

ผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

ชัชชญา ปุณณภักดิ์, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบรัดส์ (BIRADS) 1-5 ความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5

วิธีการศึกษา: ศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนของสตรีกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม สัดส่วนของ BIRADS 1-5 และความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม แสดงผลเป็นร้อยละ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ BIRADS 4-5 วิเคราะห์โดยใช้ Multivariable log-binomial regression แสดงขนาดความสัมพันธ์โดย Adjusted prevalence ratio (aPR) และ 95% Confidence interval (CI)

ผลการศึกษา: อาสาสมัคร 2,501 คน มีค่าเฉลี่ยอายุ 53.5 ± 9.8 ปี สัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตาม BIRADS 1, 2, 3, 4 และ 5 คือ ร้อยละ 72.0, 22.0, 4.4, 1.3 และ 0.3 ตามลำดับ ความชุกของ BIRADS 4-5 ร้อยละ 1.6 (95% CI: 1.2-2.2) ความชุกของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 0.8 (95% CI: 0.5-1.2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ BIRADS 4-5 ได้แก่ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ aPR 5.73 (95% CI: 3.12-10.54) และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี aPR 2.60 (95% CI: 1.21-5.57)

สรุป: การศึกษานี้ได้แสดงสัดส่วนของผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตาม BIRADS ความชุกของมะเร็งเต้านม รวมถึงแสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (BIRADS 4-5) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์นี้จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการที่เป็นมาตรฐานสากล และช่วยค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม; ไบรัดส์ (BIRADS); แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์; อำเภอพนมสารคาม

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

^a Corresponding author: ชัชชญา ปุณณภักดิ์ Email: chat.cco.195@gmail.com

รับบทความ: 13 พ.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 9 มิ.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 10 มิ.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 มิ.ย. 68

The Outcomes of Proactive Breast Cancer Screening for Women at Risk Aged 30-70 Years Old, Using Mammograms and Breast Ultrasounds in Phanom Sarakham District, Chachoengsao Province

Chatchaya Punyaphat, M.D.^{*a}

Abstract

Objectives: to evaluate the outcomes of breast cancer screening classified according to the BIRADS (category 1–5) among at-risk women and to estimate the prevalence of breast cancer. Factors associated with BIRADS 4-5 among this group was also determined.

Methods: a cross-sectional study using secondary data of women at risk who participated in proactive breast cancer screening was conducted. The proportion of BIRADS 1-5 and the prevalence of breast cancer were presented as percentages. Multivariable log-binomial regression analysis was performed to determine factors associated with BIRAD4-5 and presented as an adjusted prevalence ratio (APR) with a 95% confidence interval (CI).

Results: A total of 2,501 participants, with a mean age of 54.5 ($\pm$ 9.8) years, were included in the analyses. The proportion of BIRADS 1, 2, 3, 4, and 5 was 72.0, 22.0, 4.4, 1.3, and 0.3 percents, respectively. The prevalence of BIRADS 4-5 and breast cancer was 1.6% (95% CI: 1.2-2.2) and 0.8% (95% CI: 0.5-1.2), respectively. Factors associated with BIRADS 4-5 included women presenting with a palpable mass in the breast or axilla (aPR 5.73; 95% CI: 3.12-10.54), and those whose first childbirth occurred after the age of 35 (aPR 2.60; 95% CI: 1.21-5.57).

Conclusion: We highlighted the benefits of proactive breast cancer screening using BIRADS, analyzing the prevalence of breast cancer and factors associated with high-risk groups (BIRADS 4-5). This evidence aims to guide policymakers in developing a proactive screening system for at-risk women, ensuring access to standardized services, and promoting early detection of breast cancer.

Keywords: Breast cancer; BIRADS; Mammogram and ultrasound; Phanom Sarakham district

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level and Provincial Public Health Deputy Doctor, Chachoengsao Provincial Public Health Office

^a Corresponding author: Chatchaya Punyaphat Email: chat.cco.195@gmail.com

Received: May 13, 25; Revised: Jun. 9, 25; Accepted: Jun. 10, 25; Published Online: Jun. 26, 25

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก การตรวจพบโรคให้เร็วที่สุดในตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ดีที่สุด จากข้อมูลขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ ปี 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมประมาณ 2.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในผู้หญิง และมีจำนวนผู้เสียชีวิตราว 684,996 ราย⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี จึงถือว่า มะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทยพบว่า มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปีขึ้นไป โดยอัตราการเกิดมะเร็งจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปี ช่วงอายุที่พบสูงสุดจะอยู่ที่ 50-55 ปี และพบว่าช่วงอายุ 30-35 ปี มีแนวโน้มเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นเรื่อย ๆ แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีมีอายุน้อยลง ความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 13.31, 13.91, 14.34 และ 14.56 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽³⁾

จังหวัดฉะเชิงเทรา พบสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2562 ถึง 2564 มีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (ASR) ของโรคมะเร็งเต้านมในเท่ากับ 27.5 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ และมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 17.71, 15.40, 16.98 และ 15.28 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งสูงกว่าอัตราการตายของประเทศในทุกปี

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่แฝงมาอย่างเงียบ ๆ จนกระทั่งก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงจะเริ่มรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือคลำได้ก้อนที่เต้านมก่อนที่คลำได้มักจะมีขนาดใหญ่กว่า 1-2 ซม.จึงจะคลำได้ หากเล็กกว่านี้ ต้องใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์จึงจะตรวจพบ การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ช่วยให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในขณะที่ก้อนมีขนาดเล็กและยังไม่มีอาการแสดงได้⁽⁶⁾

การแปลผลภาพแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมนั้น รังสีแพทย์จะแปลผลการตรวจด้วยระบบไบเรดส์ (BIRADS)⁽⁷⁾ คือ BIRADS 1 เต้านมปกติ BIRADS 2 พบความผิดปกติแต่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หินปูนใหญ่ ๆ ถูกรั่ว BIRADS 3 พบความผิดปกติที่มีโอกาสจะเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 0-2 BIRADS 4 พบความผิดปกติสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 2-95 BIRADS 5 สงสัยจะเป็นมะเร็งโอกาสมากกว่าร้อยละ 95 ในกรณีที่ผลออกมาเป็น BIRADS 4 หรือ 5 ควรตรวจชิ้นเนื้อพิสูจน์ถึงการเป็นมะเร็งต่อไป⁽⁸⁾ ในปัจจุบัน แพทย์จึงสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรกได้ เมื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกที่ก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านม ยังไม่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไป จะช่วยลดความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมและสามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 82-90⁽⁹⁾

อำเภอพนมสารคามเป็นอำเภอแรกที่มีแผนรณรงค์และจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยในบทบาทของหัวหน้าโครงการฯ จึงได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้

ในการพัฒนาระบบการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในอำเภออื่นของจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐานสากล สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบเรสต์ (BIRADS) 1-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์รอง

- 1) เพื่อศึกษาความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากเวชระเบียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

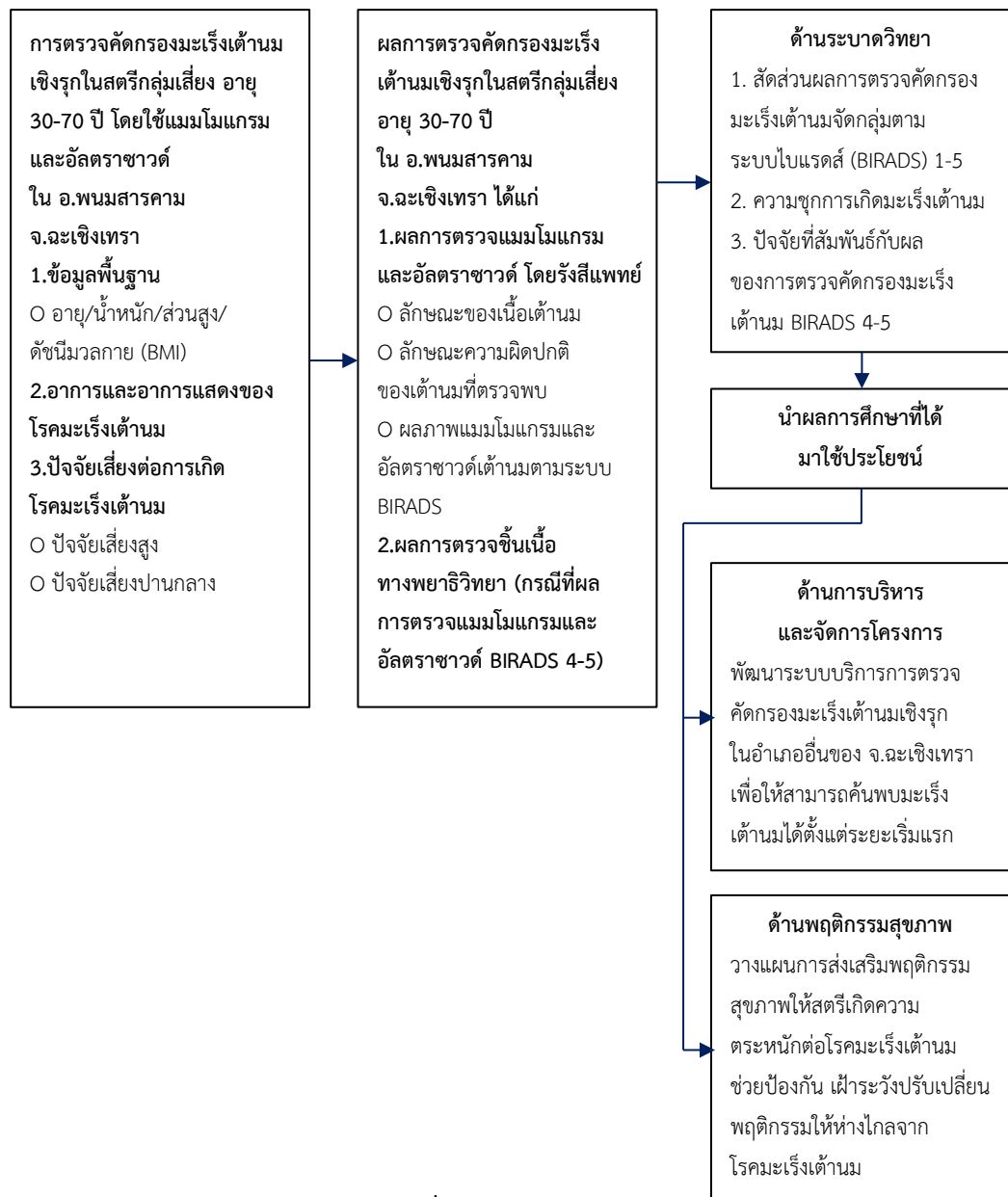
ประชากรเป้าหมาย คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,501 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่ผ่านการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568

การดำเนินการวิจัย

1. รมรณรงค์และจัดบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกด้วยเครื่องแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ผู้วิจัยประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ข้อมูลอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงสูง 5 ข้อ และปัจจัยเสี่ยงปานกลาง 8 ข้อ และเก็บข้อมูลผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ ได้แก่ ลักษณะของเนื้อเต้านม ลักษณะความผิดปกติของเต้านมที่ตรวจพบ และผลภาพแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมตามระบบ BIRADS ลงในแบบบันทึกข้อมูล
3. สำหรับผู้ที่มีผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ เป็น BIRADS 4 และ BIRADS 5 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อศึกษาความชุกของมะเร็งเต้านม

4. ผู้วิจัยนำเข้าข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสู่โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับ การวิเคราะห์ข้อมูล

5. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อแสดงสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่ม ตามระบบไบเรดส์ (BIRADS) 1-5 ความชุกการเกิดมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5



ภาพที่ 1 การดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูล (Case report form) เพื่อใช้ทบทวนเวชระเบียน ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย
- 2) อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม
- 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
- 4) ข้อมูลผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์
- 5) ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (กรณีผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ BIRADS 4-5)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata statistical software version 17 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการวิเคราะห์สัดส่วนของ BIRADS 1-5 และความชุกของมะเร็งเต้านม แสดงผลเป็นร้อยละ และ ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence intervals-CI) การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ BIRADS 4-5 ใช้สถิติ Log-binomial regression โดยวิเคราะห์แบบ Univariable analysis เพื่อพิจารณาปัจจัยที่สำคัญ โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกปัจจัยที่มีค่า $p\text{-value} < 0.2$ มาทำการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย (Multivariable analysis) และ แสดงขนาดความสัมพันธ์โดย Adjusted prevalence ratio (aPR) และ 95% CI โดยปัจจัยที่นำเข้ามาวิเคราะห์ในโมเดลนี้ ได้แก่ 1) มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ 2) เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว 3) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป 4) มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี และ 5) รับประทานฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ ในการวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดให้ Two-sided $p\text{-value} < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 004/2568 ผู้วิจัยวางมาตรการเพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับในแบบบันทึกข้อมูล (Case report form) ที่ใช้ทบทวนเวชระเบียน โดยข้อมูลนี้จะไม่ปรากฏ ชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่สามารถสืบหาตัวบุคคลได้ แต่ข้อมูลจะถูกเก็บโดยใช้ Unique identification number (UID) ซึ่งจะเป็รหัสเฉพาะสำหรับเชื่อมโยงข้อมูล ข้อมูลของสตรีกลุ่มเสี่ยงถึงเสียงสูงถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลที่มีรหัสผ่านและเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น สำหรับการแสดงผลข้อมูลการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการในลักษณะภาพรวม ไม่มีการแสดงผลเป็นรายบุคคลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำลายแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 53.5 ± 9.8 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 25.5 ± 4.5 กก./ม.² (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก (n=2,501)

ข้อมูลทั่วไป	n (%)
อายุ (ปี)	
Mean (SD)	53.5 (9.8)
30-39	276 (11.0)
40-49	623 (24.9)
50-59	935 (37.4)
≥ 60	667 (26.7)
ดัชนีมวลกาย/BMI (กิโลกรัม/เมตร ²) Mean=25.5; SD=4.5	
<18.5	52 (2.1)
18.5-22.9	749 (30.0)
23.0-24.9	521 (20.8)
25.0-29.9	777 (31.1)
≥ 30.0	402 (16.1)

2. ข้อมูลพื้นฐาน พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมีอาการและอาการแสดง คือ เจ็บที่เต้านมหรือรักแร้ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และมีน้ำผิดปกติไหลออกจากหัวนม ร้อยละ 12.1, 12.1 และ 0.9 ตามลำดับ ข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาว หรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่มากที่สุด ร้อยละ 9.1 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงปานกลาง คือ อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือ ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม.² ร้อยละ 46.6, มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี ร้อยละ 37.5, ไม่มีบุตร ร้อยละ 19.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามอาการและอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก (n=2,501)

ข้อมูลพื้นฐาน	n (%)
อาการและอาการแสดง	
เจ็บที่เต้านมหรือรักแร้	303 (12.1)
มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้	302 (12.1)
มีน้ำผิดปกติไหลออกจากหัวนม	22 (0.9)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามอาการและอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก (n=2,501)

ข้อมูลพื้นฐาน	n (%)
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	
- ปัจจัยเสี่ยงสูง	
มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่	227 (9.1)
เคยเป็น cyst ที่เต้านม เคยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านม	168 (6.7)
เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว	16 (0.6)
เคยได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก ก่อนอายุ 30 ปี	0 (0.0)
ตรวจพบยีนมะเร็งเต้านมผิดปกติ BRCA1 หรือ BRCA2	0 (0.0)
- ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง	
อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป	2,239 (89.5)
ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกาย (BMI)>25 กก./ม. ²	1,165 (46.6)
มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี	938 (37.5)
ไม่มีบุตร	482 (19.3)
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี	206 (8.2)
หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี	171 (6.8)
รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ	81 (3.2)
รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นประจำ	56 (2.2)

3. ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมีลักษณะเนื้อเต้านม โดยเป็นลักษณะมีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมค่อนข้างทึบ (Heterogeneously dense) มากที่สุด ร้อยละ 77.9 และตรวจพบลักษณะความผิดปกติของเต้านม โดยเป็นถุงน้ำ (Cyst) มากที่สุด ร้อยละ 17.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ (n=2,501)

ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	n (%)
ลักษณะเนื้อเต้านม	
มีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมค่อนข้างทึบ (Heterogeneously dense)	1,947 (77.9)
มีเนื้อเต้านมกระจายอยู่บางส่วน (Scattering fibroglandular densities)	443 (17.7)
มีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมทึบสูงมาก (Extremely dense)	63 (2.5)
มีเนื้อเยื่อไขมันเกือบทั้งหมด (Almost entirely fat)	48 (1.9)
ลักษณะความผิดปกติของเต้านมที่ตรวจพบ	
ถุงน้ำ (Cyst)	444 (17.8)
จุดหินปูน (Calcification)	279 (11.2)
ก้อน (Mass)	158 (6.3)

4. สัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบแรดส์ (BIRADS) 1-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง มีสัดส่วน BIRADS 1 ร้อยละ 72 (95% CI: 70.2-73.7), BIRADS 2 ร้อยละ 22 (95% CI: 20.4-23.6), BIRADS 3 ร้อยละ 4.4 (95% CI: 3.7-5.3), BIRADS 4 ร้อยละ 1.3 (95% CI: 0.9-1.9) และ BIRADS 5 ร้อยละ 0.3 (95% CI: 0.2-0.6) โดยมีความชุกผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ร้อยละ 1.6 (95% CI: 1.2-2.2) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 Proportion of Breast imaging reporting and data system categories and prevalence of breast cancer (n=2,501)

BIRADS	n	% (95% CI)
BIRADS category		
BIRADS 1	1,801	72 (70.2-73.7)
BIRADS 2	549	22 (20.4-23.6)
BIRADS 3	110	4.4 (3.7-5.3)
BIRADS 4	33	1.3 (0.9-1.9)
BIRADS 5	8	0.3 (0.2-0.6)
BIRADS two groups		
BIRADS 1-3	2,460	98.4 (97.8-98.8)
BIRADS 4-5	41	1.6 (1.2-2.2)
Pathologic diagnosis		
Benign	2,481	99.2 (98.8-99.5)
Malignant	20	0.8 (0.5-1.2)

5. ความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง มีอัตราความชุก ร้อยละ 0.8 (95% CI: 0.5-1.2) (ตารางที่ 4) โดยมีผลพยาธิวิทยาตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นชนิด Invasive carcinoma of no special type มากที่สุด ร้อยละ 85 และผลพยาธิวิทยาไม่พบเซลล์มะเร็งลุกลามเข้าสู่หลอดน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดภายในเนื้อเยื่อเต้านม ร้อยละ 100 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 Malignant pathologic diagnosis among individuals with Breast cancer (n=20)

Pathologic findings	n (%)
Malignant pathologic diagnosis	
Invasive carcinoma of no special type (ductal)	17 (85.0)
Mucinous carcinoma	2 (10.0)
Ductal carcinoma in situ	1 (5.0)
Lymphovascular invasion	
No	20 (100.0)
Yes	0 (0.0)

6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่าอาการและอาการแสดงด้วยก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ มีความสัมพันธ์กับการพบผลตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 5.73 เท่า (95% CI: 3.12-10.54) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ (p-value<0.0001) และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงการมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการพบผลตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 2.60 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 35 ปี (p-value 0.014) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 Univariable analysis for factors associated with BIRADS 4-5

Factors	Total (n=2,501) n	BIRADS 4-5 (n=41) n (%)	Unadjusted Prevalence Ratio (95% CI)	p-value
อายุ (ปี)				
30-39	276	6 (2.2)	Ref.	
40-49	623	10 (1.6)	0.74 (0.27-2.01)	0.553
50-59	935	12 (1.3)	0.59 (0.22-1.56)	0.287
≥60	667	13 (1.9)	0.9 (0.34-2.33)	0.823
ดัชนีมวลกาย/BMI (kg/m2)				
18.5-22.9	749	11 (1.5)	Ref.	
23.0-24.9	521	10 (1.9)	1.31 (0.56-3.05)	0.537
25.0 -29.9	777	10 (1.3)	0.88 (0.37-2.05)	0.761
≥30.0	402	10 (2.5)	1.69 (0.73-3.95)	0.223
มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้				
No	2199	22 (1)	Ref.	
Yes	302	19 (6.3)	6.29 (3.44-11.48)	<0.0001
เจ็บที่เต้านมหรือรักแร้				
No	2198	36 (1.6)	Ref.	
Yes	303	5 (1.7)	1.01 (0.4-2.55)	0.987
เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว				
No	2485	40 (1.6)	Ref.	
Yes	16	1 (6.3)	3.88 (0.57-26.55)	0.167
มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่				
No	2274	38 (1.7)	Ref.	
Yes	227	3 (1.3)	0.79 (0.25-2.54)	0.694
เคยเป็น cyst ที่เต้านม เคยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านม				
No	2333	39 (1.7)	Ref.	
Yes	168	2 (1.2)	0.71 (0.17-2.92)	0.638

ตารางที่ 6 (ต่อ) Univariable analysis for factors associated with BIRADS 4-5

Factors	Total (n=2,501) n	BIRADS 4-5 (n=41) n (%)	Unadjusted Prevalence Ratio (95% CI)	p-value
อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป				
No	262	9 (3.4)	Ref.	
Yes	2239	32 (1.4)	0.42 (0.2-0.86)	0.018
มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี				
No	1563	24 (1.5)	Ref.	
Yes	938	17 (1.8)	1.18 (0.64-2.19)	0.598
ไม่มีบุตร				
No	2019	31 (1.5)	Ref.	
Yes	482	10 (2.1)	1.35 (0.67-2.74)	0.403
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี				
No	2295	34 (1.5)	Ref.	
Yes	206	7 (3.4)	2.29 (1.03-5.11)	0.042
รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ				
No	2420	38 (1.6)	Ref.	
Yes	81	3 (3.7)	2.36 (0.74-7.48)	0.145
รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นประจำ				
No	2445	40 (1.6)	Ref.	
Yes	56	1 (1.8)	1.09 (0.15-7.8)	0.93
ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกาย(BMI)>25 กก./ม. ²				
No	1336	21 (1.6)	Ref.	
Yes	1165	20 (1.7)	1.09 (0.6-2)	0.776

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ในสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบ Univariable analysis ทุกปัจจัยที่มีในสตรีที่มีผลการตรวจ BIRADS 4-5 เพื่อพิจารณาปัจจัยที่สำคัญ โดยนำปัจจัยที่มีค่า p-value<0.2 มาทำการวิเคราะห์แบบ Multivariable analysis ต่อไป (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 Multivariable analysis for factors associated with BIRADS 4-5

Factors	Adjusted Prevalence Ratio*	95% confidence interval	p-value
มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้	5.73	3.12-10.54	<0.0001
เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว	3.68	0.70-19.45	0.125
อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป	0.56	0.27-1.15	0.114
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี	2.60	1.21-5.57	0.014
รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ	2.49	0.83-7.48	0.105

* Adjusting for factors ดังนี้ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้, เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว, อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป, มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี และรับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบสัดส่วนของผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจัดกลุ่มตามระบบไบเรดส์ (BIRADS) 1-5 ดังนี้ สัดส่วน BIRADS 1 ร้อยละ 72, BIRADS 2 ร้อยละ 22, BIRADS 3 ร้อยละ 4.4, BIRADS 4 ร้อยละ 1.3 และ BIRADS 5 ร้อยละ 0.3 โดยมีความชุกผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ร้อยละ 1.6 ซึ่งพบว่ามีสัดส่วน BIRADS 1, 4 และ 5 สูงกว่า และ BIRADS 2 และ 3 ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ จารุวัฒน์ แจ่มวัจ⁽¹⁰⁾ ที่มีสัดส่วน BIRADS 1-5 เป็นร้อยละ 25.3, 56.0, 14.5, 1.2 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในอำเภอพนมสารคามในการค้นหาสตรีที่มีผล BIRADS 4-5 ได้ดี

การศึกษานี้พบความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 0.8 ซึ่งสตรีทุกคนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเป็นครั้งแรก คิดเป็นการเกิดมะเร็งเต้านม 800 คน ต่อแสนประชากรของสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 พบว่าอำเภอพนมสารคามมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (ASR) ของโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 23.9 ต่อแสนประชากรของสตรีอายุ 30-75 ปี⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีนี้เป็นการดำเนินการตรงกลุ่มเป้าหมายและให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้คำนวณอุบัติการณ์โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หากด้วยจำนวนของสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการค้นหาแบบเชิงรุกที่พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าอุบัติการณ์ที่รายงานข้อมูลทางสถิติจากทะเบียนมะเร็ง (Surveillance data)

การศึกษานี้พบผลพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมพบเป็นชนิด Invasive carcinoma of no special type มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ Invasive carcinoma of no special type เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดประมาณ ร้อยละ 75-80⁽¹¹⁾

การศึกษานี้ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ซึ่งเป็นระดับที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยัน

การวินิจฉัย คือ สตรีที่มีอาการแสดงด้วยก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และสตรีมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสพบผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 3.68 และ 2.49 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC)⁽¹²⁾ ที่รายงานว่าอาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งเต้านมคือการคลำพบก้อนใหม่ในเต้านมหรือรักแร้และเป็นหนึ่งในสัญญาณเตือนของมะเร็งเต้านมที่สำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lyons⁽¹³⁾ ที่รายงานว่าการมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมชนิดที่ตอบสนองต่อฮอร์โมน โดยสตรีที่คลอดบุตรในช่วงอายุที่มากขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงขึ้นทั้งในช่วงหลังคลอดและยังคงมีความเสี่ยงสะสมในการเกิดมะเร็งเต้านมสูงขึ้นเป็นเวลาหลายปี ส่วนปัจจัยที่มีแนวโน้มว่าจะสัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ได้เช่นกัน ได้แก่ ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว และการได้รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ โดยมีโอกาสพบผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 ถึง 3.68 และ 2.49 เท่า ตามลำดับ แต่ยังไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากยังต้องการจำนวนขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น ถึงแม้ว่าผลของงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์พบผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีมีอายุน้อยลง⁽²⁾ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ภารณี ศรีสุภะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอายุมากกว่า 40 ปีเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านม 5.31 เท่าของกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี ($p\text{-value} < 0.002$) และการศึกษาของ ลักษณะาวดี มหิวรรณ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม ($p\text{-value} < 0.0001$) เนื่องจากส่วนใหญ่สตรีที่ได้รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำจะเป็นสตรีช่วงวัยทองหรือหลังวัยทอง อายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึงร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วยเสมอ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในสตรีที่ไม่มีอาการใด ๆ เลยเช่นกัน ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ยังเป็นวิธีที่สามารถตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้นหรือระยะก่อนลุกลามเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรืออัตราการรักษาให้หายขาดนอกจากนี้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะต้นจะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขและประเทศชาติได้ประมาณ 300,000 ถึง 500,000 บาทต่อคน เมื่อเทียบกับระยะลุกลาม⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. พัฒนาระบบบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในอำเภอต่อไปของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละอำเภอออกคัดกรองเพื่อค้นหาและรวบรวมสตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีอาการแสดงด้วยก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี ในแต่ละอำเภอให้เข้ามาได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เป็นอันดับแรก
2. สตรีอายุ 30-70 ปี กลุ่มต่อไปที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก คือ ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว, การได้รับยาฮอร์โมนทดแทนเป็นประจำ และผู้ที่มีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ เกี่ยวกับเต้านม เช่น มีน้ำผิดปกติไหลออกจากหัวนม, เต้านม หัวนม หรือลานนมมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นต้น
3. ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงอื่นๆอย่างน้อย 1 ข้อ หรือปัจจัยเสี่ยงปานกลางอื่น ๆ อย่างน้อย 2 ข้อ โดยเฉพาะสตรีที่อายุมากกว่า 40 ปี เป็นลำดับต่อไป

4. สตรีผู้ที่ยังไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดปฏิบัติตัวตามข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยแนะนำให้สตรีอายุ 20 ปี ขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน ตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยทุก 3 ปี และควรตรวจแมมโมแกรมสม่ำเสมอทุก 1-2 ปี เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป⁽²⁾

5. รณรงค์เพื่อให้สตรีตระหนักต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีเพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งเต้านม เพื่อลดโอกาสเกิดและการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม ดังนี้ ควรออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ เอาใจใส่ควบคุมน้ำหนักอย่างดี ไม่ให้เกินมาตรฐานรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว เน้นการรับประทานผัก ผลไม้และอาหารที่มีเส้นใยปริมาณมาก หลีกเลี่ยงการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยไม่จำเป็น งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ และหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁸⁾

6. ควรมีการเฝ้าระวังและทำการตรวจติดตามโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ซ้ำในสตรีกลุ่มที่มีผลการตรวจเป็น BIRADS 4-5 และผลการตรวจชิ้นตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยายังไม่พบมะเร็ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรนำผลการตรวจติดตามโดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ 6 เดือนของสตรีที่มีผล BIRADS 3 มาวิเคราะห์ โดยหากมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่ม BIRADS 4-5 จะมีจำนวนขนาดตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม BIRADS 4-5 ได้เพิ่มเติม

2. ควรประเมินติดตามสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกรายต่อไปในด้านการรักษาหายขาดและอัตราการรอดชีวิต 5 ปี (Five year-overall survival rate)

3. ดำเนินการวิจัยผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านม ในอำเภออื่นของจังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในแต่ละอำเภอ

4. ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่อาจมีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านมอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีนโยบายจัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคามและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลพนมสารคาม

งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดีโดยได้รับความกรุณาจากร้อยเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลพนมสารคามที่ให้ความร่วมมือให้โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุก ในอำเภอ

พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยฉบับนี้ จะนำไปพัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สตรีจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Research Fund International. Breast cancer statistics [Internet]. WCRF International. [cited 2024 Dec 9]. Available from: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/breastcancer-statistics/>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการตายจากข้อมูลรณบัตร: อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมของประเทศไทย ปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=13_4
4. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์. Cancer Incidence in Chachoengsao, Thailand 2019-2021: Breast Cancer. วารสารโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 15]; หน้า 34-6. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cch.go.th/main/images/registry/Cancer%20Incidence%20In%20Chachoengsao%20Thailand%202019-2021.pdf>
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการตายจากข้อมูลรณบัตร: อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=01248101&tm=2>
6. วิชัย เอกพลากร. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(4):583-4.
7. American College of Radiology. Mammography-Reporting [Internet]. [cited 2024 Dec 16]. Available from: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/Mammography-Reporting.pdf>
8. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โรค: ก้อนที่เต้านม (Breast mass) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast Mass.html](https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast%20Mass.html)
9. จารุวรรณ ป้อมกลาง, รัตน์ศิริ ทาโต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิต จากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ. วารสารเกื้อการุณย์ 2557;21(3):155-67.
10. จารุวัฒน์ แจ้งวัง. การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;4(3):42-51.

11. Wiratkapun C, Bunyapaiboonsri W, Wibulpolprasert B, Lertsithichai P. Biopsy rate and positive predictive value for breast cancer in BI-RADS category 4 breast lesions. *J Med Assoc Thai*. 2010 Jul;93(7):830-7.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breast Cancer Awareness: Symptoms [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services; 2024 Sep 25 [cited 2025 April 16]. Available from: https://www.cdc.gov/breast-cancer/symptoms/index.html?utm_source=chatgpt.com
13. Lyons TR, Schedin PJ, Borges VF. Pregnancy and breast cancer: when they collide. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2009 Jun;14(2):87-98. doi: 10.1007/s10911-009-9119-7.
14. ภาวณี ศรีสุภะ. ความแม่นยำของการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ ในโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*. 2566; 10(2):1-13.
15. ลักษณะวดี มหิวรรณ. ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลโสธร. *ยโสธรเวชสาร*. 2566;25(1):4-14.
16. มะเร็งเต้านม: ปัญหาที่สังคมต้องร่วมกันแก้ไข. ใน: เอกสารประกอบการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2562 ของมูลนิธิถันยรักษ์ฯ; 2562.
17. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มาตรา 7. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง; 2563.
18. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutr*. 2004 Feb;7(1A):187-200. doi: 10.1079/phn2003588.