

## ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: ประเด็นสุขภาพที่ถูกกละเลย และความท้าทายของการพยาบาล

ดวงเดือน รัตน์ะมงคลกุล ปร.ด.\*

นุชธิดา สมัยสงฆ์ ปร.ด.\*\* ไตรภพ โรจนอุทัย วท.ม.\*\*\*

### หมายเหตุบรรณาธิการ

ในวาระที่วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับแรกแห่งปี 2569 ซึ่งเป็นปีที่สหประชาชาติได้ประกาศให้เป็น “ปีแห่งเกษตรกรสตรีสากล” เพื่อเน้นย้ำบทบาทของผู้หญิงในภาคระบบการผลิตและบริการอาหารแก่สังคมโลก ในฐานะ “ผู้ให้” ซึ่งสังคมควรคำนึงถึงการผลักดันให้สตรีเป็น “ผู้รับ” ในมิติของโอกาสความเอื้อเพื่อ การสนับสนุน การให้เวลา และทรัพยากร อันจะเป็นปัจจัยเงื่อนไขในการสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้หญิงและเด็กหญิงอย่างเท่าเทียม และเป็นธรรม กองบรรณาธิการจึงบรรจบทความนี้ เป็นบทความวิชาการรับเชิญ ซึ่งเป็นหนึ่งตัวอย่างของปัญหาสุขภาพสตรีที่อาจถูกละเลย และเป็นประเด็นท้าทายสังคมวิชาชีพการบริการสุขภาพ

### บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenic obesity) เป็นภาวะซับซ้อน ที่พบเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในสตรีวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ภาวะนี้เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างมวลไขมันและมวลกล้ามเนื้อ อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม ฮอร์โมน การอักเสบเรื้อรัง และผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลง ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน คัดกรอง และจัดการภาวะดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินภาวะโภชนาการ การวัดองค์ประกอบของร่างกาย การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ไปจนถึงการให้คำปรึกษาโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการดูแลเชิงจิตสังคม

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยยังเป็นประเด็นท้าทายต่อการพยาบาลในมิติทางเพศภาวะและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหญิงจำนวนมากเผชิญแรงกดดันจากภาพลักษณ์ทางสังคมที่คาดหวังให้ดูดีและแข็งแรง ส่งผลให้เกิดการตีตราและการละเลยการดูแลตนเอง บทความนี้จึงมุ่งทบทวนพยาธิสภาพ ผลกระทบ บทบาทพยาบาล และความท้าทายเชิงสังคมในบริบทของประเทศไทย พร้อมเสนอแนวทางที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ทางคลินิกกับมิติทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับแนวโน้มสุขภาพโลกที่มุ่งเน้นสุขภาพเชิงศักยภาพ ความสามารถ และคุณภาพชีวิตมากกว่าการควบคุมโรคเพียงอย่างเดียว

**คำสำคัญ:** ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย มะเร็งเต้านม

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล Nuchthida.sa@gmail.com

\*\*\*นักกำหนดอาหาร แผนกโภชนาบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพ

## Sarcopenic obesity in breast cancer patients: An underrecognized health issue and nursing challenges

Duangduan Rattanamongkolgul Ph.D.\*

Nuchthida Samaisong Ph.D.\*\* Traipop Rojanauthai M.Sc.\*\*\*

### Editorial remarks

As this issue marks the first volume of the year 2026, which the United Nations has declared as the “International Year of Women Farmers” it reminds us of the vital role that women play in food production and service systems around the world-as givers. At the same time, society should also strive to make women *receivers*-of opportunities, kindness, support, time, and resources-all of which are essential for promoting the well-being and equality of women and girls. The editorial team has therefore included this article as an invited academic article, which is an example of a women’s health issue that is often overlooked and remains a challenging concern within the health service profession.

### Abstract

Sarcopenic obesity is a complex condition increasingly observed among breast cancer patients, particularly in middle-aged and older women. This condition arises from an imbalance between fat mass and muscle mass, resulting from metabolic and hormonal alterations, chronic inflammation, and side effects of treatments such as chemotherapy or hormonal therapy. Consequently, patients experience decreased physical performance, increased complications, and a diminished quality of life. Nurses therefore play a crucial role in the systematic prevention, screening, and management of this condition ranging from nutritional assessment, body composition measurement, and muscle strength evaluation to nutritional counseling, promotion of physical activity, and psychosocial support.

Moreover, caring for breast cancer patients with sarcopenic obesity presents nursing challenges in gender and social dimensions. Many female patients face social pressure to appear healthy and attractive, leading to stigmatization and neglect of self-care. This article reviews the pathophysiology, consequences, nursing roles, and sociocultural challenges of sarcopenic obesity within the Thai context. It also proposes integrative nursing approaches that link clinical knowledge with psychosocial perspectives, aiming to ensure holistic care for breast cancer patients. Such approaches align with global health trends that emphasize potential-based, capability-centered, and quality-of-life-oriented health, rather than disease control alone.

**keywords:** sarcopenia; sarcopenic obesity; breast cancer

\*Assistant professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Corresponding author,

E-mail: Nuchthida.sa@gmail.com

\*\*\*Dietitian, Nutrition Therapeutics Department, Bangkok Hospital

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของเพศหญิงทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานในปี พ.ศ. 2543 พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมทั่วโลก ประมาณ 1.05 ล้านราย เพิ่มขึ้นเป็น 2.09 ล้านราย และ 2.3 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2561 และ 2565 ตามลำดับ<sup>1</sup> นอกจากนี้ ยังพบผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในปี พ.ศ. 2565 สูงถึง 670,000 ราย<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 หญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านม 10,193 ราย<sup>3</sup> และเพิ่มขึ้นเป็น 18,421 ราย<sup>4</sup> และ 38,559 ราย<sup>5</sup> ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2565 ตามลำดับ

สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่มีรายงานชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการศึกษาระบุปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลายประการ เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น พันธุกรรม ประวัติการได้รับฮอร์โมนทดแทนหรือใช้ยาคุมกำเนิดต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายน้อย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือพลังงานสูงเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือมีปริมาณไขมันเป็นส่วนประกอบของร่างกายในสัดส่วนที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติหรือปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มหญิงวัยหลังหมดประจำเดือน<sup>6</sup>

การรักษา มะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การรักษาแบบพุ่งเป้า หรือการได้รับฮอร์โมน ทั้งนี้ ขึ้นกับระยะของโรคและปัจจัยด้านผู้ป่วย การรักษาเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นโรคอ้วนมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ ร้อยละ 7<sup>7</sup> นอกจากนี้ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 33<sup>8</sup> ซึ่งทั้งโรคอ้วนและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ล้วนส่งผลกระทบต่อการรักษาและคุณภาพชีวิต ดังนั้น ภาวะดังกล่าว จึงเป็นปัญหาซ้อนทับที่สำคัญ เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญผลข้างเคียงจากการรักษาพร้อมกับ การเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อ ซึ่งกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในมิติทางสังคม ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้หญิงที่ป่วยมะเร็งเต้านม มิได้เป็นเพียงภาวะทางกายภาพ แต่ยังสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมและการตีตราทางเพศภาวะ การมีรูปร่างอ้วนจากผลข้างเคียงของยาอาจถูกตีตราว่าเกิดจากความไม่รับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการกดทับซ้ำเติมทางจิตใจและสังคม ปัญหานี้จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในระดับปัจเจก แต่เป็นผลสะท้อนจากระบบการดูแลสุขภาพที่ยังขาดมุมมองแบบองค์รวมและความเข้าใจบริบท ทางเพศและอัตลักษณ์ของผู้ป่วยหญิง<sup>9</sup>

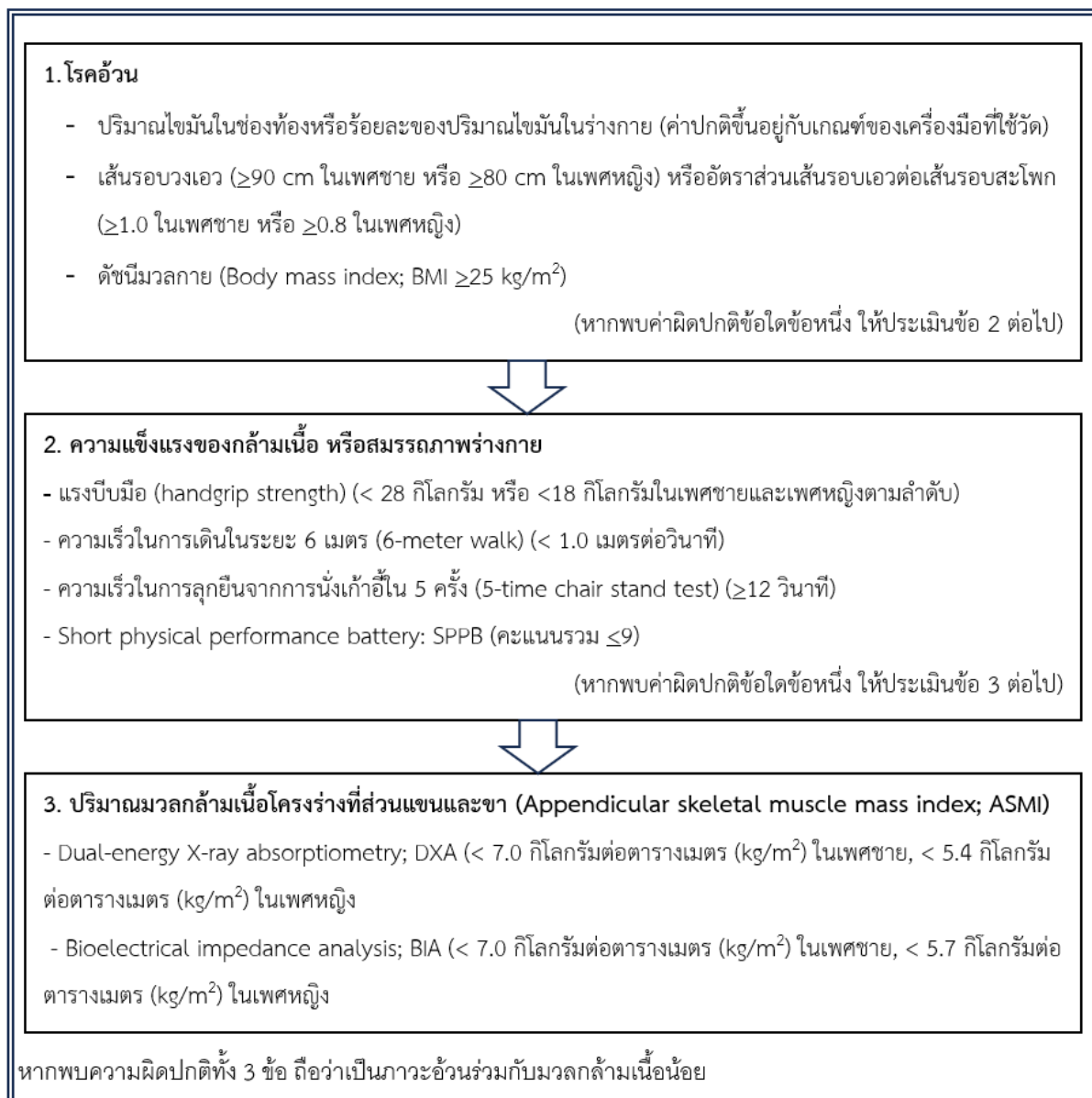
ดังนั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งด้านคำจำกัดความ เกณฑ์การวินิจฉัย และอุบัติการณ์ของโรค วิเคราะห์ผลกระทบทั้งทางคลินิก จิตสังคม และเศรษฐกิจ และเสนอแนวทางการพยาบาลเชิงรุกในการป้องกันและ

จัดการภาวะดังกล่าว โดยเน้นการลดการตีตรา เสริมพลังผู้หญิงให้สามารถดูแลตนเองได้ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียมและยั่งยืน

### คำจำกัดความและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenic obesity) เป็นภาวะที่บุคคลมีการสะสมไขมันในร่างกายเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ร่วมกับมีมวลกล้ามเนื้อต่ำกว่าปกติ (low muscle mass) และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (low muscle strength) หรือมีสมรรถภาพทางกายลดลง (low physical performance)<sup>9</sup> โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย<sup>10</sup> ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วน ใช้ผลอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ มวลไขมันในร่างกาย (มากกว่าร้อยละ 26 หรือร้อยละ 36 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ)<sup>11</sup> หรือเส้นรอบวงเอว (>90 เซนติเมตร และ >80 เซนติเมตรในเพศชาย และเพศหญิงตามลำดับ)<sup>12</sup> หรือดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI≥25 kg/m<sup>2</sup>)<sup>13</sup> การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย<sup>14</sup> ใช้เกณฑ์ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำหรือสมรรถภาพทางกายต่ำ ร่วมกับดัชนีกล้ามเนื้อน้อย (low appendicular skeletal muscle mass index; ASMI) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำประเมินจากแรงบีบมือ (handgrip strength) (<28 กิโลกรัม หรือ <18 กิโลกรัม ในเพศชาย และเพศหญิงตามลำดับ) สมรรถภาพทางกายต่ำประเมินโดยการวัดความเร็วในการเดินในระยะ 6 เมตร (6-meter walk) (<1.0 เมตรต่อวินาที) หรือความเร็วในการลุกยืนจากการนั่งเก้าอี้ใน 5 ครั้ง (5-time chair stand test) (>12 วินาที) หรือการประเมิน short physical performance battery (SPPB) (คะแนนรวม <9) ดัชนีกล้ามเนื้อน้อยประเมินจากค่าดัชนีกล้ามเนื้อ น้อยกว่า 7.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m<sup>2</sup>) ในเพศชาย หรือน้อยกว่า 5.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m<sup>2</sup>) ในเพศหญิง เมื่อวัดด้วยเครื่อง dual-energy x-ray absorptiometry (DXA) หรือน้อยกว่า 7.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m<sup>2</sup>) ในเพศชาย หรือน้อยกว่า 5.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m<sup>2</sup>) ในเพศหญิง เมื่อวัดด้วยเครื่อง bioelectrical impedance analysis (BIA) ซึ่งหากพบความผิดปกติทั้งโรคอ้วน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำหรือสมรรถภาพทางกายต่ำ และดัชนีกล้ามเนื้อน้อย จะถือว่าเป็นภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการวินิจฉัยภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย

### สถานการณ์ของภาวะอ้วนร่วมกับกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ภาวะน้ำหนักเกินและ/หรือเป็นโรคอ้วน เป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพบอุบัติการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและ/หรือโรคอ้วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงถึง ร้อยละ 64.2<sup>15</sup> และผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 35-40 โดยเฉพาะในหญิงวัยหลังหมดประจำเดือน<sup>16</sup> ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัดพบเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 30<sup>17</sup> และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของรายงานวิจัย 35 เรื่อง ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 6,894 รายจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รายงานอุบัติการณ์ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 38.6 และพบภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยก่อนเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 25.5<sup>18</sup> สำหรับผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย หลังเข้ารับการรักษามะเร็งด้วยวิธีใด ๆ พบมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 33<sup>8</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด เป็นภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 20<sup>17</sup> โดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษามะเร็งเต้านม ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ย 1-5 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากเพิ่มมวลไขมัน แต่กลับมีมวลกล้ามเนื้อลดลง<sup>19</sup> แม้ปริมาณอาหารและพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับจะน้อยลงจากผลข้างเคียงของการรักษา แต่น้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นเนื่องจากร่างกายใช้พลังงานน้อยลง จากการทำกิจกรรมทางกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง และรูปแบบการใช้พลังงานของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการลดลงของระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย<sup>20</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกายในผู้หญิงที่ได้รับการรักษามะเร็งเต้านม พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10 ในระยะก่อนการรักษาเป็น ร้อยละ 18 หลังการรักษาสิ้นสุด<sup>21</sup> ซึ่งพบว่าในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ผู้ที่เป็นภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย มีการพยากรณ์โรคที่แย่งลง และมีโอกาสเกิดการเป็นซ้ำของโรคมะเร็งมากขึ้น<sup>22</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในประเทศไทย มีข้อมูลจำกัด ขาดข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ รวมถึงมะเร็งเต้านม จากข้อมูลการดำเนินโรคปัญหาภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบในผู้ป่วยทั่วโลก อัตราการเกิดโรคนี้ในประเทศไทยน่าจะมียังน้อย เป็นประเด็นที่น่าสนใจ อีกทั้งปัญหานี้ มักถูกมองข้ามเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรูปร่างอ้วนภายนอก แม้จะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อในระดับลึก (hidden sarcopenia) ส่งผลให้พยาบาลและทีมสุขภาพ อาจไม่สามารถวางแผนการดูแลด้านโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ อย่างเหมาะสม

ในมุมมองปัญหาที่ยังเกี่ยวข้องกับบทบาทและอัตลักษณ์ของผู้หญิงไทย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวนมากเป็นมารดาหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ต้องรับภาระดูแลผู้อื่นแม้อยู่ในช่วงการรักษา ส่งผลให้ขาดเวลาและทรัพยากรในการดูแลตนเอง การรับรู้ของสังคมที่ตีตราผู้หญิงอ้วนว่าไม่ดูแลสุขภาพ ยิ่งเพิ่มแรงกดดันทางจิตใจและลดแรงจูงใจในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>21</sup> ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย จึงมิใช่เพียงภาวะทางสรีรวิทยา แต่เป็นสัญญาณสะท้อนความไม่เท่าเทียมในระบบการดูแลสุขภาพของผู้หญิง

### พยาธิสภาพการเกิดภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยมีหลายปัจจัย และมีความซับซ้อน ได้แก่

กระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นจากเซลล์มะเร็ง ร่วมกับการบริโภคอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และส่งผลกระทบโดยตรงต่อการมีกิจกรรมทางร่างกาย ซึ่งเมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีการสลายตัวของกล้ามเนื้อ ปริมาณมวลกล้ามเนื้อ

ลดลงแต่กลับมีเซลล์ไขมันแทรกระหว่างเซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น (intramyocellular lipid; IMCL) นอกจากนี้ กรดอะมิโนที่ได้จากจากการสลายมวลกล้ามเนื้อ ยังมีส่วนส่งเสริมทำให้เซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นอีกด้วย<sup>23</sup>

กระบวนการอักเสบของเนื้อเยื่อไขมันเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน กล้ามเนื้อมีความต้องการกรดอะมิโนเพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการสลายและการสร้างกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อมีปริมาณลดลง<sup>23</sup> นอกจากนี้ ฮอร์โมนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนหลายชนิดในร่างกายที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของมวลไขมันและมีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ เช่น ghrelin, insulin, androgens, estrogens, growth hormone, insulin-like growth factor; IGF-1 เป็นต้น โดยฮอร์โมนดังกล่าว ส่งผลให้ร่างกายมีกระบวนการสลายมวลกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการสร้างเซลล์ไขมันและเกิดการแทรกของเซลล์ไขมันในกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น<sup>24</sup> และมีการยับยั้งการหลั่ง myokines และ cytokines ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการอักเสบในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น<sup>25</sup>

โดยสรุป พยาธิสภาพของภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นผลจากปัจจัยหลายมิติที่ซ้อนกัน ได้แก่ ความไม่สมดุลของฮอร์โมน การอักเสบเรื้อรัง ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และการลดลงของกิจกรรมทางกายจากผลข้างเคียงของการรักษา ภาวะนี้ไม่เพียงเป็นปัญหาทางชีวภาพ แต่ยังสะท้อนการขาดระบบดูแลที่เน้นการป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหญิง ซึ่งเป็นจุดที่พยาบาลสามารถมีบทบาทสำคัญในส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลเพื่อป้องกันและฟื้นฟูภาวะดังกล่าวได้

### ผลกระทบของภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญ ต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค การตอบสนองต่อการรักษา และคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีโรคอ้วนมักได้รับการวินิจฉัย เมื่อก่อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักตัวปกติ อีกทั้ง ยังมีแนวโน้มพบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นในอัตราที่สูงกว่า ซึ่งล้วนส่งผลต่อความรุนแรงของโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย<sup>26</sup>

ผลการศึกษาหลายฉบับระบุว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นโรคอ้วน มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติถึง ร้อยละ 60 และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคร่วมอื่นสูงขึ้นถึง ร้อยละ 41<sup>27</sup> ขณะเดียวกัน ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย จะเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดสูงกว่าผู้ที่มีมวลกล้ามเนื้อปกติถึง 3.58 เท่า มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 33 และมีโอกาสเกิดมะเร็งระยะลุกลามรวมถึงการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 29<sup>28</sup> นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย มีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความอ้วนดังกล่าว 1.54 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงขึ้น 2.39 เท่า<sup>29</sup>

## ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาต่อภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย

กระบวนการรักษามะเร็งเต้านมมักเป็นการรักษาแบบผสมผสาน เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสี การใช้ยาต้านฮอร์โมน และการรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ซึ่งแม้จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย แต่กลับส่งผลกระทบต่อสมดุลของร่างกายอย่างมาก และมีอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือแผลในเยื่อช่องปาก ล้วนทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงและเกิดภาวะทุพโภชนาการ ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลง ขณะที่มวลไขมันกลับเพิ่มขึ้น<sup>30</sup> ยาเคมีบำบัดบางชนิดยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้เกิดการสลายกล้ามเนื้อ เพิ่มการสะสมไขมัน และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระหว่างการรักษา

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เอื้อต่อการเกิดภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรสและกลิ่นอาหาร รู้สึกเหม็นคาวอาหารประเภทเนื้อสัตว์ หรือมีความเชื่อผิดเกี่ยวกับการบริโภคโปรตีน เช่น เชื่อว่าอาหารโปรตีนกระตุ้นการเจริญของเซลล์มะเร็ง<sup>31</sup> ส่งผลให้ลดการรับประทานอาหารโปรตีนและหันไปบริโภคคาร์โบไฮเดรตหรือไขมันมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างต่อเนื่อง

## ผลกระทบด้านจิตสังคมและระบบสุขภาพ

นอกจากผลทางกายแล้ว ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยยังส่งผลต่อความมั่นใจในรูปร่างและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนมากรู้สึกพึงพิงผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียคุณค่าตนเอง และเกิดความเครียดจากภาพลักษณ์ทางร่างกาย การตีตราทางสังคมที่มองผู้หญิงอ้วนว่าไม่ดูแลสุขภาพ ยิ่งเพิ่มแรงกดดันทางจิตใจ และกระตุ้นให้เกิดการหลั่งคอร์ติซอลซึ่งส่งผลต่อการสลายกล้ามเนื้อมากขึ้น ในมุมของระบบสุขภาพ ภาวะนี้ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งในด้านการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามระยะยาว โดยเฉพาะในสังคมผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีผลกระทบหลายมิติ ตั้งแต่ระดับชีวภาพ จิตใจ จนถึงระดับสังคมและระบบบริการสุขภาพ การเข้าใจกลไกและผลกระทบของภาวะนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเชิงป้องกันและฟื้นฟู เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้หญิงไทยให้เท่าเทียมและยั่งยืน

## บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนของปัญหาทางสุขภาพ เนื่องจากต้องเผชิญทั้งผลกระทบจากโรคมะเร็ง การรักษา และความเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการที่ส่งผลต่อระบบร่างกายโดยรวม ภาวะดังกล่าว ไม่เพียงลดประสิทธิภาพของการรักษา แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของโรค และการลดลงของคุณภาพชีวิตในระยะยาว

พยาบาลในฐานะบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินภาวะโภชนาการและองค์ประกอบของร่างกาย การให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ไปจนถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินบทบาทพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดียิ่งขึ้น แต่ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดูแลตนเอง ลดความรุนแรงของโรค และเพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

### 1. การประเมินและคัดกรองภาวะโภชนาการ

พยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะโภชนาการและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการประเมินเริ่มตั้งแต่ระยะวินิจฉัยโรคและดำเนินต่อเนื่องตลอดกระบวนการรักษา การประเมินเบื้องต้น ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ร่วมกับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการตามมาตรฐานของแต่ละหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม การประเมินเหล่านี้ ยังไม่สามารถประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้โดยตรง พยาบาลจึงควรซักประวัติอย่างละเอียดถึงอาการที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การเปลี่ยนแปลงของรสชาติหรือกลิ่นอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รวมถึงชนิดและปริมาณของอาหาร โดยเฉพาะอาหารในกลุ่มโปรตีน พร้อมทั้งประเมินกิจกรรมทางกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย การคัดกรองควรทำซ้ำ ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ<sup>32</sup> หากพบความผิดปกติจากการคัดกรอง พยาบาลควรรายงานแพทย์และส่งต่อให้นักกำหนดอาหารเพื่อประเมินเชิงลึก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนโภชนบำบัดที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงตั้งแต่วันที่ 10 ของน้ำหนักปกติ ในช่วงเวลาไม่ถึง 6 เดือน ควรได้รับการดูแลทางโภชนาการอย่างใกล้ชิด และติดตามผลในทุกครั้งที่มารับการรักษา<sup>33</sup>

### 2. การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย

การวัดองค์ประกอบร่างกาย (body composition) เป็นอีกเครื่องมือสำคัญ ในการประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งสามารถระบุปริมาณไขมัน กล้ามเนื้อ กระดูก และน้ำในร่างกายได้อย่างละเอียด เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) และ dual-energy x-ray absorptiometry (DXA) ซึ่งมีความแม่นยำสูง แต่มีค่าใช้จ่ายมากและมีข้อจำกัดด้านรังสีในทางปฏิบัตินิยมใช้เครื่อง bioelectrical impedance analysis (BIA) เนื่องจากปลอดภัย เคลื่อนย้ายสะดวก ราคาประหยัด และสามารถติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถนำผลการประเมิน องค์ประกอบของร่างกาย ร่วมกับค่าดัชนีมวลกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลและติดตามผลการรักษาได้อย่างเป็นระบบ

### 3. การให้โภชนบำบัดในระยะการรักษามะเร็ง

พยาบาลควรมีความรู้ด้านโภชนบำบัด เพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อภาวะสุขภาพและการรักษา การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรเน้นการลด

การบริโภคน้ำตาล ไขมัน และเนื้อแดง พร้อมเพิ่มผักและผลไม้ในแต่ละมื้อ ซึ่งช่วยให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้นและลดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด<sup>34</sup>

3.1 พลังงาน ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน วันละ 25–30 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว หากรับประทานอาหารได้น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของความต้องการพลังงานต่อเนื้อ 1 สัปดาห์ หรือร้อยละ 50–75 ต่อเนื้อ 2 สัปดาห์ ควรส่งต่อให้นักกำหนดอาหาร เพื่อพิจารณาอาหารเสริมสูตรครบถ้วน<sup>32</sup> ส่วนผู้ที่ได้รับพลังงานมากเกินความต้องการ ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ขนมหวาน และของทอด พร้อมส่งเสริมการออกกำลังกายตามสมรรถภาพ

3.2 โปรตีน ควรบริโภควันละ 1.2–1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อช่วยซ่อมแซมกล้ามเนื้อและเสริมภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยบางรายอาจรับรสอาหารโปรตีนเปลี่ยนไปจากผลข้างเคียงของยา แต่ควรได้รับคำแนะนำว่าการบริโภคโปรตีนสูงไม่ทำให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโต กลับช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด<sup>35</sup> นอกจากนี้ การศึกษาทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ห่อภิมาณจาก 35 การศึกษา รวมผู้ป่วย 3,701 ราย พบว่าการเสริมโปรตีนช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และส่งผลให้ตอบสนองต่อการรักษาได้ดียิ่งขึ้น<sup>36</sup> แหล่งโปรตีนที่แนะนำ ได้แก่ ปลา ไก่ ไข่ เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ซึ่งมีรายงานว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม<sup>37</sup>

3.3 คาร์โบไฮเดรตและไขมัน ควรเลือกรับประทานข้าวกล้องและธัญพืชไม่ขัดสี หากมีอาการคลื่นไส้หรือเบื่ออาหาร สามารถเสริมคาร์โบไฮเดรตจากข้าวโพด มัน เผือก หรือผลไม้ได้ ส่วนไขมันควรเลือกไขมันดี เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก และอะโวคาโด เพื่อเพิ่มพลังงานโดยไม่เพิ่มไขมันอิ่มตัว ทั้งนี้ควรปรับปริมาณตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

#### 4. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักเผชิญกับอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อลีบ และคุณภาพชีวิตลดลง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ลดอาการอ่อนเพลีย และช่วยให้ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้น<sup>38</sup> การออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (resistance exercise) แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือรวม 180 นาทีต่อสัปดาห์<sup>39</sup> โดยควรประเมินสมรรถภาพร่างกายก่อนเริ่มกิจกรรมอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย และเพิ่มความหนักของการฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามศักยภาพของแต่ละราย

#### 5. การดูแลเชิงจิตสังคมและเสริมพลังผู้ป่วยหญิง

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยส่งผลต่ออาการลักษณะ ความมั่นใจ และบทบาททางสังคมของผู้ป่วยหญิงอย่างลึกซึ้ง ผู้ป่วยจำนวนมากรู้สึกสูญเสียความเป็นตนเองจากการเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างและการทำงาน ofร่างกาย ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และการลดคุณค่าในตนเอง พยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลตนเอง

การพยาบาลเชิงจิตสังคมควรมุ่งเน้นการเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยสามารถงบทบาทของตน ในครอบครัวและสังคมได้อย่างภาคภูมิใจ ผ่านการสนทนา การให้คำปรึกษาเชิงลึก และการส่งเสริมกิจกรรม กลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฟื้นฟูตนเอง อีกทั้ง ประเมินผลกระทบทางจิตใจ และความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดการตีตรา ทางสังคม (stigma) ที่มักเกิดขึ้นจากความเข้าใจผิด เช่น การมองว่าผู้ป่วยน้ำหนักเพิ่มหรือกล้ามเนื้อลด เพราะไม่ดูแลสุขภาพ ทั้งที่แท้จริงเป็นผลจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยลดแรงกดดันทางอารมณ์ และส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นกำลังใจสำคัญในการฟื้นฟูของผู้ป่วย

## 6. การประสานสหสาขาวิชาชีพและการติดตามคุณภาพการดูแล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย จำเป็นต้องอาศัยการทำงาน ร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานหลัก (care coordinator) ระหว่างแพทย์ นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individualized care plan) ที่ชัดเจน ครอบคลุมเป้าหมายด้านพลังงานและโปรตีน โปรแกรมการออกกำลังกาย และกำหนด ระยะเวลาการติดตามผล

ความท้าทายของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นประเด็นท้าทายใหม่ของวิชาชีพ พยาบาล เนื่องจากเป็นภาวะที่ซับซ้อนทั้งทางชีวภาพ จิตสังคม และระบบสุขภาพ ภาวะนี้มักไม่แสดงอาการ ชัดเจนในระยะแรก จึงมักถูกมองข้ามจากทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ขณะเดียวกัน การดูแลผู้ป่วย มะเร็งส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการป้องกันภาวะพร่องโภชนาการหรือขาดสารอาหารมากกว่าการประเมิน องค์ประกอบของร่างกายโดยละเอียด ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยจึงกลายเป็นโรคที่ถูกละเลยซ้ำซ้อน (double neglect) ทั้งในเชิงคลินิกและเชิงสังคม<sup>23</sup>

### 1. ความท้าทายทางคลินิก: การดูแลที่ซับซ้อนและยังขาดแนวทางเฉพาะ

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในระยะเริ่มต้น อาจไม่ส่งผลกระทบต่อผลการรักษา มะเร็ง จึงไม่ได้รับการเฝ้าระวังเฉพาะด้าน แม้ผู้ป่วยมะเร็งจะมีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการจาก ผลข้างเคียงจากการรักษา แต่ก็มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแต่แฝงการสูญเสียกล้ามเนื้อไว้ ความท้าทายของพยาบาล คือ การเฝ้าระวังและแยกแยะภาวะนี้อย่างแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งนี้ การลดน้ำหนัก ในระหว่างการรักษามะเร็งยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดถึงประโยชน์ในการรักษา เป้าหมายหลักในการดูแล จึงเป็น การควบน้ำหนัก หรือการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ<sup>40-41</sup>

### 2. ความท้าทายทางเทคนิค: การประเมินที่อาจซ่อนความจริงของร่างกาย

การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เพียงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่สามารถสะท้อนภาวะโภชนาการ ที่แท้จริงในผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น การวิเคราะห์ องค์ประกอบของร่างกาย การวัดกำลังมือ และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวัง

ภาวะนี้อาจมีประสิทธิภาพ<sup>32</sup> ความท้าทายสำคัญ คือ การแปลผลข้อมูลที่สะท้อนปัญหาที่พบในผู้ป่วย และนำผลการประเมินวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

### 3. ความท้าทายทางสังคมและเพศภาวะ: การตีตราและอัตลักษณ์ของผู้หญิง

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้หญิง มักสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคมและภาพลักษณ์ทางเพศภาวะ ผู้ป่วยมักเผชิญแรงกดดันจากค่านิยมที่ว่า ผู้หญิงต้องดูดี แข็งแรง และรักษารูปร่าง การเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากผลของโรคหรือการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้โรคถูกมองข้ามและไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง สื่อสารกับครอบครัวอย่างเข้าใจ และรณรงค์ให้สังคมตระหนักว่าภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดกล้ามเนื้อ ในระหว่างรักษาเป็นผลจากโรคและการรักษา ไม่ใช่ความล้มเหลวของการดูแลตนเอง

### 4. ความท้าทายเชิงระบบสุขภาพ: ช่องว่างขององค์ความรู้และแนวทางในบริบทไทย

แม้ต่างประเทศจะเริ่มให้ความสำคัญกับภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์และแนวทางเฉพาะ สำหรับการประเมินและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความท้าทายจึงอยู่ที่การผลักดันให้เกิดนโยบายสุขภาพและแนวปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทาง ที่รวมการประเมินองค์ประกอบร่างกายเข้ากับการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบ

### 5. ความท้าทายเชิงวิชาชีพ: การยกระดับบทบาทพยาบาลในเวทีสากล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นโอกาสสำคัญในการยกระดับบทบาทพยาบาลจาก ผู้ปฏิบัติสู่ผู้นำการเปลี่ยนแปลง พยาบาลจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา โภชนาการ การออกกำลังกาย และจิตสังคม เพื่อออกแบบการพยาบาลเฉพาะบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ การตั้งคำถามเชิงวิจัยใหม่ ๆ การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทไทย และการผลักดันนโยบายที่ตระหนักถึงความแตกต่างทางเพศภาวะ จะช่วยขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลไทยให้ก้าวสู่เวทีสากลอย่างมีศักยภาพ

ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย ไม่เพียงสะท้อนช่องว่างทางคลินิก แต่ยังชี้ให้เห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมและระบบสุขภาพ การยกระดับบทบาทพยาบาลให้เป็นทั้งผู้ประเมิน ผู้ดูแล และผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาการพยาบาลเชิงรุกที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยยุคใหม่และบริบทสุขภาพโลกอย่างยั่งยืน

## สรุป

ภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อการรักษา การตอบสนองต่อยา การกลับเป็นซ้ำ คุณภาพชีวิต และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย แม้ภาวะนี้จะไม่แสดงอาการที่เด่นชัดในระยะแรก แต่ส่งผลเชิงลึกต่อสมรรถภาพของร่างกายและผลลัพธ์

ทางสุขภาพในระยะยาว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันยังขาดการคัดกรองและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังภาวะดังกล่าว ทำให้โรคนี้อาจถูกมองข้ามในกระบวนการดูแล

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน คัดกรอง และฟื้นฟูผู้ป่วย โดยเริ่มจากการประเมินภาวะโภชนาการและองค์ประกอบร่างกายอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถระบุภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอได้ตั้งแต่ระยะแรก พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อให้เกิดการป้องกัน และฟื้นฟูภาวะนี้ และส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

## References

1. Shang C, Xu D. Epidemiology of Breast Cancer. *Oncologie* 2022;24(4):649-63.
2. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
3. National Cancer Institute. Cancer in Thailand. Vol. VII, 2007–2009 [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2013 [cited 2025 Oct 10]. Available from: [https://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20thailand\\_VII.pdf](https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20thailand_VII.pdf) (in Thai)
4. National Cancer Institute. Cancer in Thailand. Vol. XI, 2019–2021 [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2013 [cited 2025 Oct 10]. Available from: [https://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf](https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf) (in Thai)
5. Ministry of Public Health. National Cancer Institute report [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2025 Oct 10]. Available from: [https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=825c7fbfdbde936cf821a9b16dc4189b](https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=825c7fbfdbde936cf821a9b16dc4189b) (in Thai)
6. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast cancer epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies an updated review. *Cancers (Basel)* 2021 Aug 25;13(17):4287.
7. Bonet C, Crous-Bou M, Tsilidis KK, Gunter MJ, Kaaks R, Schulze MB, et al. The association between body fatness and mortality among breast cancer survivors: results from a prospective cohort study. *Eur J Epidemiol* 2023 May;38(5):545–57.

8. Roberto M, Barchiesi G, Resuli B, Verrico M, Speranza I, Cristofani L, et al. Sarcopenia in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancers (Basel)* 2024 Jan 31;16(3):596.
9. Papadopoulou SK. Sarcopenia: a contemporary health problem among older adult populations. *Nutrients*. 2020;12:1293.
10. Chen TP, Kao HH, Ogawa W, Arai H, Tahapary DL, Assantachai P, et al. The Asia Oceania consensus: definitions and diagnostic criteria for sarcopenic obesity. *Obes Res Clin Pract*. 2025;19(3):185–92.
11. Potter AW, Chin GC, Looney DP, Friedl KE. Defining overweight and obesity by percent body fat instead of body mass index. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025 Apr 17;110(4):e1103–7.
12. Aekplakorn W. Thai health survey by physical examination. 6th survey, 2019–2020 [Internet]. Bangkok: Health System Research Institute; 2021 [cited 2025 Oct 12]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425> (in Thai)
13. Patel SA, Deepa M, Shivashankar R, Ali MK, Kapoor D, Gupta R, et al. Comparison of multiple obesity indices for cardiovascular disease risk classification in South Asian adults: The CARRS Study. *PLoS One* 2017;12(4):e0174251.
14. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Mar 1;21(3):300–7.
15. Kim A, Scharf K, Senthil M, Solomon N, Garberoglio C, Lum SS. The prevalence of overweight and obesity in a breast clinic population: consideration for weight loss as a therapeutic intervention. *Surg Obes Relat Dis*. 2014 Mar 1;10(2):348–53.
16. Jiralerspong S, Goodwin PJ. Obesity and breast cancer prognosis: evidence, challenges, and opportunities. *J Clin Oncol*. 2016 Dec 10;34(35):4203–16.
17. Prado CM, Lieffers JR, McCargar LJ, Reiman T, Sawyer MB, Martin L, et al. Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2008 Jul;9(7):629–35.
18. Pamoukdjian F, Bouillet T, Lévy V, Soussan M, Zelek L, Paillaud E. Prevalence and predictive value of pre-therapeutic sarcopenia in cancer patients: a systematic review. *Clin Nutr*. 2018 Aug 1;37(4):1101–13.

19. Irwin ML, McTiernan A, Baumgartner RN, Baumgartner KB, Bernstein L, Gilliland FD, et al. Changes in body fat and weight after a breast cancer diagnosis: influence of demographic, prognostic, and lifestyle factors. *J Clin Oncol.* 2005 Feb 1;23(4):774–82.
20. De Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and breast cancer: a literature review on prevention, treatment and recurrence. *Nutrients.* 2019 Jul 3;11(7):1514.
21. Thomson CA, Stopeck AT, Bea JW, Cussler E, Nardi E, Frey G, et al. Changes in body weight and metabolic indexes in overweight breast cancer survivors enrolled in a randomized trial of low-fat vs. reduced carbohydrate diets. *Nutr Cancer* 2010 Nov 5;62(8):1142–52.
22. Rier HN, Jager A, Sleijfer S, van Rosmalen J, Kock MC, Levin MD. Low muscle attenuation is a prognostic factor for survival in metastatic breast cancer patients treated with first-line palliative chemotherapy. *Breast* 2017 Feb 1;31:9–15.
23. Silveira EA, da Silva Filho RR, Spexoto MC, Haghghatdoost F, Sarrafzadegan N, et al. The role of sarcopenic obesity in cancer and cardiovascular disease: a synthesis of the evidence on pathophysiological aspects and clinical implications. *Int J Mol Sci* 2021;22(9):4339.
24. Yoshikawa T, Noguchi Y, Doi C, Makino T, Nomura K. Insulin resistance in patients with cancer: relationships with tumor site, tumor stage, body-weight loss, acute-phase response, and energy expenditure. *Nutrition* 2001 Jul;17(7-8):590–3.
25. Jurdana M, Cemazar M. Sarcopenic obesity in cancer. *Radiol Oncol* 2024 Feb 21;58(1):1.
26. Barone I, Giordano C, Bonofiglio D, Andò S, Catalano S. The weight of obesity in breast cancer progression and metastasis: clinical and molecular perspectives. *Semin Cancer Biol* 2020 Feb 1;60:274–84.
27. Chan DS, Vieira AR, Aune D, Bandera EV, Greenwood DC, McTiernan A, et al. Body mass index and survival in women with breast cancer—systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies. *Ann Oncol* 2014 Oct 1;25(10):1901–14.
28. Liu C, Liu T, Deng L, Zhang Q, Song M, Shi J, et al. Sarcopenic obesity and outcomes for patients with cancer. *JAMA* 2024 Jun 3;7(6):e2417115.
29. Jung S, Son KL, Jung S, Moon JY, Oh GH, Yeom CW, et al. The longitudinal effects of chronotype on chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer receiving neoadjuvant chemotherapy. *J Psychosom Res* 2022;157:110804.

30. Nguyen V, Chen J, Lord R, Preda V. The impact of multidisciplinary weight management on body weight and body mass composition in women with breast cancer post-adjuvant chemotherapy: a retrospective chart review. *Oncology* 2022;100(6):344–53.
31. Arundon T, Ruangdam A, Ruangkajorn P, Pruphetkaew N, Sunpaweravong P. Nutritional status, beliefs, and meat-consumption behaviors among cancer patients. *Thai Canc Jour* 2017;37(4):127-41.
32. Limon-Miro AT, Lopez-Teros V, Astiazaran-Garcia H. Dietary guidelines for breast cancer patients: a critical review. *Adv Nutr* 2017 Jul 1;8(4):613–23.
33. Jankowski M, Qelaj A, Klek S, Murawa D, Nartowicz M, Patela Z, et al. The role of comprehensive nutritional care in cancer patients. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory* 2021;6(3):207–10.
34. Kim M, Lee M, Sa J. Nutritional management for breast cancer patients. *The Ewha Medical Journal* 2025 Jan 31;48(1):e11.
35. Boutière M, Cottet-Rousselle C, Coppard C, Couturier K, Féart C, Couchet M, et al. Protein intake in cancer: does it improve nutritional status and/or modify tumour response to chemotherapy? *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2023 Oct;14(5):2003–15.
36. Orsso CE, Caretero A, Poltronieri TS, Arends J, de van der Schueren MA, Kiss N, et al. Effects of high-protein supplementation during cancer therapy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2024 Dec 1;120(6):1311–24.
37. Shu XO, Zheng Y, Cai H, Gu K, Chen Z, Zheng W, et al. Soy food intake and breast cancer survival. *JAMA* 2009 Dec 9;302(22):2437–43.
38. D’Ascenzi F, Anselmi F, Fiorentini C, Mannucci R, Bonifazi M, Mondillo S. The benefits of exercise in cancer patients and the criteria for exercise prescription in cardio-oncology. *Eur J Prev Cardiol* 2021 Jul 1;28(7):725–35.
39. Zhou R, Chen Z, Zhang S, Wang Y, Zhang C, Lv Y, et al. Effects of exercise on cancer-related fatigue in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Life (Basel)* 2024 Aug 14;14(8):1011.
40. Gallo M, Adinolfi V, Barucca V, Prinzi N, Renzelli V, Barrea L, et al. Expected and paradoxical effects of obesity on cancer treatment response. *Rev Endocr Metab Disord* 2020;22:681–702.

41. Ligibel JA, Bohlke K, May AM, Clinton SK, Demark-Wahnefried W, Gilchrist SC, et al. Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: ASCO guideline. *J Clin Oncol* 2022 Aug 1;40(22):2491–507.