นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Articles

การเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิต อัตราการเกิดซ้ำ และการแพร่กระจายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมเทียบกับการนำเต้านมออกทั้งหมด

Comparison of Overall Survival, Recurrence, and Metastasis in Breast Cancer Patients Aged 70 Years and Older Undergoing Breast-Conserving Surgery Versus Total Mastectomy: A Retrospective Cohort Study

*เพียรเลิศ มูลวิริยกิจ, พ.บ., วว.ศัลยศาสตร์**
*Pienlert Moonwiriyakit, M.D., Diploma of Thai Board of Surgery**
**กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000*
**Department of Surgery, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000*
Corresponding author, E-mail address: pienlert.m@cpird.in.th
Received: 19 Dec 2025. Revised: 08 Jan 2026. Accepted: 19 Jan 2026.

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การเลือกวิธีผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (≥ 70 ปี) ระหว่างการตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) และการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conserving Surgery: BCS) มีความท้าทายในประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตโดยไม่ลดทอนผลการรักษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปลอดโรค (Disease-Free Survival: DFS) และอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (Overall Survival: OS) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะไม่แพร่กระจาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Mastectomy และ BCS ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา : เป็นการวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 146 ราย (Total mastectomy 122 ราย BCS 24 ราย) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติ T-test และเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตด้วยวิธี Kaplan-Meier และ Log-rank test

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกลุ่ม Total mastectomy มีขนาดก้อนมะเร็งเฉลี่ยใหญ่กว่ากลุ่ม BCS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.38 ซม. vs 2.31 ซม., p = 0.002) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ระยะยาว พบว่าอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (OS) และระยะเวลาปลอดโรค (DFS) ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (OS p-value = 0.756, DFS p-value = 0.405)

สรุป : การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (BCS) ให้ผลลัพธ์ด้านการรอดชีวิตที่ไม่ด้อยกว่าการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะไม่แพร่กระจายอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม การผ่าตัดแบบสงวนเต้า การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด อัตราการรอดชีวิต

ABSTRACT

Background : The surgical management of breast cancer requires balancing oncological control with quality of life, particularly in elderly patients (≥70 years) where treatment de-escalation via Breast Conserving Surgery (BCS) is increasingly favored. This study evaluates the real-world comparative outcomes of BCS versus Total mastectomy in this specific context.

Objective : To compare Disease-Free Survival (DFS) and Overall Survival (OS) between non-metastatic breast cancer patients aged 70 years and older undergoing Total mastectomy versus Breast Conserving Surgery (BCS) at Buri Ram Hospital.

Methodology : A retrospective cohort study was conducted on 146 breast cancer patients (122 Total mastectomy, 24 BCS). Baseline characteristics were compared using T-tests. Survival outcomes were analyzed using the Kaplan-Meier method and Log-rank test.

Results : Patients in the Total mastectomy group had significantly larger mean tumor sizes compared to the BCS group (3.38 cm vs. 2.31 cm, p=0.002). However, long-term survival analysis revealed no statistically significant difference in Overall Survival (OS Log-rank p=0.756) or Disease-Free Survival (DFS Log-rank p=0.405) between the two surgical modalities.

Conclusions : BCS offers non-inferior survival outcomes compared to total mastectomy in appropriately selected candidates, supporting its continued use as a preferred option for early-stage breast cancer.

Keywords : Breast Cancer, Breast Conserving Surgery, Mastectomy, Survival Analysis.

หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีทั่วโลกและในประเทศไทย การรักษาหลักคือการผ่าตัด ซึ่งในอดีตการผ่าตัดที่ถือเป็นวิธีมาตรฐานคือการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conserving Surgery: BCS) ร่วมกับการฉายแสง ได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ดังที่มีการศึกษาเปรียบเทียบยืนยันผลลัพธ์มาแล้วอย่างยาวนาน ทั้งในรูปแบบการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trials ขนาดใหญ่[1-3] และการศึกษาแบบ Meta-analysis[4] ซึ่งต่างสรุปตรงกันว่าการผ่าตัดทั้งสองวิธีให้อัตราการรอดชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่ลดทอนผลการรักษา

ประเด็นที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในกลุ่มนี้มีความท้าทายและซับซ้อน เนื่องจากต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพโดยรวม โรคร่วม (Comorbidities) และคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ มากกว่าเพียงแค่การควบคุมโรคเพียงอย่างเดียว มีหลักฐานงานวิจัย เช่น การศึกษาของ Hughes และคณะ[5] บ่งชี้ว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำ การลดระดับการรักษา (De-escalation) เช่น การทำ BCS อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่าการผ่าตัดใหญ่แบบ Total mastectomy เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงและระยะเวลาฟื้นตัวที่ยาวนาน รวมถึงมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ที่สนับสนุนแนวทางการรักษานี้ในผู้สูงอายุ[4,6]

ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยระดับสากลยืนยันประสิทธิภาพของ BCS แต่ในทางปฏิบัติจริง (Real-world practice) การตัดสินใจเลือกวิธีผ่าตัดยังขึ้นอยู่กับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เช่น ขนาดก้อนมะเร็ง ความกังวลของผู้ป่วย และทรัพยากรทางสาธารณสุข[7] อีกทั้งการ

ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไทย โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัดยังมีข้อมูลจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในบริบทของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างวิธีการผ่าตัดทั้งสองวิธี โดยมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อยืนยันความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษา และเพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปลอดโรค (Disease-Free Survival: DFS) และอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (Overall Survival: OS) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะไม่แพร่กระจายอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Total mastectomy และ BCS ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

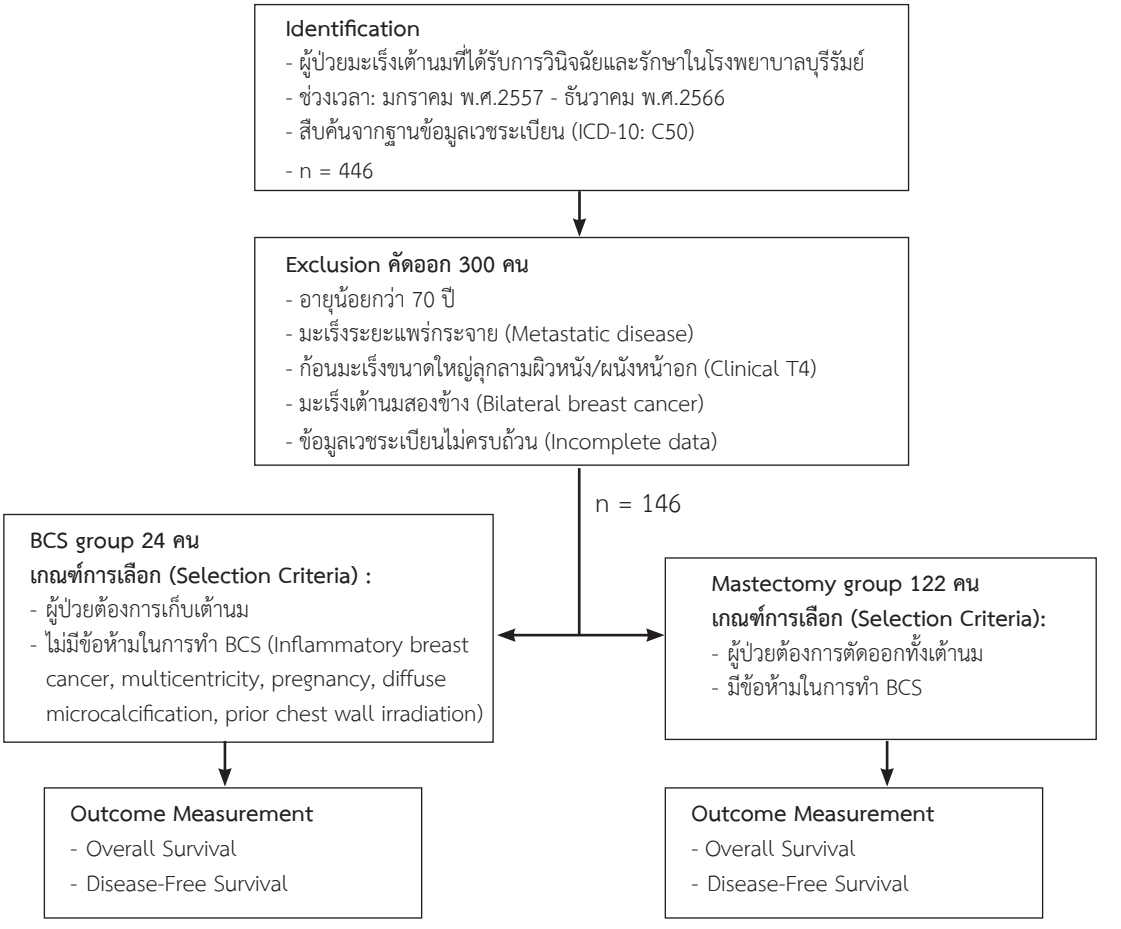
วิธีการศึกษา

1. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะไม่แพร่กระจายที่เข้ารับการรักษาและมีข้อมูลบันทึกในระบบเวชระเบียนใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2557 - ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 146 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Total mastectomy จำนวน 122 ราย และกลุ่ม BCS จำนวน 24 ราย ดังแผนภูมิแสดงขั้นตอนการศึกษา (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 Study flow diagram

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบนับจำนวนประชากรทั้งหมด (Total Enumeration) ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและมีข้อมูลครบถ้วนตลอดระยะเวลา 10 ปีของการศึกษา (พ.ศ. 2557 - 2566) เพื่อให้สะท้อนภาพรวมและบริบทจริงของการรักษาในเวชปฏิบัติให้มากที่สุด โดยได้จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 146 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (BCS) จำนวน 24 ราย และกลุ่มผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) จำนวน 122 ราย

เมื่อคำนวณ Post-hoc Power Analysis ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วน Disease-Free Survival ที่ 5 ปี ระหว่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 และอ้างอิงจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของการศึกษานี้ ซึ่งพบอัตราปลอดโรคที่ร้อยละ 63.1 ในกลุ่ม BCS และร้อยละ 74.7 ในกลุ่ม Total Mastectomy พบว่าการศึกษานี้มี Power of test ประมาณร้อยละ 20 - 30 ในการตรวจจับความแตกต่างดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงข้อจำกัดนี้จึงได้ระบุไว้ในส่วนข้อจำกัดของการศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การผ่าตัดสงวนเต้านม (Breast-Conserving Surgery; BCS) หมายถึง การผ่าตัดก้อนมะเร็งเต้านมออกโดยเหลือเต้านมไว้บางส่วน โดยมีขอบเขตของชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาปราศจากเซลล์มะเร็ง (Negative margins) โดยทั่วไปจะทำร่วมกับการฉายรังสี[7]

2. การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total Mastectomy) หมายถึง การผ่าตัดนำเนื้อเยื่อเต้านมด้านที่มีมะเร็งออกทั้งหมด รวมถึงหัวนมและลานนม อาจรวมถึงการตัดต่อมน้ำเหลืองในรักแร้หรือไม่ก็ได้ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์[7]

3. การเกิดซ้ำของโรค (Recurrence) หมายถึง การที่ตรวจพบมะเร็งกลับมาใหม่ในตำแหน่งเดิมหรือบริเวณใกล้เคียง (Local recurrence) หรือในต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และไหปลาร้า (Regional recurrence) หลังจากได้รับการรักษาไปแล้ว[7]

4. การแพร่กระจาย (Metastasis) หมายถึง การตรวจพบมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ห่างไกล (Distant metastasis) เช่น กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง[7]

5. การรอดชีวิต (Overall Survival) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (All-cause mortality) ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก[1,3]

6. ผู้สูงอายุ (Elderly) ในการศึกษานี้หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในวันที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์อายุในการศึกษาทางคลินิกที่สำคัญเกี่ยวกับการลดระดับการรักษาในมะเร็งเต้านม[4,5]

การเก็บข้อมูล

ศึกษาเก็บข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนย้อนหลัง 10 ปี (มกราคม พ.ศ. 2557 - ธันวาคม พ.ศ. 2566) โดย การสืบค้นจาก ICD-10 รหัส C50 โรคมะเร็งเต้านม ตาม inclusion และ exclusion criteria ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- อายุ ≥ 70 ปี ขณะได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 - ธันวาคม พ.ศ. 2566
- ได้รับการผ่าตัดรักษาโดย BCS หรือ Total mastectomy
- มีข้อมูลทางพยาธิวิทยาครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

- มะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ตรวจพบ metastasis ตั้งแต่แรก
- มะเร็งเต้านมที่มีระยะของก้อนมะเร็ง clinical stage T4
- เป็น bilateral breast cancer โดยมีรายละเอียดการเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูลดังนี้
- Patient demographics (age, comorbidities).

- Tumor characteristics (size, grade, hormone receptor status).

- Surgical details (BCS or Total mastectomy).

- Adjuvant treatments (radiotherapy, chemotherapy, endocrine therapy).

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและปัจจัยทางคลินิกระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติ Independent T-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง

2. วิเคราะห์ความน่าจะเป็นในการรอดชีวิต (Survival Probability) ด้วยวิธี Kaplan-Meier

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของกราฟการรอดชีวิตด้วยสถิติ Log-rank test

4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

การรับรองทางจริยธรรม

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองทางจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หนังสือรับรองเลขที่ 0033.102.1.52 รับรองเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Patient Characteristics and Treatment)

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 146 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Total mastectomy จำนวน 122 ราย และกลุ่ม BCS จำนวน 24 ราย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุเฉลี่ย โรคประจำตัวและสถานะสมรรถนะทางร่างกาย (ECOG Performance Status) ระหว่างผู้ป่วยสองกลุ่ม ($p > 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Patient characteristics (n=146)

	BCS n=24 (%)	Mastectomy n=122 (%)	p-value
Age (years) (Mean ± SD)	75.67 ± 6.24	74.58 ± 5.07	0.430
Underlying Diseases			
- Hypertension (HT)	14 (58.3%)	54 (44.3%)	0.299
- Diabetes Mellitus (DM)	8 (33.3%)	33 (27.0%)	0.706
- Chronic Kidney Disease (CKD)	3 (12.5%)	15 (12.3%)	1.000
- Myocardial Infarction (MI)	4 (16.7%)	15 (12.3%)	0.803
ECOG Performance Status			0.144
- Score 0-1 (Good)	12 (50.0%)	83 (68.0%)	
- Score 2-4 (Poor)	12 (50.0%)	39 (32.0%)	

2. ลักษณะทางพยาธิวิทยาของก้อนมะเร็งและการรักษาเสริม (Tumor Characteristics and Adjuvant therapy)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของตัวโรค พบว่ากลุ่ม Total mastectomy มีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่รุนแรงกว่ากลุ่ม BCS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายปัจจัย ได้แก่:

- ขนาดก้อนมะเร็ง (Tumor Size): กลุ่ม Total mastectomy มีค่าเฉลี่ยของขนาดก้อนมากกว่า (3.38 ± 1.70 cm vs 2.31 ± 1.42 cm, p=0.002)

- ระยะของก้อนมะเร็ง (T-Stage): กลุ่ม BCS ส่วนใหญ่เป็นระยะ T1 (ร้อยละ 45.8) ในขณะที่กลุ่ม Total mastectomy ส่วนใหญ่เป็นระยะ T2 ขึ้นไป (ร้อยละ 83.6, p = 0.005)

- การลามไปต่อมน้ำเหลือง (Lymph Node Involvement): กลุ่ม Total mastectomy มีค่ามัธยฐานของจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ลามสูงกว่ากลุ่ม BCS (1.0 LN vs 0.0 LN, p = 0.047)

สำหรับปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ ได้แก่ ความรุนแรงของเซลล์ (Histological Grade) สถานะตัวรับฮอร์โมน (ER, PR) และสถานะ Her2 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 Tumor characteristics (n=146)

	BCS n=24 (%)	Mastectomy n=122 (%)	p-value
Tumor Size (cm, Mean ± SD)	2.31 ± 1.42	3.38 ± 1.70	**0.002***
T-Stage			**0.005***
- T1 (≤ 2 cm)	11 (45.8%)	20 (16.4%)	
- T2 (> 2–5 cm)	12 (50.0%)	91 (74.6%)	
- T3 (> 5 cm)	1 (4.2%)	11 (9.0%)	
Histological Grade			0.375
- Grade 1	3 (12.5%)	7 (5.7%)	
- Grade 2	14 (58.3%)	78 (63.9%)	
- Grade 3	5 (20.8%)	36 (29.5%)	
Positive Lymph Nodes (Median, Interquartile Range)	0.0 (0.0-1.0)	1.0 (0.0-4.0)	**0.047***
Receptor Status			
- ER Positive	20 (83.3%)	92 (75.4%)	0.565
- PR Positive	14 (58.3%)	60 (49.2%)	0.551
Her2 Status			0.437
- Negative (0)	11 (45.8%)	72 (59.0%)	
- Negative (1+)	4 (16.7%)	12 (9.8%)	
- Equivocal (2+)	3 (12.5%)	21 (17.2%)	
- Positive (3+)	4 (16.7%)	9 (7.4%)	

ในด้านการรักษาเสริม (Adjuvant therapy) สัดส่วนการได้รับยาเคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมนไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการได้รับรังสีรักษา (Radiotherapy) โดยผู้ป่วยกลุ่ม BCS ได้รับรังสีรักษาในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่ม Total mastectomy (41.7% vs 16.4%, p = 0.012) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 Adjuvant therapy and long-term outcomes (n=146)

	BCS n=24 (%)	Mastectomy n=122 (%)	p-value
Adjuvant Therapy			
- Chemotherapy	12 (50.0%)	83 (68.0%)	0.144
- Radiotherapy	10 (41.7%)	20 (16.4%)	0.012*
- Hormone Therapy	16 (66.7%)	86 (70.5%)	0.897
Local Recurrence	4 (16.7%)	11 (9.0%)	0.447
Distant Metastasis	2 (8.3%)	13 (10.7%)	1.000
- Lung	1	11	
- Liver	0	4	
- Bone	1	2	

3. ผลลัพธ์ด้านการรอดชีวิต (Survival Outcomes)

จากการติดตามผลการรักษา (Median follow-up 3.75 ปี) พบว่า:

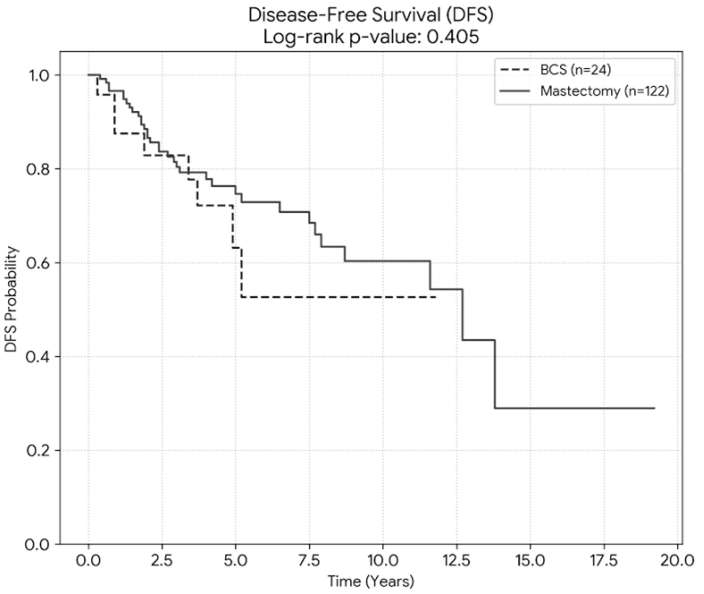
- ระยะเวลาปลอดโรค (Disease-Free Survival: DFS): ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม BCS และ Total mastectomy (ที่ 3 ปี: 82.9% vs 80.4%; ที่ 5 ปี: 63.1% vs 74.7%; Log-rank p-value = 0.405) (แผนภูมิที่ 2)

- อัตราการรอดชีวิตโดยรวม (Overall Survival: OS): ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม BCS และ Total mastectomy (ที่ 3 ปี: 90.7% vs 92.5%; ที่ 5 ปี: 79.3% vs 90.8%; Log-rank p-value = 0.756) (แผนภูมิ 3)

ในด้านความล้มเหลวของการรักษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของอัตราการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ (Local Recurrence) ระหว่างกลุ่ม BCS และ Total mastectomy (16.7% vs 9.0%, p = 0.447) และอัตราการแพร่กระจายของโรค (Distant Metastasis) (8.3% vs 10.7%, p = 1.000) (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ยืนยันว่า การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conserving Surgery: BCS) ให้ผลลัพธ์ด้านการรอดชีวิตไม่ด้อยกว่าการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) (DFS p = 0.405, OS p = 0.756) แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ทำ Total mastectomy จะมีลักษณะทางคลินิกที่เสียเปรียบกว่า (Unfavorable features) อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ขนาดก้อนที่ใหญ่กว่า (3.38 vs 2.31 cm) ระยะของโรคที่สูงกว่า (Higher T-stage) และการลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่มีจำนวนมากกว่า (Median LN positive 1.0 vs 0.0, p = 0.047) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าในทางปฏิบัติจริงปัจจัยในการเลือกผ่าตัดอาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยหรือปัจจัยอื่นร่วมด้วย มิใช่เพียงขนาดก้อนตามทฤษฎีเท่านั้น แต่จุดสำคัญคือ การผ่าตัดทั้งสองวิธีมีความปลอดภัยทางมะเร็งวิทยา (Oncological safety) ที่เท่าเทียมกัน โดยผลลัพธ์ด้านการรอดชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน แม้ลักษณะพื้นฐานของตัวโรคในสองกลุ่มจะมีความแตกต่างกันก็ตาม ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้มุ่งเน้นจะบอกว่าวิธีไหนดีกว่ากันในผู้ป่วยทุกคน แต่ต้องการยืนยันว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน การทำ BCS ให้ผลดีไม่ต่างจากการทำ Total mastectomy

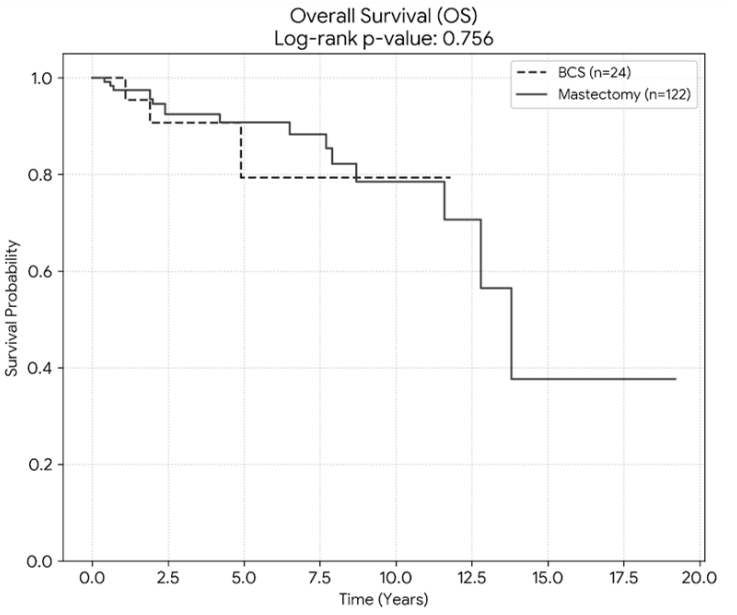


แผนภูมิที่ 2 Disease Free Survival

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ทั้งในด้านอายุเฉลี่ย ชนิดของโรคประจำตัว และสมรรถนะร่างกาย (ECOG Performance Status) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรควบคุม (Control variables) เหล่านี้มีการกระจายเหมาะสม ไม่ได้เป็นปัจจัยกวน (Confounding factors) ที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การรอดชีวิตในการศึกษานี้

ประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษานี้คือ สัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่ม BCS ที่ได้รับรังสีรักษา (Radiotherapy) มีเพียงร้อยละ 41.7 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานทั่วไปที่กำหนดให้ต้องฉายแสงทุกรายหลังทำ BCS อย่างไรก็ตาม ตัวเลขนี้สอดคล้องกับแนวคิดการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในผู้สูงอายุ (Geriatric Breast Cancer) ตามการศึกษาของ Hughes และคณะ[5] (CALGB 9343) และการศึกษา PRIME II ที่ระบุว่าในผู้ป่วยหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่มีก้อนขนาดเล็ก (T1) ตัวรับฮอร์โมนเป็นบวก (ER+) และขอบเขตการผ่าตัดชัดเจน การงดเว้นการฉายแสง (Omission of RT) ไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิต แม้จะพบความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ข้อมูลนี้ยืนยันถึงความเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติงานจริง (Real-world practice) ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ได้ปรับการดูแลผู้ป่วยให้ยืดหยุ่นสอดคล้องกับข้อจำกัดด้านการให้บริการรังสีรักษาและบริบทของผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่ห่างไกลที่มีความ ลำบากในการเดินทาง การลดระดับการรักษา (De-escalation) ดังกล่าว ช่วยลดผลข้างเคียงที่ไม่จำเป็น โดยยังคงรักษาผลลัพธ์ด้านการรอดชีวิตไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีสถานะตัวรับฮอร์โมนเป็นบวก (ER Positive มากกว่าร้อยละ 75) และได้รับยาต้านฮอร์โมนในสัดส่วนที่สูง (มากกว่าร้อยละ 65) ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของมะเร็งเต้านมในผู้สูงอายุที่มักเป็นชนิด Luminal A หรือ B ที่มีการพยากรณ์โรคที่ดีและตอบสนองดีต่อยาต้านฮอร์โมน ซึ่งปัจจัยข้างต้นร่วมกับการได้รับยาเสริม อาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้อัตราการรอดชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แม้ว่ากลุ่ม Total mastectomy จะมีขนาดก้อนและระยะโรคที่รุนแรงกว่าก็ตาม



แผนภูมิที่ 3 Overall Survival

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conserving Surgery) มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและให้อัตราการรอดชีวิต (Overall Survival และ Disease-Free Survival) ที่ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) แม้ว่าผู้ป่วยในกลุ่ม Total mastectomy จะมีขนาดก้อนมะเร็งเริ่มต้นที่ใหญ่กว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษามาตรฐานและงานวิจัยระดับสากลที่ระบุว่าปัจจัยทางชีวภาพและการรักษาเสริมมีผลต่อพยากรณ์โรคมากกว่าชนิดของการผ่าตัด

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการเลือกใช้วิธี BCS ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เหมาะสม รวมถึงในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยยังคงความปลอดภัยทางด้านมะเร็งวิทยา (Oncological Safety) เทียบเท่ากับการตัดเต้านมออกทั้งหมด

ข้อจำกัด

แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการผ่าตัด BCS แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรระบุไว้เพื่อประโยชน์ในการแปลผลและการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. รูปแบบการศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จึงอาจมีข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียน และอาจเกิดอคติในการเลือกผู้ป่วย (Selection Bias) ซึ่งเป็นธรรมชาติของการเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเฉพาะความแตกต่างของความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่ม

2. ความแตกต่างของขนาดกลุ่มตัวอย่างและอำนาจการทดสอบ จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม Total mastectomy (122 ราย) มีมากกว่ากลุ่ม BCS (24 ราย) อย่างมีนัยสำคัญ ความไม่สมดุลของจำนวนตัวอย่างนี้ส่งผลต่อ Statistical Power โดยจากการคำนวณ Post-hoc power analysis พบว่าการศึกษานี้มีอำนาจการทดสอบประมาณร้อยละ 20 - 30 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทั่วไป (ร้อยละ 80) ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิด Type II Error หรือการไม่พบความแตกต่างทางสถิติทั้งที่ในความเป็นจริงอาจมีความแตกต่างอยู่

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากราฟการรอดชีวิต (Kaplan-Meier curves) จะเห็นว่าเส้นกราฟของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมากและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยขนาดใหญ่ระดับสากล จึงทำให้เชื่อมั่นได้ว่าผลลัพธ์ที่ระบุว่า "ไม่มีความแตกต่าง" นั้นน่าจะเป็นผลที่แท้จริงทางคลินิก (Clinical reality) มากกว่าเกิดจาก Statistical Power ที่ไม่เพียงพอ

3. ปัจจัยกวน (Confounding Factors) พบความแตกต่างของขนาดก้อนมะเร็งเริ่มต้น (Tumor size) ระหว่างสองกลุ่มอย่างชัดเจน ซึ่งแม้ว่าผลลัพธ์สุดท้ายจะไม่แตกต่างกัน แต่ขนาดก้อนที่ใหญ่กว่าในกลุ่ม Mastectomy อาจเป็นปัจจัยกวนที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคได้

4. ขาดข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต การศึกษานี้เน้นที่ผลลัพธ์ทางคลินิก (Survival outcomes) เป็นหลัก แต่ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ (Cosmetic outcome) หรือคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเด่นสำคัญของการผ่าตัดแบบสงวนเต้า

ข้อเสนอแนะ

จากการผลการศึกษาและข้อจำกัดข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้:

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ :

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ครอบคลุมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะผู้ที่มีก้อนขนาดเล็กและไม่มีข้อห้ามว่าการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (BCS) เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีอัตราการรอดชีวิตไม่ต่างจากการตัดเต้านมเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อพิจารณาการรักษาแบบประคับประคองหรือการลดระดับการรักษา (De-escalation) ที่เหมาะสมตามความเสี่ยงและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต:

1. ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลไปข้างหน้า (Prospective Study) หรือการศึกษาที่เน้นประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับผลการรักษาทางคลินิก

2. ในการศึกษาเปรียบเทียบที่มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างหรือปัจจัยพื้นฐาน อาจพิจารณาใช้วิธีทางสถิติขั้นสูง เช่น Propensity Score Matching เพื่อลดอคติและควบคุมปัจจัยกวนให้ดียิ่งขึ้น

3. อาจศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Cost-effectiveness analysis) ระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med 2002; 347(16):1233-41. doi: 10.1056/NEJMoa022152.
2. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med 2002;347(16):1227-32. doi: 10.1056/NEJMoa020989.
3. Litière S, Werutsky G, Fentiman IS, Rutgers E, Christiaens MR, Van Limbergen E, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. Lancet Oncol 2012;13(4):412-9. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70042-6.
4. van de Water W, Bastiaannet E, Scholten AN, Kiderlen M, de Craen AJ, Westendorp RG, et al. Breast-conserving surgery with or without radiotherapy in older breast patients with early stage breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg Oncol 2014;21(3):786-94. doi: 10.1245/s10434-013-3374-y.
5. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. N Engl J Med 2004; 351(10):971-7. doi: 10.1056/NEJMoa040587.
6. Hwang ES, Lichtensztajn DY, Gomez SL, Fowble B, Clarke CA. Survival after lumpectomy and mastectomy for early stage invasive breast cancer: the effect of age and hormone receptor status. Cancer 2013;119(7):1402-11. doi: 10.1002/cncr.27795.
7. Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, Abramson V, Aft R, Agnese D, et al. Breast Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw 2024;22(5):331-57. doi: 10.6004/jnccn.2024.0035.