

ประวัติศาสตร์การรักษามะเร็งเต้านม อดีตจนถึงปัจจุบัน

เนื้อหาในบทเรียน

ตั้งแต่ยุค อริสโตเติล เชื่อว่ามะเร็งเต้านม ไม่ใช่โรคเฉพาะที่ แต่เป็นโรคที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย ต่อมาศตวรรษที่ 18 เกิดการเปลี่ยนความเชื่อว่าเป็นโรคเฉพาะที่ การรักษาก็ใช้การผ่าตัดก้อนมะเร็งและอวัยวะข้างเคียงออกให้มากที่สุด ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนสูงหลังผ่าตัด การผ่าตัดเต้านมออกทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นหญิง เกิดความรู้สึกว่าถูกตีตรา (Stigma) ต่อมาในศตวรรษที่ 19 เปลี่ยนกลับมาเชื่อว่า มะเร็งเต้านมไม่ได้เป็นโรคเฉพาะที่ แต่เซลล์มะเร็งได้กระจายอยู่ทั่วร่างกาย ทำให้เลิกผ่าตัดเต้านมแบบกว้างขวาง และในปัจจุบันมีแมมโมแกรม อัลตราซาวด์ เอ็มอาร์ไอ(MRI) ทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม คือตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออก ไม่จำเป็นต้องตัดเต้านมออกทางข้าง และมีการรักษาที่มีคุณภาพควบคู่กับการผ่าตัด ได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอโมนบำบัด การรักษาแบบพุ่งเป้า และคุณภาพการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน เปลี่ยนมะเร็งเต้านมจากโรคที่เป็นแล้วเสียชีวิต มาเป็น มะเร็งเต้านมรู้เร็วรักษาได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษา ความรู้สึกถูกตีตราน้อยลง แต่อย่างไรก็ตาม ภาพจำที่ว่าเป็นมะเร็งเต้านมต้องถูกผ่าตัดเต้านมและอวัยวะใกล้เคียงส่งผลให้เกิดผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างมาก ยังฝังใจสตรีบางคน เกิดความกลัวและไม่อยากตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะกลัวตรวจแล้วจะพบความผิดปกติ การเข้าใจประวัติศาสตร์ของการรักษามะเร็งเต้านมจะทำให้สามารถเปลี่ยนความเชื่อดังกล่าวนั้นได้

การแบ่งยุคการรักษามะเร็งเต้านม

1. ก่อนคริสตกาล จนถึง ค.ศ.200 ตามแนวคิด Hippocrates
2. ค.ศ.200 จนถึง ศตวรรษที่ 17
3. ศตวรรษที่ 18 ความเชื่อที่ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเฉพาะที่
4. ศตวรรษที่ 19 ยุคการผ่าตัดแบบ Halsted Radical Mastectomy
5. การผ่าตัดในศตวรรษที่ 20 : การผ่าตัดรังไข่ ต่อมหุมวกไต และต่อมใต้สมอง
6. เลิกการผ่าตัดแบบ Halsted Radical Mastectomy
7. ความหวังใหม่ สำหรับ ศตวรรษที่ 21

ประวัติศาสตร์การรักษามะเร็งเต้านม อดีตจนถึงปัจจุบัน

1. ก่อนคริสตกาล จนถึง ค.ศ.200 ตามแนวคิด Hippocrates

- 1.1. ได้มีการบันทึกเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มามากกว่า 3,500 ปี
- 1.2. แพทย์อียิปต์ไม่ปรากฏนามได้บรรยายว่ามีโรคที่เกี่ยวกับก้อนที่เต้านมและเป็นก้อนที่ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้
- 1.3. 460 B.C (460 ปี ก่อนคริสตกาล) ฮิปโปเครติส บิดาทางการแพทย์ของชาวตะวันตก ได้บรรยายเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมว่าเป็นโรคของ Humor ในความเชื่อของฮิปโปเครติส ร่างกายประกอบด้วย 4 humor ได้แก่ เลือด เสมหะ น้ำดีสีเหลือง และน้ำดีสีดำ ซึ่งประกอบเป็นธาตุ ดิน น้ำ ลม ไฟ ถ้ามีความไม่สมดุลของ Humor ทั้ง 4 ก็จะทำให้ให้ป่วยหรือเสียชีวิตได้ ฮิปโปเครติสเชื่อว่ามะเร็งเกิดจากการที่มี Humor ของน้ำดีสีดำ หรือเรียกว่า Melon chole มากเกินไป เหตุผลที่ทำให้ฮิปโปเครติสเชื่อ เนื่องจากมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการรักษาสุดท้ายจะมีลักษณะแข็งและมีสีดำ และแตกประทุออกมาเป็นน้ำสีดำทางผิวหนังในที่สุด เขาตั้งชื่อมะเร็งว่า Karkinos (ภาษากรีก ที่แปลว่าปู) เนื่องจากมะเร็งเหมือนจะมีหนวด เหมือนขาของปู ฮิปโปเครติสเชื่อว่า การผ่าตัดจะมีอันตรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัดที่จะอยู่ได้นานกว่า (Oslen 2002)

2. ค.ศ.200 จนถึง ศตวรรษที่ 17

- 2.1. ปี ค.ศ.200 กาเลน (Galen) ลูกศิษย์ของฮิปโปเครติส ได้บรรยายมะเร็งว่าเป็นการที่น้ำดีสีดำมากเกินไป (Humoral Theory) แต่ กาเลน เชื่อต่างจากฮิปโปเครติส โดยเชื่อว่า มะเร็งแต่ละชนิดมีความรุนแรงต่างกัน และ กาเลนได้เขียนเกี่ยวกับยาที่จะรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ ผื่น castor oil , ชะเอม กำมะถัน ขี้ผึ้งประเภทต่างๆ การใช้เวทมนต์ สำหรับแพทย์ในสมัยนั้นไม่นิยมที่จะทำการ ผ่าตัดเพื่อตัดเอาก้อนมะเร็งหรือตัดทิ้งเต้านมออก เพราะเชื่อก้อนมะเร็งจะเกิดขึ้นมาใหม่ใกล้เคียงกับตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด หรือเกิดใหม่ในที่อื่นๆของร่างกาย สำหรับกาเลน และแพทย์หลังจากกาเลนมาเป็นเวลา 2000 เชื่อว่ามะเร็งเต้านม เป็นโรคที่ไปทั่วร่างกาย (Systemic Disease) ไม่ได้เป็นโรคเฉพาะที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย เชื่อว่า น้ำดีสีดำ ได้แผ่กระจายไปทั่วร่างกาย แม้จะเอาก้อนมะเร็งออก แต่น้ำดีเหล่านั้ยังคงอยู่ในร่างกาย และพร้อมที่จะทำให้เกิดมะเร็งในตำแหน่งใหม่
- 2.2. ตราบจนถึงศตวรรษที่ 17 แพทย์ยังเชื่อในสมมุติฐานของเกิดมะเร็งเต้านมของกาเลน(Humoral Theory) จึงไม่มีผลสรุปที่ต่างจากนี้ จนกระทั่งปี 1680 แพทย์ชาวฝรั่งเศส ที่ชื่อว่า Francois de la Boe Sylvius ได้ทำทหายที่จะเปลี่ยน Humoral Theory ของกาเลน โดยตั้งสมมุติฐานใหม่ว่า มะเร็งไม่ได้เกิดจากน้ำดีสีดำที่มากเกินไป แต่เกิดจากระบวนการทางเคมีที่เปลี่ยนน้ำเหลืองจากกรด (Acid) ให้เป็นกรดที่ร้อนแรงขึ้น (Acrid) และในปี 1730 Claude-Deshais Gendron แพทย์ในกรุงปารีส ได้ปฏิเสธ Humoral Theory และเชื่อว่ามะเร็งเกิดจาก เส้นประสาทและเนื้อเยื่อที่เป็นต่อม (glandular tissue) ที่ผสมรวมกับทางเดินน้ำเหลือง (Olson 1999)

3. ศตวรรษที่ 18 ความเชื่อที่ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเฉพาะที่

- 3.1. ในศตวรรษที่ 18 กลับมาเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเฉพาะที่ ทำให้เริ่มใช้การผ่าตัด ในปี 1769 Jean Astruc แพทย์ชาวฝรั่งเศส ได้นำก้อนมะเร็งเต้านม และเนื้อวัว ไปทำการย่างในเตาอบ แล้วเคี้ยวกินปรากฏว่ารสชาติเหมือนกัน จึงสรุปว่า ก้อนมะเร็งไม่ได้มีน้ำดี หรือ กรดที่มากเกินไป จึงเลิกเชื่อ Humoral Theory และเริ่มหาสาเหตุ เชื่อว่าสาเหตุ

สัมพันธ์กับเรื่องเพศ โดย ทฤษฎีของ Bernardino Ramazzini's ในปี 1713 พบว่า มะเร็งเต้านมพบบ่อยในแม่ที่มากกว่า เนื่องจากไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Ramazzini ที่พบว่า ถ้าไม่มีกิจกรรมทางเพศที่สม่ำเสมอ อวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่ได้ใช้งานรวมถึงเต้านมด้วย จะเริ่มเน่าเปื่อยและทำให้เกิดมะเร็งตามมา แพทย์ชาว Prussia ชื่อ Friedrich Hoffman เชื่อว่าผู้หญิงที่มีกิจกรรมทางเพศอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากมีกิจกรรมทางเพศที่รุนแรงจนทำให้เกิดการอุดตันของระบบน้ำเหลือง

- 3.2. นอกจากทฤษฎีที่ว่าเพศเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมแล้ว ยังมีทฤษฎีอื่นๆว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม ได้แก่ การอักเสบจนเป็นหนองที่เต้านม ความชื้นเสิร์ฟเป็นสาเหตุเนื่องจากทำให้เส้นเลือดหดตัวจนเกิดการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิด บางทฤษฎีเชื่อว่าวิถีชีวิตของคนเมืองที่ไม่ได้ใช้ร่างกาย (Sedentary Life Style) เป็นสาเหตุ แม้สาเหตุของมะเร็งเต้านมจะเป็นเรื่องลึกลับที่ไม่รู้ว่าจะเกิดจากอะไรกันแน่ แต่ในศตวรรษที่ 18 เชื่อว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคเฉพาะที่ เมื่อเชื่อว่าเป็นโรคเฉพาะที่ การรักษาจึงเน้นไปที่การผ่าตัดเพื่อเอาก้อนออก (Olson 1999)
- 3.3. ในปี 1757 แพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ Henri Le Dran ได้โต้แย้งว่า การผ่าตัดไม่สามารถรักษามะเร็งเต้านมได้ ถ้าไม่ตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก ในรายที่มีการแพร่ไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ต่อมา Claude-Nicolas Le Cat ได้ทำการผ่าตัดโดยการตัดเต้านมออก พร้อมทั้งต่อมน้ำเหลือง และกล้ามเนื้อที่หน้าอกที่ชื่อว่า Pectoralis major และพบว่า การมีก้อนที่เต้านมเท่านั้นโดยไม่แพร่กระจายไปที่อื่นไม่ใช่เป็นปัญหาที่น่ากลัวอีกต่อไป เพราะสามารถที่จะผ่าตัดออกก่อนที่จะแพร่กระจายไป ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวยังใช้ได้ไปถึงศตวรรษที่ 20 และเป็นที่มาของการทำการผ่าตัดที่เรียกว่า Radical mastectomy (Hellman 1993)

4. **ศตวรรษที่ 19 ยุคการผ่าตัดแบบ Halsted Radical Mastectomy** กลางศตวรรษที่ 19 แพทย์ส่วนใหญ่เชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเฉพาะที่ เพราะฉะนั้นการผ่าตัดจึงเป็นความหวังเดียว ประกอบกับการพัฒนาทางด้านยาฆ่าเชื้อ การวิสัญญี การให้เลือด และความรู้เกี่ยวกับ Cellular biology และความเชื่อของสังคมทางด้านการแพทย์ ทำให้การผ่าตัดใหญ่สามารถที่จะทำได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น William Halstead แพทย์จาก New York ได้ทำการผ่าตัดเต้านมแบบกว้างขวาง ที่เรียกว่า radical breast surgery ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ถือเป็นมาตรฐานของ 100 ปีถัดจากนั้น โดย Halstead ต้องการที่จะลดมะเร็งกลับมาเกิดซ้ำภายหลังการผ่าตัด 1 ปี โดยการผ่าตัดเพิ่มจากเดิม โดยผ่าเต้านมออกหมด ยังผ่าเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก และกล้ามเนื้อหน้าอก (pectoralis major) ทั้ง 2 ข้างโดยผ่าออกไปเป็น Block เดียว โดยตัดออกแบบกว้างรอบก้อนมะเร็ง และตัดออกเป็นชิ้นเดียว

5. ศตวรรษ ที่ 20

- 5.1. ในช่วง 40 ปีแรกของศตวรรษที่ 20 การผ่าตัดเต้านมอย่างกว้างขวางที่เรียกว่า Radical Mastectomy เป็นการผ่าตัดที่แพทย์นำมาใช้เป็นมาตรฐาน และ Halsted เองก็ผ่าตัดด้วยวิธีนี้เป็นร้อยๆราย โดยเน้นในกลุ่มที่ยังไม่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ต่อมาพบว่า การผ่าตัดดังกล่าว ทำให้เกิดผ่าตัดที่กว้างมาก นอกจากนั้นการผ่าเอากล้ามเนื้อหน้าอกจะทำให้เกิดหน้าอกแฟบลง เกิดหลุมลึกใต้กระดูกไหปลาร้าหรือใต้รักแร้ เกิดการเจ็บปวดเรื้อรังและมีการบวมของแขนหรือมือ เนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง เนื่องจากการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออก การผ่าตัดดังกล่าวจึงทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิตและความเป็นหญิงไปอย่างมาก

5.2. การผ่าตัดในศตวรรษที่ 20 : การผ่าตัดรังไข่ ต่อมหมวกไต และต่อมใต้สมอง

ในปี 1895 George Beatson แพทย์ชาวสก๊อต พบว่า การผ่าตัดรังไข่ออก จะทำให้ก้อนมะเร็งเต้านมมีขนาดเล็ก

ลง ทำให้แพทย์ได้หันมาทำการตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง และทำการผ่าตัดอย่างกว้างขวาง (Radical Mastectomy) แต่ผลการผ่าตัดเอารังไข่นั้น ยังประเมินไม่ได้ว่ามันควรทำหรือไม่ เนื่องจากในสมัยนั้นยังไม่สามารถที่จะหา Estrogen Receptor ในก้อนมะเร็งได้ ทำให้การผ่าตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้างจึงเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับแพทย์ ต่อมาพยาธิแพทย์พบว่า มะเร็งเต้านมบางชนิดมี Estrogen receptors ซึ่งทำให้มะเร็งโตเร็วเนื่องจากได้ Estrogen จากรังไข่ เมื่อตัดรังไข่ออก จึงทำให้สามารถที่ลด Estrogen ได้ ก้อนมะเร็งจึงลดลงในช่วงแรก แต่ต่อมาก้อนมะเร็งก็กลับมาใหญ่ขึ้นตามเดิม เนื่องจากเกิดการสร้างสารที่เหมือน Estrogen จากต่อมหมวกไต และต่อมใต้สมองแทนรังไข่ ประมาณปี 1952 Charles Huggins จึงได้ทำการตัดต่อมหมวกไต (Adrenal gland) เพื่อที่จะทำให้ก้อนมะเร็งเต้านมเล็กลง ต่อมา Rolf Lefft and Herbert Olivecrona ได้ทำการผ่าตัดเพื่อตัดต่อมใต้สมองออก แม้จะลงทุนตัดต่อมใต้สมองซึ่งทำให้เกิดผลแทรกซ้อนมหาศาล แต่มะเร็งก็ยังคงกลับมาเป็นใหม่อีก

5.3. **เลิกการผ่าตัดแบบ Halsted Radical Mastectom** การผ่าตัดเต้านมอย่างกว้างขวางที่เรียกว่า Radical Mastectomy แบบ Halstead อยู่ภายใต้ความเชื่อที่ว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคเฉพาะที่ซึ่งสามารถที่จะรักษาให้หายได้จากการผ่าตัด ในปี 1955 George Crile ได้ปฏิเสธแนวคิดนี้ และเชื่อว่ามะเร็งเต้านมไม่ใช่โรคเฉพาะที่ แต่เซลล์มะเร็งนั้นอยู่ทั่วร่างกาย Bernard Fisher ได้ปฏิวัติแนวคิดเกี่ยวกับการรักษามะเร็ง โดยการทบทวนทฤษฎีการแพร่กระจาย ซึ่งกลับมาคิดตามแนวคิดเดิมสมัยฮิปโปเครติส ที่เชื่อว่าเซลล์มะเร็งนั้นลอยอยู่ในระบบเลือด และระบบน้ำเหลืองทั่วร่างกาย ในปี 1976 Fisher ตีพิมพ์เกี่ยวกับ การผ่าตัดที่ง่ายกว่าที่เรียกว่า การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast conservation Surgery) ตามด้วย การฉายรังสี หรือเคมีบำบัด มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการทำการผ่าตัดแบบกว้างขวาง (Radical Mastectomy) หลังจากการแนะนำวิธีดังกล่าวแล้ว ในตอนแรกแพทย์ยังไม่สบายใจที่จะเลิกการผ่าตัดแบบ Halsted แต่เมื่อประเด็นในเรื่องคุณภาพชีวิต และความเป็นหญิง รวมถึงการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา รวมถึงการไม่เชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคเฉพาะที่ ทำให้การผ่าตัดเต้านมแบบกว้างขวางแบบ Halstead เสื่อมความนิยมลง

5.4. การศึกษาจากอดีตจนถึงปี 1990 พบความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม พบความสัมพันธ์ของเรื่องต่อไปนี้กับมะเร็งเต้านม ได้แก่ อาหาร การปนเปื้อนสารเคมี เชื้อชาติ การมีลูกช้า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และในปี 1995 อัตราการตายของมะเร็งเต้านมได้เพิ่มสูงสุด และเริ่มลดลงหลังจากปี 1995 การรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้ผลแทรกซ้อนลดลง โดยการผ่าตัดด้วยวิธีการใหม่เกิดความทุกข์ทรมานต่ำกว่าร้อยละ 10 การปรับปรุงในเรื่องของเคมีบำบัด การฉายแสง การใช้ฮอร์โมนบำบัดโดยเฉพาะ Tamoxifen การตรวจด้วย mammogram และการผ่าตัดด้วยวิธีการใหม่ที่ผ่าตัดน้อยลง ทำให้มะเร็งเต้านมที่เป็นโรคที่ทำให้เป็นสาเหตุตาย กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้แทน นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สามารถรู้ถึงยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม ได้แก่ ยีนส์ BRCA1 และ BRCA2 รวมถึงรู้มากขึ้นเกี่ยวกับ Receptor ต่างๆภายในก้อนมะเร็งได้แก่ Estrogen Receptor , Progesterone Receptor และ HER2 Receptor

6. **ความหวังใหม่ สำหรับ ศตวรรษที่ 21** การรักษามะเร็งให้หายขาดยังไม่สามารถที่จะกระทำได้ในปัจจุบัน ธรรมชาติของโรคนี้ยังซับซ้อน โดยสัมพันธ์กับตัวแปรทางยีนส์และสิ่งแวดล้อม แม้การรักษาให้หายขาดยังไม่สามารถกระทำสำเร็จในปัจจุบัน แต่ผลการรักษาและความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมก็ดีขึ้นอย่างมาก การรับรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมก็

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมาก ก่อนหน้านั้น ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมรู้สึกอายที่จะพูดถึงเกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่ตอนนี้ความรู้สึกที่เป็น Stigma น้อยลงอย่างมาก ประชาชนรู้วิธีการที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหาก้อนเต้านมตั้งแต่เริ่มเป็น เทคโนโลยีในด้านการตรวจวินิจฉัยได้แก่ Mammogram , MRI , Hormone Receptors และ histology ดีขึ้น การรักษาด้วยการฉายแสง เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด และ Target therapy ก็มีความก้าวหน้า ทำให้สามารถลดการกลับมาเป็นโรคใหม่ ลง และสามารถลดการตายจากมะเร็งเต้านมลงได้

การรักษามะเร็งเต้านม

เนื้อหาในบทเรียน

ประสิทธิผลของการรักษามะเร็งเต้านม เมื่อวัดจากผลแทรกซ้อน อัตราการรอดชีวิตใน 5 หรือ 10 ปี และต้นทุน ประสิทธิภาพ ขึ้นกับระยะของมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ ศ.ดร.พรชัย โอเจริญรัตน์ ศัลยแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาระหว่างปี พ.ศ.2546-2554 ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 1, 2 และ 3 ทุกรายได้รับการผ่าตัดที่ รพ.ศิริราชและได้รับการรักษาเสริมครบถ้วนตามที่วางแผนไว้ คำนวณอัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำที่ 5 ปี และ 10 ปี จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,435 ราย ได้ดังนี้ (รายละเอียดอยู่ใน บทเรียนเรื่อง ระยะของมะเร็งเต้านม (Staging))

หัวข้อ	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3
จำนวนผู้ป่วย	32%	47%	21%
อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี	97.2%	92.1%	83.7%
อัตราการรอดชีวิตที่ 10 ปี	95.9%	84.0%	71.4%

ยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้เพื่อควบคุมมะเร็งเต้านมคือ การค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เพราะมะเร็งเต้านม รู้เร็วรักษาได้ ส่วนวิธีการรักษามะเร็งเต้านมมี 6 วิธี โดยจะนำบทความเรื่อง Cancer Therapy พญ.เอ๋อมแซ สุขประเสริฐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ตรงในการรักษามะเร็ง มาใช้เป็นบทเรียน

1. การผ่าตัด (Surgery)
2. รังสีรักษา (Radiation Therapy)
3. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Endocrine Therapy) ในรายที่ก้อนมะเร็งมีตัวรับ Estrogen และ/หรือ Progesterone
4. เคมีบำบัด (Chemo Therapy) มักต้องให้ทุกราย เพื่อที่จะฆ่าเซลล์มะเร็งที่ลอยอยู่ในกระแสเลือดและกระแสน้ำเหลือง
5. Targeted Therapy ในรายที่ HER2 Over Expression หรือ Amplification

การรักษามะเร็งเต้านม

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม จะทำให้แนวทางการรักษาแตกต่างกันไป ช่วงศตวรรษที่ 18 มองว่ามะเร็งเต้านมเป็นเฉพาะที่ จึงมาเน้นที่การผ่าตัด และในช่วงแรกของศตวรรษที่ 20 เป็นช่วงที่นิยมทำ Radical Mastectomy ตามวิธีการของ Halsted แต่ความรู้ปัจจุบันทำให้ทราบว่า มะเร็งเต้านม ไม่ใช่เป็นโรคเฉพาะที่ แต่เซลล์มะเร็งได้ลอยไปอยู่ตามระบบเลือดหรือระบบน้ำเหลืองไปทั่วร่างกาย เมื่อมะเร็งไปทั่วร่างกาย การผ่าตัดในลักษณะ Radical Mastectomy นั้นจึงไม่มีความจำเป็น แต่การผ่าตัดที่จำกัดบริเวณเท่าที่จำเป็น ร่วมกับ การฉายแสงเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่อยู่บริเวณทรวงอกและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง การฮอร์โมนบำบัดในรายที่มี Estrogen Receptor & Progesterone Receptor ตามด้วยเคมีบำบัด ปัจจุบันได้มีการหา HER2 Receptor และเมื่อมีหลักฐานว่า HER2 Over Expression หรือ Amplification ก็สามารถให้ยาในกลุ่ม Anti clonal Antibody ที่ชื่อ Trastuzumab (Herceptin) เพื่อไปจับกับโปรตีนนั้น ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น สรุปผลการรักษา มีดังนี้

1. การผ่าตัด (Surgery)
2. รังสีรักษา (Radiation Therapy)
3. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Endocrine Therapy) ในรายที่ก้อนมะเร็งมีตัวรับ Estrogen และ/หรือ Progesterone
4. เคมีบำบัด (Chemo Therapy) มักต้องให้ทุกราย เพื่อที่จะฆ่าเซลล์มะเร็งที่ลอยอยู่ในกระแสเลือดและกระแสน้ำเหลือง
5. Targeted Therapy ในรายที่ HER2 Over Expression หรือ Amplification

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มี 2 วิธีใหญ่ ๆ ได้แก่

1. การผ่าตัดโดยเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก โดยรักษาเต้านมไว้ไม่ได้ตัดออก (Breast Conservation Therapy หรือ BCT) จะผ่าตัดด้วยวิธีนี้ในกรณีที่มะเร็งระยะเริ่มต้น ได้แก่ DCIS (Ductal Carcinoma in situ หรือ Stage 0) , Stage 1 และ Stage 2 โดย BCT แล้วมักจะตามด้วยการฉายแสง BCT มีหลายชื่อ/วิธี ดังนี้
 - 1.1. Lumpectomy
 - 1.2. Partial Mastectomy
 - 1.3. Quadrantectomy (การตัดเต้านมออกประมาณ หนึ่งในสี่ ส่วน)
2. การผ่าตัดเต้านมออก (Mastectomy) การผ่าตัดเต้านมออก แทน BCT ในกรณีที่พิจารณาเห็นว่าโอกาสในการเกิดซ้ำมีสูงเกินร้อยละ 20 เช่น ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ หรือในกรณีที่ไม่สามารถที่จะไปรับการฉายแสงได้ ก็เปลี่ยนมาทำการตัดเต้านมแทน BCT
 - 2.1. Simple Mastectomy คือการตัดเฉพาะเต้านมออกโดยไม่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ วิธีการจะใช้เมื่อแน่ใจว่า มะเร็งอยู่เฉพาะที่ ไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ซึ่งการทำ Sentinel Node เพื่อดูว่าต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่มะเร็งสามารถแพร่กระจายไปนั้น มีเซลล์มะเร็งหรือไม่ ถ้าไม่มีการแพร่กระจายไป แสดงว่าไม่จำเป็นต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ เพื่อลดผลแทรกซ้อนจากระบบทางเดินน้ำเหลืองถ้ามีการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ออก หลังทำ Simple mastectomy ถ้าตามด้วยการฉายแสงจะสามารถลดการกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrent) ได้
 - 2.2. Modified Radical Mastectomy (MRM) คือการผ่าตัดเอาเต้านม และต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออก

- 2.3. Modified Radical Mastectomy with Reconstruction คือการผ่าตัดเอาเต้านมออกด้วยวิธี Modified Radical Mastectomy แล้วยังมีการผ่าตัดย้ายกล้ามเนื้อจากบริเวณหลังหรือท้อง มาทำเป็นเต้านมและหัวนม เพื่อลดความรู้สึกของการสูญเสียความเป็นหญิง
- 2.4. Radical Mastectomy เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมพร้อมก้อนมะเร็งออก เลาะเอาก่อนน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และตัดเอากล้ามเนื้อทรวงอก (Pectoralis Major และ Minor) ออก ปัจจุบันไม่นิยมทำ เนื่องจากมีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมาก จึงเลือกทำในรายที่มีแพร่กระจายไปยังกล้ามเนื้อทรวงอก

การทำเต้านมใหม่

1. วิธีการทำเต้านมขึ้นมาใหม่ การตัดเต้านมทำให้บางคนสูญเสียความเป็นหญิง ซึ่งแต่ละคนก็จะมีระดับของการสูญเสียความเป็นหญิงที่ต่างกันไป การทำเต้านมขึ้นมาใหม่จึงมีความจำเป็น การทำเต้านมขึ้นมาใหม่ ทำได้ 2 วิธี ดังนี้
 - 1.1. การใส่เต้านมเทียม (Prosthesis) เช่นฟองน้ำหรืออื่นๆที่มีน้ำหนักเบาเข้าไปในเสื้อชั้นใน
 - 1.2. การสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่ (Reconstruction) คือการผ่าตัดเพื่อสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่แทนเต้านมเดิมที่ถูกตัดออก
2. การสร้างเต้านมใหม่ทำได้ 3 แบบ คือ
 - 2.1. การใส่ถุงซิลิโคนใต้ชั้นผิวหนังและกล้ามเนื้อ แล้วฉีดซิลิกาเจล หรือน้ำเกลือปลอดเชื้อเข้าไปในถุงซิลิโคนนั้น
 - 2.2. การสร้างเต้านมใหม่ โดยการย้ายเนื้อเยื่อของตนเอง โดยย้ายจากส่วนอื่นของร่างกาย การย้ายจะย้ายทั้ง ผิวหนัง ชั้นไขมัน และกล้ามเนื้อ หรือเรียกว่า Flap เพื่อนำไปทำเป็นเต้านมใหม่ ซึ่งการย้าย Flap มานั้นต้องพึ่งพา เส้นเลือดเดิมเพื่อใช้เลี้ยง Flap นั้น มีวิธีการสร้างเต้านมเทียมอีกวิธีหนึ่งคือย้ายมาเฉพาะ ชั้นผิวหนัง และไขมันมาเท่านั้น โดยเอาไขมันมาจาก หน้าท้อง หรือก้น
 - 2.3. การใช้ 2 วิธีดังกล่าวร่วมกัน

เกณฑ์การพิจารณาว่าจะใช้การผ่าตัดประเภทใด

การผ่าตัดเป็นการตัดก้อนมะเร็งเฉพาะที่ แพทย์ส่วนใหญ่มักจะทำการผ่าตัดไม่วิธีใดวิธีหนึ่ง ในบางกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่มาก หรือมีสภาพที่ยังไม่พร้อมทำการผ่าตัด ก็อาจจะใช้วิธีการให้เคมีบำบัด ฮอริโมนบำบัด หรือฉายแสงก่อน เมื่อก้อนมีขนาดเล็กลงค่อยมาทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเต้านมออก สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกประเภทของการผ่าตัด เป็นดังนี้

1. มะเร็งเต้านมอยู่ในระยะใด (Staging)
 - 1.1. มะเร็งแพร่กระจายไปแล้ว (Stage IV) อาจจะไม่ผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดเป็นการรักษาเฉพาะที่ คงไม่สามารถตามไปผ่าในทุกที่ที่ได้แพร่กระจายไป
 - 1.2. มะเร็งระยะเริ่มต้น อาจจะใช้การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conservation Surgery) แล้วตามด้วยการฉายแสง
 - 1.3. ถ้ามะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง เลือกร Modified Radical Mastectomy
 - 1.4. ถ้ามะเร็งเป็นประเภท T4 คือก้อนไปถึงผนังทรวงอก ติดกล้ามเนื้อหรือผิวหนัง อาจจำเป็นต้องทำ Radical Mastectomy

2. สามารถที่จะส่งไปรับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษาได้หรือไม่ ถ้าสามารถทำได้ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรก อาจจะเลือกการผ่าตัดประเภท Breast Conservation Surgery ก็ได้ แล้วตามด้วยการฉายแสง แต่ถ้าไม่สามารถส่งไปรับการรักษาฉายแสงได้ ศัลยแพทย์จะผ่าตัดด้วยวิธี Modified radical Mastectomy คือนอกจากผ่าตัด้านนอกแล้ว ก็เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกไปด้วย

รังสีรักษาหรือการฉายแสง (Radiation Therapy)

แนวคิดปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งไม่เป็นโรคเฉพาะที่ การผ่าตัดที่ขยายไปตัดต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆได้แก่ กล้ามเนื้อของผนังทรวงอกนั้นถึงอย่างไรก็ไม่สามารถที่จะตัดออกได้หมด การฉายแสงเพื่อเป็นการรักษาน่าจะให้ผลดีกว่า อีกทั้งสามารถลดผลแทรกซ้อน รวมถึงคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ด้วย เพราะฉะนั้นบทบาทของการทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ใกล้เคียงกับเต้านม จึงเป็นหน้าที่ของรังสีรักษา และมักทำหลังจากการผ่าตัด รังสีรักษาจะแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. รังสีรักษาแบบภายนอก ส่วนใหญ่ของรังสีรักษาจะเป็นการฉายแสงแบบภายนอก
2. รังสีรักษาแบบภายใน โดยการสอดเครื่องมือที่ให้รังสีเพื่อการรักษาที่ตำแหน่งของการผ่าตัด เมื่อฉายรังสีตามเวลาที่กำหนดแล้วก็จะเอาออก โดยวิธีการแบบนี้เรียกว่า Internal Radiotherapy หรือ Brachytherapy ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำในโรงพยาบาลที่เป็น Center ในทำการทำรังสีรักษาที่ทันสมัย

รังสีรักษาแบบภายนอก ส่วนใหญ่จะกระทำอาทิตย์ละ 5 วัน ในเวลาราชการ และหยุดเสาร์ อาทิตย์ โดยจะใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3-5 สัปดาห์ โดยในครั้งแรกนั้นจะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า simulator เพื่อทำการกำหนดขอบเขต เพื่อให้เครื่องรังสีรักษาทำการรักษาในตำแหน่งที่ถูกต้องแม่นยำในแต่ละครั้ง

การฉายรังสีเพื่อการรักษาใช้เวลา 2-3 นาทีเท่านั้น และจะไม่รู้สึกเจ็บในขณะที่ทำการฉายแสง อีกทั้งไม่มีรังสีตกค้างในตัวผู้ป่วย

วิธีการทำ Radiotherapy

1. Radiation Chest wall
2. Radiation whole breast
3. Radiation Regional Node ได้แก่ Axillar Node, Supraclavicular Node, Internal Mammary Node

ผลข้างเคียงหลังจากทำรังสีรักษา

1. ผลข้างเคียงระยะสั้น ในบางคนจะมีผลแทรกซ้อนภายหลังฉายแสง ได้แก่ บวม แดง ที่ผิวหนัง หรือมีการบวมที่หน้าอกบริเวณที่มีการฉายแสง อาการเหล่านี้จะหายไปภายหลังการรักษา แต่ความรู้สึกอ่อนเพลียยังคงมีอยู่เป็นเดือนหลังจากการฉายแสง
2. ผลข้างเคียงระยะยาว จะพบว่าผิวหนังบริเวณหน้าอก และเต้านมในส่วนที่ไม่ได้ตัดออกจะแข็งกว่า และเหี่ยวลงกว่าเดิม และบางคนจะรู้สึกเจ็บ หรือบางทีจะมีเม็ดแดงๆที่ผิวหนัง ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าว จะลดลงได้ก็ต่อเมื่อเทคนิคของรังสีรักษากระทำได้อย่างถูกต้องเพื่อลดผลแทรกซ้อนดังกล่าว

เคมีบำบัด

การให้เคมีบำบัดนั้น ก็เพื่อที่ไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ไม่ได้อยู่เฉพาะที่ แต่ได้ไปตามกระแสเลือดหรือระบบทางเดินน้ำเหลืองไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการให้เคมีบำบัดนั้นมี 3 วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ให้ก่อนทำการผ่าตัด หรือเรียกว่า Neoadjuvant Therapy เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และช่วยให้การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายแสงที่จะให้การรักษาตามมามีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ให้ภายหลังการผ่าตัด หรือเรียกว่า Adjuvant Therapy เพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นซ้ำภายหลังการรักษา และฆ่าเซลล์มะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ
3. ให้เพื่อรักษาในกรณีมะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆแล้ว หรือให้รักษาในกรณีที่มีการกลับซ้ำภายหลังการรักษา หรือเรียกว่า Palliative Chemotherapy เป้าหมายของการให้เคมีบำบัดในกลุ่มนี้ไม่ได้หวังการหายขาด แต่มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนของเซลล์มะเร็ง (Tumor load) และยืดความยืนยาวของชีวิต

สูตรยาในการให้เคมีบำบัด (Regimen)

สูตรยาเคมีบำบัดนั้น จะให้ยา 2-3 ตัวพร้อมกัน ตัวอย่างเคมีบำบัด ที่ใช้เพื่อรักษามะเร็งเต้านมได้แก่ (สูตรการรักษาขึ้นกับเวลา เมื่อเวลาผ่านไป สูตรการรักษาก็สามารถเปลี่ยนแปลงไปโดยมียาที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่า ทดแทนยาเดิมที่ใช้อยู่ โดย St Gallen 2013-2017 แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม Anthracycline และ Taxane ใน Early Breast Cancer ในกลุ่ม Lumina B อย่างน้อย 6 cycle)

1. AC (Adriamycin , Cyclophosphamide) AC เป็นสูตรเคมีบำบัดที่นิยมใช้กันมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มะเร็งยังไม่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองโดย
 - o A = Adriamycin (กลุ่ม Anthracycline) นั้นสามารถที่จะยับยั้งการสร้าง DNA ในเซลล์ และยับยั้ง enzyme ที่ใช้ในซ่อม DNA
 - o C = Cytoxan ยับยั้งการ Replicate ของเซลล์ ซึ่งเมื่อยาทั้ง 2 ใช้ร่วมกัน จะทำให้จัดการเซลล์มะเร็งได้
2. TAC เป็นสูตรที่เพิ่ม T ซึ่งก็คือ Paclitaxel (Taxol) or docetaxel (Taxotere) เข้าไปในสูตรเดิม AC เพื่อไปรักษากลุ่มที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว หรือในรายที่มีการกลับมาเป็นซ้ำภายหลังการรักษา โดย TAC จะให้หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาด้วย AC
 - o Taxol or Taxotere (ยาในกลุ่ม Taxane) ทำให้การแบ่งตัวช้าลงหรือหยุดแบ่งตัว หรือไปยับยั้งเอนไซม์ที่จำเป็นต้องใช้ในการเจริญเติบโต
3. AC- T ได้แก่ AC –Paclitaxel (Taxol) หรือ AC-Docetaxel (Taxotere)
4. CAF หรือ FAC (5-Fluorouracil ,Adrimycin , Cyclophosphamide) CAF หรือ FAC เป็นสูตรยาที่ใช้ได้ทั้งกลุ่มที่ยังไม่แพร่ หรือแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว F = 5 Fluoro uracil เป็น Pyrimidine Antagonist ซึ่งมีโมเลกุลค่อนข้างเหมือนกับโมเลกุลของเซลล์ปกติ และสามารถที่จะยับยั้งการสังเคราะห์ DNA โดย Block Formation ของ Normal pyrimidine nucleotide หรือไปรบกวนการสร้าง DNA ภายหลังจากที่ไปรวมกับโมเลกุลของ DNA ที่มีการเจริญเติบโต
5. CMF (Cyclophosphamide , Metotrexate , 5-Fluorouracil)

6. Other ได้แก่ FEC,,FEC-D,CAPE

สรุป สรุป เคมีบำบัดที่ใช้เพื่อรักษามะเร็งจะยังผลต่อเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด เซลล์เยื่อปอดได้ และเซลล์ผม ทำให้ผลข้างเคียงที่สำคัญจากการให้เคมีบำบัดคือ ติดเชื้อง่ายเนื่องจากเม็ดเลือดขาวลดลง อุจจาระร่วงเรื้อรังเนื่องจากเซลล์เยื่อปอดได้ และผมร่วง

ตารางในการให้ยาเคมีบำบัด (Course of Chemotherapy)

การให้เคมีบำบัดมีตารางในการให้ดังนี้

1. ให้ยาตามสูตรที่กำหนดไว้ ระหว่าง 1-5 วัน หลังจากนั้นจะหยุดไป 3-4 สัปดาห์ เรียกว่า 1 รอบ (Cycle)
2. จากนั้นเริ่มรอบใหม่ ซึ่งปกติจะใช้ 4-8 รอบถึงจะครบคอร์สการรักษา เนื่องจาก 1 รอบใช้เวลาประมาณ 1 เดือน เพราะฉะนั้นการรักษาครบคอร์สกินเวลา 4-8 รอบจะใช้เวลาประมาณ 4-8 เดือน

ผลข้างเคียงจากการให้เคมีบำบัด

1. ผลต่อเม็ดเลือด โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาว โดยทำให้เม็ดเลือดขาวมีปริมาณที่ลดลง และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เกร็ดเลือดลดลง จึงทำให้เลือดออกง่ายกว่าปกติ
2. มีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งจะพบในผู้ที่รับเคมีบำบัดในทุกๆ ราย และจะมีอาการอ่อนเพลียต่อไปเป็นเดือนๆ ภายหลังจากสิ้นสุดการรักษา
3. ผมร่วง และผมบางลง เจ็บคอ ท้องเสีย และเจ็บตา
4. หญิงที่ยังไม่หมดประจำเดือนนั้น การให้เคมีบำบัดจะทำให้ขาดประจำเดือนได้ และประจำเดือนกว่าจะมาต้องใช้เวลามากกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปี ภายหลังจากการรักษา หรือบางครั้งก็เป็นสาเหตุให้หมดประจำเดือนก่อนเวลาอันควร (Early Menopause)

การรักษาด้วยฮอร์โมน (Endocrine Therapy)

มะเร็งเต้านมบางชนิดมีตัวรับฮอร์โมนเพศหญิง ที่ชื่อ เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน (Estrogen Receptor & Progesterone Receptor) ซึ่งมะเร็งกลุ่มนี้จะเจริญเติบโตเร็วขึ้นเมื่อได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เพราะฉะนั้นการยับยั้งการจับตัวของฮอร์โมนเอสโตรเจนกับตัวรับดังกล่าว หรือการลดปริมาณของฮอร์โมนเอสโตรเจน จึงถือเป็นการรักษา ซึ่งวิธีการนี้เรียกว่าการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยระยะเวลาในการรักษาด้วยฮอร์โมนประมาณ 5-10 ปี โดยขึ้นกับเป็นมะเร็งระยะไหน (ระยะขึ้นกับขนาดของก้อนมะเร็ง และการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ยามากกว่า 10 ปี ในรายที่เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำสูง หรือไม่มีผลข้างเคียงจากยา) โดยยาที่ใช้ได้แก่

1. สำหรับกลุ่มที่ยังมีประจำเดือนอยู่ (Pre Menopause)

- ยาที่ไปแย่งจับตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen Receptor Antagonist) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Tamoxifen
 - ยาที่ยับยั้งไม่ให้ต่อมใต้สมองหลั่งสารที่ไปกระตุ้นการทำงานของรังไข่ (GnRH Analogue) จึงทำให้การหลั่งเอสโตรเจนลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Zoladex ยาในกลุ่มนี้มีผู้แนะนำให้ใช้ในรายที่ต้องการจะมีบุตรภายหลังการรักษามะเร็งเต้านม และผู้เชี่ยวชาญบางคนเชื่อว่า การใช้ยาในกลุ่มนี้เดี่ยวๆ ไม่สามารถที่จะยับยั้งการทำงานของรังไข่ได้ จึงควรใช้ร่วมกับยา Tamoxifen และผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มักจะให้ยาก่อนนี้ภายหลังจากเสร็จสิ้นจากการให้ยาเคมีบำบัด
2. สำหรับกลุ่มที่หมดประจำเดือนแล้ว (Menopause)
- ยาที่ไปยับยั้งเอนไซม์อะโรมาเตส ที่จะเปลี่ยนแอนโดรเจนให้เป็นเอสโตรเจน (Aromatase Inhibitor หรือ AI) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Arimidex
 - St Gallen 2013 แนะนำให้ใช้ Tamoxifen ในกลุ่มหมดประจำเดือน หรือใช้ Tamoxifen ร่วมกับกลุ่ม AI

ผลข้างเคียงของฮอร์โมนบำบัด

ผลข้างเคียงของฮอร์โมนบำบัดมีความแตกต่างกันในแต่ละคน บางคนมีผลข้างเคียงใน 1-2 อาทิตย์แรก หลังจากนั้นกลับไม่มีผลข้างเคียง ผลข้างเคียงของฮอร์โมนบำบัดที่พบบ่อยได้แก่

1. ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่ กลุ่มอาการเหมือนหญิงวัยทองที่หมดประจำเดือน ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ขาดประจำเดือน ความต้องการทางเพศลดลง ช่องคลอดแห้ง อารมณ์เปลี่ยนแปลง ปวดข้อ อ่อนเพลีย เป็นต้น
2. ผลข้างเคียงเมื่อใช้ระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มที่ไปยับยั้งเอนไซม์อะโรมาเตส คือปัญหาเรื่องกระดูกบาง/พรุน ทำให้กระดูกหักง่าย ซึ่งต้องพิจารณาในเรื่อง สารอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีที่เพียงพอ

การรักษาทางชีววิทยาหรือเป้าหมายเฉพาะ(Biological or Targeted Therapy)

การรักษาทางชีววิทยา คือการรักษาด้วยสารที่สร้างให้เกิดขึ้นตามธรรมชาติในร่างกาย และสารดังกล่าวสามารถที่จะไปยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง จากการศึกษาจะพบว่า HER2 (Human Epidermal Receptor) Gene ได้สร้างโปรตีนที่ชื่อ HER2 หรือ erbB2 ซึ่งถ้ามี HER2 แล้วจะตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่า และประมาณ 15-25% ของมะเร็งเต้านมที่มี HER2 ต่อมาได้มาการผลิต Antibody เพื่อไปจับกับเป้าหมายคือ HER2 ในเซลล์มะเร็ง เมื่อไปจับแล้วก็ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง ยาดังกล่าวมีชื่อว่า Trastuzumab (Herceptin) โดยในทางคลินิกพบว่า ผลขึ้นเนื้อของมะเร็งเต้านมที่ย้อมด้วย IHC Staining แล้วพบว่า เป็นบวกสำหรับ HER2 มากกว่า 30 % (โดยไม่จำเป็นที่จะต้องไปทำ Fluorescence in situ hybridization หรือ FISH) ถือว่ากลุ่มนี้น่าจะให้ยากกลุ่ม Trastuzumab (Herceptin) ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1 ปี

ขณะนี้ยังอยู่ในช่วงการวิจัยที่พบว่ามีตัวรับ (Receptors) อื่นๆ นอกจาก HER2 จึงได้มียาที่จะไปยับยั้งตัวรับเหล่านั้น ได้แก่ ยา Lapatinib(Tyverb) ,Sunitinib (Sutent) ,Everolimus(Afinitor) เป็นต้น ซึ่งการศึกษายังพบว่า ถ้าใช้ยาในกลุ่ม Biological Therapy ร่วมกับเคมีบำบัดแล้ว จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น (การกลับมาเป็นซ้ำภายหลังการรักษาลดลง) ซึ่งเป็นความหวังสำหรับผู้ที่เป็มะเร็ง แต่ยาในกลุ่มนี้ค่อนข้างจะมีราคาแพง

การติดตามภายหลังการรักษา

หลังจากการรักษาแล้ว แพทย์จะทำการนัดมาเพื่อดูอาการเป็นเวลาหลายปีติดต่อกัน โดยช่วงแรกจะนัดถี่ เช่น ต่อมานัดห่างออกไปเช่นปีละครั้ง โดยถ้าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก หรือ DCIS (Ductal Carcinoma Insitu) จะทำการนัดทำ Mammogram ทุกปีเป็นเวลา 5 ปีติดต่อกัน ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆนอกจาก Routine Lab นั้น จะไม่มุ่งเน้นเป็นพิเศษนอกจากจะพบอาการผิดปกติของระบบใด ระบบหนึ่งเป็นพิเศษ

มะเร็งกลับมาเป็นใหม่ภายหลังการรักษา

มะเร็งเต้านมกลับมาเป็นใหม่ภายหลังการรักษา แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. ถ้ามะเร็งเต้านมกลับมาเป็นใหม่ที่เต้านมข้างเดิม เรียกว่า การกลับมาเป็นซ้ำเฉพาะที่ (Local Recurrent) จะพบก้อน สีชมพู เกิดขึ้นในส่วนของเนื้อเต้านมที่เหลือ (กรณีที่ตัดเนื้อเต้านมออกไปบางส่วน) หรือเกิดก้อนที่ผิวหนังบริเวณเต้านม หรือบริเวณแผลผ่าตัด การรักษามะเร็งที่กลับมาเป็นซ้ำเฉพาะที่นั้น ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาในครั้งก่อนหน้านั้น โดย
 - ถ้าก่อนหน้านั้น ทำผ่าตัดเพียงตัดเอาก้อนมะเร็งออกเท่านั้น (Lumpectomy) ไม่ได้ตัดเต้านมออก คราวนี้ก็ต้องผ่าตัดโดยการตัดเต้านมออก (Mastectomy)
 - ถ้าก่อนหน้านั้นรักษาด้วยการตัดเต้านมออก การรักษาคคราวนี้ก็ต้องทำการตัดก้อนมะเร็งที่ขึ้นใหม่ออกตามด้วยการฉายแสง และเสริมด้วยเคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัด หรือการรักษาทางชีววิทยาหรือเป้าหมายเฉพาะ ถ้ามีข้อบ่งชี้
 - ถ้ามีการกลับมาที่กล้ามเนื้อหน้าอก หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณหน้าอก หรือที่คอ ก็ต้องผ่าตัดเอาก้อนดังกล่าวออก พร้อมทั้งฉายแสง ร่วมกับเคมีบำบัด และ ฮอร์โมนบำบัด และการรักษาทางชีววิทยาหรือเป้าหมายเฉพาะ ถ้ามีข้อบ่งชี้
2. ถ้ามะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ โดยแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกาย เรียกว่า มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis Breast Cancer) หรือ มะเร็งเต้านมขั้นทุติยภูมิ (Secondary Breast Cancer) การรักษามะเร็งเต้านมแบบแพร่กระจายนั้น ขึ้นกับ อวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไป และสภาพของผู้ป่วย ว่าจะสามารถทนต่อการรักษาได้น้อยเพียงไร

กรณีศึกษา โครงการ สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านม

เนื้อหาในบทเรียน

1. สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านม สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ 12 ล้านบาทเพื่อตั้งมูลนิธิถันยรักษ์ เมื่อปี 2537 ขณะนั้นพระชนมายุ 94 พรรษา และมีพระราชดำรัสว่า “ให้นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุดมาใช้ และให้รักษาคณวยและคนจนอย่างเท่าเทียมกัน” สมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านมมีสายพระเนตรอันยาวไกล เหมือนกับจะทรงรู้ว่า มะเร็งเต้านมจะเป็นมะเร็งที่พบรายใหม่มากที่สุดในโลก และพบรายใหม่มากที่สุดในสตรีไทย
2. การดำเนินงานของมูลนิธิถันยรักษ์ในการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านม ได้เปิดศูนย์ถันยรักษ์เพื่อให้บริการตรวจเพื่อวินิจฉัยมะเร็งเต้านมอย่างครบวงจร ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย รวมถึงการอบรมรังสีแพทย์และแพทย์ประจำบ้านรังสีวินิจฉัย ในการอ่านอ่านแมมโมแกรม รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและประชาชนในเรื่องมะเร็งเต้านมและสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของมูลนิธิถันยรักษ์ เพื่อที่สร้างห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ให้ครอบคลุมทั้ง ดันน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ และให้ครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลในชนบทได้มากขึ้น การตรวจแมมโมแกรมเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมถือเป็นปลายน้ำ การจะบรรลุเป้าหมายเพื่อให้พบมะเร็งเต้านมแต่เริ่มแรกต้องบริหารจัดการเพื่อครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง(BSE) ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งถือเป็นต้นน้ำ ขณะเดียวกันก็ต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในการตรวจเต้านมเพื่อยืนยัน (CBE) ในรายที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพบผิดปกติ ซึ่งถือเป็นกลางน้ำ จากนั้นจึงส่งต่อไปในรายที่ตรวจยืนยันแล้วผิดปกติ เพื่อไปตรวจด้วยแมมโมแกรม ซึ่งถือเป็นปลายน้ำ การดำเนินงานของมูลนิธิถันยรักษ์จึงต้องเน้นงานเชิงรุก โดยร่วมมือกับกรมอนามัยในปี 2542 ในการรณรงค์ประชาชนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ พ.ศ.2555 จนถึงปัจจุบัน และในปี 2562 ได้บูรณาการกับมูลนิธิ พอสว. เพื่อสอนและตรวจเต้านมแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลในชนบท โดยออกพร้อมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.
4. โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านม เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ สตรีกลุ่มเป้าหมายตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 70 พบมะเร็งระยะแรกไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 โดยในปี 2555 มีสตรีอายุ 30-70 ปีเข้าร่วมโครงการ 1.9 ล้านคน ครอบคลุม 21 จังหวัด และเพิ่มเป็น 4.9 ล้านคนในปี 2564 โดยปัจจุบันไม่ได้จำกัดจังหวัดและอายุผู้เข้าร่วมโครงการอีกต่อไป และสามารถลงทะเบียน ผ่าน BSE App

สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช



1. สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงมีพระราชประสงค์ให้หญิงไทยพ้นจากภัยมะเร็งเต้านม จึงได้พระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์จำนวน 12 ล้านบาท เพื่อตั้งมูลนิธิถันยรักษ์ ในปี 2537 ขณะนั้นสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงมีพระชนมายุ 94 พรรษา ซึ่งเป็นมูลนิธิสุดท้ายของพระองค์ และมีพระราชดำรัสที่สำคัญ 2 ข้อ ซึ่งมูลนิธิถันยรักษ์ได้นำมาสู่การปฏิบัติตลอดไป คือ
 - 1.1. ให้นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุดและเหมาะสมมาใช้
 - 1.2. ให้ดูแลคนจนและคนรวยอย่างเท่าเทียมกัน
2. สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงมีพระราชดำริว่า มะเร็งเต้านมจะเป็นภัยร้ายต่อสตรีไทยในภายภาคหน้า จากการศึกษาของ Global Cancer 2020 พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด ในทั้ง 2 เพศ โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน มะเร็งเต้านมจะพบในประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมแปรผันตามรายได้ต่อหัวประชากร (GDP per capita) นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องพันธุกรรมแล้ว วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในเมืองที่เจริญ น่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากการพัฒนาประเทศส่งผลให้รายได้ต่อหัวประชากรสูงขึ้น หรือจะกล่าวได้ว่าในอนาคตอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมย่อมสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของรายได้ต่อหัวประชากร ถ้าติดตามไปตลอดช่วงชีวิต หญิงอเมริกัน 1 ใน 8 ราย จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวคงเกิดกับสตรีไทยในอนาคตเช่นกัน
3. ประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี หรือวันละ 60 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือวันละ 23 คน จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย

การดำเนินการของมูลนิธิถันยรักษ์เพื่อสนองพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

1. เปิดศูนย์ถันยรักษ์ เพื่อให้ให้บริการในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมอย่างครบวงจรด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยและเหมาะสม มีระบบการควบคุมคุณภาพ รวมถึงการส่งรังสีแพทย์ นักรังสีการแพทย์ไปศึกษาดูงานยังต่างประเทศ เพื่อให้มีคุณภาพเทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยให้บริการปีละ 60,000 ครั้ง และจัดตั้งกองทุน เพื่อให้บริการแก่ผู้ยากไร้ให้สามารถเข้าถึงบริการที่ศูนย์ถันยรักษ์ได้
2. โครงการเพื่อการศึกษาดูงานและให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และให้คำปรึกษาแก่บุคคลทั่วไป
3. อบรมหลักสูตรเพิ่มความชำนาญให้กับรังสีแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขารังสีวินิจฉัย ในการวินิจฉัยภาพรังสีเต้านม
4. พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล ที่เรียกว่า Breast Imaging system โดยใช้ SQL Server ที่เอื้อประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว และนำข้อมูลมาใช้ในการทำ Medical Audit และนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาวิจัย และนำข้อมูลมาค้นคว้าต่อยอดเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
5. มีรณรงค์แบบไม่แถมและอุลตราซาวด์เคลื่อนที่ เพื่อให้บริการแก่หน่วยงานใน กทม. และปริมณฑลที่มีพนักงานหญิงจำนวนมาก โดยมีรังสีแพทย์และนักรังสีการแพทย์ประจำรถเคลื่อนที่ สามารถให้บริการที่มีคุณภาพไม่ต่างจากมารับบริการที่ศูนย์ถันยรักษ์ สามารถให้บริการปีละ 5000 คน
6. แนวทางการลดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมของมูลนิธิถันยรักษ์
 - 6.1. การให้ความรู้แก่ประชาชน
 - 6.1.1. การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ กลุ่มเป้าหมายคือสตรีในเมืองที่สามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้สะดวก รวมถึงสื่อ Digital หรือ social media
 - 6.1.2. การให้ความรู้และเสริมพลังสตรีในพื้นที่ให้มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดย อสม. ซึ่ง
 - 6.1.3. การให้ความรู้ผ่าน e-Learning
 - 6.2. การค้นหาได้ในระยะเริ่มแรก เน้นการดำเนินการคัดกรองเป็นขั้น คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ต้นน้ำ) การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กลางน้ำ) การตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอุลตราซาวด์ (ปลายน้ำ)
 - 6.3. การรักษาที่ดี เน้นการรักษาในระยะแรก ที่ผลการรักษาดี ผลแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ รวมทั้งสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านมไม่ต้องตัดเต้านมออกทั้งข้าง

รูปที่ 7 แนวทางการลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม



การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของมูลนิธิถันยรักษ์

1. พ.ศ. 2538 เปิดศูนย์ถันยรักษ์เพื่อให้บริการในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมอย่างครบวงจร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเหมาะสม การให้บริการที่มีคุณภาพ การฝึกอบรมรังสีแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขารังสีวินิจฉัยในการอ่านภาพรังสีมะเร็งเต้านม นอกจากบริการเชิงรับภายในศูนย์ถันยรักษ์ ยังให้บริการเชิงรุก ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ผ่านสื่อต่างๆ
2. พ.ศ.2542 เริ่มบริการเชิงรุกร่วมกับบริการเชิงรับในพื้นที่ โดยมูลนิธิถันยรักษ์ร่วมกับกรมอนามัย รณรงค์ให้หญิงไทยตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) และให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องมะเร็งเต้านม
3. พ.ศ.2555 จนถึงปัจจุบัน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จัดทำ “โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์มหาราช” เน้นการรณรงค์ระดับจังหวัดเพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยสนับสนุนการฝึกอบรม สมุดบันทึกการตรวจเต้านม Model เต้านมเพื่อสอนการตรวจเต้านม และเครื่องอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ เพื่อทำอัลตราซาวด์เต้านมเฉพาะจุด (Targeted Breast Ultrasound) ในพื้นที่ที่เข้าถึงรังสีแพทย์และเครื่องแมมโมแกรมได้ยาก



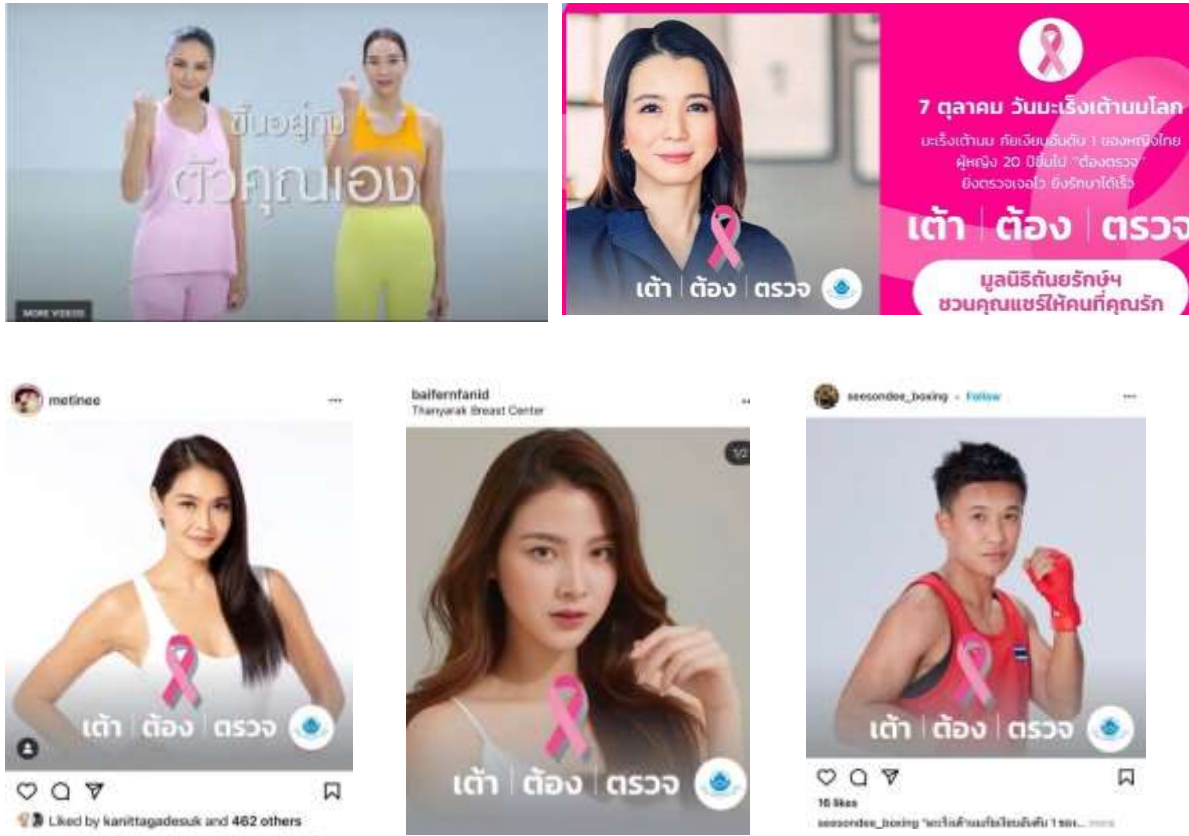
4. พ.ศ.2562 มูลนิธิถันยรักษ์ ได้นำผลการเรื่องมะเร็งเต้านมไปกับการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอสว. ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้รับการสอนและฝึกทักษะในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในบางจังหวัดยังมีการตรวจอัลตราซาวด์เต้านมเฉพาะจุด (Targeted Breast Ultrasound) ในรายที่ตรวจเต้านมแล้วพบความผิดปกติ



5. พ.ศ.2563 พัฒนา App BSE เพื่อใช้ในการให้ความรู้ บันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเชื่อมต่อข้อมูลในรายที่ตรวจเต้านมแล้วพบผิดปกติ ไปสู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อติดตามมาตรวจยืนยัน



6. พ.ศ.2564 ร่วมกับบริษัท True เพื่อสนับสนุนในการจัดทำสื่อในวาระที่สำคัญเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เช่น วันที่ 7 ตุลาคม เป็นวันมะเร็งเต้านมโลก เป็นต้น โดยใช้ Celebrity ที่มีผู้ติดตามเป็นจำนวนมากมาเป็น Presenter ร่วมกับการทำ Social Marketing เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น



7. พ.ศ.2565 มูลนิธิศูนย์รักบุ๋มร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏ ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น จัดทำโครงการเพื่อสนองพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชด้านภัยมะเร็งเต้านม เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องมะเร็งเต้านม รวมถึงการฝึกทักษะนักศึกษาให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงสร้างอาสาสมัครเพื่อเผยแพร่ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาแบบเป็นระบบในการลงพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมสร้างสรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนไปสู่ความเป็นพลเมือง และสร้างชุมชนที่มีการยกระดับสามารถจัดการตนเองได้ในการลดการเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรีไทยและสตรีทั่วโลก

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เสด็จฯ เยี่ยมเยียนราษฎร

1. ผู้รับผิดชอบ มูลนิธิธัญรักษ์ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1. ประธานโครงการ ฯ นพ.วัลลภ ไทยเหนือ
 - 1.2. รองประธานโครงการ นพ.ธรรมนิตย์ อังคสุสิงห์
2. วัตถุประสงค์
 - 2.1. สตรีที่เข้าร่วมโครงการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
 - 2.2. พบมะเร็งระยะแรก (ระยะ 1,2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
3. วิธีการดำเนินการ
 - 3.1. ขึ้นทะเบียนสตรีที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลสตรีในเขตรับผิดชอบของสถานบริการ หรือผ่านทาง BSE App โดยตรง
 - 3.2. รณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งได้เป็น
 - 3.2.1. ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อยิงตรงไปยังกลุ่มเป้าหมาย ในวาระต่างๆ เช่น เดือนตุลาคม ซึ่งเป็นเดือนมะเร็งเต้านมโลก รวมถึงการใช้ Application ในการให้ความรู้และทักษะ และบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเตรียมพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขในการตรวจยืนยันในกรณีที่ตรวจเต้านมพบความผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติ หรือส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษา
 - 3.2.2. รณรงค์ในระดับจังหวัด เพื่อสร้างความตระหนัก รวมถึงการระดมทรัพยากรในระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการเสริมพลังสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มีทักษะและตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน
 - 3.3. ในพื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่ที่เข้าถึงรังสีแพทย์หรือเครื่องมือแมมโมแกรมได้ยาก มูลนิธิธัญรักษ์ได้ส่งมอบเครื่องอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ พร้อมฝึกอบรมพยาบาลหรือแพทย์ที่ไม่ใช่อัลตราซาวด์ในการทำอัลตราซาวด์เต้านมเฉพาะจุด (Targeted Breast Ultrasound) เพื่อแยกก้อนที่เป็นถุงน้ำธรรมดา (Simple Cyst) ออกจากก้อนเนื้อหรือถุงน้ำที่ไม่ธรรมดา (Compound or Complicated Cyst) โดยถุงน้ำธรรมดาจะนัดมาตรวจติดตาม 3-6 เดือน ส่วนก้อนเนื้อหรือถุงน้ำไม่ธรรมดา จะจัดช่องทางด่วนเพื่อส่งต่อไปทำแมมโมแกรม ต่อไป
 - 3.4. ติดตามสตรีที่ร่วมโครงการเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยดูจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และติดตามไปข้างหน้า ในกรณีที่เป็นมะเร็งเต้านมจะทำการบันทึกข้อมูลผ่าน web ข้อมูลสำคัญที่บันทึกได้แก่ วันที่วินิจฉัย ขนาดก้อนมะเร็งเต้านมจากผลชิ้นเนื้อ ระยะของมะเร็งเต้านม ความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ดูจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมในรอบ 12 เดือนก่อนวินิจฉัย หรือจากการซักประวัติ) สถานการณ์มีชีวิต และวันที่เสียชีวิตในรายที่เสียชีวิต เพื่อนำไปคิดอัตราการรอดชีพ
 - 3.5. เก็บรวบรวมข้อมูล และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงมาตรการหรือเชิงนโยบาย
4. โครงการประกอบด้วย 2 Phase ได้แก่

- 4.1. Phase แรก พ.ศ.2555-2560 โดยลงทะเบียนสตรีอายุ 30-70 ปี จำนวน 1.9 ล้าน ใน 21 จังหวัด โดยมี 5จังหวัดทำทั้งจังหวัด ได้แก่ เชียงราย นครราชสีมา สกลนคร จันทบุรี สุราษฎร์ธานี ส่วนที่เหลืออีก 16 จังหวัดทำจังหวัดละ 1 อำเภอ
- 4.2. Phase ที่ 2 พ.ศ.2561-2565 โดย 15 จังหวัดที่ทำจังหวัดละ 1 อำเภอ ขยายดำเนินการครบทุกอำเภอ และเปิดโอกาสให้จังหวัดอื่นๆนอกจาก 21 จังหวัดที่ร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มต้น สามารถเข้าร่วมโครงการได้ด้วย โดยสมัครลงทะเบียนผ่าน App BSE ของโครงการ ข้อมูล ณ.วันที่ 11 มค.65 มีผู้ลงทะเบียน 4.9 ล้านคน (เริ่มต้นโครงการ 1.9 ล้านคน เพิ่มเติมจาก 16 จังหวัดที่เหลือ 2.8 ล้านคน ผ่าน App 0.18 ล้านคน) พ.ศ.2563 มูลนิธิทันรักษ์ได้ร่วมกับ มูลนิธิ พอ.สว. ได้ขยายโครงการไปยังจังหวัด พอ.สว. ซึ่งมีทั้งหมด 63 จังหวัดโดยมีการณรงค์ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในช่วงของการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว ด้วย ทำให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล และการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล และในรายชื่อส่งต่อไปรับการตรวจยืนยันและวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมแล้วให้ถือว่าเป็นผู้ป่วย พอสว. สามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พักระหว่างรักษา สามารถเบิกจาก พอ.สว.ได้
5. ผลลัพธ์การดำเนินการโครงการสืบสานพระราชนิธานสมเด็จพระเจ้านางมัยมั่งคั่งแห่งรัตนโกสินทร์
 - 5.1. ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการดำเนินการ (ณ.วันที่ 11 มค.65)
 - 5.1.1. ทำอัลตราซาวด์เต้านมเฉพาะจุด (Targeted Breast Ultrasound) 3509 ราย เป็นถุงน้ำ (Cyst) ร้อยละ 42.5
 - 5.1.2. ความครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - 5.1.2.1. ในกลุ่มที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเจ้านับจากการบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน App BSE ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ตรวจเต้านม 578,206 ครั้ง พบผิดปกติร้อยละ 0.3 (0.1-2.6) ตรวจเต้านม 265,140 รายตรวจสม่ำเสมอ เฉลี่ย ร้อยละ 20.2 (3.3 – 49.4)
 - 5.1.2.2. ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยดูจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านม 12 เดือนก่อนวินิจฉัย หรือชักประวัติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรายชื่อที่ไม่มีสมุดบันทึกการตรวจเต้านม ตรวจเต้านมสม่ำเสมอ ร้อยละ 69.3
 - 5.1.3. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเมื่อสิ้นปี 2564 จำนวน 6944 ราย อุบัติการณ์(Crude incidence rate) 32.3 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 314 ราย อัตราการตาย 1.91 ต่อแสนประชากร อัตราผู้ป่วยตาย (Case Fatality) ร้อยละ 5.9
 - 5.2. ผลลัพธ์ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมาวิเคราะห์พบว่า
 - 5.2.1. พบมะเร็งก่อนไม่เกิน 2 ซม. ร้อยละ 39.3 พบมะเร็งเต้านมระยะแรกร้อยละ 68.9
 - 5.2.2. กลุ่มที่ตรวจเต้านมสม่ำเสมอ พบก้อนขนาดเล็ก (ไม่เกิน 2 ซม.) มะเร็งระยะแรก อัตราการรอดชีวิต สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญ (ตีพิมพ์ใน Breast Journal ใน Apr 2020) ซึ่งเป็น Top Download Paperในปี 2018-2019

6. สรุปผลและการวิจารณ์

- 6.1. การให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเดียวไม่เพียงพอ การที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอได้ จำเป็นต้องใช้การอบรมเป็นทอดๆ โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝึกอบรม อสม. และ อสม.ฝึกอบรมสตรีในพื้นที่รับผิดชอบให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสอนการบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือบันทึกผ่าน App BSE ร่วมกับการกำกับติดตามในทุกระดับ
- 6.2. เครื่องมือ (Tools) ที่จำเป็นเพื่อให้การฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ Model เต้านมและสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือ BSE App
- 6.3. การคัดกรองมะเร็งเต้านมควรดำเนินการเป็นลำดับขั้น เริ่มจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เคยตรวจ ให้ไปทำการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน (CBE) ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจแล้วพบความผิดปกติ ถึงจะส่งต่อไปแพทย์ เพื่อส่งตรวจด้วยแมมโมแกรม (+/- อัลตราซาวด์) ต่อไป
- 6.4. การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ พบก้อนมะเร็งเต้านมขนาดเล็ก มะเร็งระยะแรก และอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า
- 6.5. การนำ Targeted Breast Ultrasound มาคั่นระหว่าง CBE พบผิดปกติ กับ การส่งแมมโมแกรม ในพื้นที่ที่เข้าถึงรังสีแพทย์หรือเครื่องแมมโมแกรมได้ยาก นั้นมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในหลายจังหวัด เช่น เชียงใหม่ นครราชสีมา ร้อยเอ็ด กำแพงเพชร ราชบุรี เป็นต้น โดยสามารถอบรมแพทย์ทั่วไปที่ไม่ใช่รังสีแพทย์ หรือ พยาบาล ในการทำ Targeted Breast Ultrasound และมีระบบการปรึกษาการอ่านผลกับรังสีแพทย์โดยผ่านระบบทางไกล เช่น Line และมีการสร้างช่องทางด่วนเพื่อไปรับการทำแมมโมแกรมที่รวดเร็ว ในรายที่ตรวจพบก้อนที่ไม่ใช่ถุงน้ำธรรมดา (Simple cyst)
- 6.6. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ มี 6 เรื่องที่สำคัญ ได้แก่

Matrix of Stakeholder and AIDA Model เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม

Stakeholder	ตระหนัก (Awareness)	สนใจ (Interesting)	กระตุ้นให้ต้องการ (Desired)	เกิดการกระทำ (Action)	ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Result)
ประชาชน	Public Information, Education and Communication	1.รณรงค์ 2.ใบสื่อที่ หลากหลายและ เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย (Personalized and Customized) 3.Social Media 4.Application 5.e-Learning	1.Social Action 2.การสนับสนุนจาก อสม/อาสาสมัคร อื่นๆ/วิสาหกิจสังคม 3.BSE Training	BSE	1.BSE สม่ำเสมอ 2.พบความผิดปกติเร็วขึ้น
รพ.สต/ สถานบริการปฐม ภูมิ			การสนับสนุน ทรัพยากร & Training	CBE	1.พบก้อนขนาดเล็ก 2.ส่งต่อในรายที่ผิดปกติ
โรงพยาบาล			การสนับสนุน ทรัพยากร & Training	1.วินิจฉัยแต่เริ่มแรก 2.ให้การรักษาย่างรวดเร็ว	1.พบมะเร็งระยะแรกมากขึ้น 2.ผลแทรกซ้อน & อัตราตาย ลดลง
ผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้จัดสรร ทรัพยากรระดับ ต่างๆ			1.Strong policy 2.Intensive M&E	1.กำหนดนโยบาย 2.ทำแผนงาน/โครงการ 3.กำกับติดตาม/ประเมินผล	1.อัตราการตายลดลง 2.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น 3.ต้นทุนค่ารักษาลดลง

- 6.6.1. รณรงค์สร้างความตระหนักและการสื่อสารสาธารณะในเรื่องมะเร็งเต้านม โดยใช้สื่อที่หลากหลายเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง social media และ Application ต่างๆ และ e-Learning
- 6.6.2. บูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะในระดับจังหวัด และจัดระบบสนับสนุนเพื่อกระตุ้นความสนใจแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม
- 6.6.3. การเชื่อมต่อระบบการคัดกรองแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่บริการระดับชุมชน โดย อสม.และประชาสังคม กับ รพ.สต. หรือบริการปฐมภูมิที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาล หรือ ท้องถิ่น เพื่อให้สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก
- 6.6.4. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็วและการรักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น
- 6.6.5. ผลสมผสานวิธีการคัดกรองให้เหมาะสมกับพื้นที่และครอบคลุมประชากรเป้าหมาย
- 6.6.6. ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถวัด วิเคราะห์ จัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบหรือสร้างนวัตกรรม