

ปกิณกะ

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับสำหรับประเทศไทย

บุญเติม แสงดิษฐ์

สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก เพราะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก ประมาณมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี เป็นปัญหาลำคัญของประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ใน พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือร้อยละ 13 ของสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งมากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน ใน พ.ศ. 2555 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 14 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง 8.2 ล้านคน คาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 17 ล้านคน และประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา¹⁻²

จากสถิติของมะเร็งทั่วโลกพบว่ามะเร็งตับพบมากเป็นอันดับที่ 6 และเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3³ มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับปีละประมาณ 680,000 ราย และมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ปีละประมาณ 711,000 ราย⁴ ส่วนในประเทศไทยมาหาเห็นว่ามะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม มีผู้ป่วยรายใหม่ใน พ.ศ. 2551 จำนวน 74,777 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับในปีเดียวกันจำนวน 69,115 ราย⁵

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรไทยติดต่อกันมากกว่า 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 จำนวนผู้เสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 ของผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ คือเสียชีวิตเฉลี่ยปีละมากกว่า 60,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ⁶ ใน พ.ศ. 2556 มีรายงานการเสียชีวิตจากมะเร็ง 67,692 ราย เฉลี่ย 1 รายทุก 8 นาที เป็นมะเร็งตับ 15,415 ราย ซึ่งเป็นชาย 10,874 ราย และหญิง 4,541 ราย⁷ พบว่ามะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านม และ

มะเร็งปากมดลูก⁸ มะเร็งตับพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นมะเร็งที่เป็นปัญหาลำคัญอันดับต้นของคนไทยในปัจจุบันคือมะเร็งตับ

ตับ (Liver) เป็นอวัยวะภายในที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในร่างกายมนุษย์ มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมน้ำหนักประมาณ 1.2 กิโลกรัม อยู่ในช่องท้องที่ได้ชายโครงด้านขวา มีหน้าที่สำคัญคือการย่อยและเก็บสารอาหารที่ดูดซึมจากลำไส้ ทำลายสารพิษ สร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด สร้างและขับน้ำดีสู่ลำไส้เพื่อช่วยละลายไขมันในลำไส้เล็ก ช่วยในการดูดซึมสารอาหาร และกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ตับประกอบไปด้วยเซลล์ตับหลายชนิด ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเนื้องอกได้ และเนื้องอกมีทั้งชนิดที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง⁹⁻¹⁰

โรคมะเร็งตับ (Liver Cancer)

มะเร็งตับปฐมภูมิในประเทศไทยที่พบบ่อยมี 2 ชนิด¹¹⁻¹² คือ

1. มะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma, HCC) มะเร็งตับ ร้อยละ 95 เป็นมะเร็งเซลล์ตับ พบได้ทุกภาค พบมากที่สุด ในภาคกลาง มะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี และปัจจัยอื่นๆ อีกหลายปัจจัย

2. มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ เกิดจากพยาธิใบไม้ตับ ที่พบในไทยมีชื่อว่า *Opisthorchis viverrini* จากการกินอาหารพวกปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่สุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาส้ม ปลาร้า ซึ่งพบมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 35-60 ปี ที่จังหวัดขอนแก่นพบอุบัติการณ์โรคนี้สูงที่สุดในโลก คือประมาณ 112.5 คนต่อประชากรแสนคนในเพศชาย และ 39.4 คนต่อประชากรแสนคนในเพศหญิง อาการสำคัญคือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด เจ็บชายโครงขวา อาจมีอาการท้องมาน ตัวเหลือง ตาเหลืองเนื่องจากท่อน้ำดีอุดตัน รักษาโดยการผ่าตัด

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 29 กันยายน 2558 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 16 ตุลาคม 2558

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พล.ท.บุญเติม แสงดิษฐ์ สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

แต่ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว จึงมีอัตราการเสียชีวิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งเซลล์ตับ

ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งเซลล์ตับในแต่ละภูมิภาคของโลกมีความแตกต่างกัน โรคนี้พบบ่อยในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศจีน และทวีปแอฟริกา พบมากถึงร้อยละ 40 ของมะเร็งทุกชนิด แต่ในประเทศแถบทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกาพบประมาณร้อยละ 3 ของมะเร็งทุกชนิดรวมกัน และมักพบในผู้ที่อายุประมาณ 60 ปี ส่วนใหญ่เกิดร่วมกับโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบบีและซี รวมทั้งแอลกอฮอล์¹² ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งเซลล์ตับ มีดังนี้

1. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

1.1 ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ประเทศที่มีอัตราพาหะ (Carrier rate) ของไวรัสตับอักเสบบีสูง (มากกว่าร้อยละ 8) เช่น ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกาจะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับสูง ในประเทศไทยการศึกษาจากหลายสถาบันพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับสูงถึง ร้อยละ 50-80 พบว่าผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 223 เท่า และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นพาหะเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะเสียชีวิตจากโรคตับอักเสบริ้วรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับในที่สุด ภาวะไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มักจะไม่แสดงอาการใดๆ ผู้ป่วยอาจมีชีวิตยืนยาวได้เท่าคนปกติ หากพบว่าผู้ที่มีจำนวนเชื้อไวรัสในเลือดไม่มากนักและไม่รบกวนรอยที่แสดงว่ามีการอักเสบของเนื้อตับเกิดขึ้น แต่สามารถทราบได้ว่าได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) จากการตรวจพบแอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบีในเลือดโดยเฉพาะแอนติเจนชนิดผิว (Hepatitis B Surface Antigen, HBsAg) ซึ่งหลายคนอาจตรวจพบเมื่อบริจาคโลหิต ตรวจร่างกายประจำปี และจากการตรวจติดตามเมื่อหายป่วยจากโรคไวรัสตับอักเสบบีแล้ว^{9,12,13,15}

สาเหตุของภาวะไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังประมาณร้อยละ 90 ของเด็กเกิดใหม่ เป็นผลมาจากการติดเชื้อจากมารดาที่เป็นพาหะและการติดเชื้อในวัยเด็ก เนื่องจากในวัยเด็กยังไม่มีความต้านทานเพียงพอที่จะขจัดไวรัสออกจากร่างกายหลังจากที่ร่างกายได้รับเชื้อนี้แล้ว นอกจากนี้ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นได้ทำนองเดียวกันกับไวรัสเอชไอวี (HIV) จากการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง การใช้เข็มและวัตถุมีคมร่วมกัน การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อโดยไม่สวมถุงยางอนามัย และการได้รับเลือดที่มีเชื้อ¹²⁻¹³

1.2 ไวรัสตับอักเสบซี (HCV) การศึกษาทางระบาดวิทยา

ในต่างประเทศ เช่น ญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรป พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงถึงร้อยละ 50-83 และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 52 เท่า สำหรับในประเทศไทยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยมะเร็งตับเท่านั้น น้อยกว่าชนิดบี แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดว่าไวรัสตับอักเสบบีจะเป็นปัญหาที่สำคัญในอนาคต^{9,12,13,15}

2. โรคตับแข็ง (Liver Cirrhosis) เป็นภาวะที่ตับทำงานลด

ลง เกิดจากการที่ตับมีการอักเสบเรื้อรัง เนื้อตับที่ปกติจะเริ่มพังผืดเกิดขึ้น จนในที่สุดเนื้อตับที่มีพังผืดมากกว่าปกติก็จะกลายสภาพเป็นตับแข็ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งตับ เพราะผู้ที่เป็นมะเร็งตับจะมีตับแข็งร่วมด้วยถึงร้อยละ 90 มีสาเหตุมากมายที่ก่อให้เกิดโรคตับแข็ง ที่พบบ่อยคือการดื่มแอลกอฮอล์ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี และภาวะไขมันเกาะตับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็งต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเจาะเลือดตรวจ การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง เป็นต้น การวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำมากที่สุดสามารถทำได้โดยการเจาะชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา อาการของโรคตับแข็งขึ้นกับระยะของโรค ส่วนมากผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้มขึ้น น้ำหนักตัวลดลง สีผิวเข้มขึ้น ท้องโตขึ้น ในผู้ชายอาจพบว่าอัณฑะเล็กลง เต้านมโตขึ้น ตับม้ามโต จำแดงที่ฝ่ามือทั้งสองข้าง เส้นเลือดที่บริเวณรอบสะดือขยาย เมื่อมีภาวะตับแข็งเกิดขึ้นเนื้อตับส่วนที่ทำงานได้จะลดลง ตับจะแบ่งตัวและออกเซลล์ตับใหม่ขึ้นมาทดแทน แต่ก็ไม่สามารถที่จะทดแทนได้ทั้งหมด หากสาเหตุของตับแข็งไม่ได้รับการแก้ไข สุดท้ายผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ ภาวะท้องมาน ภาวะติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง เลือดออกจากเส้นเลือดขดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารแตก มีอาการทางระบบประสาท ไตวาย และ มะเร็งตับ^{9,12,14,17}

3. อะฟลาท็อกซิน (Aflatoxin) เป็นสารเคมีที่สร้างจากเชื้อรา

แอสเปอร์จิลลัส ฟลาวัส เป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญมี 4 ชนิดคือ อะฟลาท็อกซิน บี1 บี2 จี1 และ จี2 พบปนเปื้อนอยู่ในอาหารจำพวกถั่วลิสง ข้าวโพด พริกแห้ง กระเทียม เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ เชื้อราชนิดนี้เติบโตได้ดีในอากาศร้อน โดยเฉพาะถ้ามีความชื้น การศึกษาในจีนและแอฟริกา พบว่าผู้ที่ตรวจพบอะฟลาท็อกซินในปัสสาวะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ 3.8 เท่า และถ้ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย ความเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 12.5 เท่า เชื้อ

ว่าเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัจจัยนำของการเกิดมะเร็งตับ และอะฟลาท็อกซินเป็นปัจจัยเสริม^{12,14-15}

4. แอลกอฮอล์ เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งตับ แม้ว่ายังไม่มีการพิสูจน์แน่ชัดว่าแอลกอฮอล์เป็นสารก่อมะเร็งโดยตรง แต่หลักฐานการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหลายเท่า โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื่อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม^{9,12,14,15}

5. บุหรี่ พบว่าบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ ถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ 2.6 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 30 มวนต่อวัน อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 5.8 เท่า อัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับจากบุหรี่จะชัดเจนมากขึ้นในคนที่อายุมากกว่า 40 ปี โดยเฉพาะถ้าผู้ที่สูบบุหรี่นั้นเป็นโรคตับอักเสบริื้อรังหรือตับแข็งอยู่ก่อนแล้ว จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับเพิ่มขึ้น 8 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^{12,14,15}

6. โรคไขมันในตับ หรือไขมันแทรกตับ (Non-alcoholic Steatohepatitis, NASH) ปัจจุบันมีข้อพิสูจน์ชัดเจนว่าผู้ที่เป็นโรคไขมันในตับอาจมีการอักเสบของตับร่วมด้วย ถ้าเป็นมานานหลายปีในที่สุดจะตามมาด้วยตับแข็งและมะเร็งตับ^{9,16-17}

7. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่สารเคมี เช่น ไนโตรซามีน^{12,14} พบได้ในอาหารหลายชนิด เช่น ในยาแก้นิ่ว อาหารจำพวกปลาร้า เนื้อแห้ง โดยเฉพาะที่ใส่ดินประสิว สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร เช่น ยาฆ่าแมลง อาจเกิดปฏิกิริยากับไนโตรซามีนทำให้เกิดไนโตรซามีนได้ สารเคมีเหล่านี้มักตกค้างอยู่ในผัก เช่น กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี หัวผักกาด และผลไม้ต่าง ๆ สารไวน์คลอไรด์ที่ใช้ทำพลาสติก ภาวะที่มีธาตุเหล็กสะสมในตับ¹⁴⁻¹⁵ การใช้ยาฮอร์โมนเพศหญิง โรคเบาหวาน¹⁷ การเป็นโรคอ้วน¹⁷⁻¹⁸ และ สารหนู¹⁹ ที่มีในยาหม้อ

อาการของมะเร็งตับ¹²

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะอายุ 40 ปีขึ้นไป ระยะแรกมักไม่มีอาการ อาการเริ่มแรกมักไม่ชัดเจน เช่น ผอมลง เจ็บชายโครงขวา อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ต่อมาอาการจะชัดเจนขึ้นคือมีความรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น เบื่ออาหาร จุกเสียด แน่นท้อง น้ำหนักลดมากในช่วงระยะท้าย และอาการสำคัญคือปวดบริเวณชายโครงขวา และอาจปวดร้าวไปที่ไหล่ขวาหรือบริเวณลำตัวซีกขวา หรือคลำได้ก้อนที่ชายโครงขวาในระยะท้ายอาจมีไข้เรื้อรัง บางรายอาจมีอาการของโรคตับแข็งและการแพร่กระจายของมะเร็งตับสู่วัยวะอื่นๆ

ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง บวม หรือมีอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ ควรปรึกษาแพทย์ เพราะอาจมีมะเร็งตับแทรกซ้อนได้ ผู้ที่ไม่มีอาการแต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับ เช่น เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีและซี ดื่มสุรามาก หรือมีประวัติคนใกล้ชิดในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งตับ ควรปรึกษาแพทย์ และไปรับการตรวจเป็นระยะ ทุก 6 เดือน เพื่อตรวจร่างกาย และตรวจเลือดดูการทำงานของตับ ระดับสารบ่งบอกมะเร็งตับ คือ แอลฟาฟิโตโปรตีน (Alpha - fetoprotein, AFP) และการตรวจตับด้วยอัลตราซาวด์ จะสามารถตรวจพบมะเร็งตับในระยะเริ่มต้นได้

การวินิจฉัยมะเร็งตับ^{14,20}

มะเร็งตับที่พบในระยะแรกหลังจากได้รับการรักษาแล้ว อัตราการมีชีวิตรอยู่ 5 ปี มากถึงร้อยละ 70 แต่ผู้ป่วยในระยะกลางและระยะท้ายสามารถมีชีวิตรอยู่ได้เพียงครึ่งหนึ่ง ด้วยเหตุนี้การวินิจฉัยและค้นพบโรคในระยะแรกจึงสำคัญมาก

วิธีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับมีดังนี้

1. การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ มีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรคก่อนเนื้องอก สามารถทำให้เห็นขนาดของมะเร็งได้ชัดเจน อัตราความถูกต้องในการตรวจสูงถึงร้อยละ 84 สามารถค้นพบมะเร็งที่มีขนาด 2 ซม. หรือจุดของโรคเล็กกว่านั้นได้ เป็นลักษณะการตรวจที่ยังไม่มีการลุกลาม ไม่มีอันตรายต่อร่างกาย

2. การตรวจด้วยเครื่องซีที (CT scan) มีอัตราการวิเคราะห์แยกแยะของโรคสูง สามารถตรวจมะเร็งตับในระยะแรก ที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 ซม. อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 90 แต่ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง

3. การตรวจด้วยเอ็มอาร์ไอ (MRI) จะเพิ่มระดับการตรวจมะเร็งตับที่มีขนาดเล็ก มีประโยชน์ต่อการแยกแยะเนื้องอกที่ตับสามารถเสริมด้วยการตรวจซีที

4. การตรวจสารบ่งบอกมะเร็งตับ เป็นวิธีการตรวจโดยทั่วไปในการตรวจมะเร็งตับซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายโดยการเจาะเลือดตรวจ

5. การเลือกตรวจหลอดเลือดแดงบริเวณท้องหรือการตรวจหลอดเลือดแดงในตับ สำหรับก้อนมะเร็งที่มีเส้นเลือดอยู่มากมาย บางครั้งสามารถพบตำแหน่งของโรคที่เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 - 1 ซม. อัตราการวินิจฉัยมีความแม่นยำสูงถึงร้อยละ 90 สามารถค้นหาตำแหน่งที่แน่นอน สำหรับการวินิจฉัยมะเร็งตับที่มีขนาดเล็กเป็นวิธีการตรวจที่ดีที่สุดในการตรวจทั้งหมดในปัจจุบัน

การรักษามะเร็งตับ^{12,20-21}

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด และเป็นวิธีเดียวที่รักษามะเร็งของตับให้หายขาด ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่สุด ซึ่งความสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยโรคให้ได้ในระยะเริ่มแรก

มะเร็งตับในไทยมักตรวจพบในระยะสายเกินแก้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว ขนาดของก้อนมะเร็งเมื่อตรวจโดยอัลตราซาวด์มักโตกว่า 5 ซม. ซึ่งนอกจากจะโตเกินกว่าที่จะผ่าตัดออกได้แล้ว ยังมักจะกระจายไปนอกตับหรือไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่นอกตับ จึงเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ยาก ส่วนมากผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอย่างรวดเร็วภายใน 6 เดือนหลังจากการวินิจฉัยโรค การเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงขึ้นอยู่กับสมรรถภาพการทำงานของตับ มีตับแข็งร่วมด้วยหรือไม่ ตำแหน่ง ขนาด การกระจายของมะเร็งมีมากน้อยเพียงไร แนวทางการรักษามีดังนี้

1. การรักษาห้วงหายขาด โดยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อตับรอบก้อนมะเร็งออก ถ้าขนาดของก้อนมะเร็งโตไม่เกิน 2 ซม. และมีมะเร็งก้อนเดียว มีเปลือกหุ้ม อยู่ภายในตับกลีบเดียว ปัจจุบันมีการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนตับด้วยการใช้ตับของผู้อื่น เช่น ตับของผู้ที่เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุหรือจากโรคอื่น แต่ตับยังอยู่ในสภาพดีสามารถนำมาเปลี่ยนให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งตับได้ แต่ก็เป็นวิธีที่ยุ่ยยาก ล้มเหลวบ่อยมาก และต้องอาศัยทีมแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ตับที่เปลี่ยนใหม่มีโอกาสอักเสบได้ก็จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเดิมกลับมาเป็นซ้ำใหม่

2. การรักษาพอประทังชีวิต เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งตับมิให้ก้อนมะเร็งโตขึ้นเร็วด้วยวิธีการต่างๆ ที่นิยม คือ การฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงตับ และการฉีดสาร Gel foam ที่มีขนาดเล็กเข้าไปอุดเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงเนื้อมะเร็งตับ หรือการฉีดแอลกอฮอล์เข้าไปทำลายก้อนมะเร็งตับโดยตรง สองวิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมที่สุด ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง และการฉายรังสีหรือยิงเลเซอร์ที่บริเวณก้อนมะเร็งตับมุ่งหวังให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายมากขึ้นไม่ได้ผลดีเนื่องจากมะเร็งตับดื้อต่อยาและรังสีรักษา

3. การรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วย ที่พบบ่อยที่สุดคือ ความเจ็บปวด ซึ่งพบประมาณร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วย โดยให้ยาบรรเทาปวดเพื่อให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานน้อยลง

ตลอดจนการให้ยาเจริญอาหาร วิตามิน และการรักษามะเร็งแทรกซ้อน เช่น ให้ยาขับปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยมีอาการบวม ท้องมาน และให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งตับ^{12,20,21}

ในการรักษามะเร็งตับมีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับดังนี้

1. ผู้ป่วยควรพยายามรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ ให้ได้แคลอรีเพียงพออย่างน้อย 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน เพื่อช่วยบำรุงร่างกายให้แข็งแรง มีความทนทานต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากมะเร็งตับ ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพียงเล็กน้อยแล้วมีอาการท้องอืดแน่นท้อง ก็ให้พยายามรับประทานอาหารบ่อยครั้งแต่ทีละน้อย โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนมาก เช่น นม ไข่ ถั่วต่างๆ เป็นต้น

2. หากมีอาการบวมที่ท้องหรือที่เท้า ควรรับประทานอาหารเค็มให้น้อยลง ดื่มน้ำพอควร ควรดื่มน้ำที่มีรสเค็มทุกชนิด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ยาซีเช็กโง่ เต้าเจี้ยวทลน กะปิฉั่ว ปลาร้า เป็นต้น

3. ไม่ดื่มสุรา เหล้า เบียร์ ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ และของมีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

4. รักษาความสะอาดของร่างกาย ระมัดระวังการติดเชื้อ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ

5. กินยาตามแพทย์สั่ง ให้ความร่วมมือและไว้วางใจแพทย์ในการรักษา

6. ควรลดภาระงานให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

7. ในระยะนี้ปลายของโรคควรพยายามผ่อนคลายความเครียดวิตกกังวล โดยการนั่งสมาธิวิปัสสนา ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้จิตใจและอารมณ์สงบได้ดีที่สุด พยายามฝึกให้มีสติรู้เท่าอารมณ์และความคิด การได้อยู่ใกล้ธรรมชาติ สนใจศาสนา ฝึกสมาธิเจริญสติ ให้มีปัญญาเห็นธรรมชาติของสรรพสิ่งจะช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลได้บ้าง และเสียชีวิตอย่างสงบ

การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับ^{12,20,23}

ในระดับบุคคล การป้องกันมะเร็งเซลล์ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับประชาชนทั่วไปสามารถทำได้โดยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

1. ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีโดยการฉีดวัคซีน

ป้องกันตั้งแต่วัยทารกและเด็กเล็ก ถ้าเด็กโตแล้วและไม่มีภูมิคุ้มกัน ก็ควรได้รับฉีดวัคซีนป้องกัน

2. หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจปนเปื้อนเชื้อราหรือสารอะฟลาทอกซินในธัญพืชต่างๆ

3. อย่าสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งใดๆ ของผู้อื่น หากจำเป็นให้สวมถุงมือ และไม่ใช้เข็มฉีดยา วัตถุมีคม แปรงสีฟันที่อาจปนเปื้อนเลือดร่วมกับผู้อื่น

4. ไม่รวมเพศกับผู้ที่ไม่ใช่คู่นอนปกติ หากจำเป็นต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

5. งดหรือลดดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6. หากเป็นโรคตับอักเสบบีหรือซีจากไวรัสตับอักเสบบีหรือซีหรือเป็นพาหะ ต้องไปรับการตรวจเป็นระยะกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง และได้รับการรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสม ในกรณีที่มีการอักเสบของตับหรือมีปริมาณเชื้อไวรัสสูง โดยใชยาที่เหมาะสม ซึ่งอาจป้องกันและชะลอไม่ให้ตับแข็งและมะเร็งตับได้ แม้ว่ายาจะมีราคาแพงแต่สามารถใช้สิทธิรักษาฟรีได้

7. กรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ ควรเฝ้าระวังเป็นระยะๆ โดยการตรวจเลือดและตรวจอัลตราซาวด์เพื่อหาหะเร็งตับระยะแรกทุก 6 เดือน โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกชนิดไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น จากแอลกอฮอล์ หรือโรคทางกรรมพันธุ์ ในกรณีที่ทราบว่ามีโรคตับแข็งร่วมด้วยจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงขึ้นจึงควรพบแพทย์และติดตามการรักษาเป็นระยะๆ บ่อยขึ้น

8. ผู้ที่มีความเสี่ยงควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงแวดล้อม เช่น สารอาหารและสารเคมีที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งดังกล่าวข้างต้น และควรดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบหมู่ พักผ่อน ออกกำลังกายพอเหมาะ และมีวิถีคลาเยศรียดอย่างเหมาะสม

9. ไม่รับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ที่อาจมีไข่พยาธิใบไม้ตับ เช่น ปลาน้ำจืดดิบ ก้อยปลา ปลาจืด ในกรณีที่พบว่ามียาพยาธิใบไม้ตับ จากการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิ หรือตรวจพบด้วยวิธีทางอิมมูโนวิทยา ให้กินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ คือ Praziquantel และต้องถ่ายอุจจาระลงส้วมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค

10. สำหรับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปัจจุบันยังไม่สามารถผลิตวัคซีนป้องกันไวรัสนี้ได้ ดังนั้นการป้องกันเพื่อไม่ให้ติดเชื้อทำได้โดยหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาหรือของมีคมร่วมกับผู้อื่น รวมถึง

การสักตามตัว การเจาะหู และต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อร่วมเพศกับผู้ที่ไม่ใช่คู่นอนปกติ

ผู้ที่มีภาวะไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังควรปฏิบัติตนดังนี้^{9,13,22,23}

1. งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาด เพราะสารดังกล่าวซ้ำเติมให้เซลล์ตับเกิดการอักเสบมากขึ้น

2. พบแพทย์เป็นระยะๆ (ทุก 3-6 เดือน) เพื่อตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสและร่องรอยการอักเสบของเนื้อตับ รวมทั้งตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหะเร็งตับในระยะเริ่มแรก

3. ผู้ที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดสูงและมีร่องรอยการอักเสบของเนื้อตับควรได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งมีทั้งยากินและยาฉีดเพื่อลดจำนวนของเชื้อไวรัสและลดการอักเสบของเนื้อตับ

3.1 ยาสำหรับรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ ยาที่ช่วยกระตุ้นภูมิร่างกายเพื่อทำลายไวรัส คือ Peg-Interferon เป็นยาฉีด และยาต้านไวรัสซึ่งมีหลายชนิด เช่น Lamivudine, Adefovir, Entecavir, Telbivudine, Tenofovir, Emtricitabine

3.2 ยาสำหรับรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ Peg-Interferon และ Ribavirin

การใช้ยาเหล่านี้ต้องใช้เวลานาน และต้องปรับเปลี่ยนตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

แม้ว่าในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์จะสามารถรักษาหรือเฝ้ายามะเร็งตับได้มากขึ้นก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงต่างๆ ซึ่งถือเป็นการรักษาที่ดีที่สุดยิ่งกว่าการรักษาใดๆ เพราะเมื่อเป็นโรคนี้อแล้ว โอกาสในการหายขาดอาจเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยหลายๆ ราย

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับสำหรับประเทศไทย²⁴

ประชาคมอาเซียนให้ความสำคัญต่อโรคมะเร็งซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของภูมิภาค ได้มีการประชุมกันหลายครั้ง เช่น การประชุมในวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่ Jakarta ประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งมีมติที่ประชุมให้ทุกประเทศในภูมิภาคนี้มีแผนการควบคุมโรคมะเร็งหรือที่เรียกว่า “Jakarta Call for Action on Cancer Control” โดยมีเนื้อหาคล้ายกับที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ คือ

1. การป้องกันและการค้นพบมะเร็งระยะเริ่มแรก (Prevention and Early Detection)

2. การวินิจฉัย รักษาโรค และดูแลแบบประคับประคอง (Diagnosis, Treatment and Palliative Care)

3. การเฝ้าระวังและวิจัย (Surveillance and Research)

ในประเทศไทย หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคเริมระดับประเทศ ประกอบไปด้วย 7 ยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคเริมระดับ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลกลางและวิเคราะห์ข้อมูลเริมระดับของประเทศ ซึ่งประกอบด้วยฐานข้อมูลระดับชุมชนและเชื่อมต่อเครือข่ายทั่วประเทศ มีฐานข้อมูลระดับโรงพยาบาล พัฒนาระบบการเชื่อมโยงและรวบรวมฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลการวิจัย เครื่องมือการวินิจฉัยและรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ค่ารักษาพยาบาล แนวทางเวชปฏิบัติด้านโรคเริมระดับ บุคลากรด้านการป้องกันควบคุมและรักษาโรค และส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูโรคเริมระดับระดับชาติ จัดทำข้อมูลให้ง่ายต่อการเข้าถึง เพื่อให้มีการนำไปอ้างอิงได้มากขึ้น ให้บริการข้อมูล จัดทำเว็บไซต์เพื่อเผยแพร่ โดยมีเป้าหมายคือ

1.1 มีข้อมูลสารสนเทศโรคเริมระดับของประเทศที่มีคุณภาพเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในทุกมิติของการป้องกันและควบคุมโรคระดับชาติ เพื่อใช้ในการบริหารโครงการอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความพึงพอใจให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสามารถเข้าถึงได้ง่าย

1.2 มีเครือข่ายสารสนเทศเชื่อมโยงทั้งในและต่างประเทศ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคเริม เพื่อเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเริมระดับ โดยให้ประชาชนรู้จักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค กำหนดและพัฒนายุทธศาสตร์ที่ป้องกันการเกิดเริมระดับ ทั้งเริมเซลล์ตับและเริมท่อน้ำดี รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเริมระดับ ได้แก่ การได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี อาหารที่มีสารก่อเริม แอลกอฮอล์ พยาธิใบไม้ตับ โดยมีเป้าหมายคือ

1. ให้ประชาชนมีความตื่นตัว มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. มีฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในระดับประชากร และสามารถนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายได้

3. มีรูปแบบและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมาะสมตามลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

4. มีบุคลากรที่มีทักษะในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ประชาชน

5. มีเครือข่าย เน้นร่วม ในการรณรงค์การป้องกันเริมระดับให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนของประเทศ

6. ประชาชนเข้าถึงและได้รับการป้องกันโรคโดยเฉพาะการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี รวมทั้งการมีพยาธิใบไม้ตับ ต้องไปรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดเริมระดับ จากข้อมูลของศูนย์บริการโลหิตสุภาภักดิ์ไทย พบว่าในช่วง พ.ศ. 2552-2557 พบการติดเชื้อในผู้บริจาคโลหิต 24,822 คน เมื่อส่งจดหมายแจ้งผลแล้ว มีผู้มาตรวจซ้ำและรับคำปรึกษาเพียง 16,841 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 ไม่มารับการปรึกษาร้อยละ 32.2²⁵ ซึ่งในรายที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเริมระดับขึ้น

7. ใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในการกำหนดมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

3. ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาเริมระดับระยะเริ่มแรก เพื่อค้นหาเริมในระยะก่อนเป็นเริมหรือเริมระยะแรก โดยมีระบบส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร มีเป้าหมายคือ

1. ประชาชนตระหนักถึงสัญญาณหรืออาการผิดปกติเบื้องต้น และรีบไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค

2. ประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและค้นหาเริมระดับระยะแรก

3. มีโครงการตรวจคัดกรองเริมระดับระดับชาติ

4. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึง และได้รับการตรวจคัดกรองเริมระดับอย่างทั่วถึง

5. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการค้นหาเริมระดับระยะแรก เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการหรือคัดกรองเริมในผู้ที่ยังไม่มีอาการ นำสู่การตรวจวินิจฉัยว่าเป็นเริมระดับหรือไม่

4. ยุทธศาสตร์การรักษาผู้ป่วยเริมระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยเริมสามารถเข้าถึงและได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ เพิ่มอัตราการอยู่รอด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการใช้ทรัพยากรเหมาะสม มีเป้าหมายคือ

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม

2. ประชาชนได้รับการวินิจฉัยและรักษาเริมระดับที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานสากล

3. เพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเริมระดับระยะเริ่มแรก เริมกลุ่มกล้ามเนื้อเฉพาะที่ และกลุ่มที่โรคกลับเป็นใหม่ ตลอดจนการแพร่กระจาย

4. สนับสนุนให้สถานพยาบาลมีบุคลากรด้านโรคมะเร็งตับอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ ตามศักยภาพของสถานพยาบาลระดับนั้นๆ

5. มีเครือข่ายและระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีประสิทธิภาพ

6. มีระบบส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ

7. มียา เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับรักษามะเร็งตับของประเทศ อย่างเพียงพอและเหมาะสม

8. สนับสนุนการสร้างศูนย์กลางและเครือข่ายฐานข้อมูลมะเร็งตับ และผลการรักษาระดับชาติ

9. สนับสนุนให้นำผลวิจัยทางคลินิกที่มีประโยชน์มาใช้งาน และนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ

10. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับแบบผสมผสาน

11. สนับสนุนการศึกษาความคุ้มค่าในการรักษามะเร็งตับด้วยกระบวนการต่างๆ

12. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการใช้แพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม โดยมีมาตรฐานความปลอดภัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมีเป้าหมายคือ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งตับสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะสุดท้าย เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง และเครือข่ายอย่างครอบคลุมครบวงจร

5. เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถ จัดตั้งการดูแลแบบประคับประคองได้

6. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เพื่อนำผลการวิจัยทั้งที่เป็นงานวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยประยุกต์ไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยง ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคและลดอุบัติการณ์การตายของโรคมะเร็ง รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายคือ

1. มีข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงและลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งตับ

2. มีผลงานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการป้องกัน คัดกรอง วินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกการรักษาโรค และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสม

3. มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และการคาดการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีของจังหวัดและประเทศโดยใช้ข้อมูลการติดเชื้อของผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกเป็นตัวแทนของประชากร²⁶ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและการดูแลประชากรหญิงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มาฝากครรภ์²⁷ เพื่อดูแนวโน้มการลดลงของโรค และการปรับแผนงานควบคุมโรค

4. มีการสร้างเครือข่ายการวิจัยทางโรคมะเร็งตับ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยเฉพาะในทวีปเอเชียที่มีปัญหาคล้ายประเทศไทยซึ่งมีการพัฒนาการควบคุมมะเร็งตับอย่างต่อเนื่อง เช่น สารบ่งชี้มะเร็งตับตัวใหม่ ได้แก่ Len culinaris agglutinin-reactive AFP (AFP-L3) ฯลฯ วิธีการรักษาใหม่ๆ ที่น่าสนใจคือการพบว่าการบำบัดด้วยวิตามินเค2 มีผลต่อการป้องกันมะเร็งเซลล์ตับ²⁸

5. มีการจัดสรรงบประมาณวิจัยโรคมะเร็งตับโดยเฉพาะและมีงบประมาณจากหลายแหล่งนอกเหนือจากงบประมาณแผ่นดิน งานวิจัยโรคมะเร็งควรมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยทั้งที่เป็นงานวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยประยุกต์ไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยง ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคและลดอุบัติการณ์การตายของโรคมะเร็งตับพร้อมทั้งการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7. ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เพื่อให้มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่มีคุณภาพ ถูกต้องเหมาะสม เพียงพอกับสถานการณ์ มีการพัฒนารูปแบบองค์กรที่เหมาะสมต่อการบริหารจัดการในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับชาติ และมีการพัฒนาแผนการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับลักษณะขององค์กรสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายคือ

1. มีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจเทคนิคและรูปแบบด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่มีคุณภาพถูกต้องเหมาะสม
3. มีการจัดองค์กรที่เหมาะสมกับศักยภาพ
4. มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งที่เหมาะสม เพียงพอ

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่เป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของประเทศไทย จึงต้องมีการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม

ในระดับบุคคล ควรมีการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนมีความรอบรู้เรื่องมะเร็งตับ รู้วิธีป้องกันตนเอง เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะอาหารที่อาจปนเปื้อนสารอะฟลาทอกซิน ไม่สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้อื่น สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่นอนปกติ งดหรือลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ ไม่กินอาหารพวกปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ หากเป็นโรคตับอักเสบบีหรือซีจากไวรัสตับอักเสบบีหรือซีหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ ต้องรับการตรวจรักษาหรือเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง หมั่นดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการกินอาหารที่มีประโยชน์ครบหมู่ พักผ่อน ออกกำลังกาย และมีวิถีชีวิตคลีนอย่างเหมาะสม

ในระดับประเทศ หน่วยงานสาธารณสุขควรมีแผนป้องกันและควบคุมมะเร็งด้วยยุทธศาสตร์ 7 ด้าน คือ สารสนเทศ การป้องกันการเกิดมะเร็ง การตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก การรักษาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค และการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับ

หากประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันดำเนินการตามยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมมะเร็งตับดังกล่าวข้างต้น ก็คงจะทำให้อัตราป่วยและอัตราตายจากมะเร็งตับของประเทศไทยลดลงในไม่ช้า ทำนองเดียวกับการควบคุมโรคเอดส์ซึ่งประเทศไทยทำสำเร็จมาแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Sharma V, Kerr SH, Kavar Z, Kerr DJ. Challenges of cancer control in developing countries: current status and future perspective. *Future Oncology* 2011;7:1213-22.
2. WHO Media Centre. Cancer. (Online) [Cited 2015 Mar 10] Accessed: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
3. Bartlett DL, Dibisceglie AM, Dawson LA. Cancer of the liver. In : DeVita VT, Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA. *Cancer principles & practice of oncology*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Wilkins & Wilkins, 2011.
4. Garcia A, Jemal A, Ward EM, et al. *Global cancer facts & figures 2007*. Atlanta, GA, American Cancer Society, 2007.
5. Kimman M, Norman R, Jan S, Kingston D, Woodward M. The Burden of Cancer in Member Countries of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012;13:411-20.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. มะเร็งโรคร้ายอันดับ 1 คร่าชีวิตคนไทย. <http://www.thaihealth.or.th/Content/26103-มะเร็งโรคร้ายอันดับ1คร่าชีวิตคนไทย>
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2556.
8. ThaiWebsites.com. Cancer Statistics, Liver Cancer and Bile Duct Cancer in Thailand. (Online) [Cited 2015 Mar 10] Accessed: <http://www.thaiwebsites.com/livercancer.asp>
9. ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, สุภณิดี นิเวตวงศ์, สุภาภรณ์ ศรีตั้งศิริกุล. รู้ทันโรคร้าย รู้ลึกเรื่องเปลี่ยนตับ. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2552.
10. ศูนย์โรคตับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เกร็ดความรู้เกี่ยวกับโรคตับ. (Online) [Cited 2015 Mar 10] Accessed: <http://www.livemurtingclub.com/center/knowledge/>
11. Srivatanakul P. Epidemiology of liver cancer in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2001;2:117-21.
12. ชุตินา ประมุขสินทรัพย์. โรคมะเร็งตับ. ใน: ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย. *ความรู้เรื่องโรคตับสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: สุภาวิฑฒนาการพิมพ์, 2544: 83-100.
13. ยง ภู่วรรณ, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์. จับเข่าคุยกันเรื่องไวรัสตับอักเสบบีภัยเงียบที่ป้องกันและรักษาได้. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2552.
14. เพ็ญเพชร เกียรติเสวี. มะเร็งตับ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2544.
15. Srivatanakul P, Sriplung H, Deerasamee S. Epidemiology of Liver Cancer: An Overview. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2004;5:118-25.
16. มูลนิธิตับแห่งประเทศไทย. โรคมะเร็ง. (Online) [Cited 2015 Mar 10] Accessed: <http://www.thailiverfoundation.org/th/cms/detail.php?id=30>

17. Cancer Research UK. Liver cancer risk factors. (Online) [Cited 2015 Mar 10] Accessed: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/liver-cancer/risk-factors>
18. บทบรรณาธิการ. โรคอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง 2555;32:1.
19. บทบรรณาธิการ. สารหนู (Arsenic) สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง 2555;32:141.
20. อาคม ชัยวิริยะวัฒนะ, เสาวคนธ์ สุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ์, วีรวุฒิ คูหะเปรมะ (บรรณาธิการ). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554.
21. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558. นนทบุรี: หจก.ภาพพิมพ์, 2558.
22. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2558. นนทบุรี: หจก.ภาพพิมพ์, 2558.
23. Lok ASF, Schiff ER. The dawn of a new era: transforming our domestic response to hepatitis B & C. *Journal of Family Practice*. 2010;59:S9-35.
24. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2560). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
25. ศิริรักษ์ สุภธีระชาติ, กัลยลักษณ์ คล้ายคล้าย, วิไลภรณ์ วงษ์กิติโสภณ. การศึกษาผลการติดตามผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อให้กลับมาตรวจซ้ำและให้คำปรึกษาของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. การประชุมวิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 23 เมื่อ 25-27 มี.ค.58 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ
26. Gharehbaghian A. An estimate of transfusion-transmitted infection prevalence in general population. *Hepat Mon* 2011;11:1002-3.
27. จันทรัตน์ เจริญสันติ. การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่เป็นโรคตับอักเสบบี. *พยาบาลสาร* 2557;40:177-85.
28. Wang CH, Wey KC, Mo LR, Chang KK, Lin RC, Kuo JJ. Current Trends and Recent Advances in Diagnosis, Therapy, and Prevention of Hepatocellular Carcinoma. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2015; 16:3595-604.
29. Saengdidtha B, Rangsin R. Roles of the Royal Thai Army Medical Department in supporting the country to fight against HIV/AIDS: 18 years of experience and success. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2005;88(Suppl 3):S378-87.

