

มะเร็งเต้านม

อ.ดร.พญ.วราภรณ์ อิ่มฤทัยเจริญโชค

ภาควิชาศัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มะเร็งเต้านมเป็นภัยเงียบที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง ที่ทำให้กังวลและกลัวกันมาก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการตรวจหาความผิดปกติด้วยตนเอง หากพบความผิดปกติควรรีบพบแพทย์ เพื่อจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและสามารถรักษาได้ทันเวลาที่

สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านม เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติบริเวณของท่อน้ำนม หรือในต่อมน้ำนมที่มีการเจริญเติบโตและควบคุมไม่ได้ จนอาจเกิดเป็นแผลแตกบริเวณผิวหนังเหนือก้อน หรือมีการกระจายไปตามต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ข้างเคียง เช่น ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือบริเวณไหปลาร้า

ปัจจัยเสี่ยง ที่พบบ่อยในปัจจุบัน คือ มีประวัติทางด้านพันธุกรรมของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม หรือโรคมะเร็งรังไข่ในครอบครัว หรือมีประวัติการใช้ยาฮอร์โมนเพื่อการคุมกำเนิด หรือเพื่อรักษาภาวะวัยทองเป็นระยะเวลานาน ๆ จะช่วยเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งเต้านม

ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติที่บริเวณเต้านม เช่น การคลำได้ก้อนบริเวณเต้านม ไม่ว่าจะเป็นก้อนแข็ง ก้อนนิ่ม ก้อนราบเรียบหรือก้อนขรุขระ รวมไปถึงอาการบวม แดง มีผิวหนังดิ่งรั้งหรือบุ๋มลง รวมไปถึงหัวนมที่มีการรั้งลงกว่าปกติ มีเลือดออกหรือมีน้ำไหลออกจากบริเวณหัวนม ควรรีบมาพบแพทย์

แพทย์จะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อหาความผิดปกติ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งตรวจพิเศษทางเต้านม เช่น การทำอัลตราซาวด์ และแมมโมแกรม หลังจากพบความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ เพื่อให้ทราบการวินิจฉัยของมะเร็งเต้านม

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม การรักษาส່วนใหญ่จะเริ่มด้วยการผ่าตัด สามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมไว้ รวมถึงการผ่าตัดเอาเต้านมออก และอาจทำร่วมกับการสร้างเต้านมใหม่แทนเต้านมเดิมที่ถูกตัดออกไป ซึ่งการรักษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรงของตัวโรค โดยแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป เพื่อให้คุณภาพชีวิตและการรักษาของผู้ป่วยดีที่สุด

ทั้งนี้การตรวจเต้านมด้วยตัวเอง เพื่อสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ยังคงมีความสำคัญที่ช่วยในตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพราะฉะนั้นควรตรวจเต้านมด้วยตัวเองเป็นประจำเดือนละครั้ง ตรวจด้วยท่ายืนหรือท่านอนก็ได้ โดยยกแขนข้างที่ต้องการตรวจเต้านมขึ้น หลังจากนั้นใช้มือฝั่งตรงข้ามคลำและวนไปรอบ ๆ เต้านมให้ทั่วบริเวณเต้านม รวมทั้งปีบบริเวณรอบฐานนมว่ามีน้ำออกมาจากหัวนม หรือสังเกตว่ามีความผิดปกติที่ผิวหนังร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าพบความผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยได้ทันที

โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางชนิดมีอกแก้ว (Myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated disease)

อ. พญ. ทักษพร องค์พิเชฐเมธา

รศ. พญ. จิราพร จิตประไพกุลศาล

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดจากการอักเสบของปลอกประสาทซึ่งมีหน้าที่นำกระแสประสาทระหว่างเซลล์ มักพบในบริเวณเส้นประสาทตา สมอง และไขสันหลัง เมื่อปลอกประสาทที่หุ้มแกนประสาทเกิดความผิดปกติ จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรค เช่น อาการตามัวจากเส้นประสาทตาอักเสบ อาการอ่อนแรงหรือชาแขนขาจากไขสันหลังอักเสบ

โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางที่พบได้บ่อย และได้รับการศึกษาอย่างยาวนาน ได้แก่ โรคมัลติเพิลสเคลโรสิสหรือเอ็มเอส (multiple sclerosis หรือ MS) และ โรคนิวโรมัยอีไลติสออพติกาหรือเอ็นเอ็มไอ (neuromyelitis optica หรือ NMO) กล่าวในบทความเรื่อง “โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางชนิดเอ็มเอส” และ “โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางชนิดเอ็นเอ็มไอ” ในช่วงทศวรรษนี้ ได้มีการตรวจพบและศึกษามากขึ้นเกี่ยวกับโรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางชนิดมีอกแก้ว บทความนี้เรียกโดยย่อว่า โรคมีอกแก้ว ซึ่งมีอุบัติการณ์รองลงมาจากโรคเอ็นเอ็มไอและโรคเอ็มเอส

โรคปลอกประสาทอักเสบชนิดมีอกแก้ว

โรคมีอกแก้วเป็นโรคที่พบได้ทุกช่วงอายุ พบบ่อยในวัยเจริญพันธุ์ อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20-30 ปี อาการและอาการแสดงของโรคมีอกแก้วในผู้ป่วยวัยต่างกันจะมีความแตกต่างกันซึ่งจะได้กล่าวต่อไป โรคนี้พบในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ยังไม่พบว่ามี การถ่ายทอดทางพันธุกรรมในครอบครัว

กลไกการเกิดโรค

ปัจจุบันยังไม่พบสาเหตุเกิดโรคมีอกแก้วที่ชัดเจน ร่างกายของผู้ป่วยสร้างต่อต้านภูมิหรือแอนติบอดีต่อโปรตีนชื่อ myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) หรือโปรตีนมีอก ซึ่งเป็นโปรตีนบนปลอกประสาท

เมื่อแอนติบอดีจับกับโปรตีนมีก จะเกิดการอักเสบบริเวณดังกล่าว เกิดความเสียหายต่อปอดประสาท ทำให้เกิดการนำกระแสประสาทผิดปกติ นำมาซึ่งอาการผิดปกติตามมา

อาการและอาการแสดงของโรคมีกเกิด

อาการของโรคมีกเกิดมีความแตกต่างตามช่วงอายุ ผู้ป่วยที่อาการขณะอายุน้อย มักมาพบแพทย์ด้วยอาการของสมองอักเสบหลายตำแหน่ง ส่วนผู้ป่วยผู้ใหญ่ มักมีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากเส้นประสาทตาอักเสบ ไชสันหลังอักเสบ หรือเกิดร่วมกันทั้งเส้นประสาทตาและไชสันหลังอักเสบ

ผู้ป่วยที่มีเส้นประสาทตาอักเสบจากโรคมีกเกิด มักมีอาการตามัวลงอย่างรวดเร็ว ในเวลาเป็นวันถึงเป็นสัปดาห์ อาจจะมีตามัวลง 1 ข้างหรือ 2 ข้างก็ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดตา โดยเฉพาะเวลากลอกตา มีความผิดปกติของการมองเห็นภาพสี ทำให้เห็นภาพสีซีดลงหรือเป็นสีชาดำ อาการที่เกิดจากเส้นประสาทตาอักเสบอาจมีความรุนแรงจนถึงตามืดสนิท เมื่อตรวจจอบประสาทตาอาจพบขั้วประสาทตาบวม

อาการของไชสันหลังอักเสบในโรคมีกเกิด ได้แก่ อ่อนแรงของแขนขา ชาบริเวณลำตัว แขนขา และพบความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เช่น ปัสสาวะอุจจาระไม่ออก หรือมีปัญหาการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ รวมถึงอาจมีความผิดปกติของการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ภาวะไชสันหลังอักเสบในโรคมีกเกิดอาจเกิดร่วมกับเส้นประสาทตาอักเสบได้

อาการอื่น ๆ ที่พบได้ในโรคมีกเกิด ได้แก่ อาการที่เกิดจากสมองอักเสบ เช่น ชัก ปวดศีรษะ มีไข้ มีความผิดปกติของการพูด ความเข้าใจภาษา อาการที่เกิดจากก้านสมองหรือสมองน้อยอักเสบ เช่น เดินเซ เห็นภาพซ้อน

ผู้ป่วยโรคมีกเกิดที่เริ่มมีอาการในวัยเด็ก อาจมีอาการสมองอักเสบชนิด ADEM (acute disseminated encephalomyelitis) ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ ซึม หรือชัก เป็นต้น ภาวะนี้ตรวจเพิ่มเติมด้วยภาพคลื่นแม่เหล็กหรือเอ็มอาร์ไอ

อย่างไรก็ตาม อาการดังกล่าวไม่จำเพาะต่อโรคมีกเกิด แต่ยังสามารถพบได้ในโรคในกลุ่มโรคปอดประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางอื่น ๆ เช่น โรคเอ็มเอส โรคเอ็นเอ็มโอ ซึ่งมีอุบัติการณ์ที่มากกว่า ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง

การตรวจเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัย

1. การตรวจภาพคลื่นแม่เหล็กสมอง เส้นประสาทตา หรือ ส่วนไชสันหลัง
2. การตรวจเลือด เพื่อตรวจหาแอนติบอดีต่อโปรตีนมีก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการวินิจฉัยโรค
3. การตรวจน้ำไชสันหลัง สามารถพบลักษณะที่บ่งชี้ถึงการอักเสบ และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่น เช่น การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางได้

4. การตรวจจอบประสาทตาโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ การถ่ายภาพจอบประสาทตา การตรวจการนำกระแสประสาทตา และการตรวจความหนาจอบประสาทตา

การรักษาโรคมือกแก้ว

การรักษาประกอบด้วย การรักษาจำเพาะและการรักษาตามอาการ
การรักษาจำเพาะ ได้แก่

1. การรักษาในระยะกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ การฉีดยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือด 3-7 วัน ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ แพทย์อาจพิจารณาการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (plasma exchange) หรือการใช้อิมมูโนโกลบูลิน (intravenous immunoglobulin)

หลังระยะกำเริบเฉียบพลัน แพทย์มักค่อย ๆ ลดยากินสเตียรอยด์ในระยะเวลาประมาณ 3-6 เดือน เนื่องจากการศึกษาพบว่าการลดยากินสเตียรอยด์อย่างรวดเร็วสัมพันธ์กับการเกิดการกำเริบซ้ำในโรคมือกแก้ว

2. การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ แนวทางการพิจารณาป้องกันขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น อายุ อาการ ความรุนแรง ผลเลือด

ผู้ป่วยโรคมือกแก้วส่วนหนึ่งจะมีอาการกำเริบเพียงครั้งเดียว ปัจจุบันแพทย์มักพิจารณาเริ่มยากดภูมิคุ้มกันในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคมือกแก้วเมื่อผู้ป่วยเกิดการกำเริบซ้ำ หรืออาการเป็นรุนแรง หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการกำเริบซ้ำ แพทย์อาจพิจารณาตรวจพบแอนติบอดีต่อโปรตีนมือกประมาณ 6 เดือนหลังจากมีการกำเริบครั้งแรก เพื่อเป็นสิ่งบ่งชี้ว่ามีโอกาสโรคกำเริบหรือไม่ ตัวอย่างยาป้องกันการกำเริบ เช่น ยาเอซาไธโอพรีน

(azathioprine) ยาเอ็มเอ็มเอฟ (mycophenolate mofetil) ยาริทูซิแมบ (rituximab) หรืออิมมูโนโกลบูลิน

การรักษาอาการต่าง ๆ ของโรค เช่น อาการเกร็งของแขนขา อาการปวดแสบร้อน ซึ่งเกิดตามหลังการเกิดไขสันหลังอักเสบ จะมีหลักการการรักษาเช่นเดียวกับในผู้ป่วยโรคเอ็นเอ็มไอ สามารถอ่านในบทความเรื่อง “โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางชนิดเอ็นเอ็มไอ ตอนที่ 2” และ “เมื่อฉันป่วยเป็นโรคปลอกประสาทอักเสบชนิดเอ็นเอ็มไอ ควรทำตัวอย่างไร”

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยโรคมือกแก้วส่วนใหญ่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ในระยะกำเริบเฉียบพลัน ถึงแม้ผู้ป่วยจะเกิดความพิการรุนแรงขณะที่กำเริบ เมื่อติดตามต่อไปมักพบว่าการพยากรณ์โรคโดยรวมของโรคมือกแก้วมีการฟื้นตัวดี และหลงเหลือความพิการน้อย

ผู้ป่วยโรคมือกแก้วอาจเกิดอาการกำเริบเพียงครั้งเดียวเมื่อวินิจฉัย หรืออาการเกิดการกำเริบซ้ำเป็นพัก ๆ โดยผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมือกแก้วและมาด้วยอาการที่เกิดจากภาวะสมองและไขสันหลังอักเสบ ADEM มักไม่ได้รับการกำเริบซ้ำ

ทั้งนี้จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าหากตรวจพบสารต่อต้านภูมิต่อโปรตีนม็อกเมื่อตรวจซ้ำที่ 6 เดือน
หลังจากมีการกำเริบครั้งแรก จะสัมพันธ์กับการเกิดการกำเริบซ้ำของโรคในอนาคต ซึ่งบางการศึกษาพบว่าโอกาส
กำเริบซ้ำสูงถึงร้อยละ 80

โรงพยาบาลศิริราชมีคลินิกเฉพาะโรค คือ คลินิกโรคเอ็มเอส รักษาผู้ป่วยโรคปลอกประสาทอักเสบทั้ง
ชนิดเอ็มเอส เอ็นเอ็มไอ และม็อกแก๊ต มีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคม็อกแก๊ตอย่างต่อเนื่อง
Search term: MOG, MOGAD, โรคม็อก, โรคม็อกแก๊ต, โรคม็อกแก๊ต