



การประชุมใหญ่ประจำปี
โครงการสืบสาน
พระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า
ตากสินมหาราช
6-7 ธ.ค. 2561

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า
ตากสินมหาราช
The effectiveness of Breast Self Examination Results in Thailand

สารบัญ

หน้า

ปาฐกถาพิเศษ “กระทรวงสาธารณสุขกับการต่อสู้โรคมะเร็ง”

1

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ปาฐกถาพิเศษ “พระราชปณิธานของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ ในการก่อตั้งมูลนิธิกัญชา”

4

รองศาสตราจารย์ ดร.จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา

รองประธานกรรมการมูลนิธิกัญชา ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

กำหนดการประชุม

6

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ

8

The Effectiveness of Breast Self Examination Results in Thailand

ปาฐกถาพิเศษ
เรื่อง กระบวนการสาธารณสุขกับการต่อสู้มะเร็งเต้านม
โดย ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
วันที่ 30 พฤศจิกายน 2560
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

เรียน ท่านรองศาสตราจารย์ ดร.จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา รองประธานคณะกรรมการมูลนิธิถันยรักษ์ฯ
ท่านเลขาธิการมูลนิธิถันยรักษ์ฯในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
(นพ.ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์)

ท่านประธานโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ด้านภัยมะเร็งเต้านม
(นพ.วัลลภ ไทยเหนือ) อดีตปลัดกระทรวงและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

ตามที่ท่านจิรายุ ได้กล่าวถึงสมเด็จพระเจ้ายา ในรับสั่งของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในรัชกาลที่ 9 ซึ่งท่านทั้ง 2 พระองค์ เหมือนกันคือ ท่านจะอยู่กับประเทศไทยไปชั่วกาลนิรันดร์แต่การจะอยู่ได้นั้น ไม่ใช่อยู่เฉย ๆ พวกเราจะใช้คำว่า เหมือนที่ท่านรับสั่งว่า เราเหมือนลูกหลาน เพราะเราเรียก สมเด็จพระเจ้ายาว่า “สมเด็จพระเจ้ายา” เรียกพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ว่าเป็น “พ่อ” ของแผ่นดิน วันที่ 5 ธันวาคมของทุกปี ก็ยังเป็นวันพ่อของชาติอยู่นั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ทั้ง 2 พระองค์อยู่ชั่วกาลนิรันดร์ ก็คือ การเดินตามและทำให้ปณิธานที่ท่านมุ่งให้เกิดเพื่อประโยชน์ของแผ่นดินไทยกับประชาชนชาวไทยเป็นความจริง นั่นคือสิ่งที่เราต้องทำ เพราะฉะนั้นในวันนี้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับมูลนิธิถันยรักษ์ฯในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ถือว่าเป็นการบูรณาการร่วมกันในทุกส่วนงานคือ ภาครัฐและเอกชน นั่นเอง การดูแลสุขภาพประชาชนนั้นไม่มีวันที่ส่วนงานใดส่วนงานหนึ่งจะทำด้วยตัวเองให้ประสบความสำเร็จ กระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงใช้คำว่า เป็นหน่วยงานหลัก นะครับ ที่จะดูแลสุขภาพประชาชน แต่ต้องอาศัยพลังจากสังคมทั้งประเทศเพื่อจะดูแลให้ประชาชนสุขภาพดี เพราะฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่ชัดเจนคือ เราต้องร่วมมือกันเพื่อพระราชปณิธานของสมเด็จพระเจ้ายา จะกล่าวเลยไปถึงพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เหมือนกันคือ ประชาชนของประเทศอยู่ดี มีสุข มีความเจริญ เพราะฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่ชัดเจนจากทั้ง 2 พระองค์ ทรงมุ่งหวังให้สุขภาพของประชาชนดี กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ได้นำเอาพระราชปณิธานนี้มาเป็นเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ว่าประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน 3 คำนี้ ได้นำมาจากพระราชปณิธานทั้งสิ้น เพราะประชาชนจะมีสุขภาพดีได้โดยเจ้าหน้าที่ผู้ที่จะต้องปฏิบัติงานเพื่อดูแลประชาชนไม่มีความสุขเป็นไปได้ เพราะฉะนั้นต้องดูแลทั้ง 2 ฝ่าย ให้ร่วมมือร่วมใจกันนั้น เจ้าหน้าที่ก็ต้องมีความสุขด้วย ถ้าทั้ง 2 ไปด้วยกันระบบสุขภาพยั่งยืนแน่นอน เพราะฉะนั้น สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ต้องมีการบูรณาการร่วมมือกัน ผมคงไม่ต้องกล่าววามะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ แล้วในขณะนี้ เมื่อรวมกันวันนี้ผมอาจจะขอมองถึงมะเร็งชนิดอื่น เพราะวันนี้เราจะพูดถึงปณิธานของสมเด็จพระเจ้ายา ซึ่งจากจุดเดียวคือมะเร็งเต้านม กระจ่ายไปได้ในทุกๆ เรื่องเรื่องราชปณิธานร่วมมือร่วมใจของพวกเราทุกคน เพราะฉะนั้นจะเห็นว่าจุดที่เกิดขึ้นในวันนี้ ก็สามารถจะขยาย

ไปในการดูแลในเรื่องอื่นๆ ได้ ทุกๆ ระบบ “ถันยรักษ์” เชื่อใหม่ว่า ตอนที่มิชชั่นนี้ขึ้นมาหลายคนก็บอกว่าชื่ออะไร ผมยังจำได้คุยกับท่านจิรายุ ใครตั้งเคย ได้ยินไหม รู้สึกไหมใครตั้งชื่อแปลกๆ ชื่อแบบโบราณ โบราณไหม แต่พอ บอกว่าอันนี้ สมเด็จพระเจ้าเป็นองค์ที่ตัวเอง ทุกคนเจียบหมด แล้วพร้อมที่จะร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงาน จะเห็นถึง พระบารมีและพระเมตตาที่ให้นั้น ทำให้หลายสิ่งที่จะอาจจะมีข้อขัดแย้งเล็ก ๆ น้อย ๆ หายไปหมด เพราะฉะนั้น สิ่งที่เราทำ ต้องทำให้โครงการนี้เป็นตัวอย่างให้เกิดขึ้นว่า คนไทยทำได้ ตรงตามพระราชปณิธาน

5 ปีที่ผ่านมา มีการมอบรางวัลแห่งความอุตสาหะที่ได้ดำเนินการมาได้ผลอย่างที่เราเห็นอยู่ในวันนี้ แต่ผมเชื่อว่า บทเรียนที่ได้จาก 5 ปีที่ผ่านมา เราสามารถนำมาประยุกต์ใช้ดัดแปลงให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นได้ ในอีก 5 ปีต่อไป และการประเมินผลโดยใช้เวลาเป็นปี ๆ นั้น เราอาจจะต้องปรับทุกอย่างที่ทำได้ ต้องประเมิน ได้ในระยะเวลาอันสั้น สามารถที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงได้ตามเหตุการณ์ของโลกที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็วและสังคมที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็ว เพราะฉะนั้นผมได้คุยกับพี่วัลลภ เป็นพี่ที่ผม เคารพมาก ๆ ยังจำได้ตอนที่ท่านเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผมเป็นคนบิตคณะแพทยศาสตร์ เรามาเตะ ฟุตบอลกันที่กระทรวงสาธารณสุข เป็นความร่วมมือวันนั้นถึงวันนี้ ยังจำได้ เพราะฉะนั้น นั่นคือความร่วมมือ ต่อไปนี้ ผมคุยกับพี่วัลลภแล้วว่า มันไม่ใช่ร่วมมือเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขแต่แค่ในกระทรวงสาธารณสุข เอง ผมก็ยังถือว่าความร่วมมือที่เกิดขึ้นจนถึงวันนี้ต้องปรับปรุง อันนี้พูดเรื่องจริงใครเป็นผู้รับผิดชอบ แล้วถ้าใครรับผิดชอบ คนอื่นไม่ช่วยด้วยมันเกิดไม่ได้แค่ในกระทรวง เพราะฉะนั้นสิ่งที่เกิดขึ้น บทเรียนที่ผ่านมา ถึง ณ วันนี้ ผมไม่รู้แน่ ผมก็มองว่าต้องเกิดขึ้นทุกหัวระแหงของประเทศไทย 21 จังหวัดเป็นตัวอย่าง แล้วเมื่อไหร่ จะถึง 76 จังหวัด 5 ปีแล้ว ต่อไปนี้ต้องกระจายได้ บทเรียนที่ผ่านทรงคุณค่ามาก เทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป อย่างเช่น คุณจิรายุ ได้พูดถึงว่าประเทศไทยต้องเก่ง เพราะเราเป็นประเทศ middle income country เราใช้คำว่า high แต่ผมเชื่อว่าไม่ใช่ประเภท middle จริง ๆ หรือ low ด้วยซ้ำ เพราะว่างบประมาณที่ได้มายังไม่เพียงพอต่อการ ดูแลสุขภาพประชาชนแล้วไม่มีประเทศไหนที่สามารถให้งบประมาณมาดูแลสุขภาพประชาชนได้พอเพียง แม้ เป็นประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในโลก สิ่งที่เราจะทำคือ เราต้องช่วยกันทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน เพราะฉะนั้นอันนี้ ก็เช่นเดียวกัน เทคโนโลยีที่ทันสมัยสุด เราต้องมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม กับขั้นตอนของการดูแล การทำ Breast Self Examination เป็นพื้นฐานที่สำคัญมาก ถ้ามีการประยุกต์ ในเรื่องนี้แล้ว ติดตามผลอย่างดี อย่างที่พี่วัลลภพูดถึง เราอาจจะได้ผลที่ดีกว่านี้ การมีสมุดคู่มือหรือหนังสือคู่มือ อันนั้นถ้าเป็นส่วนหนึ่งแต่มีใครติดตามไหม ท่านบอกว่ามีคนที่ตรวจ breast ตัวเองอย่างสม่ำเสมอ ก็พบว่า จะสามารถ detect มะเร็งขนาดเล็กได้ และเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที ก็จะทำให้การกระจายของมะเร็งนั้นไปน้อย ประชาชนก็ไม่เสียชีวิตจากมะเร็งจำนวนก็เพิ่มขึ้น ทำอย่างไรให้อันนี้ถึงจะกระจายออกไป โดยผมอยากจะฝาก ผู้บริหารตัวจริงโดยไม่เพิ่มงานให้กับคนของเรามากนัก ก็เข้าใจอย่างผมมานั่งนี้ ไม่นั่งเดินด้วย 2 ปี เห็นภาพชัด เมื่อไหร่ฝ่ายนโยบายสั่งงานพวกเรานี้สั่งง่าย แต่คนทำอยู่ข้างล่างโน่น อสม. เขาหนักขึ้นอีกเท่าไร เวลาคิด ต้องคิดให้ทะลุลงไปถึงผู้ปฏิบัติ อย่าคิดแค่ข้างบน แล้วพอลงไปอะไรเกิด เรื่องของคุณไม่ใช่เรื่องของเรา จะช่วยกันอย่างไร โดยขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขเองจะมองว่า เมื่อไหร่มีนโยบายใหม่ต้องรู้ว่าผู้ปฏิบัติ เขาเดือดร้อนแค่ไหน และสิ่งที่ทำได้ คือ เอาเทคโนโลยีไปช่วย และลดงานเขา ไม่ใช่ไปเพิ่มงานเขา อสม. 4.0 จะทำอย่างไร เพราะได้ยินว่า อสม.เป็นหลักอีกแล้ว เดียวจะมี อสค. อีกนะ จะทำอย่างไรให้เขารู้สึกสนุก แล้วไม่เพิ่มภาระ สมาร์ทโฟนจะลงไปช่วยเขาได้อย่างไร ขณะนี้กระทรวงฯ เราร่วมมือกันทำและนำระบบเทคโนโลยี

ทางด้านนี้ ลงไปดูแลอยู่ อยากให้ทุกอย่างที่ลงไปถึงระดับผู้ปฏิบัติงาน เป็นความท้าทายมากกว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นท่านผู้บริหารทั้งหลายกรุณารับนโยบายนี้ลงไป และดูไปจนกระทั่งถึงที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ทานรับสั่ง ท่างไกล นั่นแหละคือ สิ่งที่เรากำลังดู เราตั้งอยู่ในนี้ หลายคนไม่เคยคิดว่าคนไทยยังอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกล และเดือดร้อน ทุกกันดาร ตรงนั้นเราจะช่วยเขาอย่างไร เพราะฉะนั้นผมคิดว่าเริ่มต้นจาก สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในรัชกาลที่ 9 รวมถึง สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ และทุกพระองค์ ให้ช่วงกาลนิรันดร์ทำอะไร สร้างสิ่งดีๆ ให้เกิดขึ้น สร้างระบบดีๆ ให้เกิดขึ้น สร้างการบูรณาการให้เกิดขึ้น และสำคัญที่สุดคือ M & E (monitor and evaluation) ภาครัฐหลายปีแล้วค่อยๆ ผมเคยคุยกันใช้ไหม บุหรี เหล่า 3 ปี ถึง 5 ปี ประเมินผลที่ ทั้งที่บริษัท บุหรี บริษัทเหล่านี้ประชุมกันทุกเดือนว่าจะมีแผนการอย่างไรที่จะขายในสิ่งที่เรากำลังจะพยายามต่อต้าน ถ้าเรา มัวแต่นั่งรอกำลังเก็บข้อมูล ผมว่าอีก 3 ปี ไม่มีทางทัน ข้อมูลนั้นต้องเร็ว real time เอามาปรับประยุกต์ใช้ได้ตลอดเวลาในสิ่งที่พวกเรากำลังทำอยู่ เพราะฉะนั้นผมเชื่อมั่นว่าในการเดินต่อไปอีก 5 ปีที่จะถึงแบ่งมาให้ชัดเลย วันนี้ ท่านรองปลัดกระทรวงฯ ก็จะได้รับหนักหน่อย ผมคุยกับพี่วัลลภผมเห็นว่าอันนี้ หลักการที่ควรจะทำนั้นคือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวหลักนะ เพราะท่านดูแลโรงพยาบาลของกระทรวงฯ ทั้งหมด มี รพท. รพศ. รพช. ทั้งหมด 1,000 กว่าโรงพยาบาล แล้ว รพ.สต.อีก 9,000 กว่าแห่ง ทั้งหมดนี้ถูกกระจายลงไปในลักษณะ ที่มีความบูรณาการกัน และข้อมูลกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย ลงไปช่วยกันและร่วมมือกัน องค์การภาคประชาสังคมทั้ง มูลนิธิธัญรักษ์ฯ และหน่วยงานอื่นๆ ผมคิดว่า 5 ปีที่ผ่านมาจะเป็น lesson learn ที่ดี ที่จะทำให้เรามุ่งไปข้างหน้าด้วยเป้าหมายที่ชัดเจน มีการติดตามผลและประเมินได้ อยากให้เกิดอย่างนั้น และท่านรองปลัดฯ คงทราบ ผมติดตามนะและผมเอาจริงด้วย และขณะนี้เราเข้าประชุมกันทุกวันพุธ เมื่อวานนี้ ก็ประชุมนะครับ และมีการติดตามผล สิ่งเหล่านี้ถ้าร่วมกันถือว่าเป็นความท้าทายและเพิ่มภาระผมคิดว่า เราจะ ทำสิ่งที่ไม่เคยเกิดให้เกิดขึ้นได้ ผมเชื่อคำว่า สิ่งที่เป็นไปไม่ได้ ต้องอาศัยคนที่เหนือมนุษย์มาทำหรือเปล่า ไม่ใช่มันอาศัยคนธรรมดาอย่างเราแน่แหละ แต่ทำงานที่ไม่ทำธรรมดา เพราะเราด้วยกัน ผมเชื่อว่าถ้าเรามีเป้าหมาย เดียวกันนะครับ และทำตามพระราชปณิธานของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในรัชกาลที่ 9 ด้วยนั้น ไม่ว่าความท้าทายอะไรจะเกิดขึ้นนั้น เราน่าจะฟันฝ่าอุปสรรคนั้นไป และทำให้เกิดตัวอย่างดี ๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ประเทศจีนทำแล้ว บอกไม่เปลี่ยน แต่ตามหลักที่ท่านจรัญ พุดถึงตรรกะนี้ มันต้องเปลี่ยนถ้าเรา detect ได้ก่อน มะเร็งเต้านมไม่ได้เกิดจาก behavior พฤติกรรมการกินหรืออะไรยังบอกไม่ได้ เพราะฉะนั้นเราทำได้อย่างเดียวคือ detect ให้เร็ว รักษาให้เร็ว และถูกต้องเท่านั้น เพราะฉะนั้นก็หวังเป็นอย่างยิ่งนะว่า วันนี้เป็นการจุดประกายจาก 5 ปีที่ผ่านมา เราจะระเบิดจากข้างในออกไป ให้เกิดผลที่เราคิดว่า ในอีก 5 ปีข้างหน้า ผมคิดว่าในปีเดียว จะต้องวาง พื้นฐานให้ชัดเจน เป็น solid ground เหมือนที่ท่านนายกรัฐมนตรีบอก 1 ปีนี้ จะต้องวางพื้นฐานให้ชัดเจนว่า มีโครงการอย่างไร ระบบเป็นอย่างไร และจะมีการติดตามผลอย่างไร ไม่ว่ารัฐบาลจะเปลี่ยนไปอย่างไร พื้นฐานนี้ จะแข็งแกร่งที่จะผลักดันให้ทุกอย่างเดินต่อไปได้ด้วยตัวของมันเอง ไม่ว่าใครจะมาใครจะไป แต่ประชาชนต้องสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ต้องมีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน ผมต้องกล่าวขอบพระคุณ มูลนิธิธัญรักษ์ฯ และทุกท่านที่มา ร่วมกัน อยู่ในที่นี้ และวันนี้ที่ถูกระบุมากที่สุดคือ ท่านรองปลัดฯ ท่านต้องไปบอกท่านปลัดฯ ว่าเราทำได้ และพยายามคิด ในสิ่งที่ไม่เพิ่มภาระ แต่เพิ่มการทำท่าย ในนามกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเรามีบทบาทหลักในงานรับผิดชอบเกี่ยวกับ สุขภาพที่ดีต่อประชาชน จากโรคภัยต่าง ๆ วันนี้เป็นตัวอย่างอันหนึ่ง ซึ่งความจริงเราทำหลายอย่าง ตัวอย่างนี้ กระจายออกไปสู่ระบบอื่น หรือโรคอื่นๆ ได้เช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นก็ต้องขอบคุณอีกครั้ง มูลนิธิธัญรักษ์ฯ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญในการต่อต้านมะเร็งเต้านม เพื่อสตรีไทยมาโดยตลอด ขอบคุณอย่างยิ่งครับ

ปาฐกถาพิเศษ
เรื่อง พระราชปณิธานของสมเด็จพระเจ้าในการก่อตั้งมูลนิธิกันยรักษ์
โดย รองศาสตราจารย์ ดร.จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา
รองประธานกรรมการมูลนิธิกันยรักษ์
วันที่ 30 พฤศจิกายน 2560
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

เรียน ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ท่านเลขาธิการมูลนิธิกันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

ผมคิดว่าทางผู้จัดได้กรุณาเอาวีดิทัศน์มาแสดงตั้งแต่ต้น ก่อนเปิดงานเป็นสิ่งที่เหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะเราจะได้ระลึกถึงพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี รวมทั้งพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ด้วย ซึ่งตรงกับประเด็นที่สุดก็คือ ที่รับสั่งตอนสุดท้ายว่า สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีจะทรงมีคุณประโยชน์แก่ประเทศไทยไปช่วงกาลนิรันดร์ ผมว่าเป็นการจบที่เป็นแรงบันดาลใจสำหรับพวกเราทุกคนที่อยู่ ณ ที่นี้ครับ คือเรื่องของโครงการมะเร็งเต้านมหรือภัยของมะเร็งเต้านม ซึ่งท่านรองปลัดกระทรวงได้กรุณารายงานให้ที่ประชุมทราบว่า มีผู้เสียชีวิตปีหนึ่งประมาณ 8,000 คน แล้วก็เป็นเรื่องที่โดยตรรกะแล้วการที่จะมี Early Detection การที่สามารถรู้ได้เร็วที่สุด ก็เป็นเรื่องที่ทำให้ภัยหรือการลดการตายนั้น มีโอกาสที่จะลดลงเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ผมคิดว่าเป็นตรรกะที่คงไม่มีใครจะเถียงได้ เราได้มีโครงการนี้มา 5 ปี นะครับ วันนี้เหมือนว่าจะมาทบทวนผลของ 5 ปีนี้ เป็นอย่างไร ก็ถือว่าเป็นการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ประโยคที่สำคัญที่ท่านรับสั่ง ผมคิดว่าอยู่ในใจของพวกเราทุกคนที่อยู่ในที่นี้ ก็คือ รับสั่งว่าให้นำเทคโนโลยีที่ทันสมัย เราก็นำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ เพื่อดูแลคนรวยและคนจน เท่าเทียมกัน ประโยคไม่ยาว ประโยคสั้น ๆ แต่ว่าได้ครบทุกความหมาย เพราะฉะนั้นท่านรองปลัดกระทรวง พูดว่า เทคโนโลยีที่ทันสมัยก็แน่นอน มีเครื่อง Mammogram เครื่อง Ultrasound อะไรต่าง ๆ เหล่านี้ อันนี้เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ถ้าจะให้เหมาะสมเพื่อดูแลคนรวยและคนจน เท่าเทียมกันนั้น ผมคิดว่าพวกเราที่อยู่ในที่นี้ทุกคน คงจะเข้าใจกันดีว่า ถ้าจะให้เท่าเทียมกันของคนจนที่อยู่ในที่ห่างไกล ทุรกันดาร การจะให้ได้มาสู่เทคโนโลยีที่ทันสมัย คือ เครื่อง Mammogram และ Ultrasound นั้น อาจจะไม่ได้ครบทั้งหมดของประเทศ เพราะฉะนั้นจำเป็นที่จะต้องมีความเหมาะสมมาใช้ นี่คือความเป็นมาของการริเริ่มโครงการเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ที่จริงก่อนหน้านั้นที่มาก่อนจริงจริง 5 ปีที่แล้วก็ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเหมาะสมสำหรับคนที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารก็คือสมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเองที่จะให้คนได้บันทึกการตรวจด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้คนที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร อันนี้ก็ถือว่าเป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสมเหมือนกัน ที่จะให้ได้เผยแพร่ไปสู่คนที่อยู่ห่างไกล ท่านรัฐมนตรีฯ ได้ปรารภว่า มีอีกพระองค์ท่านหนึ่งที่ให้ความสนพระทัยในเรื่องของการสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะคนที่ห่างไกล คือ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผมได้มีโอกาสเข้าเฝ้าท่านไปที่สระบุรี ท่านทรงปรารภเหมือนกันว่า คนที่ห่างไกลอยู่ รู้หรือเปล่าว่าในที่ทุรกันดารที่อยู่แถวนั้น ซึ่งใช้เวลา 2 วัน ในการเดินทางมารับการตรวจรักษา ใช้เงินออมทั้งหมดที่เขามีอยู่ซึ่งมีไม่มาก ในการเดินทางมา 2 วัน เพื่อจะมารับ

การรักษา มาได้คนเดียว การรักษาที่ต่อเนื่องจนเงินออมหมดแล้ว ก็ทำให้เราซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนเมืองแถวๆ นั้น เริ่มเข้าใจ ท่านเริ่มสนพระทัยหรือที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สนพระทัยในกลุ่มคนเหล่านี้ เพราะฉะนั้นมันทำให้ตระกะชัดเจนว่า โครงการที่เรากำลังมาประเมินผลกัน 5 ปี เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ต้องอาศัยความสามารถและระบบของกระทรวงสาธารณสุขให้ลงไปถึง บุคคลเหล่านี้ ถึงจะทำได้ตามพระราชปณิธาน ว่า คนจนอยู่ห่างไกลให้เท่าเทียมกันหรือเท่าเทียมกันให้มากที่สุด เพราะฉะนั้น ตรงนี้ผมจึงดีใจว่า อย่างน้อยได้รับทราบว่ามี 21 จังหวัด ที่ทำกันมา 5 ปี แต่วันนี้มีมาจากทั้ง 76 จังหวัด เพราะจะได้มารู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ แล้วก็อาจจะให้สนใจในการเข้าร่วมโครงการ เรียกได้ว่าเข้มข้นยิ่งขึ้น ให้สามารถครอบคลุมได้ทั่วประเทศนะ วันนี้สิ่งที่หลายคนอาจจะทราบแล้ว และผมเองก็ได้รับทราบด้วยความสนใจว่า ประสบการณ์นอกประเทศ ยกตัวอย่างโครงการที่อเมริกาไปสนับสนุนที่เมืองจีนส่งเสริมให้เกิด ผมเชื่อด้วยความคิด อันเดียวว่าจะให้มีการตรวจมะเร็งเต้านมโดยที่ตรวจด้วยตัวเองแต่ดูเหมือนโครงการไม่ค่อยจะประสบความสำเร็จ ซึ่งนายแพทย์วัลลภคงจะเรียนให้ท่านทั้งหลายทราบว่าทำไมถึงไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แล้วทำไมเราถึงยังเชื่อว่าในประเทศไทยจะประสบความสำเร็จ ผมก็คิดว่าคำตอบอันหนึ่งที่แน่นอนก็คือ เพราะกระทรวงสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ของไทย มีประสิทธิภาพสูงกว่าที่ได้เคยไปทำกันที่เมืองจีน นี่เป็นเหตุที่สำคัญ อีกอันหนึ่ง แต่อาจจะเรียกได้ว่าสาเหตุที่อาจจะสำคัญที่สุดเลยมากที่สุดเลย ยิ่งกว่านั้นก็คือ กระทรวงสาธารณสุขของไทย รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้งหมด ที่จะต้องลงไป ช่วยส่งเสริมในเรื่องนี้ ทำให้ระบบนี้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันอันตรายมะเร็งเต้านมจริง ๆ ที่จริงแล้วสืบเนื่อง มาจากการที่ทุกท่านที่อยู่ในระบบของสาธารณสุขไทยในประเทศไทย ได้รับแรงบันดาลใจมาจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จากการดูวิทัศน์หรือจากความรู้ที่ท่านมีอยู่ที่เกี่ยวข้องกับท่านในโครงการของ พอ.สว. ต่างๆ ในอดีต รวมทั้งความศรัทธาที่ท่านมีต่อการสาธารณสุข ประชาชนที่ยากจนและที่อยู่ห่างไกล ซึ่งผมคิดว่า ตรงนี้เป็นแรงบันดาลใจที่ท่านทั้งหลายได้รับจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และเจ้านายพระองค์อื่น ๆ ในประเทศไทย นี่คือการแตกต่างที่ทางโครงการของสหรัฐอเมริกา และจีน ไม่สามารถที่จะได้รับแรงบันดาลใจ เหล่านี้ และเป็นปัจจัยที่จะทำให้เราได้ประสบความสำเร็จในโครงการนี้ แล้วก็จะสามารถสืบสานพระราชปณิธาน ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ให้ทรงเป็นที่ระลึกและทรงเป็นคุณประโยชน์ต่อประเทศไทยต่อไปชั่วกาลนิรันดร์ ขอขอบคุณครับ

-ร่าง- การประชุมใหญ่ประจำปี
“ความก้าวหน้าโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี
วันที่ 6 – 7 ธันวาคม ๒๕๖1
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

วันที่ 6 ธันวาคม 2561

- | | | |
|------|------------------|--|
| เวลา | 12.30 – 13.00 น. | - ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม |
| | 13.00 – 14.00 น. | - บรรยาย “โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ด้านกัญมะเร็งเต้านม”
โดย นายแพทย์เฉลิมเดช กรรณวัฒน์ ศูนย์ถันยรักษ์ รพ.ศิริราช
แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย |
| | 14.00 – 15.30 น. | - แบ่งกลุ่มระดมสมองรายภาค “การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ด้านกัญมะเร็งเต้านม ใน 12 เขตสุขภาพ”
วิทยากรกลุ่ม
กลุ่มที่ 1 แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล
กลุ่มที่ 2 แพทย์หญิงสายพิณ คุสมิทธิ
กลุ่มที่ 3 นายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล
กลุ่มที่ 4 นางจารุวรรณ จงวนิช |
| | 15.30 – 16.30 น. | - นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม (รายภาค)
- อภิปรายทั่วไป
โดย นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ประธานโครงการสืบสานฯ |

วันที่ 7 ธันวาคม 2561

- | | | |
|------|------------------|---|
| เวลา | ๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐ น. | - ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม |
| | 09.00 – 09.45 น. | - พิธีเปิดการประชุม
- บรรยายพิเศษ “ความสำเร็จของการด้านกัญมะเร็งเต้านมของประเทศไทย”
โดย ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
กล่าวรายงานโดย นายแพทย์สุชุม กาญจนพิมาย
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| | 09.45 – 10.00 น. | - ปาฐกถาพิเศษ “พระราชปณิธานของสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ด้านกัญมะเร็งเต้านมของประเทศไทย”
โดย รองศาสตราจารย์ ดร.จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา
รองประธานกรรมการมูลนิธิถันยรักษ์ฯ |

เวลา 10.00 – 10.30 น.	- ความก้าวหน้าของโครงการสืบสานฯ และงานสำคัญ โดย นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ประธานโครงการสืบสานฯ
10.30 – 11.15 น.	- กรมวิชาการกับการแก้ไขปัญหาะเร็งเต้านม โดย แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
11.15 – 12.00 น.	- ความร่วมมือของมูลนิธิในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ต้านภัยมะเร็งเต้านม โดย นายแพทย์ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์ เลขาธิการมูลนิธิถันยรักษ์ฯ นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก เลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว.
12.00 – 13.00 น.	- รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	- Best practice 4 ภาค ของโครงการสืบสานฯ โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้สืบสานฯ ดำเนินการอภิปรายโดย แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14.00 – 15.00 น.	- แบ่งกลุ่ม “แผนการดำเนินงานและข้อเสนอแนะการพัฒนาโครงการสืบสานฯ” วิทยากรกลุ่ม กลุ่มที่ 1 แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล กลุ่มที่ 2 แพทย์หญิงสายพิณ คูสมิทธิ กลุ่มที่ 3 นายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล กลุ่มที่ 4 นางจรรววรรณ จงวนิช
15.00 – 16.00 น.	- อภิปรายและพิธีปิดการประชุม โดย นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ประธานโครงการสืบสานฯ

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30-10.45 น. และเวลา 14.30-14.15 น.

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช The Effectiveness of Breast Self Examination Results in Thailand

วัลลภ ไทยเหนือ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล นันทา อ่วมกุล เฉลิมเดช กรรณวัฒน์ ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดำเนินงานมาครบ 5 ปี (ตุลาคม 2555 – กันยายน 2560) มี 5 จังหวัด ดำเนินการในพื้นที่ทุกอำเภอ (เชียงราย จันทบุรี นครราชสีมา สกลนคร และสุราษฎร์ธานี) และ 16 จังหวัดที่ดำเนินการจังหวัดละ 1 อำเภอ รวม 21 จังหวัด สตรีไทย อายุ 30-70 ปี ที่ไม่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 1,906,697 คน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการฯ ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อุบัติการณ์มะเร็งเต้านม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับขนาดมะเร็งเต้านม ระยะของโรค อัตราป่วยตาย และอัตราการรอดชีพ

วิธีการศึกษา ใช้ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน ฐานข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเองและข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายบุคคล การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา การประมาณ ค่าความสัมพันธ์ odds ratio การรอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier และเปรียบเทียบเส้นโค้งการรอดชีพ โดย Log-rank test (Mantel-Cox)

ผลการศึกษา สตรีไทยตรวจเต้านมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (อย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง) บันทึกลงในสมุดบันทึก การตรวจเต้านมตนเอง ยืนยันโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (อสมช.) และรับรองโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รพสต.เฉลี่ย 5 ปี ร้อยละ 75 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2,956 ราย อุบัติการณ์มะเร็งเต้านม เฉลี่ย 31.0 ต่อแสนต่อปีของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี พบก้อนมะเร็งขนาดเล็ก (ไม่เกิน 2 ซม.) ร้อยละ 41.5 เป็นมะเร็ง ระยะแรก (ระยะไม่เกิน 0,1,2) ร้อยละ 68.5 อัตราป่วยตายน้อยละ 5.95 อัตราการรอดชีพน้อยละ 94.8

ในภาพรวมพบว่าพฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเองมีความสัมพันธ์กับขนาดก้อนมะเร็ง ระยะโรค อัตราป่วยตาย และอัตราการรอดชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีประวัติตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ พบก้อนมะเร็งขนาดเล็ก และมะเร็งระยะแรกเป็น 1.276 เท่า ($P=0.019$) และ 1.285 เท่า ($P=0.007$) ของกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ อัตราป่วยตายของกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมสม่ำเสมอ 1.702 เท่า ($P=0.001$) อัตราการรอดชีพของกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอ ($P=0.000$) การติดตามผู้ป่วยที่พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมาแล้ว 5 ปี พบอัตราป่วยตาย 5 ปี ของกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอ 1.864 เท่า ($P=0.016$) อัตราการรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยกลุ่มตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ($P=0.006$)

สรุป โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีข้อมูลของการตรวจเต้านมตนเอง ที่ครอบคลุมสูง การตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้พบก้อนมะเร็งขนาดเล็กไม่เกิน 2 ซม. และมะเร็งเต้านมระยะแรกได้มากกว่า มีอัตราป่วยตายน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมีอัตราการรอดชีพภาพรวมและอัตราการรอดชีพ 5 ปี สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอ รูปแบบของโครงการฯ ที่ปฏิบัติได้ง่าย แต่ตรวจสอบได้ทำให้ค้นพบความผิดปกติได้เร็ว (Early detection) ส่งผลให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องครบวงจร ปัจจัยสำคัญ คือ ความศรัทธาในพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและความเอาใจใส่กระตุ้นเตือนของอสมช. การศึกษาระยะยาวครบ 10 ปีจะทำให้ได้ผลการศึกษาที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง อุบัติการณ์ ระยะโรค อัตราป่วยตาย อัตราการรอดชีพ

บทนำ (Introduction)

ความเป็นมา (The initiative) ในปี พ.ศ.2537 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพิจารณาเห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมจะเป็นภัยอันใหญ่หลวงแก่สตรีทั้งปวง จึงได้พระราชทาน พระราชทรัพย์ส่วนพระองค์จำนวน 12 ล้านบาท ตั้งเป็นมูลนิธิเพื่อต่อสู้กับโรคร้ายนี้พร้อมกับพระราชทานชื่อที่พระองค์ทรงคิดขึ้นว่า “มูลนิธิถันยรักษ์”¹ ขณะนั้นทรงมีพระชนมายุ 94 พรรษา มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นมูลนิธิสุดท้ายของพระองค์ท่าน ที่แสดงถึงความห่วงใยของสมเด็จพระเจ้ายาที่มีต่อสตรีไทยทั้งหลาย ด้วยทรงมีพระราชปณิธานไว้ว่า “ให้นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุด มาใช้อย่างเหมาะสม และให้รักษาคณจนวน โดยเท่าเทียมกัน”

ประสบการณ์ (Past experiences) มูลนิธิถันยรักษ์ฯ ได้จัดตั้งศูนย์ถันยรักษ์ฯ ขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช ด้วยเครื่องมือทันสมัย ทั้ง Ultrasound และ Mammogram ให้บริการสตรีไทยในการค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นมาเป็นเวลา 20 ปี แต่เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมได้กลายเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดอันดับ 1 ของมะเร็งในสตรีไทยมากกว่า 10 ปีแล้ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การค้นหาและวินิจฉัยระยะเริ่มต้น โดยการคัดกรองด้วยเครื่องมือ Mammogram ไม่อาจครอบคลุมสตรีไทยที่ยากจนและอยู่ห่างไกล

ทบทวนสถานการณ์ (Situation reviewed) การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 การประเมินผลโดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าสตรีไทยตรวจเต้านมตนเองร้อยละ 80 ตรวจถูกต้องร้อยละ 40 และที่ตรวจถูกต้องอย่างสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 20 มูลนิธิถันยรักษ์ฯ จึงได้ทบทวนแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ และเห็นว่าการที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งเต้านมนั้น การปรับพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเองมีความจำเป็น โดยเริ่มต้นจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง Breast Self Examination (BSE) ที่ตรวจสอบได้ และยืนยันการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ Clinical Breast Exam (CBE) หากสงสัยว่าเป็นก้อนหรือไม่ ชนิดใด ให้ทำ Ultrasound และ Mammogram ร่วมกับการพัฒนาการส่งต่อและติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพ มูลนิธิถันยรักษ์ฯ จึงร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการต่อสู้กับภัยมะเร็งเต้านมในนามของ “โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ด้านภัยมะเร็งเต้านม”

แนวทางใหม่ (New paradigm) โดยหลักการ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง BSE อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นวิธีการที่ช่วยทำให้ทราบถึงความผิดปกติของเต้านมตนเอง หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะได้ทราบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเพื่อช่วยยืนยันการปฏิบัติที่สามารถตรวจสอบได้ จึงได้จัดทำ “สมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเอง” ให้กลุ่มเป้าหมายได้บันทึกผลการตรวจตามคำแนะนำที่ถูกต้อง ทั้งการดูและคลำทุกเดือน มี อสมช. ที่ผ่านการอบรมความเชี่ยวชาญด้าน BSE เป็นผู้ยืนยัน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับรอง แต่การศึกษาประสิทธิภาพของการทำ BSE ที่เชียงใหม่ ประเทศจีน โดย National Cancer Institute NCI สถาบันมะเร็งแห่งชาติของอเมริกาในปี พ.ศ. 2533-2534 และรายงานในปี 2545 ว่าการทำ BSE ไม่มีผลต่อการลดอัตราการตายและอาจทำให้เกิดการสอบสวนโรคโดยไม่จำเป็นเพิ่มขึ้น² ได้สร้างความสับสนแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างมาก ต่อมา พ.ศ. 2556 NCI ยอมรับว่าการศึกษาที่จีนใช้ได้เฉพาะภายในประเทศเท่านั้น ประเทศอื่นไม่สามารถนำผลการศึกษานั้นไปใช้อ้างอิง (Poor External Validity)³

การดำเนินงาน (Implementation) ภายใต้ “โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี โครงการสามเหลี่ยมชีวิต” มีสตรีไทยอายุ 30-70 ปี อยู่ในโครงการฯ จำนวน 1.9 ล้านคน ใน 21 จังหวัด มีจังหวัดที่ทำเต็มพื้นที่ครบทุกอำเภออยู่ 5 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงราย จันทบุรี นครราชสีมา สกลนคร และสุราษฎร์ธานี และอีก 16 จังหวัดทำจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครนายก อุบลราชธานี อำนาจเจริญหนองบัวลำภู เลย ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิษณุโลกราชบุรี สมุทรสงคราม พังงา และสงขลา (รูปที่ 1) เนื่องจากการดำเนินงานโครงการฯ เป็นการศึกษาลักษณะ Research and Development เพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศ Country Program จึงมิได้แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบโครงการฯ มีสตรีอายุ 30-70 ปี ในพื้นที่ดำเนินการที่ทุกคน ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2555 เป็นการดำเนินงานแบบ Non randomized Design ที่รายงานอย่างโปร่งใส (Transparent Report)

การประเมินผล โครงการฯ ได้จัดให้มีการประเมินผล เนื่องจากได้ดำเนินการมาครบ 5 ปี เมื่อ 31 ธันวาคม 2560



★ จังหวัดที่ทำเต็มพื้นที่
📍 จังหวัดที่ทำ 1 อำเภอ

รูปที่ 1 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการสืบสาน
พระราชปณิธานสมเด็จพระเจาฯ ด้านกัยมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. ศึกษาพฤติกรรม การตรวจเต้านมตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี อุบัติการณ์ มะเร็งเต้านม ขนาดของก้อน มะเร็งเต้านม (Cancer size) ระยะของโรคมะเร็งเต้านม (Staging)
2. ศึกษาอัตราป่วยตายและอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การตรวจเต้านมตนเองกับขนาดมะเร็งเต้านม ระยะของโรคมะเร็งเต้านม อัตราป่วยตาย และอัตราการรอดชีพ

รูปแบบการศึกษา เป็นการประเมินผล แบบ Nonrandomized Evaluation for Public Health Intervention ครอบคลุมพื้นที่โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนในพื้นที่ 21 จังหวัด

นิยามศัพท์

ประสิทธิผล หมายถึง สัดส่วนของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ที่ร่วมโครงการฯ มีการตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอ สามารถเข้ารับการวินิจฉัยและผ่าตัดโดยเร็ว โดยมีสัดส่วนขนาดก้อนมะเร็งที่วัดโดยพยาธิแพทย์ไม่เกิน 2 เซนติเมตร และสามารถตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรก ทำให้อัตราป่วยตายต่ำและอัตราการรอดชีพสูงในกลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอ

การตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอ หมายถึง การตรวจอย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง มีการบันทึกในสมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเอง และมีการจัดส่งข้อมูลผ่าน อสมช. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด มายังเว็บไซต์ของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ขนาดของก้อนมะเร็งเต้านม หมายถึง ขนาดเป็นเซนติเมตรที่ได้จากการตรวจชิ้นเนื้อโดยพยาธิแพทย์ ซึ่งจะวัดเฉพาะก้อนมะเร็ง แบ่งตาม TNM Classification คือ T1 ขนาด ≤ 2 ซม. T2 ขนาด 2.1-5 ซม. และ T3 ขนาดมากกว่า 5 ซม.

ระยะโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ระยะโรคตาม TNM Staging System แบ่งเป็นระยะที่ 0, 1, 2, 3 และ 4 ตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่ดูแลรักษา ระยะแรก (Early stage) หมายถึง ระยะ 0,1 และ 2 ระยะหลัง (Late stage) หมายถึง ระยะ 3 และ 4

ประชากรที่ศึกษา

สตรีไทยอายุ 30-70 ปีทุกคนที่เข้าร่วม โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าฯ ด้านภัยมะเร็งเต้านม การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

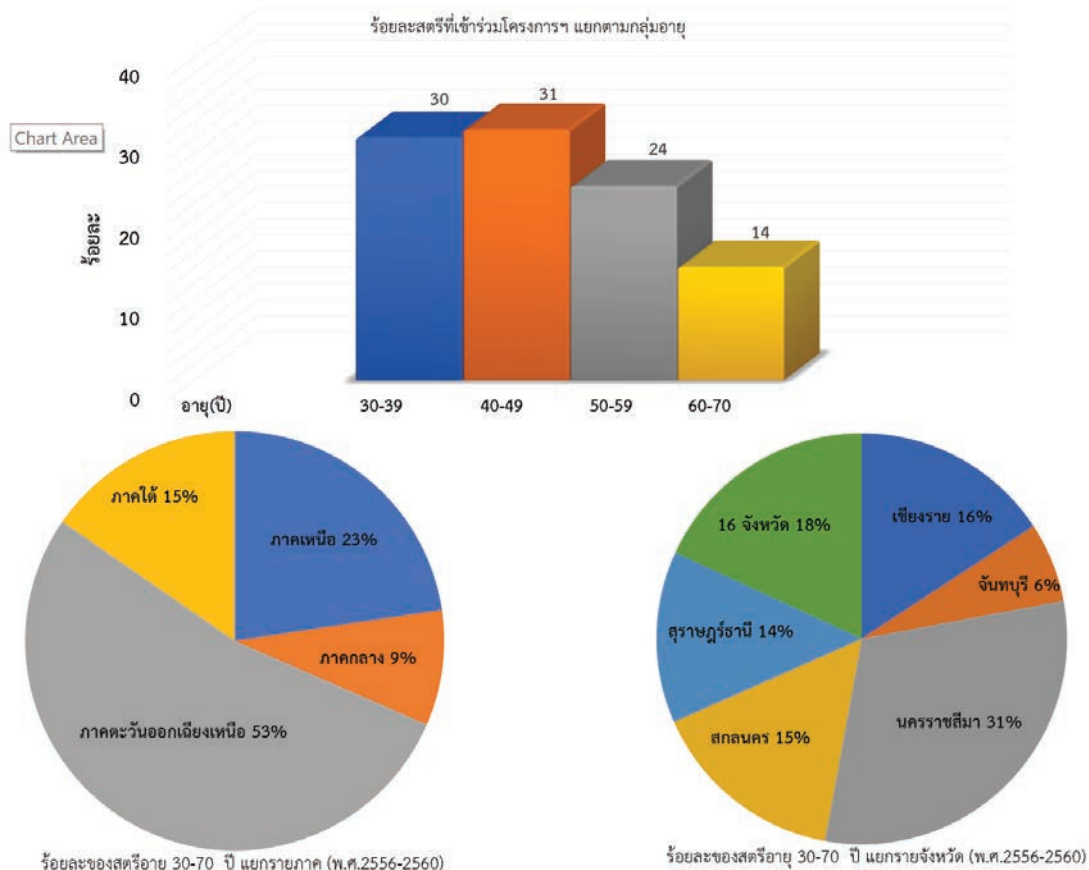
1. ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน และฐานข้อมูลรายงานการตรวจมะเร็งเต้านมตนเอง ที่รวบรวมไว้ที่ศูนย์ข้อมูลศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี (เว็บไซต์โครงการสืบสานฯ <http://www.hpc.go.th/bse>) และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายบุคคล (Breast Cancer Individual Record Form : BCI)

2. สถิติที่ใช้ คือ สถิติที่ใช้สำหรับงานวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์และศึกษาอัตราการรอดชีพ โดยใช้วิธีของ Kaplan-Meier และเปรียบเทียบเส้นโค้งการรอดชีพ (Survival curve) ของกลุ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ และกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ โดยใช้ Log-rank test วิธีของ Mantel-Cox

3. การวิเคราะห์ข้อมูลระยะปลอดเหตุการณ์ Survival Analysis โดยติดตาม 5 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2560 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษา (Results)

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา กลุ่มที่ศึกษา คือ สตรีไทยอายุ 30-70 ปี (เมื่อสมัครเข้าร่วมโครงการสืบสานฯ) จำนวน 1,906,697 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) อายุต่ำกว่า 50 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53) อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดที่มีสตรีที่ศึกษาอาศัยอยู่มากที่สุด คือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 587,830 คน (ร้อยละ 31) รองลงมา คือ เชียงราย สกลนคร สุราษฎร์ธานี และจันทบุรี ตามลำดับ (รูปที่ 2)



รูปที่2 ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่เข้าร่วมโครงการฯ

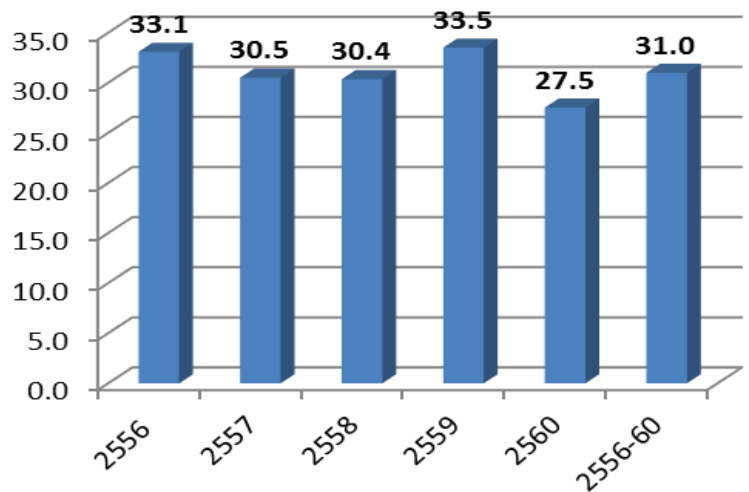
พฤติกรรม การตรวจเต้านมตนเอง สตรีที่ศึกษาตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉลี่ยในช่วง 5 ปีนี้ ร้อยละ 75 ทั้งนี้ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตรวจสม่ำเสมอสูงสุด ร้อยละ 78 ที่เหลือเป็นภาคกลาง ร้อยละ 68 ภาคใต้และภาคเหนือสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 61 จังหวัดที่มีการตรวจสม่ำเสมอโดยเฉลี่ย 5 ปี ในระดับสูงใกล้เคียงกันคือจังหวัดสกลนครและนครราชสีมา ร้อยละ 79.3 และร้อยละ 78.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนสตรีร่วมโครงการฯ ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แยกตามจังหวัด (ปีงบประมาณ 2556 -2560)

ข้อมูล	เชียงราย	จันทบุรี	นครราชสีมา	สกลนคร	สุราษฎร์ธานี	16 จังหวัด	ทั้งโครงการ
สตรี 30-70 ปี (คน)	300,844	119,502	587,830	295,502	257,467	345,552	1,906,697
สตรีที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอเฉลี่ย (%)	55.9	64.5	78.5	79.3	60.4	77.4	75.0
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (คน)	733	183	929	258	469	384	2,956
ผู้ป่วย ปี 2556 (คน)	161	17	186	82	84	101	631
ผู้ป่วย ปี 2557 (คน)	119	22	220	51	78	92	582
ผู้ป่วย ปี 2558 (คน)	161	18	163	28	130	79	579
ผู้ป่วย ปี 2559 (คน)	167	47	168	81	109	67	639
ผู้ป่วย ปี 2560 (คน)	125	79	192	16	68	45	525
อุบัติการณ์เฉลี่ย (ต่อแสน/ปี)	48.7	30.6	31.6	17.5	36.4	22.2	31.0
มะเร็งขนาดเล็ก (%)	42.9	48.4	36.5	43.3	35.8	44.8	41.5
มะเร็งระยะแรก (%)	70.0	70.7	68.0	64.2	65.6	72.3	68.5
ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตในช่วง 5 ปี	19	9	77	13	37	21	176
อัตราการตายเฉลี่ย (ต่อแสนต่อปี)	1.3	1.5	2.6	0.9	2.9	1.2	1.8
อัตราการตายเฉลี่ย (%)	2.6	4.9	8.3	5.0	7.9	5.5	5.95

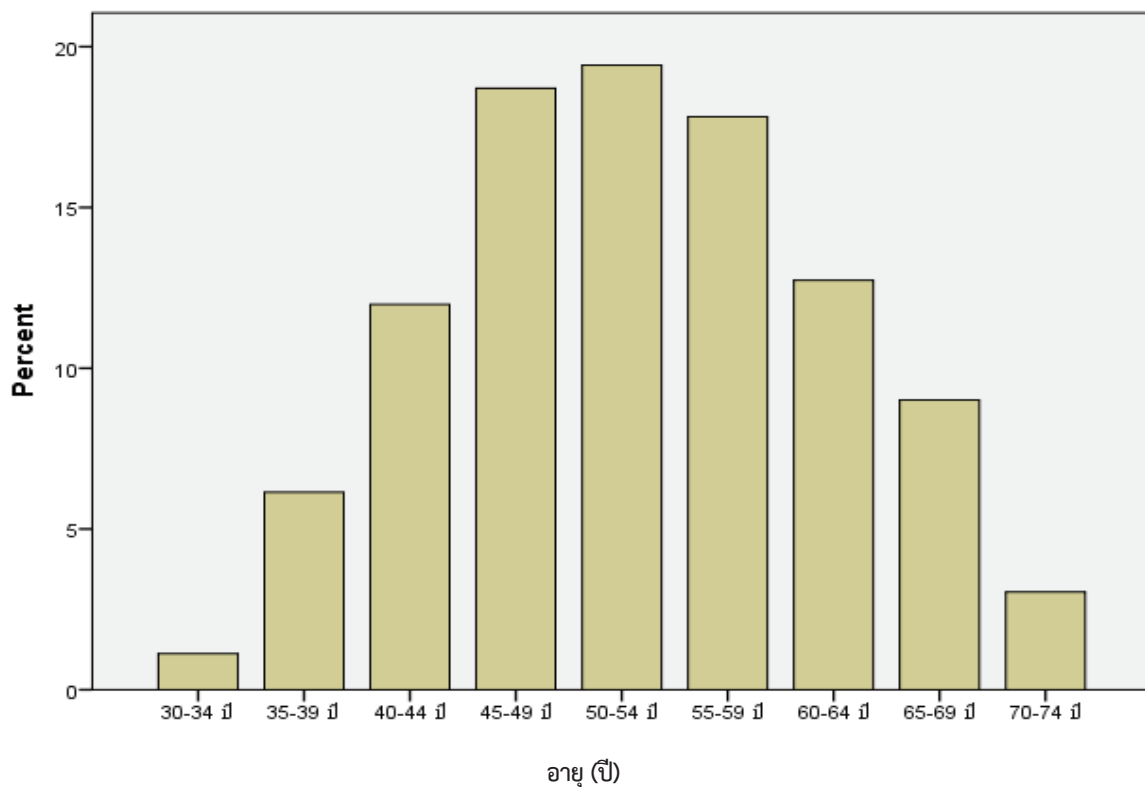
อุบัติการณ์มะเร็งเต้านม ระยะ 5 ปี
ของการดำเนินโครงการพบสตรีในโครงการฯ
เป็นมะเร็งเต้านม 2,956 ราย คิดเป็น อุตการณ์
มะเร็งเต้านมเฉลี่ย 31 ต่อแสนต่อปี (ตารางที่ 1)
อุบัติการณ์รายปี อยู่ระหว่าง 27.5 - 33.5 ต่อแสน
ประชากรต่อปี (รูปที่ 3)

อุบัติการณ์มะเร็งเต้านมเฉลี่ยระยะ 5 ปี
ใน 5 จังหวัดที่ดำเนินการเติมพื้นที่ สูงสุดถึงต่ำสุด
เรียงตามลำดับจังหวัดเป็นดังนี้ เชียงราย สุราษฎร์
ธานี นครราชสีมา จันทบุรี และสกลนคร (ตารางที่ 1)



รูปที่ 3 อุตการณ์มะเร็งเต้านมต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2556-2560

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมีอายุ 30-74 ปี อายุเฉลี่ย 52.73 ± 9.06 ปี กลุ่มอายุที่มีอุบัติการณ์
สูงสุดคือ กลุ่มอายุ 50-54 ปี โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามกลุ่มอายุ

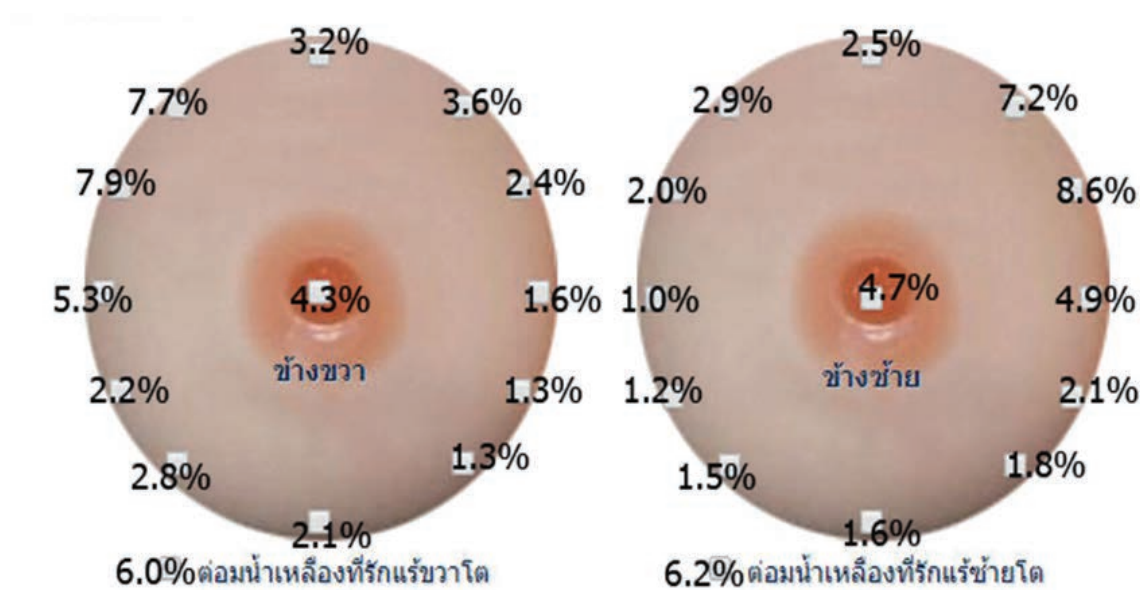
อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งตอบ
ได้มากกว่า 1 ข้อ เมื่อวิเคราะห์โดยจำนวนผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 97.9 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านม
และส่วนใหญ่จะคลำก้อนได้ด้วยตนเอง อาการ/อาการแสดงอื่นๆ ที่พบบ่อยและทำให้มาพบแพทย์ ได้แก่ เจ็บเต้านม
ร้อยละ 12.8 เต้านมทั้ง 2 ข้างโตไม่เท่ากันร้อยละ 7.9 นอกจากนี้พบว่าไม่มีอาการ/อาการแสดงอื่นๆ แต่ตรวจพบโดย
Ultrasound และ Mammogram ร้อยละ 1.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	ร้อยละ
ก้อนที่เต้านม	97.9
เจ็บที่เต้านม	12.8
ขนาดของเต้านมแตกต่างผิดปกติ	7.9
หัวนมถูกดึงรั้ง/มีสีผิดปกติ	2.1
บวมแดงจากการอักเสบ	2.1
มีรอยบุ๋ม/แตกเป็นแผล	2.4
มีน้ำเหลือง/เลือดออกจากหัวนม	1.7
CBE ไม่พบ แต่พบจาก Ultrasound หรือ Mammogram	1.2
อื่นๆ	3.4

หมายเหตุ : ระบุได้มากกว่า 1 อาการ

ตำแหน่งมะเร็งเต้านม ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ upper outer quadrant ของเต้านมซ้ายและขวา ดังรูปที่ 5



รูปที่ 5 ร้อยละของการพบก้อนมะเร็งเต้านม แยกตามข้างและตำแหน่ง

ความรุนแรงของโรคและความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมตนเอง

ขนาดก้อนมะเร็ง แบ่งตามระบบ TNM การประเมินครั้งนี้มีข้อมูลขนาดมะเร็งจำนวน 2,031 ราย หรือร้อยละ 68.7 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด พบว่าเป็นมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 ซม. ร้อยละ 41.5 (ตารางที่ 3)

ในภาพรวมกลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอพบมะเร็งขนาดเล็กร้อยละ 43.1 มากกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอที่พบมะเร็งขนาดเล็กร้อยละ 37.3 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.276, 95% CI 1.041 – 1.565, P= 0.019) การวิเคราะห์รายจังหวัด กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอของ จังหวัดนครราชสีมา สกลนคร และสุราษฎร์ธานี มีสัดส่วนการพบมะเร็งขนาดเล็กมากกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แยกตามขนาดก้อนมะเร็งและระยะโรค

มะเร็งเต้านม	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ขนาด (n=2,031)	
≤2 ซม.	843 (41.5)
>2 ซม.	1,188 (58.5)
ระยะโรค (n=2,659)	
In situ	64 (2.4)
ระยะที่ 1	483 (18.2)
ระยะที่ 2	1,273 (47.9)
ระยะที่ 3	632 (23.8)
ระยะที่ 4	207 (7.8)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับขนาดมะเร็งเต้านม แยกรายจังหวัด (ปีงบประมาณ 2556-2560)

จังหวัด	การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ขนาดมะเร็ง N(%)		OR (95% CI)	P value
		≤ 2 ซม.	>2 ซม.		
รวม 21 จังหวัด (1,938 คน)	สม่ำเสมอ	602 (43.1)	794 (56.9)	1.276 (1.041-1.565)	0.019*
	ไม่สม่ำเสมอ	202 (37.3)	340 (62.7)		
เชียงราย (604 คน)	สม่ำเสมอ	186 (42.1)	256 (57.9)	1.004(0.697-1.446)	0.981
	ไม่สม่ำเสมอ	68 (42.0)	94 (58.0)		
จันทบุรี (182 คน)	สม่ำเสมอ	47 (51.1)	45 (48.9)	1.248 (0.697-2.235)	0.455
	ไม่สม่ำเสมอ	41 (45.6)	49 (54.4)		
นครราชสีมา (398 คน)	สม่ำเสมอ	134 (39.4)	206 (60.6)	2.252 (1.170 - 4.332)	0.013*
	ไม่สม่ำเสมอ	13 (22.4)	45 (77.6)		
สกลนคร (191 คน)	สม่ำเสมอ	79 (47.0)	89 (53.0)	4.216 (1.376 - 12.922)	0.007*
	ไม่สม่ำเสมอ	4 (17.4)	19 (82.6)		
สุราษฎร์ธานี (274 คน)	สม่ำเสมอ	67 (42.9)	89 (57.1)	1.785 (1.076 - 2.963)	0.024*
	ไม่สม่ำเสมอ	35 (29.7)	83 (70.3)		
16 จังหวัด (289 คน)	สม่ำเสมอ	89 (44.9)	109 (55.1)	0.996 (0.605 - 1.640)	0.987
	ไม่สม่ำเสมอ	41 (45.1)	50 (54.9)		

หมายเหตุ: *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P< .05

ระยะโรค มีข้อมูลระยะโรค 2,659 ราย หรือร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด (ตารางที่ 3) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.9) เป็นมะเร็งระยะที่ 2 โดยร้อยละ 68.5 เป็นผู้ป่วยระยะแรก (ระยะ 0,1 และ 2)

ในภาพรวมกลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมีสัดส่วนเป็นมะเร็งระยะแรกร้อยละ 70.3 มากกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอที่พบร้อยละ 64.8 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (OR 1.285, 95% CI 1.069 – 1.544, P= 0.007) และจังหวัดนครราชสีมาพบเป็นมะเร็งระยะแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับระยะโรค แยกรายจังหวัด (ปีงบประมาณ 2556-2560)

จังหวัด	การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ระยะโรค N(%)		OR (95% CI)	P value
		ระยะแรก (0,1,2)	ระยะหลัง (3,4)		
รวม 21 จังหวัด (2,557 คน)	สม่ำเสมอ	1,300 (70.3)	550 (29.7)	1.285 (1.069 - 1.544)	0.007*
	ไม่สม่ำเสมอ	458 (64.8)	249 (35.2)		
เชียงราย (677 คน)	สม่ำเสมอ	352 (71.4)	141 (28.6)	1.178 (0.817 - 1.699)	0.379
	ไม่สม่ำเสมอ	125 (67.9)	59 (32.1)		
จันทบุรี (147 คน)	สม่ำเสมอ	54 (70.1)	23 (29.9)	0.939 (0.461 - 1.914)	0.863
	ไม่สม่ำเสมอ	50 (71.4)	20 (28.6)		
นครราชสีมา (861 คน)	สม่ำเสมอ	474 (70.5)	198 (29.5)	1.757 (1.260 - 2.451)	0.001*
	ไม่สม่ำเสมอ	109 (57.7)	80 (42.3)		
สกลนคร (210 คน)	สม่ำเสมอ	123 (66.5)	62 (33.5)	1.831 (0.789 - 4.250)	0.155
	ไม่สม่ำเสมอ	13 (52.0)	12 (48.0)		
สุราษฎร์ธานี (318 คน)	สม่ำเสมอ	125 (67.6)	60 (32.4)	1.102 (0.687 - 1.765)	0.688
	ไม่สม่ำเสมอ	87 (65.4)	46 (34.6)		
16 จังหวัด (344 คน)	สม่ำเสมอ	172 (72.3)	66 (27.7)	1.127 (0.682 - 1.863)	0.641
	ไม่สม่ำเสมอ	74 (69.8)	32 (30.2)		

หมายเหตุ: *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P< .05

การรักษามะเร็งเต้านม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งวิธี โดยมากกว่าสี่ในห้าได้รับการผ่าตัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด บางส่วนได้รับรังสีรักษาและ รักษาด้วยฮอร์โมน มีน้อยมากที่ได้รับการรักษาแบบ Targeted therapy

การเสียชีวิต ผลการติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2,956 คน พบเสียชีวิต จำนวน 176 คน โดยมีจำนวนตายในช่วง 5 ปี รายจังหวัด ในแต่ละปี ดังตารางที่ 1

อัตราป่วยตาย (Case fatality rate) และความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปี มีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 5.9 (ตารางที่ 6) พบผู้ป่วยกลุ่มตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอมีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 8.2 สูงกว่ากลุ่มตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอที่มีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 5.0 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.702, 95% CI 1.233 - 2.35, P= 0.001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ติดตามมา 5 ปี (วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมปี พ.ศ. 2556) พบว่ามีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 10.8 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอมีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 14.9 สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอที่มีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 8.6 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.864, 95%CI 1.119-3.105,P= 0.016)

ตารางที่ 6 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามปีวินิจฉัย แยกตามประวัติการตรวจเต้านมตนเอง

ปีวินิจฉัย	การตรวจมะเร็งเต้านม	การเสียชีวิต (คน)		อัตราป่วยตาย (%)	OR 95% CI	P value
		เสียชีวิต	มีชีวิตรอด			
2556 (ติดตาม 5 ปี)	ไม่สม่ำเสมอ	33	189	14.9	1.864 (1.119-3.105)	0.016*
	สม่ำเสมอ	34	363	8.6		
	รวม	67	552	10.8		
2557 (ติดตาม 4 ปี)	ไม่สม่ำเสมอ	19	126	13.1	1.786 (0.978-3.262)	0.056
	สม่ำเสมอ	32	379	7.8		
	รวม	51	505	9.2		
2558 (ติดตาม 3 ปี)	ไม่สม่ำเสมอ	7	90	7.2	1.308 (0.542-3.157)	0.0549
	สม่ำเสมอ	22	370	5.6		
	รวม	29	460	5.9		
2559 (ติดตาม 2 ปี)	ไม่สม่ำเสมอ	6	139	4.1	2.007 (0.717-5.621)	0.177
	สม่ำเสมอ	10	465	2.1		
	รวม	16	604	2.6		
2560 (ติดตาม 1 ปี)	ไม่สม่ำเสมอ	1	193	0.5	0.839 (0.076-9.318)	0.886
	สม่ำเสมอ	2	324	0.6		
	รวม	3	517	0.6		
2556-2560	ไม่สม่ำเสมอ	66	737	8.2	1.702 (1.233-2.350)	0.001*
	สม่ำเสมอ	100	1,901	5.0		
	รวม	166	2,638	5.9		

หมายเหตุ:

2. P value by Log Rank (Mantel-Cox) Chi Square
3. Survival Analysis by Kaplan Meier and measured time of survival by months
3. Regular = Breast Self Examination at least 1 time every 2 months (12 months before diagnosis)

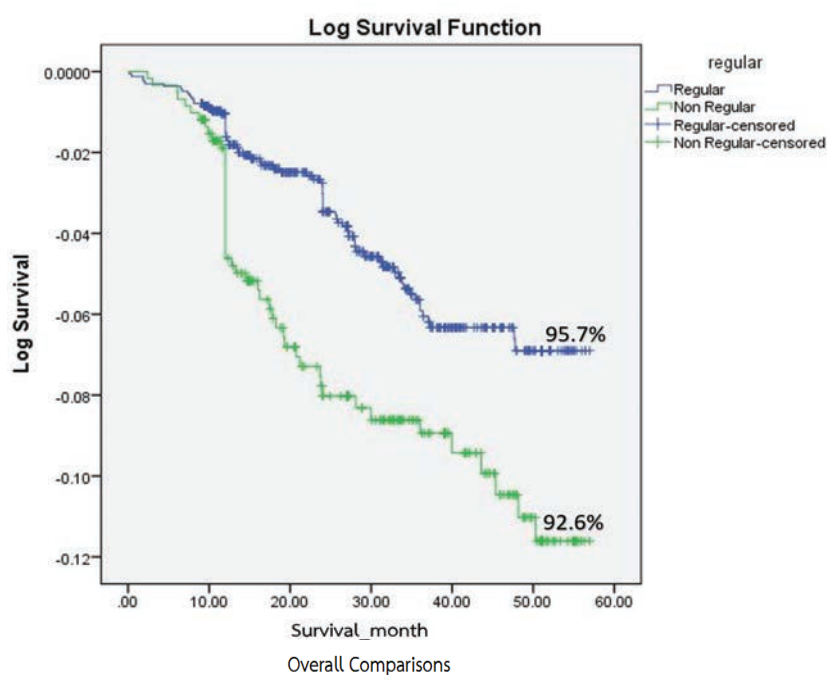
อัตราการรอดชีพ (Survival rate) และความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมตนเอง (ตารางที่ 7 รูปที่ 6 และ 7) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปี มีอัตราการรอดชีพร้อยละ 94.8 พบผู้ป่วยกลุ่มตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมีอัตราการรอดชีพร้อยละ 95.7 สูงกว่ากลุ่มตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอที่มีอัตราการรอดชีพร้อยละ 92.6 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.000$ การติดตามการรอดชีพระยะยาวมากกว่า 3 ปี พบแนวโน้มอัตราการรอดชีพที่สูงกว่าอย่างชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอ การศึกษาอัตราการรอดชีพ 5 ปี (5-year survival rate) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 90.2 ผู้ป่วยกลุ่มตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 92.6 สูงกว่ากลุ่มตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอที่มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 85.9 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.006$ นอกจากนี้พบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปี แต่ละระยะของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการรอดชีพ 5 ปี ลดลงหากระยะโรคสูงขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรก มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 96.2 สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบเมื่อเป็นมะเร็งระยะหลังแล้วที่มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 77.4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $P=0.000$

ตารางที่ 7 อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามปีที่วินิจฉัย แยกตามประวัติการตรวจเต้านมตนเอง

ปีที่วินิจฉัย	การตรวจเต้านม	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (คน)	เสียชีวิต (คน)	มีชีวิตรอด (คน)	อัตราการรอดชีพ (%)	P value
2556 (ติดตาม 5 ปี)	สม่ำเสมอ	391	29	362	92.6	0.006*
	ไม่สม่ำเสมอ	220	31	189	85.9	
	รวม	611	60	551	90.2	
2557 (ติดตาม 4 ปี)	สม่ำเสมอ	402	23	379	94.3	0.011*
	ไม่สม่ำเสมอ	142	17	125	88	
	รวม	544	40	504	92.6	
2558 (ติดตาม 3 ปี)	สม่ำเสมอ	390	21	369	94.6	0.837
	ไม่สม่ำเสมอ	96	6	90	93.8	
	รวม	486	27	459	94.4	
2559 (ติดตาม 2 ปี)	สม่ำเสมอ	475	10	465	97.9	0.120
	ไม่สม่ำเสมอ	143	4	139	97.2	
	รวม	618	14	604	97.7	
2560 (ติดตาม 1 ปี)	สม่ำเสมอ	324	2	322	99.4	0.893
	ไม่สม่ำเสมอ	192	1	191	99.5	
	รวม	516	3	513	99.4	
2556-2560	สม่ำเสมอ	1,982	85	1,897	95.7	0.000*
	ไม่สม่ำเสมอ	793	59	734	92.6	
	รวม	2,775	144	2,631	94.8	

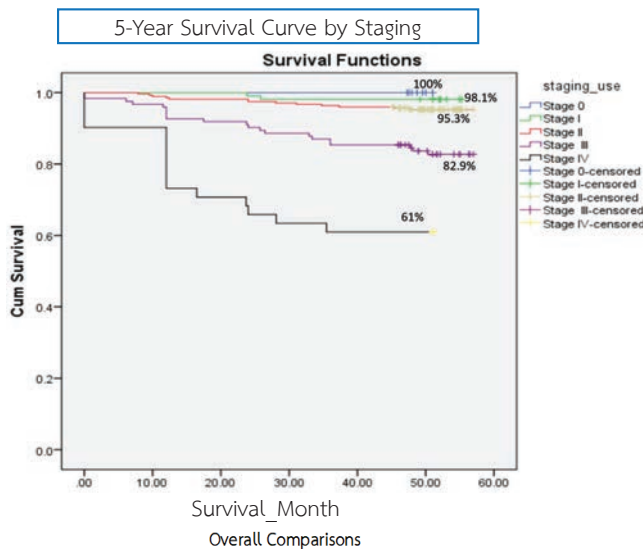
หมายเหตุ:

1. *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$
2. P value by Log Rank (Mantel-Cox) Chi Square
3. Survival Analysis by Kaplan Meier and measured time of survival by months
4. 7 ราย ทราบปีแต่ไม่มีข้อมูลเดือนที่วินิจฉัย
5. 22 ราย ทราบปีแต่ไม่มีข้อมูลเดือนที่เสียชีวิต



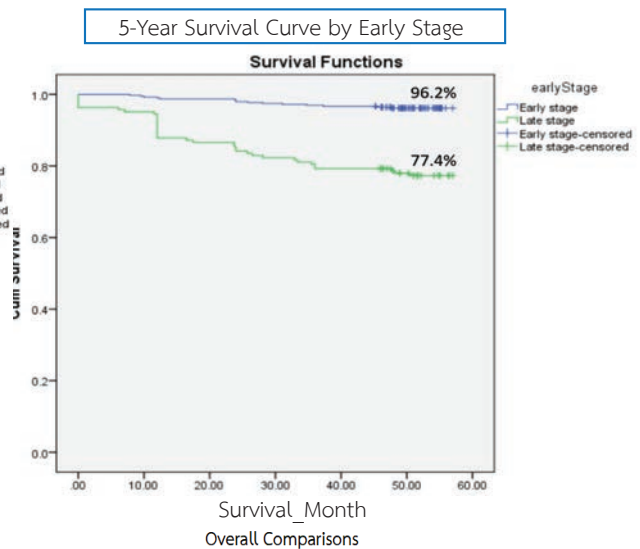
Test of equality of survival distributions for the different levels of regular

รูปที่ 6 เปรียบเทียบ Survival Curve ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอภาพรวม 21 จังหวัด



	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	81.022	4	.000

Test of equality of survival distributions for the different levels of staging



	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	50.504	1	.000

Test of equality of survival distributions for the different levels of early stage

รูปที่ 7 Survival Curve ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อัตราการรอดชีพ 5 ปี แยกตามระยะโรค

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ได้ดำเนินการครบ 5 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ สะสมจนถึง 30 กันยายน 2560 มีจำนวน 2,956 ราย อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมเฉลี่ยในช่วงปี 2556-2560 เท่ากับ 31.0 ต่อแสนต่อปีของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ร้อยละ 97.9 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องพบก้อนผิดปกติที่เต้านม

การติดตามประเมินผล พบว่าจังหวัดสามารถระบุระยะโรค (Staging) ได้ร้อยละ 90 ระบุขนาดก้อนของมะเร็งที่วัดจากชิ้นเนื้อได้ร้อยละ 68.7 รวมถึงทราบการรักษาและการส่งต่อ และติดตามการเสียชีวิต

กลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านม พบขนาดของก้อน ≤ 2 ซม. (T1) ร้อยละ 41.5 และระยะแรกของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 68.5

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมตนเองในภาพรวม พบว่า

- กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอ พบก้อนไม่เกิน 2 ซม. เป็น 1.276 เท่า (1.041-1.565) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.019$ ระดับจังหวัดพบความสัมพันธ์นี้ที่จังหวัดนครราชสีมา สกลนครและสุราษฎร์ธานี

- กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอพบมะเร็งระยะแรกสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอ 1.285 เท่า (1.069-1.544) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.007$ ระดับจังหวัดพบความสัมพันธ์นี้ที่จังหวัดนครราชสีมา

- กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมไม่สม่ำเสมอเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมสม่ำเสมอ 1.702 เท่า (1.233-2.350) อัตราตายแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.001$ กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมีอัตราการรอดชีพสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ โดยพิจารณาจาก Survival Curve ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มี Survival Distribution แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.000$ การติดตามกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในปี 2556 พบว่าอัตราตาย 5 ปี ของกลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจสม่ำเสมอ 1.864 เท่า (1.119-3.105) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.016$ กลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมอมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.006$ และอัตราการรอดชีพ 5 ปี ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.000$

อภิปรายและข้อเสนอแนะ (Discussion and Recommendation)

ถึงแม้ประเทศทางตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และบางประเทศในยุโรปจะแนะนำให้สตรีที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม ทุก 2 ปี ก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายยังทำได้ต่ำกว่าที่กำหนด และมีข้อแนะนำที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับประโยชน์และโทษการตรวจคัดกรอง โดย Mammogram จะมีความคุ้มค่าหรือไม่มากขึ้น เช่น บทความเรื่อง Quantifying the benefits and harms of screening mammography⁴ ปัจจุบันการตรวจคัดกรองโดย Mammogram ของประเทศทางตะวันตก จึงกระทำห่างขึ้นและในช่วงอายุที่มากขึ้น US Preventive Task force แนะนำให้สตรีอเมริกันตรวจคัดกรอง โดย Mammogram ทุก 2 ปี ในช่วงอายุ 50-74 ปี⁵ ประเทศแคนาดา แนะนำให้ตรวจทุก 2-3 ปี ในช่วงอายุ 50-74 ปี⁶ ประเทศอังกฤษแนะนำให้ตรวจทุก 2 ปี ในช่วงอายุ 50-69 ปี⁷ สำหรับประเทศกำลังพัฒนาเช่น ประเทศไทย ความสามารถในการที่จะมีหรือใช้ Mammogram เป็นเครื่องมือในการคัดกรองนั้น ยังไม่สามารถที่จะปฏิบัติได้ เนื่องจากขาดแคลนเครื่องมือและบุคลากรที่จะทำการคัดกรองได้อย่างครอบคลุม

โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านม มีข้อมูลของการตรวจเต้านมตนเองที่ครอบคลุมสูง การตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้พบก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 ซม. และมะเร็งเต้านมระยะแรกได้มากกว่า มีอัตราป่วยตายต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจเต้านมตนเองสม่ำเสมออัตราการรอดชีพภาพรวมและอัตราการรอดชีพ 5 ปี สูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมตนเองไม่สม่ำเสมอ โครงการฯ ได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จเชิงประจักษ์บนพื้นฐานที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก (Pragmatic trial) การศึกษาและติดตามประสิทธิผลระยะยาว 10 ปี จะทำให้ได้ผลการศึกษาที่ดียิ่งขึ้น และจะเป็นการกระตุ้นสตรีไทยไม่ว่าอายุใดมีใจให้ตรวจเต้านมตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อจะได้พ้นภัยมะเร็งเต้านม สมดังพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านม

เอกสารอ้างอิง (References)

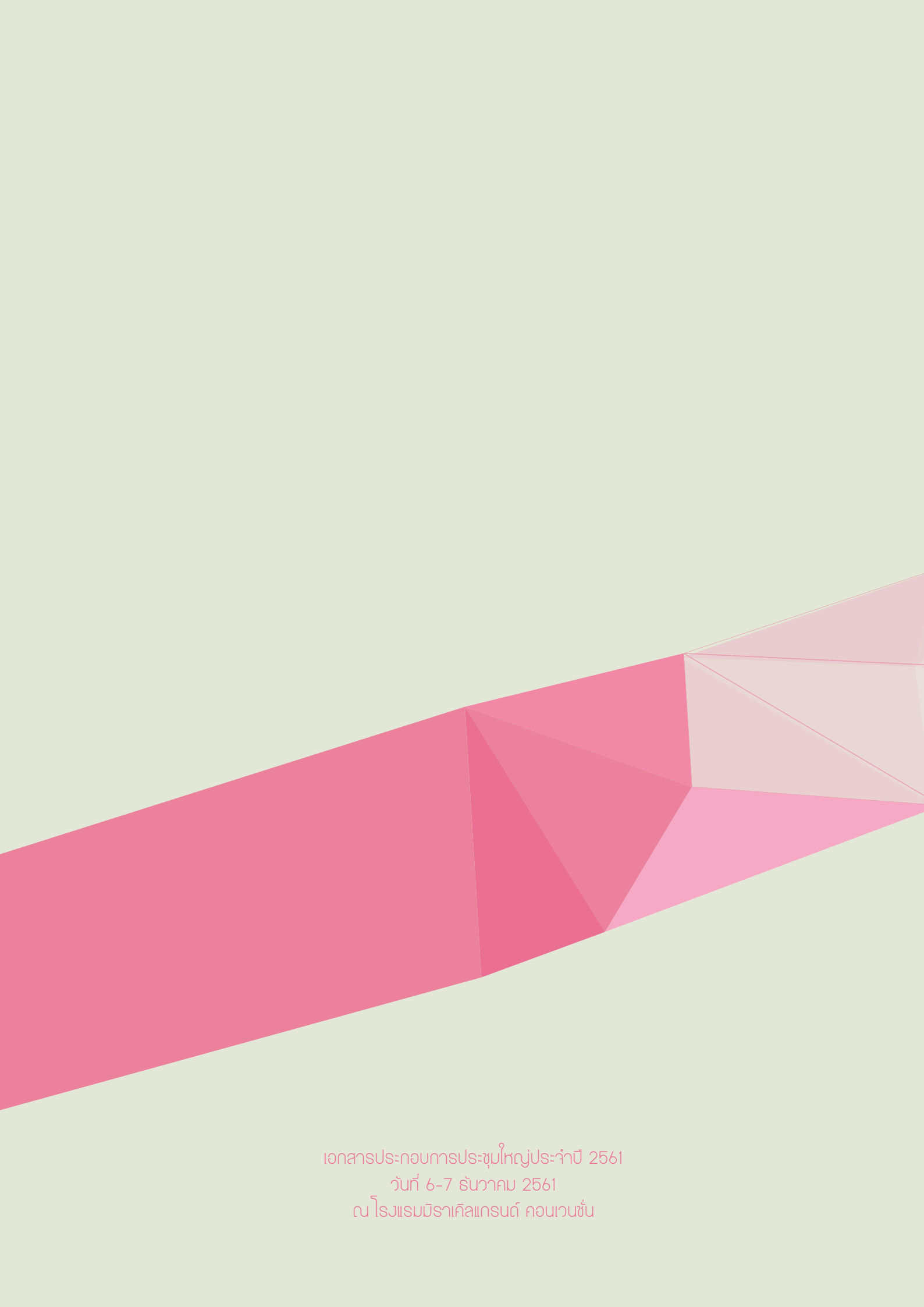
1. สุธีร์ รัตนมงคลกุล, มลทิศา ศรีไพบลูกิจ. (2559). Fact about breast cancer: Thailand and other countries. 20 Years Thanarak breast center breast imaging & medical audit from past to present. กรุงเทพฯ: มูลนิธิถันยรักษ์ฯ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., et al. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. J Natl Cancer Inst, 94(19), 1445-1457.
3. National Cancer Institute. (2014). Breast Cancer Screening (PDQ®). Retrieved from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional/page1>
4. Welch, H. G., & Passow, H. J. (2014). Quantifying the benefits and harms of screening mammography. JAMA Intern Med, 174(3), 448-454. doi:10.1001/jamainternmed.2013. 13635
5. Albert L. Siu. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2016; 164: 279-297.
6. Miller, A. B., Wall, C., Baines, C. J., Sun, P., To, T., & Narod, S. A. (2014). Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ, 348, g366. doi:10.1136/bmj.g366
7. Cancer Research UK. (n.d.). Survival status of breast cancer. Retrieved from: <http://www.cancerresearchuk.org>





SAVE
YOUR
BREAST

THE BEST PROTECTION IS EARLY DETECTION



เอกสารประกอบการประชุมใหญ่ประจำปี 2561
วันที่ 6-7 ธันวาคม 2561
ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น