

**ต้นฉบับ**  
**MASTER**

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์  
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร



เป็นโรงพยาบาลคุณธรรมที่สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อประชาชน

เอกสารสนับสนุน  
(SUPPORTIVE DOCUMENT)

เรื่อง มาตรฐานงานโภชนบำบัด  
หมายเลขเอกสาร SD-NUT๐๑-๐๐๑ จำนวนหน้าทั้งหมด ๗ หน้า

รายนาม	ตำแหน่ง	ลงนาม	วันที่
ผู้จัดทำ/ผู้รับผิดชอบ	หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ปฏิบัติงาน	ณภัทร	05 ก.ค. 2564
ผู้ทบทวน	หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน	✓ <i>[Signature]</i>	05 ก.ค. 2564
ผู้อนุมัติ	หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน	✓ <i>[Signature]</i>	05 ก.ค. 2564

ประวัติการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	วันที่บังคับใช้	ผู้ขอแก้ไข	ผู้อนุมัติ	รายละเอียดการแก้ไข



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์	๑
อุปกรณ์	๑
ขั้นตอนการปฏิบัติ	๑
๑. กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ	๑
๑.๑ การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ	๑
๑.๒ การส่งต่อเพื่อการดูแลให้โภชนบำบัด	๑
๑.๓ การให้โภชนบำบัด	๒
๑.๔ การประเมินอาหารที่บริโภค	๓
๑.๕ การติดตามผลการให้โภชนบำบัด	๓
๑.๖ การประเมินผลผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการดีขึ้น	๔
๒. การให้คำปรึกษาด้านอาหารและโภชนาการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๓
๒.๑ การดูแลด้านโภชนาการ	๔
๒.๒ แนวทางการให้โภชนบำบัด	๔
๒.๓ การติดตามผลการให้โภชนบำบัด	๕
๒.๔ การประเมินผลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมตามโรค	๖
๓. การสอนอาหารทางสายยางแก่ญาติผู้ป่วย	๗
๓.๑ การส่งต่อญาติเพื่อเรียนทำอาหารสายยาง	๗
๓.๒ วิธีการสอนอาหารสายยาง	๗
เอกสารอ้างอิง	๗

เอกสารควบคุม  
CONTROLLED DOCUMENT

## ชื่อเรื่อง มาตรฐานงานโภชนบำบัด

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทันโภชนาการใช้เป็นคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานงานโภชนบำบัด

### อุปกรณ์

ไม่มี

### ขั้นตอนการปฏิบัติ

#### ๑. กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ

##### ๑.๑ การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ

๑.๑.๑ ผู้ป่วยใน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำการคัดกรองภาวะโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทุกราย ด้วยแบบคัดกรอง SPENT Nutrition Screening Tool หากพบเกณฑ์ใช้มากกว่าเท่ากับ ๒ ข้อ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form

ผลคะแนนแบ่งตามเกณฑ์ได้ดังนี้

๐ - ๕ คะแนน	Normal – mild malnutrition : NAF A
๖ - ๑๐ คะแนน	Moderate malnutrition : NAF B
≥ ๑๑ คะแนน	Severe malnutrition : NAF C

๑.๑.๒ คลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุจะทำการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน Mini Nutritional Assessment ผลคะแนนแบ่งตามเกณฑ์ได้ดังนี้

๒๔ - ๓๐ คะแนน	มีภาวะโภชนาการปกติ
๑๗ - ๒๓.๕ คะแนน	มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
< ๑๗ คะแนน	ขาดสารอาหาร

#### ๑.๒ การส่งต่อเพื่อการดูแลให้โภชนบำบัด

##### ๑.๒.๑ ผู้ป่วยใน

๑) ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ NAF : A พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะประเมินซ้ำทุก ๗ วัน จนกว่าผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ

๒) ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ NAF : B NAF : C พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะโทรประสานนักโภชนาการเพื่อขึ้นมาให้โภชนบำบัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง

##### ๑.๒.๒ คลินิกผู้สูงอายุ

๑) ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ พยาบาลประจำคลินิกจะประเมินซ้ำทุก ๓ เดือน

๒) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร พยาบาลจะโทรประสานนักโภชนาการ นักโภชนาการจะมาให้โภชนบำบัดทุกวันอังคารและพุธ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.



## ๑.๓ การให้โภชนบำบัด

## ๑.๓.๑ การคำนวณพลังงานและสารอาหาร

พลังงาน	BMI < ๓๐ ใช้ ABW × ๓๐-๓๕ Kcal/d ต้องไม่บวม ไม่ใช่ผู้ป่วยวิกฤติ ใช้ IBW × ๓๐-๓๕ Kcal/d BMI > ๓๐ ใช้ ABW × ๑๑-๑๔ Kcal/d หรือ IBW × ๒๒-๒๕ Kcal/d High risk reeding syndrome ABW × ๒๕-๓๐ Kcal/d	ถ้ายังพอมอยู่และ
โปรตีน	BMI < ๓๐ ๑.๒-๑.๕ g/ABW/d depend on stress BMI ๓๐ - ๓๙.๙ ๒ g/ IBW/d BMI > ๔๐ ๒-๒.๕ g/IBW/d	
คาร์โบไฮเดรต	๔๕-๖๐% total energy	
ไขมัน	๒๐-๓๕% total energy	

หมายเหตุ : สูตรการคำนวณน้ำหนักที่ควรจะเป็น

$$\text{ผู้ชาย} = ๕๐ + \text{ส่วนสูง (cm)} - ๑๕๒.๔(๐.๙๑) \quad \text{ผู้หญิง} = ๔๕.๕ + \text{ส่วนสูง (cm)} - ๑๕๒.๔(๐.๙๑)$$

## ๑.๓.๒ โภชนบำบัดผู้ป่วยภาวะทุพโภชนาการ

๑) ผู้ป่วยใน นักโภชนาการจะประเมินความเพียงพอของพลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับ เทียบกับปริมาณที่ผู้ป่วยควรได้รับตามความต้องการของร่างกายเพื่อแนะนำปรับอาหาร

โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ NAF : C นักโภชนาการประสานงานกับแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอแนวทางการให้โภชนบำบัดที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยที่รับประทานทางปากหากทานได้น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของที่จัดบริการ นักโภชนาการจะแนะนำให้เสริม Oral Nutrition Supplement โดยจะเริ่มเสริมที่พลังงาน ๔๐๐ แคลอรีต่อวัน โปรตีน ๓๐ กรัมต่อวัน หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามที่ควรได้รับ จะพิจารณาลดปริมาณ Oral Nutrition Supplement ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสาย จะพิจารณาปรับอาหารเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีและผลค่าเลือดปกติ บันทึกการให้คำแนะนำ ทางโภชนบำบัดลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ใน Nutrition Assessment : IPD และระบบ ephis ตรงหน่วยปรึกษาโภชนาการ เพื่อเบิกจ่ายตามระดับ Diagnosis-related group (DRG)

๒) ผู้ป่วยคลินิกผู้สูงอายุ ใช้วิธีซักประวัติอาหารแบบ ๒๔ hour recall เพื่อประเมินความเพียงพอของพลังงานและโปรตีน หากพบว่าผู้ป่วยทานได้น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของพลังงานที่ควรได้รับ นักโภชนาการจะแนะนำให้เสริม Oral Nutrition Supplement โดยจะเริ่มเสริมที่พลังงาน ๔๐๐ แคลอรีต่อวัน โปรตีน ๓๐ กรัมต่อวัน หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร ได้ตามที่ควรได้รับ จะพิจารณาลดปริมาณ Oral Nutrition Supplement สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสาย ได้พลังงานต่ำกว่าที่ควรได้รับ พิจารณาปรับเพิ่มครั้งละ ร้อยละ ๒๐ ของพลังงานเริ่มต้น บันทึกการให้คำแนะนำทางโภชนบำบัดลงในแฟ้ม Nutrition Progress Note และระบบ ephis ตรงหน่วยปรึกษาโภชนาการ

## ๑.๔ การประเมินอาหารที่บริโภค

๑.๔.๑ ผู้ป่วยในที่อยู่ในเกณฑ์ NAF : B และ NAF : C จะถูกประเมินการรับประทานอาหาร ด้วยการติดตามอาหารในโรงพยาบาลเป็นเวลา ๒-๓ วัน ร่วมกับการซักประวัติอาหารนอกโรงพยาบาล โดยนักโภชนาการจะคำนวณพลังงานและโปรตีน ลงในแบบบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร ของโรงพยาบาล และบันทึกผลการคำนวณในแฟ้มผู้ป่วยและระบบ ephis เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ ผลการรับประทานอาหาร





๑.๔.๒ คลินิกผู้สูงอายุ นักโภชนาการจะสอบถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง ๒๔ ชั่วโมง (๒๔ hour recall) ลงในใบ Nutrition Progress Note และบันทึกในระบบ ephis ตรงหน่วยปรึกษาโภชนาการ เพื่อให้แพทย์และสหวิชาชีพทราบ

๑.๕ การติดตามผลการให้โภชนบำบัด

๑.๕.๑ ผู้ป่วยใน ที่อยู่ในเกณฑ์ NAF : B และ NAF : C จะได้รับการติดตามความรับได้ของอาหาร หลังให้โภชนบำบัดจากนักโภชนาการทุก ๓ วัน และได้รับการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน Nutrition Alert Form จากนักโภชนาการทุก ๗ วันจนกว่าจะออกจากโรงพยาบาล นักโภชนาการและแพทย์ ร่วมกันติดตามผลการให้โภชนบำบัดทุกวันจันทร์ เวลา ๑๓.๓๐ น.

๑.๕.๒ คลินิกผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารและผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร จะได้รับการติดตามจากนักโภชนาการพร้อมกับการนัดของแพทย์ในครั้งถัดไป และนักโภชนาการจะติดตามผลการให้ โภชนบำบัดครั้งก่อนหน้าจากใบ Nutrition Progress Note หรือในระบบ ephis และประเมินภาวะ โภชนาการด้วย Mini Nutritional Assessment ทุก ๓ เดือน

๑.๖ การประเมินผลผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการดีขึ้น

ประเมินจากผลคะแนน Nutrition Alert Form Mini Nutritional Assessment และผลการรับ พลังงานได้มากกว่าเท่ากับร้อยละ ๗๐

๒. การให้คำปรึกษาด้านอาหารและโภชนาการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒.๑ การดูแลด้านโภชนาการ

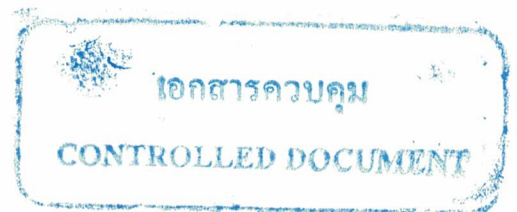
๒.๑.๑ ผู้ป่วยใน แพทย์พิจารณาสั่งอาหารเฉพาะโรคตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วย ยังไม่สามารถ ควบคุมอาหารได้ดีจะส่งปรึกษานักโภชนาการ ซึ่งจะมาให้โภชนบำบัดทุกวันจันทร์ - ศุกร์ นัก โภชนาการประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ด้วยการสอบถามอาหารย้อนหลัง ๒๔ ชั่วโมง (๒๔ hour recall) ทั้งอาหารในและนอกโรงพยาบาล เพื่อประเมินกลุ่มอาหารที่ต้องควบคุม พร้อมสอนแสดงโดยใช้สื่อ เช่น แผ่นพับ เป็นต้น บันทึกผลการให้คำแนะนำในแฟ้มผู้ป่วย ใบ Nutrition Assessment : IPD และระบบ ephis ตรงหน่วยปรึกษาโภชนาการ

๒.๑.๒ ผู้ป่วยนอก

๑) ตารางการปฏิบัติงานด้านโภชนบำบัด

วัน	เวลา	สถานที่
อังคารและพุธ	๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	คลินิกสุขใจ
พฤหัสบดี	๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	คลินิกชะลอไตเสื่อม
ทุกวันจันทร์ - ศุกร์	ช่วงเช้า - ช่วงบ่าย	คลินิกอายุรกรรม

๒) นักโภชนาการประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยด้วยการสอบถามอาหารย้อนหลัง ๒๔ ชั่วโมง (๒๔ hour recall) เพื่อประเมินกลุ่มอาหารที่ต้องควบคุม พร้อมสอนแสดงโดยใช้สื่อ เช่น แผ่นพับ โหมเดลอาหาร หรือปฏิทินอาหาร เป็นต้น บันทึกผลการให้คำแนะนำลงในใบ Nutrition Progress Note และ บันทึกในระบบ ephis ตรงหน่วยปรึกษาโภชนาการเพื่อให้แพทย์และสหวิชาชีพทราบ



## ๒.๒ แนวทางการให้โภชนบำบัด

## ๒.๒.๑ โรคเบาหวาน

๑) เน้นหลักการ “เปลี่ยน ปรับ ลด” คือ ใช้อาหารแลกเปลี่ยนในการสอนแสดง ปรับพฤติกรรมเลือกชนิดของอาหาร และลดปริมาณ ความถี่ในการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดน้ำตาลสูง

## ๒) เป้าหมายการควบคุมน้ำตาลสะสม

	เป้าหมาย		
	ควบคุมเข้มงวดมาก	ควบคุมเข้มงวด	ควบคุมไม่เข้มงวด
FBS	>๗๐-๑๑๐ mg/dl	๘๐-๑๓๐ mg/dl	๑๔๐-๑๗๐ mg/dl
A๑C	<๖.๕%	<๗%	๗-๘%
ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	เป้าหมาย A๑C		
สุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	<๗%		
มีโรคร่วม ช่วยเหลือตัวเองได้	๗-๗.๕%		
ภาวะเปราะบาง สมองเสื่อม	<๘.๕%		
มีชีวิตรอยู่ได้ไม่นาน	หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้เกิดอาการ		

## ๒.๒.๒ โรคไต

	Predialysis	PD	HD
Kcal/Kg/d	๓๐-๓๕		
Prot. g/Kg/d	๐.๖-๐.๘	๑.๓	๑.๒
Fat (%)	< ๓๐	TLC diet	
ChoL	< ๒๐๐ mg		
Na (g/d)	<๒ No add salt	๕-๖	<๒ ฉีน้อย ๒-๔ ฉีมาก
K (g/d)	จำกัดเมื่อเกิน ๑๐๐-๒๐๐ mg/serve	๒-๔ maintain K normal serum	
P (mg/d)	๘๐๐-๑๐๐๐ mg/d		
Ca (g/d)	๑-๑.๕	<๒	
Fluid	Balance	๒-๓L	ปริมาณฉี+๕๐๐ ml
Vitamin	B๑๒ B๙ C Vit D Fe Zn		

## ๒.๒.๓ โรคความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง

## ๑) รูปแบบอาหารที่แนะนำ

กลุ่มอาหาร	TLC	DASH	Mediterranean
ผัก	๔-๕ serve/d	๕ serve/d	Eat daily
ผลไม้	๔-๕ serve/d	๔ serve/d	Eat daily
ข้าว/ธัญพืช	๖-๘ serve/d	๗ serve/d	Eat daily
นมพร้อมมันเนย	๒-๓ serve/d	๒-๓ serve/d	Eat daily
Lean meat	<= ๖ oz. per day	<= ๕ oz. per day	<= ๗ oz. per day
ถั่วเมล็ดแห้ง	๔-๕ serve/d	Counted in vegetable serve	Eat daily
ไขมัน	๒-๓ serve/d	Amount depends on daily calorie level	Use olive oil daily in cooking
Total fat	๒๕-๓๕% TC	-	-
Sat fat	< ๗% TC	-	-
PUFA	๑๐% TC	-	-
MUFA	๒๐% TC	-	-
Trans fat	Lower intake	-	-
ของหวานและน้ำตาล	<= ๕ serve/wk	No Rec.	<= ๒ serve/wk
Na	< ๒๓๐๐ mg/d	<๒๐๐๐ md/d	-

## ๒.๒.๔ ผู้ป่วยที่มีกรดยูริกในเลือดสูง

## ๑) ปริมาณพิวรีนในอาหารแต่ละประเภท

อาหารพิวรีนสูง (ควรหลีกเลี่ยง)	อาหารพิวรีนปานกลาง (ควรลด)	อาหารพิวรีนต่ำ (กินได้ปกติ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องในสัตว์ทุกชนิด</li> <li>- ปลากระตัก ปลาแมคเคอเรล ปลาซาร์ดีน</li> <li>- ปลาดุก ปลาอินทรีและไข่ปลา</li> <li>- หอย กุ้ง (รวมถึงกุ้งแห้ง เคย)</li> <li>- สาหร่าย วากาเมะ</li> <li>- น้ำเกรวี่ น้ำสกัดเนื้อ น้ำต้มกระดูก ชุปก้อน</li> <li>- กะปิ ยีสต์</li> <li>- ผักทอดยอด ยอดผักต่างๆ ผักที่ยังโตไม่เต็มที่ (ส่วนของผักที่กำลังจะงอกได้อีกจะยังมี ยูริกสูง) เช่น สะตอ ชะอม กะถิน สะเดา ยอดผักแม้ว ยอดตำลึง เห็ดชิตาเกะ</li> <li>- ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ (รวมถึงอาหารอื่นๆที่มีถั่วเหล่านี้เป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง เต้าหู้ถั่วเหลือง เป็นต้น)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เนื้อไก่ (ทุกส่วน)</li> <li>- เนื้อหมู (ส่วนสะโพก สันใน ลิ้น) รวมถึงแฮม</li> <li>- ปลาชนิดต่างๆ (ยกเว้นในกลุ่มพิวรีนสูง) ปู ปลาหมึก</li> <li>- ขนมปังโฮลวีต ธัญพืช ข้าวไม่ขัดสีต่างๆ</li> <li>- หน่อไม้ฝรั่ง กะหล่ำดอก เห็ดหูหนู (แห้ง) ปวยเล้ง ผักโขม สะตอ ใบขี้เหล็ก หน่อไม้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้าวขาว ขนมปังขาว ไข่ นม</li> <li>- ถั่วงอก ผักใบต่างๆ</li> <li>- ผักหัว</li> <li>- ผลไม้ชนิดต่างๆ</li> </ul>

เอกสารควบคุม

CONTROLLED DOCUMENT



๒) อาหารเพิ่มกรดยูริก

- ระวังอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของ น้ำตาลฟรุกโตส เช่น น้ำผึ้ง , กลูโคส - ฟรุกโตสไซรัป หรือ คอร์นไซรัป เพราะน้ำตาลชนิดนี้จะเพิ่มยูริกในเลือด
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มระดับยูริกในเลือด
- อาหารไขมันสูง เช่น ของทอด เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารแปรรูป เบเกอรี่ เป็นต้น จะลดการขับยูริกออก ยูริกก็จะสูงได้

๓) อาหารที่ลดกรดยูริก

- เซอร์รี่เปรี้ยวๆ ลดระดับยูริกในเลือดได้
- ดื่มน้ำเปล่าเยอะๆ จะช่วยขับยูริกออกทางปัสสาวะได้มาก (แนะนำ ๑.๕ - ๒ ลิตรต่อวัน ถ้าไม่มีปัญหาต้องจำกัดน้ำ)
- ลดน้ำหนักให้อยู่ตามเกณฑ์ ช่วยลดระดับยูริกในเลือดได้ แต่ไม่ควรใช้วิธีลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วในระยะเวลานั้น เพราะยูริกในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นได้
- กาแฟดำที่ไม่มีส่วนผสมของนม น้ำผึ้ง หรือ น้ำตาลฟรุกโตส ช่วยลดระดับยูริกในเลือดได้ (ใครที่ไม่ดื่มกาแฟอยู่แล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องดื่มเพื่อลดยูริก)

๒.๒.๕ โรคอ้วน

๑) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วน

ก. BMI

Overweight – at risk	๒๓-๒๔.๙
Overweight – moderate risk	๒๕-๒๙.๙
Overweight – severe risk	>= ๓๐

ข. WC (cm)

Male	>๙๐
female	>๘๐

ค. % Fat

Male	>๒๐%
female	>๓๐%

๒) คำแนะนำด้านอาหาร

- ลดพลังงานลงวันละ ๕๐๐ – ๗๕๐ Kcal กำหนด portion ที่กินให้ลดลง และใช้ Myplate
- กินผักให้มากขึ้น ผลไม้วันละ ๒ ส่วนต่อวัน
- หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง น้ำตาลสูง ระวังเครื่องดื่มรสหวาน ลดข้าว/แป้งไม่ขัดสี
- สอนอ่านฉลากโภชนาการและจดบันทึกอาหาร

๓) กิจกรรมทางกาย

- ออกกำลังกายแบบแอโรบิก มากกว่า ๑๕๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์
- ออกกำลังกายแบบเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ๒ -๓ ครั้งต่อสัปดาห์

๒.๓ การติดตามผลการให้โภชนบำบัด

๒.๓.๑ ผู้ป่วยใน จะได้รับการติดตามผลการให้โภชนบำบัดทุก ๗ วัน จนกว่าผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล

๒.๓.๒ ผู้ป่วยนอก จะได้รับการติดตามจากนักโภชนาการพร้อมกับการนัดของแพทย์ในครั้งถัดไป

