

Nursing Management for Cancer Patients Experiencing Anorexia

Kanokporn Wisuttikul

Corresponding author:

K. Wisuttikul

E-mail: sikws@mahidol.ac.th

Kanokporn Wisuttikul RN MNS

Private Nursing Division,

Nursing Department, Siriraj Hospital,

Faculty of Medicine, Mahidol University,

Bangkok, Thailand

Abstract

Anorexia has been documented as a salient problem in patients with cancer. It is a cause of inadequate energy and nutrition, which lead to increasingly abnormal health problems. Progressive anorexia may result in weight loss, an increase in anxiety and depression, a decrease of dietary intake, and severe malnutrition. Prolonged anorexia directly affects patients' nutritional and overall health status. Patients with cancer frequently experience a severe outcome of anorexia referred to as "cancer cachexia" if they do not receive proper care through nursing management from the early stage of their illness. Nursing management of anorexia can be divided into 2 different types of interventions: pharmacological and non-pharmacological. In particular, the latter has a key role in the nursing management of such patients, focusing on helping them to receive adequate nutrition and decreasing energy expenditure to prevent weight loss in the early stage of illness. Non-pharmacological interventions involve environmental management, risk reduction for factors that motivate nausea and vomiting, and promoting collaboration among health-team professionals. In addition, nursing management includes providing support and advice to patients and caregivers for increasing their quality of life.

J Nurs Sci 2011;29(3): 8-16

Keywords: anorexia, cancer, weight loss, nursing management, non-pharmacological interventions

การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ประสบภาวะเบื่ออาหาร

กนกพร วิสุทธิกุล

Corresponding author:

กนกพร วิสุทธิกุล

E-mail: sikws@mahidol.ac.th

กนกพร วิสุทธิกุล RN MNS

พยาบาลวิชาชีพ

หอผู้ป่วย 72 ปีชั้น 9 ตะวันออกหญิง

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ:

ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia) เป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ภาวะเบื่ออาหารนี้มีผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับพลังงานและสารอาหารที่ไม่เพียงพอ เกิดความผิดปกติของการทำงานภายในร่างกายมากขึ้น เมื่อภาวะนี้ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะ (1) มีน้ำหนักตัวลดลง (2) มีสภาพจิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า (3) รับประทานอาหารได้น้อยลง และ (4) มีภาวะเบื่ออาหารที่รุนแรงมากขึ้น การรับประทานอาหารได้น้อยนานยิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งหากผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้วยการจัดการทางการพยาบาลตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ภาวะเบื่ออาหารนี้ก็จะมีทวิความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นที่เรียกว่า cancer-cachexia การจัดการทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวมี 2 แบบ คือ วิธีการใช้ยาและการไม่ใช้ยา วิธีการดูแลรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา นับเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการจัดการ สิ่งสำคัญคือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ลดการใช้พลังงานลงเพื่อความคุ้มน้ำหนัก ไม่ให้ลดลงจากเดิมตั้งแต่ในระยะต้นๆ ร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งการสนับสนุนส่งเสริม และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งประสานงานกับสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

J Nurs Sci 2011;29(3): 8-16

คำสำคัญ: ภาวะเบื่ออาหาร มะเร็ง น้ำหนักลด การจัดการทางการพยาบาล

บทนำ

ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia) หรือภาวะไร้ความอยากอาหาร ร่วมกับการที่รับประทานอาหารได้น้อย เป็นภาวะที่ชัดเจนซึ่งไม่ให้อาหารผู้ป่วยมะเร็งได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด นับเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย¹ ได้มีผู้ประเมินไว้ว่าผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากถึงร้อยละ 80 มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร เช่น รับประทานอาหารไม่อร่อย หรือไม่มี ความอยากอาหาร² และยังมีพบอีกว่าร้อยละ 40-87 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม มีภาวะเบื่ออาหารเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดังกล่าวจะได้รับอาหารในปริมาณที่ลดลง ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ ยิ่งก่อให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยมากขึ้น และเมื่อภาวะนี้ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีสภาพจิตใจที่หดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า อันจะนำไปสู่การรับประทาน อาหารได้น้อยลงไปอีก และในที่สุดจะมีภาวะเบื่ออาหารร่วมด้วย³ และมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งจะมีความวิตกกังวลอย่างมากต่อการจัดการกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

กลไกของภาวะเบื่ออาหาร

เป็นผลจากก้อนเนื้อร้ายที่โตมากกว่าปกติ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อก้อนเนื้อร้าย ที่ไปกระตุ้นการผลิตของสาร Interleukin 1B และ Leptin มากขึ้น ซึ่ง Interleukin 1B เป็นหนึ่งในสารหลักที่เรียกว่า Cytokine ที่ออกฤทธิ์ไปยัง Vagus nerve แล้วส่งผ่านการรับความรู้สึกไปยัง Brain stem และ Hypothalamus ส่วนที่กำหนดความอยากอาหาร Vagus nerve เอง ก็เป็นตัวกำหนดความรู้สึกอิ่มในทางเดินอาหาร และอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยตรง Leptin เป็นฮอร์โมนความอิ่มที่ผลิตจาก Adipocyte cell แล้วถูกส่งผ่านเข้าไปใน Blood Brain Barrier ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่ม ไม่อยากอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง และเบื่ออาหารในที่สุด⁴

ผลกระทบของภาวะเบื่ออาหารต่อพยาธิสภาพของร่างกาย

ภาวะเบื่ออาหารมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น มีผลต่อการทำงานของตับและกล้ามเนื้อต่างๆ เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารประเภทโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตที่เก็บสะสมในตับ และกล้ามเนื้อต่างๆ สูงกว่าปกติ การเผาผลาญพลังงานที่

มากขึ้นนี้ มีผลทำให้เกิดภาวะ hypermetabolism และเนื่องจากร่างกายต้องใช้พลังงานสูงมากในการเจริญของก้อนเนื้อ (tumor growth) ทำให้มีการแย่งอาหารจากเซลล์ปกติ แต่เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ในปริมาณที่น้อยลง พลังงานที่ได้รับจากการเผาผลาญสารอาหารนั้น ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย จึงจำเป็นต้องมีการสลายและนำพลังงานจากกล้ามเนื้อมาใช้ ส่งผลให้กล้ามเนื้อ (lean body mass) ส่วนต่างๆ มีขนาดเล็ก และลีบ^{5,6} เรียกภาวะนี้ว่า “cancer cachexia”

นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดบางกลุ่ม ได้แก่ Adriamycin Cyclophosphamide Fluorouracil (5-FU) และ Carboplatin มีผลให้ต่อมรับรสอาหารเสียไป⁷ ผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติในการรับรส มีการรับรสเปลี่ยนแปลงไป อาจสูญเสียการรับรส โดยรับรสหวาน เค็ม หรือเผ็ดได้มากขึ้น รู้สึกขมในปาก ลิ้นชา และอาจทนต่อกลิ่นอาหารต่างๆ ไม่ได้ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า หรือไม่มีเรี่ยวแรงร่วมด้วย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง ส่งผลให้การทำงานของระบบการย่อยและดูดซึมอาหารลดลงตามไปด้วย ร่วมกับภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยมานาน ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งสัญญาณไปกระตุ้น Hypothalamus และ Sympathetic nervous system เป็นผลให้มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง รวมทั้งมีการสลาย Glycogen และไขมันที่เก็บสะสมไว้ ทำให้ระดับน้ำตาลและสารอาหารในเลือดเพิ่มขึ้น อันจะไปยับยั้งการทำงานของศูนย์หิว (Satiety center)^{8,9} เป็นผลให้ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารลดลง

สาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง

การที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความอยากอาหารลดลงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ การรักษา หรือสภาพแวดล้อมอื่นๆ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. การรับรสผิดปกติ เมื่อรับประทานอาหารอาจรู้สึกขมในปาก รับประทานอาหารหวานแล้วไม่ค่อยรู้สึกรสหวาน บางครั้งรสเปรี้ยวและเค็มก็อาจรับรสได้ผิดไป เกิดจากความผิดปกติของเยื่อในปากและต่อมรับรสที่ลิ้น
2. ความทุกข์ทรมานระหว่างรับประทานอาหาร อันเนื่องมาจากสภาวะของโรคหรือการรักษา เช่น การมีแผล การเจ็บปวด อาการร้อนในช่องปาก อาการร้อนในหลอดอาหาร การกลืนอาหารยาก อาการปวดฟัน ปวดเหงือก เป็นต้น

3. อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ซึ่งมักเกิดในช่วงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง

4. อาการไม่สบายอื่นๆ เช่น มีความเจ็บปวด มีภาวะหายใจไม่ออก มีลมในท้อง แน่นท้อง ท้องผูก ซึ่งมักเป็นอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง หรือเป็นผลข้างเคียงของการรักษา

5. การเปลี่ยนแปลงของความชอบหรือไม่ชอบใจ ความหงุดหงิด ไม่พอใจในกลิ่น รสชาติ หรือชนิดของอาหาร เฉพาะที่ใช้รักษาโรค

6. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เช่น ภาวะแพ้แลคโตส ซึ่งเป็นน้ำตาลชนิดหนึ่งได้จากนม ความรู้สึกอึดเร็วกว่าปกติ

7. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล กลัว เศร้า ท้อแท้ใจ หรือหมดหวัง จะยิ่งทำให้รู้สึกเบื่ออาหารและมีอาการไม่สบายต่างๆ มากขึ้น

8. ความรู้สึกเหนื่อยล้า จากสภาวะการดำเนินของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา หรือการที่ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ

ภาวะเบื่ออาหาร และการรับประทานอาหารได้น้อยลงนั้น ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงกับผู้ป่วยมะเร็ง ถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง ภาวะเบื่ออาหารนี้จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนมีภาวะกล้ามเนื้อลีบเล็กได้ (cancer cachexia)

การรักษากภาวะเบื่ออาหาร

แบ่งออกเป็น 2 วิธี^{4,5,7} ได้แก่

1. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Interventions) จากแพทย์ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

- การใช้ยากลุ่ม Prokinetic เพื่อช่วยทำให้อาหารผ่านเข้าไปในทางเดินอาหารได้เป็นจำนวนมากและระยะเวลาเร็วขึ้น เช่น Metoclopramide

- การใช้ยากลุ่ม Corticosteroid เป็นยาที่ใช้เพื่อลดการเจริญเติบโตของเนื้องอก กระตุ้นความอยากอาหาร และลดอาการไม่สบายของผู้ป่วย เช่น prednisolone เป็นต้น

- การใช้ยากลุ่ม Megestrol acetate เป็นกลุ่มฮอร์โมน เมื่อให้ในปริมาณค่อนข้างสูง จะเพิ่มความอยากอาหารในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคอื่นๆ หรือ HIV 5 เป็นต้น

- การใช้ยากลุ่มอื่นๆ ซึ่งใช้ในการรักษาสาเหตุร่วม เช่น ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน หรืออาการร่วมอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหารได้

มากขึ้น แต่เมื่อได้รับการรักษาสาเหตุร่วมเหล่านี้แล้ว อาการเบื่ออาหารก็จะดีขึ้นตามลำดับ

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Interventions) ได้แก่

- การให้ผู้ป่วยได้รับอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

- การลดการใช้พลังงานและพักผ่อนอย่างเพียงพอของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลต่อการจัดการภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งโดยไม่ใช้ยา

1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Clinicians role or care provider)

บทบาทของพยาบาลต่อการจัดการภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งไม่ใช้ยา โดยมุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารให้มากเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และลดการใช้พลังงานและพักผ่อนอย่างเพียงพอของผู้ป่วย^{6,7} ได้แก่ การดูแลให้ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำ ปรีกษา สนับสนุนส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคล ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีขั้นตอนดังนี้

1.1 การประเมินภาวะเบื่ออาหารของผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือหลายๆ วิธีร่วมกันดังนี้^{4,10}

1.1.1 การสอบถาม ซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยตรง (Subjective feeling) เกี่ยวกับชนิด ปริมาณ มีอาหารในแต่ละวัน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ควรใช้คำถามปลายเปิด เช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารในแต่ละวันอย่างไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารอย่างไรบ้าง ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค และในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ พร้อมทั้งจดบันทึกในเวชระเบียน

1.1.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วย^{11,12,13} ควรบันทึกน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อค้นหาสาเหตุได้อย่างทันท่วงที การที่มีน้ำหนักตัวลดลง 5-20% ของน้ำหนักตัวปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักลดระดับที่ 2 (weight loss level 2)

ตามเกณฑ์การประเมินของ CTCAE¹⁴

1.1.3 การบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ ควรให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลช่วยบันทึกชนิดปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละครั้ง เพื่อประเมินชนิดและปริมาณความเหมาะสมเพียงพอของอาหารที่ผู้ป่วยได้รับทั้ง 5 หมู่ เพื่อพิจารณาเพิ่มอาหารเสริม รวมทั้งหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารบางชนิดในระยะนั้นๆ การบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถบันทึกได้หลายวิธี เช่น:

- การบันทึกชนิดและอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานใน 24 ชั่วโมง หรือ 3 วัน (24 hrs dietary record or 3 days dietary record) โดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลช่วยบันทึก หรือทีมผู้รักษาเป็นผู้ซักถามและบันทึก
- การคำนวณพลังงานจากอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน ส่วนมากจะทำในโรงพยาบาล โดยทีมผู้รักษาเป็นผู้คำนวณและบันทึก

1.1.4 การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric assessment) เป็นการวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบวงของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (Body Circumferences) เช่น เส้นรอบแขน เส้นรอบขา เส้นรอบสะโพกและรอบเอว การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skin fold thickness) บริเวณกล้ามเนื้อ Biceps Triceps Subscapular Suprailiac เป็นต้น ซึ่งข้อมูลของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไปและอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงอย่างหนึ่งของภาวะเบื่ออาหารของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลง

1.1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่นการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (Complete blood count) การตรวจนับเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์อย่างสมบูรณ์ (Total lymphocyte count) การตรวจระดับของโปรตีนอัลบูมินในเลือด (Albumin) การตรวจปริมาณธาตุเหล็กในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย (Transamine) และการตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด (Glucose) ซึ่งต้องร่วมกับการประเมินวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย เนื่องจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แสดงถึงปัญหาสุขภาพหลายๆ ด้าน และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ทั้งนี้ อาจจะมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิม พยาธิสภาพของโรคเมเร็ง หรือด้วยผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

1.1.6 การใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่น่าสนใจในการประเมิน และติดตามอาการต่างๆ ของผู้ป่วย

ณ เวลาที่มีอาการนั้นๆ เช่น ปวด เหนื่อย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความอยากอาหารเป็นต้น ลักษณะของเครื่องมือเป็นช่วงคะแนน ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการ มีคะแนน ตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 คะแนนหมายถึง ไม่เบื่ออาหาร และ 10คะแนนหมายถึง เบื่ออาหารมากที่สุด^{15,16}

การประเมินภาวะเบื่ออาหาร จึงควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ขณะที่ทำการรักษาโรคด้วยวิธีต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เพราะการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา

1.2 การดูแลด้านโภชนาการ

การจัดการให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่วิกฤติและผู้ป่วยเรื้อรังตั้งแต่เนิ่นๆ จะสามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อลงถึงหนึ่งในสาม^{17,18} และช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ และชะลออัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ประมาณครึ่งหนึ่ง¹⁹ จากการศึกษาวิจัยโดยวิเคราะห์แบบ meta-analysis ในหลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยเรื้อรังนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเริ่มให้อาหารเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารได้เร็ว และปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ^{20,21} จะช่วยฟื้นฟูการทำงานของเซลล์ต่างๆ ในระบบทางเดินอาหาร และรักษาสวมดุลของร่างกายให้ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอย่างพอเหมาะและช่วยลดความซับซ้อนในการดูแลรักษาลดลง

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างเพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นโดยช่องทางใดก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ด้วยพยาธิสภาพของโรคหรือผลข้างเคียงจากการรักษา พยาบาลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดังนี้²¹

1.2.1 การให้อาหารในระบบทางเดินอาหาร (Enteral nutrition)¹⁹ มีดังนี้

1) การให้อาหารเสริมชนิดรับประทาน (Oral supplement) จะช่วยผู้ป่วยได้รับ สารอาหารและวิตามินเกลือแร่ต่างๆ ครบทั้ง 5 หมู่ สำหรับการบริโภคระหว่างมื้ออาหารและก่อนนอน นอกจากนี้ยังสามารถนำอาหารเสริมมาใช้ เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกลอยอยากรับประทานอาหารตามปกติ เพื่อเพิ่มสารอาหารและพลังงานให้แก่ผู้ป่วย อาหารเสริมชนิดรับประทานมีขายทั่วไปตามท้องตลาด เช่น อาหารเสริมทางการแพทย์ และสูตรในการเตรียมเองภายใน

บ้าน ซึ่งสามารถประสานงานหรือสอบถามจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ

2) การให้อาหารทางสายยางผ่านระบบทางเดินอาหาร (Enteral feeding) คือวิธีการนำส่งอาหารผ่านทางสายยาง ซึ่งจะสอดผ่านเข้าไปทางจมูก หลอดอาหาร หรือผ่านทางผนังของช่องท้องโดยตรงเข้าไปในกระเพาะอาหาร สำหรับวิธีนี้จะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ แต่ระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ดีอยู่ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก เป็นต้น

1.2.2 การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ^{19,22} (Parenteral nutrition) เป็นวิธีการให้สารอาหารผ่านหลอดเลือดดำ และส่งไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย วิธีนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารไม่ทำงาน แต่เนื่องจากการใช้วิธีนี้ต้องสอดใส่สายยางเข้าไปในหลอดเลือดดำใหญ่ จึงอาจจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจะนำสารอาหารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินทางอาหารและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งพยาธิสภาพของโรคมะเร็งสามารถส่งผลกระทบต่อระบบนี้ได้หลายทาง

แต่ทราบได้ที่ระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ การให้อาหารเสริมชนิดรับประทาน (Oral supplement) ยังคงเป็นทางเลือกที่ดี เพราะการไม่มีสารอาหารส่งเข้าไปในระบบทางเดินอาหารเป็นเวลานาน จึงอาจทำให้ระบบทางเดินอาหารไม่ทำงานหรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลถึงสภาพการหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารและปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยได้ดังกล่าวข้างต้น

2. บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และคำปรึกษา (Health Educator)

มีหลากหลายวิธีในการให้ความรู้ คำแนะนำและวิธีการเพิ่มความอยากอาหาร หรือช่วยในการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการดูแลตนเองในการรับประทาน อาหาร ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทบทวนวิธีการ รายละเอียดต่างๆ และนำไปปฏิบัติทีละอย่าง แต่เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึกได้ตลอดเวลา พยาบาลควรพร้อมที่จะสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความสนใจและมีความยืดหยุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขในการรับประทานอาหาร นอกจากนี้พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุย

ปรับทุกข์ ระบายความวิตกกังวล และปรึกษาการแก้ไข ปัญหา และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล

การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ^{1,4,22,23}

1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ทั้งนี้ เพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้ดูแลในกิจกรรมที่จะต้องพบ และจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งต้องคอยให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยอีกด้วย

2. เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของตนเอง ในการรับมือกับความต้องการด้านอาหารของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อาหารชนิดที่ถูกปากผู้ป่วยในวันนี้ อาจจะไม่ถูกปากในวันพรุ่งนี้ หรือในบางวันผู้ป่วยอาจจะอยากรับประทานอาหารที่ไม่ชอบมาก่อนได้

3. ควรวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการกำหนด/จัดมื้ออาหารล่วงหน้า หรือปรับเปลี่ยนเมนูอาหาร โดยเน้นอาหารที่ให้พลังงานสูงและมีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย แต่ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงก่อนรับยาเคมีบำบัด

4. นำเสนออาหารที่มีความหลากหลายให้กับผู้ป่วย โดยจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบและหลีกเลี่ยงอาหารที่ผู้ป่วยไม่ชอบ เช่น ผู้ป่วยบางรายกินไอศกรีมระหว่างมื้ออาหารแล้ว ทำให้กินอาหารได้มากขึ้น ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ โรคมะเร็งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับรสและกลิ่นของผู้ป่วย ดังนั้นอาหารบางอย่างที่ผู้ป่วยเคยชอบรับประทานเมื่อยังไม่ได้ป่วย หลังจากที่ป่วยแล้วอาจจะไม่ชอบรับประทานก็เป็นได้ ดังนั้นคำแนะนำคือ ให้ลองให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารหลายๆ อย่าง แล้วดูว่าอย่างไรที่ผู้ป่วยชอบรับประทานมากที่สุด

5. ควรเตรียมอาหารให้อยู่ในสภาพพร้อมรับประทานตลอดเวลา เช่น นำขนม หรืออุปกรณ์ในการรับประทานอาหารจัดวางไว้ในภาชนะและสถานที่ที่ผู้ป่วยสามารถหยิบจับได้ง่าย หรือให้ผู้ช่วยพกขนมไว้กับตัวในระหว่างวัน โดยอาจใช้ประโยชน์จากอาหารสำเร็จรูป หรือวิธีการปรับเปลี่ยนกลิ่นและรูปร่างของอาหาร

6. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆ ก่อนมีมื้ออาหารประมาณ 10-15 นาที เช่น การเดินเล่น การออกกำลังกายเบาๆ การทำสมาธิ หรือพักผ่อน เป็นต้น

7. ควรปรับบรรยากาศในห้องผู้ป่วยให้ผ่อนคลาย ตกแต่งอาหารให้น่ารับประทาน ตกแต่งโต๊ะและห้องอาหารให้น่าดู เปิดเพลงระหว่างรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารร่วมกันเป็นครอบครัว อาจช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น และในระหว่างมื้ออาหารควรหลีกเลี่ยงการขัดจังหวะขณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร

8. ควรสังเกตมื้ออาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้มาก ซึ่งส่วนใหญ่จะรับประทานได้ในปริมาณมากในช่วงเช้า จึงควรจัดประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ และให้พลังงานสูง

9. ควรจัดให้มีอาหารว่างสำหรับผู้ป่วยรับประทานได้ระหว่างมื้อ โดยจัดเป็นมื้อเล็กๆ ครึ่งละน้อย และควรให้ผู้ป่วยพยายามรับประทานอาหารก่อนนอน เพื่อให้มีความรู้สึกสบายท้อง ควรปรับชนิดของอาหารให้มีความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น ปัญหาการกลืน ให้อาหารชิ้น เช่น โจ๊ก

10. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจและดูแลรักษาสุขภาพลักษณะของปากให้สะอาดอยู่เสมอ เช่น บ้วนปากก่อนและหลังอาหาร และควรตรวจสอบสุขภาพเหงือกและฟันของผู้ป่วยทุก 6 เดือน

11. ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีอุณหภูมิของอาหารต่ำ (ของเย็นๆ) เพื่อความรู้สึกสบายในช่องปาก

12. ควรให้รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว เพื่อกระตุ้นต่อมรับรส เช่น มะนาว มะขาม มะขามป้อม มะกอก บัวย แต่ควรจัดในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีแผลในปาก

13. ควรเพิ่มรสชาติให้อาหาร เช่น ปรงอาหารให้มีรสชาติเข้มข้นจากเดิม (รสชาติหวานมากขึ้น) เนื่องจากมีความพร่องของประสาทการรับรส

14. ควรเปลี่ยนแปลงรูปแบบอาหาร โดยจัดให้รับประทานอาหารนี้ๆ อาหารเหลว หรือดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกายแทนอาหารปกติ เมื่อผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ ควรใช้หลอดสำหรับอาหารเหลวหรือเครื่องดื่ม เช่น ดื่มน้ำผลไม้ปั่น แทนการรับประทานผลไม้สด

15. ควรให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มก่อนหรือหลังอาหารประมาณ 30-60 นาที เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดก่อนรับประทานอาหารเช้า หรือแน่นท้องจนเกินไปหลังรับประทานอาหารเช้า

16. ควรใช้ถ้วย ชาม จาน ที่เป็นพลาสติกในการรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วย หรือให้ผู้อื่นปรงอาหารให้เพื่อช่วยในการลดกลิ่นอาหาร และควรจัดอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง อาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด ไม่ชอบใจอาหารได้

17. มีการเฉลิมฉลองงานเลี้ยงในโอกาสต่างๆ บ้าง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความอยากรับประทานอาหาร โดยจัดอาหารให้ผู้ป่วยในปริมาณน้อย ควรใช้จาน ชาม หรือภาชนะเล็กๆ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกรู้สึกว่าอาหารมีปริมาณไม่มากนัก และในงานเลี้ยงนั้นควรงดการสูบบุหรี่ เนื่องจาก บุหรี่ และควันบุหรี่ ลดความอยากอาหาร

18. เจ้าหน้าที่พยาบาลควรให้คำแนะนำและทำความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ป่วยว่า ไม่ควรคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร หากผู้ป่วยไม่ต้องการ เพราะจะทำให้เกิดความอึดอัดแก่ผู้ป่วยและอาจทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นมากขึ้น ส่วนใหญ่ครอบครัวจะวิตกกังวลว่าผู้ป่วยผอมแห้ง เนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ควรอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยผอมไม่มีแรง ว่าไม่ได้เกิดจากการที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอเพียงอย่างเดียว แต่จากพยาธิสภาพจากการเป็นโรคมะเร็งที่ก่อให้เกิดการเผาผลาญสูง ร่างกายไม่สามารถนำอาหารที่เผาผลาญแล้วไปใช้ประโยชน์ได้ ร่างกายจึงต้องนำสารอาหารจากกล้ามเนื้อต่างๆ ในร่างกายมาใช้ทดแทน ทำให้เกิดการลีบของกล้ามเนื้อต่างๆ

สรุป

บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้ เริ่มจากการประเมินภาวะเบื่ออาหารของผู้ป่วย จากการประเมินสภาพร่างกาย การบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ การสอบถามและติดตามอาการ และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การวัดสัดส่วนของร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการปฏิบัติการรักษาภาวะเบื่ออาหารโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการรักษาภาวะเบื่ออาหารโดยไม่ใช้ยา คือการจัดการดูแลด้านโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ การช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ และการดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการรักษา พร้อมทั้งการให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การให้ข้อมูลข่าวสาร แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยม การดูแลภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ เพิ่มความอยากอาหาร และการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังเครือข่ายทางสังคม ที่ใกล้บ้าน ตามความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Natason A. Symptoms and Symptom Managements in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. (Thesis) Khonkaen: Khonkaen University; 2006, P.133. (in Thai)
2. Tait NS. Anorexia-cachexia syndrome. In S.L. Gronerwald, M.H.Frogge, M.Goodman, C.H. Yarbro (Eds.). Cancer symptom management. 2nd ed., Sudbury: M.A: Jones&Bartlett; 2000: p. 58-78.
3. Ottery FD. Cancer cachexia: prevention, early diagnosis and management. *Cancer Pract* 1995; 2(2): 123-31.
4. Jaturapatporn D. Symptom Anorexia care in cancer patients. Anorexia-Cachexia syndrome. [cited 2009 Jul 17]. Available from: URL: <http://thaifp.com/palliative/symptom/anorexia/anorexia.html> (in Thai)
5. Deutsch J, Kolhouse JF. Assessment of gastrointestinal function and response to megesterol acetate in subjects with gastrointestinal cancers and weight loss. *Support Care Cancer* 2004; 12(7): 503-10.
6. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome. Current issues in research and management. *CA Cancer J Clin* 2002 Mar-Apr; 52(2): 72-91.
7. Brown JK. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer Related anorexia and cachexia. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29(3): 517-30.
8. Schwartz MW et al. Central nervous system control of food intake. *Nature* 2000; 404: 661-71.
9. Laviano A et al. Cancer anorexia: clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. *Lancet Oncol* 2003; 4: 686-94.
10. Ottery FD. Scored patient-generated subjective global assessment (PG-SGA). [serial online] 2001. Available from: URL: <http://www. accc-cancer.org/publications/pgsga.pdf>
11. Cope DG. Management of anorexia, cachexia, and weight loss in patients with advanced cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2002; 6(4): 567-73.
12. Molassiotis A. Anorexia and weight loss in long-term survivors of hematological malignancies. *J Clin Oncol* 2003; 12(6): 925-7.
13. Munshi AM. et al. Weight loss during radiotherapy for head and neck, malignancies: what factors impact it?. *Nutr Cancer* 2003; 47(2): 136-40.
14. The NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE): version 3.0 Publish; 2003 April 16.
15. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2): 6-9.
16. Jaturapatporn D, Montarat C, et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): Thai version translated. Department of family Medicine, Ramathibody hospital. Available from: URL: http://thaifp.com/palliative/download/tools/esas__thai.pdf
17. Martin CM, Doig GS, Heyland DK, Morrison T, Sibbald WJ. Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT study). *CMAJ* 2004; 170(2): 197-204.
18. Villet S, Chiolerio RL, Bollmann MD, Revelly JP, Cayeux RNM, Delarue J, et al. Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. *Clin Nutr* 2005; 24(4): 502-9.
19. Marik PE, Zaloga GP. Early enteral nutrition in acutely ill patients: a systematic review. *Crit Care Med* 2001; 29(12): 2264-70.

20. Moore FA, Feliciano DV, Andrassy RJ, McArdle AH, Booth FA, Morgenstein-Wagner TB, et al. Early enteral feeding, compared with parenteral, reduces postoperative septic complications. The results of a meta-analysis. *Ann Surg* 1992; 216(2): 172-83.
21. Nimmanwuttipong T. The importance of food in the digestive tract ecosystem in maintaining the balance of the human immune system. *Thai Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2009; 20(2). 81-9. (in Thai)
22. Lonil A. Effects of Anorexia and Anorexia Management of Patients and Families on Nutritional Status in Colorectal Cancer Patients Receiving Chemo therapy. (Thesis) Bangkok: Mahidol University; 2004. P.119. (in Thai)
23. Meryer D. Symptom management: Anorexia-cachexia syndrome. [cited 2003 May 3]. Available from: URL: http://cahn.mmsu.edu/cancerupdate/__disc9/00000022.htm