

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

## มะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Carcinoma of Colon and Rectum in  
Paholpolpayuhasena Hospital

สมชัย อรุณรุวิวัฒน์ พ.บ., วว.ศัลยศาสตร์

Somchai Arunruviwat M.D., RCST.

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Division of Surgery Paholpolpayuhasena Hospital

จังหวัดกาญจนบุรี

Kanchanaburi Province

## บทคัดย่อ

ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมรายงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มาตรวจที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง กันยายน พ.ศ. 2548 เป็นเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 35 ราย อายุ 25-84 ปี อายุเฉลี่ย 61.37 ปี เป็นเพศชาย 23 ราย เพศหญิง 12 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 0.51 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดท้อง (ร้อยละ 51.43) ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด (ร้อยละ 40) และท้องอืด แน่นท้อง (ร้อยละ 31.43) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Primary resection with anastomosis 19 ราย (ร้อยละ 57.58), Primary resection with Hartmann's procedure 5 ราย (ร้อยละ 15.15) เป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจำนวน 10 ราย พบผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุดที่ลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid คิดเป็นร้อยละ 34.29 รองลงมาเป็น ลำไส้ใหญ่ส่วน Ascending คิดเป็นร้อยละ 20 ระยะของโรคส่วนใหญ่เป็น Duke's C2 (ร้อยละ 48.57) และ Duke's B2 (ร้อยละ 28.57) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแล้วไม่มาตรวจตามนัด 20 ราย (ร้อยละ 57.14) เสียชีวิต 7 ราย (ร้อยละ 20)

## ABSTRACT

This report of 35 cases of patients who had colorectal carcinoma treated at Paholpolpayuhasena hospital since October 2000 to September 2005. Twenty - three cases were male (65.71%) and 12 female (34.29%), making a male to female ratio of 1 : 0.51. The average age was 61.37 years, with minimum and maximum ages of 25 and 84 years. Signs and symptoms of the cases included abdominal pain (51.43%), mucous bloody stool (40%) and abdominal distension (31.43%). Ten cases needed emergency surgery. Primary resection with anastomosis was 19 cases (51.58%), primary resection with Hartmann's procedure was 5 cases (15.15%). The part of colon commonly found to be the cause was sigmoid (34.29%) and ascending colon (20%). Most of the histopathologic seeing in them was Duke's C2 (48.37%) and Duke's B2 (28.57%). A loss of follow-up in patients with appointment was 20 cases. There were 7 cases of crude death.

## บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์เป็นอันดับ 3 ของโรคมะเร็งทั่วโลก<sup>1,2</sup> โรคนี้พบมากในทวีปอเมริกาและทวีปยุโรป พบน้อยในทวีปแอฟริกา ในทวีปเอเชียมีแนวโน้มพบโรคนี้มากขึ้น<sup>3,4</sup> สำหรับประเทศไทยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในผู้ชายพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและปอด ในผู้หญิงพบมากเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งปากมดลูก เต้านม ตับ และปอด<sup>5</sup> อาการและอาการแสดงของโรครู้ขึ้นกับขนาดของมะเร็งและตำแหน่งของลำไส้ อาการที่สำคัญได้แก่ อาการปวดท้อง การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซีดและอ่อนเพลีย การรักษาโรคมะเร็งที่สำคัญที่สุดคือการวินิจฉัยโรคนี้ให้ได้ก่อนที่จะมีการและอาการแสดง ผลการรักษาขึ้นกับระยะของโรค ถ้าเป็นมะเร็งระยะเริ่มต้นสามารถหายได้ แต่ถ้าเป็นระยะหลังผลการรักษาจะไม่ดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศไทยถูกตรวจพบในระยะหลัง ทำให้การรักษาได้ผลไม่ดี<sup>6</sup> จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อด้วยยาเคมีและ/หรือฉายรังสีร่วมด้วย

## วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาที่กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ช่วงระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2548 จำนวน 35 ราย นำข้อมูลมาศึกษาทางระบาดวิทยาและทางคลินิก

## ผล

ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2548 เป็นเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 35 ราย เป็นเพศชาย 23 ราย เพศหญิง 12 ราย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 2 เท่า

อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 61.37 ปี ช่วงอายุที่มีผู้ป่วยมาก คือ 50-80 ปี จำนวนผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50, 60, และ 70 ปี มีร้อยละ 22.86, 28.57, และ 28.57 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

อาการและอาการแสดงที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ พบผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง, ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด, ท้องอืด แน่นท้อง, คลื่นไส้ อาเจียน, ปวดท้องเฉียบพลัน, น้ำหนักลดลง, และคลำพบบก้อนในท้อง พบ 18, 14, 11, 9, 9, 7, 6, และ 5 ราย จากมากไปหาน้อยตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 35 ราย มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 32 ราย เป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน 10 ราย ในผู้ป่วย 10 รายนี้ เป็นลำไส้ใหญ่อุดตัน 5 ราย และลำไส้ทะลุ 5 ราย มีผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัด 3 ราย พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ตำแหน่ง Sigmoid colon 12 ราย (ร้อยละ 34.29) Ascending colon 7 ราย (ร้อยละ 20) Rectum 6 ราย (ร้อยละ 17.14) Transverse colon 5 ราย (ร้อยละ 14.29) จากมากไปหาน้อยตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การผ่าตัดเป็นการผ่าตัด Primary resection with anastomosis 19 ราย Primary resection with Hartmann's procedure 5 ราย และ Colostomy 5 ราย (ตารางที่ 4)

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เป็น Adenocarcinoma ทั้งหมด เป็น well, moderately, poorly differentiated ร้อยละ 51.86, 37.04, 11.11 ตามลำดับ แบ่งระยะของมะเร็งตาม Astler and Collier's modified Duke's classification ไม่พบ Duke's A พบ Duke's B1, Duke's B2, Duke's C1, Duke's C2, และ Duke's D จำนวน 1, 8, 2, 14, และ 5 ตามลำดับ ระยะของมะเร็ง Duke's C2 พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเป็น Duke's B2 คิดเป็นร้อยละ 22.86 (ตารางที่ 5)

ระยะเวลาผ่าตัด 15 นาที - 155 นาที เฉลี่ย

ตารางที่ 1 แสดงอายุและจำนวนผู้ป่วย

| อายุ (ปี) | จำนวน (ราย) |      |     | ร้อยละ |
|-----------|-------------|------|-----|--------|
|           | ชาย         | หญิง | รวม |        |
| 20-29     | 2           | 0    | 2   | 5.71   |
| 30-39     | 0           | 1    | 1   | 2.86   |
| 40-49     | 1           | 1    | 2   | 5.71   |
| 50-59     | 7           | 1    | 8   | 22.86  |
| 60-69     | 6           | 4    | 10  | 28.57  |
| 70-79     | 5           | 5    | 10  | 28.57  |
| 80-89     | 2           | 0    | 2   | 5.71   |
| รวม       | 23          | 12   | 35  | 100    |

ตารางที่ 2 แสดงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งหมด 35 ราย

| อาการและอาการแสดง          | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|----------------------------|-------------|--------|
| 1. ปวดท้อง                 | 18          | 51.43  |
| 2. ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด | 14          | 40     |
| 3 ท้องอืด แน่นท้อง         | 11          | 31.43  |
| 4. ปวดท้องเฉียบพลัน        | 9           | 25.71  |
| 5. คลื่นไส้ อาเจียน        | 9           | 25.71  |
| 6. ท้องผูก                 | 7           | 20     |
| 7. น้ำหนักลดลง             | 7           | 20     |
| 8. เบื่ออาหาร              | 6           | 17.14  |
| 9. คลำพบก้อนในท้อง         | 6           | 17.14  |
| 10. อ่อนเพลีย              | 5           | 14.29  |
| 11. ปวดกันเวลาถ่าย         | 1           | 2.88   |

71.60 นาที

ระยะเวลารอนอนโรงพยาบาล 8 วัน - 55 วัน เฉลี่ย

16 วัน

ภาวะแทรกซ้อน แผลอักเสบติดเชื้อ 13 ราย แผล

แยก 2 ราย ไตวาย 1 ราย

โรคที่พบร่วมคือ DM, HT, IHD, CRF, BPH, gout,  
chronic osteomyelitis

ไม่มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล

ตารางที่ 3 แสดงตำแหน่งของลำไส้ที่พบมะเร็ง

| ตำแหน่ง                      | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|------------------------------|-------------|--------|
| Cecum                        | 2           | 5.71   |
| Ascending Colon              | 7           | 20.00  |
| Transverse - hepatic flexure | 2           | 5.71   |
| - splenic flexure            | 3           | 8.57   |
| Descending Colon             | 3           | 8.57   |
| Sigmoid Colon                | 12          | 34.29  |
| Rectum                       | 6           | 17.14  |
| รวม                          | 35          | 100    |

ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดการผ่าตัด

| การผ่าตัด                                      | จำนวน<br>(ราย) |
|------------------------------------------------|----------------|
| Right half colectomy with EEA                  | 6              |
| Right half colectomy with Hartmann's procedure | 1              |
| Extended right half colectomy with EEA         | 2              |
| Transverse colectomy with EEA                  | 2              |
| Transverse colostomy                           | 1              |
| Left half colectomy with EEA                   | 2              |
| Left half colectomy with Hartmann's procedure  | 3              |
| Sigmoidectomy with EEA                         | 7              |
| Sigmoidectomy with Hartmann's procedure        | 1              |
| Sigmoid loop colostomy                         | 3              |
| Low anterior resection                         | 2              |
| Abdominoperineal resection                     | 3              |

การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย

2 ปี - 3 ปี

3 ราย

1. ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด จำนวน 6 ราย

3. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว

2. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ จำนวน 8 ราย

ขาดการติดต่อ จำนวน 14 ราย

ระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี 4 ราย

ระยะเวลา 1-3 เดือน 8 ราย

1 ปี - 2 ปี 1 ราย

3-6 เดือน 2 ราย

ตารางที่ 5 แสดงระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งตาม Astler and Collier's modified Duke's classification

| ระยะโรค   | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-----------|-------------|--------|
| Duke's A  | 0           | 0      |
| Duke's B1 | 1           | 2.86   |
| Duke's B2 | 10          | 28.57  |
| Duke's C1 | 2           | 5.71   |
| Duke's C2 | 17          | 48.57  |
| Duke's D  | 5           | 14.29  |
| รวม       | 35          | 100    |

6-12 เดือน 1 ราย  
1 ปี - 2 ปี 1 ราย  
2 ปี - 3 ปี 1 ราย  
3 ปี - 4 ปี 1 ราย

4. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอจนเสียชีวิต  
จำนวน 7 ราย

สาเหตุการเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล  
และมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

- CHF, SVT, VAP 1 ราย  
- Recurrence carcinoma 3 ราย  
- Metastases carcinoma 1 ราย  
- Wound infection, sepsis 1 ราย  
- Cardiac arrest, electrolyte imbalance 1 ราย

### วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้มีจำนวน 35 ราย พบ  
เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า โดยทั่วไปพบเพศ  
ชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมาก  
กว่า 50 ปี อายุน้อยกว่า 40 ปี พบน้อย จากการศึกษา  
พบผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.57  
อายุมากกว่า 50 ปี พบมากถึงร้อยละ 85.71 ปัจจัยเสี่ยง  
ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แตกต่างกันขึ้นกับอายุ

เพศ เชื้อชาติ สภาพภูมิประเทศ ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่  
เป็นชาวชนบท อาจได้รับแคลเซียมน้อย ได้รับวิตามิน A,  
B, C, seleneim ซึ่งเป็น antioxidant ต่ำ การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ อาจเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคมะเร็ง  
ลำไส้ใหญ่<sup>9</sup> และมีการแพร่กระจายไปที่ตับ<sup>9</sup>

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้อง  
ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด และท้องอืดแน่นท้อง ซึ่งเป็น  
อาการของลำไส้ใหญ่อุดตัน ซึ่งส่วนใหญ่พบที่ลำไส้ใหญ่  
ด้านซ้าย โดยพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ตำแหน่ง Sigmoid  
colon มากถึงร้อยละ 34.29 จากการรายงานต่างประเทศ  
พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีลำไส้อุดตันได้ ร้อยละ 15-20<sup>10,11</sup>  
และประมาณร้อยละ 75 จะอุดตันในตำแหน่งต่ำกว่า  
Splenic flexure ซึ่งภาวะนี้จะทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี  
กลไกการเกิดอาการและพยาธิสภาพของมะเร็งลำไส้ใหญ่  
ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ลำไส้ด้านขวาจะมาด้วย  
อาการปวดท้อง ชืด และมีก้อนในท้อง ส่วนลำไส้ด้านซ้าย  
จะมาด้วยอาการปวดท้อง มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย  
อุจจาระ และลำไส้อุดตัน ในภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันผู้ป่วย  
จะมาด้วยอาการปวดท้องมากที่สุด ร้อยละ 75<sup>12</sup> ระยะ  
เวลาที่มีอาการและอาการแสดงจนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล  
พบว่าร้อยละ 65 มาโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ  
84 มาโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน<sup>13</sup> โดยเฉลี่ยมาโรงพยา-

บาลภายใน 2 สัปดาห์<sup>14</sup>

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่รักษาโดยการผ่าตัด และอาจให้ยาเคมีและ/หรือร่วมกับการฉายรังสีขึ้นกับระยะของโรค จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 35 ราย ไม่ได้ผ่าตัด 3 ราย ผ่าตัด 32 ราย ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดเนื่องจากมาตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการแพร่กระจายไปที่ตับร่วมด้วย จึงขอไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 2 ราย ส่วนอีกรายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ตำแหน่ง Ascending colon แล้วเสียชีวิตใน 2 เดือนต่อมา ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัด 32 ราย เป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 10 ราย จากลำไส้ทะลุ 5 ราย จาก Perforated carcinoma of sigmoid colon และลำไส้อุดตัน 5 ราย ส่วนใหญ่ผ่าตัดแบบ Primary resection with Hartmann's procedure และ Colostomy สำหรับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็น Primary resection with anastomosis จากรายงานต่างประเทศพบว่าการรักษาภาวะลำไส้อุดตัน ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน การผ่าตัด Primary resection with immediate anastomosis ได้ผลดี มีอัตราการตาย (8-10%) ไม่แตกต่างจากการทำ Stage operation<sup>15</sup> แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าและสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่า และพบว่าผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบ Stage operation มีผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดปิด colostomy ร้อยละ 39-40<sup>16,17</sup> สำหรับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาผู้นิพนธ์นิยมผ่าตัดแบบ Stage operation

ระยะเวลาผ่าตัดน้อยที่สุด 15 นาที ในผู้ป่วย Obstructed carcinoma of sigmoid colon โดยทำผ่าตัด Transverse loop colostomy ส่วนการผ่าตัดที่ใช้เวลามากที่สุด 155 นาที ในผู้ป่วย Carcinoma of rectum โดยทำผ่าตัด Low anterior resection ซึ่งมะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่กระเพาะปัสสาวะ และกระจายไปที่ตับ การผ่าตัดจะใช้เวลามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความชำนาญของศัลยแพทย์ ภาวะของผู้ป่วยและพยาธิสภาพของโรค โดยเฉลี่ยใช้ระยะเวลาผ่าตัด 71.6 นาที

ระยะเวลารอดชีวิตในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับสภาพของ

ผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลารอดชีวิตในโรงพยาบาลเฉลี่ย 16 วัน น้อยที่สุด 8 วัน และมากที่สุด 55 วัน ซึ่งทำผ่าตัด Sigmoid loop colostomy ในผู้ป่วยอายุ 84 ปี ที่เป็นมะเร็งลำไส้ส่วน sigmoid ทะลุ และผู้ป่วยมีโรคร่วม IHD, adrenal insufficiency, หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน ARF และผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จึงได้ทำ Tracheostomy ในเวลาต่อมา

ผลการตรวจพยาธิวิทยา (Histopathology) แบ่งตาม Astler and Collier's modified Duke's classification พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว (Duke's C1 and Duke's C2) ร้อยละ 54.28 และมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว (Duke's D) ร้อยละ 14.29 และพบว่าไม่มีผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกเลย (Duke's A) ซึ่งผลการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นกับระยะของโรค ถ้าเป็นระยะเริ่มต้นอาจหายขาดได้ ทั้งนี้การตรวจหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ขึ้นกับระบบการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จากรายงานต่างประเทศมีการศึกษาในการทำการตรวจคัดกรอง (Selective screening for colorectal carcinoma) พบว่ามีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง ทำให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มแรก<sup>18</sup> ทำให้การรักษาดีขึ้นสามารถลดอัตราการตายเป็นร้อยละ 23 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจคัดกรองที่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อมีพยาธิสภาพของโรคเป็นมากแล้ว

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีและ/หรือการฉายรังสีรักษาต่อ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะมากแล้ว จากรายงานต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ Stage II ที่มีอัตราเสี่ยงสูง เช่น การผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย หรือมะเร็งลึกมากกว่า 15 มิลลิเมตรจาก Muscularis propria มีประโยชน์จากการให้ Adjuvant chemotherapy<sup>19</sup> ผู้ป่วยหลังจากทวารบดขึ้นเนื้อแล้วไม่มาตรวจตาม

นัดเลย 6 ราย และมาตรวจระยะแรกแล้วขาดการติดต่อไป 14 ราย มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ 15 ราย และมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอจนเสียชีวิต 7 ราย สาเหตุการเสียชีวิตจาก Recurrent carcinoma และ metastases 4 ราย จาก CHF, SVT, VAP 1 ราย และจาก Wound infection with sepsis 1 ราย จะเห็นได้ว่าระบบการนัดตรวจของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนายังมีปัญหามาก ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดมากถึงร้อยละ 14.14 จากรายงานต่างประเทศพบว่าการนัดตรวจอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถตรวจพบการเกิดเป็นซ้ำ (Local recurrent) ได้เร็วขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้ 5-year survival เปลี่ยนแปลง<sup>20</sup> การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่จะได้ผลดี ขึ้นกับการวินิจฉัยให้ได้ก่อนมีอาการ (Presymptomatic diagnosis)

## สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 35 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า อายุเฉลี่ย 61.37 ปี ส่วนใหญ่เป็นชาวชนบท มารับการรักษาซ้ำ มะเร็งมีการกระจายไปตามน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น ๆ แล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มาตรวจตามนัด ดังนั้นเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ดีขึ้น จะต้องมีการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ช่วยค้นหารายชื่อ และเวชระเบียนผู้ป่วย นายแพทย์ธีรพงษ์ ประสพ โศคาร หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนานที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำการศึกษา และอนุญาตให้ทำการเผยแพร่ในวารสารวิชาการ

## เอกสารอ้างอิง

1. Boland CR. Malignant tumors of the colon. In : Yamada T, ed. Textbook of gastroenterology, 2nd ed.

- Philadelphia, JB Lippneott, 1995 : 1967-2026.
2. Potter JD, Slattery ML, Bostick RM, ed al. Colon cancer : a review of the epidemiology. Epidemiol Rev 1993 ; 15 : 499-545.
3. Huang J, Seow A, Shi CY, ed al. Colorectal carcinoma among ethnic chinese in Singapore trends in incidence rate by the anatomic subsite from 1968-1992. Cancer 1999 ; 85 : 2519-25.
4. Takamura K, Ishiguro S, Manakata A, ed al. Annual change in colorectal carcinoma in incidence in Japan : analysis of survey data on incidence in Aomori Prefecture. Cancer 1996 ; 78 : 1187-94.
5. Martin N, Chindavijak K, Khuhuprema T, ed al. Cancer in Thailand vol. II, 1992-1994. Thailand 1999 ; 41-4.
6. Gelfand DW. Colorectal cancer : screening strategies. Radiol Clin North Am 1997 ; 35 : 431-8.
7. Ghadirian P, Lacroix A, Maisonneuve P, et al. Nutritional factors and colon carcinoma : a case control study involving French Canadians in Montreal, Quebec, Canada. Cancer 1997 ; 80 : 858-64.
8. Greenberg ER, Baron JA, Testeson TD, et al. A clinical trial of antioxidant vitamins to prevent colorectal adenoma. N Eng J Med 1994 ; 331 : 141-7.
9. Maeda M, Nagawa H, Maeda T, et al. Alcohol consumption enhance liver metastasis in colorectal carcinoma patients. Cancer 1998 ; 83 : 1483-8.
10. Horwitz A, Smith DF, Rosensweig J. The acutely obstructed colon. Am J Surg 1962 ; 104 : 474-81.
11. Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. Br J Surg 1985 ; 72 : 296-302.
12. Ulin AW, Ehrlich EW. Current views related to management of large bowel obstruction caused by carcinoma of the colon. Am J Surg 1962 ; 104 :

- 463-7.
13. Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, Cohn I. Surgical management of the acutely obstructed colon. *Am J Surg* 1988 ; 156 : 163 ñ 8.
  14. Welch JP, Donaldson GA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Am J Surg* 1974 ; 127 : 492-9.
  15. Tan SG , Nambiar R , Rauff A , et al. Primary resection and anastomosis in obstructed descending colon due to cancer. *Arch Surg* 1991 ; 126 : 748-51.
  16. Koruth NM , Krukowski ZH, Youngson GG , et al. Intraoperative colonic irrigation in the management of left - sided large bowel emergencies. *Br J Surg* 1985 ; 72 : 708-11.
  17. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 1270-6.
  18. Chen THH, Yen MF, Lai MS, et al. Evaluation of a selective screening for colorectal carcinoma. *Cancer* 1999 ; 86 : 1116-28.
  19. Merkel S, Wein A, Gunther K, et al. High - risk groups of patients with stage II colon carcinoma. *Cancer* 2001 ; 92 : 1435-43.
  20. Makela JT, Laitinen SO, Kairaluoma MI. Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer. *Arch Surg* 1995 ; 130 : 1062-7.