

แนวคิดด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ณรงค์ ขันดีแก้ว^{1,3}, พวงรัตน์ ยงวนิชย์^{2,3*}

¹ภาควิชาศัลยศาสตร์, ²ภาควิชาชีวเคมี

³ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Conceptual Framework of Health Policy and Strategies to Administer and Manage Cholangiocarcinoma Systematically and Effectively

Narong Khuntikeo^{1,3}, Puangrat Yongvanit^{2,3*}

¹Department of Surgery, ²Biochemistry, Faculty of Medicine,

³Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Research Center, Khon Kaen University

ปัจจุบันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เราได้นำเสนอแนวคิดด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยได้เสนอการแก้ปัญหาด้วยแนวคิดใหม่ที่ต้องมีระบบคัดกรองและเฝ้าระวังบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี มีการร่วมมือการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นเครือข่าย และมีการวิจัยเชิงลึกในทุกๆ ด้านเพื่อนำองค์ความรู้ไปแก้ปัญหาที่ถูกต้อง โดยในตอนท้ายได้เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมไว้ด้วย

At present, opisthorchiasis-associated cholangiocarcinoma is still a serious public health problem in northeast Thailand. We are presenting the conceptual framework of health policy and strategies in order to administer and manage the problem systematically and effectively. They include the new paradigm in establishing the screening and surveillance program for the risk group, building up a collaborative network among health professionals. Furthermore, in-depth research that is focused on attacking problems directly is also needed, and we introduce practical ways to implement those policy and strategies.

สรินกรินทร์เวชสาร 2555; 27 ฉบับพิเศษ (มะเร็งท่อน้ำดี): 422-6 • Srinagarind Med J 2012; 27 suppl (Cholangiocarcinoma): 422-6

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีในสังคมไทยมานานแล้วว่าวัฒนธรรมนิยมกินปลาดิบที่ชาวบ้านจับได้ตามแหล่งน้ำต่างๆ ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขร้ายแรงตามมามีคือโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือที่เรียกกันติดปากว่า มะเร็งตับ เนื่องจากในปลาดิบที่อยู่ในวงศ์ปลาตะเพียนนั้น มักมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับที่สามารถทำให้คนกินปลาซึ่งไม่ได้ปรุงสุกติดเชื้อมีได้ด้วยเช่นกันและการติดเชื้อ

พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) แบบเรื้อรังหรือมีการติดแบบซ้ำซาก เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี^{1,2} ถึงแม้ว่าหน่วยงานทางสาธารณสุขได้มีการณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าเฉลี่ยความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะลดลงเป็นลำดับ จากร้อยละ 36 ในปี พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2545³ แต่ในความเป็นจริง เช่น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ

*Corresponding Author: puangratl@kku.ac.th

มีความแปรผันมาก ตั้งแต่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 70 โดยการติดพยาธิในบริเวณรอบๆ แหล่งน้ำมักสูงถึงประมาณร้อยละ 40⁴ ในทางตรงข้ามอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ยังคงไม่มีแนวโน้มที่ลดลง สถิติการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 93 ถึง 318 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี⁵ และปัจจุบันความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่ได้ลดลงตามความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างที่เคยจะเป็นการคำนวณจากประสบการณ์ของศัลยแพทย์ที่รักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภูมิภาคนี้ ประมาณการว่ามีผู้ป่วยใหม่ระหว่าง 10,000-20,000 รายต่อปี ตัวเลขเบื้องต้นจากงานวิจัยภาคสนามของคณะวิจัยเราที่ตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าจากจำนวนประชากรเพียงประมาณ 500 ราย ที่เข้าร่วมโครงการโดยมีอายุเกิน 40 ปีและมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ 3 รายที่เพิ่งเสียชีวิตและอีก 5 รายกำลังเป็นโรคนี ซึ่งตัวเลขที่น่าตกใจไม่น้อย หากเรายังใช้กลยุทธ์แบบเดิมๆ ในการตั้งรับเพื่อแก้ปัญหา โดยไม่ได้มองแนวทางใหม่ที่เป็นเชิงรุก หากเราไม่พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ทั้งระดับคลินิกและระดับวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานให้ควบคู่ไปกับเทคโนโลยีที่เจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว สังคมชนบทอีสานก็จะต้องทนทุกข์ทรมานไปกับโรคนี้อีกเป็นเวลายาวนาน เพราะมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่มีการก่อตัวดำเนินโรคอย่างช้าๆ จัดอยู่ในกลุ่มมะเร็งที่มีความสัมพันธ์กับการอักเสบ สมมติว่าในวันนี้เราทำให้ชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ก็ต้องใช้เวลามากประมาณ 20-30 ปีจึงจะทำให้ประชาชนปราศจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้สำเร็จ เพราะผู้ที่เคยติดเชื้อแล้วไม่มีใครรับประกันได้ว่าจะไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต

ธรรมชาติของโรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้นเป็นโรคที่สามารถมีอันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากยังไม่มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้ป่วยเกือบทุกคนที่มาพบแพทย์ก็เมื่อมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมะเร็งอยู่ในระยะท้าย มีการแพร่ลุกลามไปมากแล้ว ในปัจจุบันการรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าเป็นการรักษาที่หายขาด (curative treatment) แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักได้รับการบรรเทาอาการเหลืองด้วยการระบายน้ำดีด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) หรือได้รับยาเกินตามอาการต่างๆ เท่านั้น ดังนั้น ศัลยแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคนี แต่มีจำนวนผู้ป่วยประมาณเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้นที่ได้รับการผ่าตัดแบบหายขาด ส่วนที่เหลือเป็นการผ่าตัดแบบประคับประคอง ทำอย่างไรเราจะเพิ่มโอกาสผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดแบบหายขาด และรอดชีวิตจากโรคร้ายนี้ได้มากขึ้น เป็นสิ่งที่ท้าทายที่บุคลากรผู้รับผิดชอบทุกระดับต้องเข้ามาช่วยกัน

หาทางออกอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน โดยก่อนอื่นทุกคนต้องตระหนักร่วมกันก่อนว่าเรื่องนี้ไม่ได้เป็นปัญหาเล็กน้อย มีการสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจแบบเงียบๆ ในชนบทอีสานอย่างมากมาเป็นเวลายาวนาน จนเกือบเสมือนเป็นโรคที่ถูกทอดทิ้งละเลย (neglected disease) จากนั้นก็ต้องมีการประสานทั้งสติปัญญาและพลังกำลังหากกลยุทธ์แนวทางที่จะแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ทางออกอย่างเป็นรูปธรรมของเรื่องนี้มันพอจะแบ่งออกได้เป็นแนวทางดังต่อไปนี้

1. การจัดการปัญหาด้วยแนวคิดใหม่

1.1 ระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

การติดพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในตับบริเวณรอบท่อน้ำดี ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี แม้จะมีการกินยาถ่ายเพื่อกำจัดพยาธิออกไป แต่รอยโรคที่มีการหนาตัวรอบๆ ท่อน้ำดี (periductal fibrosis) ก็ยังคงดำเนินต่อไป อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบน้ำดีและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบันก็ยังคงใช้วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography)^{6, 7} การตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์จะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค และสัมพันธ์กับความหนาแน่นของไขพยาธิในอุจจาระ^{6, 8} แต่สภาพในปัจจุบันนั้นการวินิจฉัยด้วยวิธีอัลตราซาวด์เป็นเพียงเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยเพื่อการรักษาไม่ใช่เพื่อการตรวจคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังหรือค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น (early diagnosis) และการตรวจต้องใช้เครื่องมือราคาแพง ต้องอาศัยผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจประสิทธิภาพของการตรวจอาจคลาดเคลื่อนได้ขึ้นกับความชำนาญของผู้ตรวจ ดังนั้นต้องมีการเร่งระดมการจัดอบรมทางรังสีวินิจฉัยให้แก่แพทย์ที่อยู่ตามโรงพยาบาลทั่วไปให้มีความรู้ความชำนาญเรื่องนี้โดยเฉพาะ ทั้งนี้เป็นการขยายฐานการให้บริการอย่างทั่วถึง มีการจัดซื้อเครื่องอัลตราซาวด์ที่มีศักยภาพเพียงพอในการวินิจฉัยและการเก็บข้อมูลในระบบดิจิทัล และมีการสร้างระบบเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ตการให้คำปรึกษาจากรังสีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดความเป็นไปได้มากที่สุดต้องมีระบบคัดกรองเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยสร้างเกณฑ์เบื้องต้นให้ชัดเจนว่าผู้ที่เข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงเป็นอย่างไร เช่น การมีประวัติกินปลาดิบเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือเคยเป็น มีคนในครอบครัวเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ และเกณฑ์อายุที่เหมาะสมควรได้รับการตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์เป็นประจำทุกปี เป็นต้น

ยังมีอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้เริ่มทำโครงการนี้แล้วคือการหาตัวบ่งชี้ชีวภาพของความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง (predictive

risk markers) ทำให้สามารถตรวจหาผู้เป็นมะเร็งในระยะแรกได้เช่นกัน โดยผลการศึกษาทั้งจากสัตว์ทดลองและในคน^{2, 3} พบว่ามีตัวบ่งชี้ชีวภาพหลายชนิดที่สามารถจำแนกประชากรที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีและประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีออกจากกลุ่มประชากรปกติได้ในระดับทดลอง โดยเฉพาะตัวบ่งชี้ชีวภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ advanced periductal fibrosis ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการคือ (1) วิเคราะห์ตัวชี้วัดชีวภาพในซีรัมและปัสสาวะที่สัมพันธ์กับภาวะ advanced periductal fibrosis จากการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อเป็นตัวบ่งชี้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และ (2) ตรวจหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะแรกโดยการติดตามและเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษารวมทั้งการตรวจหา tumor biomarkers ที่มีความจำเพาะกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1.2 ระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

คงไม่มีประโยชน์อะไรหากเราสามารถคัดกรองผู้ที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้แล้ว และยังไม่ได้สร้างแนวทางรองรับการเฝ้าระวังที่ต่อเนื่อง เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบที่จะต้องสร้างระบบการติดตาม ระบบส่งต่อ และระบบการดูแลรักษาด้วยการสร้าง clinical practice guideline (CPG) หากสามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ ข้อสำคัญโรงพยาบาลจะต้องพร้อมที่จะรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในอนาคตได้ หากระบบคัดกรองเฝ้าระวังทำได้สำเร็จ ประสพการณ์ด้านศัลยศาสตร์พบว่าหากยิ่งพบผู้ป่วยระยะแรกได้เร็วเท่าไร โอกาสรอดชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีก็มากขึ้นเช่นกัน

2. การจัดการปัญหาด้วยการสร้างเครือข่าย

2.1 การเพิ่มศักยภาพของศัลยแพทย์

ดังได้กล่าวข้างต้นแล้วว่าในขณะนี้การรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าการรักษาที่หายขาด ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพให้แก่ศัลยแพทย์จึงถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรีบทำในทุกๆ มิติ ด้วยการให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคนี้ สร้างแรงจูงใจ สร้างขวัญกำลังใจว่าไม่ได้ถูกโดดเดี่ยวในการต่อสู้เพียงผู้เดียว ที่สำคัญต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ในเทคนิคใหม่ๆ การผ่าตัดมะเร็งตับ สร้างเครือข่ายในกลุ่มทางอินเทอร์เน็ตเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางคลินิกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และสร้างศัลยแพทย์รุ่นใหม่ให้มาช่วยรองรับปัญหานี้ได้อย่างพอเพียง

2.2 การสร้าง clinical practice guideline

แนวทางทางศัลยศาสตร์เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะรักษาโรคนี้ให้มีประสิทธิภาพเต็มที่ ในปัจจุบัน

การตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างถูกต้อง จำเป็นต้องมีการยืนยันด้วยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งยังเป็นแนวทางให้แพทย์ที่รักษามีแนวทางการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการให้เคมีบำบัด หรือการรักษาทางรังสีรักษาร่วมด้วย เพื่อขยายแนวรับร่วมในจุดนี้ต้องมีการเพิ่มกำลังทางพยาธิแพทย์ เร่งให้มีการศึกษาแบบ clinical trial เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ถึงสูตรยาเคมีบำบัดที่เหมาะสมให้ผลตอบสนองดี และมีราคาถูกที่มีความเป็นไปได้ต่อระบบจ่ายตรงของสาธารณสุข ขณะนี้ยังไม่มีคำตอบนี้ต่อสังคมและปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการรักษามะเร็งควรใช้ยาเคมีมากกว่า 1 ตัวที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกันเพื่อให้เกิดผลแบบ synergistic effect โดย clinical practice guideline จำเป็นต้องผนวกแ่งมุมทางพยาธิวิทยา มะเร็งวิทยา และรังสีวิทยาเข้าด้วยกัน

3. การจัดการปัญหาด้วยการใช้วิจัยเป็นฐาน

3.1 การหา tumor marker ที่จำเพาะต่อมะเร็งท่อน้ำดี

เนื่องจากมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดในผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความหลากหลายเป็นอย่างมากทั้งตำแหน่งที่เกิด (gross type) และลักษณะทางจุลกายวิภาค (histopathological type) และหากศึกษาให้ลึกลงไปก็จะพบว่ามี การแสดงออกของยีนที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างหลากหลายเช่นกัน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ยากที่จะหา tumor marker ที่ความจำเพาะกับมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งต่างจากมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ที่มี alfa-fetoprotein (AFP) หรือมะเร็งต่อมลูกหมากมี tumor specific prostate (TSP) เป็นต้น ดังนั้นนักวิจัยจากศูนย์วิจัยฯ เรายังได้ตั้งมั่นใจที่จะเร่งพัฒนาค้นหา tumor marker ใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงเพื่อช่วยวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี โดยพัฒนาจากวิธีทางวิทยาศาสตร์ที่หลากหลายเช่นจากรูปแบบของโปรตีนหรือยีนที่มีการแสดงออกเด่นๆ ในเนื้อเยื่อมะเร็งท่อน้ำดี หรือมีการผลิตมอโนโคลนอลแอนติบอดีที่จำเพาะต่อมะเร็งท่อน้ำดี เป็นต้น โดยวิธีหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความไวและความจำเพาะคือการใช้ marker แบบหลายชนิดร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อใช้ติดตามการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (ดูรายละเอียดในบทความ biomarker)

3.2 การรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted cancer therapy)

ด้วยวิทยาการการรักษามะเร็งได้พัฒนาดำเนินไปอย่างรวดเร็ว เราคงต้องวิจัยการรักษาแบบมุ่งเป้าเพื่อเพิ่มทางเลือกและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาควบคู่กันไปด้วย การรักษามะเร็งแบบมุ่งเป้าเป็นการใช้ยาหรือสารบางชนิดที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งโดยการรบกวนการทำงานของโมเลกุลที่มีความจำเพาะ

ต่อการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งนั้น เมื่อพิจารณาในระดับโมเลกุลแล้วกล่าวได้ว่าการรักษามะเร็งแบบมุ่งเป้ามีประสิทธิผลมากกว่าการรักษามะเร็งด้วยวิธีอื่นๆ เช่นยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาเพราะมีความจำเพาะต่อเซลล์มะเร็งเท่านั้นและข้อสำคัญคือเกิดผลข้างเคียงที่น้อยมากกับเซลล์ปกติปัจจุบันมีการศึกษาค้นคว้าและวิจัยทั้งในระดับห้องปฏิบัติการและระดับ clinical trial เพื่อค้นหา targeted molecule ซึ่งมีความจำเพาะกับมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผลการทดลองแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้การรักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต⁹⁻¹⁵

นโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

คณะแพทยศาสตร์ และศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่จะพัฒนาการบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ และทั่วถึงทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเริ่มจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีและผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีแล้ว เพื่อให้ประชาชนทั้ง 2 กลุ่ม ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้ให้บริการของสาธารณสุขของรัฐ ทั้งนี้มีแผนการดำเนินงานเป็นสองส่วนดังนี้คือ

1. การเฝ้าระวัง (surveillance) และคัดกรอง (screening) มะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจะดำเนินการโดยสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ
2. การสร้างเครือข่ายบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นการบูรณาการ การรักษาแบบหายขาด และการรักษาแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นเพื่อลดอัตราการตาย (mortality) และอัตราการเจ็บป่วย (morbidity) จากการผ่าตัด และใช้อัตรารอดชีพ (survival rate) และคุณภาพชีวิต

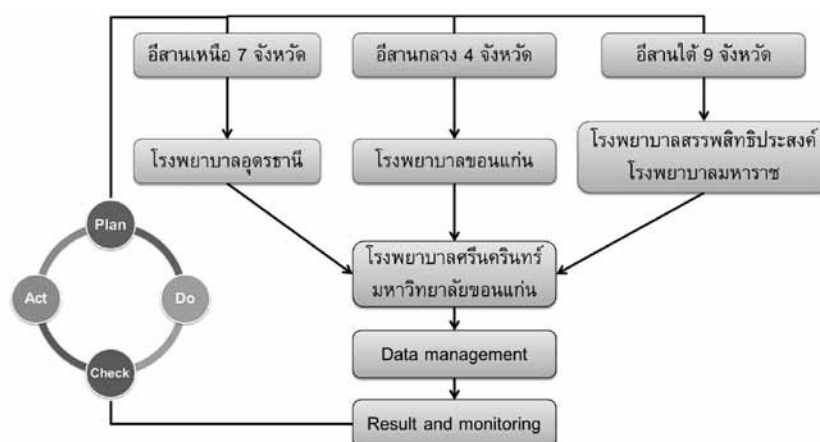
(quality of life) เป็นเครื่องชี้วัด โดยเสนอให้ผู้ร่วมโครงการ คือ โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร่วมกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น คือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นแม่ข่ายในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งได้แก่

2.1 พัฒนาขีดความสามารถของศัลยแพทย์ วิทยุณูแพทย์ พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก (ICU) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการผ่าตัดทั้งแบบให้หายขาด (curative intent) และแบบประคับประคอง (palliative resection and bypass)

2.2 พัฒนาขีดความสามารถในการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดและรักษาแบบประคับประคอง เช่น

- พัฒนาขีดความสามารถเจาะระบายน้ำดีผ่านตับ (percutaneous transhepatic biliary drainage; PTBD)
- พัฒนาขีดความสามารถในการระบายน้ำดีผ่านกล้อง (Endoscopic biliary stent)
- พัฒนาการติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดี ทั้งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและการรักษาแบบประคับประคองทุกชนิด (R 2 R)

โดยที่จะให้ทั้ง 5 โรงพยาบาลร่วมมือกันในรูปแบบของเครือข่าย เพื่อสามารถพัฒนาการร่วมมือไปได้ระยะหนึ่ง จะขยายความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีจะขยายเครือข่ายในอีสานเหนือ, โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีเครือข่ายกับจังหวัดอิสานกลาง, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลทั่วไปในเขตอีสานใต้ โดยในที่สุดจะทำให้ได้เครือข่ายครอบคลุมทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเครือข่ายรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังแสดงในแผนภาพ



รูปที่ 1 เครือข่ายในการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรอง รักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการจัดการข้อมูลโดยมีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นแม่ข่าย

ผลที่คาดว่าจะได้รับและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

1. มีแนวทางในการคัดกรอง(screening) การเฝ้าระวัง (surveillance) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้
2. มีแนวทางในการให้การวินิจฉัยโรคในระยะแรก การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การรักษาเพื่อให้อยู่รอด และการรักษาแบบประคับประคองโดยยึดคุณภาพชีวิตเป็นหลัก
3. มีเครือข่ายการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั่วทั้ง 20 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง 5 โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายให้การสนับสนุนหลัก
4. มีระบบการติดตามประเมินผลการคัดกรองการเฝ้าระวังและการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
5. มีการพัฒนาระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง
6. สามารถพบผู้ป่วยในระยะแรกเพิ่มขึ้น
7. ผลการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยหายขาด มีชีวิตยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
8. นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติในการบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด

กล่าวโดยสรุปการขจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้หมดไปจากดินแดนอีสาน แม้จะมีแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ดีเพียงใด ก็อาจทำได้สำเร็จในเร็ววัน หากปราศจากซึ่งการประสานพลังกำลังจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขและสสช.ซึ่งเป็นองค์กรที่รับผิดชอบโดยตรง ต้องมีศูนย์วิจัยเฉพาะทางในสังกัดมหาวิทยาลัยที่จะเป็นองค์กรหลักในการวิจัยเพื่อส่งทอดองค์ความรู้ไปยังผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ทั้งยังต้องอาศัยภาคประชาชนที่ตระหนักถึงปัญหานี้และพร้อมให้ความร่วมมือ ที่สำคัญที่สุด จำเป็นต้องอาศัยความตั้งใจ ความจริงใจ และความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาาร่วมกัน หากเป็นเช่นนี้ได้สักวันหนึ่งที่ไม่ไกลเกินโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หรือน้องไอวีพีโคเลงคงมลายหายไปจากแผ่นดินอีสานอย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, 7-14 June 1994. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1994; 61:1-241.
2. Yongvanit P, Pinlaor S, Bartsch H. Oxidative and nitrate DNA damage: key events in opisthorchiasis-induced carcinogenesis. Parasitol Int 2012; 61:130-5.
3. Jongsuksuntigul P, Imsomboon T. Opisthorchiasis control in Thailand. Acta Trop 2003; 88:229-32.
4. Srija B, Kaewkes S, Sithithaworn P, Mairiang E, Laha T, Smout M, et al. Liver fluke induces cholangiocarcinoma. PLoS Med 2007; 4:e201.
5. Sriamporn S, Pisani P, Pipitgool V, Suwanrungruang K, Kamsa-ard S, Parkin DM. Prevalence of Opisthorchis viverrini infection and incidence of cholangiocarcinoma in KhonKaen, Northeast Thailand. Tropical Med Int Health 2004; 9:588-94.
6. Elkins DB, Haswell-Elkins MR, Mairiang E, Mairiang P, Sithithaworn P, Kaewkes S, et al. A high frequency of hepatobiliary disease and suspected cholangiocarcinoma associated with heavy *Opisthorchis viverrini* infection in a small community in north-east Thailand. Trans R Soc Trop Med Hyg 1990; 84:715-9.
7. Pungpak S, Sornmani S, Suntharasamai P, Vivatanasesth P. Ultrasonographic study of the biliary system in opisthorchiasis patients after treatment with praziquantel. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1989; 20:157-62.
8. Mairiang E, Elkins DB, Mairiang P, Chaiyakum J, Chamadol N, Loapaiboon V, et al. Relationship between intensity of Opisthorchis viverrini infection and hepatobiliary disease detected by ultrasonography. J Gastroenterol Hepatol 1992; 7:17-21.
9. Prakobwong S, Khoontawad J, Yongvanit P, Pairojkul C, Hiraku Y, Sithithaworn P, et al. Curcumin decreases cholangiocarcinogenesis in hamsters by suppressing inflammation-mediated molecular events related to multistep carcinogenesis. Int J Cancer 2010; 129:88-100.
10. Seubwai W, Wongkham C, Puapairoj A, Okada S, Wongkham S. 22-oxa-1,25-dihydroxyvitamin D3 efficiently inhibits tumor growth in inoculated mice and primary histoculture of cholangiocarcinoma. Cancer 2010; 116:5535-43.
11. Seubwai W, Vaeteewoottacharn K, Hiyoshi M, Suzu S, Puapairoj A, Wongkham C, et al. Cepharanthine exerts antitumor activity on cholangiocarcinoma by inhibiting NF-kappaB. Cancer Sci 2010; 101:1590-5.
12. Loilome W, Juntana S, Namwat N, Bhudhisawasdi V, Puapairoj A, Srija B, et al. PRKAR1A is overexpressed and represents a possible therapeutic target in human cholangiocarcinoma. Int J Cancer 2011; 129:34-44.
13. Philip PA, Mahoney MR, Allmer C, Thomas J, Pitot HC, Kim G, et al. Phase II study of erlotinib in patients with advanced biliary cancer. J Clin Oncol 2006; 24:3069-74.
14. Bengala C, Bertolini F, Malavasi N, Boni C, Aitini E, Dealis C, et al. Sorafenib in patients with advanced biliary tract carcinoma: a phase II trial. Br J Cancer 2010; 102:68-72.
15. El-Khoueiry AB, Rankin CJ, Ben-Josef E, Lenz HJ, Gold PJ, Hamilton RD, et al. SWOG 0514: a phase II study of sorafenib in patients with unresectable or metastatic gallbladder carcinoma and cholangiocarcinoma. Invest New Drugs 2011.

