

มะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์

ปัทมาพร พึ่งบุญ R.N*

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผลกระทบจากโรคมะเร็งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรง และถือเป็นวิกฤติของชีวิต การวินิจฉัยโรคและการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือแม้แต่การยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งต้องการทีมสหสาขาและความชำนาญเฉพาะทาง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญยิ่งในทุกๆ ระยะของการตั้งครรภ์และทุกระยะของโรครวมถึงทุกประเภทของการรักษา ความเข้าใจในการตอบสนองทางจิตสังคมและการรักษาแต่ละชนิดของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงปัญหา มีแนวทางในการประเมินและสามารถวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในหญิงตั้งครรภ์พบได้ไม่บ่อยครั้ง ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาพบมากขึ้นเรื่อยๆ จากอุบัติการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบ 1 ใน 3,000 ถึง 1 ใน 10,000 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (Petrek, 1994). การเป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างมากและถือเป็นวิกฤติของชีวิตเนื่องจากช่วงเวลาตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาแห่งความสุขสมหวัง แต่เมื่อหญิงตั้งครรภ์ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมนับเป็นสิ่งทำร้ายจิตใจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจอย่างยิ่ง หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพดี มีความเป็นห่วงกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก และที่สำคัญคือ กลัวสามีรังเกียจซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้ (Robert, et al., 1997). การวินิจฉัยโรคและการรักษารวมถึงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มในนี้จะมีความยุ่งยากและซับซ้อน

มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วไปเนื่องจากปัญหาที่ซับซ้อนและต้องคำนึงถึงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกที่อยู่ในครรภ์ไปพร้อมๆ กัน ดังจะเห็นได้จากกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

หญิงไทย อายุ 34 ปี อาชีพ แม่บ้าน สามีประกอบอาชีพค้าขาย คลำพบก้อนที่เต้านมขวา ขนาดประมาณ 1 ซม. ขณะให้นมบุตรคนแรก (ขณะนั้นบุตรอายุ 1 ปี 6 เดือน) จนกระทั่งทราบว่าตั้งครรภ์ที่ 2 จึงหยุดให้นมบุตรแล้วไปตรวจที่คลินิกใกล้บ้านแพทย์จึงแนะนำให้ไปตรวจและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปและไม่บอกใครว่าตนมีก้อนที่เต้านม จนกระทั่งตั้งครรภ์ได้ประมาณ 5 เดือน ผู้ป่วยรู้สึกตัวก้อนโตขึ้นกว่าเดิมมาก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6-7 ซม. จึงได้ตัดสินใจบอกสามีและมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ($T_2 N_0 M_0$)

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ในครั้งแรกที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งเต้านมผู้ป่วยรู้สึกตกใจกลัวมากกลัวการรักษา กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค กลัวสามีรับไม่ได้จน ไปมีภรรยาใหม่ ประกอบกับผู้ป่วยมีบุคลิกกตัญญู ไม่อยากให้บุคคลที่ตนรักต้องทุกข์ใจ จึงเก็บเป็น ความลับไม่บอกสามีและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่เนื่องจากพี่สาวที่สนิทกับผู้ป่วยมากที่สุดมีเพื่อน เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้ให้คำแนะนำและ เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยมาตลอด ผู้ป่วยจึงตัดสินใจ บอกสามีว่าตนเป็นมะเร็งเต้านมและปรึกษากับสามี ว่า ตนเป็นห่วงลูกในครรภ์มาก กลัวว่าจะไม่ได้เห็น หน้าลูกและไม่ได้เลี้ยงลูก ตลอดจนไม่อยากเป็น ภรรยาใคร เมื่อสามีทราบดังนั้นจึงให้กำลังใจ ให้การ ดูแลใกล้ชิด พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และ ติดตามมารดาให้มาอยู่เป็นเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา ปฏิเสธความคิดอยากฆ่าตัวตาย และอาการซึมเศร้า

การรักษาที่ทีมแพทย์พิจารณาเบื้องต้น คือ การผ่าตัดแบบสงวนเต้านมร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลือง บริเวณรักแร้ หลังผ่าตัดแพทย์วางแผนให้เคมีบำบัด ต่อ เนื่องจากอายุครรภ์อยู่ในไตรมาส 2-3 สามารถ ให้ได้ แต่หลังจากร่วมประเมินความรุนแรงและ ระยะของโรคจึงลงความเห็นว่าสามารถรอการให้ ยาเคมีบำบัดออกไปหลังคลอดได้ เนื่องจากยังไม่มี การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ รักแร้และอวัยวะใกล้เคียง ประกอบกับผู้ป่วยกลัว การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก มีความเป็นห่วง บุตรในครรภ์มาก กลัวแท้งหรือเกิดความพิการกับ บุตร ดังนั้นทีมแพทย์จึงตัดสินใจยุติการรักษาไว้ ก่อนและวางแผนให้เคมีบำบัด และฉายรังสีภายหลังคลอด

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหา ทางจิตสังคมที่เกิดกับผู้ป่วยและความยากลำบาก ในการรักษา ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การตรวจ

พบโรคในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์จะมีผลต่อ การตัดสินใจให้การรักษา ในฐานที่พยาบาลเป็น บุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาท สำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ บทความนี้มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนให้เห็นผลกระทบ และประเด็นปัญหาต่อหญิงตั้งครรภ์และบุคคลใน ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองของ หญิงตั้งครรภ์ต่อการเป็นมะเร็งเต้านม แนวทางการ รักษา ตลอดจนบทบาทของพยาบาลที่จะให้การ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์

ระหว่างตั้งครรภ์มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมน ในร่างกายได้แก่ คอร์ติซอล อินซูลิน โพรแลคติน โพรเจสเตอโรน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเอสโตรเจน การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนมีผลทำให้เต้านมมีการ ขยายถึง 180% (Armstrong, et al., 1999). ทั้ง ในส่วนของ lobular และ alveolar เพื่อเตรียมพร้อม ที่จะหลั่งน้ำนม ซึ่งการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตร เจนนี้จะทำให้การพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านมไม่ดี (poor prognosis) เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งเสริมการเพิ่ม mitotic activity ของ cell cycle เป็น ระยะที่เซลล์มีการแบ่งตัวเป็นทวีคูณ ทำให้เซลล์เต้านมมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว โดยเชื่อว่าเอสโตร เจนไม่ใช่สาเหตุที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านมแต่เป็น ปัจจัยส่งเสริมมากกว่า (Armstrong, et al., 1999).

มะเร็งเต้านมที่เกิดระหว่างตั้งครรภ์ หรือระหว่างให้นมบุตรนั้น เกิดในกลุ่มสตรีที่อยู่ใน วัยเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังมีอายุน้อย การเป็น มะเร็งเต้านมในอายุน้อยกว่า 35 ปีนั้น จะมีความ ชับซ้อนและรุนแรง มักพบว่าเกิดจากการถ่ายทอด ทางพันธุกรรม ประกอบกับลักษณะของการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาดังกล่าวทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี มีผู้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยเทียบกับกลุ่มมะเร็งขณะตั้งครรภ์ พบว่า การ

เกิดมะเร็งเต้านมขณะตั้งครรภ์มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้ว 56-89% มากกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์อย่างชัดเจนซึ่งตรวจพบว่ามีกระจายเพียง 40% (จรัสพงศ์ เกษมมงคล และคณะ 2547). เนื่องจากสรีระเต้านมของหญิงตั้งครรภ์มีการขยายตัวและการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดก่อนมะเร็งจะมีการสร้างตัวของเนื้องอกและหลุดเลือดที่มาเลี้ยงก้อนเนื้องอกอย่างรวดเร็วการสร้างเส้นเลือดใหม่เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของพฤติกรรมเนื้องอก การไหลเวียนเลือดที่มากขึ้นนี้ช่วยให้เซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้นและเจริญเติบโตได้ดี ทั้งหมดนี้มีความเกี่ยวข้องกันกับการแพร่กระจาย ดังนั้นการแพร่กระจายของมะเร็งในหญิงตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นได้เร็วกว่า แต่พบว่าการกลับเป็นซ้ำนั้นไม่แตกต่างกัน คือ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เดิมสูงถึง 60% ภายใน 2 ปี ถ้าการรักษาเพียงพอแต่แรก อัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยระยะที่ 1 จะน้อยกว่า 5% ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 2 น้อยกว่า 10% (วรวิภา เปาอินทร์, 2544). จากการศึกษาแบบย้อนหลังของ เพทริก (Petrek, 1991). พบว่า 77% ของหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์ ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและได้รับการรักษาแล้วมีอัตราการรอดถึง 10 ปี หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์นี้จะพบก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่และแพร่กระจายมากกว่าหญิงไม่ตั้งครรภ์ ส่วนการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมไปยังทวารหนักนั้นยังไม่มีรายงาน แต่พบว่าอาจมีการกระจายมาที่รกซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคของมารดาในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ อารมณ์ ความรู้สึก ความเจ็บป่วยคือสิ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียด บุคลิกภาพอ่อนแอ กลไกการป้องกันตัวขาดประสิทธิภาพ ไม่

สามารถเผชิญปัญหาต่างๆในขณะตั้งครรภ์ อาจมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวที่แตกร้างได้ (จิตพร อิงคถาวร, 2546). การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์นั้น นับเป็นสิ่งที่ทำร้ายจิตใจและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเมื่อเกิดขึ้นในช่วงเวลาแห่งความสุขสมหวังที่ตั้งครรภ์ แต่ต้องมาเผชิญกับโรคร้าย วิตกกังวลอันตรายต่อบุตร ในระหว่างการรักษาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นทำให้รู้สึกว่าจะไม่สามารถดูแลลูกได้ดีเท่าที่ควร (Grosser, 2004). ดังนั้นหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลจากสามีซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่สุด (Callahan, 2003). ที่จะช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บป่วยทางกาย ลดภาวะเครียดทางอารมณ์ ให้สามารถเผชิญความเจ็บป่วยและการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์

การรักษามะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับผลการวินิจฉัยปัจจัยที่สำคัญของการรักษา คือ ช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยและต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็น ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ อายุรแพทย์ (เคมีบำบัด) สูตินรีแพทย์ พยาบาล โดยมีหลักการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หลักการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ (Grosser, 2004).

หลักการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์	
ไตรมาสที่ 1	ผ่าตัดเต้านมออกพร้อมกับพิจารณายุติการตั้งครรภ์
ไตรมาสที่ 2	ผ่าตัดเต้านมออกพร้อมกับให้ยาเคมีบำบัด
ไตรมาสที่ 3	ผ่าตัดเต้านมออกหรือผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้านมพร้อมกับให้ยาเคมีบำบัด
หลังคลอด	ผ่าตัดเต้านมออกหรือผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้านมพร้อมกับให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือ ร่วมกับการให้ฮอร์โมน
กลับเป็นซ้ำ ครั้งที่ 2	การรักษาขึ้นอยู่กับอาการแสดงและการแพร่กระจายของโรค

มะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์กับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การรักษาที่ดีที่สุดของมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์คือ การผ่าตัด หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาส 1-2 นั้นจะได้รับคำแนะนำให้ตัดเต้านมออก (mastectomy) มากกว่าที่จะทำเพียงผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (breast conserving surgery) เนื่องจากการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมต้องรักษาต่อด้วยการฉายแสงทุกราย หากไม่ฉายแสงตามจะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ถึง 40% (วรวิศา เปาอินทร์, 2544). การฉายแสงมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้มีความผิดปกติกำเนิด (congenital malformation) แต่จะเหมาะสมกว่าถ้าทำในช่วงปลายไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และควรฉายแสงหลังคลอดไปแล้ว เมื่อคำนึงถึงผลกระทบจากการผ่าตัด หรืออันตรายในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์จากการได้รับยาสลบช่วงสั้นๆ สำหรับการตั้งครรภ์หลังไตรมาสแรกไปแล้วส่งผลต่อทารกในครรภ์น้อยมาก อย่างไรก็ตามต้องระลึกเสมอว่า ทารกในครรภ์และระบบการไหลเวียนของเลือดผ่านรก มีความไวต่อการขาดออกซิเจนและภาวะความดันเลือดต่ำเป็นอันมาก ดังนั้นจึงต้องระวังเป็นพิเศษในการดมยาสลบและการจัดท่านอนขณะทำผ่าตัดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตต่ำ อาจเกิดขึ้นได้ขณะทำการผ่าตัด จากการที่มีการกดทับของหลอดเลือดดำ

(vena cava) หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) จากมดลูกที่มีขนาดใหญ่ทำให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลงพบได้บ่อยในไตรมาสที่ 3 เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายเป็นระยะเวลาหนึ่ง หรือเกิดจากการเสียเลือดขณะผ่าตัดมากถึงร้อยละ 35 (วันดี สีนะสมิต, 2542). ส่วนในช่วงหลังผ่าตัดการหลั่ง catecholamine ออกมาเพื่อพยุงแรงดันเลือดส่วนปลาย (peripheral blood pressure) จะลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงทารก ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสภาพทารกในครรภ์ตลอดเวลาทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำการผ่าตัดเต้านม การติดตามสังเกตอาการทั้งของแม่และเด็ก คือ การสังเกตการหดตัวของมดลูก (uterine contraction) และอัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart rate) ภายใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่พบว่าเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้มากที่สุด (Gillstrap, et al., 2002). ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องติดตามสังเกตและบันทึกการการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผลของยาสลบโดยเฉพาะไนตรัสออกไซด์ ทำให้มดลูกคลายตัวและระบบไหลเวียนโลหิตช้าลง นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ (Harris, et al., 2004).

การทำ sentinel lymph node biopsy เป็นการฉีดสารทึบรังสี (isosulfan blue dye หรือ radio isotope) ไปที่ตำแหน่งของมะเร็งบริเวณเต้านม

(primary site) แล้วรอให้สารดังกล่าวไหลไปตามท่อน้ำเหลืองไปสะสมยังต่อมน้ำเหลืองเพื่อหาต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปเรียกว่า sentinel node แล้วตัดเฉพาะต่อมนี้ออกมาตรวจทางพยาธิในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2547) อย่างไรก็ตาม การฉีดสารทึบรังสี มีโอกาสพบการแพ้ได้และอาจมีอาการแพ้ที่รุนแรง ดังนั้นการตรวจด้วยวิธีนี้จึงควรคำนึงถึงขนาดสารทึบรังสีที่ให้เป็นสำคัญ มีผู้เสนอว่าใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ แต่ปริมาณรังสีที่ทารกได้รับต้องไม่เกิน $10 \mu\text{Gy}$. ($1 \mu\text{Gy} = 1 \times 10^{-6} \text{ Gy}$) (07'0t ถือว่าเป็นปริมาณที่ปลอดภัย (Hanrahan & Theriault, 2006) แต่ยังไม่มีการศึกษาในระยะยาวว่าทารกที่เกิดจากการฉายรังสีที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีนี้มีความผิดปกติเกิดขึ้นภายหลังหรือไม่

มะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์กับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การให้ยาเคมีบำบัดระหว่างตั้งครรภ์จะพิจารณาให้ในรายที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ขึ้นไป หรือเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (advance cancer) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงระยะของการตั้งครรภ์ การพบมะเร็งเต้านมในไตรมาสที่ 3 การให้เคมีบำบัดอาจรบกวนหลังคลอดบุตร แต่ถ้าพบในไตรมาส 1 หรือ 2 การชะลอการให้ยาหลังคลอดย่อมเกิดผลเสีย เช่น หากต้องรอการให้ยาเคมีบำบัดออกไป 3-6 เดือนจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย 5-10% (Nettleton, et al., 1996) หากพบมะเร็งเต้านมในไตรมาส 1 อาจต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์ในแต่ละกรณีไป ทั้งนี้ต้องอาศัยการดูแลใกล้ชิดจากทีมสหสาขาและการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การให้เคมีบำบัดสามารถให้ได้ในช่วงไตรมาส 2 ไปแล้ว อย่างไรก็ตามเคมีบำบัดสามารถผ่านทางรกไปสู่เด็กได้และทำให้เกิดความพิการหรือความ

ผิดปกติแต่กำเนิด (fetal malformation or congenital abnormally) โดยเฉพาะไตรมาสแรก หรือช่วง 2 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ฤทธิ์ของเคมีบำบัดจะมีผลขัดขวางการแบ่งตัวและการสร้างระบบไหลเวียนในตัวอ่อนที่อยู่ในระยะ blastocyst ทำให้เกิดการแท้งได้ (spontaneous abortion) ในช่วง 5-10 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์เป็นช่วงที่มีการสร้างอวัยวะ (organogenesis) ถ้าให้ยาเคมีบำบัดในช่วงนี้ 10-20% ของทารกที่เกิดมาจะมีความพิการแต่กำเนิด เมื่อเทียบกับทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดทั่วไปพบเพียง 3% ส่วนการให้เคมีบำบัดในไตรมาสที่ 2-3 ไม่ทำให้ทารกมีความพิการแต่กำเนิด แต่เคมีบำบัดที่ให้ช่วงนี้มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทำให้ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อน้ำหนักตัวน้อยและคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาศึกษาของซิมลิกิสและคณะ (Zeimlickis, et al., 1992). พบว่า ทารกแรกเกิดจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐานและมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น

การให้เคมีบำบัดในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นมะเร็งเต้านมจะพิจารณาสูตร AC เป็นหลัก (doxorubicin/adriamycin/anthracycline, cyclophosphamide) เนื่องจากเป็นสูตรที่ใช้ได้ผลดี มีกลไกในการยับยั้งการทำงานของ DNA RNA การสังเคราะห์โปรตีน ระวังการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวในทุกวงจรของเซลล์ (cell cycle) มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ แท้ง มีความพิการแต่กำเนิด และหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต (Germann, et al., 2004). แต่อาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดผลกระทบบนระยะยาวได้ (late effect) ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนถึงผลกระทบระยะยาวในกลุ่มทารกที่เกิดจากการฉายรังสีที่ได้รับยาเคมีบำบัดขณะตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคลูคีเมียหลังจากที่ได้รับ anthracycline พบว่า 65% ผลการตรวจหัวใจ (echocardiography)

ผิปกติมีการศึกษาถึงขนาดยาที่ให้ในหญิงตั้งครรภ์ แล้วมีความปลอดภัยต่อทารกคือให้ในขนาด $20 \text{ mg/m}^2 \text{ IV drip day1 repeat in 21 days}$ ในระยะเวลา 32-35 สัปดาห์ (ขนาดของยาสูตร AC ที่ให้ตามปกติจะให้ anthracycline $60 \text{ mg/m}^2 \text{ IV drip day1, cyclophosphamide } 600 \text{ mg/m}^2 \text{ IV drip day1 repeat in 21 days} \times 4 \text{ cycles}$) (Germann, et al., 2004).

อย่างไรก็ตามควรหลีกเลี่ยงการให้ methotrexate เนื่องจากเป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านกรดโฟลิก ทำให้เกิดความผิดปกติกับทารกในครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสแรก ทำให้ทารกไม่มีกระดูกสันหลังส่วนหน้า สมอ รอยต่อของกะโหลก และหัวใจพิการ ซึ่งบางสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมประกอบด้วย methotrexate คือสูตร CMF (cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil) แต่เคมีบำบัดสูตร AC ไม่มีส่วนประกอบของ methotrexate และมีประสิทธิภาพเทียบเคียงได้กับสูตรอื่นๆ ดังกล่าวข้างต้น (Armstrong, et al., 1999).

มะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์กับรังสีรักษา

การรักษาด้วยการฉายรังสีพิจารณาให้ในกรณีจำเป็นจริงๆ เท่านั้นเนื่องจากรังสีจะมีผลกระทบต่อทารกในทุกช่วงอายุครรภ์ อาจจะพิจารณาให้ในรายที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามหรือมีการแพร่กระจาย เช่น มี multiple positive lymph node มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงมาก เช่น มีการแพร่กระจายไปยังกล้ามเนื้อ pectoris เป็นต้น อันตรายของรังสีต่อทารกในครรภ์จะมีมากหรือน้อยจนอาจทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ แท้จริงมีความพิการแต่กำเนิด เจริญเติบโตช้า และสมองฝ่อ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ อายุทารกในครรภ์และปริมาณรังสีที่ได้รับเป็นที่ทราบกันว่าเป้าหมายที่สำคัญของรังสีคือ nuclear DNA ของเซลล์ที่กำลังแบ่งตัว (proliferation) ไตรมาสแรกโดยเฉพาะ 2 สัปดาห์แรกของการ

ตั้งครรภ์เป็นช่วงที่ไวที่สุดต่อรังสีทารกไม่ควรได้รับรังสีมากกว่า 5 cGy . เนื่องจากส่งผลกระทบต่อพันธุกรรม (genetic effect) หรือมะเร็งเม็ดเลือด (leukemia) ในอัตราส่วน 1:2,000 ราย ภายหลังจากได้รับรังสี 10 ปี (เปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่เคยได้รับรังสีระหว่างที่อยู่ในครรภ์อัตราการเกิด 1:3,000 ราย) ตามมาด้วยช่วง 2-15 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ในไตรมาสที่ 2 อวัยวะทารกอยู่ห่างจากบริเวณที่ฉายรังสีประมาณ 40 ซม. จะได้รับปริมาณรังสี 10-15 cGy. หลังจากนั้นไปความไวต่อรังสีของทารกในครรภ์จะลดลง ส่วนในไตรมาสที่ 3 ส่วนของอวัยวะทารกอยู่ห่างจากบริเวณที่ฉายรังสีประมาณ 10 ซม. จะได้รับปริมาณรังสีขนาด 100-200 cGy. อย่างไรก็ตามปริมาณรังสี 100 cGy. ทำให้เกิดอันตรายกับทารกในครรภ์ได้ทุกอายุ ถ้ามีการสัมผัสในช่วงที่มีการสร้างอวัยวะโดยเฉพาะไตรมาสแรกทารกที่เกิดมาจะมีความพิการในอวัยวะที่สำคัญแต่กำเนิด แต่ถ้าได้รับรังสีในช่วงไตรมาสหลังจะพบว่าการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ความผิดปกติของนัยน์ตา และระบบประสาทส่วนกลาง การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ใช้เป็นตัวบ่งชี้ที่ถือว่าทารกได้รับรังสี ถ้าได้รับในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ทารกจะมีการเจริญเติบโตช้าต่อเนื่องไปในระยะหลังคลอด มีการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับรังสีระหว่าง 5-25 cGy. แทบจะไม่มีผลต่อการเจริญเติบโต (growth retardation) แต่ไม่ได้บอกว่าจะไม่เกิดความผิดปกติด้านอื่น (Winchester, et al, 2006). ดังนั้นหากจะพิจารณาผ่าตัดแบบสงวนเต้านมจะมีความเหมาะสมเมื่อตรวจพบโรคในไตรมาส 3 และให้รังสีรักษาหลังคลอดเพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการของเด็กในครรภ์ (Armstrong, et al., 1999).

มาตรฐานของปริมาณรังสีรักษาที่ให้เพื่อรักษามะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ที่ 5,000 cGy. โดยจะแบ่งให้ 25 ครั้ง ครั้งละ 200 cGy. จันท์-สุกร์

สัปดาห์ละ 1,000 cGy. จนครบ 5 สัปดาห์ ส่วนในกรณีที่ผ่าตัดแบบสงวนเต้านมปริมาณรังสีที่ให้อยู่ระหว่าง 4,500-5,000 cGy. แต่อาจจะเพิ่มปริมาณรังสีจากปริมาณที่ได้รับตามปกติอีก 1,000-1,600 cGy. เรียกว่า boost treatment โดยให้ต่อไปอีก 1-2 สัปดาห์ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า การให้ boost treatment ในปริมาณดังกล่าว สามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ภายใน 5 ปีได้ โดยที่อัตราการกลับเป็นซ้ำคิดเป็น 4.5% และ 4.3% (Romestating, et al., 1997 and Vrieling, et al., 2003).

มะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์กับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา

การยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา (therapeutic abortion) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่จะต้องอาศัยข้อมูลหลายด้านในการตัดสินใจจะพิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาหากตั้งครรภ์ต่อ โดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ลักษณะของ histological cell type (poor differentiate), ไม่ปรากฏ hormone receptor และมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (distant organ) เช่น สมอง ตับ ปอด กระดูก ตลอดจนการรักษาร่วมที่จำเป็นต้องให้ในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เช่น เคมีบำบัด การพิจารณายุติการตั้งครรภ์มักจะทำในไตรมาสแรกที่ยังพบมะเร็งระยะลุกลาม (อายุครรภ์ไม่เกิน 14 สัปดาห์) (WHO, 1997) ที่สำคัญขึ้นอยู่กับความสมัครใจหรือความต้องการของผู้ป่วย การพิจารณาตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์จึงเป็นเรื่องของแต่ละกรณีไป อย่างไรก็ตามปัจจุบันข้อมูลที่สนับสนุนการทำแท้งเพื่อรักษามีผลดีกว่าตั้งครรภ์ต่อยังมีน้อยมาก และพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะตกเลือด ติดเชื้อ

เป็นต้น และอัตราการตายของมารดาจะสูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่ทำ ดังนั้นการรักษาในปัจจุบันจึงให้ตั้งครรภ์จนครบกำหนดแล้วให้การรักษาต่อภายหลังคลอดตามความเหมาะสมในแต่ละกรณี

การดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์

จากเนื้อหาทั้งหมดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนและข้อจำกัดในการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นการดูแลควรเริ่มตั้งแต่การเฝ้าระวังดูแลในระยะเริ่มต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัย ให้การดูแลระหว่างที่รับการรักษา รวมไปถึงให้การดูแลในระยะหลังคลอด

การเฝ้าระวัง ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรให้ความสำคัญกับการมาฝากครรภ์ และควรได้รับการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องซึ่งสามารถกระทำได้เองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์หรือสามารถค้นพบก้อนผิดปกติได้ตั้งแต่เนิ่นๆ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอจะไม่สามารถทราบได้เลยว่าเต้านมมีก้อนหรือความผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว เนื่องจากเต้านมหญิงตั้งครรภ์มีการขยายขนาดขึ้นอย่างรวดเร็วและยากต่อการค้นพบก้อน เมื่อเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงอาจทำให้พบโรคในระยะที่ลุกลามมากแล้ว

การดูแลเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การเป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์นั้นจะส่งผลกระทบต่อไม่เพียง แคร่งกายเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อทางจิตสังคมของผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากโรคคุกคามต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก บุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษาได้มากที่สุด คือ สามี คอลลาฮาน (Callahan, 2003). กล่าวว่า คู่สมรสเป็นบุคคล

ที่มีความสำคัญมากที่สุดในครอบครัว รองลงมาคือ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ญาติ เพื่อน ดังนั้นผู้ให้บริการทางสุขภาพสำหรับหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์ จึงต้องดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกายและจิตสังคม โดยจำเป็นต้องส่งเสริมให้สามีได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สามีและผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลคำแนะนำและให้คำปรึกษาไปพร้อมกัน สะท้อนคิดให้สามีเห็นความสำคัญของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วยในแง่ของการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การเลี้ยงดูบุตรที่จะเกิดมา หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจึงให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปมากที่สุด สภาวะอารมณ์ที่มีความอ่อนไหวในระหว่างตั้งครรภ์ทำให้มีความกังวลในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสามี กลัวสามีนอกใจ ผนวกกับความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤติ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรเตรียมความพร้อมทั้ง ผู้ป่วย สามีและบุคคลในครอบครัว เพื่อสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี รวมถึงประเด็นสำคัญอื่นๆ เช่น การกลับไปทำงานของผู้ป่วย หรือการหาอาชีพเสริมหากสามีและผู้ป่วยให้ความสำคัญกับเศรษฐกิจหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินหรือสิทธิประโยชน์ในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมให้การปรึกษาถึงปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัวหรือมุมมองของสามีต่อโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Froyd, 2003).

การดูแลในระหว่างรับการรักษา การรักษาด้วยวิธีการต่างๆดังกล่าว แต่ละวิธีจะมีอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือ เช่น การให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาที่

ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในขณะรักษาในโรงพยาบาล เช่น ให้ความมั่นใจว่า การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักที่ดีที่สุดและมีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก การสังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกภายหลังผ่าตัด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเคมีบำบัดจำเป็นต้องคงไว้ซึ่ง Hematocri 25-30% เช่น การให้เลือด หรือ erythropoietin สามารถให้ได้เนื่องจากไม่ผ่านรกและไม่เป็นอันตรายกับทารก หรือการให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีไข้จาก Neutropenia (Armstrong, et al., 1999) ในกรณีทีมแพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา จำเป็นต้องอาศัยการดูแลร่วมกันจากทีมสหสาขาที่สำคัญคือ ต้องให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและร่วมตัดสินใจ บางกรณีอาจเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือมีภาวะมีบุตรยาก การให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและสามีในการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ต่อจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาได้ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ควรได้รับข้อมูลที่จำเป็น เช่น การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของการรักษาหรืออาการแทรกซ้อนภายหลังการทำหัตถการ ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ระดับความเจ็บปวดและภาวะตกเลือด อาการแสดงที่ควรรับมาพบแพทย์ (WHO, 1997)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยและสามีได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลทางเลือก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียด การดูแลตนเอง ได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัวอย่างเพียงพอและต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในต่างประเทศการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์

มีความเฉพาะตัวที่แตกต่างจากมะเร็งเต้านมทั่วไป องค์การ Breast Cancer Care ได้ออกเอกสาร Fact sheet โดยใช้ชื่อเรื่องว่า Breast Cancer Care and Pregnancy และคู่มือที่เน้นข้อมูลทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในอายุน้อย ตลอดจนให้บริการ เพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) โดยมีการฝึกอาสาสมัครที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลกับผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเข้ารับการรักษา

การดูแลในระยะหลังคลอด

การให้นมแม่หลังคลอด (Breast feeding) การรักษามะเร็งเต้านมต่อเนื่องหลังคลอดได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา เนื่องจากยาเคมีบำบัดขับออกทางน้ำนมหากทารกดื่มน้ำนมจะเกิด neonatal neutropenia ตามมา ส่วนในรายที่ทำการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม การฉายรังสีมีผลทำให้หัวนมและท่อน้ำนมของเต้านมข้างที่ได้รับรังสีทำให้มีการตีบ อุดตัน ไม่ยืดหยุ่น ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้มารดาให้นมบุตรในขณะที่ได้รับการรักษาดังกล่าว

การตั้งครรรค์ครั้งต่อไป เชื่อกันว่าอัตราสูงสุดของการกลับเป็นซ้ำหากมีมะเร็งหลงเหลืออยู่หลังการรักษา โรคมักปรากฏขึ้นภายใน 2 ปีแรก (Armstrong, et al, 1999) ด้วยเหตุนี้หากผู้ป่วยต้องการตั้งครรรค์ครั้งต่อไปจึงควรติดตามการตรวจอย่างต่อเนื่องและปรึกษาแพทย์เป็นระยะอย่างน้อย 2 ปี หากไม่พบการกลับเป็นซ้ำจึงจะสามารถตั้งครรรค์ได้โดยอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดอย่างไรก็ตามอัตราการกลับเป็นซ้ำยังขึ้นอยู่กับชนิดหรือความรุนแรงและการลุกลามของเซลล์มะเร็ง หรือการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการให้คำแนะนำขึ้นอยู่กับระยะของโรค การรักษาที่ได้รับและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ ซึ่งปัจจุบันนี้ยังไม่มีหลักฐานรองรับชัดเจนว่าการตั้งครรรค์ทำให้มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น แต่มี

หลักฐานยืนยันว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่เคยได้รับการรักษาด้วยรังสี เคมีบำบัด ในขนาดมากมามาก่อนตั้งครรรค์ พบว่าการดำเนินการตั้งครรรค์และสุขภาพของทารก ไม่มีความแตกต่างจากมารดาที่ไม่เคยได้รับการรักษาดังกล่าวแต่อย่างใด (Armstrong, et al., 1999).

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรรค์เป็นกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีอายุน้อย เมื่อเกิดโรคนี้เป็นสิ่งคุกคามทั้งร่างกายและจิตใจอย่างมาก ส่งผลกระทบถึงบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ สามีและบุคคลในครอบครัวพยาบาลเป็นบุคลากรที่มสุขุภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงควรให้ความสนใจผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาไม่มาก แต่แนวโน้มในอนาคตจะอาจพบมากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนในพยาธิสภาพและการรักษาดังนั้นเป็นสิ่งที่พยาบาลหลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องให้ความสำคัญและพัฒนาความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจและให้การดูแลที่เหมาะสมกับความซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

- จรัสพงศ์ เกษมมงคล. (2547). มะเร็งเต้านมในระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างให้นมบุตร. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนาสิริ, และคณะบรรณาธิการ. *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.
- จิตติพร อิงคถาวร. (2546). ภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง. *การพยาบาลภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติในระยะคลอด*. ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. หาดใหญ่.
- วรวิภา เปาอินทร์. (2544). มะเร็งวิทยา. ใน วีรวัฒน์ เหลืองชนะ บรรณาธิการ. *ตำราพื้นฐานทางศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บริษัท บุ๊คเนท จำกัด.
- วสันต์ ลีนะสมิต. (2542). มะเร็งนรีเวชกับการตั้งครรภ์. *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2547). Sentinel node biopsy and breast cancer. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนาสิริ และคณะบรรณาธิการ. *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.
- Armstrong, D.K., & Trimble, E.L. (1999). Breast cancer: gynecologic, reproductive, and hormonal issues. *Cancer Obstetric and Gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Callahan, H.E., (2003). Families dealing with advanced heart failure: a challenge and an opportunity. *Critical Care Nursing*, 26(3), 230–243.
- Froyd, H.E., (2003). Rare breast cancers. V. Harmer (edit). *Breast Cancer Nursing Care and Management*. London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Germann, N., Goffinet, F. & Goldwasser, F. (2004). Anthracyclines during pregnancy: embryo–fetal outcome in 160 patients. *Annals of Oncology*, 15, 146–150.
- Gillstrap, L.C., Cunningham, G.F., & VanDorsten, P.J., (2002). Cancer in Pregnancy. *Operative Obstetrics*. (2nd ed). New York: McGraw–Hill medical publishing division.
- Grosser, L. (2004). Breast cancer during pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 12(5), 299–304.
- Hanrahan, E.O., & Theriault, R.L., (2006). Pregnancy and breast cancer. In D.J.Winchester, C.A. Hodos, et al (eds). *Breast Cancer*. (2nd ed). Hamilton, Ontario: Decker.
- Harris, J.R., Lippman, M.E., Morrow, M., et al. (2004). *Disease of Breast*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nettleton, J., Long, J., Kuban, D., et al., (1996). Breast cancer during pregnancy: quantifying the risk of treatment delay. *Obstetrics and Gynecology*, 87(3), 414–418.
- Petrek, J.A., Dukkoff, R., Rogatko, A. (1991). Prognosis of pregnancy-associated breast cancer. *Cancer*, 67, 869–872.
- Petrek, J.A. (1994). Pregnancy safety after breast cancer. *Cancer*, 74, 528–531.

- Robert, C.S., Severinsen, C., Carraway, C., et al. (1997). Life changes and problems experienced by young adults with cancer. *J Psychoso Oncol*, 15(1), 15-25.
- Romestating, P., Lehingue, Y., Carrie, C., et al. (1997). Role of a 10-Gy boost in the conservative treatment of early breast cancer: results of a randomized clinical trial in Lyon, France. *J Clin Oncol*, 15, 963-968.
- Vrieling, C., Collette, L., Fourquet, A., et al. (2003). Can patient, treatment and pathology-related characteristics explain the high local recurrence rate following breast-conserving therapy in young patients? *Eur J Cancer*, 39, 932-944.
- World Health Organization. (1997). the Demography of Abortion. *Medical Methods for Termination of Pregnancy*. Geneva: WHO Scientific Group.
- Winchester, D.J., Winchester, D.P., Hodis, C.A., et al, (2006). *Breast Cancer*. (2nd ed). Hamilton, Ontario: Decker.
- Zeimlickis, D., Lishner, M., Degendofer, P., et al. (1992). Maternal and fetal outcome after breast cancer in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 166, 781-787.

Breast Cancer in Pregnancy

Pattamaporn Puengboon R.N*

Abstract

The incidence of breast cancer in pregnancy is steadily increasing. In addition to the physical effects of cancer, this disease has significant psycho-social effects on women and is considered a life crisis. Whether it involves surgery, chemotherapy, radiation treatment or even therapeutic termination of the pregnancy, the diagnosis and treatment of breast cancer in pregnancy is complicated and requires consideration of the safety of both the mother and her unborn fetus. Furthermore, it requires the expertise of specialists in a diverse medical team. The role of nurses in the care of prenatal breast cancer patients is significant at every stage of the pregnancy and the disease, as well as the type of treatment. Understanding responses to the psycho-social problems and various types of treatment will assist nurses in approaching problems; have guidelines for evaluation; and plan care that responds to the needs of individual family members on a comprehensive level.