

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์: ผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วย 3C

ดาราวรรณ อักษรวรรณ^{1*}, พิณรัตน์ แก้วโสภา¹, พลากร สุรกุลประภา²

¹แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nutritional Status of Surgical and Orthopedic Patients: Patients with Cancer in 3C Ward

Darawan Augsnornwan^{1*}, Pinrat Taewsopa¹, Palakorn Surakunprapha²

¹Surgical and Orthopedic Department, Division of Nursing, Srinagarind Hospital,

²Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วย 3C แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่มะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 3C ระหว่างเดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2558 เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ และ 3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา: จากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วย 3C แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดจำนวน 45 ราย อายุเฉลี่ย 56.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.5 มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 44.4 เป็นมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 46.7 ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการพบว่า ร้อยละ 34.8 มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 41.1 ผลการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือวัด เส้นรอบกึ่งกลางแขน (MAC) ความหนา ไชมันใต้ผิวหนัง (TSF) การคำนวณความหนากล้ามเนื้อใต้วงแขน (MAMC) พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการ ในระดับสูง ร้อยละ 41.1, 52.9 และ 41.1 ตามลำดับ

สรุป: ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วย ร้อยละ 34.8 มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลให้การหายของแผลช้ากว่าปกติ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, ผู้ป่วยมะเร็ง, ภาวะทุพโภชนาการ

Objective: To study the nutritional status of patients with cancer in surgical ward 3C at Surgical and Orthopedics Nursing Division, Srinagarind Hospital.

Method: This was a descriptive study, the sample population were adult patients with cancer admitted in 3C Ward between October 2014 and September 2015. The instruments used in this study consisted of three parts: 1) personal data, 2) screening nutritional status and 3) nutritional assessment. The data were analyzed by frequency and percentage.

Results: A sample population of 45 patients, mean age 56.75 years, male were 55.5%, patients have oral cavity problem were 44.4%. Screening of nutritional status found the sample population had high incidence of Head and neck cancer 46.7%, Patients with high risk of malnutrition were 34.8% including 41.1 % were Head and neck cancer. Nutritional assessment by mid-arm circumference (MAC), triceps skin fold (TSF) mid arm muscle circumference (MAMC) found that patients with severe nutritional status were 41.1, 52.9 and 41.1 %, respectively.

Conclusion: The malnutrition status nutritional status of patients with cancer found 34.8% in high risk nutrition it can lead to delayed of wound healing, complications and delayed on recovery.

Key word: nutritional status, cancer patients, malnutrition

ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(4): 385-389. • Srinagarind Med J 2019; 34(4): 385-389.

*Corresponding author : Darawan Augsnornwan, 3C Ward, Surgical and Orthopedic Department, Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. E-mail: daraug@kku.ac.th

บทนำ

หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ค แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดปีละ 1200-1300 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ประกอบด้วยผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ และฉุฉน และ ศัลยกรรมเด็ก ในจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาเหล่านี้ มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร ที่ต้องการผ่าตัดประมาณ 150-200 รายต่อปี¹ เมื่อผู้ป่วยเป็นมะเร็ง เซลมะเร็งจะสร้างสารเคมีที่ทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น มีการสลายโปรตีน จากกล้ามเนื้อ และสลายไขมันจากเซลล์ไขมัน² ในผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติของศูนย์ควบคุมความอยากอาหารในสมอง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่ออาหาร นอกจากนั้นแล้วหากมะเร็งเกิดในอวัยวะที่ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินอาหาร หรือการดูดซึมสารอาหาร ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการได้³

ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญลำดับต้นๆ ต่อกระบวนการหายของแผล ส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อลดลง ภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁴ ประเทศในแถบทวีปยุโรปมีแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดจะต้องได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ และผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารและต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ ต้องได้รับการดูแลเรื่องสารอาหารก่อนเสมอ⁵ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการก่อนการผ่าตัด จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากและง่ำยกว่าปกติ หลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือการหายของแผลช้ากว่าปกติ ภาวะการติดเชื้อของแผล แผลหน้าท้องแยก หรือแผลติดต่อกันไม่ได้ มีรูรั่ว⁶ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมที่มารับการผ่าตัด มักมีปัญหาเรื่องน้ำหนักลด (weight loss) และมีพลังงานสำรอง (energy reserves) น้อย⁴

การศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือการประเมินภาวะโภชนาการในการทำนายระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งต่อภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือ ประเมินภาวะโภชนาการ Patients Generated Subjective Global Assessment, PG-SGA พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงโภชนาการร้อยละ 64.60 และจากการศึกษาการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งและผลลัพธ์ต่อการรักษาพบว่าภาวะโภชนาการเป็นปัญหาหลักในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศกำลังพัฒนา และผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพโภชนาการจะมีปัญหาในระหว่างการรักษา และทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาล นานขึ้นและส่งผลต่อพยากรณ์โรคของผู้ป่วยด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการดี นอกจากนี้การศึกษาผู้ป่วย มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ตับและทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการผ่าตัดพบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัว ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด⁷ การศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านโภชนาการก่อนผ่าตัดพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด สูงขึ้น⁸ และจากการ pilot study คัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 45 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการร้อยละ 51¹⁰ หากมีการคัดกรองภาวะโภชนาการเพื่อทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการรักษาพยาบาลของทีมสหสาขา ในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการต่อไป ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วย ค แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาถึงภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่เข้ารับการรักษา หลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว (HE571351) ได้มีการเลือก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่มะเร็งที่เข้ารับการรักษา โดย เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ช่วงเดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2557 จำนวน 45 ราย

เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน การวินิจฉัยโรค 2) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการผู้ป่วยผู้ใหญ่ ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ 3) แบบประเมินภาวะ โภชนาการโดยใช้การวัดส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย การประเมินเส้นรอบกึ่งกลางแขน (Mid Arm Circumference: MAC), การประเมินความหนา ไขมันใต้ผิวหนัง (Triceps Skin Fold Thickness: TSF) การคำนวณความหนากล้ามเนื้อใต้แขน (Mid Arm Muscle Circumference: MAMC) และการประเมินทางชีวเคมี โดยใช้ผลรวมของเม็ดเลือดขาว (Total lymphocyte count) โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้รับการสอนจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่า inter-rater 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) สถิติ ที่ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 45 ราย อายุเฉลี่ย 56.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 25 ราย (ร้อยละ 55.5) จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา 17 ราย (ร้อยละ 37.8) ใช้สิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 27 ราย (ร้อยละ 60.0) รับประทานอาหารธรรมดา 39 ราย (ร้อยละ 86.8) เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ 21 ราย (ร้อยละ 46.7) รองลงมาเป็นโรคมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ 13 ราย (ร้อยละ 28.9) ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก 25 ราย (ร้อยละ 55.5) (ตารางที่ 1)

2. การคัดกรองภาวะโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (high risk) จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 34.8) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบในผู้ป่วยหญิง จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 52.9) อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี และพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 41.1) และมีปัญหาสุขภาพช่องปากจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 76.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ชนิดของอาหาร ที่รับประทาน การวินิจฉัยโรค และสุขภาพช่องปาก (n=45)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	25 (55.5)
หญิง	20 (44.4)
อายุ (ปี) (อายุเฉลี่ย 56.7 ปี)	
น้อยกว่า 50	7 (15.5)
50-59	13 (28.9)
60-69	13 (28.9)
70-79	9 (20)
มากกว่า 79	3 (6.7)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	17 (37.8)
มัธยมศึกษา	15 (33.3)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	13 (28.9)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	27 (60.0)
เบิกได้	15 (33.3)
ประกันสังคม	1 (2.22)
จ่ายเอง	2 (4.4)
ชนิดของอาหารที่รับประทาน	
อาหารธรรมดา	39 (86.8)
อาหารอ่อน	6 (13.2)
การวินิจฉัยโรค	
มะเร็งศีรษะและลำคอ	21 (46.7)
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	13 (28.9)
มะเร็งท่อน้ำดี	6 (13.2)
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	5 (11.2)
สุขภาพช่องปาก	
มีปัญหา	25 (55.5)
ไม่มีปัญหา	20 (44.4)

3.การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือวัด เส้นรอบกึ่งกลางแขน (MAC) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการในระดับสูง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 41.1) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 17.6) อยู่ใน ระดับต่ำจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 23.5) การประเมิน ภาวะโภชนาการโดยวัดความหนา ไขมันใต้ผิวหนัง (TSF) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการใน

ระดับสูง จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 52.9) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 11.8) อยู่ใน ระดับต่ำ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 17.6) การประเมินภาวะโภชนาการโดยการคำนวณ ความหนากล้ามเนื้อใต้้วง แขน (MAMC)จากสูตร $MAMC=MAC - (3.1415 \times TSF)$ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการใน ระดับสูง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 41.1) อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 17.6) อยู่ใน ระดับต่ำจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 29.4) และการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ Total lymphocyte) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลาง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 29.4) อยู่ใน ระดับต่ำจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 35.3) ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการในระดับสูง (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ มีก่อนบริเวณศีรษะ ใบหน้า และคอ มีปัญหาในเรื่องการอ้าปาก การเคี้ยว การกลืนรวมทั้ง มีความปวด ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเต็มที่¹¹ รวมทั้งในผู้ป่วยมะเร็ง มีกระบวนการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น มีการสลายโปรตีน จากกล้ามเนื้อ และสลายไขมันจากเซลล์ไขมัน² นอกจาก

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) จำแนก ตามเพศ ช่วงอายุ การวินิจฉัยโรคและสุขภาพช่องปาก (n=17)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ	
มีความเสี่ยงสูง (High risk)	17 (34.8)
มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk)	28 (65.2)
เพศ	
ชาย	8 (47.1)
หญิง	9 (52.9)
อายุ (ปี)	
50-59	3 (17.6)
60-69	9 (52.9)
70-79	5 (29.4)
การวินิจฉัยโรค	
มะเร็งศีรษะและลำคอ	7 (41.1)
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	5 (29.4)
มะเร็งท่อน้ำดี	3 (17.6)
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	2 (11.8)
สุขภาพช่องปาก	
มีปัญหา	13 (76.5)
ไม่มีปัญหา	4 (23.5)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะโภชนาการจำแนกตามระดับความรุนแรงโดยการใช้เครื่องมือ MAC, TSF และ MAMC และ Total lymphocyte (n =17)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
MAC (เส้นรอบกึ่งกลางแขน)	
Normal (90-110 มิลลิเมตร)	3 (17.6)
Mild (80-89.9 มิลลิเมตร)	4 (23.5)
Moderate (60-79.9 มิลลิเมตร)	3 (17.6)
Severe	7 (41.1)
TSF (ความหนาไขมันใต้ผิวหนัง)	
Normal (90-110 มิลลิเมตร)	3 (17.6)
Mild (80-89.9 มิลลิเมตร)	3 (17.6)
Moderate (60-79.9 มิลลิเมตร)	2 (11.8)
Severe	9 (52.9)
MAMC (ความหนากล้ามเนื้อใต้แขน)	
Normal (90-110 มิลลิเมตร)	2 (11.8)
Mild (80-89.9 มิลลิเมตร)	5 (29.4)
Moderate (60-79.9 มิลลิเมตร)	3 (17.6)
Severe	7 (41.1)
Total lymphocyte (cell / m³)	
Normal (2,000-3,500)	6 (35.3)
Mild (1,501-1,999)	6 (35.3)
Moderate (800-1,500)	5 (29.4)
Severe (<800)	0

นี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ค่อยรับรู้รสชาติ และกลิ่นอาหาร มีปัญหาสุขภาพฟัน เช่น ฟันผุ ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมอาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง จึงทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้¹²

การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ การประเมินเส้นรอบกึ่งกลางแขน (MAC) การวัดความหนาไขมันใต้ผิวหนัง (TSF) การประเมินความหนาของกล้ามเนื้อใต้แขน (MAMC) เพื่อที่จะบ่งบอกถึงปริมาณไขมัน และ glycogen สะสม จากการศึกษารวต TSF พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ Total lymphocyte เป็นการดูระดับการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกัน เนื่องจากภาวะโภชนาการมีผลต่อการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ซึ่งการเลือก Total lymphocyte มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากเป็นผลการตรวจทาง ชีวเคมีที่ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการตรวจเป็นปกติ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลางและระดับต่ำ ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาของ Rocha and Forter ศึกษาการใช้ผล serum albumin and total

lymphocyte count ในการทำนายภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าผล serum albumin and total lymphocyte count เป็นตัวทำนายที่ดี รวมทั้งยังพบว่าเฉพาะ TSF เท่านั้นที่เป็นเครื่องมือที่ดีในการทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยผ่าตัด¹³ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การประเมินภาวะโภชนาการทั้งหมดนั้นยังไม่มีวิธีใดที่เหมาะสม เพียงตรงที่สุด จำเป็นต้องใช้หลายวิธี ร่วมกัน ซึ่ง สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้ใช้ อาการทางคลินิก ผลตรวจทางชีวเคมี และเครื่องมือวัดส่วนต่างๆของร่างกายใช้ร่วมกันในการประเมินภาวะโภชนาการ¹⁴

สรุป

การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดโดยการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ โภชนาการพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เครื่องมือในการประเมิน ภาวะโภชนาการ จำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้เกิดความแม่นยำ นอกจากนั้นแล้วพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยผลัดเปลี่ยนกันตลอด 24 ชั่วโมง จะต้องตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ เพื่อให้อาหารผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมทันเวลา ทำให้ส่งเสริมกระบวนการหายของแผล ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2556 เล่มที่ 18. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2556.
2. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. Eur J Oncol Nurs 2005; 9 (Suppl 2): S51-63.
3. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS. Cancer+Cachexia+Study Group. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. Am J Clin Nutr 2006; 83: 1345-50.
4. วิจิต วิริยะโรจน์. Nutrition management of surgical patient. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ; 2552.
5. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Clin Nutr 2012; 31: 783-800.
6. Mukhopadhyay S, Paul C, Thander K, Gorai J, Purakayast M, Biswas S, et al. Assessment of nutrition in cancer patients and its effect on treatment outcome- A study from a developing country [abstract]. J Clin Oncol 2006; 24 (18 Suppl): 6125.

7. Mendes J, Alves P, Amaral TF. Comparison of nutritional status assessment parameters in predicting length of hospital stay in cancer patients. *Clin Nutr* 2014; 33: 466-70.
8. ปวงกมล กฤษณบุตร, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, เขียดศักดิ์ ไอรรมณรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล* 2555; 27: 39-48.
9. Sun Z, Kong XJ, Jing X, Deng RJ, Tian ZB. Nutritional risk screening 2002 as a predictor of postoperative outcomes in patients undergoing abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS ONE* 2015; 10: e0132857.
10. หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2556.
11. Larsson M, Hedelin B, Athlin B. Lived experiences of eating problems for patients with head and neck cancer during Radiotherapy. *J Clin Nurs* 2003; 12: 562-70.
12. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุรุวรรณ แยมบริสุทธิ์. โภชนาการ กับ สุขภาพของผู้สูงอายุ [Internet]. 2018 [cited Dec 28, 2018] . Available from <http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol20No2-03>
13. Rocha NP, Forter RC. Total lymphocyte count and serum albumin as predictors of nutritional risk in surgical patients. *Arq Bras Cir Dig J* 2015; 28: 193-6.
14. Mueller C, Compher C, Ellen DM. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment and intervention in adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutri* 2011; 35: 16- 24.