่งใช้ชุดคำถามที่สำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ย้อนหลังเพียง ๑ เดือน อาจทำให้ตัวเลขที่คำนวณได้สูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากประชากรไทยบางกลุ่มอาจมีพฤติกรรมการดื่มที่ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาต่างๆของปี เช่น มีการบริโภคมากกว่าปกติในช่วงเทศกาลรื่นเริง และลดปริมาณบริโภคลงกว่าปกติในโอกาสสำคัญทางศาสนา ดังนั้นในการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในครั้งถัดไปจึงควรมีการปรับรูปแบบคำถามที่ครอบคลุมการบริโภคในบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละโอกาส เพื่อให้การประมาณปริมาณบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทยมีความแม่นยำมากที่สุด ส่วนข้อจำกัดของแหล่งข้อมูลอุบัติการณ์โรคมะเร็ง ได้แก่ ฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งในการศึกษานี้เป็นเพียงฐานข้อมูลระดับจังหวัด ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ทั้งภูมิภาค อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประมาณการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งชนิดที่มีความชุกต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014: World Health Organization; 2014.
2. International Health Policy Program. Burden of diseases in Thai population in 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2017.
3. Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatoński W, Hashibe M, et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. *Int J Cancer*. 2016;138(6):1380-7.
4. อาคม ชัยวีระวัฒน์ ศณ, ปิยวัฒน์ เลาวหุดานนท์, วทีนันท เพชรฤทธิ .ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ .2558. บริษัท พชร ทรัพย์การพิมพ์ จำกัด :สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2560.
5. Cancer IAfRo. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012.
6. International Health Policy Program. Thailand burden of diseases attributable to risk factors 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2019.
7. Parkin D. 3. Cancers attributable to consumption of alcohol in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011;105(S2):S14.
8. Seitz HK, Becker P. Alcohol metabolism and cancer risk. *Alcohol Research & Health*. 2007;30(1):38.
9. Hamid A, Wani NA, Kaur J. New perspectives on folate transport in relation to alcoholism-induced folate malabsorption—association with epigenome stability and cancer development. *The FEBS journal*. 2009;276(8):2175-91.
10. Ratna A, Mandrekar P. Alcohol and Cancer: Mechanisms and Therapies. *Biomolecules*. 2017;7(3):61.
11. Jelski W, Szmitkowski M. Alcohol dehydrogenase (ADH) and aldehyde dehydrogenase (ALDH) in the cancer diseases. *Clin Chim Acta*. 2008;395(1-2):1-5.
12. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *Jama*. 2011;306(17):1884-90.
13. Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun S-S, Van Den Brandt PA, Folsom AR, Goldbohm RA, et al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *Jama*. 1998;279(7):535-40.
14. Singletary KW, Gapstur SM. Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *Jama*. 2001;286(17):2143-51.
15. Choi Y-J, Myung S-K, Lee J-H. Light Alcohol Drinking and Risk of Cancer: A Meta-analysis of Cohort Studies. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*. 2017.
16. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2016;40(6):1166-81.
17. Zhang SM, Willett WC, Selhub J, Hunter DJ, Giovannucci EL, Holmes MD, et al. Plasma folate, vitamin B6, vitamin B12, homocysteine, and risk of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2003;95(5):373-80.
18. Testino G. The burden of cancer attributable to alcohol consumption. *Maedica*. 2011;6(4):313.
19. Zhu JZ, Wang YM, Zhou QY, Zhu KF, Yu CH, Li YM. Systematic review with meta-analysis: alcohol consumption and the risk of colorectal adenoma. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2014;40(4):325-37.
20. Gutjahr E, Gmel G, Rehm J. Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European addiction research*. 2001;7(3):117-27.
21. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*. 2009;101(5):296-305.
22. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology*. 2007;8(4):292-3.

23. Hashibe M, Brennan P, Chuang S-c, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2009;18(2):541-50.
24. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose–response meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015;112(3):580.
25. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and Subnational Population-Based Incidence of Cancer in Thailand: Assessing Cancers with the Highest Burdens. *Cancers (Basel)*. 2017;9(8):108.