

คู่มือ

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
ในสถานบริการสุขภาพ



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ร่วมกับ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
จังหวัดชลบุรี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2557

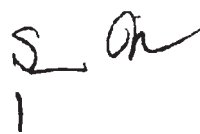
คำปรารภ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 7.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย คือ การมีอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงและประชากรมีอายุยืนขึ้น โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) การที่ประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes) มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากร และด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น

ปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องทราบและเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และต้องอาศัยการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) ที่เป็นการร่วมมือประสานและเสริมกันในหลายสาขาวิชา เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุพร้อมๆ กัน เป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริการที่รวดเร็ว ทันการ มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลในการดูแลตลอดจนการประสานความเข้าใจกับผู้ดูแล ญาติและครอบครัว

ดังนั้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จึงได้มีการจัดทำ “คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” ขึ้นเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในการป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

ขอขอบคุณผู้นิพนธ์และคณะทำงานทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาทั้งร่างกายและแรงใจในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใช้ปฏิบัติงานได้จริง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้จะเจ็บป่วย



(นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนิยม

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน ในปี พ.ศ.2557 เป็น ร้อยละ 15.3 (9.9 ล้านคน) คาดว่า ในปี พ.ศ. 2577 จะเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าตัว อยู่ที่ร้อยละ 29.1 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมสูงวัย” อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้โรค ที่เกิดจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความชราเพิ่มขึ้นตามด้วย ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุจะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ตลอดจนการดูแลรักษาฟื้นฟูที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆสมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาเขตสุขภาพประกอบกับนโยบายของกรมการแพทย์ที่ว่า “พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์เป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ” (National Health Authority : NHA) ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์และผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเขตสุขภาพตามนโยบายดังกล่าว

ดังนั้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ โดยมีความมุ่งหวังที่จะให้เกิดระบบการดูแล รักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร และเชื่อมโยงกัน จึงได้มีการจัดทำคู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” ขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพรวมถึงชุมชน คู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” ฉบับนี้ ได้ร่วมกันจัดขึ้นโดยคณะกรรมการและคณะทำงานโครงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน 12 จังหวัดนำร่อง ซึ่งได้แก่ จังหวัดลำปาง พิจิตร อุตรดิตถ์ ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา อานาจเจริญ ชลบุรี นนทบุรี สมุทรสาคร นครศรีธรรมราช และพัทลุง โดยคู่มือฉบับนี้มีเนื้อหาที่สามารถเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปใช้คัดกรอง ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อในแต่ละระดับ โดยเน้นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ คือ “เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้” ต่อไป



(นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล)

รองอธิบดีกรมการแพทย์

คำนำ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีความมุ่งหวังเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันของตนเองได้ และสามารถอยู่ที่บ้านได้ โดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก หากเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยผ่านระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในสามารถบริการสุขภาพแต่ละระดับอย่างครบวงจร รวมทั้งมีความเชื่อมโยงของการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ

คู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” เล่มนี้ ได้จัดทำเนื้อหาประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งได้ความคิดเห็นจากคณะกรรมการและคณะทำงานโครงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละสถานบริการสุขภาพใน 12 จังหวัด และได้สรุปเป็นภาพรวมใหญ่ของระบบบริการผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ที่สถานบริการสุขภาพแต่ละระดับสามารถเลือกนำไปใช้ได้ตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่ ส่วนที่ 2 เป็นองค์ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมป้องกันโรค การประเมินผู้สูงอายุแบบครบวงจร และการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่ในปีนี้ได้กำหนดไว้ 5 เรื่อง คือ ภาวะข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อม หกล้ม ทุโภชนาการ และการใช้ยาในผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับความกรุณาในการเขียนเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาทิ ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย, รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ผศ.พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, พ.ท.พญ.พัฒนศรี ศรีสุวรรณ และส่วนที่ 3 เป็นแบบการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ที่มาจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลระยะยาว ซึ่งทางสถาบันฯ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ คณาจารย์ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือฯ เล่มนี้ มา ณ โอกาสนี้

ท้ายนี้ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ง่าย อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



(นายแพทย์ประพนธ์ พงศ์คณิตานนท์)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะผู้นิพนธ์



ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ผศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



พ.ท.พญ.พัฒนศรี ศรีสุวรรณ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นางนิตกุล ทองน่วม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวสมจินต์ โฉมวันนะชัย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวอรรวรรณ คูหา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสมฤดี เนียมหอม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ



	หน้า
บทนำ	1
ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการสุขภาพ	2
บทที่ 1 การประเมินผู้สูงอายุ	13
(ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย)	
บทที่ 2 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ	21
(รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล)	
บทที่ 3 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะข้อเข่าเสื่อม”	37
(พ.ท.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ)	
บทที่ 4 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะหกล้ม”	47
(ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย)	
บทที่ 5 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะทุโภชนาการ”	59
(ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย)	
บทที่ 6 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะสมองเสื่อม”	71
(พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน)	
บทที่ 7 “การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ”	79
(ผศ.พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ)	
ภาคผนวก “แบบการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ”	89

ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตราการ 4.7 ที่กำหนดให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวน 120 เตียงขึ้นไป ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ ได้พยายามผลักดันให้โรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการบริการที่จำเพาะที่แตกต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่นๆ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ยังมีอายุมากย่อมมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น สมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นเฉพาะทาง และได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม แต่เนื่องจากสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งมีศักยภาพและเงื่อนไขทางทรัพยากรที่แตกต่างกัน จึงมีข้อจำกัดในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ดังนั้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับสามารถดูแล ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้จัดทำคู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” เล่มนี้ขึ้น

ข้อแนะนำการใช้คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

คู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” เล่มนี้ได้นำเสนอแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 รูปแบบ เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน ดังนี้

1. รายละเอียดของการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยสูงอายุในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยจำแนกตามโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สามารถดูภาพรวมของกิจกรรมที่ควรจัดในแต่ละระดับได้จากตารางหน้า 9 ซึ่งสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับสามารถเลือกนำไปจัดบริการสุขภาพ ตามศักยภาพและบริบทที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

2. แนวทางปฏิบัติในแต่ละโรคได้นำเสนอในรูปแบบลำดับของการปฏิบัติ (algorithm) เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน โดยแยกเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และความเชื่อมโยงในการส่งต่อในแต่ละระดับ โดยรายละเอียดของแบบคัดกรอง / ประเมิน ของแต่ละโรคจะนำไปไว้ในภาคผนวก ดังนี้

- 2.1 ภาวะข้อเข่าเสื่อม หน้า 4-5 รายละเอียดแบบคัดกรอง/ประเมินอยู่ในภาคผนวกหน้า 116
- 2.2 ภาวะหกล้ม หน้า 6-7 รายละเอียดแบบคัดกรอง/ประเมินอยู่ในภาคผนวกหน้า 110
- 2.3 ภาวะขาดสารอาหาร หน้า 8-9 รายละเอียดแบบคัดกรอง/ประเมินอยู่ในภาคผนวกหน้า 111 - 112
- 2.4 ภาวะสมองเสื่อม หน้า 10 รายละเอียดแบบคัดกรอง/ประเมินอยู่ในภาคผนวกหน้า 103 - 105
- 2.5 การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุ หน้า 11-12

3. สำหรับผู้ที่ต้องการศึกษารายละเอียดของแต่ละโรคอย่างลึกซึ้ง คู่มือเล่มนี้ได้เสนอรายละเอียดของเนื้อหา การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะสมองเสื่อม และการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อ่านเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจในการพิจารณาแผนภูมิทั้ง 5 โรค

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือ “แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ” เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ สำหรับข้อแนะนำต่างๆ ในคู่มือเล่มนี้มิได้เป็นข้อกำหนดให้สถานบริการสุขภาพต้องปฏิบัติตามทุกกิจกรรม แต่สามารถเลือกใช้เลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา โดยคำนึงถึงศักยภาพและเงื่อนไขทางทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพ

กิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ		หน่วยบริการสุขภาพ		คัดกรอง / ประเมิน	รักษา	แนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ฟื้นฟู	การดูแลต่อเนื่อง
General	สายตา	รพสต./PCU	1	+	*	+	-	-
		รพช.	2	+	+	+	-	-
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	-	-
	หู	รพสต./PCU	1	+	*	+	-	-
		รพช.	2	+	+	+	-	-
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	-	-
	ฟัน	รพสต./PCU	1	+	+/-	+	-	-
		รพช.	2	+	+	+	-	-
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	-	-
	การสูญเสียความสามารถขั้นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน Impair BADL	รพสต./PCU	1	+	-	+	+	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End of life Care)	รพสต./PCU	1	+	-	+	+	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	รพสต./PCU	1	+	-	+	+	+
		รพช.	2	+	+/-	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
ปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ	โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	รพสต./PCU	1	+	-	+	+	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	เบาหวาน	รพสต./PCU	1	+	+/-	+	+/-	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	ความดันเลือดสูง	รพสต./PCU	1	+	+/-	+	+/-	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+

ปัญหาสุขภาพ		หน่วยบริการ สุขภาพ		คัดกรอง / ประเมิน	รักษา	แนะนำ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ฟื้นฟู	การดูแลต่อเนื่อง
	ข้อเข่าเสื่อม (OA knee)	รพสต./PCU	1	+	+/-	+	+	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
กลุ่มโรค ผู้สูงอายุ: Geriatric syndromes	ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	รพสต./PCU	1	+	*	+	-	+
		รพช.	2	+	*	+	+/-	+
		รพท./รพศ.	3	+	+/-	+	+/-	+
	ภาวะซึม สับสน เฉียบพลัน (Delirium)	รพสต./PCU	1	+	-	+	-	+
		รพช.	2	+	+	+	-	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	-	+
	ภาวะซึมเศร้า (Depression)	รพสต./PCU	1	+	*	+	-	+
		รพช.	2	+	+	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	การเกิดผลไม่พึง ประสงค์จากยา (Drug)	รพสต./PCU	1	+	*	+	-	+
		รพช.	2	+	+	+	-	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	-	+
	ภาวะหกล้ม (Instability&falls)	รพสต./PCU	1	+	*	+	+	+
		รพช.	2	+	+/- *	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	สูญเสียความ สามารถการเดิน (Immobility)	รพสต./PCU	1	+	*	+	+	+
		รพช.	2	+	*	+	+	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+	+
	ภาวะทุโภชนาการ (Inanition)	รพสต./PCU	1	+	+/-	+	-	+
		รพช.	2	+	+	+	-	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	-	+
	ภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ (Incontinence)	รพสต./PCU	1	+	*	+	-	+
		รพช.	2	+	+/-	+	-	+
		รพท./รพศ.	3	+	+	+	+/-	+

หมายเหตุ

- หมายถึง ไม่ต้องดำเนินการ

+

หมายถึง ดำเนินการ

+/- หมายถึง ดำเนินการตามศักยภาพของหน่วยบริการ

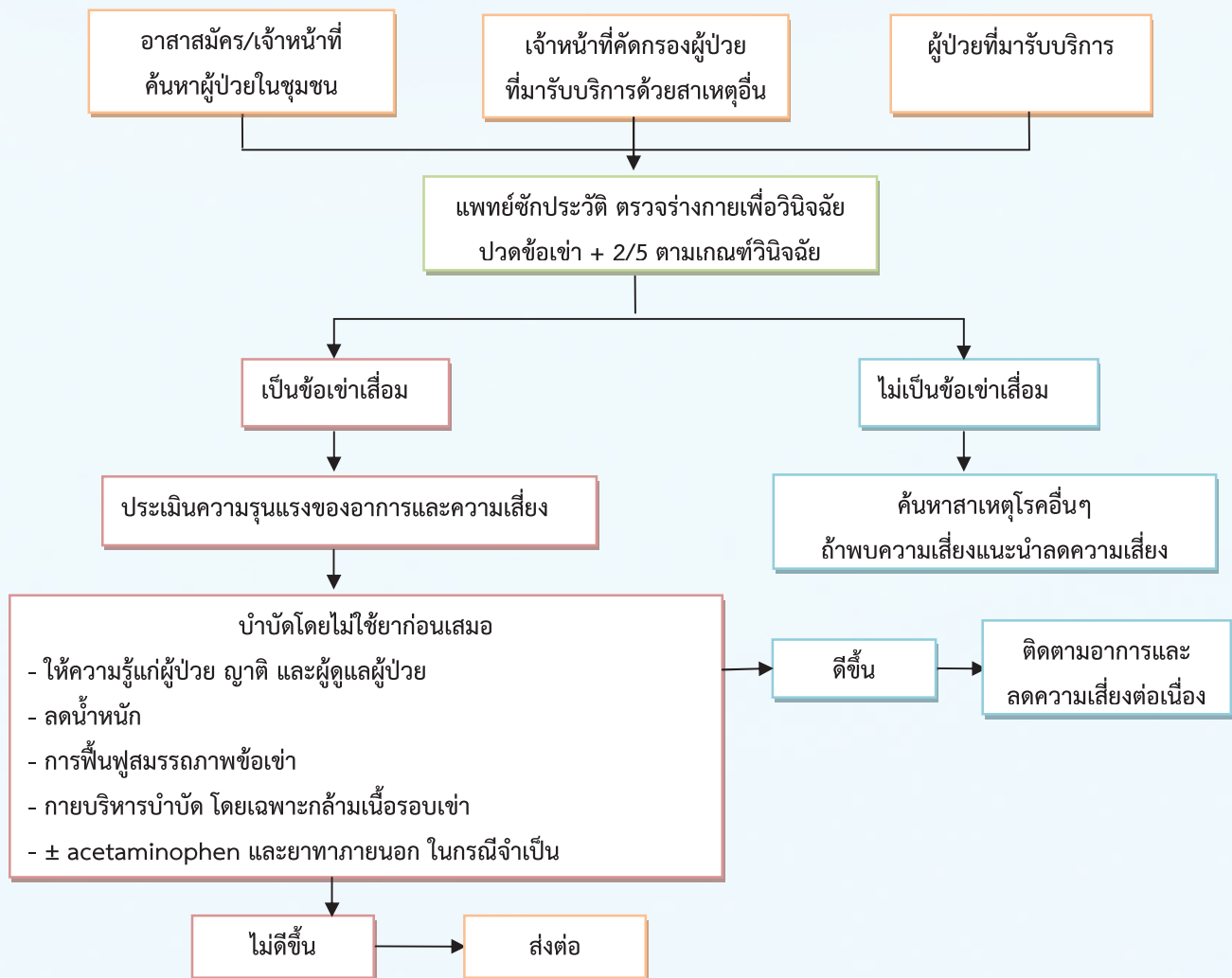
*

หมายถึง ส่งต่อ

ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละสถานบริการ ซึ่งอาจจะมากกว่าที่กำหนดไว้

ข้อเข่าเสื่อม (OA Knee)

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับปฐมภูมิ



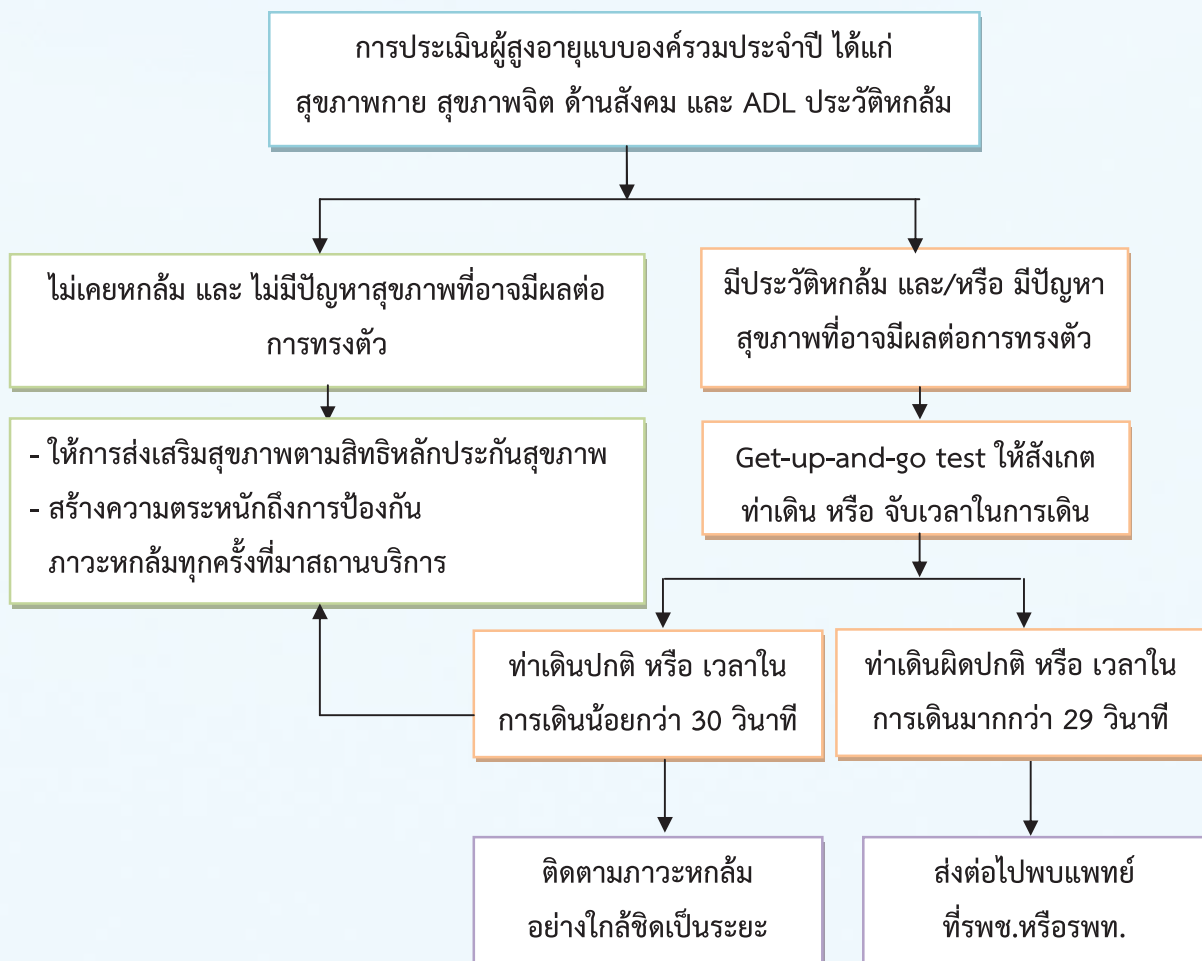
ข้อเข่าเสื่อม (OA Knee)

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ



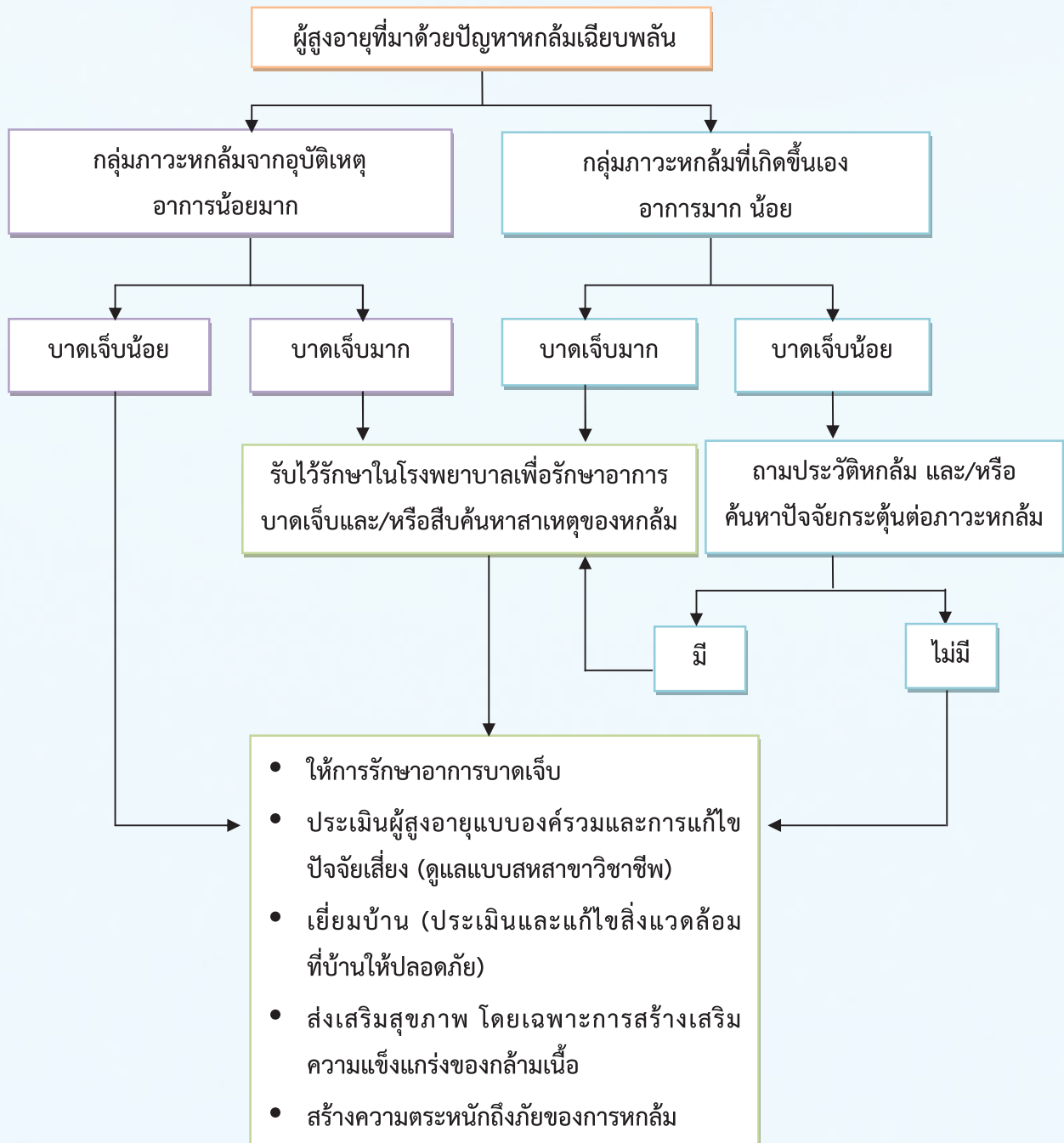
ภาวะหกล้ม (Fall)

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับปฐมภูมิ

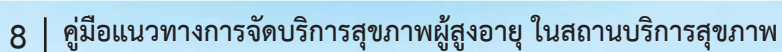


ภาวะหกล้ม (Fall)

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

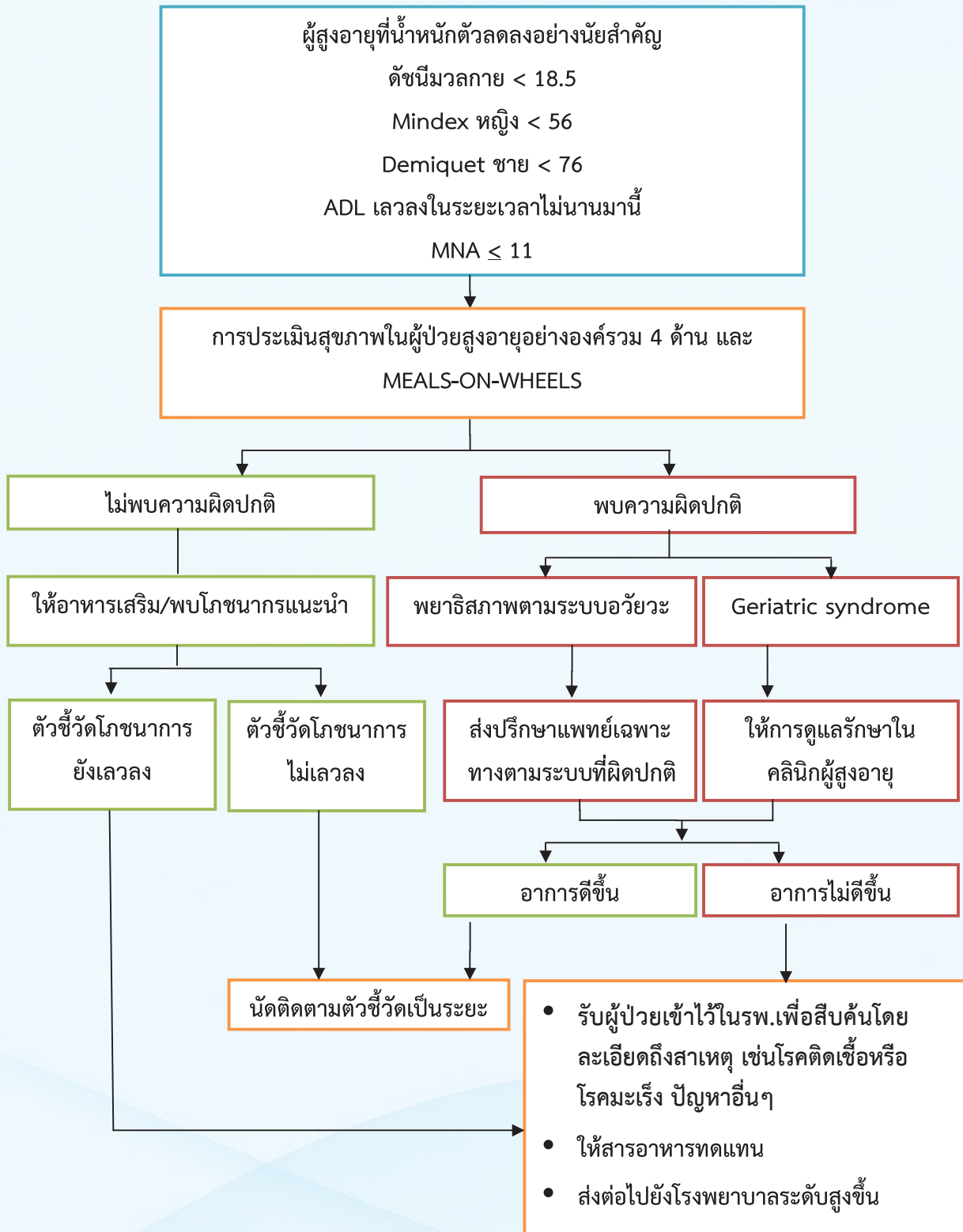


៣. បទដ្ឋានគតិយុត្តិធម៌សម្រាប់ការអនុវត្តកិច្ចការសង្គម



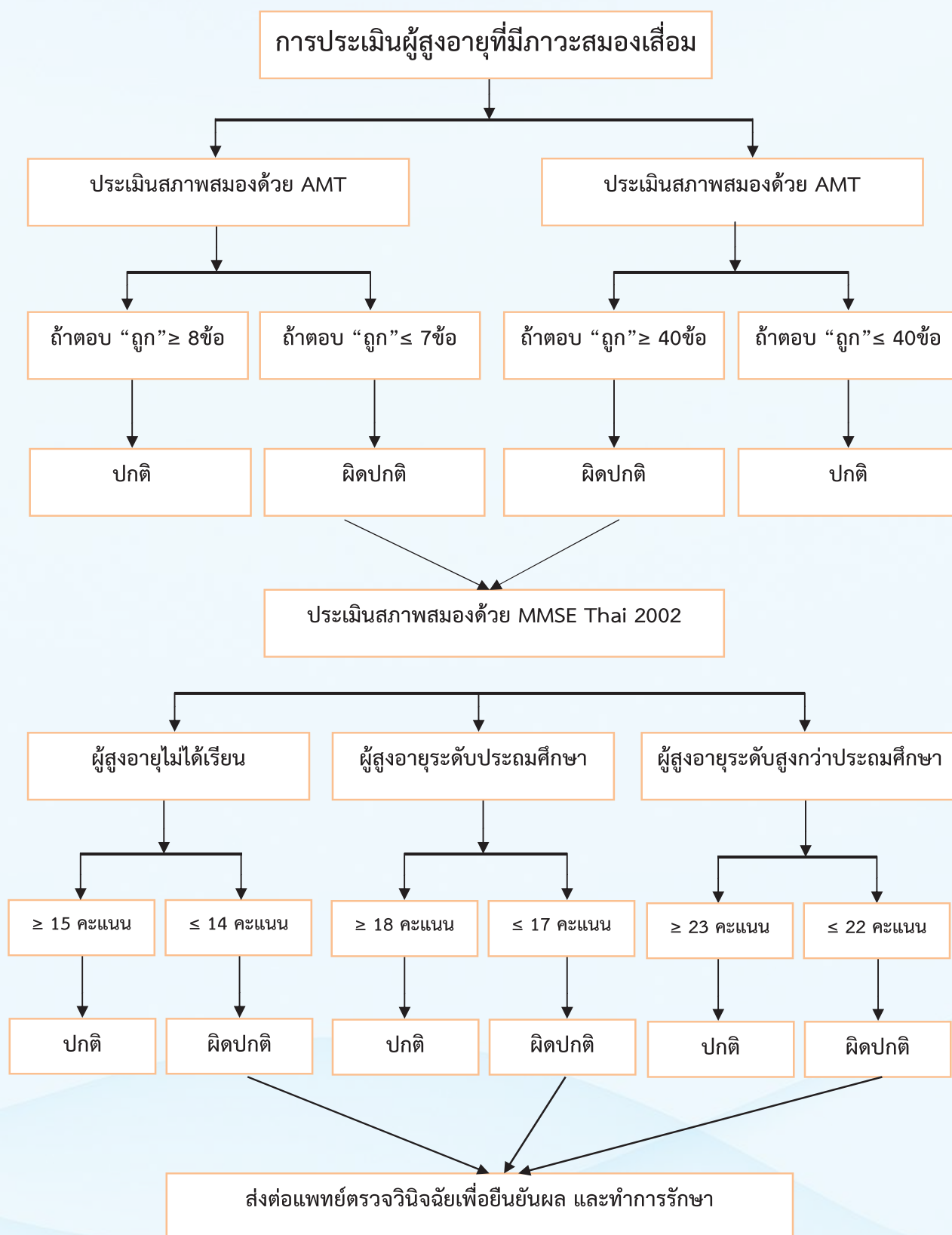
ภาวะทุโภชนาการ

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับกฤตยภูมิและตติยภูมิ



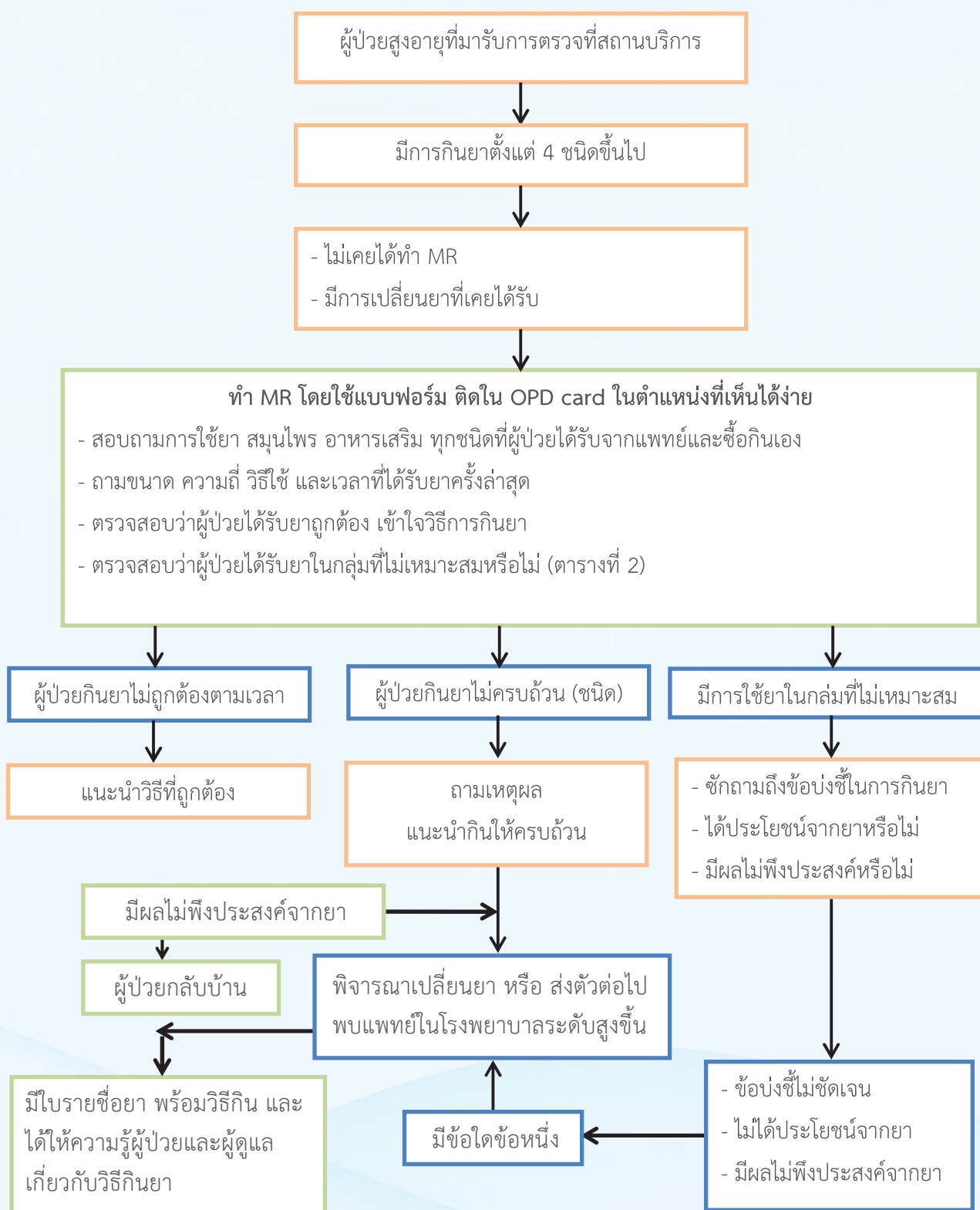
ภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ



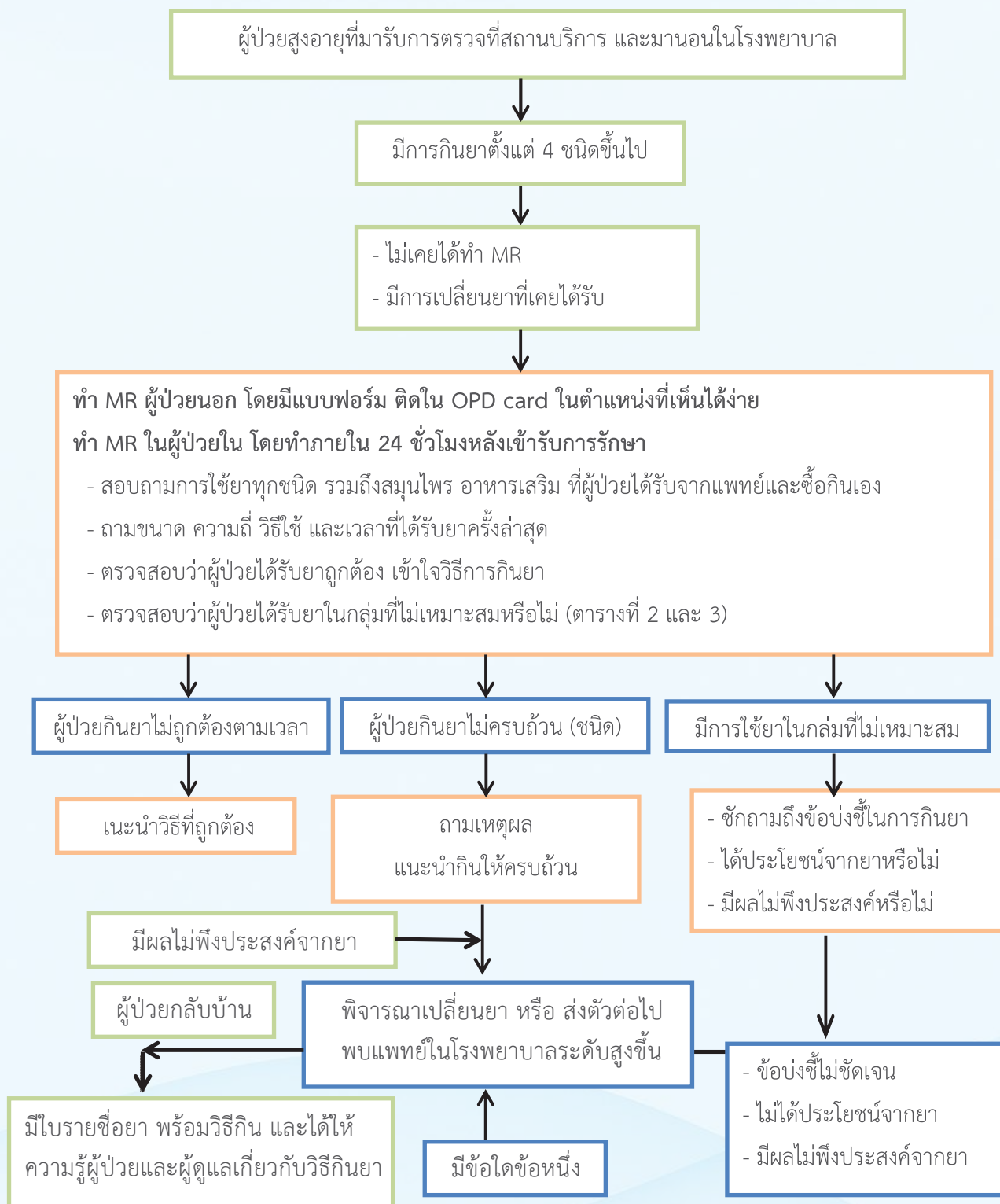
แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับการใช้ยาระดับปฐมภูมิ



แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับการใช้ยาระดับหัตถิยาภูมิ ตติยาภูมิ



บทที่ 1

การประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric assessment)

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

ตามที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งความรู้พื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งในการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีคุณภาพคือการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) ในมาตรฐานดังกล่าวได้กำหนดประเด็นการประเมินไว้นอกจากการซักประวัติตามระบบทั่วไปแล้ว ควรมีการประเมินเฉพาะในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การซักประวัติข้อมูลส่วนบุคคล
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (basic activity of daily living - BADL) และกิจกรรมแบบซับซ้อน (instrumental activity of daily living - IADL)
3. ภาวะสมองเสื่อม (dementia; cognitive impairment)
4. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (incontinence)
5. ภาวะหกล้ม (fall)
6. ภาวะทุโภชนาการ (malnutrition)
7. ภาวะซึมเศร้า (depression)

บทความนี้จะกล่าวถึงความจำเป็นที่ต้องมีประเด็นการประเมินสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่หลากหลายประเด็นเพิ่มเติมขึ้นจากการประเมินผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซ้ำเติมด้วยการที่ต้องได้รับยาหลายขนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณจากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลที่แตกต่างออกไป ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “อย่าดูแลผู้ป่วยเด็กเหมือนผู้ใหญ่ตัวเล็กๆ ก็ไม่ควรดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหมือนผู้ใหญ่ที่มีเพียงแค่ผมหงอก” มีผู้พยายามคิดรวบรวมคำช่วยจำที่บ่งถึงลักษณะทางเวชกรรมที่จำเพาะเหล่านี้ในผู้ป่วยสูงอายุไว้ว่า “R-A-M-P-S” โดยอักษรแต่ละตัวบ่งถึงความหมายดังต่อไปนี้

R - Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้พลังสำรองของสุขภาพลดลง

A - Atypical presentation ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจะไม่ตรงไปตรงมาเหมือนที่ได้พบ

ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุยังมีการที่ไม่จำเพาะที่พบบ่อยที่โดยเรียกกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุว่า geriatric syndromes ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมากโดยอาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งอาจเรียกว่า “big I’s” ได้แก่

Instability	ภาวะหกล้ม
Immobility	การสูญเสียความสามารถในการเดิน
Incontinence	อาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่
Intellectual impairment	ความสามารถทางสติปัญญาบพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)
Iatrogenesis	อาการใดๆ ก็ได้ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากการขบวนการดูแลรักษาพยาบาล เช่น การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)
Inanition	ภาวะทุโภชนาการ

เนื่องจากกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้จะคล้ายกับลักษณะที่พบเห็นในผู้ป่วยทั่วไป จึงมักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็น “โรคชรา” ที่ไม่สามารถแก้ไขหรือทำอะไรได้ จึงมักถูกละเลยการค้นหายาอิสภาพที่อาจแก้ไขได้โดยง่าย และถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงจนพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างฉับพลันจะต้องได้รับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อหาสาเหตุของกลุ่มอาการเหล่านี้ บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรให้การวินิจฉัยโรคอย่างง่าย ๆ ว่าเป็น “โรคชรา ”

M - Multiple pathology ผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน

P - Polypharmacy ผลจากการมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ได้บ่อย (อ่านเพิ่มเติมในบท การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ)

S - Social adversity หลังจากที่ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น หรือจำเป็นต้องแยกบ้านออกไปอยู่ใกล้ที่ทำงาน หรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนเป็น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้

หลักการประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างองค์รวม

จากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นและผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีสุขภาพพื้นฐานที่แตกต่างกันอย่างมากแม้จะมีอายุเท่ากัน (heterogeneity) ทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนจำเป็นต้องได้รับการประเมินสุขภาพให้ครบถ้วนใน 4 ด้านต่อไปนี้

1. การประเมินสุขภาพกาย (physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย ในการซักประวัติประกอบด้วย อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวสำหรับประวัติความเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้นยังต้องทำการประเมินที่จำเพาะต่อบางโรคหรือบางพยาธิสภาพที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุด้วย เช่น ภาวะหกล้ม (การประเมินท่าเดิน get-up-and-go test ประวัติหกล้มในอดีต) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะทุโภชนาการ (น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment : MNA สุขภาพในช่องปากและความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร เป็นต้น) แผลกดทับ และอาการในกลุ่ม “big’s 1” อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยินล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะด้วย

ประวัติปัจจุบัน

1. หัวข้อการซักประวัติเหมือนในผู้ป่วยทั่วไป เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีสติปัญญาเสื่อมถอย เช่น ซึม สับสน ให้พยายามซักประวัติจากผู้ดูแลที่ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด เพราะจะเป็นประวัติที่เชื่อถือได้มากที่สุด อาจคิดถึงภาวะที่เรียกว่า “5D” คือ deafness (หูตึง) dysphasia (มีโรคทางสมองที่ทำให้ความสามารถในการใช้ภาษาเสียไป) depression (ภาวะซึมเศร้า) delirium (ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน) dementia (ภาวะสมองเสื่อม)

2. ควรซักประวัติในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ โดยไม่ฉายไฟเข้าตรงหน้าผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอาจมีต้อกระจก ทำให้แสบตาและน้ำตาไหลได้ ควรอยู่ในบริเวณที่เป็นส่วนตัวเพื่อลดสิ่งดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยไปจากคำถาม และลดเสียงรบกวนเพราะผู้ป่วยอาจมีหูตึงร่วมด้วยทำให้ได้ยินเสียงพูดไม่ชัด ควรตรวจด้วย otoscope เพื่อตรวจหาขี้หู (ear wax impaction) ที่อาจอุดตันท่อนำเสียงจนสูญเสียการได้ยิน ซึ่งภาวะนี้แก้ไขได้ง่ายต้องคิดถึงภาวะนี้ก่อนที่จะคิดว่าผู้ป่วยหูตึงจากความชรา (presbycusis) ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แพทย์ควรพูดตรงหน้าผู้ป่วยช้าๆ ชัดๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอ่านริมฝีปากบุคลากรทางสุขภาพได้ หรืออาจใช้วิธีเขียน หรือใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่

3. อาการของผู้ป่วยมักมีหลายอย่างคาบเกี่ยวกัน ควรจับประเด็นอาการหลักที่มีความสำคัญทางคลินิกที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะอาการที่รบกวนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น อาการที่นำไปสู่การหกล้ม ไม่เดินไม่กินอาหาร ที่เพิ่งเกิดขึ้นมาไม่นาน

4. กรณีผู้ป่วยมี motor aphasia ให้ใช้คำถามประเภทที่ต้องการคำตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เท่านั้น ไม่ควรให้ผู้ป่วยต้องบอกเล่าอะไรเพราะทำไม่ได้

5. ควรให้เวลาในการซักประวัติมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพราะผู้ป่วยมักสูญเสียความจำระยะสั้น (recent memory) และควรพยายามติดตามรายงานทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยมาศึกษาาร่วมด้วยเสมอ

6. เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน จึงไม่จำเป็นที่ทุกอาการของผู้ป่วยจะต้องอธิบายได้ด้วยพยาธิวิทยาเพียงโรคเดียวเหมือนในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า แพทย์ควรพยายามคำนึงถึงทุกพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้ป่วยเสมอ

7. ควรซักประวัติการมีน้ำหนักตัวลดหรือการกินอาหารในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย เพื่อช่วยประเมินภาวะโภชนาการด้วย หรือการใช้เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment: MNA

ประวัติอดีต

1. ไม่จำเป็นต้องถามถึงการเจ็บป่วยทุกโรคในที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก อาจถามเพียงความเจ็บป่วยร้ายแรงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนต้องขาดเรียนหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ชั่วคราว
2. ต้องถามถึงโรคในอดีตที่สำคัญได้แก่ วัณโรค โรคในกลุ่ม atherosclerotic cardiovascular disease เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว

1. ควรประเมินสภาวะครอบครัวและความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด เพื่อป้องกันการทิ้งผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลในภายหลัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี อยู่คนเดียว คู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากการซักประวัติเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวแล้ว การถามสภาพสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ สภาพเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวก็มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ
2. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร (functional assessment) ประโยชน์ของ BADL และ IADL คือ เป็นตัวชี้วัดที่ดีที่บ่งถึงสภาวะของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะกรณีที่ระดับ ADL ลดลงในระยะไม่นานมานี้ ทำให้คิดถึงความเจ็บป่วยในระยะแรกที่ซ่อนเร้นอยู่ หรือใช้ติดตามระยะการดำเนินของโรค ตลอดจนการวางแผนการรักษา การตั้งเป้าหมายในการให้กายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพบว่า BADL มีความไวในการบ่งชี้ถึงสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วน IADL จะมีความไวในผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือที่คลินิกผู้สูงอายุ

ประวัติการใช้ยา

1. เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหา polypharmacy ซึ่งนำไปสู่การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงควรถามประวัติการใช้ยาทุกชนิด รวมทั้งยาหยอดตา ยาทาผิวหนัง ยาที่ซื้อกินเอง เช่น ยาลูกกลอน ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ และวิตามินต่างๆ ยาที่เพื่อนให้หรือแนะนำให้ไปซื้อกินเอง
2. ให้ญาตินำยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยกินอยู่มาให้ดูร่วมด้วยเสมอ

ประวัติตามระบบ

นอกจากอาการตามระบบอวัยวะต่างๆ แล้ว ควรถามอาการในกลุ่ม geriatric syndromes ได้แก่ อาการสับสน ความจำเสื่อม หกล้ม ไม่เดิน ปัสสาวะราด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และอาการในกลุ่ม “big’s I” อื่นๆ

ข้อควรคำนึงในการตรวจร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ

1. การตรวจสัญญาณชีพ (vital signs)

1.1 การวัดความดันเลือด

- กรณีผู้ป่วยไม่เคยได้รับการวัดความดันเลือดเลยควรวัดความดันเลือดทั้งสองแขนเสมอ ถ้าค่าที่วัดได้ต่างกันมากกว่า 10 / 5 มม.ปรอท ต้องบันทึกที่บ่งชี้ผู้ป่วยนอกให้เห็นชัดเจน เพื่อคราวต่อไปควรวัดที่แขนข้างที่ให้ค่าความดันเลือดสูงกว่า เพราะผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จะมีความดันเลือดซิสโตลิกของแขนทั้งสองข้างต่างกันมากกว่า 10 มม.ปรอทได้

- ผู้สูงอายุที่มีชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้ที่มี atrial fibrillation ควรวัดหลายๆ ครั้งเพื่อหาค่าที่ตรงกันมากที่สุด
- ความดันเลือดของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากอาจถึงร้อยละ 50 ในแต่ละช่วง เวลาของวัน ผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะ white-coat hypertension แม้ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลอยู่แล้วก็พบปรากฏการณ์ของ white-coat effect ได้ โดยระดับความดันเลือดที่วัดได้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีค่าสูงกว่าระดับความดันเลือดที่วัดได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้ไปพักที่บ้าน การแก้ไขปัญหาคความแปรปรวนของความดันเลือดที่วัดได้ในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

- ความดันเลือดที่วัดที่บ้านจะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage) รวมทั้งอัตราตายได้ดีกว่าความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาล ดังนั้นควรใช้ความดันเลือดที่วัดที่บ้านของผู้สูงอายุจะดีกว่าความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคและการปรับยารักษาโรคความดันเลือดสูง

- เนื่องจากความดันเลือดในผู้สูงอายุอาจลดลงได้มากพอสมควรภายใน 2 ชั่วโมงแรก หลังรับประทานอาหาร (postprandial hypotension) การวัดความดันเลือดที่บ้านควรวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

- ควรวัดความดันเลือดทั้งในท่านั่งหรือนอน และทำยืน เว้นระยะห่างราว 1 นาที เพื่อประเมินภาวะความดันเลือดลดลงจากการเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension) ถ้าพบว่ามีความดันเลือดสูง ขณะที่ตรวจไม่พบ end organ damage ต้องคิดถึงภาวะ pseudohypertension และ white coat hypertension

1.2 การคลำชีพจร ควรพยายามตรวจความสม่ำเสมอของจังหวะชีพจรว่ามีแบบแผนหรือมีความสม่ำเสมอขนาดใด ถ้าพบว่าไม่มีแบบแผนหรือไม่มีจังหวะใดๆเลย ให้คิดถึงภาวะ atrial fibrillation ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยสูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย โดยเฉพาะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดเร็วเกินไป นอกจากนั้น ยังมีผลต่อการวัดความดันเลือดด้วย

1.3 กรณีที่อุณหภูมิทางปากน้อยกว่า 98°F ควรวัดอุณหภูมิทางทวารหนักด้วย เพื่อประเมินภาวะ hypothermia โดยเฉพาะช่วงอากาศหนาว

1.4 การนับอัตราการหายใจ ควรนับให้ครบหนึ่งนาทีด้วยตนเองทุกครั้ง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมี Cheyne-Stokes respiration

2. การตรวจร่างกายบางอย่างที่มีความสำคัญหรือมักถูกมองข้ามได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

การตรวจทั่วไป : ลักษณะใบหน้าและท่าเดินของ parkinsonism, hypothyroidism, anemia, depression

ตา : การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) แม้การตรวจ fundoscopy จะทำได้ลำบากเนื่องจาก cataract และ pupillary constriction แต่อาจช่วยการวินิจฉัย systemic illness บางอย่าง ตรวจหา glaucoma, หรือ senile macular degeneration

หู : ตรวจการได้ยิน ภาวะ ear wax impaction, external otitis ที่อาจเกิดจากการแพ้เครื่องช่วยฟัง

ช่องปาก : ตรวจ periodontal disease บริเวณใต้ลิ้นที่อาจพบมะเร็งในช่องปาก หรือบริเวณที่เสียดสีกับฟันปลอมบ่อยๆ

คอ : range of motion เนื่องจาก cervical spondylosis และสังเกตอาการวิงเวียนศีรษะ หันศีรษะ ต่อม thyroid, jugular venous pressure ข้างขวา, การฟัง carotid bruit ซึ่งต้องแยกจาก transmitted cardiac murmur

ระบบหัวใจ : aortic valve sclerosis ทำให้มี murmur คล้ายภาวะ aortic stenosis พบได้บ่อย
ในคนอายุมากกว่า 70 ปี อาจฟังได้เสียง S₄ แต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่าเพิ่งเกิดขึ้น ซึ่งบ่งถึง acute ischemic heart disease

ปอด : ทรวงอกขยายตัวลดลงจากการสูญเสีย elasticity ของ chest wall, crepitation ที่ชายปอด
ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ถ้าลองให้หายใจลึกๆ หรือไอ 2 - 3 ครั้งแล้วหายไป บ่งถึง atelectasis

เต้านม : คลำหาก้อนผิดปกติเสมอ ในกลุ่มผู้สูงอายุมักไม่ได้เกิดจาก fibrocystic disease อาจพบ nipple retraction ได้ แต่เมื่อกดรอบๆ เบาๆ จะทำให้ nipple ยื่นออกมาได้ตามปกติ ต่างจากที่เกิดจากมะเร็งเต้านม
ตรวจใต้ราวนมเพื่อหาเชื้อรา candidiasis

ด้านหลัง : จุดกดเจ็บที่ spinous process อาจเกิดจาก compression fracture ของ vertebrae, kyphosis, scoliosis แผลกดทับที่ buttock, sacrum, trochanter และที่ส้นเท้า

หน้าท้อง : การคลำพบกระดูกชายโครงร่นลงมาถึง anterior superior iliac spine บ่งถึง multiple vertebral collapse
: คลำหา full bladder เสมอ อาจคลำได้ fecal mass ที่คล้ายกับมะเร็งได้ abdominal aortic aneurysm จะมี pulsation ทั้งในแนว antero-posterior และ lateral direction กรณีนี้ห้ามคลำรุนแรงเพราะอาจทำให้ aneurysm แตกได้

: การตรวจทางทวารหนัก (PR) เพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้าคลำต่อมลูกหมากได้แข็งขรุขระจะบ่งถึงมะเร็งต่อมลูกหมาก

: การพบ cystocele ขนาดใหญ่ อาจเป็นสาเหตุของ urinary retention ที่นำไปสู่ภาวะ acute pyelonephritis

เท้า : แผลจากโรคเบาหวาน (diabetic ulcer) เล็บยาวม้วน (onychogryphosis) ตาปลา (callus), bunion

ระบบประสาท : mental status examination, sign ที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ absent ankle jerk, decreased vibratory sense ที่เท้า, frontal lobe releasing signs เช่น palmomental, grasping, glabella, snout reflex

ในผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้ม ตรวจ get-up-and-go test ทำเดินผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ hemiplegic, parkinsonian, sensory ataxic, apraxic และ waddling gait

2. การประเมินทางสุขภาพจิต (mental assessment) เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจซ่อนอยู่
ได้แก่ ภาวะสับสน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) ตัวอย่างเช่นการถามชื่อ อายุ วัน เวลา สถานที่ ชื่อของญาติที่พาผู้ป่วยมา และการนับถอยหลังจาก 20 ไป 1 หรือนับถอยหลังจากวันอาทิตย์ไปจนถึงวันจันทร์

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Abbreviated Mental Test (AMT), Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (MMSE-2002) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติ จึงพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมเศร้า (Confusion Assessment Method : CAM) ภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Scale : GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, MoCA, ADAS-cog)

3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (carer หรือ caregiver) เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือมีภาวะสมองเสื่อม การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล และยังเป็นป้องกันการมีผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้นอนอยู่เต็มหอผู้ป่วยที่เรียกว่า bed-blocker เพราะนอกจากจะทำให้ไม่มีการหมุนเวียนผู้ป่วยเพื่อสามารถรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) นอกจากนั้นพึงระวังภาวะที่ผู้สูงอายุถูกกระทำ (elderly abuse) โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารกับญาติได้และถูกดูแลโดยผู้ที่ไม่ใช่ญาติ

4. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร (functional assessment)

การประเมินความสามารถด้านนี้ในผู้สูงอายุ เป็นความก้าวหน้าอย่างสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพรับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุ ที่รักษาไม่หายขาดและยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1. ความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (BADL) เครื่องมือมาตรฐานที่มีผู้นิยมใช้ทั่วโลกเช่น Barthel index เป็นการถามความพื้นฐาน เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร (อ่านเพิ่มเติมในภาคผนวก) ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลเพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผลจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบถ้วนทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เพียงปัญหาทางสุขภาพโดยตรงแต่อย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team approach) บุคลากรในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่ปรึกษา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติหรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง

แม้ว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายจะสามารถช่วยวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยทั่วไปได้มากกว่าร้อยละ 90 แต่ในผู้ป่วยสูงอายุจะพบว่าทำได้ลำบากตั้งแต่การซักประวัติ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลายอย่าง ทำให้มีประวัติยาว ผู้สูงอายุเองก็มักมีความผิดปกติของสมองที่ทำให้ไม่สามารถให้ประวัติด้วยตนเองได้ เช่น delirium, dementia การซักประวัติจากผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และควร

เป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ประวัติอาการบางอย่างเช่น หกล้ม ไม่เดิน ไม่กินอาหาร เป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้แพทย์มองข้ามไปทั้งที่อาจมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนั้นในการตรวจร่างกายแพทย์ยังต้องแปลผลการตรวจให้ได้ว่าอาการแสดงนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความชราหรือจากพยาธิสภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย. หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ., ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2554. หน้า 1-14.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา. ใน: วันชัย วนะชิวนาวิน สุทิน ศรีอัมภาพร วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย บรรณาธิการ., ตำราอายุรศาสตร์โรคตามระบบ I. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2552. หน้า 753-773.
3. Hodkinson, HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Ageing. 1972;1(4): 233-8.
4. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. Arch Phys Med Rehabil. 1979;60:14-7.

บทที่ 2

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดำรงชีวิต การฉีดวัคซีนป้องกันโรค (immunization) การให้ยาป้องกันโรค (chemoprophylaxis) และการตรวจคัดกรองโรค (screening)¹ การป้องกันโรคที่จะกล่าวถึงนี้จะเป็นระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (primary และ secondary prevention) ในผู้สูงอายุที่ยังค่อนข้างแข็งแรง ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดโรค และเป็นการตรวจคัดกรองหาความผิดปกติของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยกล่าวถึงการป้องกันในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ที่ครอบคลุมการรักษาโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การป้องกันการเกิดโรคซ้ำและการดูแลทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อลดความพิการ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (health education)

การแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยอาจทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น การที่แพทย์ซักถามว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่ แล้วให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ แม้ใช้เวลาเพียง 3 นาทีก็ได้ประโยชน์ และการใช้ยาเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่สามารถทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลิกบุหรี่ได้ และไม่หันกลับมาสูบบุหรี่อีก แพทย์ควรใช้หลัก “5A” ในการให้คำแนะนำ ดังนี้

Ask สอบถามผู้ป่วยว่าสูบบุหรี่หรือไม่

Advice แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

Assess ประเมินความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่

Assist ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีต่างๆ

Arrange จัดให้มีการติดตามผู้ป่วยและการสนับสนุนกำลังใจ

การแนะนำให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากแอลกอฮอล์ โรคตับจากแอลกอฮอล์ และโรคตับอ่อนอักเสบ ผลต่อระบบไหลเวียนเลือดโดยทำให้เกิดความดันเลือดสูงขึ้น การเต้นและการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ ผลต่อระบบประสาทโดยทำให้เกิดโรคของปลายประสาท ภาวะสมองเสื่อม นอกจากนั้นยังมีผลต่อระบบโลหิต ระดับไขมันในเลือด ภาวะทุโภชนาการและเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งบางชนิด ปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำคือ ปัญหาครอบครัว สังคม

การเกิดอุบัติเหตุและอัตรานิบัติกรรม แพทย์ควรซักถามและแนะนำให้งดดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปที่อาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพ มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโทษจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม 10 คำถาม นอกจากนั้นยังมีเครื่องมือ TWEAK ซึ่งมี 5 คำถามและ TACE ซึ่งมี 4 คำถาม ในทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ที่ติดสุราด้วยคำถาม “C-A-G-E” ซึ่งง่ายต่อการจำและมีการแนะนำให้มีการใช้อย่างแพร่หลาย ดังนี้²

Cut down	ท่านเคยรู้สึกต้องการลดการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
Annoyed by criticism	ท่านเคยรู้สึกไม่พอใจเมื่อถูกตำหนิในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
Guilty about drinking	ท่านเคยรู้สึกผิดกับสิ่งที่ท่านได้กระทำให้ขณะที่ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
Eye-opener	ท่านเคยต้องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ท่านมีความกล้าหนักแน่นขึ้นหรือดื่มหลังจากตื่นนอนเพื่อให้สร้างเมาหรือไม่

การแนะนำอาหาร (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 5 เรื่องภาวะทุโภชนาการ)

ผู้สูงอายุควรลดปริมาณอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวสูงและคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการพลังงานลดลง การรับประทานอาหารเหล่านี้อาจทำให้อ้วนและระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ไขมันที่ควรเลี่ยงคือไขมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าว ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวเกินก็ไม่จำเป็นต้องลดสัดส่วนของไขมันในอาหารลงให้ต่ำกว่าร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย หรือให้ต่ำกว่าร้อยละ 35 ในผู้สูงอายุที่ยังทำงานในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีน 0.9 - 1.1 กรัม/วัน เพื่อสร้างเนื้อเยื่อใหม่ทดแทนส่วนที่สึกหรอไป อาหารโปรตีนที่ดีคือ ปลา เนื้อไก่ที่ลอกหนังออก ถั่วและเมล็ดธัญพืช นมพร่องไขมัน เนย นมถั่วเหลือง เป็นต้น และควรได้รับพลังงานทั้งหมดประมาณ 1.4 - 1.8 เท่าของ basal metabolic rate³

แคลเซียม ผู้สูงอายุไทยรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย คือ รับประทานเพียง 292.5 มก./วัน ในผู้ชาย และ 357 มก./วันในผู้หญิง ขณะที่มีการแนะนำให้รับประทานแคลเซียม 1 - 1.5 กรัม/วัน เมื่อร่วมกับการที่ผู้สูงอายุมีการดูดซึมแคลเซียมน้อยกว่าคนหนุ่มสาวยังทำให้ร่างกายขาดแคลเซียมมากขึ้น

ธาตุเหล็ก การดูดซึมธาตุเหล็กไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ ผู้สูงอายุไทยรับประทานธาตุเหล็กค่อนข้างเพียงพอ คือ 14.1 - 15.4 มก./วัน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์กำหนด 10 มก./วัน

วิตามินที่ผู้สูงอายุไทยยังได้รับไม่เพียงพอ ได้แก่ วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง และไนอะซิน ส่วนวิตามินซีนั้นมักได้รับเพียงพอกับความต้องการ⁴ ผู้สูงอายุควรรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่อุดมด้วยเกลือแร่และวิตามิน โดยเฉพาะแคลเซียม สังกะสี วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินอี วิตามินดี เบต้าแคโรทีนและกรดโฟลิกมากขึ้น การรับประทานผักและผลไม้ยังเป็นการเพิ่มกากใยอาหาร ช่วยลดอาการท้องผูก ลดโอกาสการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลดการดูดซึมไขมันจากอาหาร แพทย์ควรแนะนำชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในด้านการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต ด้านการรับประทานอาหารเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค

สำหรับอาหารเสริมชนิดต่างๆ นั้น ในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ และไม่ได้มีปัญหาหรือโรคที่มีผลต่อการดูดซึมสารอาหารใดๆ พบว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะแนะนำหรือคัดค้านการรับประทานอาหารเสริม วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี วิตามินรวมและกรดโฟลิก ตลอดจนอาหารเสริมกลุ่มต้านอนุมูลอิสระเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดและโรคกระดูก นอกจากนั้นยังไม่แนะนำให้เบต้าแคโรทีนเพิ่มเติม เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่าไม่มีประโยชน์ในการป้องกันโรคเหล่านี้และยังอาจเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนและอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย⁵

แพทย์ควรแนะนำสุขอนามัยของการรับประทานอาหารด้วย เช่น การไม่รับประทานปลาหรือเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก การล้างผักสด ผลไม้ มือ และภาชนะให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิชนิดต่างๆ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ในเตาสูง โดยเฉพาะอาหารโปรตีนที่ใช้ดินประสิวเป็นสารปรุงแต่งอาหาร เช่น แหนม ไส้กรอก ปลาร้า เป็นต้น

การแนะนำให้ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน โรคกระดูกพรุน ภาวะหกล้มและภาวะกระดูกหักได้ นอกจากนั้นยังทำให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้อย่างดี มีความคล่องตัว การทรงตัวดีขึ้น สุขภาพจิตและการทำงานของระบบทางเดินอาหารดีขึ้น การออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า อาจเลือกใช้วิธีการว่ายน้ำหรือออกกำลังกายในน้ำ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพค่อนข้างดีกว่าปกติอาจวิ่งเหยาะๆ ได้ แต่ควรระวังเรื่องการบาดเจ็บต่อข้อและกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายที่ดีควรมีระยะอุ่นเครื่อง (warm up) ประมาณ 5 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย โดยเป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เอ็นข้อ (ligament) และเอ็นกล้ามเนื้อ (tendon) และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 - 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง การออกกำลังกายที่เกินกว่านี้อาจทำให้มีการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นได้ ควรออกกำลังกายให้หัวใจเต้นร้อยละ 60 - 80 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) โดยอัตราเต้นหัวใจสูงสุดเท่ากับ 220 - อายุ (ปี) หลังออกกำลังกายควรมีระยะผ่อนคลาย (cool down) ประมาณ 5 นาที เพื่อปรับการไหลเวียนเลือดให้กลับเป็นปกติ⁶ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์ถึงความพร้อมของร่างกายก่อนที่จะออกกำลังกาย วิธีและชนิดของการออกกำลังกาย และได้รับคำแนะนำให้คอยสังเกตอาการที่ผิดปกติขณะออกกำลังกายเพื่อหยุดออกกำลังกายทันทีและมาพบแพทย์ เช่น อาการแน่นหน้าอก หน้ามืด การออกกำลังกายที่ช่วยเรื่องการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ และข้อ อีกวิธีหนึ่งคือ การรำมวยจีน (tai-chi) ซึ่งสามารถช่วยการทรงตัว ลดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้

การแนะนำให้ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะหกล้ม อุบัติเหตุจากรถ ไฟไหม้และน้ำร้อนลวก โดยปัจจัยเสี่ยงอาจเกิดจากทั้งปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น การได้ยิน ระบบการทรงตัว กำลังของกล้ามเนื้อและกระดูก การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับระบบประสาท เป็นต้น สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นบ้าน แสงสว่าง สิ่งกีดขวางทางเดินราวบันได อุปกรณ์ช่วยเดิน เสื้อผ้าและรองเท้า ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการประเมินโดยแพทย์

นอกจากนั้นแพทย์ควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุบางคนยังขับรถหรือข้ามถนน เช่น แนะนำให้ใส่รองเท้าหุ้มส้นที่พอดี ไม่หลวมเกินไป ควรข้ามถนนทางม้าลาย สะพานลอยหรือสี่แยกไฟแดงขณะรถหยุดโดยต้องมั่นใจว่ามีความพอที่จะข้ามถนน และการใช้ไม้เท้าในการช่วยเดินสำหรับผู้สูงอายุที่ยังขับรถอยู่ ต้องได้รับการประเมินด้านการมองเห็น อาการอ่อนแรงหรืออาการปวดข้อความคล่องตัวในการควบคุมบังคับรถ ความรวดเร็วในการตัดสินใจกรณีที่เกิดภาวะคับขัน ตลอดจนคำแนะนำต่างๆ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการขับรถในตอนกลางคืน พยายามขับรถเฉพาะในเส้นทางที่คุ้นเคย หลีกเลี่ยงการขับรถในสภาวะอากาศที่ไม่ดี เช่น ฝนตก คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ตรวจสอบสภาพเครื่องยนต์สม่ำเสมอ และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ

การแนะนำให้ใช้ยาที่เหมาะสม (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 7 เรื่องการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ)

ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายชนิดเนื่องจากการมีโรคประจำตัวหลายชนิด การได้รับยาที่ไม่จำเป็น หรือผู้ป่วยได้รับยามานานโดยที่ในปัจจุบันอาจไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยานั้นแล้ว บางครั้งสาเหตุอาจเกิดจากตัวผู้ป่วยสูงอายุเอง เช่น ซื้อยารับประทานเอง รับประทานยาลูกกลอน ยาสมุนไพร หรือเอายาที่คนรู้จักแนะนำมารับประทานผลเสียของการได้รับยาหลายชนิดคือ ยาหลายชนิดอาจมีปฏิกริยาระหว่างกันและยังมีปฏิกริยาระหว่างยากับโรคด้วยขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราในด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์ตลอดจนมีโรคประจำตัวหลายชนิด ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยามากขึ้น ดังนั้น หลักการรักษาทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุ จึงควรพยายามเริ่มจากการรักษาแบบไม่ใช้ยาก่อนเสมอถ้าเป็นไปได้ การป้องกันผลไม่พึงประสงค์จากยารวี่หนึ่ง คือ การหยุดยาที่ไม่จำเป็นหรือหยุดยาที่อาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี และตรวจความถูกต้องสม่ำเสมอของการใช้ยา (medication adherence) เป็นระยะ เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากใช้ยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง

การแนะนำให้มึเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ผู้ป่วยสูงอายุยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้สูงอายุไทยที่อายุมากกว่า 60 ปียังมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 25.8 ในผู้สูงอายุหญิง⁷ โดยร้อยละ 1.29 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ⁸ ดังนั้นแพทย์จึงยังควรให้คำแนะนำด้วยถ้อยคำและท่าทีที่เหมาะสมถึงวิธีการป้องกันการติดต่อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ตารางที่ 1 แสดงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในผู้สูงอายุ (primary and secondary prevention) (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9)⁹

คำแนะนำ	ผู้สูงอายุชาย	ผู้สูงอายุหญิง
แนะนำให้เลิกบุหรี่	✓ (5A)	✓ (5A)
แนะนำให้หยุดแอลกอฮอล์	✓ (AUDIT, TWEAK, T-ACE, CAGE)	✓ (AUDIT, TWEAK, T-ACE, CAGE)
แนะนำอาหารที่เหมาะสม	✓	✓
แนะนำการออกกำลังกาย	✓	✓
ประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้ม	✓	✓
แนะนำการใช้ยา	✓	✓
แนะนำการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย	✓	✓
ให้ aspirin ในการป้องกัน cardiovascular diseases ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงอุดตันสูง	✓	✓
แนะนำการฉีดวัคซีน	✓	✓

ที่มา ดัดแปลงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 9

2. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค (immunization)

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และเชื้อนิวโมค็อกคัสมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจถึงกับชีวิตได้ ดังนั้นองค์กร Centers for Disease Control (CDC) และ Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) จึงได้แนะนำให้ผู้สูงอายุ ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) ปีละครั้ง และแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อนิวโมค็อกคัส (pneumococcal vaccine) ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปโดยฉีดครั้งเดียว¹⁰ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มิมีความสำคัญในรายที่มีโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ เช่น ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง เช่น โรคไต โรคเบาหวาน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมถึงผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันด้วย

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคงูสวัด (Herpes zoster) ช่วยลดการเกิดโรคงูสวัดและอาการปวดจากเส้นประสาท หลังการเกิดโรคงูสวัด (postherpetic neuralgia) โดยแนะนำให้ฉีดในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามสำหรับการนำวัคซีนป้องกันโรคงูสวัดมาใช้ในประเทศไทยคงต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าด้วยเช่นกัน เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดโรคน้อยกว่าประเทศทางแถบตะวันตก วัคซีนมีราคาแพง และขณะนี้ยังไม่ทราบถึงระยะเวลาการป้องกันโรคที่แท้จริง นอกจากนั้นยังมีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและคอตีบ เนื่องจากผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่อโรคทั้งสองลดลงและอาจเจ็บป่วยด้วยโรสดังกล่าวได้ โดยแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักทุก 10 ปีภายหลังการฉีดครบ 3 เข็มมาก่อน หรือให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก 0.5 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ 3 ครั้ง ที่ 0, 4-8 สัปดาห์ และ 6-12 เดือนในกรณีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคมามาก่อน ถ้าผิวนั้นการฉีดให้ฉีดเข็มต่อไปโดยไม่ต้องเริ่มใหม่

3. การให้ยาเพื่อป้องกันโรค (chemoprophylaxis)

การให้ยาแอสไพริน

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) แนะนำให้บริการปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และโทษของยาแอสไพรินในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (ตารางที่ 2) ข้อดีของการได้รับยาแอสไพริน คือ ผู้ป่วยชายอายุ 45 - 75 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เช่น สูบบุหรี่ เป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันเลือดสูง เมื่อได้รับยาแอสไพรินสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ร้อยละ 28 แต่ไม่ลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับขนาดยาที่ใช้ ได้แก่ 75 - 325 มก. ต่อวัน มีการศึกษาในผู้หญิงอายุมากกว่า 45 ปี พบว่าการได้รับแอสไพริน 100 มก. สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองแบบสมองขาดเลือด แต่ไม่ลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันและอัตราการเสียชีวิต แต่ในผู้สูงอายุหญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี พบว่ายาแอสไพรินสามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองแบบสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ นอกจากนั้นยาแอสไพรินยังสามารถลดอัตราการเกิด adenomatous polyp ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ ส่วนผลเสียของยา คือ อาจทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารและในสมอง

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ 10 ปี (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9)⁹

ผู้ชาย (10-year CHD risk)		ผู้หญิง (10-year CHD risk)	
อายุ 45-59 ปี	≥ 4%	อายุ 55-59 ปี	≥ 3%
อายุ 60-69 ปี	≥ 9%	อายุ 60-69 ปี	≥ 8%
อายุ 70-79 ปี	≥ 12%	อายุ 70-79 ปี	≥ 11%

ที่มา ดัดแปลงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 9

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ ไขมันโคเลสเตอรอลสูง ไขมันเอชดีแอลต่ำ ความดันเลือดสูง สูบบุหรี่ โดยสามารถคำนวณความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดในหัวใจได้

<http://hp2010.nhlbihin.net/atpiiii/calculator.asp>

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ ไขมันโคเลสเตอรอลสูง ไขมันเอชดีแอลต่ำ ความดันเลือดสูง สูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หัวใจวาย atrial fibrillation, left ventricular hypertrophy โดยสามารถคำนวณความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้จาก <http://www.zunis.org/Framingham%20Risk%20of%20CHD2.htm>

4. การตรวจคัดกรองโรค

4.1 การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 5 เรื่องภาวะทุโภชนาการ)

4.2 การตรวจหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดง (ตารางที่ 3)

ก. การตรวจวัดความดันเลือด

ข. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ค. การตรวจระดับไขมันในเลือด

4.3 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งชนิดต่างๆ (ตารางที่ 4)

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้สูงและยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและได้ผลคุ้มค่า

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำ “5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง” “9 เคล็ดลับอาหารต้านมะเร็ง” และ “7 สัญญาณอันตรายของโรคมะเร็ง”¹¹ โดยชักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ เช่น ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งรังไข่ เป็นต้น ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ประวัติการรับประทานปลาดิบ ประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี รวมถึงซักถามอาการเตือนของโรคมะเร็งด้วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในการย่อยอาหารและขับถ่ายอย่างเรื้อรัง เช่น ท้องผูกสลับท้องเสีย ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น มีเลือดออกผิดปกติ เช่น ทางช่องคลอดหรือเลือดกำเดาไหลบ่อยๆ แผลเรื้อรังไม่หายใน 3 สัปดาห์ มีก้อนที่เต้านมหรือตามตัว ไข้โตขึ้นหรือเปลี่ยนสี ไอเรื้อรังหรือเสียงแหบ น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ หูอื้อ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งที่ได้ผลคุ้มค่าและสมควรทำอย่างเป็นระบบ (organized screening) คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งแบบที่ทำขึ้นกับโอกาส (opportunistic screening) ได้ผลคืมน้อยกว่า คือ มะเร็งช่องปาก มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี และมะเร็งต่อมลูกหมาก¹¹

ตารางที่ 3 การตรวจคัดกรองโรคในผู้สูงอายุ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9)⁹

การตรวจคัดกรอง	คำแนะนำสำหรับ	
	ผู้สูงอายุชาย	ผู้สูงอายุหญิง
การวัดสัดส่วนของร่างกาย	✓	✓
โรคความดันเลือดสูง	ตรวจความดันเลือดทุกปี การจะบอกว่าความดันเลือดสูงจริงต้องวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์	
โรคเบาหวาน	ตรวจ fasting plasma glucose ในผู้ที่มีความดันเลือดสูงกว่า 135/80 มม.ปรอทโดยทั่วไปตรวจในผู้ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป ทุก 3 ปี หรือผู้ที่มี BMI >25 กก./ม ² ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง [*] ให้ตรวจได้ทุกช่วงอายุ	
ไขมันในเลือดสูง	อายุ ≥ 35 ปี หรือ อายุ 20-35 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากปกติ ตรวจซ้ำทุก 5 ปี	อายุ ≥ 45 ปี หรือ อายุ 20-45 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากปกติ ตรวจซ้ำทุก 5 ปี
โรคเมร็งที่พบบ่อย	ดูรายละเอียดในตารางที่ 5	
ภาวะโภชนาการ	✓	✓
ภาวะโลหิตจาง	✓	✓
โรคต่อมไทรอยด์	เฉพาะรายที่มีความเสี่ยง เช่น เคยกินน้ำแร่รักษาไทรอยด์ ผ่าตัดต่อมไทรอยด์	
การมองเห็น	✓	✓
การได้ยิน	✓	✓
สุขภาพในช่องปาก	✓	✓
กระดูกพรุน	หลักฐานไม่เพียงพอบางแนวทางการคัดกรอง แนะนำให้ตรวจในผู้ชายอายุ 70 ปี ขึ้นไป	อายุ ≥ 65 ปี ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่อายุ < 65 ปี ที่มี 1 ปัจจัยเสี่ยงหลักหรือ 2 ปัจจัยเสี่ยงย่อยขึ้นไป (โดยประเมิน fracture risk assessment จาก FRAX tool) ตรวจจะระยะห่างอย่างน้อย 2 ปี
ภาวะซึมเศร้า	เฉพาะมีระบบรองรับที่ช่วยในการวินิจฉัย การรักษาและการติดตาม การดูแลภาวะซึมเศร้า	
ภาวะสมองเสื่อม	ตรวจ MMSE เฉพาะในรายที่มี cognitive impairment หรือ functional decline	
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม	✓	✓

ที่มา ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9

^{*}ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน เชื้อชาติ ผู้หญิงที่คลอดบุตรหนักกว่า 4.1 กก. หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันเลือดสูง ไขมันเอชดีแอลน้อยกว่า 35 มก./ดล. หรือ ไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่า 250 มก./ดล. ผู้หญิงที่มี polycystic ovarian syndrome ผู้ที่มี HbA1C≥5.7% หรือ impaired glucose tolerance test หรือ impaired fasting glucose ผู้ที่มีภาวะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน (เช่น อ้วนมาก หรือ acanthosis nigricans) และผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 4 แนวทางการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ

(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9, 12-15)^{9,12-15}

มะเร็ง	USPSTF 2012	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
มะเร็งเต้านม	- การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม - หลักฐานยังไม่เพียงพอสำหรับการตรวจเต้านมโดยแพทย์ - การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม (mammography) ทุก 2 ปีในผู้หญิงอายุ 50-74 ปี สำหรับผู้ที่อายุ 40-49 ปี อาจพิจารณาการตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม (mammography) เป็นรายบุคคล	การคัดกรองที่แนะนำสำหรับประชากรโดยรวม - กลุ่มอายุ 20-39 ปี: สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self examination: BSE) ทุกเดือน หากมีอาการที่สงสัยผิดปกติให้ตรวจโดยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (clinician breast-examination: CBE) - กลุ่มอายุ 40-69 ปี: BSE ทุกเดือนและ CBE ทุก 1 ปี การคัดกรองตามความสมัครใจขึ้นกับแต่ละบุคคล - อายุ 20-39 ปี: BSE ทุกเดือนและ CBE ทุก 3 ปี - อายุ 40-69 ปี: BSE ทุกเดือนและ CBE ทุก 1 ปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) ทุก 1-2 ปี
มะเร็งปากมดลูก	- อายุ 21 ปีหรือภายใน 3 ปีหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจนถึงอายุ 65 ปี ให้ตรวจ Pap smear ทุก 3 ปี - อายุ 30-65 ปี ตรวจ Pap smear ทุก 3 ปี หรือ Pap smear ร่วมกับ HPV testing ทุก 5 ปี	(กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) - อายุ 30-60 ปี: ตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุกๆ 5 ปี อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมในบริบทของพื้นที่นั้นๆ
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	- อายุ 50-75 ปี ตรวจคัดกรองโดย • ตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (high sensitivity fecal occult blood testing) ทุกปี หรือ • flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี ร่วมกับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระทุก 3 ปี • colonoscopy ทุก 10 ปี ในผู้ที่อายุ 76-85 ปี - ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองจะลดลง	- อายุ 50 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองโดย • colonoscopy ทุก 10 ปี • flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี • เลือดแฝงในอุจจาระ และ flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี • เลือดแฝงในอุจจาระทุก 1 ปี • double contrast barium enema ทุก 5 ปี
มะเร็งต่อมลูกหมาก	ไม่แนะนำ ถ้าไม่มีอาการ	ไม่แนะนำ ถ้าไม่มีอาการ
มะเร็งปอด	ไม่มีหลักฐานเพียงพอว่าการคัดกรองสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด	ไม่แนะนำ ถ้าไม่มีอาการ

หน้าตาราง (ตารางที่ 4 ต่อ)

โรคมะเร็ง เซลล์ตับ	ไม่มีคำแนะนำ	ทำเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับแข็ง (โรคตับแข็งจากทุกสาเหตุ เช่น สุรา ไวรัสตับอักเสบบีและซี สารพิษอะฟลาท็อกซิน ภาวะธาตุเหล็กสะสมที่ตับ โรคทางพันธุกรรมและเมตาบอลิกต่างๆ) โรคตับอักเสบริื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีหรือผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยตรวจ alfa-fetoprotein (AFP) ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ตับและทางเดินน้ำดี ทุก 6 เดือน
โรคมะเร็ง ท่อน้ำดีตับ	ไม่มีคำแนะนำ	ทำเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ • ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นชาวอีสานโดยกำเนิดและมีอาการอึดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย อาการคล้ำโรคกระเพาะอาหาร ได้รับการรักษาด้วยยาลดกรด 1 เดือนแล้วไม่ดีขึ้น ควรได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ตับและทางเดินน้ำดีอย่างน้อย 1 ครั้ง • อายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นชาวอีสาน มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งตับมาก่อนควรได้รับการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ปีละ 2 ครั้ง • บุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เคยรับประทานปลาดิบ อาศัยหรือเคยอาศัยอยู่ในภาคอีสานหรือในชุมชนที่มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตับ หรือมีประวัติมะเร็งท่อน้ำดีในครอบครัว ให้ตรวจนับจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ

ที่มา ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 9, 12-15

4.4 การตรวจภาวะโลหิตจาง

ความชุกของภาวะโลหิตจางพบมากขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุมักมีอาการจากภาวะโลหิตจางไม่ชัดเจน เช่น อาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย อาจมีหัวใจวาย มึนงงศีรษะ ทำให้แพทย์ไม่ได้นึกถึงภาวะโลหิตจางที่อาจเป็นสาเหตุ USPSTF ไม่ได้แนะนำหรือคัดค้านการตรวจภาวะโลหิตจาง แต่ในประเทศไทยอาจมีความจำเป็นที่จะตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุเนื่องจากพบได้บ่อย

4.5 การประเมินภาวะทุโภชนาการและภาวะอ้วน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 5 เรื่องภาวะทุโภชนาการ)

ผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะทุโภชนาการได้ง่ายโดยอาจเกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย จากยา จากอารมณ์หรือจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม สาเหตุของภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่สำคัญที่สุด 4 อย่างคือ ภาวะซึมเศร้า โรคระบบทางเดินอาหาร โรคมะเร็งและยา ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุบางส่วนอาจมีปัญหาน้ำหนักเกินเนื่องจากออกกำลังกายใช้พลังงานลดลง

การประเมินภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุมีหลากหลายวิธี อาจใช้แบบสอบถามประเมินภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุเบื้องต้นที่ชื่อ Mini Nutritional Assessment (MNA) โดยทั่วไปควรประเมินน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง และคำนวณ BMI (ปกติ 18.5 - 23 กก./ตารางเมตรในคนเอเชีย) อย่างไรก็ตามการคำนวณ BMI ในผู้สูงอายุอาจได้ค่าสูงกว่าความเป็นจริงเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสูงลดลง จึงพิจารณาใช้ความยาวช่วงแขน (demispan) และคำนวณค่า Mindex และค่า Demiquet

4.6 การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาการมองเห็น ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา และจากการมีโรคต่างๆ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม (late age-related maculopathy) โรคประสาทตาฝ่อ (optic atrophy) และโรคแก้วตาขุ่น (corneal opacity) หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ควรตรวจคัดกรองการมองเห็นในผู้สูงอายุโดยใช้ Snellen's chart สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นนานเกิน 5 ปีควรได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ สำหรับโรคต้อหินซึ่งพบในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 6.1¹⁶ และเป็นโรคที่อาจทำให้ผู้สูงอายุตาบอดได้ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดต้อหิน ได้แก่ มีประวัติในครอบครัว สายตาสั้นมากๆ หรือเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น ควรได้รับการตรวจประเมินโดยจักษุแพทย์เป็นระยะเช่นกัน

ปัญหาการได้ยินผิดปกติในผู้สูงอายุไทยพบได้ร้อยละ 16.3 เกิดจากโรคของหูชั้นนอกร้อยละ 12.5 และโรคของหูชั้นกลางร้อยละ 2.7 โดยโรคของหูที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ขี้หูอุดตันร้อยละ 8 และหูชั้นนอกอักเสบร้อยละ 4.3¹⁷ สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ หูชั้นกลางอักเสบ presbycusis และประสาทหูเสื่อม เป็นต้น ควรสอบถามปัญหาการได้ยินเสียงของผู้ป่วยเป็นระยะ และตรวจ otoscope รวมทั้ง audiometry ในรายที่มีปัญหาการได้ยินเสียง นอกจากนั้นแพทย์ควรทบทวนรายการยาที่อาจมีผลต่อประสาทหูด้วย

4.7 การตรวจสุขภาพเหงือกและฟัน

การรับประทานอาหารได้ดีขึ้นอยู่กับฟันของผู้สูงอายุด้วย ถ้าผู้สูงอายุยังมีฟันเหลือน้อยจะมีโอกาสเกิดภาวะทุโภชนาการมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพในช่องปากดียังลดปัญหาการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 83.6 มีโรคเกี่ยวกับเยื่อช่องปาก ได้แก่ หลอดเลือดโป่งพอง (varices) ลิ้นแตกเป็นร่อง และผลจากการกระทบกระแทก¹⁸ โดยทั่วไปการตรวจสุขภาพเหงือกและฟันจะรวมการขูดหินปูนซึ่งเป็นการป้องกันฟันผุและการสูญเสียฟันได้ กรณีที่ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม แพทย์ควรแนะนำการดูแลช่องปากและฟันเทียมด้วย ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปากเป็นระยะ แปรงฟันทุกวัน ใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์และใช้ไหมขัดฟันถ้าสามารถทำได้ นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ในอดีตควรได้รับการตรวจหามะเร็งในช่องปาก และควรได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ด้วย

4.8 การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 6 เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม)

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยพบว่า มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.3–10 สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสองสาเหตุหลัก ร้อยละ 5 - 10 เกิดจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขหรือหยุดยั้งการดำเนินโรคได้¹⁹ เช่น โรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไป ภาวะขาดวิตามินบีสิบสอง โรคก้อนเลือดคั่งภายใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) อย่างไรก็ตาม USPSTF ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองโดยการตรวจสุขภาพทางจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination : MMSE) หรือการทดสอบทางจิตประสาทอื่นๆ ในผู้ป่วยทุกราย แต่แนะนำให้ทำการตรวจเฉพาะในรายที่สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อมสามารถคิดและหาเหตุผลได้ (cognitive impairment) หรือมีความสามารถในการทำงานถดถอยลง ในทางปฏิบัติแพทย์อาจตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุทั่วไปโดยเร็วด้วยการซักถามผู้ใกล้ชิดว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำหรือความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่ หรือใช้แบบทดสอบสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม ถ้ามีปัญหาจึงค่อยประเมินเพิ่มเติมต่อไป ด้วย MMSE

4.9 การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 7 - 13²⁰ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าดังตัวย่อ SIG: E-CAPS คือ Sleep (การนอนหลับผิดปกติ), Interest (ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว) Guilt (รู้สึกตัวเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง) Energy (อ่อนเพลีย ไม่มีแรง) Concentration (ไม่มีสมาธิ) Appetite (ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป) Psychomotor agitation and/or retardation (ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า กระสับกระส่ายหงุดหงิด) Suicidality (มีความคิดอยากตาย) ในทางปฏิบัติแพทย์มักมีปัญหาในการตรวจคัดกรองเนื่องจากต้องใช้เวลาพอสมควรและมักไม่มีชุดคำถามอยู่ด้วย การถามความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยคำถามสั้นๆ 1 - 2 คำถาม (2Q) ดังนี้

- ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน “มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่”
- ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน “เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่”

ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” จึงค่อยประเมินอย่างละเอียดต่อไป หากได้ผลบวกอย่างน้อย 1 ข้อ จึงประเมินเพิ่มเติมด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) หรือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ต่อไป

4.10 การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์

โรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไป (hypothyroidism) อาจพบได้บ่อยขึ้นในผู้สูงอายุหญิง และในบางครั้งอาการอาจไม่ชัดเจนทำให้แยกจากภาวะปกติของผู้สูงอายุได้ยาก เช่น อาจมีอาการท้องผูก เบื่ออาหาร ไขมันสูง น้ำหนักขึ้น ทำอะไรช้าลง เป็นต้น การตรวจคัดกรองโดยใช้ Thyroid Stimulating Hormone (TSH) อาจทำให้ตรวจพบโรคในระยะที่ยังไม่มีอาการ (subclinical hypothyroidism) ได้ อย่างไรก็ตามควรตรวจ TSH เฉพาะในบุคคลที่สงสัยว่าอาจมีโรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไป ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์หรือเคยได้ radioactive iodide เพื่อรักษาโรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไปในอดีต

4.11 การตรวจมวลกระดูก

โรคกระดูกพรุนเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีกระดูกหักได้ง่ายเมื่อหกล้มและทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตามมามากมาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง เชื้อชาติชาวเอเชียและคนผิวขาว น้ำหนักตัวน้อย มีประวัติโรคกระดูกพรุนในญาติสายตรง การที่ประจำเดือนหมดก่อนเวลาอันควร (รวมถึงจากการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างด้วย) มีประวัติขาดประจำเดือนเป็นเวลานาน รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ รับประทานอาหารที่มีวิตามินดีต่ำหรือไม่ค่อยถูกแสงแดด ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ กาแฟและชา รับประทานยาบางอย่างเป็นระยะเวลานานๆ เช่น คอร์ติโคสเตียรอยด์ ฮอร์โมนไทรอยด์ phenytoin, carbamazepine และ phenobarbital ตลอดจนการมีโรคประจำตัวบางอย่างเช่น โรคตับ โรคไต ภาวะการดูดซึมสารอาหารจากลำไส้ผิดปกติ (malabsorption) โรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

USPSTF ได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะนี้ในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปีทุกคน หรืออายุ 60 - 65 ปีร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้⁹ ส่วน National Osteoporosis Foundation ได้แนะนำการตรวจคัดกรองภาวะนี้ในผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ชายอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หรือผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนหรือผู้ชายอายุ 50-69 ปี ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหัก²¹ มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 ได้แนะนำให้ตรวจความหนาแน่นกระดูกในผู้หญิงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและผู้ชายอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน²² ไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าเมื่อใดควรหยุดตรวจ เนื่องจากยังมีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการรักษาโรคกระดูกพรุนในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 85 ปี

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคกระดูกพรุน พ.ศ. 2553 โดยมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยแนะนำให้ตรวจคัดกรองโดยอาศัยปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk factors), Osteoporosis Self Assessment Tool for Asians (OSTA) index, Khon Kaen Osteoporosis Score (KKOS), nomogram for osteoporosis และ Fracture Risk Assessment Tools (FRAXTM)²² โดย OSTA index คำนวณจาก $0.2 \times (\text{น้ำหนักตัว} - \text{อายุ})$ ถ้าได้ค่าน้อยกว่า -4 ถือว่ามีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการตรวจหาความหนาแน่นกระดูกต่อไป สำหรับผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีความเสี่ยงปานกลางจากการประเมินด้วย OSTA index (คะแนน -4 ถึง -1) อาจพิจารณาวัดความหนาแน่นของกระดูกโดยคำนึงถึงความพร้อมของอุปกรณ์และค่าใช้จ่าย หรือตรวจความหนาแน่นกระดูกในผู้หญิงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปหรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ถ้าผลการตรวจครั้งแรกปกติให้ตรวจซ้ำทุก 5 ปี หรือถ้าเป็นโรคกระดูกพรุนแล้วและอยู่ในระหว่างการรักษาอาจพิจารณาตรวจทุก 2 ปี

4.12 การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 4 เรื่อง ภาวะหกล้ม)

ผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะหกล้มได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อและกระดูก โรคทางระบบประสาทที่ทำให้การทรงตัวผิดปกติ หรือเกิดจากยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาลดความดันเลือด ยากลุ่ม anticholinergic เป็นต้น สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ พื้นลื่น พื้นไม่เรียบ มีสิ่งกีดขวาง หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น ผลเสียของภาวะหกล้มอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมอง กระดูกหัก สูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ควรสอบถามผู้ป่วยอย่างน้อยปีละครั้งเรื่องภาวะหกล้มถ้ามีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เช่น มีความผิดปกติในการทรงตัว ใช้ยาหลายชนิดโดยเฉพาะยาที่อาจมีผลให้เกิดภาวะหกล้ม ควรตรวจท่าเดินและการทรงตัว ด้วยวิธี get-up-and-go test โดยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นโดยไม่ใช้มือช่วยแล้วเดินประมาณ 3 เมตรและกลับตัวเดินมาจนถึงเดิม ในรายที่มีประวัติหกล้มหลายครั้งแพทย์ควรประเมินเพิ่มเติมโดยตรวจระบบประสาท ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งตรวจหาภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension)

สรุปประเด็นสำคัญ

1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดำรงชีวิต การฉีดวัคซีนป้องกันโรค (immunization) การให้ยาป้องกันโรค (chemoprophylaxis) และการตรวจคัดกรองโรค (screening) โดยแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุสำหรับแต่ละระดับของสถานพยาบาลควรปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังที่ได้รวบรวมไว้ในคู่มือฉบับนี้
2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ควรครอบคลุมหัวข้อการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
3. การตรวจคัดกรองโรคในผู้สูงอายุ ไม่ควรยึดเพียงหลักฐานจากงานวิจัยว่าช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ควรประสานเข้ากับความเหมาะสมอื่นๆ ทั้งทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขของประเทศ และตัวผู้ป่วยเอง เช่น ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการตรวจ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรต่างๆ ของผู้ป่วย และโรคร่วมที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม ตลอดจนอายุขัยที่เหลือของผู้ป่วยที่คาดการณ์ไว้
4. การตรวจคัดกรองโรค ครอบคลุมการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรค มะเร็ง กลุ่มเมแทบอลิกและสภาวะทางโภชนาการ กลุ่มอวัยวะการรับรู้ กลุ่มจิตประสาท กลุ่มกระดูกและข้อ และภาวะหกล้ม

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น; 2554.
2. Isaacson J, Schorling J. Screening for alcohol problems in primary care. Med Clin North Am. 1999;83:1547-63.
3. World Health Organization. Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. Geneva: Interprint Limited; 2002.
4. Pongpaew P, Tungtrongchitr R, Phonrat B, Vudhivai N, Jintaridhi P, Vorasanta S, et al. Activity, dietary intake, and anthropometry of an informal social group of Thai elderly in Bangkok. Arch Gerontol Geriatr. 2000;30:245-60.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. Am J Prev Med. 2003; 24:93-100.
6. วิไล คุปต์นิรติชัยกุล. Exercise for the elderly. ใน: จิรายุ เอื้อวรางุล อุดม คชินทร บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติปริทรรศน์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์; 2545. หน้า 290-304.
7. Knodel J, Chayovan N. Sexual activity among older Thais: the influence of age, gender and health. J Cross Cult Gerontol. 2001;16:173-200.
8. รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กองควบคุมโรค; 2546.
9. Agency for Healthcare Research and Quality/ U.S. Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services 2012.
10. Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention and control of influenza with vaccines: interim recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2013. MMWR. 2013;62:356.
11. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2556-2560). กรุงเทพฯ: โรคพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
12. อาคม ชัยวีรวัฒน์ และคณะ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม กรุงเทพฯ: บริษัท โสติดการพิมพ์ จำกัด; 2555.
13. ปิยะวัฒน์ เลาวหุดานนท์ และคณะ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: บริษัท โสติดการพิมพ์ จำกัด; 2556.
14. อาคม ชัยวีรวัฒน์ และคณะ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
15. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
16. Metheetrairut A, Singalavanija A, Ruangvaravate N, Tuchinda R. Evaluation of screening tests and prevalence of glaucoma: integrated health research program for the Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2002; 85:147-53.
17. Bunnag C, Prasansuk S, Nakorn AN, Jareoncharsri P, Atipas S, Angsuwarangsee T, et al. Ear diseases and hearing in the Thai elderly population. Part I. A comparative study of the accuracy of diagnosis and treatment by general practitioners vs ENT specialists. J Med Assoc Thai. 2002;85:521-31.

18. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis.* 2002;8:218-23.
19. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert S. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12:59-64.
20. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. *J Med Assoc Thai.* 2002;85:540-4.
21. National Osteoporosis Foundation. NOF's clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis (Internet). 2014 (cited 24 April 2014). Available from:
22. มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคกระดูกพรุน พ.ศ.2553 (อินเทอร์เน็ต). 2553 (เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2557). เข้าถึงได้จาก: http://www.topf.or.th/read_hotnews_detail.php?dID=13.

บทที่ 3

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะข้อเข่าเสื่อม”

พ.ท.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ

นิยาม ความชุก และอุบัติการณ์ (Prevalence and incidence of knee osteoarthritis)

โรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee, knee OA) คือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่าตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้ คือที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อหุ้ม (diarthrodial joint) โดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้ออย่างช้าๆ และต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อย มีความชุกร้อยละ 12.1 ในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 13.6 ในผู้หญิง และร้อยละ 10.0 ในผู้ชาย) และมีอุบัติการณ์ 240 ราย ต่อประชากร 100,000 คนโดยเฉพาะในผู้หญิงจะมีอุบัติการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ (symptomatic knee OA) ร้อยละ 1 ต่อปี และยังเป็นโรคหนึ่งในสิบโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย^{1,2}

แนวทางการวินิจฉัย

เกณฑ์วินิจฉัยต้องมีการปวดข้อเข่า ร่วมกับมีปัจจัยอื่นๆ อีกอย่างน้อย 3 ใน 6 ประการ ดังต่อไปนี้^{3,4}:

1. อายุมากกว่า 50 ปี
2. ระยะเวลาที่ข้อฝืดตึงช่วงเช้า (morning stiffness) < 30 นาที
3. มีเสียงกรอบแกรบ (crepitus) เมื่อเคลื่อนไหว
4. ปวดบริเวณกระดูกเข่า (bony tenderness)
5. กระดูกใหญ่ขึ้นบริเวณเข่า (bony enlargement)
6. คลำบริเวณเข่าไม่อุ่นหรือร้อนขึ้น (no palpable warmth)

การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ดังกล่าวจะมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 95 และ ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 69⁵ จะเห็นว่าเกณฑ์การวินิจฉัยในผู้สูงอายุต้องการอีกเพียง 2 ใน 6 ปัจจัย เนื่องจากอายุมากกว่า 50 ปีอยู่แล้ว

บุคลากรทางสุขภาพควรซักประวัติและตรวจร่างกายตามอาการทางคลินิกที่พบบ่อยและประวัติอื่นๆ ที่สำคัญ เพื่อช่วยในการเลือกแนวทางการบำบัดรักษาต่อไป ตัวอย่างเช่น การซักประวัติโรคแผลเปื่อยทางเดินอาหารส่วนต้น (peptic ulcer) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และการใช้ยาอื่นๆ การตรวจร่างกายได้แก่ ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ความดันเลือด ลักษณะการเดิน ตรวจข้อตามเกณฑ์วินิจฉัย และพิสัยการเคลื่อนไหว (range of motion) ความมั่นคงแข็งแรงของข้อ (joint stability) ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น ไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีข้อเข่าเพื่อการวินิจฉัยทุกราย แต่อาจใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และนำไปสู่การรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น การตรวจน้ำไขข้อ, ESR, CT-scan มักไม่มีความจำเป็น เว้นแต่กรณีที่ต้องการวินิจฉัยแยกโรค สงสัยภาวะแทรกซ้อน หรือประเมินก่อนผ่าตัด

การประเมินความรุนแรงของโรค

การประเมินความรุนแรงเพื่อช่วยในการเลือกแนวทางบำบัดรักษาต่อไป ด้วยการจำแนกชั้น (staging) โดยระบบชั้นเคแอล [Kellgren Lawrence (KL) Grading system] ซึ่งประเมินด้วยภาพรังสีข้อเข่า การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมทำได้เมื่ออยู่ในเคแอลชั้น 2 หรือสูงกว่า² ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินความรุนแรงของโรคด้วยระบบชั้นเคแอล (Kellgren-Lawrence radiographic grading scale)

ชั้นโรคข้อเข่าเสื่อม	ลักษณะที่พบ
0	ภาพรังสีไม่ปรากฏลักษณะข้อเข่าเสื่อม
1	มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจน ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิกน้อย
2	มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน แต่ช่องข้อยังไม่ผิดปกติ
3	มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน และช่องข้อแคบลงปานกลาง
4	มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนร่วมกับช่องข้อแคบลงรุนแรง และมีเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนกระดูก (subchondral sclerosis)

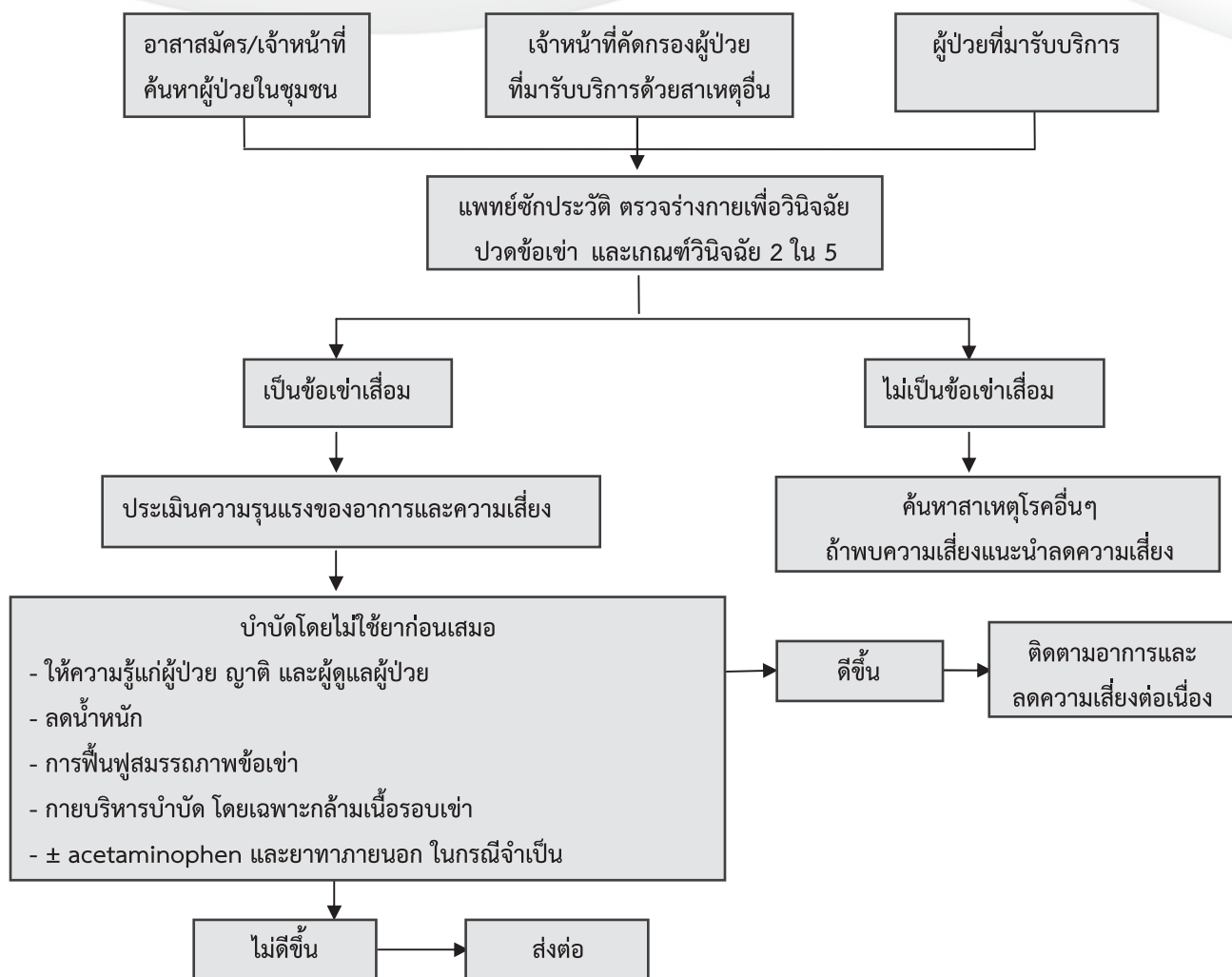
แนวทางการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การคัดกรองเริ่มจากอาสาสมัครหรือบุคลากรทางสุขภาพสอบถามอาการข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนและผู้ที่มารับบริการตามภาคผนวกที่ 19 ด้านบน แล้วส่งต่อผู้ที่มีอาการปวดบวมเข่าหน้าที่เพื่อรับการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยจากเกณฑ์วินิจฉัยตามภาคผนวกที่ 19 ด้านล่าง ถ้ามีโรคข้อเข่าเสื่อมให้ทำการประเมินและรักษาต่อไป แต่ถ้าไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรวินิจฉัยแยกโรคที่อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ดังในตารางที่ 2 และถ้าพบความเสี่ยงควรแนะนำลดความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

บุคลากรทางสุขภาพควรให้การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic therapy) ก่อนเสมอ จะใช้การบำบัดด้วยยา (pharmacologic therapy) ในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น การบำบัดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้แก่ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย แนะนำแนวทางการลดน้ำหนัก การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน การบริหารบำบัด (therapeutic exercise) โดยมีการติดตามต่อเนื่อง อาจให้ยาบรรเทาปวด (pain relievers) เช่น acetaminophen และยาทาภายนอกกรณีปวดมาก พิจารณาส่งต่อถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่มียาที่บรรเทาอาการได้มากขึ้น^{1,2,6,7} ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ระดับปฐมภูมิ



ตารางที่ 2 ตัวอย่างการวินิจฉัยแยกโรคข้อเข่าเสื่อม ที่อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ

เนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue)	ข้ออักเสบจากสาเหตุอื่น	ปวดมาจากที่อื่น (referred pain)	สาเหตุอื่นๆ
- ถุงน้ำอักเสบ (bursitis) - เอ็นยึดข้อผิดปกติ (ligamentous instability)	- โรคเก๊าท์และ เก๊าท์เทียม (gout, pseudogout) - ข้อติดเชื้อ (septic arthritis)	- โรคเส้นประสาทอักเสบ (neuropathy) - โรครากประสาทอักเสบ (radiculopathy)	- ข้อขาดเลือด (avascular necrosis) - เนื้องอก (tumor)

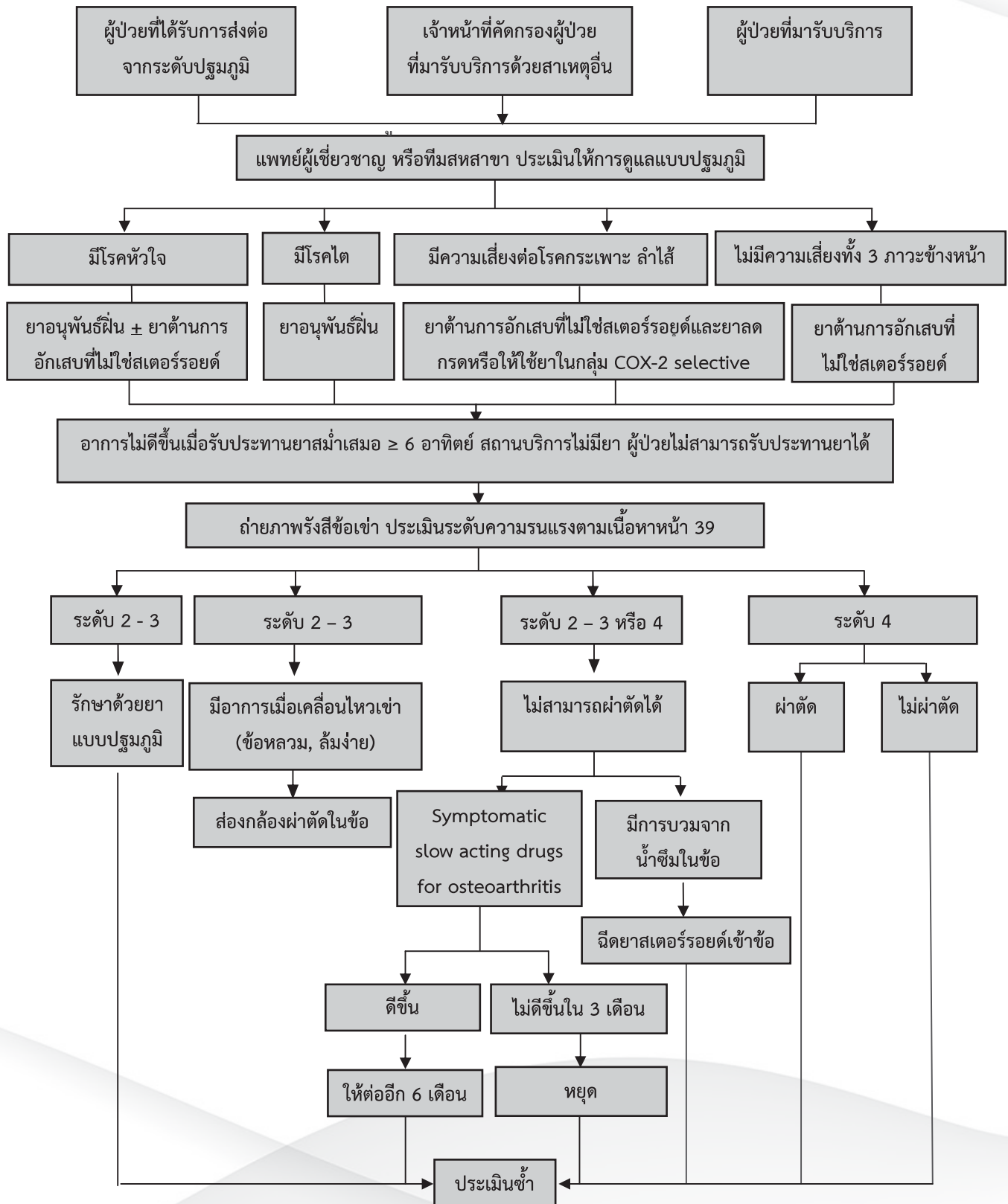
แนวทางการจัดการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ

การคัดกรองและวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเหมือนกับระดับปฐมภูมิ ถ้าได้รับการบำบัดโดยไม่ใช้ยาและยาบรรเทาปวดหรือยาทาภายนอกเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น ควรได้รับการประเมินโดยแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลบรรเทาอาการผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการรักษาควรเริ่มจากการบำบัดโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic therapy) ก่อนเสมอ คำแนะนำเหมือนระดับปฐมภูมิ ถ้าอาการไม่บรรเทาจึงบำบัดด้วยยา (pharmacologic therapy) ในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น อาจพิจารณาให้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) และพิจารณาให้ยาลดกรดในผู้ที่มีความเสี่ยงของโรคกระเพาะและลำไส้ หรือใช้ยาในกลุ่ม COX-2 selective ในผู้ที่มีโรคไตพิจารณาให้ยาอนุพันธ์ฝิ่น (opioid หรือ narcotic analgesic) ในผู้ที่มีโรคหัวใจพิจารณาให้ยาอนุพันธ์ฝิ่นอาจให้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ร่วมด้วย

กรณีผู้ที่อาการไม่ดีขึ้นหรือรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เพื่อบรรเทาอาการอย่างสม่ำเสมอมากกว่า 6 สัปดาห์แล้ว หรือไม่สามารถรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ได้ หรือมีอาการรุนแรง บุคลากรทางสุขภาพต้องประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อทำการรักษาต่อไป เช่น การส่งตรวจภาพรังสีขณะยืน (knee standing AP view) ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนัก ร่วมกับภาพด้านข้างเข่า (knee lateral view) และภาพรังสีสี่มุมเข่า (knee skyline view) ใช้เพื่อประเมินในกรณีที่มีอาการปวดข้อสะบ้า (patellofemoral joint pain) ร่วมด้วย ในกรณีขั้น 2 - 3 อาจให้การรักษาด้วยยา แต่กรณีที่มีอาการเมื่อเคลื่อนไหวเข่า อาจเกิดจากการมีหมอนรองข้อเข่า (meniscus) ผิดปกติ หรือ กระดูกอ่อนหลวม (loose body) หรือมีแผ่นเนื้อ (flap) ทำให้ข้อเข่ายึดเหยียดงอไม่ได้หรือเดินแล้วลั่น ให้ทำการส่องกล้องผ่าตัดในข้อ (arthroscopic surgery) ในกรณีขั้น 2-3 หรือ 4 ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ให้พิจารณาให้ยากกลุ่ม SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis) เช่น ยากลุ่มกลูโคซามีนซัลเฟต (glucosamine sulfate) คอนดรอยตินซัลเฟต (chondroitin sulfate) เป็นการบำบัดทางเลือก ถ้าตอบสนองดีสามารถให้ต่ออีก 6 เดือน ถ้าไม่ตอบสนองภายใน 3 เดือน ต้องหยุดยาและประเมินซ้ำอีกครั้ง ในกรณีขั้น 2-3 หรือ 4 ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และมีการบวมจากน้ำซึมซ่านในข้อ (effusion) อาจฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเพื่อบรรเทาอาการปวดระยะสั้นเท่านั้นโดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 3 เดือนต่อหนึ่งครั้ง และไม่แนะนำให้ใช้เกินกว่า 1 ปี ในกรณีขั้น 4 พิจารณาผ่าตัด ถ้าไม่พิจารณาผ่าตัดให้ทำการประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพใหม่ รวมถึงถ้ารักษาด้วยวิธีต่างๆ ไม่ดีขึ้น^{1,2,6,7} ควรทำการประเมินใหม่ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ



การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแบ่งเป็นระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ระดับ	การป้องกัน		
	ปฐมภูมิ (primary prevention)	ทุติยภูมิ (secondary prevention)	ตติยภูมิ (tertiary prevention)
บุคคล	-แนะนำลดความเสี่ยง เช่น อ้วน การใช้ข้อผิดวิธี -ค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง (ตารางที่ 4)	-ตรวจคัดกรอง -รักษาด้วยการไม่ใช้ยา -รักษาด้วยการใช้ยาตามความ เหมาะสม และติดตามผลข้างเคียง	-กายภาพบำบัดและฟื้นฟูข้อ -ประเมินและส่งเสริมความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน
ครอบครัว	-ค้นหาผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมใน ครอบครัว -แนะนำลดความเสี่ยงและ บริหารข้อเข่า	-ให้ความรู้เรื่องข้อเสื่อมแก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย -คัดกรองและตรวจรักษาในกรณีญาติและผู้ดูแลเริ่มป่วยเป็นโรคข้อเสื่อม	-ส่งเสริมทักษะในการทำ กายภาพบำบัดและฟื้นฟูข้อ -ปรับปรุงบ้านให้เหมาะกับผู้ป่วย -เฝ้าระวังความเครียดในผู้ดูแล
ชุมชน	-ให้ความรู้เรื่องข้อเสื่อม -รณรงค์และจัดกิจกรรมลดความ เสี่ยง	-ส่งเสริมอาสาสมัครชุมชนคัด กรองผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเบื้องต้น -ให้ความรู้แก่อาสาสมัครในชุมชนเพื่อ ให้คำแนะนำโรคได้เบื้องต้น	-สนับสนุนกิจกรรมที่ผู้ป่วยข้อเข่า เสื่อมสามารถทำได้ -ส่งเสริมอาสาสมัครในชุมชนเพื่อดูแล ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของโรคข้อเข่าเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้	ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเปลี่ยนแปลงได้
- เพศหญิง - ผู้สูงอายุ - เคยมีประวัติอุบัติเหตุที่เข่ารุนแรง	- อ้วน - การทำงานที่ต้องงอเข่าซ้ำๆ เป็นประจำ - ข้อมีการอักเสบเรื้อรัง เช่น มีการติดเชื้อ โรคเกาต์

คำแนะนำการดำเนินการหลังจากการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

ควรดำเนินการเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเสมอ^{1,2,7}

1. กำหนดเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การบำบัดโรค และภาวะแทรกซ้อน
บรรเทาอาการปวด แก้อาการ หรือฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อให้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ชะลอการ
ดำเนินของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย

2. บำบัดโดยไม่ใช้ยา

เป็นวิธีที่สำคัญควรให้แก่ผู้ป่วยทุกคนก่อนที่จะพิจารณาใช้ยา ได้แก่

2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงในการ
เกิดโรค แนวทางการรักษา ติดตามผลต่อเนื่องรวมถึงติดตามผลด้วยวิธีโทรศัพท์

2.2 แนะนำการลดน้ำหนักในผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก./ม² โดยลดน้ำหนักลงให้ได้มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม หรือลดน้ำหนักที่อัตรามากกว่าร้อยละ 0.24 ของน้ำหนักตัวเดิมต่อสัปดาห์

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

- ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (basic ADL) และความสามารถใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL) แนะนำวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวัน
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน เช่น หลีกเลี่ยงการงอเข่า คู้เข่า หรือ ขัดสมาธิ แนะนำการขึ้นลงบันไดเท่าที่จำเป็น
- อุปกรณ์และวิธีรักษาอื่นๆ : แนะนำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีเข่าไม่มั่นคง ทั้งขาโก่ง (varus) หรือขาฉีง (valgus) ที่ยังไม่ถึงระดับรุนแรง ให้สวมสนับเข่าที่มีแกนเหล็กด้านข้าง หรือใช้อุปกรณ์พยุงเข่า (knee brace / support) แต่ไม่แนะนำในการใช้ถุงสวมเข่า (knee sleeve) แนะนำให้ใช้การฝังเข็มบำบัดอาการได้

2.4 กายบริหารบำบัด

รูปแบบและวิธีการบริหารต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ขึ้นกับความรุนแรงของโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวและป้องกันการติดของข้อ แบ่งได้เป็น 3 ประเภท² คือ

1. กายบริหารแบบใช้ออกซิเจนและแรงกระแทกต่ำ (low-impact aerobic exercise) เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การออกกำลังกายในน้ำ
2. กายบริหารงอเหยียดข้อเข่า (ROM หรือ flexibility exercise) เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ
3. กายบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขา (quadriceps exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่า

3. บำบัดด้วยยา

เมื่อบำบัดโดยไม่ใช้ยาแล้วไม่บรรเทา ควรพิจารณาใช้ยาในกรณีมีความจำเป็นเท่านั้น โดยพิจารณาตามข้อบ่งใช้ ข้อห้าม และข้อควรระวังอย่างเคร่งครัดและต้องแนะนำร่วมกับการบำบัดโดยไม่ใช้ยาเสมอ

4. การบำบัดโดยการผ่าตัด

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดไม่บรรเทาเท่าที่ควร หรือการทำงานของข้อไม่ดีขึ้นด้วยการรักษาแบบพื้นฐาน ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา พิจารณาผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ ซึ่งมีวิธีการผ่าตัดหลายวิธี เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม การล้างข้อ (joint lavage) และการตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อด้วยการส่องกล้อง (arthroscopic debridement) การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนว (osteotomy) และหัตถการคงสภาพข้อ (joint preserving procedures) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (unicompartment knee replacement)

ตารางที่ 5 ข้อบ่งใช้ ข้อห้าม และข้อควรระวัง ของยาที่ใช้ในการรักษาข้อเข่าเสื่อม (ปรับจากเอกสารอ้างอิงที่ 1)

ยา	ข้อบ่งใช้	ข้อห้าม	ข้อควรระวัง	หมายเหตุ
Acetaminophen	- ลดอาการปวดข้อ	- แพ้ยากลุ่มนี้	- ในผู้ป่วยที่มีโรคตับและไตบกพร่อง	ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ : ผื่นแพ้ ข้อแนะนำ : ไม่ควรใช้ยาขนาดสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน
ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดไม่จำเพาะ (Non-selective NSAIDs)	- ลดอาการปวดข้อ - ลดอาการอักเสบข้อ	- แพ้ยาสลิวาโปรตีนและยาในกลุ่มนี้	- ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ความดันเลือดสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจวาย peripheral arterial disease โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง - มีประวัติมีแผล เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร - ผู้ที่มีอาการหอบหืด (asthma) ลมพิษ (urticaria) หรือมีอาการแพ้หลังจากได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs	ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ : - แผลและเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น - การทำงานของตับผิดปกติ - ไตอักเสบ กรวยไตตาย - กดการทำงานของไขกระดูก ข้อแนะนำ : ควรใช้ขนาดต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการปวดได้ให้ในระยะเวลาที่สั้นที่สุด
COX-2 inhibitors	- ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารจากยาในกลุ่ม NSAIDs	- ผู้ที่มีอาการหอบหืด ลมพิษ แพ้หลังจากได้รับยาในกลุ่มแอสไพริน NSAIDs - เคยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มนี้ - เคยมีประวัติแพ้ยา sulfonamide (เฉพาะ celecoxib) - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจตีบ	- ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง มีน้ำคั่ง (fluid retention) ความดันเลือดสูง หรือหัวใจวาย	ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ : - ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน - บวม
Tramadol	- ลดอาการปวดข้อ	- ตับอักเสบ - acute intoxication with alcohol, hypnotics, analgesics or psychotropic drugs	- ในรายที่เคยมีประวัติชัก และมีโอกาสชัก - ไม่ใช้ยาร่วมกับยาในกลุ่ม MAOIs - ลดขนาดยาเมื่อใช้ร่วมกับยากดประสาทส่วนกลาง (CNS depressants)	ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ : - ง่วงซึม เวียนศีรษะ - ท้องผูก เบื่ออาหาร - ความดันเลือดต่ำ - ปัสสาวะไม่ออก (micturition disorder)

ยา	ข้อบ่งใช้	ข้อห้าม	ข้อควรระวัง	หมายเหตุ
		- แพ้ยาล tramadol หรือ opioids - opioid- dependent patients	- มีความเสี่ยงในการชักเพิ่มขึ้น เมื่อ ใช้ร่วมกับยากลุ่ม serotonin reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants, other cyclic compounds, neuroleptics, MAOIs และยาที่มีผลลด seizure threshold - ลดขนาดยา ในผู้ป่วย โรคตับ ไต โรคต่อมไร้ท่อ เช่น	
Glucosamine sulphate	- ข้อเข่าเสื่อม ปานกลาง (grade 2-3) - ผู้ป่วยที่ยังคงมี อาการปวดข้อ หลังจากได้รับ การรักษาอย่าง เต็มที่ - มีข้อห้ามใน การใช้ยา NSAIDs และ COX-2 inhibitors	- ผู้ป่วยที่แพ้ glucosamine sulphate	hypothyroidism - อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด สูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน	ข้อแนะนำ : ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ช้า ดังนั้นในช่วง 1-2 เดือนแรกควรใช้ ควบคู่กับยาแก้ปวด เมื่ออาการดี ขึ้นให้ลดหรือหยุดยาแก้ปวด แต่ ถ้าหลังจากใช้ยานาน 3 เดือน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรหยุดยา
การฉีด สเตียรอยด์เข้า ข้อ (Intraarticular steroids)	- มีการอักเสบ ของข้อ หรือมีน้ำ ในข้อ - ผู้ป่วยที่มีข้อ ห้ามในการใช้ยา NSAIDs - ใช้เสริมฤทธิ์ ร่วมกับ NSAIDs	- ภาวะติดเชื้อใน/รอบ ข้อ - ภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือด - ข้อหลวมคลอน - กระดูกในข้อหัก - กระดูกรอบข้อบาง หรือผุ - ไม่ตอบสนองต่อการ ฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ	- ควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 3 เดือนต่อหนึ่งครั้งและไม่แนะนำให้ ใช้เกินกว่า 1 ปี	ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ - ติดเชื้อในข้อ - ข้ออักเสบกร่อนรุนแรง (Charcot's like arthropathy) - กระดูกขาดเลือด (osteonecrosis) - ข้ออักเสบจากผลึกสเตียรอยด์

5. การประเมินผลการรักษาและการติดตามผล

การประเมินผลและติดตามผลการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงความสำเร็จของการดูแลรักษา ทั้งผลการรักษา
ด้วยมาตรการที่ไม่ได้ผ่าตัดและการผ่าตัด อาจติดตามโดยการโทรศัพท์ สอบถามอาการที่ห้องตรวจโรค หรือการเยี่ยมบ้าน
ซึ่งควรมีการประเมินติดตามเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป การประเมินผลการรักษาควรประเมินทั้ง 2 ส่วน

ได้แก่ การประเมินผลโดยตัวผู้ป่วยเองและการประเมินผลโดยนักกายภาพบำบัด พยาบาล หรือ แพทย์ซึ่งควรสอบถามอาการปวดข้อ อาการข้อฝืด ข้อตึง (stiffness) และการใช้งานข้อ ²

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: 2553.
2. ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการบริหารการสาธาณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: 2554.
3. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum. 1986;29(8):1039-49.
4. Wu CW, Morrell MR, Heinze E, Concoff AL, Wollaston SJ, Arnold EL, et al. Validation of American College of Rheumatology classification criteria for knee osteoarthritis using arthroscopically defined cartilage damage scores. Semin Arthritis Rheum. 2005;35(3):197-201.
5. Sinusas K. Osteoarthritis: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2012;85(1):49-56.
6. Ringdahl E. Treatment of Knee Osteoarthritis. Am Fam Physician. 2011;83(11):1287-1292.
7. Practice Guidelines. ACR Issues Recommendations on Therapies for Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Am Fam Physician. 2013;87(7):515-6.

บทที่ 4

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะหกล้ม”

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

ความชุกของภาวะหกล้มในชุมชนจะแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของชุมชนที่ศึกษา โดยความชุกของภาวะหกล้มจะต่ำสุดในผู้ที่มีอายุ 65 – 75 ปีที่มีสุขภาพดีในชุมชน ประมาณ 0.3 – 1.6 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ความชุกนี้จะเพิ่มเป็นสองเท่าในคนที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป เมื่อถามประวัติหกล้มในผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครย้อนหลังไปเป็นเวลา 6 เดือน พบว่ามีความชุกในหญิงร้อยละ 24.1 และในชายร้อยละ 12.1 เมื่อทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเป็นเวลา 1 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทยเขตเมืองร้อยละ 10.1 โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุไทยจะหกล้มประมาณร้อยละ 20 เมื่อถามย้อนหลังไป 6 เดือน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราจะมีอุบัติการณ์ภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักมีสุขภาพโดยรวมด้อยกว่าผู้สูงอายุที่สามารถอยู่ในชุมชนได้ และยังมีลักษณะการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย การศึกษาแบบย้อนหลังโดยการถามจำนวนครั้งที่หกล้มในอดีตจะพบว่าความชุกของภาวะหกล้มต่ำกว่าการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลังต้องอาศัยความจำของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่มีความสามารถทางสมองลดลงก็มักหกล้มได้บ่อยกว่าคนทั่วไปด้วยการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในโรงพยาบาลจะพบน้อยกว่าความเป็นจริงเสมอเนื่องจากผู้ที่หกล้มน้อยกว่าครึ่งหนึ่งจะมาพบแพทย์ ดังนั้นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในชุมชนจึงเป็นการศึกษาที่มีประโยชน์ในทางเวชกรรมมากที่สุด โดยสรุปแล้วอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มจะพบราวหนึ่งในสามเมื่อติดตามผู้สูงอายุไปเป็นเวลา 1 ปี เมื่อพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักหกล้มในเวลากลางวัน เกิดนอกบริเวณบ้านร้อยละ 58 รองลงมาเป็นภายในบ้านร้อยละ 27 มักหกล้มขณะเดินลงบันไดมากกว่าเดินขึ้นบันได ส่วนภาวะหกล้มในบ้านพักคนชรามักเกิดในสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ระหว่างที่มีการเดินมากที่สุดแม้จะมีผู้ดูแลใกล้ชิด

ลักษณะทางเวชกรรมที่พบบ่อย

การประเมินผู้สูงอายุที่มาด้วยปัญหาหกล้มมีเป้าหมาย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การแยกผู้ป่วยที่มีสาเหตุหกล้มจากปัจจัยภายนอกและ/หรือจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเอง

ผู้สูงอายุที่หกล้มจากปัจจัยภายนอกเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เรียกกลุ่มนี้ว่า ภาวะหกล้มจากอุบัติเหตุ (accidental fall) มักให้ประวัติหกล้มว่ามีกิจกรรมทางกายภาพอย่างมาก เช่น วิ่งอย่างรวดเร็วแล้วสะดุดหรือลื่นหกล้ม ขณะปีนบันไดเพื่อเปลี่ยนหลอดไฟบนเพดาน หรือขณะอยู่บนพื้นที่ลื่น เช่น ในห้องน้ำ เมื่อตรวจไม่พบการบาดเจ็บรุนแรงจากภาวะหกล้ม อาจให้กลับบ้านได้พร้อมกับคำแนะนำในการป้องกันภาวะหกล้มในระดับปฐมภูมิ

ส่วนผู้ที่หกล้มจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเอง เรียกกลุ่มนี้ว่า ภาวะหกล้มที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous fall) มักหกล้มโดยไม่มีปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้อง หรือถ้ามีก็ไม่รุนแรงพอให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงหกล้มได้ เช่น หกล้มขณะเดินในบ้านโดยไม่มีเหตุการณ์ที่รุนแรงมาอธิบายได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัจจัยโน้มน้าว (predisposing factor) ที่ทำให้สุขภาพโดยรวมไม่ดีหรือมีความพิการ ทำเดินหรือการทรงตัวผิดปกติ มักจะหกล้มซ้ำซ้อนแม้จะไม่มีกิจกรรมทางกายที่รุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการสับสนให้ประวัติเหตุการณ์ก่อนและขณะหกล้มไม่ชัดเจน เช่น "หกล้มไปเอง" "ขาไม่มีแรงโดยไม่รู้ตัว" และเมื่อมีปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) จะนำไปสู่ภาวะหกล้มได้ในที่สุด

2. การหาปัจจัยโน้มน้าวและปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่ภาวะหกล้มในกลุ่ม spontaneous fall

ผู้ป่วยกลุ่มภาวะหกล้มที่เกิดขึ้นเองอาจเกิดจากปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ทำให้สามารถป้องกันภาวะหกล้มซ้ำซ้อนได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการสืบค้นเพิ่มเติมอย่างละเอียดถึงปัญหาสุขภาพที่ซ่อนอยู่ ร่วมกับการรักษาและการฟื้นฟูบำบัด โดยบุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้กระบวนการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านสังคมรอบตัวผู้ป่วย เพื่อตรวจหาปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะหกล้ม

ปัจจัยโน้มน้าวที่มักทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้บ่อย ได้แก่

1. อาการขาอ่อนแรงหรือทำงานไม่สัมพันธ์กันเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก โรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม โรคปลายประสาท โรคของสมองน้อย (cerebellar disease) โรค normal pressure hydrocephalus ภาวะ deconditioning state จากการนอนนาน
2. ภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) เนื่องจากสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดลดลง ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ความดันเลือดลดลงหลังการรับประทานอาหาร
3. สายตาผิดปกติ เช่น ต้อกระจก จอประสาทตาเสื่อม (macular degeneration) แว่นสายตาที่ไม่เหมาะสม
4. โรคในระบบไหลเวียนเลือด เช่น ความดันเลือดลดลงจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติขณะมีการแบ่งเพิ่มความดันในช่องอกหรือช่องท้อง (vasomotor syncope) ตัวอย่างเช่น การแบ่งปัสสาวะในคนที่มียโรคต่อมลูกหมากโต การแบ่งอุจจาระในคนที่ท้องผูกมาก โรคอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคเส้นหัวใจตีบ
5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทต่างๆ
6. ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า cognitive impairment

ปัจจัยกระตุ้นที่มักทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้บ่อย ได้แก่

- 1. โรคติดเชื้อ เช่น ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคปอดอักเสบ
- 2. ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำจากภาวะต่างๆ เช่น ภาวะหัวใจวาย โรคลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอด
- 3. ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกข้อ เช่น ข้ออักเสบ กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรงจากสาเหตุต่างๆ
- 4. ความผิดปกติของเท้า เช่น ตาปลา เล็บขบ นิ้วหัวแม่เท้าเอียง ผิดรูป (hallux valgus)
- 5. ความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ภาวะไตวาย ภาวะทุโภชนาการ
- 6. ดุลเกลือแร่ผิดปกติ เช่น hyponatremia, hypokalemia

แนวทางการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

ผู้ที่หกล้มและถูกนำส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมาที่แผนกอุบัติเหตุหรือแผนกฉุกเฉิน ถ้ามีภาวะกระดูกหักก็จะถูกส่งตัวไปแผนกศัลยกรรมกระดูกเพื่อรักษาภาวะกระดูกหัก ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการสืบค้นหาสาเหตุของภาวะหกล้มอย่างละเอียด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ถูกส่งตัวกลับบ้านจะเกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อนได้อีก เนื่องจากไม่ได้รับการค้นหาสาเหตุและแก้ไข นอกจากนี้ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอาจให้ประวัติสับสน เช่น ให้ประวัติหกล้มที่เคยเกิดขึ้นในอดีต มักเนื่องจากภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ที่พบร่วมหลังจากหกล้ม ทำให้จำเหตุการณ์ขณะล้มไม่ได้ ตัวอย่างประวัติอาการที่อาจเป็นเงื่อนไขที่ช่วยบ่งถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้

สิ่งที่ผู้ป่วยบอก	ความสำคัญทางเวชกรรม
ฉันหกล้มไปเอง ไม่ได้ทำอะไร	กลไกการทรงตัวที่ผิดปกติอย่างมาก มักหกล้มซ้ำซ้อน
รู้สึกขาพันกัน ก้าวขาไม่ออก	gait apraxia โรคพาร์กินสัน
หกล้มขณะกำลังเดินไปนั่งเก้าอี้	ความผิดปกติของการกระเด้งด้วยสายตา
เดินๆ อยู่ ขาหรือเข่าก็พับไปเฉยๆ	มักล้มในท่านั่ง อาจเกิดจากโรคของข้อเข่า เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม หรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps
ฉันคงจะลื่นหกล้มกระมัง	ถ้าไม่เกิดในสถานที่ลื่น เช่น ในห้องน้ำ บ่งถึงกลไกการทรงตัวที่ผิดปกติอย่างมาก
รู้สึกตัวเอียงจะล้ม แต่ทำอะไรไม่ถูก	reflex ของแขนขาเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายช้าลง
ลุกขึ้นยืนแล้วหน้ามืด	postural hypotension
ไปเบ่งอุจจาระ ปัสสาวะ ไอจามแรงๆ	vasovagal syncope
หันศีรษะมองไปมา	carotid sinus hypersensitivity, vertigo, cervical spondylosis, vertebrobasilar insufficiency
เจ็บหน้าอก ใจสั่น หน้ามืดจะเป็นลม	กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการรบกวนหมดสติ (syncope)
เวียนศีรษะบ้านหมุน อาเจียน	vertigo
เวียนศีรษะบ้านหมุนร่วมกับเสียงหึ่งในหู (tinnitus)	ความผิดปกติของ vestibular apparatus
อาการพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว หรือแขนขาอ่อนแรง กระตุก	โรคหลอดเลือดสมอง
ปวดเข่า มีเสียงในข้อ	โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis)
หมดสติกะทันหัน แขนขากระตุก	อาการชัก

การตรวจร่างกายจะมุ่งเน้นประเมินการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มร่วมกับหาปัจจัยโน้มน้าวและปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่ภาวะหกล้ม ตลอดจนภาวะสุขภาพโดยรวม การตรวจร่างกายโดยแพทย์จึงต้องครอบคลุมตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทุกระบบอย่างละเอียด การตรวจพบทางระบบประสาทขณะผู้ป่วยนอนบนเตียงอย่างเดียว ไม่สามารถบอกความผิดปกติของท่าเดินและการทรงตัวได้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำการตรวจเพิ่มเติมที่จำเพาะในภาวะหกล้ม (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในการคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT) และเครื่องมือการประเมินภาวะหกล้ม (Falls Risk Assessment tool) ในภาคผนวก) ได้แก่

อาการแสดง Romberg ทำการตรวจโดยให้ผู้ป่วยยืนตัวตรง แล้วสังเกตอาการเซขณะเปิดและปิดตาจะบอกถึงความผิดปกติของประสาทที่รับรู้ความเคลื่อนไหวหรือตำแหน่ง (proprioceptive sense) และการที่ผู้ป่วยใช้กลไกการมองเห็นเพื่อชดเชยการทรงตัวที่ผิดปกติ จากนั้นใช้มือผลักอกผู้ป่วยเบาๆ เพื่อประเมิน postural reflex ผู้สูงอายุปกติจะไม่มีอาการเซ หรือเซไปหลังและหน้าเพียงเล็กน้อย อาจพบความผิดปกติที่เรียก "startle reaction" คือผู้ป่วยต้องกางแขนทั้งสองออกเพื่อรักษาสมดุลของลำตัวคล้ายคนตกใจ หรือต้องก้าวขาออกไป 1-2 ก้าวหรือหกล้มไปเลยโดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถกระดกข้อเท้าขึ้น (dorsiflexion) เพื่อรักษาสมดุลได้ ผู้ป่วยมักล้มไปข้างหลังซึ่งพบบ่อยในโรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมองที่มีการทำลาย basal ganglia

การตรวจ get-up-and-go test เป็นการตรวจเพื่อดูท่าทางการลุกขึ้นยืน การเดินและการทรงตัวของผู้ป่วยขณะเดิน โดยให้ผู้ป่วยนั่งที่เก้าอี้ที่มีที่พนักแขนแล้วลุกขึ้นยืน จากนั้นให้เดินเป็นระยะทาง 3 เมตรแล้วอ้อมกลับมาที่จุดเดิมเพือนั่งที่เก้าอี้อีกครั้ง อาจใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ระหว่างนี้คอยสังเกตความผิดปกติในทุกขั้นตอนที่อาจนำไปสู่ภาวะหกล้ม เช่น ลุกขึ้นยืนลำบากจากกล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง ลุกขึ้นยืนแล้วมีอาการวิงเวียนศีรษะจาก postural hypotension เดินด้วยท่าเดินที่ผิดปกติที่อาจบ่งถึงพยาธิสภาพที่จำเพาะได้การกระเด้งด้วยสายตาที่ผิดปกติขณะเมื่อมาถึงเก้าอี้ นอกจากนั้นยังมีการดัดแปลงการตรวจนี้ไปอีกมาก เช่น timed get-up and go test โดยเน้นไปที่การจับเวลาที่ผู้ป่วยเดิน คนปกติจะเดินภายในเวลา 10 วินาที คนที่มีความผิดปกติในการเดินจะใช้เวลามากกว่า 29 วินาที เป็นต้น ส่วนข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง (frail) เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราถ้าสามารถเดินได้ภายในเวลาน้อยกว่า 15 วินาทีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มน้อย

การประเมินท่าเดินของผู้ป่วย (gait assessment) ปกติผู้สูงอายุมักจะเดินได้ช้าลง ระยะก้าวสั้นลง แต่ลักษณะการเดินที่บ่งถึงพยาธิสภาพต่างๆ ที่ทำให้หกล้มได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

- **Frontal lobe gait หรือ frontal apraxia** ผู้ป่วยมีความลำบากที่จะเริ่มก้าวเท้าออกไปเหมือนมีแม่เหล็กดูดติดกับพื้นที่เรียก magnetic gait ทำให้เดินสะดุดเป็นระยะ ช่วงก้าวที่สั้นและเป็นแบบขอยเท้า ลังเลที่จะก้าวเท้าออก (shuffling and hesitant step) บางครั้งเมื่อเริ่มออกเดินได้ดีก็จะเดินได้เป็นปกติช่วงสั้นๆ บ่งถึงรอยโรคที่กลีบสมองส่วนหน้า (frontal lobe) เช่น normal pressure hydrocephalus ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) โรคอัลไซเมอร์ระยะรุนแรง

- **Spastic gait** กรณี hemiparesis หรือ hemiplegia ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย โดยขาข้างที่อ่อนแรงจะพบว่าข้อสะโพกงอเข้า ข้อเข่าเหยียดออก ข้อเท้าเหยียดออก (flexed hip, extended knee, plantar-flexed foot) เวลาเดินนิ้วเท้าจะไถครูดไปกับพื้น ทำให้ต้องแกว่งขาข้างนั้นออกไปด้านนอกให้เท้าลอยพ้นพื้น (circumduction) ส่วนแขนข้างที่อ่อนแรงข้อศอกจะงอวางพาดด้านหน้าลำตัว ผู้ป่วยที่มี visual neglect (hemianopia) อาจเดินชนขอบประตูด้านข้างที่มองไม่เห็น

กรณี paraparesis ซึ่งพบใน cervical spondylitic myelopathy, amyotrophic lateral sclerosis การที่ขาสองข้างอ่อนแรง จึงต้องมีการแกว่งขาทั้งสองข้างออกไปด้านนอกขณะเดิน (bilateral circumduction) แล้ววกเข้าหาลำตัวเกิดเป็นลักษณะครึ่ง วงกลมของแต่ละข้างคล้ายกรรไกรสับกันไปมา ที่เรียก scissoring gait

- **Cerebellar ataxic gait** ก้าวเดินจะสั้นยาวไม่แน่นอน ไม่มั่นคง อาจมีอาการเอียงข้างไปด้านใดด้านหนึ่งกะทันหัน เหมือนคนเมา เท้าที่ก้าวจะยกสูงไม่ได้สัดส่วน เมื่อวางเท้าลงพื้นก็อาจขีดหรือห่างจากเท้าอีกข้างมากเกินไป เดินต่อเท้าในแนว เส้นตรง (tandem gait) ไม่ได้ ถ้ามีพยาธิสภาพเพียงข้างเดียว ผู้ป่วยจะเดินเอียงไปข้างนั้น การหมุนตัวเพื่อเปลี่ยนทิศทางการเดิน ต้องไปทั้งลำตัว (en bloc turn) ทำเดินแบบนี้บ่งถึงโรคหลอดเลือดสมองที่ส่วนสมองน้อย ภาวะพิษสุราเรื้อรัง spinocerebellar atrophy, progressive supranuclear palsy

- **Sensory ataxic gait** ผู้ป่วยจะเดินกระตือรือร้นเท้าแรงเนื่องจากพยาธิสภาพที่ proprioceptive sense จากเท้า ขณะ เดินผู้ป่วยจะมองพื้นเกือบตลอดเพื่อชดเชยการรับรู้ความรู้สึกจาก proprioceptive sense ที่ลดลง เมื่อเดินในที่สว่างน้อยผู้ป่วยจะ เขมาก การตรวจอาการแสดง Romberg ให้ผลเป็นบวก ทำเดินแบบนี้บ่งถึงรอยโรคที่ posterior column, peripheral nerve, dorsal root of spinal cord เช่น diabetic neuropathy, spinal cord compression, spinocerebellar degeneration

- **Festinating gait** ขณะยืนลำตัวผู้ป่วยจะโน้มไปข้างหน้า ข้อสะโพกและเข่าอยู่ในท่างอ เมื่อออกเดินจะขอยเท้า (shuffling) รวดเร็วเพื่อไม่ให้ล้มไปข้างหน้า จึงหยุดกะทันหันได้ยาก เท้าที่เดินมักไม่ยกสูงจากพื้นเหมือนฝ่าเท้าไถไปกับพื้น ทำให้ สะดุดหกล้มได้ง่าย แขนมีการเคลื่อนไหวขณะเดินลดลงเหมือนหุ่นยนต์ การหมุนตัวต้องมีการขอยเท้าสั้นๆ และหันไปทั้งลำตัว อย่างช้าๆ ทำเดินแบบนี้บ่งถึงโรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง hydrocephalus

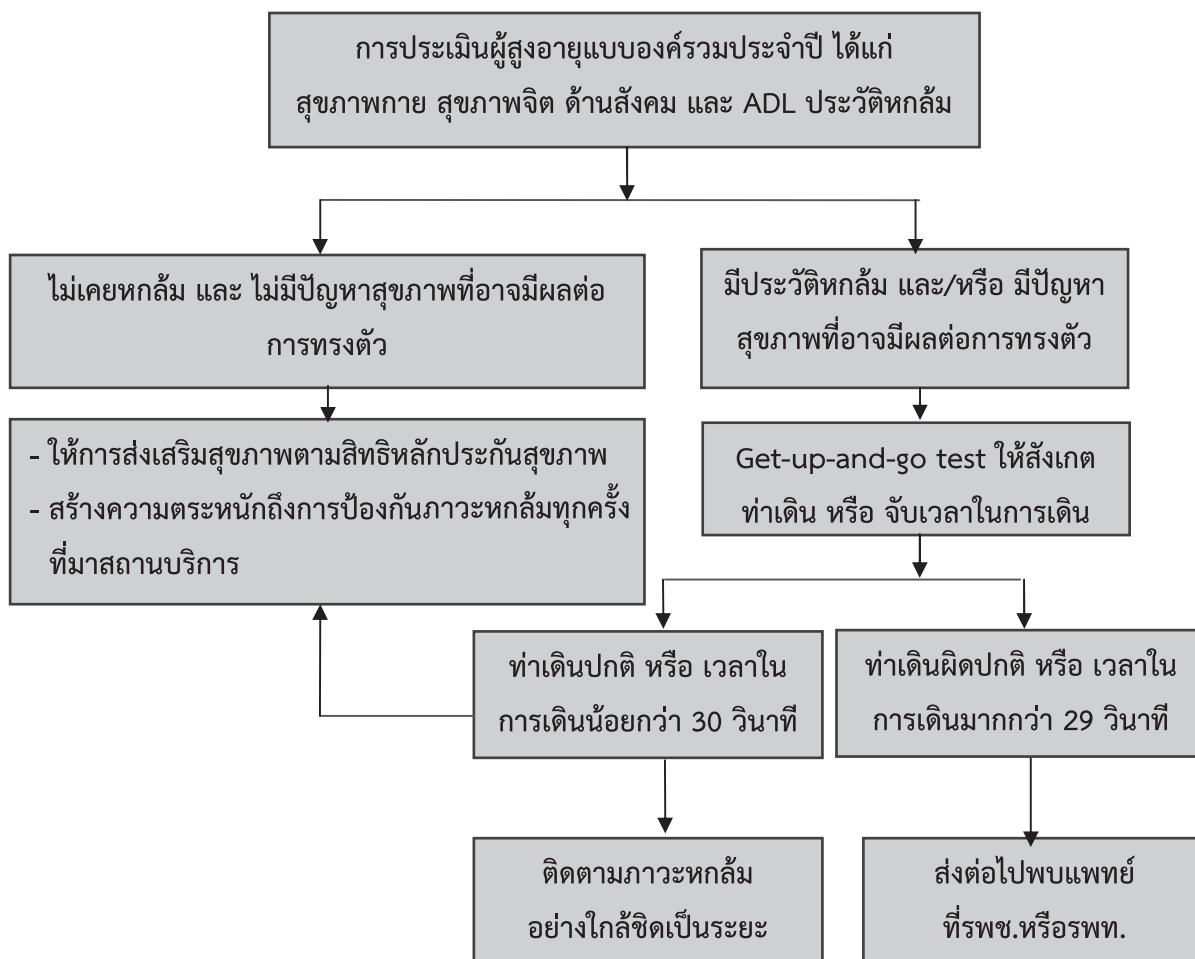
- **Steppage gait** เนื่องจากปลายเท้าจะตกทำให้ขณะเดินต้องยกเท้าสูงเพื่อไม่ให้ปลายนิ้วเท้าจรดกับพื้น ขณะที่เท้า กำลังจะลงสัมผัสพื้นส่วนหน้าของเท้าจะตบกับพื้นก่อนแล้วค่อยลงส้นเท้า จึงเกิดการหกล้มได้ง่ายเพราะอาจยกเท้าไม่พ้นพื้นหรือ สะดุดสิ่งของที่พื้นได้ ทำเดินแบบนี้บ่งถึงอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ pretibial และ peroneal ทำให้เกิด foot drop

- **Waddling gait** เดินคล้ายเป็ด โดยลำตัวจะเอียงไปด้านตรงข้ามกับเท้าที่กำลังยกขึ้นจากพื้น ทำให้สะโพกมีการบิด หมุน (rotation) อย่างมาก การเดินขึ้นบันไดหรือลุกขึ้นจากท่านั่งบนเก้าอี้ที่ดำทำได้ลำบาก ทำเดินแบบนี้บ่งถึงอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อ gluteus ที่ limb girdle พบได้ในโรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไป (hypothyroidism) โรคต่อมไทรอยด์ทำงาน มากเกินไป (hyperthyroidism) โรคกระดูกนุ่ม (osteomalacia) หรือ polymyositis

การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการขึ้นกับข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายที่จะบ่งบอกถึงพยาธิสภาพในระบบใด เนื่องจากสาเหตุของภาวะหกล้มมีมากมายจึงไม่ควรส่งตรวจทุกชนิดแบบเดาสุ่ม นอกจากนั้นผู้ป่วยน้อยรายมากที่ต้องการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการที่ยุ่งยากและซับซ้อน ถ้าแพทย์สามารถเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการทางเวชกรรมอย่างครบถ้วน เช่น กรณี ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรงก็อาจส่งตรวจหาระดับโปตัสเซียม การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ (thyroid function test) ระดับของ creatine phosphokinase หรือ electromyography เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลทางเวชกรรมที่บ่งชี้

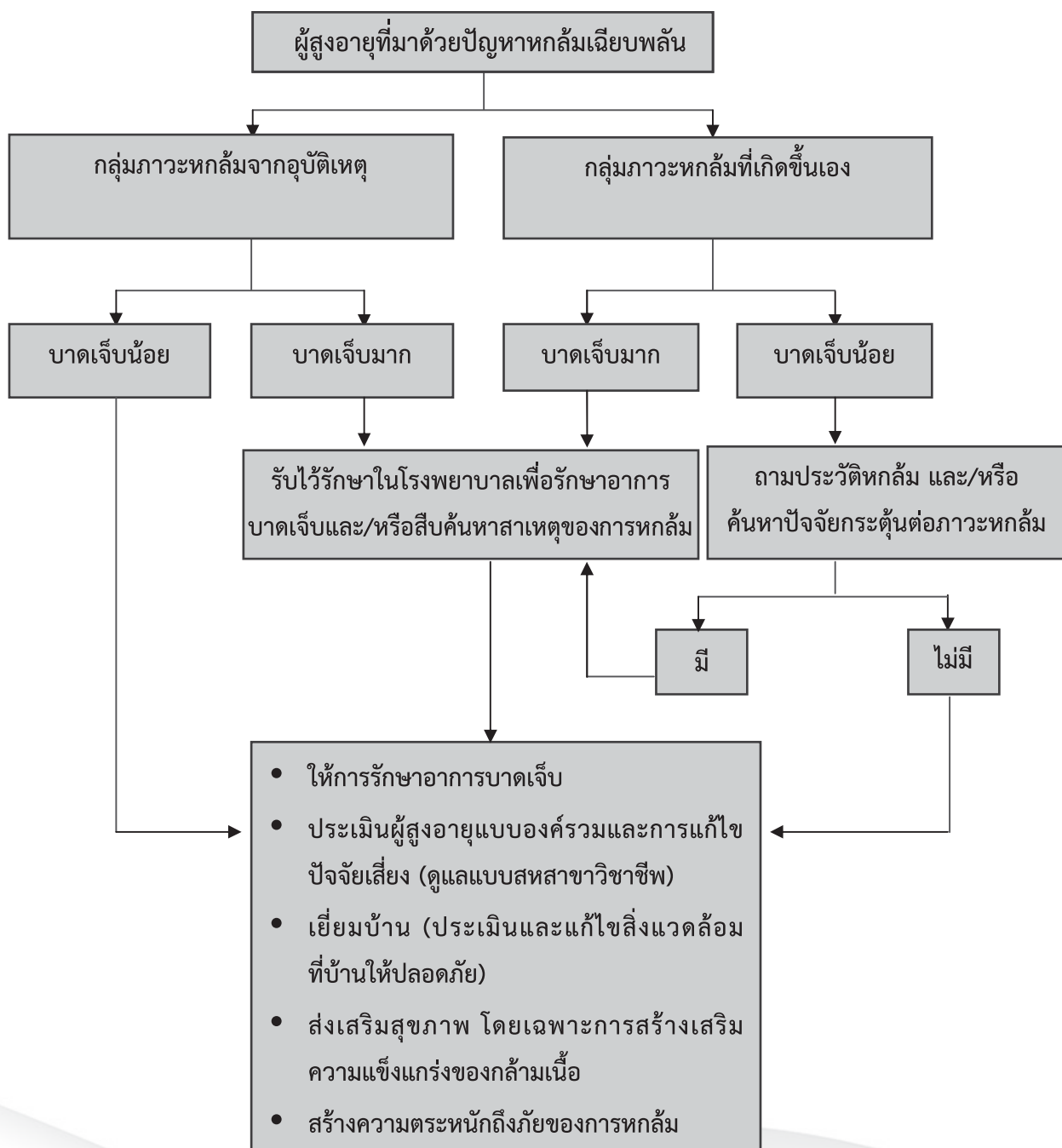
แผนภูมิที่ 3

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม ระดับปฐมภูมิ



แผนภูมิที่ 4

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ



การป้องกันภาวะหกล้ม

มาตรการการป้องกันภาวะหกล้มอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันภาวะหกล้มระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มโดยการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี รวมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ยังไม่เกิดภาวะหกล้ม ดังแผนภูมิที่ 3

2. การป้องกันภาวะหกล้มระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มที่เคยเกิดขึ้นแล้ว ไม่ให้เกิดซ้ำอีก โดยการตรวจสุขภาพเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาทั้งปัจจัยโน้มน้าวและปัจจัยกระตุ้นต่อภาวะหกล้มตั้งแต่ระยะแรกให้หมดไปหรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังแผนภูมิที่ 4

3. การป้องกันภาวะหกล้มระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันผลแทรกซ้อนหลังภาวะหกล้ม ไม่ให้เกิดความพิการ เช่น ภาวะกระดูกหักหรือกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตร

องค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์เผยแพร่คู่มือให้นานาประเทศตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะหกล้มในปี ค.ศ. 2008 โดยเน้นให้เป็นไปตามกรอบแนวคิดเรื่อง Active Ageing ที่องค์การอนามัยโลกได้เน้นมาก่อนหน้านี้แล้ว มี 3 กิจกรรมหลักคือ

1. การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงให้แก่ผู้สูงอายุเอง บุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น ครอบครัวและผู้ดูแล คนหนุ่มสาว ชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ ภาครัฐ ตลอดจนสื่อมวลชน ต้องมีส่วนร่วมผลักดัน

2. การตรวจคัดกรองและประเมินหาปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มเป็นระยะในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นมาตรการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น คือใช้วิธีการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐฐานะและสังคม ตลอดจนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ความไม่ปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ควรแก้ไข ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

3. การวิจัยและหามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและทำได้จริง ผลจากการวิจัยชัดเจนแล้ว มาตรการที่ได้ผลต้องเป็น มาตรการแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งมักมีหลายปัญหาในเวลาเดียวกันดังต่อไปนี้

- การแก้ไขปัญหสุขภาพกาย
- การหมั่นตรวจความปลอดภัยภายในบ้าน ได้แก่ ติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อยๆ โดยปุ่มสวิทช์อยู่ใกล้มือเอื้อม มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็น และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ย่ำที่บ่อยๆ เติงนอน แก้ว และโถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป ทางเดินและบันได ควรมีราวจับตลอด และขั้นบันไดสม่ำเสมอ พื้นห้องสม่ำเสมอและเป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะในห้องน้ำ บริเวณจุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตูไม่ควรมีสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า และหลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมวในบริเวณที่อยู่อาศัย
- การติดตามและป้องกันผลไม่พึงประสงค์จากยาที่มีหลายขนานในเวลาเดียวกัน
- การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
- การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายภาพที่เหมาะสมกับแต่ละคน

- ฝึกทักษะให้สามารถยับยั้งกายหรือการเดินที่ปลอดภัย
- ประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ระบบส่งต่อผู้ป่วยจากระดับปฐมภูมิไปยังระดับที่สูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรการที่แนะนำเกี่ยวกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ จัดทำโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดพิมพ์เผยแพร่ไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 มีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะ	น้ำหนักคำแนะนำ
ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายต้องได้รับการซักประวัติของภาวะหกล้มในช่วง 1 ปีก่อนมารพ. และบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เห็นได้ชัดเจน	I A
ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติหกล้มในช่วง 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลหรือหกล้มขณะอยู่ในโรงพยาบาล ต้องได้รับการประเมินหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม โดยที่อาการสำคัญของผู้ป่วยในการมารพ.ครั้งนี้อาจมีความสัมพันธ์กับอาการหกล้ม	I A
ผู้สูงอายุทุกรายที่มีภาวะหกล้มต้องได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุ เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำซ้อน	I A
ผู้สูงอายุที่ยังสามารถเดินได้ การตรวจคัดกรองภาวะหกล้มอาจใช้เครื่องมือ Timed Up and Go Test โดยทำได้ทั้งเมื่อแรกมาโรงพยาบาล หรือการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	I A
ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มซ้ำซ้อน หรือผู้สูงอายุที่มีท่าเดินหรือการทรงตัวผิดปกติควรทำการประเมินภาวะหกล้มแบบองค์รวม (Multifactorial falls risk assessment) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	I A
ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่มีประวัติหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มขณะอยู่ในโรงพยาบาลควรได้รับการวางแผนการป้องกันภาวะหกล้มที่เน้นใน 4 ด้านหลัก คือ 1. การฝึกการทรงตัว / การเดินให้ดีขึ้น 2. การให้ความช่วยเหลือในผู้ที่มีการมองเห็นบกพร่อง 3. การป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา 4. การปรับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย โดยมีการวางแผนร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) และใช้มาตรการแบบองค์รวม	IV A
แนะนำให้ออกกำลังกายโดยฝึกการทรงตัว (balancing training) ฝึกกำลังกล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อเข่าและกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้าให้แข็งแรง อีกทั้งบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ ทั้งนี้เพื่อความมั่นคงในการยืน/เดินของผู้สูงอายุ	I A
ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายต้องได้รับการซักประวัติการได้รับยาทุกชนิด และบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม ควรซักประวัติความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาชนิดใหม่ หรือการปรับเปลี่ยนขนาดยาใหม่ กับช่วงเวลาที่มีการหกล้ม	I A
เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมารับการติดตามการดำเนินโรคหลังได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา ต้องมีการติดตามถามภาวะหกล้มที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาครั้งล่าสุด ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดภาวะหกล้ม ควรมีการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีมารับบริการ	I A
ทุกครั้งที่มีการส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน	II A

ข้อเสนอแนะ	น้ำหนักคำแนะนำ
หลีกเลี่ยงการไต่ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากกว่า 1 ขนานในผู้สูงอายุในเวลาเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพพื้นฐานทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่แข็งแรง หรือมีประวัติหกล้มซ้ำซ้อน ยกเว้นกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ยามากกว่า 1 ขนาน และจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ควรให้ความระมัดระวังเป็นรายบุคคล	I A
ผู้ป่วยที่มีประวัติหกล้มและกำลังได้รับยารักษาโรคความดันเลือดสูงควรได้รับการตรวจวัดความดันเลือดทั้งในท่านั่งหลังจากนั่งพักเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที และในท่านยืนหลังจากยืนเป็นเวลา 1-3 นาที ถ้าความดันเลือด systolic ลดลงมากกว่า 20 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันเลือด diastolic ลดลงมากกว่า 10 มม.ปรอทต้องปรับลดหรือหยุดยาลดความดันเลือดทันที	II A
ควรมีการประเมินสุขภาพของกระดูกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติหกล้มซ้ำซ้อนและกำลังได้รับยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน และเมื่อตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงควรให้การดูแลรักษาโรคกระดูกพรุน ยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ได้แก่ 1. Corticosteroids 2. ยากันชัก (phenytoin, carbamazepine, phenobarbital) 3. Thyroxine hormone 4. Loop diuretics 5. Lithium 6. Narcoleptics, metoclopramide, และยาอื่นๆที่เพิ่มระดับ prolactin 7. Metotrexate 8. Cyclosporine A	II A
ผู้สูงอายุทุกรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มต้องได้รับการประเมินความปลอดภัยของบ้าน/ที่อยู่อาศัย และควรได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ ในเรื่องการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการจำหน่าย (discharge planning)	I A
การติดตามผลและการให้การช่วยเหลือจัดการด้านความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะหกล้ม	I A
สิ่งแวดล้อมภายในอาคาร อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มควรได้รับการตรวจตราอย่างสม่ำเสมอ	IV A
ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และผู้ดูแล ควรได้รับข้อมูลทั้งจากการให้คำแนะนำ และรายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยง ความปลอดภัย เรื่องภาวะหกล้ม	IV A
บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ สมรรถนะ ในเรื่องการประเมินและการป้องกันภาวะหกล้ม	II A
การพัฒนาแบบโปรแกรมการป้องกันภาวะหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้สูงอายุแต่ละคน รวมทั้งญาติตามความสมัครใจ และค่านิยมของสังคม	IV A

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva, 2008.
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัทซีจีทีแอลจำกัด; 2551.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. อาการหกล้มในผู้สูงอายุ. สารศิริราช ฉบับที่ 3 มี.ค. 2538: 236-49.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ., ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2552. หน้า 45-63.
5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะหกล้มและทำเดินผิดปกติ. ใน: วันชัย วะชีวนาวิน สุทิน ศรีอำภพร วันชัย เดชสมฤทธิภัย บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์โรคตามระบบ I. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2552. หน้า 809-823.

บทที่ 5

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะทุโภชนาการ”

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

ภาวะทุโภชนาการเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ปัจจัยด้านโรคภัยไข้เจ็บ ปัจจัยทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ภาวะนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ และความพิการในผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ก็นำไปสู่ภาวะทุโภชนาการด้วย ในลักษณะที่เป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพในทุกสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุ ต้องคำนึงถึงภาวะทุโภชนาการที่อาจซ่อนเร้นอยู่และอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุนั้นกำลังประสบอยู่ ภาวะทุโภชนาการแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน (protein energy malnutrition) และภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ เนื่องจากภาวะขาดโปรตีนและพลังงานเป็นปัญหาพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ในบทนี้จึงจะกล่าวถึงเฉพาะภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุเท่านั้น

ผลของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลงและการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่องที่เรียก sarcopenia นำไปสู่การเกิดภาวะหกล้มและภาวะกระดูกหักในที่สุด ภาวะอัลบูมินต่ำในเลือด (hypoalbuminemia) ทำให้มีอาการชาบวม โดยเฉพาะผู้ที่มีเส้นเลือดอุดตันที่ขา และภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) ภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องนำไปสู่การติดเชื้อที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อวัณโรค เชื้อรา การทำงานด้านการคิดและหาเหตุผลของสมอง (cognitive function) เสื่อมลง การหายของแผลช้าลง ในกรณีที่เป็นแผลกดทับเมื่อให้การเสริมอาหารโปรตีนจะทำให้แผลหายเร็วขึ้น ผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ในผู้ที่มีภาวะอัลบูมินต่ำในเลือดเมื่อได้รับยาหลายชนิด ยาที่จับกับอัลบูมินในเลือดได้ดีกว่าย่อมทำให้ยาที่จับอัลบูมินในเลือดได้น้อยกว่ามีระดับยาในรูปอิสระในกระแสเลือดสูงขึ้น ออกฤทธิ์ได้มากขึ้น จึงทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย เช่น ผู้ที่กำลังได้รับยาเบาหวานกลุ่ม sulfonylurea เมื่อได้รับยาแอสไพรินเพิ่มเข้ามา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ ภาวะนี้ยังทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน บ้านพักคนชรา ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหลังออกจากโรงพยาบาลในช่วง 1 - 2 ปีแรก ในประเทศที่พัฒนาแล้วภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนมากถึงร้อยละ 15 และพบร้อยละ 23 - 62 ของผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และมากเป็นร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

การสำรวจในจังหวัดในสี่ภาคของประเทศไทย โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ต่ำกว่า 18.5 กก./เมตร² บ่งถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน พบว่าความชุกของภาวะนี้ในผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือประมาณร้อยละ 13-27 ร้อยละ 16-39 และร้อยละ 20-39 ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มอายุเดียวกัน

ระหว่างชายและหญิงพบว่าผู้สูงอายุชายในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี จะมีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานมากกว่าในหญิงเสมอ บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุหญิงมักมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าในผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุยังไม่มาก ขณะที่ในผู้สูงอายุหญิงพบความชุกของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเกือบทุกภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือประมาณร้อยละ 5 - 24 ร้อยละ 11 - 39 และร้อยละ 18 - 54 ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ

จากข้อมูลทางระบาดวิทยา อายุ เพศ และลักษณะที่อยู่อาศัย มีผลต่อความชุกของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ ภาวะขาดวิตามินในผู้สูงอายุไทยที่พบมากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง โฟเลต และวิตามินอี โดยภาวะขาดวิตามินที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ วิตามินอี โฟเลต และวิตามินบีหนึ่ง ตามลำดับ ขณะที่พบภาวะขาดวิตามินซี และวิตามินบีสิบสองน้อยกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ลักษณะทางเวชกรรมที่พบบ่อย

ผู้ช่วยที่มีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในระยะแรก จะยังไม่มีอาการทางเวชกรรมที่เด่นชัด ต่อเมื่อเกิดภาวะนี้ระยะหนึ่ง จะเริ่มมีผลทำให้การทำงานของระบบต่างๆผิดปกติ อาการที่เด่นชัดคืออาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง ส่วนลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่เด่นชัดหรือไม่จำเพาะต่อการขาดสารอาหารคือผู้ป่วยมาด้วยภาวะแทรกซ้อนของภาวะทุโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย หกล้มเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องรู้จักปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ เพื่อสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรก โดยปัจจัยเสี่ยงมี 4 กลุ่มหลักดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา

ผู้สูงอายุอาจมีอาการเบื่ออาหารเนื่องจากความชรา เช่น ความสามารถในการแยกกลิ่นและรสของอาหารลดลง อาการปากแห้ง (xerostomia) การเคลื่อนตัวของอาหารในกระเพาะอาหารช้าลง การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง การสูญเสียความสามารถในการประกอบอาหาร ผู้หญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 80 ปีจะพบตัวชี้วัดทางโภชนาการต่างๆ ดีกว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป แสดงถึงอิทธิพลของอายุที่เพิ่มขึ้นต่อสถานภาพทางโภชนาการ

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายด้านที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เศรษฐฐานะที่ลดต่ำลง เนื่องจากไม่สามารถหารายได้เพิ่มจากการประกอบอาชีพ ขาดการเกื้อหนุนทางสังคม ขาดความรู้ด้านโภชนาการ อยู่คนเดียวโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่ไม่สามารถประกอบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้เอง และการต้องเข้ารับการดูแลในบ้านพักคนชรา

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุและมักมีอาการที่ไม่จำเพาะในเวชปฏิบัติภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ถูกวินิจฉัยบ่อยที่สุดของปัญหาน้ำหนักตัวลดลงที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ การวินิจฉัยภาวะนี้ตั้งแต่ระยะแรกและให้การรักษาที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันภาวะทุโภชนาการได้ การมีน้ำหนักตัวลดลงยังอาจเป็นอาการแสดงระยะแรกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอและความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น การเดินไปมาทั้งวันโดยไม่มีจุดหมาย (wandering) ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานจะกระตุ้นให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยิ่งเสื่อมถอยเร็วขึ้น

ปัญหาการติดสุราในผู้สูงอายุมักถูกมองข้าม โดยผู้ป่วยจะบริโภคแอลกอฮอล์แทนที่จะรับประทานอาหารอย่างครบถ้วนทำให้ขาดสารอาหารหลายชนิด

4. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทางกาย

ปัญหาทางสุขภาพจำนวนมากทั้งที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานได้ ที่เป็นปัญหาได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

4.1 ผลไม่พึงประสงค์จากยา

ก. ยาที่มีผลให้อาการเบื่ออาหาร เช่น digoxin, theophylline, fluoxetine ยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด

ข. ยาที่ทำให้หิวซึมหรือไม่สามารถทานอาหารเองได้ เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยากลุ่ม opioids

ค. ยาที่ทำให้มีอาการอัมเร็ว เช่น ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic, sympathomimetic

ง. ยาที่ทำให้การรับรสอาหารเสียไป เช่น metronidazole, metformin, angiotensin-converting enzyme inhibitor, calcium-channel blocker, ยารักษาหัวใจ

จ. ยาที่ทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น digoxin, theophylline, opiate, ยาปฏิชีวนะ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่กลุ่มสเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory agent)

ฉ. ยาที่ทำให้มีอาการท้องร่วง เช่น ยาระบาย ยาปฏิชีวนะ theophylline, sertraline

4.2 โรคของระบบประสาทและสมอง เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม

4.3 พยาธิสภาพในช่องปากและความผิดปกติในการกลืนอาหาร เช่น แผลอักเสบเรื้อรังในช่องปาก โรคของเหงือกและฟัน การไม่มีฟันทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้หลากหลายหรือมีฟันเทียม (denture) ที่ไม่พอดีกับเหงือก ภาวะปากแห้ง (xerostomia) โดยเฉพาะจากยากลุ่ม anticholinergic โรคหลอดเลือดสมองทำให้กลืนลำบาก

4.4 โรคของทางเดินอาหารและการดูดซึม เช่น โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (chronic inflammatory bowel disease) โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

4.5 ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดก้นเรื้อรัง โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม ยาบางชนิด (ฮอร์โมนไทรอยด์, ephedrine) essential tremor, pheochromocytoma

4.6 พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะหัวใจวายชนิดเลือดคั่ง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบเรื้อรัง

4.7 พยาธิสภาพอื่นๆ เช่น ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด ทำให้มีอาการเบื่ออาหารได้น้ำหนักตัวถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ ดังนั้นอาการน้ำหนักตัวลดลงที่มากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 3 เดือนโดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก จึงถือเป็นอาการที่ทำให้นึกถึงภาวะนี้การติดตามประวัติน้ำหนักตัวที่บันทึกในเวชระเบียนจะยิ่งช่วยการวินิจฉัยได้ อาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน เช่น โรคโลหิตจาง อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ภาวะกล้ามเนื้อซัซซัน และโรคติดเชื้อต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ วัณโรคและโรคติดเชื้อที่ผิวหนังและแผลกดทับ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ไม่ว่าที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน บุคลากรทางสุขภาพต้องคำนึงถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงานที่อาจจะเป็นปัญหาพื้นฐาน

ที่ซ่อนอยู่ได้ เพราะถ้าไม่ได้รับการแก้ไขย่อมไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลรักษาปัญหาเฉียบพลันที่เป็นผลแทรกซ้อนจากภาวะนี้ การซักประวัติและตรวจร่างกายถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะนี้ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและด้านสังคม ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะยิ่งทำให้เข้าใจกลไก

การเกิดโรคและช่วยการวางแผนแนวทางการรักษาต่อไป

การตรวจร่างกายอาจพบอาการเท้าบวมเนื่องจากภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ผมร่วงและกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกล้ามเนื้อลีบจากการขาดโปรตีน บางรายจะมีลักษณะผอมชัดเนื่องจากสูญเสียไขมันใต้ผิวหนังจากการขาดพลังงานที่ควรจะได้จากอาหาร ยกเว้นในรายที่มีอาการบวมร่วมด้วย อาจไม่พบว่าน้ำหนักตัวลดลงได้ ข้อพึงระวังในการชั่งน้ำหนักตัวด้วยเครื่องชั่งชนิดสปริง คือต้องวางเครื่องชั่งอยู่บนพื้นที่ยึด ไม่อ่อนโยบ มิฉะนั้นค่าที่อ่านได้จะน้อยกว่าความเป็นจริง พื้นที่เป็นคอนกรีตย่อมดีกว่าพื้นที่เป็นไม้ไผ่ นอกจากนั้น อาจอาศัยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) อื่นๆ นอกจากน้ำหนักตัว เช่น ดัชนีมวลกาย Mindex (สำหรับผู้สูงอายุหญิง) Demiquet (สำหรับผู้สูงอายุชาย) ดังนี้

- ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) คำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2} \quad \text{กิโลกรัม/เมตร}^2$$

- Mindex คำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{Mindex} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{demispan เป็นเมตร})} \quad \text{กิโลกรัม/เมตร}$$

- Demiquet คำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{Demiquet} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{demispan เป็นเมตร})^2} \quad \text{กิโลกรัม/เมตร}^2$$

อย่างไรก็ตาม ดัชนีมวลกายไม่ใช่ตัวชี้วัดทางโภชนาการที่แม่นยำในผู้สูงอายุ เนื่องจากเหตุผล 2 ประการคือ

1. ผู้สูงอายุจะมีความสูงลดลง เนื่องจากมักมีโรคกระดูกพรุนและโรคอื่นๆ ของกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดภาวะหลังค่อม (kyphosis) หรือภาวะหลังคด (scoliosis) ทำให้ความสูงที่วัดได้ต่ำกว่าความเป็นจริง ค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้จะสูงกว่าความเป็นจริง

2. ความไม่สะดวกในการวัดความสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่นอนป่วยไม่สามารถลุกขึ้นยืนตัวตรงได้

ดังนั้น จึงมีความพยายามหาตัวชี้วัดใหม่ที่ไม่ใช้ความสูง เช่น ความยาวช่วงแขน (demispan) เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดใหม่ เช่น ค่า Mindex และค่า Demiquet การวัดความยาวช่วงแขน (demispan) เป็นการวัดระยะจากจุดกึ่งกลาง suprasternal notch ถึงจุดข้อต่อ metacarpophalangeal joint ระหว่างนิ้วชี้และนิ้วกลาง โดยให้ผู้สูงอายุนอนหงายหลังชิดกำแพง เขยียดแขนตั้งฉากกับลำตัวและด้านนอกของแขน (extensor surface) ขนานชิดกับกำแพง

ส่วนการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการขึ้นกับข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ที่จะบ่งบอกถึงพยาธิสภาพในระบบใด

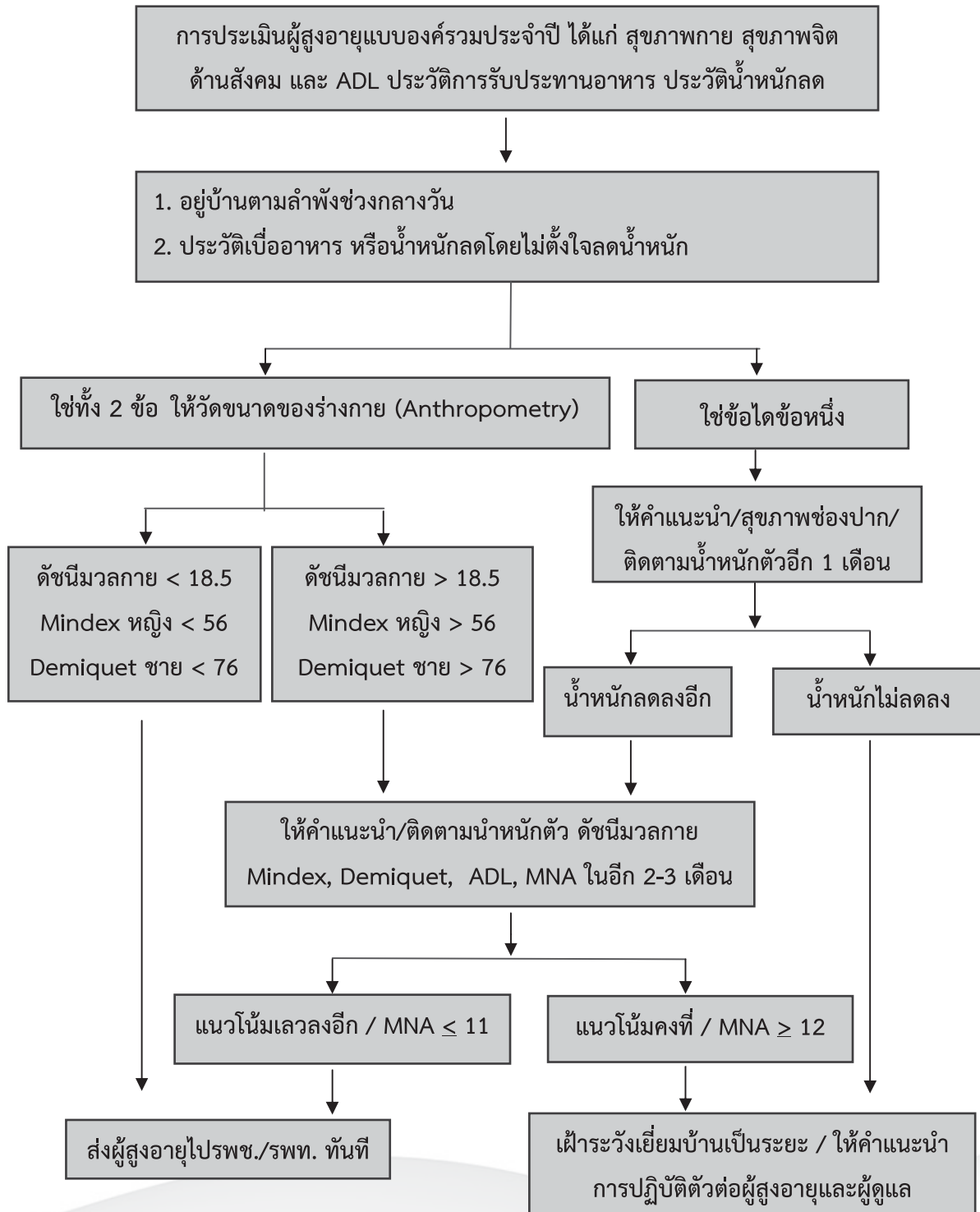
แนวทางการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานหมายถึงภาวะที่น้ำหนักตัวลดลงและมีหลักฐานทางชีวเคมีที่บ่งถึงการได้รับสารอาหารโปรตีนไม่เพียงพอ เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัมต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร จะเห็นว่าน้ำหนักตัวถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลโดยรวมของการได้รับสารอาหารไม่พอ และสามารถตรวจวัดได้ง่ายแม้ในชุมชน การที่ผู้สูงอายุมีน้ำหนักตัวลดลงจากน้ำหนักตัวเดิมร้อยละ 5 หรือมากกว่า (โดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก) ในช่วง 3 เดือน จะมีผลเสียต่อสุขภาพ และถ้าลดลงร้อยละ 10 หรือมากกว่าจะบ่งถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงานได้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) ต่ำกว่า 18.5 กก./เมตร² บ่งถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ขณะเดียวกัน ผลการศึกษาค่าปกติของ Mindex และ Demiquet ในผู้สูงอายุไทย พบว่าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะขาดโปรตีนและพลังงานด้วย Mindex (สำหรับผู้สูงอายุหญิง) Demiquet (สำหรับผู้สูงอายุชาย) เท่ากับ 55.95 (หรือประมาณ 56) กก.เมตร และ 75.6 (หรือประมาณ 76) กก.ต่อเมตร²

ในเวชปฏิบัติประจำวัน การซักประวัติและตรวจร่างกายตลอดจนการวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) ร่วมกับการตรวจทางชีวเคมีเลือดและทางโลหิตวิทยาพื้นฐาน เช่น hemoglobin และค่าอัลบูมินในซีรัม ก็เพียงพอที่แพทย์ให้การวินิจฉัยภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุได้ การตรวจทางชีวเคมีเลือดอื่นๆ ที่มีอาจใช้ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น prealbumin, transferrin, retinol-binding protein, insulin-like growth factor-1 และ fibronectin แม้แต่ค่าโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ที่น้อยกว่า 156 มก./ดล. ก็สามารถบ่งถึงภาวะนี้ได้ และสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุด้วย ค่าอัลบูมินในซีรัมเป็นการตรวจทางชีวเคมีที่คุ้มค่าที่สุดและทำได้ในทุกโรงพยาบาล พึงระวังว่าค่าอัลบูมินนี้ไม่มีความจำเพาะต่อภาวะทุโภชนาการ จึงไม่ควรใช้ค่าอัลบูมินในซีรัมเพียงอย่างเดียวเพื่อประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่กำลังเจ็บป่วยในโรงพยาบาล

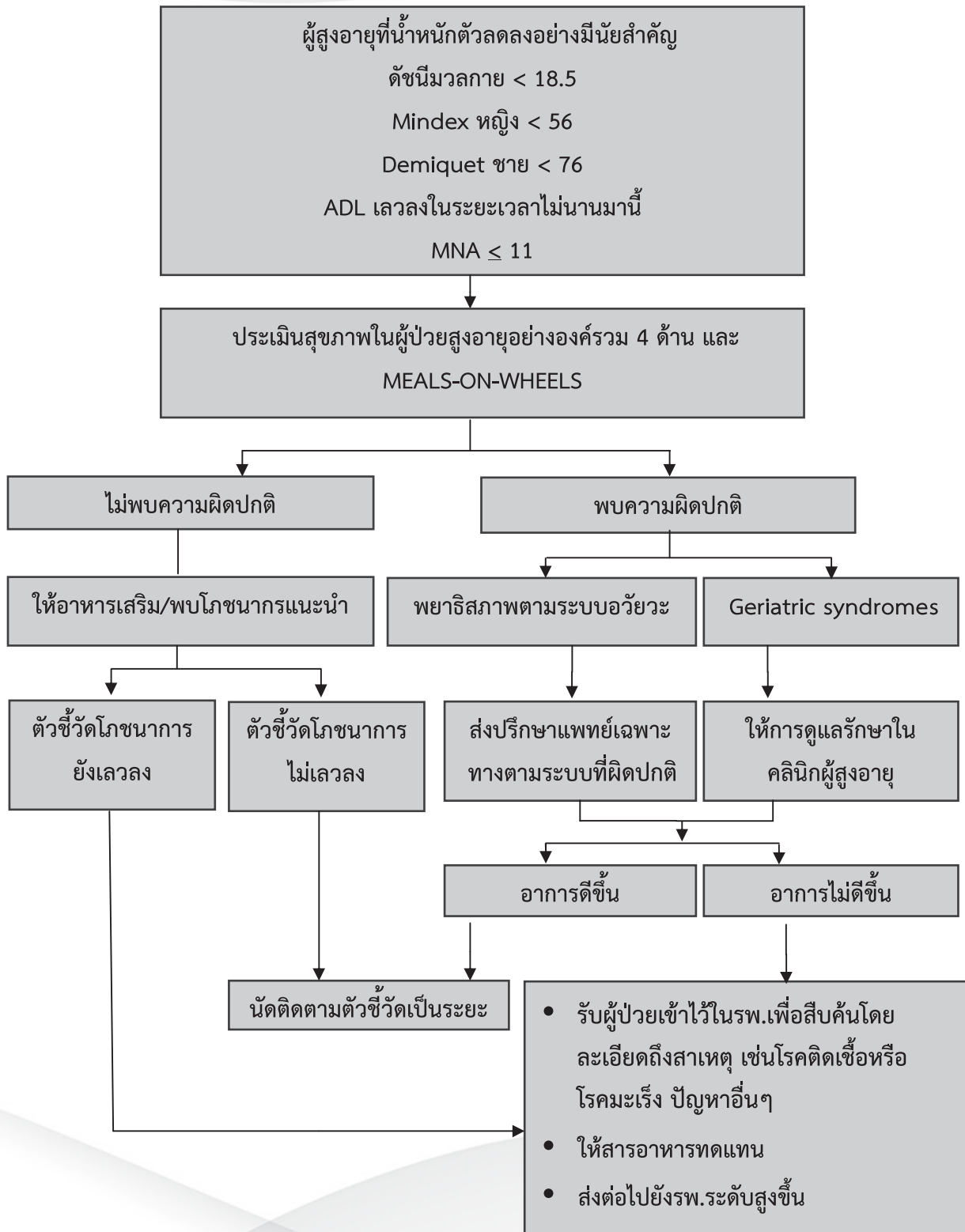
แผนภูมิที่ 5

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุโภชนาการระดับปฏุมุมิ



แผนภูมิที่ 6

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะทุโภชนาการ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ



การป้องกันภาวะทุโภชนาการ

- 1. การป้องกันภาวะทุโภชนาการในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านสังคม สุขภาพจิต และสุขภาพกาย ที่จะนำไปสู่ภาวะทุโภชนาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณของสารอาหาร โดยสอดคล้องกับความต้องการสารอาหารแต่ละชนิดของแต่ละบุคคล
- 2. การป้องกันภาวะทุโภชนาการในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึงการป้องกันการลุกลามของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากภาวะทุโภชนาการ โดยตรวจคัดกรองเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาภาวะทุโภชนาการตั้งแต่ในระยะแรกให้หมดไปหรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 3. การป้องกันภาวะทุโภชนาการในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้สูงอายุมีภาวะทุโภชนาการแล้ว โดยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสารอาหารแต่ละชนิด หรือป้องกันการเกิดภาวะทุโภชนาการซ้ำซ้อน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

การตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้การวินิจฉัยภาวะทุโภชนาการตั้งแต่ในระยะแรกของโรค

- 1. การซักประวัติการอยู่ลำพังคนเดียว ปริมาณอาหารและความหลากหลายของชนิดอาหารที่รับประทานอาหาร
- 2. การติดตามน้ำหนัก ส่วนสูง หรือความยาวช่วงแขน (Demispan) เป็นระยะสม่ำเสมอ
- 3. หลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร
- 4. การให้สุศึกษาทางโภชนาการเป็นระยะโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องการการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต (Life style modification) ด้วยการรับประทานเพื่อควบคุมโรคเรื้อรังดังกล่าว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าสถานพยาบาลมีโภชนาการให้คำแนะนำจะดีที่สุด
- 5. การซักประวัติปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและให้คำแนะนำหรือแก้ไขในปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความสามารถในการไปจ่ายตลาด การจัดเก็บและประกอบอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารคนเดียวหรือบนเตียงนอน การแนะนำเข้าชมรมผู้สูงอายุ

มาตรการในการคัดกรองครอบคลุมการประเมินปัจจัยทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัจจัยทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นการตรวจคัดกรองภาวะทุโภชนาการในระดับทุติยภูมิสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสุขภาพกาย	ปัจจัยทางสุขภาพจิต	ปัจจัยทางสังคม
ประวัติการรับประทานอาหาร	การซักประวัติการดื่มสุราเรื้อรัง	เศรษฐกิจฐานะยากจน
ประวัติที่อาจทำให้ได้สารอาหารไม่เพียงพอ	การประเมินสุขภาพจิต	การศึกษาน้อย หรือขาดความรู้พื้นฐานทางโภชนาการ
ประวัติสุขภาพในช่องปาก	การค้นหาภาวะซึมเศร้า	การอยู่คนเดียว
ประวัติโรคเรื้อรัง อาการท้องร่วงเรื้อรัง	การค้นหาภาวะสมองเสื่อม	การขาดการเกื้อหนุนจากสังคมรอบข้าง
การติดตามชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือความยาวช่วงแขนเป็นระยะสม่ำเสมอ		การสูญเสียความสามารถในการประกอบหรือจัดหาอาหาร

การตรวจคัดกรองภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุ ได้มีผู้ที่พยายามคิดเครื่องมือเพื่อให้ง่ายในเวชปฏิบัติประจำวันโดยมีประเด็นต่างๆ ตามตารางที่ 1 เครื่องมือคัดกรองที่ดีควรมีคุณสมบัติที่ทำได้ง่ายแม้ในชุมชน คำนวณและเวลาที่ทำไม่นานมาก มีความไวและความจำเพาะที่ดีพอสมควร ที่มีใช้แพร่หลาย เช่น Mini-Nutritional Assessment (MNA) ที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุโภชนาการ และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ อีก 15 ภาษา รวมทั้งฉบับภาษาไทยด้วย ซึ่งสามารถเข้าไปติดตามดูทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (internet) ที่ http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_thai.pdf สามารถใช้ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงทั้งที่บ้าน บ้านพักคนชรา และผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โดยเครื่องมือนี้จะประกอบด้วยการประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ การวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) การซักประวัติการรับประทานอาหาร การประเมินภาพรวมทางเวชกรรม และการประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพและโภชนาการ เครื่องมือนี้มีสองส่วน ส่วนแรกที่ใช้คัดกรอง ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ถ้าได้ < 11 คะแนน บ่งถึงการมีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ ถ้าได้ > 12 คะแนน บ่งถึงภาวะโภชนาการปกติ สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงให้ใช้เครื่องมือส่วนที่สองทำการประเมินต่อไป ถ้าได้ 17 – 23.5 คะแนน บ่งถึงการมีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการและถ้าได้ 17 คะแนน บ่งถึงการมีภาวะทุโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือคัดกรองนี้มีความไว และความจำเพาะต่อภาวะทุโภชนาการถึงร้อยละ 96 และ 98 ตามลำดับ และมีค่า positive predictive value ต่อภาวะทุโภชนาการถึงร้อยละ 97 จากการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่าเครื่องมือนี้มีประโยชน์ในการคัดกรองภาวะทุโภชนาการ ถ้าให้การรักษาล่วงคัดกรองแล้วสามารถป้องกันการลดลงของน้ำหนักตัวและการลดลงของค่าอัลบูมินในซีรัมได้ และยังสามารถใช้ติดตามเพื่อประเมินภาวะโภชนาการได้อีกด้วย จึงควรใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปในผู้สูงอายุเสมอ

MEALS - ON - WHEELS

เป็นกลุ่มคำช่วยจำ (Mnemonics) ซึ่งตรงกับชื่อเรียกบริการทางสังคมที่รัฐจัดหาอาหารสำเร็จรูปไปส่งให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดหาอาหารเองได้ถึงบ้าน กลุ่มคำช่วยจำนี้จะช่วยบุคลากรทางสุขภาพในการค้นหาสาเหตุที่พบบ่อยของภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุในเวชปฏิบัติทั่วไป ดังนี้

M – medication	: ได้รับยาที่อาจทำให้เบื่ออาหาร เช่น digoxin, theophylline ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
E – emotion	: อารมณ์ผิดปกติ เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคจิต (psychosis)
A – alcoholism	: ภาวะติดสุราเรื้อรัง
L – late-life paranoia	: อาการหวาดระแวง
S – swallowing disorders	: ความผิดปกติในการกลืน
O – oral problem	: ปัญหาในช่องปาก เช่น ไม่มีฟัน โรคติดเชื้อในช่องปาก ฟันเทียมที่หลวม
N – no money	: เศรษฐฐานะยากจน
W – wandering	: ภาวะสมองเสื่อม (ผู้ป่วยมักเดินไปมาแบบไม่มีจุดหมาย)
H – hyperactivity/hypermetabolism	: การเคลื่อนไหวหรือเมตาบอลิซึมมากผิดปกติ เช่น ผู้ที่มีอาการสั่นกระตุก (tremor) โรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (movement disorder) โรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป

E – eating problem	: ความเสื่อมของการรับรสหรือได้กลิ่นอาหาร ภาวะที่ไม่สามารถดักอาหาร รับประทานได้เอง เช่น อัมพาตครึ่งซีกของแขนข้างที่ถนัด ความพิการของมือ
E– enteral problem	: ปัญหาการดูดซึมสารอาหาร เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง ภาวะการดูดซึมสารอาหารจากลำไส้ผิดปกติ (malabsorption syndrome)
L – low nutrient diet	: การพยายามรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือไม่เค็ม หรืออาหารเบาหวาน โดยที่ไม่ได้รับคำแนะนำที่แจ่มแจ้งรายละเอียดว่า สิ่งใดรับประทานได้บ้าง ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะรับประทานอาหาร จนทำให้ขาดอาหารในที่สุด
S – shopping problem	: ปัญหาในการไปจ่ายตลาด เช่น สูญเสียความสามารถในการเดิน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย การคมนาคมไม่สะดวก

มาตรการที่แนะนำเกี่ยวกับภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุ

1. บุคลากรทางสุขภาพเมื่อทำการประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้สูงอายุ ไม่ว่าในชุมชนหรือในสถานพยาบาล ต้องคัดกรองภาวะทุโภชนาการด้วยเสมอ โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัจจัยด้านสังคม และความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การใช้เครื่องมือ MNA, MEALS – ON – WHEELS

2. เมื่อสามารถวินิจฉัยภาวะทุโภชนาการได้แล้ว ควรพยายามดูแลรักษาด้วยการให้อาหารเสริมรับประทานทันที ยกเว้นผู้ที่มีปัญหาทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง สำหรับผู้ที่ไม่สามารถรับประทานได้เองอย่างเพียงพอ ควรพิจารณาให้อาหารเหลวทางสายสวนกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ระหว่างนี้ต้องดำเนินการหาสาเหตุของภาวะทุโภชนาการไปพร้อมกันไม่ควรรอผลการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้สาเหตุของภาวะทุโภชนาการแล้วจึงเริ่มให้การรักษา เพราะมักใช้เวลานานกว่าจะหาสาเหตุได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้มักมีภาวะทุโภชนาการมานานก่อนที่จะมารับบริการที่สถานพยาบาล กรณีที่ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับอาหารเสริมเพียงพอหรือไม่และยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคขั้นต้นได้ ควรรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุโดยเร็วและติดตามปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับว่าเพียงพอหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาการให้สารอาหารทางหลอดเลือด (Parenteral nutrition) ชั่วคราว

3. การใช้ยากระตุ้นความอยากอาหาร (orexigenic drug) พึงระวังว่าการให้ยากลุ่มนี้ในทันทีกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเบื่ออาหาร อาจก่อให้เกิดผลเสียเนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารไม่ได้รับการสืบค้นและแก้ไข และอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ยาในกลุ่มได้แก่ megestrol acetate สามารถกระตุ้นความอยากอาหารและทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อไวรัส HIV ด้วยกลไกที่ยังไม่ทราบแน่ชัด ผลไม่พึงประสงค์จากยา เช่น สารน้ำคั่ง (fluid retention) อาการเห่อแดง (flushing) เลือดออกทางช่องคลอด deep vein thrombosis และ adrenal insufficiency ได้ และไม่ควรรใช้ cyproheptadine เพราะยังไม่เคยมีงานวิจัยในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ หรือผู้ป่วยสูงอายุเลย ผลไม่พึงประสงค์จากยานี้ได้แก่ ฤทธิ์ anticholinergic เช่น ตาฝ้า ปากแห้ง ปัสสาวะลำบากในผู้ป่วยชายที่มีโรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hypertrophy) ท้องผูก และภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า จึงไม่เหมาะในผู้ป่วยสูงอายุ

4. สำหรับผู้สูงอายุที่มีสาเหตุการเบื่ออาหารจากภาวะซึมเศร้า การใช้ยาด้านเศร้า (antidepressant) จะมีผลดีต่ออาการเบื่ออาหาร ยาด้านเศร้าบางชนิดมีผลโดยตรงต่อการกระตุ้นความอยากอาหารด้วย เช่น mirtazapine จะเพิ่มความอยากอาหาร

และน้ำหนักตัวได้ดีกว่ายาต้านเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor จึงน่าจะเหมาะกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับภาวะที่น้ำหนักตัวลดลง

5. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและการให้ความเกื้อหนุนทางสังคม เนื่องจากปัจจัยด้านสังคมมีผลอย่างมากต่อภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุโภชนาการซ้ำซ้อนจึงต้องการความร่วมมือจากบุคลากรทางสุขภาพทุกฝ่ายตั้งแต่แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล โภชนากร พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งบุคคลที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ เช่น ญาติ คนดูแล เพื่อนบ้าน ตลอดจนองค์กรในชุมชน เพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้และได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนและถูกต้องเมื่ออยู่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปรียานุช แยมวงษ์, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคกลาง โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2542.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2543.
5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2556. หน้า 369–397.
6. Assantachai P. Anthropometric aspects and common health problems in older adults. In: Preedy VR, ed. Handbook of Anthropometry: Physical Measures of Human Form in Health and Disease. London: Springer; 2012. p. 1415–1434.
7. Assantachai P, Yamwong P, Lekhakula S. The study of alternative anthropometric measurements for the Thai elderly: mindex and demiquet. Asia Pacific J Clin Nutr. 2006;15:521-7.
8. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us ? J Nutr Health Aging. 2006;10: 466-85.
9. Wilson M-MG, Morley JE. The diagnosis and management of protein energy undernutrition in older persons. In: Morley JE, Miller DK, editors. Annual Review of Gerontology and Geriatrics Focus on Nutrition. New York: Springer; 1995. p. 110-42.

บทที่ 6

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะสมองเสื่อม”

พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

สมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆ จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ (บอกแล้วลืม) และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคย รู้หรือเคยทำได้ไปเรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม (visuospatial: มิติสัมพันธ์) การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่ป็นนามธรรม ร่วมกับมีอาการ อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เมื่อเจ้าหน้าที่พบผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเฉลียวฉลาด จึงควร ให้ความสนใจที่จะคัดกรองและประเมินสมรรถภาพสมองเพื่อจำแนกผู้สูงอายุเหล่านั้นว่ามีปัญหาสมองเสื่อมหรือไม่ เพราะการค้น พบผู้ป่วยในระยะแรกซึ่งผู้ป่วยยังช่วยตนเองได้ และเมื่อครอบครัวได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วย สมองเสื่อมสามารถคงความสามารถของสมองไว้ได้นานที่สุด และการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสมองเสื่อมแก่ครอบครัว และ ชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว

ภาวะสมองเสื่อม จะต้องประกอบด้วยลักษณะที่จำเป็นอย่างย้ง 3 ประการคือ ¹

1. การสูญเสีย cognitive function: (สมรรถภาพสมอง) ซึ่งไม่เป็นมาแต่กำเนิด (the cognitive impairment should be acquired)
2. มีการสูญเสียสมรรถภาพสมองหลายด้าน (impair of multiple domains of cognitive function)
3. ผู้ป่วยจะต้องรู้ตัวดี (no impair of arousal)

เกณฑ์ที่มักจะใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia) ที่เป็นมาตรฐานใช้อยู่ เสมอๆ ได้แก่ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (5th edition) (DSM-V) ² โดยผู้ป่วยจะต้องสูญเสียความสามารถความรอบรู้ของ สมองอย่างน้อย 2 ด้าน (2/6) ดังต่อไปนี้

1. มีปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ หรือบุคลิกภาพ (behavioral and psychological symptoms of dementia)
2. ไม่เข้าใจตำแหน่งของตนเมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว (บกพร่องด้านมิติสัมพันธ์ = visuospatial)
3. คิด วางแผน จัดลำดับไม่ได้ ไม่เข้าใจเหตุผล (reasoning and judgment/executive function)
4. พูดไม่ถูก เรียกไม่ถูก พูดไม่ได้ (language)
5. มีปัญหาเรื่องความจำ (memory)
6. ไม่มีสมาธิ ไม่จดจ่อสิ่งใด (attention)

ความบกพร่องที่เกิดขึ้น ต้องรุนแรงจนกระทบต่ออาชีพและสังคม และต้องไม่ประเมิน หรือ ให้การวินิจฉัยในช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะ สับสนเฉียบพลัน (delirium) ถ้าพิจารณาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคดังกล่าว จะพบว่าการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดมีภาวะสมองเสื่อม นั้นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงของ cognitive function มากจนถึงระดับที่มีผลต่อการปฏิบัติภาวะกิจกรงานและการเข้าสังคม ดัง นั้น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์และได้รับการทดสอบว่ามีความจำบกพร่องเพียงอย่างเดียว แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตาม ปกติ หรือยังสามารถที่จะเข้าสมาคมพบปะสังสรรค์ได้ตามปกติจึงยังไม่อาจจะให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นสมองเสื่อม อย่างไรก็ ตามจาก Framingham cohort³ และการศึกษาอื่น⁴ พบว่า สมรรถภาพสมองที่บกพร่องลงโดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องความจำที่ ถดถอย พบได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึง 7 ปี

เมื่อพูดถึงสมองเสื่อมแล้ว คนส่วนใหญ่จะนึกถึงแต่ว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องความจำเป็นหลัก แต่ถ้าพิจารณาจากคำจำกัดความและเกณฑ์การวินิจฉัย สมองเสื่อมจะใช้คำว่า cognitive impairment เป็นหลักซึ่งคำว่า cognition นั้น มีความหมายถึง การรู้ซึ่งประกอบด้วยลักษณะหลายรูปแบบ⁶ ได้แก่ การรับรู้ (perceiving) ความจำ (remembering) การจินตนาการ (imagining) ความคิด (thinking) การให้เหตุผล (reasoning) การตัดสินใจ (judgment) ดังนั้นเมื่อจะประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหสมองเสื่อมหรือไม่จึงต้องประเมินในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถสมองในทุกมิติมากที่สุดเท่าที่จะประเมินได้ เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละคนจะมีเปลี่ยนแปลงในสมองที่ตำแหน่งต่างกันไป จึงแสดงให้เห็นความบกพร่องต่างกัน บางรายบกพร่องเรื่องความจำเป็นหลัก แต่บางรายอาการที่เด่นอาจเป็นเรื่องภาษา เช่น หาคำไม่ได้ พูดไม่ถูก เรียกไม่ถูก จนมีปัญหาในเรื่องการสื่อสาร เป็นต้น

สาเหตุของสมองเสื่อมที่พบบ่อยในการเวชปฏิบัติ

1. จากปัญหาของเนื้อสมองโดยตรง Primary Dementia : Degenerative		2. จากปัญหา หรือโรคอื่นๆ และมีผลกระทบต่อการ ทำงานของสมอง : Secondary Dementia	
1.1	โรคอัลไซเมอร์ (Dementia of the Alzheimer type)	2.1	ปัญหาหลอดเลือด (Vascular Dementia)
1.2	Dementia with Lewy bodies (ยังไม่มีแปลโรคนีเป็นภาษาไทย ส่วนมากเรียก DLB)	2.1.1	หลอดเลือดตีบหลายที่หลายครั้ง (Multi-infarct dementia)
		2.1.2	สมองขาดเลือดจุดเล็กหลายจุด (Lacunar state)
		2.1.3	หลอดเลือดสมองเล็กๆ ตีบ (Small Vessel disease)
1.3	Frontotemporal dementia (including Pick’s disease)	2.2	การบาดเจ็บเสียหายต่อสมอง (Post-neurlogical insult)
		2.2.1	สมองเสื่อมจากการกระทบ กระแทก กระเทือน เช่น นักรมวย (Dementia pugilistica)
		2.2.2	หลังการบาดเจ็บของสมอง (Post head trauma)
		2.2.3	สมองขาดออกซิเจน เช่น จมน้ำ ถูกบีบคอ (Cerebral anoxia)
1.4	โรคพาร์กินสัน (Parkinson’s disease)	2.3	พิษต่อสมอง (Toxic)
		2.3.1	พิษสุรา (Alcohol-related dementia)
		2.3.2	ยาบ้า
		2.3.3	ยาที่มีฤทธิ์ต้านการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความจำ (Anticholinergiceffects)
1.5	Huntington’s disease	2.4	ส่วนประกอบในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (Space occupying lesions)
		2.4.1	เลือดออกเรื้อรังใต้เยื่อหุ้มสมอง (Chronic subdural haematoma)
		2.4.2	เนื้องอก (Primary or metastatic intracranial tumour)
		2.4.3	โพรงสมองขยายใหญ่เนื่องจากน้ำเลี้ยง สมองคั่ง (Normal pressure hydrocephalus)
		2.5	เมตาบอลิซึม/ปัญหาจากต่อมไร้ท่อ (Metabolic/endocrine Other causes)
		2.5.1	ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ (Hyper/Hypothyroidism)
		2.6	การติดเชื้อในสมอง (Infective)
		2.6.1	เอดส์ขึ้นสมอง (AIDS-dementia complex)
		2.6.2	ซิฟิลิสขึ้นสมอง (Neurosyphilis)
		2.6.3	Creutzfeldt-Jakob disease

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease : AD) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจาก degenerative change ของระบบประสาท โดยประเทศทางตะวันตกพบความชุกประมาณ 3-5% ในคนอายุเกินกว่า 65 ปี และความชุกเพิ่มขึ้นๆ จนถึง 35-40% ในคนอายุมากกว่า 85 ปี⁷ ซึ่งผู้ป่วย AD/DAT มีอาการทางคลินิกและการดำเนินโรคแตกต่างกันไปในแต่ละคน

โรคนี้พบได้ตั้งแต่กลางคนถึงวัยผู้สูงอายุ อาจพบได้ในกลุ่มอายุน้อยๆ แต่พบน้อยมากในกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะแรก (1-3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องซึ่งจะเห็นชัดที่ short term memory โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยถามซ้ำแล้วซ้ำอีกกับคำถามเดิมซึ่งเคยถามไปแล้วและได้คำตอบมาแล้ว ทำให้ญาติสามารถสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์เก่าๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วย AD/DAT จะมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของโรค มักจะเลือกคำมาใช้พูดไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของที่ไม่ได้ใช้บ่อยๆ ไม่ถูกต้อง อาจจะใช้วิธีอธิบายแทนที่จะเรียกชื่อออกไป เช่น เรียกทีวี ว่าตู้ฉายหนัง ผู้ป่วยจะสับสนทิศทางซ้าย ขวา โดยเฉพาะในที่ๆ ไม่คุ้นเคย และมีลักษณะโครงสร้างภายนอกดูคล้ายๆ กัน เช่น ไปเที่ยวและเข้าพักในโรงแรมแล้วหลงทางในโรงแรม กลับห้องไม่ถูก ความสามารถด้าน construction คือการวาดรูป หรือการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกเป็นรูปก็อาจจะเริ่มทำไม่ค่อยได้ ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะยังดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ ได้ตามปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (instrumental activities of daily living – IADL) เช่น การคิดบัญชีรายรับ/รายจ่าย การดูแลบ้าน ช่วยซ่อมแซมอุปกรณ์ของใช้ในบ้านอาจจะเริ่มบกพร่อง บุคลิกภาพจะเปลี่ยนไปเป็นแบบ irritability อาจพบ sadness, apathy และ rigidity ได้ในช่วงต้นๆ ผู้ป่วยจะยังมี awareness ถึงความผิดปกติของตนเองอาจจะมี depression และ separation ได้ด้วย ในช่วงแรกนี้ motor system, EEG และ CT scan จะยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะสอง (2-10 ปี) ช่วงนี้ความจำจะเลวลง ตอนนี้จะเริ่มจำสิ่งทำไปแล้วไม่ได้ เช่น จำไม่ได้ว่ากินอาหารแล้วหรือยัง หรือวันนี้ขับถ่ายแล้วหรือยัง วางของผิดที่ ของหายเสมอๆ เพราะเอาไปไว้ในที่ที่ไม่ควรเก็บไว้ เช่น เอากระเป๋าใส่ตลับไปไว้ในตู้เย็น เป็นต้น เริ่มจำญาติห่างๆ ไม่ค่อยได้ ความจำเรื่องเก่าๆ จะค่อยๆ เสี่ย่อนหลังลงไป การพูดจะลำบากขึ้น พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ ถ้าสนทนาเรื่องยาวๆ ที่ไกลตัวก็อาจจะไม่เข้าใจ หรือพูด “คนละเรื่องเดียวกัน” ช่วงนี้การดูแลตนเองจะบกพร่องโดยเฉพาะเรื่อง self hygiene จะลืมแปรงฟันก่อนอย่างอื่น แล้วจะค่อยๆ ไปถึงการตัดเล็บ สระผม สวมใส่เสื้อผ้า (เอาเสื้อผ้าที่สกปรกแล้วเก็บไว้ (อย่างดี) แล้วเอามาใส่อีก) แล้วท้ายสุดจะมีปัญหาเรื่องการ (ไม่ยอม) อาบน้ำ และลืมทำความสะอาดหลังถ่ายเสร็จ กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) จะมีปัญหามากขึ้น ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ทำอาหารไม่ได้ ใส่เครื่องปรุงไม่ถูก ขึ้นรถไม่ถูก หลงทาง ผู้ป่วยอาจเห็นภาพหลอน และหูแว่ว เริ่มเห็นความผิดปกติทาง motor system-restlessness, EEG และ CT scan เริ่มผิดปกติ

ระยะสาม (3-12 ปี) คือเป็นระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ จนในที่สุดแม้แต่ตัวเองก็ไม่ทราบว่ามีชื่ออะไร เป็น/เคยเป็นใคร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่ได้เคี้ยว ไม่สามารถกำหนด/ควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็ง งอ ต้องให้การดูแลทุกอย่าง พูดซ้ำๆ ตามที่ได้ยินคนอื่นพูดเป็นคำๆ ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวม (เพราะสำลัก) หรือเป็นแผลกดทับ ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะประมาณ 2-20 ปี โดยเฉลี่ย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8-10 ปี

จากลักษณะการดำเนินโรคตามที่กล่าวมาแล้ว จะมีข้อสังเกตสำหรับอาการทางคลินิกของ AD/DAT คือจะมีอาการแรกเริ่มของโรคที่ไม่ค่อยชัดเจน และการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ โดยมีปัญหาเรื่องความจำเป็นปัญหาคำนำ และมีความผิดปกติอื่นๆ คือการใช้ภาษา และการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (visuospatial) เป็นอาการประกอบที่สำคัญ ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือในช่วงระยะต้นของโรคผู้ป่วยจะไม่มี ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ไม่พบความผิดปกติทาง

ระบบประสาทอื่นๆ และผู้ป่วย AD/DAT จะสามารถควบคุมการขับถ่าย (ทั้งอุจจาระ และปัสสาวะ) จนถึงช่วงท้ายๆ ของโรค ซึ่งช่วงนั้นคนไข้อาจจะจำลูกหลานไม่ค่อยได้แล้ว ถ้าหากพบว่าคนไข้มีภาวะสมองเสื่อม และมีปัญหาไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ และปัสสาวะตั้งแต่ช่วงต้นๆ ของโรคแพทย์ผู้ดูแลจะต้องมองหาสาเหตุอื่นๆ มากกว่าคิดถึงว่าผู้ป่วยมีสมองเสื่อมจาก AD/DAT

Degenerative และ Vascular dementia เป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยสมองเสื่อม สิ่งที่สำคัญมาก คือแพทย์ต้องระลึกไว้เสมอว่า สมองเสื่อมจากบางสาเหตุนั้นเป็น reversible dementia ถึงแม้ว่าจะไม่ complete ก็ตามที่ (ได้แก่ dementia จาก drugs, depression, metabolic, toxic and vitamin deficiency, normal pressure hydrocephalus

Test ที่มีผู้นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลก คือ Folstein “mini-mental state” (MMSE)⁹ ซึ่งจะมีคำถามประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อค้นหาความบกพร่องของ cognitive function ด้านต่างๆ (เช่น orientation, recall, registration, language และ visuospatial ability) (ภาคผนวก 3) MMSE จะมี score ทั้งหมด = 30

27-30 ปกติ (Normal)

25-26 อาจเป็นสมองเสื่อม (Possible dementia)

10-20 สมองเสื่อมระยะแรกถึงปานกลาง (Mild-moderate dementia)

6-9 สมองเสื่อมระยะปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-severe dementia)

< 6 สมองเสื่อมระยะรุนแรง (Severe dementia)

การจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

เมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวพาผู้ป่วยมาเพื่อปรึกษาปัญหาเรื่อง การลืม ความสามารถบกพร่องลงจากเดิม หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยปัญหา อารมณ์ พฤติกรรม หรือ บุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทีมบุคลากรผู้ให้การรักษาดูแล จะต้องดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปว่า

- อาการเหล่านั้นเป็นจากปัญหาสมองเสื่อม หรือไม่สาเหตุของ
- ถ้าเป็นสมองเสื่อมจริง เป็นจากสาเหตุอะไร แก้ไข หรือรักษาสาเหตุเหล่านั้นได้ไหมอย่างไร
- วางแผนให้การดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อม และครอบครัว

แนวทางในการดำเนินการเพื่อการช่วยเหลือดูแลได้แก่

1. แจ้งการวินิจฉัยโรค (ถือว่าเป็นการแจ้งข่าวร้ายทีเดียว) แพทย์ในฐานะหัวหน้าทีมจะต้องเป็นผู้แจ้งการวินิจฉัยโรคให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยจะต้องมีการพูดคุย ประเมินความรู้ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรค ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว (ต้องไปพัฒนาดตนเองเรื่อง counseling ตลอดทุกระบวนความเลย)

2. ให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นไปอย่างครอบคลุม มักจะแนะนำให้ใช้การดูแลให้ครอบคลุม ABC ซึ่งได้แก่

A = ADL (Activity of Daily living) : คำแนะนำเพื่อการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน

B = Behavioral and psychological symptom of dementia : การจัดการกับปัญหา และอาการทางจิตประสาท และพฤติกรรมของผู้ป่วย

C = Cognition : การจัดการเพื่อช่วยคง หรือกระตุ้นสมรรถภาพสมองให้เสื่อมช้าที่สุด

การจัดการปัญหา B และ C มีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งส่วนที่เป็นการใช้ยาจะต้องให้การดูแลโดยบุคลากร (แพทย์) ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถให้ยาและติดตามผลของการรักษารวมทั้งจัดการกับผลข้างเคียงของยาอย่างเหมาะสม

การดำเนินการในส่วนที่ไม่ใช่ยา การคงสภาพความจำ และความสามารถในการจัดการกิจวัตรประจำวัน เช่น

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	
การคงสภาพความจำ	
เวลา	ปฏิทินกระดานดำ วัน วันที่ เดือน ปี พระอาทิตย์ขึ้น/ตก รายการวิทยุโทรทัศน์
สถานที่	ที่อาศัย เพอร์นิเจอร์
บุคคล	บอกชื่อตนเอง และคนอื่นๆ รูปถ่ายใหญ่ๆ ของครอบครัว ดูรูปถ่าย ค่อยเรื่องความหลังให้เล่าเรื่องเก่าๆ
กิจวัตรประจำวัน	สม่ำเสมอ ตามกำหนดเวลา ช่วยตัวเอง แต่อำนวยความสะดวกให้ด้วย
- การขับถ่าย	ห้องส้วมแห้ง ปลอดภัย ไร้ผ้าขี้ริ้ว มีหัวฉีดชำระ
- อาบน้ำ	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ห้องน้ำสะอาด ไม่ร้อน
- การทำความสะอาดใบหน้า	ฟันทบอม โกนหนวด แปรงฟัน

ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัญหา	พบได้มากที่สุด (% ของผู้ป่วย)
วุ่นวาย	75
บุคลิกเปลี่ยนแปลง	75
เดินไปเรื่อยเปื่อย	60
การรับรู้/อารมณ์ผิดปกติ	50
วิตกกังวล/กลัว	50
หลงผิด	40
ภาพหลอน/หูแว่ว	25
กรีดร้อง/ตะโกน	25
ก้าวร้าว	20
พฤติกรรมทางเพศ	10

Wandering ให้พยายามลดสิ่งกระตุ้นลง ถ้าคนไข้ทำท่าเหมือนหลงทาง ให้หาของที่เขารู้จัก/คุ้นเคยมาไว้ให้เห็นและพยายาม reassure อย่าลืมดูด้วยว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นสาเหตุของอาการเหล่านี้ได้ไหม และหยุดยาถ้าสงสัย

Suspiciousness/paranoia สิ่งสำคัญคือ ญาติอย่าหงุดหงิดแล้วทะเลาะกับผู้ป่วย ถ้าบ่นว่าของหายให้ช่วยหาและพยายามศึกษาว่าปกติแล้วจุดที่ผู้ป่วยมักจะเอาของไปเก็บไว้อยู่ที่ไหนถ้าผู้ป่วยจำญาติหรือคนที่มาเยี่ยมไม่ได้ให้แนะนำตัวเรื่อยๆ ซ้ำๆ อย่ารำคาญ เสียก่อน

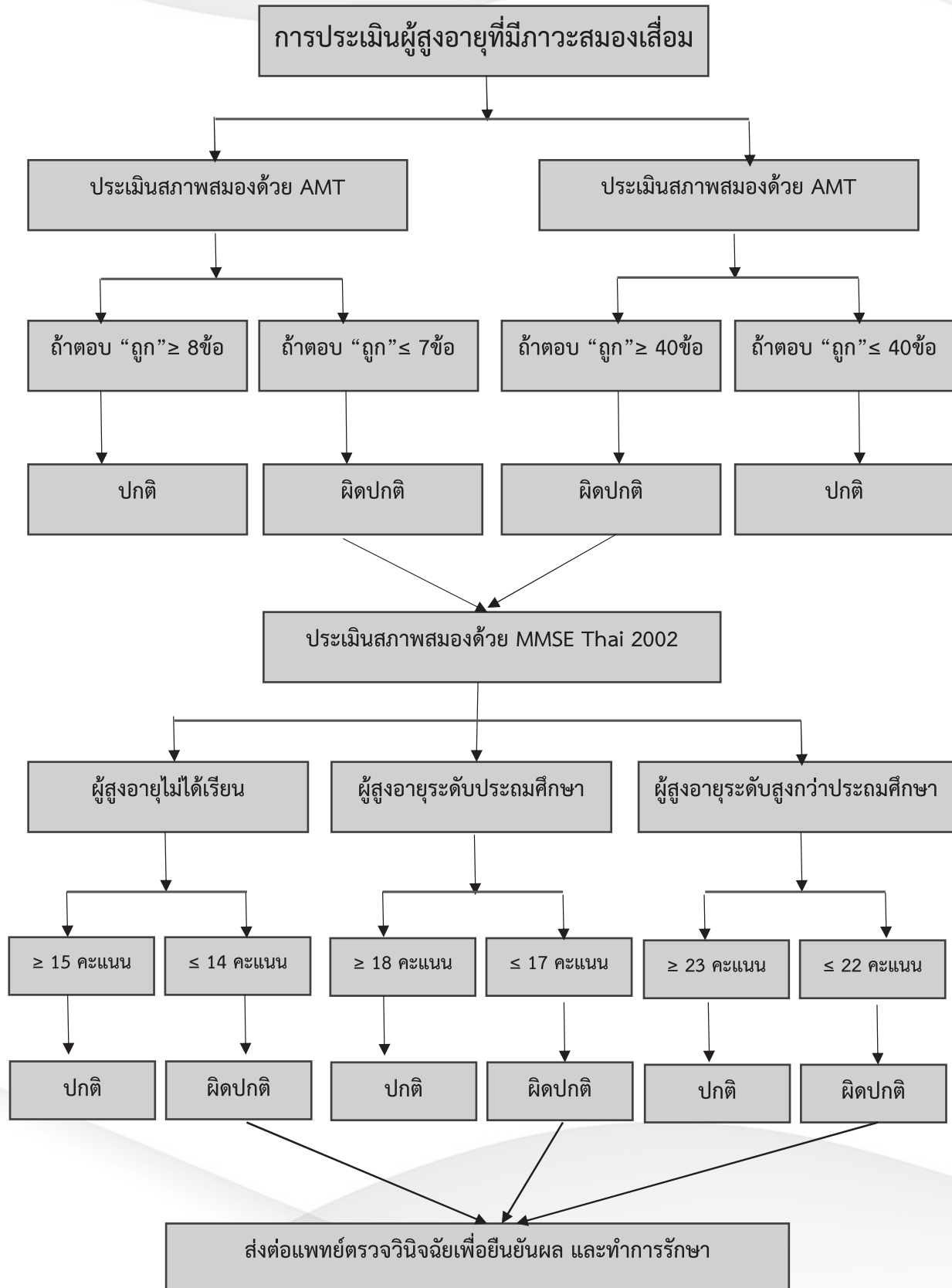
Sleep disturbances ไม่ยอมนอน ให้อาหารหรือสารอื่น ที่กระตุ้นหรือไม่ เช่น กาแฟ ชา ยาลดอาการบวมของเยื่อ
บุจมูกและแม้กระทั่งน้ำอัดลมบางอย่างก็มีคาเฟอีนผสมอยู่ อาจทำให้หลับยากและตื่นง่ายขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยง ควรจัดที่นอนและ
ห้องให้สงบ ทำบรรยากาศให้น่านอนและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นมากเกินไปช่วงก่อนนอน เช่น การมีญาติมาเยี่ยมมากๆ ดูภาพยนตร์
เสียงดัง ตื่นเต้น การให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายช่วงบ่ายๆ จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น

สรุป

ความจำบกพร่องอย่างเดียวไม่ใช่อาการสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาใน cognitive function
มากกว่า 1 ด้าน เมื่อพบผู้ป่วยแพทย์จะต้องให้การสืบค้นว่าเป็นสมองเสื่อมจริงไหม เป็น reversible dementia
หรือเปล่า และให้การรักษาอย่างเหมาะสม และสิ่งที่สำคัญที่สุด ต้องให้การดูแลเอาใจใส่ญาติที่เป็นผู้ให้การดูแล
ผู้ป่วยด้วยเพราะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นงานที่ยากลำบากและทุกข์ทรมาน จึงต้องการทั้งกำลังใจและคำ
แนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพด้วยอย่างมาก

แผนภูมิที่ 7

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



เอกสารอ้างอิง

- 1) Rossor MN. The Dementias. In Neurology in clinical Practice
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association 2013:602-643
- 3) Lin RT, Wolf WA, Bachman DL, et al. The preclinical phase of probable Alzheimer's disease: a 13-year prospective study of the Framingham Cohort. Arch Neurol 1995;52:485-490.
- 4) Ebly EM, Hogan DB, Parhad IM. Cognitive impairment in the nondemented elderly; results from the Canadian Study of Health and Aging. Arch Neurol 1995;52:612-619.
- 5) นิพนธ์ พวงวรินทร์ . การสูญเสีย cognition ในผู้สูงอายุ.สารศิริราช. 2537;46(2):139-149
- 6) Cummings JL, Arslan D, Jarvik L. Dementia. In : Geriatric Medicine. Third Edition. Casseb CK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ, Sorensen LB. Eds. New York. USA. Springer 1996:877-916.
- 7) McKeith IG. Making the clinical diagnosis of Alzheimer's Disease. In. Clinician. Lawlor BA editor. Macclefield, UK. Gardiner Caldwell Communications Ltd. 1997;15(1) :16.
- 8) Mann DMA, Neary D, Testa H. Color Atlas and Text of Adult Dementias. Man DMA, Nwary D. Testa H. eds. UK. Mosby-Wolfe. 1994.
- 9) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR' Mini-Mental State' . A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician J. Psychol. Res 1975;12:189-198.

บทที่ 7

การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ [Adverse drug reaction in the elderly]

ผศ.พญ.วราลักษณ์ ตรินนท์ประเสริฐ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยามากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยอาจได้รับทั้งจากแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขและจากแหล่งอื่นๆ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) ร่วมกับการที่มีโรคร่วมหลายชนิดและมีโอกาสได้รับยาหลายขนานจึงทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา¹ มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กินยามากกว่า 5 ชนิดขึ้นไปนั้น ประมาณ 1 ใน 3 จะเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา โดย 2 ใน 3 ของผู้ที่เกิดปัญหาดังกล่าว จะมีอาการจนต้องไปพบแพทย์² จากการศึกษาในประเทศอเมริกา³ พบว่าร้อยละ 6.7 ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลมีสาเหตุเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของยา (adverse drug reaction) นอกจากนี้มีการศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)⁴ พบว่าผู้สูงอายุนั้น มีอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลอันเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของยาสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คือ พบได้ถึงร้อยละ 10.7 โดยในบางการศึกษาพบในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 16.6² และที่สำคัญไปกว่านั้นก็คือว่า ผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมีโอกาสป้องกันได้ถึงร้อยละ 88 เทียบกับในกลุ่มอายุอื่นที่ปัญหานี้มีโอกาสป้องกันได้ไม่ถึง 1 ใน 4² ซึ่งเป็นการเน้นให้เห็นความสำคัญของปัญหาอันเกิดจากผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ ว่าเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรมีความตระหนักรู้และหาทางป้องกัน

อาการอันเกิดจากผลไม่พึงประสงค์จากยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและกลุ่มยาที่เป็นสาเหตุ

ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาสามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกาย โดยผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการใดๆ ก็ได้ บางครั้งอาการอาจดูไม่จำเพาะเจาะจง และหากไม่คิดถึงก็อาจจะไม่คิดว่าเป็นผลไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ภาวะหกล้ม กระตุกหัก ภาวะซึมเศร้า สับสน เฉื่อยพลัน จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องนอนโรงพยาบาลอันเป็นผลจากผลไม่พึงประสงค์ของยา⁵ พบว่ากลุ่มยาที่ทำให้เลือดไม่เกาะตัวกัน ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) และ ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด รองลงมา ได้แก่ ยาเบาหวาน ยาโรคหัวใจ ยาระบบประสาท และ ยาปฏิชีวนะ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากยาใน 4 กลุ่มหลัง เกิดจากการมีอาการซึมลงหรือมีภาวะซึมเศร้าสับสนเฉื่อยพลัน (delirium) นอกจากนั้นอีกประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ที่เกิดผลข้างเคียงจากยาโรคหัวใจและยาระบบประสาทจะมีภาวะหกล้ม

Gurwitzและคณะได้ทำการศึกษาผลไม่พึงประสงค์อันเกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่อยู่ใน nursing home ของสหรัฐอเมริกา⁶ (ซึ่งเทียบเท่าได้กับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ในสังคมไทย) พบว่าอาการอันเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของยาที่พบบ่อยใน 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการสับสนเฉื่อยพลัน อาการเลือดออก และอาการในระบบทางเดินอาหาร โดยกลุ่มยาที่เป็นสาเหตุ 5 อันดับแรกได้แก่ ยาต้านโรคจิต ยาปฏิชีวนะ ยาต้านเศร้า ยานอนหลับ และยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีกลุ่มยาอีกกลุ่มใหญ่ ที่จัดเป็นยาที่พึงระวังในผู้สูงอายุ ได้แก่ ยาในกลุ่ม anticholinergic⁷ เพราะยา กลุ่มนี้ อาจทำให้เกิดผลข้าง

เคียงกับหลายกลุ่มอวัยวะในร่างกาย โดยผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) มีอาการกระสับกระส่าย วุ่นวาย เกิดภาพหลอน มีอาการสั่น ชัก ชี้น และโคม่าได้ ส่วนผลข้างเคียงที่เป็นอาการนอก ระบบประสาทกลาง ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ความดันสูง ม่านตาขยาย หน้าแดง ปากแห้ง มีไข้ ท้องผูก และปัสสาวะไม่ออก ปัญหา บางอย่างอาจมองดูคล้ายเป็นปัญหาเล็กน้อย เช่น ปากแห้ง ท้องผูก แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาที่ค่อนข้างรบกวนหรือรุนแรงในผู้สูง อายุได้ เพราะผู้สูงอายุที่ปากแห้ง อาจมีปัญหาต่อการพูด การเคี้ยว การกลืน และส่งผลต่อความอยากอาหารได้ หรือการที่ยามี ผลต่อความจำและสมรรถภาพสมอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนกินยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic แล้วมีสมรรถภาพสมองที่ด้อยกว่าคนที่ไม่ได้กิน⁸

แนวทางการวินิจฉัยการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา

คำจำกัดความของการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยานั้นมีความหลากหลายมาก มีทั้งที่มีความจำเพาะเจาะจงมากกับความไวมาก การนำมาใช้ในทางคลินิกยังอาจมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม มีคำจำกัดความซึ่งน่าจะนำมาใช้ในเวชปฏิบัติได้ไม่ยาก ซึ่ง Edward และคณะได้เสนอไว้ คือ การเกิดอันตราย (hazard) หรือปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์อันมีผลมาจากการได้รับยาใดๆ ซึ่งคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอีกในอนาคตหากได้รับยาแบบเดิมอีก และทำให้มีความจำเป็นในการหามาตรการป้องกัน เช่น การปรับลดยา หรือหยุด ยานั้นๆ⁹ โดยผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยานั้นอาจแบ่งได้เป็น 6 กลุ่มย่อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มผลไม่พึงประสงค์จากยา (ปรับปรุงมาจากเอกสารอ้างอิงที่ 9)

ชนิดของปฏิกิริยา	ลักษณะทางคลินิก	ตัวอย่าง	การรักษา
A. สัมพันธ์กับขนาดยา (dose-related)	- เกิดขึ้นบ่อย - สัมพันธ์กับกลไกการออกฤทธิ์ของยา	- toxic effects: digoxin toxicity, serotonin syndrome จาก SSRI - side effects : ผลทาง anticholinergic ของ tricyclic antidepressants	- ลดยา หรือ หยุดยา - พิจารณาการให้การรักษาอื่นร่วมด้วย
B. ไม่สัมพันธ์กับขนาดของยา (non-dose-related)	- เกิดขึ้นไม่บ่อย - ไม่สัมพันธ์กับกลไกการออกฤทธิ์ของยา - คาดการณ์ไม่ได้	- immunological reaction เช่น penicillin hypersensitivity - idiosyncratic reaction เช่น malignanthyperthermia	- หยุดยาและหลีกเลี่ยงการใช้ยาอีกในอนาคต
C. สัมพันธ์กับขนาดยาและเวลาที่ใช้(dose-related and time-related)	- พบไม่บ่อย - เกิดจากการสะสมของยา	Hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression จากยา steroid	- ลดขนาด หรือ หยุดยาโดยอาจต้องค่อย ๆ ลดขนาดหากมีอาการ withdrawal

ชนิดของปฏิกิริยา	ลักษณะทางคลินิก	ตัวอย่าง	การรักษา
D. สัมพันธ์กับเวลาที่ใช้ (time related)	- พบไม่บ่อย - สัมพันธ์กับขนาดยา - เกิดเมื่อใช้ยาไปได้ระยะเวลาหนึ่ง	- การมีผลต่อทารกในครรภ์ - การก่อมะเร็ง - tardive dyskinesia	- ส่วนใหญ่ แก้ไขไม่ได้
E. สัมพันธ์กับการหยุดยา (withdrawal)	- พบไม่บ่อย - เกิดหลังจากหยุดยา	- opiate withdrawal - benzodiazepine withdrawal	- การให้ยากลับเข้าไปใหม่ แล้วค่อย ๆ ลดยา
F. เกิดจากการที่ยาไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง (unexpected failure of therapy)	- พบบ่อย - สัมพันธ์กับขนาดยา และมักเกิดจากการมีปฏิกิริยากับยาอื่น	- ยากันชัก เช่น valproate กับ ยา carbapenam จะทำให้รับยา valproate ลดลง	- หลีกเลี่ยงการใช้ยากู้กัน หรือปรับขนาดยาตามความเหมาะสม

ส่วนใหญ่การวินิจฉัยภาวะผลไม่พึงประสงค์จากยานั้น ส่วนใหญ่อาศัยจากเวลาที่เกิดอาการที่สงสัยว่าเป็นผลจากยาและความสัมพันธ์กับการได้รับยานั้นๆ ดังที่มีผู้กล่าวไว้ว่า เมื่อใดก็ตามที่ผู้สูงอายุเกิดอาการใหม่ใดๆ ขึ้นมาให้คิดเสมอว่าอาจเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของยา¹⁰ ซึ่งเมื่อแพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์มีความสงสัยให้ผู้ป่วยหยุดยาแล้วพบว่าอาการดังกล่าวหายไป ก็จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นว่าอาการดังกล่าวน่าจะเป็นจากยาจริง และถึงแม้การวินิจฉัยที่แน่นอน (definite diagnosis) จะต้องได้จากการให้ยากลับไปใหม่แล้วเกิดอาการดังเดิมอีก ในทางเวชปฏิบัติในหลายๆ กรณี แพทย์ไม่จำเป็นต้องให้ definite diagnosis ด้วยวิธีการดังกล่าวก็ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หากยาอาจมีผลข้างเคียงรุนแรงพอควร และยังมีทางเลือกอื่นในการรักษา

การดูแลรักษา

การรักษาที่สำคัญของการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาคือการหยุดยาที่เป็นสาเหตุ และแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้นว่า ผลไม่พึงประสงค์จากยา มีจำนวนไม่น้อยที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะในส่วนที่เกิดกับผู้สูงอายุ ดังนั้น สิ่งที่สำคัญในการรักษาคือการป้องกันไม่ให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ขึ้นอีก ผลไม่พึงประสงค์จากยามักเกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสม โดยใช้ยาน้อยไป หรือมากเกินไป¹¹ มีการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาถึงมาตรการที่จะช่วยป้องกันการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ^{11,12} โดยรวมอาจแบ่งมาตรการออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การจัดการที่บุคลากร (provider-based strategies) และการจัดการที่ระบบ (system-based strategies) ซึ่งการที่จะทำได้ผลดี คงต้องจัดการทั้งสองระบบควบคู่กันไป¹³ โดยเป็นการจัดการที่บุคลากรทางการแพทย์ (provider-based strategies) นั้น ควรต้องให้ความรู้ ให้บุคลากรมีความตระหนักในหลักการสั่งใช้ยาที่สำคัญ อันได้แก่

1. ใช้ยากลุ่มความเสี่ยงสูง (high risk drugs) ด้วยความระมัดระวัง ซึ่งยาความเสี่ยงสูง หมายถึง ยากลุ่มที่พบว่ามีโอกาสทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ได้บ่อย หรือ ยาที่มีการอ้างอิงว่าเป็นยาที่อาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (inappropriate medications for older persons)^{14,15} ดังตารางที่ 2 และ 3 อย่างไรก็ตามการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวไม่ได้เป็นข้อห้ามในผู้สูงอายุทุกคน ยาหลายตัวในกลุ่มเป็นยาที่ยังอาจมีความจำเป็นต้องใช้ แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ควรมีการทบทวนถึงข้อบ่งชี้เป็นระยะ และหยุดยาเมื่อหมดข้อบ่งชี้

2. การหยุดยาที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับ
3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเพื่อรักษาผลไม่พึงประสงค์จากยา แต่ควรพิจารณาหายาที่เป็นสาเหตุของผลข้างเคียงแล้วหยุดยาที่เป็นเหตุ
4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีอันตรกิริยา (interaction) ต่อกัน
5. ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต และอายุ
6. ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง (non-adherence) เพราะสาเหตุนี้ได้หลากหลาย โดยหนึ่งในสาเหตุเหล่านั้น อาจเป็นจากผู้ป่วยเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยานั่นเอง

ตารางที่ 2 ยาที่อาจไม่เหมาะสมกับการใช้ในผู้สูงอายุ (potentially inappropriate medications, PIM)
(ปรับปรุงมาจากเอกสารหมายเลข 7,14,15)

กลุ่มยา	ตัวอย่างยา
ยากลุ่ม anticholinergics	
ยาด้านฮิสตามีน (First generation antihistamine)	Brompheniramine,Chlorpheniramine, Cyproheptadine, Diphenhydramine (oral) Hydroxyzine,
ยาพาร์กินสัน (Parkinson’s disease)	Benztropine, Trihexyphenidyl
ยาแก้ปวดเกร็งท้อง (Gastrointestinal antispasmodics)	Belladonna alkaloids, Dicyclomine, Hyoscyamine,Propantheline, Scopolamine
ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง	
ยาด้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressants	Amitriptyline, Imipramine, Clomipramine
ยาด้านโรคจิต (Antipsychotics) ที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง ⁽⁷⁾	Clozapine, Olanzapine, Quetiapine Chlorpromazine, Thioridazine
ยาบาร์บิทูเรท (Barbiturates)	Phenobarbital
ยาเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) ที่ออกฤทธิ์นาน ⁽¹⁵⁾	Chlordiazepoxide (Librium [®] ,Librax [®]), Diazepam, Chlorazepate (Tranxene [®])
ยาเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) ที่ออกฤทธิ์สั้น ⁽¹⁵⁾	Lorazepam (>3 mg), Oxazepam (>60 mg) Alprazolam (>2 mg), Temazepam(>15 mg) Triazolam(>0.25 mg)
ยานอนหลับที่ไม่ใช่เบนโซไดอะซีพีน	Eszopiclone,Zolpidem, Zaleplon
ยาต่อมไร้ท่อ	
ยาเบาหวานที่ออกฤทธิ์ยาว	Chlorpropamide
ยากกระตุ้นความอยากอาหาร	Megestrol
ฮอร์โมน	Testosterone, Growth hormone
ยาบรรเทาปวด	
ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioid)	Pethidine, Tramadol
ยาด้านอักเสบ (NSAIDs)	Indocid, ยาตัวอื่นในกลุ่ม ควรหลีกเลี่ยงการกินยาต่อเนื่อง ระยะยาว และพิจารณาให้กินยา PPI ด้วย
ยากลายกล้ามเนื้อ (Skeletal muscle relaxants)	Chlorzoxazone (Parafon Forte [®] , Muscol [®]), Orphenadrine (Norgesic [®])

ตารางที่ 3 ยาที่อาจไม่เหมาะสมกับการใช้ในผู้สูงอายุ (potentially inappropriate medications, PIM) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (ปรับปรุงมาจากเอกสารหมายเลข 14)

กลุ่มยา	ตัวอย่างยา
ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium)	ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants(TCA) ยากลุ่ม Anticholinergics รวมยาคลายกล้ามเนื้อ Benzodiazepines ยานอนหลับ Chlorpromazine, Thioridazine Corticosteroids H2-receptor antagonist Pethidine, Tramadol
ภาวะสมองเสื่อม (dementia)	ยากลุ่ม Anticholinergicsรวมยาคลายกล้ามเนื้อ Benzodiazepines ยา Zopiclone H2-receptor antagonist Pethidine, Tramadol Antipsychotics ยกเว้นใช้วิธีไม่ใช้ยาแล้วยังมีอาการทางจิตหรือวุ่นวาย
ภาวะหกล้ม กระดูกหัก (Falls and fracture)	Antipsychotics, Benzodiazepines ยานอนหลับอื่น ๆ ยาด้านเศร้า ทั้ง TCAs and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)
ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia)	ยาลดน้ำมูก (Pseudoephedrine, Phenylephrine) Theophylline, คาเฟอีน
ภาวะพาร์กินสัน (Parkinsonism)	ยา antipsychotics เว้น clozapine และ quetiapine ยาแก้อาเจียน เช่น metoclopramide
ต่อมลูกหมากโต	ยา anticholinergics
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (stress incontinence)	Alpha blockers

การจัดการที่ระบบ (system-based strategies) ส่วนใหญ่เป็นการใช้คอมพิวเตอร์เข้ามามีบทบาทช่วยในการสั่งยา การจ่ายยา การแจกจ่ายยา หรือ การจัดให้มีเภสัชกรเข้ามามีหน้าที่ในการทบทวนยาที่ใช้อยู่เพื่อดูว่ามีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งหนึ่งในระบบการจัดการนั้น คือ การจัดให้มีระบบ Medication Reconciliation (MR) ซึ่งเป็นที่แนะนำทั้งในสากลโดยองค์การอนามัยโลก และในระดับประเทศไทย¹⁶ โดยเป็นระบบที่จัดเป็นมาตรฐานในการรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายกำลังใช้อยู่ และส่งมอบบัญชีรายการให้กับผู้ที่ให้การดูแลคนต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนจุดให้บริการ (การรับไว้นอนโรงพยาบาล, การย้าย/ส่งต่อ, การจำหน่าย, การมาติดตามตรวจที่ OPD) ซึ่งมีการศึกษา¹⁷ ที่บ่งชี้ว่าการจัดระบบ MR ที่ดีจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และผู้ที่กินยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป

สำหรับแนวทางของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุนี้ จะเสนอแนวทางสำหรับสถานบริการระดับต่างๆ ดังนี้

สถานบริการปฐมภูมิ : มีการทำ medication reconciliation ในผู้สูงอายุที่มาตรวจที่ OPD และ review ยากลุ่ม PIM ตามตารางที่ 2

สถานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ : มีการทำ medication reconciliation ในผู้สูงอายุที่มาตรวจที่ OPD และ IPD และ review ยากลุ่ม PIM ตามตารางที่ 2 และ 3 และพิจารณาความจำเป็นในการใช้นั้นๆ

การทำ medication reconciliation (MR) นั้น เน้นถึงการรวบรวมข้อมูลยา ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ได้รับ และตรวจสอบว่าผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องจริง

การทำ MR ที่ OPD ควรทำในผู้สูงอายุทุกรายที่มาตรวจเป็นครั้งแรก และกินยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป และหลังจากนั้น ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจ ควรมีคำถามที่ถามผู้ป่วยว่า ยาที่กินอยู่มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากมีการเปลี่ยนแปลง ควรทำ MR ตาม MR form

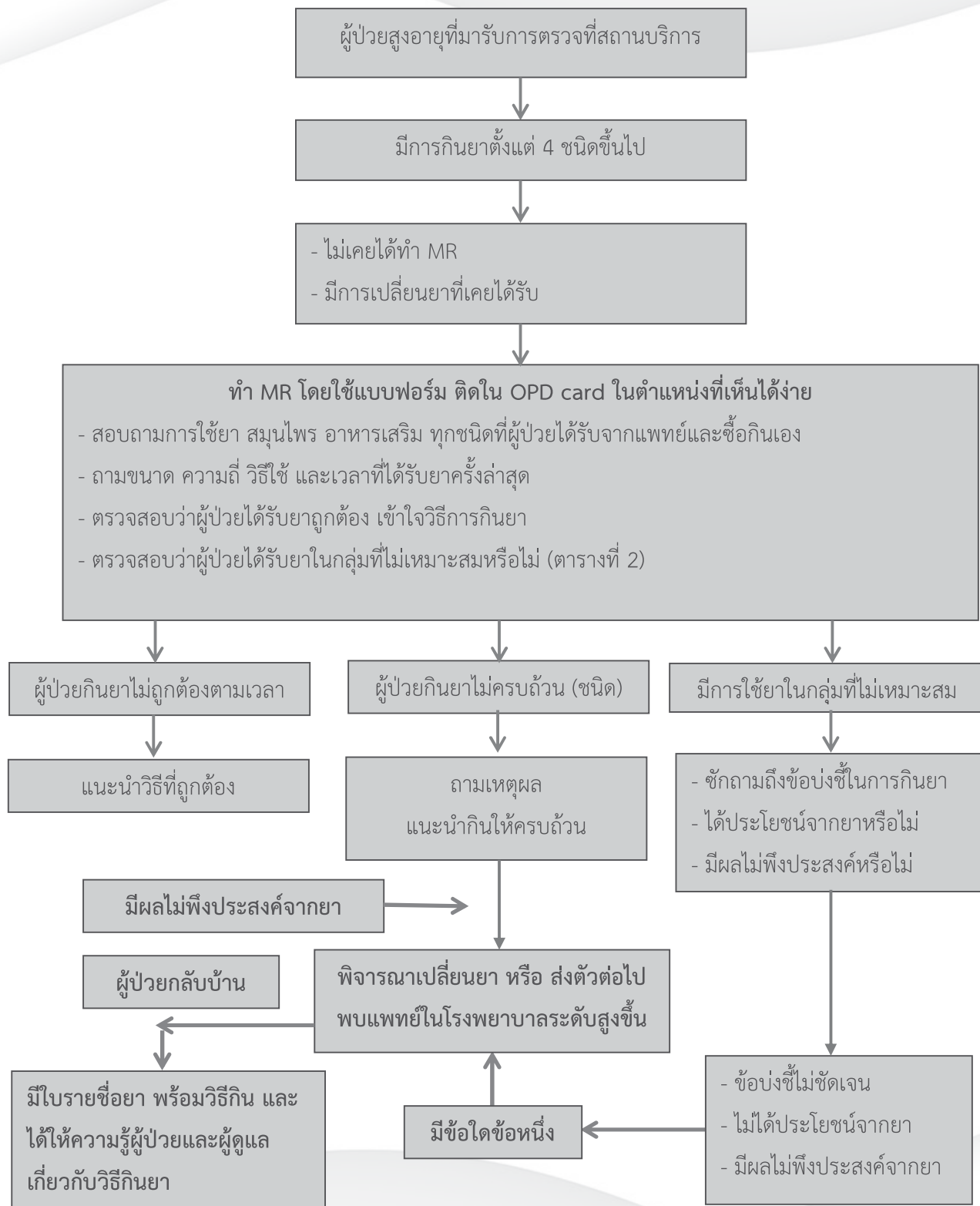
การทำ MR ที่ IPD ควรทำเร็วที่สุดหากเป็นไปได้ และไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยที่เข้าอนโรพยาบาล และก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยกิน โดยมีการตรวจสอบเทียบกับ MR form ที่ทำตอนผู้ป่วยมา admit แล้วมีการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นให้รู้จักวิธีการกินยาที่ถูกต้อง การบริหารจัดการยาเก่า

ควรพิจารณาหลีกเลี่ยงยากลุ่ม PIM ดังในตารางที่ 2 ในผู้สูงอายุแทบทุกราย และหลีกเลี่ยงยากลุ่ม PIM ดังในตารางที่ 3 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกลุ่มโรคหรือภาวะบางอย่าง โดยมีการทบทวนข้อบ่งชี้ ผลของยาว่าทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่ และที่สำคัญให้ซักถามว่ามีผลข้างเคียงหรือไม่ หากดูแลเหมือนรักษาไม่ได้ผลมีโอกาสเกิดผลข้างเคียง ควรพิจารณาแจ้งแพทย์ผู้ดูแลเพื่อพิจารณาปรับยา

การ review ยาในกลุ่มที่ถือเป็น potentially inappropriate medications คือ ยาที่คัดมาจากบางส่วนของ Beers' criteria¹⁴ โดยเป็นยาที่มีโอกาสใช้พอสสมควรในเวชปฏิบัติ และเป็นยาที่มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาสูง แพทย์ควรได้มีการทบทวนว่า ยาในกลุ่มนี้กินด้วยข้อบ่งชี้ใด ปัจจุบันยังมีข้อบ่งชี้หรือไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษา เช่นไม่ใช้ยา หรือใช้ยาที่มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์น้อยกว่า และสุดท้ายคือพิจารณาว่า ผู้ป่วยควรหยุดยา หรือใช้ยาดังนั้นๆ ต่อไป

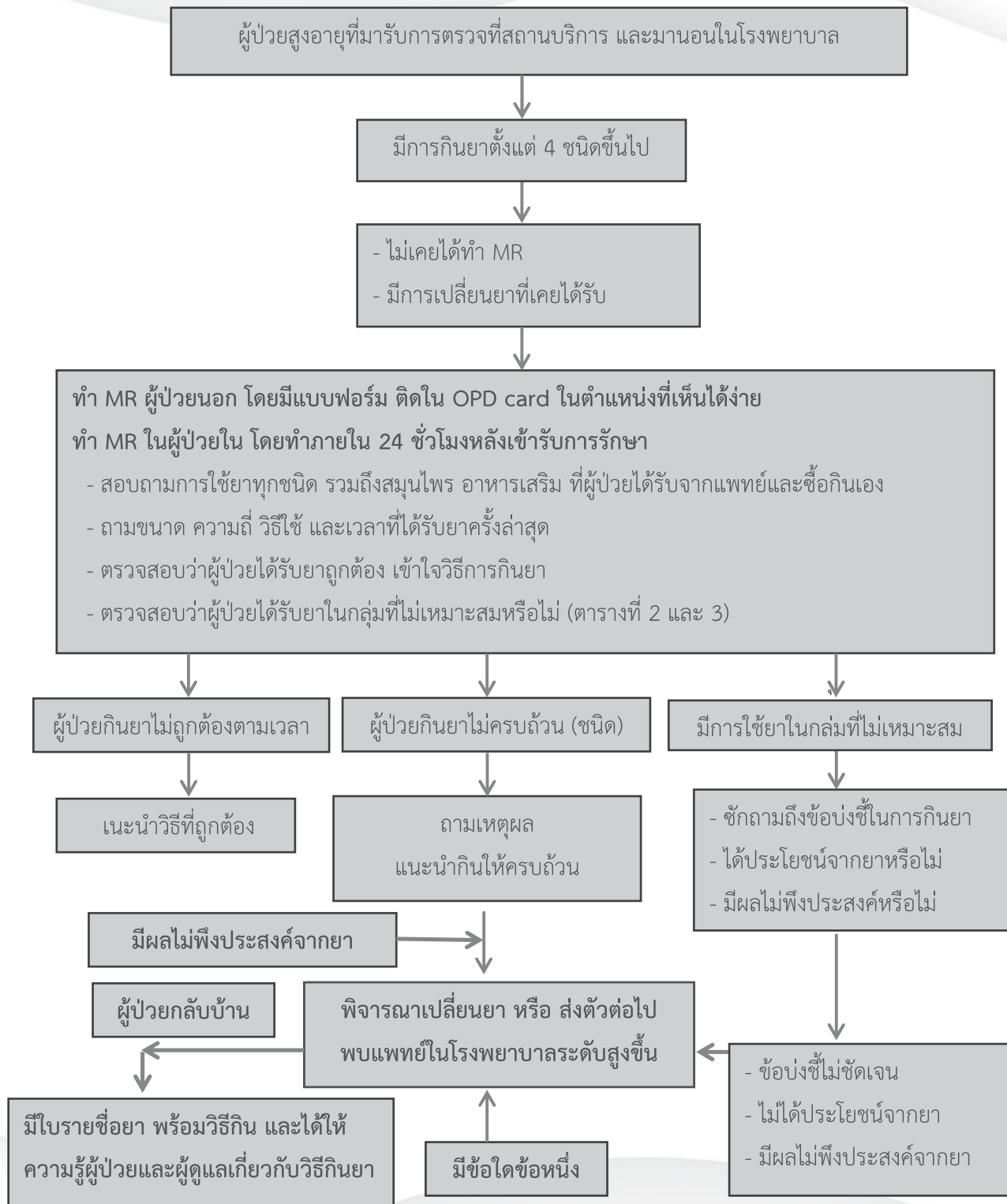
แผนภูมิที่ 8

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยาระดับปฐมภูมิ



แผนภูมิที่ 9

แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยาระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ



เอกสารอ้างอิง

1. McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev* 2004;56:163-84.
2. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharmacy world & science : PWS* 2002;24:46-54.
3. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1998;279:1200-5.
4. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. *The Annals of pharmacotherapy* 2008;42:1017-25.
5. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans. *New England Journal of Medicine* 2011;365:2002-12.
6. Gurwitz JH, Field TS, Judge J, et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *The American journal of medicine* 2005;118:251-8.
7. Hayes BD, Klein-Schwartz W, Barrueto F, Jr. Polypharmacy and the geriatric patient. *Clin Geriatr Med* 2007;23:371-90, vii.
8. Lechevallier-Michel N, Molimard M, Dartigues JF, Fabrigoule C, Fourrier-Réglat A. Drugs with anticholinergic properties and cognitive performance in the elderly: results from the PAQUID Study. *British journal of clinical pharmacology* 2005;59:143-51.
9. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet* 2000;356:1255-9.
10. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997;315:1096-9.
11. Pham CB, Dickman RL. Minimizing adverse drug events in older patients. *American family physician* 2007;76:1837-44.
12. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs & aging* 2009;26:1013-28.
13. Zhu J, Weingart S. Prevention of adverse drug events in hospital. In: Gandhi T, ed. *UpToDate: wolters kluwe rhealth*; 2014.
14. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60:616-31.
15. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003;163:2716-24.
16. มาตรฐานรพ.และบริกาการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. In: ภาพรพ. ส, ed. นนทบุรี2549.
17. Mueller SK, Sponsler K, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: A systematic review. *Archives of Internal Medicine* 2012;172:1057-69.

The background features light gray wavy lines at the top and bottom. In the center, there is a cluster of overlapping circles and dots of various sizes, resembling bubbles or a molecular structure.

កងផលិត



การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีการะอ้วน

การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นการค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีการะอ้วน ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หมายถึง มีระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป 100-125 มก./ดล.
- กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง มีระดับความดันโลหิต 120/80 ถึง 139/89 มม.ปรอท
- ผู้ที่มีการะอ้วน หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่ซิการ์ หรือ หยุดสูบไม่เกิน 1 ปี	☐	☐
2	ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	☐	☐
3	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ≥ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน	☐	☐
4	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ โดย TC > 280 มก./ดล. และ/หรือ LDL > 100 มก./ดล. และ/หรือ TG > 150 มก./ดล. และ/หรือ HDL ในชาย < 40 มก./ดล. ในหญิง < 50 มก./ดล.	☐	☐
5	เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) หาร 2	☐	☐
6	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	☐	☐
7	มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่หรือน้องท้องเดียวกัน) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)	☐	☐

หมายเหตุ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่ยังไม่ได้รับการรักษาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง

การแปลผล

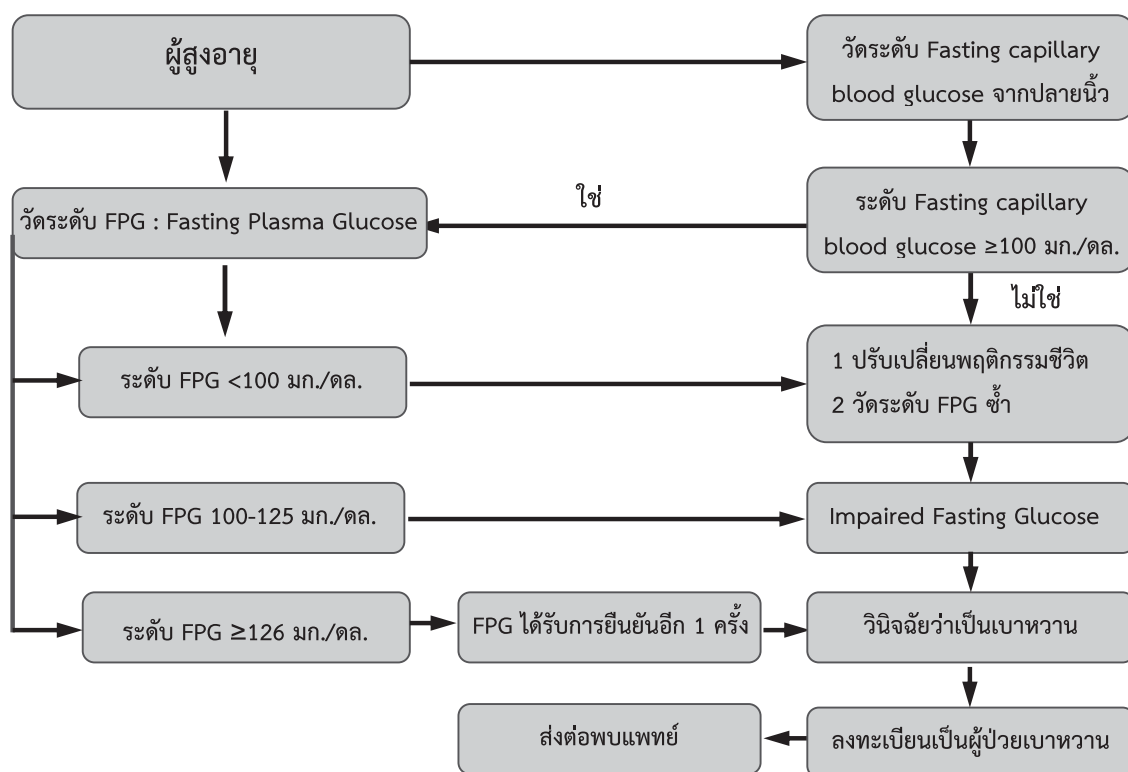
- ถ้าตอบ “ใช่” ≤ 2 ข้อ มีความเสี่ยง
- ถ้าตอบ “ใช่” 3-4 ข้อ มีความเสี่ยงสูง
- ถ้าตอบ “ใช่” ≥ 5 ข้อ มีความเสี่ยงสูงมาก



การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง : วัดความดันโลหิต

การคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือดควรตรวจคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้สูงอายุทุกคนจึงต้องได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือด

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจเลือด



การพิจารณาผลการตรวจเลือด

1. กรณีตรวจวัดพลาสมาไกลโคไซด์ขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose : FPG)

FPG	<100	มก./ดล.	แสดงว่า	ปกติ
FPG	100-125	มก./ดล.	แสดงว่า	Impaired Fasting Glucose (IFG)
FPG	≥126	มก./ดล.	แสดงว่า	โรคเบาหวาน

2. กรณีตรวจวัด capillary blood glucose จากปลายนิ้วโดยไม่ต้องอดอาหารก่อนตรวจ

(เฉพาะกรณีที่ไม่มีสะดวกหรือไม่สามารถตรวจระดับ FPG แต่ไม่แนะนำเนื่องจากค่าของระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสคลาดเคลื่อน ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร)

ถ้า capillary blood glucose ≥ 100 มก./ดล. ควรตรวจยืนยันด้วย FPG



การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง : วัดความดันโลหิต

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิตเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้เครื่องวัดความดันโลหิตได้ทั้งชนิดอัตโนมัติ หรือ ชนิดปรอท

ค่าความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตตัวบน หรือ ซิสโตลิก (SBP)		มม.ปรอท
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง หรือ ไดแอสโตลิก (DBP)		มม.ปรอท

การพิจารณา

กรณีความดันโลหิตปกติ

- ติดตามวัดความดันโลหิตที่คลินิกอย่างน้อยทุกปี
- หากความดันโลหิตใกล้ 140/ 90 มม.ปรอท อาจวัดมากกว่าปีละ 1 ครั้ง

กรณีความดันโลหิต $\geq 140/ 90$ มม.ปรอท

- วัดความดันโลหิตซ้ำใน 2 สัปดาห์ เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง
- วัดความดันโลหิตที่บ้านหากสามารถทำได้ เพื่อป้องกันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเกินความเป็นจริง (white-coat hypertension : WCH)

กรณีความดันโลหิตสูง

- ส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา



การคัดกรองสุขภาพทางตา

การคัดกรองสุขภาพทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1	นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง	☐	☐	
2	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้	☐	☐	
3	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง	☐	☐	Y@ ÷5@
4	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ	☐	☐	Y@ ÷5@
5	ปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	☐	☐	Y@ ÷5@

การพิจารณา

ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า **มีปัญหาการมองเห็น**

ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (snellen chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

หมายเหตุ

ข้อ 1 ประเมินสายตาดูความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุยืน/ นั่งเก้าอี้ ห่างจากผู้ทดสอบ 3 เมตร ผู้ทดสอบชูนิ้ว (1, 2, 3, 4, 5 นิ้ว อาจสลับจำนวน) แล้วสอบถามผู้สูงอายุว่าเห็นกี่นิ้ว (ทดสอบ 4 ครั้ง)

ข้อ 2 ประเมินสายตาดูความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ถ้าอ่านได้มากกว่าครึ่งหน้าหนังสือพิมพ์ ถือว่า อ่านได้

ข้อ 3 ประเมินความเสี่ยงต้อกระจก

ข้อ 4 ประเมินความเสี่ยงต้อหิน

ข้อ 5 ประเมินความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ



การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือที่เรียกกันว่า การวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ หากสามารถประเมินปัญหาเบื้องต้นได้ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการ

1. ให้ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้ที่อยู่หน้าแผ่นป้ายตามระยะทางที่กำหนด คือ 20 ฟุตหรือ 6 เมตร โดยให้นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่านเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง
2. วัดสายตาทีละข้างโดยให้วัดตาขวาก่อนเสมอ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกผลและป้องกันความสับสน (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุให้วัดสายตาข้างที่บาดเจ็บก่อน) โดยให้ปิดตาอีกข้างหนึ่งไว้ให้มิดชิด
3. ให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 โดยอ่านลงไปเรื่อยๆ

การบันทึกค่า

ค่าสายตาที่วัดได้จะบันทึกเป็นตัวเลขเศษส่วนซึ่งบอกค่าเป็นระยะทาง โดยเลขเศษหมายถึงระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด เลขส่วนหมายถึงระยะทางที่คนสายตาปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด

แถวที่	Snellen System (feet)	Metric System (metre)
1	20/200	6/60
2	20/100	6/30
3	20/70	6/21
4	20/50	6/15
5	20/40	6/12
6	20/30	6/9
7	20/20	6/6

ผลการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลนของผู้สูงอายุ

ตาขวา/..... ตาซ้าย/.....

การพิจารณา

- ถ้าอ่านได้ “ถึงแถวที่ 7” แสดงว่า สายตาปกติ
- ถ้าอ่านได้ “น้อยกว่าแถวที่ 7” แสดงว่า สายตาผิดปกติ ให้ส่งต่อหน่วยบริการที่ให้บริการแว่นแก้ไขสายตา



การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเป็นการประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก สถานะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก และการส่งต่อเพื่อรับบริการรักษาทางทันตกรรม ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของตนว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่ และปรับพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

1. ประเมินพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปาก

1.1 การแปรงฟัน

☐ ไม่ได้แปรงฟัน / ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน

☐ แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

☐ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และ ก่อนนอน

☐ แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง ระบุ.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

1.2 การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

☐ ไม่ใช้

☐ ใช้

1.3 การทำความสะอาดซอกฟัน ทุกวัน/เกือบทุกวัน

☐ ไม่ทำ

☐ ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่.....

2. ประเมินสถานะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก

☐ สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน/วัน

☐ เคี้ยวหมากเป็นประจำ

หมายเหตุ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม ให้แนะนำ "การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ"

ส่วนที่ 2 ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงสถานะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก ในการเข้ารับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
		0	1		
1	เนื้อเยื่อในช่องปาก : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม / ก้อนเนื้อ / มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐	ใช่	ไม่ใช่
2	เหงือกและอวัยวะปริทันต์ : บริเวณเหงือกมีเลือดออก/มีฝีหนอง/พินโยก หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐	ใช่	ไม่ใช่
3	ฟันผุ : มีฟันผุเป็นรู เสียวฟัน ฟันหัก / ฟันแตกหลุดแต่ตอฟัน หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐	ใช่	ไม่ใช่
4	ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน : มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/การกลืน หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐	ใช่	ไม่ใช่
5	ฟันเทียม : จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่	ไม่จำเป็น ☐	จำเป็น ☐	ใช่	ไม่ใช่
6	การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร : ท่านเคยได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร หรือไม่	เคย ☐	ไม่เคย ☐	ใช่	ไม่ใช่
7	ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม : ปัจจุบันท่านต้องการการรักษา หรือไม่	ไม่ต้องการ ☐	ต้องการ ☐	ใช่	ไม่ใช่

การแปลผล

ในข้อ1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ส่วนที่ 3 แผนการส่งต่อ

การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาทางทันตกรรมจากทันตบุคลากร

- ☐ เนื้อเยื่อในช่องปาก
- ☐ เหงือกและอวัยวะปริทันต์
- ☐ ฟันผุ
- ☐ ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน
- ☐ ฟันเทียม



แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม

คะแนน 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรือ อาจเกิดขึ้นนานๆ ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

คะแนน 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรือ อาจเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

คะแนน 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรือ อาจเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์

คะแนน 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ข้อ	กิจกรรม	คะแนน			
		1	2	3	4
1	หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้				
3	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง				
4	ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย				
5	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้ หรือ เมื่อสองสามวันก่อน				
6	ลืมเพื่อนสนิท หรือญาติสนิท หรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ				
7	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์ หรือ วารสารที่อ่าน				
8	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ หรือ มองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12	ขณะเดินทาง หรือ เดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อยๆ มักเกิดอาการหลงทิศ หรือ หลงทาง				
13	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึงสองครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่นี้เพิ่งได้หิวผมเสร็จไป				
14	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่นี้เพิ่งได้เล่าเสร็จ				



การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)

แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองภาวะการรู้คิดในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกต้องจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นจริงขณะทำการสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
1	อายุ..เท่าไร คำตอบ.....	☐	☐
2	ขณะนี้เวลา..อะไร คำตอบ.....	☐	☐
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.. คำตอบ.....	☐	☐
4	ปีนี้..ปีอะไร คำตอบ.....	☐	☐
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร.. คำตอบ.....	☐	☐
6	คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี่คือใคร..(ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ) คำตอบ.....	☐	☐
7	วันเดือนปีเกิดของท่านคือ.. คำตอบ.....	☐	☐
8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร คำตอบ.....	☐	☐
9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร คำตอบ.....	☐	☐
10	ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1 คำตอบ.....	☐	☐

การแปลผล

ถ้าตอบ “ถูก” ≤ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ (abnormal cognitive function)

ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย



แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1. Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

- 1.1 วันนี้..วันที่เท่าไร ☐
- 1.2 วันนี้..วันอะไร ☐
- 1.3 เดือนนี้..เดือนอะไร ☐
- 1.4 ปีนี้..ปีอะไร ☐
- 1.5 ฤดูนี้..ฤดูอะไร ☐

2. Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร ☐
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร ☐
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร ☐
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ เลขที่เท่าไร ☐
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ่ม ย่าน ถนน) อะไร ☐
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ หรือ เขตอะไร ☐
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...)

ฟังดีๆ นะคะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ตึ้นะคะ ใ้ยจะถามซ้ำ

- ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

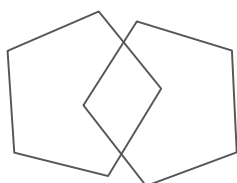
ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

☐ ประโยคมีความหมาย



11. Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

การแปลผล

ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด แสดงว่า เป็นผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันผลและทำการรักษาในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม



การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่	☐	☐
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	☐	☐

การพิจารณา

- ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ปกติ
ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
ให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม



การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวม					

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- คะแนนรวม <7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- คะแนนรวม 7-12 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
- คะแนนรวม 13-18 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
- คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

แนวทางการปฏิบัติ: ควรแจ้งผลพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป



การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)

การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

จับเวลาได้ นาที วินาที

☐ <30 วินาที

☐ ≥30 วินาที

☐ เดินไม่ได้



การพิจารณา

- เวลาปกติของผู้สูงอายุควรน้อยกว่า 10 วินาที
- ถ้าใช้เวลา “≥ 30 วินาที” แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

แนวทางการปฏิบัติ

- ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้ “การป้องกันภาวะหกล้ม”

ข้อควรระวัง

- ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ



การคัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)

การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยดัชนีมวลกายโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง ซึ่งสามารถบอกได้ว่าสถานะของร่างกายมีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

วิธีคิดค่าดัชนีมวลกาย

น้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

การแปลผล

BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเซีย)	การแปลผล
< 18.5	☐ ผอม
18.5-22.9	☐ ปกติ
23.0-24.9	☐ ท้วม
25.0-29.9	☐ อ้วน
≥ 30	☐ อ้วนมาก



การประเมินภาวะโภชนาการ

แบบประเมินภาวะโภชนาการเป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่ เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหารหรือภาวะ

- 1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาได้รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่ ☐
 - ☐ 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก
 - ☐ 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง
 - ☐ 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง
- 2 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก) ☐
 - ☐ 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม
 - ☐ 1 ม่ทราบ
 - ☐ 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม
 - ☐ 3 น้ำหนักไม่ลดลง
- 3 สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่ ☐
 - ☐ 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
 - ☐ 1 ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
 - ☐ 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
- 4 ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่ ☐
 - ☐ 0 มี
 - ☐ 2 ไม่มี
- 5 มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่ ☐
 - ☐ 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง
 - ☐ 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย
 - ☐ 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท
- 6 ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)²] ☐
 - ☐ 0 BMI น้อยกว่า 19
 - ☐ 1 BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21
 - ☐ 2 BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23
 - ☐ 3 BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

คะแนนรวม

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)

คะแนนรวม 12-14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะโภชนาการปกติ

คะแนนรวม 8-11 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

คะแนนรวม 0-7 คะแนน แสดงว่า มีภาวะขาดสารอาหาร



การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ

การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะโดยการสอบถามเป็นการประเมินเบื้องต้นเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราด ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ภาวะกลืนปัสสาวะ	ไม่มี	มี
ผู้สูงอายุมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะราด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน	☐	☐

การพิจารณา

ถ้าตอบว่า “มี” ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา



การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

- เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่
- เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
- ถ้าหมดสติ ให้ 0 คะแนนทั้งหมด

คะแนน

- 1 Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ☐
 - ☐ 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - ☐ 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - ☐ 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
- 2 Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) ☐
 - ☐ 0 ต้องการความช่วยเหลือ
 - ☐ 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
- 3 Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ☐
 - ☐ 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ☐ 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมามีจะนั่งอยู่ได้
 - ☐ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3 ทำได้เอง
- 4 Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ☐
 - ☐ 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ☐ 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
- 5 Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ☐
 - ☐ 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ☐ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนขึ้นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - ☐ 2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6

Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
☐ 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

☐

7

Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

☐ 0 ไม่สามารถทำได้
☐ 1 ต้องการคนช่วย
☐ 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

☐

8

Bathing (การอาบน้ำ)

☐ 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
☐ 1 อาบน้ำเองได้

☐

9

Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
☐ 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
☐ 2 กลั่นได้เป็นปกติ

☐

10

Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
☐ 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
☐ 2 กลั่นได้เป็นปกติ

☐

คะแนนรวม

☐
☐

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

คะแนนรวม	≥12 คะแนน	เป็น	กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
คะแนนรวม	5-11 คะแนน	เป็น	กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
คะแนนรวม	≤4 คะแนน	เป็น	กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้



การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

☐ ไม่ปวดเข่า

☐ ปวดเข่า

การพิจารณา

ถ้าตอบ “ปวดเข่า” แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก



การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

ข้อแนะนำ

แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า นาน <30 นาที (stiffness)	☐	☐
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)	☐	☐
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)	☐	☐
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)	☐	☐
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	☐	☐

การพิจารณา

- ผู้สูงอายุมีอาการ “ปวดเข่า” และ ตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ แสดงว่า มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
ส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา



การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวมีทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านสังคม ความสามารถในการมองเห็น และการได้ยิน ภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า ภาวะเปราะบาง และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ด้านที่ 1 สังคม (การอยู่อาศัย ที่อยู่อาศัย รายได้)

- 1 การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ☐
 - ☐ 0 ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 - ☐ 1 อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย
- 2 ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐
 - ☐ 0 มั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ
 - ☐ 1 ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ
- 3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ☐
 - ☐ 0 เพียงพอ
 - ☐ 1 ไม่เพียงพอ

คะแนนรวม ☐

ด้านที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน

- 1 ความสามารถในการมองเห็น ☐
 - ☐ 0 ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น
 - ☐ 0 ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น
 - ☐ 0 ไม่ชัดเจนแต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - ☐ 1 ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - ☐ 1 ไม่เห็นเลย
- 2 ความสามารถในการได้ยิน ☐
 - ☐ 0 ชัดเจนโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง
 - ☐ 0 ชัดเจนแต่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง
 - ☐ 0 ไม่ชัดเจนแต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - ☐ 1 ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน
 - ☐ 1 ไม่ได้ยินเลย

คะแนนรวม ☐

ด้านที่ 3 ภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า

- 1 มีอาการหลงลืม/ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น กินข้าวแล้วบอกว่ายังไม่ได้กิน ☐
- ☐ 0 ไม่มี
- ☐ 1 มี
- 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีความรู้สึก ☐
- 1) หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง ☐ ไม่มี ☐ มี
- 2) เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ☐ ไม่มี ☐ มี
- ☐ 0 เมื่อตอบ ไม่มี ทั้งสองข้อ
- ☐ 1 เมื่อตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ ทั้งสองข้อ
- คะแนนรวม ☐

ด้านที่ 4 ภาวะเปราะบาง

- 1 ใน 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักท่านลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม ☐
- ☐ 0 ไม่ใช่
- ☐ 1 ใช่
- 2 ท่านรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☐
- ☐ 0 ไม่ใช่
- ☐ 1 ใช่
- 3 ท่านไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง ☐
- ☐ 0 ไม่ใช่
- ☐ 1 ใช่
- 4 ให้ผู้สูงอายุเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 4.5 เมตร จับเวลาเมื่อเริ่มเดิน ☐
- ☐ 0 ใช้เวลาน้อยกว่า 7 วินาที
- ☐ 1 ใช้เวลา 7 วินาทีขึ้นไป/ ไม่สามารถเดินได้
- 5 ผู้สูงอายุมีความอ่อนแรงของกำลังมือ แขน ขา ชัดเจน ☐
- ☐ 0 ไม่ใช่
- ☐ 1 ใช่
- คะแนนรวม ☐

ด้านที่ 5 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

รายการกิจกรรม		ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			คะแนน
		ทำได้ด้วยตนเอง รวมใช้อุปกรณ์ช่วย (1 คะแนน)	ทำด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึงทำได้ สำเร็จ (2 คะแนน)	ทำด้วยตนเอง ไม่ได้เลย (3 คะแนน)	
กิจกรรมพื้นฐาน	1 ลุกจากที่นอนหรือเตียง	(1)	(2)	(3)	
	2 ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	(1)	(2)	(3)	
	3 อาบน้ำ	(1)	(2)	(3)	
	4 สวมใส่เสื้อผ้า	(1)	(2)	(3)	
	5 ตัก/ หยิบอาหารรับประทาน	(1)	(2)	(3)	
	6 การใช้ห้องส้วมและทำความสะอาด หลังขับถ่าย	(1)	(2)	(3)	
	7 เดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	8 ขึ้นลงบันได 1 ชั้น	(1)	(2)	(3)	
		กลิ้งได้ปกติ	กลิ้งไม่ได้บางครั้ง	กลิ้งไม่ได้เลย (รวมสวน/ใส่สายสวน)	
	9 กลิ้งปัสสาวะ	(1)	(2)	(3)	
	10 กลิ้งอุจจาระ	(1)	(2)	(3)	
รายการกิจกรรม		ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			คะแนน
		ทำได้ด้วยตนเอง รวมใช้อุปกรณ์ช่วย (1 คะแนน)	ทำด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึงทำได้ สำเร็จ (2 คะแนน)	ทำด้วยตนเอง ไม่ได้เลย (3 คะแนน)	
กิจกรรมซับซ้อน	11 เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	12 ทำหรือเตรียมอาหาร	(1)	(2)	(3)	
	13 กวาด/ ถูบ้านหรือซักผ้า	(1)	(2)	(3)	
	14 การซื้อของ/ จ่ายตลาด	(1)	(2)	(3)	
	15 ใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะ เช่น รถโดยสาร รถเมล์ แท็กซี่ รถไฟ	(1)	(2)	(3)	
	16 การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	(1)	(2)	(3)	
คะแนนรวม					คะแนน

การแปลผลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

การคิดคะแนนเพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ด้านสังคม	การมองเห็น การได้ยิน	ภาวะหลงลืม ซึมเศร้า	ภาวะ เปราะบาง	กิจกรรม ประจำวัน
1	0-1	0	0	0	16-20
2	2	1	1	1-2	21-35
3	3	2	2	3-5	36-48

การคำนวณคะแนน

กลุ่ม	ด้านสังคม	การมองเห็น การได้ยิน	ภาวะหลงลืม ซึมเศร้า	ภาวะ เปราะบาง	กิจกรรม ประจำวัน
1	0	1	2	4	6
2	0	2	4	8	12
3	0	3	6	12	18
คะแนนรวม.....คะแนน					

การแปลผล

คะแนนรวม	การดูแล
0 – 16	◆ไม่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ◆สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
17 – 19	◆ต้องเฝ้าระวัง ◆ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี
20 ขึ้นไป	◆ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ◆ประเมินเพิ่มเติมโดย คณะกรรมการผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน* 1) โรคประจำตัว 2) ด้านสังคม 3) ภาวะซึมเศร้า 4) สมรรถภาพสมอง หรือ ภาวะสมองเสื่อม

* คณะกรรมการผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน ควรประกอบด้วย บุคลากรองค์กรปกครองท้องถิ่น (เทศบาล อบต.) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำเนา

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ ๑๘๙/๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน

โครงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาระบบบริการในส่วนภูมิภาคโดยดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาการพัฒนาน้อยกว่า ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิและรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจ. ภายในเขต ระดับเครือข่ายบริการ กรอบแนวคิดการพัฒนาสถานบริการสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องและเกิดประโยชน์ต่อราชการ เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงขั้นตอนการดำเนินงานซ้ำซ้อน สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะกรรมการโครงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

๑.๑ องค์ประกอบ

๑. นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ ๑๐	ที่ปรึกษา
๒. นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล	รองอธิบดีกรมการแพทย์	ประธานกรรมการ
๓. นพ.ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	รองประธาน
๔. พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี	รองประธาน
๕. นพ.ศักดิ์ชัย ธีระวิทยาคม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๖. ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๗. ศ.นพ.ประเสริฐ อดิศักดิ์ชัย	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	กรรมการ

๘. ผศ.พญ.วรลักษณ์...

๘. ผศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๙. รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๑๐. พ.ท.พญ.พัฒนศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๑๑. ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑๒. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี		กรรมการ
๑๓. พญ.อภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์	โรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๑๔. พญ.ศศิณี อภิชนกิจ	โรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๑๕. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง		กรรมการ
๑๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า		กรรมการ
๑๗. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย		กรรมการ
๑๘. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสีทอง		กรรมการ
๑๙. นางกรชนก วุฒิสมวงศ์กุล	โรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๐. นางสาวศศิภา จินาจัน	โรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๑. นางสาวธรรมรจา อุดม	โรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๒. นางเบญจพร สุธรรมชัย	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๓. นางสาวสมจินต์ โคมวัฒน์ชัย	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๔. นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๕. นางสาวอรรพรรณ คูหา	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๖. นางสาวนภัส แก้ววิเชียร	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ

๒๗. นางนิติกุล...

๒๗. นางนิตติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและ เลขานุการ
๒๘. ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙. นางสมฤดี เนียมหอม	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๒ อำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ
๒. เสนอแนะและให้การสนับสนุน การดำเนินงานเครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพให้บรรลุตามเป้าหมาย
๓. นำเสนอนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูง
๔. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. คณะทำงานโครงการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

๒.๑ องค์ประกอบ

๑. นพ.ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	ประธานกรรมการ
๒. พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี	รองประธาน
๓. ผศ.พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๔. รศ.นพ.วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๕. พ.ท.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๖. ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๗. นางอัมพร วารินทร์	สำนักงานสาธารณสุขจ.นนทบุรี	กรรมการ
๘. นางเบญจพร สุธรรมชัย	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๙. นางสาวสมจิณต์ โฉมวัฒนะชัย	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ

๑๐. นางสาวจิตนา...

๑๐. นางสาวจิตินภา วาณิชโรตม์	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑๑. นางสาวอรรณณ์ คูหา	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑๒. นางสาวนภัส แก้ววิเชียร	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑๓. นางนิติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและ เลขานุการ
๑๔. นางสาวอภิวรรณ ญัณฐมนวรกุล	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. นางสมฤดี เนียมหอม	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒ อำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดทำรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ
๒. ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายตามรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุฯ
๓. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ
๔. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่

เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ
การจัดทำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ
วันที่ 2 กรกฎาคม 2557 ณ โรงแรมตะวันนา กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.	นางสาวทัศนีย์ ศรีจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุข จ.ลำปาง
2.	นางรัชณี ศรีเจียงคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลำปาง จ.ลำปาง
3.	นางนงนุช ทองคำนุช	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.อุดรดิตถ์
4.	นางนิตดา ไส้สุบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลับแล จ.อุดรดิตถ์
5.	นางวงศ์จันทร์ นุตเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านโคก จ.อุดรดิตถ์
6.	นางอัมพร นาคมูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.แม่พูน จ.อุดรดิตถ์
7.	นางน้ำเค็ม คำเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรดิตถ์ จ.อุดรดิตถ์
8.	นางวิไลวรรณ ขาวเมืองน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรดิตถ์ จ.อุดรดิตถ์
9.	นางสาวไสวรรณ ทองงามขำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุข จ.พิจิตร
10.	นางนิรณรัตน์ รักดีวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พิจิตร จ.พิจิตร
11.	นางภัทรา ยิ่งเกี้ยว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี
12.	นางสุจิตรา ฉายภมรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี
13.	นางสกุล ทองเปลว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บางสีทอง จ.นนทบุรี
14.	นางสาวกิตติมา ล้มประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.สมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร
15.	นางสาวณิชาภา ตั้งสกุลระหง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.สมุทรสาคร
16.	นางฟูเฟีย โอหารส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี
17.	นางสาวธรรมรจา อุดม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี
18.	นางบุษย์ณกมล เรืองรักเรียน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี
19.	นายมานพ เชื้อมทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.สมุทรสาคร
20.	นางญาณิศา มณีเขียว	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.ชลบุรี จ.ชลบุรี
21.	นางสาวนฤมล ทองแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บางละมุง จ.ชลบุรี
22.	นางนฤมล สุนค์ดีสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพฯ นาเกลือ จ.ชลบุรี
23.	นางเบญจวรรณ น้าวฒนไพบูลย์	ผู้อำนวยการรพ.	รพ.สต.บ้านหนองหัวแรด จ.ชลบุรี
24.	นางอังคณา อังปิติมานะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.ขอนแก่น
25.	ดร.รติอร พรกรุณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ขอนแก่น จ.ขอนแก่น
26.	นางจิรสุตา กาญจนสถิตกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี จ.อุดรธานี
27.	นางอุไรลักษณ์ หมดคง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี จ.อุดรธานี
28.	นางเยาวเรศ อันสมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.อุดรธานี
29.	แพทย์หญิงสุจิต สุธเวষণ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
30.	นางมาลินี ฝ่ายเคนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.นครราชสีมา
31.	นางคลังพลอย เอื้อวิทยาสุกร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.มหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา
32.	นางสาวศพร อังตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.มหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
33.	นางนวลพรรณ พิมพ์สาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพชุมชนจ่อหอ จ.นครราชสีมา
34.	นางสาวสุกานดา ภาสอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
35.	นางธรรณ ใหญ่ไ้บาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หนองบัว จ.นครราชสีมา
36.	นางจิตติกาญจน์ หอมตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หนองบัว จ.นครราชสีมา
37.	นางฤดีวรรณ วงศ์เจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุข จ.อำนาจเจริญ
38.	นางเบญจมาศ วรรณโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อำนาจเจริญ จ.อำนาจเจริญ
39.	นางสาวนงลักษณ์ คชพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หัวตะพาน จ.อำนาจเจริญ
40.	นางสาวอัญชลี อูรารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หัวตะพาน จ.อำนาจเจริญ
41.	นางสาวอรนุช เวชรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.นครศรีธรรมราช
42.	นางรัตนา ศักรางกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพศ.นครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช
43.	นางราตรี ฤทธิรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช
44.	นางนิรมล ปัญญาทุตศักดิ์	หัวหน้าสถานีอนามัย	รพ.สต.บ้านสาขา จ.นครศรีธรรมราช
45.	นางมานิดา เสรีประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข จ.พัทลุง
46.	นางศุภนิช เหมือนพรรณราย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พัทลุง จ.พัทลุง
47.	นางวารินทร์ รอดคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ปันแต จ.พัทลุง
48.	นางเบญจพร สุธรรมชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
49.	นางสาวนภัส แก้ววิเชียร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
50.	นางสาวกมลลาศ ทองมีสิทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุข	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
51.	นางสาวสุจิตรา ดวงดี	นักวิชาการสาธารณสุข	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
52.	นายวัลลภ แสงขันติ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ

รายชื่อคณะทำงาน

1.	นางนิตกุล ทองน่วม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
2.	นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย	นักจิตวิทยา ชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
3.	นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
4.	นางสาวอรรณรรณ์ คูหา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
5.	นางสาวอภิวรรณ ณ์ธมวรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
6.	นางสมฤดี เนียมหอม	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
7.	นางสาวเกศรา ทิพย์กองลาด	นักวิชาการเงินและบัญชี	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
8.	นางสาวมิรันตี ศรีพรหม	นักวิชาการเงินและบัญชี	สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
9.	นส.กัลยพร นันทชัย	นักจิตวิทยาชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี
10.	นส.ศศิภา จินาจัน	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี
11.	นส.รุ่งทิพา เรืองชา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี
12.	นส.วลี คักดี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ จ.ชลบุรี