



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้พัฒนามาเป็นลำดับ ตลอดเวลา 30 ปี ที่ผ่านมา ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีผลกระทบต่อวิถีดำเนินชีวิตของประชากรโดยส่วนรวมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อม สภาวะโภชนาการ ฯลฯ อันมีผลต่อปัญหาสุขภาพ ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากอัตราการตายจากโรคติดต่อค่อย ๆ ลดลงเปลี่ยนมาเป็นอัตราตายจากโรคไร้เชื้อแทน

จากการศึกษาถึงอัตราการตายด้วยสาเหตุสำคัญในประชากรไทย ปรากฏว่าอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง มีความสำคัญเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2511 อัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง เป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ ในปี พ.ศ. 2523 ความสำคัญเป็นอันดับ 3 และในปี พ.ศ. 2531 อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง เลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับที่ 2 (อัตราการตาย 33.5 ต่อประชากรแสนคน) รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอัตราการตายดังกล่าวนี้ยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ตายในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น และพบว่า มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งในทั่วทุกภาคสำหรับเพศหญิง เช่นเดียวกับ มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง สำหรับเพศชาย

ประเทศไทยในอดีต มะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์น้อย แต่ปัจจุบันมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งชนิดหนึ่ง ซึ่งพบได้มากขึ้น และมีแนวโน้มว่าอุบัติการณ์จะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคมะเร็งทุกตำแหน่ง จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2520-2523 นั้นพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ มีจำนวนผู้ป่วย 203 246 และ 361 ตามลำดับ และจากอุบัติการณ์ของมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ 10 อันดับแรกในปี 2528 นั้น พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด สำหรับอัตราการตายจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่าเพศชายมีอัตราการตายเป็น 1.5 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราการตายเป็น 1.3 ต่อประชากรแสนคน (Seamic Statistic Report, 1989)

จากสถิติของอุบัติเหตุและแนวโน้มที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในช่วง 5 ปีนี้ จะเห็นว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่จัดเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรครุนแรงและลุกลามมากแล้ว เนื่องจากอาการของโรคไม่แสดงให้เห็นชัดเจนในระยะแรก รวมทั้งประชาชนส่วนมากยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้มากนัก เมื่อมีอาการของโรคนี้ในระยะแรก ๆ จึงคิดว่าเป็นอาการผิดปกติของทางเดินอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ และไม่ไปรับการรักษาจากแพทย์ อาจจะรักษาด้วยตนเองเป็นเหตุให้ระยะของโรครุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเข้าระยะรุนแรงและลุกลามมาก ทำให้การรักษาและผลของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร เป็นเหตุหนึ่งทำให้อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งพบปัญหาด้านอื่น ๆ ร่วมด้วยหลายประการ เช่น

1. ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย Peek(1973) ได้ศึกษาวิจัยอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทั้งนี้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะทางอารมณ์แสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอย่างมาก กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัญหาทางครอบครัว

สถานการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้วิถีชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปด้วย การเจ็บป่วยมักทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงดูครอบครัวอาจทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์เหมือนเดิม สมาชิกในครอบครัวอาจต้องรับหน้าที่แทนผู้ป่วย หากภรรยาต้องรับภาระของหัวหน้าครอบครัวและทำงานแม่บ้านด้วย ในขณะที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยทำให้ภรรยามีเวลาไม่เพียงพอการอบรมดูแลบุตรก็ทำได้น้อย สัมพันธภาพของครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป บุตรอาจเกิดความรู้สึกขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ในบางครอบครัวบุตรอาจต้องออกจากโรงเรียนเพื่อมาช่วยหารายได้ ทำให้แผนการศึกษาของบุตรและแผนการในชีวิตของครอบครัวที่วางไว้ต้องสูญเสียไป

3. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

โรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศด้วย เนื่องจากโรคมะเร็งต้องใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนานกว่าโรคอื่นๆ และยังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป 4-10 เท่า (สันต์ หัตถิรัตน์,

2532)

ความสูญเสียทาง เศรษฐกิจในการรักษาผู้ป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือค่าใช้จ่าย หรือความสูญเสียโดยตรง (Direct Costs) และค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียทางอ้อม (Indirect costs)

ค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียโดยตรง ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยโรค ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสุขภาพ หลังจากหายจากโรค ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงปลายของชีวิต นอกจากนี้ค่าใช้จ่าย หรือความสูญเสีย โดยตรงยังรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเพื่อขอรับการรักษาด้วย

ค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียทางอ้อม ค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียส่วนนี้เป็นผลมาจาก ผลผลิตหรือการทำงานใด ๆ ต้อง เสียหรือลดลง ไป เพราะประสิทธิภาพในการผลิตลดลง อันเนื่อง มาจากบุคคลนั้น ไม่สามารถจะทำงานได้ เพราะ เป็นโรคหรือผลผลิตต้อง เสียไป เนื่องมาจาก ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปก่อนวัยอันควร ความสูญเสียทางอ้อมนี้ยังรวมไปถึง เวลาในการทำงานที่ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้อง เสียไป เพื่อมาคอยดูแลผู้ป่วย

ปัญหาเหล่านี้ไม่น่าจะ เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วย ทราบและมาพบแพทย์ตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของ โรคเพราะ วิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันเจริญก้าวหน้ามาก สามารถวินิจฉัยโรคได้รวดเร็ว แม่นยำและรักษาได้ผลดี แต่พบว่า ความสามารถของระบบบริการสาธารณสุขที่จะใช้ในการ ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากข้อมูลในเรื่องของอุบัติการณ์การระบาดของ วิทยา ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้ ขาดข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงลักษณะของ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยคาดว่าผลที่ได้จาก การศึกษารั้งนี้ สามารถจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการวางแผนทางที่จะสร้างความ พร้อมและป้องกันปัญหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะช่วยให้นโยบายสาธารณสุขในการควบคุมโรค มะเร็งของประเทศ สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุถึง เป้าหมายที่ตั้งไว้

คำถามของการวิจัย

คำถามหลัก

ลักษณะการกระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่เป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่มารับบริการพยาบาลที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ลักษณะทางประชากร, ลักษณะการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ชนิดของเซลล์มะเร็ง และความรุนแรงของมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่ระหว่างลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะการกระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะการกระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. เพื่อศึกษาถึงลักษณะการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่, ลักษณะอาการ วิธีการวินิจฉัยวิธีการรักษาและผลการรักษา ตลอดจนความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ทราบแนวโน้มการกระจายของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งต่าง ๆ
3. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพิจารณาหาแนวทางคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

ตำแหน่งของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง ตำแหน่งที่เกิดมะเร็งในตำแหน่งต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่ ได้แก่ (ICD 10, 1992)

C 18 Malignant neoplasm of Colon

1. C 18.0 Caecum

Ileocaecal valve

2. C 18.1 Appendix

3. C 18.2 Ascending colon

4. C 18.3 Hepatic flexure

5. C 18.4 Transverse colon

6. C 18.5 Splenic flexure

7. C 18.6 Descending colon

8. C 18.7 Sigmoid colon

Sigmoid (Flexure)

Excludes : rectosigmoid junction (C 19)

9. C 18.8 Overlapping lesion of colon

10. C 18.9 Colon, Unspecified Large Intestine NOS (Neoplasm of other and unspecified site)

11. C 19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction

Colon with Rectum

Rectosigmoid (colon)

12. C 20 Malignant neoplasm of rectum

Rectum ampulla

ระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็น 4 ระยะ ตาม Duke's classification
ได้แก่

class A หมายถึง ไม่มีการลุกลามไปถึงส่วน serosa (No serosal involvement)

class B หมายถึง มีการลุกลามไปถึง serosa แต่ไม่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง (serosal involvement, no nodal involvement)

class C หมายถึง มีการลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว (Nodal involvement)

class D หมายถึง มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ (Distant metastasis)

ชนิดของเซลล์มะเร็ง หมายถึง ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา แบ่งเป็น
Colon

1. Carcinoma, NOS (Neoplasm of other and unspecified site)
2. Squamous cell carcinoma
3. Adenocarcinoma
 - 3.1 Well differentiation
 - 3.2 Moderately differentiation
 - 3.3 Poorly differentiation
4. Metastatic adenocarcinoma
5. Mucin-producing adenocarcinoma
6. No histological proof

Rectum, Rectosigmoid junction

1. Squamous cell carcinoma
2. Adenocarcinoma
3. Metastatic adenocarcinoma
4. Papillary adenocarcinoma
5. Malignant melanoma
6. No histological proof

อาการที่นำมา หมายถึง อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ แบ่ง เป็น

- เบื่ออาหาร, น้ำหนักลด
- ปวดท้อง
- ท้องเสียสลับท้องผูก
- ท้องเดิน
- อุจจาระ เป็นมูกเลือด
- มีก้อนในท้อง
- ท้องผูก
- อุจจาระสีดำ
- อุจจาระ เป็นเลือดสด
- อาการอื่น ๆ

วิธีการวินิจฉัย หมายถึง วิธีการที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัย โรคว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่แบ่ง เป็น

- Proctosigmoidscope
- Barium enema
- Colonoscope
- Biopsy

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลที่ได้จากการหา carcinoembryonic antigen (CEA), การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (occult blood)

ค่า Carcinoembryonic antigen (CEA) เป็นการตรวจโดยวิธี Radio immunoassay หรือ Ezyme immunoassay ค่าปกติ 0-2.5 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Occult blood) เป็นการตรวจโดยใช้วิธี Ponzidine paper method (modified) แบ่งการรายงานผลเป็น ผลลบ, ผลบวก

ระดับกลูโคสในพลาสมา (Plasma glucose) หมายถึง ระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้จากการตรวจโดยใช้วิธี ออร์โธ-โทลูอิดีน (O-Tuluidine) ค่าปกติเท่ากับ 60-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระดับโคเลสเตอรอลในพลาสมา (serum cholesterol) หมายถึง ระดับโคเลสเตอรอลในพลาสมาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ค่าปกติเท่ากับ 150-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กลุ่มเลือด หมายถึง ผลการตรวจหาหมู่เลือดโดยวิธี cell grouping ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

- A Rh - positive
- A Rh - negative
- B Rh - positive
- B Rh - negative
- O Rh - positive
- O Rh - negative
- AB Rh - positive
- AB Rh - negative

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกแบ่งเป็น

- น้อยกว่า 24 ปี
- 25 - 34 ปี
- 35 - 44 ปี
- 45 - 54 ปี
- 55 - 64 ปี
- 65 - 74 ปี
- 75 - 84 ปี
- 85 ปีขึ้นไป

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง ภูมิลำเนาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็น ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ไม่มีในประวัติปัจจุบัน และรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยครั้งก่อน ๆ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งก็ได้

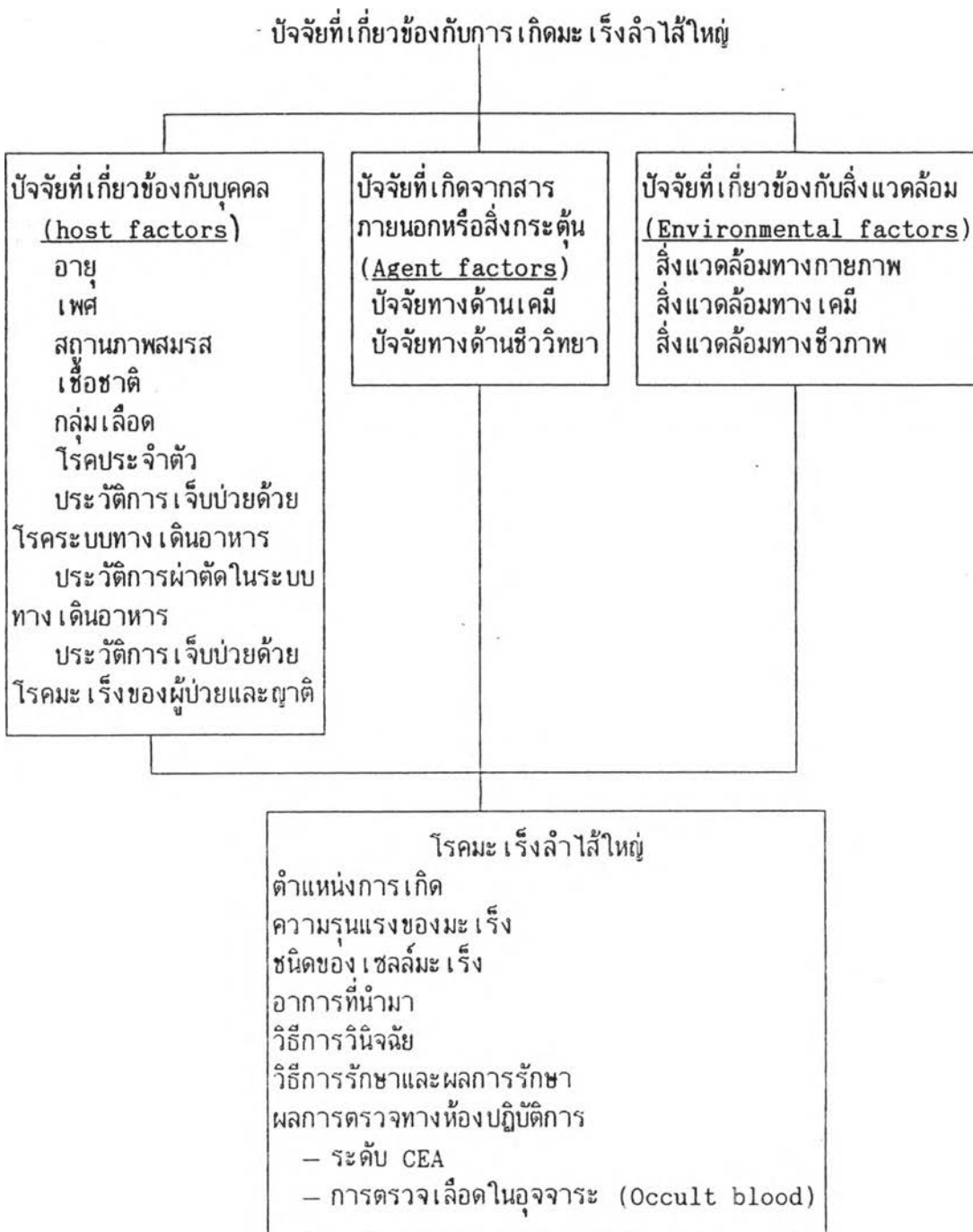
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหาร หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง การเป็นเนื้องอกชนิดแอดิโนมา และติ่งเนื้องอกของลำไส้ ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง โรคบิด และโรคริดสีดวงเรื้อรัง ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

ประวัติการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร หมายถึง การเคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร ผ่าตัดลำไส้เล็ก ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่าตัดถุงน้ำดี การผ่าตัดอื่น ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วย หมายถึง ประวัติการเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่น ๆ ยกเว้นที่ลำไส้ใหญ่

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติ หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย บิดา มารดา พี่ชาย พี่สาว น้องสาว ญาติฝ่ายบิดา ญาติฝ่ายมารดา ญาติทั้งฝ่ายบิดามารดา

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

- การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ถือว่า ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากเวชระเบียนเป็นข้อมูลที่เป็นความจริง เชื่อถือได้
- การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาศัยผลจากทางศัลยกรรมและทางพยาธิวิทยา โดยยึดผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นเกณฑ์
- โรงพยาบาลทั้งหมด 5 แห่ง ที่ทำการศึกษา มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยในรูปแบบเดียวกัน
- ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่านั้นผู้ป่วยมะเร็งของทวารหนัก (Anus) ไม่นับรวมในการศึกษานี้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ไม่ได้ทำการศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ผลการศึกษานี้ จึงไม่อาจใช้สรุปผลของประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งกรุงเทพมหานครได้

นอกจากนี้ การเก็บบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการไม่ครบถ้วน ดังนั้นข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใดที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน จะไม่จัดเข้าในกลุ่มศึกษา

เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษาในหลาย ๆ โรงพยาบาลจึงอาจเกิดปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูลได้ ดังนั้นจึงต้องมีการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด และที่อยู่โดยละเอียดของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูล