สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และชุดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

Flow of Management for Providing care, Treatment, and Referral services for the Elderly, with Health Data Set





แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา (Flow of Management) สุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน

เผยแพร่โดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 2 : กันยายน 2569

จำนวน : 2,500 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท ที.อาร์. มาร์เก็ตติ้ง แอนด์ มีเดีย แพลน จำกัด

ISBN (E-Book) : 978-616-11-5863-7

ISBN : 978-616-11-5869-9

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ
ห้ามลอกเลียนแบบส่วนหนึ่งส่วนใดของหนังสือเล่มนี้

คำนิยม

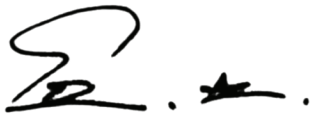
ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ความต้องการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติของการดูแล การรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ต้องมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วยสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนและแตกต่างจากวัยอื่น จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในทุกระดับบริการ

“แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา (Flow of Management) สุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นจากความร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากหลากหลายสาขา ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ปฏิบัติงานจริง ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ ทบทวน และรับฟังความคิดเห็นอย่างรอบด้าน เพื่อให้แนวทางนี้ตอบโจทย์สถานการณ์จริง สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำคัญ ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินซ้ำ วินิจฉัย รักษา ส่งต่อ และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง

ขอชื่นชม กรมการแพทย์ เป็นกรมวิชาการที่มีหน้าที่หลักด้านการพัฒนารูปแบบ แนวทาง องค์ความรู้ในการดูแลรักษาฟื้นฟูประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุ โดยมีหน่วยงานสำคัญคือสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นแกนหลักในการจัดทำแนวทางสำคัญฉบับนี้ขึ้นมาอย่างรอบคอบและสมบูรณ์ แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือ ร่วมใจระหว่างกรมวิชาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่มีเป้าหมายสำคัญในการร่วมกันส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการสุขภาพทุกมิติตามหลักวิชาการ และตามบริบทของผู้ปฏิบัติงาน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ ช่วยยกระดับคุณภาพบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุของไทย ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อจำเป็น ดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงความเป็น “พลังของสังคม” (Active Aging) ได้อย่างยาวนานที่สุด

ขอแสดงความยินดี และสนับสนุนให้มีการนำแนวทางนี้ไปสู่การใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป



นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำนิยม

ปัจจุบันปัญหาด้านโครงสร้างประชากร คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุ ผกผันกับกลุ่มวัยทำงาน และอัตราการเกิดการพึ่งพิงก็จะมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นและแนวโน้มก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นทวีคูณ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 38 มีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป และผู้สูงอายุจะมีภาวะต่างๆ ที่มีความไม่จำเพาะเจาะจง มีความซับซ้อน ดังนั้น การที่จะคงสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุได้คือการเร่งค้นหาปัญหาสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากการคัดกรองระดับต้น ส่งต่อไปยังบุคลากรเพื่อประเมินสุขภาพซ้ำ เมื่อพบว่ามีความเสี่ยง ก็มีแนวทางในการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างตรงประเด็น อันจะช่วยให้สามารถพบปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่รุนแรง ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล และที่สำคัญคือการชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

“แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา (Flow of Management) สุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นจากความร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากหลากหลายสาขา ประกอบด้วย คณาจารย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นักวิชาการจากกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น จึงสามารถการันตีได้ว่าแนวทางฯ ฉบับนี้มีเนื้อหาทางวิชาการที่ได้ถูกสังเคราะห์ ตกผลึก และกลั่นกรอง มาเป็นอย่างดี ทั้งจากทฤษฎีและประสบการณ์การทำงานโดยตรงทางเวชปฏิบัติ และการร่วมมือกันพิจารณาไปถึงการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตามศักยภาพของระดับสถานพยาบาลแต่ละระดับ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ นำไปใช้เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุ และกลุ่มที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ และขอชื่นชมทีมบรรณาธิการและคณะทำงาน ตลอดผู้ร่วมพัฒนาแนวทางฯ ทุกมิติ ที่สร้างองค์ความรู้ที่มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้งานได้จริง และขอสนับสนุนให้มีการนำแนวทางนี้ไปสู่การดูแลรักษาผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงต่อไป

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน
อธิบดีกรมการแพทย์

กิจกรรมการบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่าง ระบบ DMS Care Tools กับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)















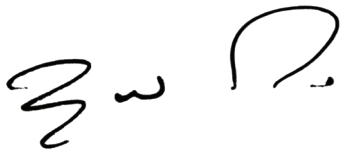
บทบรรณาธิการ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ด้วยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มนี้สะท้อนถึงความท้าทายด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุ ทั้งในมิติของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภาวะพึ่งพิง และกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางและเป็นระบบมากขึ้น

“แนวทางการให้บริการดูแล รักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set)” ฉบับนี้ จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษา ส่งต่อ และฟื้นฟูผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชุมชน

เนื้อหาในแนวทางฉบับนี้ครอบคลุม 9 ปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม สุขภาพช่องปาก การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะโภชนาการ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ระหว่างผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา การพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ ร่วมกับประสบการณ์จริงของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จากหน่วยบริการทุกระดับ พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประเทศ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีสุขภาพดี และเป็นพลังของสังคมได้อย่างยั่งยืน



(แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (Aged Society) ส่งผลให้การเตรียมพร้อมระบบการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อทราบถึงความเสี่ยงในระดับต้น ทั้งนี้ยังคงมีช่องว่าง (Gap) คือขาดแนวทาง รูปแบบ หรือวิธีการส่งต่อเข้ารับการดูแลรักษาฟื้นฟู นอกเหนือจากการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำแนวทางการให้บริการดูแลรักษาส่งต่อผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการคัดกรอง/ประเมินซ้ำโดยบุคลากร การวินิจฉัยโดยแพทย์ การรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสุขภาพโรคที่พบบ่อยและกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลที่ตรงประเด็นปัญหาถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีความเชื่อมโยงส่งต่อกันอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของเอกสารฉบับนี้ คือ การจัดทำแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) ที่เป็นมาตรฐานกลาง สำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพเป็นมิตรทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด

เนื้อหาในเอกสารฉบับนี้ ประกอบด้วยข้อมูลที่มีการพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) ให้เหมาะสมและง่ายต่อการใช้งานยิ่งขึ้น โดยแนวทางการให้บริการดูแลรักษาส่งต่อผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ 1. ภาวะสมองเสื่อม 2. ภาวะหกล้ม 3. สุขภาพช่องปาก 4.การมองเห็น 5.การได้ยิน 6.ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7.ภาวะโภชนาการ 8.การกลั้นปัสสาวะและ 9. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

โดยกระบวนการจัดทำแนวทางฯ ฉบับนี้ ผ่านการทบทวนวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการทำประชาพิจารณ์ (Mini Public Hearing) จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานจริงที่เป็นตัวแทนจากสถานบริการทุกระดับ จนเป็นข้อสรุปและได้นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินผลสุขภาพผู้สูงอายุ และออกมาเป็นจัดทำแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ (Flow of Management and Data Set) ซึ่งกระบวนนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลากว่า 2 ปี (ปี 2565 – 2567)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะให้แนวทางนี้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่เป็นมิตรต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยการต่อยอดไปถึงการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศคือ โดยได้พัฒนาเชื่อมโยงแนวทางฯ เข้ากับ ระบบ DMS Care Tools เพื่อลดภาระ และอำนวยความสะดวกผู้ปฏิบัติงาน และเน้นการทำงานคู่ขนานไปกับระบบงานที่ปฏิบัติจริงตามบริบท

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข จะสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และสามารถใช้แนวทางจากชุดข้อมูลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสมและเป็นมาตรฐานทุกระดับสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ทีมบรรณาธิการและคณะทำงาน

สารบัญ

คำนิยม..... 3

บทบรรณาธิการ..... 7

คำนำ..... 8

สารบัญ..... 9

ที่มาและความสำคัญ..... 11

ภาวะสมองเสื่อม..... 13

Flow of management ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ระดับ รพ.สต.ขึ้นไป..... 16

Flow of managementภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รพ.ระดับ A,S..... 17

ชุดข้อมูล เพื่อพิจารณา Data Set สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุส่งต่อเข้ารับการรักษาภาวะสมองเสื่อม
ในรพ.แต่ละระดับ..... 18

ICD - 10 ภาวะสมองเสื่อม..... 20

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม..... 21

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ..... 35

Flow of management ภาวะหกล้ม..... 37

ชุดข้อมูล เพื่อพิจารณา Data Set สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุส่งต่อเข้ารับการรักษา
ภาวะหกล้มในรพ.แต่ละระดับ 39

รหัส ICD-10 ภาวะหกล้ม..... 41

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะหกล้ม..... 48

สุขภาพช่องปาก..... 58

Flow of management สุขภาพช่องปาก..... 59

ชุดข้อมูล เพื่อพิจารณา Data Set สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุส่งต่อเข้ารับการรักษาสุขภาพช่องปาก..... 60

ICD -10/ ICD-10-TM 2022/ ICD-9-CM สุขภาพช่องปาก..... 62

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองสุขภาพช่องปาก..... 70

การมองเห็น..... 73

Flow of management การดูแลสายตาผิดปกติในผู้สูงอายุ..... 76

Flow of management การดูแลโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ..... 78

สารบัญ

Flow of management การดูแลโรคต้อหินในผู้สูงอายุ..... 79

Flow of management การดูแลโรคต้อเนื้อในผู้สูงอายุ..... 80

Flow of management การดูแลเบาหวานขึ้นตาในผู้สูงอายุ..... 81

ชุดข้อมูล เพื่อพิจารณา Data Set สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุส่งต่อเข้ารับการรักษา
การดูแลสายตาผิดปกติในผู้สูงอายุ..... 82

ICD – 10 การมองเห็น..... 88

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการมองเห็น..... 100

การได้ยิน..... 103

Flow of management การได้ยินในผู้สูงอายุ..... 106

ชุดข้อมูล เพื่อพิจารณา Data Set สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุส่งต่อเข้ารับการรักษาด้านการได้ยิน
(HEARING LOSS) ใน รพ.แต่ละระดับ..... 108

ICD – 10 การได้ยิน..... 110

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการได้ยิน..... 111

ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย..... 113

Flow of management แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย..... 116

แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า (กลุ่มผู้สูงอายุ) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์..... 117

ชุดข้อมูล เพื่อพิจารณา Data Set สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุส่งต่อเข้ารับการรักษาด้านภาวะซึมเศร้า
ใน รพ.แต่ละระดับ..... 118

ICD – 10 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย..... 125

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย..... 127

QR Code แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา (Flow of Management) สุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน..... 130

การบูรณาการ Flow of Management ทั้ง 9 ด้าน ไปสู่ระบบ DMS Care Tools
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเชื่อมโยง 131

ดัชนีแนวทางการให้บริการดูแล รักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 135

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14) (คู่มืองานสนามโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ทำให้เห็นว่าอัตราการเพิ่มขึ้น ของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนับเป็นปัญหาที่ท้าทายในอนาคตต่อระบบและนโยบายทางสาธารณสุขของประเทศไทย การดูแลประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศจึงมีความจำเป็นอย่างมาก การเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่พบบ่อยและกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) จึงมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดโรคที่พบบ่อยและกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้มีการส่งเสริมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับทุกติยภูมิเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ประเมิน ดูแลรักษาและส่งต่ออย่างครบถ้วนและเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมวิชาการต่างๆ จึงได้พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นได้ รวมทั้งเพื่ออำนวยความสะดวกและจัดเก็บข้อมูลในการคัดกรองและประเมินสุขภาผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้พัฒนาระบบ DMS Care Tools (ระบบ Aging Health Data เดิม) เป็นเครื่องมือที่อำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) ได้โดยเร็วช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อดูแลรักษา และเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูล Aging Data ของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโดยการนำมาเข้าตั้งต้นข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อประเมินซ้ำ วินิจฉัย รักษา และติดตามสถานะการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ประมวลผลสุขภาพทุกด้านตามหลักวิชาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมตรงประเด็นปัญหา การจัดระบบบริการหลังการคัดกรองเบื้องต้น แล้วพบกลุ่มเสี่ยง (Secondary Care) ส่งต่อเชื่อมโยงในสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมถึงเป็นแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมและเป็นมิตรต่อผู้ปฏิบัติงานโดยเริ่มจากกระบวนการวิเคราะห์สังเคราะห์แนวทางการให้บริการ ดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) ทั้งหมด 9 เรื่อง ได้แก่ 1. ภาวะสมองเสื่อม 2. ภาวะหกล้ม 3. สุขภาพช่องปาก 4. การมองเห็น 5. การได้ยิน 6. ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7. ภาวะโภชนาการ 8. การกลั้นปัสสาวะและ 9. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ซึ่งได้มีกระบวนการจัดทำแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) ทั้ง 9 เรื่อง ดังนี้

วันเดือนปี	กระบวนการดำเนินงาน
20 ธันวาคม 2565	การทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา เพื่อจัดทำ (ร่าง) Flow of management และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ครั้งที่ 1
26 – 28 ธันวาคม 2565	Workshop (ครั้งที่ 1) จัดทำ (ร่าง) Flow of Management เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้มและสุขภาพช่องปาก โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานตัวแทนหน่วยงานเป็น CUP ณ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
กุมภาพันธ์ 2566	นำส่ง (ร่าง) Flow of Management ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ครั้งที่ 2
3 – 5 เมษายน 2566	Workshop (ครั้งที่ 2) จัดทำ (ร่าง) Flow of Management เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้มและสุขภาพช่องปาก โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานตัวแทนหน่วยงานเป็น CUP ณ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
19 และ 25 พฤษภาคม 2566	จัดทำ Mini Public Hearing เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้มและสุขภาพช่องปาก กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั่วประเทศ ผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom Meeting)
22 พฤษภาคม 2566	นำเสนอ แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้มและสุขภาพช่องปาก ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1/2566 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์
20 – 21 ธันวาคม 2566	ประชุมสื่อสารและชี้แจงนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร
28 มีนาคม 2567	ประชุมพิจารณาสรุปและเพิ่มเติม แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องการมองเห็น การได้ยิน และภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 1
22 เมษายน 2567	รวบรวมผลพิจารณาสรุปและเพิ่มเติม แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) จากผู้เชี่ยวชาญเรื่องการมองเห็น การได้ยิน และภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
28 – 29 เมษายน 2567	ประชุมเชิงปฏิบัติการเผยแพร่ (Flow of Management and Data Set) เรื่องการมองเห็น การได้ยิน และภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมองจากสาเหตุต่างๆ ส่งผลต่อการทำงานของสมองในหลายๆ ด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวรจนส่งผลต่อกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ

สาเหตุ

การสร้างและสะสมโปรตีนที่ผิดปกติบางชนิดในเซลล์สมองทำให้เซลล์สองตาย เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อม จาก Lewy body โรคสมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน Pick's disease

1. ภาวะหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองที่ผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการ ตีบ แตก หรือตัน โดยมากเกิดจากโรคประจำตัว หรือ โรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น
2. การได้รับสารพิษ หรือการบาดเจ็บที่กระทบกระเทือนเซลล์สมอง เช่น อุบัติเหตุกระแทกบริเวณศีรษะ ภาวะพิษจากแอลกอฮอล์ หรือสารพิษ
3. การติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส Creutzfeldt-Jakob Disease
4. ความแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกบางอย่าง เช่น ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยเกินไป

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยเบื้องต้นทำได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรสอบถามทั้งจากผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแล ให้ครอบคลุมถึงประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านของตัวโรคควรตรวจสอบถามถึงอาการเริ่มต้นระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติ อาการอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วย เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ปัญหาทางอารมณ์ อาการทางจิตเวชต่างๆ เป็นต้น ตามเกณฑ์ DSM V ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีการสูญเสีย cognitive function อย่างน้อย 1 ใน 6 ด้าน Visuospatial, function, executive function, language, memory และ attention social เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ชัดเจนโดย

   1.1 ผู้ป่วย ญาติ หรือแพทย์ผู้ให้การดูแลให้ประวัติว่ามีการสูญเสีย cognitive function

   1.2 มีหลักฐานการยืนยันถึงความบกพร่องของ cognitive function
2. การสูญเสีย cognitive function ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยลำพังของผู้ป่วย
3. การสูญเสีย cognitive function ไม่ได้เกิดพร้อมกับภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
4. การสูญเสีย cognitive function ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

การตรวจร่างกายควรตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันเลือด เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การจับชีพจร เพื่อดูความสม่ำเสมอและค้นหาการเต้นของหัวใจที่ผิดจังหวะฟังเสียงหัวใจเพื่อตรวจหาภาวะผิดปกติของลิ้นหัวใจ รวมถึงการตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด

การตรวจสมรรถภาพสมองถือเป็นการตรวจที่ควรทำเป็นพิเศษในผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม โดยบุคลากรทางสุขภาพสามารถเลือกใช้เครื่องมือที่ตนเองถนัด ได้แก่ Thai Mental State Examination (TMSE), Mini-Mental State Examination ฉบับบภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับการซักประวัติและตรวจร่างกายเป็นหลัก โดยทั่วไปมักจะนิยมส่งเลือดตรวจ complete blood count, electrolytes, BUN, creatinine, Rapid plasma regain test, thyroid stimulating hormone และ ระดับวิตามิน ขาด Folate B12 เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการส่งตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งจะพิจารณส่งตรวจในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 65 ปี
- อาการเริ่มขึ้นอย่างทันทีทันใด หรืออาการเลวลงในเวลาอันรวดเร็ว
- ตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่หรือมีความผิดปกติไม่เท่ากันของร่างกายทั้งสองข้าง
- จากการซักประวัติและตรวจร่างกายบ่งบอกถึงภาวะน้ำเลี้ยงสมองคั่งในโพรงสมอง (normal pressure hydrocephalus)
- ประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณศีรษะหรือพลัดตกหกล้มมาไม่นานก่อนที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม

การรักษา

วัตถุประสงค์หลักของการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง เกิดภาวะพึ่งพิงให้น้อยที่สุด ทั้งนี้แนวทางการรักษามีหลักการคิดแบบง่าย คือ “ABC” ซึ่งมี รายละเอียด ดังนี้

A : Activities of Daily Living (ADL) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

B : Behavioral and psychological disorders (BPSD) หมายถึง ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

C :1. Cognition หมายถึง ความสามารถทางสมองโดยรวมของผู้ป่วย และ 2. Caregiver หมายถึง การประเมินผู้ดูแลและญาติของผู้ป่วยถึงความต้องการความช่วยเหลือ ความเครียด และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยการรักษา ภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาและการใช้ยา ดังต่อไปนี้

1. การรักษาภาวะสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุคงสมรรถภาพสมองไว้ให้ได้นานที่สุด ผ่านทางการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันด้วยเทคนิคแบบต่างๆ การฟื้นฟูความจำในอดีต การให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจและมีความสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การจัดการความปลอดภัย ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้ป่วยเช่นเดียวกับผู้สูงอายุรายอื่นๆ และส่งเสริมให้ได้รับการเสริมภูมิคุ้มกันต่างๆ อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้นานขึ้น โดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปดูแลที่สถานบริบาลคนชรา

2. การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้ยา ยาในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้หรือทำให้สมองของผู้ป่วยกลับมาทำงานเป็นปกติได้ ยาเหล่านี้มีไว้เพื่อชะลอความเสื่อมของสมองและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เท่านั้น หลักการการเลือกยาใช้ยาไม่ต่างจากการใช้ยารักษาโรคอื่นๆ ในผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในการรักษาซึ่งหมายถึง ยากลุ่มนี้ใช้ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วเท่านั้น ยากลุ่มนี้ไม่สามารถนำมาใช้ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่ยังไม่มีอาการได้ ควรคำนึงถึงการทำงานของตับและไต รวมถึงผู้ใช้ยาต้องรู้ผลข้างเคียงของยาและปฏิกิริยาระหว่างยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยใช้อยู่

ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

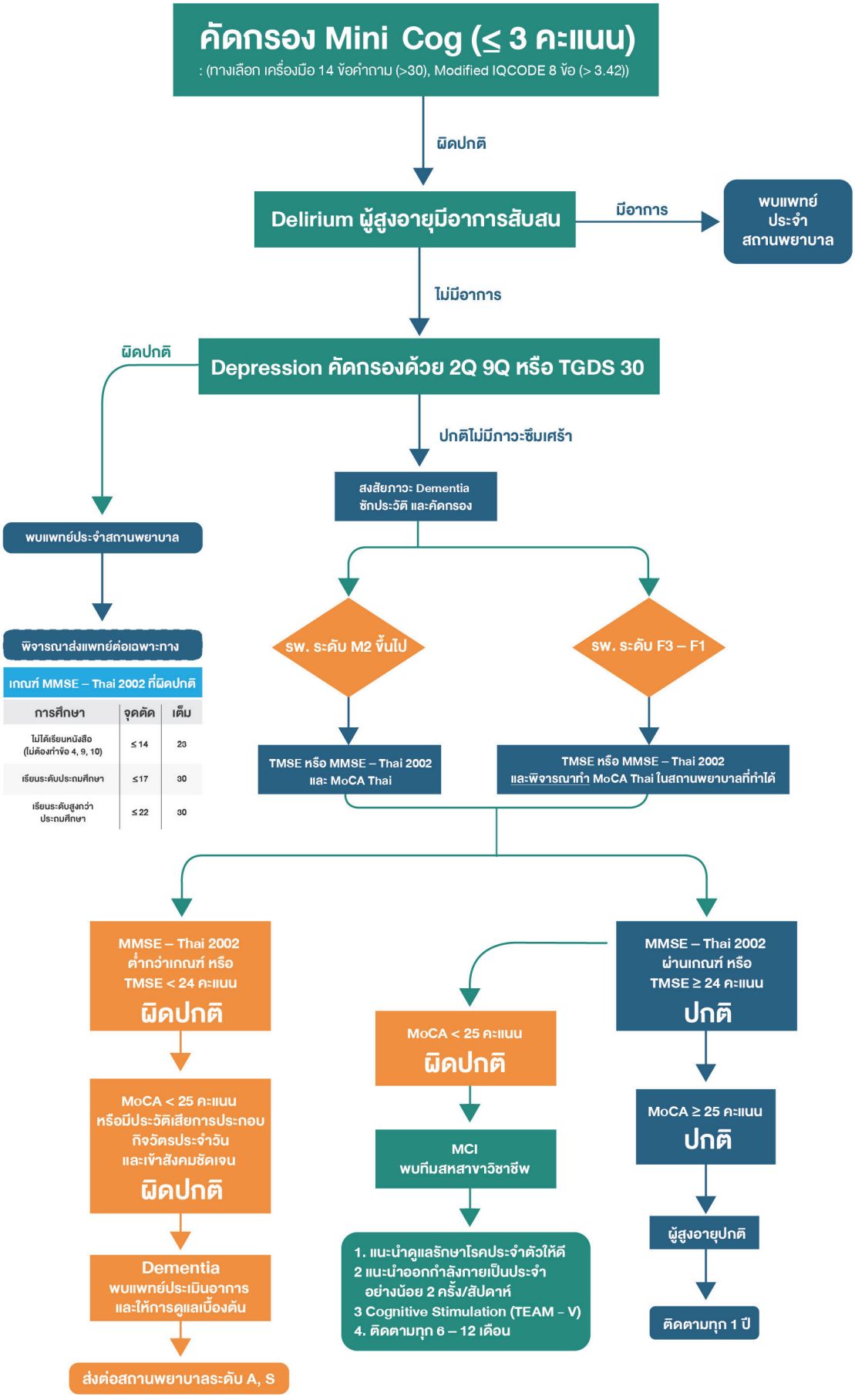
1. Cholinesterase Inhibitors (ChEIs) ยากลุ่มนี้ในปัจจุบันมีทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ Donepezil, Rivastigmine, Galantamine ยากลุ่มนี้จะไปลดการทำลายของสารสื่อประสาทกลุ่ม acetylcholine ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงความสามารถในด้านความจำ และการช่วยเหลือตนเองได้นานขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยากลุ่มนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ฝันร้าย ปวดศีรษะ มึนงง รวมถึงการเต้นของหัวใจผิดปกติ ซึ่งวิธีการลดผลข้างเคียงของยาสามารถทำได้โดยการเริ่มยาขนาดน้อยที่สุดและค่อยๆ เพิ่มปริมาณยาอย่างช้าๆ (start low ,go slow) รวมถึงตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยาแต่ละชนิด และทราบถึงโรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย

2. Memantine เป็นยาที่ช่วยการทำงานของสมองไม่ให้ถูกกระตุ้นมากเกินไป โดยการลดการกระตุ้นสารสื่อประสาทในกลุ่ม glutamate ต่อเซลล์สมองทำให้เซลล์เหล่านี้ตายช้าลง Memantine มีข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางและระยะท้าย เพื่อคงความสามารถของสมองในด้านความจำและการช่วยเหลือตนเอง และควบคุมปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยาในกลุ่มนี้คือปวดศีรษะ มึนงง อาจทำให้อาการหลอน หวาดระแวงเป็นมากขึ้นได้

สรุป

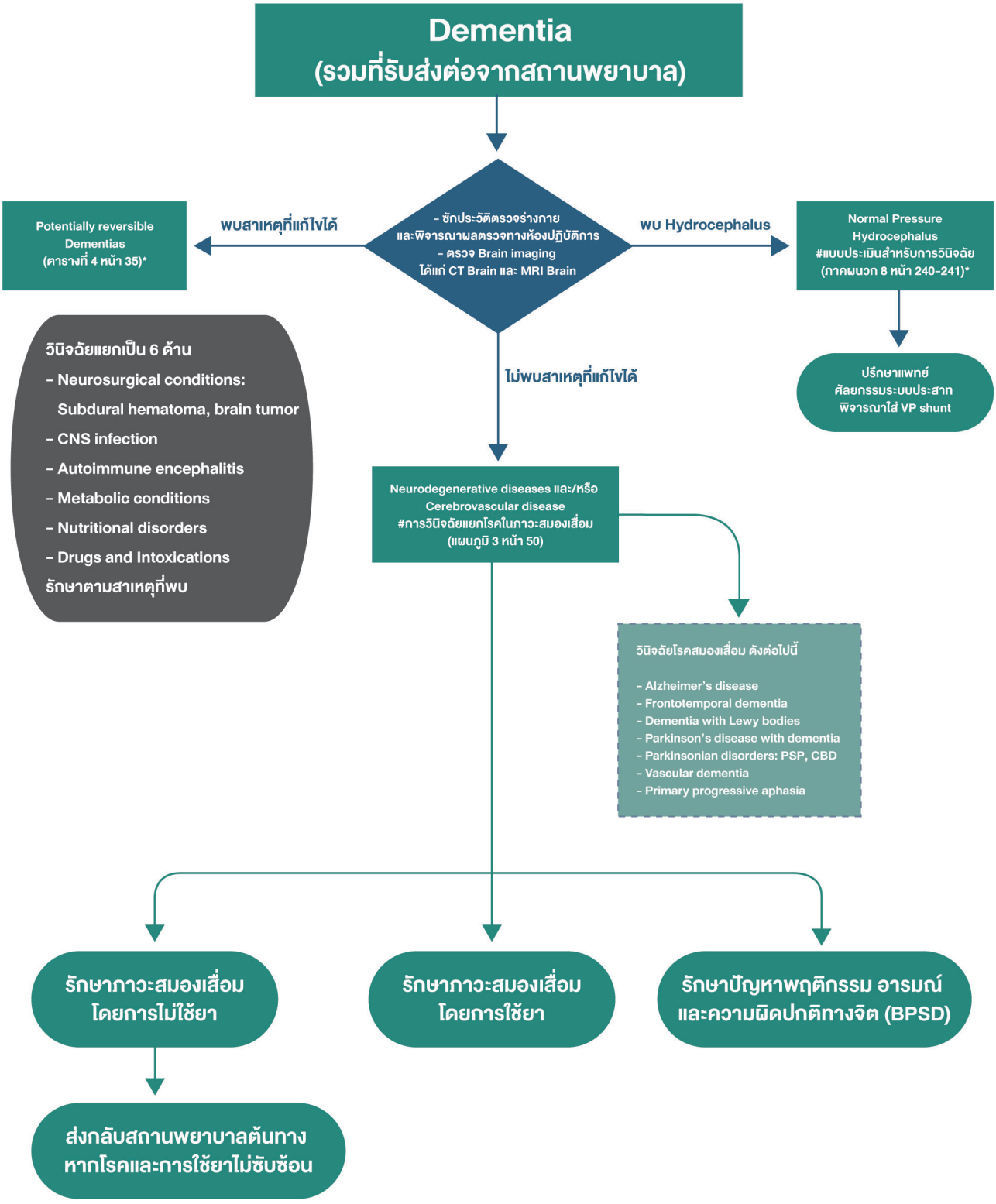
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพควรให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายอย่างละเอียด การรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุด เกิดภาวะพึ่งพิงให้น้อยที่สุด

Flow of management ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ระดับ รพ.สต.ขึ้นไป



Flow of management ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รพ. ระดับ A, S

รวม รพ. ระดับ M2 ขึ้นไป ที่มีแพทย์เฉพาะทาง



***อ้างถึงข้อมูลในแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563)**

ชุดข้อมูล (Data Set)
สำหรับส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุด้านภาวะสมองเสื่อม ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

ระดับสถานบริการ	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	เครื่องมือ	ผลการประเมิน	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
รพ.สต.	อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไป	- Mini – Cog - AMT -14 ข้อคำถาม - Modified IQCODE 8 ข้อ	ปกติ	รหัส SPECIAL PP AMT : 1B1220 Mini - Cog : 1B1020
			มีความเสี่ยง - Mini – Cog (คะแนน ≤ 3 คะแนน) - AMT (คะแนน ≤ 7 คะแนน) - 14 ข้อคำถาม (คะแนน >30 คะแนน) - Modified IQCODE 8 ข้อ (คะแนน ≥ 3.42 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP AMT : 1B1221 AMT : 1B1223 Mini - Cog : 1B1021 Mini - Cog : 1B1022
รพ. ระดับ F3 ขึ้นไป	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไป	- 2Q - 9Q - TGDS 30*	ปกติ	รหัส SPECIAL PP 2Q : 1B0280 1B0210 9Q : 1B0282 TGDS 30 : 1B1040
			ผิดปกติ	รหัส SPECIAL PP 2Q : 1B0281 1B0211 9Q : 1B0283 1B0284 1B0285 TGDS 30 : 1B1041 1B1042 1B1043

ระดับสถานบริการ	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	เครื่องมือ	ผลการประเมิน	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
รพ.ระดับ F3 ขึ้นไป	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไปที่ได้รับการฝึกอบรม	- MMSE – Thai 2002 - TMSE*	ปกติ	รหัส SPECIAL PP MMSE : 1B1224
			ผิดปกติ - MMSE – Thai 2002 (ตามเกณฑ์ผิดปกติ) - TMSE (คะแนน < 24 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP MMSE : 1B1225 1B1226 1B1229 TMSE ไม่มี รหัส SPECIAL PP
รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปและ รพ.ระดับ M2 ขึ้นไป ควรทำได้	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไป ที่ได้รับการฝึกอบรม	- MoCA*	ปกติ	รหัส SPECIAL PP 1B1030
			ผิดปกติ (คะแนน < 25 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP 1B1031 1B1032
	แพทย์	วินิจฉัยโรคสมองเสื่อม		รหัส ICD – 10 **

* แบบประเมินที่ยังไม่มีรหัสใน แฟ้ม SPECIAL PP (43 แฟ้ม)

ICD - 10 ภาวะสมองเสื่อม

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
F00	G30.-+	Dementia in Alzheimer’s disease
F000	G30.0*	Dementia in Alzheimer’s disease with early onset
F001	G30.1*	Dementia in Alzheimer’s disease with late onset
F002	G30.8*	Dementia in Alzheimer’s disease, atypical ormixed type
F009	G30.9*	Dementia in Alzheimer’s disease\, unspecified
F01		Vascular dementia
F010		Vascular dementia of acute onset
F011		Multi-infarct dementia
F012		Subcortical vascular dementia
F013		Mixed cortical and subcortical vascular dementia
F018		Other vascular dementia
F019		Vasclar dementia, uspecified
F02		Dementia in other diseases classified elsewhere
F020	G31.0*	Dementia in Pick’s disease
F021	A81.0*	Dementia in Creutzfedt-Jakob disease
F022	G10*	Dementia in Huntington’s disease
F023	G20*	Dementia in Parkinson’s disease
F024	B22.0*	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease
F028		Dementia in other specified diseases classified elsewhere
F03		Unspecified dementia
F067	F06.7	Mild cognitive disorder
G318		Dementia with Lewy bodies
G231		Parkinsonian disorders: PSP
G310		Circumscribed brain atrophy
G318		Other specified degenerative diseases of nervous system (unspecific dementia)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองภาวะรู้คิดในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกจะต้องเป็นจริงขณะทำการสอบถาม

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

การแปลผล

ถ้าตอบ **“ถูก” ≤ 7 ข้อ** แสดงว่า **การรู้คิดผิดปกติ (Abnormal Cognitive Function)** ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

เอกสารประกอบการทดสอบสภาพสมอง : AMT

คู่มือการทดสอบสภาพสมอง : AMT

1. อายุ...เท่าไร	“อายุ” เป็นอายุจริงของผู้ถูกทดสอบ ต้องตอบเป็นตัวเลขเท่านั้นจึงจะถือว่าตอบถูก
2. ขณะนี้เวลา...อะไร	“เวลา” เป็นเวลาขณะทำการทดสอบ - กรณีผู้ถูกทอดสอบดูนาฬิกาต้องตอบ ณ เวลานั้นจึงจะถือว่าตอบถูก - กรณีผู้ถูกทอดสอบไม่ได้ดูนาฬกา อาจตอบเป็น เช้า เที่ยง บ่าย เย็น ฯลฯ
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ...	“ที่อยู่ปัจจุบัน” อาจตอบแบบครบถ้วน เช่น 50/1 หมู่ที่ 7 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี หรือ ตอบเฉพาะตำบล อำเภอ จังหวัด
4. ปีนี้...ปีอะไร	“ปี” ใช้ตามปฏิทินสากล เช่น พ.ศ. 2541 ค.ศ.1998 หรือ ปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร...	“สถานที่” เป็นสถานที่ ณ วันที่ทำการทดสอบ เช่น บ้าน โรงพยาบาล
6. คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี้คือใคร...(ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ)	ต้องตอบถูกทั้งสองคน เช่น หมอ ลูก จึงจะถือว่าตอบถูก
7. วันเดือนปีเกิดของท่านคือ...	ต้องตอบถูกทั้ง 3 คำตอบจึงจะถือว่าตอบถูก โดย - วัน หมายถึงวันที่เกิด ใช้ตามปฏิทินสากลหรือจันทรคติต้องตอบเป็นตัวเลข - เดือน หมายถึงเดือนเกิด ใช้ตามปฏิทินสากล (มกราคมถึงธันวาคม) หรือจันทรคติ (เดือนอ้าย ถึง เดือน 12) - ปี หมายถึงปีเกิด ใช้ตามปฏิทินสากล (พ.ศ.2541 ค.ศ.1998) หรือ ปีนักษัตร (ชวด ถึง กุน)
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร...	ถ้าตอบ 2516 หรือ 16 จึงจะถือว่าตอบถูก
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร...	- ถ้าตอบเป็น “พระนาม” จึงจะถือว่าตอบถูก เช่น ภูมิพลอดุลยเดช - ถ้าตอบ “คำแทนพระนาม” ถือว่าตอบผิด เช่น ในหลวง พ่อหลวง รัชกาลที่ 9
10. ให้นับถอยหลัง 20 จนถึง 1	ต้องตอบ 20 19 18 17 16 ... จนถึง 1 จึงจะถือว่าตอบถูก

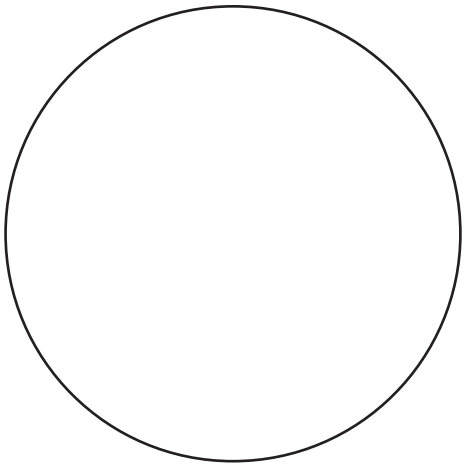
ดัดแปลงมามาจาก : H.M.Hodkinson. (1972) Evaluate of mental test score for assessment of metal impairment in the elderly. Age and Ageing 1. 233

Mini-Cog

1. Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี๋ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี๋ยวจะกลับมาถามซ้ำ”

◯ **หลานสาว** ◯ **สวรรค์** ◯ **ภูเขา**

2. Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. ☐



3. Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ3คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

◯ **หลานสาว** ◯ **สวรรค์** ◯ **ภูเขา** ..... ☐

รวมคะแนน ☐

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม ≤3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

ที่มา : Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16 อ้างอิงจาก สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย 2561-2562

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

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

การพิจารณา

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

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

วิธีการ สอบถามผู้สูงอายุถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์ ถามทีละข้อไม่ช้าหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

คำถาม	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 หลับมากไป	0	1	2	3
4 เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5 เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7 สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8 พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 27 คะแนน

<7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

≥19 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ที่มา : คู่มือวิทยากรการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ปี 2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย

Thai Geriatric Depression Scale : TGDS 30

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ **"ใช่"** ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ **"ไม่ใช่"** ถ้าข้อความนั้น**ไม่ตรง**กับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวายกระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24.	ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ อยู่เสมอ			
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
26.	ท่านมีความตั้งใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
รวม				

หมายเหตุ

1. การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล

* ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน
* ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน
* ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน
* ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน

การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย :

MMSE – Thai 2002

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ไม่ต้องทำข้อ 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 ที่นี่อยู่ในอำเภออะไร

2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร

2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร

2.2 **กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ**

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร **และ** เลขที่เท่าไร

2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ้ม ย่าน ถนน) อะไร

2.2.3 ที่นี่อำเภอ หรือ เขตอะไร

2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร

2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร

3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง **(3 คะแนน)** .....

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังดีๆ นะคะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี๋ยวจะถามซ้ำ

◯ **ดอกไม้** ◯ **แม่น้ำ** ◯ **รถไฟ**

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

◯ **ต้นไม้** ◯ **ทะเล** ◯ **รถยนต์**

4. Attention or Calculation : ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ **(5 คะแนน)** .....

ถามผู้ถูกทดสอบว่า“คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา,ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า—สระอะ—นอหนู—สระอา—วอแหวน

คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)”

....

ว า น ะ ม

5. Recall : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว **(3 คะแนน)** .....

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

◯ **ดอกไม้** ◯ **แม่น้ำ** ◯ **รถไฟ**

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

◯ **ต้นไม้** ◯ **ทะเล** ◯ **รถยนต์**

6. Naming : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น **(2 คะแนน)** .....

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. **Repetition :** ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน **(1 คะแนน)** .....

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)พูดตามผม (ดิฉัน)

จะบอกเพียงเที่ยวเดียว **“ใครใคร่ขายไก่ไข่”**

8. **Verbal command :** ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง **(3 คะแนน)** .....

ข้อนี้ให้ทำตามที่บอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) รับด้วยมือขวา

พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

◯รับด้วยมือขวา ◯พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง ◯วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

9. **Written command :** ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย **(1 คะแนน)** .....

ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า **“หลับตา”**

◯หลับตาได้

10. **Writing :** ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย **(1 คะแนน)** .....

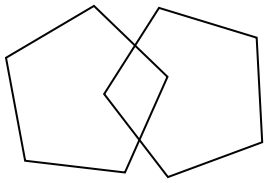
ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

.....

◯ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ **(1 คะแนน)** .....

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



เกณฑ์การประเมิน

ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (cut-off point) ให้สงสัยว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (cognitive impairment)

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

ที่มา : คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Thai Mental State Examination: TMSE

1. Orientation (6 คะแนน) ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบ

1.1 วันนี้ เป็นวันอะไร ..... ☐

1.2 วันนี้ วันที่เท่าไร ..... ☐

1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร ..... ☐

1.4 ขณะนี้เป็นช่วงเวลาอะไรของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น) ..... ☐

1.5 ที่นี่ที่ไหน ..... ☐

1.6 คนที่เห็นในภาพนี้อาชีพอะไร ..... ☐

2. Registration (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “เดี๋ยวจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้ฟังดีๆ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี๋ยวจะกลับมาถามซ้ำ (พูดห่างกันคำละ 1 วินาที)

◯ **ต้นไม้** ◯ **รถยนต์** ◯ **มือ** ..... ☐

3. Attention (5 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกวันในหนึ่งสัปดาห์ถอยหลัง โดยเริ่มจากวันอาทิตย์ ถอยไปเป็นวันเสาร์ ถอยต่อไปเรื่อย ๆ จนครบสัปดาห์ (การให้คะแนน : คำตอบต้องมีความต่อเนื่อง)

◯ **ศุกร์** ◯ **พฤหัสบดี** ◯ **พุธ** ◯ **อังคาร** ◯ **จันทร์** ..... ☐

4. Calculation (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้คิดเลข 100-7 ไปเรื่อยๆ3 ครั้ง”

◯ ..... ◯ ..... ◯ .... ☐

5. Language (10 คะแนน)

5.1 ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “สิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ..... ☐

5.2 ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “สิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ..... ☐

5.3 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่าให้ฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีแล้วพูดตาม ..... ☐

“ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

5.4 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบให้ทำตามคำสั่ง “ให้หยิบกระดาษด้วยมือขวา เอาไปพับครึ่งและส่งกระดาษคืนมา” (3 คะแนน)

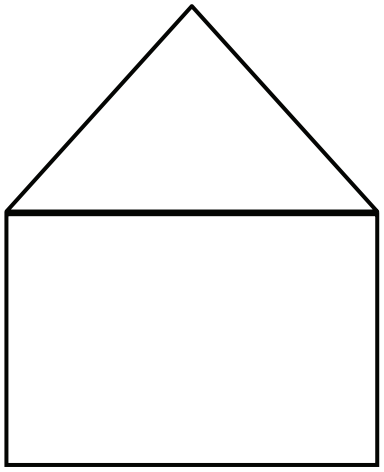
หยิบด้วยมือขวา พับครึ่ง ส่งคืนให้ผู้ทดสอบ ..... ☐

5.5 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่าให้อ่านคำว่า “หลับตา” แล้วทำตาม ..... ☐

หลับตา

5.6 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่าให้วาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด ..... ☐

(2 คะแนน)



5.7 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับหมาเหมือนกันคือ” ..... ☐

6. Recall (3 คะแนน) ผู้ทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบบอกสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

◯ **ต้นไม้** ◯ **รถยนต์** ◯ **มือ** ..... ☐

รวมคะแนน ☐

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม <24 คะแนน ถือว่า มีภาวะ Cognitive impairment คือ มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

ที่มา : กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย สารศิริราช 45(6) มิถุนายน 2536 : 359-374__

เอกสารอ้างอิง

1. Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinicaland educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or researchpurposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16อ้างอิงมาจาก สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย 2561-2562
2. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย สารศิริราช 45(6) มิถุนายน 2536 : 359-374
4. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรกฎาคม 2567 : 26-35.
5. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สิงหาคม 2564 : 23-30
6. นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS). Siriraj Medical Journal. 46(1), 1-9.

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

ภาวะหกล้มเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นภาวะหกล้มนำไปสู่ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก ความพิการ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและ การเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเอง รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติ ครอบครัวและสังคมโดยส่วนรวม การป้องกันภาวะหกล้มแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันภาวะหกล้มระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มโดยการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ยังไม่เกิดภาวะหกล้ม การส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันหรือชะลอความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่อการเกิดภาวะหกล้ม

- การให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนเพราะกระดูกหักง่ายกว่าปกติ ซึ่งการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องให้ผู้สูงอายุ เห็นความสำคัญในการระมัดระวังไม่ให้หกล้ม โดยสามารถป้องกันภาวะหกล้มได้ด้วย
- การออกกำลังกายสม่ำเสมอในด้านกำลังกล้ามเนื้อ ความคงทน ความยืดหยุ่น และการทรงตัว เพื่อให้การทำงานของกล้ามเนื้อ ข้อต่อและการทรงตัวเป็นปกติ
- มาตรการความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
    - ติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมืดที่ผ่านบ่อยๆ โดยปุ่มปิดเปิดไฟอยู่ใกล้มือเอื้อม
    - มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น ไม่กีดขวางทางเดิน และต้องแข็งแรง มั่นคง อยู่สูงจากพื้น มองเห็นได้ง่าย ไม่ย้ายที่บ่อยๆ
    - เตียงนอน เก้าอี้ โถส้วม มีความสูงพอเหมาะ ไม่ต่ำหรือสูงเกินไป
    - ทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอดขั้นบันได มีลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร ลูกนอนเมื่อหักส่วนที่ขั้นบันไดเหลื่อมกันออกแล้วเหลือความกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร และมีขนาดสม่ำเสมอตลอดช่วงบันได ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มควรนอน ชั้นล่างของบ้าน
    - พื้นห้องสม่ำเสมอ ผิวเรียบ เป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะห้องน้ำ บริเวณเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่วางสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟของเครื่องใช้ไฟฟ้า
    - หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ในบริเวณที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะเวลากลางคืน

2. การป้องกันภาวะหกล้มระดับทุติยภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะหกล้มได้มาก โดยการตรวจสุขภาพเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่อภาวะหกล้มตั้งแต่ระยะแรกให้หมดไปหรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งการประเมินความเสี่ยงสำหรับผู้ที่ไม่เคยหกล้มโดยการตรวจท่าเดิน การทรงตัว เป็นการประเมินที่ได้ผลที่สุดในการป้องกันภาวะหกล้ม ยุทธวิธีนี้มุ่งเน้นแก้ไขปัจจัยเสี่ยง

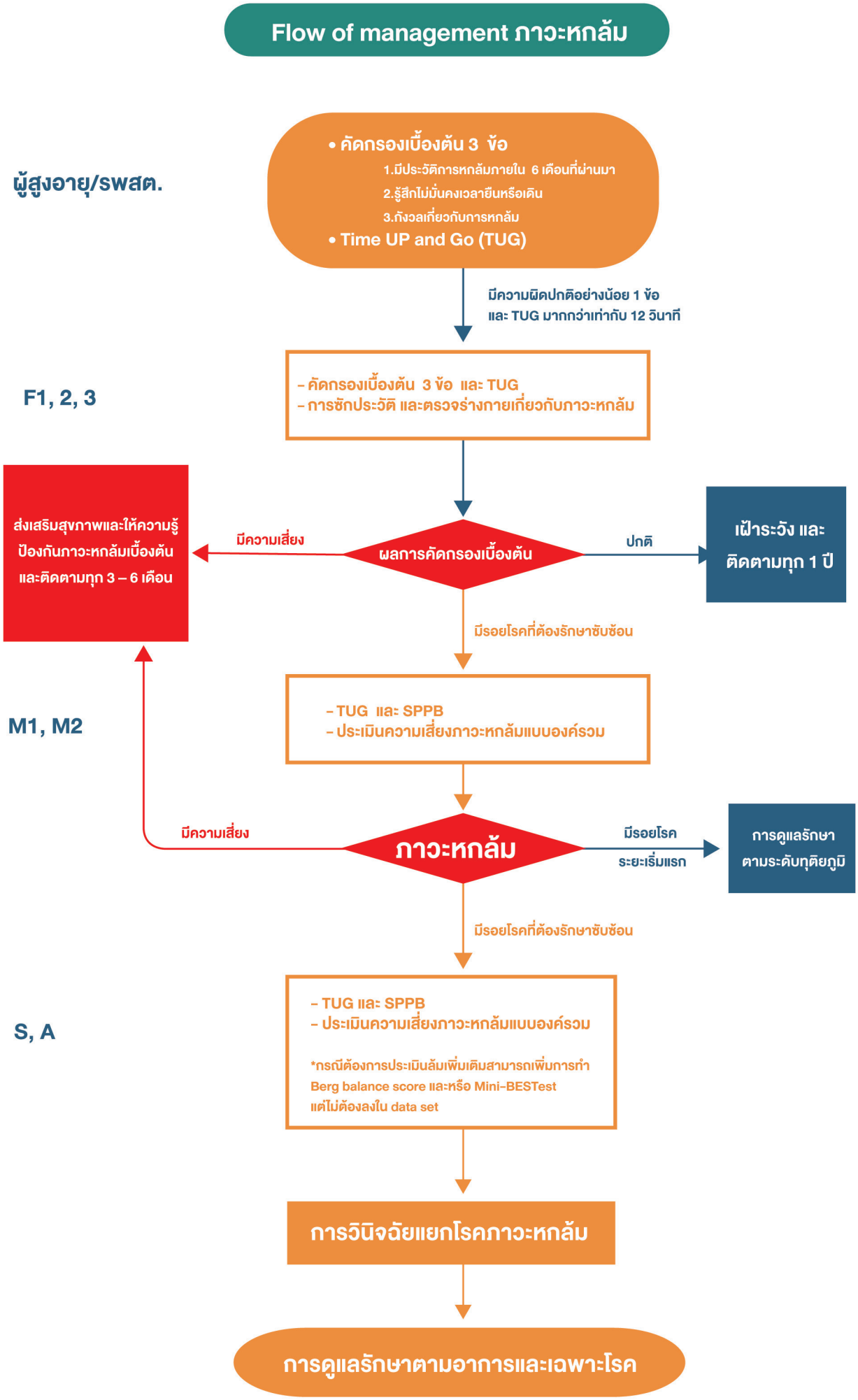
- ความผิดปกติของการมองเห็น ผู้ที่มีการทรงตัวผิดปกติหลายชนิดเมื่อได้รับการแก้ไขให้มองเห็นได้ดีขึ้นจะมีการทรงตัวดีขึ้น เช่น แก้ไขแว่นตาที่ใช้อยู่ การผ่าตัดต้อกระจก

- ความผิดปกติของความรู้สึกที่รับรู้ความเคลื่อนไหวหรือตำแหน่ง เช่น ผู้ป่วยที่มี cervical spondylosis ยึดกระดูกสันหลังส่วนคอและป้องกันการบิดเบี้ยวของข้อต่อ apophyseal ในรายที่เป็นเรื้อรังอาจสอนให้ผู้ป่วยฝึกใช้สายตาเพื่อชดเชยความรู้สึกที่รับรู้การเคลื่อนไหวหรือตำแหน่งที่เสียไป รวมทั้งการบริหารคอเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบคอ
- ความผิดปกติของ Vestibular function ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะบ้านหมุน อาจใช้ยา Betahistine เพื่อบรรเทาอาการ ส่วนความผิดปกติที่สมองน้อยหรือ central vestibular part มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการใช้ยา ในรายที่มีอาการเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ อาจฝึกการทรงตัวโดยให้ฝึกยืนอยู่กับที่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ปฏิบัติบ่อยๆ วันละหลายๆครั้ง
- ปัญหาการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

3. การป้องกันภาวะหกล้มระดับตติยภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลังเกิดภาวะหกล้ม เช่น กระดูกหัก หรือภาวะที่กระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการป้องกันการหกล้มซ้ำซ้อน เน้นในกลุ่มที่เคยหกล้ม จึงมักเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงที่จะหกล้มอีก การป้องกันระดับนี้ต้องประเมินปัจจัยทุกมิติรอบตัวผู้สูงอายุและต้องอาศัยบุคลากรอื่นร่วมด้วย เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ

- ประวัติการหกล้มที่ผ่านมา ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น
- ประวัติยาที่ใช้อยู่ทั้งหมด
- ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่เป็นแบบพื้นฐานและอุปกรณ์
- การตรวจพื้นฐานทางระบบประสาท ซึ่งรวมการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ และการตรวจสุขภาพจิต
- ประเมินท่าทางการเดินและการทรงตัว
- ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะ postural hypertension
- ตรวจการมองเห็น
- การทำงานของข้อที่ขาทั้งสองข้าง
- การตรวจ function performance test เช่น get-up-and-go-test ซึ่งมีวิธีการเหมือน Time Up and Go Test (TUGT) แต่ไม่เน้นการจับเวลาที่ผู้ป่วยเดิน เป็นการตรวจเพื่อดูท่าทางการลุกขึ้นยืน การเดิน และการทรงตัวของผู้สูงอายุขณะเดิน
- การประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม

แม้มีมาตรการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุบางคนอาจหกล้มอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ แต่การป้องกัน จะทำให้ไม่เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือความพิการ นอกจากนี้ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะหกล้มได้ การฝึกฝนให้ผู้สูงอายุล้มในทิศทางที่ถูกต้องสามารถป้องกันภาวะกระดูกหักได้ เช่น หกล้มไปด้านหน้า ส่วนการหกล้ม ไปด้านข้างมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักมากเป็น 12.8-15.2 เท่า ด้านหลังมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักมากเป็น 10.2-10.8 เท่า หรือล้มแบบนั่งลงตรงๆ มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักมากเป็น 9.86-13.6 ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกทักษะดังกล่าว


Flow of management ภาวะหกล้ม
ผู้สูงอายุ/รพสต.
• คัดกรองเบื้องต้น 3 ข้อ
1.มีประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
2.รู้สึกไม่มั่นคงเวลายืนหรือเดิน
3.กังวลเกี่ยวกับการหกล้ม
• Time UP and Go (TUG)
มีความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ
และ TUG มากกว่าเท่ากับ 12 วินาที
F1, 2, 3
- คัดกรองเบื้องต้น 3 ข้อ และ TUG
- การซักประวัติ และตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะหกล้ม
ส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้
ป้องกันภาวะหกล้มเบื้องต้น
และติดตามทุก 3 – 6 เดือน
มีความเสี่ยง
ผลการคัดกรองเบื้องต้น
ปกติ
เฝ้าระวัง และ
ติดตามทุก 1 ปี
มีรอยโรคที่ต้องรักษาซับซ้อน
M1, M2
- TUG และ SPPB
- ประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม
มีความเสี่ยง
ภาวะหกล้ม
มีรอยโรค
ระยะเริ่มแรก
การดูแลรักษา
ตามระดับทุติยภูมิ
มีรอยโรคที่ต้องรักษาซับซ้อน
S, A
- TUG และ SPPB
- ประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม
*กรณีต้องการประเมินล้มเพิ่มเติมสามารถเพิ่มการทำ
Berg balance score และหรือ Mini-BESTest
แต่ไม่ต้องลงใน data set
การวินิจฉัยแยกโรคภาวะหกล้ม
การดูแลรักษาตามอาการและเฉพาะโรค

แนวทางการประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม (Multifactorial risk assessment)

- ประวัติหกล้มและกลัวล้ม
- หาปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอกภาวะล้ม
- ตรวจร่างกายที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดและหัวใจ การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น
- ประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)
- ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index score)
- ทบทวนการใช้ยา
- ทบทวนการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
- ตรวจเท้าและรองเท้าที่ใช้ประจำ,สิ่งแวดล้อมที่พอปรับได้ที่บ้าน
- ตรวจเช็คสายตา
- ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม
- หาโรคหรือภาวะร่วมอื่นๆ เช่น
    - ภาวะ sarcopenia ให้ประเมิน Modified MSRA-5 และหรือ Handgrip strength test
    - ภาวะกระดูกพรุนให้ประเมิน OSTA และหรือ FRAX
    - ข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2562. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. หน้า 29 – 60

ชุดข้อมูล (Data Set)
สำหรับการส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุด้านภาวะหกล้ม
ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

ระดับสถานบริการ	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	เครื่องมือ	ผลการประเมิน	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
รพ.สต.	อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไป	- คัดกรองด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ - TUG	ปกติ - ไม่มีความผิดปกติทั้ง 3 ข้อ - TUGT (ใช้เวลา < 12 วินาที)	รหัส SPECIAL PP 1B1200
			มีความเสี่ยง - มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ - TUGT (ใช้เวลา ≥ 12วินาที)	รหัส SPECIAL PP 1B1201 1B1202 1B1209
รพ. ระดับ F1, F2, F3	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไป พยาบาล แพทย์	- คัดกรองด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ - TUG - ซักประวัติและตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะหกล้ม	ปกติ - ไม่มีความผิดปกติทั้ง 3 ข้อ - TUGT (ใช้เวลา <12 วินาที)	รหัส SPECIAL PP 1B1200
			ผิดปกติ - มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ - TUGT (ใช้เวลา ≥12วินาที)	รหัส SPECIAL PP 1B1201 1B1202 1B1209

ระดับสถานบริการ	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	เครื่องมือ	ผลการประเมิน	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
รพ. ระดับ M1, M2	พยาบาล นักกายภาพ แพทย์	- TUGT - SPPB* - ประเมินความเสี่ยงแบบองค์รวม	ปกติ - TUGT (ใช้เวลา <12 วินาที) - SPPB (คะแนน ≥10 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP TUGT : 1B1200 SPPB : 1B1050
			ผิดปกติ - TUGT (ใช้เวลา ≥ 12วินาที) - SPPB (คะแนน <10 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP TUGT : 1B1201 1B1202 1B1209 SPPB : 1B1051 1B1052 1B1053
รพ. ระดับ S, A	พยาบาล นักกายภาพ แพทย์	- TUGT - SPPB - ประเมินความเสี่ยงแบบองค์รวม	ปกติ - TUGT (ใช้เวลา <12 วินาที) - SPPB (คะแนน ≥10 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP TUGT : 1B1200 SPPB : 1B1050
		- วินิจฉัยแยกโรคภาวะหกล้ม - การดูแลรักษาตามอาการและเฉพาะโรค	ผิดปกติ - TUGT (ใช้เวลา ≥ 12วินาที) - SPPB (คะแนน <10 คะแนน)	รหัส SPECIAL PP TUGT : 1B1201 1B1202 1B1209 SPPB : 1B1051 1B1052 1B1053 ICD 10***

* แบบประเมินที่ยังไม่มีรหัสใน แฟ้ม SPECIAL PP (43 แฟ้ม)

รหัส ICD-10 ภาวะหกล้ม

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
R54		Senility
R296	R29.6	Tendency to fall\,not elsewhere classified
M625	M62.5	Muscle wasting and atrophy\, not elsewhere classified
M80		Osteoporosis with pathological fracture
M800	M80.0	Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture
M8000	M80.00	Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Multiple sites
M8001		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Shoulder region
M8002		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8003		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8004		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Hand
M8005		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8006		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8007		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8008		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Other
M8009		Postmenopausal osteoporosis with pathological fracture Site unspecified
M801		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture
M8010		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Multiple sites

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
M8011		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Shoulder region
M8012		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8013		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8014		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Hand
M8015		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8016		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8017		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8018		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Other
M8019		Postoophorectomy osteoporosis with pathological fracture Site unspecified
M802		Osteoporosis of disuse with pathological fracture
M8020		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Multiple sites
M8021		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Shoulder region
M8022		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Upper arm
M8023		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Forearm
M8024		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Hand
M8025		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8026		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Lower leg

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
M8027		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Ankle and foot
M8028		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Other
M8029		Osteoporosis of disuse with pathological fracture Site unspecified
M803		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture
M8030		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Multiple sites
M8031		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Shoulder region
M8032		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8033		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8034		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Hand
M8035		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8036		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8037		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8038		Postsurgical malabsorption osteoporosis with pathological fracture Other
M804		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture
M8040		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Multiple sites
M8041		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Shoulder region

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
M8042		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8043		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8044		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Hand
M8045		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8046		Drug-inducedd osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8047		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8048		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Other
M8049		Drug-induced osteoporosis with pathological fracture Site unspecified
M805		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture
M8050		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Multiple sites
M8051		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Shoulder region
M8052		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8053		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8054		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Hand
M8055		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8056		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8057		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8058		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Other
M8059		Idiopathic osteoporosis with pathological fracture Site unspecified
M808		Other osteoporosis with pathological fracture
M8080		Other osteoporosis with pathological fracture Multiple sites

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
M8081		Other osteoporosis with pathological fracture Shoulder region
M8082		Other osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8083		Other osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8084		Other osteoporosis with pathological fracture Hand
M8085		Other osteoporosis with pathological fracture Pelvic region and thigh
M8086		Other osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8087		Other osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8088		Other osteoporosis with pathological fracture Other
M8089		Other osteoporosis with pathological fracture Site unspecified
M809		Unspecified osteoporosis with pathological fracture
M8090		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Multiple sites
M8091		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Shoulder region
M8092		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Upper arm
M8093		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Forearm
M8094		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Hand
M8095		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Hand
M8096		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Lower leg
M8097		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Ankle and foot
M8098		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Other
M8099		Unspecified osteoporosis with pathological fracture Site unspecified
M81		Osteoporosis without pathological fracture
M810		Postmenopausal osteoporosis
M8100		Postmenopausal osteoporosis Multiple sites

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
M8101		Postmenopausal osteoporosis Shoulder region
M8102		Postmenopausal osteoporosis Shoulder region
M8103		Postmenopausal osteoporosis Forearm
M8104		Postmenopausal osteoporosis Hand
M8105		Postmenopausal osteoporosis Pelvic region and thigh
M8106		Postmenopausal osteoporosis Lower leg
M8107		Postmenopausal osteoporosis Ankle and foot
M8108		Postmenopausal osteoporosis Other
M8109		Postmenopausal osteoporosis Site unspecified
M816	M81.6	Localized osteoporosis [Lequesne]
M8160		Localized osteoporosis [Lequesne] Multiple sites
M8161		Localized osteoporosis [Lequesne] Shoulder region
M8162		Localized osteoporosis [Lequesne] Upper arm
M8163		Localized osteoporosis [Lequesne] Forearm
M8164		Localized osteoporosis [Lequesne] Hand
M8165		Localized osteoporosis [Lequesne] Pelvic region and thigh
M8166		Localized osteoporosis [Lequesne] Lower leg
M8167		Localized osteoporosis [Lequesne] Ankle and foot
M8168		Localized osteoporosis [Lequesne] Other
M8169		Localized osteoporosis [Lequesne] Site unspecified
M818	M81.8	Other osteoporosis
M8180		Other osteoporosis Multiple sites
M8181		Other osteoporosis Shoulder region
M8182		Other osteoporosis Upper arm
M8183		Other osteoporosis Forearm

รหัส ICD - 10TM	รหัส ICD - 10TM	Diagename
M8184		Other osteoporosis Hand
M8185		Other osteoporosis Pelvic region and thigh
M8186		Other osteoporosis Lower leg
M8187		Other osteoporosis Ankle and foot
M8188		Other osteoporosis Other
M8189		Other osteoporosis Site unspecified
Z139	Z13.9	Special screening examination\, unspecified

หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ภาวะหกล้ม

ถ้าไม่ได้มีวินิจฉัยอื่น มาด้วยล้ม/เสี่ยงล้ม Primary dx R54 (senility)

Other

- R29.6 Tendency to fall, not elsewhere classified
- Z13.9 Special screening examination, unspecified
- M80-M81 รหัสวินิจฉัยโรคตามโรคที่ตรวจวินิจฉัย เช่น กระดูกพรุน (osteoporosis),
- M62.5 (Muscle wasting and atrophy)มวลกล้ามเนื้อน้อย

**แต่ถ้าพบโรคสาเหตุหลักที่ทำให้ล้มเอาโรคนั้นเป็นสาเหตุหลัก (primary dx) อันอื่นดังข้างต้นเป็น others

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะหกล้ม

ข้อคำถามเบื้องต้น 3 ข้อ

1. มีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่
2. รู้สึกยืน/เดินไม่มั่นคง	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่
3. กลัวหกล้ม	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่

การคัดกรองภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT)

การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดินและเวลาที่ใช้ในการเดิน

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีท้าวแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
จับเวลาได้ ☐☐ นาที ☐☐ วินาที

◯ < 12 วินาที ◯ ≥ 12 วินาที ◯ เดินไม่ได้



เกณฑ์การประเมิน ให้เวลา ≥ 12 วินาที หรือ ทำไม่ได้ ถือว่า “**มีความเสี่ยงหกล้ม**”

ข้อควรระวัง

- ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่น ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระวังขณะทำการทดสอบ

Short Physical Performance Battery (SPPB)

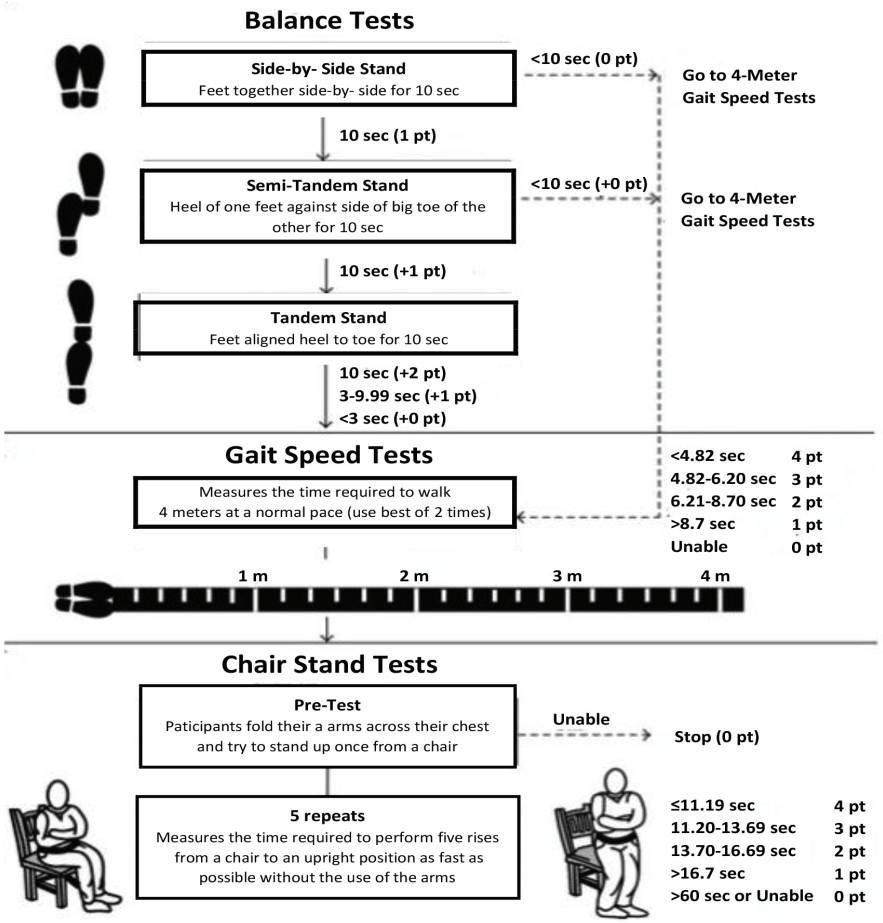
SPPB เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถทางกายส่วนขาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การยืน การเดินและการทรงตัว ซึ่งพัฒนาโดย National Institute on Aging ประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถนำมาใช้ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตหรือเสียค่าธรรมเนียม สามารถเรียนรู้ได้ทาง https://www.nia.nih.gov/research/labs/leps/short-physical-performance-battery-sppb

วิธีการประเมิน

ประเมินการทรงตัว (Balance tests) ให้ผู้สูงอายุยืน 3 ท่า ได้แก่ ยืนเท้าคู่ชิดกัน (side-by-side stand) ยืนส้นเท้า ขาข้างหนึ่งชิดกับนิ้วหัวแม่เท้าขาอีกข้างหนึ่ง (semitandem stand) และยืนส้นเท้าขาข้างหนึ่งต่อกับปลายนิ้วเท้าของขาอีกข้างหนึ่ง (tandem stand) ยืนแต่ละท่าใช้เวลา 10 วินาทีและให้คะแนน

การวัดความเร็วในการเดินทางราบ (Gait Speed test) ให้ผู้สูงอายุเดินเป็นระยะทาง 4 เมตร ด้วยความเร็วปกติ จับเวลาเป็นวินาที นำมาคำนวณความเร็วในการเดิน ให้ทำ 2 ครั้งและให้คะแนน

Chair stand test ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในท่านั่งลุกขึ้นยืนโดยให้แขนสองข้างไขว้กันวางพาดบนหน้าอก ถ้าทำได้ให้ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกันให้เร็วที่สุดและปลอดภัยและให้คะแนน



อ้างอิง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2562. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. หน้า 93

Berg balance test

การลุกยืน : ให้นั่งเก้าอี้ แล้วลุกขึ้นยืน โดยไม่ให้ใช้มือช่วยพยุง				
4 ยืนโดยไม่ใช้มือยันและยืนได้อย่างมั่นคง	**3** ยืนโดยไม่ใช้มือช่วย	**2** ยืนโดยใช้มือช่วย แต่ต้องพยายามหลายครั้ง	**1** ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	**0** ต้องการความช่วยเหลือปานกลางถึงมาก
การยืน 2 นาทีโดยไม่ยึดเกาะ : ให้ยืนเป็นระยะเวลา 2 นาที โดยไม่ต้องใช้มือยันหรืออุปกรณ์ช่วยพยุง				
4 ยืนนานได้ 2 นาที โดยไม่ยึดเกาะสิ่งใด	**3** ยืนนาน 2 นาที โดยมีผู้ควบคุม	**2** ยืนนาน 30 วินาที โดยไม่ยึดเกาะ	**1** ต้องพยายามหลายครั้งถึงจะสามารถยืนได้นาน 30 วินาที โดยไม่ยึดเกาะ	**0** ไม่สามารถยืนนาน 30 วินาที โดยไม่มีคนช่วย
การนั่งเก้าอี้โดยไม่พิงพนัก : ให้นั่งบนเก้าอี้โดยไม่พิงพนัก ขาทั้ง 2 ข้างตั้งฉากกับพื้นและวางฝ่าเท้าราบบนพื้นนาน 2 นาที				
4 นั่งได้นาน 2 นาทีโดยไม่พิงพนักเก้าอี้	**3** นั่งได้นาน 2 นาทีโดยมีผู้ควบคุม	**2** นั่งได้นาน 30 วินาที โดยไม่พิงพนักเก้าอี้	**1** นั่งได้นาน 10 วินาที โดยไม่พิงพนักเก้าอี้	**0** ไม่สามารถนั่งได้ถ้าไม่พิง
การนั่งลง : ให้อยู่ในท่ายืน แล้วนั่งลงบนเก้าอี้ โดยไม่ใช้มือยันหรืออุปกรณ์ช่วยพยุง				
4 นั่งเก้าอี้ได้โดยไม่ต้องใช้มือช่วยยัน	**3** ต้องค่อยๆ หย่อนตัวลงนั่งเก้าอี้ได้โดยใช้มือช่วยยัน	**2** เอนตัวพิงเก้าอี้ค่อยๆ สไลด์ลงและหย่อนตัวลงนั่งช้าๆ	**1** หย่อนตัวลงนั่งเก้าอี้เองได้แต่ลำบาก	**0** ต้องมีคนพยุงนั่งเก้าอี้
การเคลื่อนย้าย : ให้ลุกจากเก้าอี้หนึ่งไปอีกเก้าอี้หนึ่ง ที่วางอยู่ทิศตรงข้ามกัน ระยะห่างของเก้าอี้ประมาณ 1 ก้าว				
4 ทำได้โดยใช้มือตนเองช่วยบ้าง	**3** ทำได้แต่ต้องใช้มือตนเองช่วยพอสมควร	**2** ทำได้ภายใต้ผู้ควบคุมและพูดแนะนำ	**1** ต้องการคนช่วยเคลื่อนย้าย 1 คน	**0** ต้องการคนช่วยเคลื่อนย้าย 2 คน
การยืนนิ่งหลับตา : ให้ยืนหลับตา นาน 10 วินาที				
4 สามารถยืนหลับตาได้นาน 10 วินาที	**3** สามารถยืนหลับตาได้นาน 10 วินาทีภายใต้การควบคุมและแนะนำ	**2** สามารถยืนได้นาน 3 วินาที	**1** สามารถยืนได้นานน้อยกว่า 3 วินาที	**0** ต้องการคนช่วยพยุงป้องกันการหกล้ม
การยืนเท้าทั้งสองข้างชิดกัน : ให้ยืนวางเท้าชิดกันนาน 1 นาทีโดยไม่ใช้มือยันหรืออุปกรณ์ช่วยพยุง				
4 สามารถยืนเท้าชิดกันได้นาน 1 นาที โดยไม่เกาะยึด	**3** สามารถยืนเท้าชิดกันได้นาน 1 นาทีภายใต้การควบคุม/ แนะนำ	**2** สามารถยืนเท้าชิดกันได้นาน 30 วินาที	**1** สามารถยืนเท้าชิดกันได้นาน 15 วินาที โดยต้องมีคนเกาะยืน	**0** ไม่สามารถยืนเท้าชิดกันได้นาน 15 วินาที โดยต้องการคนเกาะยืน
การเอื้อมแขนและตัวไปข้างหน้า : ให้ยืนวางเท้าชิดกัน ยกแขนไปด้านหน้า 90 องศา เอื้อมแขนไปข้างหน้าให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้แล้ววัดระยะ				
4 เอื้อมได้ 25 ซม. อย่างมั่นใจ	**3** เอื้อมได้ 12 ซม.	**2** เอื้อมได้ 5 ซม.	**1** เอื้อมได้ภายใต้การควบคุม/แนะนำ	**0** ไม่สามารถเอื้อมได้
การหยิบสิ่งของที่วางกับพื้น : ให้ยืนอยู่ในท่ายืนและทำการหยิบของที่วางกับพื้น				
4 ยืนหยิบสิ่งของที่พื้นได้อย่างง่ายและปลอดภัย	**3** ยืนหยิบสิ่งของที่พื้นได้ภายใต้การควบคุมและแนะนำ	**2** ยืนหยิบสิ่งของที่พื้นได้เกือบถึง โดยยังทรงตัวดีอยู่ (ห่าง 2-5 ซม.)	**1** ยืนหยิบสิ่งของที่พื้นได้แต่ต้องการคนช่วยพยุงขณะก้มหยิบ	**0** ไม่สามารถยืนหยิบสิ่งของที่พื้นได้ ต้องการคนช่วยพยุงขณะก้มหยิบ

การหมุนตัวและมองไปข้างหลัง : ให้อยู่ในท่ายืน หมุนตัวไปทางซ้ายและมองข้ามบ่าไปทางขวา และหมุนสลับข้างโดยหมุนตัวไปทางขวาและมองข้ามบ่าไปทางซ้าย				
4 หมุนตัวทั้งสองข้างและยืนถ่ายน้ำหนักได้ดี	**3** หมุนตัวทั้งสองข้างและยืนถ่ายน้ำหนักได้น้อย	**2** หมุนตัวได้ข้างเดียวและยืนทรงตัวอยู่ได้	**1** ต้องการคนดูแลขณะหมุนตัวและมองไปข้างหลัง	**0** ไม่สามารถหมุนตัวและมองไปข้างหลังได้เอง
การหมุนตัว 360 องศา : ให้หมุนตัวหนึ่งรอบ 360 องศา (ให้ทำการหมุนทั้งสองข้าง)				
4 หมุนตัว 360 องศาในเวลาไม่เกิน 4 วินาที	**3** หมุนตัว 360 องศาได้เพียงข้างเดียวในเวลา 4 วินาที	**2** หมุนตัว 360 องศาทั้งสองข้างได้อย่างช้าๆ	**1** ต้องการคนช่วยเหลือดูแลขณะหมุนตัวทั้งสองข้าง	**0** ไม่สามารถหมุนตัวได้เอง
วางเท้าบนม้านั่งสลับข้าง : ให้อยู่ในท่ายืนและยกเท้าแตะม้านั่งเตี้ยข้างหน้าสลับทีละข้าง นับจำนวนครั้งในการยกเท้าแตะม้านั่งในเวลาภายใน 20 วินาที				
4 ยกเท้าแตะม้านั่งทีละข้างสลับกัน 8 ก้าว ภายใน 20 วินาที	**3** ยกเท้าแตะม้านั่งทีละข้างสลับกัน 8 ก้าว ใช้เวลานานกว่า 20 วินาที	**2** ยกเท้าแตะม้านั่งทีละข้างสลับกัน 4 ก้าว ภายใต้การควบคุม	**1** ยกเท้าแตะม้านั่งทีละข้างสลับกัน 2 ก้าว ภายใต้การควบคุม	**0** ไม่สามารถยกเท้าแตะม้านั่งสลับได้
วางเท้าต่อเท้า : ให้อยู่ในท่ายืน ทำการก้าวเท้าต่อส้นเท้า ยืนอยู่ในท่านี้นานภายใน 30 วินาที กรณียืนไม่อยู่ให้สามารถก้าวเท้าให้ห่างออกไปข้างหน้าจนสามารถยืนได้				
4 วางเท้าต่อส้นได้และคงอยู่ได้นาน 30 วินาที	**3** วางเท้าข้างหน้าอีกข้างหนึ่งและคงอยู่ได้นาน 30 วินาที	**2** ก้าวเท้าสั้นๆ และคงอยู่ได้นาน 30 วินาที	**1** ต้องการความช่วยเหลือระหว่างก้าว	**0** ไม่สามารถวางเท้าต่อส้นได้
ยืนขาข้างเดียว : ให้ยืนขาข้างเดียวโดยไม่ใช้มือยันหรืออุปกรณ์ช่วยพยุง				
4 สามารถยืนขาข้างเดียว ได้นานมากกว่า 10 วินาที	**3** สามารถยืนขาข้างเดียวได้นาน 5-10 วินาที	**2** สามารถยืนขาข้างเดียวได้นานมากกว่า 3 วินาที	**1** สามารถยืนขาข้างเดียวได้นานน้อยกว่า 3 วินาที	**0** ไม่สามารถยืนขาข้างเดียวได้ต้องการคนพยุงป้องกันล้ม

การแปลผล ถ้าได้คะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงหกล้มสูง

คะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงหกล้มปานกลาง

และคะแนน 41-50 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงหกล้มต่ำ

อ้างอิง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2551. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. บริษัทซีจี ทูล จำกัด. หน้า 38-41

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2562. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. หน้า 87- 88

Mini-BES Test

Mini-BESTest : Balance Evaluation Systems Test

© 2005-2013 Oregon Health & Science University. All rights reserved.

ANTICIPATORY *SUB SCORE: /6*

1. SIT TO STAND

Instruction: *"Cross your arms across your chest. Try not to use your hands unless you must. Do not let your legs lean against the back of the chair when you stand. Please stand up now."*

(2) Normal: Comes to stand without use of hands and stabilizes independently.

(1) Moderate: Comes to stand WITH use of hands on first attempt.

(0) Severe: Unable to stand up from chair without assistance, OR needs several attempts with use of hands.

2. RISE TO TOES

Instruction: *"Place your feet shoulder width apart. Place your hands on your hips. Try to rise as high as you can onto your toes. I will count out loud to 3 seconds. Try to hold this pose for at least 3 seconds. Look straight ahead. Rise now."*

(2) Normal: Stable for 3 s with maximum height.

(1) Moderate: Heels up, but not full range (smaller than when holding hands),OR noticeable instability for 3 s.

(0) Severe: < 3 s.

3. STAND ON ONE LEG

Instruction: "Look straight ahead. Keep your hands on your hips. Lift your leg off of the ground behind you without touching or resting your raised leg upon your other standing leg. Stay standing on one leg as long as you can. Look straight ahead. Lift now."

Left: *Time in Seconds Trial 1:_____Trial 2:_____*

(2) Normal: 20 s.

(1) Moderate: < 20 s.

(0) Severe: Unable.

Right: *Time in Seconds Trial 1:_____Trial 2:_____*

(2) Normal: 20 s.

(1) Moderate: < 20 s.

(0) Severe:

To score each side separately use the trial with the longest time.

To calculate the sub-score and total score use the side [left or right] with the lowest numerical score [i.e. the worse side].

REACTIVE POSTURAL CONTROL *SUB SCORE: /6*

4. COMPENSATORY STEPPING CORRECTION- FORWARD

Instruction: "Stand with your feet shoulder width apart, arms at your sides. Lean forward against my hands beyond your forward limits. When I let go, do whatever is necessary, including taking a step, to avoid a fall."

(2) Normal: Recovers independently with a single, large step (second realignment step is allowed).

(1) Moderate: More than one step used to recover equilibrium.

(0) Severe: No step, OR would fall if not caught, OR falls spontaneously.

5. COMPENSATORY STEPPING CORRECTION- BACKWARD

Instruction: "Stand with your feet shoulder width apart, arms at your sides. Lean backward against my hands beyond your backward limits. When I let go, do whatever is necessary, including taking a step, to avoid a fall."

(2) Normal: Recovers independently with a single, large step.

(1) Moderate: More than one step used to recover equilibrium.

(0) Severe: No step, OR would fall if not caught, OR falls spontaneously.

6. COMPENSATORY STEPPING CORRECTION- LATERAL

Instruction: "Stand with your feet together, arms down at your sides. Lean into my hand beyond your sideways limit. When I let go, do whatever is necessary, including taking a step, to avoid a fall."

Left	***Right***
(2) Normal: Recovers independently with 1 step (crossover or lateral OK).	(2) Normal: Recovers independently with 1 step (crossover or lateral OK).
(1) Moderate: Several steps to recover equilibrium.	(1) Moderate: Several steps to recover equilibrium.
(0) Severe: Falls, or cannot step.	(0) Severe: Falls, or cannot step.

Use the side with the lowest score to calculate sub-score and total score.

SENSORY ORIENTATION ***SUB SCORE: /6***

7. STANCE (FEET TOGETHER); EYES OPEN, FIRM SURFACE

Instruction: "Place your hands on your hips. Place your feet together until almost touching. Look straight ahead. Be as stable and still as possible, until I say stop."

*Time in seconds:*_____

(2) Normal: 30 s.

(1) Moderate: < 30 s.

(0) Severe: Unable.

8. STANCE (FEET TOGETHER); EYES CLOSED, FOAM SURFACE

Instruction: "Step onto the foam. Place your hands on your hips. Place your feet together until almost touching. Be as stable and still as possible, until I say stop. I will start timing when you close your eyes."

*Time in seconds:*_____

(2) Normal: 30 s.

(1) Moderate: < 30 s.

(0) Severe: Unable.

9. INCLINE- EYES CLOSED

Instruction: "Step onto the incline ramp. Please stand on the incline ramp with your toes toward the top. Place your feet shoulder width apart and have your arms down at your sides. I will start timing when you close your eyes."

*Time in seconds:*_____

(2) Normal: Stands independently 30 s and aligns with gravity.

(1) Moderate: Stands independently <30 s OR aligns with surface.

(0) Severe: Unable.

10. CHANGE IN GAIT SPEED

Instruction: "Begin walking at your normal speed, when I tell you 'fast', walk as fast as you can. When I say 'slow', walk very slowly."

(2) Normal: Significantly changes walking speed without imbalance.

(1) Moderate: Unable to change walking speed or signs of imbalance.

(0) Severe: Unable to achieve significant change in walking speed AND signs of imbalance.

11. WALK WITH HEAD TURNS – HORIZONTAL

Instruction: "Begin walking at your normal speed, when I say "right", turn your head and look to the right. When I say "left" turn your head and look to the left. Try to keep yourself walking in a straight line."

(2) Normal: performs head turns with no change in gait speed and good balance.

(1) Moderate: performs head turns with reduction in gait speed.

(0) Severe: performs head turns with imbalance.

12. WALK WITH PIVOT TURNS

Instruction: "Begin walking at your normal speed. When I tell you to 'turn and stop', turn as quickly as you can, face the opposite direction, and stop. After the turn, your feet should be close together."

(2) Normal: Turns with feet close FAST (< 3 steps) with good balance.

(1) Moderate: Turns with feet close SLOW (>4 steps) with good balance.

(0) Severe: Cannot turn with feet close at any speed without imbalance.

13. STEP OVER OBSTACLES

Instruction: "Begin walking at your normal speed. When you get to the box, step over it, not around it and keep walking."

(2) Normal: Able to step over box with minimal change of gait speed and with good balance.

(1) Moderate: Steps over box but touches box OR displays cautious behavior by slowing gait.

(0) Severe: Unable to step over box OR steps around box.

14. TIMED UP & GO WITH DUAL TASK *[3 METER WALK]*

Instruction TUG: "When I say 'Go', stand up from chair, walk at your normal speed across the tape on the floor, turn around, and come back to sit in the chair."

Instruction TUG with Dual Task: "Count backwards by threes starting at ___. When I say 'Go', stand up from chair, walk at your normal speed across the tape on the floor, turn around, and come back to sit in the chair. Continue counting backwards the entire time."

TUG: _____seconds; Dual Task TUG: _____seconds

(2) Normal: No noticeable change in sitting, standing or walking while backward counting when compared to TUG without Dual Task.

(1) Moderate: Dual Task affects either counting OR walking (>10%) when compared to the TUG without Dual Task.

(0) Severe: Stops counting while walking OR stops walking while counting.

When scoring item 14, if subject's gait speed slows more than 10% between the TUG without and with a Dual Task the score should be decreased by a point. **TOTAL SCORE: _____/ 28**

Mini-BESTest Instructions

Subject Conditions: Subject should be tested with flat-heeled shoes OR shoes and socks off.
Equipment: Temper® foam (also called T-foamTM 4 inches thick, medium density T41 firmness rating), chair without arm rests or wheels, incline ramp, stopwatch, a box (9" height) and a 3 meter distance measured out and marked on the floor with tape [from chair].
Scoring: The test has a maximum score of **28** points from **14 items** that are each scored from 0-2.
"0" indicates the lowest level of function and "2" the highest level of function.
If a subject must use an assistive device for an item, score that item one category lower.
If a subject requires physical assistance to perform an item, score "0" for that item.
For **Item 3** (stand on one leg) and **Item 6** (compensatory stepping-lateral) only include the score for one side (the worse score).
For **Item 3** (stand on one leg) select the best time of the 2 trials [from a given side] for the score.
For **Item 14** (timed up & go with dual task) if a person's gait slows greater than 10% between the TUG without and with a dual task then the
score should be decreased by a point.

1.SIT TO STAND	Note the initiation of the movement, and the use of the subject's hands on the seat of the chair, the thighs, or the thrusting of the arms forward.
2.RISE TO TOES	Allow the subject two attempts. Score the best attempt. (If you suspect that subject is using less than full height, ask the subject to rise up while holding the examiners' hands.) Make sure the subject looks at a non-moving target 4-12 feet away.
3.STAND ON ONE LEG	Allow the subject two attempts and record the times. Record the number of seconds the subject can hold up to a maximum of 20 seconds. Stop timing when the subject moves hands off of hips or puts a foot down. Make sure the subject looks at a non-moving target 4-12 feet ahead. Repeat on other side.
4.COMPENSATORY STEPPING CORRECTION-FORWARD	Stand in front of the subject with one hand on each shoulder and ask the subject to lean forward (Make sure there is room for them to step forward). Require the subject to lean until the subject's shoulders and hips are in front of toes. After you feel the subject's body weight in your hands, very suddenly release your support. The test must elicit a step. NOTE: Be prepared to catch subject.
5.COMPENSATORY STEPPING CORRECTION - BACKWARD	Stand behind the subject with one hand on each scapula and ask the subject to lean backward (Make sure there is room for the subject to step backward.) Require the subject to lean until their shoulders and hips are in back of their heels. After you feel the subject's body weight in your hands, very suddenly release your support. Test must elicit a step. NOTE: Be prepared to catch subject.

6.COMPENSATORY STEPPING CORRECTION- LATERAL	Stand to the side of the subject, place one hand on the side of the subject's pelvis, and have the subject lean their whole body into your hands. Require the subject to lean until the midline of the pelvis is over the right (or left) foot and then suddenly release your hold. NOTE: Be prepared to catch subject.
7.STANCE (FEET TOGETHER) ; EYES OPEN, FIRM SURFACE	Record the time the subject was able to stand with feet together up to a maximum of 30 seconds. Make sure subject looks at a non-moving target 4-12 feet away.
8.STANCE (FEET TOGETHER) ; EYES CLOSED,FOAM SURFACE	Use medium density Temper® foam, 4 inches thick. Assist subject in stepping onto foam. Record the time the subject was able to stand in each condition to a maximum of 30 seconds. Have the subject step off of the foam between trials. Flip the foam over between each trial to ensure the foam has retained its shape.
9.INCLINE EYES CLOSED	Aid the subject onto the ramp. Once the subject closes eyes, begin timing and record time. Note if there is excessive sway
10.CHANGE IN SPEED	Allow the subject to take 3-5 steps at normal speed, and then say "fast". After 3-5 fast steps, say "slow". Allow 3-5 slow steps before the subject stops walking.
11.WALK WITH HEAD TURNSHORIZONTAL	Allow the subject to reach normal speed, and give the commands "right, left" every 3-5 steps. Score if you see a problem in either direction. If subject has severe cervical restrictions allow combined head and trunk movements.
12.WALK WITH PIVOT TURNS	Demonstrate a pivot turn. Once the subject is walking at normal speed, say "turn and stop." Count the number of steps from "turn" until the subject is stable. Imbalance may be indicated by wide stance, extra stepping or trunk motion.
13.STEP OVER OBSTACLES	Place the box (9 inches or 23 cm height) 10 feet away from where the subject will begin walking. Two shoeboxes taped together works well to create this apparatus.
14.TIMED UP & GO WITH DUAL TASK	*Use the TUG time to determine the effects of dual tasking. The subject should walk a 3 meter distance*. *TUG:* Have the subject sitting with the subject's back against the chair. The subject will be timed from the moment you say "Go" until the subject returns to sitting. Stop timing when the subject's buttocks hit the chair bottom and the subject's back is against the chair. The chair should be firm without arms. *TUG With Dual Task*: While sitting determine how fast and accurately the subject can count backwards by threes starting from a number between 100-90. Then, ask the subject to count from a different number and after a few numbers say "Go". Time the subject from the moment you say "Go" until the subject returns to the sitting position. Score dual task as affecting counting or walking if speed slows (>10%) from TUG and or new signs of imbalance

อ้างอิง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2562. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด. หน้า 99-103

Magnani PE, Genovez MB, Porto JM, Zanellato NFG, Alvarenga IC, Freire RC Jr, de Abreu DCC. Use of the BESTest and the Mini-BESTest for Fall Risk Prediction in Community-Dwelling Older Adults Between 60 and 102 Years of Age. J Geriatr Phys Ther. 2020 Oct/Dec;43(4):179-184. doi: 10.1519/JPT.0000000000000236. PMID: 31162155.

สุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 5 โรคสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟัน โรคปริทันต์ รอยโรค/มะเร็งช่องปาก ฟันผุและภาวะปากแห้ง

1. การสูญเสียฟัน เป็นปัญหาที่พบบ่อยได้มากที่สุดในผู้สูงอายุ มักมีสาเหตุจากฟันผุและโรคปริทันต์ระดับรุนแรง การสูญเสียฟันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะด้านการกินและการพูด

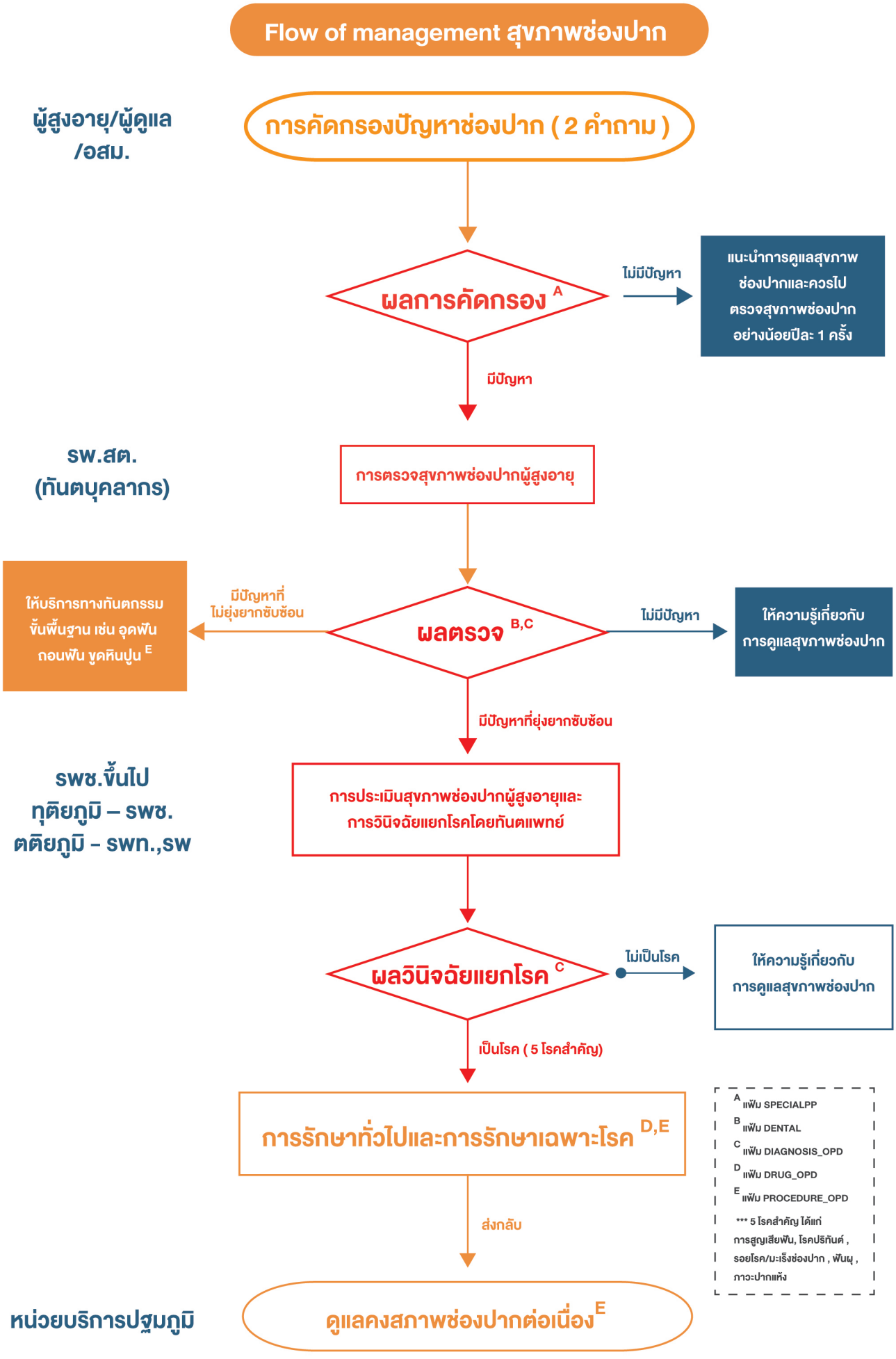
2. โรคปริทันต์ การเกิดโรคปริทันต์มักสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น การมีสุขภาวะช่องปากที่ไม่ดี การมีแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายมาก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเป็นโรคเบาหวาน

3. ฟันผุ (โดยเฉพาะฟันผุบริเวณรากฟัน) มักเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมาก การมีแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมทั้งที่ฟัน วัสดุอุดฟัน และฟันเทียม การมีสุขภาวะช่องปากที่ไม่ดี และการมีน้ำลายลดลงเนื่องจากยาที่รับประทาน

4. ภาวะปากแห้ง สาเหตุเกิดจากยา เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะปากแห้ง การใช้ยาหลายชนิดร่วมกันจะส่งผลให้เกิดภาวะปากแห้งมากขึ้น ตัวอย่างยาที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง ได้แก่ ยาบางกลุ่มที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคพาร์กินสัน โรคหอบหืด โรคซึมเศร้า โรคมะเร็ง ยากันชัก ยาแก้แพ้ ยาระงับประสาท เป็นต้น โรคทางระบบ Sjogren syndrome โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โรคเบาหวาน โรคอัลไซเมอร์ โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบชนิดซี โรคไตระยะสุดท้าย เป็นต้น การรักษาด้วยรังสีและเคมีบริเวณศีรษะและลำคอในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับบริเวณที่ได้รับรังสี และปริมาณรังสีที่ได้รับโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำลายการขาดสารอาหาร และ/หรือ โรคที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น Anorexia, Bulimia สาเหตุอื่น ๆ เช่น การขาดน้ำการหายใจทางปาก ความผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะปากแห้งผู้สูงอายุจะมีเยื่อบุช่องปากและลิ้นแห้งปวดแสบร้อนในช่องปาก การรับรสเปลี่ยนแปลง มีกลิ่นปาก เกิดเชื้อราในช่องปาก มีเศษอาหาร และแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะติดในปาก ไม่สามารถรับประทานอาหารรสเผ็ดและรสที่เป็นกรดได้ กลืนลำบาก พูดลำบาก และในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียม แบบถอดได้จะพบว่าใส่ฟันเทียมแล้วเจ็บ ไม่สบาย ฟันเทียมไม่แน่น ผู้สูงอายุ ที่เกิดภาวะปากแห้งแล้ว ควรจิบน้ำบ่อยๆ เคี้ยวหมากฝรั่งหรือลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำลาย ใช้น้ำลายเทียม และควรไปพบทันตแพทย์เพื่อหาสาเหตุ รับคำแนะนำและรักษาต่อไป แผลในช่องปาก ปกติแผลในช่องปากจะหายได้เอง ภายใน 2 สัปดาห์ หากเป็นแผลนานเกิน 2 สัปดาห์ ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อหาสาเหตุและรับการรักษาต่อไป

5. โรคมะเร็งในช่องปาก มักเกิดจากการสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น หากเกิดความผิดปกติในช่องปาก เช่น บริเวณข้างลิ้น ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม ควรรีบไปพบแพทย์

Flow of management สุขภาพช่องปาก



จัดทำโดย สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ และ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ชุดข้อมูล (Data Set) สำหรับการส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปาก ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

ระดับสถานบริการ	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	เครื่องมือ	ผลการประเมิน	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
รพ.สต	อสม. บุคลากรทางการแพทย์	แบบคัดกรองปัญหาช่องปาก (2 ข้อคำถาม) 1.ท่านมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่ 2.ท่านมีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่	ไม่มีปัญหา/ปกติ	รหัส Special PP 1B730 1B1260
			มีปัญหา/มีความเสี่ยง	รหัส Special PP 1B731 1B1261 1B1262
	บุคลากรทางการแพทย์	ประเมินสุขภาพช่องปากโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น	ไม่มีปัญหา	
			มีปัญหาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	ให้บริการทางทันตกรรมขั้นพื้นฐาน เช่น อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน รหัส ICD10/ICD10TM/ICD9CM
			มีปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน	
รพ.สต ขึ้นไป	ทันตบุคลากร	- ประเมินสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร - การตรวจสุขภาพช่องปาก - การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น	การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและลงข้อมูลในระบบ HIS	ผลการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยทันตบุคลากรลงข้อมูลใน HIS รายงานในระบบ HDC ตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม 1.แฟ้ม dental 2. แฟ้มวินิจฉัย (Diagnosis): กรณีตรวจแล้วพบปัญหา - ภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย : K11.70, K11.71, R68.2

ระดับสถานบริการ	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	เครื่องมือ	ผลการประเมิน	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
รพช. ขึ้นไป	ทันตแพทย์	การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การวินิจฉัยแยกโรคช่องปาก การรักษาเฉพาะโรค	การวินิจฉัยแยกโรคช่องปาก 5 โรคสำคัญ 1. การสูญเสียฟัน 2. โรคปริทันต์ 3. รอยโรค/มะเร็งช่องปาก 4. ฟันผุ 5. ภาวะปากแห้ง การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	การวินิจฉัยโรคช่องปากและหัตถการที่ทำลงข้อมูลICD10/ICD10TM/ICD9CM ** ใน HIS + HDC แฟ้ม PROCEDURE_OPD

ICD -10/ ICD-10-TM 2022/ ICD-9-CM สุขภาพช่องปาก

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
K081	227-74-00	99.97	Loss of teeth due to accident, extraction or local periodontal disease
K082	227-74-01	99.97	Atrophy of edentulous alveolar ridge
	227-74-02	99.97	
	227-74-03	99.97	
	227-74-10	99.97	
	227-74-11	99.97	
	227-74-20	23.43	
	227-74-21	99.97	
	227-74-22	99.97	
	227-74-23	99.97	
	227-74-26	99.97	
	227-74-30	99.97	
	227-74-31	99.97	
	227-74-32	99.97	
	227-74-33	99.97	
	227-74-34	99.97	
	227-74-35	99.97	
	227-75-01	23.6	
	227-75-10	23.6	
	227-75-20	23.6	
	227-75-21	23.6	
	227-75-30	23.6	
	228-74-00	99.97	
	228-74-01	99.97	
	228-74-02	99.97	
	228-74-10	99.97	
	228-74-11	99.97	

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
	228-74-20	99.97	
	228-74-21	99.97	
	228-74-22	99.97	
	228-74-23	99.97	
	228-74-24	99.97	
	228-74-25	99.97	
	228-74-26	99.97	
	228-74-30	99.97	
	228-74-31	99.97	
	228-74-32	99.97	
	228-74-33	99.97	
	228-74-34	99.97	
	228-74-35	99.97	
	228-75-00	23.6	
	228-75-01	23.6	
	228-75-10	23.6	
	228-75-20	23.6	
	228-75-21	23.6	
	228-75-30	23.6	
	233-75-10	24.99	
	233-75-11	24.99	
	233-75-12	24.99	
K053	227-73-00	96.54	Chronic periodontitis
K0530	228-73-00	96.54	Chronic Periodontitis, Simplex
K0531	233-73-01	96.54	Chronic Periodontitis, Complex
K0532	233-73-10	23.7	Chronic Periodontitis, Pericoronitis
K0533	233-73-11	23.7	Chronic Periodontitis, Thickened Follicle
K0538	233-73-70	96.57	Chronic Periodontitis, Other
K0539	236-73-98	24.39	Chronic Periodontitis, Unspecified

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
K0520	236-73-99	99.99	Periodontal Abscess Of Gingival Origin Without Sinus
K0521			Periodontal Abscess Of Gingival Origin With Sinus
K1170	198-04-88	26.19	Hyposecretion Of Saliva
K1171			Xerostomia
R682			Dry mouth, unspecified
C00	233-92-21	92.29	Malignant neoplasm of lip
C000	900-92-21	92.24	External upper lip malignant neoplasm
C001	999-92-31	92.23	External lower lip malignant neoplasm
C002	999-92-32	92.25	External lip, unspecified malignant neoplasm
C003	999-92-33	92.26	Upper lip, inner aspect malignant neoplasm
C004	900-81-24	99.25	Lower lip, inner aspect malignant neoplasm
C005	159-26-10	76.2	Lip, unspecified, inner aspect malignant neoplasm
C006	159-26-10	76.2	Commissure of lip malignant neoplasm
C008	159-26-10	24.4	Overlapping lesion of lip malignant neoplasm
C009	159-26-11	76.39	Lip malignant neoplasm, unspecified
C01	159-26-67	76.2	Malignant neoplasm of base of tongue
C02	159-26-68	76.2	Malignant neoplasm of other and unspecified parts of tongue
C020	160-26-10	76.2	Dorsal suface of tongue malignant neoplasm
C021	160-26-10	76.2	Malignant neoplasm of other and unspecified parts to tongue, border of tongue
C0210	160-26-10	24.4	Malignant Neoplasm Of Tip Of Tongue
C0211	160-26-11	76.31	Malignant Neoplasm Of Lateral Border Of Tongue
C0219	160-26-67	76.2	Border of tongue malignant neoplasm, unspecified
C022	160-26-68	76.2	Ventral suface of tongue malignant neoplasm
C023			Anterior two-thirds of tongue, part unspecified malignant neoplasm
C024			Lingual tonsil malignant neoplasm
C028			Overlapping lesion of tongue malignant neoplasm
C029			Tongue malignant neoplasm, unspecified

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
C03			Malignant neoplasm of gum
C030			Upper gum malignant neoplasm
C031			Lower gum malignant neoplasm
C039			Gum malignant neoplasm, unspecified
C04			Malignant neoplasm of floor of mouth
C040			Anterior floor of mouth malignant neoplasm
C041			Lateral floor of mouth malignant neoplasm
C048			Overlapping lesion of floor of mouth malignant neoplasm
C049			Floor of mouth malignant neoplasm, unspecified
C05			Malignant neoplasm of palate
C050			Hard palate malignant neoplasm
C051			Soft palate malignant neoplasm
C052			Uvula malignant neoplasm
C058			Overlapping lesion of palate malignant neoplasm
C059			Palate malignant neoplasm, unspecified
C06			Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth
C060			Cheek mucosa malignant neoplasm
C061			Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth, vestibule of mouth
C0610			Malignant Neoplasm Of Upper Labial Sulcus
C0611			Malignant Neoplasm Of Upper Buccal Sulcus
C0612			Malignant Neoplasm Of Lower Labial Sulcus
C0613			Malignant Neoplasm Of Lower Buccal Sulcus
C0614			Malignant Neoplasm Of Unspecified Upper Sulcus
C0615			Malignant Neoplasm Of Unspecified Lower Sulcus
C0619			Malignant Neoplasm Of Mouth, unspecified
C062			Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth, retromolar area
C0620			Malignant Neoplasm Of Maxillary Tuberosity

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
C0621			Malignant Neoplasm Of Mandibular Retromolar Area
C0629			Malignant Neoplasm Of Retromolar Area, unspecified
C068			Overlapping lesion of other and unspecified parts of mouth malignant neoplasm
C069			Mouth malignant neoplasm, unspecified
C07			Malignath neoplasm of paraotid gland
C08			Malignant neoplasm of other and unspecified major salivary glands
C080			Submandibular gland malignant neoplasm
C081			Sublingual gland malignant neoplasm
C088			Overlapping lesion of major salivary glands malignant neoplasm
C089			Major salivary gland malignant neoplasm, unspecified
C09			Malignant neoplasm of tonsil
C090			Tonsillar fossa malignant neoplasm
C091			Tonsillar pillar (anterior) (posterior) malignant neoplasm
C098			Overlapping lesion of tonsil malignant neoplasm
C099			Tonsil malignant neoplasm, unspecified
C10			Malignant neoplasm of oropharynx
C100			Vallecula malignant neoplasm
C101			Anterior surface of epiglottis malignant neoplasm
C102			Lateral wall of oropharynx malignant neoplasm
C103			Posterior wall of oropharynx malignant neoplasm
C104			Branchial cleft malignant neoplasm
C108			Overlapping lesion of oropharynx malignant neoplasm
C109			Oropharynx malignant neoplasm, unspecified
K13	159-04-10	76.11	Other diseases of lip and oral mucosa
K132	159-04-19	76.11	Leukoplakia and other disturbances of oral epithelium, including tongue

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
K1320	160-04-10	76.11	Leukoplakia ,idiopathic
K1321	160-04-19	76.11	Leukoplakia ,tobacco-associated
K1322	225-04-00	27.23	Erythroplakia
K1324	225-04-09	27.23	Smoker’s Palate (leukokeratosis Nicotina Palati)
K1328	225-21-00	27.92	Leukoplakia And Other Disturbances Of Oral Epithelum,other
K1329	225-26-01	27.42	Leukoplakia And Other Disturbances Of Oral Epithelum, unspecified
K135	225-26-08	27.43	Oral submucous fibrosis
K136	236-04-00	24.11	Irritative hyperplasia of oral mucosa
K137	236-04-09	24.12	Other and unspecified lesions of oral mucosa
K1370	236-21-00	24	Excessive Melanin Pigmentation Melanoplakia, smoker’s Melanosis
L43	236-26-00	24.31	Lichen planus
L430	240-04-00	27.21	Hypertrophic lichen planus
L431	240-04-09	27.21	Bullous lichen planus
L432	240-21-00	27.1	Lichenoid drug reaction
L433	240-26-00	27.31	Subacute (active) lichen planus
L438	240-26-01	27.32	Other lichen planus
L439	241-04-00	27.22	Lichen planus, unspecified
L93	241-04-09	27.22	Lupus erythematosus
L930	241-21-00	27.92	Discoid lupus erythematosus
L931	241-26-00	27.49	Subacute cutaneous lupus erythematosus
L932	241-26-01	27.49	Lupus erythematosus profundus
K02	238-71-00	23.2	Dental caries
K020	238-71-01	23.2	Caries limited to enamel
K021	238-71-02	23.2	Caries extending into dentine
K022	238-71-03	23.2	Caries of cementum
K023	238-71-10	23.2	Arrested dental caries
K028	238-71-11	23.2	Other dental caries

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
K029	238-71-12	23.2	Dental caries, unspecified
K04	238-71-13	23.2	Diseases of pulp and periapical tissues
K040	238-71-14	23.2	Pulpitis
K0400	238-71-15	23.2	Hyperemia
K0401	238-71-16	23.2	Pulpitis, Acute
K0402	238-71-17	23.2	Pulpitis, Suppurative (pulpal Abscess)
K0403	238-71-18	23.2	Pulpitis, Chronic
K0404	238-71-30	23.3	Pulpitis, Chronic Ulcerative
K0405	238-71-31	23.3	Pulpitis, Chronic Hyperplastic (pulp Polyp)
K0408	238-71-32	23.3	Other Specified Pulpitis
K0409	238-71-33	23.3	Pulpitis Unspecified
K041	238-71-34	23.3	Necrosis of pulp
K042	238-71-35	23.3	Pulp degeneration
K043	238-71-36	23.3	Abnormal hard tissue formation in pulp
K044	238-71-37	23.3	Acute apical periodontitis of pulpal origin
K045	238-71-38	23.3	Chronic apical periodontitis
K046	238-71-40	23.49	Periapical abscess with sinus
K0460	238-71-41	23.49	Dentoalveolar Abscess ,sinus To Maxillary Antrum
K0461	238-71-42	23.49	Dentoalveolar Abscess ,sinus To Nasal Cavity
K0462	238-71-43	23.49	Dentoalveolar Abscess ,sinus To Oral Cavity
K0463	238-71-44	23.49	Dentoalveolar Abscess ,sinus To Skin
K0469	238-71-45	23.49	Dentoalveolar Abscess ,with Sinus ,unspecified
K047	238-71-46	23.49	Periapicla abscess without sinus
K048	238-71-47	23.49	Radicular cyst
K0480	238-71-48	23.49	Radicaular Cyst, Apical And Lateral
K0481	238-71-55	23.41	Radicaular Cyst, Residual
K0482	238-71-56	23.41	Radicaular Cyst, Inflammatory Paradental
K0489	238-71-57	23.41	Radicular Cyst,unspecified
K049	238-71-58	23.41	Other and unspecified diseases of pulp and periapical tissues

ICD 10	ICD-10-TM 2022	ICD-9-CM	Diagename
	238-71-59	23.41	
	238-71-60	23.41	
	238-71-61	23.41	
	238-71-62	23.41	
	238-71-63	23.41	
	238-71-98	23.49	
	238-71-99	23.49	
	238-72-00	23.49	
	238-72-01	23.49	
	238-72-11	23.72	
	238-72-20	23.71	
	238-72-21	23.71	
	238-72-22	23.71	
	238-72-23	23.2	
	238-72-24	23.2	
	238-72-25	23.2	
	238-72-26	23.71	
	238-72-27	23.71	
	238-72-28	23.71	
	238-72-30	23.71	
	238-72-31	23.71	
	238-72-33	23.71	
	238-72-34	23.7	
	238-72-40	23.71	
	238-72-41	23.71	
	238-72-42	23.71	
	238-72-43	23.2	
	238-72-44	23.2	
	238-72-45	23.2	

คำถามเบื้องต้น 2 ข้อ

1.ท่านมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2.ท่านมีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับ รพ.สต.

1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

1.1 มีฟันผุ รากฟันผุที่ไม่สามารถป้องกันหรือให้บริการได้ หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

1.2 มีเหงือกบวม ฝีหนอง ฟันโยก หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

1.3 จำนวนฟันแท้น้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก : มีก้อน รอยแดงรอยขาว แผลเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

3. ปัญหาปากแห้ง น้ำลายแห้ง : ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนบ่อยครั้ง/ มีอาการลิ้นแห้งติดเพดานบ่อย หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

4. สภาพช่องปาก (Oral Hygiene) สะอาด หรือไม่

☐ สะอาด ☐ ไม่สะอาด

เกณฑ์การประเมิน

ข้อ 1-3 ถ้าประเมินว่า **“มี” หรือ “ใช่”** ≥1 ข้อ ควรส่งต่อ

ถ้าประเมินว่า **“ไม่มี” หรือ “ไม่ใช่”** ควรแนะนำและบริการส่งเสริม ป้องกัน

ข้อ 4 ถ้าประเมินว่า **“ไม่สะอาด”** ควรฝึกการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์

ที่มา : คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับ รพช. ขึ้นไป

1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

1.1 มีฟันผุ รากฟันผุ ตอฟันผุ หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

1.2 มีร่องลึกปริทันต์ ≥4 มม.

☐ มี ☐ ไม่มี

1.3 จำนวนฟันแท้น้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

1.4 มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ทำฟันเทียมใหม่หรือทำรากเทียม

☐ มี ☐ ไม่มี

2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก : มีรอยโรคก่อมะเร็งหรือมะเร็ง หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

3. ปัญหาปากแห้ง น้ำลายแห้ง : มีปากแห้งชัดเจน หรือ ลิ้นเลี่ยน หรือ มีคอฟัน รากฟันผุ ชัดเจน

☐ มี ☐ ไม่มี

4. ปัญหาการกลืน : กลืนเจ็บ กลืนสำลัก

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

เกณฑ์การประเมิน

ข้อ 1 ถ้าประเมินว่า **“มี” หรือ “ใช่”** ≥1 ข้อ ควรรักษาต่อเนื่องและแนะนำการดูแลหลังส่งกลับชุมชน

ข้อ 2 ถ้าประเมินว่า **“มี”** ควรส่งต่อ biopsy และรักษาต่อเนื่องแบบบูรณาการ ครบวงจร

ข้อ 3-4 ถ้าประเมินว่า **“ใช่”** ควรส่งต่อเพื่อการดูแลเฉพาะต่อเนื่อง

ที่มา : คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำ

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติในช่องปากที่เป็นประเด็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากที่เหมาะสม
2. ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลที่ได้จากการซักถาม กรณีที่เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) หรือมีโรคทางระบบที่สำคัญ หรือมีปัญหาการเคี้ยว กัด กลืน หรือมรการเจ็บปวดในช่องปาก ให้ทำแผนการรักษาหรือ Care Plan ร่วมกับทันตแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ
3. ข้อมูลจากการตรวจสภาวะช่องปาก เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจในช่องปาก โดยทันตบุคลากรใช้เครื่องมือตรวจและแสงไฟหรือแสงสว่างจากธรรมชาติ
   3.1 การสูญเสียฟัน กรณีพบปัญหา : มีฟันแท้ที่ใช้งานได้ <20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลัง <4 คู่สบ
   3.2 ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม กรณีพบปัญหา : สูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ หรือสภาพฟันเทียมที่ใส่อยู่หลวม สึก จนเคี้ยวอาหารไม่ได้ มีการผุใต้ครอบฟัน จำเป็นต้องทำฟันเทียมใหม่
   3.3 ฟันผุ/รากฟันและความเสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ กรณีพบปัญหา : ฟัน/รากฟันมีรู ฟันผุ เหลือแต่รากฟัน มีฝีหนองบริเวณปลายราก หรือเหงือกร่นที่คอฟันจนรากฟันโผล่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ
   3.4 เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ กรณีพบปัญหา : เหงือกอักเสบ คือ เหงือกมีเลือดออกทั้งเวลาปกติหรือเวลาแปรงฟัน โรคปริทันต์ คือ ฟันโยก หรือมีฝีหนองที่บริเวณเหงือก
   3.5 แผล/มะเร็งช่องปาก กรณีพบปัญหา : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น เพดาน เหงือก มีก้อนเนื้อหรือแผลสีแดงหรือขาว เนื้อเยื่อบริเวณใต้ฐานรากฟันเทียมหรือขอบฟันเทียมมีแผลเรื้อรัง
   3.6 สภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย กรณีพบปัญหา : เนื้อเยื่อในช่องปากแห้ง ไม่มีน้ำลายหรือน้ำลายเหนียว ข้น หรือกระจกส่องปากติดบริเวณข้างแก้ม กินอาหารแห้ง ๆ ต้องจิบน้ำตาม
   3.7 ฟันสึก กรณีพบปัญหา : ฟันสึกด้านบดเคี้ยวเกินครึ่งหนึ่งของตัวฟัน
   3.8 การดูแลอนามัยช่องปาก กรณีพบปัญหา : มีคราบจุลินทรีย์ที่เห็นชัดเจน มีหินปูน มีกลิ่นปากไม่มีอุปกรณ์เสริมที่จำเป็น
4. กรณีใส่ฟันปลอมเริ่มแรกแนะนำว่า “หากฟันปลอมไม่พอดีกับช่องปากให้หลับมาแก้จนใส่สบาย”

พัฒนาโดย : สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ และสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมป์

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564.

การมองเห็น

การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนเลน (Snellen Chart) หรือที่เรียกกันว่า การวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ หากสามารถประเมินปัญหาเบื้องต้นได้ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้การรักษา มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

โรคต้อกระจก (cataract) ต้อกระจกเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่องหรือขุ่นของเลนส์ตา ซึ่งทุกคนต้องมีการเกิดต้อกระจกในที่สุดเพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ อาจเร็วรีช้า โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการมองเห็นภาพเป็นหมอกหรือควันบังหลังอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่อาจเป็นเร็วขึ้นถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน หรือรับประทานยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นประจำ การรักษา โรคกระจกตาที่ได้ผลที่ดีคือการสลายเลนส์ตาที่ซึ่งขุ่นเป็นต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงอัลตร้าซาวด์แล้ว ใส่เลนส์แก้วตาเทียมใหม่ ซึ่งมีลักษณะใส่เข้าไปทดแทน ในอดีตมักมีการรอให้ต้อกระจกสุกจึงทำการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ แต่ปัจจุบันนิยมรักษาโดยการสลายต้อกระจกแต่เนิ่น ๆ เนื่องจากปัญหาตามันเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต การลอกต้อกระจกสุกจะทำให้การรักษาด้วยการสลาย ต้อทำได้ยากและอาจทำให้เกิดโรคตาอื่นแทรกซ้อน เช่น ต้อหิน ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายมากขึ้นได้

การผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก สามารถทำได้ในเวลาไม่ถึงครึ่งชั่วโมง โดยอาจใช้เฉพาะยาชาชนิดหยอด ไม่ต้องฉีดยา ก็มักไม่มีความรู้สึกเจ็บ และแทบไม่เสียเลือดเลย นอกจากนี้ยังไม่จำเป็นต้องนอนค้างที่โรงพยาบาล ที่สำคัญสามารถใช้สิทธิในการรักษาโรคต้อกระจกได้ทั้งกรณีสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรทองได้อีกด้วย เลนส์แก้วตาเทียมนับเป็นอุปกรณ์ใช้ทดแทนอวัยวะดั้งเดิม ของมนุษย์ที่ได้ผลและปลอดภัยมากที่สุดชนิดหนึ่ง เมื่อจักษุแพทย์ทำการสลายเลนส์ตาเดิมที่ขุ่นเป็นต้อกระจกออกแล้ว จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งเป็นวัสดุที่มีลักษณะใส เข้าไปแทนที่ตำแหน่งเลนส์ตาเดิมในลูกตาธรรมชาติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ต้องกังวลเรื่องการเคลื่อนหลุดของเลนส์แก้วตาเทียม ไม่เป็นภาระในการถอดล้างหรือทำความสะอาดที่สำคัญมีอายุการใช้งานยาวนานสามารถใช้ได้ตลอดชีวิตโดยไม่ต้องผ่าตัด เปลี่ยนเลนส์อีก นอกจากนี้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับเลนส์แก้วตาเทียมมีการพัฒนาไปมาก มีทั้งเลนส์ชนิดแข็งและเลนส์ชนิดนิ่มซึ่งสามารถพับเพื่อใส่ผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กได้ มีเลนส์แก้วตาเทียมที่สามารถช่วยป้องกันรังสี อัลตราไวโอเลตให้ดวงตาได้ เทคโนโลยีล่าสุดเริ่มมีเลนส์แก้วตาเทียมที่สามารถแก้สายตาเอียงหรือทำให้สามารถกลับมามองเห็นหนังสือในระยะใกล้ โดยไม่มีภาวะสายตายาวได้อีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคต้อกระจกจึงไม่ต้องวิตกกังวลใจ สามารถปรึกษาจักษุแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง

โรคต้อหิน (glaucoma) ต้อหินเป็นสาเหตุหลักของการเกิดตาบอดในประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย มักพบในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว สายตาสั้นหรือยาวมากผิดปกติ เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีประวัติการใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน เช่น สเตียรอยด์ หรือมีประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางตาจะมีความเสี่ยงในการเป็นต้อหินสูงขึ้น ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคต้อหินจะเริ่มจากสูญเสียการมองเห็นของลานสายตารอบนอกก่อน เมื่อการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นลานสายตาจะแคบลงเรื่อย ๆ และตาบอดในที่สุดหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันท่วงที

สาเหตุการเกิดต้อหินเกิดจากเส้นประสาทตาถูกทำลายจากการมีความดันน้ำในลูกตาสูง แบ่งชนิดตามสาเหตุได้ดังนี้

1. ต้อหินมุมเปิด เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปี มักไม่พบมีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นเริ่มจากการสูญเสียการมองเห็นจากรอบนอกลานสายตาและค่อยๆ ลามเข้ามาตรงกลางจนมืดไปในที่สุด

2. ต้อหินแต่กำเนิด พบได้ในเด็กแรกเกิดหรือภายในช่วงอายุ 2-3 ปี เกิดจากการระบายน้ำในลูกตาไม่สมบูรณ์ตั้งแต่ตั้งครรภ์

3. ต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน พบมากในคนเอเชียเกิดจากการอุดตันของทางระบายน้ำในลูกตา ทำให้ความดันตาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการปวดตาและบริเวณหัวคิ้วอย่างรุนแรง ตาแดง การมองเห็นลดลงอย่างมาก มักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ต้อหินกลุ่มนี้ต้องการการรักษาทันที เพื่อลดอาการ รวมทั้งป้องกันตาบอดที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาข้ามวันหากไม่ได้รับการลดความดันลูกตา

4. ต้อหินจากสาเหตุอื่น เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุทางตา แล้วมีการอุดตันของทางระบายน้ำในลูกตา ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้นอาจเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือรวดเร็วเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้ง่าย ๆ โดยการตรวจสุขภาพตาทั่วไป วัดความดันลูกตา ตรวจลานสายตา ตรวจดูลักษณะของทางระบายน้ำในลูกตาและเส้นประสาท โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในอดีตหากจักษุแพทย์สงสัยว่าผู้ใดเป็นโรคต้อหินจะทำการตรวจอย่างละเอียด ขยายม่านตาเพื่อตรวจดูลักษณะของขั้วประสาทตาว่ามีความผิดปกติมากน้อยเพียงใดและวาดรูปขั้วประสาทตาไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการติดตามการรักษา ซึ่งอาจไม่ได้มาตรฐานที่ชัดเจนและเกิดความผิดพลาดได้มาก ปัจจุบันมีการถ่ายภาพขั้วประสาทตาเป็นระยะ ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงเพื่อติดตามผล

การรักษาการรักษาโรคต้อหิน คือ การพยายามลดความดันน้ำในลูกตา ลดการผลิต หรือ เพิ่มการระบายน้ำ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การหยอดยา ยารับประทาน ยิงเลเซอร์ ซึ่งข้อจำกัดในการใช้ขึ้นกับตัวผู้ป่วยและประเภทของต้อหิน ปัจจุบันการยิงเลเซอร์ในผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมเปิดเพื่อลดความดันลูกตาได้รับความนิยมมาก เนื่องจากสามารถลดปริมาณ ผลข้างเคียง และค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาหยอด เพิ่มคุณภาพชีวิตและชะลอการผ่าตัด อย่างไรก็ดีการรักษาโรคต้อหินเป็นเพียงการหยุดการดำเนินโรคแต่ไม่สามารถทำให้การมองเห็นที่สูญเสียไปแล้วกลับมาเป็นปกติได้ ดังนั้นการป้องกันและรักษาในระยะเริ่มต้นจึงเป็นหนทางเดียวที่จะทำให้ไม่สูญเสียการมองเห็นในระยะยาว เนื่องจากโรคต้อหินในระยะเริ่มต้นนั้นไม่มีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนภัยให้ทราบว่าโรคนี้ซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหิน เช่น อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สายตาสั้นหรือยาวมากผิดปกติ ควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ

ต้อเนื้อ (Pterygium) จะมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อเยื่อแผ่นหนาที่ตาขาวโดยฐานอยู่ที่ตาขาวและ ส่วนปลายยื่นเข้าไปในกระจกตาดำอาจเกิดขึ้นได้ทั้งด้านหัวตาและหางตา

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม

1. เกิดจากการถูกลม แสงแดด ฝุ่น ความร้อน รังสี ทำให้เยื่อบุตาเสื่อมพบบ่อยในประเทศเขตร้อน

2. พบมากในช่วงอายุ 30-35 ปี ชายและหญิงมีโอกาสเป็นเท่า ๆ กัน

3. เป็นต้อลมอักเสบต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจพัฒนาเป็นต้อเนื้อได้

4. พักผ่อนน้อย สูบบุหรี่บ่อย ดื่มสุราจัด

อาการ

อาจจะไม่มีอาการใด ๆ หรือถ้ามีการอักเสบอาจรู้สึกระคายเคืองตาเหมือนมีผงเข้าตา คันตา น้ำตาไหล ตาแดงหรือปวดตาเล็กน้อยในบางรายเมื่อเป็นนานหลายปีต้อเนื้ออาจลามยื่นเข้าไปถึงกลางกระจกตาดำ ทำให้บดบังการมองเห็นได้

การรักษา

1. ถ้าต้อเนื้อขนาดเล็ก/ ไม่ลามเข้าตาดำไม่มีอาการอักเสบ ให้หลีกเลี่ยงสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ
2. ถ้าต้อเนื้อมีอาการอักเสบ ควรพบจักษุแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยา
3. ถ้าต้อเนื้อขนาดใหญ่ จนมองเห็นได้ลามเข้าตาดำ หรืออักเสบบ่อย จักษุแพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดลอกต้อเนื้อออก

การป้องกัน

1. ใส่แว่นเพื่อป้องกันแสงแดด ฝุ่น ลม ควัน ก่อนออกจากบ้าน
2. ผู้ที่อยู่ในงานอุตสาหกรรม ที่มีการเชื่อมโลหะ/รังสี ควรสวมแว่นกรองแสงหรือใส่หน้ากากป้องกันทุกครั้ง
3. ลดการดื่มสุรา และสูบบุหรี่
4. นอนพักผ่อนให้เพียงพอ
5. การทำงานที่ต้องใช้สายตาติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ควรพักสายตาเป็นระยะ โดยการหลับตาและมองไกลประมาณ 2-3 นาที ทุกครึ่งชั่วโมง การปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยให้สบายตาขึ้น

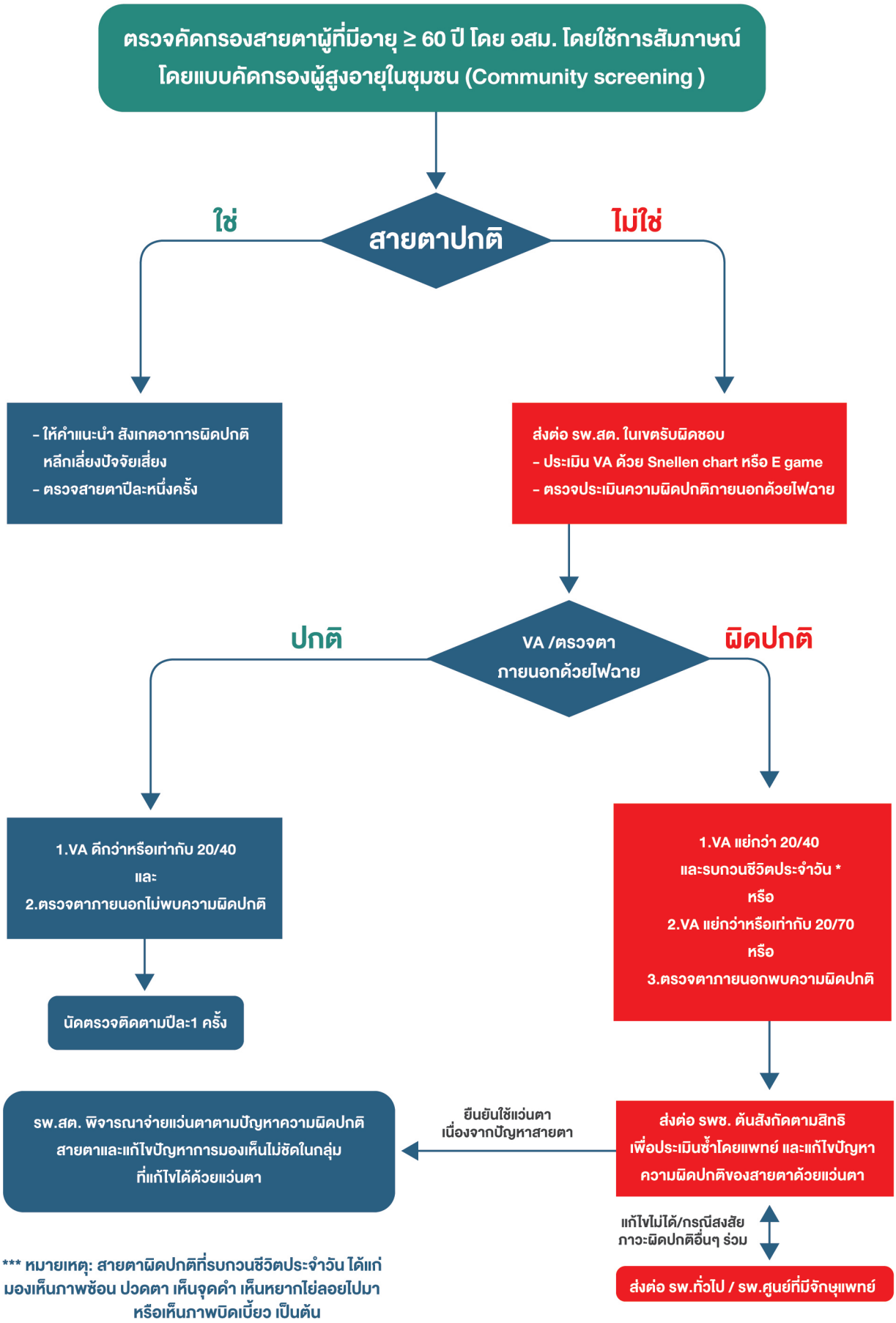
วิธีลอกต้อเนื้อ

การผ่าตัดลอกต้อเนื้อเป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยากใช้เวลาไม่นาน โดยฉีดยาชาเฉพาะที่ ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีการผ่าตัดอยู่ 2 วิธี คือ

1. วิธีลอกต้อเนื้อ โดยทิ้งบริเวณที่ลอกไว้ให้เนื้อเยื่องอกกลับมาคลุมเองใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย ไม่สิ้นเปลืองอุปกรณ์แต่มีโอกาสที่จะเกิดการเป็นซ้ำใหม่ได้สูง
2. วิธีลอกต้อเนื้อออกแล้วนำเนื้อเยื่อมาแปะหรือปลูกในบริเวณที่ต้องถูกตัดออกไป โดยการผ่าตัดวิธีนี้ใช้เป็นเนื้อเยื่อรกหรือเยื่อบุตาของตนเอง ใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าแต่ข้อดีคือลดอัตราการเป็นซ้ำ

(ที่มา: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

Flow of management การดูแลสายตาผิดปกติในผู้สูงอายุ



ข้อเสนอการจัดทำแนวทางการคัดกรองโรคตา และโรคสายตาในหน่วยบริการสุขภาพตาปฐมภูมิ



ผู้รับผิดชอบ

1. ทีมจักษุสาธารณสุข ได้แก่ นักทัศนมาตร พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาวัดแว่นตา นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคเชียนจักษุ
2. Private Public Partnership: ร้านแว่นตาชุมชน

(โดยการรับรองมาตรฐานร้านแว่นตาเกณฑ์จากทีม 1)



บุคลากร ทีมจักษุสาธารณสุข คัดกรองโรคตา

ได้แก่
- โรคตาและโรคประจำตัว เช่น เบาหวานขึ้นจอตา ต้อกระจก ต้อหิน
- เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น
  - Slitlamp
  - Fundus photograph
  - Refractive unit



ภาคเอกชนและประชาสังคม

คัดกรองโรคสายตา
ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน
เครื่องมือ: ร้านแว่นตาชุมชน

หมายเหตุ : รูปแบบของหน่วยบริการสุขภาพตาปฐมภูมิ อาจแบ่งเป็น

1. รวมเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ โดยมี รพ.แม่ข่าย ที่มีการบริการรักษาโรคตา
2. รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ร่วมระหว่างพื้นที่ โดยมี รพ.แม่ข่ายในพื้นที่รับดูแลส่งต่อรักษา

Flow of management การดูแลโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ

ตรวจคัดกรองสายตาผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี โดย อสม. โดยใช้การสัมภาษณ์โดยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community screening)

รพ.ทั่วไป / รพ.ศูนย์ที่มีจักษุแพทย์

(ทีมจักษุสาธารณสุข) จักษุแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค [5-6] /นักทัศนมาตรวัดแว่นสายตา/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา วัดแว่นตา/เจ้าหน้าที่อื่นๆที่ผ่านการอบรมวัดแว่นตา

- ซักประวัติ ตรวจตา และประเมินการมองเห็น
- การวัดความดันตา
- ตรวจจอตา

วินิจฉัยต้อกระจก

การมองเห็นดีกว่า VA 20/70

- การมองเห็นในระดับที่ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน
- สามารถแก้ไขสายตาผิดปกติ สั้น ยาว เอียงด้วยแว่นสายตา
- ให้คำแนะนำสังเกตอาการ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ใช้ยาสเตียรอยด์ สวมแว่นกันแดด

การมองเห็นแย่กว่า VA 20/70

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

1. ต้อกระจกสุก
2. ต้อกระจกที่บดบังการตรวจจอตาในผู้ป่วยเบาหวาน
3. ต้อกระจกที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยแว่นสายตาได้
4. ต้อกระจกที่รบกวนการใช้ชีวิตและการประกอบอาชีพและมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ
5. การมองเห็นแย่กว่า VA 20/200 ผ่าตัดต้อกระจกโดยเร็ว

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : แพทย์หญิงกุลวรรณ โรจนเนืองนิตย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

Flow of management การดูแลโรคต้อหินในผู้สูงอายุ

ตรวจคัดกรองสายตาผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี โดย อสม. โดยใช้การสัมภาษณ์โดยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community screening)

↓

รพ.ทั่วไป / รพ.ศูนย์ที่มีจักษุแพทย์

จักษุแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางจักษุ

- ซักประวัติ ตรวจตา และประเมินการมองเห็น
- ตรวจจอตาด้วยกล้องถ่ายภาพ Disc/ Fundus photograph
- การตรวจวัดความดันตา
- การตรวจลานสายตา สแกนประสาทตาด้วยเครื่อง OCT

↓

ต้องสงสัยต้อหินมีหลายชนิดเช่น

1. มีความเสี่ยงต้อหินมุมปิด H40.03
2. มีความเสี่ยงต้อหินจากความดันตาสูง H40.05
3. มีความเสี่ยงต้อหินมุมเปิดจากลักษณะประสาทตา H40.01, 40.02

ต้อหิน [10]

ไม่ใช่ต้อหิน → **ติดตามอาการ ตรวจประสาทตาและลานสายตาเป็นประจำปี**

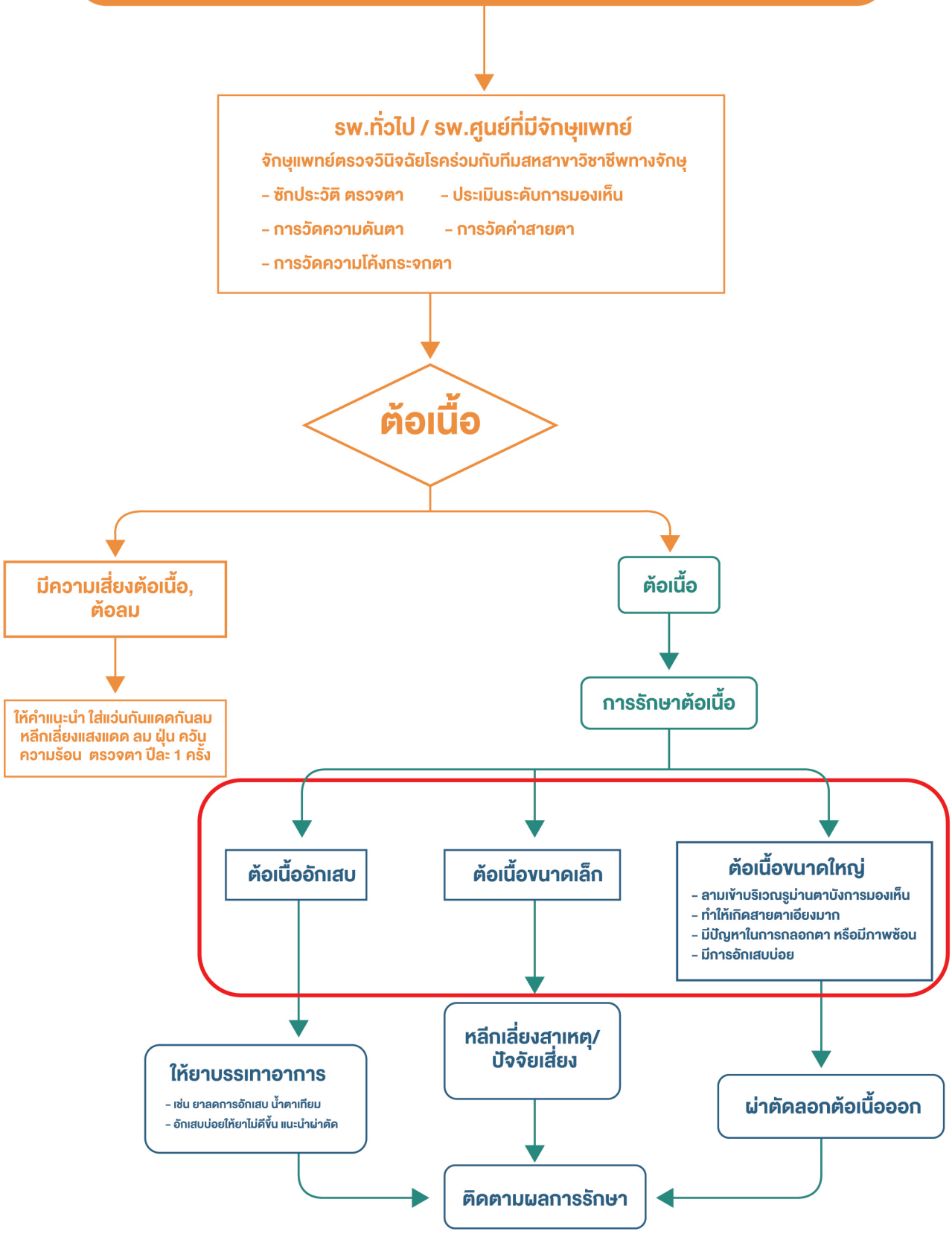
ใช่ต้อหิน → **การรักษาต้อหิน (ยา เลเซอร์ ผ่าตัด)**

- การรักษาคือ การชะลอความเสื่อมของโรคไปอย่างช้าๆ โดยคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยรักษาไม่หาย
- ตรวจติดตามการรักษาประจำเป็นระยะๆ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : แพทย์หญิงกุลวรรณ โรจนเนืองนิตย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

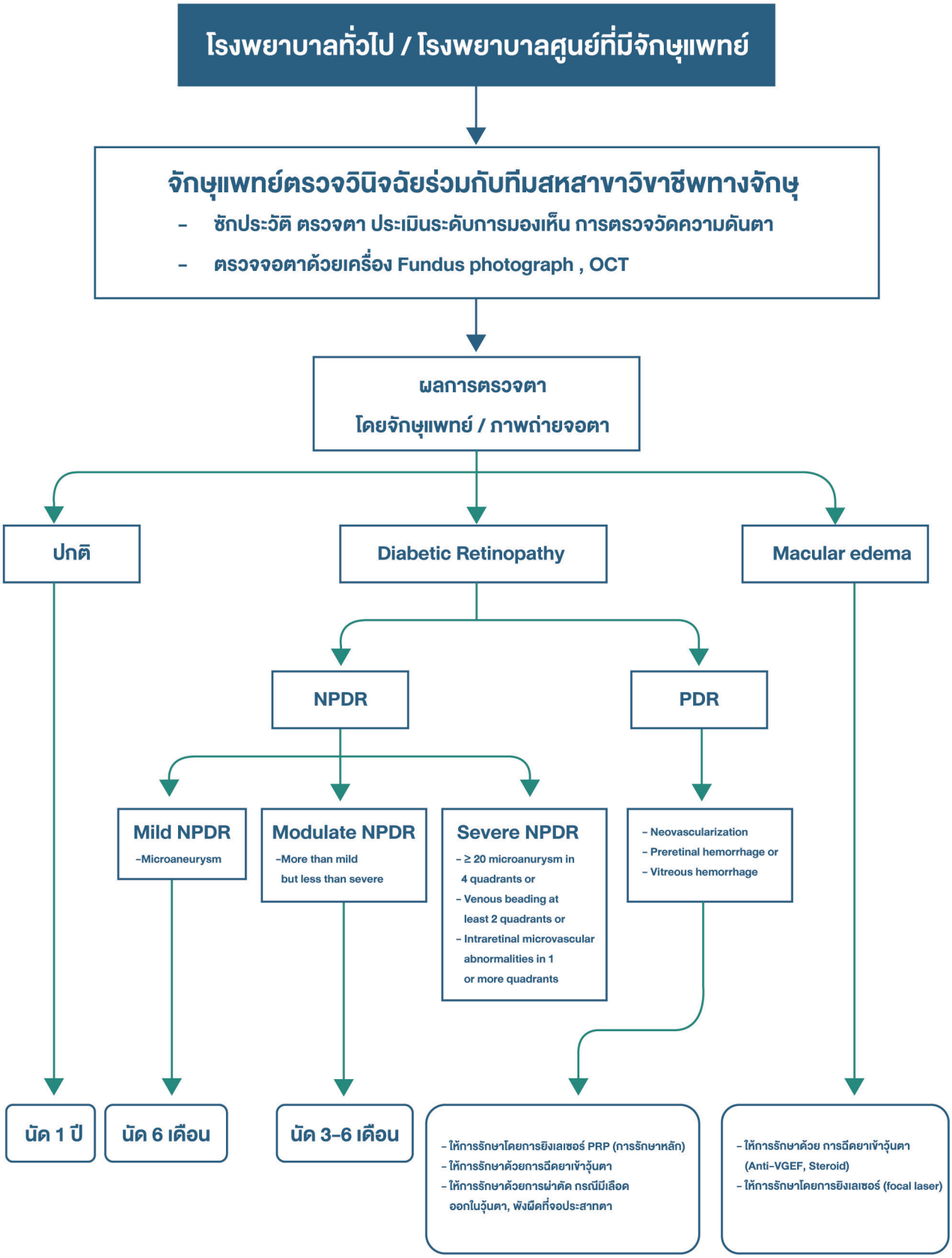
Flow of management การดูแลโรคต้อเนื้อในผู้สูงอายุ

ตรวจคัดกรองสายตาผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี โดย อสม. โดยใช้การสัมภาษณ์โดยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community screening)



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : แพทย์หญิงนวลจิรา ประกายรุ้งทอง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

Flow of management การดูแลเบาหวานขึ้นตาในผู้สูงอายุ



Ref : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน ประเทศไทย

Diabetic retinopathy PPP, 2019 American Academy of Ophthalmology

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ : แพทย์หญิงนวลพร ศรีม่วง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

ชุดข้อมูล (Data Set) สำหรับส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุ ด้านการดูแลสายตาผิดปกติ

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การตรวจคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ				
การคัดกรองสุขภาวะทางตา - สายตาระยะใกล้ - สายตาระยะไกล - ต้อกระจก - ต้อหิน - จอประสาทตาเสื่อม	- การซักประวัติ - ประเมินการมองเห็นด้วยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community screening) - แบบคัดกรองสุขภาวะทางตา (In-depth assessment) - การทดสอบสายตา (VA) : Snellen Chart - ตรวจประเมินความผิดปกติภายนอกด้วยไฟฉาย	-อสม. -รพ.สต.	- อสม.ขึ้นไป - เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน - นวก.สาธารณสุข - พยาบาลวิชาชีพ	สายตาระยะใกล้ ปกติ : 1B1240 ผิดปกติ : 1B1241/ 1B1242 สายตาระยะไกล ปกติ : 1B1243 ผิดปกติ : 1B1244 /1B1245 ต้อกระจก ปกติ : 1B1250 ผิดปกติ : 1B1251 1B1252 ต้อหิน ปกติ : 1B1253 ผิดปกติ : 1B1254 1B1255 จอประสาทตาเสื่อม ปกติ : 1B1256 ผิดปกติ : 1B1257 1B1258 - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application / Smart อสม.)

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การประเมินการมองเห็น Visual acuity การคัดกรองโรคตา Eye screening - ต้อกระจก - ต้อหิน - ต้อเนื้อ - จอประสาทตาเสื่อม - เบาหวานขึ้นตา - กระจกตาขุ่น - อื่นๆหมายถึงที่ไม่เข้ากับโรคข้างต้น	- การซักประวัติ และประเมินการมองเห็น - การทดสอบสายตา (VA) : Snellen Chart - ตรวจประเมินความผิดปกติภายนอกด้วยไฟฉาย - การตรวจจอประสาทตา ด้วยกล้องถ่ายภาพจอตา (Fundus camera)	รพช. ขึ้นไป	- แพทย์ทั่วไป - พยาบาล / พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา - ผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ	รหัสหัตถการ (ICD 9) (VA) : 9509 Fundus camera : OP 9001 รหัสโรค (ICD 10) : H00-H59 โรคตา - ความผิดปกติของ Lens H 25 -28 (ต้อกระจกในผู้สูงอายุ H25) - ต้อหิน (H 40) - จอประสาทตาเสื่อม (H 35) - ต้อเนื้อ (H11.0) - เบาหวานขึ้นตา (H 36.01) - กระจกตาขุ่น (H 18) - อื่นๆ H 54 (54.0- 54.9 เป็นการวินิจฉัยร่วมเพื่อบอกระดับสายตาใช้ระดับ VA ในการเข้ารหัส)
การประเมินการมองเห็น Visual acuity การคัดกรองโรคตา Eye screening - ต้อกระจก - ต้อหิน - ต้อเนื้อ - จอประสาทตาเสื่อม - เบาหวานขึ้นตา - กระจกตาขุ่น - อื่นๆหมายถึงที่ไม่เข้ากับโรคข้างต้น	- การตรวจตา (Slit Lamp) - การวัดความดันลูกตา (Tn) - การตรวจจอประสาทตา ด้วยกล้องถ่ายภาพจอตาและขั้วประสาทตา (Fundus camera) - เครื่องวิเคราะห์ ขั้วประสาทตา (OCT) - การตรวจลานสายตาด้วยเครื่องสแกนประสาทตาและจอตา (VF) - การฉีดสี (FFA)	รพท./ รพศ.	- จักษุแพทย์ - พยาบาล / พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา - ผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ (Technician)	**รหัสหัตถการ (ICD 9)** VA / TN : 9509 Fundus camera: OP 9001 OCT: OP 9002 VF: OP 9004 **รหัสโรค (ICD 10)** : H00-H59 โรคตา - ความผิดปกติของ Lens H 25 -28 (ต้อกระจกในผู้สูงอายุ H25) - ต้อหิน (H 40) - จอประสาทตาเสื่อม (H 35.4) - ต้อเนื้อ (H11.0) - เบาหวานขึ้นตา (H 36) - กระจกตาขุ่น (H 18) - อื่นๆ H 54 (54.0- 54.9 เป็นการวินิจฉัยร่วมเพื่อบอกระดับสายตาใช้ VA ในการเข้ารหัส)

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การวินิจฉัยโรค				
การวินิจฉัย	- ต้อกระจก - ต้อเนื้อ - กระจกตาขุ่น - ต้อหิน - อื่นๆ	รพช.	แพทย์ทั่วไป	**รหัสโรค (ICD 10)** : H00-H59 โรคตา - ความผิดปกติของ Lens H 25 -28 (ต้อกระจกในผู้สูงอายุ H25) - ต้อเนื้อ (H11) - ต้อหิน (H 40) - กระจกตาขุ่น (H 18) - อื่นๆ H 54 (54.0- 54.9 เป็นการวินิจฉัยร่วมเพื่อบอกระดับสายตาใช้ VA ในการเข้ารหัส)
การวินิจฉัย	- ต้อกระจก - ต้อหิน - ต้อเนื้อ - จอประสาทตาเสื่อม - เบาหวานขึ้นตา - กระจกตาขุ่น - อื่นๆ	รพท./รพศ.	จักษุแพทย์	**รหัสโรค (ICD 10)** : H00-H59 โรคตา - ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (H25-H28) - ต้อหิน (H 40) - จอประสาทตา (H 36) - ต้อเนื้อ (H11.0) - เบาหวานขึ้นตา (H 36.01) - กระจกตาขุ่น (H 18) - อื่นๆ H 54 (54.0- 54.9 เป็นการวินิจฉัยร่วมเพื่อบอกระดับสายตาใช้ VA ในการเข้ารหัส)

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การรักษา				
การเฝ้าระวัง	- คำแนะนำสังเกตอาการผิดปกติ - คำแนะนำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ใช้ยาสเตียรอยด์ สวมแว่นกันแดด - คำแนะนำควบคุมโรคร่วม NCDs	รพ.สต. ขึ้นไป	- อสม. - เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	รหัสการให้คำปรึกษา **สายตาใกล้** ปกติ : 1B1240 ผิดปกติ : 1B1241 / 1B1242 **สายตาไกล** ปกติ : 1B1243 ผิดปกติ : 1B1244 / 1B1245
	- ตรวจสายตาปีละ 1 ครั้ง		- นวก. สาธารณสุข - พยาบาลวิชาชีพ	
การรักษา	- รับแว่น - การทำหัตถการ/การผ่าตัด - การเลเซอร์ - การฉีดยา - การใช้ยาหยอดหรือยาป้ายตา - อื่น ๆ	รพช/ รพท./ รพศ.	- แพทย์ทั่วไป - จักษุแพทย์	- รหัสโรค (ICD 10) - รหัสการทำหัตถการ (ICD 9) - รหัสยาหรือเวชภัณฑ์
ไม่สามารถรักษาได้	- การออกหนังสือรับรองความพิการ - การให้เครื่องมือช่วยเหลือและการฝึก O&M ***	รพท./ รพศ.	- จักษุแพทย์ - ผู้ที่ได้รับการฝึกในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยสายตาเลือนลางและตาบอด	H 54 (54.0- 54.9 เป็นการวินิจฉัยร่วมเพื่อบอกระดับสายตาใช้ VA ในการเข้ารหัส) - H 54.4 Blindness

หมายเหตุ : การฝึก O&M (Orientation and Mobility) หมายถึง การทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวและการใช้ประสาทสัมผัสที่มีอยู่

ชุดข้อมูล (Data Set) สำหรับส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุ ด้านโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data set ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อคัด เข้ารับการวินิจฉัย/ รักษา
การตรวจสุขภาวะทางตา [1-2]				
การประเมิน การมองเห็น	- การซักประวัติ ตรวจตา และประเมินการมองเห็น - การทดสอบสายตา (VA) : Snellen Chart - เครื่องวัด IOL, เครื่อง Laser ND-YAG - การตรวจตา (Slit Lamp) - การวัดความดันตา - การตรวจจอประสาทตาด้วยกล้องถ่ายภาพ จอตา - เครื่องวิเคราะห์ขั้วประสาทตา (OCT) - การตรวจลานสายตาด้วยเครื่องสแกนประสาทตาและจอตา (VF)	รพท./ รพศ.	- จักษุแพทย์ - พยาบาล / พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา - วัดแว่นสายโดยผู้ที่ได้รับการอบรม - ผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ (Technician)	- HDC (การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน) - โปรแกรม Vision 2020 Thailand **รหัสหัตถการ (ICD 9)** VA / TN : 9509 Fundus camera : OP 9001 OCT : OP 9002 VF : OP 9004
การวินิจฉัยโรค				
การวินิจฉัย	โรคต้อกระจก	รพท./ รพศ.	จักษุแพทย์	รหัสโรค (ICD 10) - ความผิดปกติของ Lens H 25 -28 (ต้อกระจกในผู้สูงอายุ H 25)
การรักษา				
การเฝ้าระวัง	การมองเห็นในระดับที่ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน - ให้คำแนะนำการแก้ไขสายตาผิดปกติ สั้น ยาว เอียง ด้วยแว่นสายตา	รพ.สต. ขึ้นไป	- อสม.ขึ้นไป	รหัสการให้คำปรึกษา
	- ให้คำแนะนำ สังเกตอาการ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ใช้ยาสเตียรอยด์ สวมแว่นกันแดด			

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัด เข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การรักษา	-ให้คำแนะนำการผ่าตัด โรคต้อกระจก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด - การติดตามหลังการผ่าตัด - เครื่อง Laser ND-YAG PCO	รพท./รพศ.	- จักษุแพทย์ - พยาบาลวิชาชีพ	**- รหัสการทำหัตถการ (ICD 9)** : 13.41 Phacoemulsification - รหัสยาหรือเวชภัณฑ์ - สถานะการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน - รหัสการติดตามอาการหลังผ่าตัด - ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ■ Drop nucleous ■ Hyphema ■ Retrobubar haemorrhage ■ IOL dislocation ■ Endophthalmitis ■ Marked Corneal edema

ICD – 10 การมองเห็น

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H110	H11.0	Pteygium
H18		Other disorders of cornea
H25		Senile cataract
H35		Other retinal disorders
H354	H35.4	Peripheral retinal degeneration
H3601	H36.01	Nonproliferative diabetic retinopathy (NPDR) with maculopathy
H40		Glaucoma
H544	H54.4	Blindness\, one eye
H00		Hordeolum and chalazion
H000		Hordeolum and other inflammation of eyelid
H001		Chalazion
H01		Other inflammation of eyelid
H010		Blepharitis
H011		Noninfectious dermatoses of eyelid
H018		Other specified inflammation of eyelid
H019		Inflammation of eyelid\, unspecified
H10		Conjunctivitis
H100		Mucopurulent conjunctivitis
H101		Acute atopic conjunctivitis
H102		Other acute conjunctivitis
H103		Acute conjunctivitis\, unspecified
H104		Chronic conjunctivitis
H105		Blepharoconjunctivitis
H108		Other conjunctivitis
H109		Conjunctivitis\, unspecified
H11		Other disorders of conjunctiva
H110		Pteygium
H111		Conjunctival degenerations and deposits

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H112		Conjunctival scars
H113		Conjunctival haemorrhage
H114		Other conjunctival vascular disorders and cysts
H118		Other specified disorders of conjunctiva
H119		Disorder of conjunctiva\, unspecified
H13		Disorders of conjunctiva in diseases classified elsewhere
H130	B74.-	Filarial infection of conjunctiva
H131		Conjunctivitis in infectious and parasitic diseases classified elsewhere
H132		Conjunctivitis in other diseases classified elsewhere
H133	L12.-	Ocular pemphigoid
H138		Other disorders of conjunctiva in diseases classified elsewhere
H15		Disorders of sclera
H150		Scleritis
H151		Episcleritis
H158		Other disorders of sclera
H159		Disorder of sclera\, unspecified
H16		Keratitis
H160		Corneal ulcer
H161		Other superficial keratitis without conjunctivitis
H162		Keratoconjunctivitis
H163		Interstitial and deep keratitis
H164		Corneal neovascularization
H168		Other keratitis
H169		Keratitis\, unspecified
H17		Corneal scars and opacities
H170		Adherent leukoma
H171		Other central corneal opacity
H178		Other corneal scars and opacities

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H179		Corneal scar and opacity\,unspecified
H18		Other disorders of cornea
H180		Corneal pigmentations and deposits
H181		Bullous keratopathy
H182		Other corneal oedema
H183		Changes in corneal membranes
H184		Corneal degeneration
H185		Hereditary corneal dystrophies
H186		Keratoconus
H187		Other corneal deformities
H188		Other specified disorders of cornea
H189		Disorder of cornea\, unspecified
H19		Disorders of sclera and cornea in diseases classified elsewhere
H190		Scleritis and episcleritis in diseases classified elsewhere
H191	B00.5	Herpesviral keratitis and keratoconjunctivitis
H192		Keratitis and keratoconjunctivitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere
H193		Karatitis and keratoconjunctivitis in other diseases classified elsewhere
H198		Other disorders of sclera and cornea in diseases classified elsewhere
H25		Senile cataract
H250		Senile incipient cataract
H251		Senile nuclear cataract
H252		Senile cataract\, morgagnian type
H258		Other senile cataract
H259		Senile cataract\, unspecified
H26		Other cataract
H260		Infantile\, juvenile and presenile cataract
H261		Traumatic cataract
H262		Complicated cataract

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H263		Drug-induced cataract
H264		After-cataract
H268		Other specified cataract
H269		Cataract\, unspecified
H27		Other disorders of lens
H270		Aphakia
H271		Dislocation of lens
H278		Other specified disorders of lens
H279		Disorder of lens\, unspecified
H28		Cataract and other disorders of lens in diseases classified elsewhere
H280	E10-E14	Diabetic cataract
H281		Cataract in other endocrine\, nutritional and metabolic disrases
H282		Cataract in other diseases classified elsewhere
H288		Other disorders of lens in diseases classified elsewhere
H33		Retinal detachments and breaks
H330		Retinal detachment with rerinal break
H331		Retinoschisis and retinal cysts
H332		Serous retinal detachment
H333		Retinal breaks without detachment
H334		Traction detachment of retina
H335		Other retinal detachments
H40		Glaucoma
H400		Glaucoma suspect
H401		Primary open-angle glaucoma
H402		Primary angle-closure glaucoma
H403		Glaucoma secondary to eye trauma
H404		Glaucoma secondary to eye inflammation
H405		Glaucoma secondary to other eye disorders

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H406		Glaucoma secondary to drugs
H408		Other glaucoma
H409		Glaucoma\, unspecified
H42		Glaucoma in diseases classified elsewhere
H420		Glaucoma in endocrine\, nutritional and metabolic diseases
H428		Glaucoma in other diseases classified elsewhere
H49		Paralytic strabismus
H490		Third [oculomotor] nerve palsy
H491		Fourth [trochlear] nerve palsy
H492		Sixth [abducent] nerve palsy
H493		Total (external) ophthalmoplegia
H494		Progressive external ophthalmoplegia
H498		Other paralytic strabismus
H499		Paralytic strabismus\, unspecified
H50		Other strabismus
H500		Convergent concomitant strabismus
H501		Divergent concomitant strabismus
H502		Vertical strabismus
H503		Intermittent heterotropia
H504		Other and unspecified heterotropia
H505		Heterophoria
H506		Mechanical strabismus
H508		Other specified strabismus
H509		Strabismus\, unspecified
H52		Disorders of refraction and accommodation
H520		Hypermetropia
H521		Myopia
H522		Astigmatism
H523		Anisometropia and aniseikonia

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H524		Prebyopia
H525		Disorders of accommodation
H526		Other disorders of refaction
H527		Disorder fo refaction\, unspecified
H54		Blindness and low vision
H540		Bilindness\, both eyes
H541		Blindness\, one eye\, low vision other eye
H542		Low vision \, both eyes
H543		Unqualified visual loss\, both eyes
H544		Blindness\, one eye
H545		Low vision\, one eye
H546		Unqualified visual loss\, one eye
H547		Unspecified visual loss
H02		Other disorders of eyelid
H020		Entropion and trichiasis of eyelid
H021		Ectropion of eyelid
H022		Lagophthalmos
H023		Blepharochalasis
H024		Ptosis of eyelid
H025		Other disorders affecting eyelid function
H026		Xanthelasma of eyelid
H027		Other degenerative disorders of eyelid and periocular area
H028		Other specified disorders of eyelid
H029		Disorder of eyelid\, unspecified
H03		Disorders of eyelid in diseases classified elsewhere
H030		Parasitic infestation of eyelid in diseases classified elsewhere
H031		Involvement of eyelid in other infectious diseases classified elsewhere
H038		Involvement of eyelid in other diseases classified elsewhere

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H04		Disorders of lacrimal system
H040		Dacryoadenitis
H041		Other disorders of lacrimal gland
H042		Epiphora
H043		Acute and unspecified inflammation of lacrimal passages
H044		Chronic inflammation of lacrimal passages
H045		Stenosis and insufficiency of lacrimal passages
H046		Other changes in lacrimal passages
H048		Other disorders of lacrimal system
H049		Disorder of lacrimal system\, unsepcified
H05		Acute inflammation of orbit
H050		Acute inflammation of orbit
H051		Chronic inflammatory disorders of orbit
H052		Exophthalmic conditions
H053		Deformity of orbit
H054		Enophthalmos
H055		Retained (old) foreign body following penetrating wound of orbit
H058		Other disorders of orbit
H059		Disorder of orbit\, unspecified
H06		Disorders of lacrimal system and orbit in diseases classified elsewhere
H060		Disorders of lacrimal system in diseases classified elsewhere
H061		Parasitic infestation of orbit in diseases classified elsewhere
H062	E05.-	Dysthyroid exophthalmos
H063		Other disorders of orbit in diseases classified elsewhere
H20		Iridocyclitis
H200		Acute and subacute iridocyclitis
H201		Chronic iridocyclitis
H202		Lens-induced iridocyclitis

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H208		Other iridocyclitis
H209		Iridocyclitis\, unspecified
H21		Other disorders of iris and ciliary body
H210		Hyphaema
H211		Other vascular disorders of iris and ciliary body
H212		Degeneratio of iris and ciliary body
H213		Cyst of iris\, ciliary body and anterior chamber
H214		Pupillary membranes
H215		Other adhesions and disruptions of iris and ciliary body
H218		Other spcified disorders of iris and ciliary body
H219		Disorder of iris and ciliary body\, unspecified
H22		Disorders of iris and ciliary body in diseases classified elsewhere
H220		Iridocyclitis in infectious and parasitic diseases classified elsewhere
H221		Iridocyclitis in other diseases classified elsewhere
H228		Other disorders of iris and ciliary body in diseases classified elsewhere
H30		Chorioretinal inflammation
H300		Focal chorioretinal inflammation
H301		Disseminated chorioretinal inflammation
H302		Posterior cyclitis
H308		Other chorioretinal inflammation
H309		Chorioretinal inflammation\, unsepcified
H31		Other disorders of choroid
H310		Chorioretinal scars
H311		Choroidal degeneration
H312		Hereditary choridal dystrophy
H313		Choroidal haemorrhage and rupture
H314		Choroidal detachment
H318		Other specified disorders of choroid

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H319		Disorder of choroid\, unspecified
H32		Chorioretinal disorders in diseases classified elsewhere
H320		Chorioretinal inflammation in infectious and parasitic diseases classified elsewhere
H328		Other chroioretinal disorders in diseases classified elsewhere
H34		Retinal vascular occlusions
H340		Tranient retinal artery occlusion
H341		Central retinal artery occlusion
H342		Other retinal artery occlusion
H348		Other retinal vscular occlusion
H349		Retinal vascular occlusion\, unspecified
H35		Other retinal disorders
H350		Background retinopathy and retinal vascular changes
H351		Retinopathy of prematurity
H352		Other proliferative retiopathy
H353		Degeneration of macula and posterior pole
H354		Peripheral retinal degeneration
H355		Hereditary retinal dystrophy
H356		Retinal haemorrhage
H357		Separation of retinal layers
H358		Other specified retinal disorders
H359		Retinal disorders\, unspecified
H36		Retinal disorders in diseases classified elsewhere
H360	E10-E14+	Diabetic retinopathy
H3600		Nonproliferative diabetic retinopathy (NPDR)
H3601		Nonproliferative diabetic retinopathy (NPDR) with maculopathy
H3602		Proliferative diabetic retinopathy (PDR)
H3609		Diabetic retinopathy\, unspecified
H368		Other retinal disorders in diseases classified elsewhere

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H43		Disorders of vitreous body
H430		Vitreous prolapse
H431		Vitreous haemorrhage
H432		Crystalline deposits in vitreous body
H433		Other vitreous opacities
H438		Other disorders of vitreous body
H439		Disorder of vitreous body\, unspecified
H44		Disorders of globe
H440		Purulent endophthalmitis
H441		Other endophthalmitis
H442		Degenerative myopia
H443		Other degenerative disorders of globe
H444		Hypotony of eye
H445		Degenerated conditions of globe
H446		Retined (old) intraocular foreign body\, magnetic
H447		Ratained (old) intraocular foreign body\, nonmagnetic
H448		Other disorders of globe
H449		Disorder fo globe\, unspecified
H45		Disorders of vitreous body and globe in diseases classified elsewhere
H450		Vitreous haemorrhage in disorders classified elsewhere
H451		Endophthalmitis in diseases classified elsewhere
H458		Other disorders of vitreous body and globe in diseases classified elsewhere
H46		Optic neuritis
H47		Other disorders of optic [2nd] nerve and visual pathways
H470		Disorders of optic nerve\, not elsewhere classified
H471		Papilloedema\, unspecified
H472		Optic atrophy

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H473		Other disorders of optic disc
H474		Disorders of optic chiasm
H475		Disorders of other visual pathways
H476		Disorders of virual cortex
H477		Disorder of visual pathways\, unspecified
H48		Disorders of optic [2nd] nerve and visual pathways in diseases classified elsewhere
H480		Optic atrophy in diseases classified elsewhere
H481		Retrobulbar neuritis in diseases classified elsewhere
H488		Other disorders of optic nerve and visual pathways in diseases classified elsewhere
H51		Other disorders of binocular movement
H510		Palsy of conjugate gaze
H511		Convergence insufficiency and excess
H512		Internuclear ophthalomoplegia
H518		Other specified disorders of binocular movement
H519		Disorder of binocular movement\, unjspecified
H53		Visual disturbances
H530		Amblyopia ex anopsia
H531		Subjective visual disturbances
H532		Diplopia
H533		Other disorders of binocular vison
H534		Visual field defects
H535		Colour vison deficiencies
H536		Night blindness
H538		Other visual disturbances
H539		Visual disturbance\, unspecifeid
H55		Nystagmus and other irregular eye movements
H57		Other disorders of eye and adnexa

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H570		Anomalies of pupillary function
H571		Ocular pain
H578		Other specified disorders of eye and adnexa
H579		Disorder of eye and adnexa\, unsepcified
H58		Other disorders of eye and adnexa in diseases classified elsewhere
H580		Anomalies of pupilary function in diseases classified elsewhere
H581		Visual disturbances in diseases classified elsewhere
H588		Other specified disorders of eye and adnexa in diseases classified elsewhere
H59		Post procedure disorder of eye and adnexa\, not elsewhere classified
H590		Vitreous syndrome following cataract surgery
H598		Other postprocedural disorders of eye and adnexa
H599		Postprocedural disorder of eye and adnexa\, unspecified

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการมองเห็น

การคัดกรองสุขภาวะทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหินและจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา	
1 **สายตาระยะไกล** : นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (กรณีผู้สูงอายุใช้แว่นสายตามองระยะไกลอยู่แล้ว ให้สวมแว่นขณะทำการทดสอบด้วย)	☐	☐		
2 **สายตาระยะใกล้ :** อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้ (กรณีผู้สูงอายุใช้แว่นสายตามองระยะใกล้อยู่แล้ว ให้สวมแว่นขณะทำการทดสอบด้วย)	☐	☐		
3 **ต้อกระจก :**ปิดตาดูทีละข้างพบว่าตามัวคล้ายมีหมอกบัง	☐	☐	**ซ้าย**	**ขวา**
4 **ต้อหิน :** ปิดตาดูทีละข้าง พบว่ามองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ	☐	☐	**ซ้าย**	**ขวา**
5 **จอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ** : ปิดตาดูทีละข้าง พบว่ามองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	☐	☐	**ซ้าย**	**ขวา**

เกณฑ์การประเมิน

ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่า มีปัญหาการมองเห็น ให้ส่งประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

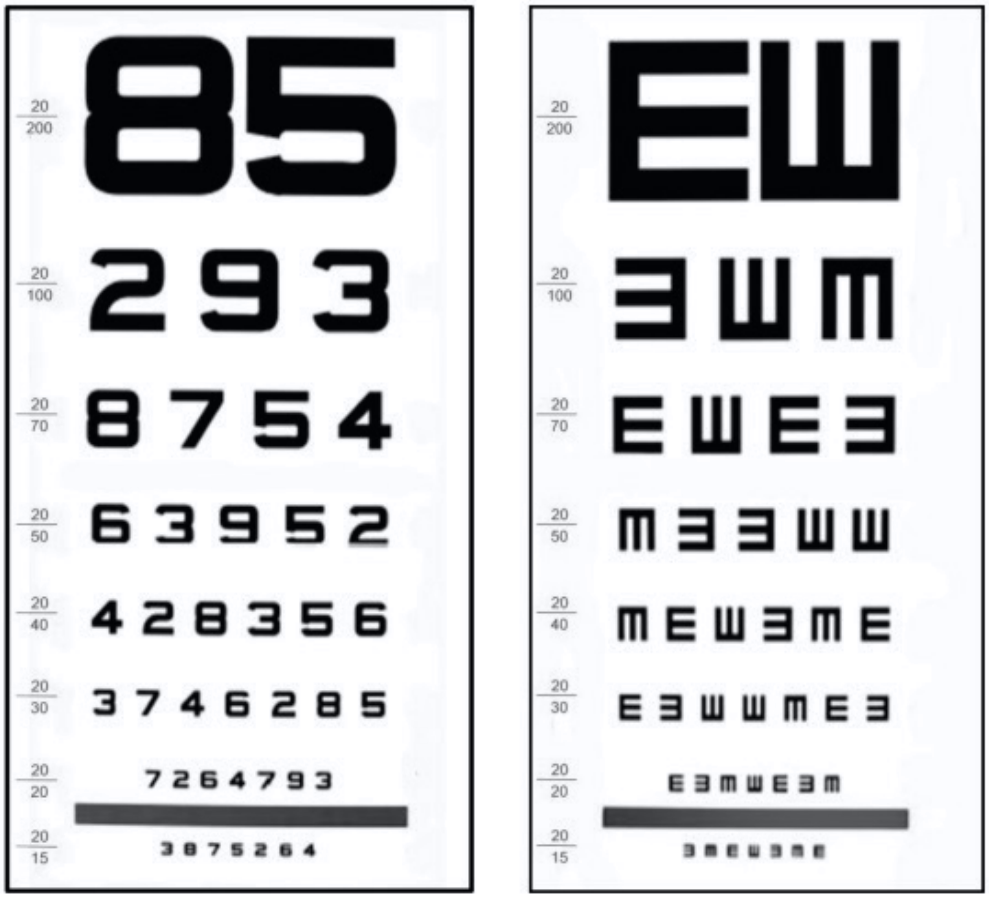
การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลน (Snellen Chart) เป็นการวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็น แผ่นทดสอบสายตาสเนลเลนมี 2 แบบ คือ แบบตัวเลขและแบบตัวอักษรอี (E Chart) สำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ

วิธีการ

1. ผู้สูงอายุยืนหรือนั่งโดยลำตัวห่างจากแผ่นทดสอบสายตา 20 ฟุตหรือ 6 เมตร นั่งตัวตรงห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่านเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อนและห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง

2.ทดสอบสายตาทีละข้างโดยเริ่มจากตาขวาก่อน โดยใช้มือบังตาซ้ายให้มิด ไม่จำเป็นต้องหลับหรือหรี่ตาซ้าย ถ้าใช้มือบังให้ใช้ส่วนที่เป็นอุ้งมือ อย่าใช้นิ้วบังเพราะอาจมองลอดนิ้วมือ ไม่ออกแรงกดทับลูกตาขณะบังตา

3. ผู้สูงอายุอ่านตัวเลขบนแผ่นทดสอบเรียงลำดับทีละตัวจากซ้ายไปขวาและจากบรรทัดบนลงล่างทีละแถว หากไม่แน่ใจให้เดาจนอ่านต่อไปอีกไม่ได้ อ่านได้สิ้นสุดที่แถวใดให้ดูตัวเลขแสดงระดับสายตาซึ่งกำกับอยู่ท้ายแถวที่อ่านได้โดยแถวสุดท้ายที่อ่านได้คือแถวที่อ่านแล้วถูกเท่ากับหรือมากกว่าครึ่งของจำนวนตัวเลขในแถวนั้นแล้วบันทึกระดับสายตาข้างขวาไว้ เช่น ถ้าอ่านถึงแถว 5 (ตัวเลขเศษส่วนจะเท่ากับ 20/40) ซึ่งจำนวนตัวเลขในแถวนี้มี 6 ตัว ถ้าอ่านผิด 2 ตัวและเมื่ออ่านแถวที่ 6 ต่อไป อ่านผิดมากกว่าครึ่งหรืออ่านไม่ได้ ให้บันทึกว่า $20/40^{-2}$ แต่ถ้าอ่านเลขในแถวที่ 5 ได้ถูกทุกตัวและสามารถอ่านแถวที่ 6 ได้เพิ่มอีก 2 ตัว ให้บันทึกว่า 20/40+2



การบันทึกค่า

ค่าสายตาที่วัดได้จะบันทึกเป็นตัวเลขเศษส่วนซึ่งบอกค่าเป็นระยะทาง โดยเลขเศษหมายถึงระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด เลขส่วนหมายถึงระยะทางที่คนสายตาปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด

แถวที่	Snellen System (feet)	Metric System (metre)
1	20/200	6/60
2	20/100	6/30
3	2070	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

เกณฑ์การประเมิน

ถ้าอ่านได้ “น้อยกว่าแถวที่ 5” หรือ “รู้สึกสายตาแย่ลง” ให้ส่งต่อหน่วยบริการที่ให้บริการแว่นแก้ไขสายตา

การได้ยิน

การได้ยินในผู้สูงอายุ ภาวะได้ยินหรือปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีความสามารถในการสูญเสียการได้ยินหรือความสามารถในการได้ยินแย่ลง เช่น หูอื้อหรือหูตึง ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นอาการที่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการได้ยินของผู้สูงอายุอาจลดลง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลกระทบในหลายด้าน เช่น ด้านการสื่อสารการได้ยินเสียงพูด เข้าใจบทสนทนา และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ การสูญเสียการได้ยินอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวออกจากสังคม

ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุอาจเกิดจากความผิดปกติของกลไก มี 2 ส่วน คือ

1. ส่วนนำเสียงและขยายเสียง ได้แก่ หูชั้นนอกและหูชั้นกลาง เมื่อคลื่นเสียงจากภายนอกผ่านเข้าไปในช่องหูจะไปกระทบแก้วหูและมีการส่งต่อ มีการขยายเสียงโดยกระดูกหู 3 ชิ้น ในหูชั้นกลางไปยังหูชั้นใน ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในหูชั้นนอกและหูชั้นกลางของผู้สูงอายุทำให้หูอื้อหรือหูตึงได้ สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหูชั้นกลาง เช่น ขี้หู อุดตัน เยื่อแก้วหูทะลุ หูชั้นนอกอักเสบ เนื้องอก ความผิดปกติของหูชั้นกลาง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ น้ำขังในหูชั้นกลาง ท่อยูสเตเชียน (ท่อที่เชื่อมระหว่างหูชั้นกลางและโพรงหลังจมูก) ทำงานผิดปกติ โรคหินปูนในหูชั้นกลาง

2. ส่วนประสาทรับเสียง ได้แก่ ส่วนของหูชั้นในไปจนถึงสมองซึ่งเป็นส่วนที่เรารับรู้และเข้าใจเสียงต่างๆ ความผิดปกติบริเวณนี้ของผู้สูงอายุทำให้หูตึงหรือหูหนวกถาวรได้ บางโรคอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ สาเหตุมักเกิดจากความผิดปกติ ดังนี้

2.1 หูชั้นใน สาเหตุที่พบบ่อยคือ ประสาทหูเสื่อมจากอายุ ประสาทหูเสื่อมจากความผิดปกติแต่กำเนิดหรือพันธุกรรม พัฒนาการผิดปกติหรือโรคระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา เช่น หัดเยอรมัน การได้ยินเสียงที่ดังมากในเวลาสั้น ๆ ทำให้ประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน เช่น เสียงปืน เสียงระเบิดหรือเสียงประทัด การได้รับเสียงที่ดังปานกลางเป็นเวลานานทำให้ประสาทหูเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น การอยู่ในโรงงานหรืออยู่ในคอนเสิร์ตที่มีเสียงดังมาก ๆ การใช้ยาพิษต่อประสาทหูเป็นเวลานาน เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ ยาขับปัสสาวะที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ยาแอสไพลิน ยาควินิน การบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะแล้วกระทบต่อหูชั้นใน การติดเชื้อของหูชั้นใน เช่น เยื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อซิฟิลิสหรือไวรัสเอดส์ การผ่าตัดหูแล้วกระทบต่อหูชั้นใน การมีรูรั่วระหว่างหูชั้นกลางและหูชั้นใน โรคมีเนีย (Meniere s disease) หรือน้ำในหูไม่เท่ากัน

2.2 สมอง โรคของเส้นเลือด เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ เลือดออกในสมองจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เนื้องอกในสมอง เช่น เนื้องอกของเส้นประสาทหู และ/หรือ ประสาทการทรงตัว

2.3 สาเหตุอื่น เช่น โรคโลหิตจาง โรคแพ้ภูมิตัวเอง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเกล็ดเลือดสูงผิดปกติ โรคที่มีระดับยูริกในเลือดสูง โรคไต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตต่ำหรือสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้สามารถ ทำให้หูอื้อหรือหูตึงได้

ปัญหาการได้ยินที่เกิดจากพยาธิสภาพของหูชั้นใน

เส้นประสาทและระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัยมักรักษาไม่หายขาด ถ้าเกิดจากความเสื่อมควรหาสาเหตุหรือปัจจัยที่จะทำให้เสื่อมเร็วกว่าปกติเพื่อหาทางชะลอความเสื่อมนั้น บางรายประสาทหูเสื่อมไม่ทราบสาเหตุหรือทราบสาเหตุแต่ไม่สามารถรักษาได้ อาจหายได้เองหรือเป็นตลอดชีวิต

โรคที่ทำให้เกิดปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ

มีสาเหตุได้จากทั้งหูชั้นนอก หูชั้นกลางและหูชั้นใน โดยทั่วไปแล้วหากพูดถึงภาวะหูตึงในผู้สูงอายุมักหมายถึงการสูญเสียการได้ยินจากประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย (age-related hearing loss หรือ presbycusis) ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของโรคเรื้อรังที่เกิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามวัย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีร้อยละ 25-40 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีร้อยละ 40-60 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปีร้อยละ 80 ธรรมชาติของการได้ยินจะค่อย ๆ เสื่อมลงตามวัย ค่อยเป็นค่อยไป การเสื่อมจะเท่ากันทั้ง 2 ข้างในช่วงความถี่สูง ผู้สูงอายุอาจมาพบแพทย์ เนื่องจากมีเสียงรบกวนในหูและมักมีปัญหาฟังไม่รู้เรื่อง หรือได้ยินเสียงแต่จับใจความไม่ได้ร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางตามวัยนอกเหนือไปจากหูชั้นในเสื่อมทำให้มีปัญหาในการได้ยินมากกว่าผู้ที่มีการได้ยินบกพร่องในระดับเดียวกันที่อายุน้อยกว่า

การวินิจฉัยปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ

อาศัยการซักประวัติถึงสาเหตุ ๆ การตรวจหูชั้นนอก ช่องหู แก้วหู หูชั้นกลางและบริเวณรอบหู ตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติของเคมีในเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจการได้ยินเพื่อยืนยันและประเมินระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน ตรวจคลื่นสมองระดับก้านสมองและการถ่ายภาพรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือกระดูกหลังหู หรือตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและการฉีดสารรังสีเข้าหลอดเลือด ถ้ามีข้อบ่งชี้ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุจะรักษาตามสาเหตุ

อย่างไรก็ตามปัญหาการได้ยินที่เกิดจากพยาธิสภาพของหูชั้นใน เส้นประสาทหูและระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัยมักจะรักษาไม่หายขาดถ้าเกิดจากประสาทรับเสียงเสื่อมควรหาสาเหตุหรือปัจจัย ที่ทำให้เสื่อมเร็วกว่าปกติเพื่อหาทางชะลอความเสื่อมนั้น บางรายประสาทหูเสื่อมไม่ทราบสาเหตุหรือทราบสาเหตุแต่เป็นสาเหตุที่รักษาไม่ได้อาจหายเองได้หรือจะเป็นอยู่ตลอดชีวิตก็ได้

1. แพทย์จะอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าสาเหตุของปัญหาการได้ยินเกิดจากอะไร เป็นอันตรายหรือไม่สามารถหายเองได้หรือไม่

2. ถ้ามีปัญหาการได้ยินไม่มาก ยังพอได้ยินเสียง ไม่รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมากนักยังพอสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือเป็นเพียงหูข้างเดียวไม่จำเป็นต้องรักษา เพียงแต่ทำใจยอมรับและควรหาสาเหตุ

3. ถ้ามีปัญหาการได้ยินมากโดยเฉพาะเป็น 2 ข้างและรบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมากคือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้และเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ควรฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งจะช่วยบรรเทาปัญหาได้ระดับหนึ่ง ต้องร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การแยกแยะเสียงได้ชัดเจนขึ้น เช่น ลดเสียงรบกวนและให้คู่สนทนาอยู่ตรงหน้า ไม่พูดเร็วหรือพูดประโยคยาวเกินไปเพื่อจะได้จับใจความได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวดีขึ้น

4. ถ้าปัญหาการได้ยินเกิดจากประสาทรับเสียงเสื่อมควรป้องกันไม่ให้เสื่อมมากขึ้น โดย

- หลีกเลี่ยงเสียงดัง

- ถ้าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคกรดยูริกในเลือดสูง โรคเลือด โรคซีด ต้องควบคุมให้ดีเพราะโรคเหล่านี้ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหูน้อยลง ทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมากหรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อประสาทหู

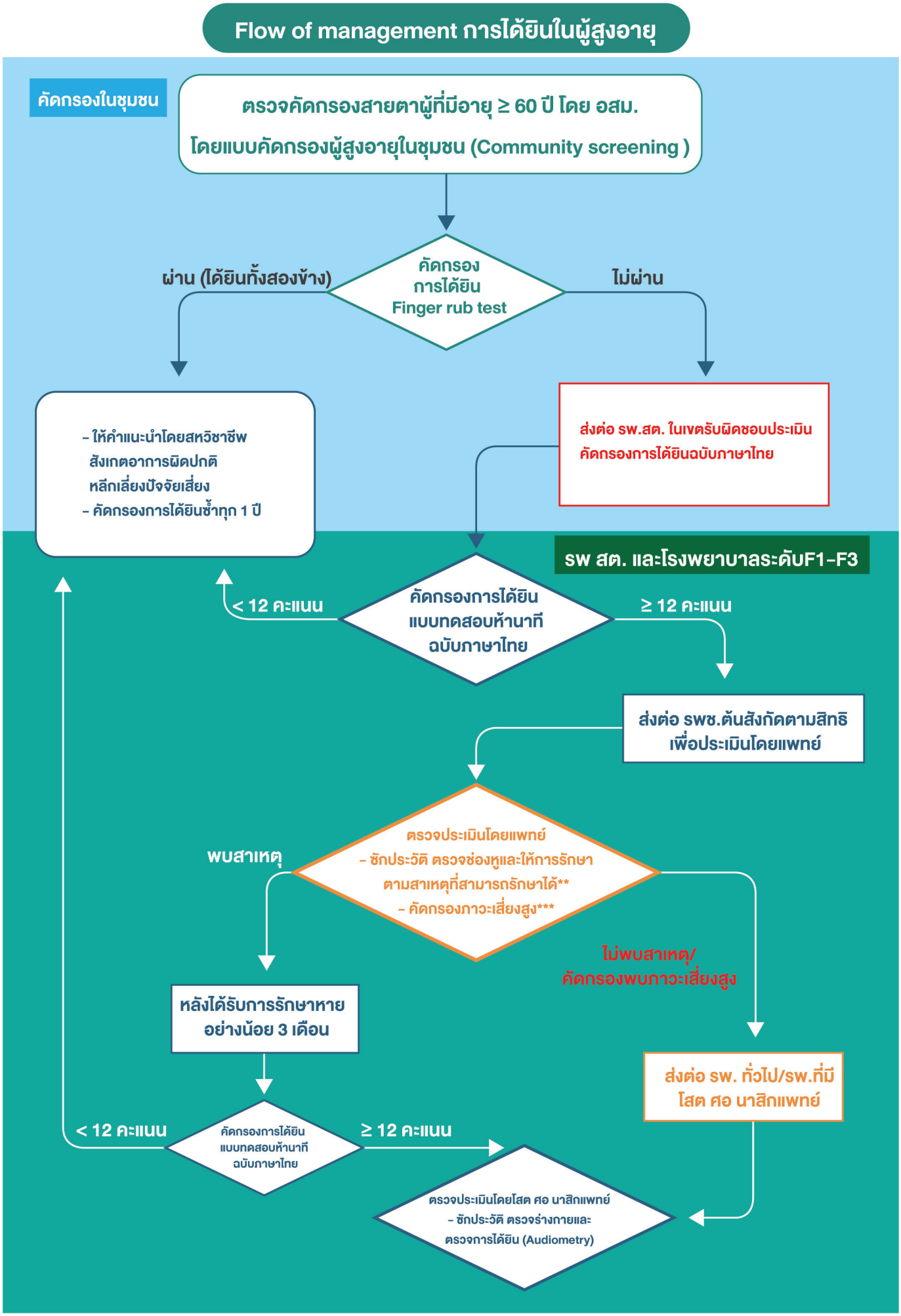
- หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุหรือการกระทบกระเทือนบริเวณหู

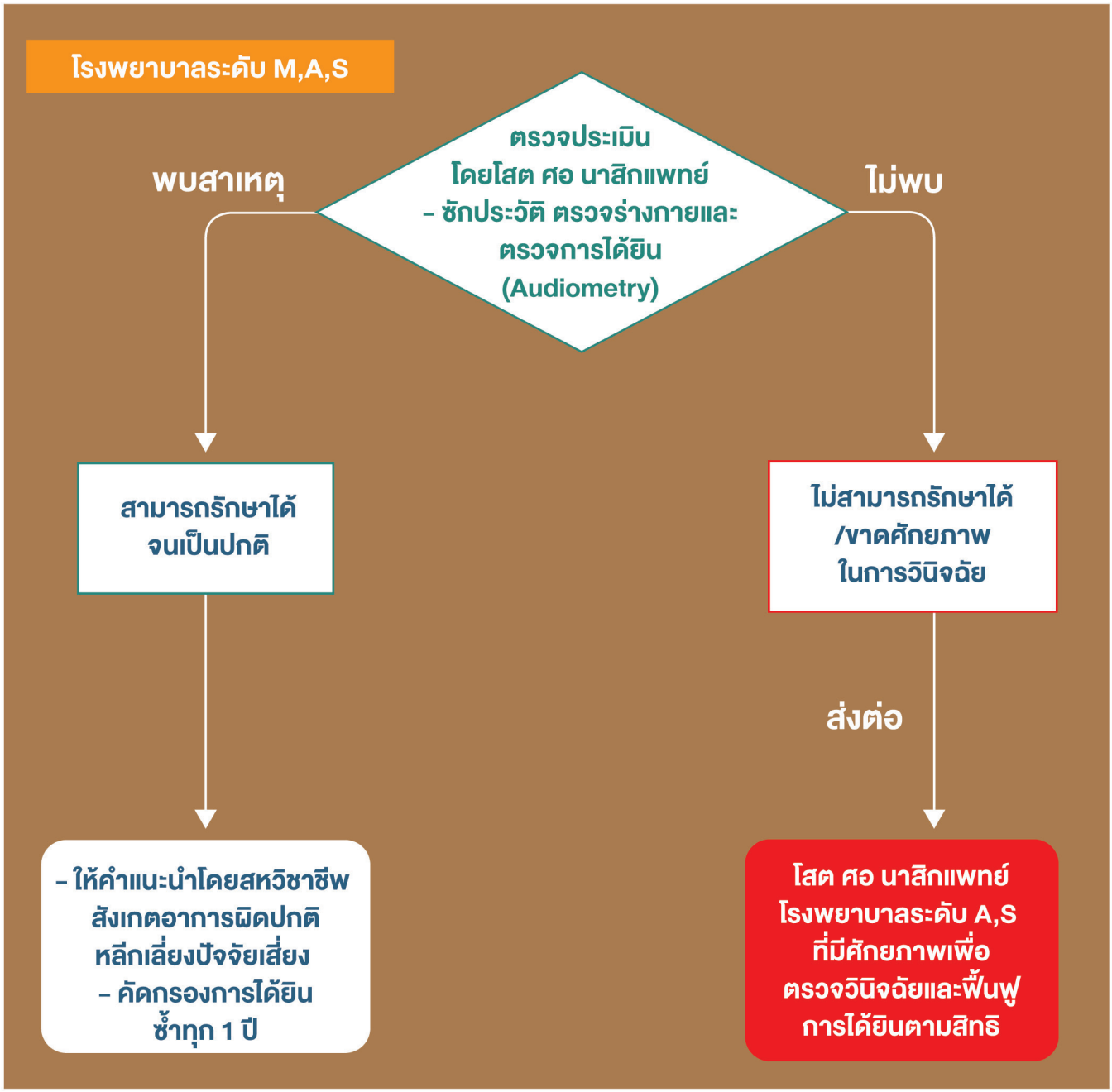
- หลีกเลี่ยงการติดเชื้อของหูหรือระบบทางเดินหายใจส่วนบน

- ลดอาหารเค็ม เครื่องดื่มกระตุ้นประสาท เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม (ที่มีสารคาเฟอีน) งดสูบบุหรี่ (มีสารนิโคติน) เพราะทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหูน้อยลง ประสาทรับเสียงเสื่อมมากหรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความเครียด วิตกกังวลและนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564.


Flow of management การได้ยินในผู้สูงอายุ
คัดกรองในชุมชน
ตรวจคัดกรองสายตาผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี โดย อสม.
โดยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community screening)
คัดกรอง
การได้ยิน
Finger rub test
ผ่าน (ได้ยินทั้งสองข้าง)
ไม่ผ่าน
- ให้คำแนะนำโดยสหวิชาชีพ
สังเกตอาการผิดปกติ
หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง
- คัดกรองการได้ยินซ้ำทุก 1 ปี
ส่งต่อ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบประเมิน
คัดกรองการได้ยินฉบับภาษาไทย
รพ สต. และโรงพยาบาลระดับF1-F3
คัดกรองการได้ยิน
แบบทดสอบห้านาที
ฉบับภาษาไทย
< 12 คะแนน
≥ 12 คะแนน
ส่งต่อ รพช.ต้นสังกัดตามสิทธิ
เพื่อประเมินโดยแพทย์
ตรวจประเมินโดยแพทย์
- ซักประวัติ ตรวจช่องหูและให้การรักษา
ตามสาเหตุที่สามารถรักษาได้**
- คัดกรองภาวะเสี่ยงสูง***
พบสาเหตุ
ไม่พบสาเหตุ/
คัดกรองพบภาวะเสี่ยงสูง
หลังได้รับการรักษาหาย
อย่างน้อย 3 เดือน
ส่งต่อ รพ. ทั่วไป/รพ.ที่มี
โสต ศอ นาสิกแพทย์
< 12 คะแนน
คัดกรองการได้ยิน
แบบทดสอบห้านาที
ฉบับภาษาไทย
≥ 12 คะแนน
ตรวจประเมินโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์
- ซักประวัติ ตรวจร่างกายและ
ตรวจการได้ยิน (Audiometry)



**สาเหตุที่สามารถรักษาได้ พบบ่อย ได้แก่ขี้หูตัน หูน้ำหนวก แก้วหูทะลุ
***คัดกรองภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่
1. ประวัติสูญเสียการได้ยินอย่างรวดเร็วหรือสูญเสียการได้ยินข้างเดียวแบบไม่ทราบสาเหตุ
2. ประวัติอยู่ในที่เสียงดัง ในที่ทำงาน ที่บ้าน คอนเสิร์ต หรืองานบันเทิง
3. มีประวัติสัมผัส/ใช้สารเคมี กินหมูดิบ หรือยาที่เป็นพิษต่อประสาทหูชั้นใน
4. มีประวัติเคยสูญเสียการได้ยินหรือผ่าตัดหูมาก่อน

ชุดข้อมูล (Data Set) สำหรับส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุด้านการได้ยิน (HEARING LOSS) ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การตรวจคัดกรอง				
คัดกรองหาภาวะสูญเสียการได้ยิน	Finger Rub Test	ชุมชน	อสม., จพ./นวก. สาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ	ผ่าน คือ ได้ยินทั้ง 2 ข้างหู ไม่ผ่าน คือ ได้ยินข้างใดข้างหนึ่ง หรือไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้างหู
คัดกรองหาภาวะสูญเสียการได้ยิน	แบบทดสอบการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทย (Five-minute Hearing Test; FMHT Thai Version)	รพ.สต, F	อสม., จพ./นวก. สาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ	รหัส SPECIAL PP 1B1060 : คะแนน <12 มีโอกาสสูญเสียการได้ยินต่ำ 1B1061 : คะแนน ≥12 มีโอกาสสูญเสียการได้ยินสูง
การตรวจวินิจฉัย				
การตรวจวินิจฉัยระดับการได้ยิน	Audiometry	M, S, A	นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย, แพทย์	**รหัสโรค (ICD 9)** 95.41 Audiometry

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การวินิจฉัยโรค				
ผิดปกติ (ไม่ได้ยินข้างใดข้างหนึ่ง)		F, M, S, A	แพทย์	**รหัสโรค (ICD 10)** H900 สูญเสียการได้ยินจากการนำเสียงเสื่อมสองข้าง H901 สูญเสียการได้ยินจากการนำเสียงเสื่อมข้างเดียว หูอีกข้างไม่มีข้อจำกัดการได้ยิน H902 สูญเสียการได้ยินจากการนำเสียงเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด H903 สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมสองข้าง H904 สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมข้างเดียว หูอีกข้างไม่มีข้อจำกัดการได้ยิน H905 สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด H906 สูญเสียการได้ยินจากทั้งการนำเสียงและประสาทหูเสื่อมสองข้าง H907 สูญเสียการได้ยินจากทั้งการนำเสียงและประสาทหูเสื่อมข้างเดียว หูอีกข้างไม่มีข้อจำกัดการได้ยิน H908 สูญเสียการได้ยินจากทั้งการนำเสียงและประสาทหูเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด **รหัส SPECIAL PP** 1B710 การคัดกรองด้านการได้ยินเบื้องต้น พบว่า ปกติ 1B711 การคัดกรองด้านการได้ยินเบื้องต้น พบว่ามีความเสี่ยง
การรักษา				
ฟื้นฟูการได้ยิน	หน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง	M, S, A	นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย, โสตศอ นาสิก แพทย์	**รหัสโรค (ICD 10)** Z46.1 การลองและปรับอุปกรณ์ช่วยฟัง

ICD – 10 การได้ยิน

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
H900		Conductive hearing loss\, bilateral
H901		Conductive hearing loss\, unilateral with unrestricted
H902		Conductive hearing loss\, unspecified
H903		Sensorineural hearing loss\, bilateral
H904		Sensorineural hearing loss\, unilateral with unrestricted
H905		Sensorineural hearing loss\, unspecified
H906		Mixed conductive and sensorineural hearing loss\, bilateral
H907		Mixed conductive and sensorineural hearing loss\, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side
H908		Mixed conductive and sensorineural hearing loss\, unspecified
Z461	Z46.1	Fitting and adjustment of hearing aid

เครื่องมือคัดกรองการได้ยิน

การคัดกรองการได้ยิน: Finger rub test

วิธีการ ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หน้าหูผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหู ~1 นิ้ว) ทีละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย



เกณฑ์การประเมิน

ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่า
หูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน

ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ อาจถือเป็นปัญหาของญาติหรือคนรอบข้างด้วยเหมือนกัน การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแย่ลง เช่น หูอื้อหรือหูตึง ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว อาจเกิดปัญหาอื่นตามมาได้ เช่น ต้องตะโกนสื่อสารกันเป็นเวลานานทำให้เสียงแหบ เจ็บคอ ไอ และระคายคอเรื้อรัง เป็นต้น

ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินแบ่งออกเป็น

ระดับการได้ยิน	ระดับความพิการ	ความสามารถในการเข้าใจคำพูด
0-25 dB	ปกติ	ไม่ลำบากในการรับฟังคำพูด
26-40 dB	หูตึงน้อย	ไม่ได้ยินเสียงกระซิบ
41-55 dB	หูตึงปานกลาง	ไม่ได้ยินเสียงพูดปกติ
56-70 dB	หูตึงมาก	ไม่ได้ยินเสียงพูดที่ดังมาก
71-90 dB	หูตึงรุนแรง	ได้ยินไม่ชัด แม้ต้องตะโกน
>90 dB	หูหนวก	ตะโกน หรือใช้เครื่องขยายเสียงก็ไม่ได้ยิน

แบบทดสอบการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทย

(Five-minute Hearing Test; FMHT Thai Version)

คำถาม	เกือบตลอด 3 คะแนน	ครึ่งหนึ่ง 2 คะแนน	เป็นครั้งคราว 1 คะแนน	ไม่เคย 0 คะแนน
1. ฉันมีปัญหาในการฟังเสียงโทรศัพท์				
2. ฉันมีความลำบากที่จะปะติดปะต่อเรื่องที่สนทนาเวลามีคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพูดพร้อมกัน				
3. คนทั่วไปบ่นว่าฉันเปิดทีวีเสียงดัง				
4. ฉันต้องพยายามอย่างหนักที่จะเข้าใจการสนทนา				
5. ฉันไม่ได้ยินเสียงทั่วๆไป เช่นโทรศัพท์หรือกริ่งประตู				
6. ฉันมีความลำบากในการฟังการสนทนาในที่ที่มีเสียงรบกวน เช่น งานเลี้ยง				
7. ฉันรู้สึกสับสนว่าเสียงมาจากทางไหน				
8. ฉันไม่เข้าใจคำบางคำในประโยคและจำเป็นต้องขอให้คนพูดซ้ำ				
9. ฉันมีปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจคำพูดของผู้หญิงและเด็ก				
10. ฉันทำงานในที่ๆ มีเสียงดัง เช่น โรงงาน ขุดเจาะถนน เครื่องจักรไอพ่น เป็นต้น				
11. คนหลายคนที่ฉันคุยด้วยดูเหมือนจะพูดพึมพัมหรือพูดไม่ชัด				
12. คนทั่วไปรู้สึกรำคาญ เพราะฉันไม่เข้าใจว่าเขาพูดอะไร				
13. ฉันไม่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นกำลังพูดทำให้ตอบสนองไม่เหมาะสม				
14. ฉันหลีกเลี่ยงงานสังคม เพราะว่าฉันได้ยินไม่ดีและกลัวว่าจะตอบไม่ตรงคำถาม				
15. ข้อนี้ให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนตอบคำถามแทน คุณคิดว่าบุคคลนี้มีปัญหาการได้ยินหรือไม่				
คะแนนรวม				

การแปลผล คะแนน <12 มีโอกาสสูญเสียการได้ยินต่ำ คะแนน ≥12 มีโอกาสสูญเสียการได้ยินสูง

การประเมินแบบทดสอบการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทยในการคัดกรองการได้ยินในชุมชน. ขวัญชนก ยิ้มแต้; พรเทพ เกษมศิริ; พนิดา ธนาวิรัตนานิจ; พิภพ สิริเพาประดิษฐ์ (สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ, 2554)

ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การแนะนำความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย ขั้นตอนการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้ามี ดังนี้

1. ประเมินผู้สูงอายุว่าปัจจุบันมีความรู้ความเข้าเรื่องภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร หากผู้สูงอายุเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมควรส่งเสริมให้กำลังใจ หากเข้าใจคลาดเคลื่อนปฏิบัติไม่ถูกต้องควรแก้ไข

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเด็นที่จำเป็นอย่างถูกต้อง หากมีรูปภาพหรือเอกสารใบความรู้หรือแผ่นพับประกอบการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความชัดเจนมากขึ้น

3. ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับโดยการถามและสรุปความ

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

1. ออกกำลังกาย / เดินเล่นรอบบ้านประมาณ 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบหรือที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดี เพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง ดูหนัง ปลูกต้นไม้ ทำสวน อ่านหนังสือ เล่นดนตรี งานฝีมือ ฯลฯ

3. หลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้า พูดคุยกับผู้อื่นเพื่อความเพลิดเพลิน คลายเหงา

4 .พูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ

5. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ฝึกการหายใจโดยหายใจเข้าลึก ๆ หายใจออกช้า ๆจนรู้สึกผ่อนคลาย หรือทำสมาธิ / ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ

6. วางเป้าหมายการทำงานที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนอย่างง่าย ๆ

7. มองโลกในแง่ดี อย่าด่วนตัดสินใจเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต

8. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์

9. ปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อเจ็บป่วยต้องดูแลตามคำแนะนำที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

10. ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น พบปะญาติ เพื่อนฝูง เข้าร่วมชมรมที่สนใจ โทรศัพท์หาลูกหลานที่อยู่ไกล หรือเพื่อนเก่า

11. ปรึกษาแพทย์ ไปตรวจและแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อมีปัญหาทางจิตใจ

คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

1. ใส่ใจ ให้เวลา เป็นกำลังใจ

2 เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจไม่ซ้ำเติม โดยให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความเสื่อม ความบกพร่อง หรือความไม่สามารถของตนเอง

3. ลดสิ่งกระทบความรู้สึกของผู้สูงอายุ

4 สนับสนุนการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5 ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้สูงอายุ

6. หลีกเลี่ยงให้ผู้สูงอายุตัดสินใจจนกว่าอาการซึมเศร้าจะดีขึ้น

7. เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองและไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว ควรชักชวนให้ทำกิจกรรม

8. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตนเอง โดยแสดงความยกย่อง นับถือ ให้เกียรติตามสถานภาพในสังคม จะช่วยทรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี

9. ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและเป็นเจ้าของ จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีได้

10. ให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยเฉพาะช่วงแรกที่มีอาการซึมเศร้ามากเพราะอาจคิด ฆ่าตัวตาย

11. สนับสนุนกิจกรรมทางสังคม ถ้าเป็นไปได้ให้พาออกงานสังคม เช่น งานแต่งงาน งานบวช เป็นต้น

แนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. โรคซึมเศร้าระดับน้อย

1.1 แจ้งผลให้ผู้ป่วยทราบและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยการทบทวนความรู้เดิมของผู้ป่วยและ/หรือญาติ สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จากนั้นเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหรือคลาดเคลื่อน หรือส่งพบแพทย์หากจำเป็น

1.2 ให้แพทย์โรคทางกายประเมินยาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่ หากพบว่ามียาที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ควรพิจารณาหยุดหรือลดขนาดยา

1.3 แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมแนะนำแนวทางบรรเทาอาการซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สนใจ การพบปะพูดคุยกับผู้อื่น และกิจกรรมผ่อนคลายอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1.4 ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ความโดดเดี่ยว ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ปัญหาครอบครัวหรือการเงิน หากพบว่ามี ควรให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยผู้สูงอายุปรับตัวและแก้ไขปัญหา

1.5 นัดติดตามอาการ โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q (9-Question Depression Scale) เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการเป็นระยะ

2. โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

2.1 แจ้งผลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยทบทวนความเข้าใจและเพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็น หรือพิจารณาส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางจิตเวชหากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหรืออาการรุนแรงขึ้น

2.2 ให้แพทย์โรคทางกายประเมินยาที่ใช้อยู่ หากพบยาที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ให้พิจารณาหยุดหรือลดยาอย่างเหมาะสม

2.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หากมีความเสี่ยงควรรีบส่งต่อเพื่อรับการดูแลโดยทีมสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์ทันที

2.4 พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า หากผู้ป่วยยินยอม และอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ พร้อมทั้งจัดระบบติดตามผลข้างเคียงของยา

2.5 ให้คำปรึกษาแบบจิตบำบัดควบคู่ เช่น การบำบัดแบบปรับความคิดพฤติกรรม (CBT) หรือการพูดคุยระบายความรู้สึก

2.6 นัดติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมิน 9Q และติดตามผลการรักษา ทั้งด้านยาและด้านจิตใจ อย่างต่อเนื่อง

3. โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

3.1 แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมให้ข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับภาวะโรคและความจำเป็นในการรักษาแบบจริงจัง

3.2 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองทันที หากพบว่ามีความเสี่ยง ควรจัดระบบดูแลอย่างใกล้ชิด อาจต้องส่งรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อจิตแพทย์ทันที

3.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจิตแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตเพื่อประเมินและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

3.4 พิจารณาการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงและการตอบสนองต่อยา

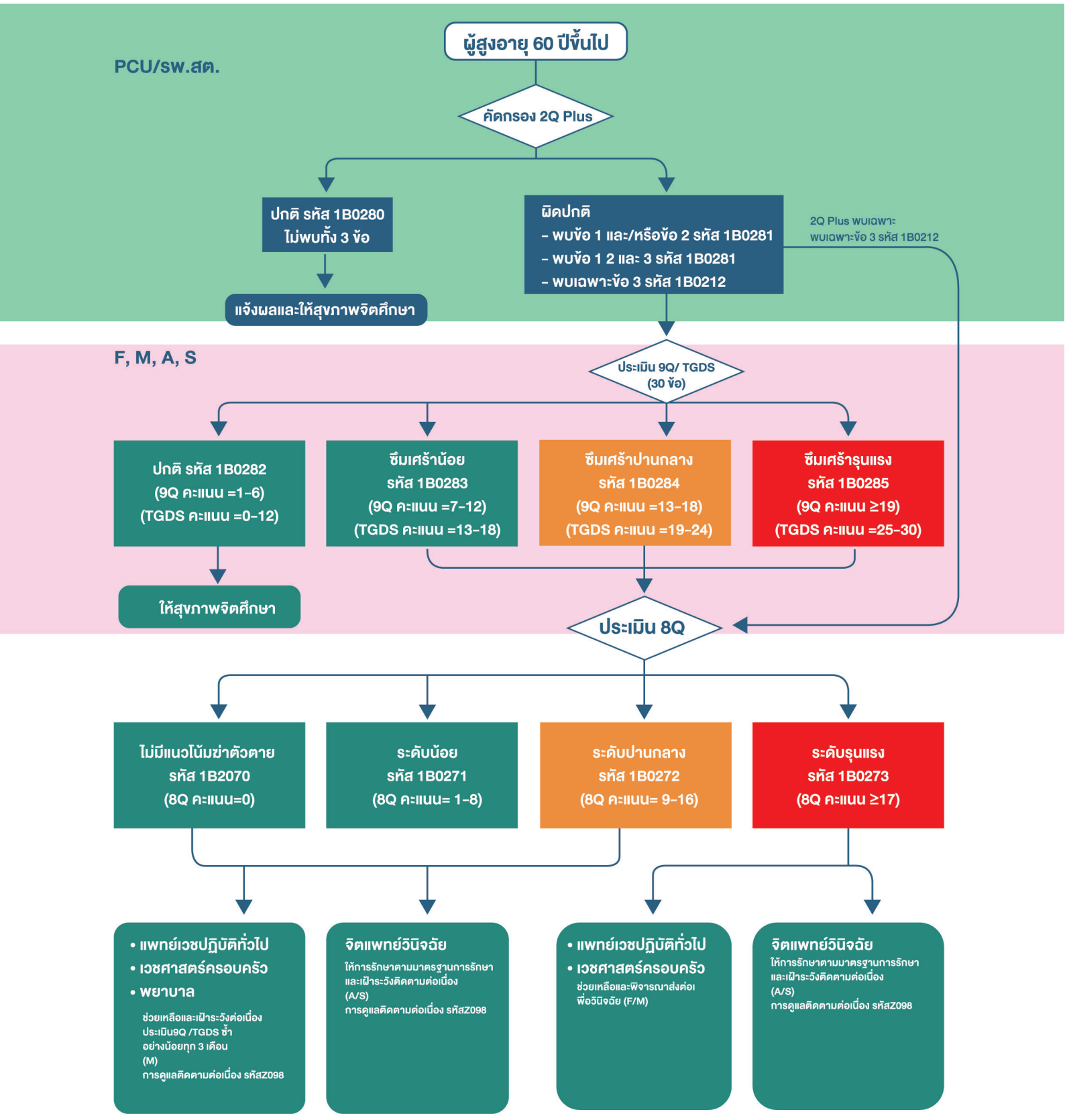
3.5 ให้การบำบัดแบบจิตบำบัดอย่างต่อเนื่อง เช่น การบำบัดด้วยการพูดคุยอย่างมีระบบ การสนับสนุนทางอารมณ์จากทีมดูแล หรือการฟื้นฟูจิตใจผ่านกิจกรรมบำบัด

3.6 สนับสนุนครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยให้คำแนะนำวิธีการสื่อสาร การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และวิธีช่วยเหลือทางอารมณ์

3.7 นัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เช่น ทุกสัปดาห์ในช่วงแรก และใช้แบบประเมิน 9Q ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์

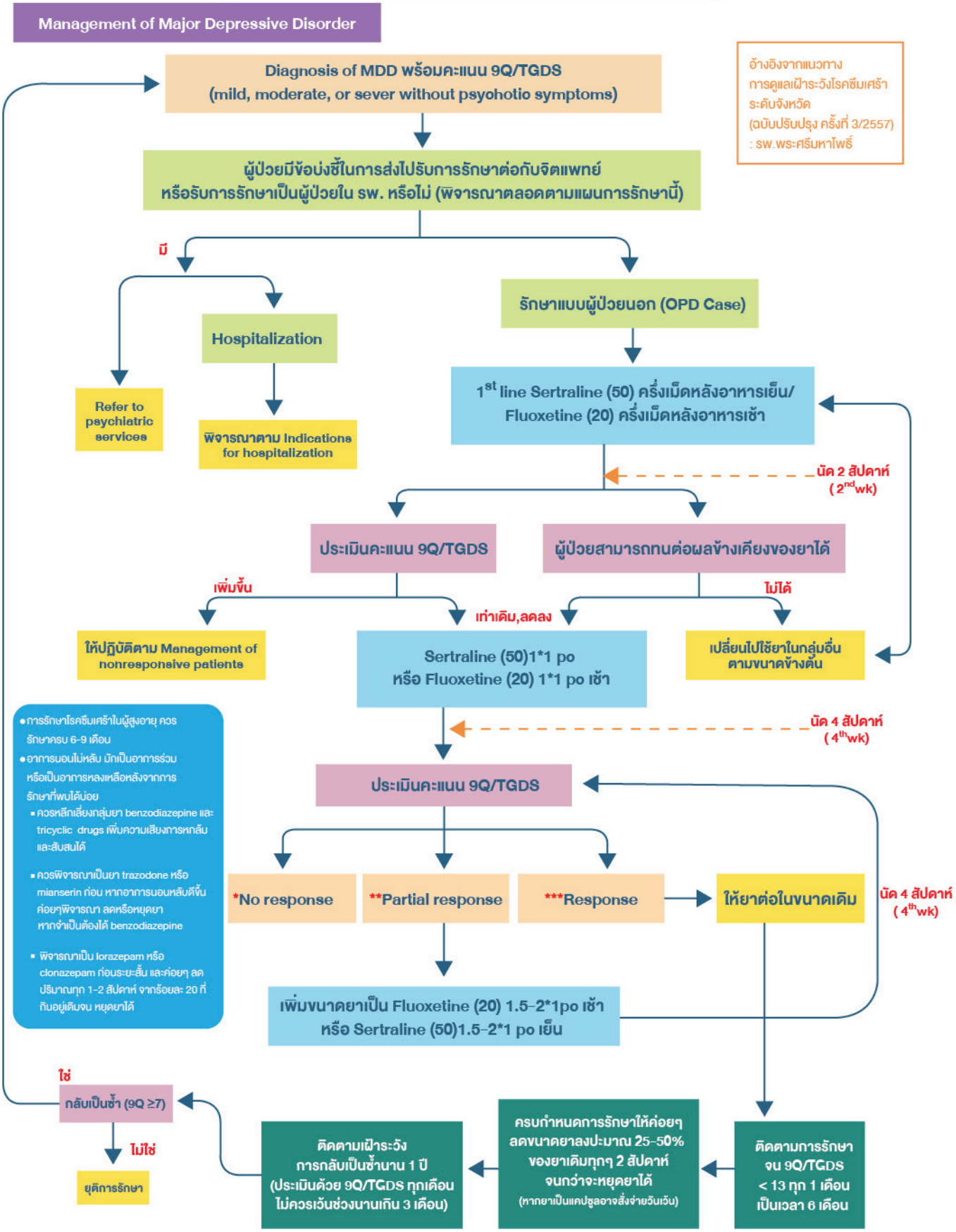
3.8 หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด อาจพิจารณาการรักษาแบบเฉพาะทางเพิ่มเติม เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์

Flow of management แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



ที่มา :กรมสุขภาพจิต ณ วันที่ 28 มีนาคม 2567

แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า (กลุ่มผู้สูงอายุ) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์



**คะแนน 9Q/TGDS ไม่ลดลง **คะแนน 9Q/TGDS ลดลง น้อยกว่า 50% จากคะแนนเริ่มรักษา
***คะแนน 9Q/TGDS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 50% จากคะแนนแรกเริ่มรักษา หรือคะแนน 9Q น้อยกว่า 7

ชุดข้อมูล (Data Set) สำหรับการส่งต่อเพื่อดูแลรักษาผู้สูงอายุ ด้านภาวะซึมเศร้า ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การตรวจคัดกรอง				
คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	2Q Plus มี 3 ข้อ	PCU/ รพ.สต	อสม., จพ./ นวก. สาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ	1B0280 ผล 2Q Plus **ปกติ** 1B0281 ผล 2Q Plus **ผิดปกติ** 1B0212 ผล 2Q Plus **ผิดปกติ**
	9Q มี 9 ข้อ	F, M, S, A	นวก. สาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ/แพทย์เวชปฏิบัติ/ นักจิตวิทยา	1B0282 ผล 9Q **ปกติ** (9Q คะแนน =1-6) 1B0283 **ซึมเศร้าน้อย** (9Q คะแนน =7-12) 1B0284 **ซึมเศร้าปานกลาง** (9Q คะแนน =13-18) 1B0285 **ซึมเศร้ารุนแรง** (9Q คะแนน ≥19)
	Thai Geriatric Depression Scale 30 (TGDS-30)	F, M, S, A	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/ จิตแพทย์	1B1040 **ปกติ** (TGDS คะแนน =0-12) 1B1041 **ซึมเศร้าน้อย** (TGDS คะแนน =13-18) 1B1042 **ซึมเศร้าปานกลาง** (TGDS คะแนน =19-24) 1B1043 **ซึมเศร้ารุนแรง** (TGDS คะแนน =25-30)
	8Q มี 8 ข้อ	F, M, S, A	นวก. สาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ/แพทย์เวชปฏิบัติ/ นักจิตวิทยา	1B0270 **ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย** (8Q คะแนน=0) 1B0271 **ระดับน้อย** (8Q คะแนน= 1-8) 1B0272 **ระดับปานกลาง** (8Q คะแนน= 9-16) 1B0273 **ระดับรุนแรง** (8Q คะแนน ≥17)

เรื่อง/ประเด็น	เครื่องมือ	ระดับ รพ.	ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ	Data Set ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา
การวินิจฉัยโรค				
โรคซึมเศร้า	วินิจฉัยแบ่งกลุ่มโรคจิตเวชตามหลัก DSM - V	F, M, S, A	แพทย์เวชปฏิบัติ/จิตแพทย์	**รหัสโรค (ICD 10)** หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x * ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM V *หมายเหตุ: รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก
การรักษา				
ให้การรักษาตามมาตรฐานการรักษา	แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557)	F, M, S, A	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/จิตแพทย์/นักจิตวิทยา/พยาบาล	
การรักษาโดยไม่ใช้ยา		F, M, S, A	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นไปที่ได้รับการฝึกอบรม/นักจิตวิทยา/จิตแพทย์	- ให้สุขภาพจิตศึกษา - การดูแลด้านสังคมจิตใจในผู้สูงอายุ

<table>
<tr><th>เรื่อง/ประเด็น</th><th>เครื่องมือ</th><th>ระดับ รพ.</th><th>ผู้ที่สามารถใช้เครื่องมือ</th><th colspan="4">Data Set ที่จำเป็นต้องใช้
เพื่อคัดเข้ารับการวินิจฉัย/รักษา</th></tr>
<tr><td rowspan="6">การรักษาด้วยยา</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6">F, M, S, A</td><td rowspan="6">แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/จิตแพทย์</td><td colspan="4">ยารักษาภาวะซึมเศร้า selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)</td></tr>
<tr><td>ชื่อยา</td><td>ขนาดเริ่มต้นในการรักษา (mg/day)</td><td>ขนาดยาเฉลี่ยในการรักษา (mg/day)</td><td>Side effect</td></tr>
<tr><td>Sertraline</td><td>25</td><td>50-150</td><td rowspan="3">ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ (Gastroin-testinal distress), น้ำหนักเพิ่ม/ลด, นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป, ค่าเกลือแร่ผิดปกติ (Hyponatremia), ความผิดปกติทางเพศ (Sexual dys-function)</td></tr>
<tr><td>Fluoxetine</td><td>10</td><td>20</td></tr>
<tr><td>Escitralopram</td><td>5</td><td>10-20</td></tr>
<tr><td colspan="4">หมายเหตุ: รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก</td></tr>
<tr><td>การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล</td><td></td><td>ระดับ S ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชขึ้นไป/รพ.เฉพาะทางด้านจิตเวช</td><td>จิตแพทย์</td><td colspan="4">Criteria for admission and referral
ตาม CPG-MDD-GP</td></tr>
<tr><td>การดูแลติดตามต่อเนื่อง</td><td>คัดกรอง 9Q และ 8Q ทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี</td><td>F, M, S, A</td><td>แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/จิตแพทย์/นักจิตวิทยา/พยาบาล</td><td colspan="4">รหัสติดตาม Z098 Follow-up examination after other treatment for other conditions
การตรวจติดตามผลหลังการรักษา</td></tr>
</table>

แนวทางการจัดการและดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q/TGDS

คะแนนรวม	การแปลผล	การจัดการในรพ.สต.	การจัดการในรพช. และ รพท.*
9Q : 7-12 **TGDS : 13-18**	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, mild)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำการปฏิบัติตัว เช่น เลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ฯลฯ 2. แนะนำ/ส่งต่อเข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน 3. ประเมินการฆ่าตัวตาย	1. แพทย์วินิจฉัยเพื่อแยกโรค (R/O) โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า 2. แจ้งผู้ป่วย/ญาติ แนะนำการรักษาและการสังเกตอาการเตือน (Warning signs) 3. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคมเพื่อให้การปรึกษา (Counseling) หรือให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษา
9Q : 13-18 **TGDS : 19-24**	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, moderate)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำการปฏิบัติตัว 2. แนะนำ/ส่งต่อเข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน 3. ประเมินการฆ่าตัวตาย	1. แพทย์วินิจฉัยเพื่อแยกโรค (R/O) โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า 2. แจ้งผู้ป่วย ญาติ แนะนำการรักษาและการสังเกตอาการเตือน (Warning signs) 3. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคมเพื่อให้การปรึกษา (Counseling) 4. ให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า 5. กรณีที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงตามแบบประเมินการฆ่าตัวตายให้ส่งต่อ ร.พ.จิตเวช เพื่อให้จิตบำบัด Psychotherapy และให้ยาต้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant)

คะแนนรวม	การแปลผล	การจัดการในรพ.สต.	การจัดการในรพช. และ รพท.*
9Q ≥ 19 **TGDS : 25-30**	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, severe)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำการปฏิบัติตัว 2. แนะนำญาติในการดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย 3. แนะนำ/ส่งต่อเข้าตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน	1. ให้ประเมินซ้ำ 9 คำถาม/TGDS และการฆ่าตัวตายซ้ำในรายที่ส่งต่อมาจากอสม. หรือสถานีอนามัย 2. แพทย์วินิจฉัยเพื่อแยกโรค (R/O) โรคทางกายและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า 3. แจ้งผู้ป่วย ญาติ แนะนำการรักษาและการสังเกตอาการเตือน (Warning signs) 4. ให้ส่งต่อ ร.พ.จิตเวชเพื่อให้จิตบำบัดและให้ยาต้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant)

*กรณีที่โรงพยาบาลชุมชนรับส่งต่อจาก รพ.สต. ให้ประเมินด้วย 9Q/ TGDS ซ้ำ แล้วดำเนินการตามคะแนนที่ได้ ถ้าคะแนน <7 ให้ความรู้แนะนำโรคซึมเศร้าและประเมินปัญหาทางจิตสังคมเพื่อให้การปรึกษา

การจัดการผู้มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายตามคะแนนที่ได้จากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

คะแนนรวม	การแปลผล	การจัดการ
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย	ควรปรึกษาหรือส่งต่อผู้ชำนาญด้านให้การปรึกษาหรือผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้วเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ และประเมินความเจ็บป่วยทางจิตใจ (ควรนัดติดตามเฝ้าระวังถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้)
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง	1. ควรมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิดและแนะนำญาติให้เข้าใจวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง (ถ้าไม่มีญาติควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล) 2. ประเมินโรคจิตเวช หากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ 3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหาทุกข์ใจที่เร่งด่วน 4. นัดติดตามทุกสัปดาห์เพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง
≥ 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง	1. ควรรักษาในโรงพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ในปัจจุบันระดับรุนแรง 2. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหาทุกข์ใจที่เร่งด่วน 3. กรณีที่มีโรคซึมเศร้า ประเมินด้วย 9Q ได้คะแนน ≥19 TGDS ได้คะแนน ≥ 25 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

อ้างอิงจาก แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557)

ภาคผนวก

ยารักษาภาวะซึมเศร้ากับยารักษาทางกาย Drug interaction

ที่	ชื่อยา	ผลที่เกิดขึ้น	การจัดการ
1	SSRIs-Warfarin	เพิ่ม INR และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออก	ติดตามค่า INR และให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออก
2	Fluoxetine-Metroprolol/ Propranolol	เพิ่มฤทธิ์ beta-blocker, bradycardia	ติดตาม heart rate
3	SSRIs-NSAIDs รวม Aspirin	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร	ปัจจุบันไม่ใช่ข้อห้ามใช้แต่ให้เฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออก

ยาที่พึงระวังในผู้สูงอายุ (ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซึมเศร้า)

ที่	ชื่อยา	ข้อบ่งใช้	Side effect	ข้อแนะนำ
1	Tricyclic antide-pressant (TCAs); Imipramine, Amitriptyline	รักษาโรคซึมเศร้า	ง่วงซึม ความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า ปากแห้ง ใจสั่น มึนงง น้ำหนักเพิ่ม ความจำลดลง	TCAs; Imipramine สามารถใช้รักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเริ่มใช้ในขนาดต่ำ และติดตามอาการข้างเคียง
2	Mianserin	รักษาโรคซึมเศร้า	คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ตาพร่า เพิ่มความอยากอาหาร น้ำหนักเพิ่ม ความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า	มักใช้ขนาดต่ำ ๆ (7.5-10 mg) เพื่อช่วยหลับในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ[1] มากกว่าใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าซึ่งต้องใช้ยาในขนาดสูง (30-200 mg/d) ซึ่งผู้ป่วยอาจทนอาการข้างเคียงไม่ได้
3	Trazodone	รักษาโรคซึมเศร้า	ตาพร่า มึนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า	มักใช้ขนาดต่ำ ๆ (50-100 mg) เพื่อช่วยหลับในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ[2] มากกว่าใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าซึ่งต้องใช้ยาในขนาดสูง (400-600 mg/d) ซึ่งผู้ป่วยอาจทนอาการข้างเคียงไม่ได้

หมายเหตุ ถ้ามีอาการหลงเหลือ เช่น นอนไม่หลับ หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine ควรใช้เป็นTrazodone หรือ Mianserin

ICD – 10 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
F32		Depressive episodes
F320		Mild depressive episode
F3200		Mild depressive episode, Without somatic symptoms
F3201		Mild depressive episode, With somatic symptoms
F321		Moderate depressive episode
F3210		Moderate depressive episode, Without somatic symptoms
F3211		Moderate depressive episode, With somatic symptoms
F322		Severe depressive episode without psychotic symptoms
F323		Severe depressive episode with psychotic symptoms
F3230		Severe depressive episode with psychotic symptoms, With mood-congruent psychotic symptoms
F3231		Severe depressive episode with psychotic symptoms, With mood-incongruent psychotic symptoms
F328		Other depressive episodes
F329		Depressive episode, unspecified
F33		Recurrent depressive disorder
F330		Recurrent depressive disorder, current episode mild
F3300		Recurrent depressive disorder, current episode mild, Without somatic symptoms
F3301		Recurrent depressive disorder, current episode mild, With somatic symptoms
F331		Recurrent depressive disorder, current episode moderate
F3310		Recurrent depressive disorder, current episode moderate, Without somatic symptoms
F3311		Recurrent depressive disorder, current episode moderate, With somatic symptoms
F332		Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms

รหัส ICD - 10 TM	รหัส ICD - 10 TM	Diagename
F333		Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms
F3330		Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms, With mood-congruent psychotic symptoms
F3331		Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms, With mood-incongruent psychotic symptoms
F334		Recurrent depressive disorder, currently in remission
F338		Other recurrent depressive disorders
F339		Recurrent depressive disorder, unspecified
F341		Dysthymia
F38		Other mood [affective] disorders
F380		Other single mood [affective] disorders
F3800		Other single mood [affective] disorders, Mixed affective episode
F381		Other recurrent mood [affective] disorders
F3810		Other recurrent mood [affective] disorders, Recurrent brief depressive disorder
F388		Other specified mood [affective] disorders
F39		Unspecified mood [affective] disorder

เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

การคัดกรองโรคซึมเศร้ากลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (2Q Plus)

วิธีการ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ (ตอบมีอย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงซึมเศร้า)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย		
2. เบื่อ ไม่อยากพูดไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม		
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ (ตอบมี = เสี่ยงฆ่าตัวตาย)		
3. ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่		

ผู้พัฒนา คือ Thoranin Kongsuk et al, J PsychiatrAssoc Thailand 2018; 63(4) : 321-334

นพพร ตันติรังสี. การใช้งานเครื่องมือประเมิน ปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมิน 2Q plus

ที่มา : คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ปี 2020 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ถามทีละข้อไม่ช้าหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี	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 หลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 27 คะแนน

<7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

≥19 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ที่มา : คู่มือวิทยากรการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ปี 2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

วิธีการ ประเมินครั้งแรกต้องถามให้ครบทั้ง 8 ข้อ ครั้งต่อไปถามเฉพาะข้อ 1-7 เท่านั้นเพื่อตัดข้อประวัติการฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตออกไปจะเหลือความเสี่ยงใน 1 เดือนเท่านั้น โดยข้อที่ 3 ต้องนำคะแนนจากการตอบมารวมกัน ถ้าหากตอบว่า “ใช่” ทั้ง 2 ข้อ จะได้คะแนนในข้อนี้ 14 คะแนน

ข้อ	ระยะเวลา	คำถาม	*ไม่มี*	*มี*
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมารวมวันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	**ได้** 0	**ไม่ได้** 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

เกณฑ์การประเมิน

0	คะแนน	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	คะแนน	มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย
9-16	คะแนน	มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง
≥17	คะแนน	มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

ที่มา : คู่มือวิทยากรการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ปี 2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

QR Codeแนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา (Flow of Management) สุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะหกล้ม

สุขภาพช่องปาก

การมองเห็น

การได้ยิน

ภาวะซึมเศร้า
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ภาวะโภชนาการ

การกลั้นปัสสาวะ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การบูรณาการ Flow of Management ทั้ง 9 ด้าน ไปสู่ระบบ DMS Care Tools เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเชื่อมโยง

1. ที่มาของการจัดทำ Flow of Management บนระบบ DMS Care Tools

หลังจากที่มีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพมากว่า 10 ปี ซึ่งมีการพัฒนาคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งแรก ปี 2557 และฉบับทบทวนปี 2564 ซึ่งการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจึงใช้เครื่องมือและแนวทางเดียวกัน หากแต่เมื่อคัดกรองแล้วยังคงขาดในส่วนของการดูแลต่อเนื่องหลังพบความเสี่ยง กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นกรมวิชาการและมีหน่วยงานที่มีบทบาทตามกฎหมายด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จึงได้พัฒนา Flow of Management แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และอำนวยความสะดวกในการประมวลผล โดยนำ Flow of Management เข้าไปไว้ในระบบฯ

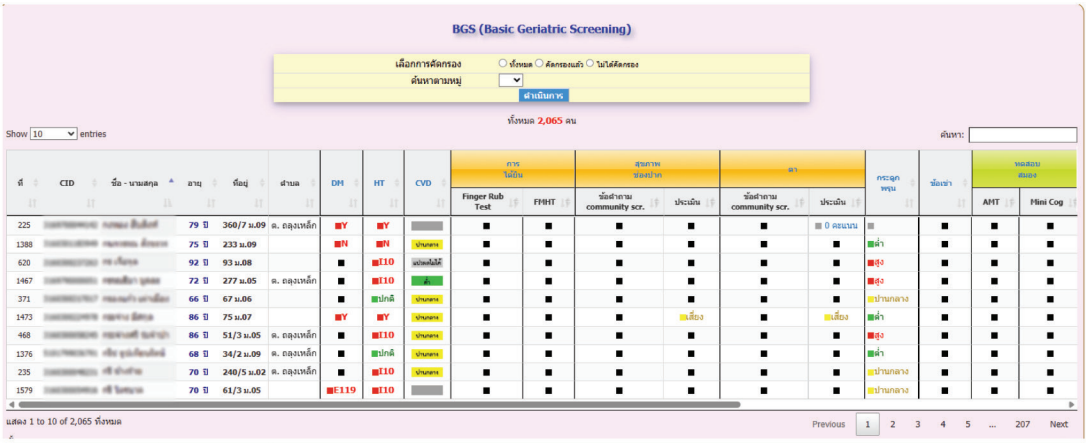
ระบบ DMS Care Tools เป็นระบบสารสนเทศที่พัฒนาโดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีวัตถุประสงค์หลักในการสนับสนุนกระบวนการดูแลทุกมิติ ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย ส่งต่อ และติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยลดภาระงานของบุคลากร และเสริมสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

Flow of Management ในระบบ DMS Care Tools ไม่ได้เป็นเพียงการไหลของข้อมูลถึงกัน แต่หมายถึงการประมวลผลข้อมูลสุขภาพที่สำคัญต่อการดูแลรักษา การจัดการข้อมูลแบบบูรณาการ ที่เชื่อมโยงกระบวนการทำงานของหน่วยบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ไปจนถึงระดับตติยภูมิ (รพศ.) รวมถึงหน่วยงานกำกับติดตาม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่อง (Continuity of Care) และ ประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

การบูรณาการ Flow of Management ทั้ง 9 ด้าน เข้าในระบบ DMS Care Tools จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมการรองรับด้านระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูล การบริการ และการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับของระบบสุขภาพ

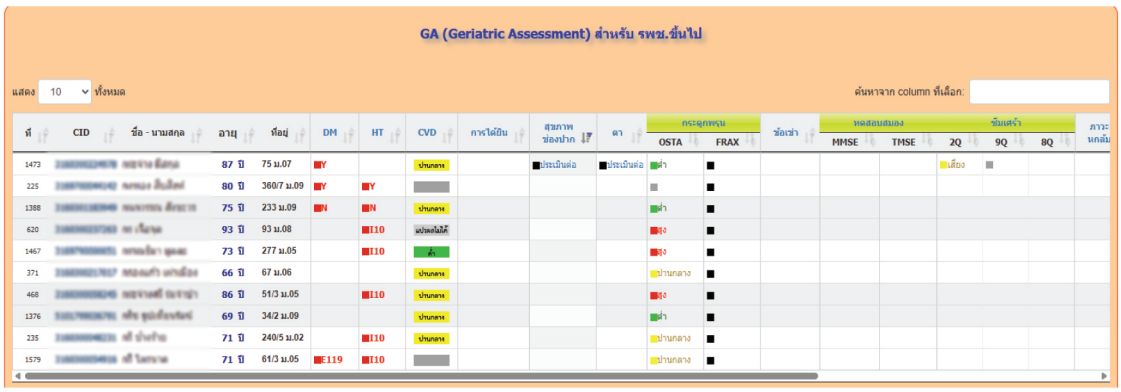
2. ฟังก์ชันสำคัญในระบบ DMS Care Tools ที่สนับสนุน Flow of Management

2.1 เครื่องมือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับทุกระดับ ได้แก่ (Basic Geriatric Screening: BGS) และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) ซึ่งกรณีที่ผู้สูงอายุไม่เคยผ่านการให้บริการมาก่อน บุคลากรก็สามารถเริ่มต้นที่ Community Screening ในระบบ DMS care Tools ได้เช่นกัน โดยระบบจะประมวลผลและตั้งต้นข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอยู่ใน 43 แฟ้ม ไว้ให้เป็นพื้นฐาน



รูป 1 ภาพประกอบการคัดกรองและประเมินสุขภาพและประมวลผลรายบุคคล บนระบบ DMS Care Tools

เมื่อแปลผลแล้วพบความเสี่ยงจากการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) ระบบจะส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.แม่ข่าย เพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป



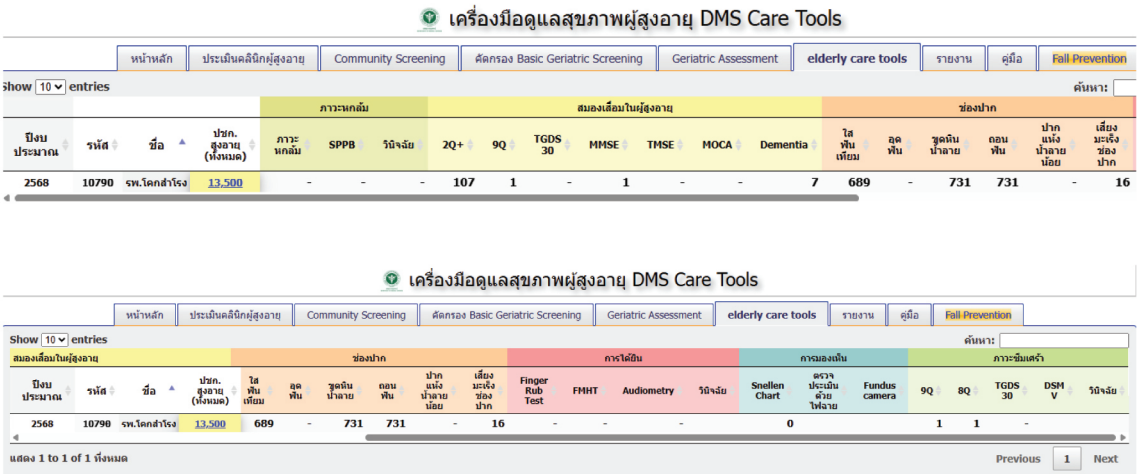
รูป 2 ภาพประกอบ สร้าง Flag อัตโนมัติ บนระบบ DMS Care Tools

2.2 ประเมิน Elderly Care Tools

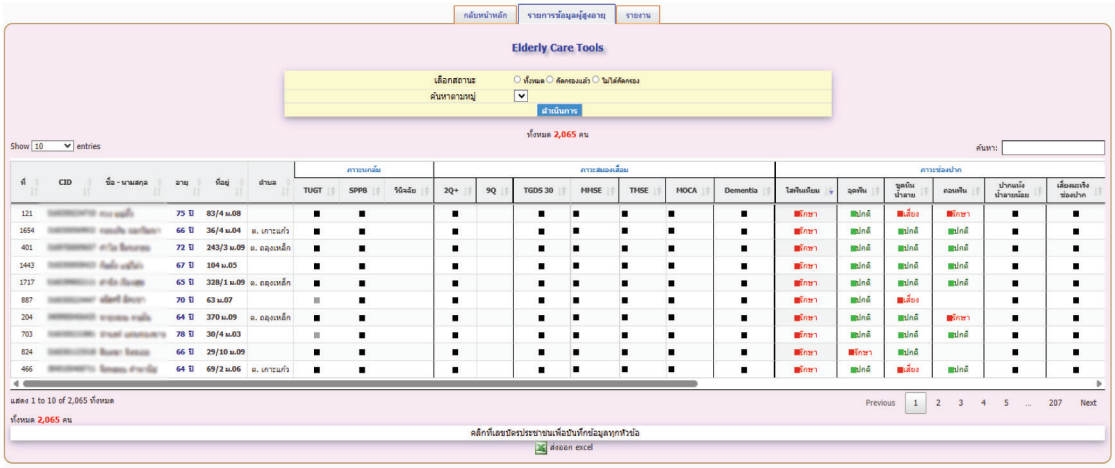
Elderly Care Tools คือชุดเครื่องมือและแบบฟอร์มที่ได้รับการออกแบบเฉพาะในระบบ DMS Care Tools เพื่อใช้ในการ**ประเมิน บันทึก และติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ** โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทาง **Flow of Management ทั้ง 9 ด้าน** ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม สุขภาพช่องปาก การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ภาวะโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้หน่วยบริการในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) สามารถดำเนินการดูแลรักษาผู้สูงอายุได้อย่าง **เป็นมาตรฐาน มีระบบ และต่อเนื่อง** โดยมีข้อมูลที่เชื่อถือได้และสามารถใช้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

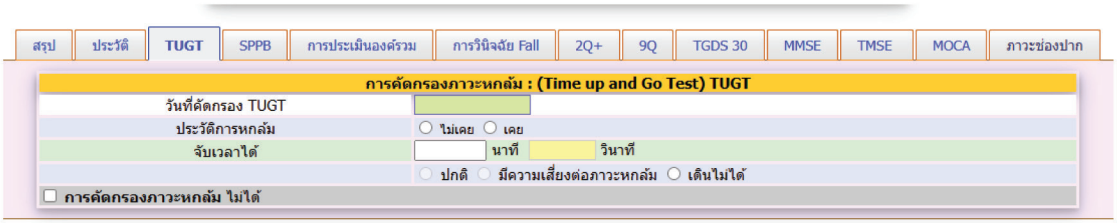
Elderly Care Tools จึงถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในระบบ DMS โดยเน้น **การบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพกับกระบวนการส่งต่อ** เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและตอบโจทย์ความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุในแต่ละราย รายละเอียดตามรูปประกอบที่ 3 - 5



รูป 3 ภาพประกอบฟังก์ชัน Elderly Care Tools บนระบบ DMS Care Tools



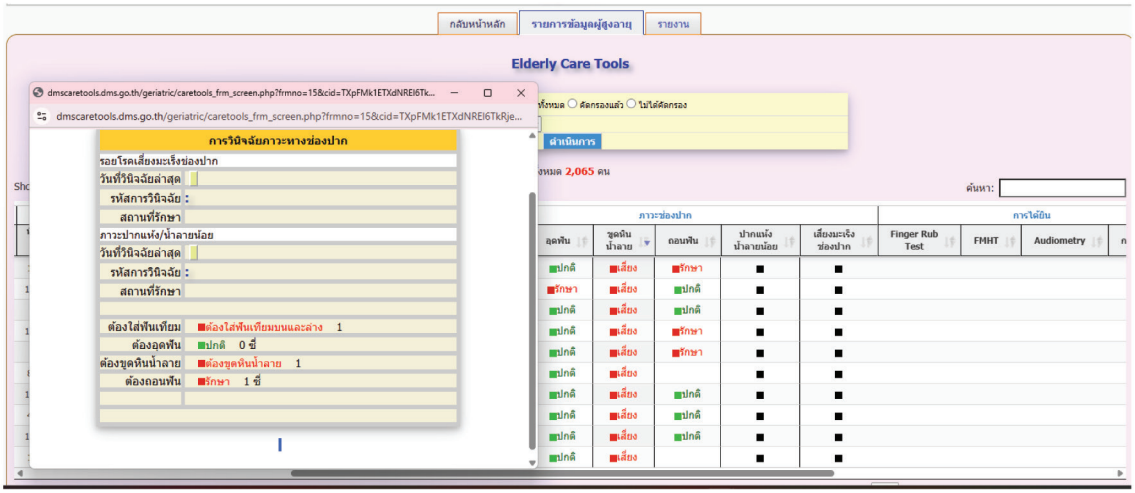
รูป 4 ภาพประกอบการนำเครื่องมือและการส่งต่อตาม Flow of management ในฟังก์ชัน Elderly Care Tools บนระบบ DMS Care Tools



รูป 5 ภาพประกอบตัวอย่างเครื่องมือประเมินสุขภาพในฟังก์ชัน Elderly Care Tools บนระบบ DMS Care Tools

2.3 ติดตามการประเมินและวางแผนสุขภาพผู้สูงอายุ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลจากระบบ DMS Care Tools และจากเวชระเบียนอื่นประกอบ เพื่อใช้ในการวางแผนติดตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



รูป 6 ภาพประกอบข้อมูลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในฟังก์ชัน Elderly Care Tools ในระบบ DMS Care Tools

3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ระบบ DMS กับแนวทาง Flow of Management

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข: ลดภาระเอกสาร ลดภาระการทำงาน ตรวจสอบสถานะผู้ป่วยได้รวดเร็ว

ผู้บริหารเขต/จังหวัด: เห็นภาพรวมการคัดกรอง ส่งต่อ และการรับบริการ

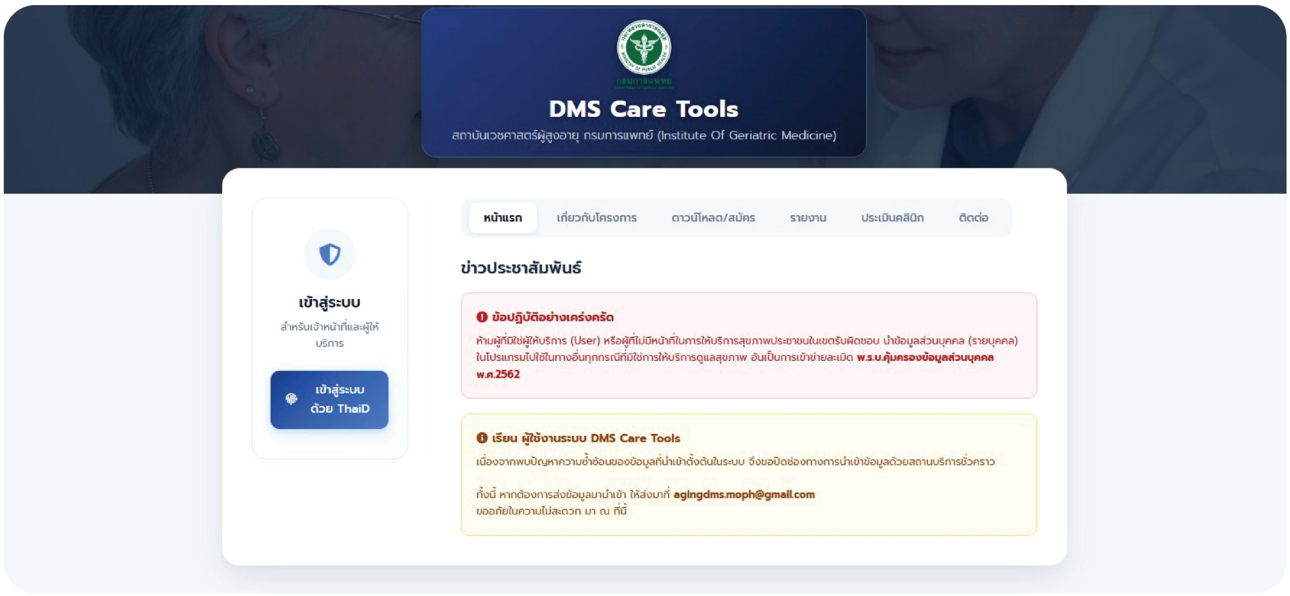
ผู้สูงอายุและครอบครัว: ได้รับบริการต่อเนื่อง ไม่หลุดจากระบบ

ระบบสุขภาพโดยรวม: เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในสถานพยาบาลแต่ละระดับและจัดการทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป:

Flow of Management ในระบบ DMS Care Tools เป็นตัวอย่างของการใช้เทคโนโลยีเพื่อเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระเจ้าหน้าที่ แต่ยังเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เหมาะสม ครบถ้วน และต่อเนื่อง ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ที่มา : https://dmscaretools.dms.go.th/



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม:

กลุ่มงานสารสนเทศระบบสุขภาพด้านผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 02 0248481 ต่อ 210 – 215

Email: agingdms.moph@gmail.com

ดัชนีแนวทางการให้บริการดูแล รักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

(Index: Flow of Management for Providing care, Treatment, and Referral services for the Elderly, with Health Data Set)

ดัชนีภาษาไทย (ก - ฮ)

ก

การกลั้นปัสสาวะ .....หน้า 8, 11, 129

การคัดกรองสุขภาพ ..... หน้า 8, 11

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ..... หน้า 8, 134, 139

ข

ข้อมูลสุขภาพ ..... หน้า 7, 11

ค

ความดันโลหิตสูง ..... หน้า 58, 73 – 74, 102 – 103

จ

จอประสาทตาเสื่อม .....หน้า 82 – 84

ช

ชุดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง .....หน้า 7, 10

ด

ดูแลรักษา .....หน้า 10 – 12, 16, 35, 37, 40

ดูแลรักษาผู้สูงอายุ .....หน้า 16, 39, 60, 82, 85

ต

ต้อกระจก .....หน้า 9, 35, 73, 82 – 86, 99, 129

ต้อเนื้อ .....หน้า 11, 74 – 75, 80, 82 – 84, 129, 134

ต้อหิน .....หน้า 10, 73 – 74, 75, 79, 82 – 84, 99, 129, 134

บ

เบาหวานขึ้นตา .....หน้า 10, 81, 82 – 84, 129, 134

ป

ประเมินความเสี่ยง ..... หน้า 33, 35 – 36, 38, 112

ร

โรคข้อเข่าเสื่อม .....หน้า 38
โรคซึมเศร้า .....หน้า 13, 24 – 25, 56, 113 – 114, 116, 118, 121 – 122, 125 – 127, 129
โรคเบาหวาน .....หน้า 58, 73, 102 – 103, 129
โรคประจำตัว .....หน้า 13, 15 – 16, 73, 77, 129

ส

สุขภาพจิต .....หน้า 25, 36, 113 – 115, 118, 122, 125 – 126, 133 - 135
สุขภาพช่องปาก .....หน้า 7 – 9, 11 – 12, 58 – 62, 70 – 71, 134

ห

หน่วยบริการ .....หน้า 7, 77, 101, 108
หลักการดูแลผู้สูงอายุ .....หน้า 24

Index (A - Z)

A

ADL (Activities of Daily Living) – p.7 – 8, 14

Aging Health Data – p.11

Alzheimer's Disease – p.11, 13, 17, 20, 133

B

Berg Balance Score – p.37, 50

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) – p.14, 17

C

Caregiver – p.14

Clock Drawing – p.23

Cognitive function – p. 13, 21

Cognitive Impairment – p.23, 31, 33, 38

D

Data Set – p. 3, 7 – 12, 18 - 19, 39 - 40, 60 - 61, 82 - 86, 107 - 108, 117 - 119, 139

Dementia – p. 9, 13, 16 -17, 20-21

Depression – p. 16, 26 -27, 34, 113, 117, 121 – 122

Donepezil – p.15

F

Fall – p.41, 47, 57

Flow of Management – throughout

Folate deficiency – p.14

G

Galantamine – p.15

Geriatric Depression – p.27, 34, 117

Geriatric Syndromes – p. 7 – 8, 11

H

Hearing Loss – p.10, 103, 107, 109

Hydrocephalus – p.12, 15

Hypertension – p.36

I

ICD–9 – p.7, 60 - 67

ICD-9-TM – p.7, 60 - 67

ICD–10 – p.20, 44, 65, 94, 117, 132

ICD-10-TM – p.9, 62 – 69

IQCODE – p.16, 18, 132

L

Lewy Body Dementia – p.13, 15

M

MCI – p.16

Memantine – p.15

Mild Cognitive disorder – p.20

Mini-Cog – p.23, 34

MMSE - Thai 2002 – p.13, 19, 28

P

Parkinson's Disease – p.17, 20

Pick's Disease – p.13, 20

Primary Progressive Aphasia – p.17

PSP – p.17, 19

Postural hypertension – p.34

R

Registration (3 words) – p.21, 27, 30

Rivastigmine – p.13

S

Screening – p.47, 82 - 83

Snellen Chart – p.73, 82, 85, 99 - 100

T

TGDS 30 (Thai Geriatric Depression Scale) – p.18, 26

TMSE (Thai Mental State Exam) – p.13, 16, 19, 32

TUGT – p.39 – 40, 48

V

Vascular dementia – p.20

Vascular disorders – p.88, 94

Visual Acuity – p.73, 82 – 83, 88, 94, 100

รายละเอียดเพิ่มเติม : ICD–10 ที่เกี่ยวข้อง

ICD–10: F00–F03: Dementia in Alzheimer’s disease – หน้า 20

ICD–10: F32.0–F34.1: Depressive disorders – หน้า 123 - 124

ICD–10: F067: Mild cognitive disorder – หน้า 20

ICD–10: G30.0–G31.0: Alzheimer’s, Pick’s disease – หน้า 13, 20

ICD–10: H11.0: Pterygium – หน้า 82, 84, 87

ICD–10: H25: Senile cataract – หน้า 82 – 84, 87, 89

ICD–10: H35.4: Peripheral retinal degeneration – หน้า 87, 95

ICD–10: H36.01: NPDR with maculopathy – หน้า 87, 95

ICD–10: H40: Glaucoma – หน้า 87, 90 - 91

ICD–10: H90–H91: Hearing loss – หน้า 10, 103, 108, 110

ICD–10: K081–K082: Loss of teeth – หน้า 62

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมจัดทำ Flow of Management

ภาวะสมองเสื่อม

1.นายแพทย์เจษฎา เขียวขจี	นายแพทย์ชำนาญการ	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
2.นางสาวปิญาภรณ์ สิริสัมพันธ์นาวา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

ภาวะหกล้ม

1.แพทย์หญิงปองรินทร์ บุญยไพศาลเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์
2.นางสาวธิดารัตน์ นวลยง	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

สุขภาพช่องปาก

1.ทันตแพทย์หญิงออนอง มั่งคั่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
2.ทันตแพทย์หญิงแพรวไพลิน สมพีร์วงศ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
3.ทันตแพทย์พูลพฤกษ์ โสภารัตน์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

การมองเห็น

1.แพทย์หญิงวงศ์ศิริ ทวีบรรจง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์
2.แพทย์หญิงกุลวรรณ โรจนเนืองนิตย์ (ต้อกระจก ต้อหิน)	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์
3.แพทย์หญิงนวลจิรา ประกายรุ้งทอง (ต้อเนื้อ)	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์
4.แพทย์หญิงนวลพร ศรีม่วง (เบาหวานขึ้นตา)	ผู้ช่วยเลขานุการองค์กรแพทย์	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์
5.นางลินดา อ่องนก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

การได้ยิน

1.แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์	หัวหน้ากลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านโสต ศอ นาสิก	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
2.นายแพทย์เมธิศ ชินะชัชวารัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
3.แพทย์หญิงนภัสถ์ ธนะมัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
4.นายแพทย์ทัศนชาติ จิตรีธาตุ	ผู้อำนวยการ	โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) กรมการแพทย์
5.นายแพทย์จิรเดช ธนุรักษ์ไพโรจน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) กรมการแพทย์
6.นายแพทย์ณัฐวัตร พงษ์ชมพร	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) กรมการแพทย์

ภาวะซึมเศร้า

1.นางศจี รุกขวัฒนกุล	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
2.นายแพทย์วัชรพล สกุลวิโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
3.นางสมสุข สมมะลวน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
4.นางบรรเจิด ทิพย์นุรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

ทีมบรรณาธิการ

1. แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
2. แพทย์หญิงยินดี บุญตรา	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาบริการสุขภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
3. แพทย์หญิงมานิตา กิตติเลิศวรกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาวิชาการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4. นายแพทย์ณัฐพล สุทธิสุนทรินทร์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ทีมบรรณาธิการและคณะทำงาน

1. นางสาวปิยะนุช ชัยสวัสดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศระบบสุขภาพด้านผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
2. นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ	ผู้ช่วยนักวิจัย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
3. นางสมฤดี เนียมหอม	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4. นางสาวสิริมินทร์ เชื้อกุณะ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
5. นางสาวเพชร์รัตน์ ขุนจำนวน	
6. นางสาวอัจฉราภรณ์ ศรีแก้ว	
7. นางสาวสุดาทิพย์ อดกลั้น	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

รายชื่อผู้ร่วมพัฒนา Flow of Management

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
1	นางสาวปิลันธสุทธิ์ ยอดราชสุริยะ	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
2	นางสาวพัชรี แสงอรุณ	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
3	นางสาวธีราพร ชมภูแสง	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
4	นางสาวบุษยมาศ แซ่เซ่ง	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
5	แพทย์หญิงหทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์	โรงพยาบาลราชวิถี 2 กรมการแพทย์
6	แพทย์หญิงรุจยา ด่านอุตรา	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
7	แพทย์หญิงมินตรา ตั้งรุ่งเรืองกิจ	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
8	นางจันทร์นภา เพชรมุณี	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
9	นางสาวพีร์ญาภรณ์ พลายคุม	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
10	ทพญ.สุมนา โพธิ์ศรีทอง	ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
11	ทพญ.วีรนันท์ วิชาไทย	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
12	ทพญ.รัศมี เกศสุวรรณรักษ์	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
13	ทพญ.แพรวไพลิน สมพีร์วงศ์	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
14	ทพญ.ออนอง มั่งคั่ง	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
15	นางสาววรุณยุพา เสาร์วงค์	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
16	นางสาวพิไลภัสสร์ ฉัตรชัยกุลศิริ	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
17	นางสาวธีราภรณ์ ผุดผ่อง	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
18	นางพรณิภา เอกสนธิ์	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
19	นางสาวปิญาภรณ์ สิริสัมพันธ์นาวา	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
20	นางสุภัสรา อยู่สุข	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
21	นางลินดา อ่องนก	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
22	ทพญ.สุปราณี ดาโลดม	มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์
23	ทพ.พูลพฤกษ์ โสภารัตน์	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
24	ทพญ.พัชรวรรณ สุขุมาลินท์	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
25	นางสาววนิดา บุญพ่วง	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
26	นางสาวประภาศรี ปัญญาวชิรชัย	สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
27	นางสาวพลอยชล ธนศักดิ์โรจน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
28	นางสาวอนันตา ชมศิริ	โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
30	นางสุคนธ์ทิพย์ ริมสันเทียะ	โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
31	นายทวีชัย สมิตะเกษตริน	โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
32	นางสุภัสสรณ์ คงพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
33	นางสมสุข สมมะลวน	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
34	นางบรรเจิด ทิพย์นุรักษ์	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี
35	นางลดาวัลย์ มาลัยเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
36	นายบัญชา แก้วสุวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
37	นางสาวณรษา เรืองวิลัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
38	นางจิตรลัดดา กุลสุทธิชัย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลพบุรี
39	นางสุชาดา สำแดงฤทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ
40	นางสาวเนตรนภา อินทชัย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระนครศรีอยุธยา
41	นายนนท์ธวัฒน์ เพชรคีรี	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
42	นางสุภารัตน์ สำอางค์ศรี	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
43	นางพรพรรณ บุญนุกูล	โรงพยาบาลบางปะหัน
44	นางบุศรินทร์ คุ้มสุข	โรงพยาบาลบางปะอิน
45	นางสาวพรนภัส สำราญกลาง	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี
46	นางกฤษณา ฤทธิศร	โรงพยาบาลเสนา
47	นายบุญชู เพ็ชรรัตน์	โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ
48	นางนงค์ลักษณ์ เกตุจำปา	โรงพยาบาลบางซ้าย
49	นางสาวศิริรัตน์ สุวรรณเวช	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี
50	นางแอนนา บุญอิ่ม	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี
51	นางฐิตาภา เชื้ออินท์	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี
52	นางนันท์ดา วงษ์ทองดี	รพ.สต.บ้านน้ำพุ
53	นางสาวปุญญิศา โชคดี	รพ.สต.วัดพระญาติการาม อยุธยา
54	นางนภาพรรณ พันธุ์พุฒ	รพสต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.ลพบุรี
55	นางสาวธิดารัตน์ นวลยง	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
56	นางสาวณัฐนรี แตงอ่อน	นักกายภาพบำบัด
57	นางสาวสุทธิ์ฤดี ปิยะรัตนพิพัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ
58	นางสาวภคอร สายพันธ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ
59	นางสาวอาวีพรรณ กมลศรี	นายแพทย์ชำนาญการ
60	นางสาวศิริรัตน์ สุวรรณเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
61	นางวิไล อารีรุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
62	นางสาวศิริรัตน์ สุวรรณเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
63	นางสาวจิตรลัดดา กุลสุทธิชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมจัดทำ Data Set

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
1	นายสาโรจน์ บุญเกิด	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2	ทีมงานพัฒนาการบริหารข้อมูล ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
3	นายแพทย์ภัทรวินทร์ อัตตะสาระ	ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์
4	นางทับทิม ทองวิจิตร	สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์
5	นายทัตพร บรรหารศุภวาท	สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์
6	นางสาววรวรรณ กนกธารา	สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์
7	นายอภิรักษ์ กุลสุ	สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์
8	นางสาวอมรรัตน์ วิจิตรลีลา	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
9	นายวสันต์ สายทอง	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
10	นายไพบูลย์ ไวกยี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
11	นายธนสิทธิ ภู่ขาว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
12	แพทย์หญิงจุไรรัตน์ บัวภิบาล	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
13	นางสาวฐิตาภา เชื้ออินท์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์

การดำเนินงานจัดทำแนวทางการให้บริการดูแล รักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management for Providing care, Treatment, and Referral services for the Elderly, with Health Data Set)

ปี พ.ศ. 2565

20 ธันวาคม

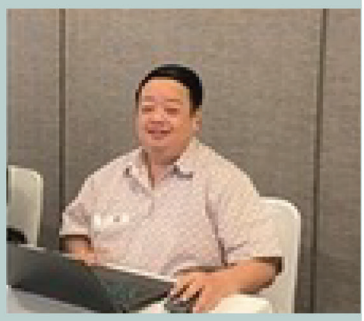
ทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา เพื่อจัดทำ (ร่าง) **Flow of management** ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ครั้งที่ 1

26 - 28 ธันวาคม

Workshop ครั้งที่ 1 จัดทำ(ร่าง) Flow of management เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้มและสุขภาพช่องปากโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานตัวแทนหน่วยงานเป็น CUP ณ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา





ปี พ.ศ. 2566

20 ธันวาคม

นำส่งทำ (ร่าง) **Flow of management** ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ครั้งที่ 2

27 - 28 มีนาคม

ประชุมสรุป **Flow of management** กับผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 เรื่อง เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก ณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข







ปี พ.ศ. 2566 (ต่อ)

3 - 5 เมษายน นำส่งทำ (ร่าง) **Flow of management** ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ครั้งที่ 2

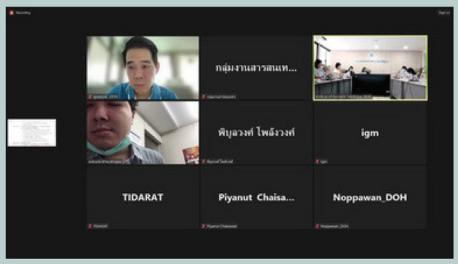


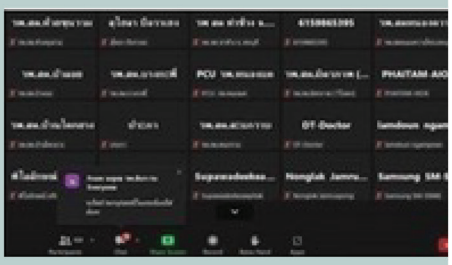







19 และ 25 พฤษภาคม จัดทำ **Mini Public Hearing** เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปากกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั่วประเทศผ่านระบบการประชุมทางไกล *(Zoom meeting)*



22 พฤษภาคม นำเสนอ แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง **(Flow of Management and Data Set)** เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปากในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ **ครั้งที่ 1/2566** ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์







20 - 21 ธันวาคม ประชุมสื่อสารและชี้แจงนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร



30 - 31 ธันวาคม การอบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools และแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และ สุขภาพช่องปาก สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั่วประเทศ ถ่ายทอดสดผ่าน Youtube Live และ Facebook Live กรมการแพทย์











ปี พ.ศ. 2567

28 มีนาคม

ประชุมพิจารณาสรุปและเพิ่มเติม แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องการมองเห็น การได้ยิน และ ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย **ครั้งที่ 1**

22 เมษายน

รวบรวมผลพิจารณาสรุปและเพิ่มเติม แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) จากผู้เชี่ยวชาญ เรื่องการมองเห็น การได้ยินและ ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

16 - 17 พฤษภาคม

การอบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools และแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่**จังหวัดเชียงใหม่**






27 - 28 มิถุนายน

การอบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools และแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่**จังหวัดนครศรีธรรมราช**






ปี พ.ศ. 2567 (ต่อ)

8 - 9 กรกฎาคม การอบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools และแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่**จังหวัดนครปฐม**









8 - 9 กรกฎาคม การอบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools และแนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก แก่**ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุระดับ สสจ.**

ปี พ.ศ. 2568

25 กุมภาพันธ์ สรุปและปรับแก้ไขเพิ่มเติม แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องการมองเห็น การได้ยิน และ ภาวะซึมเศร้าและความ เสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย **ครั้งที่ 2**

16 - 17 และ 29 - 30 พฤษภาคม การอบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools และแนวทางการให้บริการดูแลรักษาส่งต่อผู้สูงอายุและชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่องภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และ สุขภาพช่องปาก และเพิ่มเรื่องการมองเห็น **การได้ยิน และภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** สำหรับผู้ปฏิบัติงาน










DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรอง
ภาวะสมองเสื่อม
วิทยากร
นายแพทย์เจษฎา เขียวขจี
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์


DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรองภาวะหกล้ม
วิทยากร
แพทย์หญิงปองรินทร์ บุญยไพศาลเจริญ
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ


DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรอง
สุขภาพช่องปาก
วิทยากร
ทพ.พูลพฤกษ์ โสภารัตน์
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย


DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรองโรคตาในผู้สูงอายุ
วิทยากร
แพทย์หญิงวงศ์ศิริ ทวีบรรจงสิน
ตำแหน่ง จักษุแพทย์จอตาและวุ้นตา
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)


DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรองการได้ยิน
วิทยากร
แพทย์หญิงนภัสถ์ ธนะมัย
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี


DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรองการได้ยิน
วิทยากร
นายแพทย์ณัฐวัตร พงษ์ชมพร
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต)


DMS
แนวทางในการดูแลและคัดกรองภาวะซึมเศร้า
และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
วิทยากร
นายแพทย์วัชรพล สกุลวิโรจน์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

กิจกรรมเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการใช้ ระบบ DMS Care Tools



แพทย์หญิงบุษกร โสหารชุน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นประธานเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ระบบ DMS Care Tools สำหรับผู้ใช้งาน (User) ระหว่างวันที่ 27 - 28 มกราคม 2569 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการใช้งานระบบ DMS Care Tools อย่างถูกต้อง ตลอดจนสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันในทุกระดับบริการ และนางพันธ์ทิพา อินทรศร หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ กล่าวรายงาน โดยมีนายแพทย์อารยะ ไข่มุกด์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เกียรติเป็นวิทยากร ให้ความรู้ด้านนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ไอที สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 147 คน ณ โรงแรมเลิศนิมิตรชัยภูมิ (Lertnimit Hotel Chaiyaph)







แพทย์หญิงบุษกร โสหารชุน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นประธานเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ระบบ DMS Care Tools สำหรับผู้ใช้งาน (User) ระหว่างวันที่ 27 - 28 มกราคม 2569 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการใช้งานระบบ DMS Care Tools อย่างถูกต้อง ตลอดจนสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันในทุกระดับบริการ และนางพันธ์ทิพา อินทรศร หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ กล่าวรายงาน โดยมีนายแพทย์อารยะ ไข่มุกด์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เกียรติเป็นวิทยากร ให้ความรู้ด้านนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ไอที สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 147 คน ณ โรงแรมเลิศนิมิตรชัยภูมิ (Lertnimit Hotel Chaiyaph)







สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และเป็นที่เลี่ยงให้แก่พื้นที่ / สถานพยาบาล โดยได้รับเกียรติจาก นายวิชัย ชูชิต รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา เป็นประธานเปิดการประชุมฯ นายสาโรจน์ บุญเกิด หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการบริหารข้อมูล ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เกียรติเป็นวิทยากร ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ไอที จากสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่จังหวัดพังงา จำนวน 69 คน ณ ห้องประชุมกลอยใจ โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ระหว่างวันที่ 24 - 25 มีนาคม 2569



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข