

Test ที่ควรสั่งตรวจ	Test ที่ไม่ควรสั่งตรวจ
5. โรคตับ (โรคตับ ทางเดินอาหารและช่องท้อง)	
5.1 โรคตับคั่งไขมันที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (nonalcoholic fatty liver disease)	
5.1.1 การตรวจเพื่อการคัดกรอง	
<p>การคัดกรองภาวะตับคั่งไขมันในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือโรคอ้วน 2. ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเฉพาะมีเบาหวานชนิดที่ 2 3. ตรวจพบค่าเอนไซม์ตับผิดปกติ <p>ให้ทำการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasound of the liver หรือ upper abdomen หรือ - Transient elastography เพื่อวัด controlled attenuation parameter หรือ - Fatty liver index โดยคำนวณจากตรวจระดับซีรัม gamma-glutamyl transpeptidase (GGT) และ triglyceride ร่วมกับดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว 	
5.1.2 การตรวจเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคตับคั่งไขมันที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ	
<ul style="list-style-type: none"> - HBsAg, anti-HCV เพื่อหา chronic viral hepatitis ทำทุกราย - ANA, SMA, anti-LKM1 กรณีสงสัย autoimmune hepatitis - Ceruloplasmin กรณีสงสัย Wilson disease - Ferritin และ transferrin saturation กรณีสงสัย Hemochromatosis - ตรวจเลือดและปัสสาวะหา M protein และตรวจเนื้อเยื่อย้อม Congo red กรณีสงสัย Amyloidosis 	
5.1.3 การตรวจเพื่อการประเมินความรุนแรงของโรคตับคั่งไขมันที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และโรคร่วมต่างๆ	
<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเลือดวัดระดับ AST, ALT, CBC เพื่อคำนวณความรุนแรงของพังผืดตับตามระบบ FIB-4 score หรือ - Transient elastography เพื่อวัด liver elasticity หรือ - Liver biopsy - ตรวจเลือดวัดระดับ glucose, HbA1C, cholesterol, triglyceride, HDL-C, calculated LDL-C และ creatinine <ul style="list-style-type: none"> • เพื่อประเมินโรคร่วมทางเมตาบอลิกต่างๆ • เพื่อคำนวณความรุนแรงของพังผืดตับ • เพื่อวินิจฉัย nonalcoholic steatohepatitis และประเมินความรุนแรงของพังผืดตับ 	
5.1.4 การตรวจเพื่อติดตามการรักษา	

Test ที่ควรสั่งตรวจ	Test ที่ไม่ควรสั่งตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> - CBC, AST, ALT, glucose, HbA1C, cholesterol, triglyceride, HDL-C, calculated LDL-C ทุก 12 เดือน ถ้าตรวจพบพังผืดตับ ระดับ 0-1 - CBC, AST, ALT, glucose, HbA1C, cholesterol, triglyceride, HDL-C, calculated LDL-C ทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบพังผืดตับ ระดับ 2 ขึ้นไป (significant liver fibrosis) หรือโรคร่วมทางเมตาบอลิก โดยเฉพาะเบาหวาน ชนิดที่ 2 - เพิ่มการตรวจ ultrasound of the liver หรือ upper abdomen ทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบพังผืดตับระดับ 3 หรือ 4 (advance fibrosis) เพื่อเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งตับ 	
<p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. Diabetologia 2016; 59: 1121-1140. 2. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, Charlton M, Cusi K, Rinella M, Harrison SA, Brunt EM, Sanyal AJ. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology 2018;67:328-357. 3. Wong VW, Chan WK, Chitturi S, Chawla Y, Dan YY, Duseja A, Fan J, Goh KL, Hamaguchi M, Hashimoto E, Kim SU, Lesmana LA, Lin YC, Liu CJ, Ni YH, Sollano J, Wong SK, Wong GL, Chan HL, Farrell G. Asia-Pacific Working Party on Non-alcoholic Fatty Liver Disease guidelines 2017-Part 1: Definition, risk factors and assessment. J Gastroenterol Hepatol 2018;33:70-85. 	
5.2 ไวรัสตับอักเสบ	
5.2.1 Acute viral hepatitis	
5.2.1.1 การตรวจเพื่อการวินิจฉัย	
<ul style="list-style-type: none"> - ส่งตรวจ AST, ALT, ALP, CBC, PT, APTT, Creatinine - HBsAg, Anti-HBc IgM, HBeAg, Anti-HAV IgM, anti-HCV - ในกรณีที่ผล seromarkers เบื้องต้นยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคให้ส่งตรวจ HCV RNA - ในกรณีสงสัย acute hepatitis C หรือกรณีสงสัย acute hepatitis E ให้ส่ง HEV RNA, anti HEV IgM, ANA <p>อาการ อาการแสดง และผลค่าการทำงานของตับไม่มีความจำเพาะที่จะบ่งว่าการเกิดตับอักเสบจากไวรัสตัวไหน การวินิจฉัยโรคจึงต้องใช้ viral seromarkers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinine, PT-INR และ total bilirubin เป็นการดูเพื่อพยากรณ์ ถึงความรุนแรงของตับอักเสบ เพื่อคำนวณ MELD SCORE 	
5.2.1.2 การตรวจเพื่อติดตามการรักษา	

Test ที่ควรสัง่ตรวจ	Test ที่ไม่ควรสัง่ตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> - CBC, PT, AST, ALT, ALP, total bilirubin ทุกสัปดาห์ในช่วง 2 สัปดาห์แรก และที่สัปดาห์ที่ 4, 8 ในกรณีที่ยังผิดปกติ ดูซ้ำที่เดือนที่ 6 ว่าจะเป็นไวรัสตับอักเสบเรื้อรังหรือไม่ - HBsAg, anti-HBs ที่เดือนที่ 6 เพื่อวินิจฉัยว่าหายหรือจะเป็นไวรัสตับอักเสบปีเรื้อรัง 	
5.2.2 Chronic viral hepatitis	
5.2.2.1 การตรวจเพื่อการคัดกรอง	
<ul style="list-style-type: none"> - HBsAg - anti-HCV <p>ปีละ 1 ครั้งเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง</p> <p><u>กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด • ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย • ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต • มีประวัติครอบครัวเป็นไวรัส บีหรือซี เรื้อรัง • ผู้ป่วย HIV • บุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ • ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดหรือสารประกอบของเลือดบ่อยๆ • ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด หรือได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะก่อนปี 2535 (ตรวจคัดกรองเพียงครั้งเดียว) • ผู้ที่มีผลตรวจเลือดพบว่ามิตับอักเสบ 	
5.2.2.2 การตรวจเพื่อการวินิจฉัย	
<p>Chronic HBV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HBsAg, HBeAg, HBV DNA, anti-HCV, HIV, AST, ALT, ALP, CBC, PT <p>Chronic HCV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HCV RNA หรือ HCV- Ag, HBsAg, HIV, AST, ALT, ALP, CBC, PT - ประเมินพังผืดในตับ เช่น Fib-4 หรือ transient elastography หรือ liver biopsy 	
5.2.2.3 การตรวจเพื่อติดตามการรักษา	
<p>ไวรัสตับอักเสบปีเรื้อรัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษา <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วยที่มี HBeAg positive มีปริมาณ HBV DNA สูงมากกว่า 10,000,000 IU/ml และมีค่า AST, ALT, ALP ปกติ <ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP ทุก 4 เดือน - HBeAg, HBV DNA ทุก 12 เดือน 	

Test ที่ควรสังตรวจ	Test ที่ไม่ควรสังตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินพังผืดในตับด้วย non-invasive เช่น Fib-4 หรือ transient elastography เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี <p>1.2 ผู้ป่วยที่มี HBeAg positive มีปริมาณ HBV DNA น้อยกว่า 10,000,000 IU/ml และมีค่า LFT ปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP ทุก 6 เดือน - HBeAg, HBV DNA ทุก 12 เดือน - ประเมินพังผืดในตับด้วย non-invasive เช่น Fib-4 หรือ transient elastography เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี <p>1.3 ผู้ป่วยที่มี HBeAg negative มีปริมาณ HBV DNA มากกว่า 2,000 IU/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP ทุก 6 เดือน - HBV DNA ทุก 12 เดือน - ประเมินพังผืดในตับด้วย non-invasive เช่น FIB-4 หรือ transient elastography เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี <p>1.4 ผู้ป่วยที่มี HBeAg negative มีปริมาณ HBV DNA น้อยกว่า 2,000 IU/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP, HBV DNA ทุก 12 เดือน ในผู้ป่วยที่มี HBsAg <1,000 IU/ml - AST, ALT, ALP ทุก 6 เดือน, HBV DNA ทุก 12 เดือน ในผู้ป่วยที่มี HBsAg ≥1,000 IU/ml 	
<p>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มี HBeAg-positive</p> <ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP, HBeAg, Creatinine, CBC, PT ทุก 12 เดือน - HBV DNA ทุก 6 เดือน ถ้าได้รับยาที่มีโอกาสดื้อยาสูง เช่น Lamivudine, Telbivudine - HBV DNA ทุก 2 ปี ถ้าได้รับยาที่มีโอกาสดื้อยาดำ เช่น Entecavir, Tenofovir disoproxil, Tenofovir alafenamide - HBsAg (qualitative หรือ quantitative) ทุก 12 เดือน - ตรวจอัลตราซาวนด์ตับ และ AFP ก่อนเริ่มการรักษา หลังจากนั้นตรวจ ทุก 6 เดือน ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี หรือ มีภาวะตับแข็ง หรือ มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งตับ <p>2.2 ผู้ป่วยที่มี HBeAg-negative</p> <ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP, Creatinine, CBC, PT ทุก 6 เดือน - HBV DNA ทุก 6 เดือน ถ้าได้รับยากลุ่ม Lamivudine, Telbivudine - HBV DNA ทุก 2 ปี ถ้าได้รับยา Entecavir, Tenofovir disoproxil, Tenofovir alafenamide - HBsAg (qualitative หรือ quantitative) ทุก 12 เดือน 	

Test ที่ควรสังตรวจ	Test ที่ไม่ควรสังตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจอัลตราซาวนด์ตับ และ AFP ก่อนเริ่มการรักษา หลังจากนั้นตรวจ ทุก 6 เดือน ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี หรือ มีภาวะตับแข็ง หรือ มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งตับ 	
<p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. <i>Hepatology</i>. Apr 2018;67(4):1560-1599. 2. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. <i>J Hepatol</i> 2017; 67: 370–398 3. Sarin SK, Kumar M, Lau GK. et al. APASL Guidelines for HBV: Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update” <i>Hepatol Int</i> 2016; 10:1–98. 4. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2558. 	
<p>ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creatinine, AST, ALT, ALP, CBC, PT, HCV RNA (qualitative หรือ quantitative) หรือ HCV Ag, HBsAg, HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่ต้องตรวจ HCV genotype เพราะปัจจุบันผู้ป่วยจะได้รับยาที่เป็น pan-genotypic efficacy
<p>การตรวจเพื่อติดตามการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - HCV RNA (qualitative หรือ quantitative) หรือ HCV Ag ที่ระหว่าง 3 – 6 เดือน หลังหยุดการรักษา 1 ครั้ง - ตรวจอัลตราซาวนด์ตับ และ AFP ทุก 6 เดือน ในผู้ป่วยที่มี advanced fibrosis (F3) หรือตับแข็ง (F4) 	
<p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ghany MG, Morgia TR. AASLD Hepatitis C Guidance 2019 Update: American Association for the Study of Liver Diseases–Infectious Diseases Society of America Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. <i>Hepatology</i>, 2020; 71(2): 686-721. 2. European Association for the Study of the Liver, Clinical Practice Guidelines Panel: Chair: EASL Governing Board representative. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. 2020 Nov;73(5):1170-1218. 3. APASL Guidelines for HCV ”APASL consensus statements and recommendation for hepatitis C prevention, epidemiology, and laboratory testing”. <i>Hepatol Int</i> 2016; 10: 681–701. 4. APASL Guidelines for HCV ”APASL consensus statements and recommendation on treatment of hepatitis C”. <i>Hepatol Int</i> 2016 10:702–726 	

Test ที่ควรสังตรว	Test ที่ไม่ควรสังตรว
5. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2561.	
5.3 ตับแข็ง (cirrhosis)	
5.3.1 การตรวเพื่อการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง	
<ul style="list-style-type: none"> - Ultrasound of the liver หรือ Upper abdomen หรือ - ตรวระดับซีรัม AST, ALT, TB, albumin, CBC, PT-INR และ glucose ร่วมกับดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินพังผืดตับ ได้แก่ การคำนวณ FIB-4 index หรือ - Transient elastography เพื่อวัด liver elasticity <p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยตับอักเสบเรื้อรัง (chronic hepatitis) จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบีหรือซีเรื้อรัง โรคตับจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง โรคตับคั่งไขมันที่ไม่ได้เกิดจากแอลกอฮอล์ โรคตับแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune liver disease) เป็นต้น • ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมาน หลอดเลือดดำในหลอดอาหารโป่งพองหรืออาการทางสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคตับ (hepatic encephalopathy) 	
5.3.2 การตรวเพื่อการวินิจฉัย	
<ul style="list-style-type: none"> - Transient elastography เพื่อวัด liver elasticity หรือ liver biopsy หรือ ultrasound of upper abdomen ร่วมกับ - การตรวเลือดว้ระดับ AST, ALT, ALP, total bilirubin, albumin, PT-INR, creatinine และ CBC ทุก 6 เดือน ร่วมกับตรวหาสาเหตุ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - HBsAg, anti-HCV, ANA, SMA ทำทุกราย - Ceruloplasmin กรณีสงสัย Wilson disease - Ferritin และ transferrin saturation กรณีสงสัย Hemochromatosis <ul style="list-style-type: none"> • เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะตับแข็ง • เพื่อประเมินการทำงานของตับด้วย Child-Pugh-Turcotte score หรือ MELD score • เพื่อหาสาเหตุของตับแข็ง 	
5.3.3 การตรวเพื่อติดตามการดำเนินโรค	
<ul style="list-style-type: none"> - การตรวเลือดว้ระดับ AST, ALT, ALP, total bilirubin, albumin, PT-INR, creatinine และ CBC ทุก 6 เดือน - Ultrasound of the liver หรือ ร่วมกับ AFP ทุก 6 เดือน - การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (upper endoscopy) 	

Test ที่ควรสังตรวจ	Test ที่ไม่ควรรสังตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อประเมินการทำงานของตับด้วย Child-Pugh-Turcotte score หรือ MELD score ว่ามีลักษณะบ่งชี้ภาวะตับเสื่อมถอย (hepatic decompensation) • เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) • เพื่อตรวจคัดกรองหาหลอดเลือดขอดในหลอดอาหาร (esophageal varices) แนะนำทำเฉพาะในรายที่มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 140,000 cells/mm³ ร่วมกับค่า Transient elastography เกิน 20 KPA หรือร่วมกับมีผลอัลตราซาวด์แสดงว่ามีม้ามโตแล้ว 	
<p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yoshiji H, Nagoshi S, Akahane T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for Liver Cirrhosis 2020. J Gastroenterol. 2021 Jul;56(7):593-619. 2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. J Hepatol. 2021 Sep;75(3):659-689. 3. Shiha G, Ibrahim A, Helmy A, et al. Asian-Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) consensus guidelines on invasive and non-invasive assessment of hepatic fibrosis: a 2016 update. Hepatol Int. 2017 Jan;11(1):1-30. 	
<p>5.4 มะเร็งตับ</p>	
<p>5.4.1 การตรวจเพื่อการคัดกรอง</p>	
<p>- AFP กลุ่มเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยตับแข็งที่มี Child-Pugh Score A หรือ B • ผู้ป่วยตับแข็ง Child-Pugh Score C ที่รอการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ • ผู้ป่วยไวรัสซีเรื้อรัง เพศชาย อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี หรือ ผู้หญิง อายุมากกว่า 50 ปี หรือที่มีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว • ผู้ป่วยไวรัสซีเรื้อรังที่มี advanced fibrosis (F3) • ผู้ป่วย NBNC chronic hepatitis ที่มี advanced fibrosis (F3) 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่แนะนำตรวจ AFP ในคนทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง - ไม่แนะนำตรวจ AFP ในผู้ป่วยตับแข็ง Child-Pugh Score C ที่ไม่สามารถเข้าสู่การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ เนื่องจากมีอัตราเสียชีวิตสูงอยู่แล้ว
<p>5.4.2 การตรวจเพื่อการวินิจฉัย</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Creatinine, CBC, PT, APTT, AST, ALT, ALP, total bilirubin, AFP ร่วมกับ - Contrast-enhanced CT_หรือ MRI หรือ - Liver biopsy ในกรณีที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรค 	
<p>5.4.3 การติดตามการรักษา</p>	

Test ที่ควรสั่งตรวจ	Test ที่ไม่ควรสั่งตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีที่เป็น curative therapy ตรวจ Creatinine, CBC, PT, AST, ALT, ALP, total bilirubin, AFP และ contrast-enhanced CT หรือ MRI ทุก 4 เดือน ใน 2 ปีแรก ทุก 6 เดือน หลัง 2 ปีแรก - ในกรณี locoregional therapy (TACE) ตรวจ Creatinine, CBC, PT, AST, ALT, ALP, total bilirubin, AFP และ contrast-enhanced CT หรือ MRI ทุก 8 สัปดาห์ หลังการรักษาแต่ละครั้ง - ในกรณี Systemic therapy ตรวจ Creatinine, CBC, PT, AST, ALT, ALP, total bilirubin, FT4, TSH, Urine analysis ทุก 2 สัปดาห์ ใน 4 สัปดาห์แรก หลังจากนั้น ทุก 8 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลการรักษาด้วย contrast-enhanced CT หรือ MRI และ AFP ทุก 3 เดือน 	
<p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Heimbach JK, Kulik LM, Finn RS, et al. AASLD Guidelines for the treatment of hepatocellular carcinoma. <i>Hepatology</i> 2018; 67(1): 358-380. 2. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. <i>J Hepatol</i> 2018; 69:182-236. 3. APASL Guidelines for HCC “Asia–Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma”: a 2017 update” <i>Hepatol Int</i> 2017; 11: 317-370. 4. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (ฉบับปรับปรุง); ปี พ.ศ. 2564 	
<p>5.5 มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma)</p>	
<p>5.5.1 การตรวจเพื่อการคัดกรอง</p>	
<p>ตรวจเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วย sclerosing cholangitis หรือ ประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasound of upper abdomen ทุก 12 เดือน ร่วมกับ - ตรวจเลือดวัดระดับซีรัม CA19-9 ทุก 12 เดือน ร่วมกับ - Stool examination หรือ ตรวจ <i>Opisthorchis viverrini</i> antibodies ในเลือด เพื่อหาหลักฐานการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทุก 12 เดือน 	
<p>5.5.2 การตรวจเพื่อการวินิจฉัย</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - AST, ALT, ALP, total bilirubin, albumin, PT-INR ร่วมกับ - Contrast-enhanced imaging of hepatobiliary tract - Cholangiography ได้แก่ endoscopic retrograde cholangiopancreatography, หรือ percutaneous transhepatic cholangiography หรือ magnetic resonance cholangiopancreatography หรือ 	

Test ที่ควรสังตรว	Test ที่ไม่ควรสังตรว
<ul style="list-style-type: none"> - Biliary brush sampling สำหรับตรวจ cytology และหรือ Fluorescence in-situ hybridization (FISH) - Biliary tract biopsy หรือ liver biopsy <ul style="list-style-type: none"> • การตรวจเพื่อประเมินภาวะน้ำดีคั่งตับ (cholestasis) • การตรวจเพื่อประเมินรอยโรคที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี • การตรวจเพื่อการวินิจฉัยสาเหตุและตำแหน่งการอุดตันของท่อน้ำดีรวมทั้งการรักษาในผู้ป่วยบางราย • การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 	
5.5.3 การตรวจเพื่อการรักษาและพยากรณ์โรค	
<ul style="list-style-type: none"> - Contrast-enhanced imaging ได้แก่ computed tomography หรือ magnetic resonance imaging - CBC, AST, ALT, ALP, total bilirubin, albumin, PT-INR, creatinine ร่วมกับ - Serum CA 19-9 และหรือ CEA เพื่อใช้คำนวณ index = CA 19-9 + (CEA × 40) <ul style="list-style-type: none"> • การตรวจเพื่อประเมินรอยโรคมะเร็งท่อน้ำดี • การตรวจเพื่อประเมินการทำงานของตับและสุขภาพ • การตรวจเพื่อติดตามและพยากรณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี 	
เอกสารอ้างอิง <ol style="list-style-type: none"> 1. Khan SA, Davidson BR, Goldin RD, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: an update. Gut. 2012 Dec;61(12):1657-69. 2. Charatchoenwittaya P, Enders FB, Halling KC, Lindor KD. Utility of serum tumor markers, imaging, and biliary cytology for detecting cholangiocarcinoma in primary sclerosing cholangitis. Hepatology. 2008 Oct;48(4):1106-17. 3. Bowlus CL, Lim JK, Lindor KD. AGA Clinical Practice Update on Surveillance for Hepatobiliary Cancers in Patients With Primary Sclerosing Cholangitis: Expert Review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 Nov;17(12):2416-2422. 	