



กรมการแพทย์  
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

## โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

### ประเภทเอกสาร

### ระเบียบวิธีปฏิบัติ

### เรื่อง

## การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง


(Nutritional management in cancer and palliative care)

	ชื่อ-สกุล	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
ผู้จัดทำ	นายอนุสรณ์ ทองใหญ่ (นักโภชนาการชำนาญการ)	.....	.....
ผู้ทบทวน	นางสาวภัทรวดี รุ่งกิจพัฒนา (หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี)	.....	.....

สำเนาฉบับที่ A(1)


เอกสาร (✓) ควบคุม

( ) ไม่ควบคุม

 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข THAILAND MINISTRY OF PUBLIC HEALTH	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>			ฉบับที่	A(2)	หน้า 1 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง			เลขที่		
				แก้ไข	ครั้งที่.....	
	ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิมา ศรีเกตุ

### สารบัญ

	หน้า
1. นโยบาย	2
2. วัตถุประสงค์	2
3. ขอบเขต	2
4. ผู้รับผิดชอบ	2
5. คำจำกัดความ	2
6. วิธีปฏิบัติ	3
7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ	6
8. เอกสารที่เกี่ยวข้อง	7
9. ภาคผนวก	9

 <p>กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี</p>	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 2 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
	ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิมา ศรีเกตุ	

## 1. นโยบาย

มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ การประเมินภาวะโภชนาการและการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ทำการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เอกสารทุกประเภทในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ต้องผ่านการอนุมัติจากนโยบายฉบับนี้ โดยหน่วยงานควบคุมเอกสารคุณภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จะเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรงรักษาไว้ซึ่งระบบเอกสาร เพื่อตอบสนองกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและเป้าหมายของโรงพยาบาล

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำการรักษาแบบประคับประคองที่รับบริการในการดูแลด้านโภชนาการ

2.2 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

2.3 เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย

## 3. ขอบเขตของงาน

นักโภชนาการ แพทย์ พยาบาล และทีมโภชนบำบัดที่ดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำการรักษาแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

## 4. ผู้รับผิดชอบ


นักโภชนาการ

## 5. คำจำกัดความ

5.1 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวผ่อนคลาย พยายามรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่เร่งการเสียชีวิต และก็ไม่จำเป็นต้องยืดการเสียชีวิต เพราะในบางครั้งการยืดชีวิตอาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกทรมานมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม

5.2 2. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) หมายถึง การดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อวินิจฉัยปัญหาทางโภชนาการโดยใช้การประเมินหลายมิติร่วมกัน การดูแลโภชนบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องประเมินสถานะทางโภชนาการก่อน เพื่อให้ได้แนวทางในการให้โภชนบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยมากที่สุด

5.3 3. การจัดการด้านโภชนาการ (Nutrition management) หมายถึง การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาทางโภชนาการรายบุคคลอย่างใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่อาจต้องแก้ไขด้วยการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ โน้มน้าวใจโดยใช้เทคนิค ประสพการณ์ และสื่อความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ครบถ้วน และหลีกเลี่ยงการรับเชื้อโรค สารพิษ สารอนุมูลอิสระ การ

 กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 3 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
	ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิตา ศรีเกตุ	

ใช้อาหารเสริมทางการแพทย์ (oral nutritional supplements; ONS) บุคลากรทางการแพทย์ควรสร้างความเข้าใจเรื่องการให้ ANH ในผู้ป่วยระยะท้ายการให้อาหารและการไม่แนะนำอาหารพิเศษหรือมีการจำกัดอาหารอย่างหนึ่งอย่างใดว่ามีผลในการรักษาโรค ต้องเน้นย้ำให้ชัดเจนว่าอาหารที่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานมิได้มีผลต่อการรักษาโรคในผู้ป่วยระยะท้าย

**5.4 4. การติดตามและประเมินผลการดูแลทางโภชนาการ (Monitoring and evaluating nutritional care)** หมายถึง เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการดูแลทางโภชนาการ (nutrition care process) เป็นการประเมินผล การดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดและสามารถสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการที่สามารถวัดได้ และเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปรับแผนการดูแลทางโภชนาการได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการจัดการเรื่องอาหารได้อย่างถูกต้อง

โดยมีหัวข้อที่จะติดตามและประเมินผล ดังนี้

- 1) การประเมินเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม การได้รับอาหาร น้ำหนักตัว เป็นต้น
  - 2) การประเมินดัชนีสุขภาพได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ภาวะทางคลินิก การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา
  - 3) การประเมินผลการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลนอกเหนือแผนการรักษาปกติ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา
  - 4) การประเมินผู้รับการดูแล ได้แก่ ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง
- โดยภาพรวมการติดตามภาวะโภชนาการทางคลินิกสามารถใช้เครื่องมือ NT 2013 ในการติดตามได้อย่างเหมาะสม


**5.5 ผลลัพธ์ของการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคอง (Results of Palliative Care with Supportive Nutrition)** หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย (patient outcome) ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 6. วิธีปฏิบัติ

กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process) คือ กระบวนการที่นักกำหนดอาหารใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล กระบวนการนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) และการติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation) <sup>(1,2,3)</sup>

### ขั้นตอนที่ 1: การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ

คือ ขั้นตอนแรกของกระบวนการให้โภชนบำบัดที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่นักกำหนดอาหารจะต้องทำการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยละเอียด ในทางปฏิบัติก่อนที่นัก

 กรมการแพทย์ โรงพยาบาลพระเชตุพนวิมลมังคลาราม กระทรวงสาธารณสุข	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 4 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
	ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิตา ศรีเกตุ	

กำหนดอาหารจะเริ่มใช้กระบวนการให้โภชนาบำบัด มักจะเริ่มต้นที่ขั้นตอน “การคัดกรองภาวะโภชนาการ” (Nutrition Screening) ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านโภชนาการภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่ง

ประเทศไทย (Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand; SPENT) แนะนำให้ใช้คำถาม 4 ข้อ (SPENT nutrition screening tool) ได้แก่

- ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
- ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้เกินกว่า 7 วันหรือไม่
- ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) <18.5 หรือ >25 กก./ตร.ม. หรือไม่
- ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่

กรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงหรือประวัติดังกล่าวตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ควรทำการประเมินความเสี่ยงด้านโภชนาการต่อไป

เมื่อคัดกรองผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ให้ทำการคัดกรองซ้ำทุก 5-7 วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงรักษาในโรงพยาบาล เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการ<sup>(4)</sup>

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงด้านโภชนาการ ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน Nutrition triage 2013 (NT 2013) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่แนะนำโดย SPENT สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการ<sup>(5)</sup>

## ขั้นตอนที่ 2: การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ

ขั้นตอนนี้เป็นการระบุปัญหาด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Nutrition problem) ซึ่งการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ เพื่อใช้เป็นคำศัพท์สากลในการสื่อสารระหว่างนักกำหนดอาหารกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรใช้หลัก “PES statement” เพื่อใช้ในการระบุปัญหาสาเหตุ และการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการของผู้ป่วย

P: Problem คือ การระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของผู้ป่วย

E: Etiology คือ สาเหตุของปัญหาที่ระบุไว้


S: Sign/symptoms คือ อาการแสดงของผู้ป่วย หรือหลักฐานต่าง ๆ จากการประเมินผู้ป่วย

(ตามหลัก A – B – C – D) ที่บ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่ระบุไว้

ตัวอย่างของการเขียน “PES statement”

P: Problem ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจ

“related to” เนื่องจาก

 กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 5 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิมา ศรีเกตุ		

E: Etiology ทานอาหารได้น้อยมาก และมีอาการเจ็บในช่องปาก

“as evidenced by” สังเกตได้จาก

S: Sign/Symptoms การได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย วันละ 800 กิโลแคลอรี ร่วมกับน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัมภายใน 2 เดือนที่ผ่านมา

การวินิจฉัยความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ควรมีการระบุในแฟ้มผู้ป่วยหรือระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการติดตามหลังจากจำหน่ายตามระดับ Diagnosis-related group (DRG) เช่น Mild malnutrition(E44.1), Moderate malnutrition(E44.0), Severe malnutrition(E43.0)<sup>(1)</sup>

### ขั้นตอนที่ 3: การให้แผนโภชนบำบัด

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่ได้วินิจฉัยไว้ ซึ่งสามารถเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ได้หลากหลายวิธีขึ้นกับความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้คำแนะนำปรึกษาทางด้านโภชนาการเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม การให้โภชนศึกษา การวางแผนเมนูอาหาร หรือ การจัดหาอาหารให้กับผู้ป่วย<sup>(6)</sup> เป็นต้น สำหรับในขั้นตอนนี้จะประกอบไปด้วยขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การวางแผน โดยในการวางแผนนั้นจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นผู้วางแผนด้วยตนเองร่วมกับนักกำหนดอาหาร ส่วนนักกำหนดอาหารทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยงที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และปลอดภัย และเสริมพลังให้กับผู้ป่วย แผนที่ดีจะต้องสามารถแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ได้อย่างตรงจุด มีแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง และมีกรกำหนดเป้าหมายรวมทั้งระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิบัติตัวให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นักกำหนดอาหารสามารถใช้หลัก SMART เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย

S: Specific เฉพาะเจาะจง ไม่กว้างจนเกินไป

M: Measurable สามารถวัดผลได้ ไม่ว่าจะวัดเป็นตัวเลขเชิงปริมาณ หรือวัดในเชิงคุณภาพ


A: Action ต้องระบุแนวทางปฏิบัติที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้

R: Realistic / R: Reasonable ต้องสามารถทำได้จริง หรือ เป็นเป้าหมายที่สมเหตุสมผล

T: Timely ต้องมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการปฏิบัติที่ชัดเจน

นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ แผนโภชนบำบัดที่ดีควรจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 การนำแผนที่วางไว้ให้ผู้ป่วยน ำไปปฏิบัติ ซึ่งเปรียบได้กับการสั่งยาของแพทย์ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้บางครั้งจึงเรียกว่า “Nutrition prescription” โดยทั่วไปแล้วการให้แผนโภชนบำบัดกับผู้ป่วย นักกำหนดอาหารจะต้องประเมินผู้ป่วยจนแน่ใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติ (Action phase) เพื่อให้มั่นใจว่าแผนโภชนบำบัดจะถูกนำไปปฏิบัติจริง และมีโอกาสประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ แผนโภชนบำบัดควรจะต้องสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทราบด้วย

 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 6 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
	ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิตา ศรีเกตุ	


#### ขั้นตอนที่ 4: การให้แผนโภชนบำบัด การติดตาม ประเมินผลของแผนโภชนบำบัด

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลการปฏิบัติตัวตามแผน โดยเป็นการติดตามผลดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดีมีความก้าวหน้าในแนวทางที่ดีขึ้น นักกำหนดอาหารควรมีการ สรุประยะต้นที่ผู้ป่วยทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย ให้กำลังใจ เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตัวต่อไปให้เป็นพฤติกรรมที่ถาวร หรือให้อยู่ในช่วงยั่งยืน (Maintenance Phase) ในขณะเดียวกันก็ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการซ้ำอีกครั้ง (Re-Nutrition assessment) เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการอีกครั้ง โดยอาจจะเป็นปัญหาเดิมที่จะจะปรับเป้าหมายให้เพิ่มขึ้น หรืออาจจะเป็นปัญหาใหม่ที่ประเมินพบเพิ่มเติม

สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้บรรลุตามเป้าหมายได้นั้น นักกำหนดอาหารมีหน้าที่ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่า มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่อาจจะขัดขวางท าให้ผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันหาทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วย โดยต้องให้ผู้ป่วยเป็นหลักในกระบวนการค้นหาวิธีทางแก้ไข ปัญหาด้วยตนเอง โดยเราทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังที่ดี และคอยแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม เพื่อที่จะช่วยให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยส่วนใหญ่การติดตาม ประเมินผลการปฏิบัตินั้นไม่สามารถใช้เพียงตัวชี้วัดเดียวเพื่อวัดความสำเร็จของการปฏิบัติตามแผนโภชนบำบัดได้ ดังนั้น แนะนำให้ตั้งเป้าหมายหลัก และเป้าหมายรองไว้ เพื่อจะได้พิจารณาความสำเร็จได้จากหลายตัวชี้วัดร่วมกัน ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายหลักได้ แต่สามารถทำตามเป้าหมายรองได้สำเร็จก็ถือว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในทางที่ดีขึ้น ซึ่งในจุดนี้นักกำหนดอาหารสามารถนำมาสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้า และเป็นกำลังใจให้ปฏิบัติตัวต่อไปจนบรรลุเป้าหมายหลักได้ในที่สุด

#### 7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมิน วางแผนการให้โภชนบำบัด และให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ร้อยละ >80
- ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการได้รับการติดตาม ประเมินผลของแผนโภชนบำบัด ร้อยละ >80

 กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 7 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิมา ศรีเกตุ		

### 8. เอกสารที่เกี่ยวข้อง



**แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ**  
**สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย**  
**(SPENT Nutrition Screening Tool)**

**ข้อมูลผู้ป่วย**

วันที่.....  
 ชื่อ-นามสกุล.....  
 HN.....AN.....อายุ.....ปี  
 รับไว้ใน รพ. เมื่อ.....

 หอผู้ป่วย.....  
 การวินิจฉัยโรค.....  
 น้ำหนักปัจจุบัน..... กก. น้ำหนักปกติ..... กก.  
 ประเมินน้ำหนักโดย  ชั่ง  ชักถาม  กะประมาณ  
 ส่วนสูง..... ซม. BMI..... กก./ตร.ม.
 

หัวข้อการคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่						
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (> 7 วัน)						
3. BMI < 18.5 หรือ ≥ 25.0 กก./ตร.ม. หรือไม่						
4. ผู้ป่วยมีภาวะโรควิกฤต หรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่						
ผู้คัดกรอง						

**ผลการคัดกรอง**

- ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ หรือปรึกษานักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนบำบัด
- ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้คัดกรอง ซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล





<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 8 จาก 9
เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง				เลขที่		
				แก้ไข	ครั้งที่.....	
ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิมา ศรีเกตุ	

**การประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT 2013 : Nutrition Assessment)**



(ประยุกต์ จาก แนวความคิดเห็นใหม่สากล - White JV, et al. Consensus Statement : J Acad Nutr Diet 2012, 112(5):730-738)  
 ว/ด/ป ที่ประเมิน....., ชื่อ/นามสกุลผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN..... AN.....  
 เพศ  ชาย /  หญิง, ประเภท:  OPD..... /  IPD หอผู้ป่วย....., การวินิจฉัยโรค.....  
 ส่วนสูง..... cm., IBW....., UBW....., CBW....., Weight  loss  gain..... kg., BMI.....  
 (IBW = Ideal body weight : นน.มาตรฐาน หรือ ที่ควรจะเป็น ; UBW : Usual body weight : นน.ปกติ ; CBW : Current body weight : นน.ปัจจุบัน)

**สภาพผู้ป่วย (Patient performance status score)**

ECOG	0	1	2	3	4
Karnofsky	100	90	80	70	60

6. สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (ประเมินเฉลี่ยทั้งร่างกาย)	0	1	2	3
--------------------------------------------------	---	---	---	---

คะแนน 0 = ระดับ 4-5 (strong), 1 = ระดับ 2-3, 2 = ระดับ 1, 3 = ระดับ 0 (no strength)

**1. ประวัติการได้รับอาหาร หรือ สารอาหาร**

พิจารณาจากประวัติ **ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ** ของสารอาหาร และ **ระยะเวลา** ที่เปลี่ยนแปลง

ให้คะแนน 0 = ปกติ หรือ เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไปจนถึง คะแนน 4 = อดปดทุกราย

ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ อาหาร หรือ สารอาหาร ที่รับได้จริง	ระยะเวลา ที่เปลี่ยนแปลง / คะแนน ล่าสุดร้อยละ [%] ที่ติด	≤ 7 วัน	8-14 วัน	> 14 วัน
[ ] กินเอง [ ] TF [ ] PN [ ] Standard IV				
[ ] Combination				
TF : tube feeding , PN : Parenteral nutrition				
[ ] < 10% (NPO, ได้รับแต่น้ำเกลือมาตรฐาน)	[1] [2]	[2] [3]	[3] [4]	
[ ] 10-25% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1]	[1] [2]	[2] [3]	
[ ] 25-50% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0] [1]	[1] [2]	
[ ] 50-75% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0]	[1]	
[ ] 75-100% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0]	[0]	

**7. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง (≥ 3 เดือน)**

ที่มี ผลกระทบ ต่อ ภาวะโภชนาการ และ เมตาบอลิซึม  
(0 = ไม่มีโรคเด่นชัด, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

โรค และ โรคร่วม ตัวอย่าง เช่น	คะแนน			
โรคมะเร็ง (Stage I=0, II=1, III=2, IV=3)	0	1	2	3
โรคปอด (TB, COPD, .....	0	1	2	3
โรคไต (ไตวายเรื้อรัง ไม่มีปัสสาวะ = 2, HD/PD=3)	0	1	2	3
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy = 3)	0	1	2	3
HIV (เมื่อการ+นน.ลด ≤ 10% = 1-2, นน.ลด >10% + wasting = 3)	0	1	2	3
โรค / สภาวะ อื่นๆ (eg. Short bowel, .....	0	1	2	3
ท้องมาน (ถ้าประมาณระดับระดับ = 2, เลือดท้อง = 3)	0	1	2	3
แผลกดทับ (พิจารณาความกว้างลึก ถึงไขสันหลัง = 2, กล้ามเนื้อ = 3)	0	1	2	3
แผลหรือรังไข่	0	1	2	3

**หมายเหตุ** ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ผลรวมสุดท้าย ไม่เกิน 3

**2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว**

[ ] เพิ่มขึ้น หรือ [ ] เพิ่มขึ้น ..... กก./เวลา..... (คะแนน = 0)  
 [ ] ลดลง.....% ในระยะเวลา..... เดือน หรือ ..... สัปดาห์

ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง		
	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
คะแนน	[1]	[2]	[3]
[ ] 1 สัปดาห์	< 1%	1-2%	> 2%
[ ] 2-3 สัปดาห์	< 2%	2-3%	> 3%
[ ] 1 เดือน	< 4%	4-5%	> 5%
[ ] 3 เดือน	< 7%	7-8%	> 8%
[ ] > 5 เดือน	< 10%	10%	> 10%

**8. ประเมินความรุนแรง ของ ภาวะเจ็บป่วย เฉียบพลัน หรือ กึ่งเฉียบพลัน**

ที่มี ผลกระทบ ต่อ ภาวะโภชนาการ และ เมตาบอลิซึม  
(0 = ไม่มี , 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

Stress : severity of hypermetabolism / catabolism	คะแนน		
อุบัติเหตุ, บาดเจ็บ, การอักเสบ-ติดเชื้อ, Burn, ตัวอย่างเช่น.....	ความรุนแรง		
Non neurological trauma, .....	1	2	3
Head injury , Acute spine injury ( GCS 15=0, 14-13=1, 12-8=2, 7-3=3 )	1	2	3
Burn (minor : ตื้น < 15% ; mod. : ลึก > 5% ; major : ตื้น > 20% / ลึก > 10% )	1	2	3
Sepsis (sepsis = 1, severe sepsis = 2, septic shock = 3)	1	2	3
Recent major operation ( 1-2 wk. )	1	2	3
Acute pancreatitis, Hepatitis, Peritonitis, Necrotizing fasciitis.....	1	2	3
Disease / Other condition (eg. MI, GI bleed , shock , severe diarrhea , EC+ fistula .....	1	2	3

**หมายเหตุ** ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ ผลรวมสุดท้าย ไม่เกิน 3

modified from Kovacevich DS, et al. N. risk classification in PN Handbook. A.S.P.E.N.2009  
 or CBW < IBW - 20% : severe (EN Handbook, ASPEN.2009, p.5)  
 or CBW < previous 1 year BW - 20% : severe (PN Handbook, ASPEN.2014, p.9)

**3. ภาวะบวม (Fluid accumulation)**

พิจารณา ดันเหลว (เฉพาะที่-หลายแห่ง) / กดใน (มาก-น้อย)	คะแนน
ไม่บวม (เมื่อเขย่ง ทั้ง 2 ข้าง-หน้าอก-ลำตัว-ท้อง-ขา ทั้ง 2 ข้าง)	0
บวมเล็กน้อย บวมหนึ่ง; ระดับ 1-2 (รอยบุ๋มลึก 2-4 มม.)	1
บวมปานกลาง มีอง-เจน หรือ ขที่ทั้งสองข้าง; ระดับ 2-3	2
บวมทั่วตัว ระดับ 3-4 (รอยบุ๋มลึก 6-8 มม.)	3

**4. ระดับการสูญเสียไขมัน (Body fat loss) ประเมินเฉลี่ยทั้งร่างกาย**

0 - ปกติ , 1 - มีไขมันน้อย , 2 - มีไขมันน้อยมาก , 3 - หนึ่งหุ้มกระดูก	0	1	2	3
-----------------------------------------------------------------------	---	---	---	---

**5. ระดับการสูญเสียกล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินเฉลี่ยทั้งร่างกาย**


0 - ปกติ , 1 - กล้ามเนื้อน้อยลง , 2 - กล้ามเนื้อลีบ , 3 - หนึ่งหุ้มกระดูก	0	1	2	3
---------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---

**9. สรุปคะแนนรวม (ข้อ 1+2+3+4+5+6+7+8 = ข้อ 9)**

[ n ] กรณี **ไม่** สามารถประเมินได้แน่นอน เช่น ไม่รู้สึกตัว

ระดับภาวะทุพโภชนาการ	ช่วงคะแนนรวม	การปฏิบัติ
[ ] NT-1 (ไม่มี หรือ มีความเสี่ยง) : 0-4 คะแนน		: ติดตามประเมินทุก 6-8 สัปดาห์
[ ] NT-2 (เล็กน้อย) : 5-7 คะแนน		: ติดตามประเมินทุก 4-6 สัปดาห์
[ ] NT-3 (ปานกลาง) : 8-10 คะแนน		: ควรเริ่มให้โภชนาการ ประเมินทุก 3-7 วัน
[ ] NT-4 (รุนแรง) : > 10 คะแนน		: พิจารณาส่งปรึกษา โภชนาการ

ผู้ประเมิน ..... [ ] แพทย์ [ ] พยาบาล [ ] นักโภชนาการ [ ] อื่นๆ  
 แพทย์ รับผิดชอบการประเมิน.....

 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระเชตุพนวิมลมังคลาราม	<b>ระเบียบปฏิบัติ</b>				ฉบับที่	A(2)	หน้า 9 จาก 9
	เรื่อง การจัดการทางโภชนาการในโรคมะเร็งและการดูแลแบบ ประคับประคอง				เลขที่		
					แก้ไข	ครั้งที่.....	
	ผู้จัดทำ	ทีม (DSC)	วันที่เริ่มใช้	1 มิถุนายน 2567	ผู้อนุมัติ	พญ.นิธิมา ศรีเกตุ	

## 9. ภาคผนวก

### เอกสารอ้างอิง

1. International Dietetics & Nutrition Terminology Reference Manual 3rd Edition
2. Committee WGotNCPSL. Nutrition Care Process Part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to Document the Nutrition Care Process. Journal of the American Dietetic Association. 2008;108(8):1287-93.
3. Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. Journal of the American Dietetic Association. 2003;103(8):1061-72.
4. กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์, สิริกานต์ เตชะวณิช, พรพจน์ เปรมโยธิน, สุรัตน์ โคมินทร์, วิบูลย์ ตระกูลสุน, สรนิต ศิลธรรม, et al. การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและประเมินภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับคนไทย กรุงเทพมหานคร: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2559. [Available from: <http://www.hitap.net/research/165294>
5. Pibul K, Techapongsatorn S, Thienghiantham R, Manomaipiboon A, Trakulhoon V. Nutritional Assessment for Surgical Patients by Bhumibol Nutrition Triage (BNT) and Subjective Global Assessment (SGA). Thai J Surg. 2011;32(2):45-8.
6. Spahn JM, Reeves RS, Keim Ks, Laquatra I, Kellogg M, Jortbert B, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. J Am Diet Assoc 2010;110(6):879-91.



โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี  
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

วันที่มีผลบังคับใช้ :

1/6/2567

แก้ไขครั้งที่ : 00

แบบฟอร์ม รหัสเอกสาร :

หน้า 1 จาก 1 หน้า

ชื่อแบบฟอร์ม : ใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้จัดทำเอกสาร

ว/ด/ป...../...../.....

ชื่อคณะกรรมการ หรือหน่วยงาน กลุ่มงานโภชนศาสตร์

เรื่อง  ขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ  ขอปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ

ขอทบทวนเอกสารคุณภาพ  ขอยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ระดับของเอกสารคุณภาพที่ขอดำเนินการ  นโยบายคุณภาพ  ระเบียบปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติงาน  เอกสารสนับสนุน (คู่มือ/แบบฟอร์ม)

เอกสารสนับสนุนเรื่อง .....

รหัสเอกสารคุณภาพที่ ..... (ระบุเฉพาะเอกสารที่ขึ้นทะเบียนแล้ว)

เหตุผลการจัดทำ / แก้ไข / ทบทวน / ยกเลิก .....

เอกสารขอขึ้นทะเบียนใหม่ และได้ส่งต้นฉบับเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อม File บันทึกข้อมูลมาด้วย

ทบทวนแล้วยืนยันเอกสารเดิมไม่มีการแก้ไข

ทบทวนและปรับปรุงแก้ไขเอกสาร และได้ส่งเอกสารเดิมและเอกสารใหม่มาพร้อม File บันทึกข้อมูลใหม่มาด้วย

ยกเลิกเอกสาร และได้ส่งเอกสารเดิมและเอกสารใหม่มาพร้อมแผ่นบันทึกข้อมูลใหม่มาด้วย

ลงชื่อ .....

( นายอนุสรณ์ ทองใหญ่ )

ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการ

ผู้จัดทำเอกสาร

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ทบทวน

ว/ด/ป...../...../.....

เห็นควรดำเนินการต่อ

ไม่เห็นชอบส่งคืน

เหตุผลและข้อเสนอแนะ .....

ลงชื่อ .....

( นางสาวภัทรวดี รุ่งกิจพัฒนา )

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์

ผู้ทบทวนเอกสาร

ส่วนที่ 3 สำหรับผู้อนุมัติ

ว/ด/ป...../...../.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ .....

( นางสาวนิธิมา ศรีเกตุ )

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ผู้อนุมัติเอกสาร

ส่วนที่ 4 งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

รับเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่เอกสารขอแก้ไข.....

เลขที่ขอเอกสารใหม่

ลงชื่อ.....

ผู้รับเอกสารและออกหมายเลขเอกสาร