

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการวินิจฉัย และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภิรดา อาจวิชัย¹, สุพจน์ คำสะอาด^{2*}, ชลองค์พล สารทอง³, งามอาจ โสมอินทร์⁴, ปราธนา สติยวิภาวี⁵

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Breast Cancer Patients' Survival Rates after Diagnosis in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Phirada Ardwichai¹, Supot Kamsa-ard^{2*}, Chalongpon Santong³, Ongart Somintara⁴, Pratana Satitvipawee⁵

¹Master student of Master of Public Health Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³Cancer Unit, Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

⁴Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

⁵Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

Received: 14 June 2021/ Edit: 13 July 2021 / Accepted: 9 August 2021

หลักการและวัตถุประสงค์: มะเร็งเต้านม (breast cancer, BC) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การศึกษาส่วนใหญ่ติดตามผู้ป่วย BC เพียง 5 ปีเท่านั้น การศึกษานี้เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเวลา 13 ปี **วิธีการศึกษา:** แบบ retrospective cohort study ข้อมูลทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ รหัสโรคมะเร็งสากล (ICD-O 3rd, C50.0 - C50.9) และยืนยันผลพยาธิวิทยา ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 และติดตามผู้ป่วยทุกรายจนกระทั่ง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 5,115 ราย วิเคราะห์อัตราการรอดชีพ โดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอค่ามัธยฐานการรอดชีพและช่วงเชื่อมั่น 95% สถิติทดสอบอัตรารอดชีพระหว่างกลุ่มโดยสถิติ Log-rank test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย BC 5,115 ราย เสียชีวิต 2,171 ราย อัตราตาย 7.8 ต่อ 100 ราย-ปี (95%CI; 7.5 - 8.2) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 12.2 ปี (95%CI; 11.1 - 14.2) อัตรารอดชีพในระยะเวลา 1, 3, 5, 10 และ 13 ปีหลังการวินิจฉัยลดลงตามระยะเวลา โดยพบร้อยละ 86.5 (95%CI; 85.6 - 87.4), 70.5 (95%CI; 69.3 - 71.8), 62.6 (95%CI; 61.3 - 64.0), 53.9 (95%CI; 52.3 - 55.4) และ 48.2 (95%CI; 46.1 - 50.4) ตามลำดับ

Background and Objective: Breast Cancer (BC) survival rates are increasing, but most studies have only followed BC patients for 5 years. This study aimed to determine BC survival rates after diagnosis, over a 13 year period (2007-2020) for BC patients in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Methods: This was a retrospective cohort study. We retrieved data from the Srinagarind Hospital-based cancer registry, which used the International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition; C50.0 - C50.9. Participants were 5,115 BC patients who were histologically diagnosed between 2007 and 2017. All cases were followed up until 2020. Survival rates were estimated by the Kaplan-Meier method. We reported by median survival times with a 95% confidence interval. Comparison survival rate groups according to pathology were estimated by Log-rank test.

Result: Overall, 2,171 of the 5,115 BC patients died during the study, corresponding to a mortality (Case-fatality) rate of 7.8 per 100 person-year.

*Corresponding author : Supot Kamsa-ard, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. E-mail: supot@kku.ac.th

สรุป: ผู้ป่วย BC ที่ได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีอัตราการรอดชีพลดลง ระยะเวลาติดตาม 13 ปี พบร้อยละ 48.2 หลังการวินิจฉัย ดังนั้นการป้องกันโดยการเพิ่มระบบการคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มแรกและคัดกรองกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง และการวินิจฉัยระยะของโรค BC ที่ถูกต้อง รวมทั้งการรักษา อย่างรวดเร็วส่งผลให้อัตราการรอดชีพสูงขึ้นตามไปด้วย

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม; อัตราการรอดชีพ; ทะเบียนมะเร็ง

(95%CI;7.49 - 8.15). The median survival of BC was 12.2 years (95%CI; 11.1 - 14.2). The overall survival rates at 1, 3, 5, 10 and 13 years were 86.5% (95%CI; 85.6 - 87.4), 70.5% (95%CI; 69.3 - 71.8), 62.6% (95%CI; 61.3 - 64.0), 53.9% (95%CI; 52.3 - 55.4) and 48.2% (95%CI; 46.1 - 50.4), respectively.

Conclusion: The 13-year survival rate for BC patients after diagnosis was 48.2%. Primary prevention for BC and increasing early detection cancer screening program are needed to improve the BC survival rates.

Keyword: breast cancer; survival rate; cancer registry

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(6): 664-670. • Srinagarind Med J 2021; 36(6): 664-670.

บทนำ

มะเร็งเต้านม (breast cancer, BC) เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย ส่วนใหญ่พบในหญิงมากกว่าชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการไม่เจ็บปวด โตเป็นก้อนเนื้อที่สามารถสัมผัสได้ เมื่อปล่อยทิ้งไว้นานจนเกิดระยะลุกลาม¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก สถิติมะเร็งทั่วโลกจาก global cancer observatory (GCO) ปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนผู้เสียชีวิตจาก BC 626,679 รายต่อปี (ร้อยละ 6.6 ของมะเร็งทั้งหมด) จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลก 9,555,027 ราย วินิจฉัยว่าเป็น BC รายใหม่ 2,088,849 รายต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด) เมื่อพิจารณาผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 18,078,957 รายต่อปี พบความชุกสะสม BC ในระยะเวลา 5 ปี จำนวน 6,875,099 รายต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 15.7 ของมะเร็งทั้งหมด) อัตราอุบัติการณ์ (age-standardized incidence Rates, ASR) 46.3 ต่อแสนประชากรต่อปี ส่วนอัตราการเสียชีวิต (age-standardized mortality rates, ASMR) 13.0 ต่อแสนประชากรต่อปี² นอกจากนี้ข้อมูลอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีการรายงานในรายงาน cancer in Thailand ฉบับต่างๆ (Vol.V-IX) พบอุบัติการณ์ BC มากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2553-2558 พบ ASR ของ BC ในประเทศไทยและจังหวัดขอนแก่น 28.5 และ 23.0 ต่อแสนประชากรต่อปี³, 31.4 และ 25.4 ต่อแสนประชากรต่อปี⁴ ตามลำดับ

การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพในผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัยที่ได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2556 - 2560 พบว่าผู้ป่วยระยะที่ 1 มีอัตราการรอดชีพหลังการวินิจฉัยในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 97.5 (95%CI; 94.6-98.9), 94.9 (95%CI;90.5 -97.4) และ 94.9 (95%CI;90.5 -97.4) ตามลำดับ ระยะที่ 2 พบร้อยละ 94.7 (95%CI;92.6-96.2), 88.3 (95%CI;85.1-90.9) และ 87.6 (95%CI;84.3-90.3) ตามลำดับ ระยะที่ 3 พบร้อยละ 89.8 (95%CI;87.4-91.8), 76.7 (95%CI;73.1-79.9) และ 73.5 (95%CI;69.5-77.1) ตามลำดับ ระยะที่ 4 พบร้อยละ 65.1 (95%CI;59.8-69.8), 41.6 (95%CI;35.5-47.5) และ 39.9 (95%CI;33.7-46.1) ตามลำดับ ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่ทราบระยะโรค (unknown) พบร้อยละ 89.0 (95%CI;86.2-91.2), 81.0 (95%CI;77.4-84.1) และ 78.9

(95%CI;74.4-82.6) ตามลำดับ⁵ สรุปว่าอัตราการรอดชีพลดลงตามเวลาและระยะของโรค BC เช่นเดียวกับการศึกษาของ Somintara และคณะ⁶

การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพผู้ป่วย BC ในช่วง 5 ปี แต่ไม่มีการศึกษาระยะมากกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีศูนย์บริการด้านมะเร็งมากกว่าภูมิภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิด้านโรคมะเร็งและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล รวมทั้งมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยมะเร็งเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ดังนั้นการศึกษานี้เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพผู้ป่วย BC และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนการป้องกันและรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study จากฐานข้อมูลมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Sringarind Hospital-based cancer registry) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย BC ตามรหัสโรคมะเร็งสากล (International Classification of Diseases for Oncology, third edition, ICD-O 3rd; C50.0 - C50.9)⁸ และได้รับการยืนยันผลทางพยาธิวิทยาจากการตรวจชิ้นเนื้อ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 5,115 ราย หลังจากนั้นติดตามผู้ป่วย BC ทุกรายอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งทราบสถานะสุดท้ายของชีวิตหรือสิ้นสุดการศึกษา ในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ตรวจสอบสถานะข้อมูลผู้เสียชีวิตจากระบบทะเบียนฐานข้อมูลประชากรและสถานบริการกองยุทธศาสตร์ (สนบพ.) กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เลขบัตรประชาชนผู้ป่วยในการเชื่อมโยงข้อมูล ข้อมูลที่ได้ คือ วัน เดือน ปีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยา การผ่าตัด รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด การดูแลรักษาแบบประคับประคอง สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วย BC ทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการยืนยันทางพยาธิวิทยา (histological proved) ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2560 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วย BC ทุกรายที่อยู่ในระยะ 0 หรือ carcinoma in situ (มะเร็งระยะต้น ๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ) การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631666

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร ลักษณะของโรค กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด ส่วนข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอจำนวนและร้อยละ

สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) วิเคราะห์อัตรารอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier survival cervical estimate นำเสนอค่ามัชฐานระยะเวลารอดชีพและช่วงเชื่อมั่น 95 % สถิติทดสอบในการเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพระหว่างกลุ่มตามพยาธิสภาพโดย Log-rank test

การประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA released 10.0

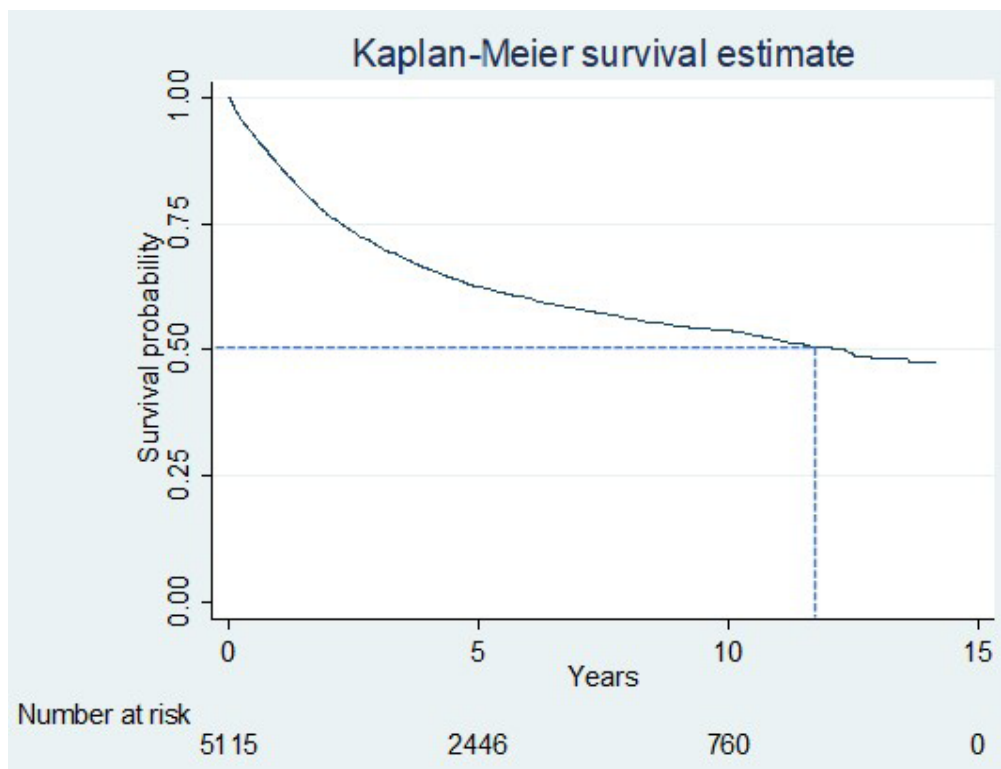
ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและลักษณะโรค

ลักษณะทางประชากร เป็นเพศหญิง 5,074 ราย (ร้อยละ 99.2) อายุเฉลี่ยผู้ป่วย 51.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.0) โดยพบผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุดจำนวน 1,625 ราย (ร้อยละ 31.8) ในส่วนสถานภาพ พบว่า ส่วนมากเป็นสถานภาพคู่/หย่าร้าง จำนวน 4,620 ราย (ร้อยละ 90.3) ลักษณะเกี่ยวกับโรค พบว่าช่วงปีที่วินิจฉัย พ.ศ. 2556-2560 มากที่สุด 2,807 ราย (ร้อยละ 54.9) วิธีการวินิจฉัยที่พบจากการตรวจชิ้นเนื้อจากตำแหน่งแรกที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งมากที่สุดเป็นจำนวน 4,396 ราย (ร้อยละ 85.9) ระยะของโรคมะเร็งพบระยะที่ 3 มากที่สุดจำนวน 1,531 ราย (ร้อยละ 29.9) ลักษณะของพยาธิวิทยาพบ grade II moderately differentiated 1,519 ราย (ร้อยละ 29.7) และการรักษาที่พบมากที่สุดคือ การใช้ยาเคมีบำบัด 2,725 ราย (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือ การผ่าตัด 2,694 ราย (ร้อยละ 52.7) (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบความแตกต่างการรอดชีพระหว่างกลุ่ม จำแนกตามตัวแปรต่างๆ

การเปรียบเทียบการรอดชีพระหว่างกลุ่ม จำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่า เพศ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ลักษณะของพยาธิวิทยา การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย มีอัตราการรอดชีพในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ตัวแปร สถานภาพสมรส มีอัตราการรอดชีพในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3)



รูปที่ 1 ไค์การรอดชีพการเกิดโดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการวินิจฉัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร
ลักษณะโรคผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย จำแนกตามตัวแปร
ต่างๆ (n=5,115)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	41 (0.8)
หญิง	5,074 (99.2)
อายุ (ปี)	
≤ 30	102 (2.0)
31-40	660 (12.9)
41-50	1,625 (31.8)
51-60	1,624 (31.8)
61-70	839 (16.4)
71-80	230 (4.5)
80 ขึ้นไป	35 (0.7)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.9 (11.0)
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด: สูงสุด)	59.0 (19: 99)
สถานภาพสมรส	
โสด	488 (9.5)
คู่/หย่าร้าง	4,620 (90.3)
ปีที่วินิจฉัย	
2550 – 2555	2,308 (45.1)
2556 – 2560	2,807 (54.9)
วิธีการวินิจฉัย	
จากการซักประวัติตรวจร่างกาย	220 (4.3)
จากการ x-ray, mammogram หรือ ultrasound	190 (3.7)
จากการผ่าตัด โดยไม่มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจ	214 (4.2)
cytology	37 (0.7)
จากผลตรวจชิ้นเนื้อจากตำแหน่งที่สงสัยว่า มะเร็งได้แพร่กระจายไป	55 (1.1)
จากผลตรวจชิ้นเนื้อจากตำแหน่งแรกที่ สงสัยว่าเป็นมะเร็ง	4,396 (85.9)
ระยะของโรคมะเร็ง	
ระยะที่ 1	492 (9.6)
ระยะที่ 2	1,329 (26.0)
ระยะที่ 3	1,531 (29.9)
ระยะที่ 4	744 (14.6)
ไม่ทราบระยะของมะเร็ง	1,019 (19.9)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากร
ลักษณะโรคผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย จำแนกตามตัวแปร
ต่างๆ (n=5,115) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะของพยาธิวิทยา	
Grade I Well differentiated	289 (5.7)
Grade II Moderately differentiated	1,519 (29.7)
Grade III Poorly differentiated	1,030 (20.1)
Grade IV Undifferentiated	10 (0.2)
Unknown	2,267 (44.3)
การผ่าตัด	
ใช่	2,694 (52.7)
ไม่ใช่	2,417 (47.3)
รังสีรักษา	
ใช่	1,416 (27.7)
ไม่ใช่	3,696 (72.3)
การใช้ยาเคมีบำบัด	
ใช่	2,725 (53.3)
ไม่ใช่	2,386 (46.7)
การดูแลรักษาแบบประคับประคอง	
ใช่	27 (1.1)
ไม่ใช่	2,338 (98.9)
สิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย	
บัตรทอง	958 (50.4)
ประกันสังคม	147 (7.7)
สวัสดิการข้าราชการ	648 (34.1)
ประกันชีวิต	21 (1.1)
สิทธิ์การรักษาอื่นๆ	128 (6.7)

ตารางที่ 2 แสดงอัตรารอดชีพของผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย

ระยะเวลาติดตาม (Survival time)	อัตรารอดชีพ (Survival rate (%))	ช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI)
1 ปี	86.5	85.6 - 87.4
3 ปี	70.5	69.3 - 71.8
5 ปี	62.7	61.3 - 64.0
10 ปี	53.9	52.3 - 55.4
13 ปี	48.2	46.1 - 50.4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย

ตัวแปรที่ศึกษา	Median time (ปี) 95%CI	1 year		2 year		3 year		p-value ¹
		Survival function	95%CI	Survival function	95%CI	Survival function	95%CI	
เพศ								0.005
ชาย	3.7 (1.9-9.3)	82.9	(67.5–91.5)	44.1	(28.1-59.0)	35.9	(20.1-52.1)	
หญิง	12.4 (11.2-14.2)	86.6	(85.6–87.5)	62.8	(61.4–64.1)	54.0	(52.4-55.6)	
อายุ (ปี)								< 0.001
≤ 50	-	88.3	(87.0–89.5)	67.0	(65.0-68.9)	59.3	(57.1-61.5)	
> 50	9.2 (8.0-10.3)	85.0	(83.6-86.3)	58.8	(56.9-60.7)	48.9	(46.6-51.1)	
สถานภาพสมรส								0.853
โสด	12.7 (9.7–14.2)	86.9	(83.6–89.6)	61.6	(57.2-65.8)	53.8	(48.9-58.4)	
คู่/หย่าร้าง	12.2 (11.1-13.6)	86.5	(85.5– 87.5)	62.8	(61.3–64.2)	53.8	(52.2-55.5)	
ระยะของโรคมะเร็ง								< 0.001
ระยะที่ 1	-	97.8	(96.0-98.8)	89.9	(86.8–92.3)	84.7	(80.6-87.9)	
ระยะที่ 2	-	95.6	(94.4-96.6)	80.1	(77.9–82.2)	71.9	(69.0-74.5)	
ระยะที่ 3	7.9 (6.7-9.2)	88.4	(86.7-89.9)	57.8	(55.2–60.2)	46.2	(43.2-49.0)	
ระยะที่ 4	1.4 (1.2- 1.6)	58.5	(54.8–61.9)	20.2	(17.3–23.3)	14.1	(11.3-17.1)	
ลักษณะของพยาธิวิทยา								< 0.001
Well differentiated	-	96.5	(93.7-98.1)	82.1	(77.0-86.1)	74.2	(67.3-79.8)	
Moderately differentiated	-	91.7	(90.2-93.0)	69.7	(67.3-72.0)	59.2	(56.2-62.1)	
Poorly differentiated	10.0 (7.1-14.1)	86.6	(84.4-88.5)	58.6	(55.5-61.6)	50.1	(46.6-53.4)	
การผ่าตัด								< 0.001
ใช่	-	91.3	(90.2-92.3)	70.8	(69.0- 72.5)	61.3	(59.2-63.3)	
ไม่ใช่	6.6 (5.6-7.6)	81.2	(79.6-82.7)	53.4	(51.3- 55.4)	45.0	(42.3-47.7)	
รังสีรักษา								0.008
ใช่	10.4 (7.9-14.2)	87.3	(85.4-88.9)	58.9	(56.2- 61.4)	50.5	(47.6-53.4)	
ไม่ใช่	12.5 (11.5-14.2)	86.2	(85.1-87.3)	64.1	(62.5- 65.6)	55.2	(53.3-57.0)	
เคมีบำบัด								< 0.001
ใช่	-	89.0	(87.8-90.1)	65.0	(63.1-66.8)	56.5	(54.4-58.5)	
ไม่ใช่	10.4 (8.3-12.7)	83.7	(82.1-85.1)	59.8	(57.8-61.8)	50.5	(48.0-52.9)	
สิทธิ์การรักษา								< 0.001
บัตรทอง	7.1 (5.2-9.4)	84.1	(81.7-86.3)	54.4	(50.9– 57.7)	-	-	
ประกันสังคม	-	89.8	(83.7-93.7)	67.4	(58.3- 74.9)	65.4	(55.6-73.5)	
สวัสดิการข้าราชการ	-	95.1	(93.1-96.5)	80.4	(76.9- 83.4)	69.7	(55.1-80.3)	
ประกันชีวิต	-	95.2	(70.7–99.3)	81.0	(56.9- 92.4)	-	-	
สิทธิ์การรักษาอื่นๆ	-	90.6	(84.194.6)	73.9	(65.3-80.7)	-	-	

¹p-value จาก Log-rank test

วิจารณ์

จากการศึกษาการรอดชีพผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2550 ถึง 2560 พบอายุที่วินิจฉัยมากที่สุดในกลุ่มมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 51.9 ปี ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบผู้ป่วย BC ในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 29.9 นั่นคือผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะที่มะเร็งมีการลุกลามไปมากแล้ว ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงมากกว่าการรักษาในระยะเริ่มต้น การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ล่าช้าอาจเนื่องมาจากยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรคในเชิงรุกยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากพยาธิสภาพของโรคพบว่า ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะเริ่มต้น จะสามารถรักษาให้หายได้¹

อัตราการรอดชีพผู้ป่วย BC หลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระยะเวลา 1, 3, 5, 10 และ 13 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Somintara และคณะ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปีทั้งหมดร้อยละ 59.1 (95%CI;56.6-61.8)⁶ จะเห็นได้ว่า การศึกษาค้นคว้าและการศึกษาที่ผ่านมา มีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปีที่ใกล้เคียงกัน

การศึกษาค้นคว้านี้ได้จัดกลุ่มระยะของโรคเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีระยะของโรคระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 คล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ เมื่อใช้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะของโรคระยะอยู่ในระยะที่ 1 เป็นกลุ่มอ้างอิงแล้ว โอกาสที่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะของโรคระยะอยู่ในระยะที่ 2, 3 และระยะที่ 4 มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายเป็น 1.8 เท่า (Adjusted HR= 1.8, 95%CI;1.0 - 3.1), 3.9 เท่า (adjusted HR= 3.9, 95%CI;2.3 - 6.7) และ 10.7 เท่า (adjusted HR= 10.7, 95%CI;6.1 - 18.9) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bleicher และคณะ พบว่า ความล่าช้าในการตรวจพบมะเร็งจนกระทั่งผ่าตัดมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยระยะที่ 1 เป็น 1.1 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยระยะที่ 1 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี พ.ศ. 2546 ถึง 2548 (crude HR = 1.1, 95%CI; 1.1-1.2; p< 0.001) และความล่าช้าในการตรวจพบมะเร็งจนกระทั่งผ่าตัดมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยระยะที่ 2 เป็น 1.1 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยระยะที่ 2 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี พ.ศ. 2546 ถึง 2548 (crude HR = 1.1, 95%CI; 1.0-1.1, p= 0.010)⁸ และยังมีการศึกษาของ Gaitanidis และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ของการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า แนวโน้มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2556 มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นที่ปฏิเสธการผ่าตัด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ระยะของโรค (stage II: OR = 2.0, 95%CI; 1.8-2.3, p< 0.001, stage III: OR = 2.2, 95%CI; 1.8-2.6, p< 0.001 และ stage IV: OR = 13.3, 95%CI; 11.6-15.1, p< 0.001)⁹

ลักษณะของพยาธิวิทยา การศึกษาค้นคว้านี้ได้จัดกลุ่มลักษณะของพยาธิวิทยาเป็น 3 กลุ่ม คือ well differentiated,

moderately differentiated และ poorly differentiated คล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ เมื่อใช้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะของพยาธิวิทยาแบบ well differentiated เป็นกลุ่มอ้างอิงแล้ว โอกาสที่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะของพยาธิวิทยาแบบ moderately differentiated และ poorly differentiated มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายเป็น 1.3 เท่า (adjusted HR= 1.3, 95%CI;0.8 - 2.0) และ 1.8 เท่า (adjusted HR= 1.8, 95%CI;1.1 - 2.9) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Unprasert และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย TNBC เกือบทั้งหมดมาด้วยก้อนที่เต้านม (ร้อยละ 98.8) ส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกระดับ grade 3 poorly differentiated (ร้อยละ 64.0) และเนื้องอกมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร (ร้อยละ 73.7)¹⁰ และยังมีการศึกษาของ Fayer และคณะ พบว่า ปัจจัยการพยากรณ์โรคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น คือ ขนาดของเนื้องอกมากกว่า 2.0 ซม. โดยผู้ป่วยที่มีขนาดของเนื้องอกมากกว่า 2.0 ซม. มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีขนาดของเนื้องอกน้อยกว่า 2.0 ซม. (crude HR = 1.9, 95%CI; 1.0 - 3.2)¹¹

การศึกษาค้นคว้านี้ได้จัดกลุ่มวิธีการรักษาแบบผ่าตัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัด คล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ เมื่อใช้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดเป็นกลุ่มอ้างอิงแล้ว โอกาสที่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการตายเป็น 2.0 เท่า (adjusted HR= 2.0, 95%CI; 1.6 - 2.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Makdissi และคณะ พบว่า มะเร็งเต้านมชนิด invasive ductal carcinoma ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาด้วยฮอร์โมน ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ถึง 0.4 เท่า (adjusted HR = 0.4, 95%CI; 0.3-0.5) เมื่อเทียบกับมะเร็งเต้านมชนิด invasive lobular carcinoma ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาด้วยฮอร์โมน¹² นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Prateepavanich และคณะ พบว่า การรักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 81.0 เป็นการผ่าตัดรวมกับการใช้ยาเคมีบำบัด และอีกร้อยละ 14 ได้รับฮอร์โมนร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า อัตราการรอดชีวิต (overall survival) และ disease-free survival ที่ 5 ปี ร้อยละ 79.0 (95%CI; 69.0-87.0) และร้อยละ 77.0 (95%CI; 67.0-85.0) ตามลำดับ¹³ จึงสามารถสรุปได้ว่า การรักษาด้วยการผ่าตัดจะช่วยเพิ่มระยะเวลาในการรอดชีพของผู้ป่วยให้มากขึ้นได้

สรุป

ผู้ป่วย BC ที่ได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 13 ปีหลังการวินิจฉัยร้อยละ 48.2 ดังนั้นเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย อาจจะทำการป้องกันโดยการเพิ่มระบบการคัดกรองโรคระยะเริ่มแรก และคัดกรองกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วย BC ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้อัตราการรอดชีพสูงขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพที่เกี่ยวกับ BC เช่น ผู้ป่วยในวัยหมดประจำเดือน โมเลกุลซัพไทป์ การรักษาแบบมุ่งเป้า โรคร่วมที่เกิดขึ้นในขณะเข้ารับการรักษาล่วงหน้าและหลังจากเข้ารับการรักษานี้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่น่าศึกษาในเชิงลึกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและบุคลากรทุกท่านที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

- Jindapradit J. Basic oncology. Khon Kaen: Department of Internal Medicine. Faculty of Medicine Khon Kaen University, 2019.
- Global Cancer Observatory (GCO). Cancer today data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2018 [online]. 2018 [accessed September 15, 2020]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>.
- Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajrang S, et al. Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012. Bangkok: New Tham-mada Press (Thailand) Co., Ltd.; 2015.
- Imsamran W, Pattatang A, Supaattagorn P, Chiawiriy-abunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al. Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015. Bangkok: New Tham-mada Press (Thailand) Co., Ltd.; 2018.
- Cancer unit Faculty of Medicine Khon Kaen University. Hospital-based cancer registry Srinagarind Hospital, Khon Kaen University statistical report 2018. [online]. 2018 [accessed September 15, 2020]. Available from: [report%202018_survival%20updated.https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/cr_report/hospitalbased%20annual%20](https://kkcr.kku.ac.th/images/stories/cr_report/hospitalbased%20annual%20report%202018_survival%20updated)
- Somintara O, Somintara S, Suwanrungruang K. Breast cancer in Srinagarind Hospital (2000-2010). Srinagarind Med J 2015; 30(2): 87-91.
- Fritz A, Percy C, Jack A. International classification of diseases for oncology (ICD-O) – 3rd edition, 1st revision. Geneva: World Health Organization, 2013.
- Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Beck JR, Ross E, Wong YN, et al. Time to surgery and breast cancer survival in the United States. JAMA Oncology 2016; 2(3): 330-339.
- Gaitanidis A, Alevizakos M, Tsalikidis C, Tsaroucha A, Simopoulos C, Pitiakoudis M. Refusal of cancer-directed surgery by breast cancer patients: risk factors and survival outcomes. Clin Breast Cancer 2018; 18(4): e469-e476.
- Unprasert P, Bumrungrachpukdee P, Puttawibul P, Sangthong R. Risk factors for recurrence in Triple-Negative Breast Cancer (TNBC). BJ Med 2018; 5(2): 1-9.
- Fayer VA, Guerra MR, Cintra JR, Bustamante-Teixeira MT. Ten-year survival and prognostic factors for breast cancer in the southeast region of Brazil. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2016; 19(4): 766-778.
- Makdissi FB, Leite FPM, Peres SV, Silva DRM, Oliveira MM, Lopez RVM, et al. Breast cancer survival in a Brazilian cancer center: a cohort study of 5,095 patients. Sobrevida do câncer de mama em um centro de cancer brasileiro: um estudo de coorte de 5.095 pacientes. Mastology 2019; 29(1): 37-46.
- Prateepavanich N, Weerapriyakun T, Suksai N, Limwattananon C. Epidemiology image of treatment and the effect of treatment in patients with early-stage breast cancer. Khon Kaen: Office of Academic Resources, Khon Kaen University, 2002.

