

# โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ชนิด วัชรพงศ์\*

การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างปี 2516-2519 พบว่าตำแหน่งของมะเร็งในลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมทั้งอายุและเพศของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นี้ที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศทางตะวันตกมาก ข้อแตกต่างที่สำคัญคืออัตราส่วนผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปี ที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มากกว่า และโอกาสจะพบมะเร็งที่เกิดร่วมกันในลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคน ๆ เดียวกันมีน้อยกว่า อีกทั้งโอกาสที่จะพบ *Pre-cancerous lesion* ร่วมด้วยก็น้อยกว่ามาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรคที่ลุกลามไปมากแล้ว ทำให้ผลการรักษาในระยะยาวไม่ดีและโอกาสที่จะรักษาให้หายขาด โดยการผ่าตัดมีน้อยกว่าประเทศทางตะวันตกมาก ส่วนการผ่าตัดรักษาเท่าที่เป็นอยู่นั้นไม่มีอัตรามากโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นมาก เพราะอัตราตายจากการผ่าตัดเทียบได้กับประเทศทางตะวันตกในขณะนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการรักษาในระยะยาวของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะดีขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยเพิ่มเติมอย่างน้อย ๆ อีกสองประการด้วยกันคือ การให้ความรู้ในเรื่องโรคนี้นี้แก่ประชาชนทั่วไปและสถานภาพทางเศรษฐกิจของประเทศจะต้องดีกว่านี้

มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเกือบเท่ากับมะเร็งของกระเพาะอาหาร แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลพื้นฐานในด้านต่าง ๆ ของโรคนี้นี้ยังไม่สมบูรณ์ จะเป็นในด้าน

วินิจฉัย การรักษาหรืออุบัติการณ์ของโรคร่วม ทำให้ต้องอ้างอิงสถิติและรายงานจากต่างประเทศเป็นหลักในการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ ทั้งนี้ในบางครั้งก็สงสัยกันอยู่ว่าสถิติจากต่างประ

\*แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

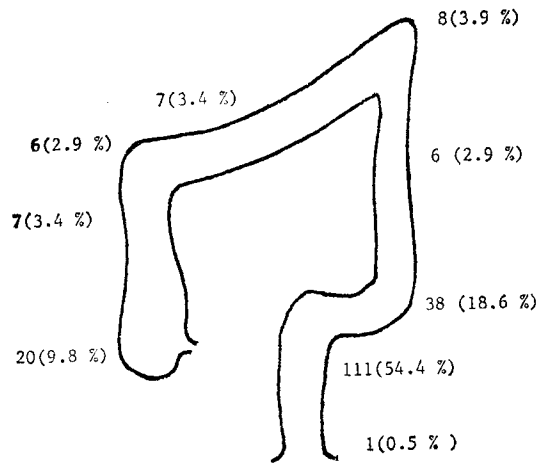
เทศนั้นอาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงในเมืองไทย การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากทุก ๆ แห่งในประเทศไทยคงจะเป็นไปได้ยากในสภาพการณ์ปัจจุบัน แต่ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่กันทุกระดับและจากทุกจังหวัดมารับการรักษา เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แม้จะไม่มีทางเทียบได้กับข้อมูลที่ได้จากทั่วประเทศแต่ก็คงจะไม่ห่างไกลจากความเป็นจริงมากนัก

**วัสดุและวิธีการ**

ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มาโดยการวิเคราะห์ประวัติเก่าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 จนถึงปี พ.ศ. 2519 รวมเป็นเวลา 4 ปี ในระยะ 4 ปีนี้มีผู้ป่วยมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักมารับการรักษาทั้งสิ้น 204 ราย ผู้ป่วยทุกรายมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นมะเร็งจริงและทั้งหมดเป็น adenocarcinoma ยกเว้นหนึ่งรายซึ่งเป็น squamous carcinoma ของ anal canal ในรายงานนี้มะเร็งตรงตำแหน่ง recto-sigmoid นั้นรวมเป็นมะเร็งของทวารหนัก (rectum)

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

ก. ตำแหน่ง มะเร็งพบบ่อยที่สุดในทวารหนักและรองลงมาคือที่ sigmoid colon รวมทั้งสองแห่งแล้ว คิดเป็นร้อยละ 73.5 ของมะเร็งในลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด พบใน caecum เป็นอันดับสามซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9.8 ของทั้งหมด



ที่ caecum นี้ เป็นตำแหน่งที่พบมะเร็งได้บ่อยที่สุดทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ ซึ่งนับรวม caecum, ascending colon, hepatic flexure และ transverse colon (ดูแผนภาพ) มะเร็งเกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่าหนึ่งแห่งในลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคน ๆ เดียวกันเพียง 2 รายจาก 204 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.98 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ข. เพศและอายุ ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นชาย

ตารางที่ 1 การกระจายอายุและเพศของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อายุ (ปี)	จำนวน(คน)		จำนวนรวมทั้งหมด(คน)	อัตราส่วนชายต่อหญิง
	ชาย	หญิง		
10-19	1	1	2	1.0
20-29	6	5	11	1.2
30-39	12	5	17	2.4
40-49	30	13	43	2.3
50-59	21	22	43	1.0
60-69	26	18	44	1.4
70-79	29	10	39	2.9
80-89	4	1	5	4.0

ตารางที่ 2 อัตราส่วนชายต่อหญิงตามตำแหน่งต่างๆ  
ในลำไส้และทวารหนัก

ตำแหน่งที่เป็น	จำนวน (คน)		อัตราส่วน ชายต่อหญิง
	ชาย	หญิง	
Right colon	26	14	1.9
Left colon	35	17	2.1
Ano-rectum	68	44	1.6

129 รายและหญิง 75 รายคิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 1.7:1 พบว่าจำนวนผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิงไม่ว่าจะพิจารณาในส่วใดของลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือในกลุ่มอายุใด ๆ ก็ตาม (ตาราง 1 และ 2) ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุอยู่ระหว่าง 15-83 ปี แต่ส่วนใหญ่แล้วอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ค. โรคที่พบร่วมด้วยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เป็นมะเร็ง (*pre-cancerous lesion*) พบ adenomatous polyp ในผู้ป่วย 5 ราย หรือร้อยละ 2.5 adenomatous polyp ที่พบอยู่ใน

บริเวณก่อนมะเร็งนั่นเอง ไม่พบโรคอื่น ๆ เช่น ulcerative colitis หรือ villous adenoma ในผู้ป่วย 204 รายนี้

ง. อาการ ตารางที่ 3 แสดงถึงอาการและลักษณะสำคัญที่พบเมื่อตรวจร่างกายแรกพบ อาการอดั้นในท้องที่หมายถึงการอดั้นของลำไส้ที่ต้องการผ่าตัดอย่างรีบด่วน ส่วนอาการปวดท้องนี้เป็นทั้งแบบ colic ซึ่งเป็นผลจากลำไส้ที่แคบลงแต่ยังไม่อดั้นทั้งหมดและรวมทั้งความเจ็บปวดอันเกิดจากมะเร็งลามเข้าไปในผนังช่องท้อง อาการมีก้อนหมายถึงก้อนในท้องที่คลำพบ ซึ่งอาจเป็นตัวมะเร็งเองหรือต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะภายในอื่น ๆ เช่นตับซึ่งโตขึ้นเพราะมีเนื้องอกเข้าไปแทรก

จ. วิธีการและผลการรักษา แสดงในตารางที่ 4, 5, 6 และ 7 ผู้ป่วย 9 รายจาก 204 ราย ไม่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้ง 9 คนนี้เป็นมะเร็งของทวารหนักและให้เหตุผลว่าไม่ต้องการถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ที่เหลืออีก 195 รายได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ตารางที่ 3 อาการและลักษณะสำคัญที่ตรวจพบเมื่อแรกพบ

ตำแหน่งที่เป็น	จำนวนทั้งหมด (คน)	มีน้ำในช่องท้อง (ร้อยละ)	มีก้อนในท้อง (ร้อยละ)	เยื่อช่องท้องอักเสบ (ร้อยละ)	เลือดออกทางทวารหนัก (ร้อยละ)	ลำไส้อดั้น (ร้อยละ)	ปวดท้อง (ร้อยละ)	ความผิดปกติในการถ่ายอุจจาระ (ร้อยละ)
Right colon	40	12.5	50	10	5	35	27.5	2.5
Left colon	52	5.8	19.2	3.8	23.1	61.5	11.5	26.9
Ano-rectum	112	2.7	15.2	1.8	67.9	27.7	11.6	25.9

ตารางที่ 4 การผ่าตัดมะเร็งด้านขวาของลำไส้ใหญ่และอัตราราย

ตำแหน่งที่เป็น	จำนวน ทั้งหมด (คน)	ทำผ่าตัดออกไม่ได้		ทำผ่าตัดออกได้		
		ทำ by-pass (คน)	ตายจากการ ผ่าตัด (คน)	ผ่าตัดมะเร็ง ออกได้ ไม่หมด (คน)	ผ่าตัดมะเร็ง ออกได้หมด (คน)	ตายจาก การผ่าตัด (คน)
Caecum	20	1	—	9	10	1
Ascending colon	7	3	—	1	3	—
Hepatic flexure	6	3	—	3	—	1
Transverse colon	7	3	—	3	1	—
All right colon	40	10	—	16	14	2

ตารางที่ 5 การผ่าตัดมะเร็งด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่และทวารหนักและอัตราราย

ตำแหน่งที่เป็น	จำนวน ทั้งหมด (คน)	ทำผ่าตัดออกไม่ได้		ทำผ่าตัดออกได้		
		ทำ by-pass (คน)	ตายจาก การผ่าตัด (คน)	ผ่าตัดมะเร็ง ออกได้ ไม่หมด (คน)	ผ่าตัดมะเร็ง ออกได้หมด (คน)	ตายจาก การผ่าตัด (คน)
Splenic flexure	8	5	2	2	1	—
Descending colon	6	3	—	—	3	—
Sigmoid colon	38	9	2	10	19	—
All left colon	52	17	4	12	23	—
Ano-rectum	103	31	3	24	48	1

ตารางที่ 6 อัตราการทำผ่าตัดได้ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตำแหน่ง ที่เป็น	จำนวน ทั้งหมด	อัตราการทำ ผ่าตัดออกได้ (ร้อยละ)	อัตราการทำ ผ่าตัดมะเร็ง ออกได้หมด (ร้อยละ)
Right colon	40	75.0	35.0
Left conlon	52	67.3	44.2
Ano-rectum	103	69.9	46.6

ตารางที่ 7 อัตราตายจากการผ่าตัด

วิธีการ ทำผ่าตัด	จำนวน ทั้งหมด (คน)	จำนวน ตายจากการ ผ่าตัด (คน)	อัตราตาย ร้อยละ
By pass	58	7	12
Resection	135	3	2.2
Total	195	10	5.1

จำนวนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 3.5 ของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในระยะ 4 ปีที่ทำการศึกษานี้มีประมาณปีละ 1400 คน เป็นจำนวนน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งของกระเพาะอาหารเล็กน้อย เพราะในระยะ 4 ปีที่สำรวจข้อมูลนี้ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของกระเพาะอาหารกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแต่ละปีจะได้เป็นอัตราส่วนคงที่ 1.4 : 1 อัตราส่วนนี้ใกล้เคียงกับ 1.6 : 1 ที่พบในผู้ป่วยจีนในมาเลเซีย<sup>10</sup> อาจเป็นไปได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งของกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เพราะโดยทั่วไปแล้วมะเร็งของกระเพาะอาหารเป็นโรคที่ทางโรงพยาบาลในส่วนใหญ่สามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นมักจะได้รับการส่งตัว เข้ามารักษาต่อในกรุงเทพฯ

ตำแหน่งของมะเร็งก็คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศทางตะวันตก เช่นสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปตะวันตก<sup>2,6,8</sup> เพราะส่วนใหญ่แล้วจะอยู่ทางด้านซ้ายตั้งแต่ splenic flexure เรื่อยมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ sigmoid colon ลงไปถึงทวารหนัก ซึ่งพบถึงร้อยละ 73.5 ของทั้งหมดและต่างจากตำแหน่งที่พบในประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคนี้น่า

ในภาคพื้นทวีปอเมริกาใต้และแอฟริกา<sup>5,19</sup> เพราะในต่างประเทศเหล่านี้ เช่นโคลัมเบีย<sup>19</sup> ในจิวรี<sup>18</sup> ชูตาน<sup>15</sup> มะเร็งทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่มีอัตราสูงมากคิดเป็นร้อยละประมาณ 50 ของทั้งหมด เมื่อพิจารณาทางด้านอายุของผู้ป่วยก็เห็นว่าผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปีมีร้อยละ 6.4 ซึ่งต่ำกว่าที่พบในประเทศทางทวีปแอฟริกาประมาณ 5 ถึง 7 เท่าตัว<sup>5,9</sup> แต่ก็ยังสูงกว่าอัตราส่วนร้อยละ 3.6 ในรายงานจากฮ่องกง<sup>17</sup> เกือบ 2 เท่าและสูงกว่าอัตราส่วนที่พบในประเทศทางตะวันตกมากเพราะอัตราส่วนผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปีในประเทศทางตะวันตกมีเพียงร้อยละ 0.9 ถึง 1.9 เท่านั้น<sup>11, 14, 15</sup> อาจเป็นไปได้ว่าประเทศที่ด้อยพัฒนาทั้งหลายมีจำนวนประชากรหนุ่มสาวที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มากกว่าประชากรสูงอายุ ซึ่งอาจช่วยอธิบายได้ว่าทำไมอัตราส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงสูงกว่าที่พบทางประเทศทางตะวันตก แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมอัตราส่วนที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงต่ำกว่าอัตราส่วนที่พบในประเทศด้อยพัฒนาอื่น ๆ ซึ่งคงจะมีสัดส่วนของประชากรที่อายุต่ำกว่า 30 ปีเท่าเทียมกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าในขณะที่พบมะเร็งมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเลยอายุ 40 ปีไปแล้ว แต่โอกาสที่จะพบโรคซึ่งอาจนำมาให้กลายเป็นมะเร็ง (pre-cancerous lesion) มีน้อยมากเพราะพบเพียง

ร้อยละ 2.5 เท่านั้น ซึ่งผิดกับในประเทศทางตะวันตกซึ่งพบได้ร้อยละ 24.4<sup>6</sup> ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ โอกาสที่จะพบมะเร็งพร้อมๆ กันเกินกว่า 1 แห่ง ในลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนผู้ป่วยเดียวกันมีน้อยกว่าร้อยละ 1 แต่ในประเทศตะวันตกมีถึงร้อยละ 5-10<sup>3</sup>

มะเร็งในผู้ป่วยส่วนใหญ่ลุกลามไปมากแล้ว พวกที่เป็นมะเร็งทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ caecum, ascending colon, hepatic flexure และ transverse colon มักจะเป็นมากกว่าพวกที่เป็นมะเร็งทางด้านซ้ายตั้งแต่ splenic flexure ลงไปจนถึง rectum ดังจะเห็นได้จากการที่ตรวจพบน้ำในท้องเมื่อแรกรับในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทางด้านขวาดังร้อยละ 12.5 และทางด้านซ้ายร้อยละ 3.7 นอกจากนี้แล้วร้อยละ 35 ของพวกที่เป็นมะเร็งทางด้านขวาและร้อยละ 38.4 พวกที่เป็นทางด้านซ้ายมาด้วยอาการลำไส้อุดตัน ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับรายงานทางประเทศตะวันตก เพราะผู้ป่วยประเภทนี้เขามีเพียงไม่เกินร้อยละ 10-20 เท่านั้น<sup>4</sup> เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้วก็ยังเห็นได้ชัดเจนว่าโรคลุกลามไปมาก เพราะโอกาสที่จะทำผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด (curative resection) สำหรับพวกที่เป็นมะเร็งทางด้านขวามีเพียงร้อยละ 35 และร้อยละ 45.8 สำหรับพวกที่เป็นด้านซ้ายซึ่งเมื่อรวมกันแล้วจะสามารถทำผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมดเพียงร้อยละ 43.5 เท่านั้น นับว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับรายงานจากสหรัฐอเมริกาซึ่งรายงานไว้ว่ามีถึงร้อยละ 76.4 เมื่อ 10 ปีมาแล้ว<sup>2</sup>

โอกาสที่จะเอาก้อนมะเร็งออกได้ไม่ว่าจะหมดหรือไม่ก็ตาม สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีอัตราการตายจากการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งนับว่าต่ำมากและเทียบเท่าสถิติจากประเทศทางตะวันตก<sup>6,10</sup> ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นมากจนไม่สามารถจะตัดก้อนมะเร็งออกได้และต้องทำ by-pass ให้ มีอัตราการตายจากการผ่าตัดถึงร้อยละ 12.1 ดังนั้นถ้าคิดรวมอัตราการตายจากการผ่าตัดจากผู้ป่วยทุกประเภทก็จะเป็นร้อยละ 5.1

ตารางที่ 8 ความรุนแรงมากน้อยของโรคมะเร็ง (Modified Duke's classification)

ตำแหน่งที่เป็น	A (ร้อยละ)	B (ร้อยละ)	C (ร้อยละ)	D (ร้อยละ)
Right colon	—	15	40	45
Left colon	1.9	19.2	36.5	42.3
Ano-rectum	6.8	17.5	39.8	35.9

- A = without serosal involvement
- B = serosal involvement
- C = node involvement
- D = distant metastasis

เป็นที่น่าเสียดายว่าการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวหลังผ่าตัดนั้นไม่อาจทำได้ จึงไม่อาจทราบผลการรักษาในระยะยาวและอัตราการรอดที่แท้จริงในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตามถ้าวิเคราะห์จากขอบเขตการลุกลามจากมะเร็งที่พบเมื่อทำผ่าตัดโดยใช้วิธีการตาม Dukes' classification (ตาราง 8) จะเห็นได้ชัดเจนว่าโอกาสที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีชีวิตยืนยาวหลังการผ่าตัดมีน้อยมาก เพราะผู้ป่วยที่เป็นในระยะแรกเริ่ม (Dukes' A และ B) มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะ

มีชีวิตยืนยาวถึง 5 ปี มีร้อยละ 80-80 แต่ถ้าดูสถิติจากสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปจะเห็นว่า แม้แต่ประเภท Dukes A ซึ่งเป็นโรคในระยะแรกเลยทีเดียวมีถึงร้อยละ 40<sup>6</sup> ผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นมะเร็งของทวารหนักก็มีโอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวดีกว่าพวกที่เป็นมะเร็งในส่วนอื่นๆ ของลำไส้ใหญ่ เพราะมีอัตราการรอดของการเป็นมะเร็งในระยะแรกเริ่มสูงกว่าที่อื่นๆ (ร้อยละ 24.3) รองลงมาได้แก่พวกที่เป็นมะเร็งในลำไส้ใหญ่ทางซ้าย (ร้อยละ 21.1) และเลวที่สุดก็พวกที่เป็นทางด้านขวา (ร้อยละ 15)

ข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์ที่ประวัติเก่าของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์บ่งชี้ว่าแม้ผลการรักษาในระยะสั้นจะเป็นที่น่าพอใจ เพราะอัตราการตายจากการผ่าตัดต่ำมาก แต่ผลการรักษาในระยะยาวยังไม่ดีและเปรียบได้กับผลการรักษาผู้ป่วยประเภทเดียวกันในสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปเมื่อ 30 ปีมาแล้ว<sup>12,13,17</sup> (ตารางที่ 9) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยเป็นโรคลุกลามไปมากแล้วก่อนจะมาหาแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องจากการละเลยของตัวผู้ป่วยเอง และด้วยสาเหตุอื่นๆ อีกหลายประการ ด้วย เช่นไม่มีความรู้ในเรื่องของโรคหรือเชื่อการรักษาแบบกลางบ้าน การเดินทางติดต่อไม่สะดวก และขาดทุนทรัพย์ กลัวการผ่าตัดหรือไม่มีโอกาสที่จะเข้าโรงพยาบาลได้เร็วเท่าที่ควรเพราะโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ มักมีผู้มารับบริการจนเกินกำลัง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบอัตราการรักษาได้ด้วยการผ่าตัดและอัตราการตายจากการผ่าตัด

ผู้ทำการศึกษา	สถานที่และปีที่ทำการรักษา	อัตราการรักษาได้ด้วยการผ่าตัด (ร้อยละ)	อัตราการตายจากการผ่าตัด (ร้อยละ)
Naunton-Morgan (1952)	St. Mark's, London 1935-1944	65	6.4
Grinnell (1953)	Columbia Univ. USA. 1916-1950	77	18
Franklin and MoSwain (1970)	Vanderbilt, 1961-1968	94.2	4.8
Vajrabukka (1977)	Chulalongkorn Bangkok Thailand	70.3	2.2

อีกประการหนึ่ง อาจเป็นเพราะโอกาสที่จะบ่งชี้โรคมะเร็งของลำไส้และทวารหนักมีน้อยกว่าประเทศทางตะวันตก เพราะอัตราการเกิด pre-cancerous lesion มีน้อยกว่ามาก

### เอกสารอ้างอิง

1. Colcock BP: Treatment of carcinoma of the colon and rectum. *Am J Surg*, 87: 13-19, 74
2. Copeland EM, Miller LD, Jones RS: Prognostic factors in carcinoma of the colon and rectum. *Am J Surg* 116: 875-81, 63
3. Diamante M, Bacon HE: Primary multiple malignancy of the Colon and rectum, report of 230 cases. *Dis colon Rectum* 9: 441-46, 66
4. Dutton JW, Hreno A, Hampson LG: Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. *Am J Surg* 131: 36-41, 76
5. Elmasri SH, Boulos PB: Carcinoma of the large bowel in the Sudan. *Br J Surg* 62: 284-86, 75
6. Franklin R, McSwain B: Carcinoma of the colon, rectum and anus. *Ann Surg* 171: 811-18, 70

7. Grinnell RS: Results in the treatment of carcinoma of the colon and rectum, analysis of 2341 cases over 35 years period with 5 years survival, results in 1667 patients. *Surg Gynecol Obstet* 96:31-42, 53
8. Haenszel W, Correa P: Cancer of the large intestine epidemiologic findings. *Dis colon rectum* 16:371-68, 76
9. Kenda JFN: Cancer of the large bowel in the African. *Br J Surg* 63:966-68, 76
10. King MS, Kutty MK: Carcinoma of the stomach, colon and rectum a survey of 772 surgical biopsies from Malaya. *Br J Surg* 58:123-28, 71
11. Miller FE, Liechty RD: Adenocarcinoma of the colon and rectum in persons under thirty years of age. *Am J Surg* 113, 507-10, 67
12. Morgan CN: The management of carcinoma of the colon. *Ann Roy Coll Surg Eng* 10:305-23, 52
13. Ottenheimer EJ, Oughterson AW: Observations on cancer of the colon and rectum in Connecticut. *New Eng J Med* 252:561-67, 55
14. Recalde M, Holyoke, DE, Elias, EG: Carcinoma of the colon, rectum and anal canal in young patients. *Surg Gynecol Obstet* 139:909-13, 74
15. Recio P, Bussey HJR: The pathology and prognosis of carcinoma of the rectum in the young. *Proc Roy Soc Med* 58:789-90, 65
16. Scudamore HH: Cancer of the colon and rectum-general aspects, diagnosis, treatment and prognosis a review. *Dis Colon Rectum* 12:105-14, 69
17. Van Langmberg A, Ong GB: Carcinoma of the large bowel in the young. *Br Med J* 3:374-76, 72
18. Williams AO, Edington GM: Malignant disease of the colon, rectum and anal canal in Ibadan, Western Nigeria. *Dis Colon Rectum* 10:301-08, 67
19. Wynder EL, Shigematsu T: Environmental factors of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 20:1520-61, 67