

ลักษณะและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วิลพงษ์ พรหมน้อย¹, ภูมิพัฒน์ นริษที่ภูวพงษ์²

¹กลุ่มงานศัลยกรรม และ ²กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี 34160

Characteristics and Survival Rate of Cholangiocarcinoma Patients in Detudom Royal Crown Prince Hospital

Willpong Promnoy¹, Phumiphat Naritphunwaphong²

Department of ¹Surgery, and ²Primary Care Service, Detudom Royal Crown Prince Hospital, Ubonratchathani Province, Thailand, 34160

หลักการและวัตถุประสงค์: มะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งการศึกษาลักษณะของมะเร็งท่อน้ำดีที่ตรวจพบและการมีชีวิตรอดอยู่หลังการตรวจพบส่งผลต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีโอกาสที่จะมีชีวิตรอดอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษา

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยศึกษาย้อนหลัง (Longitudinal Analytic Study) ในช่วงระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2555 - 31 ธันวาคม 2558

ผลการศึกษา: พบว่าลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.98 วินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วย CT scan คิดเป็นร้อยละ 80.79 มีชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบมากที่สุดคือ Intrahepatic Cholangiocarcinoma (IHC) คิดเป็นร้อยละ 67.07 รองลงมาคือ Extrahepatic Cholangiocarcinoma (EHC) คิดเป็นร้อยละ 18.90 โดยที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีโอกาสที่จะมีชีวิตรอดอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาได้ถึง 1.15 เท่า

สรุป: ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีโอกาสที่จะมีชีวิตรอดอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาได้ถึง 1.15 เท่า ในช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 0.14-9.84 และมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาถึงร้อยละ 1.33

Background and Objective: Cholangiocarcinoma is a major public health problem in the Northeast of Thailand. The study of the characteristics of patients diagnosed with Cholangiocarcinoma and patients' lives after being diagnosed has affected the opportunity of treated patients to live longer than the patients without treatment.

Methods: Data collected from a retrospective study of medical records (Longitudinal analytic study) of patients diagnosed with Cholangiocarcinoma of Detudom Royal Crown Prince Hospital during the period of August 1, 2012 - December 31, 2015

Results: The study found that the characteristics of patients who had been diagnosed with Cholangiocarcinoma are most males which are 67.98% and diagnosed by CT scan of 80.79% The most common type was Intrahepatic Cholangiocarcinoma (IHC) of 67.07% while Extrahepatic Cholangiocarcinoma (EHC) was 18.90% only. The patients who were treated have more opportunity to survive longer than patients without treatment at 1.15 times.

Conclusion: Patients who received the treatment have more opportunity to survive longer than patients without treatment at 1.15 times at the assurance period. 95% is equal to 0.14 - 9.84 and has a chance to survive more than patients without treatments of 1.33%.

บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ¹ พบว่ามะเร็งตับพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านม² ในสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี 1 ต่อแสนประชากรต่อปี และการศึกษาของ Singal และคณะ³ พบอุบัติการณ์การเกิด Intrahepatic Cholangiocarcinoma เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในเพศหญิงที่อายุมากกว่า 60 ปี อุบัติการณ์การเกิดในฝั่งตะวันตกพบ 2 - 6 ต่อแสนประชากรต่อปี ในประเทศไทยพบ 5.5 ต่อแสนประชากรต่อปี ประเทศอิสราเอลพบ 7.3 ต่อแสนประชากรต่อปี สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาร่วมกันของหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลาและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2531-2534 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งตับมากที่สุดในจังหวัดขอนแก่นในเพศชายและหญิงเป็น 94.8 และ 39.4 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ และคาดว่าจะมีผู้ป่วยใหม่ราว 8,000 รายต่อปี ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับในขอนแก่นเป็นมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 89 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2 ในจังหวัดสงขลา ซึ่งพบชนิด Hepatocellular Carcinoma ถึงร้อยละ 96 และในกรุงเทพฯพบชนิด Hepatocellular Carcinoma ร้อยละ 71⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในจังหวัดขอนแก่นพบว่าโรคนี้เกิดในเพศชายมากกว่าหญิง คือ 135.4 และ 43.0 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ⁵ ซึ่งถือว่ามากที่สุดในโลก มะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ตอนใต้สุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอันดับต้นของโรคมะเร็งทั้งหมด จากสถิติข้อมูลโรคมะเร็งที่ทำการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2555, 2556 และ 2557 พบว่ามะเร็งท่อน้ำดีพบมากเป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง สาเหตุของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับกรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ จะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria of Opisthorchis Viverrini) ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและพบว่าการรับประทานอาหารหมักดองของชาวอีสาน เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม รวมทั้งปลาส้ม จะมีสาร N-Nitrosocompound และ Nitrosamines ช่วยเร่งให้เกิดมะเร็งได้เร็วขึ้น⁶ การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี

อย่างถูกต้อง (definite diagnosis) จะต้องใช้การอ่านผลชิ้นเนื้อยืนยัน แต่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนมากจะไม่สามารถผ่าตัดได้หรือผ่าตัดได้แต่ไม่ยอมผ่าตัด ดังนั้นการวินิจฉัยจึงใช้การวินิจฉัยจากผลอุลตราซาวด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทดแทนได้⁷ ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือผู้ป่วยไม่ยอมผ่าตัดเนื่องจากมีความเชื่อว่าการผ่าตัดมะเร็งตับไม่หายขาดทำให้ผู้ป่วยมีอายุหลังการวินิจฉัยที่สั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาลักษณะของมะเร็งที่ตรวจพบและการมีชีวิตอยู่หลังการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วิธีการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยนี้ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการและได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Longitudinal Analytic Study) มีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ค้นจากรหัส ICD 10 ; C221) เพื่อวิเคราะห์ความชุกในการเกิดโรคและเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตสะสมที่ 1-3 ปี ในช่วงระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2555-31 ธันวาคม 2558 มีจำนวนทั้งหมด 203 ราย โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ พิสัย Cumulative incidence, Risk ratio, Risk difference, Survival rate และ โคทส์แคร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.98 ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 67 ปี (mean±SD= 67.44±9.86) อายุมากที่สุด 91 ปี อายุน้อยที่สุด 42 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.44 เพศชายมีอัตราส่วนเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 2 ต่อ 1 ราย ซึ่งจากการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 อำเภอเดชอุดมมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 38.33, 31.29, 33.99 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ปี พบ 34.54 ต่อแสนประชากรต่อปี ในขณะที่ประชากรเพศชายมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าเพศหญิงในทุกปี มีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 2 ต่อ 1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อแสนประชากรในพื้นที่อำเภอเดชอุดม ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558

ปี พ.ศ.	ประชากร ณ 31 ธ.ค.ของทุกปี*		จำนวน (อัตราอุบัติการณ์ ต่อแสนประชากรต่อปี)		
	ชาย	หญิง	ชาย (121)	หญิง (61)	รวม (182)
2556	87,725	87,111	47 (53.58)	20 (22.96)	67 (38.33)
2557	88,193	87,616	35 (39.69)	20 (22.83)	55 (31.29)
2558	88,586	87,974	39 (44.03)	21 (23.88)	60 (33.99)

ที่มา : ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎรอำเภอเดชอุดม (ออนไลน์)

ด้านข้อมูลการวินิจฉัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่วินิจฉัยในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2555-31 ธันวาคม 2558 มีจำนวน 203 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วย CT scan จำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.79 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วย Ultrasound จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.21 จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วย CT scan จำนวน 164 ราย พบว่าอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคือ ปวดแน่นท้องร้อยละ 58.53 ตัวเหลืองตาเหลืองร้อยละ 30.49 และมีการตรวจพบโดยบังเอิญร้อยละ 10.98 ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบมากที่สุดคือ Intrahepatic

Cholangiocarcinoma (IHC) คิดเป็นร้อยละ 67.07 ซึ่งส่วนใหญ่พบเมื่อมีขนาด 5.1-10.0 ซม. คิดเป็นร้อยละ 58.65 ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบรองลงมาคือ Extrahepatic Cholangiocarcinoma (EHC) คิดเป็นร้อยละ 18.90 ซึ่งส่วนใหญ่พบที่ตำแหน่ง hilar คิดเป็นร้อยละ 88.89 มะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ยังไม่แพร่กระจาย คิดเป็นร้อยละ 71.34 หากมีการแพร่กระจายแล้วพบว่ามีมีการแพร่กระจายไปที่ช่องท้องมากที่สุดร้อยละ 16.46 และพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องโตมากกว่า 1 ซม. ร้อยละ 37.20 การประเมินการผ่าตัดจาก CT scan อย่างเดียว พบว่าสามารถผ่าตัดได้ร้อยละ 51.83 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 93.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีชีวิตอยู่จำแนกตามการรักษา (เฉพาะผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วย CT scan จำนวน 164 ราย)

การรักษา	ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	RR (95% CI)	Risk difference (%)
ผ่าตัด	1 (16.67)	6 (83.33)	1.15 (084.9-14.)	1.33
เคมีบำบัด	0 (0.00)	2 (100.00)		
PTBD	0 (0.00)	1 (00.001)		
รวมรักษา	1 (10.00)	9 (90.00)		
ไม่รักษา	13 (8.67)	137 (91.33)		
รวม	14 (8.75)	146 (91.25)		

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่วินิจฉัยด้วย CT scan จำนวน 164 รายนั้น สามารถติดตามข้อมูลการรักษาได้ 160 ราย ยังมีชีวิตอยู่ คิดเป็นร้อยละ 8.75 ในจำนวนผู้มีชีวิตอยู่ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รักษายังมีชีวิตอยู่คิดเป็นร้อยละ 8.67 โดยที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาได้ถึง 1.15 เท่า ในช่วงความเชื่อมั่น 95 % เท่ากับ 0.14-9.84 และมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาถึงร้อยละ 1.33

วิจารณ์

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในอำเภอเดชอุดม ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 เป็น 34.54 ต่อแสนประชากรต่อปี

และพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าเพศหญิงในทุกปี โดยมีสัดส่วนการเกิดในเพศชายต่อหญิงเป็น 2 ต่อ 1 ส่วนอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในทวีปอเมริกาเหนือเป็น 6.5 ต่อแสนประชากรต่อปี อุตสาหกรรมมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยพบมากที่สุดในจังหวัดขอนแก่น 85 ต่อแสนประชากรต่อปี ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้พบ 14.6, 14.4 และ 5.7 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี และมีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการพบมะเร็งท่อน้ำดีในเพศชายต่อหญิงเป็น 1:2.5 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 และ 70 ปี และอายุน้อยกว่า 40 ปี พบ 1:15⁶ มีการศึกษาพบว่าช่วงอายุที่พบมากที่สุด

คือ 70 ปี พบมากในเพศชาย⁷ สาเหตุที่พบมะเร็งท่อน้ำดีมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเนื่องจากสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria of Opisthorchis Viverrini) ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและพบว่าการรับประทานอาหารหมักดองของชาวอีสานเช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม รวมทั้งปลาส้ม ซึ่งมีสาร N-Nitrosocompound และ Nitrosamines จะเร่งให้เกิดมะเร็งได้เร็วขึ้น⁸⁻¹²

ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วย CT scan มากที่สุด และมีผู้ป่วยบางรายที่ทำแค่ Ultrasound เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีโรคไตเสื่อมทำให้ไม่สามารถทำ CT scan ได้ หรือผู้ป่วยไม่ต้องการทำการวินิจฉัยมากกว่านี้เนื่องจากอายุมากและไม่ต้องการเดินทางไปทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลอื่น ถ้าจะให้ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างถูกต้องจะต้องใช้การอ่านผลชิ้นเนื้อยืนยัน แต่ผู้ป่วยที่มาตรวจส่วนมากจะไม่สามารถผ่าตัดได้หรือผ่าตัดได้แต่ไม่ยอมผ่าตัด ดังนั้นจึงใช้การวินิจฉัยจากผลอุลตราซาวด์หรือเอกเรย์คอมพิวเตอร์ได้¹³ จากการศึกษาพบว่าอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคือ ปวดแน่นท้องร้อยละ 58.53 ตัวเหลืองตาเหลืองร้อยละ 30.49 และตรวจพบโดยบังเอิญร้อยละ 10.98 อาการปวดท้องเป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญจะพบในผู้ป่วยที่มีมะเร็งรุกรานมากแล้ว ส่วนอาการตัวเหลืองตาเหลืองพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิด EHC ส่วนมากจะพบในผู้ป่วยที่เป็นมาแล้ว ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ IHC ร้อยละ 67.07 ซึ่งส่วนใหญ่ตรวจพบก้อนมีขนาดใหญ่ 5.1 -10.0 ซม. ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบรองลงมาคือ EHC ร้อยละ 18.90 ซึ่งส่วนใหญ่พบที่ตำแหน่ง hilar ร้อยละ 88.89 และพบชนิด Combine ร้อยละ 14.03 สอดคล้องกับการศึกษาของ Luvira และคณะ¹⁴ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่ามะเร็งท่อน้ำดีชนิด IHC ร้อยละ 58.9 เป็นชนิด perihilar ร้อยละ 34.4 และเป็นชนิด distal ร้อยละ 6.7 ส่วนการศึกษาของ Boris และคณะ¹⁵ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเป็นชนิด IHC ร้อยละ 5-10 และชนิด EHC ร้อยละ 80-90 จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Khan และคณะ¹⁶ พบว่าอัตราการตายของมะเร็งท่อน้ำดีชนิด IHC มีแนวโน้มมากขึ้น ส่วนอัตราการตายจากชนิด EHC มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McGlynn และคณะ¹⁷ พบว่ามะเร็งท่อน้ำดีชนิด IHC มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นทั้ง 2 เพศ การศึกษานี้พบว่าการตรวจด้วย CT scan ส่วนใหญ่ยังไม่แพร่กระจายคิดเป็นร้อยละ 71.34 หากมีการแพร่กระจายพบว่าการแพร่กระจายไปที่ช่องท้องมากที่สุด รองลงมาคือ ตับ กระดูก และปอด

ตามลำดับ และพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องโตมากกว่า 1 ซม. ร้อยละ 37.20 มีการศึกษาของ Adachi และคณะ¹⁸ พบว่าความแม่นยำของการตรวจต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 ซม. ด้วย CT scan มีความถูกต้องเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตรวจพบเมื่อมะเร็งท่อน้ำดีมีขนาดใหญ่หรือลุกลามไปที่อื่นแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ ส่วนมากจะทำการรักษาแบบประคับประคอง และผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดได้ก็ไม่ยอมผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดได้ร้อยละ 51.83 แต่มีผู้ป่วยที่ยอมผ่าตัดเพียงร้อยละ 4.38 จากผู้ป่วยที่ตรวจพบทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีมีความรุนแรงน่ากลัว เช่น เป็นแล้วรอตาย รักษาไปก็ไม่หาย ผู้ป่วยมักจะแสวงหาการรักษาตามการรับรู้ประสบการณ์ของตนเองและผู้ใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาต่างๆ เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่ตัดสินใจในทันที หากแต่ขอกลับไปปรึกษากับญาติพี่น้องก่อน ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เห็นด้วยที่จะผ่าตัดและแนะนำให้เปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา เปลี่ยนสถานที่รักษา เปลี่ยนวิธีรักษา¹⁹ การศึกษานี้พบว่าอัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาได้ถึง 1.15 เท่า และมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาถึงร้อยละ 1.33 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดมีการศึกษาของ Luvira และคณะ¹⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ Supportive มี Median Overall Survival 4 เดือน และ 2-year survival ร้อยละ 8.1 เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ R0 Resection เท่านั้นที่มี 4- year Survival ร้อยละ 100 จากการศึกษาของ Buettner และคณะ²⁰ พบว่า Overall Survival เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ Palliative Procedure เป็น 8.7 เดือน กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดเป็น 7.8 เดือน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.23)

สรุป

จากการศึกษาพบข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าหญิง ซึ่งสาเหตุที่พบมะเร็งท่อน้ำดีมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเนื่องจากสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria of Opisthorchis Viverrini) ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและพบว่าการรับประทานอาหารหมักดองของชาวอีสานเช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม รวมทั้งปลาส้ม ซึ่งมีสาร N-Nitrosocompound และ Nitrosamines จะเร่งให้เกิดมะเร็งได้เร็วขึ้น⁸⁻¹² การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีอย่าง

ถูกต้องจะต้องใช้การอ่านผลชิ้นเนื้อยืนยัน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่ตัดสินใจในทันที หากแต่ขอกลับไปปรึกษากับญาติพี่น้องก่อน ดังนั้นการศึกษานี้พบว่าอัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีโอกาสที่จะมีชีวิตรอดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาได้ถึง 1.15 เท่า และมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รักษาถึงร้อยละ 1.33 ดังนั้นพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการรักษาที่ถูกต้องเมื่อมีการวินิจฉัยการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นการลดอัตราการเสียชีวิตจากป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีพระคุณในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ให้ที่ปรึกษาที่ให้คำปรึกษารวมไปถึงผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550-2557. เข้าถึงข้อมูล วันที่ 11 กรกฎาคม 2559. <http://service.nso.go.th/nso/web/service/service01.html>
2. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 14 กรกฎาคม 2559. <http://cca.in.th/main/index.php/cholangiocarcinoma/key-statistics>
3. Singal AK, Vauthey JN, Grady JJ, Stroehlein JR. Intra-hepatic cholangiocarcinoma--frequency and demographic patterns: thirty-year data from the M.D. Anderson Cancer Center. *J Cancer Res Clin Oncol* 2011; 137: 1071-8.
4. Vatanasapt V, Martin N, Sriplung H, Chindavijak K, Sontipong S, Sriamporn H, et al. Cancer incidence in Thailand 1988-1991. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1995; 4: 475-83.
5. Green A, Uttaravichien T, Bhudhisawasdi V, Charbanchachai W, Elkins DB, Marieng EO, et al. Cholangiocarcinoma in north east Thailand: A hospital-based study. *Trop Geogr Med* 1991; 43(1-2): 193-8.
6. American Cancer Society Statistics. Estimated New Cancer Cases and Deaths, 2007. [Accessed: April 11, 2008]. Available at <http://www.cancer.org/downloads/stt/CFF2007EstCSDths07.pdf>.
7. Shaib Y, El-Serag HB. The epidemiology of cholangiocarcinoma. *Semin Liver Dis* 2004; 24: 115-25.
8. Bhamarapavati N, Thamavit W, Vajrasthira S. Livers changes in hamsters infected with a liver fluke of man, *Opisthorchis viverrini*. *Am J Trop Med Hyg* 1978; 27: 787-94.
9. Flavell DJ, Lucas SB. Promotion of N-nitrosodimethylamine initiated bile duct carcinogenesis in the hamster by the human liver fluke, *Opisthorchis viverrini*. *Carcinogenesis*. 1983; 4: 927-30.
10. Thamavit W, Bhamarapavati N, Sahaphong S, Vastrasthira S, Angsubhakorn S. Effects of Dimethylnitrosamine on Induction of cholangiocarcinoma in *Opisthorchis viverrini*-Infected Syrian golden Hamsters. *Cancer Res* 1978; 38: 4634-9.
11. Thamavit W, Kongkanunt R, Tiwwech D, Moore MA. Level of *Opisthorchis infestation* and carcinogen dose-dependence of cholangiocarcinoma induction in Syrian golden hamsters. *Virchows Arch B* 1978; 54:52-8.
12. Haswell-Elkins MR, Satarug S, Elkins DB. *Opisthorchis viverrini* infection in Northeast Thailand and its relationship to cholangiocarcinoma. *J Gastroenterol Hepatol* 1992; 7: 538-48.
13. Khan SA, Davidson BR, Goldin RD, Heaton N, Karani J, Pereira SP, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: an update. *Gut* 2012; 61: 1657-69.
14. Luvira V, Nilprapha K, Bhudhisawasdi V, Pugkhem A, Chamadol N, Kamsa-ard S. Cholangiocarcinoma Patient Outcome in Northeastern Thailand: Single-Center Prospective Study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17: 401-6.
15. Bleachacz BR, Gores GJ. Cholangiocarcinoma. *Clin Liver Dis* 2008; 12: 131-50.
16. Khan SA, Taylor-Robinson SD, Toledano MB, Back A, Elliott P, Thomas HC. Changing international trends in mortality rates for liver, biliary and pancreatic tumours. *J Hepatol* 2002; 37: 806-13.
17. McGlynn KA, Tarone RE, El-Serag HB. A comparison of trends in the incidence of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 1198-203.
18. Adachi T, Eguchi S, Beppu T, Ueno S, Shiraishi M, Okuda K, et al. Prognostic Impact of Preoperative Lymph Node Enlargement in Intrahepatic Cholangiocarcinoma: A Multi-Institutional Study by the Kyushu Study Group of Liver Surgery. *Ann Surg Oncol* 2015; 22: 2269-78.
19. Chusri Kuchaisit, Siriporn Mongkoltawornchai, Nuanjan Taninsurat, Sarakjit Srimongkol. Care Management for Cholangiocarcinoma Patients. *Srinagarind Med J* 2005; 20: 190-6.
20. Buettner S, Wilson A, Margonis GA, Gani F, Ethun CG, Poultides GA, et al. Assessing Trends in Palliative Surgery for Extrahepatic Biliary Malignancies: A 15-Year Multicenter Study. *J Gastrointest Surg* 2016; 20: 1444-52.

