

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

อัตราการรอดชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
Survival Rate and Factors Influencing Survival of Colorectal Cancer
Patients Underwent Surgery at Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

สุธาสนี บุญธรรม, พ.บ., วว.สาขาศัลยศาสตร์*

Sutasinee Boontum, M.D., Diploma of Thai Board of Surgery*

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30280

*Department of Surgery, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 30280

Corresponding author, E-mail address: dmewnewzz66@gmail.com

Received: 03 Mar 2025. Revised: 19 Jun 2025. Accepted: 6 Jul 2025

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ แม้การผ่าตัดช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต แต่อัตราการรอดชีพยังแตกต่างกันตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โดยติดตามผลในระยะ 1 3 และ 5 ปี
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ retrospective cohort ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดและมีผลพยาธิวิทยายืนยัน จำนวน 200 ราย ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการรักษา วิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Cox regression รายงานค่า HR, Adjusted HR, 95%CI กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.05$
- ผลการศึกษา** : จากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่า ในปีที่ 1 3 และ 5 มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 83.5 60.5 และ 53.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นการรักษาหรือการผ่าตัดที่วางแผนล่วงหน้า (Elective) 139 ราย (ร้อยละ 69.5) ปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับอัลบูมินที่สูงมีผลในการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Adjusted HR = 0.64; 95% CI: 0.45-0.90, $p = 0.001$) การผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกออกช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิต (Adjusted HR = 0.12; 95% CI: 0.04-0.39, $p = 0.001$) การประเมินเนื้อเยื่อมะเร็งระดับ Grading 3 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Adjusted HR = 4.19; 95% CI: 1.47-11.88, $p = 0.007$) และระดับ ASA class 3-4 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Adjusted HR = 2.78; 95% CI: 1.58-4.89, $p < 0.01$)
- สรุป** : อัตราการรอดชีพ 1 3 และ 5 ปี คือร้อยละ 83.5 60.5 และ 53.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีพ ได้แก่ ระดับอัลบูมิน การผ่าตัดเนื้องอก การประเมินเนื้อเยื่อมะเร็งระดับ Grading 3 และ ASA class 3-4
- คำสำคัญ** : มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อัตราการรอดชีพ การผ่าตัด

ABSTRACT

- Background** : Colorectal cancer is a major cause of death globally and in Thailand, with survival rates varying based on prognostic factors despite surgery being the main treatment.
- Objectives** : To investigate survival rates and associated prognostic factors in colorectal cancer patients who underwent surgery at Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, with follow-up at 1, 3, and 5 years.
- Methods** : A retrospective cohort study of 200 colorectal cancer patients with confirmed pathology. Data from medical records included demographics, labs, and treatment. Analysis used descriptive statistics and Cox regression, with HR, adjusted HR, and 95% CI reported; significance set at $p < 0.05$.
- Results** : The 1, 3, and 5-year survival rates were 83.5%, 60.5%, and 53.9%. Most cases involved planned elective surgeries (69.5%). Multivariate Cox regression revealed key prognostic factors: higher serum albumin reduced mortality risk (Adj. HR = 0.64, $p = 0.001$), while tumor resection significantly lowered the risk (Adj. HR = 0.12, $p = 0.001$). In contrast, tumor grading 3 (Adj. HR = 4.19, $p = 0.007$) and ASA class 3-4 (Adj. HR = 2.78, $p < 0.01$) were associated with higher mortality.
- Conclusion** : The survival rates at 1, 3, and 5 years post-surgery were 83.5%, 60.5%, and 53.9%, respectively. Key factors influencing survival were serum albumin levels, tumor resection, tumor grading 3, and ASA class 3-4.
- Keywords** : colorectal cancer, survival rate, prognostic factors, surgery.

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมด⁽¹⁻²⁾ จากการเติบโตของประชากร คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยใหม่ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นไปถึง 3.2 ล้านราย ในปี ค.ศ. 2040⁽³⁾ สถานการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโรคมะเร็งทั้งหมดพบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และ

อันดับ 4 ในเพศหญิง และยังคงมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี⁽⁴⁻⁵⁾ การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย การรักษาหลัก คือ การผ่าตัด และการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด⁽⁶⁾

การผ่าตัด (surgery) เป็นการรักษาเฉพาะที่แบ่งออกเป็น 2 วิธี⁽⁷⁾ ได้แก่ 1) การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (open resection) 2) การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopic resection) อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังการผ่าตัดมีความชุกของการรอดชีพโดยรวมอยู่ที่ 11.84 ปี มีอัตราการรอดชีพ 1 3 และ 5 ปี ร้อยละ 90.11 77.40 และ 69.21 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วย

หลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดแบบ palliative surgery การกลับมาเป็นซ้ำของโรค ลักษณะทางเซลล์วิทยา การเป็นมะเร็ง stage II, stage III, stage IV, การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับและปอด ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการที่จะลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้คือการตรวจพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นและเข้าสู่กระบวนการรักษา⁽⁸⁾

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย เช่น ที่โรงพยาบาลวชิระ (พ.ศ. 2564) พบว่าอัตราการรอดชีวิต 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ที่ร้อยละ 72 โดยมีปัจจัยสำคัญคือ ระยะของโรคและการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลือง⁽⁹⁾ ข้อมูลจาก Monkhan และคณะ (2566) พบว่า เพศชายและผู้สูงอายุมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น⁽¹⁰⁾ ขณะที่การศึกษาของ นันทิพัฒน์ พัฒนโชติและคณะ พบว่า ปัจจัยที่ลดการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ เยื่อหุ้มช่องท้องหรือหลายอวัยวะ ส่วนการได้รับเคมีบำบัดช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดนครราชสีมา ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยระดับตติยภูมิ ก่อตั้งขึ้นเพื่อมีวัตถุประสงค์หลักคือช่วยแบ่งเบาความแออัดของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางรวมถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเรื่องอัตราการรอดชีวิตและปัจจัยพยากรณ์ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิในภูมิภาค การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โดยติดตามผลในระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนารูปแบบ retrospective cohort study

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันทุกราย โดยหลักการวินิจฉัยโรคมะเร็งยึดตามหลักการของ The International Classification of Diseases for Oncology (ICD03rd)

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ อ้างอิงจากการศึกษาที่คล้ายกันของนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกรายมีอัตราการรอดชีพ 6 เดือน 1 2 3 และ 5 ปี ร้อยละ 78.3 65.2 47.4 40.7 และ 37.1 ตามลำดับ แทนค่าในสูตรดังนี้ $Z(0.975) = 1.96, p = 0.37, d = 0.067, n = 199.48$ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้านี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 200 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Cox proportional hazards regression โดยพิจารณาหลักการจาก Peduzzi et al.(1996)⁽¹²⁾ ที่แนะนำให้ใช้เหตุการณ์ (event) อย่างน้อย 10 ราย ต่อตัวแปรต้นหนึ่งตัว เพื่อหลีกเลี่ยง overfitting (Peduzzi et al., 1996)⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้เหตุการณ์ 93 ราย และใช้ตัวแปรต้น 13 ตัว (EPV \approx 7.15) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าว แต่ยังคงอยู่ในช่วงที่ Vittinghoff และ McCulloch (2007)⁽¹³⁾ ระบุว่าสามารถให้ผลที่แม่นยำได้ หากไม่มี multicollinearity สูง (Vittinghoff & McCulloch, 2007)⁽¹³⁾

เพื่อลด selection bias จึงใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ด้วยโปรแกรม STATA โดยเลือกผู้ป่วยที่มีผลวินิจฉัยทางพยาธิวิทยายืนยัน และมีข้อมูลครบถ้วน จำนวนทั้งสิ้น 200 ราย

Inclusion Criteria: ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรง (curative หรือ palliative) ณ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และมีข้อมูลคลินิกครบถ้วนตลอดระยะเวลาศึกษา

Exclusion Criteria: ผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามจากอวัยวะอื่น ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถติดตามผลได้ หรือเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นโดยไม่มีหลักฐานยืนยันที่ชัดเจน

การติดตามผู้ป่วย (Cases follow-up) เริ่มจากวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ไปจนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิตหรือสิ้นสุดการศึกษา (31 ตุลาคม พ.ศ. 2567) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามสถานการณ์การมีชีวิตได้ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้พิจารณาเป็น censored โดยการติดตามการตายและการยืนยันสาเหตุการตายได้จากการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและข้อมูล

เครื่องมือวิจัย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (อายุ เพศ BMI โรคร่วม ASA ประวัติผ่าตัดและโรคลำไส้) ข้อมูลห้องปฏิบัติการ (Hct, WBC, Platelets, Neutrophil, Lymphocyte, Monocyte, Cr, Alb) และข้อมูลการรักษา (การวินิจฉัย ตำแหน่งเนื้องอก ระยะ TNM การแพร่กระจาย การผ่าตัด เคมีบำบัด การรักษาประคับประคอง และภาวะแทรกซ้อน)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้างนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ KHE 2024-145 วันที่รับรอง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาโดยนำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลที่แจกแจงปกติ หรือค่ามัธยฐาน IQR ค่าสูงสุด-ต่ำสุดสำหรับข้อมูลที่ไม่ปกติ ใช้ Kaplan-Meier method วิเคราะห์ overall survival และ disease-free survival นำเสนอผลด้วย survival curve เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย

Log-rank test และใช้ Cox regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยรายงานค่า Crude HR, Adjusted HR, 95% CI และ p-value กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบผู้เสียชีวิตจำนวน 93 ราย (ร้อยละ 46.5) ส่วนใหญ่เป็นการรักษาหรือการผ่าตัดที่วางแผนล่วงหน้า (Elective) 139 ราย (ร้อยละ 69.5) เมื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตและรอดชีวิต พบว่า ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ อายุ ในกลุ่มที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 66.9 ± 12.5 ปี และกลุ่มที่รอดชีวิต 62.8 ± 12.6 ปี ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มี ASA class 3-4 และได้รับ CCRT มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ กลุ่มดังกล่าวยังมีค่า DFS ต่ำกว่าชัดเจน ($p < 0.001$) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่า Platelets (Thrombocytes) ในกลุ่มที่เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ย $356.7 \pm 130.4 \text{ } 10^3/\mu\text{L}$ และกลุ่มที่รอดชีวิต $324.8 \pm 107.0 \text{ } 10^3/\mu\text{L}$ ตามลำดับ และค่า Albumin ในกลุ่มที่เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ย $3.7 \pm 0.9 \text{ g/dL}$ และกลุ่มที่รอดชีวิต $4.1 \pm 0.9 \text{ g/dL}$ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย จำแนกตามการเสียชีวิต (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	การเสียชีวิต			p-value
	จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ไม่เสียชีวิต (n=107)	เสียชีวิต (n=93)	
อายุ (ปี)	62.8±12.6	66.9±12.5	64.7±12.7	0.022
เพศ				0.203
- ชาย	53 (49.5%)	55 (59.1%)	108 (54.0%)	
- หญิง	54 (50.5%)	38 (40.9%)	92 (46.0%)	
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	22.5±4.0	21.5±5.2	22.0±4.6	0.112
โรคประจำตัวร่วม				
- โรคเบาหวาน	24 (22.4%)	20 (21.5%)	44 (22.0%)	0.893
- โรคความดันโลหิตสูง	54 (50.5%)	41 (44.1%)	95 (47.5%)	0.371
- ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	19 (17.8%)	11 (11.8%)	30 (15.0%)	0.299
- โรคร่วมในระบบหัวใจและหลอดเลือด	55 (51.4%)	46 (49.5%)	101 (50.5%)	0.834
ประวัติการเกิดโรคในลำไส้ใหญ่	5 (4.7%)	6 (6.5%)	11 (5.5%)	0.354
ประเภทการผ่าตัด				0.226
- Elective	78 (72.9%)	61 (65.6%)	139 (69.5%)	
- Emergency	29 (27.1%)	32 (34.4%)	61 (30.5%)	
Tumor site				0.401
- Colon	75 (70.1%)	60 (64.5%)	135 (67.5%)	
- Rectum	32 (29.9%)	33 (35.5%)	65 (32.5%)	
ASA class				<0.001
- 1-2	97 (90.7%)	63 (67.7%)	160 (80.0%)	
- 3-4	10 (9.3%)	30 (32.3%)	40 (20.0%)	
CCRT (เฉพาะ Rectum)				0.045
- No	21 (65.6%)	13 (40.6%)	34 (53.1%)	
- Yes	11 (34.4%)	19 (59.4%)	30 (46.9%)	
Neoadj CMT (เฉพาะ Colon)	-	-	-	<0.001
DFS (Disease-Free Survival)(ปี)	5	1	3	
Median (Q1, Q3)	(4, 7)	(0, 2)	(1, 5)	0.201
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ				0.560
Hct (Hematocrit) %	35.5±6.6	34.2±6.6	34.9±6.6	0.048
WBC (White Blood Cell) 10 ³ /μL	35.2	34.3	34.7	0.436
Median (Q1, Q3)	(31.4, 40.6)	(30.2, 38.6)	(30.6, 39.8)	0.002
Platelets (Thrombocytes) 10 ³ /μL	324.8±107.0	356.7±130.4	339.6±119.3	
Cr (Creatinine) mg/dL	0.9	0.9	0.9	
Median (Q1, Q3)	(0.7, 1.1)	(0.7, 1.0)	(0.7, 1.1)	
Alb (Albumin) g/dL	4.1±0.9	3.7±0.9	3.9±1.0	

เมื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างข้อมูลผลการรักษาในกลุ่มที่เสียชีวิตและรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล เทพรัตน์นครราชสีมา ติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่า ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ การลุกลามของเนื้องอกไปยัง

อวัยวะใกล้เคียง (Macroscopic invasion adjacent organ) การแพร่กระจายของมะเร็ง (Metastasis of cancer) ได้แก่ ตับ (Liver) ภาวะมะเร็งแพร่กระจายในเยื่อช่องท้อง (Carcinomatosis) การผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกออก (Surgery-tumor resection) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง (Lymph Node Dissection) ระบบการจำแนกและจัดระยะของมะเร็ง N (Node), M (Metastasis) ระยะของมะเร็งตามระบบ TNM (พยาธิสภาพ) การประเมินเนื้อเยื่อมะเร็ง (Grading) และการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการรักษาของผู้ป่วยจำแนกตามการเสียชีวิต (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	การเสียชีวิต			p-value
	จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
	ไม่เสียชีวิต (n=107)	เสียชีวิต (n=93)	Total (n=200)	
ข้อมูลการรักษา				
การวินิจฉัย (Diagnosis HOPE)				
- P: perforation	3 (2.8%)	4 (4.3%)	7 (3.5%)	
- O: obstruction	30 (28.0%)	33 (35.5%)	63 (31.5%)	
- E: elective	74 (69.2%)	56 (60.2%)	130 (65.0%)	
ตำแหน่งของเนื้องอก (ATDSR)				
- A: ascending colon	12 (11.2%)	15 (16.1%)	27 (13.5%)	
- T: transverse colon	16 (15.0%)	18 (19.4%)	34 (17.0%)	
- D: descending colon	13 (12.1%)	7 (7.5%)	20 (10.0%)	
- S: sigmoid colon	33 (30.8%)	20 (21.5%)	53 (26.5%)	
- R: rectum	24 (22.4%)	24 (25.8%)	48 (24.0%)	
Macroscopic invasion adjacent organ	3 (2.8%)	8 (8.6%)	11 (5.5%)	
Metastasis of cancer	7 (6.5%)	20 (21.5%)	27 (13.5%)	
- Liver	1 (0.9%)	11 (11.8%)	12 (6.0%)	
- Lung / Pleura	1 (0.9%)	3 (3.2%)	4 (2.0%)	
Carcinomatosis	0 (0.0%)	8 (8.6%)	8 (4.0%)	
Surgery-tumor resection	106 (99.1%)	87 (93.5%)	193 (96.5%)	
Lymph Node Dissection	106 (99.1%)	87 (93.5%)	193 (96.5%)	
ระยะของมะเร็ง TNM				
T (tumor)				
- T = 1	3 (2.8%)	2 (2.2%)	5 (2.5%)	
- T = 2	9 (8.4%)	6 (6.5%)	15 (7.5%)	
- T = 3	80 (74.8%)	66 (71.0%)	146 (73.0%)	
- T = 4a	12 (11.2%)	16 (17.2%)	28 (14.0%)	
- T = 4b	3 (2.8%)	3 (3.2%)	6 (3.0%)	
N (Node)				
- N = 0	57 (53.3%)	31 (33.3%)	88 (44.0%)	<0.001
- N = 1a	11 (10.3%)	12 (12.9%)	23 (11.5%)	
- N = 1b	14 (13.1%)	17 (18.3%)	31 (15.5%)	
- N = 1c	6 (5.6%)	1 (1.1%)	7 (3.5%)	
- N = 2a	14 (13.1%)	12 (12.9%)	26 (13.0%)	
- N = 2b	4 (3.7%)	18 (19.4%)	22 (11.0%)	

ตารางที่ 2 ผลการรักษาของผู้ป่วยจำแนกตามการเสียชีวิต (n = 200) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การเสียชีวิต			p-value
	จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
	ไม่เสียชีวิต (n=107)	เสียชีวิต (n=93)	Total (n=200)	
M (Metastasis)				<0.001
- M = 0	103 (96.3%)	77 (82.8%)	180 (90.0%)	
- M = 1a	4 (3.7%)	6 (6.5%)	10 (5.0%)	
- M = 1b	0 (0.0%)	3 (3.2%)	3 (1.5%)	
- M = 1c	0 (0.0%)	7 (7.5%)	7 (3.5%)	
ระยะของมะเร็งตามระบบ TNM				<0.001
- 1	10 (9.3%)	5 (5.4%)	15 (7.5%)	
- 2	45 (42.1%)	23 (24.7%)	68 (34.0%)	
- 3	48 (44.9%)	49 (52.7%)	97 (48.5%)	
- 4	4 (3.7%)	16 (17.2%)	20 (10.0%)	
การประเมินเนื้อเยื่อมะเร็ง (Grading)				<0.001
- 1	41 (38.3%)	31 (33.3%)	72 (36.0%)	
- 2	66 (61.7%)	52 (55.9%)	118 (59.0%)	
- 3	0 (0.0%)	10 (10.8%)	10 (5.0%)	
Stoma reversal	5 (4.7%)	0 (0.0%)	5 (2.5%)	0.071
Stage operation	6 (5.6%)	1 (1.1%)	7 (3.5%)	0.104
การให้เคมีบำบัด	58 (54.2%)	52 (55.9%)	110 (55.0%)	0.938
การรักษาแบบประคับประคอง	5 (4.7%)	13 (14.0%)	18 (9.0%)	0.003
มีภาวะแทรกซ้อน	11 (10.3%)	13 (14.0%)	24 (12.0%)	0.562

จากการติดตามผู้ป่วยหลังเข้ารับการผ่าตัด
 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พบว่า ในปีที่ 1 2 3
 4 5 มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 83.5 69.0 60.5 56.2
 53.9 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิต
 ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด
 โดยใช้การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate
 Cox regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 การเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับอัลบูมิน
 (Albumin) ที่สูงมีผลในการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

(Adjusted HR = 0.64; 95% CI: 0.45-0.90, p = 0.001)
 การผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกออก (Surgery-tumor resection)
 ช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิต (Adjusted HR = 0.12;
 95% CI: 0.04-0.39, p = 0.001) การประเมินเนื้อเยื่อ
 มะเร็งระดับ Grading 3 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น
 (Adjusted HR = 4.19; 95% CI: 1.47-11.88,
 p = 0.007) และระดับ ASA class 3-4 มีความเสี่ยง
 ต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Adjusted HR = 2.78; 95%
 CI: 1.58-4.89, p < 0.01) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง (n=200)

ข้อมูลทั่วไป	Univariate Cox Regression		Multivariate Cox Regression	
	Crude HR (95% CI)	p-value	Adjusted HR (95% CI)	p-value
อายุ ≥ 60 ปี	1.04 (0.67-1.63)	0.857	1.05 (0.58-1.87)	0.867
Platelets 10 ³ /μL	1.00 (1.00-1.00)	0.048*	1.00 (0.99-1.00)	0.093
Alb (Albumin) g/dL	0.64 (0.48-0.85)	0.002*	0.64 (0.45-0.90)	0.001*
Metastasis of cancer	2.07 (1.00-4.28)	0.049*	0.48 (0.14-1.59)	0.235
- Liver	4.21 (2.23-7.96)	<0.001*	1.48 (0.21-10.10)	0.687
Carcinomatosis	6.38 (3.04-13.37)	<0.001*	2.86 (0.68-11.99)	0.150
Surgery-tumor resection	0.26 (0.11-0.61)	0.002*	0.12 (0.04-0.39)	0.001*
N (Node)				
- N = 0	1		1	
- N = 1-1c	1.67 (1.01-2.75)	0.044*	1.31 (0.18-9.47)	0.785
- N = 2a- 2b	2.61 (1.58-4.30)	<0.001*	1.93 (0.25-14.55)	0.522
M (Metastasis)				
- M = 0	1		1	
- M = 1-1c	3.02 (1.76-5.19)	<0.001*	2.04 (0.24-16.87)	0.505
ระบบ TNM				
- Stage 1 และ Stage 2	1		1	
- Stage 3 และ Stage 4	2.09 (1.34-3.26)	0.001*	0.99 (0.13-7.42)	0.995
Grading				
- Grading 1	1			
- Grading 2	1.04 (0.66-1.62)	0.877	1.02 (0.55-1.91)	0.933
- Grading 3	7.88 (3.79-16.40)	<0.001*	4.19 (1.47-11.88)	0.007*
การรักษาแบบประคับประคอง	2.37 (1.31-4.27)	0.004*	1.34 (0.64-2.82)	0.429
ASA 3-4	2.99 (1.91-4.68)	<0.001	2.78 (1.58-4.89)	<0.001*

อภิปรายผล

การศึกษารังนี้พบว่า อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ 1 3 และ 5 ปี คือ ร้อยละ 83.5 60.5 และ 53.9 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยในมณฑล Zhejiang ประเทศจีน พบว่าอัตราการรอดชีพ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับ ร้อยละ 76.7 58.1 และ 50.6 ตามลำดับ⁽¹⁴⁾ แต่ต่ำกว่า ประเทศเกาหลี ในการศึกษาของ Hong และคณะ (2020) พบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในเกาหลีใต้คือ ร้อยละ 79.5 โดยอัตรานี้จะลดลงขึ้นอยู่กับระยะของโรค⁽¹⁵⁾ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงปัจจัยทางระบบสาธารณสุขและการรักษา

การศึกษารังนี้พบว่า ระดับ ASA class 3-4 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Adjusted HR = 2.78; 95% CI: 1.58–4.89, p < 0.01) สอดคล้องกับ Hackett et al. (2015)⁽¹⁶⁾ ที่รายงาน ASA class สูงขึ้นสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในระดับ 3-5 ซึ่งสะท้อนภาวะสุขภาพโดยรวมและโรคร่วมที่ควบคุมได้ยาก อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงหลังผ่าตัด ระดับอัลบูมิน (Albumin) ที่สูงมีผลในการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Adjusted HR = 0.64; 95% CI: 0.45-0.90, p = 0.001) สอดคล้องกับ Yamamoto et al. (2019)⁽¹⁷⁾ พบว่า ระดับอัลบูมิน และโคลินเอสเตอเรสเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของ

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยกลุ่มที่มีอัลบูมินสูง (≥ 3.85 g/dL) มีอัตราการรอดชีพ 5 ปีสูงถึงร้อยละ 81.6 เทียบกับ 42.7 ในกลุ่มที่มีระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกออก (Surgery-tumor resection) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน (Adjusted HR = 0.12; 95% CI: 0.04-0.39, $p = 0.001$) สอดคล้องกับ Stillwell et al. (2010) พบว่าการผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV ช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีพเมื่อเทียบกับการให้เคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยมีผลการรอดชีพเพิ่มขึ้นประมาณ 6 เดือน (HR = 0.55; 95% CI: 0.29-0.82, $p < 0.001$)⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับ Lin et al. (2011)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกัน ช่วยเพิ่มระยะเวลาการรอดชีพโดยมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ (HR = 0.44; 95% CI: 0.42-0.46, $p < 0.001$) เป็นไปได้ว่าการผ่าตัดอาจลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของเนื้องอก เช่น ลำไส้อุดตัน เลือดออกและลำไส้ทะลุ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยระยะลุกลาม⁽²⁰⁾ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การประเมินเนื้อเยื่อมะเร็งระดับ Grading 3 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Adjusted HR = 4.19; 95% CI: 1.47-11.88, $p = 0.007$) สอดคล้องกับ Ueno et al. (2008)⁽²¹⁾ ที่รายงานว่า Grading 3 มีอัตราการรอดชีพ 5 ปีต่ำที่สุด (ร้อยละ 68.9) เทียบกับ Grading 1 (ร้อยละ 99.3) โดยมะเร็งระดับนี้มักแสดงออกของเอนไซม์ MMPs ซึ่งช่วยให้เซลล์มะเร็งลุกลามได้ง่าย จึงสะท้อนถึงความรุนแรงและแนวโน้มการแพร่กระจายที่สูงขึ้น ส่งผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ คือ 1) การผ่าตัดทั้งหมดเป็นแบบ open surgery เนื่องจากโรงพยาบาลเพิ่งเริ่มผ่าตัดผ่านกล้องในปี พ.ศ. 2566 2) ไม่สามารถวิเคราะห์ ECOG เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และไม่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน 3) ไม่มีข้อมูลสูตรยาเคมีบำบัดหรือ targeted therapy เพราะผู้ป่วยถูกส่งต่อ

ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีสะเกษ 4) ไม่สามารถทำ metastasectomy ได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมะเร็งแพร่กระจายไปหลายตำแหน่ง ขาดแคลนศัลยแพทย์เฉพาะทางและอุปกรณ์ช่วยการผ่าตัดที่จำเป็น 5) ยังไม่ได้วิเคราะห์ Kaplan-Meier survival curve แยกตาม stage หรือปัจจัยพยากรณ์อื่นๆ ซึ่งอยู่ในแผนวิจัยฉบับต่อไป

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเทรตันศรีสะเกษ มีอัตราการรอดชีพที่ 1 3 และ 5 ปี คือ ร้อยละ 83.5 60.5 และ 53.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การรอดชีพ ได้แก่ ระดับอัลบูมิน การผ่าตัดเนื้องอก การประเมินเนื้อเยื่อมะเร็ง Grading 3 และ ASA class 3-4 ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความรู้กับประชากร และการคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จะทำให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันท่วงที จึงมีความสำคัญที่จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรค และลดอัตราการตายได้

ข้อเสนอแนะ

เพื่อพัฒนางานศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพ ควรใช้ผลการศึกษานี้กำหนดปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญ เช่น การประเมินอัลบูมินเป็น routine ก่อนผ่าตัด ส่งเสริมการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อลดอาการปวด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และลดระยะนอนโรงพยาบาล และสนับสนุนโรงพยาบาลตติยภูมิให้มีการให้เคมีบำบัดหรือ targeted therapy ได้เองเพื่อลดการสูญเสียการติดตาม ควรจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะลุกลามร่วมกับเครือข่ายศัลยแพทย์ และใช้ข้อมูลนี้ในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์. อนุชีวิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. กรุงเทพฯ : เอเชีย ดิจิตอล การพิมพ์ ; 2562.
2. World Health Organization. Cancer 2018 fact sheet. [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. Available from:URL:https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer
3. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Transl Oncol* 2021;14(10):101174. doi: 10.1016/j.tranon.2021.101174.
4. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี : กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
5. ปิยาภรณ์ อินทผลัด, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย* 2563;13(2):98-113.
6. นิธิ ประสงค์สุข. Targeted therapy & immunotherapy [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 24]. Available from:URL:http://thethaicancer.com/Webdocument/GP_article/GP_article_005.html
7. กัญญกมล กิตติรงค์ศิริ, นพพร ประดิษฐ์สิทธิกุล, อุดมศักดิ์ ไช้คลิดแก้ว, ยงยุทธ เทียรพัฒนานนท์. การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2558.
8. สุภัทรา ชุมดินพิทักษ์. อัตราการรอดชีพและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2565;37(1):38-48.
9. ปุณวัฒน์ จันทระจาง. อัตราการรอดชีพหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง* 2564;65(4):271-9.
10. Monkhan N, Phimha S, Prasit N, Senahad N, Pinsuwan C. Colorectal cancer survival in Thailand. *Int J Public Health Asia Pac* 2023; 2(3):1-8. DOI: https://doi.org/10.62992/ijphap.v2i3.36
11. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, เกรียงไกร โกวิทางกูร, ณรงค์ชัย สังข, ชิตเขต โตเหมือน, วงษ์กลาง กุดวงษา, พงษ์เดช สารการ. อัตราการรอดชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560;31(2):243-55.
12. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 1996;49(12):1373-9. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00236-3.
13. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *Am J Epidemiol* 2007;165(6):710-8. doi: 10.1093/aje/kwk052.
14. Luo SL, Hu RY, Gong WW, Wang H, Pan J, Fei FR, et al. [Survival rate of colorectal cancer patients during 2005-2010 in Zhejiang province, China]. [Article in Chinese]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2013; 34(12):1194-7. PMID: 24518018.
15. Hong Y, Kim J, Choi YJ, Kang JG. Clinical study of colorectal cancer operation: Survival analysis. *Korean J Clin Oncol* 2020;16(1):3-8. doi: 10.14216/kjco.20002.

16. Hackett NJ, De Oliveira GS, Jain UK, Kim JY. ASA class is a reliable independent predictor of medical complications and mortality following surgery. *Int J Surg* 2015;18:184-90. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.04.079.
17. Yamamoto M, Saito H, Uejima C, Tanio A, Tada Y, Matsunaga T, et al. Combination of Serum Albumin and Cholinesterase Levels as Prognostic Indicator in Patients With Colorectal Cancer. *Anticancer Res* 2019;39(2): 1085-90. doi: 10.21873/anticancer.13217.
18. Stillwell AP, Buettner PG, Ho YH. Meta-analysis of survival of patients with stage IV colorectal cancer managed with surgical resection versus chemotherapy alone. *World J Surg* 2010;34(4):797-807. doi: 10.1007/s00268-009-0366-y.
19. Lin BS, Ziogas A, Seery TE, Stamos MJ, Zell JA. Role of surgical resection among chemotherapy-treated patients with colorectal cancer stage IV disease: a survival analysis. *J Clin Oncol* 2011;29(15_Suppl):3564. https://doi.org/10.1200/jco.2011.29.15_suppl.3564
20. Ahmed S, Fields A, Pahwa P, Chandra-Kanthan S, Zaidi A, Le D, et al. Surgical Resection of Primary Tumor in Asymptomatic or Minimally Symptomatic Patients With Stage IV Colorectal Cancer: A Canadian Province Experience. *Clin Colorectal Cancer* 2015;14(4):e41-7. doi: 10.1016/j.clcc.2015.05.008.
21. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, Ishiguro M, Kajiwara Y, Sato T, et al. Histological grading of colorectal cancer: a simple and objective method. *Ann Surg* 2008;247(5):811-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e318167580f.