

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

จากการศึกษาลักษณะการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 5 แห่งในกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง (Retrospective chart review) โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นข้อเท็จจริงหรือเป็นข้อมูลพื้นฐานเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2533 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2535 เท่านั้น ประกอบกับ การมีข้อจำกัดของเวลา และปัญหาด้านระบบการจัดเก็บเวชระเบียนของแต่ละโรงพยาบาล รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรในหน่วยเวชระเบียนทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการไม่ครบถ้วน โดยจากสถิติของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 1500 ราย แต่ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้เพียง 1143 รายเท่านั้น และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีข้อมูลซ้ำกันถึง 143 ราย ดังนั้นข้อมูลที่เก็บได้และนำมาวิเคราะห์มีจำนวน 1000 ราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ตำแหน่งของการเกิดมะเร็ง จากการศึกษาค้นพบว่า ส่วนใหญ่ของมะเร็งชนิดนี้พบที่ตำแหน่ง rectum ร้อยละ 42.5 sigmoid colon ร้อยละ 16.6 rectosigmoid ร้อยละ 7.5 การกระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่สอดคล้องกับการศึกษาของผู้อื่น คือ Davis and others (1986) รายงานว่าพบที่ rectum ร้อยละ 54 sigmoid colon ร้อยละ 21 caecum และ ascending colon ร้อยละ 15 transverse colon ร้อยละ 6 วัลภาสุนทรณี (2533) รายงานว่า ส่วนใหญ่พบมะเร็งชนิดนี้ที่ ตำแหน่ง rectum มากที่สุด รองลงมาคือ sigmoid colon และ rectosigmoid ตามลำดับ และ ธนิต วัชรพุก (2521) รายงานว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากที่สุดบริเวณ rectum ร้อยละ 54.4 รองลงมาได้แก่ sigmoid

colon ร้อยละ 18.6 caecum ร้อยละ 9.8 splenic flexure ร้อยละ 3.9 ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในช่วง 10 ปี ตำแหน่ง rectum ยังคงเป็นตำแหน่งที่มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งสูงสุดเช่นเดิม

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดมะเร็ง อาการปวดท้องจะเป็นอาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ ไม่ว่ามะเร็งจะอยู่ในตำแหน่งใดก็ตาม เพราะมะเร็งเปรียบเสมือนวัตถุแปลกปลอมที่ร่างกายต้องกำจัด และเป็นวัตถุที่ทำร้ายต่ออวัยวะของร่างกายทำให้เกิดการระคายเคือง และก้อนมะเร็งจะทำให้ลำไส้ขยายตัว หรือไปทับเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงลำไส้ มะเร็งบริเวณ colon ทุกตำแหน่ง นอกจากผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดท้องแล้วผู้ป่วยยังมาด้วยอาการมีก้อนในท้อง ซึ่งจากการมีก้อนนี้เอง ทำให้กากอาหารที่ผ่านไปไม่สะดวกก็จะค้างอยู่ ทำให้แบคทีเรียในลำไส้มีโอกาสทำปฏิกิริยากับกากอาหารได้มากขึ้น จึงเกิดแก๊สจำนวนมากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง และการที่กากอาหารค้างอยู่ในลำไส้ส่วนต้นมาก จึงเหลือกากอาหารจำนวนน้อยลงที่จะผ่านไปสู่ลำไส้ส่วนล่าง ทำให้มีอาการท้องผูก ส่วนมะเร็งที่เกิดที่ rectum นั้น อาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดเป็นอาการที่พบมากที่สุดที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ รองลงมาคือ ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด และปวดท้องตามลำดับ จากการศึกษา พบว่าการตรวจโดยอาศัยน้ำคล้ำทางทวารหนักจะช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งบริเวณ rectum ได้ถึงร้อยละ 85.6 และพบว่า อาการถ่ายเป็นมูกเลือด หรือการเปลี่ยนแปลงในการถ่ายอุจจาระ เช่น อุจจาระก้อนเล็กกลวง หรือท้องผูก มักจะได้รับการละเลยจากผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาของการดำเนินโรคนานเป็นเดือนถึงปี ส่วนมะเร็งที่มีอาการอุดตัน ผู้ป่วยมักจะมารับการรักษาเร็วกว่า ซึ่งจากการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวานาสิน และคณะ (2531) ได้รายงานไว้ว่า อาการที่นำผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มาพบแพทย์ ได้แก่ อาการปวดท้อง และคลำพบก้อนในท้อง อาการสำคัญรองลงไปคือ การถ่ายเป็นมูกเลือด และท้องผูก มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มาด้วยอาการของน้ำหนักลด เบื่ออาหาร และ Wintrobe and others (1971) และ Seth, M. (1985) พบว่าอาการที่จะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์นั้นจะเริ่มตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย รวมทั้งลักษณะของอุจจาระมีเลือดปน อุจจาระเป็นเลือด อุจจาระเป็นมูกเลือด

ชนิดของเซลล์มะเร็ง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็น well differentiated adenocarcinoma มากที่สุด รองลงมาคือ moderate differentiated adeno-

carcinoma poorly differentiated adenocarcinoma mucin producing adenocarcinoma และ metastatic adenocarcinoma ตามลำดับ ซึ่งคล้ายคลึง กับการศึกษาของ สมหมาย วิไลรัตน์ รายงานว่าเป็น well differentiated ร้อยละ 61.7 และ สุกศิลป์ กัลยาณกุล และคณะ (2531) รายงานว่าชนิดของเซลล์มะเร็งที่พบในมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 29.75 เป็นชนิด well differentiated รองลงมาคือ moderate differentiated adenocarcinoma ร้อยละ 26.7 จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ชนิดของเซลล์มะเร็งมีความสัมพันธ์กับระยะของมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ร้อยละ 40 ของมะเร็งบริเวณ sigmoid rectosigmoid และ rectum วินิจฉัยโดยการตรวจด้วยวิธี proctosigmoidoscopy การทำ barium enema สามารถวินิจฉัยมะเร็งบริเวณ colon ได้มากกว่าร้อยละ 50 พบว่า มีการทำ colonoscopy ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถวินิจฉัยจาก barium enema ได้แน่นอนว่าเป็นมะเร็งหรือเปล่า แต่การทำ colonoscopy ยังมีการใช้ค่อนข้างน้อยเนื่องจากการทำค่อนข้างลำบากและต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงจึงยังไม่สามารถทำกันได้อย่างแพร่หลายซึ่ง Walker and Others (1991) ได้ทำการเปรียบเทียบต้นทุนในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการตรวจ 3 วิธี ได้แก่ colonoscopy double-contrast barium enema Flexible sigmoidoscopy ผลการศึกษาพบว่า การตรวจด้วยวิธี colonoscopy เป็นวิธีที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการตรวจด้วยวิธี colonoscopy เป็นวิธีที่สามารถจะให้การรักษาไปพร้อมกับการวินิจฉัยโรคได้เลย

การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (occult blood) ให้ผลบวกในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เพียงร้อยละ 47.6 ในต่างประเทศนั้น เคยได้มีการนำวิธีการตรวจหาเลือดในอุจจาระเป็นวิธีการตรวจคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรกเริ่ม แต่จากการศึกษาในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมาพบว่า วิธีการตรวจเลือดในอุจจาระ เป็นวิธีที่ปัญหาในเรื่องของความไวและความจำเพาะของการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการตรวจด้วยวิธี occult blood มักจะให้ผลบวกเทียมสูงซึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมอาหาร Lotsou and others (1987) ศึกษาพบว่า การตรวจเลือดในอุจจาระจะให้ผลลบถึง 36% ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เขาได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการส่องกล้องน่าจะ เป็นวิธีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ใน

ระยะ เริ่มแรกได้ดีกว่าวิธีการตรวจเลือดในอุจจาระ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการค้นหาหะเร็งระยะแรกเริ่ม จะเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่สำคัญในการป้องกันโรคมะเร็ง แต่ควรจะมีการศึกษาถึงต้นทุนผลได้ของการตรวจหะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกเริ่ม เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพิจารณาว่า มีความคุ้มค่า เหมาะสมหรือไม่ เพียงไรที่จะทำการตรวจหะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกเริ่มในประเทศไทย

ร้อยละ 8.8 ของผู้ป่วยหะเร็งลำไส้ใหญ่มีการใช้ computer tomography (C.T.) การใช้ C.T. จะมีประโยชน์ในด้านการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผล ถึงแม้ว่าการใช้ C.T. จะทำให้การวางแผนการรักษาผู้ป่วยสามารถทำได้ดีขึ้น เพิ่มโอกาสการอยู่รอดของผู้ป่วยเหล่านี้ให้สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในการใช้เครื่อง C.T. คงไม่อาจจะพิจารณาเฉพาะประโยชน์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น จำเป็นต้องพิจารณาต้นทุนที่เกิดขึ้นด้วย ตลอดจนพิจารณาถึงความเหมาะสมทั้ง ในด้านของตัวผู้ป่วยเอง และลักษณะของ โรคว่า มีความคุ้มค่าหรือไม่ มากน้อยเพียงใดในการที่จะส่งตรวจหะเร็งลำไส้ใหญ่

การผ่าตัดยังคง เป็นวิธีการที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาได้แก่ การผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด ผลจากการศึกษา ถึงแม้ว่าผลการรักษาในระยะสั้นจะเป็นที่น่าพอใจ เพราะอัตราการตายจากการผ่าตัดต่ำมาก เพียงร้อยละ 4.2 แต่ในเรื่องการติดตามการรักษาในระยะยาวนั้น เป็นที่น่าเสียดายว่าการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวหลังผ่าตัดนั้นไม่อาจทำได้ จึง ไม่อาจทราบผลการรักษาในระยะยาวและอัตราการรอดชีวิตที่แท้จริงในผู้ป่วยเหล่านี้ได้

หะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบอยู่ใน Dukes' stage A ร้อยละ 4.8 Dukes' stage B ร้อยละ 28.2 และอยู่ใน Dukes' stage C,D ร้อยละ 32.6 และ 34.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับตัวเลขที่ได้จากการศึกษาของ ธนิต วัชรพุกก์ ที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อปี 2516 - 2519 นั้น จะเห็นว่า จำนวนผู้ป่วยทั้ง Dukes' stage A และ B เพิ่มขึ้น Dukes' stage C แทบจะ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย และ Dukes' stage D ลดลงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบหะเร็งลำไส้ใหญ่ใน Dukes' stage A ถึงร้อยละ 43.0 จะเห็นว่าแม้แต่ประเภท Dukes' stage A ซึ่งเป็นโรครุนแรงในระยะแรกเลย

ที่เดียวมีถึงร้อยละ 40 ในขณะที่ในประเทศไทยมีผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกเพียงร้อยละ 4.8 เท่านั้น ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยมักจะเป็นโรคคลุกคลาไปมากแล้วก่อนจะมาหาแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการละเลยของตัวผู้ป่วยเอง และด้วยสาเหตุอื่น ๆ อีกหลายประการด้วย เช่น ไม่มีความรู้ในเรื่องของโรคหรือเชื่อการรักษาแบบกลางบ้าน การเดินทางติดต่อไม่สะดวกและขาดทุนทรัพย์ กลัวการผ่าตัด หรือไม่มีโอกาสที่จะเข้าโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มักมีผู้มารับบริการจนเกินกำลัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้ามากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

เพศ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกตำแหน่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.2 ต่อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับ วัลภาสุนทรพันธุ์ (2533) รายงานไว้ว่า พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 1.4 : 1 และ Fleshner and others (1989) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน เท่ากับ 1.1 ต่อ 1 Chepius and others (1981) ได้ให้ข้อสรุปว่า การที่เพศหญิงมีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างไปจากเพศชาย เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศในเพศหญิง ที่มีผลต่อการผลิตกรดน้ำดี ระยะเวลาของอาหารที่ค้างคั่งในลำไส้ การทำงานของแบคทีเรีย รวมถึงการผลิตกรดไขมัน ทั้งในเพศชายและเพศหญิง พบการเป็นมะเร็งสูงสุดในบริเวณ rectum ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Stewart and others (1989) พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่จะพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่อันขวาสูงกว่าตำแหน่งอื่น ๆ ในขณะที่เพศชายจะมีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณ rectum สูงกว่าตำแหน่งอื่น ๆ และ Alley and McNee (1985) ที่พบว่าเพศชายจะมีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณ rectum สูง แต่เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่อันขวาสูงสุด

อายุ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากในช่วงอายุ 55-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ย 57 ปี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่ง Slater ได้อธิบายไว้ว่าการที่พบมะเร็งมากในคนสูงอายุอาจจะเป็น

เพราะในคนสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ อันเป็นผลทำให้ความต้านทานต่อการเกิดมะเร็งของเซลล์ลดลง หรือ อาจจะเป็นเพราะมีการสะสมของสารก่อมะเร็งอยู่นานและเพิ่มจำนวนมากขึ้นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุผู้ป่วยในมะเร็งตำแหน่งต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มะเร็งตำแหน่ง ascending colon เป็นตำแหน่งที่มีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงสุด คือ 63.4 ปี และมะเร็งตำแหน่ง appendix เป็นตำแหน่งที่มีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยต่ำสุดคือ 50.6 ปี เมื่อเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา (caecum, appendix, ascending colon, hepatic flexure) พบว่า อายุของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะสูงกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Slater and others (1982) พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในแต่ละตำแหน่งจะมีการกระจายแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา จะสูงกว่าอายุของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ ที่พบมากที่สุด ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ในทุกตำแหน่ง ยกเว้น ตำแหน่ง hepatic Flexure คือ อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง รับราชการ เกษตรกรรม ค้าขาย และ อื่น ๆ (พนักงานรัฐวิสาหกิจ นักบวช นักเรียน) ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ มีสิ่งที่น่าสังเกตประการหนึ่งคือ การบันทึกข้อมูลในเรื่องอาชีพของผู้ป่วยนั้น อาชีพที่บันทึกจะเป็นอาชีพปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อยู่ในวัยที่ไม่ได้ทำงาน ซึ่งการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น ควรจะเป็นการพิจารณาประวัติในการประกอบอาชีพ หรือ อาชีพซึ่งทำเป็นระยะเวลาานที่สุ่มมากกว่า ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Gabarant and others (1993) พบว่า ลักษณะงานที่ต้องนั่งนาน ๆ เช่น พนักงานบัญชี ทนายความ พนักงานขับรถ ผู้บริหาร นักคอมพิวเตอร์ สถาปนิก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ เท่ากับ 1.5 เท่า ของกลุ่มอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เช่น ช่างไฟฟ้า ปรุขันธ์ เกษตรกรรม คนสวน ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเกิดได้จาก สภาพของ โครงสร้างทางสังคมในด้านอาชีพที่แตกต่างกันระหว่างสังคมตะวันตกและสังคมไทย

ภูมิฐานะของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 53.0 อยู่ในกรุงเทพ รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออก ร้อยละ 9.3 ภาคเหนือ ร้อยละ 9.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 9.1 ภาคกลาง ร้อยละ 8.7 ภาคตะวันตก ร้อยละ 7.1 ภาคใต้ ร้อยละ 3.2 การที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้น เหตุผลส่วนหนึ่ง เป็นไปได้จาก เหตุผลในการเลือกสถานที่ศึกษาที่ศึกษาเฉพาะในกรุงเทพมหานคร แต่ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในส่วนภูมิภาคนั้นมักจะได้รับการส่งตัวเข้ามารับการรักษาคือในกรุงเทพมหานคร โดยจากสถิติการศึกษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งที่ทำการศึกษานั้น ประมาณร้อยละ 60 เท่านั้นที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล นอกนั้นจะเป็นผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด ดังนั้นสาเหตุที่น่าจะเป็นไปได้ว่า การที่พบในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าภาคอื่น ๆ นั้น อาจมีผลจากสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เป็นโรคนี้นี้ได้มากขึ้น ความรีบเร่งต่อภาวะการดำรงชีพทำให้รูปแบบของการกินอยู่เปลี่ยนไปทางตะวันตกมากขึ้น มีอุปนิสัยในการบริโภคอาหารที่ปรุงสุก รวดเร็ว รับประทานอาหารที่มีกากน้อยลง รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากขึ้น ความเครียด ความรีบเร่งก็อาจจะ เป็นสาเหตุของท้องผูก ซึ่งส่งเสริมให้เกิดโรคนี้นี้ได้มากยิ่งขึ้น

กลุ่มเลือด O เป็นกลุ่มเลือดที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 39.5 รองลงมา คือ กลุ่มเลือด B กลุ่มเลือด A และ กลุ่มเลือด AB ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการกระจายของกลุ่มเลือดตามตำแหน่งของมะเร็ง พบว่า มะเร็งทุกตำแหน่งยกเว้นบริเวณ caecum appendix พบสูงสุดในผู้ป่วยกลุ่มเลือด O สาเหตุที่พบผู้ป่วยหมู่เลือด O สูงสุดนั้นส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการกระจายของหมู่เลือดระบบต่าง ๆ ในคนไทย โดยปกติจะพบว่า มีกลุ่มเลือด O สูงสุดถึงร้อยละ 37.7 รองลงมาคือ กลุ่มเลือด B ร้อยละ 33.8 กลุ่มเลือด A ร้อยละ 20.9 กลุ่มเลือด AB ร้อยละ 7.6 (นิกร เพชรวิระกุล, 2530) จากการทดสอบทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเลือดกับตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Toman and others (1982) พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มเลือด A จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณ rectum มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มเลือด O

โรกระบบทางเดินอาหารที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุดคือ โรคริดสีดวงทวาร รองลงมาคือ โรคกระเพาะ บิด ลำไส้อักเสบ ตามลำดับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณ rectosigmoid และ rectum ถึงร้อยละ 31.1 มีประวัติเป็นโรคริดสีดวงทวาร ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อื่นๆ (บริเวณ caecum, appendix, hepatic flexure, transverse colon)

และมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย(บริเวณ splenic flexure, descending colon, sigmoid colon) มีประวัติเป็นโรคริดสีดวงทวารเพียง ร้อยละ 19.5 และ 15.7 ตามลำดับ จาก การทดสอบทางสถิติ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับประวัติการเป็นโรคริดสีดวงทวาร

การผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นการผ่าตัดของระบบทางเดินอาหารที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาได้แก่ การผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดริดสีดวงทวาร ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดกระเพาะอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวา มีประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดีสูงกว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและบริเวณ rectum โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวามีประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดีสูงถึงร้อยละ 8.9 ในขณะที่บริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย และบริเวณ rectum มีการผ่าตัดถุงน้ำดีเพียงร้อยละ 0.05 และ 0.04 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Vernick, Kuller and Lohsoonthorn P. (1980) รายงานว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา มีส่วนสัมพันธ์กับประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการผ่าตัดถุงน้ำดี ทำให้ bile acid metabolism เพิ่มขึ้น

โรคเบาหวาน เป็นโรคประจำตัวที่พบสูงสุดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ วัณโรค นิ้ว และ หอบหืด ตามลำดับ การที่พบโรคเบาหวานสูงสุดในผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเนื่องมาจากว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว แต่เมื่อนำอัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับประชากรที่มีช่วงอายุเดียวกันในประชากรทั่วไป พบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะสูงกว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรทั่วไป โดยในการศึกษาของสุนทร ตัญพันธ์ และ วลัย อินทร์มพรรย์ (2532) ศึกษา พบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในของกลุ่มประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10-15 ในขณะที่จากผลการศึกษานี้ พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 64 แต่อย่างไรก็ดี เนื่องจากมาตรฐานและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในแต่ละการศึกษายังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากลักษณะ เฉพาะ ของโรคเบาหวานเองที่มีหลายชนิด มีสาเหตุ

การดำเนินโรค ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และความยากง่ายในการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันออกไปตลอดจนผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งที่ไม่มีอาการมักไม่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้อัตราความชุกที่สำรวจได้ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นการที่จะเปรียบเทียบถึงอัตราความชุกของโรคเบาหวานในแต่ละการศึกษาว่ามีมากน้อยต่างกันนั้น จึงยังเป็นปัญหา จากการทดสอบทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Williams and others (1984) ที่รายงานถึง ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยผู้ป่วยเบาหวานจะมีอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งบริเวณ colon เป็น 1.6 เท่า ของผู้ที่ไม่มียาเป็นโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 เคยเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นก่อนที่จะเป็นมะเร็งบริเวณลำไส้ใหญ่ อวัยวะที่เคยเป็นมะเร็ง มากที่สุดได้แก่ ปากมดลูก รองลงมาคือ มดลูก เต้านม กระเพาะอาหาร ต่อมไทรอยด์ ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อื่นๆ ด้านขวา ด้านซ้าย rectum มีประวัติการเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นคิดเป็นร้อยละ 13.9 1.9 และ 5.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ มีผู้ป่วย 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.3 มีประวัติมะเร็งในครอบครัว มะเร็งที่พบมากที่สุดในการครอบครัวได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอด รองลงมาได้แก่ มะเร็งตับ และ มะเร็งกระเพาะอาหารในด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กับบุคคลที่เป็นมะเร็งในครอบครัวนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะมีพ่อแม่และพี่น้อง เป็นมะเร็งร่วมด้วย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 10 รายมีบุคคลในครอบครัวเป็น Familial polyposis coli 6 ราย จากการศึกษาี้ ถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่าง ประวัติการมีมะเร็งในครอบครัวกับตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ก็ตาม แต่มีประเด็นที่น่าสนใจคือโดยปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบได้เป็นอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบในคนไทย ซึ่ง อันดับ 1 ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก รองลงมาคือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2528) อัตราความชุกของมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรทั่วไปยังต่ำมาก แต่กลับพบว่า อัตราการเกิดมะเร็งในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น พบการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่สูงสุด โดยมีการศึกษาของ ไพบูลย์ ไล่ห์สุนทร และยอด สุนทรธมาน (2533) รายงานว่า ผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งชนิดอื่น มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เท่ากับ 2.67 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือมะเร็งชนิดอื่นและ Knudson

ได้อธิบายว่า การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มักมีความสัมพันธ์กับประวัติการมีพี่น้องหรือพ่อแม่เคยเป็นโรคนี้อีก่อน เนื่องจากได้รับยีนเซลล์ของ โรคนี้อีกซึ่งถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการดื่มชาหรือกาแฟ ร้อยละ 39.0 38.0 และ 31.4 ตามลำดับ จากการทดสอบทางสถิติ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการดื่มชาหรือกาแฟ กับมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา สุนทรนัญ (2533) รายงานว่า การดื่มชากาแฟ เหล้า เบียร์ ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ Riboli and others (1991) ที่พบว่า การดื่มเบียร์ไม่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Slattery (1990) พบว่า alcohol มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การใช้ยาระบาย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มักมีประวัติของการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุบนิสัยการขับถ่าย โดยเฉพาะอาการท้องผูกซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาระบายซึ่ง วัลภา สุนทรนัญ (2533) ได้รายงานไว้ว่า ผู้ที่มีประวัติท้องผูกมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคนี้นี้เท่ากับ 2.4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วันต่อครั้ง กับกลุ่มที่ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 วัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า คนที่ท้องผูกจะเกิดการหมักหมมของกากอาหารอยู่นานทำให้สารก่อมะเร็งสะสมอยู่ในร่างกาย เป็นเวลานานและมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขีดหนึ่งสามารถกระตุ้นเซลล์ปกติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็ง

ระดับโคเลสเตอรอล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกตำแหน่ง ร้อยละ 74.8 มีระดับโคเลสเตอรอลปกติ จากการทดสอบทางสถิติ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอลกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Mannes and others (1985) พบว่าระดับโคเลสเตอรอลมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ Tornberg and others (1986) ได้มีการศึกษาชนิด cohort study ระหว่างปี 1963-1965 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง colorectal cancer กับระดับ serum cholesterol และ

beta lipoprotein ในกลุ่มประชากรสวีเดน พบว่า เมื่อระดับ serum cholesterol มากกว่าหรือเท่ากับ 275 mg/decilitre ค่าอัตราการเสี่ยงต่อการเป็น rectal cancer เท่ากับ 1.55 และเมื่อระดับ serum cholesterol มากกว่าหรือเท่ากับ 250 mg/decilitre, ระดับ beta lipoprotein มากกว่า หรือเท่ากับ 2.2 g/lit ค่าอัตราเสี่ยงต่อ colon cancer และ rectel cancer เป็น 1.52 (95%CI 1.18 - 2.22) และ 1.70 (95%CI 1.18 - 2.44) ตามลำดับ แต่ความสัมพันธ์นี้พบเฉพาะในกลุ่มเพศชายเท่านั้น

โดยสรุป ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ สาเหตุส่วนหนึ่ง เนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษาในรูปแบบการศึกษาย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งความถูกต้อง ความครบถ้วนและความชัดเจนของข้อมูลนั้นขึ้นกับการบันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยมากแล้วประวัติและข้อมูลส่วนตัว ที่แพทย์คิดว่าไม่มีความสัมพันธ์กับโรค มักจะถูกละเลยในการบันทึก นอกจากนี้ แบบฟอร์มของการบันทึกประวัติในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในแต่ละสถานที่ที่ทำการศึกษามีความหลากหลายทั้งด้านความละเอียด ความชัดเจน หลักเกณฑ์ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้างแต่ผู้วิจัยได้แก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ โดยพยายามลดอคติในทุกขั้นตอนของการศึกษาและจากขนาดของข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ โดยภาพรวมแล้วเชื่อว่าผลการศึกษานี้มีความเชื่อถือได้ในระดับหนึ่งและจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะ การกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการศึกษาย้อนหลังชนิด Retrospective descriptive study โดยการเก็บข้อมูล จากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงเวลาดังแต่เดือนมกราคม พศ. 2533 ถึงเดือนธันวาคม พศ. 2535 จำนวน 1,000 ราย สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

1. ตำแหน่งของการเกิดมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบในตำแหน่ง rectum สูงสุดร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ sigmoid colon ร้อยละ 15.5 ชนิดของเซลล์มะเร็ง พบว่าเป็นชนิด well differentiated adenocarcinoma มากที่สุด รองลงมาได้แก่ moderate differentiated adenocarcinoma ระยะของมะเร็งที่พบมากที่สุด ได้แก่ Duke's stage D รองลงมาได้แก่ stage C, B และ A ตามลำดับ

2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกตำแหน่งพบเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 1.2 ต่อ 1 อยู่ในกลุ่มอายุ 55- 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 75.8 ร้อยละ 53.0 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยที่มาจากทุกภาคของประเทศไทย อาชีพที่พบมากที่สุดได้แก่ อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง

3. ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้แก่ อายุ การใช้ยาละลาย ระยะเวลาของมะเร็ง ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส กลุ่มเลือด การผ่าตัดถุงน้ำดี โรคริดสีดวงทวาร โรคเบาหวาน ระดับกลูโคสในพลาสมา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มชาหรือกาแฟ การเป็นมะเร็งในครอบครัว ประวัติการเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่น ระดับโคเลสเตอรอลไม่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ลักษณะอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดได้แก่ อาการปวดท้อง รองลงมาได้แก่ อุจจาระเป็นมูกเลือด และอุจจาระเป็นเลือดสด ตามลำดับ อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของการเกิดมะเร็ง การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือสามารถวินิจฉัย

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณ rectum ได้ถึงร้อยละ 85.6 barium enema เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจเลือดในอุจจาระ สามารถตรวจพบผลบวกในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพียงร้อยละ 47.6 ร้อยละ 59.7 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีระดับ CEA สูงกว่าเกณฑ์ปกติ และระดับ CEA มีความสัมพันธ์กับระยะของมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. วิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุดได้แก่ การผ่าตัด รongลงมาได้แก่ การผ่าตัดร่วมกับ การให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 78.6 มีผลการรักษาดีขึ้น อัตราตายจากการผ่าตัดร้อยละ 4.2 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในการรักษาครั้งแรก โดยเฉลี่ยจำนวน 21 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรครุนแรงลุกลามมากแล้ว เนื่องจากอาการของ โรคไม่แสดงให้เห็นชัดเจนในระยะแรกๆรวมทั้ง ประชาชนส่วนมากยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ จึงคิดว่าเป็นอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เล็กๆ น้อยๆ และไม่ไปรับการรักษาจากแพทย์อาจจะรักษาด้วยตนเอง เป็นเหตุให้ระยะของโรครุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเข้าระยะรุนแรงและลุกลามมาก ทำให้การรักษาหรือผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนถึงอาการเริ่มแรกของโรค จึงเป็นสิ่งจำเป็น ในการที่จะทำให้ประชาชนได้มีความรู้ และสามารถให้การดูแลสุขภาพทั้งตนเองและครอบครัว รวมถึงสามารถสังเกตถึงอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อที่จะได้ รับการตรวจ วินิจฉัยที่ถูกต้องและทันท่วงที

2. เนื่องจากระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยไม่สมบูรณ์ และมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานบริการ ทำให้ข้อมูลที่ได้รับขาดความครบถ้วน และ ไม่ได้รับ ประโยชน์เท่าที่ควร ดังนั้นควรมีการกำหนดแบบฟอร์มของการบันทึกประวัติให้เป็นมาตรฐาน เดียวกันรวมถึง ควรมีการกระตุ้นและ เน้นให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเห็นความสำคัญของการบันทึก ข้อมูลโดยละเอียดและถูกต้อง ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยต่อไป

3. เนื่องจากการให้บริการทางด้านการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง ยังมีอยู่ จำกัดเฉพาะ ในส่วนกลางและ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ในส่วนภูมิภาคเท่านั้น ดังจะ เห็น

ได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มาจากทุกภูมิภาคของประเทศทำให้สิ้นเปลืองทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ดังนั้น มาตรการการขยายสถานบริการในการตรวจรักษามะเร็งจากส่วนกลางออกไปยังส่วนภูมิภาคมากขึ้น จึงเป็นมาตรการเร่งด่วนในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับให้มีความรู้เรื่อง โรคมะเร็ง และต้องกำหนดหน้าที่ตามความสามารถของบุคลากรทุกระดับให้ชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลโครงการควบคุมโรคเป็นระยะๆ เพื่อให้การควบคุมโรคนี้นับเป็นไปด้วยดีอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากโรคมะเร็ง ไม่ได้เป็นโรคที่มีกฎหมายกำหนดให้ต้องรายงานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง โรคทางระบาดวิทยา ฉะนั้นการทำทะเบียนผู้ป่วยโรคนี้อาจทำได้โดยการขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ได้มีการตรวจและรักษาโรคมะเร็งเป็นหลัก ซึ่งความร่วมมือจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูลขั้นต้น ยังได้รับความร่วมมือน้อยมาก ทำให้อัตราการปฏิบัติการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้รวบรวมไว้ มีอัตราการต่ำกว่าความเป็นจริงดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยถึงอัตราการปฏิบัติการของ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของแต่ละท้องถิ่นและของประเทศ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่แท้จริงอันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ได้อย่างทั่วถึง

2. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมถึง ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยเลือกกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่มีได้เป็นมะเร็ง โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้มาประกอบการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ การใช้ยาละลาย ประวัติโรคประจำตัว เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยที่จะศึกษาความเป็นไปได้ ที่จะนำการตรวจหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ เริ่มแรกมาเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อที่จะเป็นตัวช่วยในการศึกษาถึงแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการศึกษาถึงต้นทุน-ผลได้ของการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ เริ่มแรก เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพิจารณาว่ามีความคุ้มทุนหรือไม่จะตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกเริ่มในประเทศไทย