

บทความปริทัศน์

บทวิเคราะห์มะเร็งท่อน้ำดี: ความรู้ บทบาทและความท้าทายของนักสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย

นพรัตน์ ส่งเสริม⁽¹⁾ และสุพรรณิ พรหมเทศ⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 17 มิถุนายน 2554
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์ : 11 สิงหาคม 2554

⁽¹⁾ ผู้เขียนหลัก : อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (โทรศัพท์:086-8534710, E-mail address: songernn@hotmail.com)

⁽²⁾ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทเกริ่นนำ

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีในตับและนอกตับ มีอุบัติการณ์สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกศูนย์ของทะเบียนมะเร็งทั่วประเทศไทย มะเร็งท่อน้ำดีมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับและสารไนโตรซามีน โรคเรื้อรังในระบบท่อน้ำดี และปัจจัยทางพันธุกรรม ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 เท่า และพบมากในกลุ่มอายุ 45-55 ปี อาการของมะเร็งท่อน้ำดีมี 2 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการตัวเหลืองตาเหลืองและกลุ่มอาการตับโต การวินิจฉัยสามารถทำได้ทั้งในระยะเริ่มต้นและระยะมีอาการ ซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนในการรักษาต่อไป มะเร็งท่อน้ำดีมักไม่แสดงอาการเริ่มแรก และยังไม่มีการวินิจฉัยหรือตรวจคัดกรองที่จำเพาะในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัจจุบันมะเร็งท่อน้ำดียังมีอัตราการตายสูงและการรักษายังมีต้นทุนที่สูงเช่นกัน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครังจึงมีความสำคัญและมีประโยชน์มากที่สุดต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งนับเป็นบทบาทที่สำคัญและท้าทายมากสำหรับนักสาธารณสุขในทุกระดับ

คำสำคัญ: มะเร็งท่อน้ำดี, ปัจจัยเสี่ยง, พยาธิใบไม้ตับ

มะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี คือ มะเร็งของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีในตับและเยื่อบุท่อน้ำดีนอกตับ ยกเว้นในถุงน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดีของถุงน้ำดี (Ampulla of Vater) (Uttraravichien et al., 1999) มะเร็งท่อน้ำดีแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

(1) มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ

เป็นมะเร็งที่เกิดจากท่อน้ำดีภายในตับและขยายออกสู่เนื้อตับข้างๆ ทำให้มีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma, HCC) มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้จะพบส่วนใหญ่ที่ตำแหน่งตับกลีบขวา

(2) มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ

เป็นมะเร็งที่เกิดที่ท่อน้ำดีใหญ่ ตั้งแต่ขั้วตับ (Hepatic hilar) จนถึงท่อน้ำดีร่วม (Common bile duct) ส่วนปลาย ทั้งนี้ไม่รวมมะเร็งที่ท่อน้ำดีของถุงน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดีในถุงน้ำดีชนิดนี้จะทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองเป็นอาการนำ

วิทยาการระบาด

มะเร็งตับมีสาเหตุการตายมากที่สุดเป็นอันดับสี่ของการตายจากมะเร็งทุกชนิดทั่วโลก โดยมีประมาณ 696,000 รายที่ตายจากโรคนี้นี้ในปี 2008 (Ferlay et al., 2010) แต่ในประเทศไทย มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดจากข้อมูลของทะเบียนมะเร็งที่มีการเก็บรวบรวมในปี 2001-2003 (Khuhaprema et al., 2010) โดยพบว่า จังหวัดอุดรธานี มีอุบัติการณ์มะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุด นั่นคือ 115.0 และ 52.7 ต่อแสนประชากรในชายและหญิง ตามลำดับ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศตะวันตกซึ่งมีเพียง 0.5-2 ต่อแสนประชากร (100 เท่า)

เป็นที่น่าสังเกตว่า มะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทยเมื่อแยกตามพยาธิวิทยา พบว่า อัตราส่วนของมะเร็งตับและท่อน้ำดีในจังหวัดภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราส่วนของมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่ามะเร็งเซลล์ตับทั้งในชายและหญิง แต่ตรงข้ามกับข้อมูลที่รายงานจากจังหวัดในภาคกลางและภาคใต้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

(1) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* (*O. viverrini*) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

O. viverrini และมะเร็งท่อน้ำดีพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (Haswell-Elkins et al., 1994; Sriamporn et al., 2004) แม้จะมีโครงการณรงค์เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้ลดลงจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 22 และ 18.57 ในปี พ.ศ. 2524, 2534 และ 2536 ตามลำดับ (Jongsuksuntigul & Imsomboon, 2003) แต่ความชุกของโรคนี้อย่างสูงในปัจจุบัน มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Sriamporn et al., 2004; Sripa et al., 2007) และที่สำคัญพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* ถูกจัดให้เป็นเชื้อชีวภาพประเภทที่ 1 ที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (IARC, 1994)

(2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แม้ว่าจะมีการศึกษาในพื้นที่ที่ต่างกัน แต่การศึกษาทั้งหมดให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน กล่าวคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เช่น การศึกษาในประเทศไทย พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Chernrungraj, 2000; Honjo et al., 2005; Songserm, 2011) ยิ่งกว่านั้น การศึกษาของ Songserm (2011) ยังพบอีกว่า คนที่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีความผันแปรในยีนเมธิลีนเตตราไฮโดรโฟเลต รีดักเทส (*MTHFR*) ไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่า 10 เท่า ส่วนการศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น ในประเทศเกาหลีพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีโดยเฉพาะในคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Shin et al., 1996; Choi et al., 2006) แต่การศึกษาในประเทศตะวันตกพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีแต่ไม่เกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Chalasanani et al., 2000; Shaib et al., 2007)

(3) การสูบบุหรี่

ในประเทศไทยมีหลายการศึกษาทางวิทยาการระบาดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Parkin et al., 1991; Chernrungraj, 2000; Honjo et al., 2005; Poomphakwaen et al., 2009; Songserm, 2011) รวมถึงการศึกษาในประเทศตะวันตกก็ให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน (Chalasanani et al., 2000) อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม เมื่อมีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับ ปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น พบว่า สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการ เกิดมะเร็งท่อน้ำดี เช่น การศึกษาของ Haswell-Elkins et al. (1994) พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ การศึกษา ของ Songserm (2011) ยังพบว่า คนที่มีประวัติการสูบบุหรี่ เป็นประจำและมีความผันแปรในยีนเมธิลีนเตตราไฮโดร โฟเลต รีดักเทส (*MTHFR*) ไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด มะเร็งท่อน้ำดีเป็น 3.95 เท่าสำหรับ *MTHFR* 677 และ 7.86 เท่าสำหรับ *MTHFR* 1298

(4) การรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

แม้ว่าจะมีหลักฐานจากการศึกษาในรูปแบบ ต่าง ๆ ที่สรุปว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับ การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี แต่อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มคนที่ติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับไม่ได้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีทุกคน ดังนั้นน่าจะมี ปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่มีบทบาทร่วมด้วย เช่น สารไนโตรซามีนที่ พบในอาหารประเภทปลาร้า ปลาจ่อม และอาหารหมักดอง นอกจากนี้ การศึกษาของ Songserm (2011) พบว่า การบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาดิบ (ก้อยปลา) ทุกอาทิตย์ และทุกวัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 2 เท่าและ 10 เท่า ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาเชิงป้องกัน ของ Srivatanakul et al. (1991) โดยให้อาสาสมัครที่มีพยาธิ ใบไม้ตับรับประทานวิตามินซี เพื่อพิสูจน์การเกิด Endogenous nitrosation พบว่า กระบวนการ Endogenous nitrosation ลดลงจริง จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะ การลดลงของ Endogenous nitrosation เป็นการลดความ เสี่ยงในระดับเซลล์ของตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chemrunroj (2000) และ Songserm (2011) ซึ่งพบว่า การรับประทานผักและผลไม้มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกันของ การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

(5) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่น่าจะนำไปสู่การเกิดมะเร็ง ท่อน้ำดีที่ค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ Primary sclerosing cholangitis, Ulcerative colitis, Cholelithiasis, Caroli's disease แต่ปัจจัยที่น่าสนใจคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ซึ่งมีการศึกษาน้อยมากในมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยด้านพันธุกรรมนี้ น่าจะมีความเป็นไปได้สูง ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากคนที่มีการติดเชื้อ

พยาธิใบไม้ตับเช่นเดียวกัน บางคนเป็น แต่บางคนไม่เป็น มะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงก็คือ ปัจจัยทาง พันธุกรรม เพราะว่า ถ้าบางคนมีความผิดปกติ หรือมีความ ผันแปรทางพันธุกรรมเกิดขึ้น ก็น่าจะมีโอกาสสูง ที่จะรับ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ได้มากกว่าคนปกติ ดังนั้น จึงมีโอกาสเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้มากกว่าคนปกติ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Songserm (2011) สนใจศึกษาความผันแปร ในยีน *MTHFR* ร่วมกับปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่และ การบริโภคอาหารกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งพบว่า คนที่มีความผันแปรของยีน *MTHFR* ร่วมกับการ สูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคก้อยปลา ไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ในทางตรง กันข้าม คนที่มีความผันแปรของยีน *MTHFR* ร่วมกับการ บริโภคผักและผลไม้ไปลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง ท่อน้ำดี

แนวทางการป้องกันและควบคุมมะเร็ง ท่อน้ำดี

จากองค์ความรู้ที่มีในปัจจุบัน การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนั้น โอกาสที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดทำได้ ยากมาก มีเพียงการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกให้หมดเท่านั้น ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ แต่มีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายที่สามารถ ทำการรักษาโดยการผ่าตัดได้และในจำนวนผู้ที่ผ่าตัดก็ยังมี โอกาสกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำอีกในภายหลัง ในขณะที่การตรวจ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีก็ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก โดยเฉพาะเรื่อง เครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่ยังไม่มีความแม่นยำพอ และ ต้นทุนในการตรวจคัดกรองที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นการแก้ปัญหา มะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสมที่สุดในขณะนี้ก็คือ การป้องกันโรค โดยอาศัยองค์ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดีที่มี ในปัจจุบัน ได้แก่

(1) ไม่กินปลาน้ำจืดที่ปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ

ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซึ่ง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของมะเร็งท่อน้ำดี

(2) หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีสารไนโตรซามีนเป็นส่วนประกอบ

เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม และอาหารหมักดอง ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าสารไนโตรซามีนเป็นสารก่อมะเร็งที่เกิด จากกระบวนการหมักดอง

(3) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่
เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด
มะเร็งชนิดต่าง ๆ รวมถึงมะเร็งท่อน้ำดี

(4) ควรบริโภคผักและผลไม้สดเป็นประจำ
เพราะเป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระและ
สารอาหารโฟเลต ซึ่งมีความสำคัญในกลไกการยับยั้งการเกิด
มะเร็ง

ปัญหาในการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบัน คือ
ประชาชนไม่ยอมเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภท
ปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขได้
ณรงค์อย่างต่อเนื่องมานานกว่า 30 ปี แต่ก็ยังไม่ได้ผลอย่าง
เป็นรูปธรรม ยังคงมีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวนมากขึ้นทุกปี
ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งของนักสาธารณสุขทุกระดับ
ในการหาแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน
เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือการลดอัตราการป่วยของมะเร็งท่อน้ำดี
ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ระดับของการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี

แนวทางการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี มี 3 ระดับ ดังนี้

(1) การป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีในระดับปฐมภูมิ

เป็นการป้องกันโรคโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะ
ทำให้เกิดโรคเหล่านั้น ซึ่งสามารถกระทำได้ในกลุ่ม
ประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น

1.1) การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อวิทยุและ
โทรทัศน์อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักแก่
ประชาชนในวงกว้างเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของ
มะเร็งท่อน้ำดี

1.2) การรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงของมะเร็ง
ท่อน้ำดีโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดประกวด การจัดแข่งขัน
การเดินขบวนพาเหรด ฯลฯ เพื่อสร้างความตระหนักใน
การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1.3) การออกกฎหมายควบคุมหรือจำกัด
การกระทำที่เสี่ยงต่อผู้บริโภค เช่น ห้ามจำหน่ายอาหาร
ประเภทปลาน้ำจืดที่ปรุงไม่สุก เช่น ปลาข้าว ปลาจ่อมหรือ
ปลาเผา รวมทั้งเข้มงวดกฎหมายที่มีอยู่แล้ว เช่น กฎหมาย
ควบคุมการสูบบุหรี่ กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 เป็นต้น

1.4) การให้สุศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของ
มะเร็งท่อน้ำดี โดยนักสาธารณสุขในระดับชุมชน ครูและ
อาจารย์ในสถาบันการศึกษาทุกระดับที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง

1.5) การให้สุศึกษารายบุคคลในกลุ่มคนที่มี
ความเสี่ยงสูง เช่น บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใน
ขณะที่ออกเยี่ยมบ้าน

1.6) การจำกัดการใช้ยาถ่ายพยาธิ
Praziquantel โดยวิธีต่าง ๆ เช่น กำหนดราคาให้แพงขึ้น การ
กำกับและแนะนำในฉลากยา หรือการจ่ายยาโดยผ่านแพทย์
หรือเภสัชกรเท่านั้น เพื่อป้องกันไม่ไห้ประชาชนใช้ยาเกิน
ความจำเป็นควบคู่กับการไม่เลิกการกินปลาดิบ ซึ่งไปเพิ่ม
ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดียิ่งขึ้น

สำหรับการป้องกันในระดับปฐมภูมินี้ ต้องอาศัย
กลวิธีที่เหมาะสม และจะต้องได้รับการพัฒนา ปรับเปลี่ยน
รูปแบบไปตามสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งต้องได้รับการวิจัยและ
พัฒนาอีกมากมาย จากนักวิชาการ/นักวิจัย เนื่องจากที่ผ่านมา
กระบวนการให้สุศึกษาและการสร้างความตระหนักต่าง ๆ ยัง
ไม่ได้ผลเท่าที่ควร

(2) การป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีในระดับทุติยภูมิ

คือการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้
การรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันที่ การคัดกรองมะเร็ง
ท่อน้ำดีระยะเริ่มแรก สามารถทำได้โดยการตรวจคนที่มีความ
เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ คนที่มีประวัติการ
กินปลาดิบ โดยทำการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับในคนกลุ่มนี้
ร่วมกับการตรวจเลือดหาสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker)
เช่น CA 19-9 ซึ่งใช้ในการช่วยวินิจฉัยและติดตาม
ผลการรักษา มะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจะสามารถคัดกรองผู้มีความ
เสี่ยงสูงได้

อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดหลายประการในการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย เช่น ขาดแคลน
แพทย์เฉพาะทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี
(รังสีแพทย์) ที่จะทำการตรวจอัลตราซาวด์ให้กับผู้ป่วย
โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน
(Mairiang et al., 2006) การขาดแคลนเครื่องมือที่ทันสมัยที่
จะใช้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้น ถ้ามีการปรับ
แผนกลยุทธ์ในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ กล่าวคือ การระดม
เงินทุนเพื่อจัดสรรให้แพทย์เฉพาะทางออกตรวจคัดกรอง
ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชนด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย
ซึ่งเป็นนโยบายในเชิงรุก แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าสามารถทำได้
จริงจะช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีลงได้

(3) การป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีในระดับตติยภูมิ

คือการป้องกันโรคภายหลังจากการมีอาการ
หรือหลังจากการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลแล้ว

สำหรับมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันในระดับนี้มีเป้าหมายเพื่อ
ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือบรรเทาอาการ เพื่อลด
ความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ในปัจจุบันก็มีการพัฒนาศาสตร์
ทางด้านนี้มากขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งก็มีหน่วยบริบาล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือหน่วย Palliative care ซึ่งสำหรับ
ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแล้ว การป้องกันในระดับนี้เป็นสิ่งจำเป็น
อย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทุกคนไม่สามารถรักษาให้
หายขาดได้ และผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการที่ชาน
อาการคัน จนกว่าจะเสียชีวิตในที่สุด

ความท้าทายของนักสาธารณสุขในการ ป้องกันและควบคุมมะเร็งท่อน้ำดี

(1) ในบทบาทของนักสาธารณสุขระดับชุมชน

นักสาธารณสุขระดับชุมชน มีจุดเด่นที่สำคัญคือ
การรู้จักชุมชนเป็นอย่างดีและการได้รับการยอมรับนับถือจาก
ชุมชน ดังนั้นจึงสามารถใช้จุดเด่นดังกล่าวในการเข้าหาชุมชน
เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักต่าง ๆ ได้ง่ายกว่า
บุคคลภายนอกอื่น ๆ เพียงแต่นักสาธารณสุขระดับชุมชน
จะต้องพัฒนากลยุทธ์ในการสร้างความตระหนักให้แก่
ประชาชนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการ
หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี โดยกลยุทธ์นั้นจะต้อง
มีความเหมาะสม กลมกลืนต่อวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละ
ชุมชนซึ่งมีความแตกต่างกัน เพราะการดำเนินงานป้องกัน
และควบคุมโรคแบบเดิม ๆ ไม่ได้ผลเท่าที่ควร เพราะฉะนั้น
นักสาธารณสุขชุมชนรุ่นใหม่ควรจะต้องมีการประยุกต์ใช้
นวัตกรรมที่สร้างสรรค์ขึ้นด้วยตนเองร่วมกับการนำนโยบาย
และแนวทางการดำเนินงานจากส่วนกลางมาปรับใช้ให้
เหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ จึงจะประสบผลสำเร็จ

(2) ในบทบาทของนักวิชาการ/นักวิจัย

**2.1) ในงานด้านป้องกันและควบคุมมะเร็ง
ท่อน้ำดี:** แม้ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันและ
ควบคุมมะเร็งท่อน้ำดีจากการรณรงค์ให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง
ต่อมะเร็งท่อน้ำดี เช่น การรณรงค์ไม่ให้บริโภคปลาดิบ
การโฆษณาถึงอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ
การสูบบุหรี่ผ่านสื่อต่าง ๆ แต่อุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดต่าง ๆ
รวมถึงมะเร็งท่อน้ำดีก็ยังไม่ได้ลดลงเท่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น
นักวิชาการ/นักวิจัยทางด้านสาธารณสุขจึงมีบทบาทที่สำคัญ
มากที่จะคิดค้นหรือผลิตองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปใช้ในการ
ป้องกันและควบคุมมะเร็งท่อน้ำดี ตัวอย่างเช่น การคิดค้น

วัคซีนต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของ
มะเร็งท่อน้ำดี แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่ประสบผลสำเร็จใน
การนำไปใช้ แต่มีกรณีศึกษาในบางประเทศ เช่น ไต้หวัน
ญี่ปุ่นและเกาหลี ที่ประสบความสำเร็จในการนำวัคซีนต่อการ
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมมะเร็ง
ตับ งานวิจัยเหล่านี้ประสบความสำเร็จโดยสามารถลดอัตรา
อุบัติการณ์ของมะเร็งตับลงได้ ดังนั้นน่าจะเป็นผลดีที่เราจะ
นำมาประยุกต์ใช้ต่อไป

2.2) ในงานด้านการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี:

ในปัจจุบันนักวิชาการ/นักวิจัยสามารถตรวจคัดกรองมะเร็ง
ท่อน้ำดีโดยการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการ
การตรวจเลือดหาสารบ่งชี้มะเร็ง แม้ว่าจะใช้ CA 19-9
เพื่อช่วยวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังไม่ใช้สารบ่งชี้ที่มี
ความจำเพาะที่สุดต่อมะเร็งท่อน้ำดี เพราะยังจำเพาะต่อมะเร็ง
ตับอ่อนด้วย ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายอีกอย่างหนึ่งของ
นักวิชาการ/นักวิจัยที่จะค้นหาสารบ่งชี้ที่มีความจำเพาะต่อ
มะเร็งท่อน้ำดีเพื่อจะสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความแม่นยำสูง
ในการตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกได้

2.3) ในงานด้านการพัฒนาระบบการเฝ้า

ระวังมะเร็งท่อน้ำดี: นักวิชาการ/นักวิจัยควรประยุกต์ใช้
ข้อมูลทางวิทยาการระบาดและทะเบียนมะเร็งมาใช้ในการเฝ้า
ระวังมะเร็งชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูง
ตัวอย่างเช่น ทะเบียนมะเร็งชุมชนจังหวัดขอนแก่นให้ค่า
อุบัติการณ์ของมะเร็งแต่ละชนิดในคนขอนแก่นได้ ซึ่งสามารถ
นำไปประเมินถึงการควบคุมมะเร็งเหล่านั้นในจังหวัด
ขอนแก่นว่ามีประสิทธิภาพอย่างไรเมื่อเทียบกับทะเบียนมะเร็ง
ของที่อื่น ๆ รวมถึงภาพรวมของประเทศไทยด้วย

2.4) ในงานด้านการรักษาพยาบาล:

นักวิชาการ /นักวิจัยควรค้นหาวัดกรรมใหม่ในการรักษามา
ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ
การรักษา ลดความเสี่ยงระหว่างการให้การรักษา และเพิ่ม
อัตราการรอดชีพหลังการรักษาให้ยาวนานขึ้น ซึ่งนวัตกรรม
ใหม่ในการรักษามะเร็งอาจจะเป็นการรักษาแบบการแพทย์
แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์แบบ
ผสมผสานก็ได้ ซึ่งถ้าสามารถผลิตได้โดยนักวิจัยไทยก็ยิ่งจะ
ช่วยสร้างชื่อเสียงให้กับประเทศของเราและช่วยลดต้นทุนใน
กรณีของการนำเข้านวัตกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย

2.5) ในงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย: เนื่องจากมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่จะตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปในขั้นสุดท้ายของโรคแล้ว จึงไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักหวังผลเพื่อประคับประคองหรือบรรเทาอาการ จุดประสงค์ก็เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพและเพิ่มระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายอีกข้อหนึ่งของนักวิชาการ/นักวิจัยทางด้านสาธารณสุขที่ควรคิดค้นและวิจัยนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งต้องดูแลครอบคลุมทั้งสุขภาพด้านกาย สุขภาพด้านจิตใจ สุขภาพด้านสังคม และสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ฉะนั้น งานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงยังคงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อผู้ป่วยมะเร็งและรวมทั้งญาติผู้ป่วยด้วย

บทสรุป

มะเร็งท่อน้ำดียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นบทบาทที่ท้าทายของนักสาธารณสุขทั้งในระดับชุมชนและนักวิชาการ/นักวิจัยในการหาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคในทุกกระดับ เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดีควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- Chalasan, N., Baluyut, A., Ismail, A., Zaman, A., Sood, G., Ghalib, R., et al. (2000). Cholangiocarcinoma in patients with primary sclerosing cholangitis: a multicenter case-control study. *Hepatology*. 31: 7-11.
- Chernrunroj, G. (2000). **Risk factors for cholangiocarcinoma: a case-control study**. Doctor of philosophy in Epidemiology. Yale University.
- Choi, D., Lim, J. H., Lee, K. T., Lee, J. K., Choi, S. H., Heo, J. S., et al. (2006). Cholangiocarcinoma and *Clonorchis sinensis* infection: a case-control study in Korea. *Journal of Hepatology*. 44: 1066-73.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D. M. (2010). **GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.10** [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
- Haswell-Elkins, M. R., Mairiang, E., Mairiang, P., Chaiyakum, J., Chamadol, N., Loapaiboon, V., et al. (1994). Cross-sectional study of *Opisthorchis viverrini* infection and cholangiocarcinoma in communities within a high-risk area in northeast Thailand. *International Journal of Cancer*. 59: 505-9.
- Honjo, S., Srivatanakul, P., Sriplung, H., Kikukawa, H., Hanai, S., Uchida, K., et al. (2005). Genetic and environmental determinants of risk for cholangiocarcinoma via *Opisthorchis viverrini* in a densely infested area in Nakhon Phanom, northeast Thailand. *International Journal of Cancer*. 117: 854-60.
- IARC. (1994). Schistosomes, liver flukes and *Helicobacter pylori*. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, 7-14 June 1994. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 61: 1-241.
- Jongsuksuntigul, P., Imsomboon, T. (2003). Opisthorchiasis control in Thailand. *Acta Tropica*. 88: 229-32.
- Khuhaprema, T., Srivatanakul, P., Attasara, P., Sriplung, H., Wiangnon, S., Sumitsawan, Y. (2010). **Cancer in Thailand, Volume V, 2001-2003**. Bangkok: Bangkok Medical Publisher.
- Mairiang, E., Chaiyakum, J., Chamadol, N., Laopaiboon, V., Srinakaran, J., Kunpitaya, J., et al. (2006). Ultrasound screening for *Opisthorchis viverrini*-associated cholangiocarcinomas: experience in an endemic area. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 7: 431-3.
- Parkin, D. M., Srivatanakul, P., Khlut, M., Chenvidhya, D., Chotiwan, P., Insiripong, S., et al. (1991). Liver cancer in Thailand. I. A case-control study of cholangiocarcinoma. *International Journal of Cancer*. 48: 323-8.
- Poomphakwaen, K., Promthet, S., Kamsa-Ard, S., Vatanasapt, P., Chaveepojnkamjorn, W., Klaewkla, J., et al. (2009). Risk factors for cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Thailand: a nested case-control study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 10: 251-8.
- Shaib, Y. H., El-Serag, H. B., Nooka, A. K., Thomas, M., Brown, T. D., Patt, Y. Z., et al. (2007). Risk factors for intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma: a hospital-based case-control study. *American Journal of Gastroenterology*. 102: 1016-21.

- Shin, H. R., Lee, C. U., Park, H. J., Seol, S. Y., Chung, J. M., Choi, H. C., et al. (1996). Hepatitis B and C virus, *Clonorchis sinensis* for the risk of liver cancer: a case-control study in Pusan, Korea. **International Journal of Epidemiology**. 25: 933-40.
- Songserm, N. (2011). **Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and polymorphisms in methylenetetrahydrofolate reductase**. Doctor of philosophy in Public Health. Khon Kaen University.
- Sriamporn, S., Pisani, P., Pipitgool, V., Suwanrungruang, K., Kamsa-ard, S., Parkin, D. M. (2004). Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection and incidence of cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Northeast Thailand. **Tropical Medicine & International Health**. 9: 588-94.
- Sripa, B., Kaewkes, S., Sithithaworn, P., Mairiang, E., Laha, T., Smout, M., et al. (2007). Liver fluke induces cholangiocarcinoma. **PLoS Medicine**. 4(7): 1148-55.
- Srivatanakul, P., Ohshima, H., Khlai, M., Parkin, M., Sukaryodhin, S., Brouet, I., et al. (1991). *Opisthorchis viverrini* infestation and endogenous nitrosamines as risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand. **International Journal of Cancer**. 48: 821-5.
- Uttaravichien, T., Bhudhisawasdi, V., Pairojkul, C., Pugkhem, A. (1999). Intrahepatic cholangiocarcinoma in Thailand. **Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery**. 6: 128-35.