

การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

๑. นิยาม

พยาธิใบไม้ตับ หมายถึง หนอนพยาธิที่มีรูปร่างคล้ายใบไม้ พยาธิตัวเต็มวัยอยู่ในร่างกายคนเราตรวจพบอยู่ในทางเดินท่อน้ำดีทั้งในและนอกตับ พยาธิเข้าสู่ร่างกายจากการที่คนกินอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาว (ตระกูลปลาตะเพียน) เช่น ปลาชิว ปลาฝิวใบไม้ ปลาสร้อยขาว ปลากระมัง ปลาตะเพียนขาว ปลากระสูบจุด เป็นต้น ที่มีตัวอ่อนพยาธิที่มีชีวิตอยู่เข้าไปโดยไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน

มะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุทางเดินน้ำดีมีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติโดยอาจพบมะเร็งท่อน้ำดีในเนื้อตับและมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับหรือร่วมกัน คนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าคนที่ไม่เคยมีพยาธิ ๑๖ เท่า ในประเทศไทยมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากหลายสาเหตุ แตกต่างกันไป และมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องสารเคมีทางการเกษตร และสารก่อมะเร็งที่พบในอาหารหมักดอง

ข้อเสนอเพื่อการควบคุมกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงการระดมพลังทางวิชาการ พลังทางสังคม และพลังการบริหารจัดการเพื่อกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนให้ลดลงจนเป็นเรื่องที่พบเห็นได้ยากในทศวรรษหน้า และการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีจำเป็นต้องลดความเสี่ยงจากสารก่อมะเร็งควบคู่ไปด้วย โดยดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนและลดการใช้สารเคมีในเกษตรกรรม ต้องมีสัญญาประชาคมในการร่วมกันลดละเลิกใช้สารเคมี เช่น ปุ๋ยเคมี สารกำจัดศัตรูพืช ฮอริโมนเร่งการเจริญเติบโต เป็นต้น ควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย เช่น พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ อย่างเคร่งครัด

๒. ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๒.๑ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย พบว่า ในเพศชายมีอัตราการเกิดโรคด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากเป็นอันดับ ๑ (๔๐.๓ ต่อประชากรแสนคน) ส่วนเพศหญิงพบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ ๓ (๑๖.๖ ต่อประชากรแสนคน) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ ๑^(๑) นอกจากนี้ ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน ๑๔,๔๖๙ คน คิดเป็นอัตรา ๒๒.๕ ต่อแสนประชากร (วันละ ๓๖ ราย) เป็นเพศชาย ๑๐,๓๘๐ คน เพศหญิง ๔,๐๘๙ คน^(๒) นอกจากนี้ พบว่าทั่วประเทศมี ๒๗ จังหวัด ที่อัตราตายสูงกว่า ๒๐ ต่อแสนประชากร โดยพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๗ จังหวัด ภาคเหนือ ๙ จังหวัด ภาคตะวันออก ๑ จังหวัด ตามลำดับ ส่วนภาคใต้มี ๕ จังหวัดที่อัตราตายสูงกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ทำให้จำนวนผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้ถูกรายงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุข และคาดว่าประมาณ ๗๐% ของรายงานมะเร็งดังกล่าวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นในแต่ละปีจะมี

ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีไม่ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ คน^(๓) แม้จะพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือยังคงสูงกว่าภาคกลางและภาคใต้ แต่ก็มีความโน้มเอียงที่จะพบในภาคอื่น ๆ มากขึ้น อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายประชากร

๒.๒ ประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจากการกินอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาว (ตระกูลปลาตะเพียน) เม่นปูรงติบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ หรือที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน และกลุ่มที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และมีโอกาสเสียชีวิตได้ ซึ่งขณะนี้ประชาชนในประเทศไทยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีประมาณ ๖ ล้านคน และประชาชนกลุ่มนี้จะพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ ๒๐-๓๐ ปีข้างหน้า^(๔) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้เป็นพยาธิใบไม้ตับ ๑๘.๖% (โดยในบางพื้นที่สูงถึง ๘๕%) ภาคเหนือ ๑๐.๐% (โดยในบางพื้นที่สูงถึง ๔๖%) ภาคกลาง และภาคใต้ พบต่ำกว่า ๕%^(๕) จากรายงานการศึกษาวินิจฉัย^(๖) พบว่าอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในอีสานเหนือมีค่าเฉลี่ย ๒๒.๕% อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ๘๐% เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายกลุ่มอายุ พบว่า ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับสูงกว่า ๒๐% และจากการสำรวจพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ ยังพบว่า ประชาชน ๔๙.๗% ยังบริโภคส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ๔๓.๖% บริโภคปลาจ่อมดิบ ๒๙.๒% บริโภคลาบปลาดิบ ๒๘.๒% บริโภคก้อยปลาดิบ โดยให้เหตุผลว่า อร่อย เคี้ยว กินกันมานานแล้ว และบางส่วนมีความเชื่อว่า เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วไม่เป็นไร กินยาถ่ายพยาธิก็หายแล้วกินใหม่ได้อีก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งสิ้น

๒.๓ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีตัวบ่งชี้จำเพาะของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (อยู่ในระหว่างการวิจัย) ดังนั้นการเจาะเลือดตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีจึงไม่สามารถที่จะวินิจฉัยโรคนี้ได้ แต่ก็ยังมีเครื่องมือที่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคนี้ได้ แม่นยำ สะดวก ปลอดภัยและราคาไม่แพง คือการใช้อัลตราซาวด์ตรวจช่องท้องด้านบน^(๗) ซึ่งเป็นการตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีทั้งชนิดในตับและนอกตับได้ดี มีความไวและความจำเพาะต่อโรคมะเร็ง^(๘) นอกจากนี้ก็มีเครื่องมืออื่นที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ช่วยในการยืนยันโรค การแยกโรค และช่วยในการวางแผนการรักษาที่สำคัญมาก และในปัจจุบันเครื่องมือเหล่านี้ได้รับการพัฒนาดีขึ้นมากทำให้การวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้รับประโยชน์สูงสุด ส่วนเครื่องมือใหม่ ๆ ยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษา

๒.๔ มะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ได้ผลดี และในบางรายหายขาดได้เหมือนกับการรักษามะเร็งอื่น ๆ การรักษาที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัดเอามะเร็งออกให้หมดในระยะแรก ๆ ของโรคเท่านั้น^(๙, ๑๐) เพราะการผ่าตัดรักษาโรคในระยะที่ลุกลามแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นการให้การรักษาแบบประคับประคอง จากผลการศึกษาตั้งแต่ ๒๕๒๕ - ๒๕๕๕ พบว่ามีวิวัฒนาการด้านการรักษาที่ดีขึ้นมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่การวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และการผ่าตัด รวมถึงการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การผ่าตัดต้องใช้เวลาและมีความประสพการณ์มากพอ ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัย และการทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งจำเป็นมาก อนึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดียังสามารถที่จะพัฒนาให้ได้ผลดีกว่านี้ได้

๒.๕ จากการสำรวจอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๐๐ ๒๕๒๔ ๒๕๓๔ ๒๕๓๙ ๒๕๔๔ ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๗ พบว่า อัตราความชุกมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๖๒.๙, ๕๔.๗, ๔๑.๗, ๓๕.๐, ๒๒.๕, ๑๘.๑, ๘.๙ ตามลำดับ แต่ก็ยังเป็นไปอย่างช้า ๆ และยังคงเกินเป้าหมายที่กำหนด^(๑๑) จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทย พบว่า มีจังหวัดที่มีความชุกสูงกว่าร้อยละ ๑๐ จำนวน ๑๒ จังหวัด ได้แก่ นครพนม (ร้อยละ ๒๓.๒) บุรีรัมย์ (ร้อยละ ๑๗.๖) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ ๑๕.๕) น่าน (ร้อยละ ๑๔.๙) ศรีสะเกษ (ร้อยละ ๑๔.๓) สุรินทร์ (ร้อยละ ๑๔.๓) มหาสารคาม (ร้อยละ ๑๓.๑) สระแก้ว (ร้อยละ ๑๒.๗) มุกดาหาร (ร้อยละ ๑๑.๙) กาฬสินธุ์ (ร้อยละ ๑๑.๕) เชียงใหม่ (ร้อยละ ๑๐.๘) ลำปาง (ร้อยละ ๑๐.๕) ตามลำดับ สอดคล้องกับ

รายงานการวิจัยอื่น^(๑๑) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในปี ๒๕๕๖ พบว่า ๔ ใน ๗ จังหวัดมีอัตราความชุกสูงกว่าร้อยละ ๒๐ ได้แก่ นครพนม (ร้อยละ ๔๐.๙) สกลนคร (ร้อยละ ๒๗.๙) หนองคาย (ร้อยละ ๒๒.๕) และหนองบัวลำภู (ร้อยละ ๒๒.๑) ค่าเฉลี่ยของอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ ๒๒.๕ โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อสูงสุดร้อยละ ๘๐ ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ ๒๐ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาวัยอื่นที่พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๐-๘๐^(๑๒, ๑๓) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้แก่ เพศ อายุ และการกินอาหารเมนูเสี่ยง ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ปลาต้มดิบ ส้มตำปลา ร้าดิบ^(๑๑, ๑๔, ๑๕) จะเห็นได้ว่าการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่มีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับในเนื้อปลาเมื่อปรุงดิบเป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพฤติกรรม การกินดิบนี้กลายเป็นวิถีชีวิตปกติของประชาชน การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา และคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม การทำความเข้าใจต่อวิถีชีวิต รวมถึงกระบวนการผลิต การเตรียม การปรุง และเครือข่ายผู้ประกอบการและผู้ขายในท้องถิ่น (หาบเร่ แผงลอย ร้านค้า ร้านชำ ร้านอาหาร เป็นต้น)^(๑๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่กล่าวถึงเรื่องนี้มีน้อยมาก และในจำนวนนี้ งานหลายชิ้นก็เพียงแต่เป็นการศึกษาจากเอกสารอื่น ๆ ทำให้ประเด็นต่าง ๆ คำถามต่าง ๆ ยังหาคำอธิบายได้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

๒.๖ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือหลายประการ เช่น การจัดการความเจ็บปวด การจัดการแผลเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งต้องมีการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพปัญญา โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งรัดการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือขององค์กรและจิตอาสาต่าง ๆ

๓. นโยบายมาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ ปัจจุบัน รถตุ๊กตุ๊กได้มีการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ที่รกร้าง ที่นาของประชาชน โดยที่ยังไม่มีการบำบัดให้ถูกต้องก่อน ก่อให้เกิดการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับในสิ่งแวดล้อม ได้ทั้ง ๆ ที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งปฏิกูล คือ

๓.๑.๑ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๘ ที่กำหนดให้การจัดการสิ่งปฏิกูลเป็นอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่น และมาตรา ๑๙ กำหนดให้กิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูล โดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับผลประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ ต้องได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น แต่ปัจจุบันยังมีท้องถิ่นจำนวนมากที่ไม่ได้ให้ความสำคัญในการจัดให้มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง รวมทั้งยังขาดความตระหนักในการดำเนินการควบคุมผู้ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสุขสิ่งปฏิกูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองในการนำสิ่งปฏิกูลไปบำบัดอย่างถูกต้อง

๓.๑.๒ พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕^(๒๐) เป็นพระราชบัญญัติที่มอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจในการจัดการในเรื่องความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง หมวดที่ ๑ การรักษาความสะอาดในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ มาตรา ๑๔ ห้ามมิให้ผู้ใดปล่อยสัตว์ถ่ายมูลบนถนน และมีได้ขจัดมูลดังกล่าวให้หมดไป และมาตรา ๒๙ ห้ามมิให้ผู้ใดถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะลงในที่สาธารณะหรือสถานสาธารณะซึ่งมิใช่สถานที่ที่ราชการส่วนท้องถิ่นได้จัดไว้เพื่อการนั้น และมาตรา ๓๐ ห้ามมิให้ผู้ใด เท ปล่อยหรือระบายอุจจาระหรือปัสสาวะ

จากอาคารหรือยานพาหนะลงในทางน้ำ และมาตรา ๓๑ ห้ามมิให้ผู้ใดทิ้งสิ่งปฏิกูลมูลฝอยในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ แต่การปฏิบัติเพื่อให้บังคับใช้ทางกฎหมายยังไม่สามารถดำเนินการได้

๓.๒ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฉบับที่ ๒๘๑ กำหนดปริมาณการใช้เกลือไนเตรตหรือไนโตรเจนในผลิตภัณฑ์เนื้อหมัก โดยให้ใช้เกลือโซเดียมไนเตรตได้ปริมาณไม่เกิน ๑๒.๕ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และโซเดียมไนเตรตได้ปริมาณไม่เกิน ๕๐๐ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม จากการตรวจหาปริมาณการปนเปื้อนของไนเตรตและไนโตรเจนในผักผลไม้และอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปพบว่าการปนเปื้อนของไนเตรตสูง^(๒๑) มากกว่าอาหารประเภทอื่น นอกจากนี้ พบว่าปลาร้าปลาตากแห้งเป็นอาหารที่มีการปนเปื้อนของไนโตรซามีนสูงถึง ๖๖.๕ ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม^(๒๒) และพบว่าหากมีพยาธิใบไม้ในตับในอาหารร่วมกับไนโตรซามีนก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้มากขึ้น ในปัจจุบันประเทศไทย โดยแต่ที่น้ำเป็นห่วงคือผู้ผลิตพวกผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านที่อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้อย่างถูกต้องหรือใช้เกินปริมาณที่กำหนด และไม่มีการติดฉลากส่วนผสมต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลผู้บริโภค

๓.๓ ปัจจุบันนโยบายการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ. นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์) ข้อ ๗ ว่าด้วยเรื่องการจัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ ข้อ ๗.๓ ได้เร่งรัดและดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนในการกำจัด กวาดล้างและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยเฉพาะโรคโปลิโอ หัด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยแมลง โรคตับอักเสบ และพยาธิใบไม้ในตับ

๔. บทบาทขององค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๔.๑ การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน มีหลายจังหวัดที่ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ อาทิเช่น จังหวัดสกลนครมีการออกแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละระดับชั้น เช่น นักเรียนระดับปฐมวัยมีการผลิตสื่อการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปลา ระดับชั้นประถมศึกษาทำเป็นบทเรียนสำเร็จรูป ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสร้างบทเรียนสำเร็จรูปชั้นสูง ผลที่เกิดขึ้นคือ เกิดการตระหนักรู้ในพิษภัยของโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้ไม่กินอาหารที่ทำจากปลาดิบโดยเด็ดขาด หรือจังหวัดขอนแก่นร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ใช้หลักสูตรพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๓ ถึง ๖ มากกว่า ๓ ปี ใน ๓๕ โรงเรียนนาร่อง

๔.๒ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ให้ลด ละ เลิกการกินปลาดิบ มีการดำเนินงานในหลายพื้นที่ อาทิเช่น จังหวัดสกลนครมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่

๔.๓ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันขับเคลื่อน “ยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ในตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี” ซึ่งเป็นวาระคนอีสาน เริ่มนาร่องในปี ๒๕๕๕ ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต (สคร.๕, ๖ และ ๗) ได้ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านเวทีการนิเทศติดตามของผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้นมา เพื่อเป็นแกนในการประสานการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน

๔.๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ และมีบางจังหวัดที่จัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่มาเพื่อแก้ไขปัญหาตนเอง

๔.๕ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และหน่วยงานในพื้นที่ได้ขับเคลื่อน กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

๔.๕.๑ การพัฒนาตำบลต้นแบบ “ละว้าโมเดล” เพื่อเป็นกรณีศึกษาการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับแบบ บูรณาการวิถีชีวิตสุขภาพ/สุขภาพหนึ่งเดียว ณ แก่งละว้า อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น หรือ สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) โดยอาศัยหลักการบูรณาการความรู้หลากหลาย (แพทย์ สัตวแพทย์ สาธารณสุข วิทยาศาสตร์ ฯลฯ) ใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เช่น ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน ครู พระสงฆ์ อสม. เจ้าหน้าที่ อนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการ ฯลฯ และดำเนินการครอบคลุมทุกมิติ (ผู้ใหญ่ เด็ก คนชรา ทุกสถานะการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ) ผลการดำเนินงานผ่านไป ๕ ปี พบว่า ประชาชนในพื้นที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงเกินครึ่ง และปลาในแก่งละว้าติดพยาธิใบไม้ตับลดลงจากร้อยละ ๗๐ เหลือเพียงน้อยกว่า ร้อยละ ๑ ในปัจจุบัน

๔.๕.๒ การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ซอฟต์แวร์ ในการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นอกจากนี้ยังสามารถลงข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจากโรงพยาบาล (รพ.) ชุมชน ตลอดจนข้อมูลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกใช้ระบบตัวเลข ๑๓ หลัก เมื่อผู้ป่วยไปตรวจอัลตราซาวด์ ไม่ว่าจะที่ รพ.สต. แห่งใดก็ตาม หากผู้ป่วยอนุญาตให้ แพทย์ได้เข้าถึงข้อมูล ก็จะสามารถสร้างความต่อเนื่องของการรักษาได้ทันที โครงการนี้ได้ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แพทย์ประจำ รพ.ชุมชน ศัลยแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อให้สามารถคัดกรองและเฝ้าระวังตลอดจนการ รักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบนี้จะช่วยรองรับยุทธศาสตร์การต่อสู้กับปัญหานี้ได้ในอนาคต

๔.๕.๓ การรณรงค์จัดกิจกรรมสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในวงกว้างต่าง ๆ การรณรงค์ “อาหารปลอดภัย ปลาไร้ต้ม ส้มตำแซบ”

๔.๖ โรงพยาบาลศูนย์ส่วนหนึ่งในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล ขอนแก่น เป็นต้น ได้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมทะเบียนมะเร็งเพื่อจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มตาย ด้วยมะเร็งทุกชนิดในพื้นที่

๔.๗ มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับภาครัฐและเอกชนในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา โดยได้ลงนามความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) เพื่อการแก้ไขปัญหา แบบมีส่วนร่วม และบูรณาการ นับว่าเป็นมิติใหม่ในการแก้ไขปัญหาโดยภาคประชาชนสังคมและภาครัฐอย่างเป็น รูปธรรม

๕. ข้อจำกัดในการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา

การดำเนินงานเพื่อกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีข้อจำกัด ดังนี้

๕.๑ ประชาชนทั้งในกลุ่มคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจตระหนักและละเอียดถึงโทษ พิษภัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้อง จากข้อจำกัดในการ

สื่อสารสู่สาธารณะในรูปแบบต่าง ๆ และช่องทางสื่อสารยังขาดประสิทธิภาพ ขาดการรวมพลังเครือข่ายสื่อสารทุกภาคส่วนในทุกระดับ ในการหนุนเสริมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายทั่วไป ไม่เหมาะสมกับบริบทและภูมิปัญญาของสังคมไทย ทำให้ไม่สามารถสร้างกระแสความตระหนักรู้ความเสี่ยง จิตสำนึกในด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทยได้ อนึ่งบุคลากรทางการแพทย์ก็ยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอยู่ ยังคิดและเชื่อว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ “ผ่าก็ตาย ไม่ผ่าก็ตาย” หรือคิดว่าการให้การรักษาดูแลด้วยการให้ยาถ่ายพยาธิช่วยแก้ปัญหาได้

๕.๒ นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ขาดความเป็นเอกภาพในด้านการหนุนเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยมวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ไม่กินปลาดิบ ไม่กินเนื้อดิบ ในขณะที่การสร้างนโยบายสาธารณะในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เฉพาะก็ยังมีข้อจำกัดในการขยายผลสู่ระดับประชากรในวงกว้าง ซึ่งจำเป็นต้องมีความชัดเจนของทิศทางนโยบาย แผน และแนวปฏิบัติ ในการลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยง โดยใช้มาตรการที่เน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลข่าวสาร

๕.๓ ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยไม่ครอบคลุมและไม่เป็นระบบเนื่องจากยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการและการจัดวางระบบงาน การพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามควบคุม ป้องกันโรคและการใช้ประโยชน์ในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงในระดับชาติ ขาดความรู้ ทักษะและความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วย มิใช่เพื่อการหากลุ่มเสี่ยงและเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น และการดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำ แต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

๕.๔ ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพไม่เพียงพอ ในกรณีของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรอการผ่าตัด เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่มัลติแพथย์และทีมรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเจ็บป่วยและต้องรับการรักษา

๕.๕ การบริหารจัดการความรู้ยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่กระจุกกระจายอยู่ในแต่ละหน่วยงานองค์กร เฉพาะพื้นที่ ขาดความจำเพาะและการใช้ประโยชน์ร่วมกัน จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการรวบรวม สังเคราะห์ วิจัยพัฒนา และการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนา การบริหารจัดการแผนงานโครงการ ระบบงาน การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการติดตามประเมินผล ที่ลดความซ้ำซ้อน มีความเชื่อมโยงในภาพรวมแบบบูรณาการครบวงจรที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมของพื้นที่ และมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / ร่างมติ ๔ การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Cancer in Thailand 2007-2009. Retrieved November 2, 2014 from http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
๒. กลุ่มสถานะสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๕. สถิติการเกิดและสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทยปี ๒๕๕๕. Retrieved October 10, 2014 from <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=๕>
๓. Sriamporn S, Parkin DM, Pisani P, et al (2005). A prospective study of diet, lifestyle, and genetic factors and the risk of cancer in Khon Kaen Province, northeast Thailand: description of the cohort. *Asian Pac J Cancer Prev*, 6, 295-303.
๔. Sriipa B, Pairojkul C (2008). Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. *Curr Opin Gastroenterol*, 24, 349 - 56.
๕. ฐิติมา วงศาโรจน์, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒. The 96 Years of Opisthorchiasis: Past, Present and Future International Congress of Liver Flukes 7-8 March 2011 (2554), Pullman Raja Orchid Hotel, KhonKaen, Thailand.
๖. Wonga N, Thaewnongiew K, Laithavewat L, Singthong S, KutchamartS, Tangsawad S, Phothimol S. Prevalence of OV Infection and Behavior for Prevention and Control of OV and CCA among People Upper Northeast, 2013. Proceeding in Joint International Tropical Medicine Meeting 2013 (JITMM 2013) 11-13 December 2013 Centara Grand & Bangkok Convention Centre at Central World.
๗. Supanee Sriamporn, DM Parkin, P Pisani, V Vatanasapt, K Suwanrungruang, S Kamsa-ard, P Pengsaa, O Kritpetcharat, V Pipitgool, P Vatanasapt. A Prospective Study of Diet, Lifestyle, and Genetic Factors and the Risk of Cancer in KhonKaen Province, Northeast Thailand: Description of the Cohort. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 20056, 295-303.
๘. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. 2004. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol*, Jul ; 130 (7): 417-22.
๙. Khuntikeo N, Pugkhem A, Bhudhisawasdi V, et al (2008). Major hepatic resection for hilar cholangiocarcinoma without preoperative biliary drainage. *Asian Pac J Cancer Prev*, 9, 83-5.
๑๐. Khuntikeo N, Pugkhem A, Titapun A, et al (2014). Surgical management of perihilar cholangiocarcinoma: a Khon Kaen experience. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 21, 512-4.
๑๑. Kesorn Thaewnongiew, Seri Singthong, Saowalux Kutchamart, Sasithorn Tangsawad, Supanee Promthet, Supan Sailugkum, Narong Wongba. Prevalence and Risk Factors for Opisthorchisviverrini Infections in Upper Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (16), 6609-6612.
๑๒. Sithithaworn P, Andrews RH, Van De N, et al (2012). The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong basin. *Parasitology Int*, 61, 10-6.

๑๓. Wattanayingcharoenchai S, Nithikathkul C, Wongsaroj T, et al (2011). Geographic information system of Opisthorchisviverrini in northeast Thailand. Asian Biomedicine, 687-91.
๑๔. Saengsawang P, Promthet S, Bradshaw P (2012). Prevalence of OV infection in Yasothon province, Northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev, 13 , 3399-402.
๑๕. Rangsin R, Mungthin M, Taamasri P et al (2009). Incidence and risk factors of Opisthorchisviverrini infections in rural community in Thailand. Am J Trop Med Hyg, 81, 152-5.
๑๖. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (ม.ป.ป.). บริโภคนิสัย : แนวคิดและแนวทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ. ในมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุศึกษา การประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ ๑๔-๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี.
๑๗. วลัยทิพย์ สาชวลวิจารณ์. (ม.ป.ป.). บริโภคนิสัย : แนวคิดและแนวทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ. ในมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุศึกษา การประชุมเชิงปฏิบัติการ ๑๔-๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี.
๑๘. พิษณุ อุตตมะเวทิน และคณะ. (๒๕๔๓). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่นำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
๑๙. สันติ ศรมณี. (ม.ป.ป.). แนวคิดและการดำเนินงานเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของมหาวิทยาลัยมหิดล. ในมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุศึกษา การประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ ๑๔-๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี.
๒๐. พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕. Retrieved November 7, 2014. From <http://law.longdo.com/law/474/>
๒๑. Migasena P, Reaunsuwan W, Changbumrung S. Nitrates and nitrites in local Thai preserved protein foods. J Med Asso Thai 1980; 63: 500-5.
๒๒. Mitacek EJ, Brunnemann KD, Suttajit M, Martin N, Limsila T, Ohshima H, et al. Exposure to N-nitroso compounds in a population of high liver cancer regions in Thailand: volatile nitrosamine (VNA) levels in Thai food. Food Chem Toxicol 1999; 37: 297-305.