

ประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ
ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย:การศึกษาไปข้างหน้า



โดย

นายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2559

คำนำ

มะเร็งเต้านม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง ในปัจจุบันมีการคาดประมาณว่าทุก 1 ใน 10 คน ของสตรีมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยโอกาสจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แม้ว่ามะเร็งเต้านมจะพบมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก็ตาม แต่ก็ยังเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบและให้การรักษาในระยะเริ่มแรก วิธีการดูแลเต้านมจากการเป็นมะเร็งที่ได้ผลดีที่สุด คือ การค้นหาโรคให้เร็วที่สุดด้วยการตรวจคัดกรองความผิดปกติของเต้านม ซึ่งเป็นการค้นหาหามะเร็งเต้านมในระยะแรกตั้งแต่มิมีอาการ ปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม (mammogram) และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน สำหรับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการที่ดีที่สตรีทุกคนสามารถทำได้ง่าย สะดวก ด้วยสองมือของตนเอง ทำได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่สิ้นเปลืองเวลา และ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์แพงๆ และเมื่อตรวจพบความผิดปกติ จึงรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ช่วยให้การรักษาได้ผลดีและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลง ฉะนั้น การศึกษาประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30 – 70 ปี จึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ เพื่อการนำผลการศึกษามาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์วัลลภ ไทเหนื่อ ประธานโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายกษัตริย์ที่อนุญาตให้นำผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการ (42 เดือน) มาเผยแพร่ ขอขอบคุณมูลนิธิถันยรักษ์ ที่เป็นเจ้าภาพหลักของโครงการฯ โดยเฉพาะนายแพทย์ธรรมนิธย์ อังสุสิงห์ เลขาธิการมูลนิธิถันยรักษ์ และศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงลำอานงค์ คุรุรัตน์พันธุ์ และท้ายที่สุดขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 21 จังหวัดในโครงการฯ รวมถึงทีมงานทุกท่าน ที่มุ่งมั่นพัฒนาโครงการจนประสบผลสำเร็จเอกสารฉบับนี้

ผู้ศึกษา

กันยายน 2559

ประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจ เต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย : การศึกษาไปข้างหน้า

นายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง(BSE) อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยขึ้นทะเบียนหญิงอายุ 30-70 ปี ใน 21 จังหวัด จำนวน 1,914,892 คน ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2555 เครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และระบบบันทึกและรายงานจากระดับบุคคลไปยังระดับตำบล อำเภอ จนถึง ระดับจังหวัด ข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกไตรมาส และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถูกส่ง Online เพื่อมาเก็บที่ Server ของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายกษัตริย์แห่งประเทศไทย ติดตามประเมินผล ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2559 เป็นเวลา 42 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า การครอบคลุมของการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ ประมาณร้อยละ 68.5 พบมะเร็งเต้านม 1,922 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 28.69 ต่อแสน Person years เสียชีวิต 53 ราย โดยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 48 ราย และจากสาเหตุอื่น 5 ราย กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ พบก้อนมะเร็งเต้านมขนาดเล็กไม่เกิน 2 ซม.เป็น 1.328 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ (OR=1.328 และ 95% CI 1.033-1.707) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวม 21 จังหวัดไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระยะของการเกิดมะเร็งเต้านมของทั้ง 2 กลุ่ม แต่เมื่อวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ตรวจสม่ำเสมอ พบมะเร็งระยะแรก เป็น 1.623 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ (OR=1.623 และ 95% CI 1.053-2.500) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อติดตามอัตราการรอดชีวิตเป็นเวลา 42 เดือนด้วยวิธี Kaplan Meier กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และ ไม่สม่ำเสมอ มีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 98.57 และ 93.29 ตามลำดับ เมื่อวัดการกระจายของการรอดชีวิตพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

คำสำคัญ : การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, มะเร็งเต้านม, ประเทศไทย

**The Effectiveness of Regular Breast Self Examination (BSE) Combined with BSE
Record Handbook Utilization for screening breast cancer in Thailand : A Cohort Study**

Dr.Chonlatit Urairoekkun

Abstract

This cohort study conducted in 21 provinces aimed to evaluate the effectiveness of the regular Breast Self Examination (BSE) combined with using BSE record handbook. 1,914,892 women aged 30-70 years who were living in the study sites during October to December 2012 were recruited. The study tools were BSE record handbook and the recording and reporting system from individuals was sent to sub district level, district level and provincial level. The data of BSE every 3 months and breast cancer cases were sent online to project server. Following period of study from January 2013 to June 2016 (42 months)

The study results found that, the coverage of regular BSE was about 68.5% 1,922 cases of breast cancer were found and 53 cases died ,48 cases died from breast cancer and 5 cases died from other causes. The crude incidence rate of breast cancer was 28.69 per 100,000 Person- years. The regular BSE group could detect small cancer size (≤ 2 cm) 1.328 time compared to non regular BSE group [OR=1.328 and 95% CI 1.033-1.707] .No statistic difference of early staging(Stage 0,1,2) of breast cancer detection between 2 groups in 21 provinces but in north east region, the regular BSE group could detect early staging 1.623 time compared to non regular BSE group (OR=1.623 and 95% CI 1.053-2.500) .Follow 42 Months for survival analysis by Kaplan and Meier method found that the survival rate of regular BSE and non regular BSE group were 98.57 and 93.29 % respectively and the equality of survival distribution between 2 groups were statistical difference ($p < .001$) .

Keywords: Breast Self-Examination, Breast Cancer, Thailand

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ.....	2
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
2. การทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรม	5
2.2 แนวคิดและกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจาก Global Health Promotion Conference	6
2.3 การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่สำคัญ	8
2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งเต้านม	15
2.5 การตรวจคัดกรอง (Screening) มะเร็งเต้านม.....	19
2.6 โครงการการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย.....	46
3. วิธีการศึกษา.....	50
3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	50
3.2 วิธีการศึกษา	51
3.3 สถิติที่ใช้	56

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการศึกษา	57
4.1 ความครอบคลุมและการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	57
4.2 ระบาดวิทยาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	59
4.3 ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	60
5. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	67
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	67
5.2 วิจัยรณและอภิปรายผล	68
5.3 ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก	76
1. โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.....	77
2. สมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเอง.....	84

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในโครงการสืบสานฯ จำแนกเป็นรายจังหวัด	64
2	สรุปการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในโครงการสืบสานฯ จำแนกเป็นรายภาค	65
3	การครอบคลุมการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในโครงการสืบสานฯ จำแนกเป็นรายภาค	65
4	หญิง 30 – 70 ปี ในโครงการสืบสานฯ ที่ติดตามแล้วเป็นมะเร็งเต้านม จำแนกเป็นรายภาค	66
5	อุบัติการณ์ต่อแสน Person Year ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโครงการสืบสานฯ	66
6	ระยะเวลาการเสียชีวิต ตั้งแต่ปีที่วินิจฉัยถึงปีที่เสียชีวิตในโครงการสืบสานฯ	66
7	ขนาดก้อนมะเร็งเต้านมวัดจากผลชิ้นเนื้อ	67
8	เปรียบเทียบขนาดก้อนของมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ.....	67
9	ระยะของมะเร็งเต้านม (Staging) ใช้ระบบ TNM	67
10	เปรียบเทียบระยะของมะเร็งเต้านม(Stage)ระหว่างกลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ.....	68
11	เปรียบเทียบระยะของมะเร็งเต้านม(Stage)ระหว่างกลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ (เฉพาะของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ).....	68
12	ค่าเฉลี่ยเวลาการรอดชีวิตและการทดสอบการกระจายการรอดชีวิต เมื่อติดตามเป็นเวลา 42 เดือน	69

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	Flow chart การดำเนินงานตามโครงการสืบสานพระราชปณิธาน สมเด็จพระย่า ด้านรักษามะเร็งเต้านม	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทยและทั่วโลก โดยอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (Age Standardized Incidence rate) ระหว่างปี 2001 - 2003, 2004-2006, 2007 - 2009, 2010 - 2012 เท่ากับ 20.9, 25.6, 26.4, 28.5 ต่อแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾ การพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกจะมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่า คุณภาพชีวิตดีกว่าและเสียค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า ในสหรัฐอเมริกาอัตราการรอดชีวิตของมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 100, ร้อยละ 93, ร้อยละ 72 และ ร้อยละ 22 ตามลำดับ^{(2),(7)} และค่ารักษามะเร็งเต้านมในสหรัฐอเมริกาของ Stage 0, 1/2, 3, 4 ใน 24 เดือนแรก เท่ากับ \$71,909, \$97,066, \$159,442, และ \$182,655 ตามลำดับ⁽³⁾ ในประเทศอังกฤษอัตราการรอดชีวิตของมะเร็งเต้านมระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 99, ร้อยละ 90, ร้อยละ 60 และร้อยละ 15 ตามลำดับ และอัตราการมีชีวิตรอดอยู่ภายหลังการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม 1 ปี, 5 ปี, 10 ปี และมากกว่า 20 ปี ในอังกฤษและเวลส์เท่ากับ ร้อยละ 95, ร้อยละ 90, ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 65 ตามลำดับ⁽¹¹⁾

ในประเทศไทยจากรายงานทะเบียนเต้านมระดับโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ พบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีของมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 100, ร้อยละ 85, ร้อยละ 39 และ ร้อยละ 9 ตามลำดับ สำหรับวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมมี 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (Breast Self Examination, BSE) การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง (Clinical Breast Examination, CBE) และ Screening Mammogram ตามแนวทางและความพร้อมของแต่ละประเทศซึ่งแตกต่างกัน⁽²⁾

สำหรับการศึกษาในช่วงก่อนปี ค.ศ.1990 จะพบว่า Screening Mammogram สามารถลดอัตราการตาย แต่ในช่วง 10 ปีหลังมีการศึกษาในระยะยาว 25 ปีแบบ Randomized Control Trial ในแคนาดา พบว่า การตรวจ Mammogram ทุกปีในหญิงอายุ 40-59 ปี ไม่สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม และจะพบ Over diagnosis ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ทำ Screening Mammogram หรือ ทุกๆ 424 ราย ที่ทำ Screening mammogram จะพบ Over diagnosis 1 ราย⁽¹⁰⁾ BSE ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในเรื่อง ประสิทธิภาพของการตรวจ และยังมีรายงานที่สร้างความไม่แน่ใจให้เกิดขึ้นจากการรายงานผลการศึกษการตรวจเต้านมด้วยตนเองใน

ประเทศจีน ที่ทำโดย National Cancer Institute (NCI) ของสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁾ ได้ศึกษาการตรวจเต้านมด้วยตนเองในโรงงานที่เซี่ยงไฮ้ ในปี 2532-2534 จำนวนคนงานหญิงที่ศึกษา 266,064 คน เก็บข้อมูลการตายจากมะเร็งเต้านมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในปี 2543 และได้ตีพิมพ์ในปี 2545 ที่ระบุว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งผลสรุปดังกล่าวได้สร้างความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนถึงประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นอย่างมาก ในปี 2556 NCI ได้ออกมายอมรับ พบว่า ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถนำมาอ้างอิงภายนอกได้ (Internal validity and consistency- Fair, External Validity - Poor)⁽⁵⁾ ในระยะหลังการตรวจคัดกรองโดย Screening Mammogram ก็มีข้อสงสัยว่าจะมีความคุ้มค่าหรือไม่⁽⁶⁾ การแนะนำในการทำ Screening Mammogram ของประเทศทางตะวันตก พบว่า มีการกระทำห่างขึ้นและในช่วงอายุที่มากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารรายงานจะเห็นได้ว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) มีความจำเป็นในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งผู้หญิงในประเทศเหล่านั้นไม่มีโอกาสได้รับการตรวจคัดกรองด้วย Mammogram เนื่องจากประเทศไทยใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นเครื่องมือในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย : การศึกษาไปข้างหน้า เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการวางแผนการดำเนินงานดูแลและเฝ้าระวังสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เป็นการค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะแรกๆ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาที่ทันท่วงที ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในประเทศไทย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยใช้แนวคิดและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในการเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยกำหนดเป้าหมาย

1.1 อัตราการครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิง 30-70 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

1.2 กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วผลการตรวจผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติได้รับการยืนยันหรือส่งต่อร้อยละ 100

2 เพื่อศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ได้แก่ อุบัติการณ์ และการกระจายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามอายุ ตำแหน่งของก้อนมะเร็งเต้านม ขนาดของก้อน ระยะของมะเร็งเต้านม อาการ/อาการแสดง

3 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือ BSE) โดยวัดจาก

3.1 ขนาดก้อนของมะเร็งเต้านม (Cancer size) ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

3.2 ระยะของมะเร็งเต้านม (Staging) ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

3.3 ระยะเวลารอดชีวิต (Survival Time) ของกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย อายุ 30 – 70 ปี ในพื้นที่เป้าหมาย 21 จังหวัด ได้แก่ 5 จังหวัด ที่ดำเนินการทุกอำเภอได้แก่ จังหวัดเชียงราย นครราชสีมา สกลนคร จันทบุรี และสุราษฎร์ธานี และอีก 16 จังหวัดที่ดำเนินการจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครนายก อุบลราชธานี อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู เลย ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร พิษณุโลก ราชบุรี สมุทรสงคราม พังงา และสงขลา โดยขึ้นทะเบียนหญิงอายุ 30-70 ปีที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมเมื่อเริ่มต้นโครงการ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2555 จำนวน 1,914,892 คน และติดตามไปข้างหน้าใน Phase แรก เป็นเวลา 42 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2559 ในประเด็นเรื่องความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ และสถานะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (การมีชีวิตหรือเสียชีวิต)

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

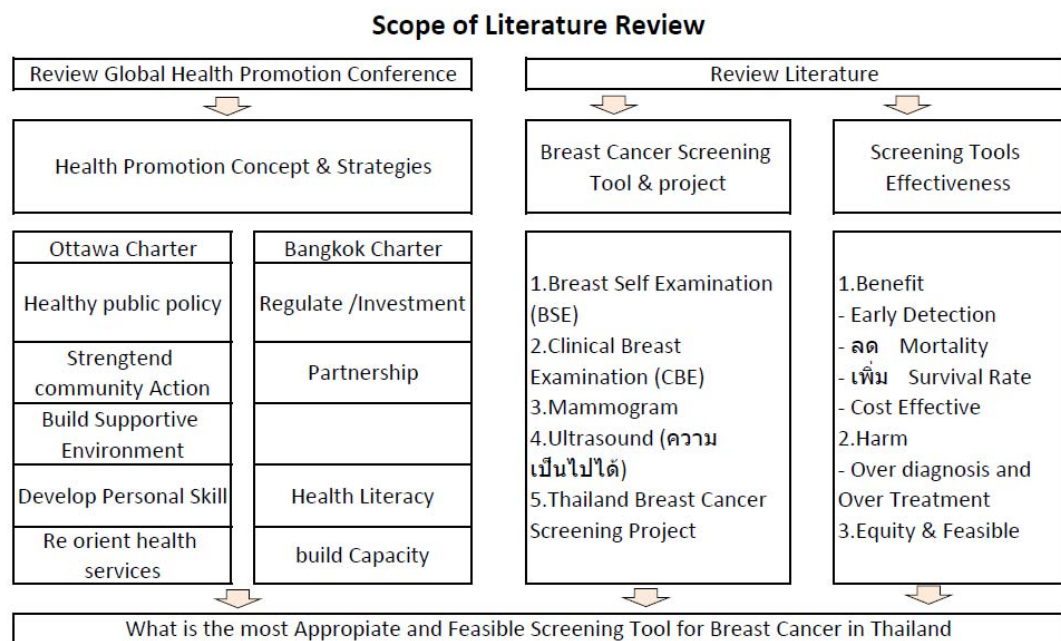
1. ทำให้ทราบประสิทธิผลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยในเขตพื้นที่ 21 จังหวัดของประเทศไทย
2. นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลเบื้องต้น ประกอบการพิจารณาวางแผนพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านมของบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เป็นเอกสารวิชาการสำหรับผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย : การศึกษาไปข้างหน้า ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นส่วนๆ ดังนี้

2.1 กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรม



1) ทบทวนเกี่ยวกับ Concept & Strategies ของ Health Promotion โดยจะทำการทบทวนจากผลการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Health Promotion Conference) ซึ่งมีการจัดประชุมทั้งหมด 9 ครั้ง โดยครั้งแรกในปี 1986 ได้กำหนด Ottawa Charter ครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพฯ ในปี 2005 ได้กำหนด Bangkok Charter และครั้งล่าสุดที่เชียงใหม่ เมื่อปี 2016 ได้ออก Shanghai Declaration.

2) ทบทวนเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและเครื่องมือที่ทั่วโลกใช้ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งมี 3 วิธีได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination , BSE) ทุกเดือน การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เชี่ยวชาญปีละ 1 ครั้ง (Clinical Breast Examination , CBE) และการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Screening Mammography) ซึ่งช่วงอายุที่จะตรวจคัดกรอง และความถี่ในการตรวจ ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน โดยจะทบทวนเกี่ยวกับ ประวัติความเป็นมา ผลการศึกษาเกี่ยวกับ Benefit & Harm และความเท่าเทียม ความเป็นไปได้ ของวิธีการคัดกรองแต่ละประเภท ข้อจำกัดของเครื่องมือคัดกรองแต่ละประเภท รวมถึงการทบทวนความเป็นไปได้ที่จะคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ที่ยังไม่มีประเทศใดในโลกทำการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ และโครงการที่เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับประเทศของไทย

2.2 แนวคิดและกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ จาก Global Health Promotion Conference

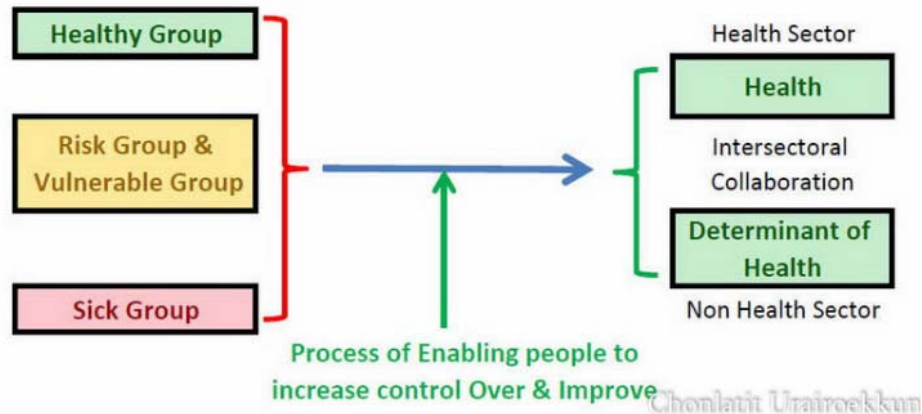
2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health (and health determinants) (WHO)

Within the context of health promotion, health has been

- 1) considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life.
- 2) Health is a resource for everyday life, not the object of living.
- 3) It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities. Reference: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986

Definition of Health Promotion (WHO)



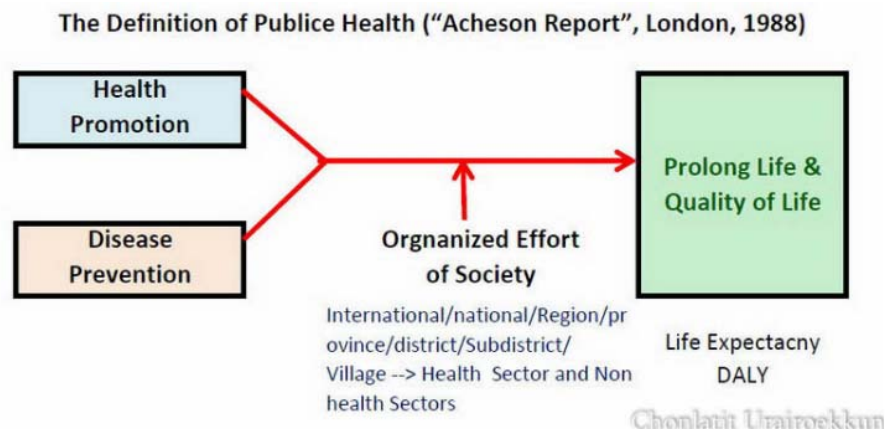
การส่งเสริมสุขภาพคือกระบวนการในการเพิ่มความสามารถของประชาชนเพื่อให้สามารถที่จะควบคุมหรือพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงภาวะความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยปัจเจกหรือกลุ่มคนต้องกำหนดแรงบันดาลใจในการบรรลุความต้องการ หรือสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว สุขภาพเป็นทรัพยากรของบุคคล สำหรับทุกวัน ไม่ใช่เป้าหมายของการมีชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวกซึ่งจำเป็นต้องใช้ ทรัพยากรทางสังคมและบุคคล รวมถึงความสามารถทางกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่ ความรับผิดชอบเฉพาะภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อที่จะไปสู่คุณภาพชีวิตและความจำเป็นพื้นฐานที่จะไปสู่สุขภาพที่ดี ประกอบด้วย ความสงบสุข ที่พักอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่สมดุลย์และทรัพยากรที่ยั่งยืน ความ ยุติธรรมในสังคมและความเท่าเทียม

2.2.2 การสาธารณสุข (Public Health)

การสาธารณสุข คือ ศาสตร์และศิลป์ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการทำให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาว โดยการร่วมพลังทุกภาคส่วนในสังคม

“ Public Health is the science and art of promoting health, preventing disease, and prolonging life through the organized efforts of society “. Reference: adapted from the “Acheson Report”, London, 1988

:" Health is A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity “



2.3 การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่สำคัญ⁽¹⁷⁾

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกจัดขึ้นครั้งแรกในปี 1986 ที่ Ottawa และครั้งล่าสุดครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ปี 2016 ในแต่ละครั้ง จะมีการออก ข้อแนะนำ (Recommendation) แถลงการณ์ (Statement) คำประกาศ (Declaration) และกฎบัตร (Charter) โดยมีการออกกฎบัตร 2 ครั้งคือ การประชุมครั้งที่ 1 ที่ Ottawa ปี 1986 (Ottawa Charter) และครั้งที่ 6 ที่ กรุงเทพฯ ปี 2005 (Bangkok Charter) และได้ออก Declaration & Statement ที่สำคัญ ดังนี้ ครั้งที่ 4 ที่ Jakarta 1997 ได้ออก Jakarta Declaration เน้นเรื่องการบูรณาการกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ Setting approach , ครั้งที่ 8 ปี 2013 ได้ออก Helsinki Statement เน้นเรื่อง Health in All Policy (HiAP) และ Equity , ครั้งที่ 9 ในปี 2016 ได้ออก Shanghai declaration เน้นเรื่อง Health Literacy , Healthy city และ Good Governance ซึ่งข้อแนะนำ แถลงการณ์ คำประกาศ หรือกฎบัตรจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของประเทศต่างๆให้สอดคล้องกับผลจากการประชุม ซึ่งผลสรุปจากการประชุมครั้งที่สำคัญ มีดังนี้

2.3.1 1st Global Health Promotion Conference - Ottawa 1986⁽¹⁷⁾

Ottawa Charter 1986 Advocate , Enable, Mediate and 5 Health Promotion Strategies

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 เมื่อปี 1986 ได้ออก Ottawa Charter โดยกฎบัตรดังกล่าว กิจกรรม (Action) ที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ Advocate ,Enable ,Mediate และ 5 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

Advocate : สุขภาพเป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับการพัฒนา สังคม เศรษฐกิจ และบุคคล และเป็นมิติสำคัญในคุณภาพชีวิต การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรม สามารถที่ส่งเสริม หรือ คุณภาพสุขภาพ การให้ข้อเสนอแนะ ชี้นำ (Advocate) เป็นกิจกรรมที่สำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่จะทำให้ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นไปในทางที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

Enable : จุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพคือทำให้เกิดความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ (Equity in health) จุดเน้นของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคือการลดความแตกต่างในสถานะสุขภาพปัจจุบัน และทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะสร้างโอกาสและกระจายทรัพยากรได้อย่างเท่าเทียมเพื่อที่จะพัฒนาคนให้เต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งรวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสร้างทักษะชีวิตและโอกาสในการเข้าถึงทางเลือกที่จะไปสู่การมีสุขภาพดี บุคคลจะสามารถไปสู่ศักยภาพสูงสุดของตนได้ จำเป็นต้องได้รับการเพิ่มความสามารถของคน (Enable) ในการควบคุมปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพของตนได้ และปฏิบัติได้อย่างเท่าเทียมทั้งชายและหญิง

Mediate : ปัจจัยพื้นฐานหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ ไม่สามารถที่จะทำโดยลำพังภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น การส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ภาคส่วนทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา อุตสาหกรรม ทั้งของรัฐ เอกชน NGO ท้องถิ่น สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม บุคคลจะดำเนินชีวิตทั้งในส่วนตัว ครอบครัว และชุมชนที่ตนอยู่อาศัย วิชาชีพต่างๆ กลุ่มสังคม และบุคลากรสาธารณสุขต้องทำหน้าที่เป็นตัวกลาง (Mediate) ให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมที่มีบทบาทหน้าที่และความสนใจที่แตกต่างกัน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน

กลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. Build Healthy Public Policy สุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน สุขภาพต้องเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและในทุกระดับ และผู้กำหนดนโยบาย ต้องรับผิดชอบ ต่อทุกการตัดสินใจ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นโยบายในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จะต้องบูรณาการควบคู่ไปกับเรื่องการออกกฎหมาย การเงินงบประมาณ การเก็บภาษี หน่วยงานหรือองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ โดยทำงานร่วมกัน และคำนึงความสมดุล และความยั่งยืนระหว่าง รายได้ของประเทศชาติ กับผลกระทบทางสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเท่าเทียม การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ประชาชนที่จะได้บริโภคผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการที่มีความปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและน่าอยู่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพต้องทำการบ่งชี้อุปสรรคในการที่จะทำให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพในภาคส่วนนอกสุขภาพ (Non Health Sectors) คืออะไร เพื่อที่จะกำจัดอุปสรรคดังกล่าวนั้นออกไป

2. Create Supportive Environment สังคมมีความซับซ้อนและมีความเชื่อมโยงกัน และสุขภาพไม่สามารถที่จะแยกออกจากเป้าหมายอื่นๆได้ คนไม่สามารถที่จะแยกออกจากสิ่งแวดล้อมที่รอบตัวคนได้ จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางของระบบสังคมและนิเวศวิทยา (Socio ecological Approach) เพื่อไปสู่สุขภาพะ โดยต้องธำรงรักษาสังคม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ โดยถือเป็นความรับผิดชอบของทุกคนบนโลกใบนี้ การเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต การทำงาน การใช้เวลารว่าง จะส่งผลต่อสุขภาพ ระบบสังคมที่กำหนดแบบแผนการทำงานและการดำเนินชีวิต ว่าจะนำไปสู่ Healthy Society หรือไม่ การส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดสภาพอยู่อาศัย การทำงาน ที่ปลอดภัย และน่าอยู่ในการทำงาน การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว เช่นในเขตเมือง เขตอุตสาหกรรม เขตที่มีการใช้เทคโนโลยีหรือใช้พลังงานอย่างมากเป็นสิ่งที่จำเป็น และต้องกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะปกป้องสุขภาพประชาชนจากผลกระทบดังกล่าว การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การอนุรักษ์และใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน

3. Strengthen community Action. การส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีกิจกรรมของชุมชนที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ในการลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจเลือกปัญหา การวางแผนทั้งแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีกว่า หัวใจที่สำคัญของประเด็นนี้คือ การเสริมพลังให้ชุมชน (Empower) สร้างความเป็นเจ้าของในการ ทำโดยชุมชน เพื่อชุมชน และใช้ทรัพยากรของชุมชน เพื่อไปถึงจุดหมายปลายทาง (Destination) ที่ชุมชนต้องการ การพัฒนาชุมชนต้องอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเองได้ (Self help) และการสนับสนุนโดยสังคม การพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวและการร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งการที่จะไปถึงจุดหมายนี้ได้

จำเป็นต้องมี ข้อมูลข่าวสาร การสร้างโอกาสในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางการเงิน

4. Develop personal skills. การส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาบุคคล และสังคมด้วย ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และส่งเสริมให้เกิดทักษะชีวิตที่จะควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ จำเป็นต้องสร้างแบบฝึกหัด เพื่อให้บุคคลและชุมชนสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่จะไปสู่สุขภาพดี (Healthy Choice) การสร้างความสามารถให้บุคคลต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต การเตรียมพร้อมที่ดีต่อการดำเนินชีวิตในทุกช่วงวัย (Life course) รวมถึงสามารถที่จะเผชิญภาวะโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่สำคัญ โดยจำเป็นต้องเริ่มและดำเนินการใน Setting ของโรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน ในชุมชน

5. Re orient health services. ความรับผิดชอบของบริการส่งเสริมสุขภาพ คือ การสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่บุคคล กลุ่มสังคม วิชาชีพ สถานบริการสาธารณสุข รวมถึงส่วนราชการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และท้องถิ่น ซึ่งจะทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดสุขภาพะ บบบาทของภาคส่วนสุขภาพ ต้องไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่จำกัดในด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างวิถีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพต้องเคารพในมิติของสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตเดิม และต้องสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน การปรับระบบบริการสุขภาพที่จะเน้นการส่งเสริม ป้องกัน มากขึ้นจำเป็นต้องทำความเข้าใจ รวมถึงการฝึกอบรมหรือปรับเปลี่ยนหลักสูตรของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสร้างทัศนคติใหม่ต่อการให้บริการที่มองคนเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วน ตามสาขาหรืออนุสาขาของความเชี่ยวชาญ

2.3.2 4th Global Health Promotion Conference Jakarta 1997⁽¹⁷⁾

Jakarta Declaration 1997 : Integrate Health promotion Strategies in Setting Approach

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 2 ที่ Adelaide ปี 1988 จะเป็นการขยายความ Ottawa charter ในส่วนของ Healthy public policy ส่วนครั้งที่ 3 ที่ Sundsvall ปี 1991 ขยายความในเรื่อง Supportive Environment การประชุมครั้งที่ 4 ที่ Jakarta ปี 1997 ได้ออก Jakarta declaration เพื่อรองรับความท้าทายในด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องเผชิญปัญหาเรื่อง การเติบโตของเมืองอย่างรวดเร็ว สังคมผู้สูงอายุ และความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary life style) การดื้อยาปฏิชีวนะ การใช้ยาที่ไม่จำเป็น (Drug abuse) ปัญหาเรื่อง ความรุนแรง และอุบัติเหตุ โรคอุบัติใหม่ ปัญหาเรื่องสุขภาพจิต และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

โลกไร้พรมแดนทำให้มีผลต่อระบบการค้าและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อความแออัดของเมืองและผลกระทบต่องานสิ่งแวดล้อม ระบบ Digital ทำให้เพิ่มการเข้าถึงสื่อได้มากขึ้น ทั้งหมดที่กล่าวคือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความท้าทายในศตวรรษที่ 21 เปลี่ยนแปลงไปจากปี 1986 ที่ใช้กลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจาก Ottawa Charter โดยข้อสรุปใหม่เป็นดังนี้

1. การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมใน setting เฉพาะเช่น โรงเรียน โรงพยาบาล เมือง โรงงาน ฯลฯ มีประสิทธิภาพมากกว่าการแยกทำที่ละ ยุทธศาสตร์ของ Ottawa Charter (การสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ) และการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจและการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกระบวนการเรียนรู้ในด้านสุขภาพ จะส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างได้ผล รวมถึงการเสริมพลังอำนาจของประชาชนและชุมชน

2. Priority .ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ได้แก่

- 2.1 ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมในเรื่องสุขภาพ
- 2.2 เพิ่มการลงทุนในด้านการพัฒนาสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 ผนึกกำลังของทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ
- 2.4 เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน และให้พลังอำนาจให้กับประชาชน (Empower) ในด้านสุขภาพ
- 2.5 เพิ่มโครงสร้างพื้นฐานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2.3.3 The 6th Health promotion Conference – Bangkok 2005⁽¹⁷⁾

Bangkok Charter – PIRAB

การประชุม global health promotion ครั้งที่ 5 ที่ Mexico ในปี 2000 หัวข้อคือ Bridging the equity gap. ส่วนการประชุมครั้งที่ 6 ที่ กรุงเทพฯ ในปี 2006 นั้น เป็นปีที่มีการออก Charter ซึ่งเป็นนับเป็นครั้งที่ 2 โดยครั้งแรกคือ Ottawa charter ในปี 1986 หรือ 20 ปีที่แล้ว Bangkok Charter เสนอให้ใช้ 5 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพได้แก่

1. Partnership and build alliance การสร้างพันธมิตรกับทุกภาคส่วน ทั้งของรัฐ

และเอกชน NGO และประชาสังคมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการกำหนดเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญในทุกนโยบาย (Health in All Policy หรือ HiAP)

2. Investment ลงทุนทั้งในระดับนโยบาย กิจกรรม และโครงสร้างพื้นฐาน โดยเน้นที่การพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพ

3. Regulate and legislate เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองจากภัยคุกคาม และการสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

4. Advocate คือการชี้แนะหรือเสนอแนะเชิงนโยบายเน้นที่สิทธิมนุษยชน ความมั่นคงของมนุษย์

5. Building Capacity สร้างความเข้มแข็งให้บุคลากร ทั้งในด้านการพัฒนานโยบาย การเป็นผู้นำ การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ และการถ่ายทอดเทคโนโลยี ความรู้ ที่ได้จากการวิจัยพัฒนา

2.3.4 8th Global Health Promotion Conference ที่ Helsinki - 2013⁽¹⁷⁾

Helsinki Statement 2013 “ Equity and Health in All Policy (HiAP)

ความไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศและภายในประเทศ เป็นประเด็นที่ยอมรับไม่ได้ทั้งทางด้านการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงการกระทำที่ขาดความยุติธรรม หรือการละเว้นการกระทำที่จำเป็นต้องกระทำ นโยบายของภาคส่วนต่างๆส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเท่าเทียมของประชาชน ในโลกที่เชื่อมต่อกันเสมือนหนึ่งไร้พรมแดน สุขภาพถูกกำหนดจากหลายๆปัจจัย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเติบโตอย่างก้าวกระโดดของเมือง การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ และโลกไร้พรมแดน ในขณะที่โรคบางโรคถูกกวาดล้างหมดไป เนื่องจากคุณภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แต่โรคของคนยากจนเกิดอย่างต่อเนื่องในประเทศกำลังพัฒนา และไม่มีที่ท่าว่าหมดไป ในหลายประเทศที่วิถีชีวิตและสภาวะแวดล้อมในการทำงานถูกครอบงำด้วยอิทธิพลทางการตลาด รวมถึงแบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ไม่ยั่งยืน สุขภาพของประชาชนไม่ได้เป็นหน้าที่ของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่ประเด็นทางด้านการเมือง การค้า การต่างประเทศ ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การจะพัฒนาหรือแก้ปัญหาสุขภาพจึงจำเป็นต้องใช้ความมุ่งมั่นทางการเมืองของทั้งรัฐบาลเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี

ทุกนโยบายต้องสนับสนุนให้เกิดสุขภาพดี เป็นวิธีการที่จะบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะที่จะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การตัดสินใจหาพันธมิตรที่จะทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาสุขภาพและลดปัจจัยคุกคาม เพื่อที่จะยกระดับสุขภาพ

และความเท่าเทียมทางสุขภาพของประชาชน ผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจของตน รวมถึงรับผิดชอบต่อผลที่จะตามมาจากนโยบายสาธารณะที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ปัจจุบันกำหนดสุขภาพและความกินดีอยู่ดีของประชาชนสุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพเป็นสิ่งที่รัฐบาลต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก

2.3.5 9th Global Health promotion Conference – Shanghai 2016⁽¹⁷⁾

Shanghai Declaration “Good Governance, Health Literacy ,Healthy City)

Good Governance is the crucial for health.

นโยบายสำหรับสุขภาพและความเป็นธรรมในสังคม เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ความล้มเหลวในการอภิบาลระบบมักจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับประเทศและในระดับโลก ความพึงพาระหว่างกัน และการพัฒนาอย่างยั่งยืนตาม SDGs จะส่งผลให้สุขภาพสามารถพัฒนาไปได้เต็มศักยภาพ โดยการลงทุนในปัจจุบันกำหนดสุขภาพ เราคาดหวังให้รัฐบาลที่จะมีความรับผิดชอบต่อพื้นฐานทั้งระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ที่จะกำจัดการผลิตและการบริโภคที่ไม่ยั่งยืน ซึ่งรวมถึงนโยบายเศรษฐกิจที่จะส่งผลต่อการว่างงาน และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการตลาด การลงทุน การค้า ซึ่งต้องแลกมาซึ่งสุขภาพที่แย่งของประชาชน เราเรียกร้องผู้นำในด้านธุรกิจที่จะมีธรรมาภิบาล ผลกำไรต้องไม่อยู่เหนือสุขภาพของประชาชน และต้องมีความตระหนักร่วมกันในการที่จะเอาชนะโรคไม่ติดต่อ ที่เพิ่มมากขึ้น

Healthy Literacy empower and drive equity

"ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี" WHO 1998 "Health Literacy has been defined as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health .

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเป็นตัวเสริมพลังอำนาจของประชาชน และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้มีอำนาจตัดสินใจ หรือนักลงทุนที่จะสนับสนุนความมุ่งมั่นในการลดผลกระทบทางสุขภาพ และการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพที่จะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีปัจจัยพื้นฐานจาก การมีส่วนร่วม และ

ความเท่าเทียมในด้านการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นการบูรณาการทักษะและการพัฒนาความสามารถตลอดทุกช่วงวัย โดยเริ่มต้นจากหลักสูตรการศึกษาในโรงเรียน

Healthy city. Cities and communities are critical settings for health

Healthy City หรือเมืองน่าอยู่ คือเมืองที่สร้างสรรหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มทรัพยากรของชุมชนเพื่อที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนสนับสนุนซึ่งกันและกันในการทำบทบาทหน้าที่รวมถึงการพัฒนาสุขภาพให้ไปสู่ศักยภาพสูงสุด “ Healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all functions of life and developing to their maximum potential .(WHO – Health promotion Glossary 1998 “

สุขภาพสร้างจากสิ่งแวดล้อมในทุก setting ที่ผู้คนอาศัยอยู่ ในบ้านและในชุมชนที่ตนอาศัยทำงาน เรียน หรือเล่น สุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกความสำเร็จของการพัฒนาอย่างยั่งยืน สุขภาพสนับสนุนให้เกิดเมืองที่เป็นของทุกคน มีความปลอดภัย การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในเมือง ผู้บริหารเมืองต้องนำประเด็น การย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง การเคลื่อนย้ายของชาวต่างชาติจาก ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ การตกงาน ความยากจน และสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย และเรื่องประชากร มาสู่การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาทั้งระยะสั้นระยะยาวร่วมกัน การที่ประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทุรกันดารส่งผลเสียต่อสุขภาพ หรืออยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างยากลำบากเป็นสิ่งที่ไม่สามารถที่จะยอมรับได้

2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งเต้านม

1. มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงทั่วโลก จากข้อมูลของ World Cancer Research Fund⁽¹²⁾ ประเมินการว่า พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 1.7 ล้านคนในปี 2012 คิดเป็นร้อยละ 12 ของมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด เป็นร้อยละ 25% ของมะเร็งรายใหม่ของผู้หญิง โดยอุบัติการณ์สูงใน North America & Oceania และต่ำใน Asia & Africa และ 20 ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม (Aged Standardized Incidence rate per 100,000) สูงที่สุดได้แก่

1)	Belgium	111.9
2)	Denmark	105.0

3)	France (metropolitan)	104.5
4)	The Netherlands	99.0
5)	Bahamas	98.9
6)	Iceland	96.3
7)	United Kingdom	95.0
8)	Barbados	94.7
9)	United States of America	92.9
10)	Ireland	92.3
11)	French Polynesia	92.2
12)	Germany	91.6
13)	Italy	91.3
14)	Finland	89.4
15)	Luxembourg	89.1
16)	New Caledonia	87.6
17)	Australia	86.0
18)	Malta	85.9
19)	New Zealand	85.0
20)	Switzerland	83.1

2. อุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (Age Standardized Incidence rate) ระหว่างปี 2001-2003,2004-2006,2007-2009,2010-2012 ของประเทศไทย เท่ากับ 20.9, 25.6, 26.4,28.5 ต่อ แสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾

หมายเหตุ

1) Crude incidence Rate เท่ากับผู้ป่วยรายใหม่ในรอบปี หาร ด้วยประชากรกลุ่มเสี่ยง (Population at risk) ปรับด้วยจำนวนคน เช่น ต่อ แสนประชากร เป็นต้น

2) Age Standardized Incidence rate มะเร็งเต้านมจะพบบ่อยในผู้สูงอายุ มากกว่าวัยกลางคน ในกรณีที่โครงสร้างทางประชากรต่างกัน เช่น ในพื้นที่หนึ่งมีสัดส่วน ผู้สูงอายุ มากกว่า วัยกลางคน การหา crude incidence rate จึงไม่เหมาะที่จะนำมาเปรียบเทียบ จึงใช้การ กำหนดข้อมูลมาตรฐานมา 1 ชุด ว่าใน 100,000 คน จะมีจำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุกี่คน เมื่อหาจำนวน Age Specific Morbidity / mortality rate ของแต่ละช่วงอายุได้แล้ว ก็นำ rate ดังกล่าวมาคูณด้วยประชากรมาตรฐานในแต่ละช่วงอายุ จะได้จำนวนป่วยหรือตายในแต่ละช่วง อายุว่ามีกี่คน เมื่อนำมาหารด้วย 100,000 ก็จะได้ค่าอุบัติการณ์ที่ปรับค่ากับประชากรมาตรฐาน ที่ เรียกว่า Age standardized incidence rate.

3. การพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกจะมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่า คุณภาพชีวิต ดีกว่าและเสียค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า ในสหรัฐอเมริกาอัตราการรอดชีวิตของมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 ,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 100 ,ร้อยละ 93 ,ร้อยละ 72 และ ร้อยละ 22 ตามลำดับ^{(2),(7)} ค่ารักษามะเร็ง เต้านมในสหรัฐอเมริกา ของ Stage 0, 1/2, 3 , 4 ใน 24 เดือนแรก เท่ากับ \$71,909, \$97,066, \$159,442, และ \$182,655 ตามลำดับ⁽³⁾ ในประเทศอังกฤษอัตราการรอดชีวิตของมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 99,ร้อยละ 90,ร้อยละ 60 และร้อยละ 15 ตามลำดับ และอัตราการ มีชีวิตอยู่ภายหลังการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม 1 ปี ,5 ปี ,10 ปี และมากกว่า 20 ปี ในอังกฤษและ เวลส์เท่ากับ ร้อยละ 95 ,ร้อยละ 90,ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 65 ตามลำดับ⁽¹¹⁾

4. ในประเทศไทยจากรายงานทะเบียนเต้านมระดับโรงพยาบาลในภาค- ตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ พบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีของมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อย ละ 100, ร้อยละ 85,ร้อยละ 39 และร้อยละ 9 ตามลำดับ

5. การศึกษาในช่วงก่อนปี คศ.1990 จะพบว่า Screening Mammogram สามารถ ลดอัตราการตาย แต่ในช่วง 10 ปีหลังมานี้ ประสิทธิภาพของยาที่ให้การรักษาดีขึ้น และเป็น การศึกษาในระยะยาว (Long term study) ซึ่งผลการศึกษาในช่วงก่อนปี 1990 กับหลังปี 1990 มีความแตกต่างกัน ยกตัวอย่าง มีการศึกษาในระยะยาว 25 ปีแบบ Randomized Control Trial ใน แคนาดา พบว่า การตรวจ Mammogram ทุกปีในหญิงอายุ 40-59 ปี ไม่สามารถลดอัตราการ ตายจากมะเร็งเต้านม และจะพบ Overdiagnosis ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ทำ

Screening Mammogram หรือ ทุกๆ 424 รายที่ทำ Screening mammogram จะพบ Over diagnosis 1 ราย⁽¹⁰⁾

6. ในระยะหลังการตรวจคัดกรองโดย Screening Mammogram ก็มีข้อสงสัยว่าจะมีความคุ้มค่าหรือไม่ การศึกษาของ Welch HG ,Passow HJ เรื่อง Quantifying the benefit and harms of screening mammography⁽⁶⁾. สรุปว่า ควรชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีและผลเสียจากการทำ Mammogram ประโยชน์คือสามารถค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้เร็วขึ้น ส่วนผลเสียการแนะนำในการทำ Screening Mammogram โดยหญิงอายุ 50 ปีขึ้นจำนวน 1000 คนในสหรัฐอเมริกา (US) ที่ทำ Mammogram ทุกปีติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปี สามารถลดการตายได้ 0.3-3.2 ราย ตรวจแล้วให้ผลบวกปลอม (False positive) หรือ สงสัยทำให้ต้องตรวจเพิ่มเติม อย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 490-670 ราย ส่งผลเกิด Over diagnosis หรือได้รับการรักษาโดยไม่จำเป็นจำนวน 3-14 ราย ข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่ต้องแจ้งให้ประชาชนทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในประเทศทางตะวันตก พบว่ามีการกระทำห่างขึ้นและในช่วงอายุที่มากขึ้น

7. BSE ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลของการตรวจ และยังมีรายงานที่สร้างความไม่แน่ใจให้เกิดขึ้นจากการรายงานผลการศึกษาคัดกรองเต้านมด้วยตนเองในประเทศจีน ที่ทำโดย National Cancer Institute (NCI) ของสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁾ ได้ศึกษาคัดกรองเต้านมด้วยตนเองในโรงงานที่เยี่ยงไ้ ในปี 2532-2534 จำนวนคนงานหญิงที่ศึกษา 266,064 คน โดยทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มเป็น BSE instruction group จำนวน 132,979 ราย และเป็น control group จำนวน 133,085 ราย โดยในการศึกษานี้จะเรียกหลักสูตรการอบรมเรื่อง BSE ว่า Intensive course โดยจะได้รับการอบรมครั้งแรกก่อน จากนั้นจะได้รับ reinforcement session หลังจากอบรมครั้งแรก 1-3 ปี และได้รับการนิเทศทางการแพทย์ทุก 6 เดือนจนถึง 5 ปี และมีระบบการเตือนความจำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองในทุกเดือน เมื่อครบ 5 ปีจะทำการเก็บข้อมูลการตายจากมะเร็งเต้านมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในปี 2543 และได้ตีพิมพ์ในปี 2545 โดยระบุว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ และยังส่งผลให้เกิดการทำการวินิจฉัยและตรวจขึ้นเนื่องเกินความจำเป็น ซึ่งผลสรุปดังกล่าวได้สร้างความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนถึงประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นอย่างมาก ในปี 2556 NCI ได้ออกมายอมรับ ว่า ผลการศึกษาดังกล่าว ไม่สามารถนำมาอ้างอิงภายนอกได้ (Internal validity

and consistency- Fair, External Validity - Poor)⁽⁵⁾ เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนจากการศึกษา ทำให้ American Cancer Society (ACS) จึงออกข้อเสนอแนะว่า BSE เป็นเพียง Optional Screening tool จากการศึกษาของเซียงไฮ้ในปี 2008 ทำให้ประเทศเดนมาร์กแนะนำว่าไม่มีความจำเป็นต้องทำ BSE เนื่องจากไม่สามารถลดอัตราการตาย ซึ่งคำแนะนำดังกล่าวก็มีผู้ไม่เห็นด้วย เช่น Dr. Marisa Weiss,⁽¹³⁾ ประธานและผู้ก่อตั้งBreastcancer.org สนับสนุนให้ผู้หญิงทำ BSE เนื่องจากร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบโดยการที่เจ้าตัวคลำพบก้อนและไปหาแพทย์ ไม่ใช่พบจาก Mammography การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นโอกาสที่ผู้หญิงจะพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตที่สูงขึ้น การแนะนำไม่ให้ทำ BSE เป็นการส่งสารที่ผิดให้แก่ผู้หญิง เนื่องจากมีหญิงหลายคนที่ไม่สามารถที่จะเข้าถึงการตรวจ Mammography ได้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูง เป็นการไม่เป็นธรรมที่จะกล่าวถึงข้อจำกัดของ BSE เท่านั้น โดยที่การตรวจ Mammography และการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (CBE) ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน ซึ่งเป็นสิทธิของผู้หญิงที่จะเลือกใช้ทั้ง 3 เครื่องมือเพื่อการคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE ,CBE , Mammography) เพราะฉะนั้นข้อเสนอแนะที่ว่าไม่จำเป็นที่ผู้หญิงต้องตรวจเต้านมตนเอง ซึ่งเป็น proactive step ในการตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมตนเอง จึงไม่น่าจะถูกต้อง เพราะเป้าหมายของ Breastcancer.org คือการเสริมพลังประชาชนให้จัดการตนเองได้

2.5 การตรวจคัดกรอง (Screening) มะเร็งเต้านม

1. Screening Concept การคัดกรองคือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่พบอาการหรืออาการแสดง (การตรวจเมื่อพบอาการและอาการแสดงไม่เรียกการตรวจเพื่อคัดกรอง แต่เป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัย) องค์ประกอบที่จะนำมาพิจารณาร่วมในการตรวจคัดกรองได้แก่ ประชากรที่จะคัดกรอง ธรรมชาติของโรค ควรเป็นโรคที่มีระยะที่ยังไม่มีอาการทางคลินิก (Preclinical Stage) ที่ยาวเป็นต้น เครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรอง ความพร้อมของระบบสาธารณสุขในการรองรับ การคัดกรอง การรักษา และการรักษาในกรณีคัดกรองแล้วให้ผลบวก และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการคัดกรอง ในการคัดกรองโรคมะเร็ง แบ่งได้เป็น 2 แบบคือ

1.1. ระบบการตรวจคัดกรองแบบเป็นระบบ (Organized Screening) มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรให้ได้มากที่สุดและความเสี่ยงที่สูงในระดับที่

ต้องการ เช่นคัดกรองกลุ่มผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ตัวอย่างของการคัดกรองประเภทนี้ได้แก่ การคัดกรองในระดับชาติ (National Screening)

1.2. การคัดกรองแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening) เป็นการตรวจคัดกรองแบบอิสระขึ้นกับโปรแกรมที่เลือกและผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการตรวจคัดกรองแบบนี้มักจะมีการเฝ้าระวังตัวเองและเมื่อสงสัยว่าตนเองผิดปกติ ก็สามารถที่จะเข้าถึงระบบบริการได้ด้วยตนเอง

2. การคัดกรองมะเร็งเต้านมของประเทศต่างๆ

2.1. สหรัฐอเมริกา American Cancer Society และ Mayo clinic แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการทำแมมโมแกรมทุกปีในหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งแตกต่างจาก US Preventive Services Task Force (USPSTF) ตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ทุก 2 ปี ในหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป

2.2. แคนาดาและยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ ตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ทุก 2 ปี ในหญิง 50-69 ปี

2.3. ฟินแลนด์ สวีเดน แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ทุก 3 ปี ในหญิงอายุ 50-70 ปี

2.4. เกาหลี ญี่ปุ่น แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการทำแมมโมแกรมทุกปีในหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป

2.5. สรุป การคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้แมมโมแกรมจะขึ้นกับความพร้อมของแต่ละประเทศซึ่งแตกต่างกัน⁽²⁾

3. การคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย การคัดกรองมะเร็งเต้านมมี 3 วิธี ได้แก่

3.1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (Breast Self Examination ,BSE)

3.2. การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เชี่ยวชาญ ปีละ 1 ครั้ง (Clinical Breast Examination , CBE)

3.3. Screening Mammogram คือการตรวจคัดกรองโดยที่ยังไม่พบอาการและอาการแสดง (ถ้าพบอาการและอาการแสดงแล้วเรียกว่าการตรวจเพื่อการวินิจฉัย (diagnosis mammography))

โดยการตรวจคัดกรอง 2 ประเภทแรกได้แก่ BSE และ CBE เป็นการคัดกรองแบบ Mass Screening ส่วนการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม เป็นการตรวจแบบสมัครใจ (voluntary screening) ซึ่งผู้ตรวจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

4. คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสถาบันต่างๆในประเทศไทย

4.1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2555) แนะนำการตรวจคัดกรองเป็น 2 ประเภทคือ

4.1.1. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับประชากร (mass screening)

4.1.1.1. กลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง

4.1.1.2. อายุ 40-69 ปี ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และ

ได้รับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.1.1.3. อายุ 70 ปีขึ้นไปให้พิจารณาเป็นรายๆไป

4.1.2. การคัดกรองมะเร็งเต้านมแบบสมัครใจ

4.1.2.1. อายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง หาก

พบข้อสงสัยให้ปรึกษา และตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก 3 ปี

4.1.2.2. อายุ 40-69 ปี ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และไปรับ

การตรวจเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุขปีละ 1 ครั้ง และตรวจด้วยแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี

4.1.2.3. อายุ 70 ปีขึ้นไป ให้พิจารณาเป็นรายๆไป

4.2. ศูนย์ถันยรักษ์ แนะนำการตรวจคัดกรองแบบสมัครใจดังนี้

4.2.1. อายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ในช่วงอายุนี้นี้ไม่

จำเป็นต้องทำแมมโมแกรม

4.2.2. อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และควรตรวจ

แมมโมแกรมทุก 2 ปี

4.2.3. อายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และควรตรวจ

แมมโมแกรมทุก 1 ปี

4.2.4. อายุ 50 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และควรตรวจ

แมมโมแกรมทุก 1-2 ปี

4.2.5. สำหรับกลุ่มที่มีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม หรือมีประวัติได้รับการฉายรังสีที่หน้าอก ควรปรึกษาแพทย์ เพราะอาจจะต้องตรวจแมมโมแกรมเร็วกว่าปกติ

2.5.1 การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination, BSE)

1. ประวัติความเป็นมาของ BSE

1.1. ในสหรัฐอเมริกา เริ่มเคลื่อนไหวกิจกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในปี 1930 ภายใต้แนวคิดที่ว่า รับผิดชอบต่ออนาคตที่ดีของเต้านม เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

1.2. ปี 1950-1960 ได้สร้างภาพยนตร์โฆษณาในการสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจาก American Cancer Society (ACS) และ National Cancer Institute (NCI) ซึ่งผู้หญิงอเมริกันหลายล้านคนได้เห็นภาพยนตร์โฆษณาดังกล่าว

1.3. ปี 1970 นักวิจัยได้รายงานว่า ผู้หญิงได้รับการบอกกล่าวให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยที่ยังไม่มีหลักฐานว่าการกระทำดังกล่าวจะสามารถที่จะลดอัตราเสียชีวิต บทความในหนังสือ “Unnatural History: Breast Cancer and American Society”⁽¹⁶⁾ “ เขียนโดย Robert A. Aronowitz

2. สรุปเนื้อหาในหนังสือที่เขียนเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ชื่อ “Unnatural History: Breast Cancer and American Society”⁽¹⁶⁾ “

2.1. ปี 1819 Susan Dillwyn Emlen เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม หลังจากทนทุกข์ทรมานจากมะเร็งที่เป็นแผลแตกออกจากผิวหนังเป็นเวลา 6 ปี หลังจากนั้น 150 ปี Rachel Carson เป็นมะเร็งเต้านมเช่นเดียวกัน แต่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากเทคนิคการผ่าตัดและยาที่ใช้ในการรักษาที่ดีขึ้น

2.2. William Halsted ศัลยแพทย์ Johns Hopkins Hospital เชื่อกันในสมัยนั้นว่า ถ้าสามารถผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออกให้หมดได้ ก็จะสามารถเอาชนะมะเร็งเต้านมได้ จึงทำการผ่าตัดด้วยวิธีที่เรียกว่า Radical Mastectomy (First report 1884) ถึงแม้จะเอาก้อนมะเร็งออกได้ แต่เซลล์มะเร็งหาได้จำกัดอยู่ที่เต้านมเท่านั้นไม่ แต่สามารถที่จะแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลได้ Halsted และแพทย์ส่วนใหญ่มักจะเชื่อว่า ตัวผู้ป่วยเองสามารถที่จะค้นพบก้อน

ผิดปกติที่เต้านมได้ ถ้าสามารถค้นพบก้อนแต่เริ่มแรกจะส่งผลดีต่อการรักษา จึงรณรงค์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่เหตุผลที่ทำให้การตรวจเต้านมไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรมาจาก 2 สาเหตุคือ หนึ่ง ผู้หญิงยังมีความกลัวมะเร็งเต้านม ทำให้ไม่กล้าตรวจเพราะกลัวจะพบสิ่งผิดปกติ และสอง คือ ความรู้สึกผิด หรือกลัวถูกประณามว่า ทำไมถึงปล่อยให้พบก้อนใหญ่ขนาดนี้ถึงมาพบแพทย์ การศึกษาในระยะหลังจึงพบว่า การ BSE ไม่ลดอัตราการตาย แต่ยังส่งผลให้เพิ่มความกังวลเมื่อตรวจก้อนที่สงสัยผิดปกติ และทำให้เกิดการทำการวินิจฉัยและการรักษาที่มากเกินไปจนจำเป็น

2.3. ปี 1980 การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมคือความหวังใหม่ของอเมริกัน เพราะสามารถที่จะตรวจพบก้อนขนาดเล็กได้เร็วขึ้น ส่งผลให้ผลการรักษาดีขึ้น และในปี 1990 พบอัตราการตายของมะเร็งเต้านมลดลง แต่ก็ส่งผลเสียคือ Over diagnosis ซึ่งจะให้เกิดการตรวจยืนยันและการรักษาที่มากเกินไป ซึ่งบางคนก็เชื่อว่า ผลของการ Over-diagnosis and over treatment รวมถึงการเพิ่มความวิตกกังวลนั้นมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการวินิจฉัยแต่เริ่มแรก ซึ่งหนังสือเล่มนี้ได้ทิ้งท้ายว่าไม่ว่าจะทำการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการใดๆ ให้คำนึงถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นของการคัดกรองในแต่ละวิธี

3. การทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับการคัดกรองด้วย BSE อ้างอิง Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US Preventive Services Task Force [Internet] ⁽¹⁴⁾. ได้ทำการทบทวนหลักฐานในปี 2002 และทำการสรุปเกี่ยวกับคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ว่า

3.1. ตั้งแต่ปี 2001 เป็นต้นมา หลายองค์กรได้เปลี่ยนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ทุกเดือน

3.2. ACS เปลี่ยนข้อเสนอแนะให้ทำ BSE เป็นทางเลือก (Option) คือจะทำหรือไม่ก็ได้

3.3. NCI กล่าวว่า การสอนให้ทำ BSE ไม่สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้

3.4. CTFPHC ไม่แนะนำให้ทำ BSE เนื่องจากมีหลักฐานว่าไม่มีประโยชน์ แต่มีหลักฐานว่ามีผลเสีย

3.5. WHO แนะนำว่า การควบคุมมะเร็งในระดับชาติไม่ควรแนะนำให้ใช้ BSE ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม

3.6. ACOG แนะนำว่ายังขาดหลักฐานสนับสนุนหรือโต้แย้งเกี่ยวกับการทำ BSE เพราะฉะนั้นยังแนะนำให้คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE

4. การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ในประเทศไทย

4.1. ปี 2542 กรมอนามัยและมูลนิธิถันยรักษ์ได้ทำโครงการร่วมกัน โดยใช้ BSE เป็นเครื่องมือในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ดำเนินการต่อเนื่องในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน

4.2. ปีงบประมาณ 2556 มูลนิธิถันยรักษ์ได้ทำโครงการ “สืบสานพระราชปณิธาน สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ” phase ที่ 1 ปี 2556-2560 โดยความร่วมมือของ 3 ภาคส่วนได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิถันยรักษ์ และ สปสช. ใช้ BSE ร่วมกับสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผ่านกลไกของการสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และในปี 2558 มูลนิธิถันยรักษ์สนับสนุนเครื่อง portable ultrasound ให้แก่จังหวัดในโครงการเพื่อใช้ portable ultrasound ในรายที่ BSE และ CBE โดยเจ้าหน้าที่แล้วฝึกปฏิบัติ จะส่ง Portable Ultrasound ก่อนทำ Mammography และถ้าทำ Ultrasound แล้วฝึกปฏิบัติ จะมีระบบ fast track เพื่อส่งไปทำ Diagnostic Mammogram ต่อไป

5. เหตุผลสนับสนุนการตรวจคัดกรองด้วย BSE

5.1. ประมาณครั้งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยการคลำก้อนผิดปกติจึงมาพบแพทย์ จากการศึกษาของศูนย์ถันยรักษ์ในปี 2554 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 364 ราย พบว่าร้อยละ 48.63 คลำพบก้อนด้วยตนเอง โดยในกลุ่มที่คลำพบก้อนด้วยตนเองนั้น ร้อยละ 18.82 คลำพบก้อนขนาด < 1.5 ซม. และร้อยละ 25.88 คลำได้ก้อนขนาด 1.5-2 ซม.

5.2 เป้าหมายของการ BSE คือการตรวจเพื่อสำรวจว่าเต้านมของตนเองมีความผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่ การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง จะสามารถตรวจพบความผิดปกติของเต้านมได้มากกว่า

5.3 ทำได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย และไม่เป็นภาระต่อระบบงบประมาณ

5.4 BSE สามารถสร้างความตระหนัก (Breast Awareness) ให้กับหญิงไทยในการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และพึ่งตนเอง มากกว่ารอพึ่งระบบสาธารณสุข ที่การเข้าถึงแมมโมแกรมอย่างครอบคลุมนั้นคงไม่สามารถเกิดได้ในเวลาอันใกล้

6. สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

6.1 ใช้แนวทางการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามแนวทางของศูนย์ถันยรักษ์

6.2 สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

6.2.1 ส่วนแรกอธิบายวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

6.2.2 ส่วนที่ 2 เป็นการบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมุดบันทึก
การตรวจเต้านม
ตนเอง

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์มหาราชทรงห่วงใยด้านมะเร็งเต้านม

SAVE YOUR BREAST
THIS BSE PROMOTION IS EARLY DETECTION

SAVE YOUR BREAST

สมุดบันทึก
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ชื่อ นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด อายุ ปี เดือน

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

โรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา

รพสต.

เบอร์โทรศัพท์

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์มหาราชทรงห่วงใยด้านมะเร็งเต้านม

SAVE YOUR BREAST

พระราชปณิธาน :
ผู้หญิงไทยปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม

"...ให้นำเทคโนโลยีที่
ทันสมัยที่สุดมาใช้
อย่างเหมาะสมและ
ให้รักษาคนจน
คนรวยโดยเท่าเทียมกัน"

พระราชดำรัสสมเด็จพระเจ้า
ในวโรกาสทรงเป็นองค์อุปถัมภ์ของรพ. ๒๕๓๗



SAVE
YOUR
BREAST

คำแนะนำการตรวจ

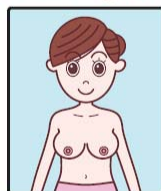
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เป็นสิ่งที่ผู้หญิงทุกคนทำได้เพื่อป้องกันภัยมะเร็งเต้านม
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเองจะทำให้ผู้หญิงเข้าใจธรรมชาติเนื้อเต้านมตนเอง และรู้สึกได้เองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งผิดปกติ
3. ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรเรียนรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และตรวจเป็นประจำทุกเดือนตลอดชีวิต
4. ควรตรวจหลังจากประจำเดือนหมดแล้ว 3-7 วัน เพื่อให้รู้ธรรมชาติของเต้านมเราว่าเป็นอย่างไร
5. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันตรวจเป็นวันใดวันหนึ่งของทุกเดือน

หมายเหตุ : เมื่อพบสิ่งผิดปกติให้แจ้งอสม. และไปพบเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอน



วิธีการตรวจเต้านม ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

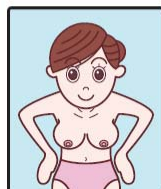
ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา (Look for Change)



- 1.1 ยืนส่องกระจก
ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย**
- ดูว่าเต้านมทั้งสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่
 - หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่



- 1.2 ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ**
- เพื่อดูด้านหน้าและด้านข้างของเต้านมว่ามีความผิดปกติ เช่น รอยย่นหรือรอยบุ๋มหรือไม่

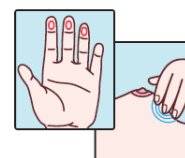
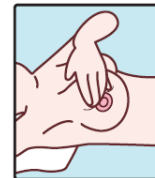


- 1.3 เอามือเท้าเอว เกร็งหน้าอก
โค้งตัวมาข้างหน้า**
- ดูเต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าว่าผิดปกติหรือไม่
 - หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่

ขั้นที่ 2 แล้วคลำด้วยมือ (Feel for Change)

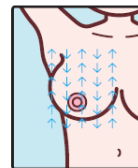
SAVE
YOUR
BREAST

- 2.1 นอนหงายในท่าสบาย**
2.2 สอดฝ่ามือหมุนวนใต้ไหปลาร้า
จะตรวจโดยใช้แขนตั้งฉากกับไหล่



2.3 ใช้กึ่งกลางนิ้วส่วนบน 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)

- กดเป็นวงกลมขนาดเท่าเหรียญสิบบาท แล้วเคลื่อนนิ้วให้ทั่วบริเวณเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว
- โดยกด 3 ระดับ คือ เบา กลาง หนัก



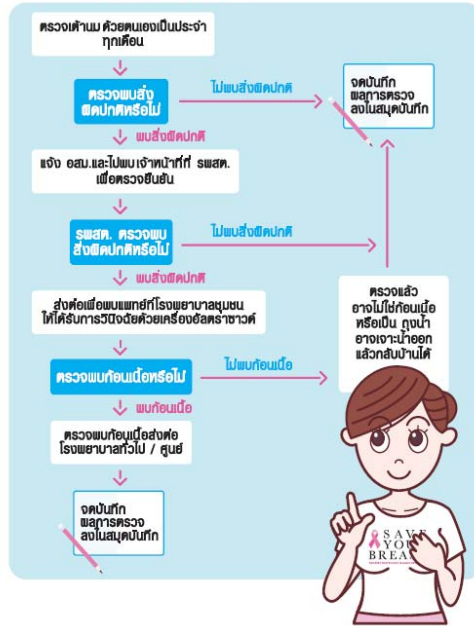
- คลำจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณเต้านมทั้งบริเวณใต้ท้องแขน โดยใช้วิธีเคลื่อนนิ้วเช่นกัน

2.4 ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน

หมายเหตุ : หากตรวจแล้วมีข้อสงสัยโปรดไปพบ อสม. และเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอน

ขั้นตอนปฏิบัติ ของการตรวจเต้านมตนเอง

คำใบ้ของการสังเกตและตรวจเต้านมด้วยตัวเอง คำว่าอะไรต้องห้าม



บันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

รายละเอียดการตรวจเต้านม	ปี 25....											
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1. ลงวันที่ตรวจ												
2. ท่านได้ตรวจด้วยตนเองแล้วครั้งด้วยมือ (ตามวิธี)												
ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา												
- เต้านมสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่?												
- หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมปกติหรือไม่?												
- หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่?												
- มีรอยย่นหรือรอยบุ๋มที่เต้านมหรือไม่?												
- เต้านมที่พินิจมาข้างหน้าผิดปกติหรือไม่?												
ขั้นที่ 2 คลำด้วยมือตามขั้นตอนต่อไปนี้หรือไม่?												
- นอนหงายในท่าสบาย สอดฝ่าซ้นทนมวนได้ให้ซ้นข้างที่จะตรวจ โดยเอาแขนลงจากไหล่												
- ใช้ซ้นกลางคอนบนของ 3 นิ้ว กดเป็นวงกลมขนาดเท่าเหรียญสิบบาท												
- กด 3 ระดับ เบา กลาง หนัก เคลื่อนนิ้วให้ทั่วเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว												
- คลำจากบริเวณใต้รักแร้จนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวซ้นลงจนทั่วบริเวณเต้านมเองบริเวณใต้ซ้นแขน												
- ตรวจเต้านมซ้นข้างในแบบเดียวกัน												
3. ท่านคิดว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ถ้าคิดว่ามีโปรดระบุ												
4. พบ อสม. ตรวจยืนยัน ใช่หรือไม่โปรดระบุ												

กา ✓ เมื่อปกติ
กา ✗ เมื่อพบสิ่งผิดปกติ

7. กลไกที่ทำให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นดังนี้

7.1 โครงการฯ สนับสนุนสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หุ่นจำลองเต้านมเพื่อสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสอนเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเทคนิคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

7.2 เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม จะทำการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม

7.3 อสม.เชี่ยวชาญ ฝึกทักษะให้แก่ผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกำชับให้บันทึกข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในทุกเดือน

7.4 อสม.เชี่ยวชาญรับรองว่า หญิงอายุ 30-70 ปี ที่อยู่ภายใต้การดูแล ได้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยดูจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แล้วส่งข้อมูลการ BSE ทุกเดือน ให้กับ รพ.สต. เพื่อส่งรายงานให้กับโครงการฯ ถึงความครอบคลุมของการ BSE สม่ำเสมอและถูกต้อง

7.5 ในกรณีที่ BSE แล้วพบสิ่งผิดปกติ จะให้เจ้าหน้าที่ตรวจยืนยัน (CBE) ถ้า CBE แล้วผิดปกติ จะทำการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยต่อไป ในกรณีที่เป็นมะเร็งจะบันทึกข้อมูลผ่าน Web site ของโครงการ

2.5.2 การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Clinical Breast Examination (CBE)

1. Clinical Breast Examination คือการตรวจเต้านม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม หรือ ผู้เชี่ยวชาญ โดยเทคนิคการตรวจไม่แตกต่างจาก BSE มากนัก โดยปกติ จะแนะนำให้หญิงอายุ 30-70 ปี ไปตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ เมื่อคลำพบก้อนผิดปกติ หรือในกรณีที่คลำไม่พบก้อนผิดปกติ ให้ไปรับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 1 ครั้ง

2. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US Preventive Services Task Force [Internet] ⁽¹⁴⁾. ได้ทำการทบทวนหลักฐานในปี 2002 และทำการสรุปเกี่ยวกับคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย CBE ดังนี้

2.1. American Cancer Society (ACS) แนะนำ

2.1.1. หญิงอายุ 20-39 ปี ไปสถานบริการเพื่อทำ CBE ทุก 3 ปี

2.1.2. หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ไปสถานบริการเพื่อทำ CBE ทุก 1 ปี

2.2. National Cancer Institute (NCI) กล่าวว่า ไม่มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า CBE สามารถลดอัตราการตาย

2.3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) แนะนำว่าผู้หญิงทุกคนควรไปสถานบริการเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี และทำ CBE ร่วมด้วยทุกปี

2.4. Canadian Task Force on Preventative Health Care (CTFPHC) แนะนำ

2.4.1. หญิงอายุ 50-69 ปีควรไป รพ.เพื่อทำ CBE ทุกปี

2.4.2. อายุ 40-49 ปีไม่มีข้อเสนอนะหรือข้อคัดค้านเกี่ยวกับการทำ CBE

2.5. World Health Organization (WHO) ไม่เสนอแนะให้ไป รพ.เพื่อทำการคัดกรองด้วย CBE แต่ถ้าผู้หญิงท่านใดไปรับบริการปฐมภูมิด้วยสาเหตุอื่นแล้ว ให้ขอทำการ CBE ด้วย

2.5.3 การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม

1. ประวัติความเป็นมาการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม

- 1.1. ปี 1913 Albert Solomon ศัลยแพทย์ชาวเยอรมันคิดค้นภาพถ่ายทางรังสีของเต้านม
- 1.2. ปี 1930 Stafford Warren รังสีแพทย์ชาวอเมริกันรายงานการใช้ Stereoscopic technique สำหรับทำแมมโมแกรม
- 1.3. ปี 1948 Raoul Laborgne แนะนำการถ่ายภาพเต้านมต้องมีการกดเนื้อเต้านม เพื่อเพิ่มคุณภาพการอ่าน
- 1.4. ปี 1960 Robert Egan รังสีแพทย์ชาวอเมริกันได้คิดค้น High milliamperage low kilovoltage technique เพื่อให้ได้ภาพที่มีคุณภาพ
- 1.5. ปี 1963 US National Cancer Institute ร่วมกับ MD Anderson Hospital ได้ทำการศึกษาความแม่นยำของแมมโมแกรมในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม
- 1.6. ปี 1965 American College of Radiology ได้จัดทำ Training Program สำหรับรังสีแพทย์และนักรังสีเทคนิค ในการทำและอ่านแมมโมแกรม
- 1.7. ปี 1970 เริ่มมีการใช้แมมโมแกรมใน USA และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง รายละเอียดให้อ่าน หนังสือ“The Big Squeeze : A social and Politics History of the Controversial Mammography .Cornell University Press, 2012⁽¹⁵⁾ เขียนโดย Dr. Handel Reynolds รังสีแพทย์ ปฏิบัติงานที่ Doris Shaheen Breast Health Center at Piedmont Hospital in Atlanta. ได้เขียนเรื่องเล่าเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม ซึ่งกว่าที่แมมโมแกรมจะมีการใช้อย่างแพร่หลายในอเมริกานั้น ไม่ใช่เหตุผลทางการแพทย์อย่างเดียว แต่เป็นพัฒนาการทางการเมือง สังคม และธุรกิจ

2. สรุปเนื้อหาในบทความในหนังสือ “The Big Squeeze : A social and Politics History of the Controversial Mammography (Cornell University Press, 2012⁽¹⁵⁾)

- 2.1. ในปี 2009 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ได้ประกาศแนวทางในการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammography เปลี่ยนจากการคัดกรองทุกปี ในอายุ 40 ปี ขึ้นไป เป็นคัดกรองทุก 2 ปีตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งทำให้เกิดประเด็นถกเถียงในสังคมว่า คำแนะนำดังกล่าวให้ ความสำคัญประเด็นด้านการเงินมากกว่าประเด็นด้านการคุ้มครองสุขภาพ

ประชาชนหรือไม่ ประเด็นถกเถียงนั้นหาใช่เกิดในปี 2009 แต่เกิดตั้งแต่ปี 1970 ที่เป็นปีที่น่า Mammography มาใช้ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม Dr. Handel Reynolds ได้เขียนเกี่ยวกับ ประวัติศาสตร์การใช้ mammography ตั้งแต่เริ่มใช้เมื่อปี 1970 และได้รับความนิยมจากคนอเมริกันอย่างรวดเร็ว จนเกิดการใช้อย่างกว้างขวางนั้น ไม่ได้เกิดจากเหตุผลทางการแพทย์/ สาธารณสุขอย่างเดียว การคัดกรองดังกล่าวมีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า แต่เป็นเหตุผลทางการเมืองและสังคม และส่งผลต่อเนื่องไปสู่เหตุผลทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองด้วย mammography ด้วย ซึ่งผู้เขียนลำดับเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องแต่เชื่อมโยงกันดังนี้

2.2. การรณรงค์การคัดกรองมะเร็งเต้านม เริ่มในปี 1948 American Cancer Society (ACS). ได้ทำภาพยนตร์เพื่อให้สุศึกษาเรื่อง "Life Saving Fingers," เพื่อสอนประชาชน ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination : BSE). โดยภาพยนตร์ดังกล่าว บรรยายโดย Dr. Alfred Popma, a Boise, ID, รัฐสเปนที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่ริเริ่มการให้ สุศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องเทคนิคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ซึ่งได้เผยแพร่อย่าง แพร่หลายในโรงภาพยนตร์ โดยภาพยนตร์ดังกล่าวได้ตอกย้ำในเรื่องการค้นหามะเร็งเต้านมใน ระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง(BSE)

2.3. ความตื่นตัวของ การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammography มาจากพื้นฐาน ของความสำเร็จของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap smear โดย ในปี 1928, George Papanicolaou นักพยาธิวิทยาชาวกรีกที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่อเมริกาพบวิธีการทำ pap smear ซึ่ง พัฒนามาสู่การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap smear ในระดับ population base ในปี 1952 (Five years cervical cancer program screening project) โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง ACS (American Cancer Society) และ NCI (National Cancer Institute) ผู้หญิงมากกว่า 150,000 คนเข้าร่วมโครงการทำให้สามารถค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเพิ่มขึ้น จาก ร้อย ละ 34 เป็นร้อยละ 57 ในผู้หญิงผิวขาว และจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 38 ในหญิงผิวดำ และ อัตราการตายลดลงภายหลังโครงการจาก 16.8 ต่อแสนประชากรในปี 1953 ลดลงเหลือ 12.2 ต่อ แสนประชากรในปี 1963 ความสำเร็จของการคัดกรองปากมดลูกด้วย pap smear ในระดับ

population base ทำให้แนวคิดในเรื่องการคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรกนั้นได้รับการยอมรับของสังคมอเมริกัน

2.4. ACS หวังจะใช้ Mammography เป็นเครื่องมือในการคัดกรองมะเร็งเต้านม และหวังว่าจะประสบความสำเร็จเหมือนกับคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap smear โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้หญิงในการต้านมะเร็งเต้านม (Women Movement) ในปี 1970 และได้มีการผ่านกฎหมาย National Cancer Act ในปี 1971 ส่งผลให้เกิดการยกฐานะ National Cancer Institute (NCI) และมีการเพิ่มงบประมาณจากรัฐบาลเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ NCI ในปี 1973 ACS ได้ทำโครงการ BCDDP (Breast Cancer Detection and Demonstration Project) โดยสามารถคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammography จำนวน 270,000 คนภายใน 2 ปี ซึ่ง mammography ได้รับการยอมรับ และถือเป็นความหวังใหม่ว่าเทคโนโลยีดังกล่าว จะสามารถที่จะทำให้หญิงอเมริกันเอาชนะมะเร็งเต้านมได้ ทศนคติที่ดีต่อ mammography ทำให้ประเด็นเรื่องอันตรายจากการรับรังสีจาก Mammography หรือการคัดกรองดังกล่าวจะมีประโยชน์หรือคุ้มค่าหรือไม่ ไม่ได้ถูกกล่าวถึงหรือพิสูจน์ความจริง และในปี 1981 ได้มีการสรุปว่า BCDDP ถือเป็นความสำเร็จ จากการนำ Mammography เพื่อทำการตรวจเพื่อการวินิจฉัยในรายที่มีอาการและอาการแสดง (diagnostic Mammography) มาสู่แนวคิด นำ Mammography มาใช้เพื่อคัดกรองหญิงที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดง (Screening mammography) หรือจะกล่าวได้ว่าวงการแพทย์และสังคมอเมริกัน มีการ Shift paradigm จากการใช้ Mammography มาตรวจวินิจฉัย (มีอาการ/อาการแสดง) มาเป็นมาตรวจเพื่อการคัดกรอง (ไม่มีอาการ/อาการแสดง)

2.5. ในปี 1980 เกิดการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งกลยุทธ์ของการณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ใช้ Activist ในการสร้างกระแสรณรงค์โดยใช้ political action model จนสามารถยึดพื้นที่โรคอื่นๆได้ทั้ง Legislative and Scientific Front ทำให้การสนับสนุนงบวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์สูงถึง 1,100 ล้านดอลลาร์ ในขณะที่งบวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมได้เพียง 77 ล้านดอลลาร์ โดยที่ความทุกข์ของผู้เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ถึง 6 เท่าตัว ส่งผลให้ Activist ของมะเร็งเต้านม ถอดบทเรียนความสำเร็จของ Activist โรคเอดส์ และนำ Political Action Model มาใช้ในการรณรงค์มะเร็งเต้านม ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวของกลุ่มกิจกรรมรณรงค์ (Activism)

เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตลาดสีชมพูตามมา (มะเร็งเต้านมใช้สัญลักษณ์สีชมพูในการรณรงค์ จึงเรียกการตลาดสีชมพู)

2.6. ประเด็นถกเถียงกลับมาอีกครั้งในปี 1990 เนื่องจากการศึกษาของ Canada ซึ่งติดตามผู้หญิงที่ทำ Mammography มาเป็นเวลา 8 ปี พบว่า ไม่ลดการตายในกลุ่มผู้หญิง 40-49 ปี ที่ทำ Screening mammography เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำ Screening Mammogram ทำให้ American College of Radiology (ACR) ซึ่งแนะนำให้ทำ Screening Mammography ตั้งแต่วัย 40 ปีขึ้นไป ออกมาได้ตอบว่า การศึกษาของ Canada ไม่น่าเชื่อถือและไม่ควรให้ความสนใจ

2.7. เดือน ธันวาคม 2009 Dr.Otis Brawley Chief medical officer ของ ACS ได้ให้สัมภาษณ์ New York Time ว่า “เรามองประโยชน์ของการใช้ Mammography ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมเกินความเป็นจริง โดยสนใจเกี่ยวกับส่วนเสียที่จะเกิดขึ้นจาก Mammography น้อยเกินไป ในขณะที่ข้อมูลทางวิชาการมองว่าน่าจะทำการคัดกรองเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป แต่ผู้นำด้านการเมืองทั้งระดับรัฐ (state) หรือระดับรัฐบาลกลาง (federal) กลับตัดสินใจว่าควรที่จะคัดกรองในอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปแทน เพื่อพิทักษ์สิทธิของสตรีอเมริกัน

2.8. Mammography ทำให้เกิด การตลาดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดที่ธุรกิจที่มีผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมพยายามสร้างกระแสทางสังคมให้ตระหนักถึงเรื่องมะเร็งเต้านม การตลาดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมได้ประโยชน์จากการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้ Mammography เนื่องจากเหตุผล 3 ประการคือ หนึ่ง เป็นตัวเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสของการตระหนักต่อโรคมะเร็งเต้านมในสังคมอเมริกันในช่วงปี 1987-1991 พร้อมกับการสร้างนักกิจกรรมที่เคลื่อนไหวจนเรื่องมะเร็งเต้านมเป็นเรื่องที่สังคมอเมริกันและนักการเมืองสนใจ สอง ทุกๆการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม 1 รายจะส่งทำให้เกิดผู้คนที่ตระหนักต่อโรคมะเร็งเต้านมไม่ต่ำกว่า 20 คน ได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ซึ่งคนเหล่านี้จะมีผลต่อตลาดสีชมพูและสาม ประเด็นถกเถียงเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นระยะๆทำให้สามารถเลี่ยงกระแสอย่างต่อเนื่องให้มาสนใจในเรื่องมะเร็งเต้านม

2.9. การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammography ส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยที่มากเกินไป (Over diagnosis) การวินิจฉัยที่มากเกินไป คือการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมประเภทที่เติบโตช้ามาก โดยที่มะเร็งนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยตลอดอายุไข (Slow-growing and non-

life-threatening cancer) เช่น การวินิจฉัยมะเร็งระยะ 0 หรือ DCIS (Ductal carcinoma insitu) การวินิจฉัยที่มากเกินไปส่งผลเสียตามมาคือการตรวจชิ้นเนื้อและการรักษาที่ไม่จำเป็น และบางรายได้รับการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นอีกด้วย เนื่องจากสังคมอเมริกันนั้นถูกโน้มน้าวจนมีทัศนคติและความเชื่อต่อเรื่องการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammography จนเชื่อมั่นว่ามีแต่ประโยชน์ไม่มีโทษมายาวนานถึง 40 ปี จนนักวิชาการ นักการเมือง ต่างจึงเฉยไม่ยอมออกมาพูดความจริง เนื่องจากกลัวจะทำให้ประชาชนสับสน ทั้งฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายที่เห็นต่าง ควรหาคำตอบโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อที่จะตอบสังคมให้ได้ว่าการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammography ว่ามีประโยชน์หรือไม่เมื่อเทียบกับผลเสียที่เกิดขึ้น

3. การทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม “ Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US Preventive Services Task Force [Internet] ⁽¹⁴⁾.” ได้ทำการทบทวนหลักฐานในปี 2002 และทำการสรุปว่า

3.1. Randomized Study พบว่ากลุ่มที่ Mammography Screening เสียต่อการเสียชีวิต เป็น 0.84 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำ Mammography Screening (RR = 0.84 95% CI 0.77–0.91) Meta-analysis of 8 trial.

3.2. กลุ่มผู้หญิงที่อายุสูงขึ้นจะเสี่ยงมากขึ้นต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและการเสียชีวิต

3.3. การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยด้วย Mammography อย่างเดียว หรือ Mammography ร่วมกับ CBE สามารถลดอัตราการตายได้

3.4. CBE อย่างเดียวหรือ BSE อย่างเดียวไม่สามารถลดอัตราการตายได้

3.5. Sensitivity & Specificity ของ Mammography เท่ากับ 77–95% and 94–97% ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่า sensitivity and specificity ของ CBE ซึ่งเท่ากับ 40–69% and 88–99%, ตามลำดับ

3.6. Positive predictive value (PPV) of mammography สูงขึ้นตามอายุ และตามประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของญาติสายตรง

3.7. ประโยชน์จากการทำ Screening Mammography เพิ่มขึ้นตามอายุ ในขณะที่ผลเสียจากการทำ Screening Mammography ลดลงตามอายุ อย่างไรก็ตามประโยชน์จากการทำ Screening Mammographic จะมากกว่าผลเสียขึ้นกับแต่ละบุคคล

3.8. ประสิทธิภาพของการทำ Screening mammography 2 ปีครั้งไม่แตกต่างกับการทำปีละครั้งในหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป

3.9. การลุกลามของมะเร็งเต้านมในกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี เร็วกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี และ Sensitivity ก็ต่ำในช่วงอายุนี้นี้ด้วย นอกจากนี้ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าการทำ Screening Mammography ในหญิงอายุน้อยกว่า 50 ปีมีประโยชน์

3.10. ผลเสียของ Screening mammography และ CBE คือ ผลบวกปลอม (False positive) โดยการคัดกรองจะทำให้เกิดการรักษารอยโรคที่อาจจะไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิต (Over diagnosis induce over treatment)

3.11. ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมให้ชัดเจนได้แก่

3.11.1. ยังไม่สามารถคำนวณประโยชน์ (cost benefit) จากการคัดกรองด้วย mammography ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี

3.11.2. อายุที่จะหยุดคัดกรองหลังอายุ 69 ปี ควรเป็นเท่าไรยังไม่ทราบ

3.11.3. ยังไม่ทราบประโยชน์ของการคัดกรองด้วย CBE อย่างเดียว กับกลุ่มที่ไม่ได้ทำการคัดกรองด้วย CBE และกลุ่มที่ทำการคัดกรองด้วย BSE อย่างเดียวกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำ BSE

3.11.4. ขนาดของผลเสียจากการทำการ Screening ด้วยวิธีต่างๆ ยังไม่ทราบแน่ชัด

3.11.5. ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ระบุอย่างแน่ชัดว่า ควรจะทำการคัดกรองด้วยความถี่เท่าไร (Screening Interval) ในแต่ละช่วงอายุ

4. การตรวจแมมโมแกรม คือการถ่ายภาพรังสีที่มีปริมาณรังสีต่ำ เพื่อหาพยาธิสภาพของเต้านม โดยรังสีแพทย์จะแปลผลว่าเป็นเต้านมปกติ หรือผิดปกติ ถ้าผิดปกติมีโอกาสเป็นมะเร็งมากน้อยเพียงไร มาตรฐานสากลที่ใช้เรียกว่า Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS) Categories ของความผิดปกติที่ตรวจพบ ตาราง A1

ตาราง A1 BIRADS Categories ในการแปลผลแมมโมแกรม

BIRADS Category	Interpretation	การแปลผล	การนัด Follow up
0	Incomplete – Need Additional Imaging	การตรวจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมหรือต้องการการตรวจครั้งก่อนหน้ามาเปรียบเทียบ	Routine Screening

BIRADS Category	Interpretation	การแปลผล	การนัด Follow up
	evaluation		
1	Normal	ผลการตรวจปกติ คือเนื้อเต้านมทั้ง 2 มีสัดส่วนสมดุลกัน ไม่พบก้อนเนื้อใดๆ โครงสร้างของเนื้อเต้านมไม่บิดเบี้ยวและไม่พบหินปูนที่น่าสงสัย	Routine Screening
2	Benign	ผลตรวจถือว่าปกติ โดยที่ไม่เหมือนกลุ่ม Normal คือพบลักษณะบางอย่างแต่สามารถชี้ชัดว่าไม่ใช่มะเร็ง	Routine Screening
3	Probably Benign	ผลตรวจมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมน้อยกว่าร้อยละ 2	Short interval Follow up
4	Suspicious	ผลตรวจมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่ร้อยละ 3-94 ขึ้นกับลักษณะการตรวจพบว่าเป็นอะไร	Tissue diagnosis
5	Highly Suggestive of Malignancy	ผลตรวจมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงมาก ร้อยละ 95 ขึ้นไป	Tissue diagnosis
6	Known Biopsy Proven malignancy	มีผลการตรวจชิ้นเนื้อพิสูจน์แล้วว่าเป็นมะเร็ง แต่ทำแมมโมแกรมเพิ่มเติมก่อนการรักษา และไม่พบมีความผิดปกติอย่างอื่นนอกจากก้อนที่เจาะพบว่าเป็นมะเร็ง	

หมายเหตุ : 1) ACR (American College of Radiology) BIRADS 3rd and 4th edition กำหนดว่า BIRAD

0,4,5 เป็น Positive Mammogram และ BIRAD 1-3 เป็น Negative Mammogram โดยถือว่าการทำ

Ultrasound ไม่ใช่ Screening tool แต่เป็น Diagnostic tool

2) เต้านมของหญิงไทยเป็น Dense breast มากกว่าร้อยละ 90 ทำให้เห็นรอยโรคไม่

ชัดเจน ในการทำ Screening mammogram จะทำ ultrasound ควบคู่ไปด้วย เพราะฉะนั้นการนิยาม Positive

Mammogram จึงแตกต่างจาก ACR คือผลตรวจ Positive คือผลตรวจที่ BIRAD 4,5 ส่วน Negative

Mammogram คือผลตรวจที่ BIRADS 1,2,3

5. เนื่องจากเครื่องแมมโมแกรมราคาแพง และต้องใช้รังสีแพทย์ในการแปลผล ทำให้การ

คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมแบบ Mass Screening หรือ Organized Screening จึง

ทำในประเทศที่มีรายได้สูงในยุโรป อเมริกา ญี่ปุ่น เกาหลี ส่วนประเทศที่มีรายได้ปานกลางการคัด

กรองด้วยแมมโมแกรมจึงเป็นแบบทางเลือก (Option หรือ Opportunity screening) คำแนะนำ

ในการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ของแต่ละประเทศ ดังตาราง A2

ตาราง A2 : Age at first start mammography for other countries.

Country	Year	Age to start Screening	Mammography Screening Guideline
Korea	2006	>=40 years	Annually
		>=40 years	Every 2 years
Finland	2007	50-69 years	Every 3 years
UK	2007	50-70 years	Every 3 years
Northern Ireland	2007	50-64 years	Every 3 years
Sweden	2009	40-49 years	Annually
Vermont	2008	>=40 years	Every 1-2 years
Norway	2007	50-69 years	Every 2 years
USA (ACS)	2011	>=40 years	Annually
		20-39 years	Undergo CBE every 3 years
USA(Prevention and service taskforce)	2011	>=50 years	Every 1-2 years with or without CBE
USA (ACS)	2015	40-49 year	Annually
USA (USPSTF)	2015	40-49 years	May begin every 2 years
		50-74 year	Every 2 years
Canada (Taskforce on Preventive Health care)	2011	40-49 years	Annually
		50-74 year	Every 2-3 years
Taiwan (Health Promotion Administration)	2013	45-69 years	Every 2 years
		40-44 years (เฉพาะในรายที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม)	Every 2 years
India (NCCI guideline)	2014	40-49 years	Annually
		50-79 years	Every 2 years
Japan	2014	>=50 years	Every 2 years
Thailand (NCI)	2012	40-69 year	Every 1-2 year with or without

Country	Year	Age to start Screening	Mammography Screening Guideline
			CBE (ภาคสมัครใจ ชำระเงินเอง)

*จากหนังสือ “ 20 years Thanyarak Breast Cancer .Breast Imaging & Medical Audit From past to present.”

6. ความเป็นไปได้ในการใช้ Mammogram ไปทำ Mass Screening ในประเทศไทย

การทำ Mass Screening คือการตรวจแมมโมแกรมหญิงในกลุ่มอายุที่กำหนดตามความถี่ที่กำหนดทุกราย โดยที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม ถ้ามีอาการ/อาการแสดง เช่น มีก้อนที่เต้านม เต้านมหรือหัวนมบิดเบี้ยว มีเลือดออกที่หัวนม ไม่ถือเป็นการตรวจคัดกรอง แต่เป็นการตรวจแมมโมแกรมเพื่อวินิจฉัย (Diagnosis Mammography) จากข้อมูลของมูลนิธิทันรักษ์ ประมาณการว่า

- 6.1 เครื่องแมมโมแกรมทั้งประเทศประมาณ 400 เครื่อง
- 6.2 รังสีแพทย์ทั้งประเทศประมาณ 1,400 คน
- 6.3 เจ้าหน้าที่รังสีและนักรังสีเทคนิคทั้งประเทศ ประมาณ 10,000 คน
- 6.4 ประเทศไทยยังไม่มีระบบ QC และ QA เกี่ยวกับการตรวจแมมโมแกรม
- 6.5 การทำแมมโมแกรมทั่วประเทศ ไม่เกิน 200,000 รายต่อปี ถ้าจะคัดกรอง

ผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ซึ่งมีประมาณ 20 ล้านคน ต้องใช้เวลาทั้งสิ้น 100 ปี

การเอกซเรย์เต้านม (Screening Mammography)



7. แนวคิดในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ตามโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายมະเร้งเต้านม

7.1. ปณิธานของสมเด็จพระเจ้านายมະเร้งเต้านมคือ “ให้นำเทคโนโลยีที่ดีที่สุดมาใช้
อย่างเหมาะสม และให้รักษา คนจน คนรวยโดยเท่าเทียมกัน “

7.2. ควรบูรณาการวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีดั้งเดิมที่ใช้อยู่ได้แก่ BSE ,
CBE ,Mammography และหาวัดกรรมเพื่อการคัดกรองใหม่ ๆ เช่น การคัดกรองด้วย Portable
Ultrasound ในพื้นที่ห่างไกล , Automatic Whole Breast Ultrasound (ABUS) เพื่อให้สามารถ
ค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นให้ได้มากที่สุด

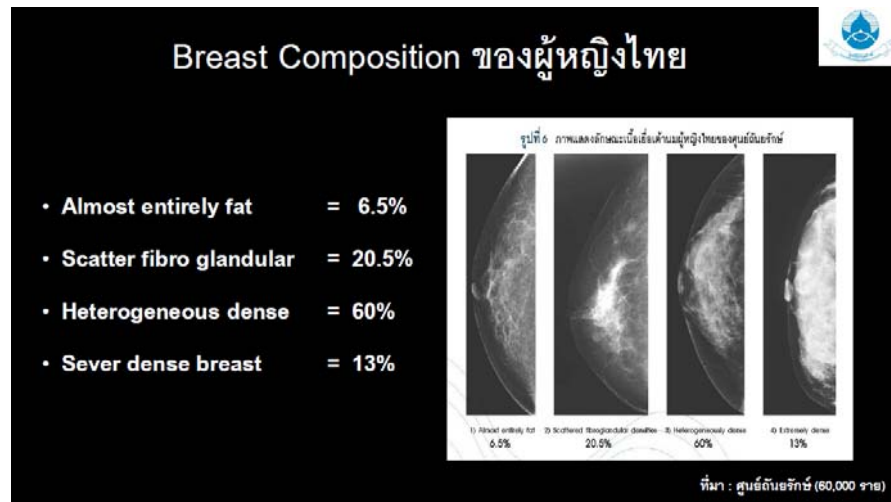
7.3. เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ใช้กลไกสาธารณสุขมูลฐานโดยใช้ อสม.
เป็นจุดเริ่มต้นในการคัดกรองเพื่อลงสู่ประชาชน และเชื่อมต่อระบบสาธารณสุขมูลฐาน ไปสู่บริการ
ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมได้อย่างรวดเร็วและมี
คุณภาพ

7.4. ใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับปรุงวิธีการที่ได้ประโยชน์สูง
ประหยัดสุด และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

2.5.4 ระบบข้อมูลจาก Medical Audit : ของศูนย์ถันยรักษ์เกี่ยวกับการตรวจแมมโมแกรม

ศูนย์ถันยรักษ์ เริ่มเปิดดำเนินการในปี 2538 มีผู้มาตรวจแมมโมแกรม จำนวน 1,364 ราย
ในปี 2538 และเพิ่มเป็น 55,603 รายในปี 2558 และได้พัฒนาระบบ Medical Audit : Breast
Imaging Examination ตั้งแต่ปี 2549 โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังไปถึงปีที่เริ่มเปิดศูนย์คือปี 2544
สรุปองค์ความรู้ที่ได้เพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบคัดกรอง เป็นดังนี้

1. ลักษณะเต้านมหญิงไทย พบ Entirely fat ร้อยละ 6.5 , Scatter fibro granular
ร้อยละ 20.5 ,Heterogeneous dense ร้อยละ 60 % , Sever dense ร้อยละ 13 ซึ่งแตกต่างจาก
เต้านมของฝรั่ง ทำให้ในประเทศไทย ต้องตรวจ ultrasoundควบคู่กับการตรวจ Mammography
เนื่องจาก Dense breast จะทำให้มองเห็นก้อนที่เต้านมได้ยาก



2. ทำ Mammography อย่างเดียวจะค้นพบ Early Cancer ได้ร้อยละ 80 และถ้าทำ Ultrasound อย่างเดียวจะค้นพบ Early cancer ร้อยละ 75 โดยถ้าทำทั้ง 2 อย่างควบคู่กันไป จะทำให้ค้นพบ Early Cancer สูงถึงร้อยละ 90

3. ร้อยละ 48.63 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คลำก้อนได้เอง โดยร้อยละ 18.82 คลำพบก้อน ขนาดน้อยกว่า 1.5 ซม.และร้อยละ 25.88 คลำก้อนได้ขนาด 1.5-2.0 ซม.

4. ใช้ Mammography เพื่อการตรวจคัดกรอง ผลการศึกษาเป็นดังตาราง A3

ตาราง A3 การทำการตรวจคัดกรองโดยใช้ Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป
ของศูนย์อนามัยราชบุรี 2008-2012

Outcome of Screening Medical audit 2008-2012 Thanyarak breast Center										
	TP	FP	FN	TN	Total	CDR/1000	CR/1000	Sensitivity	Specificity	PPV
Fist Screen										
<40	11	146	1	2,356	2,514	4.4	4.8	92	94.2	29.1
40-49	60	400	15	7,293	7,768	7.7	9.7	80	94.8	15.1
50-59	71	268	12	5,581	5,932	12.0	14.0	86	95.4	11.0
60-69	33	68	4	1,740	1,845	17.9	20.1	89	96.2	15.0
>=70	12	26	-	338	376	31.9	31.9	100	92.9	87.1
รวม	176	908	32	17,308	18,435	9.5	11.3	85	95.0	16.2
Sub Sequent Screen										
<40	5	43	2	3,364	3,414	1.5	2.1	71	98.7	10.4
40-49	42	360	17	26,140	26,559	1.6	2.2	71	98.6	10.4
50-59	74	283	40	35,726	36,123	2.0	3.2	65	99.2	20.7
60-69	52	109	12	13,003	13,176	3.9	4.9	81	99.2	32.3
>=70	13	25	3	2,829	2,870	4.5	5.6	81	99.1	34.2
รวม	186	820	74	81,062	82,142	2.3	3.2	72	99.0	18.5
All Screen										
<40	16	189	3	5,720	5,928	2.7	3.2	84	96.8	7.8
40-49	102	760	32	33,433	34,327	3.0	3.9	76	97.8	11.8
50-59	145	551	52	41,307	42,055	3.4	4.7	74	98.7	20.8
60-69	85	177	16	14,743	15,021	5.7	6.7	84	98.8	32.4
>=70	25	51	3	3,167	3,246	7.7	8.6	89	98.4	32.9
รวม	373	1,728	106	98,370	100,577	3.7	4.8	78	98.3	17.8

TP = True Positive, FP = False Positive, FN = False Negative ,TN = True Negative, CDR = Cancer Detection rate, CR=Cancer Rate

4.1. อัตราพบมะเร็งเต้านม (Cancer Detection rate ,CDR) เท่ากับ 9.5 ต่อการคัดกรอง 1,000 ราย และเมื่อทำการคัดกรองซ้ำในปีต่อไป อัตราการพบมะเร็งเต้านมจะต่ำลงเหลือ 2.3 ต่อการคัดกรอง 1,000 รายของการตรวจคัดกรอง โดยคัดกรองในกลุ่มอายุที่มากขึ้น CDR และ Sensitivity ก็จะสูงขึ้นตามวัย ส่วน Specificity ใกล้เคียงกัน

4.2. Sensitivity ของการคัดกรองด้วยแมมโมแกรมครั้งแรก เท่ากับ 85% Specificity 95 โดยมี Positive Predictive Value (PPV) เท่ากับ 16.2 หรือจะกล่าวได้ว่า ในกรณีที่ทำ Screening mammography แล้ว Positive (BIRADS 3,4) จำนวน 100 คน มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมโดยผลขึ้นเนื้อเพียง 16.2 คน

5. ในกลุ่มที่มีอาการหรืออาการแสดง แล้วนำมาทำแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Mammography) ผลการศึกษาเป็นดังตาราง A4

5.1. อัตราพบมะเร็งเต้านม (Cancer Detection rate ,CDR) เท่ากับ 109.5 ต่อการคัดกรอง 1,000 ราย Diagnostic Mammography ค้นพบมะเร็งเต้านม สูงกว่า Screening Mammography 11.5 เท่า และเมื่อทำการคัดกรองซ้ำในปีต่อไป อัตราการพบมะเร็งเต้านมจะต่ำลงเหลือ 6.7 ต่อการคัดกรอง 1000 รายของการตรวจคัดกรอง โดยคัดกรองในกลุ่มอายุที่มากขึ้น CDR และ Sensitivity ก็จะสูงขึ้นตามวัย ส่วน Specificity ใกล้เคียงกัน

5.2. Sensitivity ของการคัดกรองด้วยแมมโมแกรมครั้งแรก เท่ากับ 97% Specificity 83.9% โดยมี Positive Predictive Value (PPV) เท่ากับ 43.4 หรือจะกล่าวได้ว่า ในกรณีที่ทำ Diagnostic mammography แล้ว Positive (BIRADS 3,4) จำนวน 100 คน มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมโดยผลขึ้นเนื้อ 43.4 คน โดย PPV จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ตาราง A4 การทำการตรวจ Diagnostic Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป ของศูนย์ถันยรักษ์
ปี 2008-2010

Outcome of Diagnostic Mammography Medical audit 2008-2010 Thanyarak breast Center										
	TP	FP	FN	TN	Total	CDR/1000	CR/1000	Sensitivity	Specificity	PPV
Fist diagnose										
<40	120	532	7	2,898	3,557	33.7	35.7	94	84.5	18.4
40-49	288	471	11	2,231	3,001	96.0	99.6	96	82.6	37.9
50-59	279	193	7	1,082	1,561	178.7	183.2	98	84.9	59.1
60-69	164	47	5	315	531	308.9	318.3	97	87.0	77.7
>=70	124	26	2	99	251	494.0	502.0	98	79.2	82.7
รวม	975	1,269	32	6,625	8,901	109.5	113.1	97	83.9	43.4
Sub Sequent diagnose										
<40	13	249	3	5,109	5,374	2.4	3.0	81	95.4	5.0
40-49	67	474	45	12,100	12,686	5.3	8.8	60	96.2	12.4
50-59	71	240	36	8,553	8,900	8.0	12.0	66	97.3	22.8
60-69	35	48	22	1,957	2,062	17.0	27.6	61	97.6	42.2
>=70	13	13	5	453	484	26.9	37.2	72	97.2	50.0
รวม	199	1,024	111	28,172	29,506	6.7	10.5	64	96.5	16.3
All Diagnosis										
<40	133	781	10	8,007	8,931	14.9	16.0	93	91.1	14.6
40-49	355	945	56	14,331	15,687	22.6	26.2	86	93.8	27.3
50-59	350	433	43	9,635	10,461	33.5	37.6	89	95.7	44.7
60-69	199	95	27	2,272	2,593	76.7	87.2	88	96.0	67.7
>=70	137	39	7	552	735	186.4	195.9	95	93.4	77.8
รวม	1,174	2,293	143	34,797	38,407	30.6	34.3	89	93.8	33.9

TP = True Positive,FP = False Positive,FN = False Negative ,TN = True Negative,CDR = Cancer Detection rate,CR=Cancer Rate

6. ข้อมูลจากตาราง A3 (Screening Mammography) และ A4 (Diagnostic Mammography) สรุปได้ว่า

6.1. ถ้าจะใช้แมมโมแกรมเพื่อการคัดกรอง การกำหนดช่วงอายุที่จะทำการคัดกรอง จะส่งผลต่ออัตราการค้นพบมะเร็ง (CDR) , PPV โดยค่า CDR และ PPV จะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

6.2. การคัดกรองครั้งแรกจะมีอัตราการค้นพบมะเร็งมากกว่าการคัดกรองครั้งต่อไป

4.1 เท่า

6.3. Diagnostic Mammography พบมะเร็งได้มากกว่า Screening Mammography

11.5 ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (Mid Income country) และมีทรัพยากรจำกัด (เครื่องแมมโมแกรมและรังสีแพทย์) ควรใช้ Mammogram เพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Mammography) มากกว่าใช้เพื่อการคัดกรอง (Screening Mammography)

7. Diagnostic Mammography ที่มาด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆ ของ ศูนย์ถันยรักษ์ในปี 2008-2012

7.1. ผู้ป่วยที่มาทำ Diagnostic Mammography อาการ/อาการแสดง ที่เป็นสาเหตุให้มารับการตรวจมากที่สุดคือ พบก้อนที่เต้านม รองลงมาคือ เจ็บเต้านม เป็นก้อนเนื้ออกที่เต้านม ประเภท Fibro adenoma ก้อนที่รักแร้

7.2. อาการ/อาการแสดงที่มีโอกาสเป็นมะเร็ง ได้แก่ ผิวหนังบริเวณเต้านมหรือหัวนม ผิดปกติ มีเลือดออกที่หัวนม ในรายที่ส่งมาปรึกษา อาการผิดปกติที่เต้านมระหว่างการคลอดหรือระหว่างให้นมบุตร มีก้อนที่เต้านม มีก้อนที่บริเวณรักแร้ ปวดเต้านม มีสิ่งผิดปกติแต่ไม่ใช่เลือดออกมาที่หัวนม

7.3. กลุ่ม BIRADS Category 3 (Probably benign) คือกลุ่มที่นัดมา Follow up มากที่สุด ซึ่งกลุ่มนี้มีโอกาสตรวจพบเป็นมะเร็งร้อยละ 0.57

ตาราง A5. Diagnostic Mammography ที่มาด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆ

Outcome of Diagnostic medical audit 2008-2012 of Thanyarak Breast Center				
indication	n	%	cancer	%
Breast mass	7,093	57%	908	12.80%
Axillar mass	355	3%	37	10.42%
Known fibroadenoma	1,160	9%	9	0.78%
Nipple bloody discharge	97	1%	27	27.84%
Nipple Non bloody discharge	406	3%	6	1.48%
Skin/Nipple abnormal	68	1%	20	29.41%
pain	2,446	20%	40	1.64%
Breast symptom during pregnancy or lactation period	95	1%	17	17.89%
Post breast implant	96	0%	1	1.04%
consult	690	3%	135	19.57%
Sub total 1	12,506	100%	1,200	9.60%
Follow up previous BIRADS 3	22,586	89%	129	0.57%
Follow up previous surgery or biopsy	2,860	11%	35	1.22%
Sub total 2	25,446	100%	1,500	5.89%
Total	37,952		2,700	7.11%

8. ประเภทของมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบจากการทำ Screening Mammography ตารางที่ A6

ตาราง A6 ประเภทของมะเร็งเต้านมที่ได้จากการ Screening Mammogram.

Breast Cancer Histopathology Detection in Screening Mammography of Thanyarak breast center								
	Age group	DCIS	IDC+/- Other	ILC+/- Other	Other	Unknown	Total	
2008-2010	<40	3	5	0	1	2	11	5.7%
	40-49	15	29	1	1	5	51	26.6%
	50-59	28	38	3	0	5	74	38.5%
	60-69	13	25	2	2	1	43	22.4%
	>=70	3	8	0	2	0	13	6.8%
	รวม	62	105	6	6	13	192	100.0%
2011-2012	<40	1	2	0	0	2	5	2.2%
	40-49	18	44	1	2	2	67	29.5%
	50-59	34	45	1	8	7	95	41.9%
	60-69	9	30	2	5	2	48	21.1%
	>=70	2	8	0	1	1	12	5.3%
	รวม	64	129	4	16	14	227	100.0%
2008-2012	<40	4	7	0	1	4	16	3.8%
	40-49	33	73	2	3	7	118	28.2%
	50-59	62	83	4	8	12	169	40.3%
	60-69	22	55	4	7	3	91	21.7%
	>=70	5	16	0	3	1	25	6.0%
	รวม	126	234	10	22	27	419	100.0%
%		30.1%	55.8%	2.4%	5.3%	6.4%	100.0%	
IDC+/- other = IDC alone or IDC with eg DCIS, Invasive lobular carcinoma, Mucinous Carcinoma etc								
ILC+/- other = ILC alone or ILC with eg DCIS								
Other = eg Papillary Carcinoma , Mucinous Carcinoma etc								

8.1. พบมะเร็งเต้านมประเภท Intra ductal Carcinoma (IDC) มากที่สุด ร้อยละ 55.8 รองลงมาได้แก่ Ductal Carcinoma insitu ร้อยละ 30.1 และพบ Intra lobular Carcinoma น้อยที่สุด ร้อยละ 2.4

8.2. การทำ Screening Mammography แล้วพบมะเร็ง stage 0 หรือ DCIS ถึงร้อยละ 30 จะส่งผลให้ต้อง Investigate เพิ่มเติม หรือติดตามการรักษา เนื่องจาก DCIS นั้นส่วนน้อยจะกลายเป็นมะเร็ง ส่วนมากจะเป็น Slow-growing and non-life-threatening cancer หรือเป็นมะเร็งก้อนเรื้อรังที่ไม่มีอาการ/อาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อเสียของ Screening Mammography ที่ทำให้เกิด Overdiagnosis ซึ่งจะตามมาด้วย Over treatment.

2.5.5 การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่อง Ultrasound

1. ยังไม่มีรายงานว่ามีประเทศใดใช้การอัลตราซาวด์อย่างเดียวในการตรวจคัดกรอง

มะเร็งเต้านม แต่ใช้การตรวจเต้านมด้วยอัลตราซาวด์ควบคู่กับการตรวจแมมโมแกรม โดยเฉพาะในประเทศที่เนื้อเต้านมเป็นประเภท Dense breast ซึ่งทำให้การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมตรวจไม่พบก้อนทั้งที่มีก้อน เนื่องจากแยกก้อนผิดปกติจากเนื้อเต้านมปกติได้ยาก

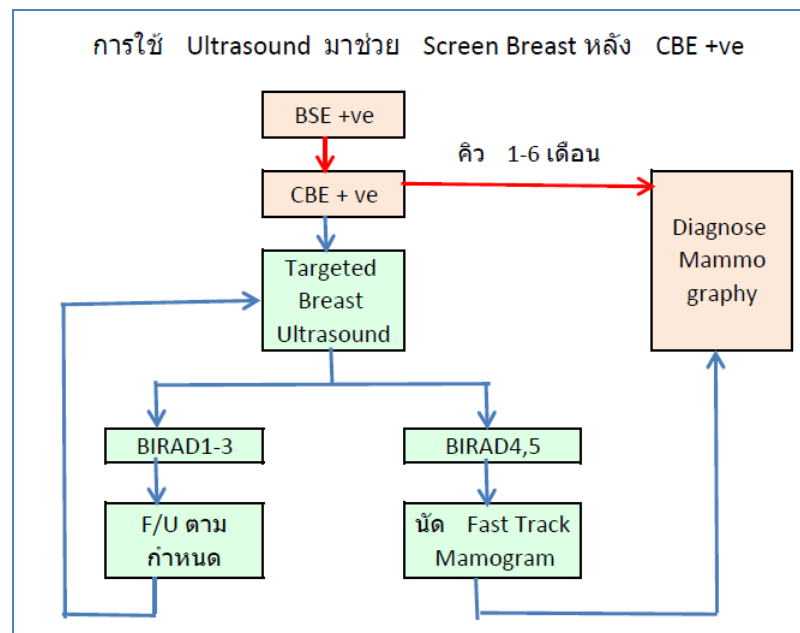
2. ทำ Ultrasound อย่างเดียวจะค้นพบ Early cancer ร้อยละ 75 ถ้าทำ Mammography อย่างเดียวจะค้นพบ Early Cancer ได้ร้อยละ 80 ถ้าทำทั้ง 2 อย่างควบคู่กันไป จะทำให้ค้นพบ Early Cancer สูงถึงร้อยละ 90

3. Automated Breast Ultrasound (ABUS) คือเครื่องตรวจอัลตราซาวด์เต้านมแบบ 3 มิติ โดยเครื่องจะทำการ Scan เต้านมแทนรังสีแพทย์ โดยจะนำมาใช้ในผู้หญิงที่มี Dense breast เพื่อช่วยแยกระหว่างก้อนเนื้อกับถุงน้ำ และช่วยค้นหาก้อนที่มีลักษณะผิดปกติออกจากเนื้ออกธรรมดา เนื่องจาก ABUS สามารถที่จะ Scan ได้ 3 ด้าน (Volume) ทั้ง AP (ด้านหน้าไปหลัง) , Lateral (ด้านนอก) , Medial (ด้านใน) ทำให้รังสีแพทย์สามารถแปลผลได้แม่นยำกว่า ปัจจุบันได้มีการศึกษาเพิ่มเติมโดยนำ Computer – Aid Detection (CAD) Software มาช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ซึ่งทางศูนย์ถันยรักษ์กำลังศึกษาความเป็นไปได้ที่จะนำ ABUS มาใช้ในการวินิจฉัยหรือคัดกรองมะเร็งเต้านม เนื่องจาก รังสีแพทย์มีอยู่จำกัด ABUS ใช้เพียงบุคลากรที่ได้รับการฝึกหัดในการใช้เครื่องเท่านั้น แต่ ABUS ก็มีข้อจำกัดในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ประเภท Ductal carcinoma insitu ที่มีเฉพาะ Calcification ได้ ซึ่งเป็นความหวังในอนาคต ถ้าสามารถนำ ABUS มาใช้ในการวินิจฉัยหรือคัดกรองมะเร็งเต้านม ในประเทศที่มีรังสีแพทย์จำกัดอย่างประเทศไทย

การนำอัลตราซาวด์เคลื่อนที่มาใช้ในคัดกรองก้อนผิดปกติที่เต้านม

ในระบบคัดกรองมะเร็งเต้านมของประเทศไทย คือ ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (BSE) เมื่อพบหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติที่เต้านม จะส่งไปที่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม ทำการตรวจเต้านม (CBE) ซึ่งถ้าพบสิ่งผิดปกติก็ส่งต่อไปเพื่อให้ไปทำแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัย (Diagnose Mammogram) ต่อไป ซึ่งระยะเวลาการรอตรวจแมมโมแกรมของแต่ละโรงพยาบาลประมาณ 1-6 เดือน แล้วแต่โรงพยาบาล ในพื้นที่ที่ทำ

การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย CBE ทั้งจังหวัด จะทำให้พบความผิดปกติที่เต้านมมากขึ้น ส่งผลต่อ Workload ในการทำแมมโมแกรมของพื้นที่ทำให้ระยะเวลารอคอยนานขึ้นกว่าเดิม โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระราชกิตติอาทิตยราช ในการทำ Targeted ultrasound และสนับสนุนเครื่องอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ให้แก่จังหวัดที่ร่วมโครงการ เพื่อคัดกรองความผิดปกติที่เสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม (BIRAD 4,5) ผ่านช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อไปทำแมมโมแกรมได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และการสนับสนุนเครื่องอัลตราซาวด์แบบเคลื่อนที่จะทำให้เข้าถึงประชาชนที่ห่างไกลได้มากขึ้นเป็นการเพิ่มความเท่าเทียม (Equity) จังหวัดที่ได้รับมอบอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ ได้แก่ จังหวัด เชียงราย นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี จันทบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม เชียงใหม่ สกลนคร โดยบางจังหวัดได้รับมอบมากกว่า 1 เครื่อง



2.6 โครงการการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย

การรณรงค์ให้หญิงไทยตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ หรือได้รับการตีพิมพ์ในประเทศไทย จึงทบทวนจากการสรุปผลโครงการที่เกี่ยวกับการรณรงค์ BSE ของกรมอนามัยดังนี้

1. ปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้หญิงไทยตรวจเต้านมด้วยตนเอง เดือนละ 1 ครั้ง โดยดำเนินการในสมัยที่ นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ เป็นอธิบดีกรมอนามัย โดยประสานความร่วมมือกับมูลนิธิถันยรักษ์ มี นายแพทย์ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์ เป็นเลขาธิการมูลนิธิฯ มีการดำเนินงานโดยอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถตรวจเต้านมผู้มารับบริการ เพื่อให้สามารถทำ Clinical Breast Examination (CBE) และสามารถที่จะสอน อสม.หรือ หญิงไทยให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ (Breast Self Exam หรือ BSE) โดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า 3 นิ้ว 3 สัมผัส (ใช้ 3 นิ้วคลำเต้านมเพื่อสำรวจความปกติหรือผิดปกติของเต้านมตนเอง ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง โดยกดสัมผัสใน 3 ระดับของเต้านม คือระดับ ตื้น กลาง ลึก) โดยสอนให้คลำจากหัวนมจำลองเต้านม และตรวจเต้านมจริง ส่งผลให้หญิงไทยเกิด Breast awareness และสามารถที่จะตรวจเต้านมได้ด้วยตนเอง แต่ความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น ขึ้นกับการติดตามกำกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งขึ้นกับระดับนโยบายที่จะนำเรื่อง ความครอบคลุมของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเครื่องชี้วัดในระดับกระทรวงหรือไม่ ถ้ากำหนดเป็นเครื่องชี้วัด การครอบคลุมจะสูง โดยในระยะหลังปี 2550 ซึ่งการครอบคลุม BSE ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นเครื่องชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ความครอบคลุมในเรื่อง BSE ของหญิงไทยก็จะลดต่ำลง

2. ปี 2551 กรมอนามัย ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (ในขณะนั้นชื่อเดิมคือศูนย์อนามัยที่ 4) และโรงพยาบาลในจังหวัด ราชบุรี กาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรม BCSS (Breast Cancer Surveillance system) โดยนอกจากจะรณรงค์ให้หญิงไทยตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้ว ยังบันทึกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่าน Web มาเก็บไว้ที่ Web site ของศูนย์อนามัยที่ 5 โดยมีการเก็บบันทึกข้อมูล ปีที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม, ขนาดของก้อนวัดจากผลชิ้นเนื้อ, จาก ultrasound และจาก Mammogram, ระยะของมะเร็ง (Staging) และสถานะของผู้ป่วย (Cancer free , recurrent

,relapse) และการเสียชีวิตและสาเหตุของการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการวางรากฐานของระบบข้อมูล เกี่ยวกับการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมในระยะต่อมา

3. ปี 2555 มูลนิธิถันยรักษ์ ได้จัดทำโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ โดยเรียนเชิญ นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ เป็นประธานคณะทำงาน ซึ่งโครงการ ได้ลงนามความตกลง ระหว่างมูลนิธิถันยรักษ์ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ที่จะดำเนิน โครงการร่วมกัน โดย phase แรกใช้เวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2560 โดยดำเนินการ 21 จังหวัดใน 4 ภาค โดยมี 5 จังหวัดที่ดำเนินการทั้งจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย นครราชสีมา สกลนคร จันทบุรี และสุราษฎร์ธานี จังหวัดที่เหลือดำเนินการจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิษณุโลก อุบลราชธานี อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู เลย ร้อยเอ็ด พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครนายก ราชบุรี สมุทรสงคราม พังงาและสงขลา โดยทำการขึ้น ทะเบียนหญิงอายุ 30-70 ปีในพื้นที่เป้าหมายจำนวน 1,914,892 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่ม ความครอบคลุมของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพ และหญิงที่ตรวจเต้านมด้วย ตนเองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อ และการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยคาดหวังว่าจะพบ ก้อนมะเร็งเต้านมในขนาดที่เล็กลง พบระยะแรกของมะเร็งเต้านมสูงขึ้น (5 ปี) และส่งผลต่อการลด อัตราการตายจากมะเร็งเต้านมในท้ายที่สุด (10 ปี)

4. ยุทธศาสตร์การดำเนินการของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ใช้แนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและใช้กลไก ของการสาธารณสุขมูลฐาน โดย

4.1. Partnership การมีส่วนร่วมจากทุกภาค ดังนี้

4.1.1. ระดับส่วนกลางเป็นการประสานความร่วมมือ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นหน่วยปฏิบัติการ มูลนิธิถันยรักษ์ เป็นหน่วยวิชาการ และ สปสช.เป็นหน่วยสนับสนุนงบประมาณ โดยทำ MOU ร่วมกัน และลงนามโดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขานุการมูลนิธิถันยรักษ์ และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1.2. ระดับจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเหล่ากาชาด และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนร่วมดำเนินการ

4.1.3. ระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน โดยนายอำเภอเป็นผู้ประสานหลักให้

ทุกภาคีภายในอำเภอมีส่วนร่วม ใช้กลไกการสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ อสม. เชี่ยวชาญ ไปสอน และฝึกทักษะให้หญิงอายุ 30-70 ปี สามารถที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเอง และบันทึกผลการตรวจ ในสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานที่จะใช้เพื่อการยืนยันผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.2. Investment โดย

4.2.1. การลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การฝึกอบรม และการ จัดหา ทุนเต้านม เพื่อสอน

4.2.2. การลงทุนในการจัดพิมพ์สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.2.3. การลงทุนในการจัดหาเครื่องอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ เพื่อใช้ในการคัดกรอง ความผิดปกติที่เต้านมภายหลังจาก CBE พบมีความผิดปกติ

4.3. Advocate โครงการนี้ ได้ชี้ นำ ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือมาตรการ หรือ วิธีการ ในระดับต่างๆ ดังนี้

4.3.1. ระดับ Policy Maker โดยเผยแพร่ผลการศึกษาประสิทธิผลของการ BSE ในการประชุมระดับกระทรวงในไทย และต่างประเทศ (Poster presentation ในการประชุม 25th International Health Promotion Hospital and health services Conference ที่ Vienna ประเทศ Austria) ตีพิมพ์ในวารสาร Health ฉบับ มี.ค.-เม.ย.60 การศึกษาของโครงการเป็นแบบ Prospective โดยใช้ Cohort จำนวน 1.9 ล้านคน ติดตามไปข้างหน้าระยะเวลา 42 เดือนพบมะเร็ง เต้านม 1922 ราย อัตราการครอบคลุมการตรวจเต้านมสม่ำเสมอร้อยละ 68.5 พบว่า กลุ่มที่ ตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้กลไกการ สาธารณสุขมูลฐานและใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตาม Bangkok Charter พบว่า กลุ่มที่ตรวจ เต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ พบขนาดก้อนของมะเร็งที่เล็กกว่า อัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่า กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ แม้ในภาพรวมทุกภาค จะไม่พบมะเร็งระยะแรก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ พบมะเร็งระยะแรก สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3.2. ระดับผู้ปฏิบัติและประชาชน จัดทำ Web site ของโครงการสืบสานพระ

ราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งนอกจากจะเก็บเนื้อหาและผลสรุปจากทุกๆการประชุมของโครงการแล้ว ยังเป็น Web site ที่เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมให้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน

4.4. Regulate ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีนโยบายสาธารณะ ในการปกป้องให้หญิงในพื้นที่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากภัยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทย โดยการคัดกรองเพื่อค้นหาภัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาและอัตราการรอดชีวิต

4.5. Building Capacity

4.5.1. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม.เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับเทคนิคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.5.2. การฝึกอบรม แพทย์ที่ไม่ใช่รังสีแพทย์ พยาบาล เพื่อให้สามารถทำ Targeted Breast Ultrasound ได้ เพื่อคัดกรองก้อนหรือความผิดปกติที่เต้านมที่ตรวจ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (CBE)

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

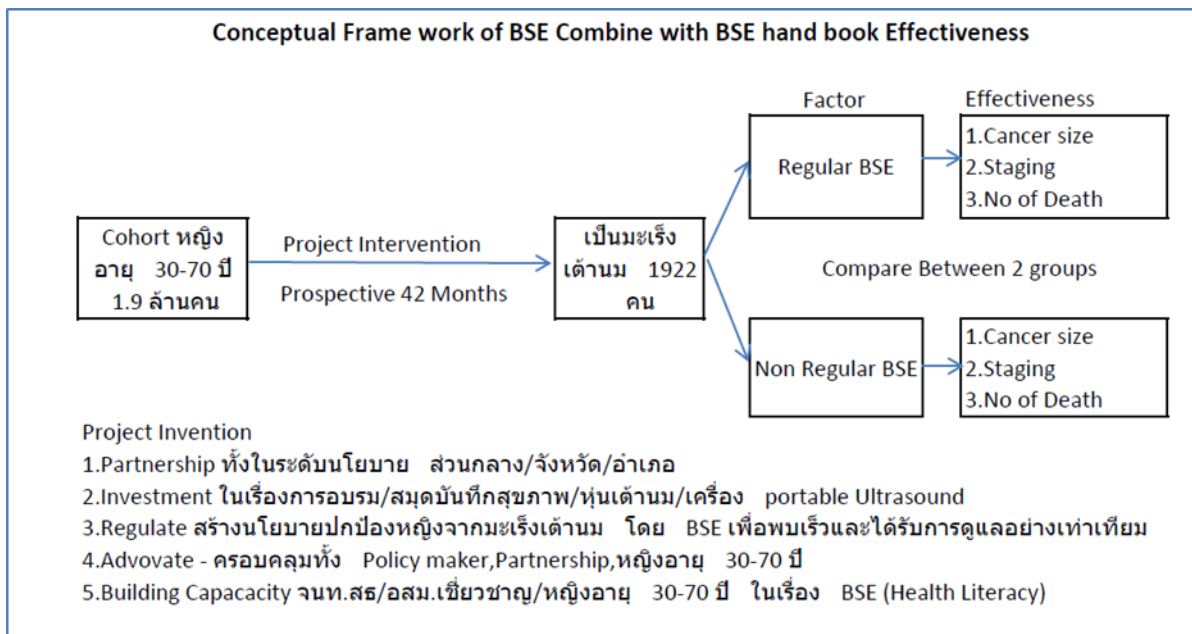
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า จากเหตุไปหาผล (Prospective Analytic Studies / Cohort Studies) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมฐานข้อมูลการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมผ่านระบบออนไลน์ ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ใช้โปรแกรมฯ ดังกล่าว วิธีการศึกษาประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

3.2 วิธีการศึกษา

3.3 สถิติที่ใช้

3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



1. ติดตามไปข้างหน้า หญิงอายุ 30-70 ปี ใน 21 จังหวัดที่ร่วมโครงการในปี 2556 จำนวน 1.9 ล้านราย โดย Project intervention ส่งผลให้เกิด Primary Output คือ การตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ (Regular BSE) โดยให้ อสม.เป็นผู้ยืนยันจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รพ.สต.จะนำข้อมูลที่ อสม.ยืนยัน Regular BSE ส่ง Online ไปเก็บที่ Server ของโครงการทุกไตรมาส
2. เมื่อประชากรใน Cohort เป็นมะเร็งเต้านม จะถูกติดตามกลับไปหาข้อมูลจาก Regular BSE ว่าในรอบ 12 เดือนก่อนที่จะเป็นมะเร็งเต้านมนั้น หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม BSE สม่ำเสมอหรือไม่ โดยในรอบ 12 เดือนก่อนที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ถ้าส่งข้อมูลตั้งแต่ 3 ใน 4 ครั้ง/ปี ถือว่า สม่ำเสมอ
3. หญิงในโครงการ รายที่เป็นมะเร็งเต้านมจะทำการบันทึกข้อมูลที่สำคัญผ่าน Web มาที่ server ของโครงการ โดยใช้ข้อมูล
 - 3.1 ขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมที่วัดจากผลชิ้นเนื้อ ไม่เกิน 2 ซม.ถือว่าเป็นก้อนขนาดเล็ก
 - 3.2 ระยะของมะเร็งเต้านม โดยใช้วิธี TNM ถ้าอยู่ในระยะ 0,1,2 ถือว่าเป็นมะเร็งระยะแรก
 - 3.3 การเสียชีวิต
4. เปรียบเทียบประสิทธิผลของการ BSE สม่ำเสมอ โดยเปรียบเทียบ ข้อมูล ขนาดก้อนมะเร็ง ระยะมะเร็งเต้านม และอัตราการรอดชีวิต

3.2 วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ Prospective study (Cohort) ภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายมหาราชแห่งรัตนโกสินทร์ ของมูลนิธิกษัตริย์ราชินีในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2. พื้นที่เป้าหมาย 21 จังหวัด ได้แก่ 5 จังหวัด ที่ดำเนินการทุกอำเภอได้แก่ จังหวัดเชียงราย นครราชสีมา สกลนคร จันทบุรี และสุราษฎร์ธานี และอีก 16 จังหวัดที่ดำเนินการจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครนายก อุบลราชธานี อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู เลย ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิษณุโลก ราชบุรี สมุทรสงคราม พังงา และสงขลา โดยขึ้นทะเบียนหญิงอายุ 30-70 ปีที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมเมื่อเริ่มต้นโครงการ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2555 จำนวน 1,914,892 คน และติดตามไปข้างหน้าใน Phase แรก เป็นเวลา 42 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 30

มิถุนายน 2559 ในประเด็นเรื่องความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การป่วยเป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่ และสถานะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (การมีชีวิตหรือเสียชีวิต)

3. กลวิธี เป้าหมายเพื่อเพิ่มความครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยจะการใช้การสาธารณสุขนำการแพทย์ โดยนำแนวคิดและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความเท่าเทียม ดังนี้

3.1 การสร้าง Partnership ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม นำโดยผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเหล่ากาชาด นายอำเภอ ผู้นำหมู่บ้าน และท้องถิ่น รวมถึงประชาสังคม ทั้งเรื่องการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านม และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการในทุกขั้นตอน

3.2 การลงทุน (Investment) ทั้งในเรื่อง การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น หุ่นตรวจเต้านม สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เครื่องอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ รวมถึงการลงทุนในระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการควบคุมกำกับและการประเมินประสิทธิผลของโครงการ

3.3 การกำกับเชิงนโยบายจนไปสู่การปฏิบัติ (Regulate) โดยทำ MOU ลงนามร่วมกันระหว่าง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการมูลนิธินิธิรักษ์์ เลขาธิการ สปสช. เพื่อที่จะดำเนินการโครงการร่วมกันที่จะปกป้องหญิงไทยจากภัยมะเร็งเต้านม ตามปณิธานของสมเด็จพระเจ้า

3.4 การชี้แนะและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Advocate) ผ่านการประชุมในระดับประเทศ และระดับภาค อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อสรุปผลการประชุมและ update ความรู้ทางวิชาการ

3.5 การเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรทุกระดับ (Building Capacity) ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลให้สามารถที่ทำการ Target Breast Ultrasound ได้

3.6 การเสริมพลัง (Empower) ให้หญิงอายุ 30-70 ปีในพื้นที่โครงการสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง นั่นคือมี Health literacy ในระดับสามารถที่จะ self management เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้

4. เครื่องมือที่ใช้ คือ สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อใช้เป็นหลักฐานว่าทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ โดยอสม.เป็นผู้ตรวจสอบจากสมุดบันทึก เพื่อยืนยันความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ รพ.สต.เป็นผู้ส่งข้อมูลยืนยันการตรวจเต้านมสม่ำเสมอไปยัง Server ของโครงการ ในกรณีที่พบมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก็จะทำการบันทึกผ่าน Web โดยเก็บข้อมูลที่สำคัญโดยเฉพาะที่จะใช้ในการประเมินประสิทธิผล

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน (สรุปผังแผนภูมิที่ 1)

5.1 การลงนามบันทึกความเข้าใจ (MOU) ที่จะดำเนินโครงการร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข ลงนามโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิถันยรักษ์ ลงนามโดยเลขาธิการมูลนิธิฯ โดยใช้กลวิธีการประสานความร่วมมือในระดับจังหวัด ทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและ อสม.เข้ามามีส่วนร่วม

5.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบรรม อสม.เชี่ยวชาญในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้น อสม.เชี่ยวชาญจะฝึกทักษะหญิงอายุ 30-70 ปี ให้สามารถตรวจเต้านมและบันทึกผลการตรวจในสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

5.3 อสม.ยืนยันผลการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยดูจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้นส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุก 3 เดือน โดยบันทึกเข้าสู่โปรแกรมปกติที่ใช้ในสถานบริการ (Hosxp หรือ JHCIS) แล้วส่งข้อมูล online มาที่ Server ของโครงการทุกไตรมาส เพื่อหาความสม่ำเสมอของ BSE โดยรายชื่อส่งข้อมูลรายไตรมาสตั้งแต่ 3 ใน 4 ครั้งต่อปีขึ้นไปถือว่า BSE สม่ำเสมอ ในกรณีพบสิ่งผิดปกติที่เต้านม จะมาที่สถานบริการเพื่อตรวจยืนยันโดยเจ้าหน้าที่ (CBE) ถ้าพบสิ่งผิดปกติของเต้านมจะทำการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย

5.4 การติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกรณีที่ยืนยันว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะทำการบันทึกข้อมูล Online โดยมีระบบรักษาความปลอดภัย และตัวแปรที่จำเป็นที่ใช้ได้แก่ การวินิจฉัย ปีที่วินิจฉัย ขนาดก้อนมะเร็งวัดจากผลชิ้นเนื้อ ระยะของมะเร็งเต้านมตามระบบ TNM Staging สถานะของการมีชีวิตหรือเสียชีวิต กรณีที่เสียชีวิต ให้ระบุ สาเหตุและปีที่เสียชีวิต

5.5 การนิเทศติดตาม สร้างระบบการนิเทศติดตาม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ไปสู่ระดับอำเภอ ตำบลจนถึงหมู่บ้าน งบประมาณจาก มูลนิธิธันยรักษ์ สปสช. และงบประมาณปกติในระดับจังหวัด และโครงการจัดประชุม 4 ภาคอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมทั้งเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง และถอดบทเรียนความสำเร็จในระดับพื้นที่

5.6 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ฐานข้อมูลหญิงอายุ 30-70 ปี ที่ขึ้นทะเบียน ฐานข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นำไปหาอุบัติการณ์ อัตราการรอดชีวิต ของมะเร็งเต้านมในพื้นที่ศึกษา และความสัมพันธ์ของขนาดของก้อนมะเร็งเต้านม และระยะของมะเร็งเต้านม (Staging) ระหว่างกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ (ส่งข้อมูลยืนยันการ BSE ตั้งแต่ 3 ใน 4 ครั้งต่อปีโดยนับย้อนไป 12 เดือนนับจากเดือนที่วินิจฉัยมะเร็งเต้านม) และกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ (ส่งข้อมูลน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้งต่อปี)

5.7 การสนับสนุนการดำเนินงานมูลนิธิธันยรักษ์ฯ สนับสนุน สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, Model สอน BSE, เครื่องอัลตราซาวด์ และการอบรมแพทย์และพยาบาลเพื่อให้สามารถใช้เครื่องอัลตราซาวด์ตรวจก้อนเต้านมเพื่อดูชนิดและประเภทของก้อน และจัดความเร่งด่วนในการส่งต่อก่อนส่งตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม เนื่องจากผลจากการรณรงค์ทำให้ความครอบคลุมของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พบความผิดปกติที่เต้านมเพิ่มขึ้น ซึ่งแต่เดิมน่าจะมีอยู่แล้วแต่ไม่ได้ตรวจจึงไม่พบ ทางมูลนิธิธันยรักษ์ฯจึงสนับสนุนเครื่องอัลตราซาวด์เคลื่อนที่พร้อมการอบรมบุคลากรในการทำ Targeted Breast Ultrasound ในปี 2558 ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของโครงการ โดยมีระบบปรึกษากันทางLine ระหว่างแพทย์ทั่วไปที่ทำ อัลตราซาวด์ กับรังสีแพทย์ และมีการคิดระบบ Fast track โดยถ้าทำอัลตราซาวด์เคลื่อนที่พบสิ่งผิดปกติจะส่งต่อมาทำแมมโมแกรมผ่านระบบช่องทางด่วน

แผนภูมิที่ 1 Flow chart การดำเนินงานตามโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านางรายมัยที่ 5 ราชบุรี



6. ระบบข้อมูลและการสื่อสาร

6.1 ใช้ Web site www.hpc.go.th/bse พัฒนาโดยผู้เขียน (นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล) โดยประกอบด้วย 3 ส่วนหลักได้แก่

- 1) ส่วนของการสื่อสารเกี่ยวกับการประชุม การ download เอกสารการประชุม
- 2) ส่วนของเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม โดยรวบรวมวิชาการเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นแหล่งความรู้และอ้างอิงให้กับเจ้าหน้าที่ที่ร่วมโครงการรวมถึงประชาชน
- 3) ส่วนของการส่งข้อมูลผ่าน Web site ได้แก่ การส่งข้อมูลหญิงอายุ 30-70 ปีที่ร่วมโครงการ ส่งข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเองรายไตรมาส ส่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

6.2 ใช้ Server ของศูนย์อนามัยที่ 5 เป็น Server ของโครงการ โดยใช้ MySQL เป็น Database server โดยเก็บข้อมูลไว้ที่ฐานข้อมูล ใน 3 Tables ดังนี้

- 1) Popdata เก็บข้อมูลหญิงอายุ 30-70 ปี ที่ร่วมโครงการจำนวน 1.9 ล้าน records
- 2) Exam เก็บข้อมูล BSE ของหญิง 30-70 ปีที่ร่วมโครงการ ปีละ 4 ครั้ง ระยะเวลา 42 เดือน จำนวน 20 ล้าน records
- 3) Breast เก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ 42 เดือน จำนวน 1,922 records

3.3 สถิติที่ใช้

1. Descriptive Statistic จะใช้ค่าร้อยละ
2. Analytic Statistic เพื่อเปรียบเทียบ ขนาดของก้อนมะเร็งที่ไม่เกิน 2 ซม. และระยะของมะเร็งเต้านม (ระยะแรกคือระยะที่ 0,1,2) ระหว่างกลุ่มที่ตรวจเต้านมสม่ำเสมอ กับกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ จะใช้สถิติ Chi Square
3. การคำนวณหาอัตราการรอดชีวิต จะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลระยะปลอดเหตุการณ์ (Survival Analysis) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีของ Kaplan Meier ระหว่างกลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือBSE) จำนวน 1,914,892 คน ผลการศึกษาจำแนกเป็นรายประเด็นได้ดังนี้

- 4.1 ความครอบคลุมและการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- 4.2 ระบาดวิทยาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
- 4.3 ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.1 ความครอบคลุมและการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.1.1 จำนวนหญิงอายุ 30-70 ปีที่ขึ้นทะเบียน(Register)ใน 21 จังหวัด เท่ากับ 1,914,892คน (ต่อไปจะเรียกว่าหญิงอายุ 30-70 ปีที่ขึ้นทะเบียนว่ากลุ่มศึกษา) แต่ในทางปฏิบัติจริงหญิงทุกรายในพื้นที่ ทั้งในกลุ่มศึกษา และนอกกลุ่มศึกษา ได้รับการสอนและได้รับการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) โดย อสม. เพราะฉะนั้นจำนวนรายชื่อ BSE จริง เท่ากับ 1,924,312 รายซึ่งมากกว่าจำนวนศึกษา รายละเอียดดังตารางที่ 1

4.1.2 สถานบริการในพื้นที่เป้าหมายส่งข้อมูลผู้ที่ได้รับการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามแผนคือทุกไตรมาส หรือปีละ 4 ครั้ง โดยส่งข้อมูลในปี 2556-2559(ม.ค.-มิ.ย.) เท่ากับ 3,497,355 ครั้ง ,5,739,446 ครั้ง ,5,283,790 ครั้ง และ2,644,665 ครั้ง ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในโครงการสืบสานฯ จำแนกรายจังหวัด (1 ม.ค.56-30 มิ.ย.59)

รหัส	จังหวัด	ขึ้นทะเบียน	BSE จริง	ส่งข้อมูลยืนยันตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ครั้ง)			
		ราย	ราย	2556	2557	2558	2559 (6 เดือน)
14	พระนครศรีอยุธยา	11,348	10,925	15,812	38,914	40,476	19,896
16	ลพบุรี	8,029	8,844	7,990	32,723	24,787	15,969
22	จันทบุรี	119,657	115,262	138,510	325,834	332,356	158,256
26	นครนายก	14,902	15,600	12,849	49,709	49,468	24,338
30	นครราชสีมา	589,303	606,891	1,103,966	2,127,674	1,880,125	900,465
34	อุบลราชธานี	39,971	41,921	107,282	59,606	91,400	10,339
37	อำนาจเจริญ	24,946	24,616	71,731	82,352	61,581	40,844
39	หนองบัวลำภู	30,782	29,651	66,648	101,900	98,558	47,414
42	เลย	10,703	11,538	31,763	43,332	40,774	20,821
45	ร้อยเอ็ด	22,301	32,887	87,429	115,844	75,052	23,460
47	สกลนคร	298,946	311,694	820,022	880,798	874,698	440,265
50	เชียงใหม่	25,818	25,192	34,090	84,188	75,622	40,395
57	เขียงราย	305,058	314,365	455,837	817,742	705,411	307,898
60	นครสวรรค์	11,361	12,661	11,318	13,146	39,681	21,863
62	กำแพงเพชร	44,696	51,554	92,176	182,170	161,592	80,905
65	พิษณุโลก	49,332	45,728	39,372	100,497	110,091	57,335
70	ราชบุรี	2,483	2,880	7,697	11,061	9,637	4,019
75	สมุทรสงคราม	11,878	13,278	16,319	35,978	33,248	16,500
82	พังงา	12,855	11,780	21,217	36,315	26,329	20,050
84	สุราษฎร์ธานี	257,052	214,039	328,840	528,828	490,464	358,415
90	สงขลา	23,471	23,006	26,487	70,835	62,440	35,218
		1,914,892	1,924,312	3,497,355	5,739,446	5,283,790	2,644,665

ตารางที่ 2 สรุปการยืนยันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในโครงการสืบสานฯ จำแนกรายภาค (1 ม.ค.56-30 มิ.ย.59)

รหัส	ภาค	ขึ้นทะเบียน	BSE จริง	ส่งข้อมูลยืนยันตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ครั้ง)			
		ราย	ราย	2556	2557	2558	2559 (6 เดือน)
N	เหนือ	436,265	449,500	632,793	1,197,743	1,092,397	508,396
NE	ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,016,952	1,059,198	2,288,841	3,411,506	3,122,188	1,483,608
CE	กลาง+ตะวันออก	168,297	166,789	199,177	494,219	489,972	238,978
S	ใต้	293,378	248,825	376,544	635,978	579,233	413,683
	รวม	1,914,892	1,924,312	3,497,355	5,739,446	5,283,790	2,644,665

4.1.3 ภาพรวมของร้อยละการครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ (Regular BSE) ในปี 2556-2559 เท่ากับ ร้อยละ 60.9 , 74.9 , 69.0 และ 69.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 68.5 โดยปี 2557 เป็นปีที่การครอบคลุม BSE สม่ำเสมอสูงที่สุด เนื่องจากมีงบประมาณสนับสนุนทั้งงบประมาณและงบกำกับติดตามทั้งจากมูลนิธิกัญรักษ์และ สปสช. ส่วนปี 2558 และ 2559 การส่งข้อมูลยืนยัน BSE ลดลงเนื่องจากใช้งบปกติของพื้นที่ โดยงบประมาณจากมูลนิธิและจาก สปสช.ลดลง ส่วนภาคที่การครอบคลุม BSE สูงสุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่ำที่สุดคือภาคใต้

โดยภาคที่การครอบคลุมต่ำ ทางโครงการฯได้ลงไปติดตามกำกับและแก้ปัญหา ทำให้เห็นแนวโน้มความครอบคลุม BSE สม่่าเสมอสูงขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่3 การครอบคลุมการยืนยันการตรวจเด้านมด้วยตนเองในโครงการสืบสานฯจำแนกรายภาค(1 ม.ค.56-30 มิ.ย.59)

รหัส	ภาค	ขึ้นทะเบียน	BSE จริง	ส่งข้อมูลยืนยันตรวจเด้านมด้วยตนเอง (%)			
		ราย	ราย	2556	2557	2558	2559 (6 เดือน)
N	เหนือ	436,265	449,500	48.3%	68.6%	62.6%	58.3%
NE	ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,016,952	1,059,198	75.0%	83.9%	76.8%	72.9%
CE	กลาง+ตะวันออก	168,297	166,789	39.4%	73.4%	72.8%	71.0%
S	ใต้	293,378	248,825	42.8%	54.2%	49.4%	70.5%
รวม		1,914,892	1,924,312	60.9%	74.9%	69.0%	69.1%

4.2 ระบาดวิทยาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

4.2.1 ติดตามกลุ่มศึกษาตั้งแต่ 1 ม.ค. 56-30 มิ.ย.59 พบเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 1,922 ราย (ตารางที่ 4) อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม (Crude Incidence Rate) เท่ากับ 28.69 ต่อแสน Person-Years (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 หญิง30-70 ปีในโครงการสืบสานฯที่ติดตามแล้วเป็นมะเร็งเต้านม จำแนกรายภาค (1 ม.ค.56-30 มิ.ย.59)

รหัส	ภาค	ขึ้นทะเบียน ราย	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ราย)				
			2556	2557	2558	2559 (6 ด.)	รวม
N	เหนือ	436,265	214	169	213	55	651
NE	ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,016,952	340	267	186	6	799
CE	กลาง+ตะวันออก	168,297	46	50	47	2	145
S	ใต้	293,378	89	71	135	32	327
รวม		1,914,892	689	557	581	95	1,922

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์ต่อแสน Person Years ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโครงการสืบสานฯ

agegroup	ช่วงอายุ	จำนวนรายที่ขึ้นทะเบียน	Person Years	จำนวนรายที่เป็นมะเร็งเต้านม	อัตราต่อแสน Person Years
6	30-34 ปี	296,183	1,036,641	42	4.05
7	35-39 ปี	284,078	994,273	127	12.77
8	40-44 ปี	299,194	1,047,179	239	22.82
9	45-49 ปี	291,985	1,021,948	372	36.40
10	50-54 ปี	256,022	896,077	378	42.18
11	55-59 ปี	210,108	735,378	333	45.28
12	60-64 ปี	162,279	567,977	244	42.96
13	>=65 ปี	114,059	399,207	187	46.84
	Missing	984	3,444	0	-
		1,914,892	6,698,678	1,922	28.69

4.2.2 ติดตามในรายที่เป็นมะเร็งเต้านม 1,922 ราย พบเสียชีวิต 53 ราย โดยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 48 ราย และเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ จำนวน 5 ราย ใน 53 รายที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 12 เดือนนับจากปีที่วินิจฉัย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระยะเวลาการเสียชีวิต ตั้งแต่ปีที่วินิจฉัยถึงปีที่เสียชีวิตในโครงการสืบสานฯ(1 ม.ค.56-30 มิ.ย. 59)

ระยะเวลาเสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ราย)					รวม
	6 เดือน	12 เดือน	24 เดือน	36 เดือน	42 เดือน	
จากมะเร็งเต้านม	15	24	7	2	0	48
จากสาเหตุอื่น	1	2	2	0	0	5
รวม	16	26	9	2	0	53

4.3 ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.3.1 เมื่อใช้ข้อมูลขนาดก้อนของมะเร็งเต้านมวัดจากผลชิ้นเนื้อ โดยยึดขนาดก้อนตามระบบ TNM พบ T1(ขนาดก้อน <=2.0 ซม.) , T2(ขนาดก้อน 2.1-5.0 ซม.) ,T3(ขนาดก้อนมากกว่า 5 ซม.) เท่ากับ ร้อยละ 44.4, 48.8 และ 6.7 ตามลำดับ โดยในการศึกษานี้เน้นย้ำก้อนขนาดเล็ก คือ T1 (<= 2 ซม.) พบร้อยละ 44.4 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ขนาดก้อนมะเร็งเต้านมวัดจากผลชิ้นเนื้อ		
	ความถี่	ร้อยละ
T1 (≤ 2 ซม.)	594	44.4%
T2 (2.1 -5.0 ซม.)	653	48.8%
T3 (> 5 ซม.)	90	6.7%
รวม	1,337	100.0%
Missing Value	585	ราย

4.3.2 กลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ พบก้อนขนาดไม่เกิน 2 ซม.(วัดจากผลชิ้นเนื้อ) ร้อยละ 46.7 และ 39.8 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [OR = 1.328 (95% CI 1.033-1.707)] (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบขนาดก้อนของมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ							
	ขนาดของก้อนมะเร็งเต้านม			ร้อยละก้อนขนาดเล็ก	OR	95% CI	
	≤ 2 ซม.	> 2 ซม.	รวม			Lower	Upper
กลุ่ม BSE สม่ำเสมอ	428	488	916	46.7%	1.328	1.033	1.707
กลุ่ม BSE ไม่สม่ำเสมอ	138	209	347	39.8%			
รวม	566	697	1,263	44.8%			

4.3.3 ระยะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม(Stage) พบมะเร็งระยะที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 47.3 และระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะแพร่กระจายร้อยละ 6.9 โดยพบมะเร็งระยะแรก (stage 0,1,2) เท่ากับร้อยละ 70.2 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ระยะของมะเร็งเต้านม (Staging) ใช้ระบบ TNM			
	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
In situ	87	5.0%	5.0%
Stage 1	314	17.9%	22.9%
Stage 2	827	47.3%	70.2%
Stage 3	402	23.0%	93.1%
Stage 4	120	6.9%	100.0%
รวม	1,750	100.0%	
Missing Value	172	ราย	

4.3.4 กลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ พบมะเร็งระยะแรก (stage 0,1,2) ร้อยละ 70.3 และ 69.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [OR = 1.042 (95% CI 0.822 – 1.321)] (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระยะของมะเร็งเต้านม (Stage) ระหว่างกลุ่ม BSE สม่าเสมอ และ ไม่สม่าเสมอ							
	ระยะของมะเร็งเต้านม (Stage)			ร้อยละของระยะแรก	OR	95% CI	
	ระยะแรก	ระยะหลัง	รวม			Lower	Upper
กลุ่ม BSE สม่าเสมอ	855	362	1,217	70.3%	1.042	0.822	1.321
กลุ่ม BSE ไม่สม่าเสมอ	306	135	441	69.4%			
รวม	1,161	497	1,658	70.0%			

4.3.5 วิเคราะห์รายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ BSE สม่าเสมอ และ ไม่สม่าเสมอ พบมะเร็งระยะแรกร้อยละ 70.7 และ 59.8 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [OR = 1.623 (1.053-2.500)] (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบระยะของมะเร็งเต้านม (Staging) ระหว่างกลุ่ม BSE สม่าเสมอและไม่สม่าเสมอ (เฉพาะของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)							
	ระยะของมะเร็งเต้านม			ร้อยละของระยะแรก	OR	95% CI OR	
	ระยะแรก	ระยะหลัง	รวม			Lower	Upper
กลุ่ม BSE สม่าเสมอ	437	181	618	70.7%	1.623	1.053	2.500
กลุ่ม BSE ไม่สม่าเสมอ	61	41	102	59.8%			
รวม	498	222	720	69.2%			

4.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลระยะปลอดเหตุการณ์ (Survival Analysis) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีของ Kaplan Meier ระหว่างกลุ่มที่ BSE สม่าเสมอ และ ไม่สม่าเสมอ หญิงอายุ 30-70 ปีในพื้นที่ศึกษาเมื่อเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2555 จำนวน 1,914,892 คน โดยติดตามตัวแปรของกลุ่มศึกษา ได้แก่ ความสม่าเสมอของการ BSE, การเป็นมะเร็งเต้านม, การเสียชีวิตในรายที่เป็นมะเร็งเต้านม ทั้งจากมะเร็งเต้านมและจากสาเหตุอื่นๆ

- 1) Date of Start Accrual คือ 1 ม.ค.56
- 2) Date of End Accrual คือ 31 ธ.ค.58
- 3) Date of End Follow up คือ 30 มิ.ย 59
- 4) เหตุการณ์ที่ศึกษา (Event) คือ การเสียชีวิตเนื่องจากมะเร็งเต้านม
- 5) ตัวแปรที่ใช้ในการเปรียบเทียบคือ ความสม่าเสมอของ BSE โดยรายที่ส่งข้อมูล

BSE ตั้งแต่ 3 ใน 4 ครั้งต่อปีนับย้อนไป 12 เดือนจากเดือนที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จัดอยู่ในกลุ่มที่ BSE สม่าเสมอ รายที่ส่งข้อมูล BSE น้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้งต่อปี จัดอยู่ในกลุ่ม BSE ไม่สม่าเสมอ

6) วัดการเกิดเหตุการณ์เมื่อมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเรียกว่า Failure ซึ่งมีจำนวน 48 ราย

7) กรณีที่จัดว่าเป็น Censored ได้แก่ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีรายงานข้อมูลความสม่ำเสมอของ BSE ที่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงวันที่ 30 มิ.ย.59 จำนวน 1,702 คน [จากทั้งหมด 1,869 คน ไม่ทราบข้อมูลความสม่ำเสมอของ BSE (missing value) จำนวน 167 คน] และที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่สาเหตุจากมะเร็งเต้านม จำนวน 5 ราย รวม 1,707 ราย

8) ร้อยละของการรอดชีวิตใน 42 เดือนในกลุ่ม BSE สม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ เท่ากับร้อยละ 98.57 และ 93.29 ตามลำดับ Mean of Survival ในกลุ่ม BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ เท่ากับ 41.619 และ 40.088 เดือน โดย Survival Distribution ของกลุ่ม BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [Chi square = 31.384 Sig = .000 โดยใช้ Log Rank (Mantel Cox)] รายละเอียดดังตารางที่ 12

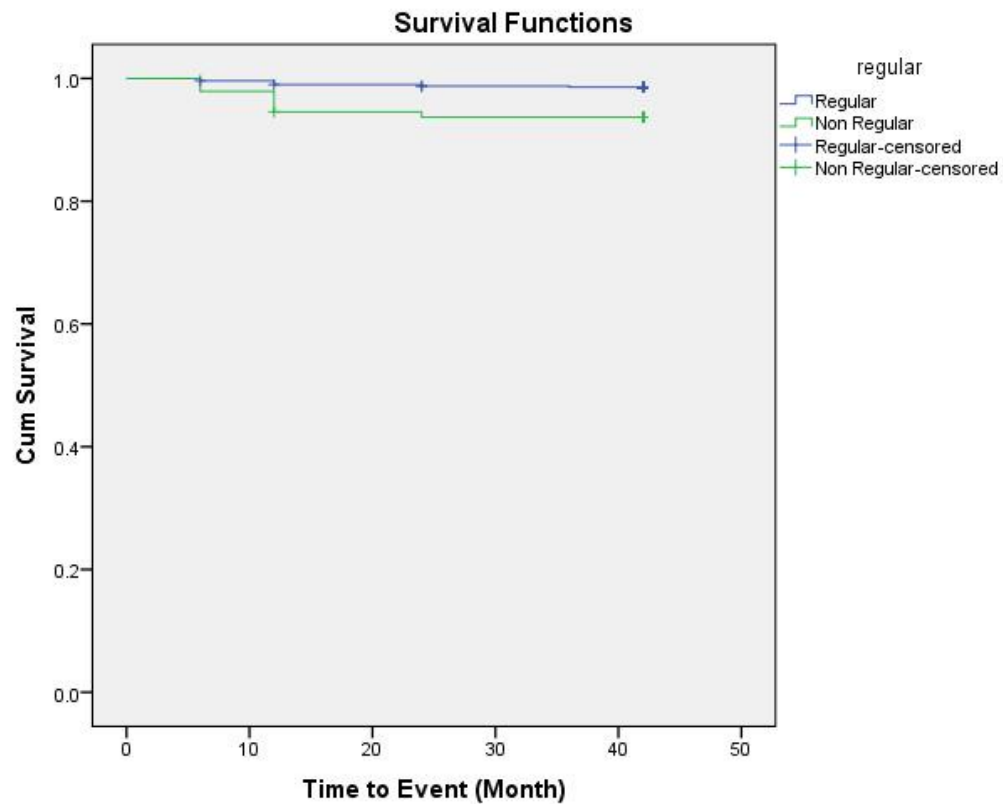
4.3.7 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,922 ราย จำแนกตามอายุช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 45-54 ปี และมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 2.2 ซึ่งเป็นสาเหตุให้โครงการฯ ทำการศึกษาหญิงในช่วงอายุ 30-70 ปี และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในอายุน้อย มักจะเป็นมะเร็งเต้านมที่มีความรุนแรงมากกว่า

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยเวลาการรอดชีวิตและการทดสอบการกระจายการรอดชีวิต (Mean of survival time & test of equality of survival distribution) เมื่อติดตามเป็นเวลา 42 เดือน								
	Total	Number of Events	Number of Censors	42 Months Survival (%)	Mean (months)	Std Error	95% Confidence Interval	
BSE สม่ำเสมอ	1,278	18	1,260	98.57%	41.619	0.094	41.434	41.804
BSE ไม่สม่ำเสมอ	477	30	447	93.29%	40.088	0.344	39.414	40.762
Overall	1,755	48	1,707	97.19%	41.203	0.117	40.973	41.433
Test of equality of survival distributions for the difference level of Regular of BSE								
				Chi - Square	df	Sig		
	Log Rank (Mantel - Cox)			31.384	1	0.000		

Overall Comparisons

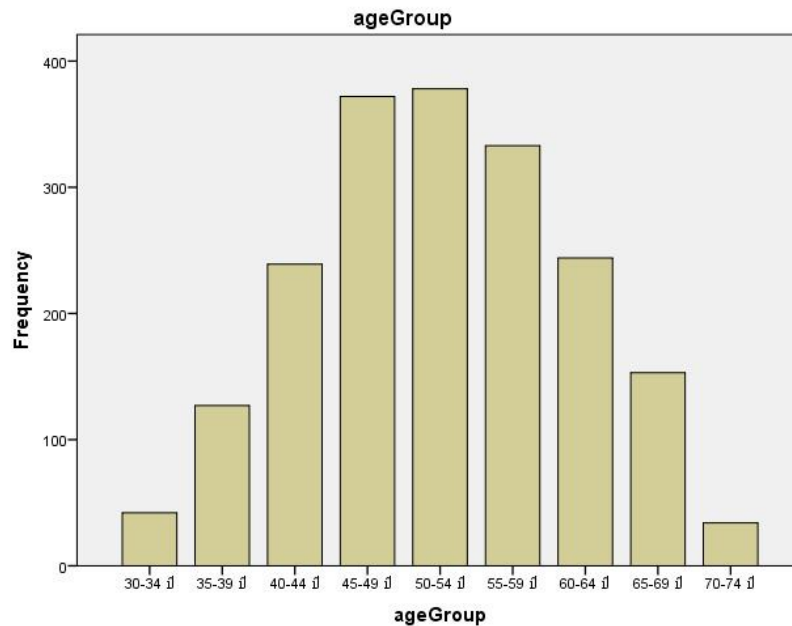
	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	31.384	1	.000
Breslow (Generalized Wilcoxon)	31.507	1	.000
Tarone-Ware	31.446	1	.000

Test of equality of survival distributions for the different levels of regular.



4.3.8 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามอายุ จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 30-34 ปี จำนวนร้อยละ 2.2 ถ้ากำหนดให้คัดกรองตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป จะทำให้หญิงอายุกลุ่มนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการคัดกรอง ช่วงอายุที่พบมะเร็งเต้านมบ่อยที่สุดคือช่วงอายุ 45-54 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ 55-59 ปี ,60-64 ปี , 40-44 ปี ,65-69 ปี ,35-39 ปี ,30-34 ปี และ 70-74 ปี ตามลำดับ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 30-34 ปี	42	2.2	2.2	2.2
35-39 ปี	127	6.6	6.6	8.8
40-44 ปี	239	12.4	12.4	21.2
45-49 ปี	372	19.4	19.4	40.6
50-54 ปี	378	19.7	19.7	60.2
55-59 ปี	333	17.3	17.3	77.6
60-64 ปี	244	12.7	12.7	90.3
65-69 ปี	153	8.0	8.0	98.2
70-74 ปี	34	1.8	1.8	100.0
Total	1922	100.0	100.0	



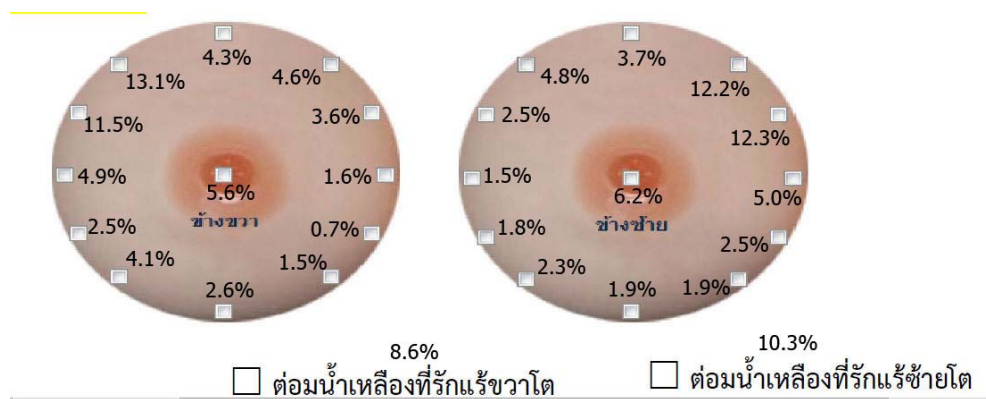
4.3.9 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (Multiple Responses) พบว่า ร้อยละ 99.2 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านม (mass) และส่วนใหญ่จะคลำก้อนได้ด้วยตนเอง การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นในการช่วยค้นหาะเร็งด้วยตนเองอาการ/อาการแสดงอื่นๆ ที่นำคนไข้มาพบแพทย์ได้แก่ เจ็บเต้านม (pain) ร้อยละ 9.6 เต้านมทั้ง 2 ข้างโตไม่เท่ากัน (Unequal) ร้อยละ 5.1 หัวนมมีการดิ่งรั้ง (retract) ร้อยละ 1.5 มีความผิดปกติที่หัวนม ร้อยละ 1.1 มี discharge ออกจากหัวนม ร้อยละ 1 เต้านมอักเสบ ร้อยละ 0.9 หรือไม่มีอาการ/อาการแสดงอื่นๆ แต่แพทย์ตรวจพบ ร้อยละ 0.8

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ต.ค.55-มิ.ย.59)

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$Sign ^a	discharge	16	0.8%	1.0%
	unequal	81	4.1%	5.1%
	pain	154	7.9%	9.6%
	nipple	18	0.9%	1.1%
	retract	24	1.2%	1.5%
	mass	1585	81.1%	99.2%
	inflam	15	0.8%	0.9%
	no_sign	13	0.7%	0.8%
	other	48	2.5%	3.0%
Total		1954	100.0%	122.4%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

4.3.10 การเก็บข้อมูลตำแหน่งที่พบเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 1,218 ตำแหน่ง โดยตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (Multiple Responses) พบก้อนมะเร็งที่ด้านขวา (ร้อยละ 60.6 ของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม) มากกว่าด้านซ้าย (ร้อยละ 58.6) เล็กน้อย ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ ส่วนบนด้านนอกทั้งเต้านมด้านซ้ายและด้านขวา (Upper Outer) ถึงร้อยละ 39.4 สำหรับมะเร็งเต้านมที่แพร่ไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ นั้น พบที่รักแร้ด้านซ้าย ร้อยละ 10.3 มากกว่าด้านซ้าย (ร้อยละ 8.6) เล็กน้อย ตำแหน่ง Upper outer ของเต้านมทั้ง 2 ข้างคือตำแหน่งพบบ่อยของมะเร็งที่มากที่สุด



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย : การศึกษาไปข้างหน้า ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล (Prospective Analytic Studies / Cohort Studies) กลุ่มตัวอย่างคือสตรีไทย อายุ 30 – 70 ปี ในพื้นที่เป้าหมาย 21 จังหวัด ได้แก่ 5 จังหวัด ที่ดำเนินการทุกอำเภอได้แก่ จังหวัดเชียงราย นครราชสีมา สกลนคร จันทบุรี และสุราษฎร์ธานี และ 16 จังหวัดที่ดำเนินการจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครนายก อุบลราชธานี อำนาจเจริญหนองบัวลำภู เลย ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิษณุโลก ราชบุรี สมุทรสงคราม พังงา และสงขลา โดยขึ้นทะเบียนหญิงอายุ 30-70 ปีที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมเมื่อเริ่มต้นโครงการ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2555 จำนวน 1,914,892 คน และติดตามไปข้างหน้าใน Phase แรก เป็นเวลา 42 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมฐานข้อมูลการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมผ่านระบบออนไลน์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ใช้โปรแกรมดังกล่าว ผลศึกษามีประเด็นที่น่าสนใจในการสรุปผลการศึกษา วิจาร์ณและอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.2 วิจาร์ณและอภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

1. ภาพรวมของร้อยละการครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ(Regular BSE) ในปี 2556-2559 เท่ากับร้อยละ 60.9 , 74.9 , 69.0 และ 69.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 68.5
2. อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม (Crude Incidence Rate) เท่ากับ 28.69 ต่อแสน Person-Years
3. ในรายที่เป็นมะเร็งเต้านมพบก้อนขนาดเล็ก คือ T1 (≤ 2 ซม.) พบร้อยละ 44.4
4. ทำการวิเคราะห์ความสม่ำเสมอของ BSE และขนาดก้อนมะเร็งเต้านมโดยวัดจากผลชิ้นเนื้อพบว่า กลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ พบก้อนขนาดไม่เกิน 2 ซม.(วัดจากผล

ขึ้นเนื้อ) ร้อยละ 46.7 และ 39.8 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [OR = 1.328 (95% CI 1.033-1.707)]

5. ความสม่ำเสมอของ BSE และ Staging ของมะเร็งเต้านมในภาพรวมทุกจังหวัด พบว่า กลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ พบมะเร็งระยะแรก (stage 0,1,2) ร้อยละ 70.3 และ 69.4 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [OR = 1.042 (95% CI 0.822 – 1.321)] แต่เมื่อวิเคราะห์แยกรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ พบมะเร็งระยะแรกร้อยละ 70.7 และ 59.8 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [OR = 1.623 (1.053-2.500)]

6. ติดตามอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าร้อยละของการรอดชีวิตใน 42 เดือนในกลุ่ม BSE สม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอเท่ากับร้อยละ 98.57 และ 93.29 ตามลำดับ Mean of Survival ในกลุ่ม BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ เท่ากับ 41.619 และ 40.088 เดือน โดย Survival Distribution ของกลุ่ม BSE สม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [Chi square = 31.384 Sig = .000 โดยใช้ Log Rank (Mantel Cox)] หรือจะกล่าวได้ว่า เมื่อทำการติดตามเป็นเวลา 42 เดือน กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ

7. การคัดกรองตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไปแทน 35 ปีขึ้นไป มีความเหมาะสม เพราะมีร้อยละ 2.2 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุ 30-34 ปี

8. ตำแหน่งของเต้านมที่พบมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ บริเวณด้านนอกส่วนบน (Upper outer) ในการตรวจเต้านมจึงควรตรวจบริเวณดังกล่าวให้ละเอียดกว่าบริเวณอื่นๆ และต้องตรวจให้ครอบคลุมทั้งเต้านม รวมทั้งบริเวณใหล่ารักและรักแร้

5.2 วิจัยและอภิปรายผล

1. วิธีการในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับ Mass screening ที่เหมาะสม เป็นประเด็นถกเถียงในระดับนโยบายของประเทศไทยว่าจะเลือกใช้วิธีการใด และมีหลักฐานเชิงประจักษ์อะไรที่จะสนับสนุนในการเลือกวิธีการดังกล่าว ซึ่งมีทางเลือก 3 ทางสำหรับการคัดกรอง ดังนี้

- 1.1. การคัดกรองด้วยแมมโมแกรม อาจจะร่วมกับอัลตราซาวด์
- 1.2. การคัดกรองด้วย Clinical Breast Examination (CBE)
- 1.3. การคัดกรองด้วย Breast Self Examination (BSE)

1.4. ใช้การผสมผสาน โดยเริ่มจาก BSE ถ้าพบสิ่งผิดปกติ จะทำ CBE และ Mammogram ต่อไปเพื่อการวินิจฉัย

2. ประเทศไทยมีรังสีแพทย์ ประมาณ 1,400 คนมีเครื่องแมมโมแกรม 400 เครื่องและสามารถทำแมมโมแกรมได้ประมาณ 200,000 รายต่อปี จึงเป็นไปได้ยากที่จะนำแมมโมแกรมเพื่อการคัดกรอง แต่นำแมมโมแกรมมาใช้ในการวินิจฉัย (Diagnostic Mammogram) เพราะข้อมูลจาก Medical audit ของศูนย์ถันยรักษ์ การใช้แมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัยมีโอกาสพบมะเร็งเต้านมสูงกว่า การใช้แมมโมแกรมเพื่อการคัดกรองถึง 11.5 เท่า จึงควรนำแมมโมแกรมและรังสีแพทย์ที่มีอยู่จำกัดเพื่อการวินิจฉัยจะคุ้มค่ากว่าใช้เพื่อการคัดกรอง

3. การทบทวนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการคัดกรองแต่ละวิธี (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม) สรุปได้ดังนี้

3.1. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมส่วนใหญ่ทำในประเทศที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร ซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้สูง ทางศึกษาช่วงก่อนปี 2000 พบสามารถลดอัตราการตาย แต่ในระยะหลังพบว่า สามารถลดอัตราการตายในอายุที่มาก (50 ปีขึ้นไป) แต่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี ไม่พบการลดอัตราการตาย และพบข้อเสียของการคัดกรองแมมโมแกรมคือ ทำให้เกิด Over diagnosis , Over Investigate and Over Treatment และให้ทำการประเมิน Benefit and Harm ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม โดยในหลายประเทศที่เคยแนะนำให้ทำแมมโมแกรมทุกปีตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไป เปลี่ยนเป็นการแนะนำให้ทำแมมโมแกรมให้ห่างขึ้น เช่นใน USA เปลี่ยนคำแนะนำจากทุกปีเป็นทุก 2 ปี เปลี่ยนจากทำในอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นทำในอายุ 50 ปี ขึ้นไป

3.2. CBE และ BSE ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าจะมีประโยชน์ NCI (USA) ทำการศึกษาการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ทำในโรงงานที่เซี่ยงไฮ้ ในปี 2532-2534 จำนวนคนงานหญิงที่ศึกษา 266,064 คน พบว่าการสอน BSE ไม่ลดอัตราการตาย ส่งผลให้ภายหลังปี 2002 หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ACS,CTFPHC,WHO, ไม่แนะนำให้ทำ BSE หรือเปลี่ยนจากให้ทำเป็นจะทำหรือไม่ก็ได้ (Option) ส่วน ACOG ยังแนะนำให้คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE เนื่องจากยังขาดหลักฐานสนับสนุนหรือโต้แย้งเกี่ยวกับการทำ BSE สำหรับประเทศไทย HITAPP

ใช้ข้อมูลจากศึกษาของ NCI (USA) ที่เชื่อถือ จึงแนะนำว่าเหมือน NCI (USA) ว่าการสอน BSE ไม่ลดอัตราการตาย

4. วิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมของประเทศไทยที่ปฏิบัติอยู่จริงตั้งแต่ปี 2542 คือ การให้หญิงอายุ 30-70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ทุกเดือน โดยใช้กลไกของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพัฒนา อสม.เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม ให้สามารถสอน BSE แก่ผู้หญิงในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ เมื่อตรวจพบสิ่งผิดปกติที่เต้านม ก็จะส่งไปทำการตรวจยืนยันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (CBE) ถ้าเจ้าหน้าที่ตรวจพบสิ่งผิดปกติ ก็จะส่งไปโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ ซึ่งจะนัดส่งตรวจด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ เพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Mammogram and Breast Ultrasound) จึงมาสู่ประเด็นคำถามว่า การศึกษาจากต่างประเทศพบว่า BSE ไม่ลดอัตราการตาย และหลายองค์กร (NCI,ACS,WHO,CTFPHC) ไม่แนะนำให้ทำ BSE ประเทศไทยยังจะแนะนำให้ทำ BSE ต่อไปหรือไม่ ถ้าทำต่อจะใช้เหตุผลใดสนับสนุน และจะใช้ BSE เท่านั้นหรือใช้ BSE ร่วมกับวิธีการใด

5. มูลนิธิธนยรักษ์ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสปสข. ได้ทำโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายมหาราช (2556-2560) โดยศึกษาแบบ prospective study ขึ้นทะเบียนหญิงอายุ 30-70 ปี จำนวน 1.9 ล้านคน ออกแบบระบบการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม โดยอบรม อสม.เพื่อให้ไปสอน BSE แก่หญิงอายุ 30-70 ปี และเมื่อได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วจะทำการบันทึกลงในสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยอสม.เป็นผู้รับรองว่าหญิง 30-70 ปี ทำ BSE ทุกเดือน โดยดูจากสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอสม.จะส่งผลยืนยันการ BSE ให้แก่ รพ.สต.ทุก 3 เดือน แล รพ.สต.จะส่งข้อมูลไปยัง Server ของโครงการ ทำให้ทราบความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเองรายบุคคล เมื่อทำการติดตามเป็นระยะเวลา 42 เดือน พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 1,922 ราย ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์การศึกษานี้ ได้แก่

5.1. การใช้กลไกของสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ อสม.ร่วมกับสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางในการติดตามการดำเนินงาน ร่วมกับ กลไกการบูรณาการของภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และการเสริมพลังหญิงอายุ 30-70 ปีในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ อสม.เป็นผู้ขับเคลื่อนงานหลักทำให้ ความครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมีค่าเฉลี่ยปี 2556-2559 เท่ากับร้อยละ 68.5

5.2. จากการศึกษานี้อุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Crude Incidence Rate)

เท่ากับ 28.69 ต่อแสน Person-year พบร้อยละของขนาดก้อนขนาดไม่เกิน 2 ซม. ที่วัดจากผลชิ้นเนื้อ ร้อยละ 44.4 พบมะเร็งเต้านมระยะแรก (ระยะที่ 0,1,2) ร้อยละ 70.2 ระยะที่สามร้อยละ 23.0 และระยะที่สี่ 6.9 และจากข้อมูลการศึกษาของสถาบันมะเร็ง พ.ศ. 2554⁽⁸⁾ และ พ.ศ.2556⁽⁹⁾ พบอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (Age Standardized Incidence rate) เท่ากับ 28.5 ต่อแสน ซึ่งใกล้เคียงกับศึกษานี้ และใน พ.ศ.2554 พบมะเร็งระยะแรก เท่ากับร้อยละ 63.8 ระยะที่สามร้อยละ 23.9 และระยะที่ 4 ร้อยละ 8.8 ซึ่งการศึกษานี้พบมะเร็งระยะแรกสูงกว่าการศึกษาของสถาบันมะเร็ง

5.3. การวิเคราะห์ประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ พบว่า

กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ พบก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 ซม. เป็น 1.328 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ [OR=1.328 (95% CI 1.033-1.707)] แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวม 21 จังหวัด กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ พบมะเร็งระยะแรก (stage 0,1,2) ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ[OR=1.042 (95% CI 0.822-1.321)] แต่เมื่อวิเคราะห์แยกภูมิภาค พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอพบมะเร็งระยะแรกเป็น 1.623 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [OR=1.623 (95% CI 1.053-2.500)] และเมื่อติดตามเป็นเวลา 42 เดือน กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอมีโอกาสรอดชีวิต ร้อยละ 98.57 มากกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอซึ่งอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 93.29 เมื่อพิจารณาจาก Survival Curve ทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามี survival Distribution แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) หรือจะกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่า ซึ่งผลที่ได้แตกต่างจากผลการศึกษา National Cancer Institute USA ที่ศึกษาประสิทธิภาพ BSE ที่เชียงใหม่ ประเทศจีน⁽⁴⁾ ที่ว่า BSE ไม่ลดอัตราการตาย และทำให้เพิ่มการตรวจขึ้นเนื่องความจำเป็นเนื่องจากวิธีการศึกษาของทั้ง 2 การศึกษาแตกต่างกัน โดยการศึกษาที่เชียงใหม่ ทำการสอนแบบ Intensive program for BSE จากนั้นตามผลภายหลังการสอน 1-3 ปี ร่วมกับการนิเทศติดตามทุก 6 เดือน จนครบ 5 ปี ส่วนการศึกษานี้ใช้ระบบการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อเสริมพลังให้หญิงในพื้นที่สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองพร้อมใช้สมุดบันทึก

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และยืนยันผลการตรวจโดย อสม. จึงส่งผลต่อประสิทธิผลของ BSE ที่แตกต่างกัน ซึ่งใน พ.ศ.2556 NCI ทบทวนข้อมูลและรับว่าเป็นการศึกษาที่เชื่อถือไม่ได้เหมาะต่อการนำไปอ้างอิงภายนอก เนื่องจาก poor External Validity⁽⁵⁾

สรุปผล ข้อมูลจากการดำเนินโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านางนันทมาศจักรวาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงให้เห็นว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ร่วมกับการมีสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การติดตามกำกับอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนผ่านกลไกของสาธารณสุขมูลฐานโดยใช้ อสม.มีคุณค่าควรแก่การสนับสนุนเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับ ประเทศ เพราะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้สมุดบันทึก สามารถที่จะค้นพบก้อนมะเร็งขนาดเล็ก และมะเร็งระยะเริ่มแรกแล้ว ยังเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. หญิงอายุ 30-70 ปี ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เต้านม เพราะวิธีการมีประสิทธิผลสามารถค้นพบมะเร็งเต้านมขนาดเล็ก มะเร็งระยะเริ่มแรก และอัตราการรอดชีวิตที่สูงกว่า

2. อัตราความครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การบูรณาการทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับจังหวัด เช่นผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเหล่ากาชาด ระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ นายอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้กลไกของสาธารณสุขมูลฐานโดยใช้ อสม.ในระดับหมู่บ้าน ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระบบข้อมูลในการขึ้นทะเบียนและติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้นโดยเฉพาะจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะส่งผลในการเพิ่มความครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. ความครอบคลุมและความรวดเร็วของระบบการรองรับการส่งต่อภายหลังจากที่

ตรวจเต้านมด้วยตนเองพบสิ่งที่สงสัยผิดปกติ ตั้งแต่ การได้รับการตรวจยืนยันจากเจ้าหน้าที่ (CBE) การส่งต่อจาก รพ.สต.ไปยังโรงพยาบาลเพื่อไปรับการวินิจฉัยด้วย Mammogram และ Ultrasound การส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน และการรักษาในรายที่วินิจฉัยมะเร็งเต้านม จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งประสิทธิผลของการรักษาจะส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

4. เครื่องแมมโมแกรมและรังสีแพทย์มีอยู่จำกัด และการรอคิวตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Mammogram) อยู่ในช่วง 1-6 เดือน การใช้แมมโมแกรมเพื่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย จึงเป็นไปได้ยากในปัจจุบันและในอีก 10 ปีข้างหน้า แต่เครื่องอัลตราซาวด์เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีพร้อมในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นรังสีแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปควรเป็นผู้พัฒนาแพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถทำ Targeted Breast Ultrasound (การทำอัลตราซาวด์ที่เต้านมโดยเจาะจงไปที่ก้อนที่คลำพบผิดปกติ ซึ่งทำได้ง่ายและเร็วกว่าการทำ Whole Breast Ultrasound) และมีระบบการปรึกษารังสีแพทย์ในการอ่านผลการตรวจอัลตราซาวด์ผ่าน smart phone และจัดระบบ Fast track ในการส่งต่อเพื่อทำแมมโมแกรมในกรณีที่ผลการตรวจอัลตราซาวด์มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูง (BIRAD 3,4) ในรายที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมต่ำ (BIRAD 1-3) ใช้ระบบการนัดตรวจติดตามโดยความถี่ห่างขึ้นกับผล BIRAD จะทำให้การใช้เครื่องแมมโมแกรมที่มีอยู่จำกัดเกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติที่เต้านมแต่ต้องรอคอยถึง 1-6 เดือน เพื่อรอคิวการตรวจจากเครื่องแมมโมแกรม

5.3.2 ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายมหาราชด้านภัยมะเร็งเต้านม ได้ขยายพื้นที่โครงการโดยดำเนินการทุกอำเภอใน 21 จังหวัดในปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขควรนำรูปแบบของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านายมหาราชด้านภัยมะเร็งเต้านม เพื่อขยายผลจังหวัดที่เหลือให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพราะ BSE นอกจากจะเป็นการเพิ่มอำนาจให้ประชาชน (Empower) ให้สามารถค้นหาความผิดปกติของตนเอง เป็น Self Management ในเบื้องต้นก่อนที่จะพึงระบบการแพทย์ การประสานภาคีทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

บรรณานุกรม

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S . Cancer in Thailand, Vol VIII 2010-2012; 8:44-47
2. สุธีร์ รัตนมงคลกุล ,มิลทิตา ศรีโพนุลกิจ.Fact about breast cancer:Thailand and other countries.20 Years Thanarak Breast Center Breast Imaging & Medical Audit From Past to Present.กรุงเทพฯ:มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2559;24-31
3. American Health and Drug Benefit [Internet].*Comparison of treatment cost of breast cancer ,By tumor stage and type of service*. [cite 2016 Dec 20]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822976/>
4. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al. *Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final Results*. J Natl Cancer Inst 2002 ;94 (19): 1445-57.
5. National Cancer Institute [Internet] . *Breast Cancer Screening (PDQ ®)* .[update 2014 Oct 03 ; cited 2016 Sep 12]. Available from : <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional/page1>.
6. Welch HG, Passow HJ . *Quantifying the benefits and harms of screening mammography*. JAMA Intern Med. 2014 Mar;174(3) : 448-54. doi : 10.1001/jamainternmed.2013.13635.
7. American Cancer Society [Internet].*Brest Cancer survival rates ,By stage*. [cite 2016 Dec 20] .Available from:<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-survival-by-stage>.

8. National Cancer Institute. Hospital-Based Cancer Registry Annual Report 2010.
Bangkok: National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of
Public Health, 2011
9. National Cancer Institute. Hospital-Based Cancer Registry Annual Report 2013.
Bangkok: National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of
Public Health, 2015
10. Miller A, Wall C, Bains C, Sun P, To T, Narod S. Twenty-five year follow-up of the
Canadian national breast screening study. BMJ. 2014;348:g366
11. Cancer research UK [internet] .Survival status of breast cancer . [cite 2017 Feb 10].
Available from www.cancersearchuk.org
12. World Cancer Research Fund international. Breast Cancer Statistics. [cite 2017 June
14].Available from <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>.
13. BREASTCANCER.ORG. Media Advisory: July 15, 2008: New Guidelines Against Breast
Self-Examination Could Seriously Endanger Women's Health. [cite 2017 June 14].
Available from
http://www.breastcancer.org/about_us/press_room/press_releases/2008/bse_guidelines
14. NCBI.Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US
Preventive Services Task Force [Internet]. [cite 2017 June 14].Available from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36395/#ch1.s10>
15. Handel Reynolds. Big Squeeze “The Big Squeeze : A social and Politics History of
the Controversial Mammography .Cornell University Press, 2012.
16. Robert A. Aronowitz. Unnatural History: Breast Cancer and American Society . New
York: Cambridge University Press, 2007.
17. WHO.WHO Global Health Promotion Conference.[internet].[cite 2017 June 13]
Available from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.

ภาคผนวก

- 1.โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
- 2.สมุดบันทึกการตรวจดำเนินงาน

1.โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายาต้านภัยมะเร็งเต้านม

1) Web site ของโครงการ www.hpc.go.th/bse



เป็น web site ที่ใช้ในการสื่อสารโครงการนี้ให้กับจังหวัดต่างๆที่ร่วมโครงการ เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการประชุม เอกสารประกอบการประชุม ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน การส่งข้อมูล การกำกับ ติดตามข้อมูล การประมวลผลและคืนข้อมูล จะผ่าน Web Site ดังกล่าว สามารถดูรายละเอียดจาก QR code ด้านล่าง



3) Web site เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม



ระบบแพ้ะวังมะเร็งเต้านม
กรมอนามัย

Topic : Breast Cancer



Content : Breast Cancer

- ▶ ประวัติศาสตร์ของมะเร็งเต้านมและการรักษามะเร็งเต้านม
- ▶ ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม
- ▶ อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในประเทศไทย และพื้นที่บริการที่ 5
- ▶ การคัดกรองมะเร็งเต้านม
- ▶ อาการและการแสดงของมะเร็งเต้านม
- ▶ TNM and Staging of Breast Cancer
- ▶ ประเภทและการประเมินการตอบสนองต่อการรักษา และแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยง
- ▶ การรักษามะเร็งเต้านม
- ▶ เครื่องมือการประเมินความเสี่ยงและแนวทางการเฝ้าระวัง

กลับหน้าหลัก

ประวัติมะเร็งเต้านม

ปัจจัยเสี่ยง

อุบัติการณ์ ความชุก

การคัดกรองมะเร็งเต้านม

อาการ & อาการแสดง

Type of Breast Cancer

วิธีการ Staging

Treatment

St Gallen Expert

Web site ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ประวัติมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยง อุบัติการณ์ ความชุก การคัดกรองมะเร็งเต้านม อาการ/อาการแสดง ประเภทของมะเร็งเต้านม วิธีการ Staging การรักษา และการประชุมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รักษามะเร็งเต้านมระดับโลก ที่ประชุมที่ St Gallen ทุก 2 ปี รายละเอียดสามารถเข้าไปดูได้ตาม QR code ด้านล่าง



4) Policy & Partnership/Investment



บูรณาการการทำงานระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข (สป./กรมอนามัย/กรมการแพทย์) มูลนิธิรักษ์และ
สปสช.



มูลนิธิรักษ์ฯมอบเครื่อง Portable Ultrasound สนับสนุนจังหวัดในโครงการ

5) Building Capacity

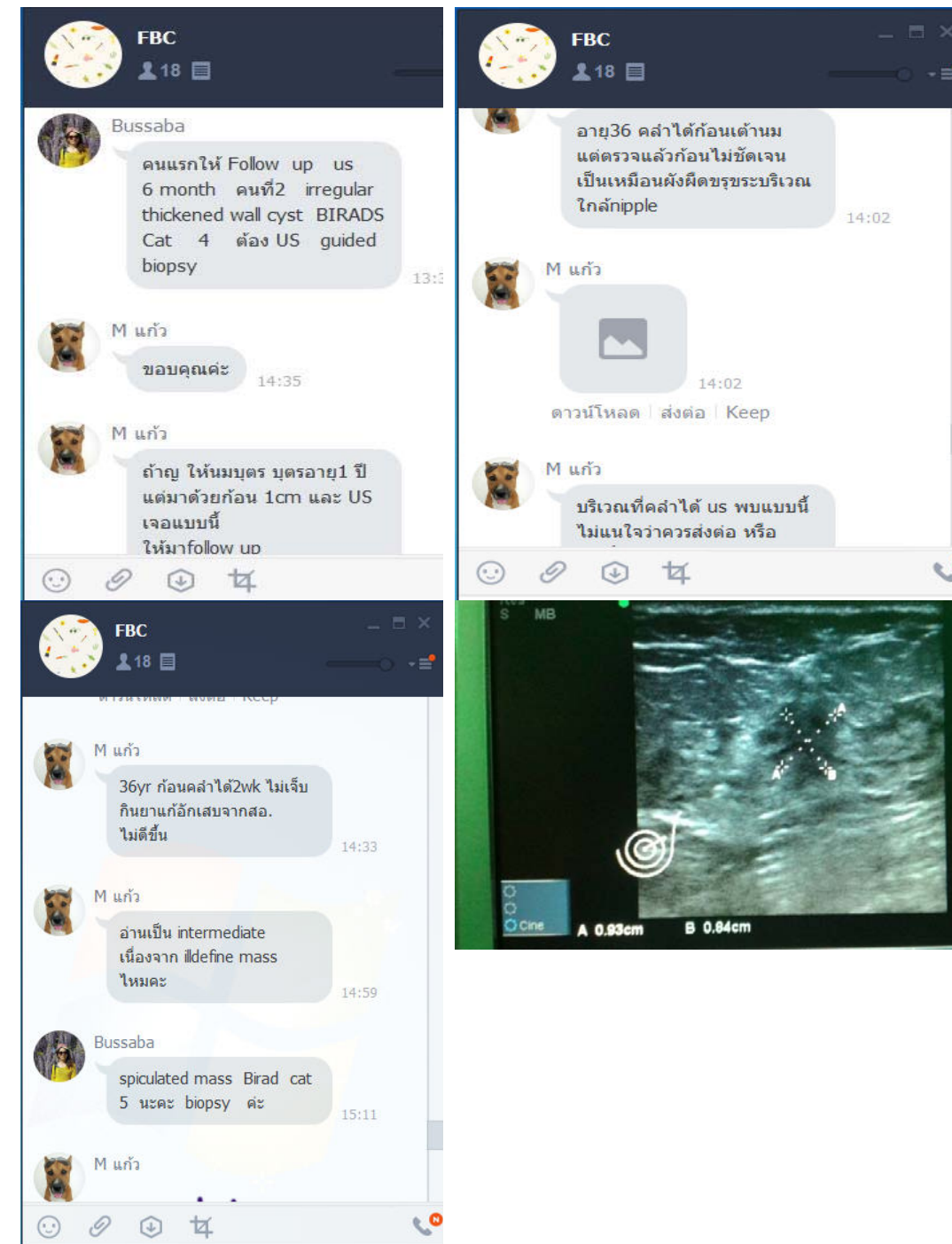


5.1) การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อไปอบรม อสม.เชี่ยวชาญในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง



5.2) การอบรมแพทย์ทั่วไปและพยาบาลโดยรังสีแพทย์ รพ.ราชบุรีในการตรวจ Target breast Ultrasound ด้วย Portal Ultrasound

5.3) การปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ทั่วไปและรังสีแพทย์ในการแปลผล Ultrasound ผ่าน Line



6) การ Advocate ในการนำเสนอเวทีต่างๆ



นพ.อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ (ซ้าย) รองอธิบดีกรมอนามัย นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ (กลาง) อธิบดีกรมอนามัย และ นพ.ชลทิศ

ชูโรฤกษ์กุล เข้าร่วมประชุม 25th International Health promoting Hospital and health service Conference
ที่ Vienna

(12-14 April 2017) และนำเสนอ Poster Presentation เรื่อง The Effectiveness of BSE.ในที่ประชุม



นำเสนอผลการ BSE ในที่ประชุม 4 ภาค เพื่อคืนข้อมูลให้แก่จังหวัดที่ร่วมโครงการ

2.สมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเอง





สมุดบันทึก การตรวจเต้านมตนเอง

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์แม่แห่งบ้านแม่เหล็ก

ชื่อ นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด อายุปี.....เดือน

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

โรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา

รพสต.

เบอร์โทรศัพท์



พระราชปณิธาน :
ผู้หญิงไทยปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม

"...ให้นำเทคโนโลยีที่
ทันสมัยที่สุดมาใช้
อย่างเหมาะสมและ
ให้รักสุขภาพจน
คนรวยโดยเท่าเทียมกัน"

พระราชดำรัสสมเด็จพระเจ้า

ในวโรกาสทรงเปิดศูนย์วิจัยมะเร็งเต้านม ปี พ.ศ. 2537





คำแนะนำการตรวจ

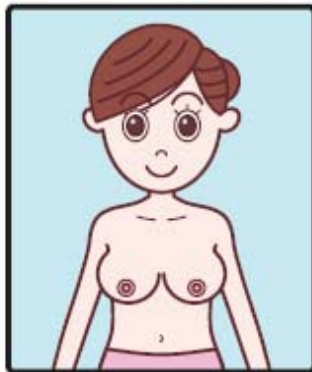
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เป็นสิ่งที่ผู้หญิงทุกคนทำได้เพื่อป้องกันภัยมะเร็งเต้านม
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเองจะทำให้ผู้หญิงเข้าใจธรรมชาติเนื้อเต้านมตนเอง และรู้สึกได้เองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งผิดปกติ
3. ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรเรียนรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และตรวจเป็นประจำทุกเดือนตลอดชีวิต
4. ควรตรวจหลังจากประจำเดือนหมดแล้ว 3-7 วัน เพื่อให้รู้ธรรมชาติของเต้านมเราว่าเป็นอย่างไร
5. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันตรวจเป็นวันใดวันหนึ่งของทุกเดือน

หมายเหตุ : เมื่อพบสิ่งผิดปกติให้แจ้ง อสม. และไปพบเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอน



วิธีการตรวจเต้านม ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา (Look for Change)

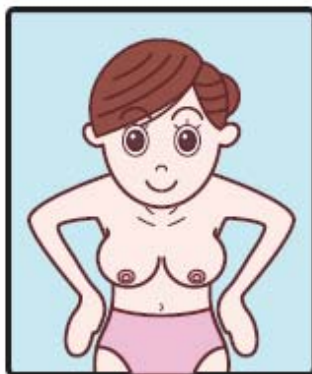
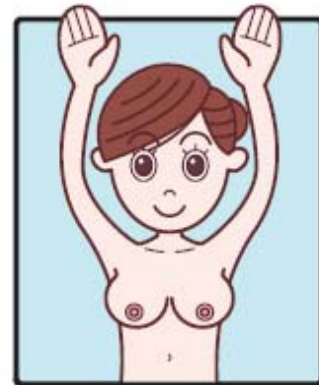


1.1 ยืนส่องกระจก ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย

- ดูว่าเต้านมทั้งสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่
- หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่

1.2 ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ

- เพื่อดูด้านหน้าและด้านข้างของเต้านมว่ามีความผิดปกติ เช่น รอยยุบหรือรอยนูนหรือไม่



1.3 เอามือทำเอว เกร็งหน้าอก โค้งตัวมาข้างหน้า

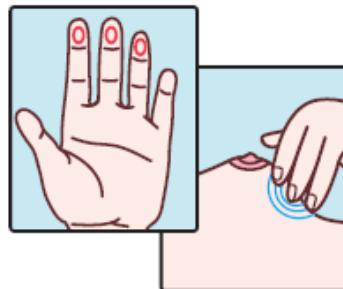
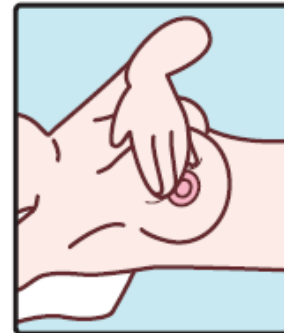
- ดูเต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าว่าผิดปกติหรือไม่
- หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่

ขั้นที่ 2 แล้วคลำด้วยมือ (Feel for Change)



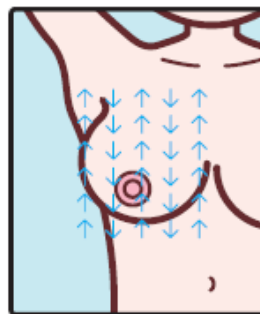
2.1 นอนหงายในท่าสบาย

2.2 สอดฝ่าขนหนูม้วนใต้ไหล่ข้างที่จะตรวจโดยให้แขนตั้งฉากกับไหล่



2.3 ใช้ทั้งกลางนิ้วส่วนบน 3 นิ้ว
(นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)

- กดเป็นวงกลมขนาดเท่าเหรียญสิบบาท แล้วเคลื่อนนิ้วให้ทั่วบริเวณเต้านมโดยไมยกนิ้ว
- โดยกด 3 ระดับ คือ เบา กลาง หนัก



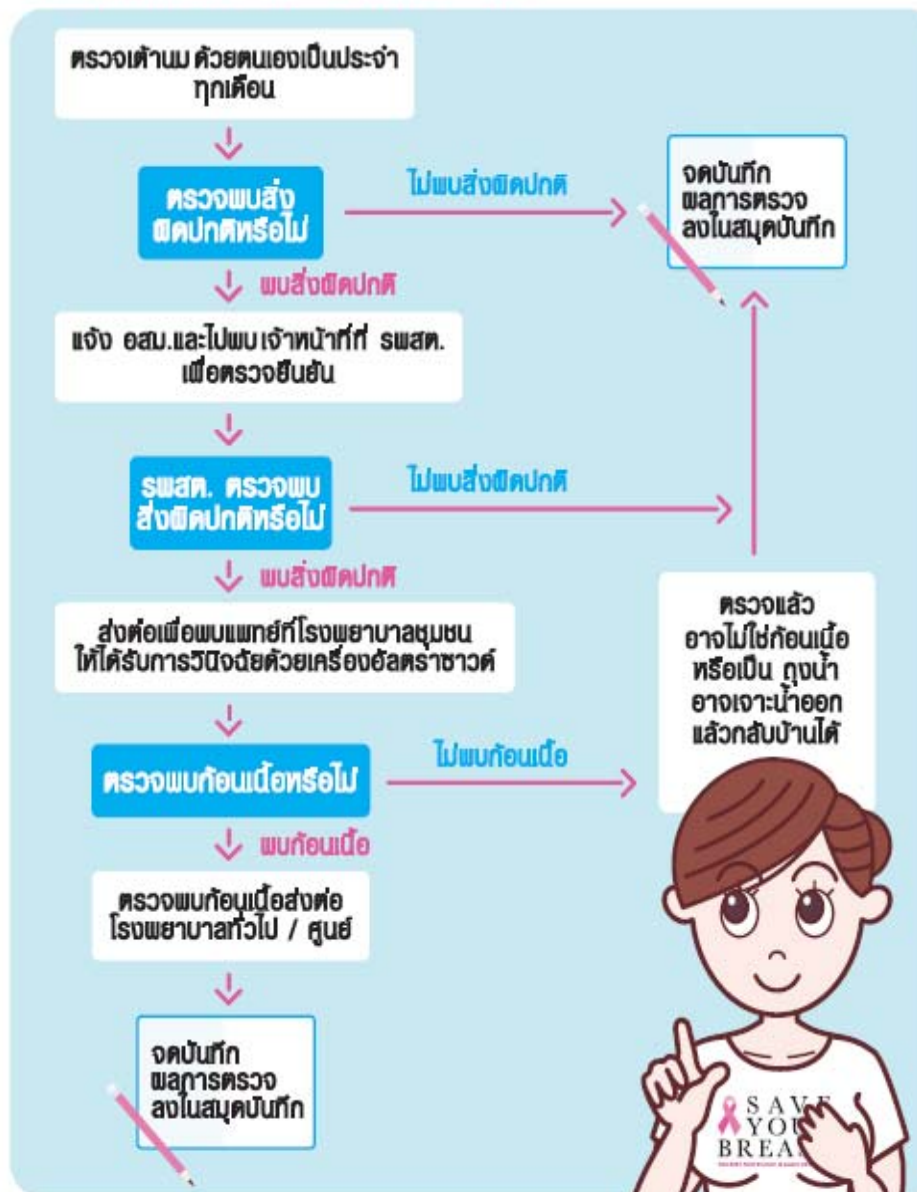
- คลำจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณเต้านมถึงบริเวณใต้ท้องแขน โดยใช้วิธีเคลื่อนนิ้วเช่นกัน

2.4 ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน

หมายเหตุ : หากตรวจแล้วมีข้อสงสัยโปรดไปพบ อสม. และเจ้าหน้าที่ตามขั้นตอน

ขั้นตอนปฏิบัติ ของการตรวจเต้านมตนเอง

ตามโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ด้านภาวะเสี่ยงเต้านม



บันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

รายละเอียดการตรวจเต้านม	ปี 25....										
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	ล
1. ลงวันที่ตรวจ											
2. ท่านได้ตรวจด้วยตาแล้วคลำด้วยมือ (ตามวิธี)											
ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา - เต้านมสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่?											
- หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมปกติหรือไม่?											
- หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่?											
- มีรอยยุบหรือรอยบุ๋มที่เต้านมหรือไม่?											
- เต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าผิดปกติหรือไม่?											
ขั้นที่ 2 คลำด้วยมือตามขั้นตอนต่อไปนี้หรือไม่? - นอนหงายในท่าสบาย สอดฝ่าขนหนูม้วนได้ ไหล่ข้างที่จะตรวจ โดยเอาแขนค้ำฉากกับไหล่											
- ใช้กึ่งกลางคอนบนของ 3 นิ้ว กดเป็นวงกลม ขนาดเท่าเหรียญสิบบาท											
- กด 3 ระดับ เบา กลาง หนัก เคลื่อนนิ้วให้ทั่วเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว											
- คลำจากบริเวณใต้รักแร้จนถึงกระดูกไหปลาร้า ในแนวขนลงจนทั่วบริเวณเต้านมถึงบริเวณใต้ท้องแขน											
- ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน											
3. ท่านคิดว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ถ้าคิดว่ามี โปรดระบุ											
4. พบ อสม. ตรวจยืนยัน ใช่หรือไม่ โปรดระบุ											

กา ✓ เมื่อปกติ

กา ✗ เมื่อพบสิ่งผิดปกติ