

ถอดบทเรียน Ramathibodi Knowledge Sharing (KMS)

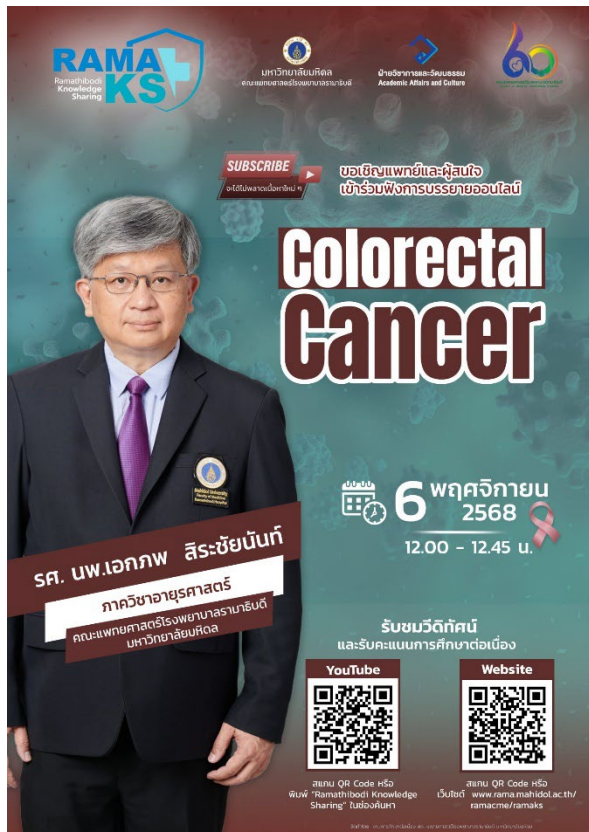
หัวข้อ “Colorectal Cancer”

โดย รศ. นพ.เอกภพ สิริชัยนันท์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เวลา 12.00-12.45 น.

รับชมได้ทาง <https://youtu.be/Cf2U6z42Zok?si=G-tPM-qKcuJnWOvw>



สรุปเนื้อหาสำคัญ: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1. อุบัติการณ์และตำแหน่งของโรค

- โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer) เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเป็นอันดับ 3 ในผู้ชาย (รองจากมะเร็งตับและปอด) และอันดับ 4 ในผู้หญิง (รองจากมะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, และมะเร็งตับ) แนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2002–2023
- โรคส่วนใหญ่ (80%) พบที่ลำไส้ใหญ่ (Colon) และ 20% พบที่ไส้ตรง (Rectum)
- มะเร็งไส้ตรง (Rectum) มักอยู่ไม่เกิน 15 ซม. จากทวารหนัก และใกล้เคียงกับอวัยวะสำคัญ เช่น ต่อมลูกหมาก (prostate) หรือกระเพาะปัสสาวะ (bladder) ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายโดยตรง (Direct Invasion) หรือเกิดทางเชื่อมต่อผิดปกติ (fistula) ได้

2. อาการและการวินิจฉัย

- ระยะเริ่มต้น (Early Stage) มักจะ ไม่แสดงอาการ
- อาการเมื่อเป็นมากขึ้น (Advanced Stage):
 - ถ้าเป็นด้าน **ขวา**: อาการจะไม่จำเพาะเจาะจง อาจมาด้วยภาวะซีด (anemia) หรือการสูญเสียเลือดเรื้อรัง (chronic blood loss)
 - ถ้าเป็นด้าน **ซ้าย**: มักมีอาการของการอุดตัน (obstruction) เช่น อุจจาระไม่สุด, ปวดท้องแบบบีบเกร็ง (colicky pain), ท้องผูกสลับท้องเสีย, หรือการเปลี่ยนแปลงของนิสัยการขับถ่าย (bowel habit change)
 - ถ้าเป็น **ไส้ตรง (Rectum)**: มักมีอาการปวด หรือปวดเบ่งอยากถ่ายแต่ถ่ายไม่ออก (tenesmus)

- การแบ่งระยะ (Staging): มี 4 ระยะ เหมือนมะเร็งอื่น
 - ระยะที่ 4 (Stage 4): มีการแพร่กระจายไปไกล (metastasis) แล้ว
 - ระยะที่ 3 (Stage 3): แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (lymph node) แล้ว
 - ระยะที่ 1 และ 2 (Stage 1 & 2): ยังไม่แพร่ไปต่อมน้ำเหลือง แต่แบ่งตามความลึกของก้อนเนื้อร้ายหลัก (primary tumor)
- อัตราการรอดชีวิต (Survival): (จากข้อมูลของโรงพยาบาลรามธิบดี)
 - Stage 1: อัตรารอด 5 ปี (5 year survival) อยู่ที่ประมาณ 84.1%
 - Stage 4: อัตรารอด 5 ปี ลดลงเหลือเพียง 13.9%. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ก้าวหน้าแล้ว (Stage 3 หรือ 4) เพราะเป็นช่วงที่เริ่มมีอาการ

3. การคัดกรองและการป้องกัน (Screening)

- มะเร็งนี้สามารถตรวจคัดกรองได้ก่อนที่จะมีอาการ
- **วิธีคัดกรองหลัก:** ตรวจอุจจาระ และการส่องกล้อง (endoscopy) เช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) หรือ CT Colonography
- **คำแนะนำ:** ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ควรเข้ารับการคัดกรอง (screening) มะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่แนะนำให้ทำในผู้ที่มีอายุเกิน 85 ปี เนื่องจากความเสี่ยงจากการคัดกรองอาจสูงกว่าประโยชน์ที่ได้รับ

4. แนวทางการรักษา (Treatment)

ก. การรักษาในระยะเริ่มต้น (Early Stage):

- **การผ่าตัด (Surgery)** เป็นการรักษาที่ดีที่สุดและมีโอกาสหายขาดสูงที่สุด
- **การเฝ้าระวัง (Surveillance):** สำคัญมากหลังการผ่าตัด เพราะความเสี่ยงของโรคกำเริบ (recurrence) จะสูงสุดในช่วง 1-2 ปี
- **ข้อดีของการเฝ้าระวัง:** มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคเดียวที่หากมีการกำเริบเพียง 1-2 จุด และสามารถผ่าตัดก่อนแพร่กระจาย (Metastasectomy) ออกได้หมด ผู้ป่วยยังมีโอกาสหายขาดได้

ข. การรักษาเสริม (Adjuvant Chemotherapy):

- **ระยะที่ 3 (Stage 3):** ควรได้รับยาเคมีบำบัดเสริม (adjuvant chemotherapy) หลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival). สูตรที่เป็นมาตรฐานคือ **FOLFOX4** (ซึ่งประกอบด้วย 5FU, Leucovorin, และ Oxaliplatin)
- **ระยะที่ 2 (Stage 2):** ประโยชน์ของเคมีบำบัดยังไม่ชัดเจนเท่า Stage 3 จะพิจารณาให้เฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) เท่านั้น **ปัจจัยเสี่ยง** เช่น เป็น T4 disease, มีภาวะอุดตัน (obstruction), หรือมีการตรวจต่อมน้ำเหลืองออกมาน้อยเกินไป (เช่น น้อยกว่า 12)
- **การตรวจทางชีวภาพ (Biomarker):**
 - ผู้ป่วยที่มะเร็งมีความบกพร่องในการซ่อมแซม DNA (MMR deficient) มักมีการพยากรณ์โรค (prognosis) ที่ดีกว่า

- **ไม่แนะนำ** ให้เคมีบำบัดเสริมในผู้ป่วย Stage 2 ที่มีภาวะ MMR deficient เพราะอาจทำให้เกิดอาการท้องเสีย

ค. การรักษามะเร็งไส้ตรง (Rectal Cancer):

- มะเร็งไส้ตรงมีโอกาสเกิดการกำเริบซ้ำเฉพาะที่ (local recurrent) ได้ การป้องกันคือการให้รังสีรักษา (radiotherapy)
- ปัจจุบันแนะนำการให้ **เคมีรังสีบำบัดร่วมกัน (concurrent chemoradiotherapy)** ก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant setting) เนื่องจากให้ผลลัพธ์ไม่ต่างจากการให้หลังผ่าตัด แต่มีผลข้างเคียง (side effect) เช่น ท้องเสีย (diarrhea) น้อยกว่า

ง. การรักษาในระยะแพร่กระจาย (Stage 4):

- อวัยวะที่แพร่กระจายไปมากที่สุดคือ **ตับ (Liver)** และ **ปอด (Lung)**
- หากสามารถผ่าตัดก้อนแพร่กระจายออกได้หมด (Metastasectomy) โอกาสหายขาดอยู่ที่ 30-40%
- หากผ่าตัดไม่ได้ในตอนแรก อาจใช้ **Conversion Therapy** (การให้ยาเพื่อให้ก้อนยุบลงจนสามารถผ่าตัดได้) ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน
- **Systemic Therapy (การรักษาด้วยยาทั่วร่างกาย):** ควรพยายามให้ผู้ป่วยได้รับยาหลายสูตร (First Line, Second Line, etc.) ให้ครบถ้วนที่สุด เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิต

จ. ยาแบบมุ่งเป้า (Targeted Therapy) และภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy):

- **Anti-EGFR:** ใช้กับผู้ป่วยที่มีมะเร็งเป็นชนิด **RAS wild type** (ไม่มีการกลายพันธุ์ของยีน RAS) หากมี **RAS mutation** การใช้ยานี้จะไม่เกิดประโยชน์ และอาจทำให้ผลการรักษาแย่ลง
 - นอกจากนี้ ตำแหน่งของมะเร็งยังมีผลต่อการเลือกยา: มะเร็งด้าน **ซ้าย** ที่เป็น RAS wild type จะตอบสนองต่อ Anti-EGFR ได้ดีที่สุด
- **Anti-VEGF (Bevacizumab):** เป็นยาที่ไปยับยั้งการสร้างเส้นเลือดใหม่ (tumor angiogenesis) เพื่อเลี้ยงเซลล์มะเร็ง ต้องใช้ร่วมกับเคมีบำบัด
- **ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy):** เป็นการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ของร่างกายให้ทำลายเซลล์มะเร็ง
 - ใช้ได้ดีในมะเร็งที่มี **MMR deficiency** ซึ่งพบว่าก้อนมะเร็งยุบลงอย่างชัดเจน ยาจะทำงานโดยการยับยั้งโปรตีนที่คอยขัดขวางการทำงานของเม็ดเลือดขาว (เช่น Anti-CTLA4 หรือ Anti-PD1/PDL1)

บทสรุปโดยรวม: ปัจจุบันการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีประสิทธิภาพสูงขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตนานขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเข้าถึงการรักษาและการใช้ยาที่เหมาะสมตามลักษณะทางชีวภาพของมะเร็ง (biomarker-driven treatment) จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ภาพรวมการรักษาเปรียบเสมือนการนำทาง: การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันไม่ใช่แค่การผ่าตัด แต่เป็นการนำทางที่ซับซ้อน **การคัดกรอง (Screening)** เปรียบเสมือนการตรวจแผนที่ล่วงหน้าเพื่อหลีกเลี่ยงเส้นทางวิกฤต ขณะที่ **การผ่าตัด (Surgery)** คือการกำจัดอุปสรรคแรก และการให้ยาเสริมหรือยาแบบมุ่งเป้า (**Adjuvant/Targeted Therapy**) เปรียบเสมือนการใช้ GPS ที่ต้องป้อนข้อมูลเฉพาะของรถ (Biomarker เช่น RAS/MMR) เพื่อเลือกเส้นทางที่เร็วและปลอดภัยที่สุดในการไปถึงจุดหมายปลายทาง คือ การหายขาดหรือการมีชีวิตที่ยืนยาว

ว่าที่ร้อยตรีสมทัศน์ มั่นคง
นักวิชาการพัฒนาคุณภาพงาน
ผู้ถอดบทเรียน
10 พ.ย. 2568