

เนื้องอกตับในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา Liver Tumor in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

นพวรรณ วิภาตกุล, พ.บ.*
สมชาย เหลืองจางู, พ.บ., ว.ทม.*

บทคัดย่อ

เนื้องอกตับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติและสำคัญในการจำแนกระหว่างมะเร็งและเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง การมีข้อมูลประกอบการพิจารณาแยกโรคช่วยทำให้ได้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนขึ้น **วัตถุประสงค์:** เพื่อรวบรวมอาการ อาการแสดง ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ในผู้ป่วยเนื้องอกตับในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา **วัสดุและวิธีการศึกษา:** ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยเนื้องอกตับในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมาเป็นเวลา 1 ปี ในช่วง 1 สิงหาคม 2547-31 กรกฎาคม 2548 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ผล ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 294 ราย ที่มาโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมาด้วยเรื่องก่อนในตับ อายุเฉลี่ย 59.1 ± 13.8 ปี (พิสัย 20-89ปี) เป็นเพศชาย 219 คน (ร้อยละ 74.5) เป็นมะเร็ง จำนวน 272 คน (ร้อยละ 92.5) โดยเป็นมะเร็งตับ, มะเร็งทางเดินน้ำดีและมะเร็งแพร่กระจายมาที่ตับ ร้อยละ 43.9, 42.2 และ 6.5 ตามลำดับ เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.5) โดยเป็น hepatic hemangioma มากที่สุด ลักษณะพื้นฐานทางคลินิกพบในกลุ่ม ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง เป็นเพศชาย อยู่ต่างอำเภอของจังหวัดนครราชสีมา มีประวัติดื่มสุรา ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคน้อยกว่าและมีขนาดของก้อนเนื้อใหญ่กว่ากลุ่มเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง อาการและอาการแสดงพบว่าหากมีอาการตาเหลืองตัวเหลือง น้ำหนักตัวลดลง ตรวจร่างกายได้ตับโต เหลืองและซีด มีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มมะเร็งมักมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า เกล็ดเลือดมากกว่าระดับ SGOT สูงกว่าระดับ total bilirubin สูงกว่าระดับ alkaline phosphatase สูงกว่าในกลุ่มเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งทางเดินน้ำดีพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับมักเป็นเพศชายมากกว่า อายุต่ำกว่า ระยะที่เริ่มเป็นโรคน้อยกว่า มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารมากกว่า

* แพทย์ประจำบ้าน กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

** แพทย์ประจำ กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

เส้นผ่านศูนย์กลางของก้อนในตับมากกว่า มีอาการคันตามตัวน้อยกว่า ตรวจพบตาเหลืองตัวเหลืองน้อยกว่า โลหิตจางมากกว่า ท้องมานมากกว่า อาการแสดงว่ามีปัญหาตับแข็งมากกว่า ค่า SGOT มากกว่า ค่า total bilirubin น้อยกว่า ค่า alkaline phosphatase น้อยกว่า **สรุป:** ผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนเนื้อในตับที่โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ในช่วง 1 สิงหาคม 2547-31 กรกฎาคม 2548 จำนวน 294 ราย อายุเฉลี่ย 59.1 ± 13.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นเนื้อร้ายของตับ โดยมีโอกาสที่เป็นมะเร็งของตับสูง หากเป็นเพศชาย ขนาดของก้อนเนื้อค่อนข้างใหญ่ มีอาการตาเหลืองตัวเหลือง น้ำหนักตัวลดลง ตรวจร่างกายได้ตับโตเหลืองและซึบ ระดับ SGOT สูงกว่า ระดับ total bilirubin สูงกว่า ระดับ alkaline phosphatase สูง

Abstract: Liver Tumors in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Nobpavan Wipatkul, M.D.*

Somchai Luangjaru, M.D., M.Sc.**

* Resident, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima

30000

** Staff, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2007; 31: 113-120.

Background: Liver tumors are common in clinical practice and it is important to differentiate cancer from benign tumors. Various supporting data can help accurate diagnosis possible. **Objective:** To analyse symptoms, signs, basic patient characteristics, laboratory tests and x-ray findings of liver tumor patients in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Materials and Methods:** Retrospective study was performed from medical records of liver tumor patients in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital who were admitted from August 1, 2003 to July 31, 2004. Data were collected and analyzed. **Results:** 294 liver tumor patients in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were diagnosed. Average age was 59.1 ± 13.8 year with age range 20-89 years. They were 219 males (74.5%) and 272 were cancer patients (92.5%) that consisted of hepatoma, cholangiocarcinoma and metastatic liver tumor 43.9%, 42.2% and 6.5%, respectively, 22 were benign liver tumor patients (7.5%) that the most common was hepatic hemangioma. When we compared the patient characteristics between the cancer group and the benign one. We found that the former had more male ratio, more non Amphur Muang district of Nakhon Ratchasima province, more alcohol drinking history, short beginning period of disease and larger liver tumor size. For symptoms and signs, the former had more icterus, more loss of body weight, bigger hepatomegaly, and more severe anemia. For laboratory tests, the former had less hemoglobin, less albumin, more platelet, more SGOT, more total bilirubin, and more alkaline phosphatase levels. **Conclusion:** 294 Liver tumor patients were found in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during August 1, 2003 to July 31, 2004 with average age 59.1 ± 13.8 years. Most of them were male and liver cancers were much more common. Clinical parameters that were more commonly found in predicted liver cancers were male sex, big liver tumor size, icterus, loss of body weight, hepatomegaly, anemia, high SGOT, high total bilirubin and high alkaline phosphatase.

ภูมิหลัง

เนื้องอกตับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติและสำคัญในการจำแนกระหว่างมะเร็งและเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign) การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยประวัติ อาการทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสี เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมอาการ อาการแสดง ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ในผู้ป่วยเนื้องอกตับในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยเนื้องอกตับในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นเวลา 1 ปี ในช่วง 1 สิงหาคม 2547-31 กรกฎาคม 2548 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิลำเนา อาการและอาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการวินิจฉัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์

คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

1. มะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) อาศัยการวินิจฉัยดังนี้⁽¹⁻⁵⁾
 - มีผลยืนยันทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งชนิดนี้
 - พบก้อนที่ตับขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร ร่วมกับระดับสารบ่งชี้มะเร็งตับมากกว่า 400 ng/mL
 - มีภาวะเสี่ยงต่อมะเร็งตับ HCC หรือมีตับแข็งอยู่ก่อนและผลการตรวจทางรังสีที่เข้ากันได้กับ HCC (หมายเหตุ ภาวะเสี่ยงต่อมะเร็งตับ ได้แก่ ตับแข็งหรือตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบีหรือซี)
2. มะเร็งทางเดินน้ำดีชนิด Cholangiocarcinoma (CHCA) อาศัยการวินิจฉัยดังนี้⁽⁶⁻⁷⁾
 - มีผลยืนยันทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งชนิดนี้
 - อาการทางคลินิกที่เข้าได้กับ cholangitis หรือ

obstructive jaundice ร่วมกับค่า alkaline phosphatase สูง หรือ CA19-9 สูง ร่วมกับมีผลตรวจทางรังสีที่เข้ากันได้

3. เนื้องอกตับชนิด Hemangioma อาศัยการวินิจฉัยดังนี้⁽⁸⁻⁹⁾

- มีผลยืนยันทางพยาธิวิทยาว่าเป็นเนื้องอกชนิดนี้
- มีผลการตรวจทางรังสีที่เข้ากันได้กับ hemangioma ของตับ

สถิติ

ใช้สถิติพรรณนาแสดงค่าของข้อมูลเป็นร้อยละ สำหรับข้อมูลอันดับ และเป็นค่าเฉลี่ยร่วมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลต่อเนื่อง ใช้ t-test ในการเปรียบเทียบข้อมูลต่อเนื่องและใช้ Chi-square ในการเปรียบเทียบข้อมูลอันดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ *p*-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2547 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2548 มีผู้ป่วยมาด้วยเรื่องก้อนในตับในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวนทั้งสิ้น 294 ราย อายุเฉลี่ย 59.1±13.8 ปี (พิสัย 20-89ปี) เป็นเพศชาย 219

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยเนื้องอกตับในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การวินิจฉัยโรค	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
Malignant tumor	272 (92.5)
- HCC *	129 (43.9)
- CHCA **	124 (42.2)
- Metastatic tumor	19 (6.5)
Benign tumors	22 (7.5)
- Hemangioma	16
- Hepatic cyst	6
ยอดรวม	294

* HCC: Hepatocellular carcinoma

** CHCA: Cholangiocarcinoma

คน (ร้อยละ 74.5) และเพศหญิง 75 คน (ร้อยละ 25.5) ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งในตับเฉลี่ย 5.7 ± 9.9 สัปดาห์ ในจำนวนนี้แบ่งตามลักษณะของก้อน เป็นมะเร็ง (malignant tumors) จำนวน 272 คน (ร้อยละ 92.5) เป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง (benign tumors) จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.5) การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่มีก้อนในตับแบ่งตามลักษณะของก้อน ดังตารางที่ 1 พบว่าก้อนที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่คือ HCC 129 ราย (ร้อยละ 43.9) รองลงมาคือ CHCA 124 ราย (ร้อยละ 42.2) ที่เหลืออีก 19 ราย (ร้อยละ 6.5) เป็นมะเร็งแพร่กระจายมาที่ตับ (metastatic tumor) ส่วนก้อนเนื้องอกไม่ร้ายแรงประกอบด้วยเนื้องอกของหลอดเลือดในตับ (hepatic hemangioma) 16 ราย และถุงน้ำในตับ (hepatic cyst) 6 ราย

ลักษณะพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วยแบ่งตามลักษณะของก้อนในตับ ดังตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเป็นเพศชายร้อยละ 76.1 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 59.3 ± 13.9 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย

ลักษณะพื้นฐานทางคลินิก	เนื้อร้ายในตับ n = 272	เนื้องอกไม่ร้ายแรงในตับ n = 22	P-value
เพศชาย (ร้อยละ)	76.1	54.6	0.026*
อายุ (ปี)	59.3 ± 13.9 (พิสัย 20-89)	57.7 ± 12.9 (พิสัย 30-83)	0.602
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)			
อำเภอเมือง จ.นครราชสีมา	12.2	27.3	0.045*
ต่างอำเภอใน จ.นครราชสีมา	71.6	45.5	0.010*
จ.ชัยภูมิ	6.3	13.6	0.192
จ.บุรีรัมย์	2.6	9.1	0.090
จ.สุรินทร์	0.4	0	0.766
จังหวัดอื่น ๆ	7.0	4.6	0.668
ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรค (สัปดาห์)	4.8 ± 6.4	19.5 ± 28.8	<0.001*
สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	16.9 (n=195)	5.3 (n=19)	0.186
ดื่มเหล้า (ร้อยละ)	40.1 (n=197)	10.5 (n=19)	0.011*
ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร (ร้อยละ)	4.7 (n=255)	4.6 (n=22)	0.983
เส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนในตับ (เซนติเมตร)	10.1 ± 9.2 (n=132)	4.2 ± 3.3 (n=18)	0.008*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

จังหวัดนครราชสีมา 33 ราย (ร้อยละ 12.2) อยู่ต่างอำเภอของจังหวัดนครราชสีมา 194 ราย (ร้อยละ 71.6) โดยอยู่อำเภอพิมายมากที่สุด 22 ราย รองลงมาอำเภอประทาย และอำเภอห้วยแถลง อำเภอละ 15 ราย ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคมะเร็งเฉลี่ย 4.8 ± 6.4 สัปดาห์ ขนาดเฉลี่ยของเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนในตับ 10.1 ± 9.2 เซนติเมตร ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกไม่ร้ายแรง เป็นเพศชายร้อยละ 54.6 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 57.7 ± 12.9 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 6 ราย (ร้อยละ 27.3) อยู่ต่างอำเภอของจังหวัดนครราชสีมา 10 ราย (ร้อยละ 45.5) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคมะเร็งเฉลี่ย 19.5 ± 28.8 สัปดาห์ ขนาดเฉลี่ยของเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนในตับ 4.2 ± 3.3 เซนติเมตร

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมาด้วยอาการปวดท้องมากที่สุด (ร้อยละ 73.4) รองลงมาคือ ตาเหลือง ตัวเหลือง (ร้อยละ 34.3) กินอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 28.4) น้ำหนักลดลง

ตารางที่ 3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

	ร้อยละของผู้ป่วย		p-value
	เนื้องอกไม่ร้ายแรง	เนื้องอกไม่ร้ายแรง	
	n = 272	n = 22	
อาการ			
ปวดท้อง	73.4	59.1	0.149
ตัวเหลือง ตาเหลือง	34.3	4.6	0.004*
กินอาหารไม่ได้	28.4	4.6	0.151
น้ำหนักลดลง	25.8	0	0.006*
ตัวร้อน	19.6	13.6	0.492
คันตามตัว	14.0	4.6	0.212
แน่นท้อง	8.5	0	0.154
คลำก้อนได้ในท้อง	7.4	4.6	0.625
ท้องเสีย	5.9	0	0.241
บวม	2.6	4.6	0.581
ซีดลง	1.5	0	0.563
ท้องผูก	1.1	0	0.621
อาการแสดง			
Hepatomegaly	48.0	13.6	0.002*
Jaundice	41.0	9.1	0.003*
Anemia	24.0	4.6	0.036*
Abdominal tenderness	12.9	9.1	0.606
Palpable abdominal mass	9.2	13.6	0.499
Leg edema	6.3	4.6	0.750
Signs of liver cirrhosis	5.9	0	0.241
Intraabdominal bleeding	5.2	0	0.273
Fever	4.4	9.1	0.319
Lymphadenopathy	3.7	9.1	0.219
Splenomegaly	3.7	0	0.359
Hypoglycemia	1.9	0	0.514
Deep vein thrombosis	1.5	4.6	0.284

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

(ร้อยละ 25.8) และไข้ตัวร้อน (ร้อยละ 19.6) ส่วนอาการแสดงที่ตรวจพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งคือ hepatomegaly (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือ jaundice (ร้อยละ 41.0) anemia (ร้อยละ 24.0) และ abdominal tenderness (ร้อยละ 12.9) กลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกไม่ร้ายแรงมาด้วยอาการปวดท้องมากที่สุด (ร้อยละ 59.1) รองลงมา

มาคือ ไข้ตัวร้อน (ร้อยละ 13.7) ส่วนอาการแสดงที่ตรวจพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกไม่ร้ายแรงคือ hepatomegaly (ร้อยละ 13.6) และ intraabdominal mass (ร้อยละ 13.6) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองและน้ำหนักตัวลดลงได้บ่อยกว่า และพบตับโต ตาเหลืองและโลหิตจางได้บ่อยกว่าผู้ป่วยเนื้องอกไม่ร้ายแรง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินและโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ ระดับเอนไซม์ตับ SGOT, alkaline phosphatase และ bilirubin สูงกว่าปกติ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาด้วยอัลตราซาวด์ (ร้อยละ 81.6) ตำแหน่งของก้อนส่วนใหญ่อยู่ด้านขวาของตับ (ร้อยละ 61.8) และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 7.4 ที่ได้รับการตัดเนื้อตับส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (liver biopsy)

เมื่อศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับ HCC มีระดับ alpha fetoprotein (AFP) เฉลี่ย 239,836±148,777 ng/mL (จำนวนผู้ป่วย 58 ราย, พิสัย 534.8-8,720,000 ng/mL) พบ HBsAg เป็นบวก ร้อยละ 73.5 (36 รายใน 49 ราย) และพบ Anti-HCV เป็นบวก ร้อยละ 2.1 (1 รายใน 48 ราย) ความแตกต่างกันของผู้ป่วยมะเร็งตับ HCC และ ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี CHCA ดังตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับ HCC มักพบในเพศชาย มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารบ่อยกว่า ขนาดของก้อนเนื้อใหญ่กว่า มีอายุและระยะเวลาที่เริ่มมีอาการน้อยกว่าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ อาการแสดงคือ anemia, ascites, signs of chronic liver disease มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ SGOT มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี มีอายุและระยะเวลาที่เริ่มมีอาการมากกว่า อาการตัวเหลือง ตาเหลือง jaundice คันตามตัวมากกว่าระดับ alkaline phosphatase และ bilirubin มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

	ร้อยละของผู้ป่วย		p-value
	เนื้อร้ายในตับ (n = 272)	เนื้องอกไม่ร้ายแรงของตับ (n = 22)	
Hemoglobin (g/dL)	10.5±2.7	11.8±2.0	0.028*
White blood cell (cu mm ³)	14,146±23,707	10,372±4,980	0.457
Platelet count (cu mm ³)	304,165±15,064	267,263±13,181	<0.001*
SGOT (U/L)	143.1±211.0	45.7±33.8	0.032*
SGPT (U/L)	77.5±91.5	57.9±76.4	0.329
ALP (U/L)	384.8±337.5	104.6±46.8	0.001*
Albumin (g/dL)	3.0±0.8	3.4±0.7	0.024*
Globulin (g/dL)	4.3±0.9	4.0±0.9	0.134
TB (mg/dL)	6.7±8.7	2.3±4.1	0.020*
DB (mg/dL)	5.1±12.1	1.5±2.9	0.166
Location of liver mass from imaging (ร้อยละ)			
- Right lobe	61.8	68.2	0.551
- Left lobe	14.2	18.2	0.608
- Both lobes	21.3	9.1	0.172
- Data not available	2.7	4.6	0.606

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

จากการศึกษาย้อนหลังข้อมูลในช่วง 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2547 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2548 พบว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาก้อนในตับที่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 294 ราย อายุ เฉลี่ย 59.1±13.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.5 เป็นเนื้อร้าย ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา

ลักษณะพื้นฐานทางคลินิกพบว่ากลุ่มผู้ป่วย มะเร็งของตับ มักเป็นเพศชาย อยู่ต่างอำเภอของจังหวัด นครราชสีมา มีประวัติดื่มสุรา ระยะเวลาที่เริ่มเป็น โรคน้อยกว่าและมีขนาดของก้อนเนื้อใหญ่กว่ากลุ่มผู้ป่วย เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดัง ตารางที่ 2

อาการและอาการแสดงพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ของตับ มักมีประวัติตาเหลืองตัวเหลือง น้ำหนักตัวลดลง ตรวจร่างกายได้ตับโต เหลืองและซิด ได้บ่อยกว่า กลุ่ม ผู้ป่วยเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ากลุ่มผู้ป่วย มะเร็งของตับ มักมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า ระดับ โปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า เกล็ดเลือดมากกว่า ระดับ SGOT สูงกว่า ระดับ total bilirubin สูงกว่า ระดับ alkaline phosphatase สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกชนิดไม่ ร้ายแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็ง ทางเดินน้ำดีพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับมักเป็นเพศชาย มากกว่า อายุน้อยกว่า ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคน้อยกว่า มี

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระหว่าง Hepatocellular carcinoma (HCC) กับ Cholangiocarcinoma (CHCA)

ปัจจัย	มะเร็งตับ (n=129)	มะเร็งทางเดินน้ำดี (n=124)	p value
ข้อมูลพื้นฐาน			
เพศชาย (ร้อยละ)	77.5	22.5	<0.001*
อายุ (ปี)	55.3±14.6	64.1±11.2	0.001*
ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรค (สัปดาห์)	3.4±3.7 (n=107)	5.8±7.9 (n=117)	0.003*
สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	19.2	12.9	0.252
ดื่มเหล้า (ร้อยละ)	44.4	36.8	0.289
ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร (ร้อยละ)	8.3	0.9	0.006*
เส้นผ่านศูนย์กลางของก้อนในตับ (เซนติเมตร)	11.6±4.5 (n=79)	7.6±12.2 (n=47)	0.009*
อาการและอาการแสดง (ร้อยละ)			
ปวดท้อง	77.5	68.6	0.108
ตัวร้อน	20.5	19.4	0.825
คันตามตัว	1.6	29.0	<0.001*
Hepatomegaly	54.3	42.7	0.067
Jaundice	23.4	62.6	<0.001*
Anemia	30.2	17.1	0.014
Ascites	27.9	4.1	<0.001*
Signs of liver cirrhosis	10.9	1.6	0.003*
Splenomegaly	5.4	1.6	0.102
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
SGOT (U/L)	187.5±266.2 (n=91)	94.5±90.9 (n=70)	0.002*
SGPT (U/L)	77.2±97.1 (n=91)	81.7±81.6 (n=70)	0.757
ALP (U/L)	295.7±246.1 (n=91)	520.3±403.1 (n=70)	<0.001*
Albumin (g/dL)	2.9±0.8 (n=90)	3.1±0.7 (n=65)	0.060
Globulin (g/dL)	4.3±1.0 (n=89)	4.4±1.0 (n=65)	0.949
TB (mg/dL)	3.9±6.0 (n=89)	11.4±10.1 (n=65)	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารมากกว่าเส้นผ่านศูนย์กลางของก้อนในตับมากกว่ามีอาการคันตามตัวน้อยกว่า ตรวจพบตาเหลืองตัวเหลืองน้อยกว่า โลหิตจางมากกว่า ท้องมานมากกว่า อาการแสดงว่ามีปัญหาตับแข็งมากกว่าค่า SGOT มากกว่าค่า total bilirubin น้อยกว่าค่า alkaline phosphatase น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ปัญหาผู้ป่วยมะเร็งตับ มักพบในอายุที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี อาจเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

ไวรัสตับอักเสบบและภาวะตับแข็ง แต่จากข้อมูลที่พบ มีผู้ป่วยมะเร็งตับเพียง 70 คนเท่านั้น (ร้อยละ 54.3) ที่ได้รับการตรวจหา HBsAg และ anti HCV โดยพบผลบวกของ HBsAg 41 คนคิดเป็นร้อยละ 58.6 ซึ่งอาจไม่ใช่อุบัติการณ์ที่แท้จริงของ HBV related hepatoma และผลบวกของ anti HCV ร้อยละ 2

ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับน้อยกว่าและขนาดของก้อนในตับมากกว่าในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี อาจเนื่องจากมะเร็งตับมักมีการโตค่อนข้างเร็ว

อาการ อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยมะเร็งตับและผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งตับมักมีปัญหาโลหิตจาง มีท้องมาน ตรวจพบอาการแสดงของตับแข็งและค่าเอนไซม์ตับ SGOT สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีปัญหาค่อนข้างเรื้อรังของตับหรือตับแข็งนำมาก่อนในผู้ป่วยนี้ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีมักมีปัญหาเหลืองและคันตามตัว ค่า alkaline phosphatase และค่า total bilirubin สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเข้าได้กับพยาธิสภาพของมะเร็งทางเดินน้ำดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี

การตัดเนื้อตับส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (liver biopsy) เพื่อวินิจฉัยโรค HCC ยังมีการตรวจน้อยซึ่งอาจเนื่องจากการตรวจนี้จัดเป็นหัตถการที่อาจมีอันตราย (invasive) ผู้ป่วยมักเกิดความกลัวและปฏิเสธที่จะทำหัตถการนั้น นอกจากนี้การวินิจฉัยอาศัยเพียงพบก้อนที่ตับขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร ร่วมกับระดับสารบ่งชี้มะเร็งตับมากกว่า 400 ng/mL

สรุป

ผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนเนื้อในตับที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วง 1 สิงหาคม 2547-31 กรกฎาคม 2548 จำนวน 294 ราย อายุเฉลี่ย 59.1±13.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นเนื้อร้ายของตับ โดยมีโอกาสที่เป็นมะเร็งของตับสูง หากเป็นเพศชาย ขนาดของก้อนเนื้อค่อนข้างใหญ่มีอาการตาเหลืองตัวเหลือง น้ำหนักตัวลดลง ตรวจร่างกายได้ตับโต เหลืองและซีด ระดับ SGOT สูงกว่า ระดับ total bilirubin สูงกว่า ระดับ alkaline phosphatase สูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พ.ญ.พรรณทิพย์ ตันติวงศ์ และคุณกัญญาลักษณ์ รังษี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Talwalkar JA, Gores GJ. Diagnosis and Staging of Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology* 2004; 127: S126-S132.
2. Sherman M. Hepatocellular carcinoma: Epidemiology, risk factors, and screening. *Semin Liver Dis* 2005; 25: 143-54.
3. Fattovich G, Stroffolini T, Zagni I, Donato F. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors. *Gastroenterology*. 2004 Nov; 127(5 Suppl 1): S35-50. Review
4. Hoofnagle JH. Hepatocellular carcinoma: summary and recommendations. *Gastroenterology* 2004; 127(5 Suppl 1): S319-23. Review.
5. Befeler AS, Di Bisceglie AM. Hepatocellular carcinoma: diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2002; 122(6): 1609-19. Review
6. de Groen PC, Gores GJ, LaRusso NF, Gunderson LL, Nagorney, DM. Biliary Tract Cancers. *N Engl J Med* 1999; 341: 1368-78.
7. Bloom CM, Langer B, Wilson SR. Role of US in the detection, characterization, and staging of cholangiocarcinoma. *Radiographics* 1999; 19: 1199-218.
8. Regev A. Benign solid tumors. In: Schiff ER, Sorrell MF, Maddrey WC, editors. *Schiff's Diseases of The Liver*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.1201-29.
9. สมชาย เหลืองजारุ. Hepatic Carvenous Hemangioma with Kasabach-Merritt Syndrome: รายงานผู้ป่วย 1 ราย และทบทวนวารสาร. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 2545; 26: 145-50.