

10-1-1978

โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ฉนิต วัชรพุกก์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

วัชรพุกก์, ฉนิต (1978) "โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 22: Iss. 4, Article 2.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol22/iss4/2>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ชนิด วัชรพงศ์*

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

มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเกือบเท่ากับมะเร็งของกระเพาะอาหาร แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลพื้นฐานในด้านต่าง ๆ ของโรคนี้นี้ยังไม่สมบูรณ์ จะเป็นในด้าน

วินิจฉัย การรักษาหรืออุบัติการณ์ของโรคร่วมกัน ทำให้ต้องอ้างอิงสถิติและรายงานจากต่างประเทศเป็นหลักในการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ ทั้งนี้ในบางครั้งก็สงสัยกันอยู่ว่าสถิติจากต่างประ

*แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

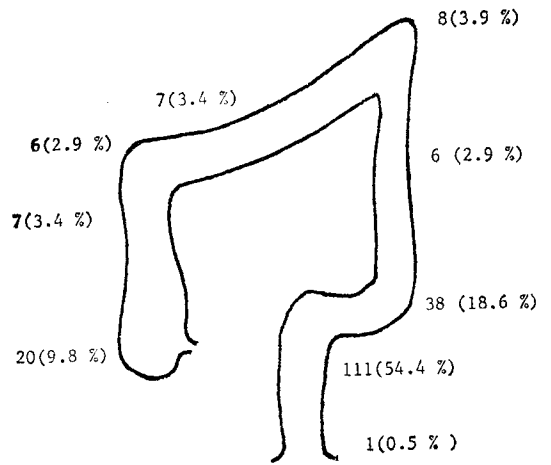
เทศนั้นอาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงในเมืองไทย การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากทุก ๆ แห่งในประเทศไทยคงจะเป็นไปได้ยากในสภาพการณ์ปัจจุบัน แต่ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่กันทุกระดับและจากทุกจังหวัดมารับการรักษา เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แม้จะไม่มีทางเทียบได้กับข้อมูลที่ได้จากทั่วประเทศแต่ก็คงจะไม่ห่างไกลจากความเป็นจริงมากนัก

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 คนนี้เป็นมะเร็งของทวารหนักและให้เหตุผลว่าไม่ต้องการฉายอูจจาระทางหน้าท้อง 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 ที่พบในผู้ป่วยจีนในมาเลเซีย¹⁰ อาจเป็นไปได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งของกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เพราะโดยทั่วไปแล้วมะเร็งของกระเพาะอาหารเป็นโรคที่ทางโรงพยาบาลในส่วนใหญ่สามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นมักจะได้รับการส่งตัว เข้ามารักษาต่อในกรุงเทพฯ

ตำแหน่งของมะเร็งก็คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศทางตะวันตก เช่นสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปตะวันตก^{2,6,8} เพราะส่วนใหญ่แล้วจะอยู่ทางด้านซ้ายตั้งแต่ splenic flexure เรื่อยมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ sigmoid colon ลงไปถึงทวารหนัก ซึ่งพบถึงร้อยละ 73.5 ของทั้งหมดและต่างจากตำแหน่งที่พบในประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคนี้น่า

ในภาคพื้นทวีปอเมริกาใต้และแอฟริกา^{5,19} เพราะในต่างประเทศเหล่านี้ เช่นโคลัมเบีย¹⁹ ในจิวเรีย¹⁸ ชูตาน¹⁵ มะเร็งทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่มีอัตราสูงมากคิดเป็นร้อยละประมาณ 50 ของทั้งหมด เมื่อพิจารณาทางด้านอายุของผู้ป่วยก็เห็นว่าผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปีมีร้อยละ 6.4 ซึ่งต่ำกว่าที่พบในประเทศทางทวีปแอฟริกาประมาณ 5 ถึง 7 เท่าตัว^{5,9} แต่ก็ยังสูงกว่าอัตราส่วนร้อยละ 3.6 ในรายงานจากฮ่องกง¹⁷ เกือบ 2 เท่าและสูงกว่าอัตราส่วนที่พบในประเทศทางตะวันตกมากเพราะอัตราส่วนผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปีในประเทศทางตะวันตกมีเพียงร้อยละ 0.9 ถึง 1.9 เท่านั้น^{11, 14, 15} อาจเป็นไปได้ว่าประเทศที่ด้อยพัฒนาทั้งหลายมีจำนวนประชากรหนุ่มสาวที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มากกว่าประชากรสูงอายุ ซึ่งอาจช่วยอธิบายได้ว่าทำไมอัตราส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงสูงกว่าที่พบทางประเทศทางตะวันตก แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมอัตราส่วนที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงต่ำกว่าอัตราส่วนที่พบในประเทศด้อยพัฒนาอื่น ๆ ซึ่งคงจะมีสัดส่วนของประชากรที่อายุต่ำกว่า 30 ปีเท่าเทียมกัน

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

ร้อยละ 2.5 เท่านั้น ซึ่งผิดกับในประเทศทางตะวันตกซึ่งพบได้ร้อยละ 24.4⁶ ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ โอกาสที่จะพบมะเร็งพร้อมๆ กันเกินกว่า 1 แห่ง ในลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนผู้ป่วยเดียวกันมีน้อยกว่าร้อยละ 1 แต่ในประเทศตะวันตกมีถึงร้อยละ 5-10³

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 เท่านั้น⁴ เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้วก็ยังเห็นได้ชัดเจนว่าโรคลุกลามไปมาก เพราะโอกาสที่จะทำผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด (curative resection) สำหรับพวกที่เป็นมะเร็งทางด้านขวามีเพียงร้อยละ 35 และร้อยละ 45.8 สำหรับพวกที่เป็นด้านซ้ายซึ่งเมื่อรวมกันแล้วจะสามารถทำผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมดเพียงร้อยละ 43.5 เท่านั้น นับว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับรายงานจากสหรัฐอเมริกาซึ่งรายงานไว้ว่ามีถึงร้อยละ 76.4 เมื่อ 10 ปีมาแล้ว²

โอกาสที่จะเอาก้อนมะเร็งออกได้ไม่ว่าจะหมดหรือไม่ก็ตาม สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีอัตราการตายจากการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งนับว่าต่ำมากและเทียบเท่าสถิติจากประเทศทางตะวันตก^{6,10} 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 40⁶ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นมะเร็งของทวารหนักก็มีโอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวดีกว่าพวกที่เป็นมะเร็งในส่วนอื่นๆ ของลำไส้ใหญ่ เพราะมีอัตราการรอดของการเป็นมะเร็งในระยะแรกเริ่มสูงกว่าที่อื่นๆ (ร้อยละ 24.3) รองลงมาได้แก่พวกที่เป็นมะเร็งในลำไส้ใหญ่ทางซ้าย (ร้อยละ 21.1) และเลวที่สุดก็พวกที่เป็นทางด้านขวา (ร้อยละ 15)

ข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์ประวัติแก่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์บ่งชี้ว่าแม้ผลการรักษาในระยะสั้นจะเป็นที่น่าพอใจ เพราะอัตราการตายจากการผ่าตัดต่ำมาก แต่ผลการรักษาในระยะยาวยังไม่ดีและเปรียบได้กับผลการรักษาผู้ป่วยประเภทเดียวกันในสหรัฐอเมริกาหรือยุโรปเมื่อ 30 ปีมาแล้ว^{12,13,17} (ตารางที่ 9) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยเป็นโรคลุกลามไปมากแล้วก่อนจะมาหาแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องจากการละเลยของตัวผู้ป่วยเอง และด้วยสาเหตุอื่นๆ อีกหลายประการ ด้วย เช่นไม่มีความรู้ในเรื่องของโรคหรือเชื่อการรักษาแบบกลางบ้าน การเดินทางติดต่อไม่สะดวก และขาดทุนทรัพย์ กลัวการผ่าตัดหรือไม่มีโอกาสที่จะเข้าโรงพยาบาลได้เร็วเท่าที่ควรเพราะโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ มักมีผู้มารับบริการจนเกินกำลัง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบอัตราการรักษาได้ด้วยการผ่าตัดและอัตราการตายจากการผ่าตัด

ผู้ทำการรักษา	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