



## นิพนธ์ต้นฉบับ

# มะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2542-2548 และ อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี

บรรลือ เฉลยกิตติ, ปิยพันธ์ ชีรานนท์, สหพล อนันต์นำเจริญ และ ชินกฤต บุญญอัศตร

หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**บทคัดย่อ:** มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งยังไม่มีรายงานที่รวบรวมศึกษาระบาดวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่ วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อรวบรวมระบาดวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**วิธีการศึกษา:** ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในปี พ.ศ.2542 ถึง พ.ศ.2548 ในแบบฟอร์มที่กำหนดและบันทึกการติดตามการรักษาเป็นเวลา 5 ปี นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณโดยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวนนับและร้อยละ **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วย 485 รายเป็นชาย 283 ราย หญิง 202 ราย อายุ 18-95 ปี อายุเฉลี่ย 63 ปี อาการที่พบบ่อยที่สุดคือถ่ายเป็นเลือด ผู้ป่วยร้อยละ 68 สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจด้วยนิ้วมือทางทวารหนักและซิกมอยด์โตสโคป ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ลำไส้ตรงและซิกมอยด์ อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีในระยะที่ 1, 2, 3, 4 เท่ากับร้อยละ 92, 62, 42, 10 ตามลำดับ **สรุป:** การตรวจพบมะเร็งแต่เริ่มแรกสำคัญที่สุดดังนั้นการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งอาจไม่เพียงพอจำเป็นต้องใช้วิธีตรวจหาหลายวิธีร่วมกัน นอกจากนี้การตรวจให้ละเอียดหลังผ่าตัดมีความจำเป็นเนื่องจากไม่สามารถตรวจให้ละเอียดได้ก่อนการผ่าตัด

**Key Words:** • โรคมะเร็ง • ลำไส้ใหญ่ • ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย • อัตราการรอดชีวิต

เวชสารแพทยทหารบก 2549;59:189-98.

### บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 11.71) รองจาก มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 12.99)<sup>1</sup> ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ายังไม่มีรายงานที่รวบรวมศึกษาระบาดวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อรวบรวมระบาดวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่ใน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักชนิด adenocarcinoma ที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างปี พ.ศ. 2542 ถึง ปี พ.ศ. 2548 ได้รับการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ซึ่งมีหัวข้อในการบันทึกทั้งหมด 129 หัวข้อ โดยเริ่มตั้งแต่เข้ารักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่รวมถึงการติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อครบปีพุทธศักราชจะทำการตรวจสอบจากทะเบียนห้องผ่าตัด

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2549 ได้ให้ตีพิมพ์เมื่อ 15 ธันวาคม 2549  
ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พ.อ.บรรลือ เฉลยกิตติ ศัลยแพทย์ กองศัลยกรรม  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

เพื่อหาผู้ป่วยในป็นั้นที่ยังไม่ได้บันทึกเพื่อไปหาบันทึกข้อมูลจากแผนกเวชระเบียนอีกครั้งหนึ่ง และทำการบันทึกตลอดการรักษาและการติดตามการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการบันทึกในปีพุทธศักราชใดจะรวบรวมค้นหาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกปี

อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีได้รับจากการติดตามผู้ป่วยตลอดการรักษาทั้งจากการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย จากเวชระเบียนผู้ป่วยในแผนกเวชระเบียนทุกปี รวมทั้งตรวจสอบจากประวัติการมาตรวจและการตรวจพิเศษทางห้องทดลองต่างๆ จากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และการติดต่อกับผู้ป่วยและญาติโดยวิธีต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS 11.5 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นจำนวนผู้ป่วยและร้อยละ

### คำจำกัดความ

1. มะเร็งทวารหนักชนิด adenocarcinoma จะรวมอยู่ในกลุ่มมะเร็งตำแหน่ง lower rectum เนื่องจากเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาจาก lower rectum
2. Mucinous carcinoma ถูกรวมอยู่ในรายงานเป็น adenocarcinoma ด้วยเนื่องจากยังไม่ได้มีการแบ่งออกไปจาก adenocarcinoma โดยสิ้นเชิง
3. Low anterior resection หมายถึง การตัดต่อลำไส้ใหญ่ที่มีรอยต่อต่ำกว่า peritoneal reflection ดังนั้นจึงรวมการตัดต่อที่เรียกว่า coloanal anastomosis, ultralow anterior resection เข้าไว้ด้วย
4. การแบ่งระยะตาม TNM staging ถือตาม American college of surgeon's commission on cancer 2002

### ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 495 ราย เก็บข้อมูลได้ครบถ้วน 485 ราย เป็นผู้ชาย 283 ราย เป็นผู้หญิง 202 ราย อายุ 18-95 ปี อายุเฉลี่ย 63 ปี อายุที่พบมากที่สุดในช่วง 60-70 ปีมีร้อยละ 33 ของผู้ป่วยทั้งหมด (รูปที่ 1) อายุ น้อยกว่า 40 ปีมีเพียงร้อยละ 4.4 อาการที่พบครั้งแรกที่พบมากที่สุดคือ ถ่ายเป็นเลือด ปวดท้อง การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายถ่ายเป็นมูกเลือด และภาวะลำไส้อุดตัน ตามตารางที่ 1

อาการที่ตรวจพบได้แก่ ภาวะเบื่ออาหารพบ 120 ราย (ร้อยละ

24.8) ภาวะน้ำหนักลด 205 ราย (ร้อยละ 42.4) การขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป 197 ราย (ร้อยละ 40.7) ตามตารางที่ 2 ภาวะลำไส้อุดตันพบ 104 ราย (ร้อยละ 21.5) hematocrit น้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์มีจำนวนร้อยละ 34.4 hematocrit น้อยกว่า 25 เปอร์เซ็นต์มีจำนวนร้อยละ 14 ของผู้ป่วยทั้งหมด

การตรวจด้วยวิธีทางทวารหนักสามารถพบก้อนได้ 112 ราย (ร้อยละ 23.1) การตรวจโดย sigmoidoscopy สามารถพบก้อนได้ 135 ราย (ร้อยละ 27.8) ไม่สามารถพบโดย sigmoidoscope 41 ราย ไม่ได้ทำการตรวจด้วย sigmoidoscope 289 รายเนื่องจากตรวจพบโดยวิธีอื่น ตามตารางที่ 3

### การตรวจก่อนการผ่าตัด

เอ็กซเรย์ปอดพบการกระจายของมะเร็งไปยังปอด 6 ราย (ร้อยละ 1.2) อัลตราซาวด์พบการกระจายไปตับ 29 ราย (ร้อยละ 6) เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบการกระจายไปตับ 38 ราย (ร้อยละ 7.8) ทั้งอัลตราซาวด์และเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบการกระจายไปตับ 61 ราย (ร้อยละ 14.6) ตามตารางที่ 4 เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบมีการลุกลามสู่กระเพาะปัสสาวะ 12 รายเป็นการกระจายมาจาก rectum 1 ราย rectosigmoid 2 ราย sigmoid 8 ราย

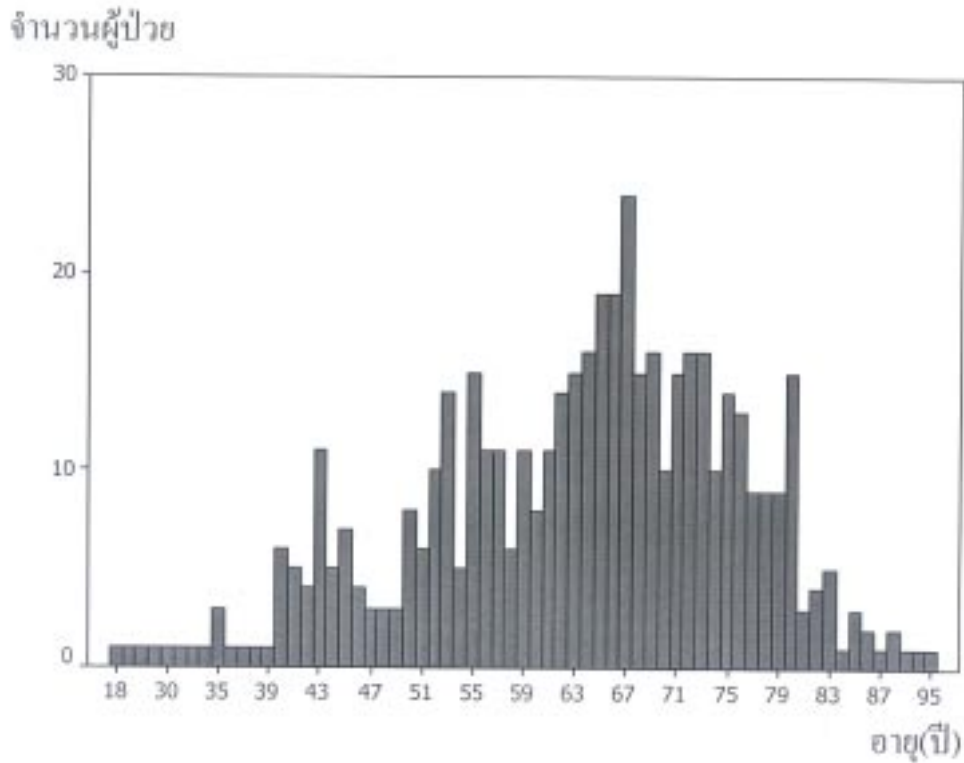
### การรักษาก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด 105 ราย (ร้อยละ 21.6) ตามตารางที่ 5 ในราย CA sigmoid และ rectosigmoid ทำเนื่องจากผลการตรวจปัสสาวะและเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่ามีการลุกลามมายังกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยทั้ง 8 รายได้รับการผ่าตัด total cystectomy 1 ราย partial cystectomy 5 ราย ไม่ต้องตัดกระเพาะปัสสาวะ 2 ราย

### การผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยจำแนกตามตำแหน่งต่างๆ ตามตารางที่ 6 สามารถรักษาให้หายขาดได้ (curability rate) 407 ราย (ร้อยละ 83.9) มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยเร่งด่วน 89 ราย (ร้อยละ 18.4) ตามตารางที่ 7 ชนิดของการผ่าตัดตามตารางที่ 8 พบการติดเชื้องหลังผ่าตัด 89 ราย (ร้อยละ 18.4) พบการแยกของรอยต่อลำไส้ (anastomotic dehiscence) 7 ราย (ร้อยละ 1.4) การผ่าตัดพบมีการลุกลามไปสู่อวัยวะข้างเคียงอื่นๆ 101 ราย (ร้อยละ 20.9) พบว่าไปยังกระเพาะปัสสาวะมากที่สุด 30 ราย

รูปที่ 1 การกระจายของอายุผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่



ตารางที่ 1 อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่พบบ่อย

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
Bloody stool	109
Abdominal pain	108
Change of bowel habit	80
Gut obstruction	64
Mucous bloody stool	59
Abdominal mass	11
Pain at anus	11
Anemia	8
Anemia and weight loss	6
Mass at anus	5
Positive stool occult blood	5
Increased serum CEA	2

**ตารางที่ 2** การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย (change of bowel habit)

ลักษณะการขับถ่าย	จำนวนผู้ป่วย(ราย)
Diarrhea	85(17.6%)
Constipation	81(16.7%)
Constipation and diarrhea	20(4.1%)
No change of bowel habit	287(59.3%)

**ตารางที่ 3** ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่พบจาก sigmoidoscope กับจำนวนผู้ป่วยที่ทำ sigmoidoscope ทั้งหมด

ตำแหน่งของมะเร็ง	จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ	จำนวนผู้ป่วยที่ทำการตรวจทั้งหมด
Lower rectum	44(98%)	45
Middle rectum	33(94%)	35
Upper rectum	24(89%)	27
Rectosigmoid	5(42%)	12
Sigmoid	26(54%)	48

**ตารางที่ 4** จำนวนการตรวจพบการกระจายไปตับก่อนผ่าตัดโดยอัลตราซาวด์และเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์

		CT-scan			รวม
		พบการกระจายไปตับ	ไม่พบการกระจายไปตับ	ไม่ได้ตรวจโดย CT-scan	
Ultrasound	พบการกระจายไปตับ	13	4	12	29
	ไม่พบการกระจายไปตับ	6	0	1	7
	ไม่ได้ตรวจโดย Ultrasound	25	0	0	25
<b>รวม</b>		44	4	13	61

**ตารางที่ 5** การรักษาด้วยรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด (จำแนกตามตำแหน่ง)

ตำแหน่งของมะเร็ง	จำนวนผู้ป่วย
Sigmoid	5/137 (3.8%)
Rectosigmoid	3/38 (7.9%)
Upper rectum	16/40 (40%)
Middle rectum	25/45 (55%)
Lower rectum	53/74 (71.6%)

**ตารางที่ 6** จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามตำแหน่งของมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด

ตำแหน่งของมะเร็ง	จำนวนผู้ป่วย
Lower rectum	74(15.2%)
Middle rectum	45(9.3%)
Upper rectum	40(8.2%)
Rectosigmoid	38(7.8%)
Sigmoid	137(28.2%)
Descending colon	27(5.6%)
Splenic flexure	14(2.9%)
Transverse colon	18(3.7%)
Hepatic flexure	21(4.3%)
Ascending colon	42(8.7%)
Cecum	24(4.9%)
Appendix	2(0.2%)
Polyposis coli	1(0.2%)

**ตารางที่ 7** สาเหตุการผ่าตัดแบบเร่งด่วน

สาเหตุการผ่าตัดแบบเร่งด่วน	จำนวนผู้ป่วย
Gut obstruction	69(77.5%)
Peritonitis	9(10.1%)
Abdominal pain	5(5.6%)
Appendicitis	2(2.2%)
Diarrhea	2(2.2%)
Massive bleeding	1(1.1%)
Perianal abscess	1(1.1%)

(ร้อยละ 6.2) ตามตารางที่ 9 ทำการผ่าตัด partial cystectomy 14 ราย และ total cystectomy 3 ราย นอกจากนั้นมีการลุกลามไปยังลำไส้เล็กร้อยละ 4.2 และท่อไตร้อยละ 1.8

ในลำไส้ใหญ่พบมีตำแหน่งของมะเร็งตั้งแต่สองตำแหน่งขึ้นไป (synchronous cancer) 13 ราย (ร้อยละ 2.7) และพบมีตำแหน่งของก้อนเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งตั้งแต่สองตำแหน่งขึ้นไป (synchronous polyp) 47 ราย (ร้อยละ 9.7)

แยกระยะการลุกลามหลังผ่าตัดตาม TNM staging ได้ตาม

ตารางที่ 10 มีการลุกลามในผนังลำไส้ใหญ่อยู่ในชั้น mucosa ร้อยละ 2, submucosa ร้อยละ 2.7, muscular ร้อยละ 11.9, pericolonic fat ร้อยละ 78.9 นอกจากนั้นจะติดกับอวัยวะอื่น

เป็นเซลล์ชนิด mucinous type 39 ราย เป็นชนิด signet ring cell 5 ราย นอกจากนี้เป็น well-differentiation ร้อยละ 3.4, moderately-differentiation ร้อยละ 82.4, poor-differentiation ร้อยละ 11.3, เหลือเซลล์มะเร็งในผนังลำไส้เล็กน้อยมาก (small remnant) 6 ราย และก้อนมะเร็งยุบหายหมดโดยไม่สามารถพบเซลล์มะเร็ง 1 ราย

ตารางที่ 8 ชนิดของการผ่าตัด

ชนิดการผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย
Anterior resection	127(26.1%)
Low anterior resection	93(19.2%)
Right hemicolectomy	74(15.3%)
AP-Resection	72(14.8%)
Left colectomy	34(7%)
Ostomy	28(5.8%)
Extended right hemicolectomy	20(4.1%)
Subtotal colectomy	11(2.3%)
Segmental resection	7(1.4%)
Transverse colectomy	8(1.6%)
Explore laparotomy	6(1.2%)
Local excision	1(0.2%)
Total proctocolectomy	1(0.2%)

ตารางที่ 9 ตำแหน่งของมะเร็งที่มีการลุกลามมายังกระเพาะปัสสาวะ

ตำแหน่งของมะเร็ง	จำนวนผู้ป่วย
Lower rectum	4/74(5.4%)
Middle rectum	3/45(6.6%)
Upper rectum	3/40(7.5%)
Rectosigmoid	5/38(13.1%)
Sigmoid	15/137(10.9%)

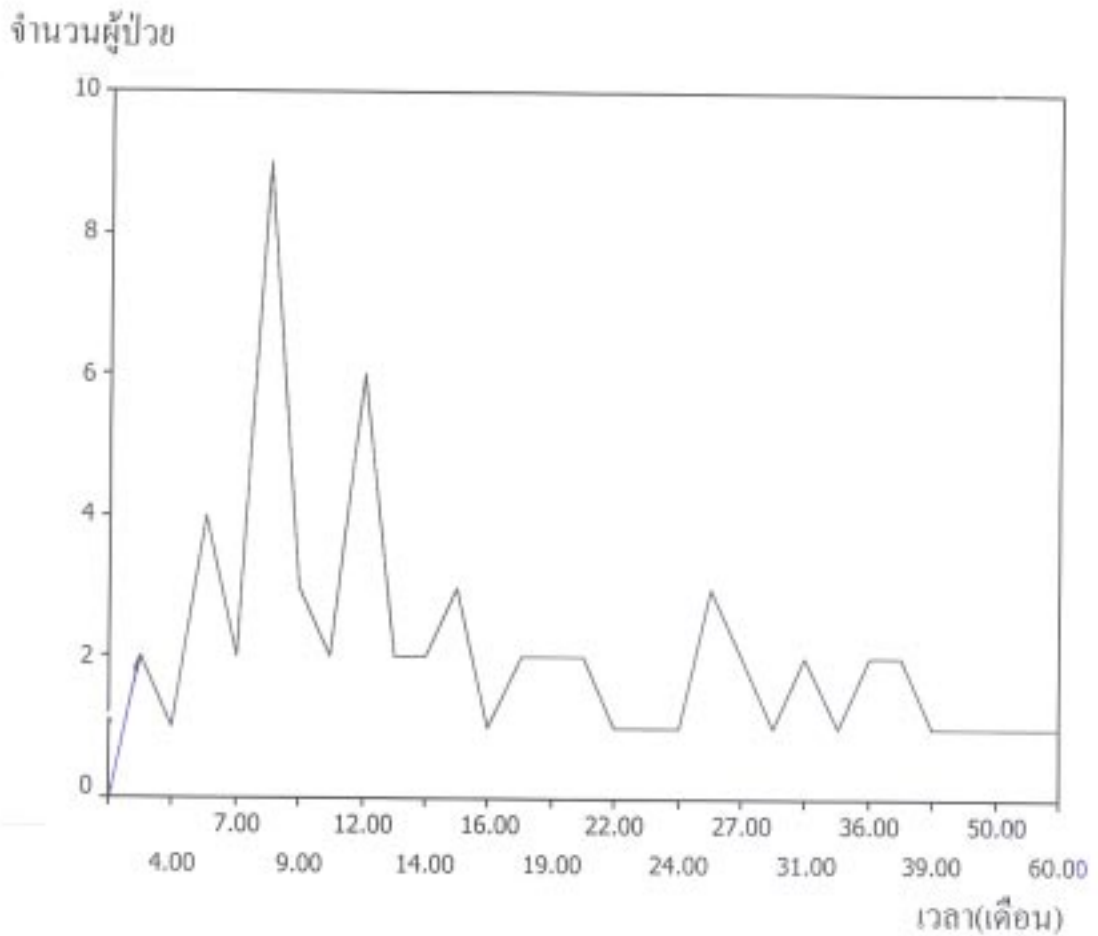
ตารางที่ 10 TNM staging

ระยะของมะเร็ง	จำนวนผู้ป่วย
Stage 0	2(0.4%)
Stage 1	54(11.1%)
Stage 2	149(30.7%)
Stage 3	168(34.6%)
Stage 4	107(22.1%)
Can not evaluated	5(1.0%)

**ตารางที่ 11** ตำแหน่งที่มีการกระจายของมะเร็งหลังผ่าตัดที่พบมาก

ตำแหน่งที่มีการกระจาย	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
Liver	26
Lung	16
Bone	4
Brain	2
Supraclavicular lymph node	2
Carcinomatosis peritonei	3
Pelvic recurrence	12

**รูปที่ 2** เวลาในการเกิดการกระจายหรือการกลับเป็นใหม่



**ตารางที่ 12** จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตใน 5 ปีหลังผ่าตัด (ปี พ.ศ.2542-2544)

TNM stage	5-year survival	Alive without disease	Alive with disease	Death from metastases	Death from medical disease	Lost follow up	Total
1	11(92%)	11	0	1	0	8	20
2	26(62%)	25	1	14	2	10	52
3	25(42%)	23	2	30	4	10	69
4	3(10%)	1	2	26	2	0	31

### การติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

ในผู้ป่วยระยะที่ 1, 2, 3 พบมีการกระจายหรือเกิดใหม่ (post-operative metastases and recurrence) 65 ราย ระยะที่ 1 พบ 2 ราย เป็น pelvic recurrence ในระยะที่ 2 พบ 27 ราย ในระยะที่ 3 พบ 36 ราย ตามตารางที่ 11 เวลาที่มีการกระจายหรือเกิดใหม่แสดงในรูปแบบที่ 2 พบการกลับเป็นใหม่ที่รอยตัดต่อลำไส้ใหญ่ (anastomotic recurrence) เพียง 2 ราย ซึ่งพบเดือนที่ 8 และ 15 หลังผ่าตัด

อัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัด 5 ปี (5-year survival) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในปี 2542-2544 ดังนี้ ระยะที่ 1 พบร้อยละ 92 ระยะที่ 2 พบร้อยละ 62 ระยะที่ 3 พบร้อยละ 45 ระยะที่ 4 พบร้อยละ 10 รายละเอียดตามตารางที่ 12

### วิจารณ์

การกระจายของอายุ อาการที่นำมาพบแพทย์ ตำแหน่งของก้อน การผ่าตัด และระยะของโรค ไม่แตกต่างจากรายงานของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>2</sup> และรายงานอื่น<sup>3-4</sup> แต่ อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีในระยะที่ 1 และ 4 ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสูงกว่า อาการทั่วไปของมะเร็งเช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย พบน้อยจึงไม่ควรนำมาเป็นอาการเริ่มแรกในการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้ามีอาการเหล่านี้แสดงว่าเป็นค่อนข้างมากแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการตรวจตามกำหนดก่อนที่จะมีอาการ

การตรวจด้วยนิวทาจทวารหนักซึ่งเป็นการตรวจที่ง่ายที่สุดสามารถตรวจพบก้อนได้ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยทั้งหมดและมากกว่าร้อยละ 89 ของผู้ป่วย CA rectum ซึ่งมากกว่าที่รายงานโดย Naaeder และ Archampong<sup>5</sup> ส่วนการตรวจด้วย sigmoido-

scope สามารถพบก้อนตั้งแต่ sigmoid ลงมาได้ 132 รายจากผู้ป่วยที่ทำการตรวจทั้งหมด 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 84 มะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ sigmoid ลงมามีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 68.1 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ดังนั้นการตรวจด้วยนิวทาจทวารหนักร่วมกับ sigmoidoscope จึงยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่

การลุกลามสู่กระเพาะปัสสาวะพบมากในมะเร็งตำแหน่งที่อยู่เหนือ peritoneal reflection ขึ้นไป เนื่องจากในระดับต่ำกว่า peritoneal reflection มี Denonvillier's fascia ขวางอยู่

มีผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีก่อนการผ่าตัดเนื่องจากความเชื่อของศัลยแพทย์ต่างกันหรือการได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน การรักษาด้วยรังสีรักษาก่อนผ่าตัดได้ผลดีในรายที่อยู่ middle rectum และ lower rectum อย่างไรก็ตามในราย CA sigmoid และ CA rectosigmoid ที่มีการลุกลามมายังกระเพาะปัสสาวะทำให้สามารถตัดก้อนออกได้และมี 2 รายที่ไม่ต้องทำการตัดกระเพาะปัสสาวะ

ผู้ป่วยภาวะลำไส้อุดตันได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนเพียง 69 ราย จากทั้งหมด 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.3 แสดงว่าผู้ป่วยจำนวนมากสามารถรักษาให้หายจากภาวะลำไส้อุดตันได้ ทำให้สามารถเตรียมผู้ป่วยได้ดีขึ้น กลายเป็น elective case ได้จำนวนมาก

จำนวนผู้ป่วยที่มีมะเร็งในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่สองตำแหน่งขึ้นไป (synchronous cancer) พบในรายงานนี้ 2.7 เปอร์เซ็นต์ซึ่งไม่ต่างจากรายงานของ Lasser<sup>6-9</sup> ซึ่งพบที่ร้อยละ 2-6.5 อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยให้ละเอียดก่อนการผ่าตัดโดย colonoscope ไม่สามารถไปถึง cecum ได้ทุกราย ดังนั้นจำนวนการค้นพบควรมากกว่านี้ การส่อง colonoscope หลังผ่าตัดจึงมีความจำเป็น



## สรุป

การตรวจพบมะเร็งแต่เริ่มแรกสำคัญที่สุดตั้งนั้นการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งอาจไม่เพียงพอจำเป็นต้องใช้วิธีตรวจหาหลายวิธีร่วมกัน นอกจากนี้การตรวจให้ละเอียดหลังผ่าตัดมีความจำเป็นเนื่องจากไม่สามารถตรวจให้สมบูรณ์ได้ก่อนการผ่าตัด

## เอกสารอ้างอิง

1. Tumor registry report 2005, Cancer center, Phramongkutklao Hospital, Thailand, 2005.
2. Kullavanjaya 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-S90.
3. Zaheer S, Pemberton JH, Farouk R, Dozois RR, Wolff BG, IlstrupD. Surgical treatment of adenocarcinoma of the rectum. Ann Surg 1998;227:800-11.
4. Alarcon J, Greenwood GR. Adenocarcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1979;22:35-9.
5. Naaeder SB, Archampong. Cancer of the colon and rectum in Ghana: a 5-year prospective study. Br J Surg 1994;81:456-9.
6. Lasser A. Synchronous primary adenocarcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1978;21:20-7.
7. Ekelund GR, PihlB. Multiple carcinomas of the colon and rectum. Cancer 1974;33:1630-4.
8. Hancock RJ. Synchronous carcinoma of the colon and rectum. Am Surg 1975;41:560-3.
9. Travieso CR Jr, Knoepp LF Jr, Hanley PH: Multiple adenocarcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1972;15:1-6.

## 7 Years of Colorectal Adenocarcinoma in Phramongkutklao Hospital and 5-year Survival

Bunlue Chaleoykitti, Piyapan Cheeranont, Sahaphol Anannamcharoen and Chinakrit Boonyausadorn

Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, Phramongkutklao Hospital

**Abstract:** Adenocarcinoma of colon and rectum was the second most common malignancy found in Phramongkutklao hospital. The objective of the study was to collect the epidemiology of adenocarcinoma of colon and rectum in Phramongkutklao hospital. **Methods:** Patients with adenocarcinoma of colon and rectum who was first operated in Phramongkutklao hospital between 1997-2004 were included in the study. Epidemiology of adenocarcinoma of colon and rectum was collected. **Results:** 485 patients were included in the study (male 283, female 202). Age 18-95 (average 63). The most common chief complain was bloody stool. Digital examination and sigmoidoscopy could reach the tumor in 68% of cases. Sigmoid and rectum were the most common site. 5-year survival rate in stage 1, 2, 3, 4 were 92, 62, 43, 10 percent respectively. **Conclusions:** Multiple investigations were necessary for detecting the early stage of adenocarcinoma of colon and rectum and had to be repeated postoperatively.

**Key Words:** • Carcinoma • Colon • Rectum • Survival

RTA Med J 2549;59:189-98.

