

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลมหาสารคาม Colorectal cancer in Mahasarakham hospital, Mahasarakham Province, Thailand

พานูวัฒน์ ขันธสะอาด¹
Panuwat Khantasa-ard¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในด้านระบาดวิทยา ลักษณะของโรค กระบวนการรักษา การติดตามหลังการรักษาและการพยากรณ์โรค

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงชนิด Adenocarcinoma รายใหม่ ที่เข้ารับการผ่าตัด และรักษาหลังการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2557

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยจำนวน 275 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.73 อายุเฉลี่ย 61.69 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 36.73) มาพบแพทย์ด้วยอาการลำไส้อุดตันมากที่สุด (ร้อยละ 32.73) ตำแหน่งของมะเร็งพบว่าเป็นที่ Middle rectum มากที่สุด (ร้อยละ 17.82) ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 47.64) หัตถการผ่าตัดที่ได้ทำบ่อยที่สุดคือ Low anterior resection (ร้อยละ 23.27) การกลับเป็นซ้ำของโรคส่วนใหญ่เป็นในช่วงเวลา 12-24 เดือน ภายหลังการผ่าตัด ระยะเวลาเป็นซ้ำโดยเฉลี่ย 18.05 เดือน อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในปี 2553 ระยะที่ 1 ร้อยละ 100 ระยะที่ 2 ร้อยละ 40 ระยะที่ 3 ร้อยละ 37 และระยะที่ 4 ร้อยละเป็น 0

สรุป : การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งหย่อนไปกว่าความก้าวหน้าของวิธีการผ่าตัด การให้รังสีรักษาและยาเคมีบำบัด กระบวนการรักษาจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพถ้ามีการวางแผน และจัดระบบที่ดี

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่

ABSTRACT

Retrospective descriptive study about colorectal cancer patients whom operated at Mahasarakham hospital in aspects of epidemiology, nature of disease, treatment, surveillance and prognosis

Method Collect data of operated Adenocarcinoma type colorectal cancer patients between January 1,2010 and December 31,2014

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Results : Total 275 patients included 130 males and 145 females, mean age was 61.69 years old, mostly age between 60-69 years old. Most common clinical feature was Bowel obstruction (32.73%). Most common site of cancer was Middle rectum (17.82%). Mostly patients were in Stage 3 (47.64%). Most frequently surgical operation was Low anterior resection (23.27%). Recurrent tumor mostly occurred between 12th -24th month postoperation, mean was 18.05. Only patients operated in 2010 reported 5 year survival, stage 1 2 3 and 4 were 100%, 40%, 37 % and 0 % respectively.

Conclusion : Health promotion and disease prevention are equal important with the advance surgical technique, chemotherapy and radiotherapy. The excellent scheme and system lead to the effective treatment process.

Keyword : Colorectal cancer

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นลำดับต้นๆ และเป็นปัญหาต่อการสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน ในเพศชาย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็นลำดับที่สอง รองจากมะเร็งปอด ส่วนในเพศหญิง พบมากเป็นลำดับที่สาม รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ช่วงอายุที่พบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป¹ ในเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-65 ปี และในเพศหญิง 55-60 ปี²

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ด้านระบาดวิทยา ลักษณะของโรค กระบวนการรักษา การติดตามหลังการรักษา และการพยากรณ์โรค

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ชนิด Adenocarcinoma รายใหม่ ที่เข้ารับการผ่าตัดและรักษาหลังการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2557 ข้อมูลได้จากฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในระบบ

คอมพิวเตอร์ของศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับเวชระเบียนของผู้ป่วย

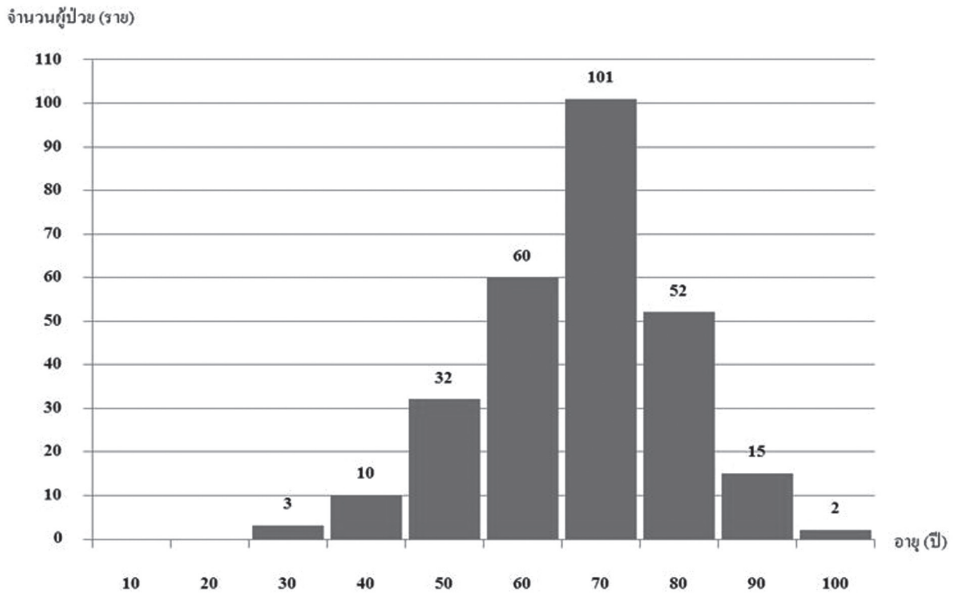
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่นับตั้งแต่ส่วน Appendix ไปจนถึง Lower rectum สำหรับการแบ่งระยะ TNM staging นั้น ถูตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) , seventh edition 2010³

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวนผู้ป่วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วย เพศและอายุ มีผู้ป่วยจำนวน 275 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.27 เพศหญิง ร้อยละ 52.73 อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1:1.12 อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 61.69 ปี ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่สุดคือ 60-69 ปี (ร้อยละ 36.73) ดังแผนภูมิ 1

แผนภูมิ 1 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามช่วงอายุ



อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการของลำไส้อุดตันมากที่สุด ร้อยละ 32.73 รองลงมาได้แก่ ปวดท้อง ร้อยละ 19.27 ถ่ายเป็นเลือด ร้อยละ 12.36 การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 9.46 คลำพบก้อน

ร้อยละ 6.55 ท้องผูก ร้อยละ 5.82 ถ่ายเป็นมูกปนเลือด ร้อยละ 4.73 Peritonitis ร้อยละ 3.64 ปวดแบ่ง ร้อยละ 3.27 และอื่นๆ ร้อยละ 2.17 (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (n= 275)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ลำไส้อุดตัน	90	32.73
ปวดท้อง	53	19.27
ถ่ายเป็นเลือด	34	12.36
การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระ	26	9.46
คลำพบก้อน	18	6.55
ท้องผูก	16	5.82
ถ่ายเป็นมูกปนเลือด	13	4.73
Peritonitis	10	3.64
ปวดแบ่ง	9	3.27

ตาราง 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (n= 275) (ตารางต่อ)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
อื่นๆ	6	2.17
- Chronic anemia		
- Accidental finding		
- Dyspepsia		
- Fever		

ตำแหน่งของมะเร็ง

พบว่าเป็นมะเร็งที่ Middle rectum มากที่สุด ร้อยละ 17.82 รองลงมาได้แก่ Sigmoid colon ร้อยละ 16 Lower rectum ร้อยละ 14.55 Descending colon ร้อยละ 9.09 Upper rectum ร้อยละ 8.36 Cecum ร้อยละ 7.64 Rectosigmoid ร้อยละ 6.91 Ascending colon ร้อยละ 6.18 Transverse colon ร้อยละ 5.82 Hepatic flexure ร้อยละ 4.36

Splenic flexure ร้อยละ 1.82 Appendix ร้อยละ 0.36 นอกจากนั้นยังพบ Synchronous carcinoma ร้อยละ 1.09 ได้แก่ Synchronous CA hepatic flexure and transverse colon, Synchronous CA hepatic flexure and sigmoid colon และ Synchronous CA descending colon and upper rectum อย่างละ 1 ราย (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 ตำแหน่งของมะเร็ง (n=275)

ตำแหน่งของมะเร็ง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
Appendix	1	0.36
Cecum	21	7.64
Ascending colon	17	6.18
Hepatic flexure	12	4.36
Transverse colon	16	5.82
Splenic flexure	5	1.82
Descending colon	25	9.09
Sigmoid colon	44	16
Rectosigmoid	19	6.91
Upper rectum	23	8.36
Middle rectum	49	17.82
Lower rectum	40	14.55
Synchronous cancer	3	1.09

TNM staging

พบว่าผู้ป่วยอยู่ใน Stage 1 ร้อยละ 2.9
Stage 2 ร้อยละ 31.64 Stage 3 ร้อยละ 47.64

Stage 4 ร้อยละ 13.82 และไม่ทราบ stage ที่แน่ชัด
ร้อยละ 4 (ดังตาราง 3)

ตาราง 3 TNM staging

TNM staging	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
Stage 1	8	2.9
Stage 2	87	31.64
Stage 3	131	47.64
Stage 4	38	13.82
Unknown	11	4

การผ่าตัด

ผู้ป่วยร้อยละ 61.82 ได้รับการผ่าตัดแบบ
Elective นอกนั้น ร้อยละ 38.18 ได้รับการผ่าตัด
แบบ Emergency

ในกรณีที่ผ่าตัดแบบ emergency ขอบ่ง
ชี้ในการผ่าตัดที่พบมากที่สุด คือภาวะ Bowel
obstruction ร้อยละ 84.76 รองลงมาได้แก่ Tumor
perforation ร้อยละ 4.76 Acute appendicitis
ร้อยละ 4.76 Bowel perforation ร้อยละ 3.82
Infected tumor ร้อยละ 0.95 และ Blunt ab-
dominal trauma ร้อยละ 0.95

หัตถการผ่าตัดที่ได้ทำบ่อยที่สุด คือ Low
anterior resection ร้อยละ 23.27 รองลงมาได้แก่
Right hemicolectomy ร้อยละ 16 Sigmoidec-
tomy ร้อยละ 10.18 Left hemicolectomy ร้อย
ละ 10.18 Anterior resection ร้อยละ 8 Abdom-
inoperineal resection ร้อยละ 7.27 Decom-
pressive colostomy ร้อยละ 6.91 Hartmann's
procedure ร้อยละ 6.55 Extended right hemi-
colectomy ร้อยละ 5.09 Subtotal colectomy
ร้อยละ 2.91 Transverse colectomy ร้อยละ
1.46 Extended left hemicolectomy ร้อยละ

0.36 และอื่นๆ ร้อยละ 1.82 (ดังตาราง 4)

ในหัตถการผ่าตัดดังกล่าวเป็นการใช้วิธี
การผ่าตัดผ่านทางกล้อง (Minimally Invasive
Surgery / Laparoscopic surgery) ร้อยละ 7.64
ได้แก่ Low anterior resection ร้อยละ 3.65
Right hemicolectomy ร้อยละ 1.46 Abdomino-
perineal resection ร้อยละ 1.09 และ Extended
right hemicolectomy, Left hemicolectomy,
Sigmoidectomy, Anterior resection อย่างละ
ร้อยละ 0.36

ตาราง 4 ชนิดของการผ่าตัด

Operation	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
Right hemicolectomy	44	16
Extended right hemicolectomy	14	5.09
Transverse colectomy	4	1.46
Left hemicolectomy	28	10.18
Extended left hemicolectomy	1	0.36
Sigmoidectomy	28	10.18
Subtotal colectomy	8	2.91
Anterior resection	22	8
Low anterior resection	64	23.27
Abdominoperineal resection	20	7.27
Hartmann's procedure	18	6.55
Decompressive colostomy	9	6.91
Other	5	1.82
- Appendectomy		
- Ileocolic anastomosis		
- Omental biopsy		
- Subtotal colectomy and anterior resection		
- Right hemicolectomy and low anterior resection		

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังการผ่าตัด พบภาวะ Septic shock ร้อยละ 2.91 Ventilator Associated Pneumonia ร้อยละ 1.09 Anastomotic leakage ร้อยละ 0.73 และ Anastomotic disruption, Colonocutaneous fistula, Myocardial infarction อย่างละร้อยละ 0.36

รังสีรักษาผู้ป่วย CA rectum จำนวน 23 ราย ได้รับรังสีรักษาหลังการผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยที่เข้ารับรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด

ยาเคมีบำบัดพบผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด และ 217 ราย รับยาเคมีบำบัด

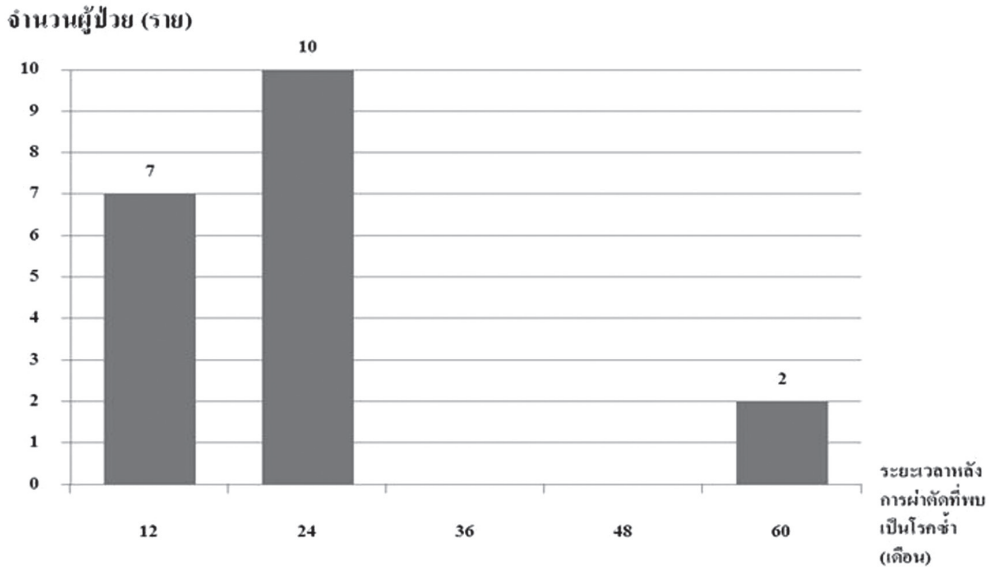
หลังการผ่าตัด สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้มากที่สุดคือ 5FU+ Leucovorin ร้อยละ 66.06 รองลงมาได้แก่ Capecitabine ร้อยละ 16.05 FOLFOX 4 ร้อยละ 13.3 และ Tegafur-Uracil ร้อยละ 4.59

การติดตามหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 2.55 ที่ได้รับการรักษาแบบ Palliative care หลังการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธหรือมีสภาพไม่พร้อมที่จะเข้ารับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาผู้ป่วยร้อยละ 14.91 ได้รับการตรวจ Colonoscopy ภายหลังการผ่าตัด

พบการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrent) ร้อยละ 6.91 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 3.64 เป็นโรคซ้ำใน

ช่วงเวลา 12-24 เดือน ภายหลังการผ่าตัด ระยะเวลา
เป็นซ้ำโดยเฉลี่ย 18.05 เดือน (แผนภูมิ 2)

แผนภูมิ 2 แสดงระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค



สำหรับการแพร่กระจายของโรค (Distant metastasis) พบมีการแพร่กระจายไปที่ตับมากที่สุด (36 ราย) รองลงมาได้แก่ Peritoneum (24 ราย) ปอด (10 ราย) และอื่นๆ (6 ราย) (ตาราง 5)

มีผู้ป่วยร้อยละ 3.64 ที่ไม่มาติดตามอาการเลยตั้งแต่หลังการผ่าตัด (Loss follow up)

ตาราง 5 ตำแหน่งการแพร่กระจายของโรค

อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 year survival) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในปี 2553 พบการรอดชีวิตดังนี้ Stage 1 ร้อยละ 100 Stage 2 ร้อยละ 40 Stage 3 ร้อยละ 37 และ Stage 4 ร้อยละ 0 (ตาราง 6)

Site of distant metastasis	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
Liver	36
Carcinomatosis peritonei	24
Lung	10
Other	6
- Adrenal gland	
- Retroperitoneum	
- Bone	
- Ovary	
- Spleen	

ตาราง 6 อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี

5 year survival	ร้อยละ
Stage 1	100
Stage 2	40
Stage 3	37
Stage 4	0

วิจารณ์

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นลำดับต้นๆ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 จะมีอายุมากกว่า 50 ปี^{4,5,6} ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 61.69 ปี ใกล้เคียงกับสถิติมะเร็ง และรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้^{7,8,9,10,11,12} แต่มีความแตกต่างที่ในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (อัตราส่วนหญิง:ชาย 1.12 :1)

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคือ ภาวะลำไส้อุดตัน ต่างจากรายงานการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า อาการนำของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นอาการปวดท้อง^{7,13} ถ่ายเป็นเลือดและการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระ^{10,12} บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่ออาการเป็นเรื้อรัง และเป็นมากจนทนไม่ได้ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ตั้งแต่แรก อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่ทำให้พะวงกับการประกอบอาชีพ มากกว่าที่จะสนใจเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง การไม่ได้ตระหนักหรือสังเกตเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยระยะเริ่มแรกคิดว่าไม่เป็นอะไรมาก สามารถอดทนได้ เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงมีความสำคัญ ทั้งในด้านการให้ความรู้ การสังเกตอาการผิดปกติที่สงสัยว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Alarm symptom) การจัดทำโครงการคัดกรองโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะ

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันการณ์ มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ดี

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.55 พบว่าเป็นมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและลำไส้ตรง (Left side colon and rectum) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่นๆ^{7,8,9,10,12,13} และอาการนำของผู้ป่วยที่มักจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะลำไส้อุดตัน ซึ่งมักจะเกิดในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายหรือลำไส้ตรง^{4,5,9} สำหรับ Synchronous cancer ในการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 1.09 น้อยกว่าที่เคยมีการรายงานไว้ว่ามีร้อยละ 2.12¹², 2.7⁴ และ 5.5¹³

เมื่อแรกเริ่มรักษา มักจะพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 3 ของโรคแล้ว เช่นเดียวกับรายงานอื่นๆ^{7,8,9,10,14} นับว่าเป็นปัญหาสำคัญ เพราะการเริ่มรักษาในขณะที่โรคเข้าสู่ระยะลุกลาม (Locally advanced disease) การรักษาจะยุ่งยากกว่า มีโอกาสที่จะกลับเป็นโรคซ้ำหรือมีการแพร่กระจายของโรคได้มากกว่า และการพยากรณ์โรคแย่กว่าการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

หัตถการผ่าตัดส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและลำไส้ตรง ซึ่งเป็นไปตามตำแหน่งของมะเร็งที่พบมากในบริเวณลำไส้ส่วนนี้ การผ่าตัดมีทั้งแบบเปิด (Open surgery) และโดยผ่านทางกล้อง (Minimally Invasive Surgery / Laparoscopic surgery) ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพทางด้านการผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยผ่านทางกล้อง เป็นวิธีที่เหมาะสม หากศัลยแพทย์มีการฝึกฝนที่ดี และมีความชำนาญ ซึ่งผล

ในด้านการกลับเป็นโรคซ้ำ (Recurrent) อัตราการอยู่รอด (Survival) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ไม่แตกต่างกันกับการผ่าตัดแบบเปิด^{4,15} แต่การฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะรวดเร็วกว่า และระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลจะสั้นกว่า⁸

เนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคามไม่มีเครื่องมือ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านรังสีรักษา ในกรณีที่ มีข้อบ่งชี้ จะส่งตัวผู้ป่วยไปรับรังสีรักษาที่โรงพยาบาล ในจังหวัดใกล้เคียงที่มีความพร้อม ได้แก่ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี การจัดระบบการส่งต่อและการประสานงานที่ดี จะทำให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิด ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ในด้านการให้ยาเคมีบำบัดนั้น การพิจารณาว่าจะใช้ยาเคมีบำบัดสูตรใดในผู้ป่วย แต่ละรายขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ สภาพ ความพร้อมของผู้ป่วย และบริบทอื่นทางสาธารณสุข (เช่น ชนิดของยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล สิทธิการรักษา ของผู้ป่วย) ภายหลังการผ่าตัดมีผู้ป่วยบางรายปฏิเสธ หรือมีสภาพไม่พร้อมที่จะเข้ารับยาเคมีบำบัด ทำให้ ต้องใช้การรักษาแบบประคับประคองอาการ (Palliative care) ยาเคมีบำบัดสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มี ใช้ในโรงพยาบาลมหาสารคามขณะนี้ มี 3 สูตร ได้แก่ 5FU+Leucovorin FOLFOX 4 และ Tegafur-Uracil หากจำเป็นต้องใช้ยาเคมีบำบัดสูตรอื่นนอกเหนือจาก ที่มีในโรงพยาบาล อาจต้องทำเรื่องขอเบิกชื้อยาเป็น กรณีเฉพาะราย หรือส่งตัวผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัดที่ โรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง เช่นเดียวกับในกรณี ของรังสีรักษา

NCCN guideline⁸ แนะนำว่าหากผู้ป่วยไม่เคยได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในช่วงก่อนการผ่าตัด ควรได้รับการตรวจภายใน 12 เดือนหลังจากวินิจฉัยมะเร็งได้ครั้งแรก หาก ผลการตรวจปกติ ควรตรวจซ้ำอีกภายใน 3 ปี จากนั้นซ้ำทุกๆ 5 ปี ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยได้รับการส่อง กล้องตรวจลำไส้ใหญ่ภายหลังการผ่าตัด 41 ราย แต่ ยังถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

(ร้อยละ 14.91) การจัดระบบและกำหนดระยะเวลา การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ให้ผู้ป่วยทุกรายหลังการ ผ่าตัด (Colonoscopy for surveillance) จะช่วยให้ สามารถค้นพบการกลับเป็นซ้ำ (Recurrent tumor) หรือ Metachronous cancer ได้รวดเร็วขึ้น

การกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrent) กว่า ร้อยละ 80-90 ของการกลับเป็นซ้ำจะตรวจพบภายใน ระยะเวลา 3 ปีแรกหลังการผ่าตัด⁶ การศึกษานี้พบว่า การกลับเป็นซ้ำจะพบมากที่สุดในช่วง 12-24 เดือน หลังการผ่าตัด เฉลี่ย 18.05 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานก่อนหน้านี้⁸

พบการแพร่กระจายของมะเร็ง (Distant metastasis) ไปที่ตับมากที่สุด และเป็นไปตาม ลักษณะ โดยทั่วไปของการแพร่กระจายของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่^{3,9,10}

มีผู้ป่วยร้อยละ 3.64 ที่ไม่มาติดตามอาการ หรือรับการรักษาต่อเนื่องอีกเลย ภายหลังการผ่าตัด (Loss follow up) ถึงแม้จำนวนจะไม่มากนักแต่ควร ให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจะเสียโอกาสในการ รักษา และมีความเสี่ยงต่อการเกิดกำเริบลุกลามของโรค การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับจุดประสงค์และความ สำคัญของการนัดตรวจติดตามอาการ หรือการรักษา ต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด รวมถึงการจัดระบบติดตาม ผู้ป่วยจะสามารถลดปัญหานี้ได้

อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 year survival) ในระยะที่ 1 3 4 ใกล้เคียงรายงานอื่น² แตกต่างที่ระยะ ที่ 2 การศึกษานี้พบว่าอัตราการรอดชีวิตของระยะที่ 2 ค่อนข้างต่ำ จนใกล้เคียงกับระยะที่ 3 อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้อาจยังไม่สามารถสรุปชัดเจนได้ในขณะนี้ ต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมและติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการศึกษาอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีของงาน วิจัยนี้ ยังทำได้เฉพาะผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นปี แรกของงานวิจัยเท่านั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากความก้าวหน้าของวิธีการผ่าตัด การให้รังสีรักษาและยาเคมีบำบัดแล้ว การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคก็เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน การที่ผู้ป่วยมีความรู้ มีความตระหนักถึงความร้ายแรงของโรค อาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ การให้ความร่วมมือในการรักษา และตรวจติดตามอาการ รวมไปถึงการจัดระบบคัดกรอง การตรวจหลังการผ่าตัดและการติดตามผู้ป่วย จะทำให้กระบวนการรักษาทั้งหมดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถตรวจพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและไม่ยุ่งยาก มีการเฝ้าระวังโรคที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และมีการพยากรณ์โรคที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์วิบูลย์ ภู่อ่าง อาจารย์ที่ปรึกษาประจำโครงการวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อคิด และแนวทางในการดำเนินงานวิจัย นับตั้งแต่ขึ้นวางแผนจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์จัดเตรียมข้อมูลสำหรับการวิจัย คุณชื่นจิต วังงาม นักวิชาการศึกษาศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้ช่วยเหลือในการจัดทำแผนภูมิ

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย. <http://www.hiso.or.th>
- 2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555. <http://www.nci.go.th>
- 3.Clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines). **Colon cancer.** <http://www.nccn.org>
- 4.Kelli M. Bullard Dunn, David A. Rothenberger. **Colon, rectum and anus in : Schwartz's principles of surgery.** McGraw-Hill Education. 10th edition ; 2015.
- 5.Robert D. Fry, Najjia N. Mahmoud, David J. Maron and Joshua I.S. Bleier. **Colon and rectum in : Sabiston textbook of surgery.** Saunders. 19th edition ; 2012.
- 6.Sandra Van Schaeybroeck, Mark Lawler, Brian Johnston, Salto-Tellez Manuel, Jack Lee, Paula Loughlin, Richard Wilson, Patrick G. Johnston. **Colorectal cancer in : Abeloff's clinical oncology.** Saunders. 5th edition ; 2014.
- 7.ทงศ์ วัฒนประสาน. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2545 ก.ย.-ต.ค. ; 11 (5) : 668-80.
- 8.บันลือ เฉลยกิตติ และคณะ. มะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2542-2548 และอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี.เวชสารแพทย์ทหารบก. 2549 ต.ค.-ธ.ค. ; 59 (4) : 189-98.
- 9.พงษ์สันต์ ทองเนียม. **Colon Rectum and Anus ใน : MSD Surgical board review.** 2558.
- 10.Clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines). **Colon cancer.** <http://www.nccn.org>
- 11.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555. <http://www.nci.go.th>
- 12.Kullavanijaya P, Rerknimitr R, Amornrattanakosol J. **A retrospective study of colorectal cancer patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital.** J Med Assoc Thai 2002 ; 85 suppl 1 : S85-90.

13.Masvidal Calpe R, et al. **Synchronous colonic and rectal carcinoma.** Rev Esp Enferm Dig. 1993 Oct ; 84(4) : 231-4

14.สมชัย อรุณวิวัฒน์. **มะเร็งลำไส้ใหญ่**
ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.วารสารแพทย์
เขต 6-7. 2549 เม.ย.-มิ.ย. ; 25 (2) : 175-82.

15.Patankar SK, et al.**Prospective comparison of laparoscopic VS open resections for colorectal adenocarcinoma over a ten-year period.** Dis Colon Rectum. 2003 May ; 46(5) : 601-11.