

ปุงฉา-วิสัยนา

108 ปัญหาทงอายุรกรรม



สุภมัย สุนทรพันธ์ : บรรณาธิการ

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Screening for cancer มีประโยชน์จริงหรือ และ cancer screening สำหรับ solid tumor ใดที่เหมาะสมกับคนไทย

การ screening หรือการตรวจคัดกรองโรคหรือความผิดปกติทางการแพทย์มีจุดประสงค์เพื่อตรวจคัดกรองโรคที่ระยะเริ่มต้น ในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อจะสามารถรักษาได้ (treatable) หรือยิ่งดีที่สุดถ้าสามารถรักษาให้หายเป็นปกติ (curable) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการตรวจคัดกรองสำหรับโรคมะเร็งในคนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดนั้น ๆ มาก่อนเท่านั้น โดยไม่รวมถึงผู้ป่วยที่เป็น cancer survivor ที่ต้องติดตามการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งชนิดเดิม

โรคมะเร็งที่สมควรมีการตรวจคัดกรอง ควรประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญได้แก่

1. ก่อให้เกิด morbidity และ mortality สูงและมีความชุกของโรคในระยะเริ่มต้นสูง
2. มีหลักฐานยืนยันว่าการวินิจฉัยโรคมะเร็งชนิดนั้นได้ในระยะต้น สามารถให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น หรือมีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับโรคมะเร็งนั้นๆ ในระยะเริ่มต้น เมื่อเทียบกับระยะ advanced อย่างชัดเจน
3. มีเครื่องมือ (screening test) ที่สามารถใช้คัดกรองโรคมะเร็งชนิดนั้นในระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และราคาไม่แพง

สำหรับโรคมะเร็ง solid tumor ชนิดต่างๆ ในคนไทย ที่สมควรจะมีการตรวจคัดกรองเนื่องจากมีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ในที่นี้จะจำแนกตามกลุ่มประชากรต่างๆ ได้แก่ กลุ่มประชากรทั่วไป, กลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงทางสภาวะแวดล้อม (environmental factors) และกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม (genetic factors)

โรคมะเร็งที่สมควรแก่การตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรไทยทั่วไป

1. มะเร็งเต้านม

อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในสตรีไทย เมื่อปี พ.ศ. 2535 – 2537 เท่ากับ 16.3 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งน้อยกว่าเกือบ 7 เท่า เมื่อเทียบกับในสตรีตะวันตก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (111 ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2539)

การตรวจคัดกรองสำหรับมะเร็งเต้านม ยังเป็นที่ถกเถียง โดยเฉพาะในเรื่องของอายุที่ควรเริ่มและความถี่ที่เหมาะสมในการตรวจ แต่โดยสรุปจากผลการศึกษาของ Breast cancer screening trials ในกลุ่มสตรีตะวันตก ส่วนใหญ่พบว่าสตรีที่อายุ 50-70 ปี จะได้ประโยชน์ชัดเจนจากการทำ mammography โดยสามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ประมาณร้อยละ 25-30 ส่วนใน

สตรีที่อายุ 40-49 ปี นั้น แม้ประโยชน์จากการทำ mammography จะน้อยกว่า (อัตราการตายลดลง โดยเฉลี่ยร้อยละ 18) แต่ก็มีความสำคัญทางสถิติ คำแนะนำในการตรวจคัดกรองสำหรับมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ดังสรุปในตาราง

กลุ่มประชากร	อายุ	คำแนะนำ
สตรีทั่วไป (average risk)	20 ปี ขึ้นไป	ควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination) ทุกเดือน
	20-39 ปี	ควรได้รับการตรวจเต้านมโดยแพทย์ (CBE) อย่างน้อยทุก 3 ปี
	40-49 ปี	การทำ mammography ± CBE ยังเป็นที่ถกเถียง แต่ข้อมูลจากบางแหล่งแนะนำให้ทำได้ทุก 1-2 ปี
	50-69 ปี	ควรทำ mammography ± CBE ทุก 1-2 ปี
	70 ปีขึ้นไป	การทำ mammography ควรพิจารณาควบคู่ไปกับสุขภาพโดยรวม และการตัดสินใจของผู้รับการตรวจ
สตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม (increased risk) เช่น มีประวัติมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง		ควรเริ่มการตรวจคัดกรองดังกล่าวข้างต้นให้เร็วขึ้น (เช่น เริ่มที่อายุ 30 ปี) หรือถี่ขึ้น (เช่น ทุก 6 เดือน) หรืออาจใช้วิธีตรวจอื่นๆ ร่วมด้วย (เช่น ultrasound หรือ MRI) แต่ยังไม่มีความชัดเจน

CBE, Clinical breast examination

2. มะเร็งปากมดลูก

สตรีไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 20.9 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งนับเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในเพศหญิงของประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อย หรือตั้งครรภ์ที่อายุน้อย, การมี sexual partner หลายคน (ทั้งทางฝ่ายหญิงเอง หรือทางฝ่ายชายที่เป็น sexual partner ของหญิงคนนั้น), ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การติดเชื้อ human papilloma virus (HPV) เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การทำ Pap smear อย่างน้อยทุก 3 ปี สามารถลดโอกาสเกิด invasive cancer ได้ถึงร้อยละ 90 ดังนั้นคำแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน โดยสรุปคือ ควรทำ Pap smear และตรวจภายในทางนรีเวชในสตรีที่เริ่มมีเพศ

สัมพันธ์แล้ว หรือในสตรีตั้งแต่อายุ 18 ปี ขึ้นไป ปีละ 1 ครั้ง และสามารถทำการตรวจให้ห่างขึ้นโดยขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลเมื่อผลการตรวจปกติติดต่อกัน 3 ครั้ง

3. มะเร็งลำไส้ใหญ่

อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยของเพศชาย เท่ากับ 10.4 และเพศหญิงเท่ากับ 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งน้อยกว่าอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับในประเทศทางตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา (34.9 ในเพศชาย และ 26.6 ในเพศหญิง)

เครื่องมือในการตรวจคัดกรองสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่สำคัญ ได้แก่ fecal occult blood testing (FOBT), sigmoidoscopy, colonoscopy และ double-contrast barium enema คำแนะนำโดยส่วนใหญ่สรุปในตาราง

กลุ่มประชากร	คำแนะนำ
ประชากรทั่วไป (average risk)	ควรเริ่มการตรวจคัดกรองที่อายุ 50 ปีขึ้นไป โดยทำ FOBT ทุก 1-2 ปี และ/หรือ sigmoidoscopy ทุก 1-5 ปี หรือ colonoscopy ทุก 10 ปี หรือ DCBE ทุก 5-10 ปี
ประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (increased risk) เช่น มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 60 ปี	ควรเริ่มการตรวจคัดกรองให้เร็วขึ้น และ/หรือ ถี่ขึ้น

FOBT, fecal occult blood test ; DCBE, double-contrast barium enema

4. มะเร็งต่อมลูกหมาก

อุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากในชายไทยนั้น (2.4-5.4 ต่อประชากร 100,000 คน) น้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับในประเทศทางตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา (136 ต่อประชากร 100,000 คน)

การใช้ digital rectal examination (DRE) และ prostate specific antigen (PSA) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น เป็นข้อถกเถียงในประเทศตะวันตกมาเป็นเวลานาน ด้วยเหตุผลสำคัญได้แก่

1. การที่ไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งชนิดนี้

2. Natural history ของโรค เป็นโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรคช้า ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากการตรวจคัดกรองมักจะไม่มีอาการผิดปกติและไม่ได้เสียชีวิตจากตัวโรค

ปัจจุบัน American Cancer Society แนะนำว่าชายอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มี life expectancy อย่างน้อย 10 ปี ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับผลดี/เสีย ของการทำ DRE และ PSA และการตรวจคัดกรองควรเริ่มเร็วขึ้นในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก กลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงทางภาวะแวดล้อม (environmental factors)

โรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงทางภาวะแวดล้อมนั้น ในที่นี้จะขกกล่าวถึงเฉพาะโรคมะเร็งซึ่งมีอุบัติการณ์สูงในประชากรไทย และมีข้อมูลในการตรวจคัดกรองมากพอสมควร ซึ่งได้แก่

1. มะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอด เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิงในประชากรไทย และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นที่เกิดจากโรคมะเร็ง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด คือบุหรี่ ซึ่งมีการประมาณว่า ร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดนั้น สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ในปัจจุบันแม้โรคมะเร็งปอดจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก แต่ยังไม่มียวิธีการตรวจคัดกรองใดที่ถือเป็นมาตรฐานและแนะนำให้ใช้ทั่วไป จาก randomized controlled trials พบว่าการทำ serial chest x-ray และ sputum cytology ไม่ได้ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอด ส่วนวิธีการตรวจคัดกรองใหม่ๆ เช่น low-dose CT scanning ซึ่งมีความไวสูงและสามารถตรวจพบก้อนได้ตั้งแต่ขนาด 2-3 มิลลิเมตร ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาวินิจฉัยทางคลินิก โดยสรุปสำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดจึงยังไม่มีคำแนะนำให้ตรวจในผู้ที่ไม่มีอาการผิดปกติ หรือไม่เคยมีประวัติโรคมะเร็งมาก่อน

2. มะเร็งตับ

ประเทศไทยจัดเป็น endemic area ของโรคไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งตับ นอกเหนือไปจากไวรัสตับอักเสบบี (HCV) และสุรา การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งหรือในผู้ป่วยที่มีภาวะ chronic HBV หรือ HCV infection นั้นได้รับการสนับสนุนให้ทำในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับจัดอยู่ในกลุ่ม Pugh-Child's grade A หรือ B เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่ม Pugh-Child's grade C โดยทั่วไปมักจะมีสภาพหนักเกินกว่าจะทนกับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ได้ แต่ละสถานพยาบาลมีคำแนะนำในการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือและความถี่ในการทำต่างๆ กัน แต่ในปัจจุบันโดยสรุปแนะนำให้ทำ liver function test และ alpha-fetoprotein ทุก 2-3 เดือน และ ultrasound ตับ ทุก 3-6 เดือน ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ

กลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม (genetic factors)

ความผิดปกติทางพันธุกรรมซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ มักจะเกิดจากการมี mutation ของ tumor suppressor genes ที่จำเพาะต่อการควบคุมการเกิดโรคมะเร็งแต่ละชนิด โดยลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือเกิดในอายุน้อย และมีประวัติโรคมะเร็งชนิดเดียวกัน หรือชนิดอื่น ๆ ในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรง (first degree relatives) โดยสรุปในปัจจุบันแนะนำให้ผู้ที่มี mutation ของ genes ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งแต่ละชนิดเริ่มต้นการตรวจคัดกรองสำหรับโรคมะเร็งชนิดนั้น ๆ ที่อายุน้อยกว่าและถี่กว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป อีกทั้งประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในที่นี้จะขอล่าวถึงประชากรกลุ่มนี้เพียง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคมะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่ ที่เกิดจากความผิดปกติของ genes BRCA 1 หรือ BRCA 2 และกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด Familial adenomatous polyposis (FAP) และชนิด Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) โดยคำแนะนำในการตรวจคัดกรองกลุ่มโรคมะเร็งเหล่านี้แสดงสรุปในตาราง

ชื่อโรค (mutated genes)	ลักษณะทางคลินิก	คำแนะนำ
มะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่ (BRCA 1 หรือ BRCA 2 genes)	<p>มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีญาติอย่างน้อย 2 คน เป็นมะเร็ง เต้านมหรือมะเร็งรังไข่ - ญาติเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุ <50 ปี - มีญาติอย่างน้อย 1 คนที่เป็นทั้ง มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ หรือเป็นมะเร็งเต้านม 2 ครั้ง โดยไม่สัมพันธ์กัน - มีญาติผู้ชายเป็นมะเร็งเต้านม - มีเชื้อสาย Ashkenazi Jewish และมีประวัติมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ 	<p>ทางเลือกสำหรับ carriers ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - prophylactic bilateral total mastectomy - prophylactic bilateral oophorectomy - ใช้ chemopreventive drug เช่น tamoxifen (แต่ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน) - ตรวจคัดกรองอย่างใกล้ชิดขึ้น ได้แก่ BSE ทุกเดือน โดยเริ่ม ภายในอายุ 18 ปี, CBE ทุก 6 เดือน – 1 ปี, mammography ทุกปี เริ่มตั้งแต่อายุ 25-35 ปี

เอกสารอ้างอิง : โรคมะเร็ง

1. Rimer BK, Schildkraut JS, Hiatt RA. Cancer screening. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer : principles and practice of oncology. 6th ed. Philadelphia : Lippincott-Raven, 2001, 627-37.
2. Deerasamee S, Martin N, Sontipong S, et al, eds. Cancer in Thailand, Vol II, 1992-1994. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 1999.
3. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP 3rd, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53: 141-69.
4. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. Gastroenterology 2003; 124: 544-60.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: recommendation and rationale. Ann Intern Med 2002; 137: 129-31.
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Colorectal cancer screening. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2001; 165: 206-8.
7. Bach PB, Niewoehner DE, Black WC. Screening for lung cancer: the guidelines. Chest 2003; 123 (Suppl): 83S-88S.