



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนด
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครอง
ตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล
ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมิน
ผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นายตรี โคตรมี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการ
ประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายพันธ์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	ประเภท	สัดส่วน ของ ผลงาน
๑.	นายตรี โคตรมี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๔๙๑๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๔๙๑๐	เลื่อนระดับ	๙๐%
ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน Lymph node ratio เป็นปัจจัยการพยากรณ์โรคในมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเลาะ ต่อมน้ำเหลือง ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน Breast cancer fastrack in KhonKaen Hospital รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"							

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง Lymph node ratio เป็นปัจจัยการพยากรณ์โรคในมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเลเซอร์
ต่อมน้ำเหลือง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

- กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค โรงพยาบาลขอนแก่น เริ่มเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง มกราคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ความรู้เกี่ยวกับการเกิดมะเร็งเต้านม
- ความรู้เกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษามะเร็งเต้านม
- ความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัยและส

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย Lymph node status เป็น prognostic factor ที่สำคัญในมะเร็งเต้านม Vincent Vinh-hung et al รายงาน Lymph node ratio (LNR) ในมะเร็งเต้านม พบจำนวน percent ของ involved nodes มีความสัมพันธ์โดยตรงและมีประโยชน์โดยตรงในการบ่งบอก nodal involvement^(๑) งานวิจัยก่อนหน้านี้รายงาน LNR ในมะเร็งเต้านมโดยแบ่งเป็น LNR (๒๕%), Moderate LNR (๒๕% to ๗๕%), and High LNR (๗๕%) พบมี overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๒) BhusukKeam et al รายงาน LNR ใน stage II/III พบ relapse free survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ ใช้ cut off point ๐.๒๕ พบมี overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๓) Vincent Vinh-Hung et al รายงาน LNR ในมะเร็งเต้านมพบว่า LNR สามารถพยากรณ์ survival ในมะเร็งเต้านม ได้ดีกว่า pN classification และน่าจะนำมาเป็นทางเลือกในการรายงานผลและการทำ pN staging^(๔) NüvitDuraker et al รายงาน LNR โดยใช้ cutoff point ๐.๒ พบมี disease free survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ใช้ cut off point ๐.๓ พบมี Locoregional recurrence-free survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ใช้ cutoff point ๐.๑๕ พบมี Distant metastasis-free survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๕) TaninTitipungul et al รายงาน LNR ในมะเร็งเต้านม ในประเทศไทย จำนวน ๑๒๒ ราย พบว่า low- (๐.๒๐), intermediate- (๐.๒๐ and ๐.๖๕), and high-risk (๐.๖๕) LNR group มี overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและให้ค่า predictive value ต่อ prognosis ดีกว่า pN^(๖) AyşegülSakin et al (๒๐๒๐) รายงาน LNR ใน stage II to III โดยแบ่ง เป็น LNR <๐.๒๑, LNR=๐.๒๑-๐.๖๕, และ LNR >๐.๖๕ พบ Disease-free Survival และ overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๑๑) Xiang Ai et al (๒๐๒๐) รายงาน LNR ในมะเร็งเต้านมที่ได้ neoadjuvant chemotherapy ได้แบ่ง LNR เป็น ๔ กลุ่มคือ ๑) LNR= ๐, ๐.๐๑-๐.๒๐, ๐.๒๑-๐.๖๕, >๐.๖๕ พบว่า ทั้ง ๔ กลุ่ม พบ event-free survival และ overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และศึกษาต่อไปในกลุ่ม Triple negative พบหากใช้ cutoff ถัดที่ใช้ในการวิจัย point ที่ ๐.๑๕ จะพบ event-free survival และ overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๑๒) Tae Jin Han et al รายงาน LNR ในมะเร็งเต้านม ที่มี ๑-๓ positive nodes (N๑) พบ cutoff point ที่ ๐.๑๕ จะพบ locoregional recurrence-free survival, distant metastasis-free survival, disease-free survival ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๕) และ S I Kim et al (๒๐๑๓) รายงาน LNR ในมะเร็งเต้านม ๓,๔๗๗ ราย ที่มี positive nodes ๑-๓ nodes โดยใช้ cut off point ๐.๑๘ พบ overall survival แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๘)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์

ศึกษา prognostic value ของ LNR ใน breast cancer ที่รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น
ผลที่จะได้รับ

ทราบว่า LNR มี prognostic value ใน breast cancer ที่รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการทำวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by retrospective data collection) โดยการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยและรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาทางระบบคอมพิวเตอร์

เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่วินิจฉัยว่ามะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่

โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๕๓ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

๔.๑ ผู้หญิงอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป

๔.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

๔.๑ ผู้ป่วยที่วินิจฉัย Lymphoma, Malignant phyllodes tumor, soft tissue sarcoma

๔.๒ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทราบสถานการมีชีวิตอยู่ปัจจุบัน

๔.๓ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดนอกโรงพยาบาลขอนแก่นและส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น

๔.๔ ผู้ป่วยที่ได้รับ Neoadjuvant therapy มาก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

แปลงเป็นรหัสบันทึกเพื่อป้อนลงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, SD, kaplanmeier survival curve และ Overall survival

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ ๓๔-๗๘ ปี เฉลี่ย ๕๑.๔๙ +/- ๙.๘๗ ปี อัตราการรอดชีวิตเกิน ๕ ปี เป็น ๗๓.๗% Tumor size ตั้งแต่ ๐.๓-๘.๐ cm เฉลี่ย ๓.๒๓ +/- ๑.๖๕ cm Histological grade ส่วนใหญ่คือ grade ๒ จำนวน ๕๕ ราย (๕๕%) รองลงมาคือ grade ๓ จำนวน ๔๓ ราย (๔๓%) และ grade ๑ จำนวน ๒ ราย (๒%) ตามลำดับ Node positive ตั้งแต่ ๐-๒๗ nodes เฉลี่ย ๓.๓๘ +/- ๔.๗๘ nodes Node examination จำนวน ๑-๓๗ nodes เฉลี่ย ๑๖.๘๗ +/- ๖.๑๕ nodes ER positive ๕๙ ราย (๕๙%), PR positive ๖๓ ราย (๖๓%), Her2 positive ๒๕ ราย (๒๕%) พบ Lymph-vascular invasion จำนวน ๔๖ ราย (๔๖%) LNR ตั้งแต่ ๐.๐๐๐-๑.๐๐๐ แบ่งเป็น LNR < ๐.๒๑ จำนวน ๖๕ ราย (๖๕%) LNR ๐.๒๑-๐.๖๕ จำนวน ๒๓ ราย (๒๓%) LNR > ๐.๖๕ จำนวน ๑๑ ราย (๑๑%) ดังแสดงในตารางที่ ๑.

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

อายุ		๓๕-๗๘ ปี	เฉลี่ย ๕๑.๔๙ +/- ๙.๘๗
มีชีวิตรอดอยู่		๖๓	๖๓%
๕-years survival			๗๓.๗%
Tumor size		๐.๓-๘.๐ cm	mean ๓.๒๓ +/- ๑.๖๕ cm
Histological grade	grade ๑	๒	๒%
	grade ๒	๕๕	๕๕%
	grade ๓	๔๓	๔๓%
Node positive		๐-๒๗ nodes	mean ๓.๓๘ +/- ๔.๗๘ nodes
Node examination		๑-๓๗ nodes	mean ๑๖.๘๗ +/- ๖.๑๕ nodes
ER positive		๕๙	๕๙%
PR positive		๖๓	๖๓%
HER-๒ positive		๒๕	๒๕%
Lymph-vascular invasion		๔๖	๔๖%
LNR		๐.๐๐๐-๑.๐๐๐๐	Mean ๐.๒๐๘ +/- ๐.๒๗๑
	<๐.๒๑	๖๕	๖๕%
	๐.๐๒๑-๐.๖๕	๒๓	๒๓%
	>๐.๖๕	๑๑	๑๑%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕.๒. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Overall survival

จากการวิเคราะห์ด้วย kaplanmeier survival curve พบว่า Histological grade มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value ๐.๐๒๐) , HER-๒ positive มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value ๐.๐๐๑) , LNR มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <๐.๐๐๐๑), N stage มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <๐.๐๐๐๑), M stage มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value ๐.๐๓๙), Pathological stage มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value ๐.๐๐๓), Adjuvant therapy มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <๐.๐๐๐๑), Endocrine therapy มีความสัมพันธ์กับ Overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value ๐.๐๐๖) แต่ ER positive, PR positive, Lymph-vascular invasion, positive resection margin, T stage, Ki-๖๗ ไม่มีความสัมพันธ์กับ Overall survival ดังแสดงในตารางที่ ๒

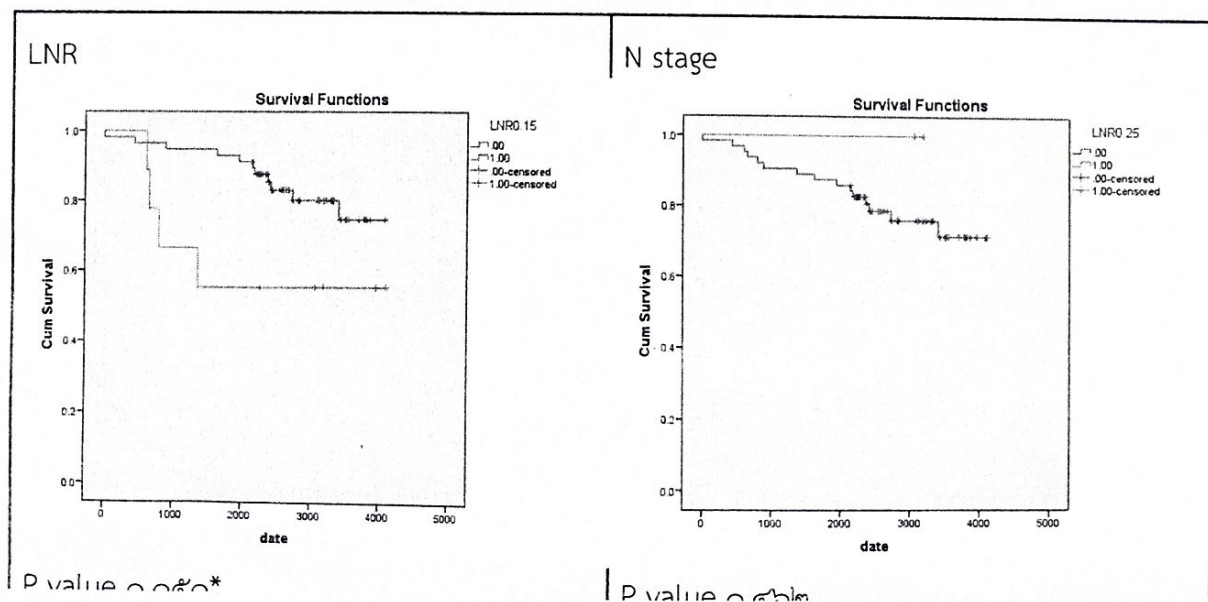
ตารางที่ ๒ แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับ Overall survival

	Chi-square	P value
Histological grade	๕.๓๙๘	๐.๐๒๐*
ER positive	๒.๗๑๓	๐.๑๐๐
PR positive	๒.๐๐๕	๐.๑๕๗
HER-๒ positive	๑๐.๒๔๘	๐.๐๐๑*
Lymph-vascular invasion	๓.๔๖๑	๐.๐๖๓
Positive resection margin	๐.๙๓๓	๐.๓๓๔
LNR	๒๗.๘๐๙	<๐.๐๐๐๑*
Ki-๖๗	๒.๓๔๐	๐.๑๒๖
T stage	๖.๔๙๑	๐.๐๙๐
N stage	๕๙.๔๖๐	<๐.๐๐๐๑*
M stage	๔.๒๗๐	๐.๐๓๙*
Pathological stage	๑๔.๑๗๙	๐.๐๐๓*
Adjuvant therapy	๑๖.๒๓๒	<๐.๐๐๐๑*
Endocrine therapy	๗.๕๖๑	๐.๐๐๖*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

๓. LNR สัมพันธ์กับ Overall survival ในกลุ่ม N๑ ที่ดีกว่า N stage

จากการวิเคราะห์ด้วย kaplanmeier survival curve ในกลุ่ม N๑ พบ LNR สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value ๐.๐๕๐) ในขณะที่ N stage ไม่มีความสัมพันธ์กับ overall survival ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑ แสดงความสัมพันธ์ของ LNR กับ overall survival



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ หาก LNR เป็น useful prognostic factor ที่สามารถพยากรณ์ N prognosis ของ breast cancer ได้ แนะนำให้เพิ่มค่า LNR ใน pathological report ของโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อแพทย์สามารถแนะนำผู้ป่วยรวมถึงพยากรณ์โรคได้ดีขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- เขียนเค้าโครงงานวิจัย
- ทบทวนวรรณกรรมวิจัย
- เขียนแบบขอการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
- เขียนโครงการของงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย
- รวบรวมสิ่งส่งตรวจของกลุ่มตัวอย่าง
- เก็บข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
- รวบรวมผลการทดลองที่ได้จากการทดลอง
- วิเคราะห์ทางสถิติ
- สรุปงานวิจัย
- เขียนงานวิจัยเต็มรูปแบบ (Manuscript)
- แก้ไขงานวิจัยเต็มรูปแบบ (Manuscript) ตามคำแนะนำของกองบรรณาธิการวารสาร

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบ Retrospective study จึงทำให้ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางส่วนขาดหายไปและมีผู้ป่วยบางคนที่ไม่ได้มาตามนัดการรักษา ทำให้อาจจะมีผลการศึกษาที่มีความไม่สมบูรณ์ได้
- การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลมหาสารคามเพียงแห่งเดียว จึงอาจจะมีข้อจำกัดในด้านของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา

๙. ข้อเสนอแนะ

- ในการศึกษาเรื่องนี้ในอนาคตควรศึกษาแบบ Prospective study เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ รวมถึงความน่าเชื่อถือมากที่สุด นอกจากนั้นแล้วควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่มากขึ้น เช่น ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเขตสุขภาพที่ ๗ เป็นต้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ตีพิมพ์ในวารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หาผู้ขอประเมินดำเนินการผู้เดียวให้ระบุและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นายแพทย์ ตรี โคตรมี มีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐

๒) นางสาวศศิกันต์ แก้วกันยา มีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายตรี โคตรมี)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่)...../...../.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายตรี โคตรมี	
นางสาวศศิกันต์ แก้วกันยา	ศศิกันต์ แก้วกันยา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวอภิญญา โชติญาโณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นายธนินิตย์ สังคมกำแหง)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นายเกรียงศักดิ์ วิชรกุลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

14 ก.ค. 2566

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง Breast cancer fastrack in KhonKaen Hospital

๒. หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ มะเร็งเต้านมพบบ่อยเป็นอันดับที่ ๓ ของมะเร็งในหญิงไทย รองลงมาจากมะเร็งตับและมะเร็งปากมดลูกเท่านั้นโดยมีอุบัติการณ์ ๑๓.๕ ต่อประชากรแสนคนและมีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๓๘ มะเร็งเต้านม พบบ่อยเป็นอันดับที่สอง รองลงมาจากมะเร็งปากมดลูก หรือคิดเป็น ๑๕.๒-๑๙.๑% ของมะเร็งในผู้ป่วยหญิง สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะของฮอร์โมน, พันธุกรรมและภาวะทางสภาพแวดล้อม โดยทั่วไปมักพบมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป (แต่ในแถบเอเชียพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่านี้ได้บ่อยขึ้น) ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อย (early menarche) และหมดประจำเดือนช้า (late menopause) การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมาก โดยเฉพาะมากกว่า ๓๐ ปี มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวเดียวกัน องค์ประกอบอื่น เช่น การได้รับรังสี และปริมาณไขมันในสารอาหารที่รับประทาน เป็นต้น มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด (มีเพียง ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาพบหมอด้วยอาการปวดเต้านม) แต่จะคลำพบก้อนที่เต้านมสังเกตได้ก่อนที่เป็นมะเร็งเต้านมมักจะแข็งและขรุขระแต่อาจเป็นก้อนเรียบๆได้ อาการอื่นๆ อาจพบผิวหนังที่เต้านมบุ๋มลงไปคล้ายลักยิ้ม หรือมีรูปร่างของเต้านมผิดไปจากเดิม หรืออาจมีแผลที่หัวนมและรอบหัวนม หรือมีน้ำเหลืองหรือน้ำเลือดไหลออกจากหัวนมบางรายคลำพบก้อนบริเวณรักแร้และนานๆครั้งจะพบมะเร็งเต้านมที่มีอาการบวมแดงคล้ายการอักเสบที่เต้านม นอกจากอาการผิดปกติที่เต้านมแล้วการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม (mammogram) และอัลตราซาวด์ (ultrasound) ยังสามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมขนาดเล็กตั้งแต่ยังไม่มีการได้โดยอาจพบก้อนหรือจุดหินปูนในเนื้อเต้านมได้ การตรวจเลือดเพื่อหามะเร็งเต้านมนั้นมีความแม่นยำค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมจะพบผลการตรวจเลือดเกี่ยวกับมะเร็ง เช่น CA๑๕๓, CEA ผิดปกติน้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ขณะเดียวกันผู้ที่มีผลเลือดปกติก็อาจเป็นมะเร็งเต้านมอยู่แล้ว ส่วนการตรวจยีน เช่น gene BRCA๑, BRCA๒ ซึ่งจะมีความผิดปกติในมะเร็งเต้านมที่เป็นกันทั้งครอบครัวหากตรวจพบก็ไม่ได้หมายความว่ากำลังเป็นมะเร็งอยู่เพียงแต่ทำให้รู้ว่าโอกาสจะพบมะเร็งเต้านมในคนๆนั้นมีมากกว่าคนทั่วไปและยีนดังกล่าวก็พบได้เพียงร้อยละ ๕ - ๑๐ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด การรักษามะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีการพัฒนาไปค่อนข้างเยอะไม่จำเป็นจะต้องสูญเสียเต้านมเสมอไปแต่รูปแบบต่างๆไปของการรักษามะเร็งเต้านม ประกอบไปด้วย

- Mastectomy ก็คือการตัดเต้านมออกทั้งเต้า เป็นการผ่าตัดที่คนไข้หญิงทุกคนค่อนข้างกังวลกับรูปแบบการผ่าตัดแบบนี้

- Nipple Sparing Mastectomy with immediate reconstruction คำนวณเนื้อเต้านมที่อยู่ทางด้านใน ออกทั้งหมดแล้วเราทำการเสริมสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่โดยทันที ในระหว่างทำผ่าตัดนั้นทุกอย่างจะเสร็จภายในการผ่าตัดหนึ่งครั้ง เราก็จะได้เต้านมที่มีรูปร่างสวยงามเหมือนเดิม

- Breast conservative surgery การผ่าตัดแบบนี้ก็คือ การควั่นก้อนมะเร็งเต้านมออกอย่างกว้างๆ โดยเก็บเนื้อเต้านมส่วนใหญ่ของคนไข้เอาไว้ หลักการก็คือ เนื้อเต้านมส่วนใหญ่ของคนไข้ที่เรา เก็บเอาไว้จะต้องยังคงรูปให้ความสวยงามได้ในระดับหนึ่ง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

- ติดป้ายชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN ไว้บนภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ อาจระบุวัยวะ ตำแหน่ง เพิ่มเติมหากส่งหลายภาชนะ ระบุระยะรังไข่ไม่ใช้ปากกาที่น้ำหมึกอาจเลือนเมื่อโดนน้ำยาฟอมาลิน รายละเอียดของสิ่งส่งตรวจ และจำนวนภาชนะ ที่ส่งตรวจต้องตรงกับที่ระบุไว้ในใบขอตรวจชิ้นเนื้อ

- แนบบใบขอตรวจชิ้นเนื้อ (surgical pathology request form) มาพร้อมกับสิ่งส่งตรวจเสมอ โดยกรณากรอกข้อมูล ผู้ป่วย ประวัติทางคลินิกที่สำคัญ ลักษณะของสิ่งที่ส่งตรวจพร้อมทั้งประเภทหัตถการให้ถูกต้อง ระบุความต้องการ ตรวจให้ชัดเจน กรุณาระบุเบอร์โทรติดต่อ วันเวลานัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไป เพื่อให้พยาธิแพทย์ติดต่อกลับใน

- หากชิ้นเนื้อชิ้นใหญ่ น้ำยาฟอมาลินจะซึมผ่านไม่ได้ตลอด ให้แพทย์ผู้รักษาผ่านเป็นชิ้นหนาประมาณ ๑-๒ ซม. ในแนวใดแนวหนึ่งเท่านั้น เพื่อให้ น้ำยาฟอมาลินแทรกซึมได้อย่างทั่วถึงและพยาธิแพทย์สามารถจัดเรียงเป็นรูป แบบเดิมได้ขณะทำการตรวจด้วยตาเปล่า หรือรับนำส่งห้องปฏิบัติการเพื่อให้พยาธิแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ดำเนินการ ต่อไป

- ชิ้นเนื้อที่ต้องการดู surgical margin ให้แพทย์ผู้ส่งทำเครื่องหมาย เช่น ใช้ไหมผูก พร้อมทั้งเขียนคำอธิบาย หรือ วาดรูปประกอบลงในใบขอตรวจชิ้นเนื้อ เนื่องจากชิ้นเนื้อที่แช่ในฟอมาลินอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง และสีได้ โครงสร้างที่มีความละเอียดอ่อนหรือมีขนาดเล็กอาจสังเกตได้ยากขณะทำการตัดชิ้นเนื้อ (gross examination)

- เมื่อลงทะเบียนแล้ว เจ้าหน้าที่จะประทับตรา “Breast cancer FASTTRACK” และดำเนินการต่อไป

- เจ้าหน้าที่ในจุดต่างๆ จะดำเนินการกับชิ้นเนื้อที่เป็น “Breast cancer FASTTRACK” ให้แล้วเสร็จก่อนชิ้นเนื้ออื่นๆ

- พยาธิแพทย์จะให้การวินิจฉัยชิ้นเนื้อที่เป็น “Breast cancer FASTTRACK” ให้แล้วเสร็จก่อนชิ้นเนื้ออื่นๆ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับผลการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทันต่อการรักษา

- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับผลการวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน ๓

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ชิ้นเนื้อจากเต้านมได้รับการตรวจวินิจฉัยและออกผลภายใน ๗ วันทำการ ร้อยละ ๙๐

- ชิ้นเนื้อที่ได้รับกรวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการย้อม immunohistochemistry ภายใน ๑๐ วันทำการ ร้อยละ ๙๐

- ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ Breast cancer fast tract มากกว่าร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ.....


(นายตรี โคตรมี)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ขอประเมิน