

บทที่ 1

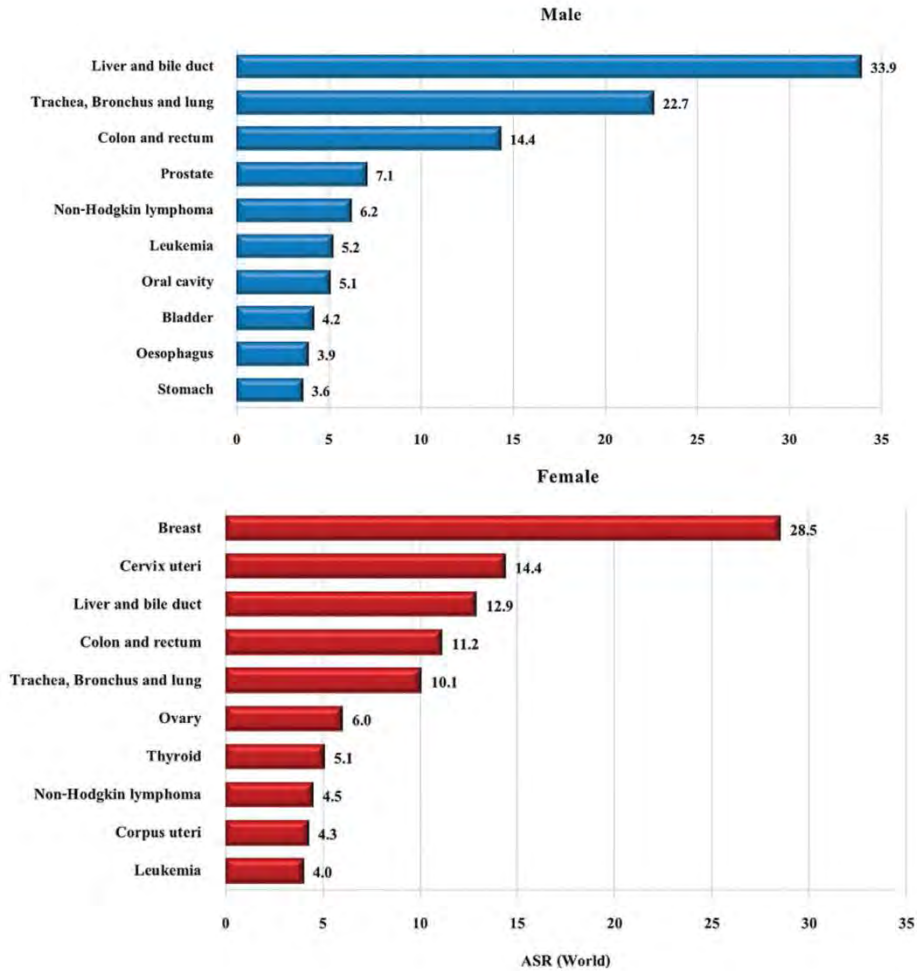
บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลกเป็นอันดับ 2 รองมาจากโรคหัวใจ จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 14 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากถึง 8.8 ล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 21.7 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านคน ทั้งนี้เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรในวัยสูงอายุ อัตราการเกิดน้อยและปัญหาจากประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น เช่น การมีวิถีชีวิตแบบชาวตะวันตก การสูบบุหรี่ อาหารเสี่ยง การไม่ออกกำลังกาย โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา มะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด รองลงมา ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ตามลำดับ ส่วนมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลกในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม รองลงมา ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ตามลำดับ อย่างไรก็ตามชนิดของโรคมะเร็งที่พบบ่อยจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศหรือภูมิภาค โดยเฉพาะระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศกำลังพัฒนามีประมาณ 7 ล้านคน หรือมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก โรคมะเร็งที่พบบ่อยในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา คือ มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว โรคมะเร็งที่พบบ่อยคือ มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งเต้านม ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมภายนอก เป็นต้น^(1,2)

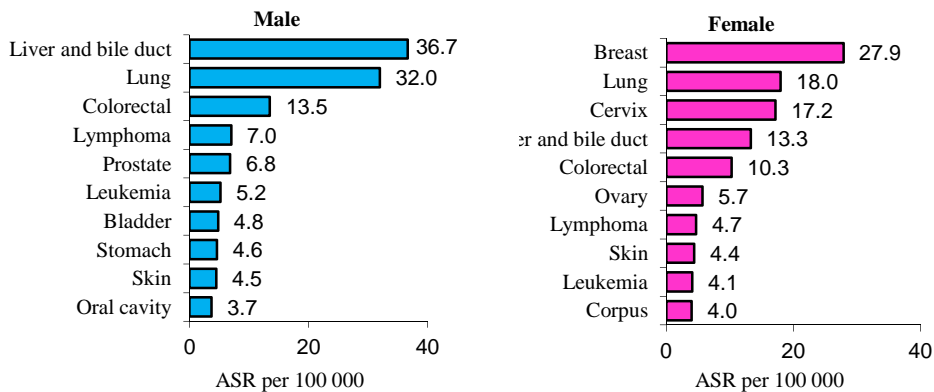
โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2541 เท่ากับ 48.7 รายต่อประชากร 100,000 ราย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันปี พ.ศ. 2558 คนไทยมีอัตราตายจากโรคมะเร็งเท่ากับ 113.7 รายต่อประชากร 100,000 ราย จำนวนประมาณ 70000 รายต่อปี หรือเท่ากับ 190 รายต่อวัน⁽³⁾ อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีผู้ป่วยใหม่จำนวน 112,392 ราย เป็นเพศชายจำนวน 54,586 ราย และเพศหญิงจำนวน 57,806 ราย อุบัติการณ์โรคมะเร็งในเพศชายเท่ากับ 153.6 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงเท่ากับ 123.8 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ช่วงอายุที่พบเป็นมะเร็งมากคือ เพศชาย 55-75 ปี เพศหญิง 45-65 ปี มะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย เพศชาย ได้แก่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โรคมะเร็งต่อมลูกหมากและ

โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ตามลำดับ ในเพศหญิง ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรคมะเร็งปอด ตามลำดับ⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย และเป็นอันดับสามในเพศหญิง

รูปที่ 1 สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย (Cancer in Thailand Vol.VIII)



รูปที่ 2 โรคมะเร็งที่พบมากในภาคเหนือ 10 อันดับแรกปีพ.ศ. 2551-2555



โดยทั่วไปแล้วโรคมะเร็งตับ แบ่งเป็น 2 ชนิดหลักๆ ได้แก่ โรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma: HCC) คือ เนื้องอกชนิดร้ายแรงของเซลล์ตับเอง และโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) คือมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อผนังของท่อน้ำดีซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อของถุงน้ำดีและ Papilla of vater นอกจากนี้อาจพบเซลล์ชนิดอื่นๆ อาทิเช่น Adenocarcinoma เป็นต้น ทั้งนี้มะเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดี มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน โรคมะเร็งเซลล์ตับมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะตับแข็ง การดื่มสุรา สารก่อมะเร็ง aflatoxin การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี เป็นต้น ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญพบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria of Opisthorchis viverrini) และจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี นอกจากนี้การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม และปลาต้ม จะมีสาร N-nitrosocompound และ Nitrosamines ซึ่งจะเร่งให้เกิดมะเร็งได้เร็วขึ้น^(5,6) แม้ว่าในปัจจุบันการวินิจฉัยและวิธีการรักษาโรคมะเร็งตับจะก้าวหน้าไปมากแต่โรคมะเร็งตับยังเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรคมะเร็งตับมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย และเป็นอันดับสองของคนทั่วโลกมาจากโรคมะเร็งปอด เนื่องจากโรคมะเร็งตับมีผลการรักษาไม่ค่อยดี ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะท้ายๆ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ปี พ.ศ. 2559 ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางพบว่า ร้อยละ 77 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มารับการรักษาเป็นระยะที่ 4 ซึ่งมีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ⁽⁷⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอัตราการรอดชีพต่ำ จากข้อมูลการศึกษาอัตราการรอดชีพโรคมะเร็งในภาคเหนือปี พ.ศ. 2546-2555 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในจังหวัดลำปางมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปีเพียงร้อยละ 4 ในเพศชายและร้อยละ 8 ในเพศหญิง⁽⁸⁾ สอดคล้องกับอัตราการรอดชีพโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีของประเทศไทยปี พ.ศ. 2548-2552 เฉลี่ยเพียงร้อยละ 7.8⁽⁹⁾ โรคมะเร็งตับจึงเป็นโรคที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในระยะเวลารวดเร็ว เกิดความสูญเสียและมีผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

จากสถิติโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานของมะเร็งตับและท่อน้ำดี อุบัติการณ์โรคมะเร็งเพศชายเท่ากับ 33.9 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิง เท่ากับ 12.9 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุดพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อุบัติการณ์โรคมะเร็งเพศชายเท่ากับ 44.1 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงเท่ากับ 18.5 ต่อประชากร 100,000 ราย) รองลงมาคือภาคเหนือ (อุบัติการณ์โรคมะเร็งเพศชายเท่ากับ 41.9 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิงเท่ากับ 15.8 ต่อประชากร 100,000 ราย) มากกว่าร้อยละ 50 เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ โดยเฉพาะภาคกลางและภาคใต้ของประเทศไทย ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบมาก

ที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือบางจังหวัด อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในภาคเหนือมีค่าอุบัติการณ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย⁽⁴⁾ สอดคล้องกับข้อมูลอุบัติการณ์ โรคมะเร็งในภาคเหนือช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่าโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชายและในเพศหญิง พบมากเป็นอันดับที่ 4 รองมาจากโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ในภาคเหนือทั้งหมด 14,238 ราย เฉลี่ยปีละ 2,848 ราย

เมื่อแยกตามจังหวัดในภาคเหนือทั้งเพศชายและหญิงพบมากที่สุดในจังหวัดแพร่ (เพศชาย อัตราอุบัติการณ์ = 77.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และ เพศหญิง อัตราอุบัติการณ์ = 28.2 ต่อประชากร 100,000 ราย) โดยเฉพาะพบมากที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ (เพศชาย อัตราอุบัติการณ์ = 77.8 ต่อประชากร 100,000 ราย และ เพศหญิง อัตราอุบัติการณ์ = 28.2 ต่อประชากร 100,000 ราย) เมื่อแยกประเภทชนิดของโรคมะเร็งตับตามการวินิจฉัยโรคพบว่าในภาคเหนือร้อยละ 49 เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 38 เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ และร้อยละ 13 เป็นเซลล์มะเร็งอื่นๆ⁽¹⁰⁾ และจากการศึกษาแนวโน้มของโรคมะเร็งตับในจังหวัดลำปาง พบว่าโรคมะเร็งตับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งเพศชายและหญิง โดยเฉพาะเพศชายมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี⁽¹¹⁾ ทั้งนี้อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับในเขตสุขภาพที่ 1 (8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน) เท่ากับ 28.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งสูงกว่าอัตราการตายโรคมะเร็งตับของประเทศไทย เท่ากับ 23.8 ต่อประชากร 100,000 ราย⁽²⁾

จากข้อมูลข้างต้นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีกำลังเป็นภัยคุกคามชีวิตของประชากรในภาคเหนือของประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาทางระบาดวิทยาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการศึกษาทางระบาดวิทยาจะแสดงข้อมูลสำคัญในการนำไปใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในคนไทยและเป็นแนวทางในการควบคุมโรคมะเร็งในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในด้านบุคคล สถานที่ และเวลา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระบาดวิทยาของโรคมะเร็งตับในภาคเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานทางสาธารณสุข สามารถทราบถึงการกระจายของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในเขตภาคเหนือ เป็นข้อมูลในการนำไปใช้ศึกษาปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง ตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน กำหนดทิศทาง ยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีของเขตบริการสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

1. หลักการศึกษาทางระบาดวิทยา
2. โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
3. ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับ

หลักการศึกษาระบาดวิทยา ⁽¹²⁾

การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล สถานที่และเวลา ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคในชุมชน เป็นการศึกษเกี่ยวกับระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยศึกษาเกี่ยวกับอัตราอุบัติการณ์ของโรค (Incidence rate) อัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) และอัตราการตาย (Mortality rate) ที่สัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆ ของบุคคล สถานที่และเวลา ทำให้ทราบถึงการกระจายของโรคในชุมชน มีประโยชน์ดังนี้คือ

1. ได้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชน สามารถเปรียบเทียบสภาวะของโรคต่างๆ ภายในประเทศและภายนอกประเทศ
2. ได้ข้อมูลสำคัญเป็นแนวทางในการวางแผน และประเมินผลการให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชน
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานในการสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

1.บุคคล

1.1 อายุ (Age) อายุเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่ศึกษาในทางระบาดวิทยา ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคและอายุมีประโยชน์โดยช่วยทำให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยที่จะเป็นสาเหตุของโรคและช่วยทำให้การเปรียบเทียบสภาวะของโรคในแต่ละชุมชนได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยทั่วไปมักจะหาอุบัติการณ์ของโรคตามอายุ (Age specific incidence rate) เพื่อเป็นดัชนีชี้บ่งว่ากลุ่มประชากรอายุใดที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากที่สุด เป็นแนวทางในการสืบสวนถึงสาเหตุของโรคและสาเหตุของการระบาดของโรคต่อไป ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างโรคและอายุ พบว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น

1.2 เพศ (Sex) ความแตกต่างของเพศ อาจมีผลต่ออัตราป่วยหรืออัตราการตาย เช่น เพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจาก ความแตกต่างเกี่ยวกับ Hormonal balance ในเพศชายและหญิง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความแตกต่างเกี่ยวกับนิสัยหรือพฤติกรรมของชายและหญิง เป็นต้น

2. สถานที่

ลักษณะของสถานที่อาจมีผลต่อการเกิดโรค การเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคสามารถเปรียบเทียบทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศจะทำให้เห็นความแตกต่างของการกระจายโรคในแถบต่างๆของโลก การเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์ของโรคในเขตต่างๆ ช่วยพิจารณาและค้นหาสาเหตุของโรค

3. เวลา

ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคในชุมชนกับเวลาช่วยบอกลักษณะการเกิดโรคในชุมชนว่ามีลักษณะแบบใด ส่วนมากศึกษาในโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงระยะยาว การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยๆเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหลายปีหรือเป็นสิบปี เช่น แนวโน้มของอุบัติการณ์ แนวโน้มอัตราตาย หรือแนวโน้มอัตราการรอดชีพ เป็นต้น

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี^(5,6)

1. โรคมะเร็งตับ

โรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma: HCC) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Hepatoma คือมะเร็งตับปฐมภูมิ ที่เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงของเซลล์ตัวเอง พบได้บ่อยในกลุ่มชาวแอฟริกาใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ จีน และญี่ปุ่น แต่พบน้อยในชาวอเมริกันและยุโรป

สาเหตุโรคมะเร็งตับ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ สัมพันธ์กับ cirrhosis, viral hepatitis B and C สารก่อมะเร็ง aflatoxin และ alcohol โรคทางพันธุกรรม เช่น hemochromatosis หรือ Wilson's disease เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงจากจุดเริ่มต้นจนกลายเป็นเซลล์มะเร็งนั้น จะผ่านขั้นตอนหลายระยะ เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็งตับ (Hepatic carcinogen) โดยสารมะเร็งจะก่อตัวกับ DNA แต่จะเกิดมะเร็งขึ้นหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายที่จะซ่อมแซม DNA หรือมีความต้านทานหรือดีต่อสารก่อมะเร็งมากน้อยเพียงใด

ลักษณะทางคลินิก

อาการส่วนใหญ่จะเป็นไปช้าๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกมักไม่มีอาการ หรืออาจมีจะมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ชัดเจน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับนั้นจะมาหาแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้วเสมอ ทำให้โอกาสที่จะรักษาโดยการผ่าตัดนั้นน้อยมาก อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่

1. อาการปวดท้องจะพบเสมอและเป็นอาการนำผู้ป่วยมาหาแพทย์ การปวดมีตั้งแต่ปวดเล็กน้อย (อาจเพียงจุกแน่นตื้อ) จนถึงปวดรุนแรง ตำแหน่งจะอยู่ที่ชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ อาจปวดร้าวไปบริเวณหัวไหล่ได้ อาการปวดอาจเป็นตลอดเวลาหรือปวดเป็นพักๆ อาการจะมากขึ้นถ้าหายใจแรงๆ หรือออกกำลังกาย

2. ก้อนบริเวณใต้ชายโครงหรือบริเวณยอดอก ผู้ป่วยจะมาหาแพทย์ด้วย มีก้อนบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณยอดอกและโตขึ้นเรื่อยๆ การตรวจร่างกายจะพบว่าตับเป็นก้อนนูนลักษณะเป็น non-uniform enlargement, nodular surface, hard or firm consistency บางครั้งมีอาการกดเจ็บได้

3. ไข้มักพบร่วมด้วยเสมอ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่ว่าตัวเองมีไข้ จะเป็นไข้ต่ำๆ แต่บางรายอาจมีไข้สูง 39–40 °C ลักษณะของไข้เป็นได้ทั้ง intermittent หรือ continuous fever

4. Hepatocellular failure ได้แก่ อาการตัวเหลือง ท้องมาน อาการของ hypertension อาจมาด้วยอาเจียนเป็นเลือด อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากตับไม่ทำงาน (hepatic encephalopathy) จะมีอาการมากขึ้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะที่มีตับแข็งร่วมด้วย

5. Systemic manifestation

5.1. Paraneoplastic syndrome พบได้ไม่บ่อยนัก จะพบได้บ่อยในกลุ่มมะเร็งตับในเด็กชนิด Hepatoblastoma มากกว่า HCC ในผู้ใหญ่

5.2. Hematologic change พบได้หลายรูปแบบเกิดจากผลของ Hepatocellular failure จากภาวะที่มีตับแข็งร่วมด้วย เช่นทำให้มีอาการซีด เลือดออกง่ายพบจ้ำเลือดตามตัวเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดา เป็นต้น

5.3. Deterioration of health สุขภาพทรุดลง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง

ระยะของโรคมะเร็งตับ

Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage IIIA	T3a	N0	M0
Stage IIIB	T3b	N0	M0
Stage IIIC	T4	N0	M0
Stage IVA	AnyT	N1	M0
Stage I	AnyT	Any N	M1

Primary tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
T1	Solitary tumor without vascular invasion
T2	Solitary tumor with vascular invasion or multiple tumors, none > 5 cm
T3a	Multiple tumors > 5 cm
T3b	Single tumor or multiple tumors of any size involving a major branch of the portal or hepatic vein
T4	Tumor(s) with direct invasion of adjacent organs other than gallbladder or with visceral peritoneum

Regional lymph nodes (N)

NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Regional lymph node metastasis

Distant metastasis (M)

M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

วิธีรักษามะเร็งตับ

1. การผ่าตัด (Surgical resection) สามารถรักษา HCC ที่หวังผลให้หายขาด (curative treatment) แต่มีประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วย HCC เท่านั้นที่อยู่ในสภาพเหมาะสมต่อการผ่าตัดรักษา ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยที่ศัลยแพทย์ต้องคำนึงถึงการวางแผนก่อนการผ่าตัด เช่น ขนาดของก้อนมะเร็งที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดมักไม่เกิน 5 เซนติเมตร อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าขนาดของก้อนมะเร็งไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการบอกพยากรณ์โรคเพียงอย่างเดียว บางครั้งพบว่าขนาดของมะเร็งที่มากกว่า 10 เซนติเมตรก็ยังเหมาะสมต่อการผ่าตัด โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย เพราะไม่มีการรักษาแบบบรรเทาชนิดอื่นที่ให้การรักษาที่ดีต่อมะเร็งก้อนใหญ่ๆได้ ข้อห้ามในการผ่าตัดมะเร็งตับ (hepatic resection) เมื่อพิจารณาก้อนมะเร็ง ได้แก่ โรคมะเร็งตับที่มีการแพร่กระจายไปยังเส้นเลือดสำคัญ เช่น main portal vein หรือ inferior vena cava หรือ right atrium มะเร็งที่แพร่ไปอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด ต่อมาน้ำเหลือง กระดูก เป็นต้น

2. การรักษาโรคมะเร็งตับโดยวิธี Radiofrequency ablation (RFA) ใช้ในกรณีที่ก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตร และน้อยกว่า 3 ตำแหน่ง ในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด (unsuitable of resection) หรือเพื่อรักษาระหว่างเปลี่ยนตับ (Bridging to transplantation)

3. เคมีบำบัดผู้ป่วย Hepatocellular carcinoma ที่มีโรคแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว หรือรายที่เป็น Locally advanced HCC ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการรักษาเฉพาะที่ (Regional Therapy) เช่น TACE หรือ SIRT (Selective Internal Radiation Therapy) ได้แต่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรง (Performance status ECOG 0-1) และการทำงานของตับดี (Child-Pugh A) แนะนำให้รักษาด้วย Systemic Therapy เช่น ยา Sorafenib หรือ ยาเคมีบำบัดในรายที่ไม่สามารถเข้าถึงยากกลุ่ม Sorafenib ได้

4. การฉายรังสี ในอดีตการฉายรังสีจากภายนอกสำหรับมะเร็งตับมีข้อจำกัด เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่ทนรังสีได้น้อย จากรายงานพบว่าการฉายรังสีทั้งหมดของตับ ตับสามารถทนปริมาณรังสีได้เพียง 30 Gy เท่านั้นทำให้ผลการรักษาทำได้เพียงแค่ประคับประคองในเวลาอันสั้น ต่อมาเทคนิคการฉายรังสีภายนอกแบบ 3 มิติ (3-dimensional conformal radiation therapy, 3D-CRT) ได้พัฒนาขึ้นและนำมาใช้ในการรักษามะเร็งตับโดยใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการทำ arterial chemotherapy จากการศึกษาพบว่าสามารถให้ปริมาณรังสีที่ตับขนาดสูงโดยจำกัดเนื้อที่ของตับปกติที่จะได้รับรังสีให้น้อยลงส่งผลให้การรักษาดีขึ้นร่วมกับมีผลข้างเคียงน้อยลง ข้อบ่งชี้ของการใช้รังสีรักษาเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการรักษาโรคมะเร็งตับได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ ที่มีจำนวนไม่เกิน 3 lesions หรือมีขนาดใหญ่ ที่มีข้อห้ามในการผ่าตัด, TACE, หรือ RFA เป็นต้น
2. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด, TACE RFA เป็นต้น
3. ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น TACE RFA เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่มี Pressure effect ที่ทำให้เกิด Portal vein thrombosis หรือมี obstructive jaundice ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยวิธี TACE และ Percutaneous ablation therapy ใช้ในการบรรเทาอาการเฉพาะที่อันเกิดจากการแพร่กระจายของโรคมะเร็งตับไปยังอวัยวะต่างๆ

2. โรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA) คือ มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อน้ำดีซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อบุผนังของถุงน้ำดีและ Papilla of Vater แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or peripheral type cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic type cholangiocarcinoma) มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma: ICC) เป็นโรคที่มักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma: HCC) เพราะตับโตและมีก้อนที่ตับ แต่โรคมะเร็งท่อน้ำดีนี้เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุท่อน้ำดีในตับ

สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดี

สาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่ทราบแน่ชัดว่าสารก่อมะเร็งเป็นอะไรเพียงแต่สันนิษฐานว่าอาการเกี่ยวข้องกับโรคของระบบทางเดินน้ำดี นิวในตับ (hepatolithiasis), Caroli's disease, primary sclerosing cholangitis หรือ biliary dysplasia แต่สาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยมีการศึกษาที่ชี้ชัดว่าเกิดจากพยาธิใบไม้ตับร่วมกับ N-Nitrosocompound และ Nitrosamines

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการไม่สบายในท้อง (Abdominal discomfort หรือ dyspepsia) ปวดใต้ซี่โครงขวา ปวดหลังและไหล่ หรือมีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย (fatigue) ,เบื่ออาหาร ,น้ำหนักลด หรือคลื่นไส้ อาการแสดงได้แก่ ตับโต ผอม

การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. การวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายพบอาการและอาการแสดงดังกล่าว เนื่องจากโรคนี้ไม่ค่อยมีอาการและอาการแสดงให้เห็นมากนักจนกว่าโรคจะลุกลามเป็นระยะสุดท้าย ซึ่งต่างจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับที่มักมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีไข้เข้ามาก่อน ผู้ป่วยจะมีอาการอึดอัด แน่นท้องและเบื่ออาหารร่วมกับน้ำหนักลด
2. ตรวจอัลตราซาวด์ตับและช่องท้องส่วนบน ซึ่งจะสามารถตรวจพบได้ค่อนข้างแม่นยำ
3. การตรวจการทำงานของตับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Alkaline phosphatase มีค่าสูง หากค่าของ Alkaline phosphatase สูงหลายๆ ครั้งติดต่อกัน ให้สงสัยว่าอาจมีพยาธิสภาพแฝงอยู่ ค่า AFP มักจะปกติ แต่ระดับของ CA 19-9 และ CEA จะสูง
4. การทำ Spiral CT หรือ MRI จะช่วยในการวินิจฉัยและช่วยในการทำแผนรักษา

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. การผ่าตัด การรักษาเพื่อให้หายขาดทำได้ด้วยการผ่าตัดเท่านั้น การผ่าตัดเนื้องอกออกและพบว่าตัดได้หมด (negative margin) เป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ ในปัจจุบันยังไม่มี definitive adjuvant regimen ที่จะทำให้อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วแต่ตัดออกไม่หมด ควรได้รับการดูแลแบบสหสาขาเป็นราย ๆ ไปเช่น การตัดเนื้องอกออก (additional resection), ablative therapy หรือการใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา
2. รังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ในกรณีที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือมีการหลงเหลือของเนื้องอกบริเวณขอบการ หรือให้รังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เป็นตัวเลือกในการรักษามะเร็งท่อน้ำดี ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

3. การรักษาประคับประคอง ผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจาย (Metastatic disease) การรักษาโดยวิธีประคับประคอง ยังคงเป็นวิธีที่ปลอดภัยและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเนื้องอกปฐมภูมิ แนะนำให้รักษาด้วยยาเคมีบำบัดเฉพาะผู้ป่วยมีโรคระยะแพร่กระจาย หรือระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง (Performance status ECOG 0-1) ถ้าผู้ป่วยมีร่างกายไม่แข็งแรง (ECOG 2-4) ควรพิจารณารักษาตามอาการ ได้แก่

3.1 Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) ในผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือปฏิเสธการผ่าตัด การระบายน้ำดีด้วยหัตถการนี้จะช่วยลดความทรมานจากการคั่งเนื่องจากการอุดตันของท่อน้ำดี ข้อบ่งชี้ในการทำ PTBD ดังนี้

3.1.1 Preoperative drainage เพื่อระบายน้ำดี เพื่อรักษาภาวะติดเชื่อในท่อน้ำดี และฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด

3.1.2 ระบายน้ำดีเพื่อรักษาภาวะติดเชื่อในท่อน้ำดี

3.2 Percutaneous biliary metallic stent placement เป็นการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ หัตถการนี้จะช่วยลดความทรมานจากการคั่ง เนื่องจากการอุดตันของท่อน้ำดีจะใส่ biliary stent ทันที หรือทำ PTBD ก่อนแล้วค่อยใส่ stent ก็ได้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื่อในท่อน้ำดีหรือไม่หลังใส่ stent แล้วมักคาสาย PTBD ไว้อีก 2 - 3 วัน เมื่อแน่ใจว่า stent ทำงานได้ดีจะไม่มีการติดเชื่อจากการใส่ stent แล้วจึงเอาสาย PTBD ออก

3.3 Portal vein embolization ทำเพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ในการผ่าตัด จะทำหลังการทำ PTBD จนภาวะติดเชื่อในท่อน้ำดีหมดไปแล้ว และค่า total bilirubin ลงมาเหลือไม่เกิน 5 mg/dL (ข้อบ่งชี้และข้อห้าม ตลอดจนวิธีการรักษาเหมือนกับ Hepatocellular carcinoma)

3.4 Radiofrequency ablation (RFA) เป็นการรักษาที่อาจพิจารณาทำในผู้ป่วย intrahepatic CCA ที่เป็น primary และขนาดเล็กที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ในผู้ป่วย Cholangiocarcinoma ที่มีเป้าหมายการรักษาเป็นการรักษาประคับประคอง

ระยะโรคมะเร็งท่อน้ำดี

Intrahepatic cholangiocarcinoma Staging (American Joint Committee on Cancer 2010)

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
Stage IVA	T4	N0	M0
	Any T	N1	M0
Stage IVB	Any T	Any N	M1

Primary tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma in situ (intraductal tumor)
T1	Solitary tumor without vascular invasion
T2a	Solitary tumor with vascular invasion
T2b	Multiple tumors, with or without vascular invasion
T3	Tumor perforating the visceral peritoneum or involving the local extrahepatic structures by direct invasion
T4	Tumor with periductal invasion

Regional lymph nodes (N)

NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Regional lymph node metastasis present

Distant metastasis (M)

M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Forman D และ คณะ (2014)⁽¹³⁾ รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งใน 5 ทวีปทั่วโลก พบว่า โรคมะเร็งตับพบเป็นอันดับ 5 ของโรคมะเร็งที่พบมากในเพศชายและเป็นอันดับ 9 ของโรคมะเร็งที่พบมากในเพศหญิงในเพศหญิง จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ทั่วโลกมีประมาณ 782,500 ราย พบในเพศชายเป็น 2 เท่าของเพศหญิง (ชายจำนวน 554,400 รายและหญิง 228,100 ราย) และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับทั่วโลกพบที่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ทั่วโลกอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับทั้งเพศชายและหญิงสูงสุดที่มณฑลจี๋ตง สาธารณรัฐประชาชนจีน (อัตราอุบัติการณ์ = 77.5 และ 26.1 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ร้อยละ 70-90 ของโรคมะเร็งตับทั่วโลกพบเป็นชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC), ส่วนมะเร็งท่อน้ำดี Cholangiocarcinoma (CCA) ทั่วโลกพบน้อยยกเว้นในบางภูมิภาค เช่น ประเทศไทย และบางประเทศในทวีปเอเชียที่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูง เนื่องจากมีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับสูง

Wong M.C.S และคณะ (2017)⁽¹⁴⁾ ศึกษาอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งตับแยกตามภูมิภาคทั่วโลก ปีค.ศ. 2012 พบว่า เพศชายทั่วโลกมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเท่ากับ 15.3 อัตราตายเท่ากับ 14.3 ต่อ ประชากร 100,000 ราย เพศหญิงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเท่ากับ 5.4 อัตราตายเท่ากับ 5.1 ต่อ ประชากร 100,000 ราย สูงสุดพบที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้งเพศชายและหญิง อัตราอุบัติการณ์ = 31.9 และ 10.2 ต่อ ประชากร 100,000 รายตามลำดับ) อับัติการณ์โรคมะเร็งตับ

ต่ำสุดในเพศชายพบในภูมิภาคเอเชียกลาง อัตราอุบัติการณ์ = 3.7 ต่อประชากร 100,000 ราย ส่วนเพศหญิงพบในภูมิภาคยุโรปเหนือ อัตราอุบัติการณ์ = 1.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ทั้งนี้ประเทศจีนและญี่ปุ่นมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับลดลงในเพศชายและหญิง แต่ประเทศไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเพิ่มขึ้นทั้งเพศชาย (AAPC = 6.4, 95% C.I. = 4.8, 8.1) และหญิง (AAPC = 5.8, 95% C.I. = 2.7, 8.9)

Luke C., Price T.& Roder D. (2010)⁽¹⁵⁾ ศึกษาาระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประชากรออสเตรเลียปีค.ศ. 1977-2007 พบว่า โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบร้อยละ 0.6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด ร้อยละ 71.3 เป็นเพศชาย ส่วนมากเป็นโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma ร้อยละ 73.9 รองลงมา ได้แก่ โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ร้อยละ 16.5 และเซลล์ชนิดอื่น ๆ ร้อยละ 9.7 แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 155.6 จากปี ค.ศ. 1977-1982 อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 1.8 เป็น 4.6 ต่อประชากร 100,000 ราย ในปี ค.ศ. 2003-2007

Acharya S.K. (2014)⁽¹⁶⁾ ศึกษาาระบาดวิทยาโรคมะเร็งเซลล์ตับในประเทศอินเดีย ปีค.ศ. 2006-2008 พบว่าในเพศชายมีค่าเฉลี่ยต่อปีของอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในประเทศอินเดียแยกตามจังหวัด มีช่วงตั้งแต่ 0.7-7.5 ต่อประชากร 100,000 ราย เพศหญิงมีช่วงตั้งแต่ 0.2-2.2 ต่อประชากร 100,000 ราย อัตราส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 4:1 โดยพบมากในคนที่มีความชุกอายุ 70-74 ปี

วีรุฒิมและคณะ (2558)⁽⁴⁾ ศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ในประเทศไทยทั้งหมดเฉลี่ยปีละ 18,917 ราย ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุช่วงอายุ 65-70 ปี พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงประมาณ 2.5 เท่า อัตราอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อัตราอุบัติการณ์ในเพศชาย เท่ากับ 33.9 ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง เท่ากับ 12.9 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุดพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เพศชายอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 44.1 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิง 18.5 ต่อประชากร 100,000 ราย) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (เพศชายอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 41.9 ต่อประชากร 100,000 ราย และ เพศหญิง 15.8 ต่อประชากร 100,000 ราย)

สมเกียรติ และคณะ (2557)⁽¹⁰⁾ ศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ในภาคเหนือทั้งหมด 14,238 ราย เฉลี่ยปีละ 2,848 ราย โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในเพศชาย ร้อยละ 24.1 และเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 4 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง ร้อยละ 9.8 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง โรคมะเร็งตับพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.4:1 โดยส่วนใหญ่พบมากในคนที่มีความชุกอายุ 70-74 ปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง

แต่อาจพบได้เล็กน้อยในคนที่มีอายุก่อน 35 ปี ค่าเฉลี่ยอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือ เพศชายมีค่าเท่ากับ 36.5 ต่อประชากร 100,000 ราย เพศหญิงมีค่าเท่ากับ 13.3 ต่อประชากร 100,000 ราย เมื่อแยกตามจังหวัดในภาคเหนือ เพศชายพบมากที่สุดในจังหวัดแพร่ (อัตราการอุบัติการณ์ = 77.8 ต่อประชากร 100,000 ราย) รองลงมาได้แก่ จังหวัดลำปาง ลำพูน เชียงใหม่ (อัตราการอุบัติการณ์ = 37.8, 33.2 และ 31.0 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงพบโรคมะเร็งตับมากที่สุดในจังหวัดแพร่ (อัตราการอุบัติการณ์ = 28.2 ต่อประชากร 100,000 ราย) รองลงมาได้แก่ จังหวัดลำปาง เชียงใหม่ ลำพูน และพิษณุโลก (อัตราการอุบัติการณ์ = 15.0, 11.3, 10.1 และ 7.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) ส่วนจังหวัดที่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่ำสุดทั้ง เพศชายและเพศหญิง คือ จังหวัดพิษณุโลก (อัตราการอุบัติการณ์ = 23.5 และ 7.8 ต่อประชากร 100,000 ราย) จังหวัดที่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่ำสุด คือ จังหวัดพิษณุโลก (อัตราการอุบัติการณ์ = 7.8 ต่อประชากร 100,000 ราย) เมื่อแยกประเภทของมะเร็งตับตามการวินิจฉัยจากผลพยาธิวิทยา พบว่า เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) ร้อยละ 37.7 และโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ร้อยละ 48.9 และเซลล์ชนิดอื่นๆร้อยละ 13.4

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลในพื้นที่เขตจังหวัดภาคเหนือ ทั้งหมดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงราย และจังหวัดพะเยา โดยเลือกข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา(Inclusion criteria) คือ ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับ (รหัส ICD O: C220-221) และมะเร็งท่อน้ำดี (รหัส ICD O: C240; C249) ช่วงปีพ.ศ. 2536 -2555 และบันทึกในฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงราย และพะเยา และคัดประชากรที่ไม่เข้าเกณฑ์ออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ไม่ทราบข้อมูลสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค และ วันที่วินิจฉัยเป็นมะเร็ง โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลัก ดังนี้

1.1 ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ 6 จังหวัดดังกล่าว จะถูกรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยข้อมูลจาก 5 จังหวัด ได้แก่จังหวัดลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงราย และพะเยา เจ้าหน้าที่ในพื้นที่จะทำการคัดลอกข้อมูล และส่งข้อมูลมายังหน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อบันทึกข้อมูล ยกเว้นข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์ทะเบียนมะเร็งเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเชียงใหม่ จะส่งข้อมูลมายังงานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อร่วมวิเคราะห์และสรุปรายงาน

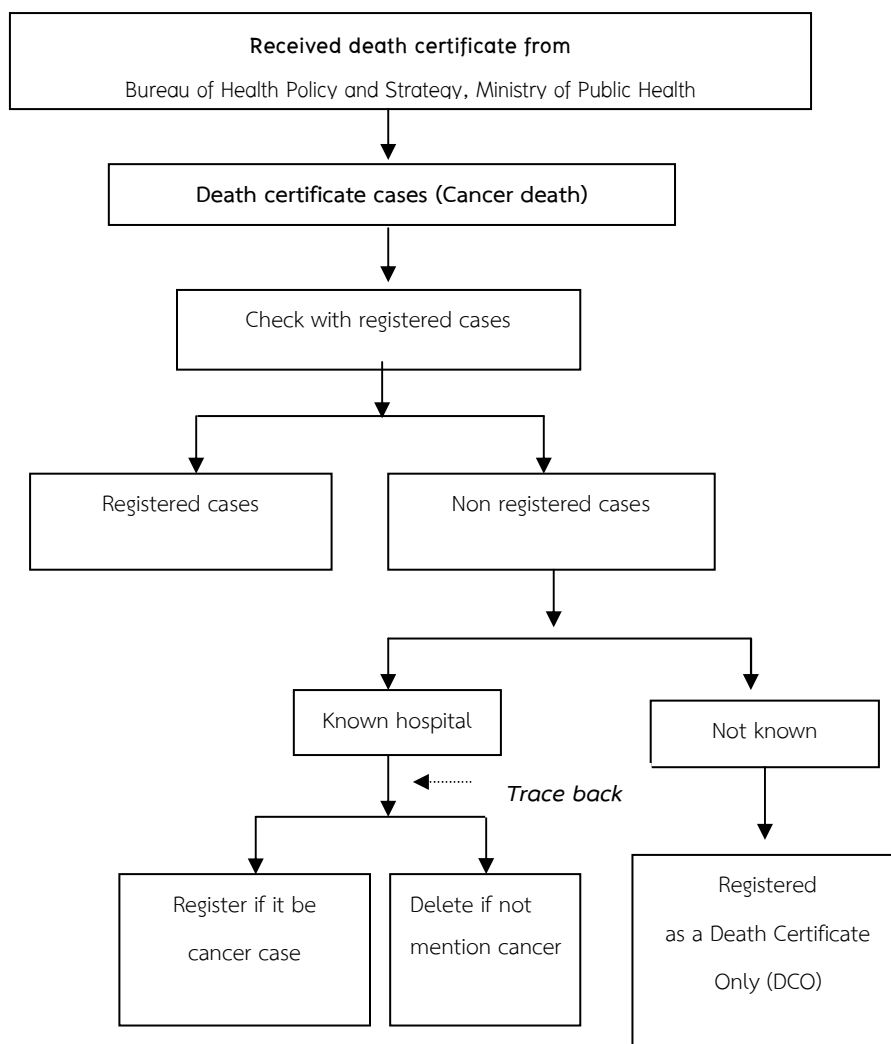
1.2 ข้อมูลรายงานการเสียชีวิตของประชากร เป็นการค้นหาข้อมูลโรคมะเร็งในกรณีที่ไม่พบข้อมูลจากโรงพยาบาล จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลจากรายงานการเสียชีวิต (ใบมรณบัตร) ของประชากรในพื้นที่ 6 จังหวัด เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุเคราะห์ข้อมูลรายงานการเสียชีวิต จากงานข้อมูลสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล ดังนี้ (รูปที่ 3)

- ก่อนการรวบรวมข้อมูลจะมีการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการคัดลอกข้อมูลลงในบัตรรายงานโรคมะเร็ง
- คัดลอกข้อมูลตามแบบรายงานโรคมะเร็ง (ภาคผนวก) ดังนี้
 - ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน เพศ อายุ ที่อยู่ วันเกิด สถานภาพ ศาสนา

- ถ้าไม่พบรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตในฐานข้อมูล จะส่งรายชื่อกลับไปยังโรงพยาบาลเพื่อค้นหาข้อมูลย้อนหลัง ถ้าไม่พบประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็ง ข้อมูลดังกล่าวจะถูกบันทึกในฐานข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้จากใบมรณบัตร

รูปที่ 4 กระบวนการรวบรวมข้อมูลโรคมะเร็งจากใบมรณบัตร



2 . การให้รหัสโรคมะเร็ง

ข้อมูลโรคมะเร็งที่รวบรวมจะมีการให้รหัสตำแหน่งโรคมะเร็งและผลพยากรณ์โดยใช้รหัสโรคมะเร็งมาตรฐานสากล (International code disease-Oncology; ICD-O, 3rd edition) และให้รหัสที่อยู่โดยใช้รหัส 6 หลักของกระทรวงมหาดไทย

3. การติดตามสถานะผู้ป่วย

การติดตามสถานะผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นส่วนที่สำคัญมากอย่างหนึ่งในการทำทะเบียนมะเร็ง ถ้ามีการติดตามสถานะครบถ้วนจะสามารถวิเคราะห์อัตราการอยู่รอดได้ การติดตามสถานะควรทำทุกรายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การติดตามสถานะผู้ป่วยอาจติดตามจากหลายๆ วิธี เช่น การตรวจสอบสถานะจากฐานข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย การติดตามสถานะผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน จากการรายงานใบมรณบัตร ข้อมูลสถานะผู้ป่วย ประกอบด้วย สถานภาพของผู้ป่วย(มีชีวิต/เสียชีวิต) วันที่ติดต่อครั้งสุดท้ายหรือวันที่เสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิต

4. การบันทึกข้อมูลโรคมะเร็ง

การบันทึกข้อมูลโรคมะเร็งใช้โปรแกรม Canreg 5 หากผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคมะเร็งมากกว่า 1 ตำแหน่ง (two primaries) จะลงทะเบียนมะเร็งรายใหม่สำหรับตำแหน่งนั้นๆ ส่วนในกรณีที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง อาจเป็นระยะก่อนลุกลาม (In situ) ก็จะลงทะเบียนไว้แต่ไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ หลังจากบันทึกข้อมูลครบถ้วนจะมีการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของบุคคลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยระดับวิทยาเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณครั้งนี้ คือจำนวนประชากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ จำนวน 6 จังหวัดภาคเหนือ ปีพ.ศ. 2551-2555 ที่คำนวณมาจากการคาดการณ์ประชากร (Estimated population) ในปีพ.ศ. 2551-2555 ประชากรจากการสำมะโนประชากรใน ปีพ.ศ. 2543 และ 2553 นำมาวิเคราะห์หาโดยใช้โปรแกรม Stata/SE version 14.1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ 2) การวิเคราะห์อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งแยกตามชนิดโรคมะเร็งตบและพื้นที่ ได้แก่ 2.1) อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งแบบหยาบ (Crude Incidence rates) คือ จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดในเพศที่ศึกษาต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในเพศที่ศึกษาในปีนั้น คูณด้วย 100,000 2.2) อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุ 5 ปี (Age-Specific rates) คือ จำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ระหว่างปี ต่อประชากร 1 แสนคน ในแต่ละกลุ่มอายุ 5 ปี ของผู้ป่วย 2.3) อัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age standardized incidence rate) โดยถ่วงน้ำหนักของอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุด้วยประชากรมาตรฐานโลก (ผลรวมของประชากรมาตรฐานโลกทุกกลุ่มอายุเท่ากับแสนคน)

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่ต่างๆทั่วโลก และ 2.4) อัตราส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งรายอำเภอเทียบกับค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ของจังหวัดนั้นๆ (Standard incidence ratio; SIR)

วิธีคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละภาคและประเทศไทย

เนื่องจากในช่วงปี 2551-2555 มีทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในภาคเหนือที่เก็บข้อมูลอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้อยู่ 6 ทะเบียน ได้แก่ ทะเบียนมะเร็งจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงรายและพะเยา จึงได้ใช้ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งเหล่านี้ในการคำนวณอัตราคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทย แต่เนื่องจากอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดต่างๆ ทั้งภาคไม่ได้มีค่าเท่ากันทั้งหมด การจะนำอัตราอุบัติการณ์ของโรคจากทะเบียนต่างๆ เหล่านี้มาใช้โดยตรง จึงมีความคลาดเคลื่อนเบี่ยงเบนไปจากค่าเฉลี่ยของภาคนั้นๆ ในที่นี้จึงได้ปรับค่าอัตราอุบัติการณ์ของทะเบียนมะเร็งต่างๆ ไปเป็นอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ยของภาคเหนือ เสียก่อน โดยถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วนการตายจากโรคมะเร็งที่มีรายงานจากจังหวัดต่างๆ ในภาคนั้นๆ ตามขั้นตอนดังนี้

1. หาจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในภาคนั้น โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยรวมในจังหวัดที่มีทะเบียนมะเร็งจำแนกตามกลุ่มอายุ คูณด้วยสัมประสิทธิ์ของกลุ่มอายุนั้นๆ และสัดส่วนระหว่างประชากรของภาคนั้นหารด้วยประชากรรวมของจังหวัดที่มีทะเบียนมะเร็ง จำแนกตามกลุ่มอายุ

$$NR_j = (\sum_i N_{ij}) \times C_j \times (PR_j / P_{ij}) \quad (i = \text{จังหวัด})$$

$$N = \text{จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น}$$

$$N_{ij} = \text{จำนวนผู้ป่วยรวมในแต่ละจังหวัดจำแนกตามกลุ่มอายุ}$$

$$C_j = \text{สัมประสิทธิ์ความต่างระหว่างอัตราตายของจังหวัดจากค่าเฉลี่ยของภาค}$$

(สำหรับการศึกษานี้มีค่าเท่ากับ 1)

$$PR_j = \text{ประชากรรวมในภาคนั้นจำแนกตามกลุ่มอายุ}$$

$$P_{ij} = \text{ประชากรในจังหวัดนั้นจำแนกตามกลุ่มอายุ}$$

2. คำนวณอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุ 5 ปี (age-specific incidence rate) ของภาคนั้น โดยหารจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีในภาคนั้นด้วยจำนวนประชากรของภาคนั้นตามกลุ่มอายุ 5 ปี โดยทำเป็นหน่วยต่อประชากรแสนคน

$$ASIRR_j = (NR_j / PR_j) \times 100,000$$

ASIR = อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุ 5 ปี (age-specific incidence rate)

3. คำนวณอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age standardized incidence rate) โดยถ่วงน้ำหนักของอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุด้วยประชากรมาตรฐานโลก (ผลรวมของประชากรมาตรฐานโลกทุกกลุ่มอายุเท่ากับแสนคน) แล้วรวมผลทั้งหมดเข้าด้วยกัน

$$ASRR = \sum_j (ASIRR_j / W_j)$$

ASR = อัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age standardized incidence rate)

คำจำกัดความทางสถิติโรคมะเร็ง

อุบัติการณ์โรคมะเร็ง คือ จำนวนของผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร แยกตามชนิดของโรคมะเร็งในแต่ละปี โดยทั่วไปมีหน่วยการรายงานเป็นอัตราอุบัติการณ์ต่อแสนประชากร

ช่วงอายุ คือ การจัดกลุ่มอายุของผู้ป่วยโดยทั่วไปนิยมรายงานทุกช่วง 5 ปี เช่น 5-9 ปี คือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 5- 9.99 ปี เป็นต้น

อัตรา คือ อัตราที่ใช้ในการคำนวณนี้เป็นการแยกระหว่างผู้ชายและผู้หญิงต่อประชากร 1 แสนคน ถ้าข้อมูล 1ปี ถูกวิเคราะห์นั้นแสดงถึงการคำนวณจำนวนรายต่อประชากร 1แสนคน ในปีนั้นๆ

Crude Incidence rates คือ จำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ระหว่างปีต่อประชากร 1 แสนคน Crude Incidence rates จะถูกคำนวณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดในเพศที่ศึกษาต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในเพศที่ศึกษาในปีนั้น คูณด้วย 100,000 วิธีนี้อาจไม่เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบของอัตราป่วยซึ่งมีความแตกต่างของพื้นที่ต่างๆ ถ้าโครงสร้างของอายุของประชากรมีความแตกต่างกัน

Age-Specific rates เป็นจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ระหว่างปีต่อประชากร 1 แสนคน แบ่งตามเพศ ตำแหน่งของโรคมะเร็ง และช่วงอายุของผู้ป่วยที่สนใจคำนวณ ดังนั้น Age-Specific rates ถูกคำนวณโดยการแบ่งจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละปีตามกลุ่มและเพศของประชากรใน 1 แสนคน

Age- standardized Incidence Rates (ASR) คือ อัตราอุบัติการณ์ที่ใช้โครงสร้างของมาตรฐานอายุ โดยใช้มาตรฐานประชากรโลก(World standardized incidence rate) ในการคำนวณค่าอุบัติการณ์ มีหน่วยอัตราต่อจำนวนประชากร 1 แสนคน อัตราอุบัติการณ์ปรับตามมาตรฐานของประชากรโลกมีความเหมาะสมและสามารถใช้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่ต่างๆทั่วโลก

Histologically Verified Percentage (% HV) คือ ร้อยละของข้อมูลที่มีผลพยาธิวิทยาหรือเซลล์วิทยาจากไขกระดูกและเลือด

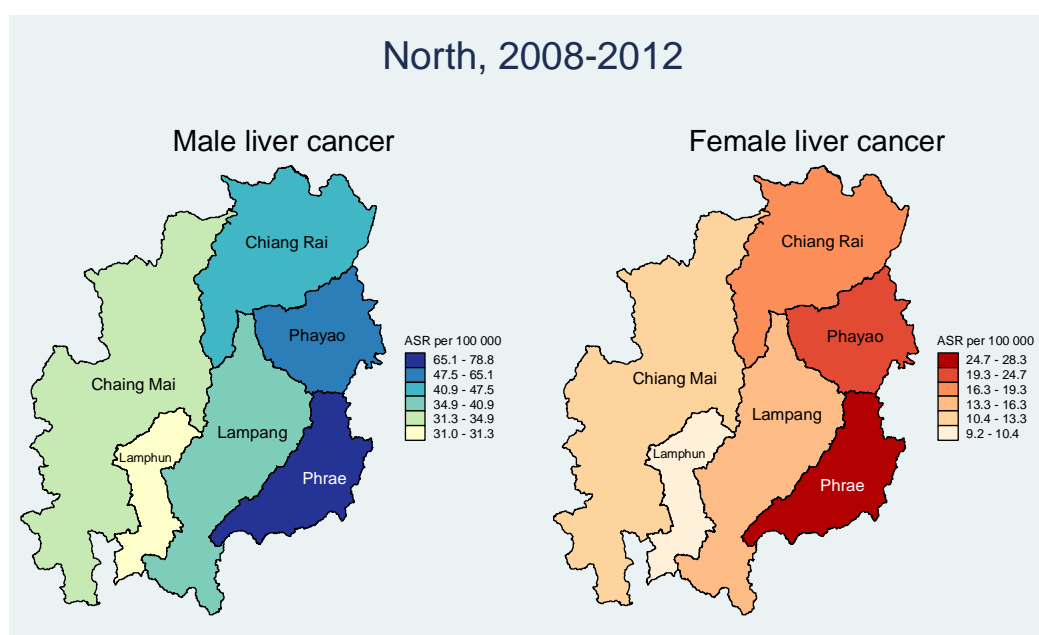
บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

4.1 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับในภาคเหนือของประเทศไทย

การศึกษาทางระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับในภาคเหนือของประเทศไทยจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากร 6 จังหวัด ปีพ.ศ. 2551-2555 พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ มีจำนวน 10,500 ราย แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 7,344 ราย เท่ากับร้อยละ 69.94 และเพศหญิง จำนวน 3,156 ราย เท่ากับร้อยละ 30.06 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ในภาคเหนือเฉลี่ย 2,100 ราย อัตราส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.3 ต่อ 1 อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาพรวมของภาคเหนือ เพศชายเท่ากับ 37.25 ต่อประชากร 100,000 รายและเพศหญิงเท่ากับ 14.5 ต่อประชากร 100,000 รายอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับทั้งเพศชายและเพศหญิงสูงสุดพบที่จังหวัดแพร่ (เพศชายเท่ากับ 78.78 และเพศหญิงเท่ากับ 28.29 ต่อประชากร 100,000 ราย) อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับทั้งเพศชายและหญิงต่ำสุดพบที่จังหวัดลำพูน (เพศชายเท่ากับ 31.01 และเพศหญิงเท่ากับ 9.22 ต่อประชากร 100,000 ราย) (ตารางที่ 1 และรูปที่ 5-6)

รูปที่ 5 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2551-2555

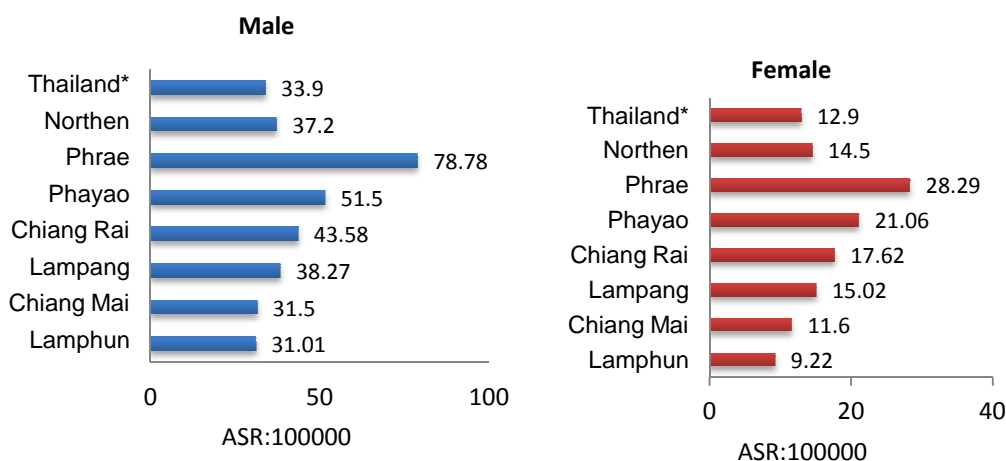


ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย และอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับต่อประชากร 100,000 รายในภาคเหนือ

Regions	sex	ปี 2536-2540		ปี 2541-2545		ปี 2546-2550		ปี 2551-2555	
		Cases	ASR	Cases	ASR	Cases	ASR	Cases	ASR
Chiang Mai	Male	750	20.61	723	18.01	1311	27.78	1745	31.5
	Female	363	10.13	299	7.14	556	10.97	723	11.6
Lampang	Male	540	27.97	755	33.66	956	37.08	1140	38.27
	Female	277	13.76	360	15.34	395	13.99	500	15.02
Lamphun	Male	NA	NA	198	16.45	343	25.56	450	31.01
	Female	NA	NA	67	5.57	123	8.79	163	9.22
Chiang Rai	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1741	43.58
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	771	17.62
Phrae	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1343	78.78
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	555	28.29
Phayao	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	925	51.5
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	444	21.06
Northern	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7,343	37.2
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3,157	14.5

ASR: ต่อประชากร 100,000 ราย

รูปที่ 6 อุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับในภาคเหนือ ปีพ.ศ. 2551-2555



*from Cancer in Thailand Vol III, 2010-2012

4.1.1 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือแบ่งตามกลุ่มอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโรคมะเร็งตับในภาคเหนือแบ่งตามกลุ่มอายุปี พ.ศ.2551-2555 ในภาพรวมเพศชายมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 80-84 ปี ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงที่สุดได้แก่กลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม มะเร็งตับอาจพบได้ในคนกลุ่มอายุก่อน 30 ปี และเริ่มพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 รายในภาคเหนือแยกตามกลุ่มอายุ ปีพ.ศ. 2551-2555

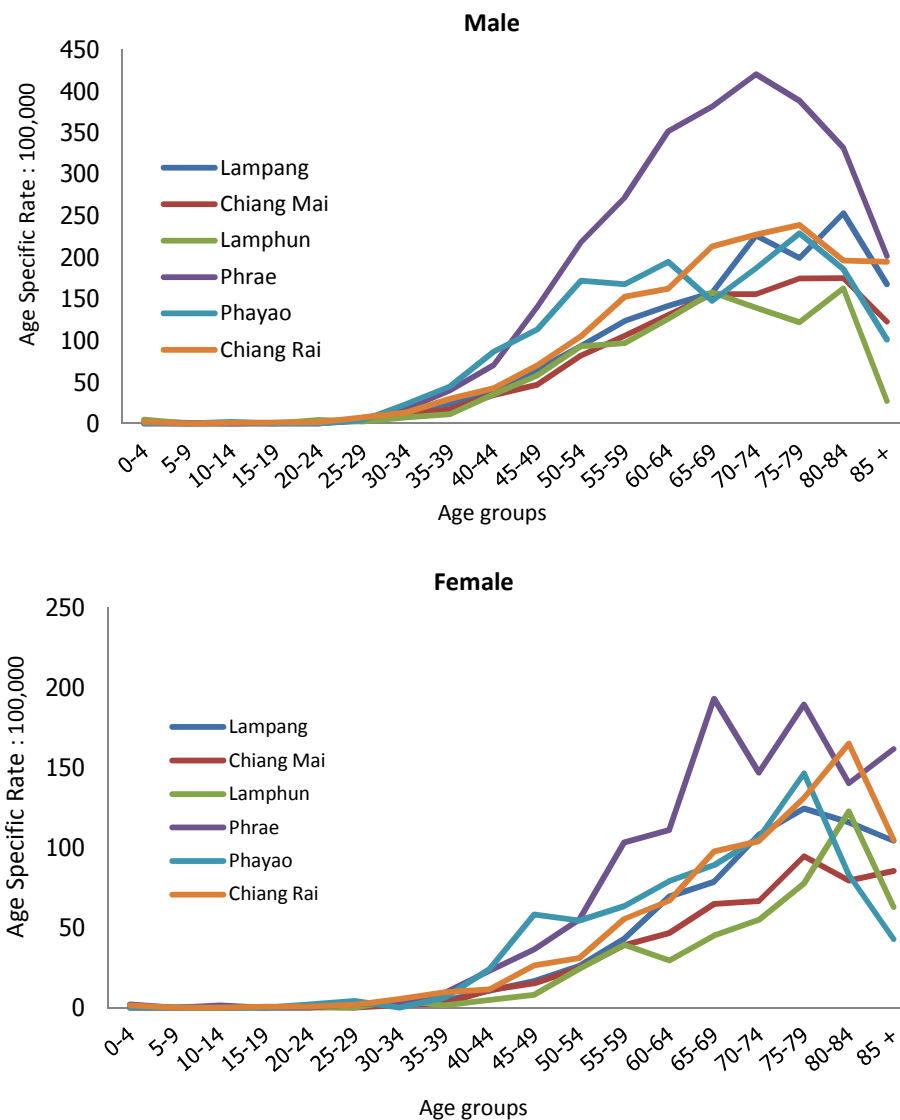
Age groups (year)	Male		Female	
	Cases	Age Specific Rate	Cases	Age Specific Rate
0-4	9	1.54	3	0.54
4-9	1	0.15	0	0
10-14	4	0.51	1	0.13
15-19	6	0.66	2	0.23
20-24	9	1.1	5	0.63
25-29	35	4.46	7	0.92
30-34	98	12.46	26	3.29
35-39	201	24.68	45	5.3
40-44	399	44.12	125	12.46
45-49	732	70.28	258	22.49
50-54	1138	110.34	353	31.64
55-59	1219	142	480	52.56
60-64	1026	169.46	411	64.52
65-69	805	191.26	406	90.92
70-74	700	211.91	354	94.82
75-79	553	212.6	375	121.16
80-84	299	205.51	206	112.4
85 +	110	138.31	99	89.93

Age Specific Rate: ต่อประชากร 100, 000 ราย

อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับรายจังหวัดในภาคเหนือแยกตามกลุ่มอายุ ในเพศชาย จังหวัดแพร่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-74 ปี ค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 420.12 ต่อประชากร 100,000 ราย จังหวัดพะเยาและเชียงรายมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงที่สุดในกลุ่มอายุ

75-79 ปี ค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 228.67 และ 238.77 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ จังหวัดลำปาง เชียงใหม่ และลำพูน มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี ค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 252.84, 174.8 และ 162.45 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ สำหรับเพชรบูรณ์ จังหวัดแพร่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงสุดในกลุ่มอายุ 65-69 ปี มีค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 192.94 ต่อประชากร 100,000 รายจังหวัดพะเยา ลำปาง และ เชียงใหม่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี ค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 146.27, 124.37 และ 94.5 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ ส่วนจังหวัดเชียงรายและ ลำพูนมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี ค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 164.87 และ 122.51 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ (รูปที่ 8)

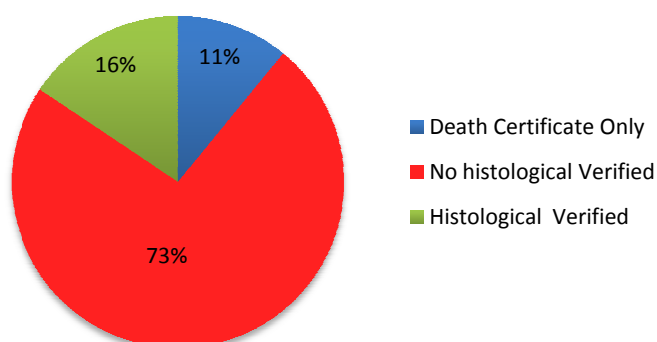
รูปที่ 7 อุตบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือแยกตามกลุ่มอายุปี พ.ศ. 2551-2555



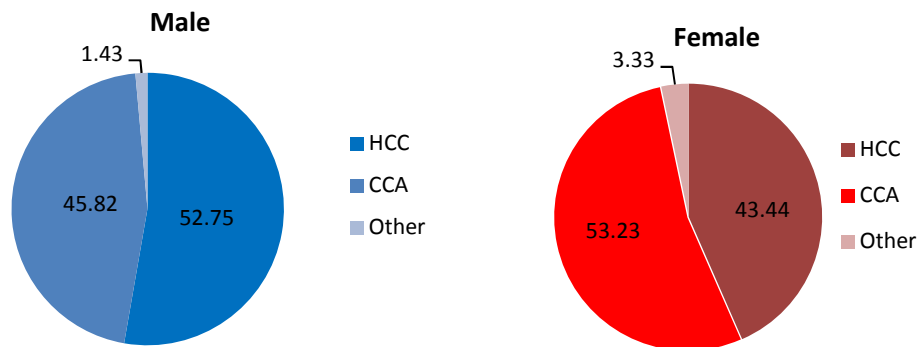
4.1.2 จำนวนและอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือแยกตามชนิด

ผลการวิเคราะห์จำนวนและอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือจำนวน 6 จังหวัด จากการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับด้วยวิธีซักประวัติ ตรวจร่างกายและรังสีวินิจฉัย (No Histological verification) เท่ากับร้อยละ 73 และจากผลตรวจทางพยาธิวิทยาจากชิ้นเนื้อและเซลล์ (Histological verification) ที่ร้อยละ 16 เมื่อแยกตามชนิดของโรคมะเร็งตับพบว่า เพศชาย ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) จำนวน 3,874 ราย เท่ากับ ร้อยละ 52.75 รองลงมาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) จำนวน 3,365 ราย เท่ากับ ร้อยละ 45.82 และโรคมะเร็งตับชนิดเซลล์อื่นๆ จำนวน 105 ราย เท่ากับร้อยละ 1.43 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงส่วนใหญ่พบเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) จำนวน 1,860 ราย เท่ากับร้อยละ 53.23 รองลงมาเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) จำนวน 1,371 ราย เท่ากับร้อยละ 43.44 และโรคมะเร็งตับชนิดเซลล์อื่นๆ จำนวน 105 ราย เท่ากับร้อยละ 3.33 ตามลำดับ เพศชายมีสัดส่วนโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) มากกว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ตรงกันข้ามในเพศหญิงกับพบสัดส่วนของโรคมะเร็ง ท่อทางเดินน้ำดีมากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ ส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับในเพศชายเท่ากับ 22.22 และเพศหญิงเท่ากับ 7.0 ต่อประชากร 100,000 ราย อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีใน เพศชายเท่ากับ 18.84 และเพศหญิงเท่ากับ 8.43 ต่อประชากร 100,000 ราย(รูปที่ 8 และ 9)

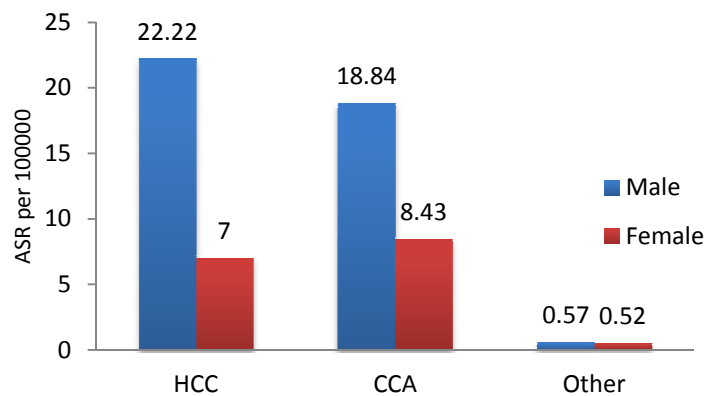
รูปที่ 8 โรคมะเร็งตับในภาคเหนือแยกตามวิธีการวินิจฉัยปี พ.ศ. 2551-2555



รูปที่ 9 โรคมะเร็งตับในภาคเหนือแยกประเภทตามชนิดปี พ.ศ. 2551 - 2555

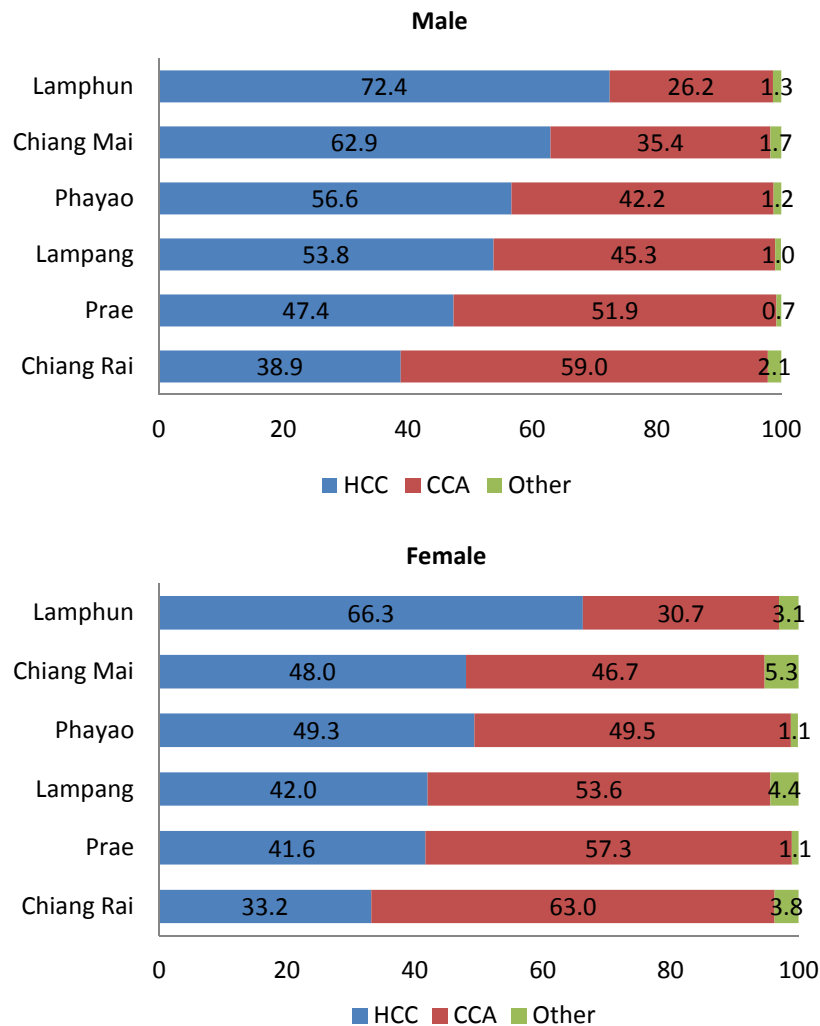


รูปที่ 10 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในภาคเหนือแยกตามชนิดปี พ.ศ. 2551 - 2555



สัดส่วนของโรคมะเร็งตับรายจังหวัดในภาคเหนือ เปรียบเทียบระหว่างโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) และโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ในเพศชาย พบว่า จังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเซลล์ตับมากกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ จังหวัดลำพูน เชียงใหม่ พะเยา และลำปาง เท่ากับร้อยละ 72.4, 62.9, 56.6 และ 53.8 ตามลำดับ ส่วนจังหวัด เชียงรายและแพร่ เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ เท่ากับร้อยละ 59.0 และ 51.9 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงพบว่า จังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดเซลล์ตับ มากกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ จังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ เท่ากับร้อยละ 66.3 และ 48.0 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดเชียงราย แพร่ ลำปาง และ พะเยา เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ เท่ากับร้อยละ 63.0, 57.3, 53.6 และ 49.5 ตามลำดับ (รูปที่ 11)

รูปที่ 11 สัดส่วนโรคมะเร็งเต้านมรายจังหวัดในภาคเหนือแยกตามชนิด



โรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma; HCC)

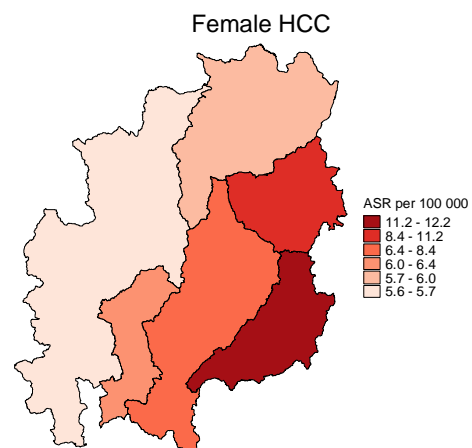
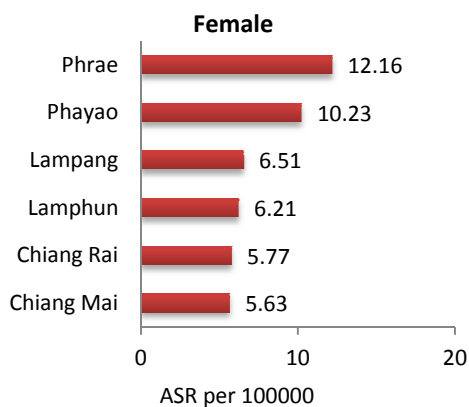
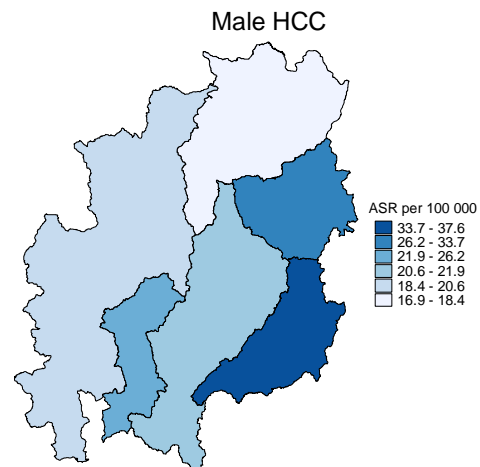
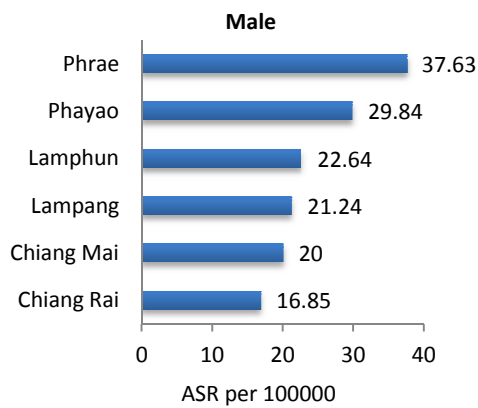
อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับในปี พ.ศ.2551-2555 แยกตามจังหวัดในภาคเหนือสูงสุด 3 อันดับแรก ในเพศชาย ได้แก่ จังหวัดแพร่ พะเยา และลำพูน มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 37.63, 29.84 และ 22.64 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ และอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับน้อยที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย เท่ากับ 16.85 ต่อประชากร 100,000 ราย ส่วนในเพศหญิงอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดแพร่ พะเยา และลำปาง มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 12.16 10.23 และ 6.51 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ และอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับน้อยที่สุดคือ จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ 5.63 ต่อประชากร 100,000 ราย (ตารางที่ 3 และรูปที่ 12)

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular Carcinoma) แยกรายจังหวัด
ในภาคเหนือปี พ.ศ.2536-2555

province	sex	ปี 2536-2540		ปี 2541-2545		ปี 2546-2550		ปี 2551-2555	
		Cases	ASR	Cases	ASR	Cases	ASR	Cases	ASR
Lampang	Male	411	21.18	512	22.74	600	23.52	613	21.24
	Female	187	9.21	215	9.13	210	7.44	210	6.51
Chiang Mai	Male	499	13.49	416	10.27	834	17.62	1098	20.00
	Female	207	5.71	136	3.3	284	5.63	347	5.63
Lamphun	Male	NA	NA	135	11.24	245	18.27	326	22.64
	Female	NA	NA	36	2.88	85	6.17	108	6.21
Phrae	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	636	37.63
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	231	12.16
Phayao	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	524	29.84
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	219	10.23
Chiang Rai	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	677	16.85
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	256	5.77

ASR: ต่อประชากร 100,000 ราย

รูปที่ 12 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular Carcinoma) ในภาคเหนือแยก
รายจังหวัดปี พ.ศ.2551-2555



โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA)

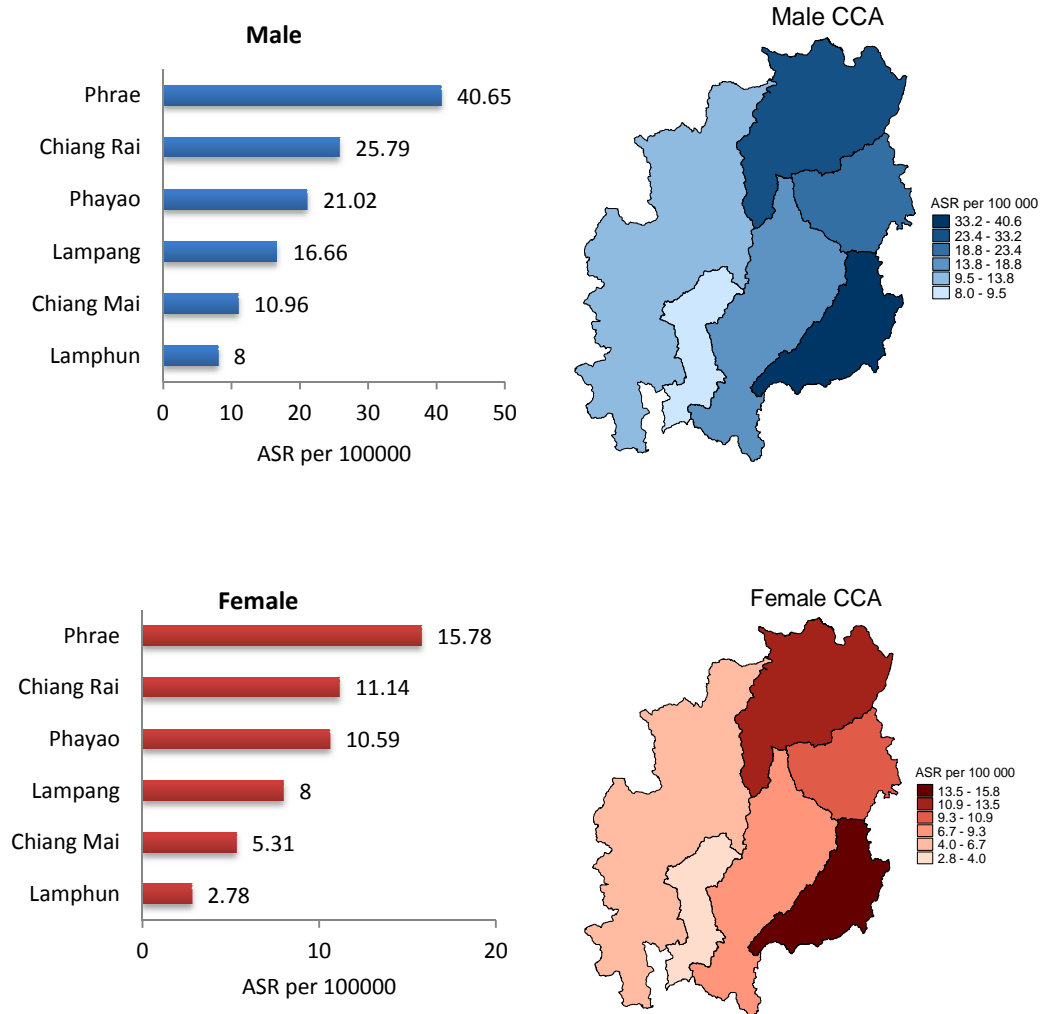
อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ.2551-2555 แยกตามจังหวัดในภาคเหนือสูงสุด 3 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ จังหวัดแพร่ เชียงราย และพะเยา มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 40.65, 25.79 และ 21.02 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ และอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีน้อยที่สุดคือ จังหวัดลำพูน เท่ากับ 8.00 ต่อประชากร 100,000 ราย ส่วนเพศหญิงอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ จังหวัดแพร่ เชียงราย และพะเยา โดยมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 15.78, 11.14 และ 10.59 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ และอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีน้อยที่สุดคือ จังหวัดลำพูน มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 2.78 ต่อประชากร 100,000 ราย (ตารางที่ 4 และรูปที่ 13)

ตารางที่ 4 อุตการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) แยกรายจังหวัดในภาคเหนือปี พ.ศ.2536-2555

Province	sex	ปี 2536-2540		ปี 2541-2545		ปี 2546-2550		ปี 2551-2555	
		Cases	ASR	Cases	ASR	Cases	ASR	Cases	asr
Lampang	Male	126	6.62	238	10.7	342	13.03	516	16.66
	Female	87	4.39	140	5.99	175	6.15	268	8
Chiang Mai	Male	233	6.62	283	7.14	435	9.26	617	10.96
	Female	139	3.95	146	3.46	240	4.74	338	5.31
Lamphun	Male	NA	NA	55	4.48	94	7.03	118	8
	Female	NA	NA	29	2.5	34	2.35	50	2.78
Phrae	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	697	40.65
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	318	15.78
Phayao	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	390	21.02
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	220	10.59
Chiang Rai	Male	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1027	25.79
	Female	NA	NA	NA	NA	NA	NA	486	11.14

ASR: ต่อประชากร 100,000 ราย

รูปที่ 13 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ในภาคเหนือแยกราย จังหวัดในภาคเหนือปี พ.ศ.2551- 2555

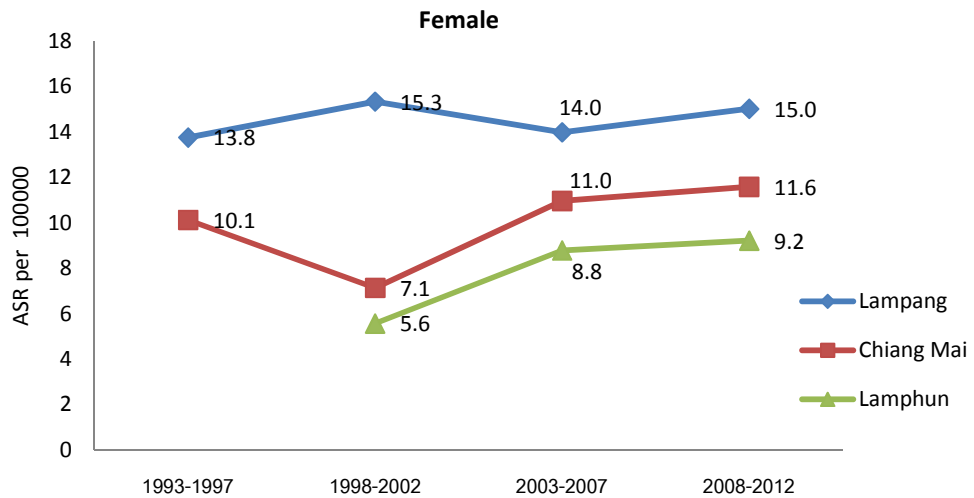
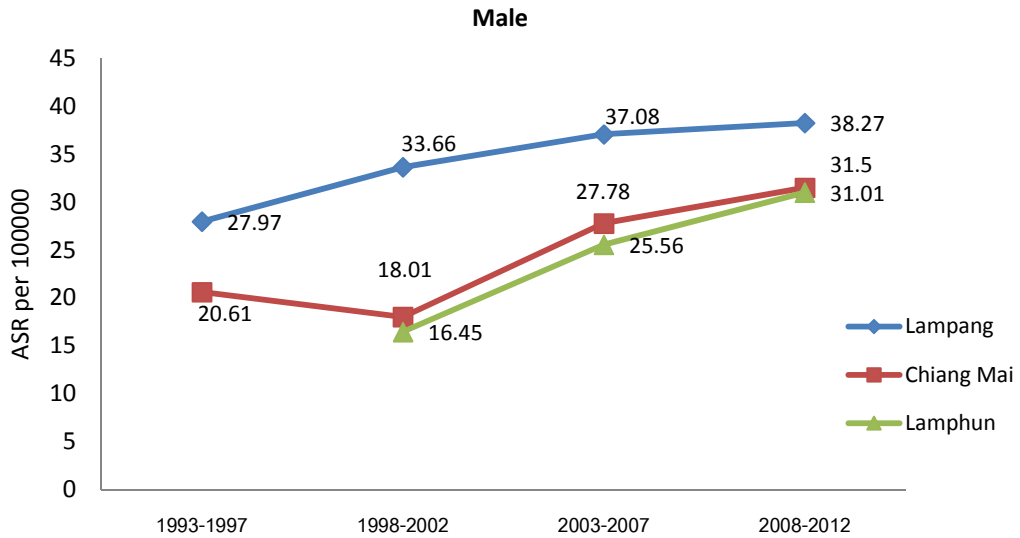


4.1.3 แนวโน้มระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับในภาคเหนือ

แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับ 20 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536-2555 คำนวณจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจำนวน 2 จังหวัดในภาคเหนือที่มีข้อมูลครบ 20 ปีคือ จังหวัดเชียงใหม่และลำปาง ผลการวิเคราะห์ค่าอุบัติการณ์ทุกช่วง 5 ปี คือช่วงปี พ.ศ.2536-2540, 2541-2545, 2546 -2550 และ พ.ศ.2551-2555 พบว่าเพศชายในจังหวัดลำปางมีแนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับช่วงปี พ.ศ.2536-2540, 2541-2545, 2546-2550 และพ.ศ.2551-2555 เท่ากับ 27.97, 33.66, 37.08 และ 38.27 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้ม อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับช่วงปี พ.ศ.2536 -2540, 2541-2545, 2546-2550 และพ.ศ.2551-2555 เท่ากับ 13.76, 15.34, 13.99 และ 15.02 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ เช่นเดียวกันจังหวัดเชียงใหม่ในเพศชายมีแนวโน้ม อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงที่เพิ่มขึ้น ช่วงปี พ.ศ.2536-2540, 2541-2545, 2546-2550 และพ.ศ.2551-2555 เท่ากับ 20.61, 18.01, 27.78 และ 31.5 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้ม อุบัติการณ์มะเร็งตับและท่อน้ำดีช่วงปีพ.ศ.2536-2540, 2541-2545, 2546-2550 และ 2551-2555 เท่ากับ 10.13, 7.14, 10.97 และ 11.59 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ

สำหรับจังหวัดลำพูนมีข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรครบ 15 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2555 จากการวิเคราะห์พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีแนวโน้ม อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นช่วงปี พ.ศ. 2541-2545, 2546-2550 และ 2551-2555 เพศชายเท่ากับ 16.45, 25.56 และ 31.01 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ ส่วนเพศหญิง เท่ากับ 5.57, 8.79 และ 9.22 ต่อประชากร 100,000 รายโดยสรุปในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาจังหวัดเชียงใหม่และลำปางมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเพศชาย ส่วนเพศหญิงจังหวัดลำปางมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับคงที่และจังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ (รูปที่ 14)

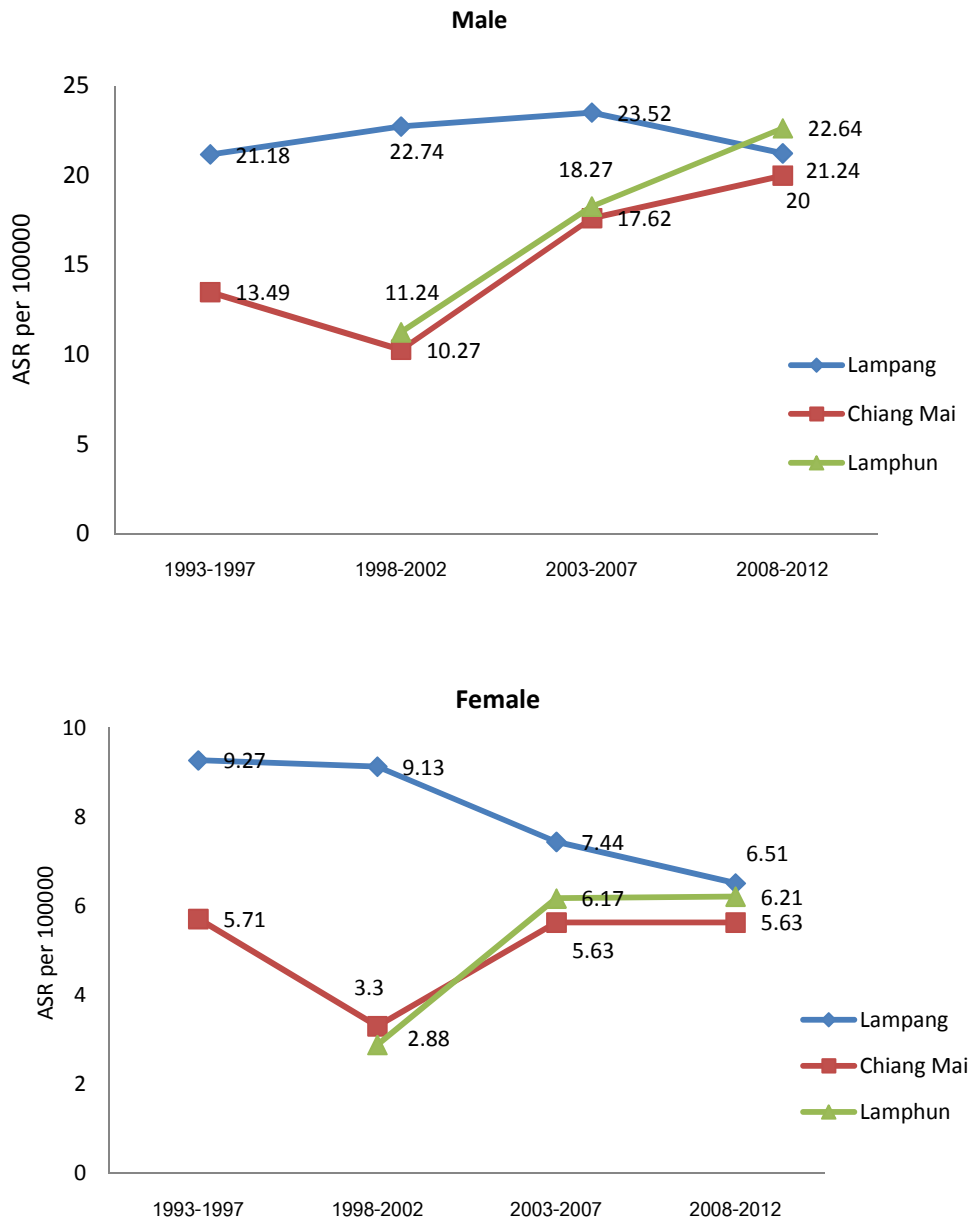
รูปที่ 14 แนวโน้มอุบัติการณ์มะเร็งตับในภาคเหนือปี พ.ศ.2536-2555



แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma; HCC) ในภาคเหนือ

ผลการวิเคราะห์แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับทุกช่วง 5 ปี คือ ช่วงปีพ.ศ. 2536-2540, 2541-2545, 2546-2550 และพ.ศ.2551-2555 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงจังหวัดเชียงใหม่และลำพูนมีแนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับสูงขึ้นต่อเนื่อง ส่วนจังหวัดลำปางมีแนวโน้มอุบัติการณ์ลดลงเล็กน้อย (รูปที่ 15)

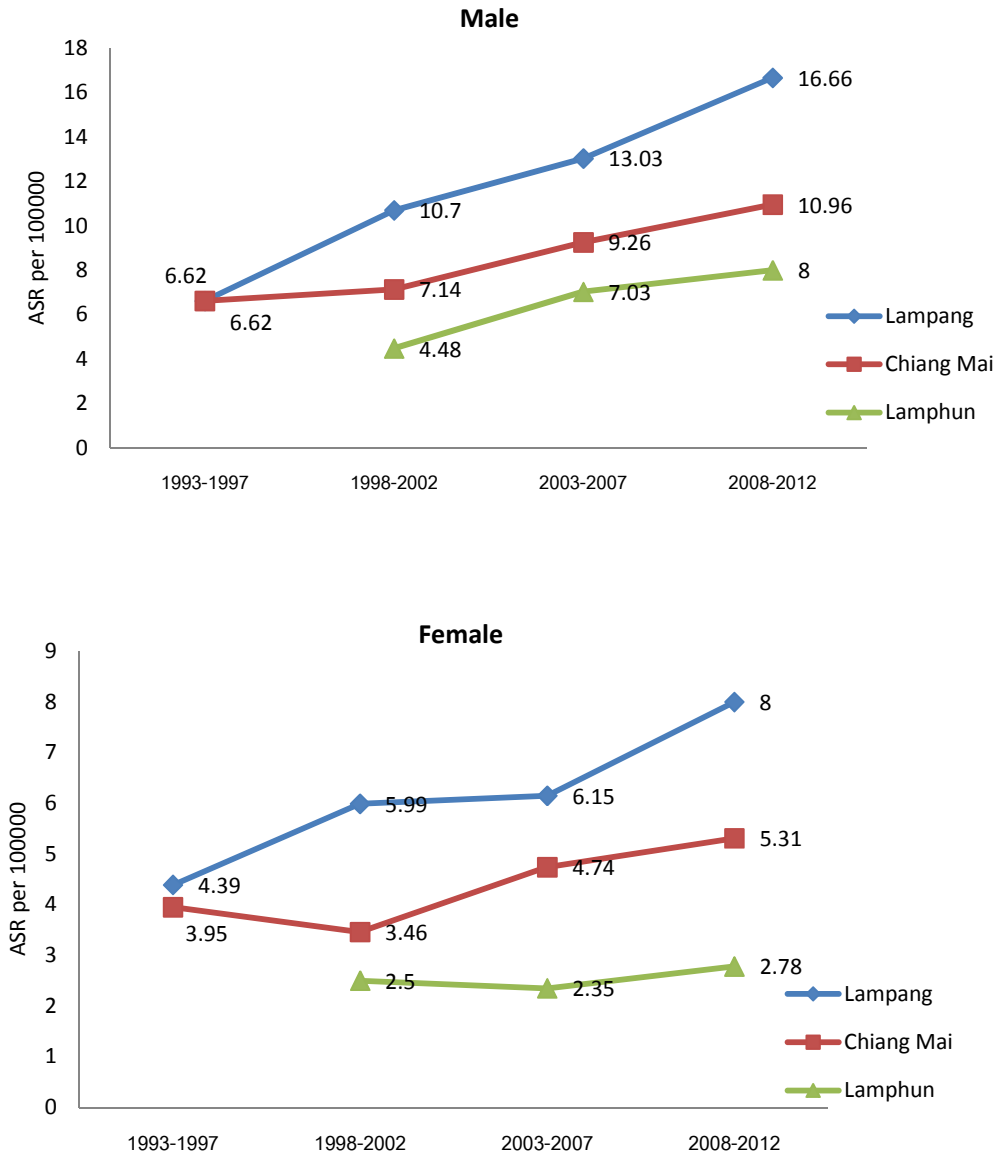
รูปที่ 15 แสดงแนวโน้มอุบัติการณ์มะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ในภาคเหนือปี พ.ศ.2536-2555



แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA) ในภาคเหนือ

ผลการวิเคราะห์แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี ทุกช่วง 5 ปี คือ ช่วงปีพ.ศ. 2536-2540, 2541-2545, 2546-2550 และพ.ศ.2551-2555 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงจังหวัดเชียงใหม่ ลำปางและลำพูนมีแนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงขึ้นต่อเนื่อง (รูปที่ 16)

รูปที่ 16 แนวโน้มอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ในภาคเหนือปี พ.ศ.2536-2555

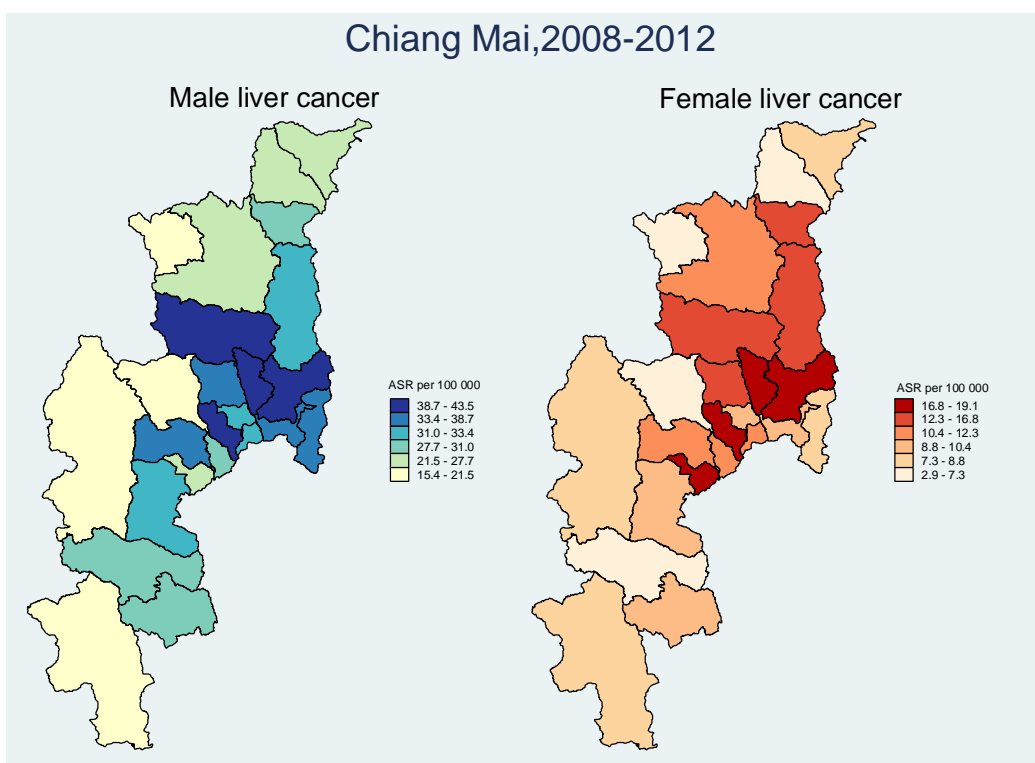


4.2 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับจังหวัดเชียงใหม่

สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2555 พบแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และล่าสุดในปี พ.ศ.2551-2555 พบผู้ป่วยมะเร็งตับในเพศชายมีจำนวน 1,745 ราย อัตราอุบัติการณ์ 31.5 ต่อประชากร 100,000 รายโดยมีอัตราอุบัติการณ์ ต่อประชากร 100,000 รายซึ่งต่ำกว่าจังหวัดแพร่ พะเยา เชียงราย และลำปาง ตามลำดับ และในเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับ 723 ราย อัตราอุบัติการณ์ 11.6 ต่อประชากร 100,000 ราย ต่ำกว่าจังหวัดแพร่ พะเยา เชียงรายและลำปาง ตามลำดับ

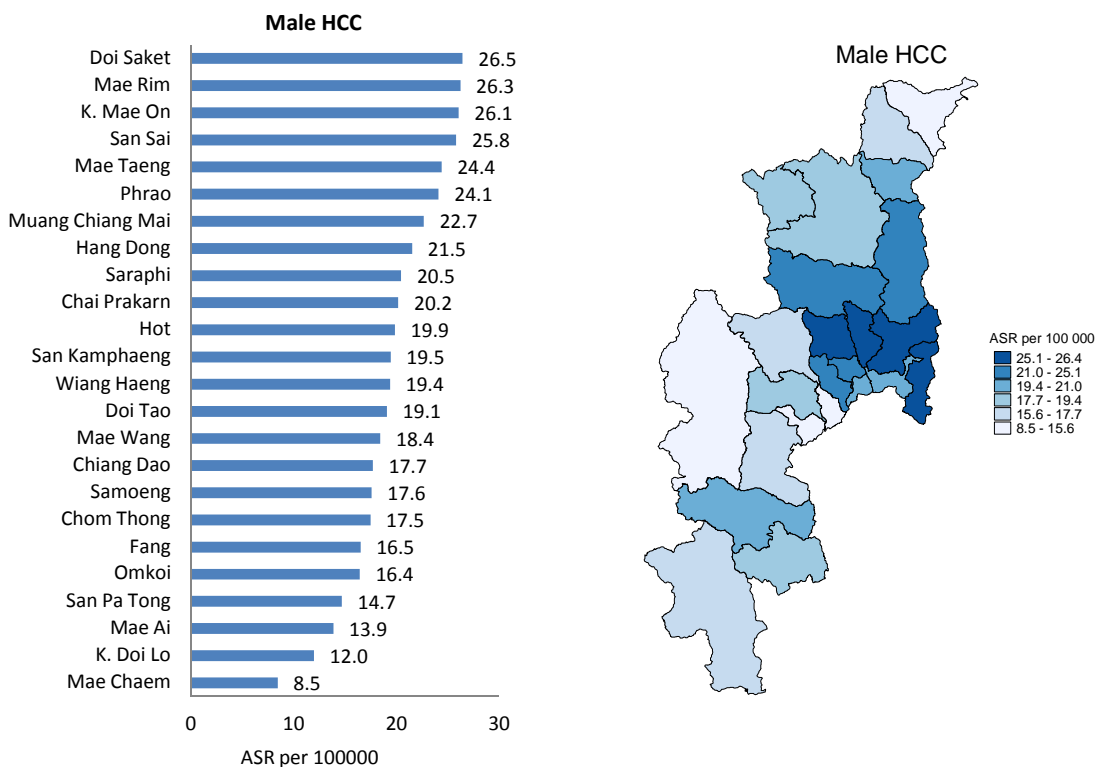
อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงใหม่เพศชายสูงสุดที่อำเภอสันทรายและต่ำสุดที่อำเภอแม่แจ่ม (อัตราอุบัติการณ์ 43.4 และ15.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงสูงสุดที่อำเภอดอยหล่อ และต่ำสุดที่อำเภอสะเมิง (อัตราอุบัติการณ์ 19.1 และ2.9 ต่อประชากร 100,000 ราย 100,000 รายตามลำดับ)

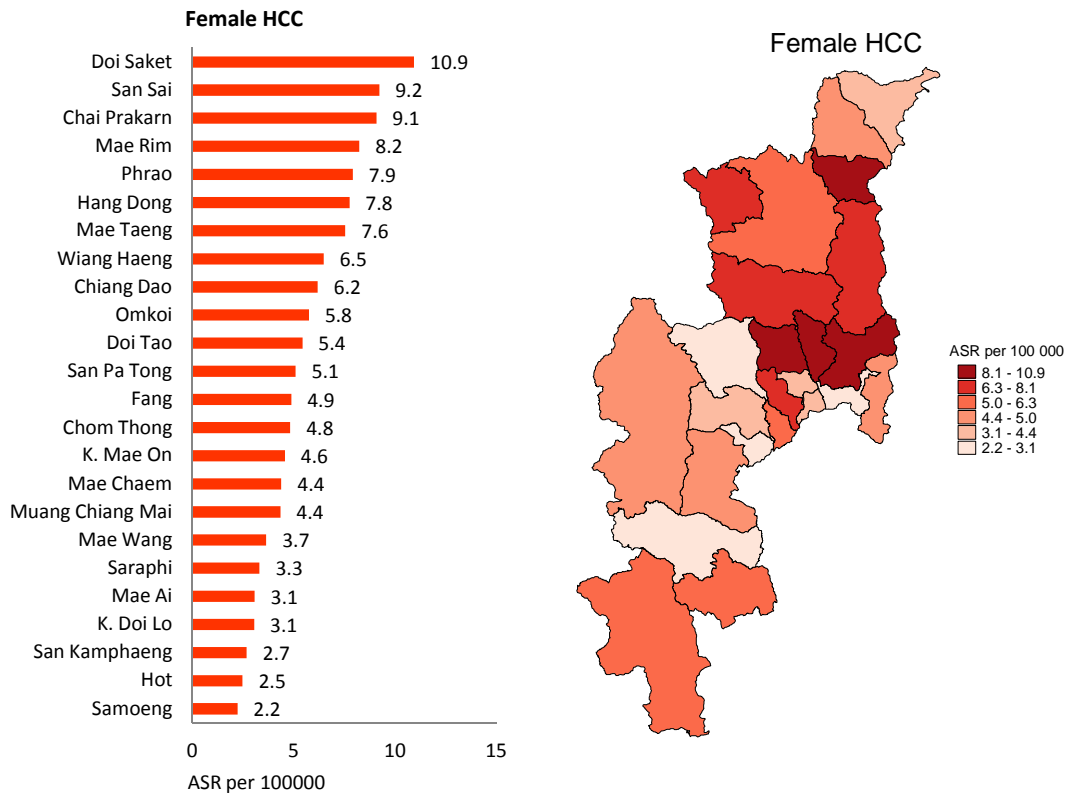
รูปที่ 17 อุตการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2551- 2555



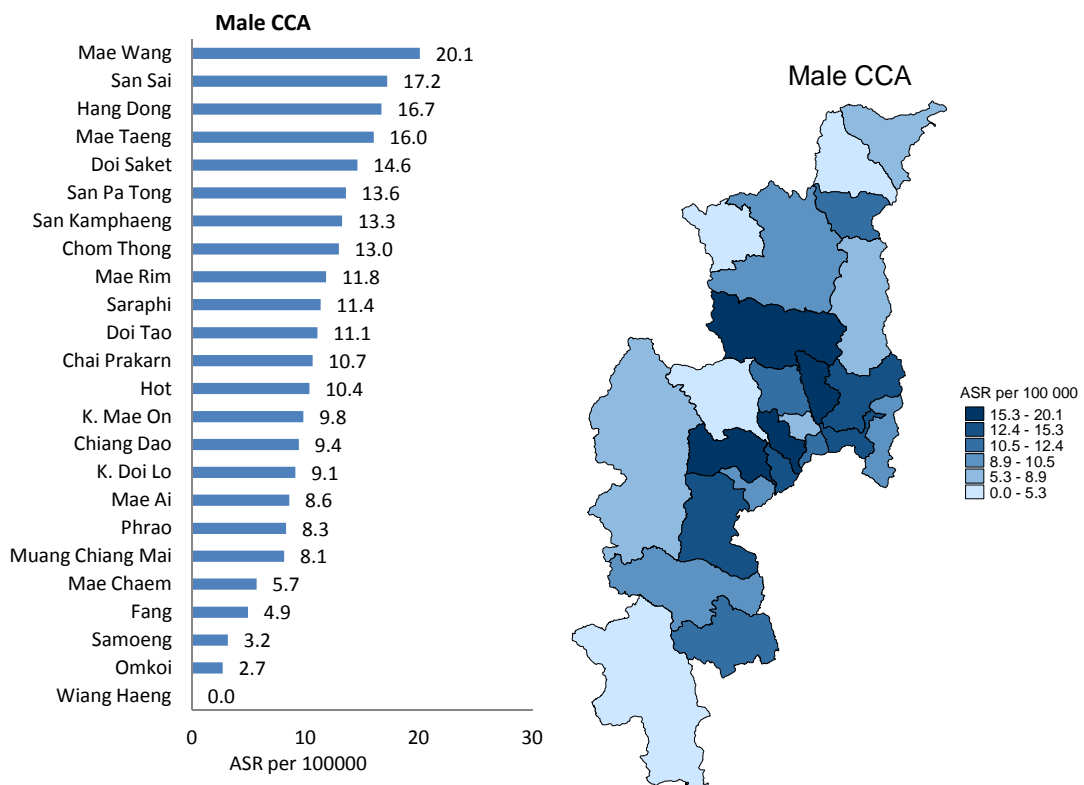
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามชนิดโรคมะเร็งระดับพบว่า เพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 62.92 รองลงมาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 35.36 ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับร้อยละ 47.99 และโรคมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 46.75 อำเภอที่มีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ สูงสุด 5 อันดับแรกเพศชาย ได้แก่ อำเภอดอยสะเก็ด แม่ริม แม่ออน สันทรายและแม่แตง ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 26.5, 26.3, 26.1, 25.8 และ 24.4 ต่อประชากร 100,000 รายปีตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอดอยสะเก็ด สันทราย ไชยปราการ แม่ริม และพร้าว ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 10.9, 9.2, 9.1, 8.2 และ 7.9 ต่อประชากร 100,000 รายปีตามลำดับ) อำเภอที่มีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชายได้แก่ อำเภอแม่วาง สันทราย หางดง แม่แตง และดอยสะเก็ด ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 20.1, 17.2, 16.7, 16.0 และ 14.6 ต่อประชากร 100,000 รายปีตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอดอยหล่อ สันทราย หางดง แม่แตง และแม่วาง ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 15.3, 9.1, 8.8, 8.4 และ 7.4 ต่อประชากร 100,000 รายปีตามลำดับ)

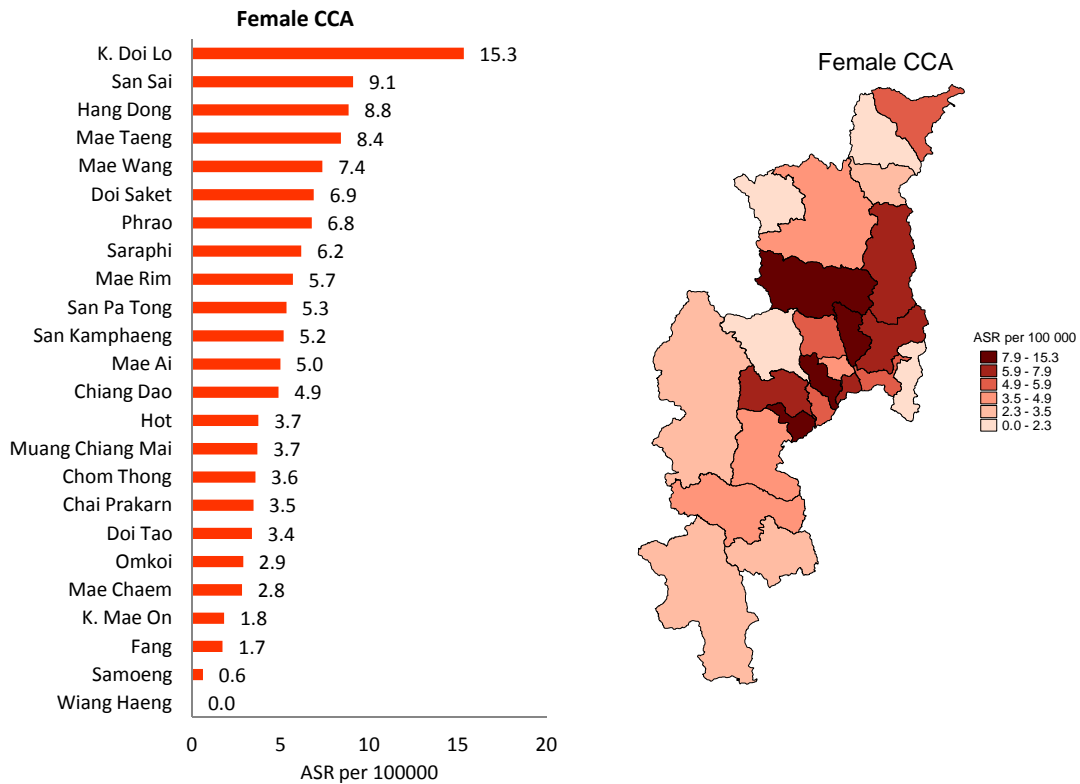
รูปที่ 18 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับจังหวัดเชียงใหม่แยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551-2555





รูปที่ 19 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดเชียงใหม่แยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551-2555



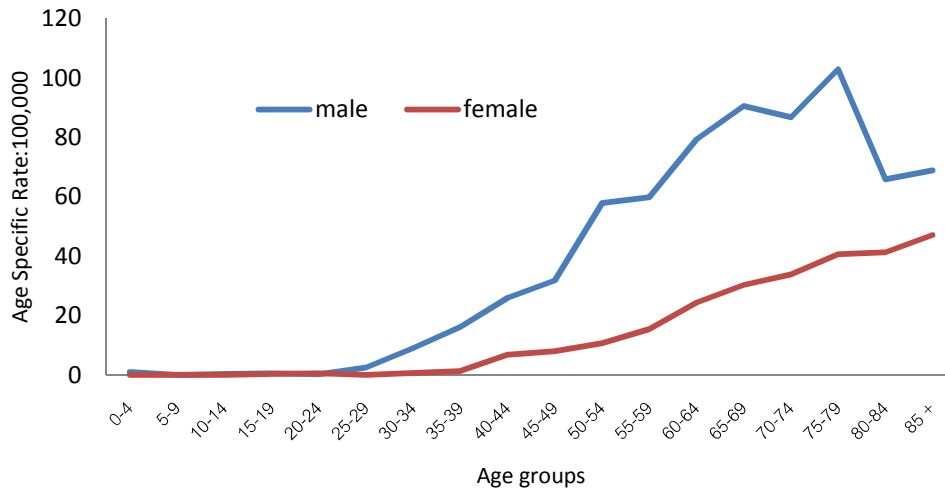


อุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในจังหวัดเชียงใหม่แยกตามกลุ่มอายุ

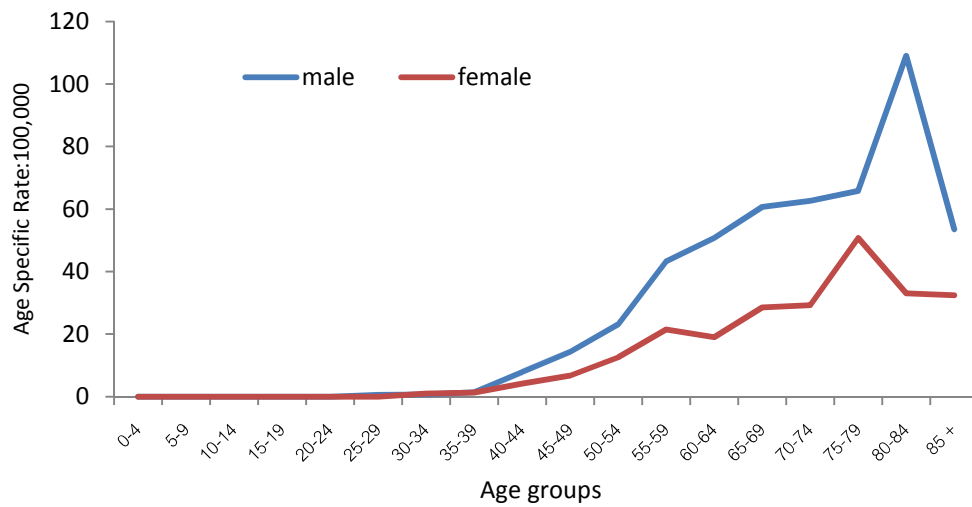
โรคมะเร็งเซลล์เต้านม (HCC) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 102.8, 90.5 และ 86.7 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงพบมากใน กลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 75-79 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 47.1, 41.3 และ 40.6 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ทั้งนี้พบผู้ป่วยได้น้อยในอายุที่ต่ำกว่า 30 ปี และพบได้มากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (รูปที่ 20)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 109, 65.8 และ 62.7 ต่อประชากร 100,000 ราย 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 50.8, 33 และ 31.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ทั้งนี้พบผู้ป่วยได้น้อยในอายุที่ต่ำกว่า 30 ปี และพบได้มากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (รูปที่ 21)

รูปที่ 20 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ แยกตามกลุ่มอายุ จังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ.2551-2555



รูปที่ 21 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี แยกตามกลุ่ม จังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ.2551-2555

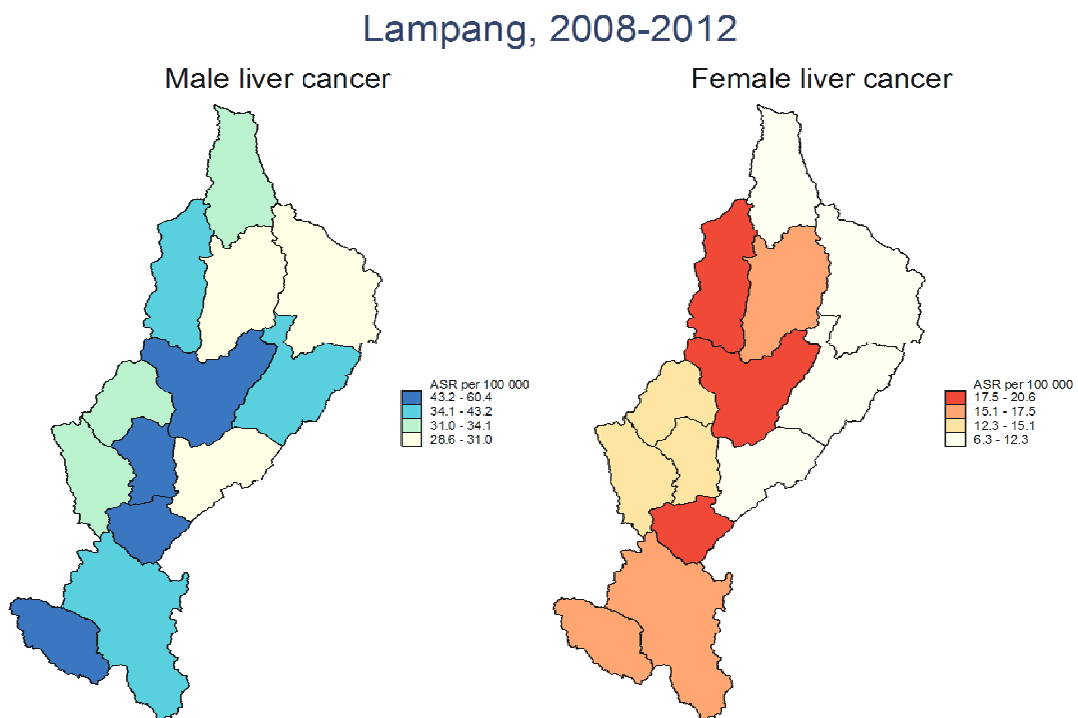


4.3 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับจังหวัดลำปาง

สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำปางปี พ.ศ.2536-2555 เพศชายมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นแต่เพศหญิงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับคงที่ล่าสุดปี พ.ศ.2551-2555 พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในเพศชายมีจำนวน 1,140 ราย อัตราอุบัติการณ์ 38.27 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยมีอัตราอุบัติการณ์น้อยกว่าจังหวัดแพร่ พะเยา และเชียงราย ตามลำดับ และเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ 500 ราย อัตราอุบัติการณ์ 15.02 ต่อประชากร 100,000 ราย น้อยกว่าจังหวัดแพร่ พะเยา และเชียงราย ตามลำดับ

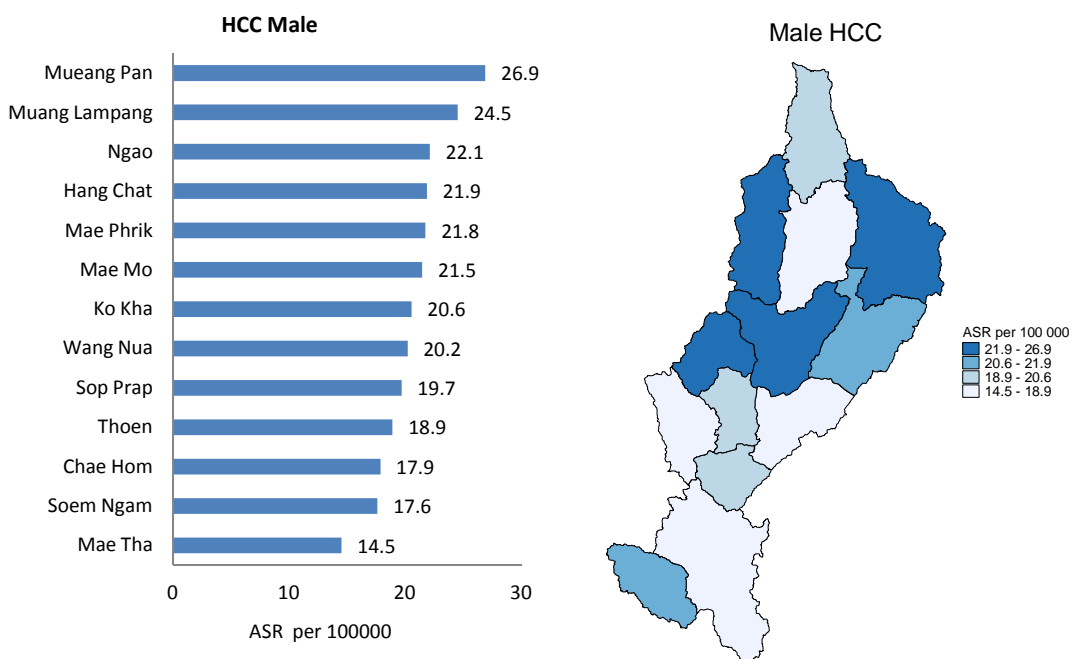
อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำปางเพศชายสูงสุดที่อำเภอแม่พริกและต่ำสุดที่อำเภอแม่ทะ (อัตราอุบัติการณ์ 60.4 และ 28.6 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงสูงสุดที่อำเภอเมืองปาน และต่ำสุดที่อำเภอแม่เมาะ (อัตราอุบัติการณ์ 20.6 และ 6.3 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ)

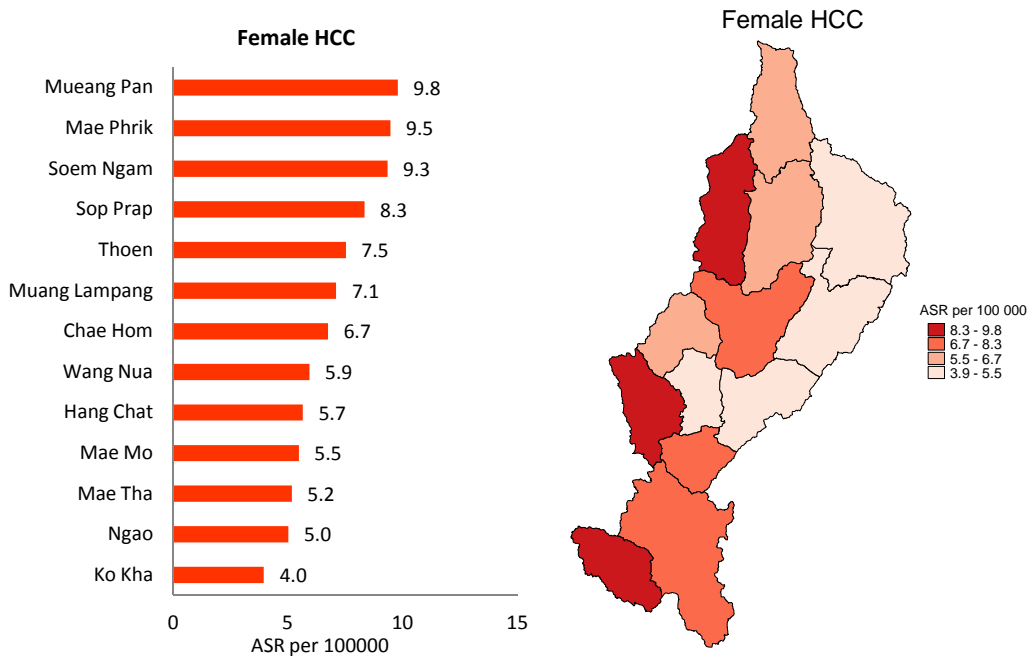
รูปที่ 22 อุตบัติการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดลำปางปี พ.ศ.2551- 2555



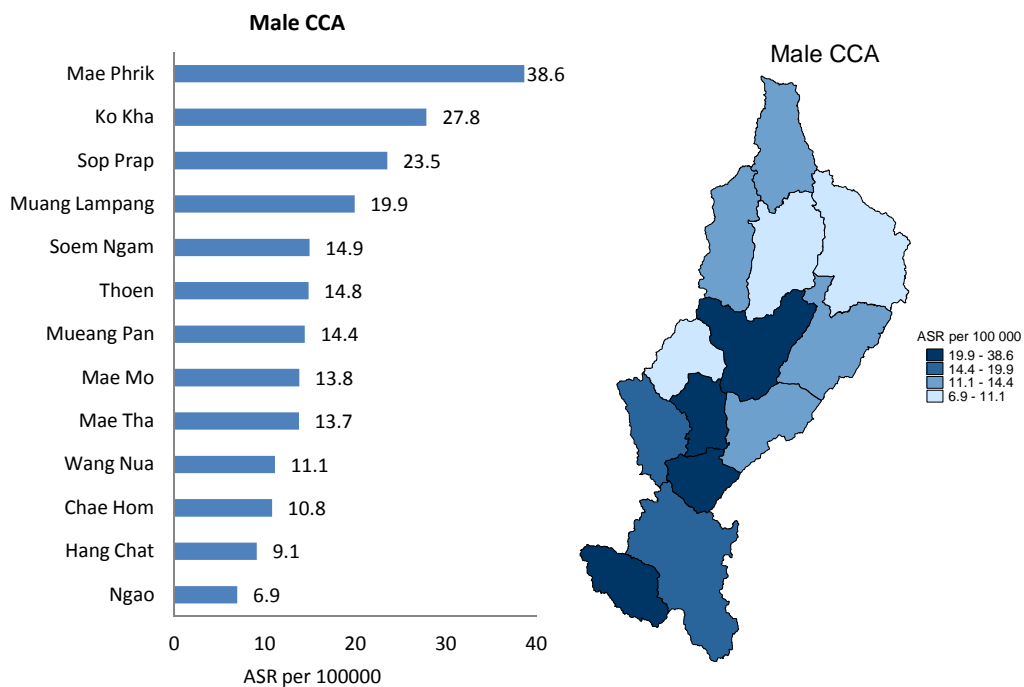
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามชนิดโรคมะเร็งระดับพบว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 53.77 และโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 45.26 ตรงกันข้ามในเพศหญิงพบโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ ร้อยละ 53.6 และ 42.0 ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ อำเภอเมืองปาน เมืองลำปาง งาว ห้างฉัตรและแม่พริก ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 26.9, 24.5, 22.1, 21.9 และ 21.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอเมืองปาน แม่พริก สบปราบเถินและเมืองลำปาง ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 9.8, 9.5, 9.3, 8.3 และ 7.5 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) อำเภอที่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี สูงสุด 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ อำเภอแม่พริก เกาะคา สบปราบ เมืองลำปาง และเสริมงาม ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 38.6, 27.8, 23.5, 19.9 และ 14.9 ต่อประชากร 100,000 รายปีตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอเมืองลำปาง เมืองปาน สบปราบ เกาะคาและแจ้ห่ม ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 11.2, 10.8, 10.5, 10.2 และ 9.1 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ)

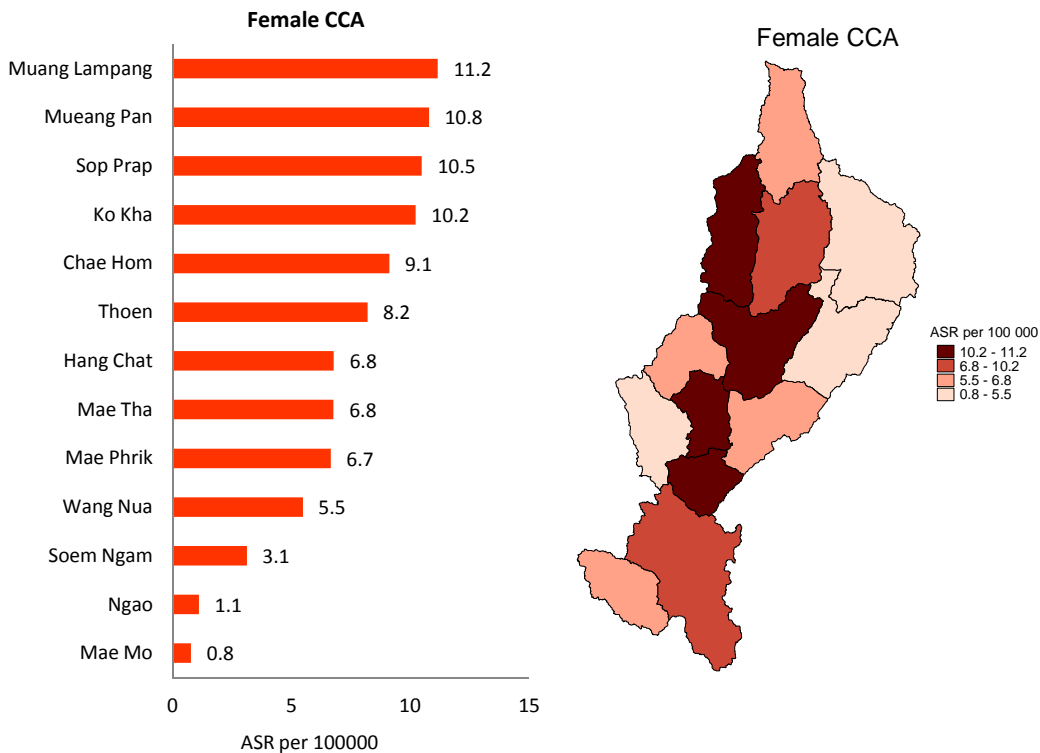
รูปที่ 23 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ จังหวัดลำปางแยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555





รูปที่ 24 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดลำปางแยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555



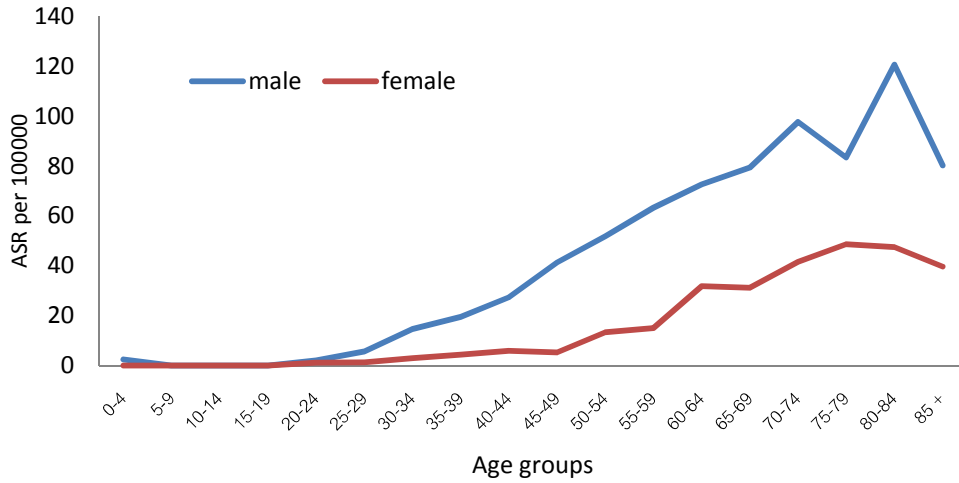


อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำปางแยกตามกลุ่มอายุ

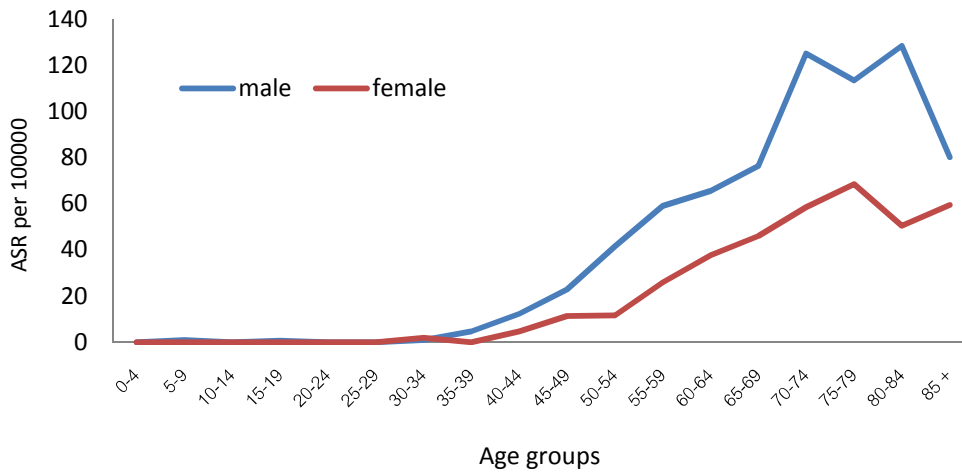
โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 75-79 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 120.6, 97.6 และ 83.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 48.7, 47.5 และ 41.6 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) (รูปที่ 25)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 75-79 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 128.4, 125.1 และ 113.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป และ 70-74 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 68.5, 59.5 และ 58.6 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) (รูปที่ 26)

รูปที่ 25 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับแยกตามกลุ่มอายุ จังหวัดลำปางปี พ.ศ.2551-2555



รูปที่ 26 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีแยกตามกลุ่มอายุ จังหวัดลำปางปี พ.ศ.2551-2555

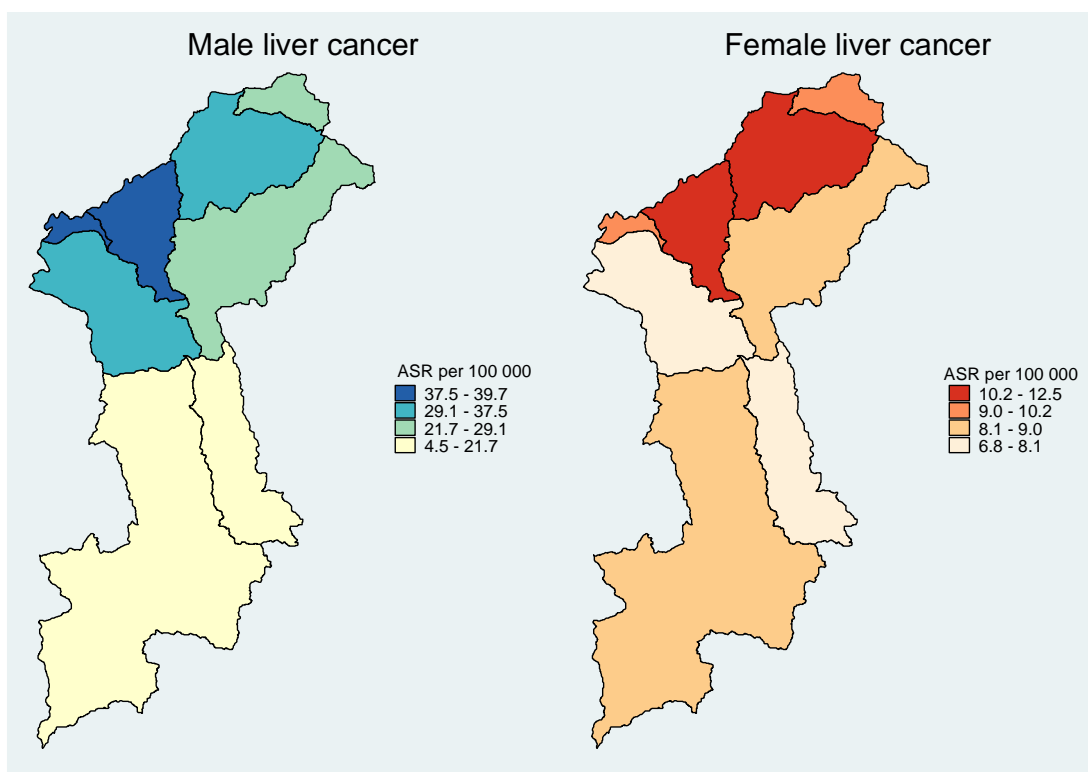


4.4 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับจังหวัดลำพูน

สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำพูนปี พ.ศ.2541-2555 พบแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และล่าสุดในปี พ.ศ.2551-2555 พบผู้ป่วยมะเร็งตับในเพศชายมีจำนวน 450 ราย อัตราอุบัติการณ์ 31.01 ต่อประชากร 100,000 ราย จังหวัดลำพูนมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่ำสุดเมื่อเทียบกับ 6 จังหวัดภาคเหนือ และเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วย 163 ราย อัตราอุบัติการณ์ 15.02 ต่อประชากร 100,000 ราย ต่ำที่สุดใน 6 จังหวัดในภาคเหนือเช่นกัน อุตการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำพูนเพศชายสูงที่สุดที่อำเภอป่าซางและต่ำสุดที่อำเภอทุ่งหัวช้าง (อัตราอุบัติการณ์ 39.7 และ 4.5 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงสูงที่สุดที่อำเภอเมืองลำพูนและต่ำสุดที่อำเภอทุ่งหัวช้าง (อัตราอุบัติการณ์ 12.5 และ 6.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ)

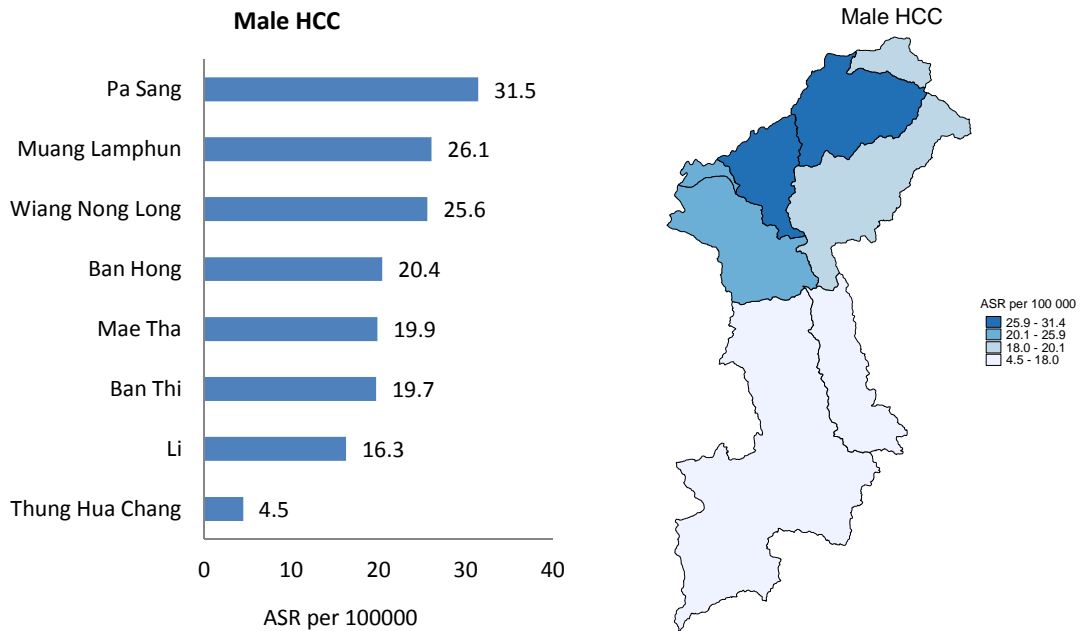
รูปที่ 27 อุตการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดลำพูนปี พ.ศ.2551- 2555

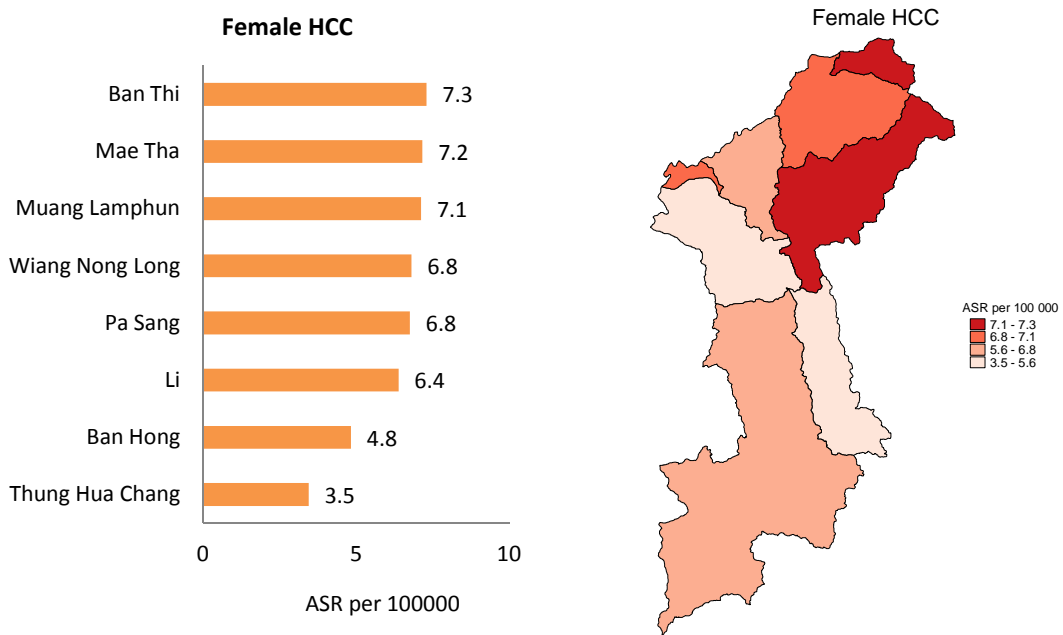
Lamphun, 2008-2012



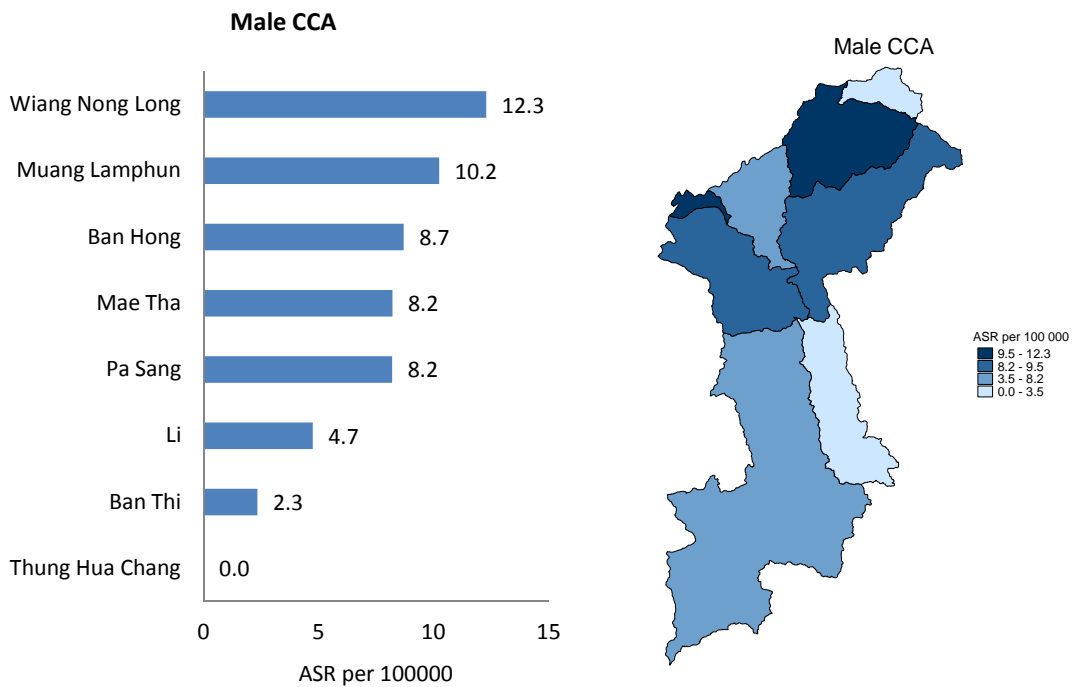
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 72.44 และโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 26.22 เช่นเดียวกันในเพศหญิงพบโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) มากกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 66.26 และ 30.67 ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ สูงสุด 5 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ อำเภอป่าซาง เมืองลำพูน เวียงหนองล่อง บ้านทอง และแม่ทา ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 31.5, 26.1, 25.6, 20.4 และ 19.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอบ้านธิ แม่ทา เมืองลำพูน เวียงหนองล่อง และป่าซาง ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 7.7, 7.2, 7.1, 6.8 และ 6.8 ต่อประชากร 100,000 ราย) อำเภอที่มีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ อำเภอเวียงหนองล่อง เมืองลำพูน บ้านโฮ้ง แม่ทา และป่าซาง ตามลำดับ (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 12.3, 10.2, 8.7, 8.2 และ 8.2 ต่อประชากร 100,000 ราย) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอมืองลำพูน ป่าซาง หุ่นหัวช้าง บ้านธิ และเวียงหนองล่อง (อัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 5.3, 3.5, 3.3, 2.8 และ 2.6 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ)

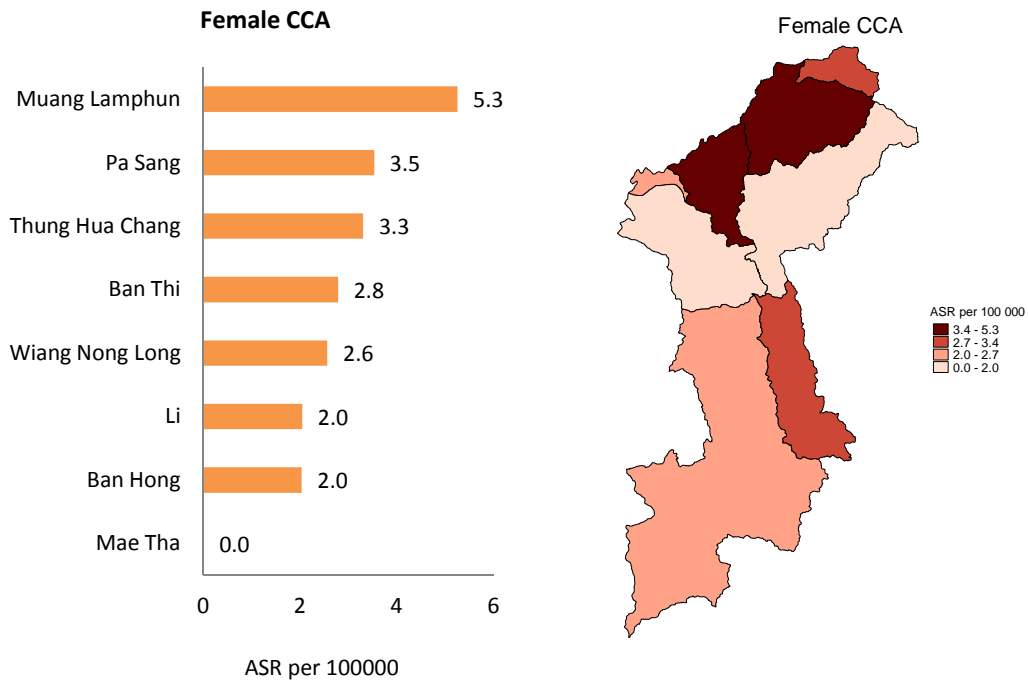
รูปที่ 28 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ จังหวัดลำพูนแยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551-2555





รูปที่ 29 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดลำพูนแยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551-2555



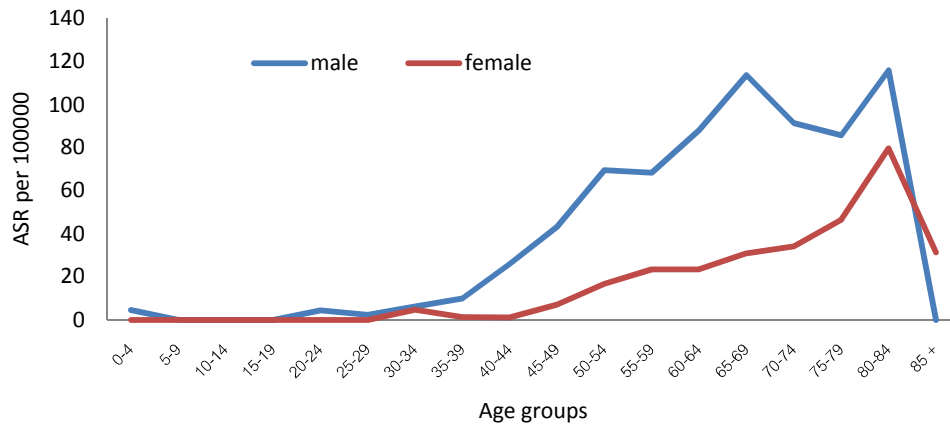


อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำพูนแยกตามกลุ่มอายุ

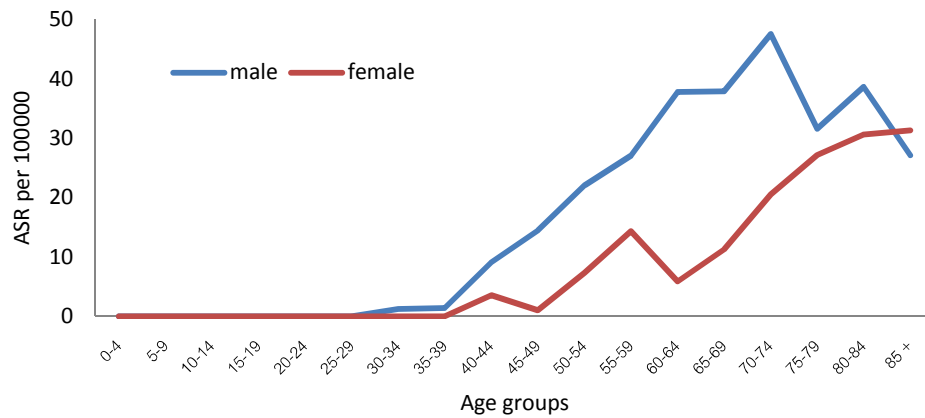
โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 116.0, 113.8 และ 91.5 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 75-79 ปีและ 70-74 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 79.6, 46.5 และ 34.2 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) (รูปที่ 30)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 70-74 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 65-69ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 47.6, 38.7 และ 37.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 75-79 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 31.3, 30.6 และ 27.1 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) (รูปที่ 31)

รูปที่ 30 อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับแยกตามกลุ่มอายุจังหวัดลำพูนปี พ.ศ.2551-2555



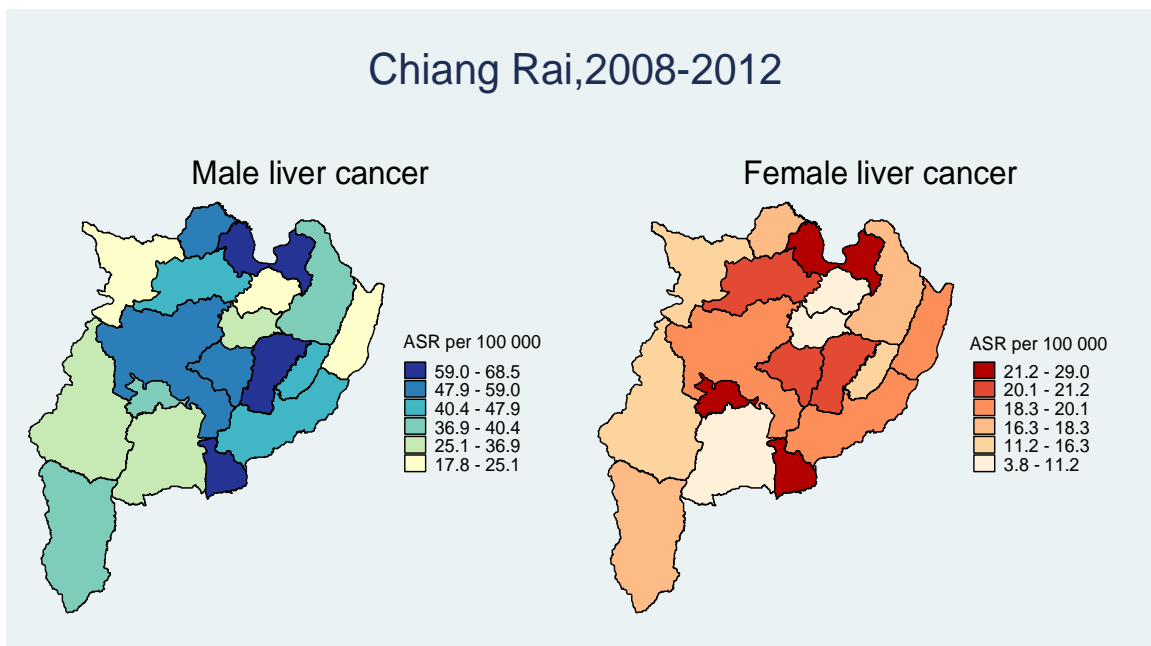
รูปที่ 31 อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีแยกตามกลุ่มอายุจังหวัดลำพูนปี พ.ศ.2551-2555



4.5 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับจังหวัดเชียงราย

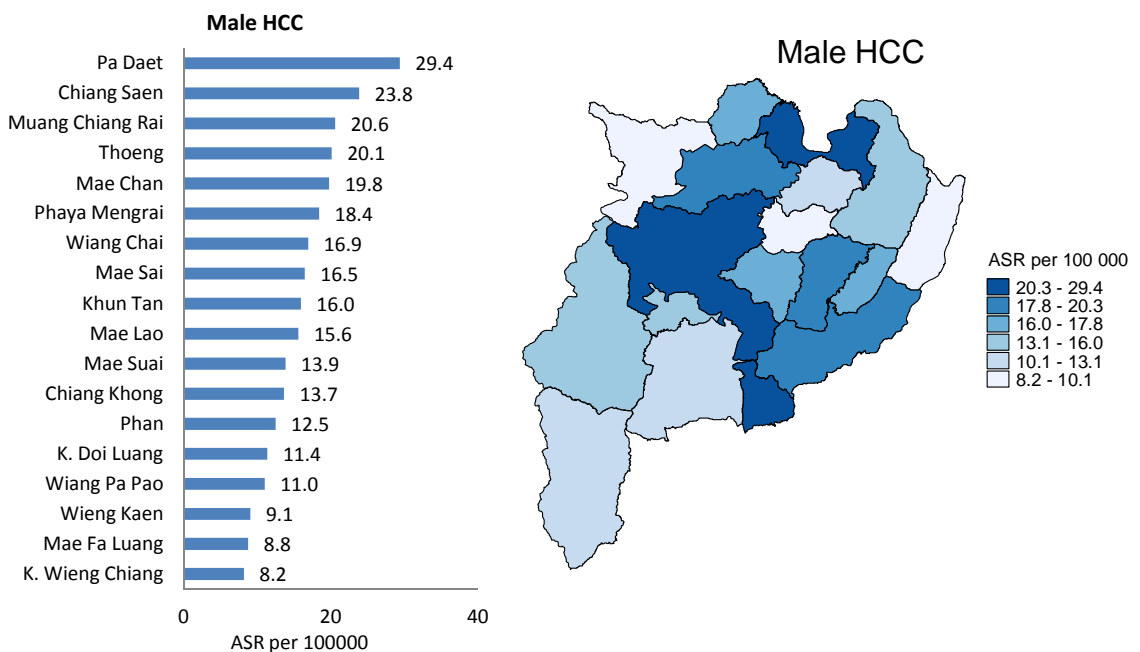
สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงรายปี พ.ศ.2551 -2555 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ เพศชายมีจำนวน 1,741 ราย อัตราอุบัติการณ์ 43.58 ต่อประชากร 100,000 ราย ส่วนเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วย 771 ราย อัตราอุบัติการณ์ 17.62 ต่อประชากร 100,000 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ 3 รองจาก จังหวัดแพร่ และพะเยา อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงรายเพศชายสูงสุดที่อำเภอพญาเม็งรายและต่ำสุดที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง (อัตราอุบัติการณ์ 68.5 และ 17.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิงสูงสุดที่อำเภอป่าแดด และต่ำสุดที่อำเภอดอยหลวง (อัตราอุบัติการณ์ 29.0 และ 3.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ)

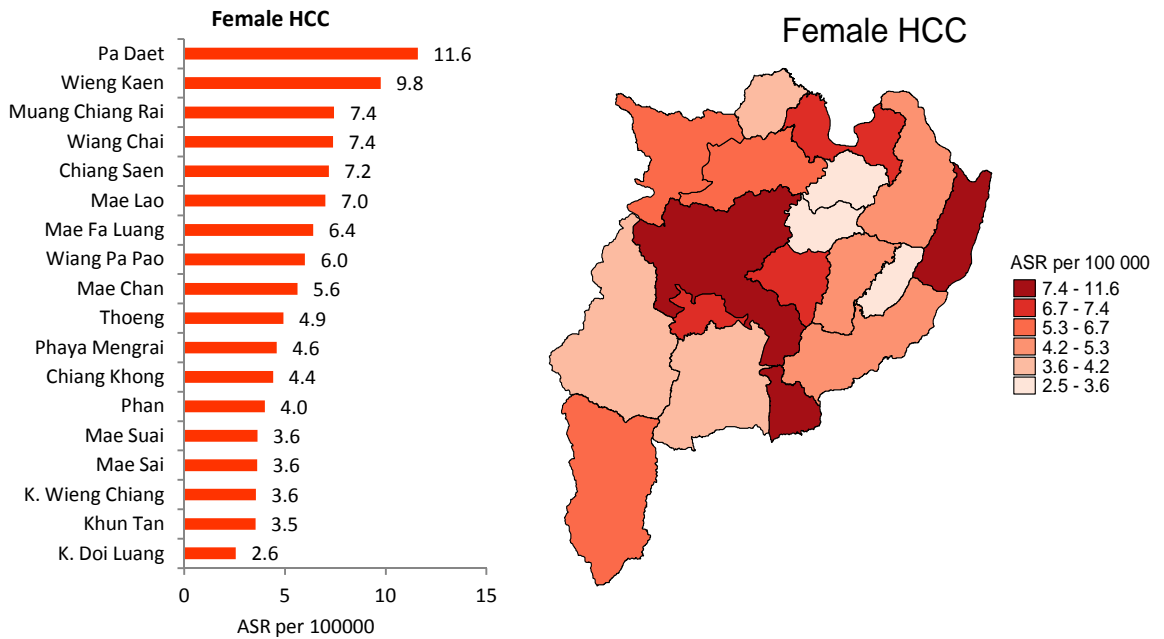
รูปที่ 32 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดเชียงรายปี พ.ศ.2551 – 2555



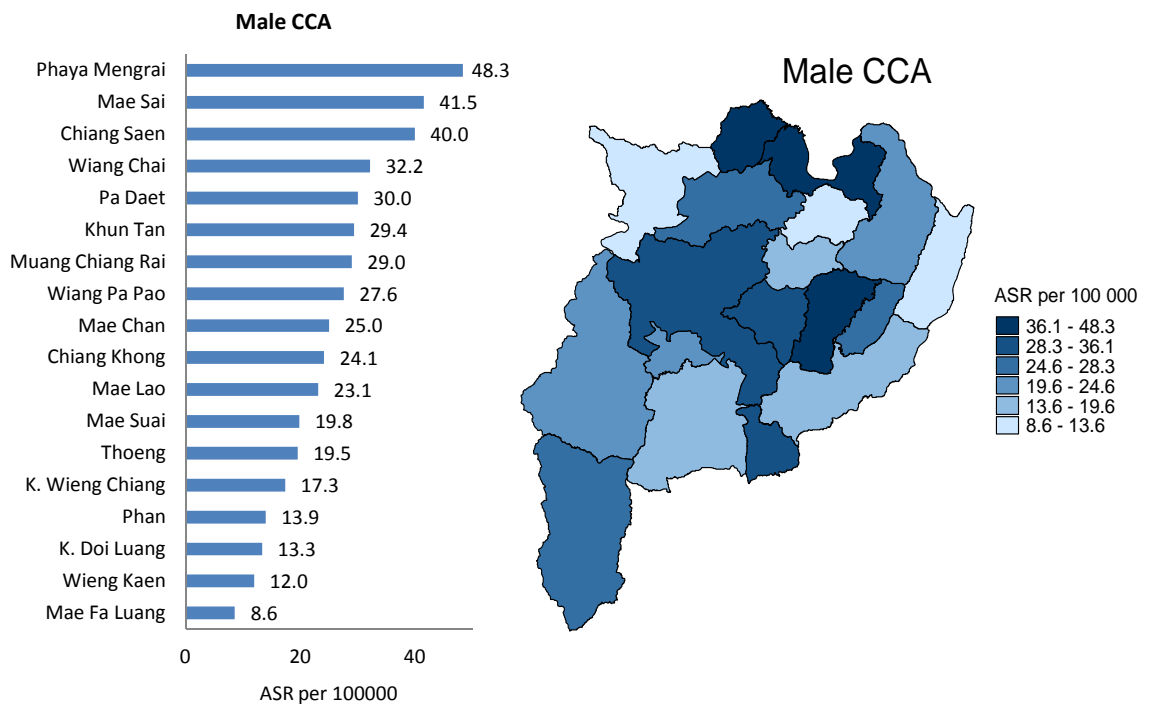
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 58.99 และเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 38.89 เช่นเดียวกันในเพศหญิงพบโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (CCA) มากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 63.04 และ 33.20 ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชายได้แก่ อำเภอป่าแดด เชียงแสน เมืองเชียงราย เทิงและแม่จัน ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 29.4, 23.8, 20.6, 20.1 และ 19.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอป่าแดด เวียงแหง เมืองเชียงราย เวียงชัย และเชียงแสน ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 11.6, 9.7, 7.4, 7.4 และ 7.2 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชายได้แก่ อำเภอพญาเม็งราย แม่สาย เชียงแสน เวียงชัยและป่าแดด ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 48.3, 41.5, 40.0, 32.2 และ 30.0 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอป่าแดด พญาเม็งราย แม่สาย เทิง และแม่จัน (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 17.4, 15.8, 13.6, 13.4 และ 13.3 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ)

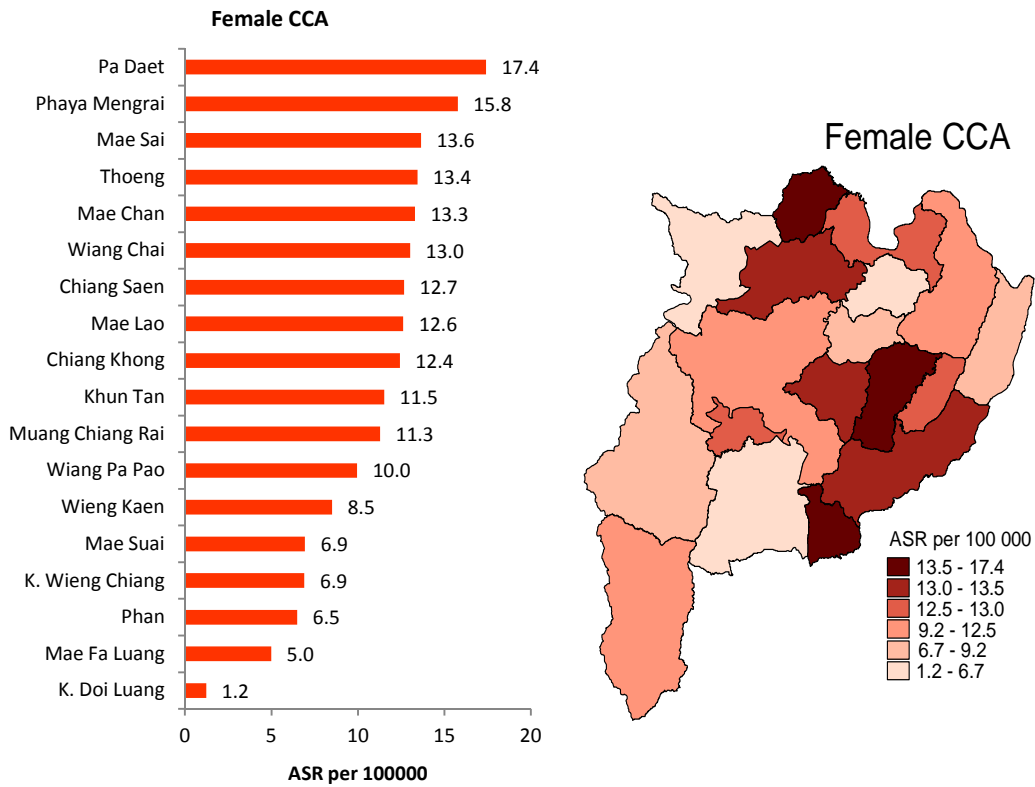
รูปที่ 33 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับจังหวัดเชียงรายแยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555





รูปที่ 34 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดเชียงรายแยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555



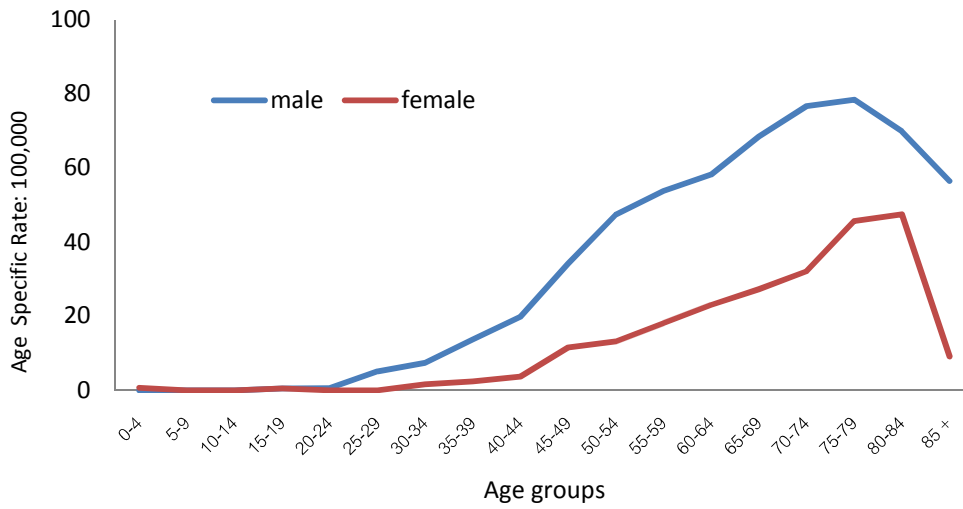


อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงรายแยกตามกลุ่มอายุ

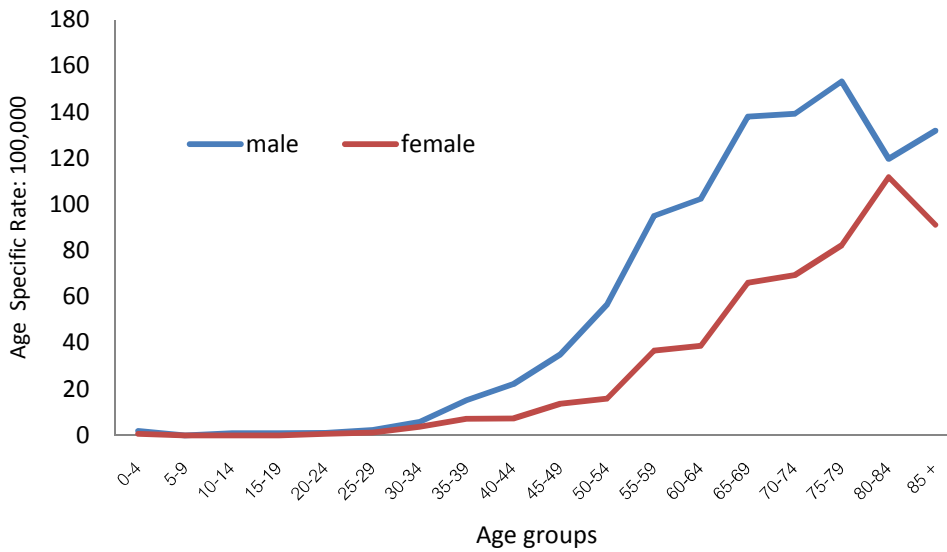
โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 80-84ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 78.4, 76.7 และ 69.8 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และ 70-74 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 47.5, 45.7 และ 32.1 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) (รูปที่ 35)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 65-69ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 153.2, 139.2 และ 138.0 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป และ 75-79 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 111.8, 91.1 และ 82.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) (รูปที่ 36)

รูปที่ 35 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับแยกตามกลุ่มอายุ จังหวัดเชียงรายปี พ.ศ.2551-2555



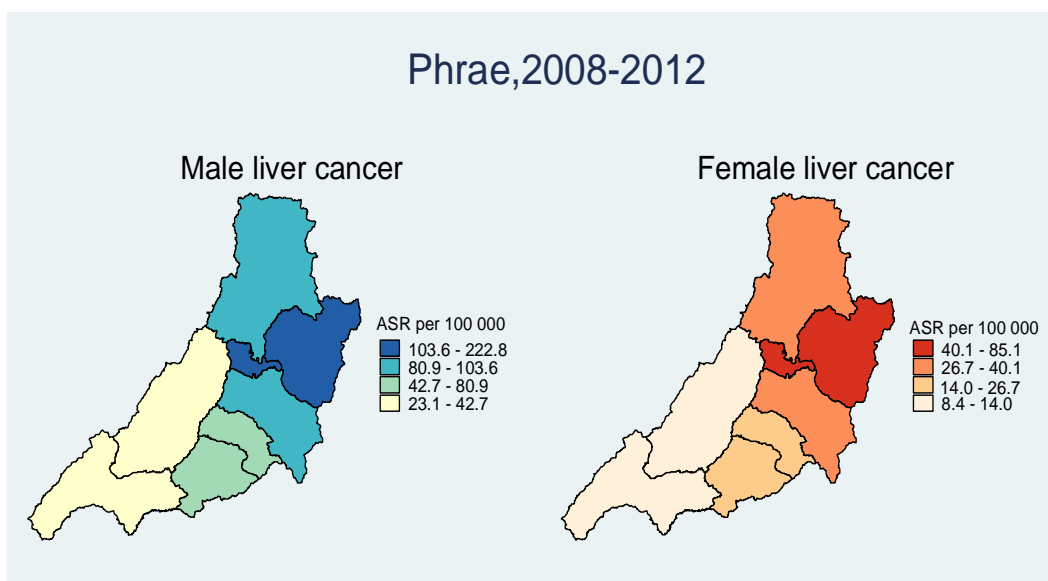
รูปที่ 36 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีแยกตามกลุ่มอายุ จังหวัดเชียงรายปี พ.ศ.2551-2555



4.6 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับจังหวัดแพร่

สถานการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดแพร่ปี พ.ศ.2551-2555 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่เพศชายมีจำนวน 1,343 ราย เฉลี่ยปีละ 269 ราย เท่ากับอัตราอุบัติการณ์ 78.78 ต่อประชากร 100,000 รายและเพศหญิงมีผู้ป่วยจำนวน 555 ราย เฉลี่ยปีละ 111 ราย อัตราอุบัติการณ์ 28.28 ต่อประชากร 100,000 รายทั้งเพศชายและหญิงจังหวัดแพร่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของภาคเหนือ อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดแพร่เพศชายสูงสุดที่อำเภอหนองม่วงไข่และต่ำสุดที่อำเภอลำดวน (อัตราอุบัติการณ์ 222.8 และ 23.1 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิงสูงสุดที่อำเภอหนองม่วงไข่ และต่ำสุดที่อำเภอลำดวน (อัตราอุบัติการณ์ 85.1 และ 8.4 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ)

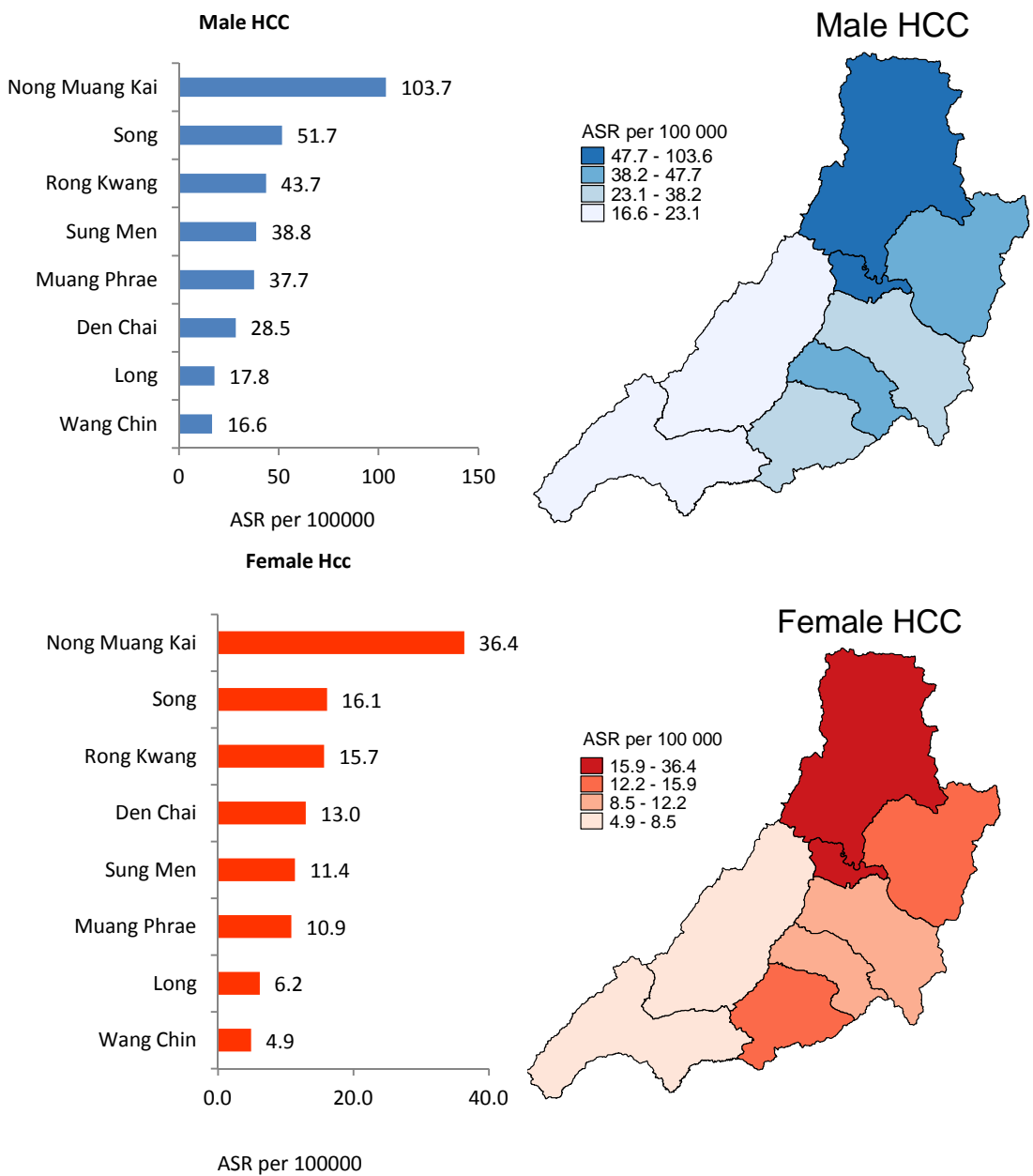
รูปที่ 37 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดแพร่ปี พ.ศ. 2551 – 2555



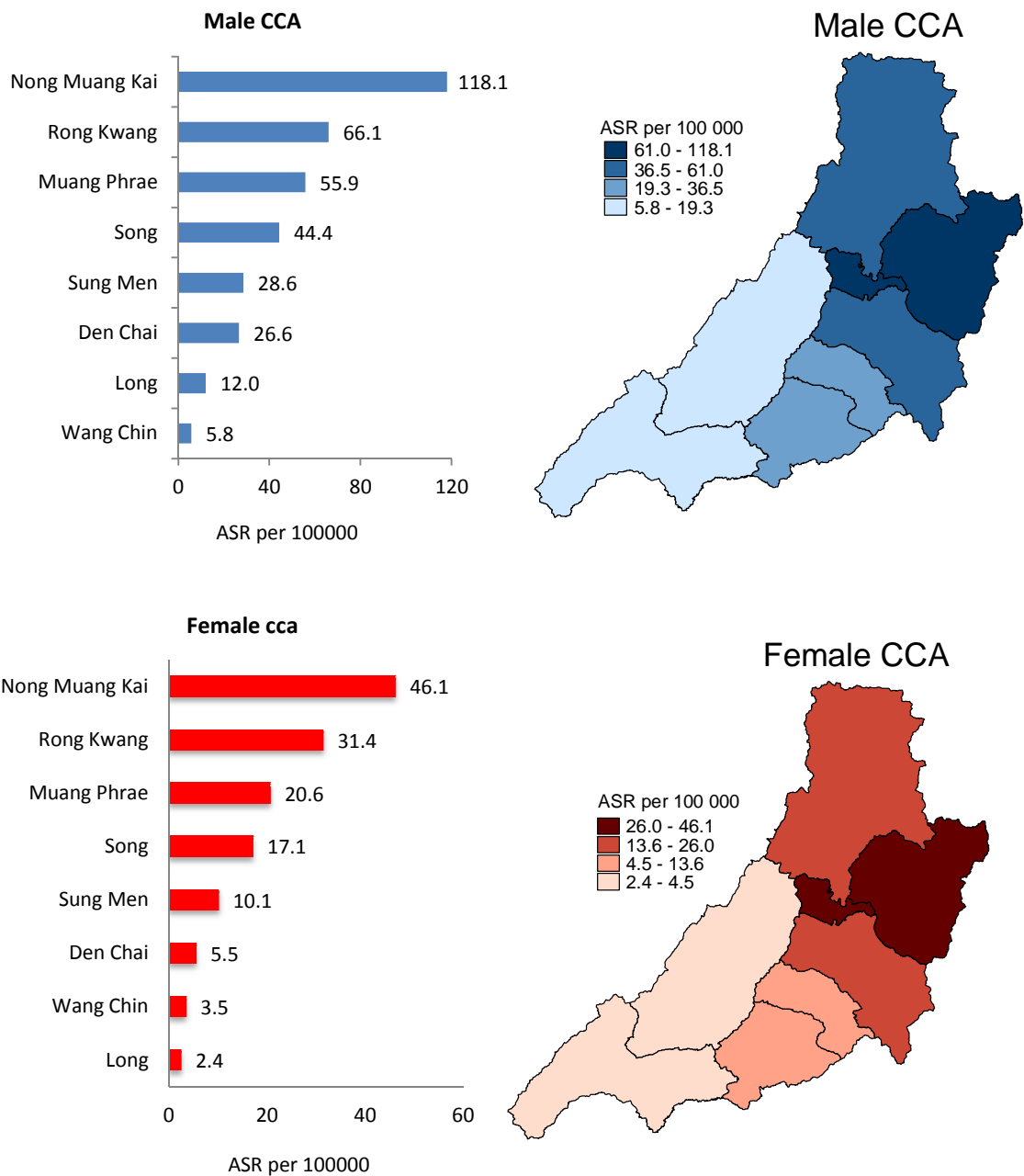
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 51.9 และโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 47.4 เช่นเดียวกันเพศหญิงมีสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (CCA) มากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 57.3 และ 41.6 ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ สูงสุด 5 อันดับแรก เพศชาย ได้แก่ อำเภอหนองม่วงไข่ สอง ร้องกวาง สูงเม่น และเมืองแพร่ ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 103.7, 51.7, 43.7, 38.8 และ 37.7 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอหนองม่วงไข่ สอง ร้องกวาง เด่นชัย และสูงเม่น ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ

36.4, 16.1, 15.7, 13.0 และ 11.4 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชายได้แก่ อำเภอหนองม่วงไข่ ร่องกวาง เมืองแพร่ สอง และสูงเม่น ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 118.1, 66.1, 55.9, 44.4 และ 28.6 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอหนองม่วงไข่ ร่องกวาง เมืองแพร่ สอง และสูงเม่น ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 46.1, 31.4, 20.6, 17.1 และ 10.1 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ)

รูปที่ 38 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับจังหวัดแพร่ แยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555



รูปที่ 39 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดแพร่แยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555



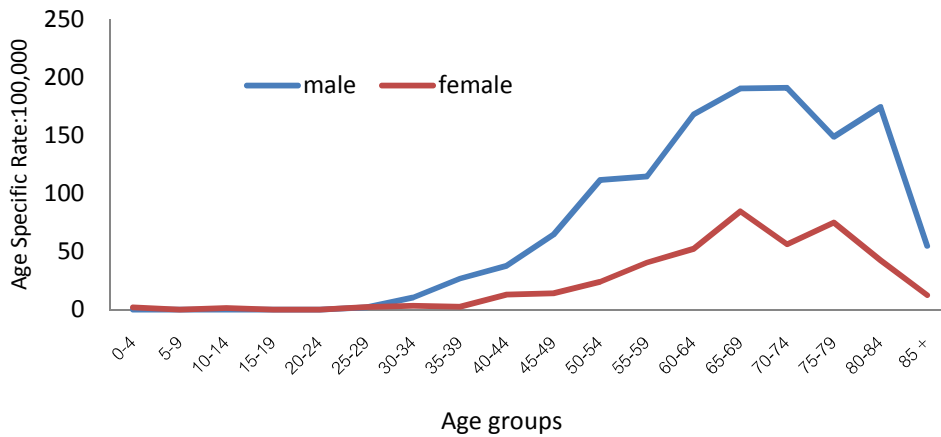
อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดแพร่แยกตามกลุ่มอายุ

โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 70-74 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี และ 80-84ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 191.2, 190.7 และ 174.5 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 65-69 ปี

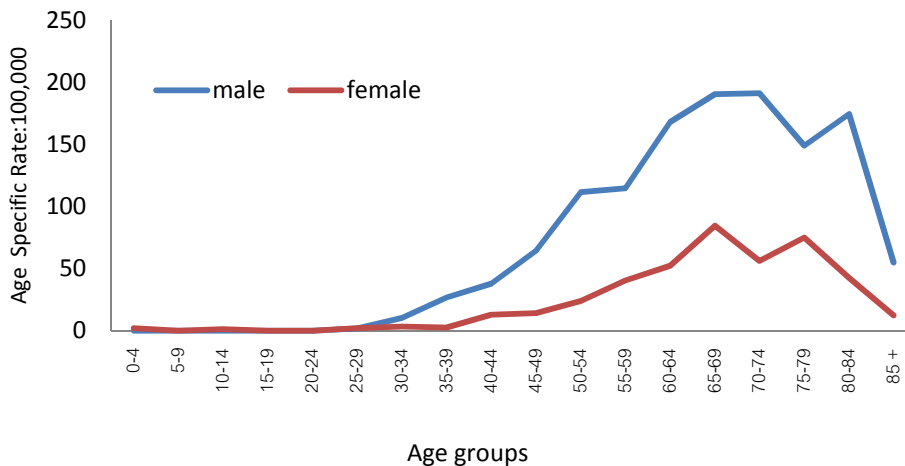
รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และ 70-74 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 84.7, 75.1 และ 56.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) (รูปที่ 40)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 65-69 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 230.2, 228.9 และ 188.5 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และ 65-69 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 136.7, 114.3 และ 108.3 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) (รูปที่ 41)

รูปที่ 40 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) แยกตามกลุ่มอายุจังหวัดแพร่ปี พ.ศ.2551-2555



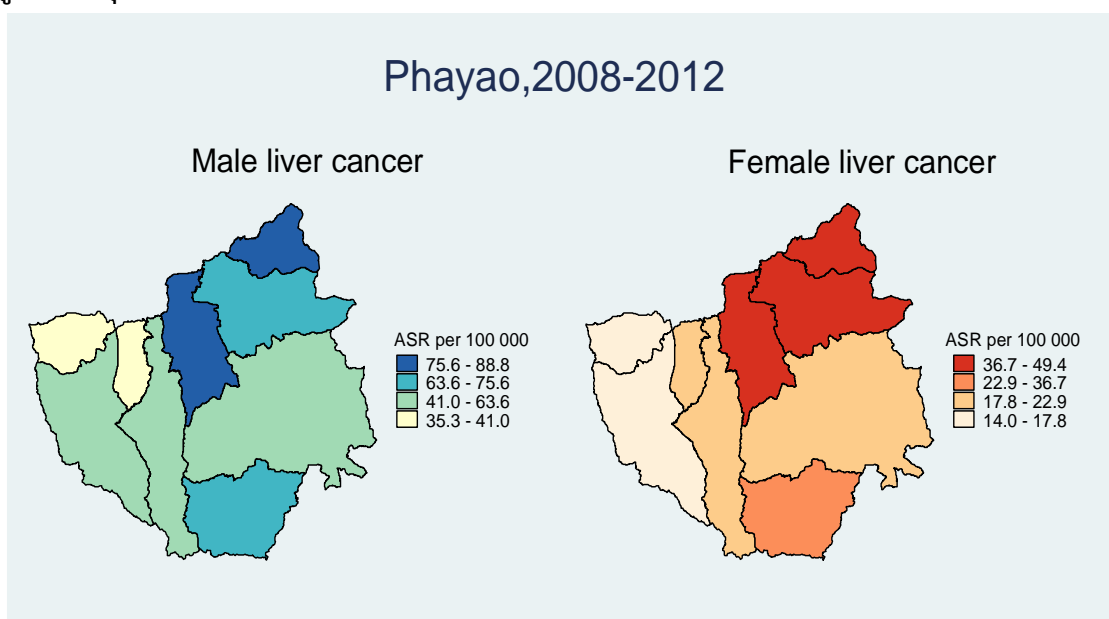
รูปที่ 41 อุบัติการณ์โรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (CCA) แยกตามกลุ่มอายุจังหวัดแพร่ปี พ.ศ. 2551-2555



4.6 ระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับจังหวัดพะเยา

สถานการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดพะเยาปี พ.ศ. 2551-2555 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ในเพศชายมีจำนวน 925 ราย เฉลี่ยปีละ 185 ราย อัตราอุบัติการณ์ 51.5 ต่อประชากร 100,000 รายและเพศหญิงมีผู้ป่วยจำนวน 444 ราย เฉลี่ยปีละ 89 ราย อัตราอุบัติการณ์ 21.06 ต่อประชากร 100,000 รายทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดแพร่ อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดพะเยาเพศชายสูงที่สุดที่อำเภอภูซางและต่ำสุดที่อำเภอภูกามยาว (อัตราอุบัติการณ์ 88.8 และ35.3 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิงสูงที่สุดที่อำเภอเชียงคำ และต่ำสุดที่อำเภอแม่ใจ (อัตราอุบัติการณ์ 49.4 และ14.0 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ)

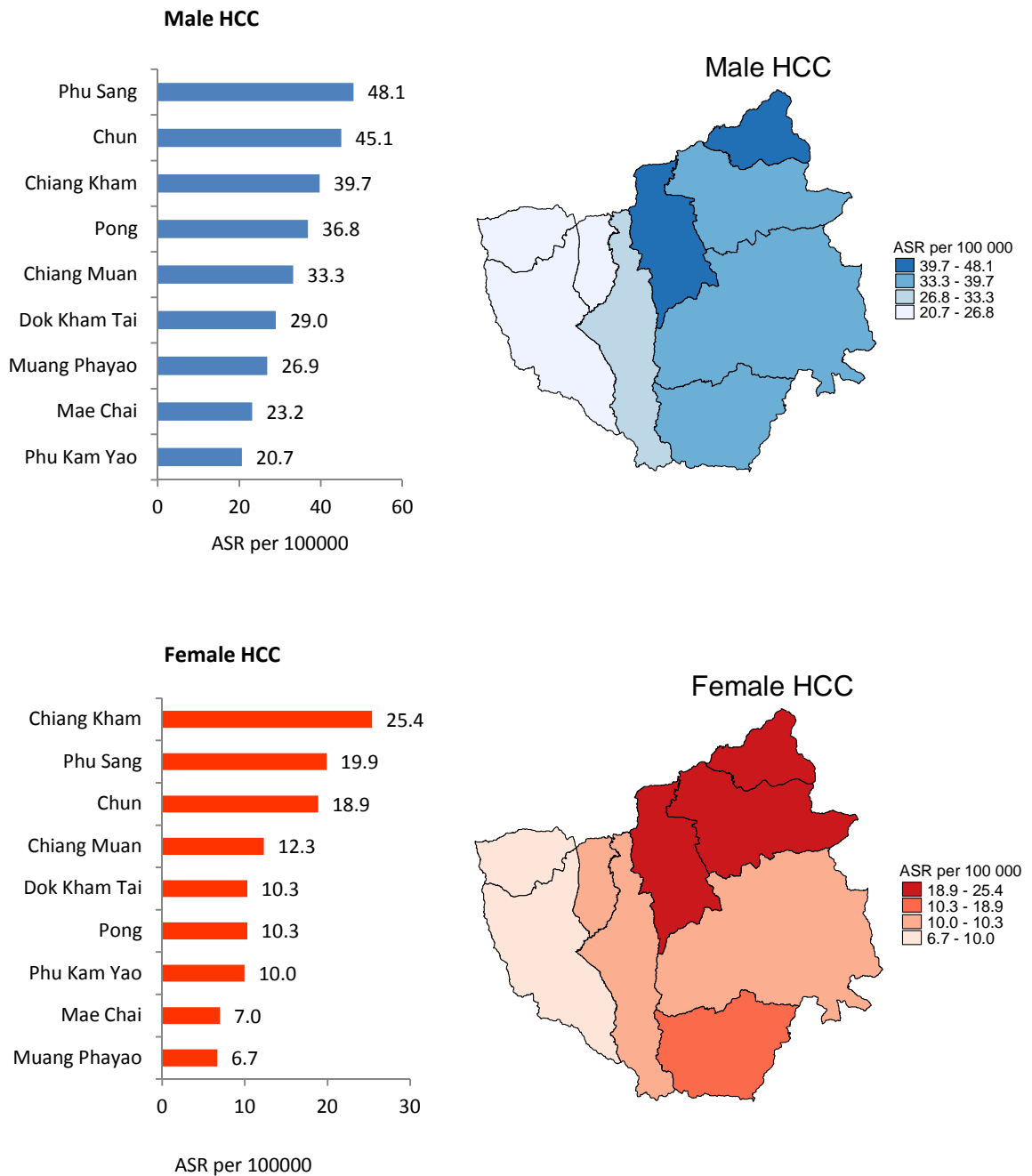
รูปที่ 42 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดพะเยาปี พ.ศ.2551 – 2555



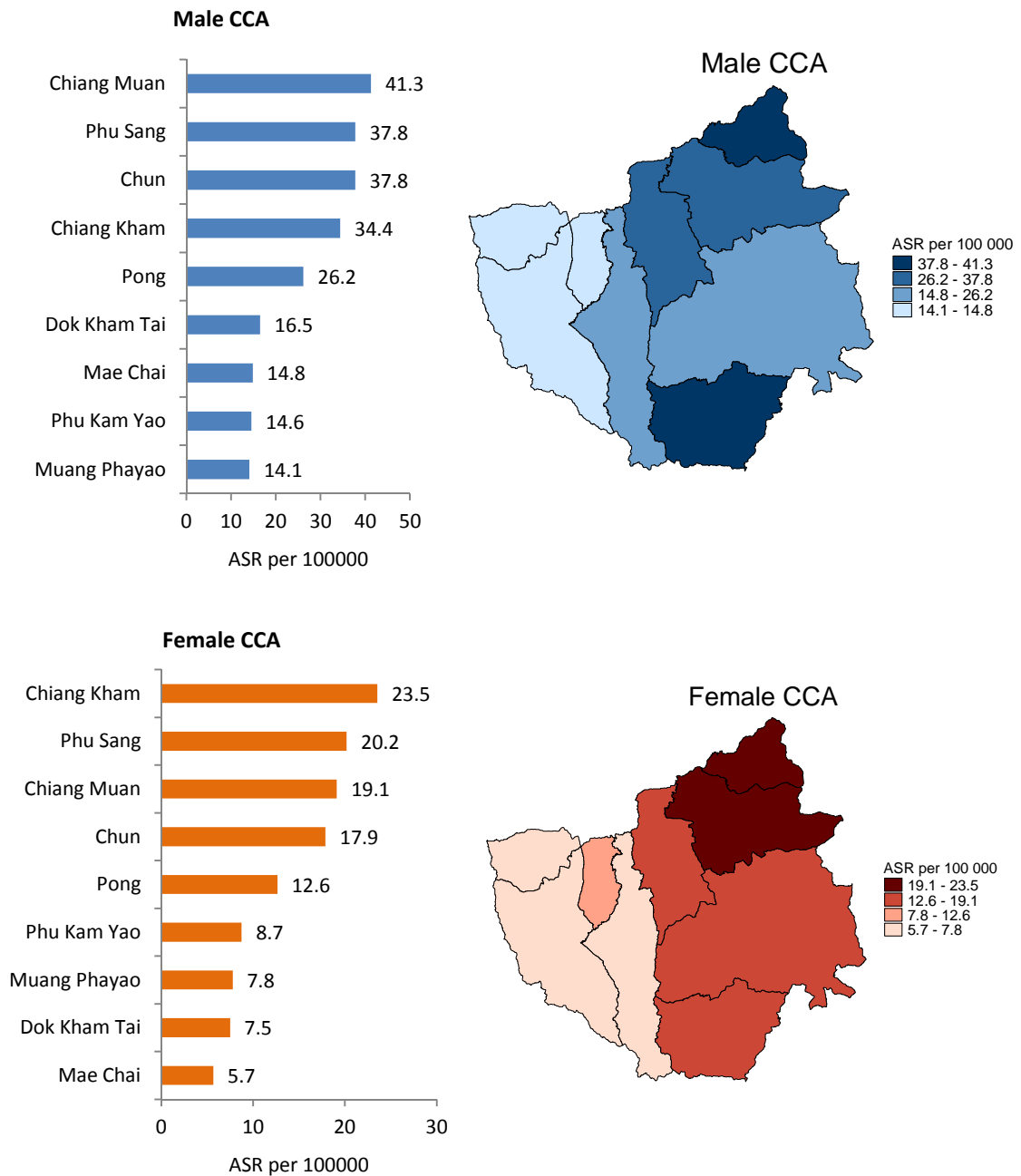
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ร้อยละ 56.6 และเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (CCA) ร้อยละ 42.2 ส่วนเพศหญิงมีสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (CCA) และโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 49.5 และ ร้อยละ 49.3 ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ สูงสุด 5 อันดับแรก เพศชายได้แก่ อำเภอภูซาง จุน เชียงคำ ปง และเมืองเชียงม่วน ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 48.1, 45.1, 39.7, 36.8 และ33.3 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอเชียงคำ ภูซาง จุน เชียงคำ และปง ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 41.3, 37.8, 37.8,

34.4 และ 26.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 5 อันดับแรก เพศชายได้แก่ อำเภอเชียงใหม่ ภูซาง จุน เชียงคำ และปง ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 41.3, 37.8, 37.8, 34.4 และ 26.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) เพศหญิง ได้แก่ อำเภอเชียงคำ ภูซาง เชียงม่วน จุน และปง ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 23.5, 20.2, 19.1, 17.9 และ 12.3 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ)

รูปที่ 43 อุตการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับจังหวัดพะเยา แยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555



รูปที่ 44 อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดพะเยา แยกรายอำเภอปี พ.ศ.2551- 2555



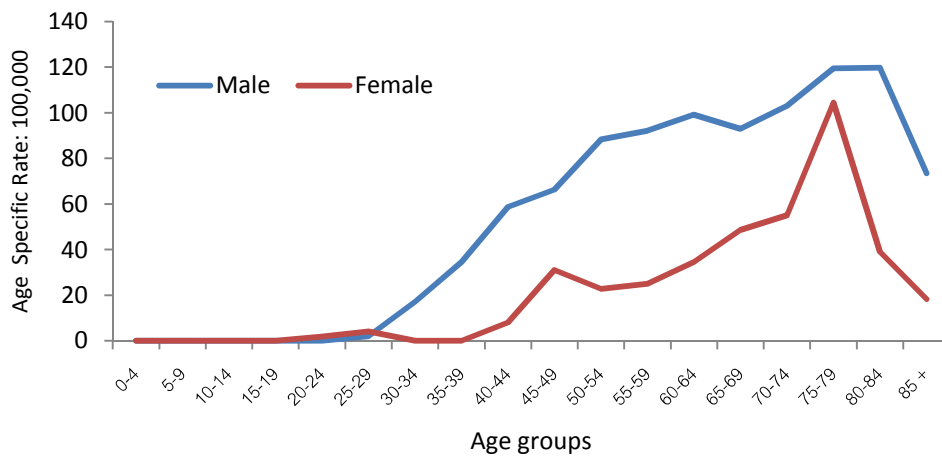
อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดพะเยาแยกตามกลุ่มอายุ

โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 119.8, 119.5 และ 103.0 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 75-79 ปี

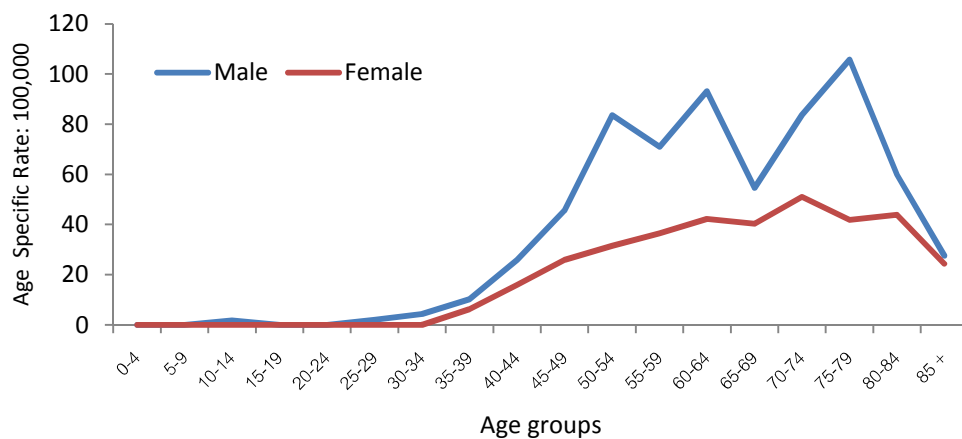
รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 70-74 ปี และ 65-69 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 104.5, 55.0 และ 48.6 ต่อประชากร 100,000 รายตามลำดับ) (รูปที่ 45)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) เพศชายพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 105.8, 93.1 และ 83.7 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) ส่วนเพศหญิงพบมากในกลุ่มอายุ 70-74 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 60-64 ปีตามลำดับ (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 51.1, 43.9 และ 42.3 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ) (รูปที่ 46)

รูปที่ 45 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับแยกตามกลุ่มอายุจังหวัดพะเยาปี พ.ศ.2551-2555



รูปที่ 46 อุบัติการณ์โรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีแยกตามกลุ่มอายุจังหวัดพะเยาปี พ.ศ.2551-2555



บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology) โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีรายใหม่ทุกราย จากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในภาคเหนือ จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แพร่ เชียงราย และพะเยา ที่ให้รหัสโรคมะเร็งระดับ ICD-O (C220-221; C240; C249) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2555 โดยผลการวินิจฉัยส่วนใหญ่มาจากวิธีซักประวัติ ตรวจร่างกายและรังสีวินิจฉัย (No Histological verification) ร้อยละ 73 และจากผลตรวจทางพยาธิวิทยาจากชิ้นเนื้อและเซลล์ (Histological verification) ที่ร้อยละ 16 ข้อมูลที่รวบรวมตามแบบรายงานโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิภาคในวันที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งและลักษณะของโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดี การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ขนาดและแนวโน้มโรคมะเร็งระดับในภาคเหนือตามการกระจายของโรค (Distributions) ได้แก่ บุคคล เวลา และสถานที่

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีรายใหม่ในภาคเหนือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 ใน 6 จังหวัด มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 10,500 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 7,344 ราย เท่ากับร้อยละ 69.94 และเพศหญิง จำนวน 3,156 ราย อัตราส่วนเพศชายเท่ากับ 2.3 เท่าของเพศหญิง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับรายใหม่เฉลี่ย 2,100 รายต่อปี และอุบัติการณ์ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับของภาคเหนือ เพศชายเท่ากับ 37.2 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิง เท่ากับ 14.5 ต่อประชากร 100,000 ราย อุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในภาคเหนือสูงกว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับทั่วโลก จากข้อมูลปี ค.ศ.2012 พบว่า เพศชายทั่วโลกมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับเท่ากับ 15.3 ต่อ ประชากร 100,000 ราย เพศหญิงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับเท่ากับ 5.4 ต่อประชากร 100,000 ราย และมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับสูงกว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งมีรายงานว่าเป็นภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดในโลกทั้งเพศชายและหญิง⁽⁴⁾ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีของประเทศไทย จากข้อมูลปี พ.ศ.2553-2555 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุกลุ่มอายุ 65-70 ปี พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงประมาณ 2.5 เท่า อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 33.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ในเพศชาย และเท่ากับ 12.9 ต่อประชากร 100,000 รายในเพศหญิง โดยอุบัติการณ์มะเร็งระดับและท่อน้ำดีสูงสุดพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราอุบัติการณ์เพศชายเท่ากับ 44.1 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิง 18.5 ต่อประชากร 100,000 ราย) รองลงมา คือภาคเหนือ⁽⁴⁾ แต่ข้อมูลดังกล่าวเป็นเพียงการศึกษาใน 2 จังหวัดคือ ลำปางและเชียงใหม่ จึงทำให้พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีต่ำกว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในภาคเหนือ พ.ศ.2551-2555 แยกตามกลุ่มอายุ เพศชายอุบัติการณ์สูงสุด ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมา 70-74 ปี และ 80-84 ปี ตามลำดับ และเพศหญิงพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี รองลงมา กลุ่มอายุ 80-84 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมักพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มวัยผู้สูงอายุและพบได้น้อยในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จากการศึกษาแบ่งตามชนิดของโรคมะเร็งตับ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่มีสัดส่วนโรคมะเร็งเซลล์ตับมากกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดี (เท่ากับร้อยละ 52.75 และ 45.82 ตามลำดับ) ตรงกันข้ามเพศหญิงส่วนใหญ่พบเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ (เท่ากับร้อยละ 53.23 และ 43.44 ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์แนวโน้มโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในภาคเหนือตามช่วงระยะเวลาทุก 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2536-2555 จากข้อมูลใน 3 จังหวัดภาคเหนือได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และลำพูน ในภาพรวมพบว่า

1) จังหวัดลำปาง พบเพศชายมีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้มคงที่ เมื่อจำแนกตามชนิดพบว่าอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ในเพศชายมีแนวโน้มคงที่ และเพศหญิงมีแนวโน้มที่ลดลง ส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2) จังหวัดเชียงใหม่พบว่าทั้งในเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี เมื่อจำแนกตามชนิดพบว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ในเพศชายมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง และเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3) จังหวัดลำพูน พบว่าทั้งในเพศชายและเพศหญิงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี เมื่อจำแนกตามชนิดพบว่าอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง ส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบว่าเพศชายมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง และเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ

เมื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์มะเร็งตับและท่อน้ำดีแยกตามพื้นที่ใน 6 จังหวัดที่ศึกษา พบว่าจังหวัดที่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดแพร่ (เพศชาย อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 78.78 ต่อประชากร 100,000 ราย และเพศหญิง 28.29 ต่อประชากร 100,000 ราย) รองลงมา คือจังหวัดพะเยา (เพศชายอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 51.5 ต่อประชากร 100,000 ราย และ เพศหญิง 21.06 ต่อประชากร 100,000 ราย) และจังหวัดเชียงราย (เพศชาย อัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 43.58 ต่อประชากร 100,000 ราย และ เพศหญิง 17.62 ต่อประชากร 100,000 ราย) ตามลำดับ ทั้งนี้มีค่าอุบัติการณ์ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ของภาคเหนือและของประเทศไทย เมื่อศึกษาจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็งตับ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (ร้อยละ 53) และเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 53) ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วน

การเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) สูงกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ได้แก่ จังหวัดลำพูน เชียงใหม่ พะเยา และจังหวัดลำปาง ตามลำดับ ส่วนจังหวัดเชียงรายและแพร่ มีสัดส่วนผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) มากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC)

จังหวัดที่มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับสูงสุด 3 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่จังหวัดแพร่ พะเยา และลำพูน (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 37.63, 29.84 และ 22.64 ต่อประชากร 100,000 ราย) ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงอุบัติการณ์โรคมะเร็งเซลล์ตับสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ จังหวัดแพร่ พะเยา และลำปาง (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 12.16 10.23 และ 6.51 ต่อประชากร 100,000 ราย) ตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี สูงสุด 3 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ จังหวัดแพร่ เชียงรายและพะเยา (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 40.65, 25.79 และ 21.02 ต่อประชากร 100,000 ราย) ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่จังหวัดแพร่ เชียงราย และจังหวัดพะเยา เช่นกัน (อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 15.78, 11.14 และ 10.59 ต่อประชากร 100,000 ราย) ตามลำดับ ทั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาโรคมะเร็งตับแยกตามรายจังหวัดที่ศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2555 พบแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และล่าสุดในปี พ.ศ.2551-2555 อุตการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงใหม่ ในเพศชายพบสูงสุดที่อำเภอสันทรายและต่ำสุดที่อำเภอแม่แจ่ม เพศหญิงพบสูงสุดที่อำเภอดอยหล่อ และต่ำสุดที่อำเภอสะเมิง เมื่อแยกชนิดโรคมะเร็งตับพบว่า ในเพศชายส่วนมากเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอดอยหล่อ ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอแม่วาง ในเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีใกล้เคียงกัน โดยโรคมะเร็งเซลล์ตับจะพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอดอยหล่อ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี โดยอำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคือ อำเภอดอยหล่อ

2. สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2555 เพศชายพบแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นส่วนเพศหญิงมีแนวโน้มคงที่ และล่าสุดในปี พ.ศ.2551-2555 อุตการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำปาง เพศชายพบสูงสุดที่อำเภอแม่พริกและต่ำสุดที่อำเภอแม่ทะ เพศหญิงพบสูงสุดที่อำเภอเมืองปาน และต่ำสุดที่อำเภอแม่เมาะ เมื่อแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ พบเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอเมืองปาน ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอแม่พริก ส่วนเพศหญิงพบสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ โดยมะเร็งท่อน้ำดีพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี

อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอเมืองลำปาง ส่วนโรคมะเร็งเซลล์ตับพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปีเช่นกัน อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคือ อำเภอเมืองปาน

3. สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดลำพูน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2555 มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และล่าสุดในปี พ.ศ.2551-2555 อุตการณ์โรคมะเร็งตับในเพศชายพบสูงสุดที่อำเภอป่าซางและต่ำสุดที่อำเภอทุ่งหัวช้าง เพศหญิงพบสูงสุดที่อำเภอเมืองลำพูน และต่ำสุดที่อำเภอทุ่งหัวช้าง เมื่อแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ เพศชายพบส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอป่าซาง ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 70-74 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคือ อำเภอเวียงหนองล่อง ส่วนเพศหญิงพบสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับมากกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยโรคมะเร็งเซลล์ตับพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภออำเภอบ้านธิ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอเมืองลำพูน

4. สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดเชียงรายปี พ.ศ.2551-2555 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ 3 รองจาก จังหวัดแพร่และพะเยา อุตการณ์โรคมะเร็งตับในเพศชายพบสูงสุดที่อำเภอพระยาเม็งรายและต่ำสุดที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง เพศหญิงพบสูงสุดที่อำเภอป่าแดด และต่ำสุดที่อำเภอดอยหลวง เมื่อแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ เพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอพญาเม็งราย ส่วนโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) พบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอป่าแดด ในเพศหญิงพบสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ โดยพบอุบัติการณ์มากที่สุดกลุ่มอายุ 80-84 ปี และอำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอป่าแดด เช่นเดียวกัน

5. สถานการณ์โรคมะเร็งตับจังหวัดแพร่ปี พ.ศ. 2551-2555 ทั้งเพศชายและเพศหญิง จังหวัดแพร่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของภาคเหนือและพบอุบัติการณ์สูงสุดที่อำเภอหนองม่วงไข่ เมื่อแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ พบเพศชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี อุตการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดคือ อำเภอหนองม่วงไข่ ส่วนโรคมะเร็งเซลล์ตับพบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 70-74 ปี อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดคือ อำเภอหนองม่วงไข่ ส่วนเพศหญิงมีสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าโรคมะเร็งเซลล์ตับ โดยโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบมากในกลุ่มอายุ 75-79 ปี อำเภอที่มี อุตการณ์สูงสุด คือ อำเภอหนองม่วงไข่ ส่วนโรคมะเร็งเซลล์ตับพบสูงสุดอายุในกลุ่มอายุ 70-74 ปี มีอุบัติการณ์สูงสุดคือ อำเภอหนองม่วงไข่ เช่นกัน

6. สถานการณ์โรคมะเร็งตับในจังหวัดพะเยา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-2555 พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดแพร่ เพศชายพบสูงสุดที่อำเภอภูซางและต่ำสุดที่อำเภอภูพานยาว เพศหญิงพบสูงสุดที่อำเภอเมืองเชียงคำและต่ำสุดที่อำเภอแม่ใจ เมื่อแยกตามชนิดโรคมะเร็งตับ เพศชายพบส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ (HCC) โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 80-84 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอภูซาง ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) พบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคือ อำเภอเวียงเชียงม่วน ส่วนเพศหญิงพบสัดส่วนเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดีใกล้เคียงกัน โดยมะเร็งเซลล์ตับพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี อำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอเชียงคำ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 70-74 ขึ้นไปอำเภอที่พบอุบัติการณ์สูงสุดคืออำเภอเชียงคำ เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลการศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในภาคเหนือประเทศไทย ส่วนใหญ่มักพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มวัยผู้สูงอายุและพื้นที่เสี่ยงที่ต่างกัน ดังนั้นเห็นควรมีการผลักดันและสนับสนุนนโยบายในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงเพื่อการค้นหาผู้ป่วยที่รวดเร็วขึ้นและทำการรักษาได้ทันท่วงทีก่อนถึงระยะการแพร่กระจายของโรค
2. เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มเป้าหมายประชากรในพื้นที่เสี่ยง เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี และการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค เป็นต้น
3. หากนำข้อมูลจากการศึกษาวิจัยไปใช้ประกอบการตัดสินใจหรือดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่แต่ละระดับ ควรพิจารณาวิธีการหรือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริม หรือป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเซลล์ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่นั้นๆ
4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อหาวิธีหรือแนวทางในป้องกันควบคุมโรคต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World health Organization 2017 Cancer Fact sheet. Available :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. American Cancer Society 2015, , Global Cancer Facts & Figures 3rd edition. Available:<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-3rd-edition.pdf>
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข (2559). สืบค้นจาก:http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=441&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15
4. Imsamran, W., Chaiwerwattans, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K., Sangrajrang, S. et al.(2015). Cancer in Thailand vol. VIII, 2010-2012, Bangkok
5. ปองทิพย์ อุ๋นประเสริฐ และ ศักดิ์ชาย เรืองสิน. Management of Hepatocellular Carcinoma retrieved from [http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2553/9.Management_of_hepatocellular_carcinoma%20\(Pongthip%202019.10.53\).pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2553/9.Management_of_hepatocellular_carcinoma%20(Pongthip%202019.10.53).pdf)
6. ระวิศักดิ์ จันทรวาสน์, วิษณุ ปานจันทร์, วีรุฒิ อิ่มสำราญ, สุพัตรา รักเอียด และอาคม ชัยวีระวัฒน์, (2559). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ
7. งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.(2560). สถิติทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางปีพ.ศ. 2559
8. ดลสุข พงษ์นิกร, สมเกียรติ ถลิตวงศา, กาญจนา ดาวประเสริฐ, นเรศ ไหวศรี, ศรินยา แสงคำ และ มนุญตินันท์ ประดิษฐค้าย.(2559). การรอดชีพจากโรคมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546-2555, โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์
9. Allemani C., Weir H.K., Carreira H., Harewood R. & the CONCORD Working Group. (2015).Global surveillance of cancer survival 1995-2009. Volume 385, No. 9972, p 977-1010.,

10. สมเกียรติ ลลิตวงศา, ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, ทรงพล ศรีสุขโข, อุดมลักษณ์ เจนพานิชย์, วิเชียรรัตน์ จำนงวิทย์ และบารมี บุญเลิศ. (2557). อุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2551-2555, โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์
11. ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, นเรศ ไหวศรี, ศรินยา แสงคำ มนฐิตินันท์ ประดิษฐ์ค่าย และสมเกียรติ ลลิตวงศา (2558). แนวโน้มอุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2536-2555, โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์
12. ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร (2547) ระบาดวิทยา โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร รัศมีศักดิ์ จันทร์วาสน์, วิษณุ ปานจันทร์, วีรวิทย์ อิมสำราญ, สุพัตรา รักเอียด และอาคม ชัยวีระวัฒน์ , (2559). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ
13. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M. et al. (2014). Cancer Incidence in Five Continents Vol. X , IARC Scientific Publication No. 164
14. Wong, M. C. S. et al. (2017). International incidence and mortality trends of liver cancer: a global profile. Sci. Rep. 7, 45846; doi: 10.1038/srep45846
15. Luke C., Price T. & Roder D. (2010). Epidemiology of Cancer of the Liver and Intrahepatic Bile Ducts in an Australian Population. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 11, 1481-1485
16. Acharya S.K. (2014). Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma in India. Journal of Clinical and Experimental Hepatology , 4 (Suppl 3) , 27-33