

คู่มือ

องค์ความรู้

โรค

เรื่อง ในผู้สูงอายุ

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่กระบวนการสูงอายทางประชากรอย่างเต็มรูปแบบ มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรรวม 64.5 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุถึง 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 ซึ่งถือว่ามีความสูงอายุน้อยกว่าประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รองจากประเทศสิงคโปร์ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุของประเทศไทยนั้นเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้สังคมไทยมีเวลาจำกัดในการเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแล เนื่องจากการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นย่อมมีผลให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย และเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น จึงต้องมีการเตรียมพร้อมกับการดำรงรับ “สังคมผู้สูงอายุ” โดยจะต้องมีการพัฒนาทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตและระบบต่างๆ ให้พร้อมเพื่อเสริมสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้โดยเฉพาะ จึงจัดทำคู่มือองค์ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การรักษาดูแลที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพ

ผมขอขอบคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาทั้งร่างกายและแรงใจในการช่วยทบทวนคู่มือฉบับนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการใช้ปฏิบัติงานได้จริง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้จะเจ็บป่วย

(นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา)

อธิบดีกรมการแพทย์

คู่มือองค์ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)

ผู้เชี่ยวชาญทบทวน

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ าสันตชัย

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. นางกฤษณา ตรีมณีรัตน์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 2. นางสาวนิสสรา แผ่นศิลา | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 3. นางกรชนก วุฒิสมงคล | โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี |

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2557

ISBN : 978-616-11-2086-3

บทสรุปผู้บริหาร

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น ทำให้โครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเข้าสู่ระยะประชากรสูงอายุโดยสมบูรณ์ (ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ) ประชากรสูงอายุของไทยไม่ได้เพิ่มขึ้นแต่เพียงจำนวนและสัดส่วนของผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น แต่ประชากรผู้สูงอายุวัยปลายหรือประชากรสูงอายุในกลุ่มที่สูงอายุมาก (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ยังเพิ่มอย่างรวดเร็วด้วย และคาดว่าในปี 2563 จะมีประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ประมาณ 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของประชากรทั้งประเทศ จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภาวะโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพและนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในที่สุด ผลกระทบที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขคือ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น พร้อมกับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ยังนำมาซึ่งภาระในการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันโรค ต้องมีการเตรียมมาตรการในการดำเนินการให้รอบด้านและครบถ้วนโดยเร็ว การเพิ่มศักยภาพของระบบบริการรักษาผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ จะต้องมีการพัฒนาในส่วนของคุณภาพการสาธารณสุขให้พร้อมด้วย โดยเฉพาะความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ

ดังนั้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จึงได้จัดทำ “คู่มือองค์ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข” ขึ้น ประกอบด้วย ความรู้เรื่องอาการและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และกลุ่มโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เป็นเนื้อหาที่บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต้องควรรู้ไว้เป็นพื้นฐาน ซึ่งคณะทำงานทุกท่านได้ตั้งใจให้เป็นคู่มือสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง



(นายประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทสรุปผู้บริหาร

โรคสมองเสื่อม 1

โรคซึมเศร้า 7

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ 13

ความผิดปกติของการนอนหลับในผู้สูงอายุ 16

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ 20

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ 25

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 33

โรคข้อเข่าเสื่อม 39

เอกสารอ้างอิง 43

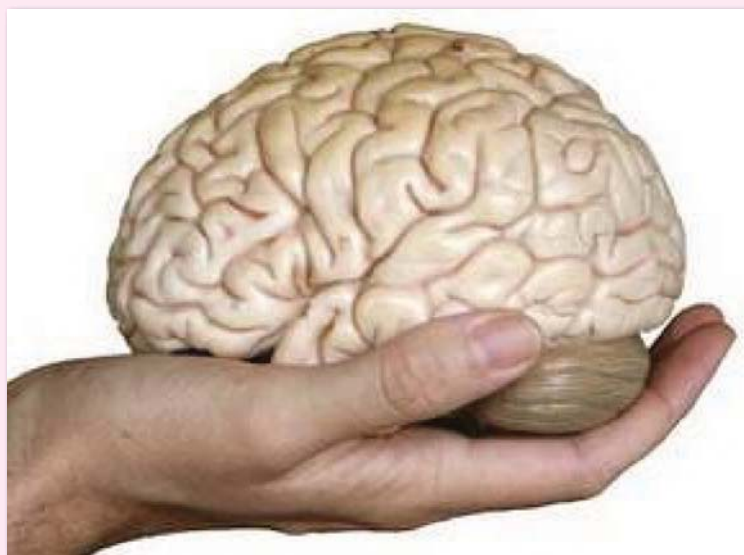


โรคสมองเสื่อม (Dementia)

โรคสมองเสื่อมคืออะไร

โรคสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กันแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวรส่งผลให้มีการเสื่อมของความจำและการใช้ความคิดด้านต่างๆ ความสามารถของบุคคลลดลง ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมแปลกๆ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจ และส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน แต่กลุ่มอาการบางอย่าง เช่น ความจำถดถอยในผู้สูงอายุ นั้นอาจเกิดจากความชราหรือเกิดจากโรคสมองเสื่อม หากเป็นเนื่องจากความชราจะสูญเสียความจำเพียงอย่างเดียวและเป็นไปอย่างช้าๆ โดยไม่มีผลต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน โรคในกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease)

โรคสมองเสื่อมพบในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 3.4 โอกาสของการเกิดโรคจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ประชากรที่ด้อยการศึกษาจะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าประชากรที่มีการศึกษาดี ผู้สูงอายุในเขตเมืองใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่เจริญน้อยกว่า ยังพบว่าโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง คาดว่าอาจมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือและภาวะเครียดในกลุ่มคนเมือง



การวินิจฉัยโรค

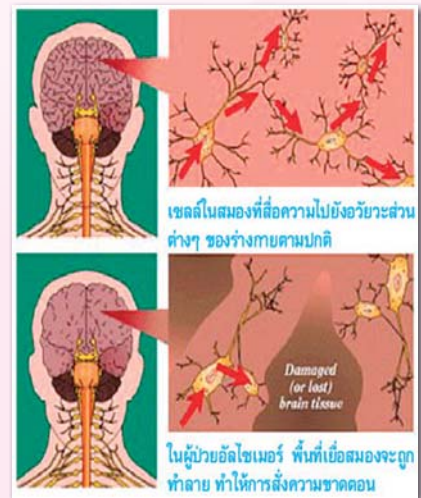
เมื่อมีอาการน่าสงสัยควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการทดสอบสมรรถภาพของสมอง ทำให้สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ หากผลตรวจน่าสงสัยแพทย์จะทำการตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น ตรวจร่างกายและตรวจเลือดทั่วไปเพื่อคัดแยกโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายนอกสมองที่มีผลต่อความจำหรือทำให้สมองเสื่อม เมื่อแยกโรคทั่วไปออกแล้ว แพทย์ก็จะทำการตรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในสมองโดยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เช่น CT MRI หรือ PET scan จะทำให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำขึ้น

สาเหตุโรคสมองเสื่อม

สาเหตุโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยๆ ได้แก่

1. การเสื่อมสลายของเซลล์สมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน (Parkinson disease) โรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) พบการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงมากจะทำให้เนื้อสมองตายไป โรคนี้พบได้บ่อยในประเทศไทย

2. การขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามินบี 1 หรือวิตามินบี 12
วิตามินบี 1 และบี 12 เป็นสารช่วยให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นปกติ การขาดวิตามินบี 1 มักจะพบในผู้ป่วยที่ติดเหล้าหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง คนกลุ่มนี้มักจะกินเหล้าจนเมาและไม่ได้กินอาหารที่เพียงพอ ส่วนการขาดวิตามินบี 12 มักพบในผู้ป่วยที่เคร่งในการรับประทานอาหารมังสวิรัตินาน เนื่องจากวิตามินบี 12 มีมากในน้ำปลาหรือจากเนื้อสัตว์ ดังนั้นคนที่รับประทานมังสวิรัติจึงควรได้รับวิตามินเสริมเป็นครั้งคราวเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้อาจพบการขาดวิตามินบี 12 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นออกไป ทำให้ขาดสารบางอย่างที่ช่วยหรือจำเป็นในการดูดซึมวิตามินบี 12 จากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่ร่างกาย
3. การติดเชื้อในสมอง เช่น โรคซิฟิลิส (neurosyphilis) โรคเอดส์เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี
4. การแปรปรวนของเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากหรือน้อยไป
5. การบาดเจ็บที่ศีรษะบ่อยๆ เช่น ในนักมวยหรือนักกีฬาบางประเภทที่มีแรงกระทำต่อศีรษะ
6. เนื้องอกในสมองโดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากด้านหน้าของสมอง ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ ได้แก่ แขนขาไม่มีแรง มองเห็นภาพซ้อน อาการที่บ่งถึงการมีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เช่น อาเจียนหรือปวดศีรษะ นอกจากนั้นยังทำให้บุคลิกภาพ ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยสมองเสื่อม
7. ช่องในสมองขยายใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง (hydrocephalus)
8. ยาหรือสารพิษต่างๆ ที่มีผลต่อการทำงานของสมอง



อาการที่สำคัญของโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในระยะแรกอาจมีอาการไม่มากนัก อาจมีเพียงความจำลดลง ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่อาการหลงลืมจะเลวลงช้าๆ ต่อมาผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ตามมา ดังนี้

ความจำเสื่อมโดยเฉพาะความจำระยะสั้นหรือมีความบกพร่องในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยมีความรุนแรงมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุใกล้เคียงกัน เช่น การวางของแล้วลืม จำนวนหมายที่สำคัญไม่ได้ ลืมไปแล้วว่าเมื่อสักครู่พูดอะไร ใครมาพบบ้างในวันนี้ และหากมีความรุนแรงมากขึ้นความจำในอดีตก็จะเสื่อมตามไปด้วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยในระยะแรกยังจำเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ อาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยยังมีความจำที่ดี เพราะเหตุการณ์ที่นานมากแล้วยังจำได้

- ❑ ไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ เช่น การปรุงอาหารชนิดที่เคยทำได้ดี
- ❑ มีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น พูดซ้ำๆ ซากๆ เรียกชื่อคนหรือสิ่งของเพี้ยนไป มีความลำบากในการหาคำพูดที่ถูกต้องที่ทำให้ผู้อื่นฟังเข้าใจสิ่งที่ตนเองต้องการจะบอก

- ❑ มีปัญหาในการลำดับทิศทางและเวลา ทำให้หลงทางหรือกลับบ้านตัวเองไม่ถูก
- ❑ สติปัญญาด้อยลง การคิดเรื่องยากหรือซับซ้อนหรือคิดแก้ปัญหาอะไรไม่ค่อยได้ มีการตัดสินใจผิดพลาด
- ❑ วางของผิดที่ผิดทาง เช่น เอาเตารีดไปวางในตู้เย็น เอานาฬิกาข้อมือใส่ในเหยือกน้ำ
- ❑ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว เช่น มีอารมณ์โกรธสลับกับร้องไห้หรือสงบนิ่งในช่วงเวลาสั้นๆ
- ❑ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ซึมเศร้า หรืออาจจะมีบุคลิกภาพที่กลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง ในรายที่มีอาการรุนแรงมากๆ อาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แม้แต่การอาบน้ำ เข้าห้องน้ำ จึงต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

อาการของโรคสามารถแบ่งได้ 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 (ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย)

ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืมโดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น หรือตั้งใจจะทำขณะนั้น เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน จำชื่อคนหรือสถานที่ที่คุ้นเคยไม่ได้ ไม่ค่อยมีสมาธิ ส่วนความจำเกี่ยวกับอดีตยังคงอยู่ เริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมอย่างเห็นได้ชัด แต่ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ และการตัดสินใจยังคงค่อนข้างดี

ระยะที่ 2 (ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง)

เมื่อโรคดำเนินต่อไปจากระยะที่ 1 ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหา และการตัดสินใจ เช่น ไม่สามารถคำนวณตัวเลขง่ายๆ ได้ การกระระยะทาง เปิดโทรทัศน์ไม่ได้ ทำอาหารที่เคยทำได้ หรือยืนดูน้ำล้นอ่างเฉยๆ เพราะไม่รู้จะแก้ปัญหาอย่างไร อาจลืมชื่อคนในครอบครัวโดยเฉพาะคนที่ไม่ค่อยได้พบบ่อยๆ ในช่วงท้ายของระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หลงผิด ผู้ป่วยในระยะนี้เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การปล่อยให้อยู่คนเดียวอาจเป็นอันตรายจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลตามสมควร

ระยะที่ 3 (ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง)

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย แม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา จำญาติพี่น้องไม่ได้หรือแม้แต่ตนเอง อาจเดินหลงทางในบ้านตนเอง มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้าหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้ ไม่สามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ เช่น กลั้นปัสสาวะอุจจาระในที่สุดจะสูญเสียความสามารถในการกลืน ทำให้มีอาการสำลักอาหาร เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น โรคปอดอักเสบจากการสำลัก

อาการเตือนและอาการที่เกิดขึ้นของโรคสมองเสื่อม

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. หลงลืมจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน | 2. ทำกิจวัตรที่เคยทำได้ |
| 3. มีปัญหาในการใช้ภาษา | 4. ไม่รู้เวลา |
| 5. การตัดสินใจเลวลง | 6. มีปัญหาในการคิดแบบนามธรรม |
| 7. วางของผิดที่ | 8. มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป |
| 9. บุคลิกเปลี่ยน | 10. ขาดความคิดริเริ่ม |

โรคอื่นๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม

- ❑ ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด
- ❑ ภาวะซึมเศร้า

- ❑ การรับประทานอาหารไม่ครบหมู่หรือการขาดวิตามินหรือเกลือแร่บางชนิดในร่างกาย
- ❑ เนื้องอกในสมอง
- ❑ ปัญหาจากต่อมไทรอยด์

โรคสมองเสื่อมรักษาหรือป้องกันได้หรือไม่

โรคสมองเสื่อมบางประเภทอาจรักษาได้แต่บางประเภทอาจรักษาไม่ได้ เช่น โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น วิตามิน B1, B12 หรือผู้ป่วยที่มีการแปรปรวนของระบบเมตาบอลิก เมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการสมองเสื่อมจะดีขึ้น ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็นหรือความเสียหายของสมองว่ามีมากน้อยเพียงใด ถ้าความเสียหายไม่มากนักและได้รับการแก้ไขตามเวลาที่เหมาะสมตลอดจนเนื้อสมองไม่ถูกทำลายไปมาก ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและเมื่อรักษาแล้วอาการก็จะทรงอยู่ในลักษณะนี้ต่อไป แต่หากเป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในสมองหรือจากการกระทบกระแทก ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถรักษาได้ ปัจจุบันอาจมียาที่ช่วยชะลออาการสมองเสื่อมแต่ในที่สุดเมื่ออายุมากขึ้น ความเสื่อมมีมากขึ้น ยาเหล่านั้นจะไม่ได้ผล อาการสมองเสื่อมของบุคคลนั้นจะเลวลงในที่สุดสำหรับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ แม้ในปัจจุบันยังไม่มีทางป้องกันเฉพาะโรค แต่เชื่อว่าการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกายในผู้สูงอายุสามารถช่วยชะลอการเกิดโรคหรือชะลอความเสื่อมของสมองลงได้บ้างในผู้ที่เกิดโรคแล้ว ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่มีส่วนส่งเสริมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ลีลาศ รำมวยจีน กีฬาเบตอง รำวง นั้สมาธิ หรือร้องเพลง เป็นการให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนั้น การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นระยะและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรง ช่วยในเรื่องการฝึกความจำ การฝึกจิตใจให้ผ่อนคลายหรือทำให้ผู้สูงอายุรู้จักโรคและทราบแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดโรค

ข้อควรคำนึงเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. อาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดจากโรคทางสมองมิใช่การแกล้งทำหรือความตั้งใจ
2. ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะมีระดับสติปัญญาลดลง จึงไม่ควรคาดหวังที่จะให้เขาเรียนรู้ในสิ่งที่สอนหรือบอกไปในเวลารวดเร็ว
3. อาการหลายๆ อาการอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นไปได้เพียงให้อาการนั้นคงอยู่แต่ไม่รบกวนผู้ป่วยหรือคนรอบข้างมากนัก
4. อาการที่พิจารณาแล้วว่าไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและความปลอดภัยของคนรอบข้างและผู้ป่วยเอง อาจไม่จำเป็นต้องให้ยารักษา เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยาได้ง่าย
5. วิธีการที่ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยคนหนึ่งอาจไม่ได้ผลเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยคนอื่น หรือแม้แต่ในผู้ป่วยคนเดียวกันแต่ต่างเวลากัน ดังนั้นผู้ดูแลควรมีการสังเกตและเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นร่วมด้วย
6. เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าว ควรรีบเตือนตนเองและออกห่างจากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกอย่างไรเพราะการรับรู้ของเขาลดลง ผู้ป่วยอาจยังคงรับรู้ถึงความไม่พอใจเกิดขึ้นและอาจมีพฤติกรรมแปลกๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นการรบกวนคนรอบข้างมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความหงุดหงิดเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลออกมาพ้นมาจากผู้ป่วยแล้วควรรับหาทางผ่อนคลายและอาจหาคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาทางช่วยเหลือ

ผู้ดูแลควรจัดเตรียมความพร้อมและรับคำแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

1. เทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย
2. ปรับสถานที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย เก็บซ่อนสิ่งของอันตราย ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง แสงสว่างเหมาะสม หน้าต่าง/ประตูที่ยากต่อการเปิด ระวังการใช้ไฟฟ้า/แก๊ส/น้ำร้อน ของชิ้นเล็กๆ ที่ผู้ป่วยอาจเผลอหยิบเข้าปากแล้วล้าก ระวังการเกิดไฟไหม้ภายในบ้าน
3. เตรียมแผนสำรองในกรณีที่ตนเองมีการกิจส่วนตัวที่จำเป็นหรือเจ็บป่วย
4. คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล
 - ❑ ดูแลสุขภาพของตัวเอง
 - ❑ ทุกคนในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมไม่ทิ้งภาระทั้งหมดให้กับผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว
 - ❑ จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม โดยควรมีเวลาเป็นของตนเองบ้าง ถ้าผู้ดูแลมีครอบครัวจะต้องแบ่งเวลาให้ทั้งผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว (สามี, ลูก) ตามความเหมาะสม
 - ❑ ร้องขอความช่วยเหลือกรณีที่ไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้ด้วยตนเอง

หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การที่ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดีจะต้องสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีก่อน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ
 - ❑ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
 - ❑ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - ❑ ตรวจสุขภาพประจำปี
 - ❑ การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะอาการปวดหลังปวดไหล่ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนย้ายหรือยกตัวผู้ป่วยไม่ถูกวิธี และเกินกำลังของตน
2. ทำตนเองให้มีจิตใจสดใสผ่อนคลายอย่างเพียงพอ
3. มีสังคมแวดล้อมรอบข้างที่ดี ควรมีสิ่งที่ตนเองทำแล้วเกิดความสุขความพอใจบ้าง

การเลือกสถานพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมาถึงระยะหนึ่ง ผู้ดูแลอาจมีปัญหาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ การตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยควรคำนึงปัจจัยต่อไปนี้

- ❑ ศึกษาหาข้อมูลเรื่องสถานพยาบาลไว้แต่เนิ่นๆ จะได้มีเวลาดูสถานที่จริงก่อนตัดสินใจ
- ❑ ค้นหาแหล่งช่วยเหลือในหมู่บ้าน แพทย์ เพื่อน ญาติ นักสังคมสงเคราะห์ หรือองค์กรการกุศลต่างๆ อาจช่วยให้ข้อมูลได้
- ❑ จดรายการคำถามที่ต้องการถามเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล ถึงสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น แผนการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย
- ❑ ไปเยี่ยมชมสถานพยาบาลที่สนใจด้วยตนเอง

- ❑ สังเกตกิจวัตรประจำวันในสถานพยาบาลนั้นๆ และวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย
- ❑ การบริการเฉพาะที่ให้แกผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว การอบรมของบุคลากร และนโยบายการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย
- ❑ เมื่อตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลได้แล้ว ต้องเข้าใจเรื่องการติดต่อสื่อสารและข้อตกลงด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ
- ❑ การเปลี่ยนสถานที่อยู่นี้อาจเป็นเรื่องใหญ่สำหรับทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล ควรปรึกษานักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาที่จะช่วยวางแผนในการเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือด้านจิตใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นเรื่องสำคัญมากในระยะนี้

องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล

โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยใช้บริการเป็นประจำ ยังมีสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่จัดกิจกรรมสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สมาชิกของกลุ่มจะให้แนวคิดหรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีบริการสายด่วนปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนี้

วันที่ให้บริการ

หมายเลขโทรศัพท์

วันอาทิตย์	08-9777-1148
วันจันทร์	0-2591-0988
วันอังคาร	08-9459-6134
วันพุธ	08-1805-3199
วันพฤหัสบดี	0-2538-2239
วันศุกร์	0-2580-1438
วันเสาร์	0-2573-0597, 08-1497-9074

การติดตามผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่หายออกจากบ้าน

สื่อวิทยุที่สามารถประสานงานติดตามหาคนหายอย่างเร่งด่วน

รายการวิทยุ

โทรศัพท์สายด่วน

เว็บไซต์

ร่วมด้วยช่วยกัน	1677	www.rd1677.com
จส. 100	1137	www.js100.com
สวพ. 91	1644	www.trafficbkk.com

สื่อโทรทัศน์ที่สามารถประสานงานติดตามหาคนหาย

รายการโทรทัศน์

หมายเลขโทรศัพท์

เว็บไซต์

สถานีประชาชน TPBS	0-2791-1385-7	www.thaipbs.or.th/people
เรื่องจริงผ่านจอช่อง 7	0-2691-7446	www.thairealtv.com

โรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า นอกจากมีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการต่างๆ แล้ว ยังทำให้มีผลเสียต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วย เช่น ผู้ป่วยที่ปกติทำงานบ้านจะบกพร่องในหน้าที่ มีงานบ้านค้างคั่ง ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพนอกบ้าน อาจขาดงานบ่อยๆ จนถูกเพ่งเล็ง และเมื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โรคก็จะทุเลาลง ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นผู้ที่จิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจวัตรต่างๆ ดังเดิม ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ ดังจะได้กล่าวต่อไป

การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลาเป็นเดือน หรืออาจเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การมีเหตุการณ์ที่รุนแรงมากระทบ บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย การช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เป็นต้น อาการหลักที่พบบ่อยในผู้ป่วยได้แก่ รู้สึกเบื่อ เศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ดี เป็นต้น ลักษณะทางเวชกรรมต่างๆ อาจมีดังนี้

1. อารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย อ่อนไหวง่ายแม้เป็นเรื่องเล็กน้อย อาจรู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ สิ่งที่เคยทำได้แล้วเพิดเพลินหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่ยอมทำหรือทำแล้วไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเช้า บางรายอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่มีอาการจิตใจหม่นหมองไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางรายอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย กลายเป็นคนอารมณ์ร้ายไม่ใจเย็นเหมือนก่อน
2. ความคิดเป็นไปในทางลบ มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตที่มีแต่ความผิดพลาดความล้มเหลว ชีวิตปัจจุบันที่มีแต่สิ่งไม่ดี ไม่มีใครช่วยเหลือได้ไม่เห็นทางออก รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจต่างๆ ทำให้ลังเล รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ
3. สมาธิความจำเลวลง หลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ จิตใจเหม่อลอย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ต่อเนื่องเนื่องจากขาดสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง
4. มีอาการทางกายต่างๆ ร่วมด้วย เช่น อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้ดูเหมือนเป็นคนเกียจคร้าน ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางรายอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว
5. ปัญหาด้านการนอน โดยตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ นอนหลับไม่ต่อเนื่อง
6. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนก่อน เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจา กับใคร บางรายอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย หงุดหงิดมากกว่าเดิม
7. ประสิทธิภาพการทำงานเลวลง ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง
8. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรง ได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาลง

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่า โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และต้องมีอาการอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยที่อาการเหล่านี้มีอยู่เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน

1. อารมณ์ซึมเศร้า
2. สูญเสียความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก
4. มีปัญหาในการนอนหรือหลับมากเกินไป
5. การเคลื่อนไหวเชื่องช้าลง
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า
8. สมาธิลดลง ใจลอย
9. คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย



การวินิจฉัยแยกโรค

- ❑ โรคระบบประสาท เนื้องอกในสมอง โรคสมองอักเสบ
- ❑ โรคตับอักเสบ
- ❑ โรคเอส แอล อี (SLE)
- ❑ วัณโรค
- ❑ โรคเอดส์
- ❑ โรคต่อมธัยรอยด์ทำงานบกพร่อง
- ❑ กลุ่มโรคคุชชิง (Cushing syndrome)
- ❑ โรคจากการขาดวิตามิน (เช่น pellagra, beri beri)
- ❑ ยาชนิดต่างๆ เช่น ยาลดความดันเลือด (เช่น alphas-methyl-dopa, clonidine, propranolol), ยารักษาโรคพาร์กินสัน (เช่น levodopa, amantadine), ยากลุ่มสเตียรอยด์และฮอร์โมน, ยารักษามะเร็ง (vincristine, vinblastine)
- ❑ โรคระบบจิตประสาท ได้แก่

1. ภาวะอารมณ์ซึมเศร้าจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาที่มากระทบ (Dysthymic disorder) เป็นภาวะที่เกิดจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบ เช่น ย้ายบ้าน ตกงาน เกษียณจากการทำงาน เป็นต้น โดยจะพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้ แต่มักจะไม่รุนแรง ถ้ามีคนมาพูดคุย ปลอบใจก็จะดีขึ้นบ้าง อาจมีเบื่ออาหารแต่เป็นไม่มาก ยังพอนอนได้ เมื่อเวลาผ่านไป ค่อยๆ ปรับตัวได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ภาวะอารมณ์ซึมเศร้าที่มีก็จะทุเลาลง

2. โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนกับโรคซึมเศร้าอยู่ช่วงหนึ่ง และบางช่วงจะมีอาการในลักษณะตรงข้ามกับอาการซึมเศร้า เช่น อารมณ์ดีเบิกบานมากผิดปกติ พูดมาก ขยันมาก เชื่อมมั่นตัวเองมากกว่าปกติ ใช้เงินเปลือง เป็นต้น เรียกระยะนี้ว่า ระยะแมนเนีย (mania)

3. โรควิตกกังวล (Anxiety) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจมีอาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการหลักของโรควิตกกังวล แต่ในโรควิตกกังวลจะมีอาการหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น สะดุ้ง ตกใจง่าย ร่วมด้วย อาจมีอาการเบื่ออาหารบ้าง น้ำหนักไม่ลดลงมากเหมือนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันเชื่อว่าโรคนี้สัมพันธ์กับหลายๆ ปัจจัย ทั้งจากด้านกรรมพันธุ์ การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองบางชนิด เป็นต้น โรคซึมเศร้านั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น การเริ่มเกิดอาการของโรคซึมเศร้านั้นมักมีปัจจัยกระตุ้น บางครั้งอาจไม่มีก็ได้ซึ่งพบได้น้อย

1. กรรมพันธุ์ มีส่วนเกี่ยวข้องมากในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง
2. สารเคมีในสมอง ระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อสารเคมีเหล่านี้ เป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ดังนั้น ยาต้านเศร้า (antidepressant) จะมีฤทธิ์ในการปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

การรักษา

การรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก อาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ หรือรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจจะกลับมาดีขึ้น ข้อแตกต่างระหว่างโรคนี้กับโรคจิตที่สำคัญประการหนึ่งคือ ในโรคซึมเศร้าถ้าได้รับการรักษาจนดีแล้วก็จะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม ขณะที่โรคจิตนั้นแม้จะรักษาได้ผลดี ผู้ที่เป็นก็มักจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่เหมือนเดิม ยิ่งถ้าได้รับการรักษาเร็วก็ยิ่งทำให้อาการดีขึ้นเร็ว ถ้ามีอาการป่วยมานาน ผลการรักษาจะไม่ดีเท่าที่ควร

การรักษาที่สำคัญในโรคนี้คือการใช้ยาต้านเศร้า โดยเฉพาะในรายที่อาการมาก ส่วนในรายที่มีอาการไม่มาก แพทย์อาจรักษาด้วยการช่วยเหลือชี้แนะการมองปัญหาต่างๆ ในมุมมองใหม่ แนวทางในการปรับตัว หรือการหาสิ่งที่จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายความทุกข์ใจลง ร่วมกับการให้ยาต้านเศร้าหรือยาคลายกังวลเสริมในช่วงที่จำเป็น

การรักษาด้วยยาต้านเศร้า

ยาต้านเศร้ามีส่วนช่วยในการรักษาโรคนี้ ทำให้อารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวลใจทุเลาลงได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า 10 คน หากได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอาการจะดีขึ้นจนหายถึง 8-9 คน ในขณะที่หากไม่ได้รับการรักษานั้นอาการจะดีเองขึ้นเพียง 2-3 คนเท่านั้น (เฉพาะในรายที่อาการไม่รุนแรง)

ข้อควรทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

อาการของโรคไม่ได้หายทันทีที่กินยา โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่แล้วจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ขึ้นไปอาการจึงจะดีขึ้นอย่างเห็นชัด แต่ยาก็ยังมีส่วนช่วยในระยะแรกๆ โดยทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น เจริญอาหารขึ้น เริ่มรู้สึกมีกำลังใจที่จะทำอะไรมากขึ้น ความรู้สึกกลัวกลัวหรือกระสับกระส่ายจะเริ่มลดลง อย่างไรก็ตามยาทุกชนิดสามารถทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุจึงควรใช้ในขนาดและเวลาที่แพทย์สั่งเท่านั้น หากมีความจำเป็นที่ทำให้กินยาตามสั่งไม่ได้ ควรแจ้งแพทย์ทุกครั้ง รวมทั้งหากเกิดอาการใดๆ ที่ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการข้างเคียงหรือไม่

ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง เพราะกลัวว่าจะติดยา หรือกลัวว่ายาจะไปสะสมอยู่ในร่างกาย แท้ที่จริงแล้วยาต้านเศร้าไม่ทำให้มีการติดยา ถ้าขาดยาแล้วมีอาการไม่สบาย เป็นเพราะว่ายังไม่หายจากอาการของโรค การกินยาไม่ครบกลับทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี และรักษายากมากขึ้น

ยาที่ใช้ในการรักษา

พึงระวังว่าผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดผลข้างเคียงจากยาได้บ่อย แม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่ใช่อาการที่รุนแรง ทำให้การปรับเพิ่มขนาดยาทำได้ลำบาก ปัจจุบันมียาใหม่มากขึ้นซึ่งมีผลข้างเคียงน้อย ทำให้การใช้สะดวกขึ้น แต่ยาเหล่านี้ยังมีราคาค่อนข้างแพง จึงควรเลือกใช้ในกรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ทำให้ใช้ยาอื่นไม่ได้

ในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางโรค ควรใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่ใช้กับคนทั่วไป ยาบางตัวอาจมีปฏิกิริยากับยาต้านเศร้าที่กิน ดังนั้นผู้ป่วยที่กินยาอื่นๆ จึงควรแจ้งแพทย์ทุกครั้ง

ยาที่ใช้จะมีชื่ออยู่ 2 แบบ ได้แก่ ชื่อสามัญ และชื่อการค้า ชื่อสามัญคือชื่อที่บอกองค์ประกอบทางเคมี ส่วนชื่อการค้าคือชื่อที่บริษัทผู้ผลิตตั้งขึ้นเพื่อให้รู้ว่าผลิตจากบริษัทของตน ดังนั้น ยาชื่อสามัญชนิดหนึ่งอาจมีชื่อการค้าได้หลายชื่อ ถ้ามีผู้ผลิตหลายบริษัท

ตารางที่ 1 ยาต้านเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทย

ชื่อสามัญ (ไทย)	ชื่อสามัญ (อังกฤษ)	ชื่อการค้า	ขนาดเม็ดละ (มิลลิกรัม)	ขนาดใน การรักษา	อาการข้างเคียงที่อาจพบได้
อะมิทริปไทลีน	amitriptyline	-	10, 25, 50	75-150	ง่วงซึม ปากคอแห้ง ท้องผูก
นอร์ทริปไทลีน	nortriptyline	-	10,25,50	75-150	ง่วงซึม ปากคอแห้ง ท้องผูก
อิมิพรามิน	imipramine	-	25	75-150	ง่วงซึม ปากคอแห้ง ท้องผูก
ด็อกเซปิน	doxepin	sinequan	25	75-150	ง่วงซึม ปากคอแห้ง กินจุ
โคลมิพรามิน	clomipramine	anafranil	10,25	75-150	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
ทราโซโดน	trazodone	desirel	50	150-300	ง่วงซึม มึนศีรษะ
ไมแอนเซอริน	mianserine	tolvon	10, 30	60-90	ง่วงซึม ปวดศีรษะ
มอโคลเบไมด์	moclobemide	aurorix	100, 150	150-450	นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ มึนงง
ฟลูออกเซทีน	fluoxetine	prozac	20	20-40	อาการเบื่ออาหาร
ฟลูวอกซามีน	fluvoxamine	faverin	50,100,150	100-300	มึนงง นอนไม่หลับ
พารอกเซทีน	paroxetine	seroxat	20	20-40	กระวนกระวาย คลื่นไส้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร
เอสซิตาลอแพรม	escitalopram	lexapro	20	20-40	มึนงง นอนไม่หลับ คลื่นไส้
เซอร์ทราลีน	sertraline	zoloft	50	50-100	มึนงง นอนไม่หลับ คลื่นไส้
เวนลาแฟกซีน	venlafaxine	effexor	75, 150	150-300	ตาพร่ามัว ปวดศีรษะปากแห้ง
เมอร์ทาเซปิน	mirtazepine	remeron	30	15-45	ง่วงซึม ปากคอแห้ง กินจุ
ไทอะเนปทีน	tianeptine	stablon	12.5	25-50	ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ คลื่นไส้

อาการข้างเคียงที่พบได้ในยาต้านเศร้ากลุ่มเก่า

ยากลุ่มนี้ได้แก่ amitriptyline, nortriptyline, imipramine มักมีผลข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergic ได้แก่ ง่วงซึม อ่อนเพลีย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก จึงมักให้ผู้ป่วยกินยาเหล่านี้ตอนเย็นหรือก่อนนอน ซึ่งก็เหมาะกับโรค เพราะผู้ป่วยมักจะนอนหลับไม่ติดอยู่แล้ว ทำให้ไม่ต้องใช้ยานอนหลับ ในช่วงแรกของการใช้ยาห้ามผู้ป่วยขับรถ หลีกเลี่ยงการทำงานกับเครื่องจักร อาจทำให้การตัดสินใจ หรือการเคลื่อนไหวที่ต้องการความรวดเร็วขึ้น เชื่องช้าลงได้มาก หากสังเกตว่ากินยาแล้วง่วงมาก ซึมแทบทั้งวัน ควรแจ้งแพทย์เพื่อจะได้พิจารณาปรับยา บางครั้งเมื่อได้รับยาไปซักระยะ อาจทนยาได้ไม่่ง่วงเหมือนเดิม

อาการตามัว มองเห็นไม่ชัด อาการพวกนี้จะค่อยๆ ดีขึ้นเอง แต่ผู้ที่มีโรคต้อหิน ยากลุ่มนี้อาจทำให้ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้นได้ ทำให้โรคกำเริบ จึงต้องระมัดระวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เวียนศีรษะ หน้ามืด เนื่องจากความดันโลหิตลดลงต่ำลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension) เกิดจากยาทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลงและขึ้นไปเลี้ยงสมองลดลงขณะยืน มักเป็นเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น นอนนานๆ นั่งนานๆ แล้วลุกกะทันหัน หากมีอาการบ่อยๆ อาจป้องกันโดยรับประทานของเค็มบ่อยขึ้น เพื่อทำให้ความดันเลือดเพิ่มมากขึ้น (ผู้ที่เป็นโรคความดันสูงอยู่ไม่ควรใช้วิธีนี้) การเปลี่ยนท่าทางต้องค่อยๆ ทำ หากจะลุกจากเตียงนอน ให้ลุกนั่งสักพักหนึ่ง ขยับแขนขาไปมา ให้เลือดไหลเวียนดี แล้วจึงค่อยๆ ลุกขึ้น หากมีอาการเวียนศีรษะ ขณะยืนอยู่ให้รีบนั่งพิงพนักหรือนอนทันที หากมีอาการเช่นนี้บ่อยๆ แก้อีกแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรแจ้งแพทย์เพื่อปรับลดยาหรือเปลี่ยนยา

ระยะเวลาในการรักษา

หลังจากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว แพทย์จะให้ยาในขนาดใกล้เคียงกับขนาดเดิมต่อไปอีกนาน 4-6 เดือน เนื่องจากพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปกลับเกิดอาการกำเริบขึ้นมามากอีกสูง เมื่อให้ยาไปจนครบ 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยในระหว่างนี้ แพทย์จึงจะค่อยๆ ลดยาโดยใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน จนหยุดยาในที่สุด แม้ว่าจะหายจากการป่วยในครั้งนี้อีกแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีโอกาสเกิดกลับมาป่วยซ้ำอีก โดยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดป่วยซ้ำอีกได้ บางรายหายไป 2-3 ปี แล้วกลับเป็นใหม่ ในขณะที่บางรายหายไปเป็น 5-7 ปี ซึ่งไม่สามารถคาดเดาได้ หลักการโดยทั่วไปคือ ถ้าเป็นครั้งที่สอง โอกาสเกิดเป็นครั้งที่สามก็สูงขึ้น และถ้าเป็นครั้งที่สาม โอกาสเป็นครั้งที่สี่ก็ยิ่งสูงขึ้นไปอีก การกำเริบในครั้งต่อไปจะกระชั้นเข้า ดังนั้นถ้าป่วย 3 ครั้งแล้วจำเป็นต้องกินยาป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำนานเป็นปี แต่ถ้าเป็น 2 ครั้งและมีลักษณะต่างๆ ที่แพทย์เห็นว่ามีความเสี่ยงก็อาจให้ยาป้องกันเช่นกัน

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาต้านเศร้าป้องกันระยะยาว

1. มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง
2. มีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้
 - ❑ ญาติใกล้ชิดสายตรงมีประวัติป่วยเป็นโรคนี้ซ้ำๆ หลายครั้ง หรือป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน
 - ❑ มีประวัติกลับมาป่วยซ้ำอีกภายใน 1 ปี หลังจากหยุดการรักษา
 - ❑ เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)

3. มีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง หรืออันตรายมา 2 ครั้ง ภายในช่วงเวลา 3 ปี

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาป้องกันมักต้องใช้เวลาประมาณ 3-5 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันมิได้หมายความว่าจะไม่เกิดอาการอีกเลย ผู้ป่วยส่วนน้อยอาจเกิดอาการเหมือนเดิมอีก ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการอีกแต่ไม่รุนแรงและเป็นเพียงช่วงสั้นๆ เมื่อเพิ่มยาขึ้นอาการก็หายไป ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการอีก การที่กินยาป้องกันระยะยาวมีความสำคัญ เพราะจากการศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นบ่อยๆ การรักษาย่อมยากมากขึ้นในระยะต่อมาและอาการอาจเป็นถี่มากขึ้น

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้น่าจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครสนใจ ต้องรับความกดดันรอบด้านแต่ผู้เดียว รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากจะทำสิ่งต่างๆ แต่เพียงรู้สึกว่าความรู้สึกเช่นนี้ไม่ได้เป็นอยู่ตลอดไป โรคนี้อาจรักษาให้หายขาดได้ เมื่ออาการของโรคดีขึ้น มุมมองต่อสิ่งต่างๆ ในแง่ลบจะเปลี่ยนไป ความมั่นใจในตนเองจะมีเพิ่มขึ้น มองเห็นปัญหาต่างๆ ในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม โดยมีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกาย นอกจากจะช่วยทางร่างกายแล้ว จิตใจก็ยังจะดีขึ้นด้วย โดยในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าไม่มาก จะรู้สึกว่าจิตใจคลายความเศร้า และแจ่มใสขึ้นได้ การออกกำลังกายที่ดีจะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ ซึ่งจะช่วยให้หลับได้ดีขึ้น การกินอาหารดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น ถ้าได้ออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่นด้วยก็จะยิ่งช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว

2. อย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ต้องการการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การกระตุ้นตนเองมากเกินไปกลับยิ่งจะทำให้ตัวเองรู้สึกเลวลงที่ทำได้ไม่ดีอย่างที่หวัง

3. เลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ เป็นสิ่งที่เคยชอบ เช่น ไปเที่ยวสวนสาธารณะ ไปเที่ยวชายหาดทะเล ขวนเพื่อนมาที่บ้าน พยายามทำกิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นมากกว่าที่จะอยู่คนเดียว

4. อย่าตัดสินใจเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต เช่น การหย่า การลาออกจากงาน ขณะที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้านี้ เพราะการมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบอาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดไปได้ ควรเลื่อนการตัดสินใจไปก่อน หากจำเป็นหรือเห็นว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่กดดันมาก ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดหลายๆ คนให้ช่วยคิดแก้ปัญหา



ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

ภาวะหกล้มเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บหรือเสียชีวิตโดยเฉพาะกระดูกหักหรือเลือดออกในศีรษะ การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเดิน และความสามารถในการดำเนินกิจวัตรด้วยตนเอง งดเว้นกิจกรรมต่างๆ แยกตัวเองจากผู้อื่น และโรคซึมเศร้าได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ เช่น โรคปอดอักเสบติดเชื้อ แผลกดทับ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นต้น ผลกระทบระยะยาวคือความกลัวที่จะหกล้มซ้ำ จึงเสียความมั่นใจที่จะเดินตามลำพัง ผลรวมคือสุขภาพถดถอยลงทำให้หกล้มซ้ำซ้อนง่ายขึ้น เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในที่สุด

สาเหตุ

ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มอาจมีมากถึง 130 ปัจจัย ผู้ป่วยมักมีปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดในเวลาเดียวกันที่ทำให้หกล้มในแต่ละครั้ง เพราะสาเหตุที่แตกต่างกันการสับสนและแก้ไขสาเหตุในครั้งนี้จึงไม่อาจป้องกันภาวะหกล้มครั้งต่อไป จำเป็นต้องแก้ไขปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยพร้อมๆ กัน

ที่พบบ่อยได้แก่

- โรคติดเชื้อ
- ภาวะดุลเกลือแร่ผิดปกติ
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง
- การก้าวเดินและการทรงตัวไม่ดี เช่น โรคพาร์กินสัน ผลจากยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
- ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม
- สายตาไม่ดี เช่น ต้อกระจก ต้อหิน
- การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน
- โรคซึมเศร้า
- โรคสมองเสื่อม
- ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน
- ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีความเสี่ยงสูงที่จะหกล้มซ้ำซ้อน
- อายุมากกว่า 80 ปี



แนวทางการตรวจประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหกล้ม

ต้องพยายามจำแนกผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่มหลัก ด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ได้แก่

1. **กลุ่มที่หกล้มจากสาเหตุภายนอก** กลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงดี แต่เนื่องจากมีกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เช่น การเดินบนพื้นที่ยื่นหรือขรุขระ จึงเรียกกลุ่มนี้ว่า accidental fall หรือหกล้มจากอุบัติเหตุ การปฏิบัติในกลุ่มนี้คือการประเมินการบาดเจ็บ โดยเฉพาะภาวะกระดูกหักที่ข้อสะโพก กระดูกสันหลัง และที่ข้อมือ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคกระดูกพรุนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ แล้วให้การรักษไปตามสิ่งตรวจพบนั้นๆ ร่วมกับการพยายามแนะนำป้องกันการเกิดหกล้มซ้ำซ้อนด้วยการแนะนำกิจกรรมที่ปลอดภัยจากหกล้ม และการประเมินความ



ปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมที่บ้าน อาจต้องมีการเยี่ยมบ้านเพื่อหาจุดที่เสี่ยงต่อการหกล้มที่บ้าน แล้วแนะนำแก้ไขต่อไปโดยเฉพาะรายที่เกิดภาวะหกล้มที่จุดเดียวกันซ้ำๆ เช่น

- สายโทรศัพท์ สายไฟ ผ้าเช็ดเท้า พรหมหรือขอบเสื่อที่เกะกะ
- แสงสว่างไม่พอหรือสว่างจ้าเกินไป
- พื้นห้องน้ำที่เปียกชื้น พื้นต่างระดับ ธรณีประตู
- ขั้นบันได โดยเฉพาะที่ขั้นเริ่มต้นและขั้นสุดท้าย

2. กลุ่มที่หกล้มเนื่องจากสาเหตุภายในหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่ดีที่ซ่อนอยู่ กลุ่มนี้จะมีประวัติกิจกรรมขณะหกล้มที่มีสิ่งกระแทกจากสภาพแวดล้อมที่ไม่รุนแรงมากพอ ไม่สามารถอธิบายการเกิดภาวะหกล้มได้ จึงเรียกกลุ่มนี้ว่า spontaneous fall บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องทำการสืบค้นหาปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้แก่

2.1 อาการขาอ่อนแรง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีกำลังของกล้ามเนื้อขาน้อยกว่าคนวัยหนุ่มสาวถึงร้อยละ 20-40 สาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น การสูญเสียสภาพจากการที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน (deconditioning state) หรือโรคเรื้อรังทางกาย เช่น ข้ออักเสบจากโรคข้อเสื่อม โรคทางระบบประสาทต่างๆ ที่ทำให้ขาอ่อนแรง มีท่าเดินที่ผิดปกติ หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก ภาวะหัวใจวาย โรคทางปอด เป็นต้น นอกจากนั้นการดื่มสุราก็อาจเป็นสาเหตุของภาวะหกล้มที่อาจถูกมองข้ามได้ง่ายในผู้สูงอายุ

2.2 ภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension)

หมายถึง ภาวะที่ความดันเลือด systolic ลดลง 20 มม.ปรอท หรือมากกว่า และ/หรือความดันเลือด diastolic ลดลง 10 มม.ปรอท หรือมากกว่า และ/หรือค่าความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure) ลดลง 20 มม.ปรอท หรือมากกว่า โดยวัดหลังจากที่ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านยืนเป็นเวลา 1 - 3 นาที ภาวะนี้พบมากถึงร้อยละ 14.8 ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันเลือดสูง ขณะเดียวกันจะพบอาการวิงเวียนศีรษะขณะลุกขึ้นยืนได้ถึงร้อยละ 55.2 ในผู้ที่ไม่ได้มีโรคความดันเลือดสูง สาเหตุของภาวะนี้ที่พบบ่อย เช่น ปริมาตรในเลือดน้อย (hypovolemia) การสูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะโปแตสเซียมต่ำในเลือด (hypokalemia) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ (autonomic dysfunction) ผลไม่พึงประสงค์จากยา และภาวะเลือดจาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้แก้ไขสาเหตุ เช่น หยุดยาที่เป็นสาเหตุ ผู้ป่วยก็มักหายเป็นปกติ

2.3 ความผิดปกติของการมองเห็น

สาเหตุของการมองเห็นที่ทำให้หกล้มบ่อยๆ เช่น ต้อกระจก โรค macular degeneration สายตายาวจากความชรา (presbyopia) การใช้แว่นตาที่เสื่อมสมรรถภาพหรือใช้เลนส์ไม่เหมาะสมหรือการเดินในที่มืด

2.4 โรคในระบบไหลเวียนเลือด

ระบบไหลเวียนเลือดมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้กลไกการทรงตัวทำงานได้อย่างต่อเนื่อง มีโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหลายโรคในกลุ่มนี้ที่เป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่ภาวะหกล้ม อาการนำก่อนหรือขณะหกล้มที่บ่งถึงระบบนี้ ได้แก่ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หรือหมดสติไปชั่วคราว การหันศีรษะไปมา อาการวูบหมดสติขณะเบ่งถ่ายอุจจาระในคนที่ท้องผูก การเบ่งถ่ายปัสสาวะในคนที่มึนตึ๊งมากโต การไอรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ที่เรียก vasomotor syncope การตรวจร่างกายทันทีขณะหกล้มเพื่อตรวจหาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น atrial fibrillation โรคที่พบบ่อยอื่นๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะชนิดที่ไม่มีอาการ (silent myocardial infarction) ทำให้มีภาวะหัวใจวายตามมา

2.5 การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

มักเกิดจากการใช้ยามากชนิดเกินไป การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชราต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ และความผิดพลาดจากตัวผู้ป่วยหรือแพทย์เอง ยาที่มักเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ digoxin ยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม benzodiazepine, phenothiazine และ ยาด้านเศร้า (antidepressant) ดังนั้นถ้าหากจำเป็นต้องใช้ยาเหล่านี้ในผู้สูงอายุ จึงควรเลือกชนิด

ที่มีระยะครึ่งชีวิตสั้น เช่น ยา midazolam, lorazepam, lorazepam, temazepam และควรใช้ยาขนาดต่ำที่สุดก่อนเสมอ อย่างไรก็ตาม ยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติหกล้มบ่อยๆ กำลังรับประทานอยู่ อาจเป็นสาเหตุของภาวะหกล้มได้เสมอ และควรคิดถึงเป็นสิ่งแรกในการหาสาเหตุ เพราะแก้ไขได้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย

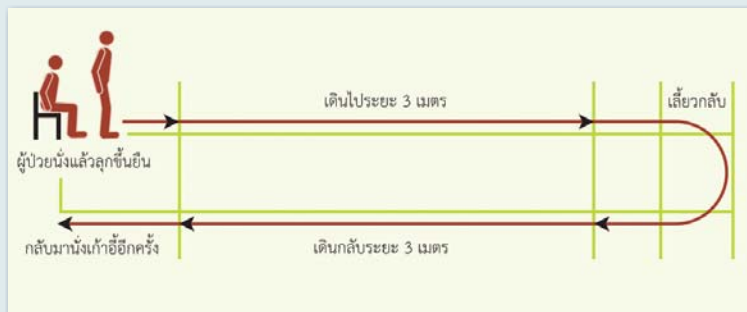
2.6 การเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมาก เมื่อมีปัจจัยกระตุ้นเพียงเล็กน้อยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเฉียบพลันชนิดใดๆ อาจทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้ เช่น โรคปอดอักเสบ ภาวะหัวใจวาย การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ข้อเข่าอักเสบ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความผิดปกติของดุลกรดด่างและเกลือแร่ เป็นต้น แม้แต่ความผิดปกติที่เท้า เช่น ตาปลา เล็บขบ ความพิการของนิ้วหัวแม่เท้าแบบ hallux valgus อาจเป็นสาเหตุได้ อาจกล่าวได้ว่าอาการหกล้มเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงของโรครุนแรงที่ซ่อนอยู่ในตัวผู้สูงอายุที่ต้องหาสาเหตุในทุกระบบเสมอ

2.7 โรคจิตประสาท

ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ (cognitive impairment) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มได้ราวสองเท่า ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ทั้งจากตัวโรคเองหรือจากยาที่ใช้รักษา ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง มีการตัดสินใจผิดพลาด ส่วนภาวะที่สมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ อาจเป็นชนิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) เนื่องจากโรคทางกายหลายชนิด โรคทางกายเหล่านี้ก็ทำให้เกิดภาวะหกล้มได้อยู่แล้ว ผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อมจะหกล้มได้ง่ายจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การกระชากผิดพลาด การพยายามลุกจากเก้าอี้หรือเตียงโดยไม่ระมัดระวัง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยกลัวจะหกล้มมากเกินไปจนไม่ยอมเดิน (fear of falling) กลับเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

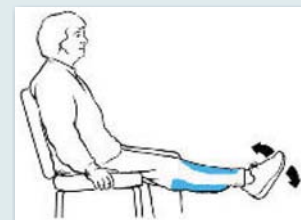
การตรวจร่างกายที่จำเพาะในภาวะหกล้ม คือ การสังเกตท่าเดินของผู้ป่วยที่เรียก Get-Up-and-Go test หมายถึง การให้ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ที่เก้าอี้ แล้วลุกขึ้นเอง จากนั้นให้ผู้ป่วยเดินเป็นระยะทาง 3 เมตรในแนวราบ แล้วเลี้ยวกลับมาที่นั่งเดิม ในขณะนั้นให้สังเกตลักษณะท่าทางการเดินที่ผิดปกติที่อาจบ่งถึงปัญหาสุขภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มเช่น ท่าเดินในโรคพาร์กินสัน โรค normal pressure hydrocephalus หรืออาจใช้การจับเวลา (Timed up-and-go test) คนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มจะใช้เวลาเดิน 30 วินาทีขึ้นไป



การออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม

ผู้สูงอายุทุกรายควรได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความมั่นคงในการทรงตัวตามความสามารถที่จะทำได้แก่

- ออกกำลังกายด้วยตนเองด้วยการนั่งตัวตรงแล้วยกขาขึ้นให้ขาขนานกับพื้น กระดกข้อเท้าเข้าหาตัว เกร็งในท่านี้นับในใจ 1 – 10 แล้วปล่อยขาลง นับเป็นหนึ่งครั้ง ทำติดต่อกัน 10 ครั้ง วันละ 3-4 รอบ จะเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา
- ขยับข้อต่อทุกข้อให้สุดระยะเพื่อป้องกันข้อยึดติด 3 ครั้ง
- นั่งห้อยเท้าบนเตียงฝึกการทรงตัวของลำตัว
- ยืนเกาะข้างเตียงแกว่งมือและเท้าสลับกันหรือย่อท่ากับที่
- ยืนโดยไม่เกาะยกเข่าขึ้นและแตะด้วยมือข้างตรงข้าม



ความผิดปกติของการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ปัญหาการนอนเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ใช้เวลานานกว่าจะหลับ นอนหลับไม่สนิทตื่นเร็วกว่าปกติ หรือตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น อ่อนเพลียต้องนอนทั้งวัน ผู้ป่วยอาจบ่นเรื่องนอนไม่หลับเกินจริง บอกเวลาที่หลับได้น้อยกว่าความเป็นจริง เพราะเป็นความรู้สึกของคนไข้ที่รู้สึกว่ามีไม่หลับ

ลักษณะการนอน มี 2 ระยะคือ

1) ระยะที่มีการกลอกตา REM sleep (Rapid Eye Movement - REM) เป็นช่วงการหลับตื่น เกิดขึ้นขณะเริ่มเข้านอนและขณะใกล้ตื่นตอนเช้ามีต จะมีการฝัน ระยะนี้สมองจะ active มากแต่ร่างกายจะไม่เคลื่อนไหว ยกเว้นกะบังลมที่ยังทำงานอยู่ ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวขึ้น ชีพจรและการหายใจเร็วขึ้น ถ้าตื่นมาในระยะนี้จะจำความฝันได้ และมีอวัยวะเพศตื่นตัวในผู้ชาย

2) ระยะคลื่นสมองช้า (Non REM Sleep) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

การนอนระยะที่ 1 เป็นระยะของการนอนที่มีคลื่นสมองช้าลง การหายใจจะช้าลง ชีพจรช้าลง การหายใจจะตื้นและสม่ำเสมอ ระยะนี้กินเวลาประมาณ 10 นาที ถ้าปลุกให้ตื่นก็จะมีความรู้สึกเพียงแค่เคลิ้มหลับ คือยังรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมและตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อถูกปลุก

การนอนระยะที่ 2 ระยะนี้จะไม่มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อจะผ่อนคลาย และลดการดึงตัวลงอย่างมาก ระยะนี้จะนานประมาณ 10-20 นาที ไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และถ้าถูกปลุกให้ตื่นในระยะนี้จะจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้น

การนอนระยะที่ 3 และ 4 เป็นระยะที่มีคลื่นสมองช้าลง การนอนระยะที่สี่เป็นการนอนที่หลับลึกที่สุด ถ้าถูกปลุกระยะนี้จะรู้สึกงัวเงียและมึนงง ระยะนี้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะสมบูรณ์ที่สุด การหายใจจะช้า ระยะเวลาจากระยะที่ 1-4 ใช้เวลา 45 นาที หลังจากระยะที่ 1-4 แล้วจะย้อนกลับมา 4, 3 และ 2 แต่จะไม่กลับไประยะที่ 1 ต่อมาจะเข้าสู่ระยะที่มีการกลอกตาแทนจนกระทั่งได้เวลาตื่นปกติ

การนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึง การนอนหลับไม่เพียงพอ ลักษณะที่สำคัญคือนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่องตลอดคืน และตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น การนอนพอหรือไม่จึงขึ้นกับคุณภาพการนอน ที่ว่าเวลาตื่นขึ้นมาสดชื่นและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ดีไม่่วงนอน ผลของการนอนไม่พอจะทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเสียไป ทำให้เกิดหลับในหรือ micro sleep ช่วงสั้นๆ ยังทำให้อารมณ์สมาธิจิตใจเสียไป หงุดหงิด

การจำแนกชนิดของการนอนไม่หลับ แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่

- 1) Transient insomnia เป็น 2-3 วันก็หายเอง
- 2) Short term insomnia เป็นน้อยกว่า 3 สัปดาห์
- 3) Long term insomnia (chronic insomnia) เป็นมากกว่า 3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 1 และ 2 อาจจะหายได้เอง แต่กลุ่มที่ 3 ต้องรับการรักษา

สาเหตุการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุมีดังนี้

1. โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด คือ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิต ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) การเดินทางท่องเที่ยวหรือการเปลี่ยนที่นอน

2. โรคทางกาย ผู้สูงอายุมักมีโรคทางกายหลายโรค เช่น อาการปวดต่างๆ โรคหัวใจ โรคหอบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ โรคต่อมลูกหมากโต

3. ยาหลายชนิดที่ทำให้นอนไม่หลับ เช่น amphetamine / methylphenidate, pseudo-ephedrine, decongestants / theophylline, selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, sertraline, venlafaxine, bupropion, cimetidine, alcohol, caffeine, thyroid hormone, ช็อกโกแลต

4. โรคของการนอนหลับโดยตรง (primary sleep disorder) มีหลายชนิด ได้แก่

- *Restless leg syndrome (RLS)* ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อของขาหรือเท้า จะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้เคลื่อนไหวเท้า บางครั้งอาจรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งค้ำคานในกล้ามเนื้อ อาการเป็นมากในช่วงเย็นหรือเมื่อผู้ป่วยเข้านอน

- *Periodic limb movement disorder (PLMD)* ผู้ป่วยจะมีอาการสะดุ้งหรือกระตุกเป็นพักๆ ของขา ทั้งสองข้าง อาจพบที่แขนบ้าง ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง มักเกิดขึ้นทุกๆ 20 ถึง 90 นาที ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรบกวนเพราะเกิดช่วงสั้นมาก แต่ผู้ที่นอนใกล้ชิดผู้ป่วยจะสามารถบอกลักษณะอาการได้ดี มักพบในผู้สูงอายุและผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

- *Obstructive sleep apnea* ผู้ป่วยมีการหยุดหายใจระหว่างการนอนหลับเป็นพักๆ มักพบในบุคคลที่นอนกรนเสียงดังสลับกับหายใจลำบาก การหยุดหายใจทำให้ร่างกายและสมองขาดออกซิเจน ทำให้เกิดการตื่นเป็นระยะๆ ผู้ป่วยมักจะอ้วน คอสั้นหนา และมักมีอาการง่วงนอนมากในช่วงกลางวัน เนื่องจากคุณภาพการนอนตอนกลางคืนที่ไม่ดี

- *Circadian rhythm disorder* เช่น delayed sleep-phase syndrome (DSPS) ผู้ป่วยมีช่วงเวลาของการนอนเกิดขึ้นดึกกว่าปกติ และตื่นนอนสายกว่าคนทั่วไป

แนวทางการดูแลผู้ป่วย

ควรซักประวัติละเอียดเรื่องการนอน ดังนี้

1) ปัญหาการนอนเกิดขึ้นมานานเท่าไร ผู้ป่วยที่มีปัญหามาไม่นานส่วนใหญ่จะมีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกและความตึงเครียด ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ไม่เอื้อต่อการนอนหลับ ผู้ที่มีปัญหามานานกว่า 1 เดือน สาเหตุส่วนใหญ่อาจมาจากโรคทางจิตเวชและโรคที่สัมพันธ์กับการนอน

2) ปัญหาการนอนเกิดขึ้นลักษณะอย่างไร

2.1 เวลาที่เข้านอนและตื่นนอน

2.2 ใช้เวลาเท่าใดกว่าจะหลับ

2.3 จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ตื่นตอนกลางคืน

2.4 คุณภาพการนอนเป็นอย่างไรนอนหลับแล้วตื่นด้วยความสดชื่นหรือไม่

2.5 การนอนงีบในช่วงกลางวัน

2.6 มีการนอนกรนเสียงดัง การหยุดหายใจ การสะดุ้งหรือกระตุกของขาและแขนหรือไม่

3) สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมก่อนเข้านอน

4) พิจารณาแยกโรคทางจิตเวชและโรคทางอายุรกรรมต่างๆ เช่น อาการปวด อาการนอนราบไม่ได้ อาการปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน ที่อาจทำให้นอนไม่ได้ดี

5) ประเมินความรุนแรงของปัญหา โดยพิจารณาระยะเวลา การรับรู้และความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และความสามารถในการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวันถูกรบกวนมากหรือไม่

ส่วนการตรวจสภาพสรีรวิทยาช่วงการนอนหลับด้วยเรื่อง Polysomnograph ควรทำในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น แพทย์ให้การรักษาไปนานกว่า 6 เดือน แล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นหรือจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหของโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับโดยตรงเช่น sleep apnea syndrome

หลักการรักษา

1) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่แพทย์ต้องสืบค้นหาสาเหตุเสมอไม่ควรสั่งยานอนหลับโดยทันที ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสุขบัญญัติการนอน (sleep hygiene) ก่อน ดังนี้

1. นอนให้พอเท่าที่ตื่นขึ้นมาแล้วสดชื่น อย่านอนมากเกินไป
2. เข้านอนและตื่นให้เป็นเวลา ไม่ว่าเมื่อคืนก่อนจะนอนมากหรือน้อย เป็นการปรับระบบการนอนให้ปกติและทำให้นอนหลับง่าย
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยให้หลับสนิท การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที ช่วยให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้นแล้วมี rebound ลดต่ำลง ซึ่งมักใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ดังนั้นจึงควรออกกำลังกายช่วงเย็นไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลานอนเพราะอุณหภูมิที่สูงเป็นตัวกระตุ้นสมองไม่ให้หลับ
4. พยายามจัดห้องนอนให้เงียบไม่ให้มีเสียงรบกวน ปรับอุณหภูมิห้องให้สบายไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป
5. ดื่มนมอุ่นหรืออาหารอ่อนๆ ช่วยให้หลับสบายขึ้น
6. ฝึกหัดผ่อนคลายปล่อยวาง ทำใจให้สงบ หรือใช้การฝึกสมาธิ
7. ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยง
8. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยให้หลับเร็ว แต่หลับเป็นช่วงๆ และทำให้ระบบการนอนเปลี่ยนแปลง
9. หากเข้านอนแล้วไม่หลับในเวลา 20 นาที อาจหงุดหงิดหรือรู้สึกโกรธที่ไม่หลับ จึงไม่ควรนอนบนเตียงเพื่อพยายามให้หลับ ควรจะเปิดไฟลุกทำกิจกรรมอื่น แต่ต้องไม่เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและเพลิน เช่น เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้ป่วยอาจเพลิดเพลินไปกับกิจกรรมนั้นทำให้ไม่่วงนอน
10. คนที่สูบบุหรี่จะทำให้นอนไม่หลับต้องลดบุหรี่หรือหยุดสูบ
11. อย่าดื่มน้ำมากในตอนเย็นและค่ำ ฝึกยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะ เว้นช่วงการถ่ายครั้งต่อไปให้ยาวนานขึ้น โดยยืดเวลาของการถ่ายครั้งต่อไปให้มากกว่าเดิม 10-15 นาที
12. การอาบน้ำอุ่นก่อนนอนหรือแช่น้ำนาน 90 นาที ทำก่อนนอน 1-5 ชม. วิธีนี้อาจได้ผลใน RLS หรือ PLMD
13. การจำกัดเวลานอนในที่นอน เช่น ผู้ป่วยใช้เวลา 7 ชั่วโมง ในที่นอน แต่นอนหลับจริงได้ 5 ชั่วโมง ก็ลดเวลาในที่นอนให้เหลือเพียง 5 ชั่วโมง วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยหลับเร็วขึ้น เมื่อได้ผลแล้วจึงเพิ่มเวลาได้ 15-30 นาทีทุกสัปดาห์



2) การใช้ยาช่วยการนอนหลับ ต้องร่วมกับการปฏิบัติตามสุขบัญญัติของการนอนเสมอ เพราะในระยะยาวผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมการนอนหลับได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงยาอย่างเดียวจุดประสงค์ของการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้เร็วขึ้น ลดการตื่นกลางดึกหรือเพื่อลดความวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้น ควรใช้ยาในกรณีที่มีอาการรุนแรงและให้ยาระยะสั้นที่สุด เมื่อผู้ป่วยปรับตัวได้แล้วอาจไม่ต้องให้ยาต่อเนื่อง ไม่ควรให้ยานานเกิน 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถหยุดยาได้แต่ก็ไม่มีการดื้อยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง อาจแนะนำให้ผู้ป่วยทดลองรับประทานยาเป็นคืนเว้นคืน หรือรับประทานทุกๆ 2 คืน พึงระลึกว่ายานอนหลับทุกชนิดจะติดได้ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา ถ้าหยุดยากะทันหันหรือเร็วเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ (rebound insomnia) ทำให้ผู้ป่วยพยายามเพิ่มขนาดยาซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยหลับมากไป มีอาการมึนงงแขนขาอ่อนแรง สับสน และ เดินเซ (ataxia)

ยาที่มีค่าครึ่งชีวิต (half life) สั้นมาก มักเป็นยาที่มีความแรงมากและออกฤทธิ์เร็ว มีผลทำให้ระยะนอนหลับสั้นลงและมีโอกาสดื้อยารวมทั้งเสพติดยาเพิ่มขึ้น

2.1) Benzodiazepines

การเลือกยาในผู้สูงอายุแนะนำให้ใช้กลุ่ม short acting (triazolam, midazolam) หรือ intermediate acting (lorazepam, temazepam) ระวังว่า alprazolam มี active metabolite อาจสะสมในผู้สูงอายุและเกิด delirium ได้ง่าย ส่วน conjugated benzodiazepine ไม่มี active metabolite เช่น lorazepam และ temazepam จึงเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า

การใช้ยา benzodiazepine นานๆ ทำให้สมาธิไม่ดี visuospatial impairment ซึ่งอาการจะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะไม่รู้สึก ต่อมาจะเริ่มมีปัญหา cognitive impairment ผู้ป่วยบางรายอาจถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โดยปัญหานี้จะหายเป็นปกติถ้าหยุดยา benzodiazepine ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วยเมื่อรับประทานยา benzodiazepine อาจจะมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้นได้

2.2) Non-benzodiazepine hypnotics

เป็นยารุ่นใหม่ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื้อยาและการเสพติดยา ตลอดจนเกิด rebound insomnia เหมือนที่พบในยาในกลุ่ม benzodiazepines และไม่ทำให้องค์ประกอบของระยะการนอนเปลี่ยนไปมาก ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ zolpidem มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 2.5 ชั่วโมง ยานี้มีฤทธิ์น้อยในการคลายกล้ามเนื้อหรือแก้การชักหรือลดความวิตกกังวล

3) ยาด้านเศร้าที่มีฤทธิ์ง่วง เช่น amitriptyline, mianserin ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังถึงประสิทธิภาพของยาในการช่วยการนอนหลับ แต่ยามีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล หรือในผู้ป่วยที่มีอาการปวดในลักษณะต่างๆ ที่เรื้อรังและรบกวนการนอน

ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอาการและการใช้ยาสม่ำเสมอ เพื่อประเมินอาการและความจำเป็นในการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในระยะยาว เช่น ผู้ป่วย primary insomnia แพทย์อาจให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นบางคืนเมื่อต้องการ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาประจำ การแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสุขบัญญัติการนอนหลับเป็นประจำ จะช่วยให้รูปแบบและคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นในระยะยาว ถึงแม้ว่าจะหยุดยาไปแล้ว

ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชที่แพทย์ทั่วไปไม่สามารถดูแลได้
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการง่วงนอนในช่วงกลางวันมาก
4. ผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมี sleep apnea syndrome หรือ narcolepsy
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไปแล้วนานกว่า 1 เดือน แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

อาการปัสสาวะราด (urinary incontinence) นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยสูงอายุ จนทำให้สูญเสียความมั่นใจในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ต้องเก็บตัวอยู่กับบ้านและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่เลวลง นอกจากนั้นอาการปัสสาวะราดมักถูกละเลยในเวชปฏิบัติทั้งโดยผู้ป่วยสูงอายุเอง ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากอาการปัสสาวะราดเป็นสิ่งที่น่าละอายที่ผู้สูงอายุจำนวนถึงร้อยละ 38-70 ไม่แจ้งต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สาเหตุที่อาจจะแก้ไขได้ไม่ถูกตรวจพบ บุคลากรทางสุขภาพเองส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจปัญหา นี้ อาจเนื่องจากมีปัญหาด้านอื่นที่เร่งด่วนกว่า ความคิดที่ว่าถามไปก็มักแก้ไขได้ยาก เพียงให้ผู้ป่วยใช้แผ่นผ้าอ้อมก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น ผลกระทบทางเวชกรรมของอาการปัสสาวะราดที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่

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

❑ **ด้านสุขภาพจิต** เช่น รู้สึกเป็นที่ย่ำแย่ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปัสสาวะราดในทางเวชปฏิบัติ อาจแบ่งลักษณะของอาการปัสสาวะราดออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. อาการปัสสาวะราดแบบเฉียบพลัน

ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการปัสสาวะราดในเวลาไม่นานมานี้ อย่างเฉียบพลัน มักเกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนได้ มีผู้พยายามคิดคำช่วยจำเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพคิดถึงสาเหตุเหล่านี้ที่เรียก D-R-I-P

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 นอกจากนั้นยาบางชนิดก็อาจส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาการปัสสาวะราดขึ้นได้ 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) ยาลดอาการคัดจมูกกลุ่ม alpha-adrenergic agonist มักทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุชาย

- ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของหูรูดท่อปัสสาวะ (urethral sphincter) ได้แก่ alpha-adrenergic antagonist ที่ใช้รักษาโรคความดันเลือดสูง เช่น prazosin, doxazosin

- ยาที่ทำให้มีปริมาณปัสสาวะมาก ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ เช่น hydrochlorothiazide, furosemide เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

- ยากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ทำให้วังงิม 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 ผู้ป่วยสูงอายยังต้องประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) เมื่อมีปัสสาวะเหลือจำนวนมากจะนำไปสู่ภาวะ overflow incontinence ในที่สุด เช่น การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาตัวใดตัวหนึ่ง การนอนถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยสูงอายุหญิง โดยใช้หม้อรองปัสสาวะ (bed pan) บนเตียงผู้ป่วย ทำให้ขาดความเป็นส่วนตัวขณะถ่ายปัสสาวะ และยังคงพยายามรักษาสมดุลของร่างกายบนหม้อรองปัสสาวะขณะปัสสาวะเพื่อไม่ให้ตกจากหม้อรองปัสสาวะ มีผลทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ

I – Infection / Impaction (fecal) ผู้สูงอายุที่มีโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจมาพบบุคลากรทางสุขภาพด้วยอาการปัสสาวะราด แทนที่จะมีอาการใช้นิ้วหัวแม่มือในรูขุมขนในผู้ป่วยทั่วไป 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 แล้ว การที่ผู้ป่วยมักมีปัญหาปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ก็อาจเป็นสาเหตุของอาการปัสสาวะราดตอนกลางคืนด้วย

2. อาการปัสสาวะราดแบบเรื้อรัง

พยาธิสภาพทางคลินิกที่ทำให้เกิดอาการปัสสาวะราดแบบเรื้อรัง อาจจำแนกได้เป็น 5 ประเภทหลัก ได้แก่

2.1 Functional incontinence

ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะราดในกลุ่มนี้ คล้ายกับกลุ่มที่มีอาการปัสสาวะราดแบบเฉียบพลัน เนื่องจากไม่สามารถเดินไปปัสสาวะในห้องน้ำได้เองโดยสะดวก โดยไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพใดๆ ของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

- การสูญเสียความสามารถในการเดินไปห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะ เช่น อาการปวดเข่าเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม อาการเหนื่อยง่ายเนื่องจากภาวะโลหิตจาง ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง อาการเดินลำบากเนื่องจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

- โรคจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจในการดูแลตนเอง โรคสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้ถึงความสำคัญของมารยาททางสังคม ที่จะต้องถ่ายปัสสาวะในที่เฉพาะ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะได้

2.2 Stress incontinence เป็นอาการปัสสาวะราดเนื่องจากการความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นกะทันหัน ทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นทันที จนหูดที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะที่พุ่งออกอย่างรวดเร็วและรุนแรงได้ เช่น การออกกําลังกายของหนัก การไอ การจาม อย่างแรง นำไปสู่การมีปัสสาวะเล็ดหรือราดได้ ภาวะนี้พบประมาณร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุหญิงที่มีอาการปัสสาวะราด ปัจจัยเสี่ยงของพยาธิสภาพนี้ ได้แก่ การผ่านการคลอดบุตรปกติทางช่องคลอด การผ่าตัดในช่องเชิงกราน เช่น การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดต่อมลูกหมาก การชักได้ประวัติอาการปัสสาวะราดที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวจะช่วยบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพชนิดนี้ได้ ในเวชปฏิบัติประจำวัน ด้วยความไว (sensitivity) มากกว่าร้อยละ 90 แต่ความจำเพาะไม่ตีความเท่าความไว

2.3 Urge incontinence เป็นพยาธิสภาพที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีอาการปัสสาวะราดเรื้อรัง อาจพบร่วมกับพยาธิสภาพอื่นๆ ที่บริเวณทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท่อปัสสาวะอักเสบ เนื้องอกหรือนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ หรืออาจเกิดขึ้นเองเนื่องจากความชราที่เรียก overactive bladder ภาวะนี้เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ detrusor โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการที่จะปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากจะปัสสาวะทันทีอย่างรีบด่วน (urgency) อาการเกิดขึ้นได้แม้ในเวลากลางคืน

2.4 Overflow incontinence พยาธิสภาพชนิดนี้เกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะออกได้หมด หลังจากที่ถูกผู้ป่วยปัสสาวะเสร็จแล้ว อาจเกิดจากสองสาเหตุหลัก ได้แก่

ก. ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy)

ข. กลุ่มอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptomatology หรือ LUTS) เดิมเชื่อว่าเกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเท่านั้น ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุน่าจะเกิดจากการบีบตัวที่ไม่สัมพันธ์กัน (dyssynergic contraction) ของกล้ามเนื้อ detrusor ที่บริเวณส่วนล่างของกระเพาะปัสสาวะร่วมด้วย ภาวะนี้จึงอาจพบได้ในผู้หญิง นอกจากสองสาเหตุนี้แล้ว โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะก็อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการเหล่านี้ด้วย กลุ่มอาการที่จำเพาะต่อ LUTS ได้แก่ ปัสสาวะไม่ค่อยพุ่งเหมือนช่วงวัยหนุ่มสาว ปัสสาวะสะดุดติดขัด ไม่ค่อยออก ทำให้ต้องเบ่งปัสสาวะ และมีปัสสาวะหยดหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว

2.5 Reflex incontinence ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเองได้ เนื่องจากกระแสประสาทที่สั่งการจากสมองไม่สามารถผ่านไปตามไขสันหลังจนถึงบริเวณ sacral ที่ 2 ถึง 4 ที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะทำงานโดยอัตโนมัติปราศจากการควบคุมของสมอง (automatic emptying) ในกรณีเรื้อรัง กระเพาะปัสสาวะจะมีพยาธิสภาพแบบหดเกร็ง (spastic) ทำให้ไม่สามารถเก็บกักปัสสาวะได้มาก ผู้ป่วยจะปัสสาวะบ่อยและกลั้นไม่ได้ ภาวะนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการทำลายไขสันหลัง (spinal cord) อาจเนื่องจากอุบัติเหตุ มะเร็งที่แพร่กระจายมากดไขสันหลัง และภาวะช่องไขสันหลังตีบ (spinal stenosis) ผู้ป่วยจึงต้องมีอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วยเสมอ เช่น อาการอ่อนแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ภาวะหกล้ม อาการสูญเสียความรู้สึกของร่างกายตั้งแต่ตำแหน่งที่มีการทำลายไขสันหลังที่รับรู้ความรู้สึกจากส่วนนั้นๆ ของร่างกายตลอดจนถึงบริเวณรอบทวารหนัก ทำให้มีอาการอุจจาระราดร่วมด้วย นอกจากนั้น โรค normal pressure hydrocephalus อาจทำให้มีอาการปัสสาวะราดแบบนี้ ร่วมกับอาการขาอ่อนแรง ทำให้เดินลำบาก ในระยะรุนแรงผู้ป่วยจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย

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

มาตรการในการป้องกันอาการปัสสาวะราด

1. การป้องกันอาการปัสสาวะราดเมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวได้เองให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะการเดินไปเข้าห้องส้วมได้เอง
 - จัดหาเตียงให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปัสสาวะราดอยู่ใกล้ห้องส้วม
 - หลีกเลี่ยงการใช้ยา หรือระมัดระวังในการใช้ยาที่อาจนำไปสู่อาการปัสสาวะราดได้
 - ติดตามการขับถ่ายอุจจาระและป้องกันอาการท้องผูกที่อาจจะเกิดขึ้น
2. การป้องกันอาการปัสสาวะราดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
 - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเดิน
 - รับประทานอาหารที่มีกากเส้นใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก
 - ผู้สูงอายุที่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด หรือได้รับการผ่าตัดในช่องเชิงกราน ควรให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อกะบังลมโดยการขมิบก้น (pelvic floor exercise) ที่เรียก Kegel exercise ในทางปฏิบัติผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจวิธีการฝึก บุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยโดยลองฝึกกลั้นปัสสาวะให้หยุดขณะที่กำลังปัสสาวะ หรืออาจให้ผู้ป่วยฝึกขมิบก้นขณะที่บุคลากรทางสุขภาพกำลังทำการตรวจทางทวารหนัก (per rectal examination) ถ้าผู้สูงอายุทำได้ถูกต้อง สะโพกจะต้องไม่ลอยขึ้นจากพื้นเตียง หน้าท้องไม่เกร็ง และมีการบีบรัดที่นิ้วของบุคลากรทางสุขภาพผู้ตรวจโดยหูดของทวารหนัก โดยทั่วไปแนะนำให้ฝึกขมิบก้น 30 ถึง 200 ครั้งต่อวัน โดยเกร็งแต่ละครั้งให้นานราว 10 วินาที



หลักการรักษาทั่วไป

1. ผู้ป่วยควรไปปัสสาวะที่ห้องน้ำบ่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำปัสสาวะสะสมในกระเพาะปัสสาวะมากจนนำไปสู่อาการปัสสาวะราดครั้งต่อไป โดยเริ่มจากทุก 2 ชั่วโมง แล้วยืดเวลาให้นานขึ้นถ้าผู้ป่วยฝึกได้
2. หยุดการดื่มน้ำโดยให้ห่างจากเวลาเข้านอน หรือเวลาที่ต้องออกนอกบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง ควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่เกิน 1 ลิตรต่อวัน ปรับเปลี่ยนชนิดหรือเวลาที่รับประทานยาที่ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณมาก
3. ป้องกันอาการท้องผูก
4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโพรงไซนัสอักเสบ การควบคุมอาการไอจากโรคภูมิแพ้ การควบคุมโรคกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหาร (gastro-esophageal reflux disease หรือ GERD)
5. เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ค่อนข้างเย็น ควรพยายามทำให้ร่างกายมีความอบอุ่น และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. หลีกเลี่ยงสาเหตุของอาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เพื่อป้องกันอาการปัสสาวะราดในเวลากลางคืน เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ การดื่ยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม theophylline และแก้ไขสาเหตุที่มักนำไปสู่อาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ได้แก่ รักษาอาการนอนไม่หลับ ควบคุมโรคเบาหวาน ภาวะหัวใจวาย ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ และโรคของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น โรคของต่อมลูกหมาก โรค overactive bladder และภาวะทางเดินปัสสาวะส่วนล่างอุดตันจากสาเหตุต่างๆ เป็นต้น
7. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม จะได้ผลดีในกรณี functional incontinence เช่น จัดเตียงนอนหรือบริเวณที่ผู้สูงอายุมักอยู่ในเวลากลางวันให้ใกล้กับห้องน้ำ การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถเดินไปใช้ห้องน้ำด้วยความรวดเร็ว เช่น มีราวให้จับไปตามทาง พื้นไม่ลื่น ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ จัดหาหม้อรองปัสสาวะหรือกรวยรองปัสสาวะเพื่อให้สามารถปัสสาวะข้างเตียงได้ การใช้ผ้าอ้อมชนิดสวมใส่ใช้แล้วทิ้งควรใช้เฉพาะในกรณีที่ต้องออกไปธุระนอกบ้านช่วงสั้นๆ เท่านั้น เพราะปัสสาวะผู้ใหญ่จะมีปริมาณมาก ผ้าอ้อมประเภทนี้จะไม่สามารถดูดซับความชื้นได้หมด ทำให้ผิวหนังเปียกและแตก ตลอดจนการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่าย



โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานพบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เกิดจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เนื่องจากการทำงานระหว่างฮอร์โมนอินซูลินและกลูคากอนเสียสมดุลไป ยังอาจเกิดจากการทำงานของตับอ่อนในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินบกพร่อง หรืออาจผลิตอินซูลินได้แต่เซลล์ร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลิน (insulin resistance) ผลของระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดตีตันนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลายที่เท้าอุดตัน ทำให้เป็นแผลเนื้องาตายที่ปลายเท้า (gangrene)

อาการของโรคเบาหวาน

- ❑ ปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก ปัสสาวะช่วงกลางคืน เกิดจากการที่น้ำตาลที่รั่วมากับปัสสาวะและดึงน้ำออกทางปัสสาวะมากขึ้น (osmotic diuresis)
- ❑ คอแห้ง ตื่นน้ำมาก กระหายน้ำ เกิดจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ
- ❑ หิวบ่อย ทานจุแต่ น้ำหนักลด และอ่อนเพลีย เกิดจากร่างกายใช้กลูโคสเป็นอาหารไม่ได้ ต้องใช้โปรตีนและไขมันเป็นพลังงานแทน
- ❑ เกิดแผลได้บ่อย แผลหายยาก มีการติดเชื้อทางผิวหนัง
- ❑ คันตามผิวหนังจากการติดเชื้อรา ตกขาว คันช่องคลอด
- ❑ ตาพร่ามัว อาจเกิดจากระดับน้ำตาลคั่งในเลนส์ตา โรคจอประสาทตาจากเบาหวาน หรือต้อกระจก
- ❑ ชา ปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือและปลายเท้า



การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยอาศัยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

1. มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนดังกล่าวข้างต้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มก./ดล. โดยไม่จำเป็นต้องอดอาหารมาก่อน
2. ระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไปอย่างน้อย 2 ครั้ง
3. การตรวจโดยการให้รับประทานกลูโคส 75 กรัม (oral glucose tolerance test - OGTT) ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานกลูโคสตั้งแต่ 200 มก./ดล. ขึ้นไป

ถ้าผลการตรวจระดับน้ำตาลในข้อ 2 คือ ก่อนรับประทานอาหารเช้าที่อยู่ในช่วง 100 - 125 มก./ดล. จะเรียกกลุ่มนี้ว่า “ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารผิดปกติ” หรือ impaired fasting glucose (IFG) และถ้าผลการตรวจระดับน้ำตาลในข้อ 3 ได้ระดับน้ำตาลหลังรับประทานกลูโคส 75 กรัมที่อยู่ในช่วง 140 - 199 มก./ดล. จะเรียกกลุ่มนี้ว่า “ความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง” หรือ impaired glucose tolerance (IGT) ทั้งสองภาวะนี้เรียกรวมกันว่าเป็น “ระยะก่อนเป็นเบาหวาน” หรือ prediabetes

ผู้ที่ควรตรวจหาโรคเบาหวาน

- ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานดังกล่าวข้างต้น
- อายุมากกว่า 40 ปี
- มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน
- เคยมีระดับน้ำตาลอยู่ในระยะก่อนเบาหวาน
- เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- หญิงที่คลอดบุตรมีน้ำหนักมากกว่า 4 กก.
- มีความดันโลหิตสูง
- มีไขมันในเลือดผิดปกติ
- มีโรคหลอดเลือดแดงตีบแข็ง
- มีโรคที่บ่งว่ามีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ได้แก่ โรครังไข่มีถุงน้ำหลายถุง (polycystic ovary syndrome - PCOS)

ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือโรคเบาหวานชนิดที่พึ่งอินซูลิน (insulin dependent diabetes mellitus) เป็นชนิดที่พบน้อยแต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 25 ปี ในประเทศไทยพบน้อยกว่าร้อยละ 5 เบาหวานชนิดนี้เกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ เนื่องจากเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนอินซูลินผิดปกติทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดอินซูลิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาการฉีดอินซูลินเข้าทดแทนในร่างกาย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (noninsulin-dependent diabetes mellitus) ในประเทศไทยพบบ่อยกว่าร้อยละ 95 มักจะมีความรุนแรงน้อยกว่า พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนอายุ มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โรคนี้ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้แต่ปริมาณที่ได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ดังนั้นในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดงของโรคเลย หรืออาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จนถึงขั้นอาการรุนแรงหรือหมดสติและเสียชีวิตได้ สาเหตุของการหมดสติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้

5. รับประทานไข่สัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง ถ้าไขมันในเลือดสูงให้งดไข่แดง
6. รับประทานปลา และเต้าหู้ให้บ่อยขึ้น
7. ใช้น้ำมันพืชจำพวกน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว ในการทอดผัดอาหารแต่พอควร
8. เลือกดื่มนมไม่มีไขมัน นมพร่องมันเนยแทนน้ำนมปรุงแต่งรส
9. หลีกเลี่ยงน้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมหวานจัดต่าง ๆ
10. หลีกเลี่ยงอาหารใส่กะทิ ไขมันสัตว์ อาหารทอด รวมทั้งขนมอบ
11. เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ต้ม นึ่ง ย่าง ผัดที่ใช้ไขมันน้อยแทนการทอด
12. ใช้น้ำตาลเทียมใส่เครื่องดื่มและอาหารแทนการใช้น้ำตาลทราย
13. รับประทานอาหารรสอ่อนเค็ม

ผู้ป่วยเบาหวานใช้น้ำตาลเทียมได้เท่าไร

น้ำตาลเทียมที่ขายในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นแอสปาร์แทมซึ่งมีรสหวานเป็น 200 เท่าของน้ำตาลทราย แอสปาร์แทม 1 ซอง (38 มิลลิกรัม) ให้ความหวานเท่ากับน้ำตาล 2 ช้อนชา จากการทดสอบความปลอดภัยอนุญาตให้ใช้ได้วันละ 50 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ในปริมาณน้อยกว่านี้มาก แต่แอสปาร์แทมทนความร้อนสูงไม่ได้จึงต้องให้ใส่หลังประกอบอาหารแล้ว ผู้ป่วยที่ยังดิตรสหวานสามารถใช้ได้ในอาหารหรือเครื่องดื่มได้ ผู้ป่วยต้องการดื่มน้ำอัดลมควรดื่มประเภทที่มีคำว่าไดเอท (diet) ซึ่งใช้สารนี้แทนน้ำตาลจริง

น้ำตาลฟรุคโตส (fructose) เป็นน้ำตาลผลไม้มีรสหวานกว่าน้ำตาลทรายเกือบ 2 เท่า จึงใช้ปริมาณน้อยกว่าน้ำตาลทราย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงช้ากว่าน้ำตาลทราย แต่ถ้ารับประทานในปริมาณมากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้เช่นเดียวกัน และยังอาจทำให้ไขมันในเลือดสูง น้ำตาลฟรุคโตสให้พลังงานเท่ากับน้ำตาลจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่อ้วน

2. การออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือเป็นมานานจนมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน การปฏิบัติตัวก่อนออกกำลังกายจึงต้องปรับให้เหมาะสมในแต่ละกรณี

1. การซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด

ควรตรวจสุขภาพจอตามีจอตาเสื่อมที่รุนแรงหรือไม่ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจมีอยู่ เพราะอาจเลวลงจากการออกกำลังกาย ตรวจหาความผิดปกติของระบบประสาทเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่ข้อต่างๆ กล้ามเนื้อ และผิวหนัง อาจต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือถ้ามีข้อสงสัยต้องทำการทดสอบสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดด้วยการวิ่งสายพาน (exercise stress test) เพื่อหาความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกายก่อนเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย

2. โปรแกรมการออกกำลังกาย ควรจัดเป็นโปรแกรมสม่ำเสมอ เลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจมีปัญหาข้อเข่า ข้อเท้า หรือข้อสะโพก จึงต้องเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องลงน้ำหนักอย่างรุนแรงที่ข้อต่างๆ เหล่านี้ ด้วยการกำหนดชนิดของการออกกำลังกายเป็นเฉพาะรายบุคคล อาหารที่กินเข้าไปกับการออกกำลังกายนั้นต้องพิจารณาด้วยเหมือนกัน โดยทั่วไปการออกกำลังกายต้องการคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย ถ้าการออกกำลังกายมีความหนักและมีช่วงเวลานาน ให้เพิ่มคาร์โบไฮเดรตจาก 15 กรัม เป็น 30 กรัม ในทุกๆ ชั่วโมง

3. ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยที่ใช้ยารับประทานให้ใช้ยาขนาดเท่าเดิมเมื่อเริ่มต้น ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงปรับยาลงถ้าระดับน้ำตาลลดลงกว่าที่ควรจะเป็น ในรายที่น้ำตาลในเลือดยังควบคุมไม่ได้ ควรควบคุมอาหารให้ดีขึ้น เมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอแล้วระดับน้ำตาลจะดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ถ้าออกกำลังกายและควบคุมอาหารจนสามารถลดน้ำหนักตัวได้ ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลจะดีขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาลดน้ำตาลไม่ต้องมีข้อปฏิบัติพิเศษ แต่ยังคงควบคุมปริมาณอาหารตามกำหนด

4. อาหารและน้ำ ผู้ป่วยที่ผอมหรือน้ำหนักตัวปกติและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ถ้าออกกำลังกายหนักและ/หรือนาน ต้องรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ฉีดยาอินซูลิน ผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมน้ำหนักไม่ต้องเพิ่มหรือเสริมอาหารเมื่อออกกำลังกาย

5. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าระดับน้ำตาลควบคุมดีเมื่อออกกำลังกายมากและนาน ควรตรวจระดับน้ำตาลหลังการออกกำลังกายและระวังการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับกรณีทั่วไปตรวจเช็คระดับน้ำตาลเป็นครั้งคราวตามกำหนดได้

ผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้ไม่ควรออกกำลังกาย

- มีการรักษาเนื้อเยื่อของลูกตาหรือมีการรักษาเกี่ยวกับจอตาไม่นานมานี้ เช่น การใช้เลเซอร์รักษา
- ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 250 กรัม ถึง 300 มก./ดล. มีสารคีโตน หรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำก่อนเริ่มออกกำลังกาย
- น้ำตาลในเลือดประมาณ 80 ถึง 100 มก./ดล. จะมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ในภาวะแบบนี้ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรต เพื่อเพิ่มน้ำตาลในเลือดก่อนการออกกำลังกาย)

3. การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

แนะนำให้ผู้ป่วยที่สงสัยจะมีโรคนี้ไปรับการเจาะเลือดที่โรงพยาบาล โดยให้งดอาหารและน้ำตั้งแต่เที่ยงคืนแล้วไปทำโรงพยาบาลในตอนเช้าเพื่อตรวจดูระดับน้ำตาลในเลือดที่เรียกว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting blood glucose) ซึ่งในคนปกติจะมีค่าไม่เกิน 125 มก./ดล. ถ้าพบว่ามีค่ามากกว่าปกติ วินิจฉัยได้ว่าเป็นเบาหวาน ยังมีค่าสูงมากเท่าไร แสดงว่ามีความรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น การรักษามักจะเริ่มด้วยการแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวอื่นๆ ถ้าคุมอาหารอย่างเดียวไม่ได้ผล อาจต้องใช้ยารักษาเบาหวาน โดยถือหลักดังนี้

1. โรคเบาหวานในระยะแรกที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก อาจให้ยาชนิดกินที่นิยมใช้กันมาก คือ glibenclamide, glipizide ส่วนยา chlorpropamide (Diabenese®) เป็นยาที่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากยามีระยะครึ่งชีวิตยาวมาก ทำให้เกิดอุบัติการณ์ระดับน้ำตาลต่ำในเลือดได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ



2. ในรายที่ใช้ยาชนิดกินไม่ได้ผล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน) หรือในกรณีที่มีการติดเชื้อมันฝรั่งหรือต้องได้รับการผ่าตัด ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินซึ่งควรปรับให้ได้ขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเริ่มจากขนาดที่ละน้อยก่อนเช่นเดียวกัน ส่วนมากจะสอนให้ผู้ป่วยหรือญาติฉีดเองที่บ้านผู้ป่วยชนิดพึ่งอินซูลิน อาจต้องฉีดอินซูลินทุกวันไปตลอดชีวิต ส่วนผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแล้ว อาจหันกลับมาใช้ยาชนิดกินแทนได้

3. การติดตามผลการรักษา นอกจากการตรวจปัสสาวะแล้วควรนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือดทุก 2 - 3 เดือน การตรวจเลือด FBG ไม่สามารถบอกถึงคุณภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเท่ากับการตรวจ hemoglobin A1c ที่จะบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยในช่วง 6 - 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทั่วไป ถ้าระดับ hemoglobin A1c น้อยกว่าร้อยละ 7 ถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ถ้าพบผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษาใดๆ หรือสงสัยมีภาวะแทรกซ้อน ควรส่งโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสงสัยมีภาวะคีโตซิส ควรให้น้ำเกลือ แล้วส่งโรงพยาบาลด่วน

การดูแลสุขภาพเท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

เท้า เป็นอวัยวะสำคัญที่ใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน ผลของโรคเบาหวานทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เนื่องจากการที่หลอดเลือดแดงส่วนปลายที่มาเลี้ยงขาและเท้าตีบ ร่วมกับการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวดที่แผล ยังมีโอกาสที่แผลจะลุกลามและเรื้อรังจนนำไปสู่การตัดขาในที่สุด พบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเบาหวานจะมีประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า และในผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าร้อยละ 14 - 24 ต้องถูกตัดขา ดังนั้น การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า จะช่วยลดอัตราการตัดขา ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระยะยาว

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

- เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง
- ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานนานกว่า 15 ปี
- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี โดยจะมีผลต่อความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรค ลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และโรคลุกลามเร็ว
- ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะทางหัวใจ ทางสายตามีปัญหาการมองเห็น และทางไต
- มีความผิดปกติของเส้นประสาท และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ได้แก่ การชาปลายมือ ปลายเท้า ทำให้ประสาทสัมผัสการป้องกันการเกิดแผลเสียไป
- เท้าผิดรูป ทำให้การลงน้ำหนักที่เท้าผิดปกติ
- การสูบบุหรี่ มีผลทำให้หลอดเลือดแดงอุดตันได้
- เคยมีประวัติการเกิดแผลที่เท้ามาก่อน มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานที่เคยมีแผลที่เท้ามาก่อน มีโอกาสการเกิดแผลที่ตำแหน่งเดิมภายในระยะเวลา 2 - 5 ปี
- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า

วิธีดูแลเท้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวาน

- อย่าเดินเท้าเปล่าเวลาออกนอกบ้านหรือเดินบนพื้นที่ไม่สกปรก เพราะถ้าเหยียบถูกของมีคม หนามแหลม หรือของร้อน (เช่น ถ่าน) จะเป็นแผลแบบไม่รู้ตัวได้

- เวลาตัดเล็บเท้า ควรตัดออกตรงๆ อย่าตัดโค้งหรือตัดถูกเนื้อ
- ถ้าเป็นหูดหรือตาปลาที่เท้า ควรให้แพทย์รักษา อย่าพยายามแกะหรือตัดออกด้วยตัวเอง
- ถ้ามีตุ่มน้ำที่เท้า เป็นแผลพุพองหรืออักเสบที่เท้า ควรรีบไปให้แพทย์รักษาอย่าปล่อยทิ้งไว้และไม่ควรใช้เข็มบ่ง (ตุ่มพอง) เอง หรือใช้ทิชชูเช็ดหรือไอโอดีนหรือไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ชะแผล
- ควรล้างแผลด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ ปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่ฆ่าเชื้อโรคแล้ว และติดด้วยพลาสติกอย่างนิ่ม (เช่น โมโครพอร์) อย่าปิดด้วยพลาสติกธรรมดา
- ตรวจสอบความร้อนของน้ำที่แช่เท้าหรืออาบน้ำก่อนทุกครั้ง โดยใช้ข้อศอกจุ่มทดสอบ ผู้ป่วยที่ใช้ผ้าห่มไฟฟ้าหรือกระเป๋าน้ำร้อนวางที่เท้าต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจบาดเจ็บจากความร้อนที่มากเกินไป
- ควรล้างเท้าให้สะอาดด้วยสบู่ เช็ดให้แห้งโดยเฉพาะตรงซอกเท้า อย่าขัดถูแรงเกินไป
- อย่าสวมรองเท้าคับเกินไป หรือใส่ถุงเท้ารัดแน่นเกินไป

รองเท้าและการสวมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. รองเท้าผู้หญิง ไม่ควรส้นสูงเกินไป หนีกรองเท้าควรกว้างใส่สบายไม่บีบรัด และมีสายคาดหลังเท้า ที่ปรับความยาว ความกระชับ ให้เดินสะดวกไม่หลวมหลุด
2. เคาะก่อนกรวดทราย ออกจากรองเท้าก่อนทุกครั้งที่สวม เพราะอาจกดตำหรือเกิดการเสียดสีจนเป็นแผลถ้าใส่ทั้งวัน
3. ควรพกพลาสติกปิดแผลติดกระเป๋ไว้ เวลาเกิดแผลเล็กๆ น้อยๆ จะได้จัดการปฐมพยาบาลตัวเอง ก่อนแผลจะเสียดสี เป็นมากขึ้น
4. ระวังเรื่องการสวมรองเท้าคูใหม่เป็นเวลานานๆ ถ้าไม่แน่ใจ ควรลองสวมชั่วคราวระยะสั้นๆ หรือเตรียมรองเท้าที่สวมสบายเพื่อไว้ด้วย
5. การสวมถุงเท้า หรือถุงน่องบางๆ จะลดการเสียดสีของเท้ากับรองเท้าได้
6. ถ้าข้อนิ้วเท้าหรือกระดูกผิดรูป ปุ่มกระดูกอาจกดกับรองเท้าจนเกิดเป็นแผล ควรหาแผ่นซิลิโคน หรือแผ่นรองนิ้วเท้าช่วยรับแรงกดและการเสียดสีระหว่างข้อนิ้วกับรองเท้า
7. สัญญาณอันตรายที่ผู้ป่วยต้องระวัง คือสีของเท้าเปลี่ยนแปลง รู้สึกเจ็บปวด ไม่สบายเท้า ผิวหนังที่เท้าแตกหรือมีน้ำเหลืองไหล เท้าบวม

ข้อแนะนำทั่วไปในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต หากได้รับการรักษาอย่างจริงจังสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติได้ แต่ถ้ารักษาไม่จริงจังก็อาจมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนได้มาก

1. การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักในคนที่อ้วน และการออกกำลังกาย มีความสำคัญต่อการรักษาเบาหวานเป็นอย่างมาก ในรายที่เป็นไม่มากถ้าปฏิบัติได้ดี อาจหายจากเบาหวานได้โดยไม่ต้องพึ่งยา ผู้ป่วยควรลดการกินน้ำตาลและของหวานทุกชนิด (รวมทั้งผลไม้หวานและน้ำผึ้ง) ให้เหลือน้อยที่สุด ควรเลิกกินน้ำหวาน น้ำอัดลม เหล้าเบียร์ ควรลดการกินอาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น เผือก มัน เป็นต้น ควรลดอาหารพวกไขมัน เช่น ของทอด ของมัน ขาหมู หมูสามชั้น อาหารหรือขนมที่ใส่กะทิ ผู้ป่วยควรหันไปกินผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้มากขึ้น ส่วนการออกกำลังกายจะเลือกแบบใดก็ได้ เช่น เดินเร็ววิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ รำมวยจีน เล่นโยคะ ภายบริหาร เป็นต้น แต่ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรหักโหมจนเกินไป

2. ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด มิเช่นนั้น อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

3. ผู้ป่วยควรหมั่นดูแลรักษาเท้าเป็นพิเศษ ระวังอย่าให้เกิดบาดแผลหรือการอักเสบ ซึ่งอาจลุกลามจนกลายเป็นแผลเน่าจนต้องตัดนิ้วหรือขาทิ้ง

4. ผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยารักษาเบาหวานอยู่ อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือมีอาการใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย เหงื่อออก ตัวเย็นเหมือนเวลาหิวข้าว ถ้าเป็นมาก อาจเป็นลม หหมดสติ หรือชักได้ ผู้ป่วยควรพกน้ำตาลหรือของหวานติดตัวประจำ ถ้าเริ่มรู้สึกมีอาการดังกล่าวให้ผู้ผู้ป่วยรีบกินน้ำตาลหรือของหวาน จะช่วยให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยควรทบทวนดูว่า กินอาหารน้อยไปหรือออกกำลังมากไปกว่าที่เคยทำอยู่หรือไม่ ควรปรับทั้งสองอย่างให้พอดีกัน จะช่วยป้องกันมิให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถ้ายังเป็นอยู่บ่อยๆ ควรไปปรึกษาแพทย์ที่รักษา อาจต้องลดยาเบาหวานลง

5. ผู้ป่วยควรหมั่นตรวจปัสสาวะเอง และตรวจเลือดที่โรงพยาบาลเป็นประจำเพราะเป็นวิธีที่บอกผลการรักษาได้แน่นอนกว่าการสังเกตจากอาการเพียงอย่างเดียว ถึงแม้ว่าจะรู้สึกสบายดีแต่ระดับน้ำตาลในเลือดอาจสูงได้

6. ห้ามซื้อยาชุดกินเอง เพราะยาบางอย่างอาจเพิ่มน้ำตาลในเลือดได้ เช่น สเตอรอยด์, ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และยาบางอย่างอาจเสริมฤทธิ์ของยารักษาเบาหวาน ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น แอสไพริน, เฟนิลบิวตาโซน, ซัลฟา เป็นต้น รวมทั้งสมุนไพรบางชนิด เช่น โสม มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วย ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยาเองต้องแน่ใจว่ายานั้นไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

7. ผู้ป่วยควรมีบัตรประจำตัวหรือกระดาดแข็งแผ่นเล็กที่เขียนข้อความว่า “ข้าพเจ้าเป็นโรคเบาหวาน” พร้อมกับบอกชื่อยาที่รักษาพกติดกระเป๋าไว้ หากบังเอิญเป็นลมหมดสติขึ้นมา ทางโรงพยาบาลจะได้ทราบประวัติการเจ็บป่วยและให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่

โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ โดยการรู้จักกินอาหาร พยายามอย่าให้อ้วน หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ และทำจิตใจให้ร่าเริงเบิกบานอย่าเครียดหรือวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวานควรต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และควรตรวจเช็คปัสสาวะหรือเลือดเป็นครั้งคราวหากพบเป็นเบาหวานในระยะเริ่มแรก จะได้ให้การรักษาแต่เนิ่นๆ



โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัจจุบันมีประชากรหลายร้อยล้านคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข คาดว่าจะมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 70 ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือการแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต

นิยามศัพท์

- ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันเลือดภายในหลอดเลือดที่เกิดจากการที่หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ความดันจะเพิ่มสูงขึ้นขณะที่หัวใจบีบเลือดออกไปและลดลงขณะที่หัวใจคลายตัว
- Systolic blood pressure (SBP) คือ ค่าความดันโลหิตสูงที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว
- Diastolic blood pressure (DBP) คือ ค่าความดันโลหิตต่ำที่สุด เมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว
- Pulse pressure คือ ค่าความต่างระหว่าง SPB กับ DBP บ่งบอกถึงความตึงตัวของผนังหลอดเลือดแดง

โดยปกติความดันโลหิตของคนจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คือตอนกลางวันร่างกายจะมีความดันโลหิตที่สูง โดยจะสูงที่สุดตอนช่วงบ่ายและจะมีความดันโลหิตต่ำที่สุดช่วงตอนกลางคืน นอกจากนี้ความดันโลหิตของคนเรายังขึ้นอยู่กับท่าของผู้ถูกวัดด้วย โดยท่านอนความดันโลหิตมักจะสูงกว่าท่านยืน นอกจากนั้นแล้ว ยังขึ้นกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ กิจกรรมที่ทำอยู่ รวมทั้งสภาพจิตใจด้วย

โรคความดันโลหิตสูง

คือ การที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (SBP) หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (DBP) เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้นทั้งสองค่าจากความดันปกติ (ตารางที่ 1) ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ เวลา ภูมิอากาศ จิตใจและอารมณ์ ปริมาณการบริโภคเกลือ หรือมีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรืออาจเกิดจากโรคบางอย่าง เช่น โรคเกี่ยวกับสมอง โรคต่อมหมวกไต และโรคต่อมไทรอยด์บางประเภท เป็นต้น



ตารางที่ 1 การแบ่งระดับของโรคความดันโลหิตสูงตามสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2555

ระดับความรุนแรง	SBP (mm.Hg)	และ/หรือ	DBP (mm.Hg)
เหมาะสม (Optimal)	< 120	และ	< 80
ปกติ (Normal)	120 - 129	และ/หรือ	80 - 84
ปกติค่อนข้างสูง (High normal)	130 - 139	และ/หรือ	85 - 89
โรคชนิดไม่รุนแรง (Grade 1 - mild hypertension)	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99
โรคชนิดรุนแรงปานกลาง (Grade 2 - moderate hypertension)	160 - 179	และ/หรือ	≥ 100
โรคชนิดรุนแรงมาก (Grade 3 - severe hypertension)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	และ	< 90

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. **Primary hypertension** พบได้มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคความดันโลหิตที่ปัจจุบันทางการแพทย์ยังไม่สามารถหาสาเหตุได้

2. **Secondary hypertension** พบน้อยกว่าร้อยละ 10 เป็นโรคความดันโลหิตที่ทราบสาเหตุ เช่น โรคไต ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ตั๊กครรภ์ ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง และยาบางประเภท เช่น glucocorticoids , NSAIDs, estrogen เป็นต้น

ลักษณะทางคลินิกของโรคความดันโลหิตสูง

- ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ อาจตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจร่างกายประจำปี
- ปวดศีรษะ
- เวียนศีรษะ
- เหนื่อยง่าย
- อาการที่ผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อัมพาต หมดสติ ฉับพลัน หัวใจวาย เจ็บหน้าอก ตามัว ปวดขาเวลาเดิน และไตวาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ปรากฏอาการใดๆ จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาและไม่มีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากๆ อาจนำไปสู่การเสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้ ดังนั้นความดันโลหิตสูงจึงเปรียบเสมือนเพชรฆาตเงียบที่คร่าชีวิตคนจำนวนมากไปแบบไม่รู้ตัว

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของโรคอัมพาตและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดแดงแข็ง โดยผู้ที่ไม่ได้รักษาโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า โดยภาวะความดันโลหิตสูงจะค่อยๆ

ทำให้หลอดเลือดภายในร่างกายค่อยๆ เสื่อมไป โดยเฉพาะ 3 อวัยวะสำคัญ คือ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งไต ซึ่งเมื่อมีการตีบหรือแตกของหลอดเลือดในอวัยวะสำคัญเหล่านี้จะทำให้เสียชีวิตได้แบบเฉียบพลันหรือทำให้เป็นอัมพาตได้ ดังนั้นแม้ในคนปกติ หรือผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจวัดความดันโลหิตสูงอยู่อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากหากได้รับการรักษาหรือปรับการปฏิบัติตัวแต่เนิ่นๆ จะทำให้หลอดเลือดไม่ผิดปกติเร็วเกินไปนัก สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้วนั้น หากมิได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

ได้แก่ กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม โดยมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ได้ประมาณ 30 - 40% รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เคร่งเครียด รับประทานอาหารก่อโรคความดันโลหิตสูง ได้เร็วขึ้น ด้านอายุ มักพบในอายุตั้งแต่ 40-50 ปี ขึ้นไป เพศซึ่งมักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังวัยหมดประจำเดือน รูปร่างพบมากในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมากกว่าคนผอม ส่วนเชื้อชาติ พบมากที่สุดของคนอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน รวมไปถึงผู้ที่รับประทานเกลือสูงหรือชอบกินเค็มมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

การวินิจฉัยโรคความดันเลือดสูง

แนวทางการดูแลรักษาของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2555 ได้แนะนำบุคลากรทางสุขภาพในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงไว้ ดังนี้

1. การวัดความดันเลือด

1.1 เมื่อทำการวินิจฉัยครั้งแรก ควรวัดความดันเลือดทั้งสองแขนเสมอ ถ้าค่าที่วัดได้ต่างกัน มากกว่า 10/5 มม.ปรอท ควรวัดที่แขนวัดที่แขนข้างที่ให้ค่าความดันเลือดสูงกว่า เพราะผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 จะมีความดันเลือดซิสโตลิกของแขนทั้งสองข้างต่างกันมากกว่า 10 มม.ปรอท ได้

1.2 ผู้สูงอายุที่มีชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้ที่มี atrial fibrillation ควรวัดหลาย ๆ ครั้ง เพื่อหาค่าที่ตรงกันมากที่สุด

1.3 ความดันเลือดของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากอาจถึงร้อยละ 50 ในแต่ละช่วงเวลาของวัน ผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะ white-coat hypertension แม้ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่แล้ว ก็พบปรากฏการณ์ของ white-coat effect ได้ โดยระดับความดันเลือดที่วัดได้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีค่าสูงกว่าระดับความดันเลือดที่วัดได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้ไปพักฟื้นที่บ้าน

การแก้ไขปัญหาความแปรปรวนของความดันเลือดที่วัดได้ในผู้สูงอายุ ได้แก่

ก. ความดันเลือดที่วัดที่บ้านจะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย (target organ damage) รวมทั้งอัตราการตายได้ดีกว่าความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาล ดังนั้นควรใช้ความดันเลือดที่วัดที่บ้านของผู้สูงอายุจะดีกว่าความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคและการปรับการรักษาโรคความดันเลือดสูง

ข. เนื่องจากความดันเลือดในผู้สูงอายุอาจลดลงได้มากพอสมควรภายในสองชั่วโมงแรก หลังรับประทานอาหาร (postprandial hypotension) การวัดความดันเลือดที่บ้านควรวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากระดับความดันเลือด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในประชากรทั่วไป คือ ที่ระดับความดันเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มม.ปรอท (ดูตารางที่ 1)

2. การประเมินสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันเลือดสูง

2.1 แม้ว่าโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุมักเป็นชนิดปฐมภูมิ (primary hypertension) แต่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรมองข้ามโรคความดันเลือดสูงทุติยภูมิที่มีสาเหตุทางกายและมีการรักษาจำเพาะ ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงของไตตีบจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerotic renovascular hypertension), primary aldosteronism เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีลักษณะทางคลินิกบางอย่างที่ทำให้แพทย์นึกถึงและทำการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการต่อไป ได้แก่

2.1.1 ผู้ที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคความดันเลือดสูงก่อนอายุ 30 ปี โดยเฉพาะไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันเลือดสูง

2.1.2 ผู้ที่มีระดับความดันเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและตรวจพบภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายเร็วกว่าที่ควรจะเป็น

2.1.3 ผู้ที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดความดันเลือด

2.1.4 ผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาในระยะแรก ต่อมาระดับความดันเลือดกลับสูงขึ้นโดยไม่มีเหตุอื่นอธิบายได้

2.1.5 ผู้ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้ยาลดความดันเลือดในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor หรือ angiotensin receptor blocker

2.1.6 เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชราและมีพยาธิสภาพหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน การประเมินภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายที่เกิดจากโรคความดันเลือดสูงและการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มักพบร่วมกับโรคความดันเลือดสูงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน สำหรับเป้าหมายระดับความดันโลหิตที่ต้องการหลังผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาโรค เดิมใช้เกณฑ์เดียวกับระดับความดันโลหิตที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค คือ ให้น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท แต่ด้วยหลักฐานจากงานวิจัยล่าสุด แนวทางการดูแลรักษาของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2555 ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป้าหมายความดันโลหิตที่ 150/80 มม.ปรอท ซึ่งล่าสุดจากแนวทางปฏิบัติระดับนานาชาติ โดย The Eighth Joint National Committee (JNC 8) ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ก็ให้เป้าหมายความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกันคือ สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้การรักษาแบบไม่ใช้ยาด้วยการปรับพฤติกรรมก่อน และถ้าความดันโลหิตยังอยู่ที่ 150/90 มม.ปรอทหรือสูงกว่า ให้เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตโดยมีเป้าหมายความดันโลหิตหลังได้รับการรักษาคือน้อยกว่า 150/90 มม.ปรอท

การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคความดันเลือดสูง นอกจากจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดโรคความดันเลือดสูงหรือชะลอเวลาการเกิดโรคแล้ว ยังใช้เป็นแนวทางการรักษาโรคความดันเลือดสูงแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) ทั้งในระยะแรกของโรคจนถึงผู้ที่มีโรคความดันเลือดสูงระยะรุนแรงที่ต้องใช้ยาร่วมด้วย

2. มาตรการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่

2.1 การจำกัดการได้รับเกลือโซเดียม ผลของความดันเลือดที่ลดลงด้วยการจำกัดปริมาณโซเดียมที่ได้รับในผู้สูงอายุจะลดลงได้มากกว่าในผู้ที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 การป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินและภาวะอ้วน

2.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.4 การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลของแอลกอฮอล์ต่อการเพิ่มความดันเลือดในผู้สูงอายุจะมีผลมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า

2.5 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผักสดผลไม้ เมล็ดธัญพืชต่างๆ เช่น ข้าว ถั่วต่างๆ นมที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีปริมาณกากใยสูง เนื้อสัตว์ชนิดเป็ด ไก่ หรือปลา โดยหลีกเลี่ยงเนื้อวัวหรือเนื้อหมูที่มีไขมันสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension - DASH)



3. การรักษาโรคความดันเลือดสูงด้วยการใช้ยา โดยทั่วไปหลักการใช้ยาลดความดันเลือดในผู้ป่วยสูงอายุไม่ต่างจากผู้ป่วยทั่วไป แต่มีข้อคำนึงที่ต้องปรับเปลี่ยนดังต่อไปนี้

3.1 ผู้สูงอายุมักมีภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) postural hypotension หมายถึง ภาวะที่ความดันเลือดซิสโตลิกลดลงมากกว่า 20 มม.ปรอท หรือความดันเลือดไดแอสโตลิกลดลงมากกว่า 10 มม.ปรอท เมื่อมีการเปลี่ยนจากท่านอนหรือนั่งเป็นท่านยืน โดยวัดภายในช่วงเวลา 1 - 3 นาทีหลังจากที่ผู้ป่วยยืน ภาวะนี้พบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 64 เมื่อเทียบกับผู้ที่กลุ่มอายุเดียวกัน ความรุนแรงของภาวะนี้สัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร จำนวนการหกล้มและอุบัติเหตุของกระดูกหักจะเพิ่มขึ้น การวัดความดันเลือดในผู้สูงอายุจึงควรวัดทั้งในท่านั่งหรือท่านอน และท่านยืนด้วยเสมอ ทั้งก่อนจะให้ยารักษา และระหว่างการให้ยารักษาโรคความดันเลือดสูง และพึงระวังระดับความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาลจะสูงกว่าความเป็นจริงขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน



3.2 ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในเรื่องของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการที่ต้องได้รับยาเป็นระยะเวลานานสำหรับโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันเลือดสูง ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เป็นการรบกวนชีวิตประจำวัน การนับเม็ดยา และการค้นหาสาเหตุ พร้อมทั้งหาวิธีในการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยโดยอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่า การมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโรคความดันเลือดสูงทั้งที่ตนเองไม่มีอาการใดๆ เป็นการป้องกันโรค เหตุที่การรักษาต้องการความต่อเนื่องเป็นเพราะความดันเลือดจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และยาที่ได้รับก็ถูกกำจัดออกจากร่างกายทุกวัน

3.3 ปัญหาการเกิดผลข้างเคียงจากยา ค้นหาและประเมินอาการข้างเคียงของยา กรณีที่อาการข้างเคียงรุนแรง หรือต้องแก้ไขโดยเปลี่ยนแปลงการรักษา ให้ทำบันทึกส่งตัวผู้ป่วยให้แก่แพทย์ในสถานพยาบาลในเครือข่ายต่อไป



การส่งต่อผู้ป่วย

เป้าหมายเพื่อสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการจากสถานพยาบาลในระบบ วิธีดำเนินการคือ

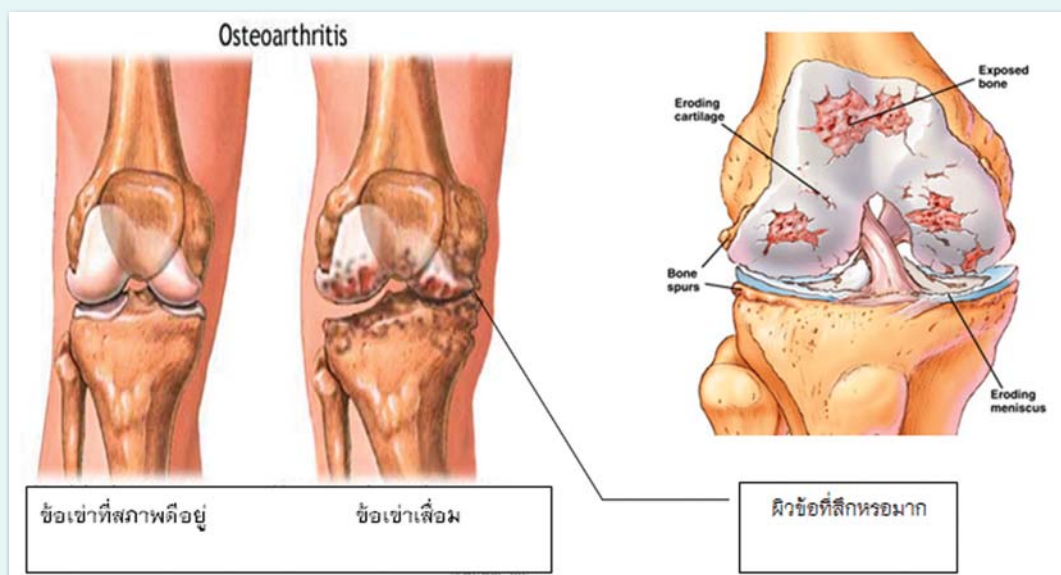
1. ให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจยืนยันในกรณีที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
 2. ส่งตัวผู้ป่วยที่ไม่กลับไปรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้กลับเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในระบบ
 3. ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาผลข้างเคียงจากการใช้ยา
 4. ผู้ป่วยที่การรักษาไม่ถึงเป้าหมายเกินกว่า 3 เดือน (ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้)
 5. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากสถานพยาบาล
- เช่น มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ควรจะเป็น คือ 150/90 มม.ปรอท และที่เป้าหมาย 140/90 มม.ปรอท สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการและอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากโรคหัวใจ (เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นไม่ปกติ) อาการและอาการแสดงจากโรคของไต (บวม) อาการและอาการแสดงของโรคตา และโรคทางสมอง (แขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก มองภาพไม่ชัด) เป็นต้น

โรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis, OA) เป็นโรคในกลุ่มข้ออักเสบชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุด พบได้ทั้งในผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปีผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชาย และในผู้ที่มีอายุเกินกว่า 75 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงจะมีข้อเสื่อมมากกว่าร้อยละ 80 - 90 แต่อาจมีอาการต่างกันไป เช่น มีข้อเสื่อมแต่ไม่มีการปวดถ้าไม่ใช้งานข้อนั้นๆ มาก ข้อต่อที่มักพบการเสื่อมได้แก่ ข้อนิ้ว ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อกระดูกหลังทั้งกระดูกสันหลังระดับคอและกระดูกสันหลังระดับเอว

พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม

การดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปกติแล้วกระดูกอ่อนที่ผิวข้อต่อ (articular cartilage) ที่อยู่ปลายกระดูกแต่ละข้างจะทำหน้าที่ให้ข้อเคลื่อนไหวอย่างสะดวก และรองรับแรงกระแทกจากการลงน้ำหนักได้ดี ผลจากความชราทำให้มีการสึกกร่อนที่กระดูกอ่อนนี้ ทำให้กระดูกบริเวณข้อต่อเกิดการเสียดสีกันมากเวลาเคลื่อนไหว เกิดเป็นเสียงดังกรอบแกรบที่เรียกว่า ข้อลั่น (crepitus) ทำให้มีการอักเสบตามมา มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณข้อนั้น มีการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อต่อ ผลจากการอักเสบซ้ำๆ จะมีการตอบสนองของร่างกายทำให้มีกระดูกงอกที่รอบข้อ (osteophyte) เมื่อมีการเสื่อมของข้อเป็นระยะเวลานานมากขึ้น อาการปวดจากที่เคยเป็นๆ หายๆ จะมีอาการปวดตลอดเวลา โดยเฉพาะตอนกลางคืนและทุกขณะที่มีการเคลื่อนไหวข้อ อาจมีข้อติดในตอนเช้าหลังตื่นนอน (morning stiffness) แต่มักไม่นานเกิน 30 นาที หรือข้อติดเมื่ออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน แต่จะเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นเมื่อขยับข้อสักครู่หนึ่ง ผู้สูงอายุจึงไม่พยายามขยับข้อมากนัก เมื่อรวมกับการมีน้ำหนักตัวมากขึ้นและกล้ามเนื้อรอบข้ออ่อนแรง จะทำให้เกิดการผิดรูปของข้อต่อ ยิ่งทำให้ปวดข้อมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อ โดยเฉพาะข้อเข่า และข้อสะโพกที่ต้องรับน้ำหนักของร่างกาย



ปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. อายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด อายุที่มากขึ้นจะมีความชุกของข้อเสื่อมเพิ่มขึ้น
2. โรคทางเมตาบอลิซึมของข้อ เช่น โรคเกาต์ โรคเกาต์เทียม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในกระดูกอ่อนที่ผิวข้อต่อ ทำให้การรับส่งแรงกระทำต่อข้อเข่าเปลี่ยนแปลง ทำให้ข้อเข่าเสื่อมบ่งชี้ขึ้น
3. โรคข้ออักเสบอื่นๆ เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผลจากเยื่อข้ออักเสบทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อต่อ
4. ความอ้วน โรคข้อเสื่อมเป็นมากขึ้นในคนอ้วนโดยเฉพาะเพศหญิง และเกิดกับข้อที่รับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า
5. การรับแรงกระทำที่ข้อเข่าเบี่ยงเบนไป เช่น การได้รับบาดเจ็บจากการใช้งานมากเกินไปหรือใช้งานไม่ถูกต้อง ทำให้แนวเข่าโก่งออกมากกว่าปกติ
6. กีฬาและการออกกำลังกายที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ มีการกระแทกที่รุนแรงและซ้ำๆ ที่ข้อเสื่อม

อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. **ปวด** มีลักษณะปวดตื้อทั่วไปที่ข้อเข่า ไม่สามารถระบุตำแหน่งชัดเจนได้ มักปวดเรื้อรัง อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อมีการใช้งาน หรือลงน้ำหนักลงบนข้อนั้น แต่จะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน เมื่อการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้มีอาการปวดตลอดเวลา หรือปวดในช่วงเวลากลางคืนร่วมด้วย
2. **ข้อติด** อาการติดหรือฝืดของข้อมักเป็นในช่วงเช้าและช่วงหลังจากการพักใช้ข้อเป็นเวลานาน เช่น หลังจากตื่นนอนหรือนั่งนานๆ แต่มักไม่เกิน 30 นาที อาจพบอาการติดเกิดขึ้นชั่วคราวในท่าองหรือเหยียดข้อในช่วงแรก
3. **ข้อผิดรูปและโตขึ้น** ข้อจะบวมและใหญ่ขึ้น เกิดจากกระดูกที่งอกโปนบริเวณรอบข้อ เมื่อโรครุนแรงมากขึ้น อาจพบขาโก่งออก (genu varum) ซึ่งพบได้บ่อยกว่าเข่างอ (genu valgum) อาจมีการบวมจากน้ำซึมซ่านในข้อ อันเป็นผลจากการอักเสบภายในข้อเข่า แต่การบวมไม่ใช่อาการจำเพาะของโรคข้อเข่าเสื่อม
4. **มีเสียงดังกรอบแกรบ** ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว
5. **ทุพพลภาพในการเคลื่อนไหวและการทำงาน** มีความลำบากในการนั่ง ลุก เดิน หรือขึ้นลงบันได และหากเป็นมากอาจรบกวนการทำงานในหน้าที่ประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง
6. **ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้จำกัด** เหยียดตรงได้ลำบาก และเมื่อมีอาการมากขึ้น จะทำให้ข้อเข่าได้ลดลงด้วย

อาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ที่ป่วยโรคข้อเสื่อมส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงก่อนอายุ 40 ปี นอกจากผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุของข้อเข่าและในผู้ที่อ้วนมาก แต่อาการของโรคข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปสามารถสังเกตได้จากภาพถ่ายทางรังสี อาการแสดงของโรคข้อเสื่อมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. **ระยะเริ่มต้น** อาการแสดงที่สำคัญ คือ อาการปวด บวม แดง ร้อน
2. **ระยะปานกลาง** ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดเมื่อยร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อมากขึ้น เริ่มสังเกตเห็นการผิดรูปของข้อ ซึ่งจะสามารถมองเห็นการโก่งได้อย่างชัดเจน การเคลื่อนไหวของข้อเริ่มติดขัด
3. **ระยะรุนแรง** ผลจากการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนที่ผิวข้ออย่างมาก ทำให้ข้อหลวมไม่มั่นคง และข้อมีขนาดใหญ่ขึ้นจากกระดูกงอก ข้อโก่งงอผิดรูปชัดเจน งอหรือเหยียดข้อได้ไม่สุดขณะเคลื่อนไหว เมื่อเดินต้องกางขาให้กว้างขึ้น เพื่อให้มีความมั่นคงขณะเดิน กล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลงขณะลุกขึ้นจากท่านั่งและขณะเดินขึ้นลงบันไดจะมีอาการปวดที่รุนแรง อาจมีเสียงดังกรอบแกรบในข้อขณะเคลื่อนไหว

แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

ในทางปฏิบัติจะเริ่มด้วยการรักษาแบบไม่ใช้ยา ก่อน ถ้ายังไม่ดีขึ้นแพทย์จะพิจารณาการผ่าตัด จะเป็นวิธีสุดท้ายถ้าผู้ป่วยยังมีความพิการที่รุนแรง

การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา

1. การให้ความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบการดำเนินโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวด ตลอดจนเพิ่มทักษะการอยู่ร่วมกับโรค การให้ความรู้อาจเป็นแบบเฉพาะตัวหรือเป็นกลุ่ม ดังนี้

- ❑ การพัก ช่วยป้องกันข้อไม่ให้เสียหายเพิ่มขึ้น ควรพักการใช้งานของข้อนั้นในช่วงที่มีการอักเสบเฉียบพลัน และมีอาการปวดมาก เมื่ออาการปวดลดลงจึงเริ่มให้มีการเคลื่อนไหวเบาๆ เท่าที่จะทำได้

- ❑ การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันและหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่าง เช่น ลดการเดินขึ้นลงบันได หลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ไม่นั่งพับเพียบ ไม่คุกเข่า ไม่นั่งยองๆ ไม่นั่งขัดสมาธิ

- ❑ การลดปวดด้วยการประคบความร้อนหรือความเย็น

2. การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่า รูปแบบอาจเป็นการออกกำลังกายบนบกหรือน้ำ ที่โรงพยาบาลหรือบ้าน ส่วนชนิดของการออกกำลังกายที่ดี ประกอบด้วย

- ❑ การบริหารเพื่อเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า ให้ข้อมีช่วงการเคลื่อนไหวได้มากเท่าที่จะทำได้โดยไม่เจ็บปวด มีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบข้อ ป้องกันการตึงและยึดติด

- ❑ การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขาและกล้ามเนื้อท้องขา ให้มีการเกร็งกล้ามเนื้อ โดยไม่มีการเคลื่อนไหวข้อ (quadriceps exercise) วิธีนี้อาจให้ทำได้ขณะที่มีอาการปวดข้อ หรือขณะที่มีการอักเสบเฉียบพลันเพื่อป้องกันการฝ่อลีบจากการไม่ได้ใช้งานและรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยให้เกร็งค้างไว้ 5 - 6 วินาที พักประมาณ 10 วินาที ให้ทำซ้ำ 10 ครั้งถือเป็น 1 ชุด ทำ 1 - 2 ชุดต่อเนื่อง หากไม่เมื่อยหรือปวดมากขึ้น อาจทำเป็นพักๆ ได้ตลอดวัน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายด้วยวิธีนี้เพราะทำให้มีแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น และทำให้ความดันโลหิตสูงได้

- ❑ การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แบบที่กล้ามเนื้อรอบเข่ามีการเคลื่อนไหว ให้เริ่มวิธีนี้เมื่อการอักเสบทุเลาลงแล้ว จะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยเพิ่มความต้านทานทีละน้อย อาจใช้การจัดท่าให้ออกกำลังกายต้านแรงโน้มถ่วงของโลก การต้านด้วยการใช้แขนหรือขาต้านตรงข้ามผืนไว้ การต้านด้วยการใช้ตุ้มน้ำหนัก ถุงทราย ดัมเบล ขวดน้ำ สปริง แนะนำให้ทำ 10 ครั้งต่อชุด ทำ 3 ชุด สัปดาห์ละ 2 - 3 วัน แต่น้ำหนักที่ใช้ต้องไม่มากเกินไป การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายเพื่อความฟิตพร้อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจแข็งแรง ปอดดี กระดูกไม่บาง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ กระชับมีความแข็งแรงและใช้งานได้ทนทาน ได้แก่ การเดินช้าๆ การปั่นจักรยาน หรือการออกกำลังกายในน้ำซึ่งจะดีมากสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากน้ำมีแรงพยุงตัวทำให้ข้อเข่ารับน้ำหนักน้อยลงขณะออกกำลังกาย นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่มีแรงกระทำต่อข้อมากๆ เช่น การวิ่ง การกระโดดเชือก หรือการเต้นแอโรบิกที่มีการกระโดดจะเป็นผลร้ายต่อข้อเข่ามากกว่าผลดี

3. การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ พิจารณาตามความรุนแรงของโรคและสภาวะผู้ป่วย การใช้เครื่องช่วยพยุงข้อ อุปกรณ์รัดข้อชนิดต่างๆ จะเสริมความมั่นคงของข้อให้กระชับขึ้น ลดโอกาสการผิดรูปของข้อ

- ❑ การใช้ไม้เท้าหรือร้อม จะช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่าได้ประมาณร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว ในกรณีที่ปวดมากควรถือไม้เท้าหรือร้อมในมือด้านตรงข้ามกับข้างที่ปวด เพื่อช่วยในการลดแรงกระทำต่อข้อ
- ❑ การเสริมรองเท้าเป็นลิ้นทางด้านนอก (heel wedging) ในผู้ที่เริ่มมีขาโก่งเล็กน้อย
- ❑ การใช้สนับเข่า (knee support) ช่วยเพิ่มประสาทสัมผัส ช่วยเสริมความมั่นคงข้อเข่า รวมทั้งช่วยลดอาการปวดข้อเข่าขณะเดิน

4. การลดน้ำหนัก น้ำหนักที่มากเกินไปจะกระตุ้นการเสื่อมของข้อเข่าโดยตรง แม้จะได้ยาด้านการอักเสบจากแพทย์แต่หากน้ำหนักตัวยังมากอยู่ ข้อเข่าก็จะมีโอกาสอักเสบได้อีก การตรวจสอบน้ำหนักตัวว่าอยู่ในเกณฑ์ตามอายุหรืออ้วนเกินไป ให้ใช้ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) ซึ่งได้จากการคำนวณโดยน้ำหนักตัวในหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงในหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง) คนที่รูปร่างสมส่วนจะมีค่าดัชนีมวลกายไม่เกิน 23 กก./ม² หากดัชนีมวลกายเกิน 30 กก./ม² จัดว่ามีโรคอ้วน การควบคุมน้ำหนักทำได้ด้วยการควบคุมทั้งชนิดและปริมาณอาหาร อาทิ การลดอาหารรสหวาน งดของมันรับประทานอาหารแต่พออิ่ม ดื่มน้ำให้มาก และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

5. การรักษาทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การบำบัดด้วยความร้อนหรือความเย็น ความร้อนต้นและความร้อนลึก เลเซอร์ การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้าความถี่ต่ำ และการใช้สนามแม่เหล็ก เพื่อลดอาการเจ็บปวดและลดการอักเสบของข้อ รวมไปถึงการให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายเฉพาะโรคข้อเสื่อม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

6. การใช้วิธีการอื่นๆ ได้แก่ การฝังเข็ม ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในด้านประสิทธิภาพของการรักษา แต่อาจนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ข้อเข่า วิธีการเหล่านี้ควรให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางเป็นผู้พิจารณาสั่งการรักษา

การรักษาโดยวิธีใช้ยา

จุดประสงค์หลักของการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีการเคลื่อนไหวและใช้ข้อทำงานได้ดีขึ้น ในปัจจุบันมีการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาอาการปวด และการอักเสบในโรคข้อเสื่อม ได้แก่ ยา acetaminophen ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ยาระงับอาการปวดที่เข้าที่เป็นสารเสพติด (Narcotic analgesics) รวมทั้งการให้ยาทางข้อข้อ (Intrasynovial medication) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการใช้ยาในกลุ่มที่เรียกว่ายาระงับอาการปวดที่ออกฤทธิ์ช้า (Symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis, SySADOA) ในโรคข้อเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ glucosamine sulfate, chondroitin sulfate และ diacerein เป็นต้น มีรายงานการใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นระยะเวลานานอาจมีผลชะลอไม่ให้ข้อเสื่อมมากขึ้น หรืออาจมีส่วนทำให้กระดูกผิวข้อเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นด้วย แต่ยังคงต้องการผลงานวิจัยเพิ่มเติมอีกมากที่บ่งถึงกลุ่มผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากยาในกลุ่มนี้

การรักษาโดยวิธีผ่าตัด

การผ่าตัด จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบไม่ใช้ยาร่วมกับวิธีการใช้ยาแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดอยู่มาก หรือมีข้อถูกทำลายอย่างมากและมีข้อผิดรูปเกิดขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีกระดูกทรุดตัว เป็นต้น การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อ บ่งชี้ในการทำ ข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป อาจมีการส่องกล้องเข้าไปในข้อเข่า เพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอมและตกแต่งสภาพในข้อ การตัดแต่งกระดูกและจัดกระดูกที่โก่งงอให้ตรง รวมถึงการเปลี่ยนข้อเทียม

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนาบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. *อาการปัสสาวะรดในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. ใน : ประเสริฐ อัสสันตชัย. บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยนครีเอชั่น, 2553;
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2549). *มารู้จักโรคความดันโลหิตสูงกันเถอะ*. เอกสารการวิชาการ จัดทำโดยสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์ โดยบริษัทแอสตรา เซนิกา (ประเทศไทย) จำกัด.
- วรภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. (2546). *เบาหวานและการออกกำลังกาย*. ใน อภิชาติ วิษณุวรรณ์, (บรรณาธิการ), *ตำราโรคเบาหวานสมาคมไร้ท่อแห่งประเทศไทย*. หน้า 85. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วีรณัฐ รอบสันติสุข. (2549). *การลดการกินเค็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นสำคัญไฉน*. จัดทำโดยสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *โรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*.
- สมชาย อรรถศิลป์, อุตติ ดิสมโชค. *โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis)*. ใน : สุศักดิ์ นิลนุกาวงศ์, สุรุทธิ ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ), *คู่มือโรคข้อ*. หน้า 272-278. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2541.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *คู่มือการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *คู่มือติดตามคนหายประเภทสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *เคล็ด(ไม่)ลับสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ.
- สุจิตรา เลิศวีระศิริกุล, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, ธวัชชัย วงพงศธร, ชาญยุทธศุภชาติวงศ์. *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม*. RamaMed J 1992; 15:34-40.
- สุรุทธิ ปรีชานนท์. *โรคข้อเสื่อม*. ตำราโรคข้อ หน้า 89-126. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2538.
- โครงการควบคุมโรคปวดข้อและปวดเมื่อย กระทรวงสาธารณสุขระบาดวิทยาของโรคปวดข้อและปวดเมื่อย. กรุงเทพมหานคร: งานแผนงานและสถิติฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลเลิดสิน 2530:39-48.

Alta J. Strengthening Muscle. *Exerc Sport Sci Rev.* 1981; 9: 1-74. Hochberg MC, Altma RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al.

Guidelines for the Medical Management of Osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1541-6. Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, et al. The incidence and natural history of knee osteoarthritis in elderly. K S Thomas, K R Muir, M Doherty, A C Jones, S C O'Reilly, EJ Bassey. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial *BMJ* 2002; 325 (7367): 752.

LaBotz M (2004). Patellofemoral syndrome. *Physician and Sportsmedicine*: <http://www.physsportsmed.com>

Lawrence JS, Bremner JM, Bier F. Osteoarthritis-Prevalence in the Population and Relationship between Symptom and X-ray Changes. *Ann Rheum Dis* 1986; 25: 1-24.

The Framingham osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1500-5.