

# คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่กระบวนการสูงอายุนานกว่าครึ่งศตวรรษ มีรูปแบบการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) และคาดว่าจะในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแล เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย แต่หากผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรงก็จะเป็นพลังของครอบครัว ชุมชน และสังคม มากกว่าการเป็นภาระ จึงต้องมีการเตรียมพร้อมกับการตั้งรับ “สังคมผู้สูงอายุ” โดยต้องมีการพัฒนาทั้งในส่วนของบุคลากรและระบบการดูแลสุขภาพในสถานบริการและชุมชนให้พร้อม เพื่อเสริมสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต

การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ดิฉันจึงขอขอบคุณคณะทำงานที่ได้มุ่งมั่นพัฒนาคู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วง

จก

(แพทย์หญิงวิลาวัลย์ จิงประเสริฐ)

อธิบดีกรมการแพทย์



## บทสรุปผู้บริหาร

คลินิกผู้สูงอายุเป็นจุดแรกของการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการผู้สูงอายุ จุดมุ่งหมายเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการได้รับบริการแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดำเนินการนี้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้มีคลินิกผู้สูงอายุ ผู้พิการคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 มาตรการ “จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลของรัฐที่มีคุณลักษณะดังกล่าวรวม 115 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง นอกจากนี้ยังเลือกโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในสังกัดกรมการแพทย์เข้าร่วมโครงการในระยะแรกอีก 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน ดังนั้นเพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการแปลงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะ 20 ปี สู่การปฏิบัติโดยเกิดประสิทธิผล และผลลัพธ์ต่อประชาชน ประสานกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ด้าน National Program ภายใต้แผนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงได้จัดทำคู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล
2. เพิ่มศักยภาพในการค้นพบโรคเรื้อรังต่างๆ ในระยะเริ่มแรกได้
3. ให้การป้องกัน รักษา และสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง
4. ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (Functional Ability) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีโรคเรื้อรัง

คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสำหรับสถานบริการสุขภาพคุณภาพเล่มนี้ ประกอบด้วย เนื้อหาสาระเรื่อง มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ คู่มือการใช้แบบประเมิน คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แบบประเมินผู้สูงอายุต่างๆ คู่มือรหัส/ความหมาย Geriatric Syndrome ตาม ICD-10 ตัวอย่างแผนผังการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ เพิ่มข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก และญาติต่อการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ แบบสรุปรายงาน Geriatric Syndromes (ตาม ICD-10) ของผู้สูงอายุ ทั้งโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทุก 1 เดือน รายชื่อ โรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป การให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ และกิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive assessment) สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งโรคและกลุ่มอาการโรคในผู้สูงอายุ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ในคลินิกผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย และผ่านเกณฑ์คุณภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการใช้ปฏิบัติงานที่ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งปัจจุบันและอนาคตซึ่งอาจจะขยาย ไปถึงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้จะเจ็บป่วย



(นายันทศักดิ์ ธรรมานวัตร)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

## คณะผู้เชี่ยวชาญทบวง

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
2. รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4. พันเอกวรพงษ์ ศานติธรรม หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. นายแพทย์พรเพชร ปัญจะปิยะกุล รองผู้อำนวยการสำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. อาจารย์นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
8. นางสาวพรรณณี ภาณุวัฒน์สุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
9. นางยุพา สุทธิมนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

## กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์เอกราช เพิ่มศรี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
2. นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
3. นางกฤษณา ตริยมณีรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4. นางสาวภัทรชนิ์ หวังผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
5. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
6. นางสาวอภิวรรณ คุ้มมนวรรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
7. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

## มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในบริบทของสังคมไทย คือ จุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาการบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจุบันโรงพยาบาลภาครัฐมีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และจำนวนไม่น้อยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลรักษาเป็นรายโรค (Disease Management) ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสภาพได้รวดเร็วขึ้น ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอัตราการครองเตียง คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจึงเป็นก้าวแรกของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโดยเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุจะมีปริมาณน้อย เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรและสถานที่ แต่ถือว่าจุดเริ่มต้นที่จะก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลในอนาคต มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจึงประกอบด้วย 4 ข้อ ดังนี้

1. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม
2. มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน
3. มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานโดยคลินิกผู้สูงอายุ
4. มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม

### 1. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

คลินิกผู้สูงอายุควรดำเนินการในลักษณะบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ หรือในทางกลับกันสามารถส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุไปปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ ได้เช่นกัน คลินิกผู้สูงอายุอาจตั้งอยู่ในอาคารเดียวกับแผนกผู้ป่วยนอกหรืออยู่ใกล้เคียงกันได้ ควรมีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ในระยะแรกอาจเป็นเพียงเคาน์เตอร์บริการฝากไว้ในแผนกอื่นได้ และต่อมาสามารถปรับเปลี่ยนเป็นห้องแยกที่เป็นสัดส่วนในภายหลัง ทั้งนี้ ต้องมีการประกาศหรือประชาสัมพันธ์ชัดเจนให้ผู้สูงอายุทราบว่าอยู่บริเวณไหน บริการวันใด ขั้นตอนการบริการเป็นอย่างไร พร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการจองคิวเพื่อเข้ารับบริการ

ในประเด็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับอาคารที่ตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ควรมีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ (Elderly friendly Environment) เช่น ทางลาด ห้องน้ำ ราวจับ ที่จอดรถ ในส่วนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุหรือลิฟต์ขึ้นไปยังคลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น



## 2. มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน

คลินิกผู้สูงอายุควรมีผู้รับผิดชอบประจำ ประกอบด้วย แพทย์หรือพยาบาล และอาจมีวิชาชีพอื่นๆ ร่วมเป็นทีมดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรที่รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุควรมีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ หรือผ่านการเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือการอบรมระยะสั้น หรือเป็นผู้มีความรู้เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานสมควรที่จะสนับสนุนการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทุกคนที่มีโอกาสดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุด้วย

## 3. มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานโดยคลินิกผู้สูงอายุ

3.1 การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้โดยผู้ปฏิบัติการในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถกำหนดเป็นข้อบ่งชี้ ได้ดังนี้

3.1.1 ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ได้รับการคัดกรองจากแพทย์หรือพยาบาลแล้วเห็นว่าเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค มีอาการที่น่าสงสัยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) จึงส่งเข้ามาที่คลินิกผู้สูงอายุ เช่น

- ผู้สูงอายุที่ป่วยมีหลายโรค ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
- ผู้สูงอายุที่ต้องกินยาหลายขนาน (มากกว่า 10 ชนิด ขึ้นไป)\*
- ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly)\*\*
- ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องการได้รับความรู้/คำปรึกษาในการดูแลตนเอง
- ดุลยพินิจของแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแล

3.1.2 ผู้สูงอายุอยากจะทำรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุโดยตรง

3.1.3 ได้รับการรักษาจากคลินิกเฉพาะทาง

3.1.4 ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยใน

3.1.5 ได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกผู้สูงอายุจากหน่วยงานภายนอก

3.2 การบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ควรมีแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนมีการประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ตามหลักวิชาการโดยพิจารณาผู้สูงอายุเป็นรายๆ ไป การประเมิน (Geriatric Syndromes) ควรใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งให้ผู้ปฏิบัติเลือกแบบประเมินตามความเหมาะสมในแต่ละโรคและบริบทของสถานพยาบาล

ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ควรมีการบันทึกในแฟ้มประวัติเก็บไว้ที่คลินิกผู้สูงอายุ และมีระบบส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์ผู้รักษาหน่วยอื่น

คลินิกผู้สูงอายุจะมีการสรุปผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่อไป





#### 4. มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม

คลินิกผู้สูงอายุควรมีการติดตามประเมินผลการรักษาผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น คลินิกผู้สูงอายุควรมีการประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อนำมาปรับปรุงการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุม ทุกประเด็นที่สำคัญ นอกเหนือจากการรักษาในระบบปกติทั่วไป ท้ายสุดแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป



**หมายเหตุ** รายละเอียดแบบคัดกรอง มาตรฐานสิ่งแวดล้อม ข้อมูลทางวิชาการอื่นๆ อยู่ในภาคผนวก

\* เป็นข้อกำหนดของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

\*\* หากมีลักษณะมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly):

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
2. รู้สึกเหนื่อยง่ายผิดปกติ
3. รู้สึกว่ากล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Weakness)
4. เดินช้าผิดปกติ
5. ไม่ค่อยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (Low level of physical activity)

**ที่มา:** Linda P. Fried, Catherine M., Tangen, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156.



## แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

โรงพยาบาล ..... จังหวัด.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หมายถึง มี และ ✗ หมายถึง ไม่มี

รายการประเมิน	ผล
1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก	
2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)	
2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน	
2.2 ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ	
2.3 ทางลาดที่ได้มาตรฐาน	
2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	
3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	
4. โรงพยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	
5. เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ	
6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ทุก 3 เดือนดังนี้	
Dementia	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     รหัสทางการแพทย์ (ICD-10)                      ดาวน์โหลดได้ที่ <a href="http://www.agingthai.org">www.agingthai.org</a> </div>
Osteoarthritis of knee	
Incontinence	
Fall	
Depression	
7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ดังนี้	
7.1 ADL , IADL	
7.2 Dementia (Cognitive Impairment)	
8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	
9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด (ดาวน์โหลดที่ <a href="http://www.agingthai.org">www.agingthai.org</a> )	
10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)	
11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหากจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น*	
Incontinence	
Fall	
Malnutrition	
Depression	
12. มีแพทย์ รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ	
<b>สรุปผลการประเมิน</b> ผ่านข้อ 1 - 9 หมายถึง ผ่านตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	
ผ่านข้อ 1 - 10 หมายถึง ดีมากตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	
ผ่านครบทุกข้อและมีการบริการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึง ดีเลิศ	

\* ดาวน์โหลทรายละเอียดได้ที่ [www.agingthai.org](http://www.agingthai.org)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)



## คู่มือการใช้แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 12 ข้อ ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ (ภาคผนวก 2) ที่โรงพยาบาล 120 เต็มขึ้นไป ต้องมีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดังนี้

- 1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก**  
หมายถึง สถานที่ซึ่งใช้ประจำหรือใช้เฉพาะวันที่ดำเนินการ ควรอยู่ในการบริการผู้ป่วยนอก และมีการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน
- 2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)**
  - 2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน
  - 2.2 ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ
  - 2.3 ทางลาดที่ได้มาตรฐาน ( ภาคผนวก 18 )
  - 2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการหมายถึง อาคารหรือสถานที่ตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุตามข้อ 2.1-2.4
- 3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์**  
หมายถึง ให้บริการในวันใดก็ได้ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล
- 4. พยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**  
หมายถึง พยาบาลที่เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้ง จากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย หรือภาคเอกชน
- 5. เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ**  
หมายถึง การบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ต้องมีการเชิญบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมเป็นที่ปรึกษาหรือจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ มากกว่า 2 วิชาชีพ ในรูปแบบคณะกรรมการ (เพื่อตรวจสอบได้)
- 6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ทุก 3 เดือน ดังนี้**

Dementia  
Osteoarthritis of knee  
Incontinence  
Fall  
Depression

รหัสทางการแพทย์ (ICD-10)  
ดาวน์โหลดได้ที่ [www.agingthai.org](http://www.agingthai.org)

หมายถึง เจ้าหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุเป็นผู้ประสานและรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล เฉพาะกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ สมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ตามรหัสทางการแพทย์ที่กำหนดให้ (ภาคผนวก 8) เพื่อเป็นฐานข้อมูล โดยการให้ข้อมูลตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ขึ้นอยู่กับศักยภาพในการวินิจฉัยของแต่ละโรงพยาบาล



## 7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment Tools

สามารถดาวน์โหลดได้ที่ [www.agingthai.org](http://www.agingthai.org) ดังนี้

**7.1 ADL, IADL** หมายถึง การประเมินกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และซับซ้อน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพื่อการประเมินผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (ที่มา: คณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น 1.1 และ 2.1 คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ) (ภาคผนวก 1)

**7.2 Dementia (Cognitive Impairment)** หมายถึง การประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) (ภาคผนวก 2)

## 8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

หมายถึง การประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาล ที่อาจพัฒนาจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรืออื่นๆ (ภาคผนวก 11)

## 9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด (ดาวน์โหลดที่ [www.agingthai.org](http://www.agingthai.org))

หมายถึง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่กำหนดไว้

## 10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)

หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน หรือจากการจัดอบรมของโรงพยาบาล

## 11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ และการตรวจเบื้องต้น หมายถึง เลือกรการคัดกรองดังกล่าวในผู้สูงอายุแต่ละรายตามความเหมาะสม โดยใช้แบบคัดกรองที่กำหนด

**Incontinence** หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ที่มา: ผศ.ดร.วารี กังใจ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา) (ภาคผนวก 3)

**Fall** หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะหกล้ม โดยใช้แบบประเมิน Fall Risk Assessment tool จาก fall prevention: Best Practice Guidelines, Quality Improvement and Enhancement Program, version 3, 2003 และ Time up and go test (TUGT) (ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ, 2551. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) (ภาคผนวก 5)

**Malnutrition** หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment: MNA และการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) (ที่มา: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465) (ภาคผนวก 6)

**Depression** หมายถึง การประเมิน/คัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) (ภาคผนวก 7)

## 12. มีแพทย์ รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

หมายถึง มีแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุประจำ

### เกณฑ์การพิจารณา

มีตั้งแต่ ข้อ 1 - 9 หมายถึง ผ่านตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

มีตั้งแต่ ข้อ 1 - 10 หมายถึง ดีมากตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

มีครบทุกข้อและมีการบริการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หมายถึง ดีเลิศ



## มาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (ประกอบข้อ 9)

### สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

#### มาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด (ดาวน์โหลดที่ [www.agingthai.org](http://www.agingthai.org)) ดังนี้

1. การบำบัดรักษา/ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ามารักษาโรคในคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากการซักประวัติและตามระบบทั่วไปแล้ว ควรมีการประเมินเฉพาะในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันพื้นฐานและซับซ้อน } เท่ากับผ่านข้อ 9
2. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia; cognitive impairment)
3. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) } เท่ากับผ่านข้อ 11
4. ภาวะหกล้ม (Fall)
5. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)
6. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ควรสรุปปัญหาผู้สูงอายุจากการตรวจประเมิน 5 ประเด็น ในเวชระเบียนคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. โรคและปัญหาทางกาย
3. โรคและปัญหาทางสมองและจิตใจ
4. ปัญหาทางสังคม
5. ระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง

2. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือความพิการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

1. การให้วัคซีนป้องกันโรค
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

3. ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การให้คำแนะนำในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังด้วยตนเอง
2. การให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสม และการใช้ยาที่ถูกต้อง
3. การให้ความรู้เรื่องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย เพศศึกษา ปัญหาสุขภาพจิต ฯลฯ
4. การให้คำปรึกษาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ



## ภาคผนวก 8

### คู่มือรหัส/ความหมาย Geriatric Syndromes ตาม ICD-10

#### 1. Dementia

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F00	Dementia in Alzheimer's disease (G30.-+)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์
F000	Dementia in Alzheimer's disease with early onset (G30.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุน้อย (G30.0*)
F001	Dementia in Alzheimer's disease with late onset (G30.1*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุมาก (G30.1*)
F002	Dementia in Alzheimer's disease\, atypical or mixed type (G30.8*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิด นอกแบบหรือชนิดหลายอย่างรวมกัน (G30.8*)
F009	Dementia in Alzheimer's disease\, unspecified (G30.9*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ ไม่ระบุรายละเอียด (G30.9*)
F01	Vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด
F010	Vascular dementia of acute onset	ภาวะสมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดชนิด เริ่มต้นเฉียบพลัน
F011	Multi-infarct dementia	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเนื้อสมองตาย จากการขาดเลือดหลายแห่ง
F012	Subcortical vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ใต้เปลือกสมอง
F013	Mixed cortical and subcortical vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ทั้งบริเวณเปลือกและใต้เปลือกสมอง
F018	Other vascular dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดอื่น
F019	Vascular dementia\, unspecified	ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด ไม่ระบุรายละเอียด
F02	Dementia in other diseases classified elsewhere	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่จำแนกไว้ที่อื่น
F020	Dementia in Pick's disease (G31.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคพิก (G31.0*)
F021	Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease (A81.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเครอต์เฟลด์-จาคอบ (A81.0*)
F022	Dementia in Huntington's disease (G10*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคฮันติงตัน (G10*)
F023	Dementia in Parkinson's disease (G20*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคพาร์กินสัน (G20*)
F024	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease (B22.0*)	ภาวะสมองเสื่อมในโรคเอดส์ (B22.0*)
F028	Dementia in other specified diseases classified elsewhere	ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่ระบุรายละเอียด ที่จำแนกไว้ที่อื่น
F03	Unspecified dementia	ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด



## 2. Osteoarthritis of knee

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
M170	Primary gonarthrosis\, bilateral	ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ สองข้าง
M171	Other primary gonarthrosis	ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิแบบอื่น
M172	Post-traumatic gonarthrosis\, bilateral	ข้อเข่าเสื่อมหลังการบาดเจ็บ สองข้าง
M173	Other post-traumatic gonarthrosis	ข้อเข่าเสื่อมหลังการบาดเจ็บแบบอื่น
M174	Other secondary gonarthrosis\, bilateral	ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิแบบอื่น สองข้าง
M175	Other secondary gonarthrosis	ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิแบบอื่น
M179	Gonarthrosis\, unspecified	ข้อเข่าเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด

## 3. Incontinence (ปัสสาวะ/อุจจาระเล็ดรอด)

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
N393	Stress incontinence	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อมีความเค้น
N394	Other specified urinary incontinence	ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบอื่น ที่ระบุรายละเอียด

## 4. Falls หมายถึง การตกหรือล้ม (W00 - W19)

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
W00	Fall on same level involving ice and snow	การล้มบนพื้นระดับเดียวกันที่เกี่ยวกับ น้ำแข็งและหิมะ
W01	Fall on same level from slipping, tripping and stumbling	การล้มบนพื้นระดับเดียวกันเพราะ ลื่นสะดุดและก้าวพลาด
W02	Fall involving ice-skates, skis, roller-skates or skateboards	การล้มที่เกี่ยวกับสเก็ตน้ำแข็ง สกี สเก็ตล้อหรือกระดานสเก็ต
W03	Other fall on same level due to collision with, or pushing by, another Person	การล้มอื่นบนพื้นระดับเดียวกันเพราะ ถูกผู้อื่นชนหรือดัน
W04	Fall while being carried or supported by other persons	การตกหรือล้มขณะที่บุคคลอื่นอุ้มหรือพยุง
W05	Fall involving wheelchair	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเก้าอี้ล้อเข็น
W06	Fall involving bed	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเตียง
W07	Fall involving chair	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเก้าอี้
W08	Fall involving other furniture	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับเฟอร์นิเจอร์อื่น
W09	Fall involving playground equipment	การตกหรือล้มที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ในสนามเด็กเล่น
W10	Fall on and from stairs and steps	การตกหรือล้มบนและจากบันไดและขั้นบันได
W11	Fall on and from ladder	การตกหรือล้มบนและจากบันไดแบบปีน
W12	Fall on and from scaffolding	การตกหรือล้มบนและจากนั่งร้าน



รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
W13	Fall from, out of or through building or structure	การตกจาก ตกออกจาก หรือตกทะลุอาคาร หรือสิ่งปลูกสร้าง
W14	Fall from tree	การตกจากต้นไม้
W15	Fall from cliff	การตกจากหน้าผา
W16	Diving or jumping into water causing injury other than drowning or Submersion	การดำหรือกระโดดลงไปใต้น้ำทำให้บาดเจ็บอย่างอื่นนอกเหนือจากการจมน้ำตาย หรือจมน้ำ
W17	Other fall from one level to another	การตกหรือลื่นล้มลักษณะอื่นจากระดับหนึ่งสู่อีกระดับหนึ่ง
W18	Other fall on same level	การตกหรือลื่นล้มลักษณะอื่นบนพื้นระดับเดียวกัน
W19	Unspecified fall	การตกหรือลื่นล้มที่ไม่ระบุรายละเอียด

## 5. Depression

รหัส ICD-10-TM	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F32	Depressive episodes	ภาวะซึมเศร้า
F32.0	Mild depressive episode	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
F32.1	Moderate depressive episode	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง
F32.2	Severe depressive episode without psychotic symptoms	ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต
F32.3	Severe depressive episode with psychotic symptoms	ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต
F32.8	Other depressive episodes	ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น
F32.9	Depressive episode\, unspecified	ภาวะซึมเศร้า ไม่ระบุรายละเอียด
F33	Recurrent Depressive disorder	โรคซึมเศร้าซ้ำ
F33.0	Recurrent depressive disorder\, current episode mild	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการเล็กน้อย
F33.1	Recurrent depressive disorder\, current episode moderate	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการปานกลาง
F33.2	Recurrent depressive disorder\, current episode severe without psychotic symptoms	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต
F33.3	Recurrent depressive disorder\, current episode severe with psychotic symptoms	โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรงและมีอาการโรคจิต
F33.4	Recurrent depressive disorder\, current in remission	โรคซึมเศร้าซ้ำ ระยะหาย
F33.8	Other recurrent depressive disorders	โรคซึมเศร้าซ้ำแบบอื่น
F33.9	Recurrent depressive disorder\, unspecified	โรคซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด
F34	Persistent mood (affective) disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน
F34.1	Dysthymia	ดิสไทเมีย

หมายเหตุ การให้ข้อมูลตามรหัสทางการแพทย์ (ICD-10) ขึ้นอยู่กับศักยภาพในการวินิจฉัยของแต่ละโรงพยาบาล

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข





## ภาคผนวก 9

### ตัวอย่าง แผนผังการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ



### การคัดเลือกผู้สูงอายุ อาจพิจารณาจาก

1. ผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการประเมินโรค Geriatric Syndromes
2. ผู้สูงอายุที่ป่วยมีหลายโรค ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ
3. ผู้สูงอายุที่ต้องกินยาหลายขนาน (มากกว่า 10 ชนิด ขึ้นไป)
4. ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly)\*
5. ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องการได้รับความรู้/คำปรึกษาในการดูแลตนเอง
6. ดุลยพินิจของแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแล

\* หากมีลักษณะมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly):

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
2. รู้สึกเหนื่อยง่ายผิดปกติ,
3. รู้สึกว่ากล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Weakness)
4. เดินช้าผิดปกติ
5. ไม่ค่อยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (Low level of physical activity)

ที่มา: Linda P. Fried, Catherine M., Tangen, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156.



## ภาคผนวก 10

### ตัวอย่าง แฟ้มข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ

HN..... AN.....

• ชื่อ-สกุล..... ว.ด.ป.เกิด..... อายุ..... ปี เพศ.....

• ที่อยู่.....

• บุคคลอ้างอิง ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์.....

• ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....

• น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. BMI..... กก./ม.<sup>2</sup>

• สัญญาณชีพ.....

ความดันโลหิต..... มม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที การหายใจ..... ครั้ง/นาที

• อาการสำคัญที่มาคลินิกผู้สูงอายุ.....

• รับการส่งต่อจาก.....

• **โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง**

- โรค..... เป็นมานาน (ปี).....
- โรค..... เป็นมานาน (ปี).....
- โรค..... เป็นมานาน (ปี).....
- โรค..... เป็นมานาน (ปี).....
- โรค..... เป็นมานาน (ปี).....

• **ยาที่กินประจำ**

- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....
- ชื่อยา..... วิธีใช้ยา..... วันที่ได้รับ.....

• การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน และกิจกรรมประจำวันซับซ้อน

ADL/IADL\* ผล  ได้คะแนน 16 – 20 = กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี

ได้คะแนน 21 – 35 = กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง

ได้คะแนน 36 – 48 = กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้เลย

ผู้ตรวจ..... วันที่.....

• การประเมินเบื้องต้นของความสามารถในการมองเห็น และการได้ยิน ภายใต้อุปกรณ์ที่ใช้ประจำ

การมองเห็น (สอบถาม/snellen chart) ผล..... วันที่.....

การได้ยิน (พูดคุย/ตีตนิ้วข้างหู) ผล..... วันที่.....

\* ADL/IADL ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ดูคำอธิบาย)



## ภาคผนวก 11

ตัวอย่าง แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและญาติต่อการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาล.....

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม  ผู้ป่วย  ญาติ
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้อยู่ที่  จ่ายเงินเอง  สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  บัตรสงเคราะห์ หรือสังคมสงเคราะห์ของ รพ.  ประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย, ประกันภัยจากรถ, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน)  อื่นๆ ระบุ.....

### ตอนที่ 2 เกี่ยวกับการบริการ

5. ระยะเวลารอคอย ตั้งแต่รับบัตรคิวจนถึงพบแพทย์  นาน ระบุเวลา.....ชั่วโมง.....นาที  ปานกลาง ระบุเวลา.....ชั่วโมง.....นาที  รวดเร็ว ระบุเวลา.....ชั่วโมง.....นาที
6. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการปฏิบัติตัวหรือไม่  ไม่ได้รับ  ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ  ได้รับและเข้าใจดี
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่  ไม่ได้รับ  ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ  ได้รับและเข้าใจดี



**ตอนที่ 3** ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
<b>ขั้นตอนการให้บริการ</b>					
8. ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ					
9. ความสะดวกในการประสานงานของเจ้าหน้าที่					
10. ความรวดเร็วในการให้บริการ					
<b>เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ</b>					
11. บุคลากรให้บริการโดยปฏิบัติด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม ให้บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม					
12. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส อุดหนุนดกกลืน					
13. เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ					
14. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ/ตอบปัญหาข้อซักถาม ได้เป็นอย่างดี					
<b>สิ่งอำนวยความสะดวก</b>					
15. ป้ายบอกทาง/ป้ายคลินิกและแผนผังการให้บริการ เข้าใจง่าย					
16. ที่นั่งรอและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ เช่น น้ำดื่ม มุมหนังสือ ห้องน้ำ					
17. คลินิกให้บริการสะอาด					
<b>คุณภาพการให้บริการ</b>					
18. การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการใช้บริการ					
19. การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากแพทย์					
20. การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากพยาบาล					
21. การให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องการใช้จ่ายจากเภสัช					
22. ความทันสมัยของเครื่องถ่ายเอกสาร					
23. คุณภาพการให้บริการโดยรวม					
24. ความพึงพอใจต่อบริการโดยรวม					
25. มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ					



**ตอนที่ 4** ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ

26. ความไม่พึงพอใจของท่านในการรับบริการ

.....  
.....  
.....

**ตอนที่ 5** ความคิดเห็นต่อการบริการ

27. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วย ท่านจะแนะนำมาใช้บริการที่นี่หรือไม่

- แนะนำ
- ไม่แนะนำ
- ไม่แน่ใจ

28. ความประทับใจของท่านในการมารับบริการ

.....  
.....  
.....

29. ข้อเสนอแนะในการให้บริการ

.....  
.....  
.....

ที่มา: ดัดแปลงจากแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและญาติต่อการให้บริการของโรงพยาบาล (พ.01).  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.



## ภาคผนวก 13

### ตัวอย่าง แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทุก 1 เดือน

ประจำเดือน.....พ.ศ.....  
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....  
 ผู้รายงาน.....

#### ผลการประเมิน/คัดกรองอาการโรคผู้สูงอายุ Geriatric Assessment

การประเมินคัดกรอง	ผลการประเมิน	จำนวน (คน)		รวม (คน)
		ชาย	หญิง	
ADL/IADL: การประเมินกิจกรรมประจำวัน พื้นฐาน และซับซ้อน	กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือ จากผู้อื่น (16-20 คะแนน)			
	กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือ จากผู้อื่นบางส่วน (21-35 คะแนน)			
	กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้เลย ต้องการความ ช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หรือ ทั้งหมด (36-48 คะแนน)			
Dementia (Cognitive Impairment): การประเมินสมรรถภาพสมอง	ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม			
	สงสัยภาวะสมองเสื่อม			
Incontinence: การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่	รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่มากระดับ เปียกทะลุถึงผ้าอ้อมชั้นนอกและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก			
	รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่ม กางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง			
	รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่กี่หยด และเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย			
Falls: การประเมินภาวะหกล้ม	<b>1. Falls Risk Assessment</b>			
	มีความเสี่ยงต่ำ (0-10 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงปานกลาง (11-20 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง (21-33 คะแนน)			
	<b>2. Timed Up and Go Test (TUGT)</b>			
	น้อยกว่า 30 วินาที			
	มากกว่า 30 วินาที			
เดินไม่ได้				



การประเมินคัดกรอง และวินิจฉัยโรค	ผลการประเมิน	จำนวน (คน)		รวม (คน)
		ชาย	หญิง	
Malnutrition: การประเมินภาวะโภชนาการ	1. ดัชนีมวลกาย (BMI)			
	ค่อนข้างผอม (น้อยกว่า 20 คะแนน)			
	ปกติ (20-24.9 คะแนน)			
	รูปร่างท้วม (มากกว่า ๒๕ คะแนน)			
	2. การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น (MNA)			
	ภาวะโภชนาการปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)			
	3. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ (MNA)			
	ภาวะโภชนาการปกติ (มากกว่า 24 คะแนน)			
	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17-23.5 คะแนน)			
	มีภาวะทุพโภชนาการ (น้อยกว่า 17 คะแนน)			
Depression: การประเมินภาวะซึมเศร้า	ระดับน้อย (7-12 คะแนน)			
	ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)			
	ระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน)			



## ภาคผนวก 17

### การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment)

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมและต้องการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า คำช่วยจำที่ว่า R-A-M-P-S ในบทความนี้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยอักษรแต่ละคำย่อมาจาก

- R Reduced body reserve**  
ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา
- A Atypical presentation**  
ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ ทั้งอาการและอาการแสดง
- M Multiple pathology**  
ผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน P-Polypharmacy ผลจากการมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ได้บ่อย
- P Polypharmacy**  
ผลจากการมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ได้บ่อย
- S Social adversity**  
ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือ่นไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

### หลักการประเมินผู้สูงอายุอย่างองค์รวม

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานในแต่ละคนก็แตกต่างกันอย่างมาก แม้จะมีอายุเท่ากัน (Heterogeneity) การดูแลผู้สูงอายุตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า จึงมักไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้มีการพัฒนาการประเมินผู้สูงอายุให้ครบถ้วนในทุกมิติ

หลักการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric assesment) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

#### 1. การประเมินทางกายภาพ (Physical assessment)

ซึ่งได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย นอกจากการซักประวัติต่างๆ ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวแล้ว ประวัติยาเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้น ข้อมูลด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment : MNA สุขภาพในช่องปากและความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร) การประเมินท่าเดิน (เช่น get-up-and-go test) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่ม “big’s I” อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะเสมอ





## ประวัติปัจจุบัน

1. หัวข้อการซักประวัติเหมือนในผู้ป่วยทั่วไป เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมี **Cognitive impairment** เช่น ซึม สับสน หรือสมองเสื่อม ซึ่งประเมินได้จากการตรวจ **mental status** ได้แก่การถามชื่อ อายุ วัน เวลา สถานที่ ชื่อของญาติที่พาผู้ป่วยมาและการนับถอยหลังจาก 20 ไป 1 หรือนับถอยหลังจากวันอาทิตย์ไปจนถึงวันจันทร์ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ ควรซักประวัติจากญาติหรือคนที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยแทน
2. ควรซักประวัติในที่ที่สว่างเพียงพอ โดยไม่ฉายไฟเข้าตรงหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจมี **Cataract** ควรอยู่ในบริเวณที่เป็นส่วนตัว เพื่อลดสิ่งดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยนอกจากคำถามของแพทย์ และลดเสียงรบกวน เพราะผู้ป่วยมักมีอาการหูตึงร่วมด้วย กรณีเช่นนี้ ควรตรวจด้วย **otoscopy** เนื่องจากผู้ป่วยอาจมี **ear wax impaction** ซึ่งแก้ไขได้ ก่อนที่จะคิดว่าผู้ป่วยหูตึงจากความชรา (**presbycusis**) แพทย์ควรพูดตรงหน้าผู้ป่วยช้าๆ ชัดๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอ่านริมฝีปากแพทย์ได้ หรือใช้วิธีเขียนหรือใช้เครื่องช่วยฟัง (**hearing aids**) ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่
3. อาการของผู้ป่วยมักมีหลายอย่างคาบเกี่ยวกัน ควรสนใจเฉพาะอาการที่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ อาการที่รบกวนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น อาการที่นำไปสู่การหกล้ม ไม่เดิน ไม่กินอาหาร เป็นต้น
4. กรณีที่ผู้ป่วยมี **Motor aphasia** ให้ใช้คำถามประเภท “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เท่านั้น
5. ควรให้เวลาในการซักประวัติมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพราะผู้ป่วยมักสูญเสีย **Recent memory** และควรพยายามติดตามรายงานทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยเสมอ
6. เนื่องจากผู้ป่วยมักมี **Multiple pathology** ในเวลาเดียวกัน จึงไม่จำเป็นที่ทุกอาการของผู้ป่วยจะต้องอธิบายได้ด้วยอาการวินิจฉัยโรคเดียวเหมือนในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า แพทย์ควรพยายามคำนึงถึงทุกพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้ป่วย
7. ควรซักประวัติการมีน้ำหนักตัวลด หรือการกินอาหารในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย เพื่อช่วยประเมินภาวะโภชนาการด้วย หรือการใช้เครื่องมือ **Mini-Nutritional Assessment: MNA**



### ประวัติอดีต

1. ไม่จำเป็นต้องถามถึงการเจ็บป่วยทุกโรคในวัยเด็ก อาจถามเพียงความเจ็บป่วยร้ายแรงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนต้องขาดเรียนหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ชั่วคราว
2. ต้องถามถึงโรคในอดีต ได้แก่ วัณโรค เบาหวาน โรคในกลุ่ม **Atherosclerotic cardiovascular disorder** เช่น ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

### ประวัติส่วนตัวและครอบครัว

1. ควรประเมินสถานะครอบครัว และความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด เพื่อป้องกันการทิ้งผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลในภายหลัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี อยู่คนเดียว คู่สมรสเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากการซักประวัติเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวแล้ว การถามสภาพสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ สภาพเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวก็มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ
2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน (**Functional assessment**) เช่น **Barthel index** เพื่อประเมินระยะของโรค เช่น **dementia** หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ การวางแผนการรักษา ตลอดจนการตั้งเป้าหมายในการให้กายภาพบำบัดในภายหลัง

### ประวัติการใช้ยา

1. เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหา **Polypharmacy** ซึ่งนำไปสู่การเกิด **adverse drug reaction** ได้บ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงควรถามประวัติการใช้ยาทุกชนิด รวมทั้งยาหยอดตา ยาทาผิวหนัง ยาที่ซื้อกินเอง เช่น ยาลูกกลอน ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ และวิตามินต่างๆ
2. ให้ญาตินำยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยมีอยู่มาให้ดูเสมอ

### ประวัติตามระบบ

นอกจากอาการตามระบบแล้ว ควรถามอาการในกลุ่ม **Geriatric syndrome** ได้แก่ อาการสับสน ความจำเสื่อม หกล้ม ไม่เดิน ปัสสาวะราด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และอาการในกลุ่ม **“big’s I”** อื่นๆ



### ข้อควรคำนึงในการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ

1. การจับชีพจรและวัดความดันเลือด ควรปฏิบัติทั้งในท่านั่งหรือนอน และทำยืน เพื่อประเมินภาวะ Postural hypotension ถ้าชีพจรเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ขณะที่มีการวัดความดันโลหิต postural hypotension บ่งถึงการสูญเสีย baroreceptor reflex ถ้าพบว่ามี Hypertension ขณะที่ตรวจไม่พบ end organ damage ต้องคิดถึงภาวะ pseudohypertension และ white coat hypertension

กรณีที่มีอุณหภูมิทางปากน้อยกว่า 98°F ควรวัดอุณหภูมิทางทวารหนักด้วย เพื่อประเมินภาวะ hypothermia โดยเฉพาะช่วงอากาศหนาว แพทย์ควรนับอัตราการหายใจให้ครบหนึ่งนาทีด้วยตนเองทุกครั้ง เนื่องจากผู้สูงอายุ อาจมี Cheyne-Stokes respiration

2. การตรวจร่างกายบางอย่างที่มีความสำคัญ หรือมักถูกมองข้ามได้บ่อย ได้แก่

**การตรวจทั่วไป** ลักษณะใบหน้าและท่าเดินของ Parkinsonism, hypothyroidism, anemia, depression

ตา	การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) แม้การตรวจ funduscopy จะทำได้ลำบากเนื่องจาก cataract และ pupillary constriction แต่อาจช่วยการวินิจฉัย systemic illness บางอย่าง ตรวจหา glaucoma, หรือ senile macular degeneration
หู	ตรวจการได้ยิน ภาวะ ear wax impaction, external otitis ที่อาจเกิดจากการแพ้เครื่องช่วยฟัง
ช่องปาก	ตรวจ periodontal disease บริเวณใต้ลิ้นที่มักพบมะเร็งในช่องปาก หรือบริเวณที่เสียดสีกับฟันปลอมบ่อยๆ
คอ	Range of motion เนื่องจาก cervical spondylosis และสังเกตอาการเวียนศีรษะขณะหันศีรษะ, ต่อม thyroid, jugular venous pressure ช้างขวา, การฟัง carotid bruit ซึ่งต้องแยกจาก transmitted cardiac murmur
ระบบหัวใจ	Aortic valve sclerosis ทำให้มี murmur คล้ายภาวะ aortic stenosis พบได้บ่อยในคนอายุมากกว่า 70 ปี อาจฟังได้เสียง S4 แต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่าเพิ่งเกิดขึ้น ซึ่งบ่งถึง acute ischemic heart disease
ปอด	ทรวงอกขยายตัวลดลงจากการสูญเสีย elasticity ของ chest wall, crepitation ที่ชายปอดไม่มีความสำคัญทางคลินิก ถ้าลองให้หายใจลึกๆ หรือไอ 2-3 ครั้งแล้วหายไป บ่งถึง atelectasis
เต้านม	คลำหาก้อนผิดปกติเสมอ ในกลุ่มผู้สูงอายุมักไม่ได้เกิดจาก fibrocystic disease อาจพบ nipple retraction ได้ แต่เมื่อกดรอบๆ เเบาๆ จะทำให้ nipple ยื่นออกมาได้ตามปกติ ต่างจากที่เกิดจากมะเร็งเต้านม ตรวจได้ รวามเพื่อหา candidiasis
ด้านหลัง	Tenderness ที่ spinous process เนื่องจาก compression fracture ของ vertebrae, kyphosis, scoliosis แผล Pressure ulcer ที่ buttock, sacrum, trochanter และที่สันเท้า
หน้าท้อง	การคลำพบกระดุกชายโครงร่นลงมาถึง anterior superior iliac spine บ่งถึง multiple vertebral collapse คลำหา Full bladder เสมอ, อาจคลำได้ fecal mass ที่คลำยากับมะเร็งได้, abdominal aortic aneurysm จะมี pulsation ทั้งในแนว antero posterior และ lateral direction กรณีนี้ห้ามคลำรุนแรง การตรวจทางทวารหนัก (PR) เพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่, คลำต่อมลูกหมาก การพบ cystocele ขนาดใหญ่ อาจเป็นสาเหตุของ urinary retention ที่นำไปสู่ภาวะ acute pyelonephritis
เท้า	Diabetic ulcer, เล็บยาวม้วน (onychogryphosis), calluses, bunion
ระบบประสาท	mental status examination, sign ที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ absent ankle jerk, decreased vibratory sense ที่เท้า, frontal lobe releasing signs เช่น palmomental, grasping, glabella, snout reflex ในผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้ม ตรวจ Get-up-and-go test ท่าเดินผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ hemiplegic, parkinsonian, sensory ataxic, apraxic และ waddling gait



## 2. การประเมินทางสุขภาพจิต (Mental assessment)

เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจซ่อนอยู่ได้แก่ ภาวะสับสน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทพร้อมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์จึงควรประเมินสถานะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Abbreviated Mental Test (AMT), Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสถานะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติ ค่อยพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method: CAM) ภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Scale : GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

## 3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (carer หรือ care-giver) เศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ดังกล่าวแล้วข้างต้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวของผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมเป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล และยังเป็น การป้องกันการสภาวะที่หอผู้ป่วยมีผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนั้นนอนอยู่เต็มหอผู้ป่วยที่เรียก bed-blocker เพราะนอกจากจะทำให้ไม่มีการหมุนเวียนผู้ป่วยเพื่อสามารถรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection)

## 4. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Functional assessment)

อาจกล่าวได้ว่าการประเมินความสามารถด้านนี้ของผู้สูงอายุ เป็นความก้าวหน้าอย่างสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพรับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุ ที่รักษาไม่หายขาด และยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังดังกล่าว ถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็นสองระดับ ได้แก่

ก. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ข. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก



ผลจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบถ้วนทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของสูงอายุ ไม่เพียงปัญหาทางสุขภาพโดยตรงแต่อย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัย ความรู้ความชำนาญและทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) บุคลากรในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่ปรึกษา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติหรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง

แม้ว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายจะสามารถช่วยวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 90 แต่ในผู้ป่วยสูงอายุ จะพบว่าทำได้ลำบากตั้งแต่การซักประวัติ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลายอย่าง ทำให้มีประวัติยาว ผู้สูงอายุเอง ก็มักมีความผิดปกติของสมองที่ทำให้ไม่สามารถให้ประวัติด้วยตนเองได้ เช่น **acute delirium, dementia** การซัก ประวัติจากผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และควรเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ประวัติอาการบางอย่างเช่น หกล้ม ไม่เดิน ไม่กินอาหาร เป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้แพทย์มองข้ามไปทั้งที่อาจมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ในการตรวจร่างกาย แพทย์ยังต้องแปลผลการตรวจให้ได้ว่าอาการแสดงนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ของความชราหรือจากพยาธิสภาพ

การวัดปริมาณกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันด้วยเครื่องมือ Physical Activity Questionnaire (PAQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันจากการซักประวัติ โดยใช้ค้นหาความถี่และระยะเวลาของการมีส่วนร่วมของกิจกรรมทางกายภาพทั้ง 7 กลุ่ม ในระหว่างสัปดาห์ปกติของเดือนก่อนหน้า สำหรับผู้ที่มี อายุ 65 ปีขึ้นไป แล้วมาคำนวณปริมาณพลังงานที่ต้องใช้ไปในแต่ละวัน เครื่องมือนี้เน้นย้ำที่กลุ่มสำคัญ 4 กลุ่ม ของกิจกรรมทางกายภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

1. การเดินทางส่วนตัว
2. การออกกำลังกายหรือกีฬา ในระดับเบา
3. การออกกำลังกายหรือกีฬา ในระดับปานกลาง
4. การออกกำลังกายหรือกีฬา ที่ค่อนข้างใช้แรงมาก
5. การทำงานบ้าน ที่เป็นงานเบา
6. การทำงานบ้าน ที่เป็นงานหนัก
7. การออกแรงทำงาน



สำหรับแต่ละประเภทของกิจกรรมทางกายภาพ ผู้ถูกทดสอบต้องบอกถึงความบ่อยในการทำกิจกรรมเหล่านี้ในสัปดาห์ที่ถูกถามถึง โดยบอกในลักษณะดังนี้ : ไม่เคย, นานๆ ครั้ง (หนึ่งถึงสองวัน), บางครั้ง (สามถึงสี่วัน), และบ่อยครั้ง (ห้าถึงเจ็ดวัน) หลังจากนั้นผู้ถูกทดสอบต้องบอกระยะเวลาที่ทำกิจกรรมเหล่านี้ในระหว่างวันปกติ สำหรับวิธีการตอบแบบทดสอบในหมวดการเดินทาง และกิจกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลางมีตัวเลือกให้เลือกคือ น้อยกว่าสามสิบนาที, สามสิบนาทีถึงหนึ่งชั่วโมง, หนึ่งถึงสองชั่วโมง, และมากกว่าสองชั่วโมงขึ้นไป สำหรับการออกกำลังกายในระดับเบา และงานบ้านและการใช้แรง ตัวเลือกที่มีให้เลือกตอบคือ น้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง, หนึ่งถึงสองชั่วโมง, สองถึงสี่ชั่วโมง, และมากกว่าสี่ชั่วโมงขึ้นไป



ผู้สังเกตการณ์แบบทดสอบนี้ ต้องแปลงข้อมูลซึ่งแบ่งเป็นหมวด ๆ เหล่านี้ให้เป็นคะแนน โดยใช้ค่ากลางสำหรับความถี่ตามที่ได้ระบุไว้และระยะเวลาการทำกิจกรรมที่เป็นไปได้ ค่ากลางเหล่านี้ ได้แก่ ไม่เคย = 0, นานๆ ครั้ง = 1.5 วัน, บางครั้ง = 3.5 วัน, และบ่อยครั้ง = 6 วัน และค่ากลางสำหรับระยะเวลาของการทำกิจกรรม ได้แก่ น้อยกว่า 30 นาที = 0.25 ชั่วโมง, น้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง = 0.5 ชั่วโมง, สามสิบนาทีถึงหนึ่งชั่วโมง = 0.75 ชั่วโมง, หนึ่งถึงสองชั่วโมง = 1.5 ชั่วโมง, มากกว่าสองชั่วโมง = 2.5 ชั่วโมง, สองถึงสี่ชั่วโมง = 3 ชั่วโมง, และมากกว่าสี่ชั่วโมง = 5 ชั่วโมง

ในการแปลงค่าคะแนน PAQ เหล่านี้ให้เป็นชั่วโมง MET ต่อสัปดาห์ จะต้องมีการให้ค่าน้ำหนักกับกิจกรรมทางกายภาพในแต่ละประเภท โดยอ้างอิงจากข้อมูลของ Accelerometer และค่า MET สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกรายงานโดย Stewart et al. (2001). ค่าน้ำหนักที่ใช้ในการแปลงเป็นชั่วโมง MET ต่อสัปดาห์ ได้แก่ การเดินทาง = 2.8 METs, การออกกำลังกายเบาๆ = 3.0 METs, การออกกำลังกายปานกลางหรือค่อนข้างใช้แรง = 4.3 MET, การออกกำลังกายที่ต้องใช้แรง = 3.0 METs, งานบ้านในระดับเบา = 2.0 METs, งานบ้านในระดับปานกลางหรือหนัก = 2.5 METs, และการใช้แรงงาน = 2.8 METs โดยทั่วไป ค่า MET ที่น้อยกว่าสาม ถือเป็นค่าที่บอกถึงความพยายามในระดับต่ำ และค่า MET ที่มากกว่าหรือเท่ากับสาม ถือเป็นค่าที่บอกถึงความพยายามในระดับสูง



## การประเมินขนาดของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ (> 65 ปี) ทำใน 1 สัปดาห์

### ด้วยเครื่องมือ Physical Activity Questionnaire (PAQ)

- แบบสอบถามนี้จะวัดปริมาณ 4 กิจกรรมที่ท่านทำ ได้แก่ การเดิน การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (3 ข้อย่อย) การทำงานบ้าน (2 ข้อย่อย) และการออกแรงทำงาน ใน 1 สัปดาห์ที่ทำอยู่เป็นประจำ (เช่น ไม่ใช่สัปดาห์ที่ท่านไปเที่ยว นอกบ้าน หรือสัปดาห์ที่มีการย้ายบ้านหรือซ่อมบ้าน เป็นต้น) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

- ในแต่ละกิจกรรม ถ้าท่านตอบว่าไม่ได้ทำเลย ให้ข้ามไปทำข้อต่อไปที่ขีดเส้นใต้ไว้ ถ้าท่านตอบว่าทำ อาจจะ เป็นกี่วันก็ตามกรุณาตอบจำนวนเวลาที่ในแต่ละวัน ที่อยู่ข้อถัดไป

#### การเดิน

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะเดิน หรือขี่จักรยาน เพื่อไปทำธุระต่างๆ เช่น ไปส่งหลานที่โรงเรียน หรือไปตลาดซื้อของใช้ของกิน หรือไปทำงาน เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้เดินหรือขี่จักรยานโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 30 นาที	<input type="checkbox"/> 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงขึ้นไป
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------

#### การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เบาๆ

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะออกกำลังกายด้วยการเดินเล่นสบายๆ โยคะ รำมวยจีน กายบริหาร ยืดแขนขา เล่นเปตอง เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 4 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 4 ชั่วโมงขึ้นไป
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------

#### การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ปานกลาง

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วๆ เดินแอโรบิค วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 30 นาที	<input type="checkbox"/> 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงขึ้นไป
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------

#### การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา อย่างหนัก

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะออกกำลังกายเพื่อกำลังกล้ามเนื้อ ด้วยการยกน้ำหนัก หรือใช้ เครื่องออกกำลังกายที่ต้องออกแรงดึงหรือดันอย่างมาก เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 30 นาที	<input type="checkbox"/> 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงขึ้นไป
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------



### การทำงานบ้านที่เป็นงานเบา

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะทำงานบ้านเบาๆ เช่น ปิดกวาดบ้าน ทำอาหาร ล้างจาน ตากผ้า รดน้ำต้นไม้ในบ้าน ดูแลหลาน รับจ้างทำงานเบาๆ เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 30 นาที	<input type="checkbox"/> 30 นาทีแต่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงขึ้นไป
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------

### การทำงานบ้านที่เป็นงานหนัก

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมาก เช่น ภูบ้าน เช็ดหน้าต่าง ซักผ้าใช้มือโยกย้ายสิ่งของ ปลูกต้นไม้ ตัดกิ่งต้นไม้ เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 4 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 4 ชั่วโมงขึ้นไป
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------

### การออกแรงทำงาน

- ในสัปดาห์ที่เป็นปกติที่ผ่านมา ท่านมักจะทำงานที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่น ขุดดินทำสวน รดน้ำใช้แรง ทำงานก่อสร้าง หรือในโรงงานที่ต้องออกแรงมาก เป็นเวลากี่วันใน 1 สัปดาห์

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำเลย	<input type="checkbox"/> ทำน้อย (1-2 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ้าง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> ทำบ่อยๆ (5-7 วัน)
--------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------

- ท่านได้ออกกำลังกายข้างต้นโดยเฉลี่ยประมาณวันละกี่ชั่วโมง

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 4 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 4 ชั่วโมงขึ้นไป
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------

**ที่มา :** ประเสริฐ อัสสันตชัย. การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด., 2555; หน้า 55-79.





## ภาคผนวก 18

### สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

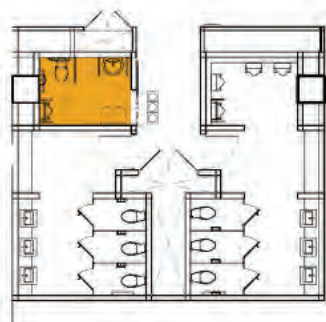
#### 1. ห้องน้ำ ห้องส้วม

##### ห้องน้ำ

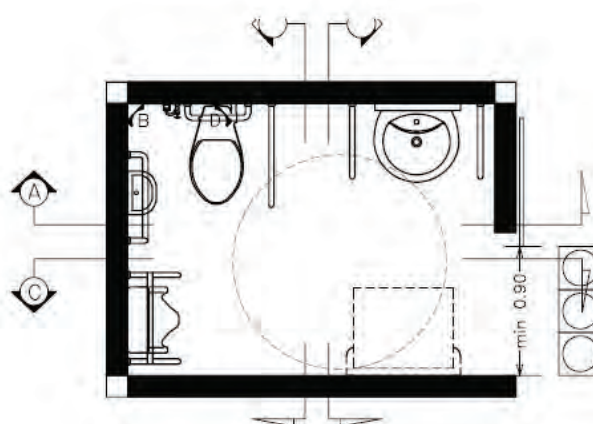
1. พื้นที่ว่างภายในห้องส้วมเพื่อให้เก้าอี้เข็นคนพิการสามารถหมุนตัวกลับได้ มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร
2. พื้นห้องน้ำควรมีระดับเสมอกับพื้นภายนอกถ้าเป็นพื้นต่างระดับต้องมีลักษณะเป็นทางลาด
3. วัสดุที่ใช้ทำพื้นห้องน้ำควรเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น กันน้ำ และทำความสะอาดง่าย และควรมีระบบระบายน้ำที่ดี
4. ประตูห้องน้ำ ควรจัดให้อยู่ในลักษณะที่เป็นการเปิดออกทางด้านนอก ทั้งนี้ประตูที่เหมาะสมที่สุด คือ ประตูบานเลื่อน
5. ภายในตัวห้องน้ำ ควรมีปุ่มหรือเชือกสัญญาณฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือจากภายนอก โดยมีป้ายระบุไว้อย่างชัดเจน

##### คำแนะนำ

1. อ่างล้างหน้าควรใช้แบบแขวนผนัง เพื่อมิให้สิ่งกีดขวางต่อการใช้งานของเก้าอี้เข็นคนพิการและควรมีราวจับ ทั้ง 2 ด้าน เพื่อช่วยในการทรงตัว
2. ราวจับด้านที่ไม่ติดผนัง ควรใช้แบบพับเก็บได้ เพื่อสะดวกต่อการใช้งานในกรณีผู้ใช้เข้า - ออก จากด้านข้าง และช่วยในการทรงตัว
3. ราวจับ (ด้านที่ติดผนัง) ควรใช้แบบรูปตัวแอลเพื่อช่วยในการทรงตัวและควรมีปุ่มกดแจ้งสัญญาณฉุกเฉิน ในกรณีอุบัติเหตุ ด้านล่างราวจับโถส้วม ควรใช้แบบ FLUSH TANK ชนิดมีปุ่มปล่อยน้ำด้านข้าง
4. ประตูที่ใช้ควรเป็นประตูบานเลื่อน เพื่อความสะดวกต่อการเข้า-ออก ของผู้ใช้งานระบบล็อกแบบขอสับ เพื่อให้เข้าช่วยเหลือจากด้านนอกได้สะดวก

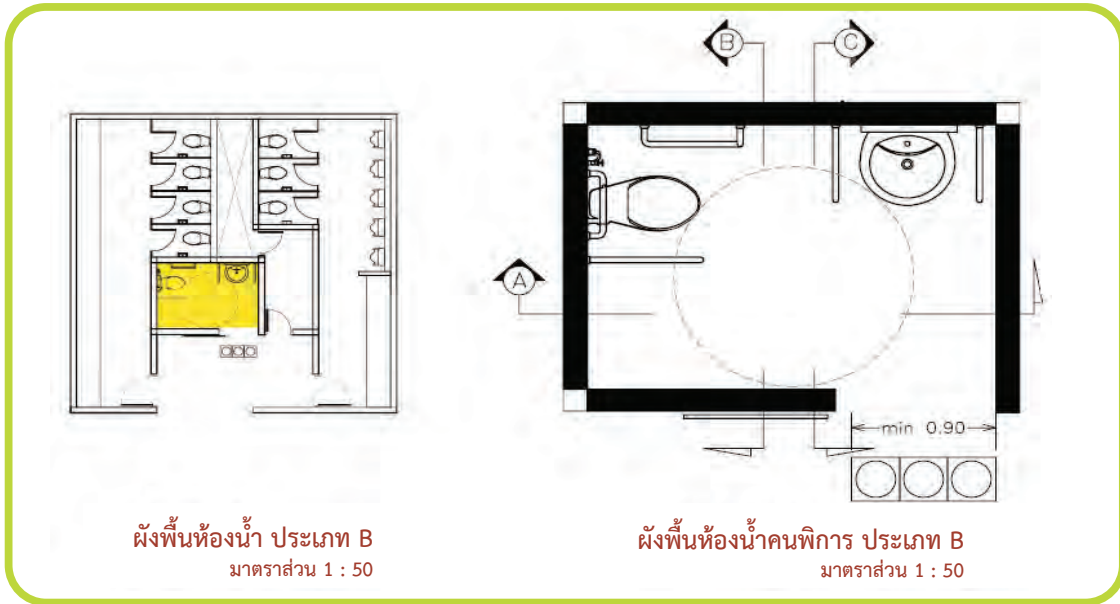


ผังพื้นห้องน้ำ ประเภท A  
มาตราส่วน 1 : 200



ผังพื้นห้องน้ำคนพิการ ประเภท A  
มาตราส่วน 1 : 50





ผังพื้นที่ห้องน้ำ ประเภท B  
มาตราส่วน 1 : 50

ผังพื้นที่ห้องน้ำคนพิการ ประเภท B  
มาตราส่วน 1 : 50

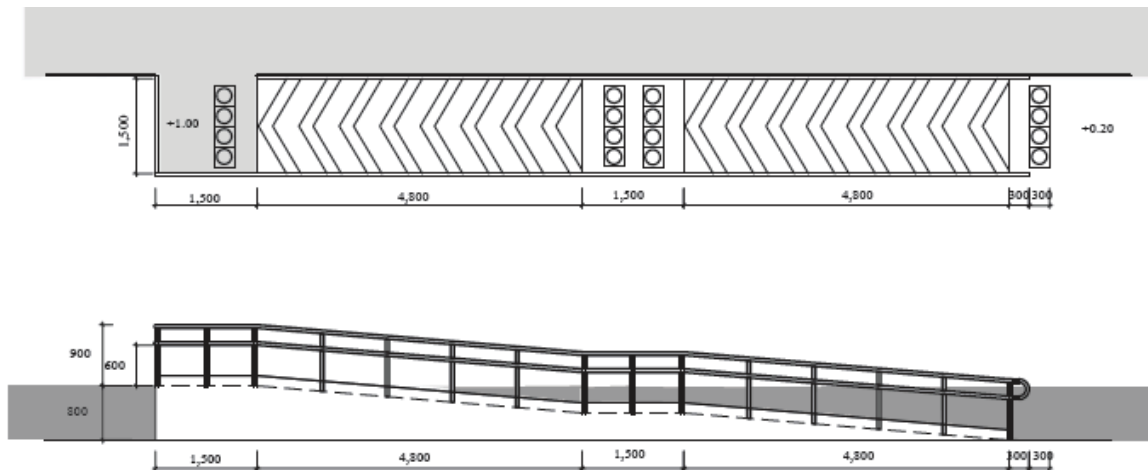
## 2. ทางลาด ราวจับ และบันได

### ลักษณะทางลาด

1. ทางลาดควรมีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร (หากทางลาดยาวโดยรวมไม่เกิน 6.00 เมตร) และหากทางลาดยาวโดยรวมมากกว่า 6.00 เมตร ทางลาดควรมีความกว้างอย่างน้อย 1.50 เมตร
2. ความลาดชันไม่เกิน 1:12 ความยาวแต่ละช่วงไม่เกิน 6.00 เมตร ในกรณีที่มีความยาวเกินต้องจัดให้มีชานพักยาวไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร

### ราวจับ

1. ควรมีตลอดแนวของทางลาด
2. ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 2.50 เมตรขึ้นไป ต้องมีราวจับทั้งสองด้าน
3. ราวจับทำด้วยวัสดุเรียบ มีความมั่นคงแข็งแรง
4. มีลักษณะกลม เส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร
5. ราวจับต้องยาวต่อเนื่อง และส่วนที่ยึดติดกับผนังจะต้องไม่กีดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการใช้งานของผู้พิการทางการมองเห็น
6. ปลายของราวจับให้ยื่นเลยจากจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของทางลาด 30-40 เซนติเมตร

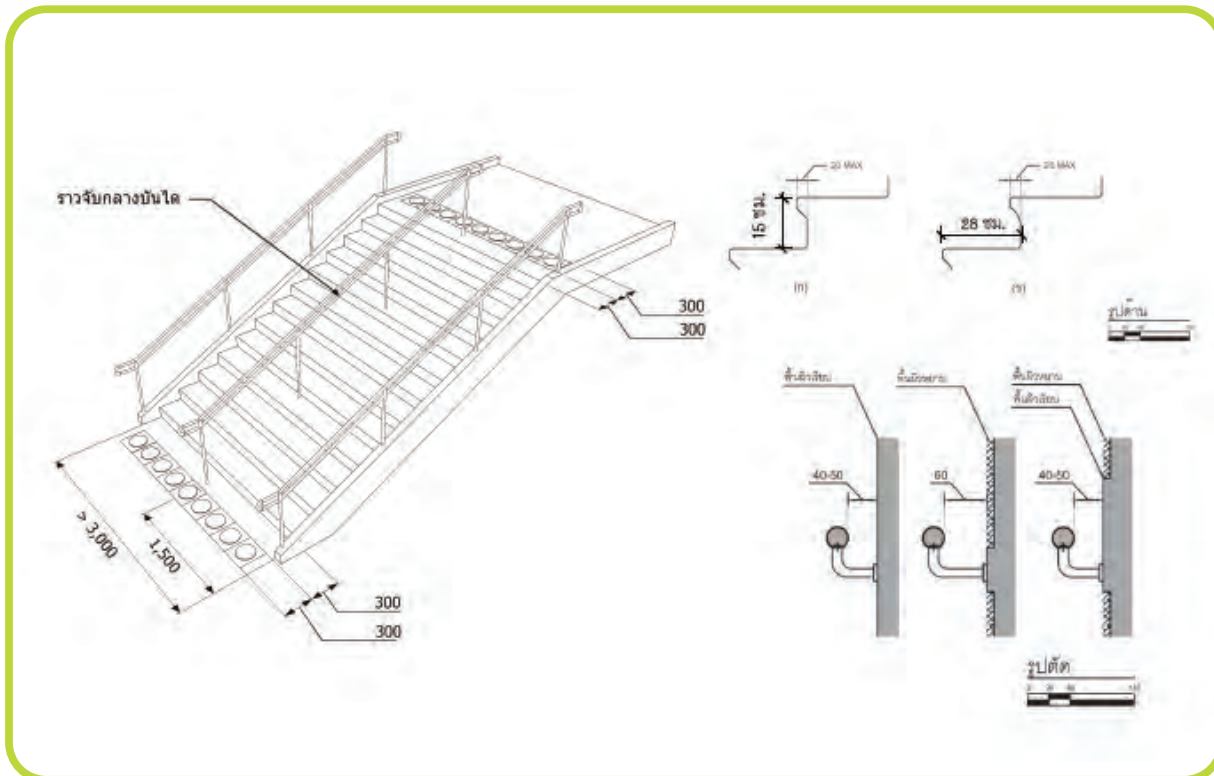


### ลักษณะของบันได

1. บันไดมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร
2. มีชานพักทุกระยะในแนวดิ่งไม่เกิน 2.0 เมตร
3. มีราวจับทั้งสองข้าง
4. มีลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร
5. พื้นผิวของบันไดใช้วัสดุที่ไม่ลื่น
6. มีฉากบันไดที่มีสีต่างจากพื้นผิวของบันไดเพื่อให้เห็นความแตกต่างของได้ชัดเจน

### ราวจับ

1. ทำด้วยวัสดุเรียบ มีลักษณะกลม เส้นผ่านศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร
2. ติดตั้งสูงจากพื้น 80-90 เซนติเมตร ติดตั้งห่างจากผนัง 4-5 เซนติเมตร สูงจากจุดยืนอย่างน้อย 12 เซนติเมตร



**หมายเหตุ** การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล นอกจากการจัดให้มีทางลาด ราวจับ บันได และห้องน้ำ ห้องส้วมที่เหมาะสมแล้ว หากสามารถทำได้ควรจัดให้มีสถานที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้พิการ และเคาน์เตอร์ติดต่อที่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วย

**แหล่งข้อมูล:** รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



## ภาคผนวก 19

### ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

**สมองเสื่อม** เป็นภาวะที่สมองมีระดับความสามารถในการจัดการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ คิดสิ่งต่างๆ ไม่ออก แยกของต่างๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ไม่ได้ จำทางไม่ได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้เกิดความบกพร่องในการประกอบกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจวัตรประจำวัน โดยสรุปก็คือสมองเสื่อม จะทำให้เกิดความบกพร่องของ Cognitive Functions (พุทธิพิสัย) จนรบกวนต่อการใช้ชีวิตหรือกิจกรรมประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการต่างๆ หลากอย่าง ไม่ได้ชี้เฉพาะอาการความจำเสื่อมเป็นหลักแต่เพียงอย่างเดียว

สมองเสื่อมอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้หลายอย่าง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดในสมอง ตาวินซินโดรม การดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อบางอย่าง โรคพาร์กินสัน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ เป็นต้น

#### อาการที่ควรสงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุควรซักถามถึงปัญหาด้านความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเสมอทั้งจากญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เนื่องจากบ่อยครั้งที่ญาติของผู้ป่วยมักเข้าใจว่าปัญหาเรื่องความจำและการช่วยเหลือตนเอง ลดลงเกิดจากธรรมชาติของคนชราเอง จึงไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ทั้งที่ความจริงอาจเกิดจากภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลประวัตินี้ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการใช้วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แพทย์จึงควรซักประวัติจากผู้ดูแลใกล้ชิด หรือญาติที่ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แพทย์ควรสงสัยผู้ป่วยที่มีอาการดังต่อไปนี้ว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม

1. ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อยๆ พุดซ้ำ ถามซ้ำ
2. มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของและชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก หรือสูญเสียความเข้าใจภาษา
3. มีปัญหาในด้านทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น ขับรถแล้วหลงทางในที่ๆ เคยขับได้ หรือหลงทางเวลาเดินทางออกนอกบ้านคนเดียว
4. มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น วางแผนการทำงาน การเดินทาง การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การใช้จ่ายและเก็บเงิน หรือการไปธนาคาร
5. มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดก้าวร้าว มีพฤติกรรมแปลกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อม มีความเชื่อที่ผิดแปลก เห็นภาพหลอน
6. มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการดูแลตัวเองลดลงจากระดับเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐาน (basic activities of daily living: basic ADL) เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การล้างหน้าแต่งตัว และความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดอุปกรณ์ (instrumental activities of daily living: instrumental ADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การจัดเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การเดินทางออกนอกบ้าน การจัดยา และการใช้เงิน โดยต้องเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิมด้วยเสมอ





แต่อย่างไรก็ตาม ก็ต้องซักถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ด้วย เนื่องจากบ่อยครั้งที่เกิดจากการที่มีปัญหาด้านร่างกายไม่ใช่จากภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วยเอง เช่น ในกรณีที่ปวดข้อ สายตาไม่ดีหรือแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

อาการสมองเสื่อมนั้น หากเกิดจากสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก็อาการสมองเสื่อมนั้นก็อาจดีขึ้น หรือหายได้หากแก้สาเหตุนั้นแล้ว เรียกว่า โรคสมองเสื่อมที่หายได้ (Reversible Dementia) ซึ่งอาจพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด สาเหตุของโรคสมองเสื่อมแบบรักษาได้ที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะน้ำในโพรงสมองเกิน (Normal Pressure hydrocephalus) ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ (Hypothyroidism) หรือภาวะขาดวิตามินบางชนิด เช่น วิตามินบี12

โรคสมองเสื่อมนั้นพบมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่มากขึ้น จัดว่าเป็นโรคที่มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยในระดับหนึ่ง อีกทั้งปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองแล้วเข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม หรือมีอาการที่น่าสงสัย ก็ควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ต่อไป โดยในปัจจุบันประเทศไทยได้มีเครื่องมือคัดกรองที่ได้มาตรฐานแล้วหลายแบบ เช่น MMSE (Thai version), TMSE หรือ CMT score ทำให้บุคลากรทางแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุได้นำมาใช้ได้อย่างสะดวกขึ้นมาก

**แหล่งข้อมูล:** รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรรณพรพรหม เสนาณรงค์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.



## ภาคผนวก 20

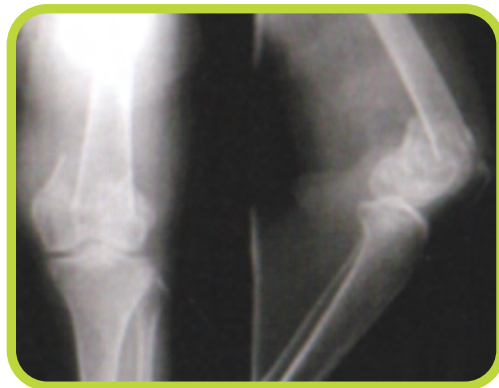
### โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee)

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่พบบ่อยในเพศหญิง และเป็นต้นเหตุอันดับ 4 ที่ทำให้หญิงต้องทนทุกข์ทรมาน และมีความพิการ ต้องพึ่งไม้เท้าและรถเข็น ขณะที่ในเพศชายข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นต้นเหตุอันดับ 8 ที่ทำให้ต้องพิการ อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลให้ผู้ป่วยต้องลดกิจกรรมทางกายลง ต้องนั่งพักนอนพักอยู่บนเตียง การเล่นเกม และการเข้าสังคม ต้องลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีผลให้สุขภาพองค์รวมและคุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอัมพาต และโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมทั้งอาการและโรคทางจิต ได้แก่ อาการซึมเศร้า กังวล เครียด ท้อแท้ และสิ้นหวัง ผู้สูงอายุที่มีอาการมานานและเกิดความพิการของข้อเข่าอย่างถาวรแล้ว นอกจากต้องพึ่งยา ใช้ไม้เท้า รวมทั้งรถเข็นแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นการพึ่งพาเพียงบางส่วน หรือพึ่งพาทั้งหมด อาจเป็นภาระของผู้ใกล้ชิด หรือลูกหลาน

ข้อเข่าเป็นอวัยวะทำหน้าที่รับน้ำหนักตัว และให้พิสัยการเคลื่อนไหวขณะใช้งาน ข้อเข่า ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ปลายกระดูก ต้นขา (femur) ส่วนต้นของกระดูกเข่า (tibia) และกระดูกสะบ้า ยึดต่อกันโดยเอ็นยึดข้อที่มีความแข็งแรง ทั้งที่หุ้มรอบข้อเข่าและเอ็นที่ไขว้ยึดกระดูกภายในข้อเข่า ส่วนปลายของกระดูกทั้งสองจะเป็นส่วนของกระดูกอ่อนข้อต่อ (cartilage) ที่มีความมันเรียบและแข็งแรง เพื่อทำหน้าที่รับและกระจายน้ำหนักขณะยืนหรือเดิน กระดูกสะบ้าเป็นกระดูกรูปสี่เหลี่ยมที่เกิดในเอ็นใหญ่หน้าข้อเข่ามีหน้าที่ป้องกันการกระแทกโดยตรงต่อข้อเข่า ขณะงอเข่าหรือเหยียดเข่า ตัวกระดูกสะบ้า จะเคลื่อนหรือเลื่อนโดยไม่ติดขัดตามร่องปลายกระดูกต้นขา (femur) ขณะที่งอเข่าเต็มที่ เช่น ขณะนั่งยอง หรือพับเพียบ จะมีแรงอัดจากกระดูกสะบ้า ทำให้ความดันในเข่าสูง จึงรู้สึกไม่สบายในท่าดังกล่าว

#### คำจำกัดความ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis-OA of knee) เป็นโรคของข้อเข่าที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อต่อ (articular cartilage) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมจะไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และจะทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ



#### การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ (biomechanical) กระดูกอ่อนที่แข็งแรงเมื่อมีแรงมากระทำจะมีการยุบตัวและคลายตัวเหมือนลูกปิงปองที่ถูกตี ผิวปิงปองที่ยุบจะกระด้างกลับเป็นผิวปกติ ในข้อที่เสื่อมกระดูกอ่อนจะมีการสูญเสียคุณสมบัติในการหดตัวเมื่อมีแรงกดกระทำ (compressibility) และมีการสูญเสียการยึดตัวหรือกระด้างกลับ เมื่อแรงกดหมดไป (elasticity) การรับแรงกระทำที่มากเกินไปและนานเกินไป มีผลให้โครงสร้างของกระดูกอ่อนข้อต่อเปลี่ยนแปลง
2. การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical) ปริมาณและขนาดของโปรทีโอไกลัยแคน (proteoglycan) ลดลง ปริมาณน้ำในกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น มีการสร้างเอนไซม์ชนิดต่างๆ ก่อให้เกิดการอักเสบ
3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเข่า ตั้งแต่เยื่อหุ้มข้อที่เริ่มหนาตัว กระดูกอ่อนผิวข้อเริ่มสึกกร่อน ข้อเข่าเริ่มไม่มั่นคง เอ็นหุ้มข้อหนาตัว กระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อหนาตัว ร่วมกับการงอกของกระดูกตามขอบของปลายกระดูก เรียก ออสทีโอไฟท์ (osteophyte)



## ปัจจัยเสี่ยง

1. **อายุที่เพิ่มมากขึ้น** โรคข้อเสื่อมจะรุนแรงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของข้อ
2. **น้ำหนักเกินหรืออ้วน** จากการทำข้อเข่าต้องรับน้ำหนักที่เกินกำลัง มีผลให้กระดูกอ่อนข้อต่อสึกกร่อนเร็ว ข้อเข่าหลวมเปรียบเหมือนรถยนต์ที่บรรทุกหนักเกินกำลัง รถคันนี้จะเสื่อมเร็วหรือพังเร็ว ยิ่งประชากรที่อ้วนและต้องเดิน ยืนทั้งวันข้อเข่าจะเสื่อมเร็ว
3. **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเข่า** ตั้งแต่เยื่อข้อเข่าที่เริ่มหนาตัว กระดูกอ่อนผิวข้อเริ่มสึกกร่อน ข้อเข่าเริ่มไม่มั่นคง เอ็นหุ้มข้อหนาตัว กระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อหนาตัว ร่วมกับการงอกของกระดูกตามขอบของปลายกระดูก เรียก ออสทีโอไฟท์ (osteophyte)
4. **การบาดเจ็บที่รุนแรงของข้อเข่า** เช่น กระดูกแตกหักบริเวณข้อเข่า เอ็นฉีกขาด กระดูกอ่อนข้อต่อแตกเป็นชิ้น เลือดออกในเข่า เยื่อข้อเข่า (meniscus) ฉีกขาด การบาดเจ็บดังกล่าวต้องรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่การจัดซ่อมเอ็นที่ฉีกขาด หรือเยื่อข้อเข่าให้เข้าที่ การยึดชิ้นกระดูกหักกลับเข้าที่เดิมให้แข็งแรง เพื่อให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้เร็วที่สุดและสามารถรับน้ำหนักได้ตามปกติ การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ทันการณ์จะมีผลให้ข้อเข่าหลวมกระดูกอ่อนข้อต่อที่ติดผิที่ เยื่อข้อเข่าที่ฉีกขาดซ่อมไม่สำเร็จ มีผลให้ข้อเข่าเสื่อมเร็ว
5. **การบริหารและการเล่นกีฬาที่ไม่เหมาะสม** โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ที่เกิดการกระแทกต่อกระดูกอ่อนข้อต่อเป็นเวลานานๆ เช่น การวิ่ง การกระโดด มีผลให้กระดูกอ่อนข้อต่อรับแรงกระแทกมากเกินไป ดังนั้น ข้อเข่าของนักวิ่งมาราธอน นักกีฬาฟุตบอล ฮ็อกกี้ บาสเกตบอล นักมวย นักมวยปล้ำจะมีโอกาสเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ
6. **กรรมพันธุ์** ข้อเข่าเสื่อมพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ความรุนแรงของข้อที่เสื่อมในเพศหญิงรุนแรงกว่าเพศชาย คุณแม่ที่เข่าเสื่อมจะมีโอกาสถ่ายทอดโรคเข่าเสื่อมไปยังลูกๆ ได้ โดยเฉพาะลูกสาว

## ลักษณะสำคัญของข้อเข่าเสื่อม

1. เกี่ยวข้องกับอายุที่เพิ่มขึ้น แต่พบว่าบางรายก็เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ตั้งแต่อายุยังน้อย
2. พบในคนอ้วนมากกว่าคนผอม คนผอมที่เป็นโรคเข่าเสื่อมมักจะทำงานหนัก เช่น ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ ข้อเข่าโก่งงอผิดปกติ ในคนอ้วนเข่ามักไม่โก่งงอแต่เข่าบวมอักเสบ เข่าโก่งงอเมื่ออายุเกิน 50 ปีขึ้นไป
3. ข้อเข่าเสื่อม อาจเกิดกับข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายๆ ข้อก็ได้ ถ้าพบข้อที่ปลายนิ้วเสื่อมก็พบที่เข่าได้ มักพบร่วมกับข้อที่รับน้ำหนักอื่นๆ เช่น ข้อเท้า ข้อตะโพก และข้อกระดูกสันหลัง มักมีอาการที่ข้อข้างใดข้างหนึ่งก่อน เมื่อการอักเสบลดลง อาการดีขึ้น ข้ออีกข้างหนึ่งจะเริ่มมีอาการสลับกันไปมาจนอายุมากขึ้น และมีอาการทั้ง 2 ข้าง
4. การเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของข้ออย่างต่อเนื่อง โดยจะไม่มีทางกลับคืนเป็นปกติเหมือนเดิม การเสื่อมมากหรือเสื่อมน้อยไม่เหมือนกันในแต่ละคน ขึ้นกับหลายปัจจัย
5. เกิดได้ในคนทั่วไปที่ร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคเรื้อรังใดๆ หรือพบมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ



## การแบ่งชนิดของข้อเข่าเสื่อม

1. ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary or idiopathic) มีความผิดปกติทางเคมีภายในข้อ ไม่มีหลักฐานยืนยันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. ชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary) ได้แก่
  - เคยมีการบาดเจ็บที่รุนแรงต่อข้อ เช่น กระดูกหักผ่านข้อเข่า ข้อเข่าเคลื่อนหลุดจากที่ เอ็นยึดส้นเข่าฉีกขาด เยื่อข้อเข่า (meniscus) ฉีก หรือขาด
  - โครงสร้างข้อกระดูกผิดปกติอาจตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดภายหลังคลอด
  - โรคข้ออักเสบ เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - โรคติดเชื้อที่มีการทำลายกระดูกอ่อน
  - โรคของต่อมไร้ท่อ (โรคทางระบบเมตาบอลิซึมผิดปกติ) เช่น โรคเก๊าท์
  - ภายหลังการผ่าตัดภายในข้อที่จำเป็นต้องตัดบางส่วนของโครงสร้างข้อที่ถูกทำลายไปแล้วออกไป เช่น ชิ้นกระดูกขนาดใหญ่ในส่วนที่รับน้ำหนัก เยื่อข้อเข่า (meniscus)

## อาการและอาการแสดงของข้อเข่าเสื่อม

### ระยะเริ่มต้น

ที่สำคัญคืออาการปวดของข้อเข่าในตอนเช้า หรือเมื่อมีการใช้งานมากๆ เช่น ยืน เดินมากๆ อาการปวดเข่ามักไม่สามารถระบุตำแหน่งที่ชัดเจนได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบ่นเรื่องอาการปวดด้านหลังข้อเข่า ข้อเข่าที่อักเสบจะมีอาการบวมแดงร้อนเมื่อเทียบกับข้างปกติ อาการปวดอักเสบดังกล่าว เป็นสัญญาณเตือนภัยเพื่อเตือนให้ลดการใช้งานลง ให้ข้อได้พักอาการอักเสบจะได้ทุเลาลง ถ้ายังคงใช้งานต่อข้ออาจมีของเหลวในข้อเพิ่มขึ้น บางรายมาหาแพทย์ เนื่องจากมีก้อนแข็งบริเวณหลังข้อเข่าเป็นถุงน้ำ ถ้าเจาะจะได้ น้ำเหนียวใส

### ระยะปานกลาง

เมื่อกระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อน ข้อจะมีอาการอักเสบรุนแรงขึ้นภายหลัง การใช้งาน คือ อาการบวม คลำข้อมีความอุ่น หรือร้อนกว่าข้างปกติ กล้ามเนื้อรอบข้อเริ่มปวดเมื่อย อ่อนแรง อาจมีการขัดภายในข้อ หรือมีเสียงขณะขยับข้อ ข้อเข่าเริ่มโก่ง ระยะนี้มีอาการปวดเข่าข้างขวาสลับกับข้างซ้าย เข่าเริ่มหลวมจากการหย่อนยานของเอ็นยึดเข่า

### ระยะปานกลาง

เมื่อกระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อน ข้อจะมีอาการอักเสบรุนแรงขึ้นภายหลัง การใช้งาน คือ อาการบวม คลำข้อมีความอุ่น หรือร้อนกว่าข้างปกติ กล้ามเนื้อรอบข้อเริ่มปวดเมื่อย อ่อนแรง อาจมีการขัดภายในข้อ หรือมีเสียงขณะขยับข้อ ข้อเข่าเริ่มโก่ง ระยะนี้มีอาการปวดเข่าข้างขวาสลับกับข้างซ้าย เข่าเริ่มหลวมจากการหย่อนยานของเอ็นยึดเข่า

### ระยะรุนแรง

เมื่อกระดูกอ่อนสึกกร่อนมากขึ้น อาการปวดเข่ารุนแรงขึ้น และมีอาการทั้ง 2 ข้าง ข้อหลวมไม่มั่นคง ข้อหนาตัวขึ้น มีกระดูกงอกหนาที่คลำได้ บริเวณด้านในข้อเข่า ข้อเข่าโก่งผิดปกติชัดเจน เวลาเดินต้องกางขากว้างขึ้น เพิ่มเสริมความมั่นคง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าลีบเล็กลง พิสัยการเคลื่อนไหวเริ่มติดขัด เขยียดงอไม่สุดเหมือนปกติ ในรายที่รุนแรง โครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อถูกทำลายไปมากแล้ว ขณะลุกขึ้นจากท่านั่งจะมีอาการปวดรุนแรง การขึ้นลงบันไดจะเป็นปัญหามากต้องก้าวเดินทีละก้าวช้าๆ





## การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

การซักประวัติการตรวจร่างกาย โดยผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมักมีอาการ และอาการแสดงดังกล่าวข้างต้นภาพถ่ายรังสีธรรมดาของข้อเข่า จำเป็นในกรณีที่ต้องการทราบความรุนแรงของโรค เพื่อพิจารณาเปลี่ยนวิธีการรักษา

## การรักษา

การวางแผนการรักษาขึ้นกับอาการของข้อที่เสื่อม ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย โรคประจำ (comorbidity) ของผู้ป่วย ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคไต และความรุนแรงที่โครงสร้างของกระดูกอ่อนข้อต่อและข้อที่ถูกทำลายไป การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มี 3 วิธี ได้แก่ วิธีไม่ใช้ยา วิธีใช้ยา และวิธีผ่าตัด

### 1. วิธีไม่ใช้ยา

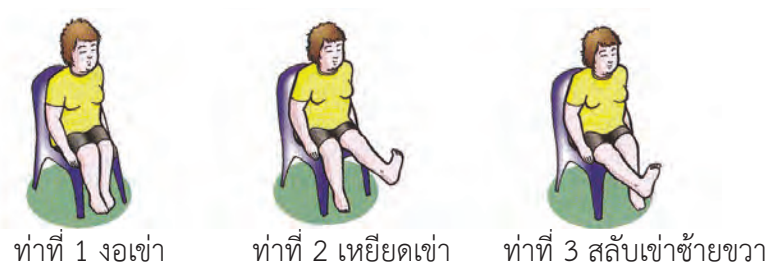
**1.1 การให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม** การดำเนินของโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวดและทักษะการอยู่ร่วมกับโรค การให้ความรู้อาจเป็นแบบเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่มย่อย (group education) หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ความดันในเข่าสูง ได้แก่ ท่านั่งยอง ท่านั่งพับเพียบ ท่านั่งคุกเข่า

**1.2 การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า** เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางแล้วว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีหลักฐานสนับสนุนที่เชื่อถือได้มากมายถึงประสิทธิภาพของการออกกำลังกายในการลดอาการปวด รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการทำงานข้อเข่า รูปแบบอาจเป็นการออกกำลังกายแบบบอบกหรือในน้ำ ที่โรงพยาบาลหรือบ้าน ส่วนชนิดของการออกกำลังกายที่ดี ประกอบด้วย

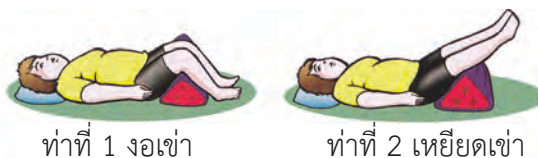
- การบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า (range of motion/ flexibility exercise)
- การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และกล้ามเนื้อน่อง (strengthening exercise)
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic conditioning exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อความฟิตพร้อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจแข็งแรง ปอดดี กระดูกไม่บาง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ กระชับ มีความแข็งแรงและใช้งานได้ ทนทาน ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การปั่นจักรยาน หรือการออกกำลังกายในน้ำ

**ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าให้แข็งแรงเพื่อชดเชยกระดูกอ่อนข้อต่อที่เสื่อม**

#### 1. การบริหารกล้ามเนื้อในท่านั่ง



#### 2. การบริหารกล้ามเนื้อในท่านอน



#### 3. การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าโดยการปั่นจักรยานอยู่กับที่



### 1.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ พิจารณาตามความรุนแรงของโรคและสภาวะผู้ป่วย

- การใช้ไม้เท้าหรือร่มจะช่วยแบ่งเบาแรงกระทำต่อข้อเข่าได้ ระบายร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว
- การเสริมรองเท้าเป็นลิ้นทางด้านนอก (heel wedging) ในผู้ที่เริ่มมีขาโก่งน้อยๆ
- การใช้เครื่องพยุงเข่า (knee support) ทำให้เข่ากระชับขึ้น แต่ถ้าใส่นานๆ จะมีผลให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง

### 1.4 การลดน้ำหนัก

การตรวจสอบน้ำหนัก ว่าเกินเกณฑ์หรืออ้วนเกินไป โดยใช้สูตรดัชนีมวลกาย (body mass index) คือ ใช้น้ำหนัก (กิโลกรัม) เป็นตัวตั้งหารด้วยส่วนสูง (เมตร ยกกำลังสอง)

$$\text{สูตร body mass index (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

เกณฑ์ BMI ของคนปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

ค่า BMI ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ขึ้นไปถือว่าเป็นน้ำหนักเกิน (Overweight)

#### วิธีการลดน้ำหนัก

- ตั้งวัตถุประสงค์การลดน้ำหนัก ให้ถามตัวเองว่าเราจะลดน้ำหนัก เพื่ออะไร ทำไมต้องลดน้ำหนักส่วนเกิน ถ้ายังตอบคำถามนี้ไม่ได้ ก็จะลดน้ำหนักไม่ได้
- ตั้งเป้าหมายเป็นน้ำหนักตัวที่ต้องการจะลด
- คิดถึงอนาคตของคนอ้วน โรคที่รอคนอ้วนอยู่ในอนาคต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ฯลฯ คนอ้วนมักจะมีอายุสั้นกว่าคนที่น้ำหนักปกติ และมักจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากกว่าคนปกติ
- ดื่มน้ำต้มสุกก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ ถ้าท้องผูกให้เพิ่มการดื่มน้ำในตอนเช้าประมาณ 3-4 แก้ว ทุกเช้า
- ลดอาหารรสหวาน ของหวาน น้ำหวาน ผลไม้หวาน นมข้นหวาน
- งดของมันทุกชนิด ได้แก่ ข้าวผัด ก๋วยเตี๋ยวผัด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู แกงกะทิ ฯลฯ
- รับประทานอาหารให้พออิ่มทุกมื้อ ห้ามเกินอิ่ม ห้ามรับประทาน ของจุกจิก



รับประทานอาหารที่มีประโยชน์



ไม่กินจุบจิบ

1.5 การใช้วิธีการอื่นๆ ได้แก่ เลเซอร์ การฝังเข็ม การใช้ความร้อน และการใช้สนามแม่เหล็ก (pulse electromagnetic field) วิธีการเหล่านี้ ควรให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางเป็นผู้พิจารณาสั่งการรักษา เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในด้านประสิทธิภาพของวิธีการรักษาดังกล่าว แต่อาจนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด และเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ข้อเข่า



## 2. การรักษาโดยวิธีใช้ยา

- 2.1 พิจารณาพยาพรานเซตตามอลชนิดกินเป็นอันดับแรก
- 2.2 ยาทาเฉพาะที่ประเภทต้านการอักเสบ ได้แก่ ยาทาไดโครฟีแนค (diclofenac) ยาทาคีโตโพรเฟน (ketoprofen) ยาทาไพร์ออกซิแคม (piroxicam) และเจลพริก (capsaicin) มีผลดีพอควรและปลอดภัย
- 2.3 พิจารณายากลุ่มต้านการอักเสบ เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาพาราเซตตามอล ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อระบบทางเดินอาหารให้พิจารณา ยาต้านการอักเสบกลุ่มดั้งเดิม (non selective NSAIDs) ร่วมกับสารป้องกันกระเพาะอาหาร (gastroprotective agents) ได้แก่ ยาที่ยับยั้งโปรตอนปั๊ม (proton pump inhibitors) หรือใช้ยาต้านการอักเสบกลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cox 2 อาจเรียกยากลุ่มคอซิบส์ (selective Cox 2 inhibitors)



จากการทบทวนพบว่า ประสิทธิภาพระหว่างขนาดยาของยากลุ่มต้านการอักเสบที่ใช้ทั่วไป ไม่แตกต่างกัน ยากลุ่มต้านการอักเสบมีประสิทธิภาพดีกว่าพาราเซตตามอล แต่มีผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหาร ยากลุ่มคอซิบส์ (coxibs) มีผลลดความเจ็บปวดได้เทียบเท่ายาต้านการอักเสบกลุ่มดั้งเดิม ข้อดีคือ การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะอาหารลดลงร้อยละ 50 ส่วนผลข้างเคียงต่อระบบหลอดเลือดหัวใจเกิดเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ข้อแนะนำที่สำคัญ คือ ไม่ควรใช้ยากลุ่มคอซิบส์ (coxibs) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อระบบหัวใจหลอดเลือด (cardiovascular) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต ถ้าจำเป็นให้ใช้ในขนาดต่ำสุดในช่วงเวลาสั้นที่สุด

- 2.4 พิจารณา ยาแก้ปวดจำพวกทรามาดอล (tramadol HCl) ยากลุ่ม มอร์ฟิน (opioid) ที่มีหรือไม่มีพาราเซตตามอลผสม ในผู้ป่วยที่กินยาต้านการอักเสบไม่ได้ เช่น เป็นโรคกระเพาะอาหารรุนแรง เคยมีประวัติกระเพาะอาหารทะลุ หรือเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีโรคหลอดเลือดหัวใจ เคยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น
- 2.5 ยากลุ่มรักษาข้อเสื่อมตามอาการ SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for OA) ประกอบด้วย กลูโคซามีนซัลเฟต (glucosamine sulfate), คอนรอยตินซัลเฟต (chondroitin sulfate), ไดอะเซรีน (diacerein) และไฮยาลูโรนิก (hyaluronic acid: HA) สามารถลดอาการปวดและอาจเปลี่ยนโครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ช้ามีราคาแพง ใช้แทนยาต้านการอักเสบ ในกรณีที่มีข้อห้ามต่อการใช้ยาต้านการอักเสบ และไม่ควรใช้ในผู้ที่มีข้อเสื่อมรุนแรง
- 2.6 ยาฉีด ยาฉีดดั้งเดิมเป็นยาจำพวกสเตียรอยด์ เป็นการฉีดเข้าข้ออักเสบเฉพาะที่ ข้อเสียของการฉีดยา ได้แก่
  - ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น การฉีดยาจะเป็นการตัดสัญญาณเตือนภัย คือ อาการเจ็บปวด (แต่ข้อยังคงมีอาการอักเสบอยู่) เมื่อฉีดยาแล้วอาการปวดหมดไป ผู้ป่วยก็จะเริ่มใช้งาน เริ่มเดิน ยืนตามปกติ ข้อก็จะอักเสบ และเสื่อมเพิ่มขึ้นเร็วขึ้น
  - มีโอกาสติดเชื้อภายในข้อจากเทคนิคการฉีดที่อาจไม่สะอาด
  - ยาสเตียรอยด์จะตกตะกอนในข้อ ทำให้ข้อเสื่อมเร็ว

ข้อบ่งชี้การฉีดยา คือ อาการปวดที่รุนแรง หรือข้อที่มีอาการอักเสบรุนแรงโดยเฉพาะถ้ามีของเหลวในข้อเข้า ยาฉีดจะส่งผลกระทบต่อข้อในช่วงสั้น ยังไม่มีหลักฐานว่า ส่งผลต่อข้อเข้าในระยะยาวการฉีดยาเข้าข้อเข้าไม่ควรฉีดเกิน 3 ครั้งต่อปี เนื่องจากผลของยาจะทำลายกระดูกอ่อนข้อต่อ เมื่อฉีดแล้วต้องพักข้อข้างที่ฉีดให้เต็มที่ ไม่ให้น้ำหนักหรือใช้งานเป็นเวลา 1 – 2 สัปดาห์ ควรแนะนำการรักษาแบบผ่าตัด ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้ยาฉีดเข้าข้อเข้าเกิน 3 ครั้งต่อปี เพื่อลดอาการปวด



### 3. การรักษาโดยการผ่าตัด

**3.1 การเจาะเข้า** ล้างเข้าด้วยน้ำเกลือปกติ (Tidal knee irrigation) โดยฉีดยาชาเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำผ่าตัดใหญ่ โดยล้างด้วยน้ำเกลือปกติในปริมาณ 2 ลิตร เพื่อทำความสะอาดข้อเข้า การล้างเข้าสามารถลดการยึดติดและลดการอักเสบจากเอนไซม์ในข้อ

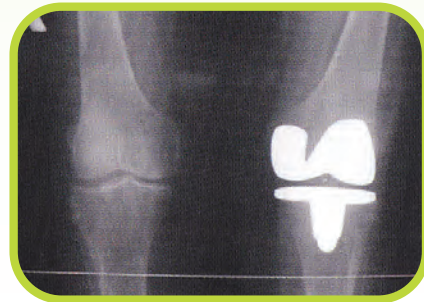
**3.2 การล้างข้อเข้าโดยการส่องกล้อง** (Arthroscope lavage) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการฉีกขาดของเยื่อข้อเข้า (meniscus) ร่วมด้วย วิธีการนี้สามารถเห็นพยาธิสภาพภายในข้อเข้าได้ เป็นการล้างเพื่อบรรเทาอาการและลดการอักเสบในข้อ

**3.3 การผ่าตัดเพื่อจัดแนวกระดูกที่โก่งให้ตรง** เพื่อเปลี่ยนแนวการรับน้ำหนักของกระดูกอ่อนข้อต่อ (Corrective osteotomy) พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีการผิดรูปของข้อเข้าที่โครงสร้างเข้าถูกทำลายเพียงบางส่วน การผ่าตัดมีหลายวิธี ราคาถูกกว่าการเปลี่ยนข้อเทียมสามารถชะลอการสึกกร่อนของข้อได้ประมาณ 5-10 ปี

**3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม** (Joint replacement) พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวด และทุพพลภาพ

#### ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดข้อเข้าเทียมทั้งข้อ

1. มีโรคข้อเข้าเสื่อมรุนแรง โครงสร้างภายในข้อเข้าถูกทำลายอย่างสิ้นเชิง
2. ข้อเข้าผิดรูปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ
3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาหลังผ่าตัดได้อย่างเคร่งครัด
4. ผู้ป่วยสามารถทนต่อการดมยาสลบ หรือ การฉีดยาบล็อกหลัง



#### การป้องกันโรคข้อเข้าเสื่อม

การป้องกันในรายที่ยังไม่มีอาการใดๆ ได้แก่

1. จำกัดอาหารมันและหวาน เพื่อมีให้น้ำหนักเกินปกติ อาหารที่แนะนำ คือ ผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน เต้าหู้และเนื้อปลา และดื่มน้ำต้มสุก ลดน้ำหวาน น้ำอัดลม เปลี่ยนข้าวขาวเป็นข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง
2. หลีกเลี่ยงการใช้งานที่เกินกำลังและท่าทางที่ทำให้ข้อมีความดันเพิ่มสูง ได้แก่ ท่านั่งยอง คุกเข่า พับเพียบ ท่าก้มหลัง เป็นต้น
3. บริหารร่างกายให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ
4. หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่อาจทำให้กระดูกหักผ่านข้อเอ็นยึดข้อฉีกขาด ข้อแพลง เป็นต้น
5. ตรวจเช็คร่างกายอย่างสม่ำเสมอทุกปี



การป้องกันในรายที่ข้อมีอาการปวดบวมอักเสบ ที่สำคัญคือ การป้องกันการโก่งงอผิดรูปของข้อ ได้แก่

1. ลดน้ำหนัก
2. ลดการใช้งานข้อ การวิ่งหรือจ็อกกิ้งจะทำให้ข้อเข้ารับน้ำหนัก 10 เท่าของน้ำหนักตัว การเดิน เข้าจะรับน้ำหนักประมาณ 4.5 เท่าของน้ำหนักตัว ส่วนการถีบจักรยานจะรับน้ำหนักเพียง 1.5 เท่าของน้ำหนักตัว
3. ประคบน้ำเย็นหรือน้ำแข็งเมื่อข้อเกิดการอักเสบ
4. ใช้เครื่องช่วยพยุงข้อ หรือใช้ไม้เท้าช่วยเดินขณะเกิดการอักเสบ
5. บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อและออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ
6. กินยาแก้ปวด แก้อักเสบ เป็นครั้งคราว
7. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้าข้อเข้า เพื่อป้องกันการเกิดการปนเปื้อนจากการฉีดยา เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
8. หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่มีการกระแทก ซึ่งเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของข้อเข้า

ที่มา: ธวัช ประสาทฤทธา. ข้อเข้าเสื่อม. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2555.



## ภาคผนวก 21

### อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด (Incontinence)

**อาการปัสสาวะราด (urinary incontinence)** นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจนทำให้สูญเสียความมั่นใจในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ต้องเก็บตัวอยู่กับบ้านและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่เลวลง นอกจากนี้อาการปัสสาวะราดมักถูกละเลยในเวชปฏิบัติทั้งโดยผู้ป่วยสูงอายุเองและบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากอาการปัสสาวะราดเป็นสิ่งที่น่าละอายที่ผู้สูงอายุจำนวนถึงร้อยละ 38-70 ไม่เปิดเผยต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สาเหตุที่อาจแก้ไขได้ไม่ถูกตรวจพบ บุคลากรทางสุขภาพเองส่วนใหญ่ก็มักไม่ให้ความสนใจปัญหา นี้ อาจเนื่องจากมีปัญหาอื่นที่เร่าร้อนกว่า ความคิดที่ว่าถามไปก็มักแก้ไขได้ยาก เพียงให้ผู้ป่วยใช้แผ่นผ้าอ้อมก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น ผลกระทบทางเวชกรรมของอาการปัสสาวะราดที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่

**ด้านสุขภาพกาย** เช่น โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อน โรคผิวหนัง ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับน้ำปัสสาวะเป็นเวลานานจะเปื่อยและแตก ทำให้เกิดแผลกดทับ การอักเสบที่ปลายอวัยวะเพศ (balanitis) และการติดเชื้อราที่ผิวหนังได้ง่าย **ภาวะหกล้มและกระดูกหัก** มักเกิดในผู้ที่มีปัสสาวะราดเวลากลางคืน ผู้สูงอายุหญิงที่มีปัญหาปัสสาวะราดประมาณร้อยละ 20-40 จะหกล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 10 ของภาวะหกล้มนี้จะมีกระดูกหักตามมา โดยเฉพาะที่ข้อสะโพก

**ด้านสุขภาพจิต** เช่น รู้สึกเป็นที่อับอาย สูญเสียความมั่นใจในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

#### การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปัสสาวะราดในทางเวชปฏิบัติ

ในเวชปฏิบัติทั่วไป อาจแบ่งลักษณะของอาการปัสสาวะราดออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

##### 1. อาการปัสสาวะราดแบบเฉียบพลัน

กรณีที่ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการปัสสาวะราดในเวลาไม่นานมานี้ อย่างเฉียบพลัน มักเกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้ มีผู้พยายามคิดคำช่วยจำเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพคิดถึงสาเหตุเหล่านี้ที่เรียก DRIP

D - Delirium / Drugs

R - Retention of urine / Restricted mobility

I - Infection / Impaction (fecal)

P - Polyuria / Prostatism (Lower urinary tract symptoms : LUTS)

**D - Delirium / Drugs** ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) จากเหตุใดก็ตาม จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมปัสสาวะชั่วคราว นอกจากนั้นยาบางชนิดก็อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะราดได้ ได้แก่

- ยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) ได้แก่ ยาในกลุ่ม anticholinergic (antihistamine, antipsychotic, tricyclic antidepressant, anti-Parkinsonian) ยาในกลุ่ม opiate, calcium channel blocking agent ชนิดที่เป็นกลุ่ม dihydropyridine (nifedipine, felodipine, nicardipine, เป็นต้น) ยาลดอาการคัดจมูก กลุ่ม alpha-adrenergic agonist มักทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุชาย
- ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของหูรูดท่อปัสสาวะ (urethral sphincter) ได้แก่ alpha-adrenergic antagonist ที่ใช้รักษาโรคความดันเลือดสูง เช่น prazosin, doxazosin
- ยาที่ทำให้มีปริมาณปัสสาวะมาก ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ เช่น hydrochlorothiazide, furosemid เครื่องดื่มที่มีอัลกอฮอล์
- ยาในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ทำให้หึ่งวังซิม เช่น benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ยาว ยาที่มีผลกระตุ้นการไอ เช่น ยารักษาโรคความดันเลือดสูงกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor เวลาที่ผู้ป่วยไอจะมีปัสสาวะเล็ดหรือราดได้



**R - Retention of urine / Restricted mobility** อาการปัสสาวะราดในผู้สูงอายุที่กำลังได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล มักเกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้สะดวก จากสาเหตุใดๆ ก็ตาม เช่น การนอนบนเตียงผู้ป่วยที่มีที่กั้นข้างเตียงทั้งสองข้างถูกยกขึ้นตลอดเวลาเพื่อป้องกันการตกเตียง การที่เตียงผู้ป่วยอยู่ไกลจากห้องน้ำของหอผู้ป่วย การผูกมัดผู้ป่วย และการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะเพื่อจะไปถ่ายปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ทัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายวยังต้องประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) เมื่อมีปัสสาวะเหลือจำนวนมากจะนำไปสู่ภาวะ overflow incontinence ในที่สุด เช่น การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาตั้งได้กล่าวข้างต้น การนอนถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยสูงอายุหญิง โดยใช้หม้อรองปัสสาวะ (bed pan) บนเตียงผู้ป่วย ทำให้ขาดความเป็นส่วนตัวขณะถ่ายปัสสาวะ และยังคงพยายามรักษาสมดุลของร่างกายบนหม้อรองปัสสาวะขณะปัสสาวะเพื่อไม่ให้ตกจากหม้อรองปัสสาวะ มีผลทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ

**I - Infection / Impaction (fecal)** ผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจมาพบบุคลากรทางสุขภาพด้วยอาการปัสสาวะราด แทนที่จะมีอาการไข้หนาวสั่นเหมือนอย่างในผู้ป่วยทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกมากจนเกิดภาวะอุจจาระอุดตันในลำไส้ (fecal impaction) ก็อาจเป็นสาเหตุของอาการปัสสาวะราดได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการทั้งปัสสาวะราดและอุจจาระราดในเวลาเดียวกัน

**P - Polyuria / Prostatism** ภาวะที่ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณมากผิดปกติ (polyuria) ได้แก่ การได้ยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาโรคความดันเลือดสูง ยา theophylline การได้สาร caffeine จากการดื่มกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด และภาวะโปแตสเซียมต่ำในเลือด เป็นต้น ส่วนกลุ่มอาการเนื่องจากโรคของต่อมลูกหมาก (prostatism) ปัจจุบันนิยมใช้คำว่า lower urinary tract symptoms หรือ LUTS แทน เนื่องจากอาการผิดปกติเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกิดจากโรคของต่อมลูกหมาก หรืออีกนัยหนึ่ง อาจเกิดในผู้ป่วยหญิงก็ได้ เช่น อาการเนื่องจากการอุดตันที่คอกระเพาะปัสสาวะ (bladder outlet obstruction) นอกจากจะทำให้เกิดปัญหา overflow incontinence แล้วการที่ผู้ป่วยมักมีปัญหาปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ก็อาจเป็นสาเหตุของอาการปัสสาวะราดตอนกลางคืนด้วย

## 2. อาการปัสสาวะราดแบบเรื้อรัง

พยาธิสภาพทางคลินิกที่ทำให้เกิดอาการปัสสาวะราดแบบเรื้อรัง อาจจำแนกได้เป็น 5 ประเภทหลัก ได้แก่

**2.1 Functional incontinence** ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะราดในกลุ่มนี้ คล้ายกับกลุ่มที่มีอาการปัสสาวะราดแบบเฉียบพลัน เนื่องจากไม่สามารถเดินไปปัสสาวะในห้องน้ำได้เองโดยสะดวกโดยไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพใดๆ ของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

- การสูญเสียความสามารถในการเดินไปใช้ห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะ เช่น อาการปวดขาเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม อาการเหนื่อยง่ายเนื่องจากภาวะโลหิตจาง ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง อาการเดินลำบากเนื่องจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

- โรคจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจในการดูแลตนเอง ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้ถึงความสำคัญของมารยาททางสังคม ที่จะต้องถ่ายปัสสาวะในที่เฉพาะ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะได้

**2.2 Stress incontinence** เป็นอาการปัสสาวะราดเนื่องจากการความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นกะทันหัน ทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นทันที จนhurstที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะที่พุ่งออกอย่างรวดเร็วและรุนแรงได้ เช่น การออกกำลังกายของหนัก การไอ การจาม อย่างแรง นำไปสู่การมีปัสสาวะเล็ดหรือราดได้ ภาวะนี้พบประมาณร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุหญิงที่มีอาการปัสสาวะราด ปัจจัยเสี่ยงของพยาธิสภาพนี้ ได้แก่ การผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด การผ่าตัดในช่องเชิงกราน เช่น การผ่าตัดมดลูกการผ่าตัดต่อมลูกหมาก



**2.3 Urge incontinence** เป็นพยาธิสภาพที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีอาการปัสสาวะราดเรื้อรัง พยาธิสภาพชนิดนี้อาจพบร่วมกับพยาธิสภาพอื่นๆ ที่บริเวณทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท่อปัสสาวะอักเสบ เนื่องอกหรือนิวในกระเพาะปัสสาวะ หรืออาจเกิดขึ้นเองเนื่องจากความชราที่เรียก overactive bladder ภาวะนี้เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ detrusor โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการที่จะปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากจะปัสสาวะทันทีอย่างมาก (urgency) อาการเกิดขึ้นบ่อยแม้ในเวลากลางคืน

**2.4 Overflow incontinence** พยาธิสภาพชนิดนี้เกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะออกได้หมด หลังจากที่ผู้ป่วยปัสสาวะเสร็จแล้ว อาจเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่

- ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy)
- กลุ่มอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower urinary tract symptomatology หรือ LUTS) เดิมเชื่อว่าเกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเท่านั้น แต่ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุน่าจะเกิดจากการบีบตัวที่ไม่สัมพันธ์กัน (dyssynergic contraction) ของกล้ามเนื้อ detrusor ที่บริเวณส่วนล่างของกระเพาะปัสสาวะร่วมด้วย ภาวะนี้จึงอาจพบได้ในผู้หญิง นอกจาก 2 สาเหตุนี้แล้ว โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะก็อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการเหล่านี้ด้วย กลุ่มอาการที่จำเพาะต่อ LUTS ได้แก่ ปัสสาวะไม่ค่อยพุ่งเหมือนช่วงวัยหนุ่มสาว ปัสสาวะสะดุดติดขัด ไม่ค่อยออก ทำให้ต้องเบ่งปัสสาวะ และมีปัสสาวะหยุดหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว

**2.5 Reflex incontinence** ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพชนิดนี้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเองได้ เนื่องจากกระแสประสาทที่สั่งการจากสมองไม่สามารถผ่านไปตามไขสันหลังจนถึงบริเวณ sacral ที่ 2 ถึง 4 ที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะทำงานโดยอัตโนมัติปราศจากการควบคุม (automatic emptying) ในกรณีเรื้อรัง กระเพาะปัสสาวะจะมีพยาธิสภาพแบบหดเกร็ง (spastic) ทำให้ไม่สามารถเก็บกักปัสสาวะได้มาก ผู้ป่วยจะปัสสาวะบ่อยและกลั้นไม่ได้ ภาวะนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการทำลายไขสันหลัง (spinal cord) อาจเนื่องจากอุบัติเหตุ มะเร็งที่แพร่กระจายมากดไขสันหลัง และภาวะช่องไขสันหลังตีบ (spinal stenosis) ผู้ป่วยจึงต้องมีการทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วยเสมอ เช่น อาการอ่อนแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ภาวะหกล้ม อาการสูญเสียความรู้สึกของร่างกายตั้งแต่ตำแหน่งที่มีการทำลายไขสันหลังที่รับความรู้สึกจากส่วนนั้นๆ ของร่างกายตลอดจนไปถึงบริเวณรอบทวารหนัก ทำให้มีอาการอุจจาระราดร่วมด้วย นอกจากนั้น โรค normal pressure hydrocephalus อาจทำให้มีอาการปัสสาวะราดแบบนี้ ร่วมกับอาการขาอ่อนแรงทำให้เดินลำบาก ในระยะรุนแรงผู้ป่วยจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย

การแบ่งประเภทของอาการปัสสาวะราดเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น เพื่อประโยชน์ในการเข้าใจพยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาแต่ละประเภท แต่พึงระลึกเสมอว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิดได้ในเวลาเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุหญิงที่มี stress incontinence อยู่เดิม ต่อมาภาวะกะบังลมหย่อนจนทำให้มีการอุดตันของท่อปัสสาวะ นำไปสู่อาการปัสสาวะราดชนิด overflow incontinence ร่วมด้วย การที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพหลายชนิดในเวลาเดียวกันอาจเรียกว่า mixed incontinence



## มาตรการในการป้องกันอาการปัสสาวะรด

### 1. การป้องกันอาการปัสสาวะรดเมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวได้เอง ให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะการเดินไปเข้าห้องส้วมได้เอง
- จัดหาเตียงให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปัสสาวะรดอยู่ใกล้ห้องส้วม
- หลีกเลี่ยงการใช้ยา หรือระมัดระวังในการใช้ยาที่อาจนำไปสู่อาการปัสสาวะรดได้
- ติดตามการขับถ่ายอุจจาระและป้องกันอาการท้องผูกที่อาจเกิดขึ้น

### 2. การป้องกันอาการปัสสาวะรดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเดิน
- รับประทานอาหารที่มีกากเส้นใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก
- ผู้สูงอายุที่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด หรือได้รับการผ่าตัดในช่องเชิงกรานควรให้มีการฝึก

บริหารกล้ามเนื้อกะบังลมโดยการขมิบก้น (pelvic floor exercise) ที่เรียก Kegel exercise ในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจวิธีการฝึก บุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยโดยลองฝึกกลั้นปัสสาวะให้หยุดขณะที่กำลังปัสสาวะ หรืออาจให้ผู้ป่วยฝึกขมิบก้นขณะที่บุคลากรทางสุขภาพกำลังทำการตรวจทางทวารหนัก (per rectal examination) ถ้าผู้สูงอายุทำได้ถูกต้อง สะโพกจะต้องไม่ลอยขึ้นจากพื้นเตียง หน้าท้องไม่เกร็ง และมีการบีบรัดที่นิ้วของบุคลากรทางสุขภาพผู้ตรวจโดยหูรูดของทวารหนัก โดยทั่วไปแนะนำให้ฝึกขมิบก้น 30 ถึง 200 ครั้งต่อวัน โดยเกร็งแต่ละครั้งให้นานราว 10 วินาที

## หลักการรักษาทั่วไป

1. ผู้ป่วยควรไปปัสสาวะที่ห้องน้ำบ่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำปัสสาวะสะสมในกระเพาะปัสสาวะมากเกินไปนำไปสู่อาการปัสสาวะรดครั้งต่อไป โดยเริ่มจากทุก 2 ชั่วโมงแล้วยืดเวลาให้นานขึ้นถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้
2. หยุดการดื่มน้ำโดยให้ห่างจากเวลาเข้านอน หรือเวลาที่ต้องออกนอกบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง ควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่เกิน 1 ลิตรต่อวัน ปรับเปลี่ยนชนิดหรือเวลาที่รับประทานยาที่ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณมาก
3. ป้องกันอาการท้องผูก
4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโพรงไซนัสอักเสบ การควบคุมอาการไอจากโรคมะเร็ง การควบคุมโรคกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหาร (gastroesophageal reflux disease หรือ GERD)
5. เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ค่อนข้างเย็น ควรพยายามทำให้ร่างกายมีความอบอุ่น และหลีกเลี่ยงเครื่องทำความร้อนที่มีอัลกอฮอล์
6. หลีกเลี่ยงสาเหตุของอาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เพื่อป้องกันอาการปัสสาวะรดในเวลากลางคืน เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรืออัลกอฮอล์ การดื่มน้ำขมิบปัสสาวะ ยากลุ่ม theophylline และแก้ไข้สาเหตุที่มักนำไปสู่อาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ได้แก่ รักษาอาการนอนไม่หลับ ควบคุมโรคเบาหวาน ภาวะหัวใจวาย ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ และโรคของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น โรคของต่อมลูกหมาก โรค OAB และภาวะทางเดินปัสสาวะส่วนล่างอุดตันจากสาเหตุต่างๆ เป็นต้น
7. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม จะได้ผลดีในกรณี functional incontinence เช่น จัดเตียงนอนหรือบริเวณที่ผู้สูงอายุมักอยู่ในเวลากลางวันให้ใกล้กับห้องน้ำ การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถเดินไปใช้ห้องน้ำด้วยความรวดเร็ว เช่น มีราวให้จับไปตามทาง พื้นไม่ลื่น ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ จัดหาหม้อรองปัสสาวะหรือกรวยรองปัสสาวะเพื่อให้สามารถปัสสาวะข้างเตียงได้ จัดหาผ้าอ้อมชนิดใช้แล้วทิ้งในกรณีที่ต้องออกไปธุระนอกบ้านช่วงสั้นๆ

ที่มา: ประเสริฐ อัสสันตชัย. อาการและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด., 2555; หน้า 260-269.





## ภาคผนวก 22

### ภาวะหกล้ม (Fall)

ผลกระทบของภาวะหกล้มนั้นนำไปสู่ความเจ็บป่วยอื่นที่อาจตามมาอย่างที่เราคาดไม่ถึง เช่น ภาวะกระดูกหัก (fracture) นั้นจะทำให้เกิดการเสียชีวิต ความพิการ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยรวม แม้ภาวะหกล้มส่วนใหญ่มักดูเหมือนจะก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่อาการแสดงของพยาธิสภาพต่างๆ ทั้งที่เกิดจากความชราเองและโรคร้ายแรงต่างๆ ที่ซ่อนอยู่อาจค่อยๆ ปรากฏตามมาได้

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมักเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง (predisposing factor) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ซึ่งมีผลต่อกัน ดังนั้น การวินิจฉัย การดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันภาวะหกล้มเป็นเรื่องที่บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสนใจเป็นอันดับต้นๆ ในเวชปฏิบัติประจำวัน ขณะเดียวกันอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่า เท่ากับร้อยละ 10.1 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่นอกบ้านพักคนชราจะมีอุบัติการณ์ภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ผู้ที่มีความสามารถทางสมองลดลง เช่น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็มักหกล้มได้บ่อยกว่าคนทั่วไป ในด้านผลระยะยาวสำหรับผู้ที่ยกหกล้มและมีกระดูกข้อสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 เมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และมีถึงร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วย

**จากผลการศึกษาวิจัยในหลายๆ ฉบับ อาจพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้นเมื่อ**

1. มีประวัติเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
2. มีประวัติได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มต่อไปนี้
  - ยานอนหลับ
  - ยาต้านเศร้า
  - ยารักษาโรคทางจิตเวช
  - ยารักษาโรคหัวใจในกลุ่ม Digitalis
  - มีการใช้ยาหลายตัวร่วมกันตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)
3. มีปัญหาหรือความบกพร่องในการทรงตัว
4. มีปัญหาหรือความบกพร่องในการเดิน
5. มีความบกพร่องในการมองเห็น
6. มีความบกพร่องในการรับรู้หรือการรู้ตัว
7. มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ
8. มีประวัติโรคทางกาย ดังต่อไปนี้
  - โรคหลอดเลือดสมอง
  - ภาวะเวียนศีรษะ หรือ บ้านหมุน
  - รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นานกว่าหรือเท่ากับ 19 วัน



## การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม (Multifactorial risk assessment)

ทำได้โดยประเมินประเด็นดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติภาวะหกล้ม อย่างครอบคลุมถึงสาเหตุ ความถี่ ความรุนแรง สถานที่ล้ม รวมทั้งอาการร่วมอื่นๆ ขณะล้ม
2. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความสามารถในการเดิน และท่าทางการเดิน ว่ามีความผิดปกติหรือไม่
3. ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกระดูกพรุน เช่น ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี น้ำหนักตัวน้อย มีประวัติกระดูกหัก ได้รับยาประเภทสเตียรอยด์ เป็นต้น
4. ประเมินความสามารถที่แท้จริงของตนเอง รวมถึงความกลัวที่จะล้ม และสอบถามความรุนแรงของความกลัวด้วยว่ามีมากน้อยเพียงไร
5. ประเมินการมองเห็นว่ามีความผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่
6. ประเมินระดับความสามารถของสมอง (cognitive impairment) เช่น MMSE (Thai version) รวมทั้งการตรวจร่างกายทางระบบประสาท
7. ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ
8. ประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
9. ตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งประเมินภาวะความดันโลหิตลดลงในขณะเปลี่ยนท่า
10. ทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้ม โดยเฉพาะยากลุ่ม psychotropic drug และการใช้ยาที่มากกว่า 4-5 ชนิด เป็นต้น



ทั้งนี้ต้องไม่ลืมว่าผู้ที่มีประวัติหกล้มจะเพิ่มโอกาสให้เกิดภาวะหกล้มครั้งต่อไปมากขึ้นเป็น 3 เท่า และการประเมินภาวะหกล้มต้องเป็นแบบองค์รวม ต้องครอบคลุมทั้งปัญหาทางอายุรกรรม สุขภาพจิต ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการทบทวนการใช้ยา

## การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว (Strength & Balance training)

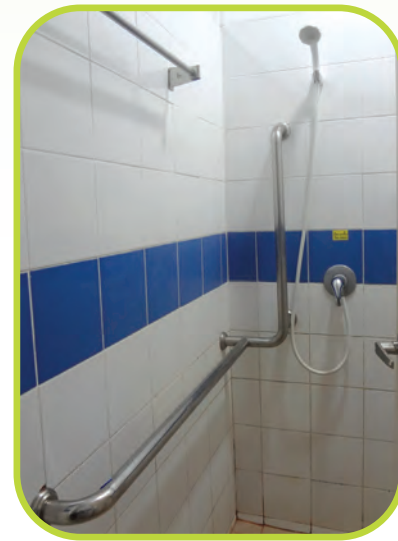
เป้าหมายของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม จะเน้นที่การเพิ่มความมั่นคงในการยืน/เดินของผู้สูงอายุ เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนที่และการเดิน โดยการฝึกการทรงตัว (Balancing training) ฝึกกำลังกล้ามเนื้อให้แข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อเข่า และกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า ซึ่งเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญต่อการยืนและเดินที่มั่นคง อีกทั้งการบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณลำตัวและข้อต่อของขา และประการสุดท้ายคือ จัดหาเครื่องช่วยเดินให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้



### การปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดลอม (Home hazard and safety intervention)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้บ่อย ได้แก่

1. พื้นที่อยู่อาศัย นอกจากจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มแล้ว ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการบำรุงดูแลรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องปัสสาวะราด
2. ไม่ควรใช้พรมที่ไม่ยึดติดกับพื้น เช่น พรมที่ไม่มีวัสดุกันลื่นติดด้านล่าง
3. พรมเช็ดเท้าหรือเสื่อที่ตาห่างๆ พรมที่มีขอบยกนูน พับไม่เรียบ ล้วนก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
4. พื้นผิวควรมีลักษณะไม่ลื่นหรือไม่ขรุขระ โดยเฉพาะพื้นผิวในบริเวณที่เปียกน้ำ
5. สัตว์เลี้ยงขนาดเล็กวิ่งอยู่บริเวณเท้า
6. มีแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ
7. แก้วที่ตำเกินไปไม่สะดวกในการลุก
8. ทางเดินภายนอกชำรุด และมีพุ่มไม้เตี้ยๆ ตามทางเดินเข้าสู่บ้าน
9. บ้านที่ไม่มีไฟฟ้า บ้านที่อยู่อาศัยลักษณะแบบบ้านเรือนไทยหรือกระท่อม
10. เฟอร์นิเจอร์ควรวางอยู่ในตำแหน่งที่ไม่กีดขวางทางเดิน หมั่นดูแลให้พื้นแห้งเสมอ ควรมีราวจับตามฝาผนัง และให้มีแสงไฟเพียงพอในพื้นที่ต่างๆ
11. เลือกใช้ความสูงของเตียง แก้วให้เหมาะกับผู้สูงอายุ จัดเครื่องใช้ในห้องให้เป็นระเบียบ มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม
12. ควรมีระบบสัญญาณเพื่อเรียกพยาบาล (nurse call system) กรณีฉุกเฉิน เช่น ในห้องพักหรือห้องน้ำ ที่ผู้สูงอายุสามารถติดต่อหรือเรียกผู้ดูแลได้สะดวก



### มาตรการที่ไม่แนะนำในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

(Interventions that cannot be recommended : poor outcome, insufficient evidence)

1. การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว เนื่องจากอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
2. การออกกำลังกายแบบใช้ความแรงน้อย (low intensity exercise) ร่วมกับการป้องกันอาการปัสสาวะราด จากงานวิจัยในสถานสงเคราะห์คนชราในผู้สูงอายุที่มีอาการปัสสาวะราดร่วมด้วย พบว่า การออกกำลังกายด้วยการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินไปห้องน้ำเองเพื่อถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 16.00 น. สัปดาห์ละ 5 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 8 เดือน พบว่าไม่สามารถลดจำนวนการหกล้มได้
3. การให้อาหารเสริมเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม การให้อาหารเสริมที่มีพลังงานสูงในผู้สูงอายุหญิงที่อ่อนแอ (frail) เพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มได้

ทั้งนี้ท่านสามารถศึกษารายละเอียด การคัดกรอง การป้องกันและรักษาภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้เพิ่มเติมในคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หรือ website [www.agingthai.org](http://www.agingthai.org)

ที่มา: คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2551.



## ภาคผนวก 23

### ภาวะซึมเศร้า (Depression)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักจะถูกกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางแพทย์หรือจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องจาก

1. อาจเห็นว่าเป็นปกติของผู้สูงอายุที่อายุมากที่จะหดหู่ ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน ไม่มีงานทำ หรือมีโรคประจำตัว
2. คิดว่าอาการ negative symptoms ของโรคซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ
- 3.ญาติและผู้สูงอายุเองมักจะไม่นยอมรับว่าเป็นโรคทางด้านจิตใจ คิดว่าเป็นนิสัยไม่ดีของผู้ป่วยมากกว่า
4. คิดว่าผู้สูงอายุมักจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายทางด้านจิตใจออกมา ด้วยอาการทางร่างกาย



#### ผลของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อย

1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในต่างประเทศ เช่น ประเทศจีนจะพบอัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50
2. มีความเสี่ยงต่อโรคทางกายหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการตายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ยังเป็นผลให้โรคทางร่างกายที่มีอยู่หายช้าลง ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนอยู่คนเดียวทั้งวัน เช่น หลังผ่าตัดข้อสะโพกหัก ผู้ป่วยจะไม่ยอมร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด โดยเฉพาะผู้ป่วย Stroke ที่มีโรคซึมเศร้า (เช่น Post Stroke Depression) โดยปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคทางกายและโรคซึมเศร้าสูงถึง 1.5-3 เท่าของคนทั่วไป
3. ความเครียดจากภาวะโรคซึมเศร้าและความเครียดที่เกิดซ้ำๆ อาจทำให้เกิดความเสื่อมในสมองส่วน Hippocampus ได้เร็ว ซึ่งเป็นสมองส่วนสำคัญในกระบวนการของความจำ ทำให้ความจำลดลงและอาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้



### การวินิจฉัยโรค (Diagnostic Criteria)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป Blazer (1991) ได้กล่าวถึง อาการโรคซึมเศร้าในชุมชนไว้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอาการ

- อารมณ์เศร้า
- การเคลื่อนไหวเชื่องช้า
- สมาธิไม่ดี
- ท้องผูก
- รู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี
- การรับรู้และความจำไม่ดี (Cognitive deficits)
- มีอาการทางร่างกายร่วมด้วย



### อาการสำคัญของโรคซึมเศร้า

#### อาการหลัก

- มีอารมณ์ซึมเศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป
- ไม่มีความสุขไม่สนใจในสิ่งต่างๆ ที่ปกติเคยสนใจ
- อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย



#### อาการอื่นๆ

- ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตัวเองลดน้อยลง
- รู้สึกผิดหรือบาปอย่างไม่สมเหตุผล
- คิดถึงเรื่องความตาย มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย
- ไม่มีสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้
- การเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากเดิม ซึมเศร้า เชื่องช้า กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง
- การนอนผิดปกติ
- อยากอาหาร เปลี่ยนแปลงจนทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลด

### หลักสำคัญในการซักประวัติ

พยายามซักประวัติอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมีหลักสำคัญที่ต้องจำ คือ

- ผู้ป่วยมักจะไม่บอกถึงอารมณ์เศร้า แม้ว่าคนรอบข้างจะสังเกตเห็น
- มักจะบ่นหรือสนใจอาการทางร่างกายหรือคิดว่าตนเองมีโรคทางร่างกาย
- ผู้ป่วยจะบ่นและรู้สึกว่ามีความจำเป็นไม่ตีมากกว่ารู้สึกว่ามีอารมณ์เศร้า
- มีอาการของโรคประสาทวิตกกังวล เช่น ย้ำคิดย้ำทำ กลัว
- มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม หรือบุคลิกภาพไม่ดีมากขึ้น ไม่สนใจดูแลตัวเอง

Brody et al. 1997 ได้กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแสดงอารมณ์เศร้า ออกอาการทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระวนกระวาย นั่งไม่ติด วิตกกังวล มีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีอาการทางจิต



## ความยากลำบากในการวินิจฉัย (Diagnostic difficulties)

ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ที่ความชราภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างอาการทางร่างกาย และอาการของโรคซึมเศร้า

### อุปสรรคที่ยากต่อการวินิจฉัย

- อาการทางร่างกายที่แยกยากกว่ามีพยาธิสภาพจริงๆ หรือเป็นอาการทางจิตเวช
- ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน
- อาการโรคซึมเศร้านั้นจะพบปนกันกับอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ในคนไข้โรคเบาหวาน
- มีอาการทางด้านโรคประสาทวิตกกังวล
- ละเลยการดูแลตัวเอง เช่น ไม่ทำตามแพทย์สั่ง
- แสดงอาการออกทางด้าน Pseudodementia
- แสดงออกทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพที่ไม่ดีที่เคยมีอยู่แต่มากขึ้น
- การซักประวัติอย่างละเอียดตั้งแต่ก่อนป่วย อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น นอนไม่หลับที่มีอยู่เดิมจากการเจ็บป่วย แต่มีอาการตื่นเช้ากว่าเดิม อาการเหนื่อยมากกว่าที่มีอยู่เดิมจากการเดินหรือทำกิจกรรมจะมีมากขึ้นแม้ว่านั่งอยู่เฉยๆ การซักประวัติควรจะได้ประวัติจากคนใกล้ชิดที่บ่งบอกถึงความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เคยสนใจแล้วลดน้อยถอยไป ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะโกรธเมื่อถามถึงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ และมักปฏิเสธอารมณ์ที่ผิดปกติไป
- อาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่หาสาเหตุทางร่างกายไม่พบ หรือมีอาการผิดปกติ อาการปวดต่างๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางร่างกาย
- ผู้ป่วยที่สนใจอาการไม่สบายทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยจะพูดและบ่นถึงอาการท้องอืด จุกเสียด ปวดหลังมาก ทำให้ญาติและแพทย์นำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มากมาย โดยไม่ได้คิดถึงว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- อาการโรคจิตที่ตรวจพบ เช่น ย้ำคิดย้ำทำมากกว่าปกติจนรบกวนชีวิตประจำวัน
- โรคกลัวต่างๆ หรือบ่นถึงอาการทางร่างกายที่ไม่มีสาเหตุชัดเจน ให้ตรวจละเอียดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ (Baldwin. 1988)
- ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แยกตัว นอนอยู่เฉยๆ ไม่ยอมรับประทานอาหาร พละกำลังลดลงอย่างมาก



โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ และผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตและมีความสามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ดังนั้น เมื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าแล้วมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า จะต้องวางแผนแนวทางการรักษา หรือส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐานโดยทันที เพื่อลดการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา ป้องกันการลุกลามของโรค รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติด้วย

ที่มา: รวีวรรณ นิเวศพันธุ์. ซึมเศร้า (Depress) ใน: คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2548.



## ภาคผนวก 24

### ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)

**ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)** เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของอวัยวะต่างๆ อันเนื่องมาจากความชรา ปัจจัยทางเวชกรรมหรือโรคประจำตัว ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยภาวะทุพโภชนาการจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดความพิการในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับแก้ไขได้

ดังนั้นการค้นหาภาวะทุพโภชนาการที่ซ่อนเร้นอยู่ จึงเป็นเรื่องสำคัญโดยทั่วไปเราอาจแบ่งภาวะทุพโภชนาการได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) และภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งในภาวะขาดสารอาหารก็ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน และภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่

ภาวะขาดสารอาหารจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางเวชกรรมต่างๆตามมาได้มากมาย เช่น

1. เกิดภาวะหกล้มและโรคกระดูกพรุนมากขึ้น
2. ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง การทำงานด้านการคิดและการหาเหตุผลของสมอง (Cognitive functions) ช้าลง การหายของแผลช้าลง มวลกล้ามเนื้อลดลง
3. เกิดโรคจากการขาดเกลือแร่ต่างๆมากขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางในผู้ที่ขาดธาตุเหล็ก หรือโพแทสเซียม ภาวะกระดูกพรุนในผู้ที่ขาดแคลเซียม การเกิดภาวะเบื่ออาหารและผิวหนังอักเสบในผู้ที่ขาดธาตุสังกะสี ความสามารถในการมองเห็นกลางคืนลดลงในผู้ที่ขาดวิตามินเอ มีอาการเหน็บชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในผู้ที่ขาดวิตามินบีหนึ่ง ผงน้ำตาลเลือดอ่อนแอเกิดจุดเลือดออกง่ายในผู้ที่ขาดวิตามินซี หรือแม้กระทั่งเกิดโรคเซลล์ประสาทและสมองเสื่อมในผู้ที่ขาดวิตามินอี เป็นต้น



#### การวินิจฉัย

ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุนั้น สังเกตเบื้องต้นได้จากการที่ผู้สูงอายุมักจะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ในช่วง 6 เดือน แต่ถ้ามากกว่าร้อยละ 10 อาจค่อนข้างชี้ชัดว่า เริ่มมีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานแล้ว ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า หากผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) ลดต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร น่าจะบ่งภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ซึ่งอาจต้องยืนยันด้วยผลการตรวจเลือดทางเคมีเพิ่มเติม เช่น ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร จากนั้นควรรีบทำการวางแผนวินิจฉัยหรือวางแผนรักษาต่อเนื่องโดยเร็ว





### ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากความชราที่พบได้บ่อยก็คือ การเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุเอง โดยเริ่มจากการที่ต่อมน้ำลายและปมรับรสเริ่มมีความเสื่อม ทำให้เกิดอาการปากแห้ง (Xerostomia) ความสามารถในการแยกรสชาติอาหารลดลง การหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารและมีปัญหาในการย่อยอาหาร อีกทั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นจนเกิดภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Sarcopenia) ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก และนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยอื่นที่รุนแรง

1. **ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม** โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจฐานะลดลงหรือไม่มีผู้ดูแล อาจมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถประกอบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้เอง จึงจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ
2. **ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต** เช่นภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะติดสุรา
3. **ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทางกาย** คือ การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อ การรับประทานอาหารหรือการย่อยอาหาร เช่น มีแผลในปากเรื้อรัง โรคเหงือกอักเสบเรื้อรัง โรคสมองเสื่อมพาร์กินสัน โรคไตใส้อักเสบเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือโรคต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน อีกทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับประทานยาหลายตัว อาจมีผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ยาขยายหลอดลม (theophylline) อาจทำให้เบื่ออาหาร ยาลดความดันโลหิตสูงบางกลุ่ม (ACEI หรือ Calcium Channel Blockers ) อาจทำให้การรับรสเสียไป เป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสังเกตและการซักประวัติ การตรวจดัชนีมวลกาย (BMI) และการใช้แบบคัดกรองภาวะทุพโภชนาการนั้น สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นได้ อีกทั้งสามารถทำได้ไม่ยากแม้ในชุมชนหรือสถานบริการขนาดเล็กด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อให้เราสามารถวินิจฉัยภาวะทุพโภชนาการได้ตั้งแต่ในระยะแรก ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนและให้การรักษาได้ทันเวลาที่

แหล่งข้อมูล: ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.





## ภาคผนวก 25

### หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบย่อยอาหาร-น้ำดี ทำให้ส่วนใหญ่มักจะมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ (เสื่อม) โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง สมองเสื่อม เบาหวาน เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การได้รับยาหลายชนิด ที่อาจจะเกิดปัญหาฤทธิ์ยาตีกัน ทำให้ไม่ได้ผลการรักษาที่ดีพอ หรือเกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของตับและไตที่เสื่อมลง จะส่งเสริมให้การตอบสนองต่อยาและการขับยาออกจากร่างกายเกิดได้ไม่สมบูรณ์ ถึงแม้ขนาดยาที่ได้รับจะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของการรักษาแล้วก็ตาม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุจึงมักเกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ต้องการการดูแลจากญาติหรือลูกหลานเป็นพิเศษ และในกรณีที่เกิดอาการรุนแรง อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่พิการหรือเสียชีวิตเร็วขึ้นได้

#### เภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetics)

เภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetics) หมายถึง การเป็นไปของยาเมื่อยาเข้าสู่ร่างกาย หรือหมายถึง การที่ร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับ (what the body does to the drug) ซึ่งได้แก่ การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (absorption), การกระจายตัวของยา (distribution), การเผาผลาญยา (metabolism), การขับยาออกจากร่างกาย (excretion) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้รวมกับ ขนาดยาที่ให้จะเป็นสิ่งที่กำหนดถึงความเข้มข้นของยาในบริเวณที่นำไปออกฤทธิ์และเป็นผลต่อเนื่อง ไปถึงความแรงของฤทธิ์ยาที่เกิดขึ้น เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (onset) และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาในร่างกาย (duration of action)

**การดูดซึม (Absorption)** กระบวนการดูดซึมประกอบด้วย พื้นผิวดูดซึม ความเป็นกรดต่าง ในกระเพาะอาหาร splenic blood-flow การบีบตัวของกระเพาะอาหาร-ลำไส้ อย่างไรก็ตามการดูดซึมมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุไม่มากนัก

**การกระจายของยา (Distribution)** ยากระจายเข้าสู่ภายในเซลล์และระหว่างเซลล์ การเปลี่ยนแปลงมวลรวมไขมันของร่างกายส่งผลต่อการกระจายของยา เพราะการกระจายยาขึ้นกับ cardiac output เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ และปริมาณของเนื้อเยื่อ/อวัยวะนั้นๆ ปริมาณไขมันที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ยาที่กระจายเข้าไขมันเพิ่มมากขึ้น เช่น diazepam ผู้สูงอายุมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ยาที่กระจายในน้ำ (Hydrophilic medications) มีปริมาณลดลง เช่น Digoxin ยาที่จับกับโปรตีนในเซรัม เพื่อให้ได้สมดุลระหว่าง bound (inactive) form และ free (active) form ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น/ลง (fluctuate) และช่วงเจ็บป่วยมี albumin ลดลง อาจทำให้ free (active) form เพิ่มจนเป็นพิษ (Toxicity) ได้ เช่น warfarin การได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้เกิดการแย่งจับกับโปรตีน (เช่น ไทรอยด์ฮอร์โมน, digoxin, warfarin, phenytoin) และอาจทำให้ free (active) form ของยาเพิ่มมากขึ้นได้

**การเผาผลาญยา (Metabolism)** การเผาผลาญยามีการเปลี่ยนแปลงตามอายุและบุคคล โดยส่วนใหญ่เกิดจากเอนไซม์ตับเปลี่ยนแปลง ขนาดตับลดลงร้อยละ 17-36 และเลือดไปเลี้ยงตับลดลงร้อยละ 20-40 ทำให้ภาพรวมการเผาผลาญที่ตับลดลง (Decline in metabolic capacity) เส้นทางการหลักของการเผาผลาญยาที่ตับคือ

**ระยะที่ 1** การทำลายโดย cytochrome P 450 - oxidation, reduction ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ

**ระยะที่ 2** การ conjugate กับยาโดยกระบวนการ acetylation, glucuronidation, sulfation และ glycein conjugation ซึ่งกระบวนการนี้ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ





นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหาร โรค-ภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการ metabolism ของยาได้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับยามากกว่า 1 ชนิด อาจทำให้ metabolism ของยาตัวอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป

**การขับยา (Excretion)** เนื่องจากการทำงานของไตลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (อาจถึงร้อยละ 50 เมื่ออายุ 85 เทียบกับคนหนุ่มสาว) มีการลดลงทั้ง glomerular filtration rate และ tubular function ส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ยาที่ขับทางไต ในขณะที่ระดับ creatinine ไม่สามารถบอกการทำงานของไตได้อย่างแม่นยำ เพราะมวลกล้ามเนื้อลดลง Creatinine clearance ลดลง ทำให้ระดับยาในเลือดสูงกว่าปกติ และระยะเวลา half-life ของยายาวนานขึ้น ในกรณีนี้จะทำให้ยาที่มี Therapeutic index แคบ (เช่น digoxin aminoglycoside) มีปัญหาได้ง่าย ควรพิจารณาปรับขนาดยาตามอายุด้วย

สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยามากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจาก

1. การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacokinetics) แสดงในตารางที่ 1 และ เภสัชจลนศาสตร์ (pharmacodynamic)
2. ผู้สูงอายุมีกำลังสำรองลดลง จึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรง
3. ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพเสี่ยงต่อการใช้ยาหลายขนาน
4. อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนและได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น
5. ปัญหาในการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน
6. ปัญหาสติปัญญาบกพร่อง ทำให้ไม่เข้าใจการใช้ยา หรือสื่อสารความผิดปกติของตนได้ไม่ถูกต้อง
7. ผู้สูงอายุมักซื้อยาเอง และมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย
8. แพทย์ที่ดูแล โดยยังมีแพทย์หลายท่าน ผู้สูงอายุก็มีโอกาสใช้ยาหลายขนานมากขึ้น



ตารางที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ในผู้สูงอายุ

เภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics)	การเปลี่ยนแปลง	ผลทางคลินิก	ตัวอย่างยา
การดูดซึม (absorption)	การหลังกรดในกระเพาะอาหารลดลง	การดูดซึมยาบางชนิดลดลง	Ketoconazole Itraconazole Ferrous sulphate
	การดูดซึมที่ลำไส้เล็กลดลง	ไม่มีผลทางคลินิกที่มีนัยสำคัญ	-
	การไหลของเลือดไปที่ลำไส้เล็กลดลง	ไม่มีผลทางคลินิกที่มีนัยสำคัญ	-
การกระจายตัวของยา (distribution)	เนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น ทำให้ยาที่ละลายในไขมันกระจายตัวมากขึ้น	ค่าครึ่งชีวิตของยาที่ละลายได้ดีในไขมันมากขึ้น	Diazepam Flurazepam
	ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง และการกระจายตัวของยาที่ละลายได้ดีในน้ำลดลง	ความเข้มข้นของระดับยาที่ละลายได้ดีในน้ำมากขึ้น	Ethanol
	มวลทั้งหมดของร่างกายที่ไม่รวมไขมัน (lean body mass) และการกระจายตัวของยาที่จับกับกล้ามเนื้อลดลง	ลดปริมาณยาที่ให้ครั้งแรก	Digoxin
	ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง	ปริมาณยาที่จับกับโปรตีน (acidic drugs) ลดลง	Phenytoin Warfarin
	ระดับ al-acid glycoprotein เพิ่มขึ้น	ปริมาณยาที่จับกับโปรตีน (basic drugs) เพิ่มขึ้น	Lidocaine Propranolol
การเปลี่ยนแปลงยา (metabolism หรือ biotransformation)	การเปลี่ยนแปลงยาขั้นตอนที่ 1 ลดลง (hydroxylation, oxidation, alkylation, reduction)	เพิ่ม drug bioavailability	Labetalol Propranolol
		เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา	Diazepam Flurazepam
	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงยาขั้นตอนที่ 2 (conjugation)	เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา ไม่เปลี่ยนแปลง	Digoxin Gentamicin ACE inhibitors
การขับยา (excretion)	เลือดไปเลี้ยงที่ไต และอัตราการกรองที่ไตลดลง	เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา	Digoxin Gentamicin ACE inhibitors

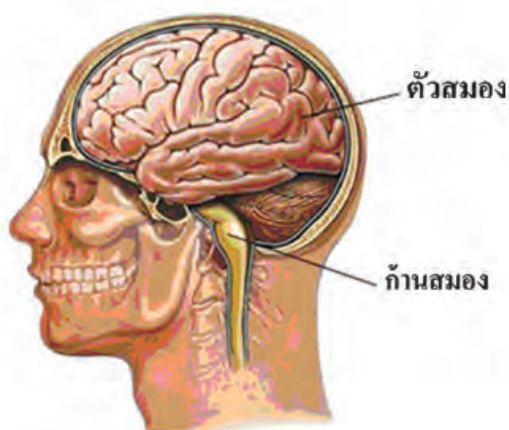


## เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics)

เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) หมายถึง การออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย (what drug does to the body) หรือการที่ยามีผลต่อร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยาของยา กลไกที่ทำให้เกิดผลทั้งด้านที่พึงประสงค์คือฤทธิ์ในการรักษา และผลที่ไม่พึงประสงค์ คืออาการข้างเคียงและพิษของยา การจับของยาเข้ากับโมเลกุลของร่างกายที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับ (drug target) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาที่ใช้กับการตอบสนองที่เกิดขึ้นในร่างกาย (does-response relationship)

## การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) ในผู้สูงอายุ

การออกฤทธิ์ของยาที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น โดยพบว่าการตอบสนองต่อยากลุ่ม  $\beta$ -adrenoceptor agonist ลดลง เนื่องจากการทำงานของ  $\alpha_2$  - adrenoceptor ที่บริเวณก่อนจุดประสานประสาท (presynaptic) ลดลงทำให้ notadrenaline สะสมที่ปลายประสาทมากขึ้น  $\beta$ -adrenoceptor ลดลง (down-regulation) ดังนั้นการใช้ยาต้านการทำงานของ  $\beta$ -adrenoceptor ในผู้สูงอายุจึงมีการตอบสนองต่อยาลดลง อีกทั้งกลไกการรักษาสมดุลของร่างกาย (homeostatic mechanism) ลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยามากกว่าคนอายุน้อย การตอบสนองต่อยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีจำนวนจุดประสานประสาทและ dopamine ในสมองลดลง จึงมีโอกาสเกิดอาการทาง extrapyramidal (extrapyramidal symptoms) มากและรุนแรงขึ้น ดังนั้นการใช้ยากลุ่มรักษาโรคจิต (neuroleptics) และ metoclopramide ต้องให้อย่างระมัดระวัง ผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่ม benzodiazepines เช่น diazepam จะง่วงซึมและเกิดประสาทสั่งการเชื่องช้า (psychomotor retardation) มากกว่าคนอายุน้อยแม้จะให้ในระยยะสั้น ยากลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน พบมีการกระจายตัวของยาน้อยกว่าคนอายุน้อย ระดับยาในเลือดจึงสูงกว่าและใช้เวลานานกว่าในการขับออกจากร่างกาย การตอบสนองต่อยากลุ่ม anticholinergics เพิ่มขึ้น เช่น ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic และยารักษาโรคจิต เพราะปริมาณ acetylcholine ที่ปลายประสาทลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงสูงขึ้น ดังนั้นการให้ยาในผู้สูงอายุควรให้ปริมาณน้อยและค่อยๆ เพิ่มซ้ำๆ ร่วมกับสังเกตว่ามีผลข้างเคียงของยาร่วมด้วยหรือไม่



ตัวอย่างยาสมุนไพร และยาแผนปัจจุบันที่ใช้บ่อย และผลไม่พึงประสงค์จากยา

ยาสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	ผลไม่พึงประสงค์จากยา
ใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ใช้ในโรคอัลไซเมอร์ หรือสมอง เสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย อุดตัน ภาวะหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศ และโรคเสียงดังในหู	Aspirin Warfarin Thiazide diuretic Acetaminophen และ Ergotamine / Caffeine	ภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตาที่เกิดเอง (Spontaneous hyphema) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral hemorrhage) โรคความดันโลหิตสูง ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma)
โสม (Ginseng)	Warfarin Alcohol Phenelzine (Nadil) ; monoamine oxidase inhibitor	ลด INR (international normalized ratio) เพิ่มการขับแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย ปวดศีรษะ อากาสั่น (tremor) อาการฟุ้งพล่าน (mania)
กระเทียม	NSAIDS, Warfarin	เพิ่ม anticoagulation effect
มะขามแขก (Senna) ใช้เป็นยาระบาย	ยาที่ดูดซึมทางลำไส้ Thiazides Digitalis Corticosteroids	ลด drug availability การใช้ติดต่อกันนานๆ อาจทำให้สูญเสีย โปตัสเซียม จึงมีผลต่อการใช้ยา digitalis และ antiarrhythmic agents
ชะเอมเทศ (licorice)	Thiazides Digitalis Corticosteroids	สูญเสียโปตัสเซียม เพิ่มความไวต่อยา digitalis เพิ่มฤทธิ์ยา corticosteroids
St. John's wort	SSRIs Digitalis Theophylline Cyclosporin	Serotonin syndrome ลด bioavailability ของยาเหล่านี้

SSRIs; serotonin reuptake inhibitors



## หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ

แพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้และเข้าใจหลักการให้ยาในผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาและลดผลไม่พึงประสงค์จากยาโดยตรงจากการขาดยาและปฏิกิริยาระหว่างยา โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้



1. เมื่อพิจารณาว่าภาวะหรือโรคที่ผู้สูงอายุเป็น จำเป็นต้องให้การรักษา ควรเริ่มจากการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน
2. หากมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วย แพทย์ต้องประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยาชนิดนั้นๆ ก่อนว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากกว่าได้รับผลเสียจากการใช้ยานั้น โดยแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลศาสตร์ของยาในผู้สูงอายุแต่ละรายเป็นอย่างดี เช่น หากมีการทำงานของไตและตับบกพร่อง ต้องมีความระมัดระวังในการเลือกให้ยาบางชนิดมากขึ้น นอกจากนี้ต้องทราบผลไม่พึงประสงค์จากยาและปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยตนเองหรือกับโรคของผู้ป่วย
3. ขนาดยาเริ่มต้น ควรให้จากขนาดต่ำกว่าและค่อยๆ เพิ่มขนาดยาซ้ำๆ จนได้ขนาดยาต่ำสุดที่มีประสิทธิภาพในการรักษา และควรให้การรักษาด้วยยาทีละตัวก่อน
4. ควรเลือกยาที่ราคาถูกและมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดก่อน
5. ต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาที่ชัดเจน รวมทั้งแนวทางในการติดตามผลการรักษาและผลไม่พึงประสงค์จากยาและการขาดยา
6. ควรมีการทบทวนยาทุกชนิดและทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทั้งชนิด จำนวน เม็ดยาที่เหลือว่าถูกต้องหรือไม่ ควรถามถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์หรือบุคคลอื่น ยาที่ซื้อตามร้านขายยา รวมถึงสมุนไพรและอาหารเสริม เพราะผู้ป่วยอาจคิดว่าไม่สำคัญ จึงไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ ที่สำคัญแพทย์ควรประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยา ผลข้างเคียงและความคุ้มค่าจากการใช้ยา
7. ควรลดหรือหยุดยาที่ไม่จำเป็น โดยถ้าเป็นยาที่มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงช้าๆ เพื่อป้องกันอาการจากการขาดยา
8. ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจตรงกันถึงวิธีการบริหารยา โดยเลือกวิธีการบริหารยาที่ง่ายและสะดวกที่สุดก่อน เช่น ควรให้ยาที่รับประทานวันละครั้ง มีอุปกรณ์เก็บยาให้สะดวกต่อการบริหารยา ผู้สูงอายุมักจำสีของยาได้มากกว่าชื่อยาจึงต้องแนะนำให้ชัดเจน

ที่มา: จุฑามณี สุทธิสีสังข์. หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ ใน: คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2548.

: ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2554.





สถาบันเวชศาสตร์  
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

