

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. ปัญหาทางสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม จำแนกตามการรักษา
 - 2.1 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการรักษาด้วยการผ่าตัด
 - 2.2 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 2.3 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสีรักษา
 - 2.4 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการรักษาด้วยชีวบำบัด
 - 2.5 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการรักษาด้วยฮอร์โมน
3. ปัญหาทางจิต-สังคม
4. การจัดการตนเอง

มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากในเพศหญิงทั่วโลกทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและในประเทศไทย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2546; American Cancer Society, 2000) โดยมีจำนวนการเกิดเพิ่มมากขึ้น (American Cancer Society, 2003) อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งในประเทศแถบยุโรป สหรัฐอเมริกา และประเทศต่างๆ ในเอเชีย (มาลัย มุตตารักษ์, 2545) สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่เป็นผู้ป่วยในของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวน 9,436 ราย คิดเป็นอัตรา 21.87 ต่อประชากรแสนคน และในปีพ.ศ. 2545 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 16,613 ราย คิดเป็นอัตรา 28.26 ต่อประชากรแสนคน (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2546) และมักพบในคนอายุ 40-49 ปี (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545)

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่สามารถเกิดได้ทุกส่วนของเต้านมรวมทั้งส่วนที่ยื่นเข้าไปในรักแร้ที่เรียกว่า แอ็กซิลลารีเทล (axillary tail) มะเร็งเต้านมส่วนมากเกิดขึ้นบริเวณส่วนบนด้านนอก (upper outer quadrant) (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545) และมากกว่าร้อยละ 75 เป็นมะเร็งที่มีการลุกลามอยู่ในหลอดเลือดหรือท่อน้ำเหลือง (invasive ductal carcinoma) มักจะเป็นข้างเดียว (unilateral) มีลักษณะเป็นก้อนแข็ง ผิวยรุขระ (poorly delineated) ไม่เจ็บ เส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนที่ตรวจพบจากการคลำหรือตรวจด้วยตนเอง มีขนาดประมาณ 3-3.5 เซนติเมตรซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่ จะสัมพันธ์กับการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541)

การแบ่งระยะ ของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะ(staging) ของมะเร็งเต้านม นิยมแบ่งตามระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM: T = primary tumor size, N = regional lymph node, M = distant metastasis) (American Cancer Society, 2003) ซึ่งระบบทีเอ็นเอ็ม เป็นการประเมินขนาดของก้อนเนื้ออก (T) การคลำต่อมน้ำเหลือง (N) และการแพร่กระจายของโรค (M) โดยที่

ขนาดของก้อนเนื้ออก (T) มีการแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

- T₁ หมายถึง ก้อนเนื้ออกที่มีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร
- T₂ หมายถึง ก้อนเนื้ออกที่มีขนาด 2-5 เซนติเมตร
- T₃ หมายถึง ก้อนเนื้ออกที่มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร
- T₄ หมายถึง ก้อนเนื้ออกที่มีขนาดเท่าใดก็ได้ แต่ก้อนเนื้ออกมีการแพร่กระจาย

การคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (N) แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

- N₀ หมายถึง ไม่สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้
- N₁ หมายถึง สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้และต่อมน้ำเหลืองนั้นเคลื่อนที่ได้
- N₂ หมายถึง สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้ข้างเดียว และต่อมน้ำเหลือง

นั้นยึดติด

- N₃ หมายถึง สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกับก้อนมะเร็งได้

การแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง (M) แบ่งออกเป็น 2 ระดับดังนี้

- M₀ หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง
- M₁ หมายถึง มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

สมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on cancer, 1997 cite by Chapman & Goodman, 2000) ได้แบ่งระยะ ของมะเร็งเต้านมเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตรคลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง และ ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

ระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร มีการแพร่กระจายของ เซลล์มะเร็ง ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ คลำพบได้แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ห่างไกล หรือก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 2-5 เซนติเมตร แต่ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และอวัยวะที่ห่างไกล

ระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใดก็ได้ ที่มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยัง ผิวหนังหรือบริเวณผนังหน้าอก (pectoral) มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง บริเวณรักแร้ และกลุ่มของ internal mammary แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ห่างไกล

ระยะที่ 4 มะเร็งขนาดใดก็ได้ ที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะที่ ห่างไกล

เกรน (Crane, 2001) กล่าวถึงการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม ไว้ว่าสามารถแบ่งออกได้ เป็น 7 ระยะ ดังนี้

ระยะ 0 เซลล์มะเร็งยังอยู่ในตัวอ่อน คลำไม่พบก้อนและต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2A ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร คลำพบต่อมน้ำเหลือง หรือว่า ก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 เซนติเมตร คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2B ก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 เซนติเมตร และคลำต่อมน้ำเหลืองได้ หรือว่า ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร แต่คลำต่อมน้ำเหลืองไม่ได้

ระยะที่ 3A ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตรที่สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองได้และต่อมน้ำเหลืองรักแร้คลำได้และมีการยึดติด หรือก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตรต่อมน้ำเหลืองมีการยึดติดหรือไม่ก็ได้

ระยะที่ 3B มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่ผิวหนังและผนังทรวงอก หรือ ต่อมน้ำเหลืองใต้เต้านม

ระยะที่ 4 มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะที่ห่างไกล (all M1) รวมถึงสามารถคลำต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกันได้

จะเห็นได้ว่าการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมนั้น ถึงแม้ว่าจะมีการแบ่งแตกต่างกัน แต่ ทั้งหมดยึดหลักการแบ่งแบบทีเอ็นเอ็ม (TNM) ของ American Cancer Society ซึ่งการแบ่งระยะของ

มะเร็งเต้านมตามระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM) จะช่วยให้เข้าใจการลุกลามและการกระจายของโรคได้ชัดเจนขึ้นเพื่อการรักษาและการพยากรณ์โรคอย่างถูกต้อง นอกจากการใช้ระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM) จะนำมาช่วยวางแผนการรักษาแล้ว การตรวจตัวรับเอสโตรเจน (estrogen receptor) อายุของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม และการหมดประจำเดือน ก็นำมาใช้พิจารณาในการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วย (สุปรียา อนุตรโสทธิ, 2540)

สำหรับที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เน้นใช้การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมตามระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM) เช่นกัน

การรักษามะเร็งเต้านม

ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกได้ 2 ชนิด (วรชัย รัตนธรร, 2541) คือ

1. การรักษาแบบหายขาด (curative treatment) ใช้ในกรณีที่อยู่ในระยะแรกและสามารถรักษาให้หายได้ ได้แก่ การรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาด้วยรังสีรักษา
2. การรักษาด้วยวิธีประคับประคอง (palliative treatment) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการ ลดความเจ็บปวด และให้มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น ได้แก่ การรักษาด้วยรังสีรักษาเพื่อควบคุมแผลและลดอาการปวด การใช้ฮอร์โมน การใช้ภูมิคุ้มกันและการให้ยาเคมีบำบัด

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับมี 4 วิธีคือ การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการใช้ฮอร์โมน (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545) ซึ่งการรักษาทั้ง 4 วิธีสามารถแบ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่ ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเต้านมและการใช้รังสีรักษา เพื่อขจัดรอยโรคที่เป็นอยู่เฉพาะบริเวณที่ได้รับการรักษา และอีกวิธีหนึ่งคือการรักษาที่เกี่ยวกับระบบทั้งหมดของร่างกาย เป็นการรักษาโรคมะเร็งที่มีอยู่ในร่างกายทั้งหมดไปพร้อมกันซึ่งจะเป็นการขจัดรอยโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ทั้งที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดเป็นบางที่ และ/หรือที่ซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย ภายหลังจากการรักษาเฉพาะที่ไปแล้ว (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2547) ในปัจจุบันแพทย์นิยมใช้การรักษาร่วม ซึ่งจะมีการรักษาหลักคือ การผ่าตัดร่วมกับการใช้เคมีบำบัด โดยมี 2 ลักษณะคือ การผ่าตัดก่อนมะเร็งออกแล้วใช้เคมีบำบัดแบบร่วมกันหลายชนิด (adjuvant chemotherapy) และการใช้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อน แล้วจึงผ่าตัดก้อนมะเร็งออก (neoadjuvant chemotherapy) (National Comprehensive Cancer Network, 2006)

การรักษาด้วยการผ่าตัด (surgery)

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักในการรักษามะเร็งเต้านม ที่มีประสิทธิภาพและได้รับความนิยมนิยมและเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ที่ที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของการเป็นโรค และขนาดของก้อนมะเร็ง โดยที่แพทย์ผู้ทำการรักษาจะพิจารณาให้เป็นกรณีไป ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งการผ่าตัดมีหลายวิธีดังนี้ (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545; สมปอง รักษาสุข, 2543)

1. การผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (lumpectomy) เป็นการตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก โดยเหลือเนื้อเยื่อส่วนที่ดีไว้
2. การผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (partial mastectomy) เป็นการตัดเอาก้อนมะเร็งและส่วนของเนื้อเยื่อที่อยู่ติดกับก้อนมะเร็งออกบางส่วน
3. การผ่าตัดเต้านมเพียงหนึ่งในสี่ (quadrantectomy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกโดยผ่าเอาเต้านมออกไปเป็นหนึ่งในส่วนหนึ่งของเต้านมทั้งหมด รวมทั้งผิวหนังที่อยู่เหนือก้อนและกล้ามเนื้อเพคโตราลิสที่อยู่บริเวณก้อนออกมาด้วย
4. การผ่าตัดเต้านมออก (mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออก โดยจะผ่าตัดเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 ซม. หรือน้อยกว่า จนถึงขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร (T_1 T_2 lesion) (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้
 - 4.1 การเลาะบริเวณผิวหนัง (subcutaneous) เป็นการเลาะเอาก้อนมะเร็งออกแต่เหลือผิวหนังของเต้านมและหัวนมอยู่
 - 4.2 การผ่าตัดเต้านมออกอย่างง่าย (total or simple) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด
 - 4.3 การผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกพร้อมทั้งเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ข้างที่ผ่าตัดด้วย
 - 4.4 การผ่าตัดเต้านมอย่างถอนราก (radical) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกพร้อมกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก (pectoral) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย
 - 4.5 การผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากแบบกว้าง (super radical) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกพร้อมต่อมน้ำนม ท่อน้ำนม กล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย

การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy)

เป็นการรักษาโดยใช้ยาเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง อาจใช้ยาชนิดเดียวหรือหลายชนิดในการรักษามะเร็ง มี 2 ลักษณะ คือ การผ่าตัดก้อนมะเร็งออกแล้วใช้เคมีบำบัดแบบร่วมกันหลายชนิด (adjuvant chemotherapy) และการใช้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อน แล้วจึงผ่าตัดก้อนมะเร็งออก (neoadjuvant chemotherapy) (National Comprehensive Cancer Network, 2006) สำหรับการให้เคมีบำบัดในโรคมะเร็งเต้านม ระยะแรกของการรักษา จะมีการแนะนำให้ใช้เคมีบำบัดเฉพาะในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองเท่านั้น (สาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์, 2545) แต่ในปัจจุบันผลจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีจำนวนมาก ทำให้ยาเคมีบำบัดมีบทบาทมากในการรักษามะเร็งเต้านม รวมถึงผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ยังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนั้นการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด จะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วย จากการศึกษารวบรวมรายงานพบว่า การรักษาโดยใช้เคมีบำบัดแบบผสมผสาน (combination chemotherapy) สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (annual odds of recurrence) ได้ ร้อยละ 25 และลดอัตราการตายได้ ร้อยละ 15 (annual odds of death) โดยที่ผลของการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคจะเห็นได้ชัดในระยะ 5 ปีแรกหลังการวินิจฉัย และผลต่อการอยู่รอดของชีวิต จะเห็นได้ชัดเจนในระยะเวลา 10 ปี (สาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์, 2545)

การพิจารณาให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดหรือกลุ่มที่จัดว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของมะเร็งเต้านม คือ (Bonadonna, Hortobagyi & Massimo, 2001)

1. ขนาดก้อนมะเร็ง ปฐมภูมิมีเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร
2. มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้สามารถตรวจได้จากการคลำพบต่อมน้ำเหลือง หรือการตรวจทางพยาธิวิทยา
3. ก้อนมะเร็งปฐมภูมิไม่มีตัวรับเอสโตรเจน (negative estrogen receptor)
4. อยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือน

สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมที่ควรจะให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด ควรเริ่มต้นให้เร็วที่สุดภายใน 3-4 สัปดาห์ หลังจากที่ได้รับการรักษาแบบเฉพาะที่เต็มที่แล้ว (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541) และควรใช้ยาเคมีบำบัดหลายขนานร่วมกัน ซึ่งจะได้อัตราการรอดชีวิตและมีผลช่วยลดการดื้อยาของเซลล์มะเร็ง ซึ่งทำให้การรักษาโรคมะเร็งไม่ค่อยได้ผลและเป็นผลเสียต่อชีวิตผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม (อาคม เขียรศิลป์, 2545) สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาปัจจุบันมีหลายสูตร เช่น (Crane, 2001)

1. ซี เอ็ม เอฟ (CMF) ประกอบด้วย ไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน (cyclophosphamide: cytoxan) เมโททีเซท (methotrexate) และ 5-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) ซึ่งการรักษาด้วยสูตรนี้จะใช้เวลานานประมาณ 6 เดือน

2. เอ ซี (AC) ประกอบด้วย ดอกโซรูบิซิน (doxorubicin: adriamycin) และ ไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน (cyclophosphamide: cytoxan) การรักษาด้วยสูตรนี้จะใช้เวลานานประมาณ 3-4 เดือน

3. ซี เอ เอฟ หรือ เอฟ เอ ซี (CAF or FAC) ประกอบด้วย ไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน (cyclophosphamide: cytoxan) ดอกโซรูบิซิน (doxorubicin: adriamycin) และ 5-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) การรักษาด้วยสูตรนี้ใช้เวลานานประมาณ 4-6 เดือน

4. เอ ซี รวมกับ ที (AC + T) ประกอบด้วย ดอกโซรูบิซิน (doxorubicin: adriamycin) ไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน (cyclophosphamide: cytoxan) และแพคลิเทเซลหรือแทกซอล (paclitaxel: Taxol) การรักษาด้วยสูตรนี้ใช้เวลานานที่สุดคือ ประมาณ 6-8 เดือน ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมบางคน แพทย์อาจพิจารณาให้เฉพาะ แพคลิเทเซลหรือแทกซอล (paclitaxel: Taxol) ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยของแพทย์

บางสถาบันมีการแนะนำตัวยาเคมีบำบัดในการรักษามะเร็งเต้านม (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541) ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. ซี เอฟ พี (CFP) ประกอบด้วย ไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน (cyclophosphamide: cytoxan) 5-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU) และเพรดนิโซโลน (prednisolone)

2. เอ็ม เอ็ม เอ็ม (MMM) ประกอบด้วย เมโททีเซท (methotrexate) ไมโตมัยซิน ซี (mitomycin C) และไมโตแซนธอน (mitoxanthrone) ยาชุดนี้จะถูกนำมาใช้ เมื่อผู้ป่วยมีการกลับเป็นโรครื้อ หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดชุดอื่นมาก่อนแล้ว

3. เอ็ม วี (MV) ประกอบด้วย ไมโตมัยซิน ซี (mitomycin C) และวินบลาสทีน (vinblastine) ยาชุดนี้จะถูกนำมาใช้ เมื่อผู้ป่วยมีการกลับเป็นโรครื้อ หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดชุดอื่นมาก่อนแล้ว ยาชุดนี้แนะนำให้ใช้ในมหาวิทยาลัยอริโซนา (University of Arizona) (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541)

สำหรับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นิยมใช้ได้แก่ สูตร CMF, FAC, และ AC (ห้องสิน ตระกูลทิวกกร, 2545)

การรักษาด้วยรังสีรักษา (radiation therapy)

ในการรักษามะเร็งเต้านมนั้นบางครั้งการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร การรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นอีกวิธีหนึ่งในการเลือกใช้ในการ

รักษามะเร็งเต้านม เป็นการให้รังสีพลังงานสูงเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง (ชัยพร กันกา, 2547) มีจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมโรคเฉพาะที่มะเร็งของเต้านม เพื่อเพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้ เช่น ต่อมมน้ำเหลืองใต้กระดูกทรวงอก ต่อมมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า และมะเร็งที่แพร่กระจายไปกระดูกหรือสมอง (สุปรียา อนุตรโสทธิ, 2540) การให้รังสีรักษาหลังการผ่าตัดเป็นเพียงการรักษาร่วม (adjuvant) หรือการป้องกัน (prophylactic) เท่านั้น เนื่องจากไม่ทราบการกระจายของเซลล์มะเร็งที่แน่นอน

การรักษาด้วยการฉายรังสีจะสามารถทำในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ แต่มักจะเป็นการรักษาที่เสริมไปกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ไม่นิยมเลือกวิธีการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่จะเลือกให้เฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูงคือมีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่มากกว่าร้อยละ 15-20 โดยจะให้ในกรณีต่อไปนี้ (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544)

1. ขนาดของมะเร็งมากกว่า 5 เซนติเมตร
2. ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้มากกว่า 4 ต่อมน้ำ
3. มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งเข้าสู่หลอดเลือดและน้ำเหลือง
4. มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งเข้าสู่ผิวหนังและกล้ามเนื้อ
5. ยังมีก้อนมะเร็งเหลืออยู่

การรักษาด้วยรังสีรักษาจะเริ่มหลังจากผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งต้นกำเนิดออก 2-4 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางคนอาจได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสี (Crane, 2001) การฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ครอบคลุมบริเวณเต้านม ผนังทรวงอก (chest wall) ต่อมมน้ำเหลือง รังสีจะผ่านเนื้อเยื่อที่สำคัญ ได้แก่ เส้นประสาทบริเวณแขน (brachial plexus) ปอด หัวใจ กระดูกซี่โครง ข้อไหล่และต่อมน้ำเหลือง โดยเฉพาะบริเวณรักแร้ การให้ปริมาณรังสีและการกำหนดขอบเขตการฉายรังสี ต้องคำนึงถึงการครอบคลุม บริเวณที่อาจเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคทั้งหมด โดยที่ต้องไม่โดนเนื้อเยื่อปกติมากเกินไปและให้ปริมาณรังสีที่มากพอต่อการทำลายเซลล์มะเร็งทั้งหมด (นันทกานต์ เอี่ยมวานานทชัย, 2545) ในการรักษาด้วยการฉายรังสีแต่ละครั้ง จะฉายแสงทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยขนาดของรังสีที่ใช้รวมทั้งหมด ประมาณ 4,500-5,000 เซนติเกรย์ (centigrays) หรือใช้รังสี 180-200 เซนติเกรย์ (centigrays) ในการฉายแต่ละครั้ง เวลาที่ใช้แต่ละคอร์ส ประมาณ 4-5 สัปดาห์

ปัจจุบันการรักษาด้วยรังสีรักษามีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น มีการนำท่อที่มีลักษณะคล้ายเข็ม (hollow needles) สอดเข้าไปในบริเวณเซลล์มะเร็งและมีการฉายรังสีไอริเดียม (iridium) ผ่านเข้าไปในท่อเพื่อให้รังสีเข้าไปสู่เซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น วิธีการนี้เรียกว่าเรดิเอชันอิมเพลนต์ (radiation

implants) (ชัยพร กันกา, 2547: Belcher, 1992) ซึ่งในประเทศไทยการรักษาด้วยรังสีรักษาวิธีนี้ ยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก

การรักษาด้วยชีวบำบัด (biotherapy)

การรักษาด้วยชีวบำบัด หมายถึงการรักษามะเร็งโดยการทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับเซลล์มะเร็งได้เอง บางครั้งเรียกว่า อิมมูโนบำบัด (immunotherapy) เนื่องจากว่าเป็นการรักษาโดยอาศัยหลักการของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย คือการรักษาโดยอาศัยผลของการตอบสนองทางชีววิทยา หรือบางครั้งเรียกว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งและสิ่งมีชีวิต (Otto, 2001) โดยการปรับแต่งคุณลักษณะทางชีววิทยาในการตอบสนองต่อเซลล์มะเร็งเพื่อผลในการบำบัดรักษา โดยที่ตัวกระทำ (agents) (Rieger, 1997) หลักการของการใช้ชีวบำบัดในการรักษา คือการพยายามที่จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) สามารถแยกเซลล์มะเร็งออกมาให้ได้ว่าเป็นสิ่งแปลกปลอม (foreign) จากเนื้อเยื่อปกติ (normal tissue) แล้วระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะเป็นตัวกำจัดสิ่งแปลกปลอมนี้ออกไปจากร่างกายได้ ชีวบำบัดที่ใช้ในปัจจุบัน (Rieger, 1997; สาวิตรี เมฆพิศกุลไพโรจน์, 2536) มีดังนี้

1. อินเตอร์เฟอรอน (interferons [IFN]) เป็นโปรตีนที่เกิดขึ้นเมื่อเซลล์ของร่างกายได้รับเชื้อไวรัส ถูกใช้เป็นตัวหลักในการรักษาโรคมะเร็งและโรคติดเชื้อไวรัส ซึ่งมีหลายชนิดทั้ง แอลฟา (alpha) เบต้า (beta) และแกมมา (gamma) โดยที่แอลฟาและเบต้า สร้างโดยเซลล์เม็ดเลือดขาว (leukocytes) และไฟโบรบลาสต์ (fibroblasts) ส่วนชนิดแกมมา ถูกสร้างจากเม็ดเลือดขาวชนิด ที (T-lymphocytes)

2. อินเตอร์ลิวคิน (interleukins) เป็นโปรตีนที่สร้างจากเซลล์ของร่างกายเพื่อการออกฤทธิ์ต่อเซลล์อื่น สร้างจากเม็ดเลือดขาว ทำหน้าที่ในการขนส่งไซโตไคน์ (cytokine) มีทั้งหมด 15 ชนิด ตั้งแต่ อินเตอร์ลิวคิน 1-15 (interleukins 1-15) แต่ละตัวทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยชนิดที่นำมาใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมนั้น ได้แก่ (Otto, 2001)

- 2.1 อินเตอร์ลิวคิน 1 (interleukin-1) เป็นตัวที่เจริญขึ้นจากไพโรเจน (pyrogen) และปัจจัยในการกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาว (lymphocyte-activating factor) ประกอบด้วยโมเลกุลที่มีลักษณะหรือรูปแบบไม่เหมือนกัน (heterogeneous) ทำหน้าที่ลดการตอบสนองในระยะเฉียบพลัน และหลังสาร (mediator) ที่ตอบสนองต่อการอักเสบ (inflammatory)

- 2.2 อินเตอร์ลิวคิน 2 (interleukin-2) เป็นไกลโคโปรตีนที่ผลิตโดยเซลล์ชนิดที (T-helper cells) ทำหน้าที่ปล่อยสารออกฤทธิ์ที่หลังจากเซลล์ (cytokine)

2.3 อินเตอร์ลิวคิน 3 และ 4 (interleukin-3, 4) เป็นผลผลิตของเซลล์ชนิดที (T-cells) ทำหน้าที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเซลล์ต้นกำเนิด (mast cell)

2.4 อินเตอร์ลิวคิน 6 (interleukin-6) เป็นไซโตไคน์ (cytokine) ที่ผลิตจากเซลล์ต่างๆในร่างกายหลายเซลล์ ทำหน้าที่กระตุ้นเซลล์ชนิดที (T-cells)

2.5 อินเตอร์ลิวคิน 12 (interleukin-12) ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของเซลล์ผู้ฆ่าโดยธรรมชาติ (natural killer: NK)

การรักษาด้วยชีวะบำบัด ถือเป็นวิธีการรักษามะเร็งอีกวิธีหนึ่ง นอกเหนือจากการผ่าตัด การให้รังสีรักษาและการใช้เคมีบำบัด ถึงแม้ว่าวิธีการรักษานี้ยังอยู่ในขั้นต้นของการศึกษา แต่ก็มีข้อมูลเพียงพอที่จะบ่งบอกว่าการรักษาด้วยชีวะบำบัดมีบทบาทในการรักษามะเร็งจนได้ผลดีพอสมควร (สาวิตรี เมาศิคุลไพโรจน์, 2536)

การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy)

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่ต้องอาศัยฮอร์โมนหลายชนิดสำหรับการเจริญเติบโตของเซลล์ (อาคม เขียรศิลป์, 2543; CA: A Cancer journal for Clinician, 2005) โดยเฉพาะฮอร์โมนที่สำคัญคือ เอสโตรเจน (estrogen) ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของเซลล์ (proliferation) บำบัด (National Comprehensive Cancer Network, 2006) เพราะฉะนั้น ในการรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน ในปัจจุบันนี้ที่สำคัญคือการระงับหรือลดบทบาทของเอสโตรเจน (นิมิต เดชไกรชนะ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ, 2543; อาคม เขียรศิลป์, 2543)

ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการวัดหาชนิดและปริมาณของตัวรับฮอร์โมน (hormone receptor) ในก้อนมะเร็งได้ และมีประโยชน์ในทางคลินิกโดยแบ่งเป็นตัวรับ 2 ชนิด คือ เอสโตรเจนและ โปรเจสเตอโรน (progesterone) (อาคม เขียรศิลป์, 2543) โดยเฉพาะตัวรับเอสโตรเจน (estrogen receptor) มีหน่วยวัดเป็นฟิโตโมนต่อมิลลิกรัม (femtomoles/ milligram) ค่าที่มากกว่า 10 ฟิโตโมนต่อมิลลิกรัม (femtomoles/milligram) ถือว่าให้ผลบวก (positive) ส่วนค่าที่ต่ำกว่า 3 ฟิโตโมนต่อมิลลิกรัม (femtomoles/milligram) ถือว่าให้ผลลบ (negative) ซึ่งจะมีประโยชน์ในการเลือกวิธีการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมว่าควรจะรักษาด้วยฮอร์โมนหรือไม่ (อาคม เขียรศิลป์, 2543)

ตัวรับที่สำคัญอีกตัวหนึ่งคือตัวรับโปรเจสเตอโรน (progesterone receptor: PgR) เป็นตัวรับ (receptor) ที่พบในมะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งไต สำหรับมะเร็งเต้านมใช้เป็นตัวทำนายโรคกลุ่มที่มีตัวรับโปรเจสเตอโรน (progesterone receptor positive) จะเป็นกลุ่มที่มีการทำนายโรคดีกว่า

กลุ่มที่ไม่มีตัวรับโปรเจสเตอโรน (progesterone receptor negative) และมีการตอบสนองต่อการรักษาดีกว่า (Goodman & Chapman, 2000; อาคม เชียรศิลป์, 2543)

การตอบสนองของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน ส่วนมากจะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือนหรือบางรายอาจนานกว่านั้น เพราะว่าเป็นกลุ่มที่มีการตอบสนองช้า (delay response) แต่มีเพียงบางแห่งอาจใช้เวลาเพียง 4-6 สัปดาห์เท่านั้น (นิมิต เตชไกรชนะ และ กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, 2543) ดังนั้นการรักษาด้วยฮอร์โมนจึงไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีการกระจายของโรคไปอยู่ที่อวัยวะสำคัญ (visceral metastasis) แต่อาจพิจารณาใช้ฮอร์โมนร่วมกับการรักษาด้วยยารักษามะเร็ง (cytotoxic drug) นอกจากนั้นยังไม่มีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ไม่มีฮอร์โมนรีเซพเตอร์ แต่อาจพิจารณาใช้รักษาผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้ว แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีความรู้สึกรاحةและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งปัจจุบันฮอร์โมนที่ใช้ในการรักษามะเร็งมีหลายชนิด ดังนี้

1. การบำบัดด้วยตัวต้านเอสโตรเจน (antiestrogen therapy)

ยาที่เลือกใช้ได้แก่ ทามอกซิเฟน (tamoxifen) และ ทอเร็มิเฟน (toremifene) เพื่อสกัดกั้นการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่อยู่ในเลือด (blocking the action of circulating hormones) โดยที่ทามอกซิเฟน (tamoxifen) จะไปแย่งจับกับตัวรับเอสโตรเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชนิดถูกต้องเหมาะสม (conformational change) ซึ่งจะไปขัดขวางการออกฤทธิ์ที่นิวเคลียส ปัจจุบันมียาตัวใหม่เรียกว่า ฟาสโตรเดกซ์ (faslodex) ซึ่งจะทำให้ความสามารถของตัวรับเอสโตรเจนของเซลล์ลดลง (อาคม เชียรศิลป์, 2543)

2. ตัวยับยั้งอะโรมาเตส (aromatase inhibitor)

ยาที่เลือกใช้ได้แก่ อะมิโนกลูทีราไมด์ (aminoglutethamide) มีประสิทธิภาพในการรักษามะเร็งที่กระจายไปที่กระดูก ซึ่งได้ผลร้อยละ 55 แต่ในกรณีที่โรคกระจายไปที่ตับจะได้ผลเพียง ร้อยละ 20 โดยที่จะใช้ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมวัยหมดประจำเดือนแล้ว (อาคม เชียรศิลป์, 2543) ยาอีกตัวคือ อะนาสตราโซล (anastrozole) หรือ เลโทโซล (letrozole) ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายกันแต่มีรายงานอาการข้างเคียงน้อยกว่า (Goodman & Chapman, 2000)

3. แอนโดรเจน (androgens)

แอนโดรเจน (androgens) มีประสิทธิภาพดีกว่าในการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่หมดประจำเดือน 5 ปีหรือมากกว่า โดยมีอัตราการตอบสนองมากกว่า ร้อยละ 20 ยาที่ใช้ได้แก่ ดานาโซล (danazol)

4. โปรเจสติน (progestins)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ (megestrol acetate) ซึ่งมีอัตราการตอบสนอง ประมาณร้อยละ 26-30 มีประสิทธิภาพเท่ากับ ทามอกซิเฟน (tamoxifen) ซึ่งจะเลือกใช้ยาตัวนี้ในกรณีที่รักษาด้วย ทามอกซิเฟน (tamoxifen) ไม่ได้ผล (นิมิต เดชไกรชนะ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ, 2543)

โดยสรุปแล้วการรักษามะเร็งเต้านมมี 5 วิธีด้วยกันคือ การรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การใช้สารชีวะบำบัดและการใช้ฮอร์โมน ซึ่งปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมนิยมรักษาใน ลักษณะของการรักษาร่วม (adjuvant therapy) โดยหมายถึงการรักษาโรคมะเร็งด้วยหลายวิธีร่วมกัน เช่น ใช้ยาเคมีบำบัดหรือยาต้านการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง หรืออาจมีการใช้ฮอร์โมนร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นต้น หรือการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบร่วมกันหลายชนิด (adjuvant chemotherapy) มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดหรือทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ แต่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า เพื่อป้องกันเกิดโรคมะเร็งเป็นซ้ำ (recurrence) และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หายจากเป็นโรคมะเร็ง (cure) หรือทำให้ระยะปลอดโรคยาวกว่าเดิม ซึ่งอาจมีผลต่อการมีชีวิต อยู่รอดของผู้ป่วย (overall survival) ในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ มีการแพร่กระจายไปสู่ ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อรอบก้อนมะเร็ง อาจให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด รังสีรักษาหรือการให้ยาเคมีบำบัด โดยอาจใช้หลายวิธีร่วมกันได้

สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การรักษามะเร็งเต้านม จะเป็นการรักษาร่วม โดยใช้วิธีการรักษาร่วมกัน 4 วิธี คือ การรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด การใช้ฮอร์โมนและ รังสีรักษา ซึ่งแนวทางในเลือกใช้วิธีในการรักษานั้นจะขึ้นอยู่กับระยะของการเป็นมะเร็ง และ การตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละวิธี แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล (ห้องสิน ตระกูลทิวกกร, 2545) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. มะเร็งที่มีขนาดไม่โตมาก (T_1, T_2) และคล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลือง (node negative) จะรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งอาจจะเลือกการผ่าตัดแบบดั้งเดิม โดยเก็บรักษาเต้านมข้างนั้นไว้ (conservative breast surgery) หรือเลือกการผ่าตัดเอาเต้านมออกแบบถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) และจะให้ยาเคมีบำบัดในกรณีที่ผลทางพยาธิวิทยาพบว่า มีลักษณะ 1) nuclear grade II หรือ III 2) มีการแพร่กระจายไปยังหลอดเลือดและต่อมน้ำเหลือง (vascular or lymphatic involvement) 3) ก้อนมีขนาดเกินกว่า 1.5 เซนติเมตรขึ้นไป 4) ผู้ป่วยอยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือน หรืออยู่ในวัยหลังหมดประจำเดือนที่ไม่มีตัวรับเอสโตรเจน (ER negative) ส่วนฮอร์โมนบำบัด จะให้ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนและมีตัวรับเอสโตรเจน (ER positive) หรือไม่ทราบผล (unknown receptor) สำหรับรังสีรักษา ไม่จำเป็นต้องให้

2. ก้อนขนาดเล็กไม่โตมาก (T_1, T_2) และคลำพบต่อมน้ำเหลือง (node positive) จะรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดเต้านมแบบดั้งเดิม (conservative breast surgery) หรือเลือกการผ่าตัดเต้านมถาวรแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) แล้วให้เคมีบำบัดทุกรายไม่ว่าจะอยู่ในวัยที่มีประจำเดือนอยู่หรือหมดประจำเดือน หลังจากได้เคมีบำบัดครบแล้วให้รังสีรักษาและหลังจากหยุดยาเคมีบำบัดแล้วให้ฮอร์โมนบำบัดต่อได้

3. ก้อนโตมากหรือมีแผลที่ก้อน หรือต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตมากๆ (locally advance) การผ่าตัดจะทำเฉพาะในกรณีที่จำเป็น อาจทำการผ่าตัดเต้านมออก (simple mastectomy) ส่วนเคมีบำบัด ถือว่าเป็นวิธีการรักษาขั้นต้นที่ต้องพิจารณาให้และถ้าให้ยาเคมีบำบัดแล้วอาจให้ฮอร์โมนบำบัดได้ สำหรับรังสีรักษาอาจให้ตามความจำเป็น

4. มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว การผ่าตัดไม่มีบทบาทหรือผลทางการรักษา อาจพิจารณาให้เคมีบำบัดเนื่องจากเป็นวิธีการรักษาเดียวที่อาจจะได้ผล ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่อนแอเกินกว่าที่จะรับยาเคมีบำบัดได้ ให้ใช้ฮอร์โมนบำบัด แพทย์อาจพิจารณาให้รังสีรักษาใช้ช่วยบรรเทาอาการปวด กรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูก หรือมีการแพร่กระจายไปยังสมอง

ปัญหาสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมหลายด้าน เนื่องจากเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งผลกระทบจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค (Varricchio, 1997) และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะปัญหาจากการรักษาที่ได้รับ ซึ่งการรักษาแต่ละวิธีทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ดังนี้

ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาด้วยการผ่าตัด

ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อยจากการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ 1) ภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลือง (lymphedema) (Petrek, Pressman & Smith, 2000) 2) ภาวะไหล่ทำงานบกพร่อง (shoulder dysfunction) (Kuehn et.al., 2000) 3) การบาดเจ็บของเส้นประสาท (Crane, 2001)

ภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลือง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบได้ประมาณ ร้อยละ 28 ของผู้ป่วยทั้งหมดหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีการเลาะต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย (Crane, 2001) หรือโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 6.7-62.5 (Ridner, 2002) ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลือง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ชนิดของการผ่าตัดและระยะเวลาของการผ่าตัดก็มีผลทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลือง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับรังสีรักษา สามารถเกิดภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลืองได้ ร้อยละ 6.7 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถเกิดภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลืองได้ ร้อยละ 62.5 (Bedell, 2000)

ภาวะไหล่ทำงานบกพร่อง (shoulder dysfunction) เกิดขึ้นจากการผ่าตัดเอากล้ามเนื้อทรวงอกออก และผู้ป่วยไม่มีการออกกำลังกายแขน หลังการผ่าตัดเนื่องจากการเจ็บแผล กล่าวว่าการผ่าตัดด้านมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (สุปรียา อนุตร โสคติ, 2540) คือ

1. การเกิดขอบแผลเน่าตาย (flap necrosis) พบได้ในสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด
2. ข้อไหล่ติดแข็ง ขยับได้น้อยลง
3. มีการคั่งของน้ำเหลืองจากการตัดต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก
4. เส้นประสาทบริเวณต้นแขนด้านในถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการชาบริเวณแขน

การบาดเจ็บของเส้นประสาท (nerve injury) เกิดจากเส้นประสาทบริเวณต้นแขนด้านในถูกทำลาย มีการบาดเจ็บของเส้นประสาทเบรเคียล (brachial nerve) (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) ทำให้กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรง ชา หรือ มีความรู้สึกเจ็บแปล็บๆ ตามปลายมือปลายเท้า

มีการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับแขนและไหล่จากการผ่าตัดที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยศึกษาในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 396 ราย พบว่าความพิการของแขนและไหล่ รวมทั้งการกลั้วการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง เป็นแหล่งของความทุกข์ทรมานระยะยาวหลังการผ่าตัด และการประเมินความรุนแรงของอาการ เป็นผลจากการรับรู้ส่วนบุคคล มากกว่าผลจากการตรวจร่างกายทางคลินิก (Kuehn et.al., 2000) ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกับการทำกิจวัตรประจำวัน คอลลิน แนซ ราวด์และนิวแมน (Collin, Nash, Round & Newman, 2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาทางด้านร่างกายส่วนบนของหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมต่อการดำเนินชีวิต จำนวน 24 คน โดยการสัมภาษณ์รายกลุ่มพบว่าหลังผ่าตัด สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ช้ากว่าที่ตนและทีมการรักษาคาดไว้ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ลดลง นอกจากนี้ยังมีความ

ยุ่งยากในการขับรถ การทรงตัวไม่ดี ความไม่สะดวกสบายในการนอนหลับ ความสามารถในการทำงานบ้านและทำงานสวนลดลง

ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

โดยทั่วไปยาเคมีบำบัด ที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมนั้นสามารถส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย แบบทั่วไปได้ดังนี้

1. ผลของเคมีรักษาต่อไขกระดูก เนื่องจากว่ายาเคมีรักษาทำให้เกิดการกดการทำงานของไขกระดูก (myelosuppression) (Weinstein, 2002) ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia) จำนวนเกร็ดเลือดลดลง (thrombocytopenia) (Shapiro & Recht, 1994) โลหิตจาง เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อและมีภาวะเลือดออกง่าย
2. ผลของเคมีรักษาต่อ ขน ผมและผิวหนัง (alopecia and skin reactions) เซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วจะไวต่อการได้รับเคมีรักษา ดังนั้นขณะที่ได้รับเคมีรักษาจึงพบว่า ผม ขนคิ้ว ขนตา ขนตามตัว รักแร้ หรือว่าขนที่อวัยวะเพศ จะมีการร่วงอยู่เสมอ โดยทั่วไปเมื่อหยุดยาผมจะงอกขึ้นมาใหม่ภายใน 2-3 เดือน ซึ่งผมที่งอกมาใหม่นั้นจะมีลักษณะเหมือนเส้นไหมหรืออาจมีสีที่แตกต่างไป ผลต่อผิวหนัง (Norum, 2000) โดยทั่วไปไม่ค่อยเป็นปัญหา ยกเว้นกรณีที่มีการฉีดยารั่วออกนอกเส้นเลือดซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบของผิวหนัง หรือผิวหนังจะหยาบหนาขึ้น (Aziz, 2002)
3. ผลของเคมีรักษาต่อเยื่อต่างๆ อาจเกิดได้ในหลอดอาหาร มีการอักเสบของหลอดอาหาร เยื่อในช่องปากอักเสบ สาเหตุเกิดจากการที่เยื่อต่างๆมีความไวต่อผลของยาเคมีรักษา (วรชัย รัตนธรร, 2545: นันทาเล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543)
4. ผลของเคมีรักษาต่อระบบทางเดินอาหาร ที่พบได้คือเกิดการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหารอาการคลื่นไส้และอาเจียน (Rhodes & McDaniel, 2001) และอาการเบื่ออาหารเป็นผลจากการที่มีการระคายเคืองของทางเดินอาหาร แล้วกระตุ้นต่อ ซีทีแซด (CTZ: chemoreceptor trigger zone) และศูนย์ควบคุมการอาเจียนในสมอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537; วรชัย รัตนธรร, 2545)
5. ผลของเคมีรักษาต่อไต ทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ การขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติอาจทำให้สีของปัสสาวะเปลี่ยนไป แต่ถ้าปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ หรือเป็นเลือด แสดงว่ามีการทำลายไตและเยื่อกระเพาะปัสสาวะ (วรชัย รัตนธรร, 2545)

6. ผลของเคมีรักษาระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ยาเคมีบำบัดจะทำลายประสาทส่วนปลายของร่างกาย ทำให้ชาปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว รู้สึกปวดแสบปวดร้อนตามมือและเท้าได้ (วรชัย รัตนธรร, 2545: สุปรียา อนุตรโสทธิ, 2540)

นอกจากนี้ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจขึ้นอยู่กับตัวยาที่ใช้ในการรักษาได้ ดังนี้

1. ไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน (cyclophosphamide: cytoxan)

เป็นยาที่นิยมใช้รักษาโรคมะเร็ง เป็นยาที่ดัดแปลงมาจากเมคโครริธามีน (mechlorethamine) เพื่อให้มีฤทธิ์เจาะจงต่อเซลล์มะเร็งมากขึ้น ยาี้สามารถให้โดยการรับประทานหรือโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ยาี้ไม่จับกับโปรตีนในพลาสมา แต่สารที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงประมาณร้อยละ 56 จะจับกับโปรตีนในพลาสมา และถูกขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ อาการข้างเคียงของไซโคลฟอสฟาไมด์หรือไซโตแซน คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผมร่วง ผิวหนังไวต่อแสง ท้องผูก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กดการทำงานของไขกระดูก (Norum, 2000)

2. เมโทเทกซ์ (methotrexate)

เป็นยาที่ใช้เพื่อการขัดขวางหรือกดการสร้างกรดนิวคลีอิก โดยอาศัยสูตรโครงสร้างของยา ซึ่งคล้ายคลึงกับสารเมตาโบไลต์ บางอย่างของเซลล์ทำให้ยาเข้าไปแทนที่สารสำคัญเหล่านั้น เป็นการรบกวนการสังเคราะห์ พิวรีนและ/หรือไพริมิดีน (purine and/or pyrimidine) ทำให้การสร้างดีเอ็นเอ (DNA) ลดลง การเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์ก็ลดลงไปด้วย (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541) อาการข้างเคียงของยาตัวนี้ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เกิดการอักเสบในช่องปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้ กดการทำงานของไขกระดูก อาจพบตับอักเสบได้ (Norum, 2000: คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2544)

3. ไฟว์ ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil: 5-FU)

เป็นยาในกลุ่มเดียวกับเมโทเทกซ์ อาการข้างเคียงของไฟว์ ฟลูออโรยูราซิล ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปาก กระเพาะและลำไส้อักเสบ ผิวหนังอักเสบ (คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2544) เป็นฝ้า ตกกระ ผมร่วง กดการทำงานของไขกระดูกและพบว่ามีผลกดการทำงานของระบบประสาท (Norum, 2000)

4. แพคليتเซลหรือแทกซอล (paclitaxel: Taxol)

อาการข้างเคียงของแพคليتเซลหรือแทกซอล ได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงหรือเม็ดเลือดขาวต่ำ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท ทำให้มีอาการชาตามปลายประสาทส่วนปลาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง และปวดขากรรไกรได้ (คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2544)

5. ดอกโซรูบิซิน (doxorubicin: adriamycin)

เป็นยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษามะเร็ง ออกฤทธิ์ในการกดการเจริญเติบโตของเซลล์ ไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อ เพราะมีพิษต่อร่างกายผู้ป่วย ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ไปขัดขวางการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) และอาร์เอ็นเอ (RNA) ของเซลล์มะเร็ง (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541) อาการข้างเคียงของยาดังนี้ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ปัสสาวะมีสีแดง คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ผมร่วง ผิวหนังมีสีคล้ำและอักเสบ กดการทำงานของไขกระดูก (คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2544)

6. วินบลาสติน (vinblastine)

ยากลุ่มนี้สังเคราะห์มาจากใบพืชชนิดหนึ่งที่เรียกว่าวินโค โรซา (vinca rosa) หรือดอกแพงพวยฝรั่ง สามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะไมโทซิส (mitosis) โดยจะไปจับกับไมโครทิวบูล (microtubules) ทำให้การสร้างเกลียวของไมโทติค (mitotic spindle) เสียไป โครโมโซมจะกระจายอยู่ทั่วไปในไซโตพลาส (cytoplasm) หรือเกิดการจับกันเป็นกลุ่มทำให้มีการตายของเซลล์เกิดขึ้น (อุดมลักษณ์ ไชยแสงคำ, 2541) อาการข้างเคียง ได้แก่ มีฤทธิ์กดไขกระดูกอย่างรุนแรง ทำให้เม็ดเลือดขาวลดลง และทำให้เยื่อปอดอักเสบ อาจมีอาการที่เกิดจากการรบกวนระบบทางเดินอาหารเช่นคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และ วินบลาสตินในขนาดสูงๆ มีพิษต่อเส้นประสาทได้ (Norum, 2000: คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2544)

7. วินคริสติน (vincristine)

เป็นยาในกลุ่มเดียวกับวินบลาสติน แต่วินคริสติน เป็นยาที่มีผลต่อเซลล์ปกติและเซลล์ของเยื่อปอดน้อยมาก และมักเป็นยาที่ใช้ร่วมกับยารักษามะเร็งอื่นที่มีฤทธิ์กดไขกระดูก สำหรับอาการข้างเคียงของวินคริสติน ได้แก่ ทำให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อผิดปกติ ทำให้เกิดการหมดความรู้สึกเฉพาะแห่งบริเวณปลายมือปลายเท้า สูญเสียปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึก (reflex) เท้าตก (foot drop) กล้ามเนื้อเกร็งและปวดประสาท นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่ใช้วินคริสติน จะเกิดอาการผมร่วงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งสามารถหายเป็น

ปกติโดยไม่ต้องหยุดใช้ยา (Norum, 2000: คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544)

8. ไมโตมัยซิน (mitomycin)

เป็นยาที่สกัดมาจากเชื้อ *Streptomyces Caespitosus* เมื่อเข้าไปในเซลล์จะมีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกับพวกอัลคิลไลน เอเจนท์ (alkylating agents) คือการยับยั้งการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) และทำให้ดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์มะเร็งแตก (นพมาศ วงศ์วิทย์เดชา, 2539) อาการข้างเคียงของไมโตมัยซิน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร ท้องเสีย ต่อมาอาจพบ การกดไขกระดูกอย่างรุนแรง ทำให้ขาดเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด อาจมีอาการไข้ ปากและผิวหนังอักเสบได้ (Norum, 2000: คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพในระดับหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544)

9. ไมโตแซนโทรน (mitoxanthrone)

เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเดียวกับดอกโซรูบิซิน มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) และอาร์เอ็นเอ (RNA) ของเซลล์มะเร็ง อาการข้างเคียง ได้แก่ เชื้อราช่องปากอักเสบ (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2543) คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นแดงบริเวณที่ฉีดและอาจพบการกดการทำงานของไขกระดูก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: สุมิตรา ทองประเสริฐ และศิริกุล นภาพันธุ์, 2545)

นอกจากนี้ยังพบว่าผลข้างเคียงของเคมีบำบัดทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย มีผลกับเซลล์รากผมและเซลล์ทางเดินอาหารมีการแบ่งตัวเร็ว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการผมร่วง เมื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ปากและริมฝีปากเป็นแผล ขาบางตัวมีผลข้างเคียงระยะยาวเช่นเป็นหมัน ประจำเดือนอาจจะหยุดหายไป ช่องคลอดแห้ง (ชัยพร กันกา, 2547) ดังรายงานการศึกษาของคาร์เพนเตอร์ แอนด์ครอสกี (Carpenter & Andrykowski, 1999) พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมจะมีอาการหมดประจำเดือน (premenopause) เกิดขึ้นเร็วกว่าผู้หญิงทั่วไป เนื่องจากการรับเคมีบำบัดและยังมีอาการปวดข้อ (ร้อยละ 77) รู้สึกเหนื่อย (ร้อยละ 75) มีปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 68) และอาการร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 66) นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้เป็นมะเร็งเต้านมมีอายุน้อยยังพบว่า จะมีปัญหาการมีบุตรยากในอนาคต (Aziz, 2002) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมของโนรัม (Norum, 2000) พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 64 รายที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตลดลง ($\bar{X} = 0.86$ to $\bar{X} = 0.53$) โดยเฉพาะเคมีบำบัดสูตร ซีเอ็มเอฟ (CMF)

ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสีรักษา

รังสีรักษาอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ที่พบได้บ่อยคือ อาการเป็นรอยแดงหรือถลอกบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว เนื่องจากมีการทำลายผิวหนัง และมีการอักเสบของผิวหนัง (epidermatitis) พบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเล็กน้อย ได้แก่ รู้สึกปวดแสบ ร้อน หรือบวม มีผื่นแดง ผิวแห้ง คัน อาจรุนแรงมากจนกระทั่งเกิดผิวหนังไหม้ รากขนถูกทำลายถาวร และผิวหนังมีการตายได้ (สุปรียา อนุตร โสทธิ, 2540) และอาจเกิดการอุดตันของท่อทางเดินน้ำเหลือง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำเหลืองได้ (นันทกานต์ เอี่ยมวานานทชัย, 2545) อาจพบอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เยื่อช่องปากอักเสบ การรับรสเสีย ฟันผุ หลอดอาหารอักเสบ เจ็บคอ กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (สุปรียา อนุตร โสทธิ, 2540) อาการอ่อนเพลียก็สามารถพบได้ในผู้ที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะสามารถเกิดขึ้นได้ประมาณ 2 สัปดาห์หลังการรักษา และอาจเป็นต่อเนื่องไป แม้การรักษาจบสิ้นแล้วหลายสัปดาห์ก็ตาม (Dow, 1997) การฉายรังสีบริเวณไหล่บ่าหรือรักแร้ทำให้มีโอกาสเกิดการชาแขนมากถึง 6 เท่า และมีภาวะเสี่ยงที่แขนจะมีอาการบวม (edema) สูงถึง 3.57 เท่า (Ververs et al., 2001) อาจพบมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบประสาท ได้แก่ มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปวดศีรษะและระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง (สุปรียา อนุตร โสทธิ, 2540) นอกจากนี้ยังอาจพบอาการอ่อนล้าหลังการรักษาได้ (Magnan & Mood, 2003)

ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสี อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงระยะเวลาเพียงไม่กี่สัปดาห์ ตั้งแต่เริ่มให้การรักษา หรือเมื่อเวลาผ่านไปหลายเดือน หรือเป็นปีก็ได้ (ประมุข พรหมรัตนพงศ์, 2539) ซึ่งสามารถแบ่งออกตามระยะเวลาของการเกิดอาการ ดังนี้

1. ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (acute phase) เกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา
2. ผลข้างเคียงระยะก่อนข้างเฉียบพลัน (subacute phase) เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงระหว่างการฉายรังสี จนถึงช่วง 6 เดือนหลังการรักษาครบแล้ว อาการที่อาจเกิดขึ้นคือ อาการปอดอักเสบ (radiation pneumonitis) (ประมุข พรหมรัตนพงศ์, 2539)
3. ผลข้างเคียงระยะยาว (late effect phase) เกิดขึ้นหลัง 6 เดือนเมื่อการรักษาครบแล้ว อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็น ภาวะแขนบวม ไหล่ติด การทำลายของเส้นใยประสาทบริเวณแขน (brachial plexus) การขยายตัวของหลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนัง (telangiectasia) กระดูกซี่โครงหัก ปอดอักเสบ หรือพังผืดในปอด (นันทกานต์ เอี่ยมวานานทชัย, 2545)

ส่วนใหญ่ผลข้างเคียงเฉียบพลัน และผลข้างเคียงระยะก่อนข้างเฉียบพลัน มักหายไป ภายหลังการรักษา และไม่ใช่ส่วนสำคัญในการจำกัดการรักษา แต่ผลข้างเคียงระยะยาว ที่เกิดขึ้น ภายหลังการรักษาอาจเป็นปี หรือหลายสิบปี อาการมักไม่กลับหายเป็นปกติ และอาจเป็นมากขึ้น เมื่อระยะเวลานานขึ้น ซึ่งนำไปสู่ภาวะผิดปกติ หรือแม้แต่เสียชีวิตได้ (Dow, 1995)

ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาด้วยชีวบำบัด

การรักษาด้วยชีวบำบัดเป็นการรักษาที่ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันของร่างกายเองในการ ต่อสู้กับโรค ที่ใช้ในการรักษามะเร็งเด้านมมีที่นิยมใช้คืออินเตอเฟอรอน (Interferon) และอินเตอลิวคิน ทู (Interleukin-2) ซึ่งผลข้างเคียงจากการใช้ชีวบำบัดเหล่านี้จะทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติได้ ดังนี้

1. การใช้ อินเตอเฟอรอน ปัญหาทางด้านร่างกายที่อาจพบได้คืออาการอ่อนเพลีย เนื่องจากการรักษาด้วยอินเตอเฟอรอน จะเป็นการรักษาระยะยาว ซึ่งจะมีผลให้มีอาการอ่อนเพลีย ได้ ซึ่งในผู้ที่เป้นมะเร็งเด้านมที่ได้รับการรักษาด้วย อินเตอเฟอรอน ในระยะแรกของการรักษาอาจมี อาการคล้ายไข้หวัด มีไข้สูง หนาวสั่น บางคนอาจพบอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ และรู้สึกไม่สบาย (Rieger, 1997: Otto, 2001)

2. การใช้อินเตอลิวคิน ทู ปัญหาทางด้านร่างกายจะสามารถพบได้ โดยเฉพาะระบบ การไหลเวียน และมีอาการที่คล้ายกับไข้หวัด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและตามข้อ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ โดยทั่วไป ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบเกิดจากพิษของอินเตอลิวคิน 2 (Interleukin-2 toxicity) ซึ่งมี อาการดังนี้ (Rieger, 1997)

2.1 อาการโดยทั่วไป (constitutional symptoms) ได้แก่ อาการหนาวสั่น มีไข้ อ่อนล้า อ่อนเพลีย (Otto, 2001) ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ และอาการคัดจมูก (สาวตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2536)

2.2 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ แรงต้านทาน ของผนังหลอดเลือดลดลง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะบวม น้ำหนักเพิ่ม (Knobf, 2001) และ ท้องมาน้ำ (Gunten & Thomas, 2002) โลหิตจาง ภาวะเกร็ดเลือดน้อยกว่าปกติ ภาวะที่เลือดมี เม็ดเลือดขาวชนิดย้อมติดสีอีโอซินสูง และภาวะมีเม็ดเลือดขาวต่ำ (ชัยพร กันกา, 2547)

2.3 อาการทางระบบหายใจ ได้แก่ภาวะปอดบวม น้ำ หายใจลำบาก และความดัน ออกซิเจนในถุงลมลดลง (Rieger, 1997)

2.4 อาการทางไต ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อย ของเสียจากการย่อยสลายโปรตีนในเลือดและสารที่เกิดจากการเผาผลาญของไนโตรเจนเพิ่มมากขึ้น (Otto, 2001) ภาวะที่มีโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะ และภาวะมีของเสียรั่วเข้าไปในกระแสเลือดเนื่องจากการทำงานของไตบกพร่อง (Rieger, 1997)

2.5 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ (Dibble et al., 2003) อาเจียน ท้องร่วง เยื่อช่องปากอักเสบ และอาการปากแห้ง (Otto, 2001)

2.6 อาการทางระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยหรือมีธัยรอยด์ฮอร์โมนน้อย (สาวิตรี เมافیกุลไพโรจน์, 2536)

2.7 อาการทางระบบผิวหนัง ได้แก่ ผื่น มีผื่นแดง ผิวแห้ง และอาการคัน (Rieger, 1997; สาวิตรี เมافیกุลไพโรจน์, 2536)

2.8 อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ มีอาการสับสน ไม่รู้วันเวลาและสถานที่ อาการง่วงเหงาหาวนอน เชื่องซึม โรคจิต ภาวะเกรียด และซึมเศร้า (Rieger, 1997)

2.9 อาการทางตับ ได้แก่ บิลิรูบินในเลือดสูง มีการเพิ่มระดับของเอนไซม์จากตับในเลือด และเอ็นไซม์ที่กระตุ้นให้ปล่อยไฮโดรเจนออก (Rieger, 1997)

2.10 ผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ (hypophosphatemia) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (hypomagnesemia) และระดับอัลบูมินในเลือดลดลง (Rieger, 1997)

ผลข้างเคียงจากการรักษาจากการใช้ชีวะบำบัดมีหลายอย่าง โดยทั่วไปมักมีอาการของไข้หวัด เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสียได้ ผู้ป่วยอาจมีเลือดออกหรือฟกช้ำได้ง่าย มีผื่น บวม โดยที่อาการที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยชีวะบำบัดนี้จะสามารถหายเป็นปกติได้ขึ้นอยู่กับการหยุ่รักษา (Otto, 2001)

ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาด้วยฮอร์โมน

เดิมการใช้ฮอร์โมนมักจะนำมาใช้ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายของโรค หรือมีการลุกลามของโรคเฉพาะที่อย่างรุนแรง แต่ปัจจุบันมีการนำฮอร์โมนมาใช้ในการรักษาเสริมเพื่อลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเลือดของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม

1. การบำบัดด้วยตัวต้านเอสโตรเจน (antiestrogen therapy) ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากการใช้ตัวต้านเอสโตรเจน สามารถพบได้น้อย อาจพบอาการอาเจียน ร้อนวูบวาบ แต่ไม่รุนแรง (อาคม เขียรศิลป์, 2543) ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับ ทามอกซิเฟน

(tamoxifen) อาจจะมีอาการร้อนวูบวาบ (hot flashes) มีประจำเดือนมาผิดปกติ (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2547) และพบว่าอาจเป็นพิษต่อตาได้ แต่เมื่อหยุดใช้ยา อาการดังกล่าวจะค่อยๆ ลดลงจนหายไป (Chapman & Goodman, 2000) อาจเกิดภาวะที่มีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด มะเร็งเยื่อบุหลอดคอ ต้อกระจก กลืนไส้ ร้อนวูบวาบ มีเลือดออกทางช่องคลอด และความผิดปกติทางเพศ จากการศึกษาในโครงการป้องกันมะเร็งแห่งชาติ (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project [NSABP] อ้างใน อาคม เชียรศิลป์, 2545) รายงานว่ากลุ่มที่ได้รับทามอกซิเฟน จะมีกระดูกพรุนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับทามอกซิเฟน แต่ผลดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ทามอกซิเฟน จะมีผลให้ระดับไขมันโคเรสเตอรอลในเลือดลดลง แต่ก็ไม่ปรากฏว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดลดลงแต่อย่างใด

2. ตัวยับยั้งอะโรมาเตส (aromatase inhibitor) คล้ายกับยาในกลุ่มการบำบัดด้วยตัวต้านเอสโตรเจน (antiestrogen therapy) (CA: A Cancer Journal for Clinician, 2005)

3. แอนโดรเจน (androgens) ปัญหาทางด้านร่างกายจากการใช้แอนโดรเจน (androgens) อาจพบอาการผมร่วง มีภาวะขนตามร่างกายมากกว่าปกติ (hirsutism) มีสิว และอาจพบว่ามีอารมณ์ทางเพศสูง (Chapman & Goodman, 2000) อาจพบเสียงแหบ เสียงห้าวเหมือนผู้ชาย ขนขึ้นตามหน้าอก คางและคลิตอริสใหญ่ (สุมิตรา ทองประเสริฐและศิริกุล นภาพันธุ์, 2540)

ฮอร์โมนบำบัดทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น รู้สึกเหนื่อย น้ำหนักตัวเพิ่ม มีอาการร้อนวูบวาบ กลืนไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ในบางรายอาจทำให้ไม่มีประจำเดือนและช่องคลอดแห้ง (Mourits et al., 2001) ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ใช้ฮอร์โมนบำบัดอาจทำให้มีบุตรยาก หรือเป็นหมันได้ (ชัยพร กันกา, 2547; ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของดาว (Dow, 1995) เกี่ยวกับผลกระทบหลังการรักษาครบในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยศึกษาจากงานวิจัยจำนวน 19 ฉบับ ตั้งแต่ปี 1987 ถึงปี 1994 พบว่ายาทามอกซิเฟน (tamoxifen) มีผลทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกเสื่อมในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมถึง ร้อยละ 29

สรุปปัญหาทางด้านร่างกายตามระบบต่างๆ ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม

จากการศึกษารวบรวมพบว่าปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ชีวะบำบัดและฮอร์โมนทดแทน สามารถสรุปจำแนกออกเป็นระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อ (cardiomyopathy) หัวใจวายเลือดคั่ง (congestive cardiac failure) (Aziz, 2002) เลือดออกได้ง่าย (ชัยพร กันกา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาร์ปีโรและเรชท์ (Shapiro & Recht, 1994) ได้ศึกษาอย่างเป็นระบบถึงผลกระทบหลังการรักษาด้วยการรักษาร่วม (adjuvant therapy) ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยศึกษาจากงานวิจัยจำนวน 15 ฉบับ ตั้งแต่ปี 1984 ถึงปี 1992 พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการรักษาร่วม พบการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 10 และมีผลกระทบต่อหัวใจหลังรับการรักษาร่วม ร้อยละ 7 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอาการของมะเร็งเม็ดเลือดขาวหลังการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (mastectomy) ได้ร้อยละ 1 และในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่เป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้ายมีผลกระทบต่อหัวใจหลังรับรังสีรักษาร้อยละ 40-60 ส่วนผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวามีผลกระทบต่อหัวใจหลังรับรังสีรักษาร้อยละ 17-24

2. ระบบน้ำเหลือง

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ ภาวะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมเนื่องจากมีการคั่งของน้ำเหลือง (lymphedema) (Aziz, 2002; Petrek, Pressman & Smith, 2000) ดังการศึกษาของ เวอเวอร์ และคณะ (Ververs et.al., 2001) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะหลังการผ่าตัด เฉลี่ย 4.7 ปี จำนวน 400 ราย พบว่าการฉายรังสีบริเวณรักแร้หรือไหปลาร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงที่แขนจะบวมถึง 3.57 เท่า และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีโอกาสที่จะขาแขนถึง 6 เท่า

3. ระบบทางเดินอาหาร

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน (Dibble et al., 2003) เนื่องจากการดูดซึมที่ผิดปกติ (malabsorption) มีการตีบของทางเดินอาหาร (stricture) การทำงานของตับผิดปกติ (abnormal liver function test) ทำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อของตับขึ้นในปริมาณมากเกินไป (hepatic fibrosis) (Aziz, 2002) ภาวะท้องมาน (ascitis) (Gunten & Thomas, 2002)

4. ระบบผิวหนัง และประสาทสัมผัส

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ ต้อกระจก (cataracts) ตัวไม่สูง (short stature) (Aziz, 2002)

5. ระบบการเผาผลาญอาหาร

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ จะเกิดการเผาผลาญในร่างกายไม่เป็นปกติ (hypermetabolism) การควบคุมระบบสมดุลอิเล็กโตรลิตที่เปลี่ยนแปลง เกิดภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดสูง (hypercalcemia) (Aziz, 2002; Ritch & Morton, 2002)

6. ระบบกระดูกและโครงสร้างร่างกาย

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ มีการตายของเนื้อกระดูก (osteonecrosis) (Aziz, 2002) การกดการทำงานของไขกระดูกเนื่องจากกระดูกไขสันหลังถูกกด (spinal cord compression) (Weinstein, 2002) และภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) (ชัยยุทธ เจริญธรรม, 2547) จากการศึกษาของกรอสส์ และคณะ (Gross et al., 2002) ได้ศึกษาถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมวัยหมดประจำเดือน โดยใช้วิธีการวัดความหนาแน่นของแร่ธาตุในกระดูก (bone mineral density [BMD]) บริเวณสะโพก เขิงกรานและแขน ในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 42-65 ปี ที่ได้รับการรักษาครบแล้ว และไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน จำนวน 27 คน พบว่า ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 3 คน ที่มีภาวะกระดูกพรุนอย่างน้อยหนึ่งแห่งหรือมากกว่า ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 18 คน เกิดภาวะกระดูกมีความหนาแน่นลดลง (osteopenic) ส่วนผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม อีก 6 คน ค่าความหนาแน่นของกระดูกเป็นปกติ

7. ระบบสืบพันธุ์

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ เป็นหมัน (sterility) การหมดประจำเดือนก่อนกำหนด (early menopause) จากการศึกษาของดาว (Dow, 1995) พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเมื่อได้รับการรักษาครบแล้วจะพบอาการคล้ายกับอาการหมดประจำเดือน บางรายพบว่าเป็นหมันหลังรักษาครบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอซิส (Aziz, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมจะมีการตอบสนองทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง (Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2001) สอดคล้องกับนอฟ (Knobf, 2001) ที่ศึกษาอาการหมดประจำเดือนในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมวัยกลางคน จำนวน 27 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยการรักษาร่วม (adjuvant therapy) พบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม มีอาการร้อนวูบวาบ (hot flashes) ร้อยละ 55-65 ช่องคลอดแห้ง (vaginal dryness) ร้อยละ 36-48 ปวดข้อ (joint pain) ร้อยละ 62-77

8. ระบบขับถ่ายปัสสาวะ

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ กระเพาะปัสสาวะมีการสร้างเนื้อเยื่ออย่างผิดปกติ (bladder fibrosis) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) อัตราการกรองของไตลดลง (decrease creatinine clearance) (Aziz, 2002)

9. ระบบประสาท

ปัญหาทางด้านร่างกายที่สามารถพบได้ คือ ความผิดปกติของเส้นประสาทบริเวณแขน (brachial plexopathy) (Crane, 2001) มีอาการทางประสาท บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเป็นอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) มีอาการชัก (seizure) การสั่งงานของระบบประสาทช้าลง สูญเสียการได้ยิน (hear loss) (Aziz, 2002) มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่สมอง (brain metastases) มีการลุกลามของมะเร็งในเยื่อหุ้มสมอง (menigeal carcinomatosis) (Aziz, 2002; Ritch & Morton, 2002)

10. อาการอื่นๆ

อาการที่สามารถพบได้ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมได้แก่ อาการอ่อนล้า ดังการศึกษาอย่างเป็นระบบของ จอง และคณะ (Jong et al., 2002) ที่ศึกษาถึงความอ่อนล้าในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบร่วม โดยศึกษาจากงานวิจัยจำนวน 34 ฉบับ ตั้งแต่ปี 1991 ถึงปี 2000 ซึ่งต่างก็มีผลการวิจัยรายงานว่ามีความอ่อนล้าทั้งขณะให้ยาเคมีบำบัดและหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบ โดยความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากภาวะสุขภาพ การรักษา และอาการที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวด การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ และความซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแกสตันจอห์นสัน และคณะ (Gaston-johnson et al. cite in Jong et al., 2002) ได้ศึกษาถึงอาการอ่อนล้าหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบร่วมกันหลายชนิด (adjuvant chemotherapy) ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีอายุระหว่าง 22-60 ปีจำนวน 127 คน พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความอ่อนล้าเกิดขึ้น ร้อยละ 91 สอดคล้องกับดาวว์ เฟอเรลล์ ลิทซ์ ดี และกูลาเซคาราม (Doww, Ferell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996) ที่ศึกษาในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 294 ราย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ มีอาการอ่อนล้า เกิดการรบกวนการนอนหลับ และมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น

ปัญหาทางจิต-สังคม

สำหรับปัญหาทางจิต-สังคมที่พบในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ขึ้นอยู่กับผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการรักษา และการตอบสนองของแต่ละบุคคล (ภัทรารักษ์ พุ่งปันคำและคณะ, 2546) ผลกระทบทางจิต-สังคมที่พบบ่อยคือ การกลัวกลับเป็นซ้ำ (Dow, 1990) การกลัวการเกิดมะเร็งใหม่ กลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง เกิดผลกระทบต่อคุณค่าของตนเอง (Ferrell, Grant, Funk, Garcia, Otis Green & Schaffner, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของนอฟ (Knobf, 1986) และแซมแมร์โก (Sammarco, 2001) พบว่าการกลัวกลับเป็นซ้ำ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลึกไม่แน่นอน ความยากลำบากในการทำสมาธิและความกังวลเกี่ยวกับ

อนาคตมาก สอดคล้องกับการศึกษาฮาร์ท และคณะ (Hartl et al., 2003) ที่ได้ศึกษาในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ถึง 3 จำนวน 274 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมไว้ (breast conservative) รายงานว่ามีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ที่ดีกว่า มีความพึงพอใจกับการผ่าตัดมากกว่า แต่มีความกลัวการกลับเป็นซ้ำสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยการตัดเต้านมทิ้ง (mastectomy) สำหรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาจทำให้ผู้เป็นมะเร็งเต้านมรู้สึกกลัวต่อการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นร่วน ความเจ็บปวดจากแผลในปาก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า และมีระดับของความสิ้นหวังเพิ่มมากขึ้น (Brandt, 1987) และทำให้ผู้เป็นมะเร็งเต้านมรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และค่าในตนเอง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับคู่สมรสได้ การรักษาและผลข้างเคียงจากรังสีรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้ามากขึ้น (Hughes, 1993) และระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานจะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) สอดคล้องควาว์ เฟอเรลล์ ลิทซ์ ลี และกูลาเซคารัม (Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996) ที่ศึกษาในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 294 ราย พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และมีการกังวลห่วงใยในเรื่องการเปลี่ยนแปลงรอบเดือนและการเป็นหมัน

ในสังคมปัจจุบันผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องทำหน้าที่หลายบทบาท เช่นบทบาทของภรรยา บทบาทของมารดา การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเกิดความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมาน ในบทบาทของภรรยา การสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส (Anderson & Gloden-Kreutz, 1996) บางรายมีความทุกข์ทรมานจากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีความทุกข์ทรมานของครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัว (Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Galasekaram, 1996; Carter, Carter & Silimus, 1993) มีความกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคู่สมรสและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต (Carter & Silimas, 1993; Ferrell, Grant, Ffunk, Garcia, Otis Green & Schaffner, 1996) นอกจากนี้ผลของการรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ (Wonghongkul, 1999) ความสัมพันธ์กับคู่สมรสเปลี่ยนไป ตลอดจนเพศสัมพันธ์ลดลง (Ganz, Desmond, Leeham, Rowland, Myerowitz & Belin, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของโฮมเบิร์ก, สก็อต, อเล็กซ์, และไฟฟ์ (Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2001) พบว่าผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมจะมีการตอบสนองทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง ในขณะที่ผู้หญิงที่ไม่มีคู่วิถีจะมีกังวลใจเกี่ยวกับการยอมรับของคู่วิถีในอนาคต

การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมสูญเสียบทบาททางสังคมหลายประการ เช่นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม รวมทั้งความสามารถในการทำงาน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมมีการแยกตัวจากสังคม (Ferrell, Dow, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1995) การผ่าตัดเต้านมทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดภาวะเครียดสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมและเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544) นอกจากนี้การฉายรังสีรักษายังทำให้เกิดรอยแดงบริเวณผิวหนังในตำแหน่งที่มีการฉายรังสี ซึ่งบางครั้งทำให้เพื่อนเกิดความกลัวที่จะอยู่ใกล้ เนื่องจากกลัวว่ารังสีจะมีผลกระทบต่อพวกเขา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมเกิดการแยกตัวและทำให้ทักษะการเข้าสังคมลดลงได้ (Raines, 1998)

การจัดการตนเอง

ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเมื่อต้องการอย่างเหมาะสมเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้นักลต้องรับผิดชอบในการจัดการกับภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชีวิตประจำวันและผลกระทบต่อความผาสุก การมีส่วนร่วมในการดูแลภาวะเจ็บป่วยของตนเองเป็นความจำเป็นไม่ใช่ทางเลือก (Coates & Boore, 1995) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จงใจคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และป้องกันป้องกันไม่ให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น (Orem, 2001)

การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการหรือกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเองในการปฏิบัติจัดการกระทำกับตนเอง เพื่อลดผลของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Price, 1993; อ้างใน เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542) และบาร์โลว์และคณะ (Barlow et al., 2002) กล่าวว่าจัดการกับตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา จัดการด้านกายและจิตสังคม และเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองสามารถติดตามภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มีกระบวนการรู้คิด มีการตอบสนองที่จำเป็นต่อพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องสอดคล้องกับเคลียร์ (Creer, 2000) ที่กล่าวว่าจัดการตนเอง เป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง รวมถึงเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 5 มโนทัศน์หลัก 1 มโนทัศน์ย่อย ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (self-care)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และมโนทัศน์ประกอบ คือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยบุคคลกระทำเพื่อตนเอง และเพื่อผู้ที่ต้องพึ่งพาการดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากที่บ้าน ในโรงเรียน และจากประสบการณ์ บุคคลมีความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง และสุขภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมในภาวะปกติของมนุษย์ เพื่อให้การทำหน้าที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และยังเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งเงื่อนไขภายในและภายนอกที่จำเป็นในการคงไว้และส่งเสริมสุขภาพให้เจริญเติบโตและพัฒนาการในระยะเวลาหนึ่งๆ ซึ่งมีจุดเน้นที่การป้องกัน การบรรเทา การรักษา หรือการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุกรวมทั้งการแสวงหาและการมีส่วนร่วมในการรักษา และการพยาบาล (Orem, 2001) วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่างคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของ

ร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ของตนเองที่ดี ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น
- 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือป้องกันผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) อธิบายว่าเมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาล ทั้งนี้ความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลสามารถถูกระงับได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลจึงต้องการพยาบาล ความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ (Orem, 2001)

ในงานวิจัยในครั้งนี้ แนวคิดการจัดการปัญหาสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อลดหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

วิธีการปฏิบัติ ความถี่ของการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติแต่ละครั้งในการลดหรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ และผลลัพธ์หลังใช้วิธีปฏิบัติในการลดหรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม โดยผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างเช่นผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องประสบกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคและการรักษาทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้เป็นมะเร็งเต้านมต้องมีการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของแสงชาติ, ลิ้มตระกูล และดีพร้อม (Saengchat, Limtragool & Deeprom, 2002) ที่ศึกษาการใช้การบำบัดแบบเสริมในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 200 ราย พบว่าชนิดการบำบัดแบบเสริมที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้ 10 ลำดับแรก ได้แก่ การสวดมนต์ (ร้อยละ 74) การคิดในด้านบวก (ร้อยละ 73) การฟังเพลง (ร้อยละ 65.5) การดูภาพยนตร์ (ร้อยละ 64) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 59.5) การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 52) การใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 39) การดื่มน้ำมนต์ (ร้อยละ 38.5) การสร้างอารมณ์ขัน (ร้อยละ 38.5) และการทำสมาธิ (ร้อยละ 35)

จากงานวิจัยที่ได้ศึกษาและทบทวน พบว่า ในต่างประเทศได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดกับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งชนิดของปัญหาที่เกิด ความรุนแรงของปัญหาและการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของปัญหา และผลของการศึกษาวิจัย ก็เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและรักษาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมสำหรับในประเทศไทยยังไม่มีมีการศึกษารวบรวมข้อมูลปัญหาทางด้านร่างกายในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม อีกทั้งในประเทศไทยผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนมากมีการใช้การบำบัดแบบเสริม (complementary treatment) (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2546) ซึ่งอาจทำให้การตอบสนองทางร่างกายในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิงหรือเพื่อการศึกษาวิจัยหาแนวทางในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและให้การดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้นแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมต่อไป

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการศึกษานี้

ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมักจะประสบปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพการดำเนินของโรคและการรักษา โดยปัญหาสุขภาพนั้นจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งปัจจุบันการรักษาในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนมากจะการรักษาด้วยวิธีรักษาร่วม (adjuvant therapy) ปัญหาสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่พบได้มี 2 ด้าน คือ ร่างกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนจากภาวะปกติของร่างกายและจิต-สังคมที่เกิดจากโรคและการรักษา เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล จากอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับสรีระหรือการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย หรือเป็นความรู้สึกถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต รวมถึงความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนจากภาวะปกติในบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเกิดปัญหาสุขภาพขึ้น ถือว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมต้องมีการจัดการกับความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนจากภาวะปกติของร่างกายและจิตสังคมที่มีผลกระทบความผาสุก มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วย เมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หรือความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น จะก่อให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง บุคคลจึงต้องมีการจัดการกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองและช่วยบรรเทาผลที่เกิดจากโรคและการรักษา ให้สามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองและเกิดความผาสุกในชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรับรู้ที่เกิดปัญหาสุขภาพกับตนเอง ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมจึงมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพของตนหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อส่งเสริม ดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติของสุขภาพและชีวิตต่อไป