



อักษรานุกรม
เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์
ผู้สูงอายุ



ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล



อักษรานุกรม
เกียรติความรู้อายุรศาสตร์
ผู้สูงอายุ
A - Z

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีระศักดิ์ เมืองไพศาล

จัดพิมพ์โดย สำนักงานราชบัณฑิตยสภา

พิมพ์ครั้งที่ ๑

พฤศจิกายน ๒๕๖๗

จำนวน ๑,๐๐๐ เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์

ไม่จำหน่าย

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา

สนามเสือป่า เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐

โทร. ๐ ๒๓๕๖ ๐๔๖๖-๗๐ โทรสาร ๐ ๒๓๕๖ ๐๔๘๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ripub@orst.go.th

เว็บไซต์ www.orst.go.th

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.

อักษรานุกรม เกร็ดความรู้อายุศาสตร์ ผู้สูงอายุ A-Z-- กรุงเทพฯ :

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, ๒๕๖๗.

๒๐๐ หน้า.

๑. ผู้สูงอายุ – สุขภาพและอนามัย. ๒. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. I. ชื่อเรื่อง.

๖๑๘.๘๗

ISBN 978-616-389-194-5

ISBN 978-616-389-194-5

พิมพ์ที่ : บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (๑๙๘๗) จำกัด

๑๘ ซอยประชาอุทิศ ๓๓ แยก ๒๕

แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๔๐

โทร. ๐ ๒๔๒๘ ๘๕๐๐ โทรสาร ๐ ๒๔๒๘ ๗๔๔๔

สารจากนายกรัฐมนตรี

ตามที่ทนายของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มอบเงินทุนให้กับ ราชบัณฑิตยสภา เพื่อที่จะร่วมมือกันในการดำเนินโครงการ ทางวิชาการเป็นประจำทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นคว้า วิจัย เผยแพร่ส่งเสริม แลกเปลี่ยนความรู้ พัฒนาอนุรักษ์และ ให้บริการทางวิชาการที่เป็นคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติ และประชาชน สำหรับในพุทธศักราช ๒๕๖๗ นี้ ทนายมีความคิดริเริ่มที่จะสืบทอดเจตนารมณ์ และสานต่อผลงานของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายกรัฐมนตรีผู้ซึ่งได้อุทิศตนเพื่อพัฒนาความรู้ ด้านอายุรศาสตร์มาตลอดชีวิตของท่าน โดยจัดให้มีการประกวด ต้นฉบับอักษรานุกรม เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์ ผู้สูงอายุ A-Z ขึ้น

หนังสือ อักษรานุกรม เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์ ผู้สูงอายุ A-Z เล่มนี้ เขียนโดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและ สังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ได้รับรางวัลชนะเลิศในโครงการนี้ ซึ่งได้ทุ่มเทความรู้ความสามารถในการบูรณาการองค์ความรู้และประสบการณ์ด้าน

อายุรศาสตร์มาถ่ายทอดเพื่อเป็นผลงานนี้ ที่เป็นเครื่องพิสูจน์ถึงความคิดสร้างสรรค์และความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป

ในโอกาสนี้ ราชบัณฑิตยสภาขอขอบคุณทายาทของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ที่ได้ริเริ่มโครงการสำคัญที่นำไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่า อันจะเป็นการสืบสานและพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้มีความก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป ผมหวังอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์สูงสุดและเป็นแรงบันดาลใจให้สามารถต่อยอดและพัฒนางานด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุรพล อิศรไกรศีล
นายกกราชบัณฑิตยสภา



คำสั่งสำนักงานราชบัณฑิตยสภา

ที่ ๕๔๗ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาตัดสินการประกวดต้นฉบับอักษรานุกรม
เกร็ดความรู้อยุธยาศาสตร์ ผู้สูงอายุ A-Z ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

ตามที่ทนายทระกูลเวชชาชีวะ อันประกอบด้วย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิลิษา วิชสิริธู
นางสาวงามพรรณ เวชชาชีวะ และนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้ตกลงมอบเงินทุน จำนวน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท
(หนึ่งล้านบาทถ้วน) ให้แก่ราชบัณฑิตยสภา เมื่อวันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อระลึกถึงคุณ
งามความดีและสานต่อปณิธานของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายก
ราชบัณฑิตยสถาน ประกอบกับผู้ให้ทุนมีความเชื่อมั่นในบทบาทของราชบัณฑิตยสภา ภายใต้ขอบเขตแห่ง
วัตถุประสงค์และภารกิจ ตามมาตรา ๖ และมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๘
ในการค้นคว้าและวิจัย เพื่อเผยแพร่ ส่งเสริม แลกเปลี่ยนความรู้ พัฒนาอนุรักษ์ และให้บริการทางวิชาการ
ให้เป็นคุณประโยชน์แก่ประเทศและประชาชน

อาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๘ (๑) ระบุอำนาจหน้าที่
ของสำนักงานราชบัณฑิตยสภาว่า “ค้นคว้าวิจัยและบำรุงสรรพวิชาแล้วนำผลงานที่ได้สร้างสรรค์ออก
เผยแพร่ให้เป็นคุณประโยชน์แก่ประเทศและประชาชน” และมาตรา ๒๖ (๑) ระบุอำนาจหน้าที่ของนายก
ราชบัณฑิตยสภาว่า “เป็นผู้แทนของราชบัณฑิตยสภาในการดำเนินงานตามมาตรา ๘ (๓)” และอาศัย
อำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๓) ประกอบกับมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติฉบับเดียวกัน
จึงให้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาตัดสินการประกวดต้นฉบับอักษรานุกรม เกร็ดความรู้อยุธยาศาสตร์
ผู้สูงอายุ A-Z ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ มีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|---------------------------------------|------------------|
| ๑.๑ นางสาวงามพรรณ เวชชาชีวะ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๒ นายกราชบัณฑิตยสภา | ประธานกรรมการ |
| ๑.๓ ศ. นพ. ประเสริฐ อัสสันตชัย | กรรมการ |
| ๑.๔ ศ. นพ. ก้องเกียรติ กุนท์กันทรารกร | กรรมการ |
| ๑.๕ ศ. ดร. ทพญ.วราพันธ์ บัวจีบ | กรรมการ |



๑.๖ รศ.สุรภีพรรณ ฉัตรภรณ์	กรรมการ
๑.๗ เลขานุการราชบัณฑิตยสภา	กรรมการ
๑.๘ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะคราว ครั้งละไม่เกิน ๕ คน	กรรมการ
๑.๙ เจ้าหน้าที่สำนักงานราชบัณฑิตยสภา	กรรมการและเลขานุการ
๑.๑๐ เจ้าหน้าที่สำนักงานราชบัณฑิตยสภา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๑ เจ้าหน้าที่สำนักงานราชบัณฑิตยสภา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. อำนาจหน้าที่

๒.๑ พิจารณาคัดเลือกผลงานและตัดสินการประกวดต้นฉบับอักษรานุกรม เกร็ดความรู้
อายุรศาสตร์ ผู้สูงอายุ A-Z ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

๒.๒ สรุปผลการตัดสินการประกวดให้ผลงานได้รับรางวัลตามที่กำหนด และรายงานผลการ
ดำเนินงานให้ผู้ให้ทุนรับทราบ

๒.๓ สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานของราชบัณฑิตยสภาให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์
ของทนายทระกูลเวชชาชีวะ

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายเฉพาะที่เป็นงานวิชาการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุรพล อิศโรภักดี)
นายกฯ ราชบัณฑิตยสภา

ความเป็นมา

คุณพ่อ (ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เป็นผู้ให้ความสำคัญต่อการถ่ายทอด วิชาความรู้ให้แก่ลูกศิษย์แพทย์เป็นอย่างยิ่ง ตลอดชีวิตการทำงาน ท่านได้ทุ่มเทและสละเวลาในการเขียนตำราด้านการแพทย์ นอกเหนือจากการสอนที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่ออยู่ในวัยเกษียณและสุขภาพไม่เอื้ออำนวยให้สอน ลูกศิษย์ ท่านจึงเริ่มเขียนบทความในเชิงเกร็ดความรู้ และนำขึ้นบนเว็บไซต์ www.athasit.com โดยมีรูปแบบเป็นอักษรานุกรมเรียงตามลำดับตัวอักษร A-Z ซึ่งพบว่าได้รับการตอบรับและมีผู้สนใจอ่านเป็นจำนวนมาก ท่านจึงนำบทความดังกล่าวมาจัดพิมพ์เป็นหนังสือเพื่อแจกในชื่อ **เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์ A-Z** เมื่อตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ และเขียนต่อเนื่องจนรวมพิมพ์ได้ทั้งสิ้น ๗ ชุด ซึ่งล้วนแต่มีเนื้อหาที่ให้ความรู้แก่แพทย์ นักศึกษา แพทย์และผู้สนใจทั่วไป

ในฐานะราชบัณฑิตและนายกราชบัณฑิตยสถาน ท่านได้ให้ความสำคัญในการใช้ภาษาไทยเป็นอย่างมาก และมีความประสงค์ที่จะสนับสนุนการทำงานของราชบัณฑิตยสภา โดยได้มอบเงินจำนวน ๑ ล้านบาทเพื่อใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับกิจกรรมครั้งแรก ทายาทเห็นสมควรที่จะจัดประกวดต้นฉบับอักษรานุกรมในหัวข้อ **เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์ ผู้สูงอายุ A-Z** ขึ้น

เหตุที่เลือกหัวข้อ “ผู้สูงอายุ” ก็เนื่องมาจากความสนใจของท่านในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ที่เริ่มต้นตั้งแต่ครั้งที่คำว่า “Geriatric Medicine” หรือ “อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ” ยังไม่เป็นที่เข้าใจแพร่หลายเช่นในปัจจุบัน หัวข้อ**ปาฐกถาอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ** ครั้งที่ ๑๙ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๓ “ประเด็นท้าทายสังคมสูงวัย คนไทยอายุยืน” โดย ศาสตราจารย์ ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง เป็นหลักฐานยืนยันถึงความสนใจในเรื่องผู้สูงอายุของท่านอย่างชัดเจน

หนังสือ **อักษรานุกรม เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ A-Z** จึงจัดทำขึ้นเพื่อสานต่อปณิธานของท่านในการถ่ายทอดความรู้การสนับสนุนงานของราชบัณฑิตยสภา และการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักงานราชบัณฑิตยสภาในการจัดประกวดต้นฉบับอักษรานุกรม ซึ่งคณะกรรมการได้ตัดสินให้ผลงานของ **ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล** เป็นผู้ชนะการประกวด โดยได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ เงินรางวัล และผลงานได้รับการตีพิมพ์เป็นหนังสือเล่มนี้

หนังสือเล่มนี้จึงเป็นก้าวแรกของการร่วมมือกับสำนักงานราชบัณฑิตยสภาที่น่าภูมิใจ ในการนำเสนอผลงานที่มีองค์ความรู้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน ที่จัดว่าเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านตรงตามเป้าหมายของคณะผู้จัดทำ อีกทั้งส่งต่อความรู้สมตามปณิธานของคุณพ่อสืบไป

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ
นางสาวงามพรรณ เวชชาชีวะ
นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ



“วิถีชีวิตเริ่มต้นใหม่ ผมโชคดีมากที่สมองในด้านความคิดอ่าน ความจำเหมือนเดิมทุกประการ ผมจึงเริ่มวางแผนทำงานในสิ่งที่รักและเป็นประโยชน์ ความเป็นครูแพทย์ฝังอยู่ในจิตใจของผม...

ผมได้เริ่มเขียน เกร็ดความรู้อายุรศาสตร์ A-Z โดยเขียนและนำขึ้นเว็บไซต์ทีละชุด เมื่อครบจาก A ถึง Z แล้วก็ให้นำมาพิมพ์รวมเล่มแจกในงานวันเกิด ทำแบบนี้ติดต่อกัน ๗ ปี เว็บไซต์ได้รับการตอบรับดีมาก จนถึงวันนี้มีผู้เข้าอ่านแล้วกว่า ๒๗๕,๐๐๐ ครั้ง (๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒)!”

Dim- ๑๓๖:

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ
ตัดตอนจากอัตชีวประวัติ เกิดมาโชคดี เล่ม ๒ บทที่ ๓๒

คำนำ

เนื่องด้วยการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเกินร้อยละ ๒๐ ประเทศไทยจึงเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) แล้ว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีอายุเกิน ๘๐ ปี การมีอายุยืนยาวเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ควรมีสภาพภาวะที่ดี แข็งแรง มีความสุข มีคุณภาพชีวิตและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ซึ่งการขับเคลื่อนต้องครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบสาธารณสุข และการเสริมสร้างให้คนมีสุขภาพภาวะที่ดี คนในสังคมควรสนใจการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กด้วยการส่งเสริมสังคมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบบริการ มีสวัสดิการ มีรายได้และการเก็บออมที่เพียงพอ ทุกด้านดังกล่าวต้องมีการเตรียมตัวตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การประยุกต์เปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีได้

แม้การตอบรับสังคมสูงวัยต้องขับเคลื่อนหลากหลายยุทธศาสตร์ แต่มิติด้านสุขภาพนับเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญ “อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ” หรือ “Geriatric Medicine” หรือ “Geriatrics” เป็นสาขาเฉพาะทางทางการแพทย์ที่

มุ่งเน้นการดูแลและรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีแพทย์ที่จบการศึกษาด้านนี้โดยตรงยังไม่มากนัก ในประเทศไทยยังมีไม่ถึง ๑๐๐ คน ผู้สูงอายุมีลักษณะจำเพาะของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่แตกต่างจากช่วงวัยอื่น ๆ ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในศาสตร์ด้านนี้จำกัด การเสริมสร้างองค์ความรู้พื้นฐานสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้รับมือกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

หนังสืออักษรานุกรมเล่มนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่มุ่งหวังให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจศาสตร์ด้านผู้สูงอายุ ได้รับความรู้และมีความเข้าใจต่อศาสตร์นี้มากขึ้น และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทุกท่านที่สนใจ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

สารบัญ

	หน้า
A – Alzheimer’s disease (โรคอัลไซเมอร์)	๑
B – Balance (การทรงตัว)	๑๖
C – Cognition (ปรีชา)	๒๑
D – Delirium (ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน)	๒๘
E – Environment (สิ่งแวดล้อม)	๓๖
F – Frailty (ภาวะเปราะบาง)	๔๓
G – Geriatric assessment (การประเมินผู้สูงอายุ)	๔๙
H – Health promotion (การส่งเสริมสุขภาพ)	๕๗
I – Immobility (การอยู่นิ่งอยู่กับที่)	๖๓
J – Joint (ข้อ)	๖๙
K – Kidney (ไต)	๗๕
L – Life expectancy (อายุคาดเฉลี่ย)	๘๑
M – Medication (การให้ยาในผู้สูงอายุ)	๘๖
N – Nutrition (โภชนาการ)	๙๓
O – Osteoporosis (โรคกระดูกพรุน)	๙๙
P – Parkinson’s disease (โรคพาร์กินสัน)	๑๐๗
Q – Quality of life (คุณภาพชีวิต)	๑๑๕
R – Rehabilitation (การฟื้นฟูสมรรถภาพ)	๑๑๙

หน้า

S – Sarcopenia (โรคการสูญเสียกล้ามเนื้อ หรือ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย)	๑๒๓
T – Trauma (การบาดเจ็บ)	๑๓๑
U – Urinary incontinence (ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่)	๑๔๐
V – Vaccination (วัคซีน)	๑๔๗
W – WHO-ICOPE (องค์การอนามัยโลก : การดูแลผู้สูงอายุแบบผสมผสาน)	๑๕๔
X – Xerosis (ผิวแห้ง)	๑๖๑
Y – Years of life (ปีสุขภาวะ)	๑๖๕
Z – Zoster (งูสวัด)	๑๗๑

ประวัติ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ	๑๗๗
ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	๑๘๑





Alzheimer's disease (โรคอัลซไฮเมอร์)

สมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ เช่น โรคอัลซไฮเมอร์ ซึ่งเป็นโรคในกลุ่มที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคเซลล์สมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ เนื่องจากในสมอง โพรงสมองคั่งน้ำ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ซิฟิลิสและเอชไอวี เป็นต้น แต่โรคอัลซไฮเมอร์เป็นสาเหตุภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด และสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองพรองลงมา และบางรายมีทั้งโรคอัลซไฮเมอร์และหลอดเลือดสมองร่วมกันที่ทำให้สมองเสื่อม

ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวนประชากรทั่วโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมคาดว่าจะมีประมาณ ๕๕ ล้านคน และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้รายงานการคาดคะเนว่าใน พ.ศ. ๒๕๙๓ น่าจะมีผู้ที่มีสมองเสื่อม ๑๓๙ ล้านคน โดยกลุ่มประเทศที่มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากที่สุด คือ สาธารณรัฐประชาชนจีน และกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาแถบมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตก ยุโรปตะวันตก และสหรัฐอเมริกา ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุที่อายุเกิน ๖๐ ปี ต้องมีปีสุขภาวะ (Years

of life) ที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-adjusted life years : DALYs) อันดับต้น ๆ และกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่พบมากขึ้น อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงมากขึ้นเท่าตัวในช่วง ๑๐ ปี (ช่วง พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๗๓)

อาการของภาวะสมองเสื่อม

อาการที่พบในผู้ที่มีสมองเสื่อม ได้แก่

๑. ความผิดปกติของการรู้คิดหรือปรีชาในด้านต่าง ๆ แต่อาการเด่นมักเป็นเรื่องความจำระยะสั้น เช่น จำเรื่องที่เพิ่งพูดหรือเพิ่งรับฟังมาไม่ได้ จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นานก่อนหน้าไม่ได้ โดยความจำระยะยาวในอดีตอาจจำได้ดีอยู่นอกจากนั้น ปรีชาด้านอื่น ๆ อาจผิดปกติด้วย เช่น การตัดสินใจ การวางแผน การคำนวณ การใช้ภาษา ทิศทาง มิติสัมพันธ์ สมาธิจดจ่อ การรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น
๒. ความผิดปกติของการบกพร่องของปรีชาส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ การทำงาน หรือการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่รู้วิธีใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีที่เคยใช้เป็นประจำ เดินทางออกนอกบ้านคนเดียวไม่ได้ จับจ่ายซื้อของตอนเงินไม่ถูก จัดยาผิด

๓. ส่วนใหญ่มักมีอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า ไม่นอน เจ็บเมย หลงผิดในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง หวาดระแวง เห็นภาพหลอน มีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ ๕-๑๐ เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยในประเทศไทย เช่น ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ขาดวิตามินบี ๑๒ ขาดโฟลิก ภาวะซึมเศร้า โพรงสมองคั่งน้ำ เลือดคั่งในสมอง จากอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม พบว่าเมื่อได้รับการแก้ไขสาเหตุเหล่านี้แล้ว ไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายจะมีความจำที่ดีขึ้นเสมอไปทุกราย ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบ

พยาธิวิทยาของโรคอัลซไฮเมอร์ที่สำคัญ ๒ ชนิดหลัก ได้แก่ plaque ที่มีสารแอมิลอยด์ - บีตา (amyloid- β) สะสมอยู่ และ neurofibrillary tangle ที่มี hyperphosphorylation ของโปรตีนทาว (tau) โดยการสะสมของแอมิลอยด์ - บีตาเกิดก่อนมีอาการสมองเสื่อมนานถึง ๒๐ ปี และการสะสมของ neurofibrillary tangle เกิดก่อนมีอาการ ๑๐-๑๕ ปี เมื่อมีพยาธิสภาพทั้งสองทำให้เกิดการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทจะนำมาซึ่งการขาดสารสื่อประสาทหลายชนิด แต่ชนิดที่สำคัญคืออะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งเกิดจากการที่เซลล์สมอง

ส่วนหน้าฐาน (basal forebrain) อันเป็นเซลล์ประสาทโคลิเนอร์จิกเสื่อม และตัวรับนิโคตินิก (nicotinic receptors) ที่ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และเปลือกสมอง (cortex) ลดลง นอกจากนี้ กระบวนการอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติของหลอดเลือด ความผิดปกติของไมโทคอนเดรีย การอักเสบ และภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างอนุมูลอิสระกับสารต้านอนุมูลอิสระ

ในทางคลินิก จะจำแนกโรคอัลไซเมอร์ออกเป็นโรคอัลไซเมอร์ที่เกิดก่อน ๖๕ ปี (early onset Alzheimer's disease (EOAD)) และโรคอัลไซเมอร์ที่เกิดหลัง ๖๕ ปี (late onset Alzheimer's disease (LOAD))

กลุ่ม EOAD นั้น พบได้ร้อยละ ๑-๖ ของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ทั้งหมด ร้อยละ ๖๐ มีญาติในครอบครัวเป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยความสัมพันธ์กับประวัติครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลายพันธุ์ของยีนเด่นของ Amyloid precursor protein (APP), presenilin-1 (PSEN1) และ presenilin-2 (PSEN2)

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ ๙๕ เป็นกลุ่มที่เกิดหลัง ๖๕ ปี (LOAD) ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่มีปัจจัยพันธุกรรมโดยตรง ยีนที่พบในหลายการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับ LOAD คือ ยีน apolipoprotein E (APOE) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มี APOE ε4 ซึ่งเป็น allele ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ อาจมีอายุถึง ๙๐ ปีโดยไม่เกิดโรคอัลไซเมอร์ก็ได้ ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน ในช่วงเวลาระยะหลังนี้ เมื่อมีการนำวิธีการศึกษาทางพันธุกรรมแบบ genome wide association study (GWAS) มาใช้ ทำให้สามารถพบความแปรผันของยีนอื่น ๆ หลายยีน ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอัลไซเมอร์ที่เกิดหลัง ๖๕ ปี (LOAD) อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ของความแปรผันของยีนที่ค้นพบส่วนใหญ่มักเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคประมาณ ๑.๒-๑.๕ เท่า การค้นพบความแปรผันของยีนอาจนำไปสู่การค้นพบกลวิธีในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ปัจจัยที่อาจปรับเปลี่ยนได้ในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมสูงกว่าคนทั่วไป และการวางแผนในการรับมือกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ต่อไป

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

โดยปกติแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจเป็นแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ หรือจิตแพทย์ เมื่อมาพบแพทย์และสงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม แพทย์จะดำเนินการหลายอย่างเพื่อวินิจฉัยโรคนี้ ดังนี้

๑. ชักประวัติและตรวจร่างกาย การซักประวัติ ต้องการรายละเอียดของอาการอย่างมาก และผู้ที่สมองเสื่อมมักให้ประวัติไม่ได้แม่นยำเนื่องจากหลงลืม จึงควรมีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับผู้ป่วยมานานและทราบรายละเอียดอย่างดีมาด้วยเสมอ

๒. ประเมินเบื้องต้นว่ามีอาการซึมเศร้าหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจความจำไม่ดี และเมื่อรักษาภาวะซึมเศร้าแล้ว ความจำจะดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเองก็ยังสามารถมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้
๓. ทดสอบปริชานด้วยแบบประเมินต่าง ๆ โดยแบบประเมินปริชานมีความยากง่ายแตกต่างกันไป การทดสอบโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ ๑๐-๑๕ นาที แต่ในบางรายอาจต้องทดสอบละเอียดขึ้น ใช้เวลาเป็นชั่วโมง ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และระดับการศึกษาเดิมของผู้ป่วย
๔. ตรวจสอบเพื่อหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ปริชานไม่ดีได้ เช่น ไทรอยด์ทำงานน้อยไป กลืนแระ ผิดปกติ ขาดสารอาหารบางอย่าง การติดเชื้อซิฟิลิสในอดีต
๕. ตรวจสอบภาพถ่ายรังสีสมอง อาจเป็นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
๖. การตรวจอื่น ๆ ซึ่งพิจารณาทำเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่อาการไม่ตรงไปตรงมาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น การถ่ายภาพสมองด้วยเทคนิคพิเศษบางอย่าง การตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง

ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๑ สมาคม National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA) ได้เปลี่ยนเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์จากใช้อาการมาเป็นความผิดปกติของชีวภาพ โดยใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) ของโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเพ็ต/ซีที (PET/CT scan) ตรวจสารน้ำชีวภาพ เช่น น้ำไขสันหลัง (สำหรับตัวบ่งชี้ชีวภาพอื่น ๆ ที่เริ่มมีข้อมูลมากขึ้น ตรวจจากเลือด น้ำตา น้ำลาย) เพื่อดูว่ามีความผิดปกติของสารแอมิลอยด์ - บีตา และ neurofibrillary tangle หรือภาพถ่ายรังสีสมองพบการฝ่อของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส โดยผู้ที่มีตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่มีการเรียก **preclinical AD** และผู้ที่มีความผิดปกติของปริซ่านเล็กน้อย เรียก **ภาวะปริซ่านบกพร่องเล็กน้อย หรือ เอ็มซีไอ (mild cognitive impairment: MCI)** คือ การรู้คิดหรือปริซ่านลดลง แต่ยังไม่กระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และยังสามารถทำงานได้เช่นเดิม ในกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตสูงกว่าคนทั่วไปในวัยเดียวกัน ผู้ที่มีความผิดปกติของอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ก่อนเกิดการถดถอยของปริซ่านหรือสมองเสื่อม เรียก **mild behavioral impairment (MBI)** และในที่สุด คือ เกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่ใช่ทุกคนที่มีตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) ของโรคอัลไซเมอร์จะเกิดภาวะปริซ่านบกพร่องเล็กน้อย หรือ เอ็มซีไอ และสมองเสื่อมทุกคน

แนวทางการดูแล

๑. รักษาสาเหตุที่ตรวจพบ เช่น ถ้าเกิดจากโพรงสมองคั่งน้ำอาจต้องผ่าตัดระบายน้ำในสมอง ถ้าเกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยก็รับประทานยาไทรอยด์ทดแทน ถ้าเกิดจากภาวะซีมีสเร้าก็อาจรักษาภาวะซีมีสเร้าก่อน
๒. รักษาเรื่องการถดถอยของปรีชาน :
 - ๐ โดยการให้ยา
 - ๑) ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลซไฮเมอร์ สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน หรือเซลล์สมองเสื่อมบางชนิดได้ แต่อาจต้องติดตามผลข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ซึ่พजरต้นซ้ำ
 - ๒) ยา memantine ซึ่งเป็นยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ชะลออาการของโรคลงในผู้ป่วยโรคอัลซไฮเมอร์ที่มีอาการปานกลางถึงระดับรุนแรง

๓) ยากลุ่มอื่น ๆ ที่เริ่มมีข้อมูลได้
รับการรับรองโดยองค์การอาหาร
และยา ได้แก่ ยามอโนโคลนัล
แอนติบอดี (monoclonal antibody)
ที่กำจัดแอมิลอยด์ - บีตา (anti-
amyloid-β) ซึ่งใช้ในภาวะปริซาน
บกพร่องเล็กน้อย หรือ เอ็มซีไอจาก
พยาธิสภาพแอมิลอยด์ - บีตา หรือ
ในอัลซไฮเมอร์ระยะต้น

๐ โดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ฝึกสมอง ในกรณี
ผู้ที่มีการบกพร่องของปริซานและสมอง
เสื่อม

๓. ดูแลปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์จาก
โรค ทั้งโดยวิธีไม่ใช้ยาและการใช้ยา
๔. การดูแลสุขภาพทั่วไปและโรคประจำตัวต่าง ๆ
ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ตลอดจน
การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้ป่วย
เนื่องจากสุขภาพกายมีผลกระทบต่อการทำงาน
ของสมอง และปัญหาสุขภาพกายอาจทำให้ผู้ป่วย
เกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้
๕. ส่งเสริมการทำการกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตาม
ศักยภาพของผู้ป่วย ภายใต้ความปลอดภัย

๖. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่อาจมีผลรบกวนการทำงาน
ของสมอง เช่น ยาแก้แพ้ชนิดวง ยาคลายกล้ามเนื้อ
หรือยาอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์วัง
๗. เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมสับสน
เฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บป่วย
๘. การดูแลความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม เช่น
ความถูกต้องของการใช้ยา การใช้สารเคมีและ
ของมีคม การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้
ไฟฟ้าช็อต การจัดสภาพบ้าน การป้องกันการ
หกล้ม การหายสาบสูญ
๙. ในกรณีของญาติ
 - ๐ ให้คำปรึกษาแนะนำในประเด็นการ
ดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตในด้าน
ต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจในการ
รักษาพยาบาล และการทำหนังสือแสดง
เจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลใน
วาระสุดท้ายของชีวิต การใช้ท่อช่วย
หายใจ เครื่องช่วยหายใจและการกู้ชีพ
 - ๐ การให้คำแนะนำประเด็นด้านกฎหมาย
เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหา
ในปรีชาน ความจำ การตัดสินใจ ตลอดจน
จนปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ กับหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน หนี้สิน ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น ควรประเมินศักยภาพของการรู้จักของผู้ป่วยและให้คำแนะนำปัญหาที่เกี่ยวกับด้านกฎหมายในผู้ที่มีสมองเสื่อม หรือ ปรีภานิติเวช ทนายหรือนักกฎหมาย ให้คำแนะนำการตั้งผู้อนุบาล การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย และการทำ พินัยกรรม เป็นต้น

๑๐. การดูแลโดยผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้อาจมีความเครียดและ ทุกข์ใจมาก จึงควรมีระบบการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ให้ผู้ดูแล การโทรศัพท์ช่วยเหลือระหว่าง ที่มบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลกับผู้ดูแล หรือระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การจัดอบรม ทักษะการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ดูแลมีช่วงพักเพื่อ คลายเครียด เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วย ควรมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางกายและจิต เนื่องจากมี ผลต่อการดูแลผู้ป่วย และผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเอง

ผู้ดูแลควรได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ้าง รู้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน

จากข้อมูลในปัจจุบันพบว่าภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ร้อยละ ๔๕ และอาจเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันไม่ได้อีกร้อยละ ๕๕ เช่น อายุที่มากขึ้น สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้สามารถแบ่งออกได้ตามช่วงวัย ดังนี้

๑. วัยเด็ก- ก่อน ๔๕ ปี

- การศึกษาที่น้อย หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๕

๒. ช่วงวัย ๔๕-๖๕ ปี

- การได้ยีนบกพร่อง หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๗
- ไชมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (ไขมันเลว) สูง หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๗
- ซึมเศร้า หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๓
- สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถ

ลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๓

- ขาดกิจกรรมทางกาย หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๒
- เบาหวาน หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๒
- สูบบุหรี่ หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๒
- ความดันโลหิตสูง หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๒
- ภาวะอ้วน หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๑
- ดื่มแอลกอฮอล์เกิน ๒๑ ดริงก์ต่อสัปดาห์ โดย ๑ ดริงก์ คือ มีแอลกอฮอล์ ๑๔ กรัม เทียบเท่าเบียร์ประมาณ ๓๖๐ ซีซี หรือไวน์ ๑๕๐ ซีซี หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๑

๓. ช่วงวัยมากกว่า ๖๕ ปี

- ปลีกตัวจากสังคม หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๕

- มลพิษทางอากาศ หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ ร้อยละ ๓
- การสูญเสียการมองเห็น หากลดปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถลดการเกิดสมองเสื่อมได้ ร้อยละ ๒

โดยสรุป การป้องกันการเกิดสมองเสื่อมควรทำตั้งแต่วัยเด็กและปฏิบัติต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ปัจจัยเสี่ยงโดยรวมแบ่งได้เป็นความเสี่ยงด้านหลอดเลือดและความเสี่ยงด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิต ความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมของแต่ละปัจจัยข้างต้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม ๑.๑-๒.๒ เท่าในแต่ละปัจจัย การลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมจึงมักต้องอาศัยการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ หลากอย่างร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

Abdul Manap AS, Almadodi R, Sultana S, Sebastian MG, Kavani KS, Lyenouq VE, et al. Alzheimer's disease: a review on the current trends of the effective diagnosis and therapeutics. *Front Aging Neurosci.* 2024 Aug 9;16, 1429211.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์. คู่มือผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข. บุรีรัมย์ : บริษัท โรงพิมพ์วิญญ
๒๕๐๙ จำกัด, ๒๕๖๖.

Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk
G, Alladi S, et al. Dementia prevention,
intervention, and care: 2024 report of the
Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024
Aug 10, 404(10452), 572-628.



Balance (การทรงตัว)

การเดินที่ปกติขึ้นอยู่กับความสมดุลของการควบคุมในระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบประสาททั้งระบบ กล้ามเนื้อและข้อต่อ การทรงตัว (balance) และการเคลื่อนที่ (locomotor function) สำหรับระบบประสาทเองต้องอาศัยทั้งระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทสั่งการ (motor system) ให้มีการยับยั้งของกล้ามเนื้อ ซึ่งต้องอาศัยทั้งสมองส่วนหน้า ส่วนพรีมอเตอร์คอร์เทกซ์ และมอเตอร์คอร์เทกซ์ (premotor and motor cortex) สมองส่วนเบซัลแกงเกลีย (basal ganglia) แกนสมอง (brainstem) สมองน้อย เซรีเบลลัม (cerebellum) ไขสันหลัง เส้นประสาท รอยต่อระหว่างปลายประสาทกับเซลล์กล้ามเนื้อลาย (neuromuscular junction) และกล้ามเนื้อ

ในส่วนของปรีชาน (cognition) เช่น การบริหารตัดสินใจ มิติสัมพันธ์ และสมาธิจดจ่อ ก็มีผลต่อการเดินเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการเดินเลี่ยงสิ่งกีดขวาง การเลือกเส้นทางเดิน เดินได้ในขณะที่คิดสิ่งอื่นในใจไปด้วย (dual task) ส่วนระบบประสาทขาเข้าทำให้ร่างกายรับรู้ท่าทาง (proprioception) ระบบประสาทเวสทิบูลาร์ (vestibular system) รับรู้การเปลี่ยนแปลงของ

ท่าทาง ระบบการมองเห็น นอกจากนั้น ระบบอื่น ๆ ก็มีส่วนในการช่วยด้านการเดินและการเคลื่อนไหวเช่นกัน เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด หากการไหลเวียนเลือดไม่ดีอาจทำให้มีเมื่อยและวูบเวลาเดินได้ ความผิดปกติของระบบหนึ่งอาจทดแทนได้บางส่วนจากระบบอื่น เช่น ผู้ที่ไม่รับรู้สัมผัสท่าทาง (proprioception) อาจใช้สายตาในการช่วยให้รับรู้ท่าทางของร่างกายของตัวเองในสิ่งแวดล้อมได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเดินขึ้นอยู่กับอายุ เมื่ออายุมากขึ้น จะมีความเร็วของการเดิน (gait speed) และความยาวของการก้าวเท้า (step length) ลดลง แต่จำนวนก้าวต่อนาที (cadence) มักคงที่ ความกว้างของฐานก้าว (step width) มักกว้างขึ้นกว่าคนหนุ่มสาวราวร้อยละ ๔๐ นอกจากนั้นอาจมีหลังค่อม (kyphosis) มากขึ้น บุคลิกภาพ อารมณ์ และวิถีชีวิต อาจมีส่วน เช่น คนที่อาศัยในสังคมเมืองมักเดินรีบเร่งกว่าคนที่อาศัยในชนบท

ความผิดปกติในการเดินยังอาจพบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ดังนี้

๑. ระบบประสาท ทั้งส่วนประสาทในสมอง ประสาทส่วนสั่งการ (motor) และส่วนการรับรู้ (sensory)
๒. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกสันหลังคดงอ
๓. ระบบอื่น ๆ เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว หลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน ความผิดปกติของ

ระบบเมแทบอลิก หรือได้รับยาบางชนิดที่รบกวน
การเดิน

อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุ การเดินผิดปกติอาจมาจาก
หลายสาเหตุร่วมกัน เช่น อาจมีความผิดปกติในสมองจากโพรง
สมองคั่งน้ำ การมองเห็นบกพร่อง ประสาทส่วนปลายเสื่อมไม่
รับรู้ความรู้สึก ข้อเข่าเสื่อม หลังคั่งงอ ทำให้การแก้ไขเพียง
สาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ยังมีการเดินและ
การทรงตัวผิดปกติได้

ในทางเวชปฏิบัติ มักประเมินหาสาเหตุของความ
ผิดปกติของการเดินและการทรงตัว โดยการตรวจดูท่าเดิน
เริ่มจาก

- นั่งโดยไม่ต้องช่วย
- ลุกขึ้นจากที่นั่ง ทั้งแบบที่ใช้และไม่ใช้แขนช่วย
- ท่ายืน (ดูความสมมาตร โครงสร้างของกระดูก และข้อว่าคู้ เอียง แอ่น งอ หรือไม่)
- ฐาน (stance) (กว้างหรือแคบ)
- การเริ่มก้าว (gait initiation) ว่ามีการก้าวขา ไม่ออกหรือไม่
- การก้าวเดิน (ดูความมั่นคง สมมาตร กะเผลก เกร็ง)
- ความยาวของการก้าว (step length) การยกเท้า จากพื้น
- ความเร็วของการเดิน

- การแกว่งแขน (arm swing)
- การแข็งก้ามไม่ออก (freezing)
- การหมุนตัวกลับ (turning)
- การตอบสนองต่อแรงดึงหรือผลักในการทรงตัว (postural reflexes)

นอกจากนั้น แพทย์อาจประเมินการทรงตัวและการเดินด้วยการทดสอบที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การเดินเท้าต่อเท้า (tandem gait) การทดสอบการทรงตัวขณะหลับตา (Romberg's test) การเดินถอยหลัง (walking backwards) การยืนและเดินบนส้น หรือบนนิ้วเท้าอย่างเดียว การเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ในขณะที่ปิดตา (Unterberger's test) การทำกิจกรรมอื่นไปด้วยขณะเดิน (dual task maneuver) หรือการโน้มตัวเหยียดแขนไปข้างหน้า (functional reach)

หลังจากตรวจประเมินความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดการเดินและการทรงตัวที่ผิดปกติแล้ว แพทย์จะทำการวินิจฉัยจากลักษณะท่าเดินที่จำเพาะกับโรคที่ทำให้เกิดท่าเดินนั้น ๆ แล้วบ่งบอกตำแหน่งของการเกิดโรคและชนิดของโรค เช่น

- Hemi-spastic gait จากพยาธิสภาพในสมองด้านตรงข้าม เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง
- Paraspastic gait จากรอยโรคของไขสันหลัง
- Ataxic gait จากความผิดปกติของสมองน้อย
- Parkinsonian gait จากโรคพาร์กินสัน

- Antalgic gait จากการปวดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของขา
- Waddling gait จากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพก
- Steppage gait จากระบบประสาทส่วนปลายผิดปกติ
- Psychogenic gait disorder จากการแกล้งเดินทรงตัวผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

Pirker W, Katzenschlager R. Gait disorders in adults and the elderly: A clinical guide. *Wien Klin Wochenschr.* 2017 Feb, 129(3-4), 81-95.

Snijders AH, van de Warrenburg BP, Giladi N, Bloem BR. Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification. *Lancet Neurol.* 2007 Jan, 6(1), 63-74.



Cognition (ปริชาน)

การเปลี่ยนแปลงของปริชานตามอายุที่มากขึ้นมักมีข้อมูลจากการวิจัยที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่อาจทำให้ข้อมูลวิจัยดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้ ดังเช่น

๑. ผู้สูงอายุที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย มักมีลักษณะแตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัย เช่น มักไม่ใช่กลุ่มที่เจ็บป่วยมาก มักไม่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรด้วยตนเอง และมักมีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจฐานะโดยเฉลี่ยที่ดีกว่าประชากรในวัยเดียวกัน
๒. โดยปกติมักเป็นข้อมูลจากการศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) แล้วเปรียบเทียบระหว่างแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งไม่ได้เปรียบเทียบในประชากรกลุ่มเดิมติดตามไปในระยะยาว ความแตกต่างที่พบอาจไม่ได้เกิดจากอายุ แต่อาจเกิดจากความแตกต่างในรุ่นของประชากร (cohort difference) ที่มีความแตกต่างในระดับการศึกษา การดำเนินชีวิต และวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผล

กระทบต่อคะแนนแบบประเมินปริชาณที่ไม่ได้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอายุ

๓. การศึกษาวิจัยแบบติดตามประชากรไปข้างหน้า เป็นระยะยาว (longitudinal study) น่าจะตัดประเด็นด้านความแตกต่างในรุ่นของประชากรได้ แต่ก็มักมีข้อจำกัดคือ ประชากรอาจหายไปหรือเสียชีวิตไปในระหว่างการติดตาม ผู้ที่ยังอยู่ในการติดตามระยะยาวมักเป็นผู้ที่แข็งแรง การศึกษาดี และฐานะดี ซึ่งมักเป็นผู้ที่ทดสอบแบบประเมินปริชาณได้คะแนนดี นอกจากนั้น การประเมินแบบประเมินเดิมซ้ำ ๆ มักทำให้เกิดการเรียนรู้ (practice effect) ทำให้คะแนนดีขึ้นหรือไม่ถดถอยไปตามที่ควรจะเป็น
๔. ในปัจจุบันพบว่า การเปลี่ยนแปลงในสมองหลายอย่างเกิดก่อนที่จะเริ่มมีอาการ (preclinical phase) หลายปี การที่ผลทดสอบเป็นปกติในขณะนั้น จริง ๆ แล้วในระยะเวลาไม่นานหลังจากทดสอบอาจเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นได้ ทำให้การระบุว่าเป็นกลุ่มปริชาณปกติ อาจเป็นการระบุประชากรผิดพลาดข้ามกลุ่ม (misclassification)

ปรีชาพิสัยด้านต่าง ๆ

๑. การเรียนรู้และความจำ (**learning and memory**)
ซึ่งประกอบไปด้วยความจำในด้านต่าง ๆ ดัง
ตารางหน้า ๒๕
๒. สมาธิจดจ่อ (**attention**) การแบ่งสมาธิจดจ่อใน
หลายอย่างพร้อมกัน (divided attention) การ
เลือกจดจ่อสนใจกับบางสิ่งในท่ามกลางสิ่งเร้า
หลายอย่าง (selective attention) การคงความ
สนใจจดจ่อ และความเร็วในกระบวนการคิด
(processing speed)
๓. การบริหารจัดการ (**executive function**)
ครอบคลุมการวางแผน การตัดตัดสินใจแก้ไขปัญหา
การคิดอย่างเป็นนามธรรม การให้ความหมาย
สุภาษิต การแยกความเหมือนความแตกต่าง
การยับยั้งชั่งใจและความยืดหยุ่นในการเปลี่ยน
กระบวนการคิด (mental flexibility)
๔. ภาษา (**language**) ความเข้าใจภาษา การเรียก
ชื่อสิ่งของ การนึกคำ ความคล่องของภาษา การใช้
ไวยากรณ์
๕. การรับรู้ประสานการเคลื่อนไหว (**perceptual
-motor function**) และการรับรู้โครงสร้างใน
แบบสองมิติและสามมิติ (visual construction)

function) มิติสัมพันธ์ (visuospatial function) ซึ่งรวมการรับรู้วัตถุที่คุ้นเคยและการรับรู้ทิศทาง

๖. **ปรีชาทางสังคม (social cognition)** การรับรู้ การแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่น

ทฤษฎีด้านการเปลี่ยนแปลงของปรีชาจากอายุ (cognitive aging theory) มักมีแนวทางการคิดเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. ทฤษฎี crystallized และ fluid intelligence

- ๑.๑ crystallized intelligence จะเป็นความรู้ ความสามารถ ทักษะ ที่ได้ผ่านการเรียนรู้ ปฏิบัติซ้ำ ๆ จนคุ้นเคย ตัวอย่างเช่น คำศัพท์ และความรู้ทั่วไป โดยทั่วไปปรีชาชนิดนี้ จะคงที่หรือค่อย ๆ ดีขึ้นเล็กน้อย จนถึงช่วง วัยสูงอายุ ๖๐-๗๐ ปีขึ้นไป

- ๑.๒ fluid intelligence คือ ความสามารถที่ จะแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่ คุ้นเคยได้อย่างสมเหตุสมผล ตัวอย่าง ปรีชาชนิดนี้ได้แก่ การบริหารจัดการ (executive function) ความเร็วในกระบวนการ คิด (processing speed) ความจำ และความสามารถในการคิดประสานการ เคลื่อนไหว (psycho-motor ability) ซึ่งปรีชา

ชนิดนี้ โดยเฉพาะความเร็วในกระบวนการคิด และความสามารถในการคิดประสานการเคลื่อนไหว มักดีที่สุดในช่วงอายุ ๓๐ ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง

๒. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของปริชานพิสัยแบบทั่วไป (domain-general) และแบบจำเพาะ (domain-specific)

สำหรับการเปลี่ยนแปลงของปริชานแบบเฉพาะตามอายุ ได้สรุปไว้ตามตารางต่อไปนี้

	ชนิดของ intelligence (crystalized หรือ fluid)	ถดถอยตามอายุที่มากขึ้นหรือไม่
การเรียนรู้และความจำ (learning and memory)	fluid	<ul style="list-style-type: none"> • ความจำระยะสั้น : ถดถอย • ความจำในข้อเท็จจริงและความรู้ทั่วไป : คงที่ จนสูงอายุวัยปลาย • ความจำที่เกี่ยวข้องกับทักษะการทำกิจกรรม : ไม่ถดถอย

	ชนิดของ intelligence (crystalized หรือ fluid)	ถดถอยตามอายุที่มากขึ้นหรือไม่
สมาธิจดจ่อ (attention)	fluid	สมาธิจดจ่อแบบซับซ้อนถดถอยลง เช่น การแบ่งสมาธิจดจ่อ (divided attention) การเลือกจดจ่อสนใจกับบางสิ่งในท่ามกลางสิ่งเร้าหลายอย่าง (selective attention)
ความเร็วในกระบวนการคิด (processing speed)	fluid	เริ่มถดถอยตั้งแต่ช่วงอายุ ๓๐ ปี
การบริหารจัดการ (executive function)	fluid	<ul style="list-style-type: none"> • การให้ความหมาย สุภาพสิต การแยกความเหมือนความแตกต่าง : ไม่ถดถอย • การคิดอย่างเป็นนามธรรม การยับยั้งชั่งใจและความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนกระบวนการคิด : ถดถอย

ภาษา (language)	crystalized มากกว่า fluid	โดยทั่วไปไม่ถดถอย การใช้ภาษาบาง ด้านอาจถดถอย เช่น การเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ ความคล่องของการพูด (verbal fluency)
มิติสัมพันธ์ (visuospatial function)	ทั้งสองชนิด	<ul style="list-style-type: none"> • การรับรู้ โครงสร้างในแบบ สองมิติและสามมิติ (visual construction function) ถดถอย • การรับรู้วัตถุที่ คุ้นเคยและทิศทาง ไม่ถดถอย

เอกสารอ้างอิง

- Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal Cognitive Aging. *Clin Geriatr Med*. 2013 Nov, 29(4), 737-52. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002.
- Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat Rev Neurol*. 2014 Nov, 10(11), 634-42. doi: 10.1038/nrneurol.2014.181. Epub 2014 Sep 30.



Delirium

(ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน)

ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับปรีชาน พฤติกรรม ระดับความรู้สึกตัว และสมาธิจดจ่อไปจากพื้นฐานเดิมภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน มักพบในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสมองเสื่อม เปราะบาง หรือทุพพลภาพอยู่เดิม ผู้สูงอายุที่รักษาการเจ็บป่วยในแผนก อายุรกรรม ข้อสะโพกหัก เข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยหนัก จุกเงิน ซึ่งพบได้ร้อยละ ๑๒-๕๑ มักมีสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายที่ซ่อนอยู่ หากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการดูแลรักษาบางอย่างที่ไม่จำเป็นมากขึ้น ซึ่งอาจนำมาซึ่งผลแทรกซ้อนต่อเนื่อง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องไปอยู่ในสถานดูแลผู้สูง อายุ ปรีชานบกพร่องระยะยาว หรือเสียชีวิต

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน เกิดจาก ๒ ปัจจัยหลัก คือ

๑. **ปัจจัยดั้งเดิม**ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันสูงอยู่เดิม หรือ**ปัจจัยนำ** ที่สำคัญได้แก่ การที่มีสมองเสื่อมหรือมีโรคทางสมองอยู่เดิม เคยเกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันมาก่อน มีโรคประจำตัวหลายโรค มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยินเปราะบาง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดื่มเหล้าประจำ และอายุมาก (โดยเฉพาะอายุเกิน ๗๕ ปี)

๒. **ปัจจัยกระตุ้น** คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังที่ทำให้เกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันขึ้น ที่สำคัญได้แก่

๒.๑ ยา เช่น ยาที่มีฤทธิ์ต้านระบบโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ยานอนหลับ ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาคลายกล้ามเนื้อ หากเพิ่งได้รับยาใหม่ใด ๆ มาไม่นาน ก่อนเกิดอาการซึ่มสับสนเฉียบพลัน ให้ระลึกถึงสาเหตุนี้เสมอ นอกจากนั้น การหยุดยาบางตัวอย่างกะทันหัน เช่น รับประทานยานอนหลับมานานแล้วหยุดทันที หรือบางคนดื่มเหล้าจัดมานานแล้วหยุดดื่มทันที ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันจากการถอนยาหรือถอนเหล้าได้

๒.๒ **การติดเชื้อ** การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อที่ปอด

๒.๓ ความผิดปกติของระดับน้ำตาลหรือ เกลือแร่ในร่างกาย

๒.๔ สาเหตุอื่น ๆ เช่น อาการปวดใน
ร่างกาย การอดนอน การเข้ารับการผ่าตัดใหญ่
โดยเฉพาะการผ่าตัดฉุกเฉิน การถูกพันธนาการ
ยึดตรึง หรือมีอุปกรณ์สายต่าง ๆ เช่น สายน้ำ
เกลือ สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ หรือโรค
อื่น ๆ เช่น โรคหัวใจวาย โรคถุงลมโป่งพอง
การหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
โรคตับแข็ง ไตวาย

การคัดกรองและการวินิจฉัย

ภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลันมักได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ ไม่มีการประเมินปริมาตรของผู้ป่วยเป็นประจำในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะนี้ และขาดทักษะในการประเมิน นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลันชนิดซึมหลับ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บ เหนื่อยเมื่อย หลับมากขึ้น ไม่ค่อยรับประทานอาหาร ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจทำให้ไม่เป็นที่สังเกตของบุคลากรที่ดูแล ในขณะที่อาการของภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลันที่มีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างวันมักเป็นมากตอนกลางคืนและดีขึ้นในเวลากลางวัน

จึงทำให้การที่ประเมินผู้ป่วยเฉพาะในเวลากลางวันโดยไม่ได้อาศัยข้อมูลจากผู้เฝ้าผู้ป่วยหรือจากผู้ที่เห็นอาการตอนดึก อาจทำให้ไม่ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันควรได้รับการสอบถามถึงอาการเปลี่ยนแปลงของปรีชา ระดับของความรู้สึกตัว พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากพื้นฐานเดิมภายในระยะเวลาไม่นาน และทำการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองสั้น ๆ หากมีผลการคัดกรองผิดปกติ ควรประเมินเพิ่มเติมต่อไป และหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน สำหรับตัวอย่างของแบบคัดกรองที่ใช้บ่อย เช่น 4AT ซึ่งใช้ได้กับผู้ที่มีสมองเสื่อมอยู่เดิมได้ และอาศัยการฝึกฝนในการคัดกรองน้อย สำหรับตัวอย่างของแบบประเมิน เช่น **confusion assessment method (CAM)** หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดสื่อสารได้เพราะใส่ท่อช่วยหายใจ พิจารณาใช้ **CAM-ICU** แทน ซึ่ง **CAM** และ **CAM-ICU** ต้องอาศัยการฝึกฝนและประสบการณ์จึงจะมีความแม่นยำสูง

การวินิจฉัยด้วย CAM ต้องประกอบไปด้วย ข้อ ก ร่วมกับข้อ ข และ ข้อ ค หรือ ง โดยเกณฑ์ประกอบด้วย

- ก. อาการเกิดเร็ว บางช่วงดี บางช่วงแย่
- ข. สมารถจดจำไม่ดี
- ค. การคิดไม่เป็นระบบ
- ง. ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนไป

สำหรับการวินิจฉัยตามเกณฑ์มาตรฐาน อาศัยเกณฑ์ของ 5th edition of American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) และ WHO's International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)

การป้องกันภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน

การป้องกันภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันจากการไม่ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน มีดังนี้

๑. ช่วยส่งเสริมการรับรู้ ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน ให้ผู้ป่วยสวมแว่นสายตาและเครื่องช่วยฟังเพราะจะทำให้มองเห็นและได้ยินดีขึ้น ทำให้สามารถรับรู้เหตุการณ์รอบตัวได้มากขึ้น

๒. พยายามให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหว ไม่นอนอยู่แต่บนเตียง

๓. พยายามให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมประจำด้วยตนเอง

๔. ให้รับรู้ว่า เวลา บุคคล และสถานที่ กิจกรรมการรักษา ควรทบทวนวัน เวลาและสถานที่ให้ผู้สูงอายุรับทราบเป็นครั้งคราว หานาฬิกาและปฏิทินวางไว้ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ถ้าผู้สูงอายุนั้นไม่ค่อยได้ไปไหนมาไหน อยู่แต่ในบ้าน พยายามให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสแสงแดดบ้างในช่วงเช้าและเย็น ถ้านอนอยู่แต่บนเตียงลุกเดิน

ไม่ได้ พยายามเปิดผ้า màn หน้าต่างหรือเปิดไฟให้สว่างในเวลา กลางวัน และพยายามหรีหรือปิดไฟในช่วงกลางคืน

๕. ควบคุมอาการปวดด้วยยาตามเวลา ในกรณีที่ ผู้ป่วยมีปัญหาในการสื่อสารบอกความปวด ให้คอยสังเกต อาการปวดจากปฏิกิริยาตอบสนอง เสียงร้อง และการแสดงออก ของหน้าตาของผู้ป่วย

๖. กระตุ้นปรีชาชนด้วยกิจกรรมต่าง ๆ โดยขึ้นอยู่กับ ความสนใจและระดับทุพพลภาพ

๗. สื่อสารอย่างเรียบง่าย พยายามพูดคุยกับ ผู้สูงอายุบ่อย ๆ ถามคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ พุดคุย เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคม กรณีที่เข้ารับ การรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว ให้ผู้ป่วยฟังเป็นระยะ

๘. การให้สารอาหารให้พอเหมาะ ให้การดูแลสารถน้ำ และเกลือแร่ในร่างกายอย่างเพียงพอ

๙. ดูแลเรื่องการขับถ่าย ไม่ให้ท้องผูกหรือปัสสาวะ ไม่ออก

๑๐. พยายามให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงเสียงและแสงที่รบกวนผู้ป่วย

๑๑. ทบทวนรายการยาและบริหารอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงยาที่ไม่จำเป็นโดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง

๑๒. ติดตามผู้ป่วยประจำวันโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีการแก้ไขอย่างเหมาะสม

๑๓. ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และ
ครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาภาวะซึ่มสับสน
เฉียบพลัน

๑๔. ในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือ
ต้องได้รับการผ่าตัด ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ถึงความ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันและการป้องกันไว้
ด้วย และในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงควรสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง
ที่อาจแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน

๑๕. ถ้ามานอนโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยง
สูงที่จะเกิดอาการซึ่มสับสนเฉียบพลัน ควรให้ญาติหรือผู้ที่ดูแล
ผู้สูงอายุเป็นประจำได้อยู่เฝ้า และนำอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำตัว
ของผู้สูงอายุนั้นมาที่โรงพยาบาล

สำหรับการใช้ยาในการป้องกันการเกิดภาวะซึ่มสับสน
เฉียบพลัน มีข้อมูลแนะนำให้ใช้ dexmedetomidine ในการ
ป้องกันภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีระดับ
น้ำหนักของหลักฐานระดับปานกลาง แนะนำใช้เฉพาะบางกรณี
สำหรับการใช้ยาอื่นในการป้องกันและในกรณีผู้ป่วยกลุ่มอื่น
ยังไม่แนะนำให้ใช้

การแก้ไขอาการซึ่มสับสนเฉียบพลัน

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการหาสาเหตุของอาการดังกล่าว
และให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน สำหรับการรักษาอื่น ๆ ที่ให้

ร่วมไปด้วยกันได้แก่ การรักษาประคับประคองอาการและการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะสับสนเฉียบพลัน

กรณีที่สูงอายุมีความวุ่นวายมาก ไม่ให้ความร่วมมือ กับการรักษา และอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้สูงอายุเอง ในระหว่างรอผลของการแก้ไขสาเหตุ อาจจำเป็นต้อง ควบคุมอาการโดยใช้ยา ซึ่งจะเป็นกลุ่มยาต้านโรคจิต มักให้เป็นระยะเวลาสั้นไม่เกิน ๑ สัปดาห์ และจะไม่ใช้ยา Benzodiazepine ในการรักษาภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายจากการขาดเหล็ก หรือขาด ยานอนหลับที่รับประทานมานาน

เอกสารอ้างอิง

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014, 383, 911-22.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และอรุโณทัย ศิริธิตกุล. แนวทางเวช ปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๖๕.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับ ผู้สูงอายุ (*Emergency management for the elderly*). กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์, ๒๕๕๗, หน้า ๑๖๗-๗๑.



Environment (สิ่งแวดล้อม)

องค์ประกอบที่สำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี คือการที่ร่างกายมีสมรรถภาพในการใช้ชีวิตที่ดี ซึ่งต้องอาศัยศักยภาพภายในของร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่ดี สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (age-friendly environment) ส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุอาจมองได้จากหลายด้าน เช่น

๑. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น

- บ้าน อาคารสถานที่ ลักษณะบ้าน และรอบ ๆ บ้าน มีผลต่อการมีกิจกรรมทางกาย การเคลื่อนไหว การเข้าสังคม การเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะเรื่องหกล้ม การออกแบบบ้านและเมืองจึงมักต้องคำนึงถึงการใช้สอยโดยผู้สูงอายุ ผู้ที่ทุพพลภาพ ทั้งด้านการเคลื่อนไหว สมองเสื่อม หรือพิการด้านอื่น ๆ (age-friendly, dementia-friendly และ disability-friendly environment) ตามแนวทางการออกแบบ

เพื่อทุกคน (universal design) โดยยึดตามหลักการ ๗ ประการ คือ

- ผู้ที่มีอายุ และ ผู้ที่มีระดับทุพพลภาพแตกต่างกันมีความเท่าเทียมกันในการใช้สอย
- สามารถปรับเปลี่ยนการใช้งานได้
- สามารถใช้ได้ด้วยตนเอง
- มีการสื่อความหมายเป็นที่เข้าใจ
- รองรับการใช้งานที่ผิดพลาด
- ใช้พลังกำลังไม่มาก ทุนแรง
- มีขนาดและพื้นที่รองรับที่อำนวยความสะดวกเข้าถึงและการใช้งาน

ตัวอย่างสิ่งที่ต้องคำนึงในการออกแบบ เช่น ความกว้างของประตู ทางลาด ทางเดินเท้า พื้นผิวอุปกรณ์ช่วย เช่น ราวจับ แสงไฟ หน้าต่าง ทิวทัศน์ พื้นที่สีเขียว ทางเดิน พื้นที่ย่อยต่อ เช่น ระเบียงห้อง หรือในบ้านกับนอกบ้าน รวมถึงเครื่องเรือนและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในบ้าน เช่น เก้าอี้ เตียง โต๊ะสวม ระดับปลั๊กไฟ โดยอาจใช้แบบประเมินความเสี่ยงสภาพ

แวดล้อมที่อยู่อาศัย ซึ่งมีหลายแบบประเมิน เพื่อเป็น
แนวทางการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุได้

ในปัจจุบัน หากเป็นอาคารที่ให้บริการ
สาธารณะ สถานพยาบาล อาคารที่ทำการของราชการ
รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีกฎ
กระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคาร
สำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา หรือ
ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการ
การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะมีประกาศใน
ราชกิจจานุเบกษาที่กำหนดมาตรฐานด้านสถานที่
ความปลอดภัย และการให้บริการ สำหรับพื้นที่
สาธารณะจำเป็นต้องคำนึงถึงระบบต่าง ๆ ที่เชื่อมโยง
ด้วย เช่น ระบบขนส่งมวลชน ที่จอดรถ

การพิจารณาควรคำนึงถึงหลักว่าช่วยใน
การใช้ชีวิตอย่างสะดวก ซื่อหาได้ และปรับเปลี่ยน
ลักษณะบ้านได้เมื่อจำเป็น อย่างไรก็ตาม การเลือก
และออกแบบลักษณะบ้านอาจมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มัก
มีผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น
เศรษฐกิจฐานะ สุขภาพ ความชอบ และปัจจัยด้านสังคม
วัฒนธรรม

- อากาศที่ร้อนหรือหนาวจัดเกินไป เช่น
ในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวลำบากมีภาวะ

ติดเตียงช่วยเหลือนตนเองไม่ได้ อาจเกิดโรคลมแดด (heat stroke) ได้หากอากาศร้อนอบอ้าวและได้รับสารน้ำน้อย หรือในอากาศที่ร้อนและค่อนข้างแห้งอาจสัมพันธ์กับการเกิดต่อกระจก หรือการรับรู้ความเจ็บปวดในผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนไปในสภาวะอากาศที่ร้อนหรือหนาวเกินไป

- มลพิษภายในบ้าน เช่น เชื้อเพลิงแข็ง (solid fuel) จากการเผาถ่านหรือฟืนภายในบ้าน มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ แสงสว่างกลืน และเสียงภายในบ้านมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

- มลพิษทางอากาศ เช่น มลพิษจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) อาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ๑.๑ เท่า เพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และอาการกำเริบของโรคหอบหืด และโรคปอดเรื้อรัง การมีพื้นที่สวนสีเขียวจะช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายและการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม

๒. **สิ่งแวดล้อมทางสังคม** พบว่าปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เช่น

ปัจจัยเกื้อหนุน

- การมีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เช่น ในผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่คล้ายกัน เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคมะเร็ง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง คอยให้คำแนะนำวิธีในการดูแล เกื้อหนุนและปลอบประโลมใจ
- การมีชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา เป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกครอบครัวหรือในชุมชน
- เพื่อนบ้านที่รักใคร่สนิทสนมกัน

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

- การแยกตัวจากสังคม (social isolation) เพราะบางทางสังคม (social frailty) ไม่มีที่พึ่งให้ปรึกษาหรือช่วยเหลือยามจำเป็น
- การอยู่ในครอบครัวหรือสังคมที่ไม่ช่วยเหลือกัน ทะเลาะเบาะแว้งกัน ไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- การอยู่ในละแวกชุมชนที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อยาเสพติดและอาชญากรรม
- การอยู่ในชุมชนที่ไม่มีความเสมอภาคกัน

๓. **สิ่งแวดล้อมทางเทคโนโลยี** เช่น

- ผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ต มีความรู้สึกรู้สึกว่าสุขภาพตนเองทั้งทางกาย จิตใจ และปรีชาญาณ ดีกว่า

- ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - ๑๙ จนถึงปัจจุบัน มีการใช้การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การส่งยาทางไปรษณีย์ การตรวจรักษาปัญหาสุขภาพ และใช้บริการต่าง ๆ โดยใช้ระบบดิจิทัลทางแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ

- เทคโนโลยีทางดิจิทัลในผู้สูงอายุยังอาจมีข้อจำกัดในหลายประการ เช่น ข้อจำกัดด้านความรู้ทางด้านดิจิทัลในผู้สูงอายุ (digital literacy) การมีข้อจำกัดทางร่างกาย การคิดอ่าน ความจำ การมองเห็น การได้ยิน และความชอบ นอกจากนี้ ปริมาณข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีมากมายมหาศาล กระบวนการประมวลผล การเก็บข้อมูลระบบคลาวด์บนเซิร์ฟเวอร์ที่อยู่ในระยะไกลผ่านทางอินเทอร์เน็ต ความเป็นส่วนตัวของข้อมูล ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงการใช้ระบบ ตลอดจนข้อจำกัดของความสามารถของระบบ ยังเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจจับปริมาณ (sensor)

๑. ตรวจจับทางกายภาพแบบสวมใส่ เช่น อุปกรณ์ติดตัวที่วัดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจน การเดิน การหกล้ม

๒. ตรวจจับทางเคมีแบบสวมใส่ เช่น อุปกรณ์ที่ติดผิวหนังที่วัดส่วนประกอบของสารเคมีของสารน้ำ

ต่าง ๆ เช่น เหงื่อ น้ำลาย น้ำตา สารน้ำที่อยู่ในเนื้อเยื่อ
เพื่อวัดระดับเกลือแร่ น้ำตาล เป็นต้น

๓. แบบไม่สวมใส่ เช่น อุปกรณ์ตรวจจับการเข้า
ออกประตู

เอกสารอ้างอิง

Jiang Y, Wu Y, Li S, Fu S, Lv Y, Lin H, Yao Y. Editorial:
Aging-friendly environments and healthy aging. *Front
Med (Lausanne)*. 2023 Jun 15, 10, 1211632

Chen C, Ding S, Wang J. Digital health for aging
populations. *Nat Med*. 2023 Jul, 29(7), 1623-1630.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ
และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ.
คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย
สำหรับผู้สูงอายุ. เข้าถึงเมื่อ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๗, เข้าถึง
ได้จาก [https://www.dop.go.th/download/knowledge/
th1614847949-577_0.PDF](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614847949-577_0.PDF)



Frailty (ภาวะเปราะบาง)

ภาวะเปราะบางเป็นการถดถอยของอวัยวะระบบต่าง ๆ ของร่างกายในหลายระบบ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือการเสียชีวิต เมื่อประสบกับการเจ็บป่วย เช่น หกล้มกระดูกหัก ติดเชื้อ ทำให้ร่างกายไม่ฟื้นตัวได้เท่าก่อนการเจ็บป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน การถดถอยของความสามารถในการดำรงชีวิต (functional decline) ปริธานถดถอย (cognitive decline) เกิดภาวะติดเตียง และอาจเสียชีวิต ภาวะเปราะบางมักดำเนินไปอย่างเรื้อรังและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีระยะแข็งแรง ระยะก่อนเปราะบาง (pre-frail) และระยะเปราะบาง (frail) แต่อย่างไรก็ตาม การพบภาวะนี้ตั้งแต่ระยะแรกจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไข ซึ่งอาจทำให้ภาวะเปราะบางดีขึ้น

สาเหตุของภาวะเปราะบางเกิดจาก ๓ สาเหตุหลัก ๆ ดังนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงจากอายุ เช่น แม้ภาวะนี้อาจเกิดได้ทุกอายุ แต่อายุที่มากขึ้นเป็นความเสี่ยงสำคัญ โดยเกิดจาก mitochondrial dysfunction การเสื่อมของเซลล์ประสาท (neurodegeneration) การชราของเซลล์

(cellular senescence) การถดถอยของ เซลล์ต้นกำเนิด (stem cell decline) DNA methylation ความผิดปกติของการกินตัวเอง ของเซลล์ (autophagy)

๒. โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ภาวะอ้วน
๓. พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร กิจกรรมทางกาย ปริชาณ

ในประเทศไทย เริ่มมีผลงานวิจัยตีพิมพ์เกี่ยวกับภาวะเปราะบางตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยในสิบปีที่ผ่านมา มีรายงานการวิจัยเพิ่มขึ้นมาก โดยส่วนใหญ่มักเป็นการวิจัยเชิงระบาดวิทยา รายงานความชุก ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกัน ซึ่งมีความชุกระหว่างร้อยละ ๖.๖-๓๕.๗ โดยความแตกต่างของความชุกนี้มักเกิดจากว่าเป็นการศึกษาในบริบทใด เช่น ในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยเฉพาะโรค อายุเฉลี่ยของประชากร เกณฑ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะเปราะบาง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง ได้แก่

- ลักษณะบุคคล เช่น อายุมาก เพศหญิง การศึกษาน้อย เศรษฐฐานะไม่ดี ความเปลี่ยวเหงา อยู่คนเดียว

- ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย เช่น การมีโรคเรื้อรังหลายโรค ภาวะอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ สมองเสื่อม ซึมเศร้า การใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy)
- ปัจจัยด้านพฤติกรรม ดังเช่น การขาดการออกกำลังกาย รับประทานโปรตีนน้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์
- ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น กระบวนการอักเสบ การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (ขาดฮอร์โมนแอนโดรเจน IGF-๑) ขาดวิตามินบีหก วิตามินดี วิตามินอี

การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะเปราะบาง

เนื่องจากนิยามของภาวะเปราะบางยังมีความหลากหลาย อีกทั้งมีความครอบคลุมหลากหลายมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม โดยทั่วไปมักใช้การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (comprehensive geriatric assessment: CGA) เป็นเครื่องมือหลักเนื่องจากครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้ อย่างไรก็ตามมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินต่าง ๆ ซึ่งมักเป็นแบบสอบถามหรืออาจมีการทดสอบบางอย่างร่วมด้วย เช่น ระดับปรีชาอารมณ์ ความเร็วของการเดิน แรงบีบมือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ เนื่องจากเครื่องมือต่าง ๆ มักพัฒนาขึ้นมาโดยไม่ได้เทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัย

ที่เป็นมาตรฐาน จึงเป็นการวัดเพื่อทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ทำนายการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น

ลักษณะเครื่องมือที่มีในปัจจุบัน ตัวอย่างเครื่องมือในการคัดกรองภาวะเปราะบางต่าง ๆ เช่น FRAIL scale, clinical frailty scale (CFS), edmonton frailty scale (EFS), Kihon checklist, PRISMA-7, Gerontopole frailty screening tool (GFST), Tilberg frailty indicator, five-item frailty screening index และเครื่องมือคัดกรองและประเมิน เช่น fried frailty phenotype, frailty index ซึ่งแม้แต่ละเครื่องมือจะทำนายการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีได้ แต่เมื่อใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในประชากรกลุ่มเดียวกัน ก็อาจพบว่าความชุกของการเกิดภาวะเปราะบางไม่เท่ากัน เนื่องจากความครอบคลุมมิติของเครื่องมือแตกต่างกัน บางเครื่องมืออาจเน้นด้านมิติสุขภาพกาย และการเคลื่อนไหว บางเครื่องมืออาจครอบคลุมมิติด้านปรีชาญาณ อารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้วย เป็นต้น

การป้องกัน และการดูแลภาวะเปราะบาง

การป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางที่สำคัญคือการดูแลแบบไม่ไชยา โดยทุกการศึกษา มักเน้นการมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายแบบหลากหลาย ทั้งแบบแอโรบิก แบบมีแรงต้าน แบบช่วยการเดินทรงตัว และแบบ

ยืดเหยียด ซึ่งจะช่วยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความเร็วในการเดิน และศักยภาพภายใน (intrinsic capacity) ของร่างกายโดยรวม สำหรับส่วนอื่น ๆ ที่แต่ละแนวทางการแนะนำอาจไม่ได้แนะนำทุกแนวทาง เช่น อาหาร โปรตีน วิตามินที่พอเพียง การทำกิจกรรมกระตุ้นปรีชา (cognition) การดูแลสุขภาพช่องปาก การควบคุมโรคประจำตัว ทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยา การเข้ากิจกรรมสังคม การดูแลสุขภาพจิต การงดบุหรี่

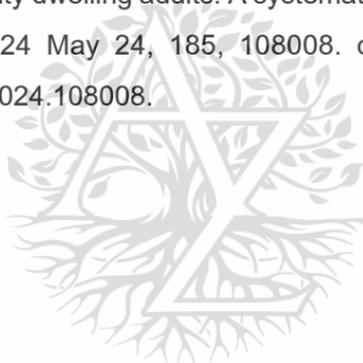
สำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะเปราะบางแล้ว นอกจากการดูแลในแนวการป้องกันการถดถอยข้างต้น ควรต้องประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (comprehensive geriatric assessment : CGA) โดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนในการแก้ไขดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Akner G. Critical Appraisal of the Concept Frailty: Rating of Frailty in Elderly People has Weak Scientific Basis and should not be Used for Managing Individual Patients. *Aging Dis.* 2023 Feb 1, 14(1), 21-24. doi: 10.14336/AD.2022.0506. eCollection 2023 Feb 1.

Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019 Oct 12, 394(10206), 1365-1375. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6.

Brennan TH, Lewis LK, Gordon SJ, Prichard I. Effectiveness of interventions to prevent or reverse pre-frailty and frailty in middle-aged community dwelling adults: A systematic review. *Prev Med*. 2024 May 24, 185, 108008. doi: 10.1016/j.ypmed.2024.108008.





Geriatric assessment (การประเมินผู้สูงอายุ)

ผู้สูงอายุมีอายุขัยมากขึ้นและป่วยเป็นโรคต่างๆ ที่มีความซับซ้อน รวมถึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากความเจ็บป่วยและจากการรักษาที่ได้รับได้ง่าย บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีความรู้ในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และควรที่จะสามารถประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบถ้วน (comprehensive geriatric assessment: CGA) เพื่อการวางแผนการป้องกัน ดูแลและรักษาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนนั้นต้องประกอบไปด้วย แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จากสหสาขาวิชา และต้องประเมินผู้ป่วยครบทุกด้าน ทั้งด้านทางกาย สมรรถภาพ และจิตใจ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ครอบครัว และสังคม นำไปสู่การวางแผน (care plan) ในการดูแลผู้ป่วย จึงจะเป็นการดูแลอย่างครบถ้วนแท้จริง

การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วนจะทำให้เกิดประโยชน์ดังนี้คือ

๑. ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยครบทุกด้าน สามารถวางแผนการให้การดูแลและการติดตามผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

๒. ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลุ่มอาการ
สูงอายุที่ป้องกันได้ เช่น การหกล้ม การเกิดแผล
กดทับในผู้ป่วยในโรงพยาบาล การเกิดอาการซึม
สับสนเฉียบพลันในผู้ที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก การ
เกิดภาวะเปราะบางในชุมชน
๓. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะจากการ
เป็นผู้ดูแล
๔. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม
ความคุ้มค่าเชิงประสิทธิผลยังมีความแตกต่างกัน
ในด้านต้นทุนในแต่ละประเทศและบริบทของ
ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก
หรือในชุมชน
๕. สามารถทำให้กลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านได้
มากขึ้น และลดความจำเป็นของการพักใน
สถานพักคนชราได้
๖. ลดจำนวนวันที่ต้องนอนในโรงพยาบาลในกลุ่ม
ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ผู้สูงอายุรายใดที่แพทย์สมควรประเมินปัญหาอย่างครบ ถ้วน

การประเมินอย่างครบวงจรในผู้สูงอายุที่แข็งแรง
มาก ๆ หรือมีความพิการที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้วจะไม่เกิด
ประโยชน์เท่ากับการประเมินผู้สูงอายุในกลุ่มเหล่านี้

๑. ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมาก (multimorbidity) หรือมีภาวะเปราะบาง (frailty)
๒. อายุมากกว่า ๗๕ ปี
๓. ผู้ที่เตรียมเข้ารับการผ่าตัดหรือรับการรักษาโรคมะเร็ง
๔. มีภาวะทุพพลภาพตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
๕. มีแนวโน้มที่จะต้องอยู่ในสถานพักคนชรา
๖. มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี หรืออาศัยอยู่ที่บ้านคนเดียว
๗. ผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือการช่วยเหลือตนเอง
๘. ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น สมองเสื่อม ซึมเศร้า เดินไม่มั่นคง หกล้ม เบื่ออาหาร
๙. ผู้สูงอายุที่เสี่ยงสูงที่อาจเกิดปัญหาขึ้นได้ เช่น เพิ่งกลับออกจากโรงพยาบาล เพิ่งมีเรื่องเศร้าเสียใจ

หลักการประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบถ้วนประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่

๑. การประเมินทางกาย (physical assessment)

การซักประวัติและตรวจร่างกาย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว และประวัติการใช้ยา โดยประเมินถึงความเหมาะสมของเป้าหมายในการควบคุมโรคประจำตัว ซึ่งอาจแตกต่างกันตามสภาวะสุขภาพ ทุพพลภาพ

และอายุขัยของผู้ป่วย นอกจากนั้น ควรประเมินด้านต่าง ๆ ที่สำคัญอีกคือ

๑.๑ การประเมินหากกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่

๑) Intellectual impairment ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า

๒) Instability และ falls (การทรงตัวไม่มั่นคงและหกล้ม) โดยการถามประวัติการหกล้ม เดินเซ ไม่มั่นคง กังวลต่อการหกล้ม ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น 5-time chair stand หรือประเมิน Get up and Go หรือ Timed Up and Go test

๓) Immobility (การเคลื่อนไหวได้น้อย) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเคลื่อนไหวน้อย เช่น แผลกดทับ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ปอดแฟบ ข้อยึดติด

๔) Incontinence (การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่)

๕) Inanition (ภาวะโภชนาการ) โดยการสอบถามอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ประเมินดัชนีมวลกาย

๖) Iatrogenesis (โรคที่เกิดจากปฏิบัติการทางการแพทย์) ที่สำคัญ คือ การใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลข้างเคียง การบริหารยา และอันตรกิริยาระหว่างยา

๗. Frailty (ภาวะเปราะบาง) (ดูรายละเอียด
ในบท **Frailty**)

๘. Sarcopenia (โรคสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ) (ดูรายละเอียด
ในบท **Sarcopenia**)

๑.๒ การประเมินอวัยวะการรับรู้ ได้แก่ การมองเห็น
การได้ยิน สุขภาพช่องปาก การเคี้ยว และการกลืน

๑.๓ การประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจ
เป็นโรคมะเร็ง

๒. การประเมินทางสุขภาพจิต (psycho-mental assessment)

การประเมินสุขภาพจิตอาจใช้การคัดกรองเบื้องต้น
ก่อน หากพบความผิดปกติจึงประเมินโดยละเอียดเพิ่มเติม
และให้การวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะ
ต่อไป เช่น

๒.๑ ภาวะสมองเสื่อม โดยการซักถามการ
เปลี่ยนแปลงของความจำระยะสั้นหรือปรีชานด้านต่าง ๆ
(ดูรายละเอียดในบทปรีชาน) ที่ส่งผลกระทบต่อกรดำเนิน
กิจวัตรประจำวันหรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและ
อารมณ์ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการ
ใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการคัดกรองตามความเหมาะสม

๒.๒ ภาวะซึมเศร้าแบบพลัน ด้วยการซักถามการ
เปลี่ยนแปลงของการรับรู้หรือพฤติกรรมไปจากพื้นฐานเดิมใน
ระยะสั้น ๆ ก่อนหน้านี และใช้เครื่องมือ 4AT หรือ confusion

assessment method (CAM) ในการประเมินต่อไป ในกรณีที่
มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น ต้องหาสาเหตุและให้การแก้ไข

๒.๓ ภาวะซึมเศร้า อาจคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย
๒ คำถามก่อน ได้แก่ ภายใน ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่าน
รู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และภายใน ๒ สัปดาห์
ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่
หากมีการตอบว่า “ใช่” ก็ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน
โรคซึมเศร้าด้วย ๙ คำถาม (๑Q) หรือแบบวัดความซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุไทย

ถึงแม้คำแนะนำของหลายแนวทางเวชปฏิบัติจะ
ไม่ได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ
ประเมินทุกราย ยกเว้นในรายที่สงสัยว่ามีการบกพร่องของ
ปรีชานหรือมีการลดลงของความสามารถในการช่วยเหลือ
ตนเอง แต่ผู้สูงอายุทุกรายควรได้รับการสอบถามเรื่องความจำ
และประเมินเพิ่มเติมหากสงสัยว่าอาจมีปัญหา

๓. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (Functional assessment)

การประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน
(activities of daily living: ADLs) มีเป้าหมายคือ การวางแผน
ในการให้การแก้ไข ช่วยเหลือ การตั้งเป้าหมายของการรักษา
การติดตามการเปลี่ยนแปลง และการหาสาเหตุของการถดถอย
ของความสามารถที่เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ปรีชานถดถอย

อารมณ์ หรือผู้ดูแลและสังคม โดยการประเมินทำได้โดยการ
ซักถามความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

- **Basic ADLs** การทำกิจวัตรดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า เคลื่อนย้ายร่างกาย กลั้นการขับถ่าย ใช้ห้องสุขา แต่งตัว โดยซักถามระดับความช่วยเหลือที่ต้องให้แก่ผู้ป่วย
- **Instrumental ADLs** ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ จับจ่ายซื้อของ ประกอบอาหาร ทำงานบ้าน เดินทางออกนอกบ้าน จัดยา และการใช้จ่ายเงิน

๔. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมิน คือ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะ ความพิการ สิทธิการรักษาและสิทธิต่าง ๆ ที่พึงได้ตามสวัสดิการสังคม และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในด้านความปลอดภัยและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มุมมองทัศนคติของตัวเองหรือคนในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล โอกาสการถูกทารุณกรรม (abuse) เนื่องจากผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ หรือสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

Veronese N, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing*. 2022. PMID: 35524746
Review.





Health promotion (การส่งเสริมสุขภาพ)

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้

๑. การตรวจคัดกรองโรค (screening) เป็นการตรวจค้นหาการเจ็บป่วยในระยะก่อนมีอาการ (preclinical phase) หรือเพิ่งเริ่มมีอาการเล็กน้อย ไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้สูงอายุ มักมีความเสี่ยงของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพหลายด้าน การตรวจเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ และการเอกซเรย์ อาจไม่สามารถค้นพบภาวะเหล่านั้นได้ เช่น โรคสูญเสียกล้ามเนื้อ (sarcopenia) ความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก ภาวะบกพร่องของปรีชาน (cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า ภาวะเปราะบาง ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางการตรวจคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุในการค้นหากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatricsyndromes) ดังกล่าว เช่น integrated care for older people (ICOPE) ขององค์การอนามัยโลก คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกระทรวงสาธารณสุข
๒. วัคซีน (immunization) เนื่องจากผู้สูงอายุ มีภูมิคุ้มกันโรคลดลง โอกาสการเกิดการติดเชื้อและภาวะ

แทรกซ้อนจากการติดเชื้อนั้น ๆ สูงกว่าวัยอื่น และอาจทำให้เกิดการถดถอยของสุขภาพร่างกาย ทั้งความสามารถการทำกิจกรรมประจำวัน (activities of daily living: ADLs) และปรีชา (cognition) ตามมาได้

๓. การให้ยาป้องกันก่อนเกิดโรค (chemoprophylaxis) ซึ่งบทบาทของการให้ยาก่อนเกิดโรคในผู้สูงอายุวัยปลายหลัง ๗๕ ปี ในหลายภาวะ มักไม่มีหลักฐานการได้ประโยชน์ที่ชัดเจน และต้องประเมินประโยชน์และความเสี่ยงของการให้ยาดังกล่าว ดังเช่นการใช้แอสไพรินและการใช้ยาลดไขมันสแตตินส์ (statins) ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองตีบก่อนการเกิดโรค (primary prevention)

๔. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (health education) ในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การงดสูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการหกล้ม การแนะนำญาติผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปมักคำนึงถึงความตระหนักและการรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรง และผลกระทบจากโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมั่นใจที่เห็นว่าตนเองจัดการได้หรือไม่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติให้เกิดความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แต่ในผู้สูงอายุมักมีข้อคำนึงเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ มากขึ้นกว่าวัยอื่น เช่น ช่วงอายุขัยที่เหลือ ทูพพลภาพ ความจำเป็นการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ผู้ดูแล เศรษฐฐานะ และสังคม

สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งข้อคำนึงประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญดังนี้

๑. **โรค** เป็นโรคที่พบได้บ่อย มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีระยะก่อนมีอาการที่นาน (preclinical phase) เนื่องจากการตรวจที่เมื่อปกติแล้วสามารถเว้นช่วงการตรวจเป็นตรวจในรอบครั้งถัดไป (เช่นในระยะ ๑ ปี) ได้ และโรคที่มีระยะก่อนมีอาการที่ยาวนาน มักเป็นโรคที่เมื่อมีอาการ (clinical phase) จะเป็นโรคที่การดำเนินโรคไม่เร็วมากนัก โรคที่ตรวจคัดกรองต้องเป็นโรคที่ทราบการดำเนินโรค (natural course) และเป็นโรคที่ประชาชนสนใจ เนื่องจากการตรวจคัดกรองเป็นการตรวจช่วงที่ยังไม่มีอาการ จึงต้องอาศัยความสมัครใจ (voluntary participation) ถ้าประชาชนไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงและผลกระทบต่อสุขภาพ อาจไม่มารับการตรวจคัดกรอง
๒. **การทดสอบ** ต้องมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ที่ดี การตรวจวินิจฉัย

โรคบางอย่างอาจไม่ได้ทำให้การตรวจคัดกรองครั้งแรก และต้องทำเป็น ๒ ขั้นตอน การตรวจคัดกรองในขั้นแรกจึงต้องเลือกการทดสอบที่มีความไวที่ดี ในกรณีนี้มักมีปัญหาในการคัดกรองที่เป็นแบบประเมิน เช่น แบบประเมินปรีชาน เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากแบบสอบถาม แบบประเมินหลายอย่างไม่ได้พัฒนาขึ้นมาสำหรับการคัดกรองในชุมชนหรือแผนกตรวจสุขภาพที่มีผู้ที่มารับการทดสอบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าในบริบทที่แบบประเมินถูกพัฒนาขึ้นมา ซึ่งเมื่อผลการประเมินได้ผลบวก โอกาสการเป็นโรคจริง ๆ (positive predictive value) จะต่ำกว่าในบริบทที่แบบประเมินถูกพัฒนาขึ้นมา นอกจากนี้การตรวจคัดกรองควรเลือกวิธีที่ไม่รุกราน (non-invasive) ไม่เช่นนั้นอาจเกิดผลข้างเคียงจากการตรวจในขณะที่ผู้รับการตรวจอาจไม่ได้เป็นโรคนั้น

๓. การรักษา โรคที่ตรวจคัดกรองต้องมีการรักษารองรับที่มีผลในการลดทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากโรค สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ควรพิจารณามากขึ้นในผู้สูงอายุเนื่องจากการวินิจฉัยพบโรคจากการตรวจคัดกรองหลายภาวะไม่ได้มีผลแตกต่างกัน

มากนักจากการพบโรคเมื่อเกิดอาการแล้ว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุวัยปลายที่ผลการรักษาอาจไม่ได้ยืดอายุขัยของผู้ป่วย หากเป็นการตรวจเพื่อค้นหาโรคเพียงอย่างเดียว แต่ไม่มีระบบในการดูแลต่อ อาจไม่จำเป็นต้องคัดกรอง ดังเห็นจากคำแนะนำของการคัดกรองภาวะซีมเสร์ราของ U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) ที่แนะนำว่าการคัดกรองควรมีการประเมินและดูแลต่อในผู้ที่ผลการคัดกรองเป็นบวก

๔. ระบบที่รองรับ ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย บุคลากร อุปกรณ์ เวลา ความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองโรคนั้น ๆ

สิ่งที่ดีที่สุดในการตรวจเพื่อค้นหาโรคอาจไม่ควรใช้ในการคัดกรองโรคในระดับประชากร นอกจากนั้น การพิจารณาการเลือกโปรแกรมการตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุ ยังต้องคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ เช่น เมื่อใดควรหยุดตรวจอายุขัยที่เหลือ ภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

Wilson J & Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization, 1968.

Agency for Healthcare Research and Quality. *U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2014*.





Immobility

(การอยู่นิ่งอยู่กับที่)

การอยู่นิ่งอยู่กับที่ที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุโดยอาจเกิดได้จากการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจและปัจจัยของสิ่งแวดล้อม หากเกิดการนอนติดเตียงไม่เคลื่อนไหวที่ไม่ลุกเดิน ๑๐ วัน ผู้สูงอายุที่เดิมแข็งแรงดีจะสูญเสียร้อยละ ๖ ของมวลกล้ามเนื้อและร้อยละ ๑๕ ของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการเหยียดเข้า

โดยทั่วไป หากเกิดอาการอยู่นิ่งกับที่ เคลื่อนไหวได้น้อย **โดยไม่ทราบสาเหตุมาก่อน ต้องค้นหาสาเหตุที่อาจแก้ไขได้** อย่างไรก็ตาม การตรวจประเมินทางระบบประสาทในผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงอาจทำได้ไม่เต็มที่นัก หากค้นหาสาเหตุแล้วพบว่าเป็นสาเหตุที่แก้ไขไม่ได้ จึงควรดำเนินการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอยู่นิ่งกับที่

สาเหตุของการอยู่นิ่งอยู่กับที่

๑. สาเหตุทางกาย

โรคในระบบต่าง ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้จึงต้องอยู่นิ่งกับที่ การอยู่นิ่งอยู่กับที่ที่เกิดขึ้นได้

จากหลายสาเหตุ โดยโรคในระบบที่พบบ่อย ได้แก่

- โรคระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อกระดูก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดหลัง ปวดข้อ โดยเฉพาะจากข้อเข่าเสื่อม ถือเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย
- โรคระบบประสาท ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ จากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกทำให้แขนขาไม่มีแรงหรือเดินเซ ภาวะสมองเสื่อมทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง โรคพาร์กินสัน ทำให้ร่างกายมีอาการแข็งเกร็ง ก้าวขาไม่ออก สั่น เคลื่อนไหวช้า เดินไม่คล่องทำให้ไม่ลุกเดิน โรคของประสาทไขสันหลังทำให้ขาไม่มีกำลังเดิน
- โรคระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เช่น หัวใจวาย ทำให้เหนื่อยง่าย ความดันโลหิตตกเวลาลุกขึ้นยืน ทำให้มีอาการวูบหน้ามืด โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เจ็บแน่นหน้าอกเวลาเดิน หลอดเลือดแดงที่ขาตีบ ทำให้ปวดขาเวลาเดิน
- โรคระบบหายใจ เช่น ถุงลมโป่งพองทำให้มีอาการหอบเหนื่อยเวลาออกกำลังกาย
- โรคตา ทำให้มองเห็นไม่ชัด ผู้ป่วยจึงไม่กล้าเดิน
- โรคอื่น ๆ เช่น โสहितจางทำให้เหนื่อยเพลียเวลาออกกำลังกาย การที่นอนอยู่บนเตียงไม่ได้เดินเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ไม่มีกำลังกล้ามเนื้อ (deconditioning) ลุกขึ้นแล้ว

หน้ามีตเดินไม่ไหว ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาเฉียบพลันอื่นที่ทำให้เดินไม่ไหวแล้วต้องนอนรักษาเป็นเวลานาน หลังจากที่โรคซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้นอนอยู่กับที่หายแล้ว เมื่อต้องลุกเดินก็ยังไม่สามารถกลับสู่ภาวะก่อนป่วยได้ทันที

- o ยาบางชนิด มีผลข้างเคียงต่อร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่หนึ่งอยู่กับที่ เดินได้ไม่ดี ไม่ว่าจะผ่านกลไกใดก็ตาม เช่น ยานอนหลับอาจทำให้วังงซึม ไม่ตื่น ยาบางชนิดมีผลให้ความดันโลหิตต่ำลงเวลาลุกยืน ยาบางชนิดทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน ชยับเคลื่อนไหวลำบาก

๒. สาเหตุทางจิตใจ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ทำให้ไม่อยากลุกเดิน ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อนอาจกลัวการหกล้มอีก จึงไม่กล้าลุกเดิน

๓. ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม

บางครั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่ลุกเดิน เช่น ถ้าผู้ป่วยเคยหกล้มหรือเดินเซ ผู้ดูแลอาจเกรงว่าผู้ป่วยจะหกล้มอีก จึงไม่ให้ผู้ป่วยลุกเดิน (fear of falling) หรือการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เต็มใจมีขอบกั้น ต้องมีสายน้ำเกลือ สายสวน ปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินได้สะดวก หรือญาติไม่ยอมให้ผู้ป่วยลุกเดิน (forced immobilization)

นอกจากนั้น การที่ผู้สูงอายุไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยเดินได้ไม่มั่นคง ผู้ป่วยจึงไม่เดินสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่สะดวกต่อการเดินไปมา เช่น มีพื้นต่างระดับ ต้องขึ้นลงบันได ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งได้

ปัญหาแทรกซ้อนของการอยู่หนึ่งอยู่กับที่

การที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวจนถึงกับอยู่ติดเตียง อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายดังนี้

๑. ระบบผิวหนัง

- ๑) เกิดแผลกดทับได้ในบริเวณที่น้ำหนักกดลง ไปบนปุ่มกระดูก เช่น กระดูกก้นกบ ตาตุ่ม สันเท้า ในบางรายที่มีกระดูกหลังโก่งมาก อาจเกิดแผลกดทับในบริเวณนั้นได้
- ๒) เกิดผื่นผิวหนังในบริเวณที่ถูกอุจจาระ ปัสสาวะ กัดผิวได้
- ๓) เกิดเชื้อราตามข้อพับ ขาหนีบ ที่อับชื้นได้

๒. ระบบข้อต่อ กระดูกและกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ข้อยึด นอกจากนั้น จากการทำไม่ได้มีการลงน้ำหนักตัวบนกระดูกยังอาจทำให้เกิดกระดูกพรุนได้

๓. ระบบการไหลเวียนเลือด

- ๑) ผู้ป่วยที่นอนราบอยู่นาน ๆ เมื่อต้องลุกขึ้น ความดันโลหิตอาจลดลงช่วงที่เพิ่งลุกเปลี่ยน

ท่าได้ หากลดมากจะมีอาการมีนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ทรงตัวไม่ดีและอาจเกิดการหกล้มได้

๒) การไหลเวียนเลือดไม่ดี เกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำได้ ถ้าเกิดที่หลอดเลือดดำที่ขา ผู้ป่วยจะมีขาบวมข้างหนึ่งมากกว่าอีกข้าง ลิ้มเลือดอุดตันนี้อาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายมาก เพราะจะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยอย่างทันทีทันใด หรืออาจช็อกได้

๔. ระบบทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดปอดแฟบขึ้นได้ในอวัยวะบางส่วน โดยเฉพาะในผู้ที่มิเสมหะมาก เสมหะอาจอุดตันหลอดลมในปอดได้ เกิดการติดเชื้อที่ปอด
๕. ระบบทางเดินอาหาร อาจมีอาการสำลักอาหารลงปอด หรือมีอาการเบื่ออาหารได้ เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง อาจมีอาการท้องผูกหรือบางรายถึงกับมีอุจจาระอุดตันบริเวณทวารหนัก และเกิดอุจจาระไหลย้อนออกมาแบบกะปริบกะปรอย
๖. ระบบทางเดินปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากปัสสาวะค้างคั่งค้างถ่ายออกได้ไม่หมด และเกิดการตกตะกอนของสารต่าง ๆ

ในน้ำปัสสาวะ เกิดเป็นนิ่วขึ้นได้ นอกจากนั้น ผู้ที่ไม่ได้เคลื่อนไหวยังอาจปัสสาวะไม่ออกหรือ ปัสสาวะเล็ดราดกลับไม่อยู่ได้

๗. ระบบเมแทบอลิก ผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น มี ปริมาตรของสารน้ำในเลือดลดลง ดุลไนโตรเจนลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับไม่เหมือนเดิม
๘. ผลต่อจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าโดยจะเฉื่อย เฉย ไม่สนใจในสิ่งที่เคยสนใจอยู่เดิม รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ได้ สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยได้รับรู้จะลดลง คือ การมองเห็นหรือได้ยิน จะเป็นเฉพาะบริเวณในห้องที่ผู้ป่วยอยู่เท่านั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA*. 2007, 297(16), 1772–4.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ด ยูเคชั่น, ๒๕๕๗.



Joint (ข้อ)

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคข้อได้หลายประเภท แต่ “โรคข้อเสื่อม” เป็นโรคข้ออักเสบชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะโรคข้อเสื่อมที่มีอาการ ซึ่งพบได้ร้อยละ ๑๐ และ ๒๐ ในผู้สูงอายุชายและหญิงที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นตามอายุ นิยามการวินิจฉัยข้อเสื่อมอาจเป็นการใช้นิยามด้านพยาธิสภาพ อาการทางคลินิก หรือภาพเอกซเรย์ แต่ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของความชุกของโรคนี้มักใช้นิยามของภาพเอกซเรย์ จากการสำรวจแนวโน้มสถานการณ์ของโรคนี้พบว่า ในช่วง ๓๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๒-๒๕๖๒) มีแนวโน้มของโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น สาเหตุที่สำคัญคือ จากการที่มีประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ร้อยละ ๒๕ ส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะอ้วน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด หากมีข้อเสื่อมจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

โรคข้อเสื่อมแบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. โรคข้อเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ไม่มีสาเหตุ เกิดจาก

กระบวนการสีกหรือของข้อ ทำให้ผิวข้อไม่เรียบ และมีปุ่มกระดูกงอก โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงโรคข้อเสื่อมมักหมายถึงกลุ่มนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เพศหญิง น้ำหนักตัวเกิน อาชีพหรือออกกำลังกายที่ส่งผลให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อข้อ

๒. **โรคข้อเสื่อมชนิดทุติยภูมิ** เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ข้อมีการเสื่อมง่ายขึ้น เช่น เคยประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ข้อ ข้อเคยติดเชื้อ มีโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือเกาต์

อาการ

อาการของโรคข้อเสื่อม คือ ปวดขัด มีเสียงดังเมื่อขยับข้อและข้อฝืดรูปไป โดยทั่วไปอาการมักจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้น โดยมักเป็นที่ข้อเข่า ข้อสะโพก หลัง กระดูกคอ ข้อนิ้วมือ ในช่วงแรกมักมีอาการปวดเป็นครั้งคราวเมื่อข้อนั้นถูกใช้งาน แต่ในกรณีที่รุนแรงอาจมีอาการปวดแม้ตอนไม่ได้ขยับใช้งาน โรคข้อเข่าเสื่อมมักเป็น ๒ ข้าง แต่อาการข้างหนึ่งอาจเป็นมากกว่าอีกข้างหนึ่ง โดยมีอาการปวดรอบเข่า อาจขยับเข่าได้ลดลงและมีอาการบวมบริเวณข้อเข่า ส่งผลให้เดินไม่คล่อง ลุกจากที่นั่งหรือเดินขึ้นลงบันไดลำบากเนื่องจากปวดเข่า และกล้ามเนื้อต้นขาไม่ค่อยมีแรง บางคนเดินแล้วเกิดอาการเข่าอ่อนพับ หกล้มได้ โรคข้อสะโพกเสื่อมมักมีอาการปวด

บริเวณขาหนีบ ต้นขาด้านหน้าหรือด้านข้าง และอาจร้าวไป
เข้าได้

ถ้าไปตรวจกับแพทย์ แพทย์มักซักประวัติของอาการ
ตรวจลักษณะข้อและกล้ามเนื้อ มีเสียงกรอบแกรบในข้อ
เวลาขยับ มีกระดูกนูน มักไม่มีอาการบวมแดงร้อนมากนัก
การเอกซเรย์ข้อที่เสื่อมนั้นช่วยในการวินิจฉัย โดยลักษณะข้อ
ที่ผิดปกติจะมีกระดูกที่ขี้ออกโตขึ้น (osteophyte) และช่อง
ว่างระหว่างผิวข้อแคบลง และพบแถบขาวบริเวณกระดูกที่อยู่
ใต้กระดูกอ่อนหน้าตัวข้อ (subchondral sclerosis) อย่างไร
ก็ตาม ในทางเวชปฏิบัติทั่วไป การวินิจฉัยในผู้ที่มีอาการแล้ว
อาจใช้ประวัติและอาการทางคลินิกโดยไม่ได้เอกซเรย์

การปฏิบัติตัวเมื่อมีข้อเข้าเสื่อม

ถ้าข้อเข้าเสื่อมนั้นไม่มีอาการหรือไม่ส่งผลกระทบต่อ
การทำกิจวัตรประจำวันก็อาจไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ควรป้องกัน
ไม่ให้เป็นมากขึ้น แต่ถ้าโรคข้อเสื่อมนั้นทำให้เกิดอาการปวด
หรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันก็จำเป็นต้องได้รับการรักษา
ควบคู่ไปด้วย สำหรับการปฏิบัติตัวที่ควรทำเมื่อมีโรคข้อเสื่อม
ประกอบด้วย ๓ วิธีหลัก ได้แก่

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- o การลดน้ำหนักตัว การที่มีน้ำหนักตัวเกิน
จะทำให้ข้อเข้า ข้อสะโพกที่เสื่อมถูกกดทับ

มากขึ้นและเสื่อมมากขึ้น นอกจากนั้น ไม่ควร
ถือของหนักเป็นเวลานาน ๆ เนื่องจากมีผล
ทำให้เพิ่มการกดทับข้อที่เสื่อมมากขึ้นด้วย

- หลีกเลี่ยงการนั่งบนพื้น นั่งพับเพียบ กู้กเข่า
ขัดสมาธิ เนื่องจากทำให้ข้อมีการเสียดสีมาก
จะทำให้มีอาการเป็นมากขึ้น
- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีผลเสียบข้อเข่า เช่น
การยืนนาน ๆ การเดินขึ้นบันไดหรือทางลาด
- ถ้ามีข้อเข่าเสื่อมควรออกกำลังกายกล้ามเนื้อ
ต้นขาเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของข้อ
ทำได้โดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงระดับเข่าแล้ว
ยกขาขึ้นทีละข้าง กระดกปลายเท้าขึ้นจนสุด
และเกร็งค้างไว้ ๑๐ วินาที แล้วทำสลับขา
อีกข้างเช่นเดียวกัน ควรพยายามทำวันละ
หลายครั้ง อาจทยอยแบ่งทำครั้งละ ๓๐ ครั้ง
วันละ ๓ ครั้ง ถ้ามีความเคยชินมากขึ้นอาจ
ใช้ถุงทรายหนักประมาณ ๑ กิโลกรัม พัน
รอบขาเหนือระดับตาตุ่ม แล้วยกขาขึ้น ๑๐
วินาทีต่อครั้งเช่นเดิม
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเลือกกิจกรรม
ที่ไม่มีผลเสียบข้อ เช่น การว่ายน้ำ
ปั่นจักรยานอยู่กับที่ หรือเดิน หากมีอาการ

ปวดมากเวลาลงน้ำ หรือนักอาจเลือก
ออกกำลังกายในสระว่ายน้ำ

- o การทำกายภาพบำบัด เช่น การประคบเย็น
หรือประคบร้อน ถ้ามีอาการปวดข้ออาจ
ประคบเย็นด้วยถุงน้ำแข็งทุก ๓-๔ ชั่วโมง
ประคบครั้งละประมาณ ๑๕-๒๐ นาที หรือ
อาจประคบร้อนด้วยถุงน้ำร้อนประมาณ
๑๕-๒๐ นาที การใช้เครื่องอัลตราซาวนด์
การใช้อุปกรณ์ประคองข้อ การฝังเข็ม

๒. **การใช้ยา** ถ้าปวดมากอาจใช้ยาแก้ปวด โดยอาจ
เลือกใช้ยาทา เช่น แคปไซซิน (capsaicin) หรือ
ยาทาากลุ่มแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หากไม่ได้
ผลอาจพิจารณารับประทาน เช่น ยาแก้อักเสบ
ที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แต่ต้องระวังว่ายาอาจจะระคาย
เคืองกระเพาะอาหาร ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
อยู่อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้และอาจมี
ผลเสียกับไต และควรเลี่ยงใช้หากค่าการกรองที่
ไตน้อยกว่า ๓๐ มิลลิลิตรต่อนาที ยากลุ่มยับยั้ง
COX-2 ก็อาจต้องระวังในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรค
หัวใจและหลอดเลือดสูง และระวังผลเสียต่อไต
เช่นกัน ในกรณีที่ปวดมากอาจต้องใช้ยากลุ่ม
โอปิออยด์ (opioids) เช่น tramadol แต่ต้องระวัง
อาการง่วงซึม สับสน และหากกินเป็นประจำอาจ

เกิดการเสพติดได้ จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้
สำหรับกลุ่มโคซามีนและคอนทรอยตินอาจ
พิจารณาใช้และดูการตอบสนองว่าดีขึ้นหรือไม่
ใน ๒-๓ เดือน ถ้าไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาหยุด

๓. **การรักษาด้วยหัตถการอื่น ๆ** เช่น การฉีดยา
สเตียรอยด์เข้าข้อ ซึ่งลดการอักเสบ แต่ต้องระวัง
การติดเชื้อ สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อที่เสื่อม
จะพิจารณาเป็นกรณีตามความเห็นของแพทย์

เอกสารอ้างอิง

Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G,
Block J, et al. 2019 American College of Rheu-
matology/Arthritis Foundation Guideline for the
Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip,
and Knee. *Arthritis Rheumatol.* 2020 Feb, 72(2),
220-233. doi: 10.1002/art.41142. Epub 2020 Jan 6.



Kidney (ไต)

เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น หน่วยไต ซึ่งทำหน้าที่ในการกรองของเสียออกจากร่างกาย มีจำนวนลดน้อยลง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตก็ลดน้อยลง โดยมีอัตราการลดลง ๘ มิลลิลิตรต่ออนาทีทุก ๑๐ ปี ตั้งแต่อายุ ๔๐ ปี ทำให้การกรองของเสียและกำจัดยาที่ไหลลดลง เกิดไตวายได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว การผลิตสารครีเอตินีนลดลงจากการที่มวลกล้ามเนื้อลดลง หลอดไตทำงานถดถอย ซึ่งระดับสารครีเอตินีนมักใช้ในการตรวจจากเลือดเพื่อแสดงการทำงานของไต แต่เมื่อมีกล้ามเนื้อลดลง ค่าครีเอตินีนอาจไม่สามารถบ่งถึงการทำงานของไตที่แท้จริง นอกจากนี้การสร้างสารโปรตีนที่เป็นเอนไซม์ที่ช่วยในการรักษาสมดุลน้ำในร่างกายและควบคุมความดันโลหิตมีการตอบสนองลดลง ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือการดูดกลับของเกลือแร่และน้ำที่ไหลลดลงเกิดการเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ และความเป็นกรดต่างได้ง่าย นอกจากนี้ กระเพาะปัสสาวะไว และผู้ชายมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะบ่อย อาจลั้นปัสสาวะเล็ดราดต้องเบ่งปัสสาวะมากขึ้น ปัสสาวะไม่ค่อยพุ่ง

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดไตวายเฉียบพลันจากหลายสาเหตุ เช่น ไข้หวัดหรือสารที่มีผลเป็นพิษต่อไต ขาดสารน้ำ (เช่น พบในกรณีท้องเสีย อาเจียนมาก หรือเลือดออกรุนแรง) เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (เช่น จากนิ่ว) หรือจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (เช่น ติดเชื้อ หัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตตก) นอกจากนี้ โรคตามระบบบางอย่างก็อาจส่งผลเสียต่อการทำงานของไต เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดมัลติโพลมา (multiple myeloma) โรคหลอดเลือดอักเสบจากออตโตอิมมูน

สำหรับโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน คือ จากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ เกิดการทำงานของไตถดถอย ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด และสาเหตุภายนอก โดยมีระยะเวลาเกิน ๓ เดือน โรคไตเรื้อรังมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตที่มีค่าการกรองของไตต่ำกว่า ๖๐ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร หรือมีลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติของไต เช่น มีแอลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ ตรวจพบความผิดปกติในตะกอนปัสสาวะ เกล็ดแร่ในเลือดผิดปกติที่เกิดจากหลอดฝอยไตทำงานผิดปกติ ตรวจพบไตผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีหรือเนื้อเยื่อไต หรือเคยผ่าตัดปลูกถ่ายไต หากมีการถดถอยของอัตราการกรองของไตเกิน ๑.๕ เท่าของค่าครีเอตินินเดิม โดยเฉพาะถ้ามีการตรวจพบเม็ดเลือดแดงหรือแอลบูมินรั่วในปัสสาวะ มักบ่งชี้ว่าไตมีอาการอักเสบ (glomerulonephritis)

โดยทั่วไป มีการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังเป็น ๕ ระยะ ตาม อัตราการกรองของไต ได้แก่

- ระยะที่ ๑ (อัตราการกรองของไตตั้งแต่ ๙๐ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตรขึ้นไป)
- ระยะที่ ๒ (อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง ๖๐-๘๙ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร)
- ระยะที่ ๓a (อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง ๔๕-๕๙ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร)
- ระยะที่ ๓b (อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง ๓๐-๔๔ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร)
- ระยะที่ ๔ (อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง ๑๕-๒๙ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร)
- ระยะที่ ๕ (อัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๕ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร)

สำหรับการตรวจคัดกรองการทำงานของไตได้ ประโยชน์ในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ผู้ที่มีโรคแพ้ภูมิตนเอง (เช่น เอสแอลอี) หรือนิวที่ไตหรือในระบบทางเดินปัสสาวะ แต่การตรวจการทำงานของไตที่อายุมากกว่า ๖๐ ปีเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ยังมีหลักฐานถึงประโยชน์ไม่มากนัก

การติดตามจะมีระยะห่างของการติดตามการทำงานของไตซ้ำไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระยะของโรคไตเรื้อรัง เช่น โดยเฉลี่ยทั่วไป ระยะที่ ๑-๒ ติดตามอย่างน้อยทุก ๑๒ เดือน

ระยะที่ ๓ ติดตามอย่างน้อยทุก ๖ เดือน ระยะที่ ๔ ติดตามอย่างน้อยทุก ๔ เดือน ระยะที่ ๕ ติดตามอย่างน้อยทุก ๑-๓ เดือน มีการคำนวณโอกาสการเกิดเป็นไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องมีการบำบัดไตทดแทนโดยการใช้บัจจัย ๔ อย่าง ได้แก่ อายุ เพศ อัตราการกรองของไต และค่าสัดส่วนแอลบูมินต่อครีเอตินีน (ซึ่งแสดงการรั่วของแอลบูมินในปัสสาวะ) ไปคำนวณในสูตรอย่างไรก็ตาม ความแม่นยำของสูตรคำนวณสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย เช่น อายุเกิน ๙๐ ปี ยังไม่ทราบความแม่นยำแน่ชัด

การปฏิบัติตัวเมื่อมีโรคไตเรื้อรัง

๑. ควบคุมบัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดให้เหมาะสมได้แก่

๑) ความดันโลหิต โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอทถ้ามีโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวาน และต่ำกว่า ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอทถ้ามีโรคไตเรื้อรังแต่ไม่มีโรคเบาหวาน โดยพิจารณาเลือกใช้ยา กลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) และ Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) เนื่องจากสามารถลดการรั่วของแอลบูมินในปัสสาวะได้ แต่ต้องติดตามค่าการทำงานของไตและโพแทสเซียมในเลือดหลังเริ่มยา ๒-๔ สัปดาห์ อย่างไรก็ตามเกณฑ์การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีโรคไตเรื้อรังยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในปัจจุบัน แต่มีแนวโน้มว่าอาจควบคุมไม่เคร่งครัดเท่าเกณฑ์ในผู้สูงอายุที่ไม่เปราะบาง

๒) ระดับไขมันในเลือด ควรควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม เกณฑ์การควบคุมในผู้ที่ไม่เคยมีหลอดเลือดตีบมาก่อนไม่เห็นประโยชน์ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า ๗๕-๘๐ ปีขึ้นไป

๓) โรคเบาหวาน สำหรับเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีการกำหนดเกณฑ์ที่แตกต่างไปในผู้สูงอายุที่เปราะบาง มีภาวะฟุ้งฟิง สมองเสื่อม หรือมีช่วงอายุชั้ยคาดเฉลี่ยเหลืออยู่ไม่ยาวนาน มีการกำหนดไว้ชัดเจนในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

๒. ควบคุมอาหาร

๑) บริโภคโซเดียมน้อยกว่า ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวันหรือเกลือแกงน้อยกว่า ๑ ช้อนชาต่อวัน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีโปรตีนในปัสสาวะหรือมีอาการบวม

๒) ไม่แนะนำให้เสริมวิตามินหรือแร่ธาตุเป็นประจำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกราย เว้นแต่ว่ามีหลักฐานว่ามีการขาด

๓) โปรตีน หากยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนต่ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยทั่วไปหากเป็นโรคไตระยะที่ ๓a-๕ ที่ไม่เป็นเบาหวานควรบริโภคปริมาณโปรตีนเท่ากับ ๐.๖ กรัม/น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน หากเป็นเบาหวานควรบริโภคปริมาณโปรตีนเท่ากับ ๐.๖-๐.๘ กรัม/น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน ยกเว้นในช่วงป่วยเฉียบพลันหรือ

มีภาวะสูญเสียน้ำโปรตีนและพลังงาน ซึ่งร่างกายต้องการโปรตีนสูงขึ้น อาจเพิ่มระดับการบริโภคเป็น ๑-๒.๕ กรัม/น้ำหนักตัว ๑ กก./วัน ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและติดตามการทำงานของไตเป็นระยะ

๓. ติดตามการทำงานของไตและระดับเกลือแร่ในเลือด เช่น โซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม ฟอสเฟต
๔. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
๕. ออกกำลังกายเป็นประจำ
๖. ไม่สูบบุหรี่
๗. ฉีดวัคซีนเป็นประจำ เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ทุกปี วัคซีนป้องกันการติดเชื้อนิวโมค็อกคัส วัคซีนโควิด-๑๙
๘. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเอง และแจ้งแพทย์ทุกครั้งที่มีการรับยาว่ามีปัญหาโรคไตหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

Merchant AA, Ling E. An approach to treating older adults with chronic kidney disease. *CMAJ*. 2023 May 1, 195(17), E612-E618. doi: 10.1503/cmaj.221427.

คณะอนุกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำเวชปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๕ (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, ๒๕๖๕.



Life expectancy (อายุคาดเฉลี่ย)

สังคมสูงอายุ (aged society)

ประเทศไทยผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘ คือ ประชากรเกินร้อยละ ๑๐ อายุมากกว่า ๖๐ ปี (หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๗) และผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) คือ ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๔) อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) คือ จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะประชากรจะมีชีวิตอยู่ โดยมีการคิดเป็นอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และเมื่อถึงช่วงอายุต่าง ๆ เช่น เมื่อถึง ๖๐ ปี จะคาดเฉลี่ยว่ามีอายุเฉลี่ยอีกกี่ปี ในปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๖๗ อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของผู้ชายไทยคือ ๗๑.๙ ปี และในผู้หญิงคือ ๘๐ ปี ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ ๖๐ ปี ในผู้ชายไทยคือ ๑๗.๔ ปี และในผู้หญิงไทยคือ ๒๓.๑ ปี จำนวนประชากรในอนาคตของประเทศไทยและประเทศส่วนใหญ่ของโลก

ยกเว้นในแอฟริกาใต้สะฮารา* จะไม่เพิ่มขึ้นและอาจมีอัตราเพิ่มติดลบ แต่อัตราการเพิ่มของสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะมีมากขึ้น

อายุคาดเฉลี่ย (Life expectancy)

เมื่อ “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” หมายถึงประชากรที่เกิดในช่วง พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๒๗ ซึ่งเป็นคลื่นประชากรลูกใหญ่ จะเคลื่อนตัวเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๖ ก็จะทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีการคำนวณมักเป็นการรายงานอายุคาดเฉลี่ยตามช่วงเวลาโดยใช้อัตราการเสียชีวิตของปีหนึ่ง ๆ ที่เริ่มคิด (period life expectancy) โดยไม่ได้มีการคิดผลของการพัฒนาเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าขึ้น ที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตในอนาคตเปลี่ยนแปลงไป หากมีการคิดคำนวณอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นอายุ (cohort life expectancy) โดยคิดผลกระทบของการพัฒนาเทคโนโลยี ความก้าวหน้าในกระบวนการดูแลสุขภาพที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตในแต่ละปีเปลี่ยนแปลงไปเข้ามาคำนวณด้วย จะพบว่าอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นอายุน่าจะยืนยาวกว่าอายุคาดเฉลี่ยตามช่วงเวลา ซึ่งหากคิดอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นอายุของเด็กที่เกิดใน พ.ศ. ๒๕๕๙ จะพบว่ามีอายุคาดเฉลี่ยถึง ๗๐-๗๘.๓ ปี นั่นคือจะเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (very old)

* แอฟริกาใต้สะฮารา (Sub-Saharan Africa) เป็นภูมิภาคที่มีพื้นที่อยู่ในทวีปแอฟริกาและอยู่ใต้ทะเลทรายสะฮารา โดยมีประเทศในภูมิภาค ๕๔ ประเทศ

โดยเฉลี่ยส่วนใหญ่ และจะมีผู้สูงอายุศตวรรษิกชนคนร้อยปี (centenarian) ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะดี (healthy life expectancy: HLE)

การพิจารณาแต่อายุคาดเฉลี่ยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้หมายถึงอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น การอายุยืนยาวขึ้นควรมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะดี (healthy life expectancy : HLE) ที่ยืนยาวขึ้น และช่วงที่ต้องพึ่งพิงในระยะท้ายของชีวิตสั้นที่สุด อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะดีเป็นอายุขัยคาดเฉลี่ยที่เหลือที่คาดการณ์ว่าประชากรจะมีสุขภาพที่ดี ซึ่งมักมีการวัดเป็นด้านต่าง ๆ แต่ด้านที่มักจะมีการรายงานคือ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะดีที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (disability-free life expectancy) หรือยังช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตัวเองได้ (self-care life expectancy) นอกจากนี้ ยังมีการรายงานอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะดีที่ปราศจากโรคทางกาย (physical illness-free life expectancy) ปราศจากความบกพร่องของปรีชา (cognitive impairment-free life expectancy) ปราศจากปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (psychological-impairment free life expectancy) เป็นต้น

ข้อมูลในประเทศไทยก็สนับสนุนว่าอายุขัยที่ปลอดภัยจากปัญหาทางสุขภาพกายค่อนข้างสั้นมาก ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ดังนั้น การรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงควรทำตั้งแต่อายุน้อย การศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาที่ประชากรไทยจะปลอดภัยจากความบกพร่องของการรู้คิด และการที่มีสภาวะทางจิตที่ไม่ดีแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยจะมีช่วงอายุขัยที่ปลอดภัยจากปัญหาความบกพร่องของปรีชาน (cognitive impairment-free life expectancy: CIFLE) ที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุหญิงจะมี CIFLE ที่สั้นกว่าผู้สูงอายุชาย ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นผลให้ผู้สูงอายุหญิงมี CIFLE ที่สั้นกว่า คือ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจฐานะที่ผู้หญิงต่ำกว่าผู้ชายสำหรับช่วงอายุขัยที่ปลอดภัยจากการที่มีสภาวะทางจิตที่ไม่ดี (psychological impairment-free life expectancy: PIFLE) พบว่าไม่แตกต่างกันมากนักในผู้สูงอายุไทยชายและหญิง

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕.*

กรุงเทพฯ : บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์จำกัด (มหาชน), ๒๕๖๖.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๗. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, ๓๓ (มกราคม ๒๕๖๗).*

Muangpaisan W, Assantachai P, Intalapaporn S, Richardson K, Brayne C. Health expectancies in the older Thai population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Jul-Aug, 53(1), 3-7.

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. อะไรจะเปลี่ยนไปเมื่อไทยกลายเป็นสังคมอายุยืน. ๒๕๖๒. เข้าถึงเมื่อ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๗, เข้าถึงได้จาก <https://tdri.or.th/2019/04/tdri-annual-public-conference-2019/>

Muangpaisan W, Intalapaporn S, Assantachai P, Richardson K, Brayne C. *Cognitive impairment-free life expectancy in older Thai population*. International Psychogeriatric Association 14th International Congress. Montreal, Canada 1-5 September 2009. *Int Psychogeriatr* 2009; 21 (suppl 2): S185.



Medication

(การใช้ยาในผู้สูงอายุ)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาสูงมากขึ้น โดยเกิดหลายปัจจัยดังนี้

- ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) และเภสัชจลนพลศาสตร์ (pharmacokinetics)
- สมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่าย
- ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดหรือโรคร่วมหลายอย่าง ทำให้การพิจารณาการรักษาโรคแต่ละโรคต้องพิจารณาผลกระทบต่อร่างกายส่วนอื่น ๆ ด้วย
- การรักษาต้องพิจารณาการตั้งเป้าหมายตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งทำให้มีเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ที่มีภาวะเปราะบาง สมองเสื่อม มีภาวะพึ่งพิง อายุขัยที่เหลือสั้น
- อาการไม่ตรงไปตรงมา ทำให้แพทย์ที่ไม่คุ้นชินกับการประเมินและการแปลผลการประเมินในผู้สูงอายุอาจแปลผิดพลาด

- ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรคหรืออันตรกิริยาระหว่างยาด้วยกันได้ง่าย และจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ข้อจำกัดทางร่างกายและสมองเสื่อม เช่น
 - มีสุขภาพภาพ ไม่มีแรงกดกระบอกยาพ่นหรือบีบขวดยาหยอดตา
 - ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร เช่น หูไม่ดี สายตามองไม่เห็นฉลากยา
 - มีปัญหาด้านการกลืน ทำให้ไม่สามารถกลืนยาเม็ดใหญ่ได้ หรือต้องให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูก ทำให้ต้องบดยา ซึ่งยาบางชนิดไม่สามารถบดได้
 - มีปัญหาเรื่องความจำ ความเข้าใจ ทำให้ใช้ยาผิดพลาด
- ปัจจัยจากแพทย์ เช่น
 - นำผลการวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มอายุน้อย (young old) มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มอายุมาก (old old) หรือใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบาง
 - สั่งยาเพื่อรักษาบางอาการที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา เช่น ขาบวมจากการห้อยเท้านาน

- สั่งยาเพื่อลดอาการโดยไม่พยายามหาสาเหตุของอาการนั้น
- สืบค้นทางห้องปฏิบัติการและให้การรักษาที่ก้าวหน้าที่สุด ซึ่งอาจจะไม่ใช่การรักษาที่เหมาะสมที่สุด
- ลังเลที่จะหยุดยาที่ผู้ป่วยกำลังได้อยู่และสั่งยาเดิมให้ผู้ป่วยโดยไม่ปรับเปลี่ยนยา
- ไม่ได้ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นใหม่อาจเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีการสั่งใช้ก่อนหน้านี้ และเมื่อให้การรักษาด้วยยาชนิดใหม่ก็อาจนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องรักษาด้วยยาชนิดใหม่เพิ่มเติม (prescribing cascade หรือ วัฏวนการสั่งยา) เช่น เกิดอาการเบื่ออาหารจาก cholinesterase inhibitors (ยารักษาภาวะสมองเสื่อม) แล้วให้ยาเจริญอาหารกลุ่ม cyproheptadine ซึ่งมีฤทธิ์ต้านระบบโคลิเนอร์จิกต้านการทำงานของยารักษาภาวะสมองเสื่อมที่รับประทานอยู่ ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันในขณะที่อาการเบื่ออาหารก็ยังคงอยู่
- ผู้สูงอายุเองอาจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เก็บยาเก่าไว้ใช้ในอนาคต

ซึ่งยาอาจหมดอายุ หรืออาการที่เกิดขึ้นใหม่อาจเกิดจากสาเหตุอื่น หรือร่างกายไม่สามารถใช้ยาเดิมที่เก็บไว้ได้อีก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุอาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ทำให้ไม่สามารถประเมินความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพได้ และมีความรอบรู้ด้านดิจิทัลจำกัด ทำให้การเข้าถึงข้อมูลในสื่อต่าง ๆ ที่ต้องใช้เทคโนโลยี มีความจำกัด

จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น จึงมักพบบ่อยครั้งที่มีการใช้ยาที่อาจมีความเสี่ยงสูงในผู้สูงอายุ (potentially inappropriate medications : PIMs) การประเมินว่ายาใดที่อาจอยู่ในกลุ่ม PIMs มี ๒ วิธีหลัก คือ

๑. Explicit tool เป็นการใช้เกณฑ์หรือรายชื่อยาเป็นหลัก ตัวอย่างเกณฑ์เหล่านี้ ได้แก่ Beers criteria, Screening Tool for Older Peoples Prescriptions (STOPP) ซึ่งมีข้อดีที่ใช้ได้ง่ายตามรายชื่อของยาที่อยู่ในรายการ แต่อาจพบว่าบางครั้งการใช้ยาในรายการ PIMs นั้นยังอาจเกิดประโยชน์มากกว่าข้อเสีย หรือเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว ไม่มีทางเลือกของยาอื่น ยังมีความจำเป็นที่ยังต้องใช้ยาดังกล่าว

ตัวอย่างยาที่ควรระมัดระวังในผู้สูงอายุ

- ยาที่มีฤทธิ์ต้านระบบ cholinergic อาจทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) บัสดาวะไม่ออก ท้องผูก ตาพร่า ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ที่ยังมีการใช้กันบ่อยในเวชปฏิบัติ เช่น
 - ยาแก้แพ้ที่เป็น first generation antihistamine เช่น chlorpheniramine (CPM), hydroxyzine, brompheniramine, cyproheptadine (มักใช้เป็นยาเจริญอาหาร)
 - ยาแก้คลื่นไส้เวียนศีรษะ เช่น dimenhydrinate
 - ยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น orphenadrine และ cyclobenzaprine
 - ยาด้านเศร้า เช่น amitriptyline, imipramine และ nortriptyline
 - ยาลดอาการสั่นในโรคพาร์กินสัน ได้แก่ bntropine และ trihexyphenidyl
 - ยานอนหลับ เช่น diazepam, clorazepate, zolpidem อาจทำให้ง่วงซึมมากเพื่อ สับสน หกล้ม
 - ยาทางจิตประสาทอื่น ๆ อาจทำให้ง่วงซึม มีอาการพาร์กินสัน สั่นเกร็ง กลืนลำบากขึ้น
 - ยารักษาโรคเบาหวาน อาจทำให้น้ำตาลต่ำ

- ยาลดความดันโลหิต ทำให้ความดันโลหิตลดลงและบางชนิดยังทำให้หัวใจเต้นช้าลง
- ยาต้านเลือดแข็งตัว เช่น warfarin และยาต้านเลือดแข็งตัวกลุ่มใหม่ เช่น apixaban, dabigatran, rivaroxaban edoxaban อาจทำให้เลือดออกง่าย
- ยา NSAIDS แก้กึ่งลดอักเสบ เช่น ibuprofen, naproxen อาจทำให้ระคายเคืองกระเพาะเลือดออก และไตวาย
- ยาแก้เวียนศีรษะกลุ่ม cinnarizine, flunarizine อาจทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน สั่นเกร็ง เคลื่อนไหวช้า เดินลำบาก
- ยาขับปัสสาวะ อาจทำให้ปัสสาวะราด สารน้ำในร่างกายลดลง ความดันโลหิตต่ำ กลือแร่ผิดปกติ

๒. Implicit tool เป็นแนวทางที่อาศัยการตัดสินใจทางคลินิกร่วมด้วย เช่น Good Palliative-Geriatric Practice (GP-GP) algorithm, Medication Appropriateness Index (MAI) เนื่องจากต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกจึงต้องอาศัยประสบการณ์จากแพทย์หรือเภสัชกรคลินิกที่เชี่ยวชาญ ทำให้อาจทำได้ยาก แต่มีข้อดีคือเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจริง ๆ

การหยุดการสั่งใช้ยาควรพิจารณาถึงสาเหตุของการใช้ยานั้น ๆ ซึ่งประโยชน์และความเสี่ยงของการเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ที่ป่วยในระยะท้ายของโรคที่ไม่อาจดีขึ้นได้ โอกาสน้อยในการรอดชีวิตในอีก ๑ ปีข้างหน้า มีคุณภาพทางกายและ/หรือสมองอย่างมาก และเป้าหมายเป็นการควบคุมอาการมากกว่าการป้องกันการดำเนินโรคที่มากขึ้น ตัวอย่างเกณฑ์การหยุดยาของผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น STOPPFrail ในผู้ป่วยเปราะบางที่มีอายุชั้ยคาดเฉลี่ยสั้น หรือ OncPal ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

2023 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023, 71(7), 1-30.

Ma W, Wang H, Wen Z, Liu L, Zhang X. Potentially inappropriate medication and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023 Nov, 114, 105087. doi: 10.1016/j.archger.2023.105087. Epub 2023 Jun 8.



Nutrition

(โภชนาการ)

ผู้สูงอายุไทยมีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ ๕.๗-๑๐.๔ ขึ้นอยู่กับวิธีในการประเมินและลักษณะของผู้สูงอายุว่าอยู่ในชุมชน สถานดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการที่เกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อาจเกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้

๑. การเจ็บป่วยทางกายและโรคต่าง ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก การเคี้ยว การกลืน ยาที่ทำให้เบื่ออาหาร โรคมะเร็ง วัณโรค ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ อัมพฤกษ์
๒. สาเหตุทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า สมองเสื่อมที่อาจมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร
๓. ทุพพลภาพหรือความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันถดถอย เช่น ไม่สามารถไปซื้ออาหาร หรือปรุงอาหารที่ชอบได้ ต้องกินอาหารซ้ำ ๆ ที่หาได้สะดวก มีทุพพลภาพในการตัดอาหารรับประทานเอง

๔. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐฐานะ ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งอาหาร วัฒนธรรมท้องถิ่น
๕. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ ความเชื่อ ความชอบหรือไม่ชอบอาหารบางประเภท ความรอบรู้ด้านโภชนาการ

คำแนะนำด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุต้องการพลังงานโดยเฉลี่ย ๓๐ กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน แต่ขึ้นอยู่กับการออกกำลังกายใช้พลังงานออกไป โดยปกติมีค่าระหว่าง ๒๔-๓๖ กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า ๒๑ กิโลกรัม/เมตร^๒ ควรได้พลังงาน ๓๒-๓๘ กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน เป็นต้น
๒. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนอย่างน้อย ๑.๐ กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังอาจต้องการโปรตีนเพิ่มเป็น ๑.๒-๑.๕ กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน หรือหากเจ็บป่วยหนักรุนแรงหรือมีภาวะทุพโภชนาการอาจต้องได้ถึง ๒ กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน
๓. รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) มาก อย่างน้อยวันละ ๒๕ กรัมเพื่อช่วยเรื่องการขับถ่าย

๔. วิตามินและแร่ธาตุ โดยปกติไม่มีเกณฑ์เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั่วไปใช้เกณฑ์ของคนที่เป็นคนแข็งแรงวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่มีการขาดวิตามินหรือแร่ธาตุใดโดยเฉพาะก็ให้ใช้เกณฑ์นั้นได้ ยกเว้นบางวิตามินและแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักจะขาดหรือได้ไม่เพียงพอ เช่น แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินดี บี ๖ บี ๑๒ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไทยไม่ค่อยขาดวิตามินบี ๑๒ มากนัก แต่ขาดวิตามินบี ๑ บี ๒ และบี ๓ (ไนอะซิน)
๕. การจำกัดอาหารในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า ๗๕ ปี) ซึ่งผลดีของการจำกัดอาหารต่อสุขภาพในระยะยาวอาจไม่เกิดขึ้น แต่อาจเกิดผลเสียทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ จึงไม่ควรทำ ยกเว้นในภาวะที่จำเป็นมากๆ
๖. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการและขาดสารน้ำควรได้รับการประเมินหาสาเหตุที่อาจเป็นไปได้และให้การแก้ไข
๗. หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารรับประทานเอง ควรมีผู้ช่วยในการป้อนอาหาร
๘. ควรมีการประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุและหากมีความเสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ควรให้การประเมินอย่างเป็นระบบ และให้การดูแลติดตามเป็นระยะ

๙. ควรมีการจัดบรรยากาศการรับประทานอาหารให้เหมือนอยู่ที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ที่บ้าน อาจพักรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือสถานพักฟื้นคนชราเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับประทานอาหารได้มากขึ้น
๑๐. ควรจัดมื้ออาหารให้มีการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหรือมีภาวะทุพโภชนาการอยู่แล้วเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับประทานอาหารได้มากขึ้น
๑๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการ ควรได้อาหารที่มีการเสริมอาหารหรืออาหารว่างเพิ่มเติม
๑๒. ผู้ที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืนควรให้อาหารที่มีพลังงานสูง ปรับเนื้ออาหารให้อ่อนนุ่มหรือชิ้นเป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อช่วยในการกลืน
๑๓. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการ โดยเฉพาะผู้ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หากได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการและรับประทานอาหารเสริมอาหารแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรได้รับอาหารเสริมทางปากเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มอาหารที่รับประทานได้และนำหนักตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทุพโภชนาการ การเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล ป้องกันการเกิด

ผลกตทับ โดยอาหารเสริมทางปากควรมีพลังงาน
อย่างน้อย ๔๐๐ กิโลแคลอรีต่อวันและมีโปรตีนอย่างน้อย
๓๐ กรัมต่อวัน รับประทานติดต่อกัน ๑ เดือนแล้วประเมิน
ซ้ำ โดยอาจปรับชนิด รส กลิ่น เนื้ออาหาร และเวลาการ
รับประทานให้เหมาะกับผู้ป่วยอายุแต่ละราย

๑๔. หากคาดการณ์ว่าจะรับประทานไม่ได้ติดต่อกันอย่างน้อย
๓ วันหรือรับประทานได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเกิน ๑ สัปดาห์
อาจพิจารณาให้อาหารทางสายยาง โดยหากคาดว่าน่าจะ
ได้อาหารทางสายยางไม่เกิน ๑ เดือน พิจารณาให้อาหาร
ทางสายยางผ่านจมูก (NG tube) หากต้องได้อาหารทาง
สายยางนานกว่า ๑ เดือน อาจพิจารณาให้เป็นสายให้อาหาร
ทางหน้าท้อง (PEG) ยกเว้นแต่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย
ของชีวิต อาจพิจารณาให้อาหารทางปากเท่าที่เป็นไปได้
๑๕. ในช่วงสามวันแรกของการได้อาหารทางสายยางหรือ
สารอาหารทางหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ
อยู่เดิมควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับฟอสเฟต
แมกนีเซียม โพแทสเซียม และวิตามินบี ๑ เนื่องจากอาจ
มีความผิดปกติได้
๑๖. ควรให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเพื่อคงมวลกล้ามเนื้อ
และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไว้

เอกสารอ้างอิง

- Chuansangeam M, Wuthikraikun C, Supapueng O, Muangpaisan W. Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2022 Mar, 31(1), 128-141. doi: 10.6133/apjcn.202203_31(1).0014.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2022 Apr, 41(4), 958-989. doi: 10.1016/j.clnu.2022.01.024. Epub 2022 Mar 5.



Osteoporosis

(โรคกระดูกพรุน)

โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่กระดูกมีความแข็งแรงลดลง เนื่องจากความหนาแน่นของกระดูกลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของกระดูกและคุณภาพของกระดูกลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักแม่ได้รับอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง โรคกระดูกพรุนพบได้ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ พบได้ร้อยละ ๒๐ ในผู้หญิง และร้อยละ ๑๐ ในผู้ชาย ในคนไทยและทั่วโลกพบได้พอ ๆ กัน

สาเหตุของโรคกระดูกพรุน

โรคกระดูกพรุนแยกได้เป็น ๒ ประเภทหลัก คือ

๑. โรคกระดูกพรุนแบบปฐมภูมิ เกิดจากอายุที่มากขึ้นและขาดฮอร์โมนเพศที่เกิดจากอายุที่มากขึ้น เช่น โรคกระดูกพรุนในผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน โรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ
๒. โรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมิ พบในผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือรับประทานยาบางชนิดที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดกระดูกพรุน เช่น

๑. โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมจากคุชชิ่งซินโดรม (cushing syndrome) ไทรอยด์เป็นพิษ พาราไทรอยด์ทำงานเกิน โรคที่ทำให้ขาดฮอร์โมนเพศ ขาดวิตามินดี
๒. โรคข้อและรูมาติสซิม เช่น โรครูมาตอยด์
๓. รับประทานยาที่อาจทำให้กระดูกพรุน เช่น ยากลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยากันชักบางชนิด
๔. อื่น ๆ เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคไต โรคระบบอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีแคลเซียมในร่างกายน้อย การดูดซึมแคลเซียมได้ลดลง ปัสสาวะมีแคลเซียมมาก (hypercalciuria) หรือกระดูกถูกทำลายไปเร็ว

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุน อาจแบ่งได้เป็น

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุมาก เพศหญิง เชื้อชาติผิวขาว บิดามารดามีกระดูกสะโพกหัก
๒. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย ขาดวิตามินดี ต่อมสุรามากกว่า ๓ ยูนิต/วัน สูบบุหรี่ น้ำหนักตัวน้อย รับประทานยาที่เพิ่มความเสี่ยงของกระดูกพรุน

๓. สาเหตุของโรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมิ ดังกล่าว แล้วในช่วงต้น

อาการของโรคกระดูกพรุน

โดยส่วนใหญ่โรคกระดูกพรุนมักไม่มีอาการโดยเฉพาะในระยะแรก ๆ อาจมีเพียงความสูงที่ลดลง หรือปวดหลังเรื้อรัง กระดูกหลังโค้งมากขึ้นจากการทรุดตัวของกระดูกสันหลัง ซึ่งบริเวณกระดูกสันหลังหัก อาจไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุเข้ามา ก่อนได้ อาจเกิดจากการก้มตัวหรือยกของหนัก หรือในกรณีที่ เกิดกระดูกหักเมื่อได้รับอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง (fragility fracture) โดยตำแหน่งที่มักจะหัก ได้แก่ กระดูกแขนส่วนปลายบริเวณ ข้อมือ กระดูกสันหลัง และกระดูกสะโพก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก มักต้องได้รับการผ่าตัด และผู้ที่กระดูกสะโพกหักอาจเกิดภาวะ แทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนในช่วงผ่าตัดหรือ หลังผ่าตัด ซึมสับสนเฉียบพลัน ติดเชื้อ เบื่ออาหารน้ำหนักลด เดินได้ไม่มั่นคงเหมือนเดิม ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน ความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะฟุ้งฟิง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น

การคัดกรองเพื่อค้นหาโรคและการวินิจฉัย

ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน เช่น หญิงวัยหมดประจำเดือน ผู้ที่เกิดกระดูกหักเมื่อได้รับอุบัติเหตุ ที่ไม่รุนแรง (fragility fracture) หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือ

รับประทานยาที่อาจทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมิ ดังกล่าวข้างต้น ควรได้รับการตรวจคัดกรองด้วย fracture risk assessment tool (FRAX) เพื่อคำนวณความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักภายใน ๑๐ ปีข้างหน้า หากมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักในตำแหน่งที่สำคัญ ตั้งแต่ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหัก ตั้งแต่ร้อยละ ๓ ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงสูง

การตรวจความหนาแน่นของกระดูก โดยทั่วไป ใช้เกณฑ์อายุ ได้แก่ ผู้หญิงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และผู้ชายอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป และเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยง คือ หากอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ ๖๕ และ ๗๐ ปี ดังกล่าว แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนสูง ก็พิจารณาการตรวจความหนาแน่นของกระดูก เช่น ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนก่อน ๔๕ ปี หรือได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง ๒ ข้าง ผู้ที่ได้รับยากลูโคคอร์ติคอยด์ ขนาดเทียบเท่าหรือมากกว่าเพรดนิโซโลน ๕ มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกันตั้งแต่ ๓ เดือนขึ้นไป โดยแนะนำให้ตรวจด้วยเครื่อง central dual energy X-ray absorptiometry (DXA) โดยตรวจที่กระดูกสันหลังตำแหน่งบั้นเอว (lumbar spine) ระดับที่ L1-L4 และกระดูกสะโพก ส่วนการตรวจที่กระดูกแขน ส่วนปลายบริเวณข้อมือจะพิจารณาส่งตรวจเฉพาะในผู้ป่วยกรณีที่มีปัญหาในการแปลผลการตรวจที่ตำแหน่งกระดูกสันหลังและกระดูกสะโพก

การรักษา

เมื่อพบว่ามีโรคกระดูกพรุน การดูแลรักษาประกอบไปด้วยแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา

แบบไม่ใช้ยา

๑. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ปริมาณแคลเซียมที่ร่างกายต้องการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ในผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า ๕๐ ปี ต้องการ ๘๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้สูงอายุต้องการ ๑,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน โดยส่วนใหญ่คนไทยมักรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมอยู่ไม่ถึงครึ่งของที่ร่างกายต้องการ จึงควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงเป็นประจำ
๒. รับประทานอาหารที่มีวิตามินดีสูงด้วย หากสามารถตรวจระดับวิตามินดีได้ ให้รักษาระดับวิตามินดีในเลือดให้อยู่ในช่วง ๓๐-๕๐ นาโนกรัม/มิลลิลิตร หากตรวจไม่ได้อาจพิจารณาให้ vitamin D2 ๒๐,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ หรือ vitamin D3 ๘๐๐-๒,๐๐๐ ยูนิตต่อวัน ในผู้ที่ได้รับยากระดูกพรุน
๓. รักษาน้ำหนักตัวตามดัชนีมวลกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารครบ ๕ หมู่ และให้มีโปรตีน ๑-๑.๒ กรัมต่อวัน

๔. หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ ชนิดของการออกกำลังกายที่ช่วยให้กระดูกแข็งแรงเป็นชนิดที่มีการลงน้ำหนักบนกระดูกนั้น ๆ (weight bearing exercise) เช่น การเดิน การวิ่ง การเต้นรำ แบบมีแรงต้าน (resistance exercise) เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และแบบช่วยการทรงตัว (balance exercise) เพื่อป้องกันการหกล้ม โดยต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของร่างกายในแต่ละคน
๕. จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน ๑ ยูนิตต่อวันในผู้หญิง และ ๒ ยูนิตต่อวันในผู้ชาย และงดสูบบุหรี่
๖. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและให้การแก้ไขทั้งปัจจัยภายในร่างกายที่แก้ได้และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้หกล้มได้ง่าย

แบบใช้ยา โดยมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบใช้ยา คือ

- มีกระดูกสันหลังหักหรือกระดูกสะโพกหักจากกระดูกพรุน
- ค่า T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ -๒.๕
- ค่า T-score อยู่ระหว่าง -๑.๐ และ -๒.๕ ร่วมกับอีก ๒ ปัจจัย คือ

- o มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักภายใน ๑๐ ปี จาก FRAX score เกินร้อยละ ๓
- o มีกระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่กระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพก

สำหรับยาที่ใช้รักษาโรคกระดูกพรุนมี ๒ กลุ่มหลัก คือ

๑. ยาที่ออกฤทธิ์ต้านการสลายกระดูก ได้แก่
 - a. ยากลุ่ม bisphosphonate ซึ่งใช้เป็นยาหลักในการรักษาโรคกระดูกพรุน โดยมีแบบรับประทานและแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
 - b. ยากลุ่ม Monoclonal antibody to RANKL คือ denosumab ฉีดใต้ผิวหนังทุก ๖ เดือน กรณีที่ผู้ป่วยไม่เหมาะสมที่จะใช้ bisphosphonate
 - c. ยากลุ่ม selective estrogen modulator ได้แก่ raloxifene
 - d. ยากลุ่ม menopausal hormone therapy
๒. ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการสร้างกระดูก
 - a. ยากลุ่ม recombinant human PTH ได้แก่ teriparatide ใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดกระดูกหัก โดยใช้ได้

๑-๒ ปี หลังจากนั้นต้องรักษาด้วยยา
ต้านการสลายกระดูกต่อ

- b. ยากลุ่ม monoclonal antibody to sclerostin ได้แก่ romosozumab ใช้ใน
ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิด
กระดูกหัก โดยใช้ได้ไม่เกิน ๑ ปี
หลังจากนั้นต้องรักษาด้วยยาต้านการ
สลายกระดูกต่อ

เอกสารอ้างอิง

มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย. คำแนะนำ
เวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุน พ.ศ. ๒๕๖๔.
กรุงเทพฯ : บริษัท คอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด, ๒๕๖๕.



Parkinson's disease

(โรคพาร์กินสัน)

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่ส่วนใหญ่จะพบแต่ในผู้สูงอายุ โดยเฉลี่ยแล้วพบในผู้ที่อายุมากกว่า ๕๐-๕๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๕ และในผู้ที่อายุมากกว่า ๖๕ ปี พบโรคนี้ประมาณร้อยละ ๐.๕-๑

อาการของโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยอาจมีอาการนำเป็นการที่จุกได้ก่ลินลดลงหรือไม่ได้ก่ลิน ท้องผูก และอาการของความผิดปกติในช่วงนอน เช่น ผันเสมือนจริง ละเมอ ซึ่งอาจเกิดก่อนการมีอาการทางการเคลื่อนไหวผิดปกติ โดยทั่วไปผู้ที่เป็โรคนี้มักมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีอาการสั่นซึ่งมักเป็ที่มือมากกว่าที่เท้า ทำอะไรช้าลง เดินลำบากก้าวขาไม่ค่อยออก เวลาก้าวออกแล้วจะเดินก้าวเท้าสั้น ๆ ซอยเท้าถี่ กลับตัวลำบากเวลาเดิน และหยุดเดินไม่ได้ทันที การทรงตัวลำบาก หลังค้งอ อาจเกิดการหกล้มได้ง่าย เวลานอนจะพลิกตัวลำบาก แขนขาเกร็งแข็ง จนบ่อยครั้งทำให้เกิดอาการปวดหรืออาจเกิดตะคริวขึ้นได้ การใช้มือในการทำกิจกรรมไม่คล่องเหมือนเก่า เช่น กัดกระดาษ เปิดฝาขวดน้ำ เขียนหนังสือ โปหน้าดูเฉยเมย

ไม่ค่อยกะพริบตา พุดเสียงเบาลง การกลืนไม่คล่องเหมือนเดิม อาจมีน้ำลายไหล หรือสาลักง่ายขึ้น นอกจากนั้น ยังอาจมีอาการอื่นด้วย เช่น คิดช้าลง ความจำไม่ดี อารมณ์ซึมเศร้า ท้องผูก

สาเหตุของโรค

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรคนี้ที่แน่ชัด ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมีคนในครอบครัวที่เป็นโรคนี้ โดยพบว่าโอกาสการเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น ๒-๓ เท่าถ้ามีญาติสายตรงเป็นโรคนี้ ปัจจุบันเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ว่่านั้นอาจเป็นสารพิษ โรคติดเชื้อที่สมอง หรือสมองได้รับการกระทบกระเทาะบ่อย ๆ โรคนี้เกิดจากเซลล์สมองในสมองส่วนหนึ่ง ชื่อ substantia nigra เสื่อมตายไป ทำให้สารสื่อประสาทโดพามีนลดลง การเกิดขึ้นเองของการเสื่อมของเซลล์ประสาทนี้เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด เรียกว่า idiopathic Parkinson's disease อย่างไรก็ตาม อาการพาร์กินสัน ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่นก็ได้ ที่พบบ่อย ๆ ในผู้สูงอายุคือการรับประทานยาบางชนิด นอกจากนั้น อาจเกิดจากความผิดปกติในสมองจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โพรงสมองคั่งน้ำ ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ หรือเซลล์ประสาทเสื่อมชนิดอื่น ๆ ในกลุ่ม Parkinson plus syndrome ซึ่งมักมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยนอกจากอาการพาร์กินสัน

แนวทางการประเมิน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย และอยู่ในชุมชนหรือที่บ้าน มีการศึกษาพบว่าแพทย์ทั่วไปตรวจอาการของโรคนี้ได้ถูกต้องเพียงไม่ถึงร้อยละ ๖๐ แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้ไปตรวจกับแพทย์เฉพาะทางทำได้ค่อนข้างยากในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ ประชาชนมักไม่ตระหนักถึงอาการของโรคนี้เพราะคิดว่าเกิดจากอายุที่มากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียจากตัวโรคตามมา เช่น หกล้ม กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น หากผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าอาจเป็นโรคพาร์กินสัน คือ มือหรือขาสั่น เคลื่อนไหวช้า เดินทรงตัวไม่ดี ให้ทำการคัดกรองด้วยแบบตรวจคัดกรองโรคพาร์กินสันไทย ฉบับภาษาไทย

๑. มือหรือขาของท่านเคยมีอาการสั่น
๒. ท่านรู้สึกลุกจากเก้าอี้ลำบาก
๓. ท่านเดินก้าวเท้าสั้นๆ และเดินซอยเท้าถี่
๔. แขนของท่านแกว่งน้อยลงเวลาเดิน
๕. หลังของท่านคู้งอเวลาเดิน
๖. ท่านหมุนตัวกลับเวลาเดินได้ลำบาก
๗. เคยมีคนบอกว่าเสียงของท่านเบาลงกว่าเมื่อก่อน
๘. ท่านพลิกตัวได้ลำบากเวลานอน
๙. ท่านเขียนหนังสือช้าลงหรือเขียนหนังสือตัวเล็กลงกว่าเก่า

๑๐. ท่านทำอะไรได้ช้าลงกว่าเมื่อไม่นานมานี้ เช่น การหิวผม แต่งตัว อาบน้ำ
๑๑. ท่านรู้สึกว่าการกลัดกระดุมหรือเปิดฝาขวดน้ำทำได้ลำบากกว่าเก่า

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคนี้อาศัยการซักประวัติอาการและการตรวจร่างกาย โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องเอกซเรย์สมอง ยกเว้นในกรณีที่อาการไม่จำเพาะกับโรคพาร์กินสันมากและแพทย์สงสัยว่าอาจเป็นพาร์กินสันชนิดที่มีสาเหตุอื่น

การวินิจฉัยประกอบด้วยประวัติการวินิจฉัยว่ามีอาการพาร์กินสัน ซึ่งประกอบด้วยอาการที่มีการเคลื่อนไหวช้า ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย ๑ อย่างของการแข็งเกร็ง อาการสั่นขณะอยู่หนึ่ง และการทรงตัวไม่ดีที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

การดูแลรักษา

การรักษาภาวะนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุเป็นหลัก เช่น ถ้าเกิดจากยาก็ต้องหยุดยาคินชนิดนั้น หากเกิดจากการทำงานของสมองส่วนที่สร้างสารโดพามีนลดลงอย่างไม่มีสาเหตุจัดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาได้ผลดีแพทย์ต้องปรับยาตามการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ การพิจารณารูปแบบของการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรง

ของอาการ อายุของผู้ป่วย โรคร่วมต่าง ๆ อาการทางจิตประสาท และความจำ ตลอดจนผลข้างเคียงจากยา

การรักษาทั่วไป

ผู้ที่เป็โรคพาร์กินสันควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การฝึกการใช้แขนและมือ การฝึกการสูญุดหายใจ การแอ่นหลัง การฝึกก้มเงยและเอียงหมุนคอ การออกกำลัง ทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังที่ตืดและข้อไม่ยึดติด ฝึกการทำกิจวัตรประจำวันอย่างระมัดระวัง เพื่อลดโอกาสการเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากโรค ในกรณีที่ยังเดินได้ไม่คล่องอาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือมีคนประคองเพื่อป้องกันการหกล้ม การเดินข้ามถนนจะต้องระมัดระวังเนื่องจากความเร็วในการก้าวขาไม่เท่าเดิม และอาจมีอาการหยุดนิ่งขยับไม่ได้กะทันหันขณะข้ามถนน ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ การขับรถก็ต้องระวังมากเนื่องจากปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินช้าลง การเอี้ยวคอทำได้น้อยลง การประสานงานระหว่างแขนกับขาไม่ดี และการกลอกตาทำได้ไม่เต็มที่เหมือนคนทั่วไป

นอกจากนั้น ผู้ที่เป็นโรคนี้ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ถ้ามีปัญหาท้องผูกมากอาจรับประทานยาระบายอ่อน ๆ

การปรับสภาพบ้านเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มมีความจำเป็นมาก ควรมีราวจับตามทางเดิน ในห้องน้ำ ควรระวังพื้นที่ไม่เรียบเนื่องจากผู้ป่วยยกขาได้ไม่สูง ควรติดไฟตาม

ทางเดินและในห้องน้ำอย่างเพียงพอ อาจใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้จับสิ่งของเล็กๆ ๑ ได้ง่ายขึ้น เช่น ตะขอเกี่ยววงล้อติดกระดูกงูตามจับข้อต่อที่ใหญ่อัตโนมัติ

การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสันมีหลายชนิด การพิจารณาใช้ยาใด มากน้อยเพียงใด และเมื่อใด ขึ้นอยู่กับอาการเด่น โรคร่วมอื่น ๆ และอายุของผู้ป่วย โดยยาที่ใช้มักจะเป็นยาที่ทดแทนสารโดพามีน (ได้แก่ ยาในกลุ่มลีโวโดพา) ยาที่ออกฤทธิ์เสมือนสารโดพามีน (dopamine agonist) และยาที่ช่วยเสริมฤทธิ์ยาในกลุ่มลีโวโดพาเพื่อให้ออกฤทธิ์ได้นานและระดับยาไม่แกว่งมาก (เช่น COMT inhibitor) ตลอดจนยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายสารโดพามีนในสมอง ทำให้มีระดับโดพามีนเหลืออยู่ในสมองมากขึ้น (กลุ่ม MAO-B inhibitor) อาการแข็งเกร็งและเซื่องช้าจะตอบสนองดีต่อยากลุ่มที่ทดแทนโดพามีน แต่อาการสั่นจะตอบสนองน้อยกว่า ยาที่ลดอาการสั่นได้ดีเป็นยาในกลุ่มต้านโคลิเนอร์จิก แต่ยาเหล่านี้อาจไม่เหมาะถ้าผู้ป่วยอายุมากหรือมีปัญหาเรื่องความจำ เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการสับสนได้

การรักษาด้วยการผ่าตัด

ในกรณีที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล เช่น มีอาการยุกยิกแขนขาที่ปรับยาแล้วไม่ได้ผล หรือมีช่วงที่แข็งเกร็งขยับได้น้อย

เป็นเวลานาน อาจต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัดสมองโดยฝังตัวกระตุ้นไปที่เนื้อสมองเพื่อให้ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของสมองบริเวณดังกล่าว (deep brain stimulation) อาจทำให้อาการดีขึ้น ลดการใช้ยาลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น การผ่าตัดอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเล็กน้อย เกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือเลือดออกในสมองได้ มีอาการทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป มักไม่ทำในผู้ที่สมองเสื่อมหรือซึมเศร้ารุนแรง และจะพิจารณาโรคร่วมอื่น ๆ ด้วย

การรักษาภาวะอื่น ๆ ที่พบร่วม

นอกเหนือจากความผิดปกติในการเคลื่อนไหวแล้ว ผู้ป่วยยังมักมีปัญหาคืออื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น น้ำลายไหล ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ ทำให้ความดันโลหิตตกลงเมื่อลุกนั่งหรือยืน หรือความดันโลหิตตกหลังรับประทานอาหาร ท้องผูก อวัยวะเพศไม่แข็งตัว กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ปวดเกร็ง การนอนหลับผิดปกติ ผันเสมือนจริง ละเมอ ซึมเศร้า ประสาทหลอนและปรีชานบกพร่อง

เอกสารอ้างอิง

- Zhu J, Cui Y, Zhang J, Yan R, Su D, Zhao D, et al. Temporal trends in the prevalence of Parkinson's disease from 1980 to 2023: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longev.* 2024, e464-e479. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00094-1.
- Muangpaisan W, Siritipakorn P, Assantachai P. Development of a Thai Parkinson's Disease Screening Tool and the Prevalence of Parkinsonism and Parkinson's Disease, Based on a Community Survey in Bangkok. *Neuroepidemiology.* 2017, 49(1-2), 74-81. doi: 10.1159/000480510. Epub 2017 Sep 7.



Quality of life (คุณภาพชีวิต)

ในปัจจุบันประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้นและมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งจากการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ และอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลง แต่นอกจากการที่มีอายุขัยยืนยาวขึ้นแล้วยังจำเป็นที่จะต้องอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตด้วย นิยามและการแปลความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” (quality of life) มีความหลากหลายมากกว่า ๑๐๐ นิยาม ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก “คุณภาพชีวิต” คือ การรับรู้ของบุคคลคนหนึ่งเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ชีวิตในบริบทของสังคมตามวัฒนธรรม ค่านิยม ที่สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และความสนใจ ซึ่งแต่ละคนจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตัวเองที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีการประเมินทั้งด้านสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต ความสามารถในการประกอบกิจกรรม ความพึงพอใจ ความเป็นอัตตาณัติความเชื่อ และความสัมพันธ์กับสังคมแวดล้อม

มุมมองเรื่องคุณภาพชีวิตมีการพูดถึงจากหลายวิชาชีพนอกจากมุมมองของสุขภาพ เช่น มุมมองทางสังคม ซึ่งต้องแยกจากความพึงพอใจในชีวิต กำลังใจ และความสุข มุมมองทางเศรษฐกิจ มุมมองขององค์กรสำหรับการทำงาน สมดุลระหว่างประเด็นด้านสุขภาพกับด้านอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ถูกประเมิน เช่น หากเป็นผู้ที่สุขภาพแข็งแรง ประเด็นด้านอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ จะเป็นประเด็นที่สำคัญกว่า ขณะที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ประเด็นด้านสุขภาพอาจสำคัญกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีแบบการประเมินทั่วไป โดยเครื่องมือที่ใช้บ่อยที่สุด คือ SF-36 สำหรับประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ๒๖ ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ๑๐๐ ข้อ โดยเลือกคำถามมาเพียง ๑ ข้อจากแต่ละหมวดใน ๒๔ หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก ๒ ข้อคำถาม ซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่นิยมอีก ๑ เครื่องมือ คือ EQ-5D-5L ซึ่งสั้น ตอบได้ด้วยตนเอง และมักนำมาใช้เปรียบเทียบกันเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการตรวจรักษาทางการแพทย์ สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตอีกกลุ่มที่มี คือ แบบประเมินจำเพาะด้าน เช่น คุณภาพชีวิตในด้านช่องปาก

หรือการมองเห็น หรือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มิสมองเสื่อม โดยแบบประเมินมีทั้งแบบการสัมภาษณ์โดยผู้ที่ได้รับการฝึกมา หรือประเมินตนเอง การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ไม่ควรเน้นเฉพาะการเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาเท่านั้น ควรมีประเด็นด้านการเป็นสูงวัยที่มีพหุผลพลัง (active aging) และการส่งเสริมความมีพหุผลพลัง

ประโยชน์ของการมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตคือ เป็นการขยายมุมมองมากกว่าประเด็นสุขภาพเพียงอย่างเดียว ที่อาจมีผลต่อการพิจารณาการรักษา และยังอาจใช้เปรียบเทียบ ความคุ้มค่าของการรักษาต่างกันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ข้อจำกัดของการใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดของการรักษา ก็มีเช่นกัน เช่น การที่เบี่ยงเบนความสนใจจากผลลัพธ์หลักที่สำคัญของการรักษาไปสู่คุณภาพชีวิต เช่น สมมติว่าผู้ที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอัตราการเสียชีวิตไม่ต่างจากการรักษาด้วยการรับประทานยาและไม่ผ่าตัด แต่ผู้ที่รับการผ่าตัดอาจพึงพอใจกับการผ่าตัดมากกว่า จึงอาจเป็นคำแนะนำให้ผ่าตัดโดยที่ไม่ได้มองด้านการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดและแบบไม่ผ่าตัด ซึ่งคุณภาพชีวิตอาจเป็นมุมมองของความพึงพอใจส่วนบุคคลหรือมีปัจจัยด้านสังคมแวดล้อมเข้ามามีส่วนด้วยมากกว่าด้านสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว ความยุ่งยากของการมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ต่างกันอาจทำให้เกิดการแปลผลที่ต่างกัน

ก็ได้ เช่น สมมติว่าหากมองว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอก การผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจนั้นได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยา ในประเด็นการกลับไปทำงานหรือไปทำกิจกรรมสันทนาการได้ แต่มองข้ามไปว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีทั้ง ๒ วิธี เกิดการนอนโรงพยาบาลจากโรคหัวใจหรือการเสียชีวิตไปต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

Pequeno NPF, Cabral NLA, Marchioni DM, Lima SCVC, Lyra CO. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Jun 30, 18(1), 208. doi: 10.1186/s12955-020-01347-7.

McDowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 2006.



Rehabilitation (การฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ผู้สูงอายุมีโอกาสมีการถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและเกิดทุพพลภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งของร่างกายและสมองเพื่อให้อาการกลับไปสู่ระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้จึงจำเป็นเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การประเมินศักยภาพในการฟื้นตัวมักต้องมีการประเมินโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สมอง สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังที่กล่าวในบท “การประเมินผู้สูงอายุ (geriatric assessment)”

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยกระบวนการวินิจฉัยและการรักษาหลากหลายด้านโดยเป้าหมายเพื่อให้มีศักยภาพในการทำกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม ทำให้ผู้ทุพพลภาพสามารถทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพ

กิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมีได้ทั้งสำหรับผู้ที่พักฟื้นในโรงพยาบาล ผู้ที่รับรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ที่มารับแบบบางช่วงของวันแบบไปกลับ หรือเกิดขึ้นที่บ้าน หรือสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสามารถมีกิจกรรมที่แตกต่างตามระยะของการเจ็บป่วยว่าเป็นระยะกำลังป่วย

เฉียบพลัน (acute care) ระยะกลางเมื่อพ้นการป่วยเฉียบพลันแล้ว (intermediate care) และระยะยาวเมื่ออาการคงที่ (long term care)

ภาวะที่พบบ่อยในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระดูกสะโพกหัก หลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรคทางข้อและกระดูก เช่น ข้อเสื่อม ปวดหลัง โรคที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น โรคพาร์กินสัน โรคของเซลล์ประสาทสั่งการ (motor neuron disease) โรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังเกิดในผู้ที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ทำให้เกิดการนอน เคลื่อนไหวได้น้อยติดต่อกัน เมื่ออาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหายไปแล้วยังเกิดการถดถอยของการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว (deconditioning state) โดยโรคต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ คือ เกิดอาการเจ็บปวด เดินไม่มั่นคง หกล้ม ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ติดตั้งเดิม เคลื่อนไหวได้น้อย ติดเตียง กลืนลำบาก มีปัญหาในการสื่อสาร ปริธานถดถอย (cognitive decline)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุมักต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักนันทนาการบำบัด นักจิตวิทยา นักกำหนดอาหาร (หรือนักโภชนาการ) เกษักร นักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ หากมีปัญหาสุภาพที่

ซับซ้อนอาจต้องมีอายุรแพทย์ผู้สูงอายุหรือแพทย์เฉพาะทางของการเจ็บป่วยหลักที่ผู้สูงอายุรายนั้นมีปัญหา หรือหากเป็นการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านอาจมีบุคลากรเยี่ยมบ้าน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ในการร่วมให้การดูแล

ในคนหนุ่มสาว อายุไม่มาก ร่างกายยังแข็งแรง ไม่เปราะบาง เมื่อเข้ารับการผ่าตัด มักฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว แต่อาจเป็นสิ่งที่ยากที่จะทำได้ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่เปราะบางที่จะตั้งเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ร่างกายแข็งแรงเท่าระดับก่อนผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) แบบดั้งเดิมในผู้ที่รับการผ่าตัดมักเริ่มให้การฟื้นฟูหลังผ่าตัด แต่มักพบว่าหากเป็นการผ่าตัดใหญ่ การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและศักยภาพร่างกายอาจไม่เกิดขึ้น และผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นตัวช้า หรือเสียชีวิตได้สูงกว่าวัยอื่น

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในระยะหลังพบว่าการเตรียมความพร้อมของร่างกาย (prehabilitation) โดยเฉพาะผู้ที่เปราะบางก่อนผ่าตัด อาจได้ผลดีกว่าการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพราะได้เพิ่มกำลังสำรองของศักยภาพร่างกายไว้ก่อนที่จะถดถอยหลังการผ่าตัด แม้กระทั่งทำให้ระดับของสมรรถภาพร่างกายดียิ่งกว่าก่อนเข้ารับการผ่าตัดด้วยซ้ำ ซึ่งมักทำได้ในกรณีผู้ที่รับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน มีโอกาสการเตรียมความพร้อมระยะเวลายาวนานกว่า การฝึกเตรียมความพร้อมของร่างกายในระยะเวลานั้นกว่า ๔ สัปดาห์มักไม่ได้อผล และหาก

นานเกินไป เช่นเกิน ๓ เดือน ก็มักเกิดปัญหาในการปฏิบัติต่อ
เนื่อง โดยทั่วไปจึงมักมีระยะเวลา ๖-๘ สัปดาห์ โดยเฉพาะเรื่อง
กล้ามเนื้อและภาวะโภชนาการ ซึ่งโปรแกรมการเตรียมความ
พร้อมของร่างกาย นอกจากการเตรียมด้านความพร้อมในการ
รับการผ่าตัด เช่น ตรวจเลือด ภาพรังสี คลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ
อื่น ๆ ตามความเสี่ยงแล้ว การเตรียมความพร้อมของร่างกาย
(prehabilitation) ด้านหลักที่มักถูกกำหนดไว้ คือ การออก
กำลังกาย การประคบและให้การดูแลด้านโภชนาการ และการ
ประเมินดูแลด้านจิตใจและความวิตกกังวล

อย่างไรก็ดี หลักฐานแสดงประโยชน์ของการเตรียม
ความพร้อมของร่างกายก่อนผ่าตัดในบางกรณี เช่น ในผู้ที่รับ
การผ่าตัดช่องท้องและผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาจมีจำกัด

เอกสารอ้างอิง

Kow AW. Prehabilitation and Its Role in Geriatric Surgery.
Ann Acad Med Singap. 2019 Nov, 48(11), 386-392.



Sarcopenia

(โรคการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ
หรือ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย)

โรคการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (sarcopenia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยอาจเกิดจากสาเหตุทางปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ โดยประกอบด้วยมวลกล้ามเนื้อที่น้อยร่วมกับความแข็งแรงหรือการทำงานของกล้ามเนื้อที่ลดลง ความผิดปกติในโรคนี้อาจตั้งต้นจากการที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อย (low muscle mass) ทำให้ไม่มีแรง (low muscle strength) ส่งผลให้เกิดศักยภาพทางกายที่ลดลง (low physical performance) เช่น เดินช้าลง ลุกนั่งช้าลง นำไปสู่ผลลบต่อสุขภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เช่น เดินไม่มั่นคง หกล้ม กระดูกหัก ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ติดเชื้อง่าย ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลที่นานขึ้น ฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยช้า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น คุณภาพชีวิตด้อยลง และอาจเกิดการเสียชีวิตตามมา โรคนี้อาจได้ถูกกำหนดใน International Classification of Disease, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) เป็นรหัส M62.84

โรคนี้มีรายงานพบได้ในผู้สูงอายุไทย ตั้งแต่ร้อยละ ๘-๓๕ ซึ่งความชุกอาจแตกต่างกันมากตามลักษณะของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว แหล่งประชากรที่ศึกษา (ในชุมชน ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล) นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้รายงานความชุกของภาวะนี้แตกต่างกัน คือ นิยามที่จะบอกว่าผิดปกติและวิธีการวัดในการวิจัย โดยในการศึกษาวิจัยในประชากรจำนวนมากทั่วโลกมักพบโรคนี้ได้ร้อยละ ๖-๑๒ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีภาวะอ้วนร่วมกับโรคการสูญเสียกล้ามเนื้อ (Sarcopenic obesity) ซึ่งมีความชุกในผู้สูงอายุที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นร้อยละ ๔-๑๒ ขึ้นอยู่กับการกำหนดนิยามของภาวะอ้วนร่วมกับโรคการสูญเสียกล้ามเนื้อและลักษณะประชากรที่สำรวจของแต่ละการศึกษา ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพหลายประการ รวมถึงภาวะเปราะบางและการเสียชีวิตมากกว่าภาวะอ้วนหรือโรคการสูญเสียกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียวหนึ่ง

โรคนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะอื่นที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ กระดูกพรุน ภาวะเปราะบาง จึงพบได้บ่อยขึ้นในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) หรือโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น ไตวายเรื้อรัง ถูกลมโป่งพอง การทำงานของระบบหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทว่าเป็นการค้นหาด้วยแบบสอบถามก่อนเบื้องต้นหรือเป็นการตรวจประเมินด้วยการทดสอบทางกายเลยในกลุ่มที่

มีความเสี่ยงสูง เมื่อพบว่ามิโรคการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อควรได้รับการประเมินหาสาเหตุ วางแผนในการแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการแก้ไขที่สำคัญประกอบด้วย การออกกำลังกายโดยเฉพาะชนิดแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) และเสริมโภชนาการด้วยพลังงานและโปรตีนที่เพียงพอ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้อาจจำแนกออกเป็นปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุแบบไม่มีสาเหตุอื่นได้แก่ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ การตายของเซลล์อย่างเป็นระบบ ความผิดปกติของไมโทคอนเดรียจากอายุที่มากขึ้น หรือเกิดจากมีสาเหตุอื่น ๆ นอกจากการเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น ได้แก่ การเสื่อมของเซลล์ประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของโรคต่อมไร้ท่อ การมีการอักเสบในร่างกาย การขาดสารอาหาร และการขาดการออกกำลังกาย

บางปัจจัยเป็นปัจจัยที่อาจแก้ไขได้ เช่น ขาดการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายต่ำ (ขาดสารอาหาร) สูบบุหรี่ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวหลายอย่าง โรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรัง ปริชนบกพร่อง การใช้ยาหลายชนิด และปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ซึ่งที่สำคัญได้แก่ อายุที่มากขึ้น

การคัดกรองและการวินิจฉัย

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจค้นหาโรคนี้เป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้ที่มีการถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ ซึมเศร้า หลงลืม หกล้มบ่อย มีภาวะขาดสารอาหาร หรือมีโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น หัวใจวาย ฤดูแล้ง ภาวะเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง

สำหรับผู้สูงอายุทั่วไปก็สามารถตรวจค้นหาภาวะนี้ได้เช่นเดียวกัน โดยใช้แบบประเมิน **The Mini Sarcopenia Risk Assessment (MSRA)** ซึ่งมีแบบ ๕ และ ๗ คำถาม และแบบ MSRA-5 ชนิดดัดแปลงการให้คะแนนเพื่อเพิ่มความแม่นยำ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินได้ด้วยตนเองหรือสมาชิกในบ้าน ส่วนแบบประเมิน strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs, and falls (**SARC-F**) questionnaire ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ง่ายเช่นกัน แต่มีความไวต่ำในการค้นพบผู้ที่มีการสูญเสียกล้ามเนื้อ มักต้องทำร่วมกับการวัดอื่น ๆ เช่น เส้นรอบวงน่อง (calf circumference) จับเวลาในการลุกยืนหนึ่ง ๕ ครั้ง (five time sit-to-stand test) ถึงจะทำให้มีความไวและความแม่นยำที่ดีพอ ๆ กับ MSRA จึงเป็นข้อจำกัดของการใช้ประเมินตนเองโดยคนทั่วไป

สำหรับการตรวจยืนยันโรคนี้มักต้องทำในสถานพยาบาลเพราะต้องมีการตรวจมวลกล้ามเนื้อด้วยเครื่องวัดมวลกล้ามเนื้อ วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น แรงบีบมือ

และวัดสมรรถภาพทางกาย เช่น ความเร็วในการเดิน ความเร็วในการลุก-นั่งจากเก้าอี้ ๕ ครั้ง หรือด้วยวิธีอื่น ๆ

การป้องกันและแก้ไข

การป้องกันการเกิดโรคการสูญเสียกล้ามเนื้อที่สำคัญ คือ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่เพียงพอ

๑. การออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน กำลัง และการทำงานของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เพื่อเสริมสร้างความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อมัดใหญ่พร้อมกันหลายมัดอย่างสม่ำเสมอ ซ้ำ ๆ กัน ด้วยความแรงอย่างน้อยระดับปานกลาง โดยต่อเนื่องกันอย่างน้อย ๑๐ นาทีต่อครั้ง
๒. อาหาร โดยเน้นอาหารที่มีโปรตีนเพียงพอ สำหรับในผู้สูงอายุ ต้องการโปรตีน ๑.๒ กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน อย่างไรก็ตาม เมื่ออายุมากขึ้น การตอบสนองต่อกรดแอมิโนในอาหารโปรตีนต่อการนำไปสร้างมวลกล้ามเนื้อลดลง **ผู้สูงอายุ**

จึงต้องการโปรตีนในอาหารในปริมาณมาก
เพียงพอ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบมี
แรงต้าน จะช่วยกระตุ้นการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ
นอกจากปริมาณโปรตีนที่เพียงพอต่อวัน
แล้ว ประเด็นอื่น ๆ เช่น แหล่งโปรตีน เวลาที่
รับประทานอาหารโปรตีน รูปแบบของอาหารที่
รับประทานร่วมกัน ตลอดจนการออกกำลังกาย
มีผลต่อการกระตุ้นการสร้างกล้ามเนื้อ
การรับประทานโปรตีนจากแหล่งโปรตีนที่มี
คุณภาพสูงและหลากหลาย เช่น soy, whey,
casein ภายหลังจากออกกำลังกาย จะทำให้
ระดับของกรดแอมิโนในเลือดสูงเป็นเวลานาน
กระตุ้นการสร้างกล้ามเนื้อได้ดี โดยเฉพาะ
กรดแอมิโนที่เป็น branched chain amino-acid
และผลิตภัณฑ์อาหารเสริมบางประเภท เช่น
leucine, citrulline, amino-acids อื่น ๆ, โอเมก้า ๓
(omega 3), β -hydroxy- β -methylbutyrate และ
probiotics

สำหรับในกรณีที่เกิดโรคการสูญเสียกล้ามเนื้อขึ้นแล้ว
การรักษาหลักจะเป็นการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้ แล้วให้
การแก้ไข นอกจากนี้ การเน้นการรักษาโดยการออกกำลังกาย
ที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการให้อาหารที่เพียงพอ

ทั้งด้านพลังงาน โปรตีน กรดแอมิโนจำเป็น วิตามิน (โดยเฉพาะวิตามินดี) และเกลือแร่ สำหรับการใช้ยาในการป้องกันหรือรักษาโรคนี้ แม้มีการศึกษาวิจัยพอสมควร แต่ยังไม่มียาใดได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองโดยองค์การอาหารและยาในปัจจุบัน

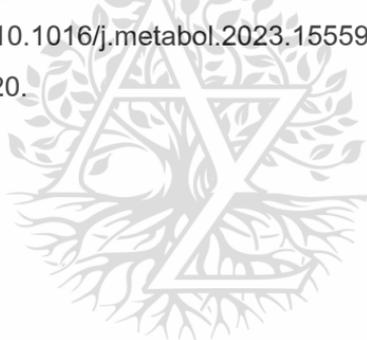
เอกสารอ้างอิง

Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc.* 2020 Mar, 21(3), 300-307.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2019.12.012. Epub 2020 Feb 4.

Petermann-Rocha F, Balntzi V, Gray SR, Lara J, Ho FK, Pell JP, et al. Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2022 Feb, 13(1), 86-99. doi: 10.1002/jcsm.12783. Epub 2021 Nov 23.

Gao Q, Mei F, Shang Y, Hu K, Chen F, Zhao L, et al. Global prevalence of sarcopenic obesity in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr.* 2021 Jul, 40(7), 4633-4641. doi: 10.1016/j.clnu.2021.06.009. Epub 2021 Jun 21.

Rolland Y, Dray C, Vellas B, Barreto PS. Current and investigational medications for the treatment of sarcopenia. *Metabolism.* 2023 Dec, 149, 155597. doi: 10.1016/j.metabol.2023.155597. Epub 2023 Jun 20.





Trauma (การบาดเจ็บ)

สาเหตุของการบาดเจ็บ ๕ ลำดับแรกในผู้สูงอายุ ได้แก่ หกล้ม อุบัติเหตุจากวัตถุต่าง ๆ เช่น ของมีคม ขับขี่จักรยานยนต์ สัมผัสสัตว์มีพิษ และการรักษาทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดความผิดปกติ การหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บของผู้สูงอายุสูงสุดถึงร้อยละ ๔๐ และพบว่าเป็นสาเหตุอันดับ ๑ ของการนอนโรงพยาบาลจากสาเหตุภายนอกถึงร้อยละ ๓๐ จาก ๑๐ สาเหตุแรกในผู้สูงอายุ และอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเพิ่มสูงขึ้นในที่นั่งจิ้งจกแล้วเน้นเฉพาะการบาดเจ็บจากการหกล้ม

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ผู้สูงอายุวัยต้นที่ยังออกนอกบ้านได้ดี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๕-๖๕ มักหกล้มนอกร้าน แต่ผู้สูงอายุวัยปลายที่หกล้มแล้วเกิดกระดูกข้อสะโพกหัก ร้อยละ ๘๐ มักหกล้มภายในบ้าน โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มร้อยละ ๑๑-๒๐ โดยผู้หญิงมักหกล้มมากกว่าผู้ชาย หากมีการหกล้ม มีโอกาสเกิดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนหลุด ร้อยละ ๗.๙ โอกาสเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ ๑.๖ หากกระดูกข้อสะโพกหัก โอกาสเสียชีวิตในช่วงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ ๒.๖-๓.๘ และหากเกิดอุบัติเหตุที่กระทบกระแทกสมอง จะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๒๖.๖

ผู้ที่มีกระดูกข้อสะโพกหักมากกว่าร้อยละ ๕๐ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเฉพาะภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ ๔๕ มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๑ (๘-๑๗) วัน ซึ่งอาจไม่กลับสู่ศักยภาพความสามารถเดิมแม้ออกจากโรงพยาบาลแล้ว มีการถดถอยในการเดิน การทำกิจวัตรประจำวันและอาจเกิดการถดถอยของปรีชาน นอกจากนั้น เมื่อหกล้มแล้ว ร้อยละ ๕.๘ จะมีกระดูกหักซ้ำอีก โดยเฉพาะจะเกิดกระดูกหักซ้ำที่ ๑๔๓ สัปดาห์หลังครั้งแรก โอกาสเสียชีวิตที่ ๑ ปี ร้อยละ ๑๓ ในผู้ที่อายุ ๖๐-๖๙ ปี และอัตราการเสียชีวิตเพิ่ม ๒ เท่า ทุก ๆ ๑๐ ปีที่อายุมากขึ้น

สาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุ

เกิดได้จากปัจจัยภายในของร่างกาย ปัจจัยภายนอก และพฤติกรรมเสี่ยง โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุวัยต้นอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกค่อนข้างมาก แต่หากเป็นผู้สูงอายุนวัยปลาย โอกาสการหกล้มจากปัจจัยภายในสูง หรือแม้มีปัจจัยภายนอกก็มักมีปัจจัยเสี่ยงภายในร่วมด้วย และอาจมีปัจจัยที่ทำให้หกล้มจากหลายปัจจัย

๑. ปัจจัยภายในร่างกาย โอกาสเกิดโรคที่มีผลต่อการทรงตัว โรคต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อทรงตัวมักเริ่มเป็นในวัยกลางคนจนถึงวัยชรา ทำให้มีโอกาสเดินเซไม่มั่นคงได้เมื่ออายุมากขึ้น โดยโรคที่อาจทำให้เดินไม่มั่นคง ได้แก่

- มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงนั้น เช่น ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ ท้องเสีย อาเจียน
- โรคทางข้อและกระดูก เช่น โรคข้อเสื่อม กระดูกสันหลังคดเอียง เคยมีกระดูกหัก มาก่อน เท้า นิ้วเท้าและเล็บ ผิดรูปหรือ มีความผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน
- โรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อมปลายประสาทเสื่อม เวียนศีรษะ มึนงง
- โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตตกเมื่อลุกยืน
- ยา ยาหลายชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับอาจมีผลข้างเคียง เช่น ทำให้วังง ความดันโลหิตตก เกิดอาการพาร์กินสัน มึนเวียนศีรษะทำให้เสียการทรงตัว ตัวอย่างยาเหล่านี้ได้แก่

- o ยาขับปัสสาวะ ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย สารน้ำในร่างกายลดลง อาจหน้ามืดได้เวลาลุกเดิน (มักเกิดเฉพาะในบางรายที่มีความเสี่ยงอยู่เดิม) หรือเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ทำให้กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง
- o ยาลดความดันโลหิต อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงมากเวลาลุกขึ้นยืน ทำให้มึนงง หน้ามืดได้
- o ยาทางจิตเวช เช่น ยารักษาโรคจิตเภท ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า ยานอนหลับ
- o ยาเบาหวาน อาจทำให้ น้ำตาล ต่ำ เกิดอาการใจสั่น ไม่มีแรงหมดสติ
- o อื่น ๆ ได้แก่ การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ โรคต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืนบ่อย ๆ เช่น ต่อม

ลูกหมากโต

๒. ปัจจัยภายนอกร่างกาย

- ๑) เก้าอี้ เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่แข็งแรง มีล้อ หรือทำด้วยพลาสติก อาจทำให้หกล้มได้
- ๒) เก้าอี้หรือเตียงนอนที่มีระดับความสูงไม่เหมาะสม ทำให้นั่งและลุกลำบาก
- ๓) โถส้วมที่มีความสูงไม่เหมาะสม ต้องนั่งยอง ทำให้ลุกลำบาก
- ๔) ทางเดินหรือห้องน้ำที่ไม่มีที่ให้ยึดเกาะ
- ๕) พื้นลื่น พื้นไม่เรียบ บริเวณจุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน ไม่ควรมีธรณีประตู
- ๖) บันไดไม่มีราวจับ หรือขั้นบันไดหรือมีระดับความกว้างและความสูงของขั้นบันไดไม่พอเหมาะ
- ๗) แสงสว่างไม่เพียงพอ
- ๘) สัตว์เลี้ยง ซึ่งอาจขวางทางเดิน หรือกระชากหรือกระโจนใส่
- ๙) มีที่กั้นขวาง มีสายไฟ พรอม ของเล่นเด็ก ที่กีดขวางทางเดิน

๓. ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ปีนเก้าอี้หรือที่สูง ลุกขึ้นยืนและก้าวเดินอย่างรวดเร็ว เดินในที่มืด ถอดหรือสวมใส่กางเกงในทำยีน หรือยีนอาบน้ำ

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

นอกจากการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มตามปัจจัยภายนอกที่กล่าวเบื้องต้นแล้ว การป้องกันอื่น ๆ ที่ควรปฏิบัติด้วย มีดังนี้

๑. สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่พอดี ไม่หลวมหรือรัดจนเกินไป
๒. ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำ เช่น การมองเห็น การได้ยินเสียง วัดความดันโลหิตและตรวจร่างกายประจำปีทุกปี
๓. ไม่รับประทานยาที่ไม่จำเป็น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับประทานยาใหม่ทุกครั้งและนำยาทั้งหมดไปให้แพทย์ดู
๔. ควรลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยที่สุด
๕. ออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อและข้อมีความยืดหยุ่นดี และยังทำให้การทรงตัวดีขึ้น
๖. เปลี่ยนท่าช้า ๆ เช่น ลุกยืนและเดินช้า ๆ พยายามมองหาวัตถุรอบตัวที่สามารถเกาะยึดได้
๗. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวไม่ดีควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือคอกอะลูมิเนียม

ที่มี ๔ ขา (walker)

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. *สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕. ๒๕๖๖*. เข้าถึงเมื่อ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๗, เข้าถึงได้จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/01/ill_2023_full_30012567.pdf

Assantachai P, Praditsuwan R, Chatthanawaree W, Pisalsarakij D, Thamlikitkul V. Risk factors for falls in the Thai elderly in an urban community. *J Med Assoc Thai*. 2003 Feb, 86(2), 124-30.

Sophonratanapokin B, Sawangdee Y, Soonthorndhada K. Effect of the living environment on falls among the elderly in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2012 Nov, 43(6), 1537-47.

Worapanwisit T, Prabpai S, Rosenberg E. Correlates of Falls among Community-Dwelling Elderly in Thailand. *J Aging Res*. 2018 May 24, 2018,

8546085

Sookprome S. Result of head injuries in elderly at Pranangklaeo hospital. *JPMAT*. 2021 Jan. 13 [cited 2023 Apr. 8], 10(3), 426-37. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/247114>

Muangpaisan W, Suwanpatoomlerd S, Srinonprasert V, Sutipornpalangkul W, Wongprikron A, Assantachai P. Causes and course of falls resulting in hip fracture among elderly Thai patients. *J Med Assoc Thai*. 2015 Mar, 98(3), 298-305.

Sura-Amonrattana U, Tharmviboonsri T, Unnanuntana A, Tantigate D, Srinonprasert V. Evaluation of the implementation of multidisciplinary fast-track program for acute geriatric hip fractures at a University Hospital in resource-limited settings. *BMC Geriatr*. 2021 Oct 12, 21(1), 548.

Sucharitpongpan W, Daraphongsataporn N, Saloa S, Philawuth N, Chonyuen P, Sriruanthong K, et al. Epidemiology of fragility hip fractures in Nan, Thailand. *Osteoporos Sarcopenia*. 2019

Mar, 5(1), 19-22.

Vaseenon T, Luevitonvechkij S, Wongtriratanachai P, Rojanasthien S. Long-term mortality after osteoporotic hip fracture in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Densitom.* 2010 Jan-Mar, 13(1), 63-67.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะ
สมองเสื่อม. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น, ๒๕๕๗.



Urinary incontinence (ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่คือการที่มีปัสสาวะปริมาณน้อยหรือมากเกินไปแล้วแต่เล็ดราดออกมาโดยไม่ตั้งใจ อาการนี้พบบ่อยมากในผู้สูงอายุ โดยมีถึงประมาณ ๑ ใน ๓ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะนี้มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบมากขึ้นตามอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเกินครึ่งมักไม่บอกว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถ้าไม่มีการถามนำถึงอาการ น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะปรึกษาแพทย์เรื่องกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากคิดว่าปกติตามอายุ แต่แท้จริงแล้วถือว่าผิดปกติ หรืออาจคิดว่าเป็นเรื่องน่าอายไม่น่าเล่าให้ผู้อื่นฟัง และบางครั้งก็ไม่รู้ว่ามียุทธวิธีการรักษาหลายวิธีที่ได้ผล และมีวิธีการแก้ไขได้ ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อ เช่น เกิดผื่นผิวหนัง ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หกล้ม ไม่กล้าออกนอกบ้านหรือเข้าสังคม

ในขั้นแรกมักต้องแยกว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานหรือยัง เป็นแบบชั่วคราวหรือแบบต่อเนื่องเรื้อรัง

หากเป็นแบบชั่วคราวหรือเป็นมาไม่นาน มักเกิด
จากสาเหตุดังตัวย่อ **“DIAPERS”** คือ

- **D: delirium** ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน เมื่อมีอาการ
ดังกล่าวมักกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งต้องหาสาเหตุที่
ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน
- **I: infection** หากมีการติดเชื้อของระบบทางเดิน
ปัสสาวะ เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะ
อักเสบ อาจกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในกรณีนี้ต้องตรวจ
ปัสสาวะ
- **A: atrophic vaginitis/ urethritis** ผู้สูงอายุหญิง
ที่มีการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีเยื่อบุช่องคลอด
และท่อปัสสาวะแห้ง ทำให้เกิดการอักเสบกระตุ้นให้
ต้องการปัสสาวะ
- **P: pharmaceutical** ยาบางชนิดอาจทำให้กลั้น
ปัสสาวะไม่อยู่ เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดัน
โลหิตชนิดยับยั้งแอลฟา (alpha-blocker) ยาทางจิต
ประสาทบางชนิด
psychological เช่น ซึมเศร้า
- **E: excessive urine output** ในภาวะที่ปัสสาวะ
มาก เช่น ดื่มน้ำมาก แคลเซียมในเลือดสูง น้ำตาล
ในเลือดสูง
- **R: restricted mobility** เคลื่อนไหวได้น้อย ไปเข้า
ห้องน้ำไม่ทัน

• **S: stool impaction** มีอุจจาระอุดตันลำไส้

ในกรณีที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบต่อเนื่องเรื้อรัง แบ่งออกได้เป็นหลายชนิด โดยชนิดหลัก ๆ ได้แก่

๑. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (stress incontinence) เช่น ไอ จาม เบ่ง กระโดด ยกของหนัก โดยเกิดจากมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้องส่งผลต่อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะปริมาณไม่มากเล็ดออกมา พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยสาเหตุที่สำคัญในผู้หญิงคือการเคยคลอดบุตร การเคยรับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน สำหรับในผู้ชายพบได้น้อยกว่า แต่ที่พบมักเกิดตามหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
๒. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อปวดปัสสาวะเฉียบพลัน (urge incontinence) และมีความต้องการจะปัสสาวะทั้ง ๆ ที่เพิ่งปัสสาวะไปไม่นาน แต่จะปวดปัสสาวะบ่อย อาจเกิดจากความผิดปกติของผนังกระเพาะปัสสาวะที่มีความไวเกินในการบีบตัว มีการอักเสบติดเชื้อ หรือการควบคุมทางระบบประสาทผิดปกติ ทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัว ทั้งที่ยังมีปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะไม่มาก เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความผิดปกติของไขสันหลัง โพรงสมองคั่งน้ำ

๓. ปัสสาวะเล็ดราดจากการที่มีปัสสาวะล้นกระเพาะปัสสาวะ (overflow incontinence) ภาวะนี้จะพบในผู้ที่มีปัสสาวะล้นกระเพาะปัสสาวะจนทันออกมา จะพบว่ามัก่อนบริเวณท้องน้อยจากกระเพาะปัสสาวะขยายตัว พบในผู้ป่วยที่ระบบประสาทควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเสียไป เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานานจนระบบประสาทอัตโนมัติเสียไป ผู้ป่วยที่มีโรคที่ประสาทไขสันหลัง หรือในผู้ที่มีการอุดตันของทางออกของปัสสาวะ ทำให้เบ่งปัสสาวะไม่ออก เช่น ในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโตและเกิดการบวมอุดทางออกของกระเพาะปัสสาวะ หรือในผู้ป่วยที่มีท่อปัสสาวะตีบ
๔. ปัสสาวะเล็ดราด โดยที่ไม่มีความผิดปกติของระบบควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยตรง แต่เกิดจากปัญหาทางสมองในการคิดอ่าน (functional incontinence หรือ geriatric incontinence) เช่น สมองเสื่อม หาดังน้ำไม่พบ ไม่ทราบว่าจะตนเองต้องเข้าห้องน้ำ หรือมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทัน เช่น มีปัญหาเข้าเสื่อม เดินลำบากหรือแขนขาอ่อนแรงจากโรคทางระบบประสาท

สิ่งที่คุณควรปฏิบัติ

การปฏิบัติเพื่อลดอาการหรือแก้ไข ขึ้นอยู่กับชนิดและสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยรักษาสาเหตุที่แก้ไขได้ โดยเฉพาะกรณีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว และหากกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเรื้อรัง การดูแลแต่ละชนิดจะแตกต่างกัน เช่น

- หากเป็นชนิดปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (stress incontinence) ให้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) การใส่อุปกรณ์พยุงช่องคลอด หรือผ่าตัด
- หากเป็นชนิดปัสสาวะเล็ดราดเมื่อปวดปัสสาวะเฉียบพลัน (urge incontinence) ควรฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) หรือการใช้ยากลุ่ม anticholinergic

สำหรับคำแนะนำโดยรวมของผู้ที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีดังนี้

๑. งดแอลกอฮอล์ กาเฟอีน เนื่องจากกระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อย
๒. งดอาหารที่มีความเป็นกรดสูง
๓. งดยาขับปัสสาวะเพราะจะทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดมากขึ้น

๔. ควบคุมโรคประจำตัวให้ดี เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีเพื่อไม่ให้มีปัสสาวะมาก และเกิดปัสสาวะบ่อย
๕. หลีกเลี่ยงการท้องผูก รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ
๖. ออกกำลังกายให้เกิดการเคลื่อนไหวเป็นประจำ
๗. ลดความอ้วน หากน้ำหนักตัวเกิน
๘. ผู้ชายที่มีอาการปัสสาวะไม่สุด ไม่พุ่ง ต้องแบ่งปัสสาวะนานและปัสสาวะหยุดหลังปัสสาวะเสร็จ และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ควรตรวจต่อมลูกหมาก และรักษาโรคต่อมลูกหมากโต

เอกสารอ้างอิง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวช
ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.
ม.ป.ท., ๒๕๖๔.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงอายุและภาวะ
สมองเสื่อม. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น, ๒๕๕๗.

Limpawattana P. Sawanyawisuth K, Soonpornrai S, Huangthaisong W. Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand. *Asian Biomedicine* 2011, 5, 493-7.

Thirugnansothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ*. 2010 Aug 9, 341, c3835. doi: 10.1136/bmj.c3835.





Vaccination

(วัคซีน)

เมื่ออายุมากขึ้น การตอบสนองด้านภูมิคุ้มกันจะลดลง เรียกว่า immunosenescence ทำให้การตอบสนองต่อวัคซีนลดลง ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุก็มักมีการถดถอยของร่างกาย เปราะบาง และมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคเบาหวาน โรคไต ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อติดเชื้อ ต้องนอนโรงพยาบาล เกิดทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้สูงกว่าวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ ยังพบว่าหลังการติดเชื้อผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย หรือผู้ที่เปราะบาง มักมีการถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมาก ทั้งจากสมรรถภาพทางกายและสมองที่ถดถอยลง และยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบสูงขึ้นภายในช่วงสัปดาห์แรก ๆ หลังการติดเชื้อซึ่งเกิดจากการที่มีกระบวนการอักเสบภายในร่างกาย ประกอบกับการไหลเวียนเลือดลดลงในช่วงเจ็บป่วย ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้

สำหรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่แนะนำในผู้สูงอายุ มีดังนี้

๑. วัคซีนไขหวัดใหญ่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยไขหวัดใหญ่อาจมีอาการไม่ชัดเจน เช่น ไม่มีไข้ หรือมีอาการกำเริบของโรคหอบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือน้ำท่วมปอดแทน และอาจเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากไวรัสไขหวัดใหญ่เอง หรือจากเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน และมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหลอดเลือดสมองตีบภายใน ๓-๔ สัปดาห์แรกหลังป่วยเป็นไขหวัดใหญ่เพิ่มขึ้นหลายเท่า

สำหรับวัคซีนไขหวัดใหญ่มี ๒ ชนิด คือ ชนิด ๓ สายพันธุ์ และชนิด ๔ สายพันธุ์ โดยมีชนิดที่เป็นแบบขนาดมาตรฐาน (standard dose) และขนาดสูง (high dose สำหรับผู้ที่อายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป) โดยชนิดขนาดสูงสามารถลดการติดเชื้อไขหวัดใหญ่แบบมีอาการได้มากกว่า ลดการนอนโรงพยาบาลจากไขหวัดใหญ่และลดการเสียชีวิตได้มากกว่า ปกติวัคซีนนี้เป็นวัคซีนฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยทั่วไปในประเทศไทยมักฉีดก่อนการระบาดในฤดูฝนคือประมาณเดือนเมษายน-พฤษภาคม แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไขหวัดใหญ่ในประเทศไทยมีการระบาดตลอดทั้งปีจึงอาจฉีดในช่วงอื่นของปีก็ได้

๒. วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) การติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีพบได้ในทารก เด็ก และผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่น โดยอาการคล้ายกับการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ แยกกันไม่ได้ แต่อาจมีความแตกต่างบ้างเช่น พบอาการคัดจมูก และหลอดลมตีบ มีเสียงหายใจหวีดมากกว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อนี้คล้ายกับไข้หวัดใหญ่ คือ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้มีโอกาสนอนโรงพยาบาลเมื่อติดเชื้ออาร์เอสวีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้ออาร์เอสวีจะคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ติดเชื้ออาร์เอสวีมีโอกาสติดเชื้อซ้ำได้ค่อนข้างสูงเนื่องจากภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการเคยติดเชื้อนั้นมาก่อนนั้นอยู่ได้ไม่นาน การฉีดวัคซีนนี้มักฉีดในช่วงฤดูฝน โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๑ ครั้ง ในผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป หรืออายุ ๕๐-๕๙ ปี แต่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนเมื่อติดเชื้อดังกล่าวแล้ว ในอนาคต การใช้วัคซีนนี้อาจครอบคลุมไปถึงประชากรกลุ่มอื่นตามการวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่

๓. วัคซีนนิวโมค็อกคัส (pneumococcal vaccine)
วัคซีนนี้ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียนิวโมค็อกคัส
ที่รุนแรง เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งการติดเชื้อนี้มักพบ
ในเด็ก ผู้สูงอายุ หรือมีโรคประจำตัวที่ทำให้
ภูมิคุ้มกันไม่ดี ในปัจจุบัน มีวัคซีนที่ใช้ในผู้สูงอายุ
๓ ชนิด ได้แก่ วัคซีนชนิดคอนจูเกต ๑๓ สายพันธุ์
(13-valent pneumococcal conjugate vaccine:
PCV13) ซึ่งกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูง และอยู่ได้นาน
วัคซีนชนิดพอลิแซ็กคาไรด์ ๒๓ สายพันธุ์
(23-valent pneumococcal polysaccharide
vaccine: PPSV23) ที่กระตุ้นภูมิคุ้มกันอยู่ได้
ไม่นาน วัคซีนชนิด PCV15 และ PCV 20 โดย
วิธีการฉีด หากไม่เคยฉีดวัคซีนนี้มาก่อนให้เริ่ม
จาก PCV13 หรือ PCV15 แล้วหลังจากนั้น ๑ ปี
พิจารณาฉีด PPSV23 หรือฉีด PCV20 โดยฉีดใน
ผู้ที่อายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป สำหรับผู้ที่อายุ ๑๘-
๖๔ ปี แต่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงหรือมีภูมิคุ้มกัน
บกพร่องควรได้รับการฉีดวัคซีนนี้เช่นกัน แต่
ความห่างของระยะการฉีด PCV13/PCV15 กับ
PPSV23 จะขึ้นอยู่กับความเสี่ยงที่เป็น

๔. วัคซีนบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน (Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Vaccine; Td, Tdap, TdaP และ aP) เมื่ออายุมากขึ้น ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อทั้ง ๓ ชนิดลดลง

- บาดทะยัก เกิดจากสารพิษจากเชื้อแบคทีเรีย *Clostridium tetani* โดยทั่วไปมักมีอาการหลังจากได้รับเชื้อประมาณ ๓-๒๑ วัน โดยเกิดอาการกรามแข็ง อ้าปากไม่ออก กลืนลำบาก กล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง ทำให้หายใจลำบาก กระตุกหักได้
- คอตีบ เกิดจากสารพิษจากเชื้อแบคทีเรีย *Corynebacterium diphtheriae* ติดต่อกันทางละอองจากการจามหรือไอ มีอาการไข้ เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองที่คอโต และมีแผ่นสีขาวติดที่ต่อมทอนซิลและคอหอย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทางเดินหายใจอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เส้นประสาทอักเสบ
- ไอกรน เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Bordetella pertussis* ซึ่งแพร่กระจายให้เกิดการติดต่อย่างมาก มีอาการไอรุนแรงเป็นระยะ ๆ และยาวนาน เดิมจึงเรียก

โรคไอ ๑๐๐ วัน บางคนเกิดภาวะ
แทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบหรือเกิด
ภาวะแทรกซ้อนจากการไอที่รุนแรง เช่น
เยื่อหุ้มปอดทะลุ

โดยปกติแนะนำให้ฉีดวัคซีนกลุ่มนี้ซ้ำกล้ำเนื้อ
โดยฉีด Td ทุก ๑๐ ปี และให้แทนด้วย Tdap หรือ
TdaP ๑ โดส

๕. วัคซีนงูสวัด (zoster vaccine) ในปัจจุบัน วัคซีน
งูสวัดมี ๒ ชนิด คือ วัคซีนชนิดเชื้อมีชีวิตอ่อนฤทธิ์
ซึ่งฉีดได้ผิวนิ่งครั้งเดียวในผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
ป้องกันการเกิดงูสวัดได้ร้อยละ ๓๘-๗๐ ตาม
อายุ คือ ยิ่งอายุมากขึ้น การป้องกันได้จะลดลง
และเมื่อเวลาผ่านไปหลายปี ประสิทธิภาพในการ
ป้องกันการเกิดงูสวัดจะยิ่งลดลง วัคซีนประเภทนี้
ป้องกันอาการปวดปลายประสาทหลังเกิดงูสวัด
(postherpetic neuralgia) ได้ประมาณ ๒ ใน ๓
สำหรับวัคซีนงูสวัดชนิดที่ ๒ คือ ชนิดตัดต่อ
พันธุกรรม ซึ่งต้องฉีดซ้ำกล้ำเนื้อ ๒ ครั้งห่างกัน
๒-๖ เดือนในผู้ที่อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป วัคซีนชนิดนี้
สามารถป้องกันการเกิดงูสวัดได้เกินร้อยละ ๙๐
แม้อายุจะมากขึ้น และป้องกันการเกิดอาการปวด
ปลายประสาทหลังเกิดงูสวัดได้ประมาณร้อยละ

๙๐ และประสิทธิภาพยังสูงประมาณร้อยละ ๙๐
แม้ระยะเวลาห่างหลังฉีดเป็น ๑๐ ปี

เอกสารอ้างอิง

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการให้วัคซีน
ป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. เข้าถึงเมื่อ ๑๗
กันยายน ๒๕๖๗, เข้าถึงได้จาก [https://www.pidst.
or.th/A1333.html](https://www.pidst.or.th/A1333.html)



World Health Organization: Integrated Care for Older People

(องค์การอนามัยโลก: การดูแล
ผู้สูงอายุแบบผสมผสาน)

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่ดี (healthy aging) เป็นกระบวนการพัฒนาและคงสภาพของสมรรถภาพของร่างกายในการใช้ชีวิตเพื่อนำไปสู่สุขภาวะที่ดี (well-being) ในวัยสูงอายุ ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๗๓ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็น “ทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่ดี (decade of healthy aging)” ที่มีความร่วมมือกันขององค์กร หน่วยงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้สมรรถภาพของร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงที่เหมาะสมที่สุด โดยการที่จะมีสมรรถภาพของร่างกายในการใช้ชีวิตที่ดีได้เกิดจากการที่มีศักยภาพภายในของร่างกาย (intrinsic capacity) ร่วมกับสิ่งแวดล้อมที่ดี

องค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่ดี (healthy aging)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้นิยามของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่ดีว่าประกอบไปด้วย ๓ ส่วน ได้แก่

๑. สมรรถภาพของร่างกายในการใช้ชีวิต (functional ability) เป็นการรวมกันของ ๒ สิ่ง คือ ศักยภาพภายในของร่างกาย (intrinsic capacity) ของบุคคลคนหนึ่ง และสิ่งแวดล้อม (environment) ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ๒ สิ่งนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ๖ ด้านดังนี้

- ๑) ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อให้มีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีมาตรฐาน (ได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การได้รับบริการการดูแลทางสุขภาพและบริการการดูแลระยะยาว รวมถึง ยารักษาโรค อย่างเหมาะสม เพียงพอ)
- ๒) เรียนรู้เติบโตและมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (เสริมสร้างความเป็นอัตตาณัติ บุรณภาพ และ ความมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี)
- ๓) เคลื่อนไหวได้ (ทั้งในการทำกิจวัตรประจำวันและ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ)
- ๔) สร้างและธำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (กับลูกหลาน ครอบครัว คนรู้จักใกล้ชิด เพื่อนบ้าน และอื่น ๆ)
- ๕) เป็นผู้มีส่วนให้แก่สังคม (เช่น ช่วยเพื่อน ให้คำแนะนำวัยที่อ่อนกว่า ดูแลสมาชิกครอบครัว ทำงานจิตอาสา ทำงานหรือสืบสานกิจกรรมทาง วัฒนธรรมประเพณี)

๒. **ศักยภาพภายในของร่างกาย (intrinsic capacity)** เป็นการรวมทั้งศักยภาพทางกายและทางจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (locomotor) ด้านการรับรู้ (เช่น การมองเห็น และการได้ยิน) ด้านพลังกำลัง (vitality ได้แก่ พลังงานและสมดุล โภชนาการ) ด้านปริชาน (cognition) และด้านจิตใจ (psychological status) ซึ่งศักยภาพภายในของร่างกาย (intrinsic capacity) ขึ้นกับ ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ๑) ลักษณะส่วนบุคคล ๒) ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการใช้ชีวิต ๓) พันธุกรรม

๓. **สิ่งแวดล้อม** ซึ่งครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและที่สร้างขึ้นมา ผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยี การสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่น การบริการ ระบบ และนโยบายที่อาจส่งผลต่อสมรรถภาพของร่างกายในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุในด้านศักยภาพภายในของร่างกาย (intrinsic capacity)

การเปลี่ยนแปลงศักยภาพภายในของร่างกาย (intrinsic capacity) ในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ๓ ระยะ

๑. ระยะที่มีศักยภาพสูงและคงที่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

๒. ระยะที่มีศักยภาพเริ่มถดถอย แต่อาการอาจยังไม่ชัดเจนนัก เช่น เริ่มเดินทรงตัวไม่ดี เดินช้าลงบ้าง แต่ยังไม่

เกิดการหกล้ม กระตุกหัก ในระยะนี้เน้นการคัดกรอง ค้นหา
ชะลอ และแก้ไขสาเหตุที่แก้หรือเปลี่ยนแปลงได้

๓. ระยะที่มีศักยภาพสูญเสียไปอย่างมาก เป็นระยะ
ที่มีอาการเห็นชัด เช่น หกล้ม กระตุกหัก หลงลืมอย่างชัดเจน
น้ำหนักลดอย่างมาก ในระยะนี้ต้องมีจัดการดูแลภาวะต่าง ๆ
อย่างเหมาะสม

WHO: Integrated Care for Older People (ICOPE)

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๗๓ นี้ องค์การอนามัยโลก
ได้เน้นการดำเนินการโดยความร่วมมือกันของหน่วยงาน
ต่าง ๆ ในทุกระดับเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และช้ำรงไว้
ซึ่งศักยภาพภายในของร่างกาย โดยเน้นที่ ๔ กระบวนการ
ได้แก่

๑. เปลี่ยนมุมมอง ความคิด ความรู้สึก และการ
แสดงออกต่อผู้สูงอายุและการสูงวัย คือ ลดการเหยียดอายุ
(agism)

๒. ทำให้ชุมชนสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีสมรรถภาพที่
เหมาะสม

๓. ดำเนินการให้มีการดูแลแบบผสมผสานโดยยึด
บุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered integrated care) และ
การดูแลปฐมภูมิที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุ

๔. จัดหาให้ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการของการดูแล
ระยะยาว สามารถเข้าถึงบริการได้

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำคู่มือฝึกอบรม Integrated Care for Older People (ICOPE) เน้นการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การคัดกรองค้นหาการถดถอยของศักยภาพภายในของร่างกาย การประสานการดูแลแก้ไข ทั้งด้านสุขภาพและสังคมสิ่งแวดล้อม และส่งต่อในกรณีจำเป็น โดยมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง เป็นการวางแผนร่วมกันทั้งฝั่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยการคัดกรองเบื้องต้นในด้านต่าง ๆ ของศักยภาพภายในของร่างกาย มีดังนี้

๑. **ด้านการเคลื่อนไหว (locomotor)** ใช้ chair rise test คือ ให้ลุกนั่งจากเก้าอี้ให้เร็วที่สุด ๕ ครั้ง โดยมีประสานที่หน้าอก หากเกิน ๑๔ วินาที ถือว่าผิดปกติ

๒. **ด้านพลังกำลัง (vitality)** เป็นการคัดกรองความเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ โดยการถาม ๑) น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจเกิน ๓ กิโลกรัม ใน ๓ เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ และ ๒) เบื่ออาหาร หากตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” ถือว่า “ผิดปกติ”

๓. **การมองเห็น (vision)** ทดสอบการมองเห็นด้วย WHO vision test สายตาที่ละข้างแยกกันและพร้อมกัน ๒ ตา

๔. **การได้ยิน (hearing)** ทดสอบการได้ยินโดยกระซิบข้างหู (whisper test) และใช้แอปพลิเคชันกดชุดหมายเลขที่ได้ยิน (digit-in-noise test) หากรายงานผลการได้ยินผิด ถือว่า “ผิดปกติ”

๕. **ปรีชา (cognition)** ให้จำคำ ๓ คำ แล้วถามวัน และสถานที่ หลังจากนั้นถาม ๓ คำแรกที่ให้จำ ถือว่าผิดปกติ หากจำวัน สถานที่ หรือจำ ๓ คำตอนหลังไม่ได้

๖. **จิตใจ (psychological)** โดยการถามว่า ภายใน ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา มี ๑) หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง ๒) เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลินใจ หากตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” ถือว่า “ผิดปกติ”

หากผลคัดกรอง (screen) ปกติจะให้คำแนะนำในการดูแลโดยทั่วไป หากผิดปกติในแต่ละด้านจะมีการประเมิน (assess) เพิ่มเติม หากยืนยันว่าผิดปกติควรประเมินและจัดการ ๑) ภาวะโรคร่วม ๒) ประเมินและจัดการทางสิ่งแวดล้อม กายภาพและสังคม และวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในกรณีที่เกิดศักยภาพ การดูแลในชุมชนจะต้องวางแผนการส่งต่อและติดตามผล และส่งเสริมการสนับสนุนผู้ดูแลและชุมชน

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน และตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้มีการปรับให้มีการคัดกรองและการประเมินในด้านต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับแรกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับ ๒ โดยบุคลากรประจำโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และระดับ ๓ คือ โดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization, 2020. Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. *World report on ageing and health.* Geneva: World Health Organization, 2015.

Integrated Care for Older People: A manual for primary care physicians (Facilitator's Guide). New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔.*



Xerosis (ผิวแห้ง)

ภาวะผิวแห้งเป็นสาเหตุการคันที่ผิวหนังที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ พบได้ประมาณร้อยละ ๕๕ ในผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป อาการคันอาจทำให้เกาอย่างรุนแรงจนผิวหนังอักเสบ เกิดแผล ติดเชื้อแทรกซ้อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตำแหน่งที่เป็นมักเป็นตำแหน่งที่มีต่อมไขมันน้อย เช่น ขาบริเวณใต้เข่าลงไป แขน เท้า มือ แต่อาจเกิดที่ต้นขาหรือสีข้างของลำตัวก็ได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดผิวแห้ง

๑. ปัจจัยจากอายุ ที่เกิดจากอายุโดยตรงหรือเกิดจากโรคที่พบมากขึ้นตามอายุ
 - ๑) *เกิดจากอายุ* เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบางอย่างที่ทำให้ผิวแห้งคัน หรือโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังได้มากขึ้น ดังนี้
 - ชั้นหนังแท้มีการลดลงของเซลล์สร้างเส้นใย เส้นใยคอลลาเจนและอีลาสตินของผิวหนังในผู้สูงอายุจะลดลงและเรียงตัวไม่ดี ทำให้ผิวหนังบาง เหี่ยวย่น สูญเสียความยืดหยุ่น

- ไชมันชั้นใต้ผิวหนังลดลงและหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังเปราะแตกง่าย เกิดจำเลือดตามผิวหนังได้ง่ายจากการกระทบกระแทกเพียงเบา ๆ หรือเกิดจำเลือดเมื่อรับประทานยาที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของเลือดออก
- ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลดลง ความสามารถในการเก็บความชื้นที่ผิวหนังลดลง ชั้นซีไคลมีส่วนประกอบของไขมันลดลง น้ำในชั้นผิวหนังลดลง ทำให้ผิวแห้ง คัน
- การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังลดลง อาการผิวหนังอักเสบหรือผื่นแพ้ที่ผิวหนังไม่ชัดเจน
- ปุ่มหนังแท้ที่ยึดติดกับหนังกำพร้าแบนลง ทำให้เกิดการลอกตัว เป็นตุ่มน้ำได้ง่าย
- การซ่อมแซมดีเอ็นเอของเซลล์ผิวหนังและการผลัดเซลล์ลดลง แผลหายช้ากว่าปกติ และการลอกของชั้นผิวหนังและการงอกของเล็บช้ากว่าคนหนุ่มสาว
- การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังลดลง

- ๒) **เกิดจากโรค** เช่น โรคเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ โรคตับ โรคไต โรคสะเก็ดเงิน โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง โรคผิวหนังอื่น ๆ โรคติดเชื้อ ใช้ยาหลายชนิด
๒. **ปัจจัยภายนอก** เช่น อยู่ในที่อากาศแห้ง เย็น ห้องแอร์ หน้าเตาไฟ ถูกแดดร้อนเป็นเวลานาน ประจำ ใช้สบู่หรือผงซักฟอกที่แรง ผสมน้ำหอม หรือมีความเป็นเบสมาก (pH มากกว่า ๗)
๓. **ปัจจัยจากการดำเนินชีวิต** เช่น อาบน้ำหรือแช่น้ำอุ่นเป็นเวลานาน ว่ายน้ำในสระว่ายน้ำที่ผสมคลอรีนประจำ ล้างมือบ่อย

การป้องกันและการดูแล

เป้าหมายคือ ๑) หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดผิวแห้ง ๒) ส่งเสริมให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น ๓) ซ่อมแซมฟื้นฟูหน้าที่ปกป้องของผิวหนัง โดยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ คือ

๑. ไม่อาบน้ำด้วยน้ำร้อนมากและไม่ควรอาบน้ำหรือแช่น้ำอุ่นนานไป
๒. ในช่วงฤดูหนาวหรือในคนที่ผิวหนังแห้งอยู่แล้ว ควรอาบน้ำวันละครั้ง เน้นบริเวณที่สกปรก อับชื้น เช่น รักแร้ ขาหนีบ

๓. ใช้เบบี้ออยล์ ครีม หรือโลชั่นทาตัวหลังอาบน้ำ ภายใน ๓ นาที ขณะที่ผิวยังหมาด ๆ ผลิตภัณฑ์ที่มีกรดแลกติกหรือไกลโคลิกจะช่วยกำจัดขุยที่ผิวหนังที่เกิดจากผิวแห้งและทำให้ผิวชุ่มชื้น ผลิตภัณฑ์ที่มีลาโนลิน ไวท์บีโทรลาตัมหรือยูเรีย ผสมช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้นได้
๔. ใช้สบู่อ่อน เช่น สบู่เด็ก ฟองไม่มาก ไม่มีน้ำหอม ผสม และไม่ขัดผิว อาจใช้สบู่เฉพาะบริเวณใบหน้า รักแร้ ขาหนีบและบริเวณที่ลับเท่านั้น
๕. หลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่ทำจากผลิตภัณฑ์ที่อาจระคายเคืองผิว
๖. รับประทานให้ครบหมู่ และดื่มน้ำให้เพียงพอ ๖-๘ แก้วต่อวันเพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิว
๗. ในกรณีที่ผิวแห้งมาก อักเสบ ตกเป็นแผล บวมแดงเจ็บ ควรปรึกษาแพทย์

เอกสารอ้างอิง

Dalgleish L, Campbell J. Xerosis in older adults. *Adv Skin Wound Care*. 2022 Jan 1, 35(1), 62-63. doi: 10.1097/01.ASW.0000803780.72502.f4.



Years of life (ปีสุขภาวะ)

ปีสุขภาวะ มักใช้ในการรายงานเปรียบเทียบภาระโรค (burden of disease) และเปรียบเทียบผลของการให้การดูแลสุขภาพต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น

ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability-adjusted life years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร

1 DALYs คือ ๑ ปีที่สูญเสียสุขภาวะที่ดีที่สุดที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บ การสูญเสียปีสุขภาวะนับรวมทั้งจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (years of life lost due to premature mortality: YLLs) และจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ เช่น เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ (years of life lost due to disability: YLDs)

ภาพรวมของทั่วโลกในหลายปีที่ผ่านมาพบว่าภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable disease: NCDs) เพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคติดต่อ โดยเฉพาะกลุ่มโรคติดต่อเชื้อเอชไอวีและเอดส์ อูจาจาระร่วง และกลุ่มความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด ความผิดปกติ

ทางโภชนาการ ลดลง และภาระโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บลดลง การรายงานผล DALYs ทั้งส่วนของ YLLs และ YLDs อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละรายงานเนื่องจากอาจมีการใช้วิธีในการวิจัยและการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่ไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ การรายงานโรคบางอย่างในปัจจุบันเริ่มมีรายงานโรคมามากขึ้นเมื่อเทียบกับสมัยก่อน ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ทำให้โรคหรือภาวะที่พบบ่อยในรายงานแต่ละแห่งอาจแตกต่างกันบ้าง

สำหรับในประเทศไทย ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ในผู้ชาย ๓ ลำดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและเนื้องอก และการบาดเจ็บทางถนน สำหรับผู้หญิง ๓ ลำดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไต สำหรับในผู้สูงอายุชาย สาเหตุหลักคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคมะเร็งและเนื้องอก และในผู้สูงอายุหญิง ๓ ลำดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคไต

สำหรับบางภาวะเป็นการเจ็บป่วย เกิดทุพพลภาพ บกพร่องทางสุขภาพ แต่ไม่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLDs) พบว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในผู้ชาย ได้แก่ โรคไม่ติดต่ออื่น ๆ การบาดเจ็บทางถนน และความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ในขณะที่ในผู้หญิง ได้แก่ โรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ความผิดปกติ

ทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อเสื่อม รวมถึงอาการปวดหลัง
ปวดคอ และความผิดปกติทางจิต แต่ในผู้สูงอายุทั้งชายและ
หญิง สาเหตุหลักคือ กลุ่มความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ
และโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังพบสาเหตุ
อื่น ๆ ที่พบบ่อย เช่น ความผิดปกติในช่องปาก อวัยวะเกี่ยวกับการ
รับรู้ (เช่น ตาบอด ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม การสูญเสีย
การได้ยิน) ความผิดปกติทางจิต (เช่น วิตกกังวล โรคซึมเศร้า)
การพลัดตกหรือล้ม ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้
เกิดทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตไม่ดี

เมื่อพิจารณา ๑๐ อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ
ของผู้สูงอายุไทย มีดังนี้

ผู้ชาย ๑. โรคหลอดเลือดสมอง ๒. โรคเบาหวาน
๓. โรคหัวใจขาดเลือด ๔. โรคมะเร็งตับ ๕. โรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง ๖. การบาดเจ็บทางถนน ๗. โรคมะเร็งหลอดลมและปอด
๘. โรคไตเรื้อรัง ๙. การพลัดตกหรือหกล้ม ๑๐. โรคมะเร็งลำไส้
และทวารหนัก

ผู้หญิง ๑. โรคเบาหวาน ๒. โรคหลอดเลือดสมอง
๓. โรคหัวใจขาดเลือด ๔. โรคไตเรื้อรัง ๕. โรคอัลไซเมอร์
และภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ ๖. โรคมะเร็งตับ ๗. โรคมะเร็งหลอดลม
และปอด ๘. การพลัดตกหรือล้ม ๙. การบาดเจ็บทางถนน
๑๐. โรคข้อเสื่อม

Quality-Adjusted Life Year (QALYs)

QALYs เป็นอีกคำหนึ่งที่มีความหมายเกี่ยวกับระยะเวลาจำนวนปีที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต โดย 1 QALY คือ ผลคูณของระยะเวลาเป็นปี กับคุณภาพชีวิต ได้เท่ากับ ๑ เช่น อยู่ได้ ๑ ปี อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มที่ มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม หรือหากมีสุขภาพที่สมบูรณ์เพียงครึ่งเดียวของความสมบูรณ์เต็มที่ แต่อยู่ได้ ๒ ปี ก็มีค่า QALYs เท่ากับ ๑ เช่นกัน

โดยทั่วไปเนื่องจากการรักษาโรคด้วยวิธีหรือยาต่าง ๆ มีมากมาย ซึ่งอาจยืดระยะเวลาการมีชีวิต หรือคุณภาพชีวิต หรือทั้ง ๒ อย่าง แต่ด้วยข้อจำกัดของการที่มีงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับทุกภาวะ และหน่วยวัดของการเจ็บป่วยแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน จึงต้องปรับให้การวัดของแต่ละโรคคิดแบบเดียวกัน คือ ระยะเวลาคูณกับคุณภาพชีวิต และพิจารณาว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อ 1 QALYs หรือ cost per QALYs ที่เพิ่มขึ้นมาเป็นเท่าไร เหมาะสมที่จะพิจารณางบประมาณในการเลือกใช้การรักษานั้นหรือไม่

ตัวอย่างเช่น การรักษาด้วย ยา ก. สามารถยืดอายุผู้ป่วยได้ ๑๐ ปี โดยในช่วง ๑๐ ปีมีคุณภาพชีวิตครึ่งหนึ่ง คิดเป็น QALYs ๑๐ คูณกับ ๐.๕ เท่ากับ 5 QALYs ในขณะที่การรักษาด้วยยา ข. ยืดอายุผู้ป่วย ๑๕ ปี โดยมีระดับคุณภาพชีวิต ๐.๖ คือ มี QALYs เท่ากับ ๑๕ คูณกับ ๐.๖ เท่ากับ 9 QALYs สมมติว่า ยา ข. ราคาสูงกว่า ยา ก. ๑๐๐,๐๐๐ บาท

แต่ทำให้มี QALYs สูงกว่า ยา ก. ๙ ลบ ๕ เท่ากับ 4 QALYs ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่อ 1 QALYs คือ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ๔ เท่ากับ ๒๕,๐๐๐ บาท

อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอาจเป็นเพียงแค่ว่า ปัจจัยหนึ่งของการตัดสินใจพิจารณาการรักษา แต่ในทางปฏิบัติ มักต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความต้องการของผู้ป่วย มุมมองของแพทย์ จำนวนคนที่ป่วยด้วยโรคนั้น ๆ และมีทางเลือกของการรักษาวิธีอื่นอีกหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย. สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๖๒. นนทบุรี: บริษัท แอนดี เพรส จำกัด, ๒๕๖๖.

GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease

Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18, 403(10440),
2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.

Weinstein MC, Torrance G, McGuire A. QALYs: the basics.
Value Health. 2009 Mar, 12 Suppl 1, S5-9. doi:
10.1111/j.1524-4733.2009.00515.x.





Zoster (งูสวัด)

งูสวัดเกิดจากการกำเริบของการติดเชื้อไวรัส varicella zoster (VZV) โดยการติดเชื้อครั้งแรกทำให้เกิดโรคอีสุกอีใส ซึ่งมักเกิดในวัยเด็กหรือวัยรุ่น ติดต่อโดยหายใจเอาละอองจากทางเดินหายใจของผู้ป่วยเข้าไป หรือจากการสัมผัสกับตุ่มน้ำที่ผิวหนังของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ ช่วงที่เป็นโรคอีสุกอีใส จะมีไข้ ตุ่มน้ำใสขึ้นทั่วตัว และตกสะเก็ดหลุดหายภายใน ๕-๒๐ วัน หลังจากหาย เชื้อซ่อนอยู่ในปมประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเริ่มมีภูมิคุ้มกันที่ฟังก์ชันลดลง หรือภาวะอื่น ๆ ที่ภูมิคุ้มกันลดลง จะเกิดการกำเริบเป็นงูสวัดขึ้นมา ความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิตในการเกิดงูสวัดในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ ๒๐-๓๐ แต่จะเพิ่มสูงขึ้นหลังอายุ ๕๐ ปี และเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๕๐ เมื่ออายุ ๘๕ ปี

อาการ

โดยทั่วไปการเกิดผื่นงูสวัดจะเกิดด้านเดียวของร่างกาย ตามแนวเส้นประสาท ต่อมากลายเป็นตุ่มน้ำ และตกสะเก็ดใน ๗-๑๐ วัน และหายภายใน ๒-๔ สัปดาห์ ใน

ผู้สูงอายุ บางครั้งอาจมีอาการปวดตามปลายประสาทเกิดขึ้น ก่อนมีผื่น โดยปวดแสบ ปวดร้อน หรือเหมือนไฟช็อต ซึ่งหาก ค้นหาตุ่มน้ำของโรคไม่พบ และผู้สูงอายุรายที่บอกเล่าอาการ ปวดได้ไม่ชัดเจน อาจทำให้เข้าใจว่าเป็นโรคอื่น เช่น หากเป็น ตามแนวเส้นประสาทบริเวณหน้าอกอาจเข้าใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน หรือหากเป็นบริเวณศีรษะอาจคิดว่าเป็นไมเกรน หรือเป็นบริเวณท้องอาจคิดว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ นิ้วในทางเดินปัสสาวะ หรืออื่น ๆ ได้ และบางรายอาจมีอาการ นำโดยไม่มีตุ่มของงูสวัดเกิดขึ้น เรียกว่า zoster sine herpette ผู้ป่วยงูสวัดร้อยละ ๒.๕-๒๐ เกิดงูสวัดที่ใบหน้าช่วง หน้าผาก ตามเส้นประสาทแขนงที่ ๑ ของเส้นประสาทสมอง เส้นที่ ๕ (herpes zoster ophthalmicus) ซึ่งเป็นเส้นประสาท ที่ครอบคลุมบริเวณปลายจมูกด้วย เรียกว่า Hutchinson sign ซึ่งหากมีตุ่มงูสวัดที่ปลายจมูกอาจมีรอยโรคที่ดวงตาด้วย นอกจากนั้น งูสวัดอาจเป็นตามเส้นประสาทสมองเส้นอื่น ๆ ทำให้มีอาการตามเส้นประสาทที่รอยโรค เช่น เส้นประสาท สมองเส้นที่ ๗ เกิด Ramsay Hunt syndrome อาจมีอาการ ใบหน้าเบี้ยว ซึ่งมักมีตุ่มน้ำที่หูชั้นนอก เยื่อแก้วหู ลิ้นส่วนหน้า และเพดานแข็ง หากเป็นที่เส้นประสาทสมองเส้นที่ ๘ อาจ มีอาการเวียนศีรษะ มีเสียงดังในหู หูดับ หรือตากระตุก (nystagmus) หากเป็นที่เส้นประสาทเส้นที่ ๙ และ ๑๐ อาจมี อาการเสียงแหบ กลืนลำบาก

งูสวัดอาจทำให้เกิดการอักเสบของไขสันหลัง ทำให้เกิดการอ่อนแรง ชา ความคุมการขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ หากเข้าสมองเกิดการสมองหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งมีอาการเฉพาะที่ของระบบประสาท และชัก

ภาวะแทรกซ้อนโรคงูสวัด

๑. อาการปวดปลายประสาทหลังหายจากงูสวัด (postherpetic neuralgia) โดยส่วนใหญ่หลังผื่นงูสวัดหาย ยังอาจมีอาการปวดปลายประสาทได้อีก ๑-๖ เดือน โดยมีอาการปวดแสบปวดร้อน เหมือนโดนน้ำร้อนลวก ไฟลน ไฟช็อต เข็มทิ่มตำ มีอาการปวดบริเวณที่รับสัมผัส แม้เป็นการสัมผัสทั่วไปที่ไม่ทำให้ปวด (allodynia) โดยเกิดประมาณร้อยละ ๕-๓๐ ในคนทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า ๘๕ ปี อาจเกิดได้ถึงร้อยละ ๕๐ ซึ่งอาการปวดนี้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมาก ทำให้นอนไม่หลับ เครียด ซึมเศร้า รับประทานอาหารไม่ลง การควบคุมอาการปวดจะมีความยากขึ้นในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุเพราะบางที่อาจมีปัญหาเรื่องสมองเสื่อม การเคลื่อนไหวจำกัด และการทำงานของไตไม่ดีอยู่เดิม เนื่องจากยาระงับอาการปวดจากปลายประสาทมักมีข้อจำกัดในการใช้มากขึ้นในกลุ่มดังกล่าว

๒. ติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนในบริเวณที่เป็นตุ่มงูสวัด
๓. ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังอื่น ๆ
๔. ภาวะแทรกซ้อนของกระจกตา ม่านตา เส้นประสาทตาและส่วนอื่น ๆ ของดวงตา
๕. อาการที่หลงเหลือทางระบบประสาทจากงูสวัด เช่น มีอาการหลงลืม แขนขาข้างชาหรืออ่อนแรง
๖. อาการที่เกิดจากหลอดเลือดอุดตัน เช่น เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น ๑.๑๘ เท่า เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ๑.๓ เท่า โดยเฉพาะคนที่มียุงสวัดที่ประสาทแขนงที่ ๑ ของเส้นประสาทสมองเส้นที่ ๕ โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบจะเพิ่มขึ้น ๑.๘ เท่า โดยมักเกิดภายในไม่กี่เดือนหลังเกิดงูสวัด

การวินิจฉัยโรค

โดยปกติโรคนี้วินิจฉัยโดยการดูอาการและลักษณะรอยโรคที่ผิวหนังเป็นหลัก แต่อาจมีบางครั้งที่อาการไม่ชัดเจน อาจมีการขูดฐานของตุ่มนำไปป้ายสไลด์กระจก ปล่อยให้แห้ง แล้วย้อมสีบางชนิด นำไปส่องกล้องจุลทรรศน์ดูเซลล์ขนาดใหญ่ ที่มีหลายนิวเคลียส (multinucleate giant cells) ที่มี inclusion ภายในนิวเคลียส นอกจากนั้น มีการส่งเลือดตรวจดีเอ็นเอของเชื้อโดยเทคนิค polymerase chain reaction (PCR) เพื่อหา

สารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นวิธีหลักที่มาตรฐานสูงสุดในปัจจุบัน ส่วนการเพาะเชื้อไวรัสต้องใช้เวลา ๑-๒ สัปดาห์ และมีความไวในการวินิจฉัยเพียงร้อยละ ๓๐-๗๕ (คืออาจเพาะเชื้อไม่ขึ้นแม้เป็นโรคนี้) ส่วนการตรวจภูมิคุ้มกันในเลือดในช่วงติดเชื้อมีความไวร้อยละ ๖๖-๙๗ และความจำเพาะร้อยละ ๘๒-๙๙

การรักษา

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น acyclovir, famciclovir, valacyclovir จะพิจารณาให้ในกรณีที่อายุมากกว่า ๕๐ ปี มีผื่นรอยโรคหรืออาการปวดที่ค่อนข้างรุนแรง ไม่ได้เป็นรอยโรคบริเวณลำตัว มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยทั่วไปมักให้ยาภายใน ๗๒ ชั่วโมงแรกหลังมีผื่น ยกเว้นในกรณีที่หลัง ๗๒ ชั่วโมงแล้วยังมีรอยโรคใหม่เกิดขึ้น อาจให้ยาหลัง ๗๒ ชั่วโมงได้ โดยส่วนใหญ่มักได้เป็นยารับประทานนาน ๗-๑๐ วัน เว้นอาการเป็นมาก รับประทานไม่ได้ อาจใช้ยาฉีด

ยาอื่น ๆ ที่อาจให้ร่วมกัน ได้แก่ ยาแก้ปวดเนื่องจากมักมีอาการปวดปลายประสาทบริเวณรอยโรคค่อนข้างมาก เช่น gabapentin, pregabalin, tramadol, nortriptyline, venlafaxine, duloxetine โดยพิจารณาความจำเป็น ประโยชน์และผลข้างเคียงในผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับการให้ยาสเตียรอยด์ จะพิจารณาใช้เฉพาะกรณี ไม่ได้ให้ทุกราย และต้องให้ร่วมกับยาต้านไวรัส

การป้องกัน (ดูรายละเอียดในบท **Vaccination** (วัคซีน))

เอกสารอ้างอิง

John AR, Canaday DH. Herpes Zoster in the Older Adult.

Infect Dis Clin North Am. 2017 Dec, 31(4), 811-826.

doi: 10.1016/j.idc.2017.07.016.



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ



อดีตนายกรัฐมนตรีไทย (พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๔๘)
ราชบัณฑิต ประเภทวิชาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์
สาขาวิชาอายุรศาสตร์ สำนักวิทยาศาสตร์

ประวัติการศึกษา

MBBS โรงเรียนแพทย์กายส์ มหาวิทยาลัยลอนดอน
สหราชอาณาจักร (พ.ศ. ๒๕๐๒)

MRCP Royal College of Physicians of London, UK
(พ.ศ. ๒๕๐๖)

FRCP Royal College of Physicians of London, UK
(พ.ศ. ๒๕๑๙)

ตำแหน่งสำคัญในราชบัณฑิตสถาน (ราชบัณฑิตยสภาในปัจจุบัน)

นายกราชบัณฑิตยสถาน วาระที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๖)

วาระที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๘)

อุปนายกราชบัณฑิตยสถานคนที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔

ประวัติการทำงานวิชาการ

- อ.ก.ม.วิสามัญพิจารณาตำแหน่งทางวิชาการของทบวงมหาวิทยาลัย (พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๕๒)
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนการวิจัย สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) (พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๓)
- กรรมการบริหารประเภทผู้ทรงคุณวุฒิ สภาวิจัยแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๓)

ประวัติการทำงานวิชาชีพ

- นายกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๓๐)
- กรรมการสหพันธ์ประสาทวิทยาโลก (พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๔๐)
- กรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๓๔)

- สมาชิกวุฒิสภาและกรรมการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (๓ วาระ) (พ.ศ. ๒๕๒๗-๒๕๓๔)
- ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๗)
- ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกด้านประสาทวิทยาศาสตร์ (พ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๔๓)
- รองประธานสหพันธ์ประสาทวิทยาโลก (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔)

ประวัติการทำงานบริหาร

- หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ (พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๒๗)
- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ (พ.ศ. ๒๕๒๗-๒๕๓๗)
- รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๕)
- อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๒)
- อุปนายกราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔)
- ประธานกรรมการบริหารศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๓)

- ประธานกรรมการบริหารกิจการสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๔)
- นายกราชบัณฑิตยสถาน (วาระที่ ๑) (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๖)
- นายกราชบัณฑิตยสถาน (วาระที่ ๒) (พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๘)

เกียรติคุณที่ได้รับ

- เหรียญทององค์การอนามัยโลก Health Medal (พ.ศ. ๒๕๓๙)
- รัชฎาคุณุภีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ วิทยาศาสตร์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. ๒๕๔๔)
- ปริญญาแพทยศาสตรคุณุภีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. ๒๕๔๖)
- ปริญญาแพทยศาสตรคุณุภีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยรังสิต (พ.ศ. ๒๕๔๖)

เครื่องราชอิสริยาภรณ์

- มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก
- มหาวิริยมงกุฏ
- ทูตียจุลจอมเกล้าพิเศษ
- เหรียญคุณุภีมาลา เข็มศิลปวิทยา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล



ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ ๑) จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นแพทย์ศิริราชรุ่น ๑๐๐
- เป็นแพทย์ใช้ทุนที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
- เรียนต่อด้านอายุรศาสตร์ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้รับการบรรจุตำแหน่งอาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และเรียนต่อเฉพาะทางต่อยอดด้านประสาทวิทยา
- พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้ปฏิบัติงานเป็นอาจารย์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และศึกษาต่อที่

Nuffield Department of Clinical Medicine มหาวิทยาลัย
ออกซฟอร์ด ประเทศสหราชอาณาจักร เน้นด้าน
Ageing, Geratology และ Degenerative Diseases
โดยทำงานที่ John Radcliffe Hospital กับ Professor
Alastair Buchan, Professor Gordon Wilcock และ
Dr. David Sebastian Fairweather

- พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ ได้สังกัดเป็นเฟลโลว์ของ Harris Manchester College มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดและได้รับทุน Navapan
- พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑ ศึกษาต่อปริญญาโทด้านระบาดวิทยาที่ Institute of Public Health มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ โดยรับทุน Shell Centenary ของมหาวิทยาลัย และมี Centenary ของมหาวิทยาลัย ทำวิทยานิพนธ์ด้านปัญหาสุขภาพทางกายและสมองในผู้สูงอายุไทย
- สอบวุฒิปัตร์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Diploma in Geriatric Medicine) จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอน พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้เริ่มทำงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยความสนใจในงานวิชาการและวิจัยเรื่องสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โรคระบบประสาท และระบาดวิทยา

- พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้รับพระราชทานพระมหากรุณาโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานภายในคณะฯ กระทรวงต่าง ๆ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ตำแหน่งปัจจุบันในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- หัวหน้าสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ประธานศูนย์วิทยาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- รองหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ฝ่ายวิจัยและการพัฒนาคุณภาพการบริการ

รางวัลที่ได้รับ

- พ.ศ. ๒๕๖๑ รางวัลศิริราชเชิดชูเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ. ๒๕๖๐ รางวัล R2R Thailand Research Award
- พ.ศ. ๒๕๕๘ รางวัลตำราศิริราช มหิดล ระดับ ดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- พ.ศ. ๒๕๕๒ รางวัลดีเด่นงานวิจัยด้านแพทยศาสตร์
ศึกษาแห่งชาติ มอบโดยงานประชุมประจำปี กลุ่ม
สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
- พ.ศ. ๒๕๕๒ รางวัลวิจัยด้านแพทยศาสตร์ศึกษา คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



หนังสือ **เกิร์ตความรู้อายุศาสตร์ ผู้สูงอายุ A – Z** จัดทำขึ้นเพื่อสานต่อ
ปณิธานของคุณพ่อ (**ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ**)
ในการถ่ายทอดความรู้ การสนับสนุนงานของราชบัณฑิตยสภา และการให้ความสำคัญ
สำคัญแก่ผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจาก**สำนักงานราชบัณฑิตยสภา**ในการ
จัดประกวดต้นฉบับอักษรานุกรม คณะกรรมการได้ตัดสินให้ผลงานของ
ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล เป็นผู้ชนะการประกวด โดยได้
รับโล่ประกาศเกียรติคุณ เงินรางวัล และผลงานได้รับการตีพิมพ์เป็นหนังสือเล่มนี้

หนังสือเล่มนี้จึงเป็นก้าวแรกของการร่วมมือกับสำนักงานราชบัณฑิตยสภา
ที่น่าภูมิใจ ในการนำเสนอผลงานที่มีองค์ความรู้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย
ในปัจจุบัน ที่จัดว่าเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็น
ประโยชน์แก่ผู้อ่านตรงตามเป้าหมายของคณะผู้จัดทำ อีกทั้งส่งต่อความรู้สมตาม
ปณิธานของคุณพ่อสืบไป

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ

นางสาวงามพรรณ เวชชาชีวะ

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ