

อัตราการตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ ที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ธนกร ปรุงวิทยา^{1*}, สมมาตรย์ จันทร², สุจิตรา สุวรรณธาดา³, ปรีชา ทอมจำปา¹, ศิริพร ปรุงวิทยา^{1,4}

Received: May 31, 2012

Revised & Accepted: August 15, 2012

บทคัดย่อ

การเกิดมะเร็งตับมีหลายปัจจัยที่สำคัญ คือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การศึกษานี้เพื่อหาอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับที่สัมพันธ์กับไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการตรวจรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2550-2552) ผลการศึกษาพบผู้ป่วยมะเร็งตับ 119 ราย เป็นชาย 92 ราย (ร้อยละ 77.3) หญิง 27 ราย (ร้อยละ 22.7) และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 33.6) อายุเฉลี่ย 56.8 ปี พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) 58 ราย (ร้อยละ 48.7) ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี (anti-HCV) 48 ราย พบ anti-HCV 13 ราย (ร้อยละ 27.1) และผู้ป่วยมะเร็งตับเพศชายถูกตรวจพบ HBsAg และ anti-HCV มากที่สุด คือ ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ตรวจพบ HBsAg และ anti-HCV มากที่สุด คือ ร้อยละ 38.0 และร้อยละ 38.4 อายุเฉลี่ย 54.2 และ 55.7 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามะเร็งตับที่พบร่วมกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีแนวโน้มลดลง ($P < 0.0001$) แต่พบว่ามะเร็งตับที่พบร่วมกับไวรัสตับอักเสบบีมีแนวโน้มสูงขึ้น ($P = 0.0191$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกัน ควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี รวมทั้งเป็นแนวทางในการตรวจหามะเร็งตับระยะแรกเริ่มในประชากรกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: มะเร็งตับ, ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสตับอักเสบบี

¹ศูนย์วิจัยและพัฒนาการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

²สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

³โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

⁴ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

*ผู้รับผิดชอบบทความ

Incidence of hepatitis B and C virus in new cases of hepatocellular carcinoma patients attending at National cancer institute

Tanakorn Proungvitaya^{1*}, Sommart Jantorn², Sujittra Suwannathada³, Preecha Homchampa¹,
Siriporn Proungvitaya^{1,4}

Abstract

Several factors have been described to be the causative agent of hepatocellular carcinoma (HCC). It has been found that HCC is associated with hepatitis B virus (HBV) or hepatitis C virus (HCV) infection. Infections with HBV or HCV are considered to be a major health problem. Therefore, the aims of this study were to find out the incidence of hepatitis B and C virus-related hepatocellular carcinoma in new cases of patients attending at the national cancer institute during the years 2007-2009. Of 119 HCC cases, 92 (77.3 %) were male and 27 (22.7 %) were female. When comparing among age groups, highest incidence was found in 50-59 years of age which accounted for 33.6 % with an average of 56.8 years. It was found that 58 out of 119 (48.7 %) gave positive result with HBS-Ag. Of 48 available HCC cases for anti-HCV detection, 13 (27.1 %) gave positive results with anti-HCV. When compared between genders, male with HCC was the highest group that gave positive results with HBS-Ag and anti-HCV with 50% and 33.3%, respectively. It was also found that the patient with 50-59 years of age with the average of the age of 54.2 and 55.7 was the highest group that gave positive result with HBS-Ag and anti-HCV with 38.0% and 38.4%, respectively. In addition, a trend towards HCC with HBV infection was found to be lower than previous study with a statistically significant difference ($P < 0.0001$). And also, significant difference was found ($P = 0.0191$) when compared HCC with HCV infection with previous study. Taken together, the incidence of HCC-related HBV and HCC-related HCV could be useful for the prevention and control of HBV and HCV infection and pave the way for the detection of an early stage of HCC in population at risk.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), Hepatitis B virus (HBV), Hepatitis C virus (HCV)

¹Centre for Research and Development of Medical Diagnostic Laboratories,
Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University

²National cancer institute

³Kalasin Hospital

⁴Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Research Center, Khon Kaen University

* Corresponding author: (e-mail: tanakorn@kku.ac.th)

บทนำ

มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับที่ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก⁽¹⁾ และพบมากในประเทศแถบทวีปเอเชียโดยเฉพาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศจีน และทวีปแอฟริกา⁽²⁾ พบมากถึงร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งทุกชนิดรวมกัน และพบมากในกลุ่มผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศในแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกาพบประมาณร้อยละ 2 ถึง 3 ของโรคมะเร็งทุกชนิดรวมกัน และมักพบในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี โดยพบมะเร็งตับชนิดที่เกิดจากเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma; HCC) มากถึงร้อยละ 80-90 ของมะเร็งตับทั้งหมดทั่วโลกมีรายงานพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคมะเร็งตับมากกว่า 600,000 รายต่อปี และเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทุกชนิด นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วยมะเร็งตับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า⁽³⁾ จากทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยพบมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย อัตราเฉลี่ย 33.4 ต่อ 100,000 ประชากร และอันดับ 3 ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านมและปากมดลูกโดยมีอัตราเฉลี่ย 12.3 ต่อ 100,000 ประชากร และพบมากสุดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁴⁾

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับมีหลายสาเหตุ พบว่าสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus; HBV) และซี (hepatitis C virus; HCV)⁽⁵⁻⁸⁾ ตับแข็ง พยาธิใบไม้ตับ สุรา บุหรี่ ไขมันในเลือดสูง และ อายุ เป็นต้น ประเทศที่มีอัตราพาหะของ HBV สูง เช่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทวีปแอฟริกา พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับสูง ในทวีปแอฟริกา พบผู้ป่วยมะเร็งตับมีเชื้อ HBV ร้อยละ 45-80⁽⁹⁾ ประเทศไต้หวันและจีน พบผู้ป่วยมะเร็งตับ มีเชื้อ HBV ร้อยละ 70-82⁽¹⁰⁾ สำหรับในประเทศไทยพบเชื้อ HBV ในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับมากกว่าร้อยละ 50-60⁽¹¹⁻¹²⁾ และพบว่าผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อ HBV มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 223 เท่า^(3, 11, 13)

HCV เป็นสาเหตุของมะเร็งตับที่พบบ่อยในประเทศญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรป โดยพบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เกิดจากการติดเชื้อ HCV สูงถึงร้อยละ 50-83 และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 52 เท่า สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งตับร่วมกับการติดเชื้อ HCV ร้อยละ 20⁽²⁾

เนื่องจากมะเร็งตับเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเร็วมาก เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และพบว่าป็นมะเร็งตับก็มักจะตรวจพบว่าเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย และมีอาการมากแล้วเนื่องจากในช่วงเริ่มแรกของโรคมักจะไม่แสดงอาการใดเด่นชัดแบบเฉพาะเจาะจง เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ก็มักอยู่ในช่วงที่โรคลุกลามไปแล้ว ซึ่งรักษายากและมักจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว⁽²⁾

เนื่องจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีหน้าที่ในการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง เช่น การป้องกันและการวินิจฉัย ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของการตรวจวัดไวรัสตับอักเสบบีและซีของสถาบันมะเร็งแห่งชาติการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับที่สัมพันธ์กับ HBV และ HCV ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจและรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็นพาหะของ HBV และ HCV ซึ่งอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการที่จะเป็นมะเร็งตับ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย และลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับ

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma; HCC) รายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ และรักษาศาสนา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 119 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ EC 141/2553

2. ขั้นตอนการศึกษา

ศึกษาข้อมูลย้อนหลังโดยรวบรวมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มงานพยาธิวิทยาจากคอมพิวเตอร์ระบบเครือข่ายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอิมมูโนวิทยา ซึ่งประกอบด้วยผลการตรวจวิเคราะห์ HBV และ HCV และผลการตรวจชิ้นเนื้อจากงานพยาธิวิทยา (ข้อมูลตามทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ) วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยการแสดงค่าเป็นจำนวนและร้อยละ

3. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวินิจฉัยเชื้อ HBV

1) การตรวจหา HBsAg ด้วยวิธี microparticle enzyme immunoassay (MEIA) ใช้ยา AXSYM HBsAg บริษัท Abbott ตรวจด้วยเครื่อง AXSYM การคำนวณผลโดยเครื่องทำการคำนวณสัดส่วนระหว่างสัญญาณจากตัวอย่าง (ratio of the sample rate; S) กับค่า cutoff (cutoff rate; CO) การแปลผล $S/CO < 1.00$ คือ non reactive และ $S/CO \geq 1.00$ คือ reactive

2) ตรวจหา HBsAg ด้วยวิธี electrochemiluminescence (ECL) ของบริษัท Roche Diagnosis ด้วยเครื่อง Elecsys 2010 ค่าที่วัดได้จากการทดสอบ ถูกประเมินโดยโปรแกรมของเครื่องตรวจ โดยการเปรียบเทียบค่าสัญญาณเรืองแสงของตัวอย่างซึ่งมีที่ตรวจกับค่าเกณฑ์ตัดสิน (cutoff value) ซึ่งเป็นค่าที่คำนวณได้จากการทำ calibration การแปลผล $S/CO < 1.00$ คือ non reactive และ $S/CO \geq 1.00$ คือ reactive

เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจ ถ้าตรวจกรองด้วยวิธีที่ 1 ให้ผลบวก จึงตรวจยืนยันด้วยวิธีที่ 2 ที่มีหลักการตรวจที่ต่างกัน ถ้าให้ผลบวกตรงกัน แสดงว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HBV

4. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

การตรวจ Anti- HCV ว่ามีการติดเชื้อหรือเคยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ถ้าให้ผลบวกแสดงว่าขณะนี้ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบซี หรือเคยติดเชื้อมาก่อน ตรวจวัด 2 วิธี คือ

1) การตรวจหา anti- HCV ด้วยวิธี MEIA (microparticle enzyme immunoassay) ยา AXSYM HCV Version 3.0 บริษัท Abbott ด้วยเครื่อง AXSYM การแปลผล $S/CO < 1.00$ คือ non reactive และ $S/CO \geq 1.00$ คือ reactive

2) การตรวจหา anti-HCV ด้วยวิธี Immunochromatographic assay ด้วยชุดตรวจยา ACON HCV one step test device การอ่านผล

Positive จะปรากฏแถบสีแดงทั้งสองแถบที่แถบควบคุม (C) และแถบทดสอบ (T)

Negative จะปรากฏแถบสีแดงที่แถบควบคุม (C) แต่ไม่ปรากฏที่แถบทดสอบ (T)

Invalid ไม่ปรากฏแถบสีใด ๆ ขึ้นเลย ทำการทดสอบใหม่

การตรวจหา anti- HCV ด้วยวิธี enzyme immunoassay (EIA) เป็นวิธีการตรวจคัดกรอง anti- HCV

มาตรฐานที่ใช้กันทั่วโลก เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจ สำหรับห้องปฏิบัติการอิมมูโนวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถ้าการตรวจกรองหา anti- HCV วิธีที่ 1 ให้ผลบวก จึงตรวจหา anti-HCV วิธีที่ 2 ที่มีหลักการตรวจที่ต่างกัน ถ้าให้ผลบวกตรงกันก็แสดงว่าติดเชื้อ HCV เนื่องจากการตรวจด้วยวิธี third generation EIA (ยา AXSYM HCV Version 3.0) ทำให้เกิดผลบวกปลอมน้อยมาก

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีที่ข้อมูลเป็นข้อมูลแบบแจกแจงนับใช้การคำนวณร้อยละและ Chi-square กรณีที่ข้อมูลเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่องใช้การหาค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งตับ จำแนกตามเพศและอายุ

ผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ที่ได้รับการตรวจและรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550- 2552 จำนวน 119 ราย เป็นชาย 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.3 เป็นหญิง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 อัตราส่วนชายต่อหญิง คิดเป็น 3.4 :1 มีอายุระหว่าง 27 ถึง 95 ปี อายุเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 56.8 ± 11.5 ปี และพบความถี่สูงสุดที่ช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.6 (ตารางที่ 1)

2. ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งตับ
เมื่อจำแนกตามผลการตรวจไวรัสตับอักเสบทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยมะเร็งตับ จำนวน 119 ราย มีผลตรวจ HBsAg ครบทุกราย ผู้ที่พบการติดเชื้อ HBV (ผลบวก) จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.7 ผู้ที่ไม่พบการติดเชื้อ HBV (ผลลบ) จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีผลตรวจแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบซี (anti-HCV) มีจำนวน 48 ราย โดยพบ anti-HCV (ผลบวก) จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1 และไม่พบ anti-HCV (ผลลบ) จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.9 (ตารางที่ 2)

3. ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งตับ จำแนกตามเพศและอายุ

ผู้ป่วยมะเร็งตับเพศชาย ตรวจพบ HBsAg และ anti-HCV ให้ผลบวกมากที่สุดคือร้อยละ 50.0 และ 33.3

ตามลำดับ อายุเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 54.2 ± 9.7 ปี และ 55.7 ± 10.5 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

4. ความชุกของการพบผลบวก HBV และ HCV ในผู้ป่วยมะเร็งตับเทียบกับการศึกษาอื่น

ความสอดคล้องของการพบผลบวกจาก HBV และ HCV ของผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย เปรียบเทียบกับผลการศึกษาของอนุชิตและคณะ⁽²⁾ พบว่า HBV ซึ่งมีผลบวกที่ได้จากการศึกษานี้คือร้อยละ 48.7 ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลของ อนุชิตและคณะ คือร้อยละ 80.0 ส่วน HCV มีผลบวกร้อยละ 27.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลของอนุชิตและคณะ⁽²⁾ เช่นกัน คือ ร้อยละ 15.0 (ตารางที่ 4)

Yuen และคณะ⁽²⁾ พบการติดเชื้อ HBV เป็นร้อยละ 85, 80, 55 และ 35 ของผู้ป่วยมะเร็งตับที่พบในประเทศ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ตามลำดับและข้อมูลการติดเชื้อ HCV เป็นร้อยละ 15, 13, 4 และ 2 ในผู้ป่วยมะเร็งตับที่พบในประเทศไทย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์และมาเลเซีย ตามลำดับ เมื่อเทียบกับในกลุ่มประเทศอาเซียนได้แก่ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ พบว่าในการศึกษานี้มีการพบ HBV ซึ่งมีผลบวกใกล้เคียงกับฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ส่วน HCV มีผลบวกสูงสุดเมื่อเทียบกับทั้ง 3 ประเทศ⁽²⁾

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับ จำแนกตาม เพศ อายุ จำนวน 119 ราย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	92	77.3
เพศหญิง	27	22.7
อายุ (ปี) เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	56.8 ± 11.5	-
ช่วงอายุ (ปี)	27 - 59	-
< 30	1	0.8
31 - 39	4	3.4
40 - 49	27	22.7
50 - 59	40	33.6
60 - 69	31	26.0
70 - 79	12	10.1
≥ 80	4	3.4

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับ จำแนกตามผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบ

ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การตรวจ HBsAg	119	
• ผลการตรวจ positive	58	48.7
• ผลการตรวจ negative	61	51.3
การตรวจ anti-HCV	48	
• ผลการตรวจ positive	13	27.1
• ผลการตรวจ negative	35	72.9

ตารางที่ 3 ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบในผู้ป่วยมะเร็งตับ แยกตามเพศ และ อายุ

ข้อมูลทั่วไป	ผลการตรวจ HBsAg		ผลการตรวจ anti-HCV	
	จำนวน 119 ราย	จำนวนผลบวก (ร้อยละ)	จำนวน 48 ราย	จำนวนผลบวก (ร้อยละ)
ชาย	92	46 (50.0)	33	11 (33.3)
หญิง	27	12 (44.4)	15	2 (13.3)
< 30 ปี	1	1 (1.7)	1	0 (0.0)
31-39	4	1 (1.7)	2	1 (7.7)
40-49	27	16 (27.6)	14	3 (23.1)
50-59	40	22 (38.0)	20	5 (38.4)
60-69	31	14 (24.1)	8	3 (23.1)
70-79	12	4 (6.9)	2	1 (7.7)
≥ 80	4	0 (0.0)	1	0 (0.0)

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์การพบ HBV และ HCV ในผู้ป่วยมะเร็งตับเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นในกลุ่มประเทศอาเซียน⁽²⁾

การศึกษา	HBV	HCV
ไทย		
การศึกษานี้	48.7 *	27.1 **
อนุชิตและคณะ	80.0	15.0
มาเลเซีย	85.0	2.0
ฟิลิปปินส์	55.0	4.4
สิงคโปร์	35.0	13.0

การทดสอบ Chi square

* $P < 0.0001$ ข้อมูลเปรียบเทียบการศึกษาในประเทศไทยของธนกรและอนุชิต

** $P = 0.0191$ ข้อมูลเปรียบเทียบการศึกษาในประเทศไทยของธนกรและอนุชิต

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

ความชุกของโรคมะเร็งตับที่สัมพันธ์กับ HBV และ HCV ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ รายใหม่ที่ได้รับการรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีอัตราส่วนชายต่อหญิง คิดเป็น 3.4 ต่อ 1 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งรายงานพบว่าพบมะเร็งตับในเพศชายมากกว่าหญิง 2-4 เท่า⁽¹⁴⁾ และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ซึ่งพบว่ามะเร็งตับพบในเพศชาย

มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า⁽²⁾ และเมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบผู้ป่วยมะเร็งตับมากสุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี และพบน้อยที่สุดในกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี โดยอายุน้อยสุดที่พบคือ 27 ปี และมากสุดคือ 95 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ เฟื่องเพชร เกียรติเสวี⁽¹⁴⁾ ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับอายุน้อยสุด 16 ปี และอายุมากสุด 89 ปี ซึ่งพบผู้ป่วยมากสุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มอายุ 16-19 ปี พบน้อยสุด อาจแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเกี่ยวกับอายุมีผลต่อ

การเกิดมะเร็ง และใน ตารางที่ 4 เป็นการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การตรวจพบ HBV และ HCV ในผู้ป่วยมะเร็งตับกับ Yuen และคณะ⁽²⁾ พบการติดเชื้อ HBV และข้อมูลการติดเชื้อ HCV แตกต่างกันผู้ป่วยมะเร็งตับที่พบในประเทศไทย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์และมาเลเซีย เนื่องจากเป็นข้อมูลการศึกษาจากในหลายประเทศ และช่วงเวลาศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น ข้อมูลประเทศสิงคโปร์ ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2007 ประเทศมาเลเซียและฟิลิปปินส์ ปี ค.ศ. 2008

สำหรับข้อมูลประเทศไทยของอนุชิตและคณะ⁽²⁾ จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไม่ได้รับเวลาการศึกษาไว้ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของอนุชิตและคณะ พบ HBV ในผู้ป่วยมะเร็งตับเป็นร้อยละ 48.7 (ค.ศ. 2007-2009) พบต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน HCV ในผู้ป่วยมะเร็งตับพบเป็นร้อยละ 27.1 ซึ่งพบสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความแตกต่างดังกล่าวอาจจะไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน แต่มีข้อสังเกตบางประการจากการป้องกันการเกิดโรค ทั้งนี้เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้รับรอง HBV วัคซีนและได้เริ่มใช้วัคซีนในประเทศไทย ได้ในปี ค.ศ. 1988 ดังนั้นแนวโน้มของการติดเชื้อ HBV จึงถูกคาดการณ์ว่าจะลดลง ซึ่งแตกต่างจาก HCV ที่ถูกวินิจฉัยแยกเชื้อได้ในปี ค.ศ. 1989 และยังไม่มียาวัคซีนที่ได้รับการรับรอง นอกจากนี้พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะ metabolic liver disease หรือการได้รับสาร aflatoxin เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับในประชากรไทย ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จึงเป็นหนทางที่จะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งตับ จึงควรแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกัน HBV ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่ต้องได้รับเลือดบ่อยๆ ผู้ที่ฟอกไตและในผู้ป่วยที่มีโรคตับจากสาเหตุอื่นๆ ส่วน HCV นั้นในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีน ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุด คือการป้องกันการติดเชื้อทางเลือด และไม่สำส่อนทางเพศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สุณันทา จริยาเลิศศักดิ์ และ ทนพญ.อารีย์ ประสิทธิ์พงค์ ที่ให้คำปรึกษา ขอขอบคุณหัวหน้างานพยาธิและเจ้าหน้าที่, หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและเจ้าหน้าที่, หัวหน้าทะเบียนมะเร็งและเจ้าหน้าที่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. Bosch FX, Ribes J, Borras J. Epidemiology of primary liver cancer. *Semin Liver Dis* 1999; 19: 271-85.
2. Yuen MF, Hou JL, Chutaputti A. Hepatocellular carcinoma in the Asia pacific region. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 346-53.
3. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC, Chien CS. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus. A prospective study of 22,707 men in Taiwan. *Lancet* 1981; 2: 1129-33.
4. Khuhaprema T SP, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawon Y, Attasara P. Cancer incidence and leading sites. *Cancer in Thailand Vol IV, 1998-2000 Bangkok. 2007*; 9-11.
5. Chu CM. Natural history of chronic hepatitis B virus infection in adults with emphasis on the occurrence of cirrhosis and hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15 Suppl: E25-30.
6. ประสาน เปรมาสกุล. คู่มือแปลผลตรวจเลือดไวรัสตับ. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์บริษัทอมรินทร์บุ๊คเซนเตอร์ จำกัด. 2553; 83-250.
7. Amin J, Dore GJ, O'Connell DL, Bartlett M, Tracey E, Kaldor JM, et al. Cancer incidence in people with hepatitis B or C infection: a large community-based linkage study. *J Hepatol* 2006; 45: 197-203.
8. Srivatanakul P, Sriplung H, Deerasamee S. Epidemiology of liver cancer: an overview. *Asian Pac J Cancer Prev* 2004; 5: 118-25.
9. Munoz N LA. Epidemiology of primary liver cancer In: Correa P, Haenzel W (eds) *Epidemiology of cancer of the digestive tract* Nijhoff, the Hague 1982; 161-95.
10. Beasleg R LC, Hwang LY. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus: A prospective study of 22707 men in Taiwan. *Lancet* 1981; 1129-33.

11. กาญจนา โชติเลอศักดิ์, บุรณี กาญจนถวัลย์, ชัยณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร, อติศร ภัทรดุลย์.บรรณาธิการ. รู้ทันมะเร็ง โรคที่ป้องกันและรักษาได้. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัทแลแถวเจนเตอร์แอนด์แอดเวอร์ทิสเมนต์จำกัด; 2551; 21-23.
12. ชูติมา ประมูลสินทรัพย์. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2549:9-10.
13. กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล. Hepatocellular carcinoma. วิวัฒนาการในโรกระบบทางเดินอาหาร 7 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร. 2540:194-231.
14. เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. มะเร็งตับ. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร. 2554; 14-65.