



Clinical Focus

การให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Nutrition Support in Palliative Cancer

วิรุศ ไรจน์ยิตติเลิศ

อายุรแพทย์ด้านโภชนาการคลินิก โรงพยาบาลกรุงเทพ

การให้โภชนาบำบัดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้น ควรเริ่มให้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง การให้โภชนาบำบัดอย่างเหมาะสมและถูกต้องจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคมะเร็งที่หวังผลให้หายขาด (curative treatment) หากแต่เมื่อใดที่โรคมะเร็งมีการเจริญเติบโตมากขึ้นและไม่ตอบสนองต่อการรักษาเฉพาะเป้าหมายในการรักษามะเร็งจะเปลี่ยนจากการหวังผลหายขาดไปเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ซึ่งเป้าหมายของการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งก็จะเปลี่ยนตามไปเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยใน ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งเป้าหมายการให้โภชนาบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขสบายที่สุด และใช้โภชนาบำบัดเพื่อช่วยรักษาหรือลดอาการไม่พึงประสงค์ที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งทางกายและใจ

ผู้ป่วยมะเร็งบางรายอาจได้รับการวางแผนการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรก เมื่อได้รับวินิจฉัยว่าพบมะเร็งระยะลุกลามและไม่สามารถรักษาแบบหวังผลให้หายขาดได้ (early palliative care) และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่จะได้รับการรักษาแบบประคับประคองภายหลังจากที่ได้รับการรักษามะเร็งไปแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง (late palliative care) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคว่าอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 1 เดือนนั้น การวางแผน

แผนการรักษาเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำได้ยากขึ้น

การให้โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาประคับประคองตั้งแต่แรกแม้ไม่หวังผลให้โรคลุกลาม แต่ผู้ป่วยก็ควรได้รับโภชนาบำบัดที่เหมาะสมเพื่อมุ่งเน้นประโยชน์ ด้านอื่น ๆ ได้แก่ ได้รับพลังงานเพียงพอเพื่อให้มีแรงขยับตัวและเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยให้แผลสมานเร็วขึ้นลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อน นอกจากนี้การให้โภชนาบำบัดที่เหมาะสมและเพียงพอจะช่วยลดผลข้างเคียงอื่นๆ ที่เกิดจากตัวโรคในระยะลุกลาม เช่น การได้รับพลังงานเพียงพอเพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้สารน้ำที่เพียงพอเพื่อไม่ให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ การให้วิตามิน แร่ธาตุ และเกลือแร่อย่างเพียงพอเพื่อไม่ให้ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นต้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ทั้งผู้ป่วยและญาติควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความเหมาะสมในการให้สารอาหารและสารน้ำโดยเลือกวิธีการให้โภชนาบำบัด (artificial nutrition) ที่มุ่งเน้นการใช้วิธีที่ไม่คุกคามผู้ป่วย (non-invasive treatment)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นมักต้องเผชิญกับภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cancer cachexia) เมื่อโรคมะเร็งยิ่งดำเนินต่อไปยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ อิ่มไม่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก ได้รับกลิ่นที่ผิดปกติไป รับรสอาหาร

ได้แย่ง น้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลทำให้กินอาหารได้น้อยลงเรื่อยๆ ดังนั้นการวางแผนด้านโภชนาบำบัดจึงเป็นส่วนหนึ่งปัจจัยของการวางแผนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต (Physiological Changes in Dying Process)

การที่ร่างกายกินอาหารได้น้อยลงนั้นเป็นอาการปกติที่พบในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิต มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นมักจะปราศจากความหิว แต่หากมีความหิวเกิดขึ้นก็สามารถบรรเทาได้ด้วยอาหารปริมาณเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

สำหรับบางคนในระยะนี้ การได้กินอาหารที่อ่อนนุ่มและมีความชุ่มชื้นในปริมาณเล็กน้อยก็สามารถทำให้รู้สึกพึงพอใจ เมื่อร่างกายได้รับอาหารและสารน้ำลดลงจะทำให้ร่างกายนั้นขาดน้ำ ผู้ป่วยมักเริ่มกินอาหารได้ลดลงเรื่อยๆ จนสุดท้ายไม่กินอะไรเลยเป็นระยะเวลาหนึ่งก่อนที่จะเสียชีวิต แต่หากผู้ป่วยยังพอดื่มเครื่องดื่มหรือกินอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือได้บ้าง เช่น น้ำเกลือแร่ น้ำซูป เป็นต้น ก็จะทำให้โอกาสเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) น้อยลง ในบางรายอาจช่วยลดอาการคลื่นไส้จากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำได้

ในระยะที่มีการขาดน้ำ ผู้ป่วยอาจมีอาการปาก และตาแห้งได้ การดื่มน้ำเพิ่มอาจไม่ช่วยแก้ไขอาการปากแห้ง แต่การดูแลความสะอาดในช่องปากอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ลดอาการปากแห้งได้บ้างและช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นได้ ส่วนการใช้สารหล่อลื่นป้องกันกระจกตาแห้ง และการรักษาอาการขาดน้ำด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือทางสายให้อาหารควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป สำหรับในบางรายอาจช่วยลดอาการขาดน้ำได้ แต่ในบางรายอาจก่อให้เกิดอาการบวมขึ้น มีสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นหรือทำให้เกิดน้ำท่วมปอดได้

ในระยะต่อมาการบีบตัวของหัวใจเริ่มลดลงและอาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวาย ในระยะนี้การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำอาจไม่สามารถช่วยให้ระบบการทำงานของหัวใจฟื้นคืนมาได้ และสุดท้ายการรับรู้และความรู้สึกตัวจะค่อยๆ ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดอากาศ ภาวะเลือดเป็นกรด สมดุลเกลือแร่ที่เสียไป การค้างคั่งของของเสียจากภาวะตับวายและ/หรือไตวาย เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผลจากการดำเนิน

ของโรคมะเร็ง หรือผลจากยาที่ใช้ในการรักษาซึ่งบางรายอาจมีอาการซึมแล้วเข้าสู่ระยะไม่รู้สึกรู้ตัว (coma) และจากไปอย่างสงบ ในขณะที่บางรายอาจมีอาการกระสับกระส่ายจากการที่สมองถูกกระตุ้นในช่วงสุดท้ายก่อนที่จะเสียชีวิตได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการวางแผนให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

1. การพยากรณ์อัตราการรอดชีวิต (expected survival) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการวางแผนให้โภชนาบำบัดเนื่องจากเป้าหมายในการให้การรักษามักแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตสั้นและยาว

1.1 หากการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตอยู่ในช่วงหลายเดือนหรือหลายปี มะเร็งมีการดำเนินโรคช้า (slow tumor activity) ค่าการอักเสบในเลือดต่ำ กล่าวคือ ระดับ C-reactive protein (CRP) น้อยกว่า 10 มก./ดล. เป้าหมายโภชนาบำบัดจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและโปรตีนที่เพียงพอ ทั้งการกินอาหารทางปาก อาหารทางสายให้อาหาร และสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ตามข้อบ่งชี้ของแต่ละวิธี ซึ่งนอกจากจะช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางเมแทบอลิซึมในร่างกายซึ่งเป็นผลจากโรคมะเร็งให้ได้มากที่สุดแล้ว ยังช่วยลดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการดำเนินของโรคมะเร็งได้อีกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้การเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นเป็นการจากหลูกลามของโรคมะเร็งไม่ใช่เสียชีวิตจากภาวะขาดสารอาหารรุนแรง โดยปัจจัยด้านความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (performance status) ไม่ควรเป็นอุปสรรคขัดขวางการได้รับโภชนาบำบัดของผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้จะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งอาจยังมีผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายบางรายที่ยังคงได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายแสงแบบประคับประคองควบคู่ไปด้วย (palliative anti-cancer treatment) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการพิจารณาให้ได้รับโภชนาบำบัดเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้ประโยชน์จากการมีภาวะโภชนาการที่ดีมากกว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้โภชนาบำบัด เช่น ผู้ป่วยที่ยังได้รับการฉายแสงแบบประคับประคอง พบว่าการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอช่วยลด

อัตราการเกิดแผลกดทับ ซึ่งหากมีแผลกดทับจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายได้ หรือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีปัญหาทำให้ทำงานล้มเหลวเร็วขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีจะพบว่า การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเสริมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น มากกว่า 1-3 เดือน เป็นต้น

1.2 หากการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตนั้นนับเป็นหลักสัจดาห์ มะเร็งมีการดำเนินโรคเร็ว ร่างกายมีสารอักเสบปริมาณสูง ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันมีคะแนนมากกว่า 3 [Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status ≥ 3] ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับประโยชน์เต็มที่จากการได้รับโภชนาบำบัด ดังนั้นการให้โภชนาบำบัด สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นการรักษาแบบไม่คุกคามผู้ป่วย (non-invasive intervention) คือให้ผู้ป่วยกินอาหารตามความต้องการเพื่อประคับประคองอาการเท่านั้น ไม่ได้คำนึงความครบถ้วนของพลังงานและโปรตีน เน้นการให้อาหารเพื่อลดอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เช่น อาการคลื่นไส้ อิ่มไว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีที่สุด รวมถึงการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต คำแนะนำทางเลือกทางโภชนาบำบัดและการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมเท่าที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อน

2. ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม ประเพณี เชื้อชาติ ศาสนา สภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมแพทย์ และบุคลากร

สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญก่อนการวางแผนให้โภชนาบำบัด เพื่อให้ทุกฝ่ายรับทราบความต้องการ ความคาดหวัง สภาพจิตใจ และคลายข้อสงสัย ของผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด ซึ่งจะทำให้การรักษานั้นเกิดขึ้นได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งทางกายและใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

3. การพิจารณาข้อดีและข้อเสียของวิธีการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถให้โภชนาบำบัดได้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย รวมถึงเป็นการหลีกเลี่ยงการรักษาที่อาจไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเนื่องจากข้อมูลยืนยันถึงผลดีและผลเสียของการให้อาหารทางสายให้อาหารและการให้อาหารทางหลอดเลือดดำนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงยังคงเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อการตัดสินใจในการให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยและญาติในบางครั้ง โดยส่วนมากผลของการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตนั้น การให้อาหารไม่ว่าจะทางสายให้อาหารหรือทางหลอดเลือดดำนั้นไม่สามารถเพิ่มน้ำหนักของผู้ป่วยได้ เพียงแต่ช่วยชะลอการลดลงของน้ำหนัก นอกจากนี้ยังไม่สามารถเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอดหรือเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าการให้อาหารทางสายอาหารและทางหลอดเลือดดำนั้น กลับมีประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามบางโรคเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามที่มีปัญหาสำไส้อุดตัน โดยผู้ป่วยนั้นต้องมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะอื่นๆ เกิดขึ้น (เช่น สมอง ไต ตับ เป็นต้น) ผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อดีและข้อเสียของการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อดี	ข้อเสีย
- ช่วยเพิ่มการรับรู้และความรู้สึกตัว - ช่วยลดอาการคลื่นไส้ - มีแรงมากขึ้นหลังได้รับพลังงานจากอาหาร - เมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอ จะช่วยลดความกังวลใจของญาติ - ผู้ป่วยและญาติช่วยลดความกังวลในประเด็นที่ว่าผู้ป่วยถูกละเลยการดูแลด้านอาหาร	- เพิ่มสารคัดหลั่งในร่างกาย เช่น เสมหะ น้ำลาย กรดย่อยอาหาร เป็นต้น - กระตุ้นอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยบางราย - ทำให้ถ่ายเหลวหรือท้องผูก - ทำให้สำลัก - ทำให้ต้องได้รับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องด้วยวิธีการผ่าตัด (surgical gastrostomy หรือ jejunostomy) - เพิ่มภาระการดูแลของญาติ - เกิดภาวะบวมหน้า ท้องมาน ในผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ

กลุ่มนี้เมื่อได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำหรืออาหารทางสายให้อาหารพบว่าสามารถช่วยเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตได้เมื่อเทียบกับการไม่ให้โภชนาบำบัด ดังนั้นในการพิจารณา ข้อดีและข้อเสียว่าจะให้หรือไม่ให้โภชนาบำบัดนั้น ยังคงต้องอาศัยพื้นฐานเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ร่วมกับหลักฐานทางการแพทย์ส่วนที่มีข้อมูลชัดเจนมาประกอบการตัดสินใจโดยจะขอยกตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาแนวทางข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 1

จะเห็นได้ว่าการพิจารณาเลือกวิธีให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัว เว้นแต่กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะที่มีคำแนะนำชัดเจนดังที่ได้กล่าวข้างต้น การพิจารณาการรักษานั้นต้องเกิดขึ้นจากการตัดสินใจร่วมกันของหลายฝ่าย ทั้งทีมแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด และสอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

บทบาทและหน้าที่ของนักกำหนดอาหารในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นักกำหนดอาหารเป็นหนึ่งในบุคลากรของทีมด้านการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย นักกำหนดอาหารที่ได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนเพิ่มเติมด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศาสตร์ด้านการแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยาและจริยธรรม จะสามารถประเมินภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำแนะนำทางโภชนาบำบัดที่หลากหลาย แนะนำวิธีให้โภชนาบำบัด และสารน้ำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ในทีม การรักษาและช่วยวางแผนติดตามผลการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

แนวทางการให้โภชนาบำบัดเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของชีวิตที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

1. อาการเบื่ออาหาร กินได้น้อย และอึดไม่

การรักษาด้วยโภชนาบำบัด: แนะนำให้กินอาหารครั้งละน้อยๆ แต่กินให้บ่อยขึ้น สามารถกินได้มากกว่า 3 มื้อต่อวัน โดยเลือกอาหารที่ให้พลังงานสูง (energy dense food) เช่น อาหารที่มีน้ำมัน น้ำตาล เป็นต้น พยายามเลี่ยงอาหารที่รสจัดมาก หรืออุณหภูมิสูงหรือต่ำมาก และ

สามารถเลือกใช้อาหารทางการแพทย์ดื่มเสริมเพื่อช่วยเพิ่มพลังงานได้

นอกเหนือจากการปรับอาหารแล้ว การควบคุมอาการปวดจะช่วยลดอาการเบื่ออาหารได้อีกทางหนึ่ง แต่ควรระวังผลข้างเคียงของยาระงับปวดซึ่งอาจเพิ่มปัญหาการคลื่นไส้ ท้องผูก และทำให้กินได้น้อยลงได้อีกเช่นกัน การรักษาด้วยยา

1.1 ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) หลักฐานการศึกษาปัจจุบันพบว่า สามารถช่วยเพิ่มความอยากอาหารได้ แต่ได้ผลเพียงระยะสั้น คือ 1-3 สัปดาห์และที่สำคัญควรระวังเรื่องผลข้างเคียงของยาเรื่องการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน การสลายมวลกล้ามเนื้อ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วย ดังนั้นการใช้ยากลุ่มนี้จึงเหมาะ กับผู้ป่วยที่มีอัตราการรอดชีวิตสั้นเท่านั้น

1.2 ยากลุ่มโปรเจสติน (progestin) หลักฐานการศึกษาปัจจุบันในผู้ป่วยมะเร็งพบว่ายากลุ่ม โปรเจสติน ได้แก่ megestrol acetate และ medroxyprogesterone acetate สามารถช่วยเพิ่มความอยากอาหารและช่วยเพิ่มน้ำหนักได้ แต่เป็นน้ำหนักที่เกิดจากการเพิ่มมวลไขมันเป็นหลัก ส่วนผลเรื่องการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นยังไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามควรระวังในเรื่องผลข้างเคียงที่อันตรายต่อผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภาวะบวม น้ำ ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้เมื่อใช้ยากลุ่มนี้ควรเฝ้าติดตามผลข้างเคียงเป็นระยะ

1.3 ยากลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) หลักฐานการศึกษาปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนว่ายากลุ่มนี้จะสามารถเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยมะเร็งได้

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน

สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนคือการหาสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เพื่อรักษาให้ตรงตามสาเหตุ แต่หากสาเหตุนั้นไม่สามารถแก้ไขให้หายขาดได้ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เราสามารถเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อบรรเทาอาการทดแทนได้ สาเหตุที่พบบ่อยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งทั้งจากยา และการฉายแสง ผลข้างเคียงจากยาระงับอาการปวด ภาวะลำไส้อุดตันจากตัวโรคมะเร็ง ความเครียดของผู้ป่วย กลิ่นหรือรสชาติของอาหารที่ไม่พึงประสงค์

หากสาเหตุนั้นมาจากอาหารให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มี

กลืนหรือรสที่กระตุ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือให้รับประทานอาหารจากอาหารปกติเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว เลือกอาหารที่มีพลังงานสูงเพื่อจะได้กินในปริมาณน้อยลง ลดการกระตุ้นอาการคลื่นไส้ แนะนำให้กินจำนวนมื้อถี่ขึ้น เพื่อให้ได้รับพลังงานเพียงพอขึ้น

หากผู้ป่วยมีปัญหาของการขยับตัวของกระเพาะและลำไส้ช้าลง การรักษาด้วยยากกลุ่ม prokinetics สามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้ได้

3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาลำไส้อุดตัน

3.1 การใช้สายให้อาหารเพื่อการระบายของเหลวในกระเพาะอาหาร (nasogastric tube for suction) แนะนำให้ใช้ชั่วคราว วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ ด้วยการผ่าตัดแก้ไขภาวะลำไส้อุดตัน

3.2 การให้อาหารผ่านสายให้อาหารทั้งทางจมูกและทางหน้าท้อง (enteral tube feeding) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อาหารยังสามารถผ่านจุดที่ลำไส้อุดตันได้หรือพิจารณาใส่สายให้อาหารโดยให้ปลายสายให้อาหารอยู่ต่ำกว่าจุดที่มีการอุดตัน การให้อาหารผ่านสายให้อาหารไปยังลำไส้เล็กนั้น (post-pyloric feeding) พบว่าช่วยลดอาการคลื่นไส้ได้ดีกว่าการให้อาหารไปยังกระเพาะอาหาร การเลือกผู้ป่วย สำหรับอาหารทางสายยางนั้นควรเลือกให้ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการขาดสารอาหารก่อนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งและผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันโดยประเมินจากคะแนน Karnofsky performance ได้มากกว่า 50 คะแนน

3.3 การให้อาหารทางหลอดเลือดดำ สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่ต้องงดน้ำและอาหารทางปาก (nothing per oral, NPO) อาจด้วยสาเหตุจากการอุดตันลำไส้ที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยการผ่าตัดหรือการใช้ยา และผู้ป่วยไม่สามารถใส่สายให้อาหารได้โดยอาศัยหลักการเลือกผู้ป่วย เช่นเดียวกับการให้อาหารทางสายให้อาหารในผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตัน คือ เลือกให้ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการขาดสารอาหารก่อนการเสียชีวิต จากโรคมะเร็งและผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยประเมินจากคะแนน Karnofsky performance ได้มากกว่า 50 คะแนน

unasu

การพิจารณาให้โภชนาบำบัดเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะ

ลุกลามที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเพื่อหวังผลหายขาดนั้น การจำกัดหรือกำหนดการให้อาหารในรูปแบบใดๆ ควรพิจารณาถึงเป้าหมายสูงสุดของการรักษานั้นคือความต้องการของผู้ป่วยและการรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นก่อนพิจารณาการให้โภชนาบำบัด ควรตอบคำถามเหล่านี้ให้ได้ก่อนเสมอ ได้แก่

- 1) การให้โภชนาบำบัดช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือไม่
- 2) การให้โภชนาบำบัดเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าโทษหรือไม่
- 3) การให้โภชนาบำบัดเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยไม่จำเป็นหรือไม่
- 4) ความต้องการและความสุขของผู้ป่วยและครอบครัวคืออะไร

เอกสารอ้างอิง

1. Cox A, McCallum PD. Medical nutrition therapy in palliative care. In: McCallum PD, Polisena CG, eds.: The Clinical Guide to Oncology Nutrition. Chicago, Ill: The American Dietetic Association; 2000. p. 143-9.
2. Piazza-Barnett R, Matarese LE. Enteral nutrition in adult medical/surgical oncology. In: McCallum PD, Polisena CG, eds.: The Clinical Guide to Oncology Nutrition. Chicago, Ill: The American Dietetic Association; 2000. p. 106-18.
3. Position of The American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. J Am Diet Assoc 1992;8:996-1002.
4. Donnelly S, Walsh D. The symptoms of advanced cancer. Semin Oncol 1995;22 (2 Suppl 3): 67-72.
5. Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To feed or not to feed: is that the right question? J Clin Oncol 2005; 6256-9.
6. Cancer.gov (Internet). Maryland. The National Cancer Institute at the National Institutes of Health. (Update April 19, 2017). Available from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/nutrition/patient>
7. Druml C, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr 2016; 35(3):545-556.
8. Paul M Taley, Miriam J. Recognizing dying in termi-

- nal illness. Br J Hosp Med 2011;72(8);446-50.
9. Arends J, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2017;36(1);11-48.
10. Marian M, Roberts S. Clinical nutrition oncology patients. In: Trentham K, editors. Palliative care. United States; 2010. p. 351-74.