Risk Factors and Characteristics of Hepatocellular Carcinoma in SurinHospital : A Retrospective Study

Chawalit Chayangsu

Department of Medicine, Surin Hospital, Surin, Thailand

ABSTRACT

Background : Hepatocellular carcinoma is becoming a significant health problem in Thailand. Major risk factors are alcoholic liver disease, HBV infection and HCV infection. Surin province has the third most cancer patients of Northeastern Thailand and liver cancer is the leading cause of cancer. Therefore, studying of characteristics, clinical presentation and treatment of hepatocellular carcinoma patients can lead to greater understanding and make a better plan of management.

Objective : To study characteristics, risk factors, clinical presentation, treatment and gender influence of hepatocellular carcinoma patients in Surin hospital.

Setting : Surin Hospital

Study design : Descriptive retrospective study

Methods : Review data of both out-patient and in-patient department patients who were diagnosed of hepatocellular carcinoma (ICD10 – C22.0) during 1 October 2010 to 30 September 2011.

Results : The study revealed the data of 83 patients, 68 males (81.9%) and 15 females (18.1%). The means of age were 59.3 (±11.0) years, albumin 2.8 (±0.7) g/dL.The median of total bilirubin 1.5 mg/dL, AST 117U/L, ALT 54 U/L, AP 189U/L and creatinine 1.0 mg/dL. Most of patients were related to alcohol consumption (38 patients, 59.4%), HBV infection (21 patients, 52.5%) and HCV infection (4 patients, 10%).The median AFP was 257 IU/L. Mean of the largest mass was 9.6 (±4.3) cm. and most of them were located at right lobe of liver (45 patients,75%). Diagnostic imaging, CT scan was used in 37 patients (52.1%), US 29 patients (40.8%) and MRI 5 patients (7%). About the treatment, almost patients received supportive treatment (65 patients, 78.3%). Finally, gender between male and female was neither relate in clinical nor laboratory features of hepatocellular carcinoma.

Conclusions : Major risk factors of hepatocellular carcinoma in Surin hospital are alcohol consumption and HBV infection. Large single mass is the most radiological finding and usually located at right lobe of liver. Gender is not relate to clinical and laboratory features of hepatocellular carcinoma in this study.

Keywords : hepatocellular carcinoma, AFP

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและลักษณะของโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์

ชวลิต ชยางศุ, พ.บ.
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคมะเร็งตับหรือ hepatocellular carcinoma ในประเทศไทยระยะหลังเริ่มพบมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี,ซี และตับแข็งจากการดื่มสุราจากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2553 จังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยโรคมะเร็งมากเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือทางผู้วิจัยจึงคิดที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ เพื่อต้องการทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของโรคมะเร็งตับ ขนาดและจำนวนก้อนของมะเร็งที่พบ รวมถึงวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์ได้รับ

กระบวนการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma, รหัส ICD10 C22.0) ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2554 จำนวนทั้งสิ้น 83 รายการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและลักษณะของโรคมะเร็งตับ โดยใช้สถิติ descriptive, unpaired t-testและMann-Whitney U test

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 83 ราย เป็นเพศชาย 68 ราย (81.9%) และเพศหญิง 15 ราย (18.1%) โดยมีอายุเฉลี่ย 59.3 (±11.0) ปีมีประวัติดื่มสุรา 38 ราย (59.4%) ประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 21 ราย (52.5%) และประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี 4 ราย (10.5%)มีค่าเฉลี่ย albumin2.8 (±0.7) g/dL ค่ามัธยฐาน total bilirubin 1.5 mg/dL ค่ามัธยฐานAST 117 U/L ค่ามัธยฐานALT 54U/L ค่ามัธยฐานAP 189U/L และค่ามัธยฐานcreatinine 1.0 mg/dLระดับ AFP มีค่ามัธยฐาน 257 IU/L ค่าเฉลี่ยขนาดก้อนที่ใหญ่ที่สุดในผู้ป่วยแต่ละรายคือ 9.6(±4.4) เซนติเมตรก้อนมักจะอยู่ในกลีบตับขวา 45 ราย (75%)ประเภทรังสีที่ใช้วินิจฉัยโรคพบว่าใช้ CT scan 37 ราย (52.1%) รองลงมาเป็น US มี 29 ราย (40.8%) และ MRI มี5 ราย (7%) ในแง่การรักษานั้นผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (supportive) 65 ราย (78.3%) และพบว่าลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

บทสรุป : จากการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังนี้ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์ได้แก่ การดื่มสุรา และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีก้อนเนื้องอกเพียงก้อนเดียว และมักจะอยู่ที่กลีบตับขวา ผู้ป่วย 80% ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และพบว่าลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ : มะเร็งตับ ปัจจัยเสี่ยง เนื้องอกตับ

คำย่อ : HCC = hepatocellular carcinoma, AST = aspartate aminotransferase, ALT = alanine aminotransferase, AP = alkaline phosphatase, AFP = alpha-fetoprotein, CT scan = computed tomography scan, US = ultrasonography, MRI = magnetic resonance imaging

บทนำ

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 5 ของโลก[1,2] และเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ซึ่งพบได้บ่อยในประเทศกำลังพัฒนา มะเร็งตับโดยทั่วไปจะมีความหมายรวมถึง มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma, HCC) และมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ในประเทศแถบแอฟริกา ละตินอเมริกา หรือยุโรป จะมีสัดส่วนของผู้ป่วย hepatocellular carcinoma ที่มากกว่า cholangiocarcinoma[3] ส่วนในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยกลับมีสัดส่วนของ cholangiocarcinoma ที่มากกว่า[4,5]

แต่มะเร็งตับ หรือ hepatocellular carcinoma นั้นในประเทศไทยระยะหลังเริ่มพบมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus, HBV), การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (hepatitis C virus, HCV), ตับแข็งจากการดื่มสุรา และการได้รับสารอะฟลาทอกซิน (aflatoxin)[1,6]

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[7] พ.ศ.2553 พบว่าจังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยโรคมะเร็งมากเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองจากจังหวัดนครราชสีมา และบุรีรัมย์ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) เพื่อต้องการทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรค ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ขนาดและจำนวนก้อนของมะเร็ง รวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์ได้รับ และคาดหวังว่าผลของการศึกษาจะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในจังหวัดสุรินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและลักษณะก้อนเนื้องอกมะเร็ง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และเชิงวิเคราะห์ (Analyticastudy) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุรินทร์

ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma, รหัส ICD10 C22.0) ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงกันยายน พ.ศ.2554) เป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 83 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ,อายุ

2) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้แก่ประวัติการดื่มสุรา, ประวัติการสูบบุหรี่, ประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV), ประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV)

3) ระดับค่าการทำงานของไต (BUN, creatinine), ระดับค่าการทำงานของตับ (liver function test, LFT), ระดับของ serum tumor markers ได้แก่ alpha fetoprotein (AFP), carcinoembryonic antigen (CEA) และ CA19-9 โดยใช้ค่าแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งตับ

4) ขนาดของก้อนเนื้องอกมะเร็งตับที่ใหญ่ที่สุด, จำนวนก้อนเนื้องอกมะเร็งตับที่พบ

5) วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุรินทร์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma, รหัส ICD10 C22.0) ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงกันยายน พ.ศ.2554) เป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 83 ราย

สถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.) และสถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ทดสอบตัวแปรเรื่องเพศมีผลต่อลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับ ได้แก่ unpaired t-test กรณีที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test กรณีแจกแจงแบบไม่ปกติ และตรวจสอบการแจกแจงโดยวิธีของ Shapiro-Wilk ทั้งหมดอาศัยโปรแกรมคำนวณทางสถิติ SPSS version 16.0

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ hepatocellular carcinoma ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 83 ราย เป็นเพศชาย 68 ราย (81.9%) และเพศหญิง 15 ราย (18.1%) โดยมีอายุเฉลี่ย 59.3 (±11.0) ปี มีประวัติดื่มสุรา 38 ราย (59.4%) ประวัติสูบบุหรี่ 22 ราย (36.1%) ประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) โดยดูจากการตรวจพบ HBs Antigen 21 ราย (52.5%) และประวัติการติดเชื้อไวรัสซี (HCV) โดยดูจากการตรวจพบ antibody ต่อ HCV 4 ราย (10.5%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 83)

Characteristics	จำนวนผู้ป่วย (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	68	81.9
หญิง	15	18.1
ดื่มสุรา		
ดื่ม	38	59.4
ไม่ดื่ม	26	40.6
ไม่พบข้อมูล	19	-
สูบบุหรี่		
สูบ	22	36.1
ไม่สูบ	39	63.9
ไม่พบข้อมูล	22	-

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 83) (ต่อ)

Characteristics	จำนวนผู้ป่วย (n)	ร้อยละ (%)
HBV		
ติดเชื้อ	21	52.5
ไม่ติดเชื้อ	19	47.5
ไม่พบข้อมูล	43	-
HCV		
ติดเชื้อ	4	10.5
ไม่ติดเชื้อ	34	89.5
ไม่พบข้อมูล	45	-

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับมีค่าเฉลี่ย albumin 2.8 (±0.7) g/dL ค่ามัธยฐาน total bilirubin 1.5 mg/dL ค่ามัธยฐาน AST 117U/L ค่ามัธยฐาน ALT 54U/L ค่ามัธยฐาน AP 189 U/L และค่ามัธยฐาน creatinine 1 mg/dL (ตารางที่ 2)

ในส่วนของ serum tumor markers นั้น จากการศึกษามีการส่งตรวจของ AFP, CEA และ CA19-9 พบว่าระดับ AFP มีค่ามัธยฐาน 257 IU/L ระดับ CEA มีค่ามัธยฐาน 4.6ng/mL ระดับ CA19-9 มีค่ามัธยฐาน 52.1 U/mL (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 83)

Characteristics	
Age (years)	59.3 (±11.0)
BUN (mg/dL)	14 (9.8,23.5)
Cr (mg/dL)	1.0 (0.8,1.3)
ALB (g/dL)	2.8 (±0.7)
GLB (g/dL)	4.3 (3.7,5.2)
TB (mg/dL)	1.5 (0.9,4.3)
AST (U/L)	117 (66,257)
ALT (U/L)	54 (33,90.5)
AP (U/L)	189 (143,337.3)
AFP (IU/L)	257 (3.7,1236)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 83) (ต่อ)

Characteristics	
CEA (ng/mL)	4.6 (1.9,18)
CA19-9 (U/mL)	52.1 (17.2,117.5)
ขนาดก้อนที่ใหญ่ที่สุด (cm)	9.6 (±4.4)

หมายเหตุ:
ข้อมูลแจกแจงปกติ นำเสนอ mean (±S.D.)
ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอ median (IQR1,IQR3)
BUN=blood urea nitrogen, Cr=creatinine, ALB=albumin, GLB=globulin, TB=total bilirubin, AST=aspartate transaminase, ALT=alanine transaminase, AP=alkaline phosphatase, AFP=alpha-fetoprotein, CEA=carcinoembryonic antigen
CA19-9 = cancer antigen 19-9

ลักษณะของก้อนเนื้องอกมะเร็งตับที่พบในการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยขนาดก้อนที่ใหญ่ที่สุดในผู้ป่วยแต่ละรายคือ 9.6(±4.4) เซนติเมตร ขนาดก้อนที่เล็กที่สุด 2 เซนติเมตร ขนาดก้อนที่ใหญ่ที่สุดในการศึกษาคือ 21 เซนติเมตร และส่วนใหญ่ก้อนจะอยู่ในกลีบตับขวา 45 ราย (75%) (ตารางที่ 2, 3)

ผู้ป่วยส่วนมาก 41 ราย (62.1%) จะพบก้อนมะเร็งเพียง 1 ก้อนขณะวินิจฉัย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนเนื้องอกมากกว่า 1 ก้อน พบว่า 48 ราย (71.6%) ก้อนเหล่านั้นจะอยู่ภายในกลีบตับเดียวกัน (single lobe) และ 19 ราย (28.4%) ก้อนจะกระจายอยู่กลีบตับทั้งสองข้าง (both lobes) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะเนื้องอกของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 83)

ลักษณะของเนื้องอกมะเร็งตับ	จำนวนผู้ป่วย (n)	ร้อยละ (%)
จำนวนก้อนของเนื้องอก		
1 ก้อน	41	62.1
2 ก้อน	4	6.1
มากกว่า 2 ก้อน	21	31.8
ไม่พบข้อมูล	17	-
ตำแหน่งของเนื้องอก		
ก้อนอยู่ในกลีบเดียวกัน (single lobe)	48	71.6
ก้อนอยู่กระจายทั้งสองกลีบ (both lobes)	19	28.4
ไม่พบข้อมูล	16	-
ตำแหน่งของเนื้องอกที่ใหญ่ที่สุด		
กลีบซ้าย (left lobe liver)	15	25
กลีบขวา (right lobe liver)	45	75
ไม่พบข้อมูล	23	-

ประเภทรังสีที่ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคมะเร็งตับนั้น พบว่าใช้ CT scan 37 ราย (52.1%) รองลงมาเป็น Ultrasound มี 29 ราย (40.8%) และ MRI มีเพียง 5 ราย (7%) ในแง่การรักษานั้นผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาแบบประคับประคองหรือ supportive 65 ราย(78.3%) มี 17 ราย (20.5%) ได้รับการถูกส่งต่อไปยังศูนย์มะเร็งของโรงพยาบาลตติยภูมิ และมีเพียง 1 ราย (1.2%) ที่ได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้องอกที่โรงพยาบาลสุรินทร์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงประเภทรังสีที่ใช้วินิจฉัยและการรักษาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับได้รับในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n = 83)

มะเร็งตับ	จำนวนผู้ป่วย (n)	ร้อยละ (%)
ประเภทรังสีที่ใช้วินิจฉัย		
US	29	40.8
CT	37	52.1
MRI	5	7
ไม่พบข้อมูล	12	-
การรักษาที่ได้รับ		
Supportive	65	78.3
Surgery	1	1.2
Refer	17	20.5

เมื่อนำปัจจัยเรื่องเพศมาเปรียบเทียบดูลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับ โดย unpaired t-test สำหรับการแจกแจงปกติ และใช้ Mann-Whitney U test สำหรับการแจกแจงไม่ปกติ พบว่าลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

บทวิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลสุรินทร์เท่ากับ 59.3 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[7] พ.ศ.2553 ที่พบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 55-64 ปี พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Male:Female, 4.5:1) พบมีประวัติการติดเชื้อ HBV สูงถึง 52.5% ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Mericanและคณะ[8] ที่มีการประมาณการว่าคนไทยมีผู้ติดเชื้อ HBV ที่ 8% กว่า 6 เท่า ยังพบมีประวัติการติดเชื้อ HCV 10.5% ซึ่งมากกว่าการศึกษาก่อนหน้าที่ได้ 1.5-3%[9] นอกจากนี้พบว่ามีประวัติของการดื่มสุราถึง 59.4% ซึ่งก็มากกว่าการศึกษาในออสเตรียที่พบ 35%[10] ดังนั้นจากการศึกษานี้จึงทำให้เห็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งตับ โดยเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งควรจะต้องมีการคัดกรอง การรณรงค์ป้องกัน การให้ความรู้ และให้การรักษาอย่างจริงจัง

เนื่องจากค่า alpha-fetoprotein ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนมีทั้งค่าที่ต่ำมาก 0.5 IU/mL และสูงมากถึง 247,930 IU/mL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 56,012.46 IU/mL การที่จะใช้ค่าเฉลี่ย 21,888.11 IU/mL มาอ้างอิงอาจไม่เหมาะสม จึงใช้ค่ามัธยฐานที่ 257 IU/mL และถ้าแบ่งค่า AFP ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคมะเร็งตับที่ใช้ค่ามากกว่า 400 IU/mL จะพบว่ามี 45.61% (26 ราย) และ 54.39% (31 ราย) ที่มีค่าน้อยกว่า 400 IU/mL ดังนั้นถ้าจะวินิจฉัยโรคมะเร็งตับโดยอาศัยค่า AFP อย่างเดียว

ก็จะวินิจฉัยพลาดได้กว่า 50% และจากแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษามะเร็งตับ HCC โดย Jordi Bruix และ Morris Sherman[11] พ.ศ.2553 นั้นก็ไม่แนะนำให้ใช้ค่า AFP ในการวินิจฉัยโรคอีกต่อไป เพราะค่าที่สูงขึ้นพบได้ทั้งในมะเร็งตับ, มะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งลำไส้ที่มีโรคกระจายมาที่ตับ[10,13] ในการศึกษานี้ยังพบว่าค่า CEA และ CA19-9 สูงขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ

ลักษณะของก้อนเนื้องอกมะเร็งตับที่พบในการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยขนาดก้อนที่ใหญ่ที่สุดในผู้ป่วยแต่ละรายคือ 9.64 (±4.36) เซนติเมตร และส่วนใหญ่ 75% ก้อนที่ใหญ่ที่สุดนั้นอยู่ในกลีบตับขวาผู้ป่วยส่วนใหญ่ 62.1% จะพบก้อนมะเร็งเพียงก้อนเดียวขณะวินิจฉัย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนเนื้องอกมากกว่า 1 ก้อน พบว่า 71.6% ก้อนเหล่านั้นจะอยู่ภายในกลีบตับเดียวกัน (single lobe) ซึ่งยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่ให้ลักษณะเช่นนั้น และยังไม่พบการศึกษาใดกล่าวถึง

ในการศึกษานี้พบว่ามีการใช้ ultrasound (US) ในการวินิจฉัยมากถึง 40.8% ซึ่งไม่ใช่ investigation of choice เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองเท่านั้น แนวทางปฏิบัติปัจจุบันให้คัดกรองด้วย US แล้วถ้าพบก้อนเนื้องอกใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร ให้ส่ง 4 phase MDCT (multidetector CT scan) หรือ MRI liver เพื่อดูลักษณะของ tumor vascularity ในการช่วยวินิจฉัย[11]

ผู้ป่วยเกือบ 80% ได้รับการรักษาแบบ supportive อาจเป็นเพราะมาตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว ผู้ป่วยและญาติยังเข้าใจว่าเป็นมะเร็งมีแต่เสียชีวิตเท่านั้น แพทย์ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาแบบ palliative จึงไม่ได้แนะนำทางเลือกให้ หรือบางครั้งได้แนะนำแล้วแต่ผู้ป่วยสุขภาพไม่พร้อมและญาติไม่สะดวกที่จะพาไปรักษาไกลบ้าน

ในการศึกษานี้ได้นำข้อมูลทั้งหมดมาเปรียบเทียบทางสถิติ ลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นผลทางห้องปฏิบัติการ หรือลักษณะทางรังสี หลังจากทบทวนเวชระเบียนแล้วพบว่า การบันทึกหรือการส่งตรวจที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ HCC ในโรงพยาบาลสุรินทร์นั้น ยังขาดความครบถ้วนอยู่พอสมควร อันสังเกตได้จากตารางแสดงในส่วนของ "ไม่พบข้อมูล" ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ขาดความเที่ยงตรงไปไม่มากก็น้อย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของผู้เข้าการศึกษาที่มีปริมาณน้อย จึงทำให้การกระจายของข้อมูลไม่ได้เป็นในแนวทางเดียวกัน รวมถึงการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการส่งตรวจทางรังสีที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับแพทย์ผู้ให้การรักษา

การรักษา HCC ในปัจจุบันถึงแม้จะมีการรักษาใหม่ๆเพิ่มมากขึ้น[11] ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด (systemic chemotherapy, targeted therapy) การผ่าตัดด้วยเทคนิคใหม่ๆ หรือการทำ TOCE (Trans-Oily ChemoEmbolization) ก็ตาม แต่การรักษาเหล่านี้ก็ยังจำกัดอยู่แค่โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ หรือศูนย์มะเร็งขนาดใหญ่ซึ่งยังมีไม่ทั่วถึง นอกจากนี้การวินิจฉัย HCC ในระยะแรกๆ ยังทำได้ค่อนข้างยากอีกเช่นกัน[1] และมักจะวินิจฉัยได้ต่อเมื่อผู้ป่วยเป็นมะเร็งในระยะท้ายแล้ว ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วย HCC จะต้องเน้นเรื่องการคัดกรอง (screening) เพื่อค้นหาโรคในระยะต้น การป้องกันปัจจัยเสี่ยง (prevention) การเข้าถึงสถานบริการขั้นสูงหรือโรงพยาบาลตติยภูมิ (referal system) และการวินิจฉัยโรคด้วยข้อมูลที่ถูกต้องตามมาตรฐานปัจจุบัน[11] (definite diagnosis)

บทสรุป

จากการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งตับ HCC ในโรงพยาบาลสุรินทร์ได้แก่ การดื่มสุรา การติดเชื้อ HBV การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับโดยใช้ค่า AFP เพียงอย่างเดียวนั้นไม่เหมาะสม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีก้อนเนื้องอกเพียงก้อนเดียว และมักจะอยู่ที่กลีบตับขวา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (80%) ได้รับการรักษาแบบ supportive การวินิจฉัยโรคหรือการดูแลรักษายังไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานทั้งหมดซึ่งคงต้องพัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป และลักษณะที่แสดงออกของโรคมะเร็งตับระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธงชัย ตรีวิบูลย์วณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Amon JJ, Nedsuwan S, Chantra S, et al. Trends in liver cancer, Sa Kaeo Prov-Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2005;6:382-6.
2. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global pic ture. Eur J Cancer 2001;37Suppl:8:S4-66.
3. Bosch FX, Ribes J, Borras J. Epidemiology of primary liver cancer. Semin Liver Dis 1999;19:271-85.
4. Haswell-Elkins MR, Mairiang P, et al. Clinical and nonimaging diagnosis of hepatocellular carcinoma. Liver cancer 1997, eds: Okuda K, Tabor E. New York : Churchill Livingstone; p.315-59.
5. Vatanasapt V, Sriamporn S, Vatanasapt P. Cancer Control in Thailand. Jpn J Clin Oncol 2002;32suppl:S82-S91.
6. หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) กรุงเทพฯ : ครีเอทีฟคอมมอนส์ม 2554.
7. Parkin DM, Whelan J, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII. IARC Scientific Publications No. 143. Lyon:International Agency for Research on Cancer ; 1997: p.440-1.
8. Merican I, Guan R ,Amarapuka D, et al. Chronic hepatitis B virus infection in Asian countries. J Gastroenterol Hepatol 2000;15:1356-61.
9. Nantachit N, Robinson V, Wongthanee A, et al. Temporal trends in the prev-alence of HIV and other transfusion transmissible infections among blood donors in northern Thailand, 1990 through 2001. Transfusion 2003;43:730-5.
10. Sato Y, Sekine T, Ohwada S. Alpha-feto protein-producing rectal cancer: calcu-lated tumor marker doubling time. J SurgOncol 1994;55:265–8.

11. Bruix J, Sherman M. Management of Hepatocellular Carcinoma: An Update. Hepatology 2010;0:1-35.
12. Schoniger-Hekele M, Muller C, Kutilek M, Oesterreicher C, Ferenci P, Gangl A. Hepatocellular carcinoma in Austria: etiological and clinical characteristics at presentation. Eur J Gastroenterol-Hepatol 2000;12:941–8.
13. Adachi Y, Tsuchihashi J, Shiraishi N, Yasuda K, Etoh T, Kitano S. AFP-producing gastric carcinoma: multivariate analysis of prognostic factors in 270 patients. Oncology 2003;65:95–101.