

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม
ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
(Factors influencing recurrence of breast cancer in
Chiangrai Regional Hospital)

อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ พ.บ.

Itthipong Yodprasit M.D.

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ Department of Surgery Chiangrai Regional
Hospital

บทคัดย่อ

การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และได้มีการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งสิ้น 667 ราย คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 58 ราย นำมาศึกษาวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ผลจากการศึกษาพบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47.17 ปี อัตราส่วนผู้ป่วยที่ในวัยมีประจำเดือน : วัยหมดประจำเดือน คือ 1.52 : 1 ทุกคนได้รับการตรวจเพื่อเตรียมการผ่าตัดตามแนวทางการดูแลรักษามะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แต่ไม่ได้มีการส่ง Ultrasound Abdomen หรือ Bone scan เป็นประจำ ผู้ป่วย 41 ราย (70.69%) พบว่ามีข้อบ่งชี้สำหรับการฉายแสงแต่ไม่ได้รับการฉายแสง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดเป็นมะเร็งซ้ำที่พบมากที่สุด ผลการเกิดเป็นมะเร็งซ้ำเฉพาะที่ ตรวจพบได้ครั้งแรกพบที่บริเวณผนังทรวงอกมากที่สุด (32.75%) ส่วนผลการเกิดเป็นมะเร็งซ้ำทั่วร่างกาย พบที่ปอดมากที่สุด (24.14%) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปลอดจากโรคมะเร็งเต้านม ในผู้ป่วย 58 ราย เท่ากับ 22.3 เดือน ผลการศึกษา นำไปสู่การปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: การกลับซ้ำมะเร็งเต้านม, ปัจจัยที่มีผลการกลับซ้ำ

Abstract

Objective: to study factors influencing recurrence in breast cancer patients in Chiangrai Regional Hospital. (CRH) Method: Retrospective study by reviewing medical records of 667 breast cancer patients attending at Department of Surgery, CRH between October 2000-October 2004, selecting 58 patients with recurrence (loco-regional and distant metastasis) to determine factors influencing recurrence. Results: All 58 patients were female with mean age of 47.17 year. CRH Clinical Practice Guidelines for breast cancers was

followed but omit routine use of Ultrasound of Abdomen and bone scan pre-operatively. 41 patients (70.69%) had indications for post-operative radiation therapy but failed to receive, contributed to most important factor influencing recurrence. Most common loco-regional recurrence was at chestwall (32.75%) whereas most common distant metastasis was lung. Average time to progression was 22.3 months. Conclusion: Most important factor influencing recurrence was failure to receive radiation therapy. This study lead to review system and implementation of new guideline for breast cancer patient in CRH.

Keywords: recurrent Breast cancer, Factors influencing recurrence.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย รองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุและการเป็นพิษและโรคหัวใจ อัตรา 68.4, 50.9, 30.4 ต่อแสนประชากร ประเมินว่า ภายในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 140,000 รายต่อปี สำหรับในเพศหญิงพบว่า มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากที่สุดโดยมีค่า ASRs 19.5 และ 17.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนอันดับที่สามและสี่ ได้แก่ มะเร็งตับและมะเร็งปอด¹ มะเร็งเต้านมมีแนวโน้มพบมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกภาคของประเทศซึ่งเป็นภาระงานที่หนักสำหรับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างยาวนาน เริ่มจากการตรวจวินิจฉัย การให้การรักษา ทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดและ/หรือการให้ฮอร์โมนบำบัด การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการฉายแสง การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อค้นหาการเกิดซ้ำของโรคทั้งหมดนี้ มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มอัตราการหายขาดและอัตราการอยู่รอดเพิ่ม โดยการควบคุมโรคเฉพาะที่และกำจัดมะเร็งที่แพร่กระจาย อย่างไร

ก็ตาม ในประสบการณ์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เรามักพบอยู่เสมอว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เกิดเป็นโรคซ้ำขึ้นอีก ไม่ว่าจะเป็น loco-regional recurrence หรือ systemic metastasis ซึ่งมักส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาสำหรับโรงพยาบาลที่มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษา เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้มาับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และกลับเป็นมะเร็งซ้ำขึ้นมาอีก เทียบกับมาตรฐานการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

ศึกษาย้อนหลัง โดยการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดที่มาับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในช่วงเวลาตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งสิ้น 667 ราย คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 58 ราย นำมา

ศึกษาวิเคราะห์ถึงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย วิธีการวินิจฉัย การรักษาทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาฮอร์โมนบำบัด การส่งต่อเพื่อรับการฉายแสง ผลการตรวจชิ้นเนื้อ การกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง ทั้งตำแหน่งที่พบ ระยะเวลาที่ปลอดโรค เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิงโดยไม่รวมผู้ป่วยที่ได้ Neo-Adjuvant Chemotherapy และไม่รวมผู้ป่วยที่มี การแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งได้รับการตรวจหาการแพร่กระจายโดยการทำ Chest X-ray และการเจาะเลือดตรวจเพื่อดูการทำงานของตับ ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล เชียงรายประชาชนเคราะห์หากมีความผิดปกติของผลเลือด จึงจะพิจารณาส่งตรวจUltrasoundAbdomen ต่อไป

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 58 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 47.17 ปี (Range ตั้งแต่ 27 - 69 ปี) ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยมีประจำเดือนมี 35 ราย ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนมี 23 ราย (อัตราส่วน 1.52 : 1) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ (94.82 %) มีอยู่ 3 ราย ที่มีโรคร่วม ได้แก่ นิ่วในไต 2 ราย และโรคคอพอกเป็นพิษ 1 ราย จากการซักประวัติ ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน การคลำพบก้อนคลำพบที่เต้านมข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา 34 ราย และ 24 รายตามลำดับ (อัตราส่วน เท่ากับ 1.42 : 1) ระยะเวลาเฉลี่ยที่คลำพบก้อนแล้วมาพบแพทย์ เท่ากับ 3.58 เดือน (ตั้งแต่ 1 วัน ถึง 24 เดือน) ไม่มี

ผู้ป่วยรายใดได้รับการตรวจด้วย Mammography มาก่อน 48 รายได้รับการทำ FNA ที่ก้อนก่อน เมื่อได้ผล FNA แล้วจึงทำการผ่าตัด Biopsy (incisional, excisional หรือ Frozen section) อีก 10 รายไม่ได้ทำ FNA แต่ทำ biopsy เลย ผลชิ้นเนื้อ biopsy ทุกรายเป็น Invasive ductal Carcinoma ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ MRM (Modified Radical Mastectomy) 52 ราย และผ่าตัดแบบ Conservative Breast Surgery 6 ราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มี 6 ราย เป็นแผลติดเชื้อ 1 ราย และ Seroma ได้แผลผ่าตัด 5 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายได้รับการตรวจชิ้นเนื้อโดยพยาธิแพทย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์เป็นผู้ตรวจและรายงานผล ส่วนการหา ER PR ทำในรายที่มีการระบุขอทำ

สำหรับผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบเป็น Invasive Ductal CA ทั้งหมด 47 รายและ 11 ราย มีขนาดก้อน ใน T2 และ T3-4 ตามลำดับ จำนวนเฉลี่ย positive lymph nodes ต่อจำนวนเฉลี่ยของ axillary lymph nodesที่เลาะออกมา เท่ากับ 4.32 : 8.29 (จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เลาะออกมา ตั้งแต่ 3-20 ต่อมต่อราย) ไม่ได้ระบุว่า มี extracapsular invasion, Lymphatic, vascular, neural invasion เป็นประจำทุกราย การให้ Chemotherapy หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งหมด 58 ราย จัดอยู่ใน stage ที่ 2 และ 3 ได้รับการรักษาเสริมดังนี้ adjuvant chemotherapy (CMF 39 ราย , FAC 2 ราย) 41 ราย Tamoxifen 10 ราย ไม่มารับการรักษาเสริมหลังผ่าตัด 7 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ adjuvant chemotherapy 41 ราย ได้รับ dose ต่ำกว่า 85% ที่

คำนวณได้ 8 ราย ได้ยาไม่ครบตาม standard regimen course 14 ราย การได้รับการฉายแสง (Radiation Therapy) อาศัยตามข้อบ่งชี้มาตรฐานของการให้ postmastectomy radiotherapy NCCN guideline² พบว่า 41 ราย จาก 58 ราย ของผู้ป่วย

ที่กลับเป็นมะเร็งซ้ำ (70.69%) มีข้อบ่งชี้สำหรับการฉายแสงข้อใดข้อหนึ่งแต่ไม่ได้รับการฉายแสง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดเป็นมะเร็งซ้ำที่พบมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการฉายแสง แยกตามข้อบ่งชี้

ข้อบ่งชี้ในการฉายแสง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
1) 1 to 3 positive axillary nodes with inadequate axilla dissection (<10 nodes)	24
2) 4 or more positive axillary lymph nodes	10
3) T3 , T4 tumour	6
5) Conservative Breast Surgery	2

(หมายเหตุ : ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำนวนข้อบ่งชี้ มากกว่าหรือเท่ากับหนึ่งข้อ)

สำหรับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเฉพาะที่ (Loco-regional recurrence) ที่ตรวจพบได้ครั้งแรก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นมะเร็งซ้ำเฉพาะที่ แยกตามตำแหน่งที่พบครั้งแรก

ตำแหน่งที่พบครั้งแรก	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
ผนังทรวงอก	19 (32.75%)
Supra Clavicular LN	9 (15.5%)
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้	3 (5.17%)

การเกิดมะเร็งแพร่กระจาย (Distant Metastasis) พบดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งแพร่กระจาย แยกตามตำแหน่งที่พบ

ตำแหน่งที่พบ	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
กระจายที่ปอด	14 ราย (24.14%)
กระจายที่กระดูก	5 ราย (8.62%)
กระจายที่สมอง	2 ราย (3.45%)
กระจายที่ตับ	2 ราย (3.45%)
กระจายหลายตำแหน่ง	4 ราย (6.89%)

หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นมะเร็งซ้ำเฉพาะที่และมะเร็งแพร่กระจาย รวม 58 ราย สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยที่ปลอดจากโรคมะเร็งซ้ำ นับตั้งแต่หลังผ่าตัด ในผู้ป่วย 58 ราย เท่ากับ 22.3 เดือน (ตั้งแต่ 6 - 97 เดือน)

วิจารณ์

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความสำคัญและพบมากเป็นอันดับสองของมะเร็งในผู้หญิงไทย การดูแลรักษามีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มอัตราการหายขาดและอัตราการอยู่รอด โดยการควบคุมโรคเฉพาะที่และกำจัดมะเร็งที่แพร่กระจาย ทั้งนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายและติดตามองค์ความรู้ที่มีการพัฒนาตลอดเวลา อย่างไรก็ตามเรายังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่กลับเป็นโรคซ้ำขึ้นอีก ไม่ว่าจะเป็น loco-regional recurrence หรือ systemic metastasis การศึกษาเพื่อหาสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำจะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการ

รักษา การผ่าตัดแบบ MRM และ Conservative Breast Surgery เป็นวิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมที่ได้รับการศึกษาแบบ prospective randomized trial และติดตามผลนาน 18.4 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันใน overall survival และ disease free survival³ อย่างไรก็ตาม การเลือกผู้ป่วยสำหรับทำ Conservative Breast Surgery จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อบ่งชี้ในการทำ เช่น ขนาดก้อนไม่ควรเกิน 4 ซม และต้องคำนึงถึงข้อห้าม เช่น ทำ Mammogram พบมี microcalcification หลายจุดที่สงสัยอาจเป็นมะเร็ง และจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยรับการฉายแสงหลังผ่าตัดเพื่อลดอัตราการเกิด local recurrence⁴ การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนบำบัด จัดเป็น systemic therapy พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵ การให้ combination chemotherapy สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (annual odds of

recurrence 25%) ส่งผลชัดเจนต่อการอยู่รอดชีวิตใน 10 ปี โดยเฉพาะในกลุ่ม premenopause⁶ Dose intensity ของยาเคมีบำบัดได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางว่าสามารถส่งผลต่อการรักษา เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ลดขนาดยา CMF regimen ลงจากมาตรฐาน ทำให้ผลการรักษาต่ำลง⁷ นอกจากนี้หลายรายงานแสดงให้เห็นประโยชน์เพิ่มขึ้นของการให้ยาในกลุ่ม Antracycline ร่วมในการรักษาเสริม เช่น กลุ่มที่ได้ FAC มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า CMF 2% (P=0.03)⁸ การฉายแสงหลังผ่าตัดเป็นการให้เพื่อ prophylactic treatment หวังผลควบคุมโรคเฉพาะที่และลดการกลับเป็นซ้ำ โดยอาศัยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด recurrence ในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ผลตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นต้น⁹ นอกจากนี้หลายรายงานการศึกษายังสรุปตรงกันว่า การฉายแสงมีผลในการเพิ่ม survival ด้วย¹⁰ สำหรับข้อบ่งชี้สำหรับการส่งฉายแสงหลังการผ่าตัดเต้านม ยึดตาม postmastectomy radiotherapy NCCN guideline ซึ่งมีทั้งหมด 6 ข้อ² การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม มีความหลากหลายมากในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น อัตราการเจริญเติบโตของโรค การตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด ฮอริโมนบำบัด การฉายแสง การทำผ่าตัด เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยในระยะนี้มุ่งเน้นการยืดชีวิตให้กับผู้ป่วย ควบคู่กับการคงสภาพของคุณภาพชีวิต¹¹

จากการศึกษาย้อนหลังเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม พบว่า มีความหลากหลายในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายอาจมีสาเหตุได้หลายประการ ผลการศึกษา พบ

ปัจจัยที่มีผลดังนี้

1. การไม่ได้รับการฉายแสงตามข้อบ่งชี้พบได้ถึง 41 ราย จาก 58 ราย คิดเป็น 70.69% ซึ่งสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ พบมากที่สุด คือที่ ผังทรวงอก 19 ราย คิดเป็น 32.75% มากกว่าการกระจายที่ปอด 14 ราย (24.14%) สำหรับข้อบ่งชี้สำหรับการฉายแสงที่พบมากที่สุดแต่ไม่ได้รับการฉายแสง ได้แก่ 1 to 3 positive axillary nodes with inadequate axilla dissection (<10 nodes) มี 24 ราย และ 4 or more positive axillary lymph nodes มี 10 ราย ซึ่งสัมพันธ์กับผลการตรวจชิ้นเนื้อได้จำนวนเฉลี่ยของ Axillary lymph nodes ที่เลาะออกมา เท่ากับ 8.29 nodes และมี จำนวนเฉลี่ย positive lymph nodes เท่ากับ 4.32 nodes
2. ปัญหาการไม่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดตามมาตรฐาน ได้แก่ การไม่มารับยาเคมีบำบัดเลย 7 ราย การได้รับยา dose ต่ำกว่า 85% standard regimen 8 ราย และการไม่มารับยาเคมีบำบัดครบ course 14 ราย รวมทั้งหมด 29 ราย คิดเป็น 60.42% ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัด
3. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีข้อสังเกตว่า ผู้ป่วย 6 รายที่ได้รับการทำ Conservative Breast Surgery แล้วกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ไม่ได้รับการทำ mammogram ก่อนผ่าตัดทุกราย และมี 2 รายที่ไม่ได้รับการฉายแสงตามข้อบ่งชี้

ส่วนผู้ป่วยรายอื่นๆที่มี distant metastasis โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาปลอดจากโรค 22.3 เดือน อาจเนื่องมาจากการ ค้นหาการแพร่กระจายของโรคโดยการทำการฉายภาพรังสีที่ปอด และ ตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของตับ ไม่ไวพอ

ผู้ป่วยบางรายอาจมี occult metastasis อยู่ก่อนแล้ว จึงควรทำ Ultrasound Abdomen ทุกรายและติดตามผลการฉายภาพรังสีที่ปอดหลังผ่าตัดเป็นประจำทุก 6 เดือนในระยะแรก

สรุป

ผลจากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ที่พบมากที่สุดได้แก่ การมีข้อบ่งชี้สำหรับการฉายแสงข้อใดข้อหนึ่งแต่ไม่ได้รับการฉายแสง 70.69% รองลงมาคือปัญหาการไม่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเท่าที่ควร 60.42% ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัด ผลการเกิดเป็นมะเร็งซ้ำเฉพาะที่ ตรวจพบได้ครั้งแรกพบที่ บริเวณผนังทรวงอกมากที่สุด 32.75% ส่วนผลการเกิดเป็นมะเร็งซ้ำทั่วร่างกายพบที่ปอดมากที่สุด 24.14% ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปลอดจากโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 22.3 เดือน เมื่อทราบปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคสามารถนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการรักษา ตั้งแต่การบันทึกเวชระเบียนเพื่อเก็บข้อมูลที่สำคัญ การกำหนดมาตรฐานการสืบค้นการแพร่กระจายของโรคตั้งแต่ก่อนผ่าตัด มาตรฐานการให้ยาเคมีบำบัด ข้อบ่งชี้ในการส่งฉายแสง ระบบการติดตามผู้ป่วยให้มาตามนัด และกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำแก่ผู้ป่วยและญาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมบุญศักดิ์ ญาณไพศาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลในบทความ นายแพทย์ไพโรจน์ ต้น

วัชรพันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม ผู้ให้คำแนะนำขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ใน Patient Care Team ศัลยกรรมทุกท่าน ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Hucha Sriplung. 1st Scientific Meeting ASOT Meeting 2003 "Cancer Management of Today from Gene to Cure". Epidemiology of Cancer in Thailand. 2003; 1-3.
2. รศ.นพ.ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. แนวทางรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. ใน: อาคม เขียวศิลป์, สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ธีรภูมิ คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลโรคมะเร็งเต้านม ปี 2546-2547. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2547: 42-45.
3. Veronesi U, Luini A, Del Vecchio M ,et al. Radiotherapy after breast preserving surgery in women with localized cancer of breast. N Engl J Med 1993; 328: 1587.
4. Osborne MP, Ormiston N, Harmer CL, et al. Breast conservation in the treatment of early breast cancer. A 20 year follow up. Cancer 1984; 53: 349-55.
5. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of randomized trials. Lancet 1998; 352-930.
6. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Polychemotherapy for early breast

cancer: an overview of randomized trials. Lancet 1998; 352-930.

7. Bonnadonna G, Valagussa P. Dose - response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. N Eng J Med 1981; 304: 10.

8. Hutchins L, Green S, Ravdin P, *et al.* CMF vs CAF with and without Tamoxifen in high risk node negative breast cancer patients and a natural history follow up study in low risk node negative patients: first result of inter-group trial INT 0102. Proc Am Soc Clin Oncol 1998; 17: 1a (abst2).

9. Arriagada R, Rutqvist LE, Mattsson A, *et al.* Adequate locoregional treatment for early breast cancer may prevent secondary dissemination. J Clin Oncol 1995; 13: 2869-78.

10. Ragaz J, Jackson SW, Le N, *et al.* Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node positive premenopausal woman with breast cancer. N Engl J Med 1997; 337: 956 -62.

11. สวัสดิ์ งามกุลไพโรจน์. Systemic therapy in breast cancer. ใน: สุพงษ์ สุภาภรณ์, สมิตวงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ, จรัสพงศ์ เกษมมงคล, บรรณาธิการ. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: