

## มะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา: รายงานการศึกษาย้อนหลัง 2 ปี

สายลักษณ์ พิมพ์เกาะ, พ.บ.\*

โกวิท กองคำ, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** มะเร็งเต้านมพบบ่อยเป็นอันดับสองในผู้หญิงไทยรองจากมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและรักษา มะเร็งเต้านมที่ล่าช้า จะทำให้โรคดำเนินไปในทางที่เลวลง ซึ่งจะสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยและการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในเพศหญิงและสัดส่วนของวิธีผ่าตัดระหว่าง breast conservative therapy (BCT) กับ modified radical mastectomy (MRM) ในมะเร็งเต้านมระยะแรกของเพศหญิงที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ได้ศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2550 จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 238 ราย **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย  $50.5 \pm 11.1$  ปี (mean  $\pm$  SD) อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านมร้อยละ 77.1 และมักจะเป็นที่ upper outer quadrant ร้อยละ 57.1 ขนาดของก้อนมะเร็ง (primary tumor) ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งแรกนั้นส่วนใหญ่ขนาดของก้อนมะเร็ง จะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. (T1) ร้อยละ 55.5 และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งเต้านมในระยะ IIA และ IIB เท่ากับร้อยละ 28.9 และ 22.7 ตามลำดับ สัดส่วนการผ่าตัดในผู้ป่วย early invasive breast cancer ด้วยวิธี BCT : MRM เท่ากับ 1 : 15.8 **สรุป:** ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารักษาในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา มีอายุเฉลี่ย  $50.5 \pm 11.1$  ปี (mean  $\pm$  SD) อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านมด้าน upper outer quadrant ระยะของมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นระยะ IIA และ IIB ส่วนการผ่าตัดผู้ป่วย early invasive breast cancer (ระยะ I, IIA, และ IIB) ส่วนใหญ่ยังคงเป็นวิธี MRM โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี BCT : MRM เท่ากับ 1 : 15.8

**Abstract: Breast Cancer at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital: a 2-Year Review**

Sailuk Pimkow, M.D., Kovit kongkum M.D.

Department of Surgery, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

*Nakhon Ratch Med Bull 2008; 32 (Suppl): S151-7.*

**Background:** Breast cancer is the second most common cause of cancer among Thai women. Delay in diagnosis and treatment of breast cancer lead to progression of the disease to late stage and is associated with high mortality

**Objective:** To report the characteristic, tumor size, tumor stage and ratio of operative procedure between breast conservative therapy (BCT) and modified radical mastectomy (MRM) in early invasive breast cancer **Patients &**

**Methods:** Retrospective analytic study was performed in 238 breast cancer patients who underwent operations at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, between January, 2006 and December, 2007. **Results:** The majority of patients are 41-50 years olds, mean  $50.5 \pm 11.1$  years (mean $\pm$ SD), most common presentation was breast mass 77.2%, site of tumor was most common at upper outer quadrant 57.1%, the primary tumor was common in T1 55.5%, most common tumor were stage IIA and IIB, 28.9% and 22.7% respectively. The match ratio of BCT : MRM was 1 : 15.8.

**Conclusion:** Breast cancer in woman in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were common in the 41-50 year-old most common presentation was breast mass at upper outer quadrant 57.26%. Most common tumor was stage IIA and IIB. MRM was the most common operative procedure in early invasive breast cancer (Stage I, IIA IIB). The match ratio of treatment was 1 : 15.8 for BCT : MRM.

**ภูมิหลัง**

จากอุบัติการณ์ของมะเร็งในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมซึ่งพบบ่อยเป็นอันดับสองในผู้หญิงรองจากมะเร็งปากมดลูก พบได้ประมาณ 20.5 ต่อประชากร 100,000 ราย<sup>(1)</sup> ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ประมาณ 104.2 ต่อประชากร 100,000 ราย (ชนผิวขาว) และพบได้ประมาณ 87.7 ต่อประชากร 100,000 ราย (ชนผิวดำ) โดยอุบัติการณ์ที่พบเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไป จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2519-2539 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุระหว่าง 40-60 ปี มีจำนวนมากถึงร้อยละ 49.2<sup>(3)</sup> ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่พบเหมือนกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถ้าได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ดังนั้นการให้ประชาชน

ตระหนักถึงภัยของมะเร็งเต้านม โดยการตรวจเต้านมของตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ ตลอดจนการตรวจด้วย mammography จึงมีความสำคัญในการค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีการแพร่กระจายลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะอื่น ๆ ในทางตรงกันข้ามการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมที่ล่าช้าจะทำให้โรครำคาญไปในทางที่เลวลง ซึ่งจะสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น<sup>(4-5)</sup>

การรักษามะเร็งเต้านมนั้นโดยรวมจะเป็นการรักษาผสมผสานระหว่าง local treatment และ systemic treatment โดย local treatment ประกอบด้วย การผ่าตัดและการฉายแสง ในขณะที่ systemic treatment ประกอบด้วย การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ซึ่งพบว่ามิประโยชน์ในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราตาย

จากมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยระยะแรก<sup>(6)</sup> การรักษาด้วยวิธีการทางฮอร์โมน (adjuvant hormonal therapy) ซึ่งสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการตาย<sup>(6-8)</sup> และการรักษาด้วยยากุ่ม targeted therapy<sup>(9-10)</sup>

วิธีการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในระยะแรกนั้น ในทางปฏิบัติมี 2 วิธีคือ การผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านมไว้ (breast conservative therapy, BCT) และการผ่าตัดเต้านมทั้งหมดร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (modified radical mastectomy, MRM) ซึ่งได้ผลการรักษาในเรื่องอัตราการรอดชีวิต (overall survival) เท่ากัน<sup>(11-12)</sup> สำหรับในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรก (early stage) ที่มารับการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมนั้นจะได้รับคำแนะนำวิธีการรักษาทั้ง 2 วิธี โดยผู้ป่วยจะเป็นคนเลือกการรักษาด้วยตนเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น อาการที่มาพบแพทย์ ตำแหน่ง และขนาดของก้อนมะเร็ง ระยะของมะเร็ง และสัดส่วนของวิธีผ่าตัดระหว่าง BCT และ MRM ในมะเร็งเต้านมระยะ early invasive breast cancer (ระยะ I, IIA และ IIB) ของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

### ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้รายงานได้ศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2550 จากเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 251 ราย โดยรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอาการที่มาพบแพทย์ ตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็งระยะของมะเร็งที่มาพบแพทย์ และวิธีการผ่าตัดรักษาเป็นความถี่ ร้อยละ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

### ผลการศึกษา

ในช่วงเวลา 2 ปี ที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ทั้งหมด 251 ราย แต่สามารถนำมาศึกษาโดยมีข้อมูลครบถ้วน 238 ราย (ร้อยละ 98.4) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 50.5±11.1 ปี (mean±SD) โดยอุบัติการณ์พบมากที่สุดช่วงอายุ 41-50 ปี อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์นั้นส่วนใหญ่จะมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านมร้อยละ 77.2 รองลงมาคือ อาการปวดเต้านมร้อยละ 15.2 จากการตรวจทางคลินิกตำแหน่งของก้อนมะเร็งส่วนใหญ่จะอยู่ upper outer quadrant ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ upper inner quadrant ร้อยละ 16 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (n = 238)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
<30	6 (2.5)
31-40	33 (13.9)
41-50	96 (40.3)
51-60	60 (25.2)
61-70	29 (12.2)
>70	14 (5.9)
อาการสำคัญ*	
Mass	213 (77.2)
Pain	42 (15.2)
Discharge	3 (1.1)
Others	18 (6.5)
ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง	
Upper outer	136 (57.1)
Upper inner	38 (16.0)
Subareolar	22 (9.3)
Nipple	16 (6.7)
Lower outer	15 (6.3)
Lower inner	9 (3.8)
Tail	2 (0.8)

\*ผู้ป่วยบางรายมีอาการมากกว่า 1 อาการ

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของขนาดของก้อนมะเร็ง (primary tumor) (n = 238)

Primary tumor	จำนวน (ร้อยละ)
T0 (no evidence of primary tumor)	9 (3.8)
T1 (tumor $\leq$ 2 cm)	132 (55.5)
T2 (tumor $>$ 2 - $\leq$ 5 cm)	50 (21.0)
T3 (tumor $>$ 5 cm)	41 (17.2)
T4 (direct skin involvement or chest wall invasion)	6 (2.5)

ขนาดของก้อนมะเร็งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งแรกนั้นพบว่าส่วนใหญ่ขนาดของก้อนมะเร็ง จะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. (T1) เท่ากับร้อยละ 55.5 ส่วนของก้อนมะเร็ง T3, T4 เท่ากับร้อยละ 19.7 โดยมีขนาดเฉลี่ย  $3.6 \pm 2.5$  ซม. (ตารางที่ 2)

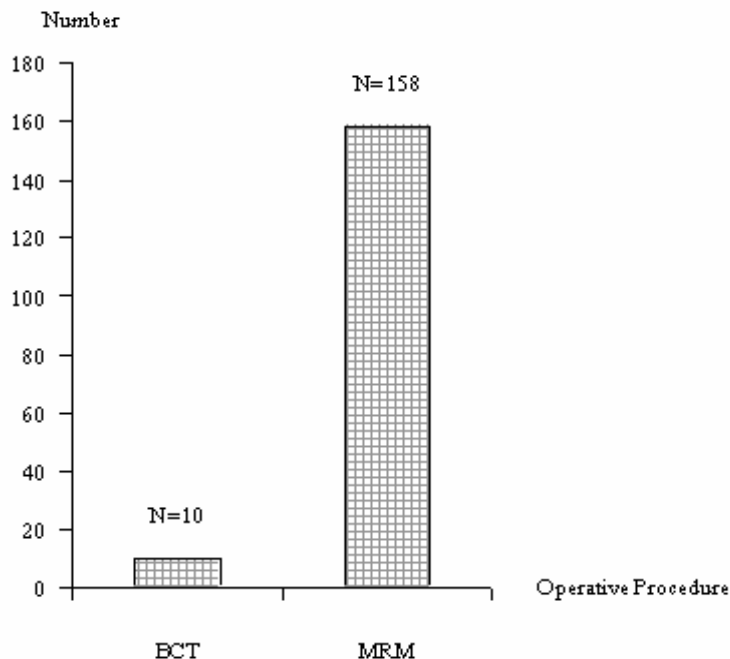
ส่วนระยะของมะเร็งเต้านม (tumor stage) ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งในระยะ IIA และ IIB เท่ากับร้อยละ 28.9 และ 22.7 ตามลำดับ แต่ในมะเร็งระยะเริ่มแรก

**ตารางที่ 3** ระยะของมะเร็งเต้านม (tumor stage) (n = 238)

Staging	จำนวน (ร้อยละ)
Stage 0	9 (3.8)
Stage I	45 (18.9)
Stage IIA	69 (28.9)
Stage IIB	54 (22.7)
Stage IIIA	32 (13.4)
Stage IIIB	15 (6.3)
Stage IIIC	8 (3.5)
Stage IV	6 (2.5)

(early breast cancer) คือ ระยะ 0, I, IIA, และ IIB นั้น มีร้อยละ 74.2 และพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะ III และ IV เท่ากับร้อยละ 23.2 และ 2.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

วิธีผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรก (early invasive breast cancer) คือ ระยะ I, IIA และ IIB ในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา นั้น มีสัดส่วนระหว่าง BCT : MRM เป็นสัดส่วน 1: 15.8 (แผนภูมิที่ 1)



**แผนภูมิที่ 1** วิธีผ่าตัดรักษา early invasive breast cancer (ระยะ I, IIA, และ IIB)

## วิจารณ์

จากรายงานนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ยประมาณ 50.5 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 จะมาพบแพทย์ด้วยอาการคลำได้ก้อนที่เต้านม รองลงมาคืออาการเจ็บเต้านมร้อยละ 15.2 และขนาดของก้อนมะเร็ง (primary tumor) ที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็น T1 ร้อยละ 55.5 ในขณะที่รายงานของ Benson<sup>(13)</sup> นั้นผู้ป่วยจะมาด้วยอาการคลำได้ก้อนที่เต้านมร้อยละ 73 รองลงมาคืออาการเจ็บเต้านมเพียงร้อยละ 5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ แต่ในทางตรงกันข้ามขนาดของก้อนมะเร็ง (primary tumor) รายงานดังกล่าวพบ T2 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56 ซึ่งอาจจะเป็นช่วงที่ screening mammography ยังไม่แพร่หลาย ในขณะที่จากการศึกษานี้ พบขนาดของก้อนมะเร็ง T1 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.5 ส่วนตำแหน่งของก้อนมะเร็งในการศึกษานี้จะพบที่ upper outer quadrant ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ upper inner quadrant ร้อยละ 16.0 ซึ่งคล้ายกับรายงานของ กฤษณ์ จาตุมาระ<sup>(14)</sup> และถ้าแบ่งตามระยะของมะเร็งการศึกษานี้ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งในระยะ IIA และ IIB เท่ากับร้อยละ 28.9 และ 22.7 ตามลำดับ และพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะ III และ IV เท่ากับ ร้อยละ 23.2 และ 2.5 ตามลำดับ แต่จากรายงานของ Thongsuksai<sup>(15)</sup> ที่ทำการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบมะเร็งเต้านมระยะ II ร้อยละ 72.5 ส่วนระยะ III และ IV พบร้อยละ 16.4 และ 4.3 ตามลำดับ จะเห็นว่าสัดส่วนของมะเร็งในระยะ III รวมกับระยะ IV ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาขึ้นอยู่กับอัตราที่สูงใกล้เคียงกับที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยนั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนั้นล่าช้า นอกจากนี้ Thongsuksai<sup>(15)</sup> ยังพบว่สาเหตุของการวินิจฉัยล่าช้านั้นเกิดจากปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง (patient delay >12 weeks) ร้อยละ 26.6 และจากความล่าช้าเชิงระบบ (system delay >12 weeks) ร้อยละ 24.4 โดยพบว่าผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อมีอาการ

ที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 42.3 โดยส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาถึงร้อยละ 22.1 และได้รับการรักษาด้วยการให้ยากลับไปกิน ร้อยละ 21.2 ซึ่งเป็นผลให้เกิดความล่าช้าเชิงระบบ (median system delay 13 weeks)

การรักษามะเร็งเต้านมให้ได้ผลดี ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะในระยะ 0 ได้แก่ ductal carcinoma in situ (DCIS) จากรายงานการศึกษานี้พบมะเร็งระยะ 0 เพียงร้อยละ 3.8 ในขณะที่ Ernster และคณะ<sup>(16)</sup> ได้รายงานถึงแนวโน้มที่จะตรวจพบมะเร็งเต้านมระยะ 0 ในช่วงปี พ.ศ. 2516-2526 และในช่วงปี พ.ศ. 2526-2535 โดยสัดส่วนของ DCIS ต่อมะเร็งเต้านมทั้งหมดที่พบในแต่ละช่วงปีเพิ่มจากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 12 ในผู้หญิงอายุ 30-39 ปี ส่วนในผู้หญิงอายุ 40-49 ปี เพิ่มจากร้อยละ 0.4 เป็น ร้อยละ 17.4 และในผู้หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 5.2 เป็น ร้อยละ 18.1 และจากข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2526-2535 ซึ่งเป็นช่วงที่ mammography ยังไม่แพร่หลายในประเทศไทยพบ DCIS เพียง 4 ราย จาก 1,032 ราย (ร้อยละ 0.4) ขณะที่ปี พ.ศ. 2543 มี DCIS มากกว่า 20 รายจากผู้ป่วย 700 ต่อปี (ประมาณร้อยละ 3)<sup>(17)</sup>

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าเป็นจุดอ่อนที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ดังนั้นการให้ความรู้กับประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการเสริมความรู้อย่างต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตลอดจนระบบการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่มีแพทย์เชี่ยวชาญน่าจะช่วยให้พบมะเร็งเต้านมในระยะแรกมากขึ้น แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การที่จะตรวจมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจริงๆ โดยที่ยังคลำก้อนไม่พบบนนั้น คงต้องอาศัยการทำ screening mammography สำหรับประเทศไทย และโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ซึ่งมีผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวน

มากมีแพทย์รังสีวินิจฉัยและรวมถึงงบประมาณที่จำกัด ยังคงเป็นปัญหาสำหรับการทำ screening mammography ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับระบบสาธารณสุขและศัลยแพทย์ ที่จะต้องให้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มต้นให้มากที่สุด ในบริบทของประเทศ ไทยเรา ส่วนเรื่องวิธีการผ่าตัดในผู้ป่วย early invasive breast cancer ที่โรงพยาบาลมหาราชธานีสยามนั้น ผู้ป่วยจะเลือกที่ทำการผ่าตัดด้วยวิธี BCT: MRM เท่ากับ 1: 15.8 แต่จากรายงานของ Fan และคณะ<sup>(18)</sup> ได้รายงาน ในผู้ป่วย early stage breast cancer ปี พ.ศ. 2538-2545 ในประเทศจีน มีผู้ป่วยจะเลือกที่ทำการผ่าตัดด้วยวิธี BCT: MRM เท่ากับ 1: 2 ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมหาราชธานีสยามเลือกวิธี modified radical mastectomy เป็นสัดส่วนที่มากกว่านั้น จากข้อมูล ซึ่งเป็นความคิดเห็นส่วนตัว (subjective) ที่สอบถามจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังกลัวการฉายแสงแต่ข้อมูลที่แท้จริง คงต้องรอการศึกษาต่อไป

## สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเพศหญิง ที่มารักษาในโรงพยาบาลมหาราชธานีสยาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2550 พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย  $50.5 \pm 11.1$  ปี อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ส่วนใหญ่ จะมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านมด้าน upper outer quadrant พบว่าร้อยละ 74.3 จะเป็นระยะ early breast cancer (ระยะ 0, I, IIA, และ IIB) และการผ่าตัดผู้ป่วย early invasive breast cancer (ระยะ I, IIA, และ IIB) ส่วนใหญ่ยังคงเป็นวิธี modified radical mastectomy โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี BCT: MRM เท่ากับ 1: 15.8

## เอกสารอ้างอิง

1. Chaiwerawatana A. Breast. Cancer in Thailand: Vol IV. [cited 2008 Apr 30]. Available from: URL: [http://www.nci.go.th/File\\_download/Cancer%20In%20Thailand%](http://www.nci.go.th/File_download/Cancer%20In%20Thailand%20IV/C-II-13.PDF)

20 IV/C-II-13.PDF

2. Morabia A, Wynder EL. Epidemiology and natural history of breast cancer. Implications for the body weight breast cancer controversy. *Surg Clin North Am* 1990; 70: 739-52.
3. ธรรมนิศย์ อังศุสิงห์. Screening mammography: when for Thai women? ใน: ศุภกร โรจนินทร์, อุดลย์ รัตนวิจิตรศิริ, กริช โพธิสุวรรณ, วารินทร์ ตันท์สุภศิริ, บรรณาธิการ. Head, neck and breast surgery (2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2543. หน้า 306-24.
4. Tabar L, Fagerberg CJ, Gad A, Baldetorp L, Holmberg LH, Grøntoft O, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomized trial from breast cancer screening working group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1985; 1: 829-32.
5. Elwood JM, Moorehead WP. Delay in diagnosis and long term survival in breast cancer. *Br Med J* 1980; 280: 1291-4.
6. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effect of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005; 365: 1687-717.
7. Baum M, Budzar AU, Cuzick J, Forbes J, Houghton JH, Klijn JG, et al; ATAC Trialists' Group. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early-stage breast cancer: first results of the ATAC randomized trial. *Lancet* 2002; 359: 2131-9.
8. Thurlimann B, Keshaviah A, Coates AS, Mouridsen H, Mauriac L, Forbes JF, et al: A comparison of letrozole and tamoxifen in postmenopausal woman with early breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 2747-57.
9. Romond EH, Perez EA, Bryant J, Suman VJ, Geyer CE Jr, Davidson NE, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 1673-84.

10. Piccart-G ebhart MJ, Procter M, Leyland-Jones B, Goldhirsch A, Untch M, Smith I, et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2 positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353: 1659-72.
11. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al: Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1233-41.
12. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-32.
13. Benson EA. Symptom and signs of operable breast cancer 1997-1981. *Br J Surg* 1983; 70: 350-3.
14. กฤษณ์ จากามระ. Diagnosis of breast cancer. ใน: ฌรงค์ ไวย่างกุล, กิตติ เข่นสุดใจ, อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ (10). กรุงเทพมหานคร:กรุงเทพเวชสาร; 2535. หน้า 168-88.
15. Thongsuksai P, Chongsuvivatwong V, Sriplung H. Delay in breast cancer care: a study in Thai women. *Med Care* 2000; 38: 108-14.
16. Ernster VL, Barclay J, Kerlikowske K, Grady D, Henderson C. Incidence and treatment for ductal carcinoma in situ of the breast. *JAMA* 1996; 275: 913-8.
17. อุดลย์รัตน์วิจิตราศิลป์. Management of DCIS; non- palpable & clinicaly palpable. ใน: สุกกร โรจนนินทร์, อุดลย์รัตน์วิจิตราศิลป์, กริช โพธิสุวรรณ, วารินทร์ ตันจักษ์สุกศิริ, บรรณาธิการ. *Head, neck and breast surgery* (2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2543. หน้า 345-52.
18. Fan J, Wang L, Wang XJ, Wu J, Lu JS, Di GH, et al. Breast conservative therapy in east part of China: a retrospective cohort study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2006; 132: 573-8.