

ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จิณพิชญ์ชา มะมม*

บทคัดย่อ: มะเร็งเต้านมในประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หญิงไทยต้องเสียชีวิตในอัตราที่สูง บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้าและการวิจัยโรคมะเร็งเต้านมในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งข้อค้นพบในปัจจุบันให้ความรู้ที่ลึกถึงระดับโมเลกุลที่เกิดขึ้นในเซลล์มะเร็ง ความก้าวหน้าของการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การพัฒนายาต้านมะเร็ง ฮอโมนบำบัด และรังสีรักษา ยังผลให้การรักษโรคมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน สามารถค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นด้วย ส่วนด้านการพยาบาล องค์ความรู้จากการวิจัยช่วยให้มีการพัฒนาวิธีการใหม่ๆ ในการให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หญิงไทยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการมารับการตรวจวินิจฉัยเมื่อถึงวัยอันควรได้มากขึ้น รวมถึงการให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างการรักษาเพื่อช่วยลดผลข้างเคียงที่ตามมา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องและชัดเจน

วารสารสภาการพยาบาล 2551 ; 23(2) 11-25

คำสำคัญ: ความก้าวหน้าในการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบันสูงเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด¹ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประกอบกับประชาชนให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมากขึ้น และมีการรณรงค์เรื่องโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมากขึ้น อีกทั้งความก้าวหน้าของมะเร็งวิทยาในทศวรรษที่ผ่านมา มีการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและการกลายพันธุ์ของยีนกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม นอกจากนี้คุณภาพด้านเทคโนโลยีต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัยโรคมีความก้าวหน้าเช่นกัน เช่น Mammography, PET-CT scan หรือ การตรวจ serum marker, tumor marker เป็นต้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โดยการสร้างนวัตกรรม หรือรูปแบบการพยากรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สบายหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากโรคหรือการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ดังนั้นพยากรณ์จึงต้องมีความรู้ที่ทันสมัย ก้าวทันกับเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะของโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เป็นที่ทราบกันว่า มะเร็งเต้านมเริ่มก่อตัวจากเซลล์เยื่อบุผิวของท่อน้ำนมและธรรมชาติของมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายมากกว่าการจำกัดอยู่เฉพาะที่² เนื่องจากเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงหรืออวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลจากแหล่งกำเนิดมะเร็งได้³ เมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้นจะมีการลุกลามไปตามท่อน้ำนม (mammary duct) สามารถทะลุผ่าน basement membrane,

mammary fat, underlying muscle, overlying skin และลุกลามเข้าสู่ท่อทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม นอกจากนี้ยังสามารถลุกลามผ่านผนังเส้นเลือดกระจายเข้าสู่ deep lymphatic ของ dermis ทำให้เกิดการบวมและปรากฏให้เห็นที่ผิวหนังแบบผิวส้ม (Peau d'orange)

สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านม²⁻⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เกิดจากพันธุกรรมที่มีญาติสายตรง โดยเฉพาะมารดา พี่สาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป การใช้ฮอร์โมนหรือยาคุมกำเนิดตั้งแต่อายุน้อยและเป็นเวลานานๆ ความอ้วนโดยเฉพาะในช่วงหลังหมดประจำเดือน การเข้าสู่ระยะหมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 30 ปี ผู้ที่มีประวัติเป็น benign breast disease บางโรค เช่น fibrocystic disease ที่มี proliferative pattern หรือมี atypical hyperplasia คนที่ไม่มีบุตร ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปี และหมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคและการแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านม ดังนี้

- 1.สตรีที่มีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งเต้านมและตรวจพบความผิดปกติของยีนโดยเฉพาะยีน BRCA1 และยีน BRCA2 จะพบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม ก่อนอายุ 50 ปี

- 2.สตรีที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาแล้ว 1 ข้าง มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งสูงกว่าคนทั่วไปและพบว่าสตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ จะมีโอกาสเกิดมะเร็งรังไข่และต่อเนื่องถึงโอกาสการเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าอีกด้วย⁷

3. เคยได้รับรังสีบริเวณทรวงอก (Thoracic irradiation) เพื่อการรักษา มะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น Hodgkin disease หรือ Non-Hodgkin lymphoma⁷

4. การศึกษาถึงเรื่องการเปลี่ยนแปลงของยีนที่ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ซึ่งยีนมะเร็งที่มีการศึกษาวิจัยและนำไปใช้ในการตรวจผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้แก่

- BRCA1 (Breast Cancer 1) และ BRCA2 (Breast Cancer 2) ถือเป็นยีนที่พบว่าหากเกิดการเปลี่ยนแปลง (mutation) จะทำให้เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้มากที่สุด⁸⁻⁹ อยู่ในกลุ่ม tumor suppressor gene ซึ่งทำหน้าที่ในการผลิตโปรตีนและควบคุมการแบ่งตัวของท่อและต่อมน้ำนมให้เป็นปกติ หากพบความผิดปกติของยีน/การกลายพันธุ์ของยีนชนิดนี้ จะส่งผลต่อเนื่องถึงการไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์นั้นได้ ทำให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งได้ การตรวจพบความผิดปกติของยีนสองชนิดนี้ จะนำไปสู่การค้นหา โรคมะเร็งในญาติของผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น น้องสาว บุตรสาวของผู้ป่วยและนำไปสู่การเฝ้าระวังและการตรวจรักษาโรคในผู้ที่มีความเสี่ยงมากกว่าปกติ เพื่อช่วยให้มีระยะเวลาการรอดชีพยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามการพบยีนกลายพันธุ์ชนิดนี้ไม่ได้หมายความว่า จะเกิดมะเร็งทุกราย เพียงแต่บอกว่ามะเร็งจะเกิดขึ้นเร็วกว่าปกติ

- CHEK2 (Cell Cycle Checkpoint Kinase 2)¹⁰ จัดเป็นกลุ่ม เอนไซม์ serine threonine kinase ที่ถูกกระตุ้นโดย ATM gene เพื่อตอบสนองต่อการแยกสาย DNA ยีนนี้มีบทบาทสำคัญในการ

ซ่อมแซม DNA ที่ถูกทำลาย และควบคุมการทำหน้าที่ของ BRCA1 protein และมีส่วนสำคัญในการควบคุมวัฏจักรของเซลล์และขบวนการ Apoptosis หากพบว่ายีนนี้มีการกลายพันธุ์หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นที่ยีนจะส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น

- ATM (Ataxia-Telangiectasia Mutated) ปกติแล้วยีนชนิดนี้จะทำหน้าที่ตรวจสอบและช่วยซ่อมแซม DNA ที่ถูกทำลายและควบคุมการเปลี่ยนแปลงในวัฏจักรของเซลล์¹¹

- TP53 (tumor protein 53)¹² อยู่ในกลุ่ม tumor suppressor gene ที่อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 17 ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและยับยั้งความผิดปกติในการเจริญเติบโตของเซลล์ หากพบว่ามี การกลายพันธุ์จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น

- PTEN (Phosphatase and Tensin homolog⁸ อยู่ในกลุ่ม tumor suppressor gene มีบทบาทสำคัญในการเจริญเติบโตของเซลล์ หากพบว่ามี การกลายพันธุ์จะเพิ่มโอกาสการเกิดเนื้องอกและมะเร็ง และสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

ประเด็นสำคัญของการตรวจหาความผิดปกติของยีนเหล่านี้คือ ถ้ามีการตรวจพบหน่วยพันธุกรรมที่ระบุว่ามีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมแล้วนั้นในทางป้องกัน บุคลากรทางการแพทย์ควรมีกระบวนการปรึกษาหารือกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตัดสินใจว่าควรที่จะได้รับการรักษาหรือไม่ อย่างไรจึงจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของผู้ป่วยรายนั้น อย่างไรก็ตามการดำเนินการตรวจหาความผิดปกติของยีน ควรพิจารณาในรายที่มีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น ได้แก่

สตรีที่มีประวัติในครอบครัว เช่น พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งเต้านม เป็นต้น

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม ยึดตามการแบ่ง โดยใช้ ขนาดของก้อนมะเร็ง(primary tumor) ต่อมน้ำเหลือง (regional lymph node) และการแพร่กระจายของโรค (metastasis) ตาม AJCC (American joint committee of cancer) ปี1992 ดังนี้^{2, 13}

ระยะ 0 หมายถึง มะเร็งระยะเริ่มแรก (ductal และ lobular carcinoma in situ) โดยที่ยังไม่มีการลุกลามผ่านชั้น basement membrane ของ duct หรือ lobule การศึกษาในปัจจุบันพบว่าอัตราการรอดชีพภายในเวลา 5 ปีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.5

ระยะ I หมายถึง มะเร็งระยะเริ่มแรกที่มีขนาดไม่เกิน 2 ซม.และไม่มีการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ การศึกษาในปัจจุบันพบว่าอัตราการรอดชีพภายในเวลา 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.3

ระยะ II หมายถึง มะเร็งระยะเริ่มแรกที่มีขนาดโตมากกว่า2ซม. และเริ่มมีการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่ยังสามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่นเดียวกับ ระยะ 0 และ I ซึ่งการศึกษาในปัจจุบันพบว่าอัตราการรอดชีพภายในเวลา 5 ปีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.0

ระยะ III หมายถึง มะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีการแบ่งย่อยเป็น IIIA และ IIIB เนื่องจากมีความแตกต่างเรื่อง การพยากรณ์โรค โดย

ระยะ IIIA จะเป็นระยะที่ยังพอให้การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีแรกได้ แล้วตามด้วยการให้เคมีบำบัด

ระยะ IIIB จะเป็นระยะที่ลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาเริ่มแรกด้วยการผ่าตัดได้ เพราะจะมีปัญหาเรื่องการกำจัดมะเร็งออกไม่หมดและมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นกลับซ้ำได้ ซึ่งการศึกษาในปัจจุบันพบว่าอัตราการรอดชีพภายใน เวลา 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 65.0

ระยะ IV หมายถึง มะเร็งในระยะแพร่กระจาย โดยอวัยวะที่มีการแพร่กระจายมากที่สุด คือ กระดูก รองลงมาคือ เยื่อหุ้มปอด ปอด ตับ และสมอง ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาในปัจจุบันพบว่าอัตราการรอดชีพภายในเวลา 5 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 29.3

ลักษณะอาการและอาการแสดง^{2,14} ของมะเร็งเต้านมที่พบได้บ่อยคือ มีก้อนที่เต้านม โดยเฉพาะก้อนที่ค่อนข้างแข็ง และไม่มีการเจ็บเต้านมบวม หัวนมบวม โดยที่ไม่มีสาเหตุมาก่อน แผลบริเวณเต้านมไม่หาย หรือมีการลุกลาม มีสารคัดหลั่ง ไม่ว่าจะเป็นน้ำหรือเลือดออกจากหัวนม มีก้อนที่บริเวณรักแร้/ใต้ท้องแขน ซึ่งอาจหมายถึงมีมะเร็งเต้านมกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เต้านมบวมขึ้นมีลักษณะ คล้ายเปลือกผิวส้ม หรือมีก้อนเล็กๆ ขึ้นที่ผิวหนัง บริเวณรอบๆ ก้อนที่เคยคลำได้มาก่อน ในปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า “Paget disease” มากขึ้น กล่าวคือมีอาการระคายเคืองเป็นผื่นแดงคัน และแสบร้อน มีน้ำเหลืองซึมและตกสะเก็ดที่บริเวณหัวนม โดยที่จะเป็นที่หัวนมข้างเดียวเท่านั้น

การประเมินและการวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ ควรถามถึงอาการที่นำมาพบแพทย์อย่างละเอียด การเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มจนถึงปัจจุบันรวมถึงอาการร่วมต่างๆ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะประวัติ การมีประจำเดือน จำนวนการมีบุตร และประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว ประวัติการรับประทานยาที่เข้าฮอร์โมนเพศหญิง²

2. การตรวจเต้านมตนเอง (Breast self examination) ตลอดจนบันทึกความเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและสีของผิวหนังของเต้านม ตลอดจนความผิดปกติอื่น และระยะเวลาของอาการผิดปกตินั้นๆสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ควรตรวจเต้านมตนเองทุกเดือน

3. การตรวจเต้านมโดยแพทย์ (Clinical breast examination) เป็นการตรวจที่มีความละเอียดและครอบคลุมไปถึงอวัยวะอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และไหปลาร้า ตลอดจนถึงการตรวจช่องท้องและอุ้งเชิงกราน โดยมีคำแนะนำว่า สตรีที่มีอายุ 20-40 ปี ควรได้รับการตรวจเต้านมโดยแพทย์ทุกปี

4. การตรวจพิเศษเพิ่มเติม เพื่อเป็นการวินิจฉัย ประเมินระยะของโรคและวางแผนการรักษา การตรวจพิเศษเพื่อหาความผิดปกติในอวัยวะต่างๆที่เป็นแหล่งกระจายของโรคที่สำคัญมีดังนี้

4.1 Mammography สตรีที่มีอายุ 20-40 ปี ควรได้รับการตรวจเต้านมโดย mammography ทุก 3 ปี แต่เมื่ออายุมากกว่า 40 ปีเป็นต้นไปควรต้องทำ mammography ทุกปี ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะแรก

หรือจะพิจารณาทำในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของการตรวจด้วยวิธีนี้คือ สามารถพบก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็กที่ยังคลำไม่ได้ ทำให้ผลการรักษาในกลุ่มนี้ ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพร้อยละ 80-90 ลักษณะภาพรังสีที่ผิดปกติเช่น clustered microcalcifications irregular น่าจะสงสัยว่ามีก้อนมะเร็งภายในเต้านมซึ่งจำเป็นต้องตรวจต่อโดยการทำ ultrasonography และ needle biopsy หรือ open biopsy เพื่อให้ทราบพยาธิสภาพที่แน่นอน นอกจากนี้ยังใช้เป็นตัวเปรียบเทียบเมื่อเกิดความผิดปกติจากการทำ bone survey กรณีที่มีอาการปวดที่กระดูกหรือสงสัยว่าจะมี bone metastasis

4.2 Ultrasonography การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงใช้ตรวจเมื่อคลำพบก้อนกรณีที่มีตับโตหรือมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ยของตับหรือใช้เสริมกับการตรวจด้วย mammography เท่านั้น ปกติแล้วไม่นิยมในการ screening เนื่องจากการ screening โดย ultrasonography ทำได้ยาก แต่จะใช้ตรวจลักษณะของก้อนที่คลำได้ หรือเสริมกับการตรวจวิธีอื่น หรือใช้ร่วมกับการทำ needle biopsy เท่านั้น ซึ่งมักใช้ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ภายหลังพบก้อนที่ชัดเจน การทำอัลตราซาวด์เพื่อตรวจหาลักษณะของก้อนว่าเป็นชนิดใด หากเป็นก้อนแข็ง (solid mass) จะทำการตรวจเนื้อเยื่อ(tissue diagnosis) โดยการทำ excisional biopsy แต่ถ้าเป็นของเหลวจะทำ fine needle aspiration ซึ่งเป็นการใช้เข็มเจาะดูดเอาน้ำออกและส่งหาเซลล์มะเร็งต่อไป แต่กรณีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จะทำ mammogram เพื่อตรวจหาก้อนมะเร็งต่อไปเลย

4.3 Bone scan กรณีที่พบความผิดปกติใน film bone survey

4.5 CT brain กรณีที่มีอาการผิดปกติของระบบประสาท หรือสงสัยว่ามีการแพร่กระจายมาที่สมอง

4.6 PET หรือ Positron Emission Tomography¹⁵ เป็นเทคโนโลยีการถ่ายภาพทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์โดยใช้สารเภสัชรังสี เช่น 18F-FDG ฉีดเข้าไปในร่างกายแล้วถ่ายภาพอวัยวะได้โดยมีเครื่องถ่ายภาพรังสีที่ปล่อยออกมาจากเนื้อเยื่อของร่างกายที่ได้รับการฉีดสารเภสัชรังสีเข้าไป สารรังสีที่ใช้ตรวจจะเกี่ยวข้องกับการทำงานของเมตาบอลิซึมในเซลล์ร่างกาย เช่น 11C (คาร์บอน-11) 13N (ไนโตรเจน-13) 15O (ออกซิเจน-15) และ 18F (ฟลูออรีน-18) สารเหล่านี้จะเป็นสารรังสีที่ปล่อยอนุภาคโพสิตรอนที่มีครึ่งชีวิตสั้น จะให้ข้อมูลทางสรีรวิทยา (physiology) บอกหน้าที่การทำงานของเต้านม โดยผลิตน้ำตาลกลูโคสที่มีองค์ประกอบที่ให้รังสีโพสิตรอน รวมเป็น 18F-FDG (2 (18F) Fluoro-2-deoxy-D glucose) เมื่อนำไปฉีดให้ผู้รับการตรวจ เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายใช้น้ำตาลเป็นอาหาร โดยเฉพาะเซลล์มะเร็งจะมีการจับ 18F-FDG เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ด้วยความไวสูง ความแม่นยำในการตรวจพบมะเร็งโดยรวมของ 18F-FDG PET มีค่าประมาณมากกว่าร้อยละ 80-90

ส่วนการทำ PET/CT เป็นการถ่ายภาพทางด้านรังสีโดยใช้สารเภสัชรังสี ซึ่งเป็นสารที่ใช้ในขบวนการทางชีวเคมีในระดับเซลล์ ร่วมกับการถ่ายภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Scan สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ด้วยความไว (sensitivity) ที่

สูงมาก ข้อดีของการตรวจโดยใช้ PET และ CT ร่วมกัน ทำให้ภาพที่ได้มีข้อมูลทั้งด้านโครงสร้างและด้านสรีรวิทยาที่มีความแม่นยำสูง การตรวจสามารถทำได้พร้อมกันโดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยซึ่งจะให้ประโยชน์ในหลายๆด้าน ดังนี้

- บอกระยะของโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การใช้ PET/CT มีประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้มากที่สุดวิธีหนึ่งโดยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 80-100 และค่าความจำเพาะเจาะจง (specificity) ร้อยละ 75-100

- ใช้ประเมินผลในระหว่างการรักษา (Therapy monitoring) ว่าวิธีการที่ใช้นั้นได้ผลดีหรือไม่ หากไม่ได้ผล จะเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นวิธีอื่นต่อไป

- สามารถทำนายการดำเนินของโรค หรือโอกาสในการหายจากโรค (prognosis) รวมทั้งการกระจายของโรคได้

- ใช้ตรวจในกรณีสงสัยว่ามะเร็งเต้านมกลับเป็นซ้ำหรือมีการแพร่กระจาย (re-staging) ไปยังต่อมน้ำเหลือง ซึ่งจะช่วยในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

- ในอนาคต การตรวจโดย PET/CT จะช่วยในการกำหนดปริมาณและขนาดของการรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาให้หายขาดได้ ค้นหาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการดื้อยาโดยเฉพาะการดื้อยาเคมีบำบัดรวมทั้งการติดตามประสิทธิภาพของการรักษาที่ประเมินได้จากอัตราการตอบสนองต่อยาได้อย่างรวดเร็ว

5. การทำ MRI การตรวจด้วย MRI ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามาก เนื่องจากช่วยหารอยโรคได้ในกรณีที่ผลของ mammogram หรือการตรวจเต้านม (clinical breast exam) ไม่

พบรอยโรค ขณะเดียวกันการตรวจชิ้นเนื้อร่วมกับการทำ MRI (breast MRI wire-guided excisional biopsy) จะช่วยให้ได้ขนาดของชิ้นเนื้อที่ใหญ่กว่าและครอบคลุมขอบเขตของชิ้นเนื้อที่ผิดปกติได้ดีกว่าการตัดชิ้นเนื้อที่มาจากการทำ mammogram (mammogram wire-guided excisional biopsy)²

6. การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับผลวินิจฉัยที่ชัดเจนเพื่อพิสูจน์ให้ได้ว่าป็นมะเร็งจริงหรือไม่โดยการส่งชิ้นเนื้อที่ได้จากการทำ fine needle aspiration, core needle biopsy หรือ incisional biopsy ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

การรักษา

ปัจจุบันนี้การรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดต้องเป็นการผสมผสาน (multidisciplinary) ระหว่างการผ่าตัด การฉายรังสี เคมีบำบัดและ/หรือฮอร์โมนบำบัด ซึ่งต้องอาศัยทีมงานที่ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ รังสีรักษาแพทย์ อายุรแพทย์โรคมะเร็ง ตลอดจนจักษุแพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้การหายขาดของโรคสูงขึ้น ป้องกันการกระจายจากการผ่าตัดหรือรักษาเพื่อบรรเทาอาการ ให้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เป็นมากแล้ว ทั้งนี้การรักษาจะเป็นอย่างไรพิจารณาจากระยะของโรค ลักษณะของก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายของโรค อายุ ความเสี่ยง และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้จากการรักษา^{1,7,10}

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด จุดประสงค์สำคัญเพื่อกำจัดก้อนมะเร็งและใช้ประเมนระยะของโรค การผ่าตัดที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 วิธีคือ

- การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Conservative breast surgery) เป็นวิธีการตัดก้อนมะเร็งและเนื้อเต้านมดีที่หุ้มรอบมะเร็งออก ร่วมกับการ

เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เพื่อดูระยะของโรค หลังการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการ ฉายรังสีขนาด 4,600-5,000 แรต บริเวณทรวงอก และรักแร้ข้างที่ผ่าตัดร่วมด้วยเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ที่อาจหลงเหลืออยู่ให้หมดไป วิธีนี้ผู้ป่วยยังคงมีเต้านมเดิมอยู่ซึ่งจะส่งผลดีต่อสภาพจิตใจเนื่องจากภาพลักษณ์จะไม่เปลี่ยนไปจากเดิมมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคู่ครอง การรักษาด้วยวิธีนี้มักใช้กับผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดเล็ก ไม่เกิน 4 ซม (ยกเว้นในรายที่มีก้อนมะเร็งขนาดโต แต่เต้านมมีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะคงอยู่ได้) แต่มีข้อห้ามในรายที่สงสัยว่า จะมีการแพร่กระจายของมะเร็งหลายตำแหน่ง ก้อนมะเร็งอยู่กลางเต้านม หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับการฉายรังสีได้หลังการผ่าตัด เช่น ตั้งครรภ์ หรือมี collagen vascular disease เป็นต้น

- การผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีมาตรฐาน (Modified radical mastectomy) คือการตัดเนื้อเต้านมข้างที่เป็นออกทั้งหมดรวมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ โดยไม่ตัดกล้ามเนื้อ pectoralis major และกล้ามเนื้อ pectoralis minor จะทำในกรณีที่มะเร็งมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยอายุมาก หรือไม่ต้องการจะรักษาเต้านมไว้ หรือไม่ต้องการได้รับการฉายรังสีเพิ่มเติมการผ่าตัดวิธีนี้อาจรวมกับการผ่าตัดเสริมเต้านมในเวลาเดียวกัน หรือผ่าตัดเสริมเต้านมในภายหลัง โดยใช้ artificial implant หรือ myocutaneous flap โดยจะคงภาพลักษณ์ของการมีเต้านมเหมือนก่อนผ่าตัดถ้าผู้ป่วยต้องการซึ่งจะมีผลดีต่อสภาพจิตใจ และการครองชีวิตคู่ได้เช่นกัน

การผ่าตัดทั้งสองวิธีข้างต้นจะต้องมีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก (axillary node dissection) ซึ่งจะให้ประโยชน์ในการบอกระยะของโรค

การวางแผนการรักษา รวมถึงการพยากรณ์โรค แต่ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ คือ แขนบวม ซึ่งจะสร้างความทุกข์และความไม่สุขสบายให้กับผู้ป่วยได้มาก การหลีกเลี่ยงปัญหานี้ แพทย์จะใช้วิธีการอื่น แทนที่เรียกว่า sentinel lymph node biopsy โดยที่ sentinel lymph node หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่มาจากก้อนมะเร็งวิธีการใช้ blue dye (lymphazurin) หรือ technetium labeled sulfur colloid ซึ่งจะช่วยให้ตรวจพบ sentinel node ได้แม่นยำและช่วยประกอบการตัดสินใจว่าสมควรที่จะต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองออกหรือไม่

2. การรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัดเต้านม (Adjuvant treatment) เป้าหมายเพื่อลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำและการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาให้การรักษาเสริม เช่น อายุ ขนาดของก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็งและ histologic grading estrogen เป็นต้น การรักษาเสริมแบ่งออกเป็นการรักษาเฉพาะที่ (loco-regional) ได้แก่การฉายรังสี และการรักษาเพื่อควบคุมการแพร่กระจาย (systemic control) คือ การใช้เคมีบำบัดและการใช้ฮอร์โมน อย่างไรก็ตาม การแพร่กระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง เป็นตัวพยากรณ์โอกาสเสี่ยงที่สำคัญที่สุด จึงมีความจำเป็นต้องทำผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และสมควรได้รับการรักษาเสริมเพื่อควบคุมการแพร่กระจายด้วยการให้เคมีบำบัดหรือร่วมกับฮอร์โมนบำบัด

การรักษาเสริมไม่ว่าจะเป็น การให้เคมีบำบัด ฮอร์โมนบำบัดหรือรังสีรักษาควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้ micrometastasis

เพิ่มจำนวนมากเกินไปจนทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร การฉายรังสีหลังผ่าตัดช่วยลดการกลับเป็นใหม่ ของโรคบริเวณแผลผ่าตัดในรายที่มีข้อบ่งชี้ เช่น เนื้องอกอยู่ใกล้ผนังหน้าอกและมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 4 ต่อมน หรือมีการลุกลามของมะเร็งออกมานอกผนังของต่อมน้ำเหลือง (extracapsular nodal extension) โดยอาจให้ร่วมกับยาเคมีบำบัดและฮอร์โมน³³

ในการเลือกวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละรายนั้นจะพิจารณาในเรื่อง ลักษณะของเซลล์มะเร็ง ลักษณะทางพยาธิวิทยา การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ระดับฮอร์โมน อายุ วิทยุหมดประจำเดือน อัตราการรอดชีพ หรือการตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อฮอร์โมน เป็นต้น

ในปัจจุบันการเลือกใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีระดับ estrogen receptor-positive ร่วมกับการให้ฮอร์โมนบำบัด จะมีระยะการปลอดโรคและการปลอดชีพมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับ estrogen receptor-negative และยังมีการศึกษาถึงลักษณะของ triple - negative ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มี estrogen receptor (ER)-negative, progesterone receptor (PR)-negative, และ human epidermal growth factor receptor 2 (HER-2)-negative นั้นพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงมากที่สุดใน การกลับเป็นโรคใหม่และการแพร่กระจายของโรค เนื่องจากยาเคมีบำบัดที่ใช้ค่อนข้างจำกัด¹⁸

2. เคมีบำบัด

ข้อบ่งชี้ของการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพื่อเป็นการเสริมการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดมีดังนี้

2.1 Adjuvant chemotherapy เป็นการให้เคมีบำบัด หลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาแล้ว เพื่อช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ (residual micro-metastatic tumor cells) ให้หมดไป ซึ่งจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น

2.2 Neo-adjuvant chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดนำก่อนการรักษาเฉพาะที่ด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา อาจให้เคมีบำบัดอย่างเดียว หรือร่วมกับการให้ฮอร์โมน มักใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็น locally advanced (stage III) ซึ่งก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. หรือมีต่อมน้ำเหลืองโต ติดแน่นกับเนื้อเยื่อข้างเคียง การรักษาเช่นนี้จะทำให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลง การผ่าตัดจะทำได้ง่ายขึ้น ในบางรายอาจทำผ่าตัดโดยการสงวนเต้านมแล้วให้เคมีบำบัดเช่นเดียวกับใน adjuvant chemotherapy เช่น CMF CAF หรือ AC โดยอาจให้ 4-6 ครั้งหากผลการรักษามีการตอบสนองดีจึงตามด้วยการรักษาเฉพาะที่ เช่น การผ่าตัด หรือฉายรังสี

2.3 Palliative chemotherapy เป็นการให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นสุดท้ายหรือมะเร็งมีการแพร่กระจายมากแล้ว เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น วิธีนี้ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคมะเร็งได้ แต่อาจจะช่วยยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้บ้าง

รังสีรักษา (Radiotherapy)

จุดประสงค์ของการฉายรังสีหลังการผ่าตัดเพื่อทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่ที่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatics มีการศึกษาพบว่าการใช้รังสีรักษาร่วมด้วยสามารถ

ลดอุบัติการณ์ การกลับเป็นใหม่เฉพาะที่ (loco-regional recurrence) ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีพบ แขนบวม ได้บ่อยที่สุด นอกจากนี้ ได้แก่ brachial plexus neuropathy, soft tissue necrosis and bone fracture, radiation pneumonitis และอันตรายต่อหัวใจ โดยเฉพาะการฉาย internal mammary nodes ทางด้านซ้าย พบว่ามีผลต่อการทำลาย left anterior descending artery มากที่สุด นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิด contra-lateral breast cancer

ฮอร์โมนบำบัด (Adjuvant hormonal therapy)

ปัจจุบันไม่นิยมให้ฮอร์โมนเพียงอย่างเดียวเป็นการรักษาเสริม เนื่องจากผลการรักษาขึ้นกับ estrogen และ progesterone receptor (ER และ PR) ถ้า ER และ PR ให้ผลบวกมีโอกาสดตอบสนองต่อการให้ฮอร์โมนประมาณร้อยละ 70-75 ถ้า ER และ PR ให้ผลลบจะตอบสนองประมาณ ร้อยละ 10 ผู้ป่วย premenopause มีโอกาส ER และ PR เป็นบวกน้อยกว่า postmenopause² ในผู้ป่วยกลุ่ม postmenopause มีโอกาส ER และ PR ให้ผลบวกมาก การให้ antiestrogen คือ tamoxifen ตัวเดียวหรือให้ร่วมกับ chemotherapy ให้ผลการรักษาที่ดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน

แนวโน้มการวิจัยปัจจุบันในเรื่องฮอร์โมน โดยเฉพาะการใช้ยากกลุ่ม Aromatase inhibitor เช่นยา anastrozole (Arimidex®), exemestane (Aromasin®), and letrozole (Femara®) สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะหมดประจำเดือน²⁰ นอกจากนี้การรักษาด้วย

ยากกลุ่ม tyrosine kinase inhibitors และ retinoids ในกลุ่ม estrogen receptor: negative²¹ ซึ่งยังมีผลในการลดการแพร่กระจายของโรคของผู้ป่วยในระยะลุกลามที่มีระดับ HER-2 positive และเริ่มมีการทดลองในสัตว์ทดลองที่พบว่า การใช้ยากกลุ่ม bisphosphonate ช่วยรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามไปที่กระดูกได้ ทั้งยังช่วยป้องกันการแพร่กระจายไปยังกระดูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกอีกด้วย²² การศึกษาเรื่องการใช้ยากกลุ่ม tamoxifen ช่วยลดอัตราเสี่ยงของการลุกลามของโรคมะเร็งและการใช้ biological therapy ได้แก่ interleukin-2 (IL-2), CSF, GM-CSF, G-CSF ซึ่งจะเข้าไปมีบทบาทในการทำงานของ tumor necrosis factor เพื่อเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายและต่อต้านอันตรายจากผลข้างเคียงจากวิธีการรักษา⁷

การติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษา

ภายหลังการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยควรมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลเป็นระยะตามความเหมาะสม หากมีอาการผิดปกติควรได้รับการตรวจโดยละเอียดเพื่อหารอยโรคที่มีการแพร่กระจาย หรือกลับเป็นใหม่ ดังนั้นควรถ่ายภาพรังสีทรวงอก liver ultra-sonography และ bone scan เป็นครั้งคราว เนื่องจากมีการศึกษาพบว่ามะเร็งเต้านม นอกจากจะมีการแพร่กระจายไปยังกระดูกและปอด มากที่สุดแล้วเรายังพบว่ามะเร็งเต้านมสามารถแพร่กระจายไปยังตับได้มากถึงร้อยละ 5-12²⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจความผิดปกติของตับ โดยทำ CT Scan มีประสิทธิภาพไม่เท่าการตรวจโดยวิธีการทำ PET-Scan และยิ่งอาจเกิดความผิดพลาดได้

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

1. บทบาทด้านการป้องกัน ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นและส่งเสริมให้สตรี โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเองทุกเดือน โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และการเข้ารับการตรวจพิเศษตามความจำเป็นและเหมาะสม

2. บทบาทด้านการรักษาพยาบาล ดังกล่าวข้างต้นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมีจุดประสงค์หลักเพื่อให้หายจากโรคและเพื่อประคับประคองหรือช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น หลักการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงจิตวิญญาณด้วย โดยเน้นที่การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงและยอมรับการรักษา สามารถเผชิญกับทุกสถานการณ์ของความเจ็บป่วยและการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความไม่สุขสบาย และผลข้างเคียงต่างๆจากการรักษาในวิถีของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยย่อมเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความโศกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ และความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่างๆ พยาบาลต้องเข้าใจให้ความอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งเต็มใจในการแก้ไขกับอาการ/ปัญหาเหล่านั้นให้ได้โดยเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตพยาบาลจะต้องเอาใจใส่มากขึ้น และต้องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย รวมถึงการให้กำลังใจกับครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

3. บทบาทด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการแขนขา

ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ภายหลังการผ่าตัดเต้านม การออกกำลังกายเพื่อลดภาวะแขนบวมในการให้กิจกรรม บำบัดทางการพยาบาลกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงต้องมีการพัฒนาแนวทางการจัดการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

- มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้สตรีมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านม ประกอบไปด้วยขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การตรวจเต้านม ตนเอง วิธีการตรวจต่างๆ โดยเฉพาะการตรวจด้วยการทำ mammogram โดยมีการใช้สื่อการสอน เช่น คู่มือ/แผ่นพับ และขั้นตอนของการติดตาม/การกระตุ้นเตือนในการมาเข้ารับการตรวจ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น สตรีที่มีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่ โดยการใช้วิธีการเขียนจดหมายชี้แจง รวมไปถึงการติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ ²⁵ นอกจากนี้ยังมีการจัดรถตรวจแมมโมแกรมเคลื่อนที่เพื่อให้บริการในชุมชนอีกด้วย

- การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างที่ได้รับการรักษารังสีรักษา/เคมีบำบัด โดยเฉพาะวิธีการเดินหรือการใช้เครื่องออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน โดยมีความหนักของการออกกำลังกายคือ 40-75% ของอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุด ความถี่ของการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 10-45 นาที โดยให้ดำเนินไป อย่างน้อย 6 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษารังสีรักษา และนานอย่างน้อย 3-6 เดือนในผู้ป่วยที่ได้รับการเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของปอดและหัวใจ ดัชนีมวลกายเหมาะสม ให้น้ำหนักตัวเหมาะสม และบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการหนึ่งที่พบได้ 50-75% ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ทราบการวินิจฉัยโรค และเพิ่มขึ้นเป็น 80-100% ในระหว่างการรักษา และจัดเป็นอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าทุกข์ทรมานมากที่สุด²⁶

- การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยระยะหลังได้รับการรักษาครบเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน เช่น การเดิน การใช้เครื่องออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายอย่างอื่น เช่น Tai-Chi โดยมีความหนักของการออกกำลังกายอย่างน้อย 75% ของอัตราการเต้น ของชีพจรสูงสุด ความถี่ของการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 15-35 นาที โดยให้ดำเนินไปอย่างน้อย 8-15 สัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของปอดหัวใจ และบรรเทาอาการเหนื่อยล้า เช่นกัน²⁷

- การศึกษาวิเคราะห์ประเด็นแนวคิดและองค์ประกอบสำคัญการจัดการกับอาการ ซึ่งได้จากงานวิจัย และมีความสำคัญมากในการปฏิบัติงานทางคลินิกโดยที่อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่มักจะเกิดขึ้นหลายๆ อาการร่วมกัน ที่เรียกว่า “กลุ่มอาการ” (symptom cluster) ซึ่ง หมายถึง มีอาการอย่างน้อยสามชนิดหรือมากกว่าที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กันในผู้ป่วยโรคหนึ่งๆ และพบว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกันนี้มีผลกระทบซึ่งกันและกัน และมีผลต่อสุขภาพของ

ผู้ป่วยและเป็นตัวทำนายการดำเนินของโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้²⁸ ซึ่งมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มอาการได้เป็น 7 กลุ่มอาการคือ 1) Fatigue/anorexia-cachexia, weakness, anorexia, dry mouth, weight loss 2) Fatigue/neuro-psychological: depression, anxiety, anger, sleep disturbance, insomnia 3) Fatigue/upper gastrointestinal: dyspepsia, bloating, dizziness, belching 4) Fatigue/nausea/vomiting 5) Fatigue/aeridigestive: cough, dyspnea, dysphagia 6) Fatigue/debility: edema, confusion 7) Fatigue/pain, constipation สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยคือ Fatigue/insomnia/pain/depression ทั้งในช่วงระหว่างที่ได้รับการรักษาอยู่หรือภายหลังการรักษาสิ้นสุดลง หรืออาจกล่าวได้ว่ากลุ่มอาการ Fatigue/insomnia/pain เป็นเสมือนอาการเริ่มแรก (sentinel symptom) ที่บ่งบอกว่าจะมีอาการอื่นเกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย²⁹

- มีการศึกษาผลของญาติผู้ดูแล ซึ่งมีส่วนสำคัญมากที่สุดต่ออารมณ์ จิตสังคม การรับรู้รวมถึง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงมีการมุ่งเน้นให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยการศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในลักษณะของกระบวนการกลุ่มเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับโรคได้อย่างมีกำลังใจและมีความหวังมากขึ้น

- ในเรื่องของสถานะทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น มีการศึกษาในหลายๆ ประเด็น เช่น ผลของดนตรีบำบัด การผ่อนคลายโดยการ

สร้างจินตภาพ การสัมผัสบำบัด หรือผลของการออกกำลังกายร่วมกับการจัดกระบวนการกลุ่ม ในการลดความวิตกกังวลความเครียดความรู้สึกไม่แน่นอน อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพของหญิงไทยความก้าวหน้าเรื่องการรักษาพยาบาลช่วยให้ผลการรักษาได้ผลดีขึ้นมากเป็นลำดับการติดตามความรู้ใหม่ และความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยทั้งด้านการแพทย์ วิทยาการด้านเทคโนโลยี จึงมีความสำคัญยิ่งในการให้การพยาบาล บนหลักฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Siriraj Cancer Center. (2006). *Tumour Registry*. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.
2. American Cancer Society. *Breast cancer Facts & Figures 2007-2008*. Alanta. American cancer Society.Inc.
3. National Comprehensive Cancer Network. American Cancer Society.*Breast cancer treatment guidelines for Patients*. Version VII, 2008. Alanta.American cancer Society.Inc.
4. Resenberg SA. principle of cancer management: surgical oncology. In Devita, Hellman S., Rosenberg SA(EDS). *Cancer: Principle and practice of oncology*.7th Edition Philadelphia, JB Lippincott,2004 253- 64.
5. Shantakumar S.,Terry MB.,Teitelbaum SL.,et al.Reproductive factors and breast cancer risk among older women. *Breast cancer Res Treat*. May 2007;102(3): 365-74.

6. Morrogh, M., Borgen, P. I., King, T. A. (2007). The Importance of local control in early-stage breast cancer: A Historical Review and a Discussion of Ongoing Issues. *Ann Surg Oncol.* 14: 3310-20.
7. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/BRCA> Retieved 15 march 2008.
8. Ihemelandu, C. U., Leffall, L. D. Jr., Dewitty, R. L., Naab, T. J., Mezgebe, H. M., Makambi, K. H., Adams-Campbell, L., Frederick, W. A. (2007). Molecular breast cancer subtypes in premenopausal African-American Women, Tumor Biologic Factors and Clinical Outcome. *Ann Surg Oncol.* 14: 2994-3003
9. Seymour IJ Disease family history and modification of breast cancer risk in common BRCA2 variants. *Onco Rep.* 2008 Mar;19(3): 783-6.
10. Offit K. Time to Check CHEK2 in families with breast cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(4): 519-520.
11. Bernstein JL. Population-based estimates of breast cancer risks associated with ATM gene variants c.7271T>G and c.1066-6T>G (IVS10-6T>G) from the Breast Cancer Family Registry. *Hum Mutat.* 2006 Nov;27(11): 1122-8.
12. Manoukian S, et al. Germline mutations of TP53 and BRCA2 genes in breast cancer/sarcoma families. *Eur J Cancer.* Feb 2007;43(3): 601-6.
13. Son BH, et al. Changing Patterns in the Clinical Characteristics of Korean Patients With Breast Cancer During the Last 15 Years *Arch Surg.* 2006;141:155-60.
14. Vlastos, G., Verkooijen, H. M. (2007). Minimally Invasive Approaches for Diagnosis and Treatment of Early-Stage Breast Cancer. *The Oncologist* 12: 1-10
15. Lehman CD, et al. MRI Evaluation of the contralateral breast in women with Recently diagnosed Breast Cancer. *N Engl J Med.* Mar 29, 2007; 356(13): 1295-303.
16. Katz, S. J., Hawley, S. T. (2007). From Policy To Patients And Back: Surgical treatment decision making for patients with breast cancer. *Health Aff (Millwood)* 26: 761-69
17. Meijnen, P., Oldenburg, H. S. A., Peterse, J. L., Bartelink, H., Rutgers, E. J. Th. (2008). Clinical outcome after selective treatment of patients diagnosed with ductal carcinoma in situ of the breast. *Ann Surg Oncol.* 15: 235-43
18. Rakha EA, El-Sayed ME, Green AR, Lee AH, Robertson JF, Ellis IO. Prognostic markers in triple-negative breast cancer. *Cancer.* Jan 1, 2007;109(1): 25-32
19. Hershman, D. L., Buono, D., McBride, R. B., Tsai, W. Y., Joseph, K. A., Grann, V. R., Jacobson, J. S. (2008). surgeon characteristics and receipt of adjuvant radiotherapy in women with breast cancer. *JNCI J Natl Cancer Inst* 100: 199-206
20. O'Regan RM. Chemoprevention of breast cancer. *Lancet.* Apr 29 2006;367(9520): 1382-383
21. Li Y Brown PH. Translational approaches for the prevention of estrogen receptor-negative breast cancer. *Eur J Can Prev.* Jun 2007;16(3): 203-15
22. Daubine F, Le Gall C, Gasser J, Green J, Clezardin P. Antitumor effect of clinical dosing regimen of bisphosphonates in experimental breast cancer bone metastasis. *J Natl Cancer Inst.* Feb 21 2007;99(4): 322-30.

23. Zhang Y, Coogan PF, Palmer JR, Strom BL, Rosenberg L. Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of breast cancer: the case control surveillance study revisited. *Am J Epidemiol.* 2005; 22: 881-23.
24. Mack MG, Straub R, Eichler K, Sollner O, Lehnert T, Vogl TJ. Breast cancer metastases in liver: laser-induced intersitital thermotherapy—local tumor control rate and survival data. *Radiology* 2004; 233: 400-09
25. Masi CM.,Blackman DJ. Interventions to enhance breast cancer screening, diagnosis, and treatment among racial and ethnic minority women retrieved from <http://sagepub.com> March 11, 2008
26. Campbell A, Mutrie N, White F, et al. A pilot study of a supervised group exercise program as a rehabilitation treatment for women with breast cancer receiving adjuvant treatment. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9: 56-63.
27. Pinto BM, Frierson GM, Rabin C, et al. Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2005;23: 3577-87.
28. Walsh D, Rybicki L. *Supp Care Canc.* 2006, 14: 831-36.
29. Barservick AM, The concept of symptom cluster. *Semi oncol Nurs.*2007 May;23(2): 89-98.

Advanced in Care Management in Patiems with Breast Cancer

Jinpitcha Mamom*M.N.S

Abstracts: Breast cancer in Thailand increases its incidence continuously and becomes an important public health problem of the country which results to high mortality in Thai women. This article presents the studies and researches about breast cancer in many aspects including causes and risk factors of disease. Up to date, many researches reveal better understanding about molecular pathogenesis of breast cancer, the advanced diagnostic methods and treatment procedures including surgical techniques, development of new generation chemotherapeutic agents, hormonal therapy and radiotherapy. All advance knowledge prominently improved the efficacy of breast cancer treatment. Early stage breast cancer could be diagnosed, thus lead to prolong survival time of the patients. For nursing society, many campaigns for example self assessment of the breast and early physician visiting for breast cancer screening are established in order to reduce various side effects occurred during and after treatment and to rehabilitate the patients physically and psychologically, thus improve the quality of life of the patients in long term.

Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(2) 11-25

Keywords: Addvance care management, breast cancer Patiems

*Lecturer, Faculty of Nursing Thammasat University